

Snåase Snåsa



Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne, jamfør lov om folkehelsearbeid. Statistikken er hentet fra KommuneHelsa statistikkbank per februar 2018 og er basert på kommunegrenser per 1.1.2018.

Nye indikatorer i 2018:

- Alkoholomsetning, basert på tall fra dagligvarehandel og Vinmonopol
- Cannabisbruk, Ungdata
- Trangboddhet
- Hjerte- og karsykdom, sykehusinnleggelser og dødsfall

Andre nyheter:

- Tall på antall skjenkesteder og skjenketidsslutt, se figurer på midtsidene

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

Redaksjon:
Camilla Stoltenberg (ansv. redaktør)
Else Karin Grøholt (fagredaktør)
Fagredaksjon for folkehelseprofiler
Idékilde: National Health Observatories, Storbritannia
Foto: Colourbox og Scanpix
Bokmål
Batch 1202182244.1202182251.1202182244.1202182251.13/02/2018
0:06

Elektronisk distribusjon:
www.fhi.no/folkehelseprofiler

Noen trekk ved kommunens folkehelse

Temaområdene i folkehelseprofilen er valgt med tanke på mulighetene for helsefremmende og forebyggende arbeid, men er også begrenset av hvilke data som er tilgjengelige på kommunenivå. Indikatorene tar høyde for kommunens alders- og kjønnsammensetning, men all statistikk må også tolkes i lys av annen kunnskap om lokale forhold.

Befolkning

- I aldersgruppen 45 år og eldre er andelen som bor alene ikke entydig forskjellig fra landsnivået.

Levekår

- Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt er høyere enn i landet som helhet. Lav inntekt defineres her som under 60 prosent av nasjonal medianinntekt.
- Kommunen er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet når det gjelder andelen barn (0-17 år) som bor trangt. Trangboddhet defineres her ut ifra boligens areal og antall rom.

Miljø

- Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de er litt eller svært fornøyd med lokalmiljøet, er ikke entydig forskjellig fra landsnivået. Tallene er hentet fra Ungdata-undersøkelsen.

Skole

- Andelen 10.-klassinger som trives på skolen er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet. Kommuneverdien kan imidlertid skjule stor variasjon mellom skoler. Tallene er hentet fra Elevundersøkelsen.
- Frafallet i videregående skole er lavere enn landsnivået. Frafall er likevel en viktig folkehelseutfordring også for mange kommuner som ligger bedre an enn landet som helhet. I KommuneHelsa statistikkbank kan du se hvordan frafallet i kommunen varierer med foreldrenes utdanningsnivå.

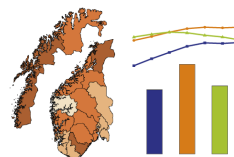
Levevaner

- Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de minst én gang siste 12 måneder har drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset, er ikke entydig forskjellig fra landet. Tallene er hentet fra Ungdata-undersøkelsen.
- Tall for alkoholomsetningen i kommunen er ikke tilgjengelig. Dette skyldes enten at antall dagligvarebutikker i kommunen er lavt eller at det er stor avstand til Vinmonopol. Les mer om dette i KommuneHelsa statistikkbank.
- Tallgrunnlaget er utilstrekkelig for å vise andelen som oppgir at de minst én gang siste 12 måneder har brukt cannabis eller Ungdata-undersøkelsen er ikke gjennomført i kommunen i perioden 2015-2017.

Helse og sykdom

- Det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk på sosiale helseforskjeller i kommunen, målt som forskjell i forventet levealder mellom utdanningsgrupper.

For flere indikatorer og mer
detaljert statistikk se
KommuneHelsa statistikkbank,
khs.fhi.no



Alkohol, narkotika og folkehelse

Redusert forbruk av alkohol og andre rusmidler i befolkningen kan gi en betydelig folkehelsegevinst og bidra til å minske sosial ulikhet i helse.

Kommunen har flere virkemidler, spesielt når det gjelder alkohol.

Alkohol- og narkotikabruk er blant de viktigste risikofaktorene for helsetap og tidlig død. Grupper med lavere utdanning og/eller dårligere økonomi rammes i større grad enn andre.

Alkohol forårsaker mest problemer

Alkohol er årsak til betydelig mer helsemessige og sosiale problemer i samfunnet enn narkotika. I 2016 var det litt over 80 prosent av voksne som hadde drukket alkohol siste år. De ti prosentene som drikker mest, står for om lag halvparten av det totale forbruket. Det er ingen skarp grense mellom bruk og skadelig bruk. Mest utsatt er de som har et stort alkoholinntak over tid og/eller store inntak per gang (drikker til de blir beruset). Menn drikker mer og blir oftere beruset enn kvinner.

Jo høyere alkoholforbruket er i befolkningen, jo flere er det som har et risikofylt alkoholbruk. Totalforbruket er derfor en god indikator på hvor mange som har et svært høyt alkoholinntak, og dermed økt risiko for helsemessige og sosiale skader.

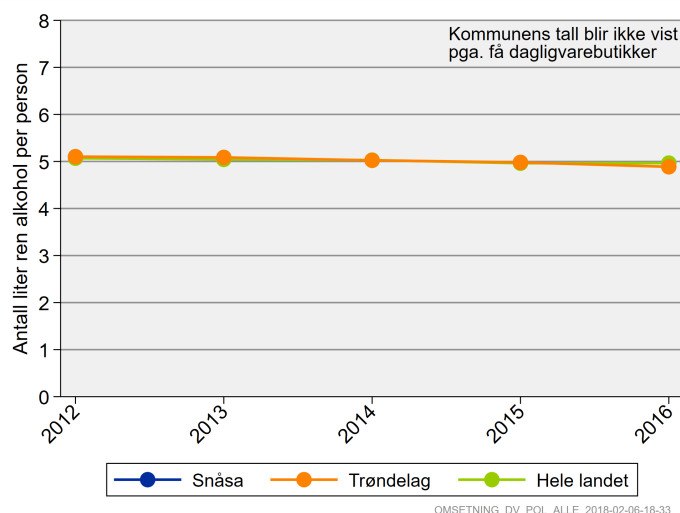
Figur 1 viser at tilgjengeligheten av alkohol påvirker totalforbruket i befolkningen. I den enkelte kommune kan den registrerte alkoholomsetningen være et mål på totalforbruket og dermed en indikator på omfanget av skader knyttet til alkohol.

Figur 2 viser alkohol kjøpt i dagligvarebutikker i kommunen og Vinmonopol i regionen, omregnet til liter ren alkohol per innbygger per år for aldersgruppen 15 år og eldre. Det er delvis tatt hensyn til handelslekkasje mellom kommuner, avstand til Vinmonopol samt turisme, men disse faktorene må likevel tas i betraktning i tolkningen av tallene. Det er ikke korrigert for grensehandel, så det må vurderes om også dette kan ha påvirket tallene. Separate tall for dagligvarehandel og Vinmonopol er tilgjengelig i KommuneHelse statistikkbank.

Alkoholbruk kan ha både umiddelbare og langsiktige effekter på helse og livskvalitet. Risikoen for ulykkes- og voldsskader øker i forbindelse med beruselsesdriking. Høyt forbruk over tid øker risikoen for enkelte kreftformer, hjerte- og karsykdommer, psykiske lidelser, leverskader, selvmord og selvmordsforsøk.

Ungdom er særlig sårbar for skadevirkninger av alkohol. Til tross for aldersgrensene på 18 og 20 år for å få kjøpt henholdsvis øl/vin og brennevin, drikker likevel mange under 18 år alkohol. Noen drikker da så mye at de blir beruset. Andelen som drikker alkohol og som drikker seg beruset, øker gjennom tenårene. **Figur 3**, på neste side, viser andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de har vært beruset i løpet av siste 12 måneder. Tallene presenteres for kommunen, fylket og landet som helhet.

Figur 2. Alkohol kjøpt i dagligvarebutikker i kommunen og på Vinmonopol i regionen, omregnet til liter ren alkohol per innbygger per år for aldersgruppen 15 år og eldre.



Cannabis er det vanligste narkotiske stoffet

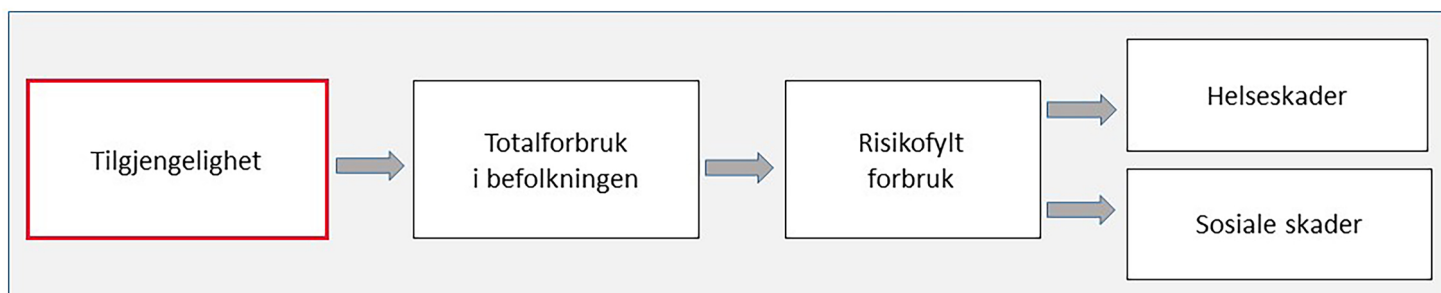
I den voksne befolkningen er det vel 4 prosent som har brukt cannabis (hasj, marihuana) de siste 12 månedene, viser spørreundersøkelser. Cannabis er mest utbredt blant unge voksne og mer utbredt blant menn enn blant kvinner. Noen få begynner å bruke cannabis før ungdomsskolealder. Andelen øker gjennom tenårene. I **figur 3** på neste side presenteres tall på cannabisbruk for ungdomsskoleelever i kommunen, fylket og for landet som helhet. For cannabisbruk er trafikkskader det største folkehelseproblemet.

En liten andel av befolkningen bruker andre narkotiske stoffer enn cannabis. Bruken er hyppigere i 20-30-årsalderen enn blant yngre og eldre. Inntak av stoff med sprøyter øker risikoen for overdose og bidrar til spredning av hepatitt og HIV.

Sosiale konsekvenser

Både når det gjelder alkohol og narkotika, vil risikofylt bruk øke risikoen for sosiale problemer. Eksempler er tap av arbeid og inntekt, vold og hærverk, ødelagte relasjoner til familie og venner og ekskludering fra sosiale arenaer. Risikofylt bruk kan også bidra til redusert helse og livskvalitet hos brukernes ektefeller og barn, arbeidskolleger, venner og naboer. Samfunnets kostnader knyttet til rusmiddelbruk er også store, slik som produksjonstap i arbeidslivet og kostnader til helse- og sosialtjenester, politi og rettsvesen. Et effektivt rusforebyggende arbeid gir derfor en stor samfunnsmessig gevinst, både med hensyn til folkehelsen og bruk av samfunnets ressurser.

Figur 1. Forenklet modell over sammenhengen mellom tilgjengelighet, forbruk, helsemessige og sosiale konsekvenser av alkoholbruk.



Hvilke virkemidler har kommunen?

Alkohol er et lovlig rusmiddel og kommunen har flere virkemidler for å regulere forbruket. For narkotika har kommunen færre virkemidler, fordi det aller sterkeste virkemiddelet - forbud - allerede er tatt i bruk.

Kommunene er pålagt å lage en alkoholpolitisk handlingsplan som blant annet gir en vurdering av situasjonen og beskriver tiltak. Mange kommuner utarbeider en mer omfattende rusmiddelpolitisk handlingsplan. Det rusforebyggende arbeidet kan sees som en del av det generelle folkehelsearbeidet.

Barn og unge

Oppvekst og levekår påvirker risikoen for å ta i bruk rusmidler. Kommunen kan blant annet følge opp barn fra utsatte familier. Slik oppfølging kan gjøres gjennom helsestasjon, barnehage og skole og ved at barn og unge har tilgang til gode og rimelige fritidstilbud.

Det er et mangfold av rusforebyggende programmer rettet mot barn og unge. Noen programmer er mer lovende enn andre, men effektene er ofte små og kortvarige.

Program for folkehelsearbeid i kommunene er en ny tiårig satsing fra Helse- og omsorgsdepartementet. I programmet er barn og unge en prioritert målgruppe, og det skal utvikles tiltak og verktøy som blant annet skal brukes i det rusforebyggende arbeidet.

Salg og skjenking av alkohol

De viktigste forebyggende virkemidlene som kommunene har til rådighet for å redusere alkoholforbruket, er å begrense antall salgs- og skjenkesteder og innskrenke salgs- og skjenketider. Forbruket går ned og skadeomfanget reduseres dersom antall salgs- og skjenkesteder reduseres og salgs- og skjenketider innskrenkes. **Figur 4** viser antall skjenkesteder i kommunen.

Det er vist at en times innskrenking av skjenketiden reduserer volden nattetid i helgene med 16 prosent. Normaltiden for skjenking av øl/vin er til kl. 01.00. Kommunene kan imidlertid innskrenke skjenketiden, eller de kan utvide den til kl. 03.00, se **figur 5**.

Salgs- og skjenkesteder har ansvar for forsvarlig alkoholhåndtering, som å unngå skjenking til mindreårige og overskjenking. Kommunene er pålagt å føre kontroller.

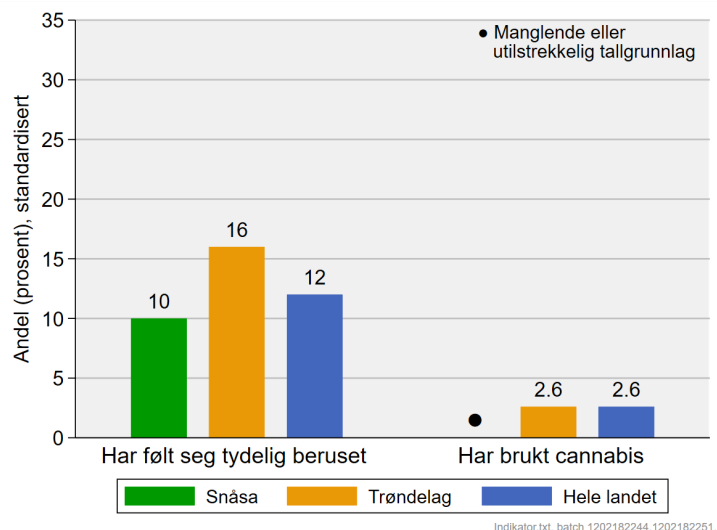
Virkemidler for å redusere narkotikabruk

Det er få lokale befolkningsrettede virkemidler med påvist effekt på narkotikabruk. Fra forskning på blant annet alkohol og legemidler vet vi at redusert tilgjengelighet reduserer bruken. Hvis dette også gjelder narkotika, er det viktig å gjøre en innsats for å redusere lokale brukermiljøer fordi et lokalt brukermiljø medfører at det ofte er lett å få tilgang til ulike narkotiske stoffer. For å unngå rekruttering til og økning i narkotikabruk i befolkningen, er det derfor viktig å arbeide for at personer i eksisterende narkotikamiljøer får hjelp og slik redusere det lokale brukermiljøet.

Les mer:

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

Figur 3. Andelen ungdomsskoleelever som i løpet av de siste 12 måneder «drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset» og andelen som «har brukt cannabis» (2015-2017).



Figur 4. Skjenkesteder (2016).

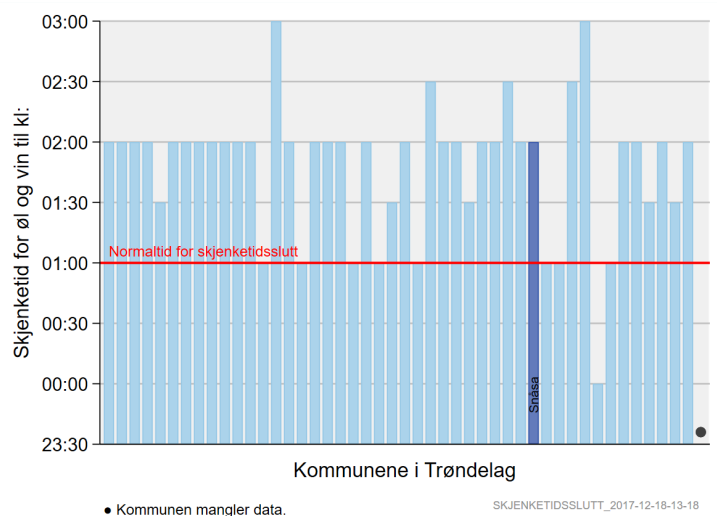
I Norge er det om lag 7000 skjenkesteder.

- **Snåsa kommune mangler data på antall 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 kommunene i ditt fylke sammenliknet med normalt tid for skjenketidsslutt (2016).



Folkeshelsebarometer for kommunen

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall i kommunen og fylket med landstall. Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans. I figuren og tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenliknet med landet. Klikk på indikatornavnene nedenfor for å se utvikling over tid i kommunen. I Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no> finnes også statistikk uten alders- og kjønnsstandardisering samt utfyllende informasjon om indikatorene. For mer informasjon, se www.fhi.no/folkeshelseprofiler

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

En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre enn landet som helhet. Vær oppmerksom på at dette likevel kan innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen, fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan være noe å strekke seg etter.



Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

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

1. 2016. 2. 2017, i prosent av befolk. 3. Godkjente stemmer i prosent av stemmeberettigede. 4. 2016, høyeste fullførte utd. (av alle med oppgitt utd.). 5. 2016, barn som bor i hushold, med inntekt under 60 % av nasjonal median. 6. 2015, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 7. 2016, trangboddhet defineres ut ifra antall rom og kvadratmeter i boligen. 8. 2014-2016, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. 9. 2016, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil drikkevannsforsyning. Omfatter vannverk som forsyner minst 50 pers. 10. 2016, befolkning tilknyttet vannverk som forsyner minst 50 pers., i % av totalbef. 11. 2014-2016, def. inkluderer nå forgiftninger. 12. U.skole, svært eller litt fornøyd. 13. U.skole, ved undersøkelsestidspunktet. 14. U.skole, svarer «ja, helt sikkert»/«ja, det tror jeg» på om de har minst én fortrolig venn. 15. Skoleåret 2011/12-2016/17, skoleåret 2012/13 finnes ikke i statistikken pga. endring i tidspunkt. 16/17. Skoleåret 2014/15-2016/17. 18. 2014-2016, omfatter elever bosatt i kommunen. 19. U.skole, fysisk aktiv (svett og andpusten) mindre enn én gang i uken. 20. 2013-2016, KMI som tilsvarende over 25 kg/m2, basert på høyde og vekt oppgitt ved nettbasert sesjon 1. 21. U.skole, druckket så mye at de har følt seg tydelig beruset én gang eller mer i løst siste 12 mnd. 22. 2016, liter ren alkohol omsatt per innbygger 15 år+. Grensehandel må tas i betraktning når tallene tolkes. Se beskrivelse av hvordan indikatoren er beregnet. 23. 2012-2016, fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i % av alle fødende med røykeopplysninger. 24. U.skole, har brukt cannabis én gang eller mer i løst siste 12 mnd. 25/26. 2002-2016, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 27. 2001-2015, vurdert etter forskjellen i forventet levealder, ved 30 år, mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående/høyere utdanning. 28. U.skole, svært eller litt fornøyd. 29. 2014-2016, brukere av fastlege og legevakt. 30. 2014-2016, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd/skader), brukere av fastlege/legevakt/fysioterapeut/kiropraktor. 31. 2014-2016, omfatter innlagte på sykehus og/eller døde. 32. 2007-2016. 33. 2016, 0-79 år, utleveringer av antibiotika på resept. 34. 2012-2016. For Ungdata-indikatorene er fylkes- og landstall gjennomsnitt over tre år. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Valgdirektoratet, Norsk pasientregister, Ungdata-undersøkelsen fra Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet - Storbyuniversitetet, Utdanningsdirektoratet, rapp. kommunenes forvalt. av alkoholoven, Vernepliktsverket, Vannverksregisteret, Medisinsk fødselsregister, Hjerte- og karregisteret, Primærhelsetjenestene fastlege/legevakt/fysioterapeut/kiropraktor (KUHR-databasen i Helsedirektoratet), Reseptregisteret, Kreftregisteret, Nielsen Norge, Vinmonopolet og Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK. For mer informasjon, se khs.fhi.no