



Bygland kommune  
Med hjarta i Bygland

# Folkehelseoversikt 2020



© Mait S. Kvale

# INNHALD

1	INNLEIING OG LOVGRUNNLAG.....	4
2	HELSETILSTAND OG PÅVERKNADSAKTORAR.....	6
2.1	Befolkningssamansetnad.....	6
2.2	Etnisitet.....	9
2.3	Personar som bur aleine.....	11
3	OPPVEKST OG LEVEKÅRSFORHOLD .....	12
3.1	Barnehagedekning.....	12
3.2	Skule og miljø- oppleving av trivsel og mobbing.....	12
3.3	Sosial støtte .....	13
3.4	Trivsel i kommunen .....	15
3.5	Nøkkeltal frå Ungdatarapporten .....	18
3.6	Grunnskule som høgaste utdanningsnivå .....	20
3.7	Barnevern .....	21
3.8	Barn av eineforsørgjarar .....	22
3.9	Familiar med låg inntekt.....	23
3.10	Arbeidsløyse .....	25
3.11	Sjuefråvære.....	26
3.12	Arbeidsavklaringspengar .....	27
3.13	Uføretrygd .....	28
4	MILJØRETTA HELSEVERN.....	29
4.1	Drikkevatt.....	29
4.2	Skader og ulykker.....	31
4.3	Trafikkulykker .....	33
5	HELSERELATERT ÅTFERD .....	34
5.1	Deltaking i aktivitetar .....	34
5.2	Fysisk aktivitet .....	35
5.3	Kosthald .....	37
5.4	Røyking og snus .....	39
5.5	Alkohol og rus .....	41

6	HELSETILSTAND.....	43
6.1	Forventa levealder.....	43
6.2	Demens.....	45
6.3	Diabetes.....	46
6.4	Hjarte- og karsjukdomar.....	47
6.5	Kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) og astma.....	50
6.6	Smerter.....	52
6.7	Muskel- og skjelettliding.....	54
6.8	Bruk av antibiotika.....	55
6.9	Psykiske lidingar.....	56
6.10	Kreft.....	58
6.11	Samla oversikt over bruk av primærhelsetenesta.....	60
6.12	Smittsamme sjukdomar.....	61
6.13	Tannhelse.....	61

# 1 INNLEIING OG LOVGRUNNLAG

Kommunen skal ha ei skriftleg oversikt over helsetilstanden i befolkninga og dei positive og negative faktorane som kan verke inn på denne - heretter kalla folkehelseoversikta. Plikta til å ha oversikt over helsetilstanden er forankra i folkehelselova, smittevernlova, forskrift om oversikt over folkehelsa, forskrift om miljøretta helsevern og forskrift om kommunane sitt helsefremjande og førebyggjande arbeid i helsestasjons- og skulehelsetenesta.

## Definisjonar frå folkehelselova § 3:

*Folkehelse:* Helsetilstanden til befolkninga og korleis helsa fordeler seg i ei befolkning.

*Folkehelsearbeid:* Innsatsen til samfunnet for å påverke faktorar som direkte eller indirekte fremjar helsa og trivselen til befolkninga, førebygger psykisk og somatisk sjukdom, skade eller liding, eller som vernar mot helsetruslar, samt arbeid for ei jamnare fordeling av faktorar som direkte eller indirekte påverkar helsa.

Formålet med forskrift om oversikt over folkehelsa (§ 1) er å legge til rette for systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, og hjelpe til samordning og standardisering av arbeid med oversikt over folkehelsestilstanden i befolkninga og dei positive og negative faktorar som kan verke inn på denne.

Folkehelseoversikta for Bygland kommune er bygd opp etter forskrift om folkehelsa og kravet til innhald (§ 3):

- a) Befolkningsamansetting
- b) Oppvekst- og levekårsforhold
- c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø (miljøretta helsevern)
- d) Skader og ulukker
- e) Helserelatert åtferd
- f) Helsetilstand

Folkehelseoversikta skal gje eit forsvarleg grunnlag for å identifisere ressursar og utfordringar i folkehelsa for å nå målet om ei samfunnsutvikling som fremmar folkehelse, medrekna å motverke sosiale helseforskjellar.

Oversikta over folkehelsa bygger blant anna på:

- Opplysningar som statlege helsestyresmakter og fylkeskommunen gjer tilgjengeleg
- Kunnskap frå dei kommunale helse- og omsorgstenestene.
- Kunnskap om faktorar og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innverknad på helsa i befolkninga.

Dette dokumentet skal ta var på både kravet om å ha ei laupande oversikt over utfordringane i folkehelsa og kravet til at kommunen må ha eit samla oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet.

Folkehelseoversikta skal ligge til grunn for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet, og skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunen sin planstrategi. Ein skal fastsette overordna mål og strategiar for folkehelsearbeidet med utgangspunkt i oversikta, og vere eigna for å møte dei utfordringar kommunen står ovanfor, jf. plan- og bygningslova § 10-1. Kommunen skal samarbeide og utveksle informasjon med fylkeskommunen i arbeidet med oversiktsdokumentet, jamfør forskrift om folkehelseoversikt § 5.

## 2 HELSETILSTAND OG PÅVERKNADSFAKTORAR

### 2.1 Befolkningsamansetnad

Grunngjevinga til Folkehelseinstituttet for val av indikator:

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

Kjelde: Folkehelseinstituttet

Folketalet i Bygland kommune har sidan 1996 gått ned med 190 innbyggjarar til 1160 innbyggjarar i slutten av 2019.

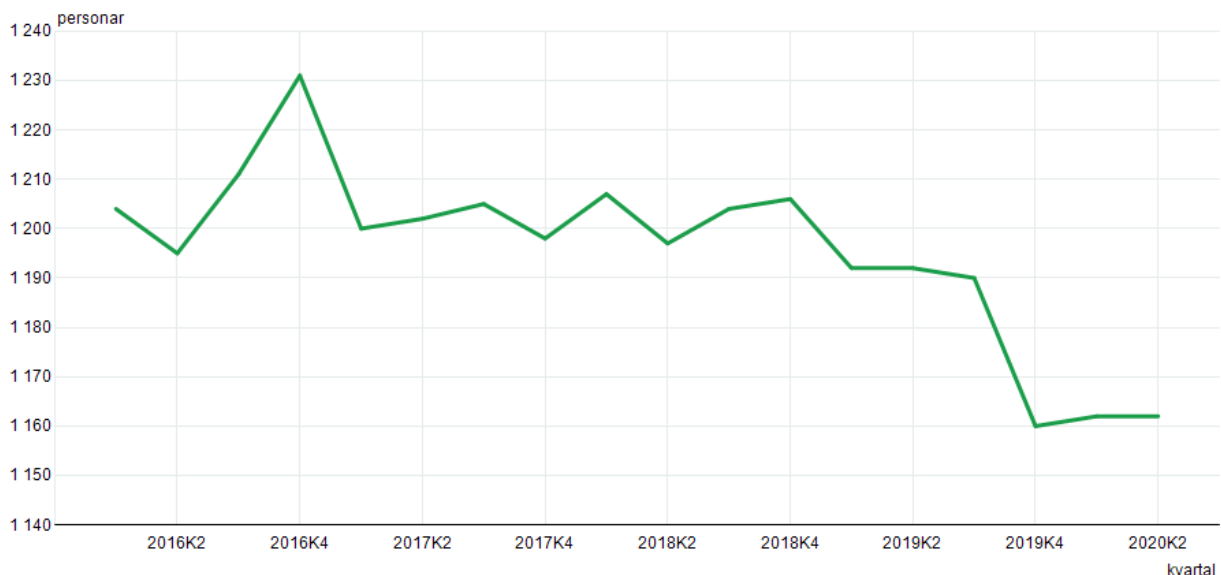
Inn- og utflytting har variert frå år til år, men er omtrent i balanse. Dei siste 19 åra har det vore ei gjennomsnittleg innflytting på 84 personer pr. år og utflytting av 81 personer pr. år.

Kommunen har hatt eit negativt fødselsoverskot siste 20 år, det har variert mellom -1 og -15 personar i året.

Talet på levandefødde pr. år har dei siste 15 åra variert frå 3 til 22, med eit årleg gjennomsnitt på rundt 7 barn.

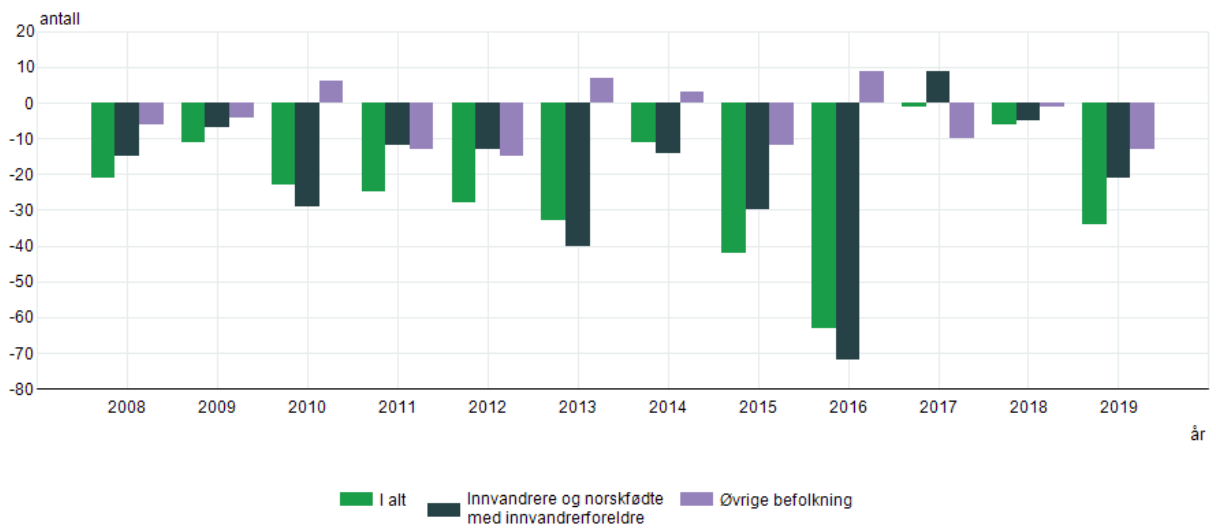
Befolkningsframskrivinga for Bygland kommune, basert på utviklinga fram til 1.1.15 og låg vekst, viser ein liten nedgang i folkemengda fram mot 2040.

**Diagram 1: Befolkningsutvikling, 2016-2020**



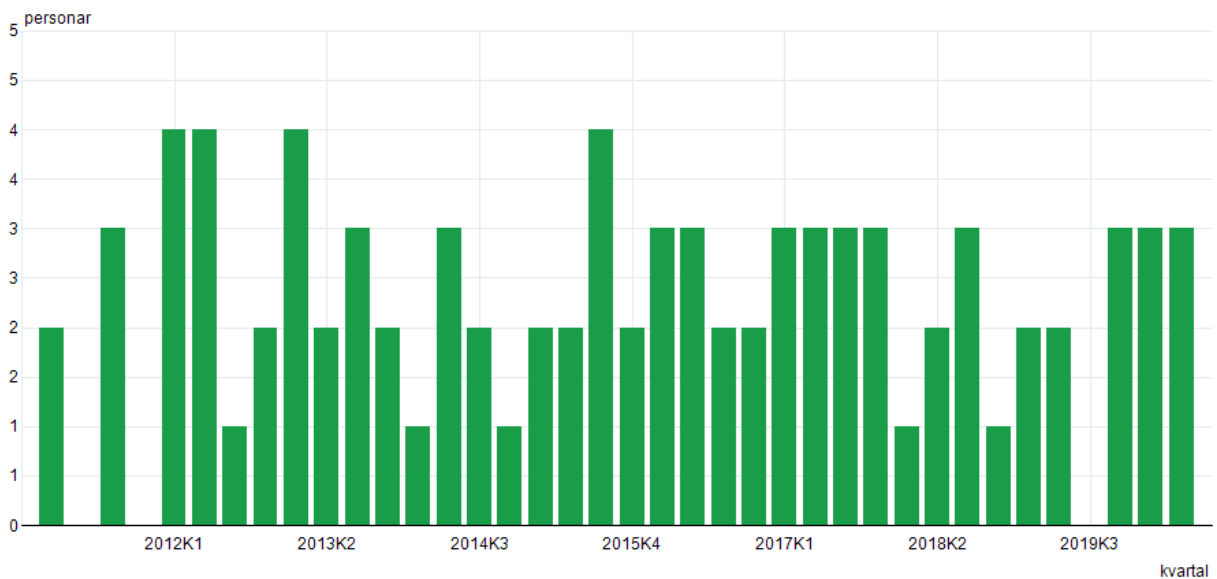
Kilde: Statistisk sentralbyrå

**Diagram 2: Netto innflytting til Bygland kommune, 2008-2019**



Kilde: Statistisk sentralbyrå

**Diagram 3: Talet på fødte i Bygland kommune, kvartalsvis, 2011-2020**



Kilde: Statistisk sentralbyrå

**Moglege årsaker**

Få arbeidsplassar.

Lite med bustader til leige for folk som ynskjer å arbeide i kommunen.

**Kva må vi ha fokus på framover?**

Næringsutvikling.

Kommunen må stimulere til bustadbygging med attraktive bustadtomter.

## Befolkningsframskriving

Grunngjevinga til Folkehelseinstituttet for val av indikator:

*Befolkningsframskrivinger kan tjene mange formål og fungere som et nyttig instrument for planlegging i kommunene.*

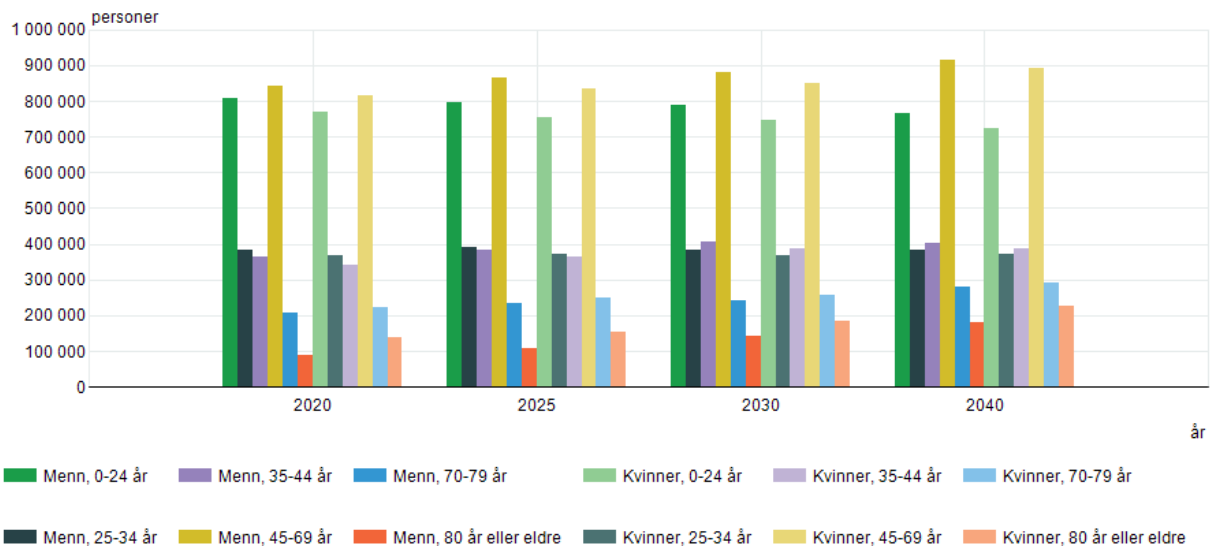
*Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre betyr også at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester.*

Kjelde: St.meld. nr. 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen

Befolkningsframskriving for Bygland kommune basert på utviklinga fram til 2014 og låg vekst, syner at tal på innbyggjarar vil halde seg nokolunde stabilt fram mot 2040.

Talet på eldre frå 80-89 år vil doble seg i perioden 2014 -2040, frå 46 til 92 personar. Medan dei andre aldersgruppene held seg nokolunde stabile.

**Diagram 4: Befolkningsframskriving, lav vekst 2020 – 2040**



Kilde: Statistisk sentralbyrå

### Moglege årsaker

Levealderen i befolkninga aukar.

Like viktig er at det er dårleg tilrettelagd for bustader og arbeidsplassar for småbarnsfamiliar.

### Kva må vi ha fokus på framover?

Arbeid, kultur, aktivitetar og hus.

Trygge og gode oppvekstvilkår for barn.



## 2.2 Etnisitet

Grunngjevinga til Folkehelseinstituttet for val av indikator:

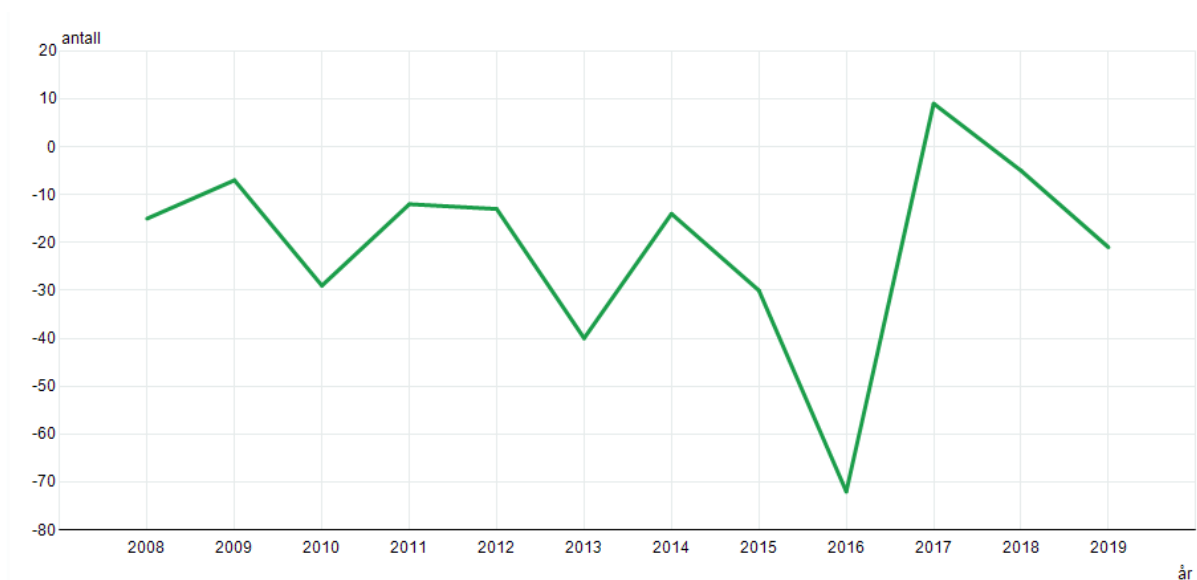
*Det er store helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske. Forskjellene omfatter både fysisk og psykisk helse i tillegg til helseadferd.*

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

Kjelde: Folkehelseinstituttet

Det har vore ein liten auke i talet på innvandrere og norskfødde med innvandrerforeldre i Bygland kommune gjennom fleire år. I 2015 utgjorde andelen 6,3 % av innbyggjarane, i 2019 utgjør andelen 9,3 %, dvs. 82 personar. Kommunen har færre innvandrere og norskfødde av innvandrerforeldre enn i landet og på Agder.

**Diagram 4: Innanlandsk nettoinnflytting til kommunen, innvandrere og norskfødde med innvandrerforeldre, 2008-2019**

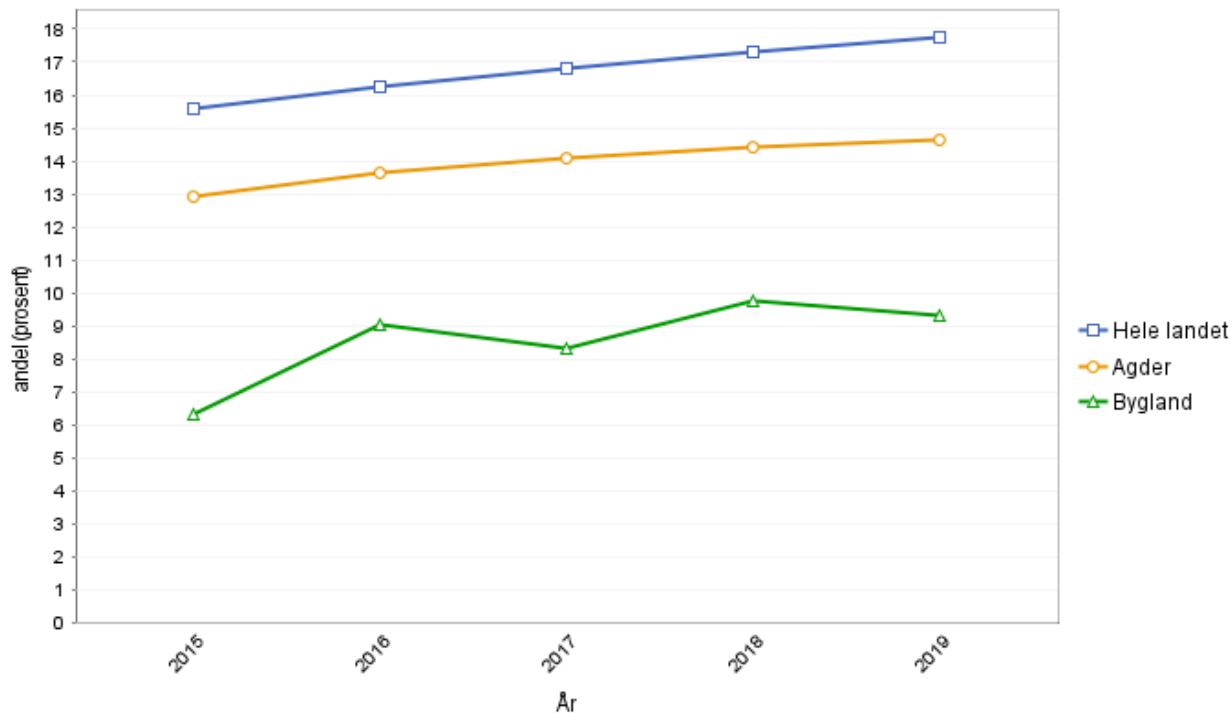


Kilde: Statistisk sentralbyrå

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

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

Diagram 5: Prosentdel av befolkninga med foreldre født utanlands, 2015-2019



**Moglege årsaker**

Tala kan vere noko misvisande då bebuarar på asylmottak med opphald er ein del av statistikken.

Mangel på bustader til no og ein stram arbeidsmarknad.

**Kva må vi ha fokus på framover?**

God språkopplæring.

Auka fokus på integrering og involvering i kultur og organisasjonsaktivitetar.

Hjelp for å kome i arbeid.

Kommunen må ha god kunnskap til dei ulike kulturskilnadane.

## 2.3 Personar som bur aleine

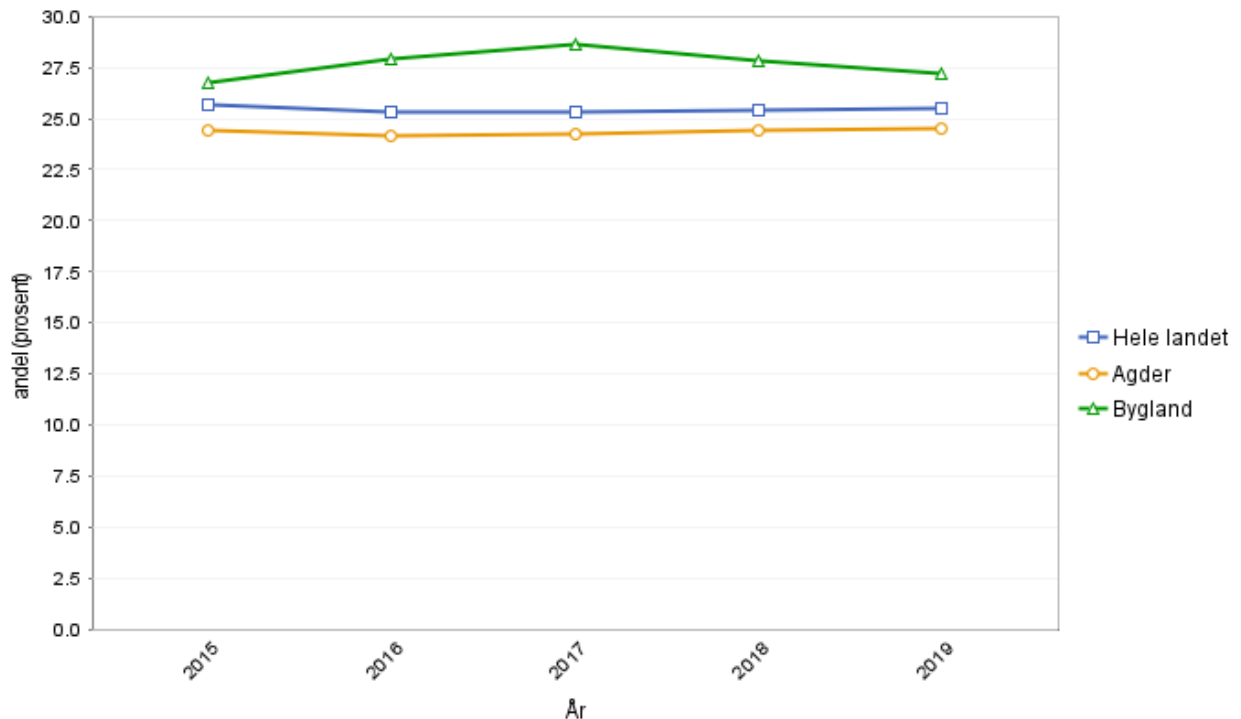
Grunngjevinga til Folkehelseinstituttet for val av indikator:

*Personer som bor aleine kan være en potensielt utsatt gruppe, både når det gjelder økonomi, helse utfordringer og sosialt.*

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

27.2 % av innbyggjarane i Bygland bur aleine og det utgjør 165 personar. Kommunen har fleire personar som bur aleine enn i landet og i Agder.

**Diagram 6: Prosentdel av befolkninga som bur i ein-personhushaldningar, 2015-2019**



### Moglege årsaker

Ukjent

### Kva må vi ha fokus på framover?

Vere merksam på denne gruppa når det gjeld å førebygge sosial ulikskap.

## 3 OPPVEKST OG LEVEKÅRSFORHOLD

Kommuneplanen for Bygland kommune seier at det skal vere godt å vekse opp i Bygland. Barnehage og skule skal gi dei beste vilkåra for tryggleik , trivsel og læring. Gode og trygge rammer for oppvekst skal skape lyst til å kome tilbake etter enda utdanning.

### 3.1 Barnehagedekning

*Oversikten over barnehagedekning seier noko om andel barn med barnehageplass i forhold til innbyggjarar innan same aldersgruppe.*

Kjelde: SSB/Kostra 2019 Barnehagar

**Kommentar til tala:** Vi har i Bygland 100% barnehagedekning på den måten at alle som vil ha plass får plass. Det er nokre barn som har plass i andre kommunar, og nokre vel å ikkje bruke barnehagen.

**Tabell 1: Barnehagedekning i Bygland, fylket og landet 2019**

Aldersfordeling	Bygland	Agder	Landet
Barn med barnehageplass 1-5 år	88,0	92,3	92,4
Barn 1-2 år med barnehageplass i forhold til innbyggere 1-2 år	81,8	83,8	84,6
Barn 3-5 år med barnehageplass i forhold til innbyggere 3-5 år	92,9	97,3	97,3

#### Moglege årsaker

Bygland kommune har eit godt barnehagetilbod.

Det har vore ein liten nedgang i talet på barn som nyttar tilbodet.

Nokre barn har plass i andre kommunar.

#### Kva må vi ha fokus på framover?

Kommunen skal ha tilbod om kvalitetsbarnehage.

### 3.2 Skule og miljø- oppleving av trivsel og mobbing

Ved vurdering av trivsel til eleven på skulen er det tatt utgangspunkt i resultat frå Elevundersøkinga (Skuleporten).

Når det gjeld mobbing kjem ein tilbake til dette under Ungdata-tala. Tal for mobbing er ikkje offentlege i elevundersøkinga. Elevundersøkinga gjeld berre 7. og 10.trinn, medan Ungdatarapporten gjeld heile ungdomskulen.

## Trivsel i skulen

Indikatoren syner eleven sin generelle trivsel på skulen. Skala 1-5 poeng. Høg verdi betyr positivt resultat.

**Kommentar til tala:** For 2019-2020 ligg det ikkje tal for Agder grunna fylkessamanslåing.

**Tabell 2: Trivsel i skulen 7. trinn, 2019**

Trivsel på skulen 7.trinn	Bygland/B.fjord	Aust-Agder fylke	Nasjonalt
2017-2018	4,4	4,4	4,3
2019-2020	4,0	-	4,3

**Tabell 3: Trivsel i skulen, 10. trinn, 2019**

Trivsel på skulen 10.trinn	Bygland	Aust- Agder fylke	Nasjonalt
2017-2018	4,1	4,1	4,1
2019-2020	3,7	-	4,1

### Moglege årsaker

Skulane kan ha hatt for lite fokus på elevmiljøet.

Dette kan også skuldast mobbing på fritida.

### Kva må vi ha fokus på framover?

Overordna mål Bygland kommune:

Oppvekstsentra i Bygland skal gi barn og unge dei beste vilkåra for tryggleik, trivsel, samhandling og læring.

## 3.3 Sosial støtte

*Einsemd og mangel på sosial støtte gjer livskvaliteten vår dårlegare, påverkar meistringskjensla og kan føre til dårlegare helse. Vi kan difor sjå på dette som utfordringar som er av spesiell interesse i folkehelsearbeidet.*

Kjelde: Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for vidareutvikling av folkehelsearbeidet i Norge, Helsedirektoratet 2014

*Ved vurdering av sosial støtte er det tatt utgangspunkt i resultat frå Elevundersøkinga og punkta Støtte frå lærarane og Støtte heimafrå.*

### Støtte frå lærarane

Indeksen syner elevane si oppleving av emosjonell og fagleg støtte frå lærar.

Skala 1-5. Høg verdi ser ein som positivt resultat.

Tabell 4: Støtte frå lærarane, 7. trinn

Støtte frå lærarane 7.trinn	Bygland/B.fjord	Aust- Agder fylke	Nasjonalt
2017-2018	4,3	4,5	4,4
2019-2020	4,2	-	4,4

Tabell 5: Støtte frå lærarane, 10. trinn

Støtte frå lærarane 10.trinn	Bygland	Aust- Agder fylke	Nasjonalt
2017-2018	4,3	3,9	4,0
2019-2020	3,2	-	4,0

## Støtte frå heimen

Indeksen syner elevane si oppleving av interesse, stønad og oppmuntring dei får heimafrå når det gjeld skule og skulearbeid.

Skala 1-5. Høg verdi ser ein som positivt resultat.

Tabell 6: Støtte heime 7.trinn

Støtte heime 7.trinn	Bygland/B.fjord	Aust- Agder fylke	Nasjonalt
2017-2018	4,7	4,2	4,4
2019-2020	4,6	-	4,3

Tabell 7: Støtte heime 10. trinn

Støtte heime 10.trinn	Bygland	Aust- Agder fylke	Nasjonalt
2017-2018	3,9	3,8	4,1
2019-2020	3,5	-	4,1

### Moglege årsaker

Talmaterialet er smått så det er vanskeleg å trekke konklusjonar.

### Kva må vi ha fokus på framover?

Elevmedverknad for godt skulemiljø.

### 3.4 Trivsel i kommunen

*I kommuneplanen for 2011-2022 har det vore eit mål å styrke satsinga på barn og unge, samt å styrke opplevinga av Bygland som ein god kommune å bu i .Kommunen skal i følge folkehelselova bl.a. fremje helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold i befolkninga. Kunnskap om innbyggjaranes trivsel i kommunen kan vere eit nyttig verktøy i folkehelsearbeidet. God folkehelse inneber at flest mogleg trivast i kvardagen.*

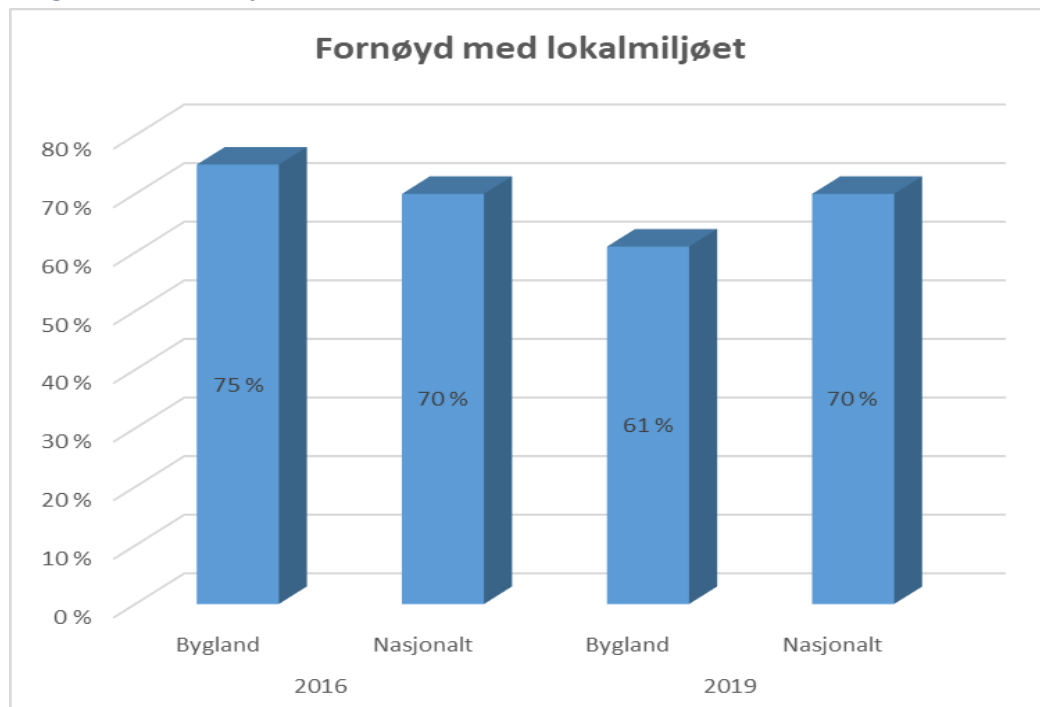
Kjelde: Helsedirektoratet. Bolig – kunnskapsgrunnlag

Tala er henta frå Ungdatarapporten frå 2019. Ungdata er eit spørjebasert verktøy frå Korus Sør som gir eit breitt bilete av korleis ungdommen har det, og kva dei driv med på fritida. I Bygland kommune er det 91 % i ungdomskulen som har svart på undersøkinga. Litt fleire jenter enn gutar.

Kommentar til tala: Dei som har svart at dei er nøgd med lokalmiljøet er fordelt på «Svært nøgd» og «Ganske nøgd». **Det stort sett gutane som svarer at dei er nøgd.**

I vidaregåande svarer 58% at dei er fornøgdde med lokalmiljøet.

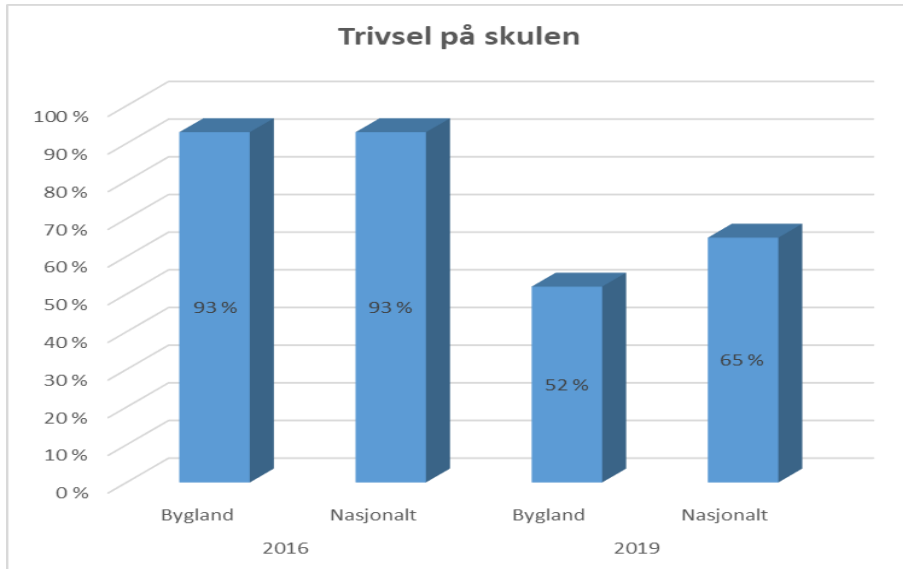
**Diagram 7: Lokalmiljøet**



**Diagram 8: Trivsel på skulen**

Spørsmålet var: Kor nøgd er du med skulen du går på? Svaralternativ: Svært nøgd-litt nøgd-verken nøgd eller misnøgd-litt misnøgd – svært misnøgd.

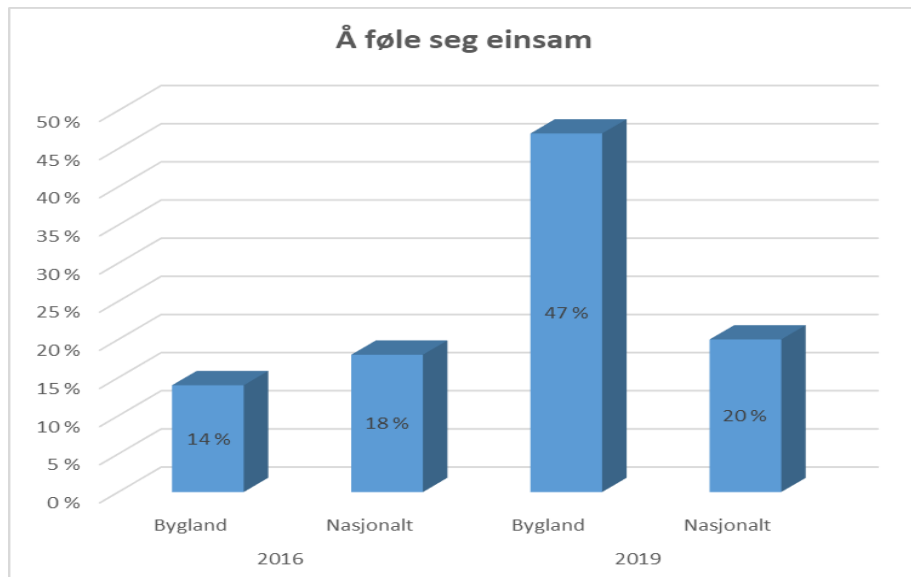
Kommentar til tala: Som ein ser av tala, har trivselen gått ned over heile landet. For Bygland kommune er det særleg gruppa som er litt misnøgd som har auka. Dette er tal som begge oppvekstsentra bør gå djupare ned i.



**Diagram 9: Einsemd**

Spørsmålet ungdommane har svart på her var: Har du vore plaga av einsemd i løpet av den siste veka? 47% har svart Ganske mykje plaga eller Veldig mykje plaga.

Kommentar til tala: Det er ingen oppfølgingsspørsmål på dette, så det er vanskeleg å lese utifrå rapporten kva som kan vere årsakene til dette høge talet. Når det gjeld spørsmål om depressive symptom, er det berre jenter som svarer at dei har eller har hatt det. I vidaregåande svarer 25% at dei er plaga av einsemd.

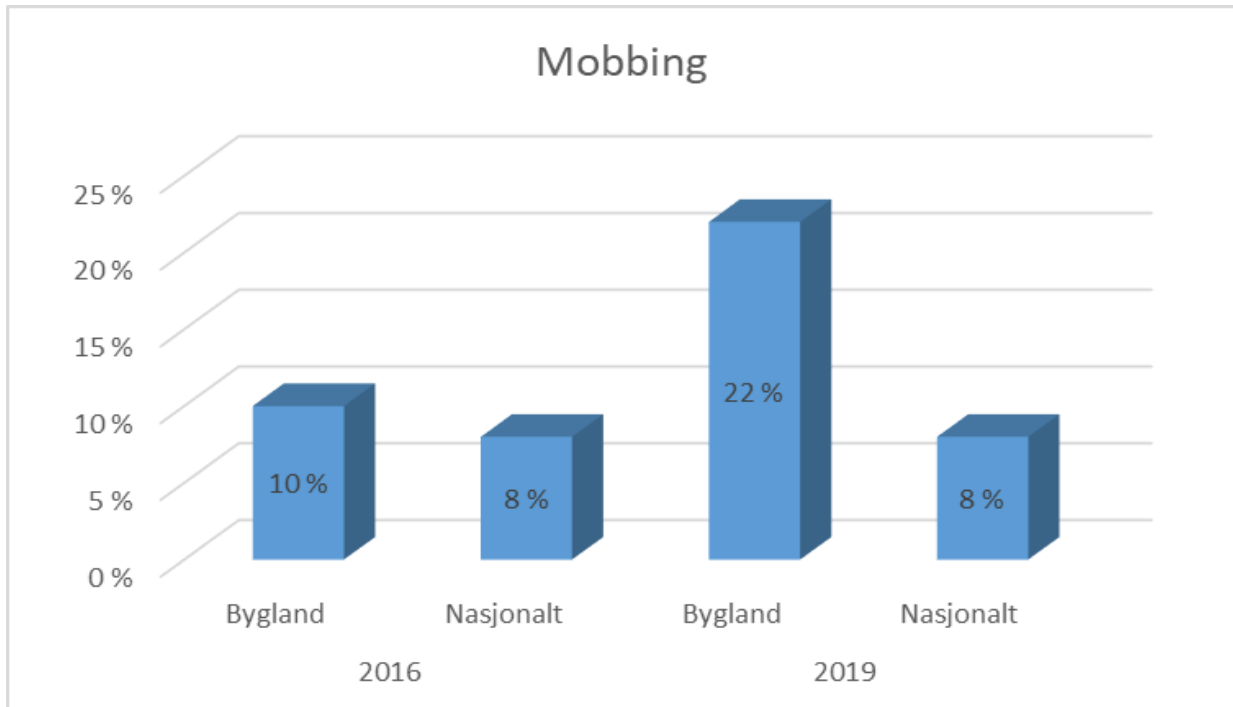




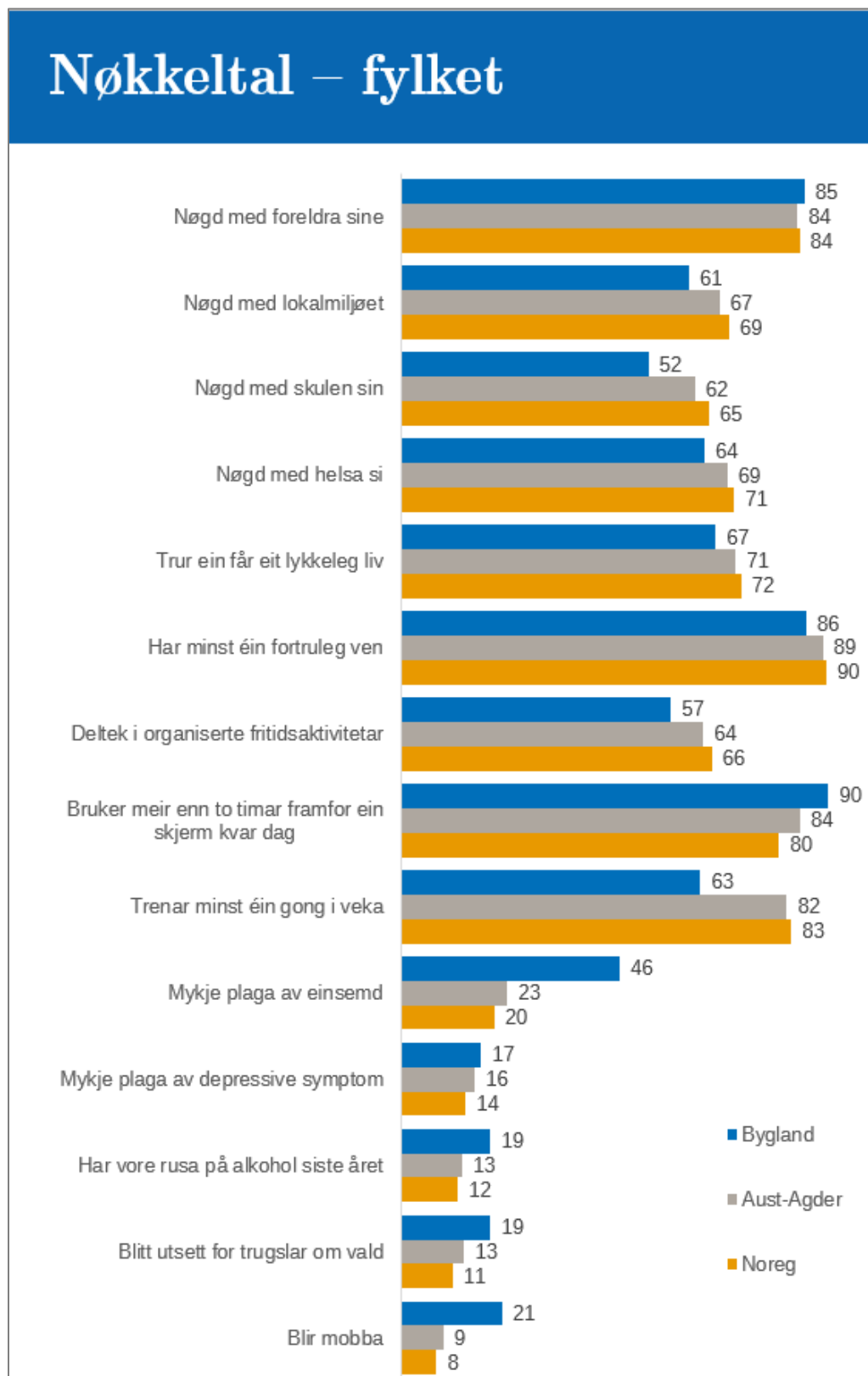
**Diagram 10: Mobbing**

Elevane vart spurt om dei vart mobba på skulen, og i tilfelle kor ofte. 22% svarte at dei vart mobba minst kvar 14.dag. ( For vidaregåande er ikkje tala tilgjengelege på grunn av personvern)

Både dei som mobbar og dei som blir utsette for mobbing er risikoutsette grupper. Mobbeoffer er særleg utsette for fysiske og psykiske problem.



## 3.5 Nøkkeltal frå Ungdatarapporten



Ungdatarapporten syner og at ungdommen i Bygland opplever mykje som positivt:

- Dei har eit godt forhold til foreldra
- Dei fleste oppgir å ha minst ein god ven
- Dei fleste ser positivt på framtida (her er det flest gutar)
- Mange er med i organisert idrett og et sunt
- Skulen er stort sett ein god plass å vere, men ikkje for alle

Bygland Kommune har likevel mange utfordringar på fleire områder, og ein ser at særleg jentene er utsette. Kanskje bygd livet i sin noverande form passar best til gutane? Kva slags utfordringar gir i tilfelle dette oss som kommune?

#### **Moglege årsaker**

Nærmiljø har generell betydning for trivsel.  
Er du nøgd med nærmiljøet, trivs du betre.

Mangfaldig kultur- og fritidstilbod i kommunen.

Manglande variasjon i tilbod om vidaregåande opplæring på nærskulane.

Få kompetansearbeidsplassar.

#### **Kva må vi ha fokus på framover?**

Attraktive bustadområde og aktiv næringsutvikling.

### 3.6 Grunnskule som høgaste utdanningsnivå

Folkehelseinstituttet si grunngjeving for val av indikator:

*Samanhengen mellom utdanningsnivå, materielle levkår og helse er godt dokumentert.*

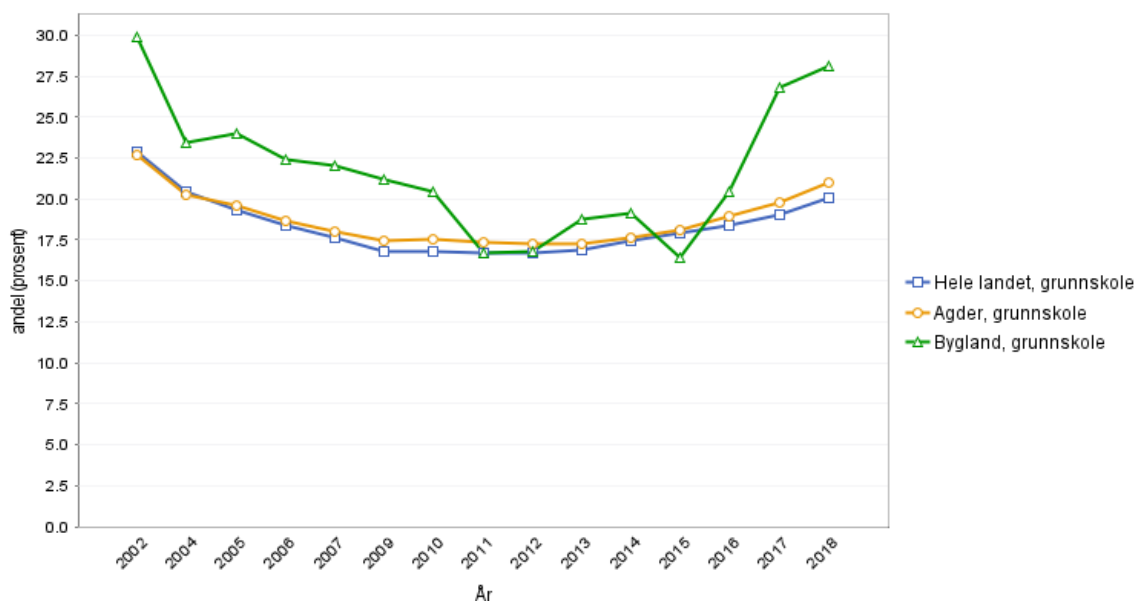
*Samanhengane mellom befolkningas utdanningsnivå og helse er komplekse, men forskarar har identifisert to hovudmekanisamar. For det første påverkar utdanning dei levkår menneske lever under gjennom livsløpet. For det andre er læring med på å utvikle ei sterkare psykisk helse, som igjen påverkar menneske si fysiske helse i positiv forstand.*

*Sagt litt enklare: Læring gir meistring, meistring gir helse (Elstad 2008). Tiltak for å redusere utdanningskilnadane kan bidra til å redusere skilnader i folk si helse. Frå ein helsemessig ståstad er det viktig at utdanningssektoren lykkast med å leggje til rette for opplæringa slik at alle barn og unge kan få like gode moglegheiter til å lære og oppleve meistring.*

Kjelde: Helsedirektoratet, 2012

Bygland kommune har i tidsrommet 2002 - 2012 ein gradvis reduksjon i talet på personar med grunnskule som høgaste fullførte utdanningsnivå. Etter 2015 til 2018 har talet blitt høgare. Dette er høgare enn fylket og landet i det heile.

**Diagram 11: Grunnskule som høgaste utdanning, 30-39 år, 2002-2018**



Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

#### Moglege årsaker

Innvandrarar får ikkje godkjent utdanninga si frå heimlandet.

#### Kva må vi ha fokus på framover?

Legge til rette for vidareutdanning.

### 3.7 Barnevern

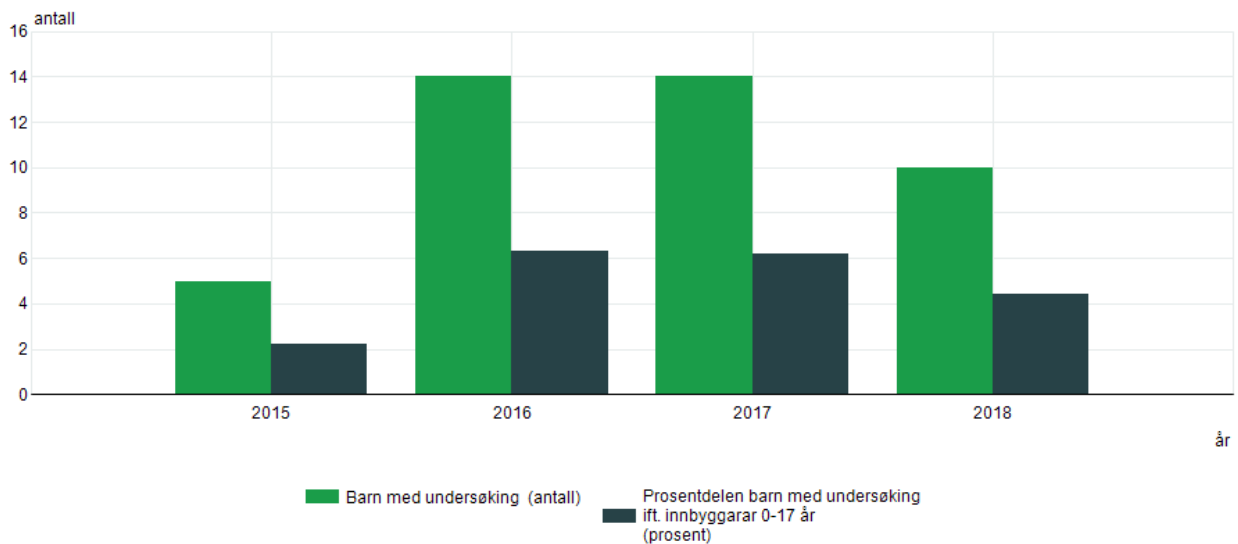
*Jo tidligere man identifiserer barn som er utsatt for risikofaktorer og setter i verk tiltak, jo større sannsynlighet er det for at barnet klarer seg bra. Risikofaktorer kan være foreldres psykiske sykdom eller rusmiddelmisbruk, vold i hjemmet, foreldre som er langtidsledige/trygdemottakere, fattigdom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

Kjelde: Folkehelsepolitisk rapport 2011, Helsedirektoratet

Talet på meldingar til barnevernet har variert i perioden 2015 til 2018. Kommunen har fått betre tiltak og har hatt fokus på tverrfagleg samarbeid. I denne perioden vart det oppretta interkommunalt barnevern med høve til å drøfte saker anonymt med fagpersonar.

#### Diagram 12: Barn med undersøking, 0-17 år, 2015-2018

12286: Barn med undersøking og prosentdelen barn med undersøking frå barnevernet, etter statistikkvariabel og år. Bygland.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

### 3.8 Barn av eieforsørgjarar

Folkehelseinstituttet si grunngjeving for val av indikator:

*Barn av eneforsørgere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt.*

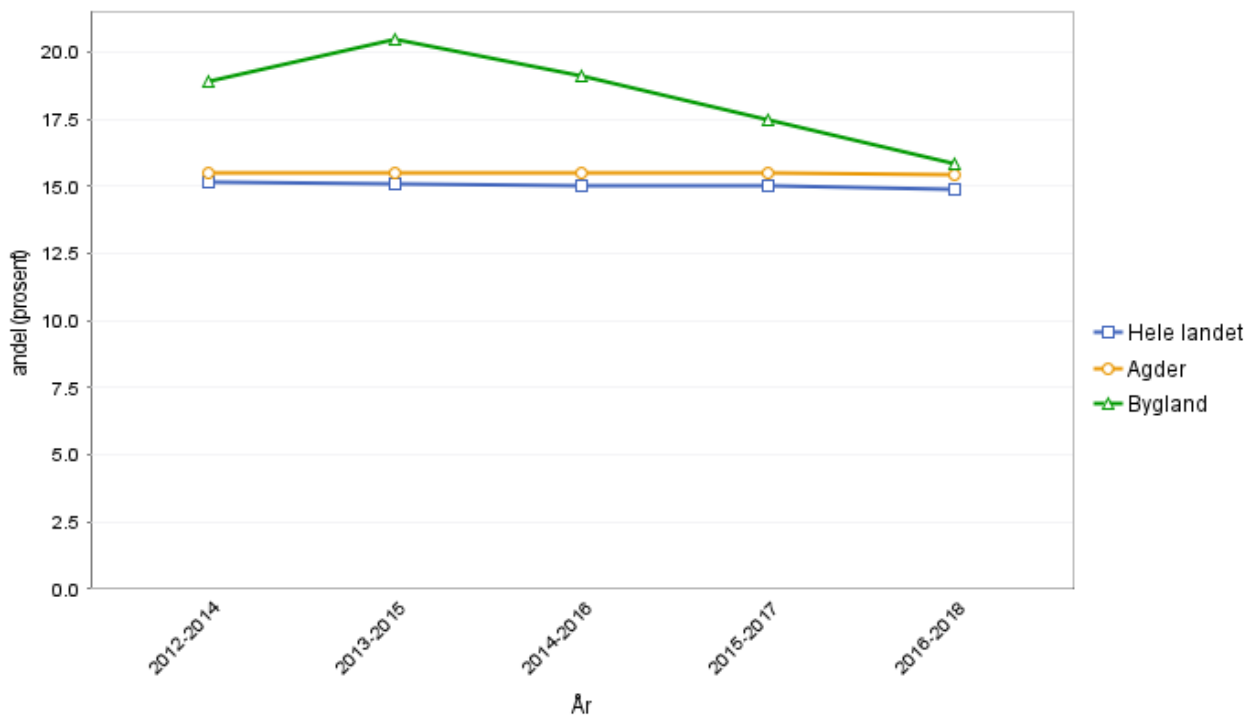
Kjelde: Folkehelseinstituttet

*Andelen barn 0-17 år som det utbetales utvidet barnetrygd for, i prosent av alle barn 0-17 år som det utbetales barnetrygd for. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Indikatoren viser antallet/andelen av barn i alderen 0-17 år med mor eller far som er eneforsørger. Som eneforsørger regnes personer som mottar utvidet barnetrygd (barnetrygd for ett barn mer enn de faktisk har) etter lov om barnetrygd. Dette inkluderer også noen samboere.*

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsastatistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

Tal på born av eieforsørgjarar for Bygland har vore høgare enn landet og fylket dei siste åra. No ligg talet for Bygland på nivå med desse. Ein må vere merksam på at i kommunar med få innbyggjarar vil sjølv små endringar kunne slå vesentleg ut på prosentvis statistikk.

**Diagram 13: Barn av eieforsørgjarar, 0-17 år, 2012-2018**



#### Moglege årsaker

Ukjent

#### Kva må vi ha fokus på framover?

Vere merksam på denne gruppa for å førebyggje sosial ulikheit.

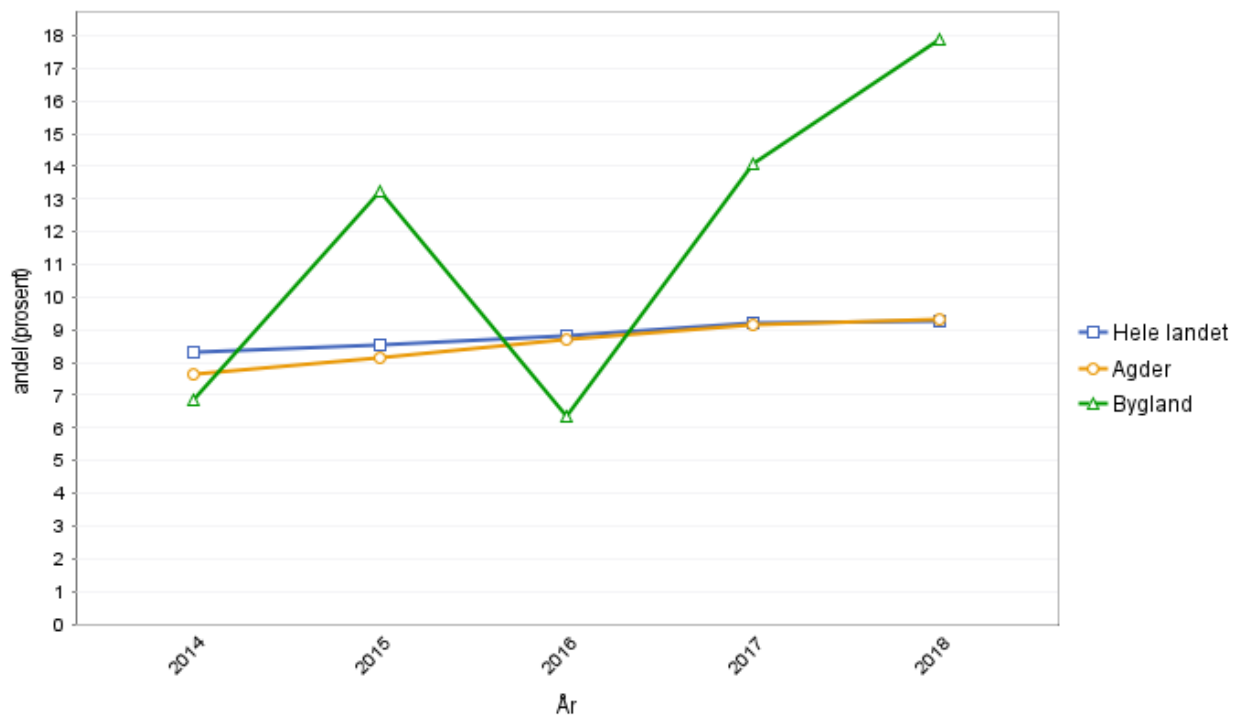
### 3.9 Familiar med låg inntekt

Folkehelseinstituttet si grunngeving for val av indikator:

*Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Levekår har stor betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk og andre rusmidler. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. I tillegg har det å vokse opp i familier som over tid har lavinntekt stor betydning for barnas helse og velferd.*

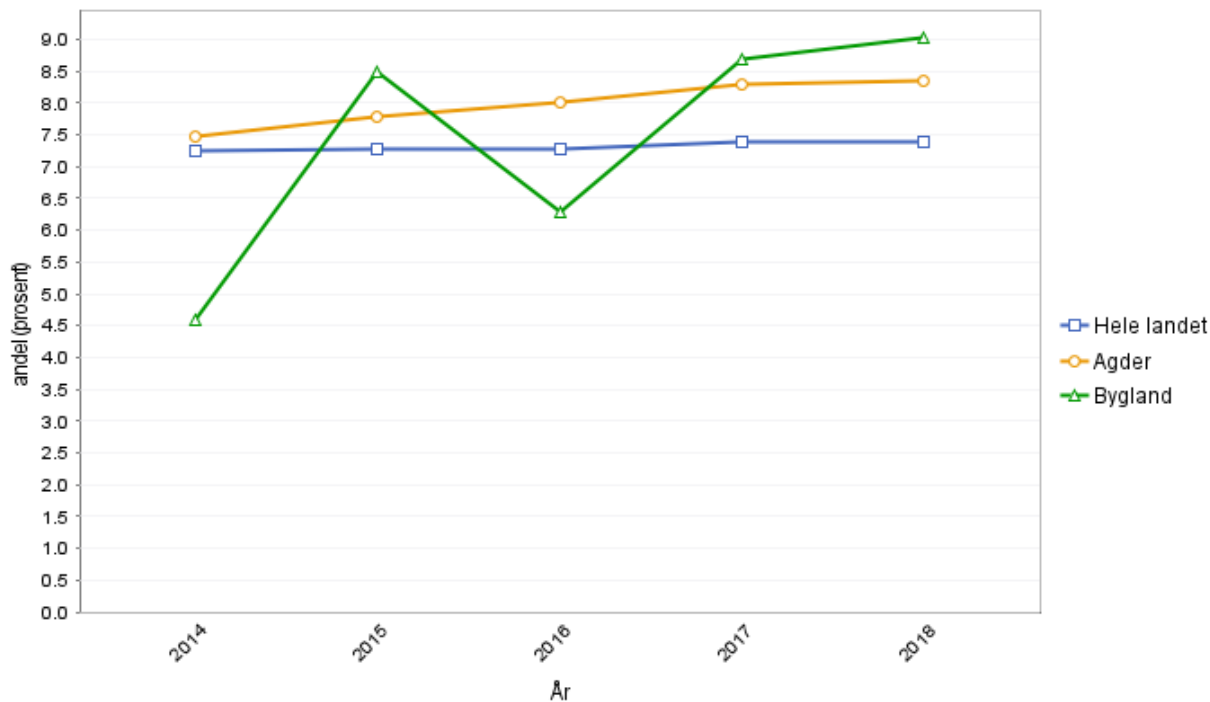
Barn i Bygland kommune som veks opp i heimar med låg inntekt er i 2018 18 %. Tal for Agder er 9% og i landet 9%.

**Diagram 14: Låginntekt familiar, 0-17 år, 2014-2018**



Tal på låginntekt-hushaldningar i Bygland kommune var i 2018 9%, medan i Agder var talet 8% og i landet 7%. Talet i Bygland har auka med 5% i tidsrommet 2014 – 2018.

Diagram 15: Låginntekt husholdninger alle aldrar, 2014-2018



### Beskriving

Personer som bor i husholdninger med inntekt under 50% og 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Husholdninger med en brutto finanskapital<sup>1</sup> på 1 G<sup>2</sup> (gjennomsnittlig grunnbeløp i året) eller mer regnes her ikke som lavinntektshusholdninger. Årlige tall.

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

<sup>1</sup> Brutto finanskapital: «Omfatter bankinnskudd, andeler i aksje-, obligasjons- og pengemarkedsfond, aksjer, obligasjoner og andre verdipapirer» (SSB)

<sup>2</sup> 1 G: Grunnbeløpet i folketrygden. I 2018 var det NOK 96 883.



### 3.10 Arbeidsløyse

Folkehelseinstituttet si grunngjeving for val av indikator:

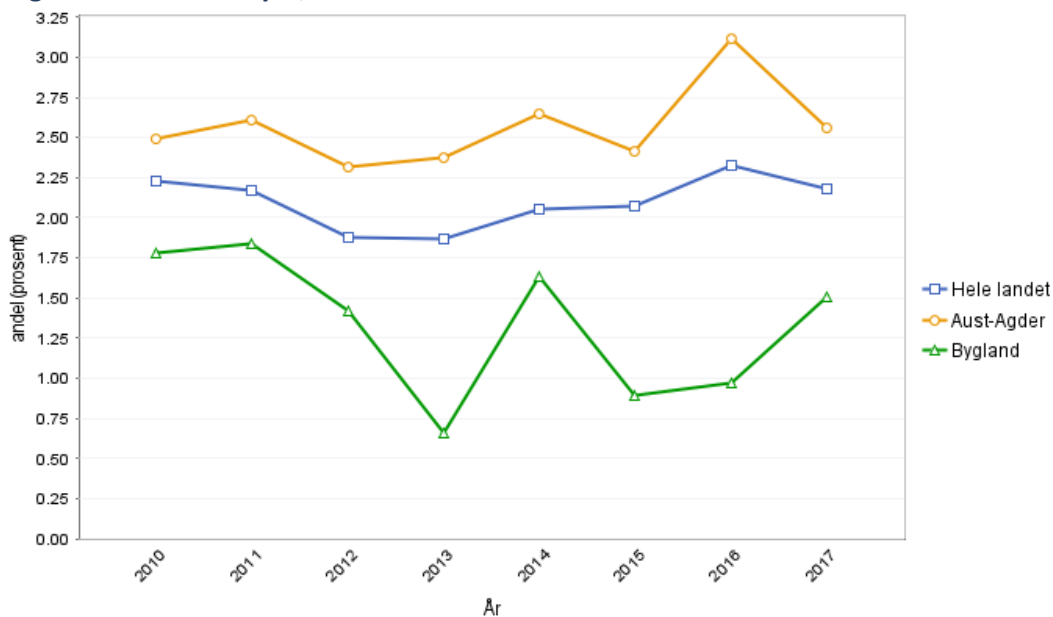
*Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både psykisk og materielt, og arbeidsledighet antas å kunne virke negativt inn på helsetilstanden.*

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

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

Arbeidsløysa i Bygland kommune har stort sett vore lågare enn fylket og i landet som heilhet dei siste åra. I 2017 var 1,5 % i aldersgruppa 15-74 år arbeidslause. I følge statistikk frå NAV Bygland var 2,1 % (12 personar) av arbeidsstyrken heilt arbeidslause i oktober 2019. Dette ligg noko under gjennomsnittet for Aust-Agder på 2,3 %.

**Diagram 16: Arbeidsløyse, 2010-2017**



#### Moglege årsaker

Det er ein samanheng mellom låg del arbeidsledige og utflytting. Folk reiser frå kommunen etter studiar, og kjem berre tilbake dersom det er arbeid til dei.

Få personar gjer stor utslag på prosentar under små forhold.

#### Kva må vi ha fokus på framover?

Kommunen må stimulere til næringsutvikling.

Det er viktig å både bevare eksisterande arbeidsplassar, samt skape nye. Her må ein følgje opp, og legge til rette for innovasjon og nyskaping. Dette må skje både i eksisterande næringar og ein må samstundes få tak i dei nye gründerane.

### 3.11 Sjukefråvære

Legemeldt sjukefråvære i Bygland er på 5,3 % pr 3 kvartal 2019, til samanlikning ligg Aust-Agder på 4,7 % og landet i det heile på 4,3 %.

**Tabell 8: Legemeldt sjukefråvære i Bygland, Aust-Agder og Noreg, 2015-2019**

Region/Kommune	År	Sykefravær. Prosent				Sykefravær. Antall dager			
		K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4
Bygland	2015	6,4	5,2	4,9	4,7	1 531	1 196	1 341	1 267
Bygland	2016	5,9	6,1	5,0	6,0	1 462	1 572	1 393	1 588
Bygland	2017	6,4	6,2	4,6	4,4	1 668	1 473	1 282	1 157
Bygland	2018	4,9	5,9	5,1	5,7	1 232	1 431	1 388	1 517
Bygland	2019	6,1	5,2	5,3	0,0	1 574	1 241	1 495	0

Kilde: Statistisk sentralbyrå - SSB <>> Bearbeiding: KommuneProfilen  
\*) Antall sykedager i prosent av antall arbeidsdager

Region/Kommune	År	Sykefravær. Prosent				Sykefravær. Antall dager			
		K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4
Aust-Agder	2015	6,0	5,3	4,7	5,4	149 196	129 309	131 714	146 821
Aust-Agder	2016	5,6	5,2	4,5	5,3	139 522	134 164	129 181	141 813
Aust-Agder	2017	5,8	5,2	4,6	5,4	157 498	128 886	131 425	149 032
Aust-Agder	2018	5,9	5,2	4,6	5,4	158 248	136 326	134 741	154 417
Aust-Agder	2019	5,8	5,2	4,7	0,0	158 052	132 898	140 200	0

Kilde: Statistisk sentralbyrå - SSB <>> Bearbeiding: KommuneProfilen  
\*) Antall sykedager i prosent av antall arbeidsdager

Region/Kommune	År	Sykefravær. Prosent				Sykefravær. Antall dager			
		K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4
Landet	2015	5,4	4,9	4,3	5,1	6 905 365	6 005 227	5 971 087	6 982 487
Landet	2016	5,2	4,9	4,2	5,1	6 682 290	6 400 271	6 045 437	7 114 107
Landet	2017	5,5	4,9	4,3	5,2	7 596 195	6 149 650	6 129 519	7 248 028
Landet	2018	5,5	4,8	4,2	5,1	7 562 731	6 386 567	6 149 732	7 367 614
Landet	2019	5,5	4,9	4,3	0,0	7 612 890	6 344 253	6 461 094	0

Kilde: Statistisk sentralbyrå - SSB <>> Bearbeiding: KommuneProfilen  
\*) Antall sykedager i prosent av antall arbeidsdager

#### Moglege årsaker

Nedgang kan skuldast at nokre sjukemeldte har fått andre ytingar.

Kommunen har nå ei meir stabil legeteneste.

#### Kva må vi ha fokus på framover?

Betre samhandling mellom legane, NAV og arbeidsgjevarane.

## 3.12 Arbeidsavklaringspengar

*Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid.*

Kjelde: Folkehelseinstituttet

Talet på personar på arbeidsavklaringspengar har vore stabilt, men med små endringar.

**Tabell 9: Talet på innbyggjarar med alderspensjon, uføretrygd eller arbeidsavklaringspengar, 2010-2019**

Region/Kommune	År	Antall med pensjon trygd i alt	Type pensjon/ytelse		
			Alders pensjon	Uføre pensjon	Arbeids avklaring
Bygland	2010	0	0	127	41
Bygland	2011	0	0	130	36
Bygland	2012	378	207	137	34
Bygland	2013	405	227	134	44
Bygland	2014	434	250	131	53
Bygland	2015	429	251	127	51
Bygland	2016	447	258	135	54
Bygland	2017	443	259	127	57
Bygland	2018	432	268	122	42
Bygland	2019_3	435	276	122	37

Kilde: Statistisk sentralbyrå - SSB <>> Bearbeiding: KommuneProfilen

\*) Kvartal 2019. 2019\_3 = per utgang 3. kvartal 2019 osv.

\*\*\*) Andel av alle innbyggere - usnsett alder

For 2019 er den prosentvise delen som mottok uførepensjon= 18% og arbeidsavklaringspengar=5,5% for aldersgruppa 18-67 år.

### Moglege årsaker

Variasjonane kan skyldast at det er fleire personar som har fått andre ytingar eller har kome i arbeid.

### Kva må vi ha fokus på framover?

Tidleg innsats og førebygging.

Tett sjukefråværsoppfølging, både frå NAV og arbeidsgjevar si side.

Legane bør i større grad seie nei til 100% sjukemeldingar. Unnataka er dei tilfella der det er gode grunnar til at ein ikkje kan arbeide noko.

Sjukemelde må vere bevisste og ansvarlege i si eiga sak for å hjelpe til å bli frisk så fort som mogleg.

### 3.13 Uføretrygd

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: *Gruppen uføretrygdede er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. Omfanget av uføretrygd er en indikator på helsetilstand (fysisk eller psykisk), men må sees i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivå og jobbtilbudet i kommunen. Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning, livsstilsfaktorer og andre sosiale faktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker uføretrygd.*

Kjelde: Folkehelseinstituttet

Talet på uføretrygda frå 18 til 66 år i Bygland kommune har halde seg relativt stabilt frå 2010 til 2019. Kommunen ligg ein god del høgare enn landsgjennomsnittet, og ligg høgare enn Agder fylke. Tal frå 3. kvartal 2019 syner at 10,5% av befolkninga har uførepensjon.

#### Moglege årsaker

Geografien gjer at det er ikkje lett å få anna arbeid dersom ein ikkje lenger kan utføre arbeidet sitt.

I Bygland kommune består største- parten av arbeidsplassane av fysisk arbeid som f. eks. i Pleie og omsorg.

Som nemnt ovanfor er det også slik at det er personar som flyttar til Bygland som frå før har arbeidsavklaringspengar eller uføretrygd. Bygland kommune har låge prisar på hus, og husleiga i utleigebustader er rimelege.

#### Kva må vi ha fokus på framover?

Samanhengen mellom gradert sjukemelding, inngang på arbeidsavklaringspengar og uføretrygd. Om ein kan halde fleire på gradert sjukemelding vil færre gå over til arbeidsavklaringspengar og færre vil gå mot uføretrygd.

## 4 MILJØRETTA HELSEVERN

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø (miljøretta helsevern)

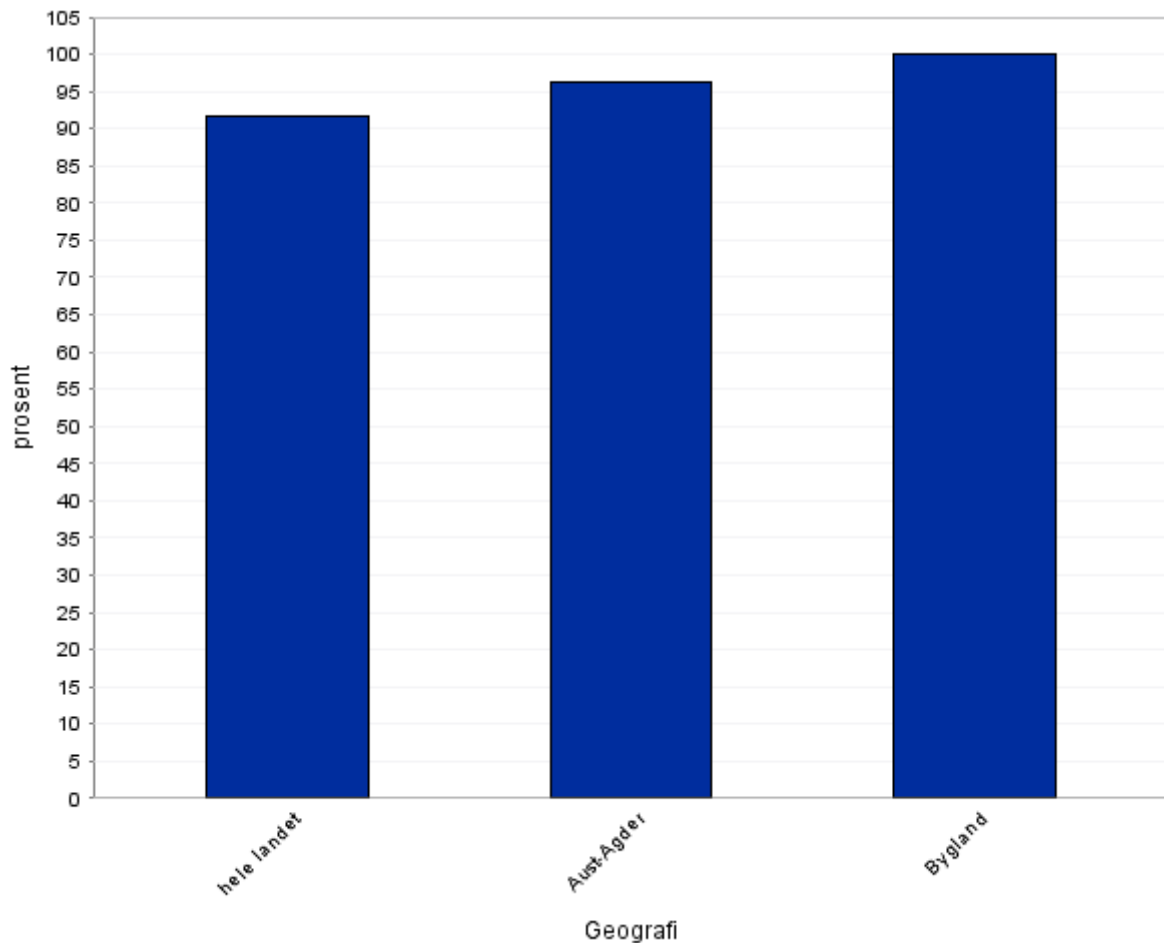
### 4.1 Drikkevatt

*Drikkevann fritt for smittestoff er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og E.coli er en av de mest sentrale parametere for kontroll.*

Kjelde: Folkehelseinstituttet

Analyseresultata for 2019 synte at Bygland kommune hadde god forsyning av drikkevatt til 100 % av personane som var tilknytt vassverk inkludert i statistikken (sjå forklaring under diagram). Resultata ligg over fylket (96,2 %) og landet elles (91,6 %). På grunn av endring av innsending er det ikkje nyare tal.

**Diagram 17: Del av innbyggjarar med god forsyning av drikkevatt i prosent**



Andelen personer tilknyttet vannverk med ulik kvalitet på drikkevannsforsyningen mtp. E.coli/koliforme bakterier og leveringsstabilitet i prosent av befolkningen tilknyttet rapportpliktige vannverk (vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer og/eller 20 husstander). Tallene omfatter både private og kommunale vannverk. Årlige tall.

**God drikkevannsforsyning: Tilfredsstillende analyseresultater:**

For hygienisk kvalitet mht. E.coli/koliforme bakterier er kriteriene at minst 12 prøver må være analysert og minst 95 % av disse må være tilfredsstillende.

For leveringsstabilitet er tilfredsstillende, her definert som under 30 minutter ikke-planlagte avbrudd i året.

For samlekategorien må begge parameterne, både hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet, være tilfredsstillende.

**Mindre god drikkevannsforsyning: Ikke tilfredsstillende analyseresultater:**

For hygienisk kvalitet mht. E.coli/ koliforme bakterier er ikke tilfredsstillende definert som vannverk med avvik i mer enn 5 % av prøvene, med minimum 12 prøver analysert.

For leveringsstabilitet er ikke tilfredsstillende her definert som mer enn 30 minutter ikke-planlagte avbrudd per år.

For samlekategorien er ikke-tilfredsstillende her definert som enten ikke tilfredsstillende hygienisk kvalitet eller ikke tilfredsstillende leveringsstabilitet eller ikke tilfredsstillende på begge parameterne.

**Mangelfulle eller usikre data:**

Det er mangelfulle data/tatt for få prøver til å kunne si noe sikkert om drikkevannskvaliteten. Minst 12 prøver må være analysert mht. E.coli for å kunne si at resultatene er tilfredsstillende for hygienisk kvalitet. Denne kategorien omfatter også de som mangler data (eller har registrert resultater for sent).

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

**Moglege årsaker**

Gode vassførekomstar og gode rutinar.

**Kva må vi ha fokus på framover?**

Oppretthalde den gode kvaliteten på drikkevannet i kommunen.

## 4.2 Skader og ulykker

Folkehelseinstituttet si grunngjeving for val av indikator:

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

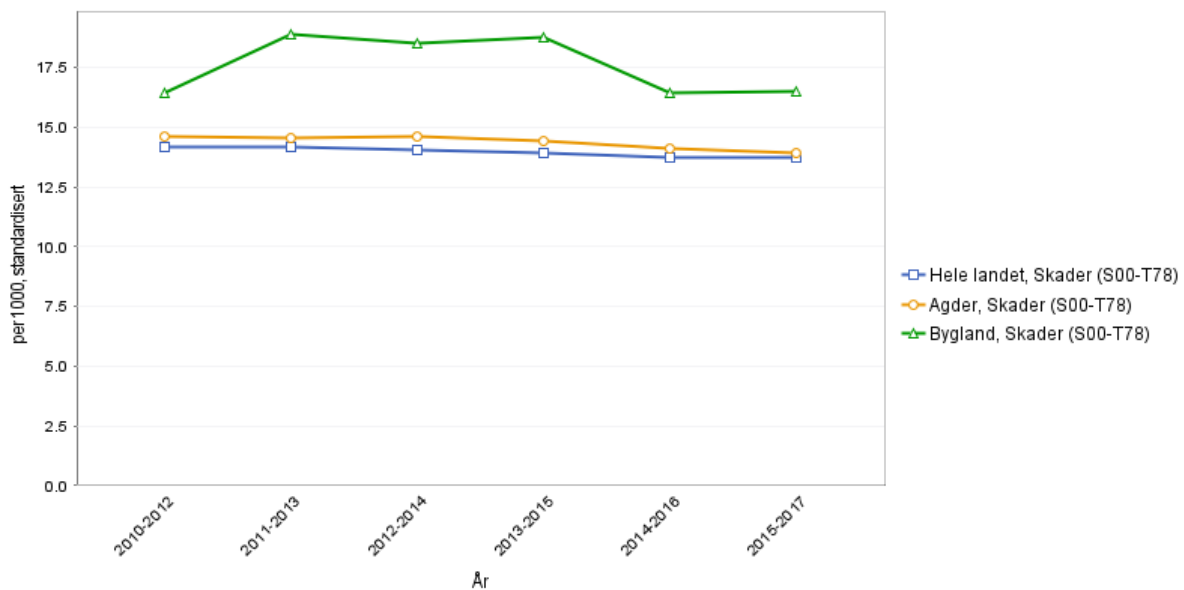
Kjelde: Folkehelseinstituttet

*Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med skader per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt.*

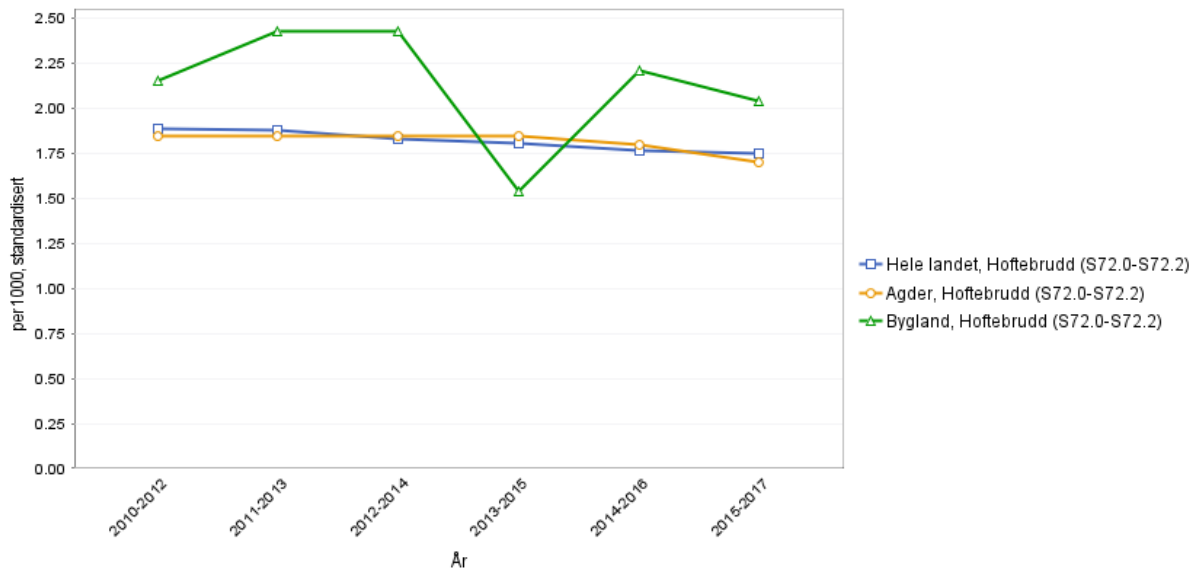
Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

I perioden 2010 til 2017 har det i Bygland kommune vore variasjon i innleggingar på sjukehus pga. personskadar. Talet på innleggingar er litt høgare enn fylket og landet i det heile. Innleggingar etter lårbeinsbrot var i gjennomsnitt 3 stk. pr. år.

**Diagram 18: Innlagt i sjukehus etter ulykker, 3 års glidande gjennomsnitt, 2014-2017**



**Diagram 19: Innlagt i sjukehus etter hoftebrudd, 3 års glidande gjennomsnitt, 2010-2017**



Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med lårbensbrudd per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. 3 års gjennomsnitt.

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommnehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

**Moglege årsaker**

Dei fleste ulukkene blant dei eldre skjer i heimen. Bygland har ein stor del eldre som bur heime i gamle hus som er lite tilrettelagd for eldre.

**Kva må vi ha fokus på framover?**

Kommunen må ha stort fokus på førebyggjande heimebesøk. Som t.d. at fysioterapeut/ergoterapeut er i heimen for å sjå på eventuelle hjelpetiltak. Naudsynte hjelpemiddel kan ein få utan kostnad frå hjelpemiddelsentralen.

Likevel må det største fokuset i samband med heimebesøk vere hjelp til sjølvhjelp. På denne måten kan ein unngå mange fallulukker.

Fysisk aktivitet for eldre viser seg å vere det beste førebyggjande tiltaket mot fallulukker.



## 4.3 Trafikkulykker

*Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft i Norge målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tar relativt mange unge liv og er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Våre muligheter for å forebygge ulykker er gode, hvis det legges til rette for det. Effekten av tiltak kommer raskt.*

Kjelde: Ulykker i Norge. Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009–2019.

Talet på trafikkulykker med personskadar i Bygland kommune er lågt, statistikk syner at det er ein auke i juni og juli kvart år. i 2018 og 2019 var det 5 ulykker.

### Moglege årsaker

Ukjent

### Kva må vi ha fokus på framover?

Trafikktryggleik på grunn av auke i biltrafikken og betre veg.

## 5 HELSERELATERT ÅTFERD

Dei fleste data på dette området er henta frå Ungdatarapporten 2019 utarbeidd av Korus Sør. I Bygland kommune er det 91% av elevane i grunnskulen som har svart på undersøkinga. Eit viktig føremål med Ungdatarapporten er at resultatane frå Ungdata skal bidra inn i kommunen sitt plan- og strategiarbeid. (Kjelde: Ungdatarapport 2014 Bygland kommune utarbeidd av Korus Sør)

### 5.1 Deltaking i aktivitetar

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

#### Resultat Ungdata 2019 – Deltaking i organisert aktivitet

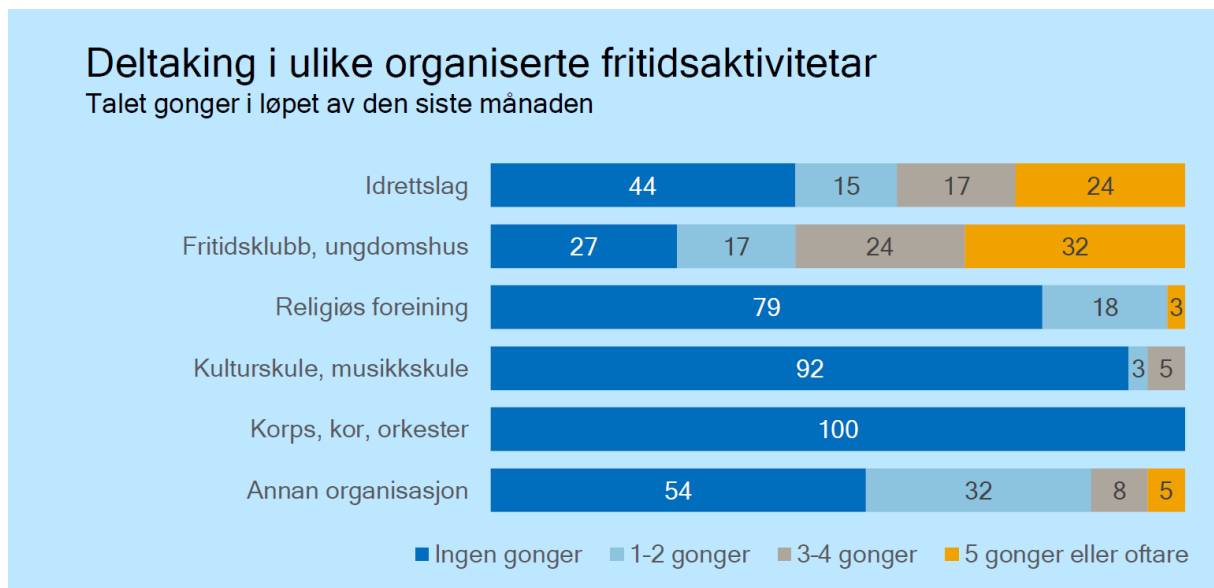
(Kjelde: Korus Sør Ungdatarapport 2019)

Deltaking i organisert aktivitet inneheld spørsmål om kor mange gonger dei har delteke på ulike aktivitetar den siste månaden

- Idrettslag
- Fritidsklubb/ungdomshus
- Religiøs foreining
- Kor, korps, orkester
- Kulturskule/musikkskule
- Annan organisasjon, lag eller foreining

Idrettslag og fritidsklubb er dei to mest brukte aktivitetane, 41 % nytta idrettslaget 3- 5 gonger i veka og 56% ungdomsklubben.

Diagram 20: Deltakar i organiserte aktivitetar. Tal på gonger i siste månad minst ein aktivitet.

**Moglege årsaker**

Fritidstilboda er ofte meir avgrensa i ein liten kommune.

**Kva må vi ha fokus på framover?**

God dialog med ungdommen i forhold til å utvikle nye fritidstilbod.

Identifisere dei som fell utanfor dei etablerte tilboda.

## 5.2 Fysisk aktivitet

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

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

*Helsedirektoratet anbefaler videre at voksne er moderat fysisk aktive i minst 150 minutter hver uke. Det vil si å utføre aktiviteter som gir raskere pust enn vanlig, for eksempel rask gange.*

*Anbefalingen kan også oppfylles med minst 75 minutter aktivitet med høy intensitet hver uke, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet.*

Kjelde: Folkehelse rapporten 2014, Fysisk aktivitet i Norge

### Fysisk aktivitet i skulen

Samla frå 1- 10. klasse er det krav om 701 klokkeimar undervisning i kroppsøving. Dette utgjør 934 økter på 45 min. Det er ingen minstekrav til talet på symjetimar, men det er krav til at elevane skal vere symjedyktige i 4. klasse etter nærare spesifiserte reglar.

**Desse timane er fordelte slik:**

- Symjing 1-7. klasse : 161 skuletimar
- Symjing 8- 10. klasse : 69 skuletimar
- Gym 1-7. klasse: 476 skuletimar
- Gym 7-10. klasse: 228 skuletimar
- Aktivitetsdagar 8-10. klasse: 69 timar (skidagar, gåturar, turneringar og del av Gamaveka)
- Fysisk aktivitet 5-7. klasse: 76 timar (utanom gym)
- Valfag 8-10. klasse: 228 timar (3/4 av elevane har vald dette)

**Resultat Ungdata 2019 - Fysisk aktivitet**

(Kjelde: Korus Sør Ungdatarapport 2019)

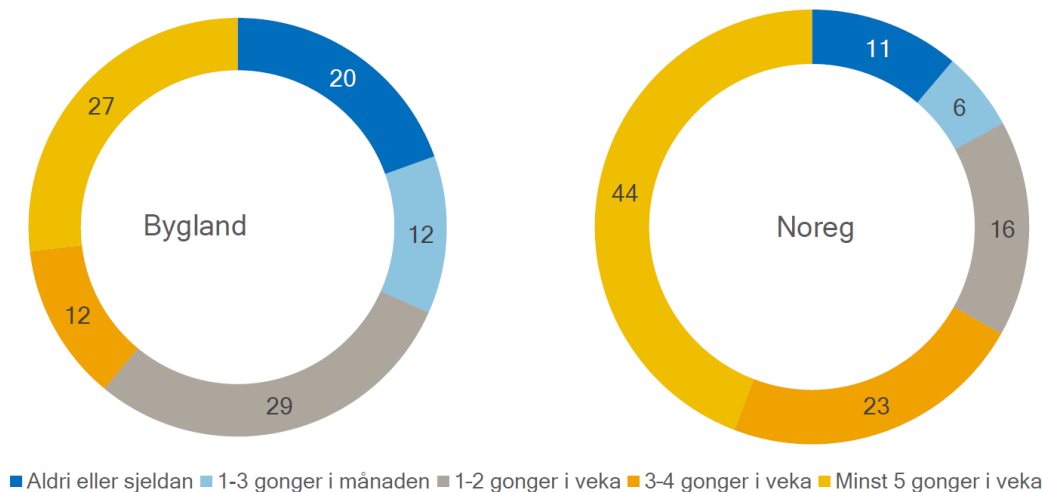
Resultat frå eit spørsmål om den fysiske aktiviteten til ungdomen. Spørsmålet dreiar seg om kor ofte dei trenar i idrettslag, på treningsstudio/helsestudio eller trenar på eiga hand.

Spørsmål: Kor ofte trenar eller driv du med følgjande aktivitetar:

- Trenar eller konkurrerer i eit idrettslag
- Trenar på treningsstudio eller helsestudio
- Trenar eller trimmar på eiga hand (spring, sym, sykklar, går tur)
- Driv med anna organisert trening (dans, kampsport mm.)

Aktivitetsnivå blant ungdom i idrettslag, treningsstudio eller trening på eiga hand. 39 % av ungdommen i kommunen er fysisk aktive minst tre gonger i uka. Dette er lågare enn landet elles. Generelt er trener ungdomen i Bygland mindre enn ungdomen i Noreg.

**Diagram 21: Aktivitetsnivå blant ungdom i idrettslag, treningsstudio eller trening på eiga hand.**



(Kjelde: Korus Sør Ungdatarapport 2019\_Bygland kommune.)

**Moglege årsaker**

- Fritidstilbod i kommunen.
- Fokus på fysisk aktivitet i skulen.
- Aktivt idrettslag.

**Kva må vi ha fokus på framover?**

- Oppretthalde eit godt og allsidig aktivitetstilbod for alle aldersgrupper.
- Gå i dialog med ungdomen for å finne aktivitetar som treffer målgruppa.

## 5.3 Kosthald

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

Kjelde: Helsedirektoratet. Kostholdsrad.

Ungdomstida er prega av at kroppen utviklar seg raskt og behovet for næringsstoff aukar. Det vi et og drikk påverkar helse vår. Eit sunt kosthald og god ernæring kan redusere risikoen for ei rekkje sjukdomar og er avgjerande for vekst og utvikling i ungdomstida.

Kjede: Ungdata 2019

I Bygland et 28 % av gutane og 43% av jentene frukt og bær minst fire gonger i veka. 76% et grønnsaker og salat meir enn 2-3 gangar i veka. Ungdata viser generelt sundt kosthald hos ungdommane, men litt høgt inntak av godteri.

### Resultat Ungdata 2019 - Måltidsvanar/kosthaldsvanar

(Kjelde: Korus Sør Ungdatarapport 2019)

#### Diagram 22: Matvanar blant elevane

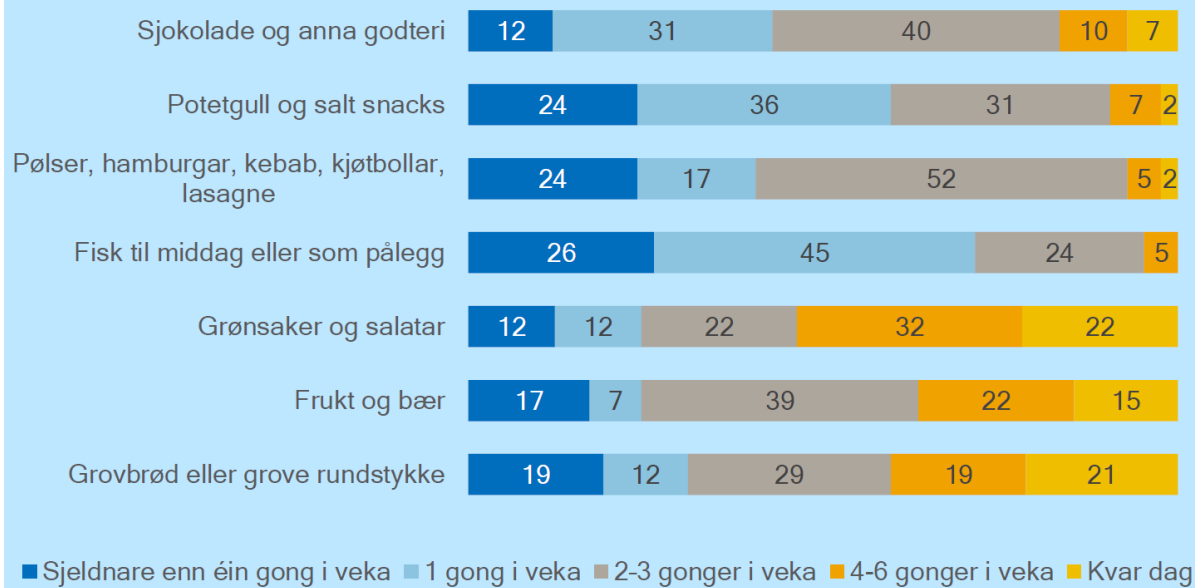
Prosentdel som et frukt og bær minst fire gonger i veka  
Blant gutar og jenter



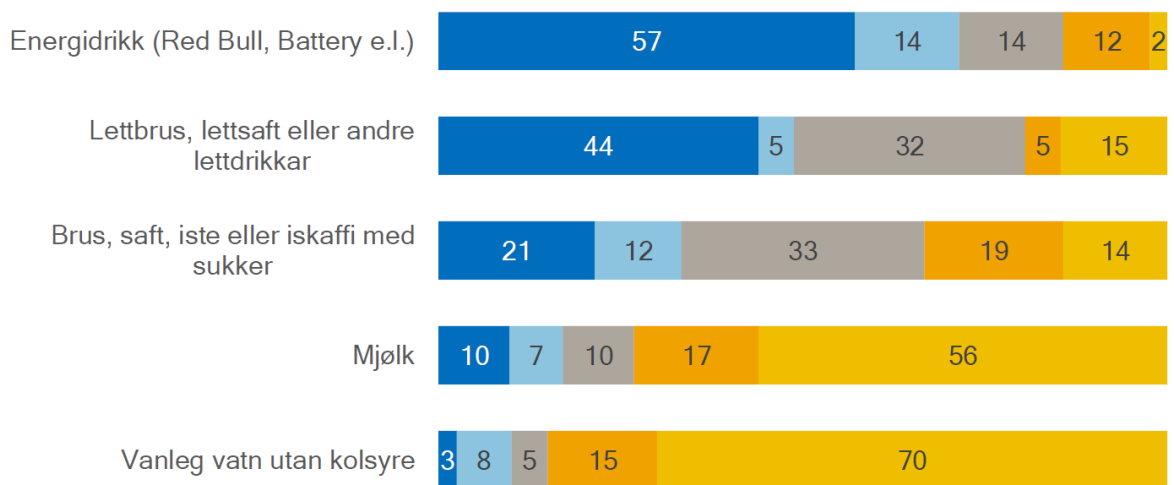
Prosentdel som et godteri minst fire gonger i veka  
Blant gutar og jenter



## Så ofte et ungdom...



## Så ofte drikk ungdom...



(Kjelde: Korus Sør Ungdatarapport 2019)

### Moglege årsaker

Ulik kunnskap om betydinga av eit regelmessig og variert kosthald.

### Kva må vi ha fokus på framover?

Framleis fokus på eit sunt kosthald, gode matvanar og eit sunt kroppsbilete.

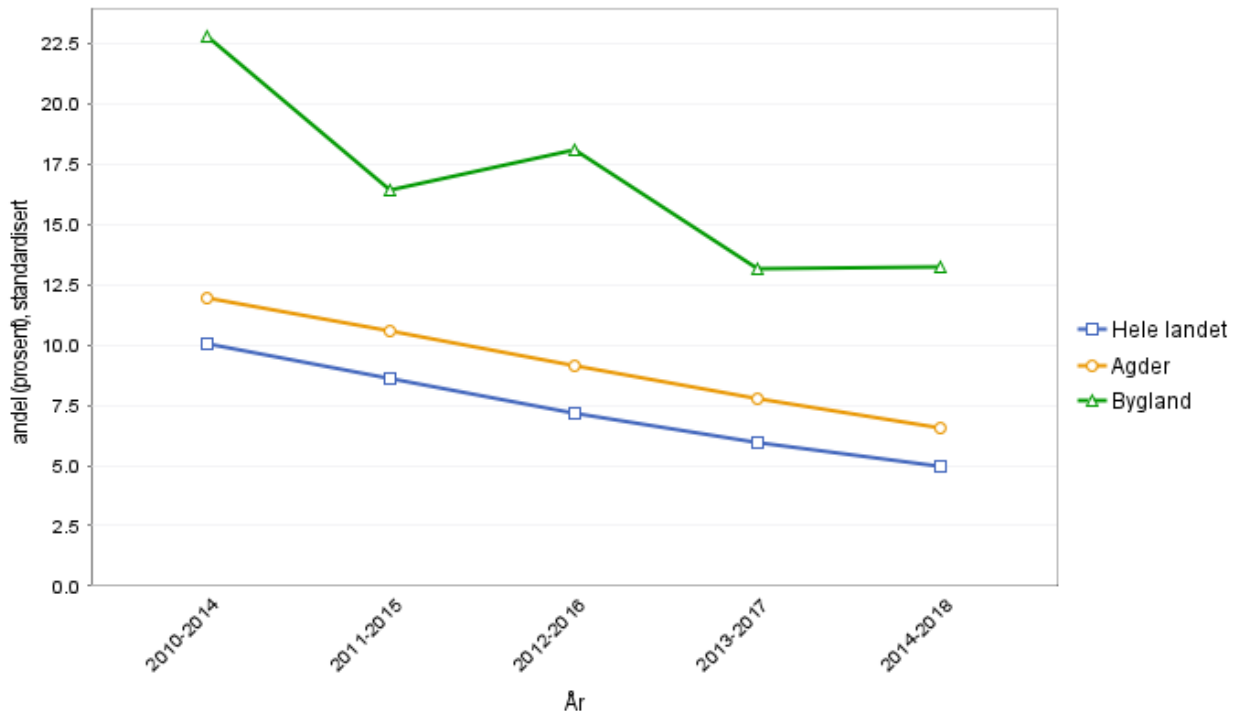
## 5.4 Røyking og snus

Folkhelseinstituttets begrunning for val av indikator: *Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at de som røyker daglig, i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere, og 25 prosent av dagligrøykerne dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere. Bruk av snus øker risikoen for kreft i bukspyttkjertel, spiserør og munnhule og har flere andre negative effekter. Snus øker risikoen for dødfødsel og for tidlig fødsel.*  
Kjelde: Helsedirektoratet. Sykdom og helseskader ved snus.

*Undersøkelser i Norge har vist tydelige sosioøkonomiske forskjeller i røyking blant voksne, men ikke for bruk av snus.*

Kjelde: ØF-notat 13/2014

Diagram 23: Røyking gravide kvinner



Andel fødande som oppgav at dei røykte ved første svangerskapskontroll i prosent av alle fødande med røykeopplysningar. Statistikken viser gjennomsnitt for overlappende 5-årsperiodar. I Bygland vil det seie ein person.

Snusbruk og røyking blant ungdom, 9 % snuser kvar veke, mens ingen snuser dagleg. Ingen seier at dei røyker dagleg men 4 % røykjer kvar veke.

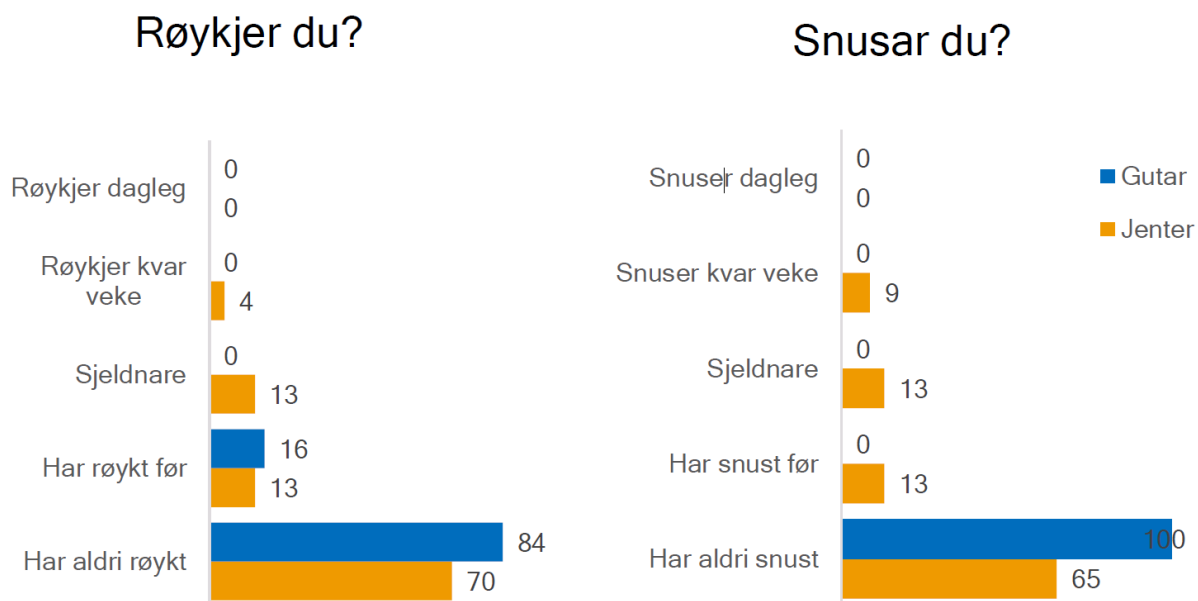
## Resultat Ungdata 2019- Tobakk

(Kjelde: Korus Sør Ungdataberport 2019)

Spørsmålet viser kor stor del av ungdommane som svarer at dei brukar tobakk eller snus. Svaralternativa er om dei aldri har røykt/snust, har røykt/snust før (men slutta), røyker/snuser sjeldnare enn ei gong i veka, røyker/snuser kvar veke eller dagleg. I figuren er det slått saman «har røykt/snust før» og «røyker/snuser sjeldnare enn ei gong i veka». I tillegg er kategoriane «røyker/snuser kvar veke» og «røyker/snuser dagleg».

Figuren viser kor stor del som svarer at dei har røykt før eller røyker på tidspunktet for undersøkinga.

**Diagram 24: Ungdom som svarer at dei har røykt eller røyker**



(Kjelde: Korus Sør Ungdataberport 2019)

### Moglege årsaker

Generelt fokus på helsefarane i samfunnet.

### Kva må vi ha fokus på framover?

Tilbod om røykeavvenningskurs.



## 5.5 Alkohol og rus

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

*Rusmiddelarbeid i kommunen omfatter blant annet forvaltning av alkoholloven, rusmiddelforebygging og tidlig intervensjon. Det er spesielt viktig å forebygge overfor barn og unge for på den måten å hindre risikofylt eller skadelig rusmiddelbruk senere i livet. Kommunen har også et ansvar for behandling og oppfølging i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre aktører. Mange med rusmiddelproblemer har også samtidige psykiske lidelser, og kommunene har en sentral rolle i kartlegging, behandling og oppfølging av disse.*  
Kjelde: Helsedirektoratet. Rusmiddelarbeid i kommunene.

Ungdata undersøkinga for 2019 viser at 40 % av ungdomen i Bygland bruker alkohol av og til, men ikkje så ofte som månadleg. Det viser seg at 5 % har brukt hasj/marihuana ein eller fleire gonger dei siste 12 månadane.

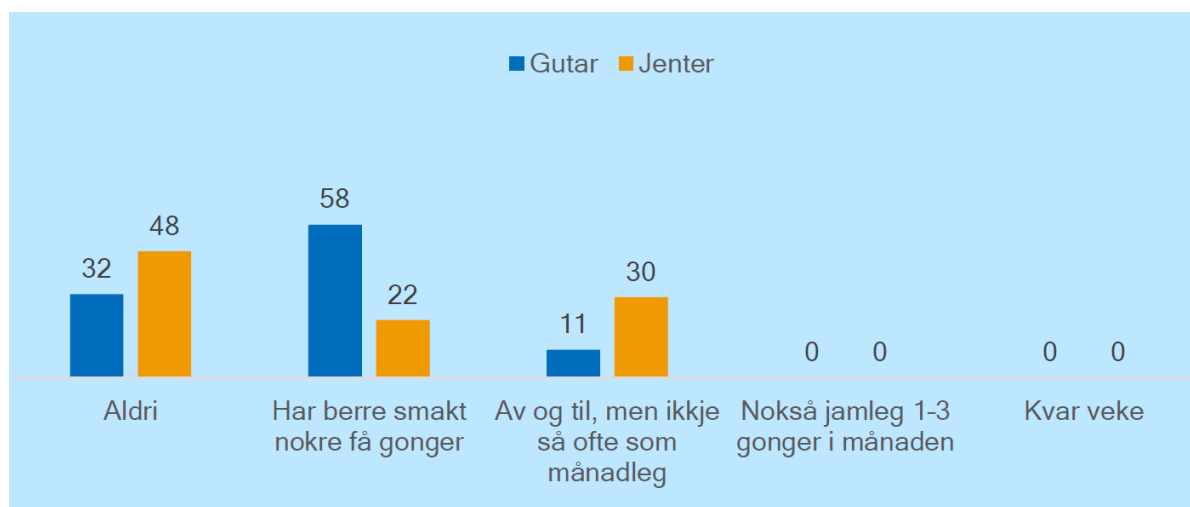
### Resultat Ungdata 2019 - Alkohol

(Kjelde: Korus Sør Ungdatarapport 2019)

Eit av spørsmåla i Ungdata omhandlar kor ofte ungdomane drikk somme former for alkohol. Her skal respondentane svare på om dei aldri har smakt alkohol, har smakt berre nokre få gonger, har smakt av og til (ikkje så ofte som månadleg), drikk nokså jamt (1- 3 gonger i månaden) eller drikk kvar veke.

Figuren viser kor stor del av respondentane som svarer at dei har smakt alkohol eller drikk alkohol av og til eller nokså jamt.

**Diagram 25: Prosent av ungdom som svarer at de har smakt alkohol noen få gonger, drikk alkohol av og til eller drikk alkohol nokså jamleg.**



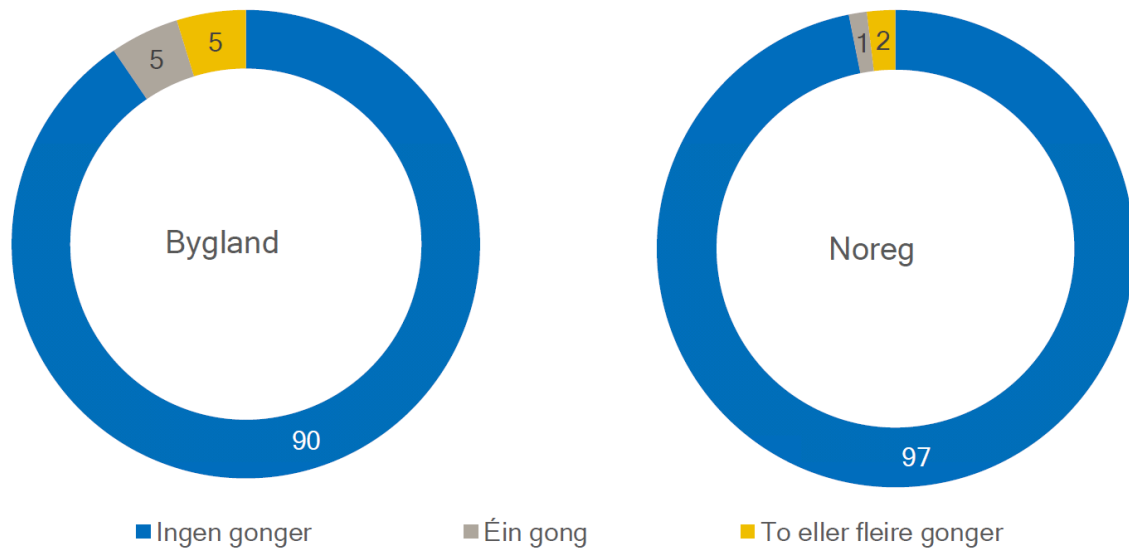
(Kjelde: Korus Sør Ungdatarapport 2019)

## Resultat Ungdata 2019 - Hasj eller marihuana

(Kjelde: Korus Sør Ungdatarapport 2019)

I Ungdata inngår eit spørsmål om ungdomane har brukt hasj eller marihuana. På spørsmål om bruken av desse midla skal respondentane svare om dei aldri har brukt det, har brukt det 1 gong eller 2 eller fleire gonger.

**Diagram 26: Ungdom som har brukt hasj/marihuana ein eller fleire gonger de siste 12 månadene**



### Moglege årsaker

Tala varierer mellom dei ulike undersøkingane.

### Kva må vi ha fokus på framover?

Førebyggjande tiltak spesielt blant barn og unge.

Nytte interkommunal ruspolitisk handlingsplan aktivt i alle einingar.

Være spesielt merksame på overgangen frå ungdomsskule til vidaregåande skule.

Haldingsskapande arbeid.

## 6 HELSETILSTAND

### 6.1 Forventa levealder

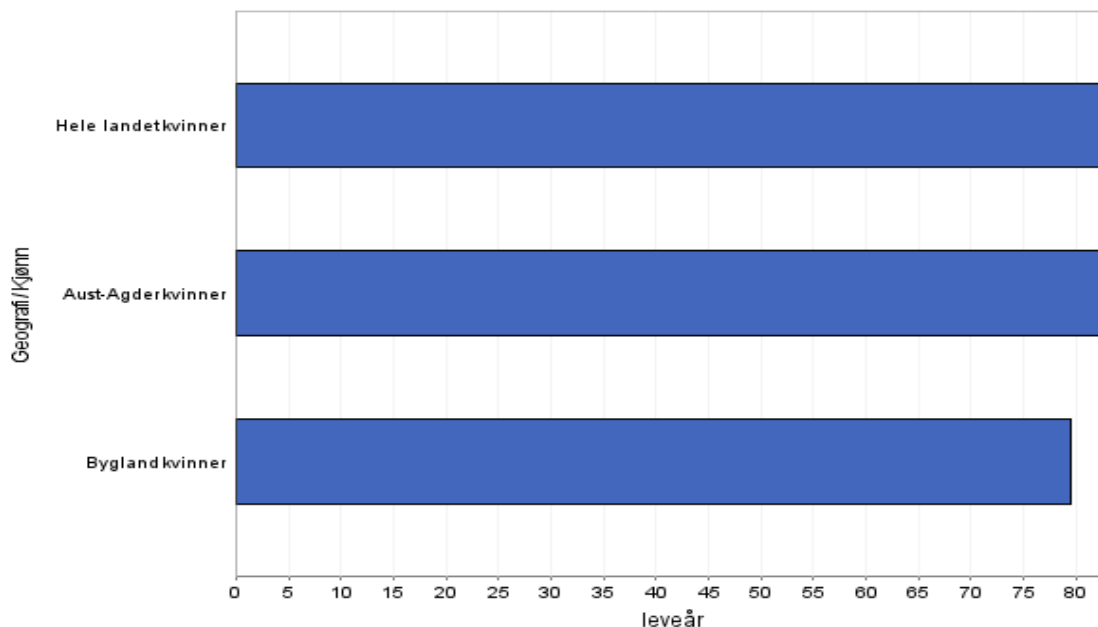
Folkehelseinstituttet si grunngeving for val av indikator:

*Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. På lands og fylkesnivå er dette en stabil og pålitelig indikator som gir informasjon om endringer over tid og om forskjeller mellom befolkningsgrupper. Indikatoren er informativ også på kommunenivå, forutsatt at det tas hensyn til betydningen av tilfeldige svingninger. De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig har helseforskjellene økt de siste ti årene det gjelder både innenfor fysisk og psykisk helse og både for barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet*

Kjelde: Folkehelseinstituttet

Forventa levealder i Bygland kommune var 79,5 år for kvinner og 77,7 år for menn, basert på eit årleg gjennomsnitt i perioden 1999-2018. Det er ikkje data for Bygland kommune på forventa levealder for menn og kvinner med grunnskule som høgaste utdanning eller med høgare utdanning i denne perioden. Tal for heile landet viser ei jamn stiging i forventa levealder med eit aukande utdanningsnivå. Det knyter seg stor uvisse til forventa levealder i små kommunar. Det vil få store utslag på statistikken dersom nokre unge personar dør i samband med ulukker eller alvorleg sjukdom.

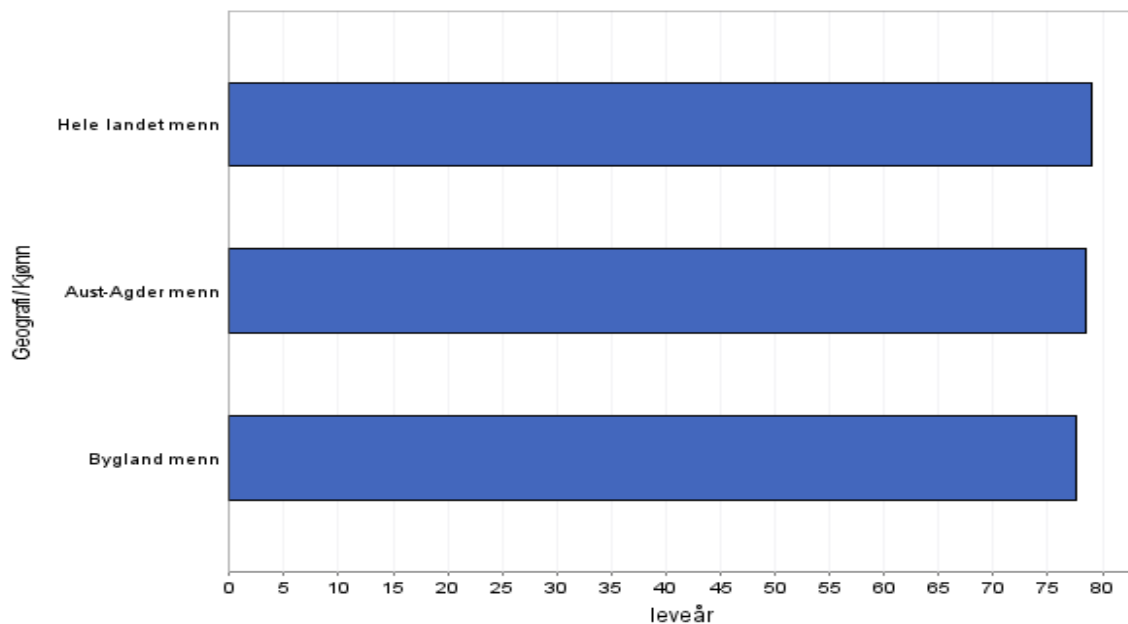
Diagram 27: Forventa levealder for kvinner



*Forventa levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder).*

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

Diagram 28: Forventa levealder for menn



Forventa levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder).

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

#### Moglege årsaker

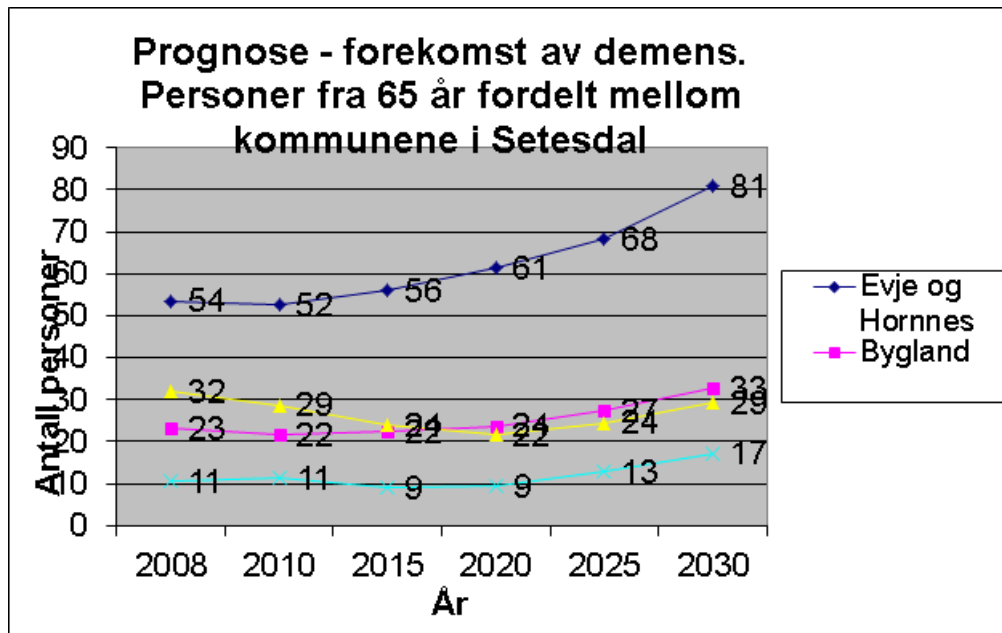
Det knyter seg stor usikkerheit til forventa levealder i små kommunar. Det vil få store utslag på statistikken dersom eit fåtal av unge personar dør i samband med ulukke eller alvorleg sjukdom.

#### Kva må vi ha fokus på framover?

Fokus på tiltak retta mot meir utdanning og utjamning av økonomiske skilnader.

## 6.2 Demens

Diagram 29: Prognose – førekomst av demens fram mot 2030



I perioden 2008 til 2030 er det i Bygland kommune ein forventa auke av personar med demens frå 22 til 33 personar.

Tabell 10: Befolkningsframskriving over 80 år, låg vekst 2014 – 2040

		2015	2020	2025	2030	2035	2040
Menn							
	80-89 år	21	20	26	37	43	37
	90 år og eldre	4	4	3	3	3	6
Kvinner							
	80-89 år	25	32	33	41	59	55
	90 år og eldre	10	4	6	9	8	9
Totalt		60	60	68	90	113	107

### Moglege årsaker

Utviklinga følgjer nasjonal utvikling. Talet på personar med demens aukar pga. folketalsutviklinga

### Kva må vi ha fokus på framover?

Framleis fokus på tidleg innsats ved demens – demensteamet har her ein viktig rolle.

Førebyggjande tiltak for å avgrense utviklinga av demens (etter nasjonale anbefalingar).

## 6.3 Diabetes

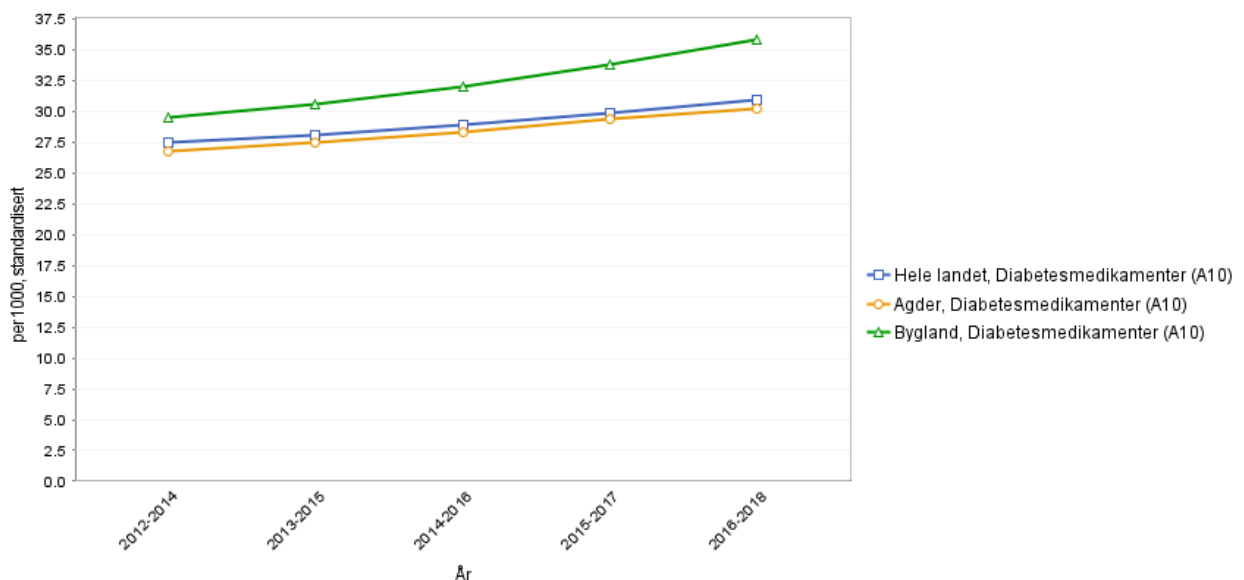
Grunngjevinga for Folkehelseinstituttet sitt val av indikator:

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

Kjelde: Folkehelseinstituttet

**Diabetesmedisinar:** Bygland kommune har hatt eit aukande forbruk av legemidlar til behandling av type 2-diabetes frå 2005, dette er i samsvar med landet elles.

**Diagram 30: Bruk av diabetesmedikament 2012-2018**



*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. Per 1000, standardisert.*

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

### Moglege årsaker

Denne type livsstilssjukdom kan ramme ein liten kommune som Bygland hardt. Vi har ein høg del av eldre som har mindre aktivitet og dermed auke i vekt.

For stor del av vaksne med for lite fysisk aktivitet og usunt kosthald. Dette resulterer i for høg kroppsvekt hos mange som igjen disponerer for type 2 diabetes.

### Kva må vi ha fokus på framover?

Fokus på kosthald, trivsel og fysisk aktivitet for å førebyggje overvekt (risikofaktor).

Tidleg innsats inn mot foreldre og barn i barnehage, skule og helsestasjon for å skape gode levevanar.

## 6.4 Hjerte- og karsjukdomar

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

Kjelde: Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet si grunngjeving for val av indikator:

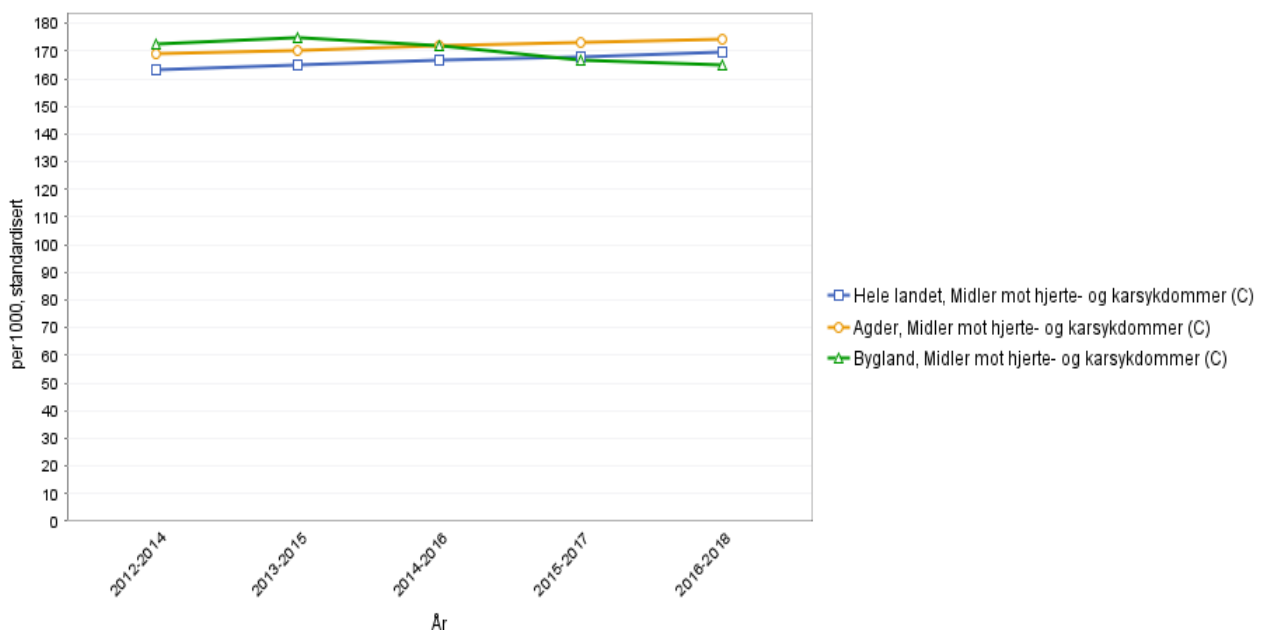
*Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene fortsatt vil ramme mange.*

**Medikament mot hjerte- og karsjukdomar, brukarar > 0-74 år:** I Bygland kommune har det vore ein gradvis auke i bruk av desse medikamenta frå 2005 til 2015. Kommunen har følgd utviklinga i landet som elles som ligg litt høgare enn for fylket. I frå 2015 har det vore ei nedgang i medikamentbruk og kommunen ligg nå lågare enn fylket og landet.

**Bruk av primærhelsetenesta:** I perioden 2013-2018 var 99,7 personar pr. 1000 innbyggjarar (årleg gjennomsnitt) frå Bygland kommune i kontakt med fastlege eller legevakt, på grunn av ein hjerte- og karsjukdomsdiagnose. Delen menn var høgare enn delen kvinner.

**Dødelegheit, 0-74 år:** I perioden 2009-2018 døydde i årleg gjennomsnitt 74 pr. 100 000 innbyggjarar av hjerte- og karsjukdom. Det er høgare enn for fylket og landet elles, men det knyter seg stor uvissle til statistikken på grunn av lågt innbyggjartal i kommunen.

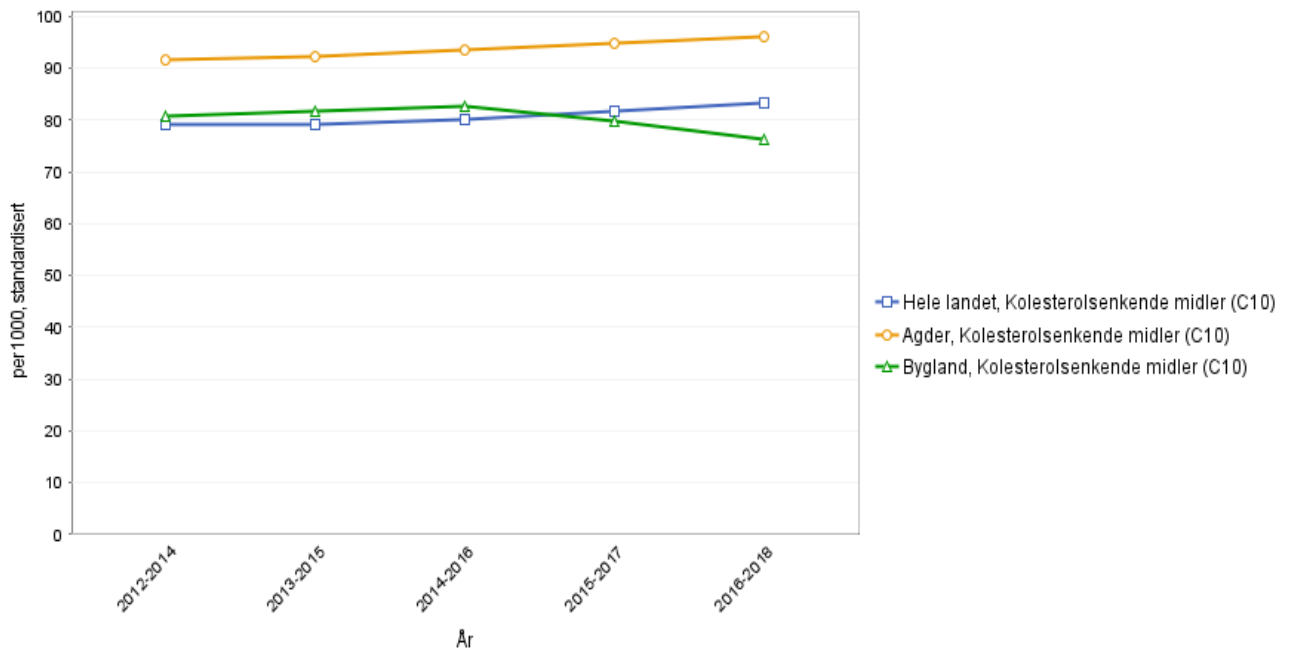
**Diagram 31: Bruk av midlar mot hjerte- og karsjukdomar 2012-2018**



*Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 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. Per 1000, standardisert.*

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

**Diagram 32: Bruk av kolesterolsenkende midlar 2012-2018**



**Diagram 33: Bruk av primærhelsetenesta hjerte- og karsjukdomar, 3 års glidande gj.snitt, 2013-2018**

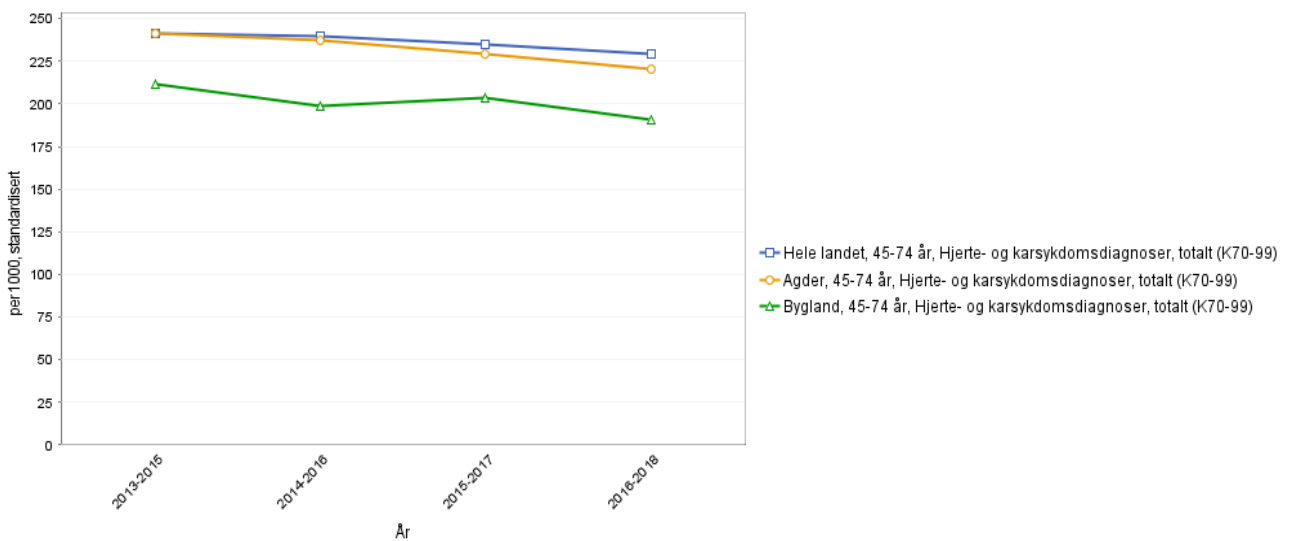
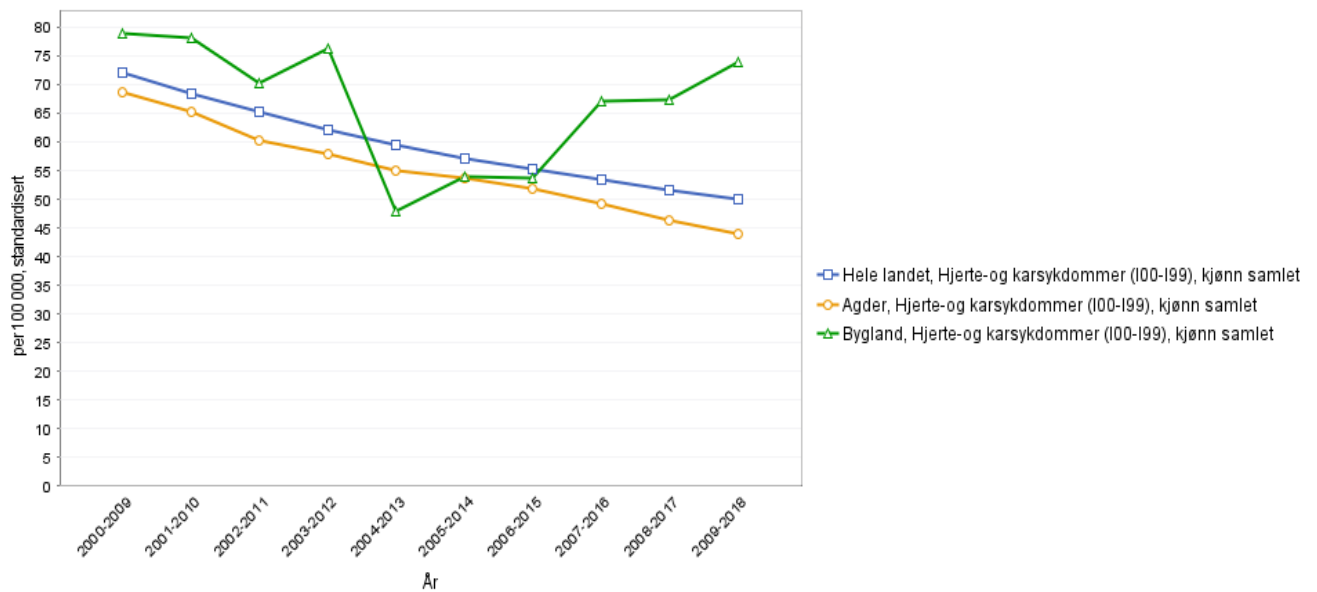




Diagram 34: Dødelighet hjerte- og karsjukdom, 10 års glidande gjennomsnitt, 2008-2018



#### Moglege årsaker

Tala ein har funne følgjer i all hovudsak utviklinga i landet og kan skuldast at fagpersonar følgjer nasjonale retningslinjer både når det gjeld førebygging og behandling.

Tala viser at førekomsten av hjertesjukdom er større hos menn enn hos kvinner og kan skuldast underdiagnostisering av kvinner.

Menn har ofte meir klassiske symptom på hjerte- og karsjukdom enn kvinner.

#### Kva må vi ha fokus på framover?

Framleis fokus på å førebyggje, oppdage og behandle hjerte- og karsjukdomar.

Diagnostisere tidleg hjerte- og karsjukdom og ha fokus på ulike symptom hos kvinner og menn er viktig.

Tilgang på kardiologiteneste lokalt kan kanskje gje eit betre resultat.

## 6.5 Kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) og astma

*Befolkningsundersøkelser i Norge viser at forekomsten av astma har økt de siste 20 årene, spesielt hos barn.*

Kjelde: Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer, Helse- og omsorgsdepartementet.

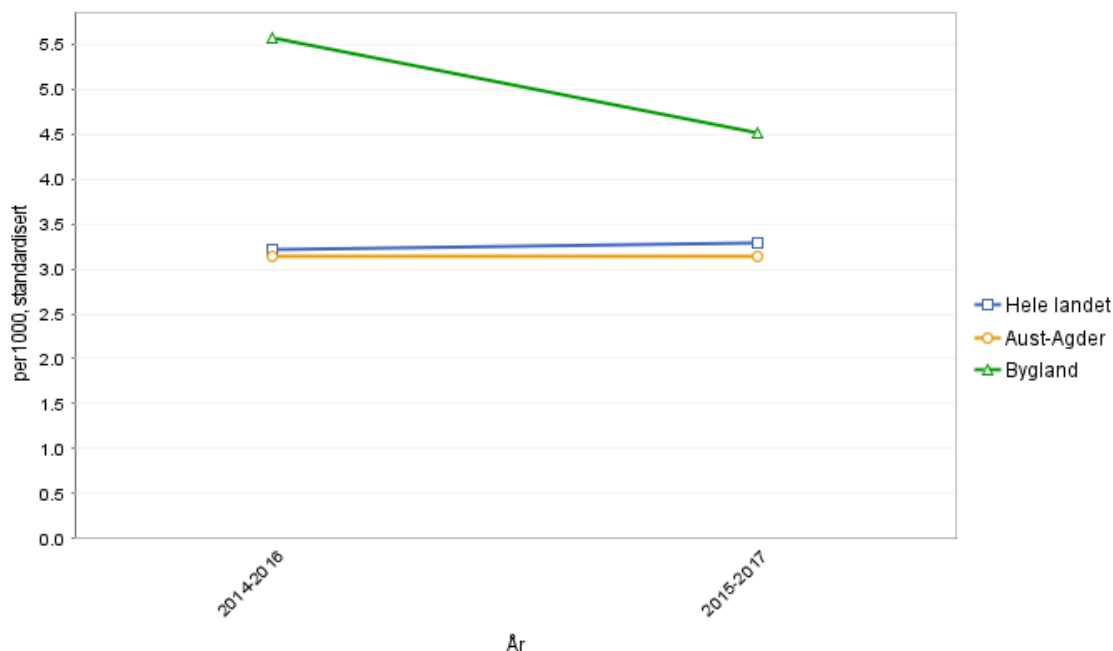
Folkehelseinstituttet si grunngjeving for val av indikator:

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

**Bruk av spesialisthelsetenesta:** Talet på innlagde pasientar frå Bygland kommune pga. KOLS, har stige jamt sidan 2008. Fylket har hatt same utvikling, medan talet på pasientar i landet elles har lege stabilt. I perioden 2008-2010 var det ca. tre personar over 45 år som årleg hadde dag- eller døgnopphald i spesialisthelsetenesta med diagnosen KOLS. I perioden 2011-2014 hadde talet stige til 7 personar. Det er ingen nye data frå 2017.

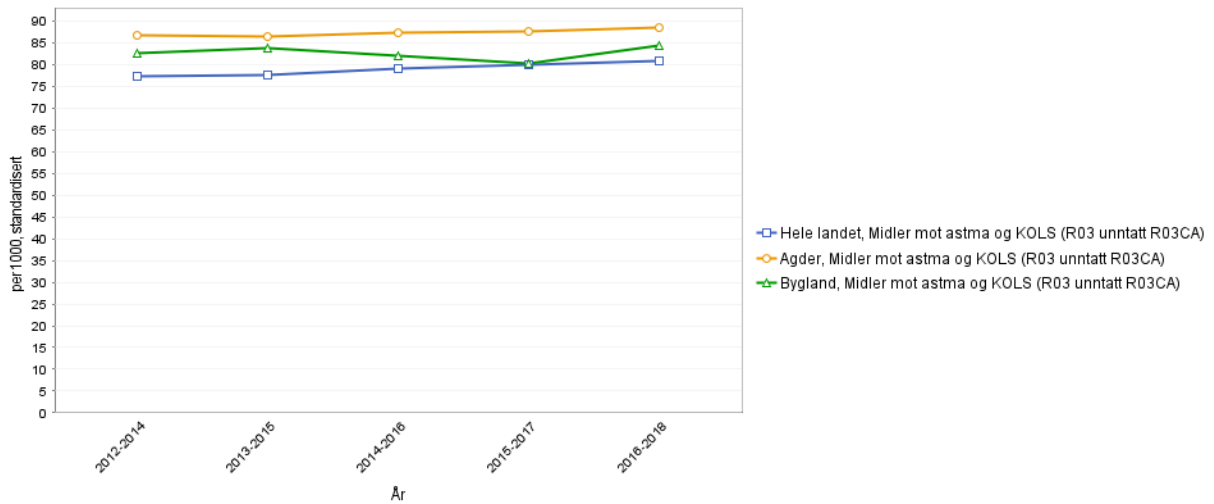
**Medikament mot astma og KOLS:** Bruken av desse medikamenta i aldersgruppa 45-74 år har auka i Bygland kommune sidan 2008. Utviklinga følgjer slik som i landet elles, men tala er framleis høgare enn for landet, men lågare enn fylket. I perioden 2008-2010 brukte 113 personar pr. 1000 innbyggjarar medikament mot astma og KOLS. (årleg gjennomsnitt). I perioden 2016-2018 brukte 84,4 personar pr. 1000 innbyggjarar desse medikamenta. Tal for kvinner var høgare enn for menn. Dette heng nok saman med røykevanar hos kvinner og menn.

**Diagram 35: Bruk av spesialisthelsetenesta, KOLS, 3 års glidande gjennomsnitt, 2014-2017**



*Antall pasienter over 45 år innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun en gang. Statistikken viser 2 års glidende gjennomsnitt.*

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

**Diagram 36: Bruk av KOLS- og astmamedikament, 45-74 år, 2 års glidande gj.snitt, 2012-2018**

*Bruk av KOLS- og astmamedikament, begge kjønn, 45–74 år, per 1000 standardisert. 3 års glidende gjennomsnitt.*

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommnehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

#### Moglege årsaker

Det føreligg ikkje data for bruk av tobakk blant vaksne i kommunen. Ein kan difor ikkje fastslå ein sikker samanheng. Forsking viser ein samanheng mellom røyking og KOLS.

#### Kva må vi ha fokus på framover?

Ha fokus på førebygge bruk av tobakk og tilbod om røykesluttkurs når det er aktuelt.

## 6.6 Smerter

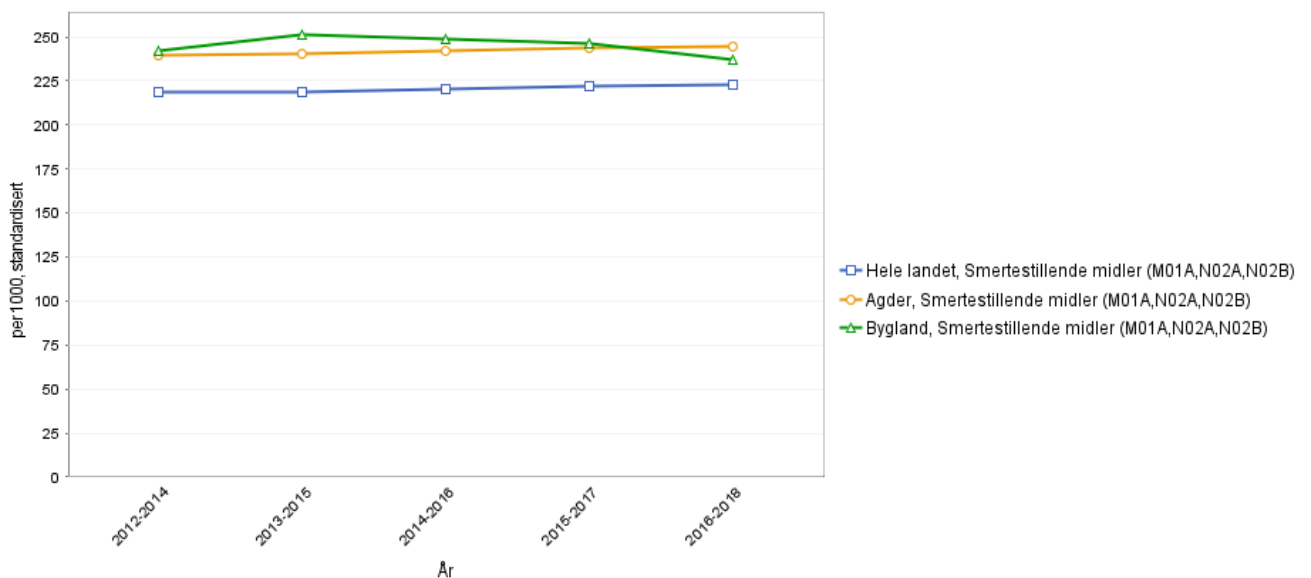
*Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen. Anslagsvis 30 prosent av voksne har kroniske smerter i Norge i dag. Muskel- og skjelettplager er den vanligste årsaken, men en rekke andre lidelser kan også føre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

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

Kjelde: Folkehelseinstituttet

**Smertestillende medikament, brukarar 0-74 år:** Den totale bruken av reseptbelagte smertestillende medikament har vore stigande i Bygland kommune sidan 2005. I perioden 2005-2007 blei det henta ut minst ein resept av 216,7 personar pr. 1000 innbyggjarar (årleg gjennomsnitt). I perioden 2011-2014 hadde talet auka til 242,5 personer pr. 1000 innbyggjarar. Ikkje reseptbelagde smertestillende er ikkje med i denne statistikken. Tala for Bygland kommune ligg høgare enn både i fylket og i landet før 2016, men etter det har det vore nedgang og nå ligg kommunen lågare enn i fylket. Delen kvinner er høgare enn delen menn.

**Diagram 37: Bruk av smertestillende medikament, 2014-2018**



*Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 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 2 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert.*

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

#### **Moglege årsaker**

Det kan ha sammenheng med talet på personar som har uførestønad i Bygland. Desse har ofte komplekse sjukdomstilstandar som ofte er forbundne med smerteproblematikk.

Nedgang i medikamentbruk kan ha sammenheng med stabil legedekning.

#### **Kva må vi ha fokus på framover?**

Legane må ha fokus på føreskriving av smertestillande medikament opp mot diverse sjukdomstilstandar.

Helsepersonell må samarbeide betre med samarbeidspartnarar for å finne alternative behandlingar i staden for medikament.

Pasienten må bevisstgjerast om at ikkje alt kan løysast med medikament.

## 6.7 Muskel- og skjelettliding

*Muskel- og skjelettlidelser er en av de hyppigste årsakene til bruk av både tradisjonelle og alternative helsetjenester og -tilbud.*

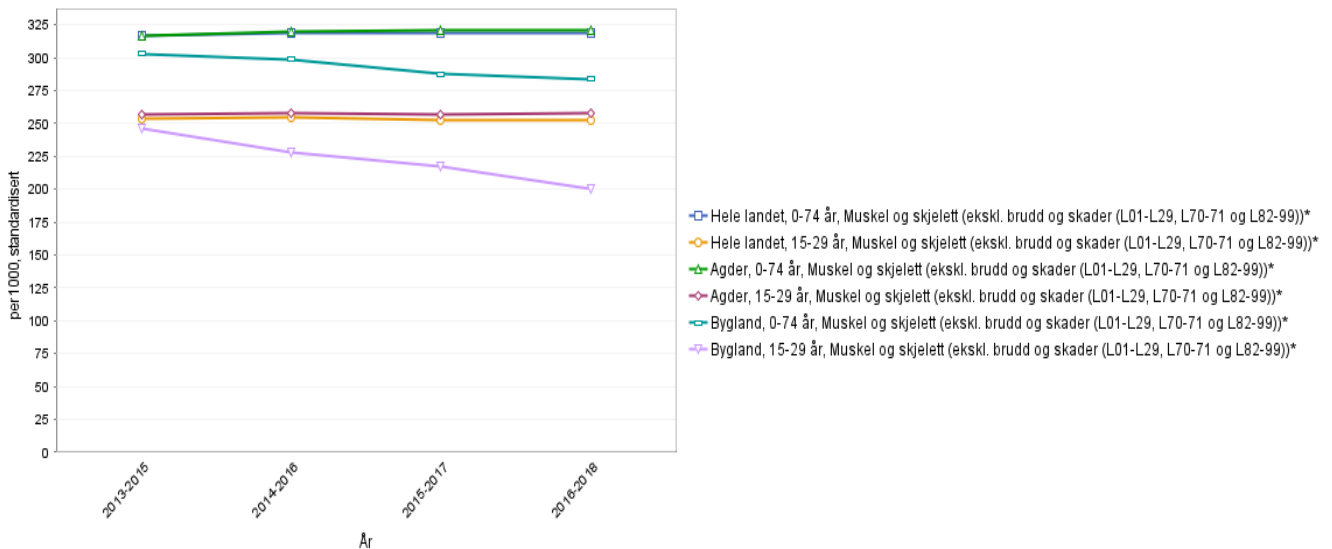
Kjelde: Tidsskrift for Den norske legeforening, nr23/2010.

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

Kjelde: Folkehelseinstituttet

**Bruk av primærhelsetenesta:** Tal på personar i Bygland kommune med muskel- og skjelettsjukdomar som var i kontakt med primærhelsetenesta i perioden 2015-2018. Tal på personar var 269 pr. 1000 innbyggjarar i kommunen, i fylket var tilsvarende tal 267 og i landet 262 pr. 1000 innbyggjarar.

**Diagram 38: Bruk av primærhelsetenesta på grunn av muskel- og skjelettsjukdomar, 2012-2018**



### Moglege årsaker

Det er samansette problemstillingar og difor vanskeleg å peike på konkrete årsaksforhold.

### Kva må vi ha fokus på framover?

Haldningsarbeid og gode vanar knytt til fysisk aktivitet for å førebygge muskel- og skjelettlidingar.

Tidleg innsats mot foreldre og barn gjennom barnehage, skule og helsestasjon for å lage gode livsstilsvanar.

## 6.8 Bruk av antibiotika

Folkehelseinstituttet si grunngjeving for val av indikator:

*Antibiotika er viktige og effektive medisiner i behandling av infeksjoner som skyldes bakterier.*

*Antibiotika har gjennom historien revolusjonert behandlingen av infeksjonssykdommer. Feil bruk av antibiotika kan føre til utvikling av antibiotikaresistente bakterier. Det betyr at antibiotika ikke lenger har effekt på disse bakteriene.*

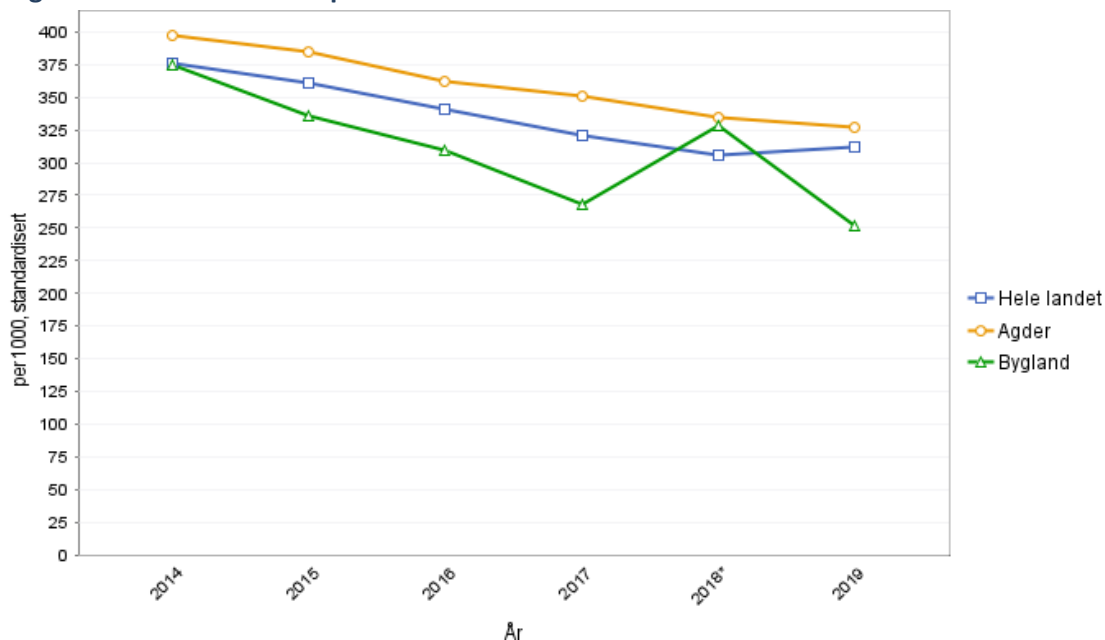
*Bakterier som er resistente mot antibiotika er et alvorlig og økende problem i hele verden. En reduksjon i totalt antibiotikabruk vil bremse og sannsynligvis redusere resistensutviklingen. I nasjonal strategi mot antibiotikaresistens er målsetningen 30 % reduksjon i antibiotikabruk hos mennesker innen 2020. Folkehelseinstituttets komité for forebygging og bekjempelse av antibiotikaresistens (Antibiotikakomiteén) har satt et langsiktig mål om 250 resepter/1000 innbyggere per år.*

*Luftveisinfeksjoner er den vanligste årsaken til antibiotikabruk hos barn. De fleste luftveisinfeksjoner er forårsaket av virus. Kroppen bekjemper normalt slike virusinfeksjoner på egen hånd. Antibiotika har ingen effekt på virus og lindrer heller ikke plager. Bakterielle luftveisinfeksjoner kan derimot behandles med antibiotika. Å motvirke overflødig antibiotikabruk i behandling av luftveisinfeksjoner hos barn og voksne er et viktig bidrag for å bekjempe utviklingen av antibiotikaresistente bakterier.*

Kjelde: Folkehelseinstituttet

Det har vore ein jamn nedgang i utskriving av reseptar på antibiotika.

**Diagram 39: Antibiotikareseptar**



Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

### Moglege årsaker

Helsetenesta har hatt fokus på å redusere bruk av antibiotika.

### Kva må vi ha fokus på framover?

Halde fram med å ha fokus på bruk av antibiotika.

## 6.9 Psykiske lidingar

Folkehelseinstituttet si grunngeving for val av indikator:

*Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er stabil, og er svært vanlig i befolkningen. Ca. en tredel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år (inkludert alkoholmisbruk), mens 8 % av barn og unge til enhver tid har en psykisk lidelse.*

*Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon. Økt dødelighet, sykmeldinger og uførepensjon er noen av de viktigste følgene av psykiske sykdommer.*

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

*Sosial støtte og utviklet mestringsevne er de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser.*

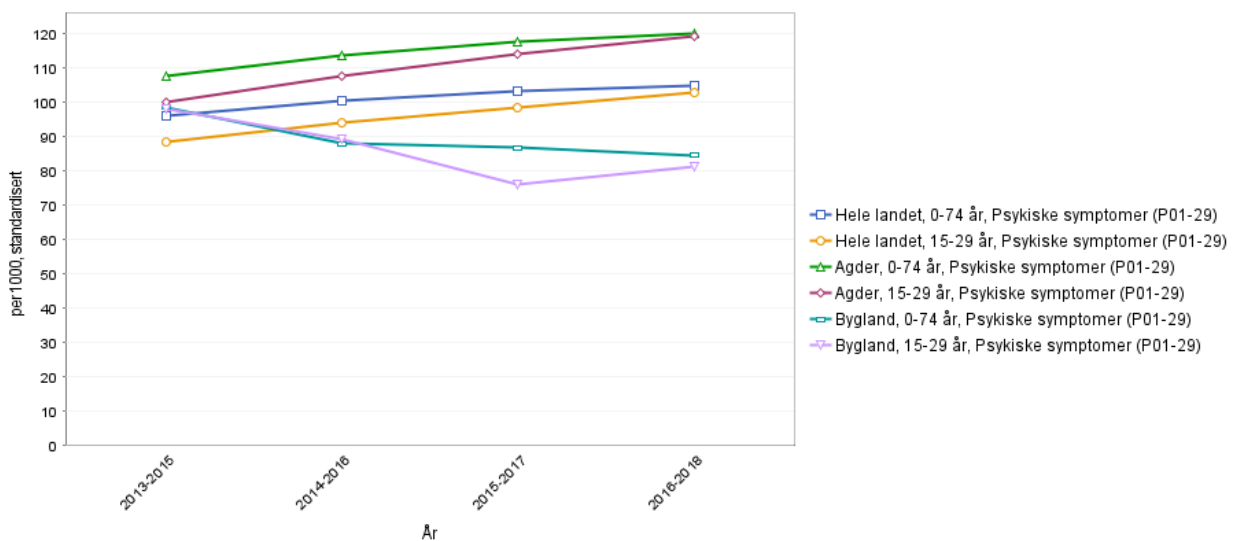
Kjelde: Proposisjon til Stortinget (Folkehelseloven)

**Bruk av primærhelsetenesta i 2013-2018:** Ved psykiske symptom P1-29<sup>3</sup> i Bygland var det 85 personar pr. 1000 innbyggjarar. I fylket var talet 120 og i landet 105. Dette vil seie at vi ligg lågare enn fylket og landet. Når det gjeld psykiske sjukdomar P70-99 var det 85 personar pr. 1000 innbyggjarar, mens i fylket var talet 81 og i landet 74. Det er nedgang i bruk av primærhelsetenesta ved psykiske symptom og lidingar.

**Medikament mot psykiske lidingar, brukarar 0-74 år:** Bruken av medikament er i Bygland 161 personar pr. 1000 innbyggjarar, i fylket er tilsvarande tal 147,9 og i landet 130,5 personar pr. innbyggjarar. Bruken av medikament mot psykiske lidingar samsvarer med bruk av primærhelsetenesta av denne diagnosegruppa.

Ungdata syner at ungdomen slit med depresjon og einsemd. Dette gjeld spesielt jentene.

**Diagram 40: Bruk av primærhelsetenesta psykiske symptom og liding, 3 års gj.snitt, 2013-2018**



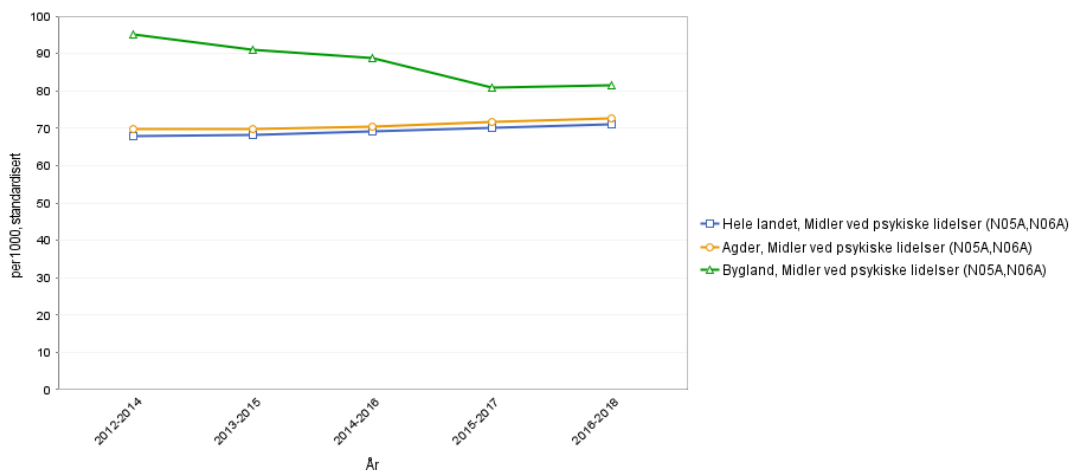
<sup>3</sup> <https://finnkode.ehelse.no/#icpc/0/0/0/2854541>



Antall unike personer 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). Kontakter med primærhelsetjenesten er klassifisert etter ICPC-kodeverket. Dataene er hentet fra: Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon(KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet.

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

**Diagram 41: Bruk av medikament mot psykisk lidning, 3 års glidande gj.snitt, 2012-2018**



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 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. Per 1000, standardisert.

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

#### Moglege årsaker

Kommunen har hatt meir fokus på førebygging av psykisk helse hos barn og unge gjennom lågterskeltilbod i skulehelsetenesta og psykisk helse.

#### Kva må vi ha fokus på framover?

Fokus på å førebyggje utvikling av psykiske lidningar hos barn og unge, og ha fokus på livsmeistring og normalisering.

Tverrfagleg samarbeid.

Løyse psykisk helse-utfordringar utan bruk av medikament i størst mogleg grad.

Robust skulehelseteneste.

## 6.10 Kreft

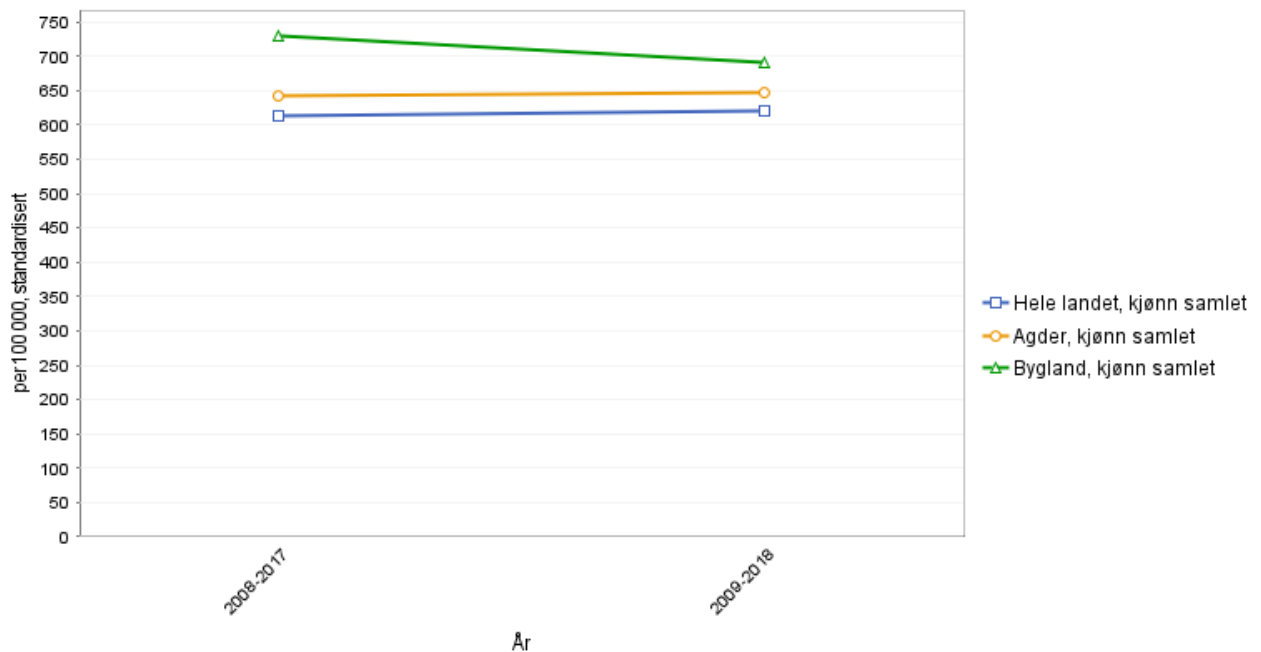
*Kreftdødeligheten i Norge har endret seg lite fra 1950 til i dag (dødsfall per 100 000 innbyggere korrigerer for økt levealder). Kreftforekomsten har økt. Det er større sosioøkonomiske forskjeller i kreftdødelighet i dag enn for 40 år siden, spesielt i forhold til lungekreft.*

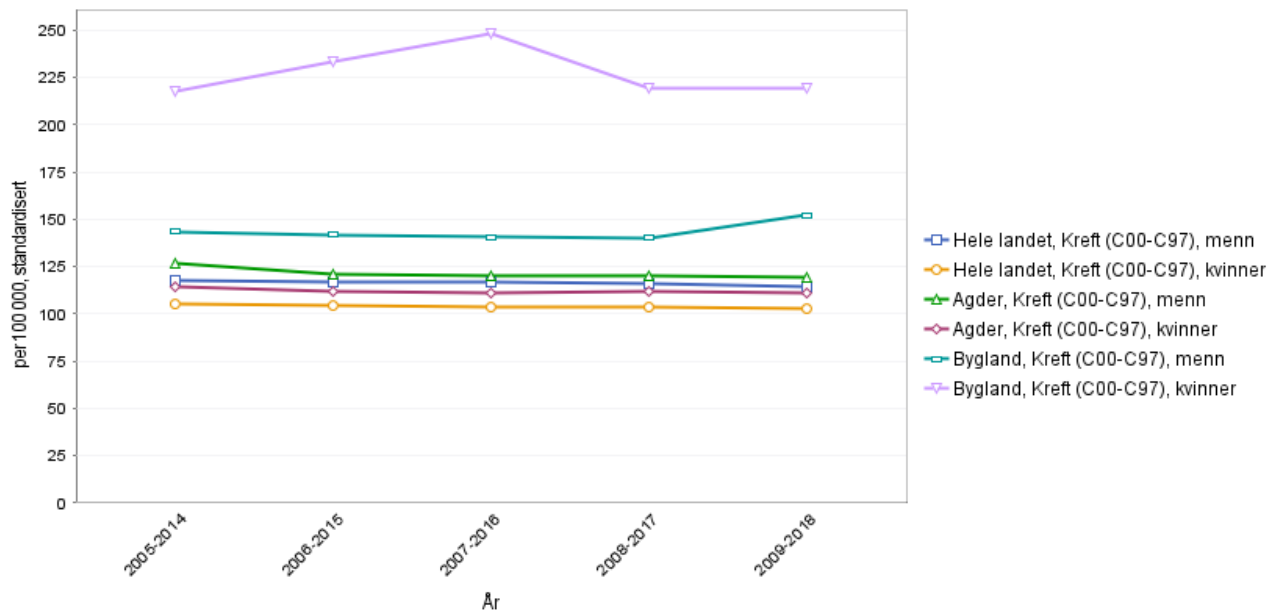
Kjelde: Folkehelseinstituttet

**Nye tilfelle av kreft, kreft totalt, alle typer:** Talet på nye krefttilfelle i Bygland kommune pr. 100 000 innbyggjarar var i perioden 2008 -2018 677,6 personar. Talet for fylket var 616,6 og for landet 574,3. Talmaterialet for kommunen er usikkert på grunn av lågt folketal. På grunn av fare for personidentifisering vert ikkje oversikta delt inn i ulike typar kreft.

**Kreftdødelegheit, 0-74 år:** Statistikken er vanskeleg å samanlikne pga. små tal. I gjennomsnitt er det 1,5 personar pr. år. I Bygland kommune var det 152 personar pr. 100 000 innbyggjarar som døde tidleg av kreftsjukdomar. I fylket var tilsvarende tal 126,3 og i landet 117,3. Kommunen har høgare førekomst av tidleg død, men har hatt nedgang av tilfelle.

**Diagram 42: Nye krefttilfelle, 10 års glidande gjennomsnitt, 2008-2018**



**Diagram 43: Talet på døde av kreft i aldersgruppa 0-74 år**

Antall nye tilfeller og døde i aldersgruppen 0-74 år, per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt.

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

#### Moglege årsaker

Få tilfelle av ulike kreftformer gjør det vanskeleg å sei noko om årsakssamanhengar.

#### Kva må vi ha fokus på framover?

Framleis fokus på å motverke sosiale helseforskjellar gjennom førebyggjande innsats.

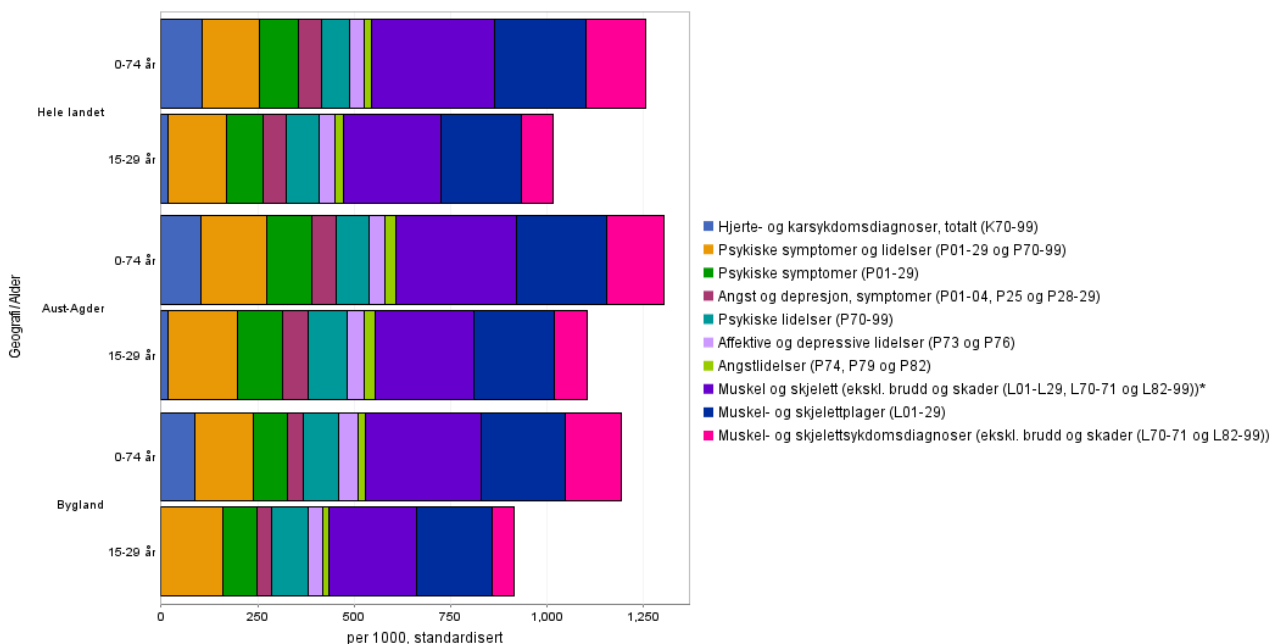
Stabil legeteneste.

## 6.11 Samla oversikt over bruk av primærhelsetenesta

Fordelt på diagnosegrupper ser vi her antall personer 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) Kontakter med primærhelsetjenesten er klassifisert etter ICPC-kodeverket. Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon(KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet.

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

Diagram 44: Bruk av primærhelsetenesta fordelt på diagnosegrupper



## 6.12 Smittsamme sjukdomar

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

Kjelde: Folkehelseinstituttet

Melde smittsanne sjukdomar: Det er totalt sett svært få smittsanne sjukdomar som blir melde til Folkehelseinstituttet (lovpålagde meldingar) i Bygland kommune.

Alle born i Bygland kommune får tilbod om vaksine etter barnevaksinasjonsprogrammet og alle er vaksinert frå 2016 oppgjev helsesjukepleiar. På grunn av feil i statistikkbank er det ikkje mogleg å få ut riktige tal frå Folkehelseinstituttet.

Tal på barn som er fullvaksinerte mot høvesvis meslingar, kusma, raude hundar (MMR), kikhoste, difteri, stivkrampe, haemophilus influenzae type B (Hib) og polio ved høvesvis 2 og 9 års alder, i prosent av alle barn i aldersgruppa 2 år og 9 år i tillegg til pneumokokk 2 år.

## 6.13 Tannhelse

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

Kjelde: Folkehelseinstituttet

Oversikt over barn si tannhelse er slått saman med Evje og Hornnes kommune på grunn av felles tannhelseteneste. Den offentlege tannhelsetenesta melder at barn i Bygland ligg likt med landet i nye tilfelle av karies. Om lag 85 % av alle born har ikkje hatt hol i tennene. Det blir påpeika at barn av innvandrarar har mykje dårlegare tannhelse enn norske barn. Det er difor viktig å ha fokus på deira tannhelse.

### Moglege årsaker

Bruk av fluor.

Oppfølging frå foreldre og helsestasjon.

### Kva må vi ha fokus på framover?

Redusere sukker- og brusinntak blant barn og unge.

Særskilt fokus på tannhelsa til barn av innvandrar.