



OVERSIKT OVER HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER I HERØY KOMMUNE

Herøy kommune - Et hav av muligheter

OVERSIKT OVER HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER I HERØY KOMMUNE

Herøy kommune - Et hav av muligheter

Innholdsfortegnelse

Innledning	4
Forankring	4
Kilder og valg av tema.....	5
Sosioøkonomiske helseforskjeller	6
Oppdatering	7
Folkehelseprofil for Herøy 2015	8
Folkehelseprofil for Herøy 2016	9
Befolknings sammensetning	10
Folketall	10
Befolkningsendringer	12
En flerkulturell kommune.....	12
Status befolknings sammensetning.....	14
Konsekvenser og årsaksforhold.....	14
Oppvekst- og levekårsforhold	16
Levekår	16
Boligsituasjon	17
Arbeid og deltagelse	18
Utdanning	24
Oppvekst.....	27
Status oppvekst og levekår	30
Konsekvenser og årsaksforhold.....	31
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	32
Fysisk miljø og tilrettelegging.....	32
Biologisk og Kjemisk miljø.....	35
Sosialt miljø.....	36
Status fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....	41
Konsekvenser og årsaksforhold.....	41

Skader og ulykker	43
Personskader	43
Selvmord.....	43
Trafikkulykker	43
Andre ulykker	44
Status skader og ulykker	45
Konsekvenser og årsaksforhold.....	45
Helserelatert atferd	46
Fysisk aktivitet.....	46
Tobakk og rusbruk.....	50
Alkoholkonsum og annen rusmiddelbruk.....	50
Ungdom og seksualatferd	53
Kosthold.....	54
Frisklivssentral.....	56
Status helseatferd	56
Konsekvenser og årsaksforhold.....	57
Helsetilstand	58
Forventet levealder	58
Psykisk helse.....	58
Hjerte- og kar sykdommer	59
Kreft.....	60
Muskel- og skjelettplager	62
Overvekt og fedme	63
Tannhelse.....	64
Selvopplevd helse	66
Status helsetilstand	67
Konsekvenser og årsaksforhold.....	67
Referanseliste	69

Innledning

Folkehelse defineres som befolkningens helse og hvordan den fordeler seg i en befolkning. Helsen i befolkningen varierer mye mellom ulike befolkningsgrupper; etter inntekt, utdanning, yrkesstatus, kjønn og etnisk og kulturell bakgrunn. Særlig gjelder dette for de såkalte sosioøkonomiske ulikhetene i helse – helseforskjeller som følger inntekts-, utdannings- og yrkesgrupper i befolkningen. Gjennomsnittstall for helse er derfor ikke alltid egnet som grunnlag for tiltaksutforming.

Folkehelsearbeidet er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel og forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler. Folkehelsearbeid omfatter også samfunnets arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Forankring

Bakgrunnen for utarbeidelsen av dette oversiktsdokumentet er folkehelseloven som trådte i kraft 01.01.12. Loven har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller. Etter § 5 i folkehelseloven er det en sentral oppgave for kommunene å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse i kommunen. Oversikten skal være skriftlig og inneholde en vurdering av konsekvenser og årsaksforhold for de identifiserte påvirkningsfaktorene. Lokale folkehelseutfordringer som identifiseres skal danne grunnlaget for kommunens langsiktige mål og strategier for folkehelsearbeidet. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Kommunens kjennskap til helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal tjene to hovedformål:

1. Oversikten skal være grunnlag for beslutninger i folkehelsearbeidet som utøves «fra dag til dag»; som i forbindelse med utforming av tiltak og tilsyn etter miljørettet helsevern eller revisjon av planer utenom det fireårige planløpet etter plan- og bygningsloven. Beslutninger kan også dreie seg om å gå grundigere inn i et område som peker seg ut som særlig utfordrende eller positivt.
2. Oversikten skal utgjøre grunnlaget for beslutninger i forbindelse med langsiktig planlegging av folkehelsearbeidet, knyttet opp mot prosessene i plan- og bygningsloven.

På denne måten får folkehelsearbeidet en tydeligere politisk forankring og langsiktighet, og det legges til rette for samordning av de ulike kommunesektorenes innsats for folkehelsen. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de identifiserte utfordringene kommunen står overfor, med utgangspunkt i dette oversiktsdokumentet. Ifølge plan- og bygningsloven § 3-1 f) skal kommunens planlegging blant annet fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Etter plan- og bygningsloven § 10-1 skal kommunen utarbeide kommunal planstrategi minst en gang i hver valgperiode og vedta den senest innen ett år etter at kommunestyret blir konstituert. Dette oversiktsdokumentet danner et faglig grunnlag for politiske beslutninger og prioriteringer og skal ifølge folkehelseloven § 6 inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.



God forvaltning av befolkningens helse er en forutsetning for en bærekraftig utvikling. Dagens folkehelsearbeid er i endring fra et levevaneperspektiv til et levekårsperspektiv. Oppmerksomheten rettes mer mot bakenforliggende faktorer som påvirker levevaner og helse. Gjennom folkehelsearbeidet har kommunen en unik mulighet til å påvirke befolknings helse i en mer rettferdig og positiv retning. Utarbeidelsen av dette dokumentet legger derfor til rette for et lokalt, kunnskapsbasert og systematisk folkehelsearbeid.

Kilder og valg av tema

Folkehelseloven § 5 angir noen kilder til kunnskap som skal benyttes i utarbeidelsen av oversiktsdokumentet:

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

Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte 28. juni 2012 Forskrift om oversikt over folkehelsen (med hjemmel i Folkehelseloven).

Krav til oversiktens innhold er følgende tema:

- a) Befolkningssammensetning
- b) Oppvekst- og levekårsforhold
- c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) Skader og ulykker
- e) Helserelatert atferd
- f) Helsetilstand

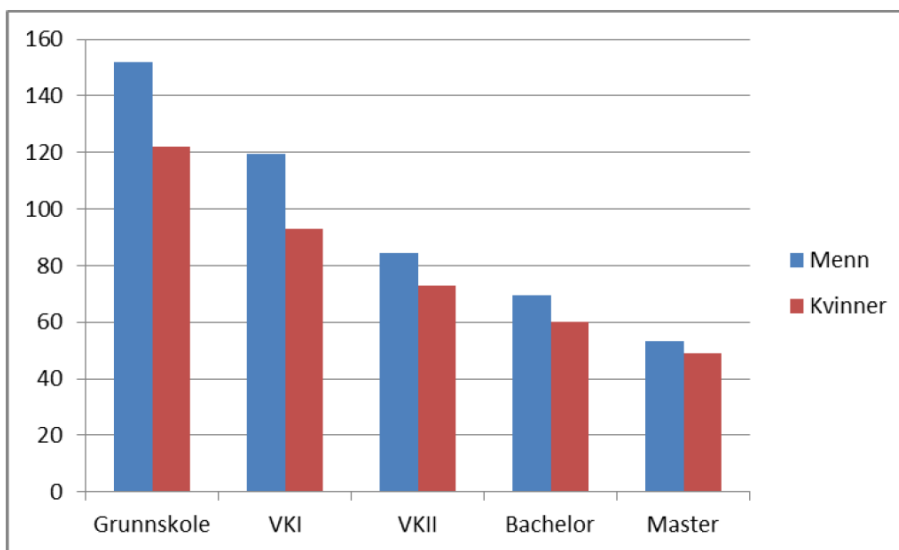
Oversiktsdokumentet er utarbeidet etter statens veileder til oversiktsarbeidet God oversikt – en forutsetning for god folkehelse IS-2010 utgitt oktober 2013. I tillegg er Østfoldhelsas mal for Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer benyttet som inspirasjon. Folkehelsekoordinatorerne i HALD (Herøy, Alstahaug, Leirfjord og Dønna) har jobbet tett sammen i arbeidet med oversiktsdokument for den enkelte kommune. Oversiktsdokumentene har dermed samme oppbygging og deler av innholdet er utarbeidet i fellesskap. Dette gjør det enklere å kunne sammenligne kommunene.

Fakta grunnlaget i denne oversikten består av både kvantitative og kvalitative data. Kvantitative data er i stor grad hentet fra Statistisk sentralbyrå, KommuneHelse statistikkbank, Levekårsundersøkelsen i Nordland 2014 og Ungdata i Herøy kommune 2014. Der det mangler data på lokalt nivå er informasjon fra regionale og nasjonale undersøkelser benyttet for å få et innblikk i utfordringsbildet. Kvalitativ data er i hovedsak innhentet fra kommunale tjenester og i noen tilfeller andre lokale aktører som politiet. Primært vil den kvalitative informasjonen omfatte faglige, skjønsmessige vurderinger fra tjenestene om forhold i kommunen som har innvirkning på de utfordringene som tjenestene møter i sin aktivitet.

På slutten av alle de 6 temaområdene i denne oversikten er det en kort beskrivelse av status, konsekvenser og årsaksforhold på kommunenivå. I vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser skal kommunene være spesielt oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, eller sosiale helseforskjeller.

Sosioøkonomiske helseforskjeller

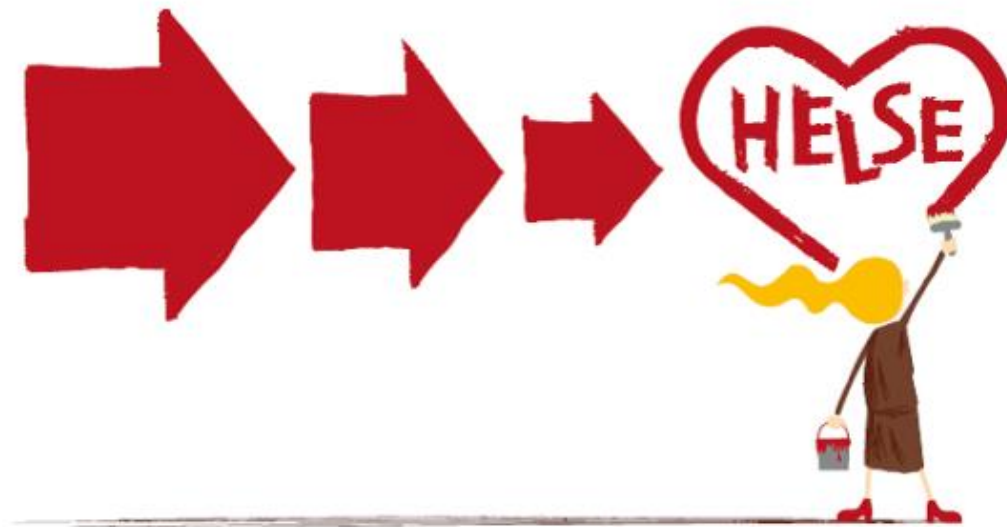
Når man studerer grupper i samfunnet, finner man systematiske forskjeller i helse. Jo høyere utdanning og inntekt en gruppe har, jo høyere andel av gruppens «medlemmer» vil ha god helse (Huisman, 2005; Helsedirektoratet, 2005). Dette kalles sosiale helseforskjeller eller sosial ulikhet i helse. Å bevege seg oppover på samfunnets rangstige betyr at man også beveger seg oppover når det gjelder helse. Helsen øker for hvert trinn.



Kilde: Helsedirektoratet. Samfunnsutvikling for god folkehelse, 2014. Tapte leveår i 2010, etter utdanning. Aldersjusterte rater per 1000 levende ved inngangen av året.

De sosiale helseforskjellene gjelder for nesten alle sykdommer, skader og plager, og i alle aldersgrupper. (Folkehelseinstituttet) Hva som dypest sett forårsaker disse gjennomgripende mønstrene, er gjenstand for diskusjon blant forskere. Det dreier seg ikke nødvendigvis om enkle årsaksforbindelser. De sosioøkonomiske variablene er uttrykk for en tilgang til en rekke ressurser – materielle som psykososiale – som igjen gir bedre helse. Forskning har avdekket en lang rekke slike ressurser som har direkte eller indirekte helsemessig betydning. Noen faktorer – som økonomi og arbeid – har mange og innfløkte påvirkningsveier til helse. Andre faktorer – som tobakk og miljøfaktorer – er enklere og mer direkte i sin helsepåvirkning.

Men går ikke påvirkningen begge veier – og har ikke helsen vel så stor betydning for individenes ressurser som omvendt? Det korte svaret på dette spørsmålet er faktisk nei. I all hovedsak er det påvirkningsfaktorene som kommer først, helsen etterpå og som en følge av påvirkningen. De fleste av oss er født med rimelige sjanser for god helse og lange liv. Det som over tid skiller oss helsemessig, er de ytre påvirkningsfaktorene vi eksponeres for over livsløpet. Riktignok er det slik at dårligere helse kan medføre tap av sosioøkonomisk status – lavere inntekt, ufullført utdanning osv. Dette kan medføre en negativ spiral som forsterker status-helse-sammenhengene. Men utgangspunktet var ikke at helsen sviktet (Helsedirektoratet).



Oppdatering

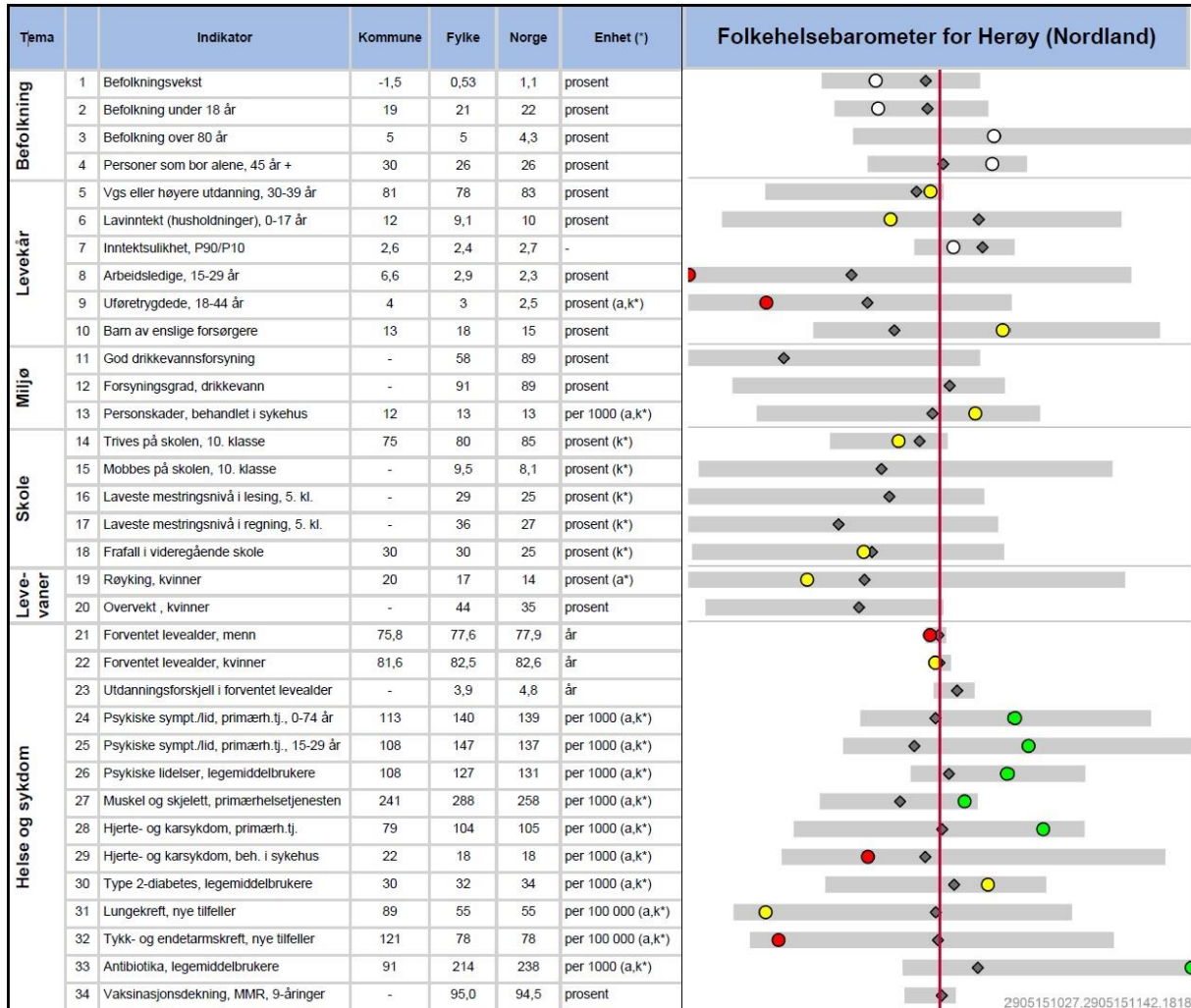
I henhold til §§ 4 og 5 i folkehelseforskriften skal kommunen ha en løpende oversikt over folkehelsen og utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år. Oversikten skal være revidert før kommunestyret starter arbeidet med ny planstrategi etter kommunestyrevalget. I tillegg gjennomføres mindre oppdateringer fortløpende. Ansvarlig for oppdatering: Folkehelsekoordinator i samarbeid med alle sektorer i kommunen.

Herøy 27.04.2016

Karina Kilvær
Folkehelsekoordinator/ Helsesøster

Folkehelseprofil for Herøy 2015

- Grønn verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet
- Rød verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger dårligere an enn landet som helhet
- Gul verdi forteller at vi ikke med sikkerhet kan si om kommunen ligger dårligere eller bedre an enn landet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- | Verdien for landet som helhet
- Variasjonen mellom kommunene i fylket



Kilde: Folkehelseinstituttet. Hentet 06.05.2015. Folkehelseprofilene utarbeides årlig av folkehelseinstituttet. Mere informasjon om profilen, tidligere utgaver og andre kommuners folkehelseprofiler finnes på www.fhi.no

Folkehelseprofil for Herøy 2016

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landnivået
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- | Verdien for landet som helhet
- ▬ Variasjonen mellom kommunene i fylket
- De ti beste kommunene i landet



Kilde: Folkehelseinstituttet. Hentet 06.03.2016. Folkehelseprofilene utarbeides årlig av folkehelseinstituttet. Mere informasjon om profilen, tidligere utgaver og andre kommuners folkehelseprofiler finnes på www.fhi.no

Befolknings sammensetning

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

Folketall

Herøy kommune har de siste årene hatt stigning i folketallet. Per 1.januar 2014 hadde kommunen 1733 innbyggere, en nedgang på 26 fra året før. Per 1. januar 2015 var innbyggertallet 1737. Antall levendefødte har de siste årene variert fra 5 til 21 med lavest fødselstall i 2009.

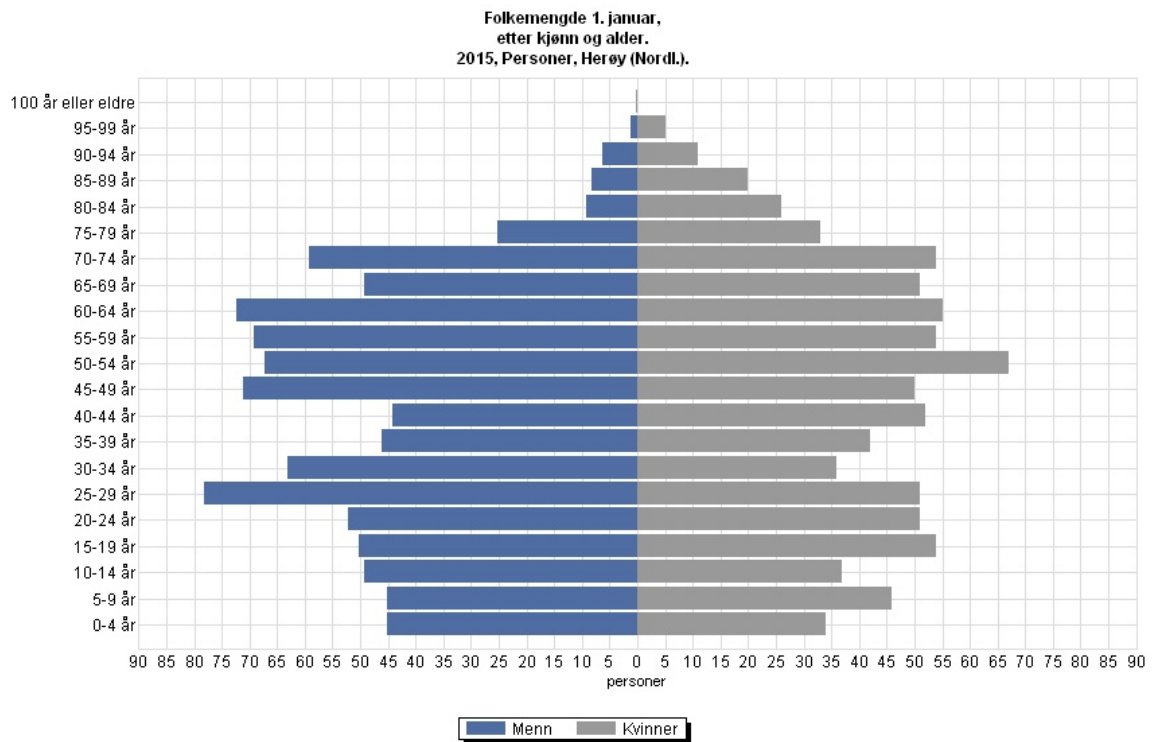
Befolkningspyramiden viser en fordeling av innbyggere på kjønn og alder. I 2014 var det 92 kvinner per 100 menn i Herøy. (Kommunehelsa statistikkbank.)

Folkemengde og befolkningsendringer i Herøy

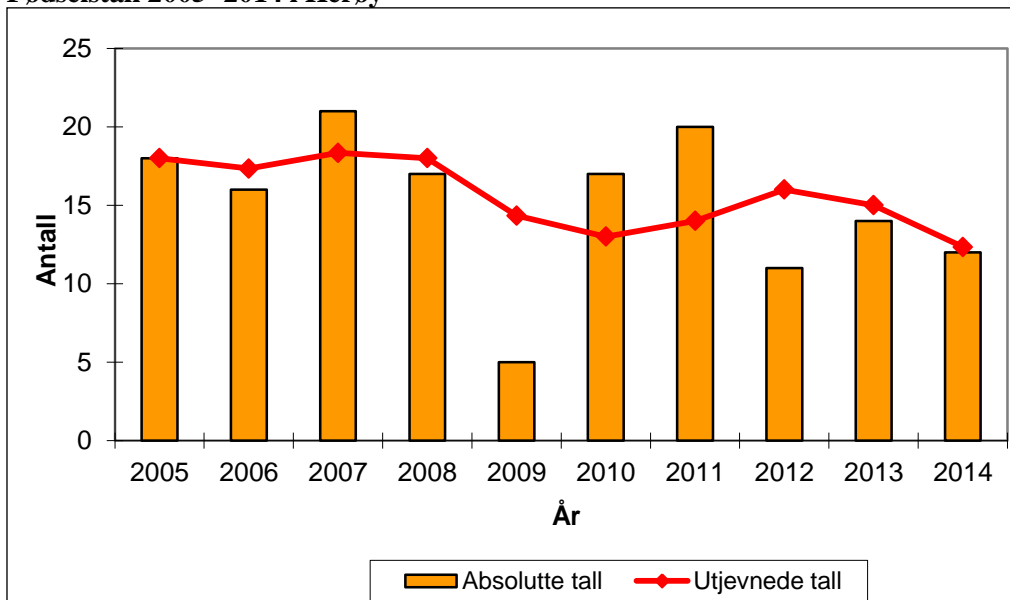
Herøy	2010	2011	2012	2013	2014
Folketalet 1. januar	1618	1649	1711	1759	1733
Fødde	17	20	11	14	12
Døde	28	27	19	20	21
Fødseloverskot	-11	-7	-8	-6	-9
Innvandring	41	68	61	31	28
Utvandring	6	5	5	7	8
Innflytting, innlandsk	85	60	68	42	69
Utflytting, innlandsk	78	55	68	86	77
Nettoinnflytting inkl. inn- og utvandring	42	68	56	-20	12
Folkevekst	31	62	48	-26	4
Folketalet ved utgangen av kvartalet	1649	1711	1759	1733	1737

Kilde: SSB. Folkemengde og befolkningsendringer. (hentet 01.07.2015)

Befolkningspyramide



Fødselstall 2005 -2014 i Herøy



Befolkningsendringer

Befolkningsframskrivningen er beregnet ut i fra Middels nasjonal vekst (alternativ MMMM). Dette er kun en beregning og tallene kan påvirkes for eksempel av uventet tilflytting eller fraflytting. Som vi ser i tabellen under vil Herøy få en jevn befolkningsvekst frem mot 2040. Veksten vil hovedsakelig skje i aldersgruppen over 80 år. Aldersgruppen 80 + vil nesten dobles fra 2020 til 2040. I gruppen 0-64 år forventes en jevn befolkningsøkning, mens det i aldersgruppen 65 – 79 år forventes svak økning.

Fremskrevet befolkning i Herøy

	2020	2025	2030	2040
Alle aldre	1843	1932	2016	2134
0-14 år	304	331	352	354
15-24 år	197	196	216	241
25-44 år	460	497	504	488
45-64 år	472	467	467	543
65-74 år	214	226	230	222
75-79 år	101	84	101	107
80 år+	95	131	146	179

Kilde: Kommunehelse statistikkbank. Fremskrevet befolkning etter alder. (hentet 1.7.2015)

En flerkulturell kommune

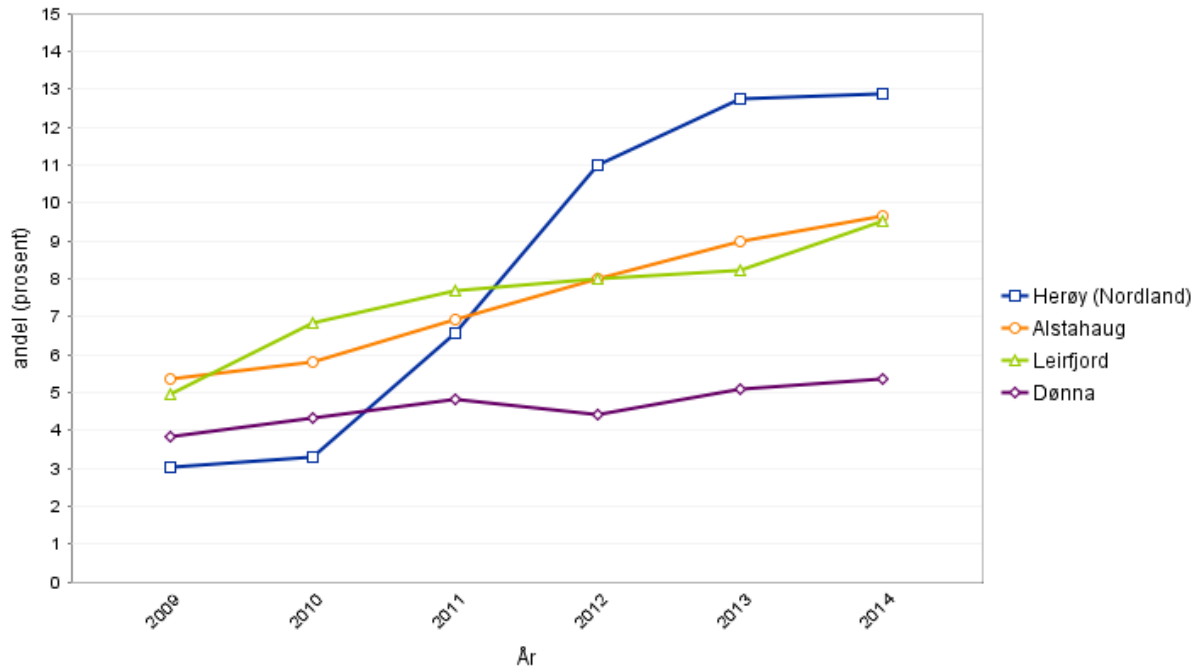
Fakta: Innvandrere er personer som er født i utlandet av to utenlands fødte foreldre og fire utenlands fødte besteforeldre. Innvandrere har på et tidspunkt innvandret til Norge.

Norskfødte med innvandrerforeldre er personer som er født i Norge av to foreldre som er født i utlandet, og som i tillegg har fire besteforeldre som er født i utlandet.

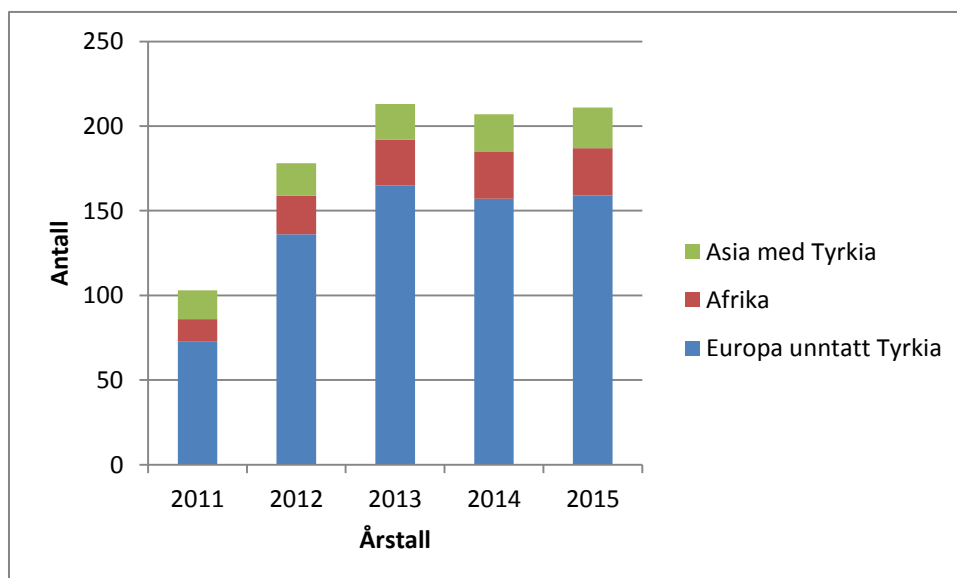
En flyktning er en person som har flyktet fra sitt hjemland og med rette frykter for forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilhørighet til en bestemt sosial gruppe. Personen som flykter må ha krysset en internasjonal landegrense for å få beskyttelse under [FNs flyktningkonvensjon](#).

En asylsøker er en person som på egenhånd og uanmeldt kommer til Norge og ber om beskyttelse og anerkjennelse som flyktning. Personen kalles asylsøker inntil søknaden er avgjort. I følge Utlendingsloven, som bygger på FN's Flyktningkonvensjon, har asylsøkere som med rette frykter individuell forfølgelse i hjemlandet på grunn av rase, religion, nasjonalitet, tilhørighet til en sosial gruppe eller politisk overbevisning krav på asyl (flyktningstatus).

Andel innvandrere i HALD-kommunene



Kilde: KommuneHelse statistikkbank. (hentet 25.06.2015) Andel personer med to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar hvert år, i prosent av befolkningen. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge er ikke med.



Kilde: SSB. Innvandrere, etter landbakgrunn/ verdensdel. (Hentet 1.7.2015).

Andelen innvandrere har økt i alle HALD-kommunene de siste 5 årene (se linjediagram). Andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre har vært stigende og var 12,9 % i 2014. For Nordland som helhet er andelen 8 %.

Fra 2009 -2014 ble det bosatt 20 flyktninger i Herøy. Fra 2012- 2014 har 12 personer kommet gjennom familiegjenforening. Erfaring viser at noen flyktninger velger å flytte til andre kommuner for utdanning og arbeid når introduksjonsprogrammet er over. 11 flyktninger har flyttet ut av kommunen. Per 1. oktober 2015 er det 21 flyktninger i Herøy. 5 av dem er under 18 år.

For å imøtekomme Stortingets anmodning om å bosette syriske flyktninger vedtok Herøy kommune å ta imot 20 flyktninger i 2015 og 20 i 2016. Fra 2017 og videre har kommunen vedtatt å ta imot 10-15 flyktninger pr. år. Det er vedtatt å ikke bosettes enslige, mindreårige flyktninger. De første Syriske flyktningene ankom november 2015 (Kilde: NAV Herøy).

Det er ansatt flyktningkonsulent i 100 % stilling, miljøarbeider i 100 % stilling og lærer i voksenopplæringen. Disse utgjør flyktning tjenesten i kommunen.

Det er inngått avtale med Herbo AS om en rask utbygging av flyktningeboliger med ca. 10 enheter pr. år i 3 år framover. I første omgang prioriteres boliger for enslige flyktninger. De fleste flyktningene er unge menn fra Syria. Det forventes at flere vil søke om familiegjenforening.

Kommunen har siden 2010 hatt en høy andel arbeidsinnvandring. De fleste fra øst Europa. Disse har ikke krav om eller rett til norskopplæring. Noen kommer alene og jobber her en periode, mens andre har med familie og bosetter seg i Herøy.

Ved utgangen av 2015 ble det kjent at private aktører stiller lokaler til disposisjon for akuttinntak for enslige mindreårige flyktninger (mellom 15 – 18 år). Mottaket er godkjent for inntil 40 akutt plasser.

Status befolkningssammensetning

Befolkningsveksten i Herøy kommune har vært økende de siste årene og vil trolig fortsette å øke. Befolkningsprognoser viser for perioden 2014 – 2040 en økning på ca. 23 % for hele befolkningen. For aldersgruppen 80+ viser prognoser en økning på hele 105,7 % fra 87 i 2014 til 179 stykker i 2040.

I 2014 ble det født 12 barn i Herøy. Gjennomsnittet for 10-årsperioden er 15,1 barn. Dette er det tredje laveste fødselstallet i hele 10-årsperioden. Det har vært stor variasjon i fødselstallene i løpet av de siste seks år. I 2015 ble det født 18 barn i Herøy. Ved utgangen av 2014 hadde vi en nettoinnflytting på 8.

Konsekvenser og årsaksforhold

Befolkningen i Herøy vil trolig øke, og fordelingen på de ulike aldersgruppene vil endre seg. Det blir færre voksne og flere eldre. Dette har betydning for antallet voksne i arbeidsdyktig alder, i forhold til eldre som etter hvert vil ha behov for flere velferdstjenester. Selv om flere eldre enn tidligere rapporterer god funksjonsevne og i større grad enn tidligere klarer hverdagens utfordringer, er det også mange som lever lenge med kroniske sykdommer.

Risikoen for en rekke slike sykdommer øker med alderen. Aldersdemens forekommer sjelden før 70-årsalderen og vanligvis ikke før 80 år, mens nesten annenhver person over 90 år har aldersdemens.

I kommuner med få innbyggere kan små endringer og tilfeldigheter gi store statistiske svingninger. Det gjør det vanskeligere å vurdere utviklingen på kort sikt.

Herøy er en liten kommune med de fordeler og ulemper det medfører. Det er oversiktlige forhold og mulighet for et tett samarbeid mellom kommunens etater og ansatte. Samarbeidet kan i noen tilfeller være personavhengig, og i mindre grad forankret i ledelse og prosedyrer. Kommunen samarbeider godt med nabokommunene i en rekke interkommunale foretak. I folkeavstemming høsten 2015 sa et stort flertall av Herøyfjordingene nei til kommunesammenslåing. Det kan derfor være grunn til å anta at en stor andel av befolkningen er fornøyd med kommunens tjenestetilbud og organisering slik den fremstår i dag.

Innvandringen til Herøy har ulike årsaker. Noen kommer som flyktninger, noe er arbeidsinnvandring og noen kommer på grunn av familiegjengenforening eller familieetablering. Utgangspunktet for integrering kan være veldig ulikt både mellom og innad i gruppene. En felles utfordring for de fleste er å lære seg norsk. Dette er en av de viktigste nøklene for arbeid og deltakelse i det norske samfunnet. For en liten kommune er innvandring og tilflytting en viktig faktor for å opprettholde bosettingen. Vi rekrutterer også innvandrere til mange ulike stillinger. Det er allikevel grunn til å tro at det er begrenset kontakt mellom den «norske» Herøyfjordingen og innvandrerne. De som kommer flyttende trekkes også til sine egne landsmenn, eller personer med samsvarende kultur og religion. Et anstendig botilbud er viktig, men flyktingene har også behov for et samordnet tilbud med utdanning/norskopplæring, aktivitetstilbud og praktisk oppfølging i hverdagen.

Flyktninger har mer psykiske plager enn det som er funnet hos andre innvandrere og hos etnisk norske (Bronstein, 2011; Fazel, 2012; Fazel, 2005; Seglem, 2014). Atskillelse fra og tap av familiemedlemmer, samt fangenskap, tortur og andre krigsrelaterte opplevelser er særlig forbundet med økt risiko for depresjon og post-traumatiske stressplager (PTSD). Belastninger knyttet til asylsøknadsprosessen og til bosetting og tilpasning i tiden etterpå er også viktige for å forstå stabilitet og forandringer i psykiske plager blant voksne og barn med flyktningebakgrunn.

En relativt stor andel personer i enkelte innvandrergrupper har ingen eller liten utdanning. Innvandrere er overrepresentert i lavinntektsgrupper og har statistisk sett lavere sysselsetting enn befolkningen forøvrig. (Kilde: Folkehelseinstituttet).

Oppvekst- og levekårsforhold

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Med oppvekst- og levekårsforhold menes for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold, og utdanningsforhold. Økonomiske forhold kan omfatte andel med lavinntekt og inntektsforskjeller. Arbeid omfatter bl.a. tilknytning til arbeidslivet, sykefravær og uføretrygd. Utdanningsforhold omfatter f.eks. andel med høyere utdanning og frafall fra videregående skole. Lavekår defineres i et samspill mellom individuelle faktorer og ressurser og de muligheter en har til å realisere disse på arenaer som skole, arbeid osv.

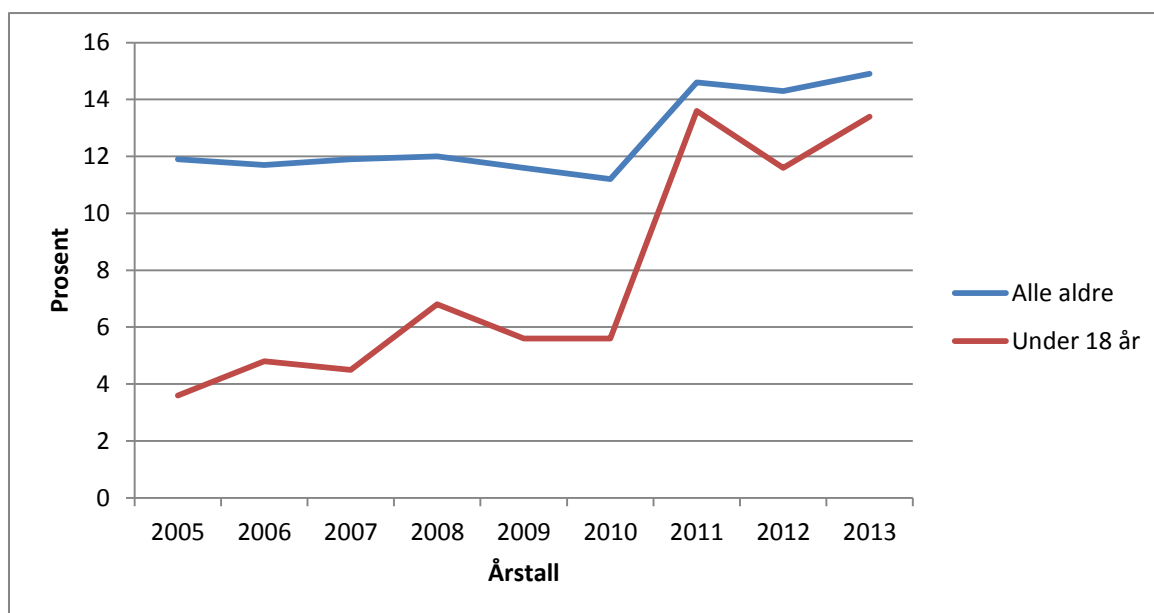
Levekår

Lavinntekt

I Herøy er det mange med lavinntekt. I 2013 lever i overkant 13 % av barna i Herøy i husholdninger med lavinntekt. I hele Norge er tallet 11 %, for Nordland 10,5 %.

Inntektsulikheten i Herøy målt ved P90/P10 er 2,6. Vi ser i folkehelseprofilen for 2015 at Herøy har litt høyere inntektsulikhet enn Nordland (2,4), men lavere enn Norge (2,7).

Personer i husholdninger Herøy kommune med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt



Kilde: SSB (hentet 01.07.15) Personer i privathusholdninger med årlig inntekt etter skatt per forbruksenhet, under ulike avstander til medianinntekten. EU- 60 standard.

NAV gir støtte til fritidsaktiviteter og utstyr for å unngå at barn i utsatte familier blir utestengt fra å delta på lik linje med andre. Dette avhenger av at foreldrene søker hjelp.

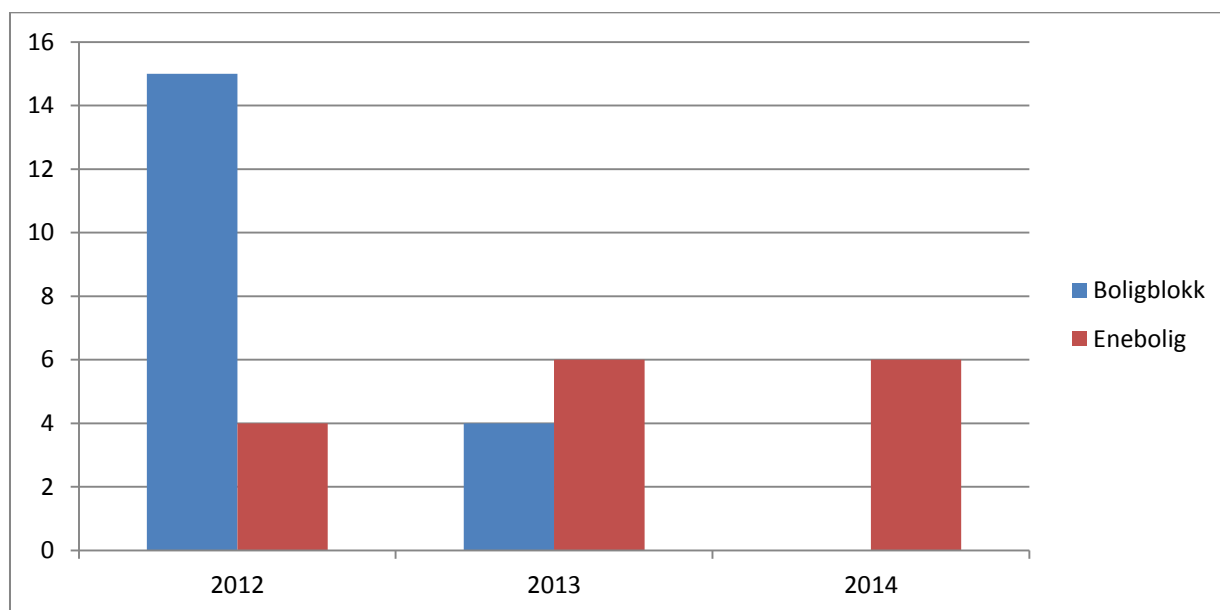
Fakta: EU-skala er en ekvivalensskala som benyttes for å kunne sammenligne husholdninger av forskjellig størrelse og sammensetning. Ulike ekvivalensskalaer vektlegger stordriftsfordeler ulikt. EU-skalaen er mye brukt, og i følge den skalaen må en husholdning på to voksne ha 1,5 ganger inntekten til en enslig for å 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 $(1 + 0,5 + 0,3 + 0,3)$ ganger så stor som en enslig for å ha det like bra økonomisk i følge EU skalaen.

Boligsituasjon

	2010	2011	2012	2013	2014
Enebolig	713	697	741	735	741
Tomannsbolig	25	25	26	24	24
Rekkehus, kjedehus og andre småhus	52	52	51	52	52
Boligblokk	20	20	46	49	49
Bygning for bofellesskap	6	6	7	7	7
Andre bygningstyper	8	9	7	9	9
Totalt	824	809	878	876	882

Figur 1 - Boliger etter bygningstype (Kilde: SSB)

Det har de siste årene vært gjennomført et oppryddingsarbeid i Matrikkelen. Dette, sammen med økt boligbygging, har ført til at det totale antallet boliger i kommunen har økt de siste årene (Herøy kommune årsmelding 2015).



Figur 2 – Antall nybygde boliger etter 2011. (Kilde: SSB)

Herøy kommune har de siste årene lagt til rette for en strategisk utbygging av boliger, gjennom tilskuddordninger og etablering av et kommunalt boligselskap. Dette har ført til at

det i løpet av perioden 2011 – 2014 er bygget 16 eneboliger og 19 leiligheter i kommunen (Herøy kommune årsmelding 2015).

Arbeid og deltagelse

Pendling

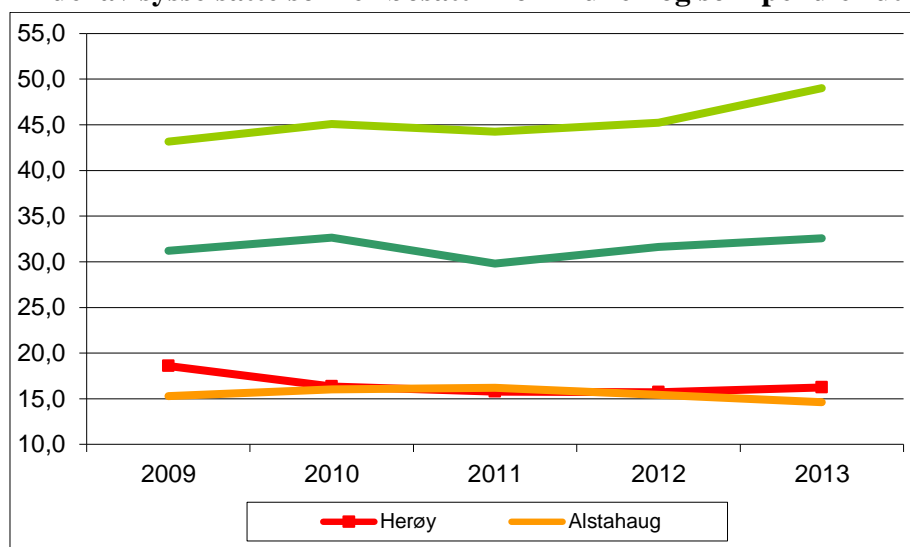
Antallet personer som arbeider i Herøy og pendler inn, svinger mellom å være i oppgang eller nedgang i perioden fra 2009 - 2013. Dette har i stor grad med konjunktursvingninger å gjøre, og tilgangen på arbeid ved slakteriet til Marine Harvest på Hestøya. Utpendlingen fra Herøy har vært stabil de siste fire årene, og ligger på rundt 16 % av de sysselsatte som er bosatt i kommunen.

Kommunikasjonsmønster og muligheter er viktige for å knytte HALD-regionen til ett felles bolig- og arbeidsmarked. Andelen pendlere i Herøy er lavt (16 %), og er på samme nivå som Alstahaug kommune (15 %). I Dønna kommune (33 %) er andelen pendlere dobbelt så stor som i Herøy, og i Leirfjord er andelen pendlere på hele 49 %. Dette gir et tydelig signal om at kommunikasjonsmulighetene i denne perioden har vært svakere for Herøy enn resten av HALD-regionen. I tillegg har Herøy et relativt godt tilbud om arbeidsplasser (Herøy kommune, Utvidet årsmelding 2014).

År	Antall sysselsatte etter bosted, arbeidssted og pendlere inn/ut av kommunene				
	Sysselsatte med bosted i kommunen	Pendlere ut av kommunen	Pendlere inn til kommunen	Sysselsatte med arbeidssted i kommunen	Pendlings balanse (Innpendlere minus Utpendlere)
2000	890	118	90	862	-28
2002	807	137	67	737	-70
2004	796	116	106	786	-10
2006	823	119	124	828	5
2008	801	141	130	790	-11
2010	795	130	134	799	4
2012	859	135	137	861	2
2014	846	146	145	845	-1

Kilde: SSB/Kommuneprofilen. Sysselsatte med bosted og arbeidssted i kommunen - og pendlere inn og ut av kommunen. Herøy 2000-2014. Hentet 3.7.2015

Andel av sysselsatte som er bosatt i kommunen og som pendler ut per 4. kvartal.



Kilde: Herøy kommune utvidet årsmelding 2014.

Arbeidsledighet

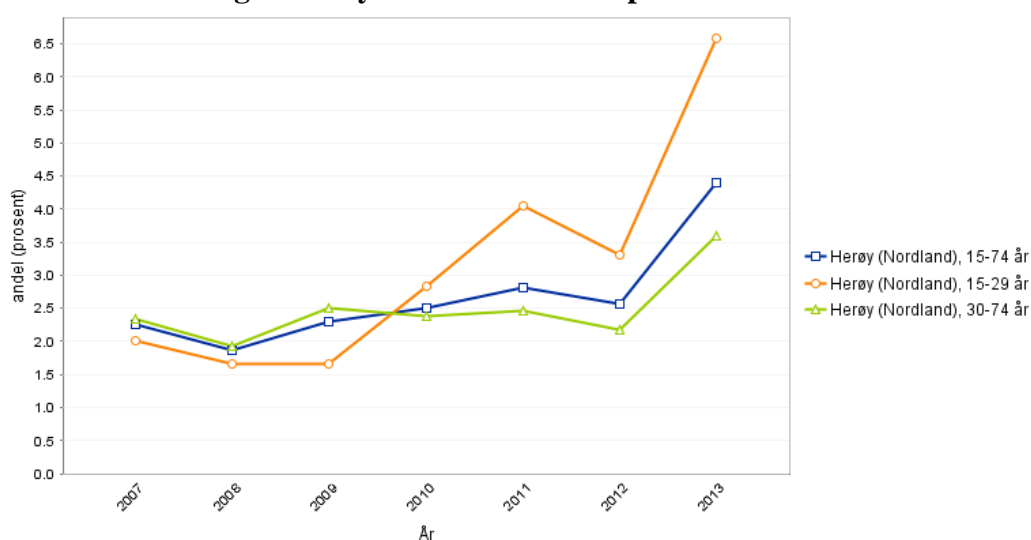
Herøy kommune har over tid hatt et høyere nivå på arbeidsledigheten enn regionen for øvrig, og de siste årene har den vært noe stigende og gått opp fra 3,3 % i 2009 til 6,5 % i 2013.

I 2012 flatet arbeidsledigheten ut på 4,0 %, dette til tross for optimisme og stigende befolkningstall i samme periode. I 2013 stiger den gjennomsnittlige arbeidsledigheten i Herøy til 6,5 %, som er det høyeste som har vært målt i perioden 2000 – 2013.

I landssammenheng lå Herøy på 5. plass i forhold verste arbeidsløshet i 2013 (Herøy kommune, Utvidet årsmelding, 2014). Sammenlignet med nabokommunene har arbeidsledigheten vært høyere store deler av 2015. Den store andelen arbeidsledige på starten av året kan trolig tilskrives permitteringer i hjørnesteinsbedriften Marine Harvest.

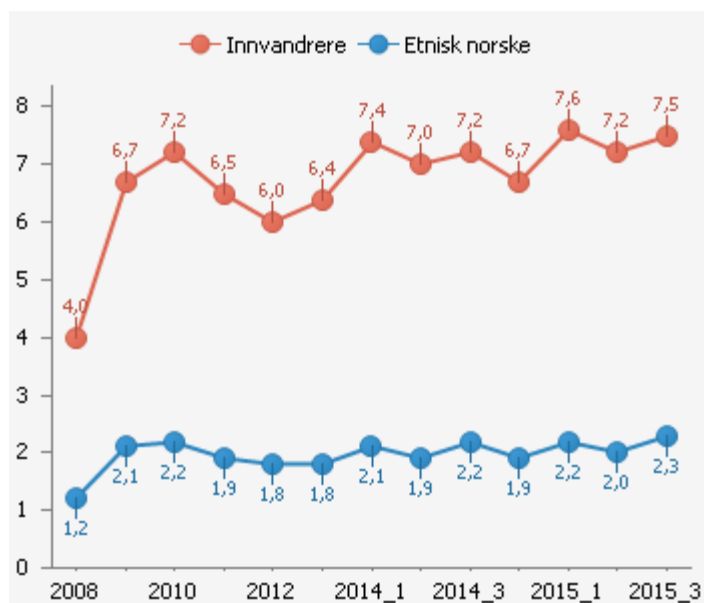
Arbeidsledigheten varierte fra 7,1 % til 3,0 % fra januar til september i 2015.

Andel arbeidsledige i Herøy kommune fordelt på alder.



Kilde: kommunehelse statistikkbank. Arbeidsledighet (prosent). Herøy (Hentet 20.11.15).

Andel arbeidsledige i Herøy kommune 2008-2015 etter landbakgrunn



Kilde: KommuneProfilen.no. Hentet 07.01.2016.

Arbeidsledigheten for gruppen ikke-norske innvandrere er høyere enn for etnisk norske. 3. kvartal 2015 er arbeidsledigheten for innvandrere på 7,5 % mot 2,3 % for etniske nordmenn.

Arbeidsledige i HALD-kommunene i 2015

2015									
Kommune	Jan.	Feb.	Mar.	Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sept.
Alstahaug	3,7 %	3,6 %	3,1 %	3,2 %	3,1 %	3,1 %	3,0 %	3,0 %	2,8 %
Dønna	2,1 %	3,2 %	2,1 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	3,1 %	1,7 %	2,1 %
Herøy	7,1 %	5,8 %	3,1 %	4,1 %	3,9 %	3,0 %	3,5 %	3,4 %	3,0 %
Leirfjord	3,7 %	3,8 %	3,8 %	3,4 %	3,4 %	3,1 %	3,8 %	3,5 %	2,6 %

Kilde: NAV. Arbeidsledighet (helt ledige). (Hentet 1.11.2015)

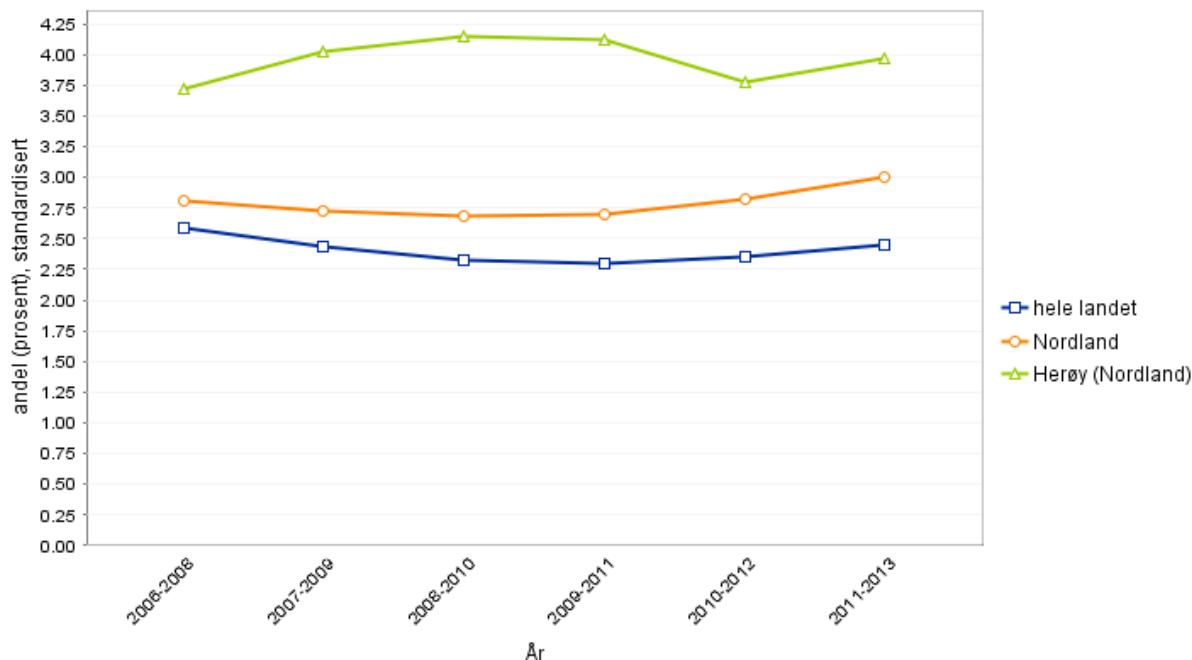
Uføretrygd

Fakta: Uføreytelser er stønadsordninger for å sikre inntekt til livsopphold for personer 18-66 år som har fått inntektsevnen varig nedsatt på grunn av sykdom eller funksjonshemming. Uføretrygden er 66 prosent av gjennomsnittsinntekten din de 3 beste av de 5 siste årene før du ble syk. Tidligere års inntekt blir justert opp til dagens verdi. Det er kun årlig inntekt opptil seks ganger [folketrygdens grunnbeløp](#) (G) som tas med i beregningen av uføretrygden.

Herøy kommune har hatt en økende andel unge uføre de siste årene. For perioden 2011-2013 har Herøy 4,0 % uføretrygdete mellom 18-44 år. Landssnittet for samme periode er 2,5 %

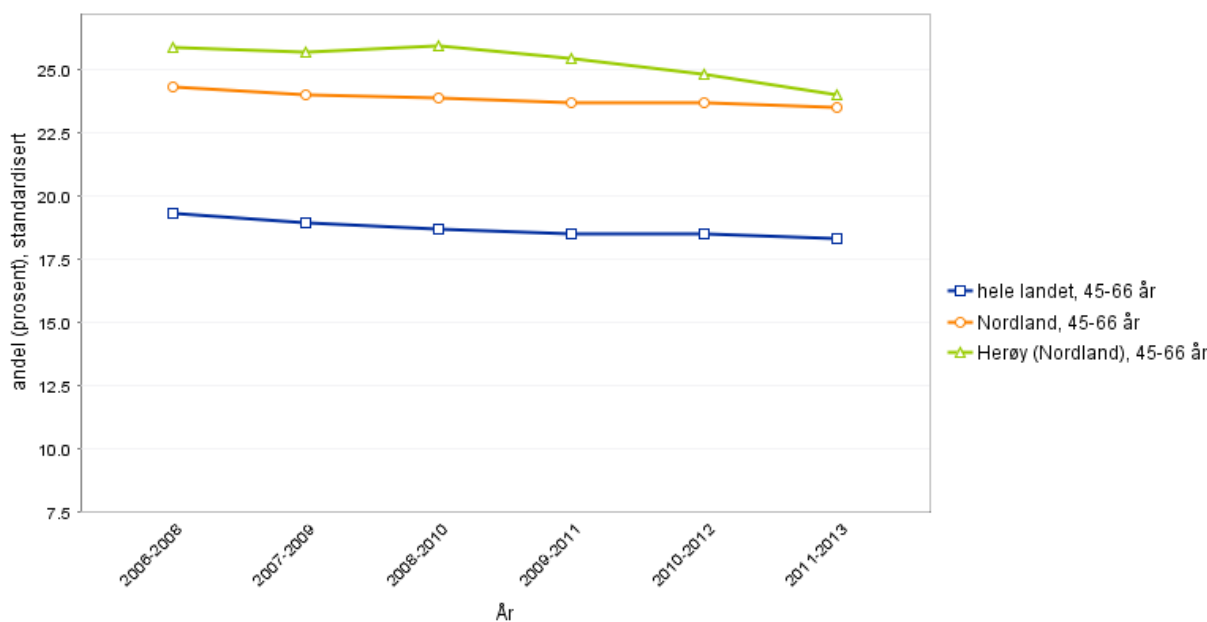
For aldersgruppen 45-66 år ligger Herøy stabilt høyt over flere år. I perioden 2011-2013 har Herøy 24 % uføretrygd mens landssnittet ligger på 18,4 %. Sammenlignet med HALD kommunene kommer Leirfjord og Dønna dårligst ut. Alstahaug kommer best ut.

Uføretrygdde 18-44 år i Herøy, Nordland og Norge



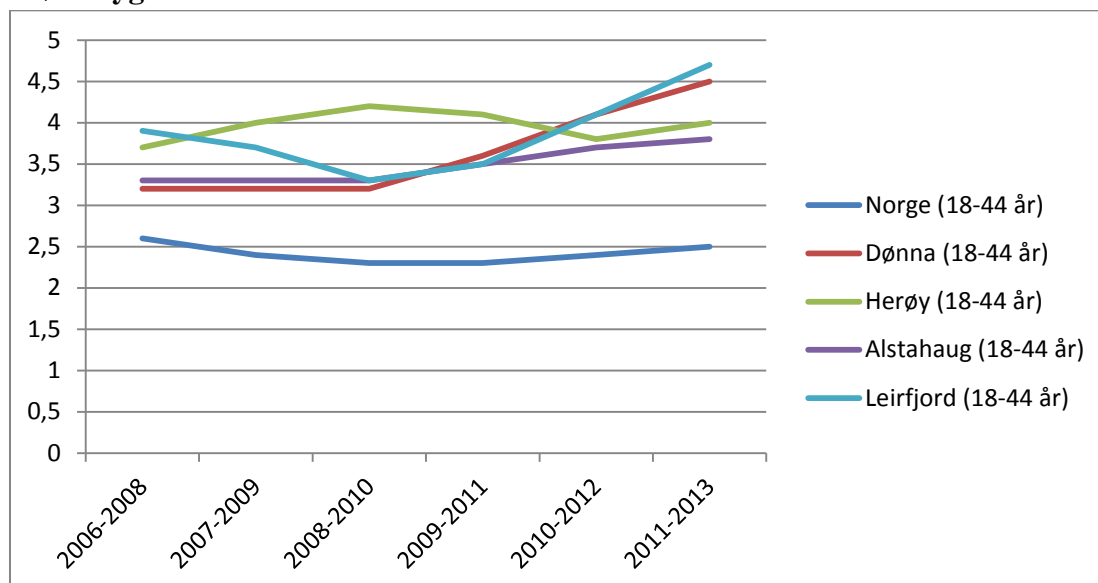
Kilde: KommuneHelsen statistikkbank. Antall og andel personer som mottar varig uføretrygd i prosent av befolkningen i alderen 18 - 44 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt

Uføretrygdde 45-66 år i Herøy, Nordland og Norge



Kilde: KommuneHelsen statistikkbank. Antall og andel personer som mottar varig uføretrygd i prosent av befolkningen i alderen 45 - 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt

Uføretrygdede 18-44 år i HALD 2006-2013



Kilde: Kommunehelse statistikkbank. Uføretrygdede 18-44 år. Nedlastet 23.04.2015.

Andel unge uføretrygdede (18-44 år) i Herøy har vært høyere over flere år sammenliknet med landsgjennomsnittet. Herøy kommune har siden 2006 hatt en andel unge uføretrygdede som har ligget mellom 50 - 75 % over landsgjennomsnittet (Herøy kommune, Utvidet årsmelding 2014).

Sykefravær

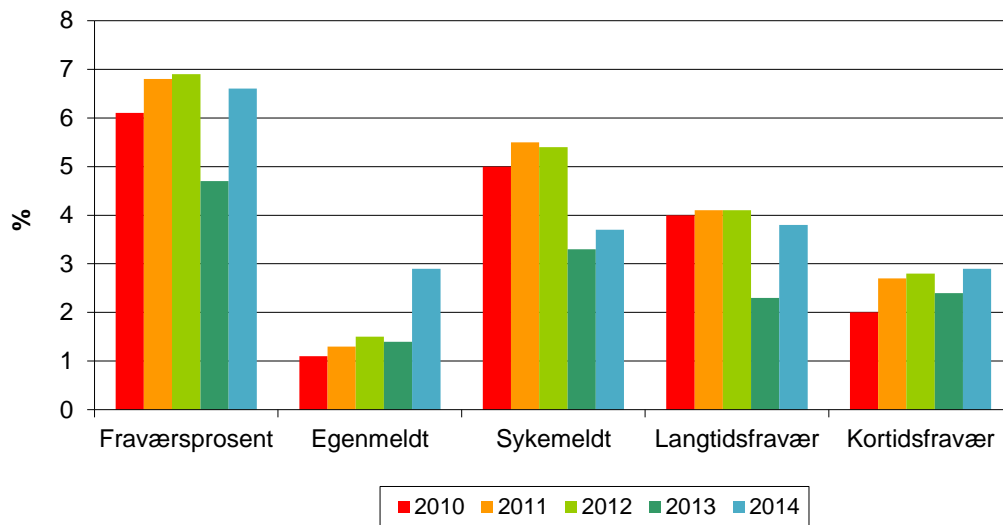
Tabellen under viser sykefravær hos arbeidstakere bosatt i Herøy kommune fordelt på kjønn, kvartalsvis for 2013 og 2014. Vi ser at sykefraværet ligger litt høyere for kvinner, men det svinger betydelig gjennom året.

Sykefravær hos arbeidstakere bosatt i Herøy

	2013K1	2013K2	2013K3	2013K4	2014K1	2014K2	2014K3	2014K4
Menn	4,6	3,3	4,9	6,3	5,8	6	5,9	3,2
Kvinner	5,6	4,7	5,8	5	6,1	5,6	7	6,7

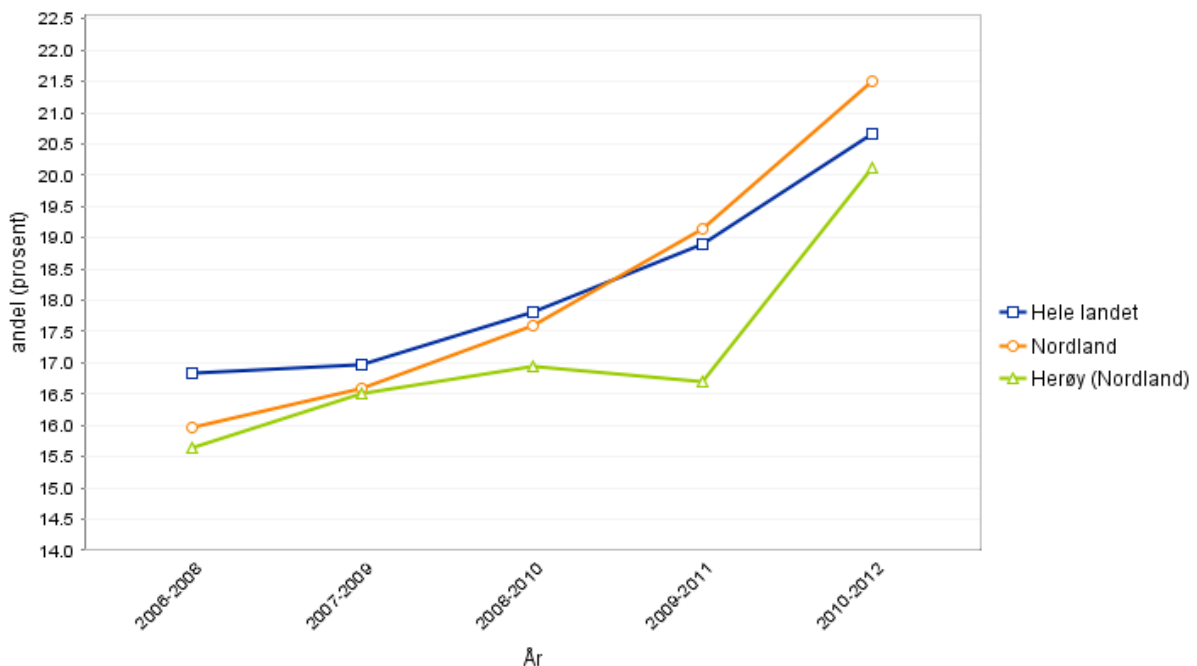
Kilde: SSB. Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter region, kjønn, tid og statistikkvariabel. Hentet 28.1.2016.

Totalt sykefravær i hele kommunen 2010-2014



Kilde: Herøy kommune Utvidet årsmelding, 2014). Fordeling av sykefravær etter antall dager i prosent av totalt sykefravær i hele kommunen.

Bruk av gradert sykemelding



Kilde: Kommnehelsa statistikkbank. Bruk av gradert sykemelding. Andel graderte sykemeldinger i prosent av alle sykemeldinger i løpet av året, alder 16-69 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

Kommunens totale sykefravær var på 6,6 % i 2014 det er en oppgang på 1,9 % fra 2013. Til tross for oppgangen er sykefraværet i Herøy kommune omtrent på landsgjennomsnittet, som i 2014 var på 6,4 %. I 2014 ser vi en ny trend ved at egenmeldt fravær øker, og at sykemeldt fravær går ned. Dette er en ønsket utvikling, og er en konsekvens av IA-avtalen, og langsiktig

arbeid i kommunen. Avtalen innebærer at kommunen har en kontaktperson hos NAV arbeidslivssenter og utvidet egenmeldingsordning for ansatte. Det er viktig å ha fokus på IA-arbeid, da det vil gi bedre helse og trivsel og bedre tjenesteproduksjon (Herøy kommune, Utvidet årsmelding, 2014).

Utdanning

Barnehage

Full barnehagedekning er knyttet til kravene som er definert i barnehageloven. En barnehage er godkjent for et visst antall plasser ut fra kriteriene leke- og oppholdsareal, pedagogisk bemanning og samlet bemanning i barnehagen. Et barns alder spiller også inn da det er ulike krav til lekeareal og pedagogisk bemanning alt etter om barnet er over eller under tre år.

For å kunne vurdere om en barnehage er full eller ikke brukes begrepet *plassekvivalent*. Her regnes barn under tre år som to plasser, ut fra lovkravet om pedagogisk bemanning, som ofte er den begrensende faktoren når det gjelder barnetall. Med dette til grunn er det pr 01.01.2016 følgende barnetall i barnehagene:

Herøy barnehage – godkjent for 72 plassekvivalenter

Barnehagen har 50 barn, 9 under tre år og 41 barn over tre år. Ut fra størrelsene på barnehageplass gir dette et forbruk av 59 plassekvivalenter

Solli barnehage – godkjent for 30 plassekvivalenter

Barnehagen har 19 barn, alle over tre år. Ut fra plasstørrelse gir dette et forbruk på 18,4 plassekvivalenter. Samlet for Herøy kommune er det ledig 24,6 plassekvivalenter. Herøy kommune oppfylder kravene i barnehageloven til full barnehagedekning (Kommunalleder 2, Geir Berglund).

En analyse gjennomført av Kommuneforlaget (KF) viser at Herøy kommune topper listen over barnehager i Norge. Bakgrunn for analysen er brukerundersøkelser som er gjennomført i tidsrommet 2012 til 2014. Temaområder som måles i brukerundersøkelsen er trivsel, ansatte, resultat, kunnskap, atferd og holdninger, informasjon, tilgjengelighet, brukermedvirkning og fysisk miljø. Solli barnehage kommer også svært godt ut i brukerundersøkelsene (Herøyfjerdingen, 11.11.2015).

Skole

I Herøy er det 1 skole. Herøy Barne- og Ungdomsskole har pr. 01.01.2016 184 elever fra 1.-10. klasse. Kommunehelsa har ikke offentliggjort tall for hverken leseferdighet eller regneferdighet hos 5. og 8. klasse for Herøy, trolig fordi tallmaterialet er for lavt.

Avgangskarakterene på 10. trinn har vært veldig gode de siste årene. Prestasjonene på nasjonale prøver ligger ørlite over nivået elevene viser på 10. trinn. Andelen elever som får spesialundervisning er litt lavere enn i normalkommunen og har falt litt det siste året. Andelen i småskolen som får leksehjelp er litt lavere enn i normalkommunen, ifølge kommunebarrometeret.

Helsefremmende skole og barnehage

Skole og barnehage i Herøy har gjennom samarbeidsavtalen om folkehelse (2014-2016) med Nordland Fylkeskommune forpliktet seg til å jobbe for å bli helsefremmende skole og – barnehage. Det er utarbeidet et kriteriesett som styrer dette arbeidet. For å bli en helsefremmende skole eller barnehage må kriteriene i kriteriesettet oppfylles. Målet er at skole og barnehager skal være helsefremmende arenaer.

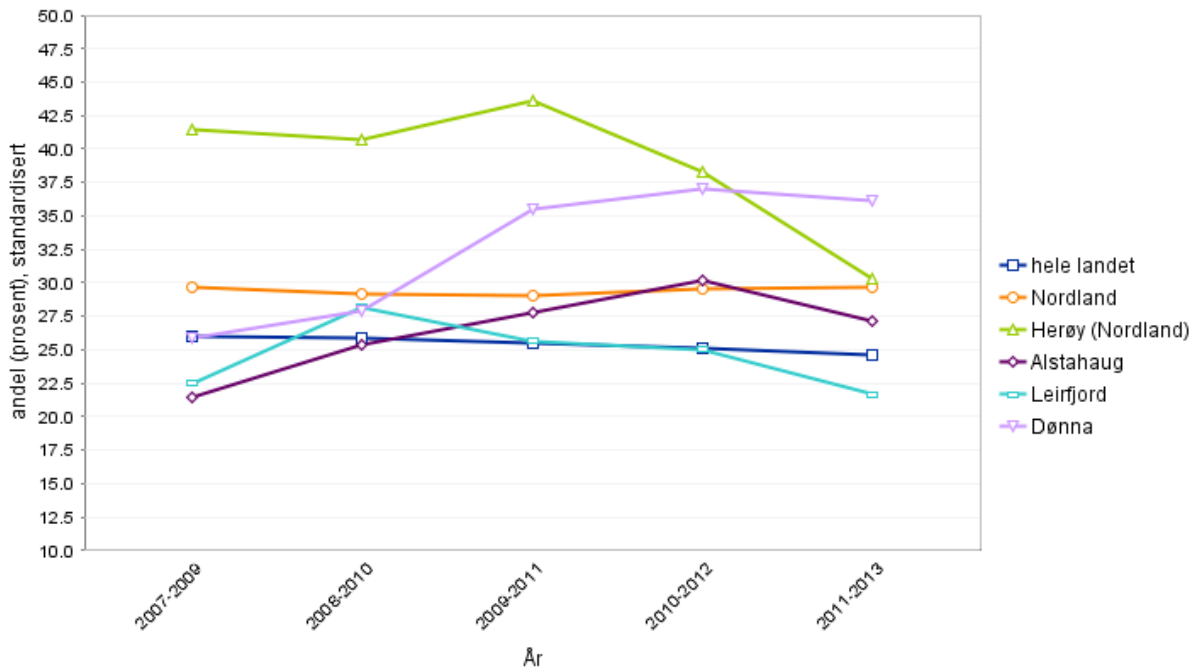
Frafall i videregående skole

Frafallet i videregående skole har vært svært høyt i Herøy. Gjennomsnittlig frafall i perioden 2009-2011 lå på 43,7 % mot 24,6 % nasjonalt. Etter 2011 er frafallet synkende og var i 2011-2013 på 30,3 %. Tall for HALD-kommunene viser at frafallet er størst ved yrkesfaglig studieretning/ utdanningsprogram. Ved allmennfaglig studieretning fullførte 67 % innenfor normert tid i perioden 2009-2014. Ved yrkesfaglig studieretning/utdanningsprogram fullførte bare 30 % innenfor normert tid. (SSB, hentet 29.11.2015)

Herøy kommune har fra og med høsten 2013 satt i gang et treårig utviklingsprosjekt i barnehage og skole i kommune. Prosjektet er hjemlet i Kommunestyrets vedtak i sak 37/12, der administrasjonen blir oppfordret til å sette i gang et pilotprosjekt for å løse utfordringer i læringsmiljøet, og forebygge frafall i videregående opplæring (Herøy kommune utvidet årsmelding, 2014).

Fakta: Frafallet inkluderer personer som har startet på grunnkurs i videregående opplæring men ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år. Andelen blir beregnet ut fra prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Personer som etter 5 år fortsatt er i videregående skole, regnes ikke som frafalt.

Frafall i videregående skole HALD kommune og Nordland

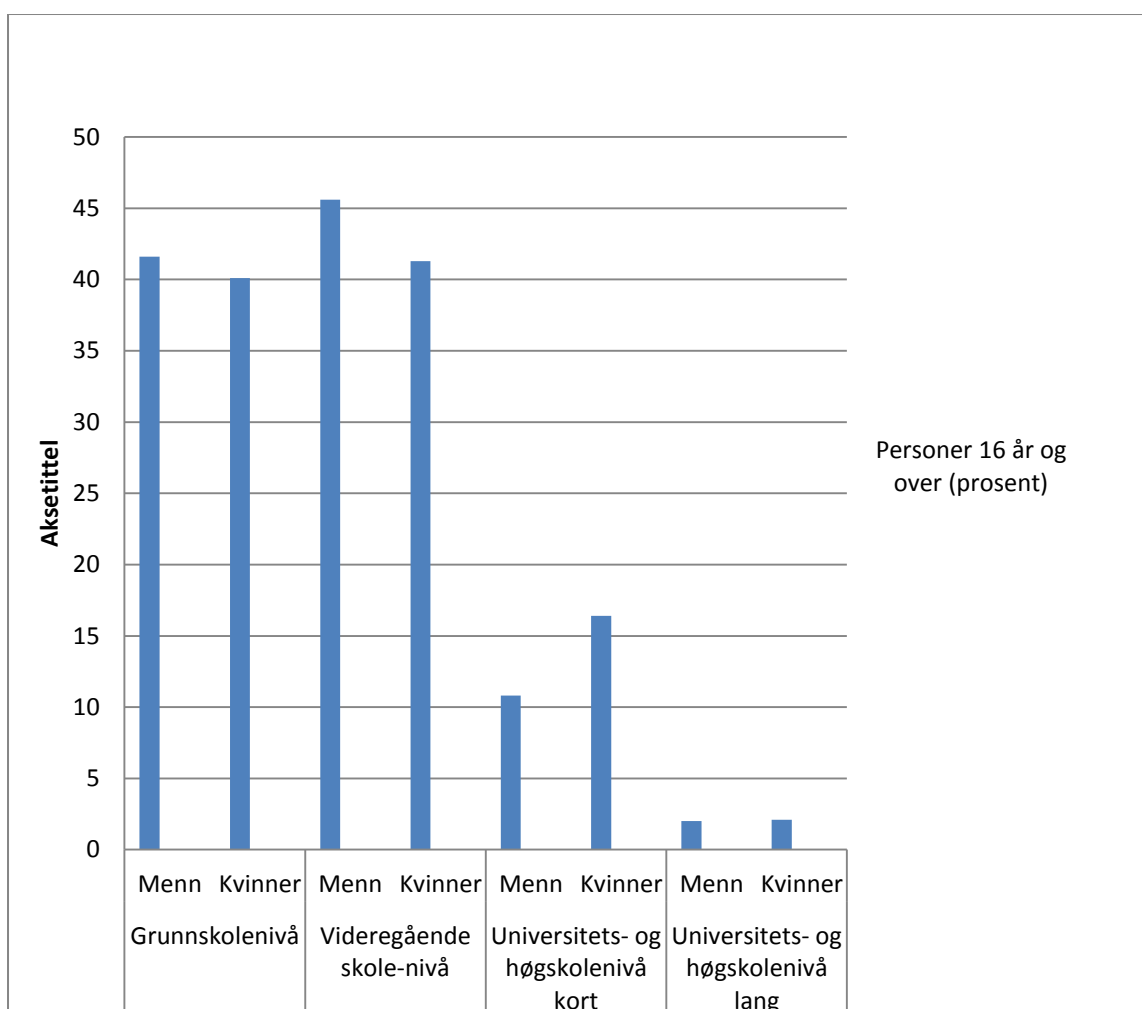


Kilde: Kommunehelsa. Frafall i videregående skole – andel (prosent), standardisert. Hentet 3.7.2015

Utdanningsnivå

Utdanningsnivået i Herøy er i følge kommunehelsa lavere enn gjennomsnittet for Norge (83 %), men høyere enn gjennomsnittet for Nordland (78 %). I Herøy var andelen mellom 30 -39 år med fullført videregående eller høyere utdanning 81 % i 2013. Tall fra SSB viser at det i 2014 er litt flere kvinner med høgskole og universitetsutdanning i Herøy, og litt flere menn med videregående utdanning. Andelen med kun grunnskoleutdanning er ganske likt fordelt mellom kjønnene.

Utdanningsnivået i Herøy, 2014



Kilde: SSB. Befolkningens utdanningsnivå. Hentet 08.01.2016. (Universitets- og høgskolenivå lang, omfatter utdanninger på mer enn 4 år, samt forskerutdanning).

Oppvekst

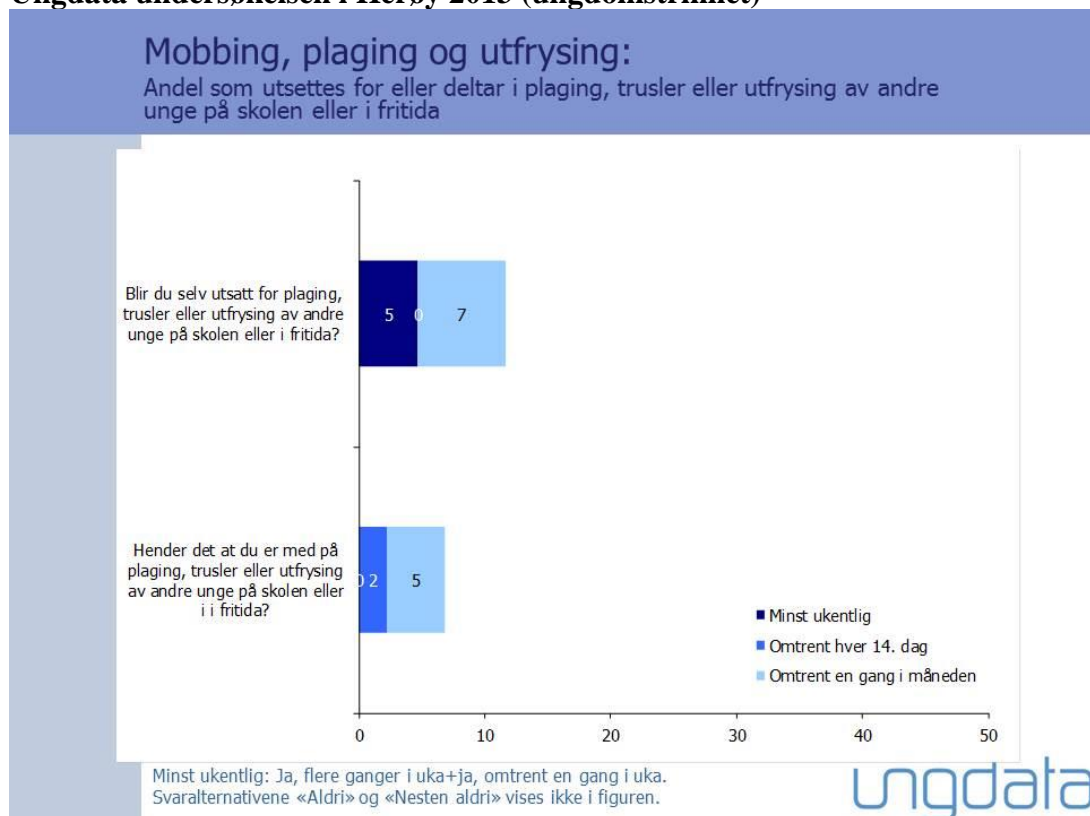
Mobbing

I Elevundersøkelsen for 2013-14 og 2014-15 oppgir få elever å bli mobbet 2-3 ganger i måneden eller mere. Dette er tall for 7. og 10. trinn ved Herøy skole.

Fakta: Elevundersøkelsen er en nettbasert brukerundersøkelser fra Utdanningsdirektoratet. Den har til hensikt å gi elevene muligheten til å si hva de mener om forhold som er viktige for at de skal lære og trives på skolen. Det er obligatorisk å gjennomføre undersøkelsen for elever på grunnskolens 7. og 10. trinn, samt på 1. trinn i videregående opplæring.

I ungdataundersøkelsen i 2013 svarte 5 % av ungdommene på ungdomsskolen at de ble utsatt for plaging, trusler eller utfrysning ukentlig. 7 % oppga også at de ble utsatt for plaging, trusler eller utfrysning omtrent en gang i måneden.

Ungdata undersøkelsen i Herøy 2013 (ungdomstrinnet)



Kilde: Ungdata undersøkelsen i Herøy 2014 (samlet tall fra ungdomstrinnet)

Helsetasjon

Helsetasjonen i Herøy er bemannet med 1,75 stilling. Jordmortjeneste kjøpes av Helgelandssykehuset og er tilgjengelig en dag per måned (0,05 årsverk). Fra 2016 vil jordmortjenesten økes med 0,05 årsverk og være tilgjengelig 2 dager per måned. Årsaken er

stigende fødselstall i 2015 og nye anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. «Nytt liv og trygg barseltid for familien» IS-2057 om tidlig hjemmebesøk.

Helsesøster tar hjemmebesøk til alle nyfødte uavhengig om det er førstegangsfødende eller flergangsfødende, bortsett fra hvis det er normal fødsel/barseltid midt i sommerferien. Hvis det er fødsler i sommerferien hvor det trengs ekstra oppfølging f. eks i forhold til mors helse eller barnets helse, så blir det tatt hjemmebesøk så fremt det lar seg gjøre.

Herøy kommune har forpliktet seg til å delta på opplæringsprogrammet «Tidlig intervensjon». Der hensikten er å identifisere og intervenere i forhold til risikofaktorer hos foreldre (og vordende foreldre) med tanke på rus, psykiatri og vold i nære relasjoner. Lege, jordmor, helsestasjon og NAV deltar i programmet.

Helsestasjon for ungdom (HFU) er et viktig forebyggende tiltak for den unge befolkningen i kommunen. Her kan ungdom få informasjon om prevensjon, seksualitet, forebygging av seksuelt overførbare sykdommer eller komme for en samtale dersom noe er vanskelig. Det er viktig at helsestasjonen har stor grad av tilstedeværelse slik at de kan bistå ungdommene når de har behov for å snakke med noen. Helsestasjon for ungdom har derfor hatt samme åpningstid siden den ble etablert i 2001. Fra 1.1.2016 fikk helsesøstre og jordmødre utvidet forskrivningsrett på hormonell prevensjonsmidler. Det betyr at helsesøstre har mulighet til å forskrive prevensjon til alle kvinner over 16 år.

Skolehelsetjeneste

I følge Helsedirektoratets veileder om «Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» IS- 1154 er Formålet med tjenesten å:

- Fremme psykisk og fysisk helse
- Fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- Forebygge sykdommer og skader

Behovet for å sette tjenesten inn i et helhetlig perspektiv vektlegges. Kommunene oppfordres til å se helsestasjons- og skolehelsetjenesten som en sentral tjeneste i kommunens folkehelsearbeid.

I 2015 har helsestasjon og skolehelsetjenesten vært redusert på grunn av sykefravær. På grunn av få ansatte i tjenesten blir tjenestene sårbare for fravær. Lengre fravær vil få direkte konsekvenser for det tilbudet som gis til barn og unge.

Nye nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er under utarbeidelse og vil ved ferdigstilling erstatte IS-1154. De nye retningslinjene er sendt ut på høring og forventes ferdig i løpet av 2016.

Barnevern

Herøy kommune har interkommunalt barnevern i samarbeid med HALD-kommunene og Træna. Herøy kommune er vertskommune for barnevernstjenesten.

Sammenlignet med HALD kommunene har Herøy kommune ligget lavest på KOSTRA-tall for netto driftsutgifter til barnevern. Herøy brukte i gjennomsnitt 11 010 kr per barn mellom 0-17 år. Snittet for Nordland var 9552 kr. Sammenlignet med HALD har Herøy kommune lavest antall omsorgsovertakelser. (Kilde: SSB. Hentet 28.1.2016).

Forklaringer på de høye utgifter til barnevern kan være utfordrende saker og stadig større utgifter til bruk av tolk. Barnevernet bruker i stor grad eget tiltaksteam til tyngre tiltak og det betyr at det blir økt lønnsutgifter. Fordelen med eget tiltaks-team er at barnevernstjenesten disponerer teamet selv og kan bruke dem inn i et stort antall familier samtidig.

Eldreomsorg

Eldreomsorgen i Herøy har de to siste årene gjort det veldig bra på Kommunebarometeret og plasser Herøy på en 45. plass. Hele 90 prosent av de ansatte har fagutdanning og Herøy er blant de beste i landet (nr. 4). Andelen er omtrent uendret det siste året. Kommunen har også en bedre hjemmebasert eldreomsorg enn normalkommunen.

Status oppvekst og levekår

Det var 13 % barn som bodde i lavinntektsfamilier i Herøy kommune i 2013. Det er høyere andel enn gjennomsnittet for landet. Andelen av arbeidsledige ligger en del høyere enn landet for øvrig. Innvandrere opplever betydelig større arbeidsledighet enn etniske norske. Andelen uføretrygdede mellom 18-44 år er stigende i Herøy, og betydelig høyere enn landsgjennomsnittet.

I forhold til nabokommunene har Herøy hatt et svært høyt frafall fra videregående, men andelen er synkende og ligger nå omtrent på linje med fylket. Utdanningsnivået i Herøy er lavere enn landet for øvrig. Herøy har stabil lav andel pendlere (16 %) i forhold til nabokommunene. Dette gir et tydelig signal om at kommunikasjonsmulighetene har vært svakere for Herøy enn resten av HALD-regionen.

Helsestasjon og skolehelsetjenesten er en viktig forebyggende tjeneste for barn og unge. Tilstedeværelse og nok personell er avgjørende for å bygge gode relasjoner og følge opp barn og unge over tid. Det er litt usikre tall rundt mobbing, men dette ser ikke ut til å være noe utbredt problem. Herøy har lavere utgifter til barnevernet sammenlignet med nabokommunene og et lavere antall omsorgsovertakelser.

Herøy kommune er den beste kommunen i Nord-Norge i følge rangeringen til Kommunebarometeret. Kommunen ligger nå som nummer 51 av alle kommunene i Norge og rykker dermed opp 137 plasser fra året før. Særlig innen eldreomsorg gjør kommunen det godt, men også innen grunnskole og helse er Herøy på «Topp 100-lista».

Tallene for grunnskole har hatt en svært god utvikling de siste årene. Fra å ligge på en 297. plass i 2013 ligger de nå på en 87. plass på landsbasis.

Ser en på nabokommunene finner en Dønna på en 221.plass (+103), Alstahaug (+18) som nr. 230 og Leirfjord på en 298. plass (-75).

Konsekvenser og årsaksforhold

Arbeid og utdanning har stor betydning for helse og levekår. Herøy har høy uføregrad og stor andel barnefattigdom. Dette har vedvart over mange år. En del av forklaringen på barnefattigdom er at vi har høy andel arbeidsinnvandrere og en del flyktninger i kommunen. Flyktningene som gruppe har ofte mange barn, høy arbeidsledighet og lav inntekt. Disse familiene har ofte supplerende sosialhjelp. I arbeidsinnvandrerfamiliene har ofte bare en av foreldrene inntekt. Kommunen har også en del små bedrifter. Avskrivningsregler gjør at reel inntekt er noe høyere enn den som kommer ut på SSB rapporter. Det er ikke sikkert at alle i kategorien opplever seg som fattig.

Det er vanskelig å gi noen enkel forklaring på det høye antallet uføre. Noen aktuelle momenter kan være tidligere holdninger hos leger, manglende fokus på tilrettelegging på arbeidsplasser, frafall og lavt utdanningsnivå i kommunen samt dårlige kommunikasjonsmuligheter. I tillegg er en stor andel ansatt i primærnæringene og pleie/omsorgstjenesten. Dette er fysisk tunge og krevende yrker.

Gruppen som mottar uføreytelser er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Hvor mange som mottar uføreytelser er en indikator på helsetilstand, men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbudet i kommunen. Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser. (Folkehelseinstituttet, folkehelseprofiler)

Sosial ulikhet i helse er helseforskjeller som varierer systematisk langs sosiale dimensjoner. Helseforskjeller er et produkt av forskjeller i ressurser, levekår og muligheter, og forskjellene skapes i oppvekstmiljø, arbeidsliv, fritid o.l. De mest effektive tiltakene mot sosial ulikhet retter seg mot hele befolkningen, i form av tiltak som bidrar til sosial utjevning. Dette bør kombineres med mer målrettede tiltak overfor de mest utsatte gruppene.

Årsaker til høye utgifter i barnevernet kan være utfordrende saker og stadig større utgifter til bruk av tolk. Barnevernet bruker i stor grad eget tiltaksteam til tyngre tiltak og det betyr at kommunen får økte lønnsutgifter. Fordelen med eget tiltaksteam er at barnevernstjenesten disponerer teamet selv og kan bruke dem inn i et stort antall familier samtidig. Når barn vokser opp i hjem hvor de ikke får tilstrekkelig omsorg eller opplever vold/misbruk kan konsekvensene for både barnet og samfunnet bli svært store. Barnevernet er helt avhengige av at både offentlig ansatte og privatpersoner melder ifra hvis de er bekymret for et barn.

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.

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

Fysisk miljø og tilrettelegging

Drikkevannskvalitet

Andelen personer som får vann fra vannverk som både har tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil drikkevannsleveranse er høyere enn landsnivået. I Herøy hadde 94 % tilfredsstillende vann i 2014. I landet som helhet gjelder dette 89 %, men i Nordland er det bare 58 % som har tilfredsstillende vann. Statistikken gjelder den delen av befolkningen som får vann fra rapportpliktige vannverk. Når man vurderer kommunens drikkevannsforsyning, må det tas hensyn til hvor stor del av befolkningen som er tilknyttet slike vannverk. Herøy har i følge kommunalleder 3 en forsyningsgrad på 100 %. Avviket mellom SSB og de riktige verdiene skyldes at «Andel innbygger tilknyttet vannverk» i 2012 er satt til 0 %. Verdien skal selvfølgelig være 100 % slik som i 2011 og 2013. Forsyningsgraden for Nordland er på 91 % og Norge på 89 %. Dermed hadde tilnærmet 100 % tilfredsstillende vannkvalitet fra rapportpliktige vannverk i Herøy i 2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
E.coli: Andel innbyggere tilknyttet kommunalt vannverk med tilfredsstillende prøver	100	100	100	100	100
Intestinale enterokokker: Andel innbyggere tilknyttet kommunalt vannverk med tilfredsstillende prøver	100	100	100	100	100
Farge: Andel innbyggere tilknyttet kommunalt vannverk med tilfredsstillende prøver	100	100	100	100	100
PH: Andel innbyggere tilknyttet kommunalt vannverk med tilfredsstillende prøver	100	100	0	100	100

Kilde: SSB. Tabell: 06400: I. Vann – kvalitet (Hentet 03.07.2015).

Forekomst av radon

Fakta: Radon i inneluft øker risikoen for lungekreft. Risikoøkningen bestemmes av hvor lang tid man utsettes for radon og av hvor høyt radonnivået er. I skoler, barnehager og utleieboliger, som er omfattet av strålevernforskriften, stilles det bindende krav til radonnivåene. Når det gjelder andre bygninger, anbefaler Statens strålevern at de skal ha så lave radonnivåer som praktisk mulig og innenfor anbefalte grenseverdier.

Norges Geologiske Undersøkelse har utarbeidet aktsomhetskart for Radon. Herøy består av vel 1700 øyer. Øyene er bygd opp av omdannede kambrosiluriske bergarter (glimmerskifer og krystallinsk kalkstein). På øyene i nordvest finner man kaledonske magmatiske bergarter, vesentlig granitt. De fleste øyene er lave og ligger stort sett på strandflaten. Høyeste punkt finnes på Vardøya (119 moh.), en av øyene med berggrunn av granitt (store norske leksikon). Vardøya samt, nordvestsiden av ytre Øksningan og øyene rundt, deler av Nord-Herøy og ellers spredte områder er merket med høy aktsomhet for Radon. Det er noe bebyggelse i områder merket med høy aktsomhet. Størstedelen av de bebygde områdene i Herøy er merket med moderat til lav aktsomhet eller usikker aktsomhet. Nærmere informasjon og detaljer finnes på www.ngu.no

«Det er gjennomført radonmålinger i alle kommunalt eide boliger og på alle kommunale arbeidsplasser i henhold til reglene for dette. Alle boliger og de aller fleste arbeidsplasser er friskmeldte. Det er ett kontor på rådhuset som ligger over grenseverdien, og noen kontorer som ligger opp mot grenseverdien. Det antas at dette skyldes tilførte masser (pukk og singel) fra knusverk utenfor kommunen. På disse kontorene er det tatt kontrollmålinger. Resultatet av kontrollmålingene foreligger ennå ikke. Dersom kontrollmålingene (registrering over 2-3 måneder - dag og natt) viser for høye verdier må det måles øyeblikks verdier på dagtid mens ventilasjonsanlegget går. Det er verdien i arbeidstiden som teller» (Kommunalleder 3, Roy Nilssen).

Godkjenning av skoler og barnehager

Herøy kommune har foretatt tilsyn i barnehagene etter Forskrift om miljørettet helsevern i 2015. Det er kommunen ved kommuneoverlege) som er godkjenningsmyndighet. Hjemmel for tilsynet var: Lov om folkehelse, forskrift om miljørettet helsevern, forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, forskrift om sikkerhet ved lekeplassutstyr og lov om vern mot tobakkskader

Ved Solli barnehage var det ingen merknader og det ble ikke funnet avvik ved tilsynet. Ved Herøy barnehage ble det funnet følgende avvik:

- Det eksisterer ikke noen plan for kort- eller langsiktig vedlikehold.
- Det er ikke planlagt tiltak i forhold til drenering av uteområdet.

Begge barnehagene oppfyller alle kriteriene for å være en helsefremmende barnehage og bidrar til at alle barn utvikler en god fysisk og psykisk helse.

Gang- og sykkelveger

Det er gang- og sykkelvei fra fergeleiet på Flostad til krysset til Seløy og Øksningan på Nord-Herøy. Dette er den mest trafikkerte strekningen på Herøy for både fotgjengere, syklistere og bilister. Brua mellom Sør- og Nord-Herøy er ansett som trafikkfarlig av både Herøy kommune og veimyndighetene. Brua ligger midt i kommunesenteret med offentlige og private tjenester på begge sider av brua. Størstedelen av skoleelevene i kommunen må passere brua for å komme til skolen. Det samme gjelder utenom skoletid da idrettsanlegg, svømmebasseng og idrettshall ligger ved skoleanlegget. Brua er gammel og bygd for helt andre trafikkforhold enn det vi har i dag. Brua er en felts og mangler gangfelt. Dette betyr at myke trafikanter, personbiler og vogntog er i samme kjørefelt samtidig. Det passerer en betydelig andel tunge vogntog og brua er svært bratt. Ved glatt kjørebane er det dårlig framkommelighet og det skaper mange farlige situasjoner for trafikantene. Elever i småtrinnet har på grunnlag av dette fått rett på skoleskyss inntil at trafiksikkerheten blir tilfredsstillende.

Veistrekningen kunne vært benyttet til aktiv transport for svært mange på vei til arbeid og skole. Slik situasjonen er nå får dette direkte konsekvenser for folkehelsen (trafikkfarlige situasjoner, hindrer aktiv transport, økt klimagassutslipp, dårligere luftkvalitet og støy).

Veilys

I Herøy er fylkesveg og deler av flere kommunale veier opplyste med veilys i vinterhalvåret. Veilys har stor betydning for trivsel og for tilrettelegging for aktiv transport. Sett både i forhold til trafiksikkerhet og økt fysisk aktivitet har utbygging, drift og vedlikehold av veilys en positiv virkning på befolkningens helse.

Områder for rekreasjon og friluftsliv

Helgeland Friluftsråd har bidratt sammen med en arbeidsgruppe i herøy kommune til kartlegging og verdisetting av friluftsområder i kommunen. Områdene kan sees i kart på www.naturbase.no. Kartleggingen viser at kommunen har mange områder for friluftsliv. Både i utmark, vann, sjø, strandsoner og områder med kulturhistorisk verdi. Kommunen har i samarbeid med Helgeland friluftsråd tatt på seg å merke 5 etablerte stier i kommunen. 2 av disse er ferdige. Arbeidet utføres av det frivillige og koordineres av kommunen. Kommunen bruker Turkart Helgeland hvor en kan finne de mest brukte tur- og rekreasjonsområdene i kommunen.

Det er lite offentlig tilgjengelig informasjon om mange av de gode friluftsområdene og nærturene som vi har. Det finnes en del gapahuker, bålplasser, nærmiljøanlegg og lignende som fritt kan benyttes av f. eks barnefamilier.

Utstyrsbanken i Herøy har en del friluftslivsutstyr som kan lånes ut til barnefamilier. Utstyret kan hentes på Herøy ASVO. Ordningen er kanskje for lite kjent for dem som har størst behov for det.

På vinteren opplever en del at snø og is, mørke veier og redselen for f.eks. elg er et hinder for å komme seg ut på tur.

Kollektivtransport

Kollektivtilbudet i Herøy følger skole og ferge/ hurtigbåttilbudet i kommunen. Busstilbudet er lagt til rette for at skoleelever skal kunne pendle tur-retur til Sandnessjøen, samt for elever i grunnskolen som har krav på skoleskyss.

I Husvær og Brasøy er det «Distriktsmobil». Dette er et transporttilbud for innbyggere i sør-øyene som har behov for transport.

Biologisk og Kjemisk miljø

Smittsomme sykdommer

Folkehelseinstituttet har etter smittevernloven ansvar for å overvåke smittsomme sykdommer i Norge og bidra til den internasjonale overvåkingen. Folkehelseinstituttet driver Meldingssystem for smittsomme sykdommer - MSIS. Herøy kommune utarbeidet lokal smittevernplan i 2004. Planen ble sist revidert oktober 2015.

Det økte antallet asylanter representerer en betydelig utfordring for helsetjenestene, og det er viktig med et godt helsetjenestetilbud i transittfasen, på mottak og i kommuner etter bosetting. Det er ingen spesiell smittefare knyttet til kontakt med flyktninger og asylsøkere i følge Folkehelseinstituttet. Det skal alltid gjennomføres en tuberkulosescreening av flyktninger og asylsøkere før det er gått 14 dager. Normalt gjøres dette i ankomsttattak. Tuberkulose er generelt en lite smittsom sykdom. Det er heller ikke ansett som en helserisiko å være sammen med asylsøkere og flyktninger før de er undersøkt med lungerøntgen. Slik undersøkelse er også fra før av en etablert rutine når asylsøkere kommer til landet.

Radioaktivt nedfall

På grunn av de rådende vind- og nedbørsforholdene i tiden under og rett etter Tsjernobyl-ulykken var Norge et av de landene i Vest-Europa som ble hardest rammet av radioaktivt nedfall. Spesielt deler av Buskerud, Oppland, Trøndelag og sørlige deler av Nordland fikk mye radioaktivt nedfall, og siden nedbrytingen av cesium-137 går svært langsomt finnes det fortsatt i norsk natur selv neste 30 år etter ulykken.

Husdyr som beiter i utmark tar opp radioaktivt cesium i kroppen gjennom forurensede beitevekster. Dette fører til forurensning av kjøtt og melk. Strålevernet overvåker fortsatt innholdet av radioaktivt cesium i utvalgte besetninger av sau, geit og storfe gjennom beitesesongen. Samtlige besetninger som ble overvåket i 2015 viser konsentrasjoner av radioaktivt cesium på lavere eller samme lave nivå som i 2014. (Statens strålevern) Det foretas ikke lenger årlige målinger i HALD kommunene da disse er fritatt. Når det gjelder HALD kommunene så blir det tatt stikkprøver på slakteriet i besetninger som beiter i disse kommunene. Resultatet i 2015 viste at det var lave måleresultat på stikkprøvene. (Mattilsynet)

Sosialt miljø

Vurdering av rusmiddelbruk og problemer i kommunen

Politi- og lensmannsetaten må hvert år ta seg av personer med rusrelaterte problemer. Dette gjelder:

- rene drukkenskapssaker hvor folk er ute av stand til å ta vare på seg selv
- rusmiddelmisbruk og omsetning av narkotiske midler
- vold i nære relasjoner (familievold)
- vold i det offentlige rom
- innbrudd
- tyveri av legemidler fra private
- situasjoner hvor førere av motorbåter, biler og motorsykler er påvirket av rusmidler, og trafikkulykker med alvorlige personskader som en konsekvens.

Politiet kan med stor grad av sikkerhet hevde at over 50 % av politiets arbeid har et rusmiddelasppekt i seg.

Politiet ser med bekymring på at rusmidlene har fått stor plass hos befolkningen, langt ned i alderstrinnene. Det kan synes som om toleransegrensen for bruk av rusmidler har falt ytterligere i takt med økende velferd og økonomi, ikke minst blant ungdom.

Ungdom reiser mer, og har flere sosiale treffpunkter, som i mange tilfeller bidrar til økt rusmiddelmisbruk. Det registres også at ungdom fra vår kommune blir pågrepet og straffet i andre kommuner for overtredelse av narkotikalovgivningen. Videre registreres det at ungdommer søker seg inn i kroppsbyggermiljøer, hvor de kommer i kontakt med folk som omsetter medikamenter for rask muskelutvikling. Dette kan føre til skade for brukerens psykiske og fysiske helse. Disse ses også igjen i de ordinære brukermiljøene for narkotika, og de har en tendens til å opptre mer aggressivt enn andre misbrukere, så vel hjemme som i det offentlige rom.

Herøy kommune har mange brukere av rusmidler uten at en her kan tallfeste antall brukere eksakt, fordi ”mørketallene” er vesentlige sett i forhold til antall innbyggere og kommunen ikke har gjennomført kartlegging med Brukerplan. I løpet av 2016 planlegges det å gjennomføre Brukerplan i Herøy kommune (kilde: Rusmiddelpolitisk og alkoholpolitisk handlingsplan).

Frivillige organisasjoner

Herøy har mange frivillige organisasjoner. Noen er svært aktive, mens andre er lite aktive. Kommunen har slitt med å få oppdatert informasjon fra lagene om hvem som er ledere og kontaktpersoner. Kommunen har ikke oversikt over medlemstall i de frivillige lag og foreninger utenom idretten.

Antall registrerte medlemmer i Herøy idrettslag til Nordland idrettskrets er halvert i løpet av de siste 10 årene. Årsaken skyldes i hovedsak at idrettslaget har hatt problemer med å nå ut til medlemmene med giro for innbetaling av kontingent. Idrettslaget har ikke hatt oppdaterte adresselister over medlemmene, og utdeling av giro for kontingent har ikke fungert tilfredsstillende. Idrettslaget opplyser å ha tilnærmet like mange brukere og potensielle

medlemmer som før (Ca. 130 aktive medlemmer), og har nå tatt grep for å få innbetaling av kontingent til å fungere. Nytt elektronisk medlemsregister er etablert, og alle medlemmer vil nå få faktura sendt med e-post (Kirsti Iversen, Leder i Herøy IL).

Per i dag kan det se ut som det er flere menn enn kvinner som er registrert i idrettslaget.

Antall medlemmer totalt i de ulike idrettslagene fra 2005 - 2014

Idrettslag	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Herøy IL	403	433	406	389	385	386	410	235	233	160
Herøy innebandy		18	16	19	18	16	24	14	28	53
TOTALT	403	451	422	408	403	402	434	249	261	213

Kilde: Nordland idrettskrets.

Antall medlemmer i idrettslag i Herøy i 2014 fordelt på kjønn og alder

IDRETTSLAG	M 0-12	M 13-19	M 20-25	M 26-	K 0-12	K 13-19	K 20-25	K 26-	Menn Sum	Kvinner Sum	Totalt
Herøy IL	30	40	0	20	30	30	0	10	90	70	160
Herøy innebandy	11	8	6	12	8	3	0	5	37	16	53
TOTALT	41	48	6	32	38	33	0	15	127	86	213

Kilde: Nordland idrettskrets. M=menn/ gutter. K= kvinner/ jenter.

Kulturtilbud

Norsk kulturindeks for Herøy 2015

Herøy	
KUNSTNERE	395 (393)
KULTURARB	331 (357)
MUSEUM	63 (85)
KONSERTER	168 (149)
KINO	182 (246)
BIBLIOTEK	151 (233)
SCENEKUNST	254 (268)
KULTUR FOR BARN	219 (266)
KULTURSKOLE	235 (266)
DKS	168 (11)
SENTR. TILD.	360 (363)
FRIVILLIGHET	383 (222)
TOTAL	307 (274)

Fakta: Norsk kulturindeks er en årlig oversikt over kulturlivet i norske kommuner som utarbeides av Telemarksforskning. Tallene viser rangeringen blant landets 428 kommuner. Metodebeskrivelse og oversikt over kilder finnes i egen publikasjon som kan lastes ned på www.telemarksforskning.no/kulturindeks.

Kilde: Telemarksforskning. Norsk kulturindeks 2015. Rangeringer i alle kategorier, av 428 kommuner. (Rangering for 2014 i parentes). Hentet 29.1.2016

Herøy ligger relativt lavt på kultur etter Telemarksforsknings kriterier. Totalt nr. 310 av 428 kommuner. Museum, konserter, kino, bibliotek og den kulturelle skolesekken skiller seg ut i positiv retning. Her er vi blant de 200 beste kommunene i landet. I 2014 lå Herøy totalt på 274. plass.

Lokalt i Herøy arrangeres det jevnlig konserter, og det foregår en del frivillig kulturarbeid. Variasjon og hyppighet er begrenset, som man kanskje vil forvente i en liten kommune. Herøyfjordingene benytter seg også av tilbud i nabokommunene. Dette vil ikke komme frem på Telemarksforsknings kulturindeks. Med det nye kulturbadet som åpnet i Sandnessjøen høsten 2015 vil kulturtilbudet øke også for Herøys befolkning. Mosjøen har tradisjonelt vært kjent som en kulturby. Med Toven tunellen har reisetiden til Mosjøen blitt redusert, men kostnadene har også økt.

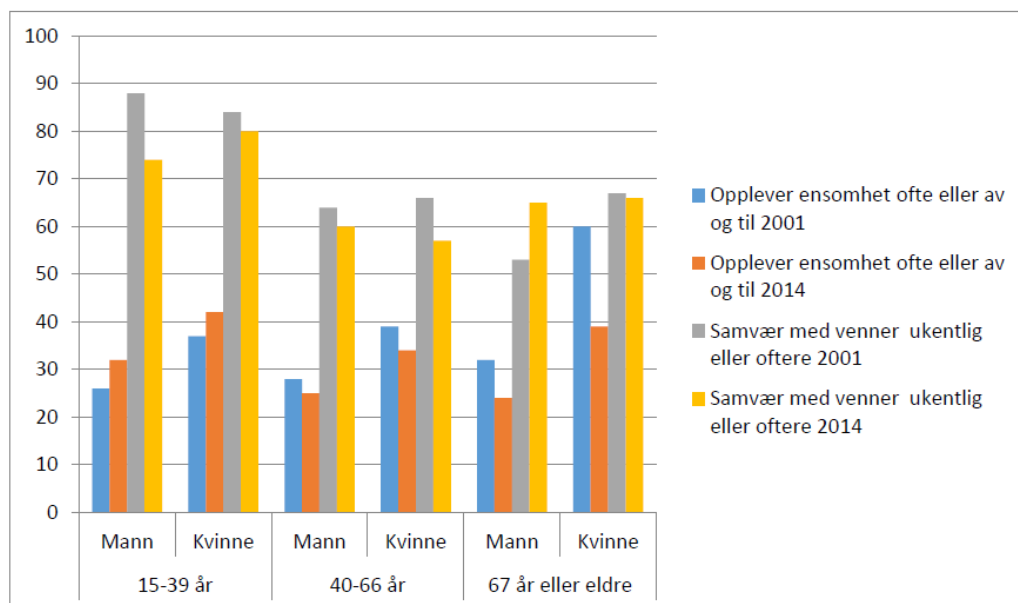
Sosiale møteplasser

Det er lekeplasser i de fleste grendene og flere lekeområder på sentral Herøy. De fleste er tilknyttet skole eller barnehager, men benyttes også av barn og ungdom på kveldstid. Det er noen lag og foreninger som sørger for både uformelle møteplasser og faste aktiviteter på ettermiddag/kveld for både barn og voksne. For unge voksne (særlig tilflyttere) er det ikke så mange møteplasser hvor man kan treffes og bli kjent med andre.

Sosiale nettverk

Fakta: Folk har ulike behov når det gjelder omfang av sosial kontakt med andre, og man må også kunne gå ut fra at grad og type sosial kontakt også vil endre seg gjennom ulike livsfaser. En indikasjon på problematisk mangel på sosial kontakt er dermed å se på hvorvidt og i hvilken grad man føler seg ensomme (Levekårsundersøkelsen i Nordland 2014).

Hender det at du føler deg ensom? Aldersgruppen 15+ år, tall for Nordland



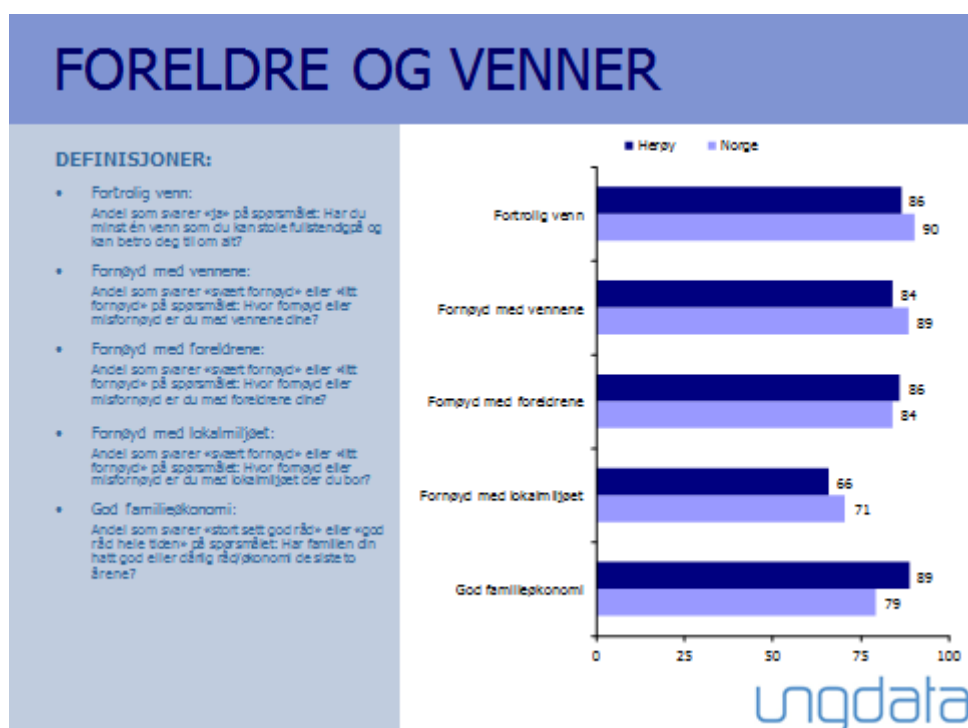
Kilde: Levekårsundersøkelsen i Nordland 2001 og 2014. Ensomhet og samvær med venner etter kjønn, alder og årstall.

Figuren viser at flere yngre kvinner og færre eldre kvinner opplever ensomhet i 2014 sammenliknet med 2001, mens for menn er forskjellene marginale. Yngre er oftere sammen med venner enn eldre både i 2001 og 2014. Særlig i gruppen menn over 67 år har andelen som er sammen med venner ukentlig eller oftere økt kraftig fra 2001 til 2014. På området sosiale nettverk er det mangelfull data på kommunalt nivå for den voksne befolkningen. Tallene gjelder for Nordland fylke som helhet, men det er nærliggende å tro at dette også gjelder for Herøy kommune.

Det nære nettverket for flyktninger bosatt i Herøy er kjernefamilien. For enslige flyktninger uten familie, er det andre bosatte flyktninger i kommunen fra samme land. Dernest kommer den etniske gruppen de tilhører og som er bosatt i nærområdet. De fleste har en nær tilknytning til det trossamfunnet de tilhører. Noen har etter hvert fått norske venner. Barn og unge får støtte fra NAV, flyktningetjenesten og frivilligsentralen for å kunne delta på fritidsaktiviteter på lik linje med norske barn. Frivilligsentralen arrangerer kurs og aktiviteter for flyktningene, og bistår slik at de kan delta på aktiviteter i kommunen sammen med andre. Språkpraksis/arbeidspraksis og jobb er viktig for å få utvidet nettverket.

Frivilligsentralen «Møtestedet» er en viktig møteplass hvor det sosiale nettverket kan utvikles.

Ungdata viser at 33 % av jentene mens ingen av guttene sier de har følt seg ensomme siste uken. (Andel som har vært ganske mye eller veldig mye plaget av ulike situasjoner siste uke). Vi ser likevel at mange har minst en fortrolig venn og 84 % er fornøyd med vennene sine og foreldrene sine.



Tilhørighet

Det er vanskelig å si hvordan opplevelsen av tilhørighet oppleves for innbyggerne generelt. Men det kommunen opplever er at mange unge velger å bli i Herøy, særlig gutter. Ut fra Ungdataundersøkelsen kan man blant annet lese at flere jenter enn gutter velger å ta høyere utdanning. Herøy kommune har for lite arbeidsmarked for denne gruppen. Flere gutter enn jenter velger yrkesfaglig utdanning eller fagbrev, noe som gjør det letter å få seg arbeid i distriktene.

Det avsluttede «Bolyst» prosjektet som ble startet i 2011 har høstet effekt ved at flere utflyttede Herøyfjerdinger har valgt å flytte tilbake til kommunen. Årsak til dette er nok sammensatt med tanke på både arbeidsmarked, attraktive bo- og nærmiljø, men også tilhørighet til kommunen er viktig sådan.

Samholdet i grendene i Herøy har tradisjonelt vært sterkt. Med sentralisering av offentlige tilbud som skole og butikker ser man at samholdet i flere grender har forvitret over tid. Det er det frivillige dugnadsarbeidet rundt om i kommunen som i dag knytter fellesskap. Til tross for dette virker det som om at innbyggerne har sterk tilhørighet til de grendene hvor de vokste opp.

Fordelen med sterke grendene er at man blir enda sterkere knyttet sammen i et fellesskap, særlig gjennom lag- og dugnadsarbeid. Ulempen er at grendene kan bli litt lukket, og det er mindre naturlig å delta på aktiviteter i en annen grend enn der en selv hører til.

Valgdeltagelse

Valgdeltakelsen ved kommunestyrevalget i 2015 var 52 %. Ved fylkestingsvalget samme dag var den på 46,9 %. Ved stortingsvalget i 2013 var valgdeltakelsen på 70 %.

Under folkeavstemning om kommunereform høsten 2015 ble det avgitt 680 stemmer, noe som er 48,9 % av de stemmeberettigede. Her svarte 16,6 % ja til kommunesammenslåing, og 80,3 % svarte nei.

Kvinneandelen i kommunestyret har steget enda mere fra forrige valg. I 2011-2015 var 7 av 19 representanter kvinner. I 2015 ble det valgt inn 9 kvinner og 10 menn.

Status fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

I Herøy kommune har stort sett alle innbyggerne drikkevann av tilfredsstillende kvalitet. Dette ligger over landsgjennomsnittet og langt over gjennomsnittet i Nordland. Skolen er ikke vurdert eller godkjent etter forskrift om miljørettet helsevern, men barnehage ble vurdert og godkjent i 2015. Kommunen har gang- og sykkelveier sentralt, men mange av veistrekningene i kommunen oppleves som utrygge, særlig for barn som over Herøysundbrua.

I Herøy er det gode muligheter for friluftsliv og turgåing både sommer og vinter..

Turområdene er variabelt skiltet og dårlig kjentgjort for nye Herøyfjerdinger. Ved å satse på bedre tilgjengelighet til og kunnskap om tur- og friluftsområder i kommunen kan Herøy kommune legge til rette for at alle befolkningsgrupper kan drive egenorganisert fysisk aktivitet.

Herøy har et betydelig rusmiljø hvor det foregår både omsetning av narkotika og annen kriminalitet. Det er færre personer som er tilknyttet idrettslag enn tidligere. Kommunen har få andre møteplasser på ettermiddags- og kveldstid, og et begrenset kulturtilbud. Både ungdom og voksne rapporterer om større grad av ensomhet enn tidligere.

Konsekvenser og årsaksforhold

Kultur- og fritidstilbud er viktig for helse, trivsel og bolyst. Mange kultur- og fritidstilbud i Herøy har en kontingent eller inngangsbillett, noe som kan bidra til at ikke alle får muligheten til å benytte seg av tilbudene. Dette kan bidra til økte sosiale helseforskjeller.

Dårlig kollektivtilbud gjør at dem som ikke har tilgang til bil får begrensede muligheter til å delta på aktiviteter utenfor sitt nærområde.

Når færre unge deltar i idrettslag eller på andre fritidsaktiviteter forsvinner også en møteplass for foreldrene. Dugnadsarbeid på ulike vis har vært en viktig møteplass for foreldre, hvor man lett blir kjent med nye mennesker.

Det har tidligere vært lite tradisjon for merking og tilrettelegging i naturen. Folk var også mere bofaste, og man forventet at folk kjente til turområder i eget nærområde. Tilrettelegging

for aktiv transport og gode bo- og nærmiljø er viktige tiltak for å øke hverdagsaktiviteten. Lykkes vi med det kan vi spare samfunnet for store helseutgifter i fremtiden.

Skader og ulykker

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

Personskader

Antall personskader behandlet i sykehus har minket fra 13,2 per 1000 innbyggere i 2008-2010 til 13,0 per 1000 innbyggere i 2012-2014 Herøy kommune. Andelen er litt høyere enn landet som helhet (12,8 per 1000 innbyggere i 2012-2014). Antall personskader behandlet i sykehus blant menn er høyere enn for kvinner (16,5 mot 9,5 per 1000 innbyggere) i Herøy kommune. Ser man på sykehusinnleggelse på grunn av lårbens- og hoftebrudd er det flere kvinner (2,4 per 1000 innbygger) enn menn som behandles i sykehus. For menn er antallet for lavt til å la seg beregne.

I aldersgruppen 0-44 år viser tall for Nordland at det var dobbelt så mange menn som kvinner (13,2 mot 6,5 per 1000 innbyggere), som ble behandlet i sykehus etter personskader.

I aldersgruppen 75 år og oppover viser tall for Nordland at det er en betydelig høyere forekomst av personskader blant kvinner sammenliknet med menn (52,7 mot 36,4 per 1000 innbyggere). Mye av kjønnsforskjellen i personskader blant eldre skyldes at eldre kvinner har høyere forekomst av hoftebrudd enn eldre menn. Tallene er hentet fra Kommunehelsa.

Selv mord

I Norge tar rundt 550 mennesker sitt eget liv hvert år. Mørketallet ligger på omtrent 25 %, så det virkelige tallet antas å være mye høyere. Selvmordstallene pr. år er tre ganger høyere enn antall drepte i trafikken.

Sammen med Nord-Trøndelag er Nordland første fylke som har vedtatt en nullvisjon for selvmord, og setter slikt sett selvmordsproblematikken på dagsorden regionalt. Fylkestinget vedtok i juni 2015 Handlingsplan Nullvisjon. Handlingsplanen varer i første omgang til 2018.

Trafikkulykker

Spesielle ulykkes strekninger

Herøy kommune har en del veistrekninger som vurderes som utrygge. FV 828 over Tennsundet bru, FV 828 over Herøysundet bru og FV 828 fra Silvalen til Åkviksundet bru til Dønna. Utfordringene er knyttet til dårlig sikt, dårlig veistandard og manglende tilrettelegging for myke trafikanter.

Antall trafikkskadede

Det er heldigvis få antall ulykker og antall skadde i perioden 2005 – 2015. Det var tilsammen 8 veitrafikkulykker med personskader i Herøy. En analyse av ulykkene viser på landsbasis at

de dominerende ulykkestypene er kryssulykker og sammenstøt mellom kjøretøy med samme kjøreretning samtidig med utforkjøring. Det er ungdom i alderen 15-24 år som er mest ulykkesutsatt.

Andre ulykker

Ved helse- og omsorgssenteret føres det oversikt over fallulykker og avvik knyttet til disse. For øvrig har det vært vanskelig å få tak i data på skader og ulykker, arbeidsulykker, drukning/brann osv.

Ulykker og utfordringer i primærnæringen

Herøy har tradisjonelt vært en fiskerikommune, men det drives også noe landbruk. Kommunen har ingen oversikt over ulykker i fiskerinæringen eller landbruket. Bonden skal ha systemer for kvalitetssikringsarbeid på gården, kalt KSL. Ved medlemskap i landbrukets HMS-tjeneste (en del av Norsk landbruksrådgivning) kan bonden få hjelp til å lage seg gode systemer på gården. Mange har også ansatte. Det er mange regler vedrørende bruk av maskiner, og det finnes krav om at de ansatte skal ha den nødvendige opplæringen.

Personlige risikofaktorer for bøndene kan være økonomi og ensomhet med påfølgende negative konsekvenser for person og dyr. Møteplasser for bonden kan i så måte være viktig. Det er likevel vanskelig å avdekke hvem som kan ha problemer og hvem som kan trenge oppfølging. Landbrukets HMS-tjeneste, organisert under Stamina Helse, avd. Mosjøen, kan bidra til å sette opp rutiner på gården, søke etter tekniske hjelpemidler i driften m.m.

Det er Mattilsynet i Sandnessjøen som har oppfølging i henhold til dyrevelferd. Det er oppnevnt personer fra hver kommune til ei dyrevernemnd som Mattilsynet organiserer. Veterinærene som selger sine tjenester til bøndene har også ei plikt å melde fra dersom de finner forhold hos dyrene og dyreholdet som er bekymringsfullt.

Helgeland landbruketjenester har kontakt med bøndene gjennom at de selger avløsertjenester, både ved ferie- og fritid hos bonden, men også under sykdom og skader. Landbruketjenestene har fokus på oppfølging av sine ansatte med hensyn til krisehåndtering, og kan således fange opp situasjoner der bonden har behov for ekstra hjelp. Naboene viser seg også å være viktige personer når en krisesituasjon bygger seg opp, både i forhold til å avverge, oppdage og bidra med støtte og fysisk hjelp på gården.

Sjøfartsdirektoratet har i sin rapport "Fokus på risiko 2015" valgt "Sikker arbeidsplass om bord" som sitt fokusområde for 2015. Årsaken er de mange arbeidsulykkene som kan relateres til risikofylt arbeid som involverer blant annet roterende redskap, setting og haling av bruk og fall over bord. Fiskere er spesielt utsatt for slike ulykker. Mindre fartøy, ofte kun bemannet av en fisker, øker også risikoen siden hjelpen kan være langt unna når ulykken inntreffer. Direktoratet ønsker å ha fiskerinæringen med på forebyggende tiltak, som økt bruk av risikovurderinger i forbindelse med potensielt farlige arbeidsoppgaver og en generelt større bevissthet omkring sikkerhet om bord. Derfor publiserer Sjøfartsdirektoratet sjekklister som hvert fiskefartøy selv kan bruke til å sjekke sikkerheten.

Skadeforekomst i skoler og barnehager

I en nasjonal evaluering av skader i barnehager er det estimert at rundt 28 000 barn eller ti prosent av barn i barnehage årlig skader seg. Dette er en rate som tilsvarer forekomsten av ulykker i resten av befolkningen. 98 prosent av skadene er mindre alvorlige hendelser som ikke trenger annen oppfølging enn enkel behandling og omsorg i barnehagen eller av lege eller tannlege (Pareliussen, Sandseter, Sando, & Egset, 2013). Det finnes ikke lokale statistikker på skadeforekomst i skoler og barnehager.

Status skader og ulykker

Herøy kommune har lite oversikt over skader og ulykker i kommunen utover trafikkulykker og personskader i sykehus. Vi ligger litt høyere enn landsgjennomsnittet på personskader, men andelen er synkende. Det er heldigvis et lavt antall trafikkulykker i kommunen, men antallet varierer en del fra år til år. Det er flest unge voksne som blir skadet i trafikken, og det har også vært noen dødsulykker de siste ti årene. Vi har ikke tall på hvor mange som begår selvmord hvert år, men statistisk sett er det flere som dør av selvmord enn av trafikkulykker.

Konsekvenser og årsaksforhold

Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen både for den enkelte og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Trafikkulykker er hendelser som hvert år medfører lidelser både for den som utsettes for en trafikkulykke og for pårørende. I tillegg koster trafikkulykker samfunnet flere millioner kroner hvert år.

Når kommunen har liten oversikt over hvor og når skader og ulykker skjer er det vanskelig å kunne forebygge. Forebygging av skader og ulykker kan være både små og store tiltak. Strøing av glatte veier og inngangspartier, fysiske og holdningsskapende tiltak i trafikken, sosiale møteplasser og noen å snakke med når livet er tungt.

Helserelatert atferd

Med helserelatert atferd menes atferd som har vist seg å ha innvirkning på en persons helse. Dette kan eksempelvis være fysisk aktivitet, ernæring og bruk av tobakk og rusmidler. Helserelatert atferd kan også omfatte seksualatferd og risikoatferd som kan føre til skader og ulykker.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er et overordnet begrep. I dette inngår mange andre termer som for eksempel lek, mosjon, idrett, trening, kroppsøving mm. Fysisk aktivitet kan grovt sett defineres som det å bevege seg, å bruke kroppen. For å vurdere den fysiske aktiviteten i forhold til helsegevinst må vi blant annet se på mengde og intensitet. Glede, mestring og samspill med andre er også faktorer som virker helsefremmende. På kommunenivå har vi begrenset informasjon om hvor fysisk aktive vi er, både for barn og voksne.

Nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet og stillesitting

Fakta:

Helsedirektoratets anbefalinger for barn og unge:

- Minimum 60 minutter fysisk aktivitet hver dag, alternativt fordelt utover uken. Aktiviteten bør være variert og intensiteten både moderat og hard.
- Fysisk aktivitet utover 60 minutter daglig gir ytterligere helsegevinster.
- Minst tre ganger i uka bør aktiviteten være med høy intensitet, og inkludere aktiviteter som gir økt muskelstyrke og styrker skjelettet.
- Reduser stillesitting

Helsedirektoratets anbefalinger for voksne:

- Voksne og eldre bør være fysisk aktive med minimum 150 minutter moderat intensitet per uke eller minimum 75 minutter med høy intensitet per uke. Anbefalingen kan også oppfylles med kombinasjon av moderat og høy intensitet. For eksempel 90 minutter med moderat intensitet og 30 minutter med høy intensitet.
- Aktiviteten kan deles opp i bolker på minst 10 minutters varighet.
- Økt dose med fysisk aktivitet gir større gevinst.
- Øvelser som gir økt muskelstyrke til store muskelgrupper bør utføres to eller flere dager i uken.
- Eldre med nedsatt mobilitet, personer som er ustø, anbefales i tillegg å gjøre balanseøvelser og styrketrening tre eller flere dager i uken for å styrke balansen og redusere risikoen for fall.
- Reduser stillesitting

Barn og ungdom

Helsedirektoratet har publisert nasjonale tall fra UngKan2 undersøkelsen (2012):

Kartleggingen av 6-, 9- og 15-åringer viser at blant 9-åringene er det 70 % av jentene og 86 % av guttene som er aktive én time eller mer hver dag, men at bare 43 % av jenter på 15 og 58 % av 15 år gamle gutter har et aktivitetsnivå i tråd med anbefalingene om 60 minutter daglig fysisk aktivitet. 6 åringene er mest aktive. Her fyller 87 % av jentene og 96 % av guttene anbefalingene. Det er store forskjeller innad i aldersgruppene. Størstedelen av dagen tilbringes i ro eller i aktivitet med lav intensitet.

Tall fra Ungdata 2014 i Herøy (ungdomsskolen) viser at kun 50 % av ungdommene er så fysisk aktive at de blir andpusten eller svett minst 3 ganger i uka (60 % av guttene og 42 % av jentene). 84 % trener minst 1 dag i uka utenom skoletiden. Her er det både organisert og uorganisert fysisk aktivitet. (Hele landet: 79 %)

For norske 6–12 åringer er organisert idrett en svært viktig arena for fysisk aktivitet på fritiden. Om lag 85 prosent av alle norske barn har i løpet av barneskoletiden vært medlem av et idrettslag. Mange driver flere idretter samtidig. Det er ingen store forskjeller mellom gutter og jenter når det gjelder innmelding i idrettslag. (Synovates barne- og ungdomsundersøkelser)

Ungdom i videregående skole

Tall fra Ungdata i Nordland 2013, videregående skole viser at mange er i daglig fysisk aktivitet og trener regelmessig. Men: en stor del av fritiden brukes også til stillesittende aktiviteter og aktivitetsnivået faller med økende alder. Gutter er mer aktive enn jenter, og elever på studieforbereidende mer aktive enn elever på yrkesfag. Elever som bor hjemme er mer aktive enn hybelboere. Det er store forskjeller ut fra foreldrenes utdanningsnivå. Jo høyere utdanning foreldrene har jo mer trener ungdommen. Dette gjelder både treningssenter og uorganisert trening.

Tabell 6.1 Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett? Svar fordelt etter bakgrunn. Prosent

	Kjønn		Trinn			Bolig		Utdanningsprogram		Foreldr.utd	
	Gutt	Jente	VG1	VG2	VG3	Hybel	Ikke hybel	Studief.	Yrkesfag	Lav	Høy
Minst tre ganger i uka	53	44	51	45	48	40	51	56	40	41	53
1-2 ganger i uka	33	37	33	37	37	42	33	31	40	39	33
Et par ganger i måneden	8	10	8	10	10	10	9	8	10	10	9
Sjelden	5	7	5	8	5	6	6	4	8	8	5
Aldri	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	2445	2704	2458	1788	1172	1314	3723	2765	2525	1963	3122

Kilde: Ungdata Nordland 2013. Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett? Svar fordelt etter bakgrunn. Prosent.

For de mellom 13 og 19 år, er idrettslagene fortsatt en dominerende arena for utøvelse av trening og fysisk aktivitet på fritiden. Synovates barne- og ungdomsundersøkelser viser at andelen ungdommer i alderen 13–19 år som oppgir at de trener eller konkurrerer i idrettslag har ligget jevnt på mellom 26 og 28 prosent.

Fysisk aktivitet i skoletiden

Oversikt over fysisk aktivitet ved Herøy skole:

1.-4. trinn: Gym /svømming: 2. timer. Organisering i friminuttene som til sammen har en varighet på ca 60. min pr dag. Uteskole med en varighet fra to til tre timer pr uke.

5. – 7. trinn: Gym to timer pr uke, svømming to timer pr uke. Hall hver dag i første friminutt (15. min varighet), fysisk aktivitet på fredager i en skoletime. Matfriminuttet kommer i tillegg.

8. – 10. trinn: Kroppsøving 3 timer pr. uke. Elevene går en fast runde hver dag i første friminutt (Varighet 15. min). Tilbud om hall i langfri hver dag (varighet 25. min pr dag).

Tall fra Ungdata i Nordland 2013, videregående skole viser at kun 13,5 % er fysisk aktive slik at de blir andpusten eller svett 60 min eller mer i løpet av skoletiden på en gjennomsnittlig skoledag. (Fysisk aktivitet til og fra skolen regnes med). 21,7 % av elevene i videregående gruer seg ofte til gymtimene. 29 % av jentene og 13 % av guttene.

Per i dag har vi ikke oversikt over hvor mange som går eller sykler til skolen. Det vi vet er at mange elever i Herøy har skoleskyss på grunn av lang eller farlig skolevei.

Siden nedleggingen av Nord-Herøy skole har de yngste elvene ved skolen hatt krav på skoleskyss på grunn av trafikksikkerheten på og ved Herøysundbrua. Ser man dette i lys av folkehelsen kan dette medføre at vi får en gruppe oppvoksende generasjon som ikke har vokst opp med skoleveien og erfart den som bidrag til hverdagsaktivitet, undring og opplevelser. Det er også mange elever som blir kjørt av foreldrene av ulike årsaker.

En utilsiktet bivirkning av sterk fokusering på trafikksikkerhet kan være at skoleskyss og foreldrenes biler erstatter den aktive skoleveien. Mange voksne vil med glede minnes skoleveien som en bra start på dagen med fine naturopplevelser, selv om en kanskje ble litt svett etter sykkel/spaserturen. I følge Statens institutt for ernæringsforskning blir Ca. 40% av elevene i 1.-4. klasse skyssset til skolen. Daglig fysisk aktivitet forebygger sykdom og skolevegen er viktig for å gi barn og unge nok mosjon. Forskning har vist at daglig fysisk aktivitet forebygger belastningssykdommer, ryggplager, beinskjørhet, kreft hjerte/karsykdommer og sukkersyke. I tillegg vil daglig fysisk aktivitet før skoletid bidra til mer opplagte elver som presterer bedre på skolen. Samarbeid med foreldre og eldre elever kan bidra til følgeordninger eller "gåbuss" der elever med lang skolevei får mulighet til å gå siste del av skoleveien. Hvis skoleveien er trygg, er denne daglige dosen med mosjon viktig for folkehelsa. Det må derfor jobbes for å gi skoleveien tilbake til barn og unge (Bjelland, M. m.fl. 2000; Klepp, K-I. m.fl. 2009; Øen, G. 2012).

Fysisk aktivitet i barnehagen

I barnehagene i Herøy er barna mye ute. De går på turer i nærområdet, leker i barnehagens uteområde eller i områder i nærheten av barnehagen. Noen av barna er i Herøyhallen med jevne mellomrom. Det er litt usikkert hvor stor del av dagen barna er i moderat til hard fysisk aktivitet. Ikke all utelek har høy nok intensitet i forhold til anbefalingene. Det er viktig å påpeke at lek, naturopplevelser og lett fysisk aktivitet også kan ha en helsefremmende effekt.

Ved Solli barnehage har de investert i utstyr og tilrettelagt for «hopperom» som barna daglig benytter seg av. Rommet benyttes også til barn med spesielle behov med bl.a. fysioterapeut. Det er tilrettelagt for daglig utelek (minst 1,5 time), fast ukentlig turdag og sirkeltrening i hallen.



Herøy barnehage er ute minst 1,5 time pr. dag. Turdag minst en dag i uka. Barnehagen har et stort uteområde med mulighet for allsidig bevegelse. I 2015 bidrog foreldre i barnehagen til å lage naturklatrejungel i barnehagens uteområde. Barnehagen tilrettelegger for frilek og aktiviteter som «hauk og due». I vinterhalvåret bruker barna mye tid i akebakken.

Voksne

Nye tall fra helsedirektoratet viser at 1/3 av voksne i Norge er tilstrekkelig fysisk aktive etter anbefalingene. Dette er en økning fra undersøkelsen «Fysisk aktivitet blant voksne og eldre» (2009) som viste at kun 1/5 av voksne fulgte anbefalingene. (men anbefalingene er også litt endret fra da) Her ser vi at kvinner er litt mer aktive enn menn, og at andelen aktive øker med økt utdanningsnivå. Ikke-vestlige innvandrere har lavere aktivitetsnivå enn innvandrere med vestlig bakgrunn.

Norsk Monitor viser at friluftsliv og egenorganisert aktivitet er de klart viktigste arenaene for fysisk aktivitet for voksne. Deretter følger kommersielle treningsentre og livsstilsaktiviteter.

Når voksne oppgir sin arena for fysisk aktivitet på fritiden kommer idrettslag først på en femteplass. (Stortingsmelding nr. 26 (2011 – 2012); Den norske idrettsmodellen).

Tobakk og rusbruk

Dagligrøyking og snusbruk

Tall fra Ungdata 2014 i Herøy (ungdomsskolen) viser at ingen av ungdomsskoleelevene røyker daglig. 86 % har aldri røkt. Ingen snuser daglig. 80 % har aldri brukt snus. Tall fra Ungdata i Nordland 2013, videregående skole viser at 25 % av guttene og 20 % av jentene snuser.

Folkehelseprofilen for Herøy 2016 viser at 16 % av kvinnene røyker. (10 % for hele landet) Tallet er basert på antall fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødende med røykeopplysning. Andelen måles som et glidende gjennomsnitt over de siste 10 år. Antallet røykere er kraftig redusert de siste årene som følge av røykeloven.

Herøy kommune innførte røykfri kommune fra 01.07. 2015. Med røykfri kommune menes at ansatte i kommunen ikke har anledning til å røyke i sin arbeidstid, på sin arbeidsplass eller i umiddelbar nærhet. Alle offentlige kommunale bygg skal være røykfrie inklusiv ved alle inngangspartier som benyttes av publikum/ brukere. Dette av hensyn til medarbeidernes helse, det totale arbeidsmiljøet og kommunens tjenestemottakere. Leietakere av kommunale boliger omfattes ikke av røykeforbudet.

Sosioøkonomiske forskjeller i tobakksbruk

Det er tydelige sosioøkonomiske forskjeller når det gjelder røyking blant voksne, men ikke når det gjelder bruk av snus. Siden midten av 1990-åra har det vært en nedgang i tallet på dagligrøykere i alle utdanningsgrupper, mens det for snusbruk har det vært en økning i alle utdanningsgrupper. Forskjellene mellom utdanningsgruppene er fortsatt store når det gjelder røyking (nasjonale tall fra Folkehelse rapporten, 2014):

- Bare åtte prosent av de med universitets- eller høgskoleutdanning røyker. For snusbruk i denne utdanningsgruppen er andelen omtrent 7 prosent.
- 34 prosent av personer med grunnskoleutdanning røyker. For snusbruk i denne utdanningsgruppen er andelen omtrent 6,5 prosent.
- De som begynner med snus allerede i ungdomsskolealderen, skiller seg derimot ut når det gjelder sosioøkonomisk status. Andel daglige snusbrukere i gruppen som oppga at familien hadde *dårlig økonomi hele tiden* var på 23 prosent mens det i gruppen som oppga at familien hadde *god råd hele tiden* var under 5 prosent daglige snusbrukere.

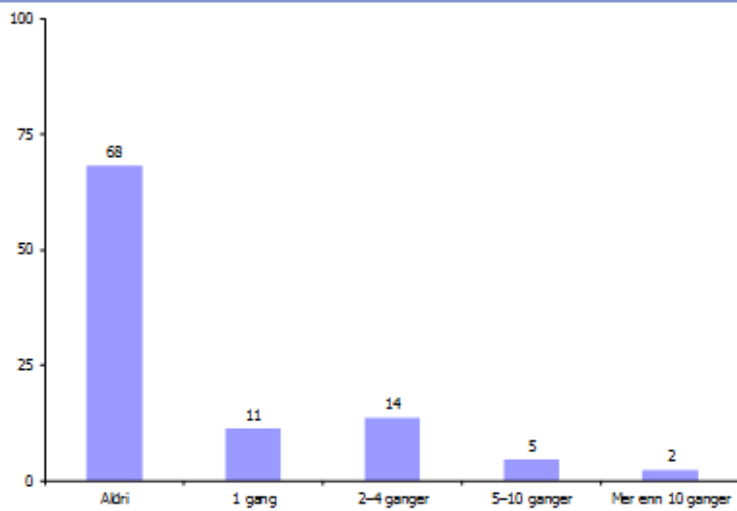
Alkoholkonsum og annen rusmiddelbruk

Tallene fra Ungdata viser resultatene samlet for 8., 9. og 10 klassesetrinn. Trolig er det flere som har drukket alkohol blant de eldste elevene enn blant de yngste. Totalt 31 % av elevene i ungdomsskolen har drukket så mye at de har kjent seg beruset en eller flere ganger de siste seks månedene

Ungdata 2014 i Herøy (ungdomsskolen)

Tobakk og rusmidler – beruset:

Hvis du tenker spesielt på de siste seks månedene, hvor mange ganger har du drukket så mye alkohol at du tydelig har kjent deg beruset?

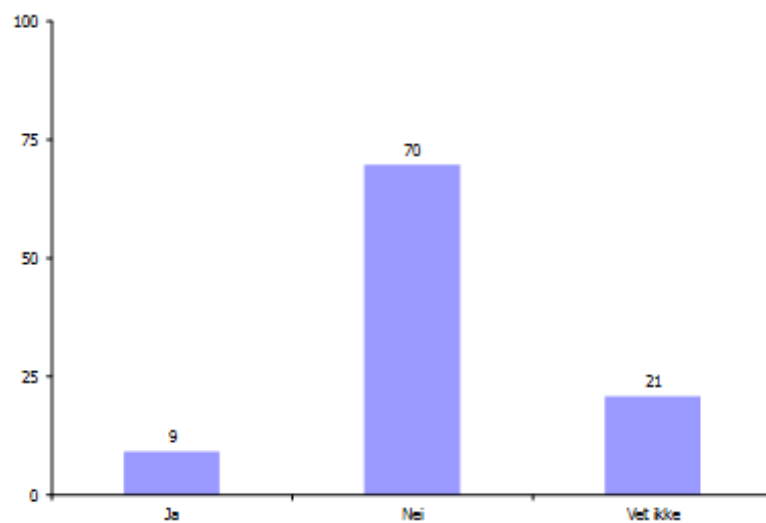


ungdata

Ungdata 2014 i Herøy (ungdomsskolen)

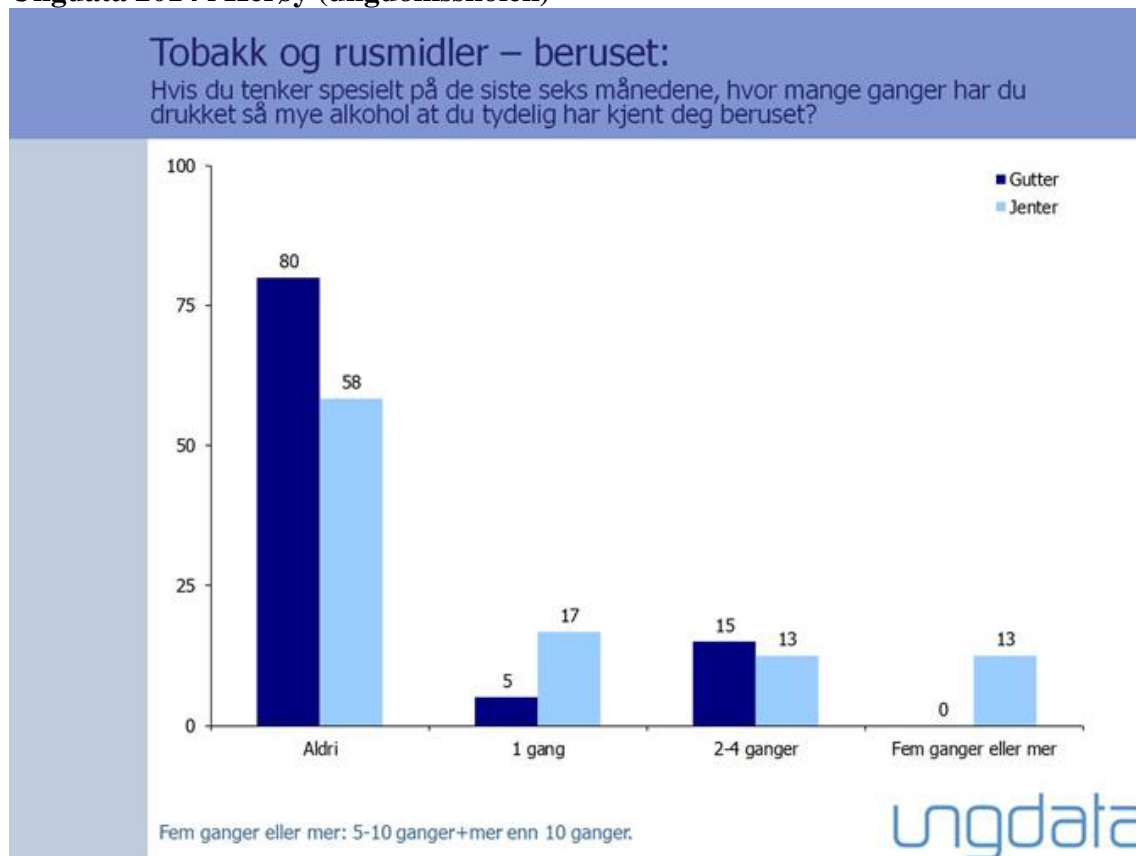
Tobakk og rusmidler – regler for alkohol:

Får du lov til å drikke alkohol av foreldrene dine?



ungdata

Ungdata 2014 i Herøy (ungdomsskolen)



Bare 70 % av elevene i ungdomsskolen svarer at de ikke får lov til å drikke av foreldrene sine. 30 % får enten lov, eller vet ikke hva foreldrene mener om at de drikker alkohol. 13 % av jentene oppgir at de 5 ganger eller mer (i løpet av en 6 mnd. periode) har drukket så mye alkohol at de har kjent seg beruset. En like stor andel av jentene oppgir også at de får alkohol av foreldrene sine.

I 8. kl. gjennomføres en helseundersøkelse med kartleggingsskjema i tett samarbeid mellom elev og helsesøster, hvor tobakk, alkohol og andre rusmidler er et viktig tema. Samme skjema gjennomgås på nytt i 10 kl. for å avdekke evt. forandringer i løpet av ungdomsskolen. Tendensen viser at de fleste elevene debuterer i forhold til alkohol mellom 8. og 10 kl. (Kilde: Ledende helsesøster).

Ungdataundersøkelsen viser også at ingen har brukt hasj eller marihuana det siste året, men 35 % oppgir at de vil klare å skaffe seg dette i løpet av 2-3 dager.

Tall fra Ungdata i Nordland 2013, videregående skole viser at familieøkonomi har betydning for bruk av snus/røyk, men ser ikke ut å spille inn i forhold til alkohol.

Andelen som har vært beruset mer enn fem ganger siste halvår øker med alderen. På VG1: 25 % av guttene og 28 % av jentene. På VG 3 har det økt til 43 % av guttene og 45 % av jentene. Det er stor variasjon mellom de videregående skolene i Nordland ift. andelen som rapporterer å bruke hasj (3-16 %) På VG3 har 17 % av guttene og 10 % av jentene brukt hasj eller marihuana siste året.

Skjenkesteder og alkoholsalg

Herøy kommune har 5 salgsbevilgninger for alkohol inntill 4,7 volumprosent og 5 serveringssteder med skjenkebevilgning. I tillegg er det mulig å søke om skjenkebevilgning for en enkelt anledning. Kontroll med salgs og skjenkebevilgning er et viktig alkoholpolitisk virkemiddel for å redusere problemer knyttet til omsetning av alkohol. Kontrollen må særlig omfatte salg og skjenketider, aldersgrenser og at det ikke blir solgt eller skjenket til åpenbart berusede personer.

I Herøy kommune gjelder følgende:

- Formannskapet er kontrollutvalg i kommunen
- Kontroll av salgs- og skjenkesteder skal utføres av henholdsvis 1 og 2engasjerte kontrollører.
- Kontroll av salgs- og skjenkesteder skal gjennomføres minst 4 ganger i året.
- Kontrollører skal så langt det er mulig legge kontrollen til tider når det er store arrangement i kommunen. Dette gjelder også offentlig arrangement i selskapslokaler/offentligforsamlingshus
- Kontrolløren skal også kontrollere føring av internkontroll etter forskrift til alkoholoven kapittel 8.
- Kontrolløren sender rapport til kommunen etter hver kontroll.
- Kontrollrapporten skal refereres i formannskapet hver gang.

Kontrollører må ha bestått elektronisk flervalgsprøve utviklet av Helsedirektoratet.

Sosioøkonomiske forskjeller i alkohol- og rusmiddelbruk

Alkoholbruk og hyppighet for alkoholinntak øker i takt med høyere utdanning og inntekt, men færre i denne gruppen blir alkoholavhengige enn i grupper med lav inntekt og utdanning (Clench-Aas, 2009). Personer som ikke lever i parforhold, har også høyere alkoholforbruk enn personer med partner (Clench-Aas, 2009).

Prosentandelen som ruser seg på hasj og tabletter, er høyest blant de med lav sosioøkonomisk status. Rusmiddelbruk er også vanligere i grupper med problematferd og for eksempel hos elever som ofte skulker skolen (Rødje, 2004). Personer med høy sosial status har oftere prøvd narkotiske stoff enn personer med lav sosial status, mens langvarig misbruk er mest vanlig i den siste gruppen.

Ungdom og seksualatferd

Herøy kommune har åpen helsestasjon for ungdom med mulighet for «drop in» en kveld i uken. Tilbudet ble opprettet i 2001 og har siden oppstart vært godt besøkt. Helsesøster har forskrevet hormonell prevensjonsmiddel, delt ut angrepiller, og tatt flere klamydiatester og graviditetstester. Helsestasjonen deler ut et stort antall kondomer hvert år. Helsesøster er også inne i klassene og snakker om seksualitet. Her får ungdommene stille spørsmål anonymt. Flest stilte spørsmål er om prevensjon og kjønns sykdommer. Fra 1.1.2016 fikk jordmødre og helsesøstre utvidet forskrivningsrett for hormonell prevensjon til kvinner fra 16 år og oppover som ledd i å forebygge uønskede svangerskap og abort. Dette betyr at helsesøstre og jordmødre kan forskrive resepter på hormonell prevensjon uavhengig av sitt arbeidssted. Forskrivningsretten vil på lik linje med legers forskrivningsrett følge profesjon.

I følge helsesøster er inntrykket at all ungdom som har behov for prevensjon oppsøker helsesøster eller lege. Dessverre har mange unge debutert før de begynner med prevensjon, ikke sjeldent under påvirkning av alkohol. Alle som kommer for prevensjon og har hatt

ubeskyttet sex får tilbud om testing for seksuelt overførbare sykdommer (Klamydia). Helsestasjon for ungdom er et lavterskeltilbud der ingen blir avvist. I 2015 var det redusert tilbud for ungdom på grunn av ressursmangel i helsestasjonstjenesten.

Kosthold

Kostholdet påvirker helsa vår gjennom hele livet. Det er særlig viktig å legge til rette for at barn og ungdom får et variert og sunt kosthold. De kostholdsvanene som barn og unge får i oppveksten vil legge grunnlag for kostvaner som voksen. Ved å sikre tilgang til sunn mat i barnehager, på skoler, på arbeidsplasser og blant eldre, samt styrke kunnskap om kosthold og ernæring kan vi bidra til at flere får gode kostvaner.

I følge folkehelse rapporten (2014) er nordmenns inntak av grønnsaker, frukt, bær, fullkorn og fisk mye lavere enn ønskelig. Forbruket av fete, salte og søte matvarer med lav energikvalitet er mye høyere enn ønskelig. Grupper med lav inntekt og utdanning spiser mer energitett mat (mer fett og sukker) og mindre frukt og grønnsaker enn grupper med høy inntekt og utdanning.

Fakta: Kostholdsråd

Det er utarbeidet nasjonale kostholdsråd og anbefalinger for flere ulike grupper. Her er en oversikt over noen av disse:

- Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet (2014)
- Retningslinjer for mat og måltider i barnehagen (2007)
- Nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i skolen (2015)

Alle disse ligger på www.helsedirektoratet.no I tillegg finnes det kostholdsråd for gravide, spedbarnsernæring og kostholdsråd for flere ulike sykdomsgrupper.

Mat og måltider i barnehagen

Opplysningene bygger på barnehagenes egne beskrivelser.

Den daglige maten består av hjemmebakket grovt brød med sunt pålegg og grønnsaker. De tilbys frukt hver dag og det serveres vann eller lett/ekstra lett melk til maten. Det serveres lite søtt pålegg og i liten grad kaker, saft og is. Det er faste rutiner rundt måltidene. Lunsj er i hovedsak brødmat men en gang i uka serveres varmmat. Det kan være alt fra laksepakker med grønnsaker til ostesmørbrød, suppe og pasta. De samme rettene brukes gjerne til turmat og hyggelige anledninger. I blant serveres fisk, grønnsakssuppe og sunnere alternativer.

Barnehagene opplyser at de har hatt med barna på prosesser med å lage f.eks. kjøttkaker og grønnsakssuppe, der handling av råvarer, samt å lage maten har vært vel så viktig som det ferdige produktet. Barnehagene rapporterer at de har stadig mer fokus på sunn mat og drikke.

Barnehagene opplever i større grad enn tidligere at barn har matvareallergier og intoleranse mot forskjellige typer matvarer. Barnehagene må derfor ha økt fokus og rutiner for dette.

Mat og måltider på skolefritidsordning og i skolen

Opplysningene bygger på skolens egne beskrivelser.

I Herøy skole har elevene med seg matpakker. På ungdomsskolen er det kantine hvor elevene på 8.-10. trinn kan kjøpe en sunn lunsj (varmmat 1 gang pr uke), og spise i fellesskap. Kantina har positivt effekt for det sosiale miljøet. De som ikke vil kjøpe lunsj kan ha med matpakke og spise den i kantina. Av erfaring ser man at en del elever på ungdomsskolen dropper lunsj og/eller frokost. De fleste elevene har abonnementsordning i kantina, men de har også mulighet for å betale kontant. Dette er spesielt aktuelt når det er varmmat. Elevene kan også kun abonnere på melk eller juice. Abonnementsordningen på kantina gjelder fire dager i uken. Hver fredag lager 10. klasse pizza som elevene kan kjøpe. Det lages glutenfri, halal og «vanlig» pizza.

Ved 1.- 7. trinn har de fleste barna med seg sunne matpakker som de spiser i fellesskap. Tre ganger i året arrangerer klassene på mellomtrinnet kjøpekantine der det legges vekt på sunn mat. Barn i SFO har tilbud om frokost og et måltid etter at de er ferdig på skolen. (SFO baker brødene selv).

Herøy skole tilbyr ikke lengre frukt og grønt og er ikke med i Skolefruktordningen. Dette er en abonnementsordning for frukt. Ordningen subsidieres av staten og betales av foreldrene eller kommunen. Forskning har vist at barn som spiser gratis skolefrukt spiser mindre usunn mat enn de barna som ikke omfattes av en slik ordning. Disse barna har med andre ord sunnere levevaner. Mat og helse er tett knyttet sammen og folks spisevaner legges tidlig i livet. Mat og livsstilssykdommer og forventet levealder henger også sammen (Forskning.no).

Erfaringer fra andre kommuner som har innført skolematordning (som for eksempel Leirfjord) viser at elevene med skolematordning spiser mere og sunnere enn de som har med matpakke.

I 2015 kom nye retningslinjer for mat og måltidet i skolen. Anbefalingene er knyttet til gjennomføring av måltid (spisetid, tilsyn, tilrettelegging fysisk og sosialt), den ernæringsmessige kvaliteten på mat og drikke som tilbys, mattrygghet og hygiene, samt miljøhensyn. Kunnskapsgrunnlaget og/eller forankringen i regelverket er gjengitt for hver anbefaling i retningslinjen. Anbefalingene beskriver en praksis eller fremgangsmåte som gjenspeiler faglig forsvarlighet og/eller god praksis. Det er ønskelig at skoler og SFOer strekker seg langt for å heve standarden for mat og måltider, gjerne lengre enn beskrivelsen av god praksis i retningslinjen.

Frisklivssentral

Herøy kommune startet opp frisklivssentral i 2015 som ledd i samarbeidsavtalen med Nordland fylkeskommune. Alstahaug kommune har lang erfaring med drift av frisklivssentral og er en av 5 utviklingssentraler i landet. Herøy kommune etablerte i 2015 egen frisklivssentral. Leirfjord kommune hadde i perioden september 2012-mai 2014 frisklivssentral i et samarbeid med Alstahaug. Dønna kommune har ikke frisklivssentral.

Fakta: Frisklivssentral er en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste. Målgruppen er de som har økt risiko for, eller som har utviklet sykdom og trenger oppfølging av helsepersonell til å endre levevaner og mestre sykdom. Frisklivssentralene gir tilbud om hjelp til økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og snus- og røykeslutt. I tillegg har mange egne tilbud til barn og unge, søvnkurs, kurs i depresjonsmestring og mestring av belastning og samtaler om alkoholvaner. (Helsedirektoratet)

Frisklivssentralen i Herøy har mottatt mange henvisninger fra lege, arbeidsgiver, Nav og enkeltpersoner selv.

Status helseatferd

De fleste voksne og alt for mange av barna fyller ikke de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet, og vi bruker for stor del av dagen på stillesitting. Barnehagene og skolene tar et vist ansvar for ungenes fysiske aktivitet, men det er usikkert om intensiteten er høy nok, og særlig skolene mangler litt for å komme opp i en time daglig fysisk aktivitet. Kommunen har frisklivssentral.

På grunn av samfunnsendringer og nye lover har bruken av både alkohol og tobakk gått kraftig ned blant unge i Norge. Selv om det er flere som snuser så synker forbruket av tobakk, og det er ikke lengre knyttet høy status til røyking. Herøy følger denne trenden. Det er allikevel grunn til bekymring over at såpass mange har drukket alkohol allerede på ungdomsskolen, og at foreldrene ikke tar tydeligere avstand fra alkoholbruk i ungdomsskolealder.

Kostholdet i skoler, barnehager og SFO varierer en del. De fleste barna spiser hovedsakelig matpakke hjemmefra når de er på skolen. Der det er kantine eller skolematordning har erfaringene vært gode både i forhold til hva barna spiser og det sosiale rundt måltidet. I barnehage og SFO spiser ungene hovedsakelig felles måltider med brødmat eller varme retter. Det har blitt større bevissthet rundt sunn mat de siste årene. Totalt sett vet vi at kostholdet i Norge har for lav andel grønnsaker, frukt, bær, fullkorn og fisk. Andelen fete, salte og søte matvarer med lav energikvalitet er mye høyere enn ønskelig.

Det er tydelige sosioøkonomiske forskjeller på hvordan vi lever livene våre. Dette ser vi i hovedsak ved hjelp av nasjonale tall, men det er ingen grunn til å tro at helserelatert atferd er fordelt noe annerledes i Herøys befolkning enn i resten av befolkningen.

Konsekvenser og årsaksforhold

Samfunnet har endret seg radikalt de siste tiårene. Arbeidslivet har gått fra stor grad av hardt fysisk arbeid til stor grad av stillesittende arbeid. På fritiden er skjermaktiviteter dominerende for både barn og voksne. Det er mange som driver med ulike idretts- og friluftslivsaktiviteter, men hverdagsaktiviteten er svært redusert. De fleste forflytninger skjer ved hjelp av bil. Husarbeidet er for en stor del automatisert, og vi kjøper svært mange tjenester for å gjøre hverdagen vår enda enklere. Mangelen på tilstrekkelig fysisk aktivitet gir økt risiko for flere ulike sykdommer som diabetes 2, hjerte- og karsykdommer, kreft, muskel- og skjelettplager og utviklingen av overvekt og fedme. Beregninger viser at fysisk aktive vinner i gjennomsnitt åtte leveår med god helse (kvalitetsjusterte leveår) i et livsløpsperspektiv, noe som innbefatter både økt levetid og økt livskvalitet, sammenlignet med personer som er inaktive. Ytterligere økt fysisk aktivitet kan gi opp mot 16 kvalitetsjusterte leveår.

Hovedutfordringene i kostholdet vårt er at vi får i oss for mye sukker, salt og mettett fett, og for lite kostfiber. En av årsakene er at mye av maten vi spiser er halvfabrikater og ferdigmat. Vi har enkel tilgang til billige og usunne produkter, særlig når man er ute og reiser. Det er svært krevende å endre gamle vaner, og mange har også begrenset kunnskap om hva som er gode valg og hvordan en forstår varedeklarasjoner.

Et sunt kosthold skal dekke våre behov for nødvendige næringsstoffer. Det skal sikre en tilfredsstillende regulering av blodsukkeret. Ved et fornuftig matinntak skal vi også unngå eller redusere overvekt. Et sunt kosthold forebygger livsstilssykdommer, spesielt hjertekarsykdommer, og det er et viktig bidrag til trivsel i hverdagen. Verdens helseorganisasjon (WHO) har anslått at endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner kan forebygge 80 prosent av hjerteinfarkt, 90 prosent av type 2 diabetes og over 30 prosent av kreft.

Mange av faktorene som påvirker helsa vår er ulikt fordelt i samfunnet. I forhold til andelen fysisk aktive, tobakksbruk og kosthold kommer de med lav utdanning, status og inntekt dårligst ut. Vi vet at helsen i befolkningen er ujevnt fordelt (den sosiale gradienten). Flere av faktorene i dette kapitlet er med på å øke de sosiale helseforskjellene. Tiltak i skole og barnehage kan være med på motvirke denne utviklingen.

I forbindelse med søknader til spillemidler – det vil si tilskudd til anlegg for idrett og fysisk aktivitet – kan spillemidler benyttes til å investere i friluftslivet. Grøntområder bør være tilrettelagte, tilgjengelige og tilstrekkelige for å få de brukergruppene vi aller helst vil nå ut på tur. Det koster kanskje litt penger her og nå, men politikere må se på hele regnestykket. Flere i aktivitet i dag, betyr færre livsstilssykdommer i fremtiden og dermed reduserte helseutgifter. Kommuner må bli flinkere til å bruke samfunnsøkonomiske analyser (Miljødirektoratet M-462, 2015).

Helsetilstand

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

Forventet levealder

Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. Forventet levealder for menn i Herøy kommune er 76,0 år mot 77,9 år nasjonalt. Forventet levealder for kvinner i Herøy kommune er 82,2 år mot 82,6 år nasjonalt. Sammenlignet med landsgjennomsnittet er forventet levealder lavere for menn i Herøy, og ganske likt for kvinner.

Psykisk helse

Fakta: Psykiske plager og lidelser er nasjonalt et stort helseproblem. Det skilles mellom plager og lidelser, hvor de fleste psykiske plagene er forbigående. Blant barn og unge i Norge har 15-20 prosent mellom 3 og 18 år nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon og atferdsproblemer. Om lag 8 prosent av barn og unge har så alvorlige psykiske plager at det tilfredsstillende kravene til en psykisk lidelse. I den voksne befolkningen har 8-10 prosent betydelige psykiske plager. Mellom 30-50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet. Psykiske lidelser og ruslidelser opptrer ofte samtidig. Man vet lite om enkeltårsakene, men både genetiske og miljømessige faktorer kan øke risikoen for å utvikle psykiske lidelser (Folkehelse rapporten 2014).

Voksne

Tall fra Herøy kommunes folkehelseprofil 2016 viser at andelen med psykiske symptomer og lidelser i alderen 15-29 år er lavere enn landsnivået, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.

Nordlandsforskning har i Levekår og livskvalitet i Nordland 2014 undersøkt Nordlendingers selvopplevde helse. Andelen av befolkningen på Ytre Helgeland som oppgir å være veldig eller ganske mye plaget av ulike psykiske plager (Følelse av håpløshet, nervøsitet, tungsindig, mye bekymret o.l.) varierer mellom fire og ni prosent for de ulike plagene.

En høyere andel av befolkningen i Nordland oppgir å være plaget av angst og depresjon i 2014 enn 2011. Kvinner, den yngste aldersgruppen, lavt utdannede og folk som bor perifert er noe mer plaget av psykiske plager

Ungdom

Tall fra Ungdata-undersøkelsen som ble gjennomført ved ungdomsskolen i Herøy kommune i 2014 viser tydelig at det er størst helseutfordring blant jentene når det gjelder psykisk helse:

- 33 % av jentene har følt seg ensomme (Andel som har vært ganske eller veldig mye plaget av ulike situasjoner sist uke). Ingen gutter oppga å ha vært ensom.
- 8 % av jentene har følt håpløshet med tanke på fremtiden. (Andel som har vært ganske eller veldig mye plaget av ulike situasjoner sist uke). Ingen gutter oppgir dette
- Kun 5 % av ungdommene hadde et depressivt stemningsleie, mot 12 % på landsbasis. Dette er andelen som har vært «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av følgende ting sist uke: Følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt deg ulykkelig, trist eller deprimert, følt håpløshet med tanke på framtida, følt deg stiv eller anspent og bekymret deg for mye om ting.
- Mange unge i Norge rapporterer om psykiske plager; men i følge Ungdata er det få i Herøy som har slike plager.

Skolehelsetjenesten opplever på sin side at mange ungdommer kontakter helsesøster for psykiske problemer av ulike grader og årsaker, og at det mest sannsynlig er mørketall blant unge som føler at de ikke mestrer hverdagen.

Hjerte- og kar sykdommer

Fakta: Hjerte- og karsykdommer består av flere sykdommer, med angina pectoris (hjertekrampe), hjerteinfarkt, hjertesvikt og hjerneslag som viktige hovedgrupper. Sykeligheten er i hovedsak knyttet til aterosklerose, en prosess som gir innsnevring og tilstopping av blodårer. Den sosiale ulikheten i dødelighet av hjerte- og karsykdommer er markert, og gapet har økt de siste tiårene. Dette skyldes en særlig bratt nedgang i dødeligheten blant personer med høy utdanning (Strand, 2010).

Andel som legges inn på sykehus med hjerte- og karsykdom er høyere i Herøy enn i landet som helhet, og den har vært høyere over flere år. Andelen som behandles i primærhelsetjenesten er derimot ikke betydelig høyere enn landsgjennomsnittet i følge folkehelseprofilene for Herøy i 2012-2015. Indikatorene som folkehelseinstituttet bruker i folkehelseprofilene krever riktig innrapportering fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Befolkningsgrunnlaget er lite og tallene kan ha feilkilder.

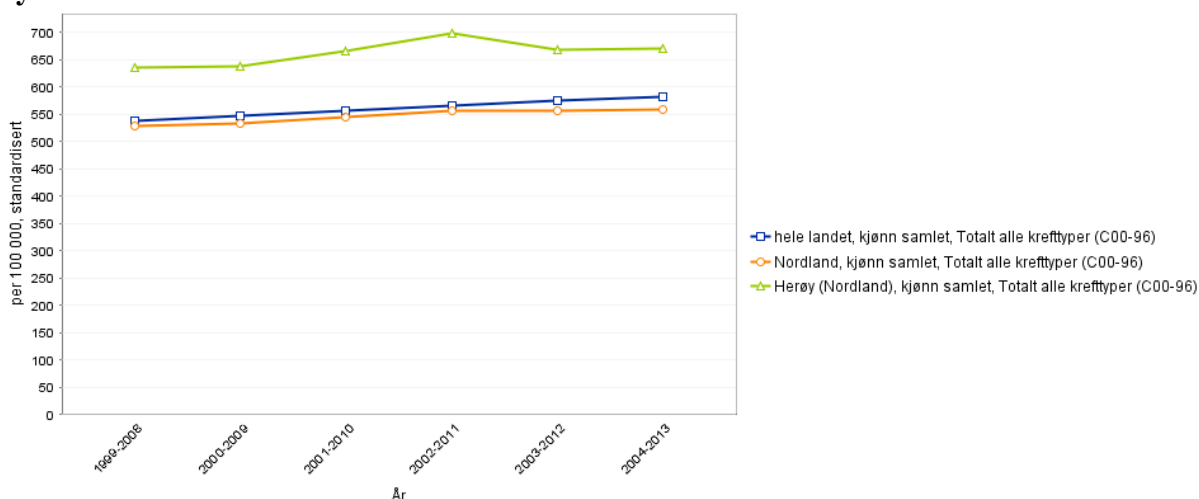
Kreft

Fakta: Celler i kroppen deler seg hele tiden for å fornye seg og reparere skader. I forbindelse med celledeling må arvematerialet i genene kopieres, slik at de to nye cellene blir helt lik morcellen. Hvis viktige gener har fått store skader eller er forandret, kan kreft oppstå. En godartet svulst har som regel en kapsel eller jevn avgrensning rundt seg, mens en ondartet kreftsvulst vokser inn i omliggende vev og kan spre seg til andre deler av kroppen

Det har vært en svak men jevn økning i antall nye krefttilfeller både i Herøy og resten av landet de siste årene. Herøy ligger fortsatt en del høyere enn landsgjennomsnittet. Andelen nye tilfeller av kreft var i 2004-2013 669,9 per 100 000 innbyggere. Med utgangspunkt i befolkningen i Herøy i 2013 tilsvarer det 12 mennesker med nyoppdaget kreft årlig. Hvis vi ser isolert på antall nye tilfeller av lungekreft har Herøy hatt en større økning enn landsgjennomsnittet. Antall nye tilfeller av kreft i fordøyelsesorganene ligger stabilt høyt i forhold til landsgjennomsnittet.

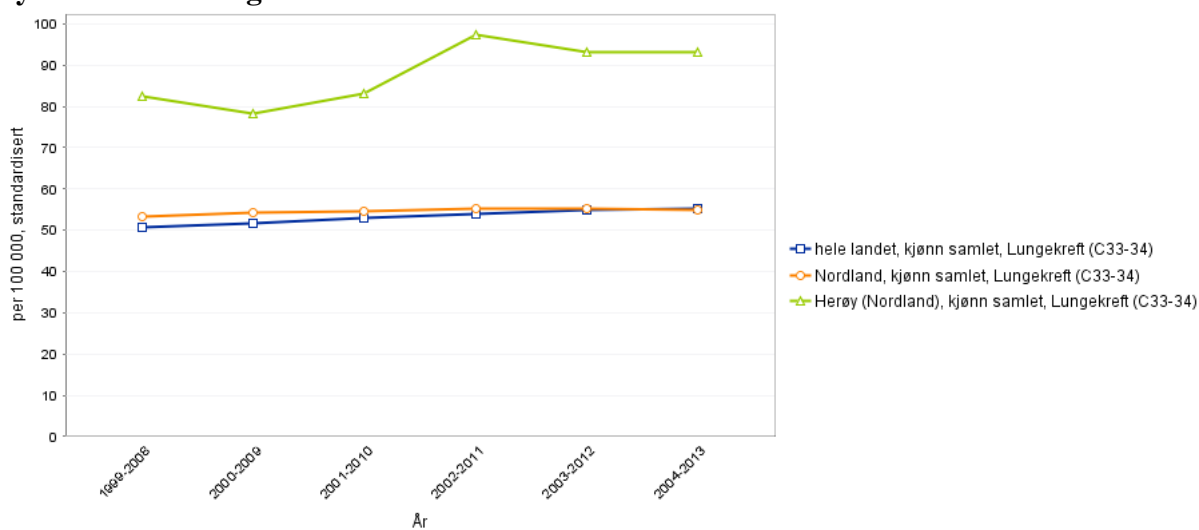
Herøy har et interkommunalt samarbeid om kreftkoordinator. I tillegg til dem som har fått nyoppdaget kreft er det til enhver tid mange som lever med kreft, og mange pårørende til kreftsyke. Disse vil også ha behov for oppfølging og støtte på ulike vis.

Nye tilfeller av kreft



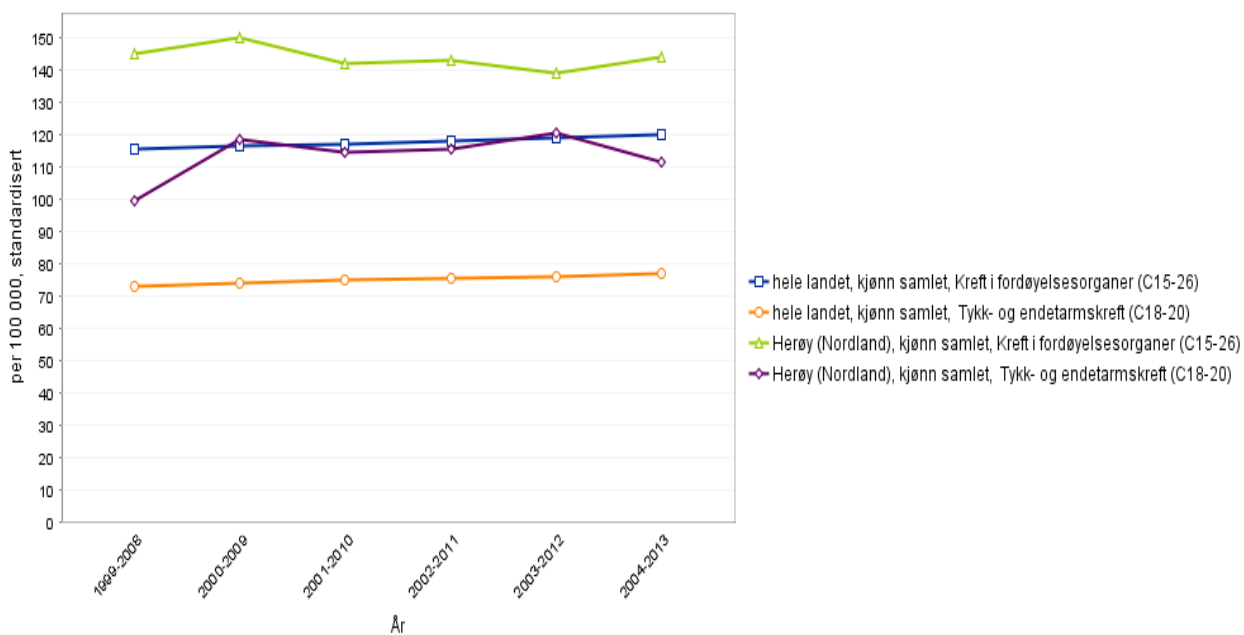
Kilde: Kommunehelsa statistikkbank. Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år, standardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Hentet 12.2.16.

Nye tilfeller av lungekreft



Kilde: KommuneHelsa statistikkbank. Nye tilfeller av Lungekreft per 100 000 innbyggere per år, standardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Hentet 12.02.16

Nye tilfeller av kreft i fordøyelsesorganene

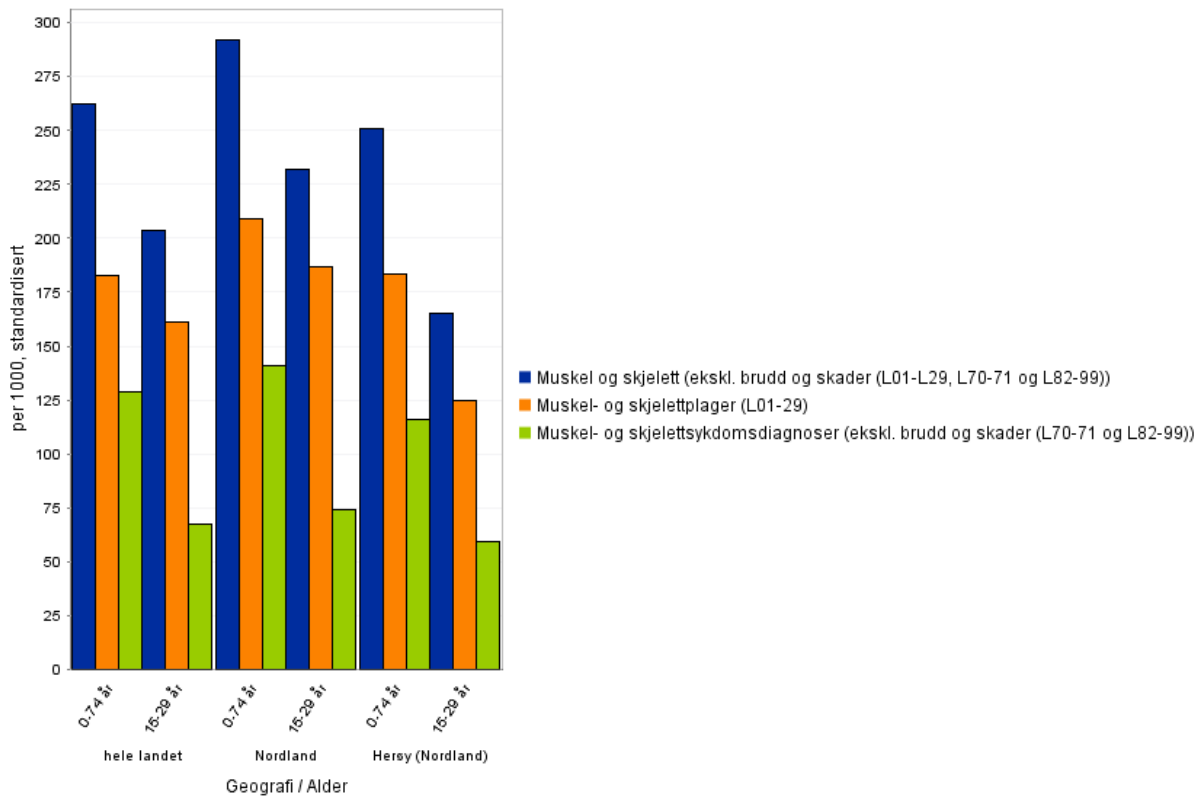


Kilde: KommuneHelsa statistikkbank. Nye tilfeller av kreft i fordøyelsesorganene per 100 000 innbyggere per år, standardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Hentet 12.02.16

Muskel- og skjelettplager

I følge kommunehelsa Statistikkbank er andelen med muskel- og skjelettplager og - sykdommer (ekskl. brudd og skader) lavere i Herøy enn i landet for øvrig og Nordland. Tallene omfatter brukere av fastlege og legevakt mellom 0-74 år. (2012-2014) Hvis vi ser nærmere på gruppen 15-29 år ligger vi lavere enn snittet for både Nordland og Norge.

Antall personer med muskel- og skjelettplager i Herøy 2012-2014



Antall unike personer, 0-74 år og 15-29 år, 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. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder) Kilde: Kommunehelsa (Hentet 12.02.16).

Overvekt og fedme

Fakta: Mål på overvekt og fedme

Kroppsmasseindeks (KMI) uttrykkes i kg/m² og beregnes ved å dividere kroppsvekten med kvadratet av høyden: kg/ (høyde * høyde).

Voksne:

Undervekt: KMI < 18,5 kg/m²

Normalvekt: KMI 18,5–24,9 kg/m²

Overvekt: KMI 25,0–29,9 kg/m²

Fedme: KMI ≥ 30 kg/m²

Begrepet sykelig fedme blir brukt om KMI ≥ 40 kg/m² eller KMI ≥ 35 kombinert med minst en følgesykdom. Mennesker med stor muskelmasse kan ha høy BMI, men har lav fettprosent og karakteriseres ikke som overvektige.

Barn:

For å kategorisere overvekt og fedme blant barn og unge mellom 2 og 18 år er det utarbeidet alders- og kjønns spesifikke grenseverdier for KMI, ofte kalt Cole indeks.

Voksne

Folkehelseprofilen for 2016 publiserte tall for overvekt hos menn, dvs. BMI over 25 kg/m². Undersøkelsen er gjort av menn på sesjon, gjennomsnittstall for årene 2011-2014. Herøy har 34,6 % overvektige menn. Nordland fylke har 25,9 %. Landsgjennomsnittet ligger på 21,4 %.

Folkehelseprofilen publiserer også tall for overvekt hos kvinner, dvs. BMI over 25 kg/m² (basert på selvrapporert høyde og vekt før svangerskapet). For Herøy foreligger det ikke tall, men i Nordland er 44 % overvektige og i Norge 35 %. Tallene er glidende gjennomsnitt fra 2011-2013.

Barn og unge

Alle barn veies og måles i 3. og 8. klasse. De som er overvektige får tilbud om oppfølging av helsesøster. Det er ikke mulig å få ut statistikk fra disse målingene.

Barnevekststudien er den eneste nasjonale undersøkelsen vi har som følger utviklingen av overvekt og fedme i samme aldersgruppe over tid. Hovedfunnene tyder på at forekomsten av overvekt og fedme i gjennomsnitt har ligget stabilt blant barn i perioden 2008 - 2012, en tendens som også rapporteres internasjonalt. På samme tid viser resultatene at det er

sosioøkonomiske og geografiske skillelinjer i utviklingen av overvekt og fedme, også blant barn. Overvekt og fedme i barneårene er en prediktor for overvekt og sykkelighet i voksen alder. Ved hjelp av Barnevekststudien får vi kunnskap om status og endringer over tid. Slik kunnskap er avgjørende for det helsefremmende arbeidet i hele befolkningen, og undersøkelsen blir ofte referert i politiske fora, i forvaltningen og i media.

Hovedfunn fra studien i 2012:

Det var ingen økning i overvekt og fedme eller bukfedme blant norske tredjeklassinger fra 2008 til 2012; det betyr at forekomsten ser ut til å ha stabilisert seg i denne perioden.

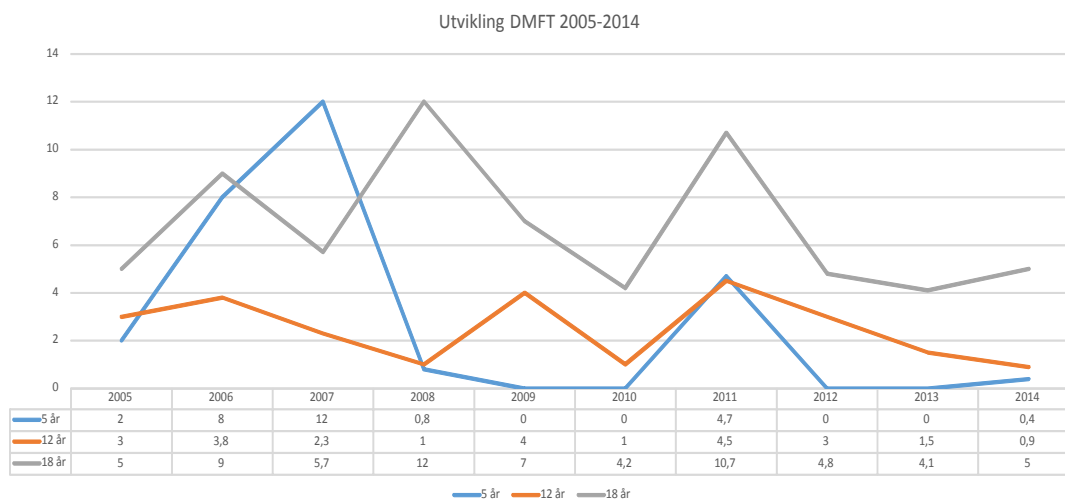
- Gjennomsnittlig hadde 16 % av tredjeklassingene overvekt (inkludert fedme), det vil si hver sjettede elev var overvektig eller hadde fedme i perioden 2008 - 2012.
- I samme periode hadde i gjennomsnitt 8 % av elevene bukfedme.
- Jentene hadde en signifikant høyere forekomst av overvekt (inkludert fedme) enn guttene; henholdsvis 17,9 prosent og 14,5 prosent. Med hensyn til bukfedme var det små kjønnsforskjeller.
- Det var signifikante forskjeller i overvekt (inkludert fedme) mellom helseregionene; andelen i Helseregion Sør-Øst var signifikant lavere enn i de andre regionene, mens den var signifikant høyere i Helseregion Nord.
- Forekomsten av overvekt (inkludert fedme) var 1,5 – 2 ganger høyere blant tredjeklassinger fra små kommuner sammenliknet med elever i store kommuner. Forskjellene i forekomst av bukfedme mellom små og store kommuner var enda større enn for overvekt (inkludert fedme).
- Forekomsten av overvekt (inkludert fedme) var 30% høyere og bukfedme var 80 % høyere blant barn av lavt utdannede mødre sammenliknet med barn av høyt utdannede mødre.
- Det var 50 prosent større andel barn med overvekt (inkludert fedme) og nesten dobbelt så stor andel barn med bukfedme blant tredjeklassinger som har skilte foreldre sammenliknet med de som har gifte foreldre.
- I gjennomsnitt gikk eller syklet 55 % av elevene til skolen og hver tredje elev ble kjørt i privatbil, uansett skolestørrelse.

Studien ble gjennomført på nytt i 2015, men tallene foreligger ikke (Kilde: Fhi, Barns vekst i Norge 2008 - 2010 - 2012 Høyde, vekt og livvidde blant 3. klassinger).

Tannhelse

Fakta: De siste 30 årene har det skjedd en betydelig bedring i tannhelsen på nasjonalt nivå. 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. Fortsatt varierer tannhelsen med alder, økonomi, hvor i landet man bor og om man tilhører en utsatt gruppe eller ikke.

DMTF-indeks (D= destroyed, M= missing, F= filled, per T= teeth) brukes for å si noe om gjennomsnittlig utbredelse av behandlingskrevende karies (hull i tenner). Den er summen av gruppens akkumulerte kariesskader i form av kariøse (tenner med hull), mistede eller fylte tenner.



Kilde: Nordland fylkeskommune – Tannhelsedistrikt sør. Utvikling DMFT-indeks Herøy kommune 2005-2014. Tabellen viser gjennomsnittlig antall tenner med karieserfaring i form av hull, mistet tann på grunn av hull eller fylling. Innhentet 05. november 2015.

Barn og unge

Av tabellen under ser man at gjennomsnittlig antall tenner med karieserfaring i 2014 var 0,4 for 5 åringer, 0,9 for 12 åringer og 5 for 18 åringer. Gjennomsnittlige antall for Nordland for samme periode var 0,5 for 5 åringer, 1,1 for 12 åringer og 4,5 for 18 åringer (SSB). 18-åringene og 12-åringene i Herøy har hatt en betydelig forbedring av sin tannstatus de siste 10 årene. I 2008 hadde 18-åringene i gjennomsnitt 12 tenner med karieserfaring mot 5 i 2014. 12-åringene har også hatt en klar forbedring fra 4,5 i 2011 til 0,9 i 2014. I 2007 hadde 5-åringene i gjennomsnitt 12 tenner med karieserfaring mot 0,4 i 2014.

Voksne

Tall fra levekårsundersøkelsen i Nordland viser følgende:

- Blant befolkningen i Nordland oppgir 70 prosent mot 75 prosent nasjonalt at tannhelsen er god eller svært god.
- Det er noe høyere andel kvinner (40 prosent) enn menn (31 prosent) som oppgir at tannhelsen er svært god.
- Det er klar sammenheng mellom både alder og utdanningsnivå og hvor godt man opplever sin tannhelse. Tannhelsen svekkes med alderen. Når det gjelder utdanning viser undersøkelsen at mens over halvparten (51 %) av respondentene med 5-åring høgskole- eller universitetsutdannelse rapporterer at tannhelsen er

svært god, gjelder dette kun 26 prosent av respondentene med grunnskole som høyeste fullførte utdanning.

- Ikke funksjonshemmede oppgir i betydelig større grad (41 %) å ha meget god tannhelse enn hva funksjonshemmede gjør (25 %)

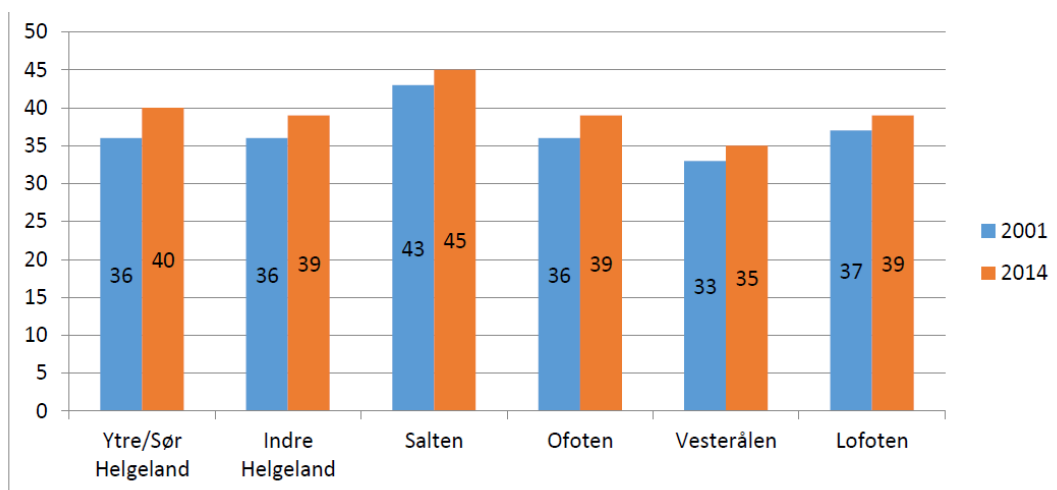
Selvopplevd helse

Tall fra Ungdata 2014 viser at 75 prosent av guttene og 63 prosent av jentene i ungdomsskolen i Herøy svarer at de er svært fornøyd eller litt fornøyd med egen helse.

Tall fra undersøkelsen levekår og livskvalitet i Nordland 2014 viser at:

- Andelen som beskriver helsen sin som meget bra er høyere for alle regionene i Nordland i 2014 sammenliknet med 2001. I regionen Ytre/Sør Helgeland ser vi at andelen har økt fra 36 til 40 prosent.
- Andelen som oppgir at den allmenne helsetilstanden er meget god henger sammen med alder. Jo yngre aldersgruppe, desto høyere andel er det som oppgir at helsen er god. Mens 58 prosent i aldersgruppen 15-24 år oppgir meget god helse, gjelder dette kun 26 prosent i aldersgruppen 67-98 år.
- Det er en klar sammenheng mellom hvordan helsen oppleves og utdanningsnivå. Mens 57 prosent av respondentene med høgskole/universitetsutdanning 5 år eller mer oppgir at den nåværende allmenne helsetilstanden er meget bra, gjelder dette kun 26 prosent av dem med grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Ingen av respondentene med høyere utdanning oppgir at helsen er meget dårlig, mens dette gjelder for 7 prosent av dem med grunnskole som høyeste fullførte utdanning.

Opplevelse av helsetilstand i Nordland



Kilde: Lavekår og livskvalitet i Nordland 2014. Andelen som har svart meget bra på spørsmålet «Hvordan vil du beskrive din nåværende allmenne helsetilstand»

Status helsetilstand

Menn i Herøy lever 1,9 år kortere enn landsgjennomsnittet, og damene lever 0,4 år kortere. Tannstatus er i stadig bedring både i Herøy og nasjonalt. Herøy ligger samlet høyt på nye krefttilfeller. Kommunen har et høyt antall overvektige menn. For kvinner foreligger det ikke tall, men i nabokommunene er en høy andel kvinner overvektige. Det foreligger heller ikke tall for barn og unge. Disse følges opp av helsesøster ved avdekket overvekt.

Ungdata undersøkelsen viser at ungdom ved ungdomsskolen i Herøy generelt er fornøyd med helsa si. Men mange av jentene i ungdomsskolen plages med depressive tanker og ensomhet. Tall fra Levekårsundersøkelsen i Nordland viser at selvopplevd helse henger nøye sammen med utdanning og alder. For Herøy kommune som har en aldrende befolkning og et lavere utdanningsnivå enn landet som helhet kan man anta at man har en særlig utfordring når det gjelder selvopplevd helsetilstand.

Konsekvenser og årsaksforhold

Herøy ligger lavt på utdanningsnivå, høyt på uføretrygd og har høy andel barnefattigdom. Samtidig har vi høyt frafall fra videregående, vi har trolig lav andel av enkelte sykdommer og vi har en befolkning som blir eldre enn gjennomsnittet i landet. Oppsummert blir det en uklar fremstilling av folkehelsen i Herøy kommune. Det viktigste momentet i dette er at helsen fordeler seg ulikt i befolkningen. Alle i kommunen lever ikke med gjennomsnittlig helse eller gjennomsnittlige sosiale forhold. Mennesker fra høyere sosiale lag lever lenger og har bedre helse enn personer fra lavere sosiale lag. Dette er ikke bare et folkehelseproblem, men også et rettferdighetsproblem.

Hovedårsakene til overvektsøkningen i det internasjonale samfunn antas i følge folkehelseinstituttet å være endringer i ”mat og mosjons-miljøet”. Fysisk aktivitet, særlig dagliglivets aktiviteter, har sunket, og vi har nå et energiinntak (kaloriinntak) som ikke er tilpasset dette. I en situasjon med redusert aktivitetsnivå og stor tilgang på energitette matvarer, er det lett å utvikle overvekt. Hos den enkelte personen vil også arvelige og psykiske faktorer spille en rolle.

Personer med kraftig overvekt og fedme har økt risiko for type 2 diabetes, sykdommer i galleveiene, søvnapnè, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Vekt som risikofaktor har størst betydning hvis vekten øker over tid. Verdens helseorganisasjon anbefaler at man høyst bør gå opp fem kilo i løpet av voksen alder.

Overvekt og fedme i barneårene kan ha alvorlige konsekvenser for barns helse og er en risikofaktor for sykkelighet i voksen alder. Det er en fare for at utviklingen av overvekt og fedme i deler av barnebefolkningen vil kunne bidra til opprettholde sosiale helseforskjeller fremover. Overvekt, fedme og bukfedme fordeler seg ulikt blant barn i Norge, slik barnevekststudien viser: Barns Vekst i Norge Rapport 2014 fra Folkehelseinstituttet. Studien viser at lav utdanning hos mor og skilte foreldre øker andelen med overvekt hos barn. Studien viser også at det er flere overvektige barn i små kommuner enn i store kommuner, samt flere i helse Nord enn i de andre helseregionene. Overvektige barn og unge har moderat økt risiko for å utvikle overvekt og fedme i voksen alder. Risikoen øker med stigende alder, og er større hvis en eller begge foreldre har fedme.

Herøy har tatt i mot flyktninger i flere år. På grunn av stor tilstrømming av asylsøkere til landet vil vi trolig bli bedt om å ta i mot flere i de kommende årene. I løpet av våren 2016 vil det bli opprettet et mottak for enslige mindreårige asylsøkere i Silvalen. Dette vil kunne gi noen konsekvenser for helsetilstand i befolkningen. Flyktninger har mer psykiske plager enn det som er funnet hos andre innvandrere og hos etnisk norske (Bronstein, 2011; Fazel, 2012; Fazel, 2005; Seglem, 2014). Atskillelse fra og tap av familiemedlemmer, samt fangenskap, tortur og andre krigsrelaterte opplevelser er særlig forbundet med økt risiko for depresjon og post-traumatiske stressplager (PTSD). Belastninger knyttet til asylsøknadsprosessen og til bosetting og tilpasning i tiden etterpå er også viktige for å forstå stabilitet og forandringer i psykiske plager blant voksne og barn med flyktningebakgrunn.

Referanseliste

Barns Vekst i Norge Rapport 2014, Folkehelseinstituttet

Bjelland M, Klepp K-I. Skolemåltidet og fysisk aktivitet i grunnskolen. Institutt for ernæringsforskning. Universitetet i Oslo, 2000.

Bronstein, I and Montgomery, P. Psychological distress in refugee children: a systematic review. Clin Child Fam

Clench-Aas J, M Rognerud and OS Dalgard. Levekårsundersøkelsen 2005 : Psykisk helse i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009, rapport: 2009:6.

Elevundersøkelsen,

<https://skoleporten.udir.no/oversikt/oversikt?enhetsid=1822&skoletypemenuid=0>

Fazel, M, Reed, RV, Panter-Brick, C and Stein, A. Mental health of displaced and refugee children resettled in highincome countries: risk and protective factors. The Lancet 2012; 379(9812): 266-82.

Fazel, M, Wheeler, J and Danesh, J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet 2005; 365(9467): 1309-14.

Folkehelseinstituttet www.fhi.no

Folkehelse rapporten 2014

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5508&Content_6503=6259:113662:25,5508:0:6250:1:::0:0

Forskning.no

Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012

God oversikt – en forutsetning for god folkehelse IS-2010, 2013

Helsedirektoratet, 2005. Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Rapport1/2005. ISBN-nr. 82-8081-060-9.

Helsedirektoratet, Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet, (2014)

Helsedirektoratet, <https://helsedirektoratet.no/folkehelse>

Helsedirektoratet. Samfunnsutvikling for god folkehelse, 2014

Herøyfjordingen.no

Herøy kommune (2012-2015). Rusmiddelpolitisk handlingsplan og alkoholpolitisk handlingsplan (Under revisjon).

[Herøy kommune årsmelding 2014](#)

Herøy kommune årsmelding 2015

Huisman M, Bopp M, Borgan JK, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Gadeyne S, Glickman M, Marinacci C, Minder C, Regidor E, Valkonen T, Mackenbach JP. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. Lancet 2005; 365: 493-500.

Kartlegging og verdisetting av friluftsområder i Herøy kommune www.kart.naturbase.no

Klepp K-I, Aarø L-E (2009). Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Gyldendal norsk forlag. Oslo.

Kommunehelsa statistikkbank

KommuneProfilen.no

Levekårsundersøkelsen i Nordland 2014

Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven), 2012

Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)

Mattilsynet.no

Miljødirektoratet.no

NAV nav.no statistikk helt ledige

<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Arbeidssokere+og+stillinger+-+statistikk/Helt+ledige>

Nordland fylkeskommune – Tannhelse-distrikt sør – Utvikling av DMFT-indeks i Alstahaug kommune

Nordland fylkeskommune Handlingsplan Nullvisjon, 2015-2018

Nordland idrettskrets – antall medlemmer i idrettslag/foreninger 2014

Norges geologiske undersøkelse www.ngu.no

Norgeshelsa statistikkbank

Radonkart www.norgeskart.no

Rødje, K, Clench-Ass, J, van Roy, B, Holmboe, O & Müller, AM. Helseprofil for barn og ungdom i Akershus: ungdomsrapport. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2004.

Sandseter, E. B. H., Sando, O. J., Pareliussen, I. & Egset, C. K. (2013). Kartlegging av hendelser og ulykker som medfører skade på barn i barnehage. Oslo: Utdanningsdirektoratet.

Seglem, KB, Oppedal, B and Roysamb, E. Daily hassles and coping dispositions as predictors of psychological adjustment: A comparative study of young unaccompanied refugees and youth in the resettlement country. *International Journal of Behavioral Development* 2014; 38(3): 293-303.

[Sjøfartsdirektoratet](#)

[Statens strålevern](#)

Statistisk sentralbyrå, www.ssb.no

[Store norske leksikon](#)

Kulturdepartementet (2011-2012). [Meld.St. 26](#). Den norske idrettsmodellen

Strand, B. H., E. K. Groholt, O. A. Steingrimsdottir, T. Blakely, S. Graff-Iversen and O. Naess (2010). Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *BMJ* 340: c654. [Pubmed](#).

Synovate, Barn- og ungdomsundersøkelsen 2009

Telemarksforskning, Norsk kulturindeks

[Ungdata Herøy kommune 2014](#)

[Ungdata Nordland 2013](#)

Ungdata. Nasjonale resultater 2010-2012. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 10/13. 2013

UngKan2 undersøkelsen (2012), Helsedirektoratet

[WHO](#)

Øen G, 2012. Overvekt hos barn og unge - forstå, forebygge, behandle og fremme helse. fagbokforlaget. Bergen.