



Helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse i Dønna kommune



Foto: Erlend Haarberg

**Vedtatt av
Kommunestyret i sak 35/16
26.04.16
Arkivsak 16/185**

Innhold

Innledning	4
Forankring	4
Kilder og valg av tema.....	5
Sosioøkonomiske helseforskjeller	6
Oppdatering	8
Folkehelseprofil for Dønna kommune 2015.....	9
Befolkningssammensetning	10
Folkemengde	10
Framskrivninger.....	11
En flerkulturell kommune.....	13
Status befolkningssammensetning.....	14
Oppvekst- og levekårsforhold	16
Levekår	16
Arbeid og deltakelse	17
Utdanning	23
Oppvekst.....	25
Status oppvekst og levekår	27
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	30
Miljørettet helsevern.....	30
Fysisk tilrettelegging	32
Biologisk og kjemisk miljø.....	35
Sosialt miljø.....	36
Status fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....	41
Skader og ulykker	43
Personskader	43
Trafikkulykker	43
Selvmord.....	45
Skader som følger av vold	46
Skadeforekomst i skoler og barnehager, evt. også tannskader	46
Fallulykker i sykehjem	46
Status skader og ulykker.....	46

Helserelatert adferd	48
Fysisk aktivitet.....	48
Tobakksbruk	52
Alkohol- og rusmiddelbruk	53
Ungdom og seksualatferd	55
Kosthold.....	55
Status helserelatert atferd.....	57
Helsetilstand	60
Forventet levealder	60
Hjerte- og karsykdommer	60
Muskel- og skjelettlidelser.....	60
Kreft.....	61
Psykiske helse.....	63
Selvopplevd helse	64
Overvekt og fedme	66
Tannhelse.....	67
Status helsetilstand	68
Referanser.....	70

Innledning

Folkehelse defineres som befolkningens helse og hvordan den fordeler seg i en befolkning (Lov om folkehelsearbeid). Helsen i befolkningen varierer mye mellom ulike befolkningsgrupper; etter inntekt, utdanning, yrkesstatus, kjønn og etnisk og kulturell bakgrunn. Særlig gjelder dette for de såkalte sosioøkonomiske ulikhetene i helse – helseforskjeller som følger inntekts-, utdannings- og yrkesgrupper i befolkningen (Folkehelse rapporten 2014).

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

Forankring

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

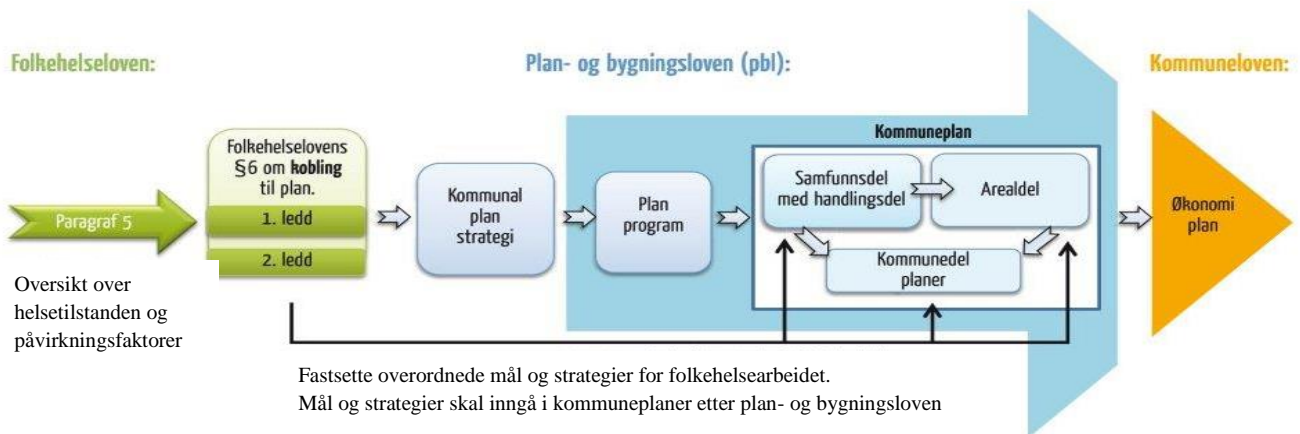
Kommunens kjennskap til helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal tjene to hovedformål:

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

På denne måten får folkehelsearbeidet en tydeligere politisk forankring og langsiktighet, og det legges til rette for samordning av de ulike kommunesektorenes innsats for folkehelsen.

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de identifiserte utfordringene kommunen står overfor, med utgangspunkt i dette oversiktsdokumentet. Ifølge plan- og bygningsloven § 3-1 f) skal kommunens planlegging blant annet fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Etter plan- og bygningsloven § 10-1 skal kommunen utarbeide kommunal planstrategi minst en gang i hver valgperiode og vedta den senest innen ett år etter at kommunestyret blir konstituert. Dette oversiktsdokumentet danner et faglig grunnlag for

politiske beslutninger og prioriteringer og skal ifølge folkehelseloven § 6 inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.



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

Kilder og valg av tema

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

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

Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte 28. juni 2012 Forskrift om oversikt over folkehelsen (med hjemmel i Folkehelseloven). Følgende temaområder er etter forskriften presentert i dette oversiktsdokumentet:

- Befolkningssammensetning
- Oppvekst- og levekårsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Skader og ulykker
- Helserelatert atferd
- Helsetilstand

Oversiktsdokumentet er utarbeidet etter statens veiledning og anbefalinger til oversiktsarbeidet *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse IS-2010* utgitt oktober 2013. I tillegg er *Østfoldhelsas mal for Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer* benyttet som inspirasjon. Folkehelsekoordinatorene i Dønna, Alstahaug, Herøy og Leirfjord har jobbet tett sammen i arbeidet med oversiktsdokument for den enkelte kommune.

Oversiktsdokumentene har dermed samme oppbygging og deler av innholdet er utarbeidet i fellesskap. Dette gjør det enklere å kunne sammenligne kommunene.

Fakta grunnlaget i denne oversikten består av både kvantitativ og kvalitativ data. Kvantitativ data er i stor grad hentet fra Statistisk sentralbyrå, Kommunehelse statistikkbank, Levekårsundersøkelsen i Nordland 2014 og Ungdata i Dønna kommune 2014. Kvalitativ data er i hovedsak innhentet fra kommunale tjenester. Primært vil den kvantitative informasjonen omfatte faglige, skjønnsmessige vurderinger fra tjenestene om forhold i kommunen som har innvirkning på de utfordringene som tjenestene møter i sin aktivitet.

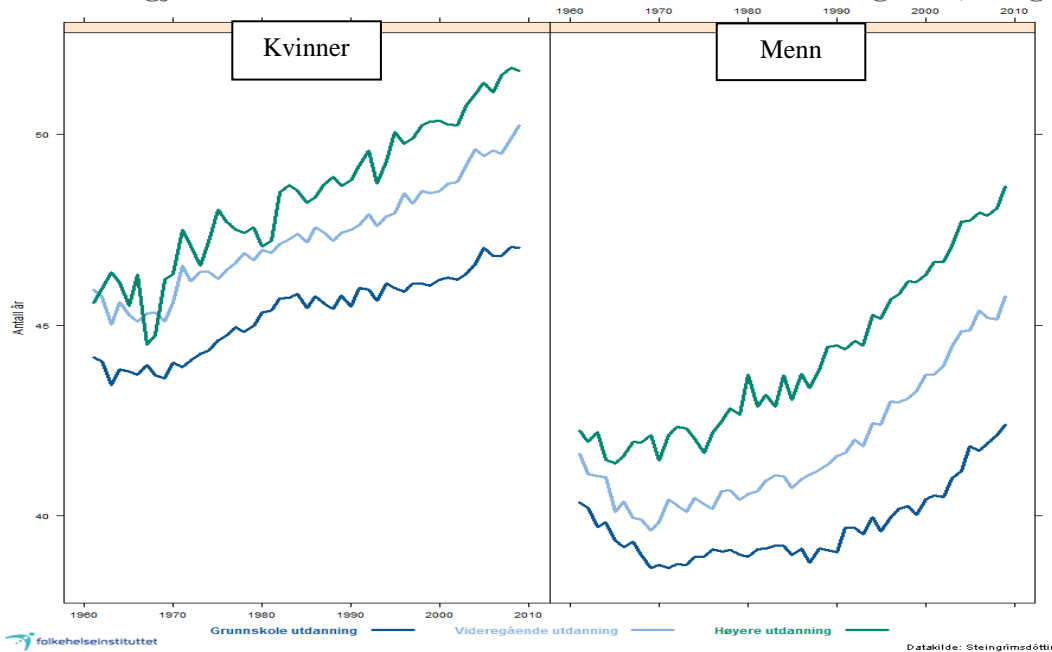
På alle temaområder i denne oversikten er det tatt sikte på å beskrive status, konsekvenser og årsaksforhold på kommunenivå. Der det mangler data på lokalt nivå er informasjon fra regionale og nasjonale undersøkelser benyttet for å få et innblikk i utfordringsbildet. I vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser skal kommunene være spesielt oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, helsemessige problemer eller sosioøkonomiske helseforskjeller.

Sosioøkonomiske helseforskjeller

Når man studerer grupper i samfunnet finner man systematiske forskjeller i helse. Jo høyere utdanning og inntekt en gruppe har, jo høyere andel av gruppens «medlemmer» vil ha god helse. Dette kalles sosiale helseforskjeller eller sosial ulikhet i helse. Det å bevege seg oppover på samfunnets rangstige betyr at man også beveger seg oppover når det gjelder helse. Helsen øker for hvert trinn (Folkehelse rapporten 2014).

Tall fra 2009 viser at menn med universitets- eller høgskoleutdanning kan forvente å leve 6 år lengre enn menn med grunnskole. For kvinner er forskjellen 5 år (Folkehelse rapporten 2014). I Norge har levealderen økt for alle utdanningsgruppene siden 1960-tallet, men gruppene med lang utdanning har hatt den beste utviklingen. Figuren på neste side viser forventet gjensvarende levealder ved 35 års-alder, etter utdanningsnivå. Kvinner til venstre, menn til høyre.

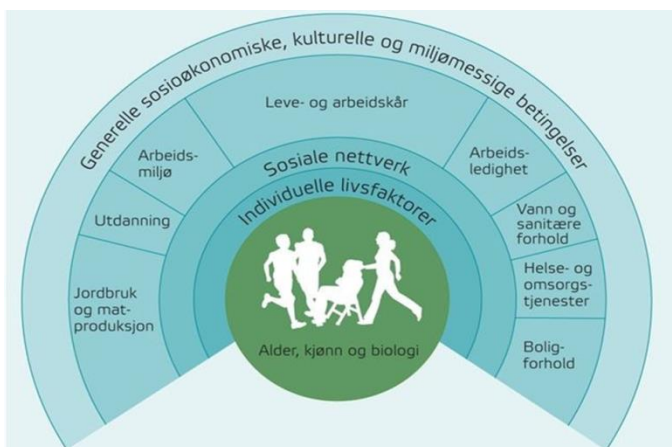
Forventet gjenstående levealder ved 35 års-alder etter utdanningsnivå, Norge 1960-2009



Kilde: Folkehelse rapporten 2014. Forventet gjenstående levealder fra 35 års alder i Norge 1960-2009 gruppert etter utdanningsnivå.

Sammenhengen mellom sosial posisjon og helse er velkjent, men hvorfor det er slike forskjeller – hva som er de egentlige «årsakene til årsakene» er vanskeligere å forklare. Er det forskjeller i levekår og oppvekstmiljø, arbeidsmiljø og psykosial belastning, eller er det andre faktorer som kan forklare de sosiale forskjellene vi finner i helse?

Figuren under viser hvordan ulike lag av påvirkningsfaktorer påvirker folkehelsen og den sosiale fordelingen av denne. Faktorene spenner fra personlige egenskaper som alder og kjønn, til samfunnsforhold som kultur, arbeid, bo- og nærmiljø, utdanning og sosiale nettverk. Som figuren viser er levevaner ikke bare et resultat av personlige valg. De valgene den enkelte tar er også et resultat av miljø og levekår. De bakenforliggende faktorene kan fremme helsen, eller det motsatte; øke risikoen for sykdom (Folkehelse rapporten 2014).



Kilde: Folkehelse rapporten 2014. Ulike påvirkningsfaktorer for helse. Utarbeidet av Dahlgren & Whitehead, 1991.

En utjevning av de sosiale helseforskjellene innebærer et stort potensiale for folkehelsen og er et viktig mål i folkehelsearbeidet. Innsats for å gjøre noe med levekår, som arbeid og utdanning, kan bidra til å fremme helse og jevne ut sosiale helseforskjeller.

Oppdatering

I henhold til §§ 4 og 5 i forskrift om oversikt over folkehelsen skal kommunen ha en løpende oversikt over folkehelsen og utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år.

Oversikten skal være revidert før kommunestyret starter arbeidet med ny planstrategi etter kommunestyrevalget. I tillegg gjennomføres mindre oppdateringer fortløpende. Ansvarlig for oppdatering: Folkehelsekoordinator i samarbeid med alle sektorer i kommunen.

Solfjellsjøen 21.01.16

Ingunn Stemland
Folkehelsekoordinator

Folkehelseprofil for Dønna kommune 2015

Folkehelseprofilene utarbeides årlig av folkehelseinstituttet. Mer informasjon om profilen, tidligere utgaver og andre kommuners folkehelseprofiler finnes på www.fhi.no

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

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Dønna
Befolkning	1 Befolkningsvekst	-0,77	0,53	1,1	prosent	
	2 Befolkning under 18 år	21	21	22	prosent	
	3 Befolkning over 80 år	6,2	5	4,3	prosent	
	4 Personer som bor alene, 45 år +	27	26	26	prosent	
Levekår	5 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	72	78	83	prosent	
	6 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	8,3	9,1	10	prosent	
	7 Inntektsulikhet, P90/P10	2,4	2,4	2,7	-	
	8 Arbeidsledige, 15-29 år	1,9	2,9	2,3	prosent	
	9 Uforetrygdede, 18-44 år	4,7	3	2,5	prosent (a,k*)	
	10 Barn av enslige forsørgere	15	18	15	prosent	
Miljø	11 God drikkevannsforsyning	0	58	89	prosent	
	12 Forsyningsgrad, drikkevann	92	91	89	prosent	
	13 Personskader, behandlet i sykehus	15	13	13	per 1000 (a,k*)	
Skole	14 Trives på skolen, 10. klasse	80	80	85	prosent (k*)	
	15 Mobbes på skolen, 10. klasse	-	9,5	8,1	prosent (k*)	
	16 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	-	29	25	prosent (k*)	
	17 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl.	-	36	27	prosent (k*)	
	18 Frafall i videregående skole	36	30	25	prosent (k*)	
	Levevaner	19 Røyking, kvinner	20	17	14	prosent (a*)
20 Overvekt, kvinner		67	44	35	prosent	
Helse og sykdom	21 Forventet levealder, menn	75,5	77,6	77,9	år	
	22 Forventet levealder, kvinner	81,9	82,5	82,6	år	
	23 Utdanningsforskjell i forventet levealder	-	3,9	4,8	år	
	24 Psykiske sympt./lid., primærh.tj., 0-74 år	148	140	139	per 1000 (a,k*)	
	25 Psykiske sympt./lid., primærh.tj., 15-29 år	132	147	137	per 1000 (a,k*)	
	26 Psykiske lidelser, legemiddelbrukere	106	127	131	per 1000 (a,k*)	
	27 Muskel og skjelett, primærhelsetjenesten	306	288	258	per 1000 (a,k*)	
	28 Hjerter- og karsykdom, primærh.tj.	118	104	105	per 1000 (a,k*)	
	29 Hjerter- og karsykdom, beh. i sykehus	22	18	18	per 1000 (a,k*)	
	30 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	33	32	34	per 1000 (a,k*)	
	31 Lungekreft, nye tilfeller	40	55	55	per 100 000 (a,k*)	
	32 Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller	112	78	78	per 100 000 (a,k*)	
	33 Antibiotika, legemiddelbrukere	99	214	238	per 1000 (a,k*)	
	34 Vaksinasjonsdekning, MMR, 9-åringer	94,9	95,0	94,5	prosent	

Kilde: Folkehelseinstituttet. Folkehelseprofil for Dønna kommune 2015. Nedlastet 08.01.16.

Befolknings sammensetning

Med befolknings sammensetning menes grunnlagsdata om befolkningen som kan omfatte folketall etter kjønn og alder, antall fødte og døde, flyttemønster, andelen personer med innvandrerbakgrunn, framtidig befolkningsutvikling osv. Denne type informasjon er viktig i vurderingen av øvrig informasjon, men kan også være vesentlig i seg selv som del av utfordringsbildet for folkehelsen i kommunen/fylket. Ikke minst vil utviklingen i befolknings sammensetningen kunne påvirke strategiske veivalg, som inkluderer folkehelse.

Folkemengde

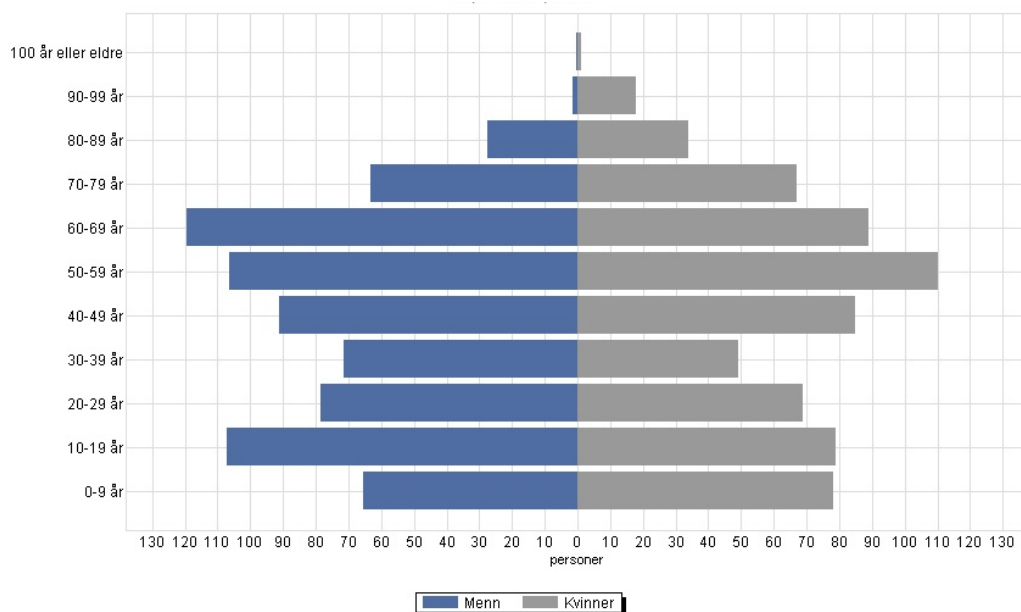
Dønna kommune har de siste årene hatt en nedgang i folketallet. Per 1. januar 2015 hadde kommunen 1407 innbyggere, en nedgang på 13 fra året før. Antall levendefødte har de siste årene variert fra 5 til 22.

Folkemengde og endringer i kalenderåret i Dønna kommune 2008-2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Folkemengde	1463	1432	1431	1449	1433	1431	1420	1407
Levendefødte	12	22	18	11	13	5	12	7
Døde	21	14	17	19	19	17	15	
Fødselsoverskudd	-9	8	1	-8	-6	-12	-3	
Innflyttinger	47	59	72	58	75	71	49	
Utflyttinger	69	68	55	66	71	65	59	
Nettoinnflytting	-22	-9	17	-8	4	6	-10	
Folketilvekst	-31	-1	18	-16	-2	-11	-13	

Kilde: SSB. Folkemengde og befolkningsendringer. Folkemengde per 1. januar og endringer i kalenderåret.

Folkemengde i Dønna kommune 2015 fordelt på alder og kjønn



Kilde: SSB. Folkemengde, etter kjønn og alder per 1. januar. 2015.

I 2014 var det 94 kvinner per 100 menn i Dønna kommune (Kommunehelsa statistikkbank).

Framskrivninger

Framskrevet befolkning i Dønna kommune 2020-2040

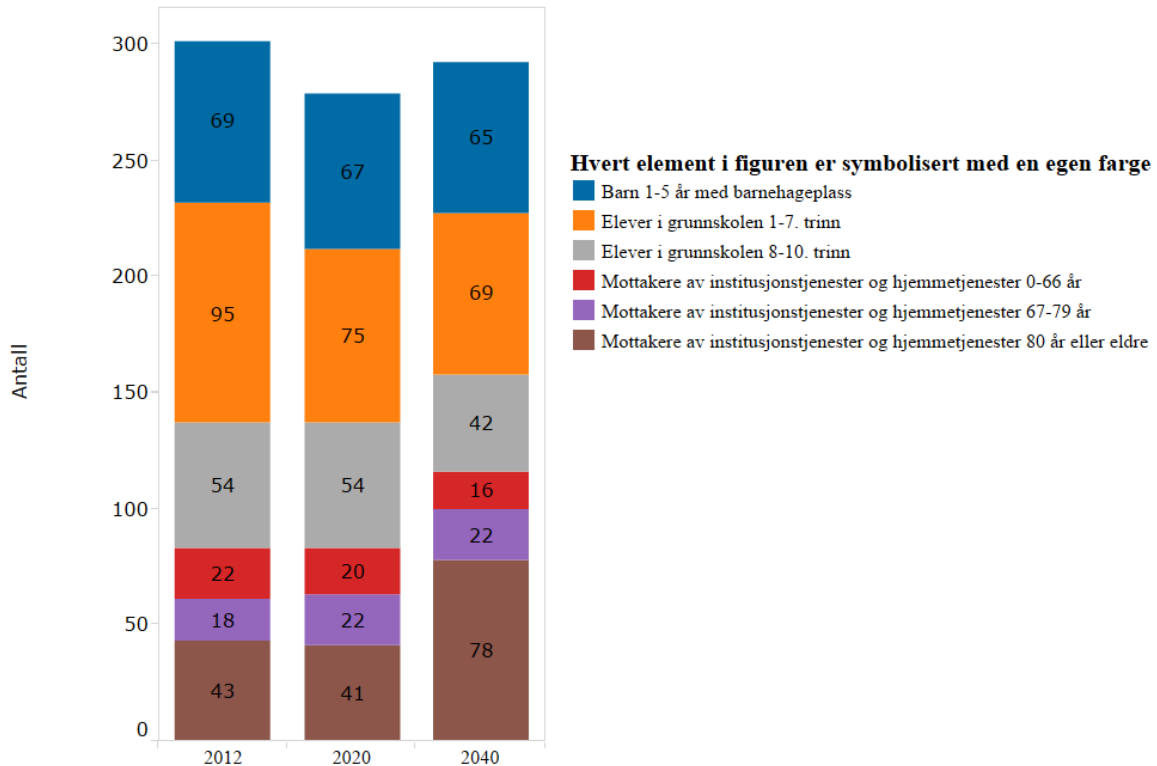
	2020	2025	2030	2035	2040
0-9 år	128	136	137	139	136
10-19 år	175	149	135	138	140
20-29 år	156	158	149	130	122
30-39 år	124	139	148	149	141
40-49 år	147	120	125	143	150
50-59 år	186	174	153	124	131
60-69 år	205	212	182	172	150
70-79 år	175	173	181	189	164
80-89 år	59	83	118	116	129
90-99 år	18	13	15	27	32
100 år eller eldre	0	1	0	0	0
Totalt	1373	1358	1343	1327	1295

Kilde: SSB. Framskrevet befolkning fordelt på alder. Middels nasjonal vekst er lagt til grunn. Nedlastet 27.10.15.

Befolkningsframskriving for Dønna kommune, basert på utvikling frem til 01.01.15 og middels nasjonal vekst, anslår en gradvis nedgang i innbyggertallet fram til 2040.

Framskrivninger av befolkningstall estimerer at det på landsbasis vil være dobbelt så mange personer over 80 år i 2040 sammenliknet med i dag. Dette gjelder også for Dønna kommune. Forskjellen er at lokalt vil andelen av befolkningen som er over 80 år være 12,4 prosent av befolkningen mot 7,1 prosent nasjonalt.

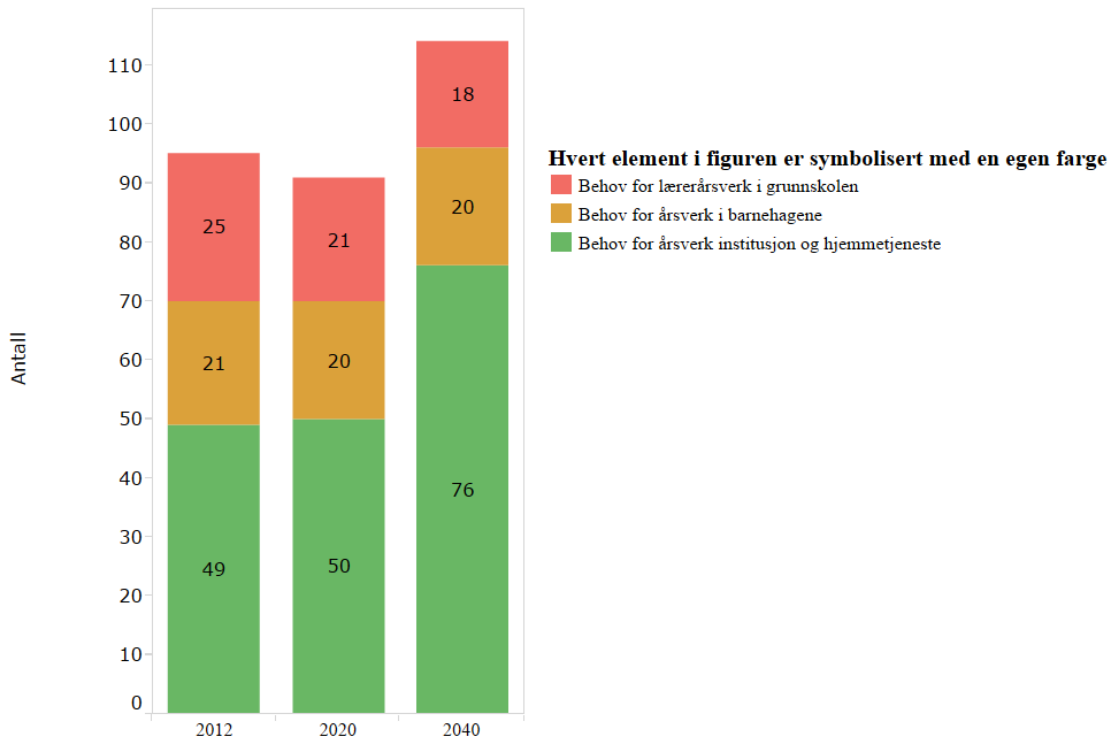
Framskrevet antall tjenestemottakere i Dønna kommune fordelt på alder og tjenestebehov i 2020 og 2040



Kilde: Regjeringen.no/Kommunedata/KOSTRA. Framskrevet antall tjenestemottakere i Dønna kommune fordelt på alder og tjenestebehov i 2020 og 2040. I beregningene av antall tjenestemottakere framover er det tatt utgangspunkt i samme dekningsgrader og standard på tjenestene som i 2012.

Beregninger av framtidige tjenestemottakere i forskjellige tjenester i Dønna kommune viser at det forventes en nedgang i elever i grunnskolen. Videre viser beregninger at det forventes en økning i antall mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester blant eldre. Økningen forventes i aldersgruppen 80 år og eldre.

Framskrevet arbeidskraftbehov i årsverk fordelt på tjenester i Dønna kommune



Kilde: Regjeringen.no/Kommunedata/KOSTRA. Framskrevet arbeidskraftbehov i årsverk for Dønna kommune fordelt på i tjenester i 2020 og 2040. I beregningene av antall årsverk er det tatt utgangspunkt i samme dekningsgrader og standard på tjenestene som i 2012.

Beregninger av framtidig arbeidskraftsbehov i forskjellige tjenester i Dønna kommune viser at det forventes en nedgang i behov for lærerårsverk i grunnskole og en særlig økning i antall årsverk i institusjons- og hjemmetjenester.

En flerkulturell kommune

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

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

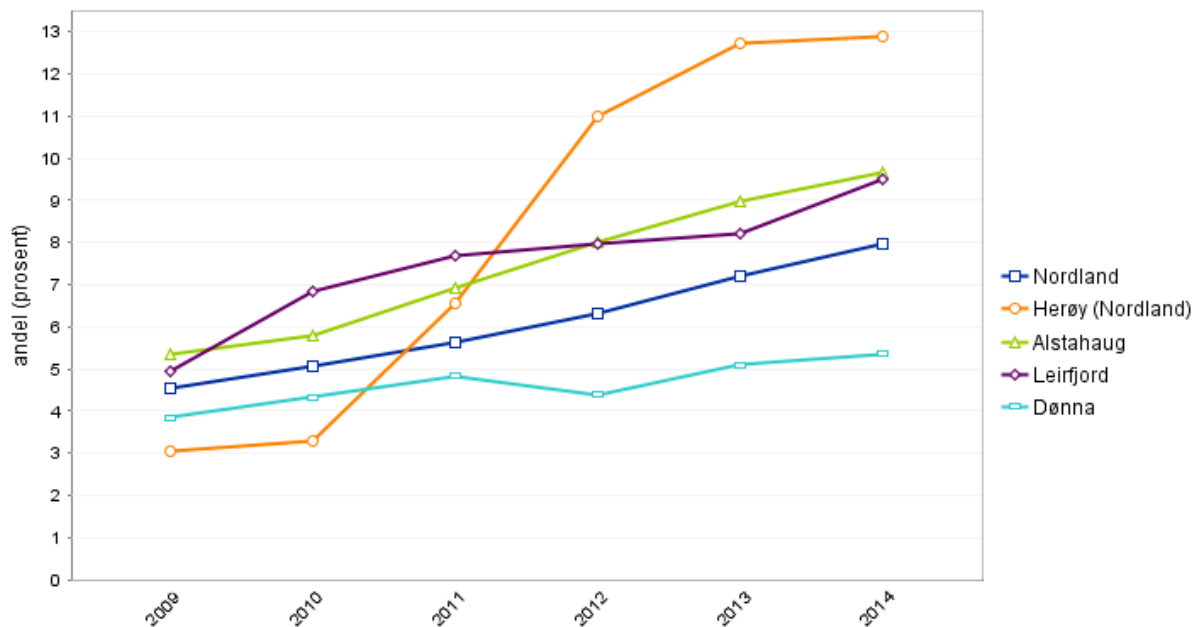
En flyktning er en person som har flyktet fra sitt hjemland og med rette frykter for forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilhørighet til en bestemt sosial gruppe. Personen som flykter må ha krysset en internasjonal landegrense for å få beskyttelse under [FNs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

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

Andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre har vært stigende i Dønna kommune og var på 5,4 prosent i 2014. For Nordland som helhet er andelen 8 prosent.

Kommunestyret i Dønna har vedtatt å bosette inntil 15 flyktninger i 2015 og ytterligere inntil 15 flyktninger i 2016. Det er forventet at flere av disse vil få familiegjenforening i løpet av 2016.

Andel innvandrere i HALD



Kilde: Kommunehelsa statistikkbank. Andel personer med to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar hvert år, i prosent av befolkningen. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge er ikke med. Nedlastet 01.07.15.

Status befolkningssammensetning

Befolkningsveksten i Dønna kommune er synkende. De siste årene har det vært en svingning i antall barnefødsler. I 2014 var det 12 barnefødsler i Dønna kommune og i 2015 var antallet nede på 7. Flytting inn og ut av kommunen varierer en del fra år til år og 2014 hadde Dønna en nettoutflytting fra kommunen på 10 personer. Befolkningsprognoser for perioden 2020 – 2040 viser en nedgang på omtrent 9 prosent for hele befolkningen. For aldersgruppen 80+ viser prognoser en økning på hele 82,9 % fra 88 personer i 2014 til 161 personer i 2040. Andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre har vært stigende i kommunen og var på 5,4 prosent i 2014. Det forventes at dette tallet vil stige da kommunen fra 2015 har begynt å bosette flyktninger hvor det også er en forventning om familiegjenforening.

Konsekvenser og årsaksforhold

Nedgang i folketallet og flere eldre

Framskrivninger viser at folketallet i Dønna mest sannsynlig vil fortsette å synke gradvis de neste 25 årene. Fordelingen på de ulike aldersgruppene vil endre seg. Det blir færre voksne og flere eldre. Dette har betydning for antallet voksne i arbeidsdyktig alder, i forhold til eldre

som etter hvert vil ha behov for flere velferdstjenester. Selv om flere eldre enn tidligere rapporterer god funksjonsevne og i større grad enn tidligere klarer hverdagens utfordringer, er det også mange som lever lenge med kroniske sykdommer. Risikoen for en rekke slike sykdommer øker med alderen. Aldersdemens forekommer sjelden før 70-årsalderen og vanligvis ikke før 80 år, mens nesten annenhver person over 90 år har aldersdemens (Folkehelse rapporten 2014). I Dønna viser prognoser at det i 20140 vil være 12,4 prosent av befolkningen som er over 80 år være mot 7,1 prosent nasjonalt.

Beregninger av framtidig arbeidskraftsbehov i utvalgte tjenester i Dønna kommune viser at det forventes en nedgang i behov for lærerårsverk i grunnskole og en særlig økning i antall årsverk i institusjons- og hjemmetjenester.

Liten kommune

Dønna kommune er en liten kommune med de fordeler og ulemper det medfører. Det er oversiktlige forhold og mulighet for et tett samarbeid mellom kommunens enheter og ansatte. Kommunen samarbeider godt med nabokommunene i en rekke interkommunale foretak. I folkeavstemming høsten 2015 sa et stort flertall av kommunens innbyggere nei til kommunesammenslåing. Det kan derfor være grunn til å anta at en stor andel av befolkningen er fornøyd med kommunens tjenestetilbud og organisering slik den fremstår i dag.

Bosetting av flyktninger

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

Dønna kommune begynte å bosette flyktninger i juli/august 2015. I kommunen har det i forkant av bosettingen vært stort fokus på forberedende arbeid hvor målet har vært at flyktningene skulle finne seg til rette og bli inkludert og integrert i lokalsamfunnet så raskt som mulig. Det ble arrangert flere informasjonsmøter til Dønna's befolkning, blant annet åpne folkemøter og egne møter med ungdommer, eldre, pensjonister, lag og foreninger. På bakgrunn av dette ble det umiddelbart etablert flere tiltak rettet mot både flyktningene og de lokale innbyggerne med hovedmål om å skape et inkluderende samfunn i Dønna. Det er etablert turgruppe, Lørdagskafe hver lørdag og aktivitetssuke for å bli kjent med aktivitetstilbudene i kommunen. Resultatene er synlige og flyktningene er allerede begynte å bli kjent med innbyggerne og bygge et godt og trygt nettverk.

Oppvekst- og levekårsforhold

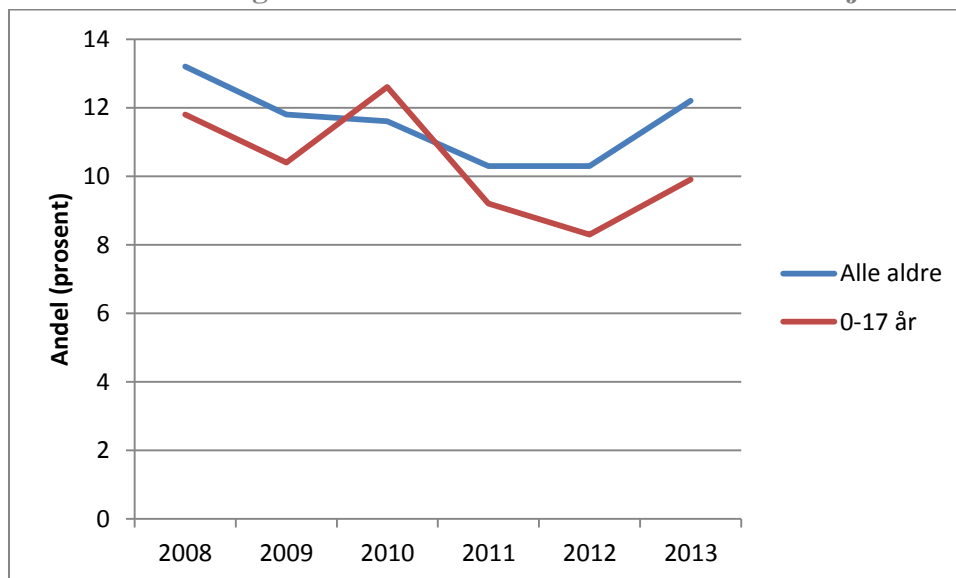
Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Med oppvekst- og levekårsforhold menes for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og utdanningsforhold. Økonomiske forhold kan omfatte andel med lavinntekt og inntektsforskjeller. Arbeid omfatter bl.a. tilknytning til arbeidslivet,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

Fakta: Sosial ulikhet i helse er helseforskjeller som varierer systematisk langs sosiale dimensjoner. Statistisk sett er det slik at for hvert steg man beveger seg oppover den sosioøkonomiske stigen, jo bedre helse. Dette blir ofte omtalt som gradienten og gradientutfordringen. Helseforskjeller er et produkt av forskjeller i ressurser, levekår og muligheter, og forskjellene skapes i oppvekstmiljø, arbeidsliv, fritid o.l. De mest effektive tiltakene mot sosial ulikhet retter seg mot hele befolkningen, i form av tiltak som bidrar til sosial utjevning. Dette bør kombineres med mer målrettede tiltak overfor de mest utsatte gruppene (Folkehelse rapporten 2014).

Levekår

Lavinntekt

Andel husholdninger i Dønna med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt



Kilde: SSB. Personer i husholdninger i Dønna kommune med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Hentet 01.07.15.

Tall fra 2013 viste at 12,2 prosent av befolkningen i Dønna bor i lavinntektsfamilier. For landet som helhet lå andelen på 10,5 prosent. Ser man på aldersgruppen 0-17 år i lavinntektshusholdninger er andelen 9,9 prosent. For landet som helhet var andelen 11 prosent. Siden 2008 har det vært svingninger i andel personer i husholdninger med lav

inntekt. Det var økning i begge gruppene (*alle aldre* og *0-17 år*) fra 2012 til 2013 i Dønna kommune.

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

Enslige forsørgere

Andel barn av enslige forsørgere er i Dønna kommune 15 prosent. Sammenlignet med landsgjennomsnittet er dette på samme nivå. Det å være enslig forsørger øker sannsynligheten for at husholdningen klassifiseres som en lavinntektshusholdning sammenliknet med det å ha to inntekter i husholdningen.

Boligsituasjon

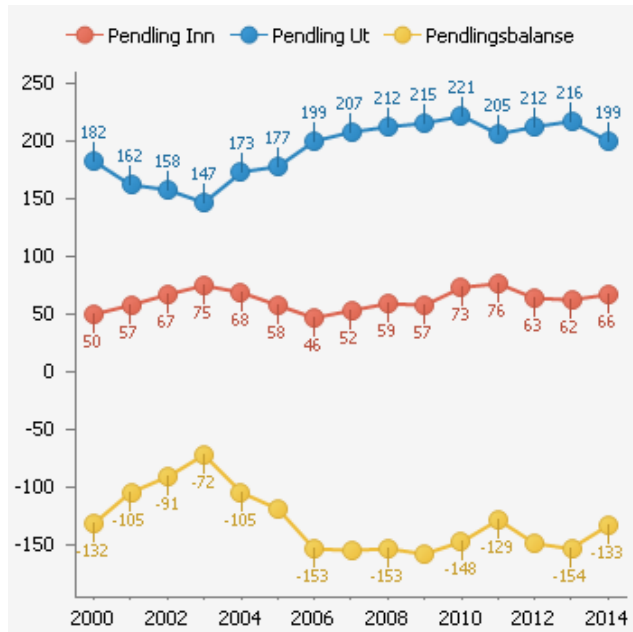
Boligsosial plan er under utarbeidelse i samarbeid med Helgeland regionråd. Dønna kommunens utleieboliger eies av kommunen og Dønna boligstiftelse og forvaltes av kommunen (utleie, vedlikehold, m.v.). Per i dag er det ingen som kommer inn under definisjonen bostedsløse. I kommunen forventes det et økt boligbehov som følger av bosetting av flyktninger.

Arbeid og deltakelse

Pendling

Dønna er en del av et større bo- og arbeidsmarked på ytre Helgeland. Særlig er det mange som pendler til og fra Alstahaug. Etter Tøventunellen kom har Mosjøen blitt lettere tilgjengelig, men kostnadene til pendlingen har også økt.

Arbeidspendling, antall inn- og utpendlere i Dønna kommune



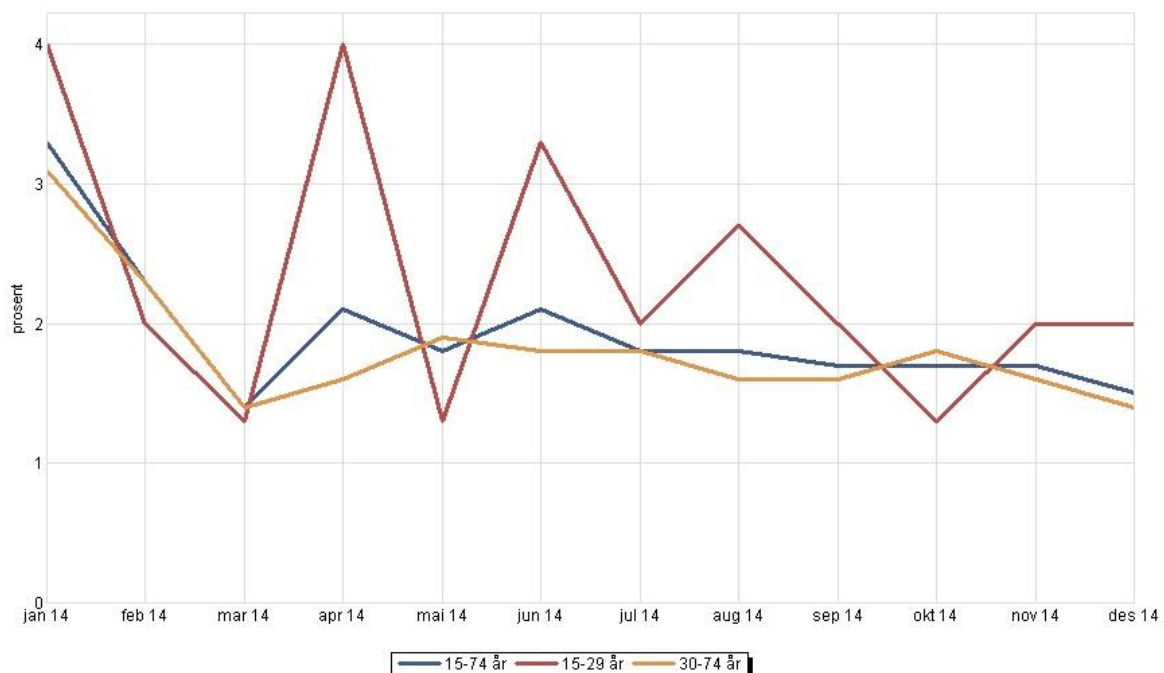
Kilde: SSB/KommuneProfilen – Arbeidspendling, antall inn- og utpendlere i Dønna kommune, 2000-2014.

I 2014 hadde Dønna en pendlingsbalanse på -133, det vil si at det er flere som pendler ut av kommunen enn inn i kommunen.

Arbeidsledighet

Arbeidsledigheten i Dønna kommune lå i 2014 på 1,9 prosent mot 2,8 prosent nasjonalt. Dette tilsvarer omtrent 15 personer i Dønna kommune.

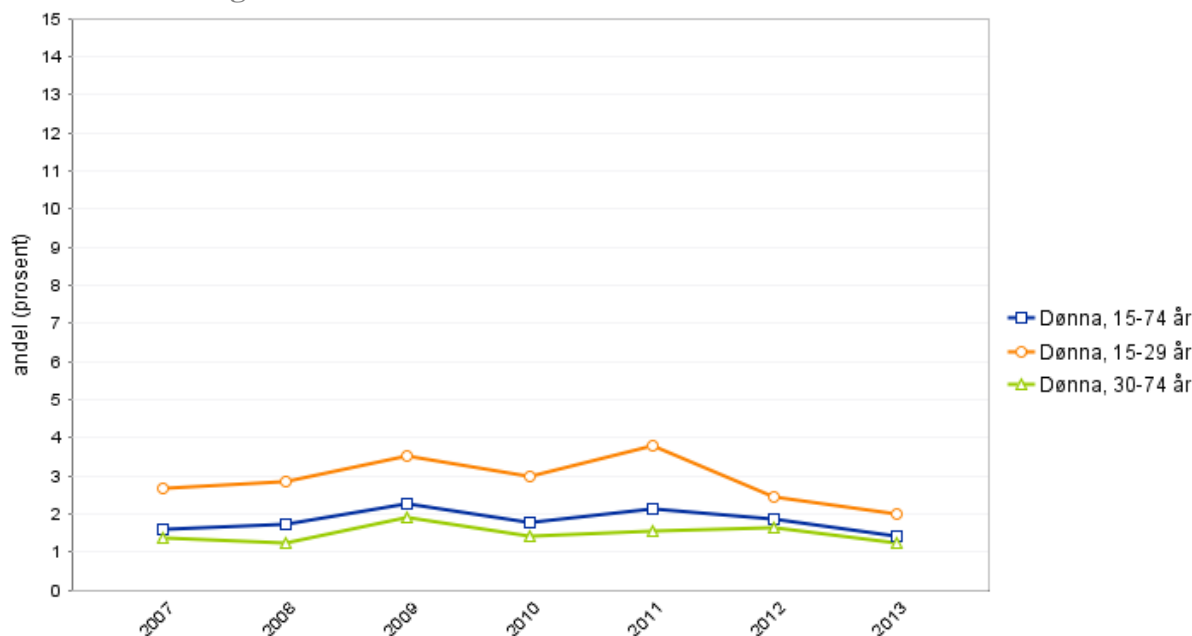
Andel arbeidsledige i Dønna kommune fordelt på alder 2014



Kilde: SSB. Andel arbeidsledige fordelt på alder 2014.

Dersom man ser på andel arbeidsledige etter alder ser man at for aldersgruppen 15-29 år varierte arbeidsledigheten mellom 1,3 og 4,0 prosent i 2014. Dette tilsvarer mellom 2 og 6 personer i Dønna kommune. For aldersgruppen 30-74 år varierte arbeidsledigheten mellom på 1,4 prosent og 3,0 prosent i 2014. Dette tilsvarer mellom 7 og 16 personer i Dønna kommune.

Andel arbeidsledige i Dønna kommune 2007-2013



Kilde: Kommunehelse statistikkbank (Hentet 01.07.15). Andel arbeidsledige i Dønna kommune fordelt på alder.

Når man ser på utviklingen i arbeidsledighet i kommunen siden 2007 ser man andelen som er arbeidsledig i aldersgruppen 15-29 år til en hver tid er høyere enn for aldersgruppen 30-74 år.

Andel arbeidsledige i HALD 15-74 år januar-september 2015

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

Kilde: NAV. Arbeidsledige 15-74 år i 2015.

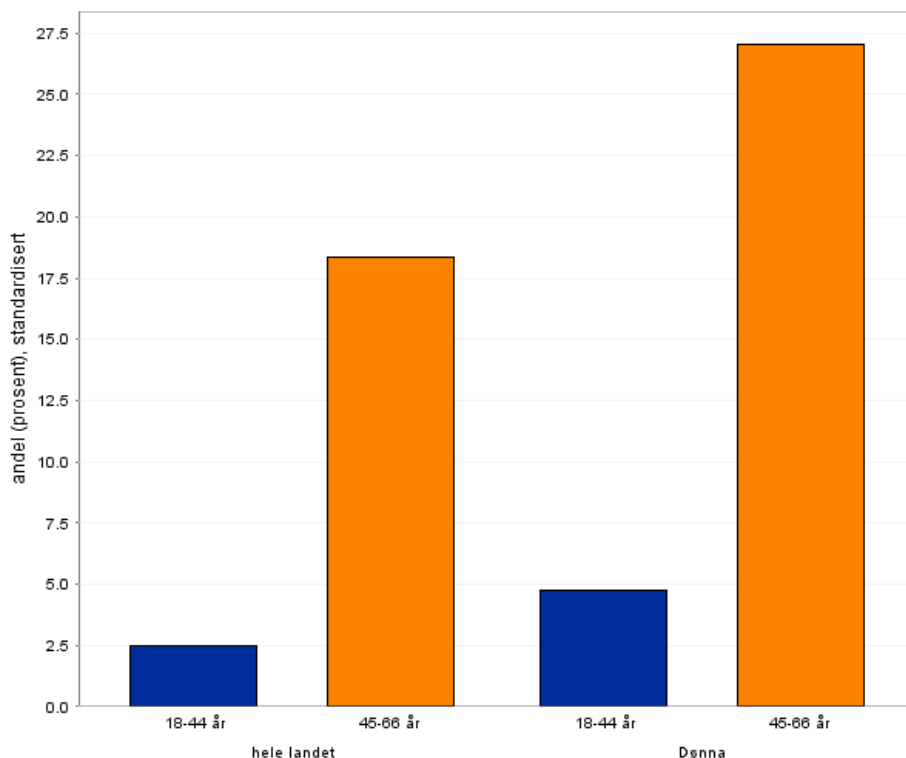
Sammenliknet med nabokommunene er andelen arbeidsledige i Dønna kommune vært lavere i hele 2015.

Uføretrygd

Fakta: Uføreytelser er stønadsordninger for å sikre inntekt til livsopphold for personer 18-66 år som har fått inntektsevnen varig nedsatt på grunn av sykdom eller funksjonshemming.

Total andel varig uføretrygdede (18-66 år) i Dønna kommune var for perioden 2011-2013 14,0 prosent for begge kjønn samlet. Nasjonalt var andelen 9,2 prosent for samme periode.

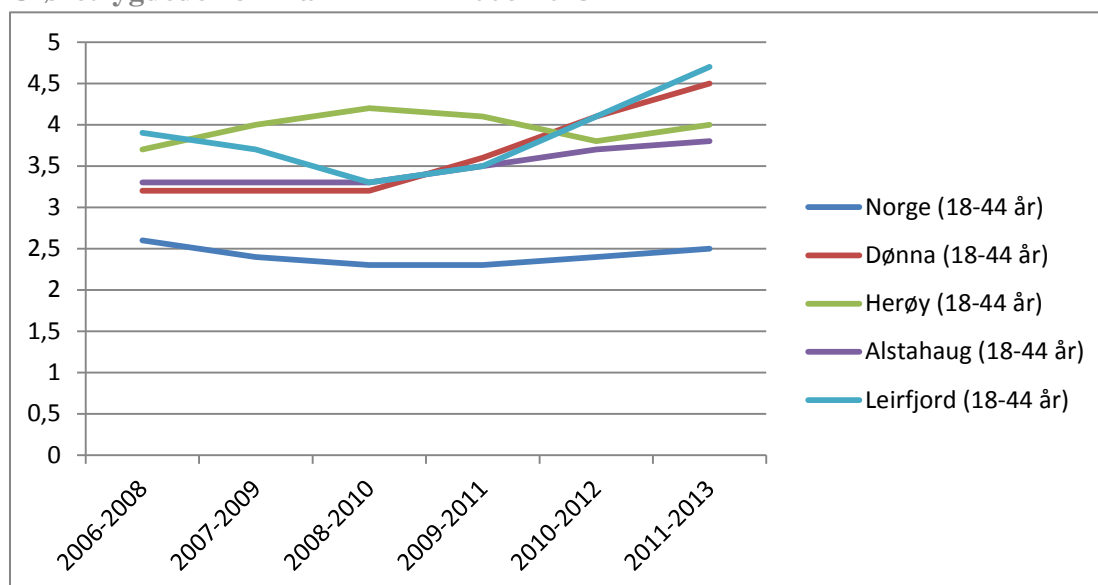
Andel varig uføretrygdede i Dønna kommune fordelt på alder, 2011-2013



Kilde: Kommunehelse statistikkbank. Andel uføretrygdede i Norge og Dønna fordelt på alder, 2011-2013. Figuren viser 3 års glidende gjennomsnitt.

Ser man nærmere på uføretrygdede i kommunen fordelt på alder ser man at andel uføre i alderen 18-44 år er høyere i Dønna kommune (4,7 %) enn gjennomsnittet for landet (2,5 %). For aldersgruppen 45-66 år er andelen uføre betydelig høyere i Dønna kommune (27,0 %) enn landet for øvrig (18,4 %).

Uføretrygdede 18-44 år i HALD 2006-2013



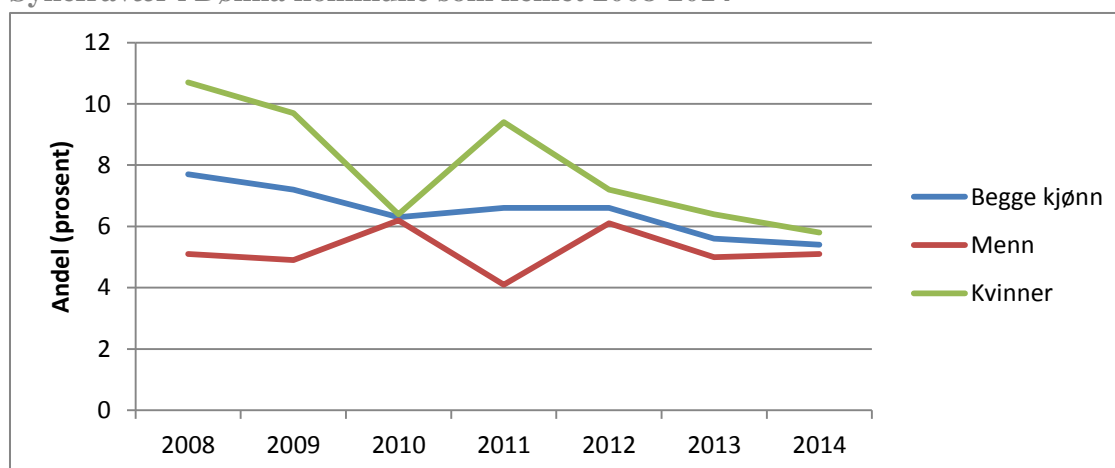
Kilde: Kommunehelse statistikkbank. Uføretrygdede 18-44 år. Nedlastet 23.04.2015.

Andel unge uføretrygdede (18-44 år) i Dønna har vært høyere over flere år sammenliknet med landsgjennomsnittet. I tillegg ser man at det i perioden 2008-2013 har vært økning i andel unge uføre fra 3,2 prosent i 2008 til 4,5 prosent i 2013.

Sykefravær

Sykefraværet i kommunen som helhet, alle næringer samlet, har hatt en positiv utvikling de siste årene. I 4.kvartal 2014 lå sykefraværet i Dønna kommune på 5,4 prosent for alle næringer og begge kjønn samlet. Nasjonalt var sykefraværet i 2014 på 5,4 prosent.

Sykefravær i Dønna kommune som helhet 2008-2014

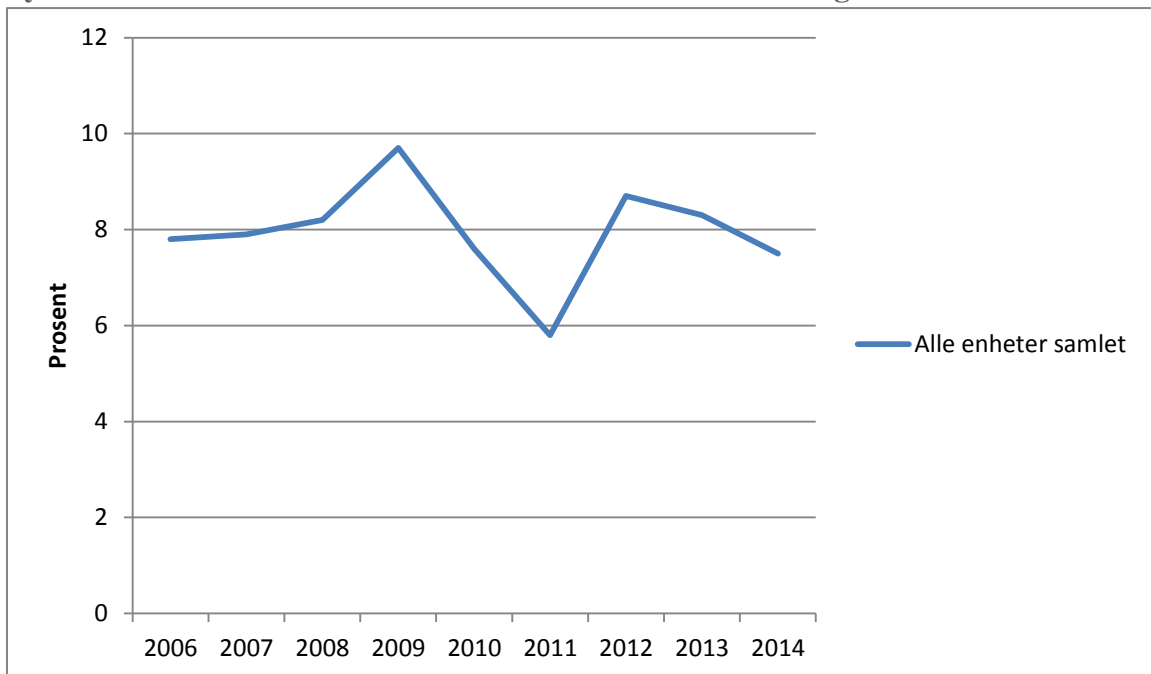


Kilde: SSB – Legemeldt sykefravær i Dønna kommune i 4.kvartal 2008-2014, fordelt etter kjønn.

Sykefraværet har i perioden 2008-2014 vært varierende for både kvinner og menn. Andelen sykemeldte kvinner har siden 2008 vært høyere enn for menn i Dønna kommune som helhet. I 4.kvartal 2014 var andelen kvinner med sykefravær 5,8 prosent mot 5,1 prosent blant menn.

Sykefraværet blant kvinner i Dønna kommune som helhet er lavere enn landsgjennomsnittet. Nasjonale tall viser 7,1 prosent sykefravær blant kvinner. Sykefraværet blant menn i Dønna kommune som helhet er høyere enn landsgjennomsnittet. Nasjonale tall viser 4,0 prosent sykefravær blant menn.

Sykefravær blant ansatte med Dønna kommune som arbeidsgiver 2006-2014



Kilde: Dønna kommune/Visma. Sykefravær blant ansatte med Dønna kommune som arbeidsgiver 2006-2014. Prosent.

Sykefraværet blant ansatte med Dønna kommune som arbeidsgiver lå i 2015 på 5,2 prosent for alle enheter samlet. Dette er en nedgang sammenliknet med året før hvor sykefraværet lå på 7,5 prosent. Det er store variasjoner mellom enhetene i kommunen når det gjelder sykefravær. Tall på enhetsnivå viste at sykefraværet i 2013 varierte mellom 0,8 og 22 prosent.

Dønna kommune har undertegnet intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). IA-avtalen bygger på en tradisjon for samarbeid og tillit mellom myndigheter, arbeidstakere og arbeidsgivere i Norge, både sentralt og lokalt. Avtalen bygger på en felles erkjennelse av at aktivitet gjennom arbeid fremmer helse og at tidlig iverksetting av aktive tiltak vil kunne forebygge frafall fra arbeid.

Den første IA-avtalen mellom Dønna kommune og NAV Arbeidslivssenter ble undertegnet i desember 2001, med en varighet på fire år. Bakgrunnen av en utvikling der stadig flere gikk ut av arbeidslivet og over på varige trygdeordninger. Høsten 2003 ble avtalen evaluert, og i desember samme år signerte partene en erklæring om videreføring ut avtaleperioden. Avtalen ble evaluert på nytt høsten 2005, og den 14.12.2005 ble det inngått en ny intensjonsavtale om et inkluderende arbeidsliv med varighet til 31.12.2009. 24. februar 2010 ble partene enige om en ny IA-avtale, som varte frem til 31. desember 2013. Den siste IA-avtalen varer til 31. desember 2018.

Målet for perioden 2014-2018 er 20 prosent reduksjon i sykefraværet blant Dønna kommunes ansatte.

Enhet	Gj.snitt for perioden 2011-2013	Reduksjon	Mål for perioden 2014-2018
Rådmannens stab	7,8 %	-20 %	20 % nedgang fra periode 2011-2013 utgjør et sykefravær på 6,1 %. Mål: Dønna kommune skal ikke ha et sykefravær som overstiger 5,6 %.
DOS	7,5 %		
Hjemmetjenesten	11,3 %		
DBU	7,3 %		
Løkta oppvekstsenter	4,4 %		
Dønna barnehage	12,1 %		
Voksenopplæringen	9,3 %		
Teknisk etat	4,5 %		
Helse og lege	12,3 %		
Sum Dønna kommune	7,6 %		

Kilde: IA-handlingsplan for Dønna kommune 2014-2018. Oversikt over gjennomsnittlig sykefravær fordelt på enheter i perioden 2011-2013 og mål for sykefraværet i perioden 2014-2018.

Utdanning

Barnehage

Dønna kommune har to offentlige og en privat barnehage. Dønna barnehage har tre avdelinger, to på Solfjellsjøen og en på Bjørn. Høsten 2015 er det 37 barn i Dønna barnehage (52 plasser). Det er en barnehage ved Løkta oppvekstsenter. Den private barnehagen Drømmehagen på Stavseng har høsten 2015 13 barn i barnehagen (15 plasser).

I kommunen er det full barnehagedekning. Sviktende barnetall gjør at det til en hver tid er ledige plasser i barnehagene.

Skole

I Dønna kommune er det 4 skoler, to offentlige skoler og to private montessoriskoler. Dønna barne- og ungdomsskole ligger sentralt plassert på Solfjellsjøen på Dønna og har 128 elever skoleåret 2015/16.. Det er en 1.-10. skole hvor elever fra de private skolene begynner når de kommer i ungdomsskolen. Løkta oppvekstsenter ligger på øya Løkta. Det er en 1.-10.skole med 19 elever. Det er et oppvekstsenter hvor de også har barnehage. De to private skolene er lokalisert på henholdsvis Bjørn og Stavseng. Bjørn montessoriskole er en 1.-7. skole med 11 elever skoleåret 2015/16. Nord Dønna montessoriskole er en 1.-7. skole og har 23 elever skoleåret 2015/16.

Det er spesielt at vi har to private montessoriskoler på en så liten øy, men dette skyldes nedlegging av kretsskoler.

Når det gjelder trekk ved læringsmiljø og elevprestasjoner så kan det trekkes frem at kommunen har høy lærertetthet (spesialet på de mindre skolene). Det har vært forholdsvis gode resultater på nasjonale prøver sammenlignet med nasjonalt nivå. Her er det jentene som drar opp snittet.

I Dønna kommune ligger man høyt på andel elever med spesialundervisning. Skoleåret 2014/15 hadde 16,5 prosent av elevene spesialundervisning mot 8,3 prosent nasjonalt. Det er en nasjonal trend at guttene dominerer når det gjelder spesialundervisning, det samme gjelder i Dønna. Her er andelen gutter noe høyere enn nasjonalt.

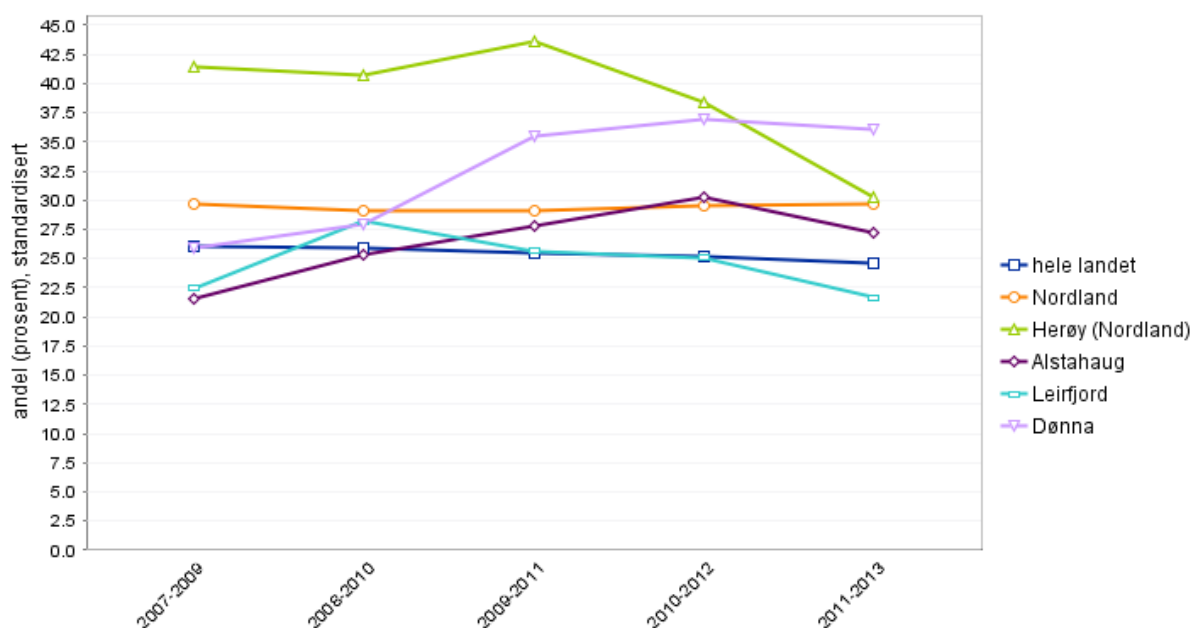
Helsefremmende skoler og barnehager

Skolene og barnehagene i Dønna kommune har gjennom samarbeidsavtalen om folkehelse (2014-2016) med Nordland Fylkeskommune forpliktet seg til å jobbe for å bli helsefremmende skoler og -barnehager. Det er utarbeidet et kriteriesett som styrer dette arbeidet.

Frafall i videregående skole

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

Frafall i videregående skole 2007-2013



Kilde: Kommunehelsa statistikkbank. Frarafall i videregående skole. Nedlastet 03.07.15.

I Dønna kommune har frafallet i videregående økt de siste årene. Gjennomsnittlig frafall i perioden 2011-2013 lå på 36,1 % mot 24,6 nasjonalt. Dette tilsvarer 8 personer i Dønna kommune.

Utdanningsnivå

Tall fra SSB viser at:

- I Dønna kommune (38,6 %) er det en høyere andel som har grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå sammenliknet med både Nordland fylke (33 %) og Norge som helhet (27,3 %).
- I Dønna kommune (18,3 %) er det en lavere andel som har kort eller lang universitets- og høgskoleutdanning sammenliknet med både Nordland fylke (24,3 %) og Norge som helhet (31,4 %)
- En høyere andel av kvinner (24,4 %) enn menn (14,6 %) i Dønna kommune har kort eller lang universitets- og høgskoleutdanning. Denne fordelingen ser vi også i landet som helhet.

Utdanningsnivå i Dønna kommune 2014 fordelt på kjønn

Utdanningsnivå		Personer 16 år og over (prosent)
Grunnskolen	Begge kjønn	38,6
	Menn	39
	Kvinner	38,1
Videregående skole	Begge kjønn	42,1
	Menn	46,3
	Kvinner	37,5
Universitets- og høgskole kort (1-4 år)	Begge kjønn	16,4
	Menn	11,5
	Kvinner	21,7
Universitets- og høgskole lang (5 år eller mer)	Begge kjønn	2,9
	Menn	3,1
	Kvinner	2,7

Kilde: SSB – Utdanningsnivå i Dønna kommune i 2014 fordelt på kjønn.

Oppvekst

Mobbing, plaging og utfrysing

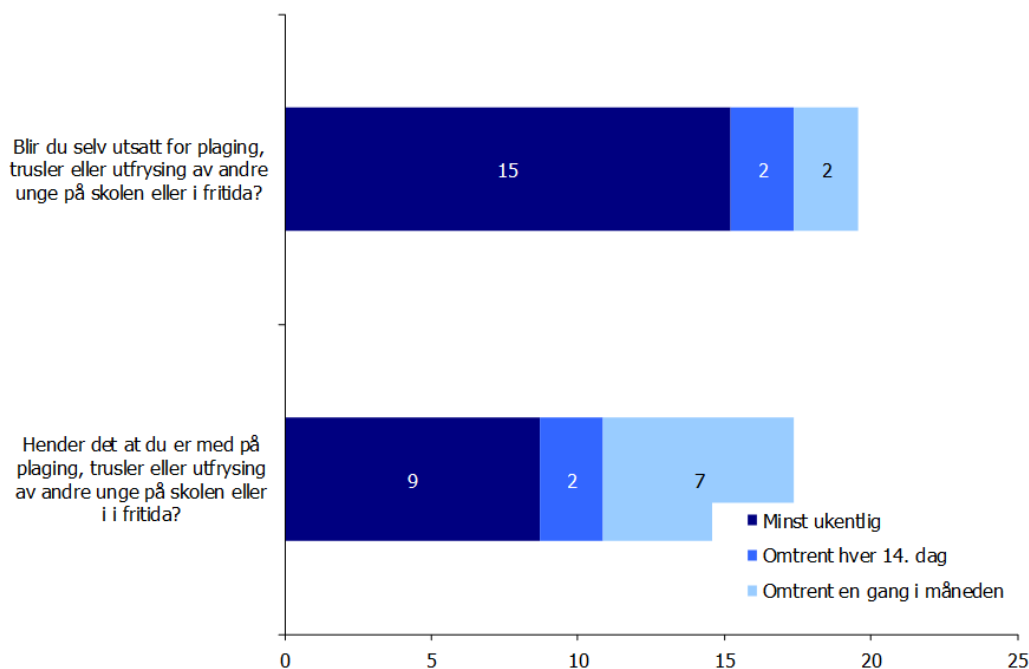
Resultater fra elevundersøkelsen 2013-2015 viser at mobbing er lite utbredt blant elevene i kommunen. Gjennomsnittsscore for mobbing i perioden 2013-2015 var 1,1 i Dønna kommune mot 1,2 nasjonalt. Indikatoren består av følgende spørsmål:

- Er du blitt mobbet på skolen de siste månedene?
- Svaralternativer: Ikke i det hele tatt – En sjelden gang - 2 eller 3 ganger i måneden - Omtrent 1 gang i uken - Flere ganger i uken

Gjennomsnittsverdien for indikatoren *Mobbing på skolen* er i Elevundersøkelsen beregnet ut fra hvor mange som opplever at de blir mobbet og hvor ofte de blir mobbet. Verdien gir ikke antall elever som i snitt mobbes. En og samme verdi kan enten indikere at mange krysser av at de mobbes sjelden eller at færre krysser av at de mobbes hyppig. I Skoleporten tyder et

gjennomsnitt ned mot verdien 1 på lite mobbing i skolen. For utdypende forklaring se <https://skoleporten.udir.no>

Andel som utsettes for eller deltar i plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida



Kilde: Ungdata 2014. Andel ungdomsskoleelever som utsettes for eller deltar i plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritiden.

Tall fra Ungdata 2014 viser at:

- 17 prosent av ungdomsskoleelevene i Dønna kommune oppgir å bli utsatt for mobbing minst hver 14. dag mot 7 prosent nasjonalt. Dette tilsvarer 8-9 personer.
- Få oppgir å bli utsatt for digital mobbing: 2 prosent ukentlig, 2 prosent omtrent hver 14 dag og 2 prosent omtrent en gang i måneden.
- Til sammen 15 prosent oppgir at de minst ukentlig blir utsatt for plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller i fritiden. Jentene (27 %) oppgir å være mer utsatt for dette ukentlig enn guttene (5 %).
- Til sammen 9 prosent oppgir at de minst ukentlig er med på plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritiden. Guttene (14 %) oppgir å utøve mobbing ukentlig oftere enn jentene (5 %). Videre oppgir 5 prosent av guttene og 19 prosent av jentene å utøve plaging, trusler eller utfrysning omtrent hver 14. dag eller månedlig.
- 20 prosent av guttene og 29 prosent av jentene oppgir at de ofte gruer seg til å gå på skolen. Dette tilsvarer ca. 10 personer.

Tall fra Ungdataundersøkelsen og Elevundersøkelsen viser motstridende resultater når det gjelder mobbing blant ungdomsskoleelever i kommunen.

Tilgjengelighet til helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Helsestasjon

På helsestasjonen i Dønna kommune er ansatt en helsesøster i full stilling (Ett årsverk). Jordmor er tilgjengelig en dag per måned (0,05 årsverk).

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

Skolehelsetjeneste

Fast kontortid på Dønna barne- og ungdomsskole tirsdager mellom kl 09.30 og 12.30. I tillegg kommer tid på de 3 andre skolene som er ut fra behov, undervisning og ansvarsgruppemøter.

Veldig mye av tiden i skolehelsetjenesten går med til oppfølging av enkeltelever gjennom ansvarsgruppemøter og individuelle samtaler. Det blir for lite tid til undervisning i klassene (primærforebyggende tiltak)

Når det gjelder skolehelsetjenesten kommer helsesøster til å jobbe for at kontoret som nå er i et bygg som er elevfritt flyttes til bygget hvor elevene er. Ønsket er å få kontor i samme bygg som mellom- og ungdomstrinnet. Sånn som situasjonen er nå blir helsesøster mindre synlig og tilgjengeligheten for elevene blir dårligere.

Status oppvekst og levekår

Andel barn som bor i lavinntektsfamilier i Dønna kommune ligger på 9,9 prosent og er på samme nivå som landet som helhet på 10 prosent. Dette tilsvarer omtrent 31 barn i Dønna kommune. Siden 2008 har det vært svingninger i andel personer i husholdninger med lav inntekt. Det var økning i begge gruppene (*alle aldre* og *0-17 år*) fra 2012 til 2013 i Dønna kommune. Andel barn av enslige forsørgere er i Dønna kommune 15 prosent.

Arbeidsledigheten i Dønna kommune lå i 2014 på 1,9 prosent mot 2,8 prosent nasjonalt. Dette tilsvarer omtrent 15 personer i Dønna kommune. Dersom man ser på andel arbeidsledige etter alder ser man at for aldersgruppen 15-29 år varierte arbeidsledigheten mellom 1,3 og 4,0 prosent i 2014. Dette tilsvarer mellom 2 og 6 personer i Dønna kommune. For aldersgruppen 30-74 år varierte arbeidsledigheten mellom på 1,4 prosent og 3,0 prosent i 2014. Dette tilsvarer mellom 7 og 16 personer i Dønna kommune.

Informasjon om uføretrygdede i kommunen fordelt på alder viser at andel uføre i alderen 18-44 år er høyere i Dønna kommune (4,7 %) enn gjennomsnittet for landet (2,5 %). For aldersgruppen 45-66 år er andelen uføre betydelig høyere i Dønna kommune (27,0 %) enn landet for øvrig (18,4 %). Andel unge uføretrygdede (18-44 år) i Dønna har vært høyere over flere år sammenliknet med landsgjennomsnittet. I tillegg ser man at det i perioden 2008-2013 har vært økning i andel unge uføre fra 3,2 prosent i 2008 til 4,5 prosent i 2013.

I Dønna kommune har frafallet i videregående økt de siste årene. Gjennomsnittlig frafall i perioden 2011-2013 lå på 36,1 % mot 24,6 nasjonalt. Dette tilsvarer ca. 8 personer i Dønna kommune. Videre er utdanningsnivået i Dønna kommune er lavere enn landsgjennomsnittet.

Tall fra Ungdataundersøkelsen og Elevundersøkelsen viser motstridende resultater når det gjelder mobbing blant ungdomsskoleelever i kommunen. Mens Ungdata viser at andel ungdomsskoleelever som oppgir å bli mobbet i Dønna kommune (17 %) er mye høyere enn landsgjennomsnittet (7 %) viser Elevundersøkelsen at mobbing er lite utbredt blant ungdommene.

Konsekvenser og årsaksforhold

Sviktende fødselstall gjør at en hele tiden må vurdere nedleggelse av avdeling i Dønna barnehage.

Gjennom kartleggingen *Vårres unga – vårres framtid* som ble gjennomført høsten 2015 er det tatt tak i flere av problemstillingene som er nevnt ovenfor. Det er blant annet dannet en gruppe som jobber med problemer innen barnefattigdom og frafall i videregående skole.

Sosial ulikhet i helse

Arbeid og utdanning har stor betydning for helse og levekår. Dønna kommune har en utfordring når det gjelder unge uføre, man har en økning i andel barn som lever i lavinntektsfamilier, det er et økende frafall i videregående skole og utdanningsnivået i kommunen er lavere enn landsgjennomsnittet. Disse faktorene viser at Dønna kommune må ha fokus på utjevning av sosiale ulikheter i helse i sitt tjenestetilbud.

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere både psykisk og fysisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. Ofte er årsakene sammensatte og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning, livsstilsfaktorer og andre sosiale forhold kan påvirke andelen som søker uføretrygd.

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse og en økning i andel barn og voksne i lavinntektsfamilier i kommunen kan føre med seg flere utfordringer. Forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død (Folkehelse rapporten 2014). «*Barn og ungdom i lavinntektsfamilier opplever sin helse som dårligere enn barn og ungdommer flest gjør, og disse forskjellene er enda større når vi spør foreldrene*» (Sandbæk og West Pedersen 2010). Videre kan dårlig økonomi være en begrensende faktor for deltakelse på forskjellige kultur- og fritidsarrangementer.

Frafall i videregående skole

Frafall i videregående skole er knyttet til helse- og levekårsproblemer senere i livet. Tilknytningen til arbeidsmarkedet blir også markant bedre når videregående skole er fullført. De som avbryter skolegangen på videregående skole har større sjanser for å havne utenfor eller i en marginal posisjon i arbeidsmarkedet. Sannsynligheten for å være registrert som arbeidssøker hos NAV og for å motta offentlig støtte er også mye høyere i denne gruppen enn i andre utdanningsgrupper (Dahl, Bergsli og van der Wel 2014).

Det er også veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Den viktigste årsaken til dette er at utdanning påvirker folks muligheter på arbeidsmarkedet, som igjen har stor innflytelse på faktorer som inntekt, helse og risiko for arbeidsledighet.

Mobbing

Det er vanskelig å gi konkrete årsaker til at undersøkelser om mobbing gir forskjellige resultater. Uavhengig av om mobbing er mye eller lite utbredt så vil det være viktig å ha et kontinuerlig og systematisk forebyggende arbeid mot mobbing. Mobbing kan ha konsekvenser for mange involverte, både den som utsettes for mobbing, den som utfører handlingen, familien til de direkte involverte og de som har en skolehverdag hvor man blir vitne til at det foregår negative handlinger mot medelever.

Forskning viser at hva som skjer hjemme har stor betydning for hva slags samspillmønster barn utvikler. Dersom foreldre stadig krangler om småting, havner i trøbbel med naboen, eller har en væremåte som forteller ungene at det er greit å snakke nedsettende om andre, lærer barna å samhandle med andre på denne måten. Slike samhandlingsmønstre tar barnet med seg på skolen og på fritidsaktiviteter. Det kan føre til at barnet stadig havner i konflikter, ikke klarer å løse konflikter, forutser i mindre grad konsekvenser av egne handlinger, og tar lite ansvar for eget bidrag til konflikter (Jørgensen 2012).

I arbeidet med å forebygge mobbing vil holdningsskapende arbeid på alle nivåer i kommunen være viktig og foreldre vil være en svært viktig målgruppe for det holdningsskapende arbeid.

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Nærmiljøene der vi lever og bor kan enten fremme eller hemme mulighetene for god helse. Frisk luft, rent vann og godt inn klima er grunnleggende forutsetninger for god helse. Videre er det viktig at en i nærmiljøutvikling legger til rette for fysisk aktivitet gjennom universell utforming, grønne områder, gang- og sykkelveier, lekeplasser og liknende. I tillegg er det å legge til rette for helsefremmende nærmiljøer viktig for deltakelse og sosiale møteplasser. Et virkemiddel for å påvirke befolkningen til sunn helseatferd er derfor gjennom planlegging og tilrettelegging av de fysiske omgivelsene. Med begrepene fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø refereres det til kapittel 3 i folkehelseloven (Miljørettet helsevern).

Miljørettet helsevern

Drikkevannskvalitet

Dønna kommune har et offentlig vannverk. Dette vannverket henter råvannet fra en overvannskilde som ligger i Ravnskaret ved Dønnamannen. Kvaliteten på råvannet er god. Vannet er svakt surt med en pH på 5,6-6,0 og det er noe humus i vannet. Utover det er det god kvalitet på råvannet. I etterkant av behandling på vannrenseanlegget tilfredsstiller drikkevannet de krav som stilles av mattilsynet for å ha et godkjent drikkevann.

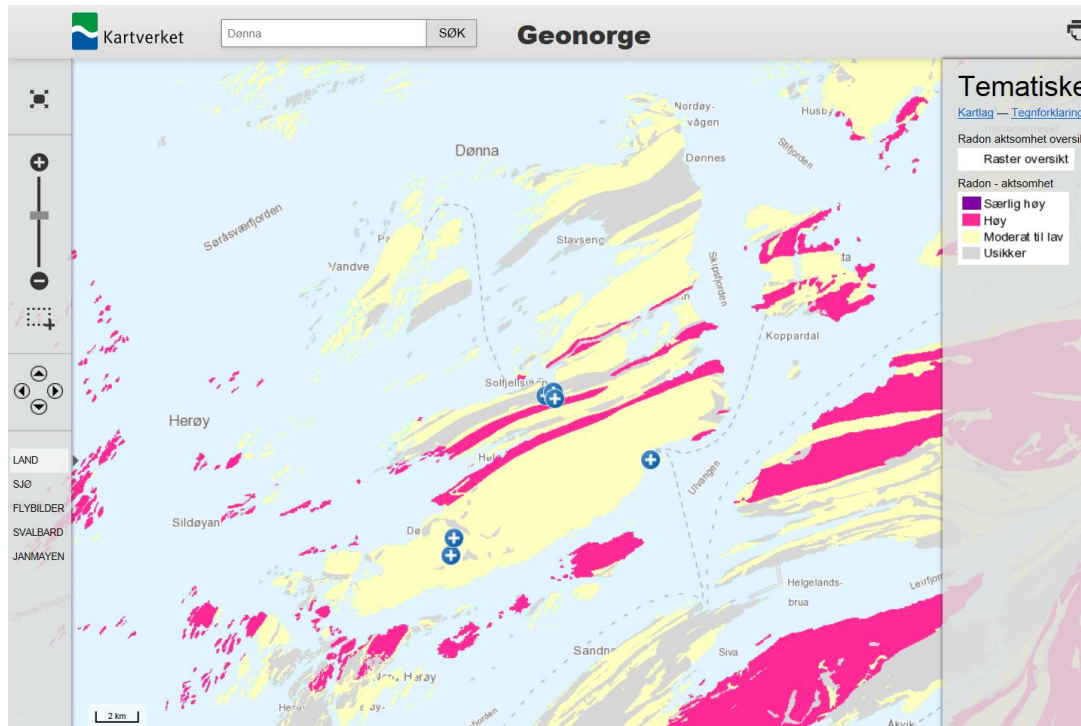
De aller fleste, både innbyggere og fritidseiere, har innlagt kommunalt drikkevann. Noen få har eget drikkevann enten fra lokal brønn eller grunnboring. Disse har varierende kvalitet på råvannet og behandler selv vannet før det tas i bruk, enten ved ulike rensemetoder eller koking. Totalt er det 1200 abonnenter til det kommunale vannet mens det er i underkant av 100 som har vann fra egen kilde.

Forekomst av radon

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

Norges Geologiske Undersøkelse har utarbeidet aktsomhetskart for radon. Størstedelen av de bebygde områdene i Dønna kommune er merket med moderat til lav aktsomhet eller usikker aktsomhet. Nærmere informasjon og detaljer finnes på www.ngu.no

Aktsomhetskart for radon



Kilde: Norges Geologiske undersøkelse, aktsomhetskart for radon, nedlastet 01.09.15
www.ngu.no

Det er ikke registrert bygninger, offentlig eller private, i kommunen som har behov for spesielle tiltak vedrørende radon. Imidlertid krever gjeldende plan- og bygningslov alle nybygg å gjennomføre tiltak for å forbygge plager med radon.

Miljørettet helsevern, godkjente barnehager og skoler

Dønna kommune har ingen offentlige skoler eller barnehager som er vurdert og godkjent etter Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. Prosessen med godkjenning er satt i gang i samarbeid med Stamina og forventes ferdig i løpet av vår 2016. Private skoler og barnehage er godkjent i 2010. Kommunen (ved kommuneoverlege) er godkjenningmyndighet.

Støy

Det er ikke registrert området i Dønna kommune som er spesielt utsatt for støy. Industrien i kommunen er i hovedsak tilknyttet til primærnæringene, landbruk og fiske, og vi har ingen større industribedrifter. Biltrafikk langs veien utgjør største del av støybildet og består i hovedsak av personbiler og varetransport til detaljhandel og landbruk.

Luftkvalitet og forurensning

Luftkvaliteten er god og vi har ikke registrert noen forurensningsutsatte områder. Det er en gjenbruksstasjon på Dønna (SHMIL IKS) som samler inn avfall fra privatpersoner og næringsdrivende. Dette avfallet fraktes i kontainer til Vefsn og vi har ingen søppelplass i kommunen.

Fysisk tilrettelegging

Gang- og sykkelveier

Det offentlige veinettet i Dønna (omtrentlige tall) består av 110 km fylkesvei og 55 km kommunal vei. Av dette er det totalt 2,9 km med gang- og sykkelvei sentralt på Solfjellsjøen og Bjørn som fylkeskommunen forvalter.

Det kommunale veinettet består i hovedsak av smale grusveier med et kjørefelt. De kommunale veiene tilfredsstiller ikke de utformingskrav som omtales i Statens vegvesens håndbok N100 – Veg- og gateutforming, datert juni 2014.

Flere av veistrekningene i Dønna kommune er smale og/eller uten belysning. Disse veistrekningene kunne vært benyttet til aktiv transport for mange på vei til arbeid og skole, men blir ansett som trafikkfarlig og brukes i hovedsak til biltrafikk.

Turstier, områder for rekreasjon og friluftsliv

I Dønna kommune er det gode muligheter for å drive friluftsliv. I kommunen finner man alt fra høye fjell og innlandsnatur til kystnatur med fjære, holmer og skjær.

Dønna kommune er i gang med flere prosjekter innen friluftsliv:

- Kartlegging og verdisetting av friluftsområder i samarbeid med Helgeland friluftsråd. Dette arbeidet vil være ferdig i løpet av vår 2016
- Innføring av TellTur som er friluftsrådernes elektroniske turtellingssystem
- Merking av turstier i forbindelse med Turskiltprosjektet
- I forbindelse med revidering av Dønna kommunes kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser høsten 2014 er det utarbeidet en oversikt over turstier og friluftsområder.

Det er lite informasjon tilgjengelig for befolkningen om mange av de gode friluftsområdene og nærturene som vi har. Det finnes en del gapahuker, bålplasser, gamle og lignende som fritt kan benyttes av f. eks. barnefamilier, men kommunen har ingen oversikt over disse.

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

Turstier med registreringskasse/-bøker

Oversikten inneholder kort vurdering av tilstand og bruk.

Følgende kriterier ble brukt i vurderingen:

1. Brukbar tilstand
2. Behov for utbedring/oppussing

Tursti	Tilstand og kommentar	Bruk
Bjørnsfjellet	2 - Umerket. Bør merkes bedre.	Mye
Dønnamannen	1 - Selve stien er godt merket, men det bør reduseres til kun ett samleskilt med informasjon ved start både på Teigstad og Hagen	Mye
Åkvikfjellet	2 - Umerket. Bør lages skilt ved startpunkt.	Mye
Artigveien i Skaga	1	Mye
Klubben (ved Nordvika)	2 – Umerket	Middels
Gleinsfjellet	2 - Bør merkes bedre da deler av sti går gjennom gårdstun. Rehabilitering av selve stien.	Mye
Falkeskolten	2 –Umerket	Middels
Bøåsen turløype. Universell utforming.	2- Trenger rehabilitering. Løypa bør skoges og det bør skiltes fra vei og inn til løypa.	Mye
Dønnesfjellet - Natursti	2 - Trenger rehabilitering og oppdatert informasjon.	Mye
Røssdalsfjellet	2 - Skal merkes bedre	Middels
Hestskaret, Nordvik	2 – Umerket	Mye
Pengsteinen, Solfjellet	2 - Ønske om merking mot Ørntuven og videre til Nubban.	Mye
Nubban, Solfjellet	2 – Umerket	Mye
Sandåkerfjellet (Løkta)	1	Mye
Oldervika og rundt Sundsvannet (Løkta)	1	Mye
To bøker i tursti ved trollskogen (Løkta)	1	Mye
Strandstien (Vandve)	2 - Delvis merket	Mye
Mershågjen (Vandve)	1	Mye
Slapøya (Vandve)	1	Middels

Kilde: Kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser 2014-2017, Dønna kommune. Oversikt over turstier hvor det ligger bøker for turregistrering.

Øvrige turstier og friluftsområder

Oversikten inneholder kort vurdering av tilstand og bruk.

Følgende kriterier ble brukt i vurderingen:

1. Brukbar tilstand
2. Behov for utbedring/oppussing

Område	Tursti/Friluftsområde	Tilstand og kommentar	Bruk
Bjørn	Holandsskaret	2 - Bør skiltes og merkes	Middels
	Hestadtinden	2 - Bør skiltes og merkes	Middels
	Natursti i tilknytning til Bjørn Montessoriskole med grillkåte og gapahuk	1	Mye
	Tursti rundt øya ved fergeteiet på Bjørn. Universell utforming.	2 - Bør skiltes og merkes	Mye
	Hæstadmarka	2 - Bør merkes	Mye
Nord-Dønna	Rundt Dønnesfjellet	2	Middels
	Snekkervika	2 - Bør tilrettelegges med toalett, parkering og merking av adkomstvei	Mye
	Heia – Kystfort	1	Mye
Solfjellsjøen	Klubben - Nordvika	2	Middels
	Solfjellsjøen – Sildvika	2	Middels
	Gammel kirkeveg Våg – Nordvik	2	Lite
Skaga	Stinett mellom gamle boplasser	2	Lite
	Brevika – Strand- og friluftsområde tilrettelagt med toalett	1	Mye
Løkta	Oddan Deler er universelt utformet (grusvei). Badestrand.	1	Mye
	Skolpen - Kan gås som kort og lang runde	1 - Umerket	Mye
	Kopperdalsfjellet	2 - Bør skiltes og merkes	Mye

Kilde: Kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser 2014-2017, Dønna kommune. Oversikt over turstier og friluftsområder uten registreringsbøker.

Omfang av sosiale møteplasser

Det finnes lekeplasser tilknyttet skole eller barnehage og som også benyttes av barn og ungdom på kveldstid. Aktiviteter som foregår i lag og foreninger skaper møteplasser for dem som deltar på aktiviteten. Det er ikke så mange møteplasser hvor man kan treffe hverandre i en uformell setting og bli kjent med andre.

Tilbud og tilgjengelighet til kollektivtransport

Tilbudet og tilgjengeligheten til kollektivtransport som buss og ferge er for dårlig. Avstandene innad i kommunen og mellom Dønna og nabokommunene er store. Dette gjør at folk som ikke har tilgang til bil i mindre grad kan delta på aktiviteter som ikke skjer i sin egen grend. Særlig ser man at dette med transport kan være en problemstilling når det gjelder flyktninger og integrering. For innbyggere som bor på Løkta og Vandve ville flere fergeavganger gjort det mulig å delta på aktiviteter og fritidstilbud på Dønna i større grad. Et fergetilbud med flere avganger mellom Bjørn og Sandenssjøen ville også gjort det mulig å benytte seg av tilbud i nabokommunene i større grad.

Biologisk og kjemisk miljø

Smittsomme sykdommer

Folkehelseinstituttet har etter smittevernloven ansvar for å overvåke smittsomme sykdommer i Norge og bidra til den internasjonale overvåkingen. Folkehelseinstituttet driver Meldingssystem for smittsomme sykdommer - MSIS. Kommunen sørger etter smittevernloven for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen er sikret nødvendige smittevernhjelp. Dette kan være forebyggende tiltak, nødvendige undersøkelser, behandling og pleie utenfor institusjon og pleie i sykehjem eller annen kommunal helseinstitusjon.

Dønna kommune har utarbeidet egen smittverneplan som inneholder veiledning om nødvendige tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de spres. Dønna kommune har ikke hatt utbrudd av smittsomme sykdommer de siste fem årene som har krev spesielle tiltak fra kommunehelsetjenesten.

Helsesøster har hovedansvar for forebyggende tiltak som:

- barnevaksinasjonsprogrammet
- behov for beskyttelse / smitteverntiltak ved utenlandsopphold
- yrkes- og reisevaksinasjon

Radioaktivt nedfall

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

Husdyr som beiter i utmark tar opp radioaktivt cesium i kroppen gjennom forurensede beitevekster. Dette fører til forurensning av kjøtt og melk. Strålevernet overvåker fortsatt innholdet av radioaktivt cesium i utvalgte besetninger av sau, geit og storfe gjennom beitesesongen. Samtlige besetninger som ble overvåket i 2015 viser konsentrasjoner av radioaktivt cesium på lavere eller samme lave nivå som i 2014 (Statens strålevern). To småfbesetninger fra Alstahaug som beiter på Krutfjellet i Hattfjelldal ble målt i 2015, i disse besetningene ble det målt 20 dyr og 3 dyr lå over grensen på 600 Bq/kg kjøtt, men ingen nedføring ble gitt. Det var stort sett lave verdier på alle levendedyrmålingene i 2015. Det

foretas ikke lenger årlige målinger i HALD kommunene da disse er fritatt. Når det gjelder HALD kommunene så blir det tatt stikkprøver på slakteriet i besetninger som beiter i disse kommunene. Resultatet i 2015 viste at det var lave måleresultat på stikkprøvene (Mattilsynet avdeling Helgeland).

Sosialt miljø

Lag, foreninger, frivillige organisasjoner og frivillige organisasjoner

Dønna kommune har mange lag, foreninger og frivillige organisasjoner. Noen er svært aktive, mens andre er lite aktive. I kommunen har man ingen oppdatert oversikt over alle lag og foreninger i kommunen, men man har oversikt over idrettslag og medlemstall.

Idrettsrådet er gjenoppstått etter å ha ligget nede en stund. Folkehelsekoordinator er sekretær for idrettsrådet.

Antall medlemmer i idrettslag i Dønna kommune 2005-2014

Idrettslag	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dønna IL (Innebandy)								29		
Dønna IL (Bordtennis)					14	21	19	16	6	4
Dønna IL (Fotball)	141	117	108	92	127	109		110	108	95
Dønna IL (Friidrett)		32	21	29	40	36	45	60	40	6
Dønna Innebandyklubb									45	64
Dønna Kjøre- og Rideklubb	46	61	89	27		2				
Dønna Tae Kwon Do Klubb				10	16					
Dønna Klatreforening								33	28	
Dønna Turnforening	82	42		32	32	35	46	77	90	107
Herøy/Dønna, FK			55	62	32	41	48	41	40	30
Løkta IL (Friidrett)	17	20	18	35	46	51	25	18	26	22
Totalt antall medlemmer	286	272	291	287	307	295	183	384	383	

Kilde: Nordland idrettskrets. Antall medlemmer fordelt på idrettslag.

Omfang av sosiale risikomiljøer som rusmiljøer og kriminalitet

Kartleggingen Brukerplan viser at Dønna har utfordringer når det gjelder rusmiddelbruk. Kartleggingen viser at man har 13,8 brukere per 1000 innbyggere. I Nordland er det 13 kommuner som har gjennomført kartleggingen og gjennomsnittet for disse kommunene var 7,5 brukere per 1000 innbyggere. Rusmisbrukere som mottar hjelp i Dønna er i alle aldre (fra 16 år til over 60 år). Det er ikke noe synlig narkotikamiljø i Dønna, men misbruk foregår i flere miljøer. I hovedsak misbruk av hasj og en del amfetamin. Det er god tilgang på narkotika som selges både i Dønna og i nabokommunene Alstahaug og Herøy. Det er ikke gjort noen kartlegging når det gjelder rekruttering av ungdommer til disse miljøene. Allikevel ser man at noen ungdommer søker kjente narkotikamiljøer uten at vi kan si noe om omfang.

Alkoholmisbruk er også en utfordring for folkehelsen i Dønna. Det regnes med at det er store mørketall i den voksne befolkningen. Ungdata 2014 viste at debutalder for alkoholbruk er lavere i Dønna sammenliknet med landet. Videre viste undersøkelsen at:

- Andel som svarer at de minst én gang siste 12 måneder har «drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset» er på hele 35 prosent mot 14 prosent nasjonalt.
- 21 prosent av jentene og 9 prosent av guttene oppgir å drikke nokså jevnt (ca 1-3 ganger i måneden)
- 4 prosent av jentene og 0 prosent av guttene oppgir å ha brukt hasj eller marihuana.

Dønna har hatt ruskoordinator ansatt i 100 prosent siden 2014.

Valgdeltakelse

Kommunestyrevalg 1975-2015

Valgdeltakelsen i Dønna kommune har vært høyere enn både fylkes- og landsgjennomsnitt ved kommunestyrevalg i perioden 1999-2015.

Geografi	1975	1983	1999	2003	2007	2011	2015
Dønna	67,9 %	69,2 %	62,0 %	65,5 %	71 %	67,8 %	64,9 %
Nordland					60,2 %	63,4 %	59,9 %
Norge	71,4 %	72,1 %	60,4 %	59 %	61,2 %	64,2 %	60,0 %

Kilde: SSB Kommunestyrevalget. Valgdeltakelse i prosent.

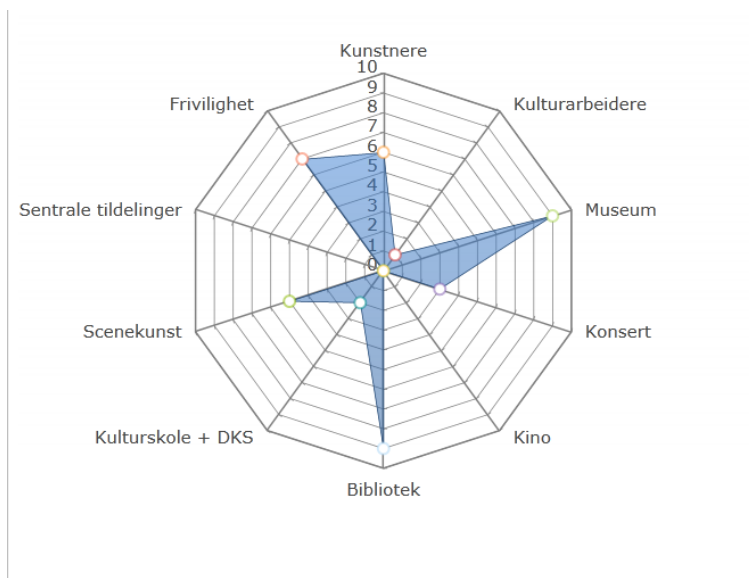
Fylkes- og Stortingsvalg

Valgdeltakelsen i Dønna kommune ved fylkestingsvalg i 2011 var 55 prosent mot fylkes- og landsgjennomsnitt på henholdsvis 52,8 og 55,9 prosent. Ved stortingsvalget i 2013 var valgdeltakelsen i Dønna kommune 72,8 prosent mot fylkes- og landsgjennomsnitt på henholdsvis 74,6 og 78,2 prosent.

Omfang av kulturtilbud

I 2014 lå Dønna kommune på en 230.plass av 428 kommuner på norsk kulturindeks.

Kulturindeks Dønna kommune 2014



Kommunens score i de ti kategoriene. Skalaen går fra 1-10 der 10 er best. Ingen aktivitet gir verdi 0. Score er direkte avledet av kommunens rangering (blant 428 kommuner).

	Score	Rangering		Score	Rangering
Kunstnere	6	178	Kulturarbeidere	1	387
Museum	9	42	Konsert	3	315
Kino	0	305	Bibliotek	9	35
Kulturskole + DKS	2	323	Scenekunst	5	127
Sentrale tildelinger	0	363	Frivillighet	7	114
Totalt	4,6	230			

Kilde: Telemarksforskning. Norsk kulturindeks 2014.

Norsk kulturindeks er en årlig oversikt over kulturlivet i norske kommuner som utarbeides av Telemarksforskning. Metodebeskrivelse og oversikt over kilder finnes i egen publikasjon som kan lastes ned på www.telemarksforskning.no/kulturindeks.

Dønna kommune har en score på over 5 innenfor kategoriene kunstnere, museum, bibliotek og frivillighet. Kategorien kino er i denne analysen registrert med ingen aktivitet. Dønna kommune har i 2014 hatt et tilbud om bygdekino gjennom frivilligsentralen. Totalt lå Dønna på en 230. plass av 428 kommuner. Av nabokommunene det vil være naturlig å sammenlikne seg med lå Vefsn på en 67. plass, Alstahaug på en 174. plass, Herøy på en 274. plass og Leirfjord på en 389.plass.

Lokalt i Dønna arrangeres det konserter, utstillinger og lignende. Variasjon og hyppighet er begrenset, som man kanskje vil forvente i en liten kommune. Dønnaværingene benytter seg også av tilbud i nabokommunene. Med det nye Kulturbadet som åpnet i Sandnessjøen høsten 2015 vil kulturtilbudet i Sandnessjøen øke. Mosjøen har tradisjonelt vært kjent som en kulturby. Med Tøventunellen har reisetiden til Mosjøen blitt redusert, men kostnadene har også økt.

Sosiale nettverk

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

Sosiale nettverk i ungdomsmiljøet

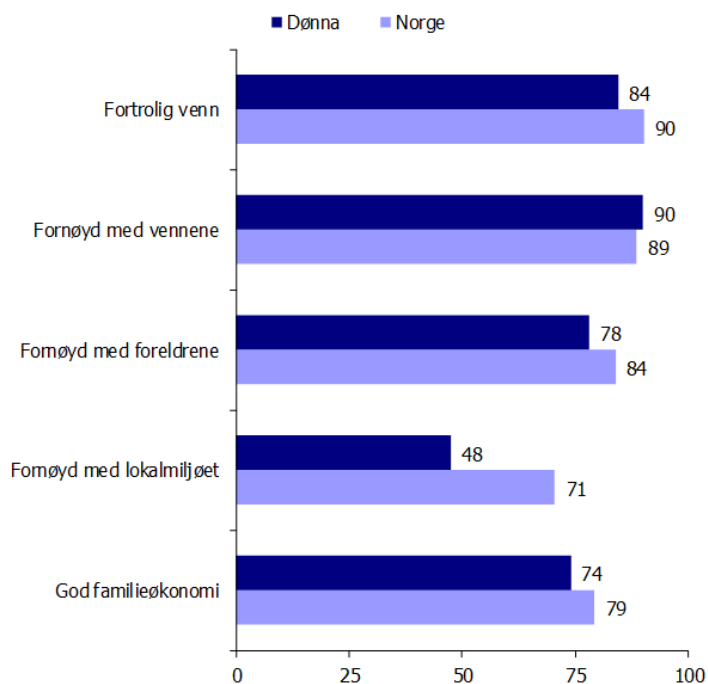
Tall fra Ungdata 2014 i Dønna kommune viser at:

- Totalt svarer 38 % at de er «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» på spørsmålet: Har du vært plaget av ensomhet i løpet av sist uke?
- Flere jenter (58 %) enn gutter (15 %) oppgir at de har følt seg ensomme den siste uken.

Videre viste undersøkelsen at de fleste av ungdommene i Dønna har minst en fortrolig venn (84 %) og er fornøyd med vennene (90 %) og foreldrene (78 %) sine. Resultatene er presentert i figuren på neste side.

DEFINISJONER:

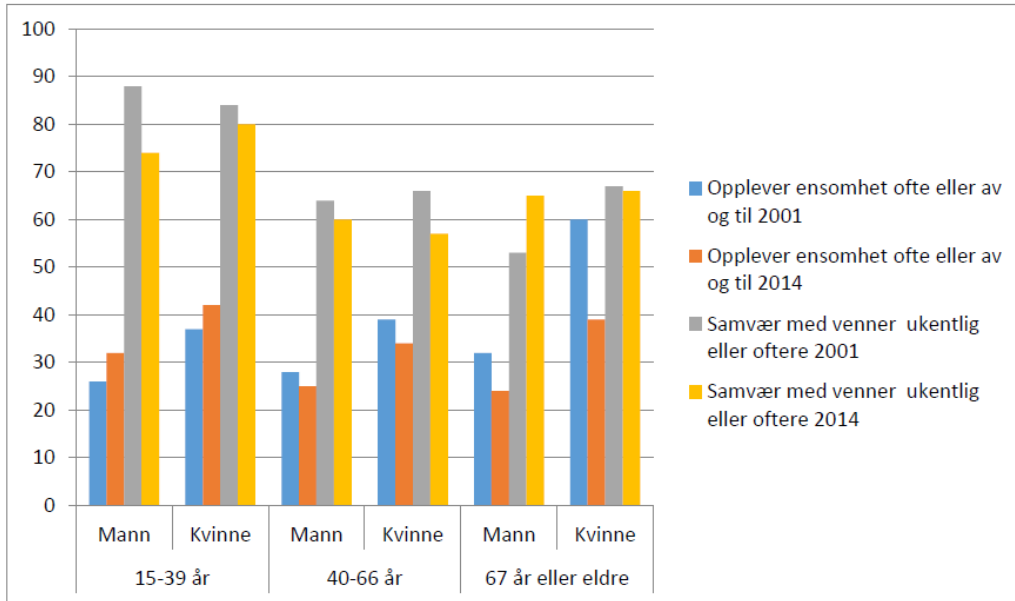
- Fortrolig venn:
Andel som svarer «ja» på spørsmålet: Har du minst én venn som du kan stole fulstendig på og kan betro deg til om alt?
- Fornøyd med vennene:
Andel som svarer «svært fornøyd» eller «litt fornøyd» på spørsmålet: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med vennene dine?
- Fornøyd med foreldrene:
Andel som svarer «svært fornøyd» eller «litt fornøyd» på spørsmålet: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med foreldrene dine?
- Fornøyd med lokalmiljøet:
Andel som svarer «svært fornøyd» eller «litt fornøyd» på spørsmålet: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med lokalmiljøet der du bor?
- God familieøkonomi:
Andel som svarer «stort sett god råd» eller «god råd hele tiden» på spørsmålet: Har familien din hatt god eller dårlig råd/økonomi de siste to årene?



Kilde: Ungdata Dønna 2014. Svarfordeling på spørsmål om venner og foreldre. Prosent.

Sosiela nettverk i den voksne befolkningen

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



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

Figuren over viser at:

- Flere yngre kvinner og færre eldre kvinner opplever ensomhet i 2014 sammenliknet med 2001, mens for menn er forskjellene marginale.
- Yngre er oftere sammen med venner enn eldre både i 2001 og 2014. Særlig i gruppen menn over 67 år har andelen som er sammen med venner ukentlig eller oftere økt kraftig fra 2001 til 2014

Tallene gjelder for Nordland fylke som helhet, men det er nærliggende å tro at dette også gjelder for Dønna kommune.

Andel som bor alene

Fakta: Sosial isolasjon defineres som de som både bor alene og verken treffer venner eller familie så ofte som ukentlig (Levekår og livskvalitet i Nordland 2014).

I Dønna kommune var det i 2014 256 personer som bodde alene. Det betyr at omtrent 18 % av Dønnas befolkning er i risiko for sosial isolasjon.

Opplevelse av tilhørighet

Vi vet lite konkret om folks generelle opplevelse av tilhørighet. Det som har vært en utfordring, men også en styrke i Dønna har vært folks sterke tilknytning til sin egen grend. For mange er grenda/tettstedet der man har tilhørigheten, mens kommunen som sådan ikke oppleves som et fellesskap. Fordelen med de sterke grendene er at man blir enda sterkere knyttet sammen i et fellesskap, særlig gjennom lags- og dugnadsarbeid. Ulempen er at den

sterke tilknytningen til grendene kan føre til motsetninger mellom grendene i eksempelvis lokaliseringsspørsmål. Disse motsetningene kan hemme en felles utvikling av Dønna.

Status fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Drikkevann holder god kvalitet. Luftkvaliteten tilfredsstillende i forurensningsforskriften. Kommunene har ingen offentlige skoler eller barnehager som er vurdert og godkjent etter Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. Kommunen (ved kommuneoverlege) er godkjenningmyndighet.

Friluftsområder i Dønna kommune er gode og tilgjengelige og viktig for livskvalitet. Selv om det i kommunen er gode muligheter for å drive friluftsliv viser behovsanalysen i kommunedelplanen for fysisk aktivitet og naturopplevelser at tilretteleggingen av tur- og friluftsområder i kommunen bør utbedres. Dette arbeidet innebærer bedre merking av eksisterende stier, utarbeidelse av nye stier, tilrettelegging av friluftsområder ved oppsett av toalett og bedre informasjon om tilgjengelige tur- og fritidsområder i form av oppsatte informasjonstavler og oppdatering av digitale turkartportaler. Ved å satse på utbedring av tur- og friluftsområder i kommunen vil Dønna kommune legge til rette for at alle befolkningsgrupper kan drive egenorganisert fysisk aktivitet.

Det er stor aktivitet innen frivillig sektor og som er et viktig bidrag til det sosiale miljøet. Det er allikevel behov for kommunen å få en bedre oversikt over hvilke lag og foreninger som eksisterer i kommunen. Kulturtilbudet i kommunen er begrenset. Befolkningen i kommunen benytter seg også av kulturtilbud i nabokommuner som Alstahaug og Vefsn. Tilbud og tilgjengelighet til kollektivtransport er for dårlig.

Når det gjelder sosiale nettverk ser man at kommunen har en utfordring med ensomhet blant yngre jenter og kvinner. Andre utfordringer i det sosiale miljøet er bruk av alkohol og narkotika. Rusmisbrukere som mottar hjelp i Dønna er i alle aldre (fra 16 år til over 60 år). Det er ikke noe synlig narkotikamiljø i Dønna, men misbruk foregår i flere miljøer. I hovedsak misbruk av hasj og en del amfetamin. Det er god tilgang på narkotika som selges både i Dønna og i nabokommunene Alstahaug og Herøy.

Konsekvenser og årsaksforhold

Sosial ulikhet i helse

Kultur- og fritidstilbud er viktig for helse, trivsel og bolyst. Kulturtilbudet i kommunen er i endring. Det vil være interessant å følge utviklingen etter åpning av Kulturbadet. Mange kultur- og fritidstilbud i kommunen og nabokommunene har en kontingent eller inngangsbillett, noe som kan bidra til at ikke alle får muligheten til å benytte seg av tilbudene. Dette kan bidra til økte sosiale helseforskjeller

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

Attraktive bo- og nærmiljø

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

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

Skader og ulykker

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

Personskader

Antall personskader behandlet i sykehus ligger noe høyere i Dønna kommune (14,6 per 1000 innbygger) enn i landet som helhet (13,1 per 1000 innbygger) når man ser på alle aldre og kjønn samlet (Kommunehelsa statistikkbank)

Antall personskader behandlet i sykehus blant menn (16,9 per 1000 innbygger) ser ut til å være høyere enn for kvinner (12,5 per 1000 innbygger) i Dønna kommune. Ser man på sykehusinnleggelse på grunn av lårbens- og hoftebrudd er det flere kvinner (2,2 per 1000 innbygger) enn menn som behandles i sykehus. For menn er antallet for lavt til å la seg beregne (Kommunehelsa statistikkbank).

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

I aldersgruppen 75 år og oppover viser tall for Nordland at det er en betydelig høyere forekomst av personskader blant kvinner (52,7 per 1000 innbygger) sammenliknet med menn (36,4 per 1000 innbygger). Mye av kjønnsforskjellen i personskader blant eldre skyldes at eldre kvinner har høyere forekomst av hoftebrudd enn eldre menn (24,7 og 13,8 per 1000 innbygger) (Norgeshelsa statistikkbank).

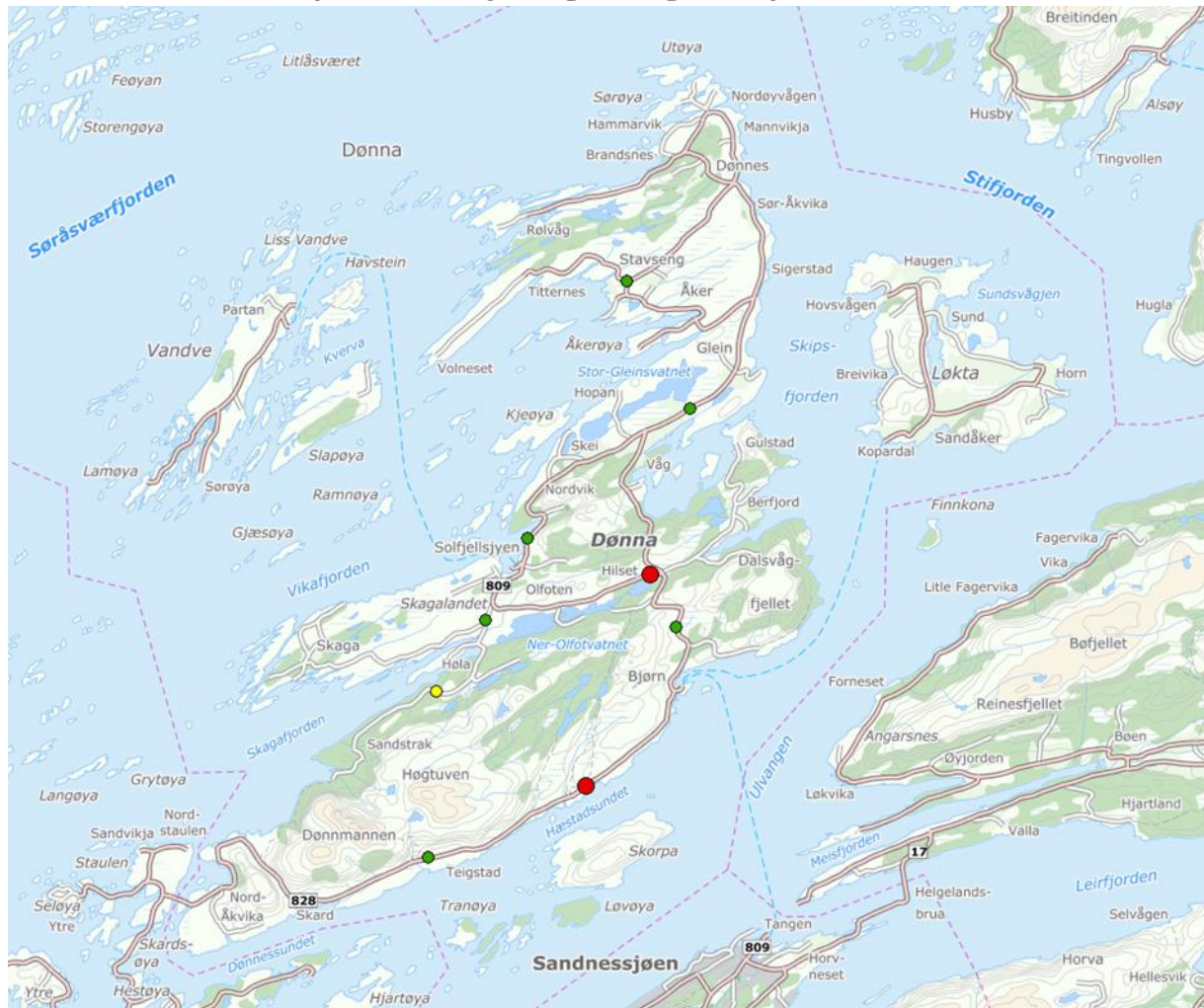
Trafikkulykker

Fylkesveiene er mest ulykkesutsatt, samtidig ser vi også at det skjer ulykker på kommunale veier.

Veg	Ulykker	Drepte	Hardt skadde	Lettere skadde
FV189	1			3
FV809	5	1		5
FV828	2	1		1
KV	2		1	1

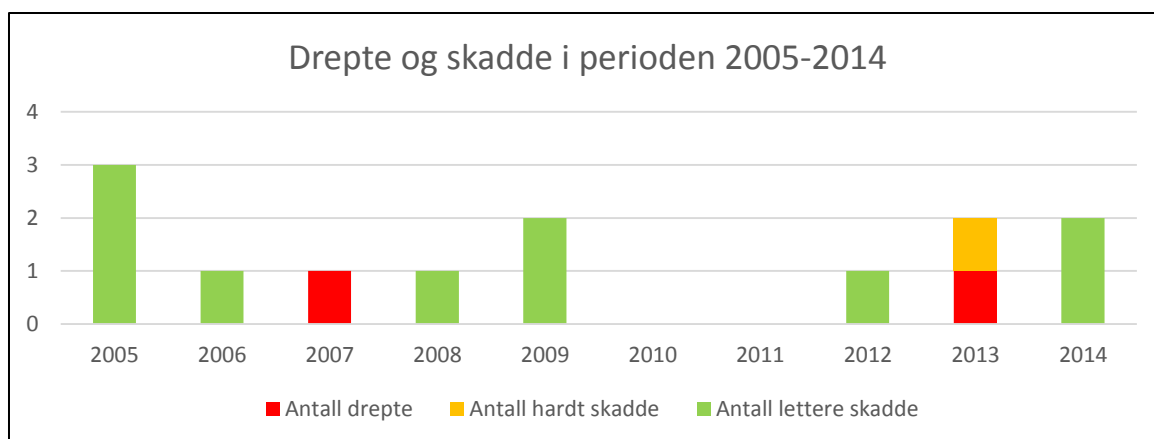
Kilde: Trafikksikkerhetsplan Dønna kommune 2015-2018. Skadde/drepte i perioden 2005-2014 fordelt på vegnettet i Dønna kommune

Kart over hvor trafikulykkene har skjedd og omfanget av ulykkene



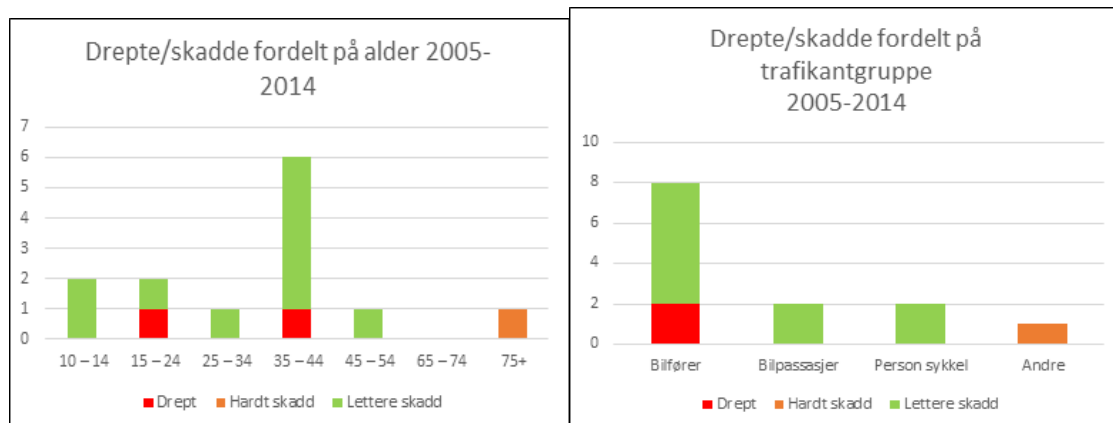
Kilde: Trafikksikkerhetsplan Dønna kommune 2015-2018. Kart som viser hvor ulykkene har skjedd og omfanget av ulykkene i perioden 2005-2010. Rød: Ulykke med dødsfall, Gul: Ulykke med hardt skadd, Grønn: Ulykke med lettere skadd

Det er variasjon i antall ulykker og antall skadde i perioden 2005 – 2014. Det skjedde 10 ulykker med personskader i Dønna kommune. Til sammen 13 personen har blitt skadd, mesteparten med lettere skader. I tillegg er to personer omkommet i trafikkuulykker.



Kilde: Trafikksikkerhetsplan Dønna kommune 2015-2018. Oversikt over antall drepte og skadde i Dønna kommune som følge av trafikkuylkke.

De dominerte ulykkestypene er møteulykker. Det er voksne i alderen 35-44 år som er mest ulykkesutsatt. I aldersgruppen 15-24 år, 35-44 år og 75+ har det vært ulykker med alvorlig utfall. Bilførere og -passasjerer utgjør over 75 prosent av alle drepte og skadde i perioden, mens «myke» trafikanter (inkl. moped) utgjør i underkant av 25 prosent.



Skadde/drepte i Dønna kommune fordelt på alder i perioden 2005-2014

Skadde/drepte i Dønna kommune fordelt på trafikantgruppe i perioden 2005-2014

Selvmord

I Norge tar rundt 550 mennesker sitt eget liv hvert år. Mørketallet ligger på omtrent 25 prosent og det virkelige tallet antas derfor å være mye høyere. Selvmordstallene pr. år er tre ganger høyere enn antall drepte i trafikken. Tallene for selvmord er stabile og ikke nedadgående. Dette er verd refleksjon i et samfunn hvor andre typer uforutsette dødsfall går ned. For siste fem-årsperiode er det rapportert 11,7 selvmord per 100 000 innbyggere i Norge per år mens tilsvarende tall for Nordland er 12,2. Av fylkene topper Vestfold og Telemark statistikken med ca. 16 mens Sogn og Fjordane ligger nederst med ca. 7 (Nordland fylkeskommune, Nullvisjon selvmord 2015).

Det er en rekke kjente risikofaktorer knyttet til selvmord, blant annet psykiske lidelser inkludert ruslidelser, kriser og relasjonsproblemer, ensomhet, sosial isolasjon og arbeidsledighet. Selvmordsatferd finner sted i alle samfunnslag og må sees i lys av både

individ, samfunn og livshendelser. Nyere studier har vist at selvmord også forekommer uten at det med rimelighet kan knyttes til en psykisk lidelse. Opptil 40 prosent av alle som begår selvmord har aldri vært i kontakt med helsevesenet i forkant. Det er økt risiko for selvmord og selvskading i definerte grupper: eldre menn, ungdom i risikogrupper, innvandrere og asylsøkere, lesbiske, homofile og bifile, pasienter i døgnbehandling, nyutskrevne pasienter fra døgnbehandling og innsatte i fengsler. Det er tre ganger flere menn enn kvinner som tar sitt eget liv (Nordland fylkeskommune Nullvisjon selvmord 2015).

Sammen med Nord-Trøndelag er Nordland første fylke som har vedtatt en nullvisjon for selvmord og setter på den måten selvmordsproblematikken på dagsorden regionalt. Fylkestinget vedtok i juni 2015 Handlingsplan Nullvisjon Selvmord. Handlingsplanen varer i første omgang til 2020.

Skader som følger av vold

Det har i følge ruskoordinator vært noen episoder av trusler og vold men dette er ikke et kjent problem. I følge Ungdata 2014 oppgir 19 prosent av ungdommene å ha blitt utsatt for trusler om vold i løpet av de siste 12 månedene. Nasjonalt ligger andelen på 10 prosent. En lik andel av jenter (21 %) og gutter (18) oppgir å utsettes for trusler om vold. Av guttene oppgir 27 prosent å ha vært i slåsskamp (uten våpen) mot 8 prosent av jentene. Videre oppgir 6 prosent av Dønnas ungdommer å ha blitt skadet på grunn av vold. Dette er på samme nivå som landet på 7 prosent.

Skadeforekomst i skoler og barnehager, evt. også tannskader

I en nasjonal evaluering av skader i barnehager er det estimert at rundt 28 000 barn eller ti prosent av barn i barnehage årlig skader seg. Dette er en rate som tilsvarer forekomsten av ulykker i resten av befolkningen. 98 prosent av skadene er mindre alvorlige hendelser som ikke trenger annen oppfølging enn enkel behandling og omsorg i barnehagen eller av lege eller tannlege (Pareliussen, Sandseter, Sando, & Egset, 2013, s. 33).

Fallulykker i sykehjem

Fallulykker i sykehjem registreres på hver enkelt beboers journal. Datasystemet kan ikke hente ut en samlet oversikt over totalt antall fallulykker ved Dønna omsorgssenter.

Status skader og ulykker

Generelt er det lite statistikk tilgjengelig på kommunalt nivå når det gjelder skader og ulykker. Av den statistikken som er tilgjengelig ser man at kommunen ligger høyere enn gjennomsnittet i Norge på personskader. Antall personskader i kommunen ser ut til å være noe høyere blant menn enn kvinner. For lårbens- og hoftebrudd er det flere kvinner enn menn som behandles i sykehus. Det er et betydelig antall trafikkulykker i kommunen, men antallet varierer en del fra år til år. Man har ikke tall på hvor mange som begår selvmord hvert år i Dønna, men statistisk sett er det betydelig flere som dør av selvmord enn av trafikkulykker.

Konsekvenser og årsaksforhold

Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen både for den enkelte og i et samfunnsøkonomisk perspektiv (Departementene 2009, Ulykker i Norge).

Trafikkulykker er hendelser som hvert år medfører lidelser både for den som utsettes for en trafikkulykke og for pårørende. I tillegg koster trafikkulykker samfunnet flere millioner kroner hvert år.

Gjennomsnittskostnaden som følger av hoftebrudd utgjør rundt 500 000 kr, hvorav 38 prosent er statens kostnader, 50 prosent av kostnader dekkes av kommunen og resterende 12 prosent er delte kostnader mellom stat/kommune (Hektoen 2014).

Med bakgrunn i at ulykker både gir store konsekvenser for den enkelte og samfunnsøkonomiske konsekvenser vil det være svært hensiktsmessig å satse på ulykkesforebyggende tiltak. Forebygging av skader og ulykker kan være både små og store tiltak. Eksempler på tiltak kan være strøing av glatte veier og inngangspartier, fysiske og holdningsskapende tiltak i trafikken, sosiale møteplasser og noen å snakke med når livet er tungt.

Det har vært begrenset forskning på sosial ulikhet i skader og ulykker i Norge. Internasjonalt er den vitenskapelige litteraturen om sosial bakgrunns betydning for ulykker mer omfattende. En litteraturoppsummering fra WHO i 2009 konkluderer med at personer med lav sosioøkonomisk status og personer som bor i mindre velstående områder i større grad enn andre dør av ulykker (Departementene 2009, Ulykker i Norge).

Helserelatert adferd

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

Fysisk aktivitet

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

Nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet og stillesitting

Fakta:

Helsedirektoratets anbefalinger for barn og unge:

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

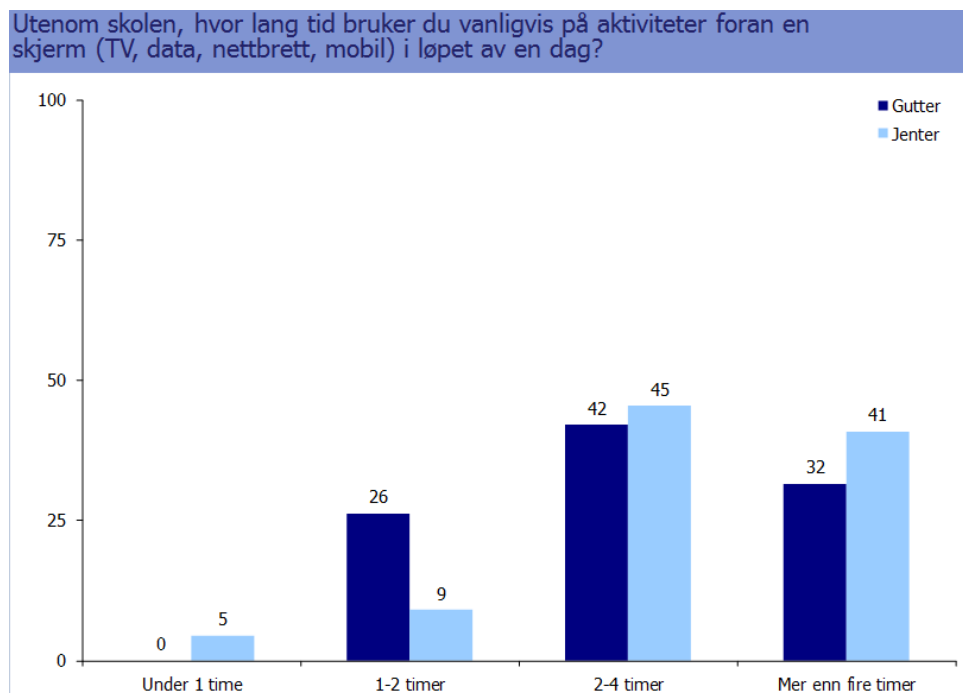
Helsedirektoratets anbefalinger for voksne:

- Voksne og eldre bør være fysisk aktive med minimum 150 minutter moderat intensitet per uke eller minimum 75 minutter med høy intensitet per uke. Anbefalingen kan også oppfylles med kombinasjon av moderat og høy intensitet. For eksempel 90 minutter med moderat intensitet og 30 minutter med høy intensitet.
- Aktiviteten kan deles opp i bolker på minst 10 minutters varighet.
- Økt dose gir større gevinst. For å oppnå ytterligere helsegevinster bør voksne og eldre utøve inntil 300 minutter øke med moderat fysisk aktivitet i uken, eller utføre inntil 150 minutter med høy intensitet, eller en tilsvarende kombinasjon av moderat og høy intensitet.
- Øvelser som gir økt muskelstyrke til store muskelgrupper bør utføres to eller flere dager i uken.
- Eldre med nedsatt mobilitet, personer som er ustø, anbefales i tillegg å gjøre balanseøvelser og styrketrening tre eller flere dager i uken for å styrke balansen og redusere risikoen for fall.
- Redusere stillesitting

Det mangler lokale tall for de fleste aldersgrupper av befolkningen når det gjelder hvor stor andel som oppfyller nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet. Nasjonale tall viser at reduksjon i fysisk aktivitet starter allerede tidlig i barneårene. Om lag 9 av 10 av alle 6-åringer, nesten 8 av 10 av alle 9-åringer, og halvparten av alle 15-åringer oppfyller anbefalingene om 60 minutter moderat fysisk aktivitet daglig. 9- og 15-åringer i 2011 brukte mer tid på inaktivitet enn 9- og 15-åringer i 2005/06. I alle aldersgruppene er guttene mer fysisk aktive enn jentene. Om lag 30 prosent av den voksne befolkningen oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet. Voksne bruker i gjennomsnitt ni timer per dag på stillesitting. Kartlegging av fysisk aktivitet i den voksne befolkningen i Nordland i 2012 viste at kun 22 prosent av den voksne befolkningen tilfredsstiller det aktivitetsnivå som anbefales for å ivareta god helse (Anderssen 2009).

Stillesitting i ungdomsbefolkningen

Selv om Ungdataundersøkelsen (2014) viser at mange av ungdommene faktisk er i fysisk aktivitet flere ganger i uken, ser man også at en stor del av fritiden brukes på stillesittende aktiviteter foran en skjerm. Hele 71 prosent av ungdommene oppgir å bruke mer enn 3 timer på aktiviteter foran skjerm hver dag utenom skoletiden. Hvis man i tillegg tar med de som bruker over 2 timer er vi oppe i en andel på 80 prosent. Jentene oppgir å bruke mer tid på stillesittende aktivitet foran skjerm enn guttene.



Kilde: Ungdata Dønna 2014. Utenom skoletid, hvor lang tid bruker du vanligvis på aktiviteter foran en skjerm i løpet av en dag? Svar fordelt på kjønn. Prosent.

Stillesitting i den voksne befolkningen

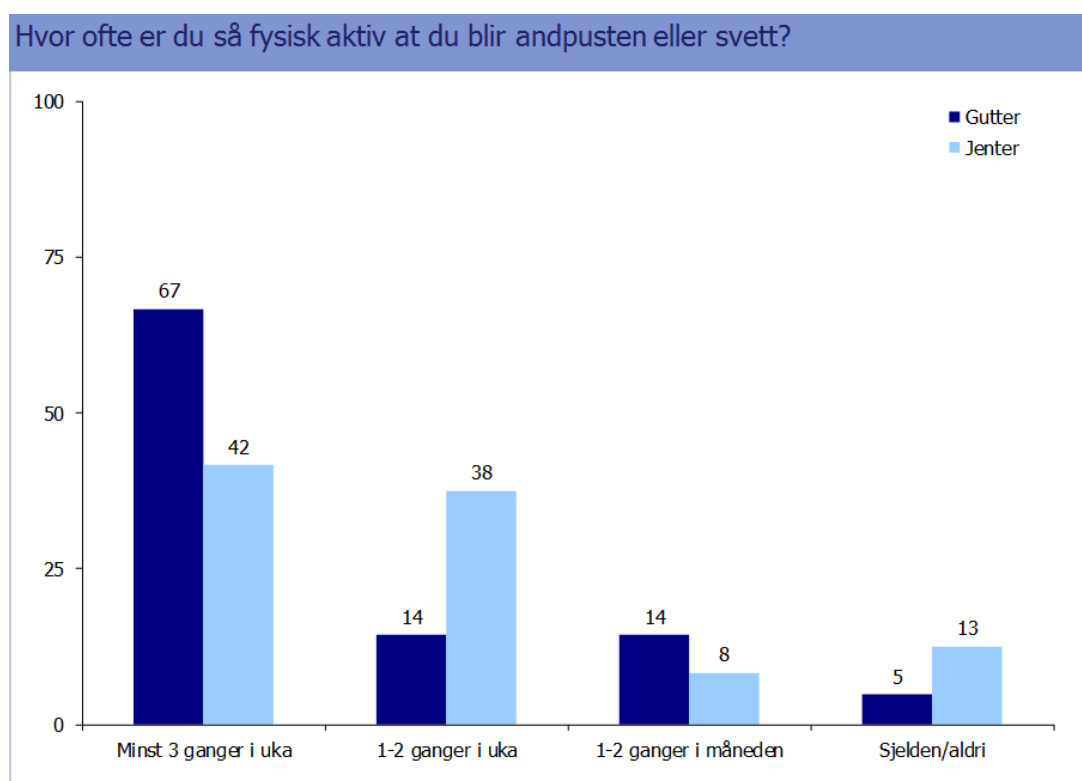
Levekårsundersøkelsen i Nordland (2014) viser at befolkningen i Nordland sitter i gjennomsnitt i ro på arbeid/skole 3,9 timer på en vanlig hverdag. Menn, den yngste aldersgruppen (15-24 år) og ikke funksjonshemmede sitter mest i ro i arbeidstiden. Befolkningen sitter i gjennomsnitt i ro 4,5 timer i fritiden på en vanlig hverdag. Menn, folk

som bor mest perifert, funksjonshemmede og de med lavest utdanning sitter mest i ro på fritiden. I denne undersøkelsen er Dønna kommune klassifisert som «mest perifert».

Fysisk aktivitet i ungdomsbefolkningen

I aldersgruppen 13-15 år har man lokale tall fra Dønna kommune på fysisk aktivitet etter Ungdata-undersøkelsen som ble gjennomført i 2014. Undersøkelsen viste at:

- Kun 53 prosent svarer at de minst 3 ganger i uken er så fysisk aktive at de blir svett og andpusten.
- En høyere andel av gutter (67 %) enn jenter (42 %) svarer «minst 3 ganger i uken» på spørsmålet om hvor ofte man er så fysisk aktiv at man blir svett eller andpusten.
- Hele 20 prosent svarer at de sjelden eller kun 1-2 ganger i måneden er så fysisk aktive at de blir svett eller andpusten.
- En høyere andel jenter (13 %) enn gutter (5 %) svarer at de «sjelden/aldri» er så fysisk aktiv at man blir andpusten eller svett.



Kilde: Ungdata 2014. Svarfordeling på spørsmålet «Hvor ofte er du så aktiv at du blir andpusten og svett?». Svar fordelt på kjønn. Prosent.

Ut i fra dette kan man si at mange av ungdommene i Dønna kommune til en viss grad er fysisk aktive. Samtidig ser vi at det også er en utfordring å få alle ungdommene til å være nok fysisk aktive med tanke på nasjonale anbefalinger som er 60 minutter om dagen for denne aldersgruppen. Man har også en særlig utfordring når det gjelder å få jentene til å være fysisk aktive.

I aldersgruppen 16-19 år har man gjennomsnittstall for Nordland etter Ungdata som ble gjennomført på de videre i 2013. I aldersgruppen 16-19 år er 48 prosent som svarer at de er så

fysisk aktive at de blir svett og andpusten minst tre ganger i uken. I tillegg svarer 35 prosent en til to ganger i uken på det samme spørsmålet. En stor del av fritiden brukes allikevel også til stillesittende aktiviteter og 45 prosent oppgir å bruke mer enn tre timer hver dag på datamaskinen utenom skoletiden.

Gutter er mer aktive enn jenter og elever på studieforberedende mer aktive enn elever på yrkesfag. Elever som bor hjemme er mer aktive enn hybelboere. Det er store forskjeller ut fra foreldrenes utdanningsnivå. Jo høyere utdanning foreldrene har jo mer trener ungdommen. Gjelder både trening på treningssenter og uorganisert trening. Konkrete tall kan ses i tabellen under.

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

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

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

Geografiske forskjeller i aktivitetsnivå

Tall fra 2008 viste at den voksne delen av befolkninga i Nord-Norge har lavere totalt aktivitetsnivå enn voksne i Trøndelag og på Øst- og Vestlandet (Anderssen, 2009).

Sosioøkonomiske forskjeller i aktivitetsnivå

Voksne med minst 4 års høgscole- eller universitetsutdanning har et høyere gjennomsnittlig aktivitetsnivå enn personer med bare grunnskoleutdanning. Samtidig bruker personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanning mindre tid på inaktivitet sammenliknet med personer som har minst 4 års utdanning ved høgscole eller universitet (Folkehelse rapporten 2014).

Ungdata Nordland 2013 viste at det er store forskjeller på hvor mye ungdommer i videregående skole trener ut fra foreldrenes utdanningsnivå. Jo høyere utdanning foreldrene har jo mer trener ungdommen. Gjelder både trening på treningssenter og uorganisert trening.

Omfang av fysisk aktivitet i barnehage og skole i Dønna

I Dønna barnehage er det fokus på at barna skal være i fysisk aktivitet. Barna får være mye ute, bruke kroppen sin i variert natur, barna skal få oppleve både naturen og Dønnahallen som kilde til gode opplevelser. Det er et mål at alle barna skal få oppleve gleden ved bevegelse, mestring og aktivitet. Dette gjøres i barnehagen for å oppnå målet:

- De er ute hver dag, uansett vær.
- Mulighet for variert lek
- Ukentlig tilrettelagt lek
- Faste aktiviteter i Dønnahallen.
- Bevegelsesleker og sanger

En kartlegging besvart av rektorene ved skolene i Dønna kommune våren 2015 viser at det kun er et fåtall av elevene i Dønna kommune som er fysisk aktive minst 60 minutter hver dag i skoletiden.

Tall fra Ungdata i Nordland 2013, videregående skole viser at kun 13,5 prosent er så fysisk aktive at de blir andpusten eller svett 60 minutter eller mer i løpet av skoletiden på en gjennomsnittlig skoledag. Her regnes også fysisk aktivitet til og fra skolen regnes med. I tillegg oppgir 21,7 prosent at de gruer seg ofte til gymtimene og jentene (29 %) gruer seg oftere til gymtimene enn guttene (13 %)

Per i dag har vi ikke oversikt over hvor mange som faktisk går eller sykler til skolen. Det vi vet er at mange elever i Dønna har skoleskyss på grunn av lang eller farlig skolevei. Det er også mange som blir kjørt av foreldrene av ulike årsaker.

Tobakksbruk

Tobakksbruk blant ungdom

Tall fra Ungdata 2014 i Dønna kommune viser at:

- Ingen av ungdomsskoleelevene røyker daglig
- 87 % har aldri røkt
- 4 prosent av jentene snuser daglig mot 0 prosent av guttene
- 95 prosent av guttene mot 79 jenter oppgir at de aldri bruker snus

Tall fra Ungdata i Nordland 2013 (videregående skole) viser at 25 prosent av guttene og 20 prosent av jentene oppgir at de snuser daglig. Når det gjelder røyking er det kun 4 prosent som oppgir å røyke daglig. Da det er få som røyker, blir det liten variasjon målt i prosent mellom ungdom med forskjellig bakgrunn, men gutter røyker noe mer enn jenter, ungdom som bor på hybel røyker oftere enn ungdom som ikke bor på hybel, og ungdom med foreldre som har lavere utdanning er mer tilbøyelig til å røyke enn dem som har foreldre med høy utdanning (10 % mot 5 %). Den mest markante forskjellen henger sammen med utdanningsprogram. Elever som har valgt yrkesfag, røyker mange ganger hyppigere enn elever som har valgt studieforbereende program (12 % mot 2 %)

Røyking blant voksne

Folkehelseprofilen for Dønna 2015 viser at Dønna har 20 prosent røykende kvinner mot 14 prosent nasjonalt. Tallet er beregnet ut fra gravide som oppgir at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødende med tilgjengelig røykeopplysning. Andelen måles som et glidende gjennomsnitt over de siste 10 år. På nasjonalt nivå er antallet røykere kraftig redusert de siste årene og tallet i folkehelseprofilen kan derfor være forskjellige antallet i 2015.

Sosioøkonomiske forskjeller i tobakksbruk

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

- Bare åtte prosent av de med universitets- eller høyskoleutdanning røyker. For snusbruk i denne utdanningsgruppen er andelen omtrent 7 prosent (Folkehelse rapporten 2014).
- 34 prosent av personer med grunnskoleutdanning røyker. For snusbruk i denne utdanningsgruppen er andelen omtrent 6,5 prosent (Folkehelse rapporten 2014).
- De som begynner med snus allerede i ungdomsskolealderen, skiller seg derimot ut når det gjelder sosioøkonomisk status. Andel daglige snusbrukere i gruppen som oppga at familien hadde *dårlig økonomi hele tiden* var på 23 prosent mens det i gruppen som oppga at familien hadde *god råd hele tiden* var under 5 prosent daglige snusbrukere (Ungdata Norge 2013).

Alkohol- og rusmiddelbruk

Alkohol- og rusmiddelbruk blant ungdom

Tall fra Ungdata i Dønna kommune i 2014 viser at:

- Andel som svarer at de minst én gang siste 12 måneder har «drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset» er på hele 35 prosent mot 14 prosent nasjonalt.
- 21 prosent av jentene og 9 prosent av guttene oppgir å drikke nokså jevnt (ca 1-3 ganger i måneden)
- 23 prosent av guttene og 17 prosent av jentene oppgir at de ikke vet om de får lov å drikke alkohol av foreldrene sine eller ikke.
- 4 prosent av jentene og 0 prosent av guttene oppgir å ha brukt hasj eller marihuana.

Tall fra Ungdata i Nordland 2013, videregående skole viser at:

- Familieøkonomi har betydning for bruk av snus/røyk, men ser ikke ut å spille inn i forhold til alkohol.
- Andelen som har vært beruset mer enn fem ganger siste halvår øker med alder; VG1 25 prosent av guttene og 28 prosent av jentene, VG3 har det økt til 43 prosent av guttene og 45 prosent av jentene.

- Det er stor variasjon mellom de videregående skolene i Nordland når det gjelder andelen som rapporterer å bruke hasj (3-16 %). På VG3 har 17 % av guttene og 10 % av jentene brukt hasj eller marihuana siste året.

Alkoholbruk i den voksne befolkningen

Det finnes ingen lokale kartlegginger når det gjelder alkoholbruk blant voksne i Dønna kommune. Levekårsundersøkelsen i Nordland (2014) har undersøkt alkoholbruk og finner at det er store variasjoner i hvor ofte befolkningen i fylket drikker alkohol. Mens 35 prosent (41 % menn og 29 % kvinner) oppgir at de i løpet av det siste året har drukket alkohol ukentlig, er det 36 prosent (29 % av menn og 44 % prosent av kvinner) som oppgir å drikke sjeldnere en månedlig eller ikke i det hele tatt. Kun 2 prosent oppgir å drikke alkohol daglig. Som tallene viser er det til dels også store forskjeller mellom kjønnene.

Videre viser undersøkelsen at det er en klar sammenheng mellom alder og antall alkoholenheter respondenten oppgir å drikke når de drikker alkohol. Mens kun 24 prosent av 15-24 åringene oppgir å vanligvis drikke 1-2 enheter når de drikker, gjelder dette 84 prosent av 67-98 åringene. Nesten en av fem (18 %) av 15-24 åringene oppgir å drikke syv alkoholenheter eller mer når de drikker. Dette er en betydelig høyere andel enn gjennomsnittet som er 7 prosent.

Sosioøkonomiske forskjeller i alkohol- og rusmiddelbruk

Alkoholbruk og hyppighet for alkoholinntak øker i takt med høyere utdanning og inntekt, men færre i denne gruppen blir alkoholavhengige enn i grupper med lav inntekt og utdanning. Personer som ikke lever i parforhold, har også høyere alkoholforbruk enn personer med partner (Folkehelse rapporten 2014).

Prosentdelen som ruser seg på hasj og tabletter, er høyest blant de med lav sosioøkonomisk status. Rusmiddelbruk er også vanligere i grupper med problematferd og for eksempel hos elever som ofte skulker skolen (Folkehelse rapporten 2014).

Personer med høy sosial status har oftere prøvd narkotiske stoff enn personer med lav sosial status, mens langvarig misbruk er mest vanlig i den siste gruppen (Folkehelse rapporten 2014).

Skjenkesteder, serverings- og åpningstider for alkoholsalg

Dønna kommune har noen få salgs-, skjenke-, og serveringsbevillinger. I tillegg er det mulig å søke om skjenkebevilling for en enkelt anledning. Skjenkekontrollene utføres av et eksternt firma. Antall kontroller skal tilfredsstillende krav i alkoholoven og alkoholovens forskrifter. Det er ikke tak på antall skjenkebevillinger i kommunen (Alkoholpolitisk handlingsplan Dønna kommune 2012-2016).

Salgstiden for alkoholholdig drikk med høyst 4,7 % alkohol følger åpningstiden til forretningen, men kan ikke gå utover lovens maksimaltid (mandag – fredag kl. 20.00 og kl. 18.00 på lørdag.). Det er ikke Vinmonopol i kommunen.

I kommunens alkoholpolitiske retningslinjer er skjenketiden satt til kl 03.00 for drikk med høyst 22 % alkohol. For drikk med mer enn 22 % alkohol er skjenketiden satt til 01.00.

Skjenketidene gjelder både for både innen- og utendørs arrangementer (Alkoholpolitisk handlingsplan Dønna kommune 2012-2016).

Ungdom og seksualatferd

Helsesøster og jordmor er inne i ungdomsskolen og snakker om seksualitet. Elevene kan på forhånd komme med spørsmål på lapper. Mange spørsmål om prevensjon. Tema tas også opp på 8.klasse-samtale. Helsesøster har forskrivningsrett på prevensjon til jenter mellom 16 og 20 år. Alle som skal ha resept på prevensjon må ha en samtale med helsesøster. Det skrives ut resepter på prevensjon til jenter under 16 år av lege, men helsesøster tar prevensjonssamtale.

Dønna har ikke helsestasjon for ungdom. Ungdom på videregående skole har tilbud ved Sandnessjøen videregående skole.

Kosthold

Fakta: Kostholdsråd

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

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

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

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

Det finnes ikke lokal informasjon på i hvilken grad befolkningen i Dønna kommune følger nasjonale anbefalinger om kosthold og ernæring. I følge folkehelse rapporten (2014) er inntaket av grønnsaker, frukt, bær, fullkorn og fisk mye lavere enn ønskelig. Forbruket av fete, salte og søte matvarer med lav energikvalitet er mye høyere enn ønskelig. Selv om det har vært positive utviklingstrekk i kostholdet til deler av befolkningen de siste årene, ser man fortsatt klare ernæringsmessige svakheter som bidrar til utvikling av hjerte- og karsykdommer, kreft, overvekt, type 2 diabetes, forstopping, tannråte og jernmangel (Helsedirektoratet 2013). Kommunene har et særlig ansvar for å sørge for sunn og helsefremmende mat i barnehager, skoler, på arbeidsplasser og på fritidsarenaer.

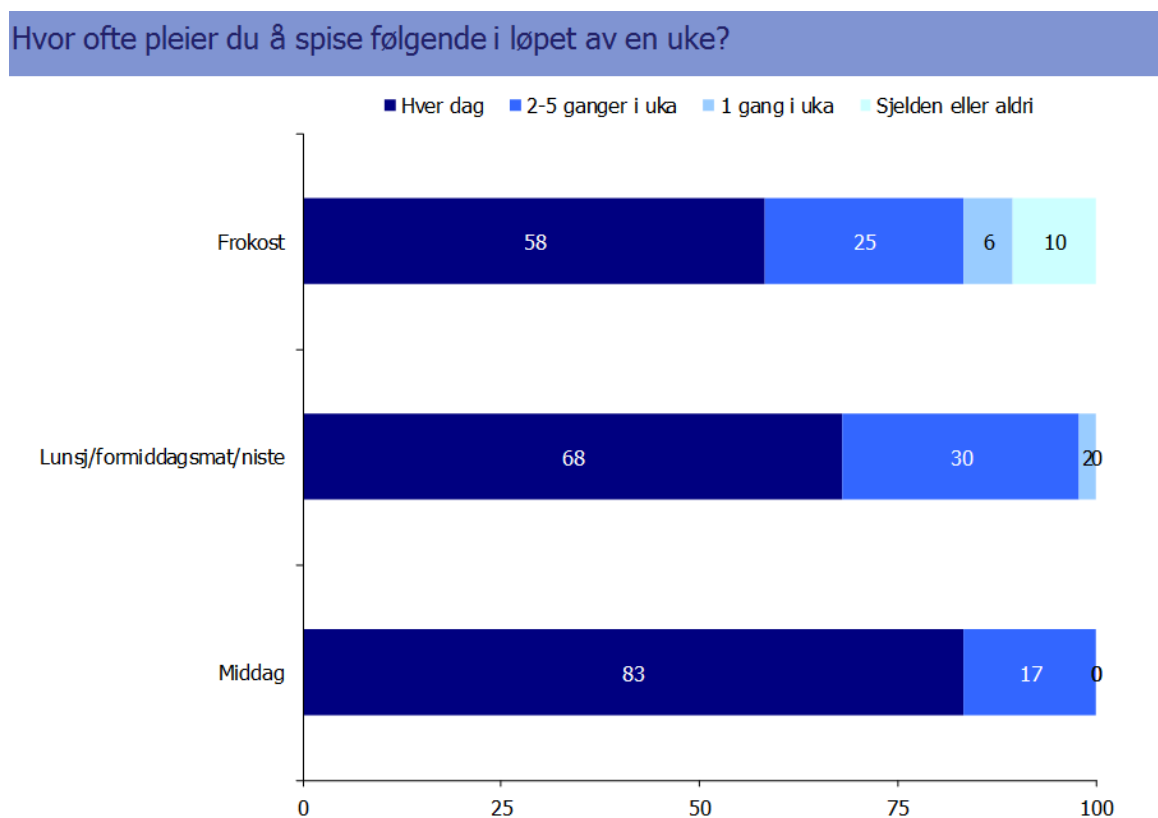
Mat og måltider i barnehage, skole og omsorgssenter i Dønna kommune

Alle skoler og barnehager er godt informert om nasjonale kostholdsråd. Dette er også et i arbeidet med å implementere kriteriesettet for helsefremmende skoler og barnehager. Alle

skoler og barnehager har fast avsatt spisetid og flere har mulighet for å tilby mat dersom barna har glemmt matpakke.

Barnehagen serverer frokost, lunsj og frukt til barna hver dag. Som regel spiser dem brød og pålegg, men en dag i uka serveres varm mat, som fiskekaker, tomatsuppe, pizza, pølser, makaroni, o.l. Ungene får frukt og grønnsaker hver dag. Barnehagen følger retningslinjer for mat og måltider i barnehagen. I praksis betyr dette at det brukes daglig grovt brød, sunt pålegg uten mye sukker og det drikkes melk og vann. Barnehagen serverer økologisk melk (Årsplan Dønna barnehage 2015/16).

Når det gjelder måltidsvaner for ungdom i Dønna kommune så ser man at for måltidene frokost, lunsj og middag er mellom 27 og 62 prosent som ikke spiser disse måltidene daglig. Man vet ikke om dette gjelder for skoledager eller fridager og noe av årsaken til dette kan derfor være at ikke alle spiser alle måltidene i helgene. Guttene spiser oftere både frokost (64 %) og lunsj (81 %) enn jentene (frokost 54 %, lunsj 58 %).



Kilde: Ungdata Dønna 2014 Hvor ofte pleier du å spise følgende i løpet av en uke?

Ungdomstrinnet på Dønna barne- og ungdomsskole har tilbud om skolekantine. Alle elever deltar i denne ordningen. Det er derfor uventet at kun 58 prosent av jentene oppgir at de spiser lunsj daglig.

Det er i seg selv en sjeldenhet at det finnes kantiner ved norske grunnskoler, og Dønna har markert seg allerede her ved å tilby mat til ungdomsskoleelevene. Det er 100 % oppslutning om abonnementsordningen, og elevene er med på å tilberede og servere maten. Maten som lages følger nasjonale kostholdsråd og er laget fra grunnen av med et solid innslag av

økologiske råvarer. Skolen melder om at effekten av å innta en næringsrik lunsj er tydelig merkbar både på læringsmiljø og sosialt miljø for øvrig. I tillegg er renholdet enklere som en følge av at all mat inntas i kantina, og flukten til butikken i friminuttene er så godt som borte.

Økologisk mat på Dønna barne- og ungdomsskole og Dønna omsorgssenter

Prosjektet *Økologisk i Dønna – Dønna som foregangskommune for et grønt mattilbud på Helgeland*, er et treårig prosjekt som har som mål å øke det økologiske forbruket i kommunens storhusholdninger. Prosjektet er et samarbeid mellom Norsk institutt for bioøkonomi (tidligere Bioforsk) og Dønna kommune.

Bakgrunnen for satsingen på økologisk mat er myndighetenes mål om å øke økologisk matproduksjon og forbruk til 15 prosent innen 2020, og Dønna kommunes ønske om å ta utfordringen. Kjøkkenet ved Dønna omsorgssenter og ved Dønnamannen kantine ved Dønna barne- og ungdomsskole har nå nådd målet og har godt over 20 prosent økologiske råvarer i sine serveringstilbud

Dette kvalifiserer til bronsemerket for økologisk servering – en sertifiserings- og merkeordning som forvaltes av Debio, og begge kjøkken er nå sertifisert i henhold til kravet om minimum 15 prosent økologisk andel.

Sosioøkonomiske forskjeller når det gjelder kosthold

Grupper med lav inntekt og utdanning spiser mer energitett mat (mer fett og sukker) og mindre frukt og grønnsaker enn grupper med høy inntekt og utdanning. Flere undersøkelser har vist at utdanning og økonomi er viktig for hvilket kosthold vi har (Folkehelse rapporten 2014):

- En studie av 11-åringar fra Oslo-området viste at utdanningslengden til foreldre henger sammen med barnas forbruk av sukkerholdige drikkevarer.
- I en studie av over 9000 voksne i Oslo ble det funnet at jo lengre utdanning, jo større inntak av sunn mat. Personer med høy utdanning hadde høyere konsum av frukt og grønnsaker enn personer med lav utdanning.
- Blant gravide som deltok i Den norske mor og barn-undersøkelsen, er det også vist at kvinner med lang utdanning og høy inntekt har sunnere kosthold.

Status helse relatert atferd

De fleste voksne og alt for mange av barna fyller ikke de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet. Selv dem som trener regelmessig bruker for stor del av dagen på stillesitting. Barnehagene og skolene i kommunen tar et vist ansvar for ungenes fysiske aktivitet, men det er usikkert om intensiteten er høy nok. Særlig skolene sliter med å komme opp i en time daglig fysisk aktivitet.

Alkoholbruk blant ungdom i Dønna kommune er mye høyere sammenliknet med landsgjennomsnittet. Andel som svarer at de minst én gang siste 12 måneder har «drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset» er på hele 35 prosent i Dønna kommune mot 14 prosent nasjonalt. Jentene i Dønna kommune drikker oftere enn guttene. Ettersom flere av ungdommene oppga at de ikke viste om de fikk lov fra foreldre til å drikke alkohol eller ikke,

tyder det på at foreldrene ikke har tydelige grenser for ungdommene når det gjelder alkoholbruk.

Andel røykere i den voksne befolkningen i Dønna kommune er høyere enn landsgjennomsnittet. I ungdomsskolen er det ingen elever som røyker daglig. Når det gjelder snusbruk var det kun 4 prosent av jente og ingen av guttene som oppga at de snuser daglig. Trendene viser at snusbruken øker kraftig blant begge kjønn i videregående skole.

Kostholdet i skoler, barnehager og SFO varierer en del. De fleste barna spiser hovedsakelig matpakke hjemmefra når de er på skolen. Der det er kantine eller skolematordning har erfaringene vært gode både når det gjelder hva barna spiser og det sosiale rundt måltidet. I barnehage og SFO spiser ungene hovedsakelig felles måltider med brødmat eller varme retter.

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

Konsekvenser og årsaksforhold

For lite fysisk aktivitet i befolkningen

Samfunnet har endret seg radikalt de siste tiårene. Arbeidslivet har gått fra stor grad av hardt fysisk arbeid til stor grad av stillesittende arbeid. På fritiden er skjermaktiviteter dominerende for både barn og voksne. Det er mange som driver med ulike idretts- og friluftslivsaktiviteter, men hverdagsaktiviteten er svært redusert. De fleste forflytninger skjer ved hjelp av bil. Husarbeidet er for en stor del automatisert, og vi kjøper svært mange tjenester for å gjøre hverdagen vår enda enklere. Mangelen på tilstrekkelig fysisk aktivitet gir økt risiko for flere ulike sykdommer som diabetes 2, hjerte- og karsykdommer, kreft, muskel- og skjelettplager og utviklingen av overvekt og fedme. Beregninger viser at fysisk aktive vinner i gjennomsnitt åtte leveår med god helse (kvalitetsjusterte leveår) i et livsløpsperspektiv, noe som innefatter både økt levetid og økt livskvalitet, sammenlignet med personer som er inaktive. Ytterligere økt fysisk aktivitet kan gi opp mot 16 kvalitetsjusterte leveår (Helsedirektoratet 2014, Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet)

Kosthold

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

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

Høyt alkoholbruk blant ungdommene i Dønna

Alkoholbruket blant ungdommene i Dønna er markant høyere enn gjennomsnittet blant ungdom i Norge. Den unge hjernen er spesielt sårbar for skadevirkninger ved bruk av rusmidler. Alkoholbruk i tenårene har vist seg å skade sentrale hjernestrukturer og -funksjoner, noe som igjen forårsaker kognitive og atferdsmessige endringer. Tidlig debut og høyt forbruk i tenårene øker i tillegg risikoen for høyt alkoholforbruk og utvikling av alkoholproblematikk senere i livet. Internasjonal forskning viser at foreldrenes holdninger og regler i stor grad påvirker tenåringsbarnas drikkevaner. Et gjennomgående funn er at aksept av alkoholbruk fra foreldres side og alkoholrelaterte liberale holdninger/regler fører til høyere forbruk blant ungdom (Tidsskrift for Norsk Psykologiforening 2012).

I Dønna kommune viste Ungdata 2014 at mange av ungdommene ikke viste om de fikk lov av foreldrene å drikke alkohol. Holdningsskapende arbeid i foreldregruppen vil derfor være viktig i arbeidet med å redusere ungdommens alkoholforbruk.

Sosiale ulikheter i helse

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

Helsetilstand

Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål, for eksempel forekomst av sykdommer (både smittsomme- og ikke-smittsomme sykdommer), trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær o.l.

God helse har stor betydning for livskvalitet og hvordan man har det. Helse kan sies å være vevd inn i alle sider av livet, for den enkelte og på samfunnsnivå. Helse er altså en viktig levekårsfaktor i seg selv, men virker også inn på andre levekårsfaktorer. Dårlig helse kan svekke mulighetene for deltakelse i utdanning og inntektsgivende arbeid og dermed påvirke materielle levekår. Dårlig helse kan også begrense mulighetene for deltakelse i sosiale aktiviteter. God helse er med andre ord en viktig forutsetning for å opparbeide og vedlikeholde gode levekår på andre områder (Levekår og livskvalitet i Nordland 2014).

Forventet levealder

Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. Forventet levealder for menn i Dønna kommune er 75,5 år mot 77,9 år nasjonalt. Forventet levealder for kvinner i Dønna kommune er 81,9 år mot 82,6 år nasjonalt. Sammenlignet med landsgjennomsnittet er forventet levealder for menn i kommunen lavere. For kvinner kan man ikke med sikkerhet si at forventet levealder er lavere i Dønna kommune.

Hjerte- og karsykdommer

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

Andel som legges inn på sykehus med hjerte- og karsykdom er høyere i Dønna enn i landet som helhet, og den har vært høyere over flere år. Andelen som behandles i primærhelsetjenesten var derimot ikke betydelig høyere enn landsgjennomsnittet i følge folkehelseprofilene for Dønna i 2012-2014, men høyere i 2015. Indikatorene som folkehelseinstituttet bruker i folkehelseprofilene krever riktig innrapportering fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Befolkningsgrunnlaget er lite og tallene kan ha feilkilder.

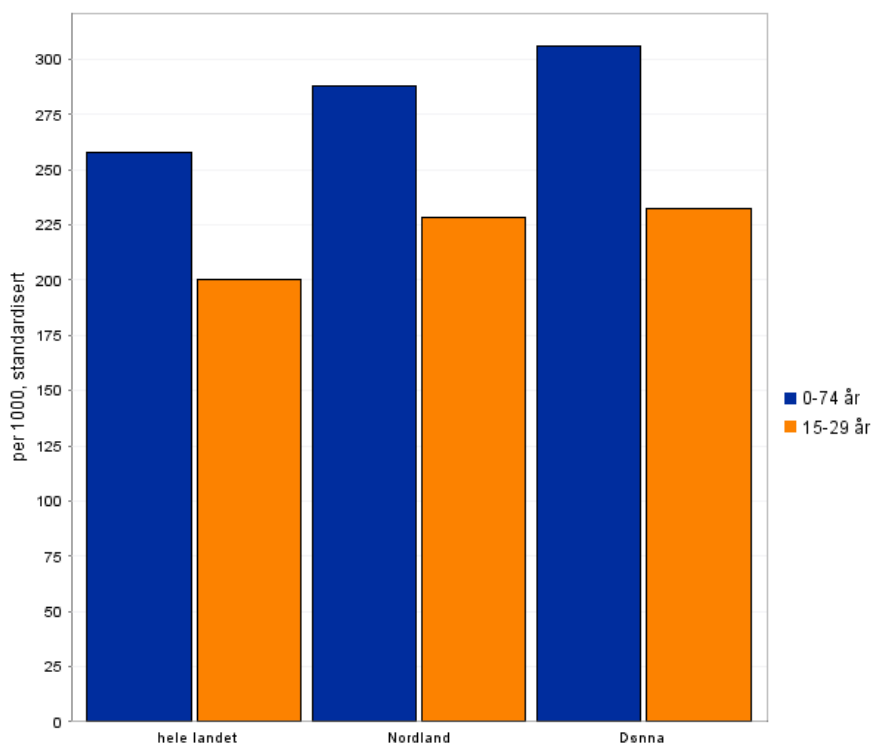
Muskel- og skjelettlidelser

I følge kommunehelsestatistikkbank er andelen med muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader) høyere i Dønna enn i Nordland fylke og landet for øvrig. Tallene omfatter antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere

ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder)

Hvis vi ser nærmere på gruppen 15-29 år ligger vi også der høyere enn snittet for både Nordland og Norge. For denne aldersgruppen har tallet økt fra 222 brukere per år i perioden 2010-2012 til 232 brukere per år i 2011-2013 (Glidende 3-årig gjennomsnitt). Tallene er oppgitt i antall per 1000 innbyggere.

Antall personer i Dønna kommune med muskel- og skjelettplager fordelt på alder



Kilde: Kommunehelse statistikkbank. Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Muskel og skjelett (ekskl. brudd og skader).

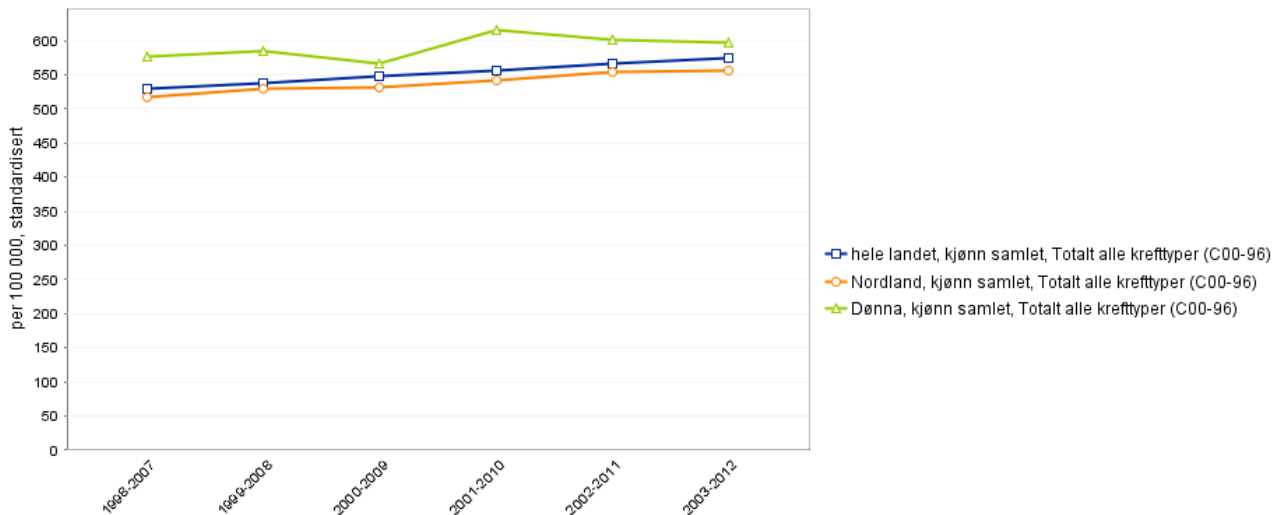
Kreft

Fakta: Kroppen produserer hele tiden nye celler til erstatning for de som naturlig dør. For at nye celler skal produseres, dobler en celle sitt arvestoff (DNA) og deler seg i to celler, så i fire osv. Ved kreft har det oppstått skader (mutasjoner) i cellens arvestoff, slik at cellene deler seg ukontrollert. Etter hvert som disse kreftcellene fortsetter å dele seg ukontrollert, skjer det en opphopning av kreftceller i organet der veksten startet. Det vil etter hvert dannes en kreftsvulst.

En godartet svulst har som regel en kapsel eller jevn avgrensning rundt seg, mens en ondartet kreftsvulst vokser inn i omliggende vev og kan spre seg til andre deler av kroppen.

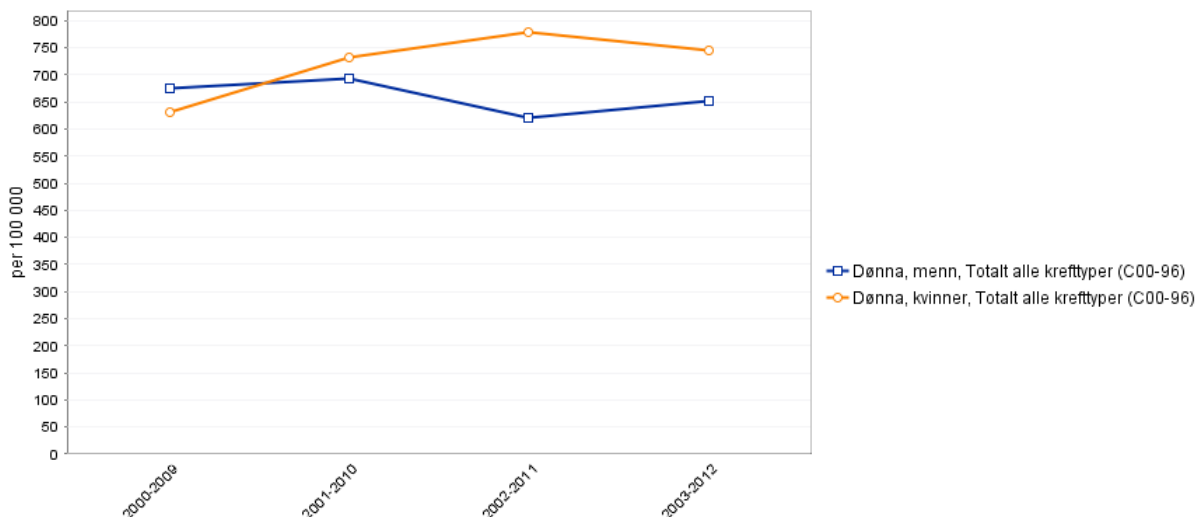
Det har vært en økning i antall nye tilfeller av kreft i Dønna kommune de siste 15 årene. I perioden 2000-2009 var det gjennomsnittlig 566 per 100 000 personer i kommunen mot 547 per 100 000 på landsbasis som fikk diagnosen kreft (årlig gjennomsnitt av nye tilfeller). I Dønna kommune betyr dette at i gjennomsnitt fikk 9,9 personer årlig diagnosen kreft i perioden 2000-2009. I perioden 2003-2012 var tallet økt til 10,3 personer. Forholdstall viser at Dønna kommunes antall nye krefttilfeller i året er 4 prosent høyere enn landsnivået.

Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år i Dønna, Nordland og Norge



Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (nedlastet 07.09.2015). Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 10-årsperioder).

Nye tilfeller av kreft i Dønna kommune fordelt på kjønn



Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (lastet ned 07.09.2015). Nye tilfeller av kreft fordelt på kjønn per 100 000 innbyggere per år. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 10-årsperioder).

Det har vært en økning i andelen av nye tilfeller av kreft blant kvinner i Dønna kommune. I gjennomsnitt fikk 4,9 menn og 5,4 kvinner årlig diagnosen kreft i perioden 2003-2012.

Sammenliknet med landet er tallene 6 prosent lavere for menn og 15 prosent høyere for kvinner.

Psykiske helse

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

Psykisk helse i ungdomsbefolkningen

Tall fra Ungdata-undersøkelsen som ble gjennomført ved ungdomsskolene i Dønna kommune i 2014 viser tydelig at det er en særlig stor helseutfordring blant jentene når det gjelder psykisk helse:

- 30 prosent av jentene mot 0 prosent av guttene oppga at de ikke trives på skolen.
- 27 prosent av jentene mot 5 prosent av guttene oppga at dem ukentlig opplevde mobbing, plaging og utfrysning.
- 26 prosent av jentene mot 89 prosent av guttene svarte «Ja» på spørsmålet «Tror du at du kommer til å få et godt og lykkelig liv?»
- 33 prosent av jentene mot 89 prosent av guttene svarte at dem var enig i utsagnet «Jeg er stort sett fornøyd med meg selv».
- 30 prosent av jentene mot 0 prosent av guttene fikk et samlemål på høy grad av depressivt stemningsleie. Andel som har vært «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av følgende ting sist uke: Følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt deg ulykkelig, trist eller deprimeret, følt håpløshet med tanke på framtida, følt deg stiv eller anspent og bekymret deg for mye om ting.

Psykisk helse i den voksne befolkningen

Tall fra Dønna kommunes folkehelseprofil 2015 viser at andelen med psykiske symptomer og lidelser i alderen 15-29 år ikke er entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.

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

Videre viser tall fra undersøkelsen at:

- En høyere andel oppgir å være å være plaget av angst og depresjon i 2014 enn 2011.
- Kvinner, den yngste aldersgruppen, lavt utdannede og folk som bor perifert (bl.a. Ytre Helgeland) er noe mer plaget av psykiske plager.

Tallene i undersøkelsen beskriver forhold for hele Nordland samlet. Dønna kommune er definert å ligge perifert og utdannelsesnivået i kommunen er noe lavere enn landsgjennomsnittet. Det er derfor nærliggende å tro at det er utfordringer knyttet til psykisk helse også i Dønna kommune.

Selvopplevd helse

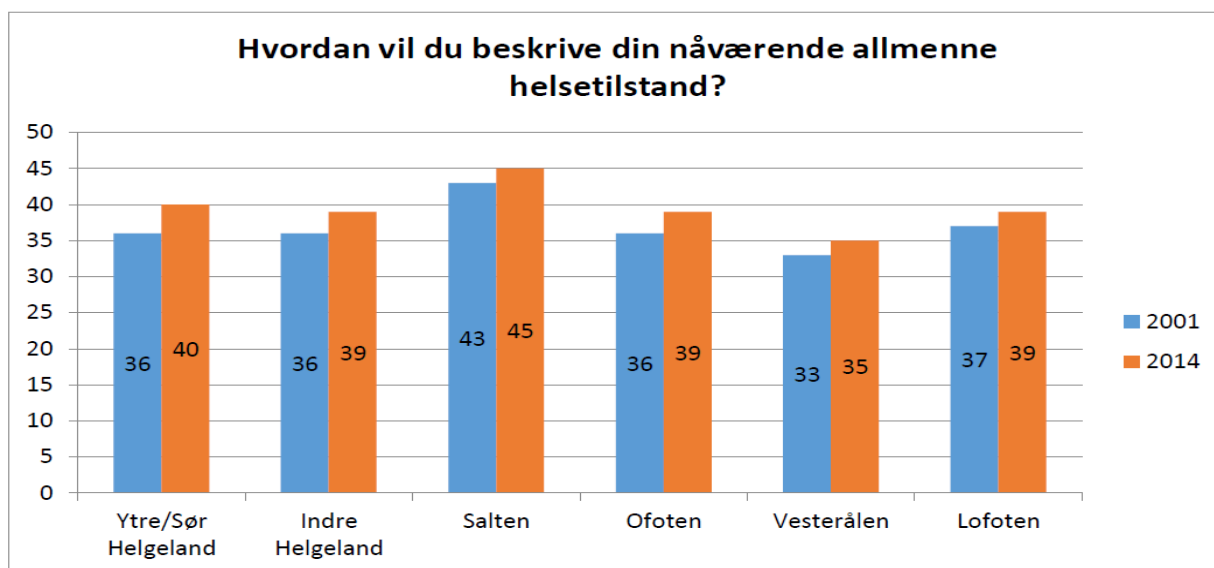
Selvopplevd helse blant ungdom

Tall fra Ungdata 2014 viser at 95 prosent av guttene og kun 50 prosent av jentene i ungdomsskolen i Dønna kommune svarer at de er svært fornøyd eller litt fornøyd med egen helse.

Selvopplevd helse blant voksne

Nordlandsforskning har i undersøkelsen levekår og livskvalitet i Nordland 2014 undersøkt nordlendingers selvopplevde helse Tall fra denne undersøkelsen viser at:

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



Kilde: Levekårs og livskvalitet i Nordland 2001 og 2014. Andelen som har svart meget bra på spørsmålet «Hvordan vil du beskrive din nåværende allmenne helsetilstand»

For Dønna kommune som har en aldrende befolkning, et lavere utdanningsnivå enn landet som helhet og en høyere andel som ikke fullfører videregående skole kan man si at man har en særlig utfordring når det gjelder helsetilstanden i disse gruppene. I tillegg viser Ungdata 2014 at det også er en særlig utfordring med unge jenters selvopplevde helsetilstand.

Overvekt og fedme

Fakta: Mål på overvekt og fedme

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

Voksne:

Undervekt: KMI < 18,5 kg/m²

Normalvekt: KMI 18,5–24,9 kg/m²

Overvekt: KMI 25,0–29,9 kg/m²

Fedme: KMI ≥ 30 kg/m²

Fedme deles inn i tre undergrupper:

Fedme grad 1: KMI 30–34 kg/m²

Fedme grad 2: KMI 35–39 kg/m²

Fedme grad 3: KMI ≥ 40 kg/m²

Begrepet sykkelig fedme blir brukt om KMI ≥ 40 kg/m² eller KMI ≥ 35 kombinert med minst en følgesykdom.

Midjeomkrets ≥102 cm for menn og ≥88 cm for kvinner benyttes ofte som mål på bukfedme (abdominal fedme).

Barn:

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

For å få et mål på bukfedme (abdominal fedme) er ratioen livvidde i cm/ høyde i cm ofte brukt. En livvidde over halvparten av høyden (over >0.5) brukes ofte som mål på bukfedme, uavhengig av alder og kjønn (Folkehelse rapporten 2014)

Overvekt blant barn og unge

Alle barn i Dønna kommune veies og måles ved alle konsultasjoner på helsestasjonen frem til og med skolestartundersøkelsen. I skolehelsetjenesten veies og måles elevene i 3. og 8. klasse i henhold til veileder. I tillegg tas det alltid vekt og høyde i forbindelse med vaksinerings (vekt tas som grunnlag for adrenalindosering ved evt. anafylaktisk sjokk ved vaksinerings). De som er overvektige får tilbud om oppfølging av helsesøster. De som har fedme følges opp av helsesøster i tillegg til at lege koples inn. Henvisning til ernæringsfysiolog og evt. fysioterapeut og BUP.

Overvekt blant voksne

Folkehelseprofilen for 2015 publiserte tall for overvekt hos kvinner, dvs. KMI over 25 kg/m² (basert på selvrapporert høyde og vekt før svangerskapet). I Dønna kommune er hele 67 prosent av disse kvinnene overvektige. I Nordland er 44 % overvektige og i Norge 35 prosent. Tallene er glidende gjennomsnitt fra 2011-2013.

Folkehelseprofilen for 2014 publiserte tall for overvekt hos menn, dvs. KMI over 25 kg/m². Undersøkelsen er gjort av menn på sesjon, gjennomsnittstall for årene 2003-2009. Dønna kommune har 38 prosent overvektig menn. I Nordland var andelen 30 prosent og i Norge 25 prosent.

Tannhelse

De siste 30 årene har det skjedd en betydelig bedring i tannhelsen på nasjonalt nivå. Flere barn og unge har ingen eller få "hull" i tennene. Blant voksne og eldre er det flere som har egne tenner i behold, og som klarer seg uten protese. Fortsatt varierer tannhelsen med alder, økonomi, hvor i landet man bor og om man tilhører en utsatt gruppe eller ikke.

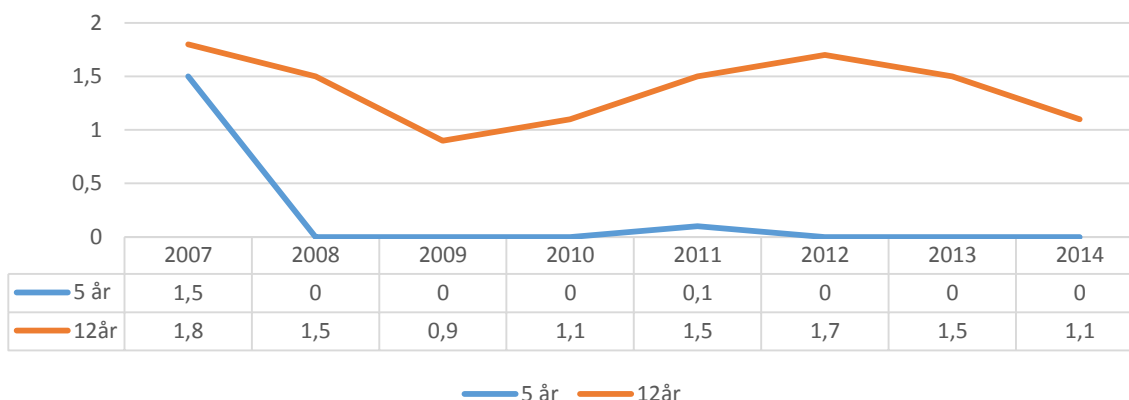
DMTF-indeks (D= destroyed, M= missing, F= filled, per T= teeth) brukes for å si noe om gjennomsnittlig utbredelse av behandlingsskrevende karies (hull i tenner). Den er summen av gruppens akkumulerte kariesskader i form av kariøse (tenner med hull), mistede eller fylte tenner.

Tannhelse i barne- og ungdomsbefolkningen

Blant ungdomsbefolkningen i Dønna kommune viser tall fra Ungdata 2014 at 100 prosent av jentene og 90 prosent av guttene pusser tennene minst en gang om dagen. Videre oppgir 67 prosent av jentene og 60 prosent av guttene at de pusser tennene flere ganger om dagen. Det er 10 prosent av guttene som oppgir å pusse tenne annenhver dag.

Av tabellen under ser man at gjennomsnittlig antall tenner med karieserfaring for 5 åringer i Dønna var i 2014 0 og for 12 åringer 1,1. Gjennomsnittlige antall for Nordland for samme periode var 0,5 for 5 åringer og på samme nivå for 12 åringer (1,1) (SSB).

Utvikling av DMFT-indeks (hull i tenner) i Dønna kommune



Kilde: Nordland fylkeskommune – Tannhelse-distrikt sør. Utvikling DMFT-indeks Dønna kommune 2007-2014. Tabellen viser gjennomsnittlig antall tenner med karieserfaring i form av hull, mistet tann på grunn av hull eller fylling. Innhentet 5.oktober 2015.

Tannklinikkene på Dønna og Herøy ble i 2011/2012 slått sammen og lokalisert på Herøy. Ikke-møtt-time har vært færre for hvert år på Herøy tannklinikk for barn og unge fra Dønna (2012: 12,5 timer, 2013: 11,5 timer, 2014: 10,25 timer). Det ser av statistikken ikke ut til at endring av lokasjon har hatt noen negativ påvirkning for tannhelsen blant barn og unge i Dønna kommune.

Tannhelse i voksenbefolkningen

Tall fra levekårsundersøkelsen i Nordland viser følgende:

- Blant befolkningen i Nordland oppgir 70 prosent mot 75 prosent nasjonalt at tannhelsen er god eller svært god.
- Det er noe høyere andel kvinner (40 prosent) enn menn (31 prosent) som oppgir at tannhelsen er svært god.
- Det er klar sammenheng mellom både alder og utdanningsnivå og hvor godt man opplever sin tannhelse. Tannhelsen svekkes med alderen. Når det gjelder utdanning viser undersøkelsen at mens over halvparten (51 %) av respondentene med 5-åring høgskole- eller universitetsutdanning rapporterer at tannhelsen er svært god, gjelder dette kun 26 prosent av respondentene med grunnskole som høyeste fullførte utdanning.
- Ikke funksjonshemmede oppgir i betydelig større grad (41 %) å ha meget god tannhelse enn hva funksjonshemmede gjør (25 %)

Tallene over gjelder for befolkningen i Nordland samlet. For Dønna kommune som har en aldrende befolkning og lavere utdanningsnivå enn landet som helhet kan man si at man har en særlig utfordring i tannhelsen til disse gruppene.

Status helsetilstand

Menn i Dønna lever 2,4 år kortere enn landsgjennomsnittet, og damene lever 0,6 år kortere enn landsgjennomsnittet. Tannhelsen er i stadig bedring både i Dønna og nasjonalt. Det er en økning i antall nye tilfeller av kreft de siste 15 årene. Det er en høyere andel av nye tilfeller av kreft blant kvinner enn menn i kommunen. Kommunen har en høy andel overvektige både kvinner og menn. Kommunen har ingen oversikt over andel overvektige barn og unge, men disse følges opp av helsestasjon og lege ved overvekt og fedme.

Livsstilssykdommene i Dønna kommune er som på landsbasis og bør prioriteres i det forebyggende helsearbeidet. Andel som legges inn på sykehus med hjerte- og karsykdom er høyere i Dønna enn i landet som helhet, og den har vært høyere over flere år. Andelen som behandles i primærhelsetjenesten var derimot ikke betydelig høyere enn landsgjennomsnittet i følge folkehelseprofilene for Dønna i 2012-2014, men høyere i 2015. Andelen med muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader) er høyere i Dønna enn i Nordland fylke og landet for øvrig. Psykiske plager og lidelser er en utfordring i kommunen. Undersøkelser viser at det er unge kvinner og lavt utdannede er mest utsatt.

Tall fra Levekårsundersøkelsen i Nordland viser at selvopplevd helse henger nøye sammen med utdanning og alder. For Dønna kommune som har en aldrende befolkning og et lavere

utdanningsnivå enn landet som helhet kan man anta at man har en særlig utfordring når det gjelder selvopplevd helsetilstand.

Konsekvenser og årsaksforhold

Sosial ulikhet i helse

Dønna ligger lavt på utdanningsnivå, høyt på uføretrygd og har en økende andel barn i lavinntektsfamilier. Det viktigste momentet i dette er at helsen fordeler seg ulikt i befolkningen. Alle i kommunen lever ikke med gjennomsnittlig helse eller gjennomsnittlige sosiale forhold. Mennesker fra høyere sosiale lag lever lenger og har bedre helse enn personer fra lavere sosiale lag. Dette er et folkehelseproblem, men også et rettferdighetsproblem.

Overvekt og fedme

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

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

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

Flyktninger og psykiske plager

Dønna kommune bosatte i 2015 flyktninger. På grunn av stor tilstrømming av asylsøkere til landet vil kommunen trolig bli bedt om å ta i mot flere i de kommende årene. Dette vil kunne ha noen konsekvenser for helsetilstand i befolkningen. Flyktninger har mer psykiske plager enn det som er funnet hos andre innvandrere og hos etnisk norske. Atskillelse fra og tap av familiemedlemmer, samt fangenskap, tortur og andre krigsrelaterte opplevelser er særlig forbundet med økt risiko for depresjon og post-traumatiske stressplager. Belastninger knyttet til asylsøknadsprosessen og til bosetting og tilpasning i tiden etterpå er også viktige for å

forstå stabilitet og forandringer i psykiske plager blant voksne og barn med flyktningebakgrunn (Folkehelse rapporten 2014).

Referanser

Alkoholloven

Alkoholpolitisk handlingsplan Dønna kommune 2012-2016

Anderssen, S. Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge: resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009. IS-2183. Oslo, Helsedirektoratet. (2009).

BrukerPlan Dønna kommune 2015

Dahl, Bergsli og van der Wel (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Høgskolen i Oslo og Akershus.

Departementene 2009, Ulykker i Norge, Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009-2014

Dønna kommune, Samarbeidsavtalen om folkehelse (2014-2016) med Nordland Fylkeskommune <https://www.nfk.no/Handlers/fh.ashx?Mid1=15590&FilId=33802>

Folkehelseprofilen Dønna kommune 2014. Folkehelseinstituttet. <http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler/finn-profil>

Folkehelseprofilen Dønna kommune 2015. Folkehelseinstituttet. <http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler/finn-profil>

Folkehelse rapporten 2014 – Helsetilstanden i Norge, Nasjonalt folkehelseinstitutt Rapport 2014:4. ISBN: 978-82-8082-636-7 elektronisk utgave

Forskrift om oversikt over folkehelsen (Folkehelseforskriften)

Hektoen, L.F (2014) Kostnader ved hoftebrudd hos eldre. Høgskolen i Oslo og Akershus. Rapport 2014 nr.3 <https://helsedirektoratet.no/Documents/Folkehelsearbeid%20i%20kommunen/Kostnader-ved-hoftebrudd-hos-eldre.pdf>

Helsedirektoratet 2014, Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen. Rapport IS-2167.

Helsedirektoratet 2015, Nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet, kosthold og ernæring

IA-handlingsplan for Dønna kommune 2014-2018. Vedtatt i adm.utv. sak 4/15 3.2.2015

Jørgensen, I.G, (2012) Høgskolen i Lillehammer <http://forskning.no/barn-og-ungdom-vold-sosiale-relasjoner/2012/12/barn-laerer-mobbeadferd-av-foreldrene>

Kartlegging og verdsetting av friluftsområder i Dønna kommune www.kart.naturbase.no

Kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser 2014-2017, Dønna kommune

Kommunehelse statistikkbank <http://khs.fhi.no/webview/>

KommuneProfilen.no www.kommuneprofilen.no

Levekårsundersøkelsen i Nordland 2014, Nordlandsforskning rapport nr. 6/2014

Lov om folkehelsearbeid

Mattilsynet avdeling Helgeland 2016. E-post-korrespondanse.

NAV Statistikk helt ledige

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

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

Nordland fylkeskommune 2015, Nullvisjon Selvmord – Handlingsplan 2015-2020

https://innsyn.e-kommune.no/innsyn_nordland_politisk/wfdocument.aspx?journalpostid=2015015887&dokid=555997&versjon=1&variant=A&

Nordland idrettskrets – antall medlemmer i idrettslag/foreninger 2014

Norges geologiske undersøkelse www.ngu.no Radonkart www.norgeskart.no

Norges helse statistikkbank <http://norges-helse.no/norges-helse/>

Parelius, I., Sandseter, E. B., Sando, O. J., & Egset, K. C. (2013). *Kartlegging av hendelser og ulykker som medfører skade på barn i barnehage*. Trondheim: Dronning Mauds Minne Høgskole for Barnehagelærerutdanning (DMMH).

Regjeringen.no Kommunedata basert på KOSTRA: Tjenestebehov

<http://kommunedata.regjeringen.no/tjenestebehov/>

Sandbæk, M. og West Pedersen A, 2010, *Barn og unges levekår i lavinntektsfamilier En panelstudie 2000-2009*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA Rapport 10/2010

St.meld. nr. 20 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Statistisk sentralbyrå www.ssb.no

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

Telemarksforskning, Norsk kulturindeks 2014

Tidsskrift for Norsk Psykologforening, [Vol 49, nummer 10](#), 2012, side 946-949 Foreldres innvirkning på tenårings alkoholbruk.

Trafikksikkerhetsplan Dønna kommune 2015-2018

Ungdata Dønna kommune 2014

Ungdata Nordland 2013

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