

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Grane kommune 2015



Innholdsfortegnelse:

1 Bakgrunn og lovgrunnlag

2 Informasjon om oversikten 4

2.1 Kilder og statistikk 5

2.2 Årsaksforhold, konsekvenser og ressurser 6

2.3 Oppdatering 6

3 Helsetilstand og påvirkningsfaktorer

3.1. Befolkningssammensetning 7

3.1.1 Befolkningsendringer 7

3.1.2 Befolkningsframskriving og forventet levealder 11

3.1.3 Etnisitet 13

3.1.4 En-husholdninger 14

3.1.5 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser 15

3.1.6 Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak 16

3.2 Oppvekst- og levekårsforhold

3.2.1 Lavinntekt husholdninger 17

3.2.2 Inntektsulikhet 18

3.2.3 Arbeidsledighet 19

3.2.4 Nedsatt arbeidsevne 20

3.2.5 Sykefravær 21

3.2.6 Uføretrygd 22

3.2.7 Mottakere av sosialhjelp 23

3.2.8 Utdanningsnivå 24

3.2.9 Frafall videregående skole 25

3.2.10 Skilsmisser 26

3.2.11 Enslige forsørgere 28

3.2.12 Barnevern 29

3.2.13 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser 30

3.2.14 Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak 31

3.3. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	
3.3.1 Drikkevannskvalitet	32
3.3.2 Radon	33
3.3.3 Gang- og sykkelveier	35
3.3.4 Mobbing	36
3.3.5 Risikoatferd og vold	37
3.3.4 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	38
3.3.5 Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak	39
3.4 Skader og ulykker	
3.4.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker	40
3.4.2 Trafikkulykker	42
3.4.3 Vurdering av årsaksforhold og forebyggende tiltak	44
3.4.5 Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak	45
3.5 Helserelatert atferd	
3.5.1 Fysisk aktivitet	46
3.5.2 Overvekt og fedme	50
3.5.3 Røyking og bruk av snus	51
3.5.4 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	52
3.3.5 Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak	53
3.6 Helsetilstand	
3.6.1 Trivsel og mestring	54
3.6.2 Diabetes	56
3.6.3 Hjerne- og karsykdommer	57
3.6.4 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma	60
3.6.5 Smerter	61
3.6.6 Muskel- og skjelettlidelser	62
3.6.7 Rus- og psykiske lidelser	63
3.6.8 Smittsomme sykdommer	65
3.6.9 Kreft	67
3.6.10 Sykehusinnleggelser generelt	68
3.6.11 Tannhelse	69
3.6.12 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	70
3.6.13 Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak	73
4.0 Sykdommer og tilstander fram mot 2030	74

Bakgrunn og lovgrunnlag

Kommunen skal ha en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Plikten til å ha denne oversikten er forankret i folkehelseloven, smittevernloven, forskrift om oversikt over folkehelsen (folkehelseforskriften), forskrift om miljørettet helsevern og forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene i kommunen og vurdere årsaksforhold og konsekvenser. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategien og danne grunnlag for fastsettelse av mål og strategier. Kommunen skal samarbeide og utveksle informasjon med fylkeskommunen i arbeidet med oversiktsdokumentet.

Oversikten skal baseres på:

- Opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig.
- Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Krav til oversiktens innhold i henhold til folkehelseforskriften med eksempler fra merknadene til forskriften:

- Befolkningssammensetning: Antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster.
- Oppvekst- og levekårsforhold: Økonomiske vilkår (andel med høy- og lavinntekt, inntektsforskjeller), bo- og arbeidsforhold (tilknytning til arbeidslivet, sykefravær, uføretrygd) og utdanningsforhold (andel med høyere utdanning, frafall i videregående skole).
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø: Drikkevannskvalitet, sykkelveinett, oversikt over smittsomme sykdommer, radon.
- Skader og ulykker.
- Helserelatert atferd: Fysisk aktivitet, ernæring, bruk av tobakk og rusmidler, risikoatferd som kan gi utslag i skader og ulykker.
- Helsetilstand: Informasjon om forekomst av sykdommer der forebygging er viktig: psykiske lidelser, hjerte- karsykdommer, type-2 diabetes, kreft, kroniske smerter og belastningssykdommer, karies, ulykkesskader.

Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten omhandler kommunens plikt til å ha oversikt over helsetilstand og de faktorer som kan virke inn på helsen til barn og ungdom og til gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjonen.

Dette dokumentet er den skriftlige oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Grane kommune. Det ivaretar både kravet om å ha en løpende oversikt over folkehelseutfordringene og kravet til å ha et samlet oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet.

Oversikten er tilgjengelig for alle på www.grane.kommune.no

2.0 Informasjon om oversikten

2.1. Kilder og statistikk

Statistikk, tabeller og informasjon er hentet fra - eller basert på - tall fra:

- Folkehelseinstituttets statistikk-sider – kommunehelse
- Utdanningsdirektoratet - skoleporten
- NAV
- Nordland fylkeskommune
- Fylkesmannen i Nordland
- Helgelandssykehuset
- SSB
- Kostra
- Kommunen
- Helgeland politidistrikt

Kilden er angitt i de enkelte tabellene/diagrammene.

Det er viktig å være oppmerksom på at tallverdien i mange av diagrammene ikke begynner på null. Det tydeliggjør forskjellene mellom kommunene, men kan også skape et bilde av at forskjellene er større enn de faktisk er.

Statistikk og helseoversikter kan ha stor nytteverdi i folkehelsearbeidet, men det er også knyttet store utfordringer til bruk av statistikken og tolkningen av den. Statistikken gir ofte et grunnlag for undring og spørsmål – heller enn fasitsvar og løsninger. Et eksempel som viser utfordringene er statistikk over økende bruk av kolesterolsenkende medikamenter i samfunnet. Dette kan tolkes på flere måter – det kan være flere personer som har høyt kolesterol enn tidligere, men det kan også være at flere med høyt kolesterol blir oppdaget eller at grensene for igangsetting med medikamentell behandling har blitt endret. Det kan også være en kombinasjon av alle faktorene. Statistikken som viser økning av medikamentell behandling gir oss lite informasjon om årsakene til denne økningen. Konklusjoner om årsaker blir ofte tolkninger.

Små kommuner har større utfordringer enn store når det gjelder utarbeidelse og tolkning av statistikk. Det skyldes bl.a. hensynet til personvernet og for lite datagrunnlag.

Tilfeldige variasjoner fra år til år kan gi store utslag. Når variasjonene er store, blir det vanskelig å vurdere trender. Av den grunn brukes ofte et glidende gjennomsnitt – en middelerverdi av målinger over flere år. Da vil det være lettere å se trender – noe som oftest er viktigere enn å se på statistikk isolert for et enkelt år. Samtidig er det viktig å huske at et spesielt høyt eller lavt resultat et år, kan gi store utslag i gjennomsnittsverdiene.

Ved sammenligning av datamateriell i denne oversikten, må en ta høyde for at forskjellene kan skyldes tilfeldig variasjon. For å sammenligne forskjellige kommuner eller se på utvikling over tid, er det viktig å bruke standardiserte verdier – da er påvirkning pga. alders- og kjønns sammensetning redusert. Det er angitt i diagrammene der verdiene er standardisert.

For ytterligere statistikk og oversikter vises det til folkehelseprofil for Grane 2015.

2.2 Årsaksforhold, konsekvenser og ressurser

Kommunen har gjennomført en vurdering av årsaksforhold og konsekvenser for en rekke av parameterne i oversikten. Kommunen har også vurdert ressurser - de eksisterende helsefremmende og forebyggende tiltakene lokalt og regionalt - i tillegg til mulige fremtidige tiltak.

Ved vurdering av årsaker er det – etter anbefaling i merknader til folkehelseforskriften – tatt utgangspunkt i den kunnskap som eksisterer om hvilke bakenforliggende forhold som kan ha ført til den situasjonen som foreligger. I tillegg baseres vurderingen på lokale erfaringer.

Årsaker, konsekvenser og ressurser/helsefremmende og forebyggende tiltak er beskrevet i slutten av kapitlene for hver av de seks områdene befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, miljørettet helsevern (fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø), skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Mange av tiltakene kunne vært plassert under flere områder. Et tiltak som for eksempel endrer helseatferden, vil på sikt påvirke helsetilstanden i befolkningen. For enkelthets skyld er tiltakene stort sett nevnt bare under ett område.

2.3 Oppdatering

Ny oppdatering skal utarbeides hvert fjerde år i forbindelse med det nye kommunestyret og danne grunnlag for revidering av planstrategi. I tillegg vil mindre oppdateringer gjennomføres fortløpende. Den skal ivareta kommunens behov for å ha en løpende oversikt over folkehelseutfordringene i tillegg til et samlet oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet.

Ansvarlig for oppdatering: Rådmannens ledergruppe.

3 Helsetilstand og påvirkningsfaktorer

3.1 Befolkningssammensetning

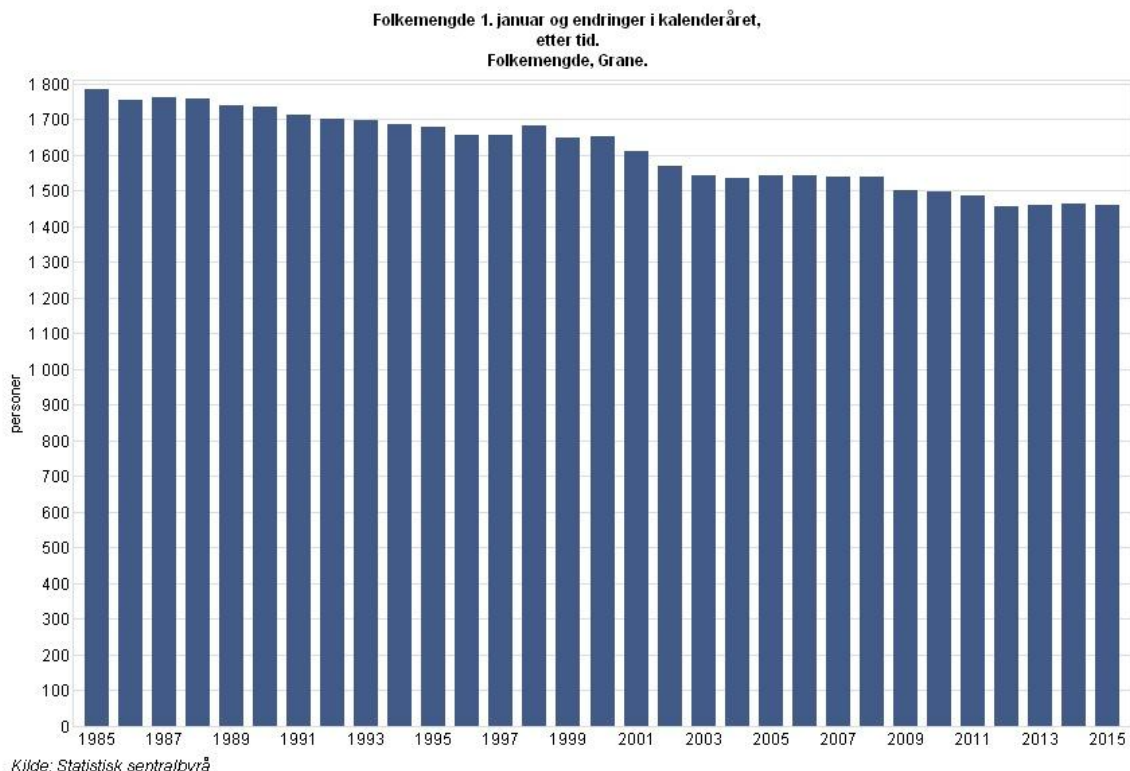
3.1.1 Befolkningsendringer

Folketallet i Grane kommune har vært i gradvis tilbakegang i mange år.

Pr. 1. januar 2012 var det 1455 innbyggere i Grane, pr. 1. januar 2013 var innbyggertallet 1459, året etter, 1465 innbyggere, og 1. januar 2015 var 1459 personer bosatt i kommunen.

Befolkningsutvikling blir gjerne sett på som den ene store indikatoren for regional utvikling. Ønsket om befolkningsvekst har sammenheng med flere forhold, blant annet kommunens inntektsgrunnlag og tilgang på arbeidskraft. Utvikling i antall innbyggere har betydning for kommunens planer når det gjelder omfang og kvalitet av de ulike tjenestene som skal leveres til innbyggerne i fremtiden.

Diagram: Folkemengde i Grane kommune 1985 – 2015



Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: SSB.

Diagram: Levendefødte i Grane kommune 1985-2014

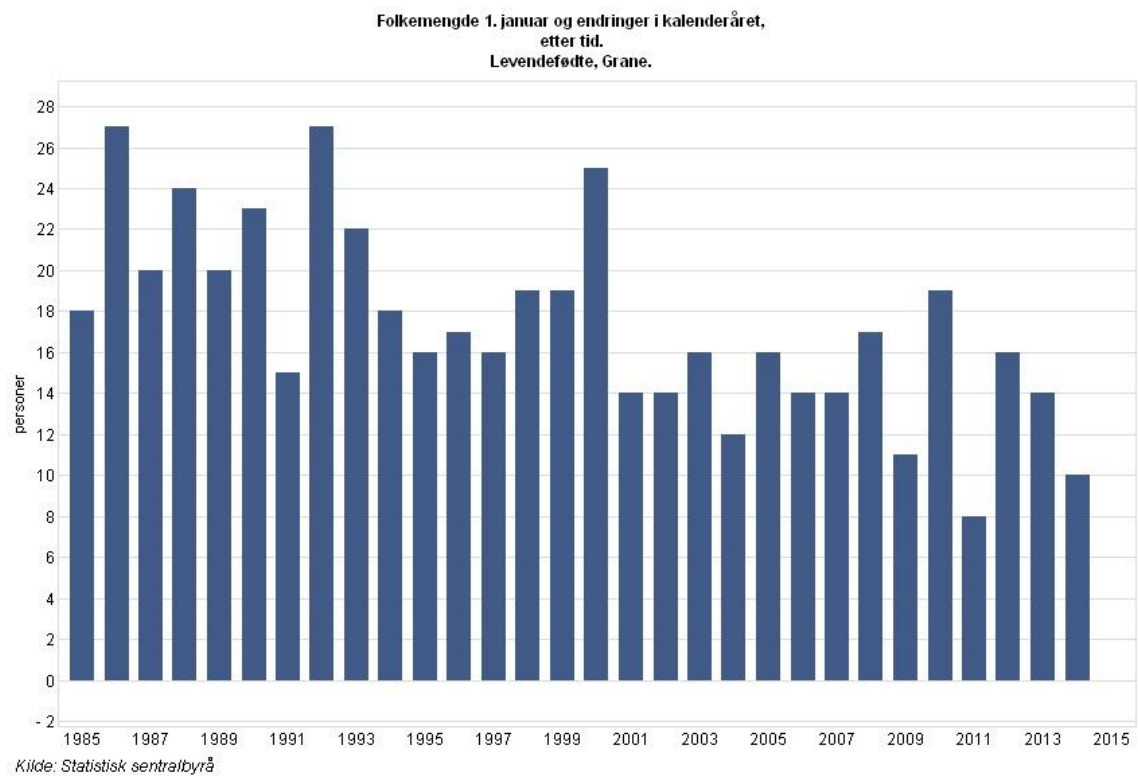


Diagram: Antall døde i Grane 1985-2014

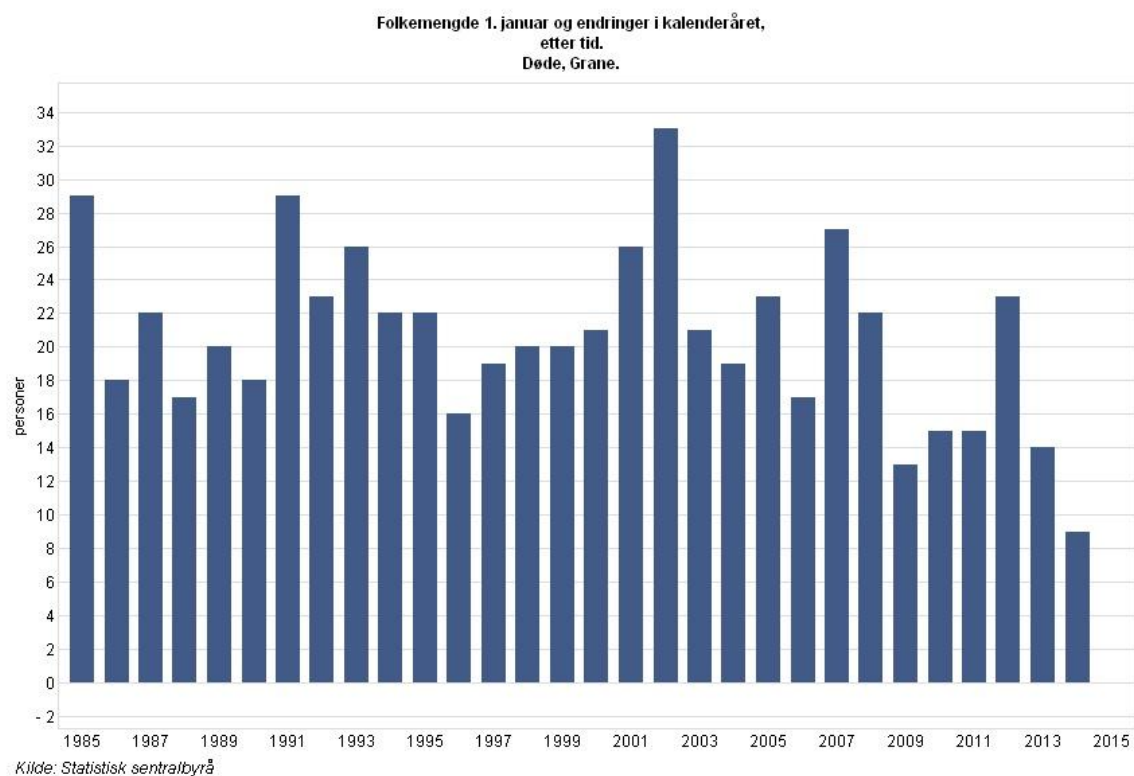
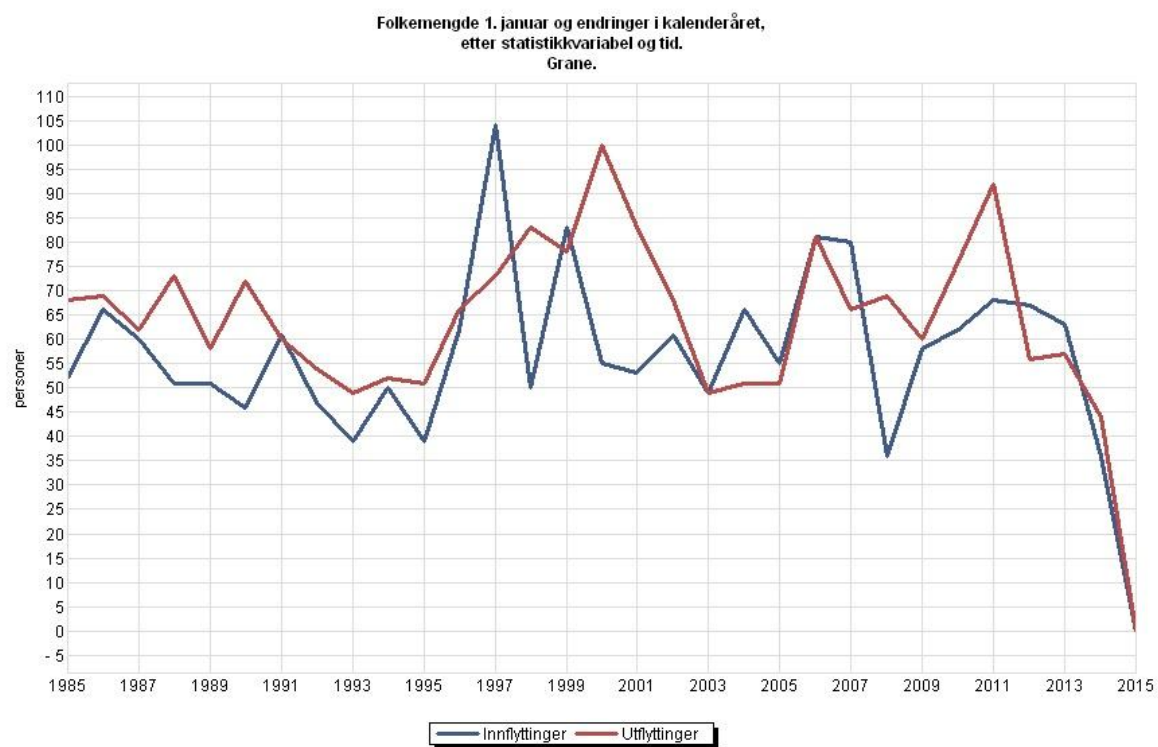


Diagram: Innflyttinger- og utflyttinger 1985-2015



Kilde: Statistisk sentralbyrå

3.1.2 Befolkningsframskriving

Befolkningsframskriving for Grane kommune viser en reduksjon av innbyggertallet frem til 2028. Det er hovedsakelig de yngre aldersgruppene som går ned, mens gruppen 65 – 79 og 80 + øker. Det kritiske er nedgang i grupper som gir skatteinntekter, samt at områdene for helse og omsorg får økt antall brukere.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Befolkningsframskrivinger kan tjene mange formål og fungere som et nyttig instrument for planlegging i kommunene. Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre betyr også at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester.

Kilde: St.meld. nr. 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen

Tabell: Befolkningsframskriving frem mot år 2028

Tall pr. 01.01.	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Innbyggere 0-1 år	24	24	24	24	24	24	24
Innbyggere 2-5 år	45	48	44	48	48	48	48
Innbyggere 6-15 år	173	159	150	140	134	126	125
Innbyggere 16-22 år	114	115	117	115	117	121	117
Innbyggere 23-66 år	731	724	719	709	687	656	645
Innbyggere 67-79 år	220	224	224	220	217	230	228
Innbyggere 80-89 år	71	73	72	66	75	83	83
Innbyggere 90 +	19	15	14	13	14	14	17
Innbyggere i alt	1397	1382	1364	1335	1316	1302	1287

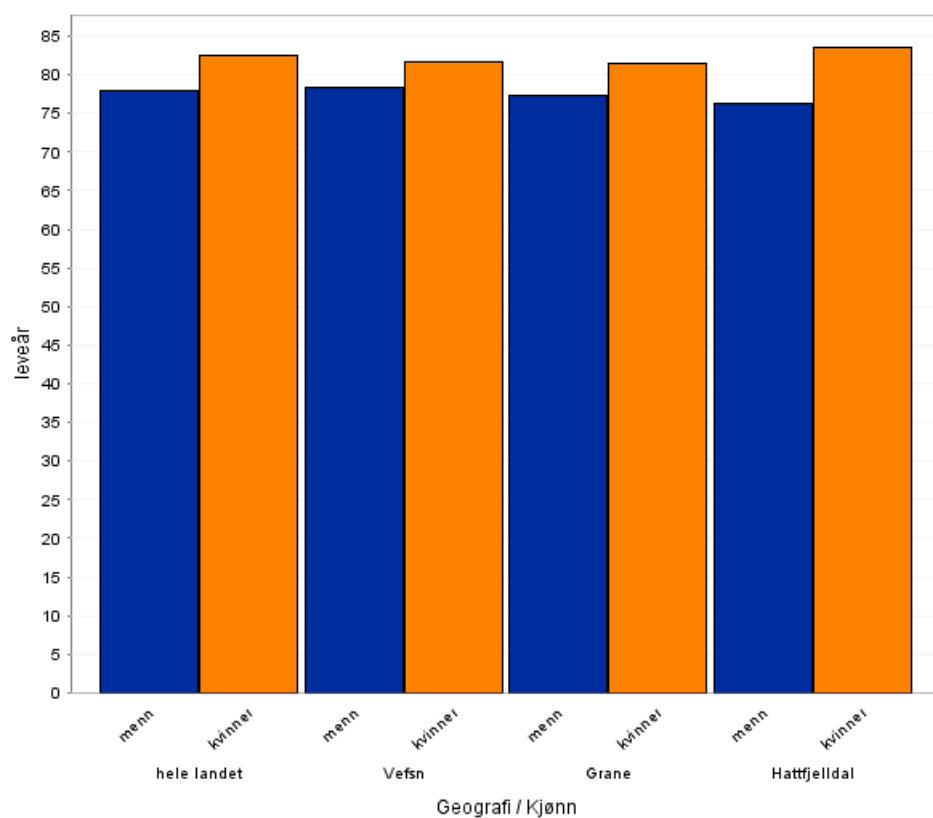
Tall pr. 01.01.	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Innbyggere 0-1 år	24	24	23	22	22	22	22
Innbyggere 2-5 år	48	48	48	46	46	45	44
Innbyggere 6-15 år	120	118	116	117	120	117	120
Innbyggere 16-22 år	118	112	105	99	93	89	85
Innbyggere 23-66 år	630	624	612	606	596	589	570
Innbyggere 67-79 år	230	221	226	220	220	211	213
Innbyggere 80-89 år	87	89	96	98	101	103	111
Innbyggere 90 +	15	13	14	16	15	17	13
Innbyggere i alt	1272	1249	1240	1224	1213	1193	1178

(Kilde: Kommunehelse/Rapporten «Grane med nye øyne», 2014)

Framskrevet folkemengde for utvalgte pr til 2028, med utgangspunkt i folketallet pr. 1.1.2015.

Framskrivningene viser framtidig utvikling fra forutsetning om fruktbarhet, levealder og netto innflytting med utgangspunkt i den observerte utviklingen, basert på middels vekst i de nevnte kriteriene.

Diagram: Forventet levealder



Forventet levealder for norske kvinner er 82,6 år og for menn 77,9 år.
For graneværingene er prognosene 81,4 år for kvinner og 77,2 år for menn.
(Kilde: KommuneHelsa)

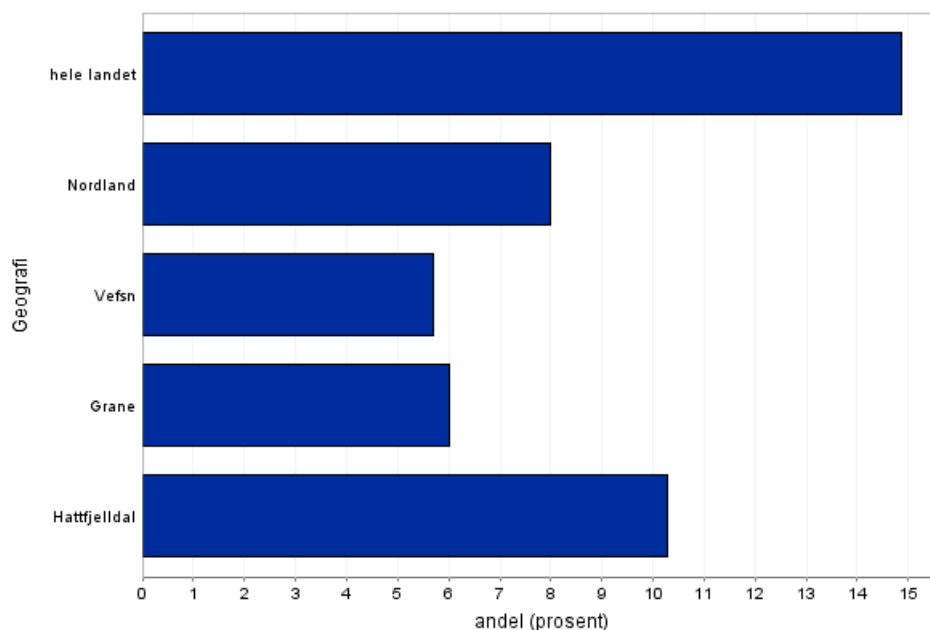
3.1.3 Etnisitet

Andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Grane kommune har hatt en økning i årene etter 2008. Tallene er jevnt over lave, men en dobling av andelen fra 2011 til 2014 skyldes trolig hovedsakelig at hjørnesteinsbedriften Norgesvinduet Svenningdal har ansatt arbeidere fra Litauen. Det ligger an til noe vekst i andelen innvandrere i 2015 og videre da Kommunestyret har fattet vedtak å bosette inntil 20 flyktninger til kommunen.

Kommunal kompetanse om helse blant flyktninger og innvandrere er en forutsetning for å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeid. Tiltak som reduserer språkproblemer og letter integreringen er viktig folkehelsearbeid.

På landsbasis er det store helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske. Forskjellene omfatter både fysisk og psykisk helse i tillegg til helseatferd.

Diagram: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre 2009-2014



Andel personer med to utenlands fødte foreldre og fire utenlands fødte besteforeldre registrert bosatt i Norge pr. 1. januar hvert år, i prosent av befolkningen. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge er ikke med.

Følgende andel av befolkningen i Grane hadde innvandrerbakgrunn:

2009: 2,5 %

2010: 2,5 %

2011: 3,0 %

2012: 4,4 %

2013: 5,5 %

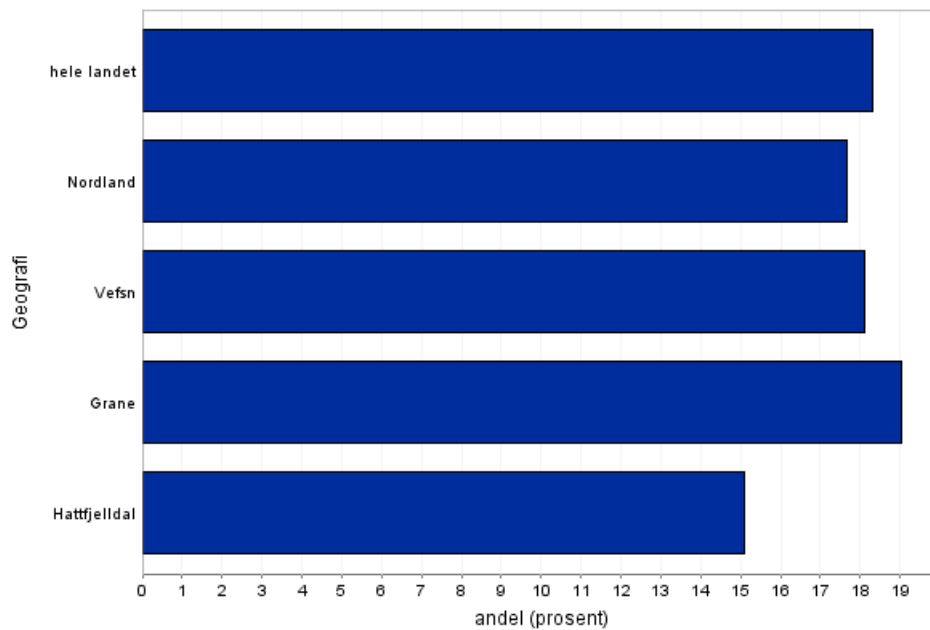
2014: 6,0 %

3.1.4 En-personshusholdninger – personer som bor alene

Andel en-husholdninger i Grane de siste årene har vært relativt stabilt. I 2014 var andelen 19 %, noe som er litt høyere enn i landet som helhet og i Nordland fylke. I forhold til nabokommunene Vefsn og Hattfjelldal ligger vi også høyere. De fleste som bor alene er over 45 år, noe som er likt med landet som helhet.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt.

Diagram: En-husholdninger 2009 - 2014



(Kilde: KommuneHelsa)

3.1.5 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

Status:	Mulige årsaker:	Mulige konsekvenser:
Folketall: De siste 15 årene har folketallet i Grane blitt redusert med ca. 250 personer. Prognosene frem mot 2028 tyder på at det fortsatt vil være nedgang i folketallet. Andelen av eldre innbyggere vil øke i ørene fremover.	Utflytting pga. utdanning (videregående og høyere utdanning), etablering av familie, muligheter for arbeid (for hele familien), fagmiljø, behov for et større miljø, ønske om å være mindre synlig, lite mangfold i fritidstilbud i forhold til større byer og tettsteder. Lavere dødelighet, lavere fruktbarhet og aldring av store alderskull .	Utfordringer i forhold til arbeidskraft i kommunen. En stadig voksende gruppe med friske eldre (bl.a. en ressurs som frivillige), men også et sykdomsbilde mer preget av kroniske og sammensatte helseproblemer, inkludert demens.
Innvandrere og norskfødte med innvandrer foreldre: Økning fra 2,5 % i 2010 til 6% i 2014.	Hjørnesteinsbedriften Norgesvinduet har ansatt en del arbeidere fra Litauen.	Utfordringer i forhold til toleranse, integrering og sosial tilhørighet. Helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske.

3.1.6 Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak

Befolkningssammensetning: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

Bolyst:

Spredt boligbygging, mulighet for store tomter

Attraktivt Trofors sentrum

Allsidig kulturliv – rundt 40 frivillige lag og foreninger i kommunen

Trygge oppvekstvilkår

Mottakelse av tilflyttere

Allsidige friluftsmuligheter

Befolkningssammensetning: Innspill til mulige fremtidige tiltak

Tiltak for å:

Øke bolyst

Få flere arbeidsplasser til bygda, stimulere til utvikling av allsidig arbeidstilbud, se regionen under ett

Få ungdom tilbake til bygde/beholde ungdommen i bygda

Øke bruken av frivillige i helse- og omsorgstjenesten

Opprettholde et godt helsevesen

Videreføre tilflytterkampanjer

3.2 Oppvekst- og levekårsforhold

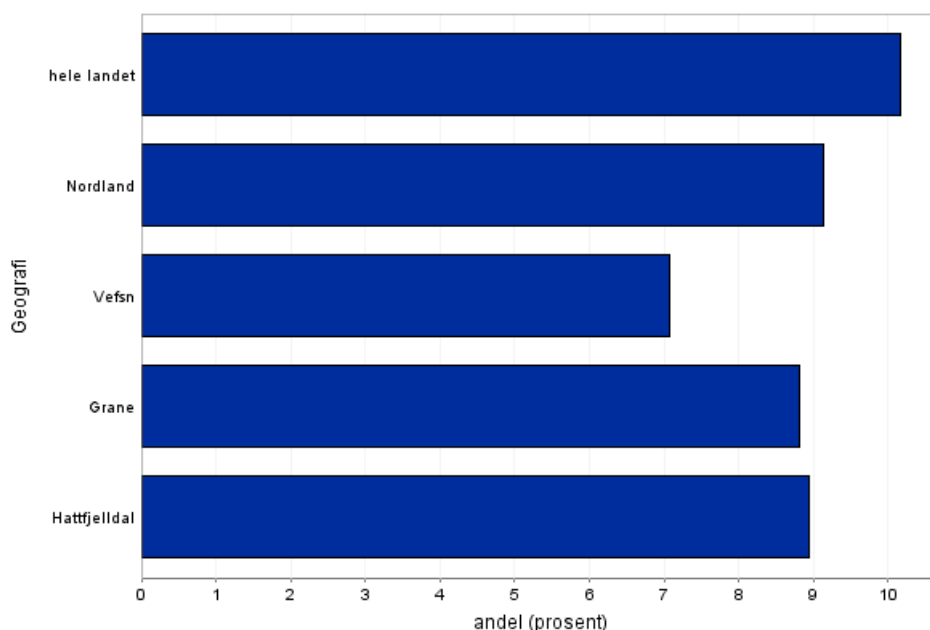
3.2.1 Lavinntekt husholdninger

I perioden 2008-2012 hadde Grane en gradvis reduksjon av lavinntekt husholdninger.

Andelen personer med lav inntekt er lavere enn i landet, og denne indikatoren gir et tydelig positivt utslag på «Folkehelsebarometeret for Gane» utgitt av Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død.

Diagram: Lavinntekt husholdninger, 2008-2012



Personer i husholdninger med inntekt under 60 % av medianinntekt, beregnet etter EU-skala.

Årlige tall. EU-skala er en ekvivalensskala som benyttes for å kunne sammenligne husholdninger av forskjellig størrelse og sammensetning. Ulike ekvivalensskalaer vektlegger ulikt. EU-skalaen er mye brukt, og i følge den må en husholdning på to voksne ha 1,5 ganger inntekten til en enslig for å kunne ha samme økonomiske levekår. Barn øker forbruksvektene med 0,3, slik at en husholdning på to voksne og to barn må ha en inntekt som er 2,1 ($1 + 0,5 + 0,3 + 0,3$) ganger så stor som en enslig for å ha det like bra økonomisk i følge EU-skalaen.

Grane: 10,6 % i 2008 og 8,8 % lavinntekt husholdninger i 2012.

Gjennomsnitt i Norge i 2012 er angitt til 10,2 %.

3.2.2 Inntektsulikhet

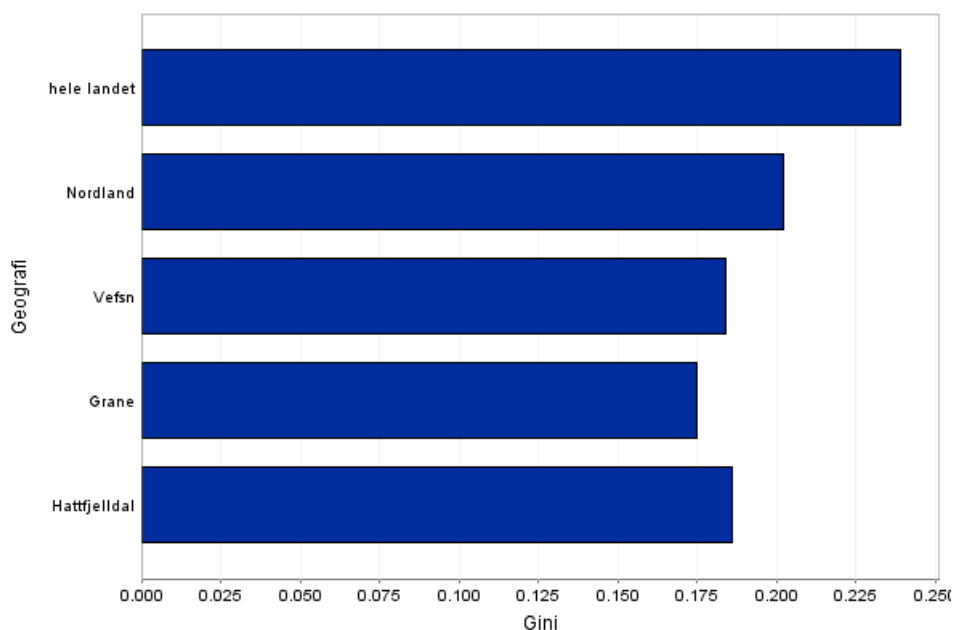
I 2012 var inntektsulikheten i Grane noe lavere enn i landet som helhet, Nordland fylke og nabokommunene Vefsn og Hattfjelldal.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. Likheter i fordelingen av økonomiske ressurser påvirker antagelig andre samfunnsmessige forhold positivt. Man kan anta at stor økonomisk ulikhet i et samfunn kan lede til økt kriminalitet, kulturelle forskjeller og politiske konflikter mellom ulike grupper i samfunnet.

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

(Kilde: NOU 2009: 10: Fordelingsutvalget, Finansdepartementet, 2009)

Diagram: Inntektsulikhet 2012



Inntektsulikhet beskrevet med Gini-koeffisienten. Denne beskriver inntektsulikhet og varierer fra 0 til 1. Jo større koeffisienten er, desto større er inntektsulikheten. Denne tar utgangspunkt i forholdet mellom de kumulative andelen av befolkningen rangert etter stigende inntekt, og den kumulative andelen av inntekten som de mottar.

I 2012 var tallet for Grane kommune 0,18 %, og dette har vært stabilt siden 2009.

For landet som helhet har tallet vært 0,23 % - 0,24 % i perioden 2009 – 2012.

(Kilde: KommuneHelse)

3.2.3 Arbeidsledighet

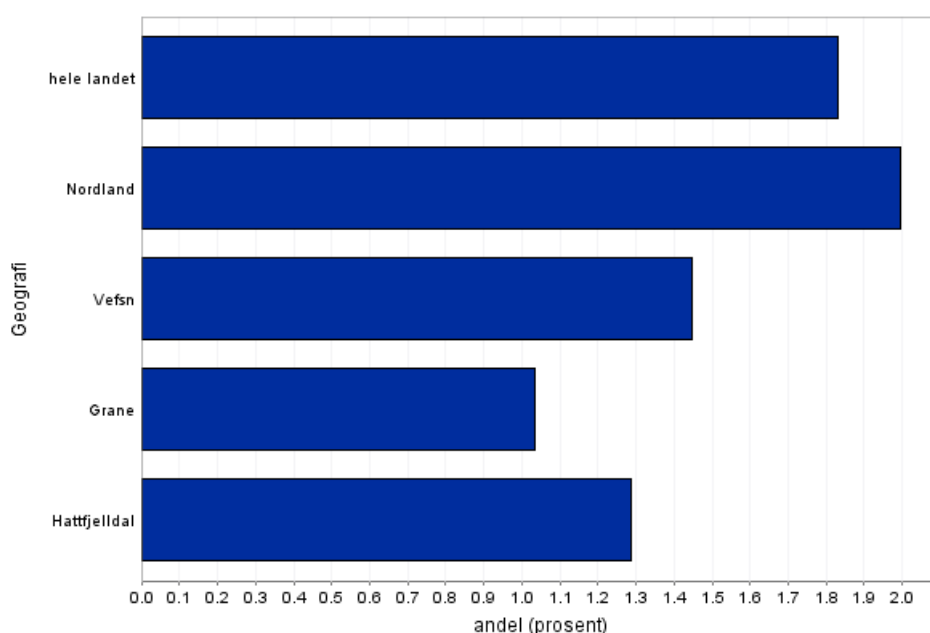
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både psykisk og materielt, og arbeidsledighet antas å kunne virke negativt inn på helsetilstanden.

Arbeidsledigheten i Grane har i perioden 2007 – 2013 hovedsakelig vært lavere enn i landet som helhet. I 2008 og 2009 økte arbeidsledigheten, men gikk ned i 2010. I 2013 var arbeidsledigheten i Grane 1,0 %, mens landet som helhet hadde 1,8 %.

Oppdaterte tall fra NAV viser at det var en arbeidsledighet på 0,6 % i Grane ved utgangen av september 2015.

Diagram: Arbeidsledighet, 2007-2013



Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede tiltak). Dette inkluderer også personer som identifiseres med såkalte D-nr i stedet for fødselsnummer, dvs. utenlandske personer uten oppholdstillatelse som er på korttidsopphold i Norge. Referansepunktet er ved utgangen av måneden. Registrerte arbeidslandet omfatter i utgangspunktet alle aldre, men det er svært få under 16 år eller over 66 år. Arbeidsstyrken inkluderer personer i alderen 15 – 74 år.

(Kilde: KommuneHelsa)

3.2.4 Nedsatt arbeidsevne

Har man først nedsatt arbeidsevne, øker risikoen for langvarig sykefravær og tidlig tilbaketrekking fra arbeidslivet.

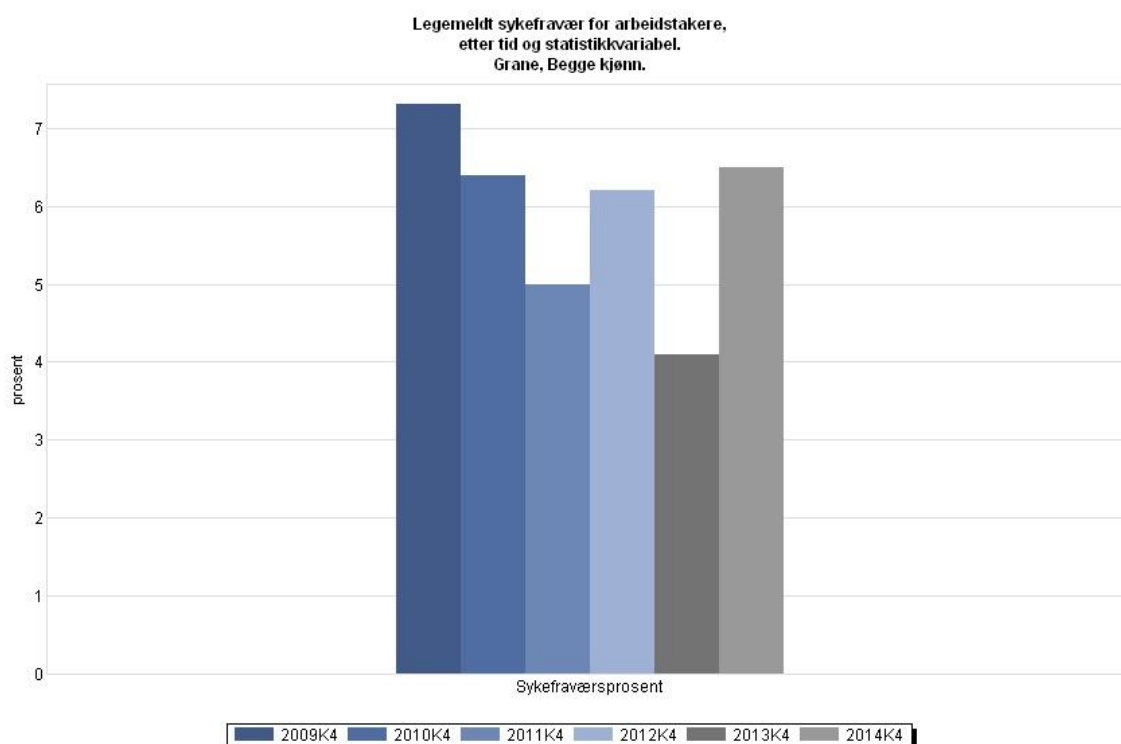
Per oktober 2015 er det 55 personer i Grane som har nedsatt arbeidsevner og er under oppfølging.

(Kilde: Statens Arbeidsmiljøinstitutt/NAV Grane)

3.2.5 Sykefravær

Sykefraværet (legemeldt) har gått noe opp og ned blant innbyggerne i Grane kommune fra 2009 til 2014. Sykefraværet var høyest i 2009 med 7,3 % og lavest i 2013 med 4,1 %.

Diagram: Legemeldt sykefravær i prosent 4. kvartal 2009 – 2014



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hele landet	6,4 %	6,0 %	5,4 %	5,6 %	5,4 %	5,4 %
Grane	7,3 %	6,4 %	5,0 %	6,2 %	4,1 %	6,5 %
Vefsn	6,0 %	6,6 %	5,5 %	6,2 %	5,5 %	5,5 %
Hattfjelldal	6,4 %	6,5 %	5,1 %	4,4 %	4,4 %	4,7 %

Tapte dagsverk på grunn av egen sykdom i prosent av avtale dagsverk, begge kjønn. År.

(Kilde: NAV og SSB)

3.2.6 Uføretrygd

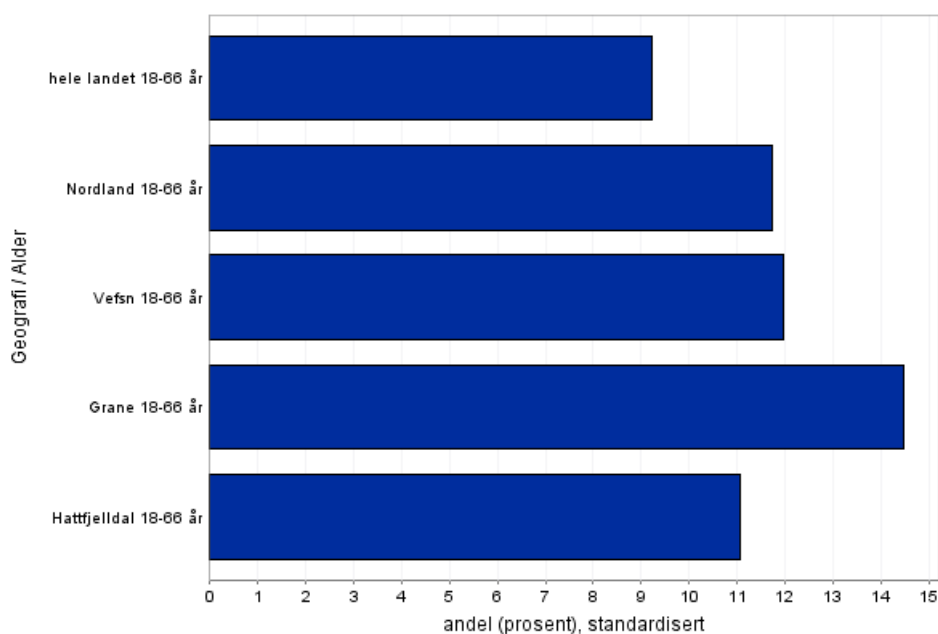
Andelen uføretrygdde fra 18 – 66 år i Grane kommune har i steget jevnt fra 11,9 % i 2005 til 14,5 % i 2013. Dermed er det en betydelig høyere andel uføretrygdde i Grane enn landet som helhet hvor andelen er 9,2 %.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Gruppen uføretrygdde er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. Omfanget av uføretrygd er en indikator på helsetilstand (fysisk eller psykisk), men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivå og jobbtilbudet i kommunen.

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykemelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i ande OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsaken til sykefravær og uførepensjon er vanskelig å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning, livsstilsfaktorer og andre sosiale faktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker uføretrygd.

(Kilde: NAV)

Diagram: Uføretrygdde, 2011 - 2013



(Kilde: KommuneHelsa)

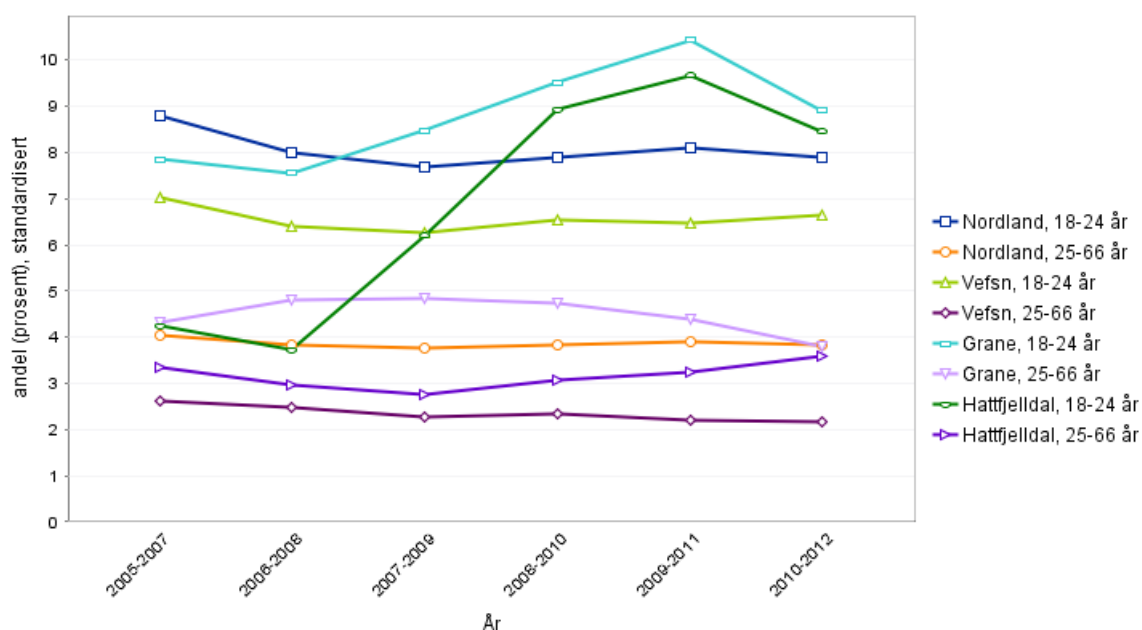
3.2.7 Mottakere av sosialhjelp, 18 – 24 år og 25 – 66 år, 3 års glidende gjennomsnitt

Etter 2007 og frem til 2011 har det vært en økning i andelen mottakere av sosialhjelp i Grane kommune i aldersgruppen 18-24 år på 1 %. I aldersgruppen 25-66 år har det vært en nedgang fra 4,3 % til 3,8 %.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Mottakere av sosialhjelp er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. De har ofte en mer marginal tilknytting til arbeidsmarkedet, kortere utdanning og lavere bostandard enn befolkningen ellers. Det er også 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 blant annet gjenspeile et lokalt vanskelig arbeidsmarked, men også at sosialtjenesten legger ulik vekt på aktivisering av den enkelte og på tverrfaglig samarbeid.

Diagram: Mottakere av sosialhjelp, 18-24 år og 25-66 år, 3 års glidende gjennomsnitt



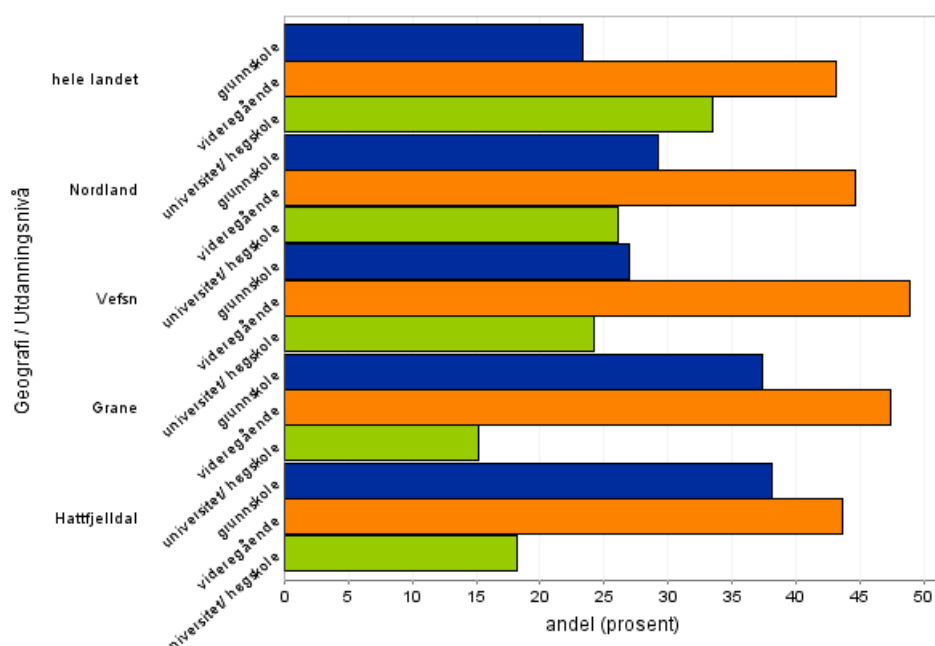
Mottakere:	2005–2007	2010–2012
Grane, 18-24 år	7,9 %	8,9 %
Grane, 25–66 år	4,3 %	3,8 %
Hattfjelldal, 18-24 år	4,2 %	8,5 %
Hattfjelldal, 25–66 år	3,3 %	3,6 %
Vefsn, 18-24 år	7,0 %	6,6 %
Vefsn 25-66 år	2,6 %	2,2 %
Nordland, 18–24 år	8,8 %	7,9 %
Nordland, 25–66 år	4,0 %	3,8 %
Norge, 18-24 år	6,6 %	5,8 %
Norge, 25-66 år	3,5 %	3,3 %

3.2.8 Utdanningsnivå

Sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse er godt dokumentert. Sammenhengene mellom befolkningens utdanningsnivå og helse er komplekse, men forskere har identifisert to hovedmekanismer. For det første påvirker utdanning de levekår mennesker lever under gjennom livsløpet. For det andre bidrar læring til utvikling av en sterkere psykisk helse, som igjen påvirker menneskers fysiske helse i positiv forstand. Sagt litt enklere: læring gir mestring, mestring gir helse. (Elstad 2008) Tiltak rettet mot å redusere utdanningsforskjeller kan dermed bidra til å redusere ulikheter i folks helse. Fra et helsemessig ståsted er det viktig at utdanningssektoren lykkes med å tilrettelegge opplæringen slik at alle barn og unge kan få like gode muligheter til å lære og oppleve mestring.

Kilde: Helsedirektoratet, 2012

Diagram: Utdanningsnivå, 25 – 66 år, 2013



Andel innbyggere ut fra høyeste gjennomførte utdanningsnivå, 25 – 66 år, i perioden 2007-2013

Kommune, årstall:	Grunnskole:	Videregående skole:	Høgskole/universitet:
Grane, 2007	41,3 %	45,5 %	13,3 %
Grane, 2013	37,4 %	47,4 %	15,2 %
Vefsn, 2007	30,2 %	48,9 %	21,0 %
Vefsn, 2013	26,9 %	48,9 %	24,2 %
Hattfjelldal, 2007	43,5 %	41,0 %	15,5 %
Hattfjelldal, 2013	38,2 %	43,7 %	18,2 %
Nordland, 2007	33,1 %	44,7 %	22,3 %
Nordland, 2013	29,3 %	44,7 %	26,0 %
Norge, 2007	26,3 %	44,7 %	29,0 %
Norge, 2013	23,3 %	43,2 %	33,5 %

3.2.9 Frafall videregående skole

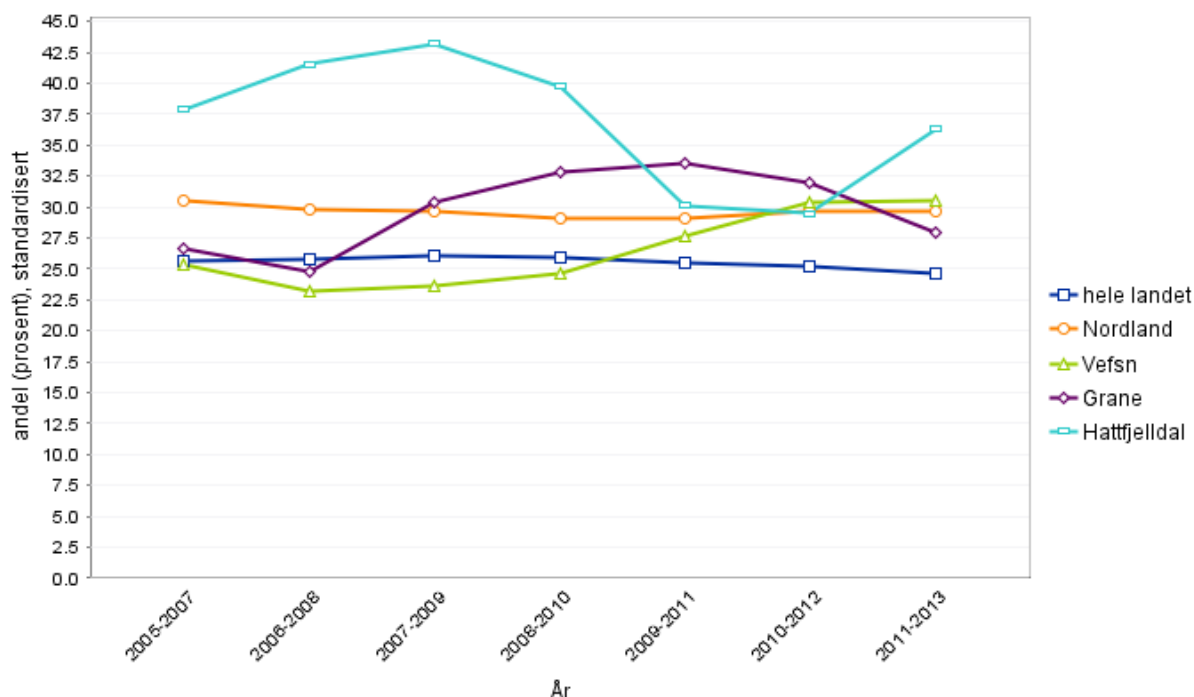
Frafallet i den videregående skole for elever fra Grane hadde en økning i årene fra 2007 til toppåret 2012 hvor frafallsprosenten var 32,0. I 2013 er det en bedring og frafallsprosenten er registrert til 27,9. Dette er tre prosent høyere enn både landet som helhet og Nordland fylke som begge har 24,6 %.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole.

Utdanning, og særlig det å fullføre grunnutdanning, er en avgjørende ressurs for å sikre god helse gjennom livsløpet. Undersøkelser har vist at det er sosial ulikhet i frafall fra videregående skoler i Norge. Dette vises for eksempel ved at blant ungdom som har foreldre med grunnskole som lengste fullførte utdanning, er andelen som dropper ut større enn blant ungdom som har foreldre med videregående eller lengre utdanning.

(Kilde: Helsedirektoratet)

Diagram: Frafall i videregående skole, 2 års glidende gjennomsnitt, 2005-2013



Frafallet inkluderer personer som har startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført VKII eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått i ett eller flere fag, og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som starter opp dette året, men har sluttet underveis. Andelen er i prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Statistikken viser 2 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 2-års perioder). Kilde: KommuneHelsa.

3.2.10 Skilsmisser

I perioden 2005 – 2014 ble det tatt ut 29 skilsmisser og 34 separasjoner i Grane.

Det var ingen skilsmisser i årene 2007, 2008 og 2010.

Toppåret for separasjoner var i 2009 da det ble tatt ut 10 separasjoner.

Statistikken gir ikke oversikt over samlivsbrudd blant samboere.

Undersøkelsen "Parental Divorce: Psychological distress and adjustment in adolescent and adult offspring", et arbeid gjort ved Folkehelseinstituttet viste blant annet følgende:

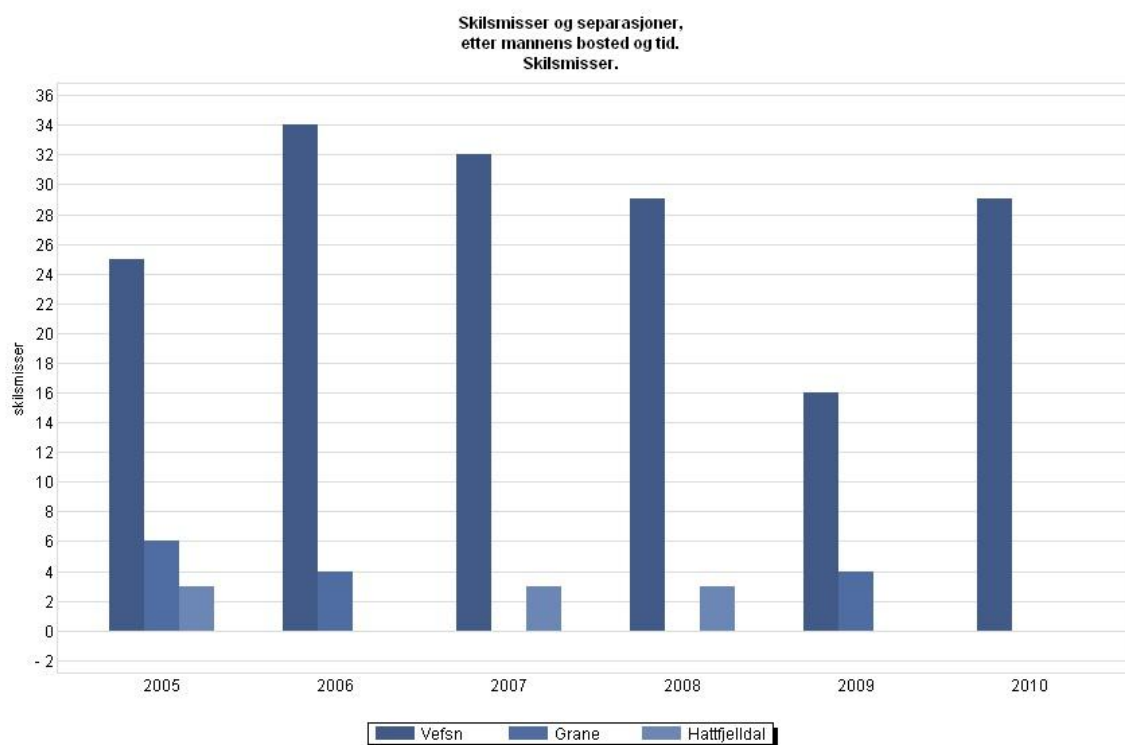
Mange opplever angst og depresjon som følge av egen skilsmisse.

Skilsmisse kan føre til angst og depresjon hos barn når de blir voksne.

Jenter som opplever samlivsbrudd har en mer negativ utvikling mht. symptom på angst og depresjon, selvfølelse, velvære og skoleproblem enn de som ikke opplever samlivsbrudd.

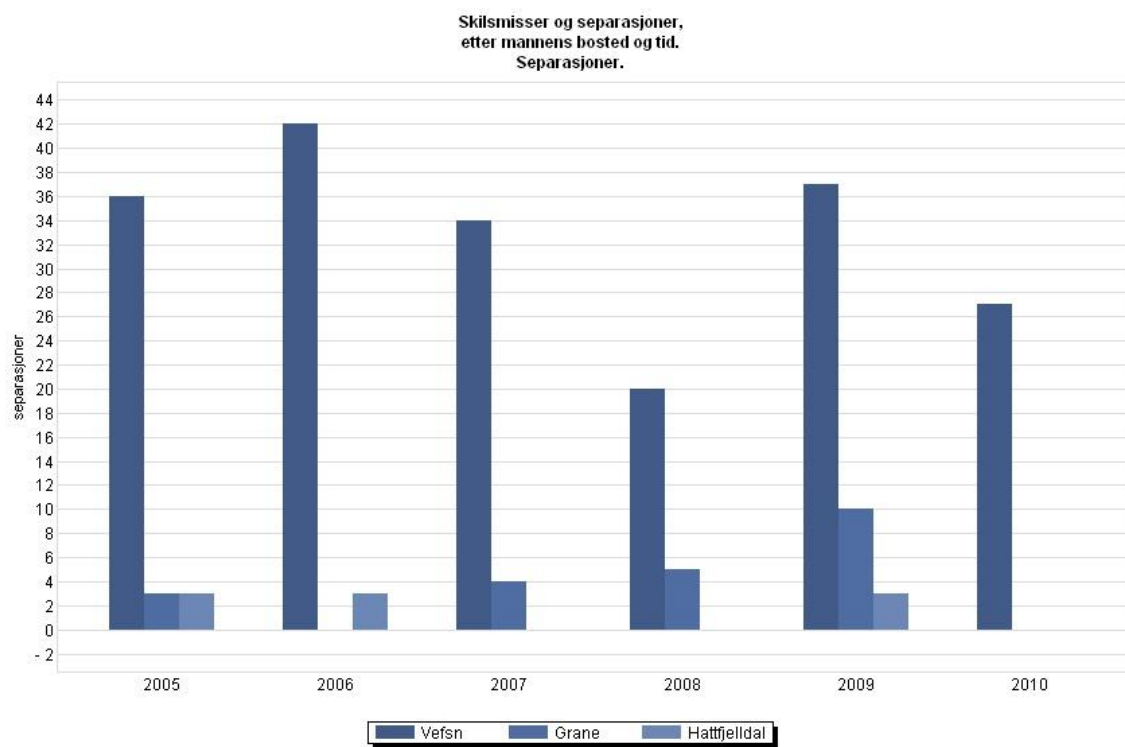
Samlivsbrudd gir høy risiko for langvarig arbeidsuførhet og øker risikoen for å komme under fattigdomsgrensen i inntekt. (Kilde: Folkehelseinstituttet).

Diagram: Antall skilsmisser i kommunen, 2005–2014



Skilsmisser etter mannens bosted ved hendelsen. Alle ett og to tall er satt til null eller tre for å ivareta personvernet. (Kilde: SSB)

Diagram: Antall separasjoner i kommunen, 2005-2014

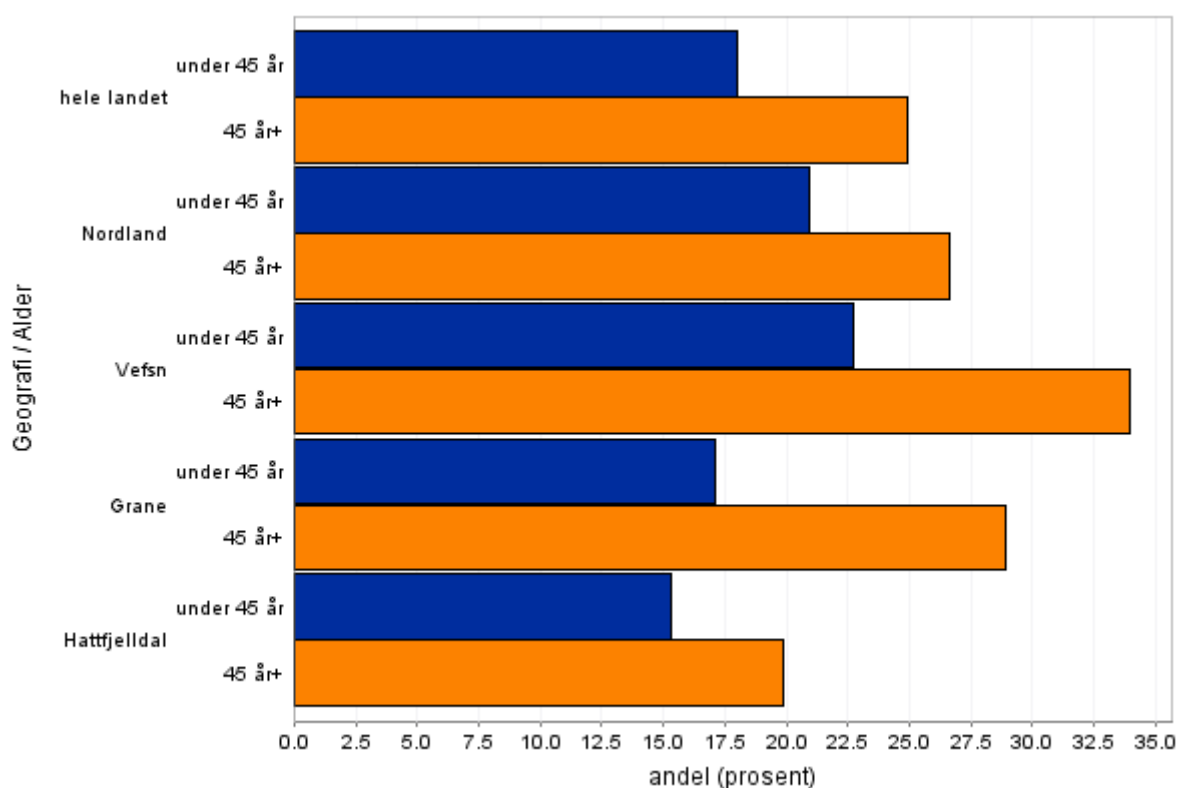


Kilde: Statistisk sentralbyrå

3.2.11 Enslige forsørgere

Eneforsørgere er ingen ensartet gruppe. For noen kan det utgjøre en økonomisk belastning å være eneforsørger, enten dette er et resultat av familieoppløsning eller ikke. Analyser viser at eneforsørgere oftere har lav inntekt enn husholdninger med flere voksne medlemmer. Tap av forsørger gjennom samlivsbrudd eller død fører for mange til økonomiske problemer. Selv om folketrygden i mange tilfeller dekker inntektstap som følge av tap eller fravær av forsørger, vil det å være eneforsørger for en del være en viktig årsak til lav inntekt i lengre eller kortere perioder.

Diagram: Enslige forsørgere, andel (prosent), 2011 - 2013



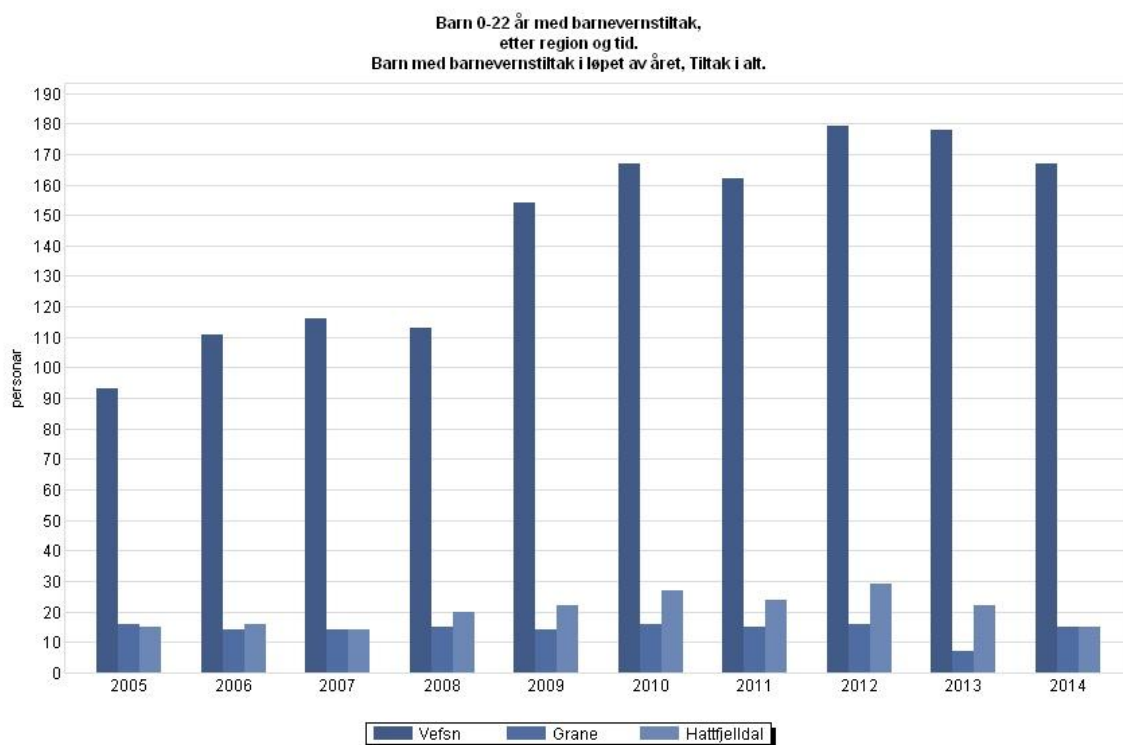
(Kilde: KommuneHelsa)

3.2.12 Barnevern

I perioden 2005-2014 har antall barn med som har hatt undersøkelse eller tiltak i barnevernet variert mellom 7 og 16. I Grane kommune ser det ut til å være lite svingninger fra år til år, men en nedgang i 2013 av antall saker.

Jo tidligere en klarer å identifisere barn som er utsatt for risikofaktorer og sette i verk tiltak, jo større sannsynlighet er det for at barnet klarer seg bra. Risikofaktorer kan være foreldres psykiske sykdom eller rusmiddelbruk, vold i hjemmet, foreldre som er langtidsledige/trygdemottakere, fattigdom i familien, osv. En indikasjon på tidlig identifisering kan være at helsestasjon, barnehage, skole eller NAV melder sin bekymring til barnevernet.

(Kilde: Folkehelsepolitisk rapport 2011, Helsedirektoratet)



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grane	16	11	14	15	14	16	15	16	7	15
Vefsn	93	111	116	113	154	167	162	179	178	167
Hattfjelldal	15	16	14	20	22	27	24	29	22	15

Antall barn med undersøkelse eller tiltak i barnevernet. (Kilde: Kostra)

3.2.13 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

Status:	Mulige årsaker:	Mulige konsekvenser:
Lavinntekt husholdninger: Totalt sett har det vært en nedgang fra 10,6 % i 2008 til 8,8 % i 2012.	Lav arbeidsledighet, stabilt arbeidsmarked.	Lav inntekt kan medføre at barn ikke får delta i aktiviteter på lik linje med andre barn. Kan også øke sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og tidlig død.
Arbeidsledighet: Stabil lav arbeidsledighet i Grane. 0,6 % ved utgangen av sept. 15.	Stabilt arbeidsmarked i distriktet. Nedgang i innbyggertall kan virke inn på arbeidsledigheten. Pendlervillighet i befolkningen.	Høy sysselsetting kan ha positiv innvirkning på helsa.
Nedsatt arbeidsevne: 55 personer i Grane.		Ved nedsatt arbeidsevne øker risikoen for langvarig sykefravær og tidlig tilbaketrekning fra arbeidslivet.
Legemeldt sykefravær: Svingninger fra år til år, 4,1 % i 2013 med en økning til 6,5 % i 2014.	Årsakene er komplekse og sammensatte. Fysisk og psykisk sykdom, belastninger i livssituasjon, livsstilsfaktorer, usikker arbeidssituasjon, utdanningsnivå.	Redusert funksjon og psykiske plager hos voksne og barn.
Uføretrygd: Andelen unge uføre i Grane, 14,5 % er høyere enn i landet som helhet, 9,2 %.	Praksis og holdninger rundt sykemeldinger og uføretrygd.	
Utdanningsnivå: Andelen innbyggere med videregående skole, eller høyere utdanning er stigende.	Tilgang til studieplasser er større. Kompetansekrav.	Levekår påvirkes av utdanningsnivå.
Frafall i videregående skole:	Mistrivsel på en skole, i en klasse eller i et utdanningsprogram.	Risiko for dårligere helse.
Skilsmisser: Fra 0 – 10 årlig fra 2005 – 2014. Høyeste andel av enslige forsørgere er i aldersgruppen 45 +.	Ukjent.	Risiko for lav inntekt. Lavekår kan ha innvirkning på fysisk og psykisk helse.
Barnevern: Jevnt antall saker fra 2005 til 2014. 15 saker i 2014.	Tidlig intervensjon og forebyggende tiltak fra barnevernstjenesten.	Tidlig innsats kan bidra til at barn utsatt for risikofaktorer klarer seg bra.

3.2.14 Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak

Oppvekst- og levekårsforhold: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

Lag og foreninger
Kulturskolen
Fritidsklubben
Frivilligsentralen
Kommunen og andre bedrifter IA bedrifter
Frisklivssentralen
Skolehelsetjenesten
Foreldreveiledningsprogram

Oppvekst- og levekårsforhold: Innspill til mulige fremtidige tiltak

Forsette de fritidsaktivitetene som er i kommunen og holde prisene for å delta nede
Tiltak rettet mot ungdom som ikke deltar i idrett og musikk
Øke helsesøstertjenesten i skolen
Gjennomføring av Ungdataundersøkelse i 2016 kan gi oversikt i forhold til mulige fremtidige tiltak
Videreutvikle fritidsklubben

3.3. Fysisk, biologisk og sosialt miljø

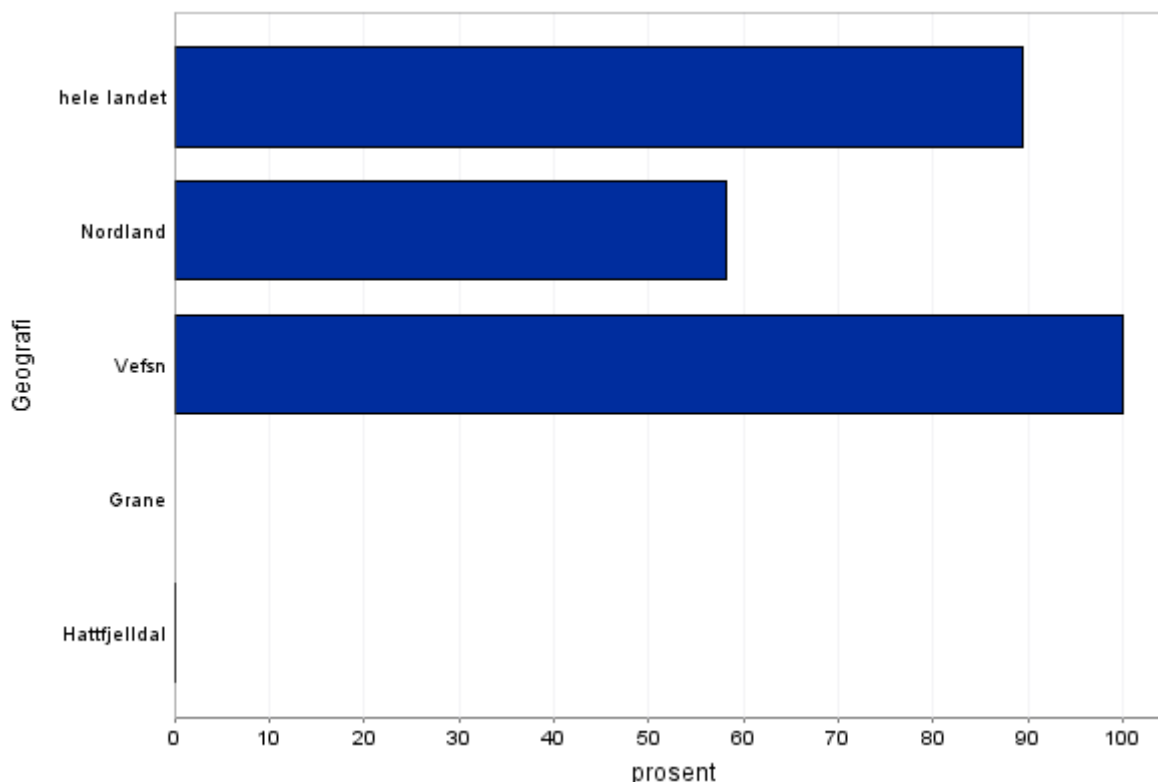
3.3.1 Drikkevannskvalitet

Rent vann er livsnødvendig for alle levende organismer, og det daglige væsketapet bør i stor grad erstattes med rent drikkevann.

Vannverkregisteret fører statistikk over kvaliteten ved vannverkene som er rapporteringspliktige. Dette gjelder vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer og/eller 20 husstander. I statistikkbanken er det ikke mulig å få opplyst tall for Grane kommune. Mattilsynet opplyser at dette skyldes sen rapportering fra kommunen.

Det finnes fem kommunale vannverk i kommunen. Mattilsynets avdelingskontor i Mosjøen opplyser at alle vannverkene pr. tiden leverer godkjent drikkevannskvalitet, og at rutinene for analyse av vannkvaliteten følges.

Diagram: Drikkevannskvalitet – hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet, prosent, 2013



(Kilde: Kommunehelse/Drikkvannsregisteret)

3.3.2 Radon

Radon er en usynlig og luktfri gass, som dannes kontinuerlig i jordskorpa. Utendørs vil radonkonsentrasjonen normalt være lav, og helsefare oppstår først når gassen siver inn og oppkonsentreres i vårt innemiljø.

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er radon den viktigste årsak til utvikling av lungekreft etter aktiv røyking. Det er anslått at radon i boliger forårsaker rundt 300 lungekreftdødsfall årlig i Norge. Radon forekommer i alle slags bygninger og total radonrisiko skyldes summen av opphold i ulike bygninger; på jobb, på fritiden og hjemme i privat bolig.

Når radon er til stede i luft, dannes det kontinuerlig flere kortlivede radionuklider som kalles radondøtre. Både radon og radondøtrene avgir alfastråling og kan gi skader på levende celler slik at noen utvikler seg til kreftceller. Alfastråling stoppes lett i luft og trenger bl.a. ikke gjennom hudoverflaten, men ved innånding vil det kunne gi en økt risiko for utvikling av lungekreft. Stråledoser til andre organer enn ved opptak via lungene er svært små og kan neglisjeres.

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.

Alle bygninger bør ha så lave radonnivåer som mulig og innenfor anbefalte grenseverdier:

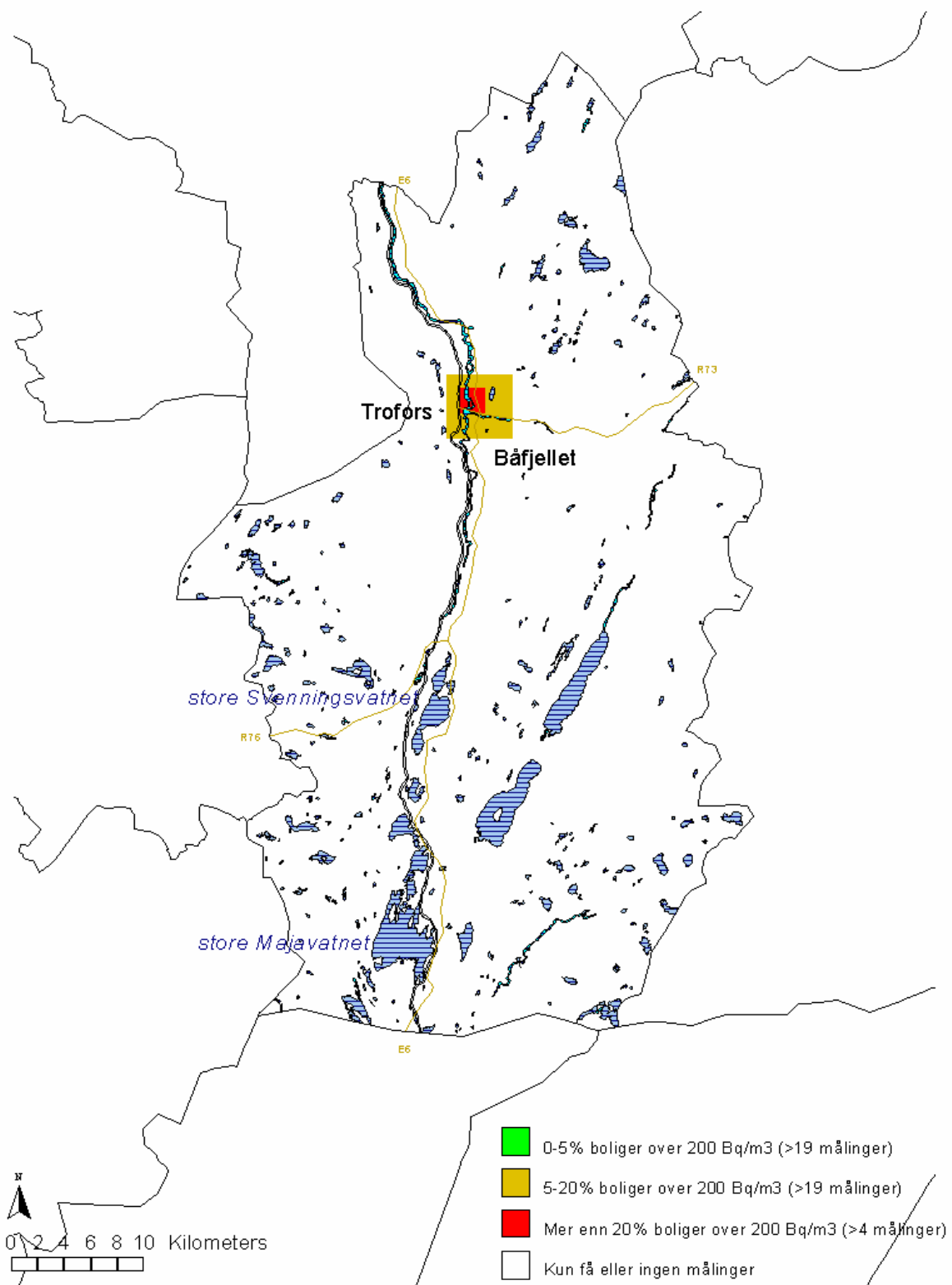
- Tiltaksgrense på 100 Bq/m³
- Så lave nivåer som mulig – tiltak kan også være aktuelt under tiltaksgrensen
- Maksimumsgrenseverdi på 200 Bq/m³

Vinteren 2000/2001 ble det gjennomført en kartlegging av radon i inneluft i Grane kommune. En andel på 9 % av kommunens husstander deltok i kartleggingen, og det ble funnet at 20 % av disse har en radonkonsentrasjon som er høyere enn maksimalgrenseverdien på 200 Bq/m³

Resultater etter radonmåling i Grane kommune

Gjennomsnittlig årsmiddelverdi	138 Bq/m ³
Andel radonmålinger >200 Bq/m ³	20 %
Andel radonmålinger >400 Bq/m ³	11 %
Høyeste verdi målt i Grane	1000 Bq/m ³
Totalt antall målinger foretatt i Grane	80
Andel av boligmassene hvor det er målt	9 %

Radonkart for Grane kommune



(Kilde: Statens strålevern)

3.3.3 Gang- og sykkelveier

I Grane kommune er det 2,5 km gang- og sykkelveier i 2015.

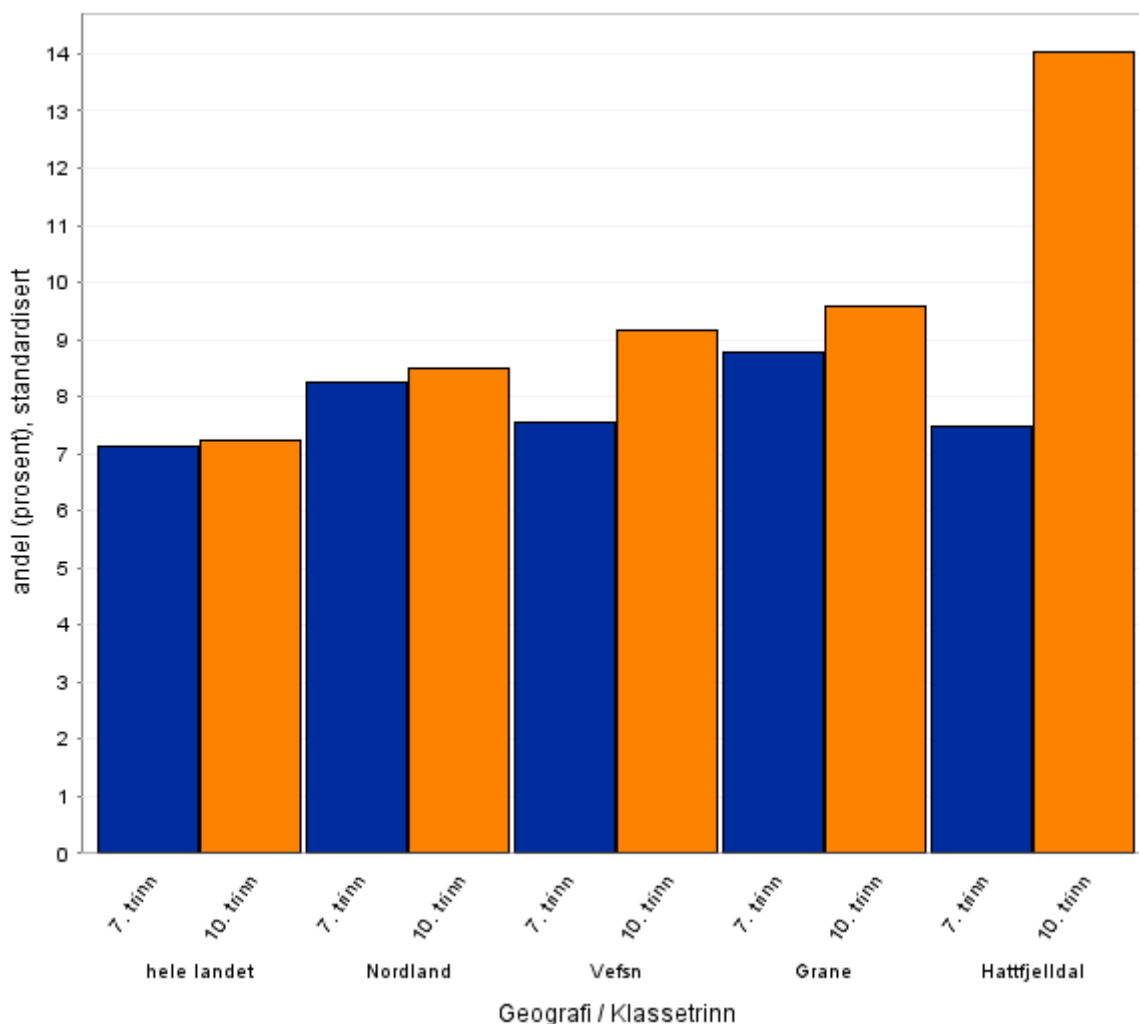
Gang- og sykkelveier kan være viktige indikatorer som synliggjør kommunens tilrettelegging av fysisk aktivitet i nærmiljøet og generelt. Gang- og sykkelveier gjør det mulig å øke hverdagsaktiviteten ved å gå eller sykle til skole, jobb og fritidsaktiviteter på en aktiv, trygg og miljøvennlig måte.

3.3.4 Opplevelse av mobbing i skolen

Mobbing er en vesentlig individuell risikofaktor for psykiske lidelser. 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, ryggsmertor, "vondt i magen" og svimmelhet, dobbelt så vanlig som blant andre barn. Jo oftere et barn blir mobbet jo større er risikoen for helseplager.

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.

Diagram: Mobbing i 7. og 10. klasse, kjønn samlet, standardisert, 2009/10 – 2014/15



3.3.5 Risikoatferd og vold

Statistikk fra Helgeland politidistrikt viser at det siden 2010 har vært en gradvis økning i voldssaker.

Politiet opplyser at disse som regel er rus-/alkoholrelaterte tilfeller.

Det er få sedelighetssaker i kommunen.

Narkotikasakene er i perioden betydelig redusert fra 21 saker i 2012 til 7 i 2014.

Det har vært nedgang i saker med familievold.

Førstegangskriminelle ungdommer i alderen 15 – 18 år er det lite av i Grane.

Tabell: Registrerte saker ved Mosjøen politistasjon og Grane og Hattfjelldal lensmannskontor, 2010 – 2014

	2010	2011	2012	2013	2014 stipulert	2014 per okt
<u>15433 Mosjøen politistasjon</u>						
VOLD	109	132	148	101	118	98
SEDELIGHET	8	16	16	17	12	10
NARKOTIKA	302	257	317	310	276	230
FAMILIEVOLD	27	24	22	23	25	21
ANTALL FØRSTEGANGSKRIMINELLE 15 - 18 ÅR	21	14	9	13	13	11
	2010	2011	2012	2013	2014 stipulert	2014 per okt
<u>12563 Grane og Hattfjelldal lm.distr.</u>						
VOLD	5	15	10	9	14	12
SEDELIGHET	3	2	1	2	1	1
NARKOTIKA	7	16	21	11	8	7
FAMILIEVOLD	2	6	5	1	2	2
ANTALL FØRSTEGANGSKRIMINELLE 15 - 18 ÅR	1	3	0	1	0	0

Tallene for Grane og Hattfjelldal lensmannskontor viser Grane og Hattfjelldal kommuner i fellesskap.

(Kilde: Helgeland politidistrikt)

3.3.6 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

Status:	Mulige årsaker:	Mulige konsekvenser:
Drikkevannskvalitet: Statistikken er ikke tilfredsstillende. Radon: Hyppig forekomst og høye verdier ved tidligere målinger i Grane. Gang- og sykkelveg: Lite utbygd i Grane. Skolemiljø – mobbing: Elevundersøkelsen viser noe høyere andel mobbing på 7. og 10. trinn i Grane, enn i fylket og landet som helhet.	Frister for rapportering blir ikke overholdt. I tillegg er en del av befolkningen i Grane ikke tilknyttet offentlig godkjente vannverk. Grunnforhold. Dårlig inneluft i bygg. Større omlegging av vegnettet rundt Trofors de kommende årene grunnet bygging av ny E6. Det finnes utallige årsaker til mobbing i skolen. I grunnen er det veldig lite som skal til for at en person blir mobbet. Årsaker til mobbing kan være at den som blir valgt til offer skiller seg ut fra det store «normale» flertallet. F.eks. hvis offeret har spesielle interesser, hobbyer o.l. som ikke er så veldig vanlige for hans/hennes aldersgruppe eller kjønn. Hvis man skiller seg ut, og i tillegg har vanskelig for å hevde seg eller vanskeligheter med å «forsvare seg» verbalt, kan man lett bli et offer for mobberen(e)	Risiko for smitte dersom vannkvaliteten ikke er tilfredsstillende. Stråling fra radon kan føre til lungekreft. Lavere trafiksikkerhet. Foreldre velger å kjøre barna. Fysiske og psykiske plager. Utestengning. Reduksjon av funksjonsevne og tap av livskvalitet og redusert psykisk helse.

3.3.7

Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak

Miljøretta helsevern (fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø): Helsefremmende og forebyggende tiltak
--

Måling av vannkvalitet Måling av radon Kontinuerlig jobbing med oppvekstmiljøet Elevundersøkelser 7. til 10. trinn Ungdataundersøkelse i 2016

Miljøretta helsevern (fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø): Innspill til mulige fremtidige tiltak
--

Øke lengde med gang- og sykkelveger Forebygge mobbing i skolen med holdningsskapende arbeid Drive et aktivt informasjonsarbeid om radonforekomst og tiltak rundt dette
--

3.4. Helserelatert atferd

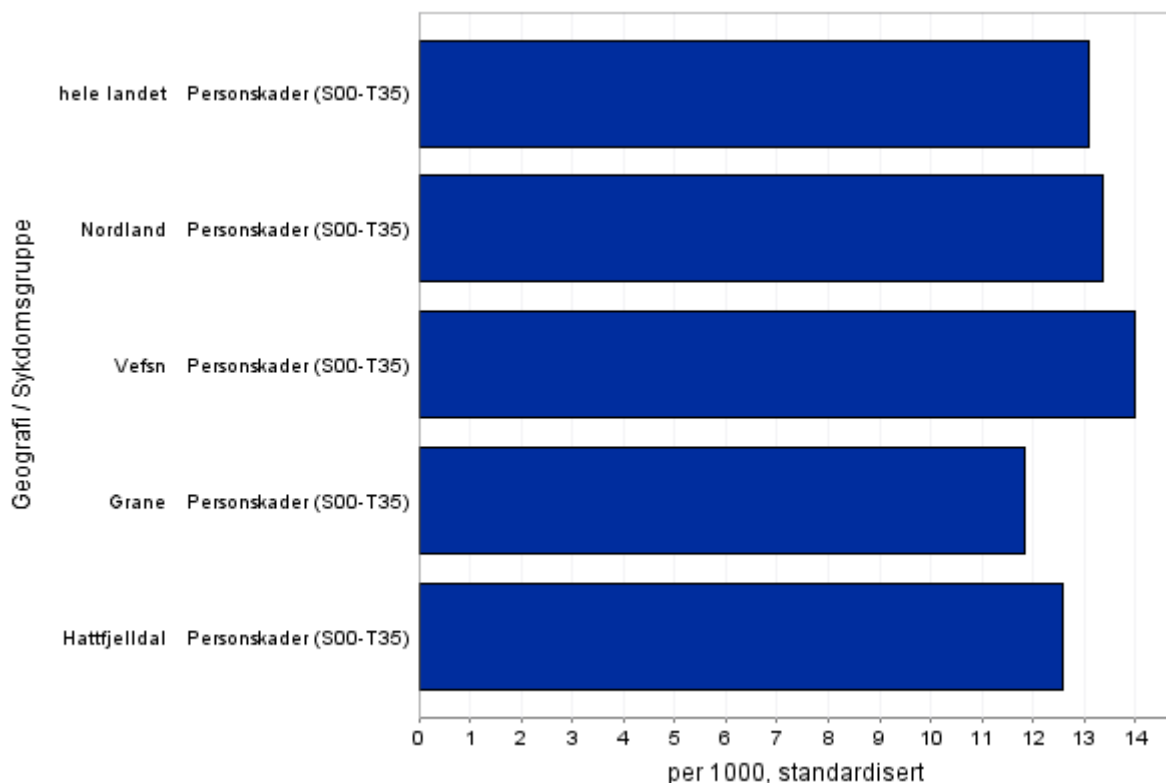
3.4.1 Sykehusinnleggelser

Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelser kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen.

For følgende vanlig forekommende og forebyggbare sykdomsgrupper kan sykehusinnleggelser i tillegg gi en pekepinn på potensialet for forebyggende innsats.

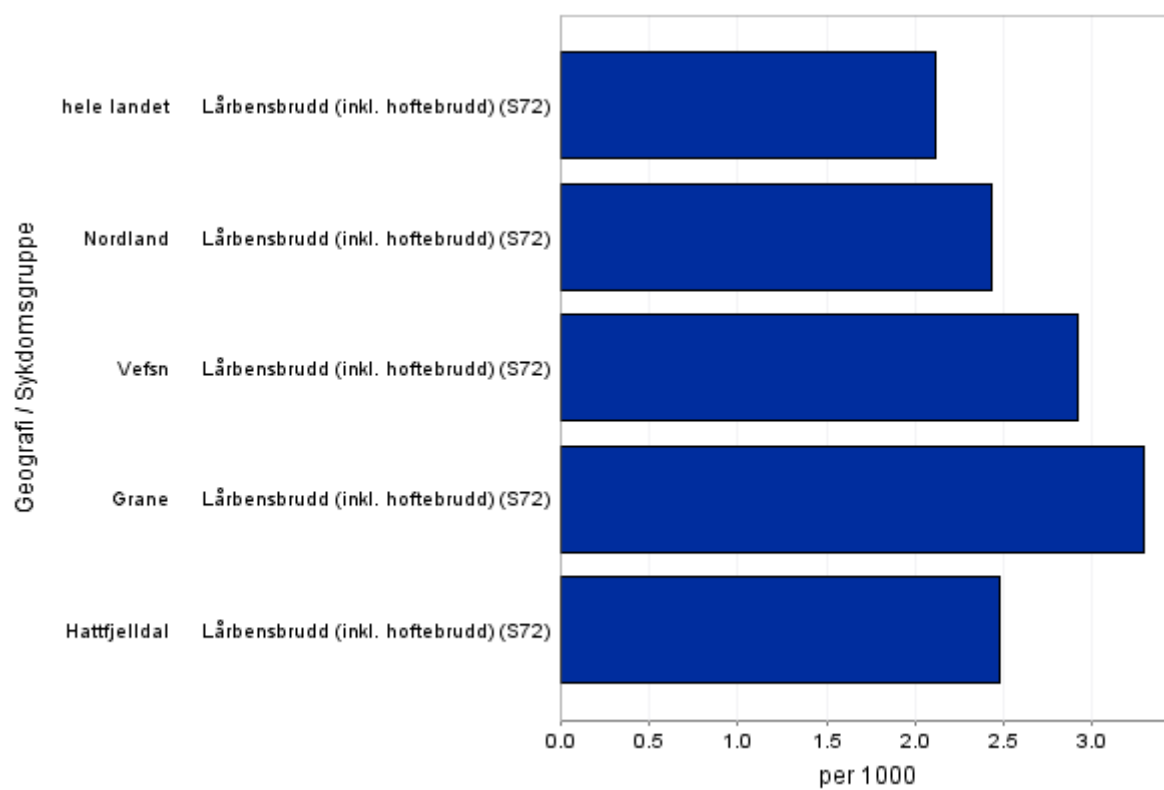
Personskader: Selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkesskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet.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

Diagram: Sykehusinnleggelser etter ulykker 2011 – 2013



Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med skader per år.
(Kilde: KommuneHelsa)

Diagram: Sykehusinnleggelser etter lårbeinsbrudd (inkl. hoftebrudd), kjønn samlet, 2011- 2013



(Kilde: KommuneHelsen)

3.4.2 Trafikkulykker

Ulykker forårsaker hvert år et stort antall skader som kan påføre stor belastning, både for den enkelte og for samfunnet. Ulykker er den viktigste årsaken til dødelighet for personer under 45 år. Hver tiende sykehusinnleggelse skyldes behandling av en personskaade. Skader forekommer mest hyppig blant ungdom og unge voksne, samt i den eldre delen av befolkningen. Det er et betydelig potensial for forebygging av ulykker, og en reduksjon av ulykker vil kunne gi en solid helsegevinst i befolkningen.

De siste årene har det vært en reduksjon i antall døde i trafikkulykker blant begge kjønn, både i Nordland og i landet som helhet. Nordland har høyere forekomst av dødsfall i trafikkulykker sammenliknet med hele landet.

Nasjonale tall fra Norgeshelsa statistikkbank viser at det er omtrent fire ganger så høy dødelighet etter trafikkulykker blant unge menn sammenliknet med unge kvinner (15-24 år). Denne kjønnsforskjellen finner man også i øvrige aldersgrupper.

I 2014 var det 10 drepte og 30 hardt skadde i trafikken i Nordland. Det er i aldersgruppen 16-20 år man finner de høyeste skadetallene.

Diagram 3.4.2 Antall drepte og hardt skadde i trafikken i Nordland, 2002-2014

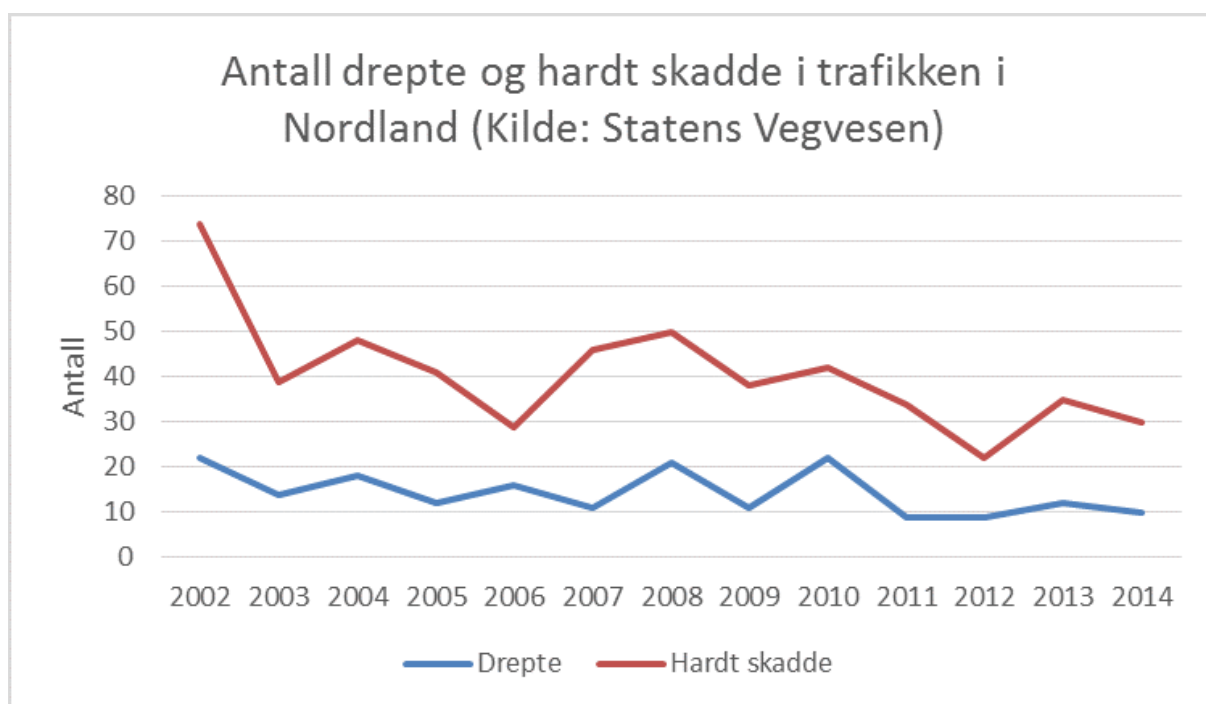
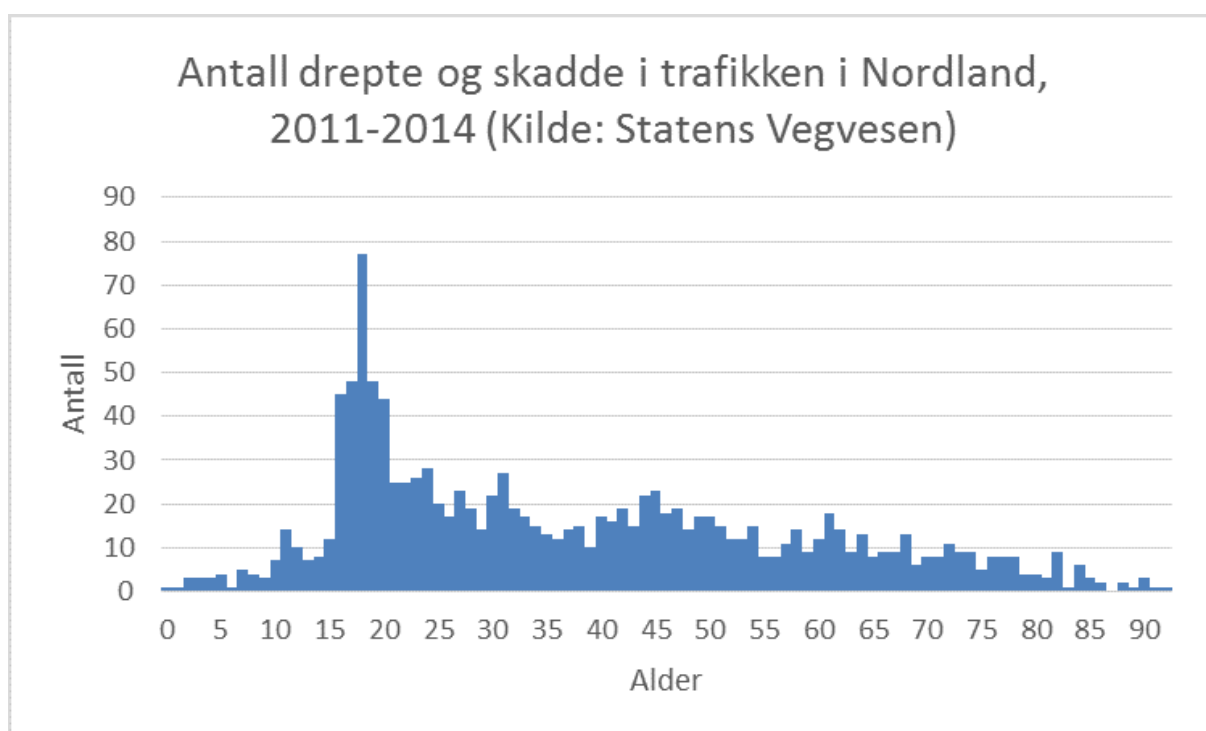


Diagram: Antall drepte og skadde i trafikken i Nordland, 2011-2014



I perioden 2000 – 2014 mistet 9 personer livet og 184 ble skadd i trafikken i Grane.

Tabellen viser årlig utvikling i antall drepte og skadde personer i veitrafikkulykker i Grane:

Årstall:	Drepte:	Skadde:
2000	2	4
2001	0	5
2002	1	21
2003	0	10
2004	1	9
2005	0	18
2006	0	20
2007	0	16
2008	1	22
2009	0	8
2010	3	16
2011	0	7
2012	0	15
2013	1	5
2014	0	8
Sum	9	184

3.4.3 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

Status:	Mulige årsaker:	Mulige konsekvenser:
Sykehusinnleggelser etter ulykker: Her ligger Grane under tallene for landet som helhet. Når det gjelder innleggelser på grunn av lårbeinsbrudd skiller vi oss negativt ut.	Ytre faktorer: Mangelfull strøing vinterstid. Dårlig belysning, glatte og ujevne underlag. Feil fottøy. Indre faktorer: Tidligere fall, medisinbruk, sykdommer, svekket gange og balanse, stillesittende liv, frykt for fall, mangelfull ernæring, svekkede kognitive funksjoner og syn.	Redusert funksjon og livskvalitet.
Trafikkulykker: I perioden 2000 – 2014 mistet 9 personer livet og 184 personer ble skadd i trafikken i Grane.	Kommunen er et trafikknutepunkt. Dårlig standard på E6 som går gjennom kommunen.	Fire ganger så høy dødelighet etter trafikkulykker blant unge menn sammenliknet med unge kvinner (15-24 år). Denne kjønnsforskjellen finner man også i øvrige aldersgrupper.

3.3.4 Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak

Skader og ulykker: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

Frisklivssentral
Gruppetiltak fysisk aktivitet (frivillige lag og foreninger)
Frivilligsentral
Fallforebyggende arbeid i institusjon
Satsing på hverdagsrehabilitering
Kosthold og ernæring
Helsestasjon for eldre
Gratis strøsand for eldre og uføre

Skader og ulykker: Innspill til mulige fremtidige tiltak

Trygge hjemmemiljø for eldre, tidligere bruk av hjelpemidler
Styrke brøyting og strøing
God kontroll innen HMS-arbeid
Innføring av bedre velferdsteknologi i pleie og omsorg
Holdningsskapende arbeid innen trafiksikkerhet

3.5. Helserelatert atferd

3.5.1 Fysisk aktivitet

Vi nordmenn tror at vi er et aktivt folkeslag, men dette stemmer ikke helt med virkeligheten. Tidsbruksundersøkelsene som er gjennomført i Europa viser at når man ser på hvor mye ulike land driver med fysisk aktivitet ligger Norge langt nede på lista.

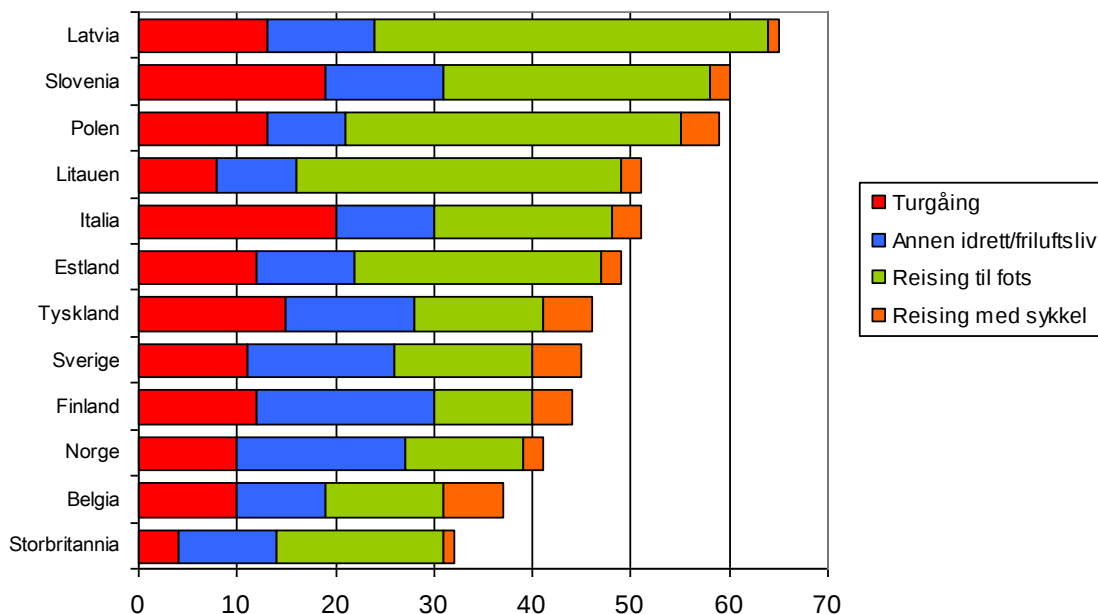
Nordmenn er blant de minst aktive i Europa, først og fremst fordi vi bruker lite tid på å gå fra sted til sted. Nordmenn er blant de i Europa som bruker mest tid på idretts- og friluftsliv, men når man ser på total fysisk aktivitet kommer vi altså dårlig ut.

Norge er blant de land hvor befolkningen i størst grad har tilgang til bil i husholdningen. Det brukes mer tid til fysisk aktivitet blant de som bor i husholdninger uten bil.

Økt økonomisk velstand virker negativt på folks generelle fysiske aktivitet. I tillegg til at vi kjører bil i stedet for å gå eller sykle, har nye tekniske hjelpemidler gjort at arbeidsoppgaver som tidligere krevde mye bevegelse nå tar mindre av vår tid.

(Myten om spreke nordmenn står for fall, Vaage 2008)

Tid brukt til ulike fysiske aktiviteter en gjennomsnittsdag i ulike land i Europa. Alder 20-74 år. Minutter



Undersøkelser viser at vi blir mindre fysisk aktive dess eldre vi blir, at vi bruker stadig mer tid på stillesittende aktiviteter, og at færre har kroppsarbeid nå enn tidligere. Reduksjonen i fysisk aktivitetsnivå starter allerede tidlig i barneårene. På landsbasis oppfylder omtrent 90 % av 6-åringene, 80 % av 9-åringene og halvparten av 15-åringene aktivitetsanbefalingene. Fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd, og kan brukes til forebygging og behandling av over 30 ulike diagnoser og tilstander. Fysisk inaktivitet er en selvstendig risikofaktor for å få dårlig helse.

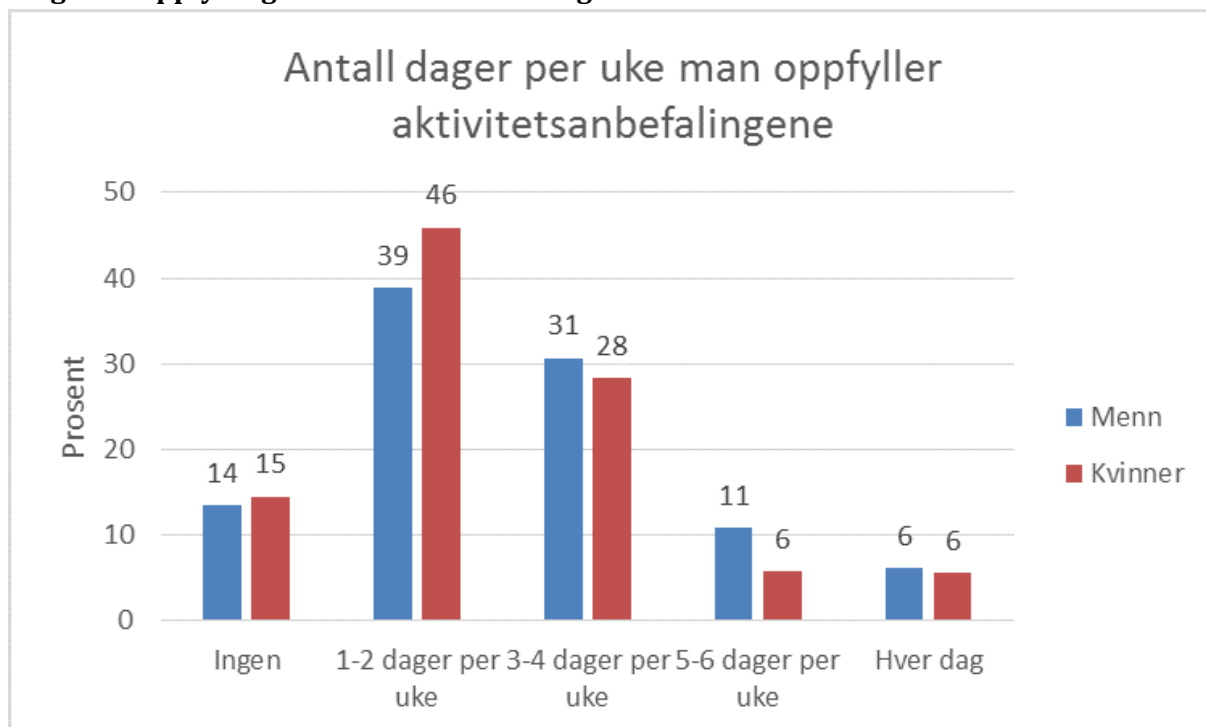
(Kilde: Folkehelseinstituttet)

Det er ikke utarbeidet noen egen statistikk som viser fysisk aktivitet blant graneværingene, så vi velger derfor å benytte tall som gjelder for Nordland fylke.

Aktivitetsnivå blant voksne i Nordland

- Undersøkelser blant voksne i Nordland viser at 14-22 % er moderat fysisk aktive minst 30 minutter per dag i 5 dager eller mer per uke (NIBR 2013, UIN 2012). I hovedtrekk ligger aktivitetsnivået blant voksne i Nordland likt som landet når man sammenlikner tall fra undersøkelser med like målemetoder og spørsmål.
- De fleste voksne oppfyller ikke aktivitetsanbefalingene og mange er generelt inaktive. Voksne i Nordland sitter i gjennomsnitt stille i nærmere 8,5 timer per dag på en vanlig hverdag. Stillesitting på fritiden øker med økende alder, bortsett fra aldersgruppen 15-24 år som bruker nesten like mye tid på stillesitting som de i aldersgruppen 67-98 år (NF 2014).
- Kvinner er generelt mer fysisk aktive enn menn, og bruker mindre tid til stillesitting.
- Omtrent 1 av 4 benytter aktiv transport på arbeids-/skolereisen i sommerhalvåret, sammenliknet med 1 av 5 i vinterhalvåret. 1 av 4 av de som har mindre enn 1 km, og 1 av 2 av de som har 1-2,9 km reisevei kjører bil (NF 2014).
- Den mest utbredte aktiviteten blant voksne er turgåing eller annen egenorganisert aktivitet. Mange trener også på treningsstudio.

Diagram: Oppfylfilling av aktivitetsanbefalinger



Aktivitetsnivå blant ungdom i Nordland

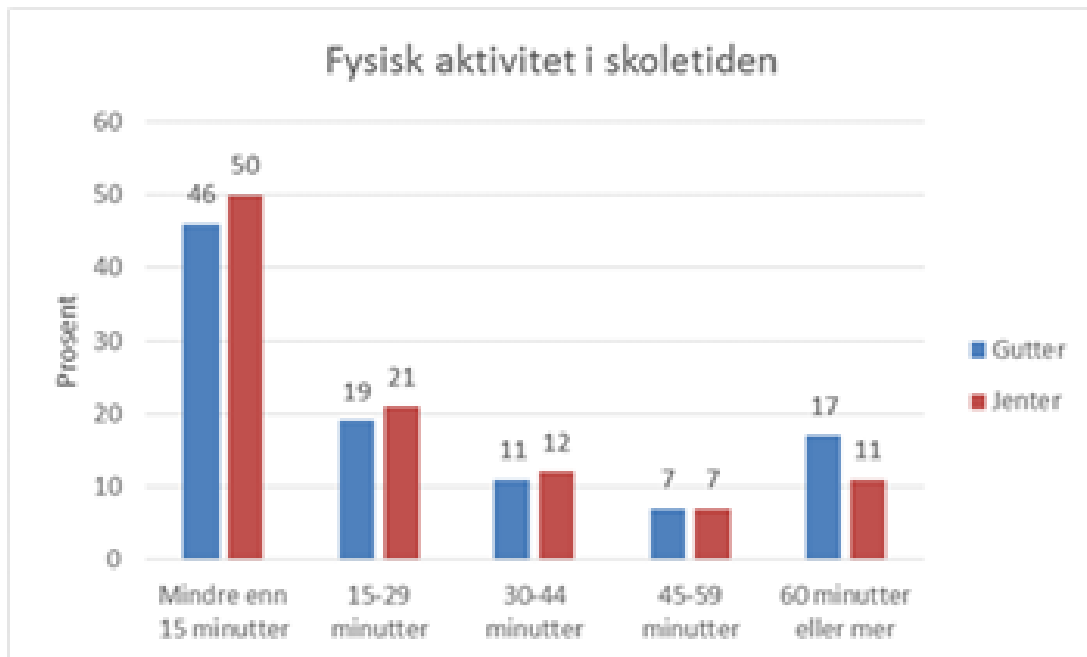
- Ungdata-undersøkelsen i Nordland i 2013 viser at totalt 14 % av elever i videregående skole har et fysisk aktivitetsnivå i skoletiden (inkludert aktivitet til og fra skolen) som gjør at de oppfyller aktivitetsanbefalingene i skoletiden (flere gutter enn jenter).
- Omtrent halvparten av elevene i videregående skole er i mindre enn 15 minutter moderat fysisk aktivitet i løpet av skoletiden (inkludert aktivitet til og fra skolen). Mange bruker også mye av fritida på stillesittende aktiviteter (datamaskin, TV og lignende)..

Nesten halvparten av elever i videregående skole oppgir at de trener ukentlig på treningsstudio. 43 % trener eller trimmer på egen hånd minst én gang i uka, mens 20 % trener ukentlig i et idrettslag.

En av hovedårsakene til redusert fysisk aktivitetsnivå blant barn og unge er den eksplosive økningen i stillesittende tid relatert til bruk av PC og TV de siste årene. Tid brukt til TV-titting har gått noe ned, så økningen skyldes økt PC-bruk.

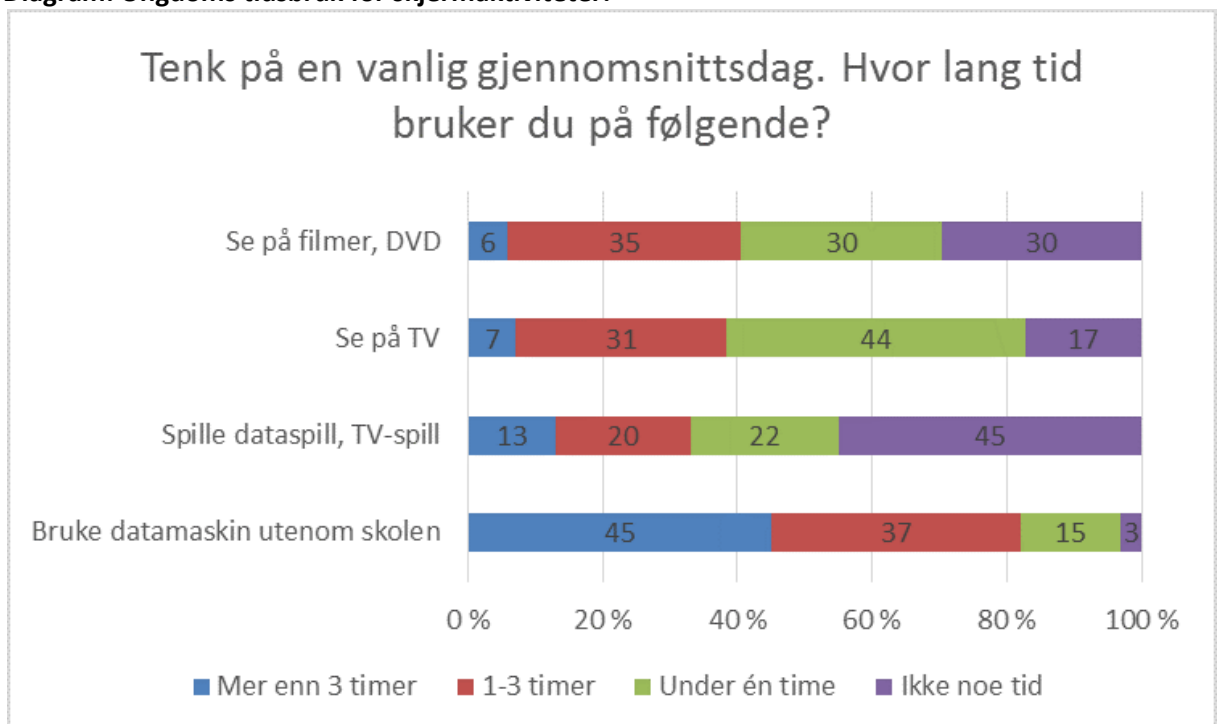
Norske 10.-klassegutter bruker i gjennomsnitt ca 44 timer per uke til bruk av PC og TV, mens jentene bruker ca 34 timer i gjennomsnitt per uke.

Diagram: Fysisk aktivitet i skoletiden blant elever i Nordland:



Fysisk aktivitet i skoletiden blant elever i videregående skole i Nordland. (Tenk på en gjennomsnittsdag. Hvor mange minutter i løpet av skoletiden er du fysisk aktiv, slik at du blir svett/andpusten? Regn med fysisk aktivitet til og fra skolen.) Kilde: Ungdataundersøkelsen i videregående skole i Nordland 2013).

Diagram: Ungdoms tidsbruk for skjermaktiviteter:



Tidsbruk media blant elever i vgs.

Kilde: Ungdataundersøkelsen i videregående skole i Nordland 2013.

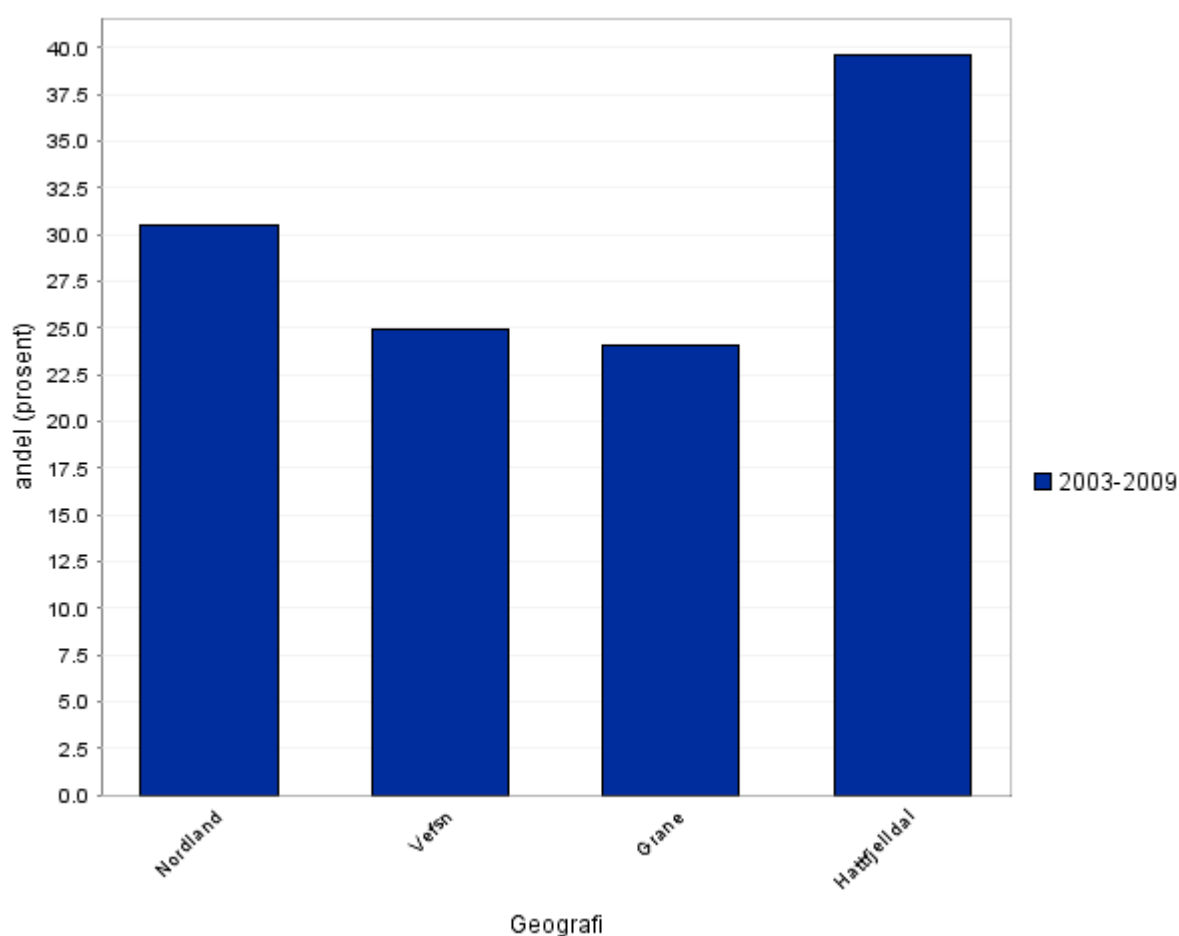
3.5.2 Overvekt og fedme

Overvekt og fedme gir økt 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.

Kroppsmasseindeks (KMI), er et uttrykk for vekt i forhold til høyde og benyttes for å kunne måle og sammenligne helserisikoen ved blant annet overvekt i en befolkning. WHO har satt følgende grenseverdier for å klassifisere overvekt og fedme blant voksne over 18 år ved hjelp av KMI (kg/m^2):
KMI på mellom 25 og 29,9 = overvektig .
KMI på 30 og over = fedme.

Diagram: Overvekt og fedme, menn ved sesjon med KMI over 25



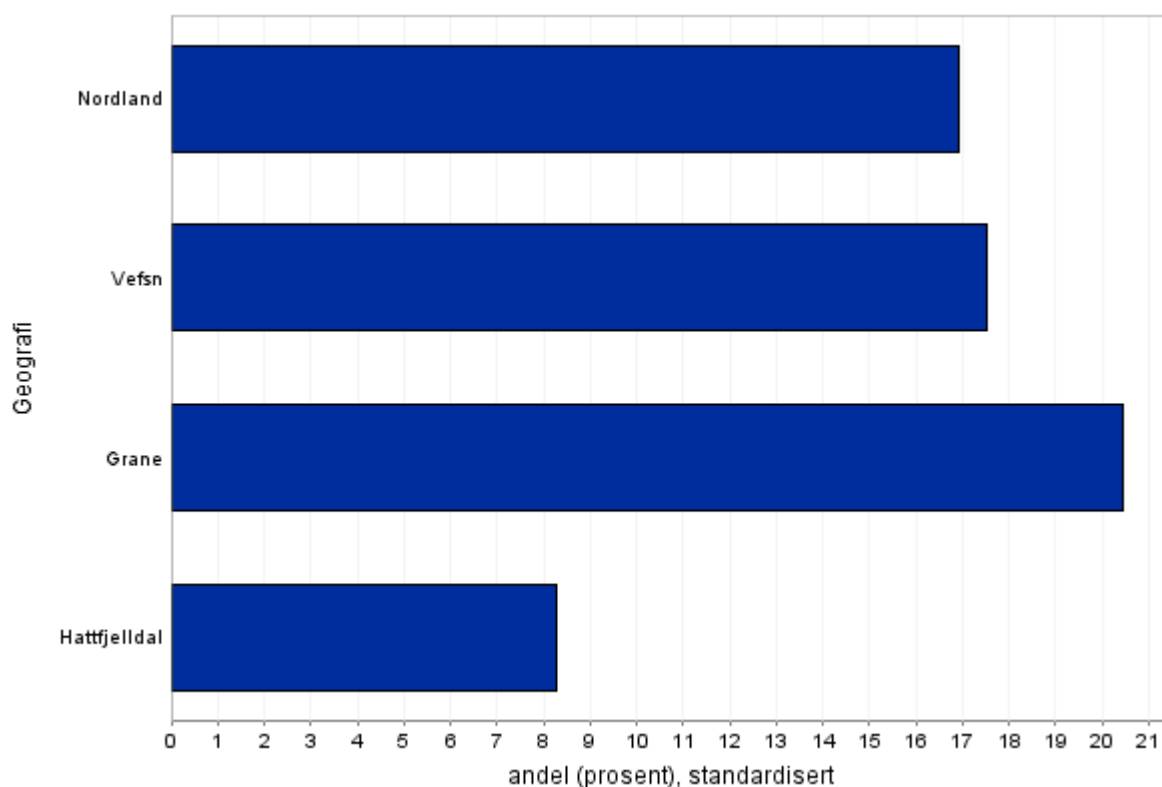
3.5.3 Røyking og bruk av snus

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.

Diagram: Røyking blant kvinner, andel, standardisert, 2004 - 2013



3.5.4 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

Status:	Mulige årsaker:	Mulige konsekvenser:
Fysisk aktivitet: Kun 1 av 5 tilfredsstillende de nasjonale anbefalinger om 30 minutter.	Inaktivitet, velger lettvinte løsninger i hverdagen som for eksempel å kjøre bil til og fra jobb. Mange sier de ikke har tid til å drive med fysisk aktivitet.	80 % av befolkningen er for lite aktive til å oppnå ønsket helsegevinst. 40 % av livsstilssykdommer kan forebygges med en mer aktiv livsstil. Prognosene for endring av følgende sykdommer/ledelser er forventet å stige fra 10 – 15 % og opp til 55 – 60 % frem mot år 2030: Aldersdemens, blodtrykk, hjertesvikt, diabetes, kreft, leddgikt, lårhalsbrudd og hofteproteser.
Overvekt og fedme: I perioden 2003 – 2009 hadde 24 % av menn en KMI over 25 ved sesjon. Dette tallet er lavere enn kommunene vi sammenligner oss med, samt landet som helhet.	Inaktivitet og feil ernæring	Type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter, enkelte kreftformer som tykktarmskreft og psykiske helsekonsekvenser.
Røyking og bruk av snus: Grane har en høy andel røykere, 20 % av kvinnene. Dette er 6 % høyere enn landsgjennomsnittet. I Grane ser man en bedring da tallet har gått jevnt nedover de siste årene.	Har ikke grunnlag for vurdering	Nedgang gir mindre risiko for luftveissykdommer (astma, emfysem, bronkitt, KOLS, hjerte- og karsykdommer og redusert dødelighet). Røyking under graviditet kan føre til lav fødselsvekt og større risiko for luftveisinfeksjoner hos barna.

3.5.6. Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak

Helserelatert atferd: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen:

Frisklivstilbud
Frisklivssentralen, tilbud om røykesluttkurs, bra mat kurs og fysisk aktivitet
Fokus på kosthold og fysisk aktivitet i oppvekstmiljø
Skolefrokokost
Aktivitetstilbud på frivilligsentralen
Helsestasjonstilbud
Kulturskoletilbud
Svømmeopplæring
Ulike lavterskeltilbud for å få folk ut på tur
Lokale lag og foreninger
Gratis fritidsbading
Merking og tilrettelegging av turstier
Informasjonsarbeid

Helserelatert atferd: Innspill til mulige fremtidige tiltak:

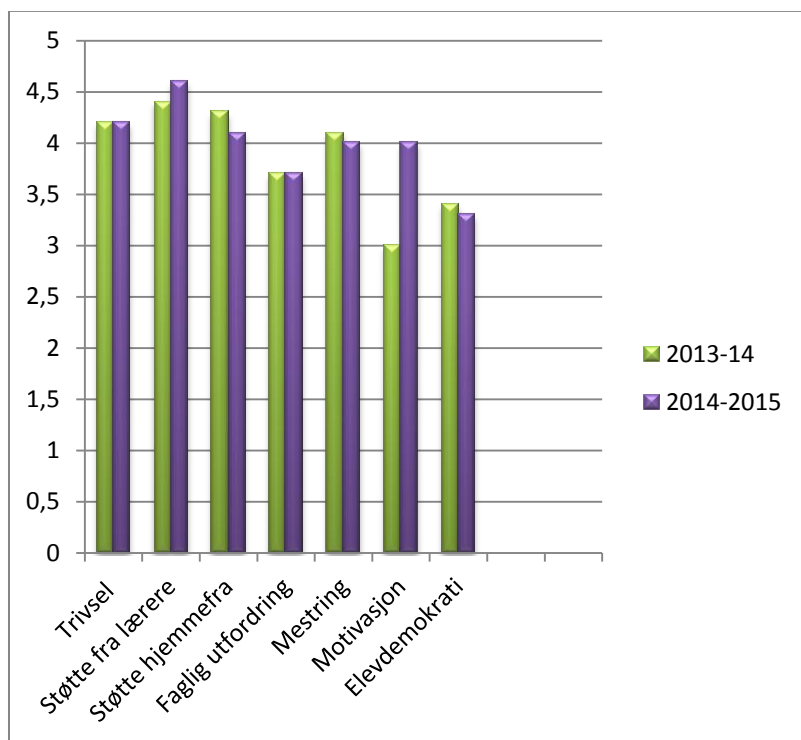
Ungdata undersøkelse i 2016 kan gi oversikt over eventuelle fremtidige tiltak
Videreutvikle frisklivstilbudet, også for barn og unge
Utvikle kantinetilbudet i skolen slik at elever i småskolen også får dette tilbudet

3.6.1 Trivsel og mestring

En studie i 2011 blant nærmere 9000 ungdommer og deres foreldre, peker ut problemer med skoleresultater og mobbing på skolen som viktige risikofaktorer for psykiske vansker blant ungdom.

Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir (Øia 2011). Dette kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter (Danielsen m.fl, 2009).

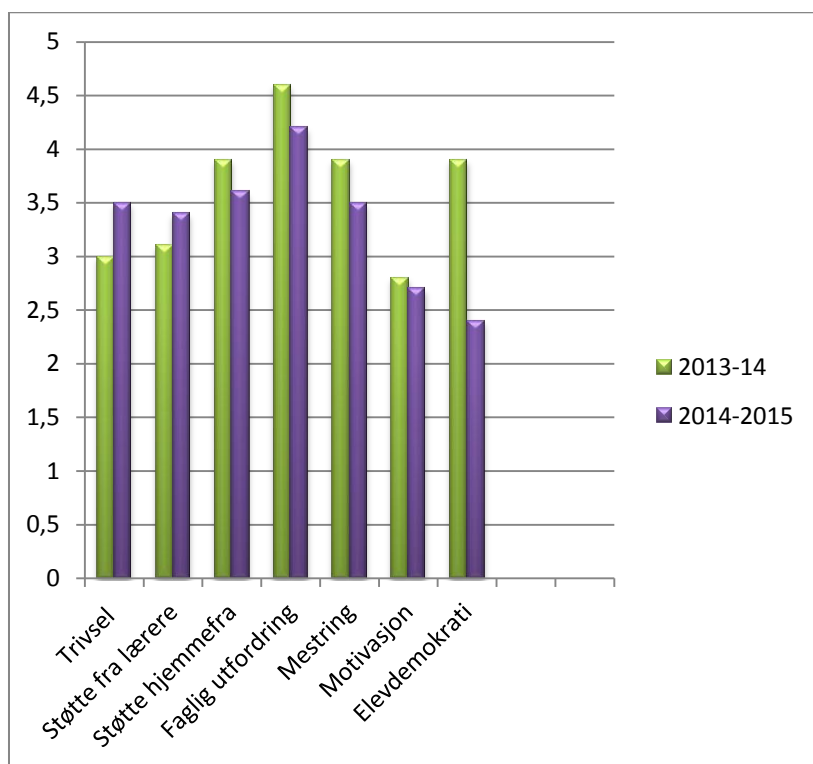
Diagram: Trivsel på skolen, 7. trinn, 2013 - 2015



Skala 1 – 5. Høy verdi betyr positivt resultat.

(Kilde: Utdanningsdirektoratet, elevundersøkelse ved Grane barne- og ungdomsskole)

Diagram: Trivsel og mestring i skolen, 10. trinn, 2013 - 2015



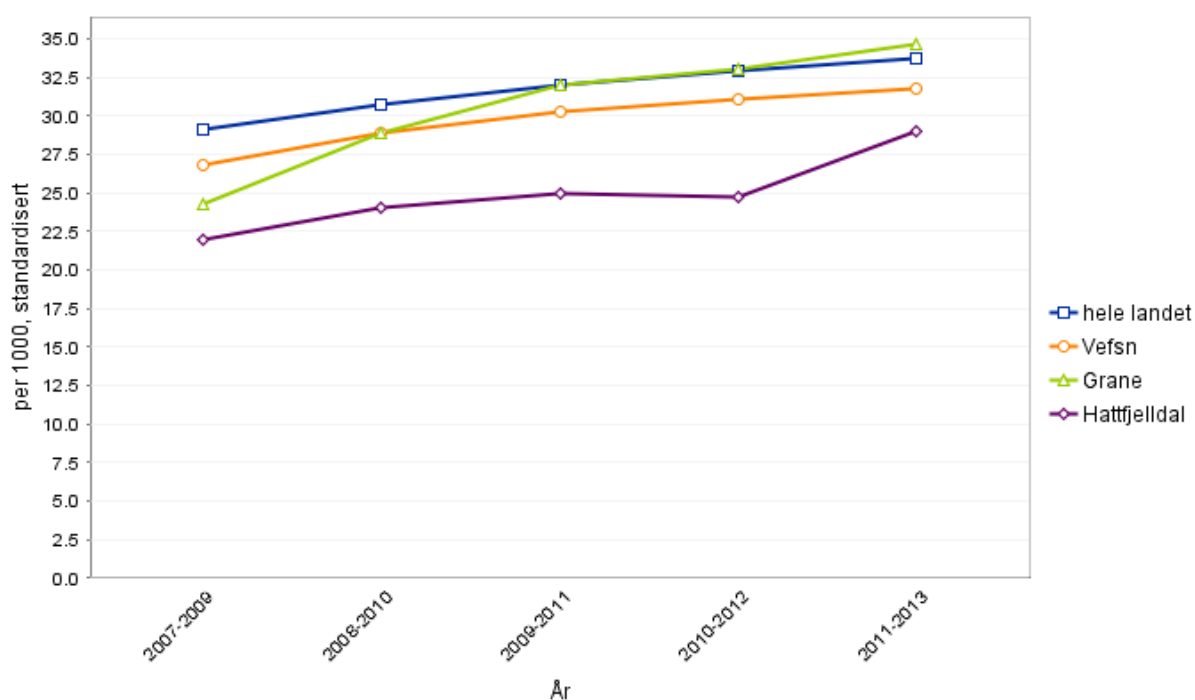
Skala 1 – 5. Høy verdi betyr positivt resultat.

(Kilde: Utdanningsdirektoratet, elevundersøkelse ved Grane barne- og ungdomsskole)

3.6.2 Diabetes

Forekomsten av type 2-diabetes er usikker og behandling av sykdommen varierer. Kosthold, mosjon og vektreduksjon 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.

Diagram: Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes, 3 års glidende gjennomsnitt 2007 - 2013



(Kilde: KommuneHelsa)

3.6.3 Hjerte- og karsykdommer

Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking, fysisk inaktivitet og et ugunstig kosthold tyder på at hjerte- og karsykdommer fortsatt vil ramme mange.

Hjerte- og karsykdommer omfatter blant annet hjerteinfarkt, angina pectoris (hjertekramper), og hjerneslag. Jo flere som er ikke-røykere, har et gunstig kosthold, mosjonerer daglig og har normal kroppsvekt, jo færre vil få infarkt i en befolkning.

Diagram: Bruk av legemidler mot hjerte- og karsykdommer (unatt kolesterolsenkende midler), 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2013

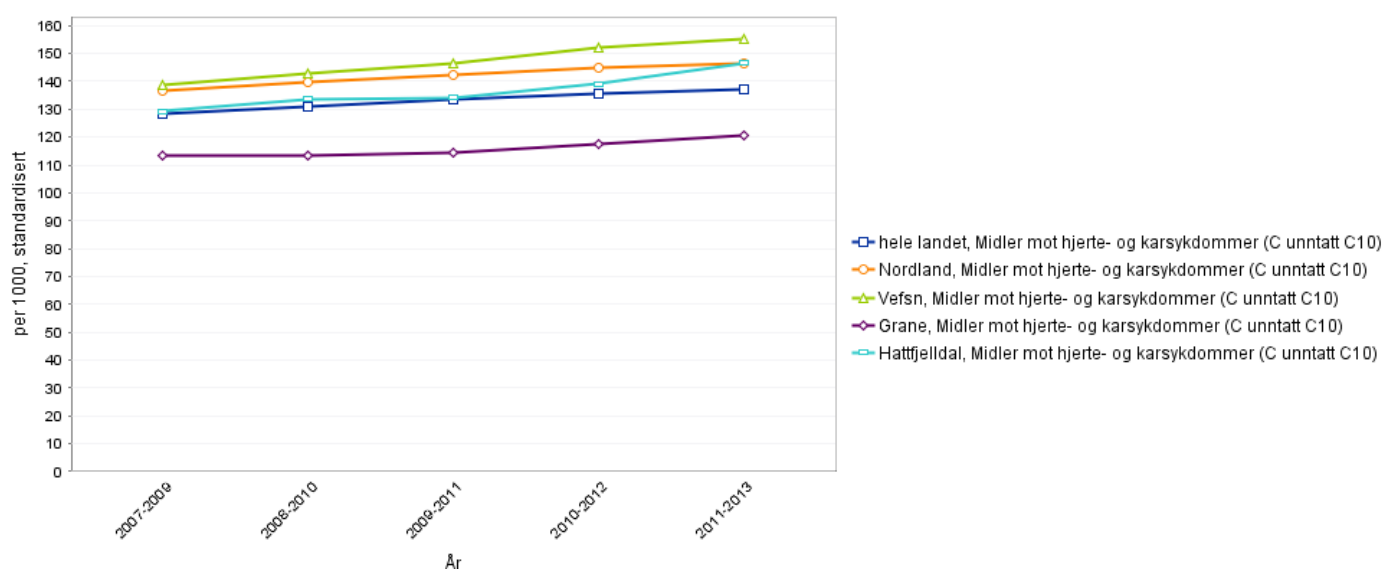


Diagram: Bruk av kolesterolsenkende medikamenter, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007 - 2013

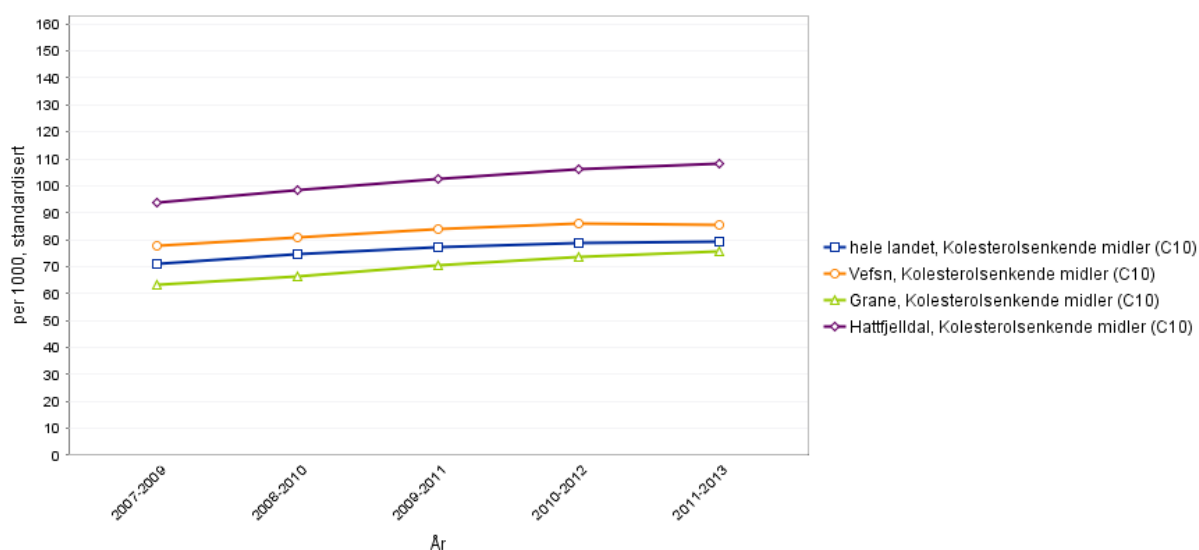


Diagram: Bruk av spesialisthelsetjenesten, sykehusinnleggelser pga hjerte- og karlidelser, 3 års glidende gjennomsnitt (per 1000, standardisert), 2008 - 2013

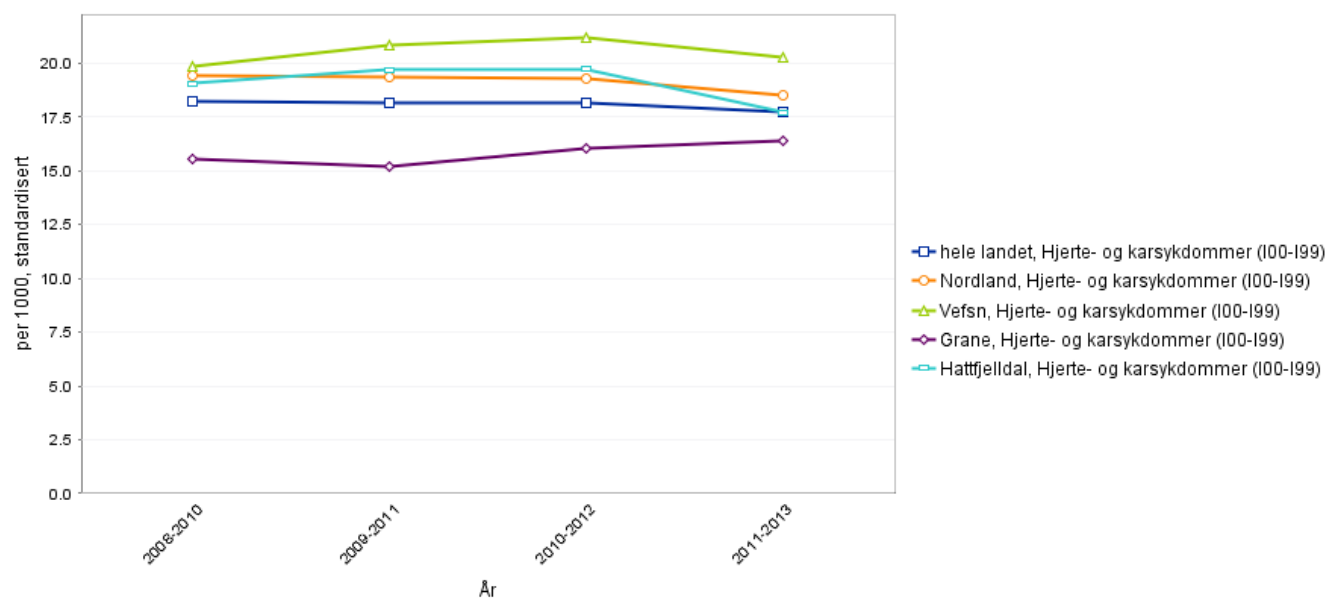
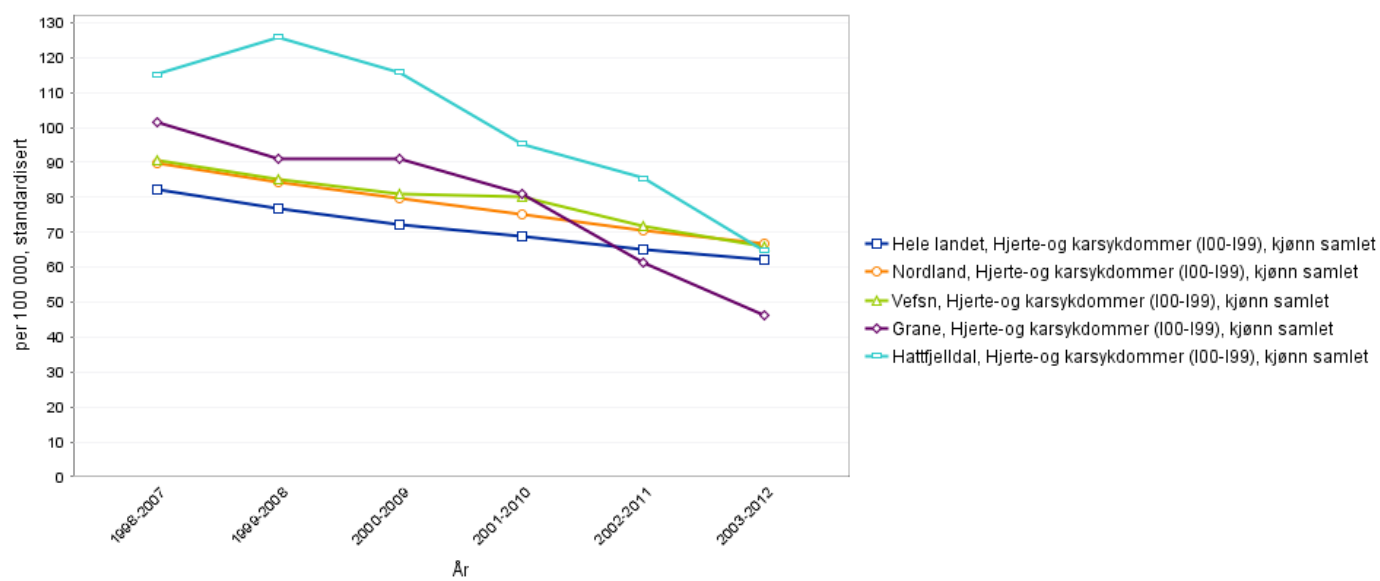


Diagram: Dødelighet hjerte- og karsykdom, 10 års glidende gjennomsnitt, 1998-2012



3.6.4 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

Befolkningsundersøkelser i Norge viser at forekomsten av astma har økt de siste 20 årene, spesielt hos barn.

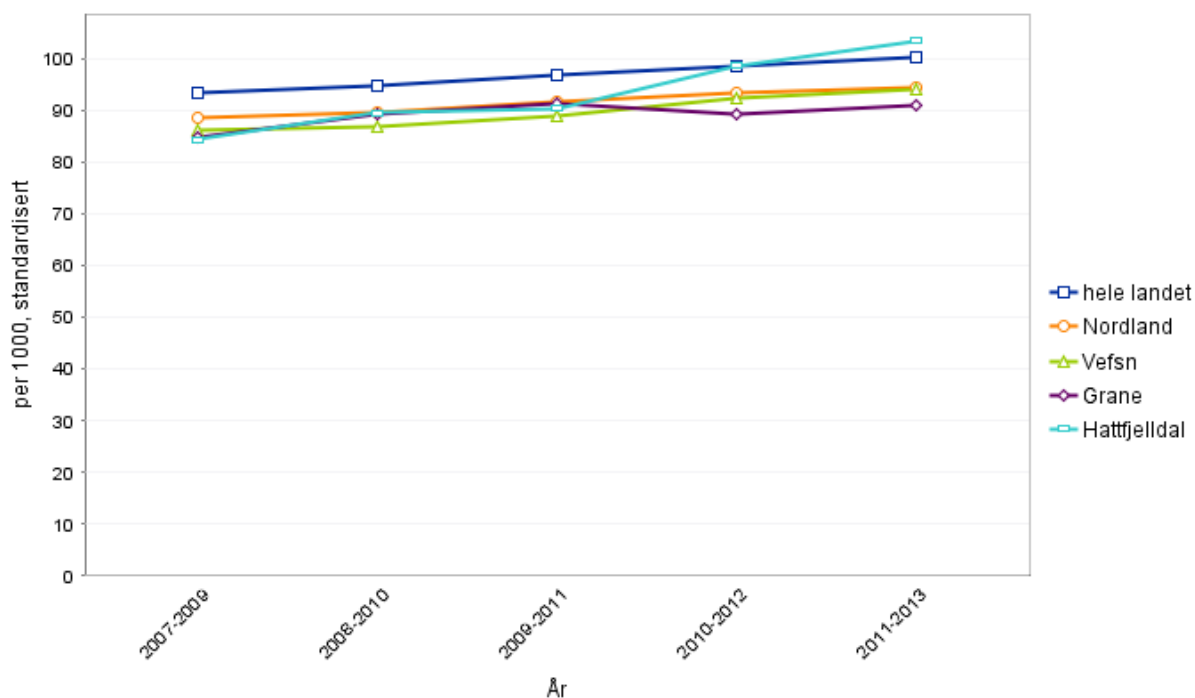
Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, og av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. Forekomst av KOLS øker med økende tobakksforbruk og antall røykeår, og kan si noe om befolkningens røykevaner.

Medikamenter mot KOLS og astma, brukere 45-74 år: Det har vært en liten økning i bruken av disse medikamentene i Grane kommune fra 2007 – 2013.

Bruken er noe lavere enn de øvrige kommunene og i landet som helhet. Forskjellen mellom kommunene vi sammenlikner oss med er fra 103,6 – 94,0 (per 1000 standardisert, 3 års glidende gjennomsnitt), I perioden 2011 – 2013 ble de hentet ut minst en resept av 56 personer i årlig gjennomsnitt, ca. 31 menn og 25 kvinner.

På grunn av Grane kommunes lave innbyggertall, er det informasjon om antall sykehusinnleggelser anonymisert i denne kategorien.

Diagram: Bruk av medikamenter mot KOLS og astma, pr. 1000, standardisert, 3 års glidende gjennomsnitt



(Kilde: Kommunehelsen)

3.6.5 Smerter

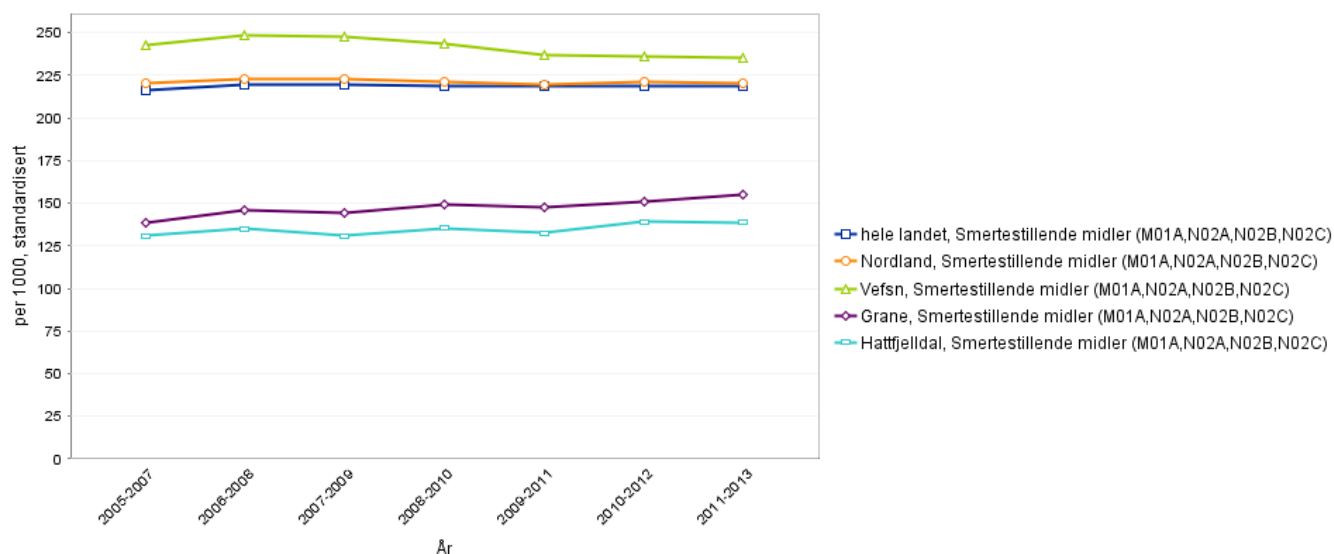
Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen. Anslagsvis 30 prosent av voksne har kroniske smerter i Norge i dag. Muskel- og skjelettplager er den vanligste årsaken, men en rekke andre lidelser kan også føre til kronisk smerte. Forekomsten er høyere enn i mange andre europeiske land. Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har kroniske smerter, og kvinner er også i større grad enn menn sykemeldt og uføre som en følge av kronisk smerte.

Smertestillende medikamenter, brukere 0-74 år: Det har vært en svak økning i bruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter blant graneværingene. Tallene viser at det er nesten dobbelt så mange kvinner i forhold til menn som bruker denne typen medikamenter.

Til sammenligning med landet som helhet, Nordland fylke og Vefsn kommune, er bruken av reseptbelagte smertestillende medikamenter betydelig lavere i Grane.

Ikke-reseptbelagte smertestillende er ikke med i denne statistikken.

Diagram: Bruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter, 0-74 år, 3 års glidende gjennomsnitt, 2005 - 2013



(Kilde: KommuneHelsen)

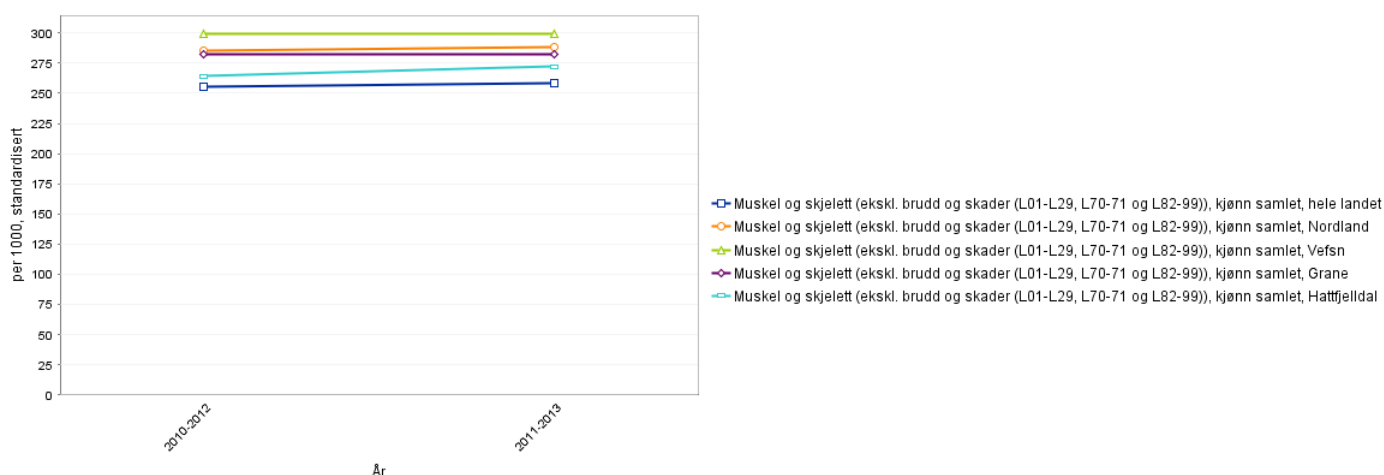
Når det gjelder ikke-reseptbelagte medikamenter, viste en undersøkelse gjengitt i Tidsskrift for Den norske legeforening (Lagerløv, Holager, Helset, 2009) at ungdommers bruk av disse har økt. Undersøkelsen tydet på at smertestillende ble brukt mot "dagliglivets plager" som lett hodepine eller manglende væskeinntak.

3.6.6 Muskel- og skjelettlidelser

Bruk av primærhelsetjenesten: 387 personer med diagnose muskel-skjelettplager eller – sykdommer (ikke brudd) fra Grane kommune var i kontakt med fastlege eller legevakt i årlig gjennomsnitt i perioden 2011 – 2013. Det tilsvarer 282,3 per 1000 innbyggere (3 års glidende gjennomsnitt). Tallet har holdt seg stabilt på samme nivå også i perioden 2010 – 2012.

Grane har en høyere andel innbyggere med muskel- og skjelettlidelser, enn landet som helhet, men vi ligger lavere enn nabokommunen Vefsn.

Diagram: Bruk av primærhelsetjenesten ved muskel-skjelettlidelser, 3 års gjennomsnitt, pr. 1000, standardisert



Diagrammet viser antall personer i alderen 0 – 74 år som har vært i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/lidelse, telles vedkommende kun én gang.

Muskel- og skjelettlidelser er en av de hyppigste årsakene til bruk av både tradisjonelle og alternative helsetjenester og helsetilbud.

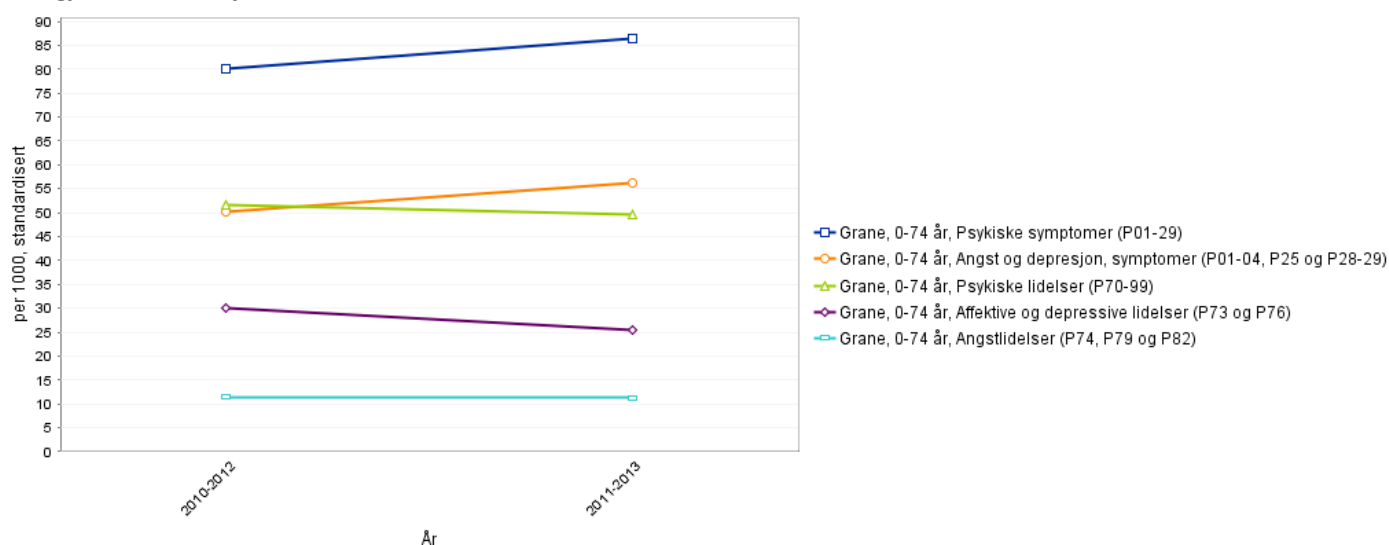
Muskel- og skjelettlidelser, sammen med psykiske lidelser, er den hyppigste årsaken til sykefravær.

3.6.7 Rus og psykiske lidelser

Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er stabil, og svært vanlig i befolkningen. Ca. en tredjedel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år (inkludert alkoholmisbruk), mens 8 % av barn og unge til en hver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon.

Økt dødelighet, sykmeldinger og uførepensjon er noen av de viktigste følgene av psykiske sykdommer.

Bruk av primærhelsetjenesten i Grane ved psykiske symptomer og lidelser, 3 års gjennomsnitt, per 1000, standardisert



Bruk av primærhelsetjenesten i Norge og Nordland ved psykiske symptomer og lidelser, 3 års gjennomsnitt, per 1000, standardisert

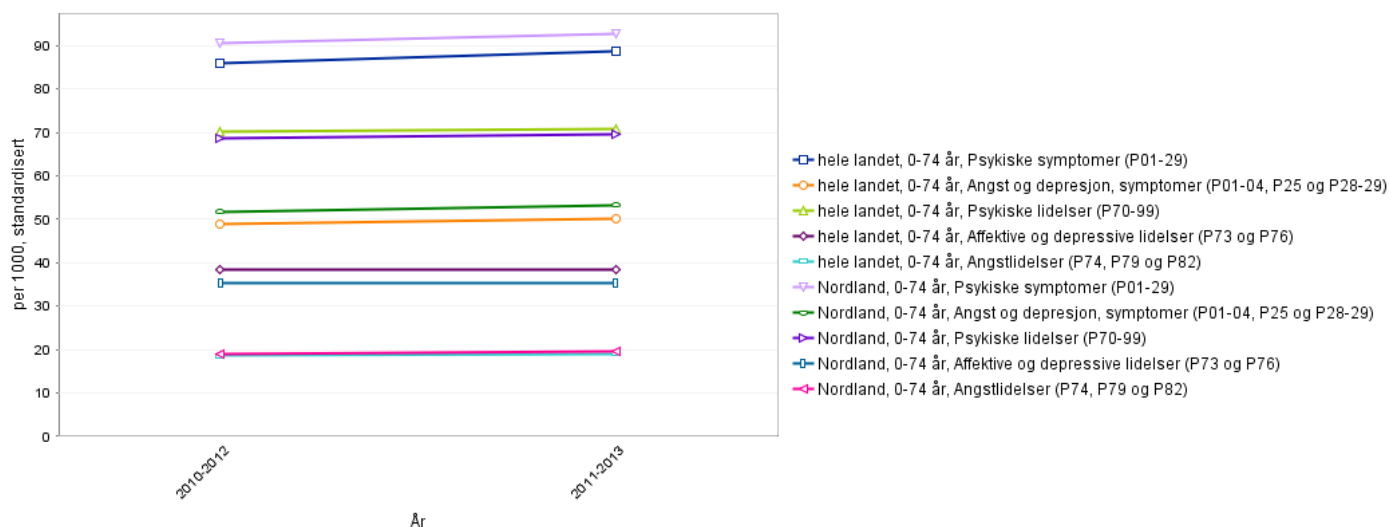
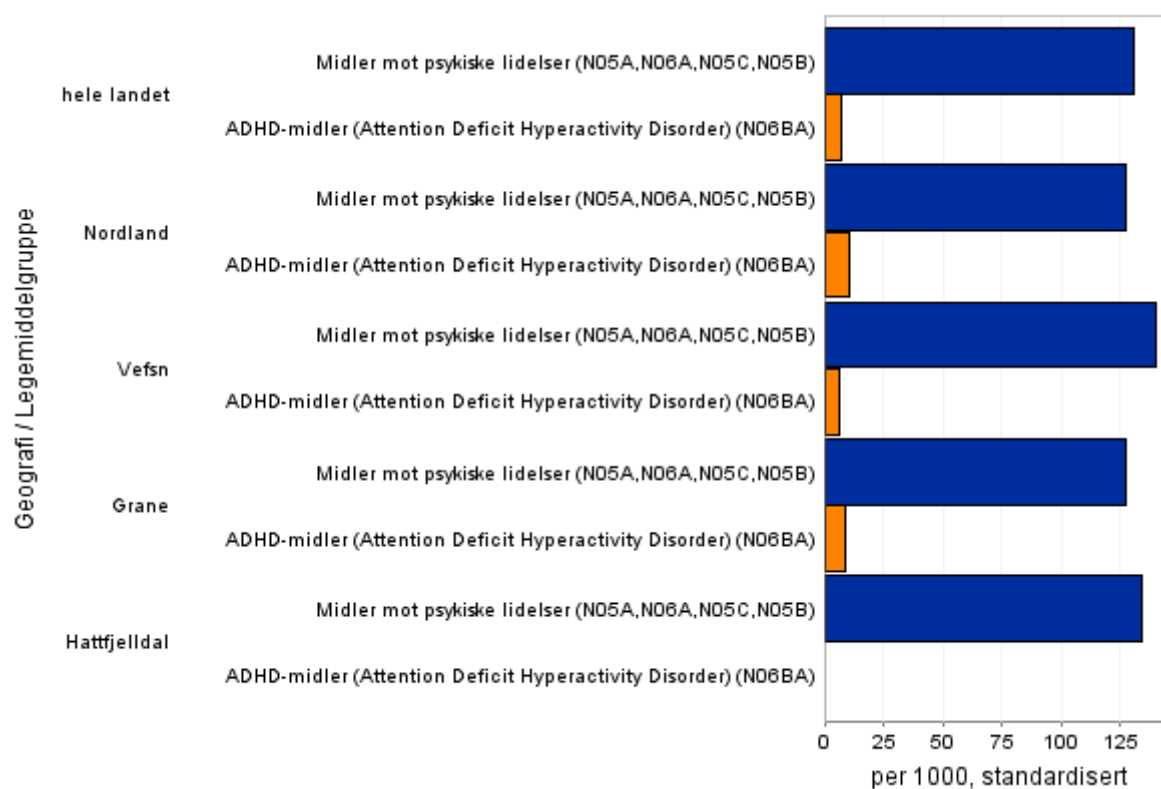


Diagram Bruk av legemidler mot psykiske lidelser, 2011 - 2013, per 1000, standardisert



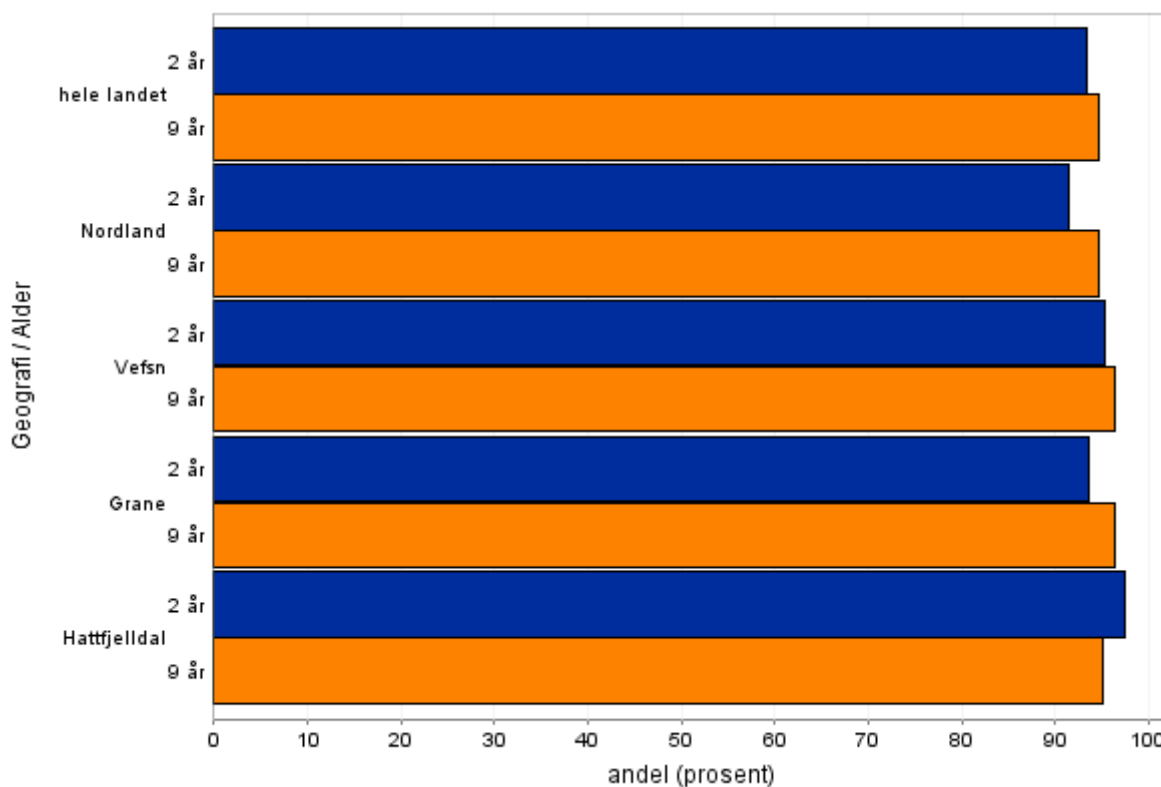
(Kilde: Reseptregisteret/kommunehelelsa)

3.6.8 Smittsomme sykdommer

For mange potensielt farlige sykdommer er vaksinasjon det mest effektive forebyggende tiltaket man kjenner. Tall på vaksinasjonsdekning kan være til hjelp i vurdering av smittevernet i befolkningen samt vaksinasjonsprogrammets effektivitet. Ved et effektivt vaksinasjonsprogram med høy vaksinasjonsdekning vil det sirkulere lite smitte i befolkningen, og vil føre til at de uvaksinerte indirekte blir beskyttet. Dette kalles flokkimmunitet.

I perioden 2010 – 2014 (årlig gjennomsnitt) var 93,5 % av barna i 2 års alderen fullvaksinerte i henhold til vaksinasjonsprogrammet. Tallet for kommunens 9 åringer er 96,5 %.

Diagram Vaksinasjonsdekning – andel (prosent), 5 års gledende gjennomsnitt, 2010 - 2014



Andel barn som er fullvaksinerte ved henholdsvis 2 og 9 års alder

Tabell: MSIS meldinger for smittsomme sykdommer 2010 – 2014:

2010	2010	2011	2012	2013	2014
Campylobacteriose	1	1	0	2	0
Chlamydiainfeksjon, genital	7	15	9	6	4
Denguefeber	0	0	0	1	0
E.coli-enteritt	0	0	0	0	0
Giardiasis	0	0	0	0	0
Hepatitt A	0	0	0	0	0
Hepatitt B, akutt	1	0	0	0	0
Hepatitt C	2	0	0	0	0
Influenza A (H1N1)	5	2	0	0	0
Kikhoste	1	0	0	0	0
MRSA-infeksjon	0	0	1	0	0
Nephropathia epidemica	1	0	0	0	1
Salmonellose	0	0	0	1	0
Streptokokksykdom	0	0	0	0	1
Syst. pneumokokksykdom	1	0	0	0	0
Virale infeksjoner i sentralnervesystemet	0	0	0	0	1

Tabellen viser antall tilfeller diagnostisert i tidsrommet 01.2010 – 12.2014.

Opplysninger om tuberkulose, aids, hiv-infeksjon og Creutzfeldt-Jakobs sykdom er ikke tilgjengelig på kommunenivå.

(Kilde: Folkehelseinstituttet, MSIS)

3.6.9 Kreft

Diagram: Nye krefttilfeller, 10 års glidende gjennomsnitt 1998 - 2012

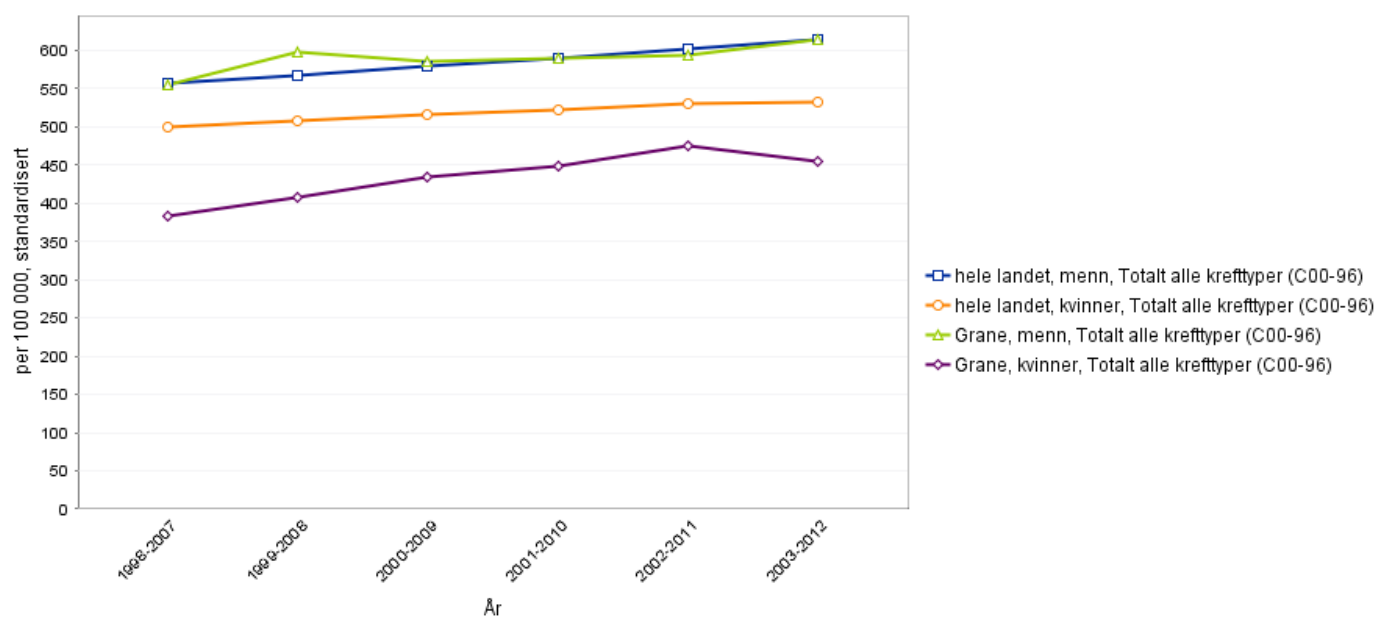
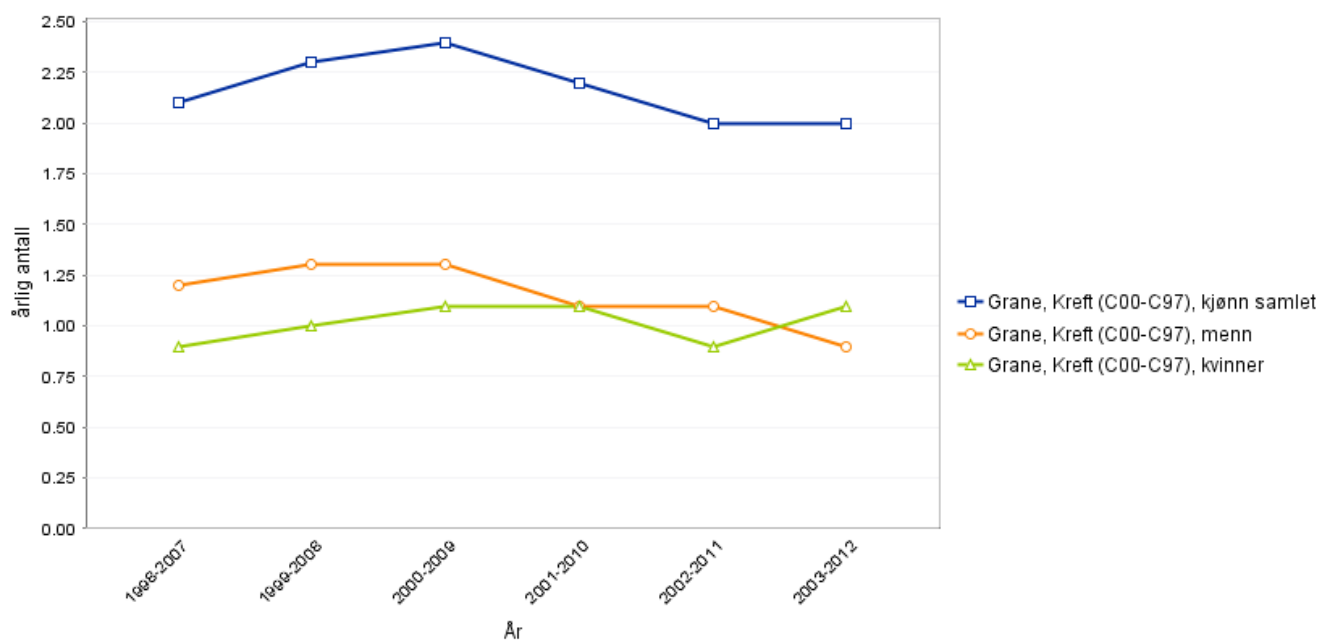


Diagram: Dødelighet kreft, 10 års glidende gjennomsnitt 1998 - 2012



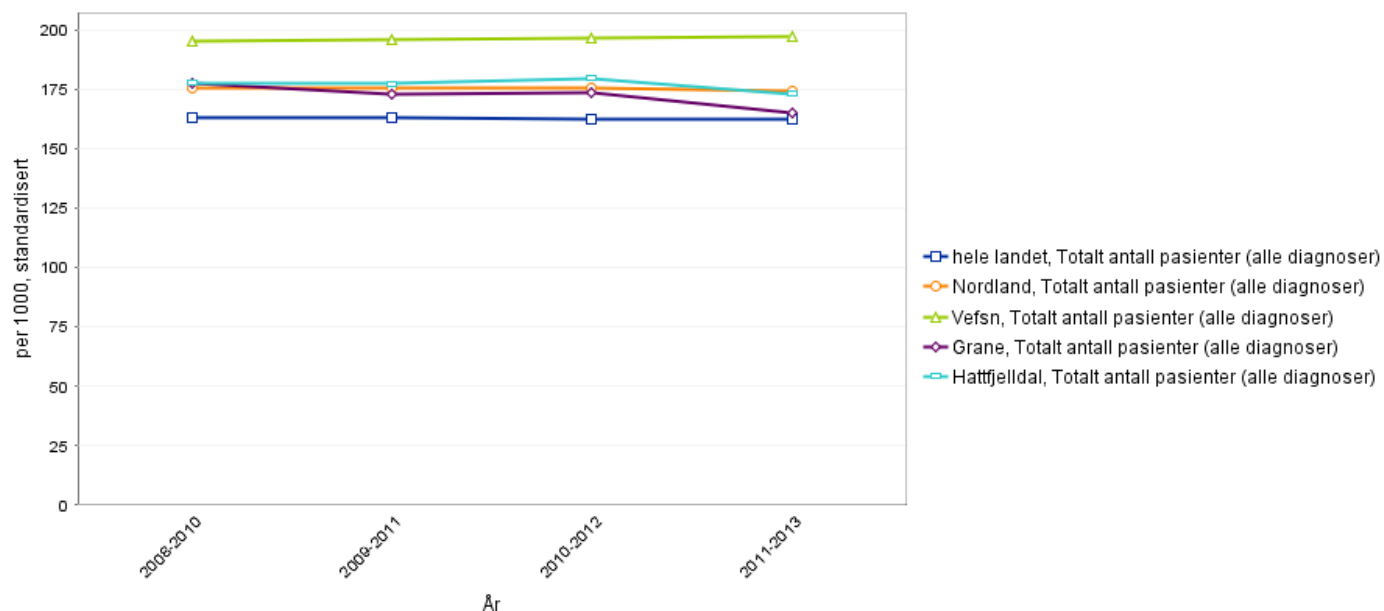
(Kilde: KommuneHelsa)

3.6.10 Sykehusinnleggelser

Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelser kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen.

Antall pasienter per 1000 innbyggere som ble innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske avdelinger fra Grane kommune hadde en tilbakegang fra 2011 og er nå på nivå med landet som helhet.

Diagram: Somatiske sykehusinnleggelser, antall personer per 1000 innbyggere, 3 års glidende gjennomsnitt

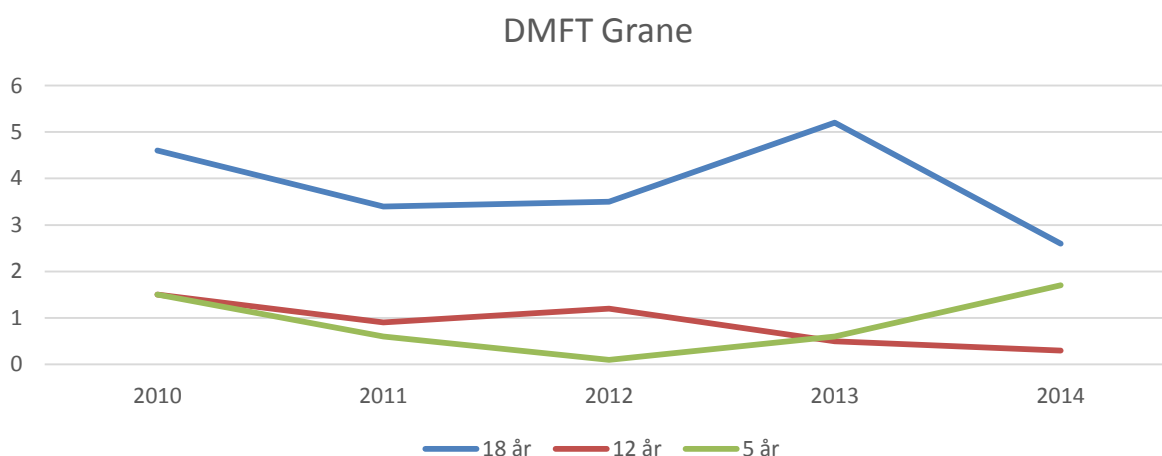


(Kilde: KommuneHelsa)

3.6.10 Tannhelse

De siste 30 årene har det skjedd en betydelig bedring i tannhelsen. Flere barn og unge har ingen eller få "hull" i tennene. Blant voksne og eldre er det flere som har egne tenner i behold, og som klarer seg uten protese. Likevel ser man at tannhelsen varierer med alder, økonomi, hvor man bor og om man tilhører en utsatt gruppe eller ikke.

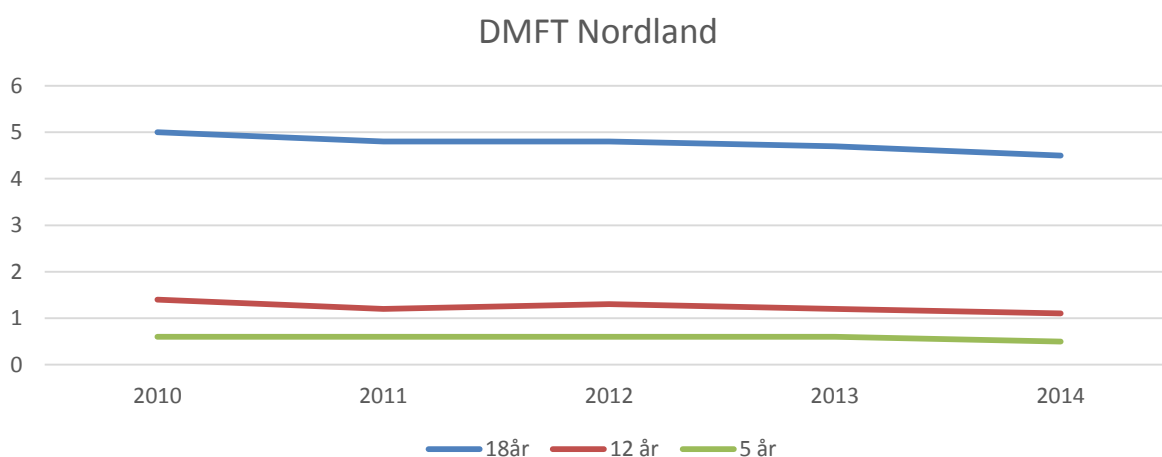
Diagram: Tannhelsestatus barn og unge i Grane



Indeksen sier noe om gjennomsnittlig utbredelse av behandlingskrevende karies (hull i tenner). Den er summen av gruppen's akkumulerte kariesskader i form av kariøse (tenner med hull), mistede eller fylte tenner.

D= destroyed, M= missing, F= filled, per T= teeth.

Diagram: Tannhelsestatus barn og unge i Nordland:



Status:	Mulige årsaker:	Mulige konsekvenser:
Trivsel i skolen: I elevundersøkelsen ga elevene score på en skala fra 1 – 5, hvor høy verdi betyr positivt resultat. Elevene på 7. trinn ga score 4,2 for trivsel, mens elevene på 10. trinn ga 3,5.		Trivsel påvirker motivasjon for å lære, som igjen påvirker risikoen for frafall fra skolen.
Kroniske sykdommer, generelt: Se de forskjellige lidelsene.	Se de forskjellige lidelsene. Økning i bruk av medikamenter kan bety at flere med lidelser, flere som fanges opp enn tidligere eller endret retningslinjer for behandling – eller en kombinasjon.	Alle kroniske sykdommer kan medføre redusert livskvalitet, økte kostnader for den enkelte og samfunnsøkonomiske konsekvenser.
Diabetes: Betydelig økning i bruk av legemidler mot diabetes type 2 etter 2007. Grane har 34,1 brukere av slike medikamenter pr. 1000 innbygger, mens tallet for landet som helhet er 27,0.	Genetikk, overvekt, usunt kosthold, lite fysisk aktivitet.	Skade av blodårer og indre organer, økt risiko for hjerteinfarkt, hjerneslag og amputasjon, nyresvikt, nedsatt syn, nedsatt følsomhet i bena, impotens hos menn.
Hjerte- og karsykdommer: Stabilt bruk av medikamenter mot hjerte- og karsykdommer fra 2007 – 2013. Grane ligger betydelig bedre an enn våre nabokommuner og landet som helhet. Svak økning i bruk av kolesterolsenkende medikamenter. 133 brukere av slike medikamenter i 2013. Grane ligger betydelig lavere i denne kategorien enn nabokommunen Hattfjelldal. 153 personer hos fastlege/legevakt med diagnose hjerte- og karsykdom, 2010 – 2013, årlig gjennomsnitt.	Arvelige faktorer i samspill med miljøfaktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes. Inaktivitet, fedme og dårlig kosthold.	Redusert livskvalitet, for tidlig sykdom og tidlig død.

32 sykehusinnleggelser i spesialisthelsetjenesten i samme periode. Halvering av dødelighet siden 1998. Lungesykdommer: Relativt stabilt bruk, men en liten økning i bruken av medikamenter mot obstruktive lungesykdommer og astma fra 2010 – 2013. 56 personer, årlig gjennomsnitt. Smerter: En svak økning i bruk av smertestillende medikamenter på resept fra 2005 – 2013. Grane ligger betydelig bedre an enn landet som helhet i denne kategorien. Muskel- og skjelettlidelser: 387 graneværing oppsøkte fastlege/legevakt med muskel- og skjelettlidelser, årlig gjennomsnitt 2011 – 2013. Grane kommune har skilt seg ut over tid med høy andel muskel- og skjelettlidelser. Psykiske lidelser og rus: I denne gruppen ligger Grane på linje med landet som helhet når det gjelder konsultasjoner og medikamentbruk. Rusmiljøet i Grane er lite og derfor anonymisert. Alkohol og medisiner utgjør størst misbruk.	Røyking, luftforurensing i arbeidsmiljøet eller utendørs, arvelige faktorer, allergi og overfølsomhet. Mange lidelser, kroniske muskel- og skjelettlidelser er blant de vanligste smertetilstandene. Arv, over-, under- og feilbelastning, skader, overvekt, stress, psykiske lidelser og rusproblematikk, inaktivitet. Oppvekstmiljø, tap av nære relasjoner, samlivsbrudd, konflikter, psykiske plager, rusmisbruk eller vold i familien, mobbing på skolen, digital mobbing, ensomhet, traumatiske opplevelser, arvelige faktorer. Risiko for smittsomme sykdommer.	Pustebesvær, hoste, tretthet, psykiske og sosiale konsekvenser. Redusert livskvalitet. Risiko for lungeinfeksjon. Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen. Redusert livskvalitet, sykefravær, uføretrygd. Nedsatt arbeidsevne, sykefravær, uføretrygd, større dødelighet. Konsekvenser for barn. Fysisk/kroppslig besvær.
---	--	---

Smittsomme sykdommer: Vaksinasjonsdekningen blant barn og unge i Grane er svært god. Totalt sett få meldinger til Folkehelseinstituttet. Unntaket er genitale chlamydiainfeksjoner, antallet varierer fra år til år med 4 – 15 årlige tilfeller siste fem år. Kreft: Stabilt antall nye krefttilfeller, 10,6 nye kreftpasienter pr. år i Grane. Fra år 2000 registrerer vi en nedgang i kreftdødelighet. 2 innbyggere dør gjennomsnittlig pr. år grunnet kreft. Med tanke på høyt radonnivå i enkelte deler av kommunen, er det foreløpig ikke registrert noe urovekkende høyt antall av nye tilfeller med lungekreft. Sykehusinnleggelser: Antall sykehusinnleggelser var frem til 2012 gjennomsnittlig høyere enn i resten av landet, men de siste årene har det vært en tilbakegang og vi er nå jevnt med landet som helhet. Tannhelse: Flere av kommunens 5-åringer har hatt behandlingskrevende karies, i forhold til 5 åringer i fylket som helhet. Kommunens 12- og 18-åringer har de siste årene hatt en bedring i tannhelsen.	Helsestasjonen når nesten alle barn i kommunen. Chlamydia, ubeskyttet sex, manglende kunnskap. Utvikling av kreft: Livsstilfaktorer som røyking, stoffer i miljøet, fedme, kosthold, alkohol, infeksjoner og fysisk aktivitet påvirker kreftrisiko. Genetiske årsaker. Stabil dødelighet, bedre behandling, tidlig oppdagelse. Geografisk avstand kan gi lavere terskel i forhold til sykehusinnleggelser. Høy andel av eldre innbyggere kan gi flere innleggelser. Innføring av Samhandlingsreformen, stabil legedekning, samt en godt fungerende pleie- og omsorgstjeneste kan ha innvirkninger på reduksjonen av innleggelser. For mye sukker og muligens dårlig renhold hos små barn kan påvirke tannstatusen ved 5 års alderen. Godt samarbeid med foresatte, helsestasjon og tannhelsetj.	Lite smitte i befolkningen. Chlamydia, problemer med å bli gravid og større risiko for graviditet utenfor livmoren. Lidelser og kostnader. God tannstatus i befolkningen.
--	--	---

3.6.13 Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak

Helsetilstand: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

Svangerskapskontroll
Hjemmebesøk
Rådgivende samtaler/helseundersøkelser
Barnevaksinasjonsprogram
Vaksinering av utsatte grupper, reisevaksinering og yrkesvaksinering
Smittevernarbeid
Psykiatrigrupper
Frisklivssentralen
Demensteam
Kost og ernæring
Hverdagsrehabilitering (er i oppstartsfasen)

Helsetilstand: Innspill til mulige fremtidige tiltak

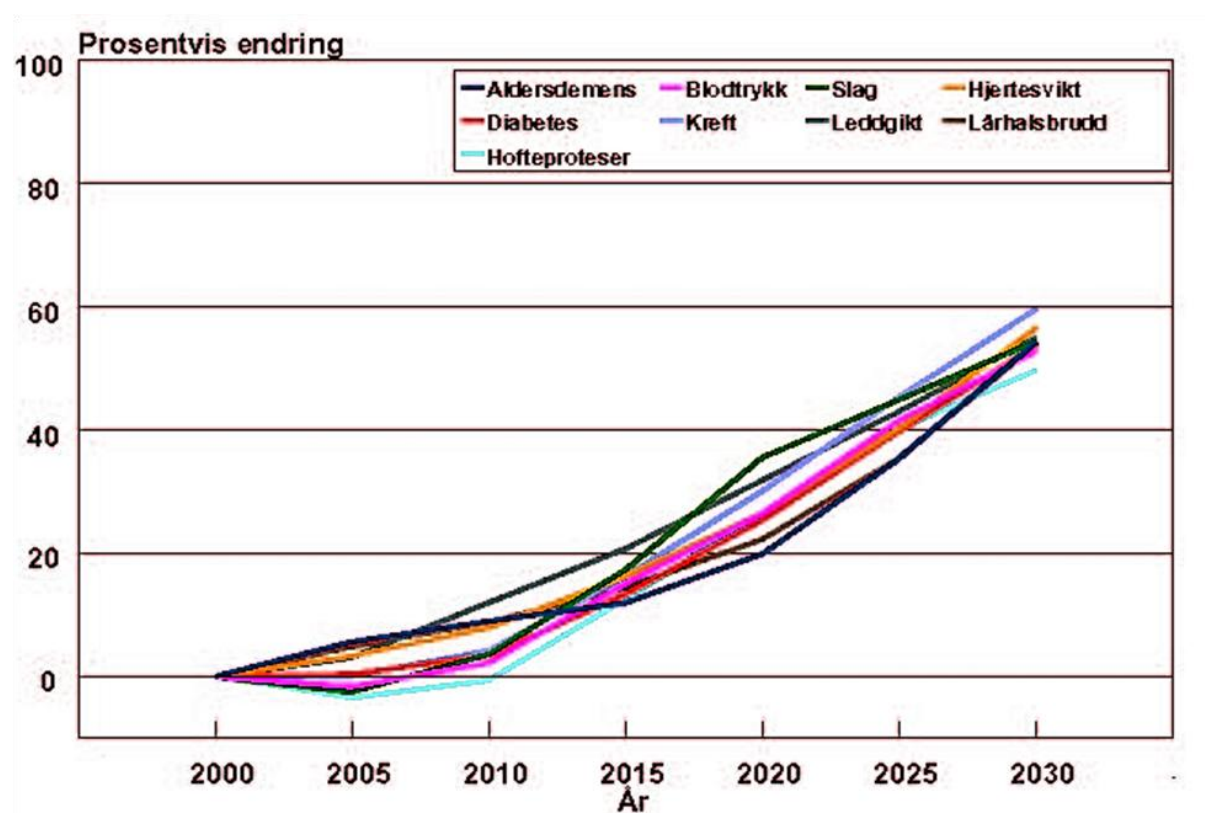
Legge opp til prosjekter for tiltak mot enkeltgrupper av befolkningen
Utvikle demensteamets oppgaver
Videreutvikle arbeidet i rus- og psykiatritjenesten, med mer forebyggende tiltak i skolen
Opprettholde en god legedekning
Øke helsesøsterressurs i skolen
Utarbeide informasjon om god tannhelse på flere ulike språk

4.0 Sykdommer/tilstander fram mot 2030

Statens helsetilsyn har utarbeidet en rapport som viser prognoser for endring av alle sykdommer og tilstander fram til 2030. Denne rapporten viser at det vil komme en vekst varierende fra 40 til 60 prosent for alle sykdommene.

40 prosent av disse sykdommene kan forebygges med livsstilsendringer og mer fysisk aktivitet blant befolkningen. Det vil være en stor samfunnsøkonomisk gevinst å starte tidlig med det forebyggende helsearbeidet.

Diagram: Prosentvis endring av alle sykdommer/tilstander i Norge fram til 2030.
Menn og kvinner samlet.



(Kilde: Statens helsetilsyn)