



# En oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Hamarøy kommune

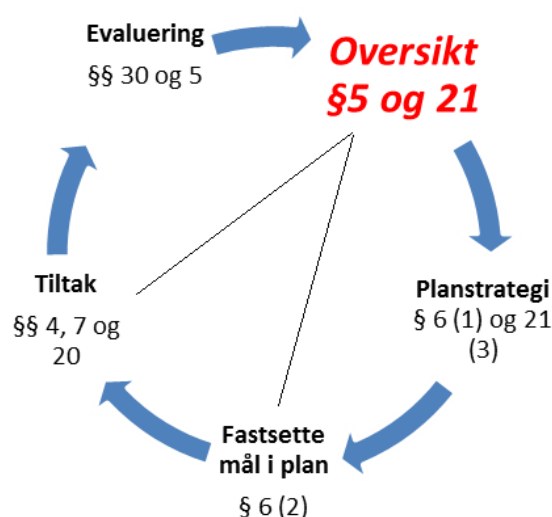
**Hamarøy**  
KOMMUNE

## INNHold

BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG .....	3
Datagrunnlag .....	3
1. BEFOLKNINGSSAMMENSETNING .....	4
Befolkning .....	4
Framskrevet befolkning .....	5
Utsatte grupper .....	6
Samisk befolkning .....	6
2. OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD .....	7
Inntekt og økonomi .....	7
Arbeidsledighet .....	8
Uføretrygdede .....	8
Sosialhjelpsmottakere .....	9
Sykefravær .....	10
Skole .....	11
Helsestasjonen .....	13
Barnehagedekning .....	13
3. FYSISK OG SOSIALT MILJØ .....	13
Drikkevannskvalitet .....	14
Valgdeltagelse .....	14
Kulturtilbud og frivillighet .....	14
Friluftsliv og områder for rekreasjon .....	15
4. SKADER OG ULYKKER .....	16
5. HELSERELATERT ADFERD .....	16
Kosthold og fysisk aktivitet i skole og barnehage .....	16
Ungdom .....	17
Sosiale risikomiljøer, rus og kriminalitet .....	17
Tobakksbruk .....	17
Fysisk aktivitet og stillesitting .....	18
Vaksinasjonsdekning .....	19
6. HELSETILSTAND .....	20
Overvekt og fedme .....	20
Sykdomsgrupper .....	20
Bruk av legemidler .....	21
7. SAMMENDRAG .....	23
Folkehelseutfordringer i Hamarøy kommune .....	23
Folkehelseressurser i Hamarøy kommune .....	24

## BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG

Hovedhensikten med å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert og treffsikkert. Kunnskap om folkehelseforholdene i kommunen er viktig for å kunne fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet og for å kunne prioritere og planlegge innsatsen på folkehelseområdet.



Det er en nær sammenheng mellom oversiktsarbeidet og arbeidet med planer etter plan- og bygningsloven (jf. folkehelseloven §§ 5 og 6). Oversikten skal bl.a. inngå som grunnlag for kommunens planstrategi.

Det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument minimum hvert fjerde år. Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategien. Lov og forskrift gir rammer for oversiktens innhold (forskriften § 3), og hvilke kilder til informasjon som skal benyttes som et minimum (loven § 3).

Med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer menes oversikt over helse på befolkningsnivå og positive og negative faktorer som kan virke inn på helsen til kommunens befolkning. **Helsetilstand** viser

til befolkningens helse målt ved ulike indikatorer, for eksempel risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær o.l. Positive og negative **påvirkningsfaktorer** omfatter både helsefremmende og forebyggende faktorer, og risikofaktorer. Påvirkningsfaktorene representerer en stor bredde, og kan være knyttet til samfunnsforhold, levekår og miljø.

Denne oversiktsrapporten avsluttes med et sammendrag som identifiserer kommunens folkehelseutfordringer og ressurser. Dette skal være grunnlag for beslutninger i folkehelsearbeidet.

### Datagrunnlag

Nasjonalt folkehelseinstitutt utarbeider hvert år folkehelseprofiler til alle kommunene. Disse profilene inneholder fortolket statistikk på kommunenivå. Profilene viser hovedtrekk i kommunens folkehelse, nøkkeltall for folkehelse sammenlignet med landsgjennomsnittet, og et kommunebarometer som peker på hovedutfordringer for kommunen. Folkehelseprofilen sier ikke noe om hvorvidt landsgjennomsnittet er på et ønsket nivå. På noen områder har landet som helhet utfordringer og det understrekes at selv om kommunen ligger bedre an enn landsgjennomsnittet på et område, kan det likevel innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen (landsnivået representerer ikke nødvendigvis et ønsket nivå).

Informasjon i denne rapporten er i hovedsak hentet fra Kommunehelsa statistikkbank (Folkehelseinstituttet) og statistisk sentralbyrå, kilder er oppgitt pr. figur/tabell. Der vi mangler data på kommunenivå er det brukt kunnskap fra levekårsundersøkelsen i Nordland (2014) og Folkehelse rapporten 2014 (Folkehelseinstituttet). På særskilte områder med behov for lokal kunnskap er dette hentet inn fra de kommunale tjenesteområdene.

Potensielle feilkilder kan være tilfeldigheter i målingene på grunn av at kommunen har en relativt liten befolkning som grunnlag. Derfor ønsker vi i størst mulig grad å se på dataenes utvikling over tid slik at vi kan se etter trender, dette gjør de mindre utsatt for å bli påvirket av tilfeldigheter. Lite befolkningsgrunnlag er også årsaken til at flere av indikatorene i folkehelseprofilen blir gule, det vil si at vi ikke kan si sikkert om kommunen ligger dårligere eller bedre enn forventet. Enten er avviket fra landsnivået for lite, eller så er tallgrunnlaget så lite at den statistiske testen ikke gir utslag, selv om det prosentvis kan være stort avvik fra landsnivået.

For øvrig er arbeidet med denne rapporten gjort med utgangspunkt i veilederen «God oversikt - en forutsetning for god folkehelse, En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer» (Helsedirektoratet 2013). Denne oversiktsrapporten er 1. utgave og er utarbeidet av Hamarøy kommunes fagteam folkehelse (1. utgave ferdigstilt 30.3.15).

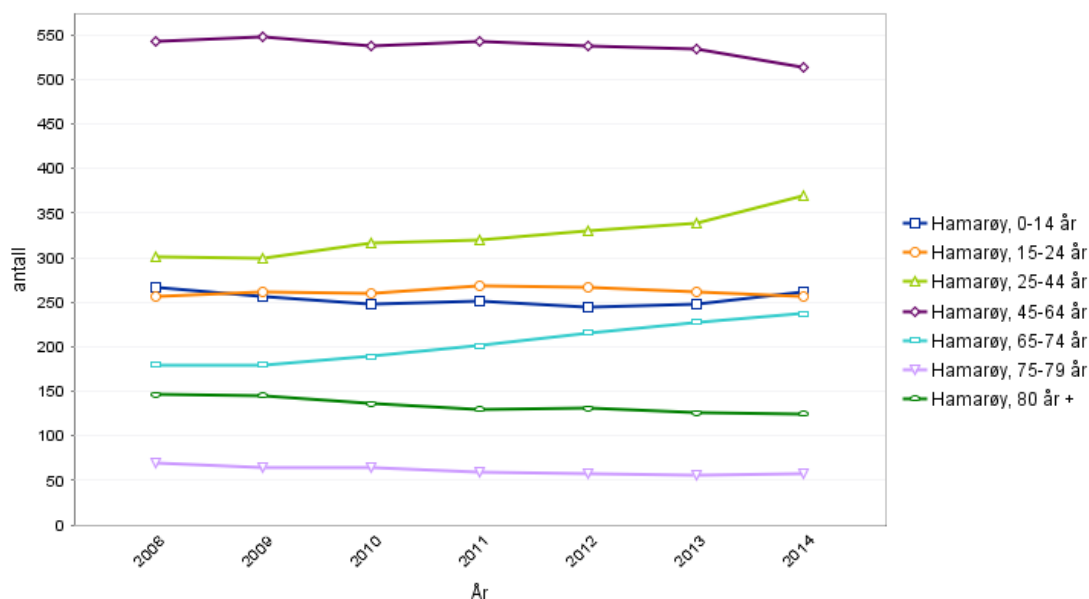
### 1. BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

Kunnskap om befolknings sammensetningen og utviklingen av denne danner grunnlaget for planlegging av fremtidig tjenestebehov og hvilke hensyn som bør ivaretas. Denne kunnskapen er et hjelpemiddel til å forstå folkehelseutfordringer, og et utgangspunkt for å vurdere både muligheter og utfordringer i fremtiden.

#### *Befolkning*

Alder	2010	2011	2012	2013	2014
Alle aldre	1752	1771	1783	1791	1820
0-14 år	248	251	244	247	261
15-24 år	259	268	266	262	257
25-44 år	317	319	330	339	369
45-64 år	538	543	538	534	513
65-74 år	189	201	216	228	237
75-79 år	65	59	58	55	58
80 år +	136	130	131	126	125

Tabell 1: Befolkning, antall og alder. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.



Figur 1: Befolkning, antall og alder. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommnehelsa statistikkbank  
Den største aldersgruppen i Hamarøy er de mellom 45-64 år.

År	2010	2011	2012	2013	2014
<b>kjønn samlet</b>	1752	1771	1783	1791	1820
<b>menn</b>	885	902	913	912	928
<b>kvinner</b>	867	869	870	879	892

Tabell 2: Befolkning, antall og kjønn. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommnehelsa statistikkbank.

## Framskrevet befolkning

Befolkningsframskrivninger kan fungere som et nyttig verktøy som bl.a. grunnlag for planlegging av framtidige behov.

Merk at det alltid vil bli avvik mellom framskrevne og registrerte folketall. Den viktigste årsaken til dette er at man ikke kan forutsi den framtidige utviklingen nøyaktig for komponentene fruktbarhet, dødelighet og flyttinger. Avvikene er vanligvis størst for små kommuner og skyldes hovedsakelig flyttinger.

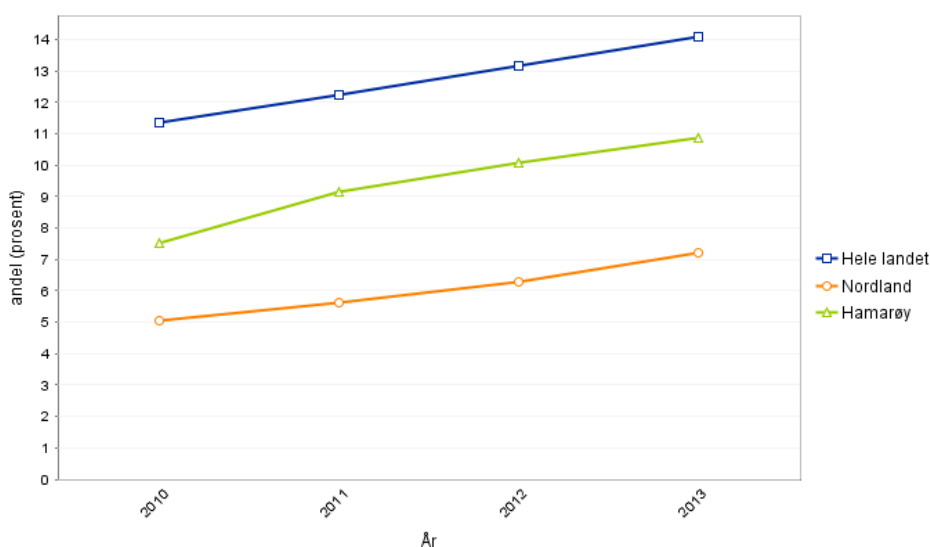
Årstall	2012	2015	2020	2025	2030	2040
<b>Alder</b>						
<b>Alle aldre</b>	1783	1807	1848	1905	1959	2010
<b>0-14 år</b>	244	274	310	341	351	346
<b>15-24 år</b>	266	240	207	212	234	264
<b>25-44 år</b>	330	360	406	438	441	439
<b>45-64 år</b>	538	502	461	415	416	470
<b>65-74 år</b>	216	254	263	246	236	187
<b>75-79 år</b>	58	63	94	123	105	97
<b>80 år+</b>	131	114	107	130	176	207

Tabell 3: Fremskrevet befolkning, antall og alder. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommnehelsa statistikkbank.

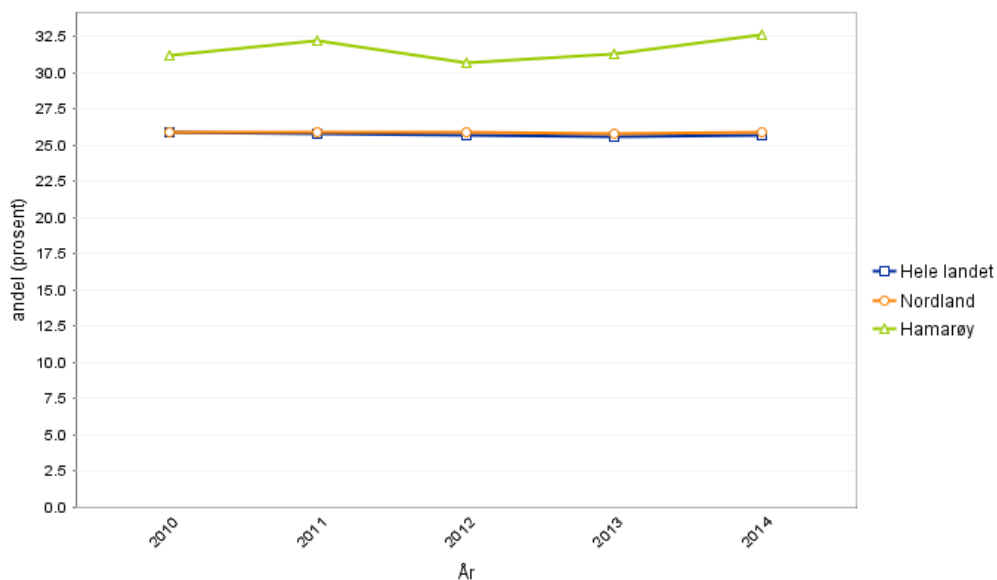
Den fremskrevne befolkningen viser at i 2040 er det fortsatt sannsynlig at den største aldersgruppen er de mellom 45-64 år. Andelen av de i gruppen 80 år+ vil nesten doubles.

## Utsatte grupper

Innvandrere antas å være en potensielt utsatt gruppe. Bl.a. oppgir færre innvandrere enn norskfødte å ha god helse i landet forøvrig. Forekomsten av psykiske plager og lidelser og enkelte kroniske sykdommer er høyere i enkelte innvandrergupper (Folkehelse rapporten 2014). Figur 2 viser andel personer med to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar (totalt og fordelt på landbakgrunn), i prosent av befolkningen.



Figur 2: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, andel (prosent). Kilde: Folkehelseinstituttet, KommuneHelsa statistikkbank.



Figur 3: Personer som bor alene, 45 år +, andel (prosent). Kilde: Folkehelseinstituttet, KommuneHelsa statistikkbank.

Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe - både økonomisk, helsemessig og sosialt.

## Samisk befolkning

Som et ledd i synliggjøring av det samiske i kommunen vedtok Hamarøy kommunestyre realisering av offentlig tospråklig skilting på kommunale bygg i mai 2013. I midlertid finnes det

ikke valide kilder på andel av samisk befolkning i kommunen, samemanntallet er en frivillig registrering og historisk sett har det vært mange som ikke ønsker å registrere seg. Hvorvidt man definerer seg som samisk vil også avhenge av egen oppfattelse av sin identitet. Hamarøy tilbyr samisk undervisning i grunnskolen og der ser man at det er svært få som ønsker dette.

Kvernmos (2014) forskning<sup>1</sup> viser ingen store forskjeller mellom samiske og norske barns helse, men det er identifisert noen potensielle helsehemmende faktorer knyttet til samisk identitet, disse er; Enslige foreldre familier, fars overbeskyttelse, familiekonflikter, flytting, sterk etnisk identitet, assimilasjon, marginalisering.

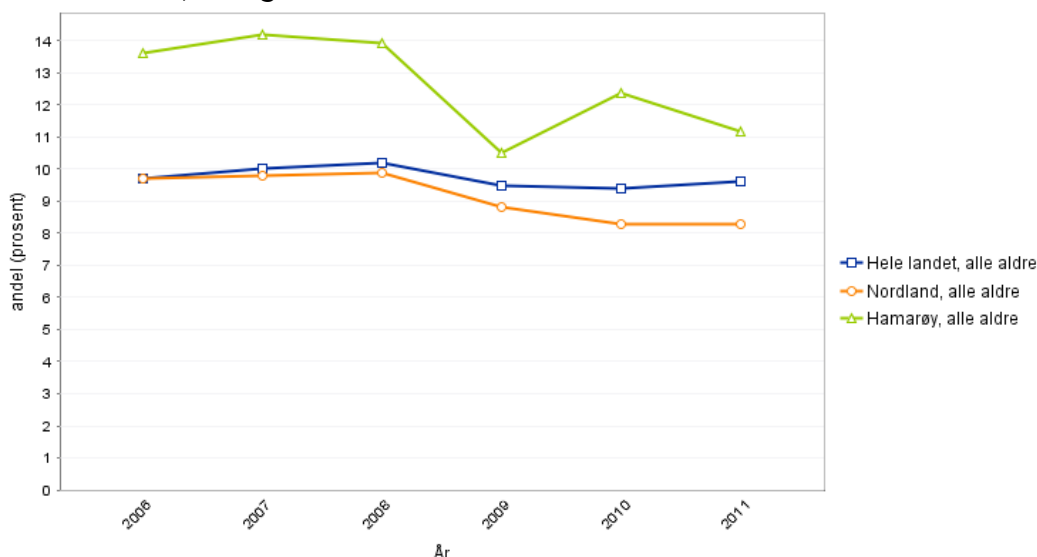
## 2. OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD

Oppvekst og levekår omhandler økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og utdanningsforhold. Levekår defineres som den enkeltes tilgang til ulike ressurser. Levekår påvirker helse, og hvordan helsen fordeles i befolkninga. Gjennom å legge til rette for en god oppvekst legges grunnlaget for en god helse på individnivå og mulighet for å utjevne sosial ulikhet i helse. Det er en tydelig sammenheng mellom sosioøkonomisk bakgrunn og helse.

### *Inntekt og økonomi*

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.

Figuren viser personer i husholdninger med inntekt under henholdsvis 50 % og 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala.



Figur 4: Lavinntekt (husholdninger) – EU60, andel (prosent), årlige tall. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

Figuren over viser at Hamarøy har over flere år hatt en høyere andel med lavinntekt.

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

<sup>1</sup> Kvernmo presenterte et sammendrag av sin forskning på samisk ungdom og helse på sjumilsstegkonferansen ved UiT 17.9.14. <http://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMFI/Helse%20og%20sosial/Sjumilssteget/Samiske%20barns%20oppvekstvilk%20C3%A5r%20og%20helse%20ved%20Siv%20Kvernmo.pdf>

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 (Folkehelseinstituttet). For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

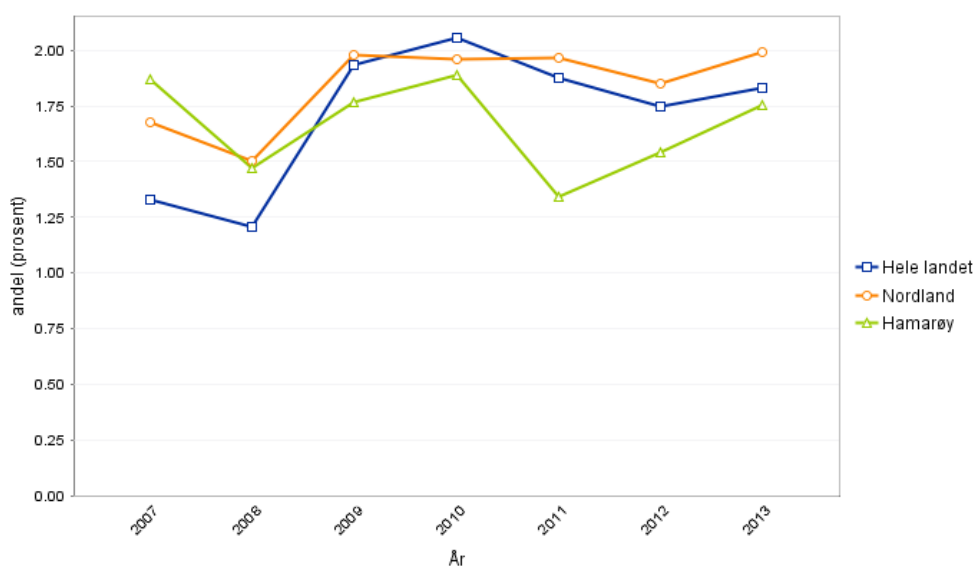
Gini-koeffisienten beskriver inntektsulikhet og varierer fra 0 til 1. Jo større koeffisienten er, desto større er inntektsulikheten<sup>2</sup>. Tabellen viser at Hamarøy har mindre inntektsulikhet enn landet og Nordland for øvrig. En score på 0,20 vil si at Hamarøy har forholdsvis liten ulikhet i inntekt.

År	2010	2011	2012
Hele landet	0,24	0,24	0,24
Nordland	0,20	0,20	0,20
Hamarøy	0,22	0,19	0,20

Tabell 4: Inntektsulikhet, gini-koeffisienten. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

### Arbeidsledighet

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt.



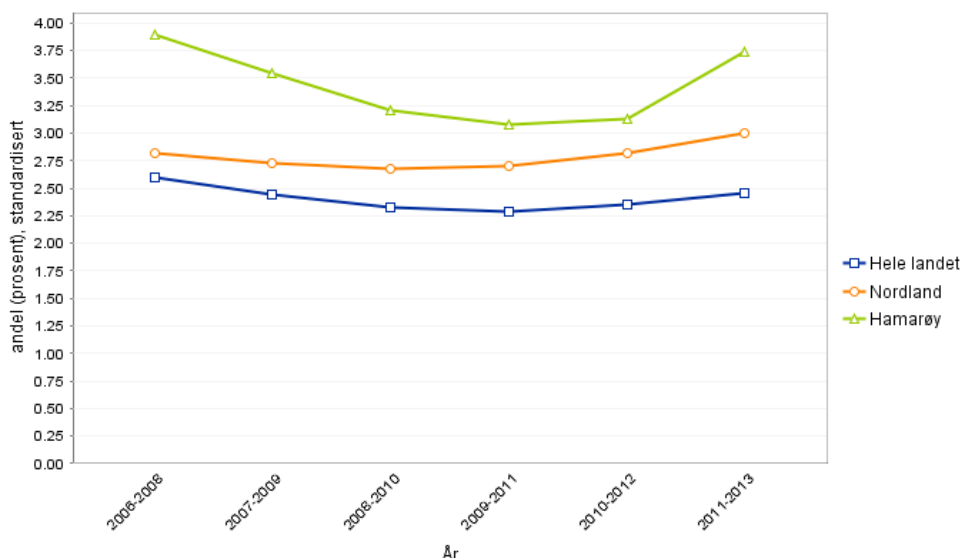
Figur 5: Arbeidsledighet, 15-74 år. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

### Uføretrygdede

Gruppen uføretrygdede er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Omfanget av uføretrygd 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 (Folkehelseinstituttet).

<sup>2</sup> Denne tar utgangspunkt i forholdet mellom de kumulative andelene av befolkningen rangert etter stigende inntekt, og den kumulative andelen av inntekten som de mottar. Gini-koeffisienten responderer på endringer i alle deler av befolkningen, men den påvirkes sterkt av ekstremverdier



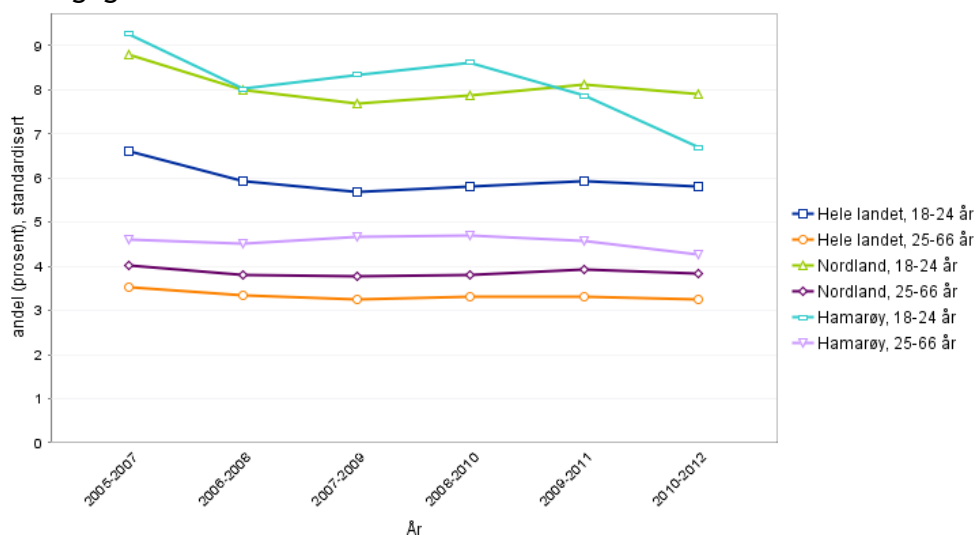


Figur 6: Uføretrygdede – kjønn samlet, 18-44 år, varig uførepensjon, andel (prosent), standardisert, 3 års glidende gjennomsnitt<sup>3</sup>. Kilde: Folkehelseinstituttet, KommuneHelsa statistikkbank.

### Sosialhjelpsmottakere

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 (Folkehelseinstituttet).

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.



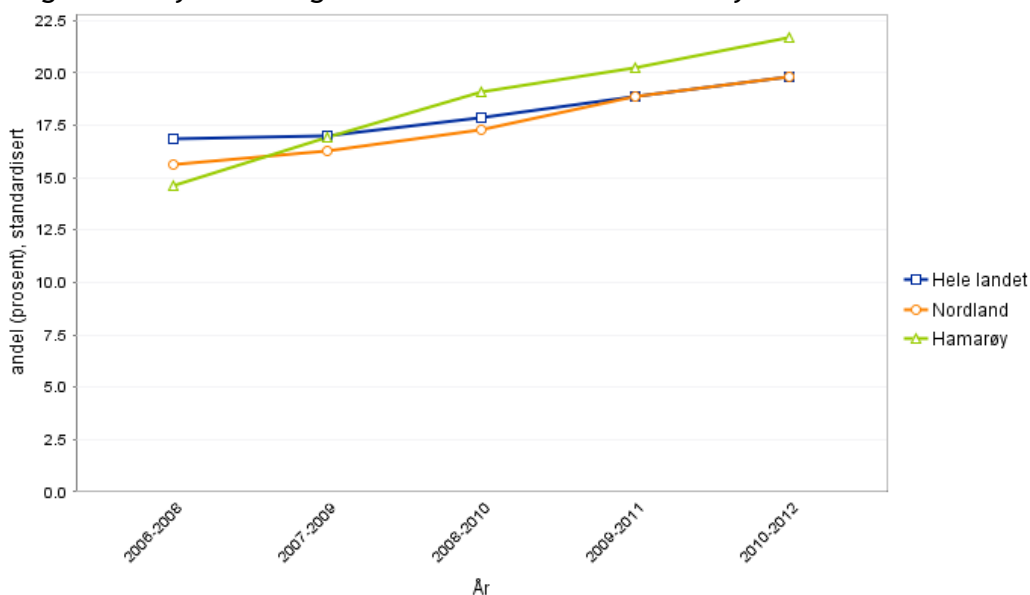
Figur 7: Sosialhjelpsmottakere – kjønn samlet, andel (prosent), standardisert, 3 års glidende gjennomsnitt, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet, KommuneHelsa statistikkbank.

<sup>3</sup> Standardiserte tall anbefales når du ser på utvikling over tid. Standardisering reduserer påvirkning av ulike alders- og kjønns sammensetning når man sammenligner grupper i tid og rom.

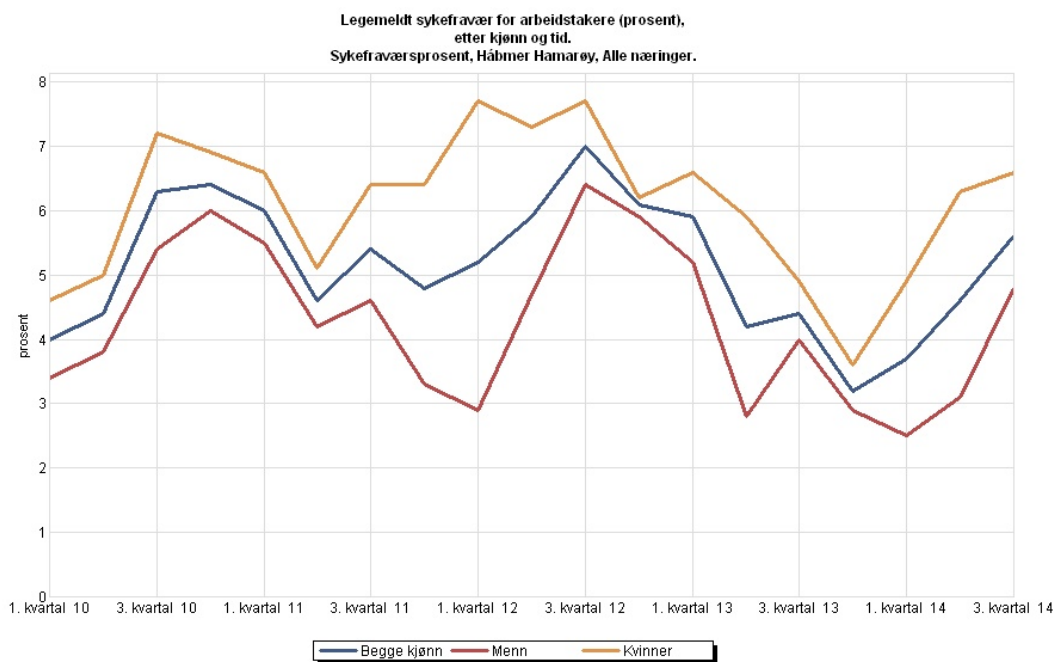
## Sykefravær

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. 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 "innlåsnings-effekt" som innebærer at innsatsen for å komme tilbake i full jobb reduseres og at terskelen for å få sykemelding senkes.

Langtidssykemeldinger graderes i større grad sammenlignet med korttidssykemeldinger. Det kan være slik at graderte sykemeldinger blir benyttet der friskmelding kunne vært aktuelt, og bruk av graderte sykemeldinger kan dermed øke det totale sykefraværet.



Figur 8: Bruk av gradert sykemelding – andel (prosent), 16-69 år, 3 års glidende gjennomsnitt, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

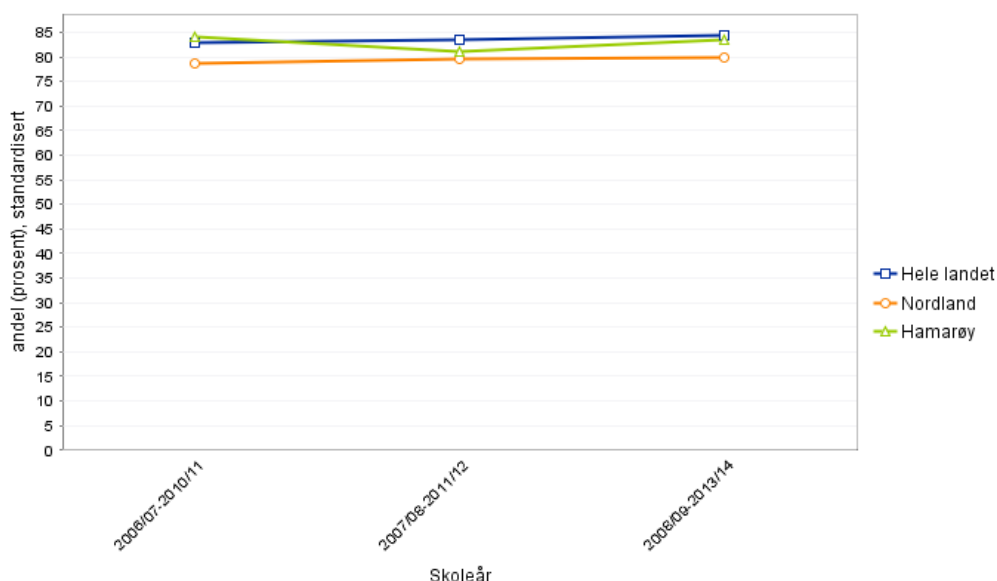


Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 9: Legemeldt sykefravær 2010-2014. Kilde: SSB.

## Skole

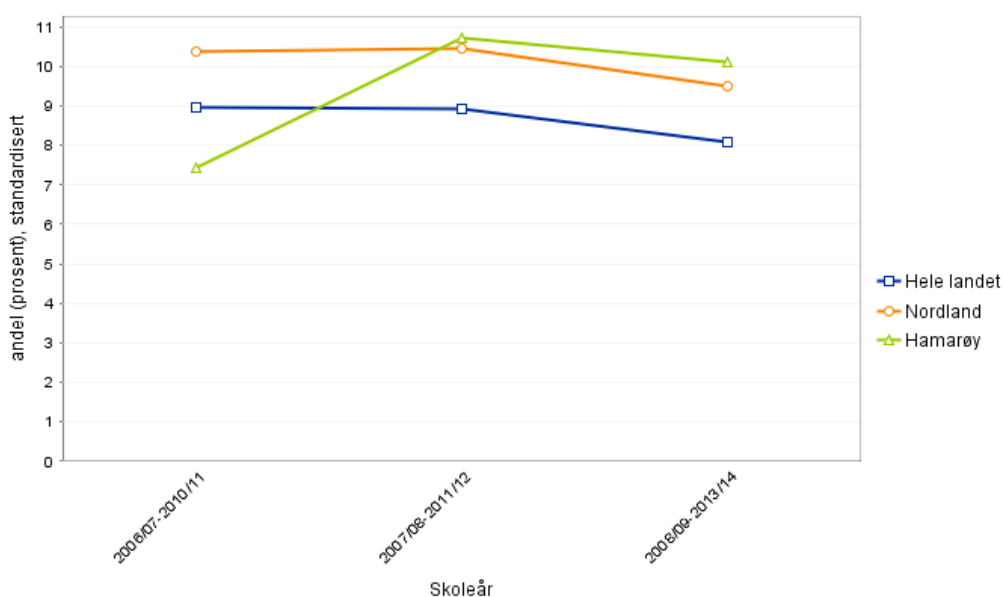
Økt trivsel er et sentralt mål for folkehelsearbeidet. For barn og unge er skolen en svært viktig sosial arena. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir.



Figur 10: Trivsel, 7. og 10. klasse – 10. trinn, kjønn samlet, andel (prosent), standardisert. 5 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank.

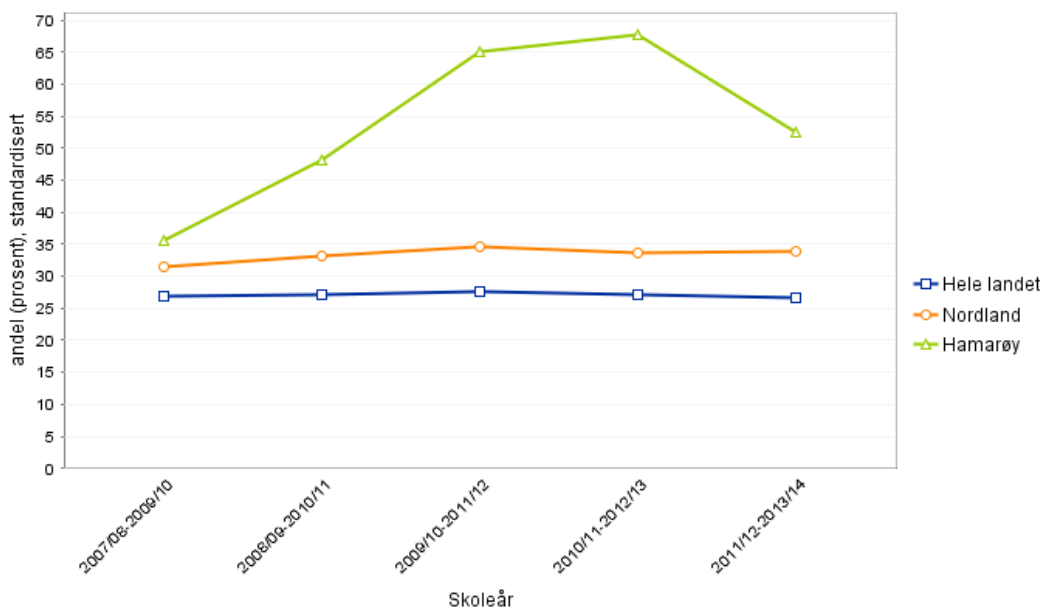
Det er ingen vesentlige forskjeller i trivsel i skolen i Hamarøy sammenlignet med landet for øvrig.

Mobbing er en vesentlig individuell risikofaktor for psykiske lidelser. Barn som mobbes har 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.



Figur 11: Mobbing, 7. og 10. klasse – 10. trinn, kjønn samlet, andel (prosent), standardisert. 5 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank.

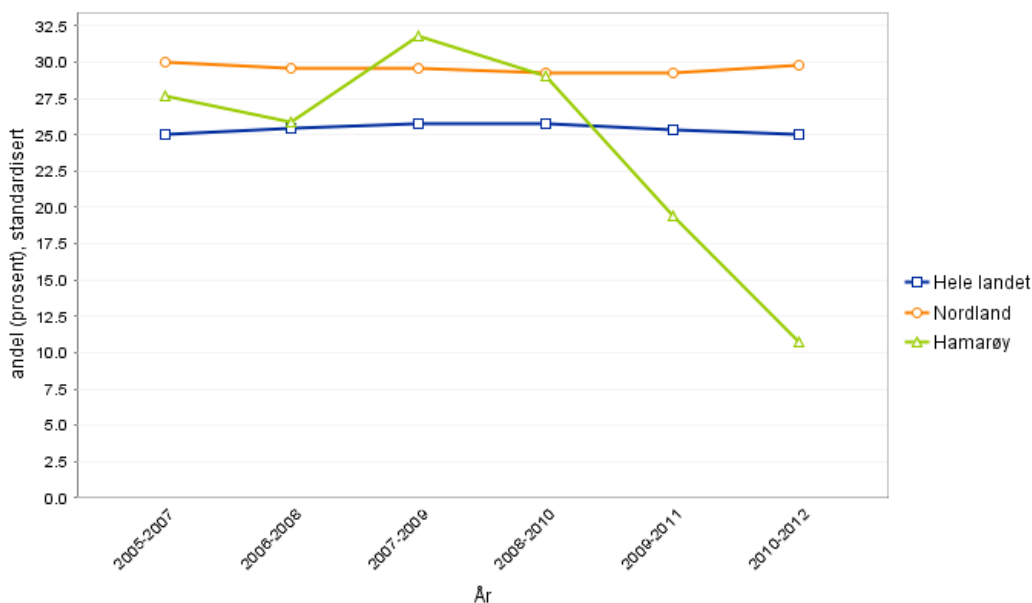
Hamarøy har en større andel elever som rapporterer om mobbing i elevundersøkelsen. Sammenhengen mellom mobbing og helseplager understreker at det er viktig å forebygge mobbing i skolen. Det er dessuten viktig å følge med på statistikk over andelen som har vært utsatt for mobbing for å si om hvordan iverksatte tiltak fungerer.



Figur 12: Regneferdighet på laveste mestringsnivå – 5. trinn, andel (prosent), standardisert. 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

Figuren over viser at Hamarøy har en større andel elever med laveste mestringsnivå i regning.

Regning er en basisferdighet som er viktig videre i utdanningsløpet og arbeidslivet. Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. 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.



Figur 13: Frafall i videregående skole – andel (prosent), 3 års glidende gjennomsnitt, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

Hamarøy har en lavere andel frafall fra videregående skole. Figuren viser en sterk nedgang fra ca. 2007 og frem til 2012.

### **Helsestasjonen**

- Hamarøy Helsestasjon /Skolehelsetjeneste har til sammen 150% helsesøster ressurs, og 50% stilling psykiatrisk sykepleier (Psykisk Helse Barn/unge). 50% av helsesøsterressursene er dedikert arbeid i forhold til migrasjonshelse.
- Hamarøy helsestasjon har helsestasjonsdager med lege hver onsdag (kl.08-15.30). Dette betyr at alle obligatoriske kontroller med helsesøster og lege er lagt til disse dagene. Andre sped- og småbarnskontroller som ikke krever legeundersøkelse kan legges til andre dager dersom foreldrene ønsker dette. De aller fleste vaksinasjoner av sped- og småbarn legges til onsdager. Hjemmebesøk til familier med nyfødt barn følger retningslinjer i nasjonale veiledere, og gjennomføres innen 10 dager etter hjemkomst.
- Helsesøster er ute i de forskjellige barnehagene etter egen avtale/plan, evt etter behov.
- Helsestasjonen har helsestasjon for eldre 4 timer annenhver uke.
- Helsesøster er ute i skolene etter egen plan; hver 14 dag har helsesøster skolehelsetjenestedag ute på hver enkelte skole. Tirsdag og torsdag er faste ukedager hvor helsesøster er ute i skolene. Via skolehelsetjenesten har ungdomsskoleelevene også tilgang til psykiatrisk sykepleier. Psykiatrisk sykepleier er også tilgjengelig for yngre elever dersom behov. På samme måte har minoritetsspråklige elever (ungdommer og voksne) tilgang på helsesøster i skoletiden. Helsesøster er tilgjengelig på skolen annen hver tirsdag.
- Helsestasjon for ungdom er hver tirsdag fra kl. 14.00 - 17.00. Dette er et lavterskeltilbud hvor ungdom kan komme innom ved behov uten timebestilling på forhånd. Dersom ungdommene har behov for legetime settes de opp til dette på onsdager når vi har lege tilgjengelig.
- Helsesøster og psykiatrisk sykepleier (Psykisk Helse Barn/Unge) har faste møter med rådgiver ved Knut Hamsun vgs.
- Skolehelsetjenesten er avhengig av samarbeid med andre faggrupper, både i det helsefremmende og i det sykdomsforebyggende arbeidet med skoleelever. Dette samarbeidet fungerer godt i Hamarøy.

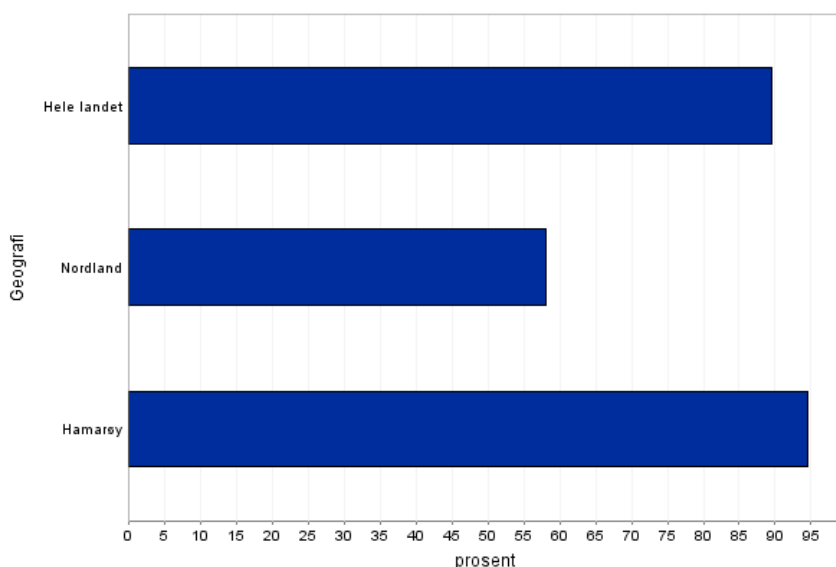
### **Barnehagedekning**

Hamarøy kommune har 100 % barnehagedekning.

## **3. FYSISK OG SOSIALT MILJØ**

Fysiske, biologiske, kjemiske og sosiale miljøfaktorer påvirker helse og trivsel. Våre omgivelser og miljøet vi lever i har betydning for folkehelsen. Bolig og nærmiljø har innflytelse på sosiale- og helsemessige aspekter. Hvor du bor og hvordan du bor, har en indirekte effekt på folkehelsen.

## Drikkevannskvalitet



Figur 14: Drikkevannskvalitet – hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet, tilfredsstillende analyseresultater, prosent, 2013. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

## Valgdeltagelse

Valgdeltakelse er ett mål på engasjement og samfunnsdeltakelse i befolkningen.

	2003	2007	2011
Hamarøy	57,6 %	62,6 %	65 %
Steigen	56,9 %	65,5 %	67,4 %
Tysfjord	74,2 %	68,3 %	76,6 %
Hele landet	59 %	61,2 %	64,2 %

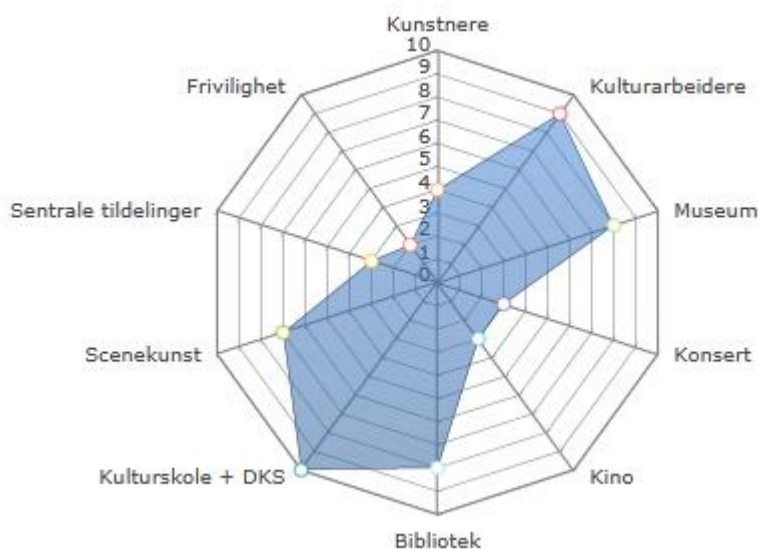
Tabell 5: Kommunestyrevalget, stemmer og valgdeltagelse. Kilde: SSB

	2005	2009	2013
Hamarøy	70,5 %	72,1 %	74 %
Steigen	71,7 %	71,3 %	73 %
Tysfjord	76,5 %	74,8 %	76,9 %
Hele landet	77,4 %	76,4 %	78,2 %

Tabell 6: Stortingsvalget, valgdeltagelse i prosent. Kilde: SSB

## Kulturtilbud og frivillighet

Kulturindeksen fra Telemarksforskning viser at Hamarøy ligger godt an når det gjelder kulturskole, den kulturelle skolesekken og museum. Kommunen scorer også godt på bibliotek med vårt kombinasjonsbibliotek der samarbeidspartner er Knut Hamsun videregående skole. Videre viser indeksen at vi har god aktivitet innen generell kultur der idrett, frisklivssentral og tilbud om treningssenter inngår. Kommunen er plassert i gruppen for de nest beste kommunene.



Figur 15: Kulturindeksen Hamarøy kommune 2014. Kilde: Kulturindeksen Telemarksforskning.

Tabellen viser kommunens score i kategoriene (Skalaen går fra 1-10 der 10 er best. Score er direkte avledet av kommunens rangering blant 428 kommuner).

Kategori	Rangering	Score
Kunstnere	249	4
Museum	98	8
Kino	221	3
Kulturskole + DKS	2	10
Sentrale tildelinger	257	3
Kulturarbeidere	33	9
Konsert	297	3
Bibliotek	97	8
Scenekunst	71	7
Frivillighet	338	2
<b>Totalt</b>	<b>113</b>	<b>7,4</b>

Tabell 7: Kulturindeksen Hamarøy kommune 2014. Kilde: Kulturindeksen Telemarksforskning.

I kategorien for frivillighet er scoren basert på mva- refusjonsordningen, samt medlemstall for tre kulturaktiviteter: korps, kor og husflidslag. Selv om Hamarøy får lav score på frivillighet i kulturindeksen er det stor, og variert, aktivitet i andre frivillige lag og foreninger i kommunen. Frivillighetssentralen i Hamarøy har registrert omlag 50 aktive lag og foreninger i kommunen. I tillegg er det diverse uorganiserte aktiviteter som drives fast i frivillig regi, eksempelvis dans, yoga m.m. Videre viser for eksempel utleie i Hamarøyhallen at det er stor aktivitet med fulle treningstider hver dag i ukedagene.

### Friluftsliv og områder for rekreasjon

Det er et høyt antall turløyper i hele kommunen og store deler uberørt natur. De viktigste løypene er kartlagt i kommunal sti- og løypeplan (2014). Gjennom prosjektet «På tur i Hamsuns rike» blir flere løyper skiltet og merket etter nasjonal standard for å senke terskelen for å ta i bruk turløyper. Informasjon og markedsføring om turmuligheter er også et viktig bidrag for å motivere flere til å ta i bruk naturen som rekreasjon og aktivitetsanlegg.

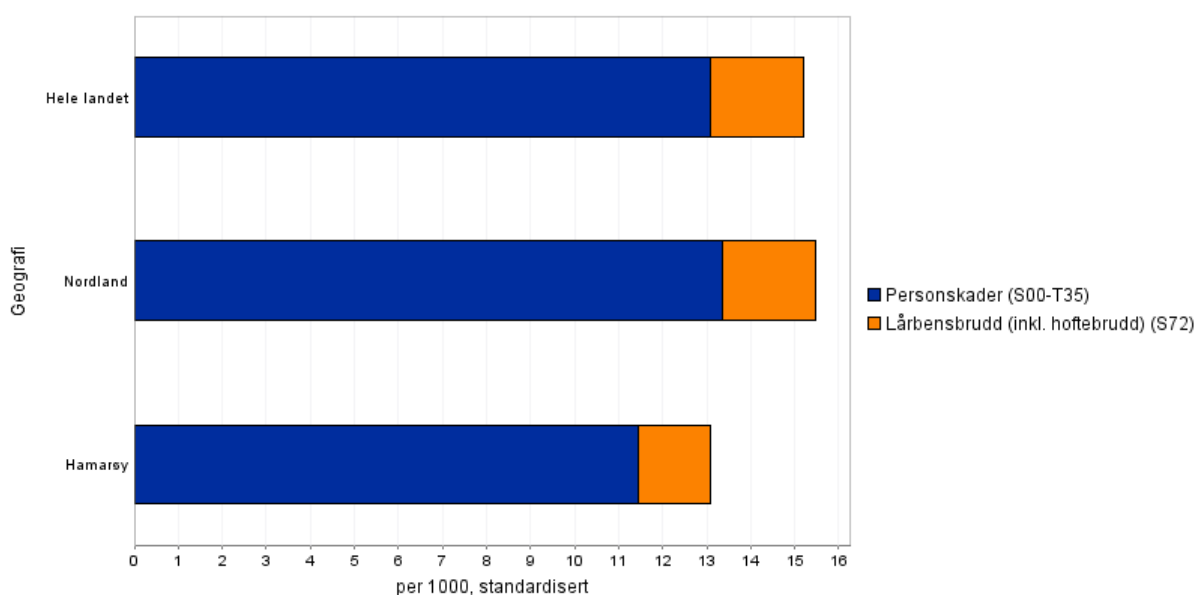
Kommunen har fullført kartlegging og verdisetting av friluftsområder. I kommunen er det også et betydelig antall hytter i drift av ulike frivillige som kan lånes, gapahuker og div.

rastebuer/gammer, gjestehavn, båtutsett og badeplasser (Kilde: Friluftskart for Salten 2015). Det er også fri tilgang på lysløyper og diverse nærmiljøanlegg rettet mot barn og ungdom. Det er minst 4 turløyper/turområder som er tilrettelagt for funksjonshemmede i kommunen.

### 4. SKADER OG ULYKKER

Dødelighet av skader og ulykker har gått jevnt ned siden 1950 tallet, men utgjør fremdeles et helseproblem. Det er de yngste og de eldste i befolkningen som er mest utsatt for skader av ulykker.

For lårbensbrudd kan sykehusinnleggelse i tillegg gi en pekepinn på potensialet for forebyggende innsats. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet.



Figur 16: Spesialisthelsetjenesten, somatikk – kjønn samlet, per 1000, standardisert, 2011-2013. Kilde: Folkehelseinstituttet, KommuneHelse statistikkbank.

### 5. HELSERELATERT ADFERD

Helserelatert atferd er levevaner og livsstil som direkte påvirker helsen vår. Vårt nivå av fysisk aktivitet i hverdagslivet, ernæring og kosthold samt bruk av tobakk og rusmidler er eksempler på levevaner som har stor betydning for helse i alle aldersgrupper.

#### ***Kosthold og fysisk aktivitet i skole og barnehage***

- Skolene i Hamarøy kommune arbeider for å nå målet med en time fysisk aktivitet pr. dag i skoletiden (jfr. kriterier for helsefremmende skoler). Det er pr. tiden ikke utarbeidet måltall for dette i kommunen.
- Det er ikke mattilbud i barnehagene i kommunen utover foresattebetaling kr. 150 pr. måned for innkjøp av frukt og melk. For øvrig skal barnehager i Hamarøy kommune følge retningslinjer for kosthold for helsefremmende barnehager.
- Det serveres frukt og grønt i Hamarøyskolen også etter at tilskuddsordningen opphørte. Det serveres en frukt/grønt pr. elev pr. dag på skolen. Kantinen har tilbud om diverse



lunch hver dag og middag 2 ganger pr uke, tilbud for både ungdomskolen og videregående skole. Kantinen selger ikke brus og godteri, og har fokus på et sunt kosthold.

### Ungdom

Kommunen har en stor andel barn av enslige forsørgere. Dette kan i seg selv være en risikofaktor (Folkehelseinstituttet). Tabellen under viser utvalgte funn om ungdom fra «Ungdata» undersøkelsen i 2013.

	Hamarøy kommune	Hele landet
Kommunens ungdom er lite ute om kveldene	21 %	40 %
Ungdommene scorer høyt på ensomhet	31 %	17 %
Depressivt stemningsleie	17 %	11 %
Mobbing	15 %	7 %
Drukket seg beruset; andel som svarer at de minst en gang siste 12 mnd. har "drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset"	28 %	16 %
Ungdom som vet hvor de skal få tak i hasj	27 %	21 %
Færre ungdom som bruker hasj i kommunen	3 %	4 %
Kommunens ungdom scorer lavt på risikoatferd og vold; slåssing, nasking, trusler og skader pga. vold.		

Tabell 8: Utdrag fra UngData undersøkelsen 2013. Kilde. UngData, Nova 2013.

Resultatene fra UngData undersøkelsen må sees i sammenheng med resultatene fra neste undersøkelse, som er i 2016.

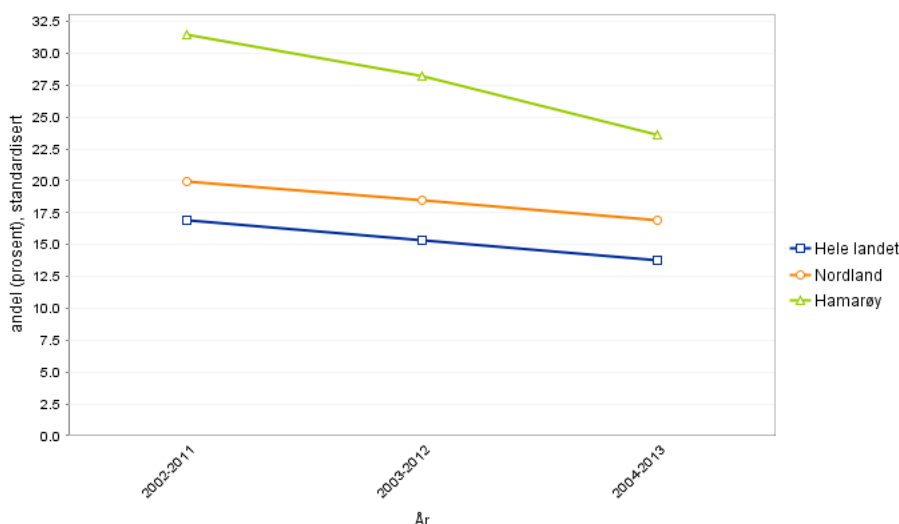
### Sosiale risikomiljøer, rus og kriminalitet

Kommunen har et relativt oversiktlig miljø innen disse områdene. Miljøet er ikke stort, men består av relativt unge mennesker som bor spredd rundt i hele kommunen. Det som kan være bekymringsfullt er at i UngData-undersøkelsen så svarer relativt mange i ungdomsskolen at de vet å skaffe seg narkotika. De svarer videre at de ikke skaffer seg dette. Men vi vet ikke hva de gjør på et senere tidspunkt (alder, ved stressende situasjoner og andre problem).

En annen risikofaktor er relativt sett mange enslige forsørgere, og en høyere andel unge uføre enn landsgjennomsnittet (Folkehelseinstituttet). Særlig risiko ser vi når det gjelder barn av enslige forsørgere utenfor arbeidslivet.

### Tobakksbruk

Røyking er 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.



Figur 17: Andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder. Kilde: Folkehelseinstituttet, KommuneHelse statistikkbank.

Figuren over viser at Hamarøy har hatt en høyere andel kvinner som oppga røyking ved første svangerskapskontroll over en periode fra 2002-2013. For resten av befolkningen i kommunen har vi ikke datagrunnlag på røykevaner. Det er en markant sosial gradient for daglig røyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel daglig røykere. Denne gradienten gjelder også for røyking i svangerskapet.

### Fysisk aktivitet og stillesitting

Både mengde fysisk aktivitet og mengde stillesitting påvirker helsen. Det er i dag godt dokumentert at *fysisk aktivitet* fremmer helse, gir overskudd og kan brukes i forebygging og behandling av flere diagnoser og tilstander. Fysisk *inaktivitet* er en selvstendig risikofaktor for å få dårlig helse. Helsegevinstene ved tilstrekkelig fysisk aktivitet er bl.a.:

- Fysisk aktivitet gir flere leveår med god helse, både lengre levetid og økt livskvalitet. Hvis vi øker aktivitetsnivået kan det gi oss enda flere kvalitetsjusterte leveår.
- Mindre total tid med inaktiv atferd og hyppige, korte bolker med ståing, samt fysisk aktivitet mellom inaktive perioder, gir helsegevinst. Dette gjelder òg for personer som allerede er fysisk aktive.

Vi har ikke tilgjengelig data på kommunenivå på fysisk aktivitet og stillesitting, og viser derfor til data på nasjonalt nivå og på fylkesnivå. Folkehelse rapporten (2014) trekker frem følgende utviklingstrekk om fysisk aktivitet i befolkningen:

- Reduksjonen i fysisk aktivitetsnivå starter allerede tidlig i barneårene.
- Omtrent 90 % av seksåringene oppnår anbefalingene om fysisk aktivitet. Blant barn er det flere gutter enn jenter som når anbefalingene.
- Omtrent 30 % av voksne oppnår anbefalingene om fysisk aktivitet. Flere kvinner enn menn når anbefalingene.
- Voksne bruker i gjennomsnitt 9 timer per dag på stillesitting.

Under presenteres tabeller fra «Levekårsundersøkelsen i Nordland» (2014).

	Minst en gang pr uke		Minst en gang pr mnd.		Sjeldnere		Aldri		Totalt		Endring
	M	K	M	K	M	K	M	K	2014	2001	2001-2014
Fot eller skitur	65	74	19	13	12	11	4	3	3	35	-32
Idrett/trening i regi av idrettslag	9	6	2	1	11	8	78	85	82	84	-2
Annen sport eller mosjon	43	48	13	12	19	17	25	24	25	36	-11

Tabell 9: Befolkningen i Nordland sin deltagelse i fritidsaktiviteter etter kjønn, samt den totale andelen som i 2014 *ikke* har deltatt sammenlignet med 2001 (alle tall i prosent). (16-90+ år). Kilde: Levekårsundersøkelsen i Nordland 2014.

Andelen som går på fot eller skitur hver uke er relativt høy, og det er svært få som aldri driver denne aktiviteten i 2014. Idrett/trening i regi idrettslag aktiviserer til sammenligning langt færre pr uke. Det er også flere som driver sport eller mosjon på andre måter.

	Kjønn		Alder				Totalt
	Menn	Kvinner	15-24	25-39	40-66	67-90	
Gjennomsnitt antall timer stillesitting.	4,63	4,42	5,17	3,85	4,35	5,48	4,51

Tabell 10: Hvor mange timer (omtrent) sitter du i ro på fritiden på en vanlig hverdag? Totalt etter kjønn og alder. Tallene viser gjennomsnitt. Kilde: Levekårsundersøkelsen i Nordland 2014.

	Kjønn		Alder				Totalt
	Menn	Kvinner	15-24	25-39	40-66	67-90	
Gjennomsnitt antall timer skjerm	2,07	1,61	3,78	2,09	1,52	1,32	1,82

Tabell 11: Hvor mange timer (omtrent) benytter du daglig foran dataskjerm (pc/nettbrett) på fritiden? Totalt etter kjønn og alder. Tallene viser gjennomsnitt. Kilde: Levekårsundersøkelsen i Nordland 2014.

## Vaksinasjonsdekning

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.

År	2006-2010	2007-2011	2008-2012	2009-2013
Hele landet	92,6	92,8	93,2	93,2
Nordland	90,8	91,6	92,1	91,6
Hamarøy	88,4	90,7	90	90,3

Tabell 12: Vaksinasjonsdekning – MMR-vaksine, 2 år, andel (prosent), 5 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

MMR vaksinen gjelder for meslinger, kuma og røde hunder. For flere av vaksinene i vaksineprogrammet har Hamarøy for lite tallgrunnlag til at det kan beregnes tall for perioden.

## 6. HELSETILSTAND

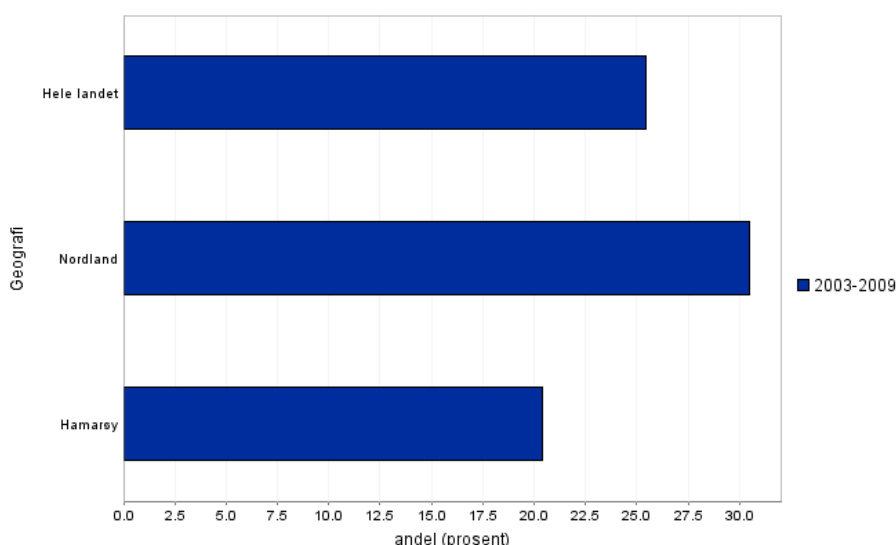
Indikatorer som levealder, selvopplevd helse, typer av sykdomsforekomst i befolkningen forteller noe om helsetilstanden og levevanene i befolkningen. Det er betydelige forskjeller i levealder og helse mellom ulike sosiale grupper og lag i befolkningen.

År	Kjønn	1997-2011	1998-2012	1999-2013
Hele landet	menn	77,3	77,6	77,9
	kvinner	82,3	82,4	82,6
Nordland	menn	77,1	77,3	77,6
	kvinner	82,3	82,4	82,5
Hamarøy	menn	78,3	78,2	78,1
	kvinner	81,6	81,5	81,4

Tabell 13: Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

### 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. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning.

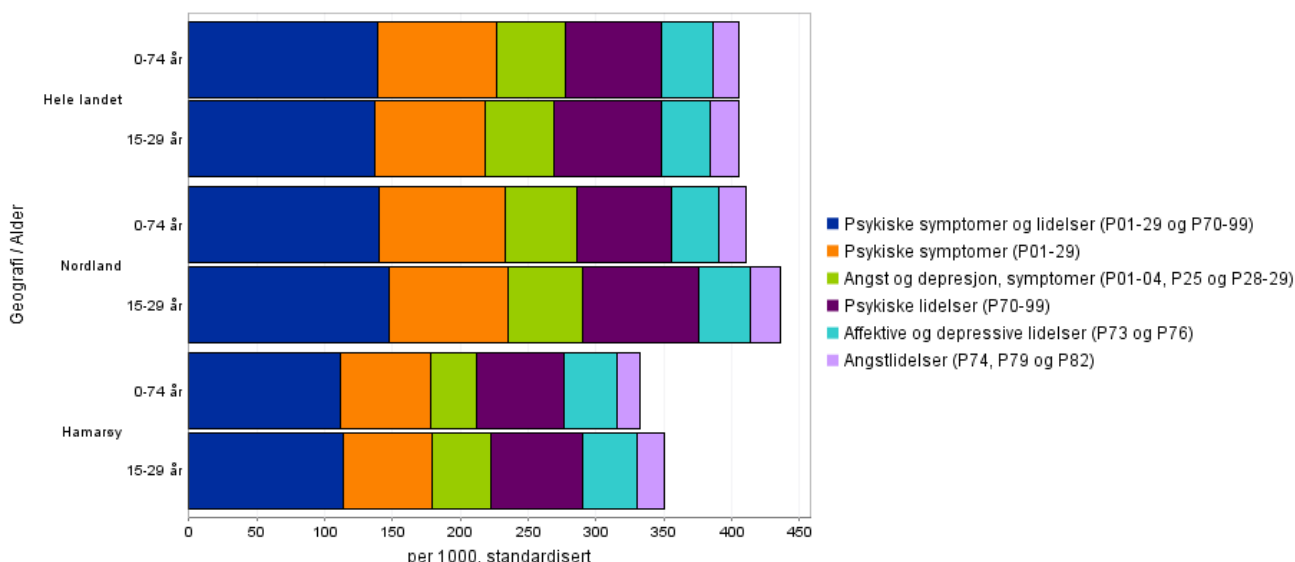


Figur 18: Overvekt og fedme, menn ved sesjon – overvekt inkl. fedme (KMI over 25), andel (prosent). 7 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

Hamarøy har en lavere andel av overvekt, målt ved menn ved sesjon, i forhold til landet, men det er likevel en betydelig andel.

### Sykdomsgrupper

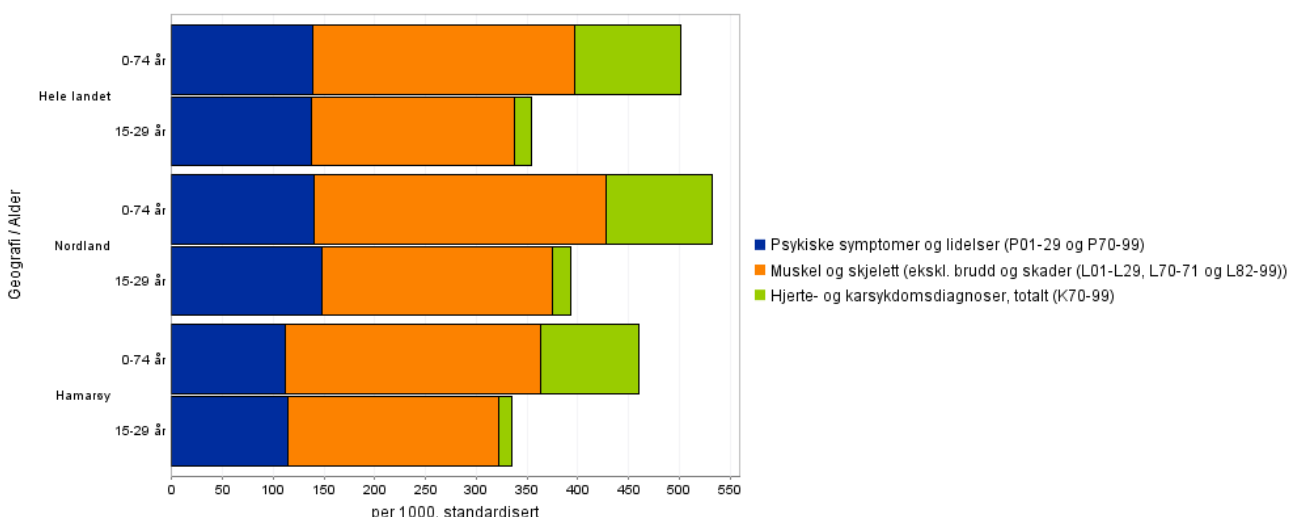
Bruk av primærhelsetjenesten kan gi informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner i befolkningen.



Figur 19: Primærhelsetjenesten, psykisk helse, 0-74 år, brukere – kjønn samlet, per 1000, standardisert, 2011-2013, 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet, KommuneHelsa statistikkbank.

Hamarøy har en noe lavere andel av psykisk uhelse. Merk at figuren kun gjelder data fra primærhelsetjenesten og gjelder personer som har vært i kontakt med fastlege eller legevakt. Ifølge tjenesteområde for psykisk helse i Hamarøy er det om lag 15 % av deres klienter som ikke er innom legekantoret, dvs. at disse personene ikke er inkludert i tallene bak disse figurene og dermed er den reelle andelen noe høyere.

Videre kan det tenkes at det er en del «dobbel-diagnoser» med eksempelvis muskel- og skjelett plager hvor det psykiske aspektet ikke blir registrert, eller at pasienten selv ikke ønsker å oppgi psykisk helse som mulig årsak.

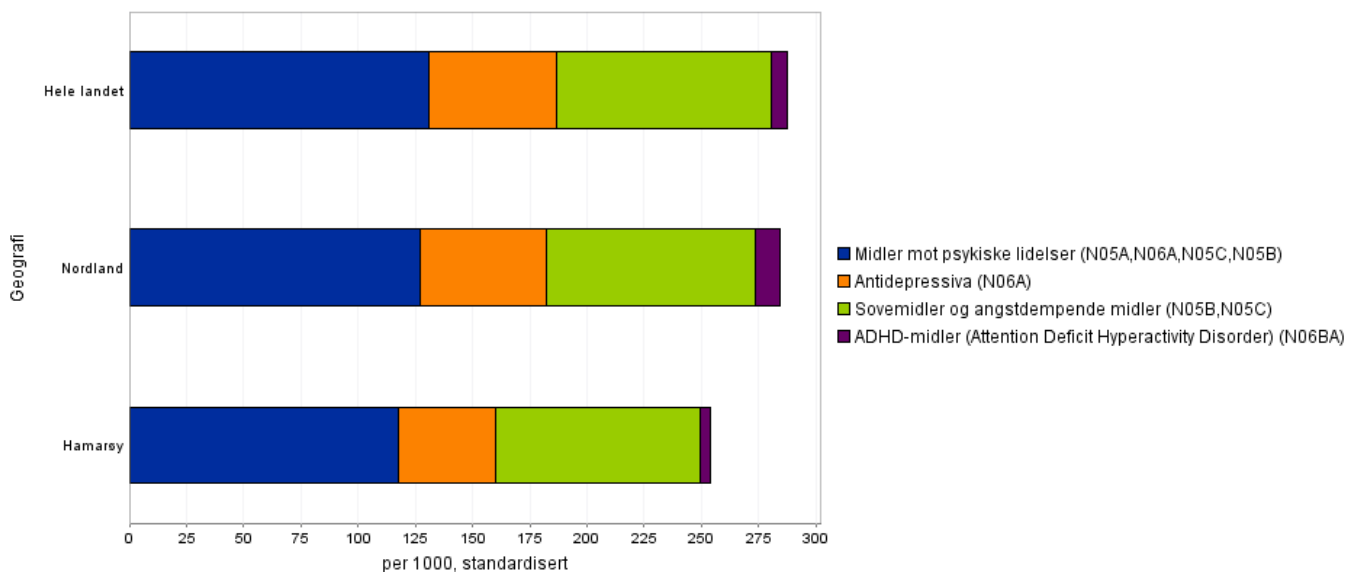


Figur 20: Primærhelsetjenesten, brukere sykdomsgrupper, 0-74 år – kjønn samlet, per 1000, standardisert, 2011-2013, 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet, KommuneHelsa statistikkbank.

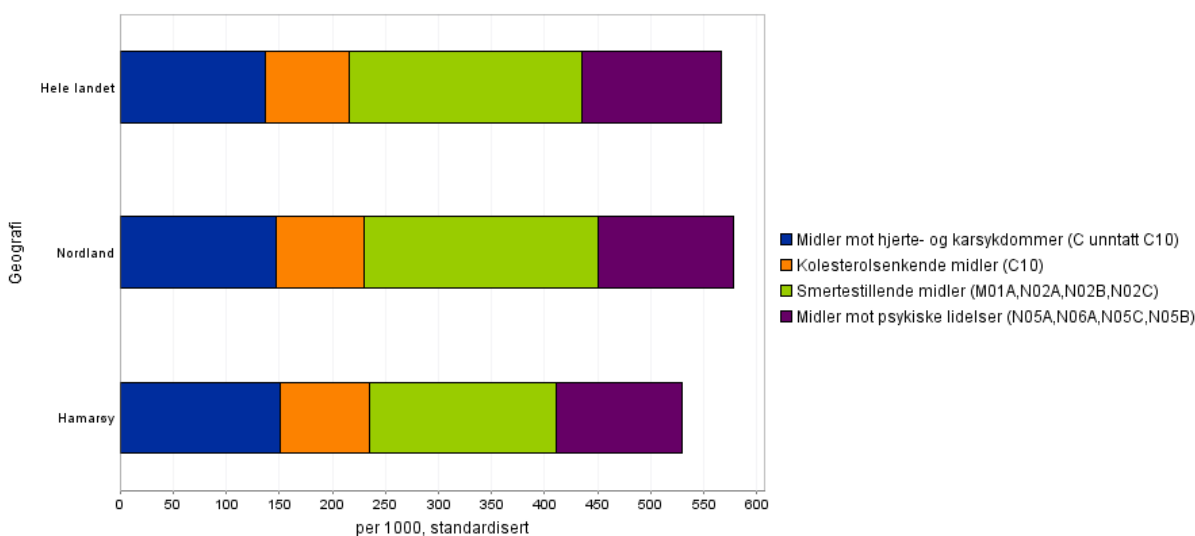
## Bruk av legemidler

Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men kan være vise en tendens til sykdomsforekomst i befolkningen. Bruk av legemidler til behandling 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.

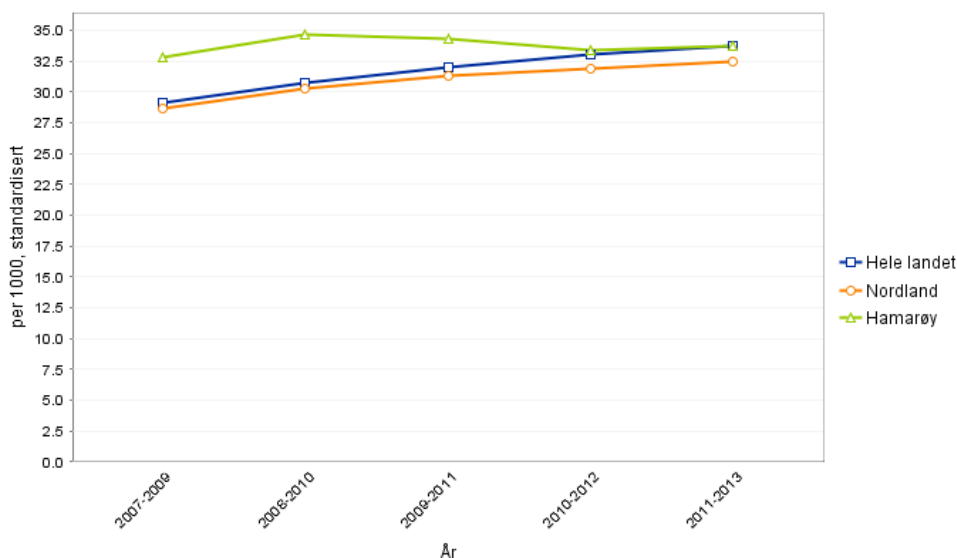
Merk at pasienter bosatt i Hamarøy som har fastlege/lege i annen kommune ikke er inkludert i figurene.



Figur 21: Primærhelsetjenesten, psykisk helse, Legemiddelbrukere – *kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert, 2011-2013, 3 års glidende gjennomsnitt*. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank.



Figur 22: Legemiddelbrukere – *kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert, 2011-2013, 3 års glidende gjennomsnitt*. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank.



Figur 23: Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år) – *kjønn samlet, per 1000, standardisert, 3 års glidende gjennomsnitt*. Kilde: Folkehelseinstituttet, KommuneHelse statistikkbank.

## 7. SAMMENDRAG

Sammendraget er basert på denne rapporten og folkehelseprofilene. Fremhevede utfordringer og ressurser må ikke sees på som en uttømmende liste, men som viktige faktorer å ta med seg i arbeidet med kommunal planlegging.

### **Folkehelseutfordringer i Hamarøy kommune**

Folkehelse rapporten (2014) viser at den norske befolkningens helse er god, men det er store forskjeller i sykkelighet og dødelighet. Jo bedre utdanning og økonomi, jo bedre helse. De med lengst utdanning og best økonomi har best helse. Sykdomsbildet i Norge er preget av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, type 2 diabetes, overvekt/fedme, KOLS og kreft. Økningen i forekomst av ikke-smittsomme sykdommer har sammenheng med at vi lever lengre og med samfunnsmessige endringer som påvirker våre levevaner. Bl.a. er kostholdet sunnere i grupper med lang utdanning eller høy inntekt enn i grupper med dårligere sosioøkonomiske levekår. Bare om lag 30 prosent av den voksne befolkningen oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet, og 30-åringene er minst aktive. Voksne bruker i gjennomsnitt ni timer per dag på stillesitting. Levekårsundersøkelsen i Nordland (2014) viser også at ungdom bruker mye tid foran skjerm og stillesitting på fritiden.

Hamarøy kommune har i all hovedsak samme helseutfordringer som resten av landet, og utfordringer i forhold til endrede levevaner. På bakgrunn av folkehelseprofilene og denne rapporten kan vi i tillegg trekke frem følgende folkehelseutfordringer i Hamarøy kommune:

- Fremskrevet befolknings sammensetning viser at i fremtiden vil kommunen få et økende antall eldre, dette vil bl.a. gi et økende behov for pleie i omsorgstjenesten. Den klart største aldersgruppen i Hamarøy pr. i dag er de mellom 45-65 år.
- Kommunen har en større andel voksne personer som er aleneboende. Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe.
- Kommunen har en relativt høy andel innvandrere i et lite lokalsamfunn, disse er en potensiell utsatt gruppe.

- Etniske minoriteter som den samiske befolkning kan ha noen helsehemmende faktorer som det er viktig å være oppmerksom på; enslige foreldre, fars overbeskyttelse, familiekonflikter, flytting, sterk etnisk identitet, assimilasjon og marginalisering. Det ikke er grunnlag for å si noe om hvorvidt samiske og norske barn har ulikheter i helse.
- Hamarøy har over flere år hatt en høyere andel personer med lavinntekt. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død (Folkehelseinstituttet).
- Selv om Hamarøy har mindre arbeidsledighet enn landet for øvrig har kommunen en større andel uføretrygd og en høy andel sosialhjelpsmottakere. Særlig bekymringsfullt er det at gruppen unge sosialhjelpsmottakere er høy (18-24 år).
- Hamarøy har en høyere andel elever som melder om mobbing i 7-10. klasse. Mobbing er en vesentlig individuell risikofaktor for bl.a. psykiske lidelser.
- Kommunen har en vesentlig høyere andel elever med laveste mestringsnivå i regning. Merk at tendensen er nedadgående fra år 2012.
- UngData (2013) viser at ungdom i Hamarøy scorer høyt på ensomhet, depressivt stemningsleie, mobbing, andel som har drukket seg beruset og ungdom som vet hvor de skal få tak i hasj. (Merk at resultatene fra UngData må sees i sammenheng med resultater fra neste undersøkelse i 2016).
- Kommunen har over flere år hatt en betydelig høyere andel av kvinner som oppgir at de røyker ved første svangerskapskontroll.

### **Folkehelseressurser i Hamarøy kommune**

På bakgrunn av folkehelseprofilene og denne rapporten ser vi følgende folkehelseressurser i Hamarøy kommune:

- Det er stor og variert frivillig aktivitet i kommunen; idrett, friluftsliv, kultur m.m.
- Fokus på mer tilrettelegging av friluftsliv (skilting og merking, grad av tilrettelegging for bl.a. funksjonshemmede, div. informasjonskilder som turkort, foldere, nettsiden mm). Mer tilrettelegging enkelte steder bidrar til å senke terskelen for å gå på tur og ta i bruk friluftsområder for øvrig.
- Befolkningen i Hamarøy har tilgang på store idrettsanlegg som flerbrukshall og fotballbaner, tilgang på flere utendørs nærmiljøanlegg og tilgang på kommunalt treningscenter.
- Kommunen har Frisklivsentral i aktiv og fast drift. Frisklivsentralen gir viktige tilbud til både risikogrupper og til befolkningen som helhet.
- Fast struktur på tverrfaglig basisteam for barn og unge ivaretar saker som angår barn og unge.
- Data frem til 2012 viser en betydelig nedgang i frafall i videregående skole, dette er en positiv tendens, og fokuset på dette må fortsatt opprettholdes.
- Sykefraværet er relativt lavt i kommunen, og det har vært jobbet spesifikt mot dette over flere år i forbindelse med IA-avtalen. Likevel er det grunn til å opprettholde fokus mot dette da vi ser at sykefraværet har vært ujevnt over kvartalene fra 2010-2014.
- Drikkevannskvaliteten i kommunen er tilfredsstillende jfr. data fra 2013.
- Det er fokus på fysisk aktivitet og kosthold i både grunnskolen og i barnehagene. Det er positivt at alle skolene og barnehagene i kommunen skal følge kriterier for helsefremmende skoler og barnehager.



