

# Tranøy



**Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne, jamfør Lov om folkehelsearbeid. Statistikken er fra siste tilgjengelige periode per oktober 2012 og er basert på kommunegrenser per 1.1.2013.**

Utgitt av  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Avdeling for helsestatistikk  
Postboks 4404 Nydalen  
0403 Oslo  
E-post: [kommunehelsa@fhi.no](mailto:kommunehelsa@fhi.no)

Redaksjon:  
Camilla Stoltenberg (ansv. redaktør)  
Else-Karin Grøholt (fagredaktør)  
I redaksjonen: Fagredaksjon for folkehelseprofiler  
Idékilde: National Health Observatories, Storbritannia  
Forsidefoto: Colourbox  
Bokmål  
Batch 1701131524.1801131457.1701131524.1801131053.19/01/2013  
11:28

Elektronisk distribusjon:  
[www.fhi.no/folkehelseprofiler](http://www.fhi.no/folkehelseprofiler)

## Noen trekk ved kommunens folkehelse

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

### Om befolkningen

- Forventet levealder for kvinner er ikke entydig forskjellig fra det som er forventet i landet som helhet.
- Andelen eldre over 80 år er høyere enn i landet som helhet.
- Andelen én-personhusholdninger er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.

### Levekår

- Andelen med videregående eller høyere utdanning er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.
- Andelen personer i husholdninger med lav inntekt er høyere enn i landet som helhet.
- Andelen uføretrygdede under 45 år er høyere enn landsnivået.
- Andelen barn med enslig forsørger er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.

### Miljø

- Andelen personer tilknyttet vannverk med 12 analyserte prøver og med tilfredsstillende resultater mht. E. coli, ser ut til å være lavere enn landsnivået. Dette gjelder den delen av befolkningen som er tilknyttet rapportpliktig vannverk.
- Andelen som skades i ulykker er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet, vurdert etter sykehusinnleggelseser.

### Skole

- Andelen 10-klassinger som trives på skolen er lavere enn i landet som helhet.
- Grunnlaget for å beregne andelen på laveste mestringsnivå i lesing er utilstrekkelig for statistikkformål.
- Frafallet i videregående skole er ikke entydig forskjellig fra andelen i landet som helhet.

### Levevaner

- Røyking i kommunen er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet, vurdert etter andelen gravide som røyker ved første svangerskapskontroll. Vi har ikke tall for resten av befolkningen.
- Overvekt ser ut til å være et større problem enn i landet som helhet, vurdert etter andelen menn med KMI > 25 kg/m<sup>2</sup> på sesjon.

### Helse og sykdom

- Andelen med psykiske symptomer og lidelser er lavere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Andelen med hjerte- og karsykdom er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter sykehusinnleggelseser.
- Andelen personer med type 2-diabetes er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Plager og sykdommer knyttet til muskel- og skjelettsystemet ser ut til å være mer utbredt enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.

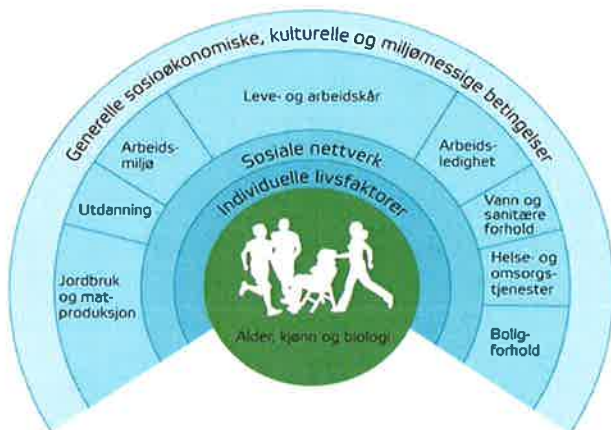
## Sykdomsmønster speiler levevaner, miljø og levekår

**Mange kommuner spør etter statistikk om kosthold, fysisk aktivitet og andre levevaner. I folkehelseprofilene må vi i mange tilfeller bruke sykdomsmønstre og andre indirekte mål for å få informasjon om befolkningens levevaner.**

I dag finnes det ikke nasjonale registre med gode data om levevaner. I folkehelseprofilen finnes det derfor mest statistikk knyttet til helsemål som sykdommer og dødsårsaker. Denne statistikken kan likevel være nyttig når vi ønsker å vurdere befolkningens levevaner.

Flere kroniske sykdommer er i stor grad et resultat av befolkningens levevaner over tid. Ved å «lese» sykdomsmønsteret i kommunen kan vi derfor indirekte få informasjon om levevaner. Med levevaner tenker vi her på kosthold, fysisk aktivitet, røyking og annen helserelatert atferd. Levevaner er ikke bare et resultat av personlige valg. De valgene den enkelte tar er også et resultat av miljø og levekår, og sykdomsmønsteret kan derfor gi en indikasjon på forhold ved miljøet og levekårene i kommunen.

Figur 1. Påvirkningsfaktorer for helse (etter Whitehead og Dahlgren (1))



I figur 1 er faktorer som påvirker helsen satt opp. Disse spenner fra personlige egenskaper som alder og kjønn, til samfunnsforhold som kultur, arbeid, bo- og nærmiljø, utdanning og sosiale nettverk.

De bakenforliggende faktorene kan fremme helsen, eller det motsatte; øke risikoen for sykdom. Mangel på sosial støtte er eksempel på en faktor som øker risikoen for både psykiske og fysiske helseproblemer. Motsatt kan sosial støtte fremme helse og trivsel, fordi støtte fra for eksempel venner, skolekamerater, kolleger og familie virker som en «buffer» mot ulike belastninger.

Utdanning er eksempel på en faktor som har betydning for helsen gjennom hele voksenlivet.

### Betydelige helseforskjeller

Studier viser at levevaner ofte følger utdannings- og inntektsnivå. Det betyr at grupper med lengre utdanning og høyere inntekt i gjennomsnitt har gunstigere levevaner og bedre helse enn grupper som har kortere utdanning og lavere inntekt.

Reduserte sosiale helseforskjeller 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.

Å forebygge frafall i videregående skole vil fremme helse fordi det gir større muligheter for jobb og aktiv deltakelse i samfunnet. Mestring og trivsel i grunnskolen legger et godt grunnlag for gjennomføring av videregående skole.

### Én satsing, flere gevinster

Kommunens innsats mot én risikofaktor kan redusere forekomsten av flere sykdommer. Tiltak mot røyking kan for eksempel redusere forekomsten av sykdommer som hjerte- og karsykdom, KOLS og kreft. På samme måte kan innsats for å fremme fysisk aktivitet påvirke forekomsten av blant annet overvekt, hjerte- og karsykdommer og type 2-diabetes. I tillegg kan fysisk aktivitet fremme trivsel og fysisk og psykisk helse.

Forebyggende tiltak kan rettes mot grupper med særlig høy risiko eller mot befolkningen som helhet. Tiltak for grupper med særlig høy risiko kan være virkningsfulle, men tiltak som rettes mot hele befolkningen kan i mange tilfeller gi større gevinst totalt sett. Grunnen til dette er at befolkningsrettede tiltak når et stort antall mennesker med middels risiko, og fordi det i denne gruppen oppstår flere sykdomstilfeller enn i gruppen med høy risiko. Selv om den individuelle risikoen er langt høyere i høyrisikogruppen, oppstår det altså flere sykdomstilfeller i gruppen med middels risiko fordi denne gruppen er større.

Det er ingen motsetning mellom befolkningsrettede tiltak og tiltak for høyrisikogrupper, de kan utfylle hverandre. For eksempel kan en reduksjon av salt i ferdigmat gi litt lavere blodtrykk hos alle, og dermed lavere risiko for hjerte- og karsykdom generelt i befolkningen. I tillegg vil helsetjenesten fortsette å behandle personer med høyt blodtrykk for å redusere den individuelle risikoen.

Befolkningsrettede tiltak sikter mot «små endringer hos de mange», slik at hele befolkningen flyttes i retning av lavere risiko.

### Gevinst på kort og lang sikt

Det kan ta mange år før dagens forebyggende innsats gir resultater. Men noen resultater kan også komme raskt. For eksempel har fysisk aktivitet betydning for trivsel og psykisk helse, og røykestopp reduserer risikoen for hjerteinfarkt allerede det første røykfrie året. Et annet eksempel er skadeforebyggende arbeid, som raskt kan gi utslag i form av redusert skadeforekomst.

Gjennom utforming av det fysiske miljøet kan kommunen legge til rette for fysisk aktivitet og sosial kontakt mellom mennesker. Ved å planlegge fysiske omgivelser med tanke på helsefremming kan man bidra til bedre fysisk og psykisk helse i befolkningen. Møteplasser i nærmiljøet kan ha betydning for psykisk helse, og samtidig er det lettere å være fysisk aktiv dersom nærmiljøet er trygt og innbyr til aktivitet.

På [www.fhi.no/folkehelseprofiler](http://www.fhi.no/folkehelseprofiler) finnes mer informasjon.

## Røyking og snus

Andelen som røyker i den norske befolkningen har gått ned, men fortsatt røyker så mange som 17 prosent daglig. Røyking er den levevanen som har størst negativ betydning for folkehelsen. Forekomst av røykerelaterte sykdommer som KOLS, lungekreft og hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens røykevaner over tid. I folkehelsebarometeret finnes det statistikk om slike røykerelaterte sykdommer.

Det er store sosiale forskjeller i røykeatferd. Figur 2 viser dagligrøyking i ulike utdanningsgrupper. Data er hentet fra den landsomfattende Levekårsundersøkelsen i 2008 (SSB). Som figuren viser, er det en høyere andel røykere i grupper med kortere utdanning enn i grupper med lengre utdanning. Disse forskjellene forklarer mye av de sosiale forskjellene i sykkelighet og dødelighet.

Mange av de som bruker tobakk i voksen alder, ble avhengige i ung alder. Det er derfor svært viktig å forebygge tobakksbruk blant ungdom - både røyking og snusbruk. Snus er like avhengighetsskapende som sigaretter og inneholder helseskadelige og kreftfremkallende stoffer. I tillegg er det stadig flere som bruker snus. Tiltak i ungdomsskolen kan være særlig effektive, og bør følges opp med tiltak i videregående skole. Håndheving av aldersgrensen for tobakkskjøp og etablering av røykfrie arenaer er aktuelle virkemidler.

## Fysisk aktivitet og kosthold

Fysisk aktivitet og et variert kosthold fremmer helsen og beskytter mot en rekke sykdommer gjennom hele livet.

Flere av indikatorene under helse og sykdom i folkehelsebarometeret kan gi informasjon om befolkningens kosthold og vaner for fysisk aktivitet. Dette gjelder blant annet indikatorene på overvekt, høyt blodtrykk og kolesterol, hjerte- og karsykdom, kreft og type 2-diabetes. Jevnlig fysisk aktivitet kan også gi bedre psykisk helse.

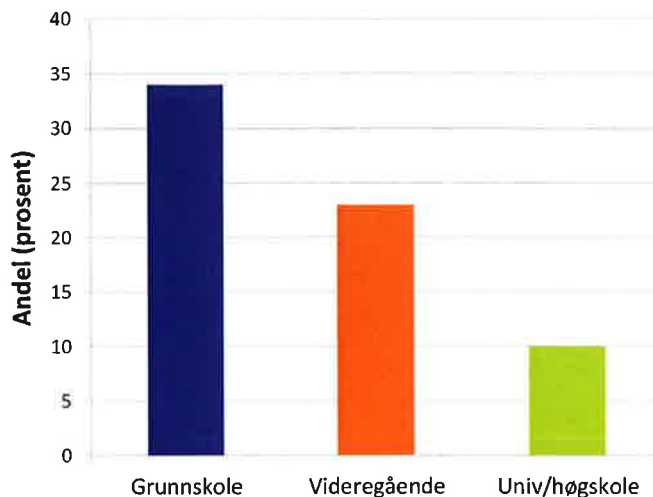
Figur 3 viser andelen som oppnår anbefalt minimum aktivitetsnivå i ulike aldersgrupper, målt ved hjelp av aktivitetsmålere. Tallene i figuren er hentet fra kartlegginger av aktivitetsnivået i befolkningen som Helsedirektoratet gjennomførte i 2008-2011 (2,3). Voksne og eldre anbefales å være i fysisk aktivitet i minst 30 minutter daglig, mens barn og unge anbefales minst 60 minutter daglig fysisk aktivitet. Figuren viser at det er stor variasjon mellom de ulike aldersgruppene når det gjelder i hvor stor grad de oppnår anbefalt aktivitetsnivå.

Overvekt og fedme er i ferd med å bli et stort helseproblem i de fleste land, også i Norge. Figur 4 viser forekomsten av overvekt inkludert fedme blant menn, målt ved sesjon, angitt som gjennomsnitt for perioden 2003-2009. Begrenset tallgrunnlag kan føre til at kommunens verdi ikke vises.

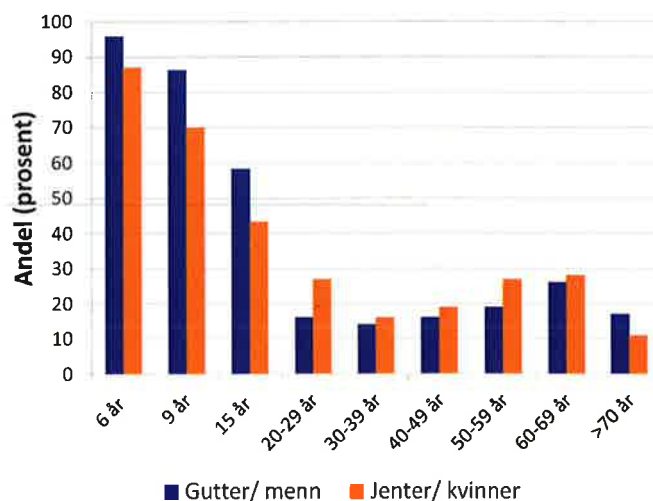
Grunnlaget for vaner knyttet til kosthold og fysisk aktivitet legges tidlig i livet. Utviklingen av overvekt og fedme kan bremses ved å rette tiltak mot barn og deres fysiske og sosiale miljø. Kommunen har som eier av skoler og barnehager en unik mulighet til å legge til rette for at barna får positive erfaringer med sunn mat og fysisk aktivitet. Helsestasjoner er en annen arena der kommunen kan påvirke gjennom sin kontakt med barn og deres familier.

Referanser: 1. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm 1991. 2. Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2008-2009. Oslo: Hdir; 2009. 3. Fysisk aktivitet blant 6-, 9- og 15-åringer i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2011. Oslo: Hdir; 2012.

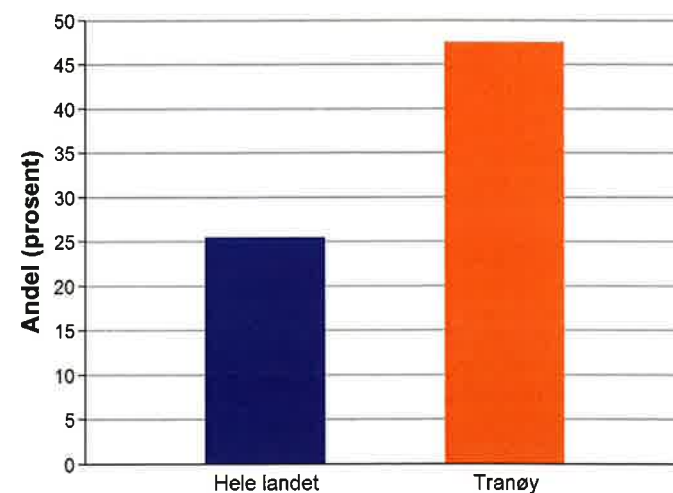
Figur 2. Dagligrøykere etter utdanning (landstall)



Figur 3. Andelen som oppnår anbefalt fysisk aktivitetsnivå (landstall)



Figur 4. Overvekt inkludert fedme blant menn, målt ved sesjon



## Folkeshelsebarometer for din kommune

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall i kommune og fylke med landstall. Kommuner og fylker kan ha en alders- og kjønns sammensetning som avviker fra landsgjennomsnittet. Dette kan ha betydning for statistikken, og det tas det hensyn til i figuren og i tallkolonnene. Statistikk uten alders- og kjønnsstandardisering finnes i Kommunehelse statistikkbank, khs.fhi.no. Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans, se [www.fhi.no/folkeshelseprofiler](http://www.fhi.no/folkeshelseprofiler)

- 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

Halvsirkler: Kommuneverdier som er mer enn dobbelt så høye som landsverdien eller mindre enn halvparten av landsverdien, vises som en halvsirkel i figurens ytterkant.

En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet, likevel kan det innebære en viktig helseutfordring for kommunen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i kommunen kan du lage diagrammer i Kommunehelse statistikkbank. Les mer på [www.fhi.no/folkeshelseprofiler](http://www.fhi.no/folkeshelseprofiler) og se Kommunehelse statistikkbank, khs.fhi.no.



### Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

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

1. 2011. 2. 2012. 3/4. 1997-2011, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet, 15 års gjennomsnitt. 5. 2011, i prosent av befolkningen. 6. 2012. 7. 2011, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning). 8. 2010, personer som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal middelverdi. 9. 2010, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 10. 2011, av personer i arbeidsstyrken. 11. 2008-2010. 12. 2009-2011, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. 13. 2011, andel personer tilknyttet vannverk med tilfredsstillende analyseresultater mht. E. coli, i prosent av befolkningen tilknyttet rapportpliktig vannverk. Minst 12 prøver må være analysert. For mer data, se khs.fhi.no. 14. 2009-2011. 15. 2008-2012. 16. 2008-2012. 17. 2010-2011. 18. 2009-2011. 19. 2002-2011, av kvinner på første svangerskapskontroll. 20. 2003-2009, KMI over 25 kg/m<sup>2</sup>, av menn på sesjon. 21. 2010-2011, 0-74 år, brukere av fastlege og legevakt. 22. 2009-2011, 0-74 år, legemidler mot psykiske lidelser, inkl. sovemidler. 23. 2010-2011, 0-74 år, brukere av fastlege og legevakt. 24. 2009-2011, 0-74 år. 25. 2009-2011. 26. 2009-2011, 45-74 år. 27. 2009-2011, 30-74 år, brukere av blodglukosesenkende midler, ekskl. insulin. 28. 2010-2011, 30-74 år, ikke-insulinavhengig diabetes, brukere av fastlege og legevakt. 29. 2001-2010. 30. 2001-2010. 31. 2002-2011, 0-74 år. 32. 2009-2011. 33. 2010-2011, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av fastlege og legevakt. 34. 2007-2011, vaksine mot meslinger, kusma og røde hunder. Manglende tall skyldes som regel personvern hensyn, og utløses som oftest av kombinasjonen liten kommune og høy vaksinasjonsdekning.

Datakilder: Statistisk sentralbyrå, Dødsårsaksregisteret, NAV, Utdanningsdirektoratet, Vannverksregisteret, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister, Primærhelsetjenestene fastlege og legevakt (KUH-databasen som eies av Helseidrettoratet), Kreftregisteret, Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Forsvarets helseregister og Reseptregisteret. For mer informasjon om indikatorene, se [khs.fhi.no](http://khs.fhi.no)