



LINDÅS KOMMUNE

HELSETILSTAND OG PÅVERKNADSFAKTORAR

Oversiktsdokument jamfør
Lov om folkehelsearbeid § 5

Mars 2016



Ein betre kommune

LINDÅS
2019

Innhald

Innhald.....	1
Innleiing	3
Samanheng mellom helsetilstand og påverknadsfaktorar i Lindås kommune	3
1 Bakgrunn og lovgrunnlag.....	6
2 Oversikt over helsetilstand og påverknadsfaktorar i Lindås kommune	8
3 A. Befolkningssamansetting	9
3.1 Innvandring.....	11
3.1.1 Flyktningar	11
3.2 Familiestruktur i Lindås kommune	13
4 B. Oppvekst- og levekårstilhøve	13
4.1 Utdanning: barnehage – skule	14
4.1.1 Utdanning påverkar levekår og moglegheiter.....	14
4.1.2 Utdanning bidrar til utvikling av psykologiske ressursar	14
4.1.3 Samanheng mellom læring og psykisk helse.....	14
4.1.4 Utdanning i Lindås kommune.....	15
4.2 Barnehagar av høg kvalitet.....	15
4.2.1 Mobbing i barnehagar	16
4.2.2 Barnehagar i Lindås kommune	16
4.2.3 Skulen	17
4.3 Barnefattigdom	19
4.3.1 Lindås kommune	19
4.4 Arbeidsløyse	19
4.5 Uføretrygd	20
4.6 Psykisk helse	21
4.6.1 Kunnskapsgrunnlag	21
4.6.2 Lindås kommune	22
4.7 Vald.....	22
4.7.1 Kunnskapsgrunnlag	22
4.7.2 Lindås.....	23
4.8 Kosthald.....	23
4.8.1 Kunnskapsgrunnlag	23
4.8.2 Amming i Lindås	24
4.9 Fysisk aktivitet	25

4.9.1	Lindås.....	25
4.10	Sosialt nettverk.....	26
4.10.1	Kunnskapsgrunnlag	26
4.10.2	Lindås.....	26
4.11	Bustad, nærmiljø	26
4.11.1	Kunnskapsgrunnlag	26
4.12	Sosialt miljø	28
5	C. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....	29
5.1	Vasskvalitet.....	29
5.2	Avløp.....	29
6	D. Skadar og ulukker.....	29
6.1	Ulukker i landbruket.....	30
6.2	Drepne og skadde i trafikken.....	30
7	E. Helserelatert åtferd	32
7.1	Røyking	32
7.1.1	Røyking i Lindås	33
7.2	Barnevaksinasjonar	34
7.2.1	Vaksinedekning i Lindås kommune	34
8	F. Helsetilstand	35
8.1	Folkehelseprofil – Folkehelsebarometer Lindås kommune	35
8.1.1	Tolking av fargekodane	36
8.2	Forventa levealder.....	36
8.2.1	Psykiske symptom/lidingar.....	37
8.2.2	Hjarte- og karsjukdom	37
8.2.3	Diabetes type 2.....	37
8.2.4	Peiker relaterte indikatorar i den same retninga?	37
9	Vedlegg.....	39
9.1	Folkehelseprofil Lindås kommune 2015.....	39
9.2	Folkehelseprofil Lindås kommune 2016.....	39
10	Kjelder.....	40

Innleiing

Kommunen skal ha den nødvendige oversikta over helsetilstanden i befolkninga og dei positive og negative faktorane som kan verke inn på denne. Oversikta skal vere ein del av grunnlaget for arbeidet med planstrategien i kommunen. Ei drøfting av folkehelseutfordringane i kommunen bør gå inn i strategien.

Kommunen skal særleg vere merksam på trekk ved utviklinga som kan skape eller halde oppe sosiale eller helsemessige problem, eller sosial ulikskap i helse.

Kommunen skal i arbeidet sitt med kommuneplanar etter plan- og bygningslova fastsette overordna mål og strategiar for folkehelsearbeidet som er eigna til å møte dei utfordringane kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikta over helsetilstand og påverknadsfaktorar.

Samanheng mellom helsetilstand og påverknadsfaktorar i Lindås kommune

Helsa til det norske folket er jamt over god. Bak gjennomsnittstala skjuler det seg likevel store forskjellar i sjukdom og dødelegheit. Og tendensen er klar: Jo betre utdanning og økonomi, jo betre helse. Men mens låg utdanning og dårleg økonomi tidlegare gav seg utslag i svolt og epidemiar av smittsame sjukdommar, ber sjukdomsbiletet i det vestlege samfunnet i dag preg av ikkje-smittsame livsstilssjukdommar som kreft, hjarte- og karsjukdom og type 2-diabetes.

Det er høg forventa levealder i Lindås kommune og mindre sosiale forskjellar i forventa levealder enn elles i landet. Likevel ser vi høgare førekomst av hjarte- og karsjukdom, og det er fleire som bruker legemiddel mot diabetes type 2. Fleire ungdommar har psykiske symptom og lidingar enn i landet under eitt. Kvifor er det slik? Og kvifor har vi mange alvorlege trafikkulukker?

Kva faktorar kan tenkast å påverke førekomsten av hjarte- og karsjukdom og diabetes? Kan smale vegar, lite gatelys og manglande fortau gjere at for mange køyrer bil i staden for å gå og sykle? Bidrar det både til trafikkulukker og til fysisk passivitet og overvekt, som igjen har noko å seie for hjarte- og karsjukdommar og diabetes type 2? Kvifor er levealderen høg sjølv om førekomsten av diabetes type 2 og hjarte- og karsjukdom ser ut til å vere høgare enn i landet elles? Det kan tenkast at befolkninga går til lege i tide, og at sjukdom blir oppdaga tidleg nok, og rett behandling blir sett i gang av dyktige fastlegar.

Det vil vanlegvis vere mange årsaker til ein sjukdomstilstand, og det kan vere vanskeleg å vere sikker på kva som er viktigast. Bak ei årsak ligg det gjerne ei djupare årsak. Det er viktig å rette merksemda mot heile kjeda med årsaker, og her kjem gjerne språkferdigheiter, utdanning, økonomi, arbeid, familiesituasjon, nærmiljø og liknande inn.

Vi veit at det er ein samanheng mellom førekomsten av ei rekke sjukdommar og utdanningsnivå, og det er samanheng mellom utdanningsnivå og levevanar.

I Lindås kommune fullfører 81 % vidaregåande skule. Det er litt betre enn landssnittet, men er det godt nok? Lindås kommune har ein høg del innbyggjarar som berre har grunnskule som høgaste utdanning (28 %). Cirka 50 % har vidaregåande skule som høgaste utdanning. Ut frå eit folkehelseperspektiv ville det vere bra å auke innsatsen for ein god skulegang utan mobbing og truslar om vald og prøve å redusere kjensla av einsemd og depresjon og anna som kan auke risikoen for fråfall i vidaregåande skule. Utdanningsløpet byrjar i barnehagen. Kan det tenkast at barnehagar med høgare kvalitet kan bidra til at fleire fullfører vidaregåande skule med fagbrev og studiekompetanse, og at fleire går vidare etter oppnådd studiekompetanse?

Korleis unngår vi at dei som veks opp i familiar med låg inntekt, sjølve blir foreldre med låg inntekt?

Det er ikkje uvanleg med mobbing i ungdomsskulen eller på vidaregåande skule i kommunen vår. Kan dette førebyggast tidleg? Korleis kan vi sikre at små barn ikkje blir mobba i barnehagar, og at dei som ikkje er så flinke til å leike med andre barn, får det betre til og utviklar dei sosiale evnene sine? Korleis kan vi sikre at det er rett kompetanse hos dei som er saman med dei minste ungane i barnehage, skule og SFO, og at tilbodet ungane får, faktisk er individuelt tilpassa? Korleis sikrar vi kvaliteten i kommunale skular og barnehagar, og korleis gjer vi det i dei private?

Har Lindås kommune god nok oversikt over kvaliteten på drikkevatt og avløp, slik at risikoen for smittsame sjukdommar ikkje aukar?

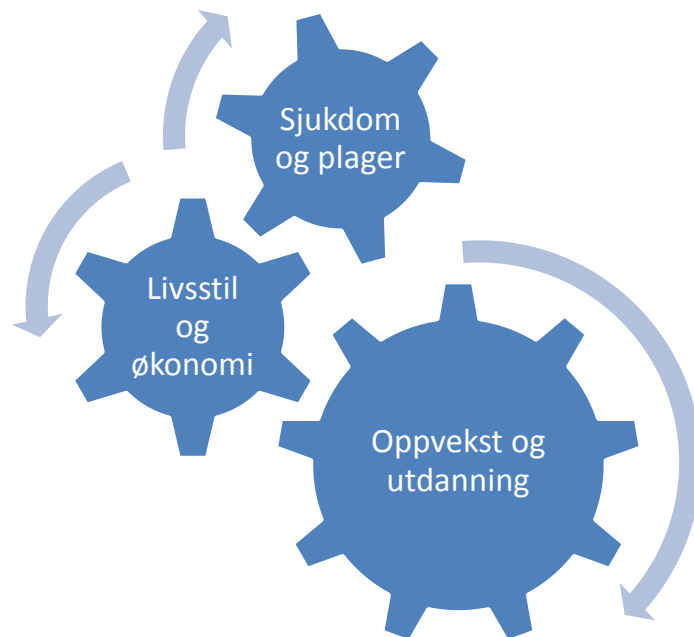
Dette dokumentet er det første i sitt slag i Lindås kommune, og det skal danne grunnlag for arbeidet med kommuneplanen. Det beskriv ikkje alle påverknadsfaktorar for helsa og heller ikkje alle sider ved helsetilstanden i

befolkninga. Dokumentet er kunnskapsbasert, og til slutt er det oppgitt kjelder der lesaren kan hente meir informasjon. Figurar og tabellar er henta frå kjeldene som er oppgitte.

Hovudintrykket etter gjennomgangen av helsetilstand og påverknadsfaktorar er at sjølv om helsetilstanden jamt over er god, har Lindås kommune to hovudutfordringar der det finst påverknadsfaktorar som kommunen rår over.

1. Blant vaksne ser vi livsstilssjukdommar som overvekt, hjarte- og karsjukdom og diabetes type 2.
2. Unge strever med psykiske plager og einsemd, og fleire strever med læringsutbytte i skulen.

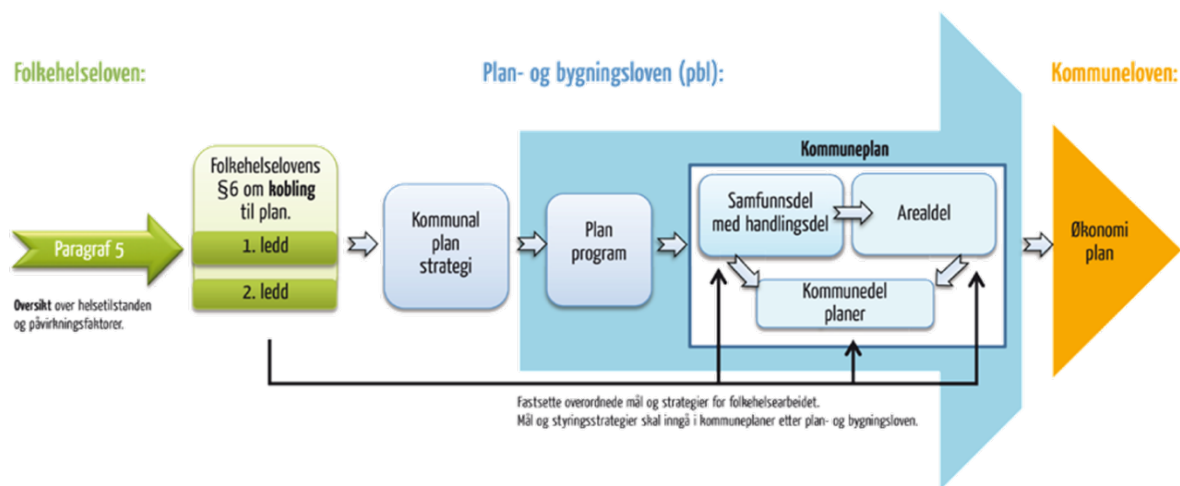
Heng dette saman?



1 Bakgrunn og lovgrunnlag

Etter folkehelselova § 5 og forskrift om oversikt over folkehelse § 3 skal kommunane utarbeide eit dokument med oversikt over helsetilstand og påverknadsfaktorar i kommunen. Oversiktsdokumentet over folkehelse skal ligge føre ved starten av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningslova § 7-1 og § 10-1, jamfør forskrift om oversikt over folkehelse § 5. Folkehelsearbeidet skal vere kunnskapsbasert.

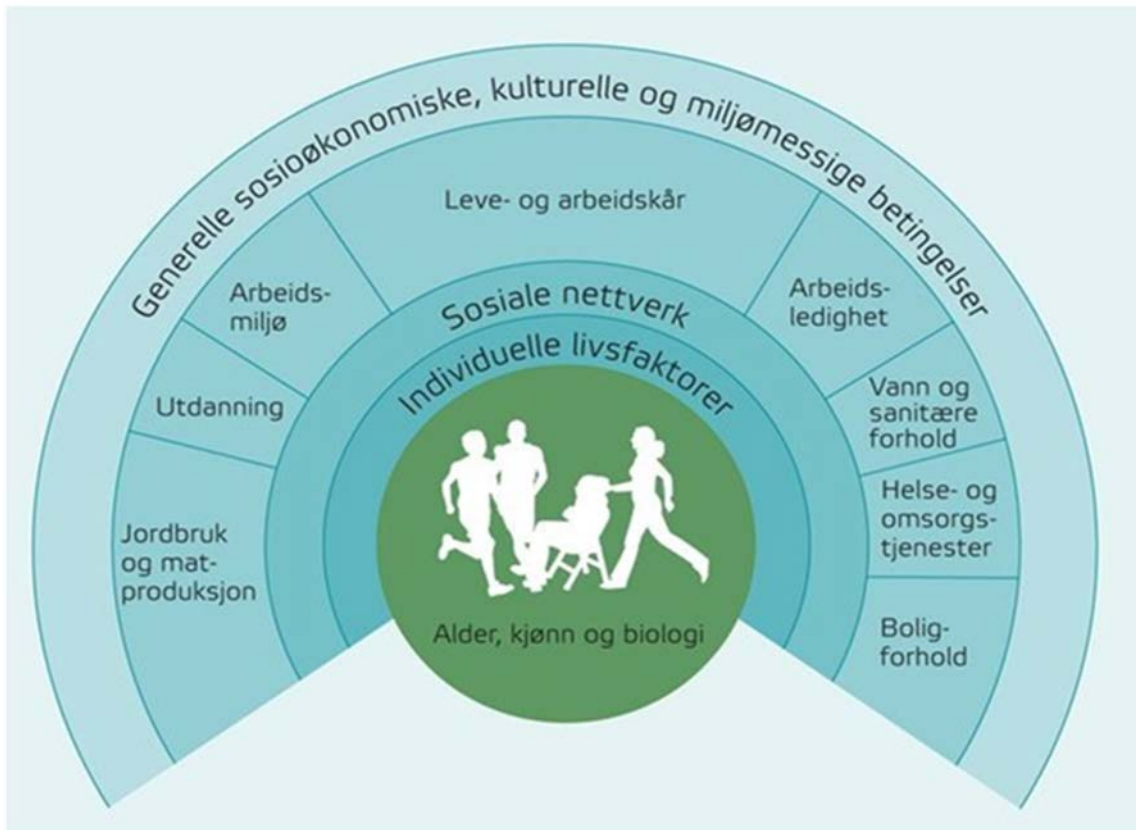
Figur 1. Kopling folkehelse og plan (www.kommunetorget.no)



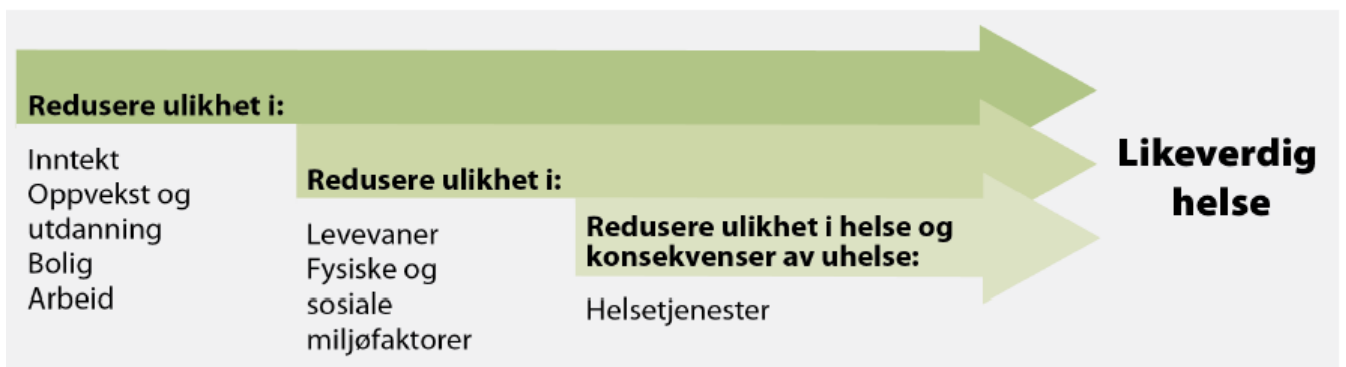
Folkehelselova skal bidra til ei samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjamnar sosial ulikskap i helse. Kommunen skal fremme folkehelse innanfor dei oppgåvene og med dei verkemidla kommunen har, mellom anna ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tenesteyting.

Folkehelsearbeid handlar om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, førebygge sjukdom og skadar og utvikle eit samfunn som legg til rette for sunne levevanar, beskyttar mot helsetruslar og fremmer fellesskap, tryggleik, inkludering og deltaking. Arbeidet rettar seg mot befolkninga eller delar av befolkninga og ikkje mot enkeltindivid med identifisert risiko.

Figur 2. Dahlgren og Whitehead (1991): Faktorar som påverkar helsa



Figur 3. Utjamning av sosiale helseforskjellar, det vil seie rettferdig fordeling av helse i befolkninga, er ein viktig del av folkehelsearbeidet.



:

Figur 4. Helsedirektoratet har illustrert prinsippa i tiltaksutforming slik folkehelselova legg opp til



Positive og negative påverknadsfaktorar omfattar både helsefremmande og førebyggande faktorar og risikofaktorar. Påverknadsfaktorane er ofte knytte til samfunnsforhold, levekår og miljø.

Helsedirektoratet peiker på at «Tidlig innsats er viktig, og barn og unge skal prioriteres» i rapporten *Samfunnsutvikling for god helse* (juni 2014).

Gode kår i barndommen gir grunnlag for eit godt liv med god helse. Både økonomi i barnefamiljar, inkludering i gode barnehagar og skular, sunne vanar, nærmiljø og fritid er viktige faktorar. Ei god ungdomstid er avgjerande for den enkelte og for samfunnet. Det kan derfor vere klokt å prioritere levekåra til barn og unge høgt.

2 Oversikt over helsetilstand og påverknadsfaktorar i Lindås kommune

Forskrift om oversikt over folkehelseutfordringar presiserer i § 3 at oversiktene frå kommunen og fylkeskommunen skal omfatte opplysningar om og vurderingar av:

- A. Befolkningsamansetting: grunnlagsdata om befolkninga som t.d. tal på innbyggjarar, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster osv. Dette kan vere vesentleg for utfordringsbiletet for folkehelsa i kommunen og kan vere med og påverke strategiske val.

- B. Oppvekst- og levekårstilhøve: Desse tilhøva er viktige for helse og livskvalitet. Det kan vere t.d. økonomiske vilkår, bu- og arbeidstilhøve, utdanning, sjukefråvær og uføretrygding, fråfall i vidaregåande skule m.m.
- C. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø: Ei rekke miljøtilhøve har effekt på helsa. Det kan vere drikkevasskvalitet, luftkvalitet, smittsame sjukdommar, grad av støy, sykkelvegnett og kvalitetar ved nærmiljøet som tilgang til friområde, friluftsområde, sosiale møteplassar osv.
- D. Skadar og ulukker: Ulukker som fører til personskade, er ei stor utfordring for folkehelsa. Personskadar som følgje av ulukker er nesten i same storleik som kreft, målt i tapte leveår. Ulukker med personskadar tek relativt mange unge liv og er den største dødsårsaka for personar under 45 år.
- E. Helse-relatert åtferd: helseåtferd som har synt seg å ha innverknad på helsa. Dette kan t.d. vere fysisk aktivitet, ernæring og bruk av tobakk og rusmiddel. Helse-relatert åtferd kan òg omfatte seksualåtferd og risikoåtferd som kan føre til skadar og ulukker.
- F. Helsetilstand: helsa til befolkninga målt ved ulike mål, t.d. risikofaktorar, sjukdommar som kan førebyggast, t.d. tannhelse, belastningssjukdom, kroniske smerter, hjarte- og karsjukdom, diabetes type 2, kreft, trivsel og meistringsressursar eller meir indirekte mål som sjukefråvær o.l.

Desse punkta beskriv vi nærare under.

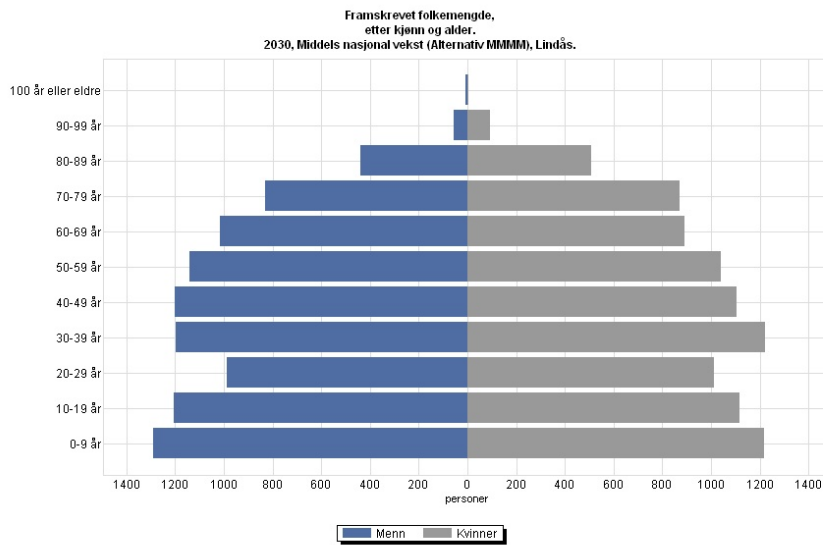
3 A. Befolkningsamansetting

Lindås har, lik landet elles, hatt ein befolkningsvekst dei siste åra. 1. januar 2015 var det 15 402 innbyggjarar i Lindås kommune.

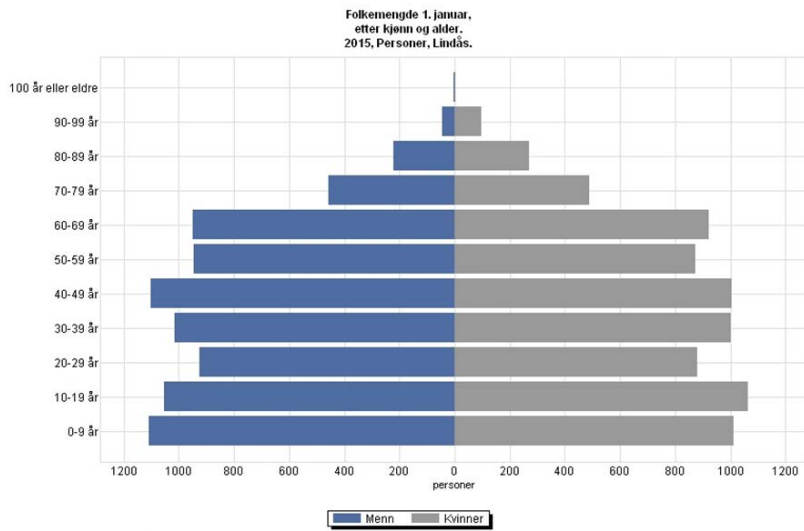
Lindås kommune har hatt ein relativ folkevekst på 18,1 % i perioden 2005–2015. Dette er høgare enn gjennomsnittet i Hordaland (14,1 %). For heile landet har folketalet auka med 12,1 % i same perioden. Ifølgje Statistisk sentralbyrås (SSB) mellomalternativ (MMMM) vil folketalet i Lindås fortsette å stige framover. I 2030 spår dei at det vil vere 3008 fleire innbyggjarar i Lindås, det vil seie i alt 18 410 innbyggjarar.

Kommunen vil få ein auke i alle aldersgrupper, sjå figurane 5 og 6.

Figur 5.



Figur 6.

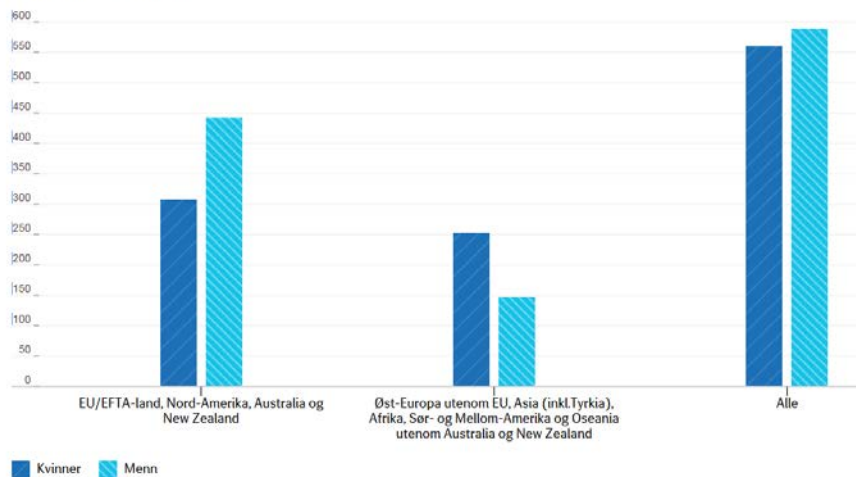


3.1 Innvandring

I 2014 var 7,6 % av innbyggerane i Lindås kommune innvandrarakar. Samla sett kjem 69,2 % av innvandrarakane i kommunen frå ulike land i Europa, mens innvandrarakar frå Afrika og Asia utgjer 25 % av busette innvandrarakar i Lindås.

Figur 7.

Opprinnelse - todelt

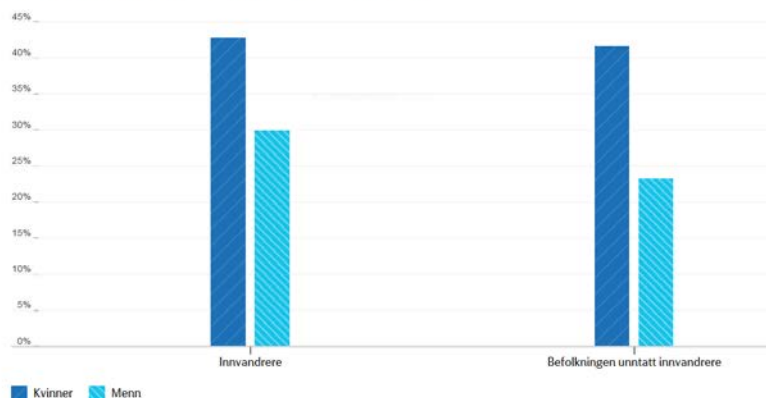


Figuren viser antall personer med innvandrerbakgrunn fordelt etter kjønn i 2015 i Lindås.

Innvandrarakar har høgare utdanning om lag i same grad som etnisk norske, men fleire innvandrarkvinner enn etnisk norske kvinner har høgare utdanning.

Figur 8.

Universitet og høyskole som høyeste utdanningsnivå



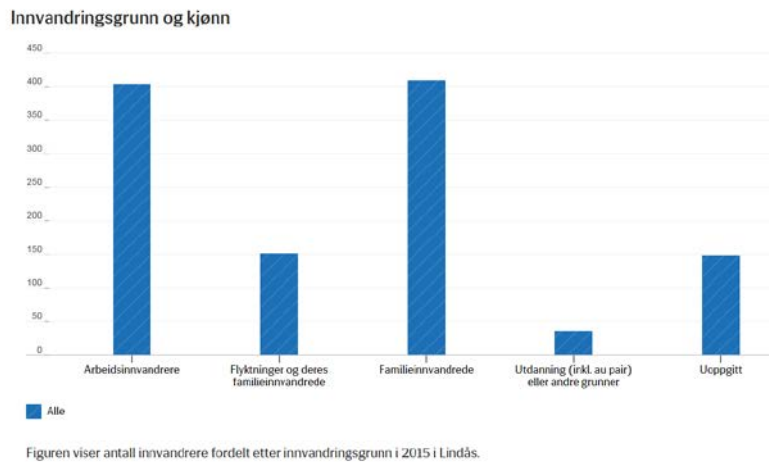
Figuren viser andel personer med utdanningsnivå avgrenset til universitets- eller høyskoleutdanning fordelt etter bakgrunn og kjønn i 2014 i Lindås.

3.1.1 Flyktningar

I 2015 budde det 151 personar i Lindås kommune som anten sjølve var flyktningar, eller som var familieinnvandra til desse flyktningane. 404 var arbeidsinnvandrarakar, og 409

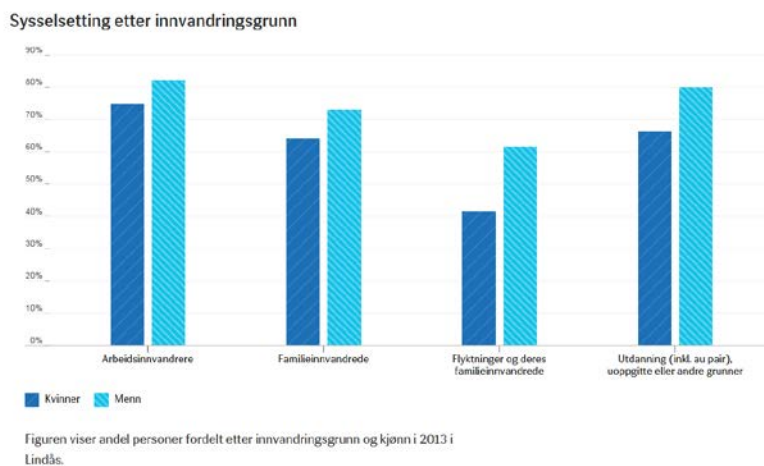
var familieinnvandra til andre enn flyktningar. Det er no fleire flyktningar som kjem til landet, og Lindås kommune er oppmoda om å busette fleire enn tidlegare i åra framover.

Figur 9. Innvandringsgrunn og kjønn. Lindås kommune 2015.



41,5 % av kvinnene og 67,1 % av mennene i gruppa flyktningar og deira familieinnvandra var i arbeid i 2013.

Figur 10

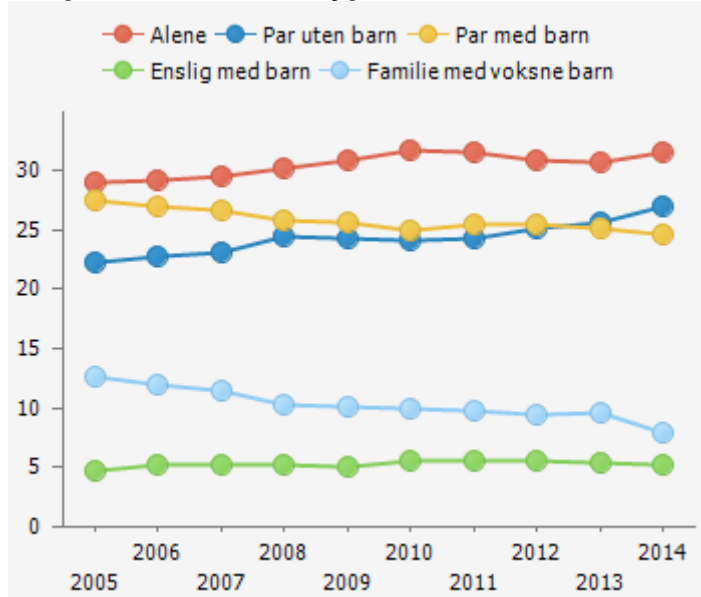


3.2 Familiestruktur i Lindås kommune

I kommunen er 13 % av barna i hushald med éin forsørgjar. 30 % av befolkninga bur åleine.

Figur 11

Tal på hushald etter type. 2005–2014. Prosent.



4 B. Oppvekst- og levekårstilhøve

Oppvekst- og levekårstilhøve omhandlar både bu- og arbeidstilhøve, utdanning og økonomiske vilkår. Inntekt og økonomi er grunnleggande påverknadsfaktorar for helse, og forskning har synt at det er ein samanheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Låg utdanning og inntekt aukar sannsynet for dårleg sjølvopplevd helse, sjukdom og for tidleg død, det vil seie sosial ulikskap i helse.

Norske helseundersøkingar syner ei utvikling i overvekt og fedme blant ungdom og vaksne i landet som gir grunn til uro, og med fleire overvektige barn på landsbygda. Det er mange med ikkje-diagnostisert diabetes, og alt tidleg i barneåra er det reduksjon i fysisk aktivitet. Vi har færre som røyker, men fleire som snusar, og vi har ein rekordhøg og stigande alkoholbruk i Noreg (Folkehelse rapporten 2014).

Grunnlaget for framtidig helse blir lagt i dei tidlegaste åra av livet. Å tilby barnehagar og skular med god kvalitet er truleg det aller viktigaste og beste folkehelseiltaket.

4.1 Utdanning: barnehage – skule

4.1.1 Utdanning påverkar levekår og moglegheiter

Det er ikkje utdanninga i seg sjølv som er viktig, men kva utdanninga kan føre til, som igjen kan vere sentralt for korleis helsa utviklar seg. Mange determinantar for helse varierer med utdanning: materiell levestandard, arbeidsforhold, livsstil og psykologiske belastningar. Utdanninga dannar fundamentet for dei yrka og stillingane ein kan få, og det har igjen noko å seie for kva arbeidsmiljøfaktorar ein blir eksponert for, og desse faktorane kan så påverke helsa. Utdanning strukturerer òg livsløpet som vaksen. Forskjellar i utdanning bidrar til forskjellar i inntekt, som igjen fører til forskjell i levestandard og materiell tryggleik.

4.1.2 Utdanning bidrar til utvikling av psykologiske ressursar

Den andre typen forklaring på at utdanning verkar inn på helsa, peiker på at utdanninga kan bidra til psykologiske ressursar som har noko å seie for helsa til individet. Utdanning påverkar personlege og psykologiske eigenskapar, som igjen vil ha konsekvensar for helsa.

Barnehagen og skulen er viktige arenaer for læring, for å etablere sosiale relasjonar og for utvikling av sjølvkjensle og sjølvtilit. Dette er igjen grunnleggande for motivasjon, oppleving av meistring og trua på egne evner til å gjennomføre ei utdanning. Barnehagen og skulen er arenaer som i høg grad kan vere viktige for psykiske helseforhold, både i barndommen og seinare som ung og vaksen.

4.1.3 Samanhengen mellom læring og psykisk helse

Forsking har vist ein samheng mellom psykisk helse og læring. Mobbing, sosial utestenging og manglande meistring i skulen er blant dei mest alvorlege risikofaktorane for den psykiske helsa hos barn og unge.

Læring kan gi barn og unge oppleving av meistring og trivsel. Gode lærar–elev-relasjonar viser sterk samheng med læringsprosessane til elevane. Gode relasjonar fremmer motivasjon, arbeidsinnsats, trivsel, samarbeidsåtfærd,

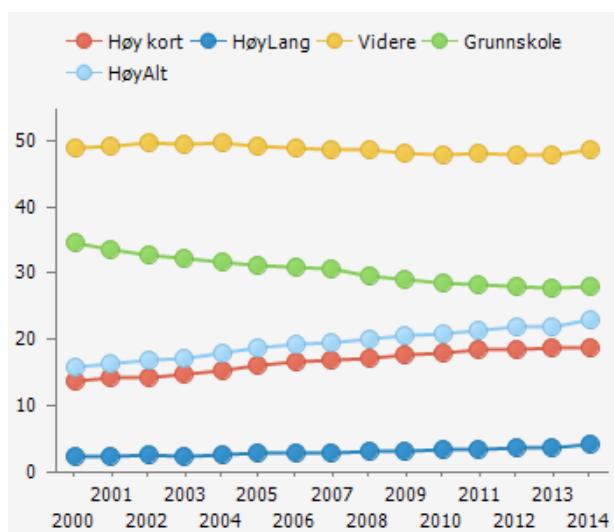
prestasjoner og oppleving av at skularbeid er meningsfylt. Dette gjeld for alle barn og unge, også dei med psykiske plager eller vanskar.

4.1.4 Utdanning i Lindås kommune

Lindås kommune har ein høg del innbyggjarar som berre har grunnskule som høgaste utdanning (28 %). Cirka 50 % har vidaregåande skule som høgaste utdanning. 23 % har høgare utdanning med 4 år eller meir på høgskule eller universitet (talet for Hordaland er 32 %).

Figur 12.

Del innbyggjarar etter utdanningsnivå. 2000–2014. Prosent.



Høy kort: omfattar utdanningar på universitets- og høgskulenivå på t.o.m. 4 år.

Høy lang: omfattar utdanningar på universitets- og høgskulenivå på meir enn 4 år og forskarutdanning (www.kommuneprofiler.no).

4.2 Barnehagar av høg kvalitet

Ei rekke studiar viser positive samanhengar mellom barnehagar av høg kvalitet og utvikling av tenking, følelsar og sosiale evner hos små barn.

Internasjonale studiar viser òg at barnehagar av høg kvalitet kan kompensere for og beskytte barna mot familiebasert risiko som fattigdom, rusmiddelmissbruk, depresjon hos mor, parkonfliktar og familieoppløysing.

Barnehagar av høg kvalitet er eit av dei viktigaste psykisk helsefremmande og førebyggjande tiltaka vi har for førskulebarn, og Folkehelseinstituttet anbefaler at alle førskulebarn får eit tilbod i kvalitetsbarnehagar. Frå eit

folkehelseperspektiv er barnehagar med høg kvalitet kjenneteikna av at dei har:

- små barnegrupper
- tilstrekkeleg og godt utdanna og personleg eigna, stabilt personell

4.2.1 Mobbing i barnehagar

Ny forskning frå Noreg viser at 12 % av barna seier at dei ofte blir plaga av andre barn når dei er i barnehagen. Mobbing kan få dramatiske psykososiale konsekvensar for mobbeofferet. Forsking viser òg ein samanheng mellom fråfall i vidaregåande opplæring og mobbing i barnehagen (Lund, 2013).

Auka merksemd på utestenging og mobbing i barnehagen vil kunne føre til tidleg intervensjon, som igjen vil kunne føre til at færre mobbar og blir mobba. Dette kan redusere faren for dårlege erfaringar og svekt sjølvtilitt.

Mobbing i barnehagen dreier seg om at nokre barn systematisk bli plaga og fornedra. Det kan vere snakk om slag og spark, ignorering, utestenging og erting.

I ein barnehage der det blir undervurdert kor viktig leik er, der vennskap mellom små barn blir bagatellisert, der vaksne definerer enkeltbarn negativt, og der samarbeidet mellom dei vaksne, og mellom vaksne og barn, er dårleg – der har mobbinga gode vekstvilkår. Det betyr at vaksenleiing med vekt på det sosiale livet til små barn er avgjerande i arbeidet mot mobbing.

Varme og tydelege vaksne som er til stades og samarbeider godt, og som ser og handlar når små barn blir utsette for gjentekne negative handlingar, er avgjerande i arbeidet mot mobbing i barnehagen. Det betyr at det trengst vaksne som har eit bevisst forhold til eigne haldningar og kompetanse på åtferda til enkeltbarn og eiga rolle når konflikhtar mellom barn oppstår, eller når nokon blir utestengde frå leik. Det heng igjen saman med korleis kvardagslivet i barnehagen er organisert med tanke på tilrettelegging for leik og at vaksne er til stades.

4.2.2 Barnehagar i Lindås kommune

Kommunen har kun tre kommunale barnehagar, medan tolv av barnehagane er private. Kan kommunen påverke kvaliteten i tilstrekkeleg grad i barnehagane?

Det er svært låg bemanning i barnehagane og få tilsette med relevant utdanning. 96 % av styrarane og leiarane i dei kommunale barnehagane har pedagogisk utdanning, men blant dei andre tilsette er det berre 17 % med relevant utdanning (snittet for heile landet er 45 %) (Kommunebarometeret).

Frå 1. mai 2015 innførte kommunen redusert foreldrebetaling for familiar med låg inntekt i alle barnehagar, og det er innført gratis kjernetid i tråd med nasjonale føringar.

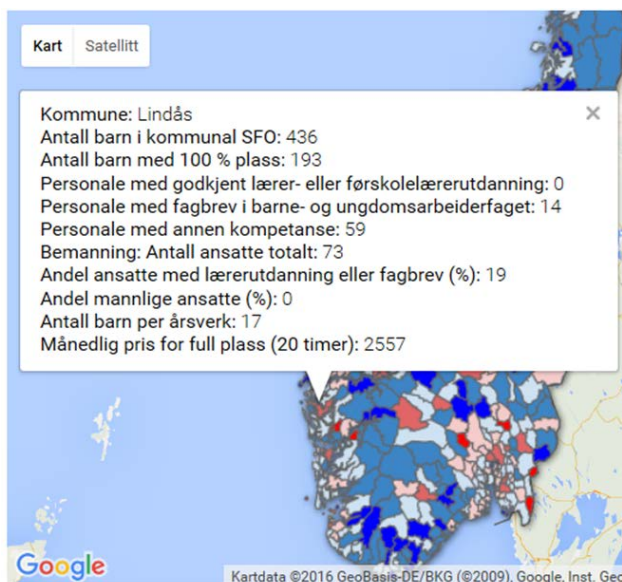
4.2.3 Skulen

Mobbing og kjensle av manglande meistring i skulen er av dei viktigaste risikofaktorane for å utvikle psykiske plager/lidingar blant barn og ungdom. Dei som opplever støtte frå foreldre, lærarar og medelevar, er derimot meir tilfredse med livet. Vi bør derfor arbeide systematisk for å betre det psykososiale miljøet og læringsmiljøet i skulen.

4.2.3.1 Skulen i Lindås kommune

Det er få tilsette i SFO med relevant utdanning, og ingen har lærar- eller førskulelærerutdanning. Få har fagbrev, og dei fleste kommunane i landet har betre utdanna personell ved SFO enn det Lindås har.

Figur 13. (<http://utdanningsnytt.no/nyheter/2015/januar/sjekk-om-de-sfo-ansatte-i-din-kommune-har-barnefaglig-utdanning/>)



Andel med lærerutdanning eller fagbrev



Ungdata-undersøkinga i 2013 viste:

Ungdomsskule:

- 18 % plaga med einsemd
- 14 % depresjon
- 5 % mobbing
- 5 % prøvd hasj (Noreg: 4 %)
- 10 % truslar om vald
- 4 % skadde av vald

Vidaregåande skule:

- 24 % einsemd
- 18 % depresjon
- 3 % mobbing
- 16 % prøvd hasj (Noreg: 10 %)
- 9 % utsette for truslar om vald
- 7 % skadde av vald

Fleire enn landssnittet har det lågaste meistringsnivået i lesing og rekning i 5. klasse.

Nivået på nasjonale prøver på 8. og 9. trinn er langt under middels.

I 10. klasse oppgir 20 % at dei ikkje trivst (landssnitt 15 %),

7,5 % seier at dei blir mobba i 10. klasse (Folkehelsebarometer 2015).

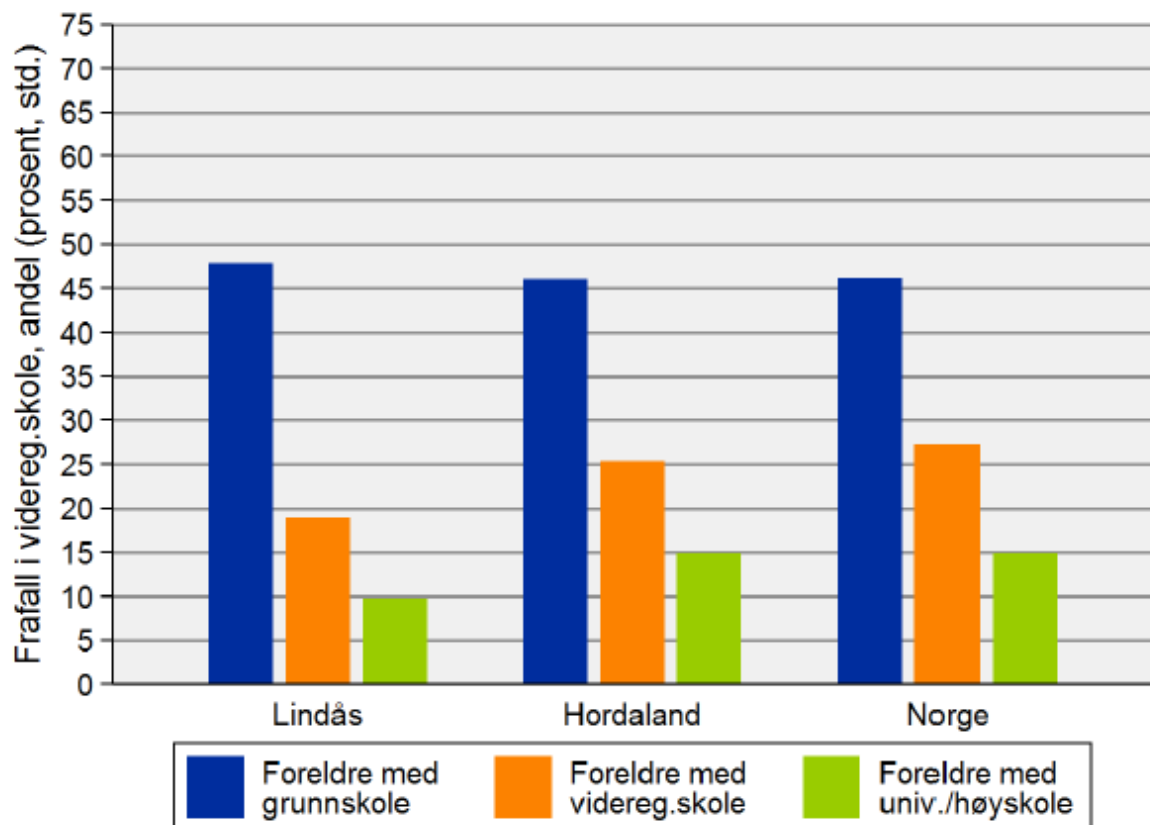
Heng tilhøva i barnehage, grunnskule og vidaregåande skule, som vi har gjort greie for over, saman med kor mange som fullfører vidaregåande skule?

Har meistringsnivået i lesing og rekning i 5. klasse noko å seie for fullføring av vidaregåande skule?

Nær éin av fem fullfører ikkje vidaregåande skule i løpet av 5 år. Fråfall i vidaregåande skule er litt lågare enn snittet for landet (19 % for Lindås, 24 % for

heile landet). I heile landet er det fleire som fullfører vidaregåande skule dersom foreldra har høgare utdanning. Det ser ein òg i Lindås.

Figur 14.



4.3 Barnefattigdom

Telemarksforskning viser i rapporten *Sosiale ulikheter i oppvekst – en humanitær utfordring* at barn og ungdom som veks opp i familiar under EUs grense for låg inntekt, har auka helseproblem, blant anna fordi dei fell utanfor det aktive sosiale livet gjennom barnehage og organiserte fritidsaktivitetar.

4.3.1 Lindås kommune

Om lag 7 % av barna bur i familiar med låg inntekt.

4.4 Arbeidsløyse

Dei sosiale konsekvensane av sjukdom er større jo lågare utdanning ein har.

Det er òg store helseforskjellar mellom dei som er i arbeid, og dei som ikkje er i

arbeid. Den ikkje-yrkesaktive delen av befolkninga har gjennomgåande dårlegare helse enn dei som er yrkesaktive.

Denne helsemessige polariseringa har blitt forsterka dei siste åra. Sjølv om nedsett helse er ei viktig årsak til at folk fell ut av arbeidslivet, tyder dei sosiale forskjellane blant dei som blir støytt ut, på at helse aleine ikkje kan forklare utstøyttingsmekanismene i arbeidsmarknaden.

Å vere utan arbeid aukar risikoen for ei langvarig liding om lag tre gonger for menn og opp mot fire gonger for kvinner. På individnivå er det vist ein forverra helsetilstand som direkte følgje av tap av arbeid, til dømes ved nedbemanning og permittering. Tap av arbeid påverkar særskilt den psykiske helsa negativt – blant anna i form av depressive plager.

Ved utgangen av 2015 var 3,3 % av arbeidsstokken i Nordhordland registrert som heilt ledige. Nordhordland er per i dag den regionen, saman med Sund (3,6 %), som har høgast arbeidsløyse i fylket. Lindås er ein av kommunane som har hatt størst auke i talet på ledige det siste året. Ved utgangen av 2015 var 279 personar registrerte som heilt ledige, noko som er 42 % fleire enn på same tid året før.

Etter fleire år med vekst og gjennomgåande låg arbeidsløyse har arbeidsmarknaden i Hordaland i aukande grad vore prega av omstilling, nedbemanning, permitteringar og aukande arbeidsløyse i 2015. Når arbeidsmarknaden er lite variert og arbeidstakarane har låg utdanning, vil konsekvensane av arbeidsløyse over tid kunne gi ringverknader for familiar og lokalsamfunn. Arbeidsinnvandrarar med låg utdanning vil vere ei særskilt utsett gruppe.

4.5 Uføretrygd

I aldersgruppa mellom 18 og 44 år er 2,7 % uføretrygda. Dette er om lag som snittet i landet.

4.6 Psykisk helse

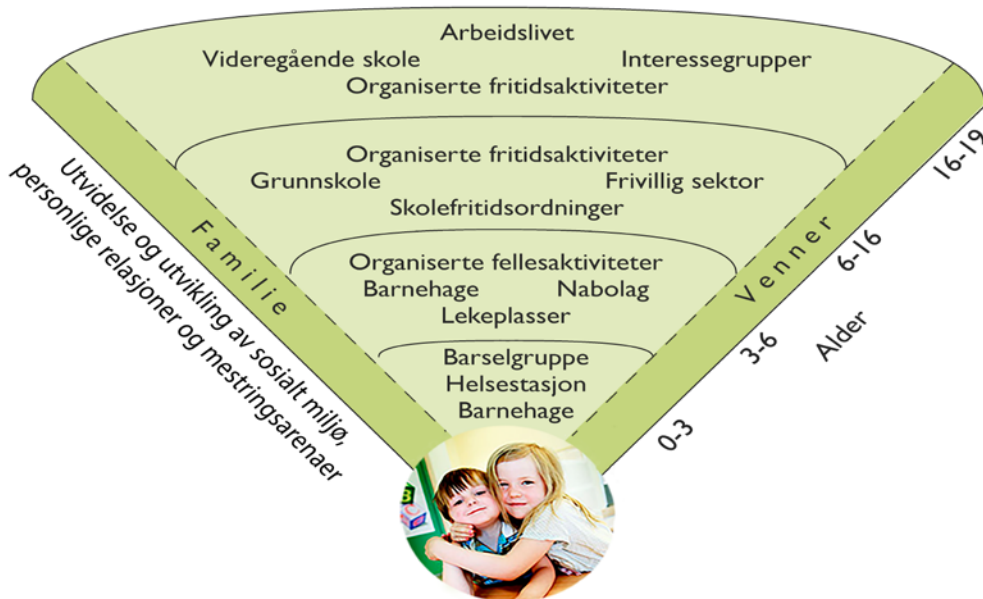
4.6.1 Kunnskapsgrunnlag

Ifølge *Sykdomsbyrde i den norske befolkningen – Folkehelse rapporten 2014* er psykiske lidingar og muskel- og skjelettlidingar blant dei viktigaste årsakene til helsetap i den norske befolkninga. Psykiske lidingar som årsak utgjør ein stadig større del av all sjukemelding og uføretrygd, og nesten kvar tredje uføretrygda her til lands er det på grunn av ei psykisk lidning. Psykiske lidingar er òg ei av dei viktigaste årsakene til fråfall i den vidaregåande skulen, noko som i dag gjeld cirka 24 % av elevmassen per kull i Noreg.

Psykiske lidingar hos barn og ungdom blir utvikla i eit samspel mellom psykososiale og biologiske faktorar. Ein stor del av symptomata som viser seg i ungdomsalder, heng saman med oppvekstforhold i førskulealder. Sentrale risikofaktorar er forhold i familien som psykiske vanskar, rusmisbruk, mishandling og overgrep, vanskar på skulen, mobbing, lite sosial støtte, foreldrekonflikt/skilsmisse, flyktningar og innvandrarar med traumatiske opplevingar og/eller utfordringar knytte til etablering i ny kultur, og biologisk og genetisk sårbarheit.

Folkehelseinstituttet rapporterer at 15–20 % av barn frå 3 til 18 år har nedsett funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon og åtferdsforstyrning (Folkehelse rapporten 2014). Personar med psykiske vanskar i barne- og ungdomsåra har auka risiko for å oppleve psykiske plager eller lidingar seinare i livet, for fråfall i skulen, lausare tilknytning til arbeidslivet, økonomiske vanskar og vanskar i nære relasjonar. Fleire studiar har vist at det er samanheng mellom låg sosioøkonomisk status hos foreldra og dårlegare psykisk helse hos barna (Bradley, 2002; Poulton, 2002; Bøe, 2012).

Figur 15: Arenaer for helsefremmande og førebyggjande arbeid for psykisk helse på ulike alderstrinn (Øverland, 2014).



4.6.2 Lindås kommune

Folkehelsebarometer 2015:

Delen med psykiske symptom og lidningar i alderen 15–29 år er høgare enn i landet som heilskap, vurdert etter data frå fastlege og legevakt (158 per 1000 i Lindås, mot 137 per 1000 i heile landet).

Tal frå Ungdata 2013 viser at i ungdomsskulen er 18 % plagga med einsemd, og 14 % melder om depresjon, og i vidaregåande skule er tala høvesvis 24 % og 18 %.

4.7 Vald

4.7.1 Kunnskapsgrunnlag

Vald både i nære relasjonar og i det offentlege rom er eit alvorleg folkehelseproblem. Fysisk, psykisk og seksuell vald fører ikkje berre til akutt sjukdom, helseskadar og tapte liv, men òg til alkoholproblem, psykiske lidningar, inaktivitet, mindre sosialt nettverk, dårlegare søvn, reduserte kognitive og affektive funksjonar, og lågare utdanning, inntekt og arbeidsevne. Vald aukar sosiale helseforskjellar og er òg ein risikofaktor for valdserfaringar seinare i livet og for sjølvmoord/sjølvskade (Institutt for Health Metrics and Evaluation, 2013).

Ein populasjonsstudie frå Nasjonalt kunnskapssenter om vald og traumatisk stress (NKVTS 2014) viste at nesten halvparten av menn og kvar fjerde kvinne hadde opplevd alvorleg fysisk vald minst éin gong som vaksen. Av dei som hadde opplevd slik vald, hadde meir enn halvparten fått fysiske skadar, og annakvar kvinne og kvar tredje mann *var redde for å bli alvorleg skadde eller drepne*. Hos kvinner var valdsutøvaren oftast partner / tidlegare partner, men hos menn var det i dei aller fleste tilfelle ein ukjend person.

Når det gjeld vald i barndommen, har éin av ti vore vitne til vald mellom foreldre, og éin av tjue har sjølv opplevd alvorleg fysisk vald frå føresette.

Éi av tre kvinner og éin av ni menn har rapportert at dei har opplevd ei eller anna form for seksuelt overgrep, og av desse har ein tredel opplevd seksuell kontakt før fylte 13 år. Vald og valdtekt er fortsatt eit skjult fenomen. Dei fleste som har vore utsette for det, har ikkje oppsøkt helsetenester eller politi.

4.7.2 Lindås

Ungdata 2013: 10 % av elevar i ungdomsskulen sa at dei hadde opplevd truslar om vald, og 4 % var blitt skadde av vald. På vidaregåande skule var tala høvesvis 9 % og 7 %.

4.8 Kosthald

4.8.1 Kunnskapsgrunnlag

Usunt kosthald blir knytt til mange av dei store folkesjukdommane som hjarte- og karsjukdommar, kreft, fedme, diabetes, høgt blodtrykk og osteoporose.

Det globale sjukdomsbyrdeprosjektet (GBD 2010) publiserte i byrjinga av mars 2013 tal for dødelegheit, sjukdom og risikofaktorar for 187 land for åra 1990–2010. Tala frå Noreg viser at usunt kosthald gir flest tapte leveår på grunn av tidleg død.

- Norsk kosthald inneheld framleis for mykje metta feitt, sukker og salt og for lite grove kornprodukt, grønnsaker, frukt og fisk.
- Det er framleis eit altfor høgt brusforbruk i den norske befolkninga.
- Kosttilskot med D-vitamin, folat og jarn kan vere nødvendige for å sikre næringsstoffinntaket for enkelte grupper i befolkninga.
- Det er teikn til at særleg unge kvinner får mindre jod gjennom kosthaldet enn tidlegare.

- Vi ser ein samanheng mellom utdanningslengd og kosthald.
- Forskjellane mellom kosthaldet i Noreg og andre europeiske land er truleg mindre i dag enn for berre nokre tiår sidan.
- Livsstilssjukdommar kan førebyggast med eit meir plantebasert kosthald.

Kosthaldet er viktig for å førebygge fleire kroniske sjukdommar. Vi treng både systematiske tiltak retta mot heile befolkninga, tiltak retta mot spesielle grupper og individuelle tiltak for at befolkninga skal kunne sikrast eit balansert kosthald utan ernæringsmanglar.

4.8.2 Amming i Lindås

Morsmjølk er den beste maten for spedbarnet. Det blir anbefalt at spedbarn får morsmjølk som einaste næring dei første seks levemånadene. Amminga bør oppretthaldast gjennom heile det første leveåret – gjerne lenger dersom mor og barn ønsker det.

Frå desember 2013 til april 2014 blei det kartlagt ammestatus ved helsestasjonane i Lindås kommune. (Fullamma = Barnet får berre morsmjølk.)

49 barn på 5 månader og 56 barn på 12 månader blei registrerte. Tala blei samanlikna med registrering våren 2010.

Tabellen under syner del (%) fullamma og delvis amma ved 5 månader og 1 år, kartlegging i 2010 og 2014 samanlikna med Helsedirektoratets landsomfattande Spedkostundersøkelse i 2006

Ammestatus	Lindås og Knarvik 2010	Lindås, Knarvik og Ostereidet 2014	Spedkost 2006
5 månader fullamma	29 %	16 %	25 %
5 månader fullamma og delvis amma	71 %	65 %	82 %
12 månader delvis amma	32 %	25 %	46 %

Delen fullamma barn på 5 månader er gått ned frå 2010. Delen barn som får morsmjølk i det heile ved 5 månader, er òg gått ned sidan 2010. Oppgitt årsak til at barnet berre blir delvis amma ved denne alderen, er at barnet har begynt med grautmåltid ved sida av morsmjølk. Mødrer som ikkje ammar, svarer at dei har avslutta amminga tidleg. Delen barn som får morsmjølk ved 1 års alder, er òg gått ned. Her seier mange at dei nettopp har slutta.

4.9 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet omfattar om lag all aktivitet utover søvn og kvile. All aktivitet har innverknad, men vaksne bør minimum vere så aktive at dei blir litt andpustne og litt svette i rundt 30 minutt kvar dag. Barn bør få «dobbel dose».

Å drive med fysisk aktivitet er for mange også ein arena for glede, meistring, trivsel og sosialt samvær, og det er med andre ord ein helsefremmande aktivitet på fleire måtar.

Fleire undersøkingar konkluderer med at dagleg fysisk aktivitet i skuletida betrar karakterane i norsk, engelsk og matematikk.

4.9.1 Lindås

Ifølgje idrettsregistreringa til Norges idrettsforbund var det 3369 aktive idrettsutøvarar i 2014 i Lindås. Tala i idrettsregistreringa er ikkje registrerte på individnivå, derfor veit vi ikkje kor mange personar som er aktive i fleire idrettar, og såleis heller ikkje kor mange unike personar som er aktive i kommunen.

Dersom vi deler talet på aktive på talet på innbyggjarar, finn vi det vi har valt å kalle aktivitetsdelen. Aktivitetsdelen i Lindås er 22 %. Dette er 27 % under landsgjennomsnittet og lågast av kommunane vi samanliknar Lindås med.

Blant barn (6–12 år) finn vi 1234 aktive. Deler vi dette på talet på innbyggjarar i den same aldersgruppa, får vi ein aktivitetsdel på 86 %. Av utvalde kommunar har Meland og Askøy ein lågare aktivitetsdel blant barn. Aktivitetsnivået blant barn i Lindås ligg 25 % under landsgjennomsnittet. Aktivitetsdelen blant barn på landsbasis er 115 %, det vil seie at somme barn er aktive i fleire idrettar.

Blant ungdom (13–19 år) finn vi 789 aktive i Lindås. Dette svarer til ein aktivitetsdel på 53 %, ein aktivitet som er 19 % lågare enn aktiviteten i landet elles.

Delen ungdomsskuleelvar som seier dei er fysisk inaktive, er på cirka 17 % i Lindås kommune (Ungdataundersøkinga).

4.10 Sosialt nettverk

4.10.1 Kunnskapsgrunnlag

Einsemd og mangel på sosial støtte reduserer livskvaliteten, påverkar meistringsressursane og fører med seg risiko for dårlegare helse.

I folkehelsemeldinga blei sosial støtte og deltaking trekte fram som viktige tema i folkehelsearbeidet. Det ligg føre god dokumentasjon på samanhengen mellom grad av sosial støtte (i kva grad ein opplever å ha nære relasjonar, nokon som bryr seg, og nokon ein kan spørje om hjelp) og helseutfall, både psykisk og fysisk (Samfunnsutvikling for god folkehelse).

Deltaking på forskjellige arenaer er ein føresetnad for å opprette relasjonar og nettverk, for eksempel deltaking i lag og organisasjonar eller i nærmiljøet, i skulegang og utdanning og i arbeidslivet.

I familiar med mange belastningar verkar sosial støtte beskyttande, mens lite sosial støtte hos foreldra er ein risikofaktor for den psykiske helsa til barna (Samfunnsutvikling for god folkehelse).

4.10.2 Lindås

Tal frå Ungdata 2013 viser at i ungdomsskulen er 18 % plaga med einsemd, og 14 % melder om depresjon, og i vidaregåande skule er tala høvesvis 24 % og 18 %.

4.11 Bustad, nærmiljø

4.11.1 Kunnskapsgrunnlag

Mange forhold knytte til bustad og miljø kan påverke helsa.

Dei viktigaste forholda ved sjølve bustaden er inneklime (fukt, sopp og mugg, oppvarming og utandørs luftforureining som treng inn), radon og tronge butilhøve.

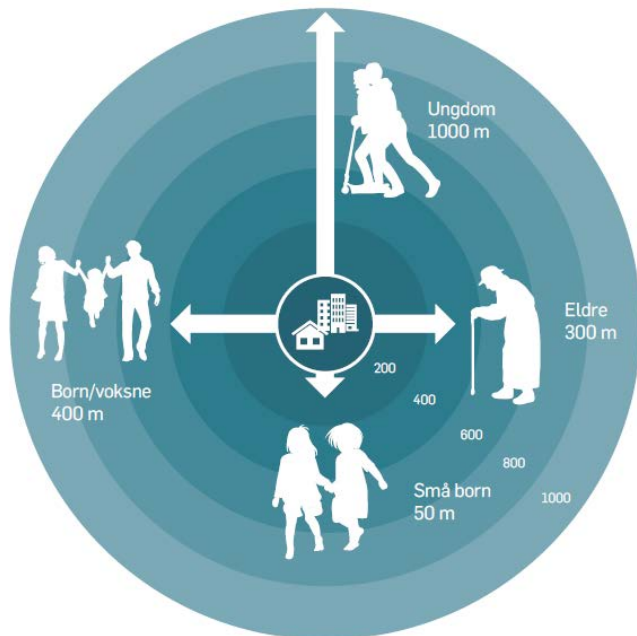
Nærmiljøet der bustaden ligg, er ein viktig gjennomføringsarena i folkehelsearbeidet. Nærmiljøet består av eit fysisk rom som omfattar bustadområde, parkar, plassar, vegar, gater, leikeplassar, natur- og friområde og kulturlandskap, og det inkluderer institusjonar som barnehagar, skular og sjukeheimar. Nærmiljøet består òg av eit psykososialt rom, mellom anna knytt til oppleving av tryggleik og sosiale møteplassar og til estetiske kvalitetar som kan påverke trivsel og følelse av stoltheit og identitet.

Viktige helsefremmande kvalitetar i nærmiljøet er knytte til:

- tilgjenge, deltaking og universell utforming (service- og aktivitetstilbod, sosiale møteplassar for kvardagsleg kontakt)
- førekomst av vegtrafikk og industri (støy, forureining)
- infrastruktur for aktiv transport (sykkel, gange, kollektivtransport)
- sunne og grønne nærmiljø (parkar, grøntområde, anlegg for rekreasjon og mosjon, kollektivtransport og viktige målepunkt som skular og butikkar i nærleiken av heimen)
- tryggleik (kriminalitet, ulukker)
- Samansetting av bebuarar har òg noko å seie for det sosiale miljøet. I *Regional plan for folkehelse* (Hordaland fylkeskommune 2014) blir det rådd til at bustadområde bør vere tilpassa ulike befolkningsgrupper og hushald, økonomiar og livsløp. Bustadmiljø som legg til rette for at nærmiljøet består av ulike aldersgrupper og personar med ulike økonomiske moglegheiter, blir anbefalt.

Bruken av grøntområde minskar raskt med avstanden frå heimen. Eit tilgjengeleg grøntområde bør kunne nåast på maksimum 10 minutt.

Figur 16. For at eit grøntområde skal vere tilgjengeleg for barn og eldre, bør det ligge innanfor 400 meter frå heimen (Folkehelseprofiler 2014).



Riksrevisjonens undersøking (2008) av tilbudet til dei vanskelegstilte på bustadmarknaden viser at mange kommunale bustader er i dårleg fysisk stand, og det er store utfordringar knytte til bumiljø. Leigetakarar i kommunale bustader har som regel fleire levkårsutfordringar som låg inntekt, arbeidsløyse og sosial marginalisering, som bidrar til å svekke helse og trivsel. Tal frå KOSTRA viser at dei kommunalt disponerte bustadene i hovudsak går til husstandar med store helseutfordringar eller til flyktningar.

Bustadområde bør vere tilpassa ulike befolkningsgrupper og hushald, økonomiar og livsløp, altså bustadområde som legg til rette for at nærmiljøet består av ulike aldersgrupper og personar med ulike økonomiske moglegheiter.

4.12 Sosialt miljø

Det sosiale miljøet kan vere all sosial aktivitet som går føre seg og er tilgjengeleg for innbyggjarane i kommunen. Det sosiale miljøet handlar òg om kva for arenaer som er tilgjengelege, til dømes uformelle møteplassar eller universelt utforma område.

5 C. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Det er ei rekke miljøforhold som kan ha effekt på helsa, som til dømes støy, drikkevasskvalitet og luftkvalitet. Men også tilgang på friområde, grøntområde, sykkelvegnett og nærmiljøkvalitetar har innverknad.

Kvaliteten på miljøfaktorane er viktig for livskvalitet, helse og trivsel.

Mange av faktorane innanfor miljøretta helsevern er regulerte av offentleg regelverk, og verksemdar og befolkninga er dermed pålagde å følgje dette regelverket.

Støy er det miljøproblemet som rammar flest menneske i Noreg. Forstyrta søvn blir rekna blant dei meir alvorlege verknadene av støy, og i Noreg har 200 000 personar problem med nattesøvnen på grunn av støy. Støy kan gi psykisk stress og helseplager som muskelspenningar og muskelsmerter. Støy kan òg vere ei medverkande årsak til høgt blodtrykk og utvikling av hjartesyjukdom.

5.1 Vasskvalitet

40 % av husstandane i Lindås har kommunal vassforsyning. Ho har særskild god kvalitet. Likevel kjenner vi ikkje kvaliteten på drikkevannet til størstedelen av husstandane.

5.2 Avløp

Kommunalt avløp: del innbyggjarar knytt til anlegg der krav til reinsing er oppfylt

Variabel		Andel innbyggere tilknyttet anlegg der rensekrav er oppfylt	Andel innbyggere tilknyttet anlegg der rensekrav ikke er oppfylt	Andel innbyggere tilknyttet anlegg der oppfyllelse av rensekrav ikke kan vurderes
Kommune	År			
Hordaland	2014	15.6	13.9	70.4
Lindås	2014	-	-	100.0

6 D. Skadar og ulukker

Ein stor del ulukker skjer i heimen og på fritida. Også veg, gate, fortau, gang- og sykkelveg og sports- og idrettsområde har mange skadar.

Av skadar i inntektsgivande arbeid er det yrkesgruppene bygge- og anleggsverksemd, anna tenesteyting og industri som rapporterer flest

skadar.(Personskadedata 2014. Norsk pasientregister. Helsedirektoratet. IS-2335)

Ei rekke studiar har funne at det er ein samanheng mellom sosioøkonomisk posisjon og ulukkesskadar. Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) viser i rapporten *Sosioøkonomiske forskjeller i ulykkesskader* til ein tydeleg invers samanheng mellom utdanningsnivå og dødelegheit ved ulukker. Personar med lågare utdanningsnivå er òg meir utsette for ikkje-dødelege skadar.

Som lokal plan- og bygningsmyndigheit skal kommunen sikre ei planlegging som fremmer folkehelse og samfunnstryggleik. Desse forholda skal vurderast i all lokal samfunnsutvikling, til dømes når det gjeld arealbruk, utvikling av kulturlivet og det lokale næringslivet.

6.1 Ulukker i landbruket

Trass i at berre 3 % av norske arbeidstakarar er sysselsette i landbruket, står sektoren for 20–30 % av alle dødsulukkene i arbeidslivet. Vi manglar kunnskap om årsaker til ulukker i norsk landbruk, og vi har heller ikkje nokon god oversikt over talet på ulukker.

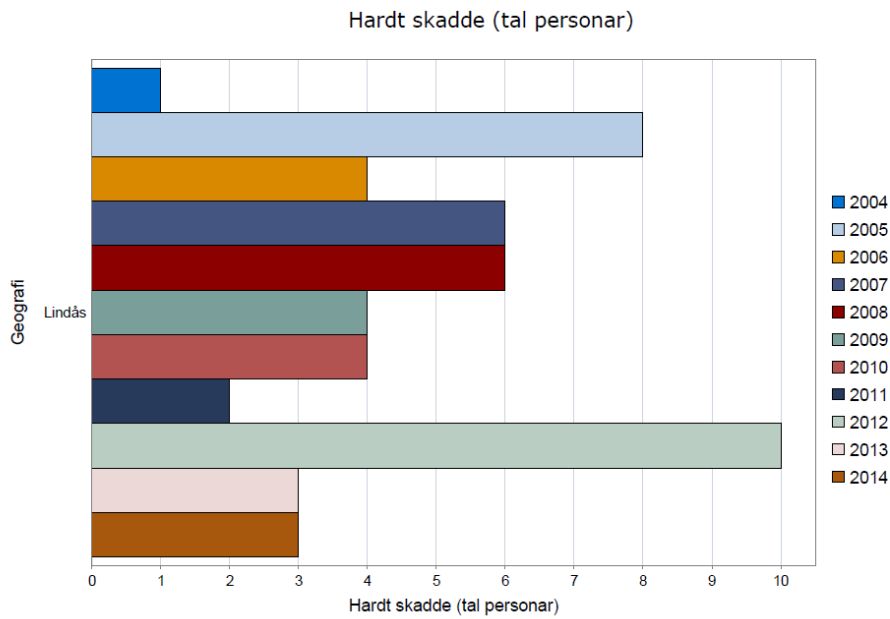
6.2 Drepne og skadde i trafikken

Biltrafikken over Nordhordlandsbrua har auka med 14 % frå 2008 til 2013, og auken fortset. I 2014 passerte 16 580 bilar over brua. Størstedelen av denne trafikken køyrer inn i eller gjennom Lindås kommune. Det er lange vegstrekningar som er smale og uoversiktlege, og det manglar for ein stor del fortau og veglys. E39 går gjennom kommunen, og det er stor trafikk og høg fart. I tillegg er det mykje tungtrafikk mellom anna på RV 57 mot Mongstad. Kollektivtransporten er avgrensa, og på landsbygda er det større del unge sjåførar enn i større byar.

Dei siste 10 åra har éin til to personar blitt drepne i trafikken kvart år i Lindås kommune. I same perioden har talet på hardt skadde variert mellom éin og ti per år, med det høgaste talet i 2012.

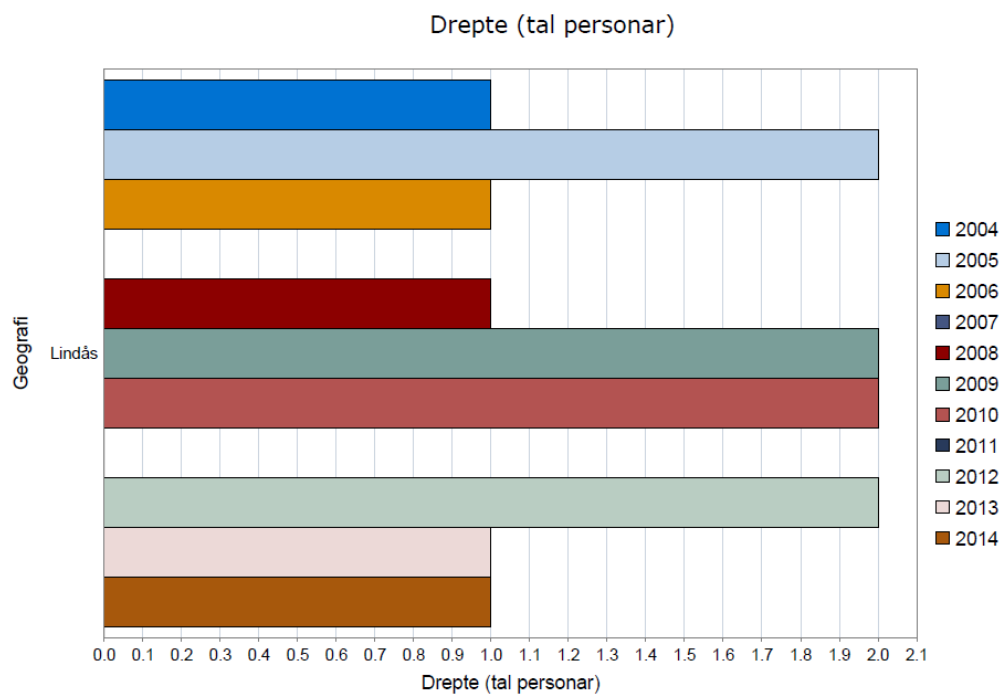
Figur 17.

Vegtrafikkulykker



Figur 18.

Vegtrafikkulykker



7 E. Helserelatert åtferd

Levevanane våre spelar ei viktig rolle for ein del dødsårsaker og sjukdommar, som til dømes lungekreft, hjarte- og karlidningar og diabetes. Dei mest relevante levevanane i så måte er kosthald, fysisk aktivitet, bruk av tobakk og alkohol. Seksualåtferd og risikoåtferd kan òg føre til skadar og ulukker. Dei folkehelsepolitiske måla på helseåtferdsområdet er reduserte sosiale forskjellar i helseåtferd. Målet omfattar reduserte sosiale forskjellar i kosthald, fysisk aktivitet, røyking, alkohol og andre rusmiddel.

7.1 Røyking

Cirka 15 % av den vaksne befolkninga røyker dagleg, mens 26 % røyker dagleg eller av og til. Røyking er årsak til cirka 7000 dødsfall per år i Noreg. I gjennomsnitt har kvar enkelt av dei tapt elleve leveår. Røyking aukar risikoen for hjarte- og karsjukdom, kronisk lungesjukdom (KOLS) og ulike typar kreft, først og fremst lungekreft.

25 % av menn i aldersgruppa 16–24 år bruker snus dagleg og 11 % av og til, eller til saman 36 %. Blant unge kvinner er det 14 % som bruker snus dagleg, og 8 % som er av og til-brukarar (Folkehelseinstituttet 2012).

Snus aukar risikoen for kreft og har òg andre negative effektar, blant anna er effekten på fosteret truleg den same som for røyking.

Konsekvensane av røyking blir i stor grad borne av kommunen, i form av sjukdom, sjukefråvær, uførheit, tapte leveår og leveår med redusert livskvalitet.

Det er store forskjellar i kven som røyker. Det er tre til fire gonger så mange blant dei med ungdomsskule som høgaste utdanning som røyker, samanlikna med dei med høgskule/universitet.

Tobakksskadelova gir forbod mot røyking «i lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang skal lufta være røykfri. Det samme gjelder i møterom, arbeidslokaler og serveringslokaler. Utendørs inngangspartier til helseinstitusjoner og offentlige virksomheter skal være røykfrie.»

Frå 2014 er all tobakksbruk, også snusing, forbode i lokala og uteområda til barnehagar, grunnskular og vidaregåande skular. For elevane gjeld forbodet i heile skuletida, det vil seie at dei ikkje kan bruke tobakk utanfor skulen sitt område heller.

Tobakksskadelova gir i tillegg barn «rett til et røykfritt miljø», uansett kvar dei oppheld seg.

Ifølgje Helsedirektoratet og KS kan dessutan «arbeidsgiver [...] i medhold av styringsretten [...] i stor grad forby tobakksrøyking i arbeidstiden». Fleire kommunar har innført røykfri arbeidsplass som tiltak.

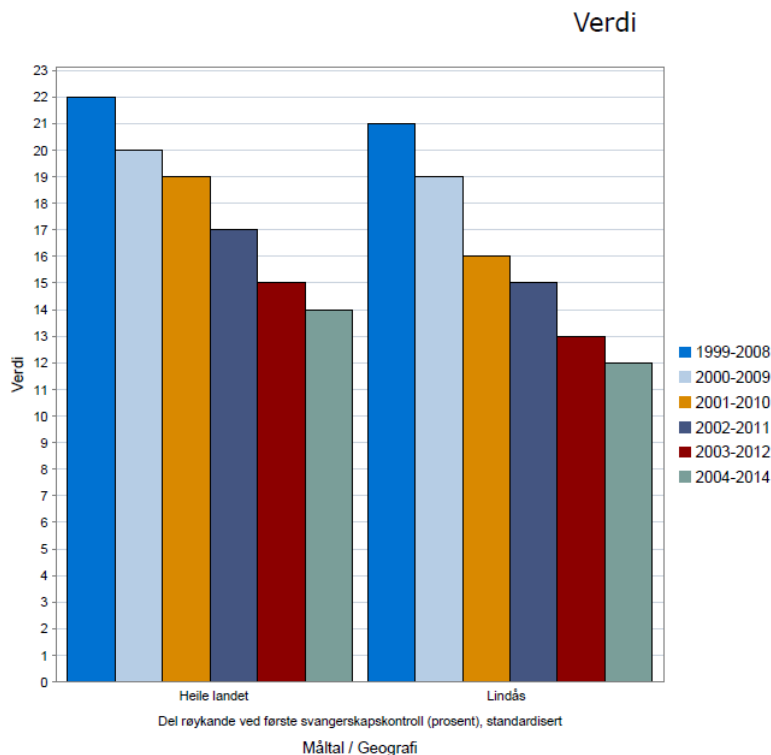
Stadig færre røyker i graviditeten, men talet på røykarar er framleis altfor høgt. Mykje tyder òg på at det er dei med lågast utdanning som oftast røyker i svangerskapet. Mange av dei tusenvis av stoffa i røyken kan påverke barnet. I tillegg bind karbonmonoksid seg til dei raude blodcellene slik at fosteret får lite oksygen og dårlege vekstvilkår. Forsking viser at sigarettane aukar risikoen for både spontanabort, misdanning, låg fødselsvekt, pusteproblem og for tidleg fødsel.

Svenske studiar har vist at snusing aukar risikoen for ein for tidleg fødsel. I tillegg er det auka risiko for dødfødsel. Snusing gir òg lågare fødselsvekt. Forsking tyder dessutan på at bruk av snus i graviditeten kan gi auka risiko for leppe-gane-spalte hos barnet og risiko for pustestans (apné) i nyføddeperioden.

7.1.1 Røyking i Lindås

Vi har ikkje tal på kor mange som røyker i Lindås kommune. I landet er det no cirka 15 % som røyker. Her er det store sosiale forskjellar. Berre 8 % av dei med høgskule eller universitetsutdanning røyker, mens 34 % av dei med berre grunnskule røyker. Forsking har vist at det er liknande forskjellar i røykevanar for gravide kvinner med høg og låg utdanning. Dette er eit av fleire døme på korleis sosial ulikheit i helse går vidare til neste generasjon.

Figur 19.



Ved første svangerskapskontroll er det stadig færre gravide kvinner som røyker. Her må vi ha ein nullvisjon.

7.2 Barnevaksinasjonar

Barn med immunsvikt på grunn av sjukdom og dei minste barna som enno ikkje er vaksinerte, er avhengige av flokkimmunitet for å ikkje bli sjuke.

Flokkimmunitet har vi når så mange blir immune at bakteriar/virus ikkje «finn» nokon mottakelege, då dør smitten ut av seg sjølv. Dersom vaksinen hindrar smittebering (ikkje berre sjukdom), blir det færre som kan smitte sjukdommen vidare. Høg vaksinedekning (> 95 %) er nødvendig for å hindre utbrot og beskytte uvaksinerte.

7.2.1 Vaksinedekning i Lindås kommune

Vaksinasjonsdekninga for barnevaksinasjonar i Lindås kommune er like under snittet for Hordaland, og like under den anbefalte dekninga på 95 %. Det betyr at det enno er litt å gå på før vi har heilt god flokkimmunitet. Ei utfordring er at vellukka førebygging gjer problemet usynleg, og dei som ikkje hugsar barnesjukdommane, kan no få seg til å tenke at det ikkje er så nøye. Det er

viktig å minne om at sjukdommane som det blir vaksinert mot i barnealder, kan gi alvorleg sjukdomsutvikling eller komplikasjonar, og det er viktig å halde vaksinedekninga høg. Dei som blir vaksinerte, beskyttar seg sjølve mot sjukdom, og dei beskyttar i tillegg dei som er for sjuke eller for unge til å bli vaksinerte.

Vaksinedekning i Hordaland fylke og i Lindås kommune 2009–2014

År		2009-2013	2010-2014
Geografi	Alder		
Hordaland	2 år	94,5	94,9
	9 år	95,0	95,4
Lindås	2 år	93,8	94,1
	9 år	94,2	94,3

8 F. Helsetilstand

Den norske befolkninga har god helse, og levealderen aukar. Det har vore ein sterk reduksjon i for tidleg død av hjarte- og karsjukdommar dei siste tiåra, og undersøkingar av eigenrapportert helse tyder på at helsetilstanden i den vaksne befolkninga i hovudsak er god. Levealderen i Noreg har auka for alle, men befolkningsgruppene som har lang utdanning og høg inntekt, har hatt den beste utviklinga. Sosiale forskjellar i helse går stort sett gjennom heile det sosiale hierarkiet med gradvis aukande forskjellar. Det betyr at slike forskjellar også finst mellom sosiale grupper som har relativt lang utdanning og høg inntekt. Grupper med lengst utdanning og høgast inntekt har litt betre helse enn grupper med litt kortare utdanning og litt lågare inntekt.

8.1 Folkehelseprofil – Folkehelsebarometer Lindås kommune

Folkehelseinstituttet gir kvart år ut folkehelseprofilar for kommunar og fylke. Profilane blir publiserte i perioden januar–mars. Folkehelseprofilane inneheld nøkkeltal knytte til befolkning, levekår, miljø, skule, levevanar, helse og sjukdom. Temaa er valde ut frå førebyggingsmoglegheitene og kjende folkehelseutfordringar, men innhaldet i kvart enkelt temaområde vil òg vere eit resultat av kva som er tilgjengeleg statistikk for kommunen.

I figuren i folkehelsebarometeret er kvar av dei 34 nøkkelindikatorane merkte med raud, grøn eller gul prikk basert på korleis verdien for kommunen er, samanlikna med verdien for landet under eitt. (Sjå vedlegg som viser folkehelseprofilar for 2015 og 2016.)

8.1.1 Tolking av fargekodane

Kommunen sin verdi er raud dersom han er signifikant dårlegare enn landsgjennomsnittet, grøn dersom han er betre enn for landet, og gul dersom det ikkje er sikkert at han er dårlegare eller betre enn landet.

Lyser det nokon varsellamper i folkehelseprofilbarometeret? Er det nøkkeltal som er merkte med raudt symbol? Dei bør vi sjå nærare på.

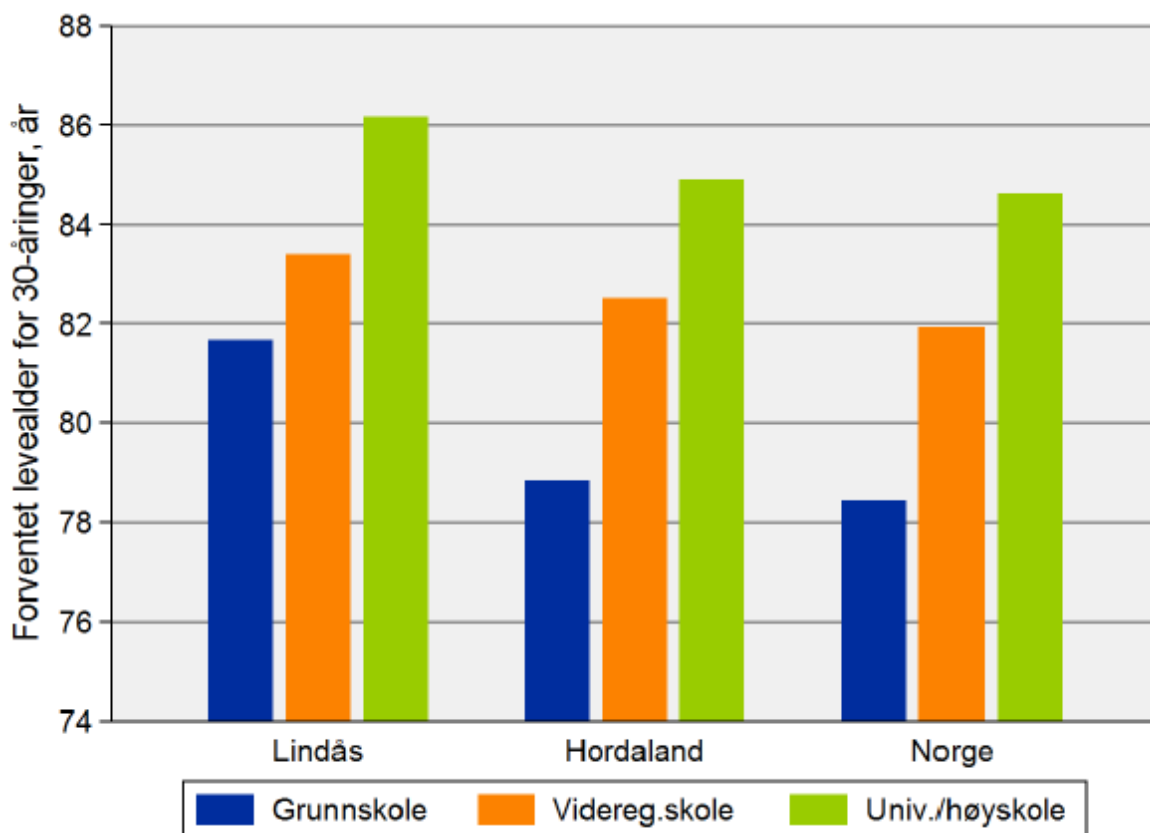
Også bak grønne symbol (prikkar) kan det skjule seg folkehelseutfordringar for kommunen. Fråfall i vidaregåande skule og mobbing er døme på område der landsnivået ikkje ligg på eit ønskt nivå. For desse indikatorane kan kommunar som ligg betre an enn landet, ha ei utfordring sjølv om dei har grønt symbol.

Lindås kommune har til dømes 19 % fråfall frå vidaregåande skule. Det er nær éin av fem elevar. Sjølv om det er betre enn snittet for landet, er det ønskeleg at fleire fullfører. Kva kan vi bli betre på? Kva er bestemmande for dette? Kan det vere ein samanheng mellom få tilsette med relevant utdanning i barnehage og SFO og fråfall i vidaregåande skule?

8.2 Forventa levealder

I Lindås kommune er forventa levealder høgare enn landsgjennomsnittet. Forskjellen i forventa levealder mellom dei som har grunnskule som høgaste utdanning, og dei som har vidaregåande eller høgare utdanning, er mindre enn i landet under eitt. Forskjellen i forventa levealder er ein indikator på sosiale helseforskjellar i kommunen, og slik forskjell ser ut til å vere mindre i Lindås enn i landet under eitt.

Figur 20. Det er klare forskjellar i forventa gjenverande levetid ved 30-årsalder avhengig av kor lang utdanning den enkelte har, også i Lindås kommune.



8.2.1 Psykiske symptom/lidingar

Delen med psykiske symptom og lidingar i alderen 15–29 år er høgare enn i landet under eitt, vurdert etter data frå fastlege og legevakt.

8.2.2 Hjarte- og karsjukdom

Fleire blir lagde inn på sjukehus med hjarte- og karsjukdom enn i landet under eitt. Det er òg fleire som får behandling i primærhelsetenesta for desse sjukdommane.

8.2.3 Diabetes type 2

Fleire enn snittet i landet blir behandla for diabetes type 2.

8.2.4 Peiker relaterte indikatorar i den same retninga?

Eksempel på relaterte indikatorar er hjarte- og karsjukdom i primærhelsetenesta og delen som er behandla i sjukehus for hjarte- og

karsjukdom. For Lindås peiker dei i same retninga (raudt), og det kan vere ein indikator på at Lindås kommune har ei folkehelseutfordring knytt til hjarte- og karsjukdom. Delen med overvekt, inkludert fedme, ser ut til å vere høgare enn i landet under eitt, vurdert ut frå resultatet etter nettbasert sesjon 1 for gutar og jenter (17-åringar). Vi veit at overvekt heng saman med risiko for hjarte- og karsjukdommar og diabetes type 2.

9 Vedlegg

9.1 [Folkehelseprofil Lindås kommune 2015](#)

9.2 [Folkehelseprofil Lindås kommune 2016](#)

10 Kjelder

- Folkehelseinstituttet: *Sjukdomsbyrde i den norske befolkningen – Folkehelse rapporten 2014*
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:111836::0:7243:17:::0:0
- Folkehelseinstituttet: Folkehelseprofilar 2015 og 2016.
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Main_6157&Main_6157=7197:0:25,6852
- Folkehelseinstituttet: Rapport 2011:1 *Bedre føre var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5508&Content_6503=6259:87775:25,5508:0:6250:128:::0:0
- Folkehelseinstituttet: Helsetilstanden i Norge (Folkehelse rapporten 2014)
<http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/folkehelse rapporten>
- Helsedirektoratet: *Folkehelsepolitisk Rapport 2012*
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsedirektoratets-arlige-rapport-om-arbeidet-med-a-utjevne-sosiale-helseforskjeller-folkehelsepolitisk-rapport-2012/Publikasjoner/is-2075.pdf>
- Helsedirektoratet. Personskadedata 2014. Norsk pasientregister. IS-2335
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/958/Personskadedata2014.pdf>
- Helsedirektoratet: *Samfunnsutvikling for god folkehelse*. Juni 2014
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samfunnsutvikling-for-god-folkehelse/Sider/default.aspx>
- Hordaland Fylkeskommune: *Folkehelse i Hordaland 2015 – ei kunnskapsoversikt* <https://www.fylkesmannen.no/nn/Hordaland/Helseomsorg-og-sosialtenester/Folkehelse/Ny-kunnskapsoversikt-over-folkehelse-i-Hordaland/>

- Institute for Health Metrics and Evaluation: *GBD Compare*. 2013
<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Lund, Ingrid (red.): *Hele barnet, hele løpet; Mobbing i barnehagen*
Forskningsrapport 2015 <http://barnehage.no/forskning/2015/12/hver-fjerde-voksen-bagatelliserer-mobbing-i-barnehagen/>
- NKVTS: *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* <https://www.nkvts.no/rapport/vold-og-voldtekt-i-norge-en-nasjonal-forekomststudie-av-vold-i-et-livsloppsperspektiv/>
- NOVA: *Språk, stimulans og læringslyst – tidlig innsats og tiltak mot frafall i videregående opplæring gjennom hele oppveksten: en kunnskapsoversikt*.
September 2010
http://www.hioa.no/content/download/45418/674443/file/4129_1.pdf
- Oslo universitetssykehus: *Forebygge skader og ulykker i minoritetsspråklige familier*. Januar 2012 <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/SKADERAPPORTRAPPORT%202012.pdf>
- Statistisk sentralbyrå: *Evaluering av forsøk med gratis kjernetid i barnehage*.
November 2013 <http://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/attachment/150730?ts=142c1fee5e8>
- St.meld. nr. 41 (2008-2009) *Barnehagemeldingen: Kvalitet i barnehagen*
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-41-2008-2009-/id563868/?ch=1&q=>
- WHO: *Violence prevention: the evidence. Overview*. 2010
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/
- www.kommunebarometeret.no
- www.kommunetorget.no
- www.fhi.no
- www.statistikkivest.no