



Utvidet folkehelseprofil for Vindafjord kommune



Innledning

Dette dokumentet presenterer et utdrag av tilgjengelig informasjon om folkehelsen i Vindafjord . Informasjonen er hovedsakelig basert på de samme kildene som brukes i folkehelseprofilene fra FHI, men det er også lagt til noe informasjon fra andre kilder. De viktigste forskjellene mellom FHIs profiler og dette dokumentet er at her presenteres utvikling over tid der slik informasjon er tilgjengelig, og sammenligningsgrunnlaget er annerledes. Mer om dette nedenfor.

Indikatorene i FHIs folkehelseprofil presenteres sammen med FHIs begrunnelse for å bruke hver enkelt indikator.

Utviklingen av denne profilen er et prosjekt fra Rogaland fylkeskommune, og har til hensikt å bidra til å styrke folkehelsearbeidet i kommunene. Vi håper at de som jobber med folkehelse i kommunene vil kunne bruke mindre tid på å lete i databaser på nett, og mer tid på lokalt folkehelsearbeid.

NB: Denne profilen er automatisk generert. Den inneholder tallmateriale og figurer, men ingen kommentarer som er spesifikke for hver enkelt kommune. I noen tilfeller kan dette ha uheldige utfall - for eksempel at kurver forsvinner ut av figurene. Gi gjerne beskjed hvis du finner noe slikt, så vi kan fikse det.

Vi er takknemlige for tilbakemeldinger om styrker og svakheter ved disse profilene. Disse kan rettes til Rune T. Slettebak

Rune.slettebak@rogfk.no

Telefon: 51 92 10 29

Versjon: 19. desember 2019

Hvis du vil finne denne eller andre profiler på nett, gå til www.rogalandstatistikk.no, velg "folkehelse" og følg lenken derfra.

Nyheter

Profilen kommer nå i pdf-format, men innholdet er i liten grad forandret. Dette gjør at filene blir lettere og kjappere, men det kan innebære ulemper for den som vil kopiere tekst eller figurer. Om du sitter på en windows-basert datamaskin og vil kopiere en figur, kan du trykke på windows-knappen, og skrive "utklippingsverktøy" (det er vanligvis nok å skrive "ut"). Øverst i menyen som dukker opp, vil du da (antakelig) få muligheten til å åpne appen Utklippingsverktøy. Ved hjelp av den kan du kopiere det du ser på skjermen, f.eks. en figur i folkehelseprofilen.

Kommunene på Jæren deles nå inn i nord- og sør-Jæren, noe som endrer deler av sammenligningsgrunnlaget for Jær-kommunene i forhold til tidligere profiler.

Profilene er oppdatert med tall fra Ungdataundersøkelsen i 2019.

Noen forskjeller i forhold til FHIs folkehelseprofiler

I folkehelseprofilene benyttes hovedsakelig tall som er standardisert, for det meste i forhold til kjønn og alder. Det vil si at tallene er endret slik at de gjenspeiler nivåene hver kommune ville hatt hvis de hadde samme kjønns- og alderssammensetning som landet totalt sett. Dette gjør det lettere å sammenligne på tvers av kommuner (og fylker), siden forskjellene man ser ikke skyldes ulik kjønns- og alderssammensetning. Ulempen med denne metoden er at den ikke nødvendigvis angir hver kommunes nivåer helt i tråd med den faktiske situasjonen. For eksempel vil en kommune med en uvanlig stor andel eldre komme "bedre" ut på en del indikatorer enn det som faktisk er tilfelle.

I dette dokumentet er tallene som brukes IKKE standardisert. Dette innebærer at de ofte vil være noe annerledes enn i folkehelseprofilene. De viser nivåene for hver kommune og gruppe slik de faktisk er, men man må ta høyde for at forskjeller mellom kommuner kan skyldes ulik befolknings-sammensetning. Fordelen med denne framgangsmåten er at den viser tydelig de utfordringene og mulighetene hver enkelt kommune har, heller enn et bilde av hvordan situasjonen hadde vært hvis befolknings-sammensetningen var lik som for landet totalt sett.

Et annet poeng verdt å merke seg er at her er andeler beregnet med utgangspunkt i befolkningstall fra SSB, per 1. januar hvert år, heller enn tallene fra FHI. Dette er nødvendig for å kunne beregne nivåene for gruppene det sammenlignes mot. Dette gir imidlertid enkelte mindre avvik fra nivåene i folkehelseprofilene (avvikene mellom tallene i dette dokumentet og folkehelseprofilene skyldes i all hovedsak at det her ikke benyttes standardiserte tall).

Nok en forskjell i forhold til folkehelseprofilene er at i dette dokumentet testes det ikke om forskjellene mellom ulike grupper er statistisk signifikante. Selv om det er mye fokus på sammenligning i dette dokumentet er det viktig å også fokusere på hvordan nivåene er i forhold til det en ønsker at de skal være.

For tilgang til data og mer informasjon, se [Kommunehelse statistikkbank \(http://khs.fhi.no/webview/\)](http://khs.fhi.no/webview/)

Merk at denne profilen er utviklet av Rogaland fylkeskommune, og at Folkehelseinstituttet ikke står ansvarlig for innholdet her. Det meste av tallmaterialet skriver seg fra FHI, men om noen feil skulle ha oppstått underveis, er dette undertegnede ansvar.

Deler av datamaterialet kommer fra en Ungdata-undersøkelse, gjennomført av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus). Ungdata er finansiert av Helsedirektoratet, Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene i dette dokumentet.

Sammenligningsgrunnlag

Vindafjord sammenlignes med fem grupper:

Region: nivået for regionen sett under ett (Bokn, Etne, Haugesund, Karmøy, Sveio, Tysvær, Utsira, Vindafjord)

Kostragruppe: antakelig den beste kategorien for sammenligning. Her er kommuner gruppert etter befolkningsstørrelse og inntektssituasjon. Merk like fullt at noen grupper fungerer bedre enn andre. Små kostragrunder gir et tynnere sammenligningsgrunnlag (Alstahaug, Andøy, Balsfjord, Brønnøy, Bømlo, Eid, Flora, Fræna, Gausdal, Grue, Hadsel, Haram, Hole, Kvam, Kvinnherad, Målselv, Nam-sos, Narvik, Nome, Nord-Aurdal, Nord-Fron, Nord-Odal, Notodden, Nærøy, Oppdal, Osterøy, Rau-ma, Risør, Røros, Sel, Sortland, Spydeberg, Stange, Sund, Surnadal, Tynset, Ulstein, Vestvågøy, Vindafjord, Voss, Vågan, Vågsøy, Åsnes)

Kommuner av omtrent samme størrelse: mye felles med kostragruppe, men tar ikke høyde for øko-nomisk situasjon (Alstahaug, Andebu, Austevoll, Averøy, Balsfjord, Birkenes, Brønnøy, Bø (Telem.), Eid, Eidskog, Farsund, Fauske, Flekkefjord, Froland, Fræna, Gausdal, Giske, Gjerdrum, Gloppen, Hadsel, Haram, Hareid, Herøy (M. og R.), Hobøl, Hole, Hurum, Inderøy, Jevnaker, Klæbu, Kvam, Kvinesdal, Lunner, Luster, Lyngdal, Løten, Meland, Meløy, Midtre Gauldal, Målselv, Nome, Nord-Aurdal, Nord-Fron, Nord-Odal, Nordre Land, Nærøy, Odda, Oppdal, Osterøy, Radøy, Rakkestad, Rauma, Re, Rissa, Risør, Røros, Råde, Sande (Vestf.), Sel, Skaun, Sogndal, Songdalen, Spydeberg, Stryn, Sula, Sund, Sunndal, Surnadal, Sveio, Svelvik, Sykkylven, Søndre Land, Sør-Odal, Tinn, Try-sil, Trøgstad, Tvedestrand, Tynset, Ulstein, Vadsø, Vestnes, Vindafjord, Volda, Vågan, Vågsøy, Våler (Østf.), Ørland, Øyer, Årdal, Åsnes)

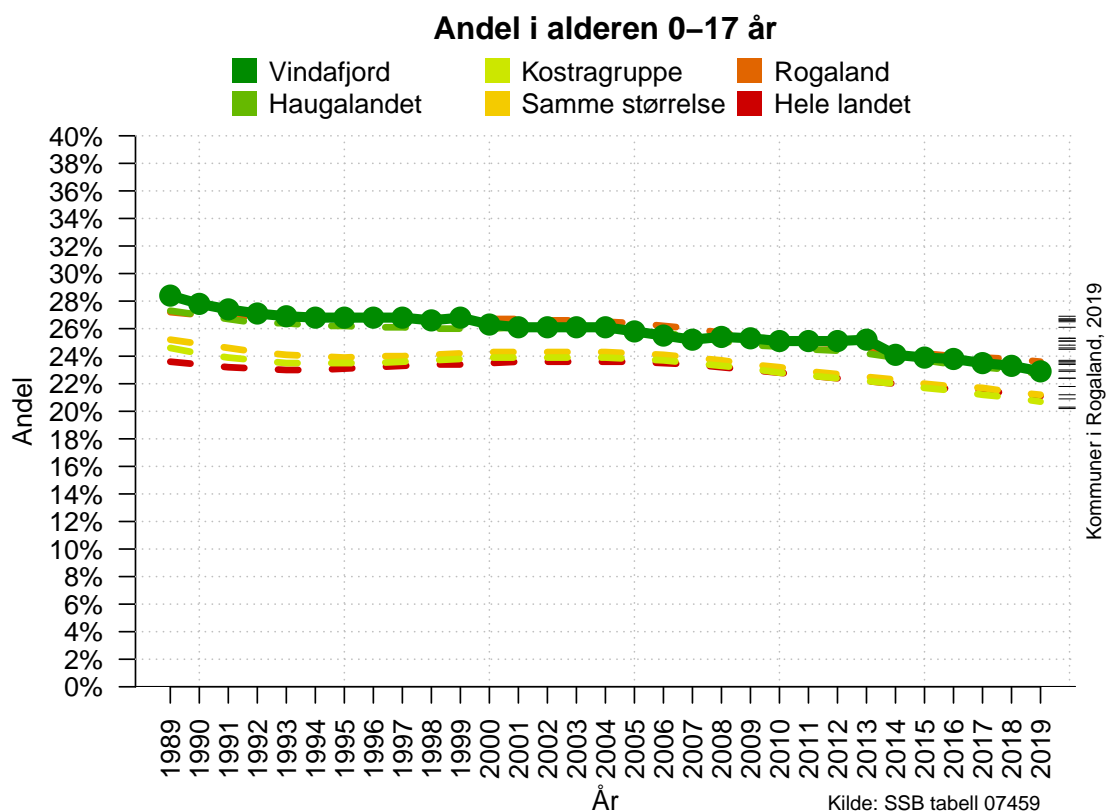
Rogaland

Hele landet

Vær oppmerksom på at sammenligningsgrunnlaget ikke nødvendigvis er helt presist - hvis det mangler data for en eller flere kommuner, blir disse kommunene utelatt fra beregningen for de årene infor-masjonen mangler. Det er særlig små grupper med små kommuner som er sårbare for dette.

1 Befolkningsutvikling

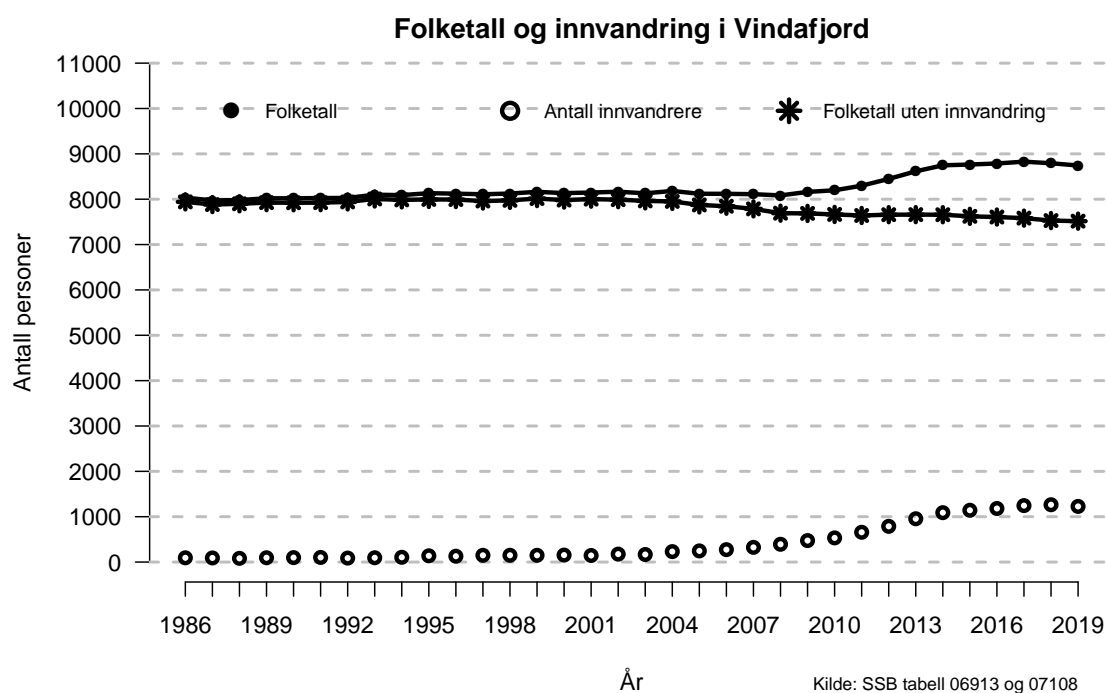
Mange av indikatorene i Kommunehelse statistikkbank er relatert til innbyggertallet i kommunen.



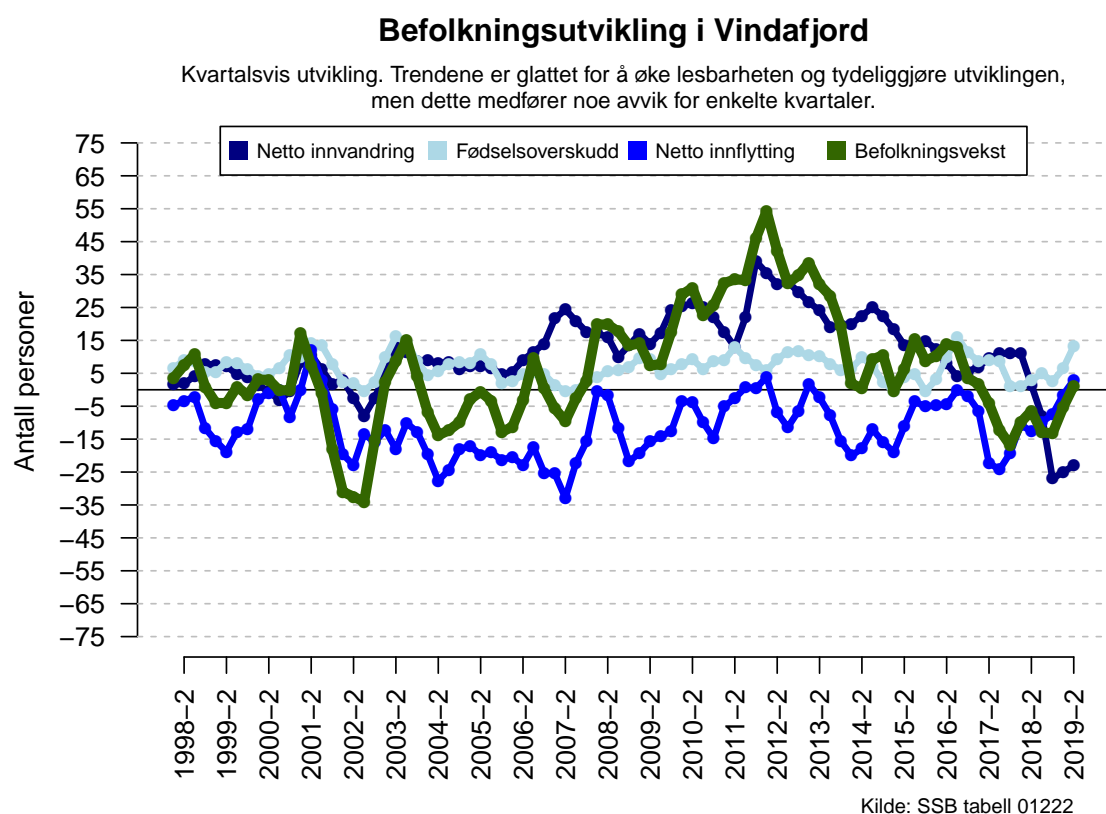
Andel barn og ungdom i en kommune gir en del indirekte informasjon - en høy andel unge antyder en relativt ung befolkning, noe som gir grunn til å forvente mindre problemer med sykdommer som blir vanligere med stigende alder (for eksempel kreft). Det antyder også at kommunen har et levende arbeidsmarked som tiltrekker unge i etableringsfasen - eller at et slikt arbeidsmarked er innen rekkevidde for personer som er bosatt i kommunen.

1.1 Folketall og innvandring

For mange kommuner har innvandring en betydelig effekt på folketallet. Figuren illustrerer utvikling i folketall, antall innvandrere, og hvordan folketallet ville sett ut uten innvandrerne.



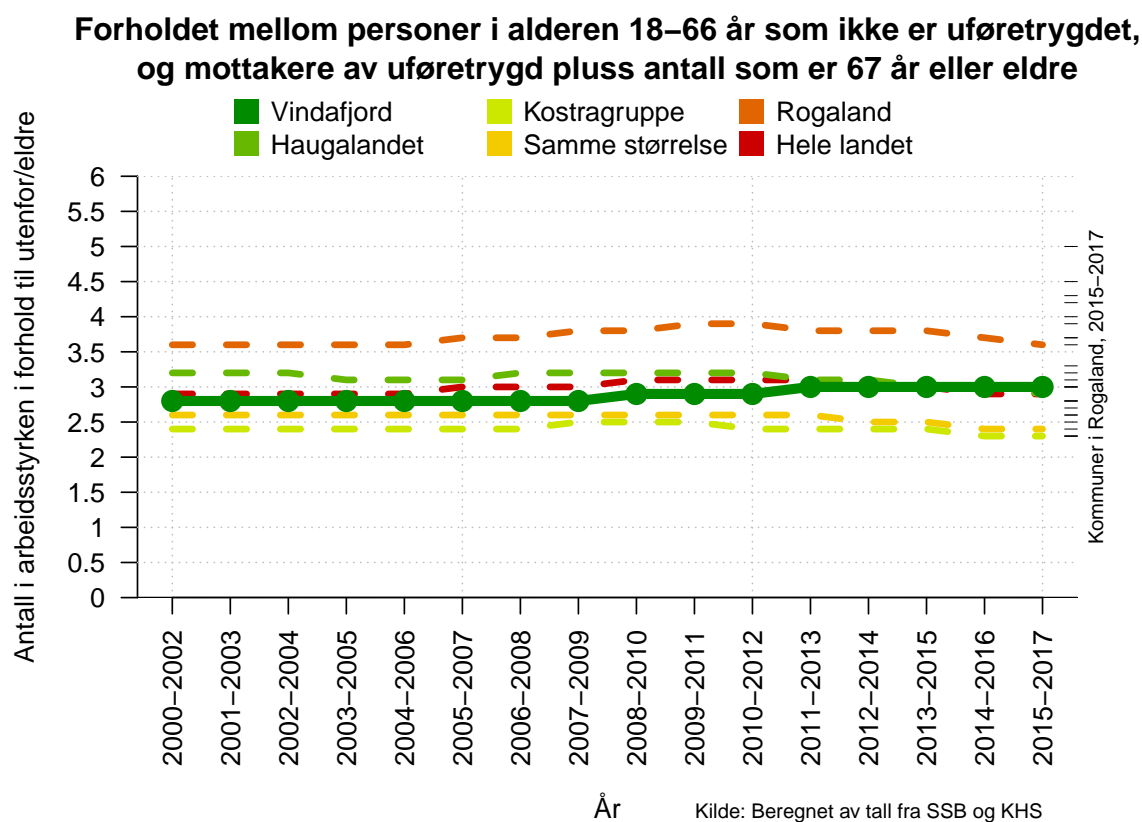
Figuren nedenfor viser befolkningsutviklingen, samt hvordan fødselsoverskudd (antall fødte minus antall døde), netto innflytting og netto innvandring bidrar til utviklingen.



1.2 Forholdet mellom de som er i arbeidsstyrken og de som står utenfor

Figuren nedenfor illustrerer en forenkling av forholdet mellom de som er i arbeidsstyrken og de som står utenfor. Her er antall personer i aldersgruppen 18-66 år, minus de som mottar uføretrygd, sett i forhold til hvor mange innbyggere som enten er 67 år eller eldre, eller mottar uføretrygd. Et høyt nivå på den loddrette akse innebærer med andre ord at det er mange som potensielt kan være i jobb, i forhold til de som står utenfor arbeidsmarkedet. Merk imidlertid at det alltid vil være en del av de som er 18-66 år som ikke er i jobb - studenter, arbeidsledige, de som er i fødselspermisjon, osv.

Dette tallgrunnlaget inneholder heller ikke de som er under 18 år. Det er en avveining om disse bør tas med - de er netto mottakere heller enn bidragsyttere mht. offentlig velferd, men samtidig er de en framtidig del av arbeidsstyrken, og sånn sett framtidige bidragsyttere.

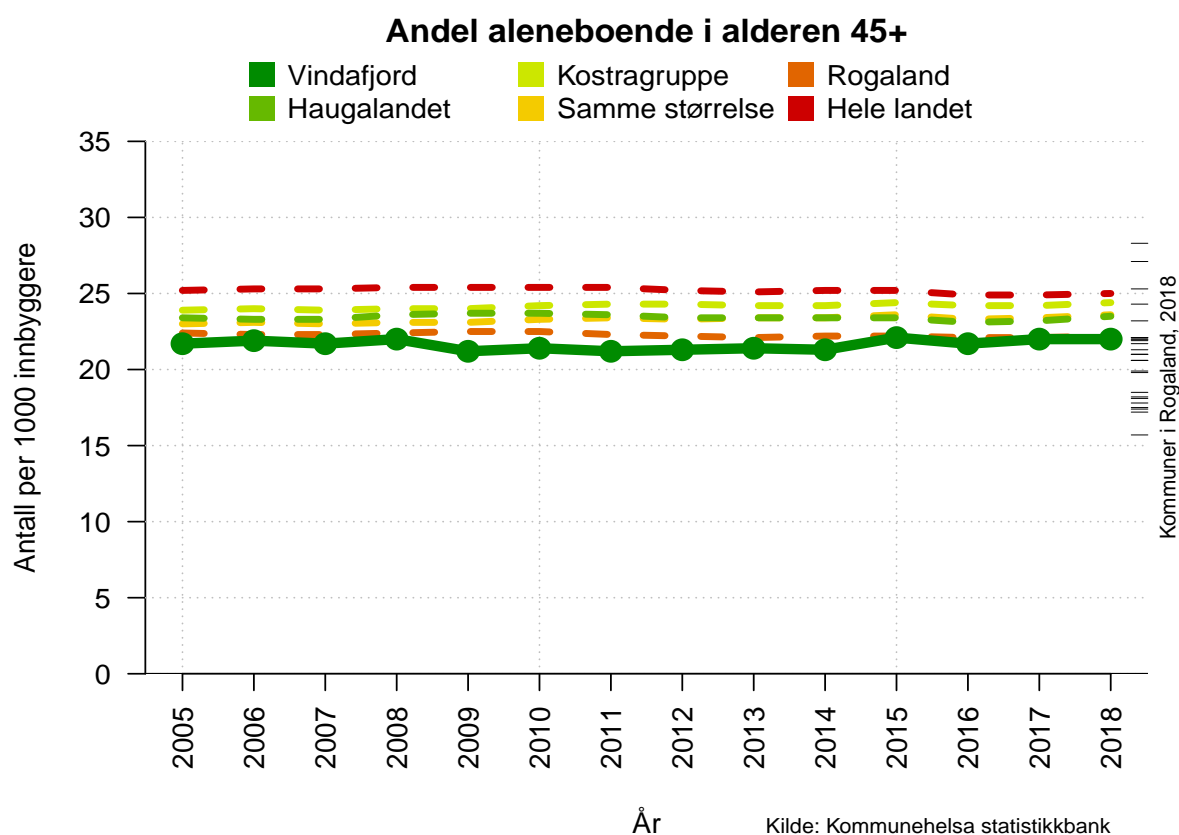


De aller fleste kommunene i Norge kan forvente en utvikling i retning av en mer utfordrende situasjon på denne indikatoren. Etter hvert som befolkningen blir eldre, og stadig flere lever lenger, blir det flere eldre i forhold til antall personer som er i arbeid. Situasjonen vil utvikle seg raskere i kommuner med vesentlig netto utflytting av unge, men den kan dempes av innflytting og innvandring. Tiltak for å øke fødselsratene og sikre at flest mulig er i arbeid kan også bidra.

2 Aleneboende

Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe - både økonomisk, helsemessig og sosialt.

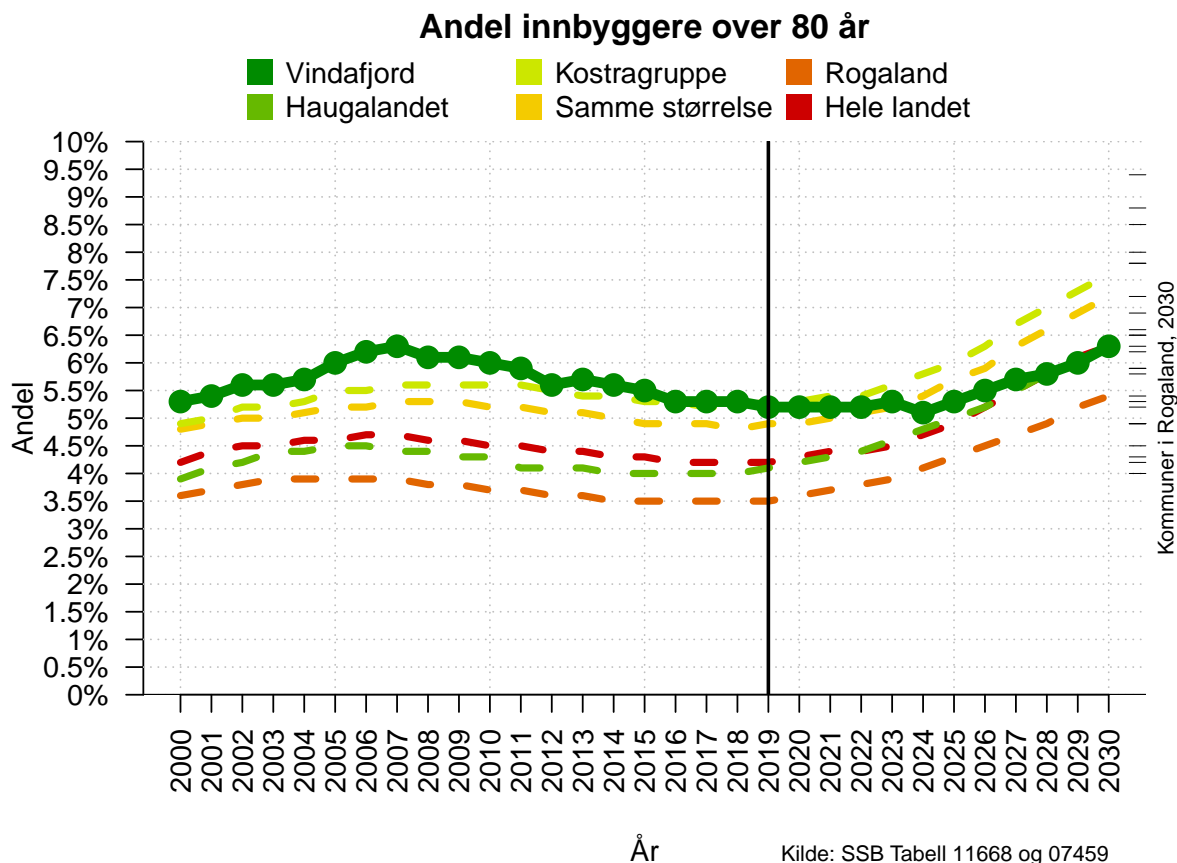
Blant aleneboende i alle aldersgrupper er det en høyere andel som sliter med psykiske plager sammenlignet med de som ikke bor alene. Aleneboende som gruppe har en høyere uføregrad og er oftere uførepensjonert enn de som ikke er aleneboende. Sammenlignet med de som bor sammen med noen, har de som er langvarig aleneboende hatt en mer uheldig utvikling i dødelighet. Det foreligger en høyere grad av helseproblemer blant kvinner og personer midtveis i livet som bor alene sammenlignet med andre.



Når en kontrollerer for husholdningenes størrelse og sammensetning, kommer det fram at median inntekt for aleneboende over 45 år ligger drøyt 20 prosent lavere enn medianen for befolkningen totalt sett. Dette understreker i hvilken grad aleneboende er en økonomisk sårbar gruppe.

3 Andel innbyggere som er 80 år eller eldre

Figuren illustrerer utvikling i andel innbyggere som er 80 år eller eldre fra 2000 til dagens nivå, samt forventet utvikling fram til 2030 (basert på SSBs MMMM-scenario).



Andel eldre i kommunen har betydning for både hva slags helseutfordringer kommunen kan ventes å møte, og for kommunal planlegging. Det kan også brukes som en indikator for bo- og arbeidsmarkedet som er tilgjengelig for kommunens innbyggere. Den gruppen som flytter klart mest er unge i 20-årene, og de flytter i stor grad til kommuner hvor de kan finne bolig, og arbeid i eller nær kommunen. Dette bidrar til at andelen eldre - deriblant de over 80 - stiger i kommunene de unge flytter fra, og synker i kommunene de flytter til.

Det er viktig å merke seg at det ikke er noe én til én-forhold mellom alder og helse. Dagens eldre er generelt sett friskere enn det personer med samme alder var for noen tiår siden, men det er også ulikheter mellom ulike kommuner. En [kartlegging utført av SSB](#) viser for eksempel at en større andel eldre bruker omsorgstjenester i små kommuner enn i store.

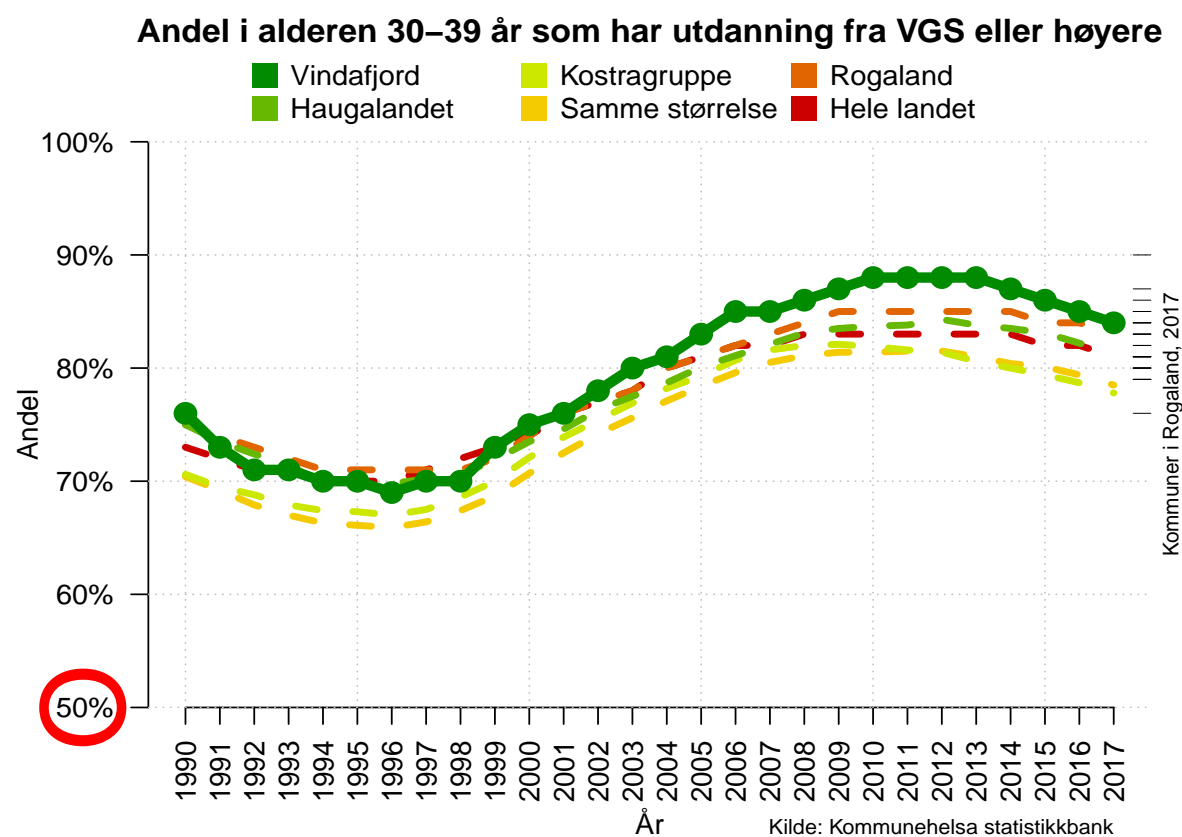
4 Utdanningsnivå

Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse.

De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste 30 årene. Men helsegevinsten har vært størst for dem som allerede hadde den beste helsen - gruppen med lang utdanning, god inntekt og som lever i parforhold. Helsegevinstene har ikke økt like mye for gruppen med lav utdanning og inntekt. Derfor har forskjellene i helse økt, særlig de siste ti årene.

Utdanningsnivå henger også sammen med risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer: røyking, BMI, blodtrykk og kolesterol. Forskjellene er uavhengig av alder.

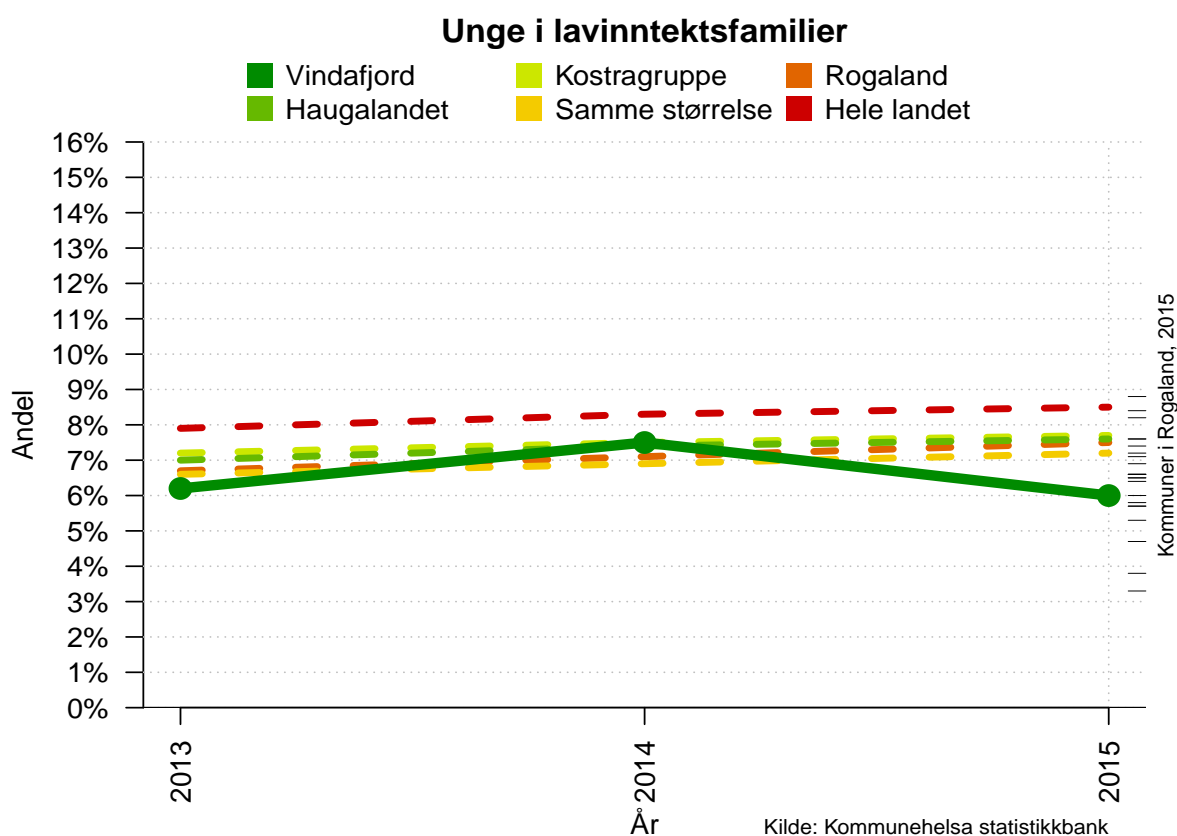
Levekår har betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk og andre rusmidler.



Merk at disse tallene ikke først og fremst omhandler frafall fra VGS, men andel i alderen 30-39 som har VGS eller høyere som høyeste utdanningsnivå. Vær også oppmerksom på at selv om det er en tendens til at personer med kort utdanning har større helseutfordringer, så er det masse unntak fra denne tendensen.

5 Unge i lavinntektshusholdninger

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

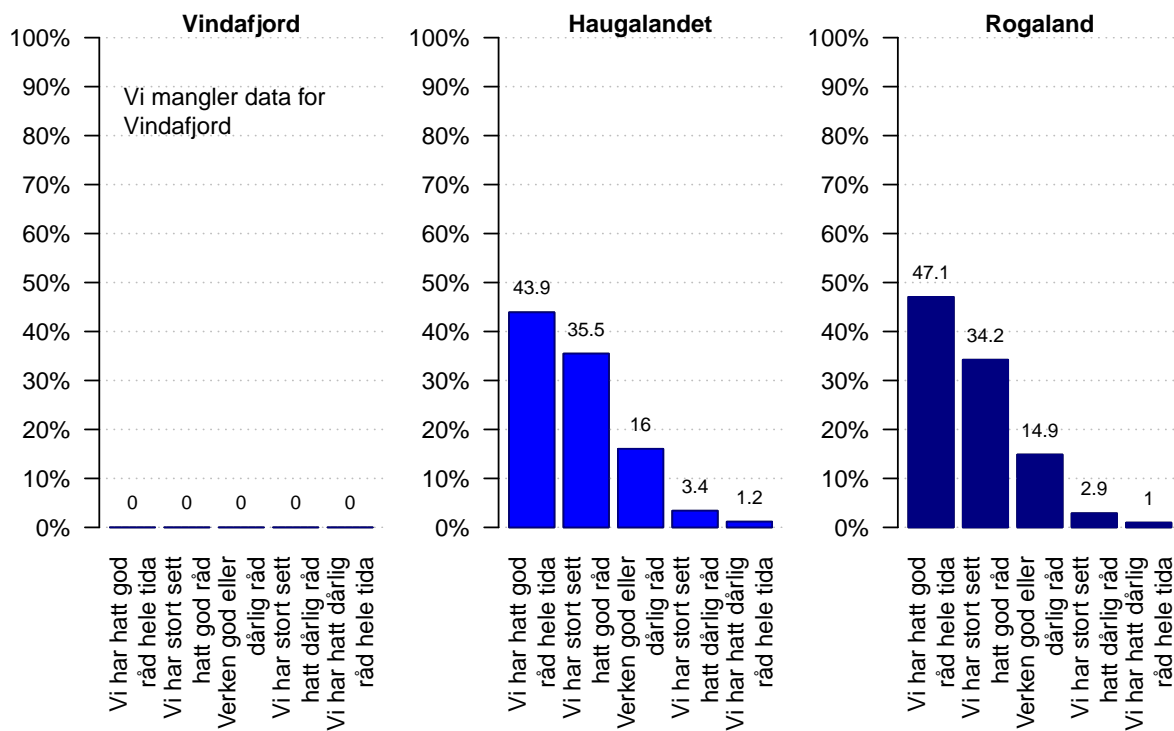


Andel personer under 18 år som bor i lavinntektshusholdninger med inntekt som er lavere enn 60 prosent av den kommunale medianen.

NB: merk at mens denne indikatoren tidligere var basert på nasjonal median, brukes nå kommunal medianinntekt. Dette gjør at indikatoren nå er bedre tilpasset lokale forhold.

5.1 Opplevd inntektssituasjon hos elever i ungdomsskolen

Har familien din hatt god eller dårlig råd/økonomi de siste to årene? (Ungdomsskoleelever, Ungdata 2019)

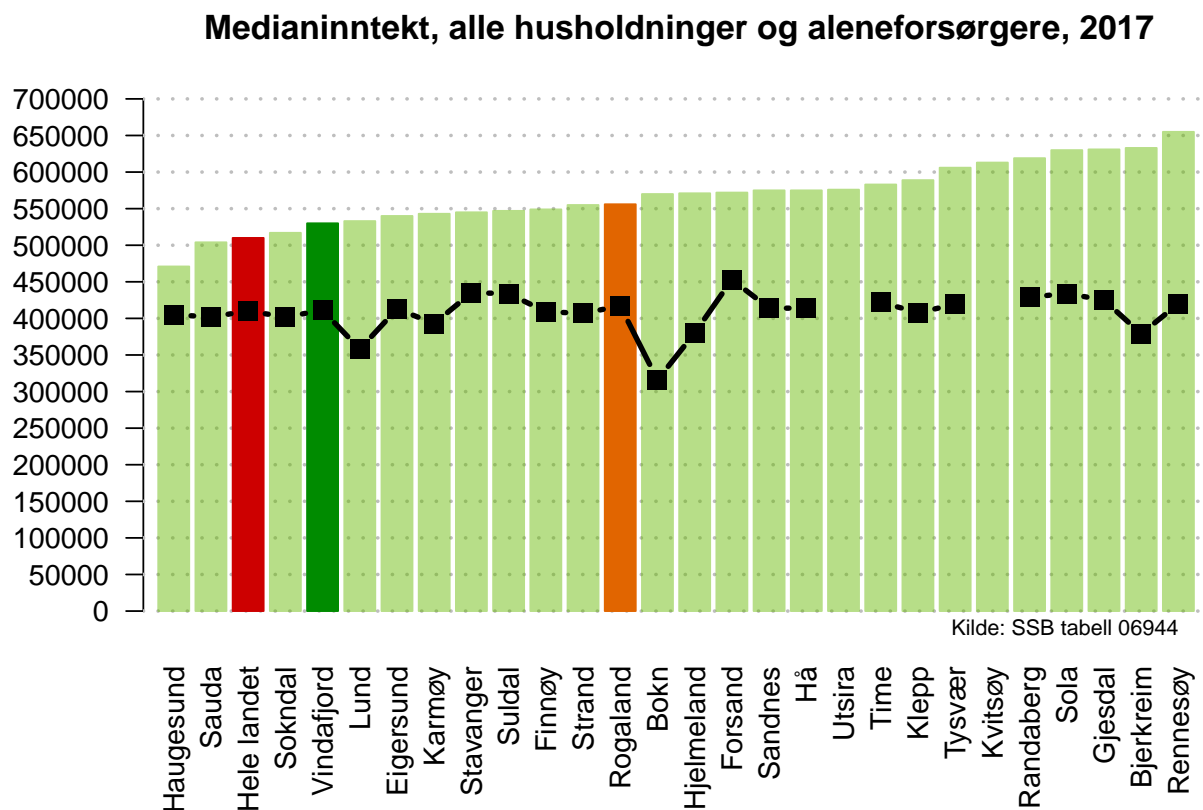


Kilde: Ungdata

For å belyse problematikken knyttet til lavinntekt bedre, tar vi med tallmateriale om opplevd inntektssituasjon for ungdomsskoleelever fra Ungdataundersøkelsen. En fordel med dette materialet er at det belyser hvordan ungdommene selv opplever det, men med den ulempen at det kun belyser ungdomsskoleelevens situasjon, i motsetning til hele gruppen 0-17 år.

5.2 Median husholdningsinntekt

Det kan være nyttig å vite hvordan ens egen kommune ligger an i forhold til den nasjonale medianen. Vi tar derfor med en oversikt over medianinntekt i kommunene i Rogaland og landstotalen. Figuren illustrerer medianinntekt for alle husholdninger, og for aleneforsørgere med barn/ungdom i alderen 0-17 år (sort linje). Her ser vi tydelig hvordan inntektsgapet mellom kommunal medianinntekt og aleneforsørgernes inntekter er større i kommuner med høyt inntektsnivå. Det er viktig å være oppmerksom på denne problemstillingen i forhold til sosiale forskjeller - den relative fattigdommen blir større i de kommunene hvor avstanden er stor.

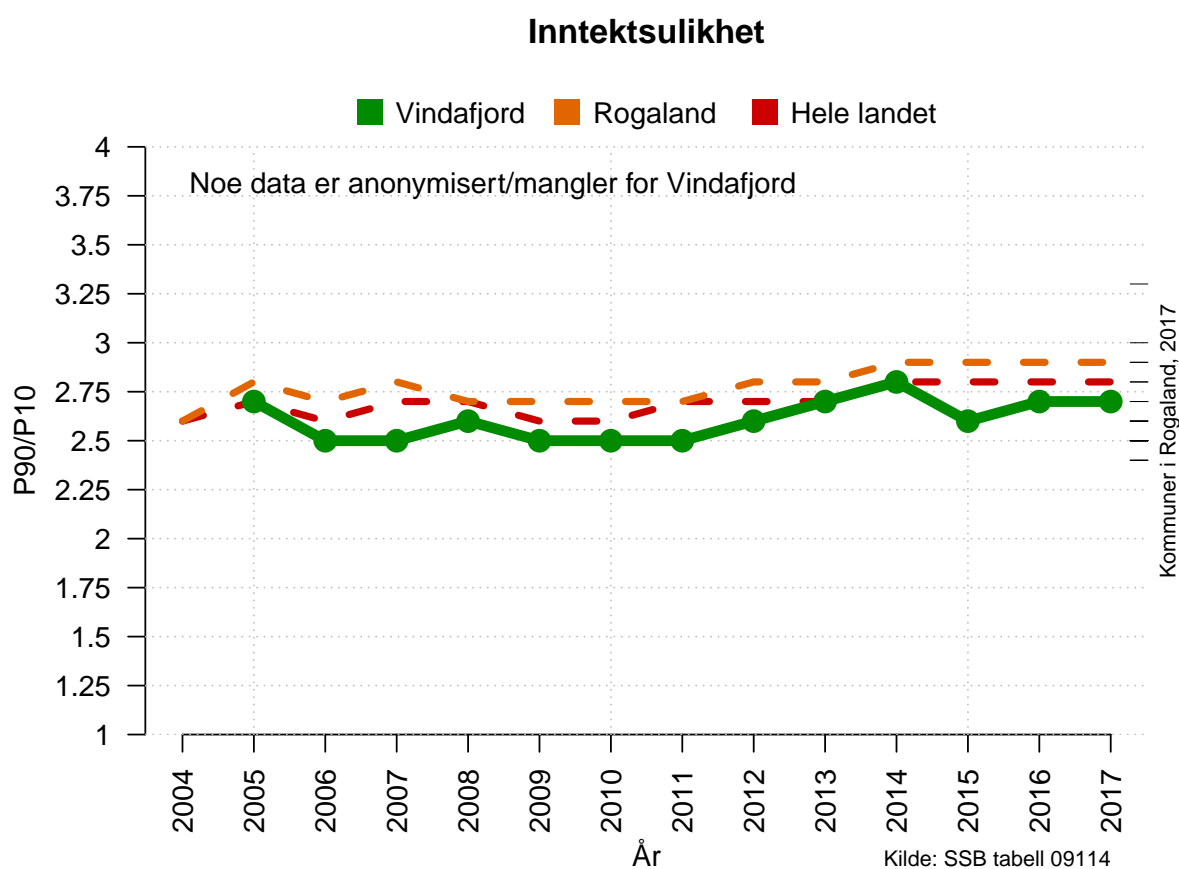


Figuren viser median inntekt etter skatt for alle husholdningstyper samlet, samt aleneforsørgere. Vær obs på at variasjoner mellom kommuner kan skyldes både ulikt inntektsnivå og ulik sammensetning av husholdningstyper (kommuner med høyere andel enpersonhusholdninger har f.eks. en tendens til å ha lavere medianinntekt).

6 Inntektsulikhet

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. Likheter i fordelingen av økonomiske ressurser påvirker antakelig andre samfunnsmessige forhold positivt. Man kan anta at stor økonomisk ulikhet i et samfunn kan lede til økt kriminalitet, kulturelle forskjeller og politiske konflikter mellom ulike grupper i samfunnet.

Stor inntektsulikhet i en kommune kan være en pekepinn på at det også er store sosiale helseforskjeller i kommunen. De siste 30 årene har alle inntektsgrupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.



Inntektsulikhet: inntekten som er ti prosentpoeng fra toppen, delt på inntekten som er ti prosentpoeng fra bunnen. Dette er en indikator som er lite følsom for endringer, så selv ganske små forandringer i nivået bør tas på alvor.

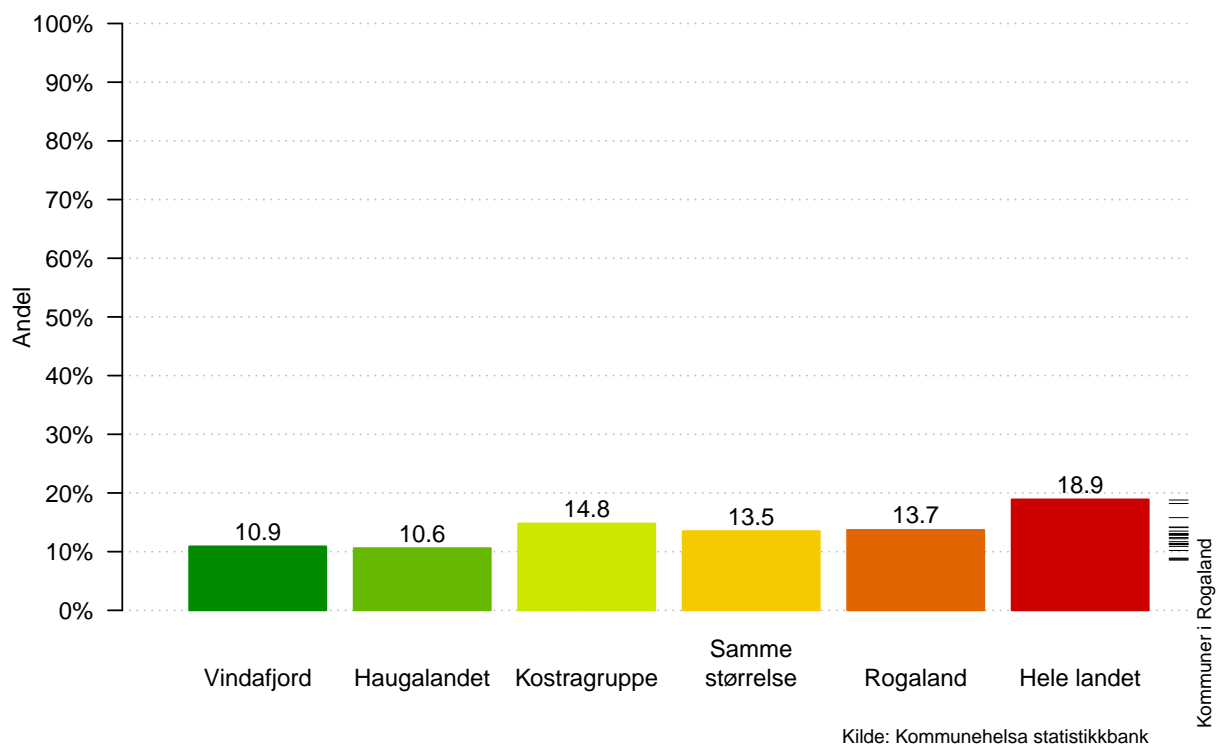
7 Andel i alderen 0-17 år som bor trangt

Trangboddhet er én av flere indikatorer på redusert bokvalitet. Bokvalitet har betydning for helse på flere måter. En vanskelig bosituasjon kan påvirke barn og unges levekår og helse; det påvirker skoleprestasjoner og deres sosiale liv. Vedvarende lav bokvalitet og langvarig leie av bolig øker sannsynligheten for at barn ikke tar med venner hjem.

Vanskeligstilte på boligmarkedet er som regel i utgangspunktet en marginalisert gruppe med kjennetegn som lav inntekt, lav eller ingen utdanning og svak arbeidsmarkedstilknytning - i et befolkningsperspektiv er dette sammenfallende med dårligere helsetilstand. For sårbare grupper kan en vanskelig bosituasjon bidra til å forsterke og opprettholde eksisterende helseproblemer og sosiale utfordringer.

Å bo trangt er definert som følgende: 1. Antall rom i boligen er mindre enn antall personer eller én person bor på ett rom, og 2. Antall kvadratmeter (p-areal) er under 25 kvm per person.

Personer i alderen 0–17 år som bor trangt, 2017

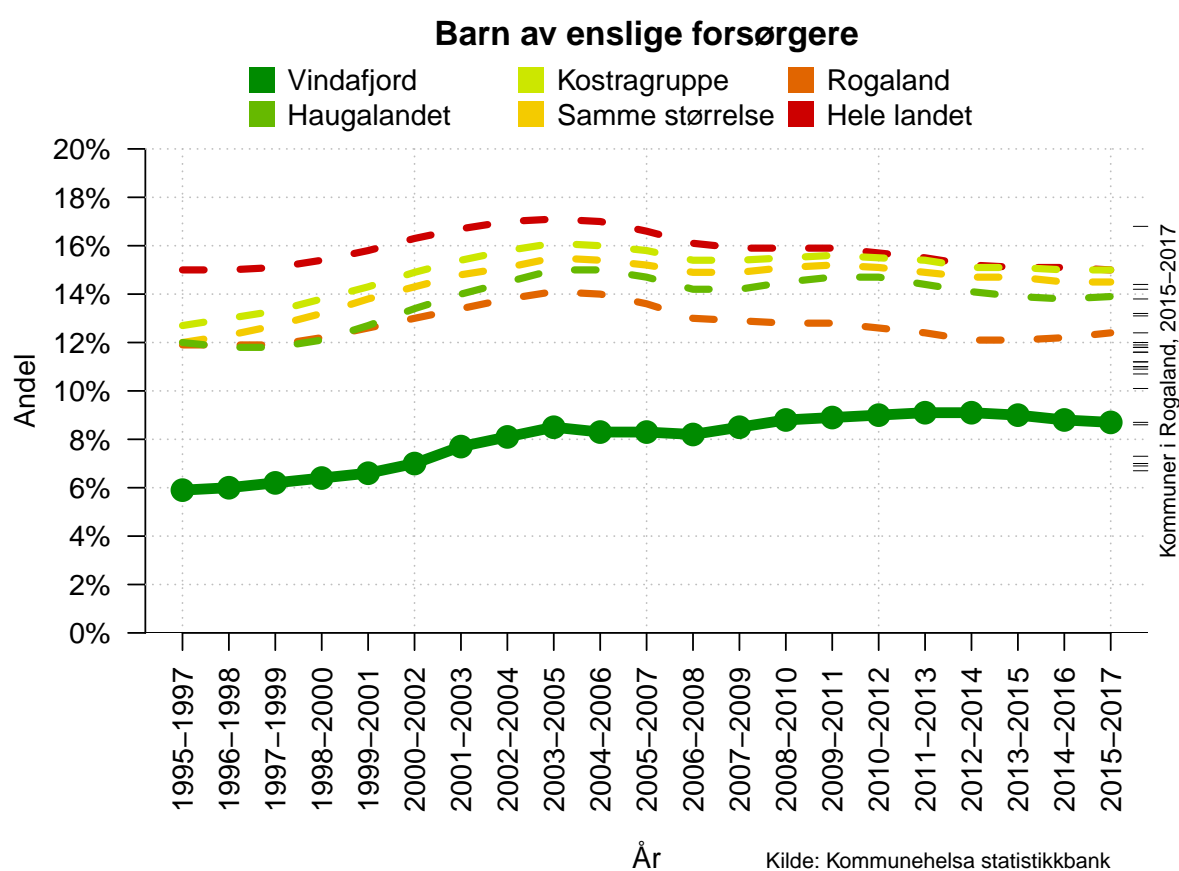


8 Barn av eneforsørgere

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

Det er en del risikofaktorer knyttet til det å vokse opp med en eneforsørger. Eneforsørgere har ofte mindre ressurser i form av dårligere økonomi og mindre tid til barna. Dette kan føre til at barna ikke kan delta i sosiale aktiviteter og at tiden med tilgang på en voksen er mindre. I tillegg er det økt forekomst av psykiske helseproblemer blant eneforsørgere, som videre kan virke inn på foreldreferdigheter og dermed barna. Forhold mellom foreldre som ikke lever sammen kan være preget av økt konfliktnivå som kan gå ut over barna og føre til emosjonelle problemer og atferdsproblemer.

Likevel kan det være vanskelig å skille effekten av det å vokse opp med eneforsørgere fra andre faktorer som kan henge sammen med dette. For eksempel er eneforsørgere - spesielt alenemødre - ofte unge og har lavere utdanningsnivå.



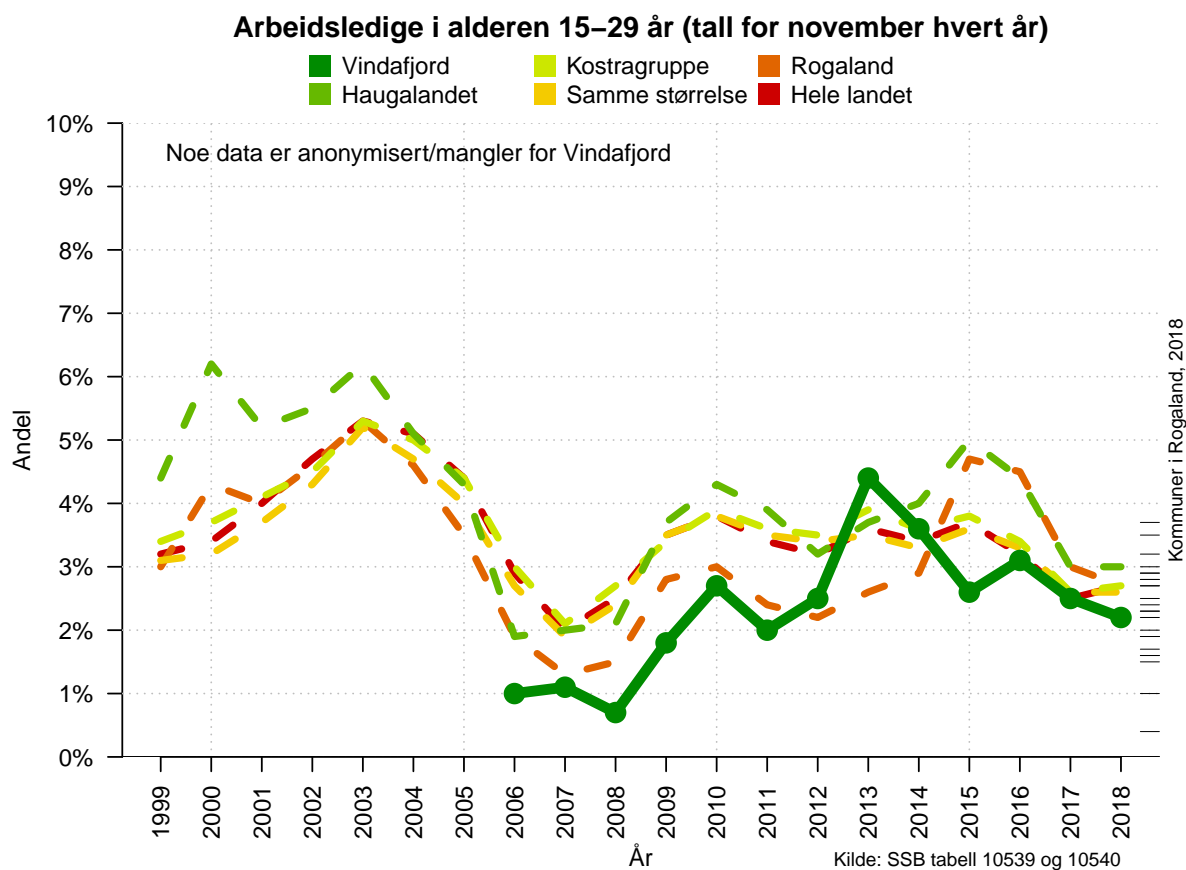
I 2017 hadde familier i Rogaland med én forsørger snaut halvparten av inntekten til familier med to forsørgere (kilde: SSB, tabell 06944). Om en korrigerer for husholdningenes størrelse og sammensetning, er enslige forsørgeres inntekt 25 prosent lavere enn medianen i Rogaland. Enslige forsørgere oppgir i betydelig større grad enn totalbefolkningen av det er vanskelig å få endene til å møtes, at de ikke kan håndtere en uforutsett utgift på 10 000 kroner, og at de ikke har råd til en ukes ferie i året (kilde).

Lavinntekten går også i arv: barn som har vokst opp med én forsørger har også betydelig høyere sannsynlighet enn de som har vokst opp med to forsørgere for å havne i laveste inntektsgruppe senere i livet - blant de som vokste opp med én forsørger midt på 80-tallet, var 33 prosent i den laveste femtedelen av inntektsfordelingen i 2017. Blant de som vokste opp med to forsørgere var bare 18 prosent i den laveste femtedelen (kilde).

9 Arbeidsledighet

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt.

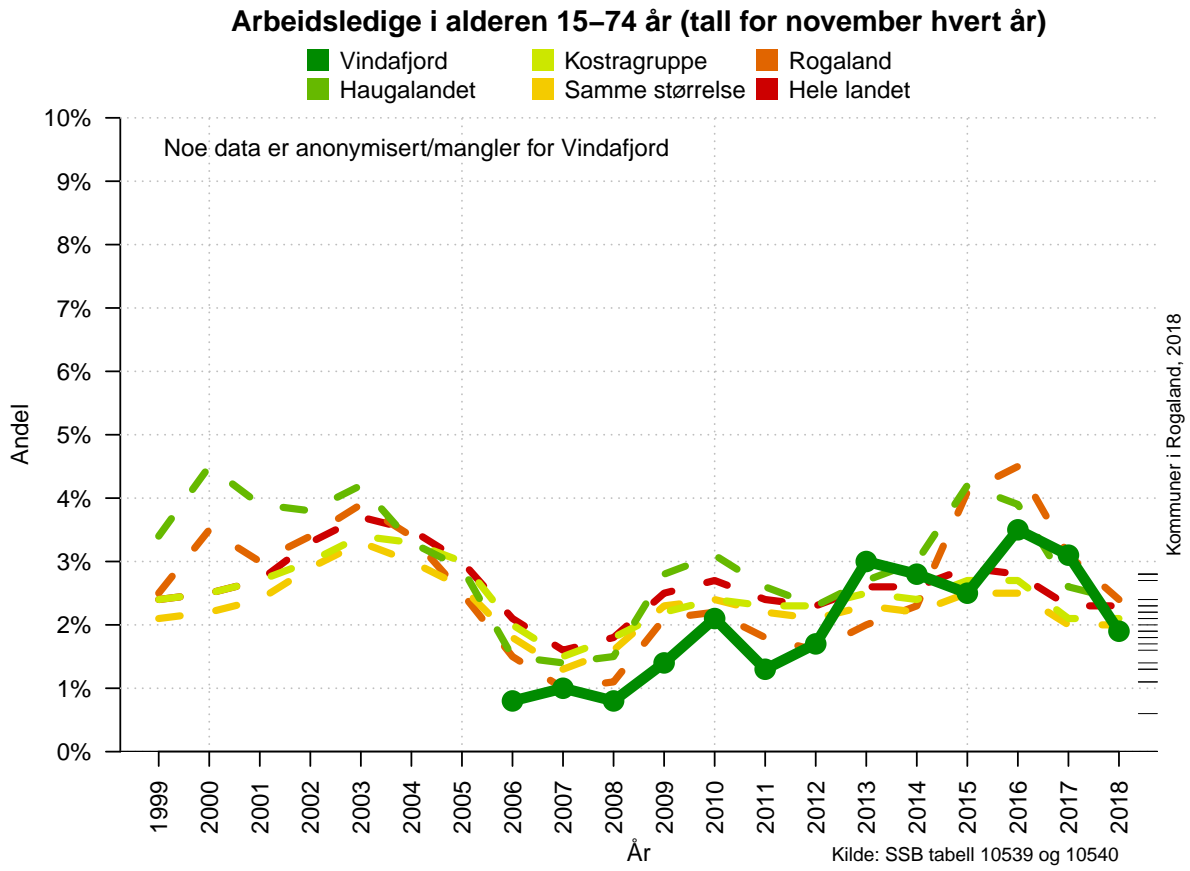
9.1 Arbeidsledighet i aldersgruppen 15-29 år



Arbeidsledige har en tendens til å ha dårligere psykisk og somatisk helse enn personer som er i jobb. Dette skyldes både at personer med helseproblemer har problemer med å få jobb, og at det å miste jobben (eller stå i fare for å miste jobben) i seg selv øker risikoen for psykiske helseproblemer. Arbeidsledighet øker også risikoen for å bli stående utenfor mange arenaer i samfunnet, noe som også har betydning for barn og unge som vokser opp med forsørgere som ikke har jobb.

For mer informasjon, se for eksempel [FHI-rapporten Utsatte grupper og psykisk helse](#).

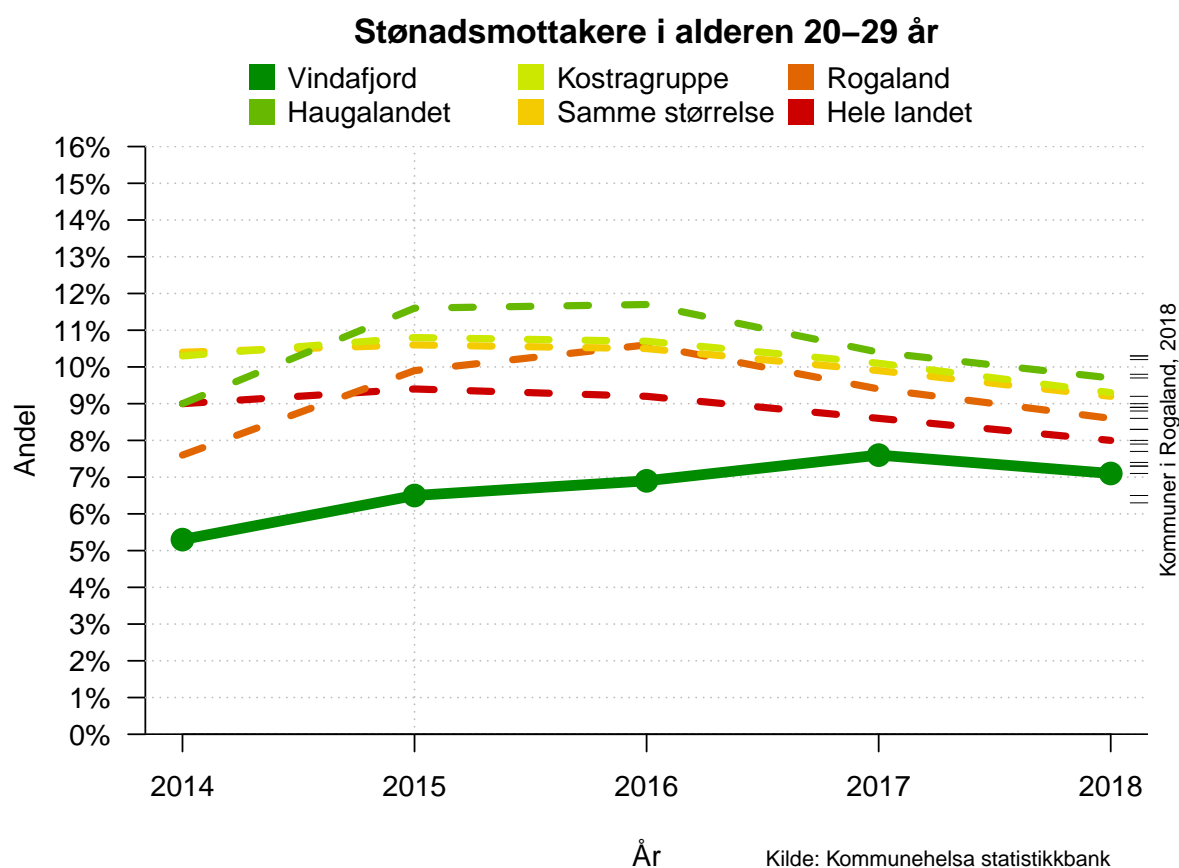
9.2 Arbeidsledighet totalt



10 Stønadsmottakere i alderen 18-29 år

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykemelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser. Flertallet av sykemeldinger og langvarige trygdestønader gis for muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon.

For mer informasjon, se for eksempel [FHI sine nettsider om temaet](#).



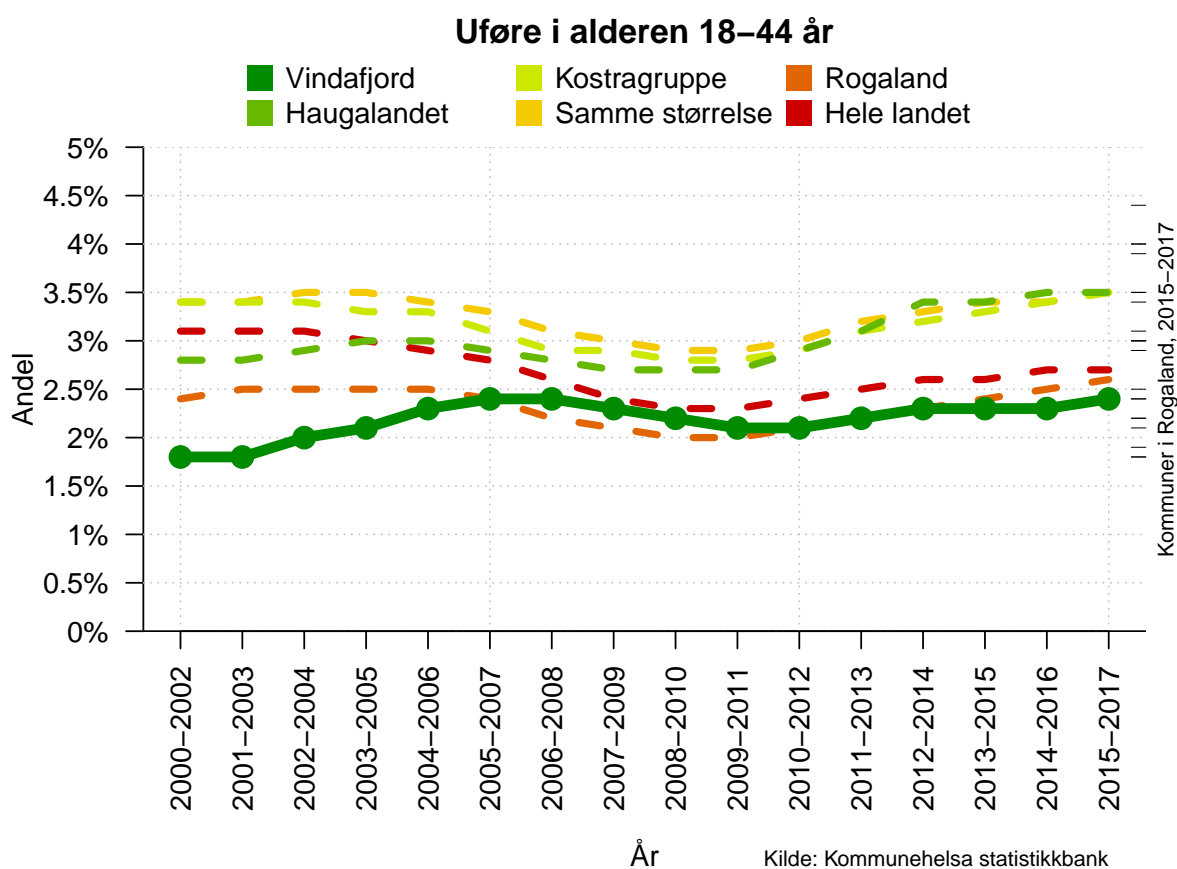
En [undersøkelse fra SSB](#) viser at lavinntekt ofte går i arv - blant personer som vokste opp i husholdninger som mottok sosialhjelp midt på 80-tallet, hadde 41 prosent en inntekt som lå i den nederste femtedelen av inntektsfordelingen i 2017. Andelen er drøyt dobbelt så høy som for dem som ikke bodde i husholdninger som mottok sosialhjelp (19 prosent).

Sosialhjelp er ikke vist som en egen indikator her, men det inngår i samlebegrepet 'stønadsmottakere'. Det er med andre ord grunn til å anta at en betydelig del av stønadsmottakerne i figuren over har "arvet" situasjonen sin. Hvordan en kan bryte denne typen overføring av vanskelige levekår fra en generasjon til den neste er en viktig utfordring i folkehelsearbeidet.

11 Uføretrygdede

Gruppen som mottar uføreytelser er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Hvor mange som mottar uføreytelser er en indikator på helsetilstand, men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbudet i kommunen.

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

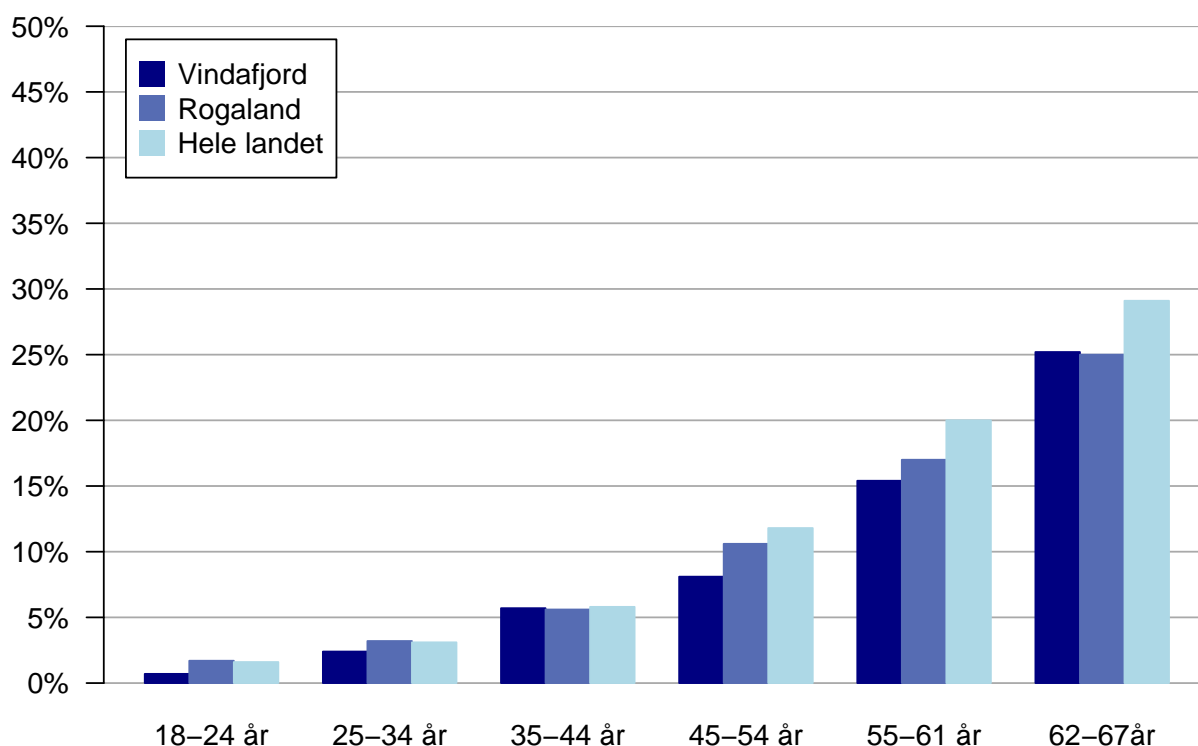


Uføretrygd kan innvilges til personer som har fått inntjeningsvevnen redusert med minst 50 prosent på grunn av langvarig skade eller sykdom. Sannsynligheten for å bli uføretrygdet avhenger med andre ord av en kombinasjon av egen helse og det lokale arbeidsmarkedet. I områder hvor det er etterspørsel etter arbeidskraft innen næringer hvor arbeidet lar seg tilpasse i forhold til enkeltpersoners helseproblemer er det med andre ord lavere risiko for uførhet enn i områder med lav etterspørsel etter arbeidskraft og begrensede tilpasningsmuligheter.

De fleste som blir uføretrygdet forblir permanent utenfor arbeidslivet. Dette, kombinert med at helseproblemer blir vanligere ved stigende alder, gjør at andelen uføretrygdede stiger kraftig etter hvert som alderen nærmer seg pensjonsalder. Som hovedtendens er det en større andel kvinner enn menn som blir uføretrygdet, og kjønnsforskjellene blir tydeligere ved høyere alder.

Det er en tydelig sosioøkonomisk gradient i forhold til hvem som blir uføretrygdet – personer, særlig kvinner, med lav utdanning har betydelig høyere risiko enn personer med høyere utdanning.

Andel mottakere av uføretrygd, etter aldersgruppe



Kilde: SSB tabell 11715

Figuren over viser hvordan andelen mottakere av uføretrygd øker med alderen - fram til alderspensjon overtar. Dette innebærer naturlig nok også at kommuner med en høy andel godt voksne kan ventes å ha en høyere andel mottakere av uføretrygd en kommuner med yngre befolkning. Samtidig er det verdt å huske på at uføretrygd er en ordning som normalt varer fram til pensjonsalder.

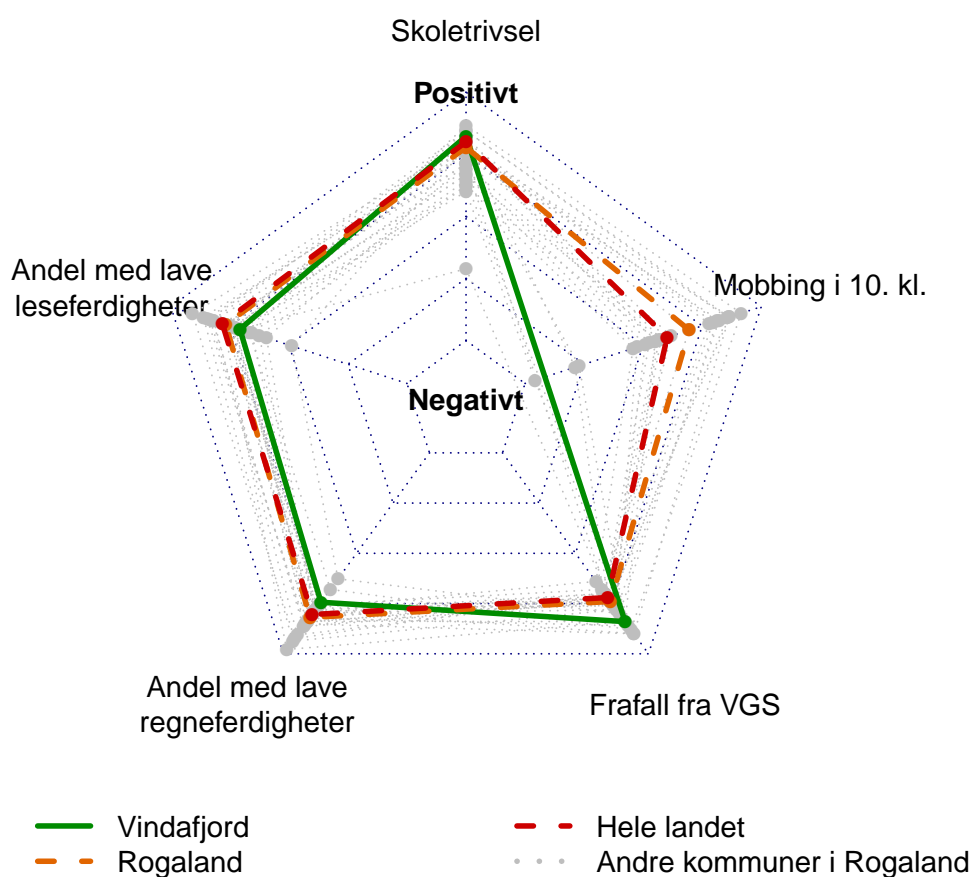
Når noen kommer på uføretrygd i ung alder, er det dermed mange leveår som blir stående utenfor arbeidslivet. På den ene siden er uføretrygd et viktig sosialt sikkerhetsnett for dem som trenger det, på den andre siden er det svært viktig å jobbe for at så få som mulig skal måtte benytte denne ordningen.

Skole - oversiktsdiagram

Figuren oppsummerer hvordan Vindafjord rangerer i forhold til fylket totalt sett og de andre kommunene i fylket i de nyeste tilgjengelige dataene.

Forklaring: Aksene er sortert slik at den enden det vurderes som ønskelig å være i er ytterst, og den enden man søker å unngå er innerst. Hvis den grønne streken er lenger ute enn den oransje, tyder dette med andre ord på at kommunen har et bedre nivå enn fylket totalt sett.

OBS: ytterpunktene for aksene er angitt av nivåene kommunene i landet totalt, så omfanget av aksene kan være annerledes enn i de detaljerte temafigurene. Figuren er ment for å gi en oppsummering av nivået på flere indikatorer som kan sees i sammenheng, som et hjelpemiddel for å identifisere hvor kommunens styrker og svakheter på dette området er. Det er imidlertid viktig å understreke at det er mye viktig informasjon som er utelatt her, og at informasjonen her derfor bør sees i sammenheng med annen kunnskap.

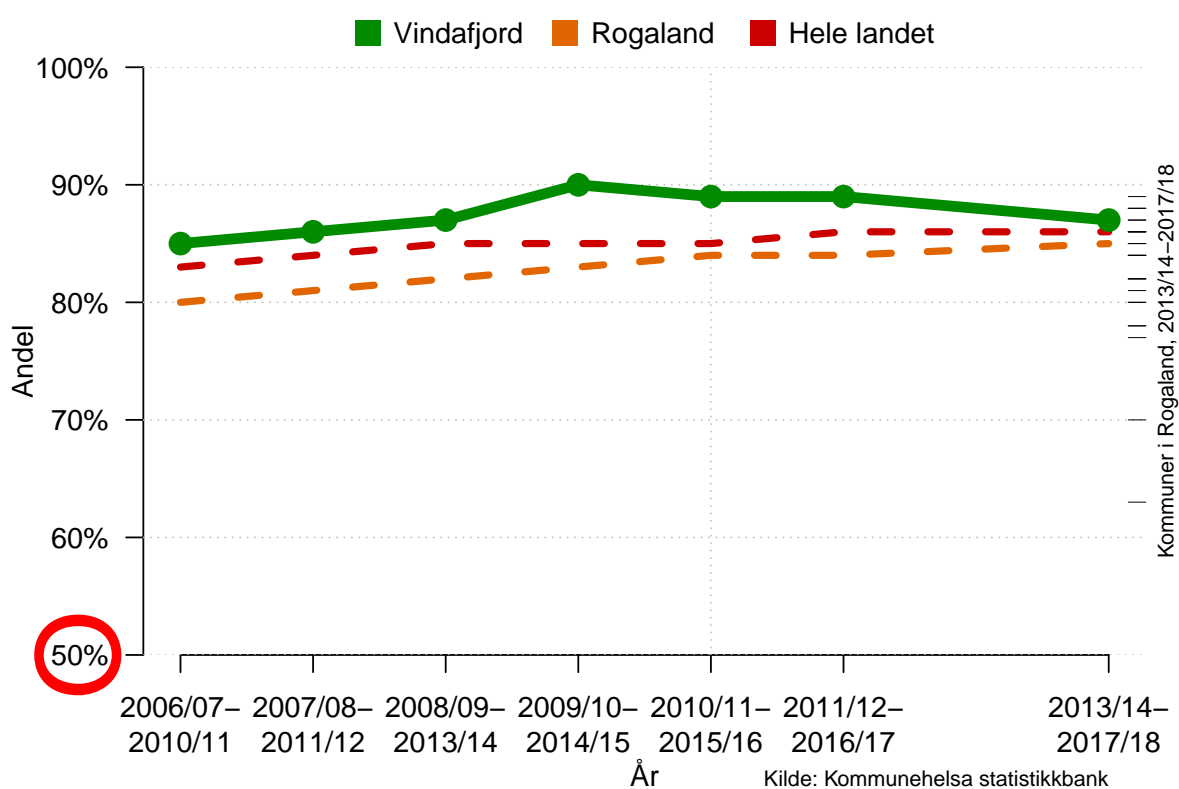


12 Skoletrivsel

Økt trivsel er et sentralt mål for folkehelsearbeidet. For barn og unge er skolen en svært viktig sosial arena. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir.

Trivsel kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnet fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter.

Andel 10. klassinger som trives på skolen

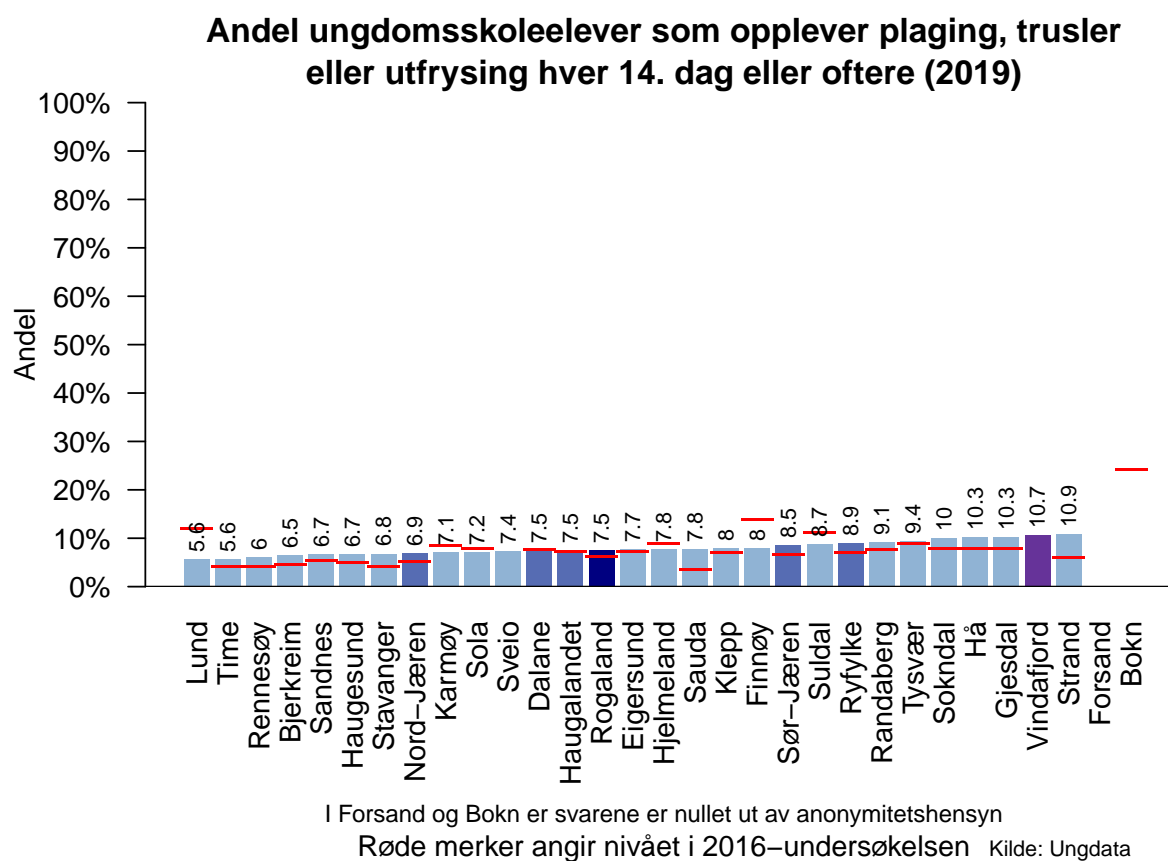


13 Mobbing

Mobbing er en vesentlig individuell risikofaktor for psykiske lidelser. Barn som mobbes har opptil sju ganger høyere risiko for psykiske plager som engstelse, depresjon, ensomhet og rastløshet, enn barn som ikke mobbes. Blant barn og unge som mobbes er også kroppslige helseplager som hodepine, ryggsmarter, "vondt i magen" og svimmelhet, dobbelt så vanlig som blant andre barn. Jo oftere et barn blir mobbet jo større er risikoen for helseplager.

Sammenhengen mellom mobbing og helseplager understreker at det er viktig å forebygge mobbing i skolen. Det er dessuten viktig å følge med på statistikk over andelen som har vært utsatt for mobbing for å si om hvordan iverksatte tiltak fungerer, og for å kunne drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

For mer informasjon om mobbing og psykisk helse, se Folkehelseinstituttets rapport nr. 1/2011 om helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger (www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf) ([lenke](#))



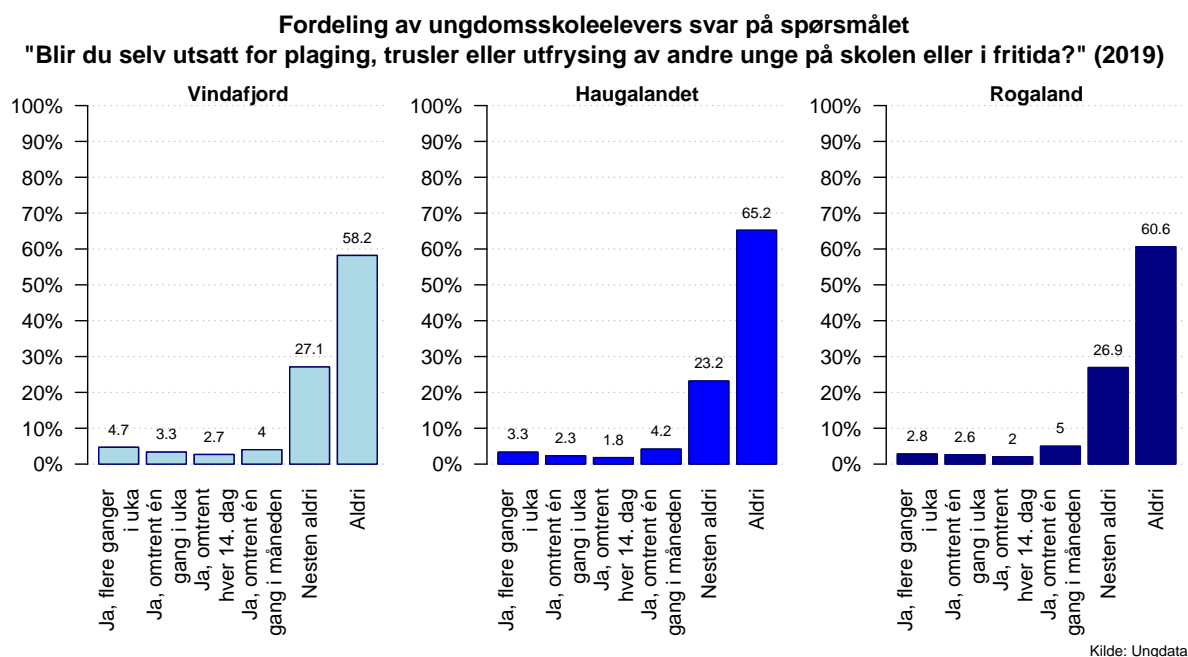
Andel elever i 10. trinn i grunnskolen som har opplevd mobbing de siste månedene i prosent av alle elever som deltok i undersøkelsen. Kommunens tall omfatter elever som går på skole i kommunen.

Mobbing i skolen er en betydelig risikofaktor for psykiske vansker hos ungdom.

13.1 Utfyllende mobbetall

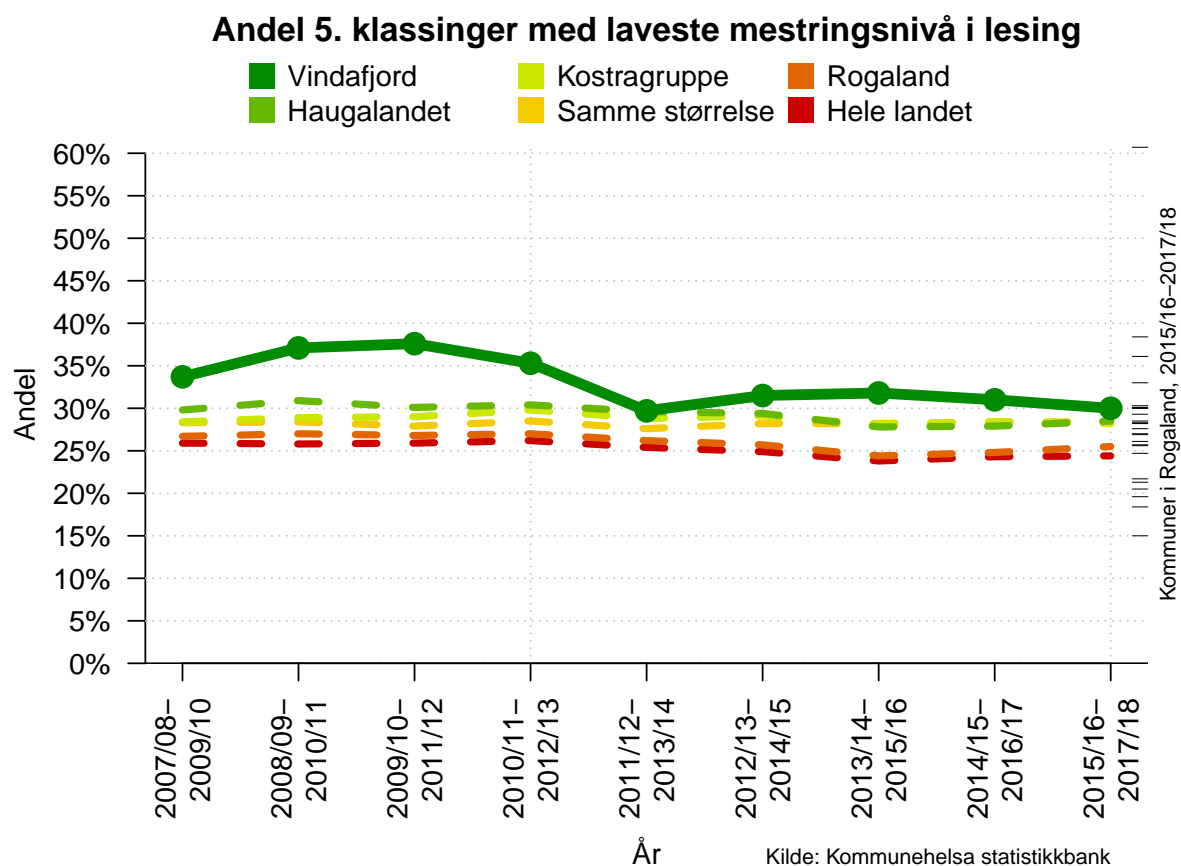
Disse tallene er basert på Ungdataundersøkelsen, og er ikke direkte sammenlignbare med mobbetallene fra Elevundersøkelsen. Antall som opplever mobbing månedlig eller oftere står i parentes bak tittelen i hver figur.

Mer omfattende mobbing gir mer alvorlige konsekvenser. Vi tar derfor med mer finfordelte tall om mobbing fra Ungdataundersøkelsen i 2016, for å bidra til å gjøre det enklere å vurdere ikke bare hvor mange som opplever mobbing, men også hvor ofte det skjer. Merk samtidig at disse tallene ikke sier noe direkte om alvorlighetsgraden av mobbingen, kun frekvensen. Det er også verdt å merke seg at det å bli mobbet i et skolemiljø som de fleste opplever som godt være ekstra belastende for de(n) det gjelder.



14 Leseferdigheter

En av skolens aller viktigste oppgaver er å hjelpe elevene til å bli gode lesere. Å kunne lese er en verdi i seg selv, for opplevelse, engasjement og identifikasjon. Det er også et nødvendig grunnlag for læring i de fleste fag.

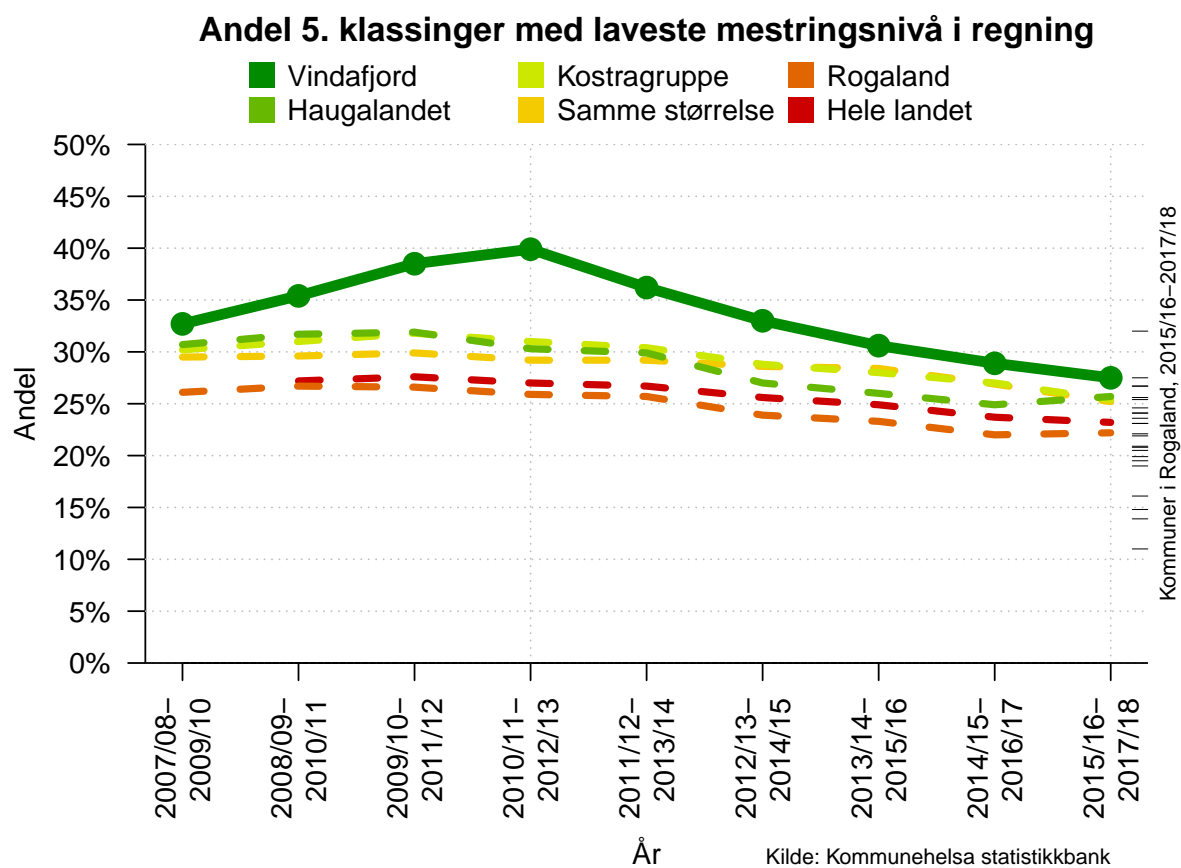


OBS: Nivået for region er et anslag, og må anses som omtrentlig.

Tallgrunnlaget kommer fra nasjonale prøver, noe som gjør at det er følsomt for ikke bare elevenes ferdigheter, men også hvilke elever som fritas fra prøvene og i hvilken grad elevene forberedes på prøvene gjennom å øve på lignende oppgaver i forkant.

15 Regneferdigheter

Regning er en basisferdighet som er viktig videre i utdanningsløpet og arbeidslivet.

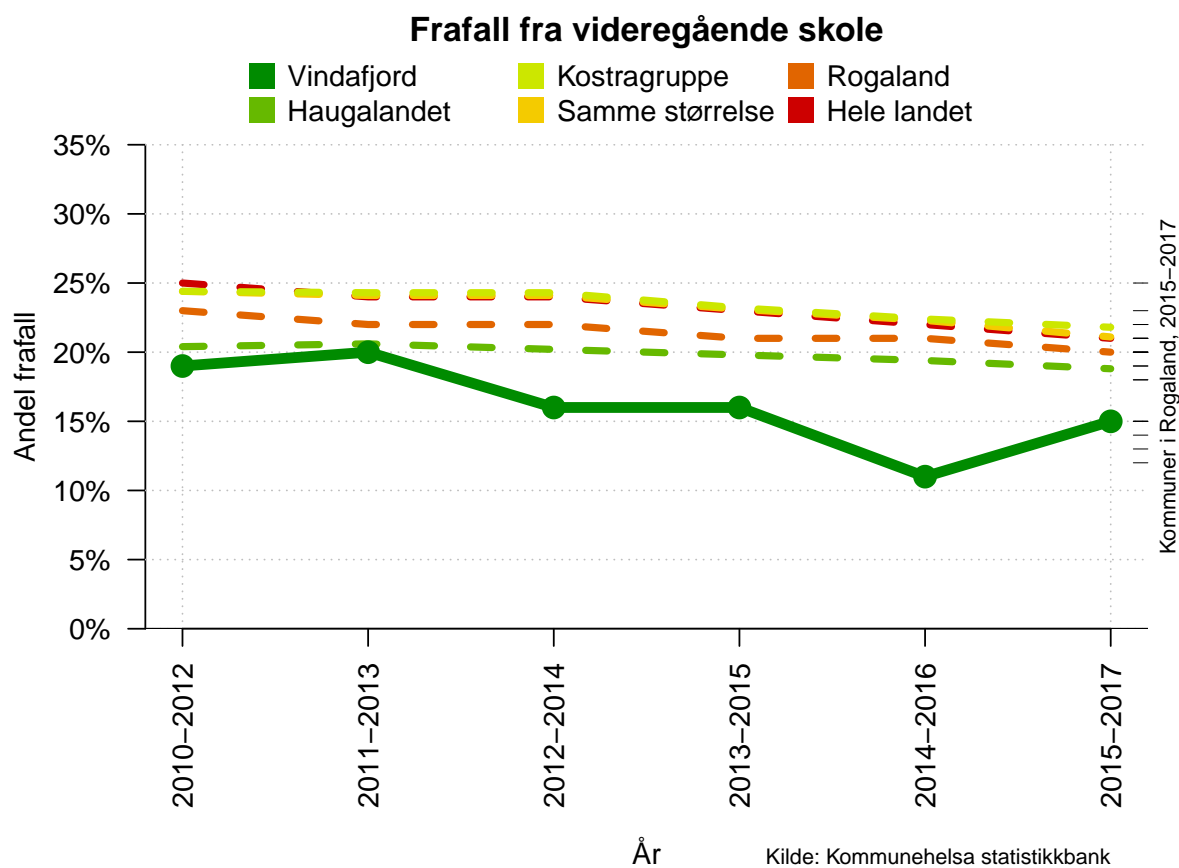


OBS: Nivået for region er et anslag, og må anses som omtrentlig.

Tallgrunnlaget kommer fra nasjonale prøver, noe som gjør at det er følsomt for ikke bare elevenes ferdigheter, men også hvilke elever som fritas fra prøvene og i hvilken grad elevene forberedes på prøvene gjennom å øve på lignende oppgaver i forkant.

16 Frafall fra videregående skole

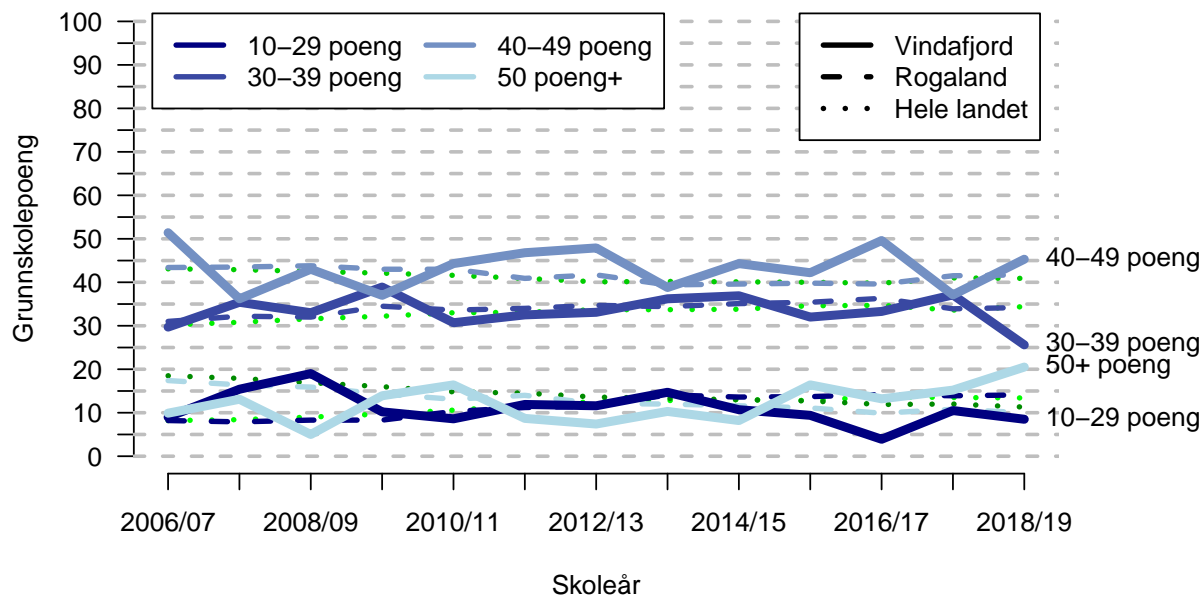
Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole.



Elever regnes som å ikke ha fullført videregående skole når de ikke har oppnådd fagbrev eller studiekompetanse fem år etter start. En del fullfører imidlertid senere - andelen i 2005-kullet i Vindafjord som ikke hadde fullført etter 10 år var 18.6 prosent.

17 Grunnskolepoeng

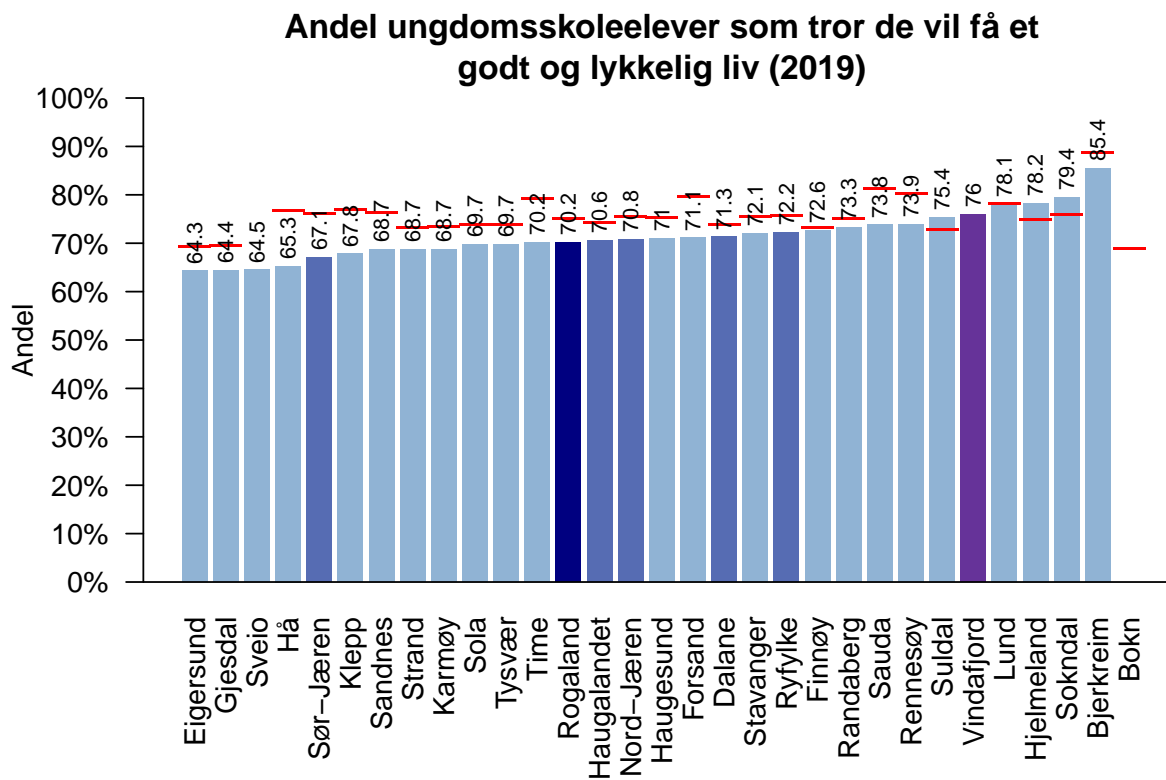
Utvikling i fordeling av grunnskolepoeng i Vindafjord



Gjennomsnittlig antall grunnskolepoeng er ikke nødvendigvis så veldig informativt - her supplerer vi med tall hvor grunnskolepoengene er brutt ned i fire kategorier (10-29, 30-39, 40-49 eller 50 poeng eller mer) for å få et tydeligere inntrykk av hvordan elevene fordeler seg. En utvikling der færre elever er i særlig den laveste kategorien er godt nytt fra et folkehelseperspektiv.

18 Tro på et lykkelig liv

Andel ungdomsskoleelever som svarer ja på spørsmålet "Tror du at du vil komme til å få et godt og lykkelig liv?", i prosent av alle som svarte på spørsmålet.



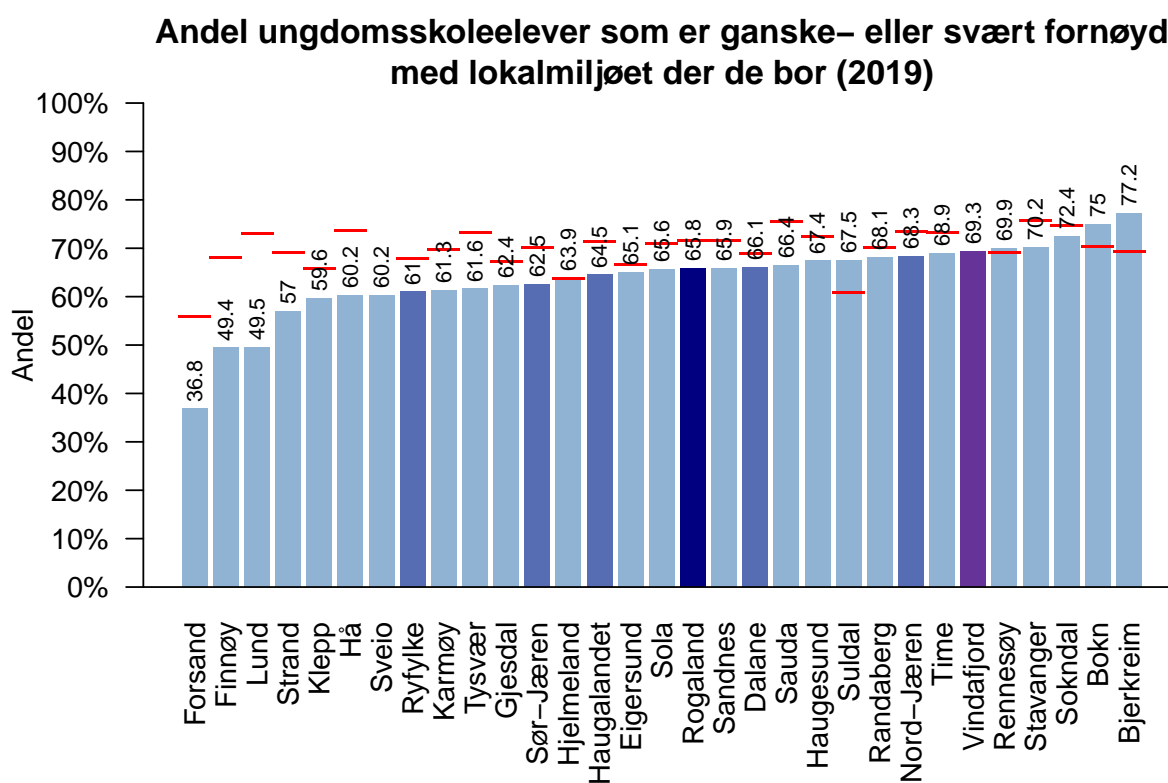
I Bogn er svarene er nullet ut av anonymitetshensyn
Røde merker angir nivået i 2016-undersøkelsen Kilde: Ungdata

19 Nærmiljø

Tilhørigheten til nærmiljøet har betydning i menneskers liv. Ulike lokalmiljøer kan gi ulike muligheter for utfoldelse og sosialt samvær.

Tilbudet av organisasjoner, fritidstilbud og kulturtilbud påvirker individuell utfoldelse og bidrar samtidig til å skape identitet og tilhørighet til lokalmiljøet. Det samme gjelder tilgangen på åpne møteplasser, rekreasjonsområder og urørt natur.

Barn og unge bruker lokalmiljøet i større grad og på en annen måte enn foreldrene. Trygge og sunne lokalmiljøer er derfor særlig viktig for denne aldersgruppas velferd. Barn og unge kan også ha andre meninger enn voksne om hva som gir livskvalitet på hjemstedet.



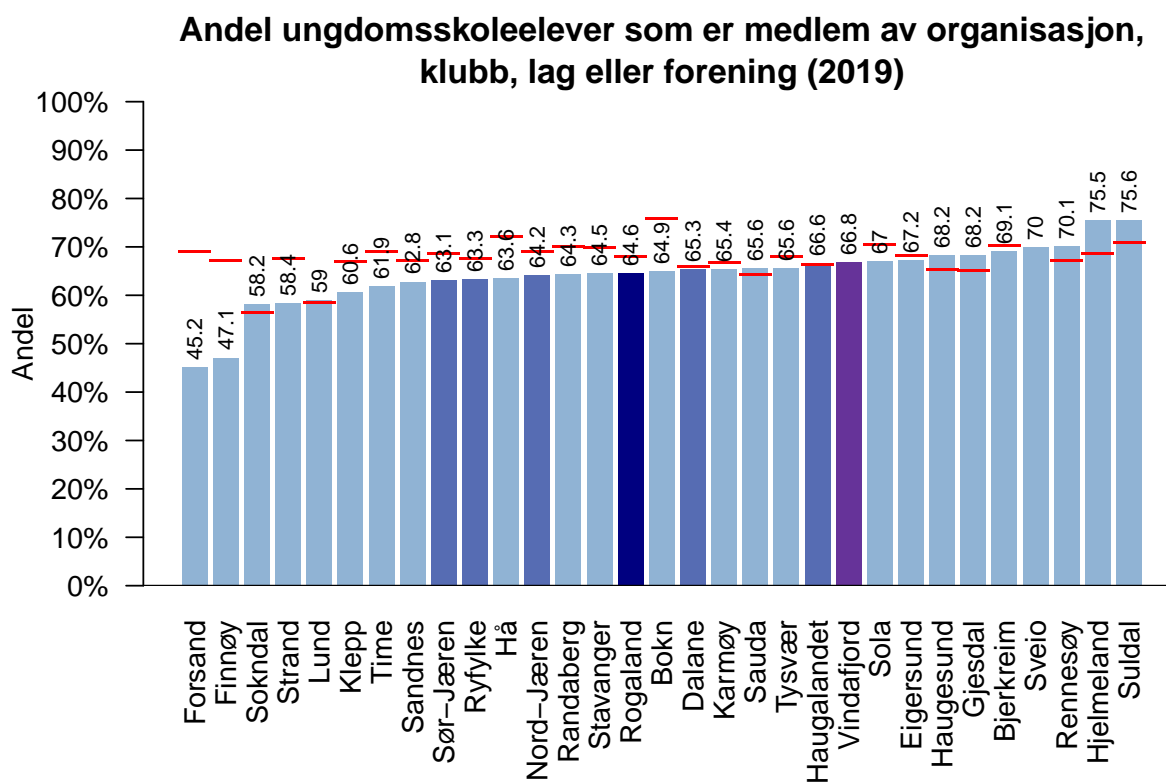
Røde merker angir nivået i 2016-undersøkelsen Kilde: Ungdata

Andel ungdomsskoleelever som svarer "svært fornøyd" eller "litt fornøyd" på spørsmålet: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med lokalmiljøet der du bor?

20 Medlemskap i fritidsorganisasjoner

Organisasjoner, klubber, lag og foreninger er viktige arenaer for samvær med andre unge, og gir andre erfaringer og læringsbetingelser enn skolen og mer uformelle situasjoner. På sitt beste gir organisasjonene ungdom mulighet til å utvikle sine evner, de lærer å fungere i et fellesskap, ytre egne meninger og å jobbe målrettet.

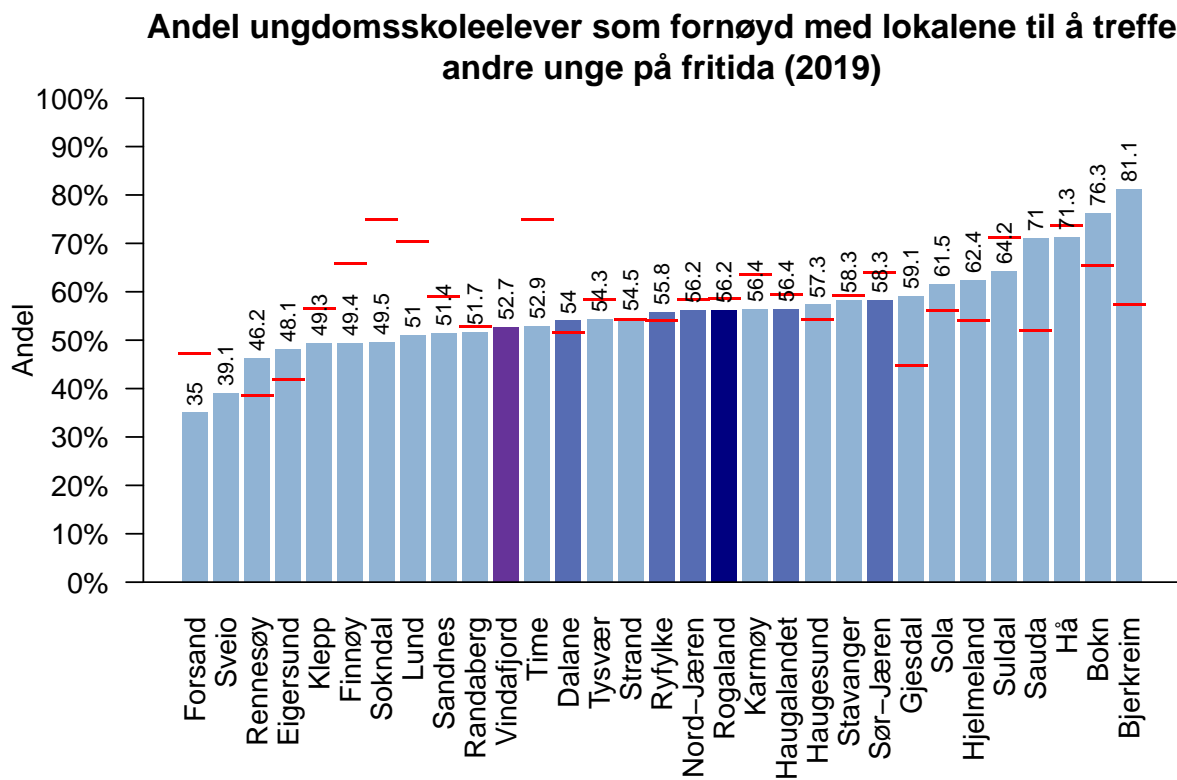
Det å være med i en fritidsorganisasjon kan ha positiv virkning på barns utvikling og psykiske helse.



Røde merker angir nivået i 2016-undersøkelsen Kilde: Ungdata

21 Fornøyd med nærmiljøtilbud

Andel ungdomsskoleelever som svarer "svært bra" eller "nokså bra" på spørsmålet Tenk på områdene rundt der du bor. Hvordan opplever du at tilbudet til ungdom er når det gjelder lokaler for å treffe andre unge på fritida (fritidsklubb, ungdomshus eller lignende)?"

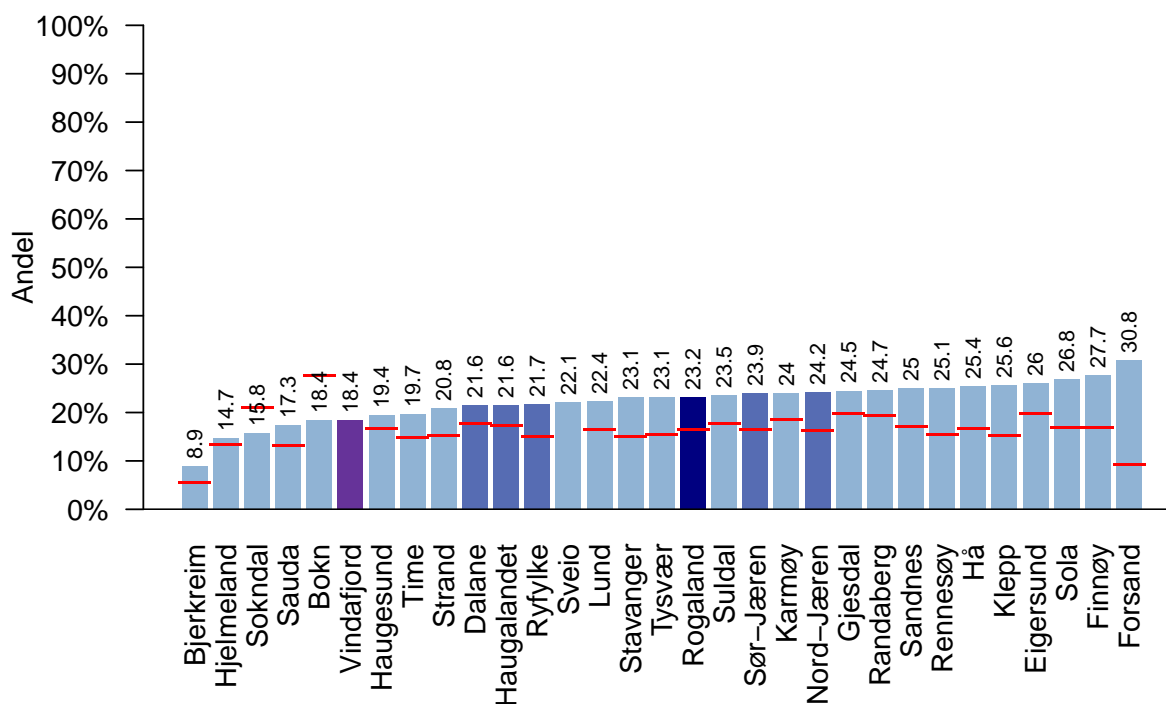


Røde merker angir nivået i 2016-undersøkelsen Kilde: Ungdata

22 Ensomhet

Andel ungdomsskoleelever som svarer at de er ganske eller veldig mye plaget av ensomhet. Ensomhet er det motsatte av god sosial støtte. God sosial støtte innebærer at en får kjærighet og omsorg, blir aktet og verdsatt, og at en tilhører et sosialt nettverk og et fellesskap med gjensidige forpliktelser. Manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske lidelser.

Andel ungdomsskoleelever plaget av ensomhet (2019)



Røde merker angir nivået i 2016-undersøkelsen Kilde: Ungdata

Se [Rogaland fylkeskommunes oversikt over folkehelsen](#) for mer informasjon (følg lenken, eller søk etter den i nettleseren din).

23 Drikkevannsforsyning

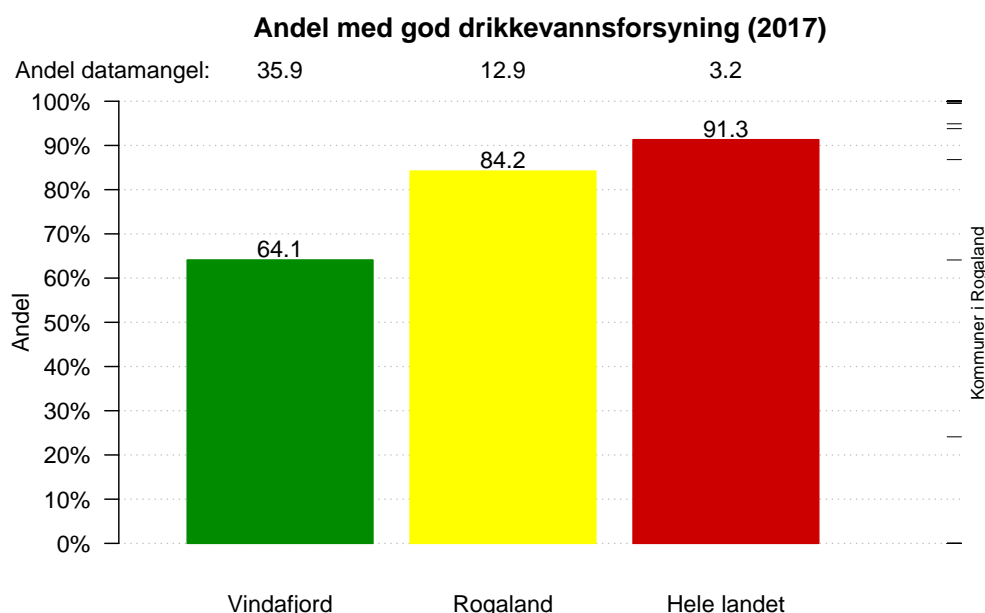
Indikatoren har som formål å formidle situasjonen for befolkningen med hensyn til deres tilgang på trygt vann. Informasjon om drikkevannskvalitet finnes kun for den delen av befolkningen som er tilknyttet rapportpliktig vannverk. I vurderingen av befolkningens drikkevannskvalitet, må det derfor tas hensyn til hvor stor andel av befolkningen som er tilknyttet slike vannverk og som man da har informasjon om (forsyningsgraden).

Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og E.coli er en av de mest sentrale parametere for kontroll. E. coli er en tarmbakterie som indikerer fersk fekal forurensing (i klartekst: avføring i vannet).

Ikke-planlagte avbrudd er brudd i vannforsyningen som oppstår uten varsel. Et ikke-planlagt avbrudd vil innebære at trykket på ledningsnettets faller og vannforsyningssystemet ikke lenger er beskyttet mot innsug av forurenset vann fra grøften ledningen ligger i. Brudd på ledningsnettets (trykkløse forhold) representerer en hendelse som kan føre til at befolkningen kan bli utsatt for vann som ikke er helsemessig betryggende.

Leveringsstabilitet er et mål på hvor godt organisert vannverket er til å sørge for at trykkløse hendelser blir raskt ivaretatt. Her er det valgt å se på hvor lenge (i tid) de enkelte vannverk har ikke-planlagte avbrudd som et uttrykk for leveringsstabiliteten til kommunen. Ikke-planlagte avbrudd er beregnet som kundetimer, dvs. lengden totalt hver forbruker er berørt av avbruddet/avbruddene. Prinsipielt ligger det til grunn at jo kortere tid av ikke-planlagte avbrudd, jo mindre er forbrukerne eksponert for forurenset vann i ledningsnettets.

Trygg vannforsyning er avhengig av en sikker desinfeksjon og gode beredskapsrutiner for å sikre kontinuerlig tilfredsstillende vann til forbrukeren. Sikker drift og gode beredskapsrutiner er begge verktøy kommunen har for å hindre avbrudd i vannforsyningen. Dette utgjør et forebyggende aspekt som er helt sentralt for å kunne levere trygt drikkevann.

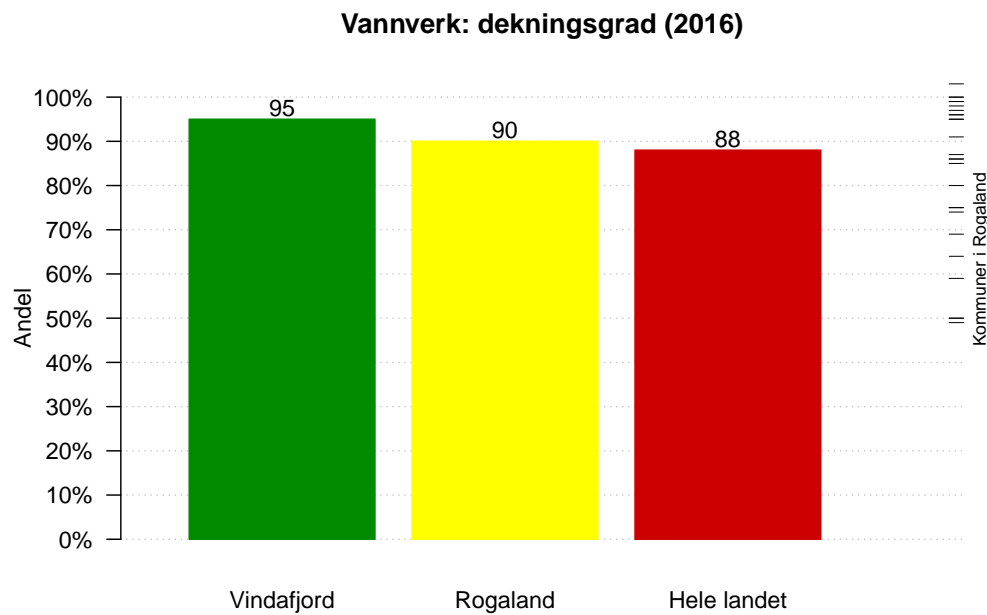


Kilde: Kommunehelse / Vannverksregisteret

Andel med god drikkevannsforsyning (både god hygienisk kvalitet og god leveringsstabilitet). NB: resultatene er ikke nødvendigvis gyldige for hele kommunen. Se neste figur for en illustrasjon av hvor stor andel av husstandene det finnes informasjon for. Vær også obs på at manglende data presenteres

som ikke godkjent vannkvalitet, så en del kommuner har tilsynelatende lav godkjenningsgrad fordi hele eller deler av datamaterialet mangler. Se teksten "Andel datamangel" øverst i figuren.

Se forrige figur for forklaringstekst.

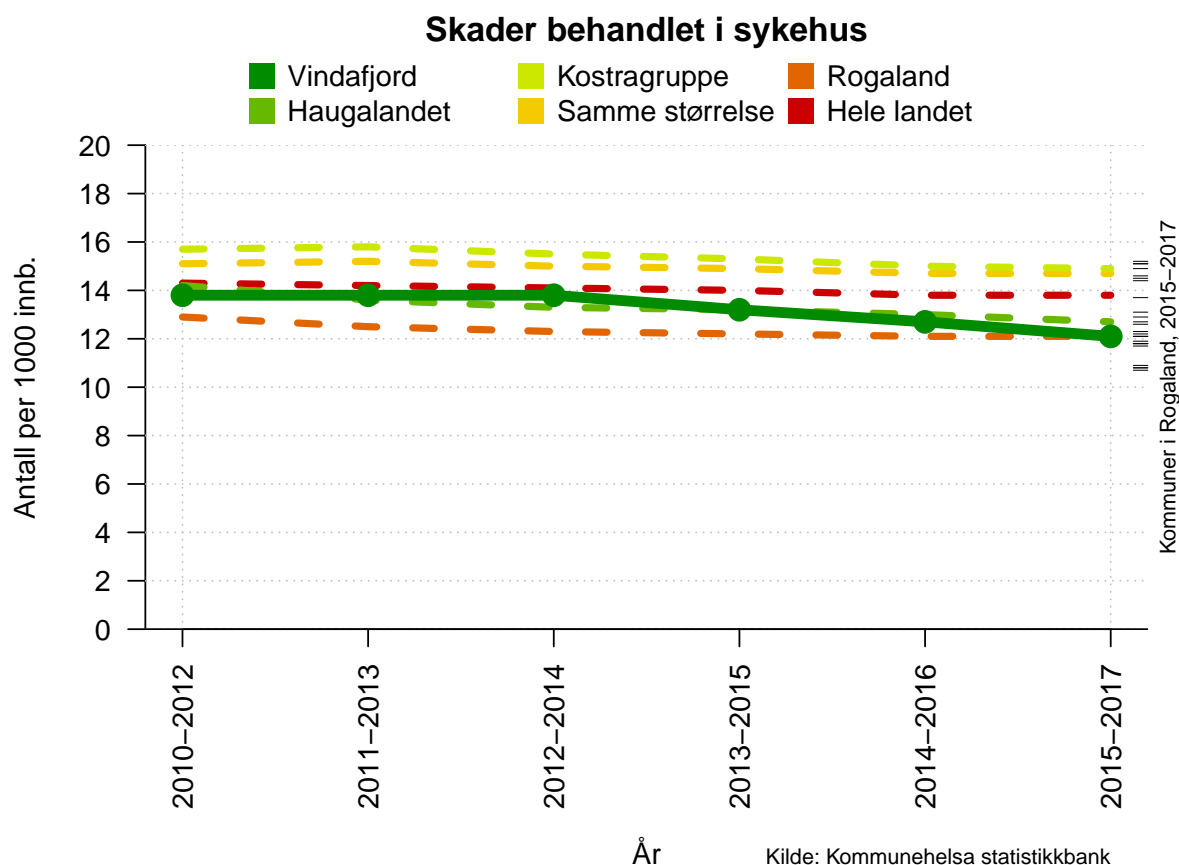


Kilde: Kommunehelse / Vannverksregisteret

Vannverkernes dekningsgrad (dvs. andel av befolkningen tallene i forrige figur er gyldig for). For den øvrige befolkningen er drikkevannskvaliteten ukjent.

24 Skader behandlet i sykehus

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

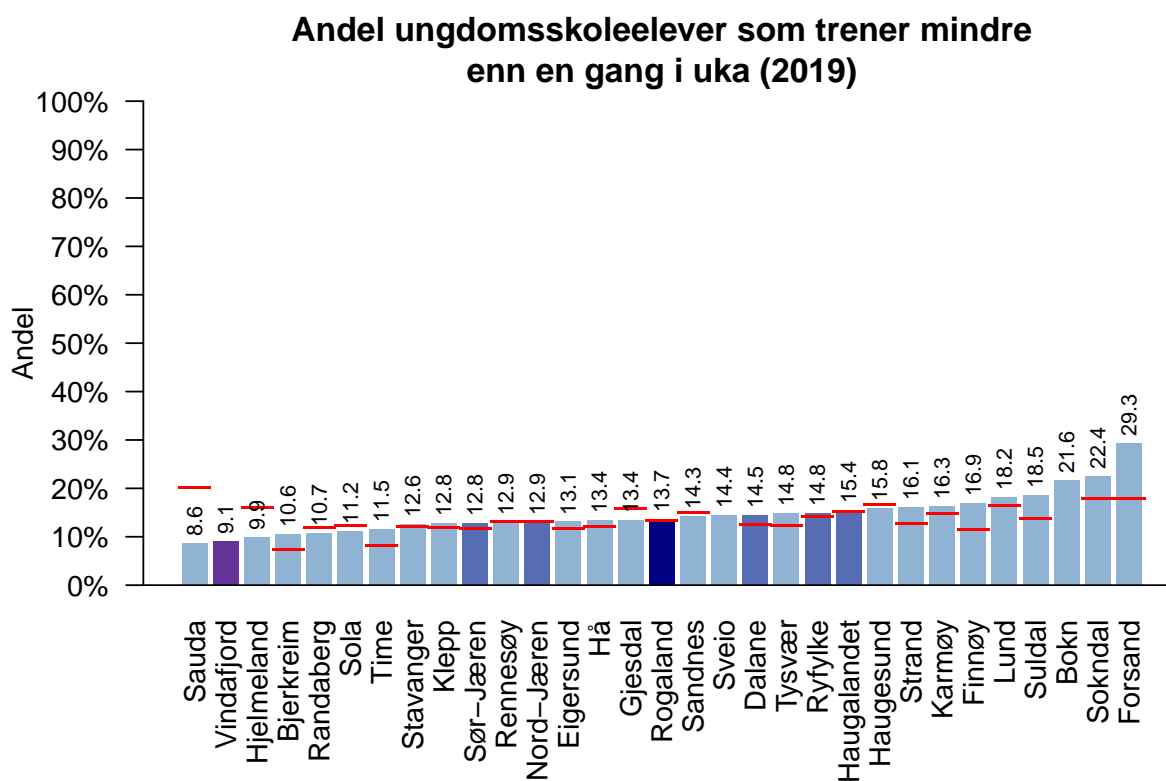


Merk at en stor del av skadene som inntreffer ikke behandles i sykehus. Omtrent 55 prosent av skadene blir bare behandlet i primærhelsetjenesten. Sammenlignet med de som behandles i sykehus, er det en større andel barn og eldre blant de som kun får behandling i primærhelsetjenesten¹.

¹Kilde: Omh og medforfattere (2019): Incidence of injuries in Norway: linking primary and secondary care data, Scandinavian Journal of Public Health

25 Fysisk inaktive ungdomsskoleelever

Regelmessig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene er viktig for normal vekst og utvikling. Det virker også positivt på den psykiske helsen, konsentrasjon og læring. Regelmessig fysisk aktivitet i ungdomsårene ser også ut til å være viktig for å skape gode vaner for resten av livet.



Røde merker angir nivået i 2016-undersøkelsen Kilde: Ungdata

Fysisk aktivitet er en av samfunnets beste medisiner, og lavt fysisk aktivitetsnivå bidrar til flere av de viktigste helseutfordringene vi har. Det kan både forebygge og i en del tilfeller lindre både somatiske og psykiske plager og sykdommer. Sammenlignet med stillesitting kan selv et moderat aktivitetsnivå bidra vesentlig til å bedre helsen. Enkel hverdagsmosjon som å gå eller sykle, rydde i hagen eller lignende kan være tilstrekkelig til å gi en reell helsegevinst sammenlignet med å sitte stille det meste av tiden.

Ofta faller det fysiske aktivitetsnivået betydelig i løpet av tenåringstiden. Om en klarer å redusere dette, kan det gi betydelige helsegevinster videre i livsløpet.

For landet totalt sett viser [SSBs levekårsundersøkelse for 2019](#) at andelen som trener eller mosjonerer minst en gang i uka har sunket noe for alle aldersgrupper unntatt de som er 67 år eller eldre. Samtidig øker andelen som driver med styrketrening i alle aldersgrupper. Undersøkelsen viser også at det er sosiale forskjeller i treningsvanene: mens bare to prosent av personer med høyskole- og universitetsutdanning svarer at de aldri trener eller mosjonerer, gjelder dette 11 prosent av personene med kun grunnskoleutdanning.

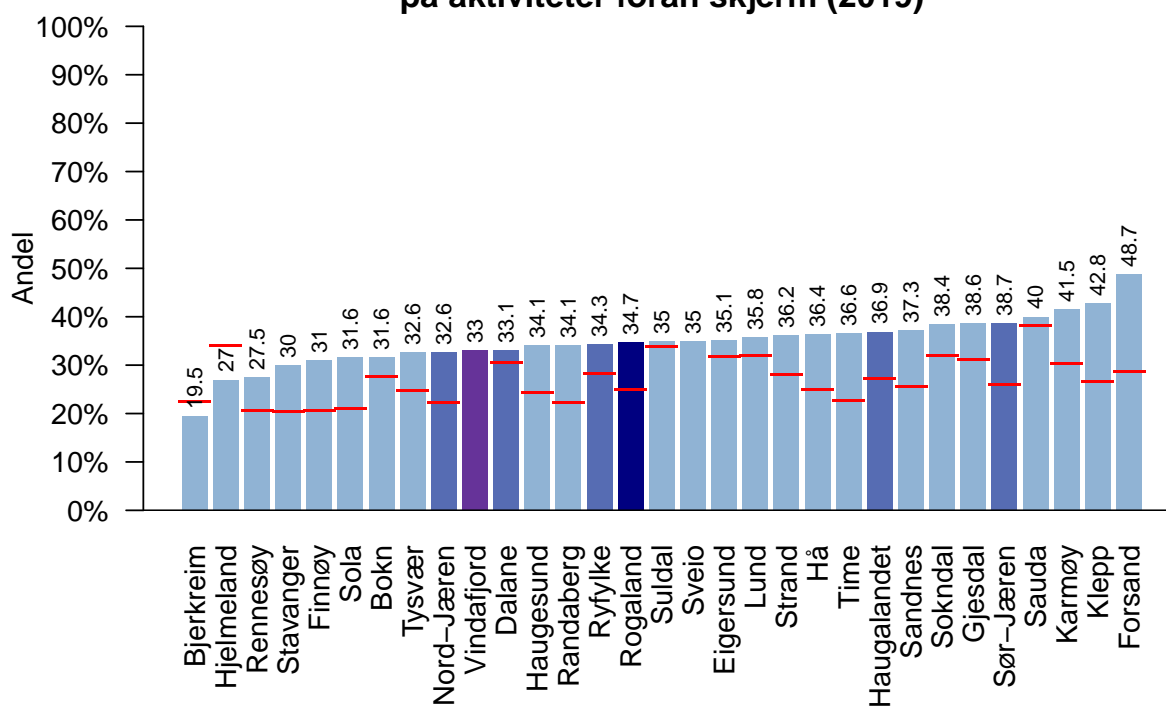
26 Skjermtid over fire timer per dag

I barne- og ungdomsårene, øker tiden som benyttes i ro foran ulike skjermer med stigende alder. Man ser sammenhenger mellom stillesitting og kroppsvekt, motoriske ferdigheter, kognitiv utvikling og risikofaktorer til hjerte- og karsykdommer blant barn og unge. Helsemyndighetene har kommet med anbefalinger til barn, unge, voksne og eldre om å redusere tiden i ro i løpet av dagen.

Bruken av skjermer (mobiltelefon, nettbrett, videospill og lignende), spesielt i forkant av leggetid, henger tett sammen med søvnnvanser. Jo lengre tidsbruk foran skjermen, desto høyere risiko for kortere søvntid.

Andel ungdomsskoleelever som svarer "4-6 timer" eller "Mer enn 6 timer" på spørsmålet om hvor lang tid de vanligvis bruker på aktiviteter foran en skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) i løpet av en dag, utenom skolen.

Andel ungdomsskoleelever som bruker minst fire timer daglig på aktiviteter foran skjerm (2019)



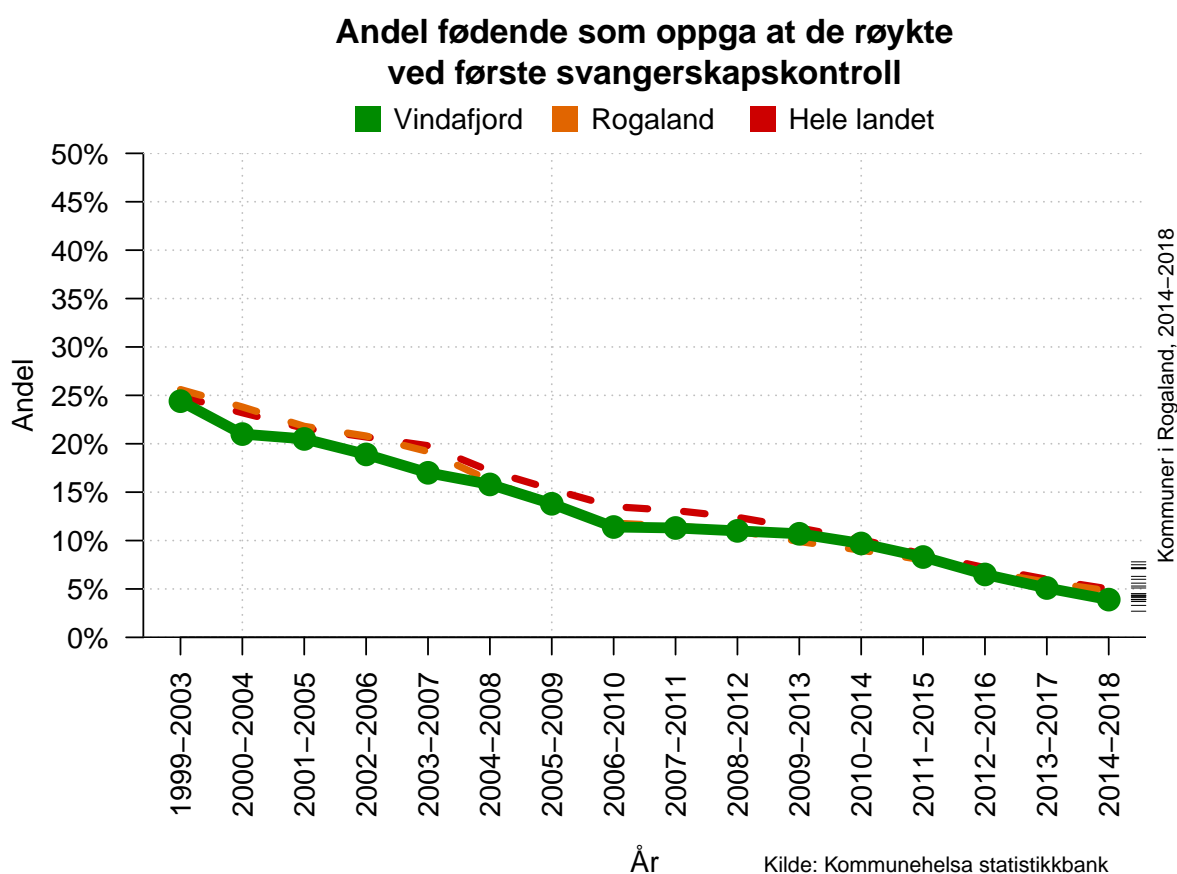
Røde merker angir nivået i 2016-undersøkelsen Kilde: Ungdata

27 Røyking blant gravide

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

Røyking i svangerskapet kan si noe om røyking hos kvinner i fertil alder. For resten av befolkningen er datagrunnlaget på røykevaner dessverre svært dårlig. Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Denne gradienten gjelder også for røyking i svangerskapet. Det er en stor utfordring i folkehelsearbeidet å påvirke denne forskjellen.

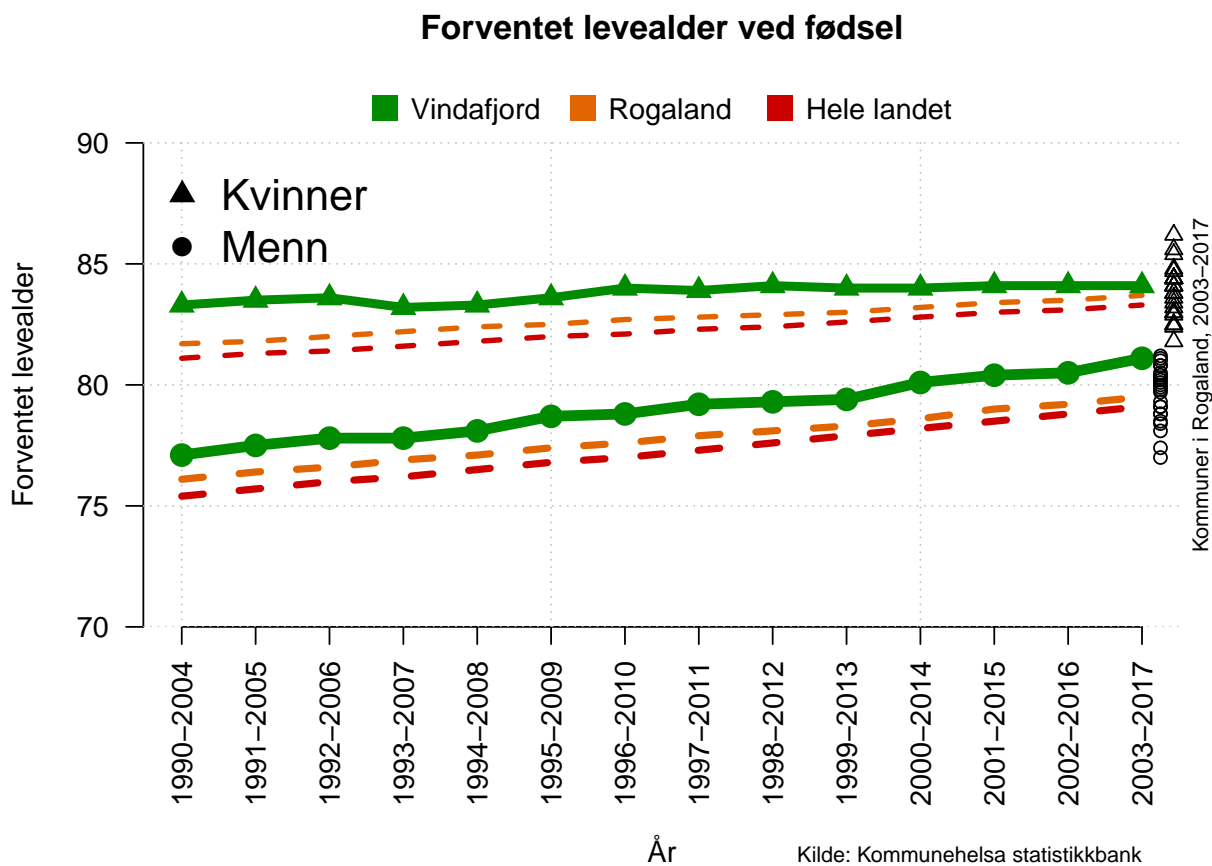
Andelen røykere i befolkningen er på vei ned, men blant ungdom og unge voksne ser det ut til at snus har overtatt noe for røyking. Snus er ikke like helseskadelig som sigaretter, men er svært avhengighetsskapende og inneholder helseskadelige og kreftfremkallende stoffer.



OBS: dette er samme tallmateriale som "røyking, kvinner" i folkehelseprofilene

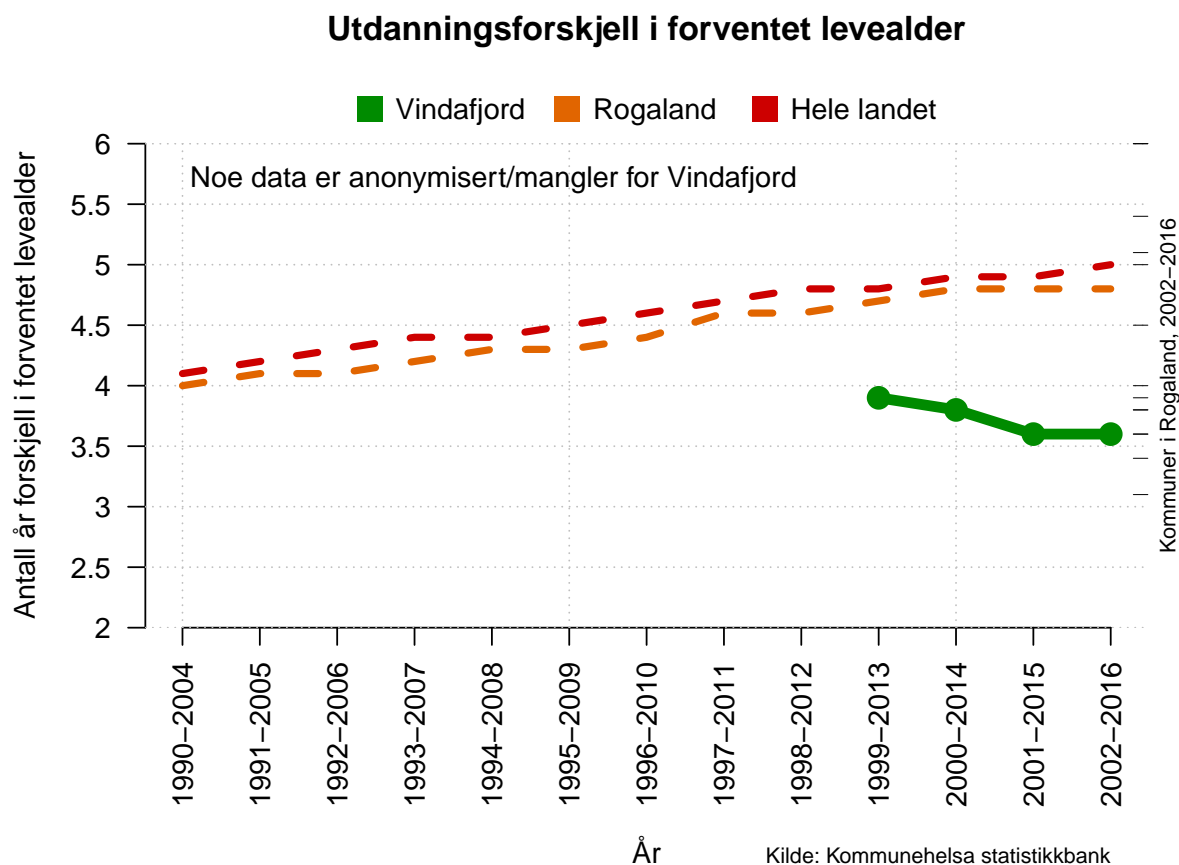
28 Forventet levealder

Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. På lands- og fylkesnivå er dette en stabil og pålitelig indikator som gir informasjon om endringer over tid og om forskjeller mellom befolkningsgrupper. Indikatoren er informativ også på kommunenivå, forutsatt at det tas hensyn til betydningen av tilfeldige svingninger.



28.1 Forventet levealder - forskjell mellom to utdanningsgrupper

De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.



Antall år forventet lenger levealder for en person med høyere utdanning, sett i forhold til en person med kun grunnskoleutdanning. Store forskjeller her er et tydelig tegn på sosiale helseforskjeller.

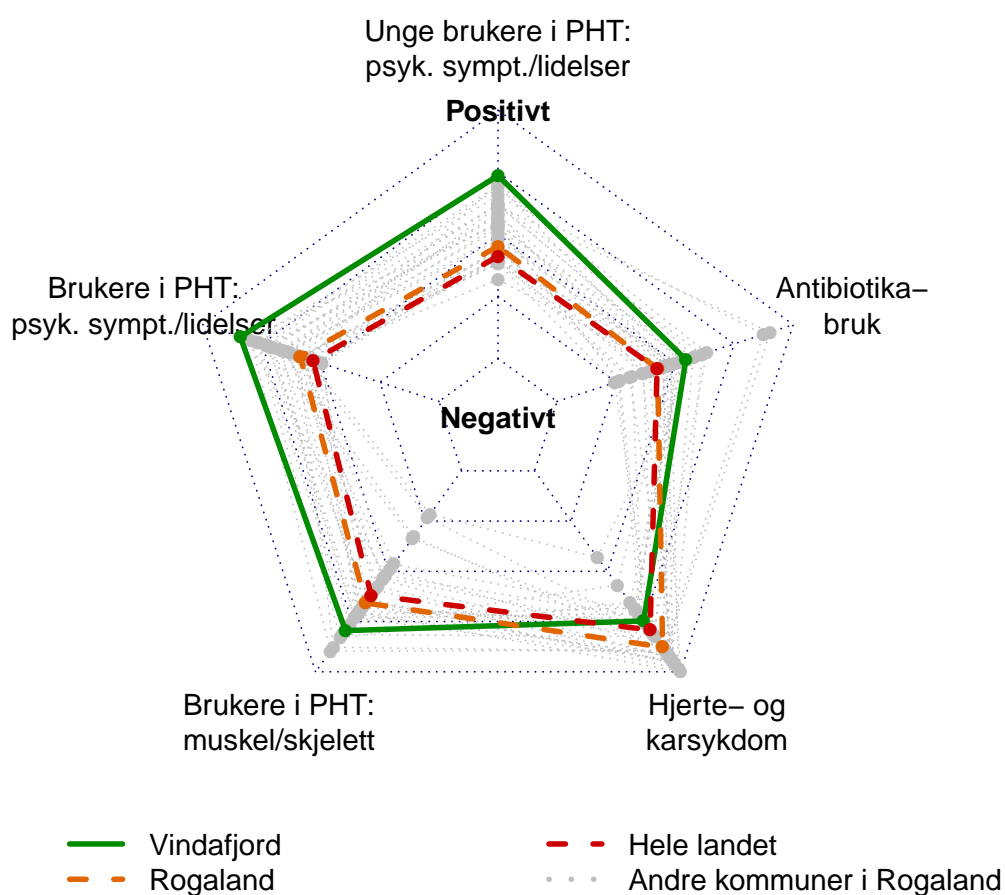
De viktigste grunnene til forskjellene mellom ulike utdanningsgrupper skyldes ulikheter innen røykevaner, alkoholvaner, fysisk aktivitetsnivå og kroppsvekt. Grupper med høyere utdanning har i større grad endret levevaner over tid, noe som har bidratt til bedre helse. Disse ulikhetene bidrar til å forsterke eksisterende sosiale helseforskjeller.

Helse - oversiktsdiagram

Figuren oppsummerer hvordan Vindafjord rangerer i forhold til fylket totalt sett og de andre kommunene i fylket i de nyeste tilgjengelige dataene.

Forklaring: Aksene er sortert slik at den enden det vurderes som ønskelig å være i er ytterst, og den enden man søker å unngå er innerst. Hvis den grønne streken er lenger ute enn den oransje, tyder dette med andre ord på at kommunen har et bedre nivå enn fylket totalt sett.

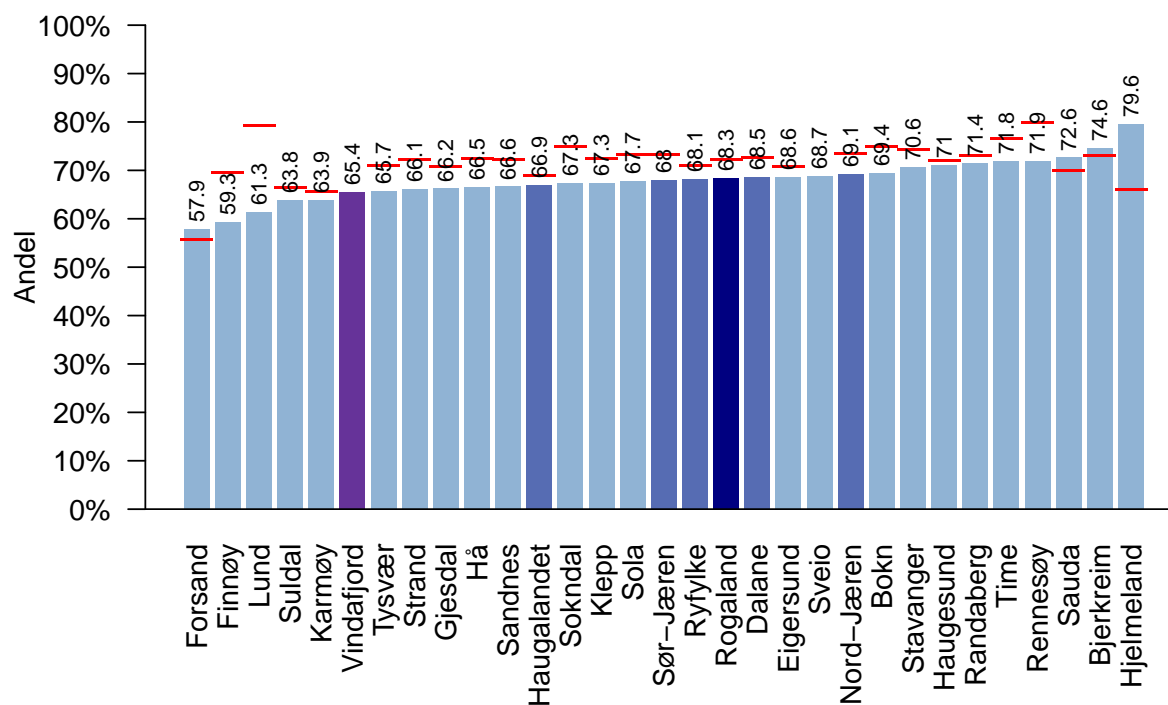
OBS: ytterpunktene for aksene er angitt av nivåene kommunene i landet totalt, så omfanget av aksene kan være annerledes enn i de detaljerte temafigurene. Figuren er ment for å gi en oppsummering av nivået på flere indikatorer som kan sees i sammenheng, som et hjelpemiddel for å identifisere hvor kommunens styrker og svakheter på dette området er. Det er imidlertid viktig å understreke at det er mye viktig informasjon som er utelatt her, og at informasjonen her derfor bør sees i sammenheng med annen kunnskap.



29 Andel ungdommer som er fornøyde med egen helse

Egenvurdert helse er en viktig indikator for sykkelighet og bruk av helsetjenester, og anvendes til å overvåke befolkningens helsestatus over tid. De aller fleste har en positiv innstilling til egen helse, og litt flere unge enn eldre vurderer sin egen helse som god.

Andel ungdomsskoleelever som er litt- eller svært fornøyd med egen helse



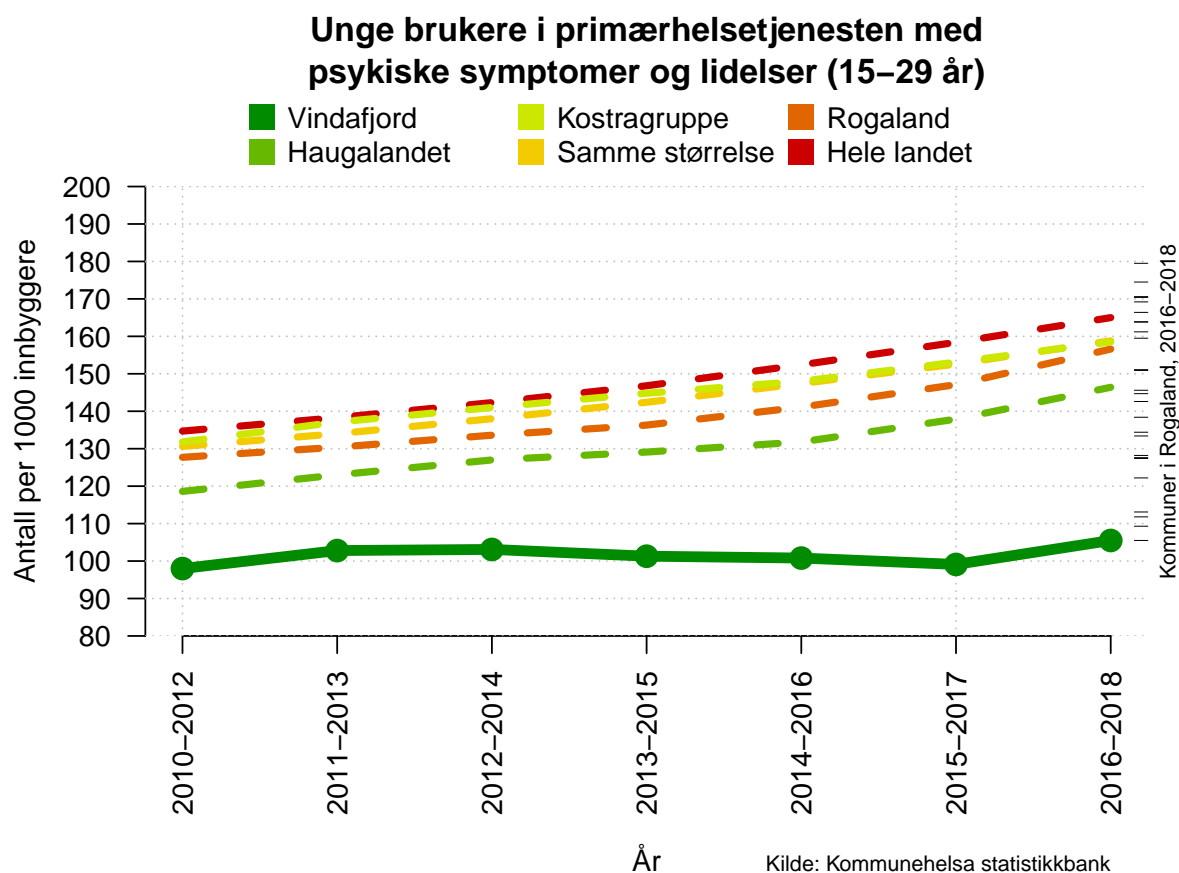
Røde merker angir nivået i 2016-undersøkelsen Kilde: Ungdata

Andel ungdomsskoleelever som svarte et av alternativene "svært fornøyd" eller "litt fornøyd" på spørsmålet: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med helsa di?

30 Unge brukere i primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser

Bruk av primærhelsetjenesten som kan gi informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner i befolkningen.

Psykiske symptomer er plager som ikke har en egen diagnose, mens lidelser er tilstander med sykdomsdiagnose.

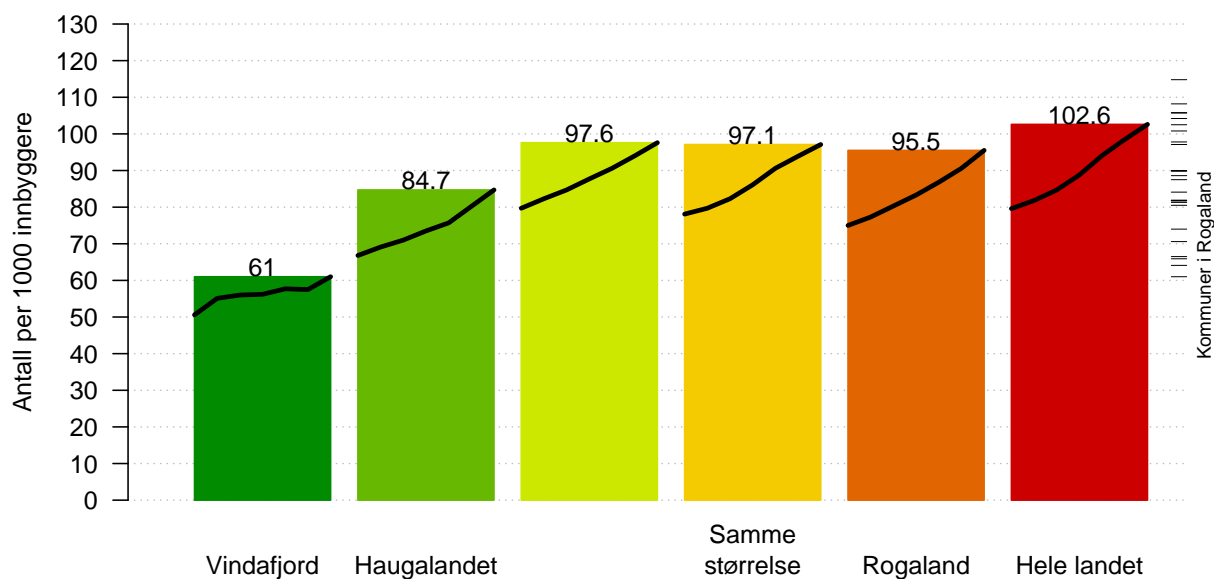


Unge brukere i primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser (15-29 år, antall per 1000 innbyggere).

Merk at nivåene her fanger opp en kombinasjon av ikke bare helsetilstand, men også diagnosepraksis og enkeltpersoners tilbøyelighet til å oppsøke helsevesenet. Særlig i små kommuner kan variasjon her bidra til å påvirke resultatene.

På neste side skiller det mellom psykiske symptomer og psykiske lidelser i aldersgruppen 15-29 år: merk at disse ikke er gjensidig utelukkende - summen av disse to blir høyere enn antallet med psykiske plager/lidelser, som er presentert ovenfor.

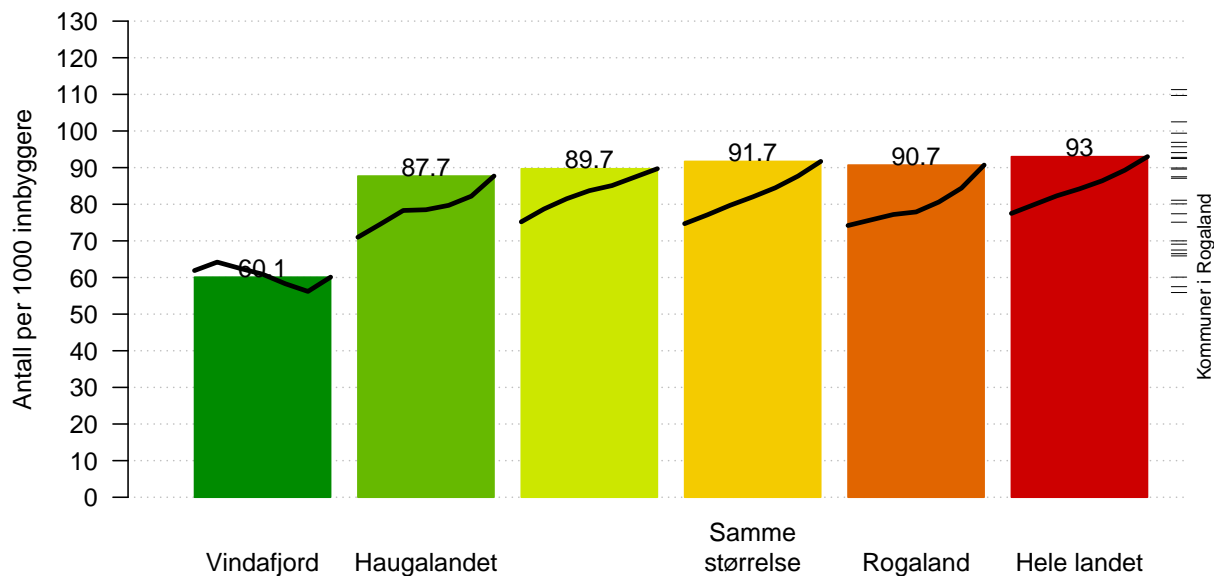
Unge brukere i PHT med psykiske symptomer, 2016–2018 (15–29 år)



Sort trendlinje i hver søyle angir utvikling i perioden 2010–2012 – 2016–2018

Kilde: Kommunehelse statistikkbank

Unge brukere i PHT med psykiske lidelser, 2016–2018 (15–29 år)



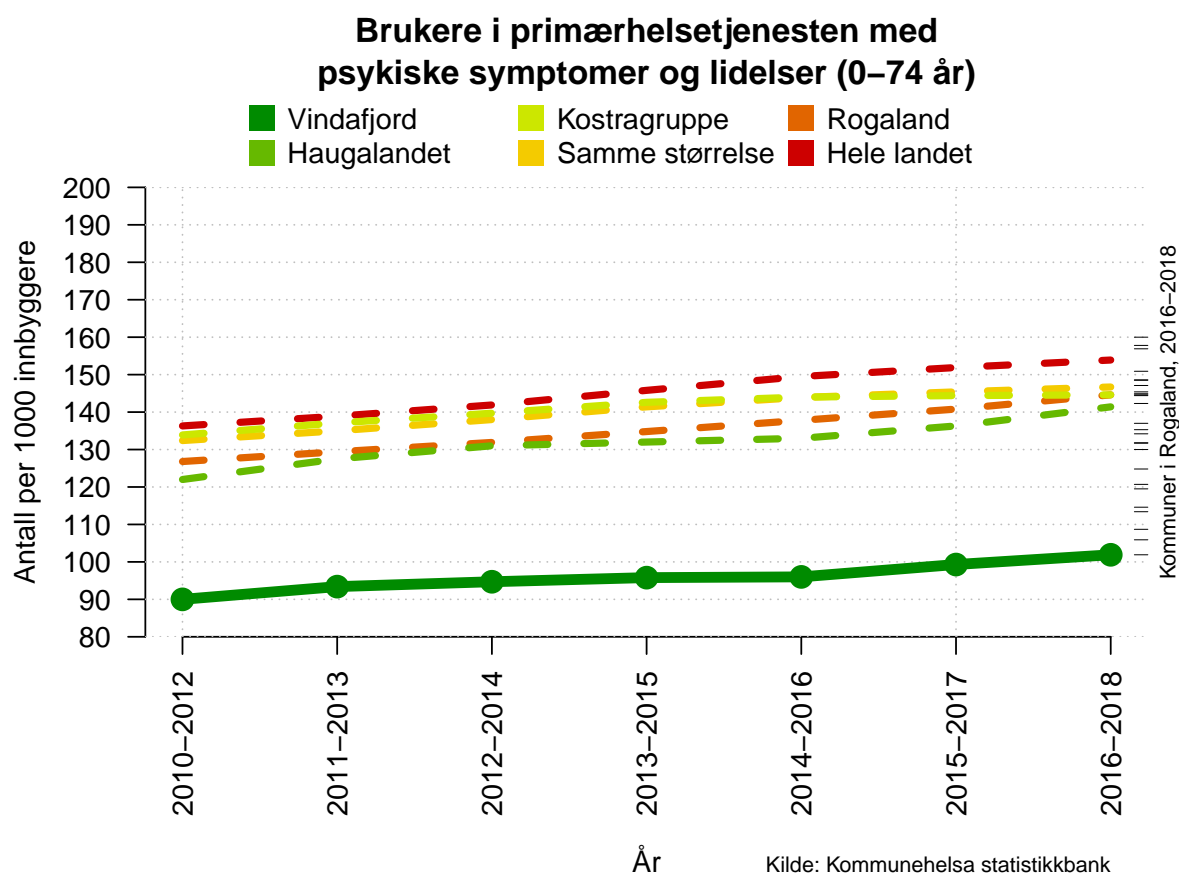
Sort trendlinje i hver søyle angir utvikling i perioden 2010–2012 – 2016–2018

Kilde: Kommunehelse statistikkbank

31 Brukere i primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser, 0-74 år

Bruk av primærhelsetjenesten som kan gi informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner i befolkningen.

Psykiske symptomer er plager som ikke har en egen diagnose, mens lidelser er tilstander med sykdomsdiagnose.

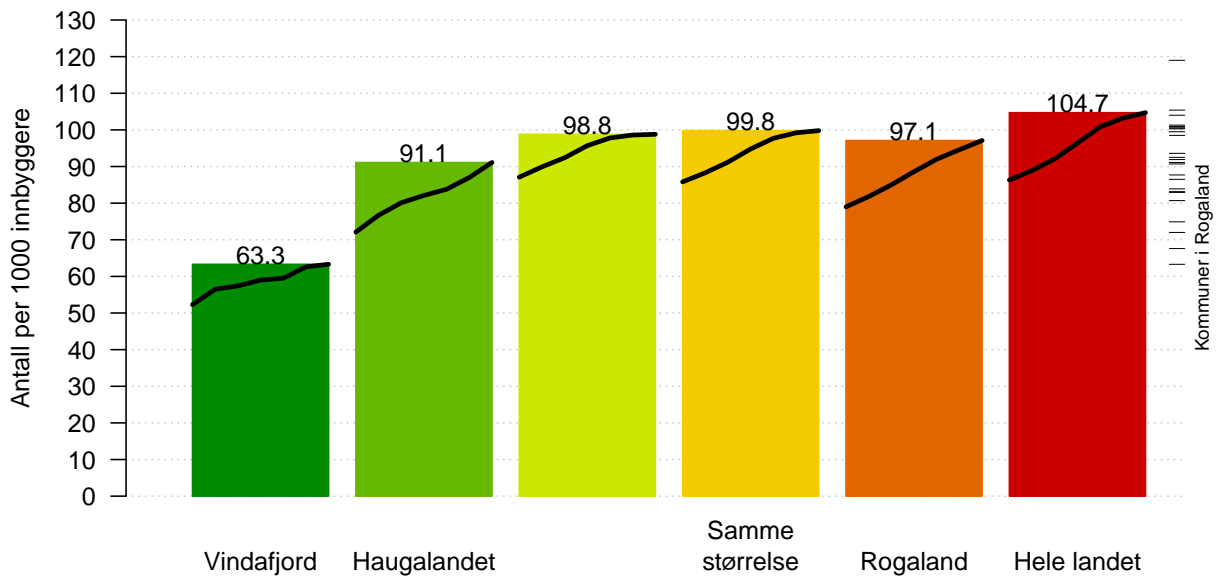


Brukere i primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser (0-74 år, antall per 1000 innbyggere).

Merk at nivåene her fanger opp en kombinasjon av ikke bare helsetilstand, men også diagnosepraksis og enkeltpersoners tilbøyelighet til å oppsøke helsevesenet. Særlig i små kommuner kan variasjon her bidra til å påvirke resultatene.

På neste side skiller det mellom psykiske symptomer og psykiske lidelser i aldersgruppen 0-74 år: merk at disse ikke er gjensidig utelukkende - summen av disse to blir høyere enn antallet med psykiske plager/lidelser, som er presentert ovenfor.

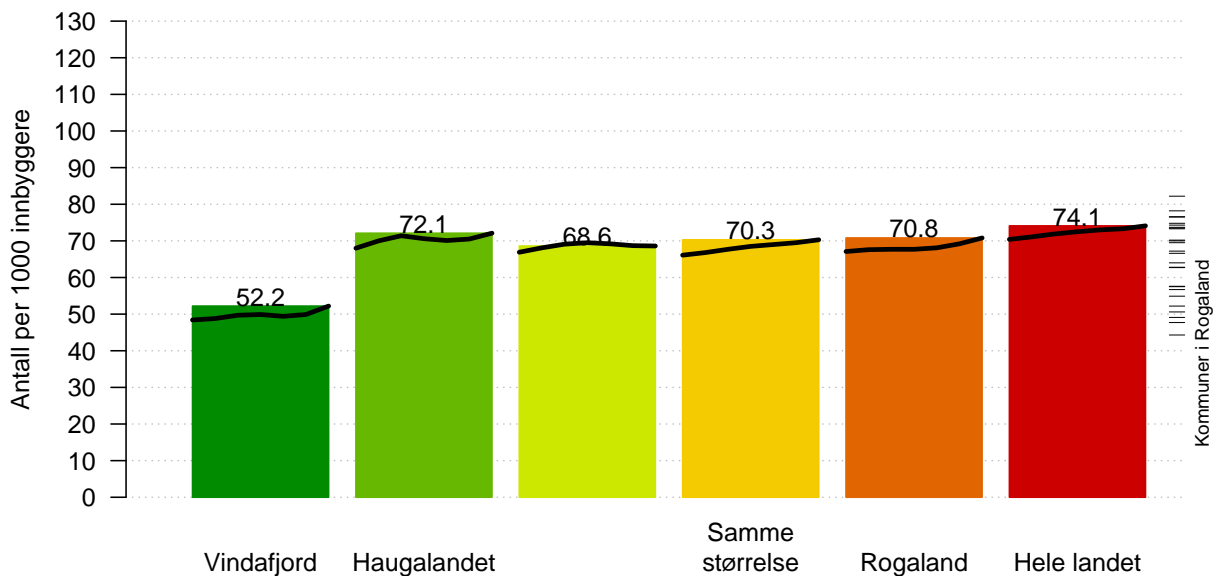
Brukere i PHT med psykiske symptomer, 2016–2018 (0–74 år)



Sort trendlinje i hver søyle angir utvikling i perioden 2010–2012 – 2016–2018

Kilde: Kommune helsa statistikkbank

Brukere i PHT med psykiske lidelser, 2016–2018 (0–74 år)

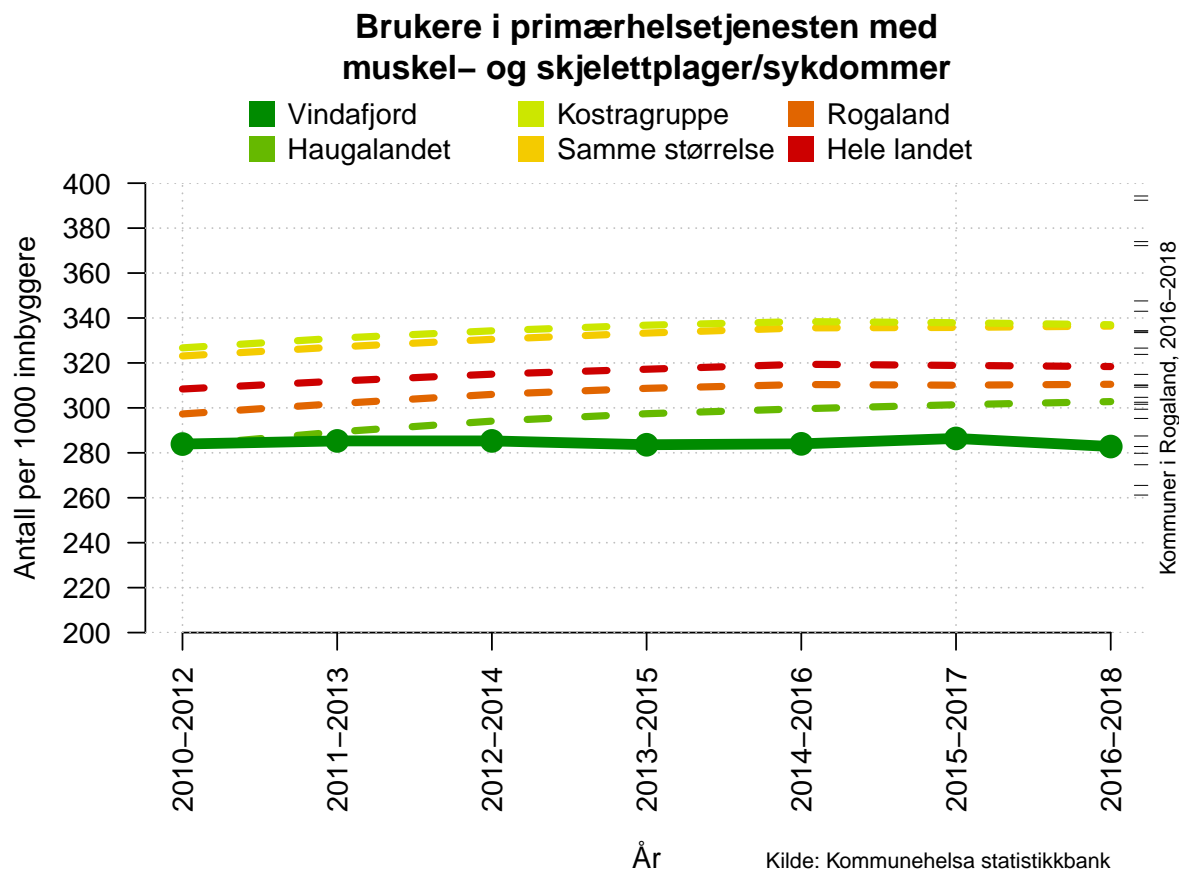


Sort trendlinje i hver søyle angir utvikling i perioden 2010–2012 – 2016–2018

Kilde: Kommune helsa statistikkbank

32 Brukere i primærhelsetjenesten med muskel- og skjelettplager og -sykdommer

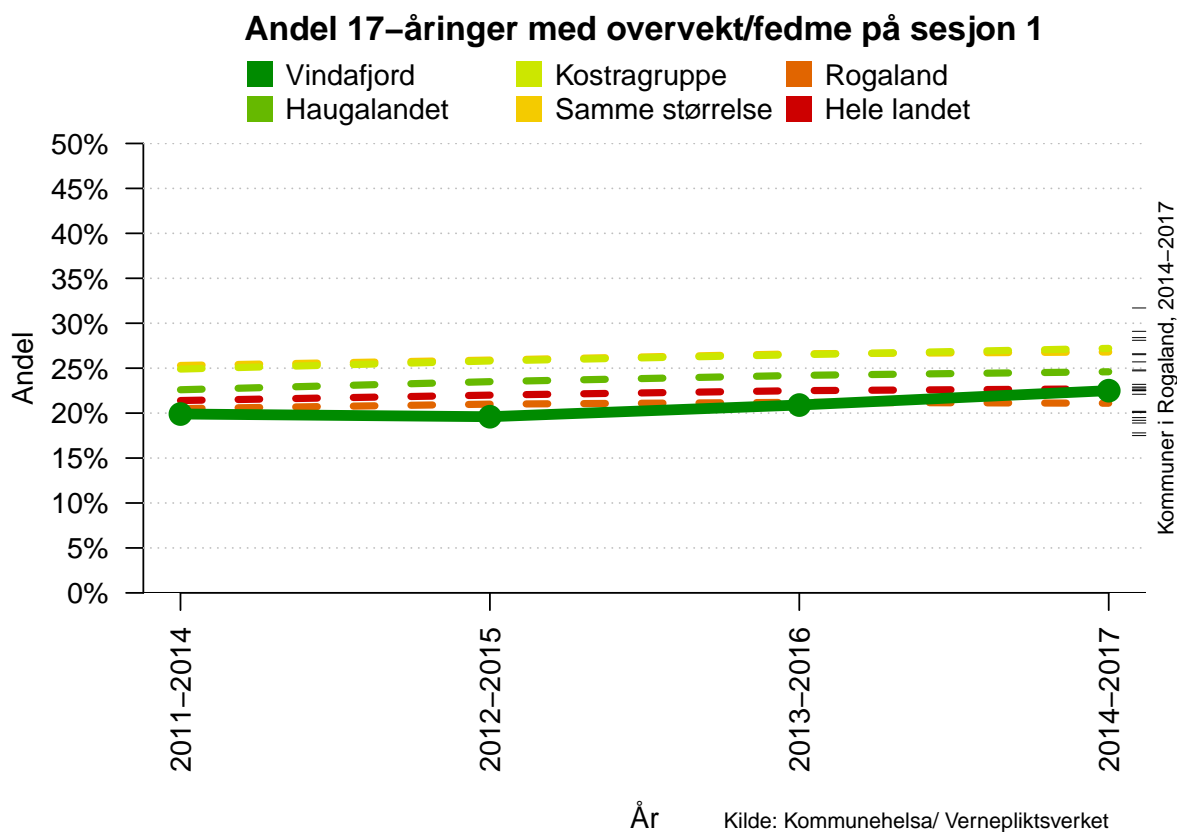
Bruk av primærhelsetjenesten som kan gi informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner i befolkningen.



Merk at nivåene her fanger opp en kombinasjon av ikke bare helsetilstand, men også diagnosepraksis og enkeltpersoners tilbøyelighet til å oppsøke helsevesenet. Særlig i små kommuner kan variasjon her bidra til å påvirke resultatene.

33 Overvekt og fedme

Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser. Det er ingen klar KMI-grense for når sykdomsrisikoen øker eller faller, overgangene er glidende.



Overvekt inkl. fedme blant 17-åringar. Overvekt er definert som en kroppsmasseindeks (KMI) på mellom 25 og 29,9, fedme er KMI på 30 eller høgere. KMI beregnes ved å dele kroppsvekt på høyde * høyde.

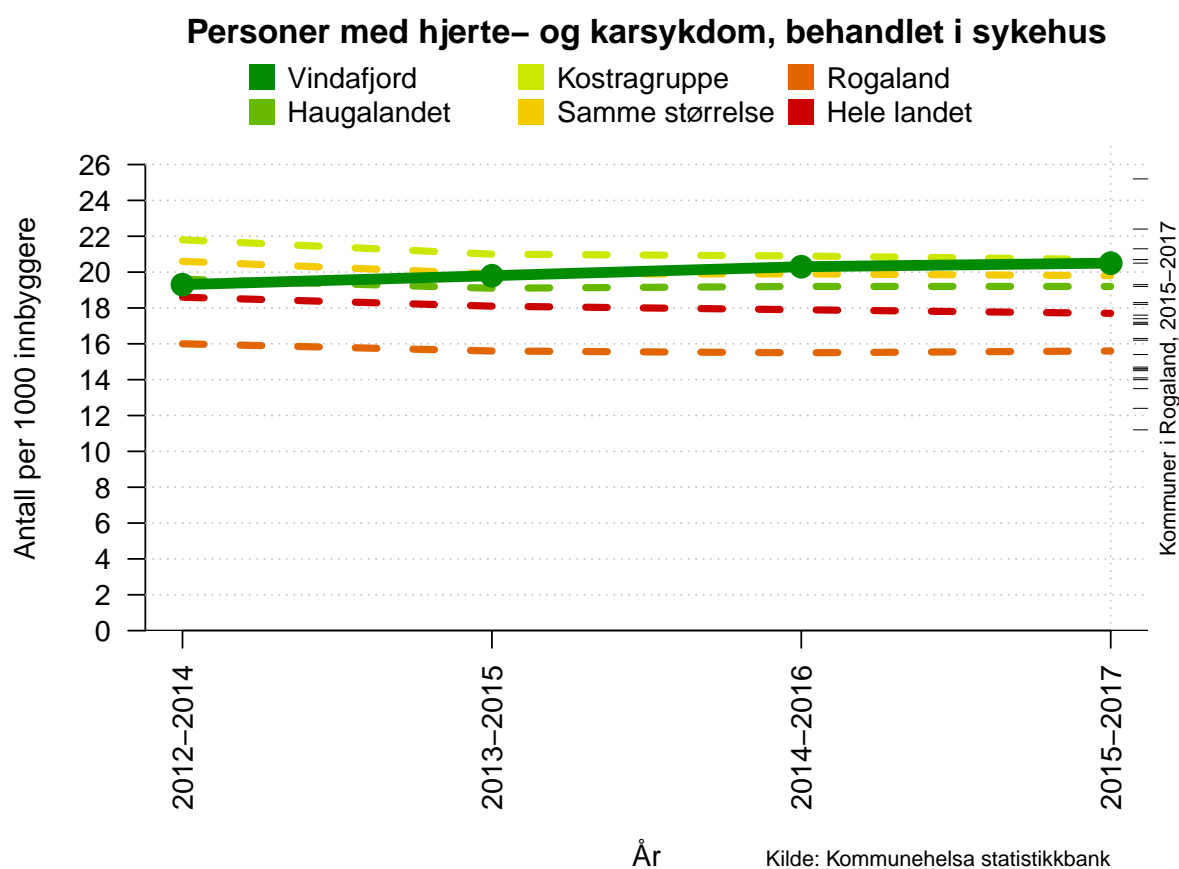
NB: Tallene for region, samme størrelse og kostragruppe er estimert, og kan være noe upresise.

34 Personer med hjerte- og karsykdom, behandlet i sykehus

Sykehusinnleggelser og dødsfall kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen.

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

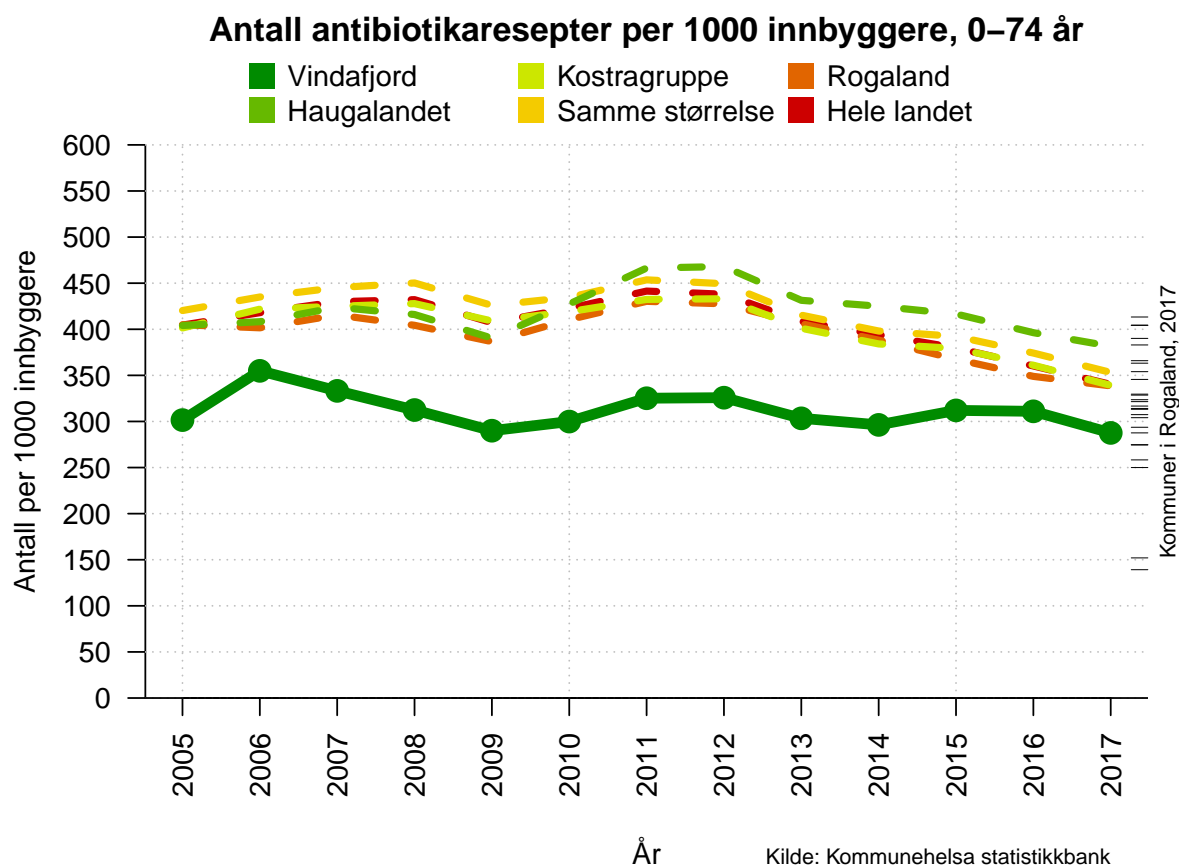
Figuren viser antall unike personer med sykehusinnleggelse eller dødsfall med hjerte-/kardiagnose per 1000 innbyggere.



Merk at nivåene her fanger opp en kombinasjon av ikke bare helsetilstand, men også diagnosepraksis og enkeltpersoners tilbøyelighet til å oppsøke helsevesenet. Særlig i små kommuner kan variasjon her bidra til å påvirke resultatene.

35 Bruk av antibiotika

Antibiotika er viktige og effektive medisiner i behandling av infeksjoner som skyldes bakterier. Antibiotika har gjennom historien revolusjonert behandlingen av infeksjonssykdommer, men feil bruk kan føre til utvikling av antibiotikaresistente bakterier. Det betyr at antibiotika ikke lenger har effekt på disse bakteriene.



Det er store kommunale variasjoner i antibiotikabruken i Norge, uten at man helt vet hvorfor. I 2015 ble det lagt fram en nasjonal strategi mot antibiotikaresistens, hvor det blant annet er en målsetning å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent, sammenlignet med nivået i 2012. Se strategiens nettsider for mer informasjon ([lenke](#))

Siden 2012 har antibiotikabruken i Vindafjord sunket 12 prosent.

36 Mer informasjon

[Rogaland fylkeskommune sin statistikkportal, Rogaland fylkeskommunes oversikt over folkehelsen og flere profiler som denne](#)

[SSB sine kommuneprofiler](#)