

Beiarn Kommune		
Ark.Saksnr	Dok.nr.	Reg.nr/År
20/697	1	3912/20
26 AUG 2020		
Ark.kode P	610	
Ark.kode S		
Avdeling	Saksbeh.	TB
Kassasjon	Gradering	



BEIARN KOMMUNE

OVERSIKT OVER

HELSETILSTAND OG

PÅVIRKNINGSFAKTORER

I BEIARN

SAMMENDRAG

Folkehelse er befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.

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

2020-2024

Innhold:

Bakgrunn, lovgrunnlag og forskning

1. Befolkningssammensetning

- 1.1 Befolkningssammensetning
- 1.2 Befolkningsendring
- 1.3 Fødsler
- 1.4 Spesielle/utsatte grupper
- 1.5 Flyttemønster
- 1.6 Verdiskapning og næringsutvikling

2. Oppvekst og levekår

- 2.1 Inntekt og økonomi
- 2.2 Arbeid
- 2.3 Boligforhold
- 2.4 Barnehage
- 2.5 Grunnskole
- 2.6 Utdanning

3. Miljøfaktorer

- 3.1 Fysisk, kjemisk og biologisk miljø
- 3.2 Sosiale miljøfaktorer
- 3.3 Vold og kriminalitet

4. Levevaner

- 4.1 Fysisk aktivitet, kultur og friluftsliv
- 4.2 Kosthold og ernæring
- 4.3 Tobakk
- 4.4 Alkohol og andre rusmidler
- 4.5 Frisklivstilbud

5. Opplysninger om helsetilstand

- 5.1 Forventet levealder
- 5.2 Psykisk helse
- 5.3 Overvekt og fedme
- 5.4 Diabetes type 2
- 5.5 Hjerte- karsykdom
- 5.6 KOLS/ lungesykdom
- 5.7 Kreft
- 5.8 Tannhelse
- 5.9 Skader og ulykker

Utfordringer for folkehelsearbeidet



BEIARN
kommune

Bakgrunn, lovgrunnlag og forankring

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

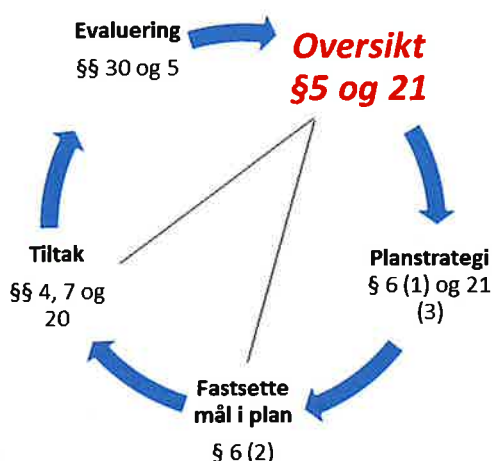
§ 5 i Folkehelseloven pålegger kommunen å ha en skriftlig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Med bakgrunn i en systematisk lokal kunnskapsinnhenting skal helseoversikten danne grunnlaget for kommunens planlegging og prioritering av folkehelsestrategi, mål og tilhørende tiltak. Positive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

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

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

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

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



Kommunen skal føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av loven overholdes. Helseoversikten er lagt opp etter statens veiledning og anbefalinger til oversiktsarbeidet: God oversikt- en forutsetning for god folkehelse IS- 2110, utgitt i oktober 2013.

Folkehelse- en del av samfunnsplanleggingen

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

Informasjon om kilder og statistikk

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

Kunnskapsinnhenting fra offentlige myndigheter, statlige – og fylkeskommunal tilgjengelig statistikk

Kunnskapsgrunnlaget for helseoversikten og hvilke utfordringer vi har i Beiarn, bygger på et faktagrunnlag hentet fra blant annet en større gjennomgang av statistikk fra følgende kilder:

- Folkehelseprofil 2019 for Beiarn kommune
- Folkehelseprofil 2020 Beiarn kommune
- Folkehelseinstituttet -Statistikkbanker
- Folkehelseprofil 2019 for Nordland fylkeskommune
- Folkehelseprofil 2020 for Nordland fylkeskommune
- Statistisk sentralbyrå
- NAV Statistikkportal
- MSIS Statistikk smittsomme sykdommer
- Skoleporten
- UNGDATA 2019, Beiarn
- HUNT, helseundersøkelse fra NTNU
- «Fysisk aktivitet blant 6-, 9- og 15-åringer i Norge» (Hdir, 2011)
- Hepro- rapporten- Norgesprofilen 2007

Lokal kunnskapsinnhenting

Mye av grunnlagsmaterialet til oversiktsarbeidet som presenteres inkluderer også lokal kunnskapsinnhenting og vurderinger. Dokument for 2016-2020 ble utarbeidet av en



BEIARN
kommune

tverrfaglig gruppe. Oppdatert dokument for 2020-2014 er utarbeidet av folkehelsekoordinator og samfunnsmedisiner.

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

Beiarn kommune strekker seg fra Beiarfjorden i nord til Svartisen i sør. Kommunen ligger 11 mil sør for Bodø. Kommunesenteret i Beiarn er Moldjord. Kommunen har allsidig produksjon innen jord- og skogbruk. Landbruksnæringa er kommunens "hjørnesteinsbedrift" og kommunen er en typisk landbrukskommune. Dette setter sitt preg på både bosettingen og aktiviteten i bygda. Arbeidsplasser i Beiarn er hovedsakelig i kommunal regi; sykehjem, hjemmetjeneste, skole, barnehage, administrasjon og drift, legesenter. Andre typer næringer i Beiarn er transport, anlegg, bygg, turisme og treforedling. På grunn av få arbeidsplasser i kommunen er det en del som pendler til nabokommuner. Noen er dagpendlere og noen er ukependler.

I 2019 var det 74 sysselsatte menn og 27 sysselsatte kvinner i alderen 20-66 år, som pendlet ut av kommunen (SSB)

Bebyggelsen i Beiarn består hovedsakelig av eneboliger. Bosettingen strekker seg fra Fjellstad i sør til Evjen i nord.

Vi har tre hovedområder som er befolket; Tollå, Storbjørn og Moldjord. Tilknytning til bosted og nærområde er sterkt for befolkningen i Beiarn. Dette viser seg i folkets engasjement for å styrke sitt miljø.

Ca. 14 % av totalarealet (1225 km²) i kommunen er produktiv skog, av dette er 140 000 dekar drivbart. Ca. 1 % av totalarealet er dyrka jord og beiter.

Kommunen startet med bosetting av flyktninger og asylsøkere i 2013. Ved inngangen til 2020 er det bosatt 24 mennesker.

Kommunen har en barnehage med to avdelinger.

Kommunen har to skoler. En barneskole og en barne- og ungdomsskole. Det totale elevtallet i 2020 er på 84. Høsten 2020 slås Moldjord og Trones skolen sammen til grunnskole, Beiarn barne- og ungdomsskole.

Hovedferdselen til Beiarn kommune går på Fv. 813 over Beiarfjellet, og videre på Fv. 812 enten mot kystriksveien /Bodø eller mot E6 Saltdal.

Beiarfjorden er transportåre for hovedsakelig sand/grus til veganlegg, og dels en inngangsåre for passasjerbåt og turister.

Beiarn kommune har ca. 55 km kommunal vei. Det er utarbeidet hovedplan som setter mål for standard mv. og det jobbes etter vedtatt handlingsplan med sikte på utbedring på alle kommunale veier.

Kommunen har ingen videregående opplæringstilbud og ungdom må derfor flytte på hybel etter endt grunnskole. Fra høsten 2020 opprettes daglig bussrute mellom Beiarn/Misvær og Saltdal. Dette gir ungdom muligheten til å bo hjemme og pendle til videregående skolegang.

Kommunen ligger 11 mil unna nærmeste sykehus. Beiarn kommune har utviklet vaktsamarbeid med Bodø kommune. Lege i hjemmevakt dekker Beiarn og tidligere Skjerstad kommune hele døgnet for akutt alvorlig sykdom. Gitte tidspunkt på døgnet må befolkningen inn til Bodø for legehjelp når det gjelder mindre alvorlig sykdom. Nordlandssykehuset i Bodø har lokalisert en ambulansestasjon i Beiarn. Personellet har noe vakt på stasjon, men mest hjemmevakt.

Tannhelsetjenesten ligger under Nordland fylkeskommune og barn og ungdom får tannhelsetjeneste- tilbud i Bodø kommune, Misvær.

Unge i Beiarn har gjennom UNGDATA 2019 svart i forhold til om de kan tenke seg å bo i hjemmkommunen når de blir voksne.

16 % tenker at de kan tenke seg å bo i Beiarn når de blir voksne.

52% tenker ikke at de ønsker å bo i Beiarn.

32 % vet ikke.



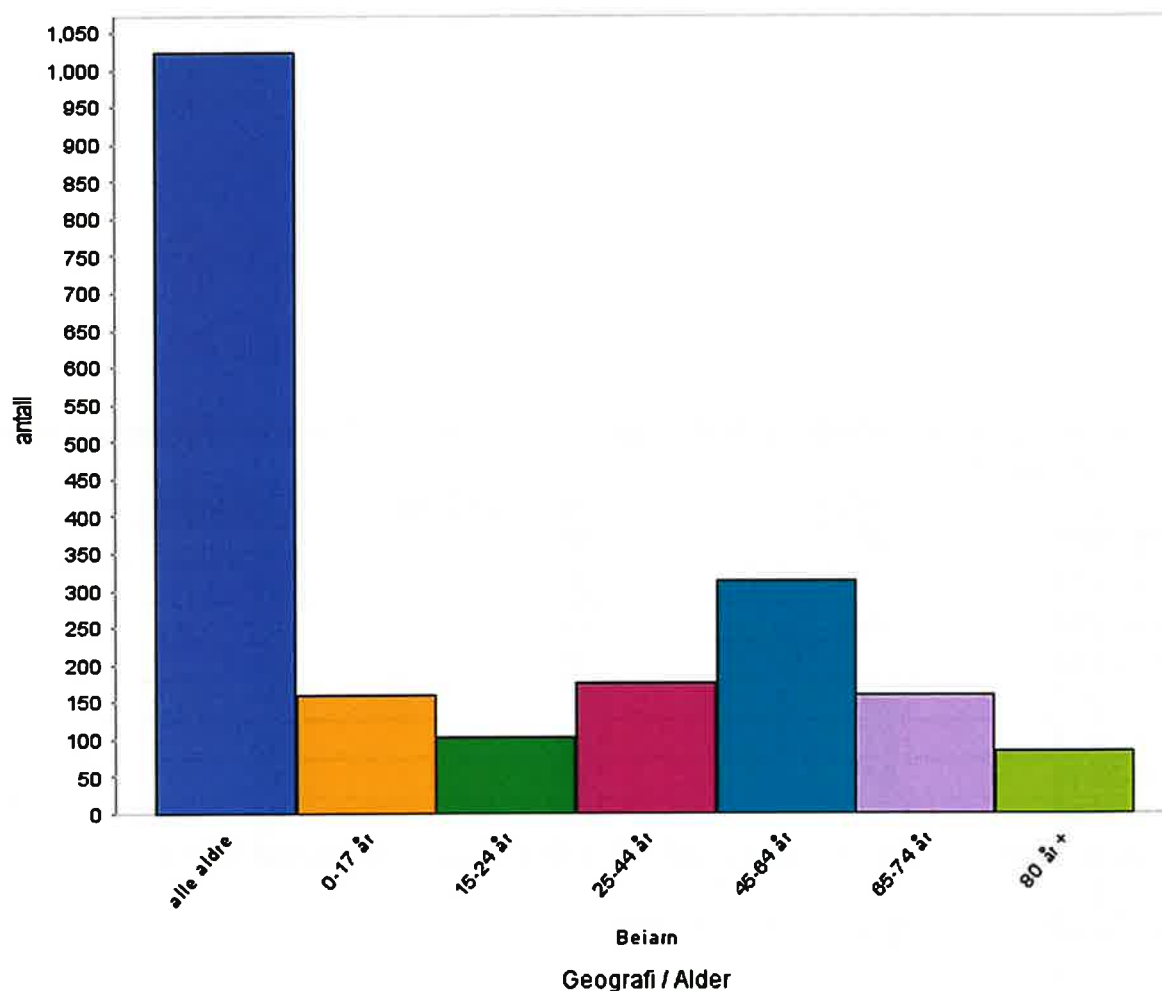
1. Befolkningssammensetning

Befolkningens sammensetning og utvikling danner grunnlaget for den kommunale planlegging av kommunens langsiktige behov. Befolkningens sammensetning omfatter statistikk som antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster mv.

Befolkningstallet har over tid vært i overkant av 1000 innbyggere. Som landet for øvrig øker antallet eldre i befolkningspopulasjonen. Gruppen over 65 øker mest fram mot 2040.

1.1 Befolkningssammensetning

Befolkning (antall og andel) (B, inndeling per 1.1.2020)
– kjønn samlet, antall, 2019

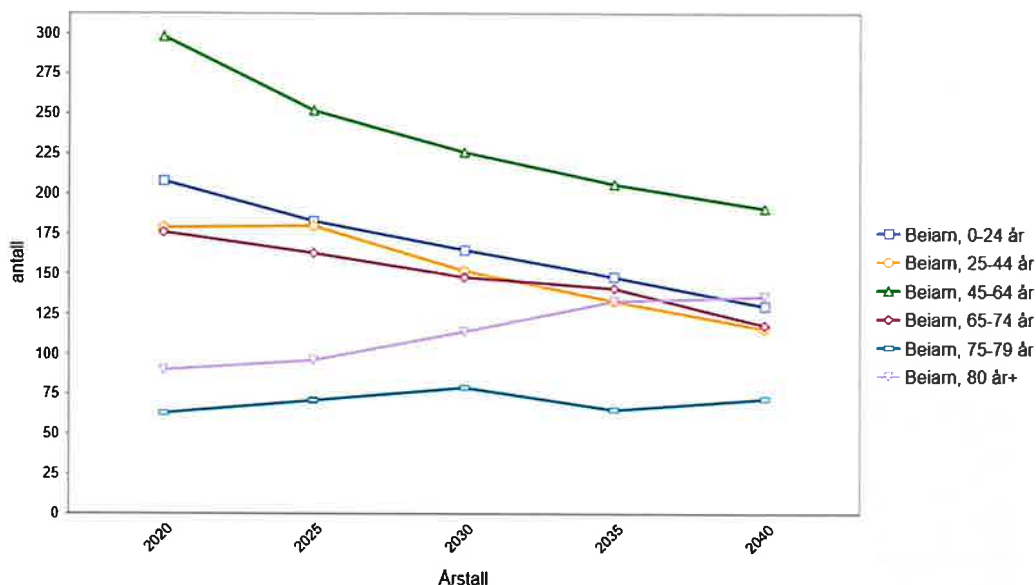


1.2 Befolkningsendring

Ved årsskiftet 2015/2016 var folketallet i Beiarn på 1026.

I 2020 har Beiarn 1017 innbyggere. Framskrevne tall viser at folketallet vil være på 884 stk. i 2030 og 763 stk. i 2040.

Framskrevet befolkning (B, inndeling per 1.1.2020) - *kjønn samlet, antall*



Framskrevne tall for elevtallsutviklingen i grunnskolen, kilde kommunenes eget fødselsregister

Skoleår	I ALT	MOLDJORD	TRONES
2012-2013	97	30	67
2013-2014	102	38	64
2014-2015	104	42	62
2015-2016	93	39	54
2016-2017	90	37	53
2017-2018	91	35	56
2018-2019	81	29	52
2019-2020	78	26	52
Sammenslåing av skolene til BEIARN BARNE- OG UNGDOMSSKOLE			
2020-2021	82		
2021-2022	80		
2022-2023	79		
2024-2025	79		

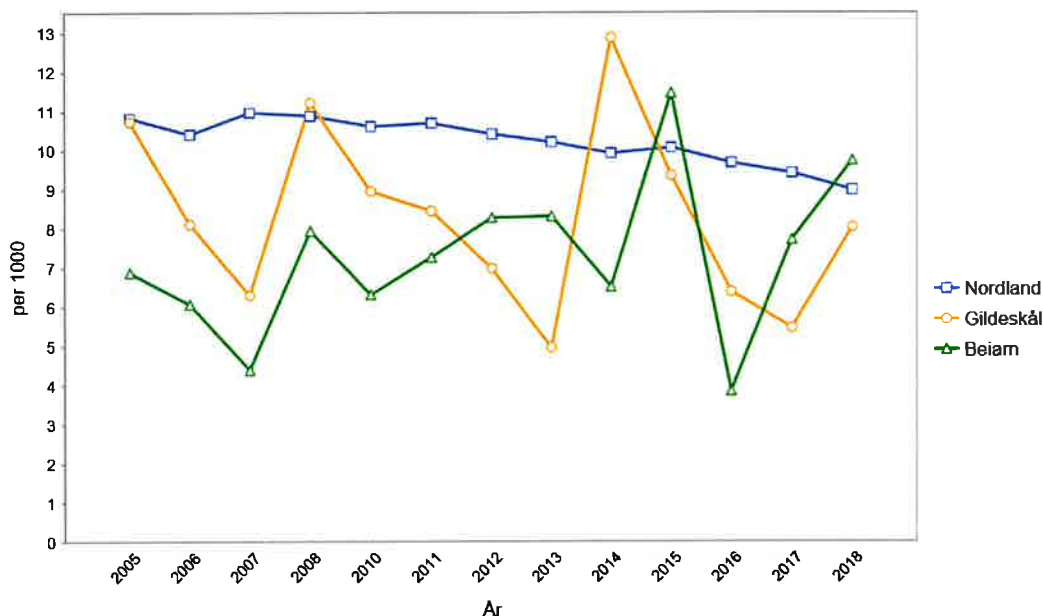


BEIARN
kommune

1.3 Fødsler

Antall fødte pr 1000 innbygger er informasjon som har betydning for utviklingen i lokalsamfunnet, og som vil danne grunnlaget for kommunens planleggingsbehov for eksempel innenfor barnehage- og skoleutvikling, dimensjonering av helsetjenester mv

Fødte (B, inndeling per 1.1.2020) - per 1000



1.4 Spesielle/utsatte grupper

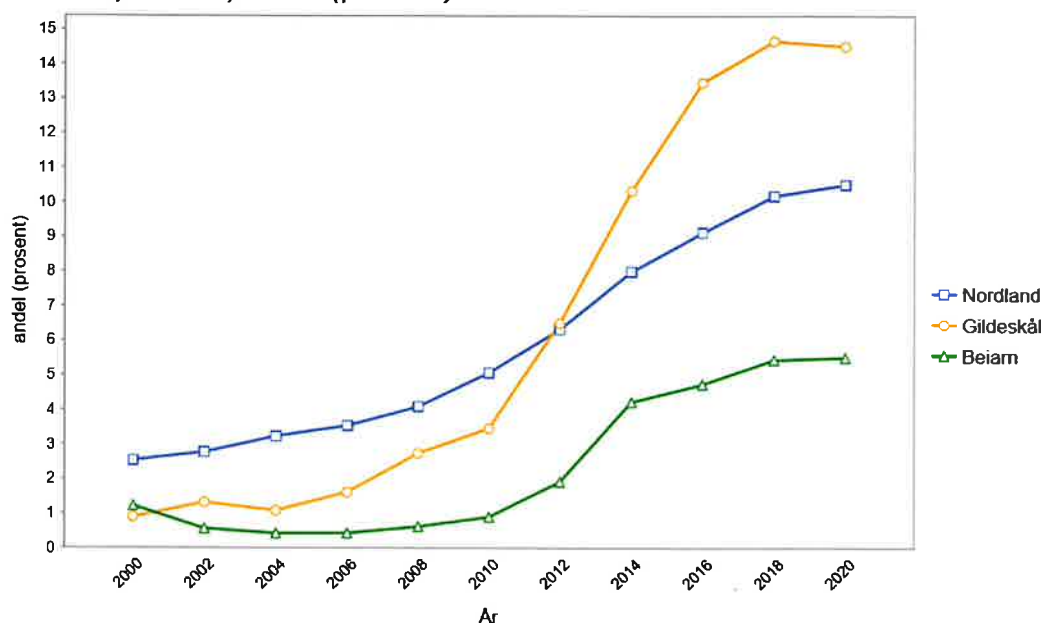
Grupper som flytter fra et land til et annet utgjør ofte en minoritet som skiller seg fra majoritetsbefolkningen både fysisk og kulturelt. Disse gruppene vil kunne møte sosiale og økonomiske utfordringer og vanskeligheter uavhengig av årsakene til migrasjon. Mange mangler kunnskaper og ressurser, språklige og kulturelle koder og annet som den etniske befolkningen tar for gitt. Som følge av dette har enkelte innvandrergupper lavere sosial status, spesielt de første årene etter ankomst til nytt land. Det gjør dem spesielt sårbare, også når det gjelder helse. Den viktigste sosiale forklaringsfaktor synes å være manglende arbeid etter ankomst til Norge, og i mindre grad økonomiske problemer. Viktigste psykososiale forklaringsfaktor er manglende integrasjon i det norske samfunnet, opplevelse av diskriminering, blant annet på boligmarkedet, og en generell opplevelse av maktesløshet. Noen innvandrergupper er lite fysisk aktive (St.meld. nr. 20 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller).

Figuren over viser at det på relativt kort tid har skjedd endringer i andel i befolkninga som har annen bakgrunn enn etnisk norsk. Utviklingen settes i sammenheng med økt arbeidsinnvandring, økt kjærlighetsinnvandring og bosetting av flyktninger og asylsøkere.



BEIARN
kommune

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre (B, inndeling per 1.1.2020) - totalt, andel (prosent)

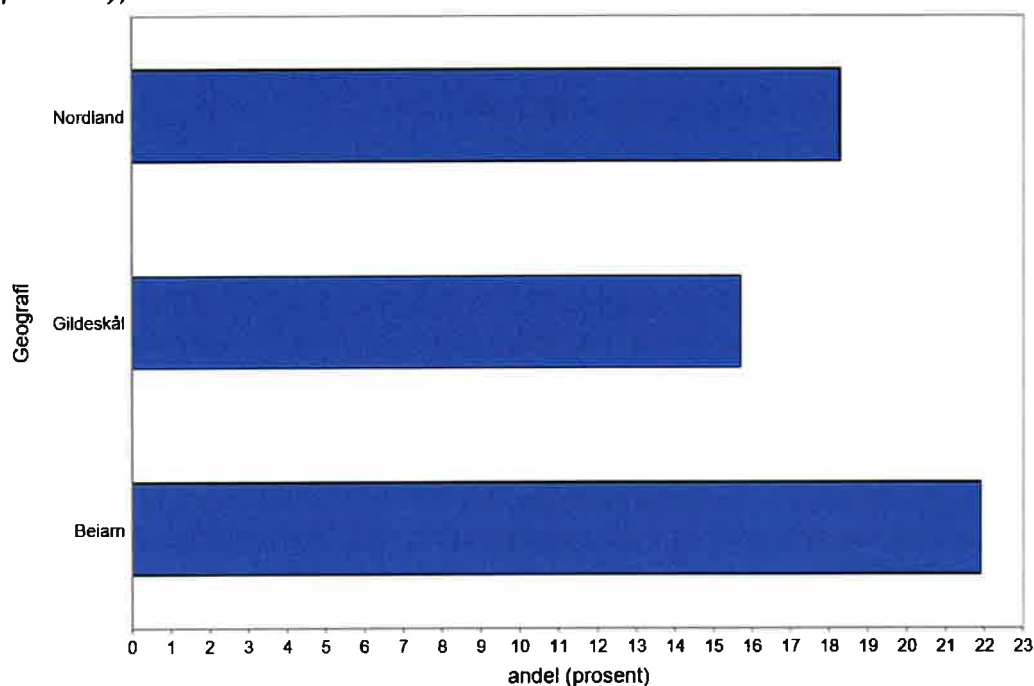


Beiarn kommune yter tjenester til personer med funksjonshemming og/eller utviklingshemming. Personer med funksjonshemming og/eller utviklingshemming er generelt en utsatt gruppe og har jevnt over dårligere helse enn «normalbefolkningen. Selv om helsemessige gevinster av fysisk aktivitet er overbevisende så inviterer samfunnet generelt til fysisk inaktivitet, og mennesker med funksjonshemming / utviklingshemming har generelt lavere fysisk kapasitet, lavere utholdenhet, dårligere muskulær utholdenhet, høyere BMI og høyere forekomst av tidlig død som resultat av hjertesykdom og slag sammenlignet med normalbefolkningen. Dette understreker også viktigheten av et fysisk aktivt liv og helsefremmende kosthold for denne gruppen.

Personer med funksjonshemming og/eller utviklingshemming som har dårlig motorikk og et negativt selvbilde finner ofte glede og suksess gjennom nettopp å mestre fysisk aktivitet. Gjennom fysisk trening og bedret fysisk form får utviklingshemmede også mer krefter til å klare dagens gjøremål.

Aleneboende kan også være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt. I følge KommuneHelse statistikkbank er andelen personer som bor alene i 2019, i Beiarn, (22,7%) lavere enn andelen i Nordland (25,9 %) og i landet (25,7 %).

Eneforsørgere (B, inndeling per 1.1.2020) - under 45 år, andel (prosent), 2016-2018



Eneforsørgere er ingen ensartet gruppe. For noen kan det utgjøre en økonomisk belastning å være eneforsørger, enten dette er et resultat av familieoppløsning eller ikke. Analyser viser at eneforsørgere oftere har lavere inntekt enn husholdninger med flere voksne medlemmer. Tap av forsørger gjennom samlivsbrudd eller død fører for mange til økonomiske problemer. Selv om folketrygden i mange tilfeller dekker inntektstap som følge av tap eller fravær av forsørger, vil det å være eneforsørger for en del være en viktig årsak til lav inntekt i lengre eller kortere perioder. Enslige forsørgeres levkårsproblemer kan være av stor betydning både for deres egen og deres barns psykiske og fysiske helse. Det er en del risikofaktorer knyttet til det å vokse opp med en eneforsørger. Eneforsørgere har ofte mindre ressurser i form av dårligere økonomi og mindre tid til barna. Dette kan føre til at barna ikke kan delta i sosiale aktiviteter og at tiden med tilgang på en voksen er mindre. I tillegg er det økt forekomst av psykiske helseproblemer blant eneforsørgere, som videre kan virke inn på foreldreferdigheter og dermed barna. Forhold mellom foreldre som ikke lever sammen kan være preget av økt konfliktnivå som kan gå ut over barna og føre til emosjonelle problemer og atferdsproblemer. Likevel kan det være vanskelig å skille effekten av det å vokse opp med eneforsørgere fra andre faktorer som kan henge sammen med dette. For eksempel er eneforsørgere - spesielt alenemødre - ofte unge og har lavere utdannelsesnivå. Kilder: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sosial_ulikhet_i_helse_fhirapp_ort2007_1.pdf Waldfogel, Craigie & Brooks-Gunn (2010): Fragile families and child wellbeing. Future child, 20: 87-112.

1.5 Flyttemønster

Flere ulike faktorer påvirker flyttemønsteret inn og ut av kommunen. Bostedsvalg varierer med faktorer som alder, livssituasjon, mulighet for arbeid, boligtilbud, utdanningsmuligheter, kultur- og fritidstilbud, møteplasser, fritidsmuligheter, gode

oppvekstmiljø for barn, gode nabolag, og service-, velferds- og tjenestetilbud. Lokal tilhørighet har ikke mistet sin betydning for unge sine bostedsønsker, men når ungdom flytter for å ta utdanning svekkes båndene til oppvekstkommunen.

Det er noe aktivitet i forhold til flytting innad i kommunen. Dette på grunn av ulike behov for nærhet til kommunale tjenester, tettbebygde strøk, natur osv.

1.6 Verdiskapning og næringsutvikling

Andelen sysselsatte i offentlig tjenesteutvikling utgjør ca. 43 prosent av samlet sysselsetting i Saltenregionen. Beiarn kommune har ca. 46% av de sysselsatte i offentlig tjenesteyting. Sysselsetting i primærnæringene i Beiarn utgjør ca. 12 % (2014) av total sysselsetting, men antall sysselsatte i denne næringen er på tur ned. Det jobbes aktivt for å utvikle den tradisjonelle landbruksnæringa og binæringer til landbruket. Reiselivsnæringa er i langsom vekst og tiltak for å styrke og utvikle denne er en prioritert oppgave. Kommunen har få kompetansearbeidsplasser og kommuneorganisasjonen opplever at det er blitt vanskeligere å rekruttere god kompetanse til egne ledige stillinger. Noen få virksomheter er av en viss størrelse og har tjenester og oppgaver som gir oppdrag utenbygds. For bedrifter som betjener det lokale markedet betyr mindre befolkning mindre omsetning.

2. Oppvekst og levekår

Levekår kan defineres som tilgang til ulike ressurser. Levekår påvirker dermed helse og hvordan helse fordeles i en befolkning. Barndommen er en fase for den enkeltes muligheter for et senere liv med god helse og for myndighetenes muligheter til å utjevne sosiale ulikheter i helse i befolkningen. En god oppvekst krever stimulering av fysisk, kognitiv, sosial og følelsesmessig utvikling. Psykososialt stress i følsomme barne- og ungdomsår, som manglende trygghet, mobbing og omsorgssvikt kan danne grunnlag for psykiske plager. På samme måte kan lite fysisk aktivitet og et usunt og lite allsidig kosthold føre til at helseproblemer oppstår og tiltar opp gjennom livet.

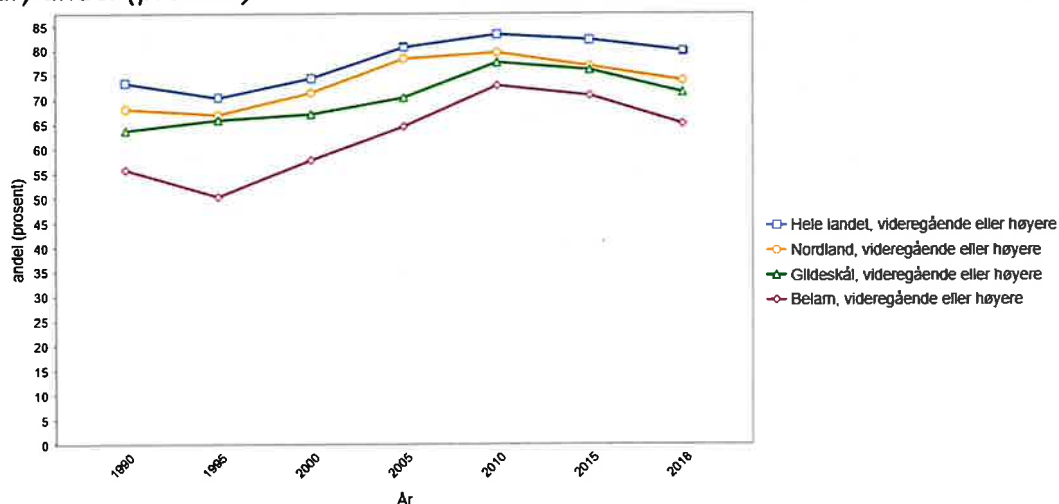
Gode oppvekstmiljøer for barn, velferdsordninger og tjenester for å fange opp barn i risikogrupper, helsestasjons- og skolehelsetjenester, barnehager og skoler er avgjørende investeringer for å kunne skape en fremtidig god folkehelse og redusere de sosiale ulikhetene i helse. Gruppen av flyktninger trenger opplæring i norske levekår. Foreldrestøtte som en del av Introduksjonsprogrammet er viktig.

Et inkluderende arbeidsliv og sikker inntekt i den voksne befolkningen er viktig for barns oppvekstvillkår.

Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste 30 årene. Men helsegevinsten har vært størst for dem som allerede hadde den beste helsen - gruppen med lang utdanning, god inntekt og som lever i parforhold. Helsegevinstene har ikke økt like mye for gruppen med lav utdanning og inntekt. Derfor har forskjellene i helse økt, særlig de siste ti årene. Utdanningsnivå henger også sammen med risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer: røyking, BMI, blodtrykk og kolesterol. Forskjellene er uavhengig av alder. Levekår har betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner

som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk og andre rusmidler. Kilde Statistisk sentralbyrå (SSB)

Høyeste fullførte utdanningsnivå (B, inndeling per 1.1.2020) - 30-39 år, andel (prosent)



Foreldres utdanningsnivå har stor betydning for barnas skoleresultater. Trivsel på skolen, tid brukt på lekser, og ambisjoner for videre utdanning, varierer blant ungdom etter hvilken sosioøkonomisk bakgrunn de har.

Vi vet at foreldres sosioøkonomiske bakgrunn kan få betydning for barna helt inn i voksen alder, for eksempel gjennom deres sosiale posisjon, inntekt og utdanningsnivå. Dermed kan overføringer mellom generasjoner forsterke og reproducere sosiale ulikheter (Frønes og Strømme 2010).

Det er en klar sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og barnas skoleprestasjoner. Barn av foreldre med høyere utdanning gjør det bedre på skolen enn barn av foreldre med lav utdanning. Foreldrenes utdanningsnivå har sterk sammenheng med elevenes mestringsnivå i både lesing, engelsk og i regning (Utdanningsdirektoratet 2016). De siste årene har også foreldrenes inntekt fått større betydning (Bakken & Elstad 2012).

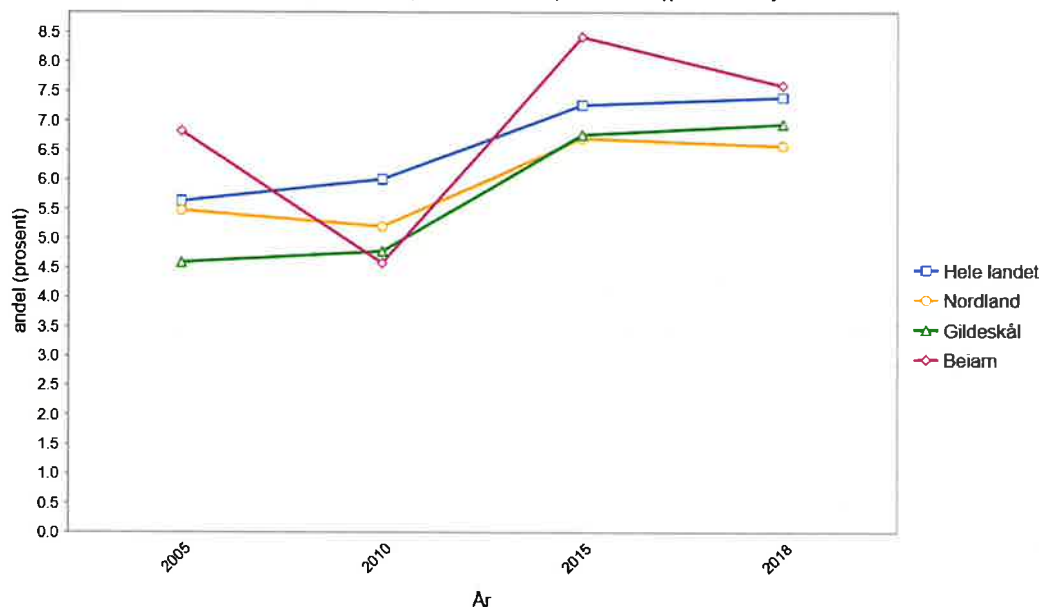
Selv om forskjellene mellom grupper av elever er stabile over tid, er de ikke forutbestemt, og det vil alltid være stor variasjon innad i grupper av elever. For eksempel vil det alltid være en del elever med lavt utdannede foreldre som presterer bedre enn elever med høyt utdannede foreldre.

Foreldrenes utdanningsnivå har ulik betydning i de ulike fylkene (Utdanningsdirektoratet 2016). Det er vanskelig å finne et entydig svar på hvorfor det er slik. Kilde: Bufdir

2.1 Inntekt og økonomi

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Levekår har stor betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk og andre rusmidler. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. I tillegg har det å vokse opp i familier som over tid har lavinntekt stor betydning for barnas helse og velferd. Kilde: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>

Lavinntekt (husholdninger ekskl. brutto finanskapital over 1G) (B, inndeling per 1.1.2020) - EU60, Alle aldre, andel (prosent)



2.2 Arbeid

Arbeid gir tilgang til viktige helsefremmende ressurser som sosiale relasjoner, identitet, personlig vekst, og økonomisk trygghet. Høy sysselsetting der også personer med redusert arbeidsevne har et arbeid å gå til, vil være positivt for folkehelsen. 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 sykemelding 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. Flertallet av sykemeldinger og langvarige trygdestønader gis for muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon. Kilde: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/arbeid-og-helse/>



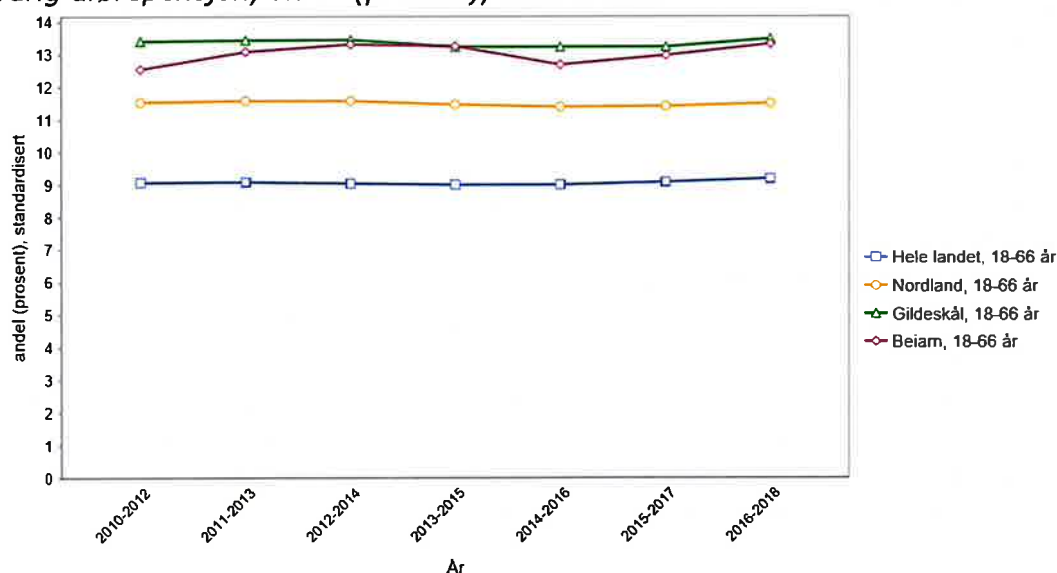
BEIARN
kommune

Gruppen uføretrygdde kan være en utsatt gruppe psykososialt og materielt. Omfanget av uføretrygdde er en indikator på helsetilstand (fysisk eller psykisk), men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivå og jobbtilbudet i kommunen.

I 2015 var det 111 personer som hadde uføretrygd i Beiarn. Ved inngangen til 2016 er tallet på 97 personer. Det skjedde en økning i antall uføretrygdde rundt 2009-2011(124), men NAV ser nå en positiv trend med nedgang i antallet uføretrygdde. Nye tall fra NAV viser en økning i 2020. Ferske tall fra for mai 2020 viser at tallet nå er 107.

I følge Folkehelseprofil for 2020 er ikke Beiarn signifikant forskjellig fra landet som helhet, når det kommer til lavinntekt. Kommunen kommer derimot signifikant dårligere ut når det kommer til stønad til livsopphold i alderen 20-66 år, sammenlignet med landet som helhet.

Mottakere av uføreytelser (B, inndeling per 1.1.2020) - *kjønn samlet, varig uførepensjon, andel (prosent), standardisert* 



2.3 Boligforhold

Å ha en bolig eller et hjem er en grunnleggende forutsetning for god helse, velferd og samfunnsdeltakelse. Men sammenheng mellom bolig, boligmiljø og helse er et lite utforsket område i Norge. Både fysiske forhold som inneklima og utemiljø, og sosiale faktorer knyttet til boligstandard, levekår og fattigdom, eierforhold og størrelse på bolig, samt boligmiljø og geografi utgjør faktorer som kan bidra til bedre eller dårligere helse.

Rapporten "Bolig, helse og sosial ulikhet" (Hdir) viser at enkelte grupper har vanskeligheter med å skaffe bolig. Dette er sosialt skjevfordelt, både mellom ulike inntektsgrupper og mellom generasjoner. Man ser at det er spesielt vanskelig for unge og vanskeligstilte mennesker å skaffe seg bolig. Samtidig har den sterke prisveksten i seg selv gjort det vanskelig å etablere seg på boligmarkedet. Vi ser på bolig som en rettighet som skal tildeles etter behov, men nesten hele fordelingen av boliger er markedsstyrt.

Generelt har kommunal boligpolitikk fokus på vanskeligstilte og eldre, som kommunene har plikt til å hjelpe. Det er en utfordring å få til økt boligvekst for mellomgruppene- både unge

etablerere og unge eldre. I disse aldersfasene ønsker man å bosette seg i nærheten til handel, service og tjenester, kulturliv og sosial omgang, og man ønsker å velge nabolag med folk i samme livsfase.

2.4 Barnehage

I et folkehelseperspektiv er barnehagene en viktig arena for integrering/inkludering, språklæring og forberedelse til skolegang. Her møter vi barn i en viktig fase i livet. Full barnehagedekning, redusere sosiale forskjeller i barnehagebruk og sørge for at alle barn kan møte til skolestart med tilfredsstillende språkferdigheter er viktige folkehelsemål. Gode barnehager kan i mange tilfeller kompensere for mangelfull stimulering i hjemmet, og kan bidra til sosial utjevning gjennom blant annet sosialisering, tilhørighet, læring, mestring, fysisk aktivitet og kosthold. I 2009 fikk vi lovfestet rett til barnehage, og i Beiarn jobber barnehagen målrettet for å være helsefremmende med underliggende kriterier og fokus på sunne levevaner og mestring. Integrering av innvandrere er et av de viktigste tiltakene for å redusere helseforskjeller, og det må derfor være et mål å redusere sosiale forskjeller i barnehagebruk. I Beiarn har vi full barnehagedekning. Det er svært få barn som ikke går i barnehage etter fylte 2 år, i Beiarn.

2.5 Grunnskole

Norsk grunnskole er kanskje den viktigste arenaen i folkehelsearbeidet fordi der vi møter hele befolkningen i en viktig fase av livet. Veien fra nasjonale styringsdokumenter til praksis i klasserommet kan være lang, men det viktigste målet er at *«Alle elever som går ut av grunnskolen, skal mestre grunnleggende ferdigheter som gjør dem i stand til å delta i videre utdanning og arbeidsliv»*.

Skolene har ansvar for å legge til rette for rutiner som fremmer god læring og god helse. Det er fortsatt store utfordringer i arbeidet med å redusere helseforskjellene, og skolen er kanskje det viktigste bidraget til utjevning av sosiale ulikheter i helse gjennom integrering/inkludering, læring, mestring og sunne levevaner.

Beiarn har som mål at eksamensresultatene for elever fra Beiarn kommune skal ligge over resultatene fra kommunegruppe 6, Nordland fylke og nasjonalt. Beiarn har over tid hatt gode resultater med hensyn til eksamens- og standpunktkarakterer for 10. trinn.

Ung Data (NOVA) 2019 Beiarn,

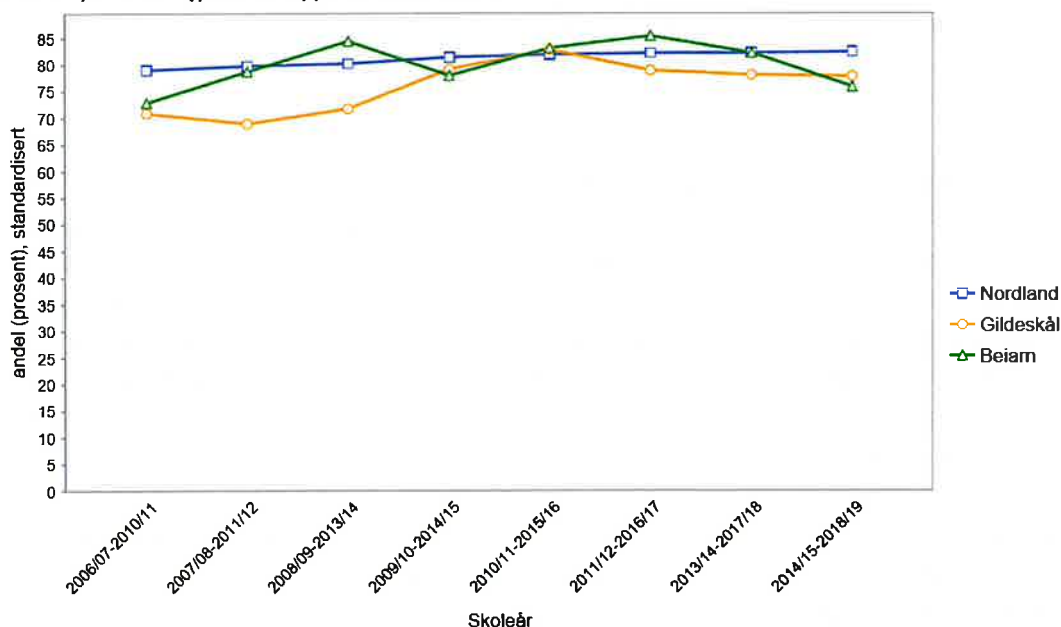
Forekomst av mobbing har holdt seg stabil de senere år, men en ny type mobbing har blitt mer aktuell de siste årene; digital mobbing. 33% av ungdommene i Beiarn oppgir at de blir mobbet (8% på landsbasis), mens 12% oppgir at de mobber andre (2% på landsbasis). Nordland fylke skiller seg ut som fylket med høyest omfang av mobbing (10%). Ungdom med lav sosioøkonomisk status er mer utsatt for mobbing enn ungdom med høy SØS. Det er en sammenheng mellom mobbing og dårlig psykisk helse.

Økt trivsel er et sentralt mål for folkehelsearbeidet. For barn og unge er skolen en svært viktig sosial arena. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir. Trivsel kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående

skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter. Ulike trivselsskapende faktorer, som venner, gode lærere og faglig mestring virker positivt inn på den fysiske og den psykiske helsen. Motsatt vil et belastende eller stressende skolemiljø øke risikoen for psykiske helseproblemer. Mobbing, faglige vansker, negative forhold til lærere og manglende støtte fra elever og voksne gir økt risiko for skolefravær og psykiske helseplager. Skolens generelle arbeid med læringsmiljøet er vesentlig for elevenes trivsel og psykiske helse.

Kilde Utdanningsdirektoratet

Trivsel på skolen (B, inndeling per 1.1.2020) - 10. trinn, kjønn samlet, andel (prosent), standardisert



I samarbeid med Fylkesmannen i Nordland, friluftsrådene, RKK og kommunene har det vært arbeidet godt over flere år med nettverksarbeid for skolene. Beiarn kommune har hatt som mål å sertifisere skoler og barnehage som helsefremmende og dette har vært en del av samarbeidsavtalen om folkehelsearbeid med Beiarn kommune. Målet er nådd!

Rapporten «Kost i skole og barnehage og betydningen for helse og læringsutbytte» konkluderer blant annet med at tiltak som å gi tilgang til sunn mat og hindre tilgang til usunn mat kan bidra til endring av kostholdsmønsteret hos skolebarn. I et folkehelseperspektiv vil det være viktig å normalisere sunne kostholdsvaner inn i skolebarn sin hverdag. En videreføring av det helsefremmende kostholdet som barnehagene tilbyr inn i skolehverdagen er et viktig tiltak. Den samme rapporten viser at det ikke finnes godt nok forskningsbelegg for å kunne si hva effekten av et sunnere kosthold betyr i forhold til læring. Men skolemåltidet kan ha andre formål enn å oppnå direkte effekter i forhold til helse og læring. Skolemåltidet er en viktig arena for læring og gode sosiale samspill, samt en arena for praktisering av det man lærer i kostholdslære.

I 2013 ble skolefruktordningen prioritert bort i grunnskolen i Norge, og dette kan gi negative folkehelsekonsekvenser med tanke på muligheten til å redusere helseforskjeller gjennom kosthold. I Beiarn får elevene likevel gratis frukt hver dag.

Skolehelsetjenesten er en viktig del av den helsefremmende skolen. Skolehelsetjenesten gir råd og veiledning, gjennomfører helseundersøkelser og vaksinasjoner og kan, når det er behov for det, henvise videre til annet helsepersonell. Skolehelsetjenesten har også som oppgave å fremme et godt lærings- og arbeidsmiljø for elevene.

Skoler og barnehager skal i henhold til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler være godkjent. Forskriften er hjemlet i Folkehelseloven og har som formål å bidra til at miljøet i barnehager og skoler fremmer helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold samt forebygger sykdom og skade. Videre er barnehagene og skolene pålagt å etablere et internkontrollsystem som skal sikre og dokumentere at aktivitetene utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

2.6 Utdanning

Sammenhengene mellom folkehelse og utdanningsnivå i befolkningen er komplekse. Utdanning og mulighet til å mestre og utvikle sine evner vil gi ungdom kunnskap, tilhørighet, styrket selvbilde, samt større evne til å mobilisere ressurser til å håndtere utfordringer. Forenklet kan man si at læring gir mestring, og mestring gir helse. Utdanning, og særlig det å fullføre en grunnutdanning, er en av de viktigste påvirkningsfaktorene for helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole. Reduksjon av frafall i videregående skole er et av de viktigste tiltak i norsk folkehelsepolitikk.

Ungdom i Beiarn må reise ut av kommunen for å gjennomføre videregående opplæring. De velger ofte Bodø, Saltdal eller Fauske som opplæringskommuner.

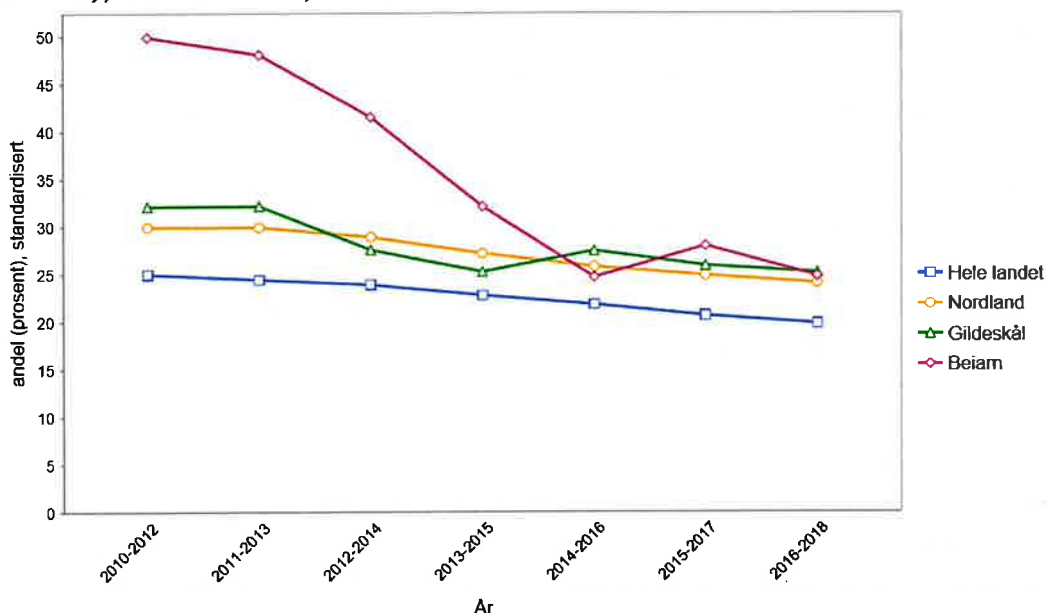
Det ligger en del utfordringer i det å flytte på hybel når man er 15- 16 år gamle. Noen av disse er å bo borte fra familien, styre økonomien selv, dårlig økonomi, matlaging, danne nye vennskap, følge med i undervisningen, kvalitet på hybel, transport.

Frafall i videregående skole er en stor utfordring i Norge, og årsakene til høye tall er sammensatte. For mange er manglende opplevelse av mestring i grunnskolen er en av grunnene. God språkutvikling og mestring fra barnehage og tidlig skolealder vil forplante seg videre i skoleløpet. På samme måte kan mangel på grunnleggende ferdigheter forplante problemer for videre læring gjennom hele skolegangen.

Grunnleggende ferdigheter i grunnskolen i dag vurderes etter mestringsnivå i lesing, matematikk og IKT. Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Kommunens ungdom hadde en høy frafallsprosent i forhold til fullført videregående opplæring i 2015. Da var denne på 48 % og i Nordland 30 %. I Folkehelseprofil for 2020 har Beiarn et frafall på 25% og Nordland som helhet 24%.

Mye tyder på at psykiske problemer er den viktigste grunnen til at ungdom faller ut av skolen. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/barn-oppvekst/#frafall-i-videregaende-opplaering>

Frafall i videregående skole (B, inndeling per 1.1.2020) - andel (prosent), standardisert, totalt



En undersøkelse (Levekårsmessige forhold for hybelboere i videregående skoler i Nordland, SINTEF) fra 2010 viste at de fleste elever som bor på hybel i Nordland trives som hybelboere. Men det er til dels store forskjeller mellom elever på allmennfaglige studieretninger og elever på yrkesfaglige linjer. Elever på yrkesfag, og spesielt de som bor på hybel bør få økt oppmerksomhet i folkehelsearbeidet.

I følge Nordland fylkeskommune sin kartlegging av mattilbudet i kantiner på videregående skoler, har det vært en positiv utvikling i kantine tilbudet i de videregående skolene i fylket som har kantine, med en generell dreining mot sunnere tilbud.

Fra august 2015 innførte Nordland fylkeskommune gratis frokost for alle elever i den videregående skolen i Nordland. Et sunt måltid mat gir en god start på dagen og gir bedre konsentrasjon. Dette vil bidra til bedre læring for ungdommene. Felles frokost er i tillegg relasjonsskapende og kan derfor gi effekt på frafall.

Fra skoleåret 2016/2017 innførte Regjeringen en fraværsgrense på maksimalt 10 prosent i videregående skole. Fraværsgrensen gjelder over hele landet. Elever som har mer enn 10 prosent fravær i et fag, vil ikke få standpunktkarakter i faget. Fraværsgrensen gjelder ikke dokumentert fravær knyttet til sykdom, arbeid som tillitsvalgt, politisk arbeid eller liknende. Effekten av dette vedtaket viste i en rapport fra Fafo, i 2019, en fraværsgnedgang på 20 %.

Ung data 2019 for Beiarn viser at andelen som tror de vil ta høyere utdanning er 36 %. På landsbasis er det 67 %.



88 % av jenter med høyest sosioøkonomisk status tror de kommer til å ta høyere utdanning.
Kilde: Bufdir

3. Miljøfaktorer

Både fysiske, kjemiske, biologiske og sosiale faktorer virker inn på helse og trivsel. Kunnskap om miljøets betydning for helsen har utviklet seg enormt, og stadig nye miljøfaktorer viser seg å kunne påvirke helsa i befolkningen, enten positivt eller negativt. Fysiske miljøfaktorer er for eksempel vann, lyd (støy hvis lyden er uønsket), vibrasjoner og stråling. Kjemiske miljøfaktorer representeres av alle typer kjemiske stoffer i mat og drikkevann, i produkter og i utslipp til luft, jord og vann. Biologiske miljøfaktorer er for eksempel bakterier, virus eller skadedyr. De fysiske og kjemiske og biologiske miljøfaktorene lar seg som regel telle eller måle på en eller annen måte.

Sosiale miljøfaktorer derimot er vanskelig å måle, men kan være mobbing, trivsel, tilgang til møteplasser og kulturtilbud eller sosialt nettverk. Enkelte påvirkningsfaktorer kan klassifiseres under flere tema.

3.1 Fysisk, kjemisk og biologisk miljø

Faktorer i det fysiske, biologiske og kjemiske miljøet kan få helsemessige konsekvenser. Drikkevann er et eksempel på slike fysiske miljøfaktorer. Vannverkene i Beiarn forsyner ca. 710 personer med vann. Ca. 67% av befolkningen er tilknyttet kommunalt vannverk. Vannkvaliteten er god. De resterende 40% har privat vannforsyning og det finnes ikke kommunal oversikt over vannkvaliteten på disse. I drikkevannsforskriften stilles det krav om at vannverk som forsyner minst 20 husstander eller femti personer, eller institusjon/skole/barnehage, skal være godkjent av Mattilsynet.

3.2 Sosiale miljøfaktorer

Begrepet sosiale miljøfaktorer må tolkes bredt og omfatter blant annet sosiale levekår og sosial kapital, bomiljø, arbeidsmiljø, samt skole- og utdanningsmiljø. Sosial isolasjon, manglende sosial deltakelse og støtte, dårlig fungerende familieliv, overgrep og vold er risikofaktorer som synes å være av særlig betydning. På samme måte brukes begreper som tillit, sosiale nettverk og inkludering, fellesskap, mestring, glede og lykke for å beskrive positive opplevelser og mellommenneskelige prosesser. Møteplasser, et godt kulturtilbud og mulighet for deltakelse og fritidsaktiviteter vil være positive påvirkningsfaktorer for folkehelsa.

HUNT-undersøkelsen viser at det finnes klare sammenhenger mellom kultur og helse. Det slarler med en god oppvekst for barn og unge, og fortsetter med gode rammer for egenaktivitet og utvikling resten av livet. Vi vet at kultursektoren bidrar med et bredt spekter av innfallsvinkler for opplevelse av deltakelse og mestring.

Barnehage og skole er møteplass for de fleste barn og deres foreldre. Frivillige organisasjoner har spilt en sentral rolle i norsk kultur- og samfunnsliv gjennom generasjoner. Videre er offentlige institusjoner og tiltak som bibliotek, museer, kulturskoler, kulturhus, kino, kulturdager, markedsdager med mer viktige møteplasser.



Det er forsket lite på økning i bruk av sosiale medier, bruk av mobiltelefon, nettspill og PC. Vil disse samfunnsendringene gå ut over kommende generasjoner sin sosiale intelligens, kunnskap om samspillet mellom mennesker, evnen til mer abstrakt tenkning og evnen til å se ting i en sammenheng og over tid? Og vil utviklingen øke de sosiale helseforskjellene? Det er viktig at kommunene følger med i utviklingen og gjør tiltak hvis utviklingen viser å ha negative helsekonsekvenser på sikt.

3.3 Vold og kriminalitet

Vold og kriminalitet truer vår trygghet, og dermed livskvaliteten til enkeltmennesker. Vold og kriminalitet kan føre til skader, utrygghet og frykt for å ferdes ute. Dette er også et stort samfunnsproblem som medfører utgifter til blant annet behandling og sykefravær. HEPRO-rapporten fra 2008 viser at 3 % av menn og 2 % av kvinner i løpet av det siste året har personlig vært offer for vold eller hærverk i lokalområdet.

Studier som Ung-HUNT og Ungdata viser generelt at dagens ungdom er mindre involverte i ulike typer problematferd. Nedgangen i omfanget av problematferd gjelder både mindre alvorlige og mer alvorlige typer av problematferd. Dette kan være et resultat av endringer i fritidsmønstre. De unge tilbringer mer tid hjemme, og særlig foran datamaskinen. Funn fra Ung i Norge-studien viser at ungdom sier at skolen er viktig, flere sier at de trives på skolen, og flere mener det er viktig å prestere på skolen, og at valg de gjør nå, får konsekvenser for deres fremtidige karrieremuligheter.

Ung data 2019 for Beiarn viser at ungdommen skulker skolen mer nå enn i 2015. Her er en oppgang fra 9 % til 36 %. De rapporterer om en økt opplevelse av å bli mobbing, plaget og truet.

4. Levevaner

Fysisk aktivitet, kosthold, sosiale aktiviteter, bruk av tobakk og bruk av rusmidler er eksempler på levevaner som har stor betydning for fysisk og psykisk helse i alle aldersgrupper. Vår moderne livsstil har siste tiår endret helsetilstanden i befolkningen, og folkehelsen i Norge er i overraskende stor endring. Dagens helsetilstand og morgendagens helseutfordringer er i stor grad knyttet til helserelatert atferd. Denne oversikten tar utgangspunkt i de største separate livsstilsfaktorene som påvirker helsen vår; fysisk aktivitet, kosthold/ernæring, overvekt og fedme, tobakk, alkohol og andre rusmidler.

Når det gjelder levevaner er det markante forskjeller i de sosioøkonomiske gruppene. Andelen som er fysisk aktive øker med utdanningsnivå, av de med bare grunnskoleutdanning er det nesten 40 % som røyker, mens det av de med høyskoleutdanning er 10 %. Det er store forskjeller også på kosthold.

Grupper med lav inntekt og utdanning spiser mer energitett mat (mat med forholdsmessig mye fett og sukker og lite næringsstoffer) og mindre grønnsaker enn grupper med høy inntekt og utdanning.

Generelt er det lite kvantitative data på kommunenivå om levevaner.

4.1 Fysisk aktivitet og friluftsliv

Å etablere gode vaner for fysisk aktivitet i tidlig alder er kanskje det viktigste forebyggende tiltaket for å hindre utvikling av kronisk sykdom og overvekt. Barnehager og skoler er

kommunens viktigste arenaer. Gevinsten er stor både for den enkelte og for samfunnet. Anbefalingene for barn og unge er minst 60 minutters daglig variert fysisk aktivitet. For voksne og eldre er det minst 30 minutters daglig moderat fysisk aktivitet. Regelmessig fysisk aktivitet er viktig for normal vekst og utvikling og har en forebyggende effekt mot en rekke sykdommer. Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet forebygger og kan brukes i behandling av mer enn 30 ulike diagnoser og tilstander. Personer som i utgangspunktet er lite fysisk aktive, vil få store helsegevinster i form av redusert sykdomsrisiko og bedret livskvalitet.

Statistikk fra SSB viser at stadig flere voksne trener eller mosjonerer på fritiden, men den største økningen i trening og mosjon har skjedd blant de mest aktive. Færre opplyser at de aldri trener eller mosjonerer. Den samme trenden ser man blant barn og unge.

Men objektive målinger versus spørreundersøkelser viser store forskjeller vedrørende fysisk aktivitetsnivå i befolkningen. Ved bruk av spørreskjema vil nærmere 80 % av den voksne befolkningen oppgi at de oppfyller anbefalingene om 30 minutters daglig moderat fysisk aktivitet. Nasjonale undersøkelser av fysisk aktivitet registrert med aktivitetsmålere viser imidlertid at bare 20 % av den voksne befolkningen oppfyller anbefalingene. Altså lever nærmere 80 % av den voksne befolkningen tilnærmet inaktive liv. Det er en kjent sammenheng mellom utdanningsnivå og fysisk aktivitetsnivå.

Rapporten «Fysisk aktivitet blant 6-, 9- og 15-åringer i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2011» (HDIR) viser at blant 6-åringene så tilfredsstillende 87 % av jentene og 96 % av guttene anbefalingene for fysisk aktivitet. Andelen synker med økende alder. 43 % av 15-årige jenter og 58 % av 15-årige gutter tilfredsstillende anbefalingene. Rapporten konkluderer med at det er urovekkende at antall timer med inaktivitet utgjør så stor andel av dagen samt at det er så kraftig økende inaktivitet fra 6-åringer til 15-åringer. Samme rapport viser også at 76 % av barn og unge med vestlig bakgrunn og 62 % av barn og unge med ikke-vestlig bakgrunn tilfredsstillende anbefalingene for fysisk aktivitet. Grad av opplevd glede og følelse av mestring er faktorer som er positivt assosiert med fysisk aktivitet.

Potensialet for at flere kan bruke aktiv transport framfor å velge bilen som transportmiddel er stort. Derfor vil tilrettelegging for økt fysisk aktivitet være et viktig virkemiddel i folkehelsearbeidet. Økt fysisk aktivitet gir generelt bedre helse, økt velvære og overskudd, og vil forebygge utviklingen av livsstilssykdommer i befolkningen.

God tilrettelegging av fysisk aktivitet i hverdagen vil bidra til å utjevne de sosiale helseforskjellene, og skole og barnehage er svært viktige arenaer.

UNGDATA 2019 for Beiarn, viser at 80 % av ungdommen er fysisk aktiv minst en gang i uka. Tall for Norge som helhet er 82 %.

85 % bruker mer enn to timer foran en skjerm, per dag. For Norge er tallet 80 %.

Undersøkelsen viser at flere trener i organisert aktivitet i 2019 enn i 2015. Færre trener på egen hånd/alene.

Beiarn kommune har turløyper og nærhet til natur og friluftsliv i alle boligområder.

Vi vet at tilgangen på naturområder og bedre tilrettelegging for ferdsel i nærområdene, både gjennom løypenett og gang og sykkelveier, er med på å gjøre det lettere å være fysisk aktiv i hverdagen, og samtidig sikre trygg og miljøvennlig ferdsel.

I 2040 vil en femtedel av innbyggerne være 70 år eller eldre. En så stor endring i alderssammensetningen vil også få stor betydning for hvordan vi planlegger tjenestetilbud, boliger, infrastruktur og tettsteder. I Beiarn er det et godt tilrettelagt sti- og løypenett for både sommer- og vinterbruk. Beiarn kommune har lenge lagt stor vekt på at det skal tilrettelegges for økt aktivitet i befolkningen, og turløyper i nærmiljøet er et viktig satsningsområde.

4.2 Kosthold og ernæring

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, fordi de kostholdsvanene som barn får i barndommen vil legge grunnlag for kostvaner som voksen. Å sikre tilgang til sunn mat i barnehager, på skoler, på arbeidsplasser og blant eldre, samt styrke kunnskap om kosthold og ernæring er viktige tiltak for å bidra til at flere får gode kostvaner.

De største ernæringsmessige utfordringene i tiden fremover er å øke inntaket av grønnsaker, frukt, grove kornprodukt og fisk og å redusere inntak av sukker, mettet fett og salt i alle grupper av befolkningen. Stadig flere spiser måltider utenfor hjemmet. Ut fra et folkehelseperspektiv er det helt sentralt at det er lett tilgang på sunn mat der folk er.

Kommunene har et særlig ansvar for å sørge for sunn og helsefremmende mat i barnehager, skoler, på arbeidsplasser og på fritidsarenaer.

Et serveringsmarked i stadig vekst setter rammer for våre kostvalg, og har også et stort ansvar i forhold til hvor helsevennlige tilbud de gir. Fristende og helseriktige menyer og god markedsføring av disse er derfor viktig for å gjøre det lettere for kundene å velge sunt.

Grupper med lav inntekt og utdanning spiser mer energitett mat (fett og sukker) og mindre grønnsaker enn grupper med høy inntekt og utdanning.

Kommunens arbeid med helsefremmende barnehager og skoler omhandler også kosthold. Også her er barnehagene kommet langt, og har i løpet av siste år tilegnet seg kunnskap om kosthold i tillegg til at barnehagene har vært flinke til å etablere gode kostholds- og måltidsvaner.

Flyktningetjenesten erfarer at denne gruppen trenger kostholds- kurs og opplæring i forhold til planlegging og økonomistyring. Svangerskapsdiabetes er en utfordring i flyktningebefolkningen. Dårlig kosthold og liten grad av fysisk aktivitet er medvirkende årsaker. Etter gjennomført svangerskap med diabetes er risikoen for å utvikle Diabetes type 2, stor.

4.3 Tobakk

I Norge røyker ca. 10 % av den voksne befolkningen daglig (2005-2019) Andelen røykere er på vei nedover. Røyking øker risikoen for de store folkesykdommene; hjerteinfarkt og andre karsykdommer, kreft og lungesykdommen KOLS. I tillegg er røyking forbundet med økt risiko for en rekke andre sykdommer (Folkehelseinstituttet 2012).

Svar fra ungdom som er spurt i UNGDATA 2019, viser at Beiarn- ungdommen ligger noe høyere enn ungdom flest i Norge når det kommer til rusmidler. 12 % av ungdommen i Beiarn røyker. Tallet er 2 % på landsbasis. Det er dobbelt så mange som snuser i Beiarn sammenlignet med tall på landsbasis. 8 % snuser i Beiarn, mens tallet er 4 % på landsbasis. 12 % har drukket seg beruset, det siste året, i Beiarn. Dette er likt med landsbasis-tall. 8 % av ungdommene i Beiarn har prøvd hasj. På landsbasis svarer 3 % at de har prøvd hasj.

De fleste voksne røykere ble avhengige av tobakk i ung alder. I Norge er ungdomsskolen en kritisk periode, når ungdommene er 13-15 år. I 13-årsalderen røyker 1-2 % daglig eller ukentlig. I 15-årsalderen har dette steget til 8-9 %. Tallene kommer fram i en spørreundersøkelse blant skoleelever, gjennomført av HEMIL-senteret i Bergen.

Det er en markert sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Av de med bare grunnskoleutdanning er det nesten 40 % som røyker, mens det av de med høyskoleutdanning kun er 10 %. Personer med kort utdanning starter dessuten tidligere å røyke, bruker mer skadelige tobakksprodukter, er utsatt for mer passiv røyking og slutter i mindre grad enn de med lengst utdanning gjør. De sosiale forskjellene i røykevaner bidrar til sosiale helseforskjeller blant voksne. Spesielt gjelder det for sykdommer som lungekreft, KOLS og hjerte- og karsykdommer. De sosioøkonomiske forskjellene som vi ser i voksnes røykevaner, gjelder også ungdom. Ungdom med planer om yrkesfaglig utdanning og som har selvrapportert dårlig familieøkonomi, røyker for eksempel mer enn annen ungdom (Folkehelseinstituttet).

4.4 Alkohol og andre rusmidler

Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker de største skadene her i landet både sosialt og helsemessig. Dette kan være akutte skader og ulykker som følge av beruselse, men rus rammer også i stor grad barn, familie og andre i omgivelsene. I tillegg kommer helseproblemene knyttet til alkoholavhengighet (HUNT 3).

Tradisjonelt har det vært slik at menn drikker mer enn det dobbelte av hva kvinner gjør, men nyere undersøkelser tyder på at denne forskjellen kan ha blitt mindre. HUNT-rapportene viser at forbruket av alkohol mellom HUNT 2 og 3 har økt for begge kjønn, men at økningen avhenger av alder. Både blant kvinner og menn har økningen i forbruk vært størst blant middelaldrende og eldre (40 år og eldre).

Disse endringene skyldes mange ting, ikke minst økt tilgjengelighet og en betydelig økning i folks kjøpekraft i denne perioden. Det er ikke bare alder og kjønn som forklarer forskjeller i forbruk. Det øker blant annet med inntekt, og til dels også med utdanning. Forbruket er høyere i byer enn på landet.

Dette gjelder for øl og vin, mens det for hjemmebrent er omvendt.

Menn og kvinner med høyest inntekt drikker altså mest alkohol. Forbruket av alkohol varierer fra landsdel til landsdel. En nasjonal studie fra 2003 viste at forbruket geografisk var høyest i Oslo og Akershus og lavest i Trøndelag og Nord-Norge.

De siste 20 årene har forbruket av vin vært sterkt økende.

Ung-HUNT viser at alkoholbruken blant ungdom i Nord-Trøndelag fremdeles er høy. Bruken øker med alderen og raskest mellom 14-15-årsalder. Flere undersøkelser viser at tidlig debut fører til økt bruk av alkohol senere. Tidligere Ung-HUNT-undersøkelser har vist at ungdom med tidlig debut oftere har både psykiske og subjektive helseplager enn de som ikke drikker tidlig. I alle land er det klar sammenheng mellom alkohol og voldsbruk. I de nordiske landene har man sett at rundt 70-80 % av voldstilfellene er alkoholrelaterte (Room & Rossow, 2001). I ungdomstiden settes også uønskede seksuelle handlinger sammen med alkoholbruk. Forebygging av tidlig og overdrevet alkoholbruk hos ungdom er viktig både for den enkelte og i et samfunnsperspektiv. Tall fra Ung-HUNT tyder på forbruket av alkohol blant ungdom varierer avhengig av i hvor stor grad alkohol er tilgjengelig der ungdommer bor eller oppholder seg.

4.5 Folkehelse

Helsetjenesten har mulighet til å fange opp personer med økt risiko for å utvikle sykdommer relatert til helseatferd, og veiledning/oppfølging i helsetjenesten kan være svært virkningsfullt. Fordi helseutfordringene i Beiarn kommune i stor grad er knyttet til livsstilssykdommer, så er det av stor betydning at kommune har et godt folkehelstilbud. Kommunen har ikke Frisklivsentral, men et aktivitetstilbud til ulike aldersgrupper hvor eget initiativ for deltagelse er viktig. Vi har også aktive lag og foreninger som bidrar til et godt aktivitetstilbud. Mange barn i Beiarn fraktes til skole med skolebuss på grunn av lange avstander. Det er etablert sykkel og gangsti i tilknytning til skoleområdene og rundt sentrum av Storjord.

5. Opplysninger om helsetilstand

Indikatorer som levealder, selvopplevd helse, dødelighet, samt forekomsten av forebyggbare sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kols, diabetes og røykerelaterte kreftsykdommer forteller noe om helsetilstand og befolkningens tidligere levevaner. Selv om levealder fortsatt øker, skjuler gjennomsnittstallene at det fortsatt er betydelige forskjeller i levealder og helse mellom sosioøkonomiske grupper i befolkningen, og mellom kvinner og menn. I HUNT 1 hadde 9 % av voksne kvinner i arbeidsfør alder høyere utdanning, i HUNT 3 hadde andelen økt til 31 %. Tilsvarende tall for menn var 14 % og 24 %. Vi ser at kvinner har økt sitt utdanningsnivå raskere enn menn.

Det finnes generelt lite statistikk om forekomst av livsstilssykdommer i kommunene. Legemiddelstatistikken kan indirekte si noe om forekomsten av livsstilssykdommer, men data fra reseptregisteret må tolkes varsomt. Forskrivningspraksis kan variere mellom kommuner, og et legemiddel brukes ofte mot flere ulike sykdommer.

5.1. Forventet levealder

Forventet levealder for begge kjønn i Beiarn ligger på landsgjennomsnittet. Kvinner i Beiarn har 6,8 år lenger forventet levealder (83,1 år) enn menn (76,3 år). Det er fortsatt forventet at levealder vil øke. I tillegg til at levealderen i Norge varierer mellom fylkene, er det også variasjoner med utdanning og inntekt. Forventa levealder er lavest for de med grunnskoleutdanning og høyest for de med høgskole/universitetsutdanning. Menn med lang utdanning kan forvente å leve 7 år lenger enn menn med kort utdanning. For kvinner er forskjellen 5 år. (FHI)



BEIARN
kommune

5.2. Psykisk helse

Helse handler ikke bare om fravær av sykdom, men i like stor grad om psykisk og sosialt velvære.

Selvopplevd helse er et mye brukt mål på helse og sykkelighet. En persons vurdering av egen helse er en god indikator for å forutsi sykkelighet og dødelighet. Det finnes ikke en entydig definisjon av hva det innebærer å ha god psykisk helse. Det er vanlig å skille mellom psykiske plager (vansker) og psykiske lidelser. Psykiske plager er lettere former for angst og depresjon, overdreven alkoholmisbruk og enkle fobier. Plagene er ikke så alvorlige at de kan karakteriseres som sykdom. Om lag 50 % av befolkningen får en psykisk lidelse i løpet av livet. Sosialt nettverk er viktig for god psykisk helse. Fra HUNT 2 til HUNT 3 var det en betydelig nedgang i rapportering av ensomhet for begge kjønn og alle aldersgrupper, så nær som for unge menn.

Helsebringende og helseskadelige forhold fordeler seg skjevt avhengig av yrkesklasse, utdanning, inntekt og bosted. I følge KommuneHelse statistikkbank er det færre personer i Beiarn som bruker legemidler mot psykiske lidelser (blant annet angst og depresjon), sammenlignet med Nordland og andre sammenlignbare Salten- kommuner. Kommunen ligger også lavt i forhold til landet som helhet.

Folkehelseprofilen for Beiarn 2020, viser at befolkningen i kommunen (0-74 år), har en liten økning av symptomer på psykisk sykdom sammenlignet med 2015.

For 2015 er tallet 115 per 1000 innbyggere i Beiarn. I 2020 er tallet 161 per 1000 innbyggere. Dette er målt i forhold til hvor mange som oppsøker primærhelsetjenester som fastlege og legevakt for denne typen plager.

Andelen blant ungdom i Beiarn, som opplever at de har psykiske plager, har økt mye fra 2015 (UNGDATA) til 2019 (UNGDATA). Ungdommen rapporterer om økte plager som hodepine, nakke og skuldersmerter, magesmerter og hjertebank. En økende andel rapporterer om ukentlig opplevelse av slit, søvnproblemer, tristhet, ensomhet, engstelse og indre uro.

Andelen som oppgir at de har ganske god eller svært god helse synker med stigende alder. De med høy utdanning vurderer egen helse som bedre enn de med videregående- eller grunnskoleutdanning.

Til tross for at det forventes lite sykkelighet blant ungdommer, viser forskning, også fra Ung-HUNT at en ganske stor del av ungdommene rapporterer ulike helseplager. Sykdom og helseplager behøver ikke bety dårlig livskvalitet. Livskvalitet handler mer om hvordan vi har det med oss selv og omgivelsene, og hvordan vi mestrer hverdagslivet og de utfordringer vi møter. I følge Ung-HUNT 3 er de fleste unge fornøyd med egen helse og med tilværelsen generelt. Allikevel rapporter relativt mange at de har ulike helseplager, at de føler ensomhet og føler seg presset i daglige gjøremål. Dette sammen med økende forekomst av hodepine, nakke- og leddsmerter kan tyde på et økende stressnivå blant ungdom som igjen kan ha konsekvenser for utvikling av både somatisk og psykisk sykdom.

Mennesker med minoritetsbakgrunn som bor i Norge, er mer utsatte for psykiske problemer og psykisk sykdom enn befolkningen for øvrig. De har også dårligere muligheter for å få hjelp

og behandling. Mange flyktninger trenger psykoterapeutisk behandling, samtalerapi og støtte. Mange har posttraumatiske plager, sorg etter tap, eksistensiell angst og vanlige menneskelige problemer er sentrale. Mange har også belastninger fra barndom og oppvekst. (Rådet for psykisk helse) Psykisk helsetjeneste i Beiarn opplever økt behov for oppfølging fra denne gruppen.

5.3. Overvekt og fedme

Overvekt (KMI > 25) og fedme (KMI > 30) er i følge WHO en av verdens største fremtidige helsetrusler. Overvekt og fedme i et folkehelseperspektiv henger sammen med manglende daglig fysisk aktivitet og uheldig kosthold. I følge Helsedirektoratet er fysisk hverdagsaktivitet kraftig redusert i Norge, og gir økt risiko for en rekke sykdommer. Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2 diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser. En av fem nordmenn har KMI > 30 (fedme). Erfaring viser at det er vanskelig å behandle overvekt og fedme, spesielt for barn, og må derfor forebygges i større grad. Utviklingen av overvekt og fedme er i tillegg sosialt skjevfordelt i befolkningen. Tiltak som kan påvirke mat- og aktivitetsvaner vil være av særlig betydning. Kommunen har som eier av barnehager og skoler en unik mulighet til å legge til rette for at barna tidlig får positive erfaringer med sunn mat og fysisk aktivitet. Helsestasjonen er en annen arena der kommunen kan påvirke gjennom sin kontakt med foreldre.

Barnevekststudien er en landsomfattende studie som startet i 2008 for å overvåke vektutviklingen blant norske 3. klassinger over tid. Dette er den eneste studien i Norge som overvåker barns høyde, vekt og livvidde. Resultatene fra Barnevekststudien 2010 viser at 22 % av jentene har overvekt inkludert fedme. 17 % av guttene har overvekt inkludert fedme. Ung-HUNT viser at det har vært en betydelig vektøkning blant ungdom. Hver femte jente og hver fjerde gutt kan klassifiseres som enten overvektige eller med fedme. Det er viktig å merke seg at dette rammer gutter mer enn jenter, men også at "normen" for hva som er passe vekt synes å ha forskjøvet seg. Dette kan på den ene siden redusere negativ stigmatisering knyttet til overvekt. På den annen side kan dette gjøre det vanskeligere å forebygge overvekt. Sammenlignet med Ung-HUNT 1 var det flere av de overvektige i Ung-HUNT 3 som syntes vekten var passe. Hele 45 % av de med definert overvekt og 12 % av de med fedme oppfattet seg ikke som tykkere, men som alle andre.

På bakgrunn av den kunnskapen vi har i dag er forebygging av overvekt og fedme i befolkningen noe av det viktigste vi kan gjøre for å hindre sykdom og tidlig død. Alle må gjøre en innsats for å stoppe den negative vektutviklingen. Både i skole og heim bør det legges til rette for økt fysisk aktivitet, mindre stillesittende aktivitet og et sunt kosthold.

5.4 Diabetes type 2

Forekomst av diabetes type 2 øker betydelig. Mange undersøkelser viser at minst halvparten av nye tilfeller diabetes type 2 kan unngås ved at personer med påvist høy risiko driver regelmessig fysisk aktivitet, har et sunt kosthold og reduserer eventuell overvekt.

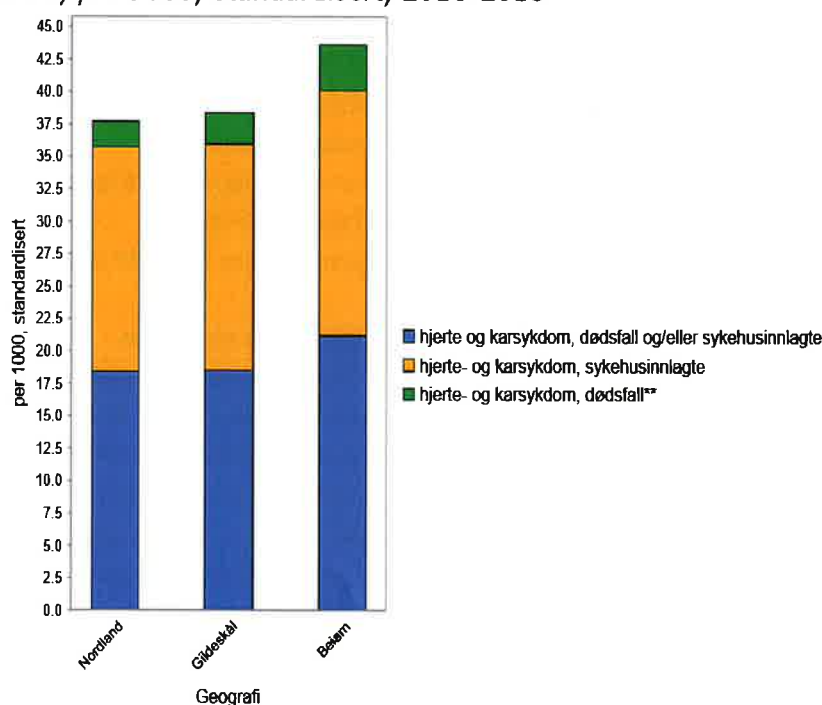
I følge folkehelseprofilen 2015 for Beiarn, ser det ut til at utbredelsen av type 2-diabetes, vurdert etter data fra fastlege og legevakt, er noe høyere enn ellers i landet. Det er 39 per 1000 innbyggere i Beiarn som bruker legemidler tilknyttet denne diagnosen. Sammenlignet

med tall for Nordland fylke er dette høyt; 32 per 1000. Og for landet; 34 per 1000 innbyggere. I Beiarn tilbys tidlig diagnostisering og god oppfølging.

5.5 Hjerte-karsykdom

Hjerte- og karsykdom i Beiarn er noe høyere enn landsgjennomsnittet, vurdert etter antall pasienter behandlet i primærhelsetjenesten. Det samme gjelder hvis man vurderer etter data fra antall behandlinger i sykehus. Dette kan ses i sammenheng med at vi har en stor andel med høy alder i befolkningen.

Hjerte- og karsykdom (B, inndeling per 1.1.2020) - *kjønn samlet, alle aldre, per 1000, standardisert, 2016-2018*



5.6 KOLS/lungesykdom

KOLS skyldes hovedsakelig røyking (80–95 %), men sykdommen rammer også ikke-røykere. Høy alder, arv, lav sosioøkonomisk tilhørighet, yrkesmessig eksponering fra industriell luftforurensning og bymiljø øker risikoen for å utvikle sykdommen. Til tross for at risikoen for å utvikle KOLS er uavhengig av kjønn, er likevel den negative effekten av røyking større hos kvinner. Utbredelsen av KOLS og astma hos voksne i Beiarn skiller seg ikke vesentlig fra landsgjennomsnittet basert på bruk av legemidler.

5.7 Kreft

På landsbasis ser man at kreftdødeligheten har endret seg lite fra 1950 til i dag. Kreftforekomsten har derimot økt. Det er dessuten større sosioøkonomiske forskjeller i kreftdødelighet i dag enn for 40 år siden, særlig gjelder det lungekreft.



BEIARN
kommune

Man ser også at kreftdødeligheten blant menn er høyere enn blant kvinner. De tre kreftformene som tar flest liv blant menn er lungekreft, prostatakreft og tykktarmskreft. Hos kvinner er det lungekreft, brystkreft og tykktarmskreft. Hvilke kreftsykdommer kvinner dør av, har endret seg noe de siste tiårene. Flere kvinner dør nå av kreftsykdommer som har sammenheng med røyking.

5.8 Tannhelse

De siste 30 årene har det skjedd en betydelig bedring i tannhelsen. Flere barn og unge har ingen eller få "hull" i tennene. Tannhelsetjenestens samarbeid med barnehager og helsestasjon knyttet til tema tannpuss og kosthold er et prioritert område.

Samtidig er foreldre blitt mer bevisst betydningen av god munnhygiene og regelmessige måltider med mindre sukker. Blant voksne og eldre er det flere som har egne tenner i behold, og som klarer seg uten protese. Men fortsatt varierer tannhelsen med alder, økonomi, hvor i landet man bor og om man tilhører en utsatt gruppe eller ikke.

Rapporten- Sentralbyrå. - viser at bosatte i Nord-Norge har gjennomgående dårligere helsetilstand enn de som er bosatt i andre deler av landet, og dette gjelder også for tannhelsetilstanden. Mens 8 prosent av befolkningen over 21 år i hele landet har dårlig eller svært dårlig tannhelse, gjelder dette for 11 prosent i de tre nordligste fylkene.

En utsatt gruppe er flyktninger. Denne gruppen kan ha dårlig tannhelse etter år i dekning eller på flukt. De kan være påført traumer og skader som vanskeliggjør god tannhelse. Flyktninjetjenesten i Beiarn erfarer at det kreves ressurser i form av tid og penger for å gi disse menneskene en god tannhelseoppfølging.

5.9 Skader og ulykker

Selv om personskader og dødeligheten av ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkesskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av ulykker. Sykehusbehandelte personskader viser kun omfanget av de alvorligste ulykkesskadene.

UTFORDRINGER I FOLKEHELSEARBEIDET

- Utjevning av sosiale helseforskjeller
- Mestring hos barn og unge
- Deltakelse og aktivitet
- Fritid og møteplasser
- Rusmiddelforebygging

Viktige momenter å ta med seg i utarbeidelsen av planstrategi for Beiarn kommune

- Hva er hovedtrekkene i det innsamlede materialet?
- Er det noen indikatorer som skiller seg ut i positiv eller negativ retning?



BEIARN
kommune

- Er det variasjoner i kommunen avhengig av hvor du bor eller hvor gammel du er?
- Er det områder i kommunen hvor forekomsten av livskvalitet eller sykdomsutfordringer er høyere enn i andre deler?
- Er det grupper i befolkningen som skiller seg negativt eller positivt ut?
- Hvordan har folkehelsen utviklet seg over tid?

Folkehelsearbeid må drives kunnskapsbasert. Vi trenger kunnskap om helseutvikling og de viktigste faktorer som påvirker helsen. Og vi trenger kunnskap om effekter av politikk og tiltak. Det er slik kunnskap som viser oss omfanget av utfordringer og hvilket omfang som trengs i arbeidet for å snu de trender vi har satt oss som mål å snu – å dreie fokus fra reparering til forebygging. Folkehelseloven er et godt verktøy for å systematisere og igangsette et kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Det er en voksende forståelse i alle yrkesgrupper, på alle forvaltningsnivå og i alle sektorer, hvordan bakenforliggende faktorer og levevaner påvirker folkehelsen, folkehelseloven og folkehelsearbeid i praksis. De fleste yrkesgrupper, både lærere, barnehageansatte, ansatte i helsesektoren og i omsorgstjenesten har bedre kunnskap om folkehelse. Forståelse og kunnskap i kommunene om sykdomsutvikling og folkehelsearbeid, vil ha betydning både for lokalpolitikk, samfunnsutvikling og utvikling av de tjenestene kommunene leverer.

I henhold til folkehelselovens § 5 skal oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer identifisere de viktigste folkehelseutfordringene i kommunen. Dette innebærer en vurdering av hva som er viktigst å ta tak i for Beiarn kommune. Begrepet folkehelseutfordringer skal forstås i vid forstand og kan omfatte for eksempel levekår, levevaner, selvopplevd helse eller sykdomsforekomst. I henhold til folkehelselovens § 7 skal kommunen iverksette nødvendige og tverretatlige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Kommunale ressurs hensyn som innebærer at det ikke vil iverksettes omfattende tiltak på kort sikt skal ikke være til hinder for at forhold identifiseres som en folkehelseutfordring.

Det understrekes at selv om Beiarn kommune ligger bedre an enn landsgjennomsnittet på ett område, kan det likevel innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Folkehelselovens § 4 lovfester prinsippet om «helse i alt vi gjør» i kommunene og tydeliggjør at kommunen skal fremme folkehelse innen alle oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt.

Når de viktigste folkehelseutfordringene er identifisert må en vurdere hvilke konsekvenser dette har for folkehelsen i kommunen, herunder utviklingstrekk over tid. Videre skal det gjøres en vurdering av hva som kan være årsakene til eller hvilke forhold som påvirker utfordringene.

For å imøtekomme krav om å føre internkontroll med kommunens oppgaver etter folkehelseloven (§ 30) er det utarbeidet en prosedyre for praktisk gjennomføring av det langsiktige oversiktsarbeidet hjemlet i § 5 i folkehelseloven:

1. Ansvar

Ansvar for oversiktsarbeidet i henhold til § 5 i folkehelseloven er delegert til Helse- og omsorgsavdelingen. Folkehelsekoordinator er ansvarlig for at beskrive prosedyrer for det langsiktige oversiktsarbeidet i henhold til gjeldende lov og forskrift.

2. Organisering og forankring av oversiktsarbeidet

Rådmannens ledergruppe er sammen med kommuneoverlege og folkehelsekoordinator styringsgruppe for det tverretatlige folkehelsearbeidet i Beiarn kommune. Styringsgruppen har satt ned en arbeidsgruppe som består av folkehelsekoordinator, kommuneoverlege, helsesykepleier, skole og barnehage som har ansvar for oversiktsarbeidet i henhold til krav i folkehelselovens § 5 og underliggende forskrift om oversikt over folkehelsen.

Ansvarer innebærer oppdatering av oversiktsdokumentet gjennom innhenting av data og opplysninger fra kjente kilder. Folkehelsekoordinator skal lede og koordinere arbeidet med oversikten. Eksterne aktører og ekstern kompetanse kobles om nødvendig inn underveis i prosessen med det samlede fireårige oversiktsdokumentet.

Arbeidsgruppen rapporterer til styringsgruppen.

3. Praktisk gjennomføring

Oversiktsarbeidet etter folkehelseloven § 5 skal hvert 4 år være ferdig før arbeidet med planstrategien starter opp, og skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategien. Arbeidet starter i januar det året det er valg, og avsluttes før sommeren samme år. For å sikre bred medvirkning kan det avholdes åpent møte før dokumentet ferdigstilles, frivillig sektor må da inviteres spesielt. Det ferdige oversiktsdokumentet behandles politisk høsten etter valget, og det samlede fireårige oversiktsdokumentet foreligger da før arbeidet med planstrategien starter opp.

Kilder til kunnskap og statistikk er først og fremst folkehelseprofilen som FHI årlig publiserer for hver kommune, kommunehelsestatistikkbank og Nordland fylkeskommune sin oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. I tillegg innhentes det oppdatert kunnskap fra de kildene som er identifisert i oversiktsdokumentet.

Arbeidsgruppen som har ansvar for innhenting og oppdatering av data og opplysninger fra kjente kilder møtes en gang hver vår og høst for å samordne opplysninger og data, og for evt. oppdatere oversiktsdokumentet. Opplysninger som kan medføre omprioriteringer eller nye tiltak skal kommuniseres til ledergruppen.

Oversiktsdokumentet skal være tilgjengelig for befolkningen på kommunens hjemmeside.

Moldjord, juni 2020

Folkehelsekoordinator, helsesykepleier og samfunnsmedisiner
Beiarn kommune