

Meland



Folkehelseprofilen er eit bidrag til kommunen sitt arbeid med å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkninga og faktorar som påverkar denne, jamfør lov om folkehelsearbeid. Statistikken er henta frå Kommunehelestatistikkbank per februar 2018 og er basert på kommunegrensar per 1.1.2018.

Nytt i 2018:

- **Alkoholomsetning, basert på tal frå daglegvarehandel og Vinmonopol**
- **Cannabisbruk, Ungdata-undersøkinga**
- **Andelen som bur trøngt**
- **Hjarte- og karsjukdom, innlagde på sjukehus og dødsfall**

Andre nyheiter:

- **Skjenketidsslutt og tal på skjenkestader, sjå figurar på midtsidene**

Gitt ut av
Folkehelseinstituttet
Avdeling for helse og ulikhet
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo
E-post: kommunehelestatistikk@fhi.no

Redaksjon:
Camilla Stoltenberg (ansvarleg redaktør)
Else Karin Grøholt (fagredaktør)
Fagredaksjon for folkehelseprofilar
Idékjelde: National Health Observatories, Storbritannia
Foto: Colourbox og Scanpix
Nynorsk
Batch 1202182244.1202182251.1202182244.1202182251.13/02/2018
0:00

Elektronisk distribusjon:
www.fhi.no/folkehelseprofiler

Nokre trekk ved folkehelsa i kommunen

Temaområda i folkehelseprofilen er valde med tanke på moglegheitene for helsefremjande og førebyggjande arbeid, samtidig må ein ta omsyn til kva for data som er tilgjengelege på kommunenivå. Indikatorane tek høgde for alders- og kjønnsamansetnaden i kommunen. Utover dette må statistikken tolkast i lys av anna kunnskap om lokale forhold.

Befolkning

- I aldersgruppa 45 år og eldre er prosentdelen som bur åleine lågare enn landsnivået.

Levekår

- Prosentdelen barn (0-17 år) som bur i husstandar med låg inntekt, er lågare enn landsnivået. Låg inntekt er her definert som under 60 prosent av nasjonal medianinntekt.
- Prosentdelen barn (0-17 år) som bur trøngt er lågare enn i landet sett under eitt. Trøngbuddheit blir her definert ut ifrå arealet på bustaden og talet på rom.

Miljø

- Prosentdelen ungdomsskuleelevar som oppgir at dei er litt eller svært nøgde med lokalmiljøet, er lågare enn landsnivået. Tala er henta frå Ungdata-undersøkinga.

Skule

- Prosentdelen 10.-klassinger som trivst på skulen er lågare enn landsnivået. Tala er henta frå Elevundersøkinga.
- Fråfallet i vidaregåande skule skil seg ikkje eintydig frå landsnivået. I Kommunehelestatistikkbank kan du sjå korleis fråfallet i kommunen varierer med foreldra sitt utdanningsnivå. Fråfallet er ei viktig folkehelseutfordring i heile landet.

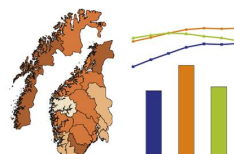
Levevanar

- Prosentdelen ungdomsskuleelevar som oppgir at dei minst éin gong dei siste 12 månadene har drukke så mykje at dei har følt seg tydeleg rusa, er lågare enn i landet sett under eitt. Tala er henta frå Ungdata-undersøkinga.
- Tal for alkoholomsetninga i kommunen er ikkje tilgjengeleg. Dette skuldast at talet på daglegvarebutikkar i kommunen er lågt, eller at det er stor avstand til Vinmonopol. Les meir om dette i Kommunehelestatistikkbank.
- Prosentdelen ungdomsskuleelevar som oppgir at dei minst éin gong dei siste 12 månadene har brukt cannabis, er ikkje eintydig forskjellig frå landsnivået. Tala er henta frå Ungdata-undersøkinga.

Helse og sjukdom

- Forskjellen i forventa levealder mellom dei som har grunnskule som høgaste utdanning og dei som har vidaregåande eller høgare utdanning, skil seg ikkje eintydig frå landsnivået. Forskjellen i forventa levealder er ein indikator på sosiale helseforskjellar i kommunen.

Fleire indikatorar og meir detaljert statistikk i
Kommunehelestatistikkbank,
khs.fhi.no



Alkohol, narkotika og folkehelse

Redusert forbruk av alkohol og andre rusmiddel i befolkninga kan gi ein vesentleg folkehelsevinst og vere med på å minske sosiale skilnader i helse. Kommunen har fleire verkemiddel, særleg når det gjeld alkohol.

Alkohol- og narkotikabruk er blant dei viktigaste risikofaktorane for helsetap og tidleg død. Grupper med lågare utdanning og/eller dårlegare økonomi blir ramma i større grad enn andre.

Alkohol valdar mest problem

Alkohol er årsak til vesentleg meir helsemessige og sosiale problem i samfunnet enn narkotika. I 2016 var det litt over 80 prosent av vaksne som hadde drukke alkohol siste år. Dei ti prosent som drikk mest, står for om lag halvparten av det totale forbruket. Det er inga skarp grense mellom bruk og skadeleg bruk. Mest utsett er dei som har eit stort alkoholinntak over tid og/eller store inntak per gong (drikk til dei blir berusa). Menn drikk meir og blir oftare berusa enn kvinner.

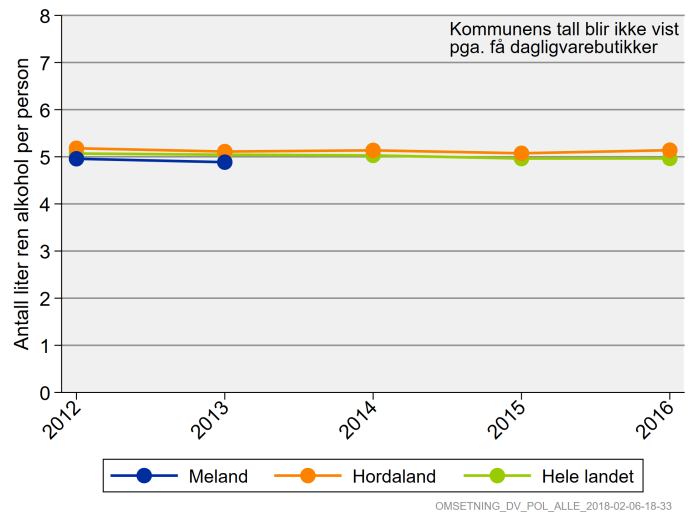
Dess høgare alkoholforbruket er i befolkninga, dess fleire er det som har ein risikofylt alkoholbruk. Totalforbruket er difor ein god indikator på kor mange som har eit svært høgt alkoholinntak, og dermed auka risiko for helsemessige og sosiale skadar.

Figur 1 viser at tilgangen til alkohol påverkar totalforbruket i befolkninga. I kvar einiskild kommune kan den registrerte alkoholomsetninga vere eit mål på totalforbruket og dermed ein indikator på omfanget av skadar knytte til alkohol. **Figur 2** viser alkohol kjøpt i daglegvarebutikker i kommunen og Vinmonopol i regionen. Det er delvis tatt omsyn til handelslekkasje mellom kommunar, avstand til Vinmonopol samt turisme, men desse faktorane må likevel takast med i vurderinga når tala vert tolka. Det er ikkje korrigerert for grensehandel, dette kan også påverke tala i mange kommunar. Tal for både daglegvarehandel og Vinmonopol er tilgjengeleg i Kommunehelsa statistikkbank.

Alkoholbruk kan verke inn på helse og livskvalitet både omgåande og på lengre sikt. Risikoen for ulukkes- og valdsskadar aukar når ein drikk seg berusa. Eit høgt forbruk over tid aukar risikoen for enkelte kreftformer, hjarte- og karsjukdomar, psykiske lidingar, leverskadar, sjølv mord og sjølv mordsforsøk.

Ungdom er særleg sårbar for skadeverknadene av alkohol. Trass i at aldersgrensene er 18 og 20 år for å få kjøpt høvesvis øl/vin og brennevin, drikk likevel mange under 18 år alkohol, og nokon så mykje at dei blir berusa. Prosentdelen ungdom som drikk alkohol og som drikk seg berusa, aukar gjennom tenåra. **Figur 3** på neste side viser prosentdelen ungdomsskuleelevar som oppgir at dei har drukke så mykje at dei har følt seg tydeleg rusa i løpet av siste 12 månader. Tala blir vist for kommunen, fylket og landet sett under eitt.

Figur 2. Alkohol kjøpt i daglegvarebutikker i kommunen og på Vinmonopol i regionen, omrekna til liter rein alkohol per innbyggjar per år for aldersgruppa 15 år og eldre.



Cannabis er det vanlegaste narkotiske stoffet

I den vaksne befolkninga er det vel 4 prosent som har brukt cannabis (hasj, marihuana) dei siste 12 månadene, viser spørjeundersøkingar. Cannabis er mest utbreidd blant unge vaksne og meir utbreidd blant menn enn blant kvinner. Nokon få byrjar å bruke cannabis før ungdomsskulealder. Prosentdelen aukar gjennom tenåra.

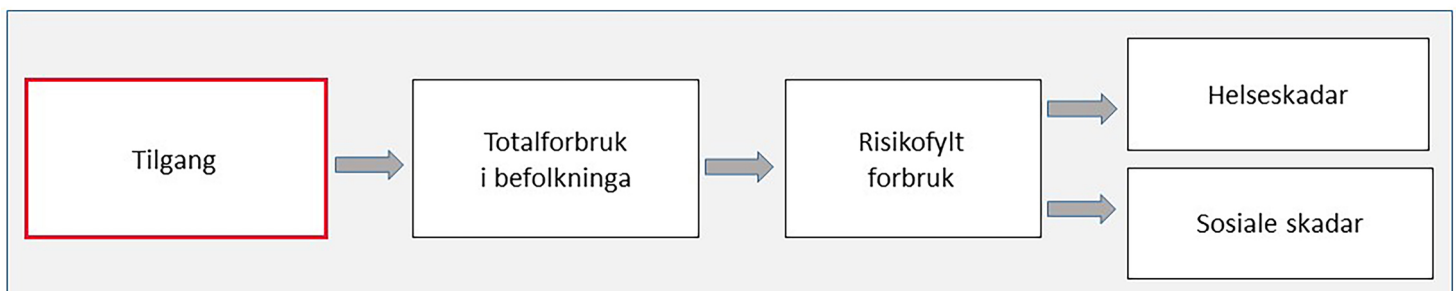
I **figur 3** på neste side presenterer vi tal på cannabisbruk for ungdomsskuleelevar i kommunen, fylket og for landet sett under eitt. For cannabisbruk er trafikkskadar det største folkehelseproblemet.

Ein liten andel av befolkninga brukar andre narkotiske stoff enn cannabis. Bruken er hyppigare i 20-30-årsalderen enn blant yngre og eldre. Inntak av stoff med sprøyter aukar risikoen for overdose og medverkar til spreing av hepatitt og HIV.

Sosiale konsekvensar

Både når det gjeld alkohol og narkotika vil risikofylt bruk auke risikoen for sosiale problem. Døme er tap av arbeid og inntekt, vald og hærverk, øydelagde relasjonar til familie og venner og at ein blir stengt ute frå sosiale arenaer. Risikofylt bruk kan òg medverke til redusert helse og livskvalitet hos ektefellane og barna til brukarane, arbeidskollegaer, venner og naboar. Samfunnet sine kostnader knytte til rusmiddelbruk er også store, slik som produksjonstap i arbeidslivet og kostnader til helse- og sosialtenester, politi og rettsvesen. Eit effektivt rusførebyggjande arbeid gir difor ein stor samfunnsmessig vinst, både med omsyn til folkehelsa og bruken av samfunnet sine ressursar.

Figur 1. Forenkla modell over samanhengen mellom tilgang, forbruk, helsemessige og sosiale følgjer av alkoholbruk.



Kva for verkemiddel har kommunen?

Alkohol er eit lovleg rusmiddel og kommunen har fleire verkemiddel for å regulere forbruket. For narkotika har kommunen færre verkemiddel, fordi det aller sterkaste verkemiddelet – forbod – allereie er teke i bruk.

Kommunane er pålagde å lage ein alkoholpolitisk handlingsplan som mellom anna gir ei vurdering av situasjonen og skildrar tiltak. Mange kommunar utarbeider ein meir omfattande rusmiddelpolitisk handlingsplan. Det rusførebyggjande arbeidet kan sjåast på som ein del av det generelle folkehelsearbeidet.

Barn og unge

Oppvekst og levekår påverkar risikoen for å byrje å bruke rusmiddel. Kommunen kan mellom anna følgje opp barn frå utsette familiar. Ei slik oppfølging kan gjerast gjennom helsestasjon, barnehage og skule og ved at barn og unge har tilgang til gode og rimelege fritidstilbod.

Det finst mange ulike rusførebyggjande program retta mot barn og unge. Nokre program er meir lovande enn andre, men effektane er ofte små og kortvarige.

Program for folkehelsearbeid i kommunane er ei ny tiårig satsing frå Helse- og omsorgsdepartementet. I programmet er barn og unge ei prioritert målgruppe, og ein skal utvikle tiltak og verktøy som mellom anna skal nyttast i det rusførebyggjande arbeidet.

Sal og skjenking av alkohol

Dei viktigaste førebyggjande verkemidla som kommunane har til rådvelde for å avgrense alkoholforbruket, er å avgrense talet på sals- og skjenkestader og innskrenke sals- og skjenketidene. Forbruket går ned og omfanget av skadane blir redusert dersom talet på sals- og skjenkestader blir redusert og sals- og skjenketidene blir innskrenka. **Figur 4** viser talet på skjenkestader i kommunen.

Det er vist at dersom ein innskrenkar skjenketida med ein time, blir valden på nattetid i helgane redusert med 16 prosent. Normaltida for skjenking av øl/vin er til kl. 01.00. Kommunane kan derimot innskrenke skjenketida, eller utvide ho til kl. 03.00, sjå **figur 5**.

Sals- og skjenkestader har eit ansvar for å handtere alkohol på ein forsvarleg måte, som å unngå skjenking til mindreårige og overskjenking. Kommunane er pålagde å føre kontrollar.

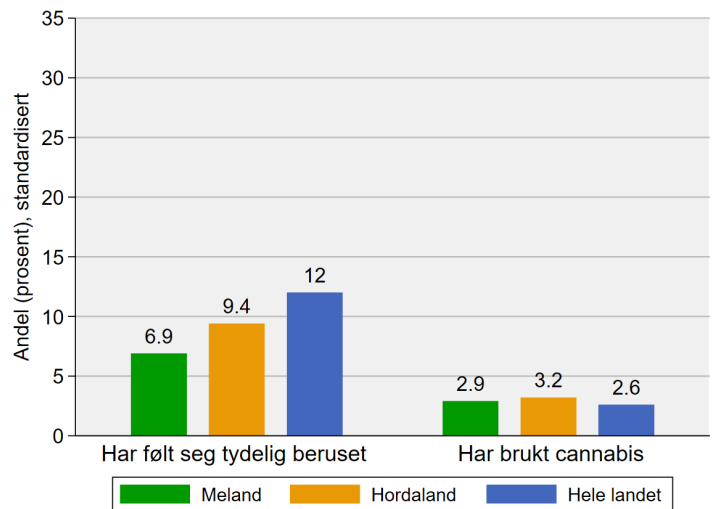
Verkemiddel for å redusere narkotikabruk

Det er få befolkningsretta lokale verkemiddel med påvist effekt på narkotikabruken. Frå forskinga på mellom anna alkohol og legemiddel veit vi at redusert tilgang reduserer bruken. Dersom dette òg gjeld for narkotika, er det viktig å gjere ein innsats for å redusere lokale brukarmiljø fordi eit lokalt brukarmiljø fører til at det ofte er lett å få tilgang til ulike narkotiske stoff. For å unngå rekruttering og hindre ein auke i narkotikabruken i befolkninga, er det difor viktig å arbeide for at personar i eksisterande narkotikamiljø får hjelp og slik redusere det lokale brukarmiljøet.

Les meir:

- Utvida artikkel med referansar på www.fhi.no/folkehelseprofiler
- www.forebygging.no
- www.kommunetorget.no
- [Program for folkehelsearbeid i kommunene](#)

Figur 3. Prosentdelen ungdomsskuleelevar som i løpet av dei siste 12 månadene «har drukke så mykje at dei har følt seg tydeleg rusa» og prosentdelen som «har brukt cannabis» (2015-2017).



Figur 4. Skjenkestader (2016).

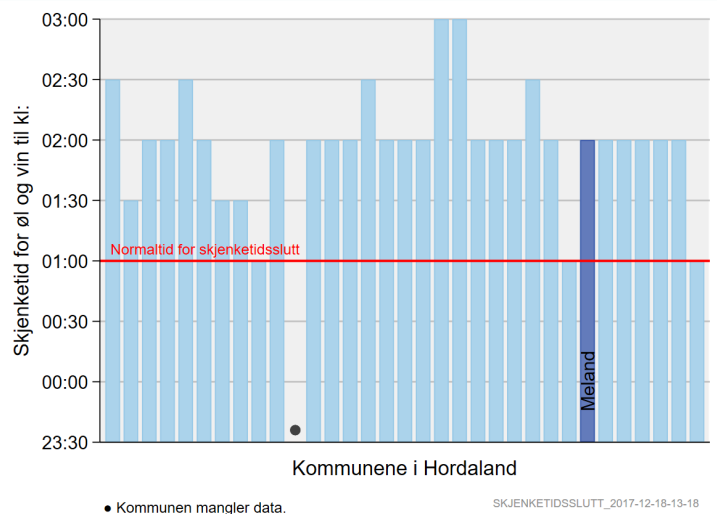
I Norge er det om lag 7000 skjenkesteder.

• **Meland kommune har 4 skjenkesteder.**

Antall skjenkesteder er en grov indikator på tilgjengelighet av skjenket alkohol til kommunens innbyggere.

Kapasiteten vil imidlertid variere betydelig mellom skjenkesteder, og antall skjenkesteder vil blant annet variere med turistvirksomhet.

Figur 5. Tidspunkt for skjenketidsslutt for øl og vin i kommunane i ditt fylke samanlikna med normaltida for skjenketidsslutt (2016).

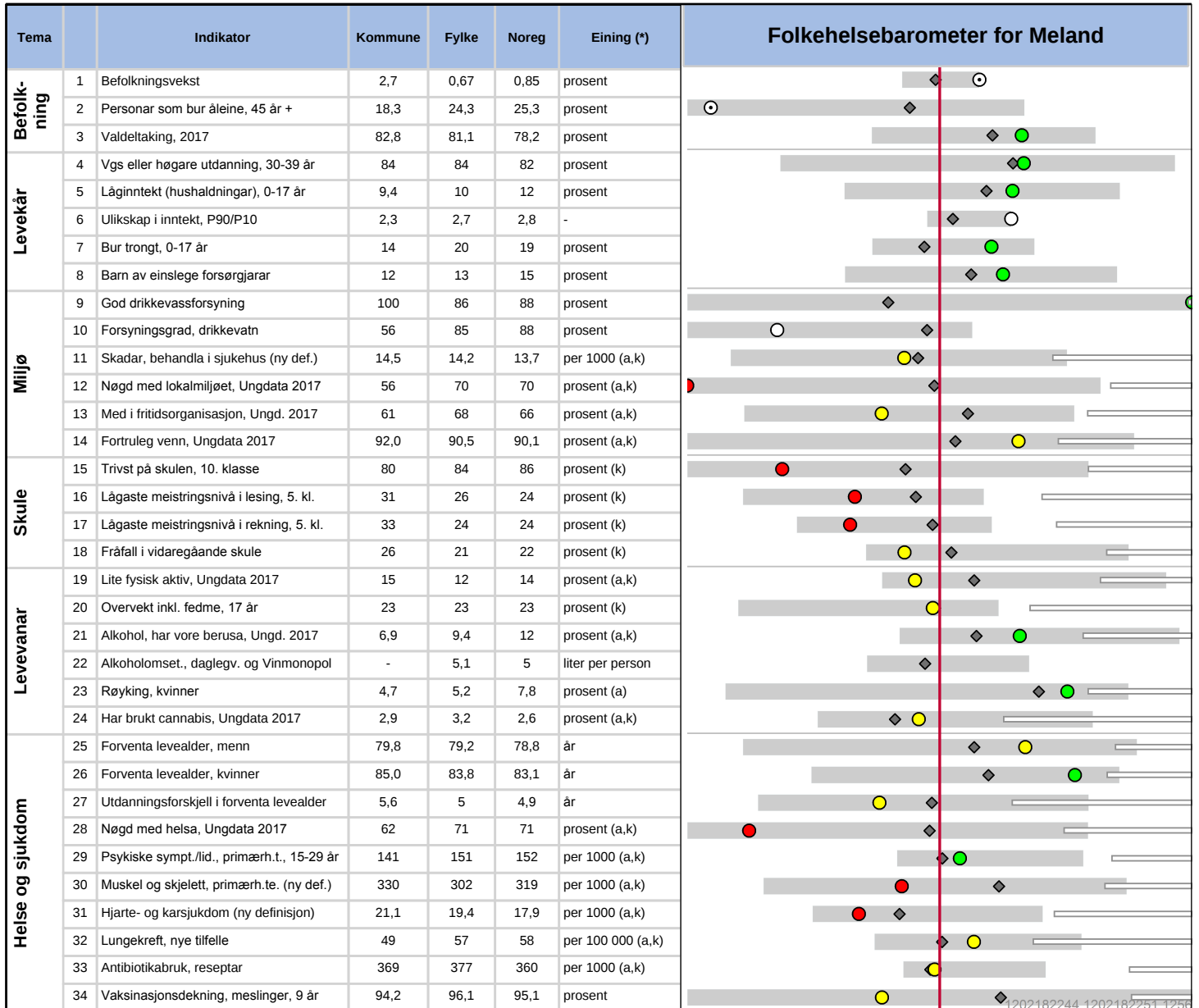


Folkhelsebarometer for kommunen

I oversikta nedanfor blir nokre nøkkeltal i kommunen og fylket samanlikna med landstal. Forskjellen mellom kommunen og landsnivået er testa for statistisk signifikans. I figuren og talkolonnanne blir det teke omsyn til at kommunar og fylke kan ha ulik alders- og kjønnsamansetnad samanlikna med landet. Klikk på indikatornamna nedanfor for å sjå utvikling over tid i kommunen. I Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no> finst også statistikk utan alders- og kjønnsstandardisering samt utfyllande informasjon om indikatorane. For meir informasjon, sjå www.fhi.no/folkhelseprofiler

- Kommunen ligg signifikant betre an enn landsnivået
- Kommunen ligg signifikant dårlegare an enn landsnivået
- Kommunen er ikkje signifikant forskjellig frå landsnivået
- Kommunen er signifikant forskjellig frå landsnivået
- Ikkje testa for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikkje testa for statistisk signifikans)
- Verdien for landet
- ▬ Variasjonen mellom kommunane i fylket
- Dei ti beste kommunane i landet

Ein «grøn» verdi betyr at kommunen ligg betre an enn landsnivået. Ver merksam på at dette likevel kan innebere ei viktig helseutfordring for kommunen, for landsnivået representerer ikkje alltid eit ønska nivå. Verdiområdet for dei ti beste kommunane i landet kan vere eit nivå å strekke seg etter.



Forklaring (tal viser til linjenummer i tabellen ovanfor):

* = standardiserte verdiar, a = aldersstandardisert og k = kjønnsstandardisert

1. 2016, 2. 2017, i prosent av befolk. 3. Godkjende stemmer i prosent av dei med stemmerett. 4. 2016, høgaste fullførte utd. (av alle med oppgjeve utd.). 5. 2016, barn som bur i hushald med inntekt lågare enn 60 % av nasjonal median. 6. 2015, forholdet mellom inntekta til den personen som ligg på 90-prosentilen og den som ligg på 10-prosentilen. 7. 2016, å bu trengt er definert ut ifrå areal og antal rom. 8. 2014-2016, 0-17 år, av alle born det vert betalt barnetrygd for. 9. 2016, definert som tilfredsstillande resultat for E. coli og stabil levering av drikkevatt. Omfattar vassverk som forsyner minst 50 pers. 10. 2016, andel av totalbef. som er knytt til vassverk som forsyner minst 50 pers. 11. 2014-2016, nå inkl. forgiftingar. 12. U.skole, svært/litt nøgd. 13. U.skole, då undersøkinga blei gjennomført. 14. U.skole, svarer «ja, heilt sikkert»/«ja, det trur eg» på om dei har minst ein fortruleg venn. 15. Skuleåret 2011/12-2016/17, skuleåret 2012/13 finst ikkje i statistikken pga. endring i tidpunkt. 16/17. Skuleåret 2014/15-2016/17. 18. 2014-2016, omfattar elevar busett i kommunen. 19. U.skole, fysisk aktiv (sveitt og andpusten) mindre enn ein gong i veka. 20. 2013-2016, KMI som svarar til over 25 kg/m2, basert på sjølvrapportert høgde og vekt frå nettbasert sesjon 1. 21. U.skole, drukke så mykje at dei har følt seg tydeleg rusa ein eller fleire gonger dei siste 12 mnd. 22. 2016, liter rein alkohol per innbygd. 15 år+ per år. Ta omsyn til grensehandel når tala blir tolka. Les om korleis indikatoren er rekna ut. 23. 2012-2016, fødande som har opplyst at dei røykte i byrjinga av svangerskapet i prosent av alle fødande med røykeopplysn. 24. U.skole, har brukt cannabis ein eller fleire gonger dei siste 12 mnd. 25/26. 2002-2016, utrekinga er basert på aldersspesifikk dødelegheit. 27. 2001-2015, vurdert etter forskjellen i forventa levealder, ved 30 år, mellom dei som har grunnskule som høgaste utd. og dei som har vidaregåande eller høgere utd. 28. U.skole, svært/litt nøgd. 29. 2014-2016, brukarar av fastlege og legevakt. 30. 2014-2016, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sjukd. (utanom brot og skader), brukarar av fastlege/legevakt/fysioterap./kiropr. 31. 2014-2016, omfattar innlagde på sjukehus og/eller døde. 32. 2007-2016. 33. 2016, 0-79 år, utleveringar av antibiotika på resept. 34. 2012-2016. For Ungdata-indikatorane er fylkes- og landstal gjennomsnitt over tre år. Datakjelder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Valdirektoratet, Norsk pasientregister, Ungdata-undersøkinga frå Velferdsvorskningsinstituttet NOVA ved OsloMet - Storbyuniversitetet, Utdanningsdirektoratet, rapp. kommunane si forvalt. av alshollova, Vernepliktsverket, Vassverksregisteret, Medisinsk fødselsregister, Primærhelsetenestene fastlege/legevakt/fysioterapeut/kiropraktar (KUHR-databasen i Helseidrektoratet), Hjarte- og karregisteret, Reseptregisteret, Kreftregisteret, Nielsen Norge, Vinmonopolet og Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSSVAK. For meir informasjon, sjå khs.fhi.no