

Folkehelse i Giske kommune

EI OVERSIKT OVER HELSETILSTANDEN

GISKE KOMMUNE

Forord

Lov om folkehelse pålegg kommunane å ha eit systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Å styrke folkehelsa i kommunen handlar om å rette innsatsen der verksemda kan ha størst effekt.

Vi er glade for å endeleg leggje fram folkehelsekartlegginga til Giske kommune. Den inneheld oversikt over helsetilstanden og påverkningsfaktorar for innbyggjarane i kommunen. Oversikten skal inngå som grunnlag for kommunen sin planstrategi og i prioritering og planlegging både politisk og administrativ. Dette gjeld også kommunale planar som samfunnsplan, arealplan, fag- / temaplanar og økonomiplan / årsbudsjett.

Heile kommunens øvste leiing skal vere delaktig i og sjå til at dokumentet blir brukt operativt og at det leggjast til grunn for all framtidig kommuneplanlegging. I spissen for dette arbeidet står tidlegare folkehelsekoordinator Torill Valderhaug, i samarbeid med fleire. Arbeidet med folkehelsekartlegging er ein dynamisk prosess, kor ein jamleg må oppdatere med ferske tal. Målet er at kartlegginga til ei kvar tid skal gi ei god oversikt over dei viktigaste områda som vedkjem folkehelsa.

Som politikar kan du leggje til rette for at innbyggjarane kan ta sunne val i kvardagen, og vere med å gjevne ut sosiale ulikheiter i helse. Dette krev politisk mot!

Som tilsett i Giske kommune skal dokumentet vere til hjelp i planlegging og prioriteringa i det daglege arbeidet.

Folkehelse er samfunnsutvikling – tenk helse i alt du gjer!

Giske, dato

Signatur

Innhald

Forord.....	1
1 Samandrag.....	6
1.1 Befolkningssamansetning	6
1.2 Oppvekst- og levekår	6
1.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....	6
1.4 Skader og ulykker	6
1.5 Helserelatert åtferd	7
1.6 Helsetilstand.....	7
2 Innleiing.....	8
3 Informasjon om oversikta.....	9
3.1 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid.....	9
3.2 Kopling mellom Folkehelselova og Plan- og bygningslova.....	9
3.3 Organisering av arbeidet.....	10
3.4 Datakjelder.....	10
3.5 Årsakstilhøve, konsekvensar og ressursar	11
3.6 Oppdateringar	11
3.7 Definisjonar	11
4 Befolkningssamansetning.....	13
4.1 Oppsummering.....	13
4.2 Folketalsutvikling og samansetnad.....	14
4.2.1 Barnerik kommune	15
4.2.2 Andelen eldre	15
4.2.3 Innvandring og netto flytting.....	16
4.2.4 Aukande flytting i Giske og aukande utflytting	18
4.2.5 Kvinner per menn	18
4.3 Barnefamilien	18
4.4 Skilsmisser.....	19
4.5 Forsørgjarbyrde for eldre.....	19
4.6 Forventa levealder.....	20
5 Oppvekst- og levekår.....	21
5.1 Oppsummering.....	21
5.2 Utdanningsnivå.....	22

5.3	Arbeid, sjukefråvær og uføretrygd	22
5.3.1	Sysselsetting	22
5.3.2	Arbeidsløyse	23
5.3.3	Næringsstruktur.....	23
5.3.4	Sjukefråvær	24
5.3.5	Uføretrygd	25
5.4	Inntekt.....	25
5.4.1	Gjennomsnittsinntekt, formue og gjeld	25
5.4.2	Medianinntekt	25
5.4.3	Inntektsforskjellar mellom hushald	25
5.4.4	Kjønnsforskjellar i inntekt	26
5.4.5	Fattigdom	26
5.4.6	Eineforsørgjarar	26
5.5	Barnehage	26
5.5.1	Barn per tilsett.....	26
5.5.2	Utdanningsnivå blant dei tilsette.....	26
5.5.3	Leike- og opphaldsareal	27
5.6	Skule	27
5.6.1	Trivsel på skulen	27
5.6.2	Mobbing	27
5.6.3	Mestringsnivå i lesing.....	27
5.6.4	Mestringsnivå i rekning.....	27
5.6.5	Tilfredsheit med karakterar.....	27
5.6.6	Utdanningsnivå blant dei tilsette.....	28
5.6.7	Fråfall	28
5.7	Lovbrot.....	28
5.8	Bustad	28
6	Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	29
6.1	Drikkevatn	29
6.2	Støy.....	29
6.3	Forureining og klima	32
6.4	Radon.....	32
6.5	Nærturterreng, rekreasjonsareal og turmoglegheiter	32
6.6	Leikeareal	36

6.7	Gang- og sykkelveggar	36
6.8	Kollektivtilbod	36
6.9	Anlegg for idrett og fysisk aktivitet.....	37
6.10	Miljøretta helsevern i barnehage og skule	37
6.11	Kultur og fritidstilbod.....	38
6.11.1	Lag og organisasjonar.....	38
6.11.2	Kulturskule.....	41
6.11.3	Bibliotek	41
6.11.4	Uorganisert tilbod og sosiale møteplassar	42
7	Skader og ulykker	44
8	Helserelatert åtferd.....	48
8.1	Sosiale relasjonar og nettverk.....	48
8.1.1	Relasjonar og nettverk i Giske	49
8.2	Fysisk aktivitet	51
8.2.1	Vaksne	52
8.2.2	Barn og unge.....	52
8.2.3	Kvardagsaktivitet og stillesitjing	53
8.3	Skjermbruk.....	54
8.4	Kosthald	55
8.5	Rusmiddelbruk	55
8.6	Søvn	58
8.7	Vaksinasjonsdekning.....	58
9	Helsetilstand	60
9.1	Psykiske plager og lidningar	61
9.1.1	Beskyttande faktorar og risikofaktorar	61
9.1.2	Barn og unge.....	63
9.1.3	Vaksne	64
9.1.4	Søvnvanskar.....	64
9.2	Muskel- og skjelettlidingar.....	64
9.3	Hjarte- og karsjukdom	66
9.3.1	Nedgang i bruk av kolesterolsenkande medikament	68
9.4	Diabetes	69
9.4.1	Svangerskapsdiabetes.....	70
9.5	Overvekt.....	70

9.6	Kreft	72
9.7	Kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) og astma	74
9.8	Tannhelse	75
10	Referansar	77

1 Samandrag

Denne folkehelsekartlegginga søker å gi eit omfattande og detaljert bilete av helsetilstanden til innbyggjarane i Giske kommune. Folkehelseprofilen som vart utgitt av folkehelseinstituttet i februar 2020 peiker saman med folkehelsekartlegginga på nokre sentrale trekk ved folkehelsa i kommunen:

1.1 Befolkningsamansetning

Giske har sterkt befolkningsvekst og er ei av kommunane med størst prosentvis vekst i fylket, vi har også fødselsoverskot og positiv netto innanlandsflytting. Det er venta at Giske er den kommunen i fylket som har størst prosentvis auke i folketalet fram mot 2030. Vi har aukande utflytting og aukande flytting innad i kommunen. Det er den mest barnerike kommunen i fylket, har mange barnefamiliar og færre som bur åleine enn i landet elles. Levealder er høgare enn i resten av landet, samstundes som del eldre er lågare enn i resten av fylket. Framskriven forsørgarbyrde for eldre er også lågare enn for fylket og landet.

1.2 Oppvekst- og levekår

Utdanningsnivået i kommunen er lågare enn på landsbasis, men skil seg ikkje frå resten av fylket. Det er færre som avsluttar vidaregåande opplæring enn i resten av landet, og talet som droppar ut er lågare enn ved starten av 2010-talet. Det er signifikant fleire som er på lågaste nivå i leseferdighet på 5. trinn enn i resten av landet. I følgje Ungdata-undersøking frå 2017 så er andelen elevar som rapporterer at dei har opplevd mobbing litt lågare enn i landet og fylket, og andelen 10. klassingar som trivst på skulen er høgare enn i landet og fylket. Utdanningsnivået blant dei tilsette i barnehagane er lågare enn i resten av landet, og talet på barn per vaksen er høgare. Sysselsetting, snitt- og medianinntekt er litt høgare enn på landsbasis, men kvinner i Giske tener mindre enn landssnittet for kvinner, noko som skapar større kjønnsforskjellar i inntekt. Det er også fleire kvinner som jobbar deltid enn på landsbasis. Gjennomsnittleg formue er lågare enn landsgjennomsnittet, medan gjennomsnittleg gjeld er høgare. Del av befolkninga i hushald med inntekt under fattigdomsgrensa er aukande, men framleis lågare enn landsgjennomsnittet. Det er færre born som bur trengt enn i resten av landet. Inntektsforskjellane er lågare enn i resten av landet, men forskjellane er aukande. Det er også færre eineførsørgjarar enn i landet elles. Sjukefråveret er omtrent som i resten av landet, medan talet på uføretrygda er lågare enn i resten av landet og fylket. Talet på melde lovbrøt er lågare enn i resten av landet.

1.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Alle i kommunen har god drikkevassforsyning, noko som skil seg positivt frå resten av landet. Det er ikkje gjort undersøkingar i høve kor mange som bur i støyutsette område. Det er ikkje funne høge Radon-målingar i kommunen. Konsentrasjonen av fint svevestøv som folk i kommunen er utsett for ser ut til å vere noko lågare enn for i landet som heilheit. Giske har høg innbyggartettleik, noko som gir press på friluftsareala. Tidlegare innbyggjarundersøkingar har vist at folk er lite fornøgde med gang- og sykkelveg og kollektivtilbodet – særskilt innad i kommunen. Det er mange anlegg for idrett og aktivitet, men ein ser eit fall i talet som er med på organisert aktivitet i ungdomsalder. Kommunen bruker vesentleg mindre på kultur enn i resten av landet. Biblioteket har hatt ei positiv utvikling i høve utlån og arrangement. Ein ser elles ein mangel på uformelle møteplassar.

1.4 Skader og ulykker

Giske har lågare del personskade behandla i spesialisthelsetenesta samanlikna med fylket og landet og færre melde tilfelle av vald enn i landet som heilheit. Ein har ikkje gode tal på årsakar til skader og

ulykker i kommunen, men når det gjeld trafikkulykker ser ein at dei fleste ulykkene i kommunen skjer på Ytterland.

1.5 Helserelatert åtferd

Når det gjeld relasjonar til andre, så kan det sjå ut som om elevar i Giske har eit mindre tillitsfullt forhold til foreldra sine enn dei andre kommunane i undersøkinga «Ung på Sunnmøre 2». Tidlegare Ungdata-undersøkingar viser også ei auke i ungdom som kjenner seg einsame. Ungdata-undersøking frå 2017 viste at elevar ved ungdomsskulane i Giske brukte meir tid framfor skjerm enn ungdom i resten av landet. Det er i følgje denne undersøkinga fleire elevar i Giske som aldri har vore rusa på alkohol enn i andre kommunar. Det ser ut som om at talet som røyker går ned, medan talet som snusar går noko opp. Det er i følgje Ungdata undersøkinga i 2017 mange unge som slit med søvnvanskar. Same undersøking viser at talet unge i organisert idrett går ned utover ungdomsåra, men det er fleire som då trenar på treningssenter. For vaksne manglar ein gode tal på fysisk aktivitet. Vaksinedekkinga i kommunen er god.

1.6 Helsetilstand

Det ser ut til at det er færre med psykiske plager enn i resten av landet, samstundes som den kommunale psykisk helse- og rustenesta opplever ei svært sterk auke i tilvisingar. Muskel- og skjellettsjukdommar, hjarte- og karsjukdommar, KOLS, kreftsjukdom og type 2-diabetes er omtrent på same nivå som i fylket og landet. Giske har ein større del born og unge med overvekt eller fedme enn resten av landet, ein ser mellom anna ei auke i fedme og overvekt, sjølvrapportert på sesjon, på heile 10 prosentpoeng frå perioden 2011-2014 til perioden 2016-2019. Antibiotikabruk ligg høgare i kommunen enn i resten av landet. Tannhelsa til 12-åringane i kommunen er betydeleg dårlegare samanlikna med både fylket og landet, og den har også blitt betydeleg forverra frå 2015 til 2018.

2 Innleiing

Folkehelselova skal legge til rette for eit langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, og skal bidra til ei samfunnsutvikling som fremjar helse og jamnar ut forskjellar. Det er ei lovpålagt oppgåve for kommunane og fylkeskommunen å lage ei oversikt over helsetilstanden i befolkninga og dei positive og negative faktorar som kan virke inn på denne. Oversikt over folkehelsa skal inngå som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningslova. Med oversikt over helsetilstand meiner ein innbyggjarane si helse.

Dette er den fyrste skriftlege statusrapporten over helsetilstanden i Giske etter den nye folkehelselova av 1.januar 2012. Denne rapporten tek føre seg informasjon om helsetilstanden og påverknadsfaktorar for befolkninga. Den har også til ein viss grad med vurdering av årssakssamanhengar og konsekvensar. Med tanke på kompleksiteten i dette, er desse vurderingane meint som grunnlag for drøfting. Vurderingane er ikkje uttømande. Dette dokumentet er vidare eit grunnlag for avgjerd om planar, tiltak og vidare innsats framover.

Ein har prøvd å finne statistikk med best mogleg oppdaterte tal, men dei fleste tilgjengelige kjelder viser nyaste data frå eitt til tre-fire år tilbake i tid. Det må derfor takast noko atterhald når vi ønskjer å seie noko om no-situasjonen, men ein har mange stadar teke med data frå eit visst tidsintervall for å sjå moglege utviklingstendensar. I dei fleste samanhengar har ein og valt å samanlikne med tilsvarende data for fylket og heile landet for å ha eit visst samanlikningsgrunnlag.

Her på heimesida vil det vere kontinuerlige oppdateringar. Med andre ord vil det vere kapittel som blir oppdatert på ulike tidspunkt, alt etter kva for oppdateringar ein får frå statistikk, nye undersøkingar osb. Tala vil stå med tidspunkt for siste oppdatering.

3 Informasjon om oversikta

3.1 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

God oversikt over helsetilstanden i befolkninga og faktorar som påverkar denne vil bidra til at folkehelsearbeidet vert meir kunnskapsbasert og treffsikkert. Kunnskap om folkehelsestilhøva i kommunen er vesentleg for å kunne fastsette mål og strategiar for folkehelsearbeidet og for å kunne prioritere og planlegge innsatsen på folkehelseområdet.

Folkehelselova:

§ 5 Oversikt over helsetilstand og påverknadsfaktorar i kommunen.

Kommunane skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkninga og dei positive og negative faktorar som kan virke inn på denne.

Kommunane si oversikt skal baserast på

- a) Opplysningar som statlege helsemyndigheter og fylkeskommunen gjer tilgjengeleg – mest tall og statistikk, §§ 20 og 25.
- b) Kunnskap frå dei kommunale helse- og omsorgstenestene, Jf. Helse- og omsorgstenestelova § 3-3 – mest skjønn, erfaringar, observasjonar.
- c) Kunnskap om faktorar og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innverknad på befolkninga si helse – mest beskrivingar og samanhengar, evt. også lokal statistikk.

Forskrift om oversikt over folkehelsa, § 3, stiller krav om faglege vurderingar, her under av årsakstilhøve og konsekvensar. Ein skal særleg vere merksam på trekk ved utviklinga som kan skape eller oppretthalde sosiale eller helsemessige problem eller sosiale helseforskjellar.

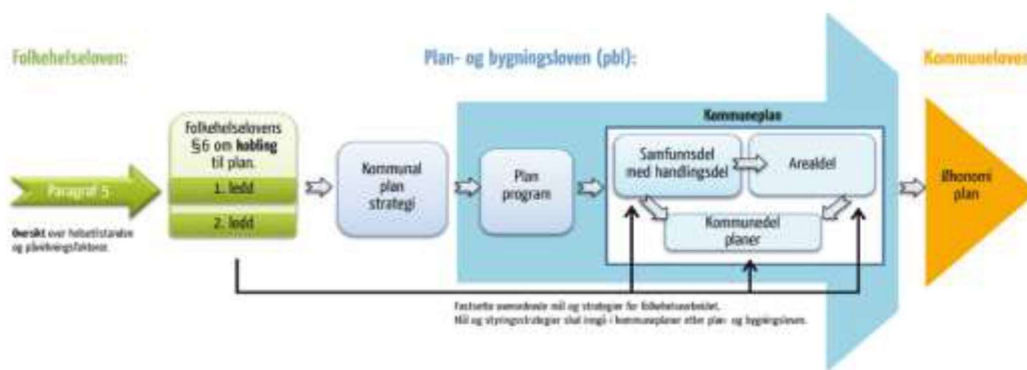
Forskrift om oversikt over folkehelseutfordringar presiserer i § 3 at kommunens og fylkeskommunens oversikt skal omfatte opplysningar om og vurderingar av:

- a) Befolkningssamansetting
- b) Oppvekst- og levekårstilhøve
- c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) Skader og ulykker
- e) Helserelatert åtferd
- f) Helsetilstand

Kapittel 4-9 tek kronologisk føre seg punkt a) – f) over. Kvart punkt startar med ei generell beskriving av tema, og ein kortfatta tabell som summar opp situasjonen i Giske kommune. Deretter kjem kvantitative og/eller kvalitative data sortert etter ulike tema og med omtale av sentral kunnskap.

3.2 Kopling mellom Folkehelselova og Plan- og bygningslova

Det er ein nær samanheng mellom oversiktsarbeidet og arbeidet med planar etter plan- og bygningslova (jf. folkehelselova §§ 5 og 6). Folkehelselova § 6 seier at oversikta etter § 5 skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi etter plan- og bygningslova. Oversikta vil også kunne peike ut sektorane sitt ansvar for folkehelsearbeidet.



Oversiktsdokumentet skal etter plan- og bygningsloven § 7-1 og § 10-1 føreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi, og inngå som grunnlag for denne.



3.3 Organisering av arbeidet

Oversikta er utarbeida av folkehelsekoordinator, kommunepsykolog og kommuneoverlege. Fagpersonar frå dei ulike sektorane og einingane har bidrege med innspel. Frå 2019 har det vore nødvendig av økonomiske grunnar å gjere strukturelle endringar i kommunen. Vi har pr i dag ikkje moglieht til å ha ein fast tilsett folkehelsekoordinator, oppgåvene vert ivaretatt ulike stader i organisasjonen.

3.4 Datakjelder

I oversikta er det nytta både kvantitative og kvalitative data. Ei mengde data er gjort tilgjengelege både frå statleg og frå fylkeskommunalt nivå. Norgeshelsa, Folkehelseprofilane og Kommunehelestatistikkbank frå Folkehelseinstituttet, Fylkesstatistikken og Møre og Romsdal sin kommunestatistikk er døme på det. Andre kjelder er NAV, Statistisk sentralbyrå, Miljøstatus, relevant kunnskap frå dei ulike tenestene, Ungdata (inkludert «Møre og Romsdal pakken») og rapporten «Ung på Sunnmøre

2», elevundersøkinga, Kommunekartlegging barn og unge i Møre og Romsdal, innbyggjarundersøking i Giske (2013), medverknadsarbeid i samband med rullering av kommuneplanen sin arealdel (inkludert Barnetråkk og medverknadsmøte med elevar frå ungdomsskulen), kartlegging og verdisetting av friluftsområde, Kulturplan og fleir.

Det blir vist til kjelde undervegs i dokumentet. Det er lagt vekt på bruk av kjelder av god vitskapeleg kvalitet.

Folkehelsepolitisk rapport 2015: Indikatorar for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, IS-2776, 2015) er brukt som støtte ved val av måleindikator brukt i ulike tema. Oversiktsdokumentet for Giske er i bygd opp etter rettleiaren «God oversikt – en føresetnad for god folkehelse» (Helsedirektoratet, IS-2110, 2013), og i stor grad inspirert av «Folkehelsa i Møre og Romsdal, 2015» (M&R Folkehelseoversikt).

3.5 Årsakstilhøve, konsekvensar og ressursar

Ved vurdering av årsakar er det – etter anbefaling i merknadar til folkehelseforskrifta - tatt utgangspunkt i tilgjengeleg kunnskap om årsak-verknadstilhøve. Ein del av dei kjende samanhengane er omtalt i teksten under kvart tema. Det er likevel ofte slik at ein ikkje kjenner alle årsakstilhøve, kompleksiteten er stor, og det er utfordrande å vurdere konsekvensar. I denne oversikta har ein derfor valt å sette opp nokre spørsmål og stikkord knytt til moglege årsakssamanhengar som grunnlag for vidare drøfting. Dette er ikkje uttømande. Det same gjeld for moglege konsekvensar.

Det er ikkje gjort heilskapleg vurdering av kommunen sine ressursar innanfor ulike emne. Planlegging og evaluering av eventuelle tiltak er heller ikkje del av denne oversikten. Dette inngår i kommunen sine planar.

3.6 Oppdateringar

Oversikta vil bli revidert jamleg, med ei større revidering kvart fjerde år. Kommunen skal etter forskrift om oversikt over folkehelsa §§ 4 og 5 ha løypande oversikt over folkehelsa. Oversikta vil derfor ligge tilgjengeleg på Giske kommune sine nettsider, og mindre oppdateringar vil bli gjort etter kvart som nye data vert tilgjengelege. Ansvarleg for oppdateringane er dei sektorane som er gitt ansvar for oppgåvene

3.7 Definisjonar

- Folkehelse: helsetilstanden og korleis helsa er fordelt i befolkninga.
- Folkehelsearbeid: samfunnet sin innsats for å påverke faktorar som direkte eller indirekte fremje helse og trivsel i befolkninga, førebygge psykisk og somatisk sjukdom, skade eller liding, eller som beskyttar mot helsetruslar, samt arbeid for ei jamnare fordeling av faktorar som direkte eller indirekte påverkar helsa.
- God helse: å ha overskot til å meistre kvardagens krav.
- Førebyggjande arbeid er tiltak som skal redusere sjukdom, skade og for tidleg død, og vert delt i tre område:
 - Universell førebygging - rettar seg mot heile folkegrupper. Hindre at friske menneskje utviklar sjukdom (- primærførebygging).

- Selektiv førebygging - rettar seg mot definerte risikogrupper. Tek sikte på å identifisere risikofaktorar og å hindre at problem får utvikle seg vidare (- sekundærførebygging).
 - Indikativ førebygging (individretta førebygging) - rettar seg mot personar som allereie har utvikla vanskar. Gi hjelp for å leve best mogleg med dei avgrensingar vanskane gir og å hindre forverring (tertiærførebygging). Både universell og selektiv førebygging er folkehelsearbeid, medan indikativ førebygging vert å definere som behandling og fell utanfor folkehelsearbeidet (regjeringen.no).
-
- I forhold til førebyggjande arbeid knytt til depresjon, vert det også nytta omgrepet induisert førebygging - individretta førebyggjande arbeid ved depresjon. Det gjeld i all hovudsak tiltak i gråsona mellom primærførebygging og sekundærførebygging, for å motverke at folk som alt viser teikn på den psykiske lidinga skal utvikle ein manifest, klinisk sjukdom.
 - Fattigdom: Personar i privathushald som er i risiko for å oppleve levekårs fattigdom. Har per definisjon ei årleg inntekt etter skatt per forbrukseining som er under 60 prosent av medianinntekta.
 - Helsefremjande arbeid er tiltak som skal betre føresetnadane for god helse og ta sikte på å fremje trivsel, velvære og mestring av utfordringar i kvardagen.
 - Sjukdomsførebyggjande arbeid: Mens helsefremjing har helse, velvære og livskvalitet som mål, har sjukdomsførebyggjande arbeid identifisering av sjukdomsteikn og å forhindre, utsette eller minske konsekvensar av sjukdom som mål.
 - Sosial kapital: sosial støtte, ressursar, tillit, tryggleik som vert tilgjengeleg for folk gjennom deltaking i sosiale nettverk i lokalsamfunnet.
 - Sosial ulikskap i helse: menneske med høg utdanning og høg inntekt har betre helse enn personar frå lågare sosiale lag. Dette er både eit folkehelseproblem og eit rettferdsproblem. I forskning vert utdanning, yrke og inntekt nytta som mål for sosioøkonomisk status.
 - Sosioøkonomisk status: Sosioøkonomisk status (SES) målas vanlegvis med inntekt, utdanning eller yrkesstatus, enten aleine eller i kombinasjon. Samanhengen mellom SES og helse gjeld uansett kva for ein indikator ein brukar for sosioøkonomisk status, men utdanning (målt med utdanningslengde) synes å vere den faktoren som visar sterkast samanheng når det gjeld helseåtferd.
 - Tidleg intervensjon (tidleg innsats): strategiar og tiltak for å utjamne sosial ulikskap, t.d. språkopplæring og gode overgangar mellom barnehage, barneskule, ungdomsskule og vidaregåande skule.

4 Befolkningssamansetning

Med befolkningssamansetning meiner ein grunnlagsdata om befolkninga som tal av innbyggjarar, fordeling av alder- og kjønn, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster osv. Denne informasjonen er viktig i vurderinga av informasjon utover i dokumentet, men kan og i seg sjølv vere vesentleg som del av utfordringsbildet for folkehelsa i kommunen. I tillegg vil det kunne påverke strategiske val.

4.1 Oppsummering

Tabellen viser hovudtrekk og kommenterer kort moglege årsakar og konsekvensar. Det er viktig å vere klar over at hovudtrekka skil seg frå hovudtrekka for fylket samla sett. Dette heng nok saman med at Giske har ei anna befolkningssamansetning enn dei fleste andre kommunar i fylket.

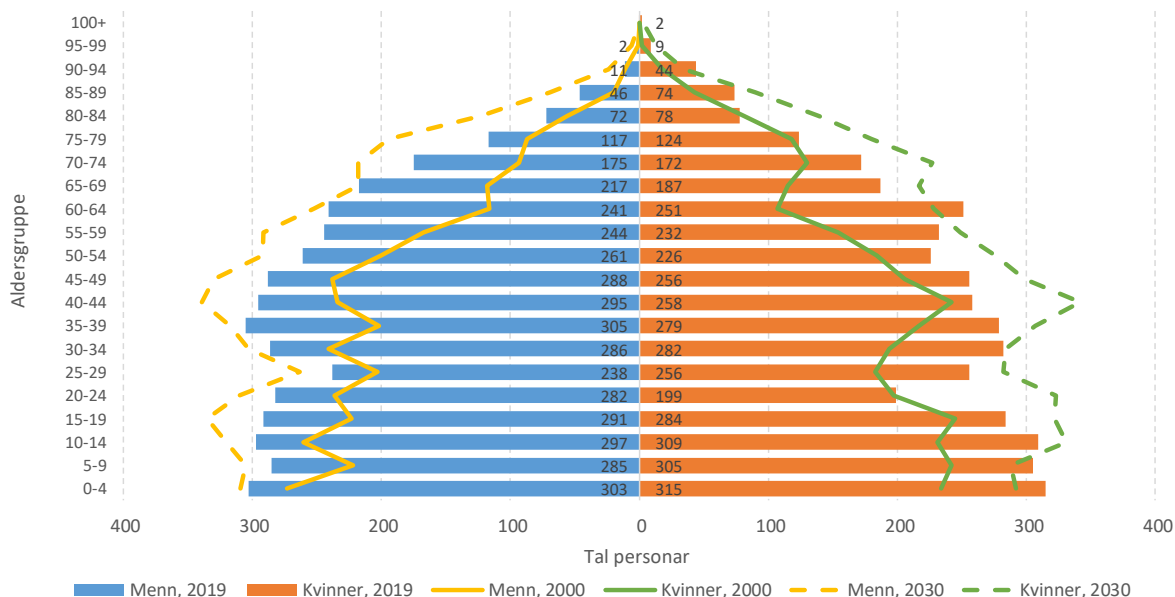
Status	Moglege årsakar	Moglege konsekvensar
➤ Sterk befolkningsvekst, ei av kommunane med størst prosentvis vekst i fylket. ➤ Den mest barnerik kommunen i fylket ➤ Flest barnefamilier ➤ Fødselsoverskot ➤ Positiv netto innanlandsflytting ➤ Del eldre lågare enn fylket ➤ Framskriven forsørgjarbyrde for eldre lågare enn for fylket og for landet. ➤ Blant kommunane i fylket med lågast demografisk sårbarheit. ➤ Aukande utflytting ➤ Aukande intern flytting	➤ Giske er attraktivt bustadområde med god tilgang på natur og samstundes nærleik til Ålesund sentrum. ➤ Regional arbeidsmarknad, og nærleik til flyplass vil og spele ei rolle her. ➤ God tilgang til rimelege bustadar for folk i etablerararfasen. ➤ Giske kommune har godt omdømme.	➤ Press på barnehage og skule. ➤ Press på tenester retta mot barn/unge og barnefamilier. ➤ Stort behov for møteplassar og integrering* ➤ Press på areal til bustad, og samstundes auka behov for areal til leik, idrett, friluftsliv og rekreasjon. ➤ Slitasje på friluftsområde. ➤ Auka biltrafikk, og auka behov for attraktive kollektivløysingar og attraktive ferdselsårer for mjuke trafikantar. ➤ Tap av lokal identitet og tilhøyre

*Integrering som omgrep vert oftast knytt til innvandrarar og flyktningar. Omgrepet blir her brukt som integrering generelt og involverer alle type tilflyttarar.

4.2 Folketalsutvikling og samansetnad

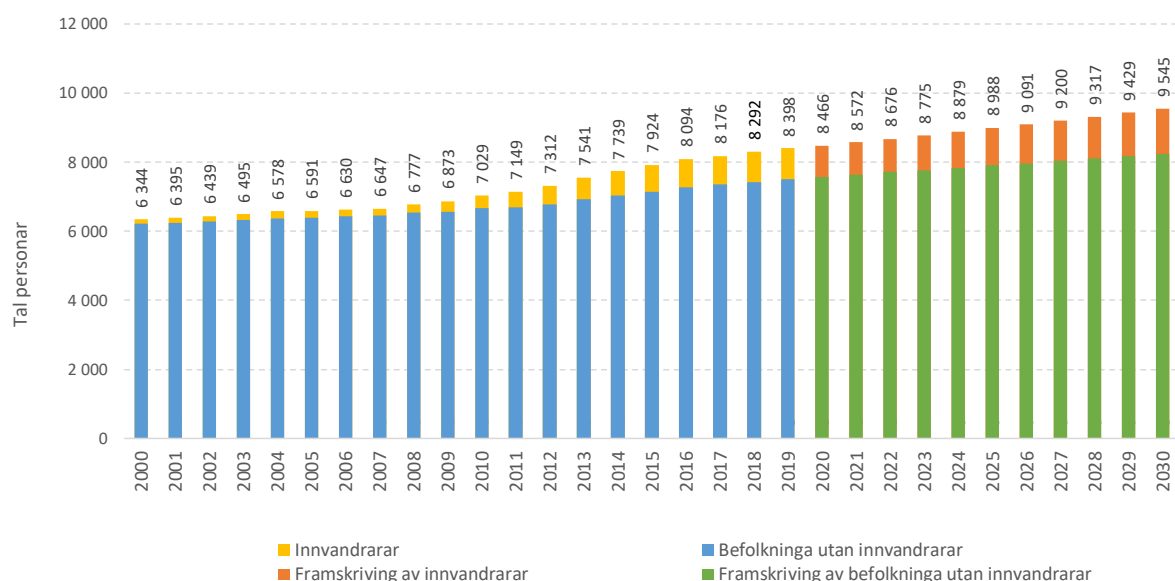
Giske kommune har dei seinare åra hatt høg vekst, og første kvartal i 2020 var innbyggjartallet oppe i 8472. Det siste tiåret har folketallet i kommunen auka med 1 525 personar, som er ei endring på 22,2 prosent. Av kommunane i fylket kjem kommunen på 1. plass i befolkningsutvikling i perioden. Meir om dette på M&R Fylkesstatistikk.

Folketalspyramide, 2000, 2019 og framskriving til 2030



Møre og Romsdal kommunestatistikk, 2019, Giske kommune. SSB sitt framskrivingsalternativ MMMM (hovudalternativ) ligg til grunn for framskrivingane.

Folketalsutvikling, 2000 til 2019 og framskriving til 2030



SSB sine framskrivingalternativ MMMM (hovudalternativ) og MMM0 (ingen nettoinnvandring) ligg til grunn for framskrivingane.

Dei blå søylene viser kommunens folketal utan nettoinnvandring frå år 2000 og fram til 2019. Faktisk folketal 2019 er blå pluss oransje søyle (den oransje delen viser folketalet med nettoinnvandring). Grøn og raud søyle viser forventa vekst i folketalet fram mot 2039 med og utan innvandring. Ifølge denne framskrivinga vil kommunen ha over 9500 innbyggjarar i 2030.

4.2.1 Barnerik kommune

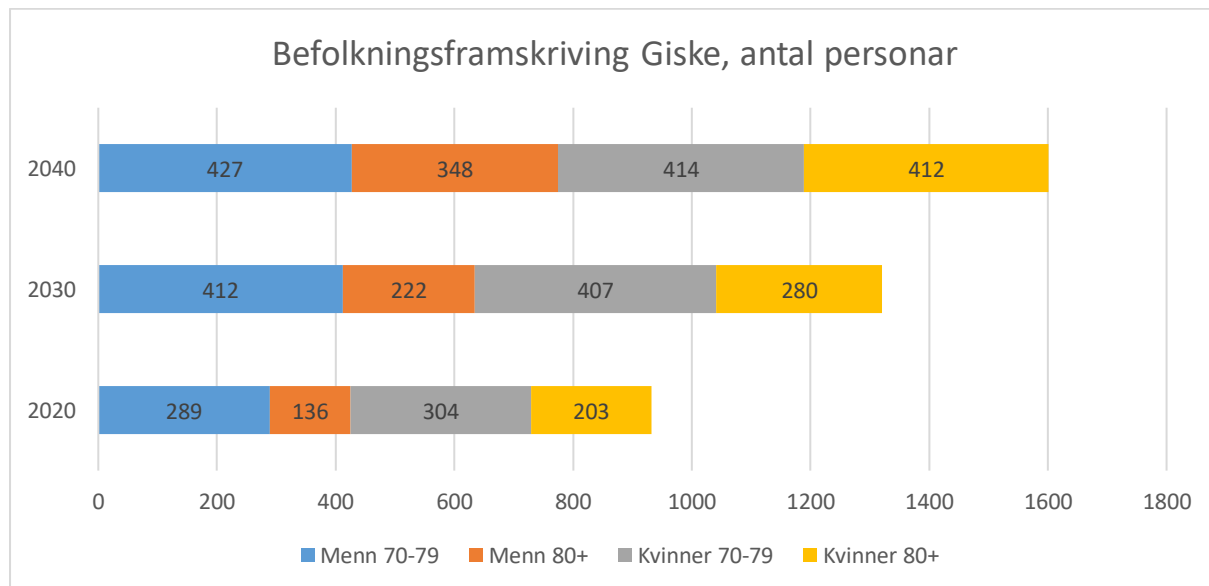
Giske kommune har ei ung befolkning. Andelen innbyggjarar mellom 0-17 år i Giske kommune er i januar 2020 på 25,6 %, noko som gjer oss til den mest barnerike kommunen i fylket. For heile landet er andelen 20,6 % og for Møre og Romsdal 21 %. (SSB). Dette betyr at Giske kommune har 423 fleire barn enn ein gjennomsnittlig kommune med same folketal.

I 2019 vart det fødd 99 personar i Giske, mens 49 personar gjekk bort. Det gir eit fødselsoverskot på 50.

4.2.2 Andelen eldre

Andelen 80 år og oppover var 1.januar 2020 på 4 %. Tilsvarende tal for M&R var 5 % og for Landet 4,2 %.

Det er venta ei utvikling med auke i del eldre i befolkninga både nasjonalt og regionalt. Sjå tabell under for framskriving med talet personar i gruppene 70-79 år og 80 år og eldre for Giske kommune. (Kjelde: SSB).



Framskriving med relativ del personar som er 80 år og eldre i befolkninga i Møre og Romsdal, delt inn i kommunar:

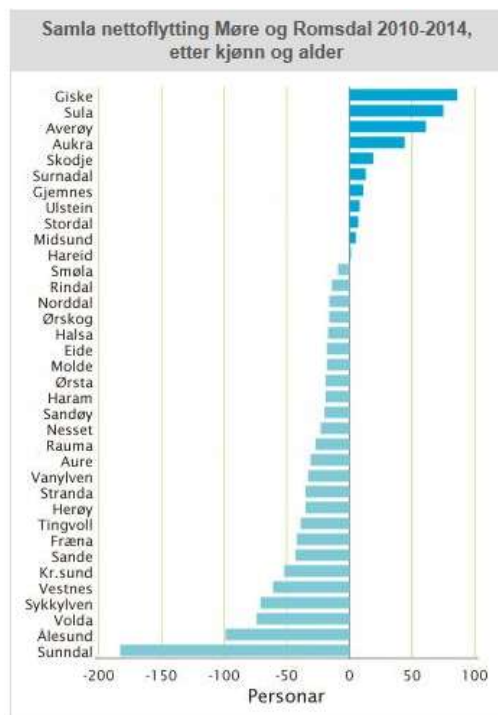
Land	2019 (%)	2020 (%)
Vietnam	7.1	19.8
Italien	7.1	15.8
Nordal	7.1	15.8
Sundag	7.1	14.1
Norveg	7.1	14.1
Sjælland	7.1	13.1
Griken	5.1	13.1
Brasile	4.1	13.1
Sundag	7.1	13.1
Skottland	5.1	12.1
Sveits	7.1	12.1
Spania	7.1	12.1
Brasil	6.1	12.1
Tyskland	7.1	12.1
Sjælland	6.1	12.1
Vietnam	5.1	12.1
Årve	7.1	12.1
Polen	4.1	12.1
Sjælland	5.1	11.1
Spania	7.1	11.1
Italien	5.1	11.1
Norveg	5.1	10.1
Årve	4.1	10.1
Sjælland	4.1	10.1
Brasil	5.1	10.1
Frankrike	4.1	10.1
Polen	5.1	10.1
Skottland	7.1	9.1
Årve	4.1	9.1
Polen	5.1	8.1
Årve	5.1	8.1
Sveits	5.1	7.1
Skottland	4.1	7.1
Skottland	3.1	7.1
Skottland	3.1	7.1

4.2.3 Innvandring og netto flytting

I 2018 var Giske framleis blant topp 4 med størst innanlandsflytting etter Ålesund, Sula og Skodje. Det siste tiåret har folketalet i kommunen auka med 1525 personar, som er ei endring på 22,2 prosent. Av dei 35 kommunane i fylket kjem kommunen på 1. plass i befolkningsutvikling i perioden (M&R fylkesstatistikk, Giske kommune).

Giske, folketalsutvikling, 2005-2020

År	Befolkning utan innvandrarak	Innvandrarak	Totalt
2005	6 500	100	6 600
2006	6 500	100	6 600
2007	6 500	100	6 600
2008	6 600	100	6 700
2009	6 600	100	6 700
2010	6 700	100	6 800
2011	6 700	200	6 900
2012	6 800	200	7 000
2013	6 900	300	7 200
2014	7 000	400	7 400
2015	7 100	400	7 500
2016	7 200	400	7 600
2017	7 300	400	7 700
2018	7 400	400	7 800
2019	7 500	400	7 900
2020	7 600	400	8 000



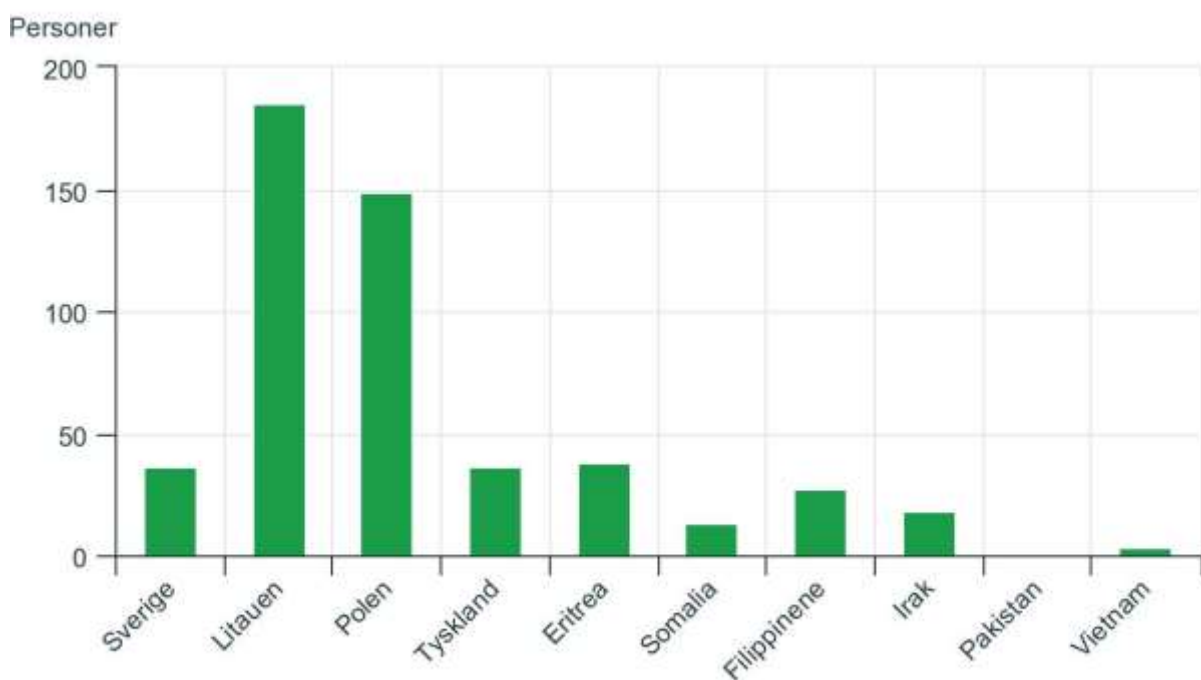
Fylkesstatistikken 2015

Innvandrarbefolkning, 2020	Del av befolkning
Giske	12,5
Møre og Romsdal	13,4
Landet	18,2

Tal frå KommuneHelsa statistikkbank

Til Giske er det mest innvandring frå Litauen, Polen og Latvia.

Personer med innvandrerbakgrunn. Utvalgte land. 2020



Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, Statistisk sentralbyrå

Giske

4.2.4 Aukande flytting i Giske og aukande utflytting

Frå 2004 til 2009 gjekk utflyttinga frå Giske ned (frå 233 til 161). Frå 2009 har utflyttinga auka, og var i 2019 på 367. Når utskiftinga av befolkninga i eit område er stor over tid kan det vere vanskeleg å halde på tradisjonar og identitet og opplevinga av tilhøyre kan bli svekka.

4.2.5 Kvinner per menn

Eit tema for M&R er få unge kvinner, i 2015 var det 89,8 kvinner per 100 menn i aldersgruppa 20-39 år. Av alle fylka i Noreg er det berre Finnmark som har eit større kvinneunderskot i denne aldersgruppa. På trass av at fruktbarheitstala har gått ned er Møre og Romsdal framleis blant dei fylka i landet med høgast fruktbarheit. I 2018 var det i Giske 94,9 kvinner per 100 menn i aldersgruppa 20-39 år.

Ei forklaring på kvinneunderskotet i fylket er dei generelle migrasjonsstraumane. Mange reiser til andre fylker og byar for å studere, og kjem ikkje tilbake til M&R. Dette kan ha samband med arbeidsmarknaden i regionen.

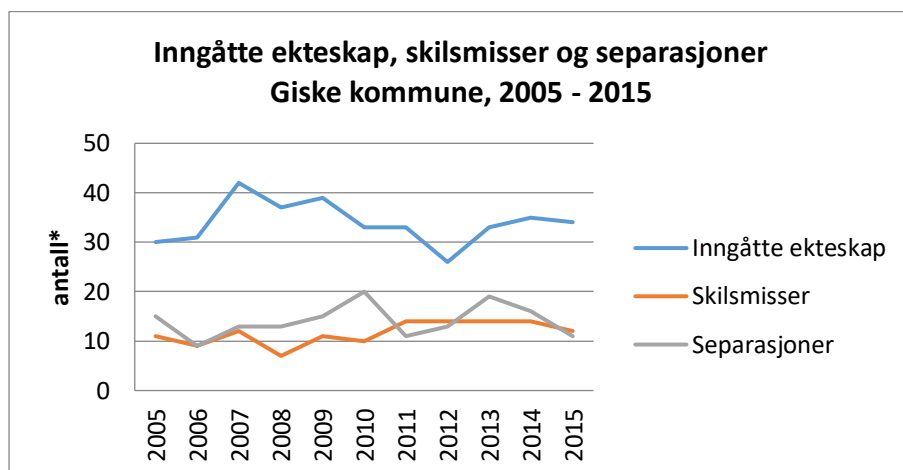
4.3 Barnefamilien

Den mest vanlege familietypen i M&R og i landet er éin-personfamilien, dvs. einslege. Desse utgjør 41,1 prosent av familiane i fylket og 44,3 prosent i landet. Giske skil seg frå dette bilete, og er blant kommunane i M&R med lågast del éin-personfamiliar (35,1 %) (M&R Fylkesstatistikk).

I Møre og Romsdal har 34,7 prosent av familiane heimebuande barn – uansett alder. Kommunane med størst del barnefamiliar er Giske, Skodje og Sula. Del barnefamiliar i Giske er 41,9 %.

4.4 Skilsmisser

Konflikt mellom foreldre er ein risikofaktor for utvikling av psykiske vanskar hos barn, og barn med skilte foreldre har oftare emosjonelle og åtferdsmessige problem enn barn frå intakte familiar (Carr, 2016). Vedvarande konflikt mellom foreldra, lite sosialt støttenettverk rundt familien og økonomiske vanskar aukar risikoen for at barna utviklar psykiske problem, mens godt samarbeid mellom foreldra og godt sosialt støttenettverk er beskyttande faktorar. Dette inneber at det er viktig å arbeide for gode tilhøve for barnefamiliar for å fremje god psykisk helse i befolkninga.



Kjelde: SSB

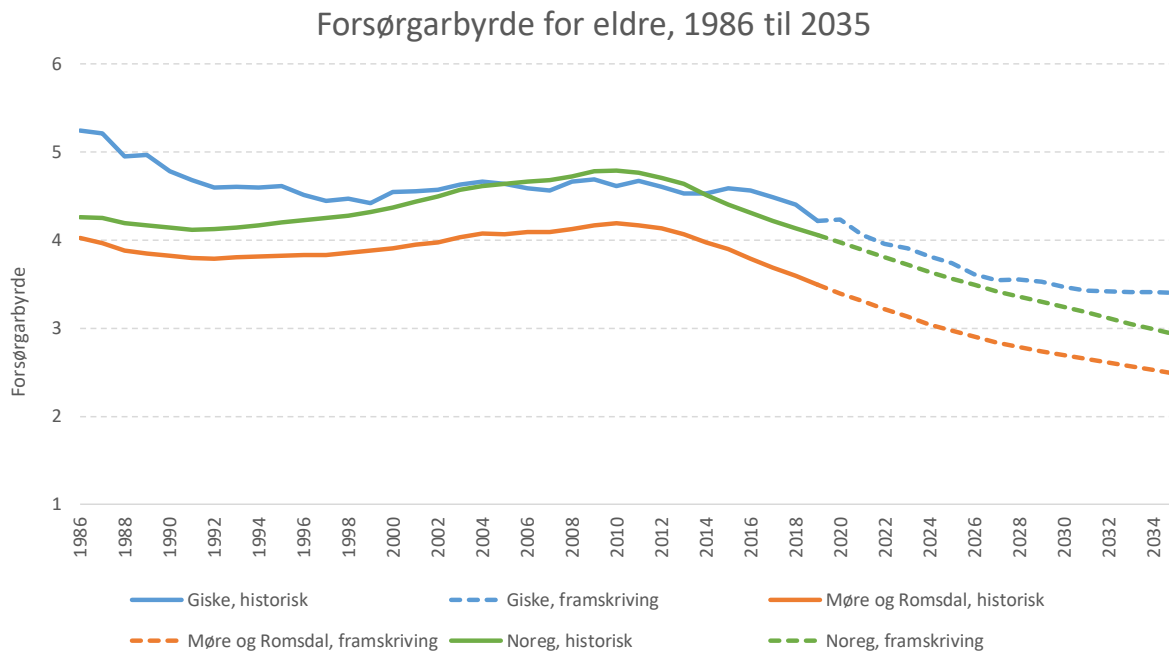
Giske kommune skil seg ikkje veldig frå andre kommunar på Sunnmøre i talet på skilsmisser og separasjonar.

Separasjon og Skilsmisse	2005-2015
Giske	283
Ulstein	317
Volda	292
Skodje	177
Sula	302
Haram	349

Kjelde: SSB

4.5 Forsørgjarbyrde for eldre

Forsørgjarbyrde er forholdet mellom tal personar i aldersgruppa 20 til 66 år (yrkesaktive) og tal eldre personar 67 år og eldre (yrkespassive). Eit lågt tal tilseier ta det er få yrkesaktive i forhold til talet eldre med eit potensielt hjelpebehov.



Tala i Giske følgjer meir dei nasjonale tala enn tala for fylket. Framskriving viser at forsørgjarbyrden for eldre på fylkesnivå kan bli høg. Dette skuldast at fleire kommunar i fylket har ei fråflytting og stadig eldre befolkning. I Giske kommune tyder framskrivinga på at forsørgjarbyrda kan få ei betre utvikling enn landet som heilheit og vesentleg betre enn fylket.

Eit viktig poeng i denne samanheng er at ein nyttar 67 år som grenseverdi. Både med tanke på at pensjonsalder aukar og at eldre held seg friske lengre, er det grunn til å halde eit kritisk blikk på desse tala. Framskrivinga er også usikker på grunn av usikkerheiter knytt til innvandringa. Sjølv om tala ser betre ut for Giske kommune enn landet og fylket, er det venta at forsørgjarbyrda vil utvikle seg i negativ retning også her i kommunen.

4.6 Forventa levealder

Forventa levealder er eit mål på helsetilstanden i befolkninga, som mellom anna gir informasjon om utviklinga over tid og om forskjellar mellom befolkningsgrupper. I M&R er forventa levealder for kvinner 84,3 år og 80,1 år for menn (tilsvarande nasjonale tal er høvesvis 83,5 og 79,4). Giske kommune ligg signifikant høgare enn for landet med forventa levealder på 85,1 år for kvinner og 81,7 år for menn i 2020 (kjelde folkehelseprofil).

Dei siste 30 åra har alle grupper fått betre helse, men helsegevinsten har vore størst for dei med lang utdanning og høg inntekt. Særleg dei siste ti åra har desse forskjellane auka og er endå større for kvinner enn for menn. Ser vi på forventa levealder i fylket etter fullført utdanningsnivå, viser det ein levealder på 80,1 år for dei med grunnskule som høgste utdanningsnivå, og 83,8 år for dei med vidaregåande eller høgare. For landet er denne forskjellen endå større; tilsvarende tal er 78,3 år og 83,1 år.

5 Oppvekst- og levekår

Arbeidssituasjon, økonomiske vilkår, bu- og utdanningsforhold har stor betydning for helse og livskvalitet. Helse er som oftast eit resultat av eit samspel mellom individuelle eigenskapar og faktorar i miljøet som gir beskyttelse mot eller auka risiko for helseplagar. Til dømes er sosial ulikhet, arbeidsløyse, dårleg læringsmiljø og mobbing risikofaktorar for utvikling av psykiske lidningar (sjå oversikt over beskyttelses- og risikofaktorar for psykisk helse under punkt 9.2).

5.1 Oppsummering

Tabellen viser kort oppsummert hovudtrekk, og kommenterer moglege årsakar og konsekvensar. Det er viktig å vere klar over at hovudtrekka skil seg frå hovudtrekka for fylket eller landet samla sett.

Status	Moglege årsakar	Moglege konsekvensar
Utdanningsnivået er lågare enn på landsbasis, men skil seg ikkje frå resten av fylket.	Avstand til studiestad for nokre studieretningar? Primær- og sekundærnæringane står sterkt?	At utdanningsnivået er stigande kan føre med seg færre helseplagar i befolkninga.
Sysselsettinga, snitt- og medianinntekta er litt høgare enn på landsbasis.		Høg sysselsetting og gode materielle levekår kan gi lågare risiko for helseplagar i befolkninga.
Gjennomsnittleg formue er lågare enn landsgjennomsnittet, medan gjennomsnittleg gjeld er høgare.	Høg del familiar i etableringsfase? Gode materielle levekår blant stor del av befolkninga skaper sosialt press om høgt forbruk?	Utrygg økonomi kan skape stress og auke risiko for helseplager.
Fleire kvinner jobbar deltid enn på landsbasis, og kjønnsforskjellane i inntekt er større (kvinner i Giske kommune tener mindre enn landssnittet for kvinner).		Låg inntekt blant kvinner kan vere ei utfordring for folkehelsa i kommunen. Mange kvinner jobbar i omsorgsykker med turnusarbeid og ikkje i full stilling.
Talet på uføretrygda er lågare enn i resten av landet og fylket.		At relativt få står utanfor arbeidslivet er positivt for

		folkehelse og fører ofte med seg ei betre helse.
Del av befolkninga i hushald med inntekt under fattigdomsgrensa er aukande, men framleis lågare enn landsgjennomsnittet.	Aukande arbeidsløyse?	Aukande relativ barnefattigdom vil kunne få negative konsekvensar med omsyn til sosial deltaking og fysisk og psykisk helse.
Utdanningsnivået blant dei tilsette i barnehagane er lågare enn i resten av landet, og talet på barn per vaksen er høgare.	Vanskeleg å rekruttere kvalifisert personell? Avstand til studiestad?	Lågt utdanningsnivå kan gi lågare kvalitet i barnehagen, som igjen gir færre helsefremmande effektar.
Andelen elevar som rapporterer at dei har opplevd mobbing er litt lågare enn i landet og fylket, og andelen 10-klassingar som trivst på skulen er høgare enn i landet og fylket. Sjå punkt xxx for utdjuping og nyansering.		Høg grad av trivsel og (tilsynelatande) lite mobbing gir redusert risiko for utvikling av psykiske vanskar.
Talet på meldte lovbrøt per innbyggjar er lågare enn landsgjennomsnittet.		Trygge lokalmiljø kan legge til rette for sosial samhandling.

5.2 Utdanningsnivå

Det er godt dokumenterte samanhengar mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personar med høgare utdanning lever lengre og har færre psykiske og fysiske helseplagar enn personar utan høgare utdanning (Folkehelseinstituttet, 2015). I heile Noreg hadde 34,6 prosent av dei over 16 år høgare utdanning (universitet eller høgskule) i 2019. 40,1 prosent hadde utdanning frå vidaregåande skule eller fagskule og 25,3 prosent hadde utdanning på grunnskolenivå, (ssb.no)

I 2019 var fordelinga i Giske kommune 28,6 prosent med høgare utdanning, 45,2 prosent med vidaregåande skule eller fagskule og 26,2 prosent på grunnskolenivå (ssb.no).

5.3 Arbeid, sjukefråvær og uføretrygd

Arbeidsløyse er ein sterk risikofaktor for psykiske problem, medan mogelegheit til å utfalde seg, ta i bruk egne evner og oppleve kontroll over eigen livssituasjon er beskyttande faktorar. Faktorar i arbeidsmiljøet som kan medverke til sjukdom og uførhet er for høge krav kombinert med lite sosial støtte og lite mogelegheit til å påverke jobben (Folkehelseinstituttet, 2011, s. 9, 18; Clausen, 2015).

5.3.1 Sysselsetting

Av befolkninga i kommunen mellom 15 og 74 år var 70 prosent sysselsette i 2018, mot 67 prosent i heile landet (SSB). 14 prosent av mennene og 40 prosent av kvinnene i kommunen jobba deltid i 2014 (mindre enn 30 timar per veke). På landsbasis jobba 36,9 prosent av kvinnene deltid i 2018. 49

prosent av dei sysselsette pendla ut av kommunen i 2015. Talet har stege frå 35 prosent i 2000. Når det gjeld sysselsetting blant innvandrarar, var 68 prosent av innvandrarane i Giske kommune sysselsette i 2015, mot 66 prosent på landsbasis.

5.3.2 Arbeidsløyse

Giske har låg arbeidsløyse; ca 1,5% (64 personar) , ned frå 1,7 % i 2018. (Årsrapport 2019) Ei auke i arbeidsløysa vil kunne gje ein negativ innverknad på helsetilstanden.

5.3.3 Næringsstruktur

Servicenæringar er dei næringane som sysselsett flest i Giske kommune (SSB), med sekundærnæringar og helse- og sosialtenester på andre og tredjeplass. Giske har i fleire år vore er ein av kommunane i Møre og Romsdal med høgast tal på etableringar i høve til folketalet: Det er registrert 121 nye foretak i Enhetsregisteret til Brønnøysund (Årsrapport, 2019). At det skjer nyetableringar kan sjåast som eit uttrykk for optimisme og framtidstru (Møre og Romsdal fylkeskommune, 2015).

Sysselette busette i Giske kommune per 4. kvartal 2015 og per 4.kvartal 2018, etter næring (SSB)	2015	2018
Jordbruk, skogbruk og fiske	259	289
Sekundærnæringar	834	863
Servicenæringar (varehandel, hotell og restaurant, samferdsel, finanstenester, forretningsmessige tenester, eigedom)	1555	1577
Offentleg administrasjon., forsvar, sosialforsikring	152	178
Undervisning	307	317
Helse- og sosialtenester	816	870
Personleg tenesteyting	116	109

I følge Fiskermanntallet (<https://www.fiskeridir.no/Yrkesfiske/Registre-og-skjema/Fiskermanntallet>) er det pr. dato 250 fiskarar i Giske, kor 235 hadde fiske som hovudyrke (på blad B).

Tabell: Samla verdiskaping frå fiskeria i Giske (fiskebåtar, produksjonsindustri) og fiskerirelaterte bedrifter

FISKERI I GISKE - VERDISKAPING					
		2012	2013*	2014*	2015
FARTØY OG FANGST					
	REG. FARTØY			57	
	FISKERE BLAD B	246	240	230	229
	FANGST - TONN	60724	62758,00	63901	
	FANGST - VERDI (1000 KR)	666522	596882,00	777896	
PRODUKSJON/ FOREDLING					
	BEDRIFTER / FIRMA		99		
	ANSATTE		215		
	PRODUKSJON-TONN				
	PRODUKSJON-OMSETNING		1273707		
UNDERLEVERANDØRER/ INDUSTRI					
	BEDRIFTER		3		
	ANSATTE		237		
	OMSETNING		364720		
*		Ikkje alle har levert regnskap for 2014, da står alle tal for 2013.			
SUM	ANSATTE/FISKERE		682		
	BEDRIFTER/fartøy		159		
	OMSETNING/VERDIER (1000 kr)		2416323		

5.3.4 Sjukefråvær

Det legemeldte sjukefråveret blant personar busett i kommunen var på 6,2 prosent i 1. kvartal 2020 (SSB). Nivået er omtrent på nivå med landsgjennomsnittet (6,1 prosent). Som i resten av landet er fråveret høgare blant kvinner enn menn (5,3 prosent blant menn mot 7,3 prosent blant kvinner).

Sjukefråværet i kommunen har dei siste åra lagt rundt 5 %. I heile Møre- og Romsdal er sjukefråværet høgast innan helse- og sosialtenester (9,2 %) (SSB).

5.3.5 Uføretrygd

Per 31.03.18 fekk 6,9 prosent av befolkninga i Giske kommune mellom 18 og 67 uføretrygd. Talet er lågare enn fylkesgjennomsnittet på 9,3 prosent og landsgjennomsnittet 9,7 prosent (tal frå nav.no/M&R fylkesstatistikk).

5.4 Inntekt

Sosioøkonomisk status har stor betydning for fysisk og psykisk helse. Analyser av Ungdata-undersøkinga viser at ungdom som har få ressursar heime (sosiale og økonomiske) trivst dårlegare på skulen og i nærmiljøet, er meir utsett for mobbing, har fleire fysiske og psykiske plager og eit meir problematisk forhold til foreldre og venner, deltek sjeldnare i organiserte fritidsaktivitetar og bruker meir tid på skjermaktivitet (Bakken et al., 2016). Dette seier oss at arbeid for å redusere sosiale forskjellar er relevant for å styrke psykisk og fysisk helse.

Utdrag frå rapporten «Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt»:

Til tross for en jevn velstandøkning og mange medisinske og sosiale framskritt, viser forskningen at de sosiale ulikhetene i helse og død har økt over tid. (...) Sentrale helserelevante ressurser og påkjenninger er systematisk skjevfordelt i samfunnet. Det betyr at lavere sosiale lag (de som har lav inntekt, kort utdanning og manuelle eller rutinebaserte yrker) oftere har få ressurser og mange påkjenninger, mens i de høyere sosiale lag er det omvendt. Som et resultat av dette blir helsen forskjellig i ulike sosiale lag (Dahl et al., 2014, s. 8 og 9).

5.4.1 Gjennomsnittsinntekt, formue og gjeld

I 2018 var gjennomsnittleg bruttoinntekt for personar over 17 år i Giske kommune 479 400 kr. Talet er litt høgare enn landsgjennomsnittet, på 466 400 kr. Gjennomsnittleg formue i Giske kommune var noko lågare enn landsgjennomsnittet (930 300 kr i Giske kommune mot 1 255 000 kr på landsbasis), mens gjennomsnittleg gjeld var noko høgare enn landsgjennomsnittet (848 700 mot 821 900) (SSB, statistikk på kommunekart).

5.4.2 Medianinntekt

Medianinntekta er den inntekta der det er like mange som tener meir som det er personar som tener mindre. Medianinntekt gir ofte ein betre peikepinn enn gjennomsnitt på kva som er vanleg inntekt i området, sidan nokre få med usedvanleg høg inntekt vil trekke gjennomsnittet betrakteleg opp. I 2018 var medianinntekta i Giske kommune 626 000, mot 534 000 i Møre og Romsdal og 524 000 på landsbasis (Kommunehelsa statistikkbank).

5.4.3 Inntektsforskjellar mellom hushald

Gini-koeffisienten er eit mål på inntektsforskjellen mellom hushald. Koeffisienten går frå 0 til 1, der 0 viser minst forskjell og 1 viser størst forskjell. Inntektsforskjellen i Giske kommune er litt lågare enn på landsbasis, men har auka frå 0,198 i 2009 til 0,225 i 2018. Aukande sosiale forskjellar kan føre med seg aukande helseforskjellar (Statistikkbanken SSB).

5.4.4 Kjønnsforskjellar i inntekt

I 2018 var gjennomsnittleg bruttoinntekt for kvinner i Giske kommune 347 700, mot 604 600 for menn. Kjønnsforskjellen er større enn på landsbasis, der gjennomsnittleg bruttoinntekt var 382 000 for kvinner og 550 300 for menn. Kvinner i Giske kommune tener altså mindre enn snittet for kvinner i heile landet, mens menn i Giske kommune tener meir enn snittet for menn i heile landet. Låg inntekt blant kvinner kan vere ei utfordring for folkehelsa i kommunen.

5.4.5 Fattigdom

EU definerer fattigdomsgrensa som 60 prosent av medianinntekta. I 2018 levde 7,8 prosent av befolkninga i Giske kommune, tilsvarande 646 personar, i hushald med inntekt under fattigdomsgrensa. Delen har auka med to prosentpoeng sidan 2009, men er framleis lågare enn landsgjennomsnittet på 11,2 prosent (Statistikkbanken SSB). Delen barn under 18 år i hushald med inntekt under fattigdomsgrensa har auka frå 4,2 i 2009 til 7,7 i 2016 (folkehelseprofil 2016). Aukande relativ barnefattigdom vil kunne få negative konsekvensar med omsyn til sosial deltaking og fysisk og psykisk helse.

5.4.6 Eineforsørgjarar

Å vere eineforsørgjar kan utgjere ein økonomisk belastning. Prosentdelen barn av einslege forsørgjarar er to prosentpoeng lågare i Giske kommune enn i resten av landet, med 13 prosent i Giske kommune mot 15 prosent på landsbasis (Folkehelseprofil 2020).

5.5 Barnehage

Barnehagar med høg kvalitet har ei rekke psykisk helsefremmande effektar, og kan kompensere for familiebasert risiko som fattigdom, rusmiddelbruk, depresjon hos mor, parkonflikter og familieoppløysing. Høgkvalitetsbarnehagar er kjenneteikna av små barnegrupper og tilstrekkeleg, godt utdanna og stabilt personale, som har lett tilgang til rettleiing frå kommunepsykolog eller anna særskilt psykisk helsepersonell (Folkehelseinstituttet, 2011).

5.5.1 Barn per tilsett

Det er i snitt 5,9 barn per årsverk i grunnbemanninga i barnehagane i Giske kommune. Talet er litt høgare enn det nasjonale gjennomsnittet, som er 5,7 (tal frå barnehagefakta.no juli 2020).

5.5.2 Utdanningsnivå blant dei tilsette

I den norske mor-barn undersøkinga fann ein at høg prosent ufaglærte tilsette hang saman med fleire symptom på emosjonelle vanskar hos gutar (Folkehelseinstituttet, 2015). 33,4 prosent av dei tilsette i barnehagane i Giske kommune har barnehagelærerutdanning, 1,5 prosent har anna pedagogisk utdanning og 18,8 prosent har barne- og ungdomslærerutdanning. På landsbasis har 40,7 prosent barnehagelærerutdanning, 1,4 prosent har utdanning tilsvarande barnehagelærerutdanning, 1,9 prosent anna pedagogisk utdanning og 20,9 prosent barne- og ungdomslærerutdanning. Utdanningsnivået er altså klart lågare i Giske kommune enn i resten av landet. 25 prosent av barnehagane i Giske kommune oppfyller pedagognorma, som seier at pedagogiske leiarar må ha utdanning som barnehagelærer eller anna treårig pedagogisk utdanning med vidareutdanning i barnehagepedagogikk. På landsbasis er talet 64,1 prosent. Kommunane kan gje dispensasjon frå utdanningskravet, men dette skal berre nyttast unntaksvis. 75 prosent av barnehagane i Giske kommune oppfyller pedagognorma med dispensasjon (tal frå

barnehagefakta.no/Utdanningsdirektoratet, juli 2020). Det har vore ei positiv utvikling sidan 2018, kor berre 12,5 prosent av barnehagane i Giske oppfylte pedagognorma.

5.5.3 Leike- og opphaldsareal

I den norske mor-barn undersøkinga fann ein at utilstrekkeleg plass hang saman med auke i symptom på sinne og utagering (Folkehelseinstituttet, 2015). Barnehagane i Giske kommune har gjennomsnittleg 4,6 m2 godkjend leike- og opphaldsareal per barn. Det nasjonale gjennomsnittet er 5,8 m2 (tal frå barnehagefakta.no/Utdanningsdirektoratet, juli 2020).

5.6 Skule

Ein helsefremmande skule er i følge Folkehelseinstituttet (2011) kjenneteikna av eit miljø der elevane får anledning til å delta aktivt og utfolde seg, der dei opplev å meistre skulearbeidet, og der dei ikkje blir mobba, men er ein del av eit positivt fellesskap saman med andre barn.

5.6.1 Trivsel på skulen

88 prosent av alle elevar på 10. trinn i Giske kommune svarer på spørreskjema at dei trivst godt eller svært godt på skulen. Talet er signifikant betre enn landsgjennomsnittet, og høgare enn snittet i Møre og Romsdal (resultat frå Ungdata, presentert i folkehelseprofilen 2016).

I 2017 var ungdomsskulane med på ny Ungdata-undersøking. Da svarte 61 prosent av elevene som var med i at dei trivst godt eller svært godt på skulen. Talet for Norge var 67 prosent (resultat frå Ungdata-undersøking i Giske, 2017).

5.6.2 Mobbing

Barn som blir mobba har opptil sju gongar høgare risiko for psykiske plager enn barn som ikkje er utsett for mobbing (Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank). 5 prosent av alle elevar på 7. trinn og 4 prosent av alle elevar på 10. trinn i Giske kommune svarer på spørreskjema at dei har opplevd mobbing i løpet av dei siste månadane. Andelen er nokre prosentpoeng lågare enn i resten av landet og fylket (resultat frå Elevundersøkinga i perioden 2009/2010-2014/15).

Frå undersøkinga i 2017 viser tala at 9 prosent av ungdomsskuleelevane i Giske følar seg mobba minst kvar 14. dag, mot 8 prosent i 2013 (Ungdata-undersøkinga i Giske 2017).

5.6.3 Mestringsnivå i lesing

Giske kommune ligg under landsgjennomsnittet og fylkesgjennomsnittet når det gjeld leseferdigheiter på 5. trinn. På 8. trinn er det ikkje klare forskjellar mellom Giske kommune og resten av landet eller fylket (resultat frå nasjonale prøver, 2 års glidande gjennomsnitt, skuleåret 2012/2013, 2014/2015, 2018/2019).

5.6.4 Mestringsnivå i rekning

Giske kommune ligg litt under landsgjennomsnittet når det gjeld rekneferdigheiter på 5. trinn. På 8. trinn er det ikkje klare forskjellar mellom Giske kommune og resten av landet eller fylket (resultat frå nasjonale prøver, 2 års glidande gjennomsnitt, skuleåret 2012/2013, 2014/2015, 2018/2019).

5.6.5 Tilfredsheit med karakterar

I rapporten «Ung på Sunnmøre», som presenterte resultat frå Ungdata-undersøkinga i seks kommunar på Sunnmøre i 2013, var det elevane i Giske kommune som var minst nøgde med

karakterane sine. Det var også elevane i Giske kommune som oftast hadde opplevd å bli sendt ut av klasserommet. Forskjellane mellom kommunane var likevel ikkje store.

5.6.6 Utdanningsnivå blant dei tilsette

87 prosent av lærarane i Giske kommune har universitets- eller høgskuleutdanning med pedagogisk utdanning. Andelen er den same som i resten av landet (tal frå Møre og Romsdal fylkeskommune, 2014).

5.6.7 Fråfall

Ikkje fullført skulegong gir reduserte mogelegheiter i arbeidslivet, aukar risikoen for uføretrygd og gir dårlegare levekår og helse. Forsking tyder på at mobbing og psykiske plagar er sentrale årsakar til fråfallet (Clausen, 2015). 20 prosent av alle ungdommar frå Giske kommune som begynner på vidaregåande opplæring fullfører ikkje. Delen er omtrent den same som i resten av fylket, men fire prosentpoeng lågare enn landsgjennomsnittet (Folkehelseprofil 2016). I 2006-2018 var fråfallet frå vidaregåande skule 17 prosent frå Giske mot 20 prosent på landsbasis (Folkehelseprofil 2020).

5.7 Lovbrot

Talet på meldte lovbrøt per 1000 innbyggjarar i Giske kommune er lågare enn landsgjennomsnittet (SSB, 2013-2014). I Ungdata-undersøkinga i 2013 var det færre ungdommar i Giske kommune som rapporterte at dei hadde naska, vore med på innbrot, slåst, blitt utsett for truslar om vald eller blitt skada på grunn av vald, samanlikna med landsgjennomsnittet.

5.8 Bustad

Standarden på bustadar i Giske kommune er generelt god. Kommunen har hatt ei sterk befolkningsvekst dei siste åra, noko som truleg fører med seg eit auka behov for sosiale møteplassar. Bustadmiljø med ustabil befolkning og liten grad av sosial integrasjon gir økt risiko for utvikling av psykiske plagar. Etablering av sosiale arenaer og tiltak for å stimulere samhandling er derfor viktige ledd i det førebyggjande helsearbeidet (Folkehelseinstituttet, 2011). Les meir om dette under punkt 4 og punkt 6.13.

Kommunen har generelt god tilgang på bustadar og byggeklare tomter, regulert bustadareal og store reservar i areal utlagt til bustadformål. Med forventa folketalsauke (SSB) på om lag 100 personar pr. år dei neste ti åra vil det bli behov for fleire bustadar. Tradisjonelt har type bustadar ved regulering i stor grad vore forslagsstillar og utbyggjar sitt val. Tilflytting og flyttemønster er i nokon grad styrt av bustadtype og kommunen som planmynde kan med fordel leggje føringar for behov og ønskje ved regulering til kva slags bustadar ein ønskjer skal bli bygd i det einskilde område.

Innan helse- og omsorg er det behov for fleire bustadar for utleie og bustadar for vanskelegstilte. Det er ei utfordring å skaffe bustad til flyktningar. For barn og unge med særlege behov trengst det bustadar med heildøgns-tenester. I følgje kartlegging/rapport framlagt i 2019, vil om lag 50 barn på eit tidspunkt dei neste 15 åra trenge tilpassa bu- og tenestetilbod. Om lag 4 barn/unge er kartlagt slikt behov i 2020.

Det er eit stort trykk på heildøgns-plassar for demente, det bør difor planleggast for fleire heildøgns-plassar og evt. andre bustadar som er tilpassa denne brukargruppa. I følgje rapport Bu- og tenestetilbod til demente, levert 2019, er det om lag 50 nye demenstilfelle pr. år. Det er behov for ulike differensierte tilbod til denne brukargruppa, alt frå lågterskeltilbod som dagavdeling, demensvenn, til velferdsteknologi (GPS, digitale tilsyn), tilrettelagte bustadar og heildøgnsstilbod.

6 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Dagens folkehelse og sjukdomsstatistikk er på mange måtar eit uttrykk for dei miljøbelastningane som innbyggjarane er og har vore utsett for. På same måte vil framtidig folkehelse bli forma av korleis helsefremmande og -hemmande faktorar påverkar oss i dagens samfunn. Eit godt miljø kan fremme helse, for eksempel ved å oppmuntre til fysisk aktivitet og sosial kontakt. Sjukdommar som kreft, hjarte- og karsjukdom, psykisk sjukdom, lungesjukdom og allergiske lidingar kan bli utløyst eller forverra som følge av uheldig påverknad frå miljøet. Svangerskapet og tidlig barndom er særleg sårbare periodar. Ei rekkje miljøtilhøve har effekt på helsa. Det kan vere drikkevasskvalitet, luftkvalitet, smittsame sjukdomar, grad av støy, sykkelvegnett og kvalitetar ved nærmiljøet som tilgang til friområde, friluftsområde, sosiale møteplassar osb.

6.1 Drikkevatn

Reint drikkevatn er livsnødvendig og dagleg væsketap bør i stor grad erstattast av reint drikkevatn. I eit miljøperspektiv vil det og vere til beste om fleire vel vatn frå springen enn kjøpt vatn på plastflaske.



I Folkehelseprofilen 2020 er del av befolkninga i Giske som får vatn frå vassverk som forsyner minst 50 personar 87 %. Dette er på nivå med fylket og landet (indikator 13 i Folkehelseprofilen). Alle innbyggjarar har god drikkevassforsyning, noko som er signifikant betre enn landet som heilheit (indikator 13). Parameterane som blir brukt for å fastsett kvaliteten på drikkvassforsyninga er resultat frå e-coli prøver og leveringsstabilitet. Folkehelseprofilen 2020 baserer seg her på rapporterte data frå 2018, og målinga omfattar rapportpliktige vassverk. Kommunen har dei siste åra investert og arbeidd mykje med drikkevasskvaliteten og talet på leidningsbrot har også gått drastisk ned.

6.2 Støy

Støy vert definert som uønskt lyd og lyd som kan føre til hørselsskade. Ifølgje Klima- og forurensingsdirektoratet (no Miljødirektoratet) er helseplager grunna støy det miljøproblemet som rammer flest personar i Norge. Støy kan verke negativt på trivsel, prestasjonsevne, kommunikasjon og sosial åtferd. Søvnproblem er den største helseplaga relatert til støy.

Industri og transport er dei største kjeldene til støy, og av dette utgjer vegtrafikken over 80 % av

støyplagene i landet. Støy i arbeidslivet utgjør den største risikoen for hørselstap i befolkninga. Langvarig eksponering for støy kan føre til stress som igjen kan føre til fysiske lidinger som eksempelvis muskelsmerter. Det er viktig å ta vare på og oppretthalde stille soner, særleg i frilufts- og rekreasjonsområde der forventninga til støyfrie omgivnader er stor.

Retningslinje for behandling av støy i arealplanlegging (T-1442) anbefaler at det vert berekna to støysone for utandørs støynivå rundt viktige støykilder, ei raud og ei gul sone:

- Raud sone: Angir eit område som ikkje er eigna til støyfølsame bruksføremål, og etablering av ny støyfølsam bebygging skal unngås.
- Gul sone: Vurderingssone der støyfølsam bebygging kan oppførast dersom avbøtande tiltak gir tilfredsstillande støytilhøve.

Det er ikkje gjort undersøkingar som seier kor mange som samla sett i kommunen bur innanfor støyutsette soner. Karta/bileta som følger viser flystøysone og trafikkstøy. Gul linje – over 55 dB utandørs og raud sone- over 65 dB utandørs. Kva gjeld næringsstøy er det ikkje gjort noko heilskapleg kartlegging.

I Barnetråkkregistreringane 2015 kom fram registrering av støy ved flyplassområdet. I tillegg var det nokre registreringar av støy knytt til utbyggingsprosjekt som føregjekk då registreringane vart gjennomført.





6.3 Forureining og klima

Forureining reduserer miljøkvaliteten, og påverkar vår og komande generasjonar si helse, direkte og indirekte ved til dømes produksjon og kvalitet på mat (www.miljokommune.no)

Klimaproblemet er den største miljøutfordringa verda står overfor, og utsleppa må raskt ned. Regjeringa har avgjort at alle kommunar skal integrere klima- og energiplanlegging i sitt vanlege planarbeid. Giske kommune sin klima- og energiplan er frå 2009. I 2019 vart det satt i gang arbeid med å utarbeide ein ny klima – og energiplan.

Dette tema vert nærmare utgreia ved revidering av folkehelseoversikt.

6.4 Radon

Radon er ein radioaktiv gass som blir danna når grunnstoffet uran blir brote ned. Dette skjer naturleg i berggrunn som inneheld uran, og gassen siv opp gjennom sprekker. I tette hus vil den kunne bli samla opp i mengder som kan vere kreftframkallande. Ifølgje WHO er radon den viktigaste årsaka til utvikling av lungekreft, etter aktiv røyking. Mellom 50 og 300 av lungekreftdødsfalla i Noreg kvart år skuldast truleg radon.

Det er ikkje gjort målingar i Giske som viser høgt nivå av radongass. Per 1. august 2014 var maks måling i Giske på 40 Bq, og gjennomsnittleg måling var 16 Bq. Det er gjort måling ved alle skular og barnehagar. Plan- og Bygningslova stiller krav til at alle bygg skal ha radonsperre.

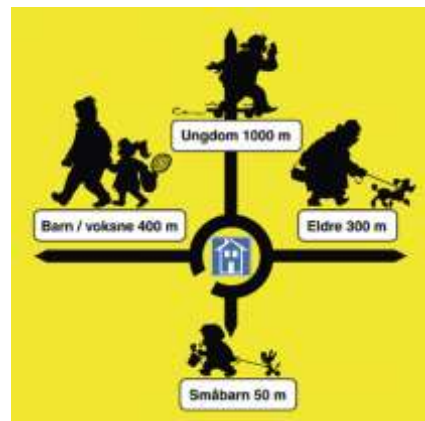
6.5 Nærturterreng, rekreasjonsareal og turmoglegheter

Giske kommune har flott natur og er rik på område for tur, rekreasjon og friluftsliv. Å bevare eller skape grønne nærområde er viktig for folkehelsa. Slike områder kan betre folkehelsa ved å:

- bidra til trivsel og livskvalitet
- tilby sosiale møteplasser
- stimulere til fysisk aktivitet
- virke stressreducerande
- dempe negative effektar av luftforureining og trafikkstøy
- informasjon om dei mange kulturminna rundt om i kommunen vil kunne stimulere identitet og tilhøyre til kommunen.

Gjennom desse mekanismane kan grønne område både fremme helse og førebygge sjukdom. Naturkontakt gir kvile og mental restitusjon.

Bruken av grøntområde avtek raskt med avstanden frå heimen. Dei som bur innanfor ein avstand på 500 meter frå turstien, har ein markant høgare bruksfrekvens av turstiane. Eit tilgjengelig grøntområde bør kunne nås på maksimum 10 minuttar. Kor langt ein går på 10 minuttar varierer mellom ulike aldersgrupper.



Med nærleiken til naturen som ein har i Giske kommune kan det vere at ferdselsårene/korridorane for mjuke trafikantar frå husstandane til friluftsområda nokre stader må utbetrast/få auka attraktivitet slik at turane ut i naturen kan starte nært heimen. Ved å identifisere og ta vare på viktige naturelement, fokusere på attraktive ferdselsårer for gåande og syklande, samt opphald og aktivitet utandørs for innbyggjarar i alle aldra, kan ein truleg auke bruksfrekvensen på uteareal, stiar, turvegar, samt gang- og sykkelstiar ytterlegare. I dette ligg og bevaring og formidling av kulturminne og kulturhistorie både i og i tilknytning til desse areala. Kulturminna utgjer ofte viktige opplevingsverdiar, som saman med naturområda kan gi områda høg attraktivitet for friluftsliv.

I innbyggjarundersøkinga 2013 gav innbyggjarane i Giske lågare score for Tilrettelegging for bruk av natur, landskap og friluftsliv samanlikna med landsgjennomsnittet (dvs 7 andre kommunar). Det har i ettertid vore gjort mykje frivillig arbeid med utbetring og etablering av stiar og turvegar i kommunen. Til dømes har Godøy IL lagt ned ein stor jobb med legging av stein på turstien på Godøyfjellet. Det har også blitt etablert ein lengre grusveg langs fjellfoten på Godøya, samt utom fjellet på Valderøya.

Giske sitt landareal er om lag 40 km², og kommunen har relativt høg innbyggjartettleik. Om lag 40 % av arealet er freda, sjå oversikt nedanfor. Tabellen under syner innbyggjarar per km² landareal i fleire kommunar i Møre og Romsdal. Oslo er inkludert i tabellen som referansegrunnlag. Kombinasjonen av høg befolkningsvekst og lite areal, skaper utfordringar for arealdisponeringa. Friluftsområda og /eller utfartsområda ligg stort sett nær bustadområde og/eller landbruksområde, og sjansen for motstridande interesser er derfor til stade. Aukande befolkningsmengd inneber og at fleire skal nytte friluftsområda og turstiane.

Tabell: Folkemengde og areal, 2020

	Innbyggjarar pr.km ² landareal
Giske	212
Sula	163
Ulstein	90
Volda	13
Ålesund	109
Kristiansund	281
Molde	22
Møre og Romsdal	19
Oslo	1628

Kjelde: SSB

Giske har fleire områder med vern. Vern av område bidreg både til støtte for og til avgrensing for friluftinteressene, avhengig av grunnlaget for vern.



- [Langholmen naturreservat](#)
- [Erkna naturreservat](#)
- [Molnes naturreservat](#)
- [Synesvågen naturreservat](#)
- [Rørvikvatnet naturreservat](#)
- [Sætedalen naturreservat](#)
- [Rørvikvågen dyrefredningsområde](#)
- [Roaldsand dyrefredningsområde](#)
- [Blindheimsvik dyrefredningsområde](#)
- [Giske dyrelivsfredning](#)
- [Giske dyrefredningsområde](#)

Tabell: Arealet i Giske kommune, 2020

Totalt areal	907,77
Fastland og øyer	40,54
Havflate (territorialt farvann)	867,23
Åpent område	21,97
Innsjø	0,66
Myr	0,40
Skog	2,92
Dyrka mark	10,93
By- og tettbebyggelse	2,27
Industri	0,00
Anna	1,39

Kjelde: [Kartverket](#)

Kartlegging og identifisering: Lite landareal, mykje flott natur og sterk befolkningsvekst gir utfordringar. Giske kommune gjennomførte i 2015 ei kartlegging og verdisetting av friluftsområde etter rettleiar frå Miljødirektoratet. Noko av bakgrunnen for kartlegginga var behov å gi desse interessene ei sterkare røyst i arealdisponeringa. I arbeidet vart det organisert møte med representantar frå idrettslag og FAU ved skulane. Resultatet frå kartlegginga er lagt som vedlegg til kommuneplanen sin arealdel, og leggst inn i kulturplanen ved rullering. I arbeidet kom og fram behov for tiltak og utbetringar som vert forsøkt følgt opp i drift.

Tilkomstar: Ei mykje omtalt utfordring i Giske er tilkomstane til tuområda. Dette gjeld i størst grad Valderøya, truleg fordi det er der utbygginga og arealpresset har vore størst. Fokus på friluftinteressene vil kunne redusere sjansen for at denne utviklinga får halde fram. Naturen vår inviterer dei fleste til å ta seg ein tur og få gode opplevingar. Vi har ingen områder som er universelt utforma, men brukbart med asfalterte gang- og sykkelstiar / -vegar som kan nyttast av dei fleste. På trass av enkelte bygg og installasjonar i 100 meters-beltet, er det mange stadar grei tilkomst til strand og fjøre. Ein må likevel halde fokus på dette for å hindre framtidig attbygging.

Morotur og StikkUt: Giske kommune har 9 turar registrert på www.morotur.no. Denne nettsida hadde i 2014 220.000 unike treff. Giske er medlem i Sunnmøre Friluftsråd og er med på satsinga StikkUt. Det er 6 stikkUt-turar i Giske i 2020, og kommunen har høge besøkstal på sine turar. StikkUt hadde per 25.06.2020 27 221 aktive brukarar, det er registrert 714 aktive brukarar frå Giske kommune og det var registrert 11 379 turar i Giske kommune. Sjå meir på www.stikkut.no.

Slitasje: Med aukande innbyggjartal og med mange besøkjande turgåarar, ser ein at nokre turløyper er mykje i bruk og ein ser slitasje enkelte stader. I tillegg vil reduksjon i talet på tilkomstvegar naturleg auke slitasjen på andre tilkomstar. Blant stiane med slitasje kan nemnast Valderøfjellet (særleg stien frå Kolvikparken og til Signalen), delar av Godøyfjellet og enkelte parti på og bak Molnesfjellet. Det er ikkje gjort noko heilskapleg kartlegging av kvar det er slitasje.

Sikring av område: I oversikt over folkehelsa i Møre og Romsdal ([Folkehelsa i Møre og Romsdal, 2015](#)) vert det vist til at det er seks kommunar i fylket som ikkje har statleg sikra område, og at med unntak av Giske kommune er dette distriktskommune utan press på friluftsområde. Det vert vidare vist til at det generelt er sikra fleire perifere område og markområde rundt tettstadane enn areal inne i bustadområda. Det er desse grønstrukturane og korridorane inne mellom husa som kanskje er dei viktigaste i folkehelsesamanheng. Samstundes vert det påpeika at det og er andre måtar å sikre desse areala på enn gjennom statleg sikring.

Tilrettelegging og universell utforming: Giske kommune har ingen friluftsområde som er spesielt tilpassa ulike former for nedsett funksjon, eller som er formelt definert som universelt utforma. Nokre stader er tilgjengelege med rullestol, og fleire er tilgjengeleg med bil. Med tanke på andre funksjonsnedsetjingar, til dømes svakt syn, har ein ikkje oversikt over kva område som fungerer og ikkje.

«Universell utforming er utforming av produkta og omgivnader på en slik måte at de kan brukas av alle menneskar i så stor utstrekning som mulig, utan behov for tilpassing og spesiell utforming»
www.universell.no

6.6 Leikeareal

Kart viser 54 leikeplassar og areal til leik / fysisk aktivitet i Giske kommune derav 7 på Giske, 9 på Godøya, 24 på Valderøya og 14 på Vigra.

6.7 Gang- og sykkelveggar

Godt utbygd gang- og sykkelvegnett er viktig og barn og unge sine moglegheiter for sosial deltaking.

Positivt aspekt ved gang- og sykkelvegar.

Eit godt utbygd gang- og sykkelvegnett fører gjerne med seg positive verknader. Det viser seg at jo tryggare innbyggjarane føler det er å gå og sykle i nærområdet, jo meir aktiv transport blir brukt. Sjølv om Sunnmøre generelt er kjent for at bilen er førsteprioritet i transport, er det viktig å prøve og snu trenden på sikt. Meir aktiv transport vil gi mindre utslipp av CO₂, meir fysisk aktivitet, gode vanar som igjen kan gi betre helse på sikt. Berre ti minutt kan gi store gevinstar i det store biletet.

I Giske kommune, spesielt på Valderøya kor flest av innbyggjarane bur, er det relativt korte avstandar kring på øya. Sentralt ligg både barneskulen og ei av dei to ungdomsskulane i kommunen, og for dei aller fleste er det mogleg å brukte gange og sykkel som transport. Aktiv transport i høve skule har vist seg å skape betre læring blant elevane. Fysisk aktivitet og frisk luft er bra for hjernen.

I innbyggjarundersøkinga 2013 var mellom 30 og 40 % i svært liten grad fornøgd/misfornøgd eller ganske liten grad fornøgd med tilrettelegging for fotgjengarar og syklistar. I tida etter undersøkinga er det bygd ut gang- og sykkelsti blant anna i strekninga frå flyplassen til Gjøvsund. Det er grunn til å tru at dette kan påverke kor fornøgd innbyggjarane er i positiv retning.

I samband med rullering av kommuneplanen sin arealdel vil det bli laga temakart som syner eksisterande gang- og sykkelvegnett, samt strekningar som manglar (planlagde eller som bør planleggjast).

6.8 Kollektivtilbod

Innbyggjarundersøkinga 2013 viser lav score på transportmoglegheiter til/frå kommunen og lokalt. Undersøkinga viste at 57,1 % av respondentane var svært liten grad/misfornøgd eller ganske liten grad fornøgd med kollektivtilbodet internt i kommunen. Tilsvarende for kollektivtilbod inn og ut av kommunen var 44,8 %.

I møter/workshop i samband med rullering av arealplan, kjem det fram at ungdommar i kommunen saknar betre kollektivtilbod, særleg tilbodet internt i kommunen er dårleg. Ungdommane fortel at dette bidreg til isolasjon, fordi dei blir avhengige av at foreldre kan køyre til/frå aktivitetar og/eller møte med vennar. Elevar frå ungdomsskulen på Valderøya seier og at dei opplev at elevar frå Vigra/Valderøy er skilt frå elevar frå Giske/Godøy, og at dei opplev det som negativt.

Bilen er eit naturleg val for mange i Giske. Dette har samband med at det er bru- og tunell mellom øyane, vêrutsette strekningar, mangelfullt kollektivtilbod, god tilrettelegging for bruk av bil osv. I samband med deltaking som pilotkommune i Norsk Design- og Arkitektursenter (DOGA) sitt prosjekt om barn sin plass i kommuneplanlegginga og i våre fysiske uterom, var landskapsarkitektstudentar frå Norges miljø- og biovitenskapelige universitet i Giske hausten 2015. Dei innhenta ei stor mengd opplysningar om Giske-samfunnet, dreiv medverknadsarbeid, gjennomførte ei rekke analyser og arbeida fram ein rapport med presentasjon av arbeidet og forslag til framtidig utvikling. Deira

konklusjon kva gjeld forbindelsar og ferdsel, er at det er stort potensiale for gang og sykkel internt på dei ulike øyane, og at vêrtilhøva tilseier at kollektivnettet er meir aktuelt for ferdsel på tvers av øyane. Dei trekk og fram at båt som framkomstmiddel har stort potensiale.



Illustrasjon frå NMBU sin rapport om Giske, 2015.

Gang og sykkel bør sjåast i samanheng med kollektivnettet. Målsetting om attraktiv reise frå start til slutt, med kombinasjon av, og flyt mellom, gang/sykkel og buss/båt kan bidra til å redusere bilbruken. Dette er svært viktig i klimasamanheng. I tillegg er det viktig å sjå dette i samanheng med kvardagsaktivitet og stillesitjing.

6.9 Anlegg for idrett og fysisk aktivitet

Der er mange og varierte anlegg for idrett og fysisk aktivitet i Giske kommune. Vi har tre idrettshallar (Godøyhallen, Giske kommunale idrettshall og Vigrahallen) der Godøyhallen er eig av Godøy IL. I tillegg er der gymsalar ved alle skulane. På kvar skule og ved kvar barnehage er der uteområde tilrettelagt for ulik for fysisk aktivitet. Kvaliteten varierer og det er nok behov for ei oppgradering av fleire områder. Ved Alnes og Godøy skular er det konkrete planar for oppgradering.

Dei fire idrettslaga i kommunen har alle 11er fotballbaner der alle unntatt Giske IL si og IL Valder si eine bane er kunstgras. Giske IL har ei 7er kunstgrasbane ved skulen, denne blir brukt både på dagtid, kveldstid og i helg. Vigra IL eig ei grus 7er bane og 11er bane på Synes i tillegg til 11er kunstgras på Rota. IL Valder har eit veldig allsidig idrettsanlegg på området deira Valdervoll. Her finn du 7er og 11er kunstgras, 11er naturgras, 200 meter rundløpsbane for friidrett og nærmiljøanlegg med streetbasket og ulike område for løp, kast og hopp. Alle idrettslaga har klubblokale.

Vigra og Valderøy pistolklubb har bane og klubblokale i kjellaren på Giske kommunale idrettshall som ligg i kommunesentrum på Valderhaugen på Valderøya. I tillegg fins her ulike anlegg til bl.a. golf, hestesport, motorsport, segling og småbåthamner.

Der er tre svømmebasseng i kommunen, men berre det ved Vigra skule har vore ope i løpet av dei seinare åra.

6.10 Miljøretta helsevern i barnehage og skule

Barnehagane gjorde eit arbeid for godkjenning etter forskrift om miljøretta helsevern i skular og barnehagar i 2015-2017. Dei fleste barnehagane er godkjende frå fleire år tilbake i tid. Kommunen manglar oppdatert informasjon om i kva grad barnehagane driv helsefremjande arbeid med tanke på til dømes aktivitet og ernæring.

Det vart også gjort ein gjennomgang av skulane med tanke på godkjenning etter forskrift om miljøretta helsevern i barnehagar og skular i 2017. Fleire skular fekk den gongen avvik eller merknader som gjekk på mellom anna ernæring, tilrettelegging for aktivitet og kvile, inneklima og lydtilhøve.

6.11 Kultur og fritidstilbod

«Deltaking i og opplevingar knytt til kultur- og fritidstilboda har ein verdi i seg sjølv, men også ein tilleggsverdi i form av å skape sosiale nettverk, fellesskap og sosial kapital og å auke den fysiske aktiviteten» (Folkehelsa i Møre og Romsdal – ei oversikt).

Eit rikt og inkluderande kulturliv er på mange måtar kopla til god folkehelse. Både folkehelsearbeidet og kulturarbeidet ber med seg ord som identitet, tilhøyre og stoltheit, fellesskap og felles opplevingar, deltaking og inkludering, natur- og friområde og kulturlandskap, sosiale møteplassar og sosiale nettverk, mestring og glede. Meir om koplinga mellom folkehelse og kultur [her](#).

Kunst og kultur er	Kunst og kultur gir
• Verdi i seg sjølv • Ein føresetnad for trivsel i lokalsamfunnet • Meistringsaktivitet • Helsefremjande • Ivaretaking av tradisjonar og kulturminne • Grunnlagsinvestering og konkurransefaktor • Viktig føresetnad for reiselivssatsinga • Spesielt viktig ved lågkonjunktur • Ytring • Instrument for å nå andre mål • God samfunnsøkonomi	• Identitet og tilhøyre (samkjensle) • Stimulerer kreativ tenking • Personleg utvikling • Grunnlag for refleksjon og personleg vekst • Oppleving • Historisk forankring og forståing for det moderne samfunnet • Grunnlag for samfunnskritikk

Kjelde: Kulturplan for Giske kommune 2016-2026



Når det kjem til kultur ligg Giske som nummer 398 på Kommunebarometeret 2019. Giske brukte i 2018 2,0 prosent av totale netto driftsutgifter på kulturfeltet. Det er vesentleg mindre enn landsgjennomsnittet på 3,9 prosent og KOSTRA-gruppe 11 på 3,5 prosent (KOSTRA 2018)

6.11.1 Lag og organisasjonar

Frivillige lag og organisasjonar utgjør ryggraden i kulturlivet. Kommunen har kontakt med ei rekke lag, organisasjonar og foreiningar, men har ikkje heilskapleg oversikt over talet på aktive lag/foreining/organisasjonar, eller talet på medlemmar. I 2017 vart det gjort forsøk på ei oversikt i privat regi via nettstaden igiske.no, ein registrerte då ca 80 organisasjonar, idrettslag og kor. I Kulturplan 2016-2026 vert det vist til ei oppfatning om at talet er gått noko ned siste 10-15 år, og at auka krav til rapportering, profesjonalisering av frivillig sektor og utfordring knytt til rekruttering av leiarar kan vere blant forklaringane.

Nasjonalt har ein sett ei dreining i frivillig sektor frå medlemsbaserte aktivitetar med samfunnspolitiske målsetningar til desentraliserte organisasjonsformer med meir spesialiserte føremål, sterk aktivitetsorientering og svakare ideologisk basis. Befolkninga er ikkje i like stor grad medlem i frivillige organisasjonar, men utgjør likevel ein stor frivillig innsats gjennom å bidra med ulønna arbeid (Arnesen, Sivesind og Gulbrandsen, 2016)

Kommunen arrangerte i mars 2016 «Kulturlivets dag». Dette var arrangert som ei messe der lag, organisasjonar og foreiningar vart invitert til å presentere seg på stands, i tillegg til at lokale kor og korps fekk presentere seg med innslag på scena. Mange tilflyttarar skaper behov for å synleggjere tilboda i kommunen. Målsetningane med arrangementet var derfor både å synleggjere kulturlivet i kommunen, samt skape arena for rekruttering.

- Talet på inviterte lag/organisasjonar/foreiningar: om lag 60
- Talet på deltakande lag/organisasjonar/foreiningar: 33 standar og 8 sceneinnslag



Bilete frå Kulturlivets dag i Giske 2016.

Kulturlivets dag ble igjen arrangert i [september 2018](#) med god oppslutning og stor suksess! Etter sjølve dagen var det og ei open veke kor ein kunne prøve ut ein ny aktivitet om ein ville det.

Tabell: Giske Idrettsråd, Medlemstal for 2015

	Aktivitetstal			Medlemstal
	Kvinner	Menn	Sum	Sum
Giske idrettsråd	863	1203	2066	2289
Giske Atletklubb	6	10	16	Ikkje rapportert
Giske Dykkerklubb	0	8	8	18
Giske Golfklubb	31	105	136	136
Giske Hestesportklubb	88	24	112	27
Giske Idrettslag (fotball)	52	70	122	199
Giske Motorsportklubb	4	53	57	124
Giske Seilforening	3	26	29	29
Giske Taekwon-Do klubb	45	73	118	118
Godøy Idrettslag				316
• Fotball	41	110	151	
• Handball	75	12	87	
Sum	116	122	238	
IL Valder				913
• Fotball	195	290	485	
• Handball	184	70	254	
• Friidrett	55	43	98	
Sum	434	403	837	
Vigra IL				289
• Fotball	74	178	252	
• Bueskyting	4	33	37	
Sum	78	211	289	
Vigra og Valderøy Pistolklubb	6	83	89	89
Ålesund Flyklubb	0	15	15	31

Tala fortel oss at lag og klubbar tilknytt Giske Idrettsråd har over 2000 aktive medlemmar. Det tilsvarar 25 % av innbyggjarane i Giske.

Tabell: Aktivitetstal Giske Idrettsråd 2015, aldersfordelt

Alderstrinn	Aktivitetstal		
	Kvinner	Menn	Sum
0-5 år	6	6	12
6-12 år	393	341	734
13-19 år	181	192	373
20-25 år	91	107	198
26 år og oppover	192	557	749
Sum	863	1203	2066

Tabellen viser at det er stort fall i talet på aktive medlemmar blant ungdom.

6.11.2 Kulturskule

Giske kulturskule hadde i 2019 312 elevar med 42 på venteliste (Årsrapport Giske kommune 2019). Kulturskulen er samlokalisert med Valderøy barneskule. Kulturskulen gir eit variert tilbod innan dans, bass, gitar, kunst, piano, song, teater, trommer, «Lykkelighet» og samspel. Kulturskulen sel aspiranttenester til skulekorps og elles instruksjon / mentoring til prosjekt i barnehage og skule. Den gir m.a.o. tilbod innanfor den nye rammeplanen for kulturskulane. På grunn av undervising i fleire storgrupper, blir det gitt tilbod til ein større del av barn og unge enn ein kunne gitt berre ved enkeltundervising. Elevar i kulturskulen deltek på dei årlege UKM-arrangementa. Dei blir også ofte spurt om å stille i ulike andre kommunale samanhengar.

6.11.3 Bibliotek

Biblioteka som møteplass og integreringsarena har fått auke merksemd siste åra. Biblioteket er ikkje berre ein stad for utlån av bøker. I fleire kommunar ser ein at nye bibliotek vert utforma som informasjonsknutepunkt, sosial møteplass og med rom for kulturelle arrangement. Å besøke biblioteket er gratis, det er ope for alle, og er derfor viktig som møteplass på tvers av alder, kjønn og sosialt tilhøyre.

Eit bibliotek er i dagens samfunn eit lågterskel-tilbod for alle, på tvers av generasjonar og bakgrunn. Nye, eller moderniserte, bibliotek blir i dag ikkje berre brukt som eit utlån for bøker og tilgang til

internett. I dag blir dei brukt meir som ein møteplass, ein plass der ein kan sitje å jobbe i fred, der ein kan ta ein kaffikopp eller berre sysle med sine egne ting.

Biblioteket i Giske er litt bortgøymd i kjellaren på rådhuset, og framstår derfor som lite tilgjengeleg. Plasseringa gjer det utfordrande å få det til å fungere som ein møteplass. Ein har likevel dei siste åra hatt fokus på å skape møtestadar både på dag- og kveldstid. Det har vore arrangert fast bokkino i samarbeid med einskilde barnehagar, språkkafe for innvandrarakar, forfattarmøte, bokbad, klesbyttedag, føredrag, forestillingar for born, sjakk og kaffe, tekstilverkstad m.m.

Utlånet frå biblioteket har tradisjonelt vore lågt, men ein har dei siste åra sett i ei positiv utvikling. Frå 2015 til 2019 har Giske folkebibliotek i sommarmånadene hatt ei auke i utlån av barnebøker på 169 %. Årleg utlån - alle medier/alle brukargrupper - har stige med tett oppunder 45 % i same tidsrom. Frå 2016 til 2019 har ein også sett ei auke i besøk på 62 %, frå 9 464 til 15 318. (H.M. Gjessing, personleg kommunikasjon, 7.juni 2020).

6.11.4 Uorganisert tilbod og sosiale møteplassar

Flere undersøkelser finner mindre psykiske og fysiske helseproblemer i samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold. Støtte frå familie, naboer, venner og bekjente i lokalsamfunnet er positivt i seg selv, og vil i tillegg virke som en buffer ved negative livshendelser.

Sosiale møteplasser kan oppmuntre til at folk treffes og knytter kontakt. Dersom kommunen legger til rette for slike møteplasser, kan man styrke sosiale nettverk og dermed fremme helse og forebygge sykdom.

Trygge uteområder og uformelle møteplasser som frister til opphold og sosial kontakt, kan øke følelsen av tilhørighet til nærmiljøet. Eksempler på møteplasser er aktivitetssentre for unge og eldre, kultur- og samfunnshus, parker, turstier og lekeplasser.

Tilgjengeligheten er avgjørende for at møteplassene skal bli brukt. For eksempel kan boligområder og møteplasser bindes sammen med gang- og sykkelveier. I tillegg kan kommunale, publikumsrettede tilbud og møteplasser plasseres i nærheten av hverandre.

Trafikkregulering kan gjøre byrom og utemiljø triveligere å oppholde seg i. Mindre trafikk kan gjøre miljøet tryggere og samtidig redusere støy og luftforurensing.

Kjelde: [Folkehelseinstituttet](#)

Tilgang på uformelle møteplassar er eit tema som dukkar opp i fleire samanhengar, mellom anna i innbyggjarundersøkinga 2013. Det kjem også opp i Ungdata-undersøkingane, spesielt den siste frå 2017. Ungdommane i kommunen saknar uformelle møteplassar utanom fritidsaktivitetane, spesielt dei som ikkje driv med idrett.

«Eg som bur på Valderøya, synes sjølvstakt at det skal bli bygd ein møteplass der vi ungdommar kan møtes og prate, kjøpe snacks, og rett og slett berre kose oss» Mann 13-18 år.

(frå medverknadsarbeid i regi av NMBU hausten 2015)

Sidan hausten 2017 har Mental helse Giske arrangert Sosial ladestasjon vekentleg. Dette er ein uformell treffstad kor alle er velkomen til kaffi og sosial samvere.

7 Skader og ulykker

Ulykker som fører til personskade er ei stor utfordring for folkehelsa. Personskader som følgje av ulykker er nesten i same storleik som kreft, målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tek relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken for personar under 45 år. I tillegg står ulykker for eit stort tal av personskade som kan ha alvorlege konsekvensar for den enkelte og for samfunnet.

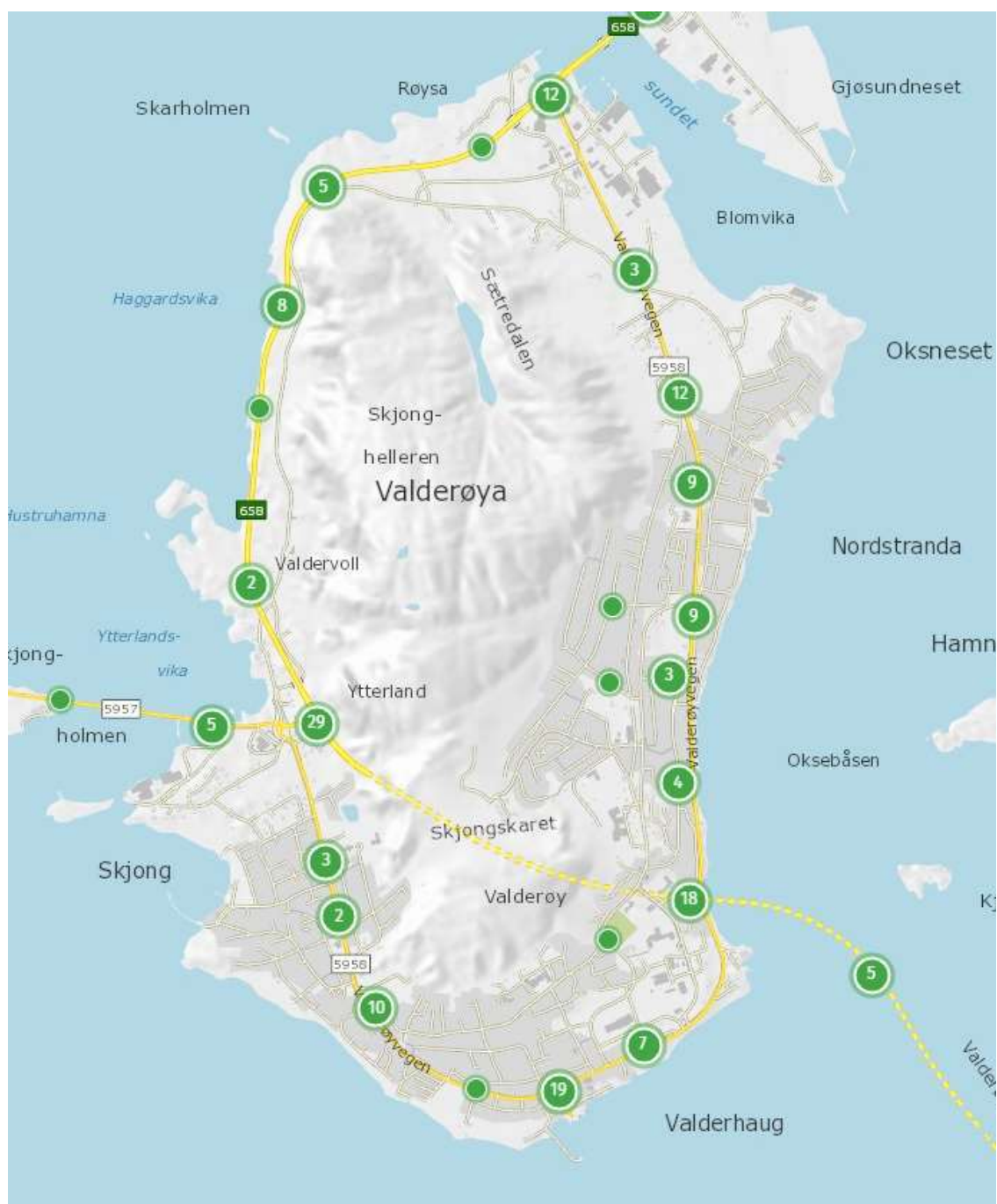
Skadar og ulykker er eit område med stort førebyggingspotensiale. Om lag 30 prosent av skader skjer i bustadområda. Veg, gate, fortau, gang- og sykkelveg og sports- og idrettsområde har også mange skader (Kjelde: Norsk Pasientskaderegister).

I Folkehelseprofilen 2020 kjem Giske kommune ut med lågare del personskade behandla i spesialisthelsetenesta (11,7 per 1000, standardisert), samanlikna med fylket (14,6 per 1000, standardisert) og landet (13,7 per 1000, standardisert).

Generelt er det vanskeleg å finne gode tal på årsakar til skader og ulykker i Giske kommune. Dette skuldast blant anna manglande rapportering på omstende rundt skader og ulykker, personvern med meir. Kva gjeld trafikkulykker har ein relativt god oversikt. Følgande bilete er henta frå Statens vegvesen sine nettsider 02.07.20, og viser kvar ulykkene i Giske kommune skjer.







8 Helserelatert åtferd

Helseåtferd er åtferd som har synt seg å ha innverknad på helse. Dette kan t.d. vere fysisk aktivitet, ernæring og bruk av tobakk og rusmiddel. Helserelatert åtferd kan også omfatte seksualåtferd og risikoåtferd som kan føre til skader og ulukker. I tillegg har vår åtferd ein sosial dimensjon som er viktig å ha med.

I kor stor grad ein er utsett for risikofaktorar, samt tilgangen på ulike typar ressursar knytt til sosioøkonomisk struktur, er grunnleggande for helse og trivsel. Kvar enkelt faktor (oppvekst, utdanning, arbeid, inntekt og helsevanar) og samspelet mellom faktorar gjennom livet spelar ei rolle.

Minner om at dette kapittelet er tett knytt til dei andre føregåande kapitla, og til neste kapittel.

8.1 Sosiale relasjonar og nettverk

Sosiale relasjonar har innverknad på livskvalitet og helse. Sosial støtte, medverknad, deltaking og tillit er samfunnstilhøve som derfor er viktige å ha med når målet er å fremje helse og livskvalitet. Sosial tilhøyre og positive relasjonar er både viktig for livsmestring og uttrykk for at ein person har god psykisk helse og høg livskvalitet ([Deltaking, støtte, tillit og tilhøyre. Helsedirektoratet, 2015](#)).

Det er fleire forklaringar knytt til denne samanhengen mellom sosiale relasjonar og helse/livskvalitet;

- sosial innflytelse/sosial samanlikning: menneska vert påverka ved å samanlikne seg med andre i si referansegruppe (kosthald, fysisk aktivitet etc.)
- sosial kontroll: sosial innflytelse som direkte kan påverke mental og fysisk helse (eks. kritisert av venner for å sove for lite)
- Føremål og meining, rettleiing for handling: normer knytt til ulike roller (sosiale posisjonar) som regulerer handling
- Sjølvkjensle: vellykka rolleutøving, å vere i roller ein identifiserer seg med og som ein gir stor verdi, er viktig for sjølvkjensla. «Eg likar den eg er».
- Kontroll og mestring: vellykka rolleutøving gir oppleving av kontroll og mestring. Eks. meistre foreldrerolla, eller rolla som nær ven.
- Tilhøyre og samvere: band til andre til kjensle av tilhøyre og samvere. Tilhøyre inneber at ein vert inkludert og akseptert av gruppene ein ønsker å tilhøyre. Samvere inneber at ein har noko å dele sosiale aktivitetar med. Mangel på dette kan føre til oppleving av einsemd.
- Opplevd sosial støtte: støtte, særleg emosjonell støtte, har positiv innverknad på helse. Emosjonell støtte inneber omsorg, kjærleik, å bli verdsett, få oppmuntring og sympati. Anna type støtte kan vere informasjon og råd, samt ulike former for praktisk hjelp.

Om sterke og svake band: Dei sterke banda er knytt til menneske vi bruker mykje tid på, som nære venar og familie, og relasjonar til menneske som er lik ein sjølv (samanbindande sosial kapital). Svake band er til menneske vi ikkje omgås like ofte, kjennskap som til dømes arbeidskollegaer eller organisasjonsmedlemmar, og relasjonar mellom menneske som er ulike (overskridande relasjonar). Det ser ut til at begge typar band er viktige for god helse og livskvalitet. Til dømes ser ein at deltaking i organisasjonsliv er viktig for etablering av svake band og at dette er kopla til høgare subjektiv livskvalitet.

8.1.1 Relasjonar og nettverk i Giske

Det er førebels relativt avgrensa mengde lokale data på dette området, med unntak av blant ungdomsskuleelevar. Kapittelet vert supplert etter kvart som meir data vert tilgjengeleg. Nasjonale data kan ein finne [her](#).

Møre og Romsdal ligg litt dårlegare an enn landet når det gjeld oppleving av sterk sosial støtte (54 %). (Folkehelsa i Møre og Romsdal, 2015).

Blant ungdom har ein data frå undersøkinga Ungdata og frå rapporten Ung på Sunnmøre 2. I Ungdata vert det stilt fleire spørsmål om sosiale relasjonar og nettverk.

Forhold til foreldre:

Tabell: Prosentvis del som svarer «høver særst godt» på ulike spørsmål knytt til forhold til foreldre blant ungdomsskuleelevar

	Giske	Hareid	Herøy	Sande	Ulstein	Van- øyen	Volda	Ørsta
Foreldra mine bruker å vite kvar eg er, og kven eg er saman med på fritida	43	54	65	47	57	47	55	53
Foreldra mine kjenner dei fleste av dei venene eg er saman med på fritida	52	54	70	68	56	67	61	63
Foreldra mine kjenner foreldra til venene mine	28	29	38	49	28	48	33	32
Eg forsøker å halde mesteparten av fritida mi skjult for foreldra mine [NB! Andel som svarar «særst dårleg»]	52	56	60	49	51	47	51	59

Kjelde: [Ung på Sunnmøre 2](#).

I rapporten «Ung på Sunnmøre 2» vert tabellen oppsummert slik: «På tre av dei fire variablane i tabellen kjem Giske-elevane ut på den enden av variablane som antyder eit mindre godt forhold til foreldra. Sagt på ein annan måte: Det ser ut som om at elevane i Giske har eit mindre tillitsfullt forhold til foreldra sine enn i dei andre kommunane». Neste tabell syner svarfordeling på spørsmål om forhold til foreldre blant elevane frå Giske. Dette gir eit meir balansert bilete.

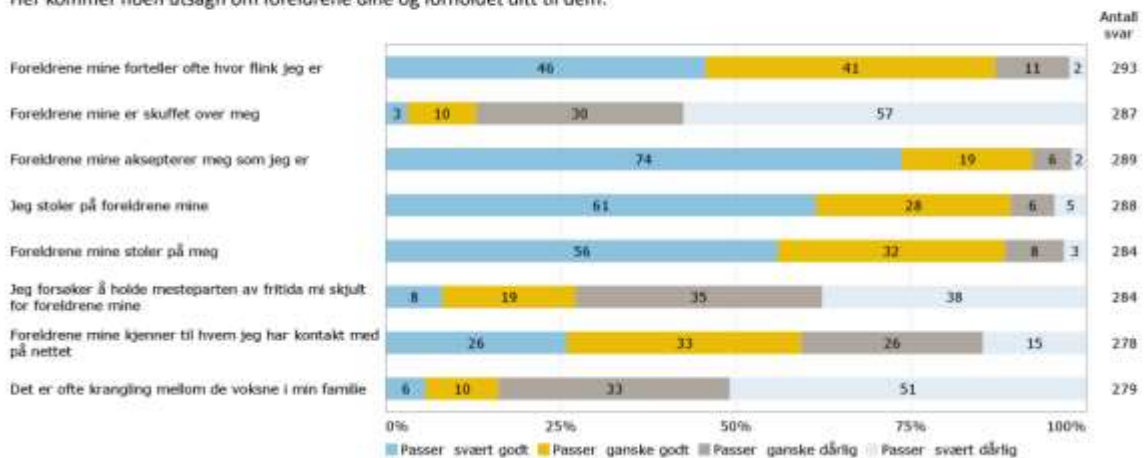
Tabell: Svarfordeling på spørsmål om forhold til foreldre blant elevar i ungdomsskulen (2017)

F2. Forhold til foreldrene

NOVA
Norsk Observasjonsundersøkelse
av Voksenrollen i Skole og Familie

ungdata

Her kommer noen utsagn om foreldrene dine og forholdet ditt til dem:



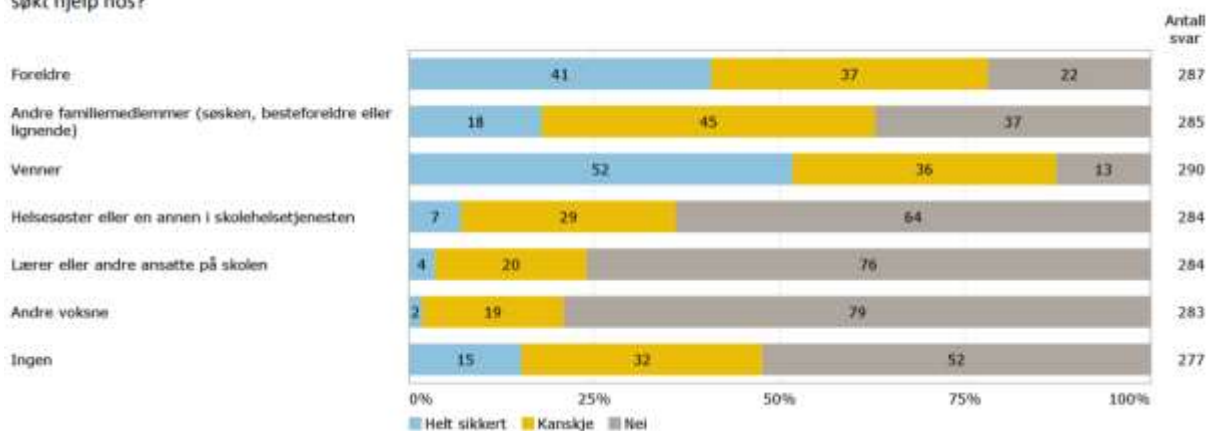
Kjelde: Ungdata i Giske 2017

Søke hjelp ved problem:

I Ungdata er det stilt spørsmål til elevane om kven dei ville søke hjelp frå ved eventuelle problem. Svara viser at elevane i størst grad vender seg til gode venar og til foreldre. Opp gjennom klassetrinna er det ein fallande tendens til at elevane går til nokon dersom dei har eit personleg problem eller føler seg utanfor eller trist (Ung på Sunnmøre 2).

Figur: Svarfordeling på spørsmål om kven ein vil gå til ved personlege problem eller om ein føler seg utanfor eller trist, blant elevar i ungdomsskulen (2017)

Tenk deg at du har et personlig problem. Du føler deg utanfor og trist og trenger noen å snakke med. Hvem ville du snakket med eller søkt hjelp hos?



Kjelde: Ungdata Giske, 2017

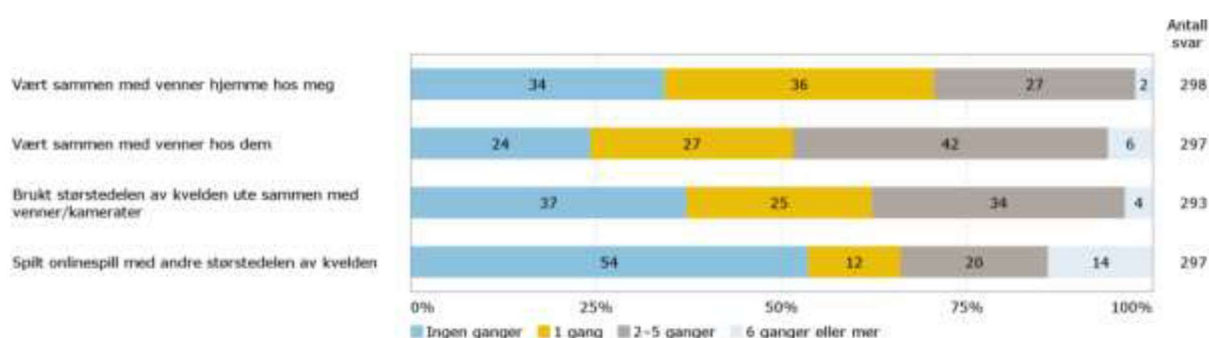
Forhold til venar:

Ungdata Giske 2017 viser at det som i størst grad aukar status i vennemiljø er «å vere til å stole på»

(88 % av elevane meiner dette aukar status). Tilsvarande funn ser ein også i andre kommunar. På spørsmål om «Har du minst en venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?» svarer 61 % av elevane «ja, helt sikkert». Dette er ein lågare prosentdel enn det ein ser i dei sju andre kommune i rapporten Ung på Sunnmøre 2. Vidare er det 29 % som svarer «Ja, det tror jeg», medan det er 9 % som svarer «Det tror jeg ikke», noko som er ein nedgang enn frå Ungdata-undersøkinga frå 2013, kor 15 % svarte det same (Ungdata Giske, 2017).

Likevel, til tross for at dei fleste av ungdommane i kommunen har ein ven dei kan stole på og vere ilag med, er det heile 29 prosent som svarar at dei har følt seg ganske mykje, eller veldig plaga av einsemd den siste uka (Ungdata-undersøkinga, 2017). I 2013 svarte 18 prosent frå ungdomsskulen at dei følte seg mykje plaga av einsemd, så tala visar ei negativ utvikling.

Figur: Svarfordeling på spørsmål om venneorientert fritid blant elevar i ungdomsskulen i Giske, 2017. «Her er nevnt en del aktiviteter som du kan bruke fritida di til. Tenk tilbake på siste uke, de siste 7 dager. Hvor mange ganger har du..?»



Kjelde: Ungdata Giske, 2017

Deltaking i lag og organisasjonar:

I Folkehelseprofilen 2016 kjem fram at delen av ungdommar (målt i 2013 blant ungdomsskule-elevar, Ungdata) som er aktive i fritidsorganisasjonar er signifikant lågare enn i landet.

8.2 Fysisk aktivitet

«Fysisk aktivitet defineres som: "enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruk utover hvilenivå".

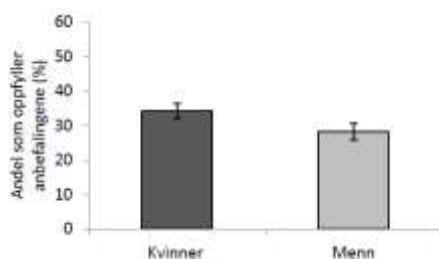
Det er et overordnet begrep som omfatter mange termer relatert til fysisk utfoldelse, som arbeid, sport, trening, fritid og lek.

Fysisk aktivitet er en viktig forebyggende faktor når det gjelder tidlig død, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, overvekt og fedme, type 2-diabetes og enkelte kreftformer. Regelmessig fysisk aktivitet bedrer også mental helse og er helt nødvendig for muskel-, skjelett- og leddhelse.»

Helsedirektoratet

8.2.1 Vaksne

Ein har ikkje gode tal på aktivitetsnivå i den vaksne befolkninga lokalt for Giske kommune. Det vert derfor tatt utgangspunkt i at dette er omtrent som for landet samla sett. Nasjonale tal viser at rundt tre av ti vaksne oppfyller anbefalingane om i gjennomsnitt 150 minutt moderat fysisk aktivitet eller 75 minuttar med hard fysisk aktivitet eller en kombinasjon av dette i veka.

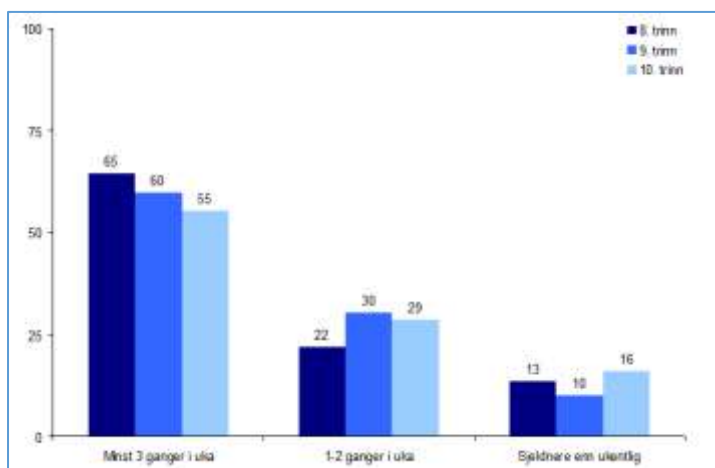


Analysane viser at fleire kvinner enn menn vert definert som aktive. Det er variasjon i aktivitetsnivået mellom ulike aldersgrupper og kjønn. Ein større del av dei med høgare utdanning har eit aktivitetsnivå som gjer at de oppfyller anbefalingane samanlikna med personer med lavast utdanningsnivå. Sannsyninga for å nå anbefalingane fell med aukande kroppsmasseindeks ([Helsedirektoratet](#)).

I Møre og Romsdal er 26 % av dei vaksne i alderen 16-79 år aktive (slik at ein blir sveitt og andpusten) i mindre enn ein time per veka (Folkehelseinstituttet, Norgeshelsa statistikkbank).

8.2.2 Barn og unge

Figur: Svarfordeling på spørsmålet «Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller sveitt?», Ungdata 2013

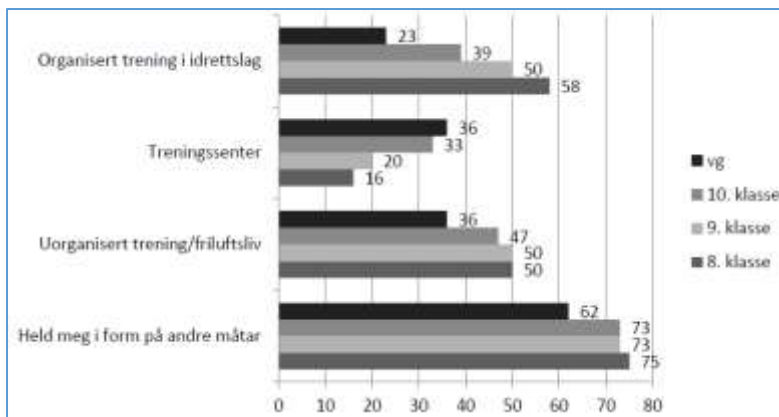


Kjelde: Ungdata, 2013

Ser ein på kjønnsfordelinga her finn ein at litt fleire gutar (62 %) enn jenter (56 %) svarer at dei er fysisk aktiv (til sveitt eller andpusten) minst tre gonger per veka.

Frå Ungdata-undersøkinga i 2017 vises det at den siste månaden hadde 64 prosent vore med i aktivitetar knytt til eit idrettslag, mot 56 prosent i 2013 (Ungdata-undersøkinga, 2017).

Figur: Grunn til ikkje å drive aktiv trening. Prosentvis fordeling for dei som svara «særs viktig»



Kjelde: [Ung på Sunnmøre 2](#). Svar frå ungdommar frå Giske, Ulstein, Hareid, Herøy, Vanylven, Sande, Ørsta og Volda.

Denne tabellen viser det som også er det typiske bilete for landet, at deltakinga i organisert idrett fell gjennom ungdomsskuleåra og ved overgang til vidaregåande skule. Samstundes ser ein at del som trenar i treningssenter aukar med alderstrinna.

På spørsmål om «grunn til at du ikkje trenar i eit idrettslag?» var dei tre hyppigast nytta grunnane «eg vil ikkje forplikte meg til faste treningar», «eg har aldri vore flink i sport» og «trenarane brydde seg berre om dei flinkaste» ([Ung på Sunnmøre 2](#)).

Analyse av nasjonale tal frå Ungdata viser at ungdom frå familiar med middels til høg sosioøkonomisk status er i fleirtal når det gjeld deltaking organisert aktivitet (idrett, kor, korps, musikkskule, orkester). Dette ser ut til å gjelde i særleg grad i prestasjonsorienterte aktivitetar. Det omvendte ser ein i bruk av fritidsklubbar og ungdomshus. Der er ungdom frå familiar med lågare sosioøkonomisk status i fleirtal ([NOVA. Rapport nr 3/16](#)).

*«Obligatorisk kroppsøving, fysisk aktivitet ved pausar i klasserommet og gåing og sykling til og frå skulen er dei tiltaka som er viktigast i høve auke av fysisk aktivitet for barn og unge»
Helsedirektoratet.*

8.2.3 Kvardagsaktivitet og stillesitjing

Stillesitjing er ei stor utfordring i vårt samfunn. Mange bruker ein stor del av dagen i ro, for eksempel med å sjå på tv, videospel, nettbrett, pc-bruk, anna «skjermtid», lesing eller motorisert transport. Særleg etter 1950 har den fysiske aktiviteten gått ned. Maskiner gjer mykje av det daglege arbeidet,

og vi bruker køyretøy til transport. I fritida nytter vi mykje tid i stillesitjande aktiviteter. Vaksne bruker i snitt 60 prosent av sin vakne tid i ro.

Det meste av den daglege fysiske aktiviteten i dag er lett aktivitet – slik som når vi sit og arbeidar, står, går omkring på arbeidsplassen og heime, lagar mat og går i butikken. Det er god dokumentasjon for at stillesitjing er ein risikofaktor for uhelse. Helsemyndigheitene har kome med anbefalingar til barn, unge, vaksne og eldre om å redusere tida i ro i løpet av dagen. Anbefalingane kan du lese [her](#). All bevegelse er positiv. Kvardagsaktivitet slik som hus- og hagearbeid, trappegang, aktiv transport og regelmessige pausar i løpet av skule- og arbeidsdagen, er viktig for å redusere stillesitjing.

Tabell: Informasjon om korleis ungdomsskuleelevane kjem seg til skulen, prosentvis fordeling

	Giske	Hareid	Herøy	Sande	Vanylven	Volda	Ørsta
Buss	32	53	53	69	58	20	35
Bil	12	21	28	16	6	12	7
Syklar	43	20	6	10	25	17	13
Går	13	18	11	4	10	51	45

Kjelde: [Ung på Sunnmøre 2](#).

I Giske er det 43 % som svarte at dei sykla, og 13 % som svarte at dei går til ungdomsskulen (2013). Det er grunn til å tru at svarfordelinga vert påverka av når på året undersøkinga vert gjennomført.

Helsedirektoratet anbefaler at barn og ungdom er moderat aktive minst éin time kvar dag. Blant 6-åringar i den nasjonale kartleggingsstudien Ungkan2 frå 2011-2012 var det om lag 87% og 96% hos høvesvis jenter og gutar som oppnådde denne anbefalinga (Kolle, Stokke, Hansen, & Sigmund Anderssen, 2012). Aktivitetsnivået går ned med alderen, og del som oppnådde anbefalingane blant 9-åringene var 70% jenter og 86% gutar, og blant 15-åringane var delane redusert til 43% jenter og 58% gutar. Dette tilsvara ein reduksjon på 21% frå 6 til 9 års alder, og ein vidare reduksjon på 40% frå 9 til 15 års alder (Kolle et al., 2012). I alle aldersgruppene hadde gutane eit signifikant høgare totalt fysisk aktivitetsnivå enn jentene. Denne forskjellen tilsvara 12% hos 6-åringene, 19% hos 9-åringene og 17% hos 15-åringene (Kolle et al., 2012). Fysisk aktivitet i denne studien ble registrert med aktivitetsmålarar (Kunnskapsgrunnlag for ny handlingsplan for fysisk aktivitet, 2018).

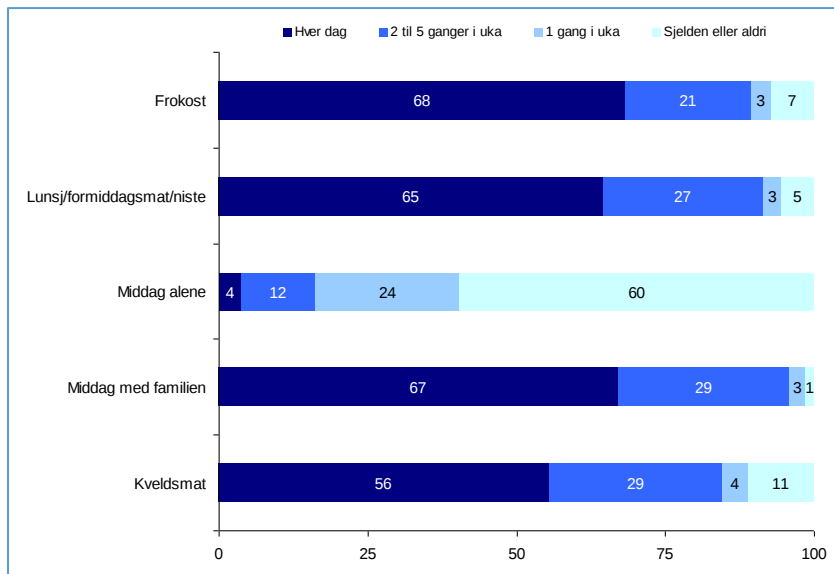
8.3 Skjermbruk

Alle elevar ved skulane i Giske kommune har nettbrett. Om lag 1100 nettbrett. UNGDATA spurte elevane spørsmål omkring korleis dei opplever dette.

Elevar ved ungdomsskulene i Giske kommune brukte meir tid med skjerm samanlikna med snittet i landet i 2017. Heile 31 prosent svarte at dei brukte 3-4 timar dagleg framfor skjerm, og samla vart 66 prosent i kategorien som svarte «3-4 timar», «4-6 timar» og «meir enn 6 timar» med skjerm utanom skuletid (Ungdata-undersøkinga 2017). Etter gruppearbeid på 8. og 9.trinn ble det grunna med til dømes at det er lite å gjere på øya, at det er få tilbod til dei ungdommane som ikkje liker idrett, at mange føler på stress og at det derfor er lett å sette seg ved telefonen for å «kople av» litt.

8.4 Kosthald

Figur: Måltidsvanar blant ungdomskule-elevar i Giske, 2013.



Kjelde: Ungdata, 2013

Ungdata-undersøkinga frå 2017 viser at 39 prosent av gutane og 55 prosent av jentene et frukt og bær minst fire gongar i veka, men og at 11 prosent av både gutane og jentene eter godteri minst fire gongar i veka (Ungdata-undersøkinga, 2017).

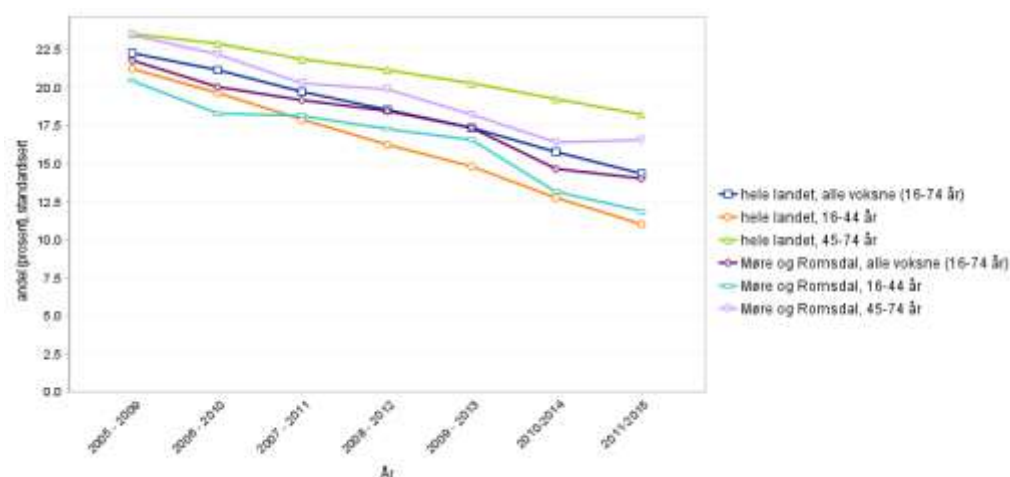
Generelt i den norske befolkninga er det framleis eit for høgt sukker- og brusforbruk, inntaket av grove kornprodukt, grønnsaker, frukt og fisk er ofte for lågt, og inntaket av metta feitt, salt og sukker er for høgt. Ein kan sjå at grupper med høg utdanning har sunnare kosthald enn grupper med låg utdanning (Folkehelseinstituttet, 2018b).

8.5 Rusmiddelbruk

I rapporten «Ung på Sunnmøre», som presenterte resultat frå Ungdata-undersøkinga i seks kommunar på Sunnmøre i 2013, var Giske kommune den kommunen der flest ungdommar svarte at dei aldri drakk alkohol, og der færrest svarte at dei trudde dei kunne skaffe seg cannabis i løpet av to til tre dagar (Vik & Roppen, 2014). Også i folkehelseprofilen for 2016 kjem det fram at det er signifikant fleire ungdommar i Giske kommune som rapporterer at dei aldri har vore rusa, samanlikna med landsgjennomsnittet.

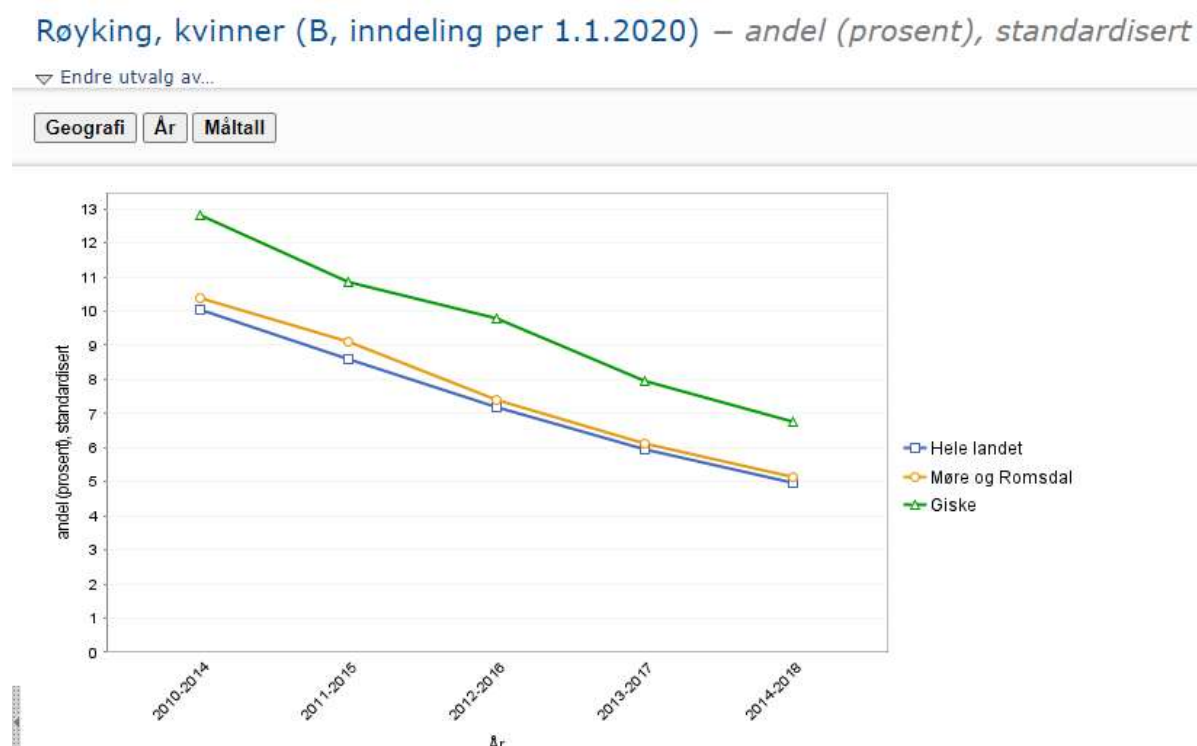
Blant både ungdommar og vaksne ser ein at del daglegrøykarar går ned. Samstundes ser ein ei auke i del som snusar dagleg. Økt snusing veg likevel ikkje opp tilbakegangen i røyking, og bruken av tobakk har samla gått tilbake. Ein har ikkje lokale tal for vaksne.

Figur: Røykevanar vaksne



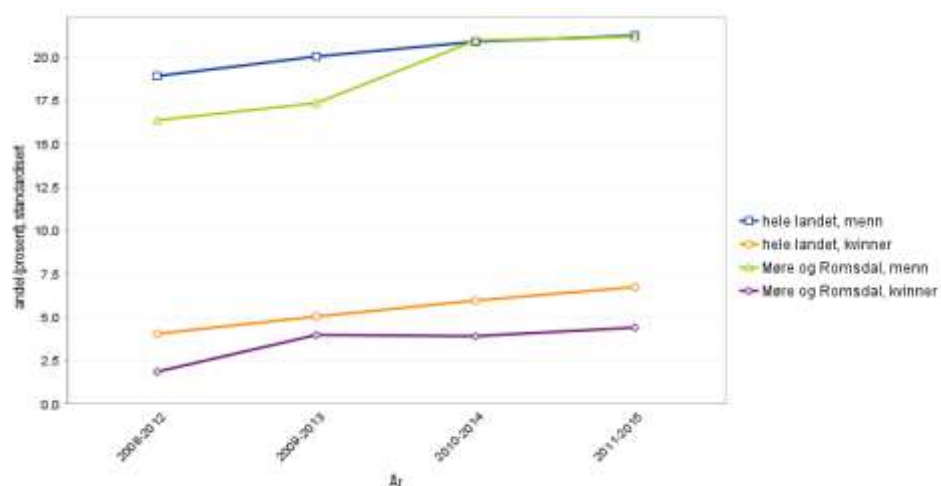
Del vaksne som sjølv rapporterer at dei røyker dagleg. 5års glidande gjennomsnitt. Kjelde: Folkehelseinstituttet, Norgeshelsa statistikkbank

Figur: Andel fødande som oppga at dei røykte ved første svangerskapskontroll i prosent av alle fødande med røykeopplysningar.



Kjelde: Folkehelseinstituttet, Norgeshelsa statistikkbank

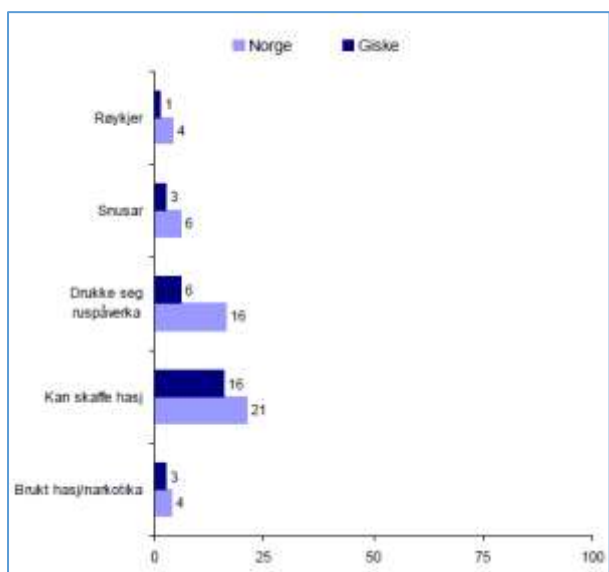
Figur: Snusvanar vaksne, 16-44 år:



Del vaksne som sjølv rapporterer att dei snusar dagleg. 5års glidande gjennomsnitt. Kjelde: Folkehelseinstituttet, Norgeshelsa statistikkbank

Ungdata-undersøkinga i Giske i 2013 viser at få ungdomsskule-elevar røyker. Det er litt fleire som snuser, men tala ligg lågare enn for landet. Dei same trendane visar seg frå Ungdata-undersøkinga i 2017.

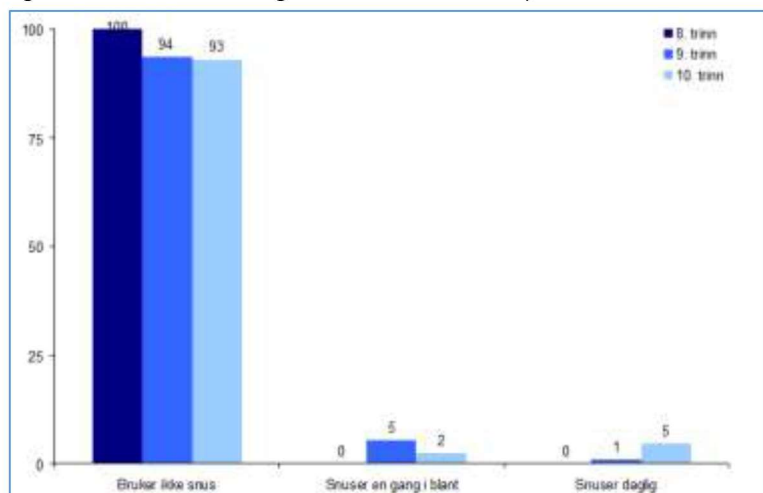
Figur: Nøkkeltal vedr tobakk og rus frå Ungdata i Giske, 2013.



Kjelde: Ungdata, 2013

«Mye tyder på at det er endringene i den sosiale fordelingen av røykevaner som kan forklare flere tiårs oppgang i utdanningsulikhet i dødlighet» (Sosial ulikehet i helse: En norsk kunnskapsoversikt, Høgskulen i Oslo og Akershus, 2014)

Figur: Bruk av snus blant ungdomsskule-elevar i Giske, 2013



Kjelde: Ungdata, 2013

Synet på røyking har endra seg, også blant dei unge. Det å begynne å røyke var tidligare ein markør for vaksenheit og var forbunde med ein viss status. I dag gir røyking derimot liten status og respekt i dei fleste ungdomsmiljø (www.ungdata.no) .

Røyking er rekna som ein av dei viktigaste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av dei som røyker dagleg dør av sjukdom som skuldast tobakk (Folkehelseinstituttet). Tal for landet syner at klar samanheng mellom røykevanar og utdanningsnivå (8% av dei med universitets- eller høgskuleutdanning røyker, medan 34 % av dei med grunnskuleutdanning som høgste utdanning røyker).

8.6 Søvn

Tal frå Ungdata-undersøkinga blant ungdomsskuleelevar i Giske i 2017 viste at heile 29% er ganske mykje plaga eller veldig mykje plaga av søvnproblem siste veka (Ungdata-undersøkinga, 2017).

I etterkant av undersøkinga var det laga til gruppearbeid blant elevane ved 8. og 9.trinn i samband med tidlegare folkehelsekoordinator Torill Valderhaug. Etter drøfting rundt søvnproblema kom det fram at mykje av problematikken kunne leggjast til telefonbruk/nettbrett og skularbeid som skapa stress.

8.7 Vaksinasjonsdekning

Giske kommune ligg godt an når det gjeld vaksinasjonsdekning. Vaksinasjonsdekninga blant 2- og 9-åringar av alle vaksiner som er vist til i Kommuneheilsa statistikkbank viser betre dekning i Giske enn i landet. Vaksinasjonsdekninga blant 9-åringar varierer mellom 98,4 % og 98,7 % for dei ulike

vaksinane (tilsvarande tal for landet er mellom 94,4 % og 96,4 %) (Kommunehelsa statistikkbank 2015-2019).

For mange potensielt farlige sjukdommar er vaksinasjon det mest effektive førebyggjande tiltaket ein kjenner. Tall på vaksinasjonsdekning kan vere til hjelp i vurdering av smittevernet i befolkninga samt vaksinasjonsprogrammet sin effektivitet. Ved eit effektivt vaksinasjonsprogram med høg vaksinasjonsdekning vil det sirkulere lite smitte i befolkninga, og det vil føre til at dei uvaksinerte indirekte blir beskytta. Dette kallast flokkimmunitet (folkehelseinstituttet).

Det nasjonale vaksinasjonsregisteret SYSVAK meldte i april 2016 at stadig fleire barn blir vaksinert og at dei fleste barn og unge no fylgjer det anbefalte barnevaksinasjonsprogrammet.

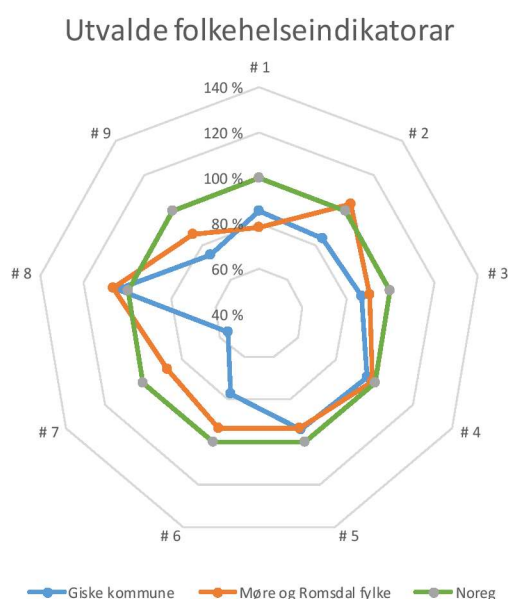
«Helsesøstrene gjør en formidabel innsats ute i kommunene, og dette gjenspeiles i den stabile og gode utviklingen vi kan se på den nasjonale vaksinasjonsdekningen. Vi vet at de har en travel hverdag med mange utfordringer og prioriteringer mellom viktige oppgaver. Vi ønsker å takke for det gode samarbeidet. Den nasjonale statistikken er resultat av godt samarbeid på alle nivåer, avslutter Kongsrud (fagleder SYSVAK)»

9 Helsetilstand

Med helsetilstand meiner ein befolkninga si helse målt ved ulike mål, for eksempel risikofaktorar, førebyggjare sjukdommar som t.d. tannhelse, belastningssjukdom, kroniske smerter, hjartekarsjukdom, diabetes type 2, kreft, trivsel og mestringsressursar eller meir indirekte mål som sjukefråvær o.l.

Utvalde folkehelseindikatorar i kommunestatistikken viser i tabellen under at Giske på fleire område ligg betre an enn landet og fylket. Figuren seier lite om utvikling over tid, og tek ikkje høgde for om situasjonen i fylket og landet er god eller ikkje. Likevel gir den eit pekepinn på at mykje er bra i Giske kommune.

Indikator	Forklaring
# 1	Brukarar av spesialisthelsetenesta med KOLS per 1000 innbyggere, standardisert, 2011-2013
# 2	Brukarar av spesialisthelsetenesta med Personskade per 1000 innbyggere, standardisert, 2011-2013
# 3	Utbreiing av type-2 diabetes målt ved bruk av legemiddel i aldersgruppa 45-74år, 2011-2013
# 4	Nye tilfelle av kreft per 100.000 innbyggere, 2003-2012
# 5	Brukarar av spesialisthelsetenesta med hjerte- og karsykdommer per 1000 innbyggere, standardisert, 2011-2013
# 6	Utbreiing av psykiske lidelsar målt ved bruk av legemiddel i aldersgruppa 0-74år, 2011-2013
# 7	Del uføretrygda under 45 år, 2011-2013
# 8	Del av befolkninga med grunnskule som høgste utdanning, 2013
# 9	Del innbyggjarar i låginntekthushaldningar (60 prosent eller lågare enn medianen i EU), 2012



Kjelde: Kommunestatistikk Giske kommune 2015, laga av Møre og Romsdal Fylkeskommune (datagrunnlag: SSB)

«Folkehelsearbeid handler om hvordan vi deler velferden i samfunnet vårt. Om oppvekst og utdanning, økonomiske levekår, bolig, miljø, sosiale nettverk, tilhørighet og ressurser som gir den enkelte og fellesskapet evner til å mestre hverdagen»

Tidligere helseminister Jonas Gahr Støre

9.1 Psykiske plager og lidningar

Verdas helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som «ein tilstand av velvære der personen kan realisere sine mogelegheiter, handtere normale stressituasjonar i livet, arbeide på ein fruktbar og produktiv måte og kunne bidra overfor andre og i samfunnet» (WHO, 2014). Psykiske *plager* er mentale vanskar som kan gi høg symptombelasting, men ikkje så høg at tilstanden oppfyller kriteria for ein diagnose. Psykiske *lidningar* omfattar tilstandar som oppfyller kriteria for ein diagnose, som til dømes sosial angst, depressiv episode eller schizofreni. Psykiske plager og lidningar kan føre med seg betydeleg svekka funksjonsevne og livskvalitet. I 2010 var psykiske lidningar og ruslidningar den største årsaka til tap av friske leveår internasjonalt. Meir enn halvparten av dei som fekk uførepensjon før 40-års alder i Noreg i 2011 fekk det på grunn av ei psykisk lidning (Folkehelseinstituttet, 2014).



Foto: Bjarne Nygård

9.1.1 Beskyttande faktorar og risikofaktorar

Psykiske plager og lidningar er som oftast eit resultat av eit komplekst samspel mellom individrelaterte og miljømessige faktorar. Nokre faktorar beskyttar mot utvikling av dårleg psykisk helse (til dømes barnehagar med høg kvalitet), medan andre faktorar aukar risikoen (til dømes arbeidsløyse). Dei andre kapitla i denne helseoversikta gir dermed viktig informasjon om føresetnadene for den psykiske helsa i Giske kommune. Det gjeld særleg kapittel 5 om oppvekst- og levekår, kapittel 6.13 om sosiale møteplassar og kapittel 8 om helserelatert åtferd. Tabellen nedanfor viser eksempel på faktorar som beskyttar eller gir auka risiko for psykiske plagar og lidningar på ulike sosiale nivå:

BESKYTTESFAKTORER OG RISIKOFAKTORER			
	Nivå	Beskyttelsesfaktorer	Risikofaktorer
Miljørelaterte Faktorer	Samfunn	Sosial kapital (samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold)	Sosial ulikhet Ikke fullført skolegang Arbeidsledighet Marginalisering og dårlig integrering av innvandrere og flyktninger
	Lokalsamfunn Nærmiljø Bomiljø Arbeidsmiljø Barnehage Skole	Sosial integrasjon Mulighet til utfoldelse, bruk av egne evner og kontroll over egen livssituasjon	Ressursfattige lokalsamfunn med lite sosial samhandling Bomiljøer med ustabil befolkning og liten grad av sosial integrasjon Mobbing og andre forhold som øker sosial isolasjon og marginalisering Dårlig læringsmiljø i barnehage og skole Belastende arbeidsmiljø
	Gruppe, sosialt nettverk/ familie, venner, naboer og andre relasjoner	Sosial støtte Aktivering	Sosial isolasjon, lite støttende sosialt nettverk Kroniske belastninger og negative livshendelser, konflikter Overgrep, mishandling
	Individrelaterte faktorer	Individuelle mestringsressurser Positive temperamentsstrekk	Lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over egen livssituasjon og manglende evne til mestring Sårbar personlighet Helsefarlig livsstil Somatisk sykdom og medfødte funksjonshemminger

Figur frå rapporten «Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger» (Folkehelseinstituttet, 2011).

For å førebygge psykiske lidningar i befolkninga bør ein sette inn tiltak som styrker dei beskyttande faktorane og motverkar risikofaktorane. Dei viktigaste arenaene for det førebyggjande arbeidet vil dermed ligge utanfor helsetenestene, til dømes i arbeidslivet, skulen og barnehagen (Folkehelseinstituttet, 2011).

Utdrag frå artikkelen «Sats bredt på psykisk helse i barnehagen og skolen»:

«Psykisk sykdom koster Norge 185 milliarder kroner per år. Det er en tredel mer enn alle kreftsykdommene til sammen, en tredel mer enn alle hjerte-karlidelsene til sammen, like mye som vi investerte i olje og gass i fjor og like mye som det står inne på Folketrygdfondet. (...) Vi kan ikke behandle oss ut av dette uføret. (...) Med optimal utbredelse av kunnskapsbasert behandling ville vi bare kunne redusert sykdomsbyrden frå psykiske lidelser med mindre enn en tredjedel (Andrews mfl., 2004). Samfunnsutfordringen frå psykiske lidelser kan bare løses ved forebygging, dvs. tiltak vi setter inn før folk blir syke og som reduserer antall nye tilfeller av sykdom (insidens). Mest effektivt for samfunnet er de brede befolkningsrettete tiltakene (Mackenbach mfl., 2012; Rose, 1993). (...) De viktigste arenaene er derfor livmoren, familien, barnehagen og skolen» (Arne Holte, 2016).

9.1.2 Barn og unge

Sett i eit globalt perspektiv har norske barn betre psykisk helse enn i andre europeiske land. Likevel er psykiske vanskar blant barn og unge i Noreg eit stort helseproblem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). På landsbasis har omtrent åtte prosent av barn og unge ei diagnostiserbar psykisk lidning, og mellom 15 og 20 prosent har nedsett funksjon på grunn av psykiske plager (Folkehelseinstituttet, 2014b).

Spørsmålet om det er ei auke i psykiske vanskar blant barn og unge blir drøfta i ulike samanhengar. Ulike feilkjelder kan spille inn, som låg deltaking i helseundersøkingar, økt vilje til å rapportere om psykiske plager eller endra haldning blant leger til å skrive ut psykofarmaka til unge. Folkehelseinstituttet (2014b) konkluderer med at det er «ikke urimelig å anta at deler av den rapporterte økningen i psykiske plager er reell, og at den økte bruken av antidepressiver blant ungdom gjenspeiler en reell økning i depresjon».

Også lokalt vert det drøfta om det er ei auke i talet på barn og unge som strever. Det er usikkert om det er ei reell auke, og ein har ikkje eit godt grunnlag for å vurdere om det er meir eller mindre utfordringar i Giske kommune samanlikna med andre kommunar. I Folkehelseprofilen for 2016 kjem det fram at signifikant færre personar i aldersgruppa 15-29 år i Giske kommune har vore i kontakt med fastlege eller legevakt på grunn av psykiske symptom og lidningar samanlikna med landsgjennomsnittet. Talet er også lågare enn snittet i Møre og Romsdal. Samtidig er det fleire ungdommar i Giske kommune som rapporterer gjennom Ungdata at dei føler seg einsame enn i resten av landet og fylket, men forskjellen er ikkje statistisk signifikant. I «Ung på Sunnmøre»-rapporten (Vik & Roppen, 2014) kom det fram at færre elevar i Giske kommune svarte at dei hadde minst éin fortruleg venn, samanlikna med dei andre kommunane (sjå kap. 8.1 om sosiale relasjonar og nettverk). Elevane i Giske kommune var også dei som rapporterte å ha eit minst tillitsfullt forhold til foreldra sine (sjå kap. 8.1), og som var minst nøgde med karakterane sine (sjå kap. 5.6 om skule).

Giske kommune har fått prosjektmidlar til å opprette eit psykisk helseteam for barn og ungdom. Formålet med prosjektet er å styrke tilbodet til barn og ungdom med psykiske vanskar og deira familiar. Prosjektet blei starta opp våren 2016. Det er for tida tilsett familieterapeut og psykolog i teamet. Klientarbeid i det psykiske helseteamet for barn og ungdom vil vere ein hovudprioritet for psykologstillinga, i tillegg til førebyggjande arbeid, rettleiing til andre faggrupper og plan- og systemarbeid. I forbindelse med at teamet starta opp gjennomførte teammedarbeidarane ei intervjubasert kartlegging av ulike instansar sine synspunkt på kva som fungerer bra og kva som manglar i arbeidet med å styrke den psykiske helsa til barn og ungdom i kommunen¹. Følgjande hovudtendensar kom fram gjennom kartlegginga:

- Både barn/ungdom og vaksne i ulike instansar uttrykker ønske om meir fokus på psykisk helse og førebyggjande psykososialt arbeid i skulen
- På tvers av instansar blir det uttrykt ønske om kompetanseheving innan psykisk helse blant tilsette som arbeider med barn og ungdom

¹ Teammedarbeidarane innhenta informasjon frå følgjande instansar: Barnehageleiarar, rektorar, BUP-team med ansvar for Giske kommune, elevrådet ved Godøy barne- og ungdomsskule, flyktningskonsulent, folkehelsekoordinator, helsestasjon, PPT, spesialpedagogisk team, fastlegar, lensmann, miljøterapeut ved Valderøy ungdomsskule, NAV, konsulent for funksjonshemma, ungdomsrådet og fysio- og ergoterapitenesta.

- Barn og unge saknar betre tilgjengeleg informasjon om kor ein kan få hjelp om ein har det vanskeleg
- Fleire instansar uttrykker at det er behov for fleire hjelpetilbod/behandlingstilbod i kommunen
- Fleire instansar uttrykker at det er behov for betre rutinar for tverrfagleg samarbeid rundt familiar som strever

9.1.3 Vaksne

I folkehelseprofilen for 2020 kjem det fram at det er signifikant færre med psykiske lidningar i Giske kommune samanlikna med landsgjennomsnittet. Talet er også lågare enn snittet i Møre og Romsdal. Dette kan tyde på at førekomsten av psykiske lidningar er lågare i Giske kommune enn i resten av landet. Forskjellar mellom kommunane også vere påverka av andre faktorar, som ulik diagnostiseringspraksis blant legane og at fleire med desse plagene har fastlege i anna kommune. Ein ser samstundes ei kraftig auke i talet som vert tilvist til psykisk helse- og rustenesta i kommunen. Ein veit ikkje sikkert grunnen til dette. Nokre hypotesar kan vere mindre stigma rundt det å ta imot hjelp i eiga kommune, auka fokus og større aksept for psykiske vanskar i samfunnet, at kommunen gjennom nasjonale retningslinjer er pålagde å behandle og følgje opp fleire enn tidlegare, at dei med psykiske og/eller rusplager i mindre grad blir følgt opp av andre kommunale instansar, nedbygging av talet på senger i spesialisthelsetenesta, strengare kriterie for å få hjelp i spesialisthelsetenesta, raskare utskriving frå poliklinikkar i spesialisthelsetenesta, at fastlegane i større grad informerer om tilbodet i kommunen, m.m. I tillegg til auke i tilvisingar, ser ein også ei auke i talet med tilbod som har suicidalproblematikk.

9.1.4 Søvnavanskar

Rundt ein tredel av befolkninga i landet klager over dårleg søvn i periodar, medan rundt 10 % har alvorlege og langvarige søvnproblem ([Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer](#)). I Ungdata-undersøkinga 2017 kjem fram at 29 % av elevane i ungdomsskulen i Giske har søvnproblem, noko som er ei auke på 7 prosentpoeng frå Ungdata-undersøkinga i 2013 (10 % «veldig mye plaget» og 19 % «ganske mye plaget», 35 % «litt plaget» og 36 % «ikkje plaget i det hele tatt»)(Ungdata Giske, 2017). Vi har ikkje lokale tal på førekomst blant vaksne.

Insomni er den vanligaste søvnlidninga og er definert som dårleg/lite søvn. Det er dokumentert at insomni har ei rekke negative konsekvensar, både individuelt og samfunnsmessig. Søvnlausheit er assosiert med økt risiko for å utvikle psykiske lidningar (8), redusert livskvalitet (9), redusert kognitiv funksjon (10), hukommelsesproblem (11) og mestringsproblem (12). Nyare norsk forskning dokumenterer at insomni er en sterk uavhengig risikofaktor for økt sjukefråvær (13) og uføretrygding (14), til tross for at insomni som diagnose ikkje er tilstrekkelig for å bli trygda. I ein samanliknande undersøking vart insomni ein sterkare prediktor for uføretrygd enn depresjon (15) ([Bjørvatn, B. et.al, 2009](#)).

9.2 Muskel- og skjelettlidningar

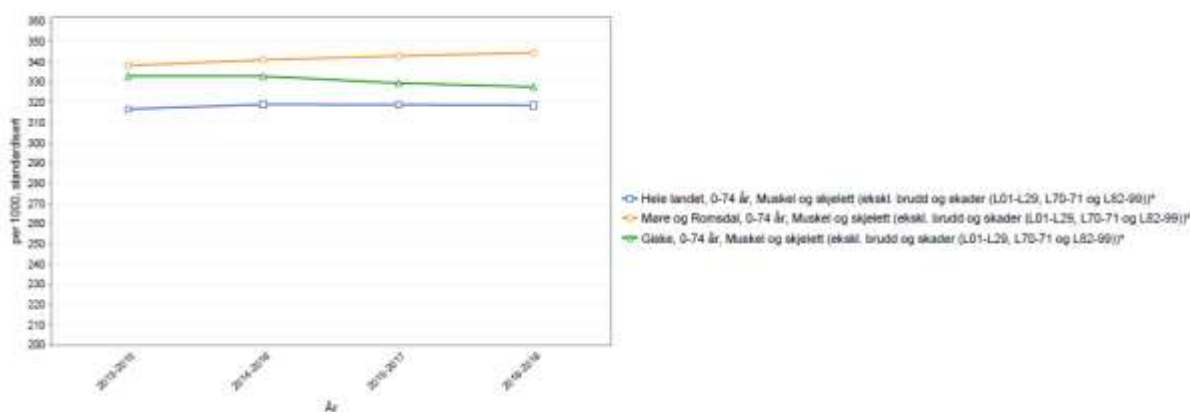
Muskel- og skjelettskader, sjukdom og plage omfattar ei lang rekke ulike tilstandar som har det til felles at dei er forbunde med smerte og eventuelt nedsett funksjon knytt til muskel- og

skjelettsystemet. Samla sett er muskel- og skjelettplager dei vanlegaste årsakene til sjukefråvær og utføre.

Risikofaktorar, og dermed også mulighetene for førebygging, er avhengig av diagnose. Sett under eitt har mange type muskel- og skjelettsjukdommar og –plage samanheng med aukande alder, stillesittjande livsstil og til dels også overvekt. Både overvekt, mindre fysisk aktivitet og endringar i kosthald i barndommen kan ha innverknad på risiko for muskel- og skjelettsjukdom i vaksen alder. Det er nær samanheng mellom psykiske problem/psykososial belastning/utilstrekkeleg mestringsevne og mange former for muskel- og skjelettplage. Det er anslått at omkring 30 % av muskel- og skjelettplagene er knytt til tilhøve ved arbeidet. Muskel- og skjelettsjukdom er vanlegare blant personar med lav sosioøkonomisk status. Tal frå levekårsundersøkingar i Norge tyder på at denne samanhengen har auka dei siste 30 åra ([Folkehelseinstituttet](#) og Meland (2010)).

Neste figur syner at talet på personar i alderen 0-74 år i kontakt med primærhelsetenesta med muskel- og skjelett sjukdom/liding ligg høgare i Giske samanlikna med landet, men lågare samanlikna med fylket. Giske kommune har hatt ei positiv utvikling.

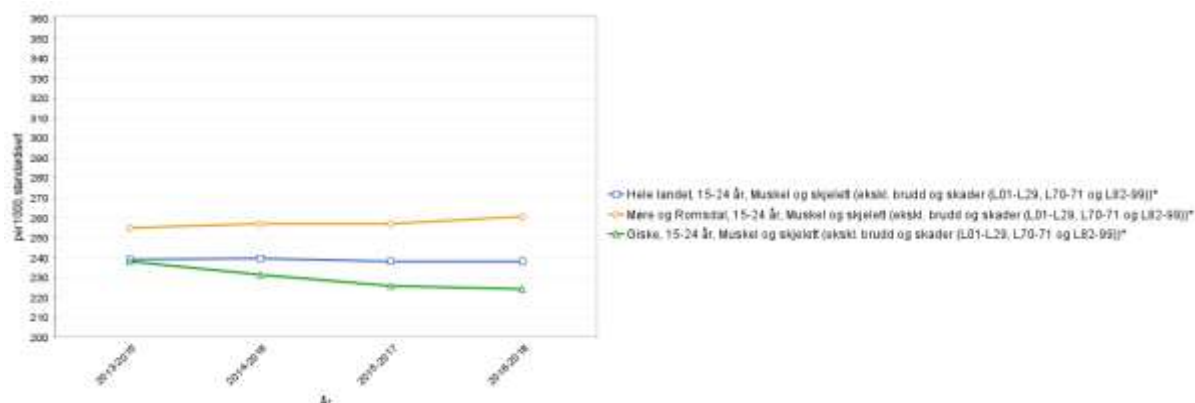
Figur: Tal på personar i alderen 0-74 år i kontakt med primærhelsetenesta, per 1000 innbyggjarar, muskel- og skjelett. NB: brudd i x-akse.



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). Kjelde: Kommunehelse statistikkbank.

Neste figur syner at det har vore ei positiv utvikling i førekomsten i aldersgruppa 15-29 år. Førekomsten ligg no under nivå for fylket og landet, i perioden 2012-2014 var førekomsten i Giske kommune høgare enn i resten av landet.

Figur: Tal på personar i alderen 15-29 år i kontakt med primærhelsetenesta, per 1000 innbyggjarar, muskel- og skjelett. NB: brudd i x-akse.



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). Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

Spesialisthelsetenesta

Ser ein på tal pasientar innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sjukehus på grunn av sjukdom i muskel- og skjelettsystemet og bindevev (målt per 1000 innbyggjarar per år), viser statistikken høgare tal i Giske og fylket enn i landet (Kommunehelsa statistikkbank).

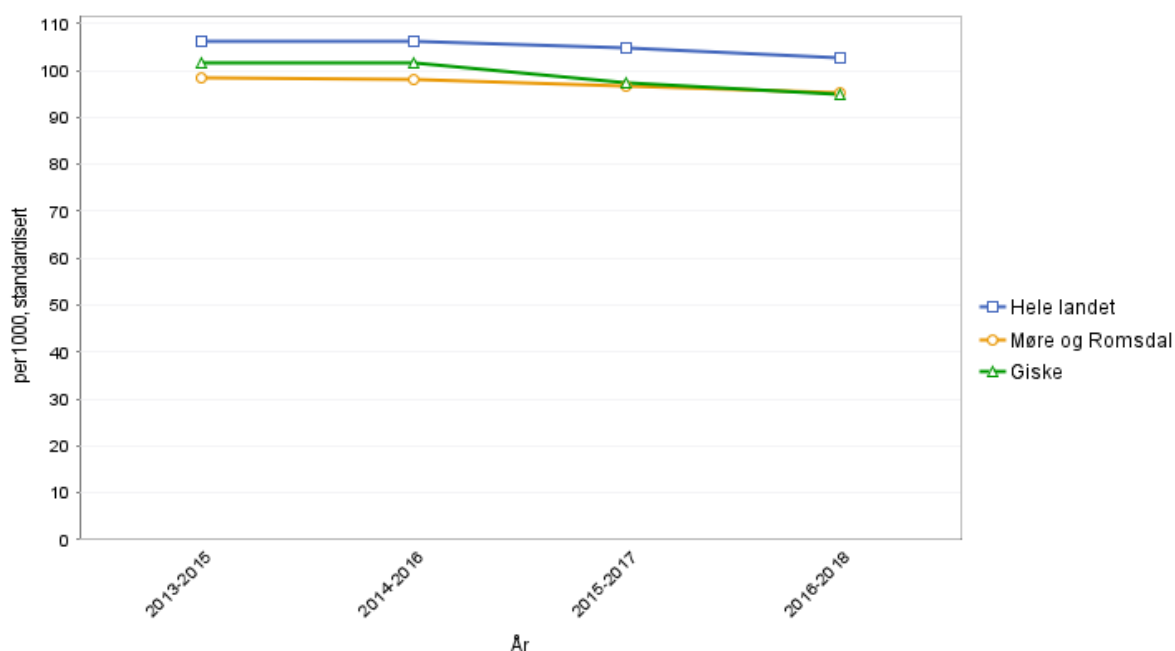
Statistikken fortel oss at det er omtrent like mange hoftebrot i Giske samanlikna med fylket og landet (Kommunehelsa statistikkbank). Eit poeng i denne samanheng er at førekomsten av hoftebrot er spesielt høg i Norge. Ressursbruk eitt år etter eit hoftebrot for eldre over 70 år er rekna til 562 000 kroner (vel halvparten er kommunale utgifter). Hoftebrot kan førebyggjast gjennom fleire tiltak.

9.3 Hjarte- og karsjukdom

Hjarte- og karsjukdommane omfattar hjerteinfarkt, hjertekrampe (angina pectoris), hjertesvikt, hjerneslag og andre sjukdommar i hjarte og blodårer. Sjukdommane skuldast arvelege faktorar i samspel med miljøfaktorar som røyking, høgt blodtrykk, høgt kolesterolnivå og diabetes.

Talet på pasientar som oppsøker fastlege eller legevakt med hjarte- og karsjukdomsdiagnose har synke i Giske i perioden 2016-2018. Nivået omtrent på same nivå som fylket og under gjennomsnittet for landet.

Figur: Tal på personar i alderen 0-74 år i kontakt med primærhelsetenesta, per 1000 innbyggjarar, hjerte- og karsjukdom.

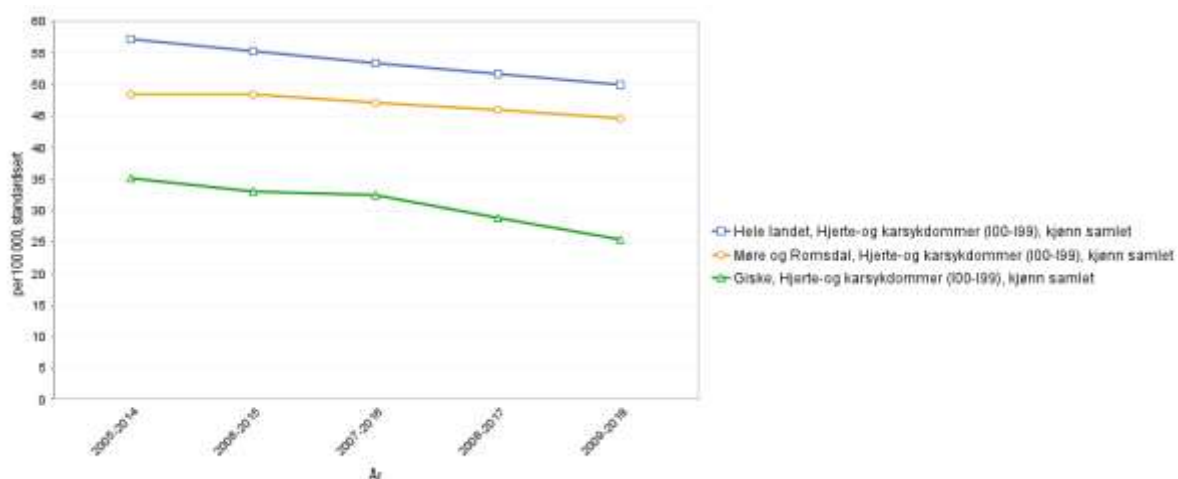


Antall unike personer, 0-74 år, i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs.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

Den siste oppdaterte dødsårsakstatistikken frå Noreg, viser at det i 2017 var det første året kor kreftsjukdom var den hyppigaste dødsårsaken. Deretter kjem hjarte-kar-sjukdom, lungesjukdom, demens og voldsame dødsfall (<https://www.fhi.no/nyheter/2018/dodsarsakene-2017/>). Kva for ein type kreft ein dør av, er litt forskjellig for menn og kvinner, men for begge kjønn er lungekreft den største gruppa. Dødelegheita av lungekreft steg fram til 2007, deretter har den falt langsamt (<https://www.fhi.no/nyheter/2018/hvilke-kreftsykdommer-tar-flest-liv/>). På same måte som for lungesjukdommen kols er røyking den viktigaste risikofaktoren for utvikling av lungekreft.

Elles for menn er tjukktarmskreft og prostatakreft på dei neste plassane over type kreftsjukdom, men hos kvinner er det tjukktarmskreft og brystkreft som tar nest flest liv etter lungekreft (<https://www.fhi.no/nyheter/2018/hvilke-kreftsykdommer-tar-flest-liv/>).

Figur: Dødelighet hjerte-karsjukdom, per 100 000 innbyggjarar, 0-74 år



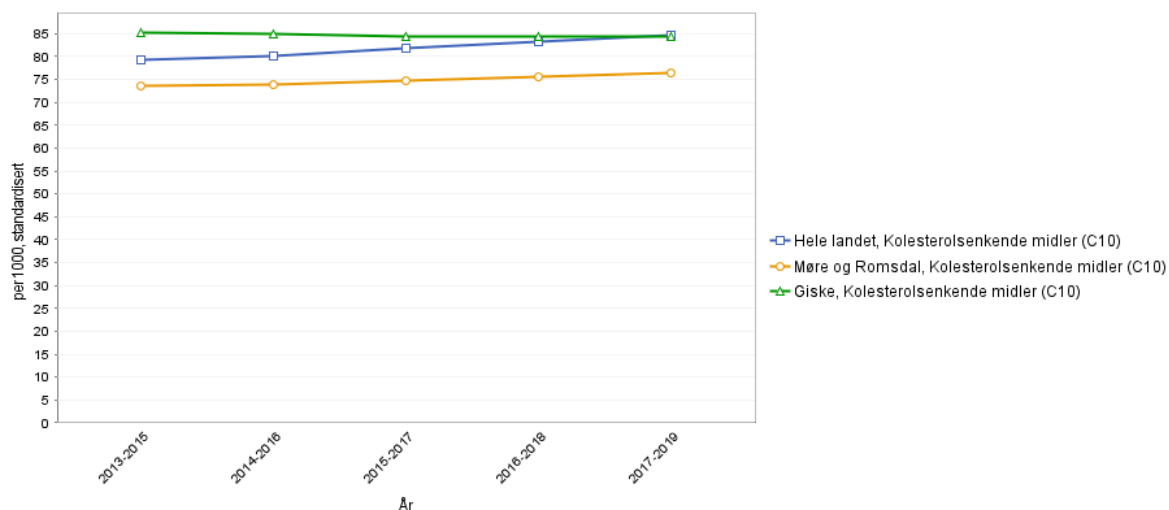
Antall døde i aldersgruppen per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder).

Det kan sjå ut som om dødelighet for hjerte-kar sjukdommar ligg lågare i Giske kommune enn i fylket og landet. I den delen av befolkninga som har lav utdanning og/eller lav inntekt, er hjerte- og kardødelegheita samla sett høgare enn blant dei som har høgskule- og universitetsutdanning. Jo høgare inntekt og utdanning, jo lågare er dødelegheit av hjerte- og karsjukdommar.

9.3.1 Nedgang i bruk av kolesterolsenkande medikament

Bruken av kolesterolsenkande medikament i Giske kommune har dei siste åra vore svakt synkende, og ligg no på nivå med resten av landet, men høgare enn i fylket.

Figur: Bruk av kolesterolsenkande medikament, kjønn samla, per 1000, standardisert, perioda 2009-2015



Brukarar av kolesterolsenkande legemiddel utlevert på resept til personar 0-74 år. Ein brukar vert definert som personar som har henta ut minst ein resept i kalenderåret. Dersom ein brukar hentar ut fleire reseptar på samme legemiddel vert vedkommande talt som brukar berre ein gang. Statistikken viser 3 års glidande gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

9.4 Diabetes

Diabetes er ein av dei store folkesjukdommane, og er forbunde med alvorleg komplikasjon. Vel fire prosent av befolkninga i landet har diabetes, og dei fleste har type 2-diabetes. Ein reknar i tillegg med at det er eit betydeleg tal udiagnostiserte. Behandlinga er livsstilsintervensjon (kosthold og fysisk aktivitet) og legemiddel. Talet på diagnostiserte har auka, medan andelen som bruker legemiddel har flata ut dei siste åra ([Folkehelseinstituttet](#)).

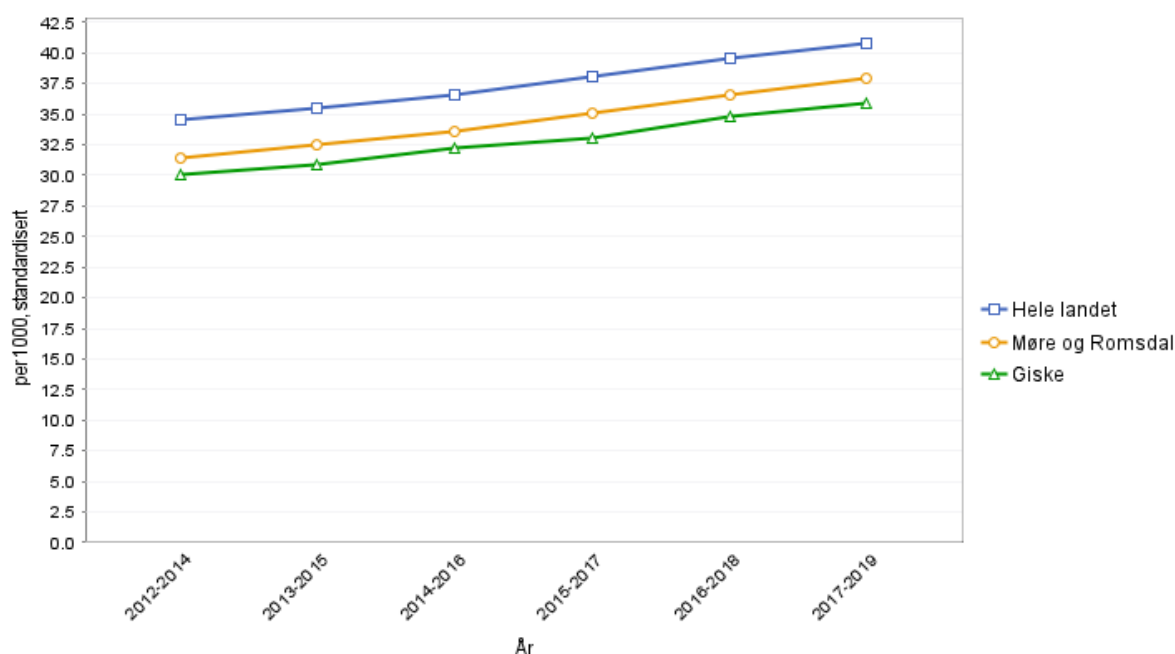
Både type 1- og type 2-diabetes skuldast i ein viss grad arvelege faktorar, men arv åleine er sjeldan nok til å utvikle diabetes. Eit unntak er sjeldne genetiske former for diabetes. Førrebeis veit vi lite om påverkelege risikofaktorar for type 1-diabetes. Blant dei viktigaste påverkelege risikofaktorane for type 2-diabetes, er:

- overvekt og fedme
- fysisk inaktivitet
- røyking

Førekomen av diabetes aukar med alderen. Studiar viser sosioøkonomiske forskjellar i førekomen av type 2-diabetes (vanlegare i grupper med lav utdanning). Innvandrarar frå det indiske subkontinent har høgare førekomen av type 2-diabetes ([Folkehelseinstituttet](#)).

Talet på personar i alderen 30-74 år som bruker legemiddel til behandling av type 2-diabetes har auka i perioden 2008-2019. I perioden 2017-2019 var det årlege gjennomsnittet 40,8 personar per 1000 innbyggjarar som brukte desse medikamenta. Talet er lågare i Giske enn i fylket og i landet.

Figur: Talet på personar i alderen 30-74 år som bruker legemiddel til behandling av type 2-diabetes, per 1000, standardisert



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. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kjelde: KommuneHelse statistikkbank.

9.4.1 Svangerskapsdiabetes

Førekomsten av svangerskapsdiabetes aukar, og studiar tyder på at førekomsten er høgare enn ein har vore klar over. Ifølgje WHO har 11 prosent av etniske norske kvinner svangerskapsdiabetes. Dette er mykje høgare enn tala frå Medisinsk fødselsregister. Ein har ikkje tal for Giske kommune, men utviklinga tilseier at ein bør vere merksam ved oppfølging av gravide.

9.5 Overvekt

På verdsbasis har førekomst av overvekt dobla seg sidan 1980. I 2014 var 1,9 milliard vaksne (18 år og oppover) per definisjon overvektige. Av desse var 600 million i kategorien fedme. Globalt er førekomst av overvekt og fedme høgare enn førekomst av undervekt (med unntak av delar av Afrika og Asia), og overvekt og fedme er knytt til eit høgare tal dødsfall enn det undervekt er ([Verdens Helseorganisasjon](#)).

Kroppsmasseindeks (KMI, engelsk: body mass index, BMI) er forhold mellom vekt og høgde (kg/m^2) og blir ofte brukt som mål.

- Overvekt: $\text{KMI} \geq 25$
- Fedme: $\text{KMI} \geq 30$

Det er viktig å vere merksam på at KMI som mål er best eigna brukt på gruppenivå, og skal tolkast med varsemnd på individnivå.

Nokre hormonforstyrningar kan føre til overvekt, men desse utgjer kun ein liten del av tilfella. Samfunnsutvikling med meir stillesitjande arbeid, stillesitjande fritid og mindre naturleg mosjon/kvardagsaktivitet, i kombinasjon med stor tilgang på mat og auka tilbod av kaloririke mat- og drikkevarer forklarar i stor grad utviklinga. Livsstilen fører til at dagleg inntak av kaloriar overskrider dagleg forbruk. Dette er ei samfunnsmessig utfordring som helsevesenet ikkje løyser åleine. Både samferdsel, by- og tettstadplanlegging, matindustri, marknad og marknadsføring, utdanning osv., spelar ei rolle i denne samanheng. Vekt og fedme er knytt til sosioøkonomisk status.

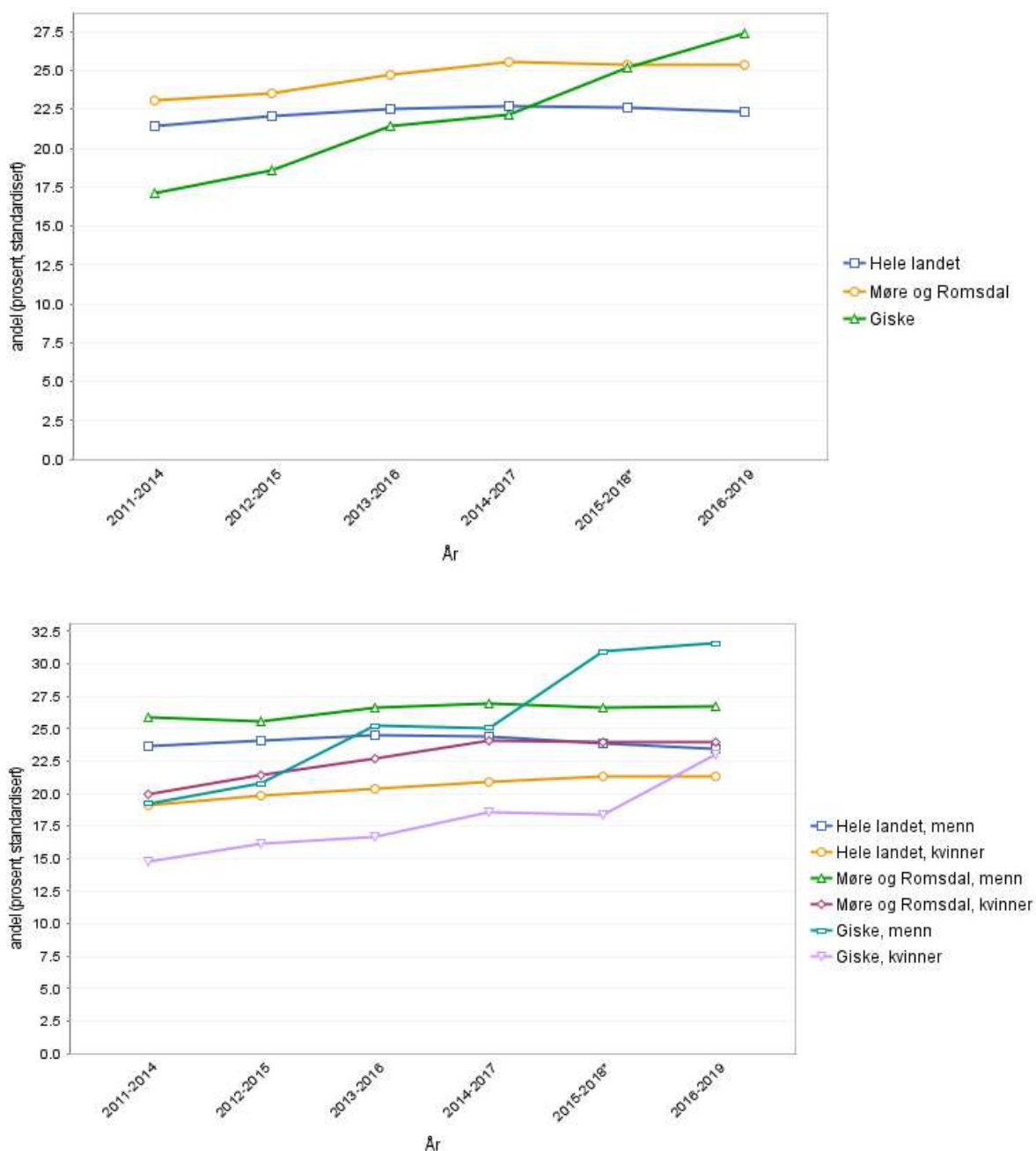
Overvekt og fedme aukar risiko for ei rekke plager og sjukdommar; hjertekarsjukdom (angina, hjerteinfarkt, hjerneslag), nokre former for kreft, artroseforandringar i hofter, kne og rygg, urinsyregikt, gallesteinssjukdom, fettlever, søvnvanskar og søvnapnè, samt psykiske plager ([Norsk Helseinformatikk](#), [Verdens Helseorganisasjon](#)).

Mykje tyder på at prosentdelen overvektige barn auka i perioda frå 1970 og fram til 2000-talet. På landsbasis har delen åtteåringar med overvekt og fedme imidlertid vore stabil frå 2008-2015. I tredje klasse er 14 prosent av jentene og 11 prosent av gutane overvektige, mens 3 prosent av jentene og 2 prosent av gutane har fedme (FHI, 2017a).

Helsestasjonen i Giske gjennomfører vekt og lengdemåling av alle elevar i 3. og 8. trinn. Skuleåret 19/20 var 20,8 % av elevane på 3. trinn overvektige eller hadde fedme, medan 18,7 % av elevane på 8. trinn var i same kategori. I sistnemnde gruppe hadde andelen med overvekt eller fedme auka med tre prosentpoeng frå då dei gjekk i 3. trinn.

Andelen born i åtteårsalderen med overvekt eller fedme ligg såleis noko høgare i Giske kommune enn i resten av landet.

Blant 17 åringar, målt ved sesjon, ser ein at 17 % oppgjer vekt og høgde tilsvarande KMI over 25 kg/m² (Sjølvrapportert høgde og vekt ved nettbasert sesjon i perioda 2011-2014). I siste periode (2016-2019) hadde talet auka til heile 27 % og ligg no signifikant høgare enn landsnivået.



Tal frå Medisinsk fødselsregister viser at den gjennomsnittlege fødselsvekta gjekk opp, med ein topp rundt år 2000, men at ho sidan har gått ned og no er tilbake på 1990-nivå ([Folkehelseinstituttet](#)).

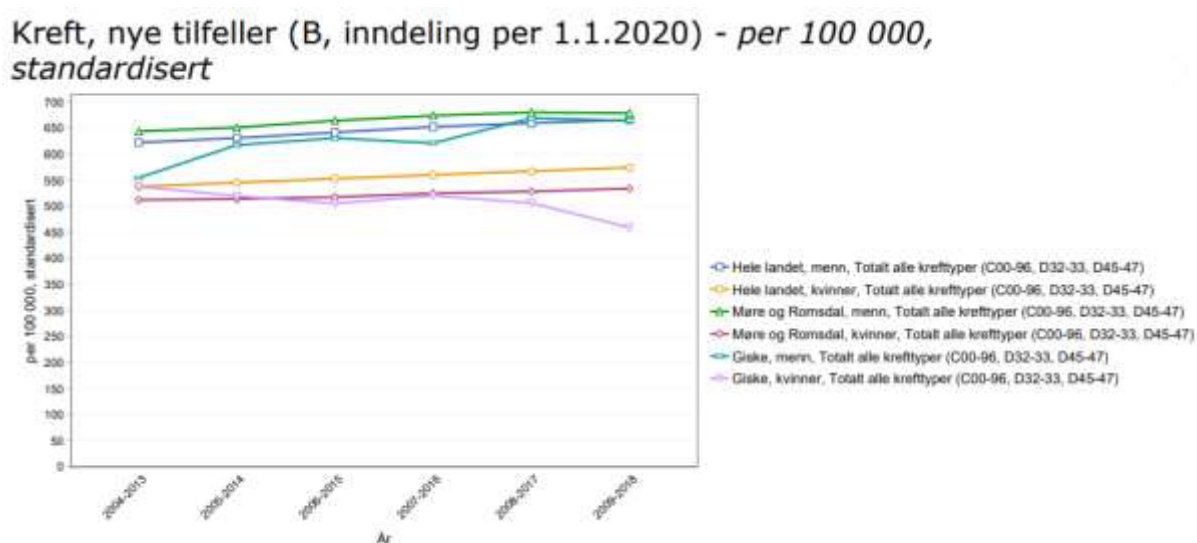
9.6 Kreft

Kreft er ikkje ein enkelt sjukdom, men ei felles nemning på fleire sjukdommar som kan ha ulike risikofaktorar og ulik sjukdomsutvikling. Det kan ta lang tid frå eksponering av risiko til ein utviklar kreft og mange faktorar kan medverke til at sjukdom oppstår. Det vert anslått at eitt av tre tilfelle av kreft heng saman med levevanar som kosthald, fysisk aktivitet, røyke- og alkoholvanar. Endring av levevanar i befolkninga har derfor stort potensiale i å redusere risiko for utvikling av kreft. Førekomst og dødelegheit varierer med sosioøkonomisk status, der skilnadane knyt seg til utdanningsnivå ([Folkehelseinstituttet](#) , [Kommunehelsa statistikkbank](#)).

Tidsperspektivet i sjukdomsutvikling gjer og at det er naturleg å sjå utviklinga i eit lengre tidsperspektiv. Her er derfor valt perioda 2004-2018 for statistikken som følger. Statistikken er presentert som tal per 100 000, standardisert. **NB: Innbyggjartalet i Giske gjer at endringar på kun få personar vil slå ut. Ein må derfor sjå på mønster for endringar over tid, framfor plutslege endringar i kurvene i figurane som følger.**

Ser ein på nye tilfelle av kreft (samla for alle krefttypar), så ser det ut som talet nye krefttilfelle blant menn i Giske ligg på nivå med fylket og landet, medan nye krefttilfelle blant kvinner i Giske ligg under nivået for fylket og landet.

Figur: Nye tilfelle av kreft per 100 000 innbyggjarar per år, standardisert. Periode 2004-2018

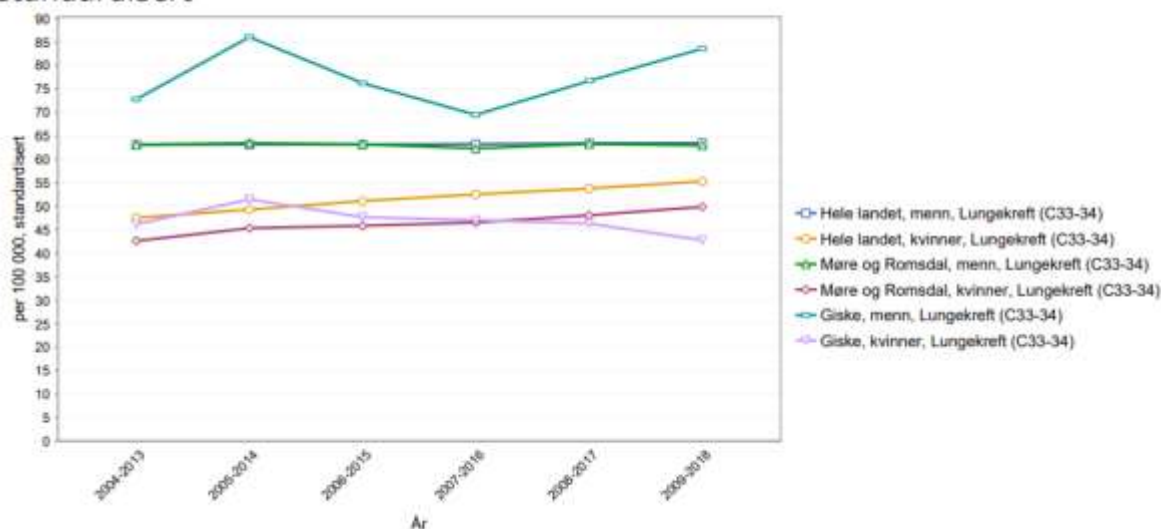


Per 100 000, standardisert vil seie talet på krefttilfelle per 100 000 innbyggjarar* per år (rate), angitt som gjennomsnitt over 10-årsperioder. Standardisert for alders- og kjønnsamansetning. Kjelde: Kommunehelse statistikkbank.

Ser ein inn på statistikk for dei ulike formane for kreft, ser ein at Giske ligg høgre på nye tilfelle av lungekreft blant menn samanlikna med fylket og landet. Blant kvinner ser ein derimot færre nye tilfelle enn tidlegare, og nivå ligg no under nivå i fylket og landet. Skilnadar på førekomst mellom kjønn skuldast blant anna ulikskap i røykevanar.

Figur: Nye tilfelle av lungekreft per 100 000 innbyggjarar per år, standardisert. Periode 2004-2018.

Kreft, nye tilfeller (B, inndeling per 1.1.2020) - per 100 000, standardisert



Per 100 000, standardisert vil seie talet på krefttilfelle per 100 000 innbyggjarar* per år (rate), angitt som gjennomsnitt over 10-årsperioder. Standardisert for alders- og kjønnsamansetning. Kjelde: KommuneHelse statistikkbank.

Når det kjem til nye tilfelle av tjukk- og endetarmskreft syner statistikken skilnad mellom kjønn. Her ligg både kvinner og menn i Giske under nivået for resten av landet og fylket. For Ser ein på førekomst av kreft i fordøyelseorgan samla sett, ser ein same mønster.

For brystkreft ligg Giske under nivå med fylket og landet.

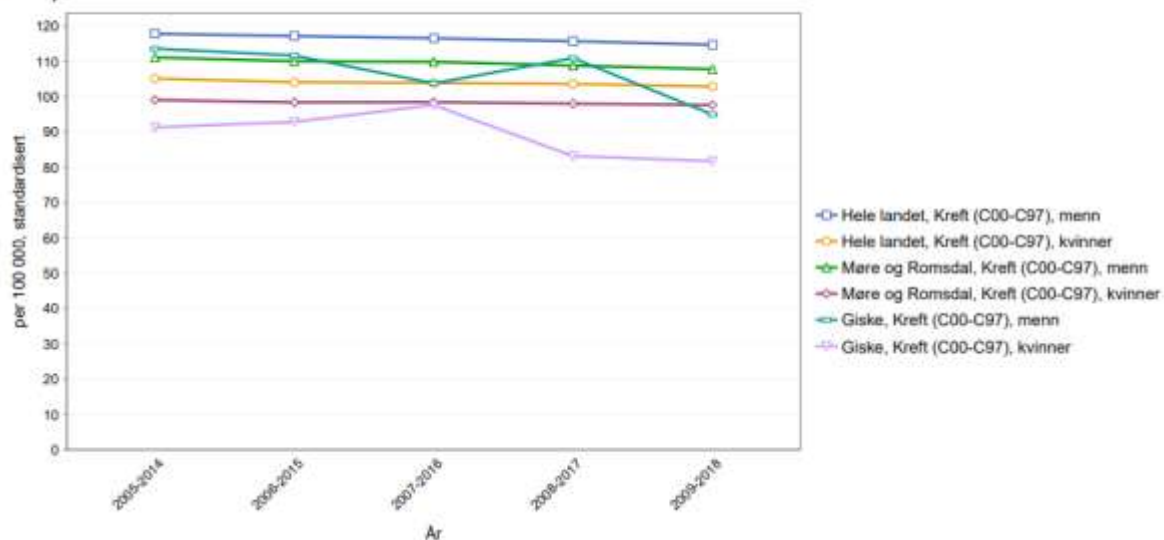
Når det gjeld prostatakreft ligg nivå for nye tilfelle i fylket over nivå for landet. Nivå i Giske har tidlegare vore litt høgare enn i fylket, men har no lagt seg under nivå for landet.

Nye tilfelle av kreft i lymfatisk og bloddannande har dei siste åra hatt auke blant menni Giske, og nivået ligg no over nivå for i fylket og landet. Talet blant kvinner ligg derimot under nivå for fylket og landet.

Talet på personar som døyr av kreft i alderen 0-74 år har gått ned både på landsbasis, i fylket og i Giske. Kreftformene som tek flest liv blant menn er lungekreft, prostatakreft og kreft i tykk- og endetarm. Blant kvinner er det lungekreft, brystkreft og kreft i tykk- og endetarm. Ser ein nærmare på talet på personar som døyr av kreft (0-74 år, samla alle kreftformer), finn ein at dødstal for både menn og kvinner ligg under nivået for fylket og landet.

Figur: Dødlighet, tidleg død 0-74 år per 100 000 innbyggjarar per år, standardisert. Periode 2005-2018.

Dødelighet, tidlig død (B, inndeling per 1.1.2020) - 0-74 år, per 100 000, standardisert



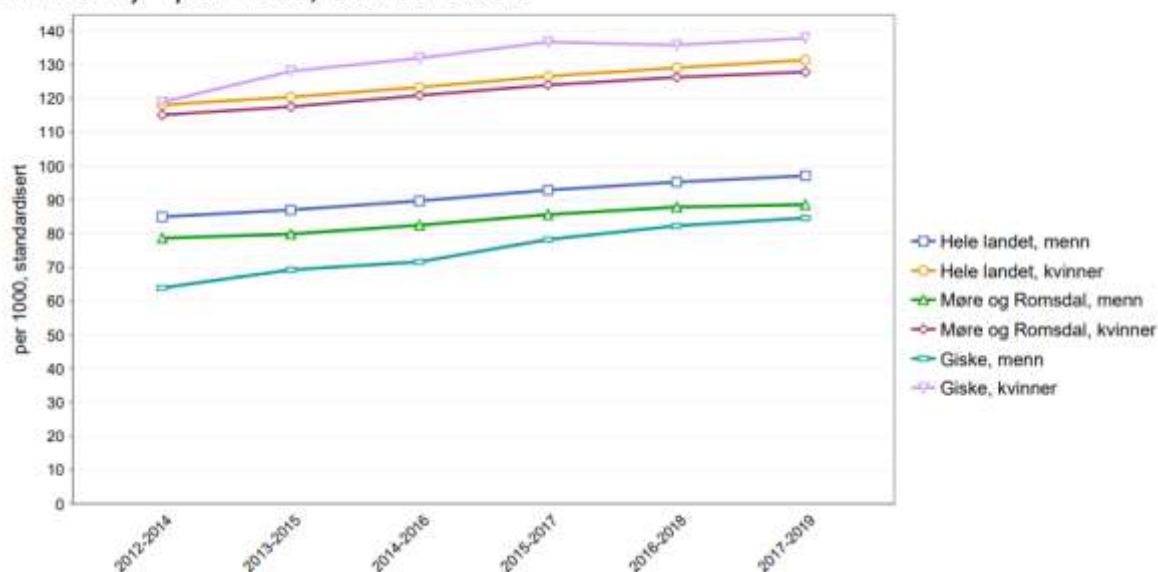
Antall per 100 000 innbyggere* per år (rate), angitt som gjennomsnitt over 10-årsperioder. Standardisert for alders- og kjønns sammensetning. Kjelde: KommuneHelse statistikkbank.

9.7 Kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) og astma

Førekosten av KOLS er aukande, særleg blant kvinner. Røyking forklarar to av tre tilfelle, medan arbeidsmiljø og arvelege eigenskapar er andre faktorar som spelar inn.

Figur: KOLS og astma, legemiddelbruk, 45-74 år, per 100 000 innbyggjarar per år, standardisert. Periode 2012-2019.

KOLS og astma, legemiddelbrukere (45-74 år) (Inndeling per 1.1.2020) - per 1000, standardisert



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. Antall per 1000 innbyggere* per år (andel), angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder. Standardisert for alders- og kjønns sammensetning. Kjelde: KommuneHelse statistikkbank.

Statistikk på talet pasientar innlagt (dag- og døgnopphald) i somatiske sjukehus på grunn av KOLS per 1000 innbyggjarar per år, viser at Giske ligg omtrent på nivå med landet og høgare enn fylkesnivå.

9.8 Tannhelse

Tannhelsetenesta har ei viktig rolle i folkehelsearbeidet. Dette både fordi eit godt systematisk helsefremjande og førebyggjande arbeid har ført til at tannhelsa blant barn og unge er blitt betre, men og fordi tannhelsetenesta er ei teneste som har kontakt med ein stor del av befolkninga.

Tannhelsetenesta er til dømes ein viktig aktør i å avdekke misbruk og omsorgssvikt.

Bekymringsmelding vert sendt dersom pasienten ikkje møter etter gjentekne påminningar (jf. pasientrettighetslova § 3-4 og § 3-2), og når møte med pasient gir grunn til bekymring. I 2015 vart det sendt 13 bekymringsmeldingar til barnevernet frå tannhelsetenesta i M&R.

God tannhelse betyr mykje for fødeinntak, taleevne, omgang med andre menneske og livskvalitet. Utviklinga i tannhelsestatus blir gradvis betre. Landsgjennomsnittet viser ei noko betre tannhelse blant 12 og 18-åringane enn i Møre og Romsdal, medan 5-åringane i Møre og Romsdal ligg betre i snitt. Giske kommune ligg betre i snitt enn både fylket samla sett og landet både blant 3, 5 og 18-åringar.

Tabell: Prosentdel utan karieserfaring i enkelte årskull (2018)

Årskull	3-åringar	5-åringar	12-åringar	18-åringar
Giske	94	76	38	13
Ålesund KR	93	82	51	20
Møre og Romsdal	94	83	52	21
Landet	-	82	60	27

*Ålesund kompetanseregion består av Nye Ålesund, Giske, Sula, Stranda og Sykkylven (Kjelde: Fylkesstatistikk Møre og Romsdal 2019)

Ein ser at talet utan karieserfaring har gått mykje ned sidan 2015, mellom 12-åringane er nedgangen på heile 19 prosentpoeng. Tannhelsetilstanden hos 12-åringar gir eit bilde av om den offentlege tannhelsetenesta har lukkast med det førebyggjande arbeidet slik at desse pasientane oppnår så få fyllingar som mogleg. Studiar viser at tannhelsa er noko dårlegare hos barn av innvandrarakar med ikkje-vestleg bakgrunn enn barn elles. Det er meir karies og alvorlegare lesjonar, spesielt i primære tenner. Dette fenomenet er synleg i tannhelsetenesta i Møre og Romsdal, som har ei relativt stor arbeidsinnvandring. Både språkbarriere og forståing av helserelatert åtferd kan gi utfordringar i det helsefremmande og førebyggjande arbeidet. På tannklinikkane blir det kontinuerleg drive individretta tiltak med informasjon og rettleiing om kosthald, munnstell og fluorbehandling. Risikopasientar blir identifisert for individuell rettleiing og oppfølging.

Det blir fleire eldre i befolkninga, dei fleste har eigne tenner og mange treng hjelp til tann- og munnstell. Tannhelsetenesta i Giske samarbeider med omsorgsdistrikta gjennom årlege samarbeidsmøter, og gjennomfører screening ein gong i året på kvar enkelt avdeling. Ut over det er det løypande kontakt ved behov for individuell oppfølging.

Tannhelseteneste skal gi tilbod til barn og unge 0-18 år, psykisk utviklingshemma i og utanfor institusjon, grupper av eldre, langtidssjuke og uføre i institusjon og heimesjukepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret. Ikkje-lovpålagde grupper som har rett til gratis tannbehandling er rusmisbrukarar i institusjon og personar som pga. eit rusmiddelproblem mottar tenester etter Helse og – omsorgstenestelova, og personar under legemiddelassistert rehabilitering (LAR), personar med psykiske lidingar som får poliklinisk behandling i spesialisthelsetenesta over ein periode på minimum tre månader og personar i pleie av pårørande finansierte med omsorgslønn. Pleiebehovet må attesterast av lege.

10 Referansar

Arnesen, D., Sivesind, K.H., Gulbrandsen, T. Fra medlemsbaserte organisasjoner til koordinert frivillighet? Det norske organisasjonssamfunnet frå 1980 til 2013. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. Bergen/Oslo, 2016. <http://www.sivilsamfunn.no>.

Bakken, A., Frøyland, L. R. & Sletten, M.A. (2016) Sosiale forskjeller i unges liv: Hva sier Ungdata-undersøkelsene? Nova-rapport nr.3 2016

Carr, A. (2016). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A contextual approach*. London: Routledge.

Clausen (2015). Psykisk helse i alt vi gjør – men hvordan? Rapport utarbeidet av Norsk psykologforening, på oppdrag frå Helsedirektoratet.

Dahl, E., Bergsli, H. og van der Wel, K. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Rapport bestilt av Helsedirektoratet, på oppdrag frå Helse- og Omsorgsdepartementet.

Folkehelseinstituttet (2017). Overvekt og fedme, 8-åringer [database]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Henta 31. august 2017.

Folkehelseinstituttet (2015). Sosiale helseforskjeller i Norge. Lasta ned 24.06.16 frå https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-i-ulike-befolkningsgrupper/sosiale-helseforskjeller-i-norge---.

Folkehelseinstituttet (2014). Psykisk helse hos voksne. I: Helsetilstanden i Norge (Folkehelse rapporten, nettpublikasjon). Lasta ned 26.07.16 frå <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/>.

Folkehelseinstituttet (2014b). Psykisk helse hos barn og unge. I: Helsetilstanden i Norge (Folkehelse rapporten, nettpublikasjon). Lasta ned 26.07.16 frå <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge---fo/>

Folkehelseinstituttet, rapport 1/2011: «Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger».

Folkehelseinstituttet, rapport 2/2015: «Sårbare barn i barnehagen – betydningen av kvalitet».

Folkehelseinstituttet, notat 31. august 2018: «Kunnskapsgrunnlag for ny handlingsplan for fysisk aktivitet» - oppdrag 2018. Lasta ned 09.07.2020 frå https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/31.august2018_sendt-003.pdf).

Folkehelseinstituttet (2018b). Kosthald: Helsetilstanden i Norge (Folkehelse rapporten, nettpublikasjon). Lasta ned 09.07.2020 frå <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/kosthald/>

Helsedirektoratet (2013). *God oversikt – en føresetnad for god folkehelse* (IS-2110). Henta 18.09.20 frå <https://www.nfk.no/f/p34/i51d1136b-8cdb-4abb-84d5-c296bb92ff5d/god-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse-veileder.pdf>

Helsedirektoratet (2015). *Folkehelsepolitisk rapport 2015* (IS-2776). Henta 18.09.2020 frå https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelsepolitisk-rapport/Folkehelsepolitisk%20rapport%202015.pdf/_attachment/inline/3fb3d389-aa52-4d33-8ac5-84ca0c3a229f:726f547702136f7d81f01627e610dd693cbc2161/Folkehelsepolitisk%20rapport%202015.pdf

Helse- og Omsorgsdepartementet (2015). Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter. (St. meld. Nr. 19, 2014-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Holte, A. (2016). Sats bredt på psykisk helse i barnehagen og skolen! *Psykologisk.no*, 06/2016. Lasta ned 26.07.16 frå <http://psykologisk.no/2016/06/sats-bredt-pa-psykisk-helse-i-barnehage-og-skole/>.

Møre og Romsdal fylkeskommune (2015). Folkehelsa i Møre og Romsdal. Ei oversikt.

Møre og Romsdal fylkeskommune (2018). Folkehelsa i Møre og Romsdal. Ei oversikt.

Vik, L. J. & Roppen, J. (2014). Ung på Sunnmøre 2013. Ei undersøking om livsstil og levekår mellom ungdomsskuleelevar i Volda, Ørsta, Vanylven, Sande, Giske og Hareid.

WHO (2014). Mental health: a state of well-being. [Internettside]. Oppdatert august 2014, lasta ned 26.07.16 frå http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.