
Kartlegging av helsetilstand i Skånland kommune 2016-

Oversiktsdokumentet

Et ETS-samarbeid



Skånland kommune -

Sammen for hverandre

Innhold

1. Innledning.....	4
1.1. Bakgrunn, lovgrunnlag og forankring	4
1.2. Forankring i sentrale Lov- og forskrifter:	5
1.3. Folkehelse – en del av samfunnsplanleggingen	6
1.4. Kilder til informasjon	6
1.4.1. Kunnskapsinnhenting fra offentlige myndigheter, statlige – og fylkeskommunal tilgjengelig statistikk.....	6
1.4.2. Lokal kunnskapsinnhenting	7
1.4.3. Andre kilder, relevante dokumenter:.....	7
1.5. Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse:.....	8
1.6. Hvordan måler vi folkehelse.....	9
1.6.1. Bruk av statistikk	9
2. Befolkningssammensetning	10
2.1. Sammendrag – oversikt over helsefremmende forhold samt folkehelseutfordringer i kommunen.	10
2.2. Befolkningsutvikling	11
2.3. Endringer i befolkningen	12
2.4. Befolkning i yrkesaktiv alder.....	13
2.5. Framskrevet folkemengde.....	14
3. Oppvekst- og levekårsforhold	16
3.1. Sammendrag – oversikt over helsefremmende forhold samt folkehelseutfordringer i kommunen.	16
3.2. Oppvekst.....	19
3.2.1. Barnevern	20
3.2.2. Barnehager	21
3.2.3. Grunnskole	22
3.3. Utdanning.....	26
3.3.1. Frafall i videregående skole.....	27
3.4. Arbeid	28
3.4.1. Arbeidsmarked	29
3.4.2. Arbeidsledighetstall i Skånland	30
3.4.3. Uføretrygdede	30
3.4.4. Tiltak for å redusere frafall i arbeidslivet.	32
3.4.5. Sykefravær.....	32
3.5. Økonomiske kår.....	33
3.5.1. Lavinntekt (husholdninger)	33
3.5.2. Sosialhjelp.....	34
3.5.3. Bolig	34
4. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	35
4.1. Sammendrag – oversikt over helsefremmende forhold samt folkehelseutfordringer i kommunen.	35
4.2. Kommunale bygg.....	37
4.2.1. Radon.....	38
4.2.2. Miljørettet helsevern.....	38
4.3. Drikkevannskvalitet	38

4.4.	Luftkvalitet og støy	40
4.5.	Forurensning til vann og grunn	40
4.5.1.	Omfang av områder utsatt for annen forurensning.....	40
4.6.	Trafikksikkerhet / Trygge skoleveier.	41
4.7.	Kultur, sosial tilhørighet og nettverk.....	42
4.7.1.	Frivillighetssentralen	42
4.7.2.	Friluftsliv og idrett	42
4.7.3.	Annen frivillig virksomhet.....	43
4.8.	Valgdeltakelse	43
5.	Skader, ulykker og kriminalitet.....	44
5.1.	Sammendrag – oversikt over helsefremmende forhold samt folkehelseutfordringer i kommunen.	44
5.2.	Skadeforekomst i skoler og barnehager.....	46
5.2.1.	Brann	46
5.3.	Kriminalitet.....	47
5.3.1.	Vold i nære relasjoner	47
5.3.2.	Lovbrudd.....	47
5.3.3.	Kriminalitetsforebyggende arbeid.....	48
6.	Helserelatert adferd	49
6.1.	Sammendrag – oversikt over helsefremmende forhold samt folkehelseutfordringer i kommunen.	49
6.2.	Smittevern	50
6.3.	Infeksjonsepidemiske forhold	50
6.4.	Vaksinasjonsdekning	50
6.5.	Ernæring	51
6.5.1.	Mat og måltider i barnehagene i Skånland	51
6.5.2.	Mat og måltider i skolene i Skånland	52
6.5.3.	Ernæring blant eldre.....	52
6.6.	Røyking	52
6.7.	Fysisk aktivitet	54
6.7.1.	Fysisk aktivitet i skole – og barnehage	55
6.7.2.	Fysisk aktivitet for utsatte grupper.	55
6.8.	Rus	56
7.	Helsetilstand	58
7.1.	Sammendrag – oversikt over helsefremmende forhold samt folkehelseutfordringer i kommunen.	58
7.2.	Forebyggbare sykdommer (folkesykdommer):	62
7.2.1.	Kostholdssykdommer	62
7.2.2.	Hjerte/karsykdommer	63
7.2.3.	Diabetes.....	64
7.2.4.	Kols	65
7.2.5.	Muskel- og skjelettsykdommer	66
7.3.	Psykiske lidelser.....	67
7.4.	Kreft.....	69
7.5.	Demens.....	70
7.6.	Dødsårsaker:.....	71
8.	Avslutning.....	74

1. Innledning

1.1. Bakgrunn, lovgrunnlag og forankring

Lov av 24. juni 2011 om folkehelsearbeid er både et verktøy og et sentralt virkemiddel for realisering av Samhandlingsreformen. Folkehelseloven skal legge til rette for et lokalt, kunnskapsbasert og systematisk folkehelsearbeid, og har som formål å fremme god og rettferdig fordeling av helse. Grunntanken i alt folkehelsearbeid er at en stor andel sykdom kan forebygges på befolkningsnivå. Nasjonale myndigheters mål for norsk folkehelsepolitikk er å redusere de sosiale helseforskjellene som eksisterer.

§ 5 i Folkehelseloven pålegger kommunen å ha en skriftlig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og hva som kan påvirke den – med sikte på å

- Fremme helse
- Forebygge sykdom

Med bakgrunn i en systematisk lokal kunnskapsinnhenting skal helseoversikten danne grunnlaget for kommunens planlegging og prioritering av folkehelsestrategi, mål og tilhørende tiltak. Positive og negative faktorer i lokalsamfunnet som påvirker folkehelsen skal også kartlegges og identifiseres. Det omfatter både helsefremmende og forebyggende faktorer, samt ulike risikofaktorer. Dette omhandler de faktorer som kan knyttes til samfunnsforhold, levekår og miljø.

Oversikten skal være skriftlig og skal, foruten å identifisere folkehelseutfordringer, også gi en vurdering av konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig rette oppmerksomhet på trekk ved den lokale samfunnsutviklingen som skaper- og opprettholder sosiale – og eller helsemessige problemer og forskjeller.¹

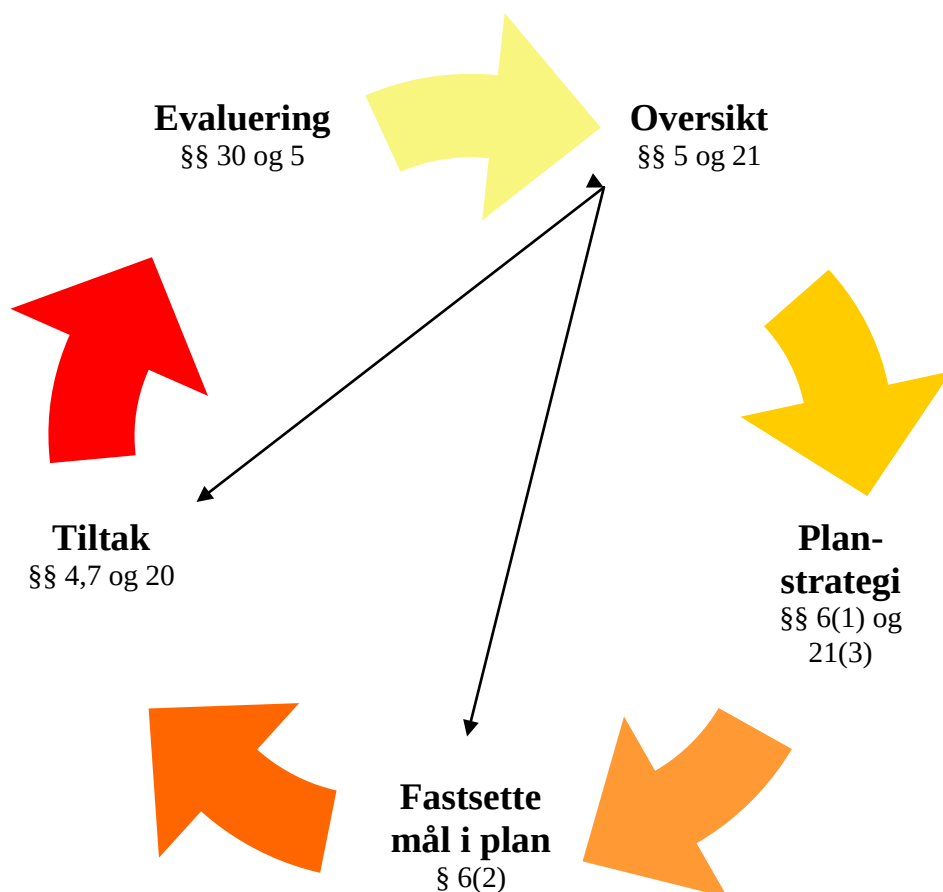
Lokale utfordringer som identifiseres, skal danne grunnlaget for kommunens langsiktige mål og strategier for folkehelsearbeidet. Folkehelseloven §§ 6 og 21 knytter folkehelsearbeidet opp mot plan og bygningsloven § 7-1 (regional planstrategi) og § 10-1 (kommunal planstrategi).

Oversiktsdokumentet (hvert 4. år) skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. Kommunens tiltakspålegg etter loven er direkte knyttet til oversiktsarbeidet som identifiserer folkehelseutfordringene i kommunen. Folkehelsearbeid er et tverrsektorielt - og tverrfaglig ansvarsområde. Overordnet ansvar for folkehelsearbeidet ligger hos rådmann og ordfører.

Planlegging av folkehelsearbeidet følger kommunens ordinære planarbeid etter plan og bygningsloven. Kommunens helseoversikt og identifisering av folkehelseutfordringer danner grunnlaget for vurdering av planstrategi, utforming av mål og konkrete tiltak i en 4-årig syklus slik figuren under illustrerer.

Det systematiske folkehelsearbeidet:

¹ Se figur 2 Påvirkningsfaktorer for helse etter Whitehead og Dahlgren, s. 4



Kommunen skal føre intern kontroll for å sikre at krav fastsatt i eller medhold av loven overholdes.
Helseoversikten er lagt opp etter statens veiledning og anbefalinger til oversiktsarbeidet [God oversikt – en forutsetning for god folkehelse](#) IS-2110 utgitt i oktober 2013.

1.2. Forankring i sentrale Lov- og forskrifter:

[Lov om folkehelsearbeid folkehelseloven](#)

[Forskrift om oversikt over folkehelsen](#)

[Merknader til forskrift om oversikt over folkehelsen](#)

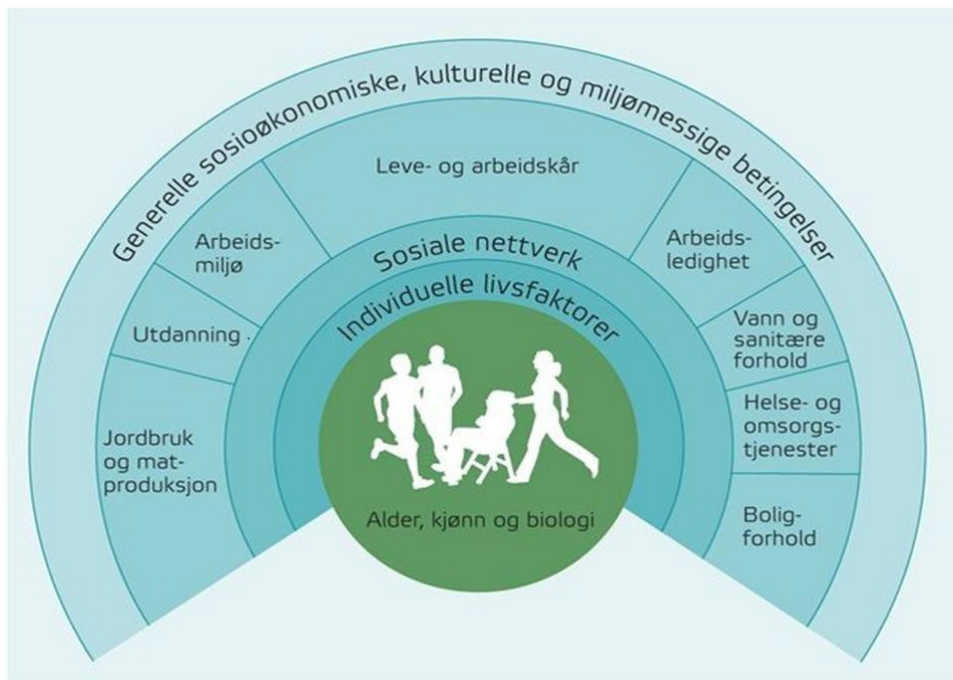
[Folkehelsemeldingen](#) (Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar Meld.St.34 2012- 2013)

[Smittevernloven](#)

[Forskrift om miljørettet helsevern](#)

[Plan og bygningsloven](#)

Illustrasjon, Påvirkningsfaktorer for helse (etter Whitehead og Dahlgren)



1.3. Folkehelse – en del av samfunnsplanleggingen

Befolkningens helse og sosiale forskjeller i helse påvirkes av velferdsutvikling og forskjeller i levekår. Utviklingen av helse i befolkninga er nært knyttet til oppvekstvilkår og de forholdene vi lever under. I tillegg kommer de individuelle livsfaktorene som alder, kjønn og biologi. Folkehelse angår oss alle, og handler først om å legge til rette for en samfunnsutvikling som gir gode betingelser for helse. I folkehelsearbeidet blir derfor ansvaret for barn og unge særlig viktig fokus og grunnlag for folkehelsesatsingen. Figuren over illustrerer at folkehelsearbeid innebærer systematisk arbeid på ulike nivåer og sektorer for å forebygge sykdom og fremme helse. Det skal legges et fordelingsperspektiv til grunn, dette innebærer en ekstra oppmerksomhet på hvordan de ulike påvirkningsfaktorene er fordelt i befolkningen. (Kilde: [God oversikt – veileder IS-2110](#))

1.4. Kilder til informasjon

Det eksisterer et mangfold av statistisk materiale gjennom offentlige registre og statistikkbanker. Gjennom veilederen "God oversikt – en forutsetning for god folkehelse" gis det anbefalinger til kommunene om kunnskapsinnhenting i forbindelse med det pålagte oversiktsarbeidet.

Regjeringen har også lagt fram en stortingsmelding om folkehelse: Meld. St. 19 (2014-2015) [Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter](#) hvor det presenteres strategier for å styrke folkehelsearbeidet og legge til rette for sunne helsevalg

1.4.1. Kunnskapsinnhenting fra offentlige myndigheter, statlige – og fylkeskommunal tilgjengelig statistikk

- [Folkehelseprofil 2014 for Skånland kommune](#)
- [Folkehelseprofil 2015 for Skånland kommune](#)
- [Folkehelseprofil 2016 for Skånland kommune](#)
- [Folkehelseinstituttet - helsestatistikk](#)

- [Kommunehelse statistikkbank](#)
- [Folkehelseprofil 2014 for Troms](#)
- [Folkehelseprofil 2015 for Troms](#)
- [Folkehelseprofil 2016 for Troms](#)
- [Statistisk sentralbyrå - statistikkbanken](#)
- [NAV og samfunn](#)
- [NAV Troms](#)
- [MSIS Statistikk smittsomme sykdommer](#)
- [Skoleporten](#)
- [DSB statistikk](#)
- [Ungdata](#)

1.4.2. Lokal kunnskapsinnhenting

Mye av grunnlagsmaterialet til oversiktsarbeidet som presenteres inkluderer også lokal kunnskapsinnhenting og vurderinger.

Våren 2015 ble det opprettet en arbeidsgruppe mellom ETS kommunene. Gruppen har bestått av kommuneoverlege Barbro Hætta, folkehelsekoordinator fra Evenes, Renate Skredlund, og Tjeldsund, Silje Liseth, samt rådgiver fra Skånland kommune, Liv Marit Torbergsen.

Arbeidsgruppen har innhentet lokalkunnskaper på tvers av sektorene. Enhetsledere og andre har bidratt med sin erfaring og oppfatning innenfor sine felt.

Det er ikke gjort en spesifisering på hvem som har uttalt hva, men vi har summert opp hvem som har bidratt med erfaringsbasert kunnskap.

Arbeidsgruppen har hatt ett til to møter i måneden hvor vi har diskutert utfordringer, resultater av undersøkelser og hvor vi kan innhente best informasjon. De som har bidratt med sine lokale kunnskaper og erfaringer er NAV Skånland, helsesøster, omsorgsledere, rektorer, tekniske tjenester, flyktningekonsulent, kultursjef. Disse har kommentert statistikker, hjulpet med kartleggingen og bidratt med erfaringsbasert kunnskap. Mye av grunnlagsarbeidet til oversiktsarbeidet som presenteres inkluderer også lokal kunnskaps innhenting og vurderinger. Under enkelte emner har vi sammenliknet kommunene og hatt de med i samme diagram.

Med utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget er det gjennomført møter hvor lederne for de enkelte driftsenhetene har deltatt. Faggrupper som har vært involvert er rektorene, barnehagestyrerne, kommuneoverlege, ledende helsesøster, driftsledere omsorgssektoren, driftsleder NAV, driftsledere og andre fra teknisk.

Fagpersonell har kommet med tilbakemeldinger og vurderinger av relevant statistikk og utfordringer sett fra deres ståsted, og de har bidratt med sin kunnskapserfaring og gitt gode faglige innspill i analysearbeidet. Fagpersonellets oppfatning av hvilke utfordringer vi har i Skånland viser seg å være relativt samstemt på tvers av ulike fagområder, og sammenfaller i relativt stor grad med det som kommer til uttrykk på Folkehelseinstituttets utarbeidede folkehelsebarometer for Skånland.

Eksterne bidragsyttere:

Politiet, interkommunal ruskoordinator, barnevernstjenesten, UNN

1.4.3. Andre kilder, relevante dokumenter:

- Handlingsplan for skadeforebygging, sikkerhet og universell utforming (A 11/664), vedtatt i Kstyret i sak 15/12
- Klima- og energiplan for Skånland kommune (A 09/208) Vedtatt i K-styret i sak 36/10

- ETS kommunen Fakta- og intensjonsgrunnlag (A 14/864) – behandlet i Kstyret i sak 28/15
- Trafikksikkerhetsplan for Skånland kommune 2013 - 2017 (A 09/509), vedtatt i Kstyret sak 54/13
- Tilstandsrapport grunnskolen 2014 (A15/7) vedtatt i kstyret sak 3/15 og Tilstandsrapport grunnskolen 2015 (A 16/41), vedtatt i K-styret sak 6/16
- Kommunesamarbeid og samhandlingsreformen: Rapport etter arbeid i arbeidsgruppe for Forebygging og Lærings- og mestringstjenester (A 11/573) tatt til orientering i Kstyret sak 48/13
- Rullering plan psykisk helse 2014- 2017 (A 13/1203) Vedtatt i K-styret sak 24/14
- Interkommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan Evenes, Tjeldsund og Skånland kommuner 2013 – 2017 (A 12/737) Vedtatt i K-styret sak 88/12
- Kommunal plan for idrett og friluftsliv 2016 – 2019 (2016 - 2028), (A15/21) vedtatt i K-styret i sak 66/15
- Saminord Folkehelseundersøkelsen E og S 2012
- Kommunal planstrategi Skånland kommune 2012 – 2016, vedtatt i K-styret sak 69/12
- WinMed 3 – fagsystem for ETS medisinske senter
- Hovedplan avløp. Revisjon av handlingsplan (A-sak 15/1193) Vedtatt i K-styret sak 69/15
- [Avinor-rapport](#) – undersøkelser PFTAS i jord, vann og Biota med risikovurdering

1.5. Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse:

Litt om kommunen:

Kommunen grenser i øst mot Gratangen, i sør mot Tjeldsund, Evenes og Narvik (Nordland fylke), i vest mot Norges største øy, Hinnøya og kommunene Harstad og Ibestad.

Europavei 10 går gjennom kommunen, og kommunen har forbindelse til Harstad og Hinnøya over Tjeldsundbrua.

Internt holdes kommunen kommunikasjonsmessig sammen av RV 825 (Kystkulturvegen) som går i naturskjønne omgivelser fra Tjeldsund bru og nordover til Grovfjord.

Harstad/Narvik Evenes lufthavn er nærmeste stamflyplass og ligger ca. 16 km fra administrasjonssentret Evenskjer.

Kommunen ligger sentralt til i den mest folkerike regionen i Nord-Norge. Her er kort veg til det meste. Fra Tjeldsundbrua ca. 25 km til Harstad, hvor det finnes lokalsykehus og et variert nærings- og kulturliv.

Med sin sentrale beliggenhet nås et stort arbeidsmarked fra kommunen, og ca. 46% av kommunens rundt 1.400 arbeidstakere har sitt arbeid utenfor kommunen. Flesteparten av disse pendler til nabokommunene Harstad, Evenes og Tjeldsund. Ca 180 arbeidstakere pendler inn til kommunen.

Skånland kommune er den største arbeidsgiveren i kommunen, og det er spredt kommunal tjenesteproduksjon.

- I Grovfjord driver kommunen barne- og ungdomskole, barnehage, eldreinstitusjon og hjemmetjenesten for nord-kommunen har sin base her.
- På Sandstrand driver kommunen barneskole, barnehage og eldreinstitusjon.
- På Evenskjer er kommunens administrasjon samlet på rådhuset sentralt på tettstedet, i tillegg finnes barne- og ungdomsskole, legekantor, helsestasjon, barnehage, sykehjem og ulike pleie og omsorgstjenester. Statlige etater som NAV og lensmannskontor er også lokalisert til Evenskjer.

De fleste bedrifter er lokalisert til Evenskjer og i Grovfjord.

- Grov har verdifull kompetanse på reparasjon og vedlikehold av båter, verkstedindustri og innenfor oppdrettsnæring.

- Sandstrand / Tovik - Næringsvirksomhet som server bygg- og oppdrettsbransjen
- I kommunesenteret Evenskjer finnes flere handelsbedrifter, bilverksteder og trelasthandel. Evenskjer har etter hvert blitt et viktig handelssentrum for både deler av Evenes, Tjeldsund og særligste del av Harstad kommune.
- I Trøsemark er Nord Norsk Brønnboring etablert.

Av reiselivsbedrifter kan nevnes Tjeldsundbrua Kro og Hotell, Elvegård Hytteutleie og Fiskeferie, Stræte Kro og Lefsebakeri og Annamo camping.

Skånland kommune har viktige samiske kjerneområder. En betydelig andel av befolkningen, ca 20% av befolkningen, har samisk opprinnelse, og det er vitale samiske miljø i kommunen som sørger for stor aktivitet innenfor samisk kultur og språk.

Kommunen har et areal (eksklusiv sjøareal) på ca. 466 km². Det er mange spennende fjelltinder å bestige her, den høyeste er Skittendalstinden på 1306 m.o.h. Naturen gir store muligheter for et aktivt friluftsliv, og er en populær kommune for fritidsbebyggelse. Kommunen har et yrende lags- og foreningsliv, både innen idrett og andre aktiviteter. Disse utviser stor dugnadsånd og medvirker til trivsel og aktiviteter for innbyggere i alle aldre.

1.6. Hvordan måler vi folkehelse

Hvordan måler vi folkehelse?	Hovedoverskrift	Hva ser vi på? Ikke uttømmende oversikt
Gjennom å kjenne vår befolkning	Befolknings-sammensetning	Alderssammensetning, etnisitet, befolkningsvekst
Gjennom å se på oppvekst og levekår	Oppvekst og levekår	Utdanning, inntekt, arbeidsførhet
Gjennom å kjenne miljøet befolkningen lever i	Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	Tilgang på grøntarealer, tilgang på rekreasjonsarealer, trafiksikkerhet, støy, mulighet for å ferdes til fots eller på sykkel, tilgang på sosiale møteplasser, risiko for radon legionella og stråling etc
Gjennom å se på skader og ulykker	Skader og ulykker	Andelen skadet eller utsatt for ulykker sier noe om sikkerheten i miljøet
Gjennom å se på helseadferd	Helseadferd	Kosthold, røyking, rus, fysisk aktivitet
Gjennom å se på helsetilstanden	Helsetilstand	Forekomst av sykdommer, bruk av medisiner, forventet levealder, dødelighet

1.6.1. Bruk av statistikk

Dokumentet inneholder betydelig statistisk, utvalgt materiale hentet fra offentlig tilgjengelige databaser. Det er viktig å understreke at statistikk er statistikk, og skal både leses og fortolkes med varsomhet. Det er første gang kommunen utarbeider en samlet, helhetlig helseoversikt på bakgrunn av en del statistisk materiale og variabler. Noen data er kjent fra før, andre data vil være nye. Datamateriale og statistikk er ikke absolutte sannheter. Noe statistikk kan være et resultat av tilfeldige variasjoner som målt over tid viser seg å ikke ha relevans. Mye av statistikken viser noen mulige tendenser og utviklingstrekk i befolkningen som det er behov for å fordype seg i og undres over. Noe vet vi er fakta og vi kjenner årsaker og sammenhenger til. På andre områder kreves det at vi bruker statistikken til å fordype oss og undersøke mer, og følge over tid. Ikke all innhentet statistikk er limt inn i dokumentet, men vil være verbalt beskrevet der det er relevant å ta den med.

2. Befolkningssammensetning

Med befolkningssammensetning menes grunnlagsdata om befolkningen som kan omfatte antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster osv. Denne type informasjon er viktig i vurderingen av øvrig informasjon, men kan også være vesentlig i seg selv som del av utfordringsbildet for folkehelsen i kommunen/fylket. Ikke minst vil utviklingen i befolkningssammensetningen kunne påvirke strategiske veivalg, som inkluderer folkehelse.

2.1. Sammendrag – oversikt over helsefremmende forhold samt folkehelseutfordringer i kommunen.

Befolkningssammensetning: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen. Beskyttelsesfaktorer															
Befolknings-utvikling/ endringer i befolkningen	✓ Fra 2012 til 2014 har vi sett en utvikling med fødselsoverskudd etter en lang periode med fødselsunderskudd. ✓ Økt folketall i perioden – med unntak av 2012 har det vært jevn folketilvekst siden 2010, bla pga bosetting av flyktninger. ✓ Økt tilgang på arbeidskraft, jfr. økning aldersgruppen 18-49 år ✓ Friske og funksjonsdyktige eldre er en ressurs, både for omsorgsoppgaver i egen familie og i frivillig arbeid ✓ Flerkulturell befolkning - ✓ Samisk kjerneområde ✓ Livskraftige bygdesamfunn ✓ Flyktningeforum er etablert														
Befolknings-framskriving	✓ Fremskrevne innbyggertall i Skånland de neste 25 årene viser økning av innbyggertall på rundt 9%. ✓ Befolkningen i alder 0-17 år forventes å øke med nesten 5%, og de i alderen 18-49 år nesten 13%. <table><tr><th colspan="2">Forventet befolkningsøkning 2016-2040</th></tr><tr><td>0-5 år</td><td>5</td></tr><tr><td>6-15 år</td><td>15</td></tr><tr><td>16-19 år</td><td>9</td></tr><tr><td>20-66 år</td><td>50</td></tr><tr><td>67 år eller eldre</td><td>188</td></tr><tr><td>Totalt</td><td>267</td></tr></table>	Forventet befolkningsøkning 2016-2040		0-5 år	5	6-15 år	15	16-19 år	9	20-66 år	50	67 år eller eldre	188	Totalt	267
Forventet befolkningsøkning 2016-2040															
0-5 år	5														
6-15 år	15														
16-19 år	9														
20-66 år	50														
67 år eller eldre	188														
Totalt	267														

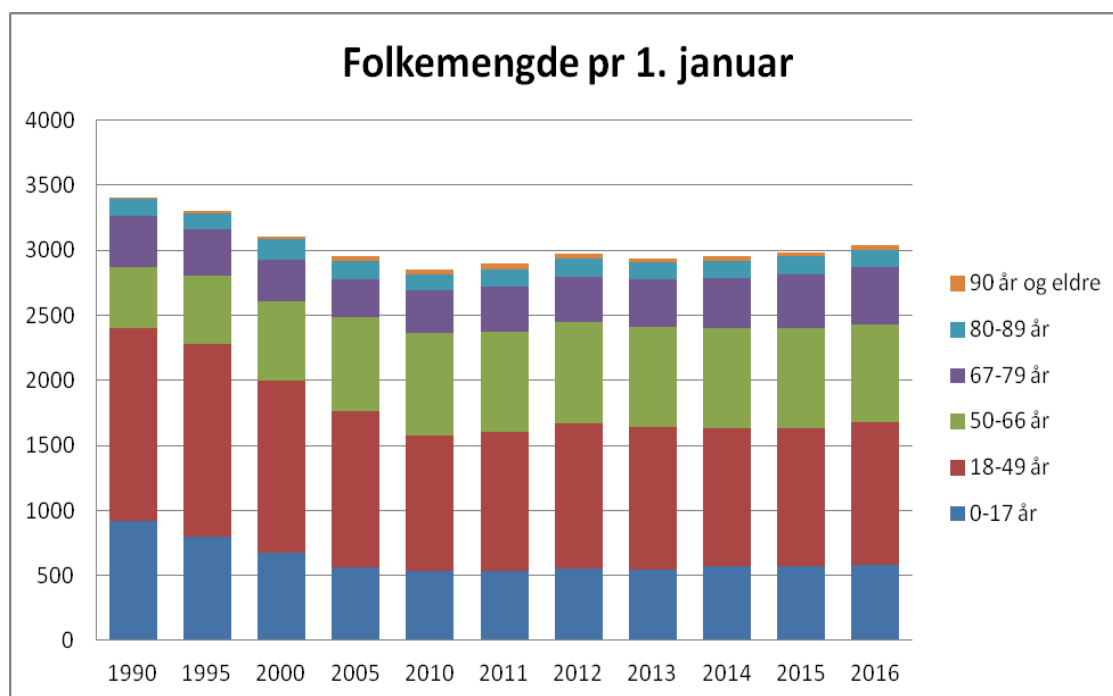
Befolkningssammensetning Utfordringer – Risikofaktorer. Årsaksforhold, konsekvenser og evt tiltak

Befolknings-utvikling	✓ Andel eldre vokser mens andel yngre avtar. Færre i yrkesaktiv alder, gir mindre tilgang på arbeidstakere i kommunale tjenester. - o Hvordan legge til rette for videre langsiktig økning i folketallet samt gode tilbud og høy livskvalitet for kommunens innbyggere?
-----------------------	--

	- o Har vi nok arbeidsplasser? ✓ Flere psykisk utviklingshemmede i Skånland i forhold til innbyggertallet enn landsgjennomsnittet, kan gi utfordringer mht til å etablere gode, tilpassede tiltak, både faglig og i lag og foreninger ✓ Desentralisert bosetting gir små samfunn på godt og vondt, stigmatisering og utenforskap merkes bedre i små samfunn. Fører til isolasjon, ensomhet og mulig utvikling av psykiske plager. ✓ Få botilbud til dem som ønsker å flytte til bygdene. ✓ Spredt bosetting gir også isolerte miljø, vanskeliggjør sosial deltakelse og opprettholdelse av sosialt nettverk, spesielt for eldre kvinner uten sertifikat.
Befolknings- endring	✓ Økt nettotilflytting – har alle som kommer tilstrekkelig lokalt nettverk eller evne til å skaffe seg det? ✓ Det er mest asylsøkende menn som kommer til kommunen. Skjevfordeling av kjønn kan være utfordrende. ✓ Mange som kommer samtidig kan vanskeliggjøre inkludering og integrering, noe som kan føre til ensomhet, psykiske plager, vantrivsel og mistilpasning. ✓ Vansker med å integrere innvandrere i lag og foreninger, kulturelle forutsetninger kan tilsa at de ikke ser nytte av det. ✓ Helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske - o Kartlegge flyktingenes bakgrunn. Øke egen kompetanse og kunnskap på området. - o Temadager i skole om forskjellige folkegrupper, kulturer og andre forhold ✓ Antall aleneboende er økende, noe som kan føre til økt ensomhet. Sosialt nettverk bidrar til mestring og til å kunne tåle sykdom. Økt risiko for utvikling av psykiske og fysiske plager. ✓ Familiene mer sårbare nå enn før i tiden pga flytting, eldre med redusert nettverk har mer behov for tjenester fra det offentlige enn dem som har nære pårørende i området.
Befolknings- framskriving	✓ Som i landet for øvrig, og spesielt i små kommuner, er økning av antall eldre høyest, estimert nesten 50% mer enn for landsgjennomsnittet. ✓ Befolkning fra 80 år og over mer enn fordobles de neste 25 årene, kan gi press på helse- og omsorgstjenestene, universell utforming og tilgjengelighet.

2.2. Befolkningsutvikling

Figur Befolkningsutvikling – folkemengde pr 1. januar. (Kilde [SSB](#)), tabell 07459



Som man ser har det vært nedgang i befolkninga fra 1990 og utover. Den største nedgangen i har vært i aldersgruppene 0 – 17 år og 18 – 49 år. Befolkningen mellom 50 – 66 år har økt mest, noe man ser igjen i tabellen neden der gruppen 80-89 år har størst økning. Nedgangen stoppet opp i 2010, vi ser nå en utflating og svak økning.

Det bor flest menn i Skånland. Fra aldersgruppen 75 år + bor det flest kvinner, og over 80 år er 38% av befolkningen menn og 62% kvinner.

Andelen som bor alene er lavere enn for resten av landet. Blant eldre over 75 år har det skjedd en gradvis nedgang fra i 2008 da man hadde flere aleneboende enn landet for øvrig, til i 2014 der 42% i Skånland bor alene mens 48% av landsgjennomsnittet bor alene. For yngre er trenden motsatt, antall aleneboere øker, men er fortsatt færre enn i Troms og i landet for øvrig.

2.3. Endringer i befolkningen

Befolkningsendringer vil ha betydning for utvikling av lokalsamfunnet, og danner grunnlaget for kommunens planleggingsbehov for eksempel innenfor barnehage- og skoleutvikling.

Oversikt over antall fødsler, døde og nettoinnflytting i Skånland. Kilde: [SSB](#), Tabell: 06913

Antall fødte barn varierer fra år til år. Fra et fødselsoverskudd på 14 i 2014 til et fødselsunderskudd på 22 i 2015. Mht til dimensjonering av barnehager og skoler er også nettoinnflytting en faktor som må med i vurderingen.

I 2011 så vi en topp med nettotilflytting, noe som kan ha sammenheng med etableringen av asylmottak på Kvitnesodden – 264 var registrert tilflyttet til kommunen mens 181 var registrert utflyttet. Påfølgende fall registrert ble året etterpå.

7,3% av befolkningen var i 2014 innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, en økning fra 3,2% i 2009. Størst befolkning av innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre ser man fra Europa uten Tyrkia, hvor vi har hatt en jevn økning. Fra Asia med Tyrkia og fra Afrika ser vi nedgang etter topper i henholdsvis 2013 og 2012. Fra Europa uten Tyrkia er det flest menn, fra de øvrige landene er kvinner i overvekt.

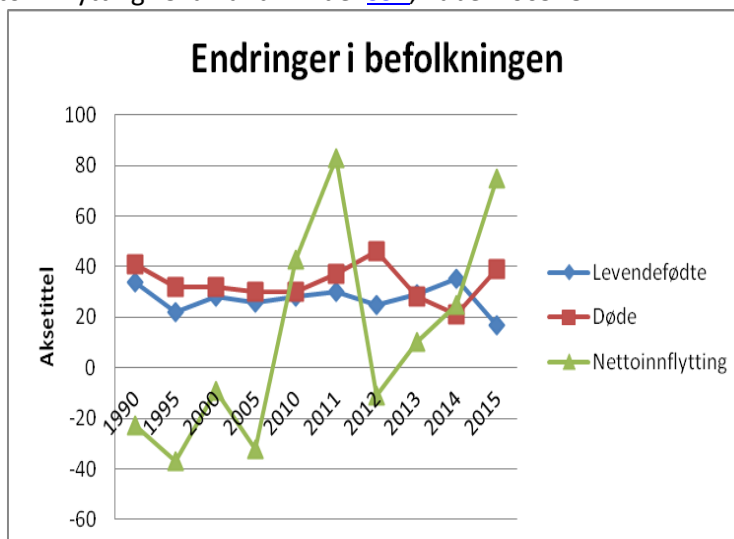
Skånland kommune har siden 2009 bosatt mindreårige flyktninger (totalt 30), voksne enslige (13), familiegjennforening (4) samt at 2 barn er født. Av disse har 23 flyttet ut av kommunen igjen, slik at det pr 01.01.2016 var 39 bosatte i Skånland. Menn er i overvekt.

Den største utfordringen er å skaffe arbeid til denne gruppen, samt å integrere dem i lokalsamfunnet, både i organisert (lag og foreninger) og i uorganisert virksomhet. Å skaffe til veie boliger har i perioder også vært utfordrende.

Vi ser en ny topp mht til nettoinnflytting i 2015. Høsten 2015 ble det åpnet to asylmottak i Skånland – et akuttmottak med opp mot 105 beboere på Kvitnesodden og et ordinært mottak for mindreårige asylsøkere på Elvemo med plass til 52 asylsøkere. De søkte om utvidelse og fikk innvilget det i februar 2016, og planlegger to avdelinger à 40 asylsøkere. Akuttmottaket ble lagt ned allerede i februar 2016, mens mottaket på Elvemo fortsatt er i drift.

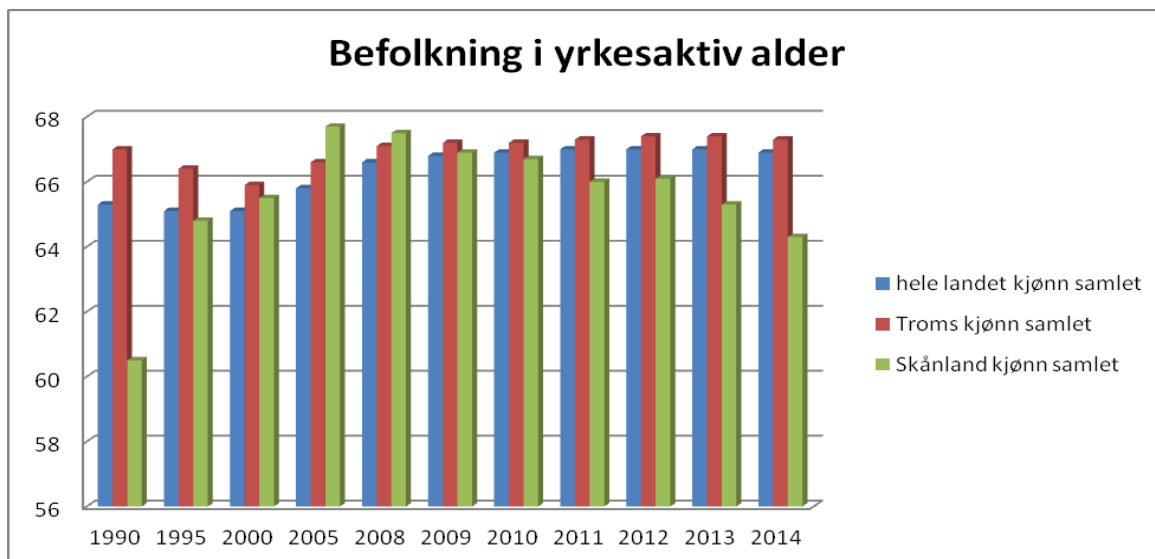
Sommeren 2016 ble 15 mindreårige flyktninger bosatt i Skånland.

Totalt antall asylsøkere har til tider vært over 5% av kommunens innbyggertall. Å kunne gi alle en meningsfull hverdag og integrere dem i lokalmiljøet kan by på utfordringer.



2.4. Befolkning i yrkesaktiv alder

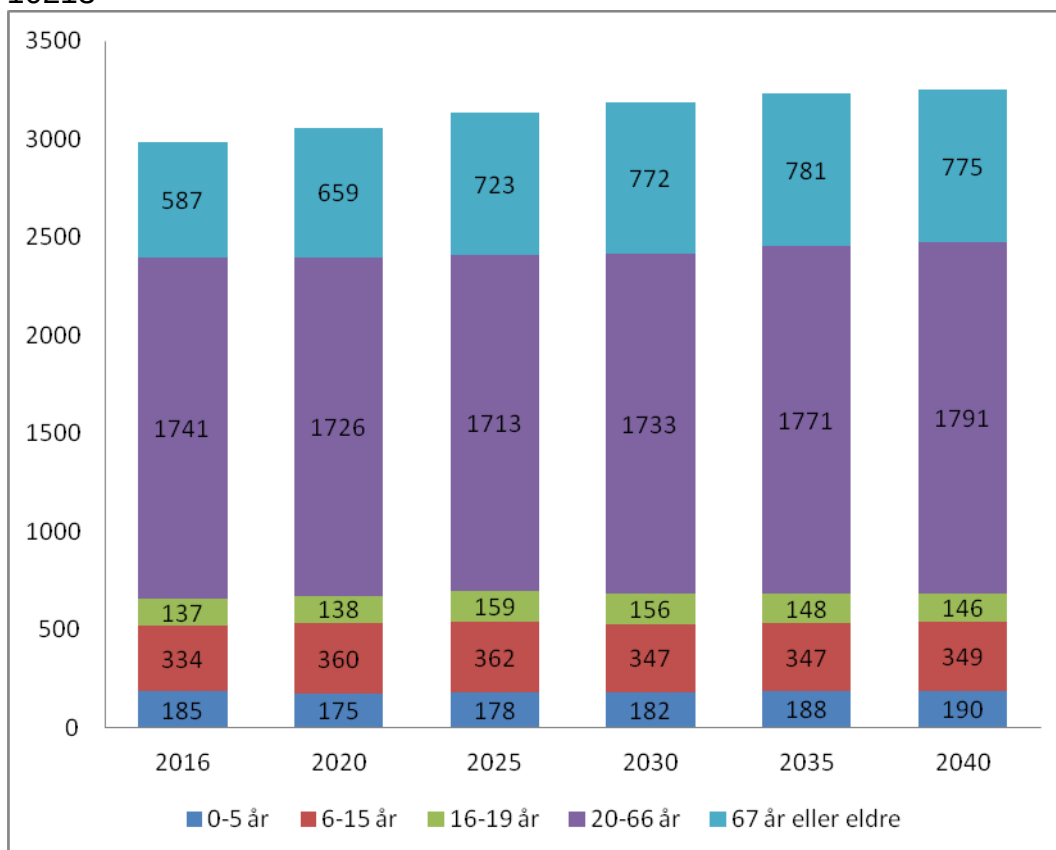
En utfordring både i Norge og i andre europeiske land er at tallet yrkespassive øker mer enn tallet yrkesaktive. Derfor er andelen i yrkesaktiv alder en sentral indikator. Når yrkesaktive må forsørge yrkespassive får det konsekvenser for finansiering av alderspensjon, helsetjenester og eldreomsorg. Befolkningen i yrkesaktiv alder i 2014 viser at på landsbasis er tallet 66,9 prosent, i Troms er 67,3 prosent i yrkesaktiv alder og i Skånland 64,3 prosent. Kilde: KommuneHelsa statistikkbank



Som man ser av tabellen har Skånland i peioder hatt en befolkning i yrkesaktiv alder over gjennomsnittet for landet. Dette har endret seg de siste årene. Troms fylke har fortsatt høyere andel yrkesaktiv befolkning enn landet for øvrig.

2.5. Framskrevet folkemengde

Figur Framskrevet folkemengde, middel nasjonal vekst, tid og alder ([SSB](#)) tabell 10213



Figur - befolkningsframskriving

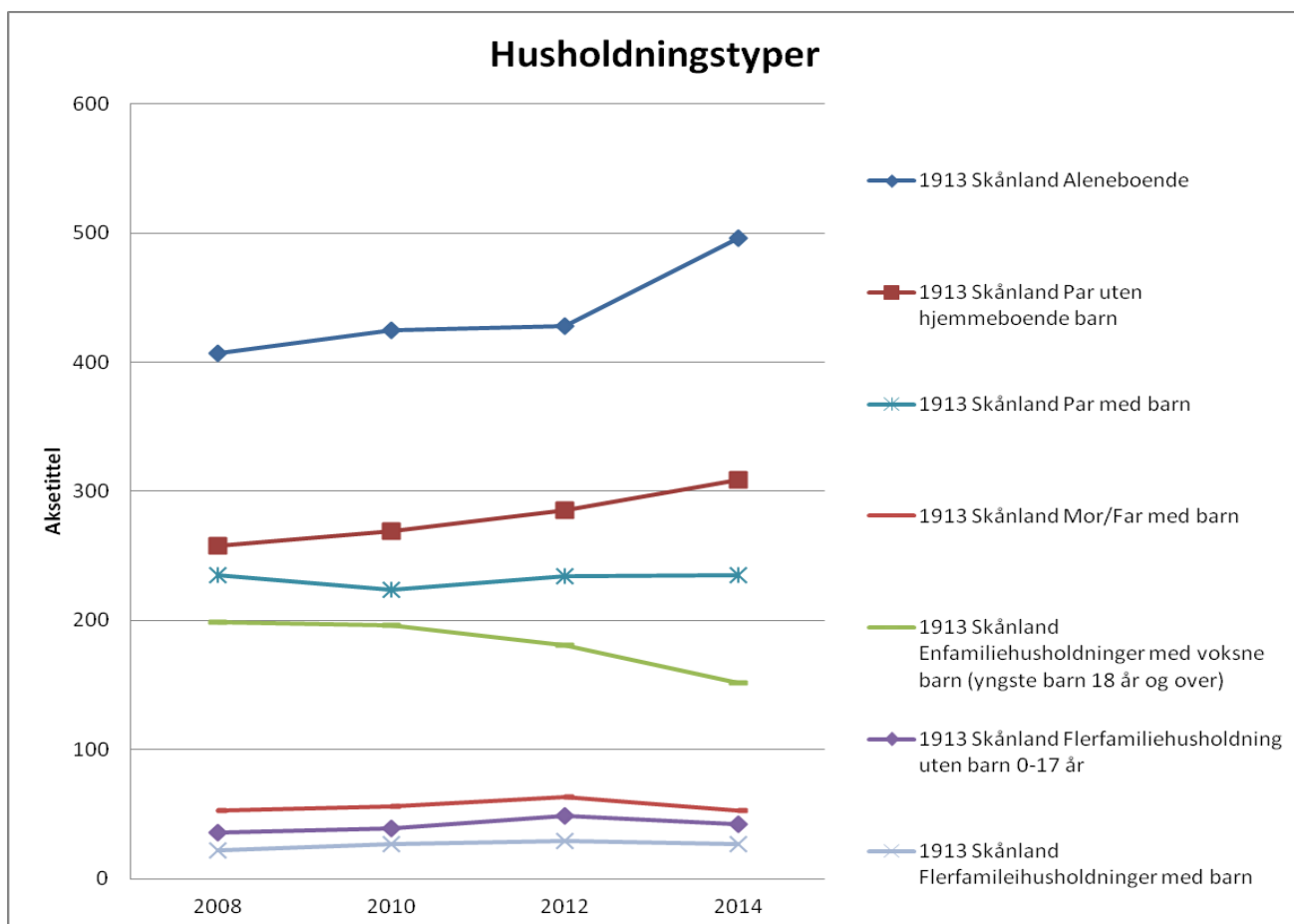
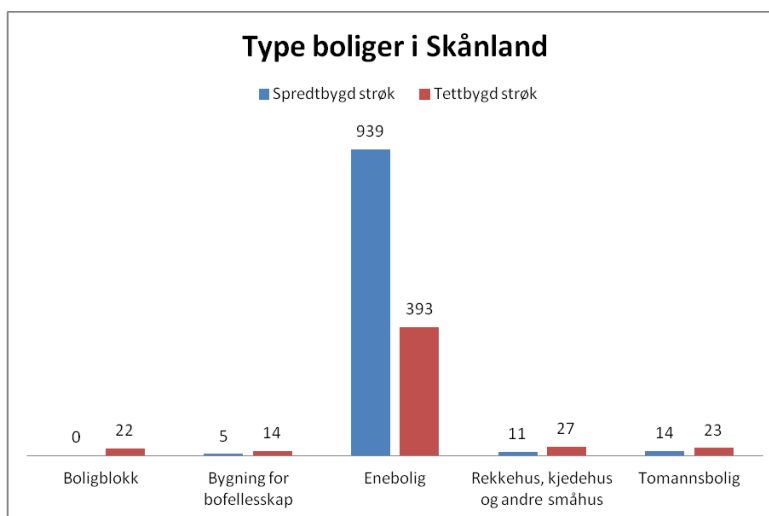
Ved framskriving av befolkningen fram mot 2040 ser man størst økning fra 67 år og eldre, 32% økning fra 2016 til 2040. Går man nærmere inn i tallene ser man at økningen er størst fra 80 år og over. Antallet i aldersgruppen mer enn doubles fra 2016 til 2040. Ved ytterligere

framskriving vil økningen av eldre reduseres noen år pga nedgang i aldersgruppa 50 – 66 år. Økning av antallet innbyggere mellom 18 og 49 år er også stor, rundt 13%

Boligsettingsmønster:

I Skånland kommune er det flest eneboliger. Disse ligger hovedsakelig i spredtbygde strøk.

De fleste er bygget mellom 1946-60 og mellom 1970 – 1990. Etter 2011 har det vært sporadisk byggeaktivitet.



Kilde SSB, tabell 06070

Til samme husholdning regnes personer som er registrert bosatt i samme privatbolig eller institusjon. Ugifte, borteboende studenter som er registrert på foreldrenes adresse, regnes

med i foreldrenes husholdning. Mange personer som faktisk bor på institusjoner, f. eks. alders- og sykehjem, er registrerte som bosatte i privatbolig (sammen med ektefelle). Som par regnes ektepar, samboerpar og registrerte partnere. Størst økning ser vi blant personer som bor alene. Av dem er andelen høyest blant eldre. *Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Dette øker risikoen for å få psykiske helseproblemer* (Folkehelseinstituttet, 2015)

3. Oppvekst- og levekårsforhold

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Med oppvekst- og levekårsforhold menes for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold, og utdanningsforhold. Økonomiske forhold kan omfatte andel med lavinntekt og inntektsforskjeller.

Arbeid omfatter bl.a. tilknytning til arbeidslivet, sykefravær og uføretrygging.

Utdanningsforhold omfatter f.eks. andel med høyere utdanning og frafall fra videregående skole. Levekår defineres i et samspill mellom individuelle faktorer og ressurser og de muligheter en har til å realisere disse på arenaer som skole, arbeid osv.

Levekår kan defineres og forstås som den enkeltes tilgang til ulike ressurser. Levekår påvirker helse, og hvordan helsen fordeles i befolkninga.

3.1. Sammendrag – oversikt over helsefremmende forhold samt folkehelseutfordringer i kommunen.

Oppvekst- og levekårsforhold: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.	
Barnevern	✓ Felles regelverk for alle kommunene. Kan raskt komme inn og beskytte, om det er fare for liv og helse ✓ Har barneperspektiv, og setter barnet først.. ✓ Har veldig god kompetanse på foreldreveiledning, har mange metoder for hjelp og støtte. Kan dempe konflikt hos foreldre. Kan hjelpe med dårlig økonomi. Kan bryte negative mønster ✓ Kan også henvise videre for ytterligere hjelpetiltak, til BUP for eksempel.
Barnehagene	✓ God dekningsgrad barnehager ✓ Arbeider aktivt med sosial kompetanse hos ungene. ✓ Har utdannet pmto foreldrerådgiver i alle barnehagene ✓ Mye fysisk aktivitet: Turløyper, samarbeid med idrettslag, mulighet for ulike aktiviteter. 5 på topp, 5 på tur, oppmerkede stier, flotte utelekeområder i hele kommunen, som også brukes i helgene. ✓ Rekrutteringsplan for å rekruttere flere barnehagelærere vedtatt i kommunestyret våren 2016
Skoler	✓ Desentralisert grunnskole – barna går på skole der de bor, ikke lang skolevei ✓ Elevundersøkelsene viser gode læringsmiljø på skolene ✓ Godt utdanna lærerstand, stabil arbeidskraft. ✓ Godt samarbeid med frivillighetene i de enkelte lokalmiljø, gymsalene mye brukt i de enkelte bygder, ✓ Positivt at mobbetallene har godt jevnt ned. Bruker friminuttene slik at det blir gjort så mye fysisk aktivitet som mulig. Bruker uterommet og fysisk aktivitet stadig mere for å utvikle fagkompetansen hos

	elevene. ✓ Helsesøster og SLT-koordinator jobber mot ungdomsgruppen som skal over i videregående skole ✓ UNG-dataundersøkelse i 2016 har gitt oss mer kunnskap om ungdommens utfordringer ✓ Statlig satsing med å bedre leseferdigheter i alle fag pågår, alle tre skolene deltar i prosjektet. Jobbes godt med å få bedre resultater på nasjonale prøver. ✓ Deltar i prosjekt for ytterligere forbedring av læringsmiljøet - Ungdomstrinnet i utvikling med fokus på praksis, variert og tydelig undervisning. ✓ Skolene i Skånland gjennomfører årlig Ståstedsanalysen som er et nasjonalt verktøy for å reflektere over og forbedre kvaliteten i skolen. Ser på både faglige og psykososiale forhold. ✓ Grunnskolepoengene høyere i Skånland enn i landet for øvrig i 2016
Annet	✓ Prosjekt med Styrking av forebyggende tjenester til å ivareta helsefremmende tiltak for utsatte og sårbare grupper iverksatt i Skånland kommune ✓ Tidlig inn- prosjekt som gir kompetanse innen tidlig intervensjon ved vansker knyttet til psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner. Målsettingen er å gjøre ansatte i kommunene tryggere når det gjelder tidlig intervensjon og tidlig identifikasjon. - o Strategisk kompetanseheving i barnehagene mht til avdekking av omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep ✓ Tverrfaglige team – barnevern, BUP, inn i skolene og på trappene for barnehagene ✓ Faste møter med oppfølgingstjenesten i videregående ✓ Verdensdagen for psykisk helse, ulike arrangement i hele kommunen: Eks kulturuke, festivaler
Arbeidsmarked	✓ Har et mangefasettert arbeidsmarked ✓ God spredning på arbeidsplasseringene derav også på offentlige arbeidsplasser. ✓ Liten arbeidsledighet (øyeblikksbilde). ✓ Kommunen sin geografiske beliggenhet gir muligheter for arbeidsplasser utenfor vår kommune. Gir også nær tilgang til kompetanse fra nabokommuner ✓ Oversiktlig arbeidsmarked – gir mer seriøse arbeidsgivere (svart arbeid, utnytting)
Økonomiske kår	✓ andelen for alle aldre (både barn og voksne) som bor i lavinntektshusholdning er lavere i Skånland enn i Troms og i resten av landet.
Boliger	✓ Avsatte arealer til boligetablering i alle deler av kommunen ✓ Politisk vilje gjennom mange år til spredt boligbygging – spredt boligbygging gjør at de som ønsker å etablere seg der de ønsker (livskvalitet), får det. ✓ Iverksatt bygging av boliger for vanskeligstilte på to steder i kommunen

Oppvekst- og levekårsforhold – Utfordringer – Risikofaktorer. Årsaksforhold, konsekvenser og evt tiltak

Barnevern	✓ I barnevernet er flere det flere barn på omsorgstiltak enn det er barn
-----------	--

	som får hjelpetiltak – dobbelt så mange som for Troms, og nesten 3 ganger så mange som landet. Det er ikke nok hjelpetiltak for å dekke behovet, slik at flere enn nødvendig havner i fosterhjem. Bruke flere evidensbaserte tiltak. ✓ Meldinger til barnevernet kommer sent, fordel om de kommer tidligere slik at man kan sette inn tiltak mens problemet fortsatt er håndterlig. Viktig med god informasjon, barnevernet må være mer synlig slik at befolkningen blir kjent med dem og de tilbud de kan tilby. Både foreldre, fagpersoner og lokalmiljø må være flinkere til å kontakte barnevernet. Allre helst bør foreldrene melde behov for hjelp selv.
Barne- hagene	✓ For mange barn pr. voksen ✓ Mange dispensasjoner fra utdanningskrav. Vanskelig å rekruttere fagfolk. Kan være mange årsaker til at det utdannes få førskolelærere, eksempelvis at status og lønn er dårlige, at det er vanskelige rammebetingelser med blant annet store barnegrupper og mye støy. Når det er færre fagfolk enn det som er kravet, vil kvaliteten forringes på det pedagogiske tilbudet. Det vil også medføre økt belastning på de ansatte.
Grunnskole	✓ Lese- og regneferdigheter lavere enn i fylket og i landet for øvrig, over tid, på tross av stor variasjon mellom årene. Få elever gir store utslag på statistikken. Det settes ikke inn nok hjelp tidlig i skoleløpet, fokus ikke er godt nok på de grunnleggende ferdighetene. Det øves ikke nok på å lese i alle fag. Lærertettheten bør styrkes på barnetrinnet. Mer fokus på grunnleggende ferdigheter, lesing og regning ✓ Elever i Skånland har over år hatt gjennomsnittlig dårligere skår på grunnskolepoeng/ standpunkt karakterer enn landssnittet. ✓ Konsekvenser kan være større fare for frafall og problemer med å takle «voksenlivet».
Mobbing	✓ I elevundersøkelsen svarer 10. klasse nei på spørsmål om det forekommer mobbing, mens man i Ungdata har nesten dobbelt så mange som i landet for øvrig som svarer «minst hver 14. dag» på spørsmålene: Blir du utsatt for plaging/trusler/ utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida? eller Blir du selv utsatt for plaging eller trusler fra andre unge via Internett eller mobil? ✓ Også andel som svarer at de har vært i slåsskamp minst en gang de siste 12 måneder, har vært utsatt for trusler om vold og er skadet pga vold er høyere enn i landet for øvrig
Utdanning	✓ Frafall i videregående skole høyere enn i landet for øvrig. De stygge frafallstallene kan forklares med «hengefag»/ stryk i enkeltfag, mangel på lærlingeplasser, overgang til annet skoleslag, militærtjeneste, overgang til jobb. Et mindretall av frafallselevne gjør «ingenting». Statistikken bedres om man ser resultater etter 10 år i stedet for 5 år. - o etablere et system som fanger opp ungdom som faller ut av videregående skole, og som ikke er jobb eller annen aktivitet. - o Kartlegge årsaker til frafall, hvilke tiltak som gjennomføres i dag – ▪ hvordan jobber NAV med disse ungdommene, ▪ hvilke tiltak har man innenfor forebyggende helse, ▪ hvilke øvrige helsetilbud får de? ✓ Færre med høyskoleutdanning i Skånland enn i landet for øvrig. Det

	er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse
Arbeids- marked	✓ Sårbart arbeidsmarked – mange ansatt i hjørnesteinsbedrifter, noe som gjør oss sårbare dersom markedet endrer seg - o Stimulere til et litt mer variert næringsliv. ✓ Stor andel bosatte flyktninger (jfr. risikofaktorer ved dårlig integrering – lav kompetanse – dårlig språk – risiko for at de blir sosialhjelpmottakere)
Uføre- trygdede	✓ Høyere andel av uføretrygdde enn i landet for øvrig – - o Tiltak for å redusere antall uføretrygdde må iverksettes på et tidlig stadium: Mindre frafall i videregående, øke utdanningsnivå. Suksessfull integrering av flyktninger.
Sykefravær	✓ Høyere legemeldt sykefravær enn gjennomsnitt for landet
Sosialhjelp	✓ Antall sosialhjelpsmottakere i gruppen 18 – 24 år er nesten fordoblet i perioden 2005 – 2012 i Skånland, og er over dobbelt så høy som i landet for øvrig. Mottakerne av sosialhjelp er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. - o Hvilke verktøy kan man bruke for å kartlegge svake sosioøkonomiske grupper?
Boliger	✓ Ensidig botilbud med overvekt av eneboliger – Regulere /tilrettelegge for leiligheter gir større mulighet for å komme inn på boligmarkedet ✓ Strengt regelverk gjør det dyrt å bygge ✓ Spredt boligbygging gir utfordringer knyttet til trafiksikkerhet (skolevei, busstopp), til å delta på trivsel/fritidsaktiviteter (blir praktisk vanskeligere). - o Styre boligbygging inn mot områder avsatt til boligbygging. ✓ Vanskeligstilte familier, flyktninger, unge som flytter hjemmefra har vanskelig for å komme inn på boligmarkedet. - o Behov for flere utleieboliger til denne gruppen
Annet	✓ Ensomhet blant yngre og eldre er økende. Kan ha negativ helseeffekt.

Ensomhet er et stort samfunnsproblem. Det er særlig unge og eldre som sier at de er ensomme. En av ti ungdommer sier at de mangler fortrolige venner. Blant dem over 80 år oppgir omtrent tre av ti at de er ensomme. Regjeringen vil støtte frivillige organisasjoners arbeid for å forebygge ensomhet og i samarbeid med organisasjoner mobilisere til en felles innsats på dette området.

Ungdata viser at ungdom i Skånland opplever seg ensomme mer enn i landet for øvrig, 21 % av elevene i ungdomsskolen oppgir at de er ensomme mot 18 % på landsbasis.

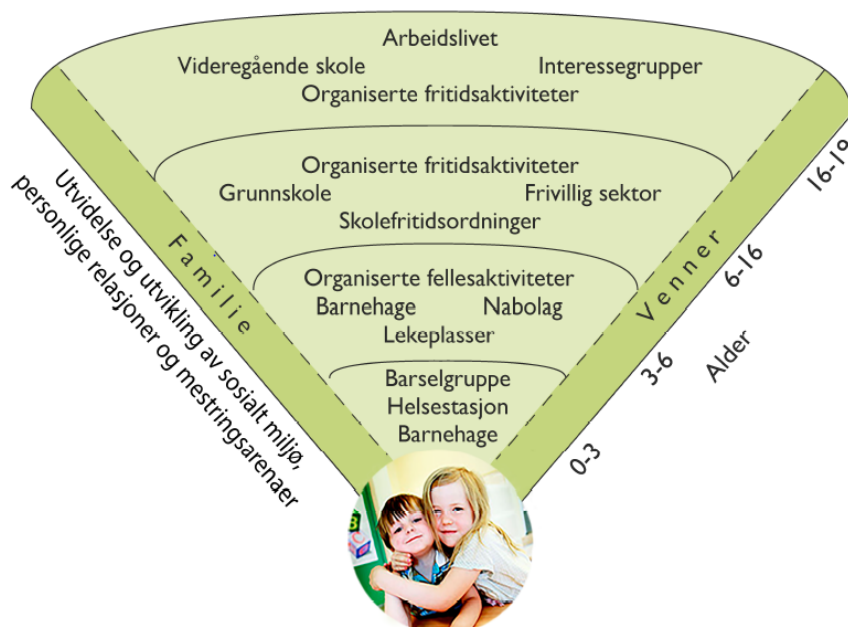
Bosatte asylsøkere er også en gruppe som er utsatt.

3.2. Oppvekst

Gjennom å legge til rette for en god oppvekst legges grunnlaget for en god helse på individnivå. Å planlegge for, og satse på barn og ungdom og deres behov, er myndighetenes mulighet for å utjevne sosiale ulikheter i helse i befolkningen. Gode oppvekstmiljøer, velferdsordninger og tjenester som fanger opp risikoutsatte familier - og barn, er derfor

avgjørende lokale investeringer for å fremme en framtidig god folkehelse, og redusere sosial ulikhet i helse.

Arenaer for helsefremmende og forebyggende arbeid for psykisk helse på ulike alderstrinn (Øverland, 2014).



3.2.1. Barnevern

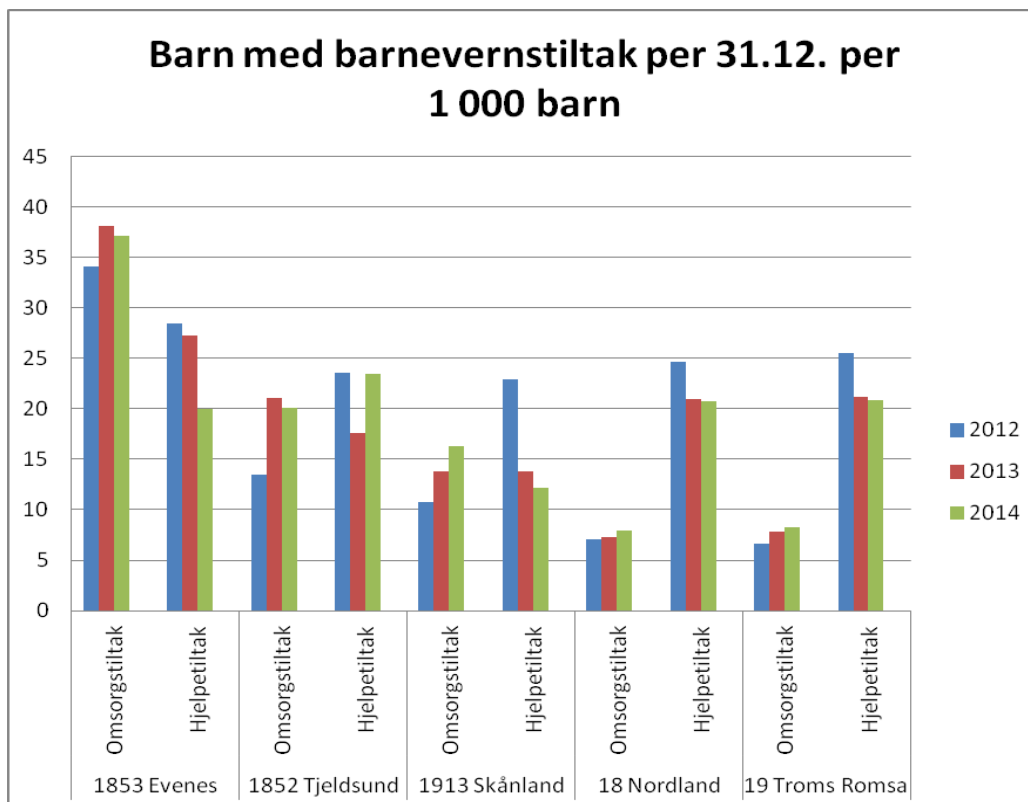
Kommunen har et ansvar for å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.

For å sikre at alle barn har trygge oppvekstvilkår samarbeider Skånland med Evenes og Tjeldsund om ETS barnevern.

ETS ligger over landsgjennomsnittet i barnevernstiltak og netto driftsutgifter pr innbygger. Når det gjelder dekningsgrad i forhold til barn i tiltak utenfor opprinnelig familie ligger ETS barnevern *veldig høyt* over landsgjennomsnittet. Det legger et stort press på tjenesten, og det er til tider ikke tilstrekkelige ressurser til å håndtere alle sakene.

For Skånlands del er tiltak totalt over landsgjennomsnittet, men for tiden litt under Troms fylke.

Kilde SSB, tabell 09073



Pr. 31.12.2014 hadde Skånland kommune 16,3 barn pr 1000 barn på omsorgstiltak og 12,2 pr 1000 barn på hjelpetiltak.

Statistikken dekker barn og unge mellom 0 og 22 år. Alder ved første tiltak i barnevernet vil alltid være under 18 år, men for barn som allerede er på tiltak kan barnevernet forlenge tiltaksperioden (og sette inn nye tiltak) frem til barnet fyller 23 år.

Hjelpetiltak: Hjelpetiltak er det vanligste tiltaket i barnevernet. Hjelpetiltak kan være f. eks økonomisk stønad, barnehage, støttekontakt, tilsyn, råd og veiledning, besøkshjem/avlastningshjem, poliklinisk behandling i psykisk helsevern for barn og unge eller hjelp til bolig. I enkelte tilfeller vil et hjelpetiltak innebære plassering utenfor hjemmet (fosterhjem eller institusjon). I slike tilfeller har ikke barnevernet overtatt omsorgen for barnet selv om barnet ikke bor hjemme hos foreldrene. Hjelpetiltak er frivillige tiltak og et høyt antall barn på hjelpetiltak trenger ikke å bety at det er mange barn som har svært problematiske oppvekstvilkår. Det kan også tyde på at kommunen det gjelder satser mer på barnevernets rolle som forebyggende aktør enn andre kommuner.

Omsorgstiltak: Når et barn er på omsorgstiltak betyr dette at barnevernet har overtatt omsorgen for barnet. Omsorgsovertagelse avgjøres alltid i fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. I fylkesnemnda møter alle parter i saken, som regel representert med egne advokater.

Omsorgsovertakelse innebærer at barnet blir plassert utenfor foreldrehjemmet.

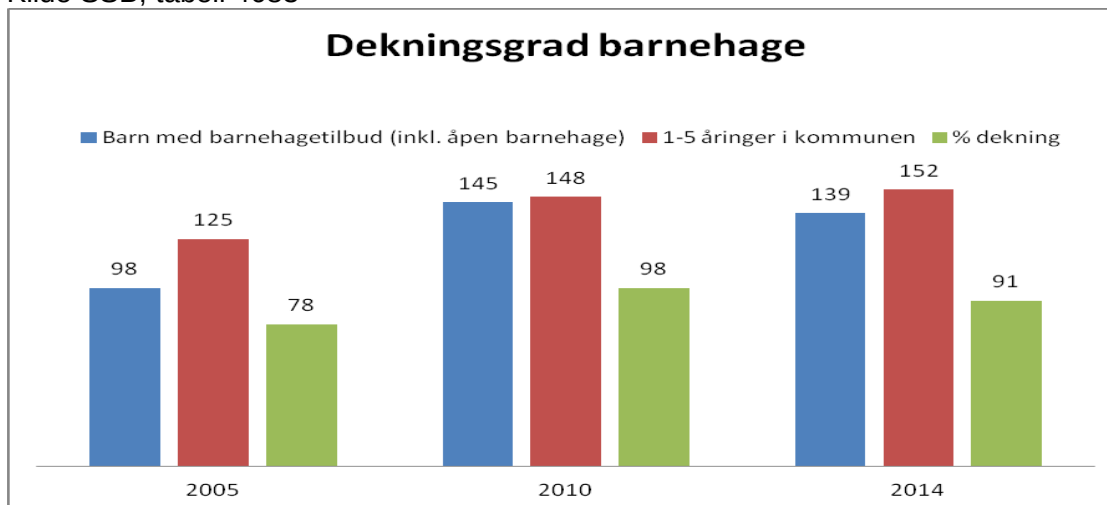
Skånland kommune har iverksatt forebyggende tiltak gjennom prosjektarbeidet "Styrking av forebyggende tjenester til å ivareta helsefremmende tiltak for utsatte og sårbare grupper i Skånland kommune" hvor det er tilsatt helsesøster som skal ha spesielt fokus på dette området.

3.2.2. Barnehager

I Norge går 90 prosent av barna i barnehagealder (1-5 år) i barnehage, noe som er en høy andel i Internasjonal sammenheng. På fylkesnivå varierer dekningsgraden mellom 85 og 94 prosent. Oslo har lavest dekningsgrad på rundt 85 prosent, mens Troms og

trøndelagsfylkene har ligget stabilt med en dekningsgrad på over 92 prosent de siste fire årene²

Kilde SSB, tabell 4683



Skånland kommune har dekningsgrad på 91 % - lavere enn i Troms, men bedre enn i hele landet. Ut fra barnehagelovens definisjon har Skånland kommune full barnehagedekning.

Barnehagene skal bidra til at ungene skal utvikle grunnleggende kunnskaper og ferdigheter og utfolde skaperglede, undring og utforskertrang. Samtidig skal barna lære å ta vare på seg selv, hverandre og naturen.

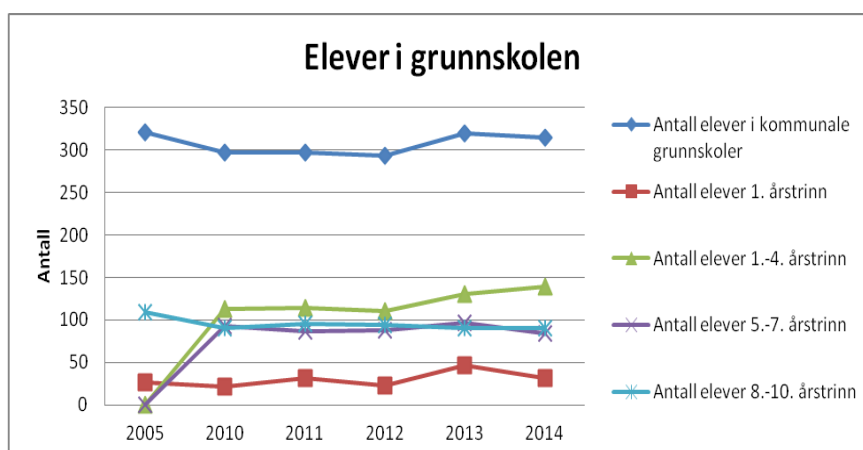
I Skånland kommune har et mangfold i barnehagetilbudet, med desentralisert barnehagestruktur, 3 kommunale barnehager og en privat, samisk barnehage.

3.2.3. Grunnskole

Det er tydelig sammenheng mellom utdanningsnivå, helse og levekår. Tidlig barndom og oppvekst har betydning for den enkeltes helse og muligheter senere i livet. Gjennom utdanningsløpet utvikler mennesker psykologiske ressurser som kan gi en følelse av mostring og kontroll over egne liv.

Kilde: SSB tabell 4684

Skånland kommune har 3 skoler – 1 barneskole og 2 kombinerte barne- og ungdomsskoler. Elevtallet har vært forholdsvis stabilt – etter en liten nedgang rundt 2010- 2012 har antallet igjen økt.



For barn og unge er skolen den viktigste sosiale arenaen ved siden av familien. Trivsel på skolen påvirker elevene sin motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir. God trivsel i skolen er et sentralt mål i folkehelsearbeidet.

² Barnehagespeilet 2015

På lengre sikt kan dette ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, der hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter.

Et belastende eller stressende skolemiljø vil øke risikoen for psykiske helseproblemer. Mobbing, faglige vansker, negative forhold til lærere og manglende støtte fra elever og voksne gir økt risiko for skolefravær og psykiske helseplager.³

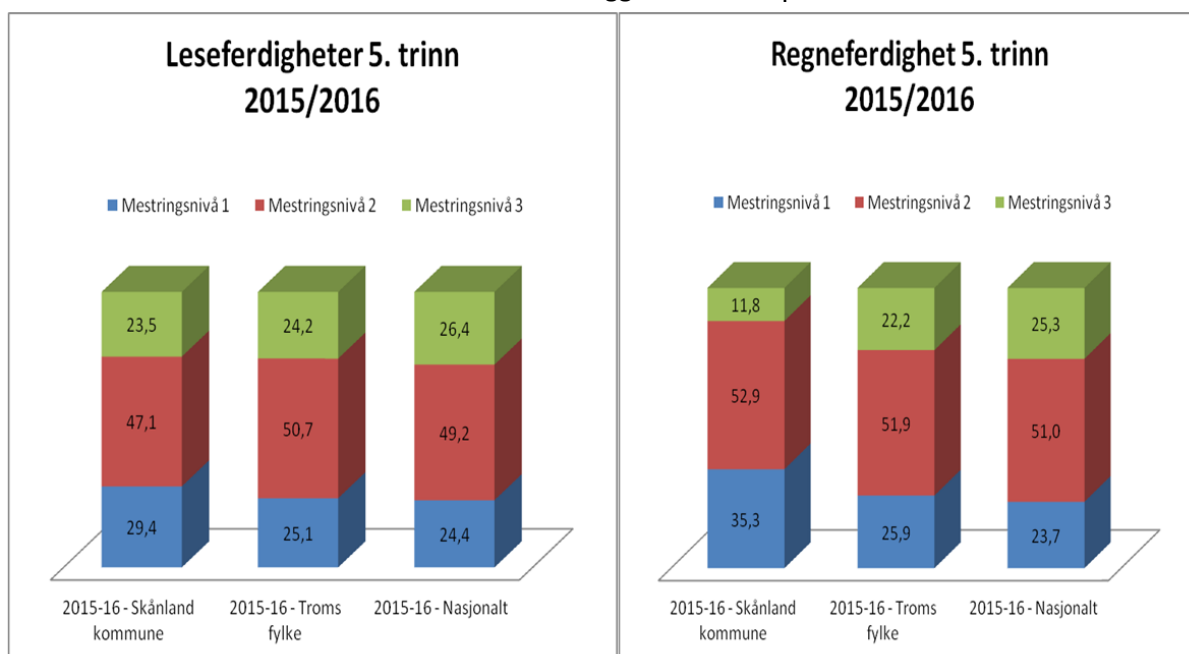
Skolen er, foruten læringsarena, også en viktig sosial arena for barn og unge. Tabellene under viser hvordan Skånland- elevene i 7 og 10 klassetrinn vurderer ulike indikatorer under tema "læringsmiljø". Tallene er ikke spesifisert for den enkelte skole.

SFO

Andel barn i alderen 6-9 år i kommunal SFO har økt fra 2011 23,7 % til 42,6 % i 2014.

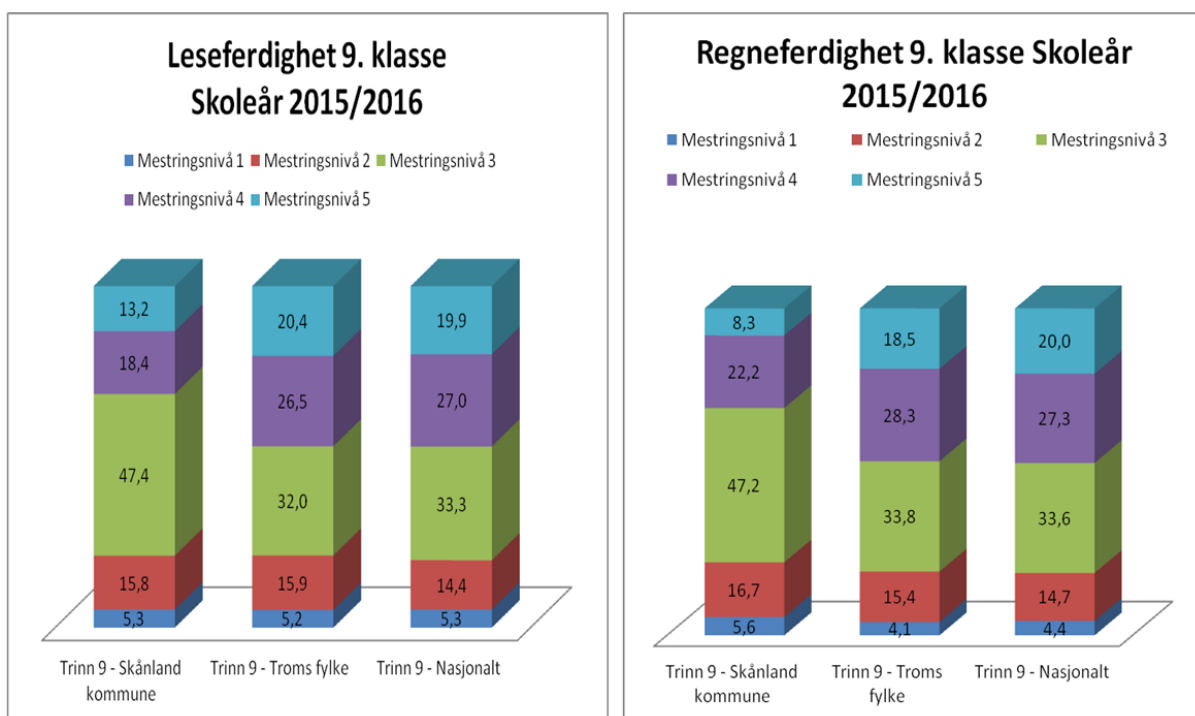
Læringsresultat

Kilde- Kommunehelse statistikkbank – Ta inn vedlegg. Kilde skoleporten



Det er stor variasjon i tallene fra år til år. Grunnlaget fra Troms og hele landet er større i utvalg og er mer entydig, mens det for Skånland varierer veldig fra år til år. For siste perioden 2015/2016 har Skånland færre elever på mestringsnivå 3 enn Troms og landet, og flere på mestringsnivå 1 som er lavest, både når det gjelder lese- og regneferdigheter. Når man ser på tidligere år er ferdighetene i lesing bedret, mens regneferdighetene er dårligere.

³ Folkehelseprofil for Skånland 2015



I Skånland kommune er elevene litt over eller tilnærmet likt Troms og landet for øvrig når det gjelder lese- og regneferdigheter på mestringsnivå 1 og 2., mens langt flere befinner seg på mestringsnivå 3, noe som tilsier at færre befinner seg på mestringsnivå 4 og 5.

Skolene deltar i et prosjekt hvor målet er bedring av leseferdighet i alle fag.

Lese- og regneferdigheter henger sammen, slik at man antar at bedring av leseferdigheter også vil bidra til at regneferdighetene bedres, spesielt i leseoppgaver.

Grunnskolepoeng er et mål for det samlede læringsutbyttet for elever som sluttvurderes med karakterer. Karakterene brukes som kriterium for opptak til videregående skole.

Grunnskolepoeng er beregnet som summen av elevenes avsluttende karakterer, delt på antall karakterer og ganget med 10.

Skånland kommune ligger bedre an enn tidligere år men lå lenge litt lavere enn sammenlignbare kommuner og nasjonalt nivå. For 2015/16 var resultatet ytterligere forbedret og er nå 41,5, noe som er høyere enn Troms og landet for øvrig. (Kilde Skoleporten Tilstandsrapport for grunnskolen 2015)

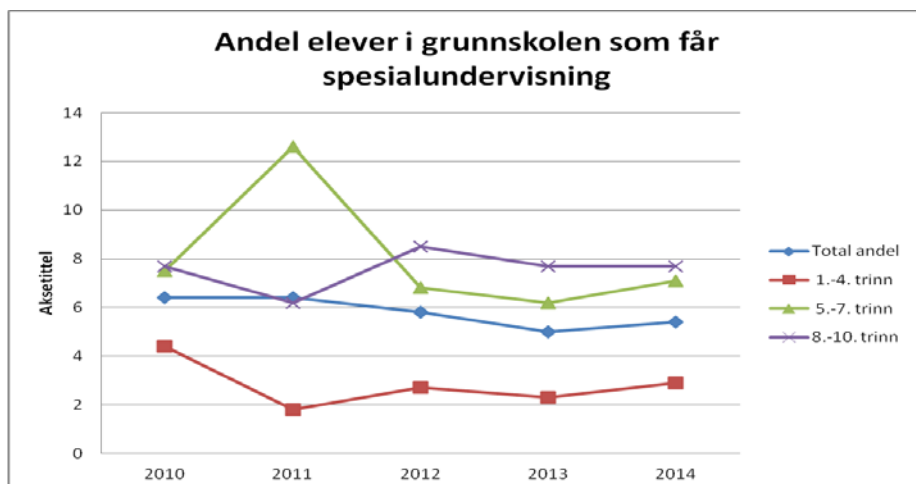
Lav mestringsevne / dårligere lese- og regneferdigheter kan bidra til frafall i videregående skole.

Kilde: SSB, tabell 04897

Opplæringslovens § 5-1 *Elevar som ikkje har eller som ikkje kan få tilfredsstillande utbytte av det ordinære opplæringsstilbodet, har rett til spesialundervisning.*

Andel elever i grunnskolen som får spesialundervisning er nedadgående.

Andel timer spesialundervisning av antall lærertimer totalt er redusert



med 28 % fra 2010 til 2014, fra å utgjøre 23, 2 % av antall lærertimer totalt til å utgjøre 16,6 %.

Andel elever som mottar spesialundervisning øker med alderstrinnet – lavest innsats med spesialundervisning 1-4 klasse, høyest antall i 8 – 10 klasse. Lærertettheten er større i småskolen. Tar tid å bli kjent med ungenes behov, det gjør også evt utredning.

3.2.3.1. Læringsmiljø

Skala 1-5. Høy verdi betyr positivt resultat. Unntakene er mobbing på skolen hvor lav verdi og andel elever som opplever mobbing som viser andelen elever (prosent) er positivt.

Skoleporten - Elevundersøkelsen 2013-2015

Skånland kommune, Grunnskole, Læringsmiljø, Elevundersøkelsen 2013-2015, Trinn 7, Begge kjønn

Indikator og nøkkeltall	2013-2014			2014-2015		
	Skånland kommune 2013 - 2014	Troms fylke 2013 - 2014	Nasjonalt 2013 - 2014	Skånland kommune 2014 - 2015	Troms fylke 2014 - 2015	Nasjonalt 2014 - 2015
Læringskultur	4,0	3,6	3,8	4,2	4,0	4,1
Elevdemokrati og medvirkning	3,7	3,6	3,7	4,2	3,8	3,8
Faglig utfordring	3,7	3,9	3,9	4,2	4,0	4,0
Felles regler	4,3	4,2	4,3	4,5	4,3	4,3
Trivsel	4,3	4,3	4,4	4,3	4,3	4,4
Mestring	4,0	4,0	4,0	4,0	4,1	4,1
Utdanning og yrkesveiledning						
Støtte fra lærerne	4,4	4,2	4,3	4,5	4,4	4,4
Motivasjon	4,1	3,9	3,9	4,3	3,9	4,0
Vurdering for læring	4,0	3,8	3,8	4,0	3,9	3,9
Støtte hjemmefra	4,1	4,3	4,3	4,5	4,4	4,4
Mobbing på skolen	1,6	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2
Andel elever som har opplevd mobbing 2-3 ganger i måneden eller oftere (prosent)	8,1	6,6	5,4	*	5,0	4,8

Skoleporten - Elevundersøkelsen 2013-2015

Skånland kommune, Grunnskole, Læringsmiljø, Elevundersøkelsen 2013-2015, Trinn 10, Begge kjønn

Indikator og nøkkeltall	2013-2014			2014-2015		
	Skånland kommune 2013 - 2014	Troms fylke 2013 - 2014	Nasjonalt 2013 - 2014	Skånland kommune 2014 - 2015	Troms fylke 2014 - 2015	Nasjonalt 2014 - 2015
Læringskultur	3,6	3,4	3,4	3,9	3,7	3,7
Elevdemokrati og medvirkning	3,6	3,2	3,2	3,1	3,2	3,2
Faglig utfordring	4,3	4,1	4,1	4,4	4,2	4,2
Felles regler	4,2	3,8	3,8	4,1	3,8	3,9
Trivsel	4,3	4,1	4,2	4,4	4,1	4,2
Mestring	4,0	3,9	3,9	4,1	3,9	4,0
Utdanning og yrkesveiledning	3,9	3,7	3,7	4,2	3,7	3,8
Støtte fra lærerne	4,1	3,8	3,9	4,1	3,9	4,0
Motivasjon	3,8	3,5	3,5	3,8	3,5	3,5
Vurdering for læring	3,7	3,2	3,2	3,5	3,2	3,2
Støtte hjemmefra	4,1	3,8	3,9	4,1	3,9	3,9
Mobbing på skolen	1,6	1,3	1,3	1,0	1,2	1,2
Andel elever som har opplevd mobbing 2-3 ganger i måneden eller oftere (prosent)	12,5	5,4	5,0	0,0	4,2	4,7

Som tabellene viser vurderer elevene i Skånland sitt læringsmiljø som bedre enn gjennomsnittet i Troms og i landet for øvrig vurderer læringsmiljøet. Ett unntak er når det gjelder spørsmål om mobbing, der tallene for 2013 – 2014 var vesentlig høyere enn for Troms og landet for øvrig.

Også i Ungdata framkommer tall på at eleven trives på skolen og er fornøyd med læringsmiljøet.

3.2.3.2. Mobbing

Tall for mobbing kan framhentes fra forskjellige statistikker: Ungdata (8 -10 klasse), skoleporten (7 og 10 klasse) og folkehelseprofilene som publiserer tall fra skoleporten et år i etterkant.

Tallene varierer fra undersøkelse til undersøkelse. Årsaker kan være forskjellige, eksempelvis:

- Spørsmålsstilling
- Definisjoner
- Vekting av funn
- Tidspunkt for mobbing – skole eller skole og fritid

I motsetning til Troms og landet for øvrig er tallene for mobbing i ungdomsskolen høyere enn for barneskolen.

I Ungdata finner vi tall som tilsier at nesten dobbelt så mange av ungdom i Skånland føler seg utsatt for plaging/trusler/ utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida minst hver 14 dag enn i landet for øvrig.

Mobbing er en vesentlig individuell risikofaktor for psykiske lidelser (Fosse 2006). Barn som mobbes har opptil sju ganger høyere risiko for psykiske plager som engstelse, depresjon, ensomhet og rastløshet, enn barn som ikke mobbes. Blant barn og unge som mobbes er også kroppslige helseplager som hodepine, ryggsmarter, "vondt i magen" og svimmelhet, dobbelt så vanlig som blant andre barn. Jo oftere et barn blir mobbet jo større er risikoen for helseplager (Nordhagen 2005).

*Sammenhengen mellom mobbing og helseplager understreker at det er viktig å forebygge mobbing i skolen. Det er dessuten viktig å følge med på statistikk over andelen som har vært utsatt for mobbing for å si om hvordan iverksatte tiltak fungerer, og for å kunne drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.*⁴

Ved å ha systemer som tidlig fanger opp elever med faglige vansker samt ved å etablere et støttende sosialt miljø kan skolene bidra til å fremme elevens psykiske helse. Samarbeid med foreldrene er også viktig.

Skolene i Skånland arbeider målrettet for å redusere mobbing i skolen, og har siden 2015 deltatt i et landsomfattende prosjekt for å etablere bedre verktøy og rutiner til bruk i arbeidet med å forebygge og redusere mobbing. I tillegg har kommunen fått midler fra helsedirektoratet til en ekstra stilling som helsesøster som også skal jobbe målrettet for å øke elevenes kunnskap om psykisk helse, gi elevene verktøy for å heve selvbildet, styrke sosiale ferdigheter og mestringsfølelse.

3.3. Utdanning

*Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse.*⁵

Sammenhengene mellom folkehelse og utdanningsnivå kan imidlertid til dels være sammensatte. Lokale variasjoner for eksempel når det gjelder næringsstruktur og sysselsetting, er faktorer som kan ha påvirkning lokalt, og som ikke "fanges opp" på nasjonale statistikker.

⁴ Folkehelseprofil for Skånland 2015

⁵ Folkehelseinstituttet, www.fhi.no/folkehelseprofiler

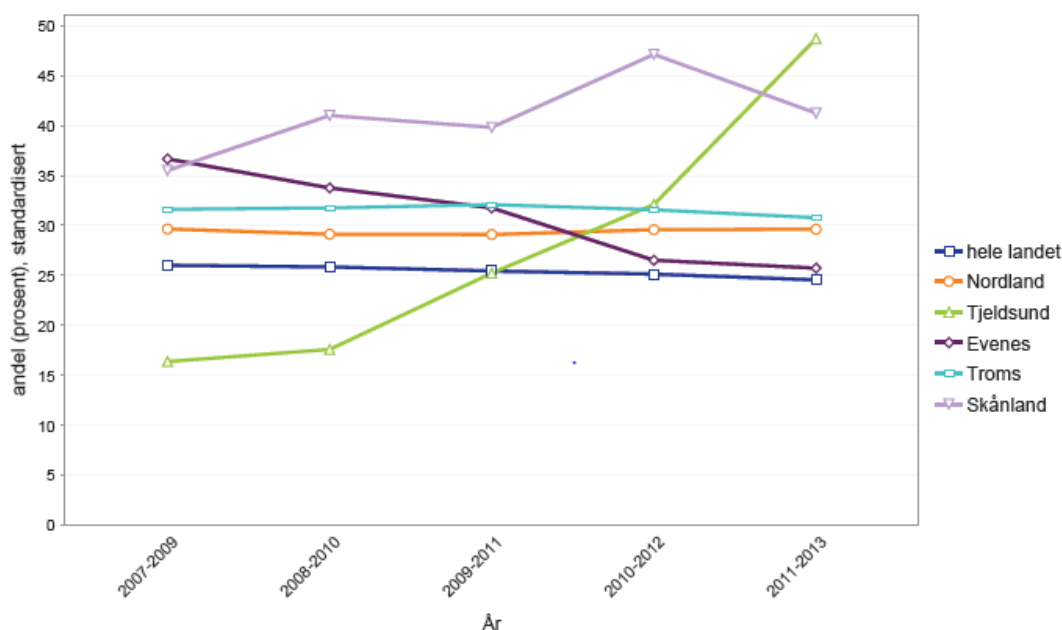
Skånland har høyere andel av befolkning med grunnskole enn resten av landet, Troms og våre nabokommuner. I motsetning til nedgang for resten av landet viser tall fra Skånland en svak økning mht til personer med grunnskole, i 2013 26,3 % mot 18-19 % i landet for øvrig. Tallene viser også nedgang for innbyggere med videregående skole og tilsvarende økning for universitet og høyskole. I Skånland har flere enn landet og Troms videregående skole, og færre 34 % mot 44 % ellers i landet har universitet / høyskole.

Utdanningsstatistikken måler ikke eller fanger opp graden av annen kompetanse og realkompetanse i befolkninga. Høy og spesifikk kompetanse knyttet opp mot ulike segment i landbruks, fiskeri- og havbruksnæringa, og blant tilhørende servicenæringar på både land og sjøsiden vil ikke framkomme på statistikken.

3.3.1. Frafall i videregående skole

Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole.⁶

Frafall i videregående skole (B) - andel (prosent), standardisert



Frafall i videregående skole er et omfattende og økende problem i hele landet. Likevel ser vi at frafall i videregående skole i Skånland nesten er dobbelt så høyt som landsgjennomsnittet, på det meste var frafallet 47 %.

Kommuneverdien kan skjule sosiale forskjeller mellom ulike grupper. Blant elever fra familier med lavt utdanningsnivå, er andelen som faller fra høyere sammenliknet med elever fra familier med høyt utdanningsnivå. Frafall i videregående skole reduserer mulighetene i arbeidsmarkedet og øker risikoen for uføretrygd og dårligere levekår og helse.

Både norsk og internasjonal forskning viser sammenheng mellom psykisk helse og frafall i videregående skole. Spesielt kan atferdsvansker i barndommen føre til dårligere skoleprestasjoner som igjen fører til økt risiko for frafall. Tiltak som styrker barn og unge som

⁶ Folkehelseinstituttet, www.fhi.no/folkehelseprofiler

*sliter med faglige og sosiale vansker vil være effektive i forebygging av frafall. Det forebyggende arbeidet bør starte tidlig og omfatte alle faser i utdanningsløpet. Aktuelle tiltak i kommunen er å satse på barnehager som bidrar til å styrke språk og sosiale ferdigheter. Videre er det viktig at skolen satser på god språkopplæring for alle, og med spesielle tiltak for elever som har lesevansker og andre læringsvansker. Også tiltak som styrker det sosiale miljøet på skolen kan forebygge frafall. Frafallet i videregående skole er størst blant elever på yrkesfagene. Blant elever som står i fare for å falle fra har fleksible opplæringsløp og mer praksis for dem som strever med teoretiske fag, tett oppfølging og veiledning og samarbeid mellom skole og arbeidsliv, vist gode resultater. I arbeidet med frafall er det behov for helhetlig og langsiktig satsing med utstrakt samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner.*⁷

Statistikken over frafallet i videregående skole viser ikke tall for dem som ikke begynner på videregående skole eller som flytter fra kommunen. I samtale med oppfølgingstjenesten i Troms Fylkeskommune angir de en del svakheter ved tallmaterialet og anbefaler heller at små kommuner må bruke sin lokalkunnskap for å gå igjennom kullene for videregående for å se hvorvidt de som ikke fullfører videregående har gått ut i jobb eller om det må iverksettes tiltak for å hjelpe dem videre i utdanningsløpet / yrkeslivet. Kommunene bør også ha et system som fanger opp ungdom som faller ut av videregående skole, og som ikke er jobb eller annen aktivitet. Det må kartlegges hvilke tiltak som gjennomføres i dag – hvordan jobber NAV med disse ungdommene, hvilke tiltak har man innenfor forebyggende helse, hvilke øvrige helsetilbud får de?

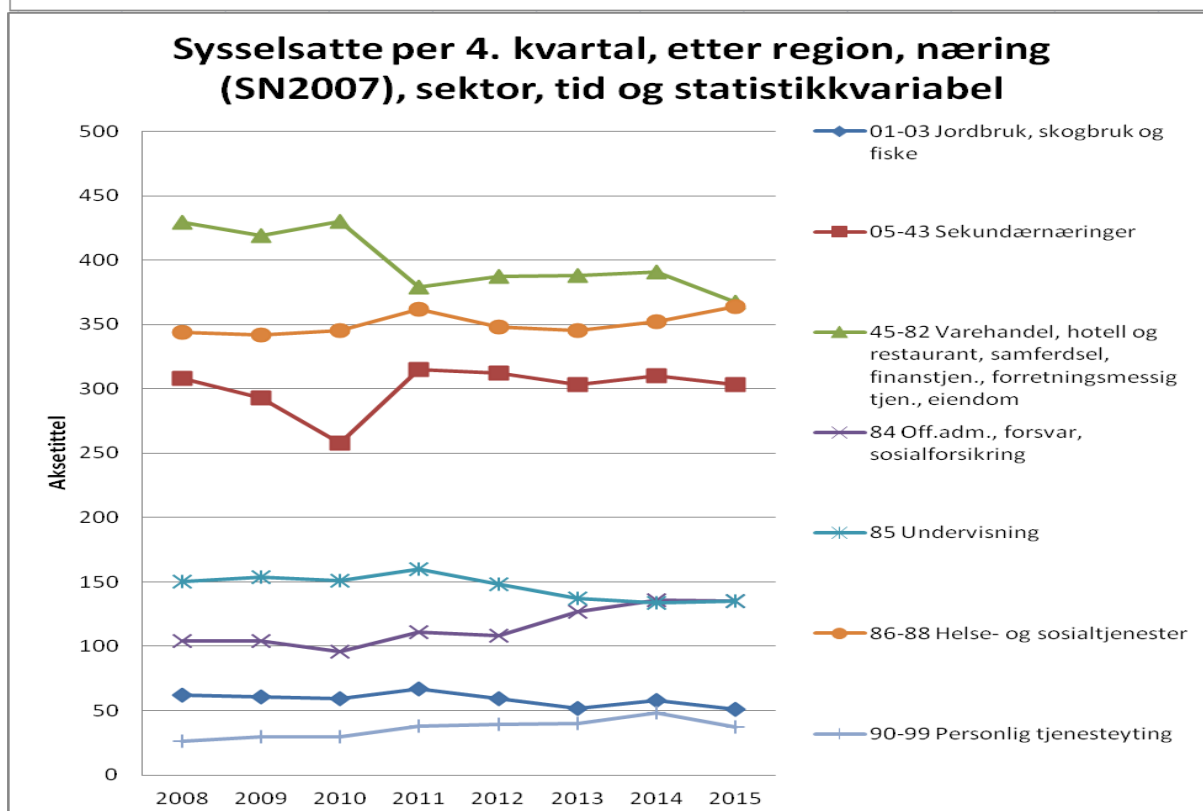
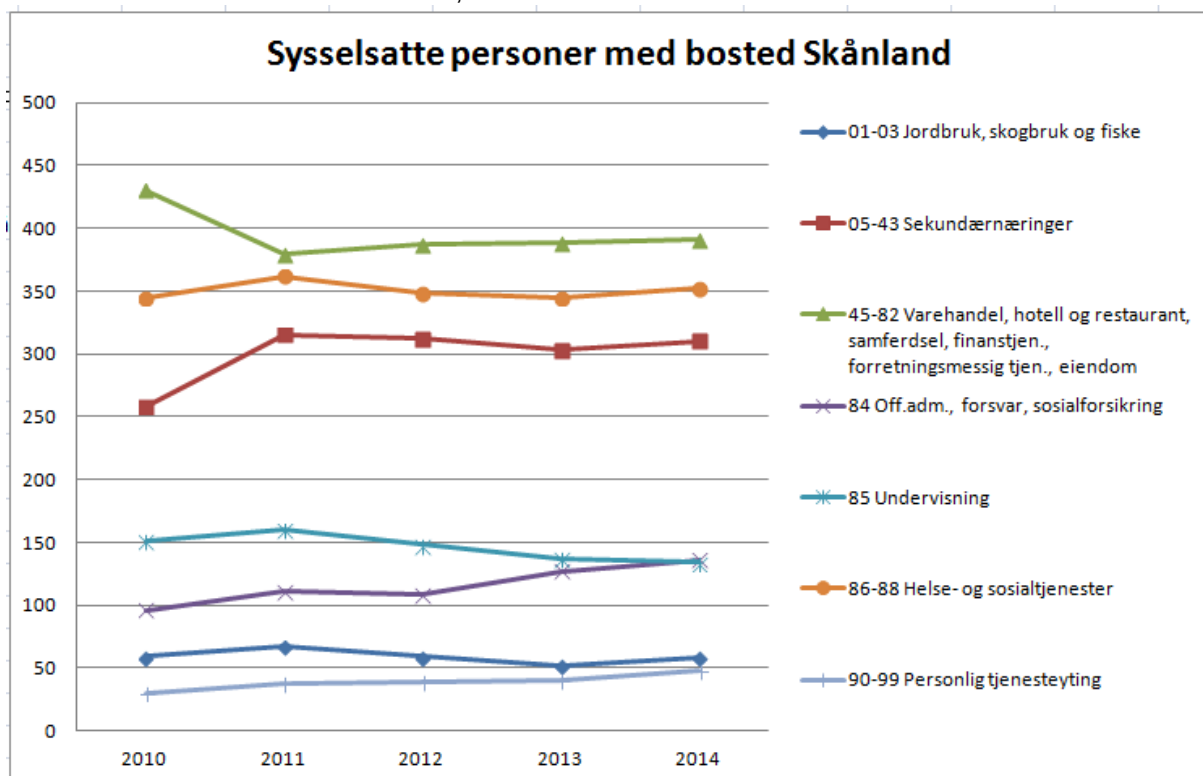
3.4. Arbeid

Arbeidsplasser, et inkluderende arbeidsliv og inntektssikring for den voksne befolkningen inngår derfor også som vesentlige bakenforliggende faktorer som har betydning for folkehelsen.

Å ha tilgang til et arbeid oppleves for de aller fleste som et viktig gode. På arbeidsarenaen får vi brukt våre ressurser i en meningsfull sammenheng, det gir oss sosialt fellesskap og det gjør oss i stand til å forsørge oss selv. Å delta i- og være en del av et arbeidsfellesskap har betydning for opplevelse av mening og livskvalitet.

⁷ Folkehelseprofil for Skånland 2015

Tallene er for 4.kvartal. Kilde: SSB, tabell 07979



3.4.1. Arbeidsmarked

Over halvparten av arbeidstakerne har sitt arbeid i hjemkommunen, men mange av arbeidstakerne arbeider i kommuner utenfor Skånland. Det største arbeidsmarkedet er Harstad, men mange arbeider også i Evenes og Tjeldsund, noe som ikke medfører ukependling og fravær fra hjemmet.

SAMLET	2548 arbeidstakere	1751 pendler ikke	445 Harstad	75 Narvik	43 Oslo	37 Tromsø	21 Lødingen	176 Andre
EVENES	580 arbeidstakere	362 pendler ikke	46 Harstad	44 Narvik	40 Skånland	14 Tjeldsund	13 Oslo	61 Andre
TJELDSUND	573 arbeidstakere	363 pendler ikke	76 Harstad	41 Evenes	26 Skånland	14 Lødingen	8 Narvik	45 Andre
SKÅNLAND	1395 arbeidstakere	744 pendler ikke	323 Harstad	110 Evenes	51 Tjeldsund	26 Oslo	26 Tromsø	115 Andre

Forskning viser at hos grupper som står utenfor arbeidslivet over tid, er det en høyere risiko for å utvikle sykdom og sykdomsrelaterte helseproblemer. Det å ha tilgang til arbeidsmarkedet og være en del av et arbeidsfellesskap er derfor ansett å være en viktig helsefremmende faktor i seg selv.

3.4.2. Arbeidsledighetstall i Skånland

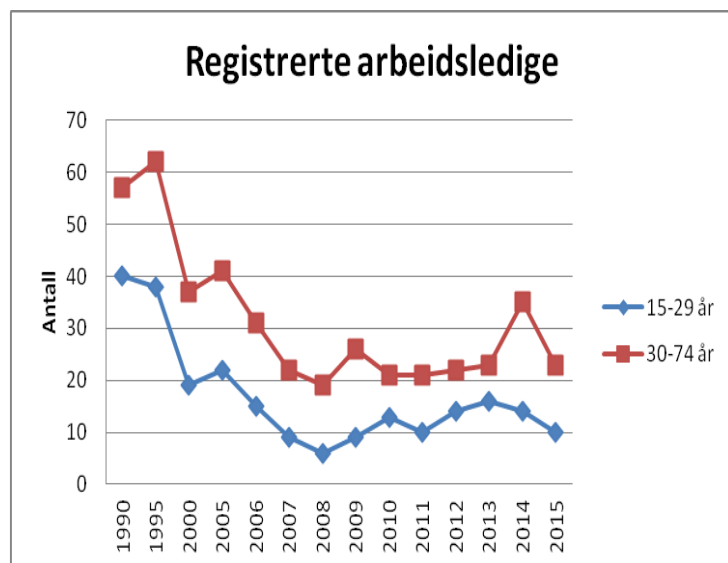
Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe psykososialt og materielt.

Antall registrerte arbeidsledige i Skånland, etter alder. Kilde [SSB](#), tabellene 9314 + 10539

Arbeidsledigheten i Skånland var ganske høy på 90-tallet, men har flatet ut de senere år.

Arbeidsledigheten for gruppen 15 – 29 år er stort sett høyere gjennomsnittet i landet I 2014 var den nesten 20 % høyere enn for resten av landet mens det for gruppen 30 – 74 år fra 2010 har vært lavere enn for landsgjennomsnittet, i 2014 ca 25 %

Forskjell mellom kjønn har jevnet seg ut, tidligere var det færre kvinner som var registrert arbeidsledige enn menn, men prosentvis andel har kvinner hatt langt høyere arbeidsledighet enn landet forøvrig



3.4.3. Uføretrygdede

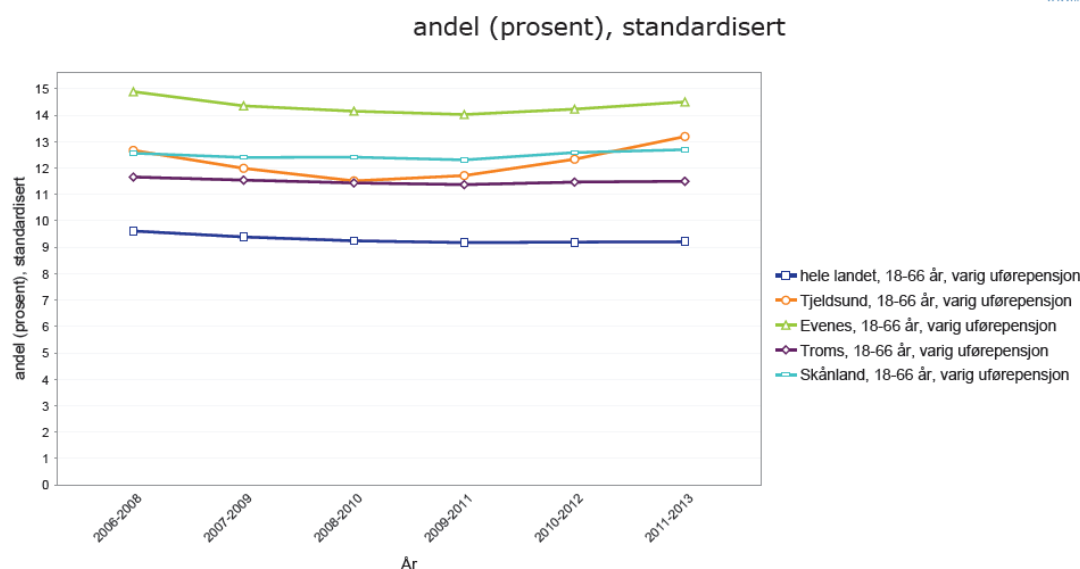
Gruppen som mottar uføreytelser er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Hvor mange som mottar uføreytelser er en indikator på helsetilstand, men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbudet i kommunen.

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding

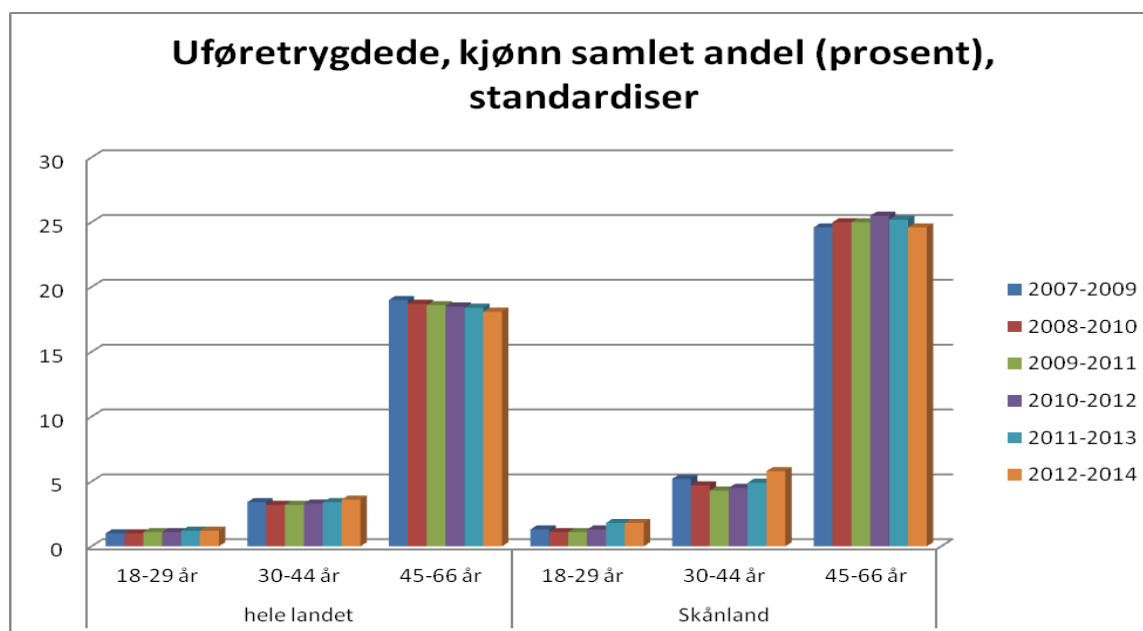
og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser.⁸

Kilde: KommuneHelsa statistikkbank

Uføretrygdede (B) - kjønn samlet



Som man ser av tabellen har Skånland høyere andel av uføretrygdede enn Troms og landet for øvrig.



Oversikten fordelt på alder. Differansen mellom Skånland og gjennomsnittet for landet er økende – for perioden 2007 – 2009 til 2012 – 2014 for 18 – 29 år fra 30% til 50% mer enn i landet for øvrig

⁸ Folkehelseinstituttet, www.fhi.no/folkehelseprofiler

for 30 – 44 år fra 53% til 61% mer enn i landet for øvrig
for 45 – 66 år fra 29% til 36% mer enn i landet for øvrig

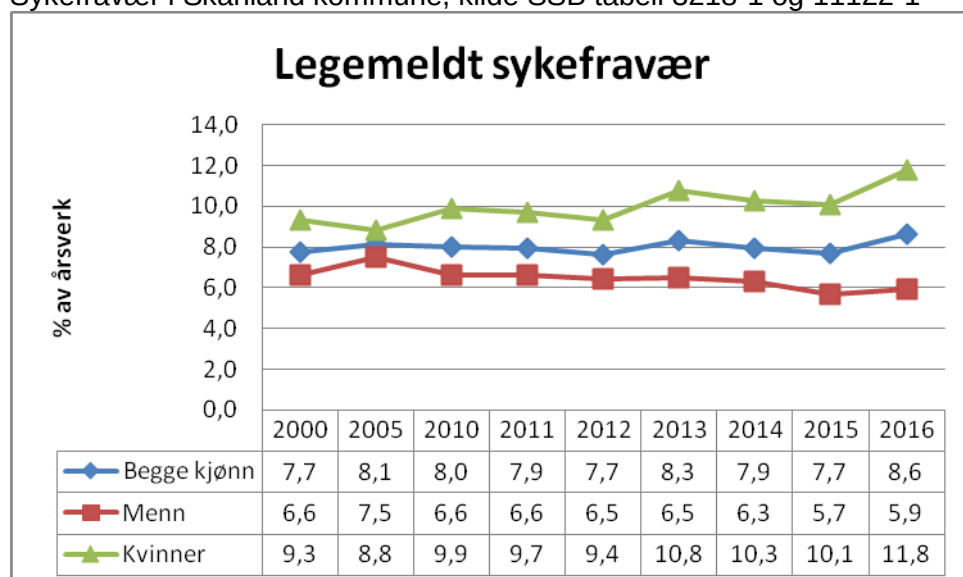
3.4.4. Tiltak for å redusere frafall i arbeidslivet.

Årsakene kan være mange til at man ikke har mulighet for å stå i ordinært arbeid – alder, lærlingeplasser, behov for tilrettelegging av arbeidsplassen med mer. Aktiv sykefraværsoppfølging og vilje fra arbeidsgivere er viktig for å hindre utstøting. Det inkluderer selvsagt tilrettelegging og fleksible løsninger på arbeidsplassen. For de som allerede er hos NAV, er bruk av ordinært arbeidsliv og tett, individuell oppfølging det som virker best for å få folk i arbeid.

Skånland kommune er eneeier i Skånland Vekst som ble stiftet i 1981. De er en av rundt 230 vekstbedrifter som finnes rundt i landet, og gir tilbud til mennesker som trenger en tilrettelagt arbeidsplass, enten på permanent basis eller midlertidig. Bedriften ligger på Evenskjær hvor de har butikk med utsalg av brukte varer samt interiørvarer og egenproduserte varer, og vedproduksjon er foreløpig lokalisert på Sandstrand.

3.4.5. Sykefravær

Sykefravær i Skånland kommune, kilde SSB tabell 3218-1 og 11122-1



Årsgjennomsnittet i legemeldt sykefravær ligger rundt 8% i Skånland. Tallene sier ingenting om hvilke næringer som er mest utsatt.

Gjennomsnittet for landet for 2. kvartal 2016 var 5,8%; 4,1% for menn og 7,6% for kvinner. For Skånland var tallene 8,2%, 6,1% for menn og 10,8% for kvinner

Kvinner er oftere sykemeldt enn menn. For menn er arbeidstakere over 55 år mest sykemeldt, men for kvinner er bildet mer differensiert. Også her er det stor andel sykemeldte over 55 år, mens aldersgruppen 25+ har like stort og mange ganger et høyere fravær enn den eldste aldersgruppen.

Gradering av sykemeldinger anses som hensiktsmessig for å opprettholde kontakten med arbeidsplassen for igjen å hindre at man faller utenfor arbeidslivet. For den enkeltes helse antas det å være ugunstig med langvarige passive trygdeytelser. I behandling av for eksempel hjerneslag, hjertelidelser og muskel- og skjelettlidelser legges det nå større vekt på aktivitet og tidlig opptrening enn tidligere.

Samtidig kan det ikke sees bort i fra at det å komme for tidlig tilbake i jobb også kan utgjøre en helserisiko på sikt. Bruk av graderte sykemeldinger kan også føre til en såkalt

"innlåsningsseffekt" som innebærer at innsatsen for å komme tilbake i full jobb reduseres og at terskelen for å få sykemelding senkes.⁹

Nyere offentliggjorte forskningsresultat viser også at gradert sykemelding er gunstig for mennesker med psykiske lidelser. Langvarig fravær øker terskelen for å komme tilbake i arbeid.

I Skånland er bruk av gradert sykemelding økende i takt med landet for øvrig, for 2010 – 2012 20,6%.

3.5. Økonomiske kår

3.5.1. Lavinntekt (husholdninger)

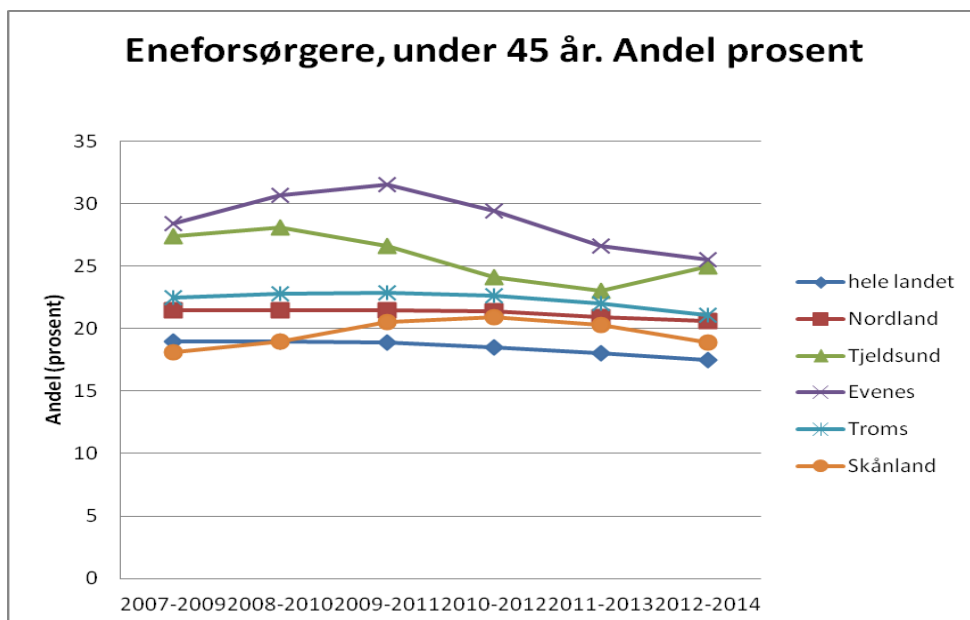
Inntekt, økonomisk sikkerhet og graden økonomisk av handlingsrom er faktorer som påvirker helse på befolkningsnivå. Forskning påviser sammenhenger mellom inntektsnivå og helsetilstand i en befolkning. Med lav inntekt øker sannsynligheten for både en subjektivt opplevd dårligere helse, sykdom og tidlig død.¹⁰

Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt er lavere enn i landet som helhet. Lav inntekt defineres her som under 60 % av nasjonal medianinntekt.

(Folkehelseprofilen for Skånland 2015).

Folkehelseprofilen viser at også andelen for alle aldre (både barn og voksne) som bor i lavinntektshusholdning er lavere i Skånland enn i Troms og i resten av landet.

Medianinntekt i husholdninger (etter skatt) er det inntektsbeløpet som deler en gruppe i to like store halvdel, etter sortering av inntekten stigende eller synkende. Det vil mao være like mange personer med en inntekt over som under medianinntekten. Hvorvidt det er store økonomiske forskjeller, er avhengig av hvordan inntektene fordeler seg i befolkningen.



Antall eneforsørgere er litt høyere enn landsgjennomsnittet, men lavere enn Troms og i våre nabokommuner.

⁹ Arbeid og velferd nr 3. 2011: Gradert sykemelding - omfang, utvikling og bruk (NAV)

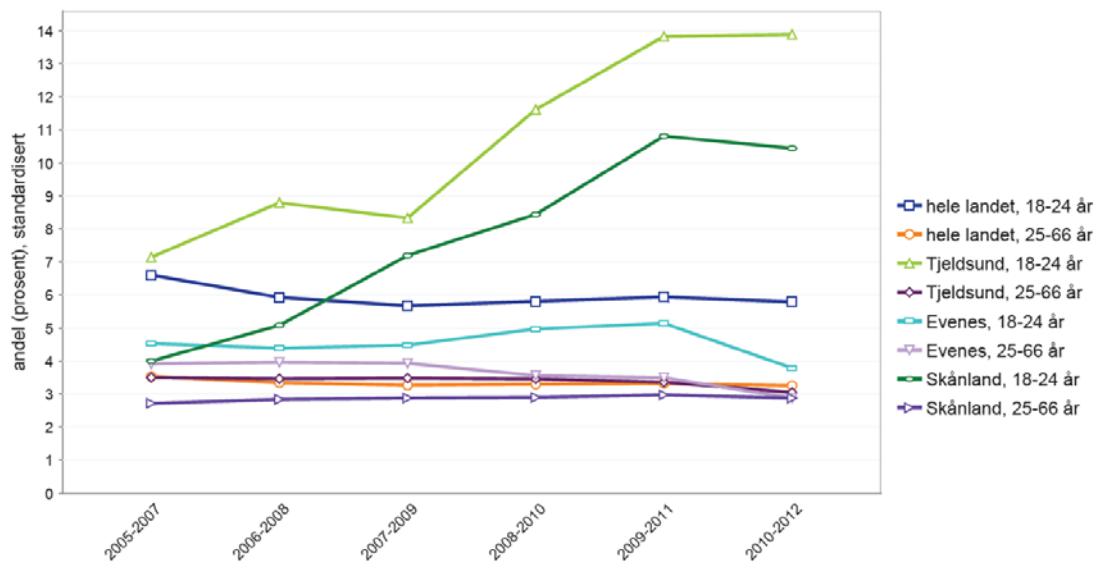
¹⁰ Folkehelseinstituttet, www.fhi.no/folkehelseprofiler

3.5.2. Sosialhjelp

Mottakerne av sosialhjelp er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. De har ofte en mer marginal tilknytning til arbeidsmarkedet, kortere utdanning og lavere bostandard enn befolkningen ellers. Det er også vist at det er langt større innslag av helseproblemer blant sosialhjelpsmottakere enn i befolkningen ellers, og særlig er det en stor andel med psykiske plager og lidelser.

Utbredelsen av sosialhjelp i totalbefolkningen er et uttrykk for pågangen på det kommunale hjelpeapparatet fra personer som for kortere eller lengre tid er avhengig av økonomisk støtte til livsopphold. Lang tids avhengighet av sosialhjelp kan bl.a. gjenspeile et lokalt vanskelig arbeidsmarked, men også at sosialtjenesten legger ulik vekt på aktivisering av den enkelte og på tverrfaglig samarbeid.¹¹

Sosialhjelpsmottakere - kjønn samlet, andel (prosent), standardisert



Antall sosialhjelpsmottakere i gruppen 18 – 24 år er nesten fordoblet i perioden 2005 – 2012 i Skånland, og er over dobbelt så høy som i landet for øvrig.

Innhentet lokalkunnskap fra NAV forklarer økningen med at det i denne aldersgruppen er mange asylsøkere som enten går på skole eller er arbeidsledige, og som derfor er avhengig av sosialhjelp til livsopphold.

Det er en sterk sammenheng mellom fattigdom og svak eller ingen tilknytning til arbeidslivet.

3.5.3. Bolig

Bolig er et grunnleggende velferdsgode og en viktig faktor for den enkeltes helse og trivsel. Videre er bolig en forutsetning for deltagelse i utdanning og arbeidsliv, og i samfunnslivet for øvrig.

*Både den fysiske og mentale helsen blir påvirket av kvaliteten på bolig og boområder. Bomiljøer med en opphopning av personer som tilhører lavere sosioøkonomiske grupper, med nedslitt bebyggelse, dårlig tilgang til rekreasjonsområder og høy forekomst av kriminalitet og vold påvirker både den fysiske og mentale helsen negativt. Barns helse påvirkes mer enn voksne; det påvirker deres skoleprestasjoner og deres sosiale liv.*¹²

Skånland kommune har ikke utarbeidet boligsosial handlingsplan.

¹¹ Folkehelseinstituttet, www.fhi.no/folkehelseprofiler

¹² Helsedirektoratet: Bolig – lokalt folkehelsearbeid

På tross av at kommunen har en rekke boliger for utleie har man utfordringer mht til å skaffe boliger til trengende, jfr. rullering av psykiatriplan 2012 – 2017, samt bosetting av flyktninger og mindreårige flyktninger.

Skånland kommune har nå prosjekt gående for bygging av boliger for vanskeligstilte - et i Grovfjord med 4 boliger og et på Evenskjer med 6 boliger. Prosjektene er finansiert gjennom husbanken. De første boligene forventes ferdigstilte sommeren 2017.

Rådmannen har fått fullmakt til å kjøpe bolig til flyktninger.

Boligen som kjøpes kan etter hvert kunne frigis til andre vanskeligstilte på boligmarkedet.

Startlån er et av virkemidlene for å komme inn på boligmarkedet. Husbanken gir lån til kommuner for videre utlån til enkeltpersoner.

Startlån skal bidra til at husstander med langvarige boligfinansieringsproblemer kan skaffe seg en egnet bolig og beholde den. Prioriterte grupper er barnefamilier og flyktninger som er vanskeligstilte på boligmarkedet.

Ordningen er strammet inn de siste årene, og mulighet for å bistå er redusert..

Antall innvilgede startlån

2015 - 2 søkere, begge innvilget

2014 - 6 søkere, 3 innvilget, 2 avslag, 1 trukket

4. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

En rekke miljøforhold har effekt på helsen. Eksempler er drikkevannskvalitet, luftkvalitet, grad av støy, sykkelvegnett og kvaliteter ved nærmiljøet som tilgang til friområder, friluftsområder osv. Oversikt over infeksjonsepidemiologiske forhold i kommunen etter smittevernloven §§ 7-1 og 7-2 kan samordnes med oversikt etter folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen og komme inn under biologiske faktorer, men i oversikten har en valgt å legge det under helserelatert adferd. Sosialt miljø kan omfatte organisasjonsdeltakelse, valgdeltakelse, kulturtilbud, sosiale møteplasser osv. Med begrepene fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø refereres det til kap. 3 i folkehelseloven.

4.1. *Sammendrag – oversikt over helsefremmende forhold samt folkehelseutfordringer i kommunen.*

Biologisk, kjemisk, fysisk og sosialt miljø: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.	
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	✓ Spredt struktur på kommunale bygg – gir nære tjenester ✓ Byggene er relativt godt tilpasset UU i forhold til deres alder. ✓ Radon – ingen kjente faretruende naturlige forekomster. Alle kommunale bygg er radonkontrollerte. ✓ Drikkevann - oversikt over kilder. ✓ Bo – og rekreasjonsområder er i støyfrie områder (øyeblikksbilde) ✓ Bo- og rekreasjonsområder er nær der de aller fleste bor ✓ Ren luft og rent hav
Trafikksikkerhet / Trygge skoleveier.	✓ Stor andel offentlige veier – gir oversiktlig og styrt vedlikehold ✓ Har bygget en del gang- og sykkelveier / fortau

Kultur, sosial tilhørighet og nettverk	✓ Rikt kulturliv – godt spredt i kommunen ✓ ETS-kulturskole ✓ Frivillighetssentralen ✓ Har relativt godt utbygde anlegg (aktive lag/foreninger) ✓ Gode rutiner og godt støtteapparat for lag/foreninger knyttet til spillemidler ✓ Har store tilgjengelige arealer ✓ Medlem i Midtre-Hålogaland friluftsråd ✓ Mange lag og foreninger gir sosiale arenaer og motvirker isolasjon og ensomhet ✓ Kystkulturuka på Grov skole er et sosialt samspill mellom barn og voksne, frivillige og arbeidstakere, hvor kystkultur og mattradisjoner holdes i hevd og videreføres til yngste generasjon
--	--

Biologisk, kjemisk, fysisk og sosialt miljø: – utfordringer – risikofaktorer. Årsaksforhold, konsekvenser og evt tiltak

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	✓ Eldre kommunale bygg – gir driftsmessige og klimamessige utfordringer. - o Kartlegge og dokumentere inneklima for barn og unge ✓ Drikkevannskilder er – stort sett alle – overflatekilder som er påvirkelig utenfra. Her må det særskilt holdes øye med dette mht klimaendringer. Forurensset drikkevann gir helseplager / -skader ✓ Fragmentert vannverksstruktur – mange private vannverk kan gi dårlig kompetanse i drift av vannverk / dugnadsånden i private vannverk forvitrer - o Konsolidering på eiersiden ✓ Framtidig flystøy – QRAbase ✓ Manglende lokal strategi på å ta vare på ren luft og rent vann ✓ Begrense / redusere forurensning av utslipp fra avløp og landbruk
Trafikksikkerhet / Trygge skoleveier.	✓ Utrygge skoleveier. Manglende gang- og sykkelveier/fortau i Grov, på Sandstrand og fra Skånland skole til Elvemokrysset. Mye tungtrafikk, smale veier. Gjør at elevene blir kjørt til skolen, gir redusert fysisk aktivitet, økt bruk av personbil går ut over trafikksikkerheten. - o Videreføre bygging av gang- og sykkelvei, samt fortau - o Etablere opplyste, gode busstopp. Vegbelysning reduserer antall dødsulykker i mørke med ca 65 %, antall personskadeulykker i mørke med ca 30 % og antall materielskadeulykker i mørke med ca 15 %. - o Samlet virkning av innføring og nedsetting av fartsgrenser viser en reduksjon i antall ulykker på 13 % når alle skadegrader sees samlet. - o holdningsskapende arbeid i barnehage og skole, samt innkjøp av refleksester og sikringstiltak. - o Utvidet rett til skoleskyss om skolevegen er særlig farlig eller vanskelig ✓ Elg påkjørsler, kan gi store materielle og personskader. - o Hugging av trær, klipping av gress i 10-15 meters avstand fra vei gir bedre sikt - o Tiltak for varsling, samarbeid med vegvesenet ✓ Mangelfull offentlig kommunikasjon (buss) gjør det vanskelig for

	barn, unge, og andre uten førerkort å komme inn til sentere for nødvendige gjøremål, for å delta i sosiale sammenhenger og på fritidstilbud. Bidrar til isolasjon. Nødvendiggjør økt bruk av personbil, noe som igjen går ut over trafikksikkerheten. - o Bedre busstilbud - o "Hjem for en 50-lapp" gjør det enklere for ungdom å komme hjem, reduserer kjøring i påvirket tilstand eller at de går alene hjem på mørklagte veier
Kultur, sosial tilhørighet og nettverk	✓ Frivillighet avhengig av (få) private ressurspersoner. ✓ Generelt avtar frivilligheten – vanskelig å få folk til å påta seg verv, liten ettervekst blant yngre aldersgrupper. Bortfall av denne ressursen vil gå ut over oppvekstvilkår, sosial tilhørighet. - o Hvordan stimulere til frivillig innsats? ✓ Relative avstander mht deltagelse på aktiviteter. ✓ Desentralisert bosetting, spesielt barn / unge har få andre muligheter enn fotball eller ski om de skal være aktivisert i idrett ✓ Bevisstgjøring på hvordan kommune kan brukes tilskuddsmidler (kulturmidler) som virkemidler for å fremme deltagelse av alle. ✓

4.2. Kommunale bygg

- 3 barnehager 2 nye, en bygget rundt 1970
- 3 skoler – eldste byggetrinn er kirkebygg fra 1800-tallet, siste byggetrinn under oppførelse
- 1 sykehjem eldste del fra rundt 1960, neste fra 80-tallet. Oppgradert
- 2 bo- og servicesentre – fra begynnelsen av 80-tallet, renovert
- 10 eldreboliger, hvorav 3 er ubeboelige. 4 på Sandstrand, 3 på Evenskjer
- 5 omsorgsboliger (Grovfjord, Kleivatun, Møllerstua, Revegårdsveien og Elvelund) – forholdsvis nye bygninger, fra 90 – tallet, siste ferdig i 2015.
- Boligblokka fra --- deler er renovert
- Rådhuset eldste del
- Helse- og velferdsbygget – fra 90-tallet, ombygd og seksjonert i 2014
- Vedlikeholdsavdelinga (FDVR – forvaltning, drift, vedlikehold og renhold) – bygd sist på 80-tallet

Det har ikke vært satt av tilstrekkelige midler til vedlikehold, bla bør det skiftes vindu og tak etter ca 30 år. Mange bygg står for tur til det.

Miljøfaktorer:

- Mugg / råte - Fukt og muggsopp kan utløse og forverre helseproblemer som astma, bronkitt og kronisk betennelse i neseslimhinnen. Så langt man kjenner til er det ikke konstatert mugg eller råte i byggene.
- Inneklima vurderes stort sett som akseptabelt i henhold til tilgjengelig dokumentasjon. Kommunen har vedlikeholdsavtaler på ventilasjon.
- Støy – Enkelte bygg har hatt plager med støy. Støyplater montert og forholdene er bedret.
- Barnehagene har apparater for måling av støy i oppholdsrom. Når støyen overstiger en viss grense, vises det på tavla, og umiddelbare tiltak for å redusere støy kan iverksettes.

- Skadedyr etc. - Museplager på Sandstrand skole i krypekjeller under den eldste delen, arbeides med å fjerne dem: Åtestasjoner er lagt ut. Også sølvkre finnes på skolen. Sølvkre trenger fuktige omgivelser for å overleve, men insektene er ikke farlige.
- Renhold – kommunens renholdstjeneste er samlet under driftsenhet for tekniske tjenester.

4.2.1. Radon

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) er radon den viktigste årsak til utvikling av lungekreft etter aktiv røyking. Radon forårsaker lungekreft, og risikoen øker med radonkonsentrasjonen i inneluften og med oppholdstiden. Det finnes ingen nedre terskelverdi for når radon gjør skade. Risikoen er høyest for de som aktivt røyker eller har røykt. Risikoen ved radoneksponering er nemlig rundt 20 ganger større for røykere enn for personer som aldri har røykt, men risikoen er også betydelig for ikke-røykere. For å redusere risikoen i eksisterende bygg kan man gjennomføre radonreduserende tiltak. For eksempel ved å halvere radonnivået halveres risikoen for å utvikle lungekreft forårsaket av radon. (Kilde: Statens Strålevern)

I 2014 ble det iverksatt målinger i kommunale bygg i henhold til nye krav i lovverket. Alle de kommunale byggene Skånland kommune disponerer ble målt med sporfilm i bakketasjen og da spesifikt i oppholdsrom.

Det ble oppdaget enkelte bygg (spesifikke oppholdsrom) som hadde verdier over tiltaks-/maksgrense. Konsekvensen av det var at kommunen kjøpte inn Radon Scout for å få målt verdiene fra time til time for å få en bedre oversikt over de faktiske verdiene i oppholdsrommene der det var oppdaget forhøyede verdier. Ytterligere målinger ble gjennomført og nødvendige tiltak ble utført i Blokka på Evenskjer og på Grov Skole (pågående).

Det er en løpende prosess når det gjelder tiltakene ved Grovfjord skole. Det er iverksatt en rekke tiltak, som har effekt. Oppfølgingsmålinger viser at det er behov for ytterligere tiltak for å unngå langsiktig radoneksponering, utbedring er under arbeid.

4.2.2. Miljørettet helsevern

Skolene i Skånland er i gang med å få godkjent enheten etter krav i [Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.](#) Forskriften har som formål å bidra til at miljøet i barnehager og skoler fremmer helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygger sykdom og skade. Forskriftens § 6 stiller krav om at barnehager og skoler skal være godkjente.

Alle barnehager i Skånland kommune er godkjent. Det er iverksatt prosess for ny godkjenning. Kommuneoverlegen som har ansvaret for miljørettet helsevern jobber sammen med skolefaglig rådgiver samt helsesøstre for å se hvordan dette arbeidet kan struktureres og gjennomføres på en bedre måte.

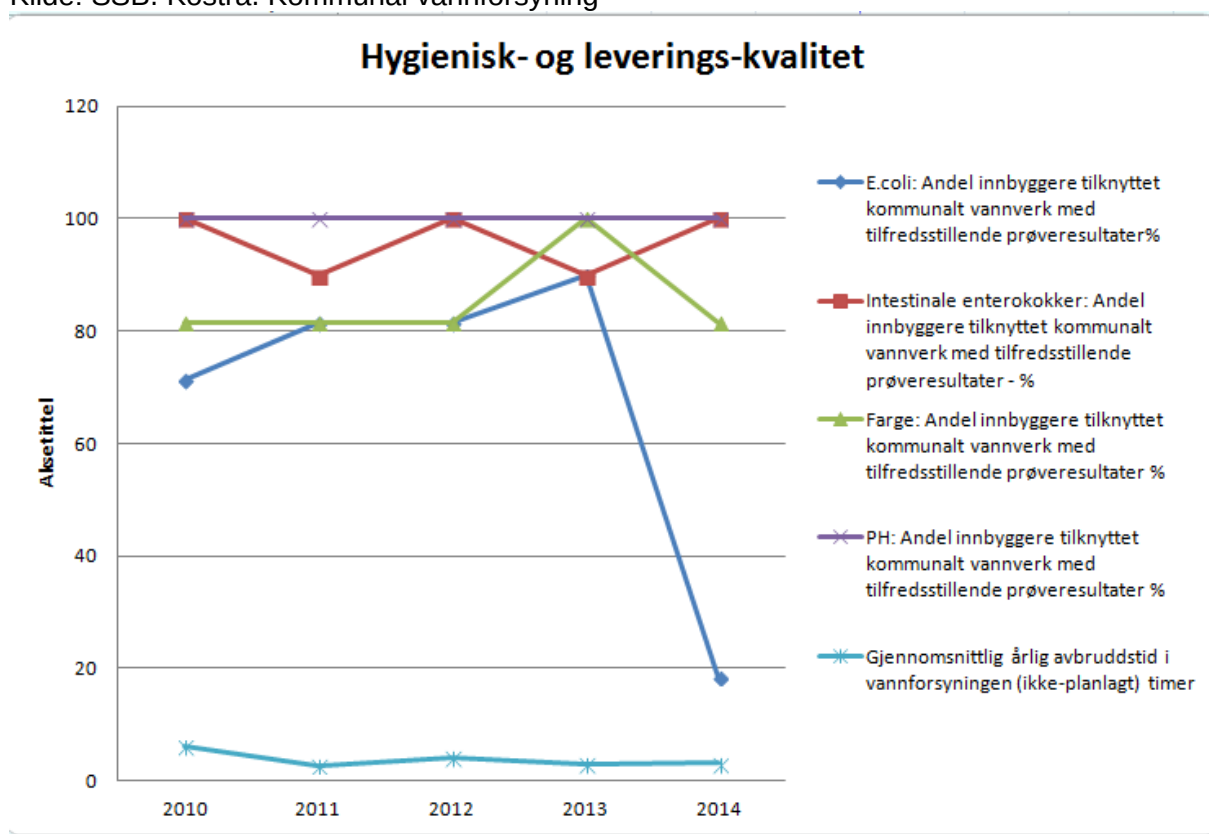
4.3. Drikkevannskvalitet

I [drikkevannsforskriften](#) gjeldende fra 2002 (4) heter det i §12 at drikkevann skal være hygienisk betryggende, klart og uten fremtredende lukt, smak eller farge. Det skal ikke inneholde fysiske, kjemiske eller biologiske komponenter som kan medføre fare for helseskade i vanlig bruk.

Ca 32,8% av innbyggerne er tilknyttet kommunalt vannverk, mot 83,8% på landsbasis. 76,8% er tilknyttet privat eller kommunalt anlegg, de øvrige 23% er tilknyttet vannverk som forsyner under 50 fastboende personer og/eller 20 husstander.

Skånland kommune er leverandør av drikkevann fra 3 vannverk: Kvitfors, Tovik-Sandstrand og i Grov, hvor deler av vannforsyning leveres av underleverandør. Øvrige abonnenter forsynes fra private vannverk (44,6%) eller har egen vannforsyning (23,2%). ()

Foreløpig er det bare Moelva private vannverk i Grov som er godkjent som drikkevannskilde i Skånland. Godkjenning av vannverkene Kvitfors og Tovik-Sandstrand nært forestående. Både Kvitfors og Tovik-Sandstrand og Moelva har montert renseanlegg før vannet går ut til abonnentene. Manglende godkjenning skyldes i hovedsak mangler i internkontrollsystemet rundt vannforsyninga. Regelmessige vannprøver tas, og meldinger om kokepåbud averteres. Kilde: SSB. Kostra. Kommunal vannforsyning



Hygienisk kvalitet:

Det arbeides med å sikre høy hygienisk kvalitet på leveransene, og utbedringsarbeid er utført på de to største kommunale vannverkene.

Prosent av abonnenter som mottok vann med tilfredsstillende prøveresultat fikk et drastisk fall i 2014. I følge kommunens egne prøver av tappevann var det ingen slike tilfeller i 2014. Det antas at SSB enten ikke har innhentet alle tallene for innleverte prøver, eller at de har benyttet tall fra råvannsproduksjon og ikke fra nettvann som har gått gjennom renseanlegg. Hygienisk kvalitet av vannet overvåkes i henhold til drikkevannsforskriftens krav.

Leveringskvalitet er forholdsvis god – Ikke planlagte eller planlagte avbrudd i vannforsyningen overstiger i gjennomsnitt ikke mer enn 3,17 timer pr år. Dette er likevel høyere enn for våre nabokommuner.

4.4. Luftkvalitet og støy

Det er ikke registrert verdier over normalen i Skånland med tanke på farlig skadelig miljøpåvirkning gjennom luft som svevestøv, tungmetall, farlige gasser eller lignende fra industri. I følge tall fra SSB er det personbiler som står for de største utslippene av CO₂ og klimagasser i alt.

Støy defineres ofte som uønsket lyd. Støy er det miljøproblemet som rammer flest mennesker i Norge. Forstyrrelse av søvn regnes blant de mer alvorlige virkningene av støy, og i Norge har 200 000 problemer med nattesøvnen på grunn av støy. Forskning viser at støy kan gi psykisk stress, og helseplager som muskelspenninger og muskelsmerter. Støy kan også være en medvirkende årsak til høyt blodtrykk og utvikling av hjertesykdom.¹³

I forskrift om miljørettet helsevern § 9a står det: «Ved etablering og bruk av støykilder skal det tilstrebes lavest mulig støynivå. Støy og vibrasjoner skal ikke medføre helsemessig ulempe eller overskride helsemessig forsvarlig nivå».

Trafikkrelatert støy: 18 km av E6 går gjennom Skånland. Det er liten grad av bebyggelse langs veien, så det er få innbyggere som berøres av denne støyen.

Støy fra flytrafikk (Harstad / Narvik Evenes lufthavn) kan berøre flere.

I områder med mekanisk industri har det vært rapportert støyskader. Målinger har vært foretatt, og beregninger av støynivået viser at støyen ikke overskrider grenseverdiene angitt i Retningslinje for behandling av støy i arealplanlegging(T-14472013), og retningslinjer for begrensning av støy fra bygg og anleggsvirksomhet. Bedriften har likevel iverksatt støyreducerende tiltak.

4.5. Forurensning til vann og grunn

Forurensning til vann og grunn er viktig fordi vi stadig eksponeres for drikkevann og badevann. Avhengig av konsentrasjonen på forurensningen kan skadevirkningene av forurenset vann og grunn variere fra direkte helseskade til opplevd ulempe.

Kloakkvann inneholder bakterier og virus som kan gi mage- og tarminfeksjoner. Noen kjemikalier er sterkt toksiske, og vil kunne medføre alvorlig sykdom og død ved eksponering. Også eksponering av mindre doser over tid kan gi alvorlig skade på vitale organer. Svært mange kjemikalier er også kreftfremkallende og vil kunne gi kreftsykdom mange år etter eksponering. Noen kjemikalier er også sterke allergener og kan gi allergiske plager hos disponerte selv i små konsentrasjoner. Det er også her holdepunkter for at vår stadige eksponering for nye kjemikalier kan være medvirkende årsak til økningen av astma og allergi.¹⁴

4.5.1. Omfang av områder utsatt for annen forurensning

Deler av Evenes flyplass strekker seg inn i Skånland, og vassdragene rundt flyplassen går inn i begge kommunene.

Avinor benyttet frem til og med 2012 skum som inneholdt perfluorerte stoffer (PFC) i brannbilene som var stasjonert ved Evenes lufthavn. Dette var et godkjent stoff frem til 31.12.12 da det ble utskiftet ved samtlige flyplasser i Norge. Det ble påvist PFC forurensning ved brannøvningsfelt på samtlige Avinor lufthavner i Norge. Det viktigste tiltaket var å fase ut brannskum med PFC. Når det gjelder opprensing ved Evenes lufthavn ble det fjernet masser

¹³ [Helsedirektoratet](#) - Miljørettet helsevern – lokalt folkehelsearbeid

¹⁴ [Helsedirektoratet](#) - Miljørettet helsevern – lokalt folkehelsearbeid

fra de gamle brannøvningsfeltene i første omgang. Januar 2012 ble det gjennomført prøvetakinger av vannresipientene i og rundt Evenes lufthavn. Dette ble gjort av Avinor ansatte fra plan og utvikling i kommunen. Det ble også tatt vannprøver fra private brønner og fra husstander med borrevann (ingen positive prøver). Det ble påvist PFC i samtlige resipienter rundt flyplassen, spesielt utsatt var Kirkevannet. I perioden 2012 - 2014 ble det gjennomført en relativt omfattende undersøkelse av jord, vann og biota med en risikovurdering av Norconsult/Sweco på vegne av Avinor.¹⁵ Mattilsynet ga ingen anbefalinger / kostholdsråd for fisk fra resipientene, dette kan antyde begrenset påvirkning av fisk.

Kjente forurensninger / andre forurensningskilder:

På Skjærran på Evenskjer ligger et gammelt avfallsdeponi overdekket av jord- og grusmasser. Ved etablering på denne fyllinga vil det måtte gjøres grunnundersøkelser.

Man kan anta at områder rundt bensinstasjoner kan ha forurenset grunn. Kommunen har ingen kartlagte opplysninger knyttet til forurensning fra landbruket eller marine oppdrettsanlegg.

Kommunale og private avløp:

Kommunen har egen avløpsplan for sanering / utbedring av avløpsanlegg. Kommunen gjennomfører befarings- og ettersyn etter bekymringsmeldinger fra innbyggere.

Avfallshåndtering:

Skånland kommune er deleier i Hålogaland ressurselskap. Årlig arrangeres desentralisert innsamling av grovavfall for å forebygge at det skal forurense natur og fjærområder.

Skolebarn samler inn avfall langs veien rundt skolen, idrettslag er engasjert av Statens veivesen for å samle inn avfall langs veigrøftene.

I 2016 arrangeres det kommunal ryddedag i fjæra

4.6. Trafikksikkerhet / Trygge skoleveier.

Kommunen har tre skoler.

Kartlegging av sikkerhet på skoleveien deles i to

- Ferdsel langs bilveg
- Kryssing av bilvei.

Skoleveg til Skånland skole langs Fv 824/ Fv 115.

Fra Lilleskånland til Skånland skole er det etablert gangvei. Fra skolen og mot Elvemo er det ikke gangvei, og heller ikke vegskulder barna kan benytte når de går til skolen. Veien er tett trafikkert av biler som skal inn til sentrum

Skoleveg til Grov skole langs Rv 829 og Rv 825 og til Sandstrand skole langs Rv 825. Begge skoler ligger nært vegen og nedfor vegen, noe som medfører kryssing av skolevei. Skaper også trafikale utfordringer for barn i barnehagen på Sandstrand som benytter lokaler på Sandstrand skole. Det er ikke etablert gangfelt langs riksveien, som er gjennomfartsåre og tungt trafikkert av både trailere og personbiler.

Elgbestanden er stor i Skånland, noe som kan være en trafikal utfordring, spesielt vinterstid. Mest utsatt er E10 – strekningen fra Lilleskånland til fylkesgrensen mot flyplassen

¹⁵ [Avinor-rapport](#) – undersøkelser PFTAS i jord, vann og Biota med risikovurdering

4.7. Kultur, sosial tilhørighet og nettverk

Kultur består av opplevelse og omgivelser. En vesentlig del av god folkehelse handler om trivsel og å være rustet til å takle de daglige utfordringer. Frivillige lag og foreninger samt kommunen bidrar med et bredt tilbud til Skånlands innbyggere med helsefremmende aktiviteter og mulighet for mestring og sosialisering.

Flerbrukshall, grendehus og skolebygg er alle viktige arenaer for forskjellige typer aktiviteter, både fysiske aktiviteter i form av trening samt kulturelle aktiviteter. Bibliotek og bygdekino er også kulturtilbud som tilbys.

Kommunen samarbeider med Evenes og Tjeldsund om kulturskole. Kulturskolen har varierte aktiviteter innen musikk, dans, kunst og annet. Antall elever varierer fra år til år, og deltakerne er fra 6 – 80 år. Kulturskolen har desentralisert undervisning, og antall elever ser ut til å være økende.

4.7.1. Frivillighetssentralen

Sentralen fungerer i prinsippet som frisklivssentral og jobber med forebyggende helse for folk i alle aldersgrupper. Aktivitetene innebærer fysisk og sosial aktivitet og spenner over et stort spekter som;

- Turgruppe
- Eldretreff
- Småbarnstreff
- Datatreff for seniorer
- Aktiviteter for funksjonshemmede
- Bassengtrim
- Selvhjelpsgrupper
- tilbud for psykiatri og psykisk utviklings hemmede
- Aktiviteter på sykehjem
- Internasjonal kafe
- åpen dag for mindreårige flyktninger og ungdom for øvrig

M.m.

Sandstrøingsprosjekt i samarbeid med LHL ETS

De fleste av disse aktivitetene drives av frivillige, og har ukentlige møter. I løpet av en uke er frivillighetssentralen besøkt av ca 175 brukere, og 20 – 25 frivillige har vært i sving.

Lokalene benyttes også av andre grupper etter frivillighetssentralens åpningstid.

4.7.2. Friluftsliv og idrett

Fra Kommunal plan for idrett og friluftsliv 2016 - 2019

Skånland har fantastiske områder for friluftsliv, både tradisjonelt friluftsliv og for de mer ekstreme som søker høye fjelltopper med luftig nedfart.

Friluftsliv kan være alt fra lek i nærmiljøet, spaserturer, sykling, fjellklatring, tradisjonelt fangst, fiske og høsting til ekstremsport og lange teltturer i urørt natur. Friluftsliv gir mange gleder utover den fysiske aktiviteten i seg selv, det være seg opplevelsen, følelse av mestring, sosialt samvær, holdningsarbeid, lære om naturen og ikke minst den stillhet og ro som naturen gir oss.

Friluftsliv er også en flott arena for læring og integrering av innvandrere og flyktninger mfl.

Skånland kommune samarbeider med lag- og foreninger, grunneierlag, skoler og institusjoner for best mulig å kunne legge til rette for fysisk aktivitet i naturen for alle, det være seg barn og unge, eldre, innvandrere og ikke minst funksjonshemmede. Det er viktig at friluftslivsområder er tilgjengelige for personer med nedsatt funksjonsevne og spesielle behov, og at flere får muligheten til varierte friluftslivsupplevelser.

Gjennom frivillig innsats er det etablert turløyper rundt i hele kommunen.

Nasjonale undersøkelser viser at vi blir stadig mer stillesittende, selv om mange deltar i ulike treningsaktiviteter. Det er ikke kommunale oversikter som underbygger disse tallene, men det er liten grunn til å tro at tilstanden er annerledes i Skånland.

Aktivitet	Ant. medl.	Idrettslag	Ant. medl.
Nova Turlag	172	Breistrand & Omegn Cykleklubb	57
Skånland & Astafjord JFF	70	Fjell skilag	217
Steinsland Turlag/SUAL	101	Grovfjord IL	315
Tennevik Løypelag	20	Santor IL	205
Evenskjer Løypelag	38	Skånland OIF	417
DNT	48	Skånland Stall og Rideklubb	48
		Skånland Pistolklubb	43
		Tinden Bueskytterklubb	89
		Kjønna IL	132
		Skånland Sportsklubb	330
		Evenskjer Klatreklubb	184
		ETS Taekwon-Do	94
Totalt	449	Totalt	2 131

Idrettsklag og løypelag, nærmiljøforeninger oa har opparbeidet ca 15 gang- og turstier i kommunen. I tillegg kommer ca 30 km med lysløyper av en lengde på 1 – 15 km. Store skogs- og fjellområder kan brukes uten særlig tilrettelegging. Mange av disse områdene mangler tilrettelegging for parkering.

4.7.3. Annen frivillig virksomhet

I Skånland er det 77 aktive foreninger, inklusive 13 idrettslag og 3 friluftslivslag / turlag. Det er et stort omfang av forskjellige typer kulturtilbud: Kor, korps, husflid, kunstforening, dans for å nevne noen.

Det er en ungdomsklubb på Frivillighetssentralen og en er under etablering i Grov, det er 4 sanitetsforeninger, samt 2 Røde Kors-foreninger med flere underavdelinger.

Det er opparbeidede og godt besøkte lekeplasser i Grov, i Tovik, på Sandstrand, i Kjønna og i Trøssemarm, disse blir mer og mer brukt.

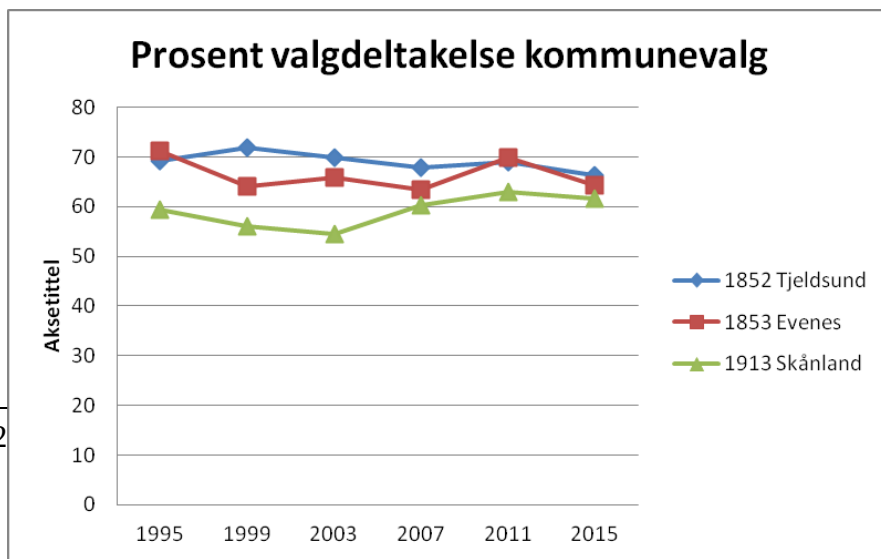
Sanitetsforeningene, Røde Kors, syklubber og treningsgrupper av forskjellige slag, også helserelaterte grupper, bidrar til det sosiale nettverket. Foreningene er stabile, og til dels økende i antall brukere.

Skånland kommune har en sterk og aktiv frivillig sektor som legger ned en betydelig innsats i nærmiljø og i lokalsamfunnet. Det bidrar til trivsel og aktivitet, og er en viktig faktor i folkehelsearbeidet.

4.8. Valgdeltakelse

Graden av valgdeltakelse er ofte et mål på engasjement og samfunnsdeltakelse.

På landsbasis er det flere kvinner enn menn som deltar, samt at prosentvis deltakelse øker med



alder fram til 80 år. Vi har ikke tall på det lokalt.

Prosentvis valgdeltakelse ved kommunevalg, kilde SSB

Valgdeltakelsen i Skånland har siden 1991 vært lavere enn i nabokommunene. Valgdeltakelsen under fjorårets kommunevalg var ikke høy, verken i Skånland eller i våre nabokommuner. På tross av det var deltakelsen høyere enn i landet for øvrig. Det er større valgdeltakelse under stortingsvalg, under stortingsvalget i 2013 gikk 75,2% av Skånlands stemmeberettigede til valgurnene. Det er lavere enn i våre nabokommuner og i landet for øvrig, men man ser en jevn økning fra 2001

5. Skader, ulykker og kriminalitet

Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft, målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tar relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Muligheten for å forebygge er gode og effekter av tiltak kan komme raskt. Oversikt over hvor og når ulykker inntreffer osv. kan bidra til økt oppmerksomhet mot forebygging og mer treffsikkerhet i tiltaksarbeidet.

5.1. Sammendrag – oversikt over helsefremmende forhold samt folkehelseutfordringer i kommunen.

Skader, ulykker og kriminalitet: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.	
Skader	✓ Sandstrøingsprosjekt i samarbeid med LHL ETS – reduserer mulighet for fallulykker ✓ Antall lårbensbrudd redusert de siste årene ✓ Det føres oversikt over skader i barnehager, skoler, og til dels på institusjoner for eldre
Kriminalitet	✓ Relativt oversiktlige og trygge lokalsamfunn, lav kriminalitet. ✓ Interkommunal stilling som SLT-koordinator

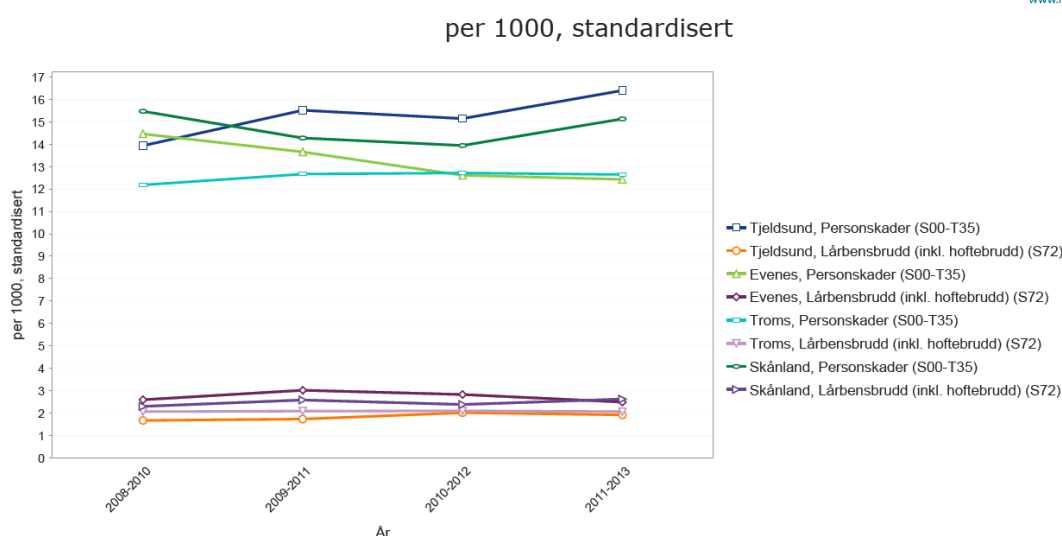
Skader, ulykker og kriminalitet: – Utfordringer – Risikofaktorer. Årsaksforhold, konsekvenser og evt tiltak	
Skader	✓ Innbyggerne i Skånland skader seg mer enn landsgjennomsnittet. Kan redusere livslengde, samt medføre store vansker med å klare seg selv. - o Vurdere skaderegistreringsmodul i Win-med 3 for å få bedre oversikt over omfang og type skader ✓ Økt forekomst av bekymringsmeldinger der vold og misbruk er årsak
Kriminalitet	✓ Lokasjonen til kommunen – gir enklere tilgang til narkotiske stoffer ✓ Økt forekomst av vold i nære relasjoner ✓ Ungdata gir opplysninger om at ungdom ofte utsettes for vold

Selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkesskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert

funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av skader og ulykker. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste skadene.

Skader forekommer hyppigst blant ungdom og unge voksne, samt i den eldre delen av befolkningen og da særlig etter 80 år. Ni prosent av de totale skadene skjer blant de som er 80 år og eldre. Det er skader i hofte og lår som oftest rammer denne delen av befolkningen. Befolkningen 80 år og eldre sto for nesten halvparten av alle hofte-lårskader som ble behandlet av spesialisthelsetjeneste i perioden 2009-2011¹⁶

Spesialisthelsetjenesten, somatikk - kjønn samlet



Oversikten viser skadefrekvensen pr 1000, standardisert. Innbyggerne i Skånland skader seg mer enn gjennomsnittet i landet. Menn skader seg mest, mens det er flest kvinner som får lårbensbrudd, inkludert hoftebrudd.

Antall lårbensbrudd er redusert de siste årene i Skånland.

Kommunelegen vurderer hvorvidt man skal ta i bruk verktøy for lokal skaderegistrering i win-med 3.

På landsbasis er dødsfall etter ulykker økende. De fleste som dør av ulykker er menn – 56% mot 44 % kvinner. Dødsfallene skyldes i hovedsak i 82,1% av tilfellene for menn og 90,1% av tilfellene for kvinner i 2014:

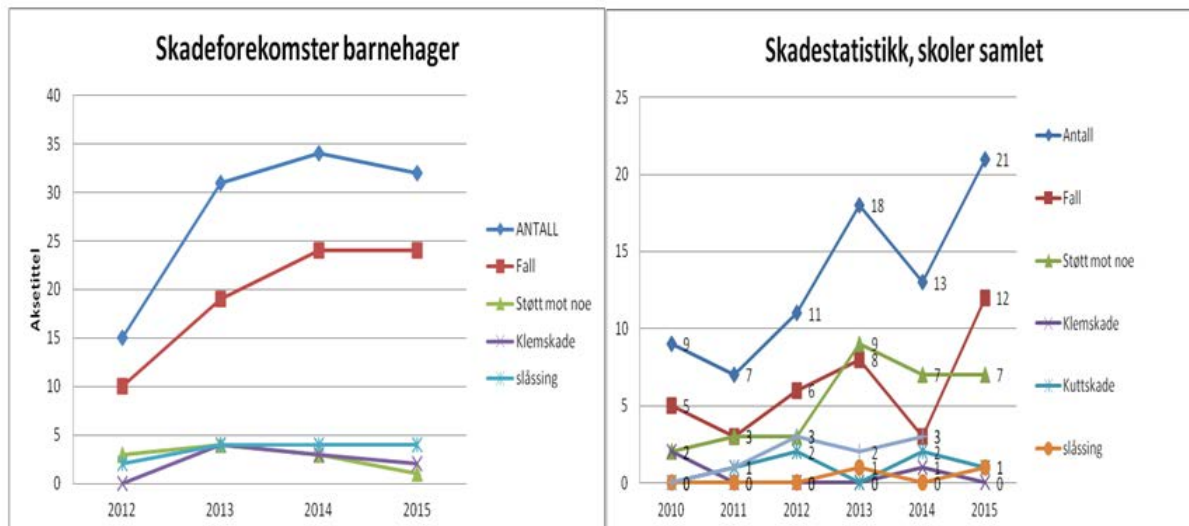
- Trafikkulykke, off vei (ulike ICD-koder V01-V89 knyttet til trafikk) -10,2% menn, 3,5% kvinner
- Forgiftningsulykker (X40-X49) – 22% menn, 10,7% kvinner
- Fall (W00-W19) 24,4 % menn, 28,6% kvinner
- Andre ulykker (V01-X59)- ikke spesifisert – 25,43% menn, 47,4% kvinner

Vi har ikke spesifikke tall for Skånland mht til årsaker, men vi ser at mens antall dødsfall i Troms pga ulykker stort sett er konstant er det i Skånland økt fra 17 pr 100.000 i perioden 1998-2007 til 31,1 pr 100.000 i perioden 2003 – 2012

¹⁶ [Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk. Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester-rapport Helsedirektoratet](#)

5.2. Skadeforekomst i skoler og barnehager

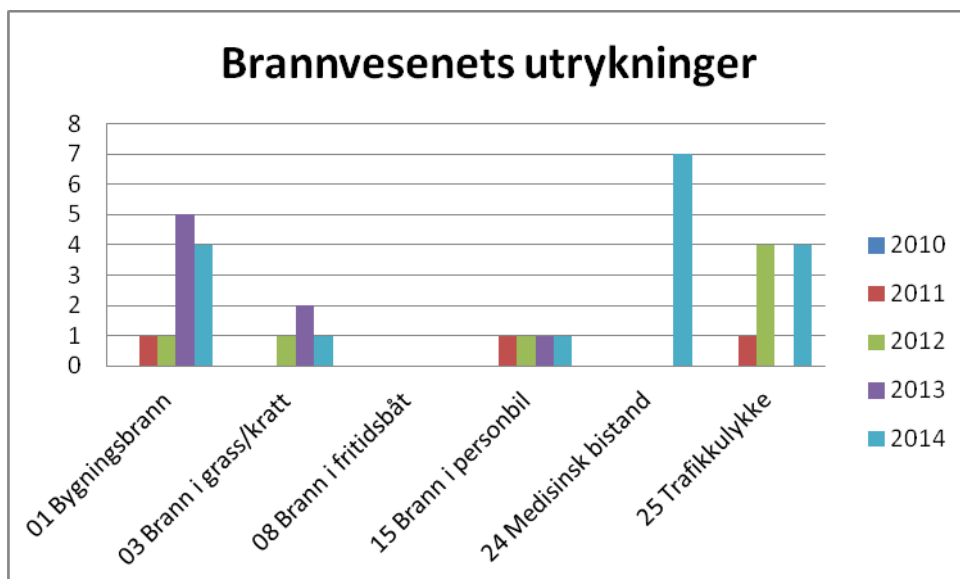
Både barnehagene, skolene og omsorgssektoren driver skadeforebyggende arbeid gjennom registrering av fall og justering av rutiner for å redusere forekomsten og skadeomfanget. Innhentet statistikk fra kommunale barnehager og grunnskoler i Skånland kommune:



Barnehagene og skole har høyt fokus på forebygging av skader. Terskelen for registrering av skader er derfor lav. Få av barna som har vært utsatt for fall ble sendt til lege etterpå, uten at det ble konstatert alvorlige skader. Benbrudd og kuttskader har forekommet. Fra skolen har enkelte vært sendt til tannlege.

5.2.1. Brann

Brannvesenet i Skånland er delt i 2 enheter. Alle brannkonstablene i sørkommunen er i tillegg røykdykkere. I nord er de fleste røykdykkere, men ikke alle. Brannvesenet har dessuten forsterket førstehjelpsopplæring for, sammen med enkelte helsepersonell, å være tilgjengelige i lokalsamfunnet (Mens du venter på ambulansen – i regi av stiftelsen Norsk luftambulans.) Kommunen har tre lokale førstehjelpsgrupper av denne typen.



Kilde DSB

Det var ingen utrykninger til skogbrann eller brann i fritidsbåt. Ingen omkom i brann i perioden.

5.3. Kriminalitet

5.3.1. Vold i nære relasjoner

Omfanget av vold i nære relasjoner er vanskelig å fastslå. Definisjonen og forståelsen av vold i nære relasjoner endrer seg over tid og mørketallene er store. Vold utøves mot barn, mot ektefeller og mot eldre, gjerne der voksne barn bor sammen med gamle foreldre. Det er vanskelig å anmelde en nærstående person.

Menn og kvinner utsatt for forskjellige typer vold

I 2014 var 55 prosent av ofrene for trusler menn, og denne andelen har vært svært stabil i en lengre periode. Blant personer utsatt for legemsbeskadigelse var hele 85 prosent menn, og andelen menn blant ofrene for legemsfornærmelse var 59 prosent. På den annen side utgjorde kvinner om lag to av tre ofre for mishandling i familieforhold. Blant de registrerte drapsofrene i 2014 var det 16 menn og 13 kvinner. (Artikkel SSB Kriminalitet

Mindre del av befolkningen utsatt)

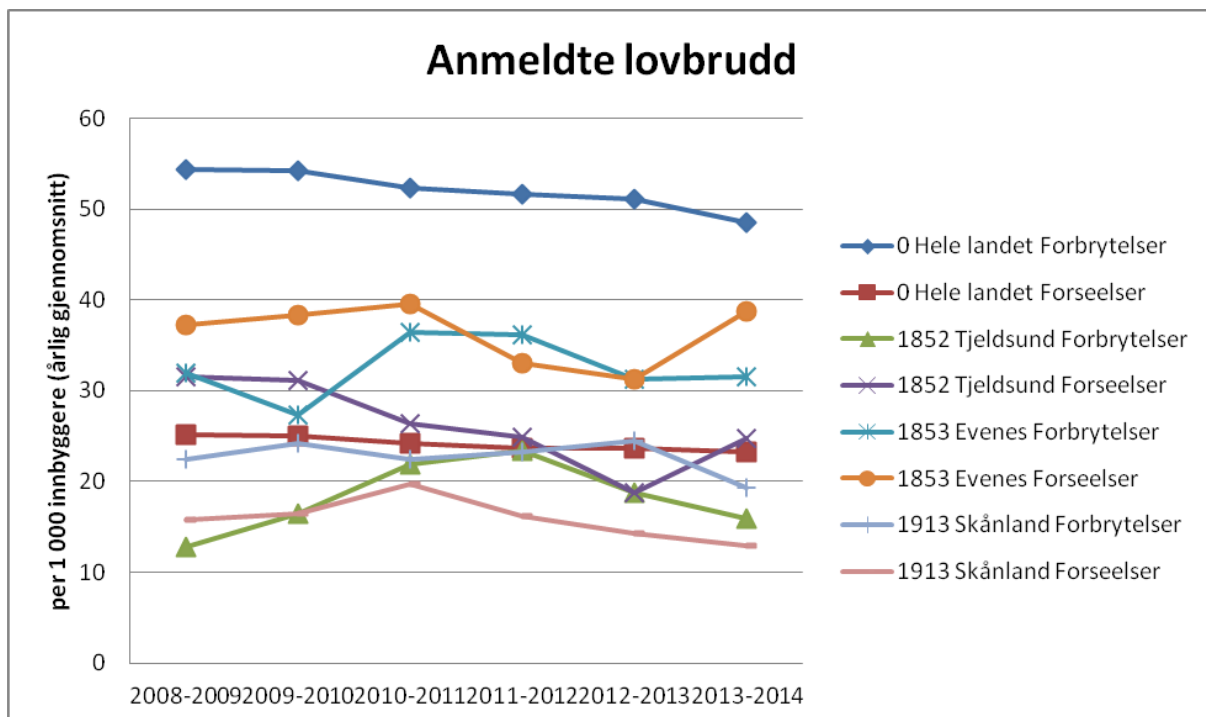
Statistikk fra politiet og krisesentertilbudet kan gi oss Indikasjoner på omfanget av vold i nære relasjoner som et samfunnsproblem i Norge. I 2012 overnattet 1929 kvinner, 117 menn og 1763 barn på et av landets krisesentre. Samme år registrerte politiet 2557 anmeldelser for vold i familieforhold (straffeloven § 219). Det er vanskelig å anmelde en nærstående person. Hvor grov volden har vært har også betydning for anmeldelsestilbøyeligheten. Man regner med at kun rundt 25 prosent av volden kvinner utsettes for av nærstående anmeldes¹⁷

Innhentede opplysninger fra barnevern og krisesenter understøtter nasjonale funn. For vår kommune blir tallene såpass små at de ikke publiseres.

5.3.2. Lovbrudd

Kilde SSB, tabell 08487.

¹⁷ Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014 - 2017



Forseelse, ble i strafferetten før straffeloven av 2005 brukt om de mindre grove lovbrudd, i motsetning til forbrytelse. I nåværende straffelov er alle handlinger kalt for "lovbrudd". De lovbrudd som tidligere ble kalt forseelser er nå karakterisert ved særlige regler for "lovbrudd som ikke kan medføre mer enn ett års fengsel". (Store Norske leksikon)

Fram til 2016 har ETS lensmannskontor vært lokalisert til Skånland. For perioden 2009 – 2014 viser oversikten nedgang for stort sett alle typer anmeldte lovbrudd i Skånland.

I perioden 2013 – 2014 fordelte anmeldelsene seg slik:

o Alle lovbruddsgrupper	95
o Annen vinningskriminalitet	26
o Voldskriminalitet	12
o Narkotikakriminalitet	7
o Trafikkriminalitet	25
o Annen kriminalitet (inkl. Økonomisk, Seksuell, Skadeverk, Miljø, Arbeidsmiljø)	26

5.3.3. Kriminalitetsforebyggende arbeid

ETS-kommunene samarbeider om 50% stilling som SLT-koordinator (Samordning Lokale rus-, volds- og kriminalitetsforebyggende Tiltak)

Politiets innsats i forebyggende arbeid Midtre Hålogaland politidistrikt har dedikerte tjenestemenn til forebyggende virksomhet rettet mot ungdom/foreldre/flyktninger, samt mot nettmobbing på sosiale medier.

Midtre Hålogaland konfliktråd tilbyr mekling både når det gjelder straffbare forhold og sivile konflikter. Mekling skiller seg fra konfliktløsning i domstolene hvor det ofte handler om å få rett og vinne over den andre parten. I mekling brukes dialogen - slik at partene i større grad får innsikt i hverandres handlinger, synspunkter og følelser. Skånland kommune har inngått avtale med MHK om samarbeid om et godt og forpliktende samarbeid om oppfølging av ungdommer som er kommet ut på skråplanet og er i faresonen for kriminell virksomhet eller idømt ungdomsstraff.

6. Helserelatert adferd

Med helserelatert atferd menes helseatferd som har vist seg å ha innvirkning på et helseutfall. Dette kan være for eksempel fysisk aktivitet, jfr. punkt 4.6.2, ernæring og bruk av tobakk og rusmidler. Helserelatert atferd kan også omfatte seksualatferd og risikofatferd som kan føre til skader og ulykker.

6.1. Sammendrag – oversikt over helsefremmende forhold samt folkehelseutfordringer i kommunen.

Helserelatert adferd: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.	
Smittevern / vaksinasjonsdekning	✓ Samarbeidet om smittevern fungerer godt. Få smittsomme sykdommer ✓ God vaksinasjonsdekning
Ernæring	✓ Barnehagene har fokus på ernæring, laget veileder for ernæring i barnehagen basert på nasjonale retningslinjer. ✓ Faste måltider i barnehagen ✓ Fokus på sunne matvaner i Mat og helse for 6. og 9. trinn. ✓ Prosjektmidler med fokus på bla ernæring i omsorgssektoren
Røyking	✓ Stor andel av befolkningen har aldri røkt eller er sluttet å røyke. ✓ Mange erstatter røyk med snus.
Fysisk aktivitet	✓ I barnehagene: Mye fysisk aktivitet: Turløyper, samarbeid med idrettslag, mulighet for ulike aktiviteter. 5 på topp, 5 på tur, oppmerkede stier, flotte ute-lekeområder i hele kommunen, som også brukes i helgene. ✓ På skolene: Bruker uterommet og fysisk aktivitet stadig mere for å utvikle fagkompetansen hos elevene. ✓ Mange aktive idrettslag, gode muligheter for å bruke naturen ✓ Frivillighetssentral med turgruppe ✓ Mange turløyper i nærområdene - aktive turlag/ti-på-topp etc.
Rus	✓ Ansvarlig alkoholsalg – Kommunale kontroller. Juvente har også tatt stikkprøver der mindreårige prøvde å kjøpe alkohol uten at de fikk det. ✓ Kunnskap om rusbruk fra Ung-dataundersøkelsen ✓ Prosjekt med interkommunal rus- og SLT-koordinator. De arbeider forebyggende på tvers av kommunegrensene ✓ Holdningsskapende virksomhet, "Det er lov til å si nei" – 9. klasse. ✓ Planlagte samtaler med hver 8. klassing ✓ Små forhold – mulig å oppdage tidlig dersom det foregår langing oa. Tidlig intervensjon

Helserelatert adferd: – Utfordringer – Risikofaktorer. Årsaksforhold, konsekvenser og evt tiltak	
Ernæring	✓ Skolemåltid - Et måltid midt på dagen gir et stabilt blodsukker som er viktig for at elevene skal få mer overskudd, bedre humør, bedre konsentrasjon og bedre prestasjonsevne.
Fysisk aktivitet	✓ Inaktivitet – folk lite aktive. Nedleggelse av gårdsbruk – lite fysisk arbeid for ungdom. ✓ Få tilbud om fysisk aktivitet til utsatte grupper, bla for psykisk utviklingshemmede og for grupper der terskelen blir for høy pga redusert kapasitet
Rus	✓ God tilgjengelighet for alkoholsalg/ servering – lovens maksgrenser mht til åpningstider. ✓ Lokalt vinmonopol – bedrer tilgjengelighet

	✓ Langing – eldre kjøper alkohol for mindreårige ✓ Rusmidler lett tilgjengelige og billige – kan bestilles på nett, ✓ Drop-outs – disponert for redusert psykisk helse og rusmisbruk ✓ Mange av kommunens ungdom bor på hybel – fravær av voksenperson. Politiet erfarer at rusproblematikken er økende blant ungdom ✓ Flere tidligere og aktive brukere uten lokal tilknytning og nettverk bosetter seg i kommunen. Politiet opplever det som bekymringsfullt at nye rusmiljø etableres.
--	---

6.2. *Smittevern*

Kommuneoverlegen og forebyggende helse samarbeider i arbeidet med smittevern i Skånland kommune. Det foreligger en smittevernplan fra 2003. Det er også utarbeidet smittevernplaner for syke- og aldershjemmene i kommunen. Det pågår arbeid med fokus på smittevern mht til renholdsprosedyrer.

Skolehelsetjenesten har informasjon til ungdomsskoleelever om bruk av prevensjon, seksuelt overførbare sykdommer og de har også et lavterskeltilbud til elevene om å få individuell informasjon, få prevensjon og behandling.

Skolehelsesøstre og leger deltar på foreldremøter aktivt overfor barnehager, skoler og foreldre i forhold til aktuelle smitteskiller og forebygging, eksempelvis i forhold til lus, øyekatarr, influensa, mageinfluensa, seksuelt overførbare sykdommer.

Det er også utarbeidet eget tuberkulosekontrollprogram. Kommunen har gode rutiner i henhold til helsetjenester til asylsøkere og innvandrere.

6.3. *Infeksjonsepidemiske forhold*

I følge MSIS (meldingsregister for infeksjonssykdommer) er det liten forekomst av smittbare sykdommer som meldes inn og overvåkes gjennom folkehelseinstituttet. Unntak er forekomsten av clamydia som er høyere enn sammenlignbare kommuner. MRSA smitte er en økende problemstilling i Skånland som i landet for øvrig. Legionellasmitte sprer seg via aerosoler fra tekniske installasjoner som bruker vann, for eksempel kjøletårn, vannskrubbere. Kan også oppstå i dusjer som har stått ubenyttet over tid. Det er ikke påvist oppvekst av bakterien Legionella pneumofilia i Skånland

6.4. *Vaksinasjonsdekning*

De aller fleste barn og unge i Norge får de vaksinene som er anbefalt i barnevaksinasjonsprogrammet. Det norske barnevaksinasjonsprogrammet startet i 1952 og anbefaler i dag vaksiner mot 11 forskjellige sykdommer:

- Rotavirusvaksine
- DTP-kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe (tetanus) og kikhoste
- Hib-vaksine mot Haemophilus influenzae type b-infeksjon
- Vaksine mot pneumokokksykdom
- Vaksine mot poliomyelitt
- MMR-kombinasjonsvaksine mot meslinger, krusma og røde hunder
- Vaksine mot humant papillomavirus (HPV, tilbud til jenter fra 2009)

De første vaksinasjonene begynner vanligvis når barnet er 6 uker gammelt. MMR starter ved 15 måneders alder og HPV tilbys jenter i 7. klasse. Noen vaksiner må settes flere ganger før barnet regnes som fullvaksinert.

For å få en sykdom under kontroll i befolkningen, kreves en vaksinasjonsdekning i befolkningen på 80-95 %, avhengig av hvor smittsom sykdommen er. Hvis vaksinasjonsdekningen blir for lav, kan sykdommer vi i dag har kontroll over komme tilbake. Barnevaksinasjonsprogrammet har gitt som resultat at vi i Norge i dag har kontroll over infeksjonssykdommer som polio, meslinger og difteri
(Kilde: Folkehelseinstituttet)

Det er frivillig om man ønsker at barna skal vaksineres. I Skånland er andelen 2, 9 og 16-åringer som blir vaksinert stort sett høyere enn i Troms for øvrig – andel vaksinerte er fra 94-97%. Unntaket er DTP-vaksinen for 9-åringer, hvor 89% av Skånlands 9-åringer er vaksinert mot gjennomsnittet 91% i Troms. Kilde: Sysvak og kommunehelsa statistikk.

6.5. Ernæring

I den vestlige verden er det påvist sykkelighet både ved for lite mat og for mye mat. *God ernæring er en av forutsetningene for tilfredsstillende vekst og utvikling i fosterliv, spedbarnsalder og barne- og ungdomsår. Kostholdet er viktig både for å forebygge sykdom og for å fremme god helse. Et balansert og fullverdig kosthold i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger kan redusere risikoen for utvikling av ikke-smittsomme sykdommer, som hjerte- og karsykdommer, kreft, og type 2-diabetes, samt overvekt, forstoppelse, tannråte og jernmangel.*¹⁸

*Mat og drikke som inntas i barnehage / skole utgjør en betydelig del av barns totale kosthold. Dette gjelder enten den er medbrakt eller servert. Hjem og familie har det grunnleggende ansvaret for barns kosthold, men fordi så mange måltider inntas i barnehage og skole, har tilbudene stor innflytelse på barnas matvaner, kosthold og helse. Arbeidet med mat og måltider i barnehage og skole bør skje i nær forståelse og samarbeid med hjemmene.*¹⁹

6.5.1. Mat og måltider i barnehagene i Skånland

Riktig ernæring er viktig for god helse og mestring. Barnehagene er en viktig arena for utvikling av holdninger til god helse. Gode matvaner bør læres så tidlig som mulig. I barnehagene i Skånland får barna servert sunn og næringsrik lunsj de fleste dagene i uka. Kaker og annet i forbindelse med bursdagsfeiringer er erstattet med "bursdagsmeny". Barna får velge hvilken rett ønsker fra en meny med sunne oppskrifter. Personalet og noen av barna lager maten. Tilbereding av mat med sunne matvarer er vektlagt, målet er "nesten sukkerfritt". Frukt serveres daglig.

Temaet tas opp på foreldremøter og på personalmøter i samarbeid med helsesøster. Det omtales også i årsplan og gjennom annen informasjon til foreldrene. Det er viktig at også foreldrene følger opp arbeidet.

Barnehagene har utarbeidet egne retningslinjer for mat og drikke i barnehagene i Skånland, basert på Helsedirektoratets retningslinjer for mat og måltid i barnehager, og direktoratets kampanjemateriell "Bra mat i barnehager"

¹⁸ Helsedirektoratets veiviser i lokalt folkehelsearbeid

¹⁹ Helsedirektoratets retningslinjer for mat og måltider i barnehagen/ skolen

6.5.2. Mat og måltider i skolene i Skånland

Tall fra melk.no viser at så mye som 50.000 elever på barneskolen på landsbasis ikke har med seg matpakke daglig. I Nord-Norge er tallene best, ca 81% av elevene har med matpakke, men det ser ut til at matpakkespising går ned med alderen. På landsbasis viser tallene at i barneskolen har 89 prosent matpakke, i ungdomsskolen 67 prosent og i videregående 53 prosent. Tallene er hentet fra en landsrepresentativ barne- og ungdomsundersøkelse gjennomført av Ipsos MMI.

Et måltid midt på dagen gir et stabilt blodsukker som er viktig for at elevene skal få mer overskudd, bedre humør, bedre konsentrasjon og bedre prestasjonsevne.

Hva sier lovverket om mat i skolen?

Opplæringsloven (§ 9a-1), som gjelder både skole og SFO, slår fast at alle elever har rett til et godt fysisk og psykososialt skolemiljø som fremmer helse, trivsel og læring. Ifølge lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) skal kommunen i alle sine funksjoner, også som skoleeier, fremme helse og trivsel samt bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. På denne bakgrunnen anbefaler Helsedirektoratet at skolen tilrettelegger for [regelmessige måltider](#) som fremmer matglede, sosialt samvær, trivsel og helse. Mat bør også være tilgjengelig på alle skoler for de som ikke har med seg niste.

Kosthold et viktig innhold i årsplanen for faget Mat og helse for 6. og 9. trinn. Elevene (foreldrene) må bestille frukt og skolemilk selv til hver enkelt.

På Grov skole arrangerer Kystkulturuka årlig, der elevene får fiske, lage mat og spise den sammen med aktive frivillige. Elevene får innblikk i gamle mattradisjoner langs kysten.

Sanitetsforeninger, Røde kors, skolen og foreldreråd arrangerer skolelunsj 2-3 ganger årlig, med fokus på sunne matvarer.

Årlige matpakkeuker gjennomføres. I hovedsak har elevene matpakke med sunt innhold med hver dag. Elevene som har glemt matpakken kan be om knekkebrød eller annet. Fokus på at det drikkes vann eller juice til maten dersom de ikke kan drikke melk.

6.5.3. Ernæring blant eldre.

Omfattende undersøkelser dokumenterer at eldre ofte er feil- eller underernærte, spesielt i sykehjem. Forekomsten av underernæring hos pasienter i sykehus og sykehjem varierer mellom 10 % og 60 % avhengig av hvilke grupper som er undersøkt, hvilke metoder som er brukt og hvilke grenseverdier som er satt for å stille diagnosen

Pasientgrupper som har særlig risiko for underernæring er eldre, demente, enslige, funksjonshemmede, psykiatriske langtidspasienter, rusmisbrukere og pasienter med kroniske lidelser som kreft, leddgikt, osteoporose, hjerte- og lungesykdom.

I Skånland har de som selv ikke kan lage middag mulighet for å få tilkjørt måltid tre dager i uka fra Skånland felleskjøkken.

På syke- og aldershjem føres det er næringsoversikter for å sikre at beboeren får i seg tilstrekkelig og riktig mat. Personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak.

6.6. Røyking

Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at de som røyker daglig, i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere, og at 25 prosent av dagligrøykerne, dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere.

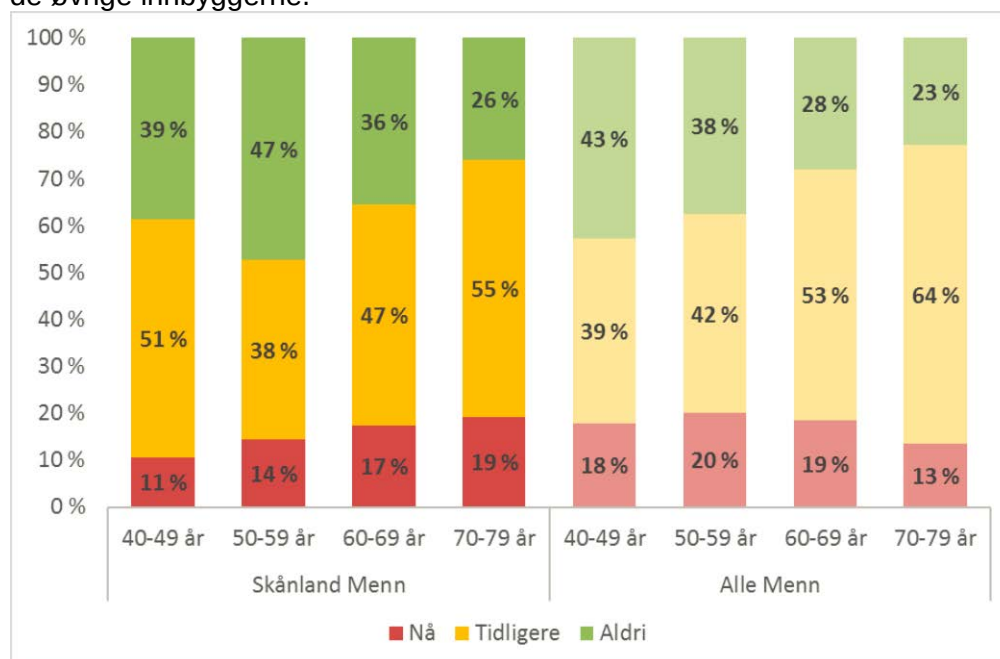
Røyking i svangerskapet kan si noe om røyking hos kvinner i fertil alder. For resten av befolkningen er datagrunnlaget på røykevaner dessverre svært dårlig. Det er en markant

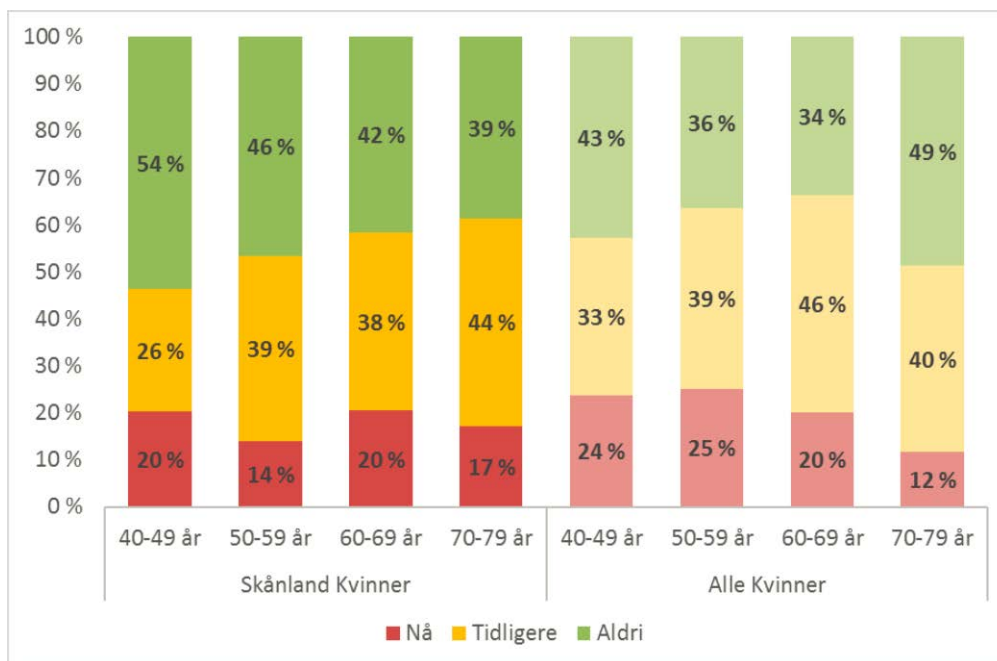
sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Denne gradienten gjelder også for røyking i svangerskapet. Det er en stor utfordring i folkehelsearbeidet å påvirke denne forskjellen.

Andelen røykere i befolkningen er på vei ned, men blant ungdom og unge voksne ser det ut til at snus har overtatt noe for røyking. Snus er ikke like helseskadelig som sigaretter, men er svært avhengighetsskapende og inneholder helseskadelige og kreftfremkallende stoffer. Vi har foreløpig ikke tall på snusbruken i kommuner. Medisinsk fødselsregister har tall på snusbruk, men disse opplysningene er underrapportert og derfor ikke egnet til statistikkformål. (Kilder: Vikanes A, Grijbovski AM, Vangen S, Gunnes N, Samuelsen SO, Magnus P. (2010). Maternal body composition, smoking, and hyperemesis gravidarum. Ann Epidemiol. Aug;20(8):592-8).

I folkehelsas oversikter finne man undersøkelser blant gravide kvinner om deres røykevaner. I Skånland røyker flere gravide kvinner enn landsgjennomsnittet. Man har over år sett nedgang blant røykende gravide, fram til perioden 2009 – 2013. Kurven er nå på vei oppover igjen.

De mest omfattende data om helserelatert adferd har vi fra helse- og livstilsundersøkelsen Saminor 2, gjennomført i Skånland og Evenes i 2012. Alle innbyggerne mellom 40 og 79 år ble invitert til å delta. 50% av innbyggerne over 40 år i Skånland deltok, 344 menn og 385 kvinner, totalt 729. Størst andel av deltakere var i alderen 55-69 år. Tallene blir sikrere jo høyere deltakelsen er, men man kan anta at de 50% som deltok også er representative for de øvrige innbyggerne.





Det er en klar trend både i Skånland kommune og for alle kommuner under ett at prosentandelen med daglig røykere går ned. I de yngre aldersgruppene er det en større andel som aldri har røykt enn hos de eldste. Dette gjelder både for kvinner og menn. Jevnt over er det en lavere andel både nåværende og tidligere røykere i Skånland sammenliknet med alle kommuner (som deltok i undersøkelsen) under ett. Det er derfor høyere andel i Skånland som aldri har røykt sammenliknet med alle kommuner under ett. Det er veldig positivt at andelen nåværende dagligrøykere i Skånland er kun 16 % for menn og 18 % for kvinner.

Det er svært gledelig at det er mindre enn 20 % dagligrøykere i Skånland kommune, både blant menn og kvinner. Andelen dagligrøykere ligger helt på landsgjennomsnitt.²⁰

Av dem som deltok i undersøkelsen er det flest kvinner som har aldri røkt, 44,7% mot 36,6% av mennene. Flest menn har sluttet å røyke – 47%, mot 37% av kvinnene. Flest kvinner røyker - 18% mot 16 % menn. Det kan se ut som at flere yngre kvinner (40-49 år) begynner å røyke. Andelen kvinner som aldri har røkt er også høyest i denne aldersgruppen.

Vi har ikke tall som sier noe om hvor mange som har erstattet røyking med snusing. På landsbasis ser vi at andelen med snusere øker, mest blant menn, men også blant kvinner. På landsbasis er det nå nesten like mange menn som bruker snus som dem som røyker. Også snus inneholder nikotin, er avhengighetsskapende og inneholder helseskadelige stoffer som øker risiko for kreft og for fosterskade.

Ungdomsskolene kjører Fri-programmet²¹ fom 8. klasse hvor elevene underskriver kontrakt på å være røykfri..

Ung-dataundersøkelsen viser at ungdom i Skånland røyker mindre, men snuser mer, i tråd med funn på landsbasis.

6.7. Fysisk aktivitet

Det er solid dokumentasjon på at bruk av fysisk aktivitet er forebyggende og svært effektiv i behandling av en rekke sykdommer og tilstander. I en del tilfeller kan fysisk aktivitet erstatte legemidler og i andre redusere behovet for medisiner.

²⁰ Saminor 2

²¹ [Friprogrammet](#) – helsedirektoratet

Fysisk inaktivitet er en økende utfordring, og inaktiviteten øker i alle aldersgrupper. Samfunnet vårt har de siste tiårene blitt tilrettelagt for inaktivitet, og man skal i dag være bevisst for å få fysisk aktivitet som del av hverdagen. En økning av den fysiske aktiviteten er ett av de tiltak som vil ha størst positiv effekt på folkehelsen.

Kommunen har tre skoler med gymnastikksaler som er flittig i bruk av lag og foreninger etter skoletid, til forskjellige aktiviteter som ski, fotball. Klatring, taekwondo, bueskyting, innebandy, barnelek, seniordans m.m.

Kommunen har også to svømmehaller med tilbud om folkebad og bassengtreff i tillegg til svømmeundervisning for grunnskolen.

Turlag organiserer turer til forskjellige utfartsmål i kommunene, og idrettslag og turlag har topp-turer på programmet i sommerhalvåret.

6.7.1. Fysisk aktivitet i skole – og barnehage

I rammeplanen for barnehagene er det nedfelt at barna skal bruke naturen i et systematisk opplegg og det er faste rutiner for uteaktiviteter gjennom året. Det er viktig at barn får gode holdninger til opphold og fysisk aktivitet i naturen gjennom det å bevege seg, glede og moro. Tidlig etablerte gode vaner, også i fritiden, påvirker levesettet også i voksenlivet. I grunnskolen regulerer læreplanen Kunnskapsløftet 06 skolens ansvar for fysisk aktivitet, kosthold og ernæring. Fag- og tidsfordeling er sentralt styrt, og gir klare retningslinjer å forholde seg til.... Skolene og barnehagene bruker nærområdene til friluftsliv hvor barn og unge får lære å bruke naturen på en god måte. Skolene er en viktig arena for å skape gode holdninger til fysisk aktivitet, kosthold og ernæring og gir et godt grunnlag for et godt levesett i voksen alder.

Barnehagene har utelekeplass som har både bakker, trær, m.m. Sykkel- løyper rundt deler av barnehagen. Eget opplegg for førskolegruppene som inkluderer tur - uansett vær. Barnehagene er ofte ute på tur i nærmiljøet.

1-4 klasse i Grov og på Sandstrand, samt 1 klasse på Skånland skole har uteskole 1 dag pr uke. Sandstrand skole har uteskole på mellomtrinnet stort sett en gang pr mnd. Noen skoler har samarbeid med turlagene. Næringsliv, lag og foreninger i Grovfjord har sponset startkontingent for 10 på topp for samtlige elever på skolen. For områder med uteskole eller hvor barnehagen ofte er på utfukt bygger turlagene gapahuker og skole eller barnehage rydder og vedlikeholder dem. Lekeplasser rundt barnehager og skoler brukes aktivt også om ettermiddagen. Svømmehall og gymsalene benyttes av innbyggere i alle aldre.

I følge Ung-dataundersøkelsen er det færre ungdommer i Skånland som trener ukentlig enn i landet for øvrig.

6.7.2. Fysisk aktivitet for utsatte grupper.

Det er ikke alle grupper som kan nyttiggjøre seg ordinære aktivitetstilbud, enten pga fysiske eller psykiske begrensninger.

Disse gruppene vil ha behov for større tilrettelegging av tilbudene som finnes, evt få opprettet egne tilbud hvor fysisk ytelse står i forhold til den enkeltes kapasitet.

Noe av det er omtalt i vedtak for Kommunal plan for idrett og friluftsliv 2016 – 2019, punkt 9, der lag og foreninger oppfordres til å ha økt fokus på integrering av psykisk utviklingshemmede.

Også andre grupper som kan ha fysiske plager som pustevansker, bevegelseshemminger etc. kan profitere på tilrettelagte muligheter for turer og annen fysisk aktivitet.

Mange kommuner har startet "tjukkasklubb" med tilrettelagt turaktivitet for å bedre formkurven for overvektige, eksemplene på tilrettelagte aktiviteter er mange. Frivillighetssentralen har en ukentlig turgruppe, men tilbudet totalt sett mht fysisk aktivitet for utsatte grupper i Skånland kommune er et område som bør ha større fokus.

6.8. Rus

Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker både de største helseskadene i landet og har størst sosiale ringvirkninger. Akutte skader og ulykker som følge av alkoholbruk er en dimensjon, de langsiktige konsekvensene av et alkoholmisbruk med ulike helsekomplikasjoner for den enkelte bruker er en annen. En tredje, og vesentlig dimensjon, er hvordan rusen påvirker og rammer barn, familie, arbeidsplassen og øvrig lokal – og nærmiljø. Forbruket av alkohol og alkoholdholdig drikk øker jevnlig i befolkningen. Mens menn tidligere og tradisjonelt har hatt et dobbelt forbruk av hva kvinner har konsumert, har dette endret seg kraftig. Kvinner drikker mer, og økningen i forbruk har er størst i gruppen 40 år og eldre for begge kjønn. (HUNT 2 og 3)

Statistikk på alkoholkonsum målt nasjonalt over flere tidsepoker viser at alkoholforbruket er i kontinuerlig økning målt på forbrukerstatistikk. Forbruk beregnes i antall liter ren alkohol pr år for øl, vin eller sprit. Statistikken for de siste 20 årene viser at forbruket av vin i befolkningen er i sterk økning.

Oversikt over serverings- og åpningstider for alkoholsalg

Antall utsalgssteder for alkohol i Skånland kommune: 6, inklusive vinmonopolet som følger gjeldende regelverk for salgstider.

Salgstider for øl:

Hverdager	08.00 – 20.00
Dager før søn- og helligdager	08.00 – 18.00

Antall skjenkesteder i Skånland kommune: 4

Serveringstider for alkoholsalg:

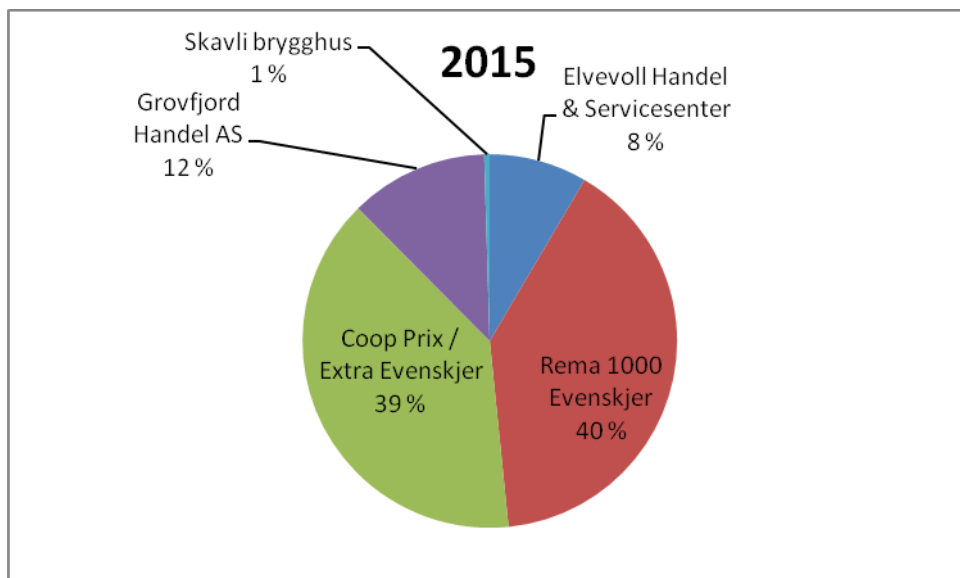
Søndag - torsdag	
Alkoholgruppe 1 og 2 (dvs mindre enn 22%):	kl 08:00 – 01:00
Alkoholgruppe 3 (brennevin):	kl 13:00 – 01:00
Fredag og lørdag	
Alkoholgruppe 1 og 2 (dvs. mindre enn 22%):	kl 08:00 – 03:00
Alkoholgruppe 3 (brennevin):	kl 13:00 – 03:00

Utsalgstidene er differensierte – hverdager og helg. På utsalgssteder for alkohol reduseres tidene for alkoholsalg i forbindelse med helg, på skjenkestedene øker den.

Salgstidene for øl følger lovens maksimumsgrenser, serveringstider i helgene er også i henhold til lovens maksgrenser.

Salgstidene på Vinmonopolets utsalg er lavere enn loven gir adgang til.

Fordeling av salg av totalt 147 138 liter sider og øl i Skånland i 2015



Omsetningen av øl og sider i Skånland er økt med 16% fra 2011.

Kommunen er også utsatt for salg av narkotiske stoffer.

SLT-koordinator har gjennomført Ung-dataundersøkelse for ungdom i 8-10 klassetrinn i 2016.

Funn derfra viser at færre av ungdommene i Skånland får lov til å drikke alkohol og har drukket seg beruset enn i landet for øvrig.

Mer foruroligende er det at 14% av de som svarte har i løpet av det siste året blitt tilbudt hasj mot 10% av gjennomsnittet i Norge. For bruk av hasj er tallet tilsvarende landsgjennomsnittet: 3%.

Andelen som er usikker på om de får lov hos foreldrene til å drikke alkohol er høyere i 10. klassetrinn enn i 8. klassetrinn.

Vi har foreløpig ikke konkrete tall for rusmisbruk i Skånland. Lokal kunnskapsinnhenting fra politi, psykiatritjeneste og ruskoordinator tilsier at i tillegg til at alkohol- og rusmiddelkonsum øker i befolkningen generelt, ser man i ETS-kommunene at antall brukere i befolkningen øker:

1. Flere tidligere og aktive brukere uten lokal tilknytning og nettverk bosetter seg i kommunene, gjerne etter endt opphold på avvenningsinstitusjon. Ifølge politiet oppleves det som en foruroligende utvikling av tilflyttere med rusbakgrunn og etablering av rusmiljø.
2. Politiet erfarer at rusproblematikken er økende blant ungdom. Ungdommer som begynner på videregående skoler i Harstad / Narvik kommer hjem i helgene. De har stor innvirkning på nære aldersgrupper og lokalmiljø

Fra statistikk over anmeldte lovbrudd ser vi at det var 7 anmeldelser for narkotikakriminalitet i perioden 2013 – 2014. Tallet har stort sett vært stabilt siden 2010/2011. For Evenes var tallet 8, for Tjeldsund er det ikke oppgitt tall, alle verdier med 4 eller færre enheter er prikket (:)

NA (Anonyme narkomane) er en selvhjelpsgruppe for tidligere narkomane og for narkomane i rehabiliteringsprosess har ukentlige møter i Skånland.

Fra tall hentet fra nasjonale rapporter der 132 kommuner har registrert sine brukere i BrukerPlan finner de bla at

- av alle registrerte brukere med alvorlige ruslidelser har 20% av dem samtidig en psykisk lidelse.

- 70% av registrerte brukere er menn, gjennomsnittsalder 41 år og 12% er under 25 år
- 53% er registrert med bruk av alkohol som det eneste eller ett av flere rusmidler. Alkohol er det mest brukte rusmiddelet
- Cannabis brukes av 39%, opiat av 17% og sentralstimulerende midler av 28% av brukerne
- Legemidler som ikke er forskrevet av lege til personlig bruk brukes av 40% av de registrerte brukerne
- 43% av brukerne med omsorgsansvar har kontakt med barnevernet, og 21% skårer svært dårlig på funksjonsnivå

(Kilde: Rusmiddelbruk i Norge BrukerPlan-statistikk 2013 utarbeidet av Helse Stavanger)

Skånland kommune har ennå ikke tatt i bruk BrukerPlan, så vi har ingen egne registreringer. Det er ingen grunn til å tro at det er vesentlig annerledes for Skånland.

7. Helsetilstand

"Helsetilstand, forhold vedrørende helse og sykdom hos et individ, en befolkningsgruppe eller en hel befolkning. Når man omtaler helsetilstanden i en befolkning, benevnes den gjerne folkehelse. Helsetilstanden hos grupper av mennesker er summen av helsetilstanden til det enkelte mennesket som gruppen består av." (Store norske leksikon)

Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål, for eksempel risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær eller lignende.

7.1. Sammendrag – oversikt over helsefremmende forhold samt folkehelseutfordringer i kommunen.

Helsetilstand: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.	
Hjerte/lunge-sykdommer	✓ Gjennomført prosjekt i samarbeid med ETS LHL om tilpasset trening for hjerte/lungesyke.
Diabetes	✓ Prosjektmidler lærings- og mestrings tjenester diabetes – fokus på aktivitet, ernæring og mestringsstrategier
Muskel- og skjelettsykdommer	✓ Skånland fysioterapi – forebygger forverringer
Kreft	✓ Interkommunal kreftkoordinator ✓ Koordinator har månedlig møteplass for kreftpasienter og pårørende på frivillighetssentralen i Skånland
Demens	✓ Etablert dagsenter for demente ✓ Pårørendeskole i samarbeid med E og T ✓ Samtalegrupper for pårørende
Levealder	✓ Færre dødsfall blant menn under 75 år pga kreft og ischemisk hjertesykdom
Annet	✓ Liten kommune, oversiktlig, med desentraliserte tjenester. Gir mulighet for rask intervensjon og samarbeid på tvers av enhetene. ✓ Stabilt personell i helse- og omsorgssektoren

Helsetilstand: – Utfordringer – Risikofaktorer. Årsaksforhold, konsekvenser og evt tiltak

Kostholds- sykdommer	✓ Undersøkelser viser at fedme / overvekt øker i omfang, spesielt blant yngre, disponerer for livstilssykdommer som diabetes, høyt BT med mer. - o Sukkerforbruket øker - o Fysisk aktivitet redusert
Hjerte/ karsykdommer	✓ Flere pasienter med hjerte / karsykdommer enn i landet for øvrig
Diabetes	✓ Diabetes – nesten dobbelt så mange menn med diabetes type 2 enn i landet for øvrig ✓ Høyt forbruk av diabetesmedisin
Kols	✓ Forekomst av kols – økende.
Muskel- og skjelett- sykdommer	✓ Høy andel muskel- og skjelettlidelser. Små ressurser til forebygging.
Psykisk helse	✓ Psykiske symptomer – større økning enn landet for øvrig, alle aldersgrupper. Tendensen gir grunn til bekymring. Gir konsentrasjonsproblemer, redusert mestring av dagliglivet, nedsatt arbeidsevne, sykefravær, uføretrygd og større dødelighet. Gir vanskelige oppvekstvilkår for barn dersom omsorgspersonen har psykiske lidelser eller symptomer. - o Flerre lavterskeltilbud som kommunepsykolog.
Kreft	✓ Økende forekomst av tykk- og endetarmskreft hos kvinner ✓ Brystkreft hos kvinner – over landsgjennomsnittet ✓ Lungekreft er økende, spesielt hos menn ✓ Kreft gir store lidelser for den syke og påvirker også familien rundt.
Demens	✓ Økende forekomster med økende alder. Gir store belastninger for pårørende og omsorgsapparatet.
Dødsårsaker	✓ Økende forekomst av dødsfall før 75 år pga kreft hos kvinner. ✓ Senfølger etter ulykker og voldsomme dødsfall er sterkt økende

Hva er helse? Helse innebærer en kombinasjon av fysisk og psykisk helse, og betyr mer enn å være fri for sykdom. Helse kan defineres på flere måter..

Verdens helseorganisasjon (WHO) sier at

"Helse er en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosial velvære - ikke bare fravær av sykdom eller svakhet".

Denne definisjonen blir ofte kritisert fordi den gjør alle mennesker syke.

Professor Peter F Hjorth har laget denne definisjonen på helse:

"God helse har den som har evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav."

Muskel- og skjelettsykdommer, samt psykiske lidelser og ruslidelser er de viktigste årsakene til helsetap i Norge. Psykiske lidelser bidrar betydelig til helsetap i alle aldersgrupper, mens helsetap knyttet til muskel- og skjelettsykdommer øker med alder. Blant de 25 sykdommene og skadene som gir mest helsetap, er syv innenfor gruppen psykiske lidelser og ruslidelser, og til sammen utgjør disse 19 % av det totale helsetapet. Angstlidelser og depressive lidelser er spesielt store sykdomsbyrdegrupper. De 25 største bidragsyterne til DALY(Helsetapsjusterte leveår (engelsk:

Disability-Adjusted Life Year)) utgjør til sammen over 70 % av den totale sykdomsbyrden i Norge. Korsrygg- og nakkesmerter er den klart største bidragsyteren til antall DALY, med 10,5 % av den totale byrden, etterfulgt av dødelige sykdommer som iskemisk hjertesykdom, Alzheimers sykdom, hjerneslag og lungekreft. På grunn av det høye helsetapet de gir, er angstlidelser og depressive lidelser også viktige bidragsyttere til DALY i Norge.

...

Nedgang i tapte leveår grunnet iskemisk hjertesykdom er en viktig årsak til den observerte nedgangen i total sykdomsbyrde. Videre er sykdomsbyrde fra hjerneslag, fallskader, selvmord og nedre luftveisinfeksjoner redusert.²²

Sykdomsbyrde er en kombinasjon av hvor mange som rammes av sykdom, hvor alvorlig den er for dem som rammes og om den fører til at vi dør tidlig. I beregninger av sykdomsbyrde snakker vi om død som tapte leveår. Jo yngre du er når du dør, jo flere leveår taper du. Sykdom vektet etter alvorlighetsgrad og hvor mange som lever med sykdommen. Summen av helsetap (ved sykdom) og tapte leveår (ved død) utgjør sykdomsbyrden i befolkningen²³

Rangering	Årsak	Andel av totalt antall tapte leveår i befolkningen (prosent)
1	Hjerteinfarkt (iskemisk hjertesykdom)	14,1
2	Lungekreft	7,2
3	Hjerneslag	6,7
4	Alzheimers sykdom og annen demens	5,4
5	Tykk- og endetarmskreft	5,1
6	Kols	4,4
7	Selvmord	4,2
8	Nedre luftveisinfeksjoner	3,0
9	Ruslidelser som skyldes illegale rusmidler	2,4
10	Prostatakreft	2,3

De ti viktigste årsakene til helsetap (ved sykdom og skader man lever med) er

Rangering	Årsak	Andel av totalhelsetap i befolkningen (prosent)
1	Korsrygg og nakkesmerter	19,7
2	Angstlidelser	6,2
3	Depressive lidelser	6,2
4	Hudsykdommer	5,6
5	Sykdommer i sanseorgan (hørsel, syn)	4,9
6	Fallskader	5,6
7	Diabetes	3,7
8	Kronisk nyresykdom	3,0
9	Tann- og munnsykdommer	2,9

²² Rapport 2016:1 Sykdomsbyrde i Norge 1990 - 2013

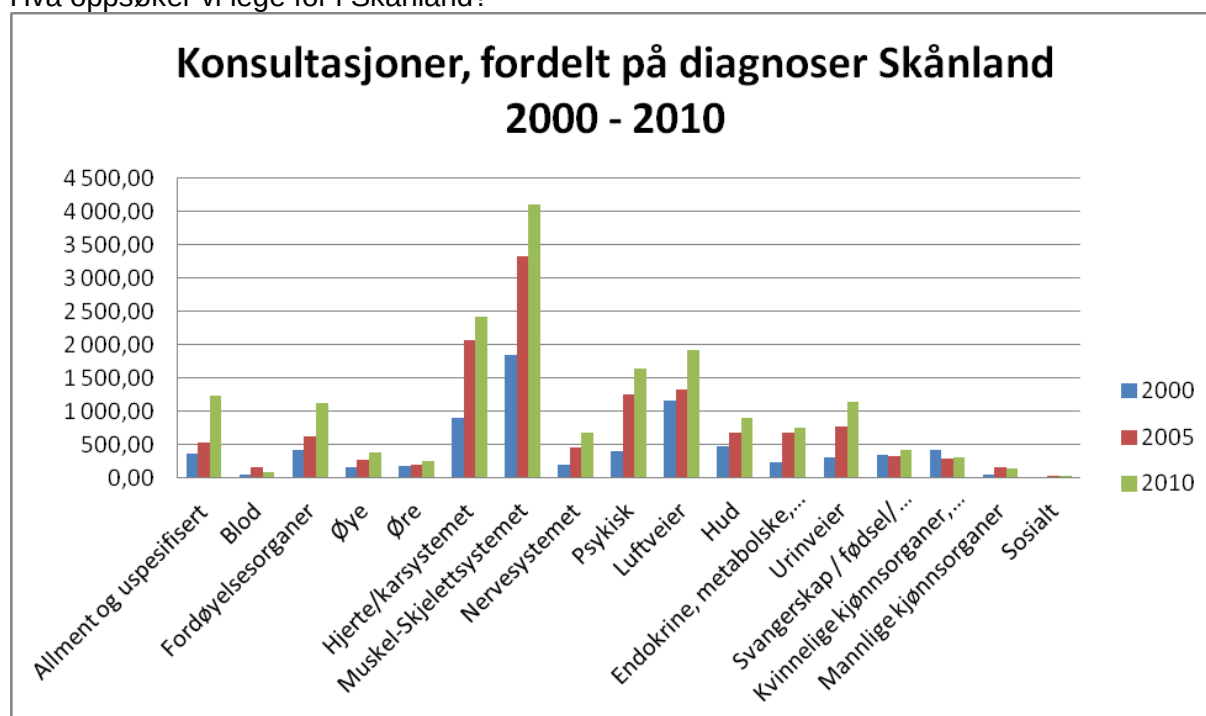
²³ [Folkehelseinstituttet: Norges sykdomsbyrde er kartlagt](#)

Når helsetap og tapte leveår legges sammen, kommer vi fram til sykdomsbyrde, som måles i DALY (fra engelsk: disability adjusted life years, norsk: helsetapsjusterte leveår).

De ti viktigste årsakene til sykdomsbyrde i befolkningen er:

Rangering	Årsak	Andel av totalt antall DALY i befolkningen (prosent)
1	Korsrygg og nakkesmerter	10,5
2	Hjerteinfarkt (iskemisk hjertesykdom)	7,1
3	Alzheimers sykdom og annen demens	3,8
4	Hjerneslag	3,6
5	Lungekreft	3,4
6	Fallskader	3,3
7	Kols	3,3
8	Angstlidelser	3,3
9	Depressive lidelser	3,3
10	Hudsykdommer	3,1

Hva oppsøker vi lege for i Skånland?



Omlegging av journalsystemet har gjort at vi ikke har nyere tall enn overfor. Vi har derfor ikke tall som bekrefter eller viser endringer. Tendensen er at vi går mer til lege, og at vi hyppigst oppsøker lege pga lidelser i muskel- og skjelettsystemet.

Plager i muskel- og skjelettsystemet står også for den høyeste økningen i antall konsultasjoner, fulgt av hjerte-/karsystemet og psykisk.

7.2. Forebyggbare sykdommer (folkesykdommer):

Forekomsten av såkalte folkesykdommer er økende. Fellestrekket for dem er at debut, omfang og konsekvenser kan være betinget av livsstil – ernæring, fysisk aktivitet, bruk av nikotin, alkohol, narkotika- og at endring av livsstil kan redusere omfanget.

7.2.1. Kostholdssykdommer

Mors kosthold i svangerskapet påvirker barnets helse både i fosterlivet og etter fødselen (Henriksen, 2005). Gravide anbefales å følge de generelle nasjonale kostrådene (Helsedirektoratet, 2011a). Studier blant annet fra Den norske mor og barn-undersøkelsen har vist at et variert kosthold med daglig inntak av grønnsaker, frukt, grove kornprodukter, fisk og melkeprodukter, og begrenset inntak av søte drikker, kaffe og sukker, er forbundet med lavere risiko for både komplikasjoner i svangerskapet og lav eller høy fødselsvekt hos barnet (Englund-Ögge, 2014; Sengpiel, 2013; Brantsæter, 2012; Brantsæter, 2009). Folkehelseinstituttet

Det er viktig å få et sunt forhold til mat og riktig kosthold på et tidlig tidspunkt i livet. *Grunnlaget for våre kostvaner legges i barndommen. Det er derfor viktig at barn fra starten får en sunn og balansert kost, som bidrar til god helse. Forskning viser at kosthold tidlig i livet har betydning både for psykisk og fysisk helse.* Folkehelseinstituttet.

Mellom 15 og 20 prosent av barn har overvekt/fedme (Dvergsnes 2009; Juliusson, 2007; Kolle, 2009; FHI, 2014b).

En av de største ernæringspolitiske utfordringene i tiden framover er å redusere inntaket av sukker blant barn og unge (Helsedirektoratet, 2011c). Sukker som er tilsatt i matvarene, er med på å øke risikoen for kroniske sykdommer, spesielt overvekt og fedme. I tillegg øker sukker og søte drikker risikoen for karies og tannerosjon

Overvekt er en helserisiko. Ifølge folkehelsas kommunehelsestatistikkbank vil overvekt og fedme øke risiko for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser. Det er ingen klar KMI-grense for når sykdomsrisikoen øker eller faller, overgangene er glidende.

Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning. Tiltak som kan påvirke mat- og aktivitetsvaner vil være av særlig betydning.

Hovedfunnene fra Helse- og livsstilsundersøkelsen viser en høy andel overvekt og fedme i befolkningen i Skånland, spesielt i de yngste aldersgruppene som deltok. Dette gjelder både for menn og kvinner. Funnene gjenfinnes både på målt kroppsmasseindeks og midjemål.

Dette finner vi igjen i kommunehelsas statistikk over overvekt og fedme målt på sesjon – tall fra perioden 2011 – 2014. 28,1% av ungdom fra Skånland er overvektige mot 25,9% i Troms og 21,4% i landet. Mens det i Troms og landet for øvrig er flest menn som er overvektige er tallet størst for kvinner i Skånland – 30,% mot vel 23% i Troms og landet for øvrig.

I følge tall fra tidligere undersøkelser ved sesjon (2003-2009) er andelen unge med overvekt (KMI>25) målt på sesjon i nedgang. Dette kan ha sammenheng med at det i forrige serie bare ble målt for menn.

Forekomsten av anoreksi og bulimi har økt sterkt i befolkningen. Prevalens er ca 1 % for anoreksi, blant alle pasienter med psykiatridiagnose er dødeligheten størst, 12% (BMJ Best practice). Hvis sykdommen varer over tid vil en kunne utvikle hjertesykdom, fertilitetsproblemer og beinskjørhet. Sykdommene er ofte assosiert med jenter, høye krav om prestasjoner og i idrettsmiljøer.

Kroppsvekten øker for befolkningen som helhet. Dette skjer i hele den vestlige verden. Noen snakker om at en ser en todeling i befolkningen, en som trimmer masse og holder seg tynne og en gruppe som har en sterk vektøkning. Ny helseutfordring er de som er sykkelig opptatt av trening og riktig kosthold - spiseforstyrrelsen ortoreksi.

7.2.2. Hjerte/karsykdommer

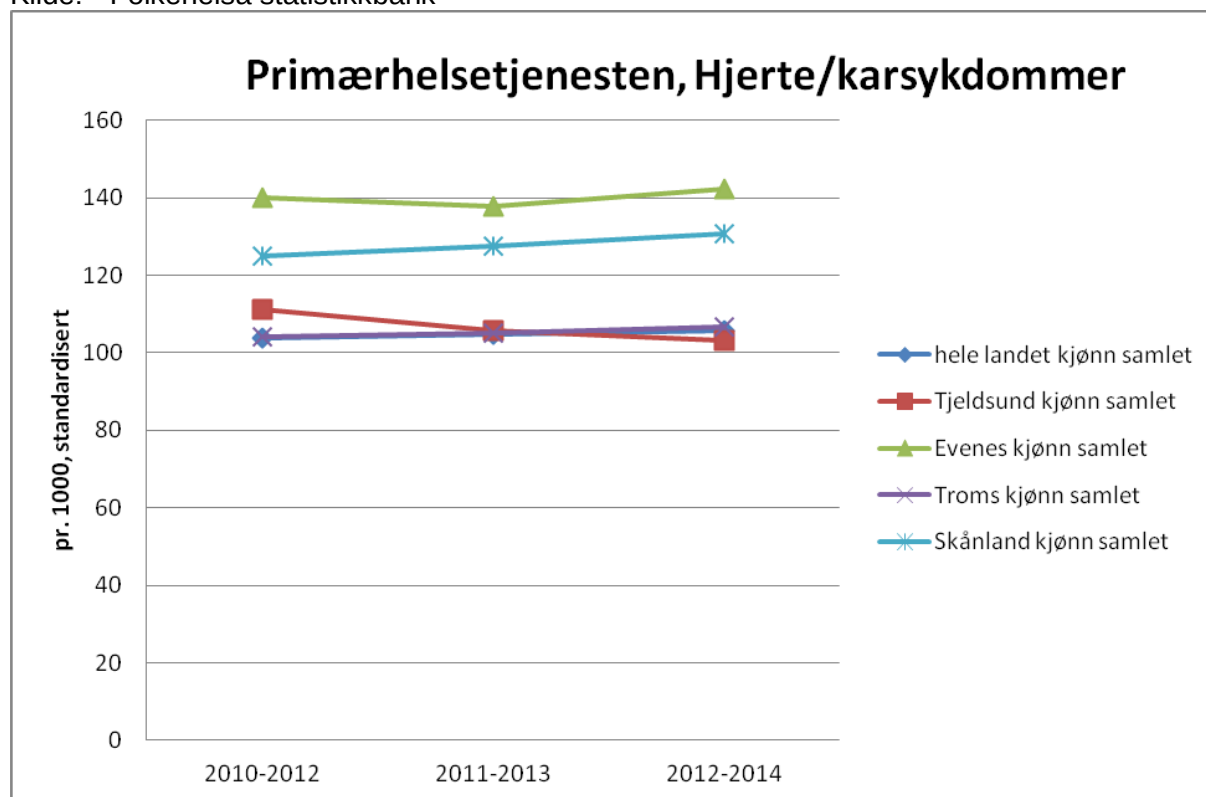
Sammen med kreft er hjerte- og karsykdommer de hyppigste dødsårsakene her i landet når vi ser alle aldersgrupper under ett. Mange av hjerte- og kardødsfallene skjer i høy alder. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene fortsatt vil ramme mange.

Hjerte- og karsykdommene omfatter hjerteinfarkt, hjertekrampe (angina pectoris), hjertesvikt, hjerneslag og andre sykdommer i hjerte og blodårer. Sykdommene skyldes arvelige faktorer i samspill med miljøfaktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes.

De fleste alvorlige hjerte- og karsykdommer oppstår i arterier og i hjertet. I begge disse organene er den sentrale sykdomsprosessen åreforkalkning. Hjerte- og karsykdommer er årsak til ca. 45 % av alle dødsfall i Norge.

To hyppige, alvorlige sykdommer i hjerte og kar med åreforkalkning som årsak er akutt hjerteinfarkt og akutt hjerneslag. Hjertesykdom er den hyppigste dødsårsaken i Norge: hjertesykdom forårsaker 25 % av alle dødsfall i Norge. Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken og hyppigste årsak til alvorlig funksjonshemming.

Kilde: - Folkehelsa statistikkbank



Standardiserte tall anbefales ved sammenligning mellom geografiske områder og når du ser på utvikling over tid. Hensikten med standardisering er å redusere påvirkning av ulike alders- og kjønns sammensetning når man sammenligner grupper i tid og rom.

I Skånland er det flere brukere med hjerte- /karsykdommer i primærhelsetjenesten enn for landet som helhet, for Troms og for Tjeldsund. Menn er mest utsatt, både for hjertesykdom og for hjerneslag i ung alder.

Bruk av spesialisthelsetjenesten er høyere enn i våre nabokommuner, men lavere enn Troms og hele landet.

Dødeligheten 0-74 år er høyest, med unntak av Troms. Innbyggerne i Skånland bruker mest legemidler mot hjerte- og karsykdommer men mindre kolesterolsenkende midler enn landet for øvrig og Evenes.

Høyt blodtrykk vil over tid øke risikoen for hjerneslag og hjerteinfarkt. Høyt blodtrykk eller hypertensjon er den viktigste risikofaktoren for hjerneslag.

Et blodtrykk rundt 120/80 regnes som et fint blodtrykk hos voksne.

Blodtrykket øker med alderen, det ser man i de fleste samfunn. Kvinners blodtrykk øker mer enn menns. I gjennomsnitt har derfor eldre kvinner høyere systolisk blodtrykk enn eldre menn.

Stress, kosthold og andre leveforhold i det moderne samfunnet kan medvirke til at blodtrykket øker.

Det var like stor andel menn med systolisk blodtrykk ≥ 140 mmHg i Skånland som i resten av SAMINOR undersøkelsen. Unntaket var for den eldste aldersgruppen mellom 70 – 79 år hvor Skånland kommune hadde en litt lavere andel med høyt systolisk blodtrykk sammenliknet med alle kommuner under ett.

I den yngste aldersgruppen, 40 – 49 år, var det en større andel kvinner i Skånland med forhøyet systolisk blodtrykk ≥ 140 mmHg sammenliknet med alle kommunene under ett. I neste aldersgruppe, mellom 50 – 59 år, var det et motsatt mønster. I de eldste aldersgruppene var det liten forskjell mellom Skånland kommune og alle kommunene til sammen på andelen med for høyt blodtrykksnivå.²⁴

7.2.3. Diabetes

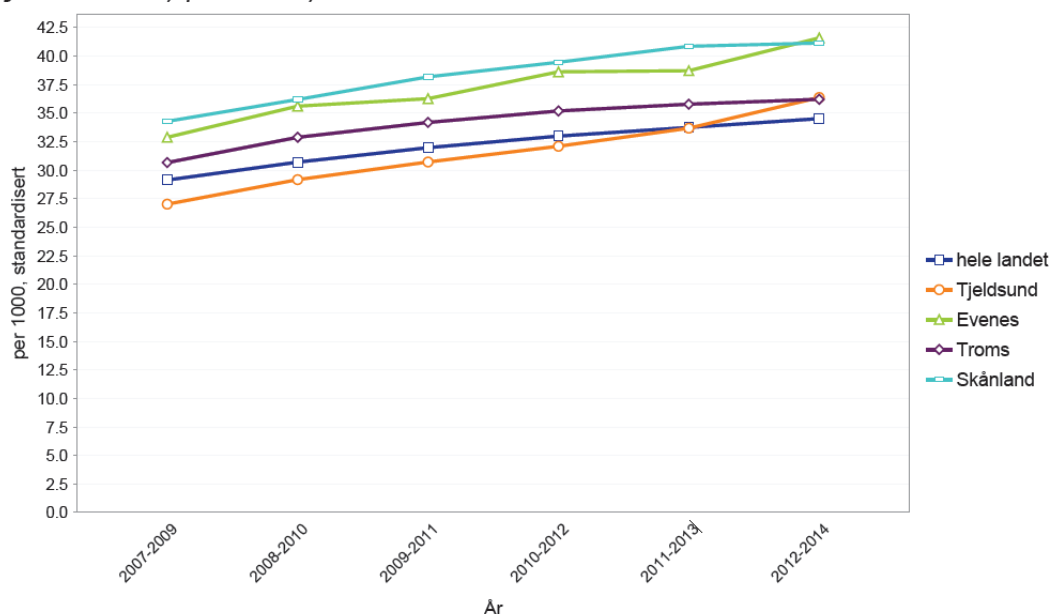
Diabetes type 2 er en sykdom hvor sukkerinnholdet i blodet er høyere enn normalt.

Sykdommen debuterer gjerne hos voksne over 40 år, og forekomsten øker sterkt med alderen. Men også stadig yngre mennesker får diabetes type 2, årsakene er mange og komplekse. Diabetes type 2 er en alvorlig sykdom. Hvis man oppdager sykdommen og får behandling tidlig, vil sykdommen få et gunstigere forløp, og det er lettere å unngå komplikasjonene.

Forekomsten av type 2-diabetes er usikker og behandling av sykdommen varierer. Kosthold, mosjon og vekt-reduksjon kan for noen normalisere blodsukkeret og holde sykdommen under kontroll. Andre trenger medikamenter for å få ned blodsukkeret og bruk av midler til behandling av type 2-diabetes kan brukes som en indikator på forekomst av type 2-diabetes i befolkningen. Med årene kan imidlertid insulinproduksjonen reduseres, og det blir nødvendig med insulinsprøyter på samme måte som ved type 1-diabetes. Overvekt er en viktig risikofaktor for utvikling av type 2-diabetes og forekomst av type 2-diabetes kan derfor gjenspeile befolkningens levevaner. Tabellen inkluderer brukere av legemidler utlevert på resept til personer 30-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

²⁴ Helseundersøkelse SAMINOR

Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år) -
kjønn samlet, per 1000, standardisert



Helse- og livsstilsundersøkelsen påviste også nesten dobbelt så mange menn i Skåneland med diagnosen type 2 diabetes med blodprøve av HbA1C sammenliknet med medikamenttall fra Folkehelseinstituttet. Dette er betydningsfulle funn selv om Helse- og livsstilsundersøkelsen har litt eldre befolkning enn analysene fra medikamentregisteret hos Folkehelseinstituttet.²⁵

Funnene betyr at det er flere som lever med sykdommen uten å vite om den, og at det er store mørketall mht diabetes 2.

7.2.4. Kols

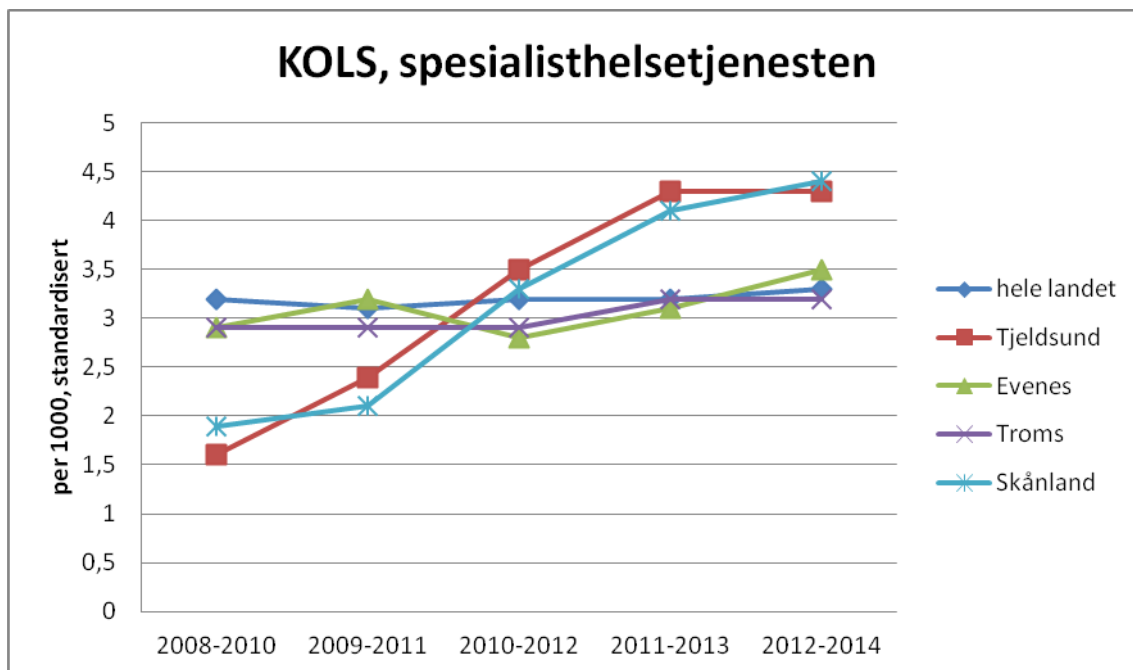
Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS- Kronisk Obstruktiv LungeSykdom - og av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det.

Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. Forekomst av KOLS øker med økende tobakksforbruk og antall røykeår, og kan si noe om befolkningens røykevaner.

Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

²⁵ Saminor 2

Det er også en høyere andel kvinner i aldersgruppen 40 – 49 år med forhøyet systolisk blodtrykk ved sammenlikning med alle kommuner under ett. For menn er ikke forskjellene i blodtrykk så stor mellom Skåneland og alle kommuner under ett.



KOLS har økt kraftig i Skånland, antallet er mer enn fordoblet i perioden.

7.2.5. Muskel- og skjelettsykdommer

Resultater fra helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag viser at blant personer 20 år og eldre hadde andelen med muskel- og skjelettplager økt ved målinger i 2006-2008 sammenlignet med samme aldersgrupper 11 år tidligere (Hagen, 2011). Den største økningen var hos de yngste voksne (20-29 år). Dette kan være et viktig tegn på at endret atferd hos barn og ungdom kan ha betydning for fremtidig utvikling av muskel- og skjelettlidelser. Overvekt hos ungdom, som kan følge av lite fysisk aktivitet eller endret kosthold, har for eksempel vist seg å øke risikoen for knesmerter ved 45 års alder (Macfarlane, 2011).

Hos allmennleger var det i perioden 2010 til 2012 en stabil, eventuelt svakt stigende andel besøkende på grunn av muskel- og skjelettplager. Muskel- og skjelettsykdommer og –plager er samlet sett mer vanlige hos middelaldrende og eldre. Det er imidlertid store forskjeller mellom diagnosegruppene: Nakkesmerter er for eksempel mest vanlig hos yngre kvinner, mens hoftebrudd er mest vanlig hos de aller eldste og øker sterkt med alderen etter 75 år. Muskel- og skjelettsykdommer og –plager er samlet sett mer vanlige blant kvinner enn blant menn. Muskel- og skjelettsykdommer er vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status. Tall fra levekårsundersøkelser i Norge tyder på at denne sammenhengen har økt de siste 30 årene (Dahl, 2014).

Det er funnet en sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og uførepensjonering på grunn av ryggplager (Hagen, 2000).

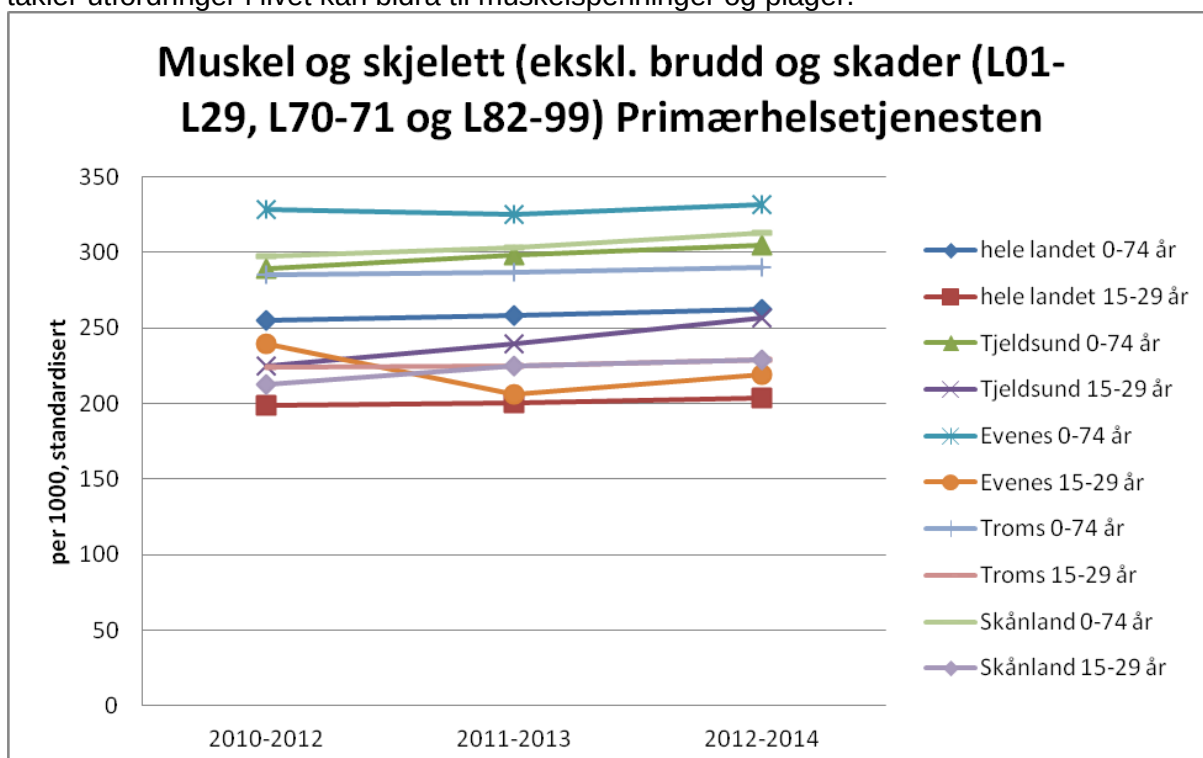
Risikofaktorer, og dermed også mulighetene for forebygging, avhenger av diagnose. Sett under ett har mange typer muskel- og skjelettsykdommer og –plager sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og til dels også overvekt.

Risikofaktorer for smerter i rygg og nakke er sammensatte og delvis ukjente. Både arbeidsmiljø, psykososiale forhold og sosioøkonomisk status ser ut til å ha betydning, samt at en del smertetilstander oppstår som følge av skader i muskel og skjelett. Arbeidstilsynet har publisert en egen veiledning for å forebygge arbeidsrelaterte muskel- og skjelettlidelser (Arbeidstilsynet, 2007).

Det er mye som tyder på at barn som får muskel- og skjelettplager under oppveksten, har økt risiko for å få slike plager også som voksne (Kashikar-Zuck 2014; Jones, 2009). Hvis dette er riktig, støtter det at forebyggingsarbeidet bør begynne ved ung alder.

Tiltak som forebygger skader og ulykker kan også være viktige bidrag for å redusere omfanget av smertetilstander i muskel- og skjelett.

Kroppen er konstruert for bruk. Inaktivitet, feil i sitte- eller arbeidsstillinger, samt hvordan man takler utfordringer i livet kan bidra til muskelspenninger og plager.



Sykdommer og plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet for aldersgruppen 0-74 år ser ut til å være mer utbredt i Skånland enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt, og forekomsten er økende.

Når det gjelder bruk av spesialisthelsetjeneste for muskel- og skjelettsykdommer ligger Skånland lavere enn hele landet.

Evenes, som har høyest andel av brukere i primærhelsetjenesten ligger lavest når det gjelder bruk av spesialisthelsetjenesten.

7.3. Psykiske lidelser

Nesten en firedel av den voksne, norske befolkningen har en diagnostiserbar psykisk lidelse. Mellom en tredel og halvparten av befolkningen vil oppleve minst én periode med en diagnostiserbar psykisk lidelse i løpet av livet. Depresjon er den psykiske lidelsen som gir flest tapte leveår. Depresjon gir økt risiko for tidlig død som følge av hjerte- og karsykdom og infeksjonssykdom. Psykiske plager og lidelser utgjør en økende andel av den totale sykdomsbyrden både i Norge og i resten av verden.²⁶

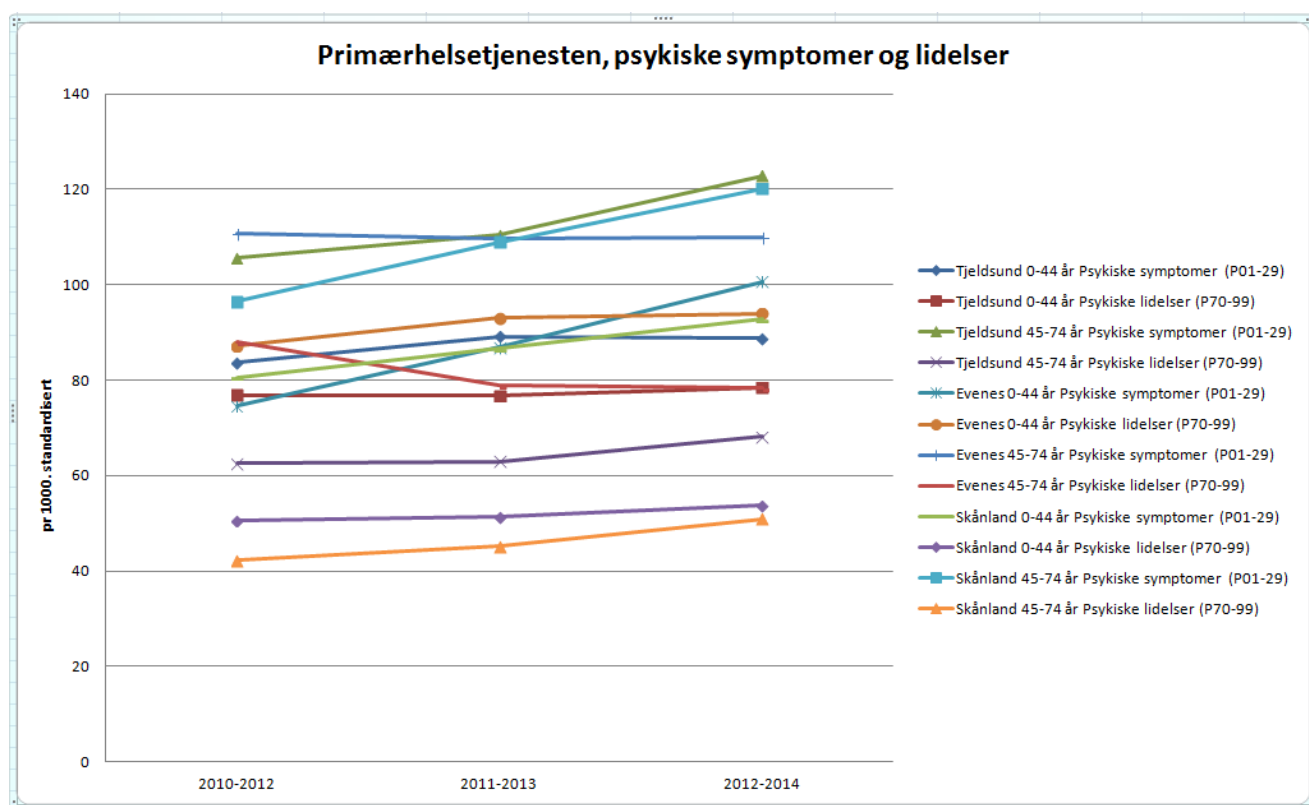
Det er vanlig å skille mellom psykiske *plager* / symptomer (vansker) og psykiske *lidelser*. Med psykiske plager / symptomer mener vi tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som diagnoser. Betegnelsen psykiske lidelser brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt.

²⁶ Meld. St. 19 2014–2015 Folkehelsemeldingen

Årsaken til at noen mennesker har psykiske lidelser eller vansker kan være mange. Det er forsket på mange teorier rundt dette. På folkehelseinstituttets sider finner man følgende om risikofaktorer:

- Mobbing, trivsel i skolen og leseferdigheter er viktige faktorer som virker inn på psykisk helse hos ungdom
- Frafall i videregående skole. Mye tyder på at psykiske problemer er den viktigste grunnen til at ungdom faller ut av skolen
- Arbeidsledighet. I likhet med frafall i skole, kan også arbeidsledighet ha stor betydning for psykisk helse
- Personer som bor alene. Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Dette øker risikoen for å få psykiske helseproblemer.
- Lavinntektshusholdninger. Personer som bor i familier eller husholdninger med lav inntekt får oftere enn andre psykiske helseproblemer.²⁷

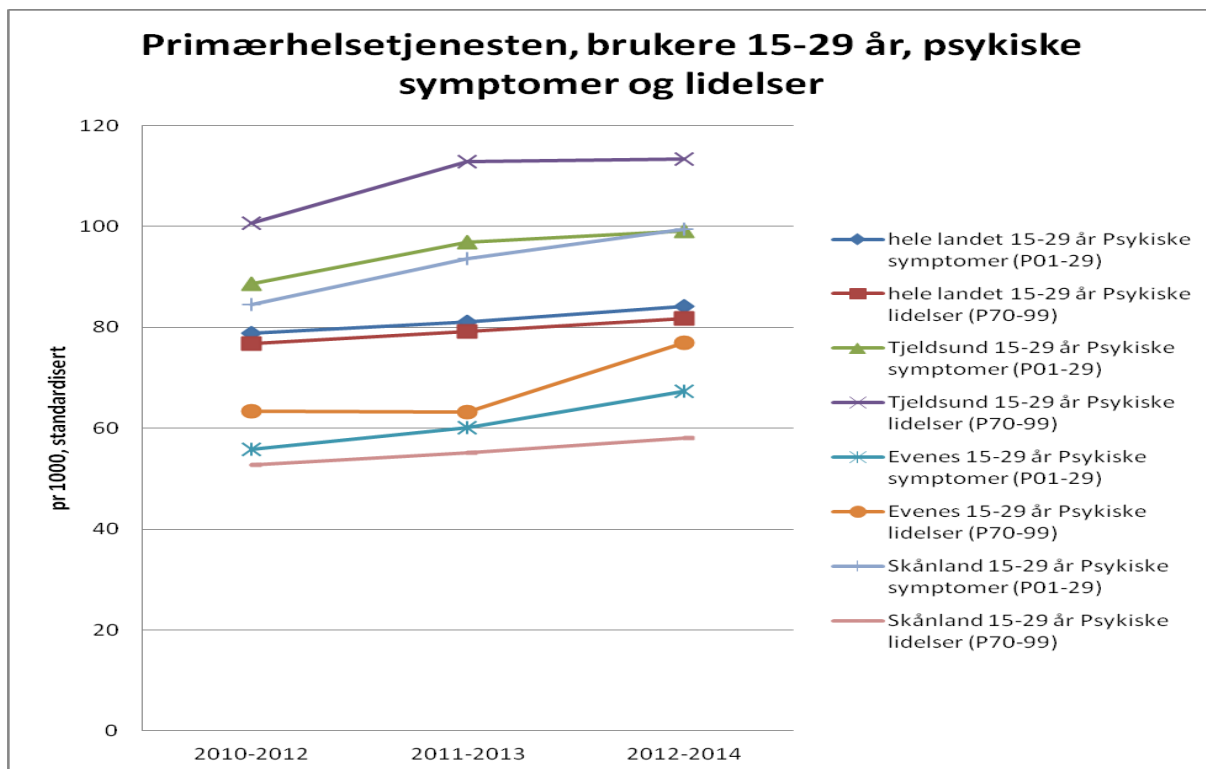
Psykisk helse er ikke bare plager og lidelser – Begrepet psykisk helse omfatter også det helsefremmende perspektivet som følelsen av å trives og kapasitet til å mestre livets utfordringer.



Når det gjelder psykiske lidelser ligger Skånland lavest av alle i alle aldersgrupper. For psykiske lidelser blant 15-29 år har Tjeldsund nesten dobbelt så mange som Skånland pr 1000, standardisert.

For psykiske symptomer er bildet et annet. Psykiske symptomer i aldersgruppen 45-74 år er sterkt økende i Skånland, 25% økning fra 2010 – 2012 til 2012 – 2014. I perioden 2010 – 2012 lå Skånland betydelig lavere enn de øvrige, fram til 2014 hvor bare Tjeldsund har høyere andel i denne gruppen.

²⁷ Folkehelseinstituttet: [Psykisk helse i kommunen - risikofaktorer](#)



Med hensyn til psykiske symptomer for aldersgruppen 15 – 29 år ligger vi høyest, for aldersgruppen 0-44 år (inklusive 15-29 år) er det bare Evenes som har høyere andel enn Skånland.

Oversikten gjelder begge kjønn. Kvinner er mest utsatt.

7.4. Kreft

Kreft er en fellesbetegnelse på sykdommer som skyldes ukontrollert celledeling. I enkelte tilfeller vil en celle dele seg og/eller vokse unormalt, noe som til slutt fører til at det dannes en svulst, celleklump.

Godartede (benigne) svulster stopper som regel å vokse etter en stund, mens ondartede (maligne) svulster fortsetter å vokse, og vil etter hvert gjøre alvorlig skade på vev og organer i nærheten.

Kreften kan også spre seg til andre steder i kroppen ved at løse kreftceller blir transportert rundt i kroppen med blodet og lymfesystemet. Disse cellene kan da slå seg til helt andre steder i kroppen og gi såkalte metastaser, dattersvulster. Dette gjelder imidlertid kun ondartede svulster.

Man går ut fra at kreft skyldes både arveanlegg, alder og forskjellige miljøfaktorer, som f.eks. røyking og andre forurensende stoffer.

Omtrent 11 000 mennesker dør av kreft hvert år i Norge. På verdensbasis er dette tallet anslått til 8,2 millioner, noe som utgjør 14,6% av alle dødsfall.

Kreft er samlenavnet på rundt 200 ulike kreftformer.

Kreft er økende. Tallmaterialet for Skånland er for lite til at vi får fram hvilken krefttype som er dominerende, slik at oversikten viser samlet bilde.

For kjønn samlet ser man størst økning i antall nye tilfeller med lungekreft. Tykk- og endetarmskreft har høyest forekomst.

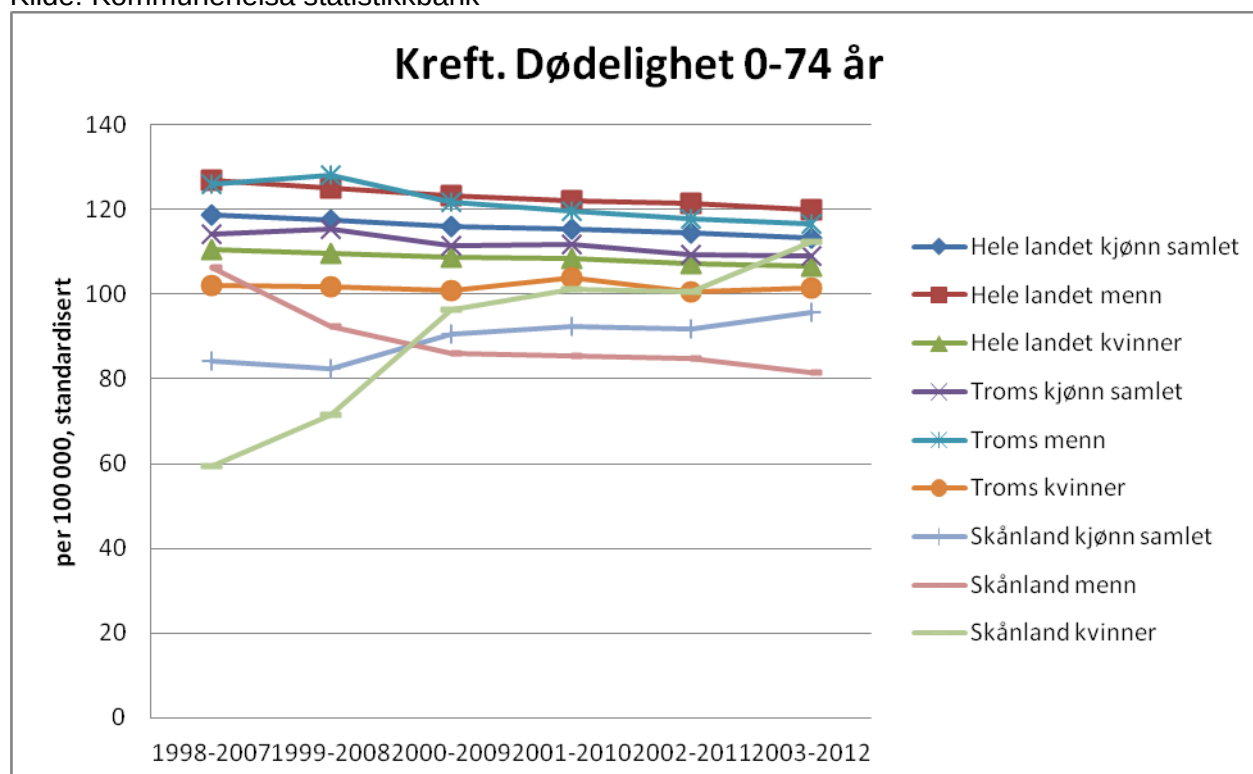
Gjennomsnitt av nye tilfeller av kreft beregnet over en 10-årsperiode er lavest i Skånland mht til tykk- og endetarmskreft, og forekomsten har heller ikke økt særlig fra 1999 – 2013.

Imidlertid har det skjedd en forskyving mht til kjønn: mens man ser nedgang hos menn ser man markant økning hos kvinner. Evenes, og Tjeldsund opplever større økning.

Kilde: Kommunehelestatistikkbank

Kreft, nye tilfeller pr 100 000, standardisert		1999-2008	2000-2009	2001-2010	2002-2011	2003-2012	2004-2013
kjønn samlet	Tykk- og endetarmskreft (C18-20)	68,6	68,3	70,7	64,9	69,9	69,5
	Lungekreft (C33-34)	47	49,4	40,8	48,5	50,7	55,5
	Brystkreft (C50)	:	:	:	:	:	:
menn	Tykk- og endetarmskreft (C18-20)	63,7	68,6	62,9	57,3	62	51,2
	Lungekreft (C33-34)	64,3	63,7	52,6	67,6	72	76,2
	Brystkreft (C50)	:	:	:	:	:	:
	Prostatakreft (C61)	84,3	68	77,6	92,1	96,2	94,9
kvinner	Tykk- og endetarmskreft (C18-20)	74	68	79,1	73,2	78,6	89,5
	Lungekreft (C33-34)	:	:	:	:	:	:
	Brystkreft (C50)	93,6	99,3	93,2	116,4	116,4	116,4

Kilde: Kommunehelestatistikkbank



Dødelighet av kreft har vært mye lavere enn for hele landet og for Troms.

Man ser en kraftig økning for dødsfall av kreft blant kvinner, som nå er høyere i Skånland enn for Troms og landet. Vi ser også en gledelig nedgang mht dødsfall av kreft blant menn.

7.5. Demens

Demens er fellesbenevnelsen for flere sykdommer som i første rekke innebærer problem med minnet, men også andre alvorlige symptom.

Diagnosen demens innebærer at det kan påvises nedsatt minnefunksjon, og i tillegg svikt i minst en annen kognitiv funksjon slik at en får problem med å mestre hverdagsaktiviteter.

Det kan dreie seg om svekt kommunikasjons- og orienteringsevne og vansker med å opprettholde tidligere lærte ferdigheter. Endringene i hjernen kan også gi redusert evne til innsikt og dårligere dømmekraft. Kontrollen med følelser og sosial atferd kan svikte. Personligheten kan forandre seg. Man regner med at kvinner har høyere risiko for å utvikle demens enn menn, og risiko for sykdommen stiger med økende alder - fra anslagsvis 1,6 prosent i aldersgruppen 60-64 år til 43 prosent blant personer på 90 år eller mer (Prince, 2013). Nesten hver femte person dør med demens (Seshadri, 2006).

Demenssykdommen påvirker hele familien og har også helsemessige konsekvenser for evt. ektefeller.

Beregninger har vist at forventet økning i levealder i Norge vil føre til mer enn en fordobling i forekomst av demens fra 2006 til 2050, dersom aldersspesifikk utbredelse holder seg på dagens nivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Vi har ikke tall som viser antall demente i Skånland, men det er ingen grunn til å tro at vi skiller oss fra landet for øvrig når det gjelder økning av antall demente.

Alzheimers er en av få sykdommer hvor man ser en økning fra 1990 og fram til i dag.

Fra et forebyggings-synspunkt ser det heldigvis ut til at vegen til et demensfritt liv er omtrent den samme som til god helse for øvrig. Siden risikoen for demens øker med økende tilstopping av blodårer, kan tiltak som tar sikte på å redusere forekomsten av hjerte- og karsykdommer også påvirke forekomsten av demens. Eksempler er økt fysisk aktivitet, redusert tobakksrøyking og «hjertevennlig» kosthold.

7.6. Dødsårsaker:

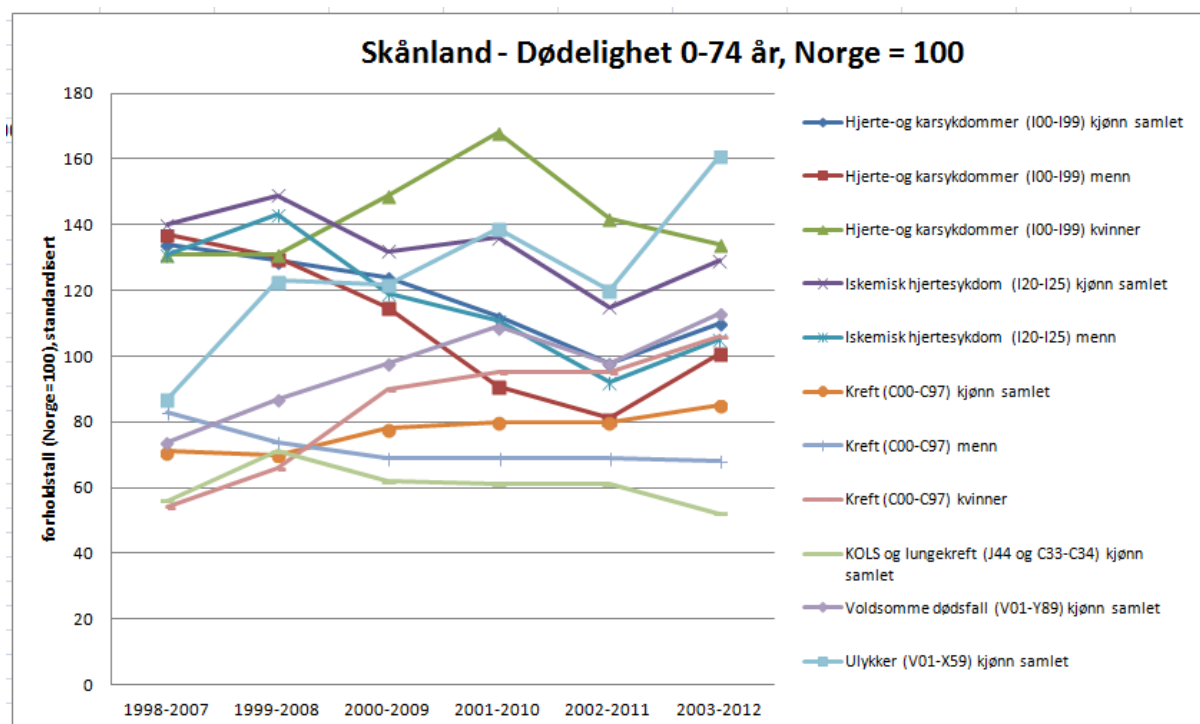
Informasjon om tidlig død (her definert som død før 75 års alder) av gitte sykdomsgrupper gir oss viktig informasjon om hvor vi bør sette inn forebyggende tiltak. Dagens dødsårsaksmønster gjenspeiler ikke nødvendigvis befolkningens levevaner de siste årene.

Statistikken er basert på opplysninger i Dødsårsaksregisteret.

Dødsårsaksstatistikken utarbeides på grunnlag av dødsmeldinger fra offentlige leger. I tillegg innhentes opplysninger fra Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister, statistikk over veitrafikkulykker og resultater av obduksjoner fra sykehus og rettsmedisinske undersøkelser. Ved kodingen av dødsårsaker skal man velge den underliggende dødsårsaken som er oppgitt av utstedende lege. Underliggende dødsårsak er definert som den sykdom eller skade som etter legens mening, startet rekken av de tilstander som ledet direkte til døden. Dødsårsakene kodes ellers i samsvar med prinsipper og retningslinjer som er fastlagt av WHO, og man benytter den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

Metoden som er benyttet er indirekte standardisering med løpende år som referanse

Kilde: Kommunehelsa, statistikkbank



Statistikk basert på færre enn tre tilfeller skjules av personvern hensyn. Dette kriteriet gjelder summen av tilfeller i perioden det er laget gjennomsnitt over. Der befolkningssegmentet som tilfellene er hentet fra er mindre enn 10, skjules også tallene av personvern hensyn. Vi får derfor ikke fram dødsfall pga kols, eller kjønnsfordeling voldsomme ulykker, kols og lungekreft.

Måltallene som er valgt er Norge = 100, standardisert. Alt som er over 100 er dårligere enn landsgjennomsnittet. Alt som er under 100 er bedre enn landsgjennomsnittet. Dette gjelder bare for kols og lungekreft kjønn samlet (52), samt kreft, kjønn samlet og menn (85/68). Om en ser på totalt antall dødsfall under 74 år er tallene for kjønn samlet og menn (98/87) bedre enn landet for øvrig, mens det for kvinner er høyere – 115.

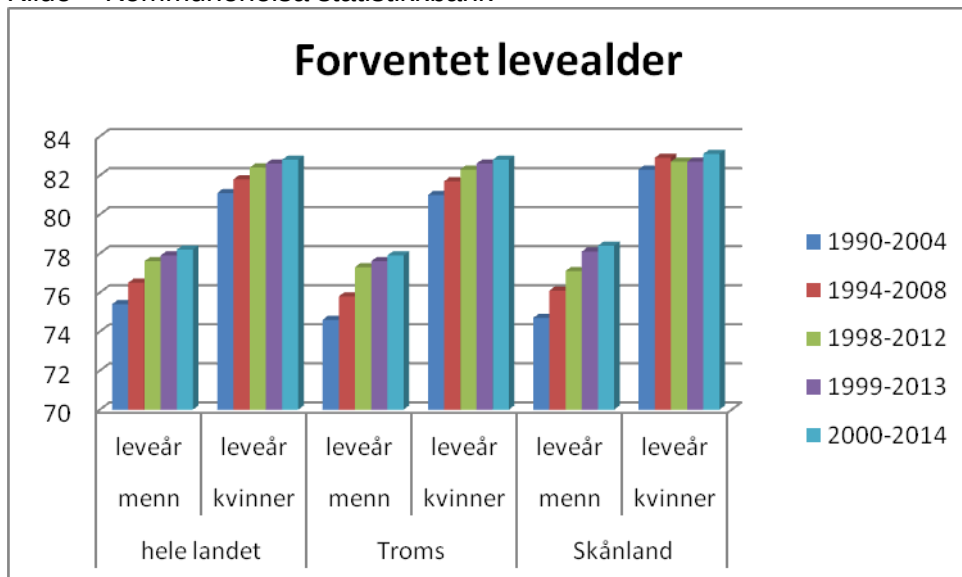
Utvikling fra 1998 til 2012, årlig antall (framkommer med å beregne gjennomsnitt i en 10-årsperiode):

Dødsårsak	Kjønn	2003-2012	Prosent endring fra 1998 - 2007
Alle dødsårsaker	kjønn samlet	9,3	-1 %
	menn	5,3	-21 %
	kvinner	4	48 %
Hjerte-og karsykdommer	kjønn samlet	2,4	-35 %
	menn	1,6	-43 %
	kvinner	0,8	-11 %
Kreft	kjønn samlet	3,3	22 %
	menn	1,5	-17 %
	kvinner	1,8	100 %
KOLS og lungekreft	kjønn samlet	0,7	0 %
Voldsomme dødsfall (omfatter skader og forgiftninger)	kjønn samlet	1	43 %
Ulykker (Omfatter senfølger i ICD-10-kodeverket.)	kjønn samlet	0,9	80 %

Antall kvinner som dør av kreft i alderen 0-74 år er fordoblet fra perioden 1998-2007 til perioden 2003 – 2012. Også senfølger etter ulykker og voldsomme dødsfall er sterkt økende, henholdsvis 61% og 13% høyere enn landsgjennomsnittet.

Forventet levealder

Kilde – Kommunehelsa statistikkbank



I Skåne har vi høyere forventet levealder enn både i landet som helhet og i Troms. Mens kvinners levealder har vært noenlunde stabil ser man en større økning i forventet levealder hos menn, noe som kan ha sammenheng med at kreft og ischemisk hjertesykdom er redusert som dødsårsak hos menn. Hos kvinner har dødsfall av kreft og hjertesykdom økt.

8. Avslutning

I Skånland, som i landet for øvrig, får innbyggerne bedre levekår, bedre helse og høyere levealder. Utfordringen er at dette ikke gjelder alle.

Husholdningene i Norge har opplevd en meget sterk inntektsvekst siden årtusenskiftet. (SSB) Men ikke alle husholdninger har holdt følge med den generelle inntektsveksten i samfunnet. Blant barnefamiliene gjelder dette spesielt enslige forsørgere, men også par med barn i aldersgruppen 0-6 år.

Selv om andelen barn som lever i lavinntektsfamilier er lavere i Skånland enn i landet for øvrig, betyr det at enkelte av våre barn vokser opp under dårligere materielle levekår, og kan ha vansker med å delta i fritidsaktiviteter som idrettslag, skolekorps oa.

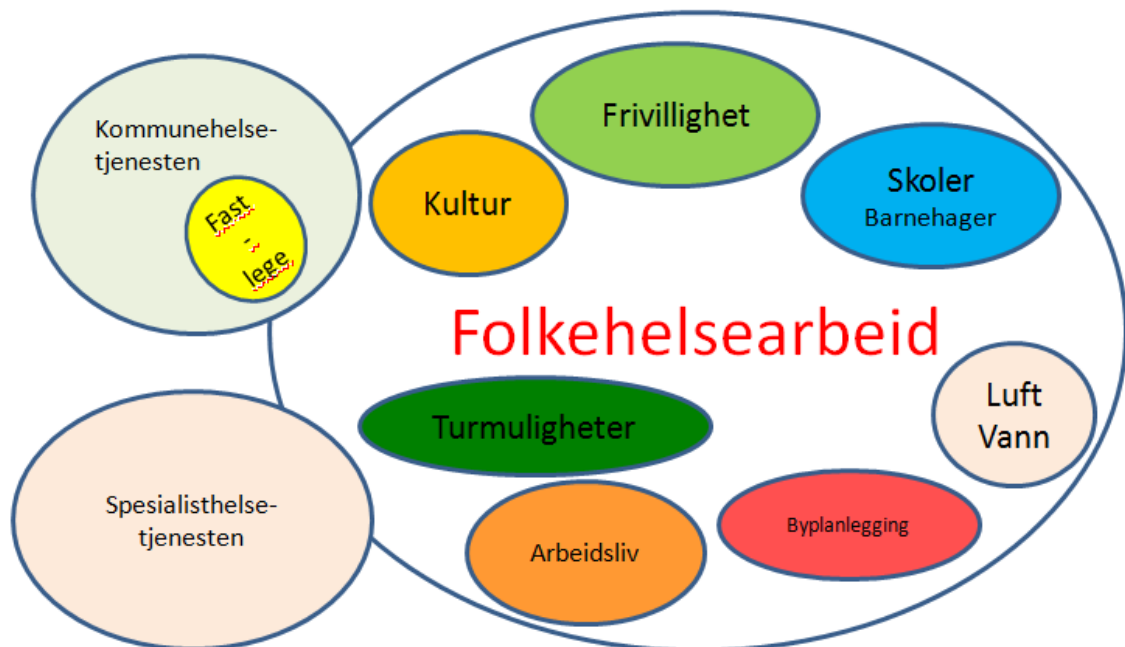
Det er sammenheng mellom svak økonomi og sosiale og psykososiale levekår. I tillegg kan det å vokse opp i fattigdom ha negative konsekvenser for barns helsetilstand (Fløtten (red.) 2009).

Lav inntekt hos barnefamilier medfører usikkerhet og psykisk påkjenning for de voksne som har problemer med å betale utgifter til husleie, boliglån og andre boutgifter.

Antallet barn som er plassert utenfor eget hjem er høyere enn i fylket og landet for øvrig. Skånland har lavere andel med høyere utdanning, og høyt fra fall i videregående skole. Vi har et høyt antall uføretrygdete, høye sykefraværstall.

Alle disse faktorene disponerer for sosiale helseforskjeller, dårlig psykisk helse og hyppigere forekomst av somatiske sykdommer.

Hvordan skal vi arbeide videre med folkehelsen i Skånland?



Det lille folkehelsearbeidet:

- o forebygging i kommunehelsetjenesten (vaksiner, skolehelsetjenesten, helseatasjonen, fastlege:, oppfordre til trim og riktig kosthold hos pasienter med mye hjerte/kar sykdom i familien, Arbeid rettet mot viktige helsefaglige utfordringer: fysisk

aktivitet, overvekt, tobakksbruk, ernæring, alkohol oa. Mye av dette er faglige utfordringer

- o forebygging i spesialisthelsetjenesten (screening av brystkreft)

Det store folkehelsearbeidet - Mye av det er politiske utfordringer:

- o Velferdssamfunnet.
- o Sikkerhet for arbeid, inntekt og bolig.
- o Rent vann, trygg mat.
- o Tilgang til natur, sosial tilhørighet

I folkehelsearbeidet snakker man om 3 nivåer for bedre folkehelse:

1. Individnivå og tiltak for bedring av helsa («opp av sofaen», kom i gang med trening osv.).
2. Lokalsamfunnet og tilrettelegging for god folkehelse blant innbyggerne (tuområder, merking av stier, gode lekeplasser der folk bor, gode, tilgjengelige helsetjenester, satsing på forebyggende helsearbeid blant eldre osv.).
3. Samfunnets rammebetingelser – inntektsulikhet, sosiale forskjeller osv., som har betydning for folkehelsa

Generelt ser man at det er mange satsinger på frisklivstiltak (kurs for den enkelte/fokus på individnivået, nivå 1), mens det er mindre fokus på nivå 2 og 3.

Det kan være ønskelig å satse mer på rammebetingelsene i lokalsamfunnet og tilretteleggingstiltak, som er noe kommunene selv kan påvirke. I Skånland er vi så heldige at vi har mange aktive frivillige organisasjoner: idrettslag av forskjellige typer, turlag, kor, korps, teaterlag, husflidslag, humanitære foreninger osv som bidrar til fysisk aktivitet, sosiale møteplasser osv. De gjør et frivillig arbeid på vegne av oss alle og til beste for kommunen og dens innbyggere. Imidlertid ser man en viss fare for at denne innsatsen er på retur, det er liten ettervekst blant yngre innbyggere til å ta over arbeidet der eldre ikke klarer mer. Unntatt er aktiviteter der barn er involvert – ski, fotball med mer.

Endring av rammebetingelser – for eksempel redusert hall-leie – kan bidra til å utjevne inntektsulikhet, da det kan være mulig for flere fra lavinnteksthusholdninger å delta.

Når forskere gir råd om innretning av tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse legger de vekt på følgende to prinsipper (Dahl et. al. 2014):²⁸

- Vi trenger brede, befolkningsrettede strategier – tiltak som når alle - i tillegg til tiltak spesifikt rettet mot høyrisikogrupper. Høyrisikostrategier alene vil ikke være tilstrekkelig.
- Tiltak må rettes mot alle ledd i årsakskjeden som fører til sosial ulikhet i helse. Ikke minst er det viktig med innsats mot de grunnleggende, sosiale årsakene til helseforskjeller, de såkalte sosiale helsedeterminantene.

De to prinsippene framstilt i matrise:

	Årsakenes årsaker	Årsaker	Effekt
Befolkningsstrategier	Oppvekst Arbeid Økonomi	Arbeidsmiljø Bomiljø matvarepriser	Helsetjenester
Høyrisikostrategier	Inntektssikring	Målrettede livsstiltiltak	Målrettede helsetiltak

En vellykket strategi for utjevning av helseforskjeller bør inneholde tiltak i alle celler i matrisen

²⁸ Prinsipper for tiltaksutforming - Helsedirektoratet

Det er flere grunner til at et effektivt folkehelsearbeid må inkludere brede (universelle) strategier i tillegg til høyrisiko-tiltak. En viktig grunn er det som ofte kalles

forebyggingsparadokset.

Forebyggingsparadokset innebærer, satt på spissen, at den totale folkehelseeffekten av et forebyggende tiltak er minst der problemene er størst. Intuitivt ønsker vi ofte å prioritere de gruppene som har størst risiko for uhelse. Dersom vi for eksempel ønsker å redusere forekomsten av hjerte-kar-sykdommer, ønsker vi kanskje tiltak som treffer de som er minst aktive og spiser mest usunt. Dersom vi ønsker å redusere drop-out i skolen, vil vi kanskje ha tiltak som utelukkende treffer lavinntektshusholdninger fordi vi vet at risikoen der er størst.

Å nå de som trenger det mest er et viktig mål. Men i et folkehelseperspektiv er det ikke nødvendigvis mer målretting som er det mest effektive.

Forebyggingsparadokset sier tvert imot at den største effekten på totaltallene oppnås ved universelle strategier – tiltak som treffer bredt. I store befolkningsgrupper er riktignok risikoen per person lavere, men totalantallet personer er så mye større at effekten i sum også blir stor. Høyrisikogrupper har riktignok stor risiko, men er gjerne liten i antall.

Universelle tiltak kan ofte være den beste måten å nå risikogruppene på. Sterk grad av behovsretting og målsøm kan ofte virke mot sin hensikt gjennom stigmatisering og umyndiggjøring av de grupper man ønsker å hjelpe. Behovsprøving bidrar kanskje til å sortere ut mennesker med stort behov for hjelp, men vinningen går opp i spinningen dersom de i prosessen må bevise for myndighetene – og seg selv – at de er mislykkede.

Universelle velferdsgoder, på den annen side, har ofte størst effekt der de trengs mest, de virker mindre stigmatiserende og de ofte bidrar til å forebygge at folk ekskluderes og havner i utsatte grupper. Dette betyr ikke at en politikk for utjevning av helseforskjeller overhodet ikke skal inneholde elementer av målretting, men det bør være en balanse mellom målrettede og universelle tiltak – og målretting må gjøres med omhu.

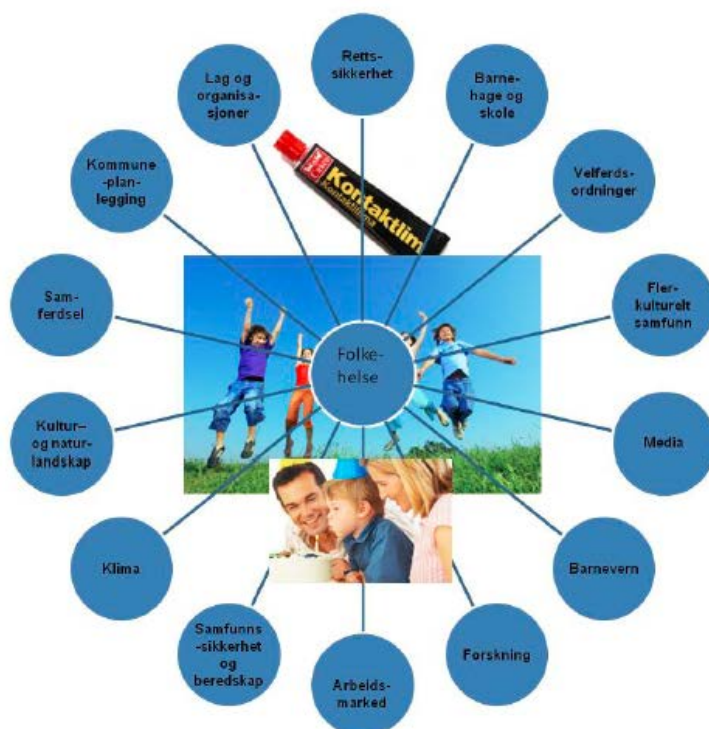
Det andre prinsippet som har vært framhevet av forskere, sier at heller ikke målretting i årsakskjeden nødvendigvis er særlig effektivt.

Det finnes en sosial helsegradient for de fleste helsemål, hvilket tyder på at det finnes noen felles, bakenforliggende og strukturelle årsaker til de sosiale ulikhetene i helse. Når også risikofaktorer for uhelse – som for eksempel helserelatert atferd – er systematisk sosialt skjevfordelt i befolkningen, må det også finnes sosialt skjevfordelte årsaker til atferden – årsakene til årsakene. Forebygging av sosiale ulikheter i helse handler om å ta hensyn til hele denne årsakskjeden, og ikke bare umiddelbare risikofaktorene som helseatferd, bomiljø og arbeidsmiljø.

Skjevfordelingen av slike risikofaktorer skyldes i sin tur fordelingen av økonomiske ressurser, utdanning og arbeid i befolkningen, og en strategi mot sosial ulikhet i helse må derfor også adressere disse strukturelle årsakene.

Behandling av sykdom bygger på kunnskap. Også forebygging må bygge på kunnskap om hvilke tiltak som virker og hvilke som ikke har ønsket effekt. Man kan ikke iverksette store investeringer i helsefremmende og forebyggende tiltak uten en bakenforliggende plan og vitenskapelig evaluering av om tiltaket lar seg gjennomføre, om det virker, om det lønner seg og om folk vil ha det.

Folkehelsearbeid – alles «eiendom»



... angår hele kommunen og alle dens etater