
Kartlegging av helsetilstanden i Evenes kommune 2015-2016

Oversiktsdokumentet

Et ETS- samarbeid



Innhold

Bakgrunn for oversikten.....	4
Satsningsområder i kommunens folkehelsearbeid 2014-2016.....	4
Folkehelse – hva er det?	6
Kjennetegn ved folkehelsearbeid	6
Samhandlingsreformen og folkehelse	7
To akser i folkehelsearbeidet.....	7
Kilder til informasjon.....	8
Offentlige myndigheter, statlige – og fylkeskommunal tilgjengelig statistikk	8
Bruk av statistikk.....	8
Lokal kunnskapsinnhenting.....	9
Faktorer og utviklingstrekk i lokalsamfunn med betydning for folkehelsen	10
Presentasjon av helsetilstanden i Evenes kommune	11
a) Befolknings sammensetning	11
1) Befolkningsutvikling.....	12
2) Nettoinnflytting.....	12
3) Forventet levealder.....	13
4) Innvandrere	13
5) Fødsler.....	15
6) Personer som bor alene	15
7) Befolkning i yrkesaktiv alder.....	15
8) Befolkning over 80 år	16
b) Oppvekst- og levekårsforhold.....	17
1) Arbeidsledighet	17
2) Sykefravær	17
3) Bruk av gradert sykemelding	19
4) Uføretrygdde	20
5) Sosialhjelpsmottakere	21
6) Barn av eneforsørgere	22
7) Utdanningsnivå	23
8) Barnehage	24
9) Skole	25
10) Frafall i videregående skole	28
11) Oppvekst- og levekårsvilkår ETS	29

c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	32
1) Kommunale bygg, inneklima og vedlikehold	32
2) Trygge skoleveger.....	32
3) Omfang av områder utsatt for annen forurensning	33
4) Omfang av sosiale risikomiljøer som rusmiljø	33
5) Kommunale turstier/rekreasjon og friluftsliv	35
6) Frivillige organisasjoner og omfang av kulturtilbud	35
7) Omfang av sosiale møteplasser, lekeplasser o.l.....	37
d) Skader og ulykker	37
1) Antall personskader behandlet i sykehus	38
2) Antall hoftebrudd behandlet i sykehus	39
3) Antall fallulykker i sykehjem.....	39
e) Helserelatert atferd.....	41
1) Omfang av fysisk aktivitet i skolen	41
2) Måltider i barnehage og skole.....	41
3) Skole – hjem samarbeid	42
4) Røyking.....	42
f) Helsetilstand	44
Forekomst av forebyggbare sykdommer i Evenes	45
Oppsummering og veien videre	53

Bakgrunn for oversikten

Folkehelseloven – Lov om folkehelsearbeid – trådte i kraft 1. januar 2012 og gir kommunen plikt til å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og påvirkningsfaktorer. Det har vært viktig at alle tjenester i kommunen har bidratt med kunnskap og erfaring slik at resultatet ble så riktig som mulig. Og utarbeide et oversiktsdokument over helsetilstanden i Evenes kommune er og forankret i kommunens samarbeidsavtale med Nordland fylkeskommune om folkehelsearbeid:

Satsningsområder i kommunens folkehelsearbeid 2014-2016

- **Helsefremmende barnehager og helsefremmende skoler**

Evenes kommune skal innen 2016 ha utviklet helsefremmende barnehager og helsefremmende skoler gjennom implementering av anbefalte kriterier for disse helsefremmende institusjoner.

- **Aktiviteter og tilbud for barn og unge**

Innen avtaleperioden skal det være etablert flere sosiale møteplasser og aktivitetstilbud for barn og unge, herunder ungdomsklubb. Kulturkort for ungdom innføres innen 2015. Det skal også organiseres felles møtesteder for unge og eldre. Frivillig sektor trekkes inn i samarbeid.

- **Aktiviteter og tilbud for eldre**

Innen avtaleperioden skal det i samarbeid med frivillig sektor være etablert flere sosiale møteplasser og aktivitetstilbud for eldre, herunder tilbud om seniordans med tilbringertjeneste. Enslige eldre prioriteres. Sykehjemmet utvikles til en helsefremmende institusjon for eldre gjennom implementering av anbefalte kriterier for helsefremmende eldreinstitusjoner.

- **Folkehelsehuset**

Evenes kommune skal innen 2016 ha etablert et folkehelsehus hvor det skal jobbes med helsefremmende arbeid, folkehelsearbeid og forebyggende arbeid. Brukere av huset er Evenes kommune sine innbyggere.

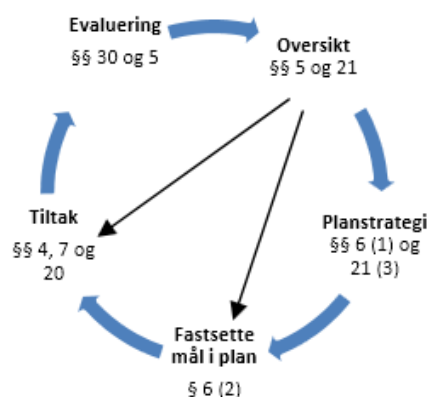
- **Sikkerhetsfremmende og ulykkesforebyggende arbeid**

Innen utgangen av 2014 skal det være utarbeid et system for registrering og analyse av skadedata. Innen utgangen av 2015 skal Evenes ha egen handlingsplan for sikkerhetsfremmende og ulykkesforebyggende arbeid.

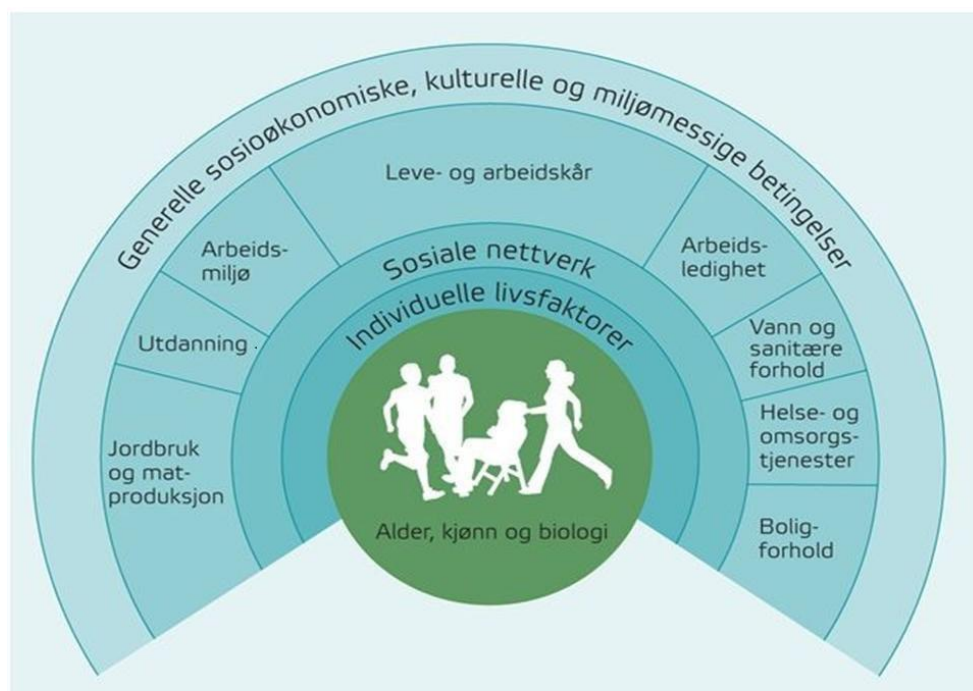
- **Kunnskapsgrunnlaget**

Evenes kommune skal innen utgangen av 2014 ha avklart organisering av oversiktsarbeidet i kommunen og innen utgangen av 2015 ha utarbeidet skriftlig oversikt over helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer for helse. Oversiktsdokumentet skal brukes aktivt som kunnskapsgrunnlag i arbeidet med kommunal planstrategi og i arbeidet med andre planer, strategier og tiltak. Nordland fylkeskommune gjør tilsvarende fylkeskommunal avklaring og utarbeider tilsvarende fylkesoversikt basert på samme tidsfrister.

Kommunesektoren har en helt sentral rolle i å fremme befolkningens helse gjennom sine virkemidler og folkehelseperspektivet skal inngå i planlegging og lokal samfunnsutvikling. God oversikt over helse og påvirkningsfaktorer er en forutsetning i beskrivelsen av folkehelseutfordringer, og nødvendig for å planlegge strategier og gjennomføre tiltak. Oversiktsdokumentet skal brukes som grunnlag for kommunal planstrategi, og som grunnlag for planlegging av det langsiktige folkehelsearbeidet i kommunen. Dette for å kunne forankre folkehelsearbeidet politisk på tvers av sektorer og som en langsiktig satsning. Utforming samt mål og konkrete tiltak bør gjøres i en 4 årig syklus slik figuren under illustrerer:



Kommunen skal videre fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet, for eksempel gjennom en folkehelseplan eller andre strategiplaner.



Illustrasjon, Påvirkningsfaktorer for helse (etter Whitehead og Dahlgren)

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.

Folkehelse – hva er det?

Helsetilstanden til en befolkning blir ofte omtalt som folkehelse. Helsetilstanden til grupper av mennesker er summen av helsetilstanden til enkeltmennesket gruppa består av. Bred oversikt over helsetilstanden og kjennskap til sykdomsforekomst av sykdom er en forutsetning for kvalitet i det forebyggende helsearbeidet. Definisjon på folkehelse er *”befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning”*

([http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Folkehelse/Hva-og-hvorfor-](http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Folkehelse/Hva-og-hvorfor-folkehelse/Folkehelsearbeid/)

[folkehelse/Folkehelsearbeid/](http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Folkehelse/Hva-og-hvorfor-folkehelse/Folkehelsearbeid/)). Folkehelsearbeid defineres som *”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, og arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen”*

(<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/id10877/>).

Kjennetegn ved folkehelsearbeid

Folkehelseloven pålegger kommunen et ansvar for å ta hånd om folkehelsearbeidet. Kommunen skal sette i gang tiltak og fremme folkehelse innenfor alle sektorer. Folkehelsearbeidet krever derfor bred, tverrsektoriell innsats. Noen av kjernetrekkene ved folkehelsearbeid er at det er en samfunnsoppgave, befolkningsrettet og at det utøves gjennom påvirkning av faktorer som har positive eller negative effekter på helsen. Med denne definisjonen følger også noen *avgrensninger*: Folkehelsearbeid omfatter ikke kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg. Det omfatter heller ikke habilitering/rehabilitering. Denne avgrensningen innebærer ikke noen nedvurdering av disse tjenestene, som til sammen utgjør hoveddelen av aktivitetene i helsevesenet. Den innebærer derimot en nødvendig klargjøring som synliggjør en funksjons- og arbeidsdeling.

Avgrensningen utelukker ikke at tenkning og metoder som benyttes i folkehelsearbeidet også kan være nyttige i klinisk virksomhet. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.

Definisjonen som bygger på St.meld. nr. 16 (2002–03) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*, beskriver folkehelsearbeid slik: ” *Folkehelsearbeid innebærer å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse. De negative påvirkningsfaktorene virker helsenedbrytende, enten det er ting vi spiser og drikker, eller de befinner seg i det sosiale eller fysiske miljøet rundt oss. Positive faktorer handler blant annet om styrkende faktorer i miljøet rundt oss, om vårt forhold til våre nærmeste og de nettverk vi inngår i, og i hvilken grad livet oppleves å ha mening og å være forutsigbart og håndterbart. Dette kan kalles beskyttelses- eller mestringsfaktorer og gir individer og grupper bærekraft og slitestyrke*”

(<https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>).

Samhandlingsreformen og folkehelse

I St.meld. nr. 47 (2008–09) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* omtales også folkehelsearbeid, som samfunnets samlede innsats for;

- å fremme helse
- å redusere risiko for sykdom og skade
- å beskytte mot ytre helsetrusler

To akser i folkehelsearbeidet

Folkehelsearbeid kan utøves langs to akser:

- Innsats langs den offensive, proaktive akse – helsefremming – innebærer å styrke og forbedre befolkningens helse. Målsettingen kan ideelt sett beskrives som å få folkehelsen nærmere WHO's helsebegrep; ”*en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte*”.
- Innsats langs den defensive, reaktive akse – sykdomsforebygging – innebærer å opprettholde befolkningens helse ved å forhindre at sykdom, skade eller lyte oppstår.

Fagteoretisk og prinsipielt er et slikt skille hensiktsmessig. I det praktiske folkehelsearbeidet vil imidlertid innsats langs de to aksene gå hånd i hånd, utfylle hverandre og i stor grad overlappe hverandre. De fleste helsefremmende tiltak vil også ha en sykdomsforebyggende effekt. På samme måte vil det meste som gjøres av forebyggende innsats også ha potensial til å styrke og fremme helsen. I daglig, praktisk arbeid har skillet derfor begrenset verdi.

Kilder til informasjon

Det fins et mangfold av statistisk materiale gjennom offentlige registre og statistikkbanker som kan brukes i oversiktsarbeidet. Gjennom veilederen [God oversikt - en forutsetning for god folkehelse](#) gis det anbefalinger til kommunen om kunnskapsinnhenting i forbindelse med det pålagte oversiktsarbeidet. Oversikten er lagt opp etter statens veiledning og anbefalinger til oversiktsarbeidet. Denne veilederen har vært brukt i utarbeidelsen med vår kommunes oversiktsdokument.

Offentlige myndigheter, statlige – og fylkeskommunal tilgjengelig statistikk

Kunnskapsgrunnlaget for oversikten og hvilke utfordringer vi har i Evenes bygger blant annet faktagrunnlaget på en større gjennomgang av statistikker fra blant annet følgende kilder:

- [Folkehelseprofil Evenes kommune 2015](#)
- [Folkehelseprofil 2015 for Nordland Fylke](#)
- [Kommunehelsa statistikkbank.](#)
- [Folkehelseinstituttet - helsestatistikk](#)
- [Statistisk sentralbyrå.](#)
- [Skoleporten.](#)

Bruk av statistikk

Dette dokumentet inneholder betydelig statistikk, utvalgt materiale hentet fra offentlig tilgjengelig databaser. Statistikker kan gi en bedre oversikt over en stor mengde tall og målinger. Statistikk skal hjelpe oss til å se tendenser, altså hvilken retning utviklingen har. Det kan dermed sies at statistikker skal leses og fortolkes med varsomhet. Det vil oppleves at noe data er kjent fra før mens noe data vil være nye. Noe statistikk kan være et resultat av tilfeldige variasjoner som målt over tid viser seg og ikke ha relevans. Mye av statistikken viser noen mulige tendenser og utviklingstrekk i befolkningen som det er behov å fordype seg i og unders over. Noe av det vi leser fra statistikk vet vi er fakta og vi kjenner årsaker og sammenhenger til det, mens på andre områder kreves det at vi bruker statistikken til å fordype oss og undersøke mer, og følge opp over tid. All statistikk må derfor tolkes i lys av kunnskap om lokale forhold.

Lokal kunnskapsinnhenting

Mye av grunnlagsarbeidet til oversiktsarbeidet som presenteres inkluderer også lokal kunnskaps innhenting og vurderinger. Våren 2015 ble det opprettet en arbeidsgruppe mellom ETS kommunene. Gruppen har bestått av kommuneoverlege, folkehelsekoordinator fra Evenes og Tjeldsund, samt rådgiver fra Skånland kommune. Denne arbeidsgruppen har innhentet lokalkunnskaper på tvers av sektorene, og vi har hatt ett til to møter i måneden hvor vi har diskutert utfordringer, resultater av undersøkelser og hvor vi kan innhente best informasjon. Under enkelte emner har vi sammenliknet kommunene og hatt de med i samme diagram. Enhetsledere og andre har bidratt med sin erfaring og oppfatning innenfor sine felt. De som har bidratt er leder i NAV Evenes og Tjeldsund, ruskoordinator for kommuneplanlegger, flyktningekonsulent, kulturkonsulent, rådgiver skole og barnehage fra Nordland fylkeskommune, ETS barnevernstjeneste og politiet.

Vi har også innehentet informasjon fra disse kildene:

- UNN Harstad
- ETS kommunen fakta og intensjonsgrunnlag
- Rapport etter arbeid i arbeidsgruppe for Forebygging og Lærings- og mestringstjenester
- [Kommunedelplan for fysisk aktivitet og friluftsliv](#)
- [Lov om Folkehelsearbeid \(folkehelseloven\)](#)
- [Forskrift om oversikt over folkehelsen](#)
- [Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter. Meld.St.19 \(2014-2015\)](#)
- [Rapport fra helsetilsynet](#)
- [Lovdata - Forskrift om miljørettet helsevern](#)
- [Saminorundersøkelsen](#)
- [Øksnes kommune](#)
- [Lenvik kommune](#)

Faktorer og utviklingstrekk i lokalsamfunn med betydning for folkehelsen



Evenes kommune med våre bortimot 1400 innbyggere ligger i en av de mest folkerike områdene i Nord-Norge ca seks mil fra både Harstad og Narvik. Kommunen er på 257 kvadratkilometer (eksklusiv sjøareal) og består av jord- og skogområder, lange strandlinjer og fjellområder. Administrasjonssenteret Bogen (bildet) har rundt 450 innbyggere. Evenes kommune er den største

arbeidsgiveren i kommunen. I tillegg er det en del jord- og skogbruk, jernstøperi og trevareindustri i Bogen, forsvaret, syns- og mestirngssenteret. Stamflyplassen Harstad/Narvik Lufthavn, Evenes ligger i kommunen med gode forbindelser til resten av landet og verden. Kommunen legger forholdene til rette for nyetableringer og ønsker disse velkommen. Næringsområder er etablert i nær tilknytning til Harstad/Narvik Lufthavn og i Bogen.

Det finnes rimelige tomter i boligfelt både i Bogen, Evenesmark og på Liland.

Oppvekstmiljøet er preget av god aktivitet innen lag og foreninger hvor vi har et stort engasjement og mange ildsjeler både innen friluftsliv, idrett, hundeklubb, historie, dans, bygdekino, turlag m.fl. Vi har et godt utbygd barnehagetilbud samt grunnskole på Liland. Men vi har flere trafikkfarlige områder og lange avstander til fritidstilbudene.

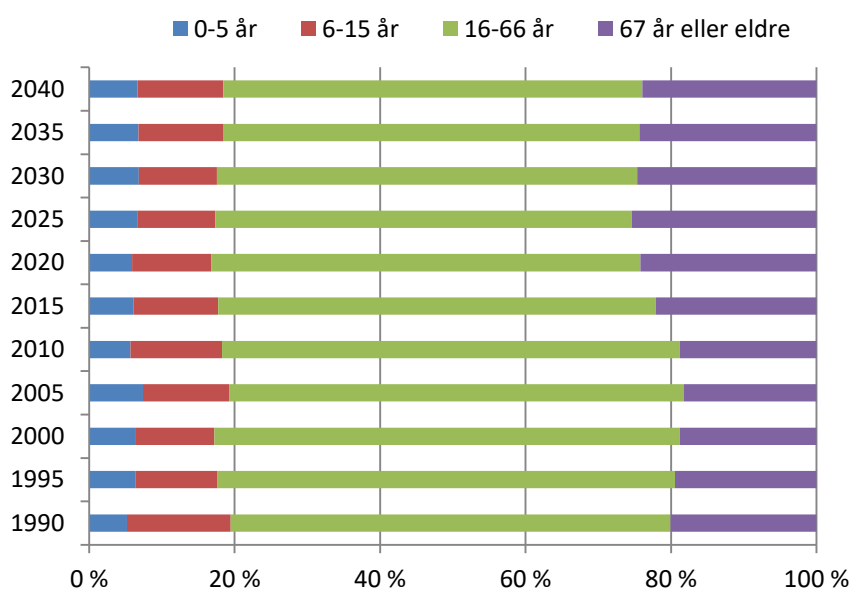
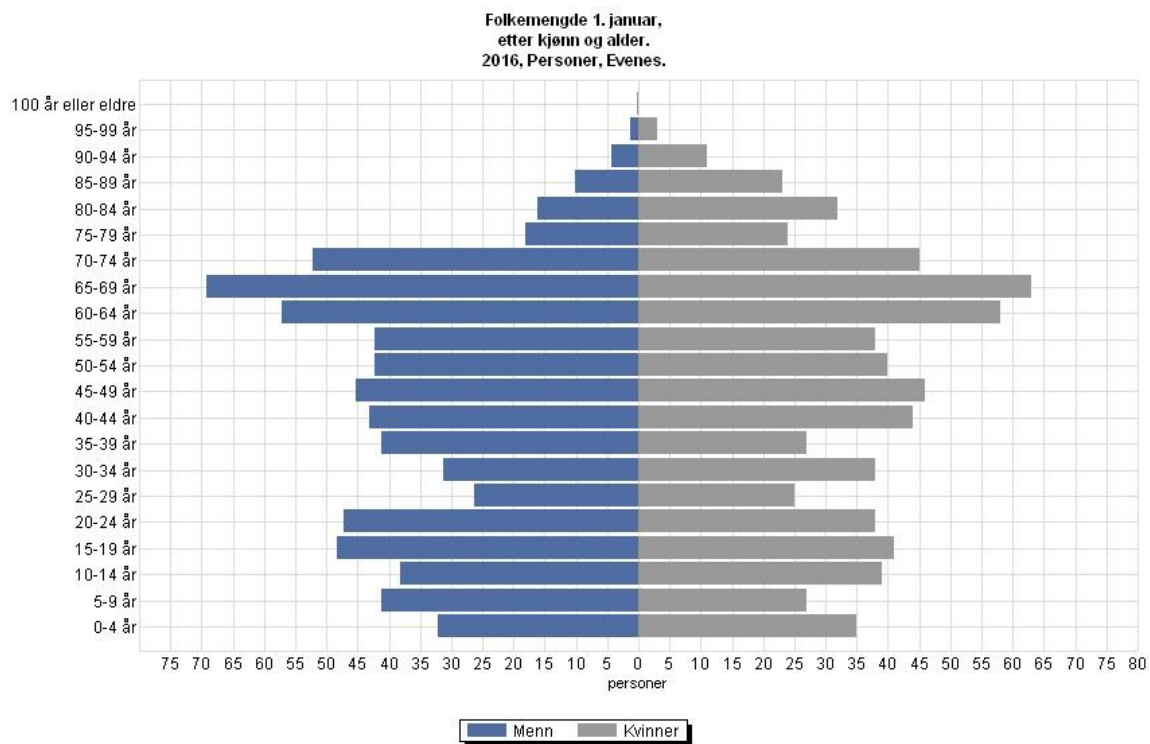
Kommunen har et utstrakt samarbeide med nabokommunene Tjeldsund og Skånland, i det såkalte ETS-samarbeidet.

Hjulet i kommunevåpenet symboliserer Evenes som kommunikasjonsknutepunkt både fra langt tilbake i tida og i dagens virkelighet.

Presentasjon av helsetilstanden i Evenes kommune

a) Befolkningssammensetning

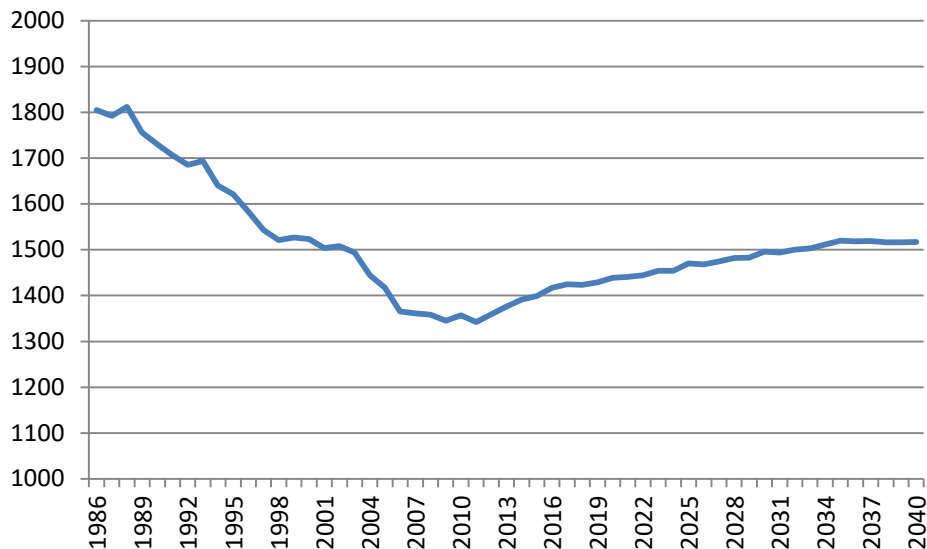
Med befolkningssammensetning menes grunnlagsdata om befolkningen i Evenes kommune per januar 2016 ca. 1400 innbyggere.



Figur 1 Befolkningssammensetning i Evenes kommune (SSB - 2016)

1) Befolkningsutvikling

Befolkningsutvikling er endring av populasjonen over tid. Utviklingen blir bestemt ut i fra tallet på fødte, døde, innvandring og utvandring. I landet har befolkningen økt med 1,14 prosent i 2013, mens i Nordland økte det med 0,53 prosent. I Evenes lå veksten på 1,09 prosent. En liten nedgang fra 2012 hvor Evenes lå på 1,25 prosent.

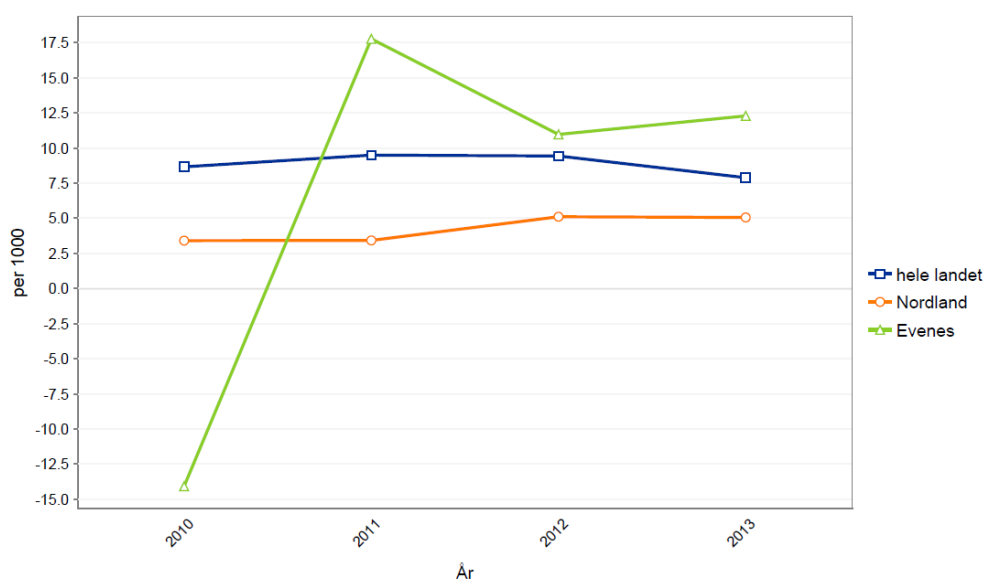


Figur 2 Befolkningsutvikling i Evenes kommune (SSB - 2016)

2) Nettoinnflytting

Nettoinnflytting til Norge i 2013 var 7,9 per 1000 innbyggere, og til Nordland flyttet 5,1 per 1000 innbyggere. Tilflyttingen til Evenes hadde en betydelig oppgang på 12,3 prosent.

Nettoinnflytting - per 1000



folkehelseinstituttet
www.fhi.no/folkelseprofiler

3) Forventet levealder

Forventet levealder er et godt mål på helsetilstanden i befolkningen. På lands- og fylkesnivå er forventet levealder en stabil og pålitelig indikator som gir informasjon om endringer over tid og om forskjeller mellom befolkningsgrupper. Indikatoren er informativ også på kommunenivå, forutsett at hensynet til tilfeldige svingninger blir tatt. I Norge var forventet levealder for menn 77 år og for kvinner 82 år i 2011. I Nordland kan en forvente at både menn og kvinner lever like lenge som landsgjennomsnittet.

Forventet levealder (B) – *leveår*

År		1997-2011	1998-2012	1999-2013
Geografi	Kjønn			
hele landet	menn	77,3	77,6	77,9
	kvinner	82,3	82,4	82,6
Nordland	menn	77,1	77,3	77,6
	kvinner	82,3	82,4	82,5
Evenes	menn	75,5	75,6	75,7
	kvinner	82,3	82,6	82,3

Tabellen viser at både menn og kvinner i Evenes har kortere forventet levealder, enn landet for øvrig.

4) Innvandrere

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre – *kjønn samlet, totalt, andel (prosent)*

År	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Geografi						
hele landet	10,6	11,4	12,2	13,1	14,1	14,9
Nordland	4,5	5,1	5,6	6,3	7,2	8,0
Evenes	2,8	2,4	3,1	4,3	5,9	7,4

Totalt bor det i dag (desember 2015) 54 flyktninger i Evenes kommune inkludert 16 barn. Flyktningetjenesten i Evenes har bosatt 19 personer i 2015 på Liland og i Bogen. 1 person fra Somalia, 1 fra Guinea, 1 fra Kamerun, 1 fra Syria, 4 fra Etiopia, og 11 fra Eritrea. 18 av flyktningene er mellom 20-30 år og 1 er over 30 år. Kjønnssdelingen er 14 menn og 5 kvinner, og 9 av dem er ugift og 10 er gifte men de har ikke sine ektefeller med seg i Norge og er bosatt i vår kommune som “enslige”.

Flere av våre flyktninger er aktive på sosiale arenaer/møteplasser eks turlaget, syklubben, trimgruppen og deltar aktivt der sammen med etnisk norske. I tillegg har vi noen som driver politisk virksomhet og en person er politisk engasjert på en av listene ved kommunevalget her

i Evenes kommune. Fra flyktningetjenesten i Evenes drives et utstrakt arbeid med å inkludere vår nye bosatte inn på arenaer der de kan få fellesskap og fysisk fostring samt føle at de blir aktive deltakere både for seg selv og sine barn.

Ellers fokuserer flyktningetjenesten på trafikksikkerhet der vi for eksempel har utlevert refleksvester til alle ved ankomst. Bruk av disse er blitt gjennomgått og motivasjon for å bruke dem påpekt fra vår side. Informasjon om gangfelt og trafikkregler gjennomgås også. I tillegg fokuserer vi på hjemmeulykker der vi gjennomgår boligen de bor i, brannvarslere, rømningsveier og telefon nummer som kan kontaktes ved behov.

Helsesøster i kommunen har bare kontakt med barnefamiliene. Det er ikke opprettet noen ekstra sykepleier- eller helsesøsterressurs for noen grupper av flyktninger. Helsestasjonen kan derfor ikke gi noe tilbud til voksne flyktninger uten barn (med unntak av evt smittevernarbeid i fht vaksinerings). Til sammen har de fire barnefamiliene 16 barn som foreldre, flyktningtjeneste, barnehager, skole og helsetjenesten skal følge opp. I tillegg må de voksne delta i introduksjonsprogrammet og gå på skole for å lære norsk og om det norske samfunn. Det er en utfordring i forhold til barnefamiliene, for noen flyktninger, å få arbeid i vårt nærområde og dermed bli integrert og inkludert i samfunnet.

I kontakten mellom flyktningefamilier og norske familier kan utfordringene være følgende:

- Vanskelig å få/ ha norske venner . Da flere av flyktningebarna bor ganske nært og er i samme alder, er de sammen med hverandre. Dette kan være en utfordring begge veier: Om flyktningefamiliene aldri inviterer andre barn hjem/ aldri oppmunter sine barn til å ha norske barn på besøk, gjør kanskje ikke de norske familiene det heller.
- Alle flyktningebarna har vært aktivt med på fotballlagene i kommunen. Når det har vært kamper kan det være utfordring i forhold til å komme seg på borte-kamper, men dette har stort sett gått bra. Alle flyktningefamiliene har nå biler. Tre av fire flyktningefamilier har fått barn etter at de kom til kommunen. Til sammen har de fått fire av 16 barn her. Det medfører at disse mødrene har hatt et opphold i norsk- undervisning og må fortsette med dette en stund før de kommer i ordinært arbeid. Det er positivt om noen av de voksne kan være i en praksisplass noen dager, som et ledd i norskopplæringen. De vil da kunne ha flere arenaer for å bli integrert og inkludert i kommunen og samfunnet. Flere av flyktningene (både uten og med barn) har disse årene jobbet i barnehagene (dette var praksisplasser).

5) Fødsler

Fødte – per 1000

År	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Geografi							
hele landet	12,4	12,7	12,8	12,6	12,2	12,0	11,6
Nordland	11,0	10,9	11,1	10,6	10,7	10,4	10,2
Evenes	7,4	6,7	8,1	12,6	9,6	10,2	12,3

Tallene viser en variasjon i antall fødte, men en oppgang de siste årene. Dette er informasjon som har betydning for utviklingen i lokalsamfunnet, og som vil danne grunnlaget for kommunens planleggingsbehov for eksempel innenfor barnehage og skole.

6) Personer som bor alene

År		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Geografi	Alder						
hele landet	30-44 år	18,4	18,4	18,4	18,1	18,2	19,0
	45 år +	25,9	25,8	25,8	25,6	25,6	25,6
	45-74 år	20,7	20,8	20,9	20,9	21,0	21,3
	75 år +	50,6	50,3	50,1	49,8	49,2	48,6
Nordland	30-44 år	15,1	15,3	15,6	15,5	15,8	16,8
	45 år +	26,0	25,9	25,9	25,9	25,7	25,9
	45-74 år	20,3	20,4	20,6	20,6	20,7	21,1
	75 år +	52,1	51,7	51,2	50,9	50,0	49,7
Evenes	30-44 år	14,8	16,2	12,7	11,2	12,9	14,1
	45 år +	27,0	27,5	27,4	28,1	28,0	28,8
	45-74 år	20,6	21,2	21,5	21,7	22,0	23,5
	75 år +	56,5	54,5	51,8	54,7	54,2	52,7

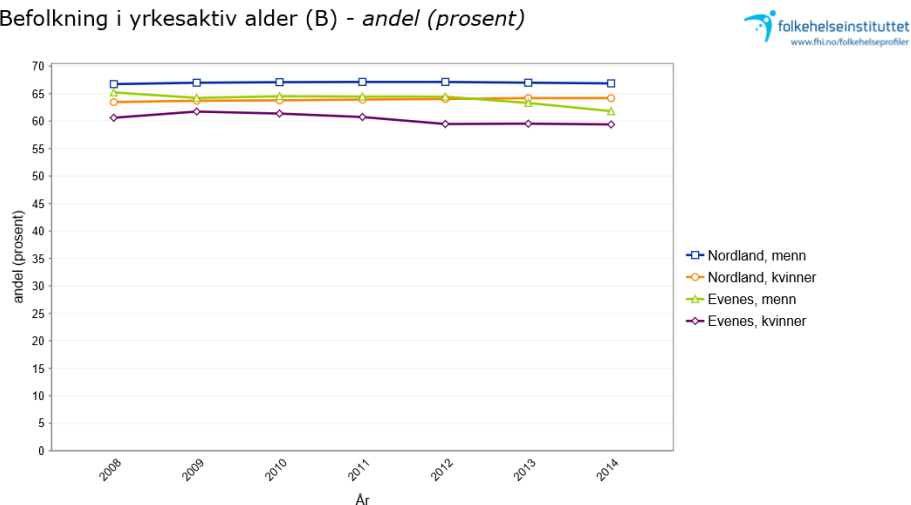
I aldersgruppen 45 – 74 år er det en økende andel som bor alene, og andelene er større enn landet for øvrig.

7) Befolkning i yrkesaktiv alder

En utfordring både i Norge og i andre europeiske land er at tallet yrkespassive øker mer enn tallet yrkesaktive. Derfor er andelen i yrkesaktiv alder en sentral indikator. Når yrkesaktive må forsørge yrkespassive får det konsekvenser for finansiering av alderspensjon,

helsetjenester og eldreomsorg. Befolkning i yrkesaktiv alder i 2014 var på landsbasis 66.9 %, nordland 65.5% og Evenes 60.9%. Endring fra 2008 til 2014 ser slik ut:

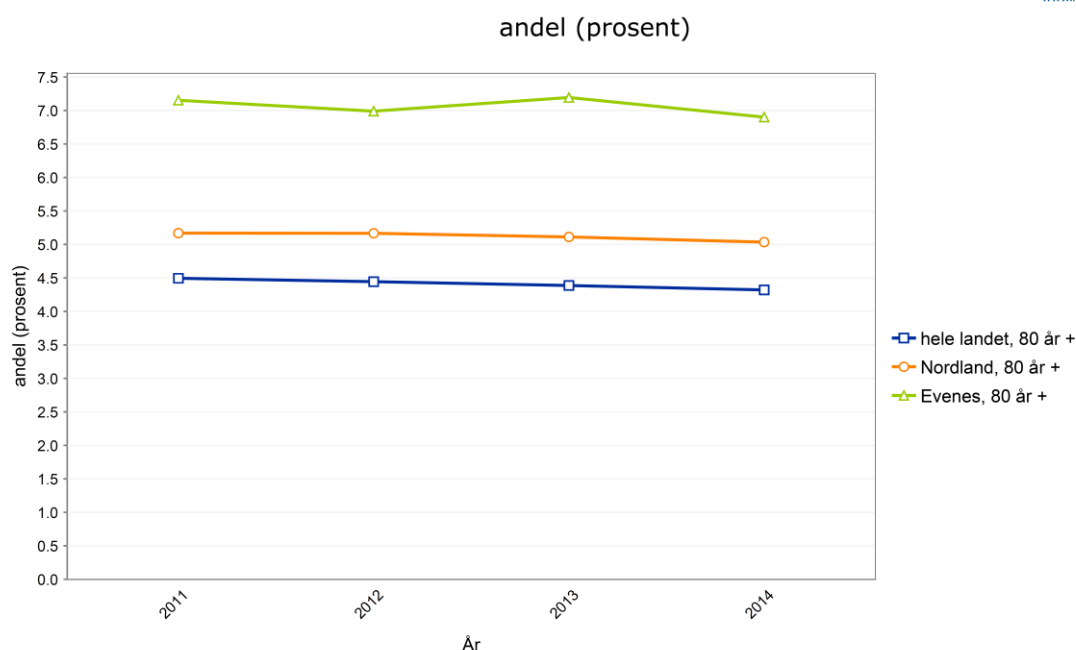
Befolkning i yrkesaktiv alder (B) - andel (prosent)



8) Befolkning over 80 år

Risikoen for sykdommer og funksjonshemninger øker med alderen. I Norge er 4,3 prosent av befolkningen over 80 år i 2014. I Nordland er 5,0 prosent over 80 år. Evenes har flere over 80 år enn gjennomsnittet både for landet og for fylket med sine 6,9 prosent.

Befolkning (antall og andel) (B) - kjønn samlet

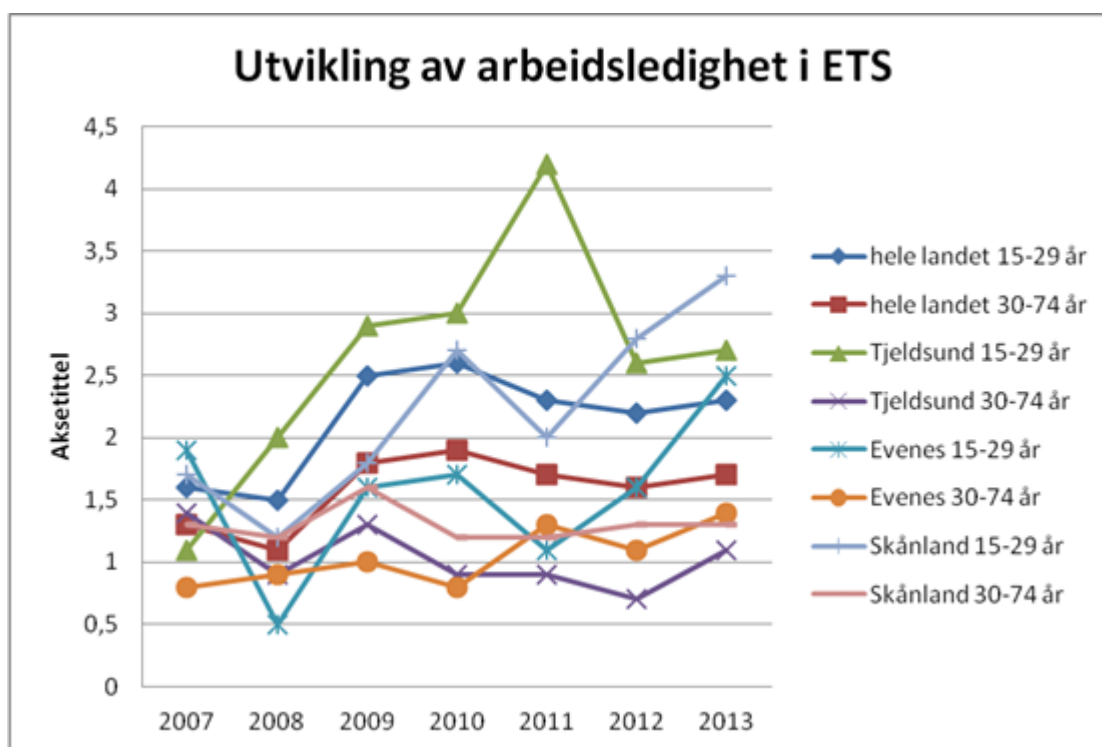


Befolkningen over 80 år, kjønn samlet, utvikling fra 2011-2014. Evenes har høyere befolkningsandel av befolkning over 80 år enn landet for øvrig og fylket.

b) Oppvekst- og levekårsforhold

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Dette omhandler blant annet økonomiske vilkår, bo – og arbeidsforhold samt utdanningsforhold. Levekår kan 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 påvirker helse, og hvordan helsen fordeles i befolkninga. Gjennom å legge til rette for en god oppvekst legges grunnlaget for en god helse på individnivå. Gode oppvekstmiljøer, velferdsordninger og tjenester som fanger opp risikoutsatte familier og barn, er derfor avgjørende lokale investeringer for en fremtidig god folkehelse, å redusere sosial ulikhet i helse. Arbeidsplasser, et inkluderende arbeidsliv og inntektssikring for den voksne befolkningen inngår derfor også som vesentlige bakenforliggende faktorer som har betydning for folkehelsa.

1) Arbeidsledighet



De siste årene viser en økning i arbeidsledighet i aldersgruppen 15-29 år for Evenes sin del. Dette bør kartlegges nærmere.

2) Sykefravær

De siste 5 årene har det vært særlig fokus på å redusere sykefraværet i Evenes kommune. Det er også etablert en nærversgruppe som har som målsetning å fungere som et hjelpeorgan for å bidra til å redusere sykefraværet.

Den historiske utviklingen på sykefraværet er som følger:

- 2009 fravær 13,43%
- 2010 fravær 12,69%
- 2011 fravær 10,00%
- 2012 fravær 10,20%
- 2013 fravær 10,00%
- 2014 fravær 9,1%
- 2015 fravær 10,5%

163 personer er ansatt til å utføre 121 årsverk, pr. 2014. Det betyr at vi har en økning på 5.23 årsverk.

Reduksjon av sykefravær er viktig for å:

- Bedre kvalitet for bruker av kommunale tjenester
- Bedre kvalitet for ansatte
- Bedre kvalitet for kollegaer
- Store økonomiske besparinger

Mål for videre utvikling er reduksjon av fraværet til 6% i 2019. For å lykkes med denne målsetningen må vi ta i bruk andre verktøy enn de vi har brukt så langt. Kan sykefraværet forebygges ved å tilby veiledning og kompetanseheving, bevisstgjøring av den enkelte ansatte, mellomleder og leder? Med fokus på samtaler på individnivå med lang oppfølgingstid? Kan vi knytte til oss personer som jobber med kursing og veiledning i forhold til bevisstgjøring rundt kommunikasjon, relasjonsbygging og samarbeid på arbeidsplassen? Noen som kan lære ansatte å bli mer bevisst egen adferd og hvordan de påvirker hverandre? Lære dem å ta ansvar for hva de bringer inn osv. Lære ledere å bli:

- Tydeligere på forventninger til sine medarbeidere
- Si fra hvordan medarbeiders fravær påvirker arbeidsplassen og dem som ledere
- Raus med tilbakemeldinger og ros på hva de ser som fungerer godt

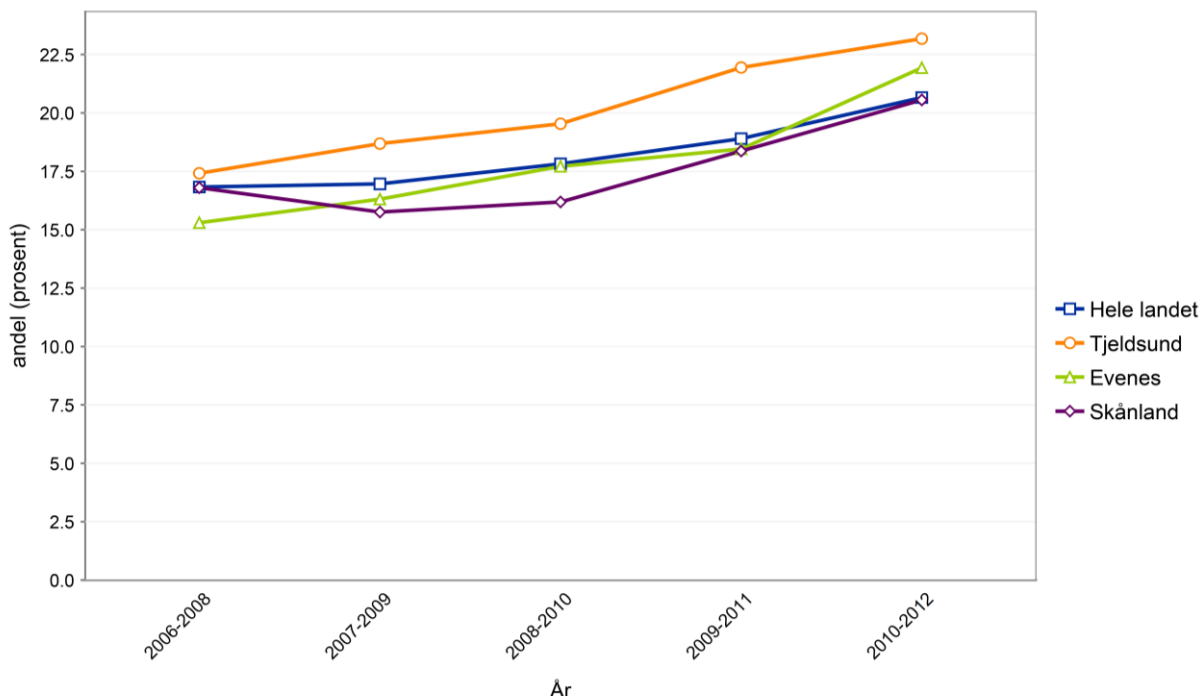
Kort sagt, høy bevissthet rundt kommunikasjon og relasjonskompetanse. Om disse tingene begynner å fungere bedre, vil det påvirke sykefraværet? Jo mer bevisst vi blir, jo mer ansvar

tar vi? Bidrar gode relasjoner og tydelig ledelse til ansvarsbevisste medarbeidere? Påvirker dette igjen den enkelte ansatte sin ansvarsfølelse i forhold til å være på jobb og yte positivt? Burde enhver kommune bør ha en veileder til sine ledere? Som gjør at ledere føler de utvikler en kompetanse som gjør det enklere for dem å mestre lederrollen (personal lederrollen)? Siden målet er ytterligere reduksjon av sykefraværet, og nye metoder skal tas i bruk, er dette ting som bør ses nærmere på.

3) Bruk av gradert sykemelding

Gradert sykemelding har den hensikt å opprettholde kontakten med arbeidsplassen og dra nytte av restarbeidsevnen. Gradert sykemelding er en “delvis sykemelding”. Som er en kombinasjon av arbeid og sykepenger som benyttes når arbeidstaker er delvis arbeidsufør. Denne type sykemelding er et viktig virkemiddel i oppfølgingsarbeidet, men den praktiske gjennomføringen avhenger av at arbeidsgiver tilrettelegger for delvis arbeid. Arbeidsgiver og arbeidstaker må finne fram til en funksjonell og akseptabel ordning for å få dette til å fungere. I Evenes kommune har bruken av denne type sykemelding økt fra 17,7 % i tidsrommet 2008-2010 til 21,9 % i tidsrommet 2010-2012. Evenes ligger noe høyere på tabellen enn resten av landet.

Bruk av gradert sykemelding



Nav har skjerpet inn rutinene for bruk av gradert sykemelding. Ansatte som er sykmeldt må være i arbeidsrelatert aktivitet senest innen 8 uker for å ha rett på sykepenger. Dette har vært lovfestet i mer enn 10 år, men nå skjerper altså NAV rutinene og vil håndheve aktivitetskravet

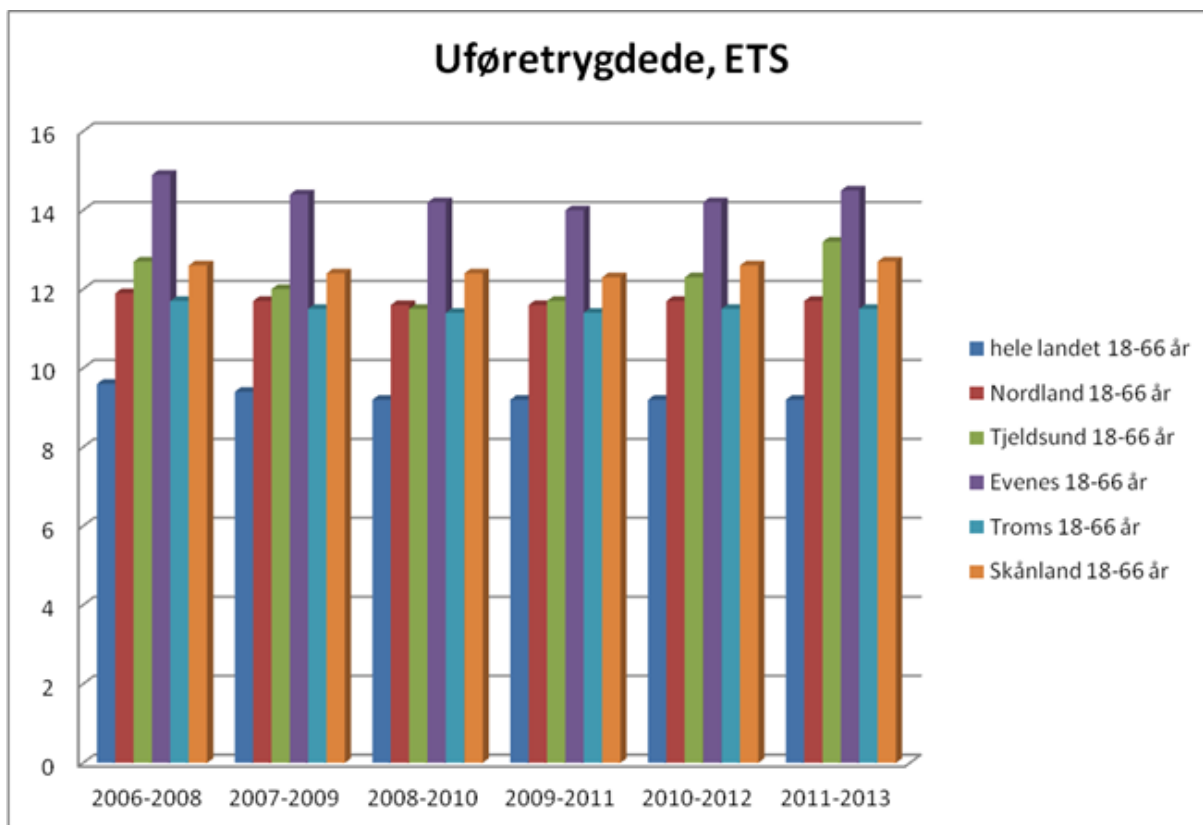
strengere i enkelte kommuner. Mer om dette kan leses her:

<http://www.virke.no/virkehjelperdeg/juridiskbistand/juridiskefagartikler/Sider/NAV-skjerper-aktivitetsplikten-for-sykmeldt-arbeidstaker.aspx?blankMaster=true>

4) Uføretrygdede

Gruppen uføretrygdede er ei utsatt gruppe psykososialt og materielt. Omfanget av uføretrygd er en indikator både på fysisk og psykisk helsetilstand. Uføretrygd må alltid ses i sammenheng med næringsliv, utdanningsnivå og jobbtilbud i kommunen. Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner. De siste tiåra har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre land i OECD-områdene. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelig å fastslå. Ofte er de sammensatte og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning, livsstilsfaktorer og andre sosiale faktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker uføretrygd. Evenes har hatt en reduksjon i antall uføretrygdede fra 6,1 prosent i årene 2003-2005 til 3,3 prosent i 2008-2010, altså det samme som Tjeldsund. I Skånland kommune ligger de på 2,9 prosent mellom årene 2008-2010.

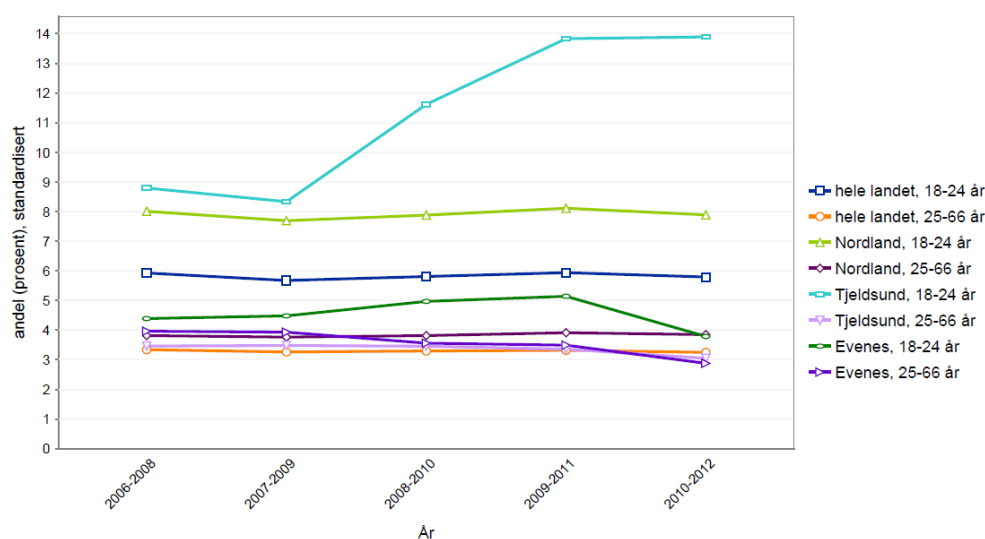
Pga en for liten andel befolkning er statistikk om antall uføre i Evenes kommune hentet inn fra NAV, og ikke fra kommunehelsa statistikk bank. I 2015 er det 144 personer på uføretrygd i Evenes.



Denne tabellen over antall uføre i ETS viser at ETS ligger høyere enn både land og fylkesgjennomsnittet. Evenes har høyere andel uføre enn både Tjeldsund og Skånland. Det kan være interessant å se på årsaker til dette, samt se på om det er igangsatt tiltak og vurdere virkning/igangsettelse av andre tiltak med ønske om reduksjon i disse tallene.

5) Sosialhjelpsmottakere

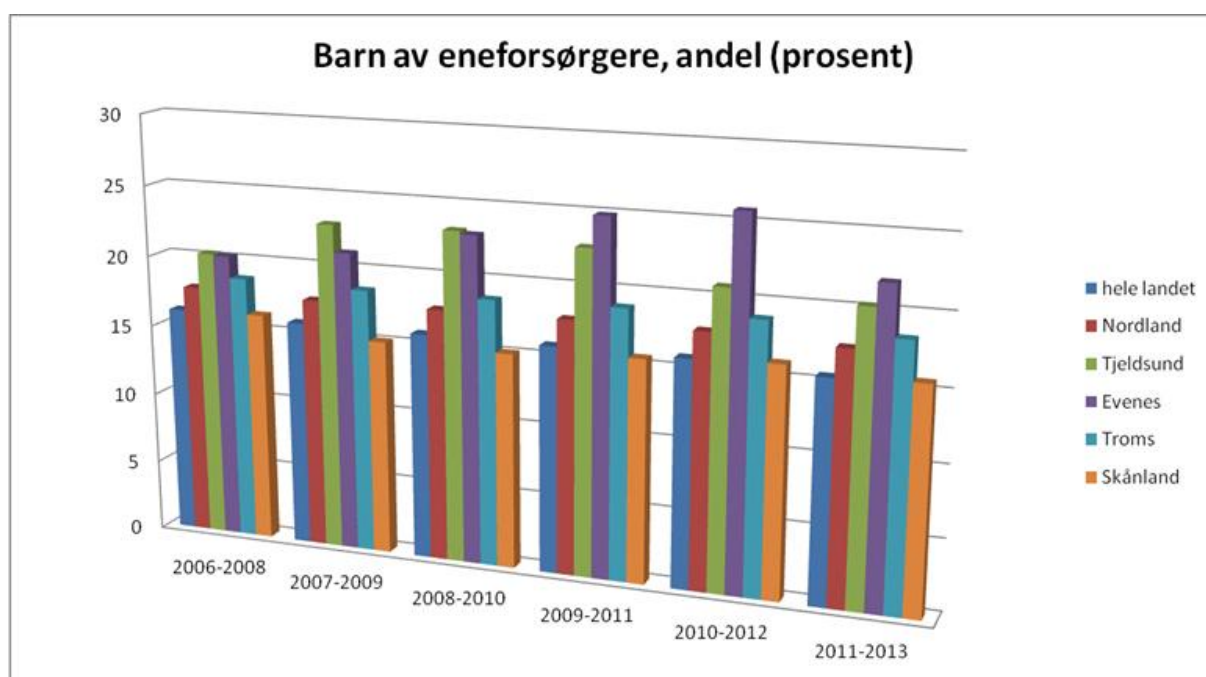
Mottakerne av sosialhjelp er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. De har ofte en mer marginal tilknytning til arbeidsmarkedet, kortere utdanning og lavere bostandard enn befolkningen ellers. Det er også vist at det er langt større innslag av helseproblemer blant sosialhjelpsmottakere enn i befolkningen ellers, og særlig er det en stor andel med psykiske plager og lidelser. Antall sosialhjelpstilfeller har nær sammenheng med situasjonen på arbeidsmarkedet, omfanget av arbeidsmarkedstiltak og innbyggernes mulighet for alternativ forsørgelse til arbeid. Blant annet virker andelen ugifte, skilte og separerte forsørgere i befolkningen inn da disse har mindre mulighet til familieforsørgelse enn andre.



Andel registrerte sosialhjelpsmottakere i Tjeldsund, Evenes, fylket og landet.

6) Barn av eneforsørgere

Barn av enslige forsørgere kan være en potensielt utsatt gruppe både økonomisk og sosialt.



Diagrammet viser en økning for Evenes sin del, hvor økningen startet i 2009.

Lavinntekt (husholdninger) (B) – EU60, 0-17 år, andel (prosent)

År	2009	2010	2011	2012	2013
Geografi					
hele landet	8,9	9,0	9,5	10,2	11,0
Nordland	7,4	7,4	7,7	9,1	10,4
Tjeldsund	:	:	:	:	:
Evenes	7,2	10,0	9,3	8,4	19,1
Skånland	8,1	7,0	7,8	7,6	11,4

Tegnforklaring

- .. Manglende data
- . Lar seg ikke beregne
- : Anonymisert

Andel barnefamilier med barn fra 0-17 år som tilhørte lavinntekts-husholdninger i 2012 var 8,4%. I 2013 var tallene mer enn doblet. Sped- og småbarnsfamilier kommer til helsestasjonen siden de kaller inn alle som blir født i kommunen eller flytter hit. Da det å være en familie med lav inntekt kan være tabubelagt (flaut) har vi ikke oversikt over omtrent hvor mange det gjelder. Og det er heller ikke noe vi spør om på helsestasjonen. Men av tallene over ser en at dette utgjør ganske mange, og at tallene er mer enn doblet fra 2012 til 2013. I skrivende stund vet vi ikke hva dette skyldes.

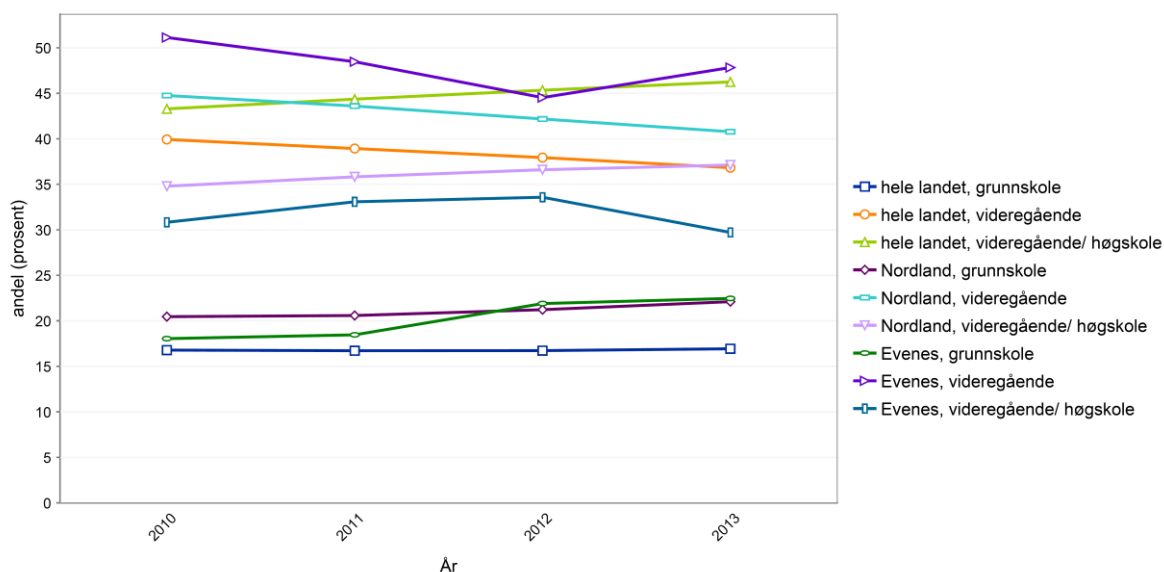
ETS kommunene har iverksatt en prosjektgruppe for å lage en felles overbygning for tverrfaglig og forebyggende arbeid med barn og unge, kalt forebyggende forum. Kartlegging av kommunale og interkommunale tilbud for gruppen, samt en oversikt over verktøy som benyttes har vært sentrale tema. Det jobbes videre med dette arbeidet.

7) Utdanningsnivå

Det er vel dokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Når vi måler helse i form av dødelighet, finner vi at de med lavest utdanningsnivå har høyest dødelighet. Utdanning er eksempel på en faktor som har betydning for helsen gjennom hele voksenlivet. Lav utdanning blir definert som grunnskolenivå eller lavere. Videregående blir omtalt som middels utdanning og høyskole og universitet som høy utdanning. Andelen personer med grunnskole som høyest fullført utdanning er i blant 30-39 åringer i hele landet på 16,9 prosent, og det er noe lavere enn i Nordland med 22,1 prosent. Evenes har flere med sine 22,5 prosent. Det er gradvis økning siden 2010 til 2013. Ser man på tallene for

videregående skole som høyest fullført utdanning, har Evenes større antall fullførte med sine 47,8 prosent, sammenlignet med landsgjennomsnittet og fylket med henholdsvis 36,8 og 40,8 prosent. Når det gjelder utdanning på høyskole- og universitetsnivå viser tallene for Evenes 29,7 prosent, noe som er lavere enn i Nordland med 37,1 prosent og hele landet som ligger på 46,2 prosent.

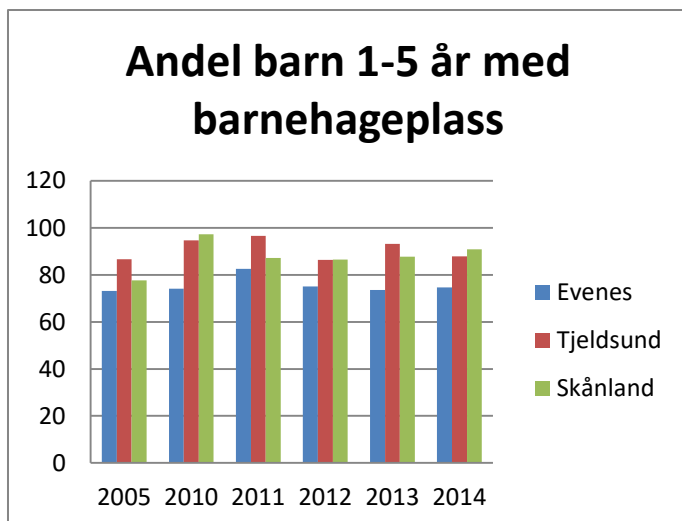
Høyeste fullførte utdanningsnivå (B) - 30-39 år, andel (prosent)



Høyeste fullførte utdanningsnivå, 30-39 år, prosent og utvikling fra 2010-2013.

8) Barnehage

Barnehagene er i et folkehelseperspektiv en viktig arena for integrering og inkludering, læring av språk- og kommunikasjon, sosial utvikling og utvikling generelt. Barnehagearenaen er, som skolen en sentral og viktig folkehelsearena. Tilgang til gode barnehagetilbud vil kunne kompensere for både mangelfull stimulering i hjemmet, bidra til sosial utjevning og legge til rette for sunne levevaner i oppveksten. Tilgjengelighet, fleksibilitet og pris er vesentlig når det gjelder å nå alle grupper i befolkningen med barnehagetilbud. Figuren nedenfor viser hvor stor andel av barnebefolkninga som er brukere av barnehagen i ETS.



Andel barn 1-5 år med barnehageplass

	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Evenes	73,2	74,1	82,5	75	73,5	74,6
Tjeldsund	86,6	94,6	96,6	86,4	93,2	87,9
Skånland	77,6	97,3	87,2	86,5	87,7	90,8

I Evenes kommune er barnehagene med i satsningen om å være helsefremmende barnehager. Dette skal de oppnå ved å følge et kriteriehefte fra fylkeskommunen, samt tiltaksplan for barnehagene. Barnehagene er kommet godt i gang med implementeringa av kriteriene og ser verdien av å være helsefremmende.

9) Skole

Det er tydelig sammenheng mellom utdanningsnivå, helse og levekår. Tidlig barndom og oppvekst har betydning for den enkelte si helse og muligheter senere i livet. Gjennom utdanningsløpet utvikler mennesker psykologiske ressurser som kan gi en følelse av mestring og kontroll over egne liv. I Evenes har vi en barne- og ungdomsskole. Liland skole er en 1-10 skole med 151 elever skoleåret 2015/2016 og 28 ansatte. Det er 9 klasser, 1. og 2. trinn er sammenslått og skolen har også SFO. Skolen ble åpnet i 1967 i en annen tid og etter et annet lovverk. Vedlikehold har gjort at den er i relativt god stand. Skolen er et spesifikt resultatområde for folkehelsesatsningen til kommunen. Skolen har systematisert og ferdigstilt trafikkplanen og jobber dermed sikkerhetsfremmende og ulykkesforebyggende.

Trivsel på skolen

For barn og unge er skolen den viktigste sosiale arenaen ved siden av familien. Trivsel på skolen påvirker elevene sin motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir. God trivsel i skolen er et sentralt mål i folkehelsearbeidet. På lengre sikt kan dette ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, der hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter.

Elevundersøkinga - grunnskole, 7. årsteg

» [Fleire tal](#)

Elevundersøkinga er ei nettbasert spørjeundersøking som blir gjennomført kvart år. Her får elevane seie meininga si om læringsmiljøet og dei tilhøva som er viktige for å lære og trivast på skolen. Skala: 1-5. Høg verdi vil seie positivt resultat for alle indeksane unnateke mobbing. Når det gjeld mobbing, vil låg verdi seie lite mobbing.

Indikator og nøkkeltall	Liland skole	Evenes kommune	Nordland fylke	Nasjonalt
Trivsel	3,9	3,9	4,3	4,4
Støtte fra lærerne	4,2	4,2	4,4	4,4
Støtte hjemmefra	4,2	4,2	4,3	4,4
Faglig utfordring	3,8	3,8	4,0	4,0
Vurdering for læring	3,6	3,6	3,9	4,0
Læringskultur	3,2	3,2	4,0	4,1
Mestring	4,0	4,0	4,0	4,1
Motivasjon	3,6	3,6	3,9	4,0
Elevdemokrati og medvirkning	3,3	3,3	3,7	3,8
Felles regler	4,0	4,0	4,3	4,3
Mobbing på skolen	1,1	1,1	1,3	1,2
Andel elever som har opplevd mobbing 2-3 ganger i måneden eller oftere (prosent)	0,0	0,0	4,9	4,7

Liland skole, Grunnskole, Elevundersøkelsen 2013-2015, 2014-2015

Symbolforklaring

* Tal er unnatekne det offentlege

✗ Tal er ikkje publiserte på vald vising av rapporten

✓ Brot i tidsrekkeja. Tala kan ikkje samanliknast med tidlegare år

Elevundersøkinga - grunnskole, 10. årssteg

» Fleire tal

Elevundersøkinga er ei nettbasert spørjeundersøking som blir gjennomført kvart år. Her får elevane seie meininga si om læringsmiljøet og dei tilhøva som er viktige for å lære og trivast på skolen. Skala: 1-5. Høg verdi vil seie positivt resultat for alle indeksane unnateke mobbing. Når det gjeld mobbing, vil låg verdi seie lite mobbing.

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

Liland skole, Grunnskole, Elevundersøkelsen 2013-2015, 2014-2015

Symbolforklaring

* Tal er unnatekne det offentlege

✗ Tal er ikkje publiserte på vald vising av rapporten

✂ Brot i tidsrekkeja. Tala kan ikkje samanliknast med tidlegare år

Mobbing på skolen, 7. og 10.klasse

Mobbing er en vesentlig individuell risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser. Hos barn og unge som blir mobbet er kroppslige helseplager dobbelt så vanlig som hos andre barn. Først og fremst er dette hodeverk, ryggsmarter, magesmerter og svimmelhet. Enda vanligere er det å ha psykiske plager der barn og unge som blir mobbet har to til sju ganger høyere risiko for å utvikle slike symptomer. Det kan være bekymring, depresjon, ensomhet og rastløshet. Jo oftere et barn blir mobbet, desto større er risikoen for å få helseplager. Den klare sammenhengen mellom mobbing og barn og unge sine helseplager understreker at det er viktig å forebygge mobbing. Det er også vesentlig å følge med på statistikken over andelen som har blitt utsatt for mobbing, for å kunne si noe om hvordan iverksette tiltak har fungert, og for å drive lokalt forbedringsarbeid.

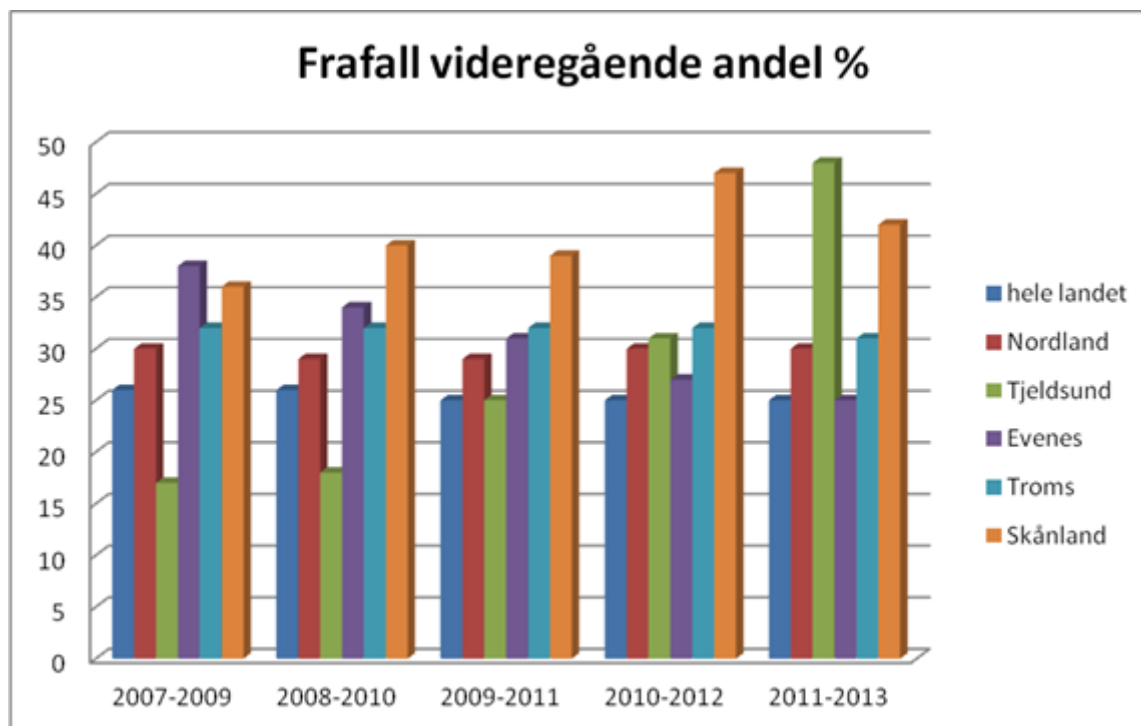
Det er viktig for barn i både barnehager og skole å høre til i et godt oppvekstmiljø, både for å trives og for å lære. Skolehelsetjenesten har samtaler med alle elevene i 8.kl og noen ganger 9.klasse, enkeltvis, for å få en oversikt over den enkeltes trivsel og evt helseutfordringer og over miljøet i klassen. Helsesøstertjenesten erfarer ut fra slik kartlegging at det foregår noe

mobbing, men både skole, elever og skolehelsetjenesten ser at det nytter å ha godt og riktig fokus på dette. På begynnelsen av 2000-tallet var skolen med i Olweus-programmet mot mobbing. Det ble da utført elevundersøkelser før og etter innsats, og det viste seg at mobbingen ble redusert. Det foregikk da en del mobbing på skolebussen blant annet. De siste årene har Bogen skole vært sammenslått med Liland skole og Bogen har ikke tidligere vært "Olweus-skole".

10) Frafall i videregående skole

Frafall i videregående skole er et omfattende problem i hele landet. Blant elever fra familier med lavt utdanningsnivå, er andelen som faller fra høyere sammenliknet med elever fra familier med høyt utdanningsnivå. Frafall i videregående skole reduserer mulighetene i arbeidsmarkedet og øker risikoen for uføretrygd og dårligere levekår og helse. Både norsk og internasjonal forskning viser sammenheng mellom psykisk helse og frafall i videregående skole. Spesielt kan atferdsvansker i barndommen føre til dårligere skoleprestasjoner som igjen fører til økt risiko for frafall.

En nasjonal kartlegging i 2004 viste at 94 % av elevene som avsluttet grunnskolen gikk direkte over i videregående opplæring. Av disse fullførte 68 % den videregående opplæringen innen det var gått 5 år. Det er dokumentert at elever med gode resultater fra grunnskolen gjennomfører videregående skole i langt større grad enn de med mindre gode resultater. Det ses også sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Største forskjell synes å være mellom de som fullfører videregående skole og de som faller utenfor. Tiltak som styrker barn og unge som sliter med faglige og sosiale vansker vil være effektive i forebygging av frafall. Det forebyggende arbeidet bør starte tidlig og omfatte alle faser i utdanningsløpet. Aktuelle tiltak i kommunen er å satse på barnehager som bidrar til å styrke språk og sosiale ferdigheter. Videre er det viktig at skolen satser på god språkopplæring for alle, og med spesielle tiltak for elever som har lesevansker og andre læringsvansker. Også tiltak som styrker det sosiale miljøet på skolen kan forebygge frafall. Frafallet i videregående skole er størst blant elever på yrkesfagene. Blant elever som står i fare for å falle fra har fleksible opplæringsløp og mer praksis for dem som strever med teoretiske fag, tett oppfølging og veiledning og samarbeid mellom skole og arbeidsliv, vist gode resultater. Det faglige grunnlaget/forutsetningene hos elevene samt egen motivasjon og foreldrenes støtte kan være faktorer som avgjør om elever fullfører eller ikke. Derfor er det viktig å holde læringstrykk og motivasjon oppe i ungdomsskolen.



Når det gjelder statistikken over frafallet i videregående skole inneholder ikke denne de som ikke begynner på videregående skole, og de som flytter fra kommunen. I samtale med oppfølgingstjenesten i Troms Fylkeskommune angir de endel svakheter ved tallmaterialet og anbefaler heller at små kommuner må bruke sin lokalkunnskap for å gå igjennom kullene for videregående for å se hvorvidt de som ikke fullfører videregående har gått ut i jobb eller om det må iverksettes tiltak for å hjelpe dem videre i utdanningsløpet/yrkeslivet. Kommunene bør også ha et system som fanger opp ungdom som faller ut av videregående skole, og som ikke er i jobb eller annen aktivitet. Det må kartlegges hvilke tiltak som gjennomføres i dag – hvordan jobber NAV med disse ungdommene, hvilke tiltak har man innenfor forebyggende helse, hvilke øvrige helsetilbud får de, hvordan jobber forebyggende forum? En bør og være obs på at når eleven er kommet på videregående kan det være for sent å hente inn igjen tapt kunnskap og andre utfordringer som dårlig trivsel, og lignende. Det trengs et godt samarbeid mellom skole, hjem, PPT, helsetjeneste med mer. Vi har i dag ett slikt samarbeide rundt flere elever i skolen i Evenes kommune.

11) Oppvekst- og levekårsvilkår ETS

ETS barneverntjeneste er et interkommunalt samarbeid med tre kommuner: Evenes, Tjeldsund og Skånland (ETS). Barneverntjenesten server tre små kommuner. Evenes er vertskommune for Skånland og Tjeldsund. Barneverntjenesten i Evenes har vært sammenslått med barneverntjenesten i Skånland kommune siden 2009, og Tjeldsund kommune siden 2013. Alle ansatte er lokalisert i Bogen som er kommunesenteret i Evenes.

Evenes (ca 1400) og Tjeldsund (ca 1200) har omtrent like mange innbyggere, mens Skånland har ca 3000 innbyggere. Evenes og Tjeldsund har en relativt stor befolkning med trygdeytelser som hovedinntekt. Forekomsten av psykiske belastninger er rimelig likt i de tre kommunene og er rapportert fra psykiatrien å være rimelig høyt. Området har et relativt stort rusmiljø.

Andel prosent av befolkningen i ETS som er barn fordeler seg slik: 31,7 % av barna er mellom 0-5 år, 40,2 % er mellom 6-12 år og 28,7 % er mellom 13-18 år.

Andel skilte og separerte og andel enslige forsørgere med stønad fra folketrygden i ETS ligger over landsgjennomsnittet. Dette er en risikofaktor. En merker dette ved at tjenesten får flere henvendelser i barnefordelingssaker med høyt konfliktnivå. Andel innvandrerbefolkning ligger langt under i forhold til landsgjennomsnittet, men i 2015 ble det åpnet mottak for enslig mindreårige i Skånland kommune. Barneverntjenesten har ikke noe ansvar for de enslige mindreårige i dag, men om noe oppstår vil barnevernet bli koblet inn. Evenes kommune vedtok å øke bosetting av flyktninger i 2015.

Evenes og Skånland ligger over landsgjennomsnittet i barnevernstiltak og netto driftsutgifter pr innbygger. ETS barnevern erfarer at en del innbyggere har problemer knyttet til rus og psykiatri.

I tillegg oppleves det i flere saker at det er “forsinket barnevern” dvs. at foreldre selv har vært utsatt for omsorgssvikt og ikke evner å ta seg av sine egne barn. Det er også flere familier som består av 3-4 barn, noe som høyner utgiftene i forbindelse med omsorgsovertakelser.

ETS har flere barn i statlig familiehjem fordi flere av barna er så skadet at de trenger spesiell oppfølging i etterkant av plassering, og tjenesten har god erfaring med å bruke dette tiltaket. Dette representerer en større utgift enn frikjøp og utgiftsdekning i ordinære fosterhjem.

Når det gjelder dekningsgrad i forhold til barn i tiltak utenfor opprinnelig familie ligger ETS barnevern *velldig høyt over* landsgjennomsnittet. Dekningsgraden totalt er på 236 for ETS barnevern. Tallet angir nok et riktig bilde av andel barn som er i tiltak utenfor opprinnelig familie. ETS barnevern har siden oppstarten plassert mange barn i fosterhjem eller institusjon. Opprettelsen av interkommunalt barnevern hadde som en målsetting å sikre bedre oppfølging og saksbehandling i de tyngste sakene, og det mener tjenesten at de har klart å få til. Det er ingen avvik i forhold til oppfølging av barn i fosterhjem, og barn plassert i fosterhjem gjennomfører i stor grad skolen, og ser ut til å mestre voksenlivet etter at de har avsluttet hjelpen fra vår tjeneste.

Samarbeid med andre tjenester

Det har over flere år vært utfordrende å få til en god samhandling mellom flere tjenesteområder i ETS. Barneverntjenestens arbeid er fullstendig avhengig av de

omkringliggende tjenestene. Barnevernstjenesten ønsker å være tilgjengelig og bidra inn i de andre tjenestene ved å invitere til felles møter og samarbeid. Som nevnt tidligere har ETS et prosjekt med tanke på å etablere forebyggende forum der målsettingen blant annet er å stake ut en felles kurs i forhold til hvordan vi følger opp barn og unge i ETS. Det forebyggende forumet har kartlagt hvilke tiltak/ tjenester som finnes i de tre kommunene i dag, og skal i det videre arbeidet bli enig om hvilke tiltak/metoder som skal tas i bruk i fremtiden.

Meldinger

Barneverntjenesten opplever at det er få meldinger fra offentlige instanser i de tre kommunene. Tall fra 2015: ETS barneverntjenesten = 38 meldinger

Sett opp mot innsats på forebyggende område i de tre kommunene er dette et alvorlig signal om at det er mange som mest sannsynlig over lang tid har vært i kategori gul (forebygging) der utfordringer ikke har blitt tatt tak i, og som ikke har blitt meldt før de har havnet i kategori rød. I og med at kommunene i liten grad har forebyggingsprogrammer/benytter seg av disse til barn og deres familier tilgjengelig betyr det at det med stor sannsynlighet er mange barn som går “under radaren”, og derfor ikke mottar noen form for hjelp.

I 2015 var det en markant økning i meldinger som omfattet vold mot barn. I 2015 undersøkte tjenesten 34 saker. Det er flere fristoverskridelser på undersøkelser og flere som har blitt forlenget til 6 måneder behandlingstid.

Situasjon i ETS barneverntjeneste pr. 2015 til første kvartal 2016

På grunn av stort arbeidspress er det ikke nok ressurser til å håndtere alle sakene. Lykta AS var leid inn i en periode for å avlaste arbeidsmengden. Lykta er en privat bedrift som påtar seg diverse oppdrag fra bl.a. barneverntjenester.

Høsten 2015 fikk tjenesten flere bekymringsmeldinger vedrørende vold mot barn. Dette innebar kontakt med politi og tilrettelagt avhør på Barnehuset i Bodø og Tromsø og mye reisevirksomhet. Slike saker innebærer mye arbeid både før, under og etter barnevern og politiet har aksjonert. Antall fosterbarn gikk noe ned i begynnelsen av 2015, men nå er det opp i samme antall igjen.

c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

1) Kommunale bygg, inneklima og vedlikehold

Kommunale bygg

- 2 barnehager
- 1 skole
- Rådhuset
- Sykehjemmet
- Omsorgsboliger
- Gamle rådhuset

Skole og barnehage er fra 60 og 70 tallet. Sykehjemmet ombygd i 2002 og 2015, og rådhuset fra omkring 2000. Byggene er ganske godt vedlikeholdt, og i akseptabel stand. Inneklima er viktig og det jobbes kontinuerlig med vedlikehold og oppgradering. Dessverre settes det ikke av nok midler til at vi kan si at vi har et veldig bra vedlikehold.

Generelt sett er inneklimaet i byggene forsvarlig. Det var gjennomført undersøkelser på Bogen skole og da ble det funnet mugg. Denne skolen er nå stengt etter endring av skolestruktur. De eldste byggene er bygd etter gammel standard, med datidens ventilasjon og materialvalg. Administrasjonsfløy på skolen har fått nytt ventilasjonsanlegg. Det er også nytt anlegg på deler av sykehjemmet.

Liland barnehage har slitt med trekk og dårlig varme om vinteren. Dette utbedres nå, ved etterisolering og nye vindu.

Det er satt av midler til radonsjekk av de kommunale byggene. Vi har mottatt testutsyr og skal ta prøver i alle kommunale bygg der det er krav om dette, samt i utleieboliger. Renholdet er godt, noe som er veldig viktig for et godt inneklima. Fordelen med gamle bygg, er at de ikke er for tette, noe som gir bedre luft inne. Nye bygg er tette, og ved en feil på ventilasjon eller lekkasje, blir det lett skader som kan føre til dårlig inneklima.

2) Trygge skoleveger

Evenes kommune er med i Trygg Trafikk og Nordland Fylkeskommunes prosjekt “Trafikksikker kommune”. Kommunen har en godkjent trafikksikkerhetsplan som rulleres årlig. Vi har en handlingsplan ovenfor trafikksikkerhet med prioriterte trafikksikkerhetstiltak som det jobbes med, og temaet skal integreres i alle avdelingens arbeid. I den forbindelse har

vi en aktivitetsplan som også innbefatter trygg skoleveg. Vi har fått innvilget søknader om skilt i boligfelt og søknad om midler til gang og sykkelvei i nærheten til skolen.

3) Omfang av områder utsatt for annen forurensning

Avinor benyttet frem til og med 2012 skum som inneholdt perfluoreerte stoffer (PFC) i brannbilene som var stasjonert ved Evenes lufthavn. Dette var et godkjent stoff frem til 31.12.12 da det ble utskiftet ved samtlige flyplasser i Norge. Det ble påvist PFC forurensning ved brannøvningsfelt på samtlige Avinor lufthavner i Norge. Det viktigste tiltaket var å fase ut brannskum med PFC. Når det gjelder opprensing ved Evenes lufthavn ble det fjernet masser fra de gamle brannøvningsfeltene i første omgang. Januar 2012 ble det gjennomført prøvetakinger av vannresipientene i og rundt Evenes lufthavn. Dette ble gjort av Avinor ansatte fra plan og utvikling i kommunen. Det ble også tatt vannprøver fra private brønner og fra husstander med borrevann (ingen positive prøver). Det ble påvist PFC i samtlige resipienter rundt flyplassen, spesielt utsatt var Kirkevannet. I perioden 2012 - 2014 ble det gjennomført en relativt omfattende undersøkelse av jord, vann og biota med en risikovurdering av Norconsult/Sweco på vegne av Avinor. Resultatet av denne undersøkelsen fins her: <http://www.evenes.kommune.no/selvbetjening/dokumentarkiv/informasjon/709-evenes-lufthavn-undersokelser-av-pfas-i-jord-vann-og-biota-med-risikovurdering/file> . Mattilsynet anbefalte ikke å gi noen kostholdsråd for fisk fra resipientene, dette kan antyde begrenset påvirkning av fisk.

4) Omfang av sosiale risikomiljøer som rusmiljø

Årsakene til rusmiddelavhengighet er mange og sammensatte. Faktorer som trygge oppvekstvilkår; barnehage og skole, samt bolig og arbeid er viktig for helsen vår. Å ha et arbeid å gå til gir følelse av mestring samt å ha muligheter og til å være en del av et fellesskap forebygger psykiske lidelser og rusavhengighet. I tillegg til at alkohol- og rusmiddelkonsumet øker i befolkningen generelt, kan man anta at det samme skjer i ETS - kommunene.

Tilgjengeligheten til legale rusmidler har økt ved etablering av lokale vinmonopol.

Muligheten til kjøp av rusmidler på internett er en ny utvikling i vårt samfunn og selv i mindre kommuner. Samtidig ser man at rusmisbrukere flytter ut av byene og bosetter seg i kommunene rundt disse. Boligutgiftene blir billigere og de illegale rusmidlene er ikke vanskeligere å få tilgang til.

Misbruk av rusmidler er en sosialt uakseptabel aktivitet og er i sin natur en aktivitet som holdes skjult. Rusmisbrukeren, spesielt blant alkoholistene og legemiddelmisbrukere,

skjemmes over sitt bruk av rusmidler og vanedannende stoffer. De som ruser seg med illegale stoffer vet at de må holde det skjult for ikke å bli oppdaget av politimyndighetene.

Rusbrukeren er dermed vanskelige å identifisere og å komme i kontakt med. De bruker oftest ikke andre offentlige instanser enn NAV. Brukerne kommer ikke i kontakt med kommunens helse- og omsorgstjeneste før problemene er blitt store og omfattende og rusmisbruket har pågått over tid, eller at de har psykiske lidelser hvor rus er blitt et tilleggsproblem eller at rusmisbruket har resultert i en psykisk lidelse.

Tjeldsund og Skånland er vertskommuner til en institusjon for rusbehandling og har flere utfordringer i å samordne og samhandle med institusjonen. Noen av de som har vært pasienter i institusjonen og som ikke har lokal tilknytning og nettverk velger å bosette seg i kommunene. Noen er i ettervern og har en positiv opplevelse av å være i disse lokalsamfunnene. Noen har droppet ut av behandlingen, av forskjellige årsaker, og velger å ikke reise hjem til sine hjemmekommuner. Politiet har uttrykt at det oppleves som en foruroligende utvikling av innflyttere med rusbakgrunn kommer til våre kommuner og de er redd for etablering av et rusmiljø. Politiet erfarer generelt at rusproblematikken er økende blant ungdom. Ungdommer som begynner på videregående skoler i Harstad/Narvik og som velger å bo på hybel på skolestedene kommer hjem i helgene. Noen er blitt eksponert for rusbruk i ulike former i de større ungdomsmiljøene. De har innvirkning på nære aldersgrupper og kan bringe misbruk av nye rusmidler inn i de lokale ungdomsmiljøene. Det er en utfordring at forskjellige fagmiljø har arbeidsoppgaver relaterte til rusmisbrukerne, og at enhetene ligger fysisk plassert med avstand til hverandre, har liten eller ingen tradisjon på å samarbeide og har et lovverk som hindrer åpenhet i å samordne og samhandle overfor pasienter/brukere. Det vanskeliggjør en samlet koordinert innsats til beste for tilbudet for etablerte rusmisbrukerne, samt for å forebygge at nye unge blir rusmisbrukere.

En av ETS- kommunene har en militær forlegning med kontinuerlig tilgang av nye unge mennesker fra hele landet. Det er en kjent utfordring at å være vertskommune for et slikt samfunn også har sine utfordringer. Men det er usikkert om det er/kan være et risikomiljø rundt denne institusjonen.

ETS- kommunene opprettet i 2015 en interkommunal SLT prosjektstilling. SLT er forkortelse for Samordning av Lokale rus- og kriminalitetsforebyggende Tiltak. Våren 2016 vil SLT-koordinator sette i gang med ungdataundersøkelse i skolen.

5) Kommunale turstier/rekreasjon og friluftsliv

Evenes kommune har over 100 km med tilrettelagte turstier. Ellers har vi et stort omfang av områder for rekreasjon og friluftsliv. Tilgjengeligheten er meget god for folk flest men det kunne vært tilrettelagt bedre for de med nedsatt funksjonsevne og for turister. Info om områdene har vi samlet på kommunens hjemmeside.

6) Frivillige organisasjoner og omfang av kulturtilbud

Kultur og fritid opptar alle deler av befolkninga og omfatter blant annet kulturarrangement/tiltak, ungdomsklubb, idrett/fysisk aktivitet, friluftsliv og frivillige lag og foreninger. De to sistnevnte er bærebjelker i kulturlivet og gjør en uvurderlig innsats. I løpet av et år arrangerer frivilligheten vel 50 enkeltarrangement/aktiviteter i kommunen i tillegg til faste ukentlige/annenhver-ukentlige arrangement som fotballtrening, folkebad, folkedans osv. Kommunen støtter frivillighetens virksomhet med blant annet markedsføring, kulturmidler samt egne kulturtiltak som for eksempel den kulturelle spaserstokken, den kulturelle skolesekken, UKM.

Et aktivt og mangfoldig kulturliv har en verdi i seg selv. Kultur skal være bredt, mangfoldig og favne alle aldersgrupper. Det handler om å tilrettelegge og utvikle kulturarenaer/møteplasser for aktivitet, utvikling og opplevelser og nå flest mulige grupper av befolkningen. Nærområder for lek, friluftsliv og fysisk aktivitet er viktig for å fremme bred deltakelse innen disse aktivitetene. Lag og foreninger har hovedrollen i kommunens aktive og mangfoldige kulturliv ved at tilrettelegginger og en rekke arrangement finner sted på forskjellige steder i kommunen og med forskjellige målgrupper både med tanke på alder og interesse.

Naturen er blitt en viktig møteplass i Evenes. Evenes Turlag, har ekspandert til nærmere 800 medlemmer de siste årene. Turlagets motto er «Naturglede for alle» der turmålene ikke er de aller høyeste toppene men turmål folk flest kan nå. Antall besøk på lagets turmål er da også svært høyt. I tillegg til dette driver Ski- og trimgruppa i Liland IF et løypenett i Lilandsfjellet som brukes aktivt. Skolen er i umiddelbar nærhet til dette løypenettet og bruker det som nærturområde og uteskole ved behov gjennom skoleåret. Evenes Turlag og Liland IFs dugnadsinnsats for anlegg for friluftsliv er svært høy. Det er ryddet, kloppet, bygd broer, merket, skiltet, satt ut benker og anlagt bålplasser langs et tilsammen godt over 100 km langt løypenett. Flere gapahuker er anlagt på dugnad av ulike lag og foreninger og aktiviteter knyttet til løypene er gjennomført på dugnad. Lagene har tilsammen 26 trimkasser plassert

rundt omkring i kommunen. Evenes Turlag og Liland IF driver godt merkede og tilrettelagte turstier og har gode kart over sine stier.

Lokalt næringsliv er også en viktig samarbeidspartner og bidrar til gjennomføringen av ulike arrangement og tilretteleggingsprosjekt. Tilsammen fremmer dette muligheter for rikere liv gjennom opplevelser og deltakelse i kulturlivet.

I Evenes har vi ei samisk & norsk befolkning fra gammelt av og ei ny flerkulturell befolkning i og med flyktingene som er bosatt her. Mangfold gir oss perspektiver og innsikt vi kanskje aldri har tenkt på før og som beriker våre liv og vårt samfunn. Kulturlivet kan gi en positiv effekt ved å bli brukt mer i integreringen.

Det er naturlig å se arbeidet med kultur & fritid i sammenheng med både bolyst og folkehelse. Satsing på kultur & fritid skaper trivsel, tilhørighet, god livskvalitet og bedret folkehelse. Kommunen har ca. 55 frivillige organisasjoner. Noen av disse er ETS organisasjoner med medlemmer fra Evenes. Omfanget av kulturtilbud er meget stort og spredt over hele kommunen:

Den kulturelle spaserstokken genererer ca. 11 kulturarrangement i løpet av året, målgruppe eldre men åpent for alle. **Den kulturelle skolesekken**, utvalg av tilbud fra skolesekkens program for fylket samt egne aktiviteter/ekskursjoner. **ETS Kulturskole** med et bredt og variert tilbud. **UKM** Ungdommens kulturmønstring som samler svært mange ungdommer, ungdomsmedvirkning er sentralt. **GVKM** Godt voksnes kulturmønstring, nytt tilbud fra 2016, samarbeid kulturkontoret/pensjonistforeninga. **Markomeannu** samisk musikk- og kulturfestival, innholdsrikt program over 3 dager, 2500- 3000 besøkende. **Tårstad-dagan** Marked, aktiviteter, underholdning og friluftsgudstjeneste. 2 dager. **Bryggetreff Liland** Aktiviteter (inkl. VM i tørska torskehaudryling), utstilling, konsert/dans. **Snubba-dagen** Foredrag, underholdning, utstilling og sosialt samvær. **Gállogieddi** samisk friluftsmuseum, sesongåpent pluss åpent etter avtale hele året. **Evenes Ungdomsklubb** med flere aktiviteter, ungdomsmedvirkning. **Várdobaiki samisk senter** samisk barne- og ungdomsklubb en gang pr. mnd, helsetreff en gang pr. mnd, koret Várdobiegga og ny utstilling hvert halvår på Galleri Várdobáiki. **Den norske kirke** Sangstunder på ESB, konserter i kirker, Teodor-klubb hver måned. **Lag og foreninger** En rekke konserter, utstillinger, strikkekaféer og andre kulturarrangement. Til sammen ca. 52 enkeltarrangement i året. I tillegg er det faste aktiviteter som fredagsdans annen hver fredag, knøtte- og barneringer annenhver mandag, husflidsaktiviteter hver onsdag, duodji-aktiviteter en gang pr. uke, kunstforeningsaktivitet en

gang pr. uke, bygdekino en gang pr. mnd. Og skoleklasser arrangerer flere barne- og ungdomsdiskotek/klassefester i løpet av året.

Ets-kulturskole og ungdomsklubbene i ETS starter høsten 2016 opp med felles ungdomsklubb. Kulturskolen stiller lokaler og scene til disposisjon, og vi introduserer «scene ung»,-et lavterskel tilbud til de som kanskje har noe å meddele innen sang,dikt mm. Klubbkveldene skal være av og med ungdommene. Fom 7-klasse til 18 år.

7) Omfang av sosiale møteplasser, lekeplasser o.l.

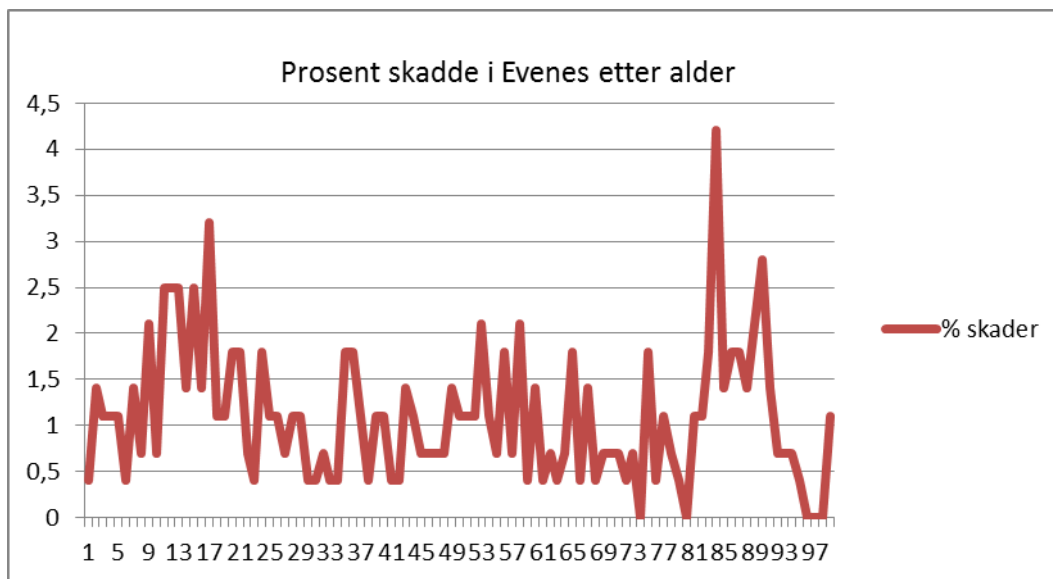
Ungdomsklubb, samisk barne- og ungdomsklubb en gang pr. mnd, samisk helsetreff en gang pr. mnd, fredagsdans annen hver fredag, pensjonistforeningas månedlige møte med sosialt samvær, lørdagskafé på Surstofften, uformelle sosiale møteplasser som Jokerkaféen og Niingskroa. Mange møtes i tilknytning til faste aktiviteter i regi av lag og foreninger. Liland IF har ca. 100 barn og unge i organisert fysisk aktivitet (aldersbestemt fotball, barneidrett, folkebad).

Lekeplasser: Barnehagenes uteområder, Bogen og Liland skoles uteområder, aktivitetsløype i tilknytning til Gállogieddis kultursti, Evenesmark ballbinge.

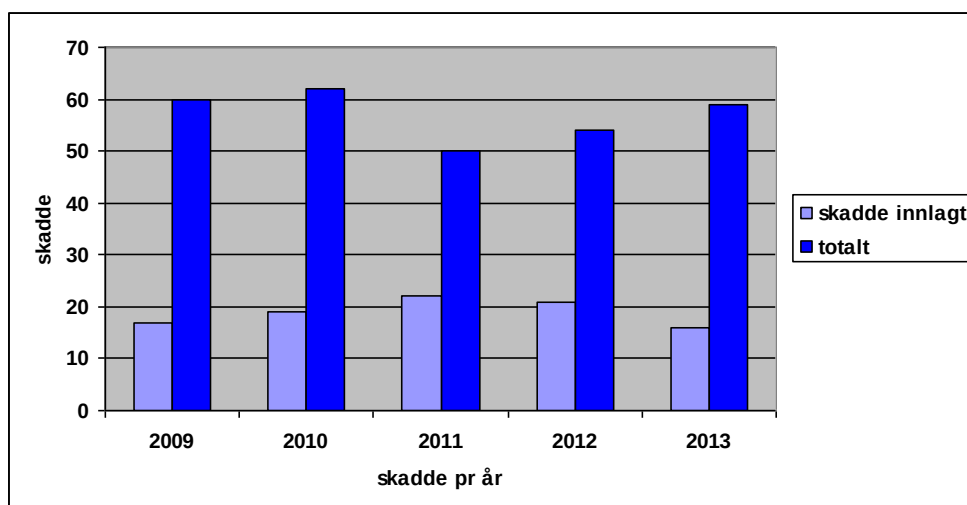
d) Skader og ulykker

Ulykker som fører til personskafer er en stor utfordring for folkehelsa. Årsaken til ulykker kan være så mangt. Eldre mennesker er ofte mer utsatt for fall da de kan ha nedsatt synsevne, dårlig balanse og derfor snubler lett. Eldre kan også være påvirket av medisiner som gir dem nedsatt funksjonsevne. Mangel på bruk av sikkerhetsutstyr kan også være en årsak til skade ved ulykke. Uten for eksempel sykkelhjem, redningsvest og refleksvest er du utsatt for skade. Muligheten for å forebygge er gode og effekter av tiltak kan komme raskt. Oversikt over hvor og når ulykkene inntreffer osv. kan bidra til økt oppmerksomhet mot forebygging og mer treffsikkerhet i tiltaksarbeidet.

1) Antall personskader behandlet i sykehus



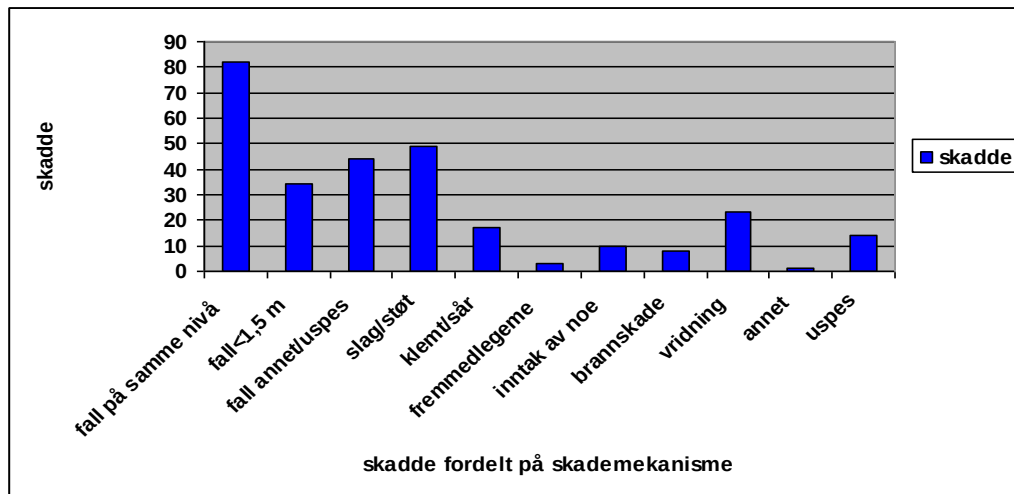
Vi har innhentet skadestatistikk fra UNN Harstad og Narvik som har drevet med skaderegistrering av de som oppsøker sykehus etter skader. Det fins ingen lokal skaderegistrering ved kommunehelsetjenseten, slik at vi har ingen lokale tall på hvor mange som oppsøker legetjenesten. Denne tabellen viser at det er unge i alderen 13-20 år og eldre over 80 år som skader seg mest. Det er registrert 285 skade som har oppsøkt UNN Harstad i perioden 2009-2013. 38 % av disse er bruddskader. Av disse ble 95 skadde innlagt i sykehus. 58 % bruddskader. Av de 95 innlagte var 10 trafikkskade.



Tabellen viser totalt antall skadde og innlagte på UNN Harstad fra Evenes kommune, i perioden 2009 – 2013.

2) Antall hoftebrudd behandlet i sykehus

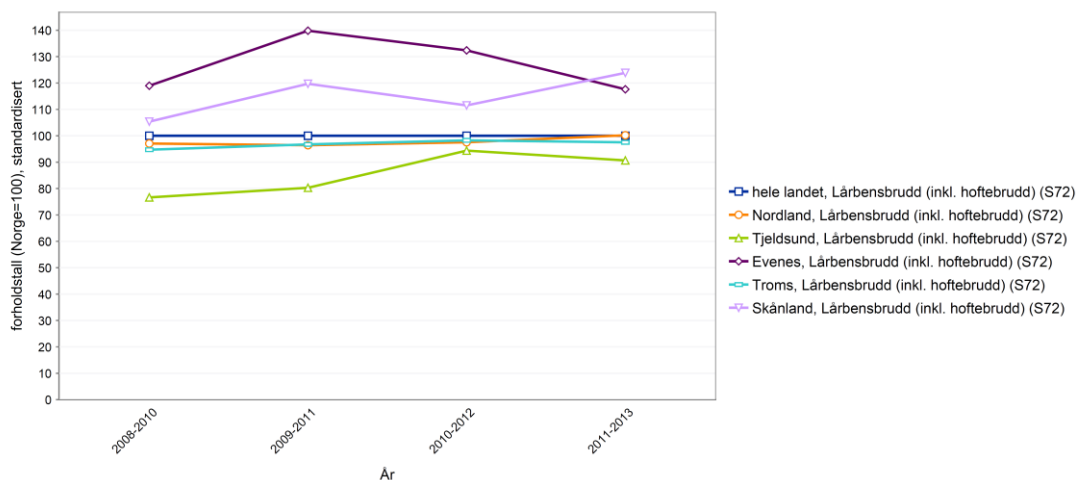
Fall er den vanligste skadeårsak for innleggelse for eldre på sykehus.



Denne tabellen viser skademekanismer i Evenes kommune. Fall er den skademekanisme som fører til desidert flest skader. Nasjonalt er det ca. 10 000 lårhalsbrudd pr år. Kostnaden for en ukomplisert lårhalsbrudd er beregnet til ca. 500 000 kr første år, hvor staten dekker 50 %, kommunen dekker 38 % og resterende 12 % fordeles mellom stat/kommune.

Spesialisthelsetjenesten, somatikk - kjønn samlet

forholdstall (Norge=100), standardisert



Antall pasienter innlagt i somatiske sykehus per 1000 innbyggere pr år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/lidelse, telles vedkommende kun en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt.

3) Antall fallulykker i sykehjem

Det ble foretatt en fallkartlegging på Evenes syke- og bygdeheim i perioden 01.04.14-31.12.14. Fallkartlegging har blitt utført også i 2015, men dette tallmaterialet er ikke sammenfattet ennå. Tallene viser at det var totalt 73 fall, fordelt på to avdelinger i 2014.

Fallkartleggingen har vært en systematisk måte å samle inn spesifikk informasjon om hvor mange fall vi har, når på døgnet fallene skjer, i hvilken situasjon fall oppstår osv. Vår

hypotese har vært at fallene skjer på ettermiddagstid når det er lavere bemanning på avdelingene, og at det er fordelt over pasienter med falltendens. Registreringen viser at det er mest fall på skjermet avdeling, der de fleste pasientene er oppegående, men avhengig av ganghjelpemidler i ulik grad. Det er noe overraskende også fall på pleieavdelingen der de fleste pasientene er rullestolbrukere, men disse fallene er ”glir ut av stolen – fall”. Fallene fordelte seg på 9 pasienter, med økt hyppighet på enkelte pasienter.

På skjermet avdeling er fallene jevnt fordelt på dag, ettermiddag og natt. Det er ikke nødvendigvis når bemanningen er lavere at fallene skjer, da det også skjer fall på dagtid når bemanningen er høyest. De fleste fallene skjer på natten mens pasienten er inne på eget rom. På pleieavdelingen skjer de fleste fallene på dag og ettermiddagstid, ingen fall på natten, men det skyldes at de fleste pasientene er for dårlig fysisk til å klare å komme seg ut av sengen på egenhånd om natten. Flest fall skjer på pasientens rom, uten av personalet var til stedet og observerte fallet. Fallkartleggingen gir oss god informasjon om når fall skjer og hvilke situasjoner som fører til fall. Det er flest fall på natten, noe som tyder på at pasienten for eksempel står opp for å gå på toalettet, og finner ikke veien tilbake til sengen. Det er ingen som fanger opp at pasienten har stått opp, og det vanskelig å fange opp disse bevegelsene ved å gå tilsynsrunder. Vi ønsker å øke vår kompetanse på velferdsteknologi som vil hjelpe oss til gi bedre omsorg for hver enkelt pasient ved å f.eks bruke sensor på pasientens rom som fanger opp bevegelse i en tid på døgnet når man forventer at pasienten sover. Ved å bruke bevegelsessensor som aktiveres når pasienten står opp på natten, kan personalet komme tidlig inn på rommet og hjelpe pasienten inn på toalettet og tilbake til sengen før pasienten rekker å falle. Denne teknologien øker pasientens sikkerhet og oppleves som faglig god omsorg av personalet som får bedre oversikt over pasientene i en tid på døgnet som kan være utfordrende.

Fall på dagtid kan også reduseres ved bruk av bevegelsessensor i hvilestol, slik at bevegelser alarmeres.

For eldre hjemmeboende vil det være en stor trygghet å få tilbud om velferdsteknologiske løsninger i huset. Det er vanskelig å fange opp fall som skjer i hjemmet. For å unngå at man blir liggende lenge uten mulighet til å tilkalle hjelp, kan man bruke sensorer som varslar om fall når de inntreffer. Man kan også koble opp døralarm som gir signal om noen går ut av huset på natterstid, slik at hjelpeapparatet kan komme til unnsetning tidligst mulig. Disse tiltakene vil være en større trygghet både for brukeren, pårørende og hjelpeapparatet.

e) Helserelatert atferd

Med helserelatert atferd menes etablerte levevaner og atferd som har innvirkning på et helseutfall. Graden av fysisk aktivitet i hverdagen, ernæring og kosthold samt bruk av tobakk og rusmidler på individ og befolkningsnivå er eksempler på dette. Levevanene våre påvirker helsa vår. Fysisk inaktivitet, usunt kosthold, røyking, for mye alkohol og farlig stress øker risikoen for å utvikle fedme/overvekt, hjertesykdommer, slag, kreft, diabetes og psykiske lidelser. Det er en gjensidig påvirkning mellom kropp og livshistorie, levevaner og helse. Innad i befolkningen øker helseforskjellene, og vi blir født med ulike forutsetninger.

1) Omfang av fysisk aktivitet i skolen

Som aktivitetsfremmende tiltak på skolen er hovedregelen at alle elever skal være ute i friminuttene, elevene har enkel tilgang til aktivitetsutstyr i friminuttene, samt at kroppsøvingstimene inneholder variert og tilpasset aktivitet. 30-44 min er tilrettelagt for fysisk aktivitet på en vanlig skoledag. Elevene er fysisk aktive i 15-29 minutter. Skolen har tiltak for de som i liten grad deltar i fysisk aktivitet og kroppsøving. Skolebussen stopper mindre enn 100 m fra skolen. Syklende/gående er alle elever med adresse Liland, totalt 41 stk.

Når det gjelder fysisk aktivitet handler det om å se etter muligheter til å sikre at elevene får daglig aktivitet (enten den er egenaktivisert eller organisert av skolen) slik at de har gode forutsetninger for læring (mat, søvn/hvile, fysisk aktivitet, sosialt nettverk osv). Det er ikke likehetstegn mellom gjennomsnitt og daglig fysisk aktivitet. Gode løsninger handler om å se på muligheter for friminuttsaktivitet:

- Til – fra skolen
- Kroppsøving
- Stedsbasert læring (oppsøke et læremål fordi dette gir den beste læringseffekten)
- Fokusøvelser i teoritimer (stoppe opp og gjøre 2-5 minutters aktivitet i klasserommet)

Greier skolen å organisere dagene slik at man sikrer daglig aktivitet og at det er variert – noe høyintensitet og noe lavintensitet, og at det involverer flere muskelgrupper og forskjellig belastning på skjelettet er man kommet et godt stykke på vei. Det som er viktig er altså å planlegge/sikre daglig aktivitet for alle.

2) Måltider i barnehage og skole

Barnehagene i kommunen har faste tider for frokost og lunsj i barnehagen. De følger nasjonale retningslinjer for måltider. Og kriteriesettet for helsefremmende barnehage. Når barnet kommer i skolealder faller denne ordningen bort.

Liland skole har gratis frukt/grønt ordning for alle elevene. Ordningen skal vurderes før den videreføres neste skoleår. Skolen har også etablert en spisesal i et overflødig klasserom, som er tilgjengelig for ungdomsskoleelevene. Ved å gjøre dette legger de til rette for en sosial setting rundt måltidene. En evaluering av ordningen, tiltak med servering av mat, kjøleskap eller matskap på rommene kunne vært vurdert. Kombinert med å få en oversikt over antall elever som hopper over skolemåltider. Det er gjort forsøk på lignende ordninger i andre kommuner hvor en har ønsket forbedring på skoleprestasjoner, ønsket atferd og mindre slappe elever ved å sikre at elevene får i seg mat i skoletiden.

3) Skole – hjem samarbeid

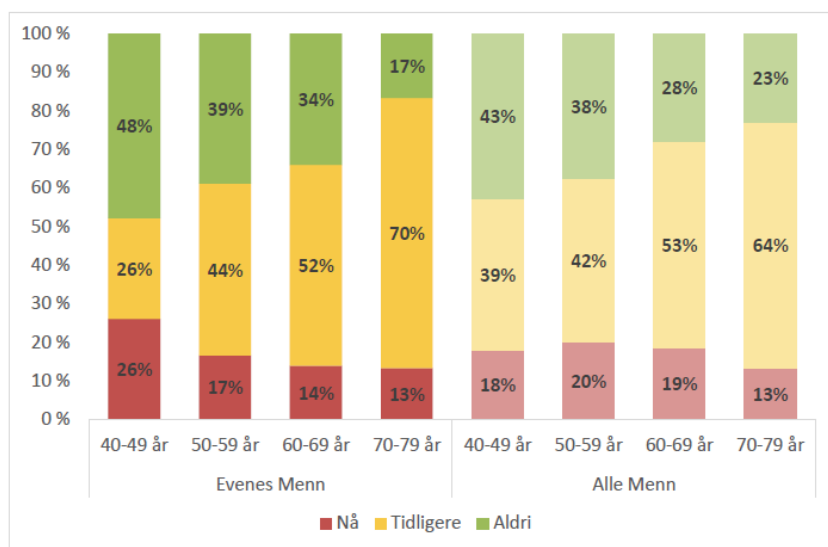
Skolen har rutiner på å ta følgende temaer opp på foreldremøter:

Kosthold og matvaner (frokost, matpakke), fysisk aktivitet/ redusert stillesitting på og utenfor skolen, tobakk og rus, miljø og trivsel, søvn og hvile.

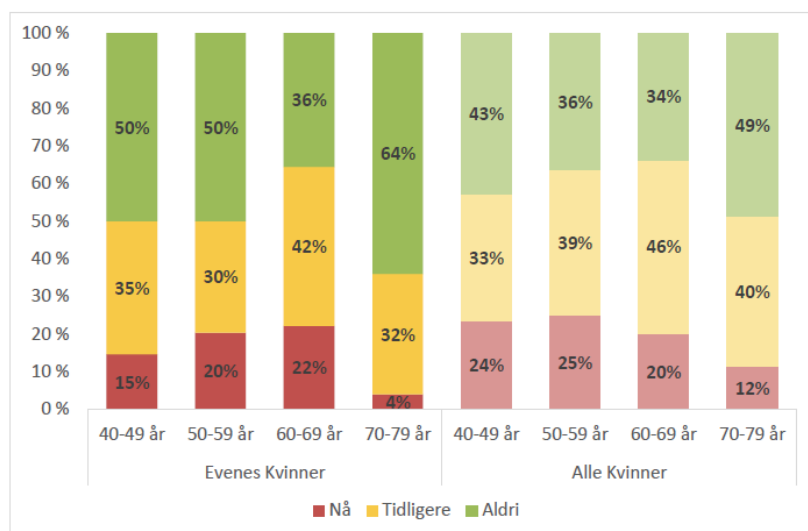
4) Røyking

Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av de som røyker daglig i mange år dør av sykdommer som skyldes tobakk. I tillegg blir mange rammet av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at de som røyker daglig i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere. 25 % av de som røyker daglig mister 20-25 år av livet sitt i forhold til gjennomsnittslevealder for en ikke-røyker. Omfattende forskning og kliniske studier viser til økt forekomst av lungekreft, andre kreftformer, kroniske lungesykdommer og hjertekar-sykdommer ved røyking. Graden av uhelse er proporsjonal med tiden og mengden den enkelte har røykt. Heldigvis er antallet røykere redusert i nord de siste 10-20 årene. Nedenfor presenteres resultatene for de som har oppgitt daglig røyking «nå», «tidligere» og «aldri røykt» i Evenes

kommune sammenliknet med gjennomsnittlige funn fra alle 10 kommuner samlet.



Figur 15. Forekomst av daglig røyking. Menn.



Figur 16. Forekomst av daglig røyking. Kvinner

Det er en klar trend både i Evenes kommune og for alle kommuner under ett at prosentandelen med dagligrøykere går ned. Flest dagligrøykere finner vi blant menn er i den yngste aldersgruppen hvor hele 26 % ennå er dagligrøykere. Dagligrøyking synker med økende alder blant menn. Samtidig ser man at det er en stor andel tidligere røykere i de eldste aldersgruppene. For kvinner er det størst andel dagligrøykere i de to midterste aldersgruppene. Det er svært få kvinner som er daglig røykere i den eldste aldersgruppen, kun 4 %. Daglig røyking totalt, både blant menn og kvinner, er på 17 % som er litt lavere enn for alle kommuner under ett. Det er veldig positivt at andelen nåværende dagligrøykere i Evenes er på

kun 17 %. Sammenliknes tallene i Evenes med tall fra Helsedirektoratet ligger andelen med dagligrøykere rundt landsgjennomsnittet i Evenes kommune.

f) Helsetilstand

Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål, for eksempel risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær eller lignende. Evenes kommune har vært med i Saminor 1 (fra 2003 – 2004) og Saminor 2 (fra 2012 – 2014). Dette er en helse- og levekårsundersøkelse gjort i utvalgte kommuner for å bidra til økt kunnskap om helse og levekår i den samiske og nordnorske distriktbefolkningen. Hovedtemaene i undersøkelsen var risikofaktorer for hjerte-karsykdommer med hovedvekt på metabolsk syndrom og type 2 diabetes, kosthold og ernæring, samt miljøgifter. For Saminor har det vært viktig å tilbakeføre kunnskapen til folket det forskes på. Som del av dette arbeidet har de utarbeidet rapporter til alle kommunene som var inkludert i den kliniske undersøkelsen i Saminor 2. Relevante resultater fra undersøkelsen presenteres under. Resultatene kan bidra til forebygging og igangsetting av tiltak for å fremme folkehelse og velferdstilbud i vår kommune. Saminor- undersøkelsen kan derfor være et nyttig bidrag til å oppfylle kravene i [Folkehelseloven](#). Men en må merke seg at Saminor klinisk del kun kommer med resultater hvert 10ende år og tar ikke undersøkelser av unge voksne, barn og unge. Det er viktig å ta undersøkelser av disse, følge helsetilstander fra år til år, lage strategier, sette i gang tiltak, ha lokal kontakt med befolkningen og benytte seg av erfaringsbasert kunnskap. Derfor skal folkehelsekoordinator samle dataundersøkelser, etterlyse undersøkelser hvor vi ikke har tallmateriale, systematisere undersøkelsene og koordinere strategier og tiltak som ønskes virkeliggjort.

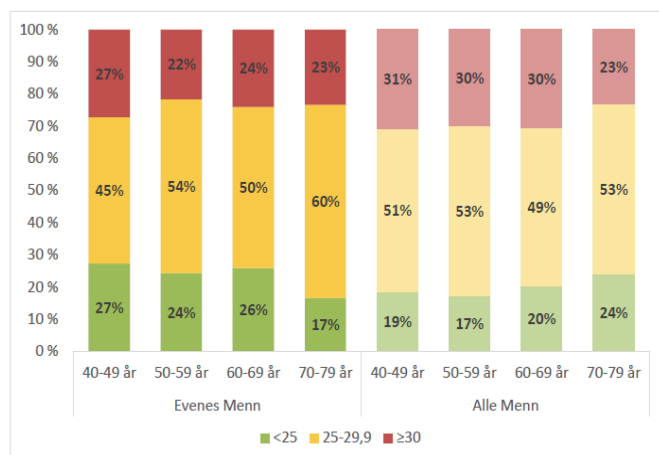
Deltakelse i undersøkelsen gjør at vi som kommune har gode og korrekte tall på hvordan det står til med helsetilstanden for den delen av kommunens befolkning som har vært med i undersøkelsen. Resultatene avhenger imidlertid av deltakelse, jo flere som har deltatt, desto mer nøyaktig bilde kan vi gi på folkehelsen i kommunen. Alle som var registrert bosatt i Folkeregisteret i de utvalgte kommunene og som var i alderen mellom 40 og 79 år ble invitert til å besøke forskningsstasjonen. I Evenes var dette totalt 711 personer fordelt på 360 menn og 351 kvinner. Av disse inviterte var det 41 % oppmøte. Deltakelsen i Evenes ble en av de laveste i Helse- og livsstilsundersøkelsen med 41 %. Noe av dette kan nok forklares med at det ikke var en egen forskningsstasjon i Evenes kommune. På grunn av lav deltakelse og at Evenes er en liten kommune er det viktig å merke seg at resultatene i denne rapporten baserer

seg på målinger av kun 144 menn og 148 kvinner. Oppmøteprosenten er likevel høy nok til at tallene er representative. I det følgende presenteres tall fra saminor undersøkelsen:

Forekomst av forebyggbare sykdommer i Evenes

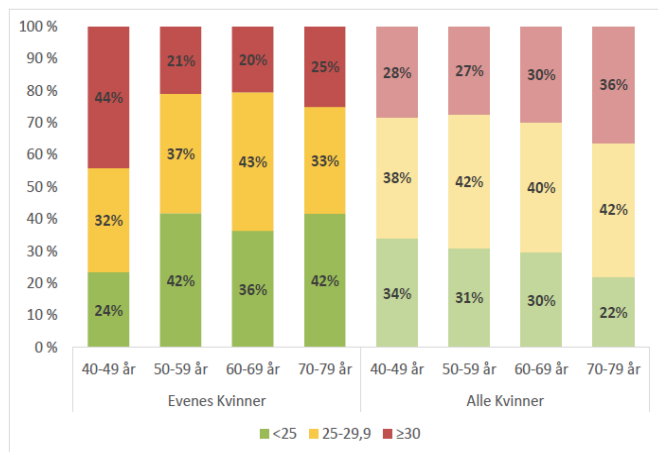
Kroppsmasseindeks

Vekt er en viktig indikator for utvikling av sykdom. Det er derfor laget mål på for lav vekt, normalvekt, overvekt og fedme. Høyde er også viktig, for logisk sett er høye personer tyngre enn de som er kortere. Forholdet mellom vekt og høyde kalles for kroppsmasseindeks, KMI. $KMI = \text{vekt} / (\text{høyde})^2$ der vekt måles i kg og høyde i meter. Verdens helseorganisasjon har laget definisjoner på hva som er normal og unormal KMI. Undervekt er definert ved $KMI < 18,5$ kg/m², normalvekt mellom 18,5 – 24,9 kg/m², overvekt mellom 25–29,9 kg/m² og fedme er $KMI \geq 30$ kg/m². KMI har vært brukt som indikator for sykdomsutvikling i mange studier. Dette gjelder spesielt for livsstilssykdommer som type 2 diabetes mellitus og hjertesykdommer. Men KMI skiller ikke på fett og muskler. Det er mye diskusjon om grenseverdiene for normalvekt og overvekt både blant forskere og helsepersonell. Totalt sett var det svært få som var undervektige i denne undersøkelsen, dette gjelder for begge kjønn. Det er derfor definert en normalvektig kategori < 25 kg/m². Nedenfor presenteres resultatene for KMI i Evenes kommune.



Figur 9. KMI < 25 kg/m², 25 – 29,9 kg/m² og ≥ 30 kg/m². Menn.

Fordelingen av normalvekt, overvekt og fedme for menn i Evenes og alle kommuner samlet.



Figur 11. KMI < 25 kg/m², 25 – 29,9 kg/m² og ≥ 30 kg/m². Kvinner.

Figur 11 viser fordelingen av normalvekt, overvekt og fedme for kvinner i Evenes og alle kommuner samlet.

Det var forholdsvis lik andel med normalvektige menn i de tre første aldersgruppene i Evenes. Andelen med normalvektige falt i den eldste aldersgruppen 70 – 79 år. Det er prosentvis flere normalvektige i Evenes i de tre yngste aldersgruppene sammenliknet med alle kommuner under ett. I alle aldersgrupper både i Evenes og alle kommuner under ett, er det høyest andel med overvektige, 25–29,9 kg/m². Ser vi på kun fedme (≥ 30 kg/m²) som er den mest betydningsfulle indikatoren på sykdom var det høyest andel med fedme i aldersgruppen 40 – 49 år for menn i Evenes, men forskjellene til de andre aldersgruppene var ikke store (figur 9 og 10). Det var noe lavere andeler med fedme i Evenes kommune sammenlignet med alle kommuner under ett. Dette gjelder for alle aldersgrupper.

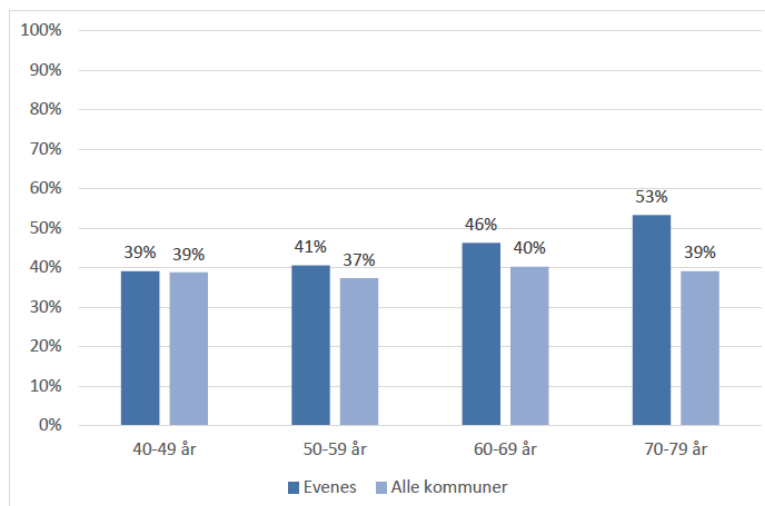
Figur 11 viser at det er betydelig høyere andel kvinner med fedme i Evenes i aldersgruppen 40 – 49 år enn i alle kommuner under ett, 44 % i Evenes mot 28 % i hele undersøkelsen. I de resterende aldersgruppene er det lavere andel med fedme, her ligger nivået som blant menn. Det er også en betydelig høyere andel normalvektige, 18,5 – 24,9 kg/m², i de tre eldste aldersgruppene, henholdsvis 42 %, 36% og 42 %. Dette er høyere andeler enn i sammenliknende aldersgrupper i hele befolkningsundersøkelsen.

Midjeomkrets

Andre målemetoder for å finne overvekt og fedme er å måle omkretsen rundt midjen. Midjeomkretsen (MO) brukes derfor i mange studier sammen med KMI. WHO har laget definisjoner på midjeomkrets hvor MO ≥ 102 cm for menn og MO ≥ 88 cm for kvinner defineres som sentral fedme. MO kan derfor også brukes som hjelp for å se hva som bestemmer om individer utvikler livsstilssykdommer. Midjemålet øker med økende alder, noe

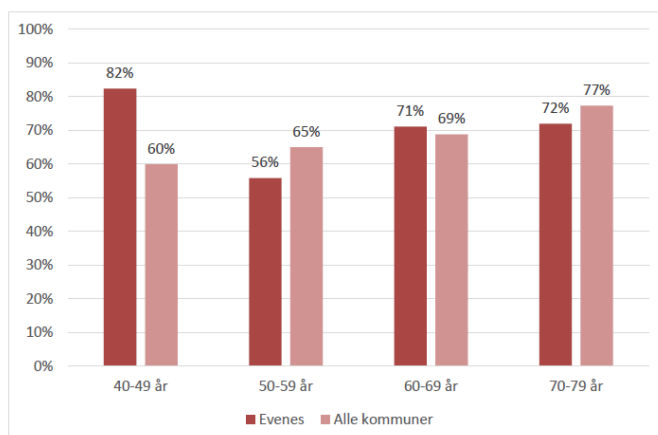
som er helt naturlig. Det er derfor flest deltakere med midjemål over grenseverdiene i de eldste aldersgruppene.

Nedenfor presenteres resultatene for Midjeomkrets i Evenes kommune sammenliknet med alle 10 kommuner samlet. Funnene er vist i tabell 12 og figur 13 for menn og tabell 13 og figur 14 for kvinner.



Figur 13. Midjeomkrets ≥ 102 cm. Menn.

Blant menn i Evenes er andelen med midjemål ≥ 102 cm i aldersgruppene 40 – 49 år og 50 – 59 år på henholdsvis 39 % og 41 %. Dette er på tilnærmet samme nivå som alle kommuner under ett. Andelen med midjemål ≥ 102 cm øker noe i de to eldste aldersgruppene og ligger derfor høyere enn for alle kommuner under ett. Høyest andel finner vi for 70-åringene, der hele 53 % av menn fra Evenes har midjemål ≥ 102 cm. Tabell 12 og figur 13 viser resultatene på midjemål for menn.



Figur 14. Midjeomkrets ≥ 88 cm. Kvinner.

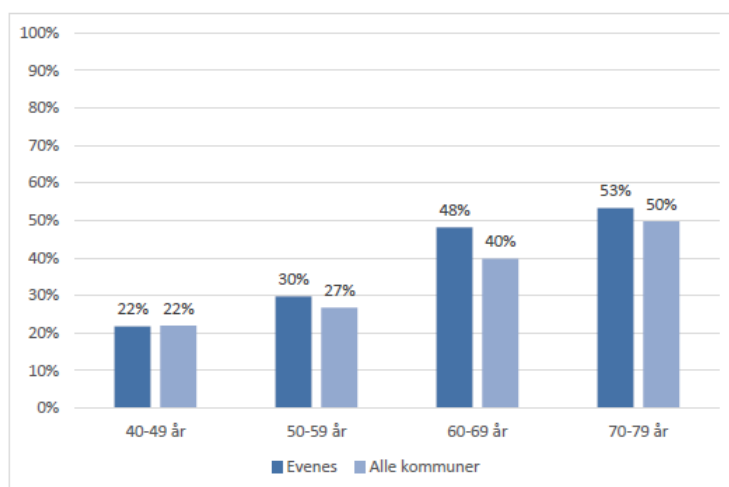
For kvinner i Evenes er den høyeste andelen med midjemål ≥ 88 cm på 82 % og er hos den yngste aldersgruppen, 40 – 49 år. I aldersgruppen 50 – 59 år er andelen lavest, 56 %, med forhøyet midjemål. Funnene i denne aldersgruppen er også lavere enn tilsvarende aldersgruppe for alle kommuner under ett. I de to eldste aldersgruppene er det rundt 70% med midjemål ≥ 88 cm. Tabell 13 og figur 14 viser resultatene på midjemål for kvinner.

Blodtrykk

Det er hjertet som pumper blodet rundt i kroppen. Blodtrykket er det trykket som er inne i blodårene når blodet strømmer gjennom årene. Trykket måles i de blodårene som fører oksygenrikt blod ut fra hjertet, også kalt pulsårene (arteriene). Blodtrykket angis med to tall atskilt av en skråstrek. Overtrykket er trykket i arteriene når hjertet trekker seg sammen og pumper blodet ut i kroppen, og kalles også det systoliske trykket. Undertrykket er trykket i arteriene mellom hjerteslagene, altså når hjertet hviler. Dette trykket kaller vi det diastoliske trykket. Benevnningen på blodtrykk er mmHg. Et blodtrykk på 140/80 mmHg betyr altså at trykket er 140 mmHg når hjertet trekker seg sammen, og 80 mmHg når hjertet hviler. Nedenfor presenteres resultatene for blodtrykksmålingene i Evenes kommune, sammenlignet med alle 10 deltakerkommuner under ett.

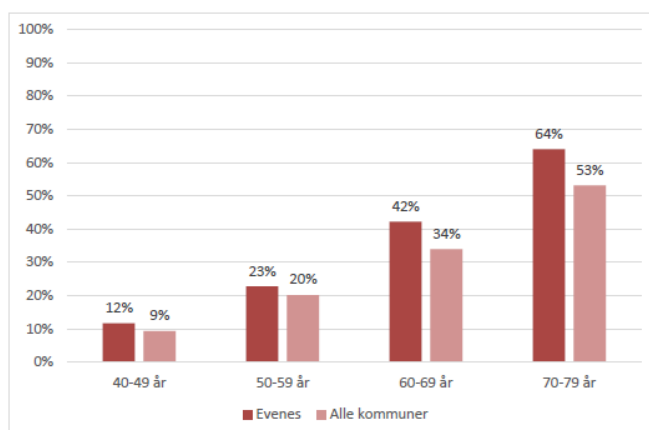
Systolisk blodtrykk (overtrykk)

Normalt systolisk blodtrykk ble definert som trykk < 140 mmHg. Tabell 4 viser andelen med systolisk blodtrykk over og under 140 mmHg for menn, klassifisert på aldersgrupper i henholdsvis Evenes kommune og alle kommuner samlet. Figur 3 viser andelen med systolisk blodtrykk ≥ 140 mmHg hos menn. Tabell 5 og figur 4 inneholder tilsvarende informasjon for kvinner.



Figur 3. Systolisk blodtrykk ≥ 140 mmHg. Menn

Blant menn i den yngste aldersgruppen, 40 – 49 år, var det 22 % med systolisk blodtrykk $\geq$ 140 mmHg. Samme andel som for alle kommunene i ett i den yngste aldersgruppen. Andelen med systolisk blodtrykk $\geq$ 140 mmHg stiger proporsjonalt med stigende aldersgrupper. Høyest andel var i aldersgruppen 70 – 79 år. I de tre eldste aldersgruppene var det litt høyere andel med systolisk blodtrykk $\geq$ 140 mmHg i Evenes sammenliknet med alle kommuner under ett (tabell 4 og figur 3).



Figur 4. Systolisk blodtrykk $\geq$ 140 mmHg. Kvinner

Blant kvinner i Evenes var det lav andel med systolisk blodtrykk $\geq$ 140 mmHg (12 %) i den yngste aldersgruppen, 40 – 49 år. For alle kommuner under ett var det enda lavere andel i samme aldersgruppe, kun 9 %. Også blant kvinnene steg andelen med systolisk blodtrykk $\geq$ 140 mmHg proporsjonalt med stigende aldersgrupper. Høyest andel (64 %) med systolisk blodtrykk $\geq$ 140 mmHg var i den eldste aldersgruppen 70 – 79 år. I alle aldersgrupper er andelen kvinner med forhøyet systolisk blodtrykk høyere i Evenes sammenlignet med alle 10 kommuner samlet. Resultatene for kvinner er presentert i tabell 5 og figur 4.

Type 2 diabetes mellitus. Bruk av HbA1c

HbA1c kalles også for langtidsblodsukker. HbA1c er en blodprøve som angir gjennomsnittlig konsentrasjon av blodsukker over en periode på åtte til tolv uker. Ved bruk av HbA1c unngår man at pasienten må faste før målingen. Det er heller ingen døgnvariasjon i måleresultatene, og pasienten kan umiddelbart få resultatet av undersøkelsen. I 2012 kom Helsedirektoratet med anbefalinger at $\text{HbA1c} \geq 6,5$ ble brukt som mål for å bestemme diagnosen diabetes mellitus.

Type 2 diabetes spesielt, diagnostiseres ved hjelp av HbA1c. Diabetes er en kronisk stoffskiftesykdom med for høyt sukkerinnhold i blodet. Kroppens organer trenger sukker som

drivstoff og for at sukkeret skal slippe inn i de ulike cellene må hormonet insulin være portåpner. Ved mangel på insulin eller feil på porten, oppstår sykdommen diabetes mellitus. De vanligste former for diabetes er type 1 og type 2 diabetes. Type 2-diabetes er betydelig hyppigere enn type 1-diabetes. Type 1-diabetes er den vanligste formen for diabetes blant barn, men kan også oppstå hos voksne.

Nedenfor presenteres resultatene for HbA1c i Evenes kommune sammenliknet med gjennomsnittlige funn fra alle 10 kommuner samlet.

Tabell 16. HbA1c nivå. Menn.

Menn	Evenes (Antall=143)			Alle kommuner (Antall=2737)		
	< 6,2	6,2-6,4	≥ 6,5	< 6,2	6,2-6,4	≥ 6,5
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
	124 (87)	5 (3)	14 (10)	2385 (87)	113 (4)	239 (9)

Tabell 17. HbA1c nivå. Kvinner.

Kvinner	Evenes (Antall=148)			Alle kommuner (Antall=3245)		
	< 6,2	6,2-6,4	≥ 6,5	< 6,2	6,2-6,4	≥ 6,5
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
	139 (94)	4 (3)	5 (3)	2906 (90)	143 (4)	196 (6)

De fleste deltakere har helt normale HbA1C verdier. Det er få med forhøyet HbA1c og derfor er denne målingen ikke oppdelt i aldersgrupper.

Andelen menn med HbA1c $\geq 6,5$ var 10 % i Evenes og 9 % for menn alle kommuner under ett. Resultatene vises i tabell 16.

For kvinner er det en lavere andel med forhøyet HbA1c. Andelen i Evenes og alle kommuner under ett er henholdsvis 3 % og 6 %. Resultatene er vist i tabell 17. Den lave deltakerprosenten totalt sett for kvinner kan påvirke funnene for HbA1c.

Oppsummering Saminor

Hovedfunnene fra Helse- og livsstilsundersøkelsen viser en høy andel overvekt og fedme i befolkningen. Dette gjelder både for menn og kvinner og i alle aldersgrupper. Funnene gjenfinnes både på målt kropps masseindeks og midjemål. Dette burde det ses nærmere på. I Evenes kommune er i de eldste aldersgruppene at andelen med høyt diastolisk blodtrykk er mest fremtredende.

Helse- og livsstilsundersøkelsen påviste også over dobbelt så mange menn i Evenes med diagnosen type 2 diabetes med blodprøve av HbA1C sammenliknet med medikamenttall fra Folkehelseinstituttet. Dette er betydningsfulle funn selv om Helse- og livsstilsundersøkelsen har litt eldre befolkning enn analysene fra medikamentregisteret hos Folkehelseinstituttet. Det er svært gledelig at det er mindre enn 20 % dagligrøykere i Evenes kommune, både blant menn og kvinner. Andelen dagligrøykere ligger helt på landsgjennomsnitt. Det vil gjøres mange analyser i fremtiden på data fra Helse- og livsstilsundersøkelsen. Når nye funn fremkommer vil Senter for samisk helseforskning også publisere dette populærvitenskapelig og gi informasjon videre til kommunene som har bidratt til undersøkelsen.

Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og cirka en tredjedel i løpet av et år. Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er omtrent på nivå med det vi finner i andre vestlige land. Angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet/misbruk er de tre vanligste gruppene psykiske lidelser i den norske befolkningen. Forekomsten av angstlidelser, depressive lidelser og spiseforstyrrelser er høyere hos kvinner, mens rusrelaterte lidelser er vanligere hos menn. For de fleste andre psykiske lidelser er det kun små kjønnsforskjeller. Psykiske lidelser debuterer som regel tidlig i livet, og er ofte kroniske med gjentatte episoder gjennom livsløpet dersom de ikke behandles. Det er store individuelle forskjeller i hva som fungerer som risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser. Det eksisterer ingen spesifikke årsaksfaktorer som alltid resulterer i utvikling av psykiske lidelser. Derimot finnes det en mengde risikofaktorer som kan føre til utvikling av psykiske lidelser. Hver enkelt av disse har som regel forholdsvis beskjeden betydning, men kan forsterkes dersom de opptrer i fravær av beskyttende faktorer, virker sammen med andre risikofaktorer, dersom de oppstår under spesifikke perioder i livsløpet, dersom de er kroniske belastninger eller dersom de oppleves som svært belastende. Sårbarhet for, eller motstandsdyktighet mot utvikling av psykiske lidelser er delvis genetisk betinget. Miljøfaktorer er imidlertid avgjørende for hvorvidt psykiske lidelser utvikles, ved at de virker som utløsende faktorer på den eksisterende sårbarheten. Identifisering av risiko- og beskyttelsesfaktorer i miljøet og tiltak rettet mot disse vil derfor være avgjørende for forebygging av sykdomsutvikling, også for lidelser som delvis er genetisk betinget.

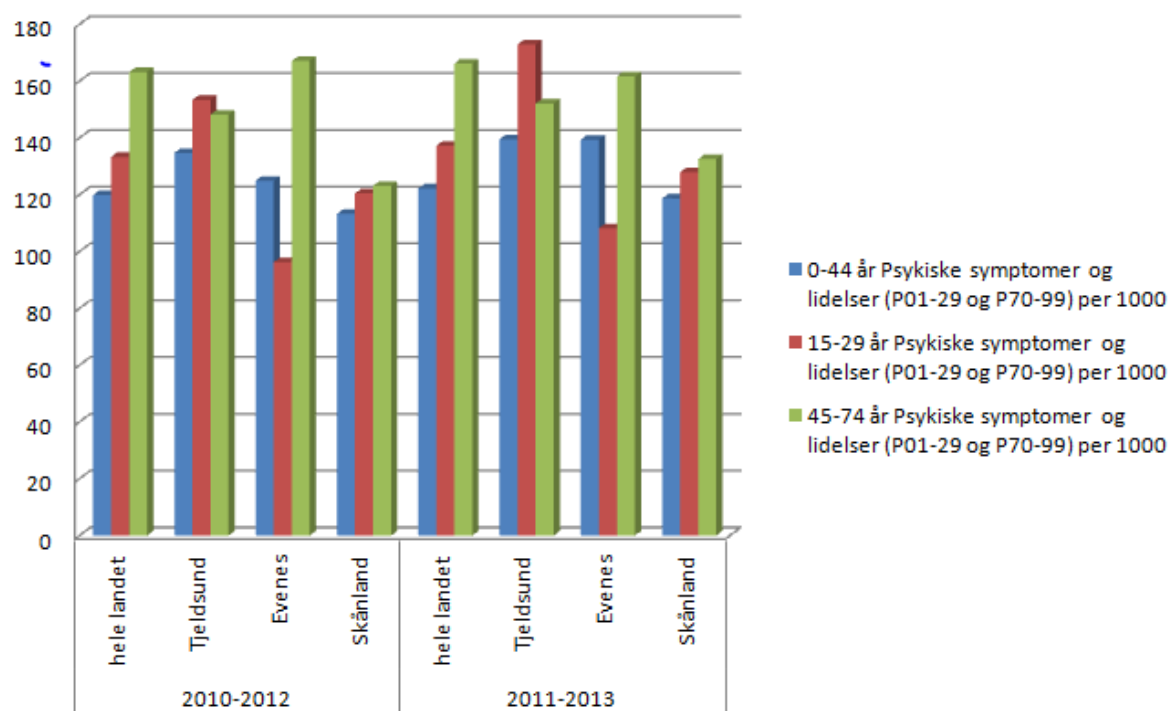
Flere risikofaktorer for psykiske lidelser er også tilgjengelige for forebygging. Forebygging og tidlig behandling av psykiske lidelser som for eksempel angst og depresjon vil ha stor effekt for pasienten og samfunnet generelt da beregninger som Folkehelseinstituttet sitter på, viser at psykiske lidelser koster samfunnet mellom 60 og 70 milliarder kroner i året, bare i Norge. Det er angst og depresjon som gir den største samfunnskostnaden. Årsaken til at de mindre alvorlige psykiske lidelsene er mest kostbare for samfunnet, er naturligvis at det er mange flere som lider av angst og depresjon.

De psykiske lidelsene ofte opptrer i lav alder og kan prege store deler av et livsløp, mens for eksempel muskel- og skjelettlidelser og hjerte/kar-sykdommer som oftest rammer folk etter at de har passert ca. 50–60 år. Den lange varigheten er en viktig årsak til at de psykiske lidelsene blir så kostbare for samfunnet, og gir pasienten store utfordringer i forhold til daglig fungering, og tidlig diagnostisering og behandling av disse vanlige lidelsene bør være en målsetning for kommunehelsetjenesten.

Det foreligger ikke tallmateriale som gir informasjon om psykiske lidelser og barn og unge i ETS. Det er mulig å innhente opplysninger fra BUP Narvik og Harstad vedrørende antall henvisninger fra ETS, men dette alene vil ikke kunne gi tilstrekkelige opplysninger.

Tabellene nedenfor hentet fra kommunehelsa statistikkbank og er basert på diagnoser satt av allmennlegene.

Psykkiske symptomer og lidelser pr 1000 innbyggere



For aldersgruppen 15-29 år i 2011-2013 er andelene av personer som angir psykiske symptomer og lidelse noe lavere enn landet forøvrig men noe økende sammenlignet med perioden 2010-2012. For aldersgruppen 0-44 år i periode 2011-2013 ligger kommunen over landsgjennomsnittet, også her er trenden økende sammenlignet med 2010-2012. For aldersgruppen 45- 74 år ligger Evenes rett under landsgjennomsnittet men her er tendensen fallende.

Oppsummering - veien videre

God helse er mer enn fravær av symptomer og sykdom. Helse er en tilstand av glede, livskraft og overskudd...