



# **Folkehelseoversikt for Bykle kommune**



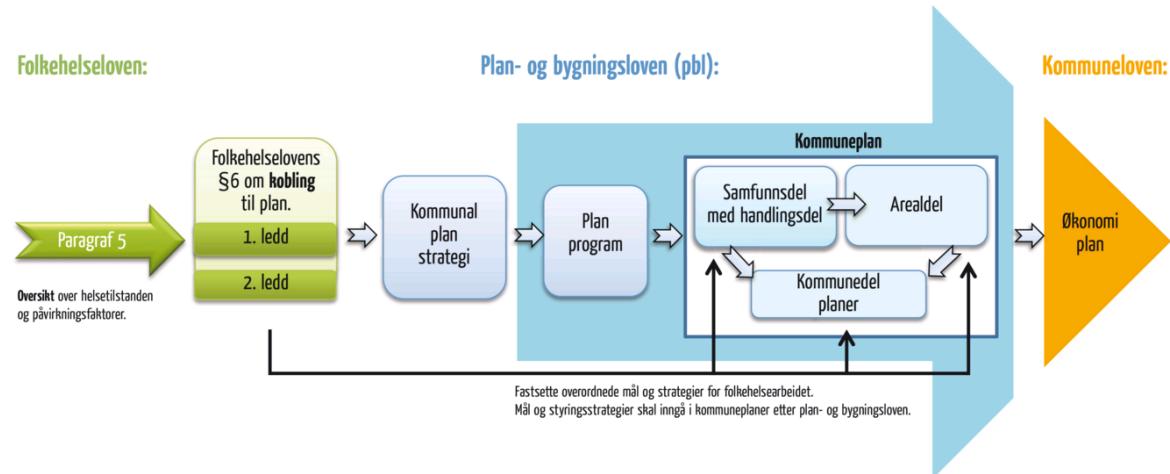
# Føreord

Kommuneoverlegen legg med dette fram Folkehelseoversikt for Bykle kommune

Folkehelseoversikta byggjer på nasjonal og lokal statistikk, innspel og drøftingar i Fagteam Folkehelse og opplysningar frå kommuneorganisasjonen.

Folkehelseoversikta inneheld oversikt over helsetilstand, påverknadsfaktorar, folkehelseutfordringar og ressursar.

Oversiktsdokumentet skal føreliggje ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter Plan og bygningslova § 7-1 og § 10-1, og være ein premiss for kommunen sitt systematiske og målretta folkehelsearbeid:



Medverkanad frå befolkninga er eit sentralt prinsipp i Folkehelsearbeidet. Oversiktsdokumentet skal vere ålmant tilgjengeleg for friviljuge organisasjonar og innbyggjarane for å leggje til rette for medverkanad i det vidare folkehelsearbeidet.

Underteikna vonar at folkehelseoversikta vil gje god kunnskap om folkehelsa i Valle kommune og vere til nytte i både langsiktig planlegging i dei ulike verksemndene i kommunen og i det daglege arbeidet med å skape eit sosial bærekraftig lokalsamfunn og helsefremjande nærmiljøutvikling i kommunen.

Hanne T. Straume

Kommuneoverlege i Bykle og Valle

# Innhold

|   |    |
|---|----|
| <b>Føreord</b>  | 2  |
| <b>1. Bakgrunn</b>                                    | 5  |
| 1.1 Folkehelselova                                    | 5  |
| 1.2 Om folkehelse                                     | 5  |
| 1.3 Kjelder   | 6  |
| 1.4 Folkehelseprofil                                  | 7  |
| <b>2. Befolkingssamsetjing</b>                        | 8  |
| 2.1 Dagenes situasjon                                 | 8  |
| 2.2 Folkesetnadsutvikling                             | 8  |
| 2.3 Utfordringsbilete folkesetnadsutvikling           | 9  |
| 2.4 Innvandring                                       | 10 |
| 2.5 Utfordringsbilete innvandring                     | 10 |
| 2.6 Forventa levealder                                | 11 |
| 2.7 Utfordringsbilete forventa levealder              | 13 |
| 2.8 Dødelegheit 0-74 år                               | 13 |
| 2.9 Dødelegheit menn                                  | 14 |
| 2.10 Dødeligheit kvinner                              | 16 |
| 2.11 Utfordringsbilete dødeligheit                    | 17 |
| <b>3. Oppvekst og levekår</b>                         | 19 |
| 3.1 Utdanningsnivå                                    | 19 |
| 3.2 Fråfall i vidaregåande skule                      | 20 |
| 3.3 Utfordringsbilete fråfall i vidaregåande skule    | 21 |
| 3.4 Utfordringsbilete utdanningsnivå                  | 22 |
| 3.5 Inntekt og gjeld                                  | 22 |
| 3.6 Utfordringsbilete inntekt og gjeld                | 24 |
| 3.7 Sosialhjelpsmottakarar                            | 24 |
| 3.8 Utfordringsbilete sosialhjelpsmottakarar          | 27 |
| 3.9 Arbeid og sysselsetting                           | 27 |
| 3.10 Utfordringsbilete arbeid og sysselsetting        | 30 |
| 3.11 Sjukefråvære                                     | 30 |
| 3.12 Utfordringsbilete sjukefråvære                   | 32 |
| 3.13 Uføretrygd                                       | 33 |
| 3.14 Utfordringsbilete uføretrygd                     | 34 |
| 3.15 Hushaldningar                                    | 35 |
| 3.16 Utfordringsbilete hushaldningar                  | 36 |
| 3.17 Barnevern  | 37 |
| 3.28 Utfordringsbilete barnevern                      | 37 |
| <b>4. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø</b> | 38 |
| 4.1 Vatn- og luftforureining                          | 38 |
| 4.2 Utfordringsbilete luftforureining                 | 38 |
| 4.3 Radon   | 38 |
| 4.4 Utfordringsbilete radon                           | 39 |
| 4.5 Kvalitet på drikkevatn                            | 39 |
| 4.6 Utfordringsbilete drikkevatn                      | 40 |

|  |           |
|--|-----------|
| 4.7 Omgjevnader og nærmiljøkvalitetar                          | 41        |
| 4.8 Utfordringsbilete omgjevnader og nærmiljøkvalitetar        | 42        |
| 4.9 Kultur- og friluftsliv                                     | 42        |
| 4.10 Utfordringsbilete kultur- og friluftsliv                  | 43        |
| 4.11 Sosial støtte – deltaking og medverknad                   | 43        |
| 4.12 Utfordringsbilete sosial støtte – deltaking og medverknad | 44        |
| 4.13 Børn og ungdom – trivsel og mobbing                       | 44        |
| 4.14 Utfordringsbileten trivsel og mobbing                     | 48        |
| 4.15 Ung data undersøkinga                                     | 48        |
| <b>5. Skadar og ulykker</b>                                    | <b>49</b> |
| <b>6. Helserelatert åtferd</b>                                 | <b>51</b> |
| 6.1 Fysisk aktivitet og kosthald                               | 51        |
| 6.2 Utfordringsbilete fysisk aktivitet og kosthald             | 51        |
| 6.3 Røyking og snusbruk  | 52        |
| 6.4 Alkohol, narkotika og doping                               | 53        |
| <b>7. Helsestilstand</b>                                       | <b>54</b> |
| 7.1 Hjerte- og karsjukdom                                      | 55        |
| 7.2 Utfordringsbilete hjerte- og karsjukdomar                  | 61        |
| 7.3 Kroniske smertar   | 61        |
| 7.4 Utfordringsbilete kroniske smertar                         | 64        |
| 7.5 Bruk av smertestillande medikament                         | 64        |
| 7.6 Utfordringsbilete bruk av smertestillande medikament       | 67        |
| 7.7 KØLS og astma  | 68        |
| 7.8 Utfordringsbilete KØLS og astma                            | 70        |
| 7.9 Diabetes   | 71        |
| 7.10 Utfordringsbilete diabetes type 2                         | 72        |
| 7.11 Smittsame sjukdomar                                       | 73        |
| 7.12 Utfordringsbilete smittsame sjukdomar                     | 74        |
| 7.13 Psykisk helse hos vaksne                                  | 74        |
| 7.14 Utfordringsbilete psykisk helse hos vaksne                | 77        |
| 7.15 Psykisk helse hos barn og unge                            | 78        |
| 7.16 Utfordringsbilete psykisk helse hos barn og unge          | 79        |
| 7.17 Kreft   | 80        |
| 7.18 Utfordringsbilete kreft                                   | 81        |
| Konklusjon med tilråding                                       | 85        |

# 1.Bakgrunn

## 1.1 Folkehelselova

Folkehelselova trådde i kraft 1.juli 2012 og pålegg (§ 5) kommunar og fylkeskommunar å ha nødvendig oversikt over helsetilstand og påverkingsfaktorar i befolkninga.

*Hensikta er å danne grunnlag for eit systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid som skal fremje ei rettferdig og god fordeling av helse. Ressursar og utfordringar i kommunen må identifiserast, konsekvensar og årsaksforhold vurderast, før mål og strategiar forankrast i planprosessar.* Slik kan ein leggja til rette for eit systematisk og målretta folkehelsearbeid.

Folkehelseoversikta vil kunne hjelpe kommunen å påverke befolkninga si helse i riktig retning mot ei berekraftig utvikling. Oversikta skal vere skriftleg og allment tilgjengeleg slik at befolkninga og frivillige organisasjonar har tilgang til informasjonen.

Fleire kjelder vert tilrådd som grunnlag for oversikta:

1. Opplysningar som statlege helsemyndigheter og fylkeskommune gjer tilgjengeleg
2. Kunnskap frå dei kommunale helse- og omsorgstenestene
3. Kunnskap om faktorar og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha verknad på befolkningas helse.

Oversikta skal, i tråd med folkehelseforskrifta, gje opplysningar og vurderingar av:

- A. Befolkingssamansetting
- B. Oppvekst- og levekårstilhøve
- C. Fysisk, biologisk og sosialt miljø
- D. Skader og ulykker
- E. Helserelatert åtferd
- F. Helsetilstand

Forskrift om oversikt over folkehelsa er brukt som disposisjon.

Dei grunnleggjande spørsmåla som dette dokumentet søker å kaste ljós over er er :

- *Kva er dei viktigaste folkehelseutfordringane i vår kommune?*
- *Kva for bakenforliggende faktorar er det aktuelt og mogleg å gjere noko med?*
- *Har vi helsefremjande faktorar som med fordel kan styrkast?*
- *Kva er trendane?*
- *Er det trekk ved utviklinga i kommunen som kan skape eller oppretthalde forskjellar?*
- *Er deler av kulturen i vår kommune problematisk?*

I rapporten vert tal for Valle samanlikna med tal for Aust- Agder og heile landet, der tal er tilgjengeleg, og litt med nabokommunene der det er interessant.

## 1.2 Om folkehelse

Folkehelse omfattar befolkningas helsetilstand og korleis helse fordel seg i befolkninga, og målast gjerne i levestandard, sjukdom, dødstal og subjektiv oppleveling av helse.

**Folkehelsearbeid** er samfunnet sin totale innsats for å styrke dei faktorar som fremmar helse og trivsel, ved å reduser dei faktorane som medfører helserisiko og beskytte mot ytre helsetruslar.

**Helse** kan definerast ulikt, og Peter F. Hjort (1995) sin definisjon «God helse har den som har evne og kapasitet til å mestra og tilpassa seg livet sine uunngåelege vanskar og kvardagens krav» er eit godt døme på korleis helse kan tolkast. Innan sjukdomsførebygging vil helse kunna tolkast som fråver av sjukdom, mens i det helsefremmande arbeidet vil helse som ressurs vere gjeldande.

**Kva påverkar helse og helseåtferd?** Både vår arv og våre levevaner er viktige for korleis helsa er og utviklar seg, men rammene vi lever i har også mykje å seie. Vi kan gjere lite med arv, men vi kan gjere noko med levevaner (som formast av samfunns- og miljøforhold), - og så er det levekår og ulike sosiale forhold som underbygger sosial kapital, og til slutt dei forholde som storsamfundet rundt oss gjev, som sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige forhold. Desse faktorane påverkar og kvarandre.

**Førebyggande helsearbeid** inkluderer både det å førebygge sjukdom, skade og tidleg død (fjerne faktorar som truar helsa), og **Helsefremmande arbeid** (fremje faktorar som styrker helsa). Ein skal legge til rette for god helseutvikling, styrka motstandskraft mot helsefarar og, auke livskvalitet.

### 1.3 Kjelder

Informasjon, statistikk og tabellar om folkehelsa i Valle er henta frå:

- Folkehelseinstituttets statistikkbank (FHI – kommunehelse)
- Kommunen sine eigne data
- Meldingssystem for smittsame sjukdomar (MSIS)
- NAV
- Statistisk sentralbyrå (SSB)
- Statens vegvesen
- Ungdata
- Statistikkportalen Agder
- Intervjuer med einskildpersonar

### 1.4 Folkehelseprofil

Kvar år gjev Folkehelseinstituttet ut folkehelseprofil for kvar kommune i Noreg, utforma for å gjere oversiktsarbeidet lettare for lokale myndigheter.

Det vi finn på Folkehelseinstituttet si oversikt er ein kortversjon, men eit greitt hjelpemiddel for raskt å få ein oversikt over det sentrale myndigheter samlar inn, systematiserer og gjev ut om den einskilde kommunen.

**Her er nokre temaområde og nokre trekk ved folkehelsa i Bykle kommune henta frå folkehelseprofilen for Bykle 2016:**

### ***Befolknings***

- Valdeltakinga ved kommunestyre- og fylkestingsvalet i 2015 var høgare enn landsnivået. Valdeltakinga kan seie noko om samfunnsengasjementet i kommunen.

### ***Levekår***

- Bykle kommune skil seg ikkje eintydig frå landsnivået når det gjeld andelen barn 0-17 år som bur i husstandar med låg inntekt. Låg inntekt er her definert som under 60 % av nasjonal medianinntekt.

### ***Miljø***

- Ungdata –undersøkinga vart gjennomført i perioden 2012-2014 og 2016 men talgrunnlaget for andelen som er plaga av einsemd er utilstrekkelig. Utilstrekkeleg vil her seie at det er for få deltakarar eller at det manglar opplysningar om klassetrinn og kjønn som er nødvendige bakgrunnsvariablar for å kunne samanlikne mot landsnivå.
- Ungdata – undersøkinga vart gjennomført for kommunen i perioden 2012-2014 og 2016 men talgrunnlaget er utilstrekkeleg. Statistikk for andelen ungdomsskuleelevar som er nøgde med lokalmiljøet, kan derfor ikkje visast.

### ***Levevanar***

- Ungdata – undersøkinga vart gjennomført i kommunen i perioden 2012-2014 og 2016 men det er ikkje tilstrekkeleg talgrunnlag for å vise statistikk på andelen ungdomsskuleelevar som er fysisk inaktive.
- Andelen med overvekt inkludert fedme, skil seg ikkje eintyding frå landsnivået, vurdert etter resultata frå nettbasert sesjon 1 for gutter og jenter ( 17 år).

### ***Helse og sjukdom***

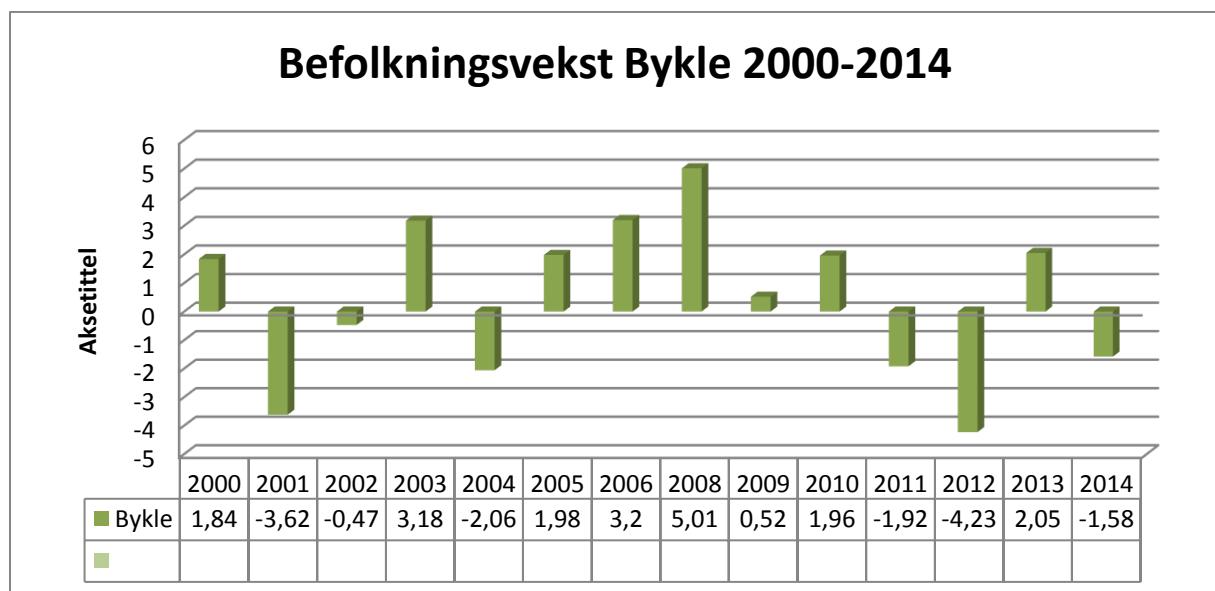
- Talgrunnlaget er for lite til å vise statistikk på sosiale helseforskellar i kommunen, målt som forskjell i forventa levealder mellom utdanningsgrupper.

## 2. Befolkingssamansetjing

Med befolkingssamansetjing meinast grunnlagsdata om befolkninga. Desse tala vil blant anna vera viktige for å forstå og tolke dei andre opplysningane i oversikta.

### 2.1.Dagens situasjon

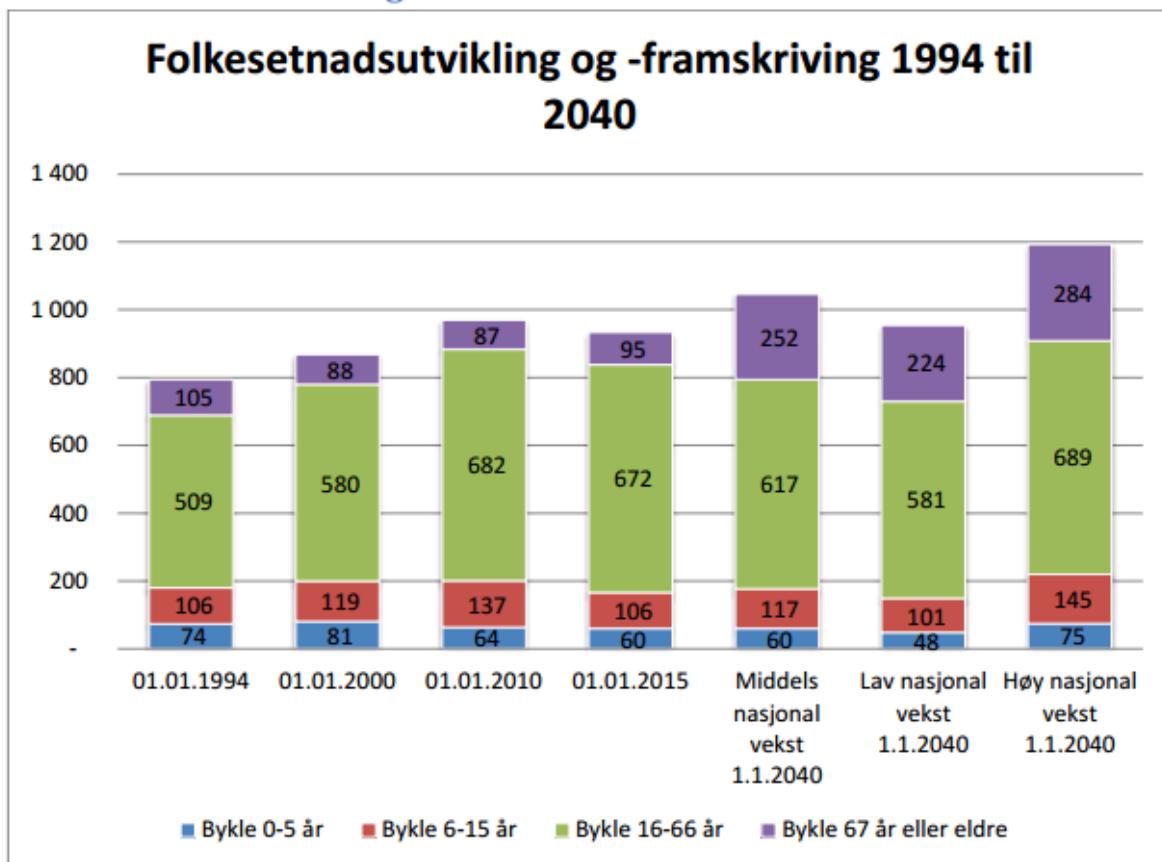
Innbyggjartalet i Bykle pr. 01.01.2015 er 945. Det har dei siste 15 åra vore både positiv og negativ befolkningsvekst i Bykle med ei lita auke dei siste ti åra.



Figur 1: Befolkningsvekst i Bykle 2000-2014. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank

### 2.2 Folkesetnadsutvikling

Folkesetnadsutvikling blir generelt sett vurdert som ein viktig indikator for regional utvikling. Ønske om befolkningsvekst har samanheng med fleire forhold blant anna kommunens inntektsgrunnlag og tilgong på arbeidskraft. Dersom folketalet går for mykje ned i område med låg folketettleik og store avstandar, kan det bli vanskeleg og kostbart å halde oppe viktige samfunnsfunksjonar både i offentleg og privat sektor. Ei rad kommunar i distrikta har hatt nedgang i folketalet i det meste av etterkrigstida, ein del har hatt dramatisk nedgang. Trass i dette har levekåra, også i desse kommunane, utvikla seg positivt. Nedgangen i folketal har så langt ikkje ført til marginalisering i form av lågare velferd for innbyggjarane.



Figur 2: Folkesetnadsutvikling og -framskriving 1994-2040. Kjelde: SSB

#### Kommentar til figur 1 og 2:

Bykle kommune har dei siste ti åra hatt ei lita auke i folketalet. Dersom ein ser på befolkningutvikling med indeksår 2000=100, er indeks pr.01.01.2016:108,9, Valle har ein tilsvarende indeks på 86,3 Bykle 107,5 %. Valle og Bygland er dei kommunane i fylket som har lågast indeks.

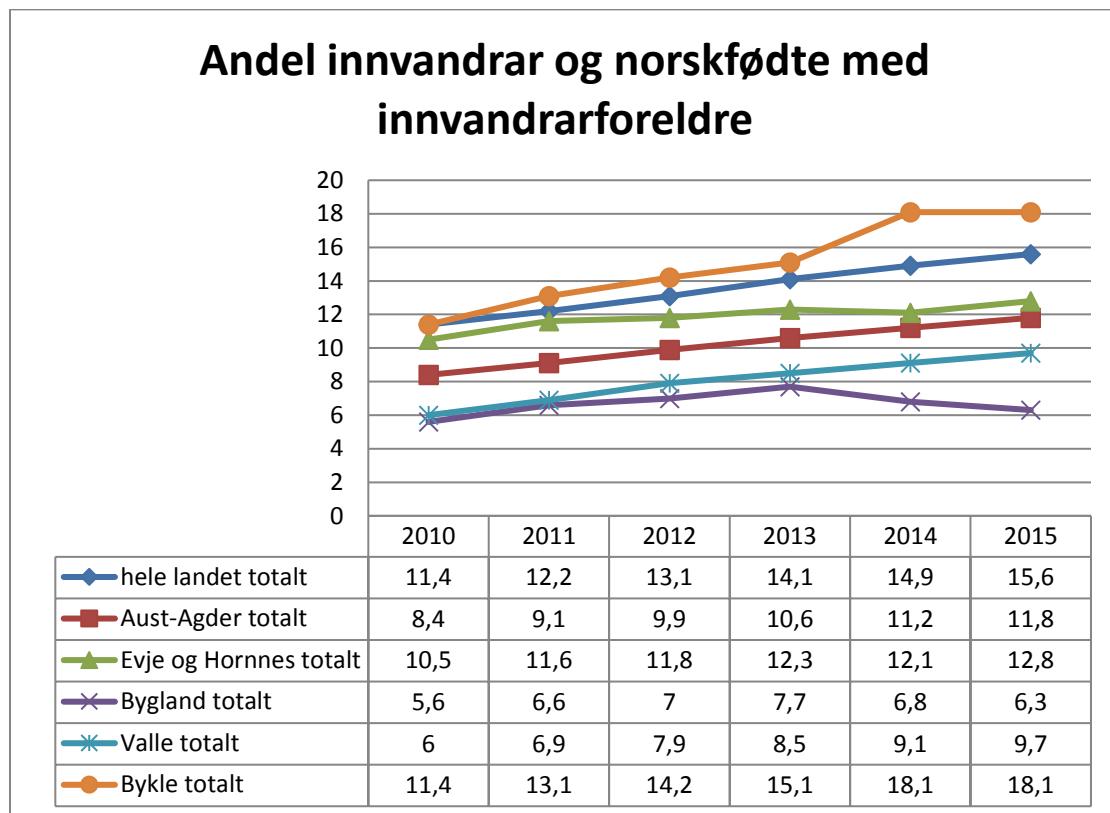
Bykle kommune kan vente seg ein vekst i folkesetnaden både på middels, låg og høg nasjonal vekst. Ved middels vekst er det forventa høgst prosentvis auke frå 2015 til 2040 i aldersgruppa 67 år eller eldre med 165 prosent vekst. En venter ein reduksjon på 8 prosent i aldersgruppa 16- 66 år. Ved middels nasjonal vekst forventes en oppgang i samlet folketall fra 2015 til 2040 med 98 innbyggere fra 948 til 1.046

### 2.3 Utfordringsbilete folkesetnadsutvikling

Utvordringa i folkesetnadsutviklinga er at den eldre delen av befolkningen aukar mest prosentvis samstundes som aldersbæreevna går ned med ein reduksjon i aldersgruppa 16-66 år. Aldersbæreevna er forholdet mellom den yrkesaktive befolkninga og den eldre delen av befolkninga. Aldersbæreevna er av vesentleg interesse for finansiering av pensjonar, velferdstilbod og helse og omsorgstenester.

## 2.4 Innvandring

Innvandringstatistikken omfattar personar som er født i utlandet av to utenlandsføde foreldre og som på eit tidspunkt har innvandra til Noreg. Dei har kome hit som flyktingar, som arbeidsinnvandrarar, for å ta utdanning eller gjennom familierelasjonar til nokon i Noreg.



Figur 3: Innvandrarar og norskfødte med innvandrarforeldre 2015. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

#### Kommentar til figur 3:

Bykle har større andel flyktingar enn landsgjennomsnittet, fylket og dei andre Setedalskommunane. Busette flyktingar i Bykle med flyktningestatus per 31.mars 2016 er 36. Desse er fordelt på Myanmar, Afghanistan, Syria, Eritrea og Sudan

## 2.5 Utfordringsbilete innvandring

Bykle kommune har gjort vedtak om å bosette 70 flyktinger i årene 2015-2019. Dette er et høyt antall i forhold til dagens innbyggertall på i underkant av 950. Kommunen har i tillegg mange arbeidsinnvandrere fra Polen, Latvia, og andre nordiske land. Desse er i hovedsak sysselsatte i bygg og industri, samt reiseliv. Nokre av desse er registrerte

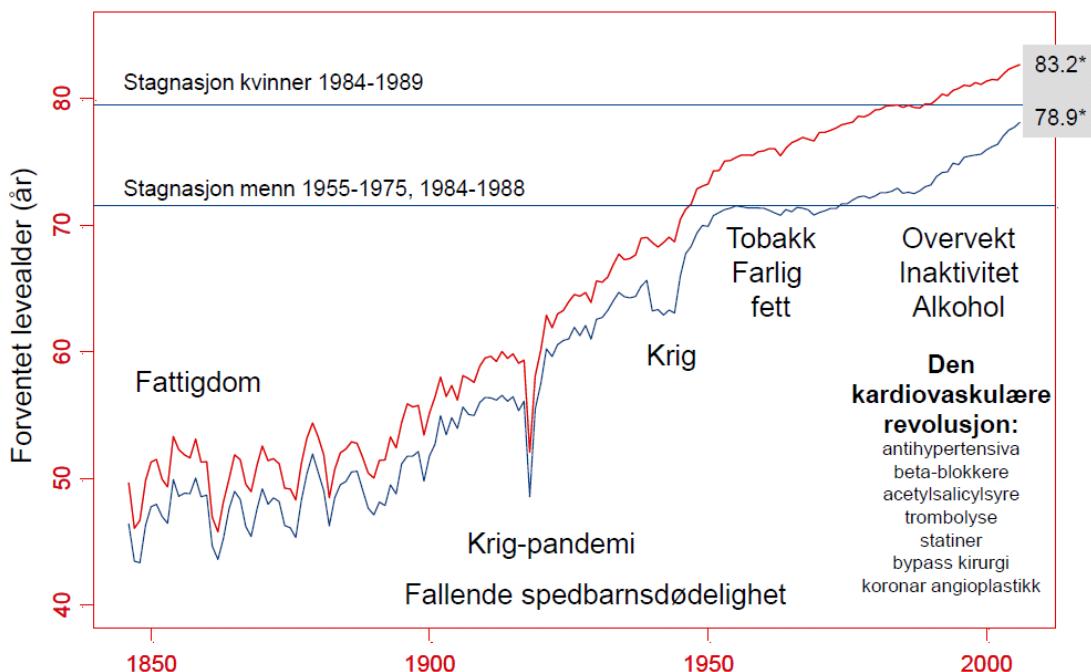
innbyggjarar i kommunen mens andre kommer i kortere perioder når det er behov for sesongrelatert arbeidskraft. Auka busetting av flyktningar framover kan vere greit, men sett opp mot ein framtidig prognose om høg arbeidsledigkeit veit vi av erfaring at innvandrarar med svakt språkgrunnlag og manglande relevant arbeidserfaring har større utfordringer med å få jobb enn nordmenn, når dei konkurrerer i den same arbeidsmarknaden. Dette vil auke kvalifiseringsperioden for flyktningar, og målet om løna arbeid og sjølvstende vil ligge lenger ut i tid enn i dag. Vi veit at dette især berørar kvinner som statistisk har ein lengre kvalifiseringsperiode enn menn. Innvandrarfamiliar generelt risikerar i eit slikt bilete å forbli i ei låginntektsgruppe over for lang tid.

Det store inntaket av flyktningar i kommunen vil bety at vi må jobbe veldig målretta og kvalitativt mot hurtig kvalifisering ut mot utdanning eller arbeid. Det er viktig at vi har tilstrekkelige språk- og arbeidspraksisplasser tilgjengelig i privat næring og Bykle kommune som bedrift, hvis kvalifiseringstiden skal strekke til. Flyktningar kan være ein stor framtidig arbeidsressurs i Bykle, med eit riktig og målretta kvalifiseringsløp.

For å få til ei god busetting i framtida krev det at vi planleggar godt i forhold til skule, helse, bustad, arbeidsmarknad og generelle oppvekstsvilkår.

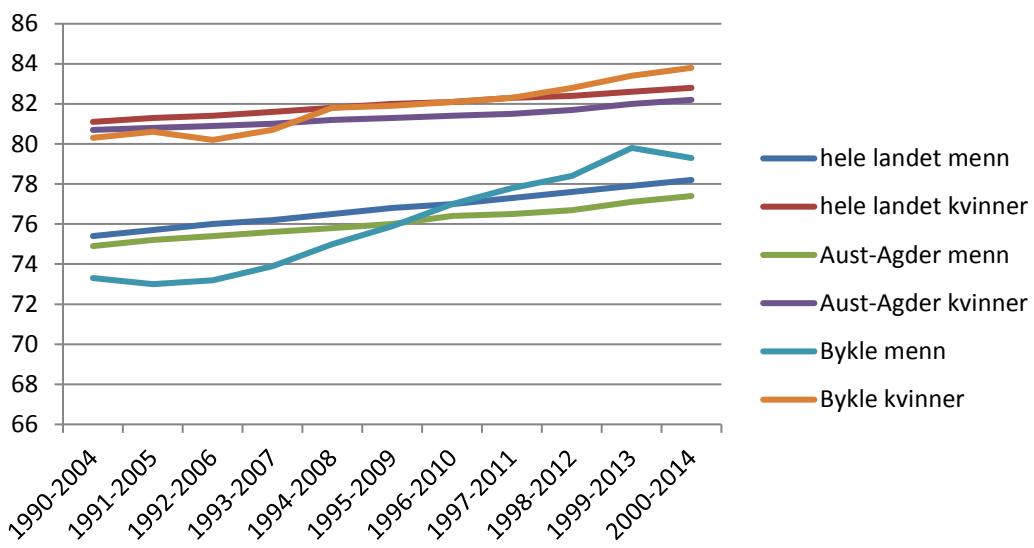
## 2.6 Forventa levealder

Forventa levealder er eit godt mål på helsetilstanden i ei befolkning. **Forventa levealder** er det tal år ein nyfødt kan forvente å leve under gjeldande dødeligheitsforhold.



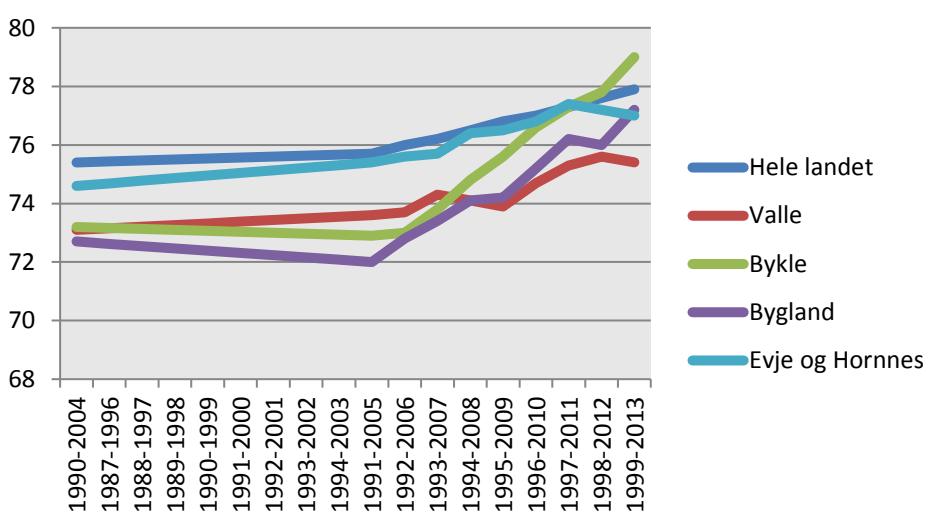
Figur 4: Forventet levealder i Norge 1846-2010 Kvinner rød kurve, menn blå. Kjelde: Human mortality database; \*SSB-tall for 2010

## Utvikling i forventa levealder, kvinner og menn- Noreg, Aust- Agder og Bykle



Figur 5: Forventa levealder ved fødsel, berekna ved hjelp av dødeligheitstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperiodar). Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank

## Levetid menn- utvikling



Figur 6: utvikling i levetid for menn for heile landet og Setesdalskommunene. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

### **Kommentar til figur 4, 5 og 6:**

*Forventa levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkninga. Med forventa levealder meiner ein vanlegvis forvanta levealder ved fødselen. På lands- og fylkesnivå er dette ein stabil og påliteleg indikator som gir informasjon om endringer over tid og om forskjellar mellom befolningsgrupper. Indikatoren er informativ også på kommunenivå, dersom ein tek høgde for tilfeldige svingninger. Forventa levealder er mykje brukt fordi det er ein enkel og tolkbar indikator for dødelighet i befolkninga.*

*På grunn av lågt folketal i kommunen er det knytt usikkerheit til levealderestimatane.*

*Små endringer i tal dødsfall i ein kommune med få innbyggjarar, og særleg for dei yngste kan gi store utslag på forventa levealder, utan at dei generelle levekåra i kommunen har endra seg. Ein må difor tolke tala med varsemd, og lokal kjennskap til kommunen kan nyansere tala frå Folkehelseinstituttet.*

*I Bykle er forventa levealder i perioden 2000-2014: 82,8 år for kvinner og 79,39 år for menn.*

*Forventa levealder for kvinner er ikkje eintydig forskjellig frå landsnivået mens levealder for menn er lågare enn i fylket og landet. (Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank).*

*Til samanlikning: I Valle kommune er forventa levealder for kvinner 82,3 år og for menn 75,9 år.*

## **2.7 Utfordringsbilete forventa levealder**

Menn i kommunane øvst i Setesdal har i byrgjinga av den perioden vi har tal for, hatt ei markert kortare levetid enn landsgjennomsnittet. Menn i Bykle skil seg positivt ut og har hatt ei markert auke i levealder dei siste tiåra og ligg no over landsgjennomsnittet og dei andre Setesdalskommunane.

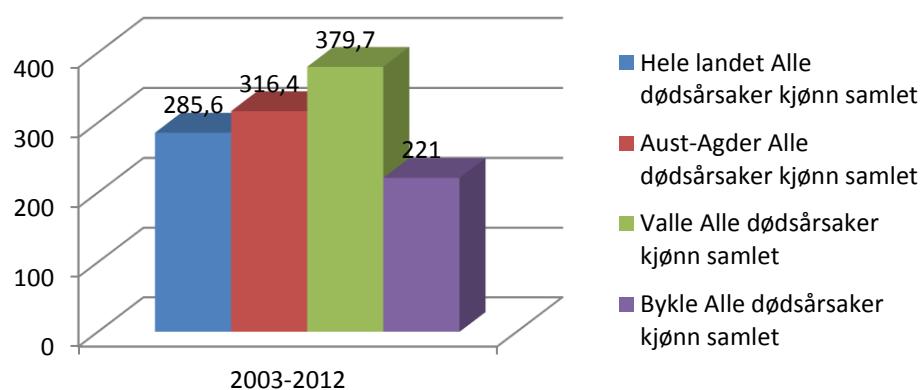
### **Økning levealder menn (1990-2004) til (1999-2013)**

|                        |            |
|------------------------|------------|
| <b>Hele landet</b>     | <b>2,5</b> |
| Valle                  | 2,3        |
| <b>Bykle</b>           | <b>5,8</b> |
| Bygland                | 4,5        |
| <b>Evje og Hornnes</b> | <b>2,4</b> |

## **2.8 Dødeleggjelighet 0-74 år**

Informasjon om tidleg død (her definert som død før 75 års alder) av gitte sjukdomsgrupper gir oss viktig informasjon om kor vi bør sette inn førebyggjande tiltak. Dagens dødsårsaksmønster seiar ikkje nødvendigvis så mykje om befolkningens levevanar dei siste åra. Dødsraten byggjer på gjennomsnittsverdien for dei føregåande 10 år. Når raten vert berekna på denne måten unngår ein i større grad å framstille variasjonar som skuldast tilfeldige svingninger frå år til år.

## Dødeleigheit kjønn samla pr.100.000, standardisert 2003-2012



Figur 7: Tal døde i aldersgruppen 0-74 år, kjønn samla per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidande gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

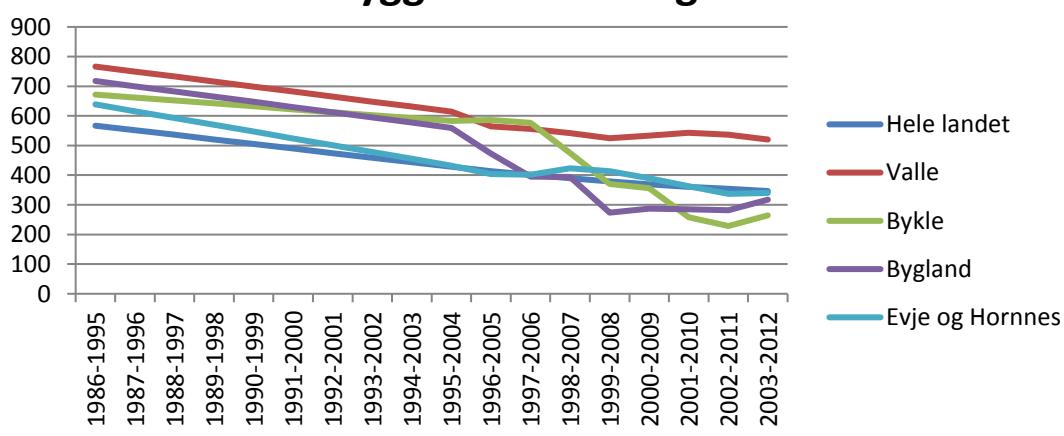
### Kommentar til figur 7:

Bykle har i perioden 2003-2012, kjønn samla, 22 % lågare dødelighet enn landet medan Valle har ein 33 % auka dødelighet i same periode..

## 2.9 Dødelighet menn

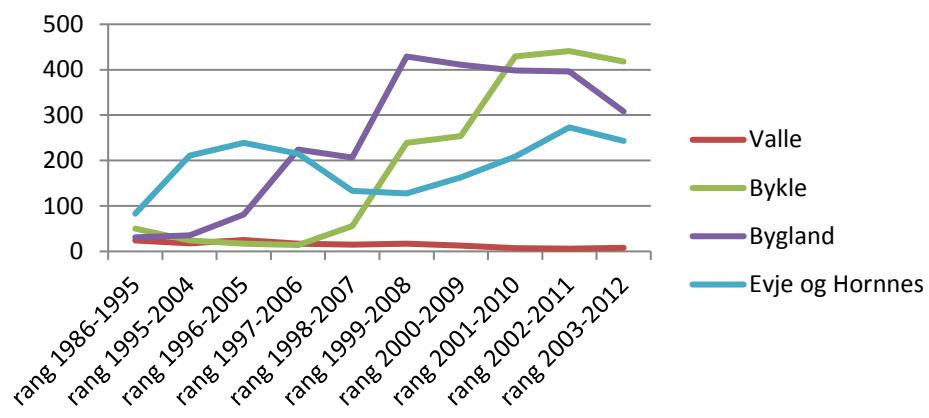
Dødligheita for menn nasjonalt og regionalt er synkande. Denne trenden gjeld også for Bykle, men kommunen har hatt eit nokså bratt fall i dødelighet for menn frå om lag midt på 90 talet.

### Dødelighet menn 0-74 år pr 100 000 innbyggere - utvikling



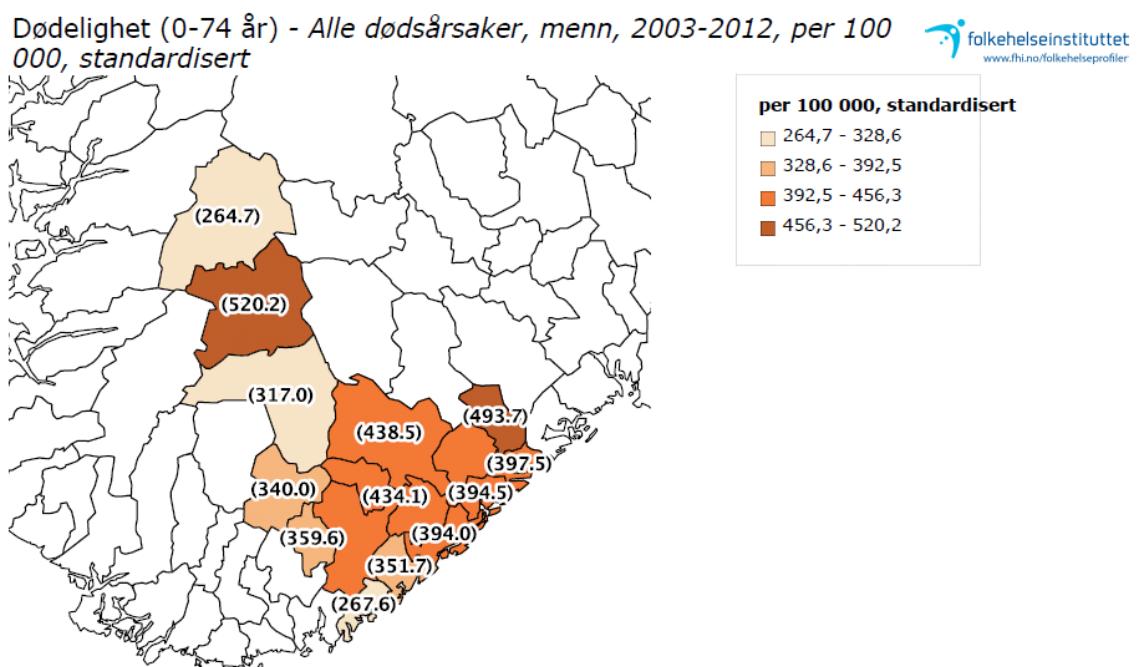
Figur 8: Tal døde i aldersgruppa 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken syner 10 års glidande gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank

## Rangering dødelighet menn pr 100 000 innbyggere - utvikling



Figur 9: Rangering i dødelighet menn per 100.000 innbyggjarar

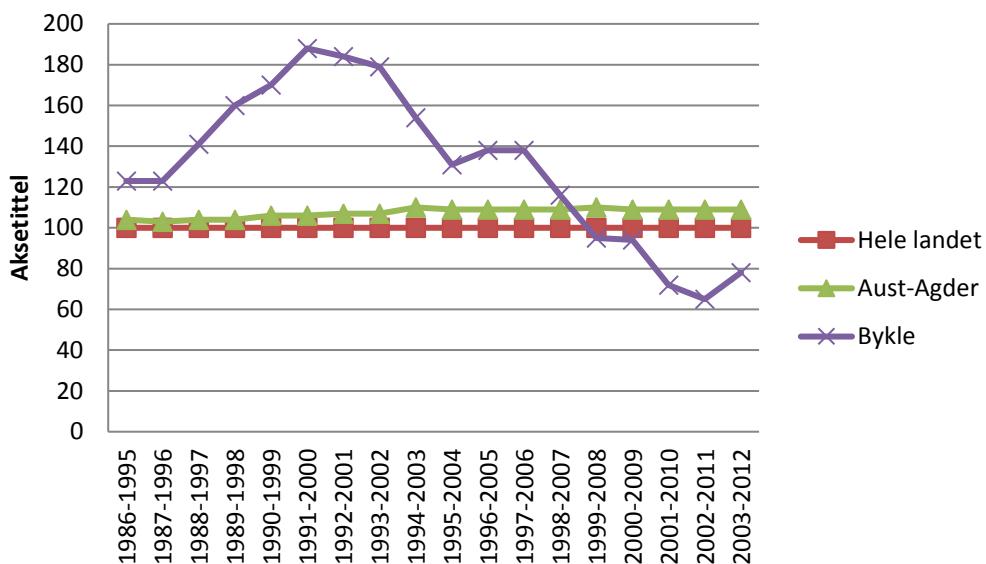
Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank



Figur 10:Dødelighet i aldersgruppa 0-74 år alle dødsårsakar menn på Fylkesnivå.

Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank

## Dødelighet menn 0-74 år per 100.000, landet, Aust- Agder og Bykle

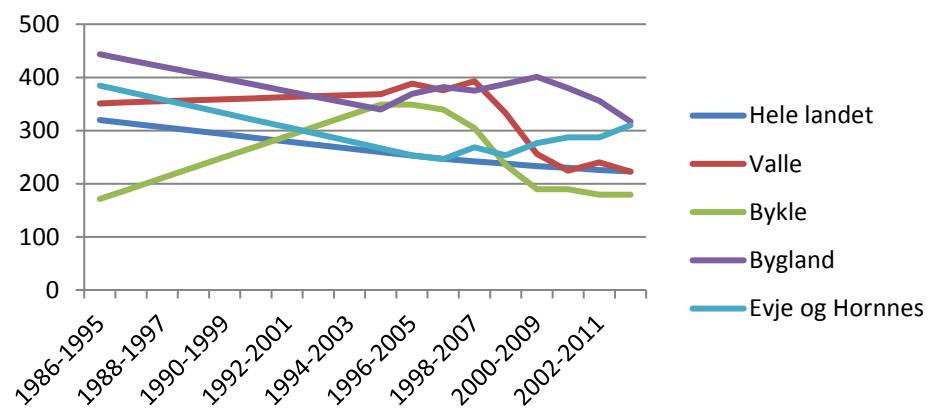


Figur 11:Tal døde menn i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

## 2.10 Dødelighet kvinner

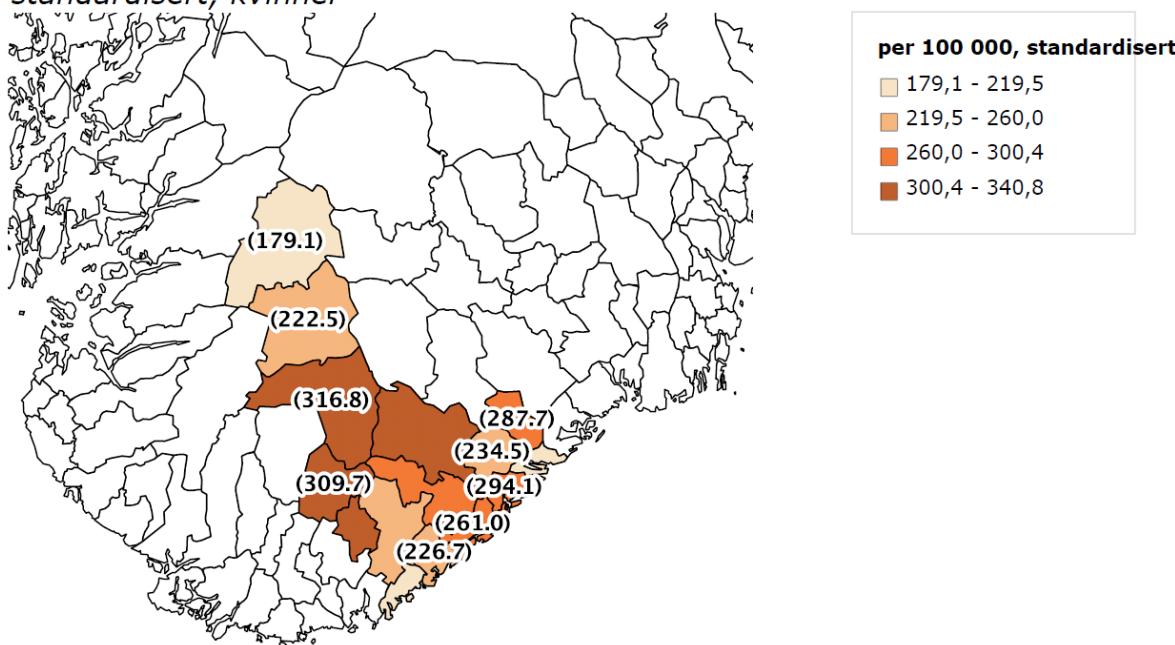
Kvinner i Bykle hadde ein dødelighet i perioden 2000-2012 i aldersgruppa 0-74 år som ligg om lag 20 % under landsgjennomsnittet og lågast i fylket. Det har ikkje alltid vore slik. Det har vore relativt store svingninger i dødeligheten blant kvinner i Bykle frå 1986 -2011.

## Dødelighet kvinner 0-74 år pr 100 000 innbyggere - utvikling



Figur 12: Tal døde kvinner i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

Dødelighet (0-74 år) - Alle dødsårsaker, 2003-2012, per 100 000, standardisert, kvinner



Figur 13: Dødelighet kvinner 0-74 år Valle og dei andre kommunane i Aust-Agder. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

#### Kommentar til figur 12 og 13:

Kvinner ei Bykle har lågast dødeligheit i fylket og ligg i perioden 2003-20012 om lag 20 % under landsgjennomsnittet.. Gode førebyggjande tiltak (dei same som for menn) og eigenansvar for helsa blir viktig for at vi i kommunen fortsatt skal ha ned gong i dødeligheit blant kvinner i framtida.

## 2.11 Utfordringsbilete dødeligheit

Dødelegheitstala for kvinner ligg på eit regionalt og nasjonalt lågt nivå. Det har vært eit markert fall i dødelegheit for kvinner og menn I Bykle dei siste ti-åra.

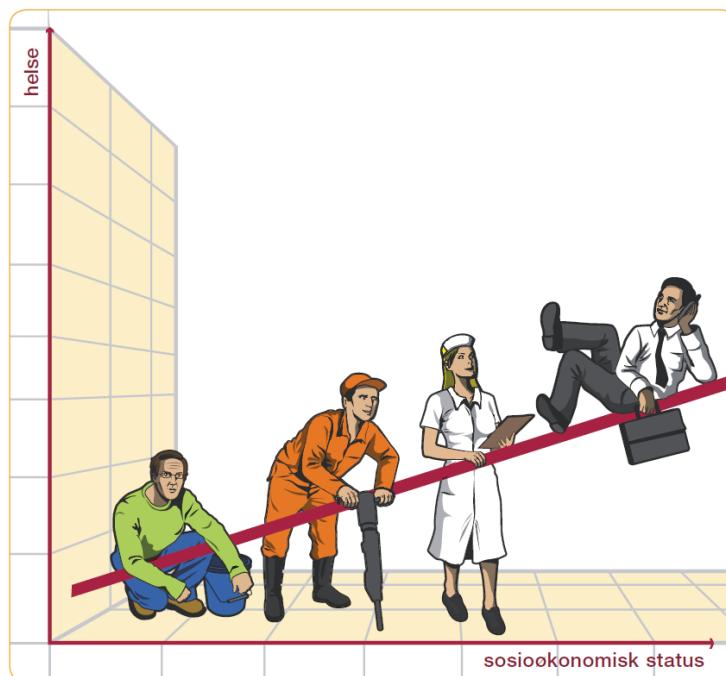
Det er interessant å samanlikne dødeligheita blant menn med nabokommunen Valle. Menn i Valle har i perioden 2003-2012 ein 50% høgare dødeligheit enn landet medan menn i Bykle har ein 22 % lågare dødeligheit samanlikna med landet i same periode. Når det gjeld kvinner er forskjellane i dødeligheit mellom Bykle og Valle relativt små, men dersom ein samanliknar dødeligheit hos kvinner i Bykle og Bygland er det formidable forskjellar. Det er nærrare 50 % høgare dødeligheit blant kvinner i Bygland jamfört med Bykle i perioden 2003-2012. Tala er standardiserte for å redusere påverknad av ulik alders og kjønnsamansetjing når ein samanlikner grupper i tid og rom.( indirekte standardisering med løpende år som referanse).

Forskning på totaldødelighet er komplisert, og eit sentralt spørsmål i denne samanhengen er: «Should we focus on places or on people?» ( dvs trekk ved samfunnet, eller individuelle trekk ?).

Generelt er forskjeller i helse og dødelighet etter utdanningsnivå og sosioøkonomisk status grundig dokumentert. Felles for desse studiene er resultater som viser at mennesker med høy sosioøkonomisk status har bedre helse og lavere dødelighet enn de med lavere sosioøkonomisk status (Kunst & Mackenbach 1994, Mackenbach et al. 1999). Dette har vist seg å gjelde uavhengig av om sosioøkonomisk posisjon måles ved inntekt, utdanning eller yrke. Det eksisterer på alle nivåer i det sosiale hierarkiet og på tvers av land, kjønn, alder og tid (Goldman 2001). Noen studier har vist økende forskjeller i dødelighet etter sosioøkonomisk status de siste tiårene (Valkonen 1989, Mackenbach 2003), og en slik utvikling har også funnet sted i Norge. *Analyser fra folkehelseinstituttet viser at det siden 1970-tallet har vært et fall i dødeligheten for de med utdanning utover ungdomsskole, samtidig som dødeligheten har endret seg lite blant grupper med lav utdanning (Næss et al. 2007, Strand et al. 2010).*

Det finst ikkje tilgjengelege tal på dødelighet etter utdanningsnivå eller sosioøkonomisk status i Bykle og dei andre Setesdalskommunane, men det er ingen grunn til å tru at biletet her skil seg frå landet. Tiltak på systemnivå som utjamnar sosial ulikheit i dødelighet blir uansett viktig.

For å førebyggje tidleg død ( før 75 års alder) er det i tillegg nødvendig med auka fokus på førebyggjande tiltak innanfor desse områda: Kosthald, røyking, høgt blodtrykk, høg BMI, Inaktivitet, høgt blodsukker, høg kolesterolverdi, alkoholmisbruk, yrkesrisiko, stoffmisbruk. I kapittel 7 i oversikten vil vi sjå nærmare på dødeligkeit av dei ulike sjukdomar som ein har tal for.



### Gradientufordringa

*Sosial ulikskap i helse dannar mønster av ein gradient gjennom heile befolkninga. Denne gradientufordringa krev eit breitt, befolkningsretta fokus på problemet. I fylge folkehelsemeldinga bør det for eit demokratisk land være «en selvfølge å forsøke å påvirke vilkårene som skaper helseforskjeller»*

### 3. Oppvekst- og levekår

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Med oppvekst- og levekårsforhold meiner ein til dømes utdanningsforhold, økonomiske vilkår og bu- og arbeidsforhold. Utdanningsforhold omfatter bl.a. elevprestasjonar og læringsmiljø, fråfall frå vidaregåande skule og utdanningsnivå i befolkningen. Økonomiske forhold kan omfatte andel med lavinntekt og inntektsforskjeller. Arbeid omfatter bl.a. tilknytning til arbeidslivet, sykefravær og uføretrygd. Levekår vert definert i eit sammespell mellom individuelle faktorar og ressursar og dei mogleheiter den einskilde har til å realisere desse på arenaer som skule og arbeid. Eit overordna mål i folkehelsearbeidet er å redusere sosiale forskjeller i helse, og ulikheit i levekår vil i stor grad påverke fordelinga av helse i befolkninga.



#### Tidlig innsats

*Dei fremste faktorane som påverker helsa i positiv eller negativ retning legg ein grunnlaget for i barndommen. I fylge Folkehelseinstituttet er barnehagar av høy kvalitet eit av dei viktigste helseframmande og førebyggande tiltaka i samfunnet. Kjennteiknet for barnehagar med høy kvalitet er «små barnegrupper og tilstrekkelig, godt utdannet og personlig egnert voksenpersonell».*

#### 3.1 Utdanningsnivå

Det er godt dokumentera samanhengar mellom utdanningsnivå og helse, men årsaksforholda er samansette. Utdanning gir barn og unge ressursar og påvirkar personlege og psykologiske eigenskapar, som igjen vil ha helsemessige konsekvensar.(Mæland2010). Utdanninga påverkar og framtidige levekår i brei forstand, og difor kva for helsefremmande og helsebelastande omstendigheiter ein vert utsett for. Mange levekårssforhold varierar med utdanning: materiell levestandard, arbeidstilhøve, livsstil og psykologiske belastninger.

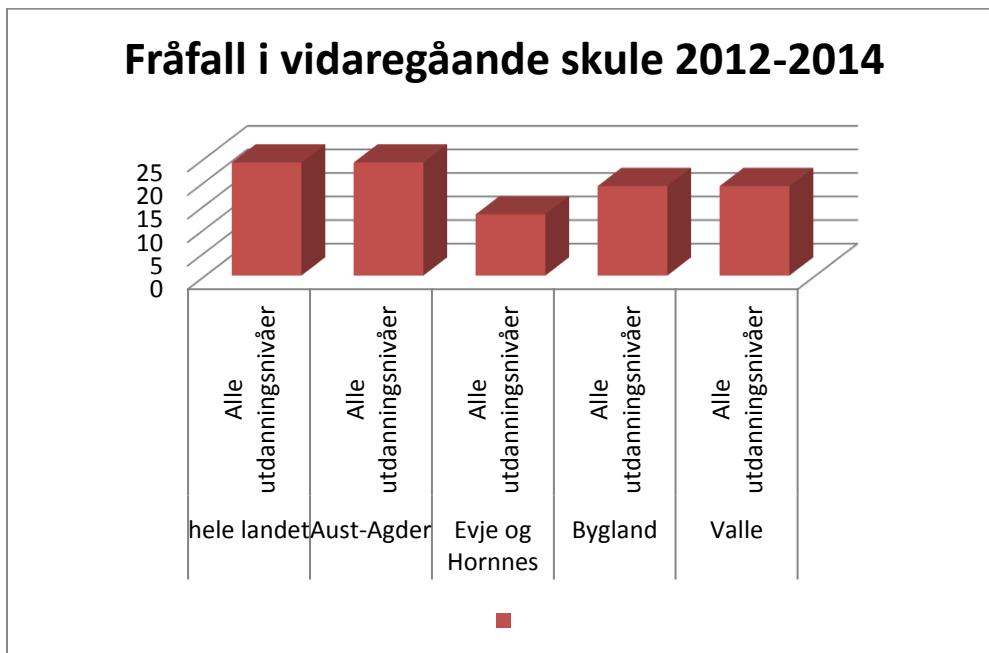
( Elstad 2008). Når ein studerer grupper i samfunnet, finn ein systematiske forskjellar i helse. Jo høgare utdanning og inntekt ei gruppe har, jo høgare andel av gruppen sine «medlemmer» vil ha god helse (Huismann, 2005; Helsedirektoratet, 2005). Dette kallast sosiale helseforskjeller eller sosial ulikskap i helse. Både barnehagen og skulen er viktige arenaer for læring, for å etablere sosiale relasjoner, og for utvikling av selvfølelse og selvtillit. Dette er igjen grunnleggande føresetnader for motivasjon, oppleveling av meistring og trua på eigne evnertil å gjennomføre ei utdanning. Gode barnehagar kan kompensere for mangefull stimulering i heimen. (Folkehelseinstituttet 2012).

Barnehagens og skulens miljø påverkar barnas livskvalitet og bør difor utformast slik at dei fremjar utfoldelse, meistring og deltaking.

Som det går fram av diagrammet under er det høg del elevar som fullfører vidaregåande skule, men Valle ligg særslig lågt når det gjeld høgare utdanning menn. Utdanningsnivå kan vere ein forklaringsvariabel når ein sjår på Folkehelseutfordringar i kommunen. Sosiale forskjellar i helse og levealder er også eit folkehelseproblem fordi befolkninga sitt totale helsepotensiale ikkje vert utnytta fullt ut.

### 3.2 Fråfall i vidaregåande skule

Det er veldokumentera samanhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personar som ikkje har fullført vidaregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som dei som har valgt å ikkje ta meir utdanning etter fullført ungdomsskule



Figur 14: Fråfall i vidaregåande skule 2012-2014 i landet, Aust-Agder og Setesdalskommunane. Tal for Bykle kommune er ikkje tilgjengelege. Statistikken syner 3 års glidande gjennomsnitt.  
Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

#### Kommentar til figur 14:

Fråfallet inkluderar personar som starta på grunnkurs i vidaregående opplæring for første gong eit gitt år og som har gjennomført VKII eller gått opp til fagprøve, men som ikkje har bestått eitt eller fleire fag og difor ikkje har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elevar som starta opp dette året, men som sluttar undervegs. Andelen vert berekna ut frå prosent av alle som starta grunnkurs i vidaregående opplæring det året. Personar som etter 5 år fortsatt er i vidaregåande skule, regnast ikkje som fråfalt. Det er tatt utgangspunkt i personen sin bustadkommune det året han eller hun starta på grunnkurs i vidaregående opplæring.

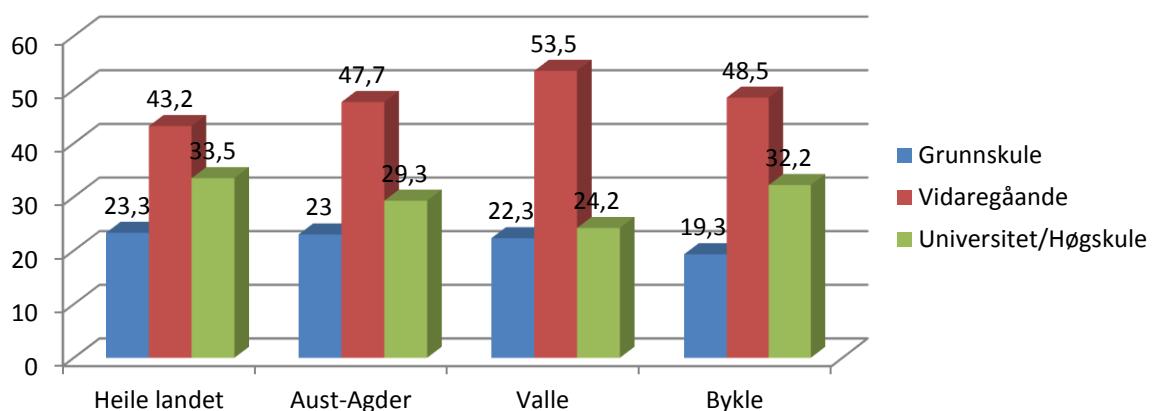
Valle hadde i perioden 2012-2014 eit fråfall i viaregåande skule på 19%. **Tal for Bykle kommune er ikkje tilgjengelege.**

Kommunane Bygland og Valle skil seg ikkje signifikt forskjellig frå landsnivået når det gjeld fråfall i viaregående skule. Kommuneverdien kan skjule sosiale forskjellar mellom ulike grupper. Blant elevar frå familiar med lågt utdanningsnivå er andelen som fell frå høgare enn blant elevar frå familiar med høgt utdanningsnivå.

### 3.3 Utfordringsbilete fråfall i vidargåande skule

Fråfall i vidaregåande skule er likevel ei folkehelseufordring då personar utan vidaregåande opplæring har auka risiko for levekårs og helseproblemer og svekka utdanning arbeidsmarknadstilknytning. Det er ein sterk samanheng mellom sjølrapportert helsa, fråfall og risiko for å motta stønad. ( Dahl m.fl.2014). Gode faglege ferdigheter i grunnskulen aukar sjansen for at eleven greiar å gjennomføre vidaregåande skule. Arbeidet med å førebyggje fråfall i vidaregåande skule bør starte i grunnskulen. I tillegg til tidlege tiltak kan kommunen bidra til at fleire kjem seg igjennom vidaregåande skule ved å tilby fleire lokale læringsplassar, anten direkte som arbeidsgjevar eller indirekte ved å sette vilkår til bedrifter i t.d. anbodskonkurransar.

**Høgaste fullførte utdanningsnivå 25+  
kjønn samla**

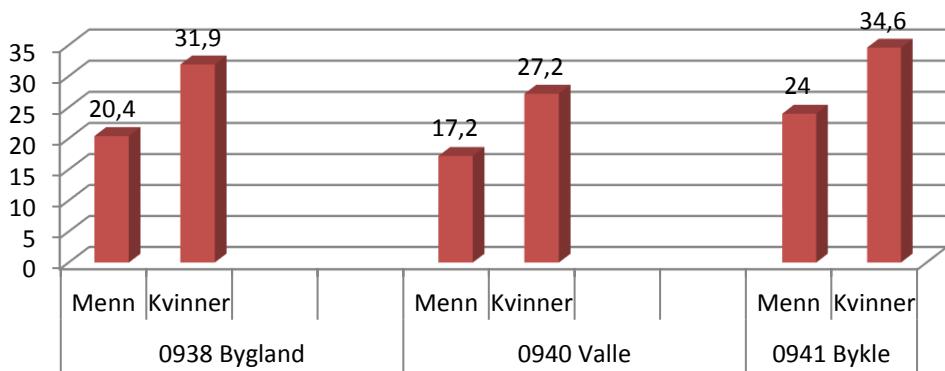


Figur 15: Andel med høgaste fullførde utdanningsnivå vidaregåande eller høgare 25 år +,kjønn samla. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

#### Kommentar til figur 15

Bykle ligg om lag på landsgjennomsnittet på utdanningsnivå kjønn samla på Universitets/høgskulenivå.

**Andel menn og kvinner med høgare utdanning 2014**



Figur 16: Andel menn og kvinner med universitets og høgskuleutdanning (kort og lang) 2014. Kjelde: SSB.

### Kommentar til figur 16

Andel menn med høgare utdanning nasjonalt er i 2014 28,3 for menn og for kvinner 34,5  
Fylket: Menn: 24,1 og kvinner: 30,4. (SSB, 2014)

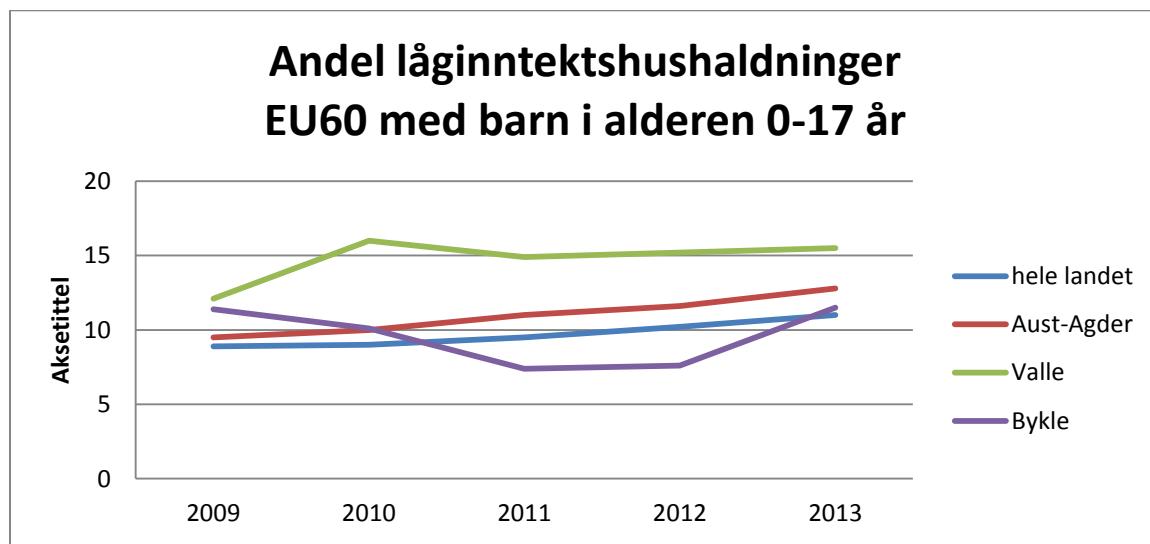
### 3.4 Utfordringsbilete utdanningsnivå

Andel kvinner og menn i Bykle med høgare utdanning er høgare enn landet og fylket. På kommunenivå er samanhengen mellom utdanningsnivå, arbeidsmarknad og helse komplisert. Når det gjeld utdanning og materielle levekår er forholdet bl.a. avhengig av den lokale arbeidsmarknaden. Utdanningsnivå kan allikevel vere ein forklaringsvariabel når ein ser på Folkehelseutfordringar i kommunen. Sosiale forskjeller i helse og levealder er også eit folkehelseproblem fordi befolkningen sitt totale helsepotensiale ikkje vert utnytta fullt ut.

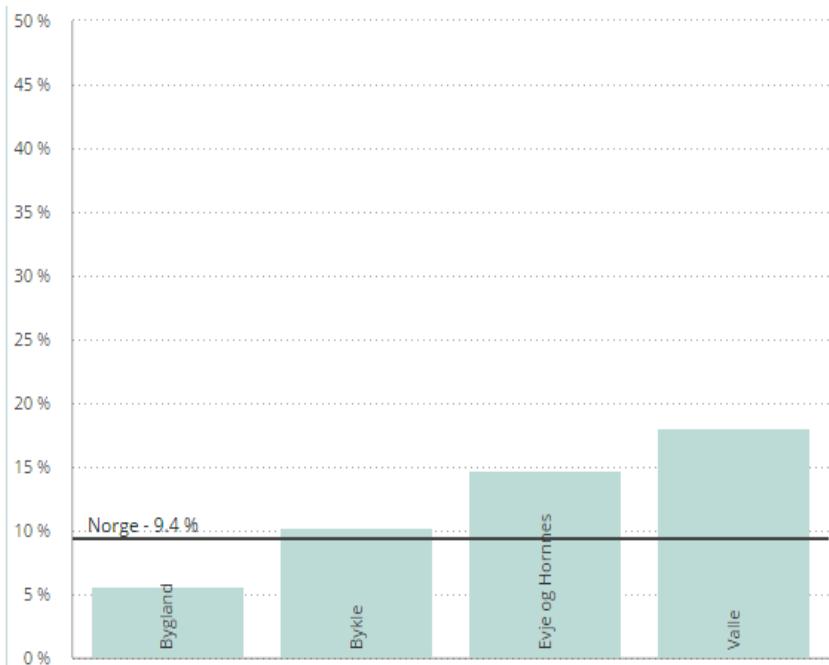
### 3.5 Inntekt og gjeld

Inntekt og økonomi er grunnleggjande påverknadsfaktorar for helse, og forskning har synt at det er ein samanheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Statistisk sett vert helsa i befolkningen gradvis betre med aukande inntekt. Til dømes synker dødeligheita med aukande inntekt – både blant menn og kvinner og i dei fleste aldersgrupper.

Forskjellane er størst nederst i inntektsfordelinga, og avtar gradvis oppover i inntektsklassane. Ein liknande samanheng finn vi for dei fleste andre tilgjengelege helsemål: Låg inntekt aukar sannsynet for dårlig sjølvopplevd helse, sjukdom og for tidleg død. Omfordeling av økonomiske ressursar har betydning for folkehelsa av fleire grunner. For det første er det ein avtakende grensenytte av økonomi for helse. Det inneber at det er meir helse å hente per krone nederst i inntekthierarkiet enn øverst. For det andre kan større inntektsforskjella innebære meir sosial eksklusjon, sosial uro, stress, kriminalitet osv. – som igjen er lite gunstig for folkehelsen.



Figur 17:Utvikling i andel låginntektsfamiliarEU 60 med barn i alderen 0-17 år.  
Landet, Aust- Agder, Valle og Bykle.



*Figur 18: Barn i hushaldinger med vedvarande låginntekt 2014 (innekt under 60 % av nasjonal medianinntekt, berekna etter EU-skala). Noreg og Setesdalskommunane. Kjelde:Bufdir/ SSB.*

*Ein kan finne meir om barnefattigdom på Bufdir sine heimesider:*

[https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Barnefattigdom/?region\[\]=%K0941&region\[\]=%K0940&region\[\]=%K0937](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnefattigdom/?region[]=%K0941&region[]=%K0940&region[]=%K0937)

### **Kommentar til figur 17 og 18:**

EU set grensa for låginntekt (risiko for fattigdom) ved 60 prosent av medianinntekten (medianinntekten er den midterste inntekten, der halvparten av befolkninga tener meir og halvparten mindre). Medianinntekten i 2014 var i Noreg, 479.000, i fylket 475.000 kr, i Bykle, 449.000 kr. (Det har vore eit fall i medianinntekten i Bykle frå 2013 til 2014. I 2013 var medianinntekta i Bykle 475.000 kr. Bykle kommune er ein av kommunane i landet med størst inntektsulikheit (Gini koeffisient i 2013 var 0,291, landsgjennomsnittet 0,241.)

Ei utvikling med aukande inntektsulikheit i kommunen vil skape større helseforskjellar i framtida.

I Bykle 2014 var 11 % av barnefamilier med barn i alderen 0-17 år lavinntekts familiær. Det er i absolutt tal 22 personar under 18 år som lever i låginntektsfamiliær i Bykle i 2014. Låginntektsdefinisjonen som gjennomgåande er brukt ovanfor, er relativ: låginntekt er definert i forhold til medianinntekta i befolkningen, og den flyt seg som følge av endringer i velstandsnivået. Dersom vi i staden hadde brukt eit absolutt lavinntektsmål (eit fast indeksregulert beløp), ville låginntektspopulasjonen, også blant barn, ha blitt mindre.

Det er eit sentralt mål i Folkehelsearbeidet å utjamne sosial ulikskap i helse. Forskning i Noreg har undersøkt samanhengen mellom familieøkonomi og selvrapporert helse av eit utvalg ungdomar som høyrte til aldergruppen 16-18. (Elstad og Pedersen 2009). Forskinga finn signifikante effektar på sjølvrapporterte helseplager blant ungdom av relativ inntektsfattigdom og husholdets formuessituasjon, særleg blant familiær som skårer lågt på andre sosioøkonomiske variablar.

### **3.6 Utfordringsbilete inntekt og gjeld**

Tiltak på systemnivå for å forebyggje og redusere fattigdom og sosial eksklusjon blant barn og unge. Gratis heiskort i alpinbakken for skulebarn og redusert foreldrebetaling i barnehagen for husholdninger med låg inntekt er døme på tiltak som verkar sosialt utjamnande. Det blir viktig å sikre barn i lavinntekstfamilier i alderen 1-1,5 år plass i barnehage då det er ein sterk samanheng mellom barns åtferdsvanskr og familiens økonomiske situasjon. Barnehage kan beskytte barn i låginntektsfamilier mot åtferdsvanskar syner ny forskning frå Folkehelseinstituttet:

<http://www.fhi.no/artikler/?id=112484>

### **3.7 Sosialhjelpsmottakarar**

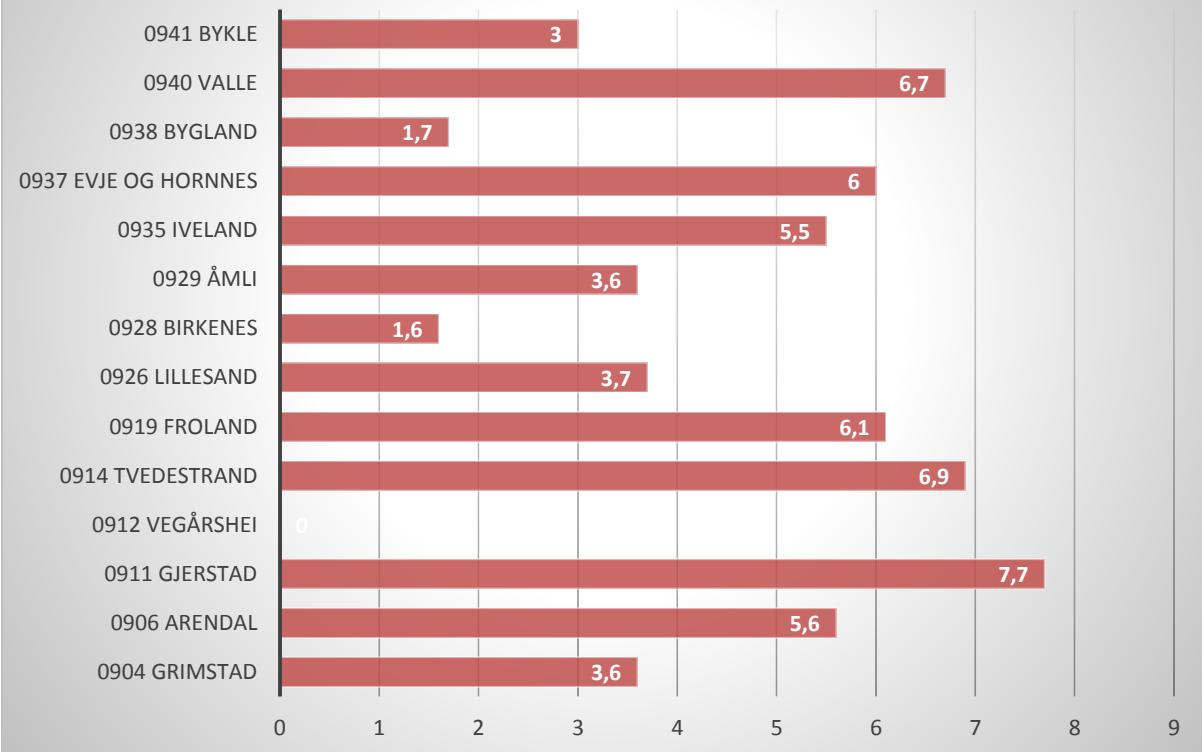
Mottakerane av sosialhjelp er ei utsatt gruppe psykososialt og materielt. Dei har ofte ein meir marginal tilknytning til arbeidsmarkedet, kortare utdanning og lågare bustandard enn befolkningen elles. Det er også synt at det er langt større innslag av helseproblem blant sosialhjelpsmottakarar enn i befolkningen elles, og særleg er det ein stor andel med psykiske plager og lidingar.



#### *Sikkerheitsnett*

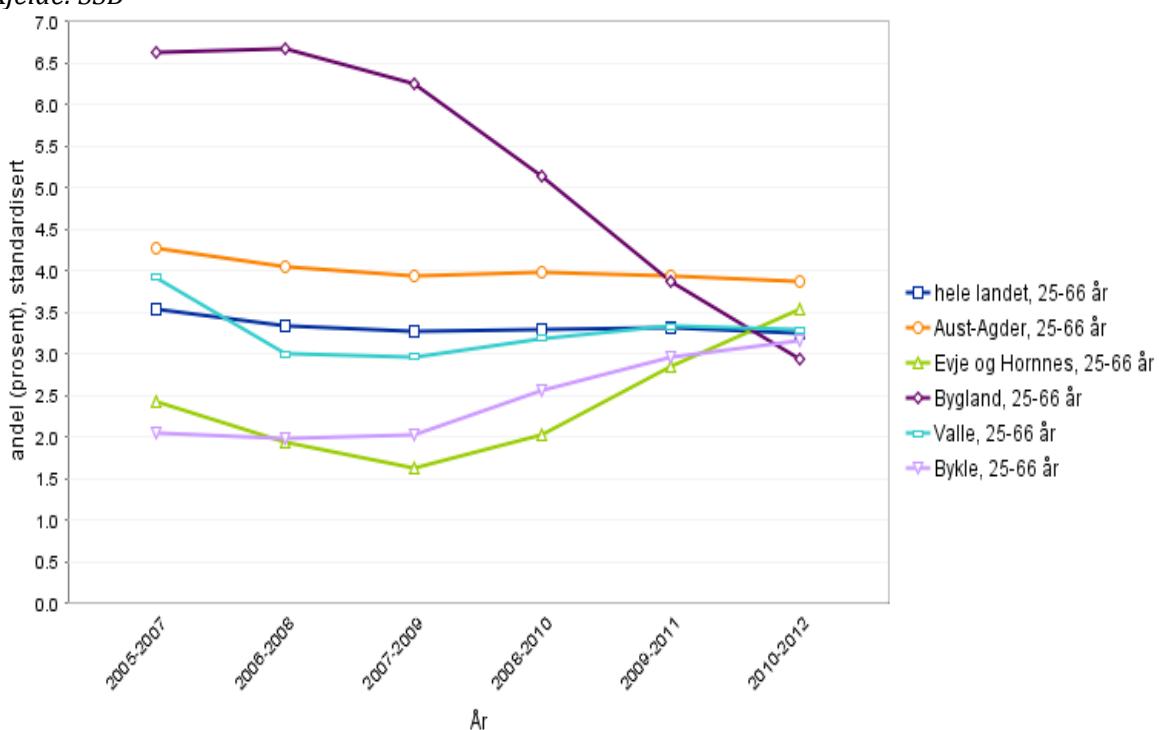
*Sosialhjelp er velferdsstatens siste økonomiske sikkerheitsnett. Den skal sikre at alle har tilstrekkelige midlar til livsopphold. Ordninga er kommunalt finansiert og er regulert av lov om sosial tenester i NAV § 18. Det er deoi lokale NAV kontora som forvaltar ordninga.*

## Andel sosialhjelpsmottakarar 20-66 år av innbyggjarar 20-66 år- 2014



Figur 19: Andel sosialhjelpsmottakarar 20-66 år av innbyggjarar 20-66 år i 2014.

Kjelde: SSB



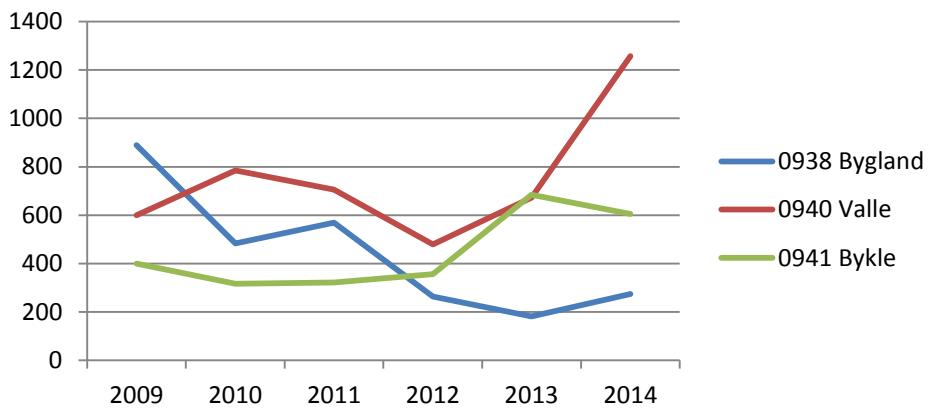
Figur 20: Utvikling i andel sosialhjelpsmottakarar 25-66 år av innbyggjarar 25-66 år  
Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

### Kommentar til figur 19 og 20:

Bykle ligg om lag på landsgjennomsnittet i mottakarar av sosialhjelp samanlikna med landet i perioden 2010-2012. Det har imidlertid vore ei negativ utvikling i kommunen samanlikna med landet, i perioden 2005-2008/09 lå Bykle kommune om lag 40 % under landsgjennomsnittet på mottakarar av sosialhjelp i den aktuelle aldersgruppa .

Det kan elles vere interessant å sjå utviklinga i Bygland kommune , her har det vore eit markant fall i andelen sosialhjelpmottakarar i aktuell aldersgruppe. Frå å ligge 100% over landsgjennomsnittet i perioden 2006-2008 ligg Bygland i siste periode 2010-2012, 9 % lågare enn landsgjennomsnittet. Kan hende det er noko å lære frå Bygland her?

### Gjennomsnittleg sosialstønad pr. innbyggjar 16 år og over



Figur 21: Gjennomsnittleg sosialstønad pr. innbyggjar 16 år og over. Kjelde SSB

### Kommentar til figur 21:

I 2013 var gjennomsnittlig sosialstønad pr. innbyggjar i i Bykle 684 kr og i Valle 672 kr.

Det var ein nær dobling av brutto utbetalt sosialhjelp i Valle frå 2013 til 2014. ( 1254 kr i 2014). Landsgjennomsnittet i 2014 var 1350 kr.

Gjennomsnittlig stønad pr. tilfelle i 2014 var i Valle; 22.937 kr, medan det i Bykle var 23.912 kr og landet 41.943 kr.

Det er likevel langt under landsgjennomsnittet som er på 1245 kr og fylket som er på 1310 kr. Gjennomsnittlig stønad pr. tilfelle var i Valle 2013 , 16087 kr medan det i Bykle var 27505 kr. NAV Valle har kommentert figur21 og seier at den store auken i mottakarar av sosialhjelp i Valle samvarierar med mottak av flyktingar. I samband med etablering av NAV ble det og mykje endringar av kva for ytelsar som ble tildelt pga. byråkratiske problem. (Trygder blei i ei overgang til sosialytelser o.l.)

### 3.8 Utfordringsbilete sosialhjelpmottakarar

Utbreiinga av sosialhjelp i totalbefolkningen er eit uttrykk for pågangen på det kommunale hjelpeapparatet frå personar som for kortare eller lengre tid er avhengig av økonomisk støtte til livsopphald. Lang tids avhengighet av sosialhjelp kan bl.a. gjenspegle ein lokalt vanskeleg arbeidsmarknad, men også at sosialtenesta legg ulik vekt på aktivisering av den einskilde og på tverrfagleg samarbeid. NAV Bykle har i lang tid hatt fokus på aktivitetsplikt blant sosialhjelpmottakarar. Det er viktig at kommunen medverkar ved å legge til rette for arbeidstreningsplassar innan t.d. heimehjelp, pleie og omsorg, teknisk. etat osb.. Kommunar som benytter moglegheiten innafor gjeldande regelverk til å stille vilkår om aktivitet, kan vise til gode resultater, og då særleg for unge sosialhjelpmottakarar. Nyere forskning syner også at vilkår om aktivitet særleg har god effekt ovafor unge mottakarar, og at effekten synker med aukande alder.

### 3.9 Arbeid og sysselsetting

Graden av sysselsetting vert definert som den prosentdelen av folkesetnaden i arbeidsfør alder (15- 74 år) i løna arbeid.

Bykle hadde i 2014 ein sysselsetningsgrad på 74 %. Det er høgast i Setesdal, Valle har 72 %, Bygland 64 % og Evje og Hornnes 67 %

*Bykle har hatt ein samla vekst i sysselsetjing i perioden 2005-2014 på 14 %.*

Både Valle og Bygland har hatt ei nedgang i sysselsttinga på hhv 6,6 % og 11,4 %.

I privat sektor har dere vore ei vekst på 14 personar i Bykle, mens veksta i det offentlege har vore på 50 personar. Til samanlikning: Valle har i same periode hatt ein nedgang i talet på offentleg tilsette på 47 personar.



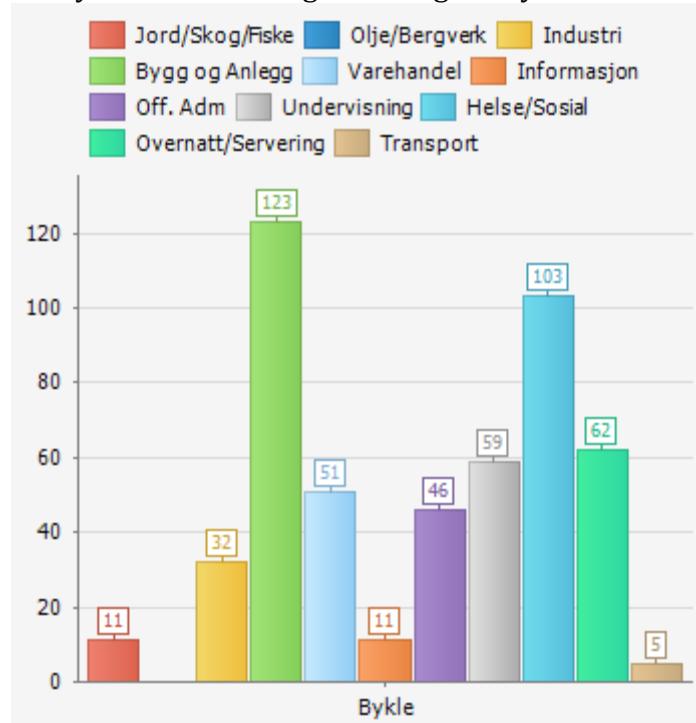
Figur 22: Andel arbeidsledige 15-29 år og 30-74 år i Bykle 2000-2015 Kjelde: Kommuneprofilen, SSB,

### Kommentar til figur 22:

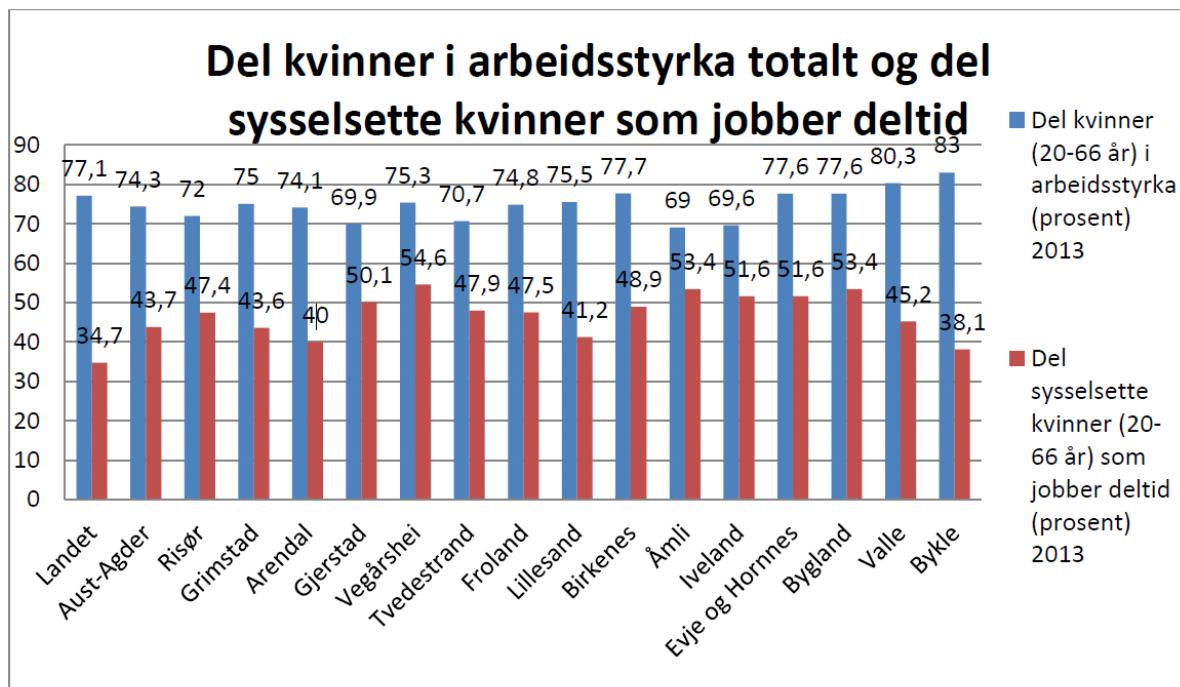
Bykle ligg lågt i andel arbeidsledige i perioden vi har tal for. Utviklinga nasjonalt dei siste 30 åra har gjort at det i dag ikkje er store skilnader på kor mange kvinner og menn som er yrkesaktive. I Bykle var andelen kvinner og menn i arbeidsstyrken ( 20-66 år) hhv 83,8% og 85,5 % *Gjennomsnittlig bruttoinntekt for menn i Bykle kommune var i 2014 : 583.800, mens den for kvinner var 327.00 kr.*

Det var til saman 584 sysselsette i Bykle kommune i 2014, 233 av desse var tilsatt i det offentlege og 351 i det private næringslivet. Talet på sysselsette har auka jamt sidan 1990, medan talet på arbeidsledige har gått ned i same periode. Pr.01.01.2016 har Bykle kommune ein arbeidsledigheit på 1,2 %. Det var registrert 7 personar heilt ledige pr. januar 2016.

Tal sysselsette i utvlagte næringer i Bykle kommune i 2014:



Figur 23: Tal sysselsette i utvalde nærlinger i Bykle kommune i 2014.

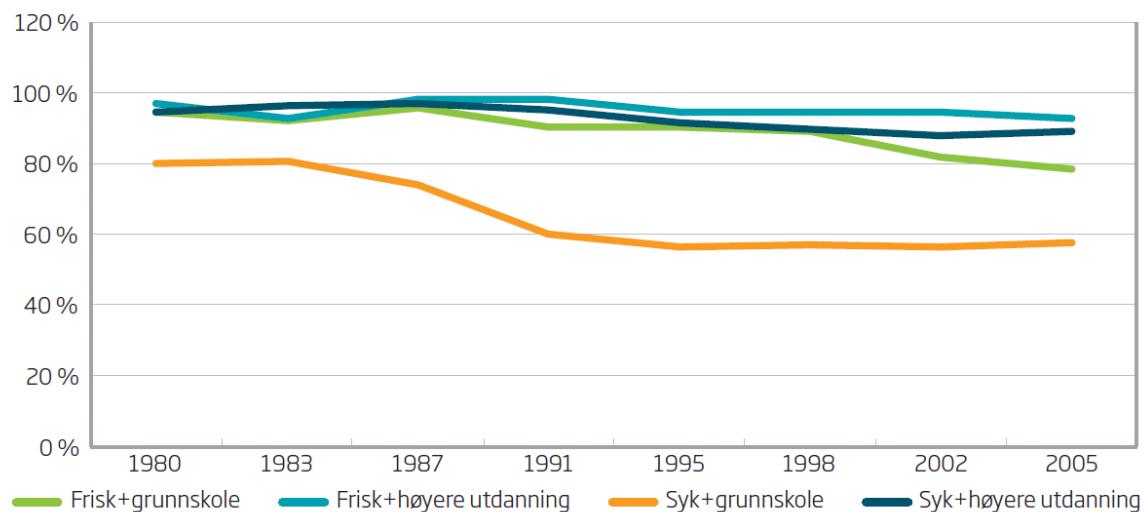


Figur 24: Del kvinner i arbeidsstyrka totalt og del sysselsette kvinner som jobber deltid (Deltid er definert som avtalt arbeidstid på mindre enn 30 timer pr veke). Kjelde: Fylkesmannens kommunebilete Bykle 2015 KOSTRA/SSB (endelege tal 15.6.15)

#### Kommentar til figur 22,23 og 24:

Dei som er i arbeid har gjennomgåande betre helse enn dei som er seg utanfor arbeidsmarknaden (Dahl, 2010). Mange som fell ut av arbeidslivet gjer dette på grunn av nedsatt helse, så funna som syner helseforskjellar mellom yrkesaktive og yrkespassive kan til ein viss grad tilskrivast ein helsemessig seleksjon. Vidare kan denne seleksjonen skuldast aukande utdanningskrav i arbeidslivet. Risikoien for å falle ut av arbeidslivet ved nedsatt helse er størst i gruppen med kort utdanning (Dahl, 2010). Det finnast også studier som syner ein direkte negativ helseeffekt ved tap av arbeid (Rege, 2005). Det finnes ulike grader av arbeidsmarkedstilknytning, noko som også syner seg å korrelere med helse. Ein finsk studie syner at jo nærrare «kjernen» i arbeidsmarknaden du er, dvs fast ansatt/midlertidig ansatt, jo betre helse har du enn om du befinner deg i periferien i arbeidsmarknaden, som vikar, sesongarbeidar og liknande (Dahl, 2010). *At helse åleine ikkje kan forklåre i kva for grad ein er yrkesaktiv eller ikkje syner figuren under. Menn med lang utdanning og ein langvarig liding er meir yrkesaktive enn friske menn med kun grunnskuleutdanning.*

### Yrkesaktivitet blant høgt/lågt utdanna menn



Figur 25: Yrkesaktivitet blant høgt og lågt utdanna menn, med og uten langvarig lidning. Kjelde: Dahl, E., van der Wel, Kjetil A og Ivan Harsløf 2010.

### 3.10 Utfordringsbilete arbeid og sysselsetting

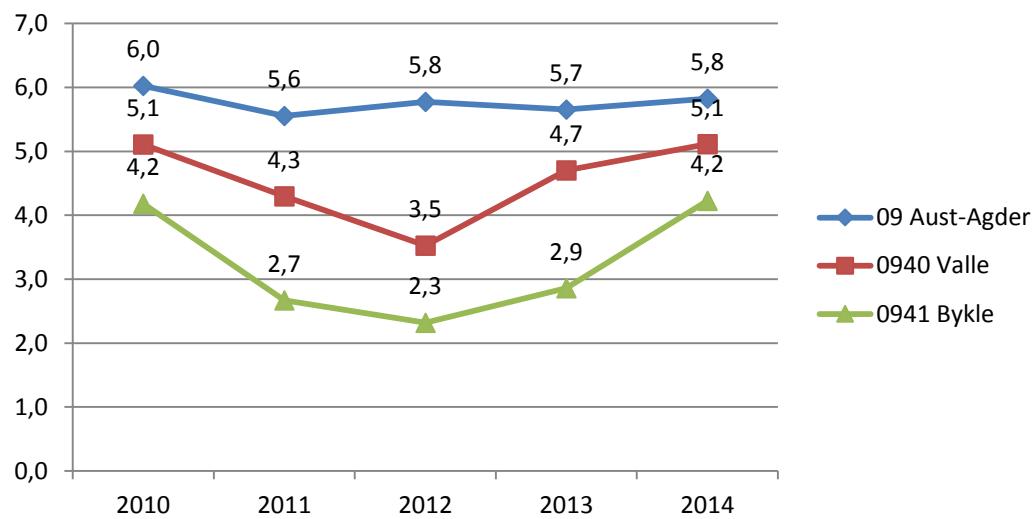
Forsking viser at Agder skil seg negativt ut i likestillings- og levekårsstatistikken, hovudsakeleg fordi kvinner her er svakare knytt til arbeidslivet (Magnussen, Mydland og Kvåle 2005). Kvinner si arbeidstid her er markant lågare enn for kvinner andre stadar. Deltid medverkar til lågare inntekter, auka risiko for å bli ufør, og ein får ikkje arbeidd opp fulle trygderettar. Ei av dei største utfordringane i arbeidslivet i Aust-Agder og Bykle er ufrivillig deltid. *Det gjeld særleg pleie- og omsorgstenestene, der kvinner utgjer den største arbeidsgruppa.*

Andel sysselsette menn som jobbar deltid i Bykle ( 2014) er 16,5, mens andelen kvinner som jobbar deltid i Bykle er 34,9. Andelen kvinner som jobber deltid har vore synkande i Bykle siden 2010 med ein reduksjon på 5 %. Det er ei positiv utvikling.

### 3.11 Sjukefråvere

Legemeldt sjukefråvær, og særleg det fråværet som har ein varigheit utover 13 veker, synes å være ein sterk prediktor for å havne utanfor arbeidslivet på meir permanent basis. Sjukefråvere påvirkast av fleire faktorar. Hovudårsaken til legemeldt sjukefråvære er muskel- og skjelettlidingar ( utgjer ca 33 % av sjukefråværet i Aust-Agder, psykiske lidingar ca 16,5 % og sjukdomar i luftvegane ca 13,5 %). Resten av sjukefråveret er fordelt på andre lidingar. Det er ingen grunn til å tru at Bykle skil seg frå fylket som heilhet når det gjeld diagnosar på sjukefråver.

## Utvikling i legemeldt sjukefråvere ( %) begge kjønn 2010-2014 for Aust Agder, Valle og Bykle

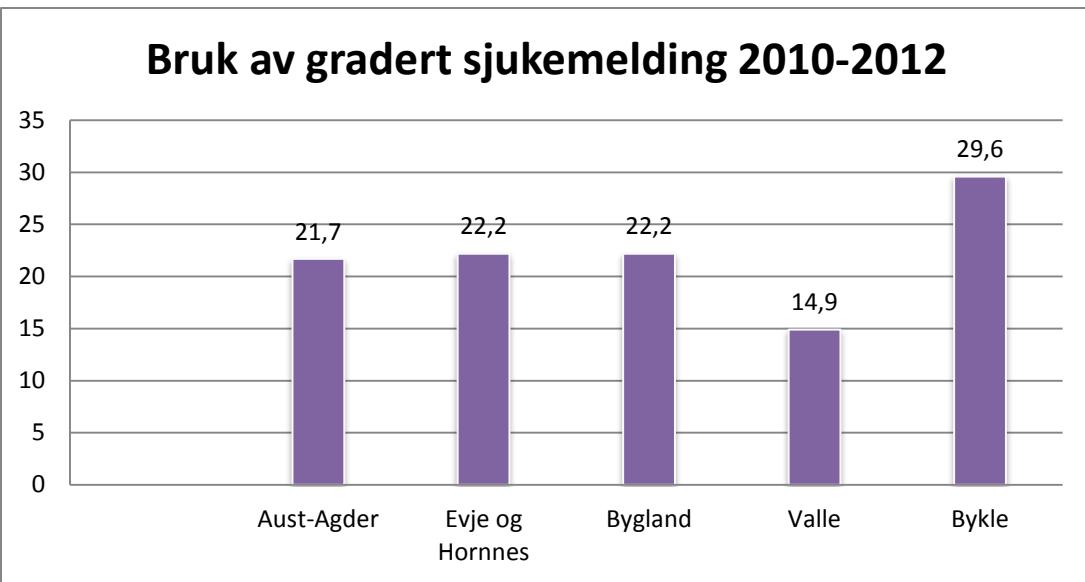


*Figur 26: Utvikling i legemeldt sjukefråvere i % begge kjønn 2010-2014. Kjelde: NAV statistikkportalen*

### Kommentar til figur 26:

Bykle har, som figuren over viser, mindre problem med sjukefråvere enn fylket generelt, men vi ser ein stigande tendens dei siste åra. Kvinner har høgare sjukefråvere enn menn.

Skilnaden har auka noko over dei siste ti åra, men menn og kvinner følgjer i hovudsak dei same svingingane i sjukefråværet over tid.



*Figur 27: Bruk av gradert sjukemelding i fylket, og Setesdalskommunane 2010-2012. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.*

**Kommentar til figur 27:**

Bykle brukar i langt større grad gradert sjukemelding samanlikna med dei andre Setesdalskommunane og fylket. Gradering av sjukemelding anses som hensiktsmessig for å oppretthalde kontakten med arbeidsplassen for igjen å hindre at ein fell utanfor arbeidslivet. For den einskilde si helse antas det å være ugunstig med langvarige passive trygdeytlinger. I behandling av t.d. hjerneslag, hjertelidningar og muskel- og skjelettlidningar vert det no lagt større vekt på aktivitet og tidleg opptrening enn tidlegare.

Ein skal samstundes vere merksamd på at det å komme for tidleg attende på jobb kan utgjere ein helserisiko på sikt. (Arbeid og velferd nr 3. 2011:Gradert sykemelding - omfang, utvikling og bruk (NAV).

### 3.12 Utfordringsbilete sjukefråvære

Arbeid, aktivitet og kontakt med arbeidsplassen kan gje helsegevinst, redusere barrierar mot seinare retur til arbeid, og dermed førebygge varig utstøyting frå arbeidslivet (FHI, 2013), men ny forskning syner likevel at litt over halvparten av dei som får gradert sjukemelding, mottek ei trygdeyting to år etter avslutta sjukemelding. Som regel er dette arbeidsavklaringspengar eller uførepensjon. Dette er berre litt lågare enn for fullt sjukemelde. Ny forskning kan lesast her:

<http://samfunnsforskning.no/Publikasjoner/Rapporter/2015/2015-005>

### 3.13 Uføretrygd

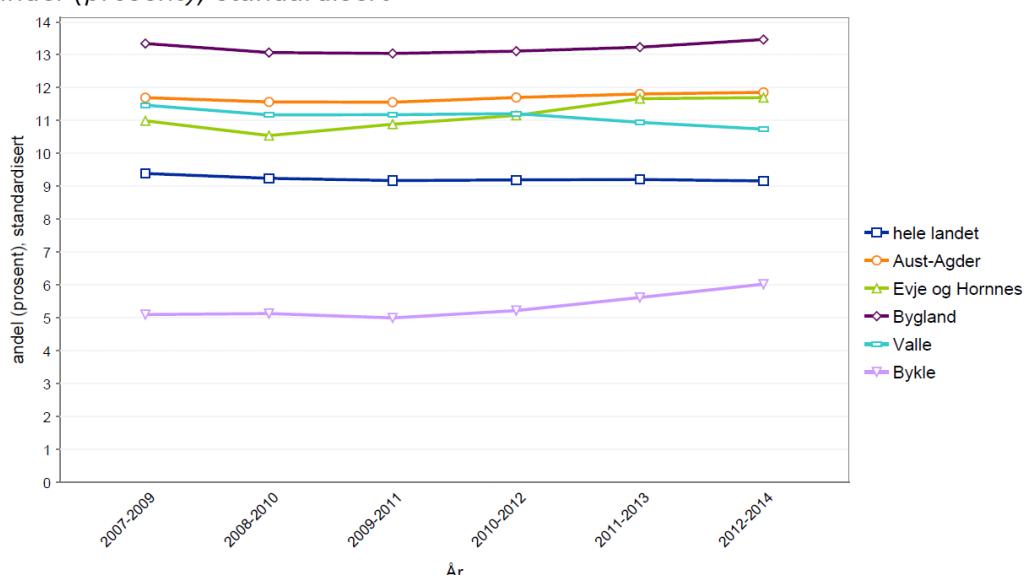
Uføretrygd omfattar dei som på grunn av sjukdom, skade eller lyte ikkje anses å kunne ha ordinært arbeid. Denne gruppa er heterogen i den forstand at den omfattar både personar med 100 prosent uføretrygd og personar med gradert uføretrygd. Uansett vil uføretrygda være eit mål på helseproblemer som er av meir varig art.

Gruppa som mottek uføretrygd er ei utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Kor mange som mottek uføreytelser er ein indikator på helsetilstand, men må sjåast i samanheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbodet i kommunen.

Grupper som står utanfor arbeidsliv og skule har oftare dårlegere psykisk helse og meir sjukemelding og uføretrygd har vore høgare i Noreg enn i andre OECD-land. *Auka helseproblem i befolkninga kan ikkje forklåre dette. Årsakene til sjukefråver og uførepensjon er vanskelege å fastslå. Ofte er dei samansette, og tilhøve som usikker arbeidssituasjon, nedbemanninger og livsstilsfaktorar kan påverke sjukefråveret og andelen som søker om uføreytelser.*

Uføretrygdde (B) - kjønn samlet, 18-66 år, varig uførepensjon, andel (prosent), standardisert

folkehelseinstituttet  
www.thi.no/folkehelseprofiler

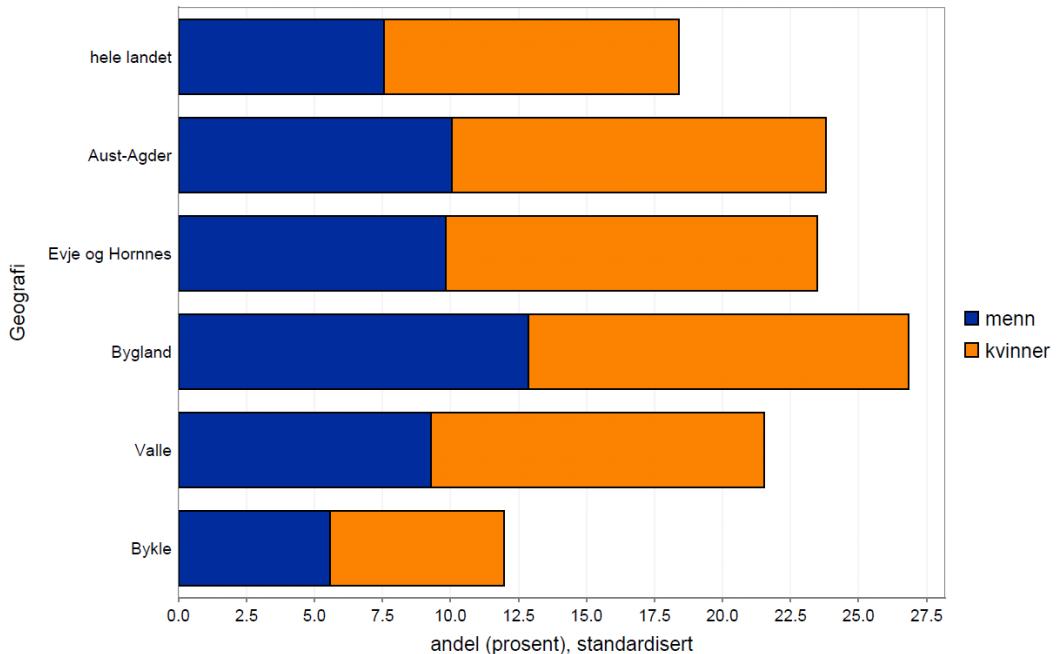


Figur 28: Andel utføretrygda, kjønn samla, 18-66 år, varig uførepensjon, standardisert. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

#### Kommentar figur 28:

Bykle ligg i perioden i perioden 2012-2014 ca 34 % under landsgjennomsnittet i varig uførepensjon i aldersgruppen 18-66 år, mens Valle ligg 17 % over landsgjennomsnittet. Tala er rimelig stabile over tid i den perioden vi har tal for. I 2014 var det 38 personar med uføretrygd i Bykle kommune.

andel (prosent), standardisert



*Figur 29: Andel uføretrygda med varig uførepensjon kvinner og menn 2012-2014*  
*Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.*

#### Kommentar figur 29:

Kvinner har høgare uføreandel enn menn. I perioden 2012-2014 var 6,4 % av kvinnene og 5,6 % av mennene varig uføretrygda i Bykle. I perioden 2012-2014 var 12,3 % av kvinner og 9,3 % menn varig uføretrygda i Valle.

### 3.14 Utfordringsbilete uføretrygd

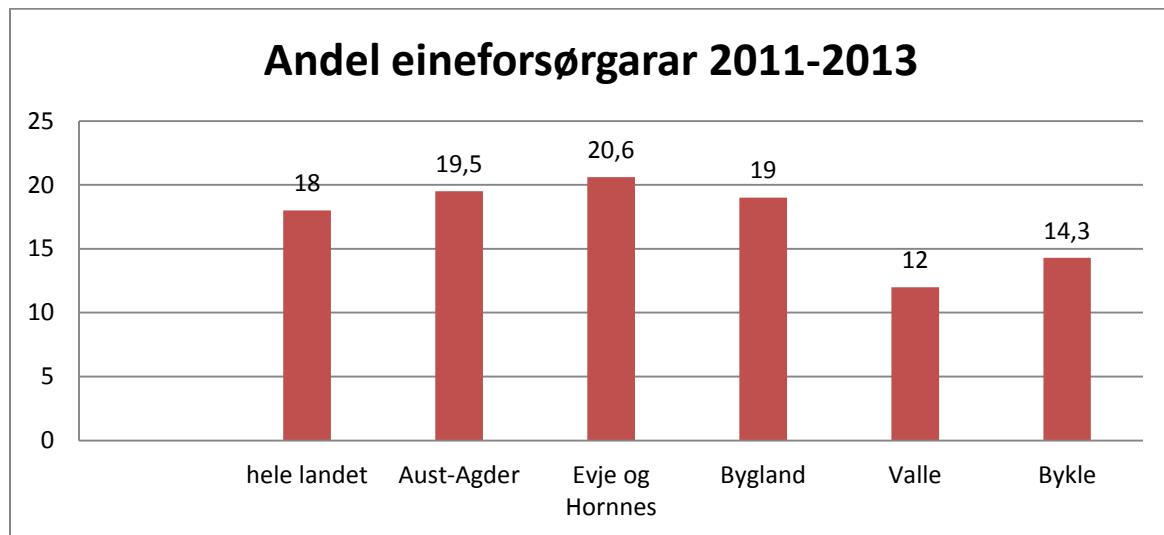
Det er utilstrekkeleg kunnskap om kva som kan forklare skilnadane i sjukefråvære mellom menn og kvinner, og kva som kan vere effektive tiltak for å redusere skilnaden (FHI, 2013), men i ein ny norsk studie forklarte psykososiale arbeidslivsfaktorar meir enn 20 prosent av skilnaden i sjukefråvære mellom kvinner og menn (Sterud, 2014a). Det er likevel ikkje klare konklusjonar på i kva grad kjønnsskilnader i yrke kan forklare det høgare sjukefråværet hjå kvinner (Laaksonen, 2010; Mastekaasa, 2014).

Arbeidsmiljøfaktorar er ein av fleire faktorar som generelt bidreg til å forklare sjukefråvære og uføretrygd. Det arbeidsrelaterte sjukefråværet varierer mellom bransjar og yrke og er mellom 15 og 40 prosent (Stortingsmelding 29, 2011).

*Generelt vil tiltak som reduserar lange sjukemeldingar vere viktige for å førebygge overgang til uføretrygd.*

### 3.15 Hushaldningar

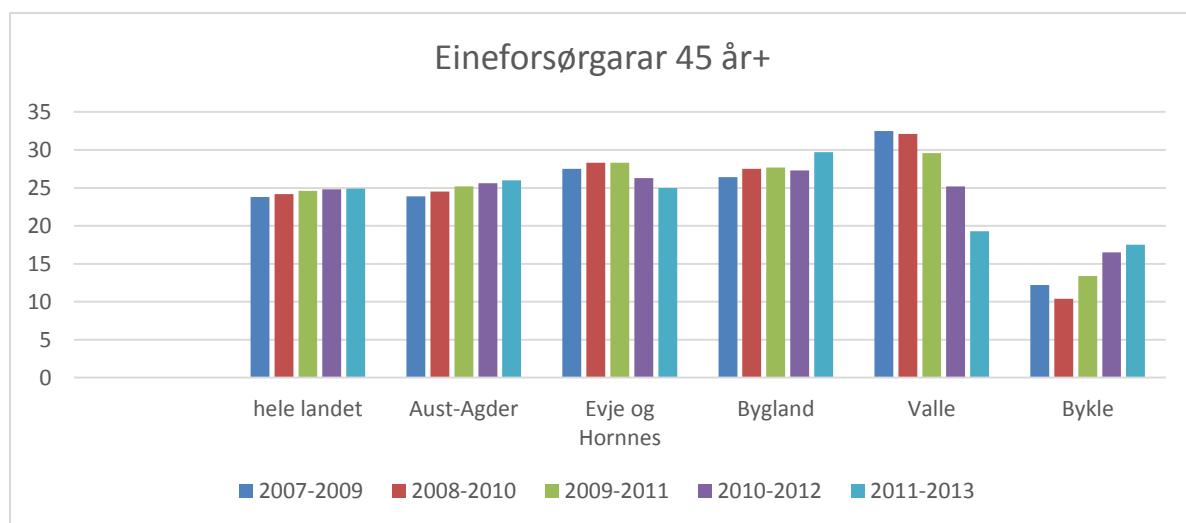
Inntekt og økonomi er grunnleggjande påverknadsfaktorar for helse.



Figur 30: Andel eineforsørgere (personar med utvida barnetrygd) av alle barnetrygdmottakarar, pr. 31/12 i statistikkåret. Statistikken viser 3 års glidande gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappande 3-årsperioder). Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

#### Kommentar til figur 30:

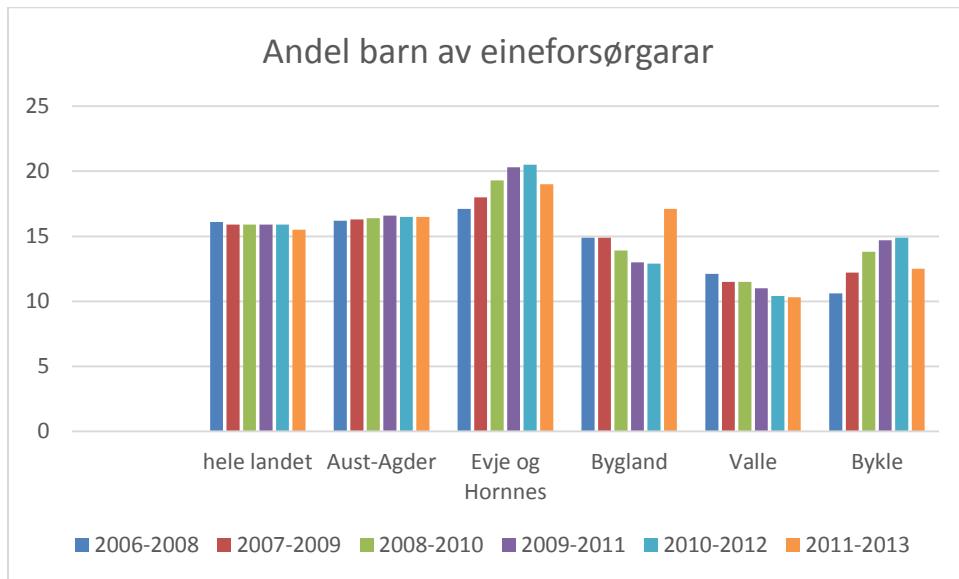
Bykle har lågare andel eineforsørgarar enn landet, fylket og nabokommunane Bygland og Evje og Hornnes. Eineforsørgarar er ikkje nokon einsarta gruppe. For nokon kan det utgjere ein økonomisk belastning å være eineforsørgar, anten dette er eit resultat av familieoppløsning eller ikkje. Analyser syner at eineforsørgare oftare har lågare inntekt enn husholdningar med fleire vaksne medlemmar. Tap av forsørger gjennom samlivsbrot eller død fører for mange til økonomiske problemer. Sjølv om folketrygda i mange tilfelle dekkar inntektstap som følgje av tap eller fråvær av forsørger, vil det å være eineforsørgar for ein del være ei viktig årsak til låg inntekt i lengre eller kortare periodar.



Figur 31: Andelen eineforsørgere (personar med utvida barnetrygd) av alle barnetrygdmottakarar, pr. 31/12 i statistikkåret. Statistikken viser 3 års glidande gjennomsnitt Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

**Kommentar figur 31:**

Bykle har hatt ei lita auke i talet på på eineforsørgarar 45 år + i perioden 2007-2013 mens Valle har hatt ein nedgong. Tala er ikkje standardiserte og må tolkast med varsemd.



*Figur 32: Andelen eineforsørgere (personar med utvida barnetrygd) av alle barnetrygdmottakarar, pr. 31/12 i statistikkåret. Statistikken viser 3 års glidande gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.*

**Kommentar til figur 32:**

Bykle og Valle ligg hhv om lag 20% og 30% lågare enn landet når det gjeld barn av eineforsørgarar. Dei andre Setesdalskommunane ligg noko over landsgjennomsnittet (2011-2013).

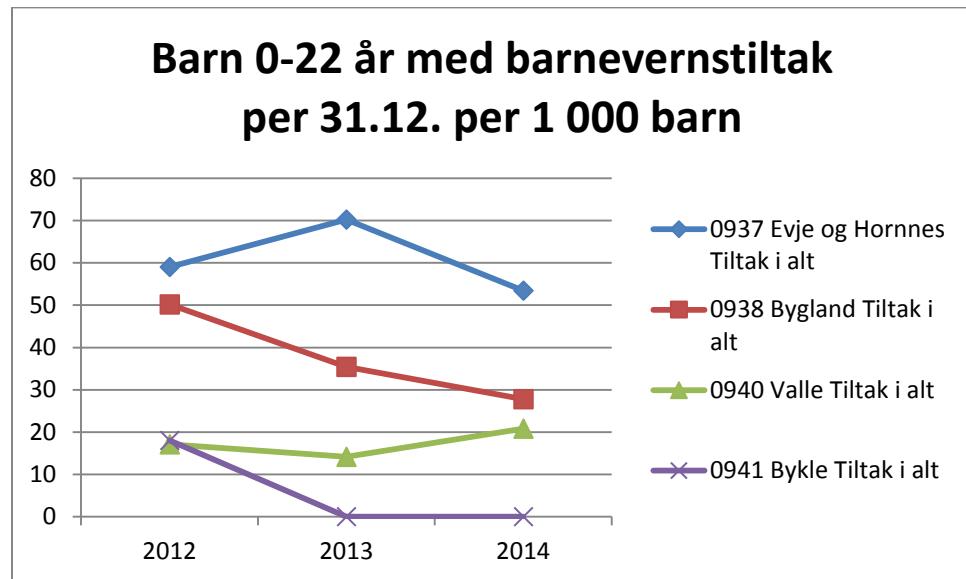
Tala er ikkje standardiserte og må difor tolkast med varsemd.

### 3.16 Utfordringsbilete hushaldninga

Sjølv om Bykle har ein lågare andel eineforsørgarar enn landet og fylket og relativt låg andel barn av eineforsørgarar og har rimeleg stabile tal i perioden vi har tal for, skal ein likevel vere klår over at barn av eineforsørgarar antas å vere ei utsatt gruppe både økonomisk og sosialt. Einskyldige forsørgarar skårar gjennomgåande lågt på ei rekke sosioøkonomiske faktorar. Bl.a. finn vi at einslegege er overrepresentert blant dei med låg inntekt. Det gjeld spesielt einslege mødre som har svakere tilknytning til arbeidslivet enn einslege menn. 54,5 % av borna i låginntektsfamiliar i Bykle (12 barn bor i hushald med berre ein forsørgar).

### 3.17 Barnevern

Jo tidlegare ein identifiserar barn som er utsatt for risikofaktorar og iverkset tiltak, jo større sannsyn er det for at barnet klarer seg bra. Risikofaktorar kan være foreldres psykiske sjukdom eller rusmiddelmisbruk, vold i heimen, foreldre som er langtidsledige/ trygdemottakarar, fattigdom i familien osb.



Figur 33: Barn med barnevernstiltak 0-22 år per 1000 barn, 2012-2014. Kjelde: SSB

**Kommentar til figur 33:**

For Bykle har vi ikke tal for 2013 og 2014.

### 3.18 Utfordringsbilete barnevern

Tett samarbeid mellom barnevernstenesta og dei andre tenesteutøvarane i kommunen både i formelle samarbeidsstrukturar, og på indikasjon med mål om tidleg identifisering og tidlege tiltak.

## **4. Fysisk, biologisk, kjemisk & sosialt miljø**

Miljøfaktorar kan påverke befolkninga si helse både i positiv og negativ forstand. Fysiske miljøfaktoarar som kan fremje eller hemme helsa er blant anna drikkevatnskvalitet, luftkvalitet, eksponering for støy og radon eller tilgang til gang og sykkelvegar. Sosiale miljøfaktorar som kan ha betydning for helse og trivsel kan til dømes være sosiale nettverk, bumiljø, kulturtilbod, sosiale møteplassar- formelle og uformelle eller omfang av kriminalitet

### **4.1 Vatn- og luftforureining**

*Største utsleppkjelda i Bykle er vegtrafikk ( lette og tunge kjøretøy ) og jordbruk- husdyr og husdyrgjødsel.*

Statistisk sentralbyrå har berekna utslipp av klimagassar i norske kommunar. Berekningane tek utgangspunkt i dei nasjonale utslippa, og målet med analysen har vore å fordele utslippa av klimagassar i Noreg til kommunane slik at ein kan fylgje med på utsleppa i sin kommune.

Berekningane omfattar klimagassane karbondioksid ( CO2), metan ( CH4), og lystgass N<sub>2</sub>O for åra 2009, 2011 og 2013. Beregningene omfatter klimagassene karbondioksid (CO2), metan (CH4) og lystgass (N2O) for åra 2009, 2011 og 2013. *Største utsleppkjelda i Bykle er vegtrafikk ( lette og tunge kjøretøy ) og jordbruk- husdyr og husdyrgjødsel*

Ved å klikke på lenka nedanfor kan ein studere utslepp frå ei ulike kjeldene nærmare:

<http://www.miljostatus.no/finntallene/?query=Kommunefordelte%20klimagassutslipp>

### **4.2 Utfordringsbilete vatn og luftforureining:**

Bykle kommune har relativt små problem i forhold til vatn- og luftforureining. Dette heng m.a. saman med at det ikkje er vesentleg industri m.m. som har utslepp til luft og vatn, samt lite trafikk. For få år siden var det nok eit større problem med luftforureining, då det var vanleg å brenne avfall av mange slag frå dei fleste hushald. No er dette forbudt, og eit lite og forsvinnande problem

### **4.3 Radon**

Radon er en usynlig og luktfri radioaktiv gass som dannes i undergrunnen. Radon kan forårsake lungekreft når den siver inn og konsentreres i bygninger. Radon er særlig farlig i kombinasjon med røyking. Det er fastsett nye og lågare tiltaksgrenser for bustader, barnehagar, skular og arbeidslokale. Grensa er 100 Bq/m<sup>3</sup> og gjeld frå 1. januar 2014. Nesten 30 prosent av befolkninga i Noreg bur i hus med nivå som er høgare enn 100 Bq/m<sup>3</sup>. Betre ventilasjon slik at radongassen forsvinn ut i friluft, er ofte det viktigaste tiltaket for å redusere radon.

Det er i einskilte område av Valle kommune målt relativt store konsentrasjonar av radon og det har og vore nødvendig i ein del bygningar å gjere tiltak. Det er store lokale variasjonar og det er difor nødvendig med målingar for å setje tal på dette. Nesten alle offentlege bygg og kommunale utleigebygg er målt i forhold til radon og det er og gjort ein del tiltak.

I ny byggeforskrift er det krav til radontiltak i nye bygg slik at dette blir tatt omsyn til for nybygg. Utfordringa vil vere å kartleggje og eventuelt gjere tiltak i eksisterande bygningsmasse.

Ved å vende seg til kommunen kan ein låne måleapparat for radon om nokre skulle ynskje det. Ein får opplæring i bruk av måleapparat. Det er enkelt å bruke.

NGU har utarbeidd aktsomhetskart for radon, og ved å klikke seg inn på kartet kan ein sjå kor i kommunen radonfare er særleg høg, høg, moderat til låg og usikker.

<http://geo.ngu.no/kart/radon/>

#### **4.4 Ufordringsbilete radon**

Kommunen må ivareta omsynet til radon i arealplanlegginga. Kunnskap om radon i kommunen er aktuelt i arbeidet med kommunal planstrategi, kommuneplanar, både i samfunnssdelen og i arealdelen, samt ved utarbeiding av reguleringsplanar eller behandling av private forslag til reguleringsplanar. Med ny plan- og bygningslov kom kravet om risiko- og sårbarheitsanalyse i alle planar for utbyggjing, jamfør plan- og bygningsloven § 4-3. Kommunen som planmyndighet skal påse at dette vert gjennomført ved utarbeiding av planar. Kommunen kan også sjølv foreta ei slik analyse. Radon er eit aktuelt tema i risiko- og sårbarheitsanalyser.

Kommunen kan stille krav til private forslagstillarar når det gjelder undersøking og dokumentasjon av radonfare i utbyggingsområder. Dette bør tas opp i oppstartsmøte. Vidare kan kommunen, med bakgrunn i risiko- og sårbarheitsanalysen, stille krav til korleis omsynet til radonfare vert ivaretatt i planen. Omsyn til radon bør innarbeidast i planforslaget. ( kart, bestemmelser og planskildring).

Dokumentasjon av radonfare og korleis den er fulgt opp bør framgå av planskildringa. Er det ein plan med krav til konsekvensutgreiing som har radonfare som tema, skal konsekvensvurderinga gjengis i planskildringa.

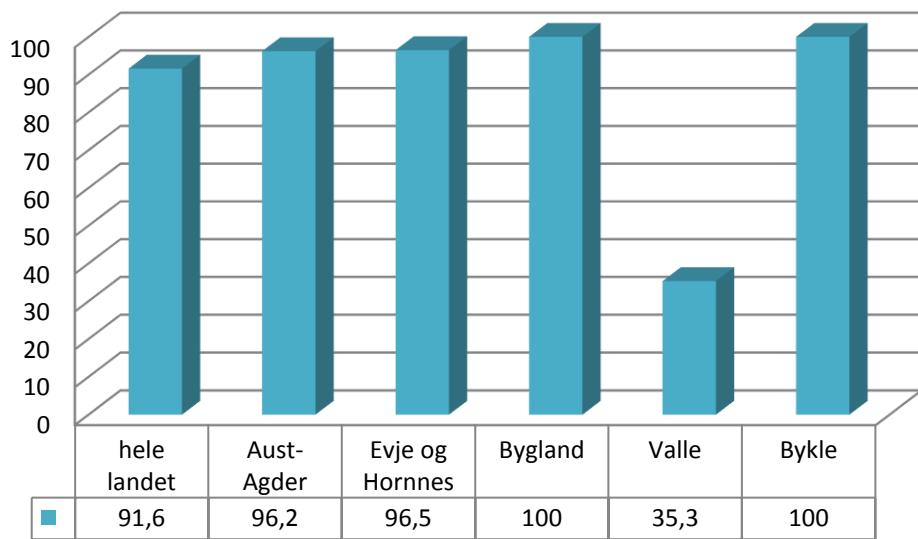
Kommunen kan etter forskrift om miljøretta helsevern føre tilsyn med tiltaks og grenseverdiar for radon i skular, barnehagar og utleigebustadar.

Kartlegginga i 1998 synter relativt store variasjoner også innafor same geografiske område og ny nedre tiltaksgrense for radon på 100 Bq/m<sup>3</sup> (2014) burde vere grunn nok til å oppfordre innbyggjarane til å få målt radon i private bustadar.

#### **4.5 Kvalitet på drikkevatn**

Indikatoren har som føremål å formidle situasjonen for befolkninga med hensyn til deira tilgong på trygt drikkevatn.

## Drikkevatn kvalitet- hygienisk kvalitet og leveringstabilitet 2014



*Figur 34: Andelen personar tilknytta vannverk med ulik kvalitet på drikkevannsforsyningen mtp, E. coli/ koliforme bakteriar og leveringsstabilitet i prosent av befolkningen tilknytta rapportpliktige vassverk (vassverk som forsyner minst 50 fastbuande personar og/eller 20 husstander). Tala omfattar både private og kommunale vassverk. Årlege tal. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.*

### Kommentar til figur 34

*I folkehelseprofilen for Bykle i 2016 går det fram at andelen personar som får vatn frå vassverk som både har tilfredstillande resultat for E-coli og stabil drikkevassforsyning ser ut til å vere høgare enn landsnivået. Indikatoren omfattar rapportpliktige vassverk.. Når ein vurderar kommunens drikkevatnsforsyning, må det tas hensyn til at statistikken omfattar den delen av befolkninga som får vatn frå rapportpliktige vassverk.  
Forsyningsgrad drikkevatn i Bykle kommune er 85%, og Bykle skil seg ikkje signifikantr frå landsnivået når det gjeld forsyningsgrad.*

### 4.6 Utfordringsbilete drikkevatn

Drikkevatn fritt for smittestoffer er ein vesentleg føresetnad for folkehelsa, og E.coli er ein av dei mest sentrale parametere for kontroll. E. coli er ein tarmbakterie som indikerar fersk fekal forurensing. Trygg vassforsyning er avhengig av ein sikker desinfeksjon og gode beredskapsrutiner for å sikre kontinuerleg tilfredsstilande vatn til forbrukaren. Sikker drift og gode beredskapsrutiner er begge verktøy kommunen har for å hindre avbrot i vassforsyninga. Dette utgjer eit førebyggjande aspekt som er heilt sentralt for å kunne levere trygt drikkevatn.

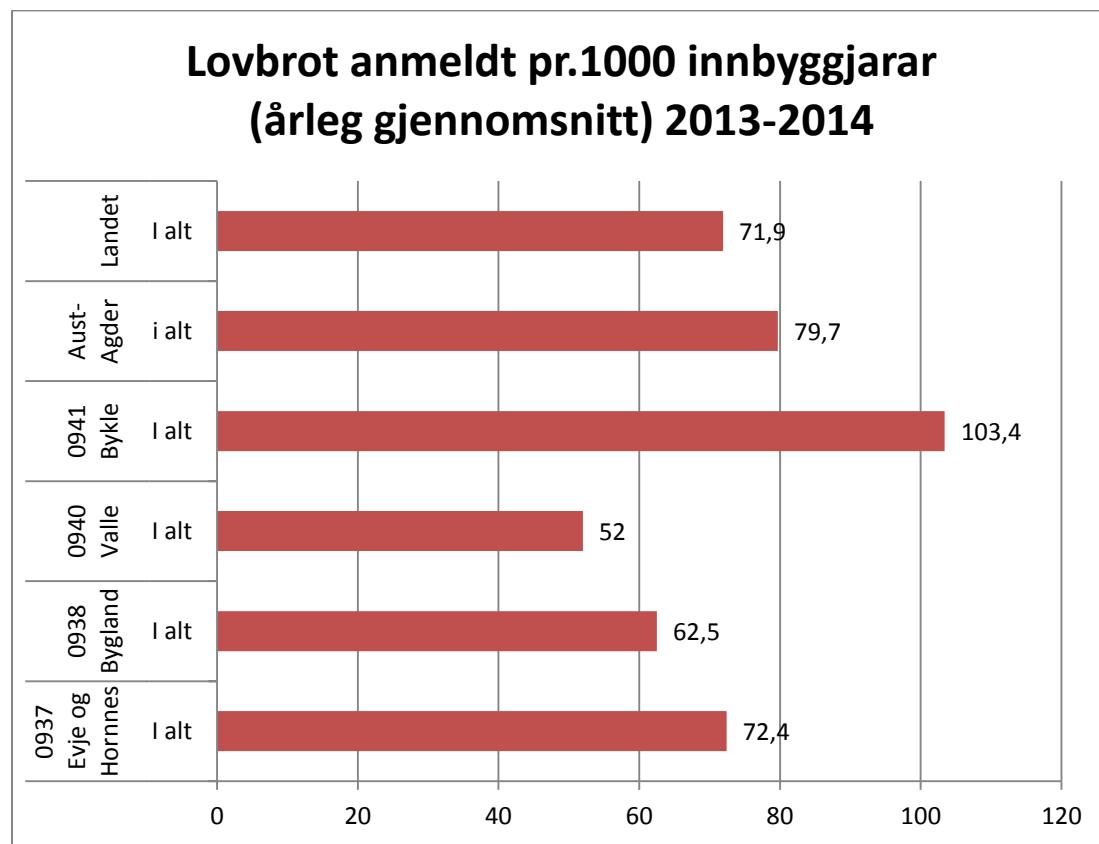
*Bykle kommune er ein turistkommune med store hytteområde, og i hytteområder kor det ikkje finst offentleg vann eller avløpsnett er det ei utfordring å kontrollere at det ikkje vert lagt inn vatn i hyttene ulovleg og sjå til at tømming av biologiske toaletter og utslepp av spillvatn ikkje medførar hygieniske ulemper.*

## 4.7 Omgjevnader og nærmiljøkvalitetar

Omgjevnadar er ein faktor som kan gjera stor innverknad på helsa. Plan- og bygningslova (PBL) seier at planar skal "fremme befolkningas helse og motverke sosiale helseforskellar, samt bidra til å førebygge kriminalitet" (§ 3), og "legge til rette for god forming av bygde omgjevnadar, gode bumiljø og gode oppvekst- og levekår i alle deler av landet".

Deltaking i samfunnet er viktig for å motverke sosial isolasjon og for å auke livskvalitet og betre levekåra. Eit heilt grunnleggande vilkår for at alle skal kunne føle tilhørighet og ta del i skule, fritid, arbeidsliv, kultur- og fritidstilbud, er tilgjengelegeheit. Lokal byggeskikk, design og estetikk er viktig, men det er ikkje til hinder for at ein ikkje samtidig tilgodeser eit funksjonelt samfunn. Dette betyr at dei fysiske strukturane i samfunnet m.a. offentlege og private publikumsbygg, kultur- og aktivitetshus, transporttilbud, uteområde for friluftsliv og fysisk aktivitet, og bomiljø, må planleggast og etablerast i tråd med prinsippa for universell utforming (at dei er brukbare for alle, tilgjengelege, er lett å forstå og bruke, ikkje gjev fare for ulukker, feil, skadar og liknand, har storleik og plass for hjelpemiddel og reduserer stigmatisering).

Ved å drive gjennomtenkt og god samfunns- og arealplanlegging bidreg vi med andre ord til ei god folkehelse. Til dømes er det ein samanheng mellom kriminalitet og fysisk utforming, men gjerne meir i byane enn på bygda, der sentrumsområda ofte er tilhaldsstad for kriminelle. Men når vi snakkar om omgjevnadar så er omfanget av kriminalitet ein faktor som påverkar vårt syn på desse. Eit nærområde prega av mykje kriminalitet kan føra til at folk føler seg utrygge, noko som gjev negativt utslag på helsa.



Figur 35: Anmeldte lovbroter pr. 1000 innbyggjarar. Setesdalskommunar, fylket og landet.

Kjelde: SSB

Bykle har har godt over landsgjennomsnittet når det gjeld anmeldte lovbroter.

## 4.8 Nærmiljøkvaliteter

Helsedirektoratet nyttar følgjande definisjon på nærmiljøkvaliteter:  
«Med nærmiljøkvaliteter meinast faktorer i nærmiljøet som fremmer eller motvirker folkehelsen. Nærmiljø omfatter både fysiske og sosiale forhold, samspillet mellom mennesker og mellom mennesker og deres fysiske omgivelser» (Helsedirektoratet 2014). Her er det fleire perspektiv å sjå på:

- Perspektivet med areal / fysiske omgjevnader vil si utforming av bolig, turstier og møteplasser, trygge omgivelser, vinter- og sommerarenaer som kan stimulere til aktiviteter og sosialt samvær.
- Det sosiologiske perspektivet, som inkluderar sosiale møteplassar, integrering i lokalsamfunnet og kulturforståelse. Eit sosiologisk perspektiv vil sjå på samhandling og samspele mellom grupper, og på tvers av grupper, på trivsel, tillit, fellesskap og tilhørigheit.
- I eit psykologisk perspektiv rettast oppmerksomheita mot sosial integrering knytt til psykisk helse og utfordringar knytt til einsemd, isolasjon og rusproblematikk.
- Det pedagogiske perspektivet fremhevar barnehage, skule, skolefritidsordning og utdanning som nærmiljøarenaer med særleg vekt på fråfall, positive og negative oppvekstfaktorar.

## 4.9 Utfordringsbilete nærmiljøkvaliteter

- Kommunen må sikre universell utforming av alle kommunale bygg, kultur og aktivitetsbygg, transporttilbod, uteområde for friluftsliv og bummiljø.
- I nærmiljøet er det viktig å ha tilgjengelige og attraktive møtestadar for fleire generasjonar og grupper av befolkninga.
- Høgt fokus på Integrering og inkludering på samfunnsnivå og i dei einskilde verksemndene i kommunen.

## 4.10 Kultur- og friluftsliv

Dert er eit sentralt satningsområde i Bykle kommune å skape attraktive og gode bummiljø, både i etablerte bustadsfelt og spreidd i dei enkelte grondene i kommunen. I gjeldande kommuneplan for Bykle kommune vil kommunen legge vekt på varierte og godt tilrettelagte ski og løypenet, samt leike og samlingsplassar i nærleiken av bummiljøa. Kommunen har over ein treårsperiode satsa ekstra på oppbygging og opprusting av leikeplassar i kommunale bustadfelt.

Bykle kommune har store friluftsområde/heiområde/turstiar/uteområde som opnar opp for mange ulike fysiske aktivitetar, og kommunen har gjennom tiår hatt stort fokus på å utvikle turløypar og aktivitetsområder. 94 % av innbyggjarane i Bykle kommune har trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng.

Bykle kommune har eit godt tilbod av organiserte og uorganiserte aktivitetar, mellom anna innan barneidrett, fotball, langrenn og alpin skisport, klatring, spiiining, lågterskeltrim, volleyball og riding. Kommunen har gode idrettanlegg, godt utsbygd med alpinbakker, snowbordløyper og ljosløyper. Vidare finst det eit stort spekter av lag og organisasjonar knytt til interesser, livssyn, grendehus og velforeiningar.

Kommunen driv kulturskule, fritidsklubb, bygdekino og kveldsopent basseng med familiebadning og fritidssymjing, og arrangerer dessutan ein del konserter og andre arrangement, åleine eller i samarbeid med andre. Både i fritidsklubb og kulturskule blir det lagt mykje vekt på inkludering og mangfald, og aktivitetar som fremjar dette. Dei som jobbar i fritidsklubben er bevisste sitt ansvar som rollemodellar, og har fokus på haldningsskapande arbeid. I fritidsklubben fokuserer ein dessutan mykje på folkehelse, ved at ein legg til rette for og initierer mykje fysisk aktivitet, og prøver å ha så sunn mat/kiosktilbod som mogeleg. Også kinokiosken prøver å ha ein så sunn profil som mogeleg. Alle aktivitetar retta mot barn og ungdom ber preg av lågterskel – det går buss heim frå ungdomsklubben, det er låge prisar for deltaking på arrangement osb. Det er eit godt samarbeid med kulturavdelingane i nabokommunane, ikkje minst innaføre kulturskule og fritidsklubb.

#### **4.11 Utfordringsbilete kultur og friluftsliv**

Bykle kommune har store friluftsområde/heiområde/turstiar/uteområde som opnar opp for mange ulike fysiske aktivitetar, men det er viktig å oppdatere dei anlegga som finns, både arenaer innan idrett og for utøving av kultur. Her må ein prøve å fordele desse mellom Bykle og Hovden, slik at det ikkje blir dobbelt opp.

Bykle kommune har også ein tuftepark i Hegni, den er gammal, men inntakt, og her kan ein vurdere å ruste denne opp og gjere parken meir kjend blant innbyggjarane og turistar, Bykle kommune har eigen idrettsplan og kulturplan og arbeider no med kulturminneplan.

#### **4.12 Sosial støtte - deltaking og medverknad**

Psykososiale påverkningsfaktorer som sosial støtte, deltaking og medverknad har vesentleg betydning for folkehelsen. Det finnes flere studier som har sett på sammenhengene mellom sosial støtte og helse (blant annet Barstad, 2014, Folkehelseinstituttet, 2014b, og Helsedirektoratet 2014 og 2015b). I desse studiene finn ein både ein direkte og ein indirekte helseeffekt av sosial støtte, det vil seie at sosial støtte i seg sjølv verkar helsefremjande, og meir indirekte effektar (buffareffekt), som betyr at sosial støtte verkar beskyttande på helsa når mennesker vert utsatt for stressande livshendingar. Manglande sosial støtte aukar faren for både fysiske og psykiske lidningar. Effekten kan sjåast på statistikk for både sjukelighet og dødelighet og er til stades sjølv når ein kontrollerar for andre risikofaktorar som røyking, mangel på mosjon, høgt kolesterol og blodtrykk. Sosial støtte påverkar risikoen for både hjarte/ kar sjukdomar, infeksjonssjukdomar og depresjon. Både personlege og sosiale tilhøve påverkar graden av sosial støtte. Deltaking på ulike arenaer i skule/ utdanning, arbeidslivet eller loikalmiljøet er ein viktig føresetnad for å opprette og vedlikehalde sosiale nettverk. Eit samfunn som legg til rette for deltaking og medverknad, er kjenneteikna av høg grad av tillit og sosial kapital. Eit levande demokrati med brei deltaking er eit grunnleggjande samfunnsmål. Godt fungerande samfunn veks fram i

samarbeid mellom myndigheter, innbyggjarar og sivilsamfunnet. Medverknad er eitt av folkehelselovens fem prinsipper for folkehelsearbeidet. Moglegheitene å mobilisere ressursar heng saman med livsbetingelsane mennesker lever under. Det betyr at deltaking og medverknad kan stimulerast gjennom å styrke sosiale ressursar og betre materielle levekår.

*Høg valdeltaking( 67%) i Bykle kommune ved kommune og fylkestingsvalet i 2015 , tydar på høgt samsunnsengasjement blant innbyggjarane i kommunen.*

#### **4.13 Utfordringsbilete sosial støtte- deltaking og medverknad**

Det føreligg ikkje frå sentralt hald gode indikatorer for sosial støtte, deltaking og medverknad, utover valgdeltaking, difor vert ein omtale av temaet meir deskriptiv, basert på lokal kjenneskap til kommunen og innspel som har kome til fagteam folkehelse underveis i arbeidet med oversikten. For ei nærmare drøfting av utfordringsbilete sosial støtte, deltaking og medverknad sjå samla utfordringsbilete i kommunen kapittel 8.

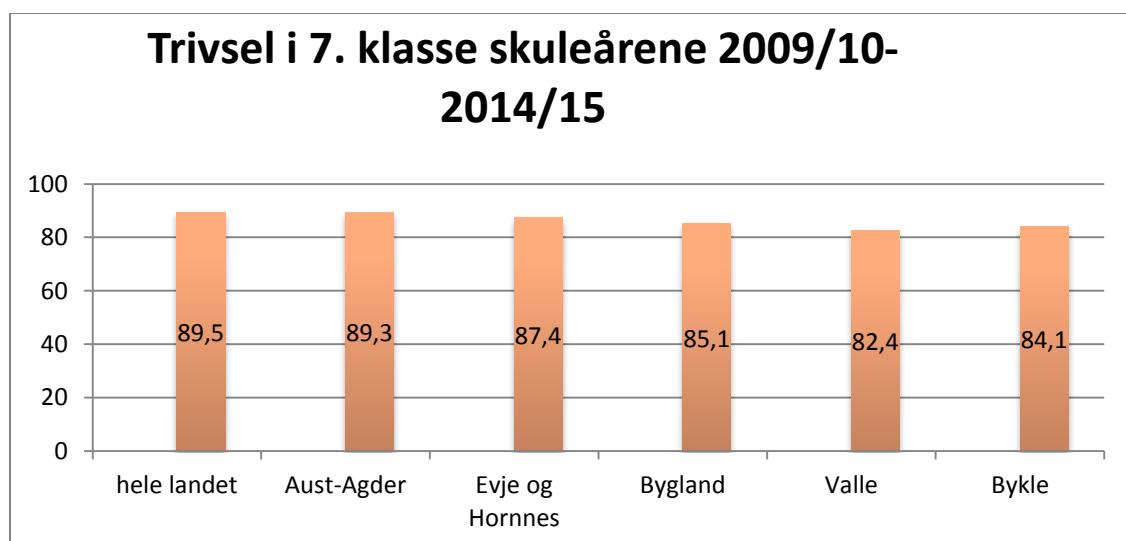
#### **4.14 Barn og ungdom – trivsel og mobbing**

Kommunen har ikkje like tilgjengeleg kunnskap om lokale oppvekstforhold og helserelatert åtferd for barn og unge som for vaksne.

Dette temaet vert difor basert på talmateriale i den grad det er tilgjengeleg, samt meir deskriptive omtale av relevante tema frå skule, barnehage, helsestasjon mm.

For barn og unge er nære vennskap og fråvær av mobbing sentrale føresetnader for god helse og trivsel i barne og ungdomsårene. For barn og unge er skulen ein svært viktig sosial arena. Trivsel på skulen er ein av ei rekke faktorar som påverkar elevane sin motivasjon for å lære, og med det deira evne til å mestre dei utfordringane skulekvardagen gir (Øia 2011). Trivsel kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter (Danielsen m.fl, 2009).

Statistikk om trivsel og mobbing som vert nytta i denne folkehelseoversikten er henta frå Kommunehelsa statistikbank/ Elevundersøkinga som vert gjennomført årleg i 7. og 10 klasse.



*Figur 36: Andel elever som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkinga. Kommunens tal omfattar elevar som går på skule i kommunen. Statistikken viser 5 års glidande gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). Standardisert. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.*

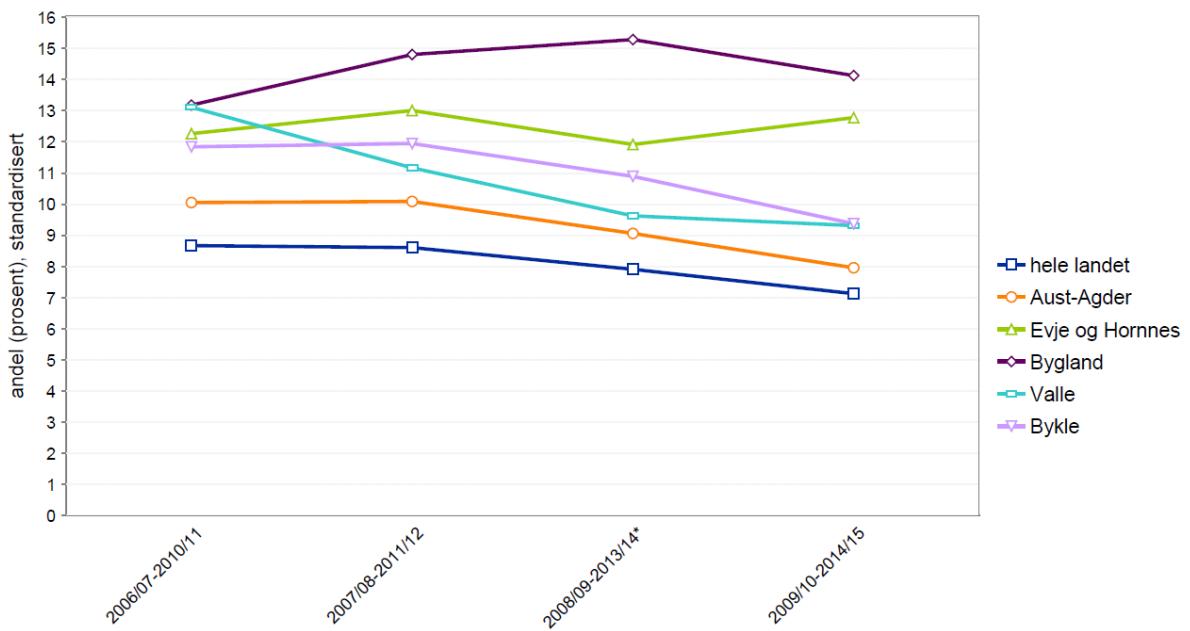
#### **Kommentar til figur 36:**

Andelen som trives godt i 7 klasse i Bykle kan synast å vere noko lågare enn landsgjennomsnittet, men tilfeldige forhold som kan påverke resultata er av større betydning dersom utvalget er lite. Det er større spreiing eller variasjon i svara jo mindre utvalget er. Resultata i små utvalg påvirkes dermed i større grad av tilfeldigheter enn det som er tilfelle i større utvalg. Resultat frå grupper med få elevar må difor tolkast med større varsemd enn ved resultat basert på heile utvalget frå undersøkinga. Likevel dersom ein ser på trivsel i 7. klasse i Bykle frå 2006-2015 er prosentandelen som seiar dei trivast rimeleg konstant på om lag 84 %.

#### **4.5.2 Mobbing**

Olweus (1992) definerer mobbing som «*gjentatt negativ eller ondsinnet adferd fra en eller flere rettet mot en elev som har vanskelig for å forsvare seg. Gjentatt erting på en ubehagelig og sårende måte er også mobbing*». I fylgje denne definisjonen dreier mobbing seg om åtferd som har ein klår intensjon om å påføre andre skade eller ubehag. Denne forståinga av mobbing har vakt reaksjonar ettersom ein ved ei slik tilnærming risikerar å overse den «skjulte» mobbinga, som til dømes skjer i form av utestengning e.l. Mobbing kan foregå både fysisk og psykisk, og på ulike arenaer. Særleg har mobbing via sosiale medier, som mobiltelefon, på eit nettstad eller nettprofil, vakt bekymring dei siste åra.

Mobbing er ein vesentleg individuell risikofaktor for psykiske lidingar (Fosse 2006). Barn som vert mobba har opptil sju gonger høgare risiko for psykiske plager som bekymring, depresjon, einsemd og rastløshet, enn barn som ikkje vert mobba. Blant barn og unge som vert mobba har ofte kroppslege helseplager som hodepine, ryggsmerter, "vondt i magen" og svimmelhet, dobbelt så vanleg som blant andre barn. Jo oftare eit barn vert mobba jo større er risikoen for helseplager (Nordhagen 2005). Samanhengen mellom mobbing og helseplager understreker at det er viktig å førebyggje mobbing i skulen.

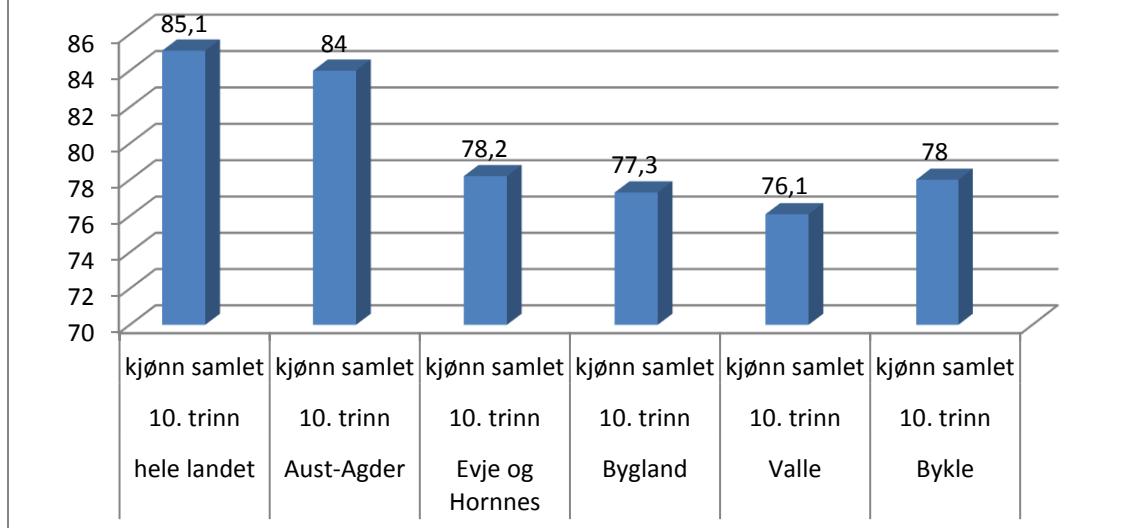


*Figur 37: Andel elevar i 7. trinn i grunnskolen som har opplevd mobbing dei siste månadene i prosent av alle elevar som deltok i undersøkinga. Kommunens tal omfattar elevar som går på skule i kommunen. Statistikken viser 5 års glidande gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). Standardiserte tal. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.*

#### Kommentar til figur 37:

Det kan synast som om det har vore ein nedgang i andelen elevar som seiar at dei vert mobba i 7 klassetrinn Bykle i den perioden vi har tal for. Bykle ligg likevel noko over landet og fylket når det gjeld mobbing i 7 klasse. (Men merk små tal).

## Trivsel i 10 klasse skuleårene 2009/10- 2014/15

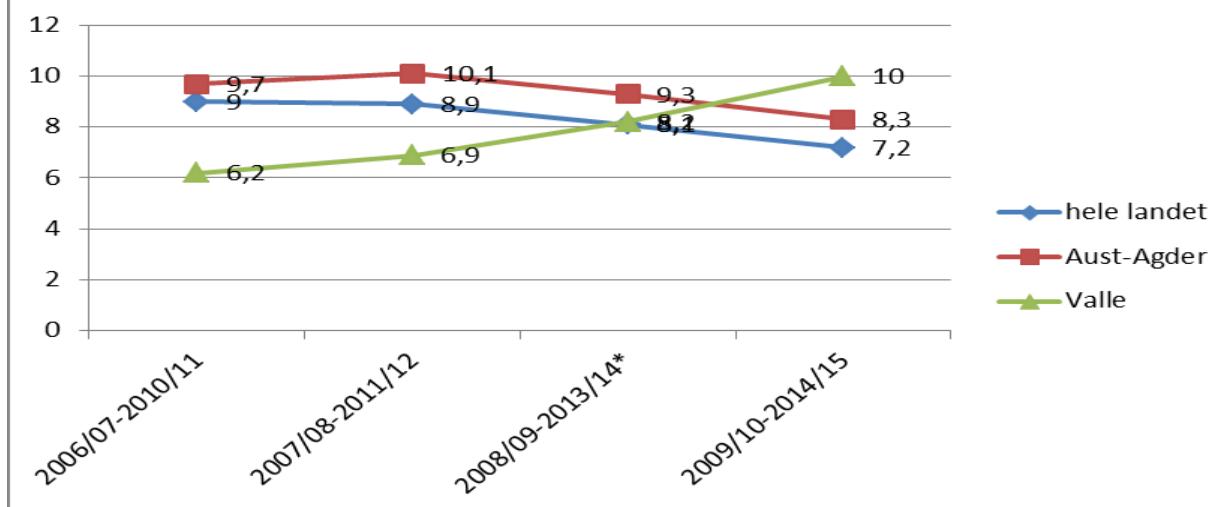


Figuren 38 syner andel elevar som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkinga. Kommunens tal omfattar elevar som går på skule i kommunen. Statistikken viser 5 års glidande gjennomsnitt. Standardiserte tal. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

### Kommentar til figur 38:

Det kan synast som om andelen elevar i Bykle i 10 klasse som trivast godt på skulen er noko lågare enn landet, og fylket.

## Mobbing 10 klassestrinn, andel, standardisert



Figur 39: Andel elevar i 10. klassestrinn i grunnskolen som har opplevd mobbing dei siste månadene i prosent av alle elever som deltok i undersøkinga. Kommunens tal omfattar elevar som går på skule i kommunen. Statistikken syner 5 års glidande gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder) Stabdardiserte tal. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank

#### **Kommentar til figur 39:**

Vi har ikkje tal for andel i 10 klasse som oppgir at dei vert mobba,. Tal frå ungdata 2012,2014 og 2016 kan moglegvis gje oss eit meir utfyllande bilet over mobbinga og andre faktorar som verkar inn.

#### **4.15 Utfordringsbilete trivsel og mobbing**

Staistikken synar at andelen som trivts på skulen (7. og 9. klasse) over tid er *noko* lågare enn resten av landet. Samstundes er andelen som opplever mobbing relativt høg. Sjølv om tala er små og må tolkast med varsemd så er det absolutt grunn til å jobbe målretta med problemstillinga.

Bykle kommune har eigen plan mot mobbing i skulane. Evaluering av førebyggjande program for mobbing har synt at resultata ikkje er avhengig av kva for program som vert nytta, men i kor stor grad programmet vert implementert i verksemda. Elles har skulane aktive foreldregrupper, organiserte vennegrupper med skulelevar, og helsesøster på skulen ei gong pr. veke stort sett . Skulane i Bykle har fokus på utanforskap og organiserer fleire tiltak som skal sveise elevane saman, eks skulestarttur, Lucia, overnatting skulen, bygdekveld m.m. Stikkord her er rausheit og integrering.

Korleis statistikken utviklar seg vidare vil kunne seie *noko* om korleis iverksatte tiltak fungerar, og vil legge grunnlag for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

For mer informasjon om mobbing og psykisk helse, se Folkehelseinstituttets rapport nr. 1/2011 om helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger  
<https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20111-bedre-føre-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>

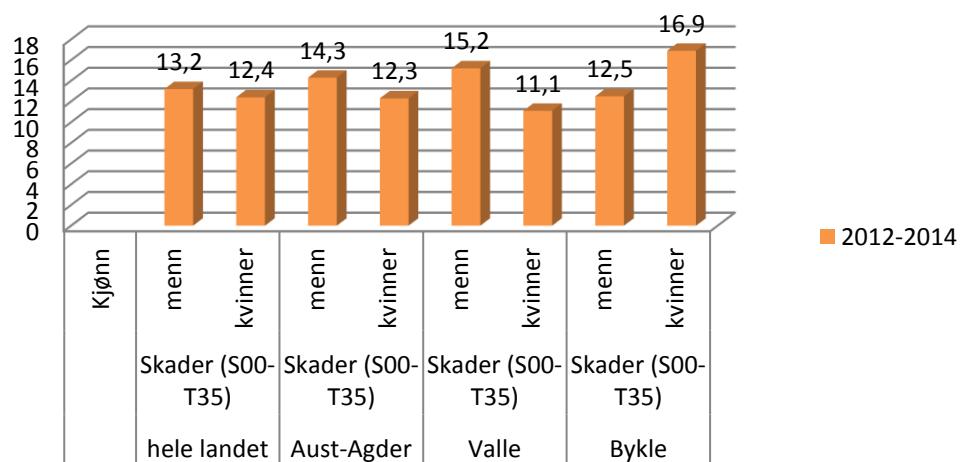
#### **4.16 Ung data undersøkinga**

Bykle kommune har gjennomført ung data undersøkinger i 2012,2014 og 2016. Ved siste undersøking i 2016 som vart gjennomført i 8-10 klasse var svarprosenten 88 %. Det var i alt 29 elevar som svara på undersøkinga. Ung data rapporten for 2016 er ikkje tilgjengeleg, men SLT koordinator vil presentere rapporten for kommunen i løpet av hausten 2016.

## 5. Skadar og ulykker

Sjølv om dødelegheten av skader og ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkesskader fortsatt eit helseproblem her i landet, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrot spesielt alvorleg fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og med det redusert livskvalitet. Blant ungdom og unge menn forårsakar trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Sjukehushandla personskadar viser berre omfanget av dei mest alvorlege skadene. Det er eit betydeleg potensiale for førebyggjing av skadar og ulykker. Bykle kommune har vaktmeistartenester som samarbeider med heimesjukepleien og kan rykke ut for å strø og brøyte. Publikum kan og hente gratis strøsand frå kommunen. Ein ide som sannsynlegvis hadde vore rekningsvarande hadde vore å dele ut gratis isbrodder til sko for dei over 60 år.

### Tal pasientar behandla for skadar i spesialisthelsetenesta per 1000, standardisert- 2012-2014

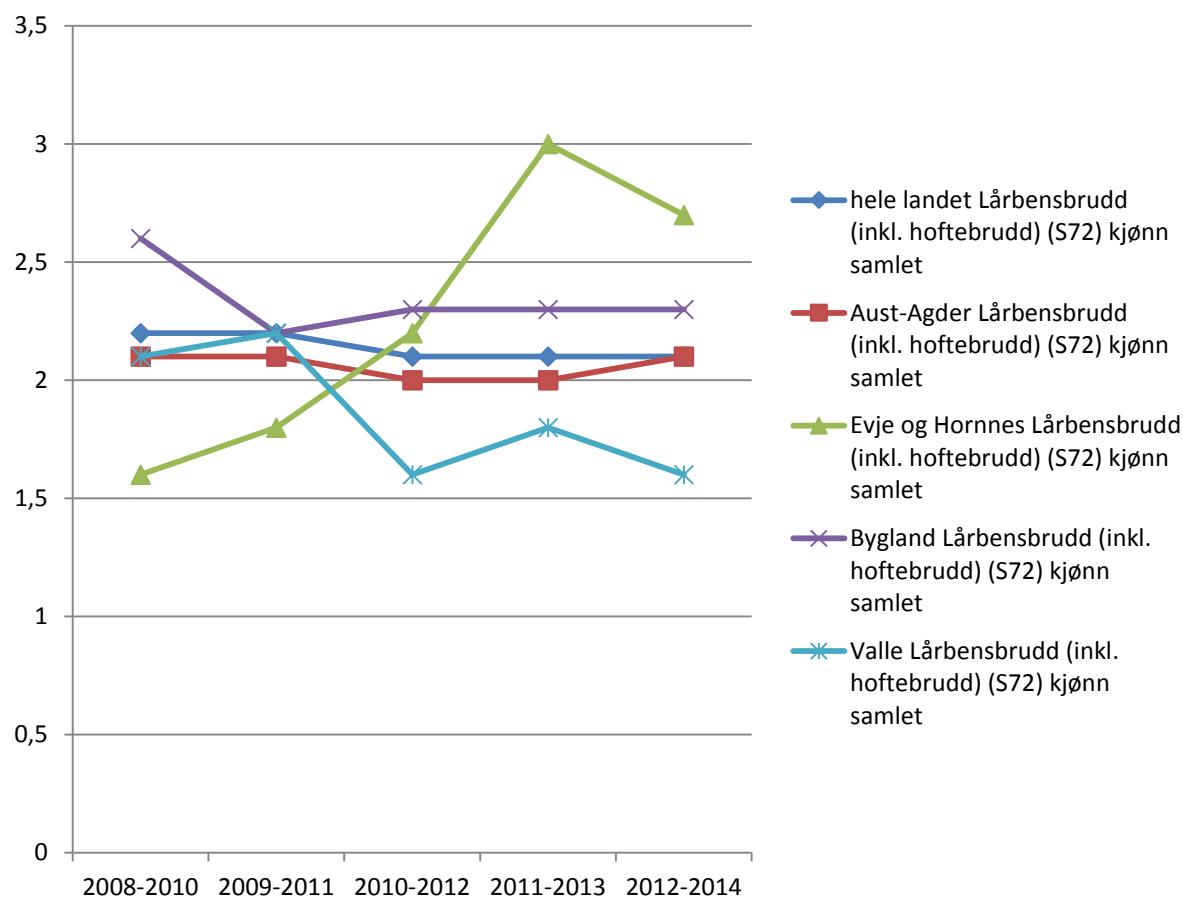


Figur 42: Tal pasientar innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sjukehus per 1000 innbyggere per år. Dersom ein person vert lagt inn fleire ganger i løpet av kalenderåret med same sjukdom/liding, vert vedkomande talt berre ein gong. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperiodar).

#### Kommentar til figur 42:

Bykle ligg noko over landsgjennomsnittet når det gjeld personskadar behandla i sjukehus, kvinner. Bykle skil seg ut samanlikna med landet, fylket og Valle ved at fleire kvinner enn menn vert behandla for skadar på sjukehus i aktuell periode. Kvinner har generelt noko lågare tal skadar behandla i sjukehus enn menn.

## Lårbeinsbrot ( inkludert hoftebrot) kjønn samla per 1000, standardisert.



Figur 43: Tal pasientar innlagt med lårbeinsbrot/ hoftebrot (dag- og døgnopphold) i somatiske sjukhus per 1000 innbyggere per år. Dersom ein person vert lagt inn fleire ganger i løpet av kalenderåret med same sjukdom/ liding, vert vedkomande talt berre ein gong. Statistitikken viser 3 års glidande gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappande 3-årsperiodar).

### Kommentar til figur 43:

Tala for Bykle når det gjeld lårbeindsbrot er ikkje tilgjengelege. Valle har noko lågare førekomst av lårbeinsbrot/ hoftebrot samanlikna med landet, fylket og dei andre Setesdalskommunane. Lårhalsbrot råkar oftast eldre folk, som i mange tilfelle vert pleietrengande etterpå. Ofte fører det til at pasienten ikkje kjem seg på beina att, og i ein del tilfelle går vegn mot eit dødsfall raskare etter eit lårhalsbrot. Vi veit også at slike brot er svært dyrt for samfunnet, ( eit lårhalsbrot kostar om lag 400.000 kronar) nettopp på grunn av behovet for pleie i etterkant.

Strøing på glatte inngongsparti vert ofte brukt som eit eksempel på førebygging av lårhalsbrot, men ofte skjer slike brot også på institusjonar eller i heimen. Det er difor viktig å tenkja førebvegning innomhus. i tillegg til utandørs på vinterstid.

## 6. Helserelatert åtferd

Her meinast åtferd som til dømes fysisk aktivitet, ernæring, tobakksbruk og rusmiddelbruk som har vist seg å verka inn på helseutfall. Helserelatert åtferd er ulikt fordela i befolkninga og fylgjer bestemte sosioøkonomiske mønstre. Røyking, fysisk inaktivitet og fedme er meir utbreidd i grupper med låg utdanning. Desse sosiale forskjellane finn vi i alle aldersgrupper.

Risikoåtferd er også inkludert, då det kan gje utslag i skader og ulykker. Det har vore nokre ulukker i samband med motorisert ferdsle i utmark, og her kan ein nok arbeide med haldningar.

### 6.1 Fysisk aktivitet og kosthald

Fysisk aktivitet og eit variert kosthald fremjer helsa og beskyttar mot ei rekke sjukdommar gjennom heile livet. Når det gjeld levevanar, spesielt det som går på fysisk aktivitet, kosthald og tobakk/rus, er det vanskeleg å seia noko sikkert om korleis dette er i vår kommune. Det er lite, eller ingen, statistikk for Bykle på desse områda. Men indikatorane overvekt, høgt blodtrykk og kolesterol, hjarte- og karsjukdom, kreft og type 2-diabetes kan seie noko om befolkninga sine vanar knytt til kosthald og fysisk aktivitet:

- *Overvekt skil seg ikkje eintydig frå landsnivået, vurdert etter andelen menn med KMI > 25 kg/m<sup>2</sup> på sesjon. ( Folkehelseprofilen 2014).*
- Andelen med hjarte- og karsjukdom, vurdert etter innleggingar på sjukehus, skil seg ikkje eintydig frå landsnivået.
- Utbreiinga av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemiddel, er ikkje eintydig forskjellig frå landsgjennomsnittet (30-74 år)

### 6.2 Utfordringsbilete fysisk aktivitet og kosthald

*Handling på mange ulike nivåer og innafor ulike sektorar samstundes og over tid er nødvendig for å auke andelen fysisk aktive i kommunen.* Tiltak må iverksetjast både på det personlege, mellommennskelege, samfunnsmessige og politiske nivået. Område som er særleg betydningsfulle for å endre aktivitetsåtferd er:

- Transportsektoren
- Kultur og friluftsliv
- Arbeidsliv
- Skule
- Privathushaldningane



Figur 44: Faktorar som påverkar fysisk aktivitet.

Til tross for at kommunen satsar offensivt for å tilrettelegge for fysisk aktivitet og ein aktiv livsstil, må det vere eit kontinueleg satningsområde å:

- Auke andelen unge, vaksne og eldre som fylgjer dei nasjonale anbefalingane for fysisk aktivitet
- Auke innbyggjarane sin kjennskap til dei nasjonale anbefalingane for fysisk aktivitet
- Auke innbyggjarane sin kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet for å fremje livskvalitet og helse , og for førebygging av sjukdom.

## 6.2 Røyking og snusbruk

I 1973 røykte halvparten av mennene daglig. Då var det færre kvinner enn menn som røykte, men sidan midten av 1990-tallet har forskjellen mellom kjønnene vært nokså liten. I 2015 brukte likevel ein stor del av aldersgruppa 16-74 år tobakk: I 2015 røykte [13 prosent av den vaksne befolkningen](#), mens 10 prosent brukte snus.

I Norge var det ifølge Ungdata-undersøkelsen 2010-2012 (NOVA, 2013):

- 2 prosent av ungdom som røykte daglig eller ukentlig i 8. klasse
- 4 prosent i 9. klasse
- 6-7 prosent i 10. klasse

Snusbruk har i stor grad overtatt for røyking blant de yngste. Snusbruk hadde ei betydeleg auke frå 2005 til 2009 både hos gutter og jenter

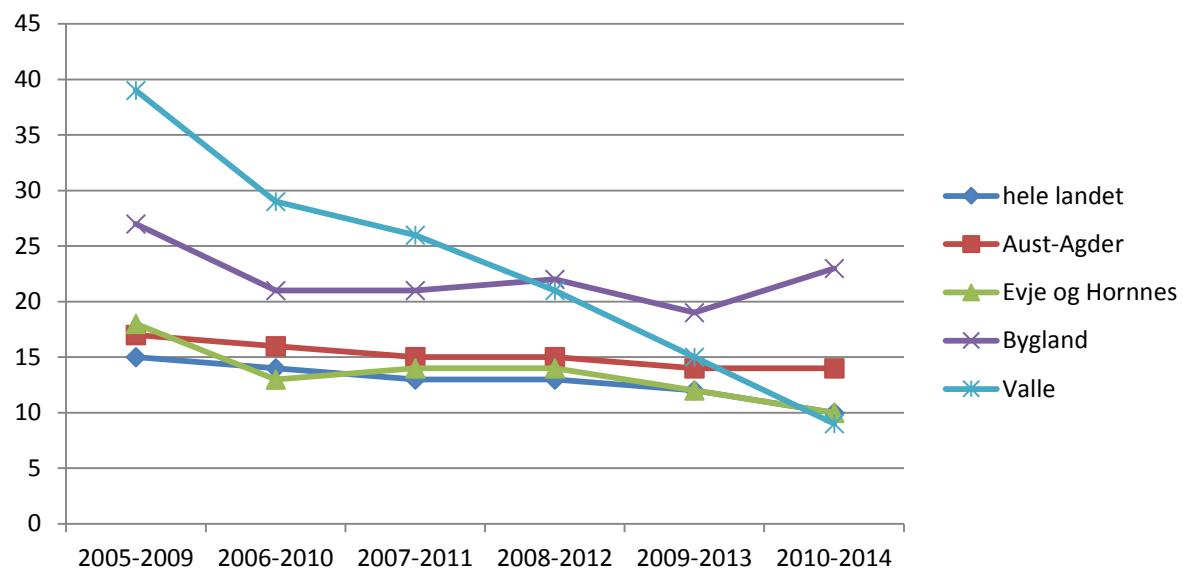
Vi har bare i begrensa grad lokale tal for røyking og snusbruk.

Vi har tal for røyking hos kvinner i svangerskap som kan seie noko om røyking blant kvinner i fertil alder. For resten av befolkninga er datagrunnlaget for røykevanar dverre svært dårlig.

Vi vil imidlertid etter kvart som ein får gjennomført Ungdata undersøkinger i kommunen få meir robuste tal for røyking og snusbruk blant skuleelevarne

Det er ein markant sosial gradient for daglegrøyking. Jo kortare utdanning, desto høgare andel dagleg røykare. Denne gradienten gjeld også for røyking i svangerskapet. *Det er ei stor utfordring i folkehelsearbeidet å påverke denne forskjellen.*

## Andel kvinner som oppgir at dei røyker ved første svangerskapskontroll, standardisert.



Figur 45: Andel fødande som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll i prosent av alle fødande med røykeopplysninger. Statistikken viser gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder. Kjelde: Kommunehelsa statistikk bank .

### Kommentar til figur 45:

For Bykle har vi ikke offentlege tal av omsyn til personvern. Jormor i Bykle oppgir at om lag 10 % av dei gravide oppgir at dei røyker ved første svangerskapskontroll. Bruk av snus er nok høgare, men dei som har bruka snus har sluttat før eller rett etter første svangerskapskontroll.. Tala kan indirekte seie noko om førekomst av røyking blant kvinner i fertil alder.

Jordmødra i Valle og Bykle har stort fokus på røykestopp hos gravide som oppgir at dei røyker ved første svangerskapskontroll.

### 6.3 Alkohol, narkotika og doping

Nasjonale tal syner at 10 -20 prosent av befolkningen får ei rusliding i løpet av livet. Skadeleg bruk eller avhengigheit av alkohol er den hyppigast førekommande ruslidinga i Noreg. Skadeleg bruk av alkohol heng saman med andre psykiske lidingar og kroppslege sjukdomar. Det manglar til ei viss grad påliteleg statistikk over rusmiddelrelaterte problem i kommunane i Setesdal. Kartlegging i Brukerplan vert gjennomført årleg frå 2014, og vil kunne gje ei viss oversikt over omfang av rusmiddelbruk *over tid*. Kartleggingsinstrumentet må haldast saman med nasjonale tal. På nasjonalt nivå har alkoholforbruket blant vaksne auka med 40% dei siste 20 åra, medan det har gått ned blant unge.



**Alkoholomsettinga** i Noreg er vesentleg lågare enn i dei fleste andre europeiske land. Tradisjonelt har det i Noreg vært slik at unge vaksne og middelaldrande drikker oftere og meir enn eldre. Statistikkpublikasjonen Rusmidler i Norge 2014 (sirus.no) synar likevel nå at andelen som drikker og som drikker relativt ofte har økt mest i gruppa over 50 år. Det å drikke mye ved same anledning er likevel meir vanlig i dei yngste aldersgruppene enn i dei eldste.

Sjølv om dei eldste drikker oftere, er det de yngre som i størst grad drikker seg fulle. Likevel har alkoholforbruket blant ungdom de seinare åra gått noko ned. Det er fortsatt mange unge som drikker alkohol, og da særlig i den siste tenåringssfasa.

## **Helsetilstand**

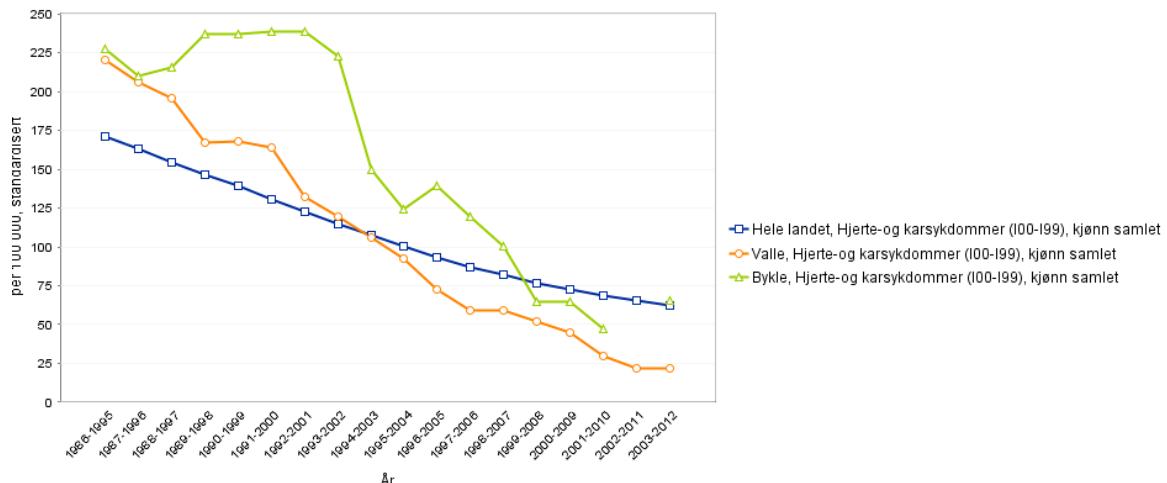
Med helsetilstand meiner ein befolkninga si helse målt ved hjelp av ulike indikatorar for helse og sjukdom. Tilgjengeleg statistikk omfattar brukarar av primær og speialisthelsetenesta samt legemiddelbrukarar innan ulike sjukdomsgrupper som psykisk helse, hjarte og karsjukdom, kreft, diabetes, KOLS og muskel skjelettlidningar.

Ein svakheit ved denne type data er at den *ikkje nødvendigvis* reflektaarar befolkninga si helsetilstand , men kan vel så mykje reflektere aktiviteten i helsetenesta eller ulik registreringspraksis. T.d. kan statistikk over medisinbruk mot psykiske lidningar seie vel så mykje om legane sin praksis for å skrive ut reseptbelakte medisinar som omfanget av psykiske lidningar i befolkninga.

*Helsetilstand handlar om førekommst av førebyggende sjukdommar som type-2 diabetes, hjarte- og karsjukdom, kroniske smerter, psykiske lidningar, kreft og belastningssjukdommar.*

## 7.1 Hjarte- og karsjukdom.

Det finnast mange hjarte-karsjukdomar med forskjellige årsakar og risikoprofiler. I Noreg er hjerneslag, hjarteanfarkt, høgt blodtrykk, hjartesvikt og angina pectoris dei vanlegaste .35 % av dødsfalla i Norge skuldast hjarte- og karsjukdommar. Dei siste 20 åra er dødelegheten omlag halvvert, men denne type sjukdommar er alikevel ei av dei hyppigaste dødsårsakene og er framleis eit folkehelseproblem (FHI).



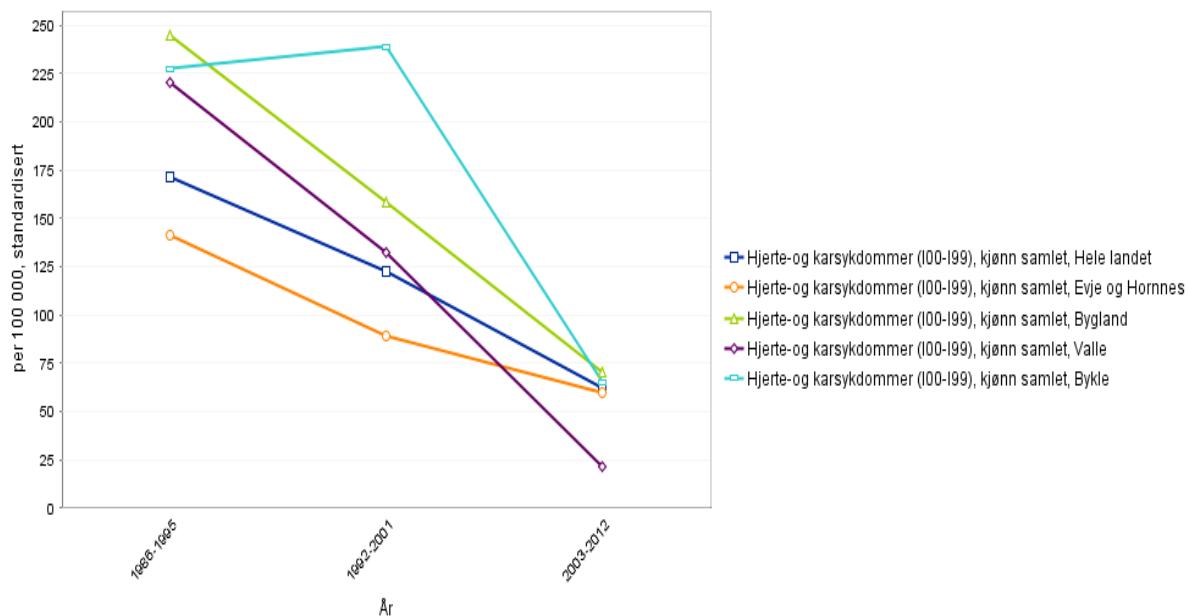
Figur 46:Dødelighet av hjarte kar sjukdomar pr.100.000 standardisert- kjønn samla, Valle , Bykle og Noreg 1998-2012.Kjelde: Folkehelsa statistikkbank.

### Kommentar til figur 46:

Det har vore ei markert nedgang i dødelighet av hjarte karsjukdomer med bratt fall i 1990 åra, og nedgangen ser ut til å halde fram.

Den såkalla livstidsrisikoen for å dø av hjarteanfarkt var ved år2000 halvert i forhold til perioden 1970-75 og livstidsrisikoen har gått ytterlegare ned i perioden 2000-2010. Dei fleste infarktdødsfalla skjer nå etter 80 år.

Bykle ligg om lag på landsgjenomsnittet når det gjeld dødelighet av hjarte karsjukdomar medan Valle ligg om lag 60 % lågare enn landet når det gjeld dødelighet av hjarte kar sjukdomar.

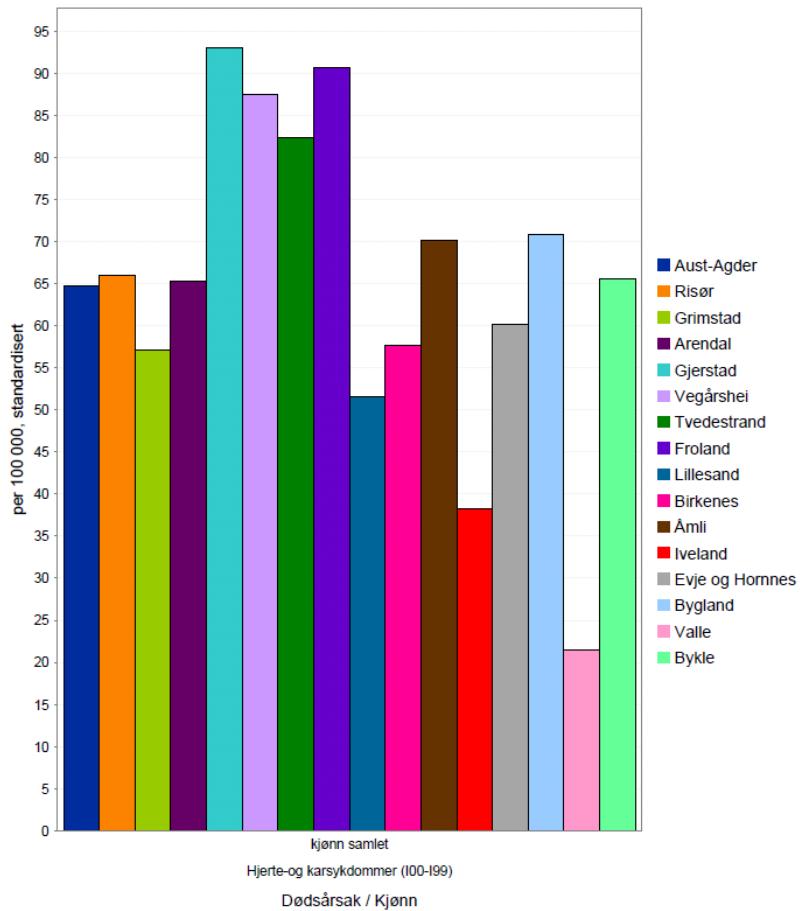


Figur 47: Dødeligheit av hjarte kar sjukdomar per 100.000 standardisert- kjønn samla, Setesdalskommunane og Noreg 1986-2012. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank

Kommentar til figur 47: Sjølv om alle kommunane i Setesdal har hatt eit markert fall i hjarte kar dødeligheit frå 1986 til 2012, ser ein at Bykle hadde ein forsinka nedgong. Bykle fekk eit bratt fall i nedgong av hjarte karsjukdomar først på slutten av 1990 talet. Valle merkar seg ut med eit nærast lineært loddrett fall frå 1986-2012.

## Dødelighet av hjarte/kar sjukdom. Bykle, samanlikna med fylket og kommunane i fylket

Dødelighet (0-74 år) - per 100 000, standardisert, 2003-2012

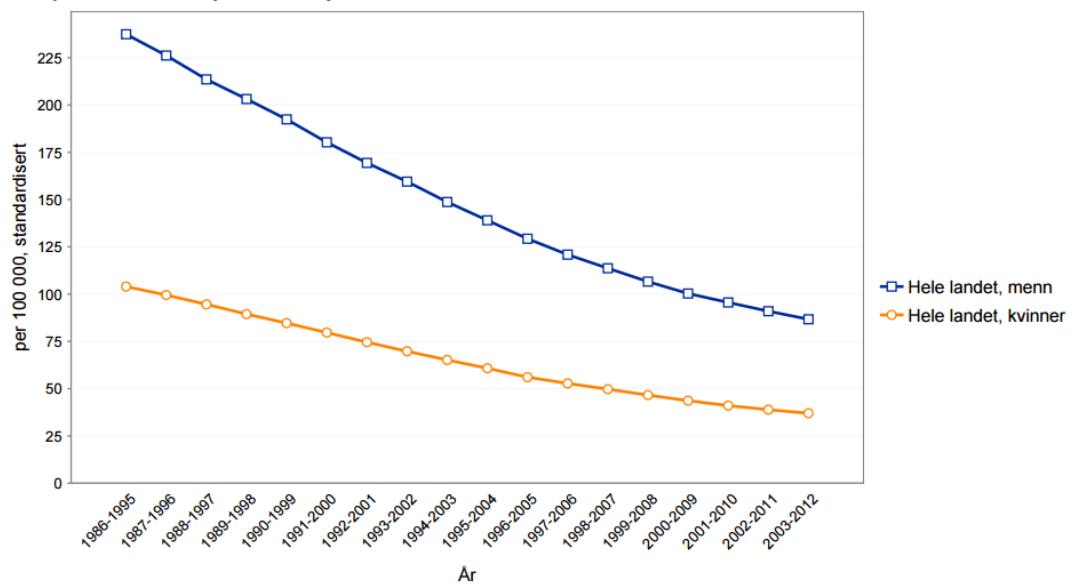


Figur 49: Dødelighet av hjarte kar sjukdomar ( 0-74 år) – per.100.000 standardisert, 2003-2012. Bykle samanlikna med fylket og kommunane. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

### Kommentar til figur 49:

Bykle ligg om lag på fylkesgjennomsnittet for Aust- Agder når det gjeld dødelighet av hjarte kar sjukdomar. Det er interessant å samanlikne Bykle med Valle då vi har felles helseteneste. Bykle har meir enn dobbelt så høg dødelighet samanlikna med Valle når det gjeld dødelighet av hjarte karsjukdomar. Årsaka til det er ikkje kjent, og sannsynlegvis multifaktoriell. Dette bør forskast på nærmare.

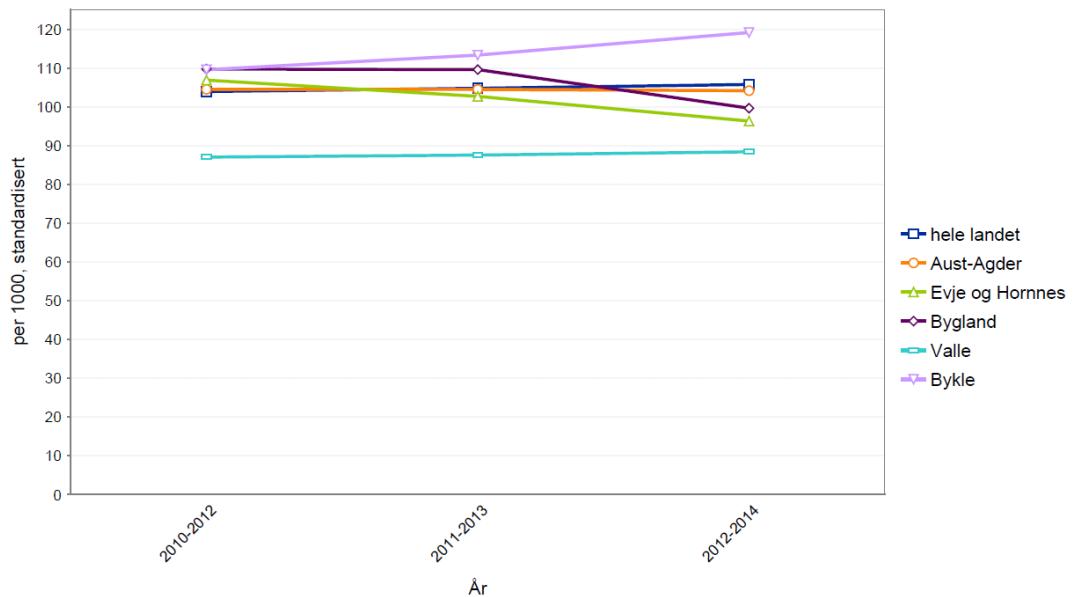
Dødelighet (0-74 år) - per 100 000, standardisert, Hjerte-og karsykdommer (I00-I99)



Figur 50: Utvikling i dødelighet av hjarte kar sjukdomar 0-74 år, menn og kvinner Noreg. 1986-2012.

### Hjarte kar sjukdomsdiagnosar i kommunehelsetenesta

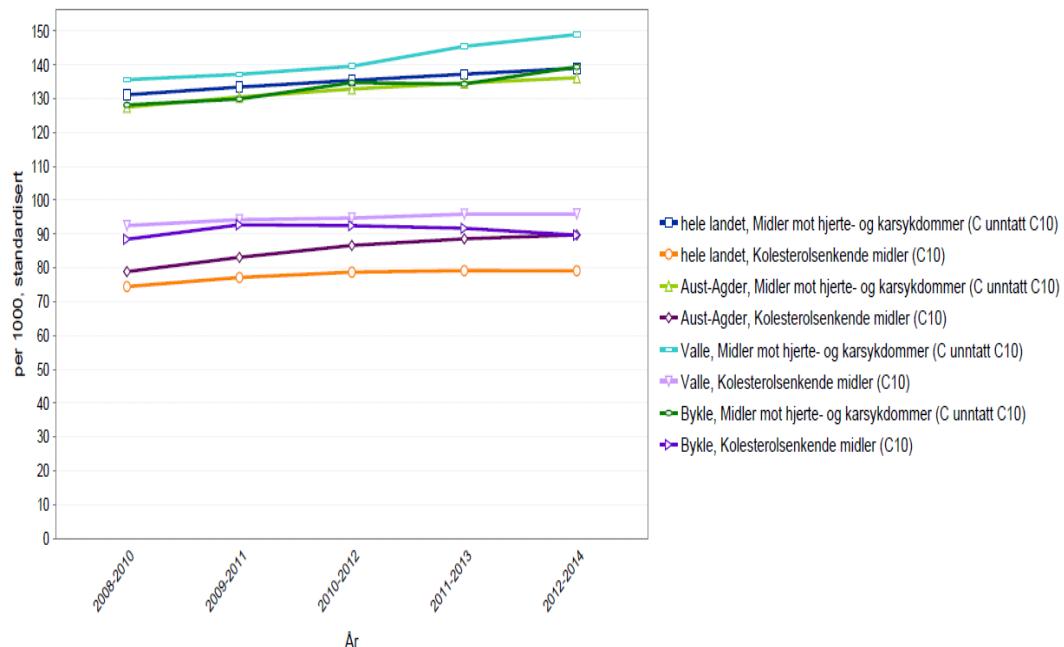
Primærhelsetjenesten, brukere (B) - Hjerte- og karsykdomsdiagnosar, totalt (K70-99), kjønn samlet, 0-74 år, per



Figur 51: Utvikling i hjartekar sjukdomsdiagnosar i kommunehelsetenesta i perioden 2010-2014. Kjønn samla per 1000, standardisert. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

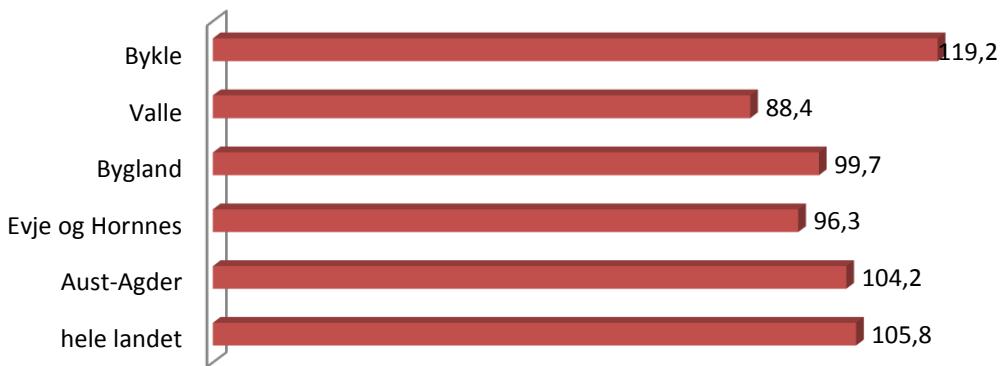
## Legemiddelbrukere - kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert

 folkehelseinstituttet  
www.fhi.no/folkehelseprofiler



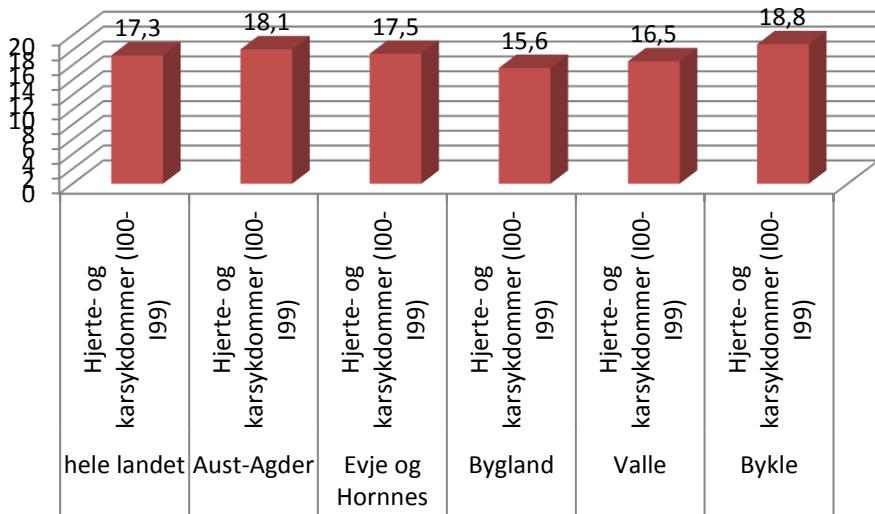
Figur 51: Legemiddelbrukarar for hjarte kar sjukdomsdiagnosar i kommunehelsetenesta i perioden 2008-2014. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank

### Hjarte og karsjukdomsdiagnosar i kommunehelsetenesta , brukarar 0-74 år per 1000 standardisert 2012-2014



Figur 53: Tal unike personar 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt på grunn av hjarte kar sjukdom per 1000 innbyggere per år. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

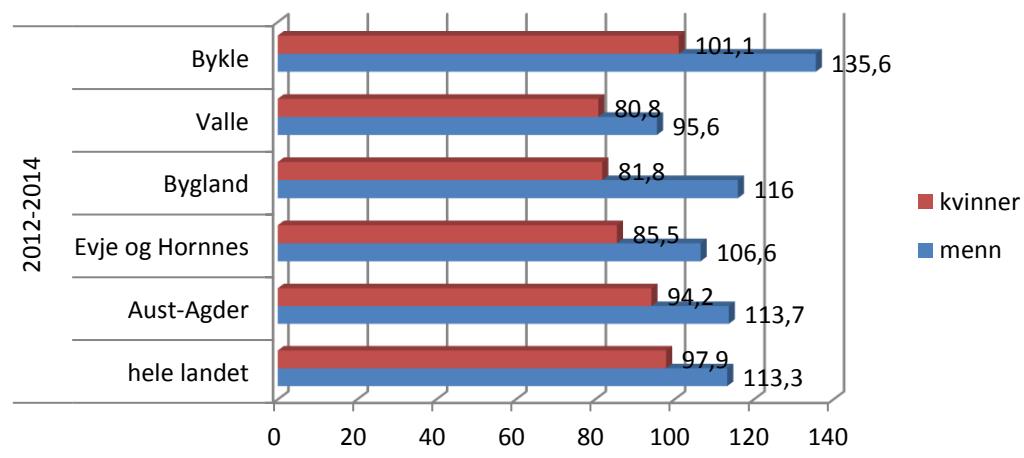
## Hjarte kar sjukdomar behandla i Spesialisthelsetenesta per.1000, standardisert-2012-2014



Figur 54:Tal unike personar 0-74 år behandla i Spesialisthelsetenesta på grunn av hjarte kar sjukdom per 1000 innbyggjarar per år.

Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

## Hjarte kar sjukdomsdiagnosar i primærhelsetenesta 0-74 år per 1000 standardisert



Figur 55:Hjarte kar sjukdomsdiagnosar i primærhelsetenesta 0-74 år, per 1000, standardisert,fordelt på kvinner og menn. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

### Kommentar til figur 46-55:

*Nedgang i dødelighet av hjarte kar sjukdomar kan skuldast færre nye sjukdomstilfelle grunna sunnare levekår og meir førebyggjing eller meir effektiv behandling eller begge deler samstundes. Berekninger over dei ulike risiko faktorane sin talmessige rolle for fallet i hjarte-og kar dødeligkeit har ikkje vore forska på i Noreg.*

*Forsking i Sverige har synt at meir enn halvparten av ned gangen i dødeligkeit mellom 1986 og 2002 var årsaka av ein nedgong i dei viktigaste risikofaktorane, spesielt serum kolesterol. Bykle ligg markert hågare enn dei andre Setesdalskommunane når det gjeld hjarte kar sjukdomsdiagnosar i primærhelsetenesta i aldersgruppa 0-74 år. Mens det har vore ein nedgong i dei andre Setesdalskommunane i perioden 2010-2014 har det for Bykle vore ei auke. Det er eit paradoks at nabokommunen Valle med mykje lågare hjarte og kar sjukdomsdiagnosar enn Bykle, brukar meir midlar mot hjarte kar sjukdomar inkludert meir kolesterolsenkande midler. Ein hypotese kan vere at Valle overbehandlar pasientane, eller at pasientane i Bykle er underbehandla.*

*I siste kommunehelseprofil for Bykle er andelen behandla i sjukehus for hjarte kar sjukdomar ikkje signifikannt forskjellig frå landet for øvrig. Det er ein markert kjønnsgradient i andel kvinner og menn med hjarte kar sjukdomsdiagnosar i primærhelsetenesta, kvinner har lågare førekomst enn menn, og det er i tråd med nasjonale tal. Menn i Bykle har en 20 % høgare førekomst av hjarte kar sjukdom enn landet, mens kvinner i Bykle ligg om lag på landsgjennomsnittet.*

## 7.2 Utfordringsbilete hjerte- og karsjukdomar

Sjølv om dødeligheita av hjarte kar sjukdomar er på landsgjennomsnittet i Bykle og det har vore ein stor reduksjon over tid, er hjarte kar sjukdom framleis den viktigaste årsaka til tapte leveår. Kvart 4. dødsfall på verdsbasis skuldast hjartekarsjukdom.

Det er ingen grunn til å kvile på laurbæra. Det er framleis store utfordringer med hjarte kar sjukdom framover, generelt i befolkninga er diabetes og fedme aukande, røyking er framleis eit problem, og folk er framleis ikkje tilstrekkelg fysisk aktive. Vi blir eldre, og hjarte kar dødeligheita er størst i den eldre delen av befolkninga: «*Today's figures are good, very good, but they must not lead to complacency*».

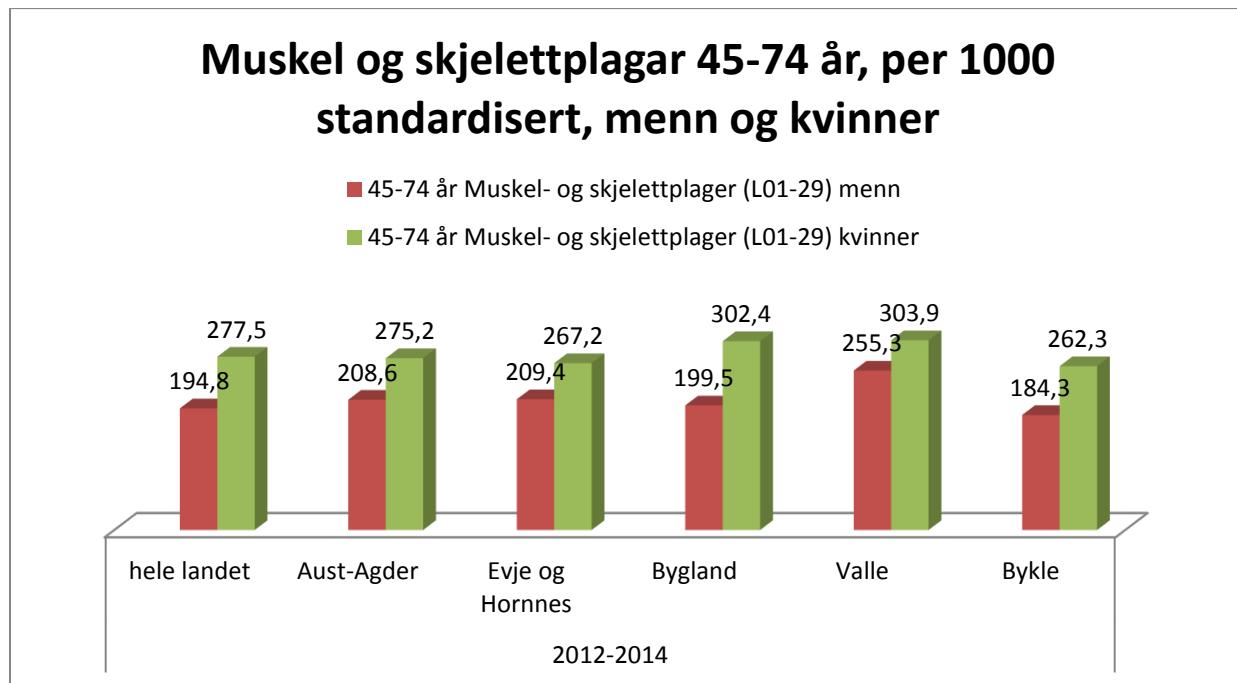
Den store sosiale forskjellen i dødelighet av hjerte- og karsykdom, og arbeid med å utjevne sosiale helseforskjellar i både førekomst og dødeligkeit av hjarte kar sjukdomar vil vere eit sentralt fokusområde for kommunen i tillegg til offensiv primær og sekundærforebyggjing i helsetenesta.

## 7.3 Kroniske smertar

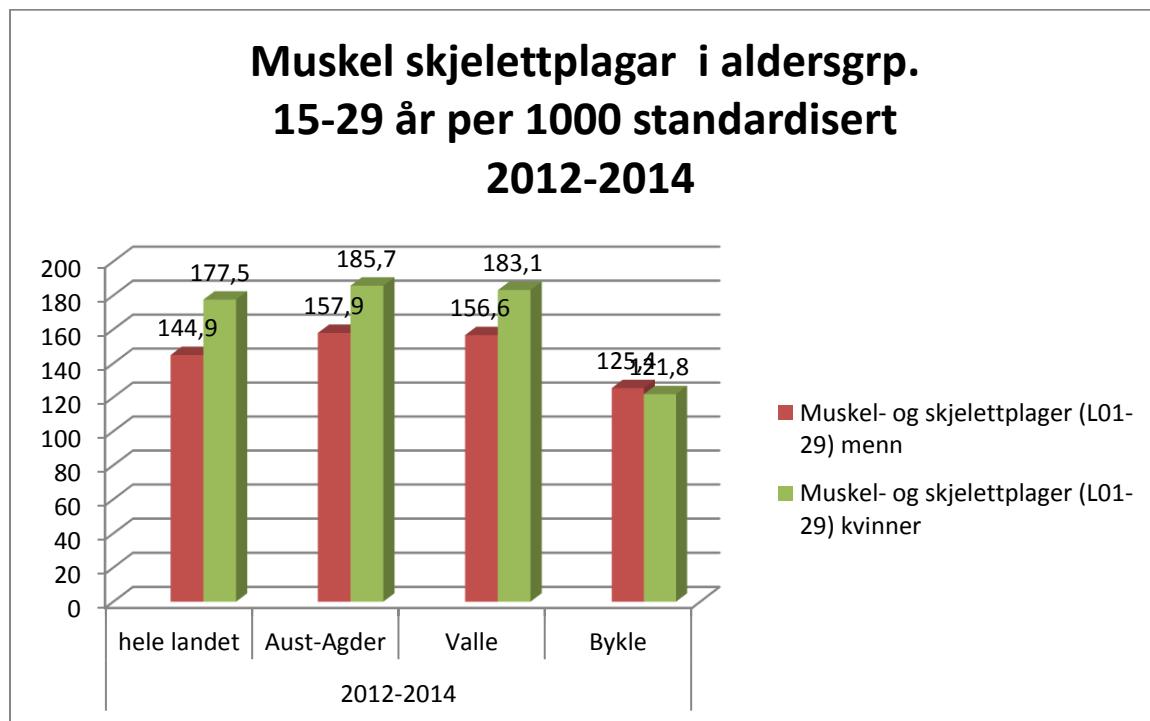
Kroniske smerter er utbreidd, med ein førekomst på om lag 30 prosent i Norge (Breivik et al., 2006). Kronisk smerte medførar stor reduksjon av livskvalitet, tap av funksjon og arbeidsevne, og behandlingen er ofte krevjande (Turk, Wilson, & Cahana, 2011). Hos eldre (personer over 65 år) er det anslått at forekomsten av kroniske smerter kan ligge på opptil 65prosent (Lunde, 2009).

Kroniske smertar er eit folkehelseproblem. Muskel skjelettlidningar er den vanlegaste årsaken til kroniske smertar, men ei rekke andre lidningar kan og føre til kronisk smerte.

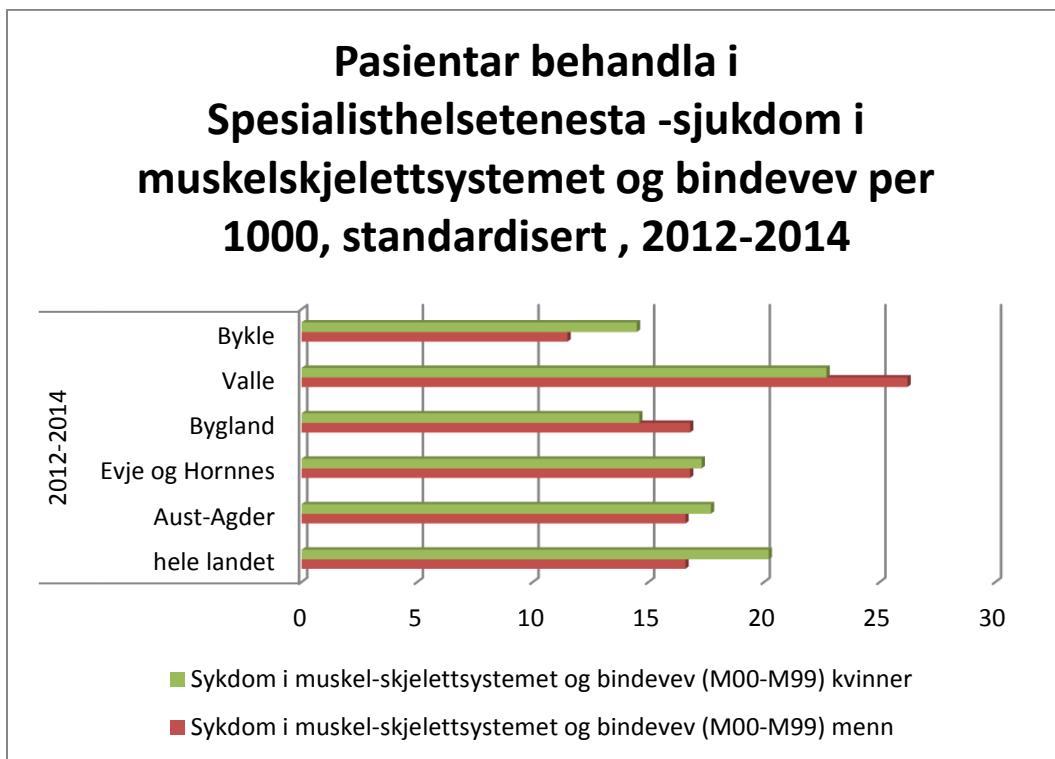
Norge har høgst førekomenst i ei direkte samanlikning av 15 europeiske land, og betydeleg høgare enn våre naboland, kor førerkomsten er om lag 16-19 prosent. Betydeleg fleire kvinner enn menn seier dei har kroniske smertar, og kvinner er i langt høgare grad enn menn sjukemelde og uføre som fylge av kroniske smertar. Samla sett er muskel- og skjelettsjukdomar den diagnosegruppa som «plagar flest og koster mest», sjølv om dei fleste tilstandene ikkje medførar betydeleg overdødeligheit (Lærum, 2013). *Korsryggsmerter er årsak til flest år levd med helsetap i Noreg.*



*Figur 55: Muskel skjelettplagar 45-74 år per 1000 standardisert. Menn og kvinner. Bykle samanlikna med Noreg, fylket og Setesdalskommunane.*



Figur 56: Tal unike personar i kontakt med primærhelsetenesta på grunn av muskelskjelettplagar i 2012-2014.



Figur 57: Pasientar behandla i spsialisthelsetenesta for sjukdom i muskel skjelettsystemet og bindevev pr.1000 standardisert. Bykle samanlikna med landet, fylket og Setesdalskommunane.

#### **Kommentar figur 55, 56 og 57:**

Fleire kvinner enn menn i Bykle i alderen 45-74 år har muskel skjelettplagar dersom ein ser på kontakter for desse plagane i primærhelsetenesta.

Fleire kvinner enn menn i Bykle får behandling i spsialisthelsetjensta for sjukdom i muskel skjelettsystemet og bindevev. Menn i Bykle ligg lågare enn dei øvrige Setesdalskommunane og landet når det gjeld behandling i Spesialisthelsetenesta for muskel skjelettlidinger. Bykle ligg signifikanl lågare enn landsgjennomsnittet og fylket når det gjeld muskel og skjelettplager blant barn og unge i aldersgruppen 15-29 år og fordelinga blant jenter og gutter er om lag lik. Det er mykje som tyder på at barn som får muskel- og skjelettplagar under oppveksten, har auka risiko for å få slike plagar og som vaksne (Kashikar-Zuck 2014; Jones, 2009). Hvis dette er riktig, støttar det at førebyggingsarbeidet bør starte ung alder. Tiltak som førebygger skadar og ulykker kan og være viktige bidrag for å redusere omfanget av smertetilstandar i muskel- og skjelett. Muskel- og skjelettsykdommer er vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status. Tall fra levekårsundersøkelser i Norge tyder på at denne sammenhengen har økt de siste 30 årene (Dahl, 2014).

## 7.4 Utfordringsbilete kroniske smertar

Dei fleste vil i løpet av livet ha sjudomar eller plagar knytt til muskel- og skjelettapparatet.

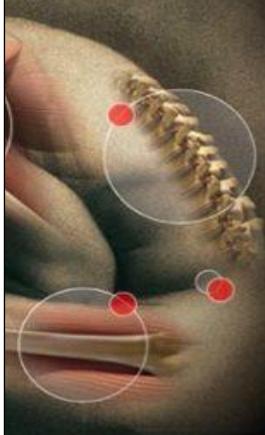
Risikofaktorar, og dermed også moglegheitane for førebyggjing, av muskel skjelettplagar og muskel skjelettlidinger avhenger av diagnose. Sett under eitt har mange typar muskel- og skjelettsjukdomar og -plagar samanheng med aukande alder, stillesittande livsstil og til dels også overvekt.

Fysisk aktivitet og redusert røyking kan førebyggje fleire typar muskel- og skjelettsjukdom. Tidleg innsats retta mot foreldre og barn via barnehage, skule og helsestasjon for å skape gode lisstilvanar er viktig. Bykle har som satningsområde i eksisterande kommuneplan at flrebyggjande helsearbeid, mosjon og velvære skal bvere eit satsingsområde både overfor innbyggjarar og i utviklinga av Bykle kommune som turistdestinasjon.

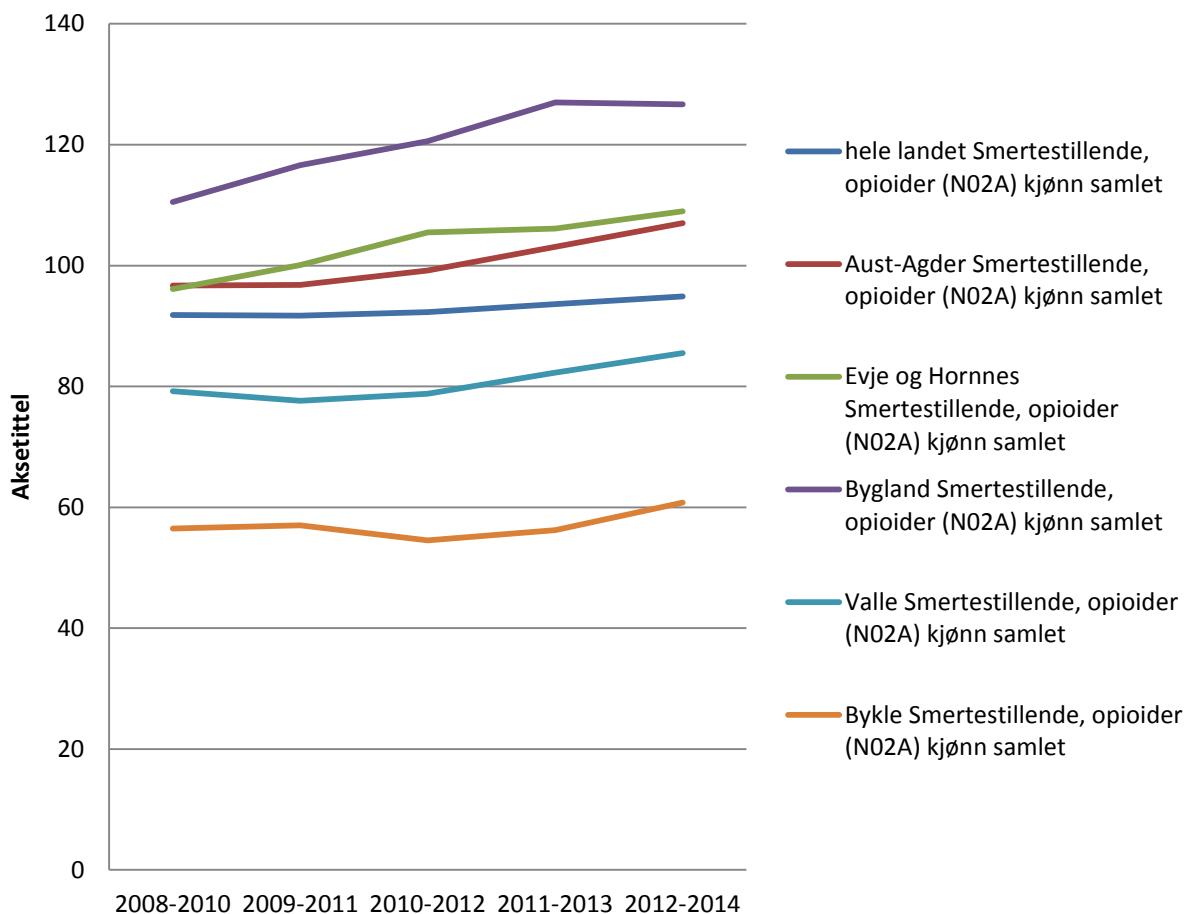
## 7.5 Bruk av smertestillande medikament

Legemiddelbruk kan ikkje sjåast på som *synonymt med sjukdomsførekost*, men kan være ein indikator på sjukdomsførekost i befolkninga.. Bruk av sterke smertestillande medikament kan gje innsikt i problematikken rundt utbreiing av både sjukdom og bakenforliggande risikofaktorar, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkninga

**Smerte** er kroppens "brannalarm" som varslar at noko er galt. Smarta spelar på lag med deg. Ei akutt skade er som regel bra innen 3 mnd, og smarta går gradvis over. Men nokon ganger kjem dette systemet ut av kontroll, og fortsett å varsle, sjølv om det ikkje er noko gale lenger. Slik smerte kan ein kalle langvarig eller kronisk smerte



## Utvikling i bruk av sterke smertestillande medikament ( opioider) 0-74 år per 1000, standardisert



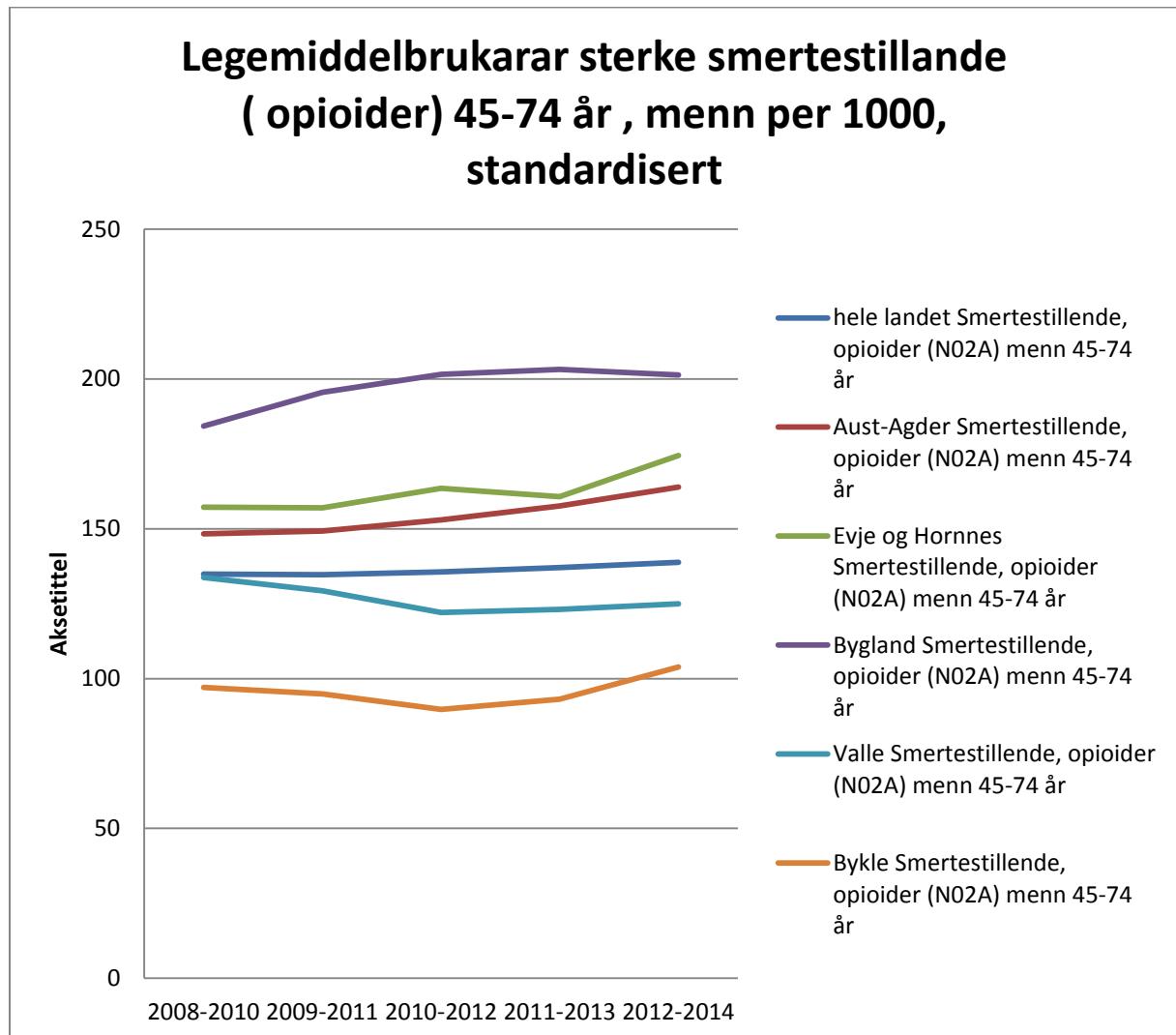
*Figur 58: Brukarar av legemidler utlevert på resept til personar 0-74 år. Kjønn samla. Brukarar vert definert som personar som har henta ut minst ein resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang.*

Kjelde: kommunehelsa statistikkbank.

### Kommentar til figur 58:

Forbruket av smertestillande legemiddel har på landsbasis auka sterkt i perioden 1999- 2008 med ei avflatning frå 2008-2014. Mange av desse legemidlene er vanedannande. *Bykle er i ei særstilling når det gjeld bruk av sterke smertestillande medikament med eit 36 % lågare forbruk enn landet . Dette er svært positivt.*

Som vi vil se i figurene under er det ein kjønnsgradient i forbruket av sterke smertestillande.



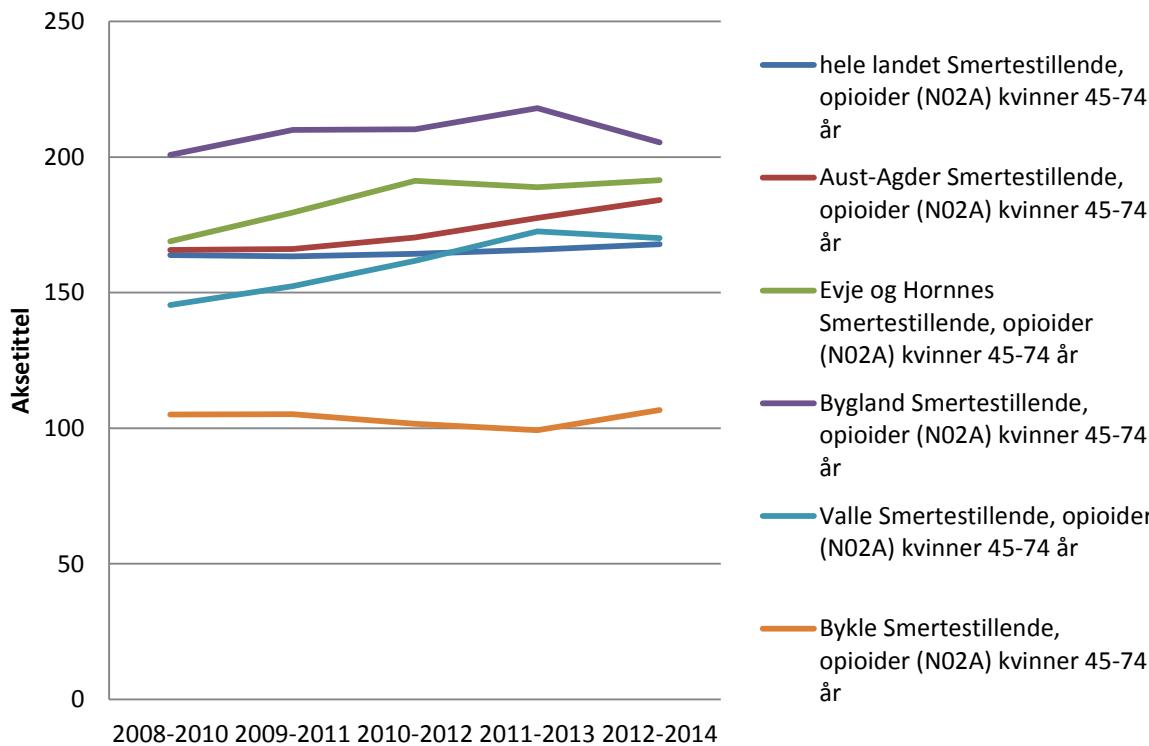
*Figur 59: Brukarar av legemidler utlevert på resept til menn 45-74 år. Brukarar vert definert som personar som har henta ut minst ein resept i kalenderåret. Dersom ein brukar hentar ut fleire reseptar på same legemiddel tellast vedkommande som brukar berre ein gong*

Kjelde: kommunehelsa statistikkbank.

#### Kommentar til figur 59:

Menn i Bykle og Valle ligg betydeleg lågare enn landet og fylket når det gjeld bruk av sterke smertestillande medikament. Det er vidare svært stor forskjell mellom desse 2 kommunane og Bygland. Det er vanskeleg å forklare kvifor profilen er så forskjellig frå kommunane øvst i Setesdal til kommunane nederst i Setesdal.. Ein forklaring kan vere ulik praksis mellom legar i dei 2 kommunane når det gjeld forskrivning av sterke smertestillande medikament ? Dette er eit tema som bør forskast på nærmare.

## Legemiddelbrukarar sterke smertestillande(opioider) 45-74 år, kvinner per1000 standardisert



*Figur 60 : Brukarar av legemidler utlevert på resept til kvinner 45-74 år. Brukarar vert definert som personar som har henta ut minst ein resept i kalenderåret. Dersom en brukar hentar ut fleire reseptar på same legemiddel tellast vedkomande som brukar berre ein gpng. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.*

### Kommentar figur 60:

Kvinner i Bykle ( 45-74 år) , har hatt eit jevnt over lågt forbruk av sterke smertestillande medikament i frå 2008 til 2014.

Kvinner i Bykle er i ei særstilling og ligg om lag 40 % under landsgjennomsnittet i forbruk av smertestillande opioider. Dette er veldig positivt.

## 7.6 Utfordringsbilete bruk av smertestillande medikament

Legar i Helsenesta i Bykle og Valle bør ha særskilt merksemd på føreskriving av sterke smertestillande medikament både for menn og kvinner. Behandling med opioider mot langvarige ikkje-kreftrelaterte smerter er i **sjeldne tilfeller naudsynt** til tross for at faren for alvorlege biverknader og avhengighetssyndrom er stor. Hvis behandlande helsepersonell ikkje fylgjer vegleiande anbefalinger er det ei dyrekjøpt erfaring at pasientar som allereie har store lidningar vert påført enda større problemer. Eigen vegleiar er utarbeidd av helsedirektoratet: IS -2077 for bruk av opioider ved langvarige ikkje kreft- relaterte smertar.

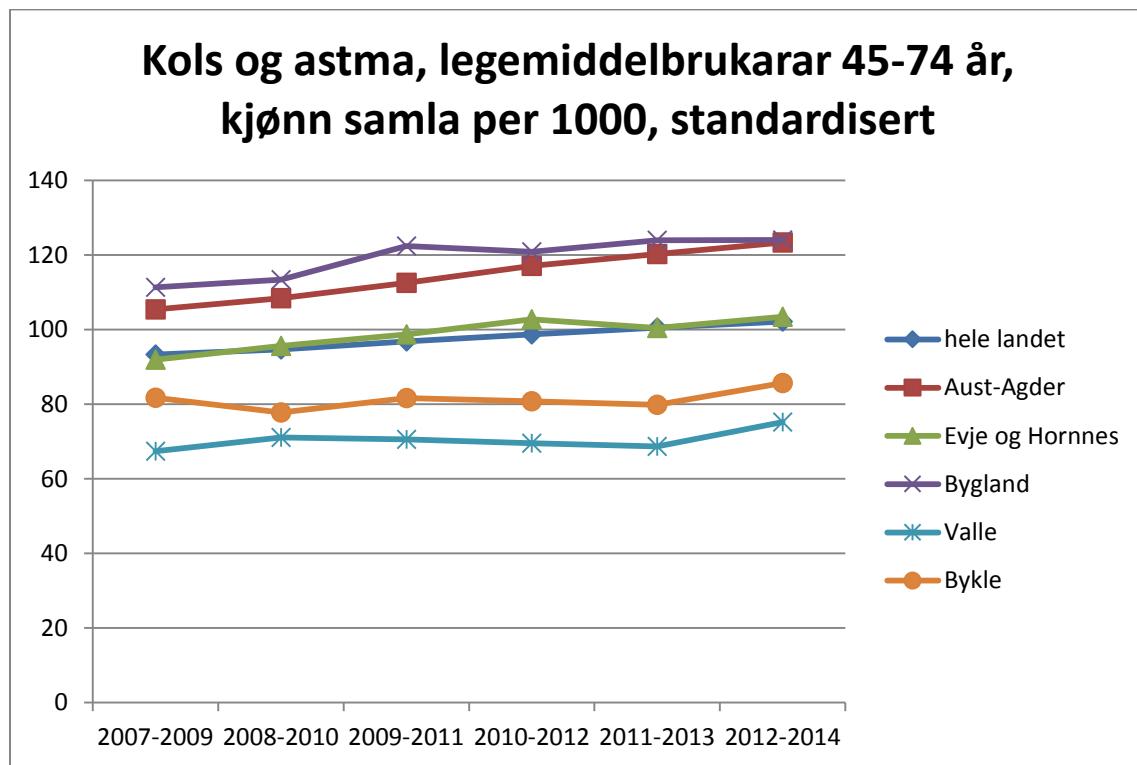
## 7.7 KOLS og astma

KOLS er ein kronisk obstruktiv lungesjukdom som kan gje betydeleg funksjonshemmning. Sjukdomen er relativt vanleg i den vaksne delen av befolkninga. Nøyaktige tall for kor mange som er råka av denne sjukdomen i Noreg er vanskeleg å fastsetje.

- KOLS er ein vanleg tilstand i den vaksne delen av befolkninga og andelen av befolkninga som har plagar auker med alderen.
- Symptomene og alvorlighetsgraden av symptomene på KOLS varierar i stor grad.
- KOLS er ein hyppig dødsårsak og ein av dei viktigaste årsakane til tapte leveår i Noreg
- Tal personar som lever med KOLS vil trolig auke i åra framover fordi talet på eldre aukar.

*30 % av røykarane vil utvikle KOLS. Førekomst av KOLS kan difor seie noko om røykevanar i befolkninga. Vi har ikkje tal for bruk tobakk/røyking blant den vaksne befolkninga i Valle, men unntak av andel kvinner som oppgir at dei røyker ved første svangerskapkontroll og kartlegging av ungdom gjennom Ung- Data.*

Astma er ein annan lungesjukdom enn KOLS, men også her syner befolkningsundersøkinger i Noreg at førekomsten aukar, spesielt hos barn. Ikkje optimal behandling av astma kan føre til Kols seinare i livet. Det kan være vanskeleg å skille mellom astma og kols hos eldre personer.



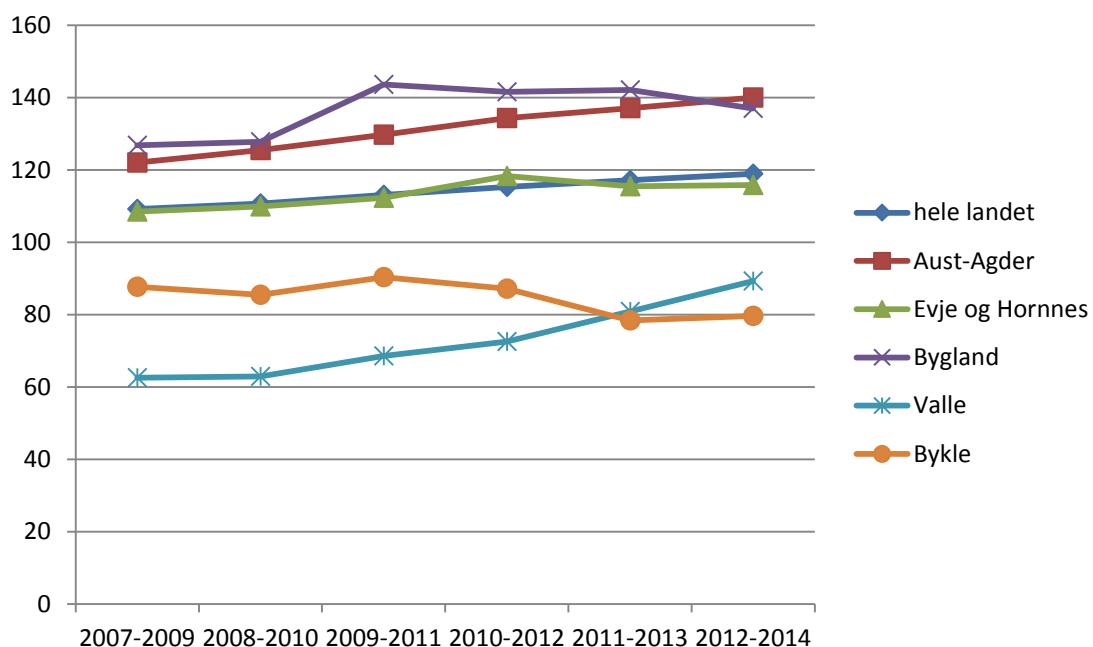
Figur 61: Tal per.1000 innbyggjarar (45-74 år) som brukar midlar mot Kols og astma-Kjønn samla.Noreg, fylket og Setesdalskommunane. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

#### Kommenta til figur 61:

Bykle og Valle har lågare tal på legemiddelbruksarar KOLS og astma enn landet og Aust-Agder. Det har vore ein svak stigning i landet, fylket og i Bykle dersom ein ser på kjønn samla.

Legemiddelbruk kan ikkje sjåast på som synonymt med førekomst, men kan vere ein indikator på sjukdomsførekomst i befolkninga.

## Kols og astma legemiddelbrukarar 45-74 år, kvinner per 1000, standardisert.

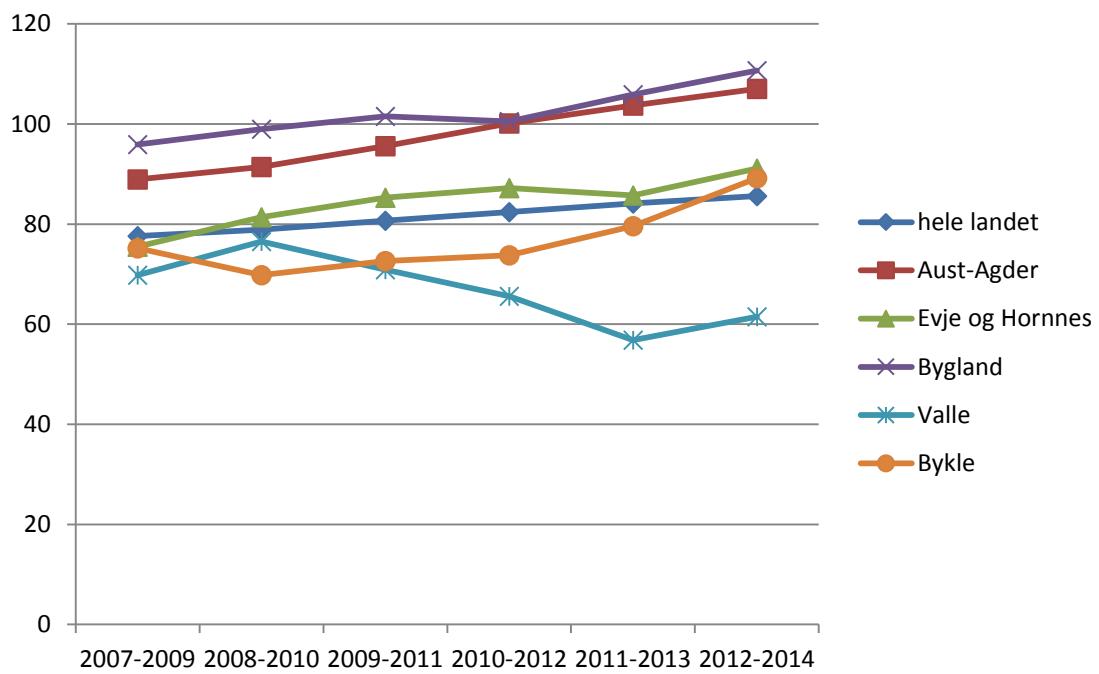


Figur 62 : Tal kvinner per.1000 innbyggjarar (45-74 år), som brukar midlar mot Kols og astma-kjønn samla.Noreg, fylket og Setesdalskommunane. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

### Kommentar til figur 62:

Bykle har ligget rimeleg stabilt når det gjeld legemiddelbrukarar for Astma og KOLS, men det er likevel viktig å ha fokus på KOLS. Kvinner synast å vere være meir sårbare for skadelege effektar på lungene av tobakksrøyking og utviklar lettare alvorlege grader av Kols på grunn av tobakkrøyking i ung alder. Førekomsten vi ser av KOLS i dag er resultat av røyking over lang tid, 20-30 år, avhengig av tal pakkeår med røyk ( 1 pakkeår = 20 sigaretter dagsleg i eit år). Det er mogleg at ein vil sjå ei svak auke i KOLS blant kvinner i Bykle dei neste tiåra, i samsvar med det ein forventar i landet og fylket.

## Kols og astma legemiddelbrukarar menn, 45-74 år per 1000, standardisert.



Figur 63:Tal menn per.1000 innbyggjarar (45-74 år) som brukar midlar mot Kols og astma.Kjønn samla. Noreg, fylket og Setesdalskommunane. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank

### Kommentar til figur 63:

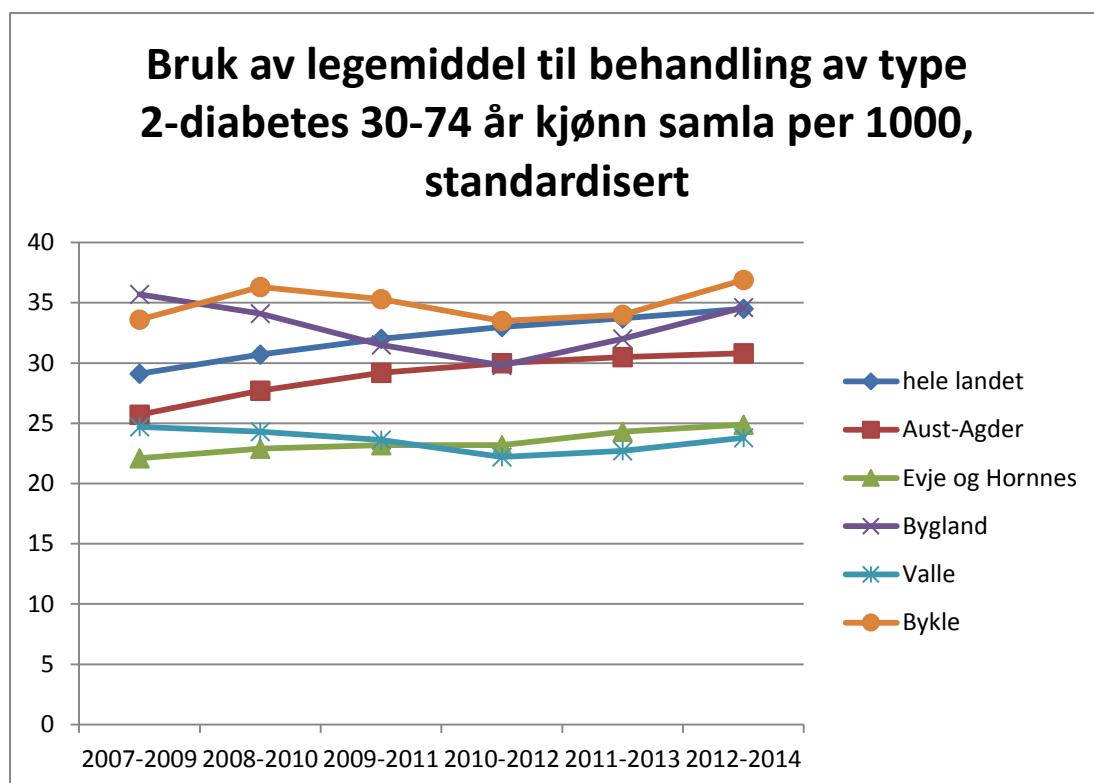
Det har i perioden 2007 – 2014 vore ei auke blant menn som brukar legemiddel for Kols og astma i Bykle. Bykle ligg om lag på landsgjennomsnittet mens nabokommunen Valle ligg om lag 25 % lågare enn landet, og Bygland 29 % over landsgjennomsnittet. .

## 7.8 Utfordringsbilete KOLS og astma

Stor årvåkenheit om kols bør etablerast blant ålmenta og i helsetenesta. Røykestopp er det viktigaste tiltaket for å hindre kols (og astma). Det er ein sosial skjeivheit i førekost og førebyggjing av kols, og helsepersonell må ha merksemd på dette og utvikle strategiar for å nå lågare sosioøkonomiske grupper. Skulane må ha fokus på røyking hos barn og unge og nytte evidensbaserte program for å hindre at barn og unge byrjar å røyke. Det er viktig å skjerma barn,unge og vaksne mot passiv røyk t.d. gjennom røykelova og førebyggjande tiltak i helsestasjon og barnehage.

## 7.9 Diabetes

Diabetes er ein av dei store folkesjukdomane, og er forbundet med alvorlege komplikasjonar. I Noreg anslås at om lag 4 % av befolkninga har diabetes. Type 1- og type 2-diabetes er de to vanlegaste formane. Type 2-diabetes er betydeleg hyppigere enn type 1-diabetes. Type 1-diabetes er den vanlegaste formen for diabetes blant barn, men oppstår også hos vaksne. Personar med type 1- og type 2-diabetes har auka dødeligheit og risiko for seinkomplikasjonar frå hjarte- og karsystemet, nyrar, auga og nerver. Komplikasjonar kan i stor grad førebyggjast ved god behandling (Helsedirektoratet, 2009). I følgje Helsedirektoratet gir overvekt, fedme og inaktivitet auka risiko for type 2-diabetes. *Diabetes type 2 er mogeleg å førebyggje. WHO har anslått at 90 prosent av tilfella kan førebyggjast ved endring i kosthald, fysisk aktivitet og røykevanar.*



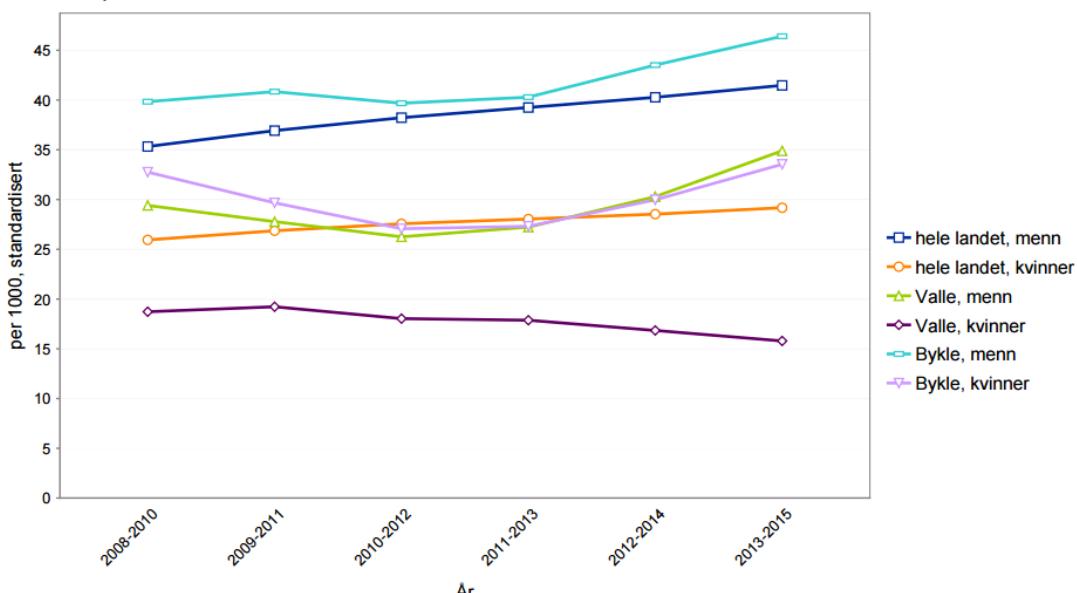
Figur 64 : Brukarar av legemidlar utlevert på resept til personar 30-74 år. Brukarar vert definert som personar som har henta ut minst ein resept i kalenderåret. Dersom ein brukar henter ut fleire reseptar på same legemiddel tellast vedkomande som brukar berre ein gong. Statistikken viser 3 års glidande gjennomsnitt. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank

#### Kommentar til figur 64:

Bykle skil seg ikkje statistisk signifikant frå landsgjennomsnittet når det gjeld førekomenst av diabetes type 2 kjønn samla. Det har vore ei lett auke i tal legemiddelbrukarar mot diabetes type II i Bykle i perioden 2007-2014.

Valle ligg i perioden 2012-2014 om lag 30 % lågare enn landet kjønn samla når det gjeld legemiddel for diabetes type 2. Ein skal likevel vere klår over at det er mange som har diabetes type 2 utan å vere klår over det. Einskilde undersøkingar antyder at for kvar 100 pasientar med kjent diabetes, kan det være mellom 50 og 100 med uoppdaga diabetes i befolkninga, men metodeproblemer gjer det vanskeleg å anslå eit sikkert tal (Hutchinson et al, 2012; Smith, 2007; Stene et al, 2004).

## Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år) - per 1000, standardisert



Figur 65: Brukarar av legemidlar utlevert på resept til personar 30-74 år. Brukarar vert definert som personar som har hentat ut minst ein resept i kalenderåret. Dersom ein brukar henter ut fleire reseptar på same legemiddel tellast vedkomande som brukar berre ein gong. Statistikken viser 3 års glidande gjennomsnitt. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank

### Kommentar til figur 65:

Kvinner og menn i Bykle skil seg ikkje statistisk signifikantr frå landsgjennomsnittet når det gjeld diabetes type 2. Dersom ein samanlikner med nabokommunen ser ein blant anna at menn i Valle ligg om lag 25 % under landsgjennomsnittet for menn, og kvinner hele 40 % under landsgjennomsnittet for kvinner. ( 2012-2014). Tala er rimeleg robuste då det her er snakk om trender.

## 7.10 Utfordringsbilete diabetes type 2

Sjølv om kommunen ligg relativt godt an når det gjeld diabetes type 2 må førebyggjingstrykket oppretthaldast. Diabetes type 2 er ein sjukdom det er mogleg å førebyggje. Det er og ein sosial gradient når det gjeld førekomenst av diabetes type 2. Den sosiale gradienten synast å vere sterkare for kvinner enn for menn.

Fastlegane må systematisk nytte vegglear for førebyggjing, behandling og diagnostikk av diabetes IS -1674, og tiltak for å førebygge overvekt, fedme og inaktivitet må vere eit viktig fokus både i barnehage, grunnskule, vidaregående skule og helsestasjon og i kommunen som heilskap.. Først og fremst vert det viktig å fokusere på dei inaktive, anten det er barn, unge eller vaksne.

Universelle tiltak som gang og sykkelveg til skulane og skulemåltid i grunnskulen og ungdomsskulen er døme på universelle, strukturelle tiltak på samfunnsnivå som kan medverke til reduksjon i overvekt og mogleggjere at fleire får gode levevanar.

For dei som allereie er blitt sjuke har felles helseteneste i Bykle og Valle fått spesialutdanna diabetesjukepleiarar. Tidleg diabetes type 2 kan reverserast med vekttap og trenings.

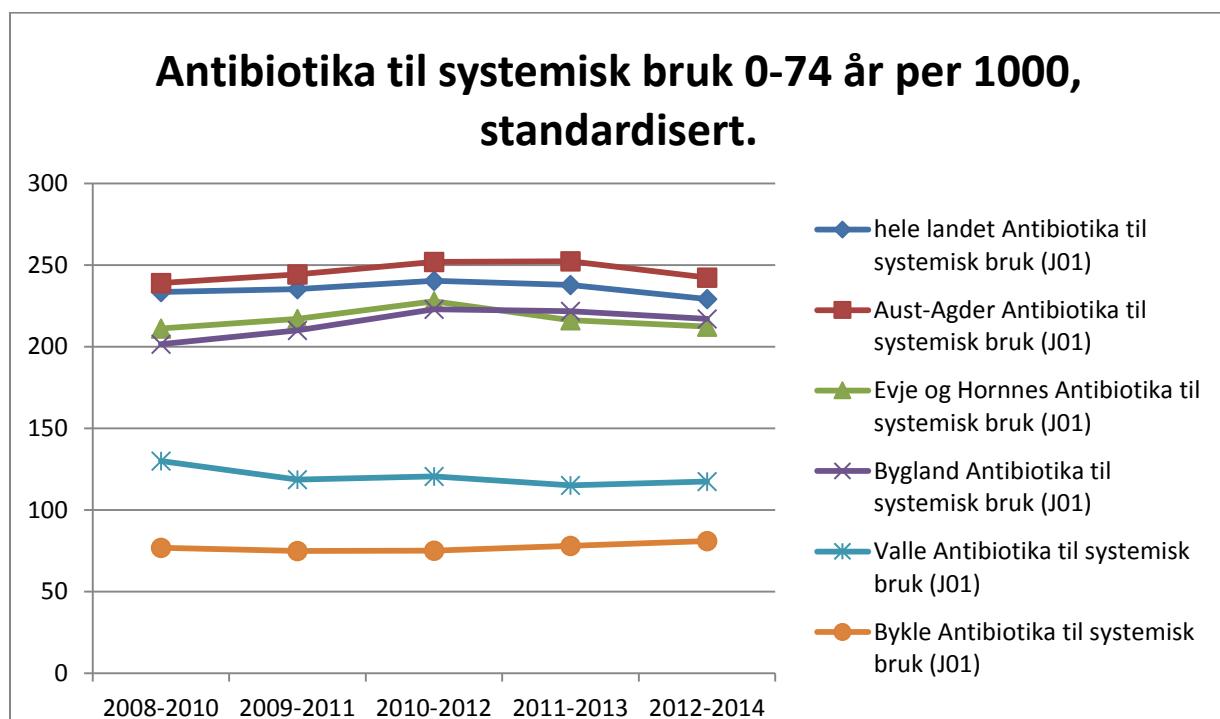
## 7.11 Smittsame sjukdommar

Til langt utpå 1900-tallet var epidemiar og infeksjonssjukdomar dei dominerande folkesjukdomane i Noreg. Det er særleg fire forhold som har bidratt til at infeksjonar har blitt eit mindre folkehelseproblem:

- Høgare levestandard med innføring av moderne kloakksystemer, trygg drikkevassforsyning, betre ernæring og betre bustadar kor folk ikkje bur så trangt.
- Generelt hygienearbeid
- Vaksinar
- Antibiotika og andre antimikrobielle midler .

Situasjonen kan imidlertid endre seg raskt. Auka smittepress gjennom internasjonal handel med matvarer og dyr, migrasjon og reising kan få konsekvensar for folkehelsa også i Noreg.

Eit spesielt trekk ved situasjonen i Noreg er at personar smitta før innvandring til Noreg utgjer ein større andel av dei som lever med enkelte kroniske infeksjoner som hiv infeksjon, tuberkulose og hepatitt B enn ein ser i andre europeiske land



Figur 66: Brukara av antibiotika til systemisk bruk utlevert på resept til personar 0-74 år. Brukarar vert definert som personar som har henta ut minst ein resept i kalenderåret. Dersom ein brukar henter ut fleire reseptar på same legemiddel tellast vedkomande som brukar berre ein gong. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

#### Kommentar til figur 66:

Bykle og Vallehar langt lågare bruk av antibiotika enn landet og fylket. Forbruk av antibiotika kan ikkje vere å sjå på som synonymt med sjukdomsførekost, men kan vere ein indikator på førekost av smittsame sjukdomar i befolkninga. Om lag 80 prosent av all forskrivning av antibiotika til humant bruk skjer i allmennpraksis, 5 prosent skjer hos tannlege, 6 prosent i sykehjem og 9 prosent i sjukehus. Det er eit nasjonalt mål å redusere bruken av antibiotika i befolkninga med 30 prosent innan 2020 samanlikna med 2012.

Høg vaksinasjonsdekning, godt smittevern og effektivt overvåkingssystem er fortsatt viktig for å halde infeksjonssjukdomane nede og under kontroll.. Både i Valle og Bykle er legane svært restriktive med bruk av antibiotika, og nyttar «Nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk».

Resistens ( motstandsdyktigheit) er eit aukande problem i Noreg, og fornuftig bruk av antibiotika er eit verkemiddel for å hindre dette.

### **7.13 Psykisk helse hos vaksne:**

Noreg er på verdenstoppen når det gjeld livskvalitet og lykke, men psykisk helse er likevel eit av våre største folkehelseproblem.

Norske og internasjonale studier viser at 30-50 prosent av den vaksne befolkninga vil få ein psykisk lidning i løpet av livet (Kessler, 2005a, Mykletun, 2009).

- 30 prosent får en angstlidelse. Hyppigst er spesifikk fobi og sosial fobi.
- 25 prosent får en stemningslidelse (hovedsakelig depresjon).
- 10-20 prosent får en ruslidelse.
- Rundt 1-2 prosent får schizofreni eller en annen psykoselidelse
- Psykiske lidingar og ruslidingar opptrer ofte samstundes
- Vi veit lite om enkeltårsakar til psykiske lidingar men både genetiske og miljømessige faktorar spelar inn.

**Psykiske plagar** omfattar symptomar som i betydeleg grad går ut over trivsel, daglege gjeremål og samvær med andre, utan at kriteriane for ein diagnose er tilfredstilt.

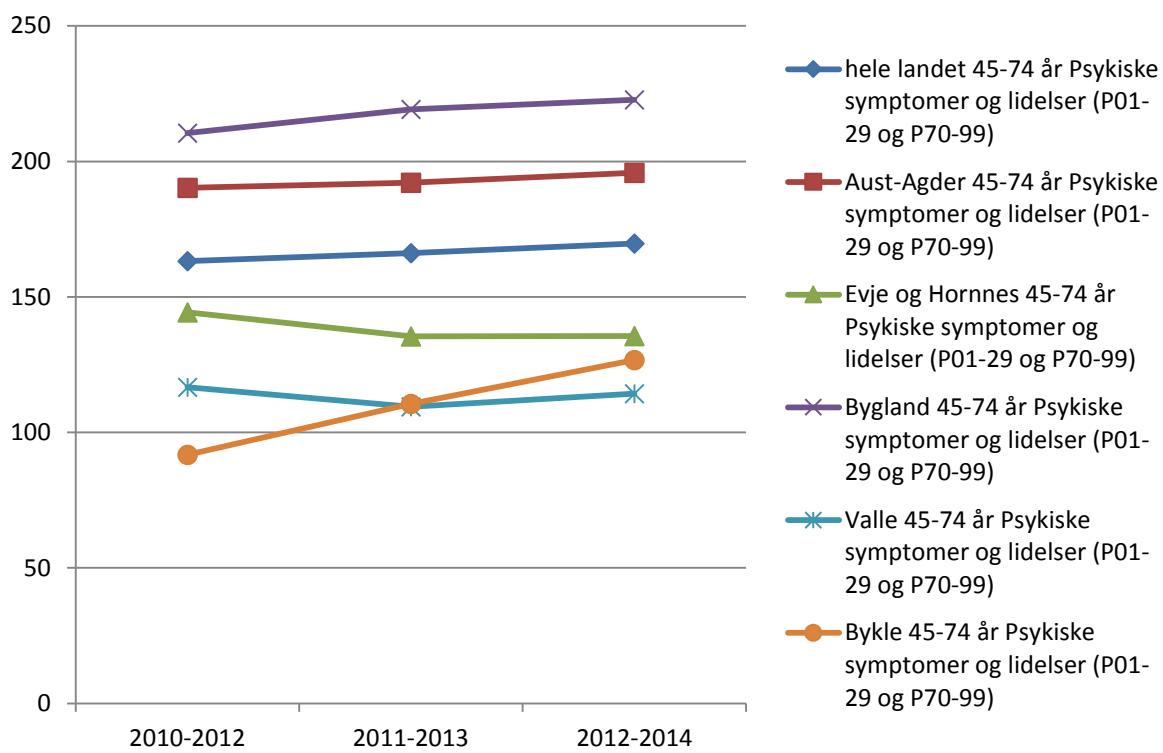
**Psykiske lidingar** omfattar symptombelastninger som er så omfattande at det kvalifiserar til ein diagnose.



#### *Psykisk helse*

*Det handler om tankene og følelsene dine, og om hvordan du egentlig har det. Absolutt alle har perioder i livet hvor ting er vanskeligere enn vanlig, eller man er urolig og rastløs. Man kan for eksempel i perioder bli ekstra trist, deprimert eller aggressiv. Eller man kan bli veldig glad og oppstemt. Men først når problemene føles veldig store og tunge, de varer over flere uker eller måneder, og du ikke klarer eller orker å gjøre det du pleier, kaller vi det en psykisk lidelse.*

## Psykiske symptom og lidingar 45-74 år, per 1000, standardisert.



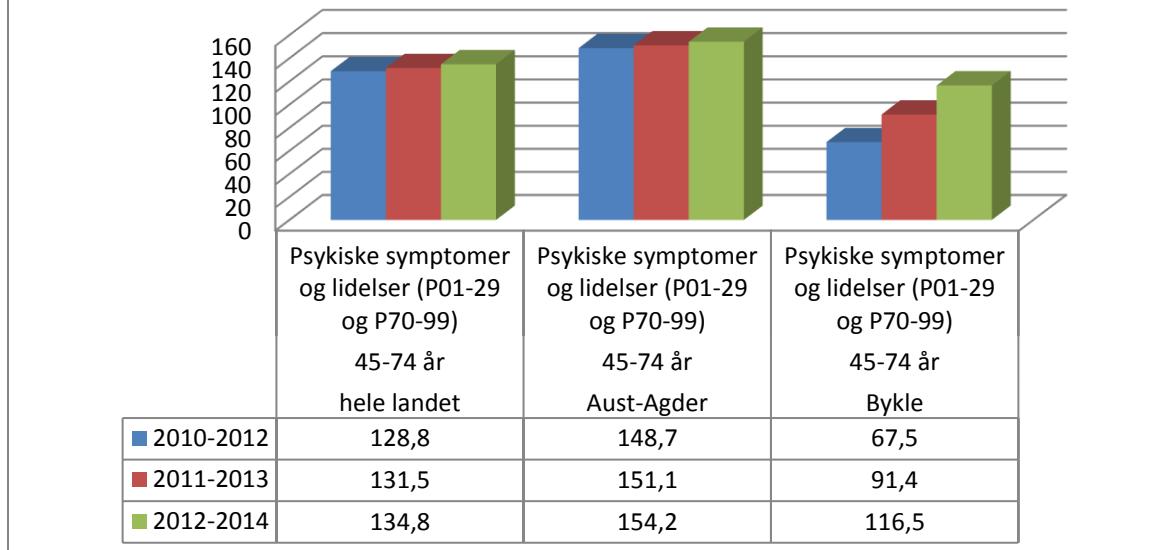
*Figur 67 :Tal unike personar, 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt på grunn av psykiske symptom og lidingar per 1000 innbyggjarar per år. Dersom ein person har vore i kontakt med fastlege eller legevakt fleire gonger i løpet av kalenderåret med same sjukdom/ liding, tellast vedkomande kun ein gong. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.*

### Kommentar figur 67:

Bykle har for aldersgruppa 45-74 år lågare tal på brukarar kjønn samla i primærhelsetenesta når det gjeld psykiske symptom og lidingar samanlikna med landet, fylket, og dei andre Setesdalskommunane med unntak av Valle. Likevel er det ein trend at stadig fleire i denne aldersgruppa i Bykle tek kontakt på grunn av psykiske lidingar og symptom.

Helsetenesta i Bykle og Valle fekk psykolog i 100 % stilling frå 2015, noko som er eit sterkt tilrådd tiltak frå sentrale styresmakter for å hjelpe menneske med psykiske lidingar. Eigen rapport frå psykolog i helsetenesta i Bykle og Valle ligg som vedlegg til denne oversikta. Psykisk helse og rustenesta i kommunen har om lag 40 % av brukarane registrert hos fastlege/ legevakt med psykiske problem og lidingar til behandling. I tillegg kjem om lag 40 % av pasientgrunnlaget i psykisk helse og rustenesta frå brukarar som tek direkte kontakt (lågterskeltilbod). *Det betyr at ein ikkje får heilt reelle tal for omfanget av psykiske symptom og lidingar i befolkninga ved kun å sjå på tal frå fastlege eller legevakt.*

## Pasienter i primærhelsetenesta, menn 45-74 år, psykiske lidningar og symptom per 1000 standardisert



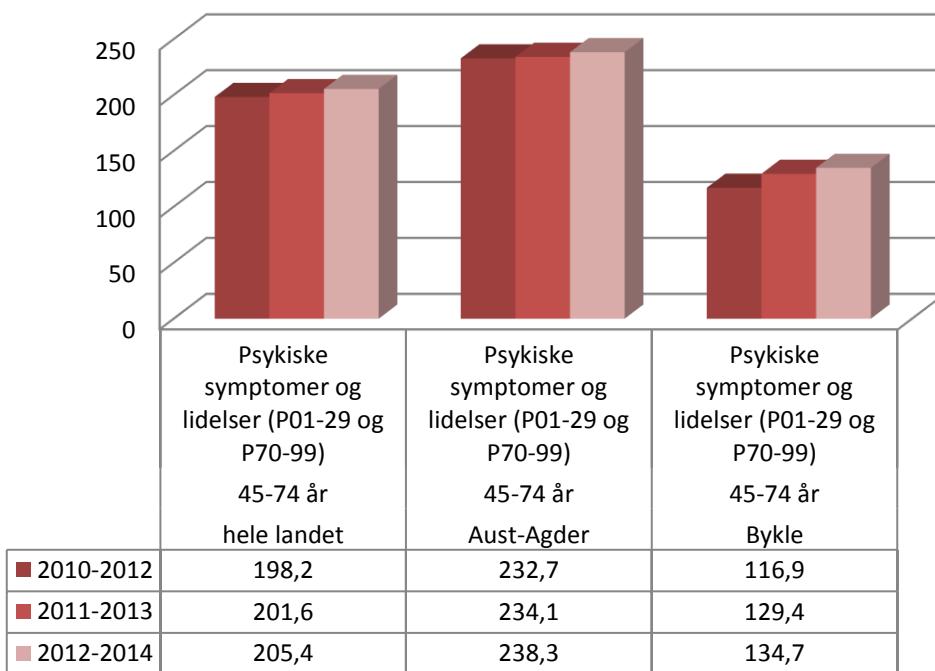
*Figur 68: Tal unike menn , 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt på grunn av psykiske symptom og lidningar per 1000 innbyggjarar per år. Dersom ein person har vore i kontakt med fastlege eller legevakt fleire gonger i løpet av kalenderåret med same sjukdom/ liding, tellast vedkomande kun ein gong. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.*



Psykisk helse

*Det handler om tankene og følelsene dine, og om hvordan du egentlig har det. Absolutt alle har perioder i livet hvor ting er vanskeligere enn vanlig, eller man er urolig og rastløs. Man kan for eksempel i perioder bli ekstra trist, deprimert eller aggressiv. Eller man kan bli veldig glad og oppstemt. Men først når problemene føles veldig store og tunge, de varer over flere uker eller måneder, og du ikke klarer eller orker å gjøre det du pleier, kaller vi det en psykisk lidelse.*

## Pasientar i primærhelsetenesta kvinner 45-74 år - psykiske symptom og lidingar per 1000, standardisert.



*Figur 69:Tal unike kvinner , 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt på grunn av psykiske symptom og lidingar per 1000 innbyggjarar per år. Dersom ein person har vore i kontakt med fastlege eller legevakt fleire gonger i løpet av kalenderåret med same sjukdom/ liding, tellast vedkomande kun ein gong. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank*

### Kommentar figur 68 og 69:

Både menn og kvinner i Bykle i aldersgruppa 45-74 år, har mindre kontakt med fastlege på grunn av psykisk symptom og lidingar enn landet og fylket, men medan tala for landet er rimelig stabile i den perioden vi har tal for, ser ein likevel ei svak auke blant menn i Bykle.

### 7.14 Utfordringsbilete psykisk helse hos vaksne

Psykiske lidingar har antakeleg fleire hundre risikofaktorar. Rundt halvparten av oss vil verte råka i løpet av livet, og mange årsaker vil ikkje kunne førebyggjast. Men nokre risikofaktorar angår mange, og kan førebyggjast:

- Låg sosioøkonomisk status.
- Tilgjenge på alkohol
- Utestengning frå arbeidslivet
- Depresjon hos mødre
- Mobbing

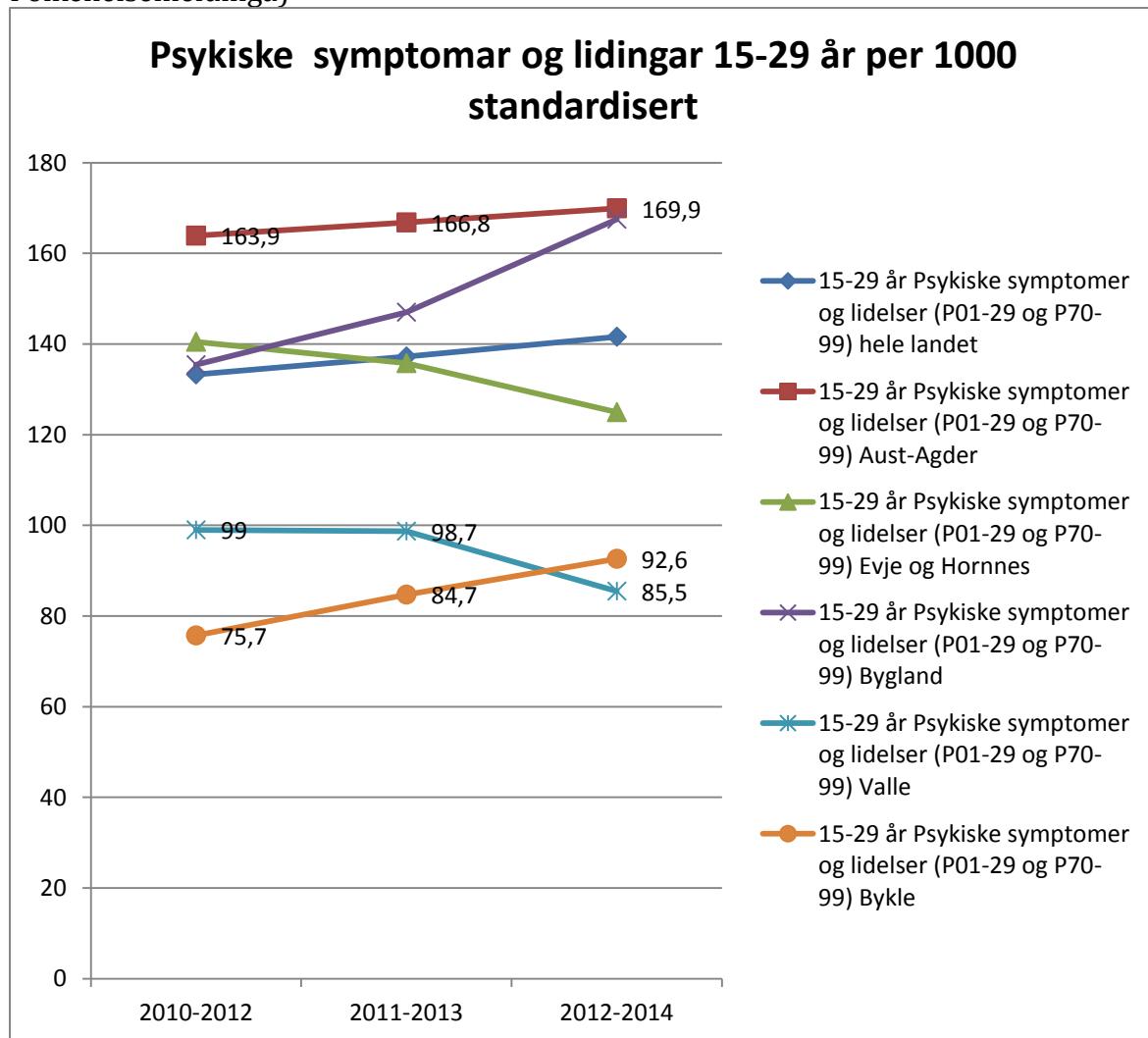
## 7.15 Psykisk helse hos barn og unge

Psykiske plagar og lidingar er eit stort helseproblem hos barn og unge i Noreg i dag. Til einkvar tid rekner vi med at:

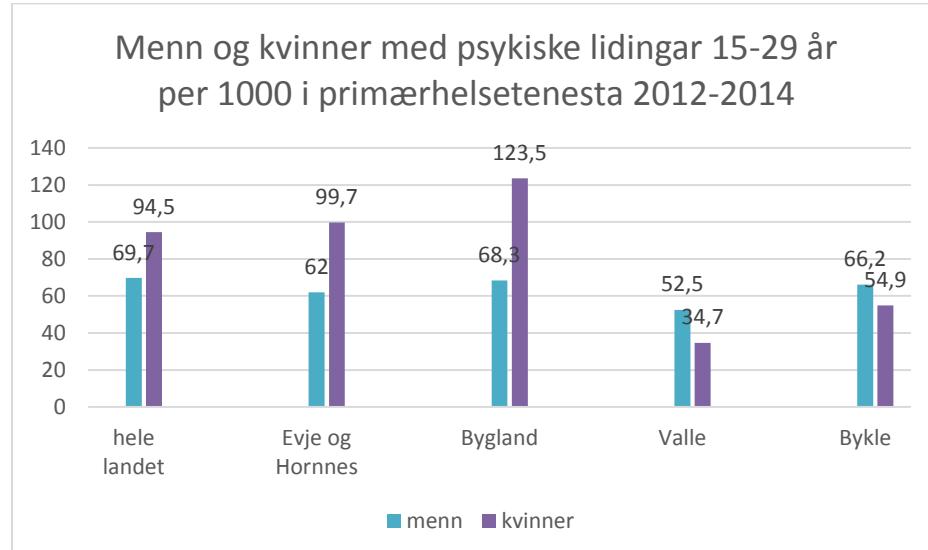
15-20 prosent av barn og unge mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon og åtferdsproblem.

Omlag åtte prosent av barn og unge har så alvorlege problemer at det tilfredsstiller kriteriane til ei psykisk liding (Heiervang, 2007, Wichstrøm, 2012, Mykletun, 2009). Personar med psykiske vanskar i barne- eller ungdomsåra har auka risiko for å oppleve psykiske plagar og psykiske lidingar seinare i livet.

Komplikasjonar i svangerskap og fødsel, mishandling og traumer i barndom, samt seinare faktorar, slik som mobbing, tapsopplevinger og bruk av rusmidler, kan auke risiko for både utbrot og tilbakefall av psykiske lidingar. Blant unge er det jamt fordelt mellom kjønna, men etter puberteten er fleire jenter plaga med angst og depresjonar, og gutter med aukande åtferdsproblem. Einsemde er mest utbreidd blant yngre menneske mellom 18-29 år, og skuldast ofte låg sjølvkjensle. (St.meld.nr 34, 2012-2013, Folkehelsemeldinga)



*Figur 70: Tal unike personar, kjønn samla, 15-29 år i kontakt med fastlege eller legevakt på grunn av psykiske symptom og lidingar per 1000 innbyggere per år. Dersom ein person har vore i kontakt med fastlege eller legevakt fleire gonger i løpet av kalenderåret med same sjukdom/ liding, tellast vedkomande berre ein gong. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.*



*Figur 71: Tal unike personar, menn og kvinner, 15-29 år i kontakt med fastlege eller legevakt på grunn av psykiske symptom og lidingar per 1000 innbyggere per år. Dersom ein person har vore i kontakt med fastlege eller legevakt fleire gonger i løpet av kalenderåret med same sjukdom/ liding, tellast vedkomande berre ein gong. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank*

#### Kommentar figur 70 og 71:

Bykle har i aldersgruppa 15-29 års signifikant lågare tal menn og kvinner som brukar primærhelsetenesta når det gjeld psykiske symptom og lidingar samanlikna med Noreg og Aust Agder. I Valle og Bykle er talet på kvinner og menn 15-29 år som er brukarar i primærhelsetenesta på grunn av psykiske symptom eller lidingar *nokså likt fordelt*, mens det i landet og Aust Agder er ein relativ over representasjon av kvinner.

*Tala seier lite om prevalens av psykiske symptom og lidingar i kommunane i aldersgruppa, tala syner tal unike personar 15-29 år som har vore i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggjarar per år.*

Sjå elles statistikk frå Psykisk helse og rustenesta i Bykle og Valle som ligg som vedlegg til denne oversikta. Sjølv om ein ser ei lita auke i psykiske symptom og lidingar i perioden vi har tal for her, er det likevel usikkert om det substansielt er meir problem, eller om det skuldast meir openheit og lågare terskel for å rapportere om psykiske plagar.

## 7.16 Utfordringsbilete psykisk helse hos barn og unge

Folkehelseinstituttet har i rapporten : "Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger" laga ein oversikt over evidensbasera tiltak for å fremje barn og unges psykiske helse :

<https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-føre-var---psykisk-helse-hels/>

Særlege viktige satningsområder for å førebyggje psykiske helse hos barn og unge er:

- *Styrking av foreldreferdigheter:* Mangelfulle foreldreferdigheter og særleg utfordrande foreldreoppgåver er risikofaktorar for seinare psykiske problemer hos barnet. *Programmer som styrkjer foreldreferdigheter bør tilbys alle familiar med førskulebarn.* Særleg viktig er det å gjennomføre programmer for å identifisere og hjelpe familiar som vert utsett for mange belastninger og familiar der det er barn med funksjonshemminger eller byrjande symptomutvikling. . Helsestasjon, barnehage og skule er sentrale arenaer kor det kan arbeidast med universelle, grupperetta, familiarretta og individuelt retta tiltak.
- *Høgkvalitetsbarnehagar:* Barnehagar av høg kvalitet har ei rekke psykisk helsefremjande effektar for dei fleste barn. Alle førskulebarn bør ha tilbod om ein lett tilgjengeleg, økonomisk overkommeleg barnehage av høg kvalitet.
- *Heimebesøk til førskulebarn:* Mishandling/vold og overgrep mot barn er ein sterkt risikofaktor for seinare psykiske problemer og mangefull kognitiv utvikling. Heimebesøksprogrammer for å identifisere barn som vert mishandla og redusering av dette problemet bør iverksetjast i kommunen.
- *Helsefremjande skular:* Ein helsefremjande skule er kjenneteikna ved eit miljø kor elevane ikkje vert mobba, kor dei er ein del av eit felleskap med jevnaldrande og kor dei opplever å meistre skulearbeidet. Mobbing er ein sterkt risikofaktor for psykiske problem hjå barn og unge. Anti mobbeprogram og program mot åtfersproblemer har god effekt dersom dei vert implementert i skulen og er ein del av den daglege verkemda. Skulane i Bykle har som fokus rausheit og inkludering.

Høgskulen i Oslo og Akershus ga våren 2016 ut rapporten: Psykiske helseplager blant ungdom-tidstrender og samfunnsmessige forklaringar:

<http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjonar/Notat/2016/Psykiske-helseplager-blant-ungdom-tidstrender-og-samfunnsmessige-forklaringer>

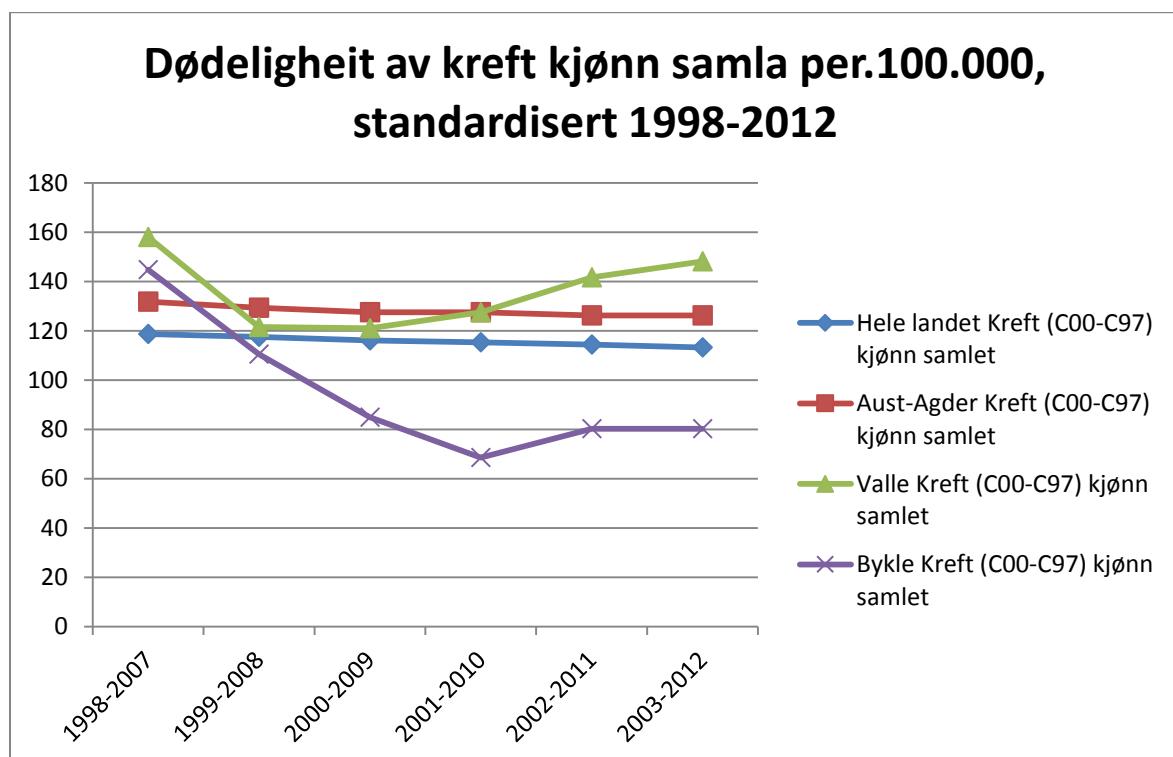
Rapporten gir eit oppdatert bilet av kva forsking frå dei siste tiåra fortel om endringer i omfanget av psykiske plager blant ungdom.

## 7.17 Kreft

Kreft er ein av våre største folkesjukdomar. Kreftdødeleiken generelt sett har endra seg lite frå 1950 til i dag - når vi ser på tal dødsfall per 100 000 innbyggjarar og korrigerer for auka levealder. Kreftførekomensten har derimot auka. Ei årsak til dette er mellom anna ei eldre befolkning. Jo eldre vi vert, jo større er risikoen for at vi får ein kreftsjukdom i løpet av livet. Omtrent åtte av ti krefttilfelle oppstår i aldersgruppa over 55 år. Det er dessutan større sosioøkonomiske forskjellar i kreftdødeleiken i dag enn for 40 år sidan, særleg gjeld det lungekreft. Målt i antal dødsfall og sjukdomsbelastning er kreft ein av våre største folkesjukdommar (FHI).

Kreft er ikkje éin enkelt sjukdom, men ei fellesbetegnelse for ein rekke sjukdomar som kan ha forskjellige risikofaktorar og ulik sjukdomsutvikling. Det tek ofte lang tid frå eksponering til ein utviklar kreft, og mange faktorar kan difor medverke til at sjukdomen oppstår.

Av alle kreftdødsfall i Norge i 2009, sto prostatakreft, brystkreft, lungekreft og tykk- og endetarmskreft for halvparten av alle dødsfall [12]. Lungekreft og prostatakreft sto alene for 46% av alle kreft dødsfall blant menn, mens lungekreft og brystkreft lå bak 30% av kreftdødsfallene hos kvinner

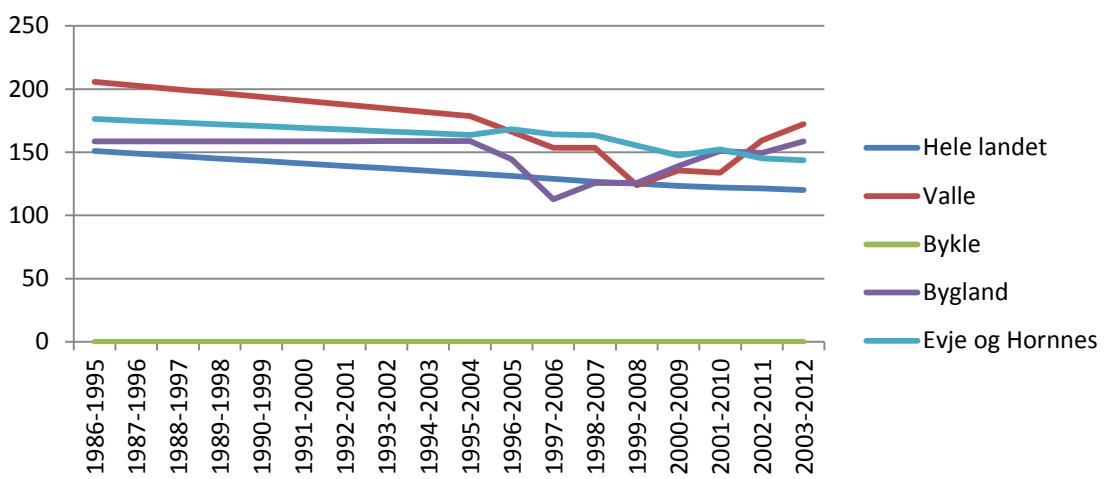


Figur 72: Tal døde i aldersgruppa 0-74 år, kjønn samla per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidande gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappande 10-årsperiodar). Kjelde Kommunehelsa statistikkbank

#### Kommentar til figur 72:

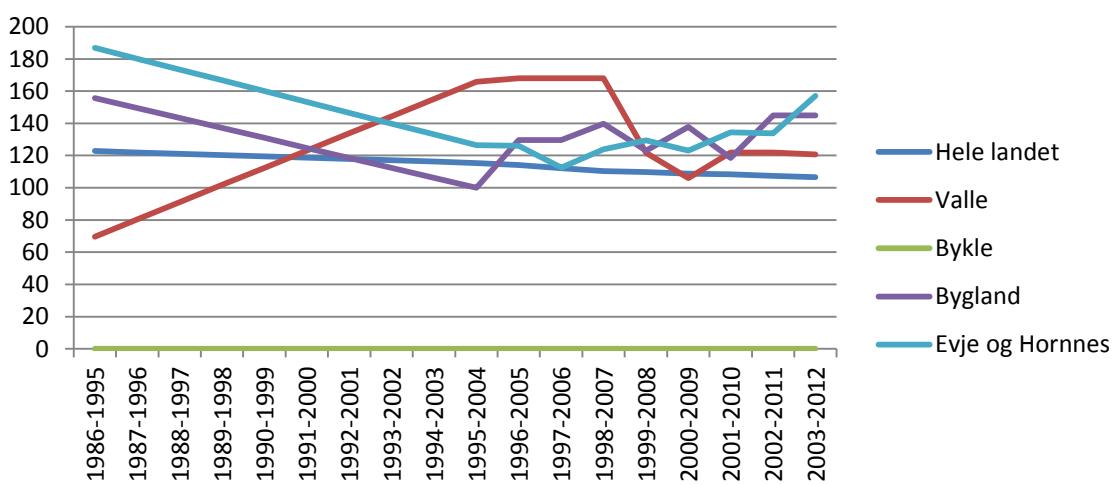
Bykle har hatt eit markert fall i antal krefttilfeller frå perioden vi har tal for 1998-2012. Det er små tal, og det aukar det statistiske usikkerheita.

## Dødelighet av kreft menn, 0-74 år per 100 000 innbyggere - utvikling



Figur 73: Tal døde i aldersgruppa 0-74 år, menn per.100.000 per år, alders og kjønnstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

## Dødelighet av kreft, kvinner 0-74 år pr 100 000 innbyggere - utvikling

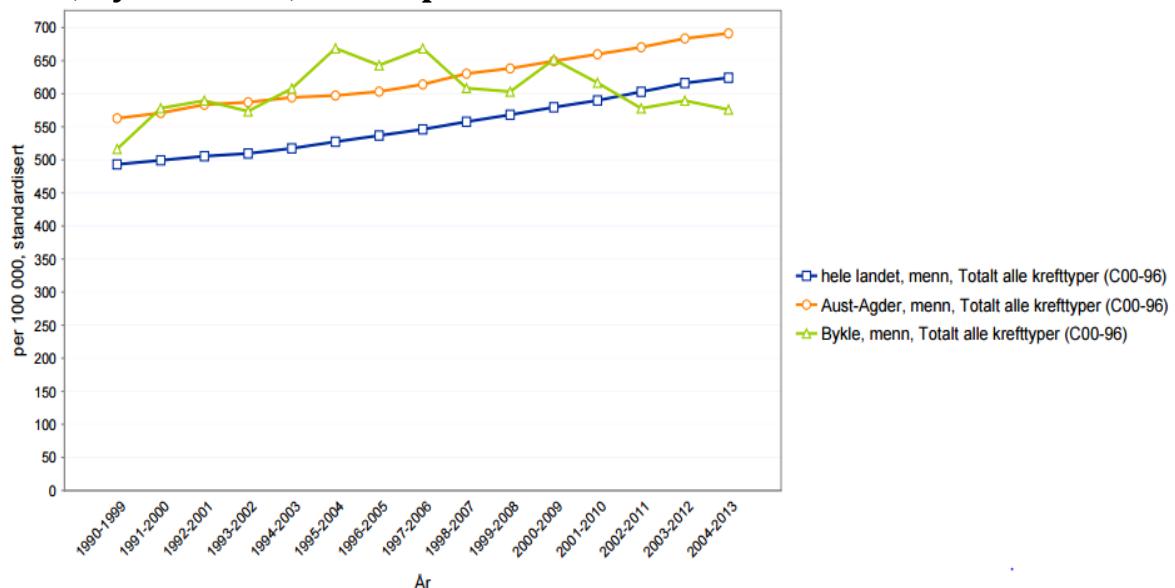


Figur 74: Tal døde i aldersgruppa 0-74 år, kvinner per.100.000 per år, alders og kjønnstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

### Kommentar til figur 73 og 74 :

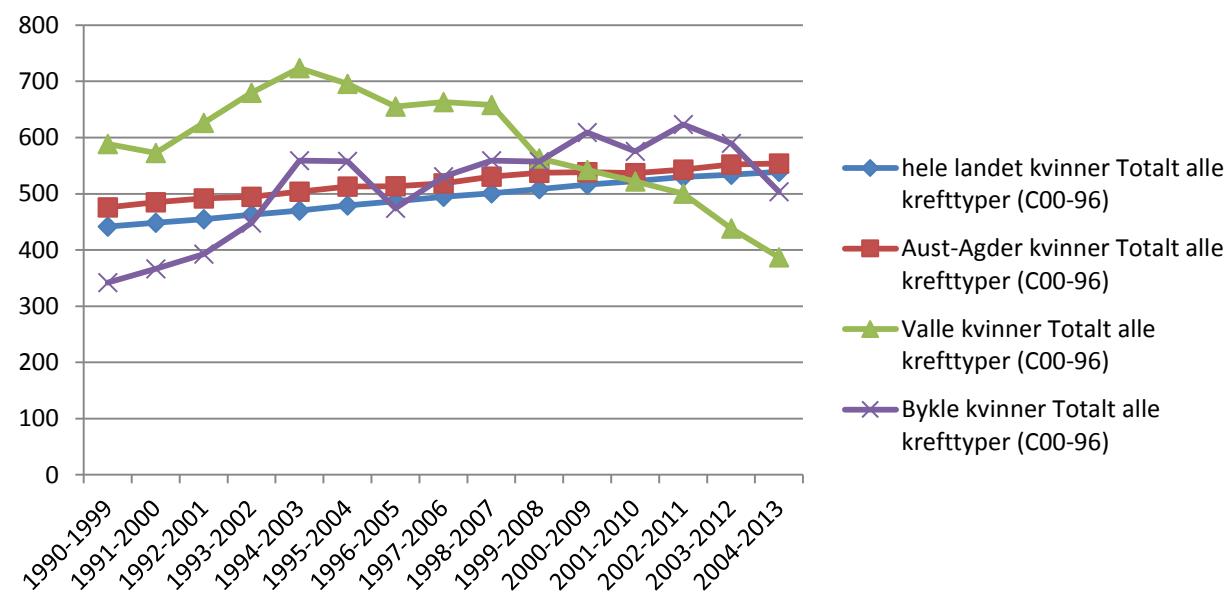
Vi har ikke tal for kreftdødelighet for kvinner og menn i Bykle, berre samla dødelighet for begge kjønn.

## Kreft, nye tilfeller, menn per 100.000 standardisert



Figur 75: Kreft, nye tilfeller, menn alle aldrar per 100.000 per år, alders og kjønnsstandardisert. 10 – årige glidande gjennomsnitt. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

## Kreft, nye tilfeller, kvinner per.100.000 standardisert



Figur 76: Nye krefttilfeller i Noreg, Aust- Agder, Valle og Bykle, kvinner alle aldrar pr.100.000 innbyggjarar pr.år, alders og kjønnsstandardisert. 10-årige glidande gjennomsnitt. Kjelde: Kommunehelsa statistikkbank.

**Kommentar til figur 75 og 76:**

Både kvinner og menn i Bykle ligg om lag på landsgjennomsnittet når det gjeld nye tilfeller av kreft, dersom ein ser heile perioden vi har tal for samla. **Det er sosioøkonomiske forskjellar i førekost og dødeligheit: Om lag 20 prosent av kreftdødsfalla blant menn og 30 prosent blant kvinner ville vært unngått dersom alle hadde hatt same dødeligheit som det gruppen med høgare universitetsutdanning har (Elstad, 2006).**

## 7.18 Utfordringsbilete kreft

Vi kan forvente ei auke i tal personar som får kreft hovudsakeleg på grunn av aukande andel eldre blant innbyggjarane.

- Kreft hos eldre over 70 år vil bidra til meir enn halvparten av auken i kreftførekost hos menn, og nesten halvparten av auken hos kvinner .
- Tal nye tilfeller av kreft per 1000 innbyggjarar (insidens) aldersjustert, forventast å flate ut, dersom dagens trender fortsetter .
- Tal personar som lever etter å ha fått ein kreftdiagnose ( prevalens) forventast å auke

*Kosthald, fysisk aktivitet, røyke- og alkoholvaner er faktorar som har betyding for kreftførekosten. Om lag eit av tre krefttilfelle heng saman med levevaner. Ei endring i befolkninga sine levevaner har difor eit stort potensiale til å redusere risikoen for å utvikle kreft*

## **Konklusjon og tilråding :**

Folkehelseoversikten for Bykle kommune er laga på bakgrunn av tilgjengeleg statistikk, og bidrag frå skulane, kultur, og kommuneplanleggjar. Folkehelsekoordinator gjekk ut av stillinga på nyåret 2016. Ny folkehelsekoordinator er no tilsett, og han vil ta tak i 4 nokre av utfordringane som er identifisert i samband med utarbeiding av folkehelseoversikten: Kunnskap og kompetanse om folkehelsearbeid *i kommunen*, organisering av folkehelsearbeidet , ressursar og medverknad.

Med Folkehelseoversikten som grunnlag skal det utarbeidast eit samla utfordringsbilete folkehelse i Bykle kommune.

Utfordringsbiletet skal nyttast i arbeidet med ny Kommuneplan for Bykle.