BARDU KOMMUNE

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Bardu kommune, oktober 2015

Foto: Ole Kroken

1 Innhold

2 BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG 4

3 INFORMASJON OM FOLKEHELSEOVERSIKTEN 5

3.1 Kilder og statistikk 5

3.2 Årsaksforhold, konsekvenser og ressurser 6

3.3 Oppdatering av dokumentet, samt arbeid med løpende oversikt 6

4 OPPSUMMERING 7

4.1 Hovedtrekk og –utfordringer i Bardu kommune 7

4.2 Helsefremmende og forebyggende tiltak / ressurser i kommunen 8

4.3 Status helsetilstand og påvirkningsfaktorer med vurdering av mulige årsaker og konsekvenser 11

5 HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER 33

5.1 Befolkningssammensetning 33
5.1.1 Befolkningsendringer 33
5.1.2 Befolkningsframskriving 35
5.1.3 Etnisitet 36
5.1.4 Personer som bor alene 37
5.1.5 Botid i kommunen 38

5.2 Oppvekst- og levekårsforhold 39
5.2.1 Trivsel i kommunen 39
5.2.2 Bolig/boforhold 40
5.2.3 Arbeidsliv 41
5.2.4 Inntekter og utgifter – personlig økonomi 42
5.2.5 Arbeidsledighet 44
5.2.6 Nedsatt arbeidsevne 45
5.2.7 Sykefravær 46
5.2.8 Uføretrygd 47
5.2.9 Mottakere av sosialhjelp 48
5.2.10 Grunnskole som høyeste utdanningsnivå 49
5.2.11 Frafall i videregående skole 51
5.2.12 Separasjoner 52
5.2.13 Barnevern 53

5.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø (miljørettet helsevern) 54
5.3.1 Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen 54
5.3.2 Funksjonsnedsettelse eller manglende tilrettelegging 55
5.3.3 Støy 55
5.3.4 Drikkevannskvalitet 58
5.3.5 Skolemiljø – opplevelse av trivsel, mestring og mobbing 59
5.3.6 Sosial støtte 61

5.4 Skader og ulykker 62

5.4.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker 62
5.4.2 Trafikkulykker 62

5.5 Helserelatert atferd 63
5.5.1 Deltakelse i aktiviteter 63
5.5.2 Tid brukt på ulike medier 64
5.5.3 Fysisk aktivitet 65
5.5.4 Kosthold 66
5.5.5 Røyk og snus 67
5.5.6 Alkohol 68

5.6 Helsetilstand 69
5.6.1 Opplevelse av helse, livskvalitet og begrensninger 69
5.6.2 Diabetes 70
5.6.3 Hjerte- og karsykdommer 71
5.6.4 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma 74
5.6.5 Smerter 75
5.6.6 Muskel- skjelettlidelser 76
5.6.7 Søvnproblemer 76
5.6.8 Psykiske lidelser 77
5.6.9 Smittsomme sykdommer 78
5.6.10 Kreft 80
5.6.11 Sykehusinnleggelser generelt 81
5.6.12 Tannhelse 82

5.7 Kvalitative vurderinger av utfordringsbildet i kommunen 83

6 VEDLEGG 83

6.1 Oppdateringer og endringer 83

6.2 Årshjul – oppdatering av folkehelseoversikten 84

Folkehelseoversikten i Bardu kommune er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av kommuneoverlege Arne Holm, enhetsleder helse, omsorg og barnevern Inger Linaker, avdelingsleder plan og utvikling Per Åke Heimdal, enhetsleder barnehage Berit Carho, ledende helsesøster Bodil Walle og folkehelsekoordinator Eva Bjørvik/ Jeanette Jørgensen, i samarbeid med øvrige enheter og avdelinger i kommunen.

Vi ønsker å rette en spesiell takk til Hege Lorentzen, som har gitt oss tillatelse til å bruke malen hun har utarbeidet for oversiktsdokumenter i Nord-Gudbrandsdal.

2 Bakgrunn og lovgrunnlag

Kommunen skal ha en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne – heretter kalt folkehelseoversikten. Plikten til å ha folkehelseoversikten er forankret i folkehelseloven, smittevernloven, forskrift om oversikt over folkehelsen (folkehelseforskriften), forskrift om miljørettet helsevern og forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Folkehelseoversikten skal identifisere folkehelseutfordringer og ressurser. I tillegg skal den inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategien og danne grunnlag for fastsettelse av mål og strategier. Kommunen skal samarbeide og utveksle informasjon med fylkeskommunen i arbeidet med oversiktsdokumentet.

Kommunens oversikt over folkehelse skal bl.a. baseres på:

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

Krav til folkehelseoversiktens innhold i henhold til folkehelseforskriften med eksempler fra merknadene til foreskriften:

- Befolkningssammensetning: Antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster
- Oppvekst- og levekårsforhold: Økonomiske vilkår (andel med høy- og lavinntekt, inntektsforskjeller), bo- og arbeidsforhold (tilknytning til arbeidslivet, sykefravær, uføretrygd) og utdanningsforhold (andel med høyere utdanning, frafall i videregående skole)
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø: Drikkevanns- og luftkvalitet, nærmiljø, tilgang til fri- og friluftsområder, sykkelveinett, antall støyplagede, oversikt over smittsomme sykdommer, organisasjonsdeltakelse, valgdeltakelse, kulturtilbud, sosiale møteplasser
- Skader og ulykker
- Helserelatert atferd: Fysisk aktivitet, ernæring, bruk av tobakk og rusmidler, risikoatferd som kan gi utslag i skader og ulykker
- Helsetilstand: Informasjon om forekomst av sykdommer der forebygging er viktig som psykiske lidelser, hjerte- karsykdommer, type-2 diabetes, kreft, kroniske smerter og belastningssykdommer, karies

Dette dokumentet er den skriftlige folkehelseoversikten for Bardu kommune. Det ivaretar både kravet om å ha en løpende oversikt over folkehelseutfordringene og kravet til å ha et samlet oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet.

Folkehelseoversikten er tilgjengelig for alle kommunens innbyggere på http://www.bardu.kommune.no/folkehelseoversikt-i-bardu-kommune.5807502-149899.html

3 Informasjon om folkehelseoversikten

3.1 Kilder og statistikk

Statistikk, tabeller og informasjon er hentet fra - eller basert på - tall fra:

- Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank
- SSB
- Fylkesmannen i Troms
- NAV
- Ungdataundersøkelsen i Bardu 2013
- Statens vegvesen
- Kommunale planer: Rusmiddelpolitisk handlingsplan for Bardu kommune, Kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet, friluftsliv og folkehelse
- Årsmeldinger for Bardu kommune
- Erfaringer fra kommunale helse- og omsorgstjenester og andre kommunale tjenester/enheter

Kilden er angitt i de enkelte tabellene/diagrammene.

Statistikk og helseoversikter kan ha stor nytteverdi i folkehelsearbeidet, men det er også knyttet store utfordringer til bruk av statistikken og tolkningen av den. *Statistikken gir ofte et grunnlag for undring og spørsmål – heller enn fasitsvar og løsninger.* Et eksempel som viser utfordringene er statistikk over økende bruk av kolesterolsenkende medikamenter i samfunnet. Dette kan tolkes på flere måter – det kan være flere personer som har høyt kolesterol enn tidligere, men det kan også være at flere med høyt kolesterol blir oppdaget eller at grensene for igangsetting med medikamentell behandling har blitt endret. Det kan også være en kombinasjon av alle faktorene. Statistikken som viser økning av medikamentell behandling gir oss lite informasjon om årsakene til denne økningen. Konklusjoner om årsaker blir ofte tolkninger!

Små kommuner har større utfordringer enn store når det gjelder utarbeidelse og tolkning av statistikk. Det skyldes bl.a. hensynet til personvernet og for lite datagrunnlag. Tilfeldige variasjoner fra år til år kan gi store utslag. Når variasjonene er store, blir det vanskelig å vurdere trender. Av den grunn brukes ofte et glidende gjennomsnitt – en middelverdi av målinger over flere år. Da vil det være lettere å se trender – noe som oftest er viktigere enn å se på statistikk isolert for et enkelt år. Samtidig er det viktig å huske at et spesielt høyt eller lavt resultat et år, kan gi store utslag i gjennomsnittsverdiene.

Ved sammenligning av datamateriell i denne folkehelseoversikten, må en ta høyde for at forskjellene kan skyldes tilfeldig variasjon. For å sammenligne forskjellige kommuner eller se på utvikling over tid, er det viktig å bruke standardiserte verdier – da er påvirkning pga. alders- og kjønnssammensetning redusert. Det er angitt i diagrammene der verdiene er standardisert.

Det er også viktig å være oppmerksom på at tallverdien i flere av diagrammene ikke begynner på null. Det tydeliggjør forskjellene mellom kommunene, men kan også skape et bilde av at forskjellene er større enn de faktisk er.

I dette dokumentet er desimaltall per 1000/100 000 innbyggere omgjort til hele tall.

For ytterligere statistikk og oversikter vises det til: Folkehelseprofil 2015 - Bardu

3.2 Årsaksforhold, konsekvenser og ressurser

Ved vurdering av årsaker er det – etter anbefaling i merknader til folkehelseforskriften – tatt utgangspunkt i den kunnskap som eksisterer om hvilke bakenforliggende forhold som kan ha ført til den situasjonen som foreligger. I tillegg baseres vurderingen på lokale erfaringer. Det er ikke alle årsaker som er nevnt som generelle årsaker, som er like aktuelle i kommunen.

Årsaker, konsekvenser og ressurser/helsefremmende og forebyggende tiltak er beskrevet i kapittel fire.

Dersom man ønsker en kort innføring i helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i Bardu kan man lese kap.1-4, de resterende kapitlene består i hovedsak av utfyllende bakgrunnsstatistikk.

3.3 Oppdatering av dokumentet, samt arbeid med løpende oversikt

Folkehelsekoordinator har ansvar for å ta kontakt med ledelsen i kommunen innen utgangen av januar hvert år for å avtale hvordan oppdateringen skal skje.

Det ble i januar 2015 gjort et administrativt vedtak om å opprette en tversektoriell arbeidsgruppe for dette dokumentet.

Følgende ble vedtatt:

- Arbeidsgruppen består av folkehelsekoordinator, kommuneoverlege, enhetsleder for helse, omsorg og barnevern, leder for avdeling for plan og utvikling, enhetsleder for skole og barnehage og helsesøster. Arbeidsgruppen ledes av folkehelsekoordinator.

- Folkehelsekoordinator oppdaterer folkehelseoversikten i henhold til årshjul (vedlegg)

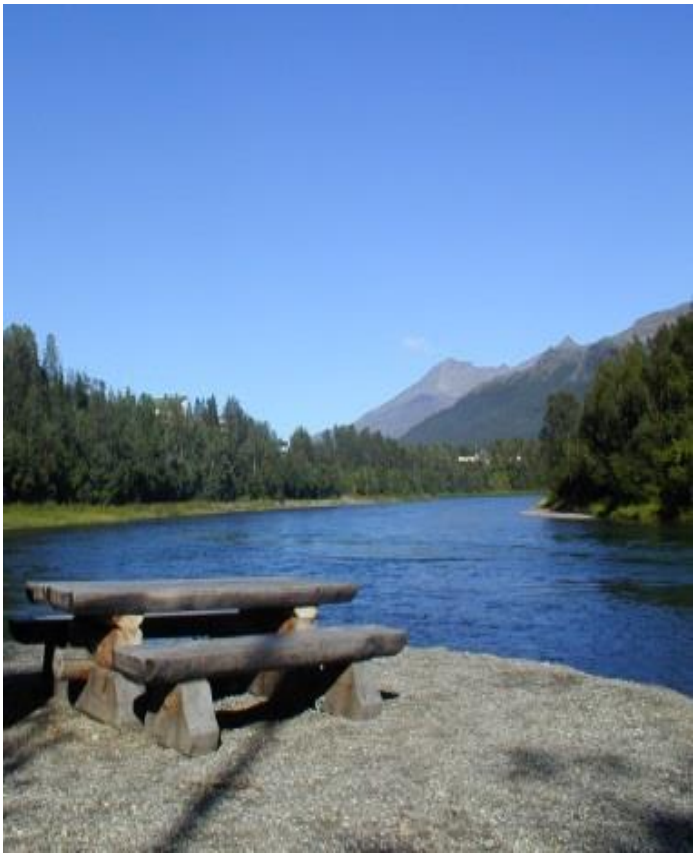


Foto: Kultur og folkehelse

4 Oppsummering

4.1 Hovedtrekk og –utfordringer i Bardu kommune

Foto: Kultur og Folkehelse

BEFOLKNINGSSAMMENSETNING
✓ Økning i folketallet vil gi økt press på boligmarked, helse- og omsorgstjenester, samt det øvrige tjenesteapparatet i kommunen. ✓ Flyktninger (bosatte + de som bor på Setermoen mottak) skal ha et tilstrekkelig tilbud innenfor eksempelvis helsetjenester, barnehage og skole. ✓ Manglende språkopplæring og integrering for å hindre sosiale skiller og ensomhet hos andre etnisiteter.
OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD
✓ Vanskelig boligmarked. ✓ Generelt vanskelig å få seg arbeid i Bardu. ✓ Ved nedgang i offentlig økonomi vil samfunnet i Bardu bli svært sårbar.
FYSISK, KJEMISK, BIOLOGISK OG SOSIALT MILJØ
✓ Utenfor sentrumsområdene er det ikke tilrettelagt for syklende og gående. ✓ Ensomhet og skjult mobbing blant ungdommer. ✓ For lite aktivitet i skolen. ✓ Et aktivitetssenter vil dekke store deler av befolkningens behov. ✓ Manglede skilting for heis, lite tilrettelagte boliger for eldre- og funksjonshemmede, dårlig merking av handikapp-parkering og mangel på sittegrupper i kirkeparken.
SKADER OG ULYKKER
✓ De fleste trafikkulykkene med personskade forekommer i perioden juli-september. Høyest andel drepte/skadde er i aldersgruppa 18-44 år (46 %).
HELSERELATERT ATFERD
✓ På barnetrinnet er det en god del elever som har ekstra skyss på grunn av farlig skoleveg. ✓ Det er ønske om bedre styrkerom i Barduhallen, bedre treningsforhold om vinteren (fotball), klatreanlegg, ballbinger, varmtvannsbasseng, lekeplass i sentrum, økt halltid/tilgang på idrettshall. ✓ Ingen frukt og grønt ordning på BUSK ✓ Ca. 4 % av de gravide rapporterte bruk av snus i 2014.

HELSETILSTAND
✓ Forebygging av uønskede graviditeter og aborter, samt seksuelt overførbare sykdommer, spesielt blant asylanter og bosatte flyktninger. Her trengs det økt forebyggende tiltak i form av undervisning og tilbud om prevensjon. Jordmor har et samarbeid med flyktningstjenesten for de bosatte flyktningene. Her inngår begge kjønn. Kommunejordmor anser et behov for økt satsning på dette også i forhold til asylmottaket. Dette er også et satsningsområde nasjonalt. ✓ Innen tannhelse er det viktig med kostrådgivning til innvandrerforeldre for å forebygge karies. ✓ Flyktningehelsetjenesten får redusert tilbud ved nedskjæringer innen helsestasjonstjenesten. ✓ Høyere forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Bardu enn i Troms og landet som helhet. ✓ 2-4 kvinner utvikler svangerskapsdiabetes hvert år. ✓ Psykiske og sosiale problemer vurderes som økende blant gravide og barselkvinner. ✓ Over 1/5 av ungdommene i Bardu er plaget av søvnproblemer. ✓ Legemiddelbruken mot psykiske lidelser har nesten tredoblet seg siden 2005 i Bardu, og det har vært størst vekst i bruken av sovemedisiner, angstdempende medisiner og midler mot psykiske lidelser.

4.2 Helsefremmende og forebyggende tiltak / ressurser i kommunen

Et tiltak kan bidra positivt i forhold til flere faktorer, men er bare ført ett sted. Listen er ikke uttømmende.

BEFOLKNINGSSAMMENSETNING
Eksisterende tiltak ✓ Norskopplæring for voksne minoritetsspråklige, introduksjonsprogram. ✓ Hjemmerehabiliteringsprosjekt for eldre. ✓ BOLYST-prosjekt. ✓ Svært godt samarbeid mellom flyktningmottaket og de kommunale helsetjenestene.
OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD
Eksiterende tiltak ✓ «Tidlig innsats for livslang læring» og «Vi løfter i flokk»- prosjekter innenfor barnehagene og småskolen for å gjøre barna bedre rustet til videre skolegang og forhindre frafall i vgs. ✓ Prosjekt for språkstimulering og sosial kompetanse i barnehagene, dette blant annet for å øke trivsel og forebygge mobbing. ✓ «Læring i friluft» (barnehager og skoler i samarbeid med Midt- Troms friluftsråd). ✓ Regionalt skoleutviklingsprosjekt: Læringsmiljø og pedagogisk analyse. ✓ Tverrfaglig team 6-16 år. ✓ Friluftsskoler for barn sommer og vinter (lav kostnad, åpen for alle). ✓ Sykefraværsprosjekt i Bardu kommune (pleie- og omsorgstjenesten).

FYSISK, KJEMISK, BIOLOGISK OG SOSIALT MILJØ (MILJØRETTET HELSEVERN)

Eksisterende tiltak

- ✓ Bibliotek
- ✓ Forebyggende tiltak rus: politiråd, SLT-koordinator, tverrfaglig team for barn 0-6 år, tverrfaglig samarbeid mellom barnevernstjenesten, helsestasjon og psykiatritjeneste, samarbeidsmøter mellom barnevernstjenesten og Setermoen statlige asylmottak, ungdommens helsestasjon, skolehelsetjeneste, AKAN-kontakt i Bardu kommune, MOT-kommune, ungdomsklubb, egne rusmiddelkontakter i Forsvaret
- ✓ Skolemiljø: Handlingsplan for trivsel og mot mobbing med rutiner for hvordan mobbing skal forebygges, avdekkes og behandles. MOT-satsning for å forebygge rus og mobbing.
- ✓ Mange frivillige lag og organisasjoner med stor bredde i aktiviteter.
- ✓ Meget god drikkevannskvalitet.

SKADER OG ULYKKER

Eksisterende tiltak

- ✓ Ukentlig eldretrim på Eldresenteret- fallforebyggende tiltak, samarbeidsprosjekt mellom pensjonistforening og frisklivssentral.
- ✓ Hyppigere politikontroller.

Foto: Kultur og Folkehelse

HELSERELATERD ATFERD

Eksisterende tiltak

- ✓ Fokus på kosthold og fysisk aktivitet i barnehagene
- ✓ «Aktivitetstimen» - fokus på fysisk aktivitet, samhandling på tvers av klassetrinn, relasjonsbygging (Øvre Bardu skole)
- ✓ Aktivitetselever i friminuttene (Setermoen skole)
- ✓ Kulturskole for barn/unge
- ✓ Mange frivillige lag og organisasjoner (idrett, kultur, friluftsliv, sosiale nettverk)
- ✓ Ungdommens helsestasjon (prevensjonsveiledning, psykisk helse, rusforebygging)
- ✓ Holdningsskapende arbeid blant barn og unge: MOT og UMM
- ✓ Frisklivssentral (veiledning innenfor fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt)
- ✓ FYSAK-time for alle ansatte i Bardu kommune, 2 timer FYFO/uke for forsvarets ansatte
- ✓ Trimgrupper for eldre i regi av fysioterapitjenesten og frisklivssentral
- ✓ Fylkeslekene for utviklingshemmede (årlig arrangement), isfisketur og boccia for PU
- ✓ Ressursbank folkehelse som ligger tilgjengelig på kommunens hjemmesider (oversikt over lavterskelaktiviteter)
- ✓ Fokus på tilrettelegging for friluftsliv (Bardu kommune, Midt- Troms friluftsråd, frivillige)
- ✓ Idrettsanlegg: Barduhallen med svømmehall, Storlømyra skistadion, Steilia alpinsenter, 9-hulls golfbane
- ✓ Bardu treningssenter, samt eget idrettsbygg for Forsvarets personell

HELSETILSTAND

Eksisterende tiltak

- ✓ Svangerskapsomsorg med svangerskapskontroller, fødselsforberedende kurs og hjemmebesøk etter fødsel (jordmor/lege)
- ✓ Helsestasjon og skolehelsetjeneste
- ✓ Barnevaksinasjonsprogram (helsestasjon)
- ✓ Screening av motorikk hos spedbarn (fysioterapitjenesten)
- ✓ Vaksinering av utsatte grupper, reisevaksiner m.m. (helsestasjon)
- ✓ Smittevernarbeid
- ✓ Demensteam og dagsenter for demente
- ✓ «Møteplassen»: tilbud til personer med psykiske plager (psykiatritjenesten)
- ✓ Møteplass for personer med kreft (interkommunal kreftkoordinator)

Foto: Kultur og Folkehelse

4.3 Status helsetilstand og påvirkningsfaktorer med vurdering av mulige årsaker og konsekvenser

Dette kapittelet er en oppsummering av befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand - med vurdering av mulige årsaker og konsekvenser. Det henvises til kapittel 5 for kilder, utfyllende opplysninger, diagrammer/tabeller og ytterligere statistikk.

BEFOLKNINGSSAMMENSETNING		
Status	**Mulige årsaker**	**Mulige konsekvenser**
Befolkningsendringer <u>Folketall</u> Det har i de senere årene vært en jevn økning i folketallet i Bardu kommune. Pr.30.09.2014: 4059 innbyggere. <u>Nettoinnflytting</u> I perioden 2000-2013: -762	Innbyggere med tilknytning til Forsvaret flytter ofte på seg, mens ungdommer flytter ut av kommunen for å ta høyere utdanning.	Økning i folketall gir økt press på boligmarkedet, helsetjenester, skole/barnehage og det resterende tjenesteapparatet i kommunen.
Befolkningsframskriving 2040 <u>Innbyggere over 67 år</u> 2014: 621 Estimerte tall for 2040: 909 innbyggere, noe som tilsvarer en økning på 288 personer i den eldste aldersgruppa. <u>Innbyggere under 66 år</u> 2014: 3364 Estimerte tall for 2040: 3256 innbyggere, noe som tilsier en nedgang på 108 personer.	Økningen kan skyldes at befolkningen holder seg friskere lenger, har lenge vært fokus på forebyggende folkehelsearbeid i Bardu, men også gode behandlingsmetoder for mange av sykdommene som eldre preges av. Få arbeidsplasser kan føre til at flere arbeidsføre flytter ut av kommunen for å finne jobb.	En større andel eldre vil kunne medføre økning i antall personer med kroniske lidelser, demens m.m. og vil kunne gi økt press på kommunale helse- og omsorgstjenester. Færre innbyggere under 67 år vil kunne medføre utfordringer mtp arbeidskraft.
Etnisitet <u>Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre</u> Et skifte i etnisitetssammensetningen de siste par årene. Tidligere var hovedtyngden av asylsøkere fra Afrikas Horn (Eritrea, Somalia, Etiopia) mens det nå har endret seg til Syria (Midt-Østen). <u>Fysisk helse</u> Like variert som i den alminnelige befolkningen,	Endringer i krigssituasjonen i verden. Lang fluktreise gir økt risiko for sykdommer som	Endringen av nasjonalitet/etnisitet utgjør en forskjell i utdanningsnivå og ikke minst i kjønnsfordeling. Mange menn får positivt svar på sin asylsøknad, men blir likevel boende lenge i mottak pga at det tar lang tid før de får bosettingskommune, noe som igjen fører til familiegjenforening mens de enda bor på mottaket. Noen utfordringer med tanke på boliger og ikke minst barnehage og skole til barn

men noen flere tilfeller av for eksempel tuberkulose, skabb og andre lidelser. <u>Psykisk helse</u> Mange med redusert psykisk helse, men dette er sjelden et stort problem mens de bor på mottaket. Alvorlige tilfeller blir fanget opp og behandlet via helsevesenet. Setermoen mottak har en tilrettelagt avdeling med 20 plasser hvor de ansatte er miljøterapeuter og sykepleiere. Denne avdelingen har et nært samarbeid med helsetjenesten i kommunen samt VOP/BUP.	tuberkulose, skabb m.m. Traumer	kan forekomme. Helsestasjonen er viktig for å avdekke smittsomme sykdommer og oppfølging av den generelle helsen til flyktningene, samt fange opp de som har behov for henvisning til lege, 2.instans og spesialisthelsetjeneste. Barnehageplasser for små barn i alderen 1-4 år er viktig, da forskning viser at det er stor forskjell i språkutviklingen hos minoritetsbarn som går i norsk barnehage kontra de som ikke har plass.
Personer som bor alene I perioden 2010-2014 har andelen vært forholdsvis stabil og i 2014 bodde 23 % av innbyggerne i Bardu over 45 år alene. Dette er lavere enn landsgjennomsnittet (26 %).		Økonomiske utfordringer for den enkelte.
OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD		
Status	**Mulige årsaker**	**Mulige konsekvenser**
Boforhold / bolig <u>Tilgjengelighet til boliger (for ulike grupper):</u> Kommunen har ulike boliger. Det er tilrettelagte handikapboliger, omsorgsboliger, og ordinære kommunale boliger. Pr. nå er det flere ledige omsorgsboliger, mens det er venteliste på ordinære kommunale boliger. Det er søknadsskjemaer tilgjengelig for å søke på bolig i kommunen. <u>Andel med boligsosiale ordninger:</u> Det er mulig å søke bostøtte. Dette administreres av husbanken. Pr. medio januar 2015, hadde 53 personer bostøtte	Det er for få ordinære boliger. Omsorgsboliger: *Forholdsvis høy husleie *Størrelsen på bolig samsvarer ikke med forventninger *Beliggenheten oppleves av noen som utfordrende	Generelt vanskelig boligmarked. Kommunen bosetter flyktninger, det oppleves utfordrende når det ikke er bolig å tilby.

fra Husbanken.		
Arbeidsforhold <u>Over- eller underskudd på arbeidsplasser:</u> ca. 1,5 % arbeidsledighet. <u>Andel pendlere inn/ut av kommunen:</u> Kommunen har en negativ pendlingsbalanse, i gjennomsnitt på -219 som hver dag pendler ut av kommunen i perioden 2000-2013. I hovedsak pendler langt de fleste til Målselv, Tromsø, Lenvik, Salangen og Oslo. 60 % av utpendlerne er menn. I forhold til innpendling skjer dette i hovedsak fra nabokommunene Salangen og Målselv, og det er en liten overvekt av kvinner som pendler til Bardu. <u>Forholdet mellom offentlig og privat virksomhet:</u> Bardu har en utstrakt offentlig sysselsetting på ca. 63 %, gjennomsnitt i perioden 2000-2013.	Det stimuleres for lite til innovasjon og nytenkning. Vi har det «godt» i Bardu med mange offentlige arbeidsplasser. Forsvaret er en stor arbeidsgiver i kommunen som kan være årsak til stor inn-/utpendling. Forsvarets tilstedeværelse gir mange arbeid i statlig og offentlig sektor. Bardu har et stort potensial på å starte innovasjonstiltak for å øke andel privat virksomhet og sysselsetting	Generelt vanskelig å få seg arbeid i Bardu. Lite mangfold i typer arbeidsplasser. Arbeidsplasser blir svært sårbare i forhold til økonomiske svingninger i nasjonal og internasjonal økonomi. Store utskiftninger i arbeidstakere over tid. Når offentlig økonomi opplever nedgang, vil samfunnet i Bardu bli svært sårbar.
Inntekter og utgifter – personlig økonomi <u>Inntekt, inntektsfordeling:</u> Median nettoinntekt for husholdninger i Bardu var kr. 464 000 i 2012. Dette er høyere enn lands- og fylkessnittet. <u>Andel lavinntektshusholdninger:</u> Stabilt nivå, i 2012 var andelen barn som bodde i lavinntektshusholdninger på 6,4 %, noe som er lavere enn landet og fylket. Den totale andelen som bodde i lavinntektshusholdninger i 2012 var på 7,2 %.	Kan ha sammenheng med lav arbeidsledighet og høyt utdanningsnivå i kommunen.	

Arbeidsledighet <u>Status og utvikling over år:</u> Bardu kommune har over flere år hatt stabil, lav arbeidsledighet. Pr. desember 2014 er ledigheten på 1,2%. <u>Andel arbeidsledige under 30 år:</u> Andel registrerte arbeidsledige under 30 år er pr. dags dato 40 stk. Av disse er flesteparten i tiltak, gradert stilling, eller under arbeidsavklaring.	Stabilt arbeidsmarked, med forholdsvis mange offentlige arbeidsplasser. Sammensatte årsaker som frafall videregående skole, helsemessige og/eller sosiale årsaker.	Forventer fortsatt lav ledighet. Virker som det er forholdsvis mange i gruppen. Vanskelig å forutsi utviklingen. Tidligere sammenlignbare tall er ikke kjent.
Nedsatt arbeidsevne <u>Status og utvikling over år:</u> Bardu har også forholdsvis lav andel personer med nedsatt arbeidsevne. Pr. desember 2014 er det 130 stk som tilsvarer 5,2 %. Status har vært forholdsvis uforandret de senere år.	Samme som over. Stabilt arbeidsmarked.	Ingen signaler så langt som tilsier at det blir markante endringer. En mulig «positiv» utvikling kan være at aktivitetskravet ved 8 ukers sykemelding innskjerpes. Det antas at dette vil medføre flere i gradert sykemelding og hurtigere overgang til arbeid, og færre får status nedsatt arbeidsevne.
Sykefravær <u>Status og utvikling over år:</u> Bardu har pr 4. kvartal 2014 4,3 % sykefravær. Det har vært en gradvis nedgang hvert år siden 2010, hvor sykefraværet var på 6 %. Bardu har pr. i dag det nest laveste sykefraværet i Troms fylke.	Sammensatt årsak. Det antas det jobbes godt med oppfølging på arbeidsplassene. Større bevissthet rundt sykefravær fra flere instanser. Eks. den sykemeldte selv, arbeidsgiver, lege og NAV.	Ingen signaler som tilsier store endringer.
Uføretrygd <u>Status og utvikling over år:</u> Pr. mars 2015 har Bardu kommune nest laveste andel uføretrygdede i fylket (8,7 %). Kun Tromsø kommune har lavere andel. Stabile tall de siste årene. Det er flere unge som blir uføretrygdet.	Generelt blir arbeidsmarkedet mer krevende, og forventningspresset øker. Ofte pga alvorlige psykiske lidelser, og flere kvinner enn menn som blir ufør.	Flere takler ikke forventningspresset, og kan dermed bli syk/uføretrygdet.
Mottakere av sosialhjelp <u>Status og utvikling:</u> I 2014 fikk 52 brukere økonomisk sosialhjelp mot 48 brukere i 2013.	En liten økning i antall brukere kan være en normal variasjon fra år til år, men kan også være et resultat av at en del unge og flere bosatte flyktninger,	Utviklingen antas å fortsette. Kommunen vedtok å bosette 15 flyktninger/år fra 2014. Ved omlegging av «strukturen» i videregående skole kan det få positive

Det ble behandlet totalt 255 saker, mens det i 2013 ble behandlet 244 saker. Det ble utbetalt totalt kr 952 306,- i 2014, en økning på kr. 306 000 fra 2013.	ser ut til å være to grupper som lever marginalt og fyller vilkår for økonomisk sosialhjelp. Gruppen bosatte flyktninger har ofte også barn og barna skal ivaretas spesielt – og dette antas også å gi utslag i økte sosialhjelpsutbetalinger totalt fra 2013 til 2014.	utslag på gruppen ungdommer som faller ut av skolen.
Barnehager <u>Barnehagedekning:</u> Innfridd barnehagegarantien (De som har søkt innen frist 01.03.15, fyller 1 år innen utgangen av august 2015 og er bosatt i kommunen.) 202 barn i barnehagene pr. 01.09.15. 20 barn på venteliste (6 av barna tilhører flyktningmottaket, og 8 av søkerne ønsker oppstart i 2016). <u>Barnehagemiljø:</u> Pr. august 2015 er det 6 barnehager i kommunen. 4 i sentrum og 2 utenfor(Nedre Bardu og Øvre Bardu). Bygges ny barnehage som skal stå ferdig juli 2016. Den vil erstatter Barnas Hus og Sponga barnehage. I foreldreundersøkelsene har det stort sett vært gode tilbakemeldinger.	Barnetallet har gått ned fra 261 barn i barnehagene pr. september 2011 til 202 barn pr. september 2015. Bardu kommune har redusert med 5 barnehageavdelinger fra 2012 til 2015.	Hvis ventelistene øker kan det ha negative konsekvenser i forhold til tilflytting til kommunen.
Skoler <u>Skolestruktur og elevtall:</u> Bardu kommune har en relativt desentralisert skolestruktur for barneskolene med tre skoler, mens ungdomstrinnet er sentralisert til Setermoen. Elevtall: Nedre bardu: 35 stk. Setermoen skole: 249 stk. Øvre Bardu: 51 stk. Bardu ungdomsskole: 145 stk. <u>Trekk ved elevmiljø og elevprestasjoner:</u>		

Generelt virker elevmiljøet å være godt. Skår i elevundersøkelsen er rundt landsgjennomsnittet. Elevprestasjonene er også relativt sett bra. Ligger jevnt over landsgjennomsnitt i standpunkt og eksamenskarakterer de siste årene. På nasjonale prøver er det litt mer variert resultat, men jevnt over bra.		
Utdanningsnivå <u>Status og utvikling:</u> Andel av innbyggerne (i aldersgruppa 30-39 år) som har videregående skole eller høyere utdanning var i 2013 på 85,3 %. Dette har vært noenlunde stabilt de senere år og ligger høyere enn landsgjennomsnittet. Når man ser på grunnskole som høyeste utdanning i aldersgruppa 30-39 år er andelen lavere enn resten av landet og fylket, men andelen har likevel vært økende siden 2007.	Noe unormalt for en innlandskommune å ha så høyt utdanningsnivå, men her kan vi se en sammenheng med at Bardu er en forsvarskommune. Foreldres akademiske nivå er vist å påvirke barnas utdanningsvalg.	Høyt utdanningsnivå har vist å ha positiv betydning for helsetilstand og videre levekår gjennom livet.
Frafall i videregående skole <u>Status og utvikling:</u> I perioden 2005-2010 var det en jevn nedgang i frafallet fra 25,9 % til 16,0 %. Siden 2010 har imidlertid andelen igjen vært økende, og i perioden 2011-2013 var andelen økt til 32,1 %. Dette er høyere enn både gjennomsnittet for Troms fylke og landet for øvrig, som er på hhv 30,9 % og 24,5 %. **Til tross for en statistisk høy andel med frafall rapporterer rektor ved Bardufoss Videregående skole at frafallet ved denne skolen er lavest i fylket når det gjelder allmennfag.*	Generelle årsaker til frafall: Psykiske eller psykososiale problemer, atferdsvansker i barndommen, manglende motivasjon, dårlige grunnleggende ferdigheter, skoletretthet, feilvalg, fysisk sykdom, vanskelige hjemmeforhold, dårlig skolemiljø/mobbing, rusproblemer, graviditet og barn.	Økte sosiale forskjeller. Økning i arbeidsledighet, uføretrygd, sosialhjelp. Utdanning har vist å ha betydning for levekår senere i livet og da i negativ retning ved liten/ingen utdanning.
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste <u>Tilgjengelighet til helsestasjons- og skolehelsetjeneste</u>		

Helsestasjonstjenesten: Lavterskeltilbud for alle brukere. Innebærer at alle kan ta kontakt med helsestasjonen, enten via telefon, e-mail eller komme innom i åpningstiden uten timeavtale. Alle helsesøstrene kan nås på fasttelefon og mobiltelefon. **Skolehelsetjeneste:** Helsesøster har 3 timer kontordag pr. uke på barneskolen og 3 timer på ungdomsskolen. Til sammen 50 % helsesøsterstilling i skolehelsetjenesten. **Ungdommens helsestasjon:** Åpen helsestasjon for ungdom 3 timer i uka på ettermiddagstid. Samarbeid mellom helsesøster, jordmor og turnuslege. Annonsering via Facebook. **Flyktningehelsetjenesten:** Godt samarbeid og gode rutiner med flyktningmottaket gjør at helsestasjonstjenesten er godt tilgjengelig for mottakets brukere. Alle bor i gangavstand til helsestasjonen. **Stillinger:** P.d.d (mai 2015) er det 3 hele helsesøsterstillinger som skal dekke arbeidsoppgavene innenfor helsestasjonstjenesten, skolehelsetjenesten og flyktningehelsetjenesten. Fra 01.07.2015 reduseres bemanningen på helsesøstersiden med en halv stilling.	Hensikten er å være tilgjengelig for elevene og lærerne med oppfølging og støttesamtaler. Videre er helsesøster delaktig med vaksinering av skoleklasser på ulike trinn og deltaker i ansvarsgrupper rundt elever.	Etter stillingskutt vil helsestasjonstilbudet til voksne flyktninger og asylsøkere bli kraftig redusert. Dette får konsekvenser i form av reduserte tjenester til brukerne. Uheldig med tanke på at det er sterke nasjonale føringer om å satse mer på bl.a. skolehelsetjenesten.
Barnevern <u>Status og utvikling:</u> Fattigdomsproblemstilling øker i forhold til fritidsaktiviteter.	Aktiviteter koster for mye. Ikke alle foreldrene kan stille opp med dugnad. Klassetur på ungdomsskole er for noen barn og foreldrene belastende pga	Fattigdom kan føre til klasseskille.

	dårlig økonomi.	
Økning av parkonflikter, høy konfliktnivå.	Utfordringer med samarbeid og kommunikasjon i par forhold kan være en årsak.	Være vitne til høy konflikt er skadelig for barn. Barnet tilføres stress noe som kan ha innvirkning på hjerneutvikling.
Skolevegring.	Oppfølging av elever med individuelt behov er ikke godt nok.	Mangel på utdanning kan føre til tidlig uførhet og/eller dårlig selvtillit.
Økt antall barn som bruker psykiatri helsetjenesten eller BUP.	Økt psykiatrihelsetjenesten kan ha forskjellige årsaker som: utfordringer i familie, prestasjonsforventninger, dårlig emosjonell omsorg, lite kommunikasjon, skilsmisser etc.	Psykiske belastninger kan fører til dårlig helse.
Vansker med å bli integrert hvis du ikke er på idrett eller kulturskole.	Aktivitetstilbud er for mye fokusert på idrett og kultur.	Kan føre til ensomhet.
Andre faktorer rundt oppvekst- og levekårsforhold Bolystprosjekt i regi av Midt-Troms regionråd	Bakgrunnen er å profesjonalisere vertskapsrollen til kommunen slik at vi tar i mot tilflyttere og integrerer dem på en god måte.	Kan stimulere til økt trivsel, kvalitet i det å bosette seg i Bardu.
FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK, OG SOSIALT MILJØ (MILJØRETTET HELSEVERN)		
Status	**Mulige årsaker**	**Mulige konsekvenser**
Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen I Bardu er det mulighet for å ta del i foreningslivet innenfor de fleste områder. <u>Offentlige møteplasser, ungdomsklubb, kafeer, lekeplasser:</u> Ungdomsklubben SMASH har åpent en kveld/uke. Finnes rundtomkring 20 lekeplasser i tilknytning til boligfelt med varierende standard og vedlikehold. <u>Omfang av idretts- og kulturtilbud:</u> Innen idrett er det 12 lag/klubber som er organisert under Bardu Idrettsråd. Til sammen 1698 medlemmer. Bardu IL er	Det ble ikke gitt midler til å vedlikeholde lekeplasser i 2015.	Lekeplassene forfaller og dermed også sikkerheten på lekeplassene.

største klubb og driver med fotball, håndball, ski, skiskyting, orientering, sykkel, barneidrett, turn, friidrett. I tillegg finnes svømmeklubb, alpinklubb, golfklubb, bowlingklubb, sykkelklubb, taekwondoklubb, motorklubb, pistolklubb, skytterlag, jeger- og fiskeforeninger. Sang og musikk står sterkt, med flere kor, korps og dansegrupper. <u>Antall frivillige organisasjoner, medlemsforhold og rekruttering:</u> Bardu har mange frivillige lag og foreninger innunder kategoriene bondekvinne-/bondelag, avholdslag, helselag, husmorlag/husflidslag, kristne foreninger, humanitære organisasjoner, ungdomslag/klubber, 4H klubber, grunneierlag, jeger & fiskeforeninger, velforeninger og grendelag, skytterlag, idrettslag, friluftsorganisasjoner, pensjonist- og eldreforeninger, hundeklubber samt andre lag og foreninger. Medlemsforhold og rekruttering varierer. <u>Tilgang til friluftsområder, merket sti og løypenett:</u> Meget god tilgang til friluftsområder. Det har i årevis vært fokus på tilrettelegging og merking av løypenett. Bardu fjelltrim har i 2015 18 merkede turløyper (sommer) i kommunen, Troms Turlag har også flere merkede stier og hytter i området. Mange trimkasser er utplassert på ulike steder i kommunen og driftes av ulike frivillige lag/organisasjoner. På vinteren kjøres det opp		

skispor, i regi av kommunen, i lysløype på Setermoen, samt forsvarets løype. I tillegg drifter lag/organisasjoner egne løyper rundt om i kommunen. <u>Opplevd trivsel i kommunen:</u> Elever i ungdomsskolen: 65 % oppgir at de er fornøyde med lokalsamfunnet. 63 % vil gjerne la sine egne barn vokse opp i kommunen.		
Fysiske miljøfaktorer <u>Tilbud og tilgjengelighet til kollektivtransport:</u> Dagens tilbud om kollektivtransport i kommunen omfatter regionale ruter, som ekspressbusser fra Narvik til Tromsø. <u>Trygge og opplyste stier/gang- og sykkelveier, tilgjengelighet:</u> Bardu kommune har trygge og godt opplyste gang- og sykkelveier i sentrumsnære områder, både langs kommunal vei og E6. Utenfor sentrum og i hovedsak langs riks- og fylkesveier er det ikke tilrettelagt for syklende og gående. <u>I hvilken grad er skoleveiene trygge:</u> Trygge skoleveier i sentrumsområdet. <u>Drikkevannskvalitet:</u> Meget god drikkevannskvalitet. <u>Forekomst av radon:</u> Kartlagt og tiltak foretatt. <u>Omfang av støyplager:</u> Innbyggere som bor langs E6 plages av støy fra transportstøy, og da spesielt	Lite å hente klimamessig på stor utvidelse av kollektivtransport, da den spredte bebyggelsen favoriserer privat kjøring. Utbygging av gang – og sykkelveier langs riks- og fylkesveier er fylkets ansvar. Sikre vannkilder og godt utbygd ledningsnettverk. Forsvaret har hovedbase på Setermoen med flere	Barn utenfor sentrum kan ikke ferdes langs store deler av riks- og fylkesveinettet og er avhengig av offentlig eller privat transport. Støy kan bl.a. virke negativt på trivsel, prestasjonsevne og

tungtransport. Forsvaret har til tider skyteøvelser som gir store støyplager til befolkningen i kommunen. Liveltskaret i Salangsdalen opplever ila året øvelser i flybombing som gir stor støy.	skytefelt og skogsveier rundt omkring i kommunen.	søvn og gi stressrelaterte plager. Går utover husdyrene på gårdene i Salangsdalen.
<u>Omfang av luftforurensning:</u> Lite luftforurensning og ingen forurensing fra industri, men på stille og kalde vintersdager blir det mer luftforurensing grunnet vedfyring som hindrer røyk fra fyring i å stige opp i høyere luftlag.	Luftforurensingen fra vedfyringen legger seg som et «lokk» over bygda og medfører at mange innbyggere får problemer med å puste inn den røykfylte lufta hvis de må ut å gå.	Mennesker som har astma eller andre lungesykdommer merker dette godt, og det hender at noen som er særlig utsatt må kjøres til/fra jobb eller skole på særlig kalde dager.
<u>Inneklima i skoler, barnehager, offentlige bygg:</u> Godt inneklima på de offentlige bygningene.	Ventilasjonsanleggene er renset og innregulert senest våren 2015. Ellers følges hovedrenhold på de kommunale bygningene året rundt.	Fremmer god helse, trivsel og læringsevne
Funksjonsnedsettelse og tilrettelegging i nærmiljøet <u>Tilrettelegging i Bardu</u> Veiutbedring er tilfredsstillende for folk med funksjonshemming <u>Utfordringer</u> Manglede skilting for heis, lite tilrettelagte boliger for eldre- og funksjonshemmede, dårlig merking av handikapp-parkering, mangel på sittegrupper i kirkeparken, og manglede varmtvannsbasseng.	Forutsetter vintervedlikehold som tilfredsstiller universell utforming.	Ledig omsorgsboliger pga manglede tilrettelegging.
Omfang av smittsomme sykdommer Det er registrert økt forekomst av smittsomme sykdommer som tuberkulose og hepatitt blant beboerne i det store flyktningmottaket i		

kommunen. Det har også vært registrert spredte forekomster av HIV i flyktningmottaket. Kommunen har egen smittevernlege som bistår i dette arbeidet, og det er egne leger i kommunale stillinger som tar hånd om asylsøkere som ikke har fastlege. Lite omfang av andre smittsomme sykdommer (matbårne, seksuelt overførbare sykdommer osv.) <u>Vaksinasjonsdekning for MMR-vaksinen:</u> Vaksinasjonsdekningen har vært jevn økende de siste 10 årene. Hos 2-åringer er den på 92,6 %, noe som er litt lavere enn landet og Troms for øvrig. Hos 9-åringer er den på 94,5 %, noe som er likt med lands- og fylkesnivået.	Godt samarbeid med Mattilsynet angående matbårne sykdommer, samt økt fokus på og forebygging av SOS de senere årene.	Viktig med høy vaksinasjonsdekning for å hindre utbrudd av potensielt farlige barnesykdommer, kollektiv beskyttelse viktig for å forhindre at små og uvaksinerte barn, samt kronisk syke barn får disse sykdommene.
Skolemiljø – opplevelse av trivsel, mestring og mobbing Trivsel på skolen: 94 % av ungdomsskoleelevene oppgir at de trives nokså godt eller svært godt på skolen. Trivselsnivået er i underkant av landssnitt for 7. og 10. trinn.	God læring, godt sosialt miljø samt bevisstgjøring fra MOT.	Trivsel blant ungdommen og gode læringsmiljø.
Mestring: 91 % av elevene i ungdomsskolen oppgir at de er passe eller svært fornøyd med egne karakterer. For mestring er resultatet likt på landsbasis med 7. trinn, mens for 10. trinn ligger det litt under.	Karakterer gjenspeiler innsats og blir rettferdig fordelt.	Lærerne operer med karakterskala.
Mobbing: 6 % av elevene i ungdomsskolen oppgir at de blir utsatt for plaging/trusler/utfrysing minst hver 14.dag. For opplevd mobbing er resultatet likt med landsgjennomsnittet.	Store gruppeskiller og lite samhold på tvers av grupper.	Kan bli økning hvis ikke gruppeskillet blir redusert/fjernet.

Sosial støtte <u>Andel som opplever ensomhet:</u> Elever i ungdomsskolen: 15 % oppgir at de har vært ganske eller veldig mye plaget av ensomhet siste uke. <u>Tilgang på sosiale møteplasser og sosiale nettverk:</u> Elever i ungdomsskolen: 79 % oppgir at de er med i organisasjoner, klubber, lag eller foreninger. Eldresentret, røde kors og frivillighetssentralen	Gruppering i klasser kan gjenspeiles av ulike interesser og utestenging. Mangfoldig tilbud. Stort fokus på idrett og kultur i Bardu.	Dårlig selvtillit. Mister motet til å spørre om å være med andre. Økt aktivisering blant ungdom og positive ungdomsmiljøer. Tilbudene videreføres.
Valgdeltakelse <u>Kommunestyrevalg:</u> 2003: 58,4 % 2007: 62,2 % 2011: 67,1 % <u>Stortingsvalg:</u> 2005: 76,2 % 2009: 76,3 % 2013: 77,0 %		
Risikomiljøer, rus og kriminalitet <u>Omfang og utvikling/trender:</u> Bardu kommune har generelt sett lite kriminalitet. Antall forbrytelser var i 2014 på sitt laveste nivå i en åtteårsperiode, med 89 registrerte forhold hos politiet totalt. (159 forhold i 2009). Dette gjenspeiles også innenfor flere kriminalitetsområder, der vi ser en meget positiv utvikling: -Totalt antall voldssaker i 2014: 14 forhold - det laveste i en åtteårsperiode. (30 forhold i 2009). -Antall innbruddstyverier i 2014: 4 forhold. I åtteårsperioden var 3 (2010 og 2013) forhold lavest og 16 (2012) høyest. -Antall seksualforbrytelser i 2014: 1 forhold. I	En faktor kan være at det nesten ikke er arbeidsledighet, slik at befolkningen har trygghet for arbeid og økonomi. Det antas at det er store mørketall når det gjelder familievold, basert på generelle erfaringer.	Det er et satsingsområde for politiet å avdekke så mange familievoldssaker som mulig, derfor opereres det med måltall som sier "minimum" når det gjelder antall forhold som ønskes avdekket pr. år.

åtteårsperioden var 0 (2011) forhold lavest og 7 (2007 og 2009) høyest. <u>Narkotikamisbruk:</u> I 2014 ble det anmeldt 23 forhold. I åtteårsperioden var 38 (2020) høyest og 14 (2012) lavest.	Antall straffesaker som opprettes for brudd på narkotikalovgivningen henger tett sammen med politiets kapasitet og innsats.	
SKADER OG ULYKKER		
Status	**Mulige årsaker**	**Mulige konsekvenser**
Sykehusinnleggelser etter ulykker <u>Omfang og utvikling over tid:</u> 49 personer innlagt i sykehus grunnet personskade, årlig gjennomsnitt 2011-2013. Dette tilsvarer 12/1000 innbyggere og ligger på lands- og fylkesnivå. **Det ble lagt opp til en stor registrering på Legekontoret i Bardu og Legevakten i 2013, og mye arbeid ble lagt ned. Dessverre måtte prosjektet avvikles pga datatekniske problemer, da det ikke lot seg gjøre å få kjørt ut statistikk.*		
Trafikkulykker, drukningsulykker, brann <u>Antall trafikkulykker, utvikling over tid:</u> I perioden 2007-2014 har antallet trafikkulykker vært på 7/år. I perioden 2007-2014 var antallet drepte/skadde 87, herav 2 drepte, 11 hardt skadde og 74 lettere skadde. I 2013 og 2014 har ulykkene kun medført lettere trafikkskader. De fleste ulykkene med personskade har forekommet i perioden juli-september. Utforkjøringer, påkjørsler bakfra og møteulykker utgjør den største andelen, til sammen 77 %. Høyest andel drepte/skadde er i aldersgruppa 18-44 år	Hyppigere politikontroller. Høyere kvalitet på sikkerhetsutstyr i nyere kjøretøyer. Generelle faktorer: Uerfarne sjåfører, ruspåvirkning, manglende bilbeltebruk, for høy fart etter forholdene, mer offensiv kjørestil.	

(46 %). <u>Ulykkesutsatte strekninger:</u> 74 % av alle trafikkulykkene i perioden 2007-2014 skjedde på E6. <u>Omfang av branner, med/uten personskade:</u> Det brenner i gjennomsnitt ned 1 bolig/år i Bardu (siste 5 år).	Generelle faktorer: Mye trafikk, høy fart, lange veistrekninger med lette føreforhold.	
Eventuelt Totalt 10 registrerte skader i Barduhallen.		
HELSERELATERT ATFERD		
Status	**Mulige årsaker**	**Mulige konsekvenser**
Deltakelse i organisert og uorganisert fysisk aktivitet <u>Andel som er aktive i idrettslag e.l.:</u> 1698 medlemmer i de 12 idrettslagene i kommunen. Elever i ungdomsskolen: 69 % oppgir at de trener i et idrettslag oftere enn 1x/uke. <u>Tilgang til områder for aktivitet:</u> God tilgang til friluftsområder sommer og vinter. P.d.d. tilgang på kunstgressbane, alpinanlegg, idrettshall, svømmehall, lekeplasser, golfbane, skytebaner, treningssenter. Behov for bedre styrkerom i Barduhallen, bedre treningsforhold om vinteren (fotball), klatreanlegg, ballbinger, varmtvannsbasseng, lekeplass i sentrum, økt halltid/tilgang på idrettshall. Gymsaler ved skoler/barnehager i utkantstrøkene er flittig brukt av lag/organisasjoner til lavterskeltilbud.	Det har tradisjonelt vært satset mye på idrettsanlegg som stimulering til fysisk aktivitet i kommunen. Langvarig fokus på friluftsliv og tilrettelegging av stier/turløyper i et folkehelseperspektiv.	Tilrettelegging for lavterskelaktiviteter er viktig for å nå den gruppa i befolkningen som er lite eller inaktiv. Stort press på Barduhallen og hallfordeling vil kunne medføre at grupper mister muligheten til å drive aktivitet. De største gruppene innenfor idrettslagene vil måtte prioriteres på bekostning av de mindre og videre føre til redusert bredde/variasjon i tilbudet. Risiko for at flere faller utenfor. Nedleggelser av skole- og barnehagebygg med treningssal(er) vil kunne gi bortfall av tilbud til befolkningen i disse områdene. Videre vil det

<u>Andel voksne og barn som er fysisk aktive min 30/60 min hver dag:</u> 64 % av elevene på ungdomsskolen oppgir at de er fysisk aktive minst 3x/uke.		kunne føre til økt press på treningslokaler i og rundt Setermoen.
Fysisk aktivitet og kosthold i barnehager og skoler <u>Omfang av elever som går/sykler til skolen:</u> Mangler statistikk og derfor eksakte tall. På barnetrinnet er det en god del elever som har ekstra skyss på grunn av farlig skoleveg. Det gjelder alle skolene. På ungdomsskolen har 67 elever skyss og 80 har ikke. <u>Fysisk aktivitet i skoletiden:</u> Alle skolene har flere aktivitetsdager hvor de er ute, og hele/deler av dagene går direkte til fysisk aktivitet. En av disse er en dag i Steilia (alpinbakke) felles mellom mellomtrinn og ungdomstrinn. Halvparten av elevene på ungdomsskolen har også valgfag "Fysisk aktivitet og helse". Ungdomsskolen har i tillegg en tredagers overnattingstur på 9. trinn. <u>Mat og måltider i barnehager:</u> Frokost, lunsj og frukt/grønt måltid. Eventuelt et mellommåltid. Varm mat i gjennomsnitt en gang pr uke. Frokost medbringes hjemmefra, resten tilberedes i barnehagen. Barnehagene følger helsedirektoratets retningslinjer for mat og måltider i barnehagene. Alle barnehagene har gjennomført fiskesprellkurs.		

Tilgang på frukt og grønt i skolen: Ingen frukt og grønt ordning på BUSK. Måltider på SFO og tilbud i skolekantiner: Alle SFO-ene har brukerbetalt fruktordning. Noen skoler har dette også for småtrinnet. Ingen har skolekantine/tilbud om varm mat.	Utprøving tidligere førte til at frukten ble liggende og råtne samt matkrig i gangene.	De som ikke har med seg mat går tom for energi.
Dagligrøyking og snusbruk (unge/voksne/gravide) Omfang og utvikling over tid: Elever i ungdomsskolen: 100 % oppgir at de ikke røyker. 95 % oppgir at de ikke bruker snus. Gravide: Det har vært en nedgang i andel røykende gravide de senere år, og i 2013 var andelen 12 % (10 års glidende gjennomsnitt). Den nye utfordringen blant de gravide er bruk av snus. Ca. 4 % av de gravide rapporterte dette i 2014. De fleste klarer å slutte med både snus og røyk i svangerskapet. Ca. 0,5 % brukte snus og 0,5 % røyket gjennom svangerskapet i 2014.	Strengt regelverk og høye avgifter. Hyppige kampanjer fra sentrale helsemyndigheter de senere årene med informasjon om røykens skadelige helsevirkninger. Eldre påvirker de yngre. Holdningsendring i samfunnet, «ukult» blant ungdommer å røyke. Flere har gått over fra røyking til snusbruk?	Reduksjon av tobakksbruk vil kunne gi nedgang i luftveissykdommer (astma, KOLS, emfysem), lungekreft, hjerte-/karsykdom og generell lavere dødelighet. Mindre fokus kan føre til økning. Røyking hos gravide gir økt risiko for veksthemming hos fosteret og lav fødselsvekt, noe som kan disponere for sykdommer senere i livet, samt luftveisplager hos barnet. Økt fokus på snusbruk og helseskader for å unngå ytterligere økning i denne gruppa.
Rus (tilgjengelighet og forbruk) Antall skjenkesteder, serverings- og åpningstider for alkoholsalg: -Vinmonopolet (utsalg av alkohol i åpningstidene) -2 dagligvarebutikker (mandag-fredag 08.00-20.00. Lørdag 08.00-18.00) -Bardu hotell (alle dager 07.00-02.00) - Kjeller'n pizza og pub+ restaurant (mandag-torsdag+ søndag 12.00-23.00. Fredag-lørdag 12.00-		

02.00). - Polar zoo (alle dager 09.00-02.00). <u>Alkoholkonsum, tobakksbruk og annen rusmiddelbruk:</u> Elever i ungdomsskolen: 13 % oppgir å ha drukket så mye alkohol at de har vært beruset én eller flere ganger i løpet av siste seks måneder. 93 % oppgir at de aldri har røyket og 92 % oppgir at de aldri har prøvd snus. 5 % oppgir at de har blitt tilbudt hasj eller marihuana en eller flere ganger i løpet av siste år.		
Andre faktorer rundt helserelatert atferd: Det oppleves en klart positiv trend f.eks når det gjelder røykevaner, og kommunen scorer på gjennomsnitt for de fleste parametere som gjelder livsstil og levevaner.	Det er en sterk tradisjon for bl.a. vintersport i kommunen, og Bardu IL er omfattende i bygda og er meget aktiv som tilrettelegger både for barn og voksne. Også andre organisasjoner og ungdomslag har med fysisk aktivitet som viktig satsingsområde.	
HELSETILSTAND		
Status	**Mulige årsaker**	**Mulige konsekvenser**
Forekomst av forebyggbare sykdommer («folkesykdommer/ livsstilssykdommer») <u>Omfang:</u> Se under hver enkelt sykdomsgruppe.		
Diabetes (sukkersyke) Fra 2005 til 2010 sterk økning i andel brukere av legemidler mot diabetes mellitus type 2 (livsstilsdiabetes). Etter 2010 jevn økning (følger samme utvikling som resten av landet) fram mot 2013, da andelen var 32/1000 innbygger.	Økt fokus på sykdommen kan ha bidratt til at flere oppsøker lege, samt økt fokus hos legene kan ha bidratt til at flere oppdages. Årsak til sykdom: Arv, livsstil (overvekt, inaktivitet, usunt kosthold, røyking)	Økt risiko for komplikasjoner: hjerte- karsykdom, hjerneslag, skade på nyrer, øyne, nerveskader, fotsår og amputasjon.
Hjerte- og karsykdommer 492 personer til fastlege/legevakt med diagnose hjerte-/karsykdom i 2011-2013, årlig	Det at det er høyere andel som har oppsøkt primærhelsetjenesten i Bardu med diagnoser	Sykdom og for tidlig død. Det har i flere år vært fokus

gjennomsnitt. **Her samsvarer ikke statistikken med det lokale helsevesenets oppfatning av situasjonen, da de tvert imot opplever en klar nedgang i hjertesykdom, og at infarktraten går ned i Bardu som i sammenlignbare kommuner.* <u>Bruk av legemidler mot hjerte-karsykdom:</u> Kraftig økning i bruken i perioden 2005-2010, deretter stabilt og i 2013 var antallet 126/1000 innbygger. <u>Kolesterolsenkende legemidler:</u> Kraftig økning i bruken i perioden 2005- 2010, deretter stabilt med 71/1000 innbygger i 2013. <u>Innleggelser i spesialisthelsetjenesten:</u> 69 personer innlagt pr. år i perioden 2011-2013 (årlig gjennomsnitt). <u>Dødelighet:</u> Dødeligheten av hjerte-karsykdom er halvert siden 1995 og har vært stabil de senere år.	innenfor hjerte-karsykdom, kan skyldes økt bevissthet hos den enkelte og økt fokus på disse diagnosene hos legene (muligens er de flinkere til å «finne» risikanter for hjertesykdom ved å ha oftere forebyggende undersøkelser). Bedre behandlingsmetoder gjør at folk holder seg friskere lengre og dødeligheten går ned. Sykdomsårsaker: arv, livsstil (røyking, usunt kosthold, inaktivitet, overvekt), høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes	på forebygging av livsstilsrelaterte plager, men det er viktig at dette arbeidet opprettholdes.
Lungesykdommer <u>Legemiddelbruk:</u> Kraftig økning i bruken av legemidler mot kronisk obstruktive lungesykdommer og astma i perioden 2005-2010. Deretter har det vært en jevn økning. 139 personer, årlig gjennomsnitt 2011-2013. <u>Innleggelser i spesialisthelsetjenesten:</u> 4 innleggelser, årlig gjennomsnitt 2011-2013.	Økt fokus på sykdommen kan ha bidratt til at flere oppsøker lege ved symptomer, samt at legene også har økt fokus på å finne risikanter. Sykdomsårsak: Røyking, forurensning i arbeids-miljøet eller utendørs, arvelige faktorer, allergi og overfølsomhet.	Komplikasjoner til sykdommene: pustebesvær, lungebetennelser, hoste, tretthet. Psykiske plager for den enkelte pasient, ensomhet og isolasjon (ved f.eks. bruk av O2, blir mer immobil).
Smerter <u>Legemiddelbruk:</u> Forholdsvis sterk økning i bruken av smertestillende medikamenter i perioden	Legemiddelbruken gjenspeiler muligens forekomsten av muskel- og skjelettlidelser.	Kroniske smertetilstander kan medføre lange sykemeldingsperioder og økt arbeidsuførhet.

2005-2010, dette har stabilisert seg noe de senere årene. 746 personer, årlig gjennomsnitt 2011-2013.		
Graviditet og helseplager Helsetilstanden blant gravide, gjenspeiler helsetilstanden for den øvrige befolkningen, men gruppen er begrenset mtp alder og kjønn. Ca. 15 % av kvinnene som følges opp av jordmor er ikke av norsk opprinnelse. Det kan være asylsøkere, bosatte flyktninger eller innvandrere av andre årsaker. <u>Overvekt og risiko for utvikling av svangerskapsdiabetes:</u> Et økende problem. Ca. 7 % av de gravide i Bardu har en BMI på >27. 2-4 kvinner utvikler svangerskapsdiabetes pr. år. <u>Alkohol- og stoffmisbruk:</u> Kan gå flere år mellom hver gang det avdekkes i svangerskapet. <u>Psykiske og sosiale problemer:</u> Vurderes som økende blant gravide og barselkvinner. Ca. 15 % får ekstra oppfølging pga. risikofaktorer som psykisk sykdom, vanskelig barndom/oppvekst, vold, misbruk, samlivsproblemer, dårlig sosialt nettverk.	Alder, genetikk, overvekt Om dette skyldes at flere sliter nå enn tidligere, er vanskelig å si. Økt fokus på problematikken kan bidra til at flere slike problemer avdekkes.	Minoritetsgruppene kan ha en del andre helserelaterte risikofaktorer enn de etnisk norske kvinnene. Eksempelvis infeksjoner (smitteførende hepatitt, skabb), svangerskapsdiabetes (kvinner fra Nord-Afrika), psykisk sykdom og D-vitaminmangel. Flere må følges opp og kontrolleres ekstra med f.eks. sukkerbelastningstest.
Muskel- og skjelettlidelser 1087 personer til fastlege/legevakt med diagnoser innen muskel- og skjelettlidelser, årlig gjennomsnitt 2011-2013. Noe som er høyere enn landet som helhet og Troms fylke. Lårbeinsbrudd: 10 lårbeinsbrudd, inkludert	Arv, over- og underbelastning, feilbelastning, fysisk tungt arbeid, dårlige arbeidsstillinger, skader. Den høye andelen registrert med muskel- og skjelettlidelser kan skyldes ulik diagnosebruk fra sted til sted, noen velger å bruke mer psykiatriske diagnoser på muskelverk og slitenhet, mens andre	Redusert livskvalitet for den enkelte. Sykemeldinger og uføretrygd, økte kostnader for samfunnet. Fysiske og psykiske plager. Lårbeinsbrudd hos eldre kan gi økt behov for pleie- og omsorgstjenester, samt økt

hoftebrudd, 3-års glidende gjennomsnitt 2011-2013. Dette er på samme nivå som resten av landet og Troms fylke. Av alle lårbeinsbrudd forekommer 77 % hos kvinner.	klassifiserer det som muskel/skjelettsykdom. Her ser det ut til at leger i Bardu heller til den siste varianten ved at forekomsten psykiske symptomdiagnoser er lavere i kommunen enn landet for øvrig. Osteoporose, fall.	dødelighet. Et lårhalsbrudd koster samfunnet kr 341.000,- det første året. Viktig med fokus på fallforebygging, særlig med tanke på at andelen eldre i befolkningen øker.
Søvnproblemer Omfang og utvikling: Elever i ungdomsskolen: 22,5 % oppgir å ha vært ganske eller veldig mye plaget av søvnproblemer i løpet av siste uke.	Ungdom som strever i hverdagen – grubler /tenker om natta. Bruk av sosiale medier og spill på natta.	Påvirkes sosialt og faglig. Fravær i skole.
Psykiske lidelser Totalt antall: 485 personer til fastlege/legevakt med psykiske symptomer og lidelser, årlig gjennomsnitt 2011-2013. Aldersgruppe 15-29 år: 79 personer til fastlege/legevakt med psykiske symptomer og lidelser, årlig gjennomsnitt 2011-2013.	• Omsorgssvikt og mobbing som barn. • Livskrise-samlivsvansker/ samlivsbrudd • Sorg/tap grunnet livskrise/dødsfall • Vold og seksuelle overgrep • Frafall ved skole/VGS • Sosial angst • Ensomhet • Lite sosialt tilbud spesielt for menn over ca. 30 år, som strever med rus, sosialt, lite nettverk. • Overvekt	• Strever i voksenlivet • Sykdom/strever i voksenlivet • Dårlig økonomi • Faller utenfor utdannelse/ yrkesliv • Vansker med å stå i ting • Tap av sosial status • Ensomhet • Blir varig brukere av helse/sosialtjenester • Livsstilssykdommer
Kreft Nye krefttilfeller: Jevn økning siden 1997. 19 nye tilfeller, årlig gjennomsnitt 2003-2012. Dødelighet: Har vært stabil på 3-4 personer, årlig gjennomsnitt 2003-2012.	NB! Tilfeldige variasjoner fra år til år kan gi store utslag i statistikken. Sykdomsårsak: Arv, miljøfaktorer, livsstil (kosthold, inaktivitet, røyking),infeksjoner. Stabil dødelighet: Sykdommen oppdages på tidligere stadium, bedre behandlingsmetoder.	Redusert livskvalitet, smerter og lidelser hos den enkelte. Kostnader for samfunnet.
Sykehusinnleggelser Stabilt nivå. 624		

innleggelser i somatiske avdelinger, årlig gjennomsnitt 2011-2013.		
Tannhelse <u>Generell tannhelse, utvikling/trender:</u> Generelt en positiv utvikling. Kariesnedgangen har vært dramatisk de siste 40 årene. Barn og voksne har fortsatt karies og noen få har mye karies. <u>Omfang av tannskader:</u> Det finnes ikke oversikt over antall skader i befolkningen, men inntrykket fra tannhelsetjenesten er at milde og moderate skader dominerer. Skole- (yrkes)skader er som regel lite omfattende. En del fritidsskader på sykkel, ski og hjemme.	Vanskelig å forebygge pga. svært forskjellige årsaksforhold. Familiens vaner og livsstil er viktig.	Tidlig forebygging før tannsykdommer har inntrådt gir god oral helse i befolkningen --> Økonomisk gevinst for samfunnet. Hygiene- og fluorrutiner er lettere å endre enn kostvaner. Foreldre til innvandrerbarn har stort behov for kostrådgivning.

5 Helsetilstand og påvirkningsfaktorer

5.1 Befolkningssammensetning

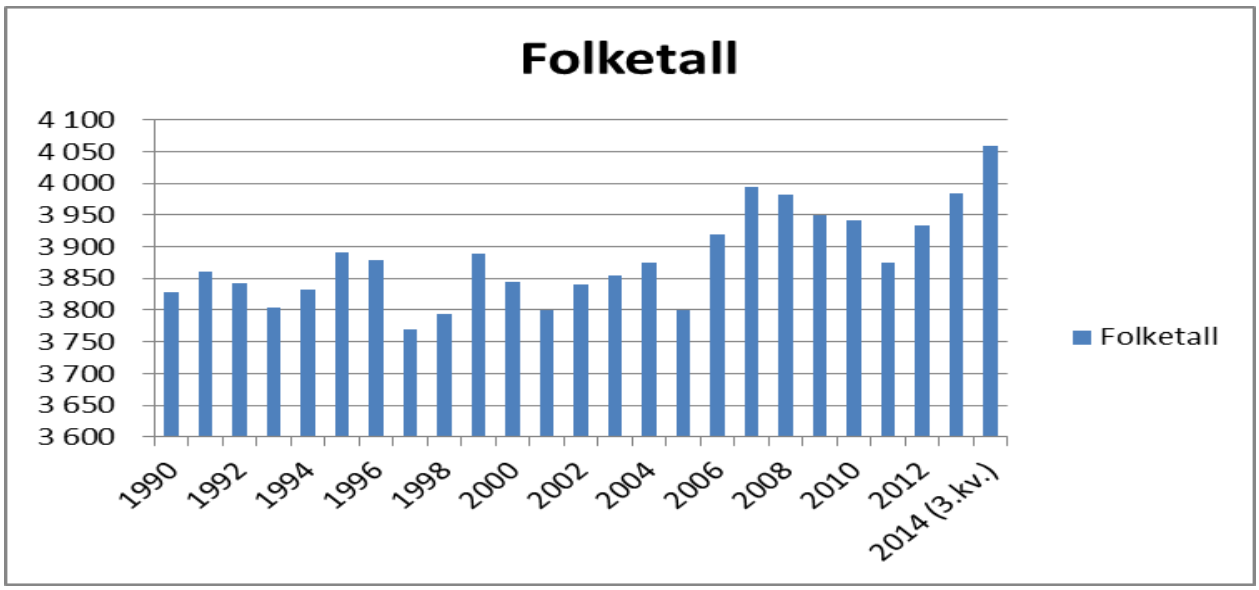
5.1.1 Befolkningsendringer

- ✓ Folketallet i Bardu kommune har gått litt opp og ned de siste 10 årene, siden 2010 har folketallet økt med ca. 50/år. Pr. 30.09.14 var det 4059 innbyggere i Bardu – en oppgang på 126 fra året før.
- ✓ I perioden 2000-2013 var nettoinnflytting -762.
- ✓ Antall levendefødte pr. år de siste 10 årene: I 2013 ble det født 54 barn i Bardu, årlig gjennomsnitt i perioden 2005-2013 har vært 55 fødte pr år.

Kilde: Tall fra Fylkesmannen i Troms pr. jan.2015. Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank, pr.31.3.2015.

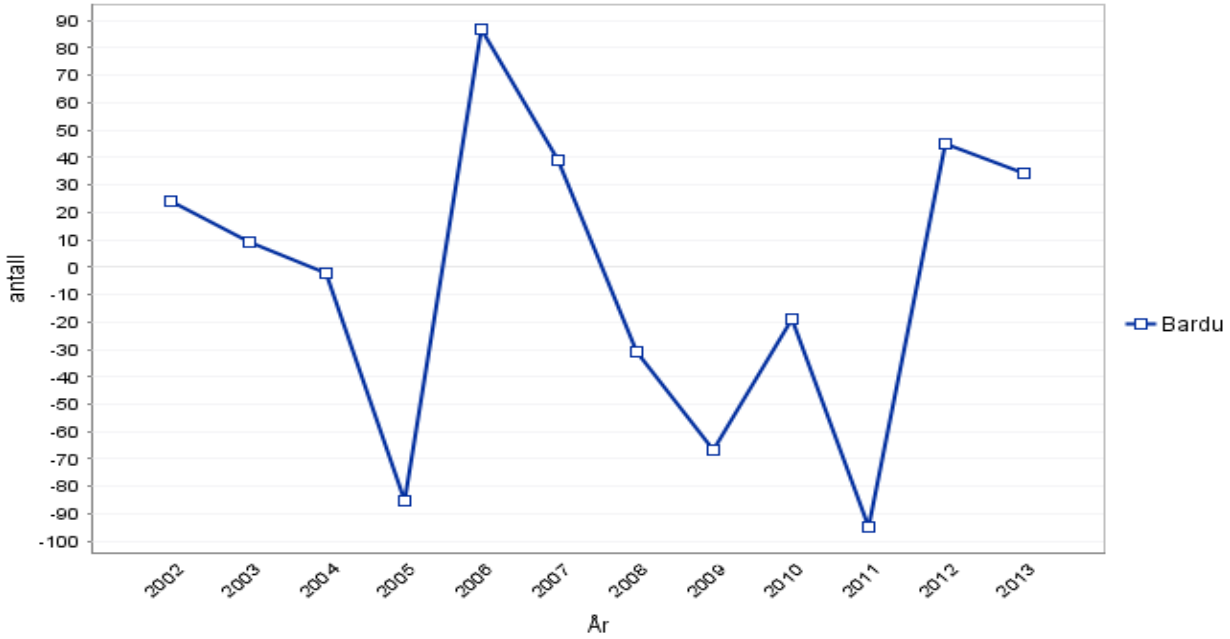
Befolkningsutvikling blir generelt sett vurdert som en viktig indikator for regional utvikling. Ønsket om befolkningsvekst har sammenheng med flere forhold bl.a. kommunens inntektsgrunnlag og tilgang på arbeidskraft. Utvikling i antall innbyggere har betydning for kommunens planer når det gjelder omfang og kvalitet av de ulike tjenestene som skal leveres til innbyggerne i fremtiden.

Diagram: Folkemengde, 1990-2014



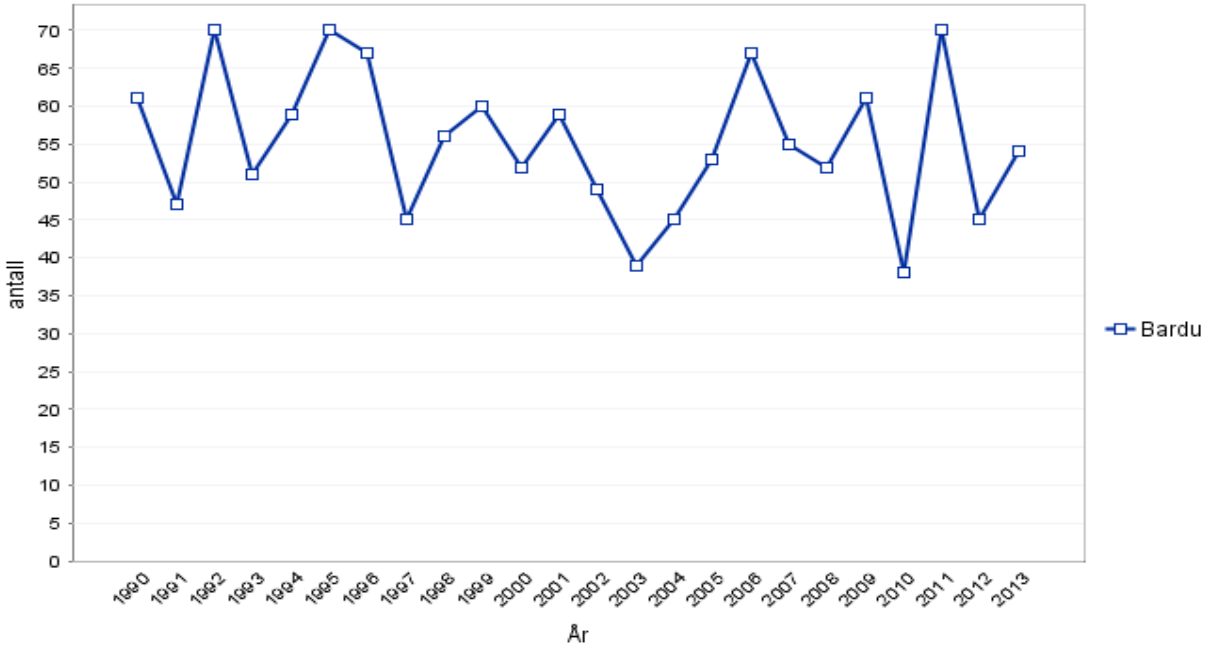
Viser innbyggertall i Bardu kommune fra 1990 til 2014. *Kilde: Tall fra Fylkesmannen i Troms pr. jan.2015.*

Diagram: Nettoinnflytting, 2002-2013



Viser antall personer som er flyttet til kommunen. *Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank, pr.31.3.2015.*

Diagram: Antall levendefødte, 1990-2013



Viser antall levendefødte i løpet av et år. Som levendefødt regnes barn som viser livstegn ved fødselen. *Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank, pr.31.3.2015.*

5.1.2 Befolkningsframskriving

- ✓ Det forventes at antall innbyggere i Bardu er 4165 i 2040, en økning på totalt 180 personer.
- ✓ Framskrivingen viser en økning på 127 i aldersgruppen 67-79 år og en økning på 161 personer over 80 år, totalt en økning på 288 personer i aldersgruppa over 67 år.
- ✓ Det forventes en nedgang på 108 personer i aldersgruppa under 67 år.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Befolkningsframskrivinger kan tjene mange formål og fungere som et nyttig instrument for planlegging i kommunene.

Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre betyr også at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester. *Kilde: St.meld. nr. 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen*

Tabell: Befolkningsframskriving for Bardu kommune, 2014-2040

Aldersgruppe	2014	2020	2030	2040
0-5 år	291	268	275	258
6-12 år	359	304	301	306
13-15 år	127	144	120	135
16-19 år	193	186	160	177
20-44 år	1380	1412	1411	1318
45-66 år	1014	1011	1017	1062
67-79 år	427	527	516	554
80 år +	194	197	307	355
Alle aldersgrupper	3985	4049	4107	4165

Viser forventet befolkningsvekst fra 2014 til 2040. *Kilde: Tall fra Fylkesmannen i Troms pr.jan.2015.*

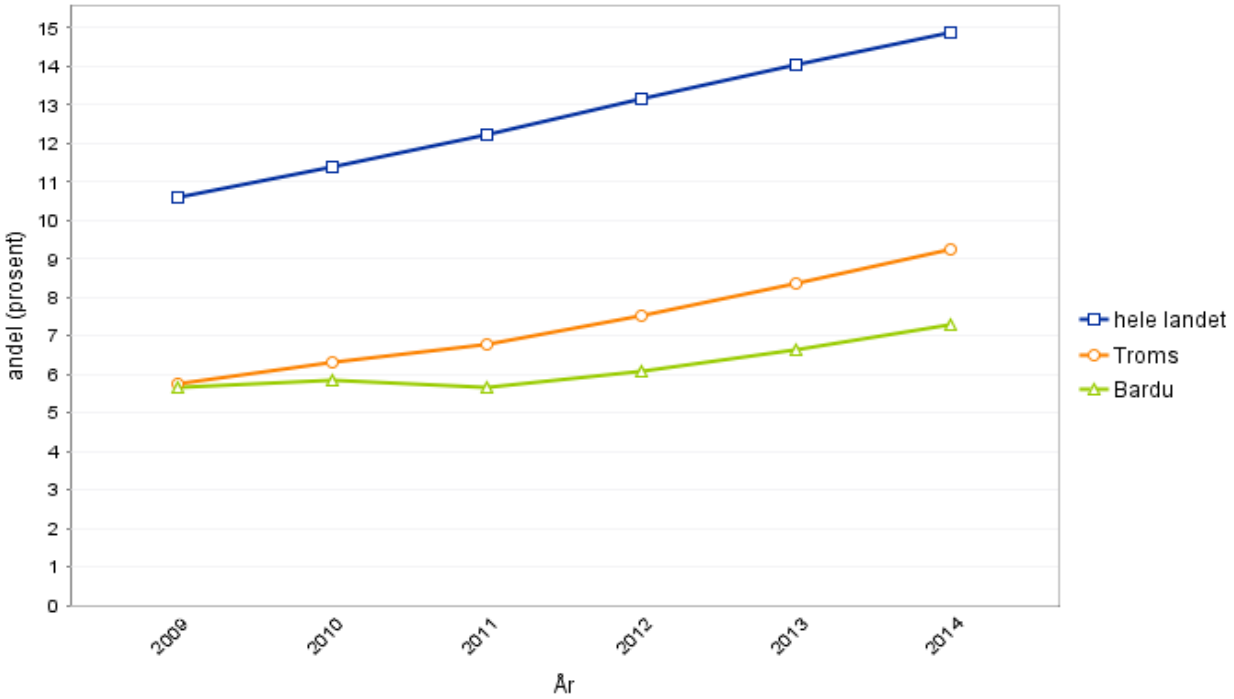
5.1.3 Etnisitet

- ✓ Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Bardu kommune utgjør 7,3 % i 2015.
- ✓ Andelen er nesten halvparten av landet som helhet (14,9 %), og litt i underkant av Troms fylke (9,2 %).

Det er store helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske. Forskjellene omfatter både fysisk og psykisk helse i tillegg til helseatferd. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Kommunal kompetanse om helse blant flyktninger og innvandrere er en forutsetning for å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeid. Tiltak som reduserer språkproblemer og letter integreringen er viktig i folkehelsearbeid.

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



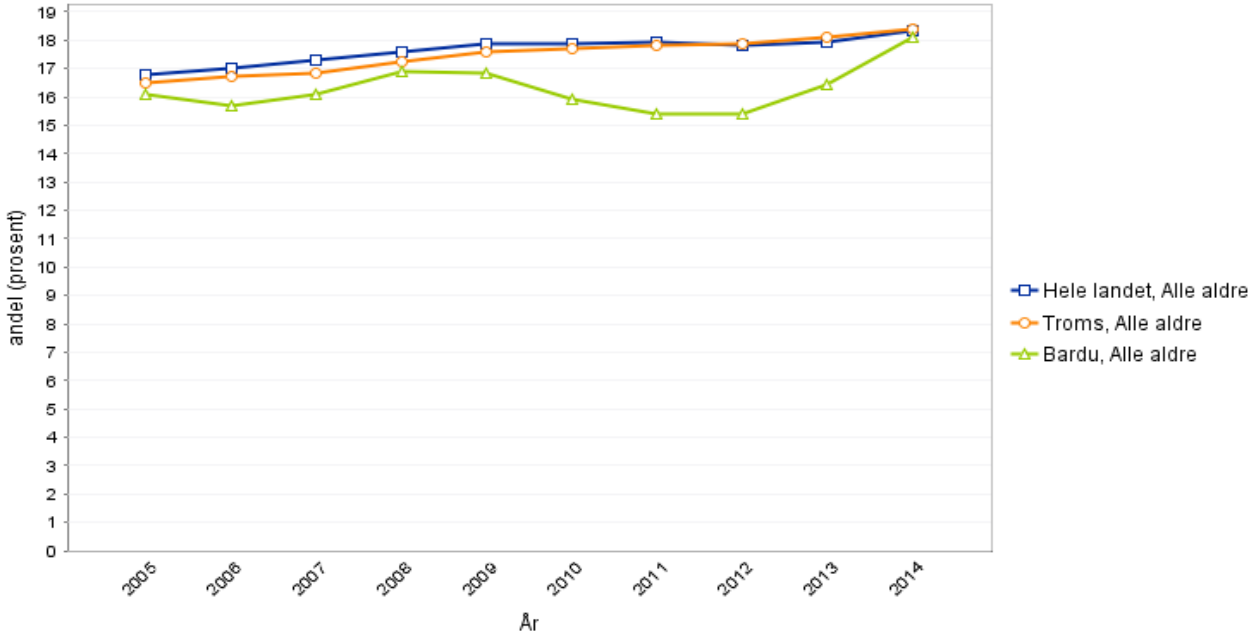
Viser andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i prosent av befolkningen.
Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank, pr.08.07.15.

5.1.4 Personer som bor alene

- ✓ Andel personer som bor alene i Bardu har økt jevnt de siste årene og i 2014 bodde 18,1 % av innbyggerne alene. 23 % av innbyggerne over 45 år bodde alene i samme periode.
- ✓ Andelen er på lik linje med landet som helhet (18,3 %).

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt.

Diagram: Personer som bor alene, 2005-2014



Andel personer som bor i én-personhusholdninger i prosent av befolkningen per 1. januar.
Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank, pr.31.3.2015.

Tabell: Personer som bor alene – andel (prosent)

År		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Geografi	Alder						
Hele landet	Alle aldre	17,9	17,9	17,9	17,8	18,0	18,3
	45 år +	25,9	25,8	25,8	25,6	25,6	25,6
Troms	Alle aldre	17,6	17,7	17,8	17,9	18,1	18,4
	45 år +	26,0	26,0	25,9	25,8	25,8	25,7
Bardu	Alle aldre	16,8	15,9	15,4	15,4	16,5	18,1
	45 år +	22,5	22,8	22,8	22,9	22,7	23,0

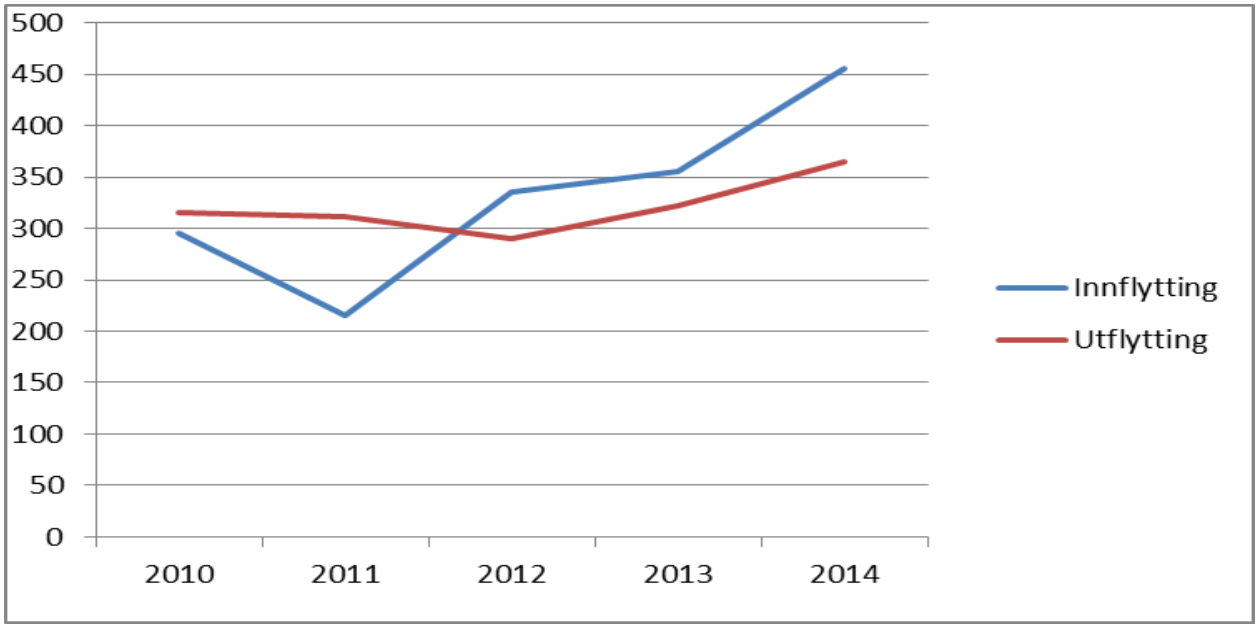
Viser andel personer som bor i én-personhusholdninger i prosent av befolkningen per 1. januar.
Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank, pr.31.3.2015.

5.1.5 Botid i kommunen

- ✓ Mye til- og fraflytting i kommunen på grunn av forsvaret.
- ✓ Etter 2012 har det vært mer innflytting enn utflytting i Bardu kommune, noe som også vises på innbyggertallet for kommunen. I 2014 flyttet 455 personer til Bardu kommune og 365 fra kommunen.

Dersom det er stadige utskiftninger i nabolaget, påvirker det trivsel, trygghet og den generelle helsen. *Kilde: Helsedirektoratet. Bolig - kunnskapsgrunnlag*

Diagram: Flytting, etter region, tid og statistikkvariabel



Viser antall personer som flytter til og fra Bardu kommune fra 2010-2014. *Kilde: SSB, statistikkbank pr. 22.07.2015.*

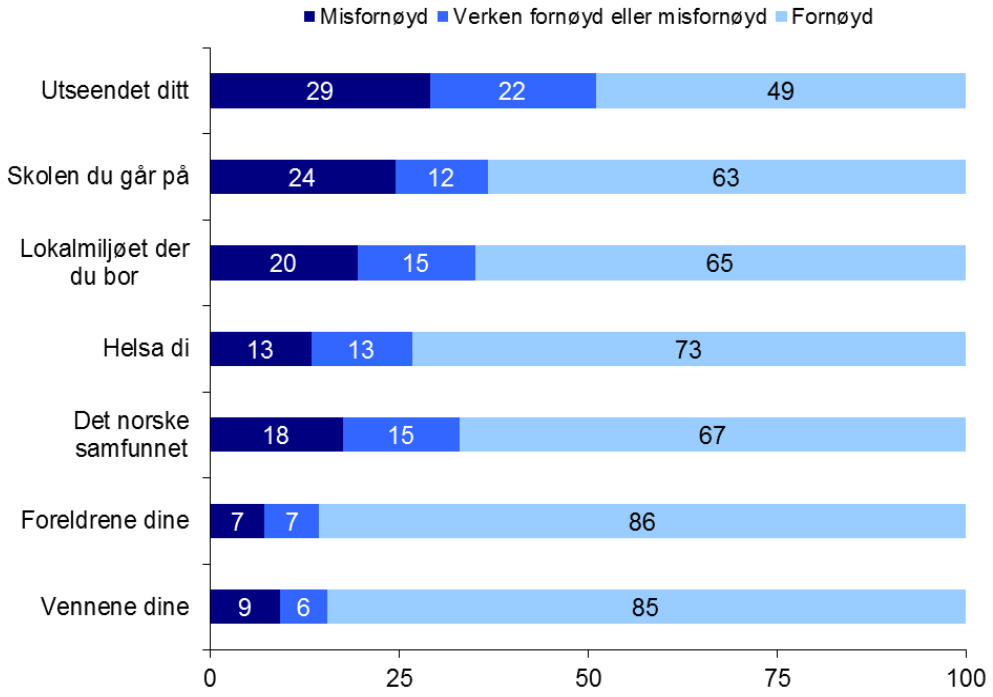
5.2 Oppvekst- og levekårsforhold

5.2.1 Trivsel i kommunen

- ✓ 65 % av elevene i ungdomsskolen oppgir at de er fornøyde med lokalsamfunnet
- ✓ 63 % vil gjerne la sine framtidige barn vokse opp i Bardu.

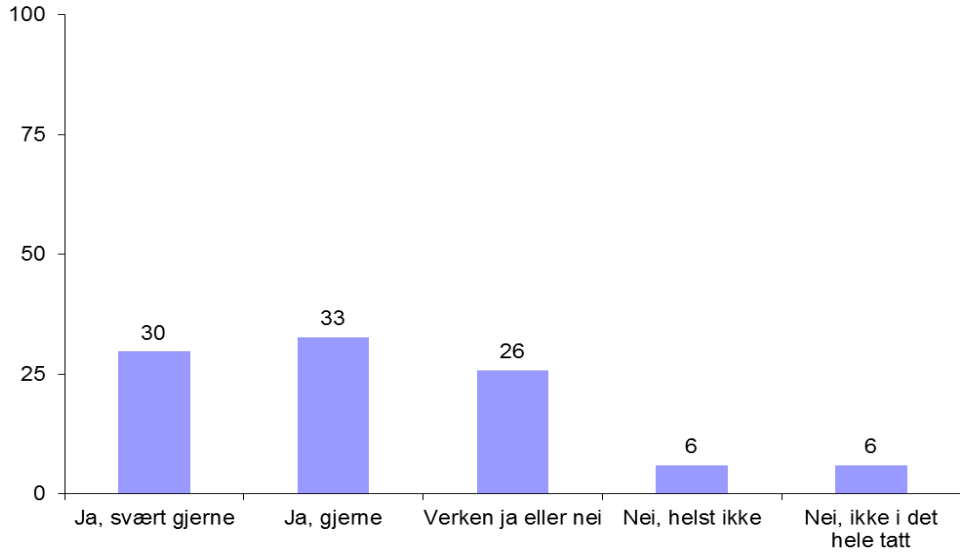
Kommunen skal i henhold til folkehelseloven bl.a. fremme befolkningens helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Kunnskap om innbyggernes trivsel i kommunen kan være et nyttig verktøy i folkehelsearbeidet. God folkehelse innebærer at flest mulig trives i hverdagen.

Diagram: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du ved sider av livet ditt?



Viser prosentandelen av ungdommer i Bardu kommune som er fornøyd eller misfornøyd ved ulike sider av livet sitt. *Kilde: Ungdataundersøkelsen i Bardu 2013.*

Diagram: Prøv å forestille deg at du en gang får barn. Kunne du tenke deg å la dine barn vokse opp i det nærmiljøet der du selv bor?



Viser prosentandelen av ungdommer i Bardu kommune som vil at sine fremtidige barn skal vokse opp i kommunen. *Kilde: Ungdataundersøkelsen i Bardu 2013.*

5.2.2 Bolig/boforhold

- ✓ Generelt vanskelig boligmarked i Bardu, utfordringer med blant annet å bosette flyktninger.
- ✓ Pr. nå er det flere ledige omsorgsboliger, mens det er venteliste på ordinære kommunale boliger.
- ✓ Pr medio januar 2015, hadde 53 personer bostøtte fra Husbanken. Det har vært en jevn nedgang i bostøtte fra 2011 (72 personer) og frem til i år.

Kilde: NAV og Husbanken, statistikkbanken.

En eventuell diskrepans mellom dagens situasjon og hvilke ønsker innbyggerne i kommunen har for fremtidig bolig, er interessant for boligplanlegging.

5.2.3 Arbeidsliv

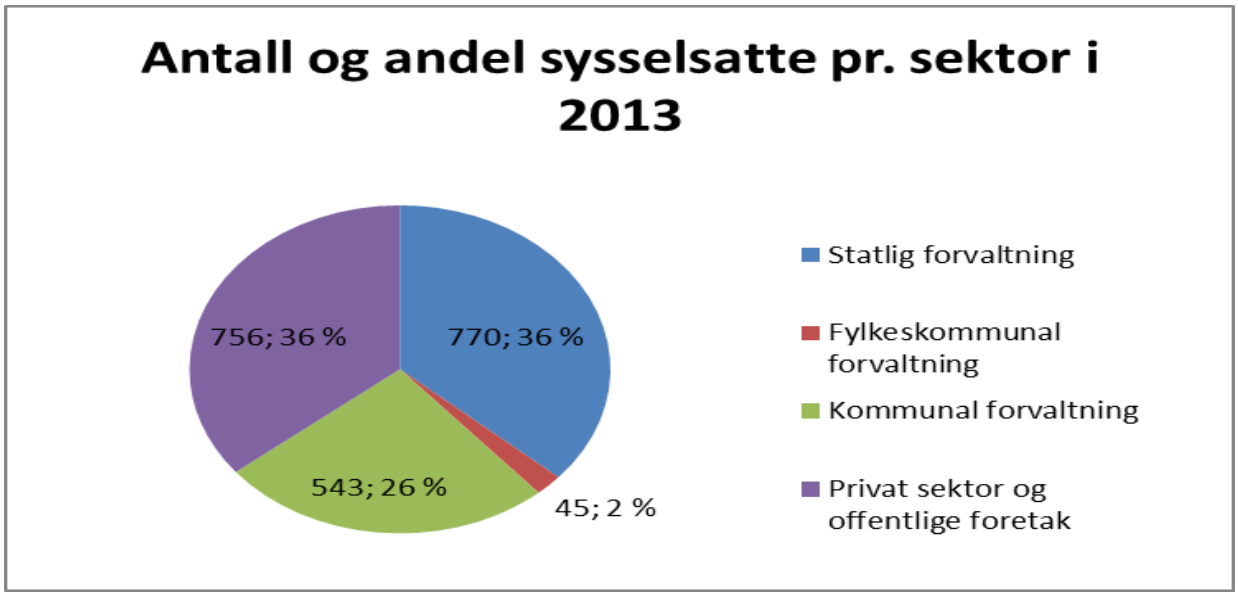
- ✓ Bardu har en utstrakt offentlig sysselsetting på ca 63 %, gjennomsnitt i perioden 2000-2013.
- ✓ Kommunen har en negativ pendlingsbalanse, i gjennomsnitt på -219 som hver dag pendler ut av kommunen i perioden 2000-2013.

Det er arbeidet som er grunnlaget for velferden vår. Et arbeidsliv med plass til alle er et hovedmål for regjeringen. En viktig forutsetning for å nå dette målet er at arbeidsforhold og arbeidsmiljø medvirker til god helse og arbeidsevne for den enkelte gjennom hele yrkeslivet.

Det er viktig å legge til rette slik at flest mulig får til og er motivert til å være i arbeid, og at de som holder på å falle utenfor arbeidslivet, blir tatt inn igjen, og at de som ikke er i arbeid, får seg jobb. Gode arbeidsvilkår og et godt arbeidsmiljø er viktige verktøy for å oppnå målet om at flest mulig skal delta i arbeidslivet.

Kilde: Meld. St. 29 (2010–2011) Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv.

Diagram: antall og andel sysselsatte pr. sektor i 2013



Viser antall og prosentandel av sysselsettingen av innbyggerne i Bardu kommune. *Kilde: Fylkesmannen i Troms, januar 2015.*

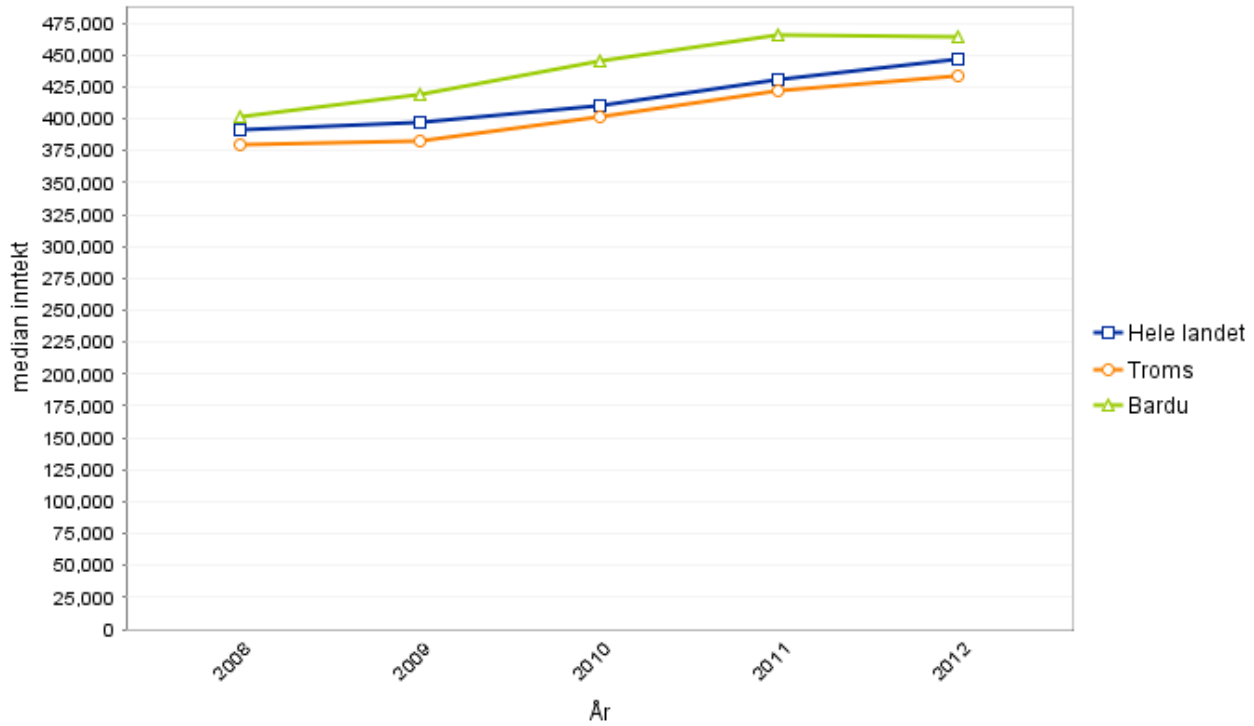
5.2.4 Inntekter og utgifter – personlig økonomi

- ✓ Median nettoinntekt for husholdninger i Bardu var kr. 464 000 i 2012. Dette er høyere enn lands- og fylkessnittet.
- ✓ Andel lavinntektshusholdninger har vært på et stabilt nivå. I 2012 var andelen barn som bodde i lavinntektshusholdninger på 6,4 %, noe som er lavere enn landet og fylket.
- ✓ Den totale andelen som bodde i lavinntektshusholdninger i Bardu i 2012 var på 7,2 %.

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og 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. *Kilde:* Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. *http://khs.fhi.no*

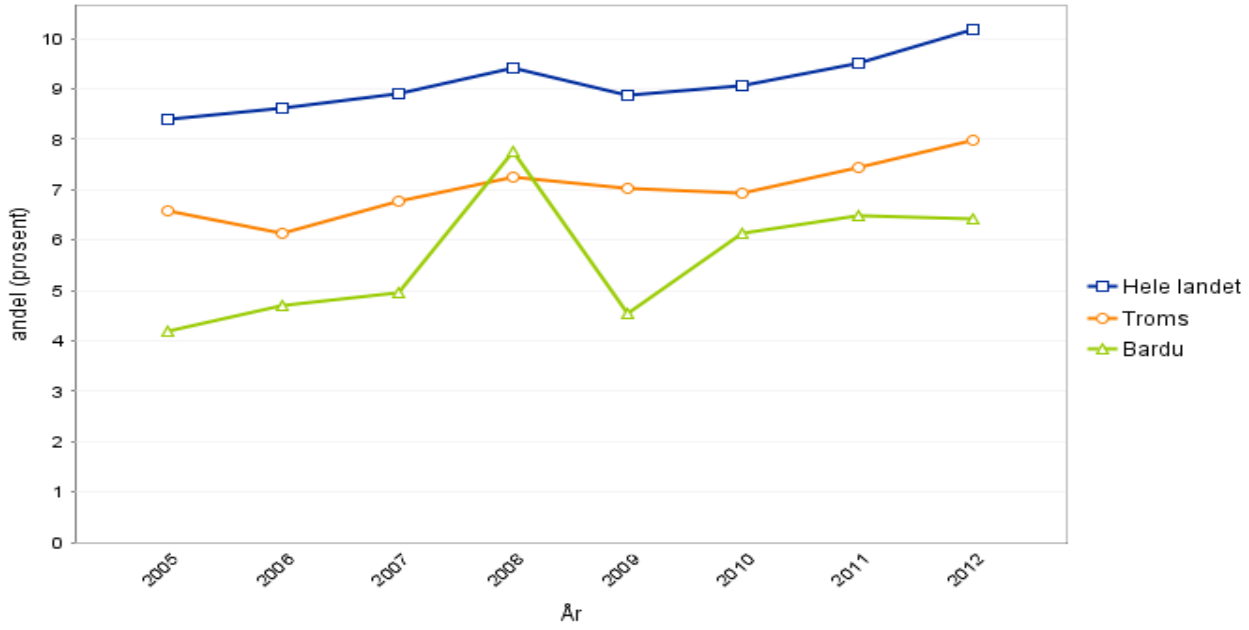
«Barn og ungdommer i lavinntektsfamilier opplever sin helse som dårligere enn barn og ungdommer flest gjør, og disse forskjellene er enda større når vi spør foreldrene,» *(Sandbæk og West Pedersen, 2010)*

Diagram: Median inntekt (husholdninger) – median inntekt



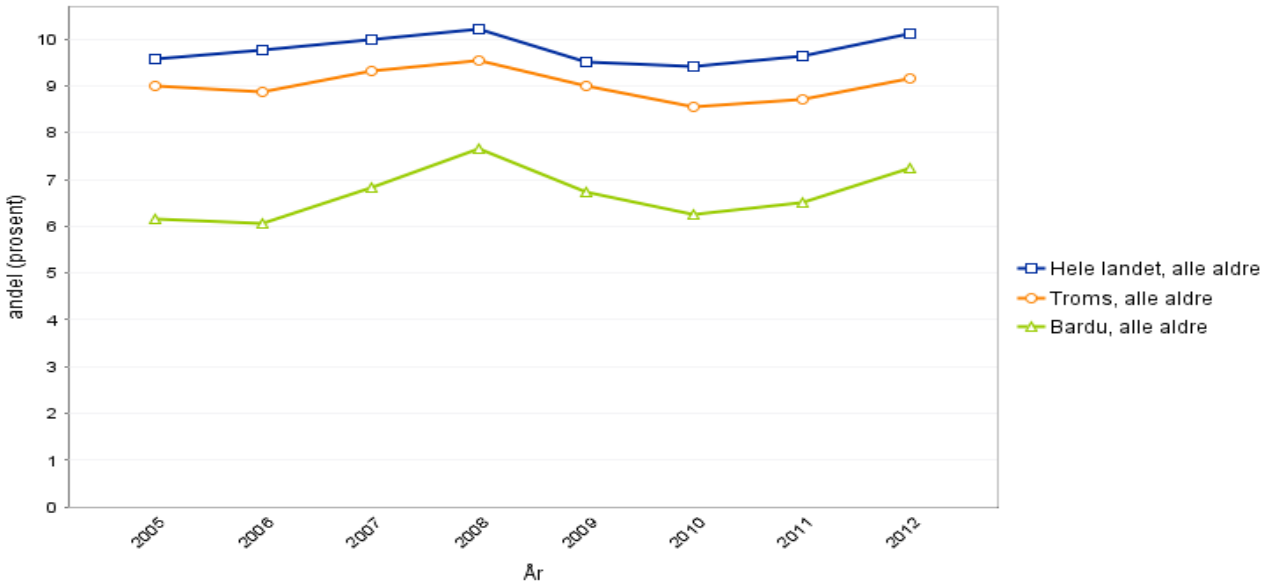
Viser median inntekt i husholdninger (etter skatt). Med inntekt menes yrkesinntekter, kapitalinntekter, skattepliktige og skattefrie overføringer i en husholdning i løpet av kalenderåret. Studenter er ikke inkludert. *Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank pr. 13.03.2015.*

Diagram: Lavinntekt (husholdninger), 2005-2012, EU60, 0-17 år, andel (prosent)



Viser barn som bor i husholdninger med inntekt under henholdsvis 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Årlige tall. 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. *Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank pr.12.3.2015.*

Diagram: Lavinntekt (husholdninger) – EU60, andel (prosent)



Viser personer i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Årlige tall. 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. Statistikken omfatter bosatte personer i «faktisk» bostedskommune, ikke folkeregistrert kommune der disse ikke er den samme. Studenthusholdninger er ikke inkluder. *Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank pr.12.3.2015.*

5.2.5 Arbeidsledighet

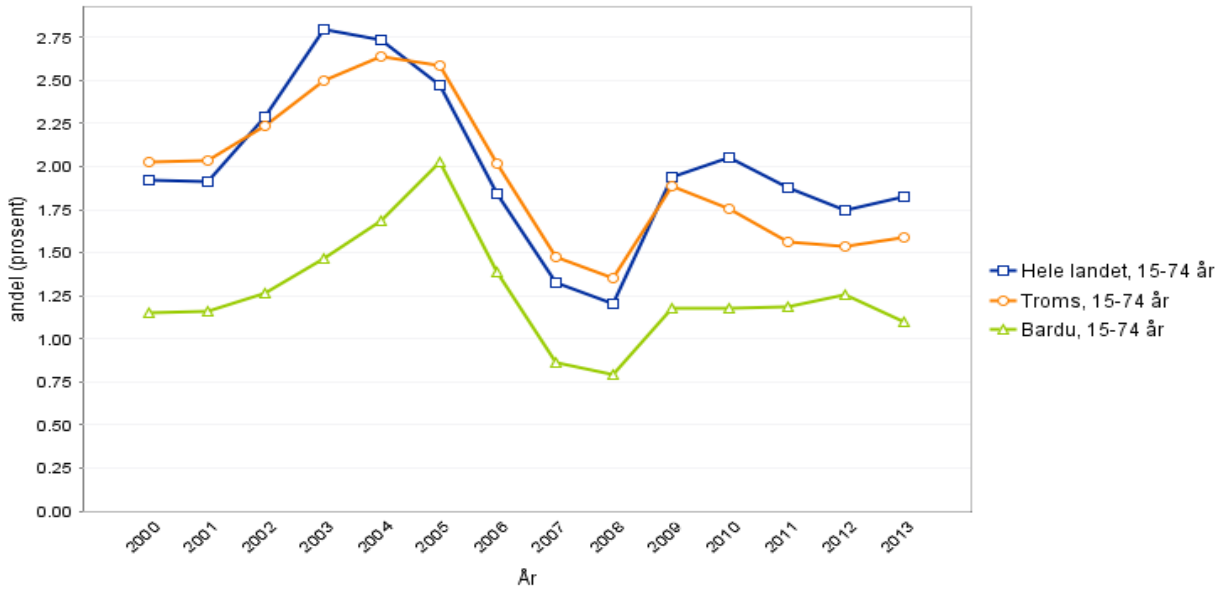
- ✓ Bardu kommune har over flere år hatt stabil, lav arbeidsledighet.
- ✓ Pr. desember 2014 var ledigheten på 1,2 %.
- ✓ Andel registrerte arbeidsledige under 30 år er pr d.d. 40 stk. Av disse er hovedandelen i tiltak, gradert stilling, eller under arbeidsavklaring.

  Kilde: NAV, fagsystemet Arena.

Å arbeide har en egenverdi for å opprettholde god psykisk helse. Arbeid gir glede, selvfølelse, mening og tilhørighet, og i dagens samfunn er identiteten vår i større grad enn før knyttet opp mot det arbeidet vi gjør. Det gir evne til å forsørge seg selv og andre - og slik en følelse av kontroll over eget liv. *Kilde: Folkehelserapporten 2014*

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både psykisk og materielt, og arbeidsledighet antas å kunne virke negativt inn på helsetilstanden.

Diagram: Arbeidsledighet (15-74 år), 2000-2013, andel (prosent)



Registrerte arbeidsledige i prosent av befolkningen (15-74 år). Årlige tall.
Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak). Dette inkluderer også personer som identifiseres med såkalte D-nr i stedet for fødselsnummer, dvs. utenlandske personer uten oppholdstillatelse som er på korttidsopphold i Norge. Registrerte arbeidsledige omfatter i utgangspunktet alle aldre, men det er svært få under 16 år eller over 66 år. *Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank pr.12.3.2015.*

5.2.6 Nedsatt arbeidsevne

- ✓ Bardu har og har hatt forholdsvis lav andel personer med nedsatt arbeidsevne.
- ✓ Pr. desember 2014 er 130 personer registrert med nedsatt arbeidsevne, noe som tilsvarer 5,2 %.

  Kilde: NAV

Har man først nedsatt arbeidsevne, øker risikoen for langvarig sykefravær og tidlig tilbaketrekking fra arbeidslivet. *Kilde: Statens Arbeidsmiljøinstitutt, 2011*

5.2.7 Sykefravær

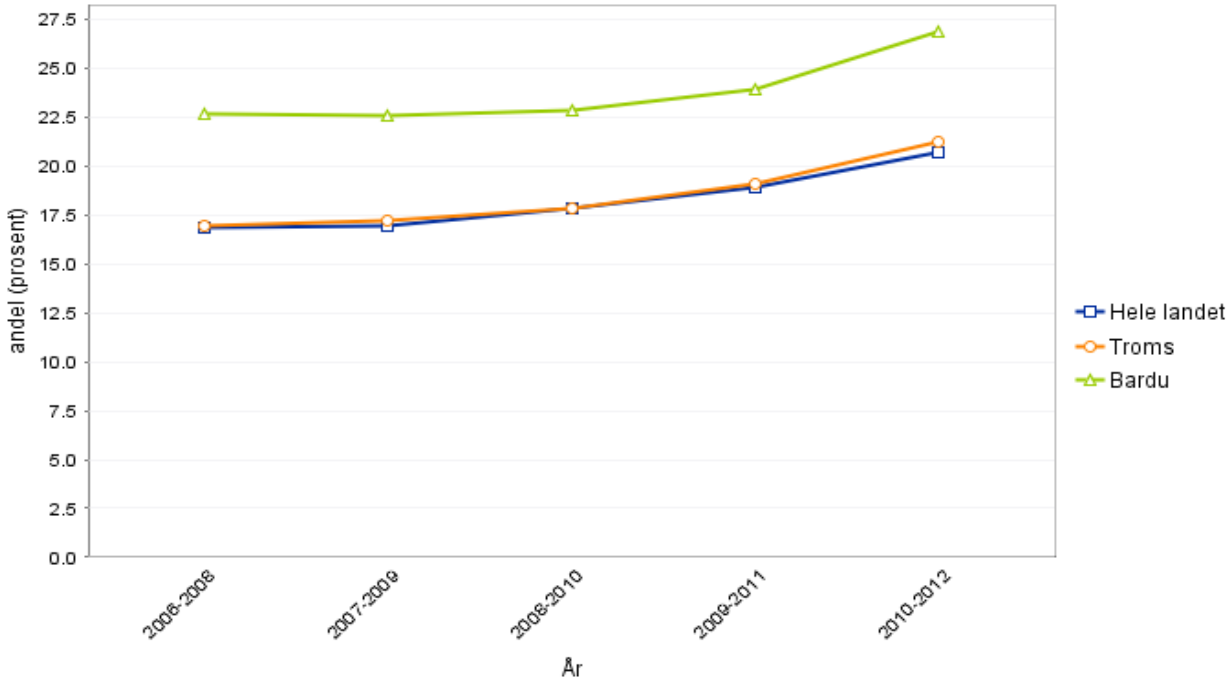
- ✓ Bardu har pr 4. kvartal 2014 4,3 % sykefravær. Det har vært en gradvis nedgang hvert år siden 2010, hvor sykefraværet var på 6 %.
- ✓ Bardu har pr i dag det nest laveste sykefraværet i Troms fylke.

Arbeid er i seg selv viktig for folkehelsen. Et inkluderende arbeidsliv som forebygger sykefravær, hindrer utstøting og gir alle mennesker mulighet for å delta i arbeidslivet, har stor verdi for velferdssamfunnet.

Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er de vanligste årsakene til at folk faller utenfor arbeidslivet i kortere eller lengre perioder.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeid og helse

Diagram: Bruk av gradert sykemelding – andel (prosent)



Andel graderte sykemeldinger i prosent av alle sykemeldinger i løpet av året, alder 16-69 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).
Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank pr.31.03.2015.

5.2.8 Uføretrygd

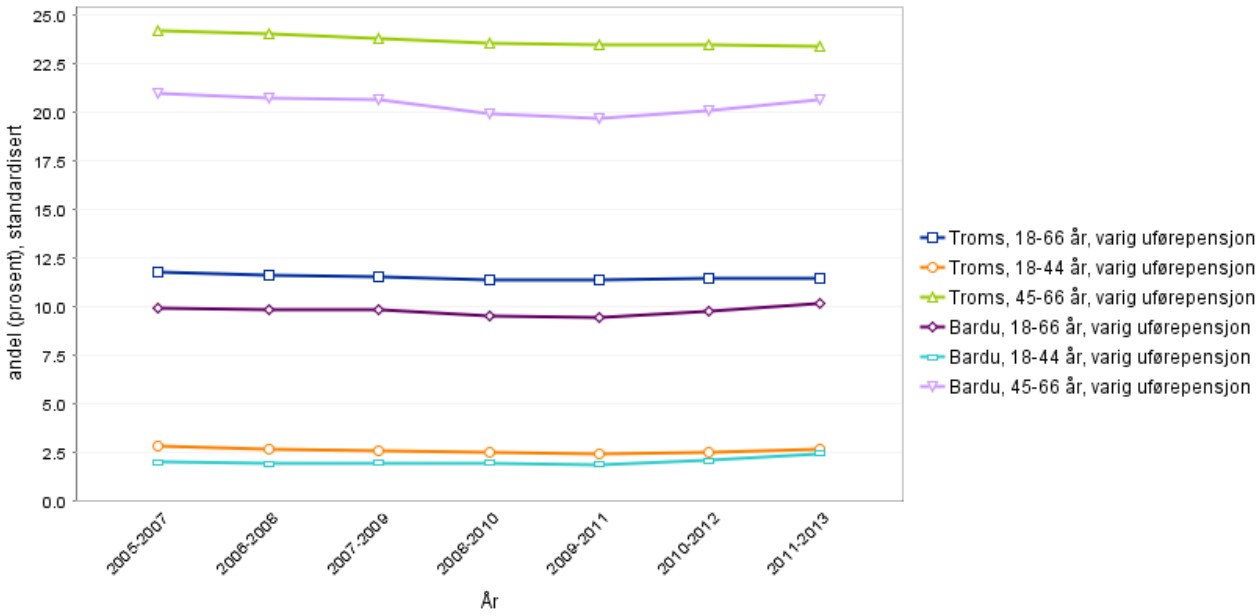
- ✓ Stabile tall de senere år.
- ✓ Pr. mars 2015 har Bardu kommune nest laveste andel uføretrygdede i fylket, 8,7%. Kun Tromsø kommune har lavere andel.
- ✓ Et utviklingstrekk i fylket er at det er flere unge som blir uføretrygdet – ofte pga alvorlige psykiske lidelser. Det er flere kvinner enn menn som blir ufør.

Kilde: NAV

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Gruppen uføretrygdede er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. Omfanget av uføretrygd er en indikator på helsetilstand (fysisk eller psykisk), men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivå og jobbtilbudet i kommunen.

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanninger, livsstilsfaktorer og andre sosiale faktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker uføretrygd.

Diagram: Uføretrygdede, 2005-2013, 3-års glidende gjennomsnitt, fordelt på alder (standardisert)



Antall og andel personer som mottar uføreytelser samlet*, varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger* i prosent av befolkningen i alderen 18 - t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).
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 funksjonshemning. Det er mulig å motta både varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger samtidig, men de dette gjelder telles bare én gang i samlede uføreytelser. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank pr.12.3.2015.

5.2.9 Mottakere av sosialhjelp

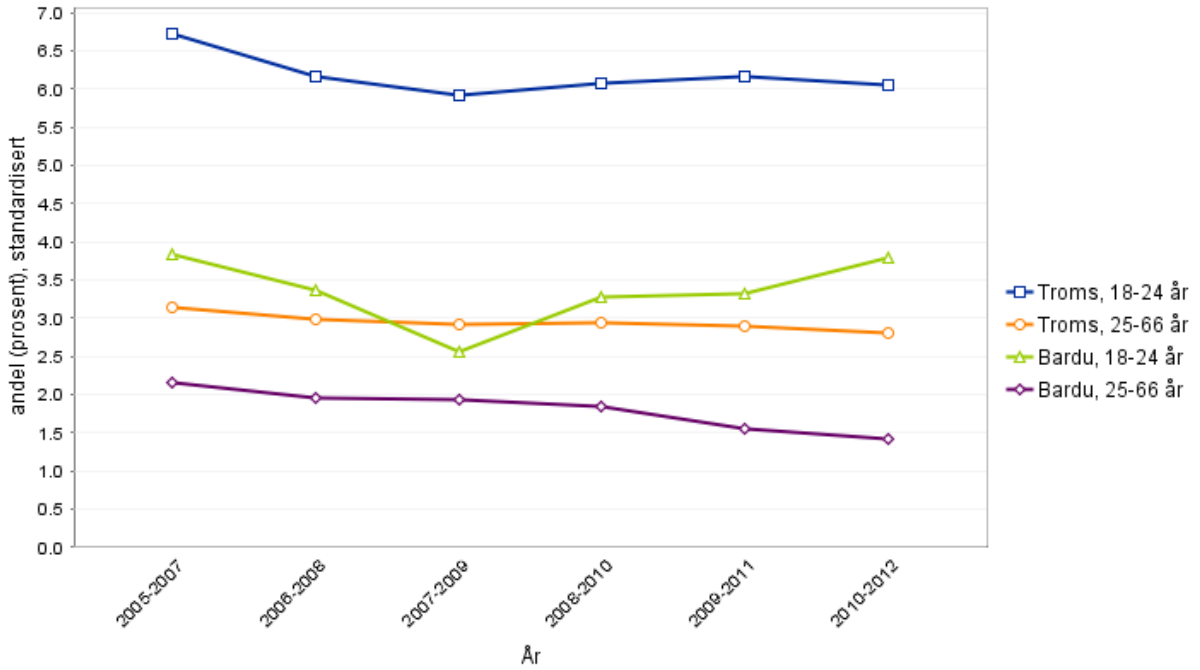
- ✓ I 2014 fikk 52 brukere økonomisk sosialhjelp, en økning på fire personer fra 2013.
- ✓ Det ble behandlet totalt 255 saker, mens det i 2013 ble behandlet 244 saker.
- ✓ Det ble utbetalt totalt kr 952 306,- i 2014, en økning på kr. 306 000 fra 2013.

Kilde: Fagsystemet Sosio og Årsmelding 2013.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Mottakerne av sosialhjelp er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. De har ofte en mer marginal tilknytning til arbeidsmarkedet, kortere utdanning og lavere bostandard enn befolkningen ellers. Det er også vist at det er langt større innslag av helseproblemer blant sosialhjelpsmottakere enn i befolkningen ellers, og særlig er det en stor andel med psykiske plager og lidelser.

Utbredelsen av sosialhjelp i totalbefolkningen er et uttrykk for pågangen på det kommunale hjelpeapparatet fra personer som for kortere eller lengre tid er avhengig av økonomisk støtte til livsopphold. Lang tids avhengighet av sosialhjelp kan bl.a. gjenspeile et lokalt vanskelig arbeidsmarked, men også at sosialtjenesten legger ulik vekt på aktivisering av den enkelte og på tverrfaglig samarbeid.

Diagram: Sosialhjelpsmottakere (18-66 år), 3-års glidende gjennomsnitt, 2005-2012



Antall og andel sosialhjelpsmottakere i løpet av året etter alder, i forhold til folkemengden i de aktuelle aldersgruppene. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). *Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank, pr.31.3.2015.*

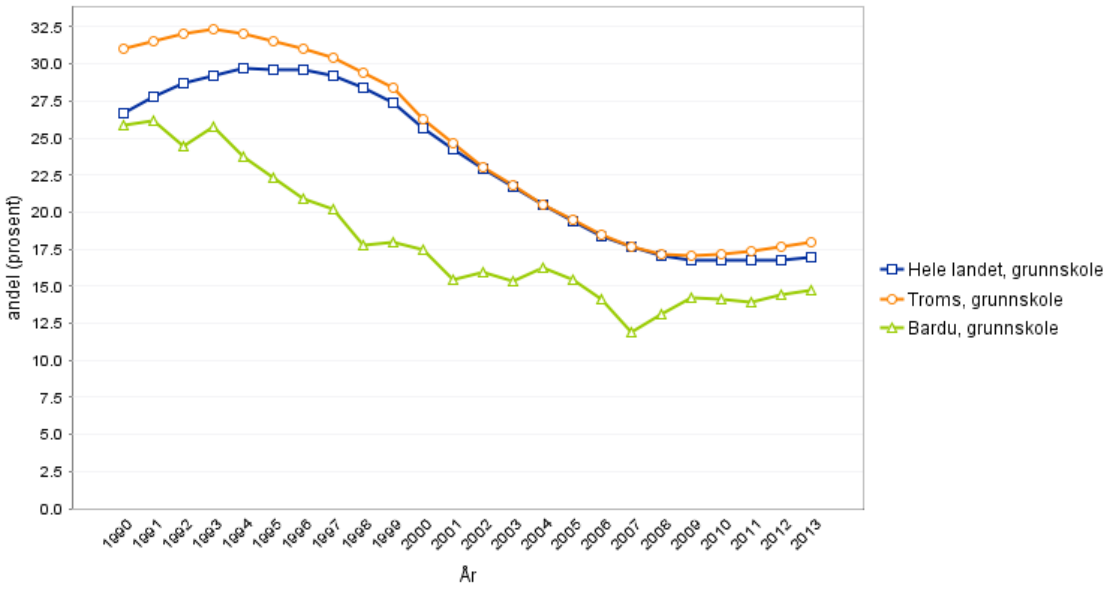
5.2.10 Grunnskole som høyeste utdanningsnivå

- ✓ Når man ser på grunnskole som høyeste utdanning i aldersgruppa 30-39 år er andelen i Bardu lavere enn resten av landet og fylket, men andelen har likevel vært økende siden 2007.
- ✓ Andel av befolkningen i Bardu (i aldersgruppa 30-39 år) som har videregående skole eller høyere utdanning var i 2013 på 85,3 %. Dette har vært noenlunde stabilt de senere år og ligger høyere enn landsgjennomsnittet.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse er godt dokumentert.

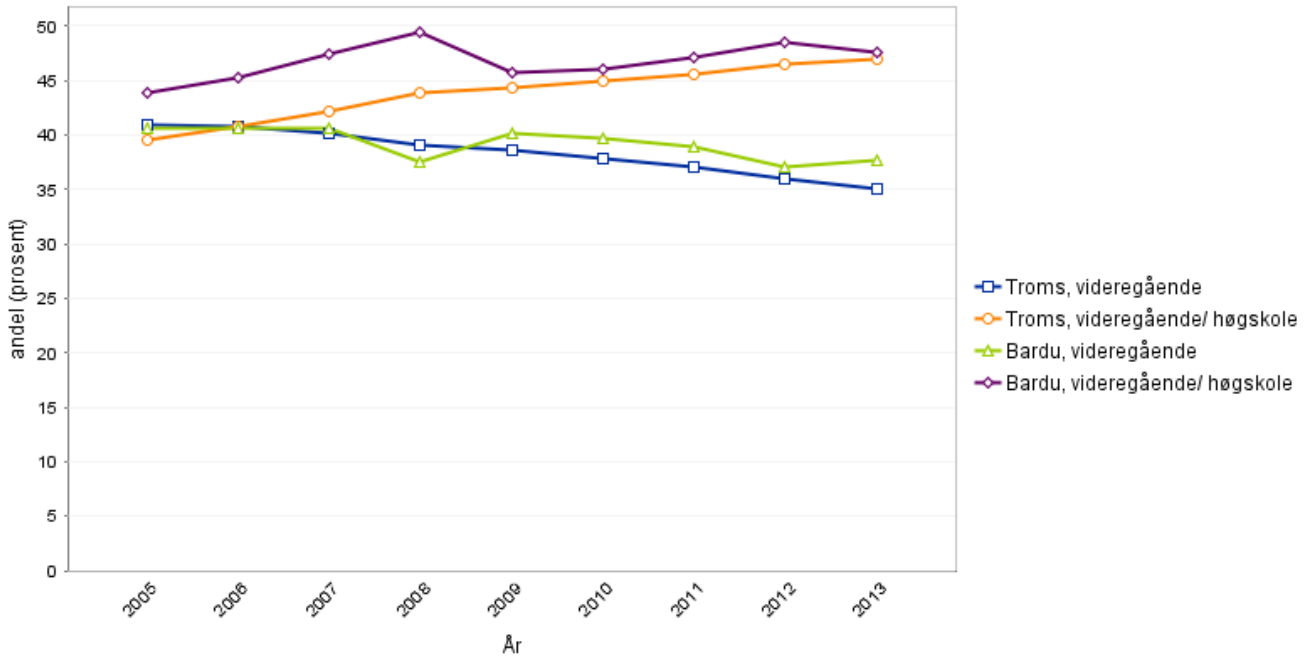
Sammenhengene mellom befolkningens utdanningsnivå og helse er komplekse, men forskere har identifisert to hovedmekanismer. For det første påvirker utdanning de levekår mennesker lever under gjennom livsløpet. For det andre bidrar læring til utvikling av en sterkere psykisk helse, som igjen påvirker menneskers fysiske helse i positiv forstand. Sagt litt enklere: læring gir mestring, mestring gir helse. (Elstad 2008) Tiltak rettet mot å redusere utdanningsforskjeller kan dermed bidra til å redusere ulikheter i folks helse. Fra et helsemessig ståsted er det viktig at utdanningssektoren lykkes med å tilrettelegge opplæringen slik at alle barn og unge kan få like gode muligheter til å lære og oppleve mestring. *Kilde: Helsedirektoratet, 2012*

Diagram: Grunnskole som høyeste utdanning, 30-39 år, 1990-2013



Andel personer med et gitt utdanningsnivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå. Årlige tall. *Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank pr.12.3.2015.*

Diagram: Videregående skole og høyskole som høyeste utdanning, 30-39 år, 2005-2013, andel (prosent)



Andel personer med et gitt utdanningsnivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå. Årlige tall. *Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank pr.31.3.2015.*

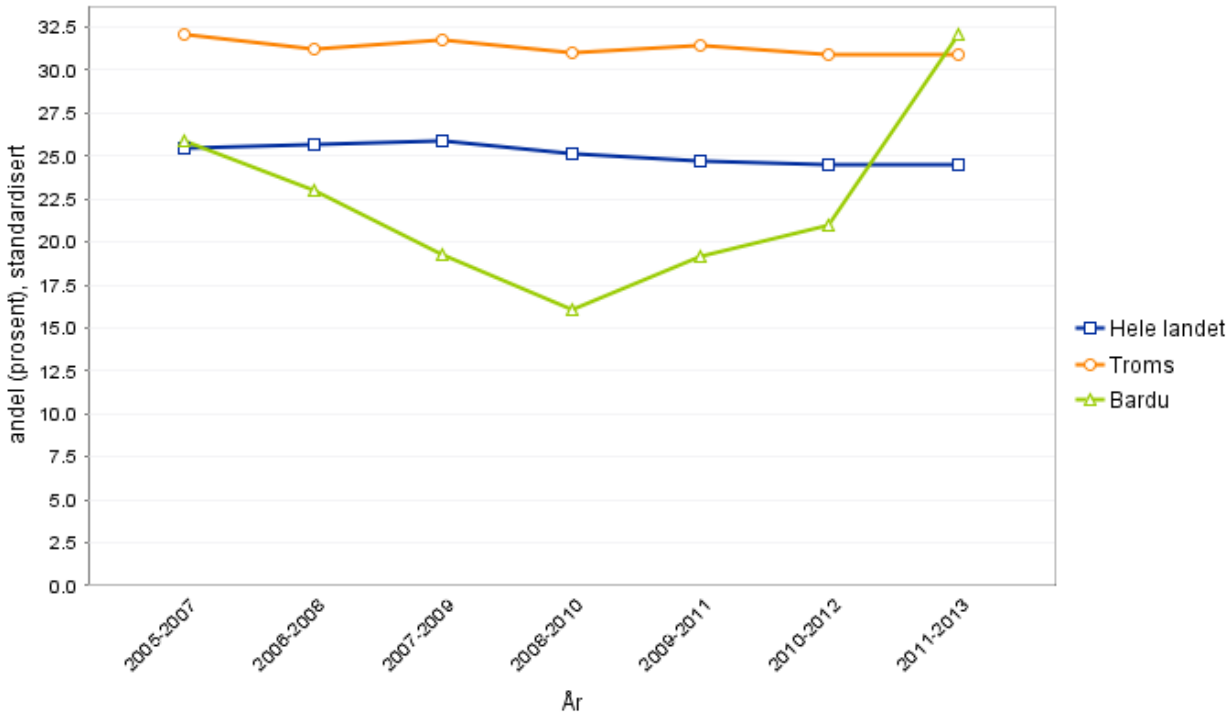
5.2.11 Frafall i videregående skole

- ✓ Siden 2010 har andelen vært økende, og i perioden 2011-2013 var andelen økt til 32,1 %. Dette er høyere enn både gjennomsnittet for Troms fylke og landet for øvrig, som er på hhv 30,9 % og 24,5 %.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole.

Utdanning, og særlig det å fullføre en grunnutdanning, er en avgjørende ressurs for sikre god helse gjennom livsløpet. Undersøkelser har vist at det er sosial ulikhet i frafall fra videregående skoler i Norge. Dette vises for eksempel ved at blant ungdom som har foreldre med grunnskole som lengste fullførte utdanning, er andelen som dropper ut større enn blant ungdom som har foreldre med videregående eller lengre utdanning. *Kilde: Helsedirektoratet*

Diagram: Frafall i videregående skole, 2005-2013, andel prosent (standardisert)



Frafallet inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført VKII eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som startet opp dette året, men som sluttet underveis. 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. Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun startet på grunnkurs i videregående opplæring. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. *Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank pr.12.3.2015.*

5.2.12 Separasjoner

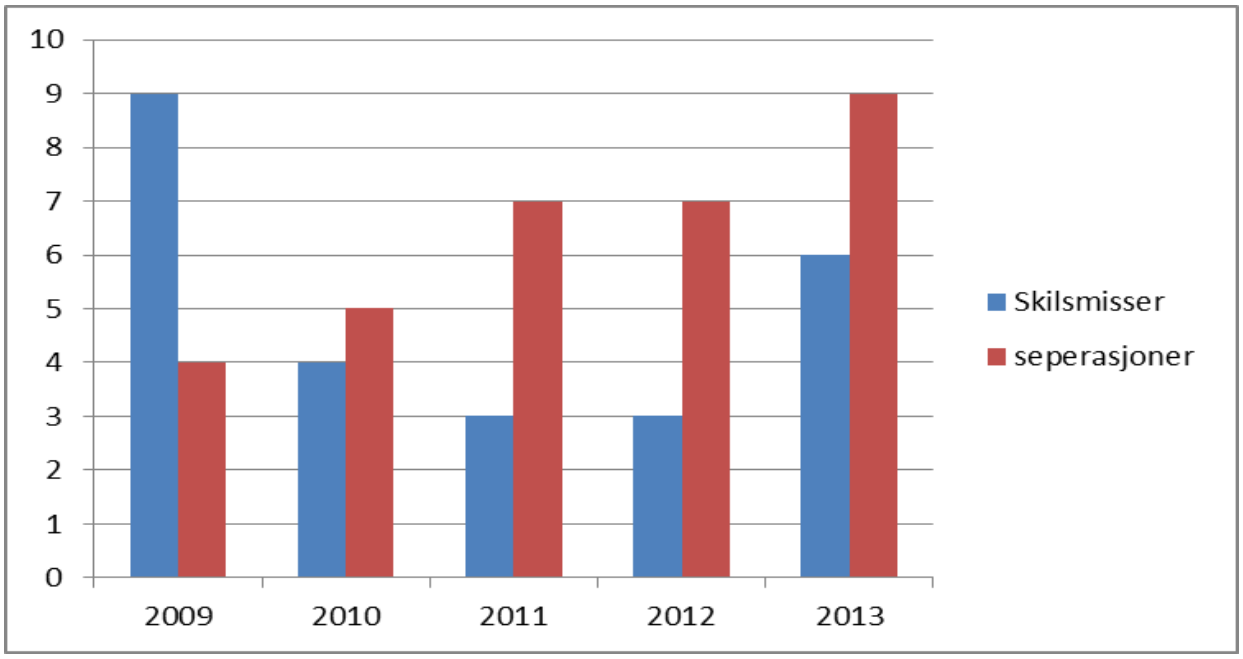
- ✓ Siden 2009 har andelen seperasjoner i Bardu kommune vært økende, og i perioden 2009-2013 økte den fra 4 til 9 seperasjoner.
- ✓ Antall skilsmisser i Bardu kommune halverte seg fra 2009 til 2010, og har vært synkende frem til år 2013 da den doblet seg fra året før.

Undersøkelsen "Parental Divorce: Psychological distress and adjustment in adolescent and adult offspring", et arbeid gjort ved Folkehelseinstituttet viste bl.a. følgende:

- Mange opplever angst og depresjon som følge ev egen skilsmisse
- Skilsmisse kan føre til angst og depresjon hos barn når de blir voksne
- Jenter som opplever samlivsbrudd har en mer negativ utvikling mht symptom på angst og depresjon, selvfølelse, velvære og skoleproblem enn de som ikke opplever samlivsbrudd

Samlivsbrudd gir høy risiko for langvarig arbeidsuførhet og øker risikoen for å komme under fattigdomsgrensen i inntekt. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Diagram: Antall skilsmisser og separasjoner, etter mannens bosted, tid og statistikkvariabel, 2009-2013.



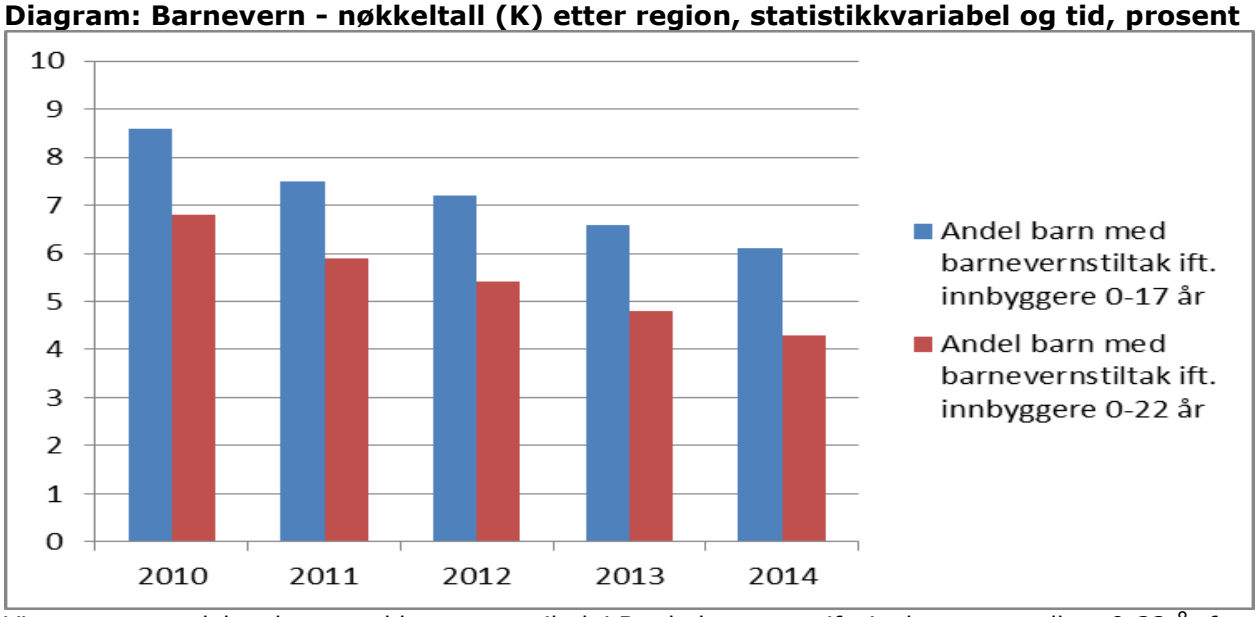
Viser antall skilsmisser og separasjoner i Bardu kommune fra 2009-2013. *Kilde: SSB, statistikkbanken- Ekteskap og skilsmisser pr.22.07.2015.*

5.2.13 Barnevern

- ✓ Prosentandelen av barn fra 0-17 år med barnevernstiltak har de siste 5 årene gått ned fra 8,6 % til 6,1 %, og i alderen 0-22 år fra 6,8 % til 4,1 %.
- ✓ Prosentandelen var høyere enn landsgjennomsnittet i 2014 på 4,8 % for barn mellom 0-17 år, men nesten likt landsgjennomsnittet for de mellom 0-22 år (3,7%). *Kilde: SSB*

Jo tidligere en klarer å identifisere barn som er utsatt for risikofaktorer og sette i verk tiltak, jo større sannsynlighet er det for at barnet klarer seg bra. Risikofaktorer kan være foreldres psykiske sykdom eller rusmiddelmisbruk, vold i hjemmet, foreldre som er langtidsledige/trygdemottakere, fattigdom i familien osv. En indikasjon på tidlig identifisering kan være at helsestasjon, barnehage, skole eller NAV melder sin bekymring om et barn til barnevernet. *Kilde: Folkehelsepolitisk rapport 2011, Helsedirektoratet*

Diagram: Barnevern - nøkkeltall (K) etter region, statistikkvariabel og tid, prosent



Viser prosentandel av barn med barnevernstiltak i Bardu kommune ift. innbyggere mellom 0-22 år fra 2010 til 2014. Fra og med rapporteringsåret 2013 er alle undersøkelser startet og/eller avsluttet i løpet av året innhentet og publisert. Før dette ble kun en undersøkelse per barn innhentet og publisert. *Kilde: SSB, Statistikkbanken-barnevern pr. 22.07.2015.*

5.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø (miljørettet helsevern)

5.3.1 Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen

- ✓ Kulturskole for barn/unge.
- ✓ Ungdomsklubben SMASH har åpent en kveld/uke.
- ✓ Mange frivillige lag og organisasjoner (idrett, kultur, friluftsliv, sosiale nettverk)
- ✓ I Bardu IL kan man velge mellom idretter som fotball, håndball, ski, skiskyting, orientering, sykkel, barneidrett, turn, friidrett. I tillegg finnes svømmeklubb, alpinklubb, golfklubb, bowlingklubb, sykkelklubb, taekwondoklubb, motorklubb, pistolklubb, skytterlag, jeger- og fiskeforeninger.
- ✓ Det finnes flere kor, korps og dansegrupper i Bardu.
- ✓ Helsestasjon, skolehelsetjeneste og Ungdommens helsestasjon (prevensjonsveiledning, psykisk helse, rusforebygging).
- ✓ Holdningsskapende arbeid blant barn og unge: MOT i Ungdomsskolen og lokalsamfunn med MOT.
- ✓ Frisklivssentral (veiledning innenfor fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt).
- ✓ FYSAK-time for alle ansatte i Bardu kommune, 2 timer FYFO/uke for forsvarets ansatte.
- ✓ Trimgrupper for eldre i regi av fysioterapitjenesten og frisklivssentral.
- ✓ Fylkeslekene for utviklingshemmede (årlig arrangement), isfisketur og boccia for PU.
- ✓ Ressursbank folkehelse som ligger tilgjengelig på kommunens hjemmesider (oversikt over lavterskelaktiviteter).
- ✓ Fokus på tilrettelegging for friluftsliv (Bardu kommune, Midt- Troms friluftsråd, frivillige): Bardu fjelltrim, Elveparken, trimkasser av LHL og ulike skiløyper på vinteren.
- ✓ Idrettsanlegg: Barduhallen med svømmehall og fotballbane, Storlømyra skistadion, Steilia alpinsenter og 9-hulls golfbane.
- ✓ Lekeplasser og nærmiljøanlegg i tilknyttet ulike boligområder.
- ✓ Bardu treningssenter, samt eget idrettsbygg for Forsvarets personell.
- ✓ 4 ungdomslag i Bardu som tilbyr regelmessig aktivitet i sine hus: revy, sosiale tilstelninger, dans, spinning med mer.

Nærmiljøene der vi lever og bor kan enten fremme eller hemme mulighetene for god helse. Helsefremmende nærmiljøer legger til rette for deltakelse og sosiale møteplasser, aktivitet og trygghet.

Et viktig virkemiddel for å påvirke til sunn helseatferd er gjennom planlegging og tilrettelegging av de fysiske omgivelsene. Det gjelder både tilrettelegging for gange og sykling, men også ved at lokale tjenester og tilbud er tilgjengelig i rimelig nærhet slik at det er mulig å være aktiv i nærmiljøet. Videre er det viktig at en i nærmiljøutvikling legger til rette for fysisk aktivitet gjennom grønne områder, gang- og sykkelveier, lekeplasser og liknende. *Kilde: Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. Helsedirektoratet 2014.*

5.3.2 Funksjonsnedsettelse eller manglende tilrettelegging

- ✓ Manglede skilting for heis
- ✓ Lite tilrettelagte boliger for eldre- og funksjonshemmede
- ✓ Dårlig merking av handikapp-parkering
- ✓ Mangel på sittegrupper i kirkeparken
- ✓ Ønske om varmtvannsbasseng
- ✓ Befolkningen kan ikke ferdes trygt langs store deler av riks- og fylkesveinettet

Offentlige tjenester, infrastruktur, kulturliv og næringsliv må understøtte en aktiv og trygg aldring ved å legge til rette for deltakelse og inkludering. Tilgjengelighet er en forutsetning for deltakelse. Tilgjengelighet omfatter alt fra fysisk tilgang til bygninger, sosiale møteplasser og arrangementer, tilrettelegging av transport og gangveier, til kognitive forutsetninger for å ta i bruk dataverktøy og automatiserte løsninger.
Kilde: Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar.

5.3.3 Støy

- ✓ Viktigste støykilder i Bardu kommune er Setermoen skyte- og øvingsfelt, samt E6.
- ✓ Erfaringen fra kommunen for øvrig og særlig Setermoen, som har høy støybelastning, er at skytestøyen er til sjenanse, men ikke et problem som man ikke kan leve med. Det er særlig ved høy nattaktivitet og i perioder med ekstra mye artilleriskyting at støyen kan oppleves som plagsom.

Kilde: Reguleringsplan Viken, 2002.

Støy kan virke negativt på trivsel, prestasjonsevne, søvn, kommunikasjon og sosial atferd, samt bidra til stressrelaterte sykdommer. Kraftig støy kan forårsake hørselsskade.. Det er store individuelle forskjeller i følsomhet og sårbarhet overfor støy. Søvnforstyrrelser er trolig den største helseplagen som følge av trafikkstøy.
Kilde: Folkehelseinstituttets temasider om hørsel og støy, 2014

Tabell: Opptelling av antall bygninger med støysensitivt bruksmål innenfor følgende nivåer av omregnet ekvivalent støynivå.

L_{Rden}	F.o.m 55-60 dB	F.o.m 60-65 dB	F.o.m 65-70 dB	F.o.m 70-75 dB	Over 75 dB
Dagens	230	394	317	9	0
Fremtidig	383	471	73	6	0
Endring i antall bygninger	153	77	-244	-3	0

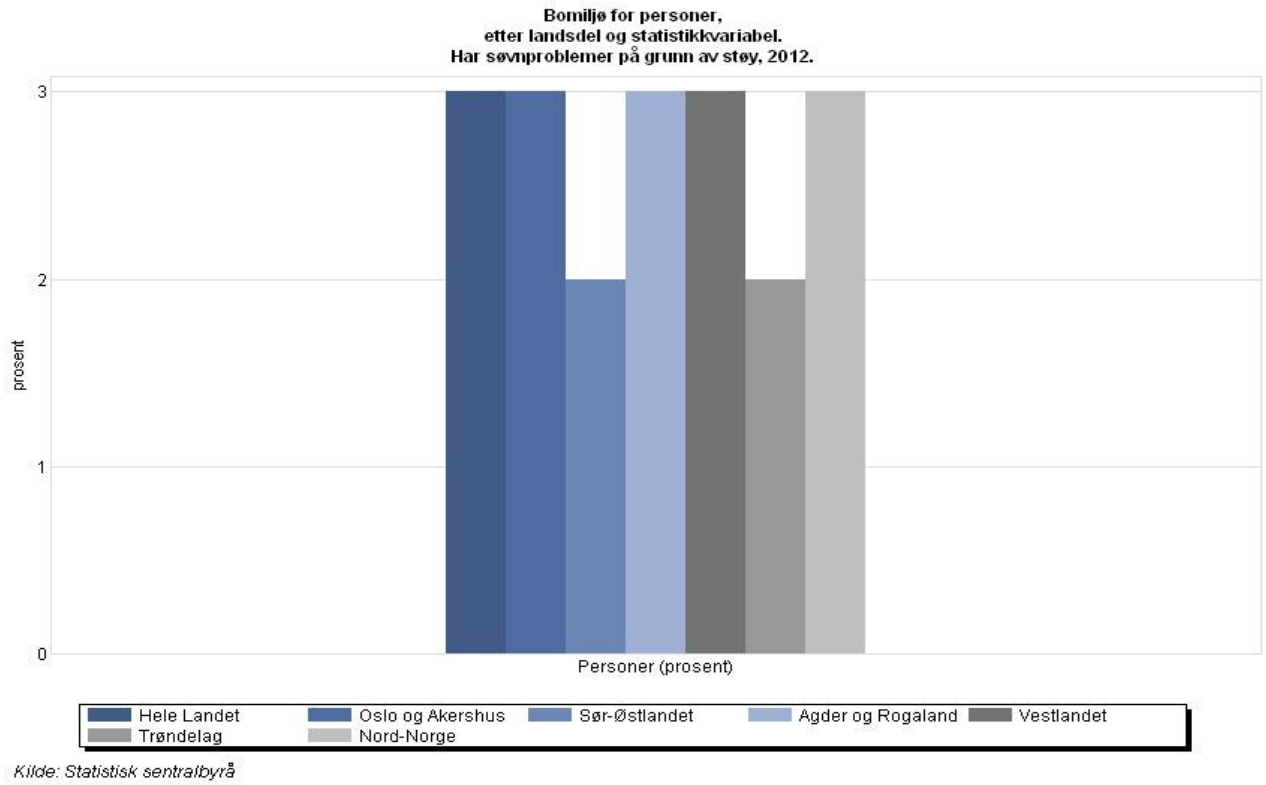
Viser antall bygninger med støysensitivt bruksmål innenfor ulike nivåer av omregnet ekvivalent støynivå. Intervallet er definert som fra og med den laveste grensen, opp mot den øverste grensen. Koten *L*Rden = 55 dB strekker seg over hele Setermoen sentrum. Tilsvarende har koten *LRden* = 65 dB mye mindre utbredelse. Allikevel er det fortsatt 79 bygninger med støysensitivt bruksmål som ligger innenfor. *Kilde: Støyutredning Setermoen SØF, Grunnlagsdokument utslippssøknad 2012, revisjon 3.*

Tabell: Antall boliger fordelt på fylker plaget av støy utenfra, prosent

Bomiljø for personer, etter type bomiljø, landsdel, tid og statistikkvariabel			
		2012	
		Personer (prosent)	
Plaget av støy i boligen, som kommer utenfra	Hele Landet	7	
	Oslo og Akershus	10	
	Sør-Østlandet	6	
	Agder og Rogaland	6	
	Vestlandet	8	
	Trøndelag	5	
	Nord-Norge	6	

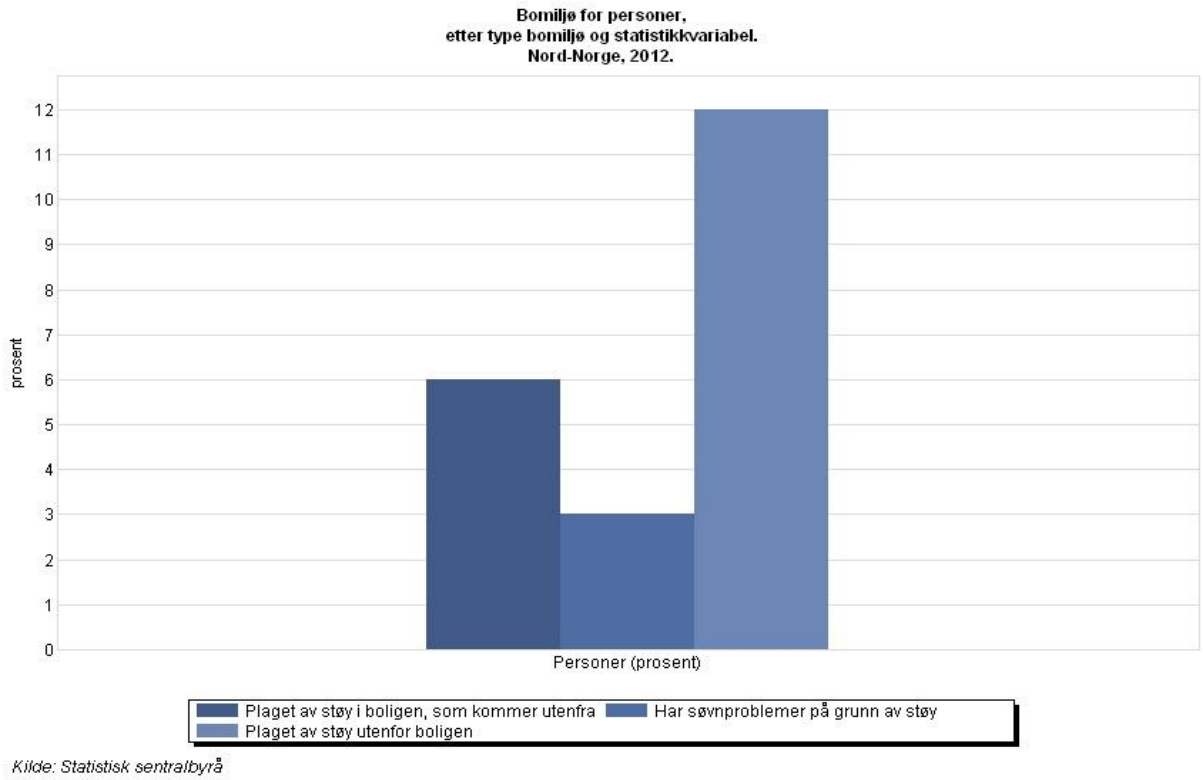
Viser prosentandelen av boliger som er plaget av støy etter fylker. *Kilde: Statistisk sentralbyrå.*

Diagram: Bomiljø for personer, etter landsdel og statistikkvariabel. Har søvnproblemer på grunn av støy, 2012.



Viser prosentandelen av personer som har søvnmangel på grunn av støy fordelt på landsdeler i Norge. *Kilde: Statistisk sentralbyrå.*

Diagram: Bomiljø for personer, etter type bomiljø og statistikkvariabel. Nord-Norge, 2012.



Viser prosentandelen av personer i Nord-Norge som er plaget av støy i boligen (som kommer utenfra), har søvnproblemer på grunn av støy og er plaget av støy utenfor boligen. *Kilde: Statistisk sentralbyrå.*

5.3.4 Drikkevannskvalitet

- ✓ Bardu kommune har en meget god drikkevannskvalitet.
- ✓ I 2013 var leveringsstabiliteten på 100 %, mens den hygieniske kvaliteten var på 98,0 %.
- ✓ Dette er bedre enn Troms og landet for øvrig.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og E.coli er en av de mest sentrale parametre for kontroll.

Tabell: Drikkevannskvalitet – prosent

År			2013
Geografi	Forsyningskvalitet	Parameter	
Hele landet	tilfredsstillende analyseresultater	hygienisk kvalitet	96,4
		leveringsstabilitet	92,6
Troms	tilfredsstillende analyseresultater	hygienisk kvalitet	92,4
		leveringsstabilitet	97,2
Bardu	tilfredsstillende analyseresultater	hygienisk kvalitet	98,0
		leveringsstabilitet	100,0

Viser andelen personer tilknyttet vannverk med ulik kvalitet på drikkevannsforsyningen mtp, E. coli/ koliforme bakterier og leveringsstabilitet i prosent av befolkningen tilknyttet rapportpliktige vannverk (vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer og/eller 20 husstander). Tallene omfatter både private og kommunale vannverk. Årlige tall. *Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank pr.31.3.2015.*

5.3.5 Skolemiljø – opplevelse av trivsel, mestring og mobbing

- ✓ Trivsel på skolen: 94 % av ungdomsskoleelevene oppgir at de trives nokså godt eller svært godt på skolen.
- ✓ Mestring: 91 % av elevene i ungdomsskolen oppgir at de er passe eller svært fornøyd med egne karakterer.
- ✓ Mobbing: 6 % av elevene i ungdomsskolen oppgir at de blir utsatt for plaging/trusler/utfrysing minst hver 14.dag. På 7.trinn oppgir 9,1 % å bli mobbet.

Kilde: Ungdataundersøkelsen i Bardu 2013.

Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir (Øia 2011). Dette kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter (Danielsen m.fl, 2009). *Kilde: Folkehelseinstituttet*

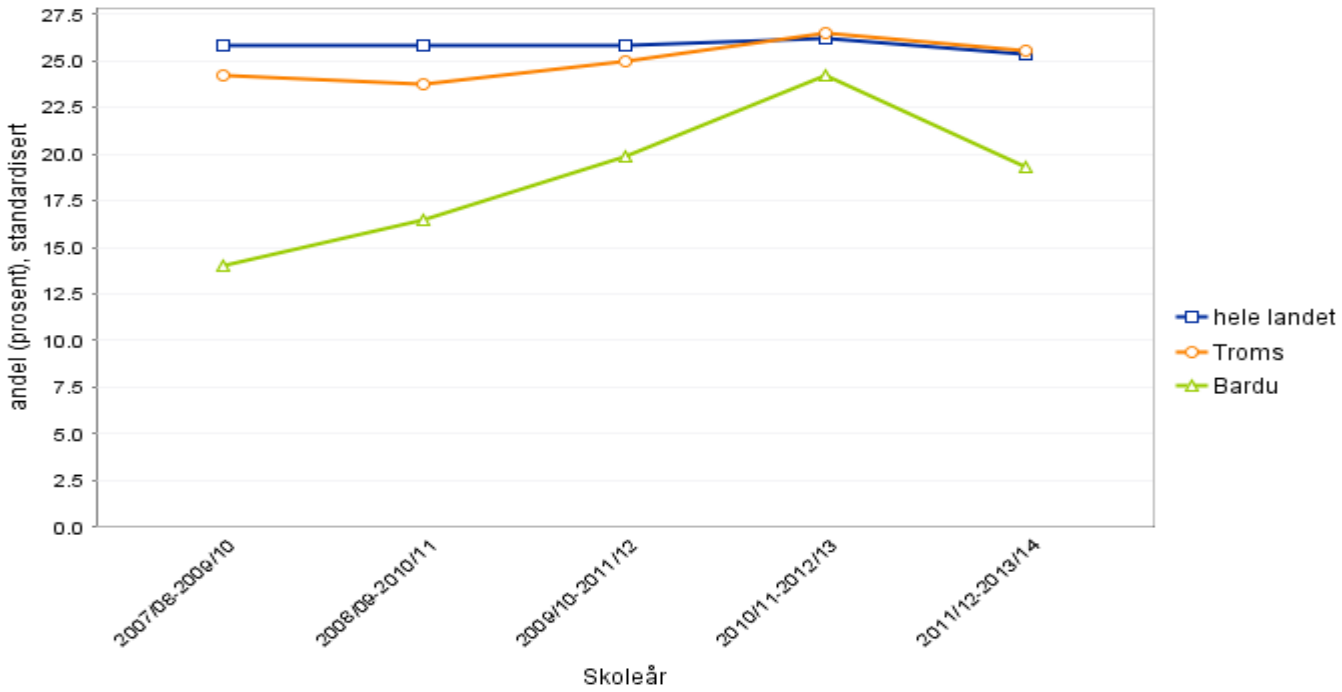
En studie i 2011 blant nærmere 9000 ungdommer og deres foreldre, peker ut problemer med skoleresultater og mobbing på skolen som viktige risikofaktorer for psykiske vansker blant ungdom. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Tabell: Mobbing, 7. og 10. klasse – andel (prosent), standardisert

Skoleår			2006/07-2010/11	2007/08-2011/12	2008/09-2013/14
Geografi	Klassetrinn	Kjønn			
Hele landet	7. trinn	kjønn samlet	8,7	8,6	7,9
	10. trinn	kjønn samlet	9,0	8,9	8,1
Troms	7. trinn	kjønn samlet	10,1	10,3	9,7
	10. trinn	kjønn samlet	10,6	10,1	8,7
Bardu	7. trinn	kjønn samlet	9,0	9,7	9,1
	10. trinn	kjønn samlet	9,3	7,9	8,5

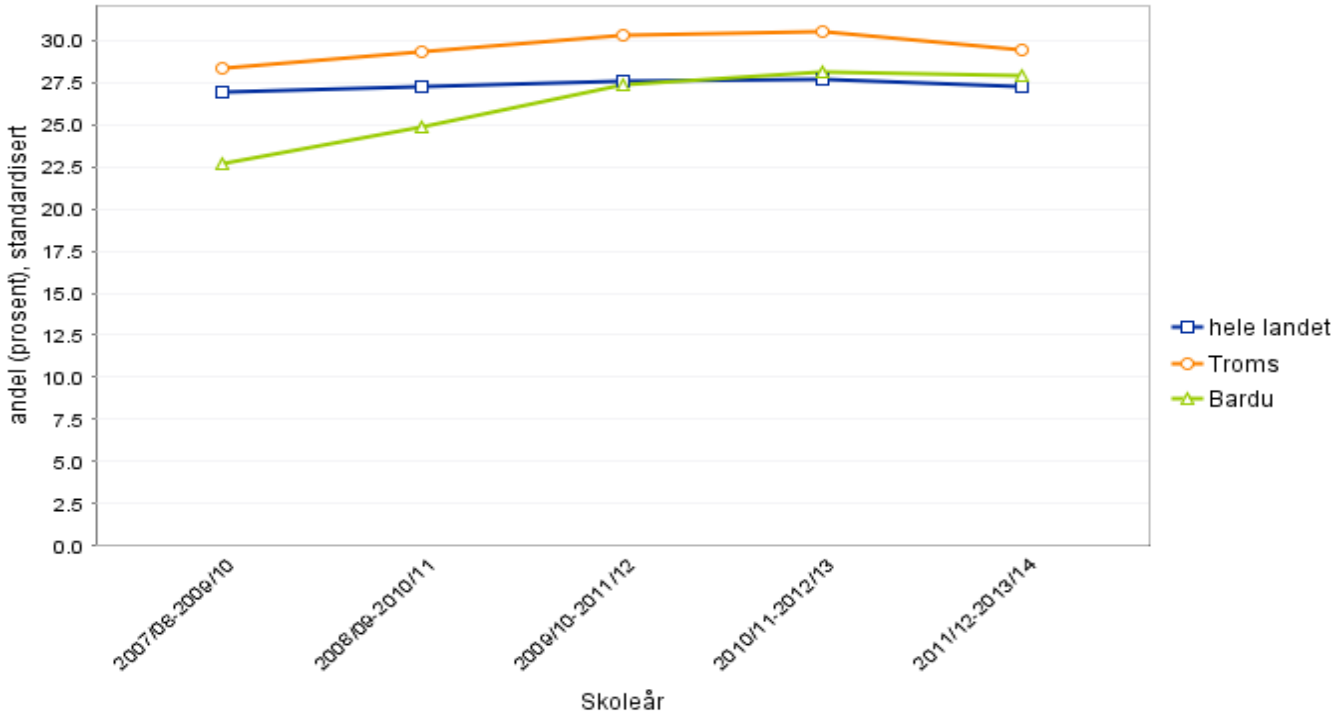
Viser andel elever i 7. og 10. trinn i grunnskolen som har opplevd mobbing de siste månedene i prosent av alle elever som deltok i undersøkelsen. Kommunens tall omfatter elever som går på skole i kommunen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). I Elevundersøkelsen brukes begrepet mobbing som: ” gjentatt negativ eller ondsinnet atferd fra en eller flere rettet mot en elev som har vanskelig for å forsvare seg. Gjentatt erting på en ubehagelig og sårende måte er også mobbing”. *Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank pr.31.3.2015.*

Diagram: Leseferdighet på laveste mestringsnivå – andel (prosent), standardisert



Viser andelen av 5. klassinger som har laveste mestringsnivå i lesing, i prosent av alle 5. klassinger som tok nasjonale prøver. Kommunens tall omfatter elever som går på skole i kommunen. Statistikken viser 3-års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).
Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank pr.31.3.2015.

Diagram: Regneferdighet på laveste mestringsnivå – andel (prosent), standardisert



Viser andelen av 5. klassinger som har laveste mestringsnivå i regning, i prosent av alle 5. klassinger som tok nasjonale prøver. Kommunens tall omfatter elever som går på skole i kommunen. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).
Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank pr.31.3.2015.

5.3.6 Sosial støtte

- ✓ 15 % av elever i 8.-10.klasse oppgir at de har vært ganske eller veldig mye plaget av ensomhet siste uke.
- ✓ 79 % av ungdomsskoleelevene oppgir at de er med i organisasjoner, klubber, lag eller foreninger på fritiden.

Kilde: Ungdataundersøkelsen i Bardu 2013

Ensomhet og mangel på sosial støtte forringer livskvaliteten, påvirker menneskers mestringsressurser og medfører risiko for dårligere helse. Vi kan derfor se på dette som utfordringer som er av spesiell interesse i folkehelsearbeidet. Forskningen på ensomhet og sosial støtte har brukt ulike spørsmål og rapporterer litt ulike tall. Et fellestrekk ved resultatene er at de tyder på at deltagelse er en viktig samlende faktor; det å ikke være i utdannelse, arbeid eller annen aktivitet påvirker naturlig nok muligheten for å knytte og opprettholde bånd. Dårlig helse og/eller økonomiske problemer kan også påvirke mulighetene for deltagelse. *Kilde: Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. Helsedirektoratet 2014.*

5.4 Skader og ulykker

5.4.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker

- ✓ 49 personer innlagt i sykehus grunnet personskade, årlig gjennomsnitt 2011-2013.
- ✓ Dette tilsvarer 12/1000 innbyggere og ligger på lands- og fylkesnivå.
- ✓ 10 lårbeinsbrudd, inkludert hoftebrudd, 3-års glidende gjennomsnitt 2011-2013. Dette tilsvarer 2/1000 innbyggere og er på samme nivå som resten av landet og Troms fylke.
- ✓ Av alle lårbeinsbrudd forekommer 77 % hos kvinner.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkesskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av ulykker. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste ulykkesskadene.

5.4.2 Trafikkulykker

- ✓ I perioden 2007-2014 har antallet trafikkulykker vært på 7/år.
- ✓ I perioden 2007-2014 var antallet drepte/skadde 87, herav 2 drepte, 11 hardt skadde og 74 lettere skadde.
- ✓ I 2013 og 2014 har ulykkene kun medført lettere trafikkskader.
- ✓ De fleste ulykkene med personskade har forekommet i perioden juli-september.
- ✓ Høyest andel drepte/skadde er i aldersgruppa 18-44 år (46 %).
- ✓ 74 % av alle trafikkulykkene i perioden 2007-2014 skjedde på E6.

  Kilde: Vegtrafikkulykker med personskade. Ulykkesdata for Bardu kommune 2007-2015. Statens vegvesen.

Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft i Norge målt i tapte leveår. Spesielt for ulykker med personskader er at det tar relativt mange unge liv, og det er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Men våre muligheter for å forebygge ulykker er gode hvis det legges til rette for det, og effekten av tiltak kommer raskt. *Kilde: Ulykker i Norge. Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009–2014.*

5.5 Helserelatert atferd

5.5.1 Deltakelse i aktiviteter

- ✓ I Bardu er det mulighet for å ta del i foreningslivet innenfor de fleste områder.
- ✓ Innen idrett er det 12 lag/klubber som er organisert under Bardu Idrettsråd, med tilsammen 1698 medlemmer. *Kilde: Idrettsregistreringen.*
- ✓ Bardu IL er største klubb og driver med fotball, håndball, ski, skiskyting, orientering, sykkel, barneidrett, turn, friidrett.
- ✓ Andre idretter: Setermoen svømmeklubb, Bardu Alpinklubb, Bardu Basketballklubb, Midt – Troms golfklubb, Bardu Bowlingklubb, Bardu Sykkelklubb, Dans Bardu, Dølaski ski og friidrett, Setermoen NTN Taekwon-Do klubb, Kampen ILski, orientering og friidrett og Sætermoen pistolklubb.
- ✓ I tillegg står skytesporten sterkt med Bardu skytterlag som er under det frivillige skyttervesen DFS. Bardu JFF har aktivt skytemiljø innen Leirdueskyting.
- ✓ Bardu har 7 grendehus som drives av ungdomslag, hvorav 4 av lagene setter opp årlig revy.
- ✓ Sang og musikk står sterkt i kommunen. Freidig mannskor, Bardu korforening, Setermoen skolekorps og musikkforeningen er eksempler på grupper innenfor denne sjangeren.
- ✓ I tillegg er det hundeklubber, husmorlag, bondekvinnelag, Røde Kors, for å nevne noen.

Frivillig sektor representerer en betydelig ressurs og bidrar til engasjement, meningsfulle aktiviteter og utfører viktige samfunnsoppgaver. Et rikt og mangfoldig organisasjonsliv er av stor betydning for demokrati, fellesskap og velferd. Frivillighet er viktig som folkehelseressurs, og kan knyttes til blant annet livskvalitet, psykisk helse, friluftsliv og idrett, trivsel og aktivitet i nærmiljøene. Mennesker som deltar i frivillig arbeid ser ut til å ha bedre tilfredshet med livet og bedre mestringsfølelse enn de som ikke deltar. *Kilde*: *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. Helsedirektoratet 2014.*

Ved å sammenligne opplysninger om deltagelse i kulturelle aktiviteter med helseopplysninger, fant forskerne som gjennomførte HUNT-undersøkelsen (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) at alle som konsumerte kultur i en eller annen form, opplevde bedre helse, var mer tilfreds med livet sitt og hadde mindre forekomster av angst og depresjon, sammenlignet med folk som ikke var så opptatt av kultur. Det vil si at enten du er korpsmusikant, spiller i rockeband, er ivrig kulturfestivaldeltager eller rett og slett fotballsupporter, så er den kulturaktiviteten du bedriver, helsebringende. *Kilde: Bedre helse med kultur. En artikkel fra NTNU*

5.5.2 Tid brukt på ulike medier

- ✓ Blant 8.-10. klassinger bruker 37 % av guttene og 41 % av jentene to timer eller mer per dag på datamaskin etter skoletid.
- ✓ Når det gjelder tv- og dataspill bruker 33 % av guttene to timer eller mer om dagen på dette, mens bare 5 % av jentene.
- ✓ 15 % av guttene og 21 % av jentene ser på TV i to timer eller mer i løpet av en dag.

Kilde: Ungdataundersøkelsen i Bardu 2013

«Et perspektiv vi ofte glemmer når barn og nye medier diskuteres, er verdi- og utdanningsdimensjonen. I en kronikk av Brandtzæg og Endestad (2003) i Dagbladet i fjor understrekes det at de nye mediene gir barn og unge tilgang til verdifull informasjon som de kanskje ikke kunne fått tak i andre steder. De muliggjør også lek og kommunikasjon, uavhengig av tid og rom. Flere studier kan også påvise at videospill kan føre til positive helseeffekter både innen psykisk rehabilitering og utvikling av sosiale ferdigheter (Griffiths, 2004). Elektroniske spill gir barn nye muligheter til å prøve ut grenser og leke det de aldri vil bli (Jones, 2004). Videre brukes elektroniske spill i terapeutiske sammenhenger (Griffiths, 1997a, 1997b). Alle barn, som voksne, trenger forandring og et aktivt liv, noe også Gerard Jones (2004) påpeker. Impulser fra forskjellige hold kan bidra til likevekt. Det blir viktig å gi barna kompetanse til å håndtere medieverdenen på en fornuftig måte.» *Kilde: Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 41, nummer 11, 2004*

Tiden i ro bør begrenses og deles opp med små aktive pauser. Lang tid foran pc, tv eller annen skjerm bør unngås. Det anbefales å forsøke å inkludere minst fem minutter med å stå, gå eller drive med lett aktivitet pr. time med skjermbruk. Det gjelder også på arbeid, og også for dem som ellers er mye i aktivitet. *Kilde: Folkehelserapporten 2014, Fysisk aktivitet i Norge*

5.5.3 Fysisk aktivitet

- ✓ Blant gutter og jenter i 8.-10. klassen er 63 % svett eller andpusten minst 3 ganger i uken, mens 29 % av guttene og 25 % av jentene er andpusten eller svett 1-2 ganger i uken.
- ✓ 68 % av guttene og 75 % av jentene trener eller konkurrere i et idrettslag.
- ✓ 69 % av guttene og 68 % av jentene trener på egenhånd (løper, svømmer, sykler eller går tur).
- ✓ 27 % av guttene og 14 % av jentene trener på treningsstudio.
- ✓ 5 % av guttene og 29 % av jentene danser (som trening).
- ✓ 13 % av guttene og 7 % av jentene er på kampsport eller selvforsvarstrening (boksing, karate, kickboksing eller lignende).

Kilde: Ungdataundersøkelsen i Bardu 2013

Regelmessig fysisk aktivitet er nødvendig for at barn skal oppnå normal vekst og utvikling og for å kunne utvikle motorisk kompetanse, muskelstyrke og kondisjon.

Helsedirektoratet anbefaler at barn og unge deltar i fysisk aktivitet med moderat eller høy intensitet i minimum 60 minutt hver dag. I tillegg bør barn og unge utføre aktiviteter med høy intensitet minst tre ganger i uken, inkludert aktiviteter som gir større muskelstyrke og styrker skjelettet.

Helsedirektoratet anbefaler videre at voksne er moderat fysisk aktive i minst 150 minutter hver uke. Det vil si å utføre aktiviteter som gir raskere pust enn vanlig, for eksempel rask gange. Anbefalingen kan også oppfylles med minst 75 minutter aktivitet med høy intensitet hver uke, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet.

Kilde: Folkehelserapporten 2014, Fysisk aktivitet i Norge

5.5.4 Kosthold

- ✓ Av 8.-10.klassinger spiser 69 % av guttene og 47 % av jentene frokost, mens 45 % av guttene og 60 % av jentene spiser lunsj.
- ✓ 74 % av guttene og 53 % av jentene i 8.-10- klassen spiser middag med familien sin, og av disse er det 88 % av guttene og 96 % av jentene som opplever måltider med familien som hyggelige.

Kilde: Ungdataundersøkelsen i Bardu 2013.

Å spise sunt og variert, kombinert med fysisk aktivitet er bra både for kropp og velvære. Med riktig hverdagskost kan sykdom forebygges. Ofte kan det å ta små grep i hverdagen ha stor betydning for helsen. Matvarer merket med Nøkkelhullet er et hjelpemiddel for å ta de små, sunne grepene i hverdagen. Det anbefales bl.a. å spise minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag. *Kilde: Helsedirektoratet. Kostholdsråd.*

De fleste trenger påfyll av energi om morgenen for at kroppen skal fungere. Det kan være vanskeligere å konsentrere seg, og både humør og arbeidslyst kan bli dårligere når frokosten droppes.
Mange barn får i seg for mye sukker gjennom brus eller saft. En halv liter brus eller saft inneholder cirka 50 gram sukker. Det tilsvarer 25 sukkerbiter.
Kilde: Matportalen.no, Helsedirektoratet

Virkemidlene for å fremme sunne valg ligger i all hovedsak utenfor helsesektoren, og samarbeidet med andre sektorer, frivillige organisasjoner og private aktører er viktig. Dette er en felles oppgave. Ansvaret på tvers av sektorer må i større grad synliggjøres.
Kilde: Meld.St.34 Folkehelsemeldingen 2012-2013. God helse – felles ansvar.

5.5.5 Røyk og snus

- ✓ I 8.-10. klassen er det ingen av guttene eller jentene som røyker, men 2 % av guttene snuser daglig. Av de som snuser en gang i blant er det 2 % av guttene og 5 % av jentene.
- ✓ 7 % av guttene og 4 % av jentene i 8.-10. klasse har prøvd hasj eller marihuana det siste året.

Kilde: Ungdataundersøkelsen i Bardu 2013.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at de som røyker daglig, i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere, og 25 prosent av dagligrøykerne dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere.

Bruk av snus øker risikoen for kreft i bukspyttkjertel, spiserør og munnhule og har flere andre negative effekter. Snus øker risikoen for dødfødsel og for tidlig fødsel. *Kilde: Helsedirektoratet. Sykdom og helseskader ved snus.*

Undersøkelser i Norge har vist tydelige sosioøkonomiske forskjeller i røyking blant voksne, men ikke for bruk av snus. *Kilde: ØF-notat 13/2014*

5.5.6 Alkohol

- ✓ I 8.-10- klassen har 91 % av guttene og 89 % av jentene aldri eller bare smakt alkohol noen få ganger. 2 % av guttene drikker alkohol 1-3 ganger i måneden + hver uke, og 7 % av guttene og 11 % av jentene drikker alkohol av og til.
- ✓ Av de ungdommene som har drukket alkohol har 7 % av guttene og 12 % av jentene følt seg beruset 1-4 ganger i løpet av de siste 6 månedene.

Kilde: Ungdataundersøkelsen i Bardu 2013.

Små mengder alkohol innebærer vanligvis liten skaderisiko for friske personer. Inntak av større mengder gir derimot rusvirkninger, fulgt av økt risiko for uhell, skader og ulykker. Alkohol kan også påvirke effekten av en rekke legemidler og rusmidler, og hvordan kroppen reagerer på disse. Ved gjentatt forbruk av alkohol over tid øker risikoen for utvikling av sykdommer og avhengighet. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Fakta om forbrenning av alkohol.*

Kommunen er en viktig arena for forebygging, identifisering, kartlegging, behandling og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser. Helsedirektoratet anbefaler at kommunens innsats på rusmiddelfeltet nedfelles i helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Rusmiddelarbeid i kommunen omfatter blant annet forvaltning av alkoholloven, rusmiddelforebygging og tidlig intervensjon. Det er spesielt viktig å forebygge overfor barn og unge for på den måten å hindre risikofylt eller skadelig rusmiddelbruk senere i livet. Kommunen har også et ansvar for behandling og oppfølging i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre aktører. Mange med rusmiddelproblemer har også samtidige psykiske lidelser, og kommunene har en sentral rolle i kartlegging, behandling og oppfølging av disse. *Kilde: Helsedirektoratet. Rusmiddelarbeid i kommunene.*

5.6 Helsetilstand

5.6.1 Opplevelse av helse, livskvalitet og begrensninger

- ✓ I 8.-10. klasse er 70 % av guttene og 76 % av jentene litt eller svært fornøyd med helsen sin, mens 56 % av guttene og 42 % av jentene er fornøyd med utseendet sitt.
- ✓ 75 % av guttene og 91 % av jentene er litt eller svært fornøyd med vennene sine.
- ✓ 17 % av guttene og 25 % jentene har den siste uken følt seg ulykkelig, trist eller deprimert.
- ✓ 7 % av guttene og 21 % av jentene har den siste uken følt seg ensom.
- ✓ 15 % av guttene og 19 % jentene har den siste uken følt seg håpløs med tanke på fremtiden.

Kilde: Ungdataundersøkelsen i Bardu 2013

Livskvalitet handler om å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet, om å bruke personlige styrker, føle interesse, mestring og engasjement og utgjør således en viktig verdi i seg selv. I tillegg har livskvalitet sammenheng med helserelaterte gevinster som bedre fysisk og psykisk helse, sunnere livsstilvalg, sterkere nettverk og sosial støtte. Lykke og livskvalitet styrker også motstandskraften i møte med belastninger.

Opplevd livskvalitet er viktig for den enkelte, og kan også bidra til gode familierelasjoner, oppvekstkår, fungering i arbeidslivet, og for befolkningens generelle helse. Fokus på livskvalitet er derfor viktig i det moderne folkehelsearbeidet.

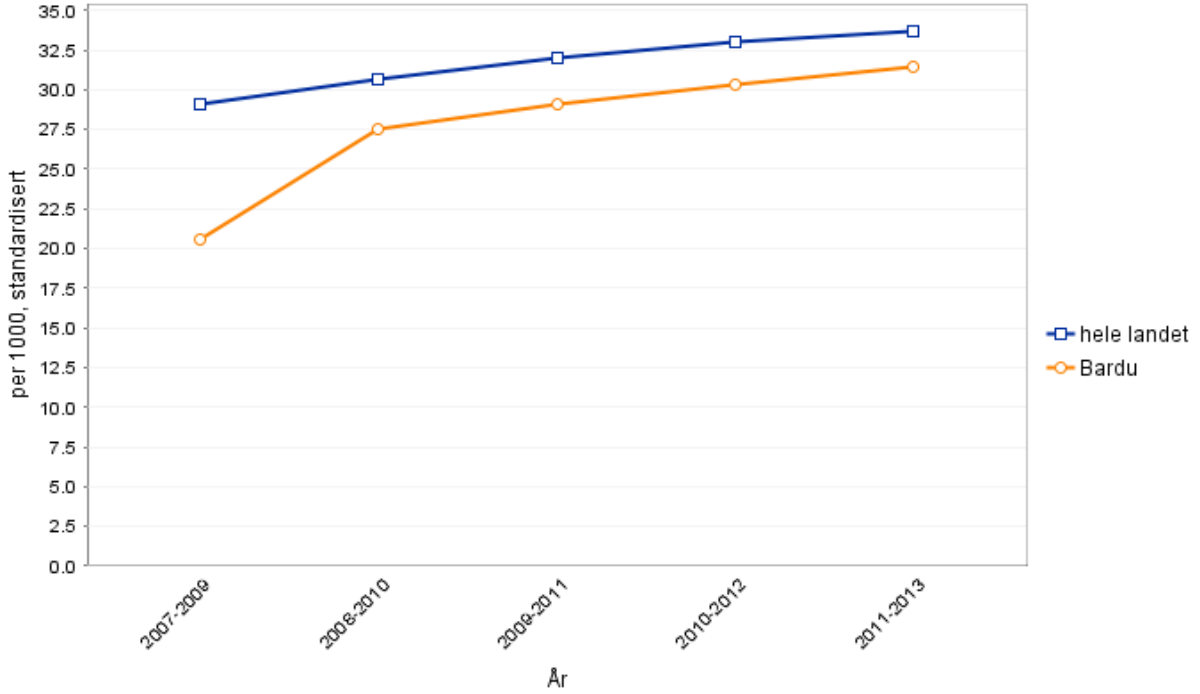
Kilde: Folkehelseinstituttet. Fakta om livskvalitet og lykke. 2014

5.6.2 Diabetes

- ✓ Kraftig økning i diabetes type 2 før 2010, etter det har det vært en stabil økning.
- ✓ I perioden 2011-2013 (3 års glidende gjennomsnitt) var det 32/1000 innbyggere som brukte legemidler mot diabetes type 2, noe som tilsvarer 3,2 % av befolkningen i Bardu kommune.
- ✓ Bardu kommune ligger nesten likt som landsgjennomsnittet på antall brukere av legemidler for diabetes type 2 (33,7/1000) i perioden 2011-2013.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Forekomsten av type 2-diabetes er usikker og behandling av sykdommen varierer. Kosthold, mosjon og vektreduksjon kan for noen normalisere blodsukkeret og holde sykdommen under kontroll. Andre trenger medikamenter for å få ned blodsukkeret og bruk av midler til behandling av type 2-diabetes kan brukes som en indikator på forekomst av type 2-diabetes i befolkningen. Med årene kan imidlertid insulinproduksjonen reduseres, og det blir nødvendig med insulinsprøyter på samme måte som ved type 1-diabetes. Overvekt er en viktig risikofaktor for utvikling av type 2-diabetes og forekomst av type 2-diabetes kan derfor gjenspeile befolkningens levevaner.

Diagram: Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år) – kjønn samlet, per 1000, standardisert



Viser antall brukere av legemidler utlevert på resept til personer 30-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. *Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank, pr.08.07.15*

5.6.3 Hjerte- og karsykdommer

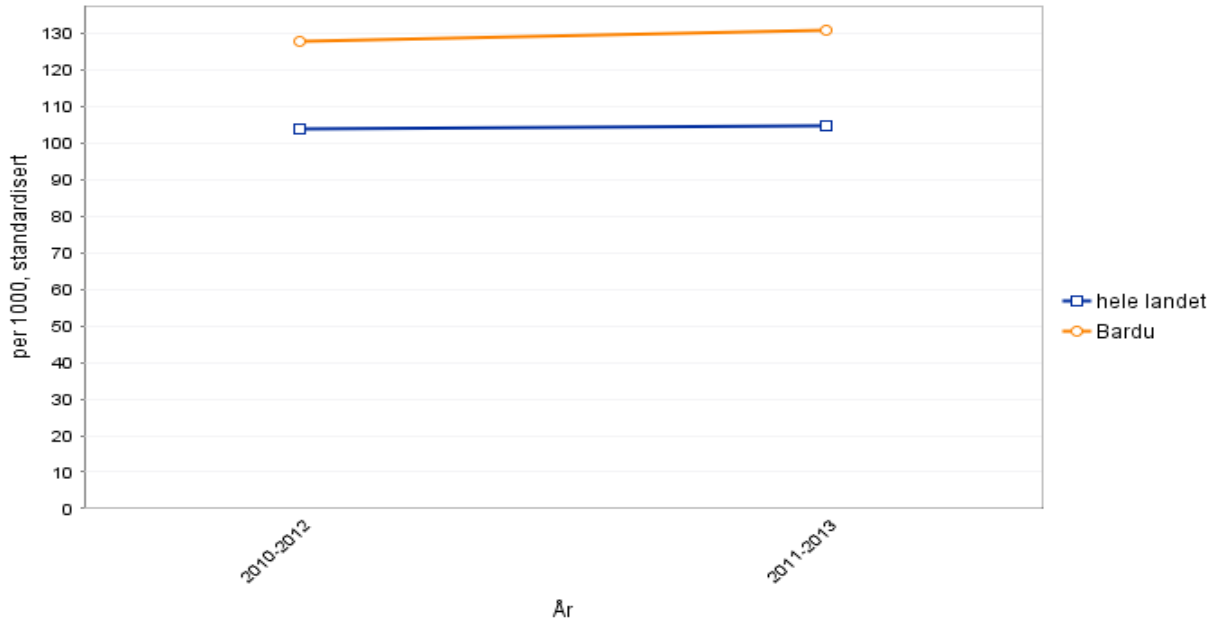
- ✓ Stabil økning i hjerte- og karsykdommer siden 2010. I perioden 2011-2013 (3 års glidende gjennomsnitt) hadde 131/ 1000 innbygger per år hjerte- og karsykdommer, noe som tilsvarer 13 % av befolkningen i Bardu kommune.
- ✓ Bardu kommune ligger over landsgjennomsnittet på hjerte- og karsykdommer (105/1000 innbygger per år) i perioden 2011-2013.
- ✓ Stabil økning i legemidler mot hjerte-og karsykdommer siden 2010. I perioden 2011-2013 var gjennomsnittet på 126/1000 innbyggere per år, noe som tilsvarer 12,6 % av befolkningen.
- ✓ Kolesterolsenkende midler har også vært stabil siden 2010 og var i gjennomsnitt per år 71/1000 innbygger i 2011-2013, noe som tilsvarer 7,1 % av befolkningen.
- ✓ I gjennomsnitt per år ble 16/1000 innbygger innlagt hos spesialisthelsetjenesten for hjerte- og karsykdommer i perioden 2011-2013. Dette er ganske likt landsgjennomsnittet for samme periode (18/1000 innbyggere).
- ✓ Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer er halvert siden 2005, og ligger i gjennomsnitt per år i fra 2003-2012 på 57/100 000 innbygger i Bardu kommune. Noe som er under landsgjennomsnittet på 62/100 000 innbyggere for samme periode.

Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank per 09.07.15.

Hjerte- og karsykdommer omfatter blant annet hjerteinfarkt, angina pectoris (hjertekramper) og hjerneslag. Jo flere som er ikke-røykere, har et gunstig kosthold, mosjonerer daglig og har normal kroppsvekt, jo færre vil få infarkt i en befolkning. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

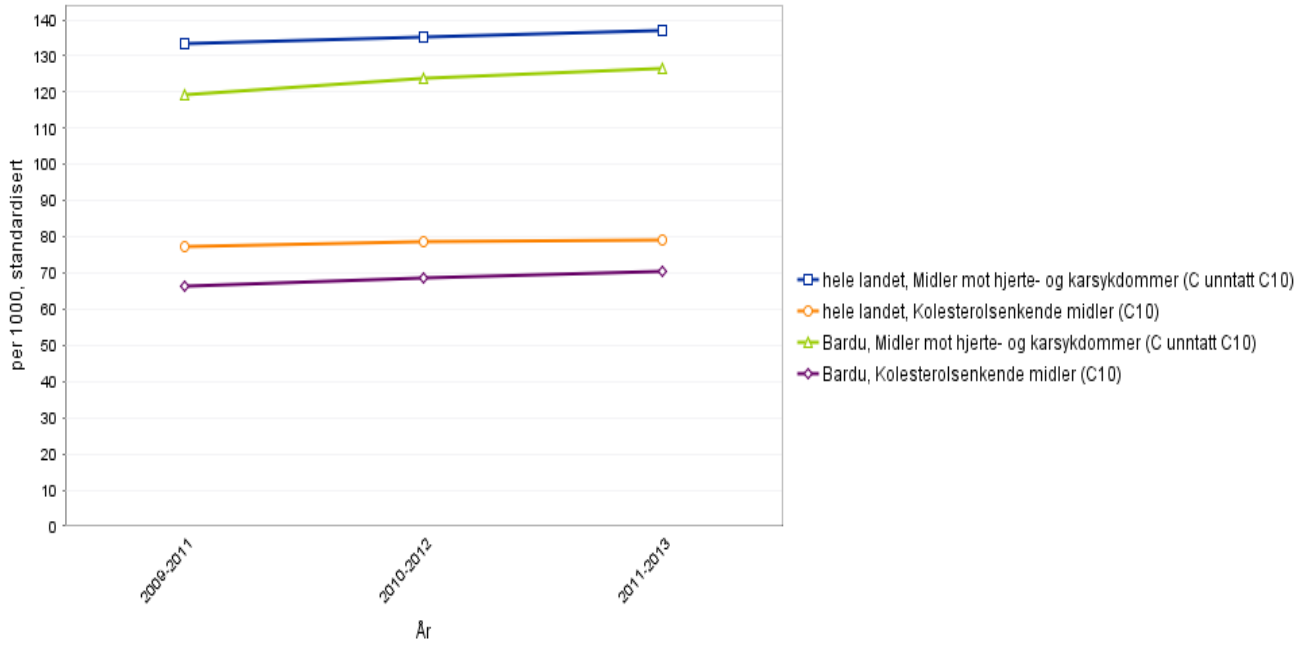
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene fortsatt vil ramme mange.

Diagram: Primærhelsetjenesten, brukere (B) – Hjerte- og karsykdomsdiagnoser, totalt (K70-99), kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert



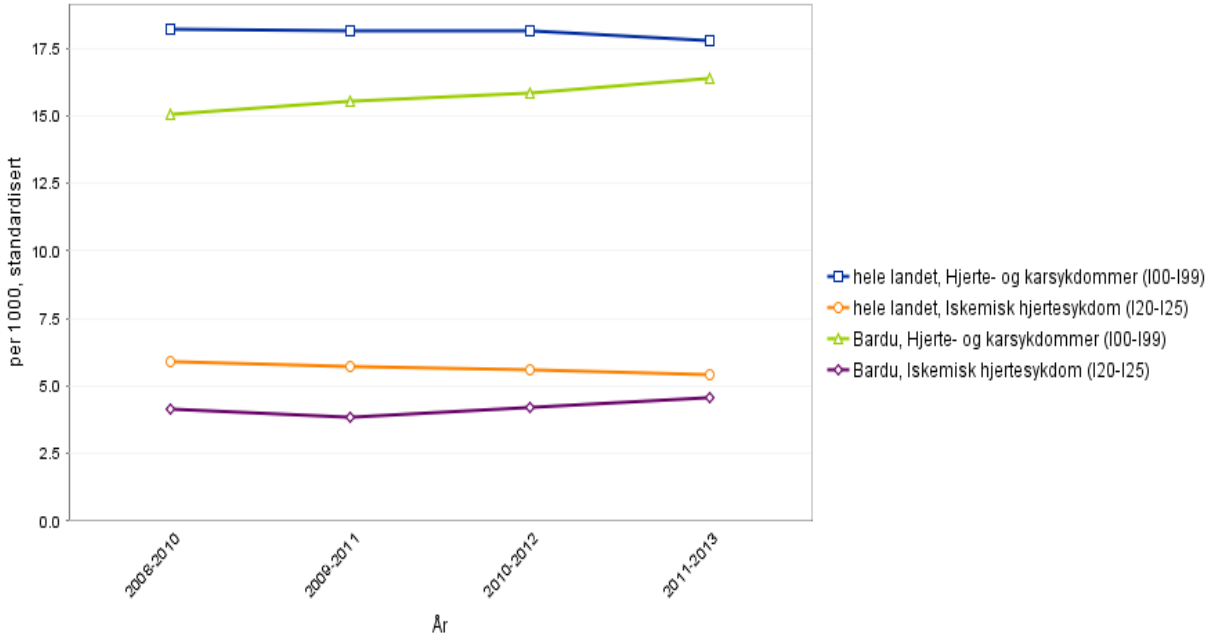
Viser antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én
gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder).
Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank, pr. 09.07.15.

Diagram: Legemiddelbrukere – kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert



Viser antall brukere (per 1000 innbyggere) av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).
Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank, pr. 09.07.15.

Diagram: Spesialisthelsetjenesten, somatikk – kjønn samlet, per 1000, standardisert



Viser antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). *Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank pr. 09.07.15.*

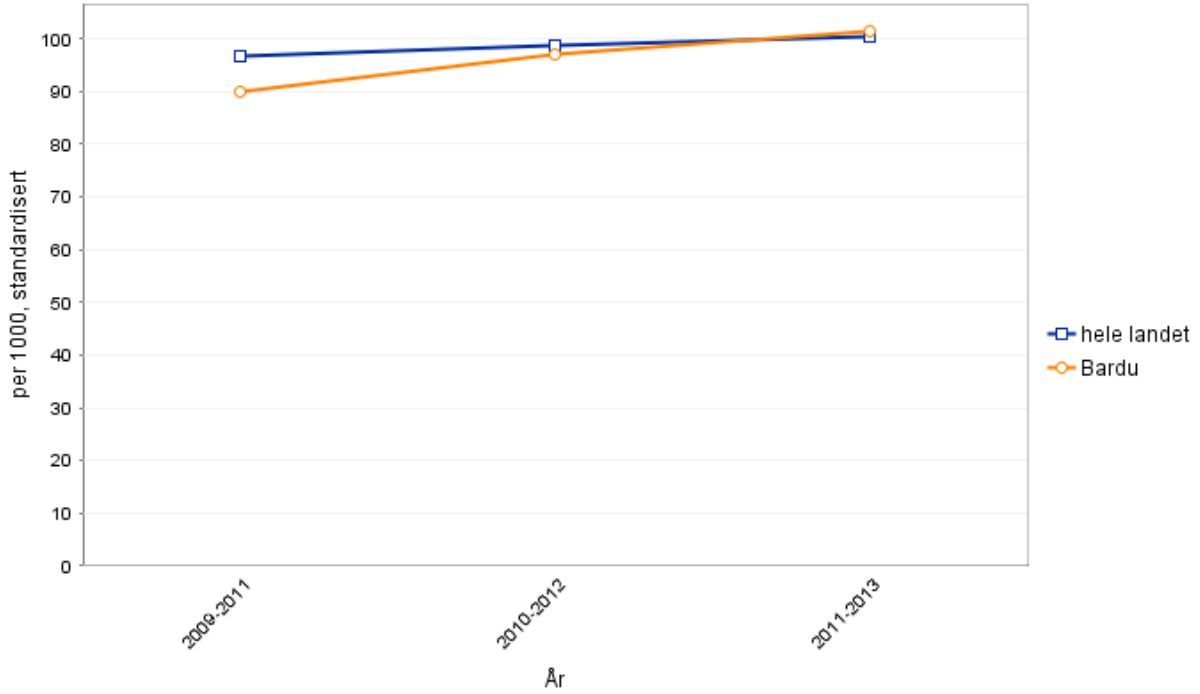
5.6.4 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

- ✓ Legemidler mot KOLS og astma økte kraftig fram til 2010, men det har etter 2010 vært en jevn økning.
- ✓ I perioden 2011-2013 var det et årlig gjennomsnitt på 102/1000 innbyggere som brukte legemidler mor KOLS og astma, som er likt landsgjennomsnittet på 101/1000 innbygger i samme periode.
- ✓ Innleggelser hos spesialisthelsetjenesten grunnet KOLS (45+) har vært jevn siden 2009, og har et gjennomsnitt pr. år på 2/1000 innbygger i fra 2011-2013. *Kilde: folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank pr. 09.07.15.*

Befolkningsundersøkelser i Norge viser at forekomsten av astma har økt de siste 20 årene, spesielt hos barn. *Kilde: Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer, Helse- og omsorgsdepartementet*

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. Forekomst av KOLS øker med økende tobakksforbruk og antall røykeår, og kan si noe om røykevaner.

Diagram: KOLS og astma, legemiddelbrukere (45-74 år) – kjønn samlet, per 1000, standardisert



Viser brukere av legemidler (per 1000 innbygger) utlevert på resept til personer 45-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang.
Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).
Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank pr. 09.07.15.

5.6.5 Smerter

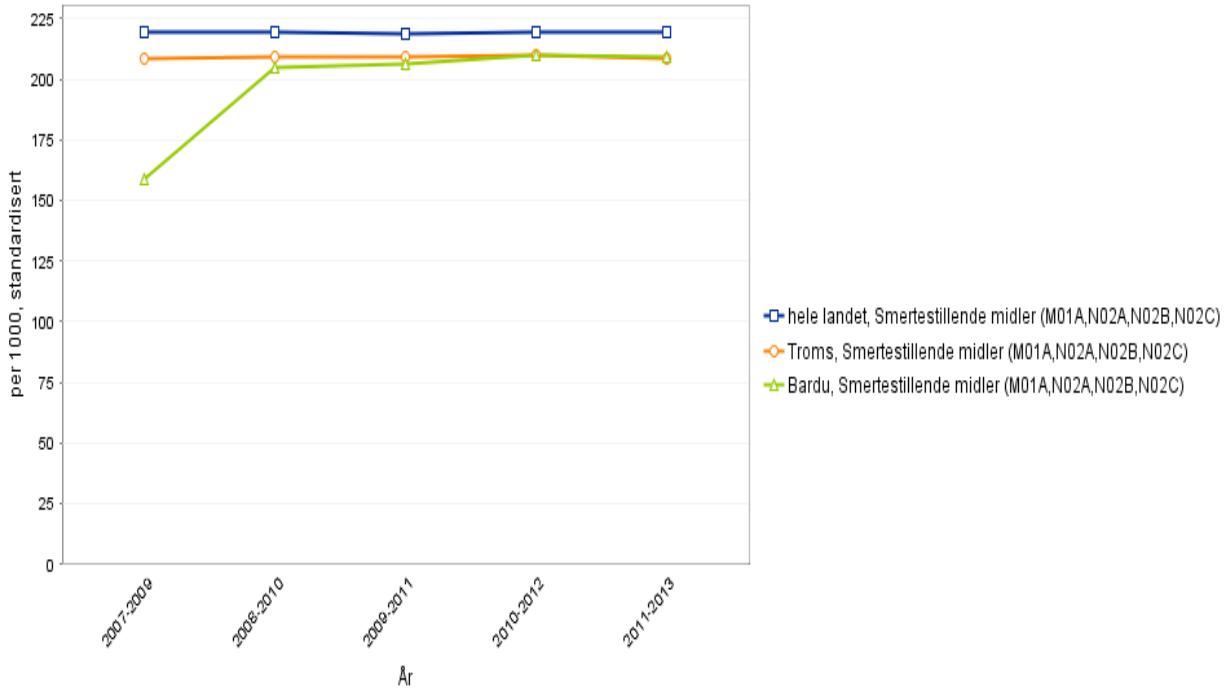
Smertestillende medikamenter, brukere 0-74 år:

- ✓ Bruk av smertestillende midler på resept har vært stabil i Bardu kommune siden perioden 2008-2010.
- ✓ I perioden 2011-2013 lå gjennomsnittet i bruken av smertestillende midler på resept på 209/1000 innbygger per år, noe som samsvarer med Troms fylke, men som ligger under landsgjennomsnittet på 219/1000 innbygger i samme periode.

Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen. Anslagsvis 30 prosent av voksne har kroniske smerter i Norge i dag. Muskel- og skjelettplager er den vanligste årsaken, men en rekke andre lidelser kan også føre til kronisk smerte. Forekomsten er høyere enn i mange andre europeiske land. Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har kroniske smerter, og kvinner er også i langt større grad enn menn sykemeldt og uføre som en følge av kronisk smerte. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Når det gjelder ikke-reseptbelagte medikamenter, viste en undersøkelse gjengitt i Tidsskift for Den norske legeforeningen (Lagerløv P, Holager T, Helseth S et al. 2009) at ungdommens bruk av disse har økt. Undersøkelsen tydet på at smertestillende ble brukt mot «dagliglivets plager» som lett hodepine eller manglende væskeinntak.

Diagram: Legemiddelbrukere – kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert



Viser brukere (per 1000 innbygger) av smertestillende midler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). *Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank, pr 27.07.15.*

5.6.6 Muskel- skjelettlidelser

- ✓ I gjennomsnitt var det årlig 305/1000 innbygger i Bardu som hadde diagnoser innen muskel- og skjelettlidelser i 2011-2013, noe som tilsvarer 30,5 % av befolkningen i Bardu.
- ✓ Bardu kommune ligger nesten 5 % høyere enn landsgjennomsnittet på diagnostierte muskel- og skjelettlidelser (25,8 %) i samme periode.
- ✓ Det var et årlig gjennomsnitt på 2/1000 innbyggere ved lårbensbrudd (inkludert hoftebrudd) i perioden 2011-2013. Dette er likt for landsgjennomsnittet i samme periode og tilsvarer 0,2 % av befolkningen.

Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank, pr. 10.07.15.

Muskel- og skjelettlidelser er en av de hyppigste årsakene til bruk av både tradisjonelle og alternative helsetjenester og -tilbud. *Kilde: Tidsskrift for Den norske legeforening, nr23/2010.*

Muskel- og skjelettlidelser, sammen med psykiske lidelser, er den hyppigste årsaken til sykefravær i Norge. Fysisk aktivitet kan forebygge muskel- og skjelettlidelser. Kilde: Folkehelseinstituttet

5.6.7 Søvnproblemer

- ✓ Blant 8.-10.klasser er det 17 % av guttene og 28 % av jentene som har hatt ganske eller veldig mye søvnproblemer den siste uken.
- ✓ I 10.klasse har 31 % hatt ganske eller veldig mye søvnproblemer, mens i 9.klasse er det 24 % og i 8.klasse 19 %.

Kilde: Ungdataundersøkelsen i Bardu 2013.

Søvnvansker er et debutsymptom ved de fleste psykiske lidelser, men kan også opptre alene uten annen psykisk forstyrrelse. Søvnvansker er en av de vanligste helseplagene i befolkningen og kanskje det mest oversette folkehelseproblemet i Norge. De mange negative konsekvensene av kroniske søvnvansker er godt dokumentert: Flere norske undersøkelser har vist at søvnvansker er en sterk og uavhengig risikofaktor for både langtidssykefravær og varig uføretrygding. *Kilde: Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1, Folkehelseinstituttet.*

5.6.8 Psykiske lidelser

- ✓ I årlig gjennomsnitt var det 137/1000 innbyggere med psykiske symptomer og lidelser i perioden 2011-2013, noe som tilsvarer 13,7 % av befolkningen i Bardu. Gjennomsnittet er likt landet som helhet på 139/1000 innbygger i samme periode.
- ✓ Blant 15-29 åringer var det gjennomsnittlig 103/1000 innbyggere med psykiske symptomer og lidelser i fra 2011-2013, noe som tilsvarer 10,3 % av innbyggerne og er under landsgjennomsnittet på 13,7 % i samme periode.
- ✓ Legemiddelbruken mot psykiske lidelser har nesten tredoblet seg siden 2005. I årlig gjennomsnitt brukte 9,3 % av befolkningen i Bardu legemidler mot psykiske lidelser i fra 2011-2013.
- ✓ Den største veksten av legemiddel innen psykisk helse er sovemedisiner, angstdempende midler og midler mot psykiske lidelser.

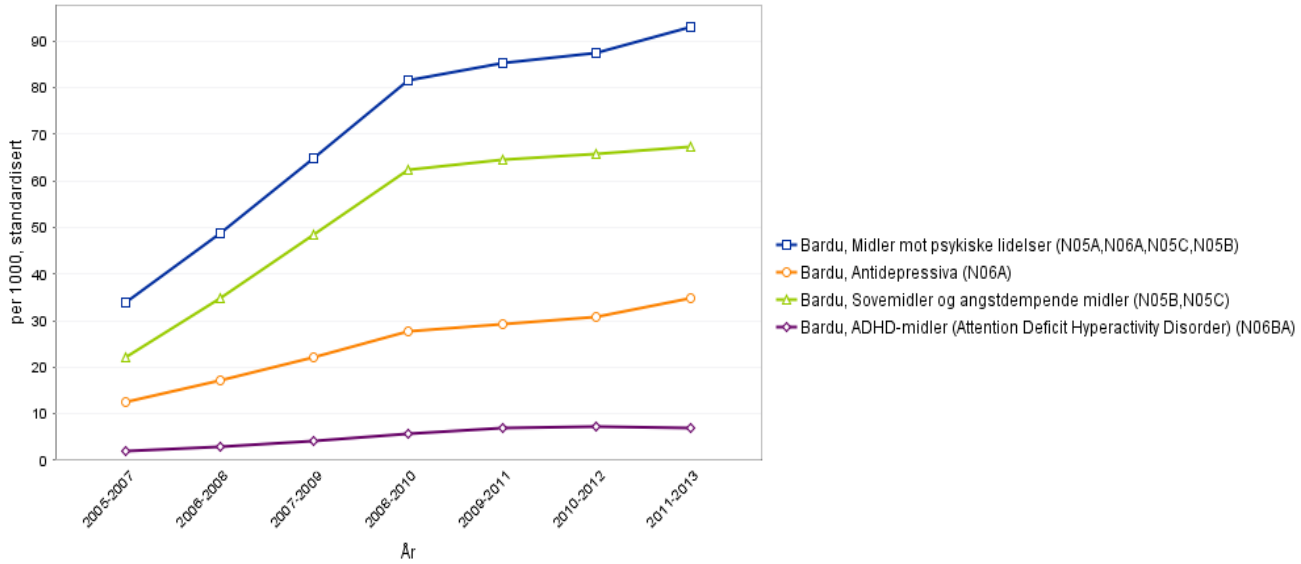
Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank, pr. 10.07.15.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er stabil, og er svært vanlig i befolkningen. Ca. en tredel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år (inkludert alkoholmisbruk), mens 8 % av barn og unge til en hver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon. Økt dødelighet, sykmeldinger og uførepensjon er noen av de viktigste følgene av psykiske sykdommer.

Tiltak for å utjevne sosial ulikhet vil trolig ha en effekt på utvikling av enkelte psykiske lidelser. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Sosial støtte og utviklet mestringsevne er de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser. Kilde: Proposisjon til Stortinget (Folkehelseloven)

Diagram: Legemiddelbrukere – kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert



Viser brukere (per 1000 innbygger) av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). *Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank, pr.10.07.15.*

5.6.9 Smittsomme sykdommer

Vaksinasjonsdekning for MMR-vaksinen:

- ✓ Hos 2-åringer er den på 92,6 %, noe som er litt lavere enn landet og Troms for øvrig.
- ✓ Hos 9-åringer er den på 94,5 %, noe som er likt med lands- og fylkesnivået.

Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank pr. 10.07.15.

Meldte smittsomme sykdommer:

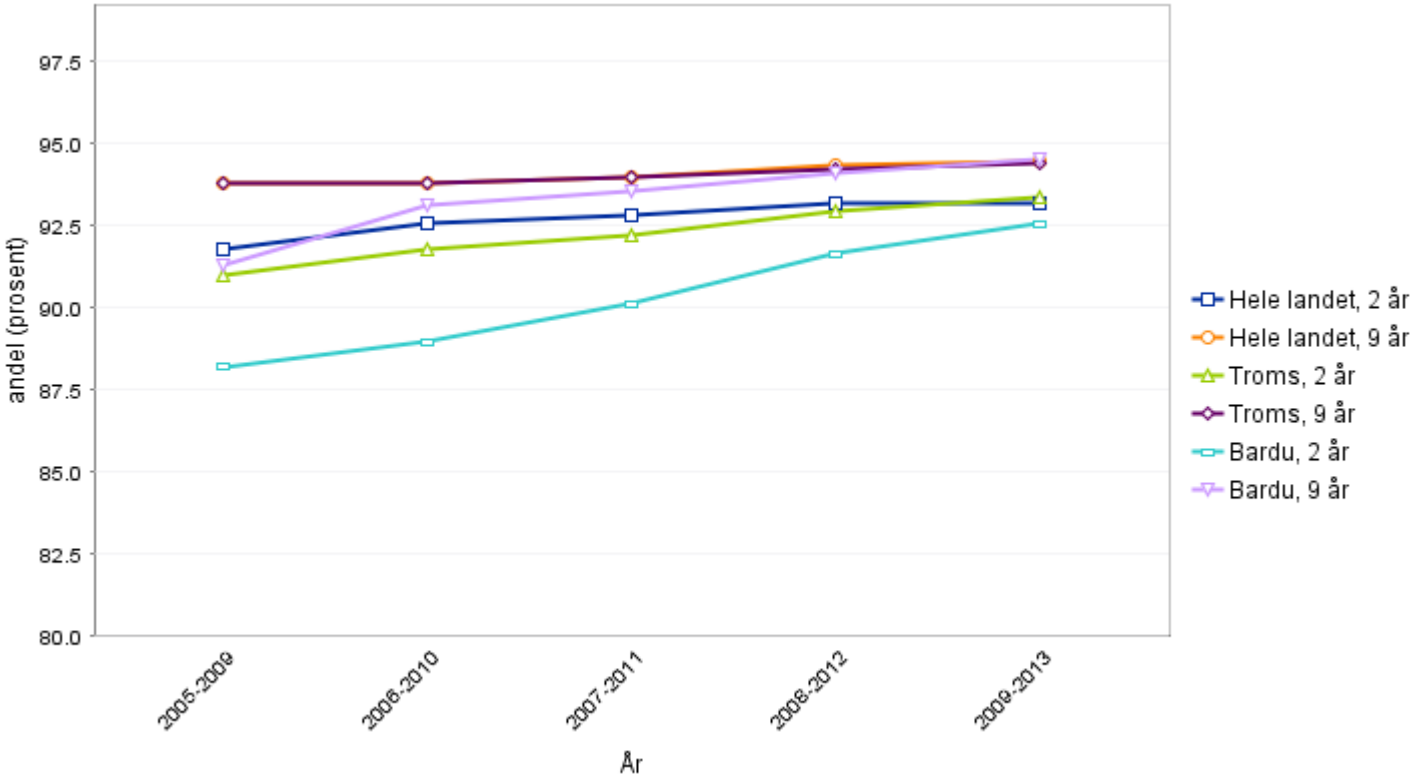
- ✓ Det er i Bardu registrert en klart økt forekomst av smittsomme sykdommer som tuberkulose og hepatitt blant beboerne i det store flyktningmottaket i kommunen.
- ✓ Det har også vært registrert spredte forekomster av HIV i flyktningmottaket.
- ✓ Lite omfang av andre smittsomme sykdommer, kun sporadiske tilfeller (matbårne, seksuelt overførbare sykdommer osv.)

Smittsomme sykdommer diagnostisert i 2014 i Bardu

- ✓ Et tilfelle av campylobacterose, giardiasis, gonore, hepatitt B (kronisk), listeriose og salmonellose, to tilfeller av virale infeksjoner i sentralnervesystemet og 3 tilfeller av yersiniose.
- ✓ Turberkulose, aids, HIV-infeksjon og creutzfeldt-jakobs sykdom er ikke tilgjengelig på kommunenivå.

Smittsomme sykdommer er ikke lenger det største folkehelseproblemet i Norge, men for å holde disse sykdommene i sjakk, er det svært viktig å opprettholde et godt smittevern og et effektivt vaksinasjonsprogram. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Diagram: Vaksinasjonsdekning – MMR-vaksine, andel (prosent)



Viser prosentandelen av barn som er fullvaksinerte mot henholdsvis meslinger, kusma, røde hunder (MMR), kikhoste, difteri, stivkrampe, polio og Haemophilus influenzae type B (Hib) og pneumokokk ved henholdsvis 2 og 9 års alder, i prosent av alle barn i aldersgruppen 2 år og 9 år. Statistikken viser 5 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 5-årsperioder). *Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank pr.10.04.2015.*

5.6.10 Kreft

Nye tilfeller av kreft:

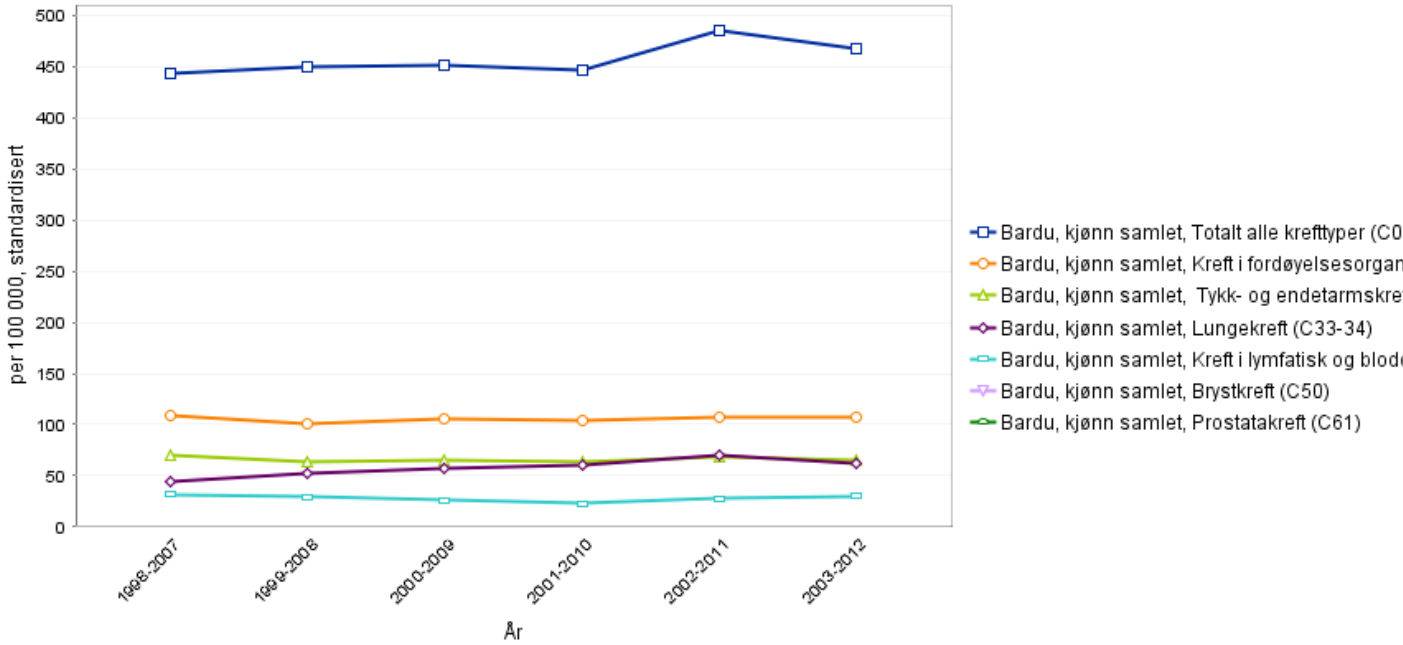
- Det ble årlig registrert 467/100 000 innbygger på nye tilfeller av kreft i perioden 2003-2012, noe som tilsvarer 0,5 % av befolkningen i Bardu kommune. Dette er under landsgjennomsnittet på 574/100 000 innbygger i samme periode.

Kreftdødelighet, 0-74 år:

- I perioden 2003-2012 er det årlig rapportert 102/100 000 innbygger av dødelighet pga kreft, noe som tilsvarer 0,1 % av innbyggerne og er litt under landsgjennomsnittet på 113/100 000 innbygger for samme periode.

Kreftdødeligheten i Norge har endret seg lite fra 1950 til i dag (dødsfall per 100 000 innbyggere korrigerer for økt levealder). Kreftforekomsten har økt. Det er større sosioøkonomiske forskjeller i kreftdødelighet i dag enn for 40 år siden, spesielt i forhold til lungekreft. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Diagram: Kreft, nye tilfeller – per 100 000, standardisert



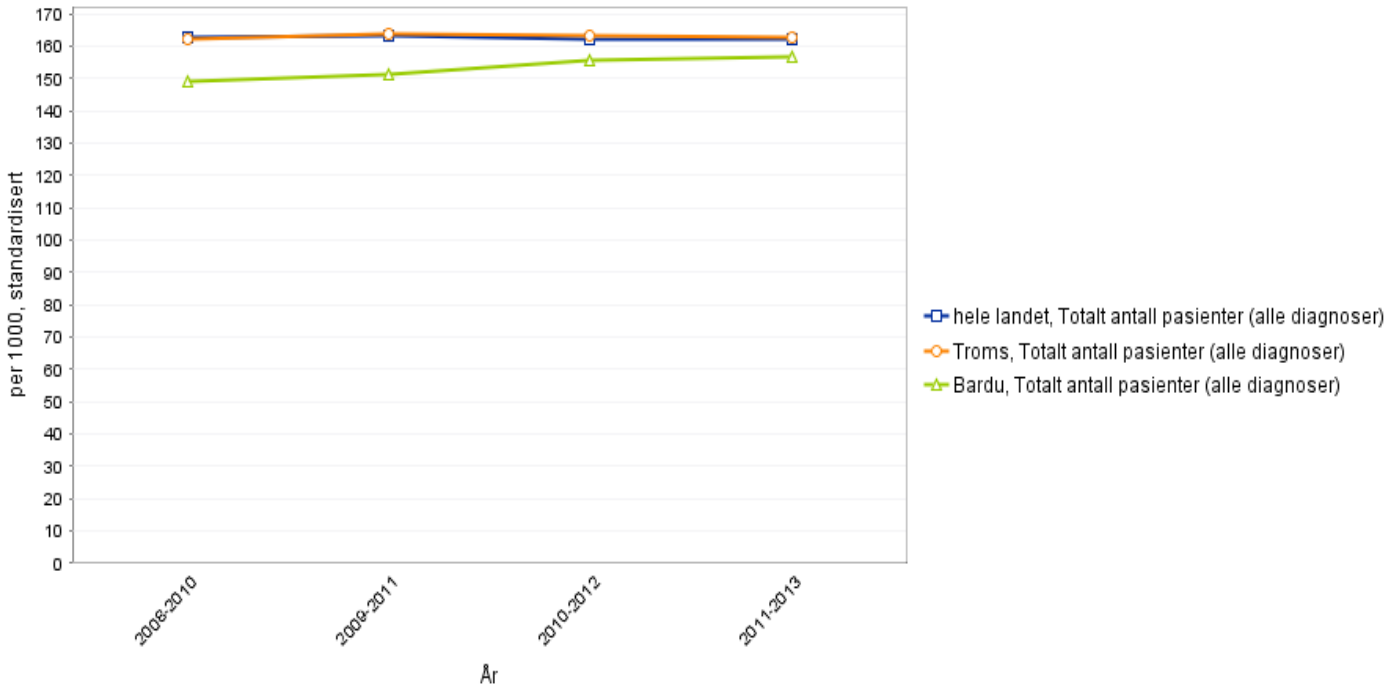
Viser nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 10-årsperioder). *Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank, pr. 10.07.15.*

5.6.11 Sykehusinnleggelser generelt

- ✓ I perioden 2011-2013 ble det i gjennomsnitt registrert 157 sykehusinnleggelser per 1000 innbygger i Bardu, dette er litt under gjennomsnittet til Troms fylke og landet som helhet (162/1000 innbygger) i samme periode.
- ✓ Det ble gjennomsnittlig registrert 16 innleggelser pga hjerte- og karsykdommer, 17 innleggelser pga sykdom i muskel-skjelettsystemet, 2 innleggelser pga lårbensbrudd og 1 innleggelse pga kols i kommunen årlig i perioden 2011-2013.
- ✓ Sykehusinnleggelser grunnet sykdom i muskel-skjelettsystemet har gått ned siden 2008, mens sykehusinnleggelser grunnet hjerte -og karsykdommer har økt.

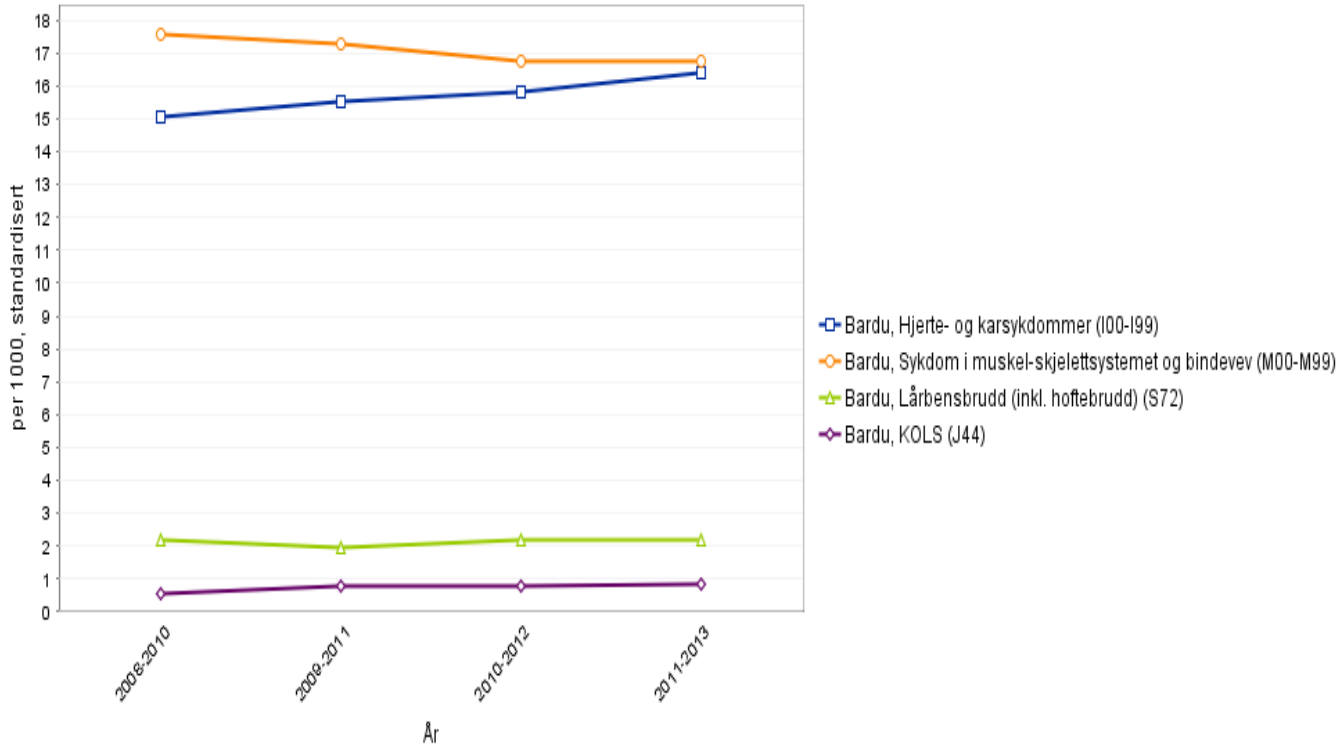
Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Antall sykehusinnlagte kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Spesialisthelsetjenesten, somatikk – kjønn samlet, per 1000, standardisert



Viser antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Tallene omfatter ikke opphold av friske nyfødte eller keisersnitt/forløsning. *Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank pr. 29.07.15.*

Spesialisthelsetjenesten, somatikk – kjønn samlet, per 1000, standardisert



Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Tallene omfatter ikke opphold av friske nyfødte eller keisersnitt/forløsning. *Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank pr. 29.07.15.*

5.6.12 Tannhelse

- Det finnes ikke oversikt over antall skader i befolkningen, men inntrykket fra tannhelsetjenesten er at milde og moderate skader dominerer.
- Bardu kommune har egen tannklinikk hvor ulike grupper er prioritert, og i perioder med tannlegemangel vil derfor tilbudet til pasienter over 20 år være begrenset.

De siste 30 årene har det skjedd en betydelig bedring i tannhelsen. 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. Men fortsatt varierer tannhelsen med alder, økonomi, hvor i landet man bor og om man tilhører en utsatt gruppe eller ikke. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

5.7 Kvalitative vurderinger av utfordringsbildet i kommunen

6 Vedlegg

6.1 Oppdateringer og endringer

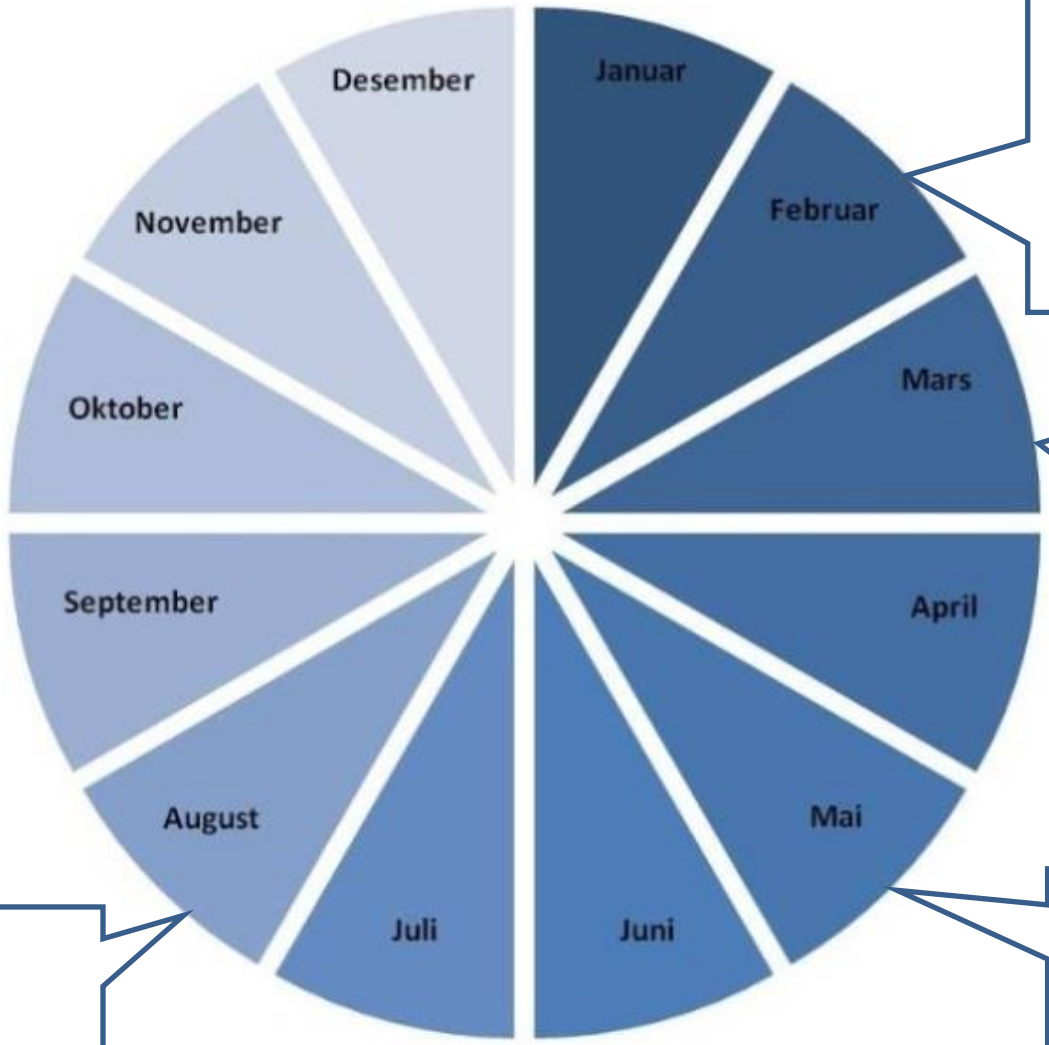
6.2 Årshjul – oppdatering av folkehelseoversikten

Oppdatering folkehelseoversikten

Folkehelsekoordinator har ansvar for:

- å ta kontakt med ansvarlig i kommunen innen utgangen av januar hvert år for å drøfte prosess i forbindelse med oppdatering
- løpende oppdatering

Det avtales en bred prosess for oppdatering og kompetanseheving i kommunen hvert 4. år i forkant av planstrategiarbeidet.



Innvandring, personer som bor alene, lavinntekt, arbeidsledighet, uføretrygd, mottakere av sosialhjelp, utdanning, frafall videregående skole, drikkevann, trivsel og mobbing i skolen, røyking bruk av medikamenter, fastlege og spesialisthelsetjenesten i tillegg til dødelighet ved diverse sykdommer, smittsomme sykdommer (kommunehelsa.no)

Trafikkulykker (SSB)

Folkemengde, separasjoner, sykefravær (SSB)

Tannhelse

Påvirkningsfaktorer og helseutfordringer barn, unge og gravide (Helsestasjonen, skolehelsetjenesten, jordmortjenesten)

Ressurser i kommunen

Inn- og utflytting (SSB)

Antall levendefødte (SSB)

Trivsel og mobbing grunnskole (skoleporten)

Befolkningsframskriving (SSB)

Barnevern (SSB)

UNGDATA