

# FOLKEHELSEOVERSIKTEN

2015-2019

---



**Kvinnherad kommune**

Fellesskap og trivsel - Utvikling og vekst

## Innhald

Innleiing .....	4
Oppsummering .....	7
Overordna mål for folkehelsearbeidet i Kvinnherad kommune .....	13
1 Befolkningssamansetnad.....	14
1.1 Folketalet som heilskap.....	14
1.2 Utvikling innan einsskilte aldersgrupper .....	15
1.3 Fødselsoverskot.....	16
1.4 Hushaldningssamansetting .....	17
1.5 Etnisk samansetting og utvikling .....	20
1.6 Inn- og utflytting frå Kvinnherad .....	21
1.7 Fordeling og flytting internt i kommunen .....	22
2 Oppvekst og levekår .....	25
2.1 Barnehage.....	25
2.1.1 Barnehagedekning.....	25
2.1.2 Trivsel .....	25
2.1.3 Fysisk helse .....	27
2.1.4 Tryggleik .....	28
2.2 Skule .....	28
2.2.1 Fysisk aktivitet .....	28
2.2.2 Kosthald.....	29
2.2.3 Psykososialt læringsmiljø.....	30
2.2.4 Læringsresultat.....	30
2.2.5 Spesialundervisning og drop out.....	31
2.3 Likestilling i barnehage og skule.....	33
2.4 Integrering i barnehage og skule.....	35
2.5 Fysisk tilhøve i barnehage og skule .....	36
2.6 Fråfall og gjennomføring ved Kvinnherad vidaregåande skule .....	37
2.7 Utdanningsnivå.....	39
2.8 Levekår .....	41
2.8.1 Låginntekt.....	41
2.8.2 Inntektsfordeling .....	41
2.8.3 Sysselsetting .....	42

2.8.4	Sjukefråver.....	44
2.8.5	Butilhøve.....	44
2.8.6	Integrering.....	46
2.9	Universell utforming.....	47
3	Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....	48
3.1	Fysisk miljø.....	48
3.1.1	Støy.....	48
3.1.2	Luftforureining.....	48
3.2	Biologisk og kjemisk miljø.....	48
3.2.1	Drikkevattn.....	48
3.2.2	Radon.....	50
3.2.3	Omfang av smittsame sjukdomar.....	50
3.3	Sosialt miljø.....	51
3.3.1	Sosiale møteplassar og arena.....	51
4	Skader og ulukker.....	54
4.1	Personskadar.....	54
4.2	Trafikkulukker.....	55
4.3	Arbeidsulukker.....	56
5	Helserelatert atferd.....	57
5.1	Fysisk aktivitetsnivå.....	57
5.2	Tobakksbruk – ungdomsskule og vidaregåande skule.....	58
5.3	Rusmiddelbruk – ungdomsskule og vidaregåande skule.....	59
6	Helsetilstand.....	63
6.1	Fysisk helse.....	63
6.1.1	Kreft.....	63
6.1.2	Diabetes.....	64
6.1.3	Hjarte- og karsjukdom.....	65
6.1.4	Lungesjukdom.....	65
6.1.5	Muskel og skjelettsjukdom.....	66
6.1.6	Tannhelse.....	67
6.1.7	Vaksinasjonsdekning.....	69
6.1.8	Vekt hjå barn og unge.....	70
6.2	Psykiske helse.....	71
6.2.1	Psykiske symptom og lidningar.....	71

6.2.2	Alvorleg psykisk sjukdom.....	72
6.2.3	Forbruk av legemiddel for psykiske lidningar.....	72
6.2.4	Rusmiddelbruk og psykisk lidning.....	73
6.2.5	Born som nære pårørande .....	73
6.3	Psykisk helse hjå barn og unge .....	74
6.3.1	Barn med tiltak .....	74
6.3.2	Barn i fosterheim .....	77
6.3.3	Unge foreldre .....	78
6.3.4	Psykisk helse hjå barn og unge .....	80
6.4	Psykisk helse hjå eldre .....	81
7	Prosedyrar, regelverk og ansvar .....	83
7.1	Prosedyrar for arbeid med oversikt over folkehelsa.....	83
7.2	Viktige paragrafar i Folkehelseloven og Forskrift om oversikt over folkehelsen .....	84
7.3	Ansvar for løpande oversikt .....	86
8	Kjelder.....	88

Har du spørsmål eller kommentarar kan du ta kontakt med;

Folkehelsekoordinator Geir Ove Fosse

Telefon 99 16 99 50

E-post [geir.ove.fosse@kvinnherad.kommune.no](mailto:geir.ove.fosse@kvinnherad.kommune.no)

## Innleiing

### Bakgrunn

God folkehelse vert skapt gjennom god samfunnsutvikling. Samtidig er folkehelsa ein viktig faktor for god utvikling. Ei rekkje forhold i samfunnet påverkar folkehelsa. Det å ha god oversikt bidreg til eit meir treffsikkert folkehelsearbeid og sørgjer for at kommunen kan retta innsatsen mot dei faktiske utfordringane innan folkehelse og dermed få nytta ressursane betre. Med bakgrunn i dette pålegg ny folkehelselov frå 01.01.12 alle kommunar å ha oversikt over helsetilstaden i befolkninga.

Folkehelselova, med forskrift og veileidar, set overordna krav til kva oversikten skal innehalda, kva kjelder som skal nyttast og kva vurderingar som skal gjerast. Krav til innhald er samanfallande med kapitteloverskriftene 1-6. Samtidig er det opp til kommunen sjølv å vurdere kva vi skal fokusere på innafor dei ulike temaområda. Kva som er fokusområde for Kvinnherad kommune er bestemt av styringsgruppa for oversiktsarbeidet. Styringsgruppa består av kommunalsjef Næring og utvikling, kommunalsjef Helse og omsorg, kommunalsjef Skule og oppvekst, verksemdsleiar Helse og rehabilitering, kommuneoverlege og folkehelsekoordinator. I tillegg har fagfolk på dei ulike tema fått høve til å fremja det dei ser på som folkehelse utfordringar og ressursar på sitt fagfelt.

Som eit minimum er det sett krav om at oversikten skal baserast på;

1. Opplysningar som statlege helsemyndigheiter og fylkeskommunen gjer tilgjengelig
2. Kunnskap frå dei kommunale helse og omsorgstenestene
3. Kunnskap om faktorar og utviklingstrekk i miljø og samfunn som kan ha innverknad innbyggjarane si helse

Det er lagt særskild vekt på faktorar og utviklingstrekk som kan skape eller oppretthalde sosiale eller helsemessige problem og sosiale helseskilnader. For alle tema er det skildra status og vurdert årsak og konsekvens av forholdet. Føremålet er å retta merksemda mot bakanforliggende årsaker til helse slik at folkehelsearbeidet kan rettast mot årsakene til god eller dårleg helse heller enn mot å handtere symptoma. Det er viktig å presisere at Folkehelseoversikten ikkje er ein folkehelseplan, og dermed ikkje inneheld tiltak og løysingar. Dokumentet skal derimot framheve folkehelseutfordringar og ressursar slik at kommunen kan planleggja og setja i verk målretta og effektive tiltak gjennom vanlege kanalar. Folkehelseoversikten skal difor nyttast som grunnlagsdokument for arbeid med kommuneplanar og budsjett. Oversikten vil gjerast offentleg tilgjengeleg kvart 4. år i samband med utarbeiding av kommunal planstrategi. Prosedyrar for arbeidet, samt dei mest aktuelle paragrafar i Folkehelselova og forskrift til arbeid med oversikt over folkehelselova er inkludert i oversikten i kapittel 7.

## *Sosial ulikheit i helse*

Eit gjennomgåande tema for alle vurderingar er ulikheit i helse. I forskning på sosial ulikhet i helse deles folk inn etter inntektsnivå, lengda på utdanninga eller kva slags type jobb dei har. Helse til dei ulike gruppene kan då samanliknas. For eksempel er det ein tydeleg samanheng mellom kor lenge ein har gått på skulen og kor lenge ein lever. Det som er meir slåande er eit jamt trappetrinnsmonster på alle nivå slik at eit par år ekstra skulegang heile vegen gjev seg målbare utslag. Til dømes lev industriarbeidarar, kokkar og drosjesjåførar 7-10 år kortare enn legar, lektorar og arkitektar<sup>1</sup>. Vår plass i det sosiale og økonomiske hierarkiet gjenspeglar altså skilnader i sjansen for sjukdom og død. Dette kallar vi gradientutfordringa<sup>2</sup>. Den vedkjem oss alle og krev politisk handling.

*“Det er eit rettferdighetsproblem når mennesker med lav sosial status, få goder og få ressursar i tillegg er meir belasta med smerte, sjukdom, nedsatt funksjonsevne og forkorta levealder”<sup>3</sup>*

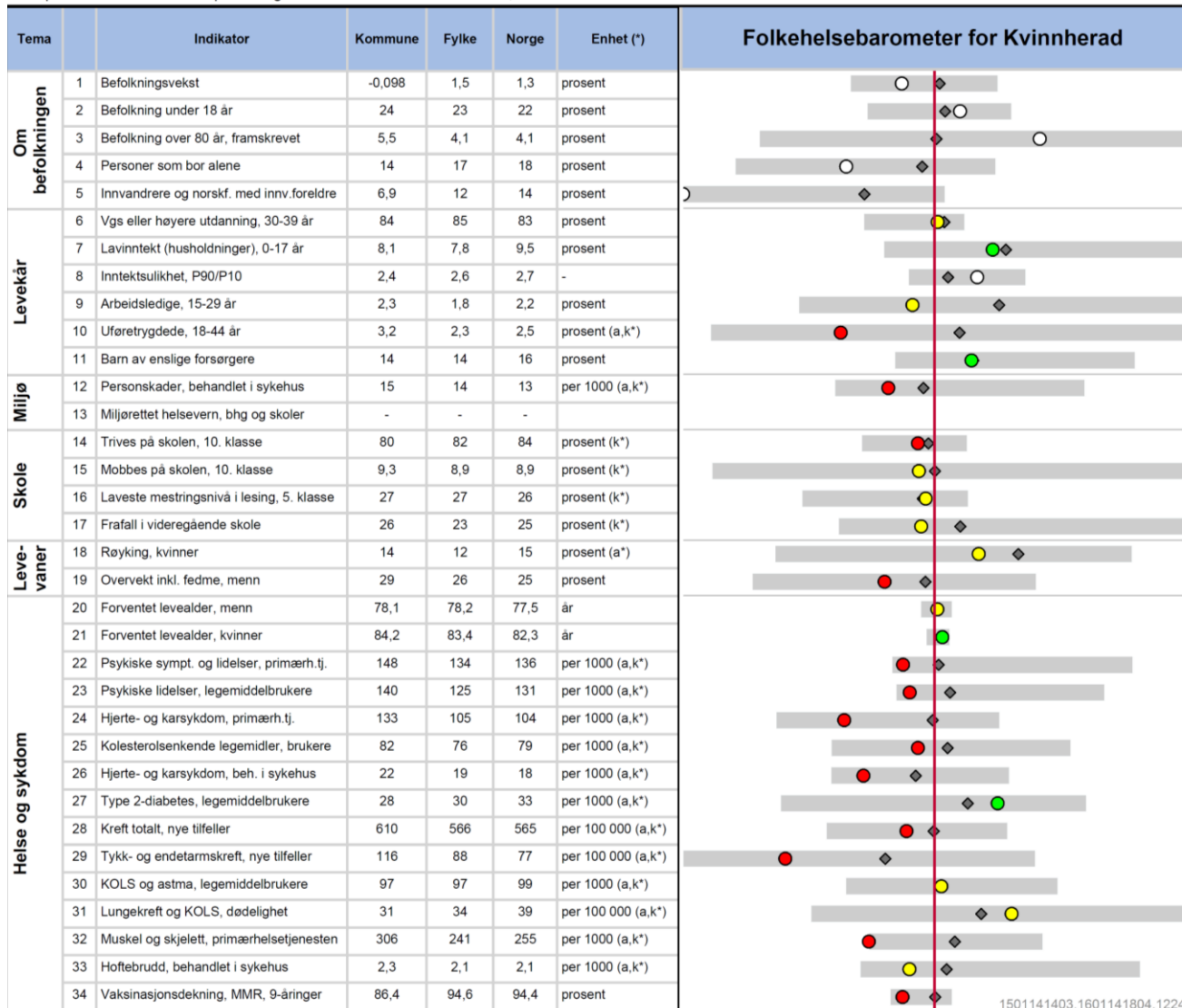
## *Folkehelseprofil*

Folkehelseinstituttet utarbeidar årleg ein folkehelseprofil for alle kommunar og fylker i landet der nøkkeltal ved befolkninga si helsetilstand og påverknadsfaktorar vert presentert. Oversikten samanliknar nøkkeltal i kommune og fylke med landstal, og informasjonen er særskild eigna for å sjå hovudtrekk, trendar og utvikling over tid. Profilen er meint som eit bidrag til kommunens arbeid med å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkninga og faktorar som påverkar denne. Dei enkelte tema i profilen vert ikkje nøyare vurdert her, men vil i den grad det er føremålstenleg vurderast i kapittel for det aktuelle tema. For fullstendig oversikt og tidligare versjonar sjå [www.fhi.no/folkehelseprofiler](http://www.fhi.no/folkehelseprofiler).

- Grønn verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet
- Rød verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger dårligere an enn landet som helhet
- Gul verdi forteller at vi ikke med sikkerhet kan si om kommunen ligger dårligere eller bedre an enn landet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- ◆ Verdien for landet som helhet
- ▬ Variasjonen mellom kommunene i fylket

Halvsirkler: Kommuneverdier som er mer enn dobbelt så høye som landsverdien eller mindre enn halvparten av landsverdien, vises som en halvsirkel i figurens ytterkant.

En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet, likevel kan det innebære en viktig helseutfordring for kommunen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i kommunen kan du lage diagrammer i Kommnehelsa statistikkbank. Les mer på [www.fhi.no/folkhelseprofiler](http://www.fhi.no/folkhelseprofiler) og se Kommnehelsa statistikkbank, [khs.fhi.no](http://khs.fhi.no).



Figur 1. Folkhelseprofil Kvinnherad kommune 2014 (Folkhelseinstituttet, 2014).

## Oppsummering

På dei neste sidene får ein oversyn over viktige ressursar og utfordringar for helsetilstanden i Kvinnherad kommune. For dei fleste tema er det laga ei fargekoding som gjer det enkelt og visuelt å få oversyn over tilstanden i Kvinnherad samanlikna med fylket/landet, korleis utviklinga er i Kvinnherad isolert, samt korleis utviklinga er samanlikna med fylket/landet. I tilfelle der denne står open er det ikkje mogeleg eller aktuelt å gjere denne vurderinga. For ein del forhold er det ein samfunnstrend i negativ retning og det vil vere aktuelt å setje seg mål og strategiar sjølv om vi ligg på nivå med eller betre enn andre. Det er difor anbefala å lese ytterlegare bak i dokumentet på område av interesse. Der ligg utdjupa informasjon med vurdering av årsaker og konsekvensar til forholdet.

### Fargekodar:

<b>Betre / Positivt</b>
<b>Likt / Stabilt</b>
<b>Dårlegare / Negativt</b>
<b>Ikkje aktuelt/Ikkje nok kunnskap</b>

### *Tips til vidare digital lesing*

1

*Alle tema som du finn i tabellar på dei neste sidene er klikkbare og fører deg til meir informasjon om det aktuelle temaet lenger bak i oversikten. Dersom du vil attende til oppsummeringa kan du så nytte*

*ALT+PIL VENSTRE for å kome direkte attende til der du var i dokumentet.*

2

*Kjeldene «Statistikk i vest» og «Kommunehelsa» er også klikkbare og fører ein direkte til statistikken for det aktuelle tema. På desse aktuelle statistikkbankane kan ein tilpasse utvalet vidare etter eige ynskje med tanke på geografi, kjønn, alder mm. dersom ein vil gjere ytterlegare samanlikningar til dømes med aktuelle nabokommunar.*



### Oppsummering befolkningsamansetnad

Folketalet i Kvinnherad har dei siste 25 åra vore relativt stabilt mellom 13.000 og 13.300 innbyggjarar. Ein auke på 0,2 % auke per år fram til 13.700 innbyggjarar i 2030 er realistisk, men dette er avhengig av den lokale næringsutviklinga og forbetring av kommunikasjonane. Dei neste femten åra er det venta at delen barn under 15 år vil falla markert og delen eldre over 75 år vil auka mykje. Den allereie høge gjennomsnittsalderen i Kvinnherad vil auke til å verte meir enn fire år høgare enn Hordaland samla. Nedgang i barnetal kan gå ut over barnehagar og nær skular i grisgrendte stork. Eldrebølgja vil få store konsekvensar for det samla pleie- og omsorgsbehovet. Fødselsoverskotet er i ferd med å nærma seg 0 og det er netto innanlands fråflytting frå Kvinnherad. Utan innvandring frå utlandet ville kommunen hatt avtakande folketal sidan 1990-talet. Innvandrandelen av folkesetnaden er såleis aukande, men den er førebels langt lågare enn gjennomsnittet for landet elles. Ein aukande del av befolkinga bur i tettstader. Sjølv om ein skilde grisgrendte bygder opplever folkevekst er trenden slik at det er mest nybygging i nærleiken av hovudfartsårene og i området ved den største tettstaden; Husnes. Kvinnherad kommune vil såleis få utfordringar knytt til strukturendringar i tenestetilbodet som følgje av sentraliseringskreftene i samfunnet.

Tabell 1. Vurdering av helseindikatorar

Indikator	Nivå samanlikna med fylket/landet	Utviklinga i kommunen	Utviklinga samanlikna med fylket/landet
<a href="#">Folketalet som heilskap</a>			
<a href="#">Utvikling ein skilde aldersgrupper</a>			
<a href="#">Fødselsoverskot</a>			
<a href="#">Hushaldningssamansetnad</a>			
<a href="#">Etnisk samansetnad og utvikling</a>			
<a href="#">Inn- og utflytting</a>			
<a href="#">Fordeling og flytting internt</a>			

### Oppsummering oppvekst og levekår

Alle barn med rett til barnehageplass er sikra dette. Både i barnehage og skule manglar det fleispråkleg kompetanse for å ta tilstrekkeleg godt vare på minoritetsspråklege barn. Læringsresultata på Nasjonale prøvar ligg lågare enn landssnittet på dei fleste område. Jenter har betre resultat etter grunnskulen enn gutar. Det er svært få mannlege tilsette i barnehagar og barneskular. Det er ikkje nok kunnskap om kosthaldet i skulen. Samla sett er dei fysiske tilhøva ved skulane betra over dei seinare åra då, samtidig kan dei ikkje vurderast som positive så lenge ikkje alle skular har godkjenning. Barnehagar har ikkje hatt den same positive utviklinga. Det er like mange kvinnheringar som tek vidaregåande utdanning som i fylket og landet elles, men det er langt færre som tek høgskule eller universitetsutdanning. Når det gjeld låginntekt og inntektsfordeling er

utviklinga negativ for begge to, sjølv om det framleis er slik at det er relativt liten skilnad i inntekt mellom innbyggjarane i Kvinnherad. Det er ein lågare del av innbyggjarane år for år som er i ordinært arbeid, samtidig har vi langt høgare del uførepensjonistar enn både landet, fylket og andre kommunar det er naturleg å samanlikne seg med. Sjukefråveret er midlertidig redusert monaleg dei seinare åra. Dei aller fleste har gode butilhøve, men det er ein sosial skilnad og enkelte grupper strevar med å koma inn i bustadmarknaden og halde på bustaden sin. Det er inntrykk blant tilsette i flyktingetenesta av at det er meir helseplager hjå flyktningar enn elles i befolkninga og flyktningar får ikkje hjelp i same grad som andre.

Tabell 2. Vurdering av helseindikatorar

Indikator	Nivå samanlikna med fylket/landet	Utviklinga i kommunen	Utviklinga samanlikna med fylket/landet
<a href="#">Barnehagedekning</a>			
<a href="#">Trivsel - barnehage</a>			
<a href="#">Fysisk helse - barnehage</a>			
<a href="#">Tryggleik - barnehage</a>			
<a href="#">Fysisk aktivitet - skule</a>			
<a href="#">Kosthald - skule</a>			
<a href="#">Psykososialt læringsmiljø - skule</a>			
<a href="#">Læringsresultat - skule</a>			
<a href="#">Spesialundervisning - skule</a>			
<a href="#">Likestilling - barnehage og skule</a>			
<a href="#">Integrering - barnehage og skule</a>			
<a href="#">Fysisk tilhøve - bhg og skule*</a>			
<a href="#">Fråfall ved KVV</a>			
<a href="#">Utdanningsnivå</a>			
<a href="#">Låginntekt</a>			
<a href="#">Inntektsfordeling</a>			
<a href="#">Sysselsetting</a>			
<a href="#">Sjukefråver</a>			
<a href="#">Butilhøve</a>			
<a href="#">Integrering</a>			
<a href="#">Universell utforming</a>			

\* Vurdert etter godkjenning av «Forskrift for miljørettet helsevern».

### Oppsummering fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Det er lite førekomst av støy og luftforureining i Kvinnherad. Drikkevandet held god kvalitet.

Omfanget av smittsame sjukdomar er lågt. Dette er ein ressurs for folkehelsa. Radon kan vere ei utfordring i enkelte område og det er viktig med god arealplanlegging og radonsikring av bygningar for å minimere denne utfordringa.

Sosiale møteplassar er viktige for å motverka isolasjon og einsemd blant grupper som ikkje får dekkja sosiale behov gjennom skule og jobb. I Kvinnherad kommune er det særleg foreldre utan barnehageplass, heimebuande pensjonistar og ein del utan arbeid som ikkje kjenner tilhøyre til eksisterande aktivitetssenter som har udekkja sosiale behov. Det er gode tilbod til born og unge på barneskule og ungdomskule. Ungdom på vidaregåande nivå har færre tilbod, samstundes som Ungdata undersøkinga syner ein negativ trend i spørsmål om helse og trivsel i denne aldersgruppa.

Tabell 3. Vurdering av helseindikatorar

Indikator	Nivå samanlikna med fylket/landet	Utviklinga i kommunen	Utviklinga samanlikna med fylket/landet
<a href="#">Støy</a>			
<a href="#">Luftforureining</a>			
<a href="#">Drikkevatt</a>			
<a href="#">Radon</a>			
<a href="#">Smittsame sjukdomar</a>			
<a href="#">Sosiale møteplasser og arena</a>			

### Oppsummering skader og ulukker

Det er fleire kvinnheringar som skadar seg og må behandlast på sjukehus enn i fylket og landet elles. Talmateriale går berre nokre få år tilbake og ein lyt difor følgje med dei neste åra for å sjå korleis utviklinga er og om resultatata er eit resultat av tilfeldigheit eller om det svarar til ei reel utfordring. Hoftebrot utgjer ein stor kostnad både i form av helse for den enkelte som vert ramma og i form av kostnadar for samfunnet. Samla sett ligg kvinnheringar på nivå eller marginalt over fylket og landet, men det er ikkje gode nok tal til å vurdere utvikling over tid. Det er viktig med kontinuerlig arbeid for å førebyggja hoftebrot. Når det gjeld trafikkulukker er det like mange ulukker i perioden 1991-2000 som i 2001-2010. Det er og omlag like mange som vert skadde i desse ulukkene, men skilnaden er at det i siste perioden er fleire som vert lettare skadd, medan det er færre som vert alvorleg skadd. Samanlikning med andre er utfordrande med trafikkulukker då trafikkmonster, veg, gjennomgangstrafikk ol. er med og påverkar statistikken.

Tabell 4. Vurdering av helseindikatorar

Indikator	Nivå samanlikna med fylket/landet	Utviklinga i kommunen	Utviklinga samanlikna med fylket/landet
<a href="#">Personskadar</a>			
<a href="#">Trafikkulukker</a>			
<a href="#">Arbeidsulukker</a>			

### Oppsummering helsereelatert atferd

Som ein kan lese under kap. Helsetilstand er det fleire kvinnheringar enn i fylket og landet elles som vert råka av sjukdomar som vert påverka av måten vi lever liva våre på. Det vil sei kor mykje vi er i aktivitet, kva vi et, kor mykje alkohol vi drikk, om vi røyker eller snusar osv. Det er difor særst viktig å rette merksemd mot indikatorane under helsereelatert atferd då vi veit at dårlege nivå her vil kunne føre til sjukdom seinare i livet. Nasjonale tal visar at barn og unge ikkje er fysisk aktive i den grad det er ynskja. Det er ikkje grunn til å tru at kvinnheringar skil seg frå dette. Barnehage og skule er dei viktigaste stadene der ein med sikkerheit vil nå nesten alle barn og der ein har moglegheit til å skape gode aktivitetsvanar. Tobakksrøyking er redusert mykje både nasjonalt og lokalt over ein lengre tidsperiode. Det er ein klar sosial gradient både for aktivitetsnivå og tobakksrøyking. Snus er på veg opp og det er større del elevar i vidaregåande skule i Kvinnherad som snusar enn i landet elles. Alkoholforbruket hjå vaksne er aukande på landsnivå, medan det har flata ut for unge og etter årtusenskiftet har det vore ein reduksjon. Ungdom i Kvinnherad debuterar tidleg med alkohol og det er sett i verk tiltak mot dette. Samtidig er det eit relativt høgt tal av ungdomar som har vore involvert i promillekøyning. Foreldre sine grenser i heimen har stor påverknad på unge sin rusbruk. Politiet meiner det er store mørketal knytt til bruk av cannabis og ser svært negativt på trenden ved at ungdom har endra standpunkt til cannabis og bruk av dette.

Tabell 5. Vurdering av helseindikatorar

Indikator	Nivå samanlikna med fylket/landet	Utviklinga i kommunen	Utviklinga samanlikna med fylket/landet
<a href="#">Fysisk aktivitetsnivå</a>			
<a href="#">Tobakksbruk</a>			
<a href="#">Rusmiddelbruk</a>			

### Oppsummering helsetilstand

Kvinnheringar kjem dårleg ut på statistikken for dei fleste helseutfall. Det vil sei at vi for dei fleste sjukdommar vert meir råka enn dei vi samanliknar oss med. Det at befolkninga i Kvinnherad ser ut til å aldast raskare enn snittet i fylket og landet bidreg til den negative utviklinga då aukande alder også aukar risikoen for dei ikkje smittsame sjukdomane. Likevel er det i fleire tilfelle urovekkjande dårleg statistikk og utvikling. Då ein del av statistikken inneheld data for få år tilbake i tid er det viktig å følgje med på utviklinga dei kommande åra for å vurdere nærare om tala er resultat av tilfeldigheit (som det ofte kan vere med sjukdomsstatistikk i mindre kommunar) eller om det er ein reel trend. Ein veit at det for alle vurderte sjukdomar er aukande risiko med lågare sosioøkonomisk status. Det vil sei at dei som har lågare utdanning og/eller lågare inntekt har høgare risiko for alle desse sjukdomane. Det er større del kvinnheringar enn elles som lid av psykiske symptom/lidingar og det er

større forbruk av legemiddel mot psykiske lidningar. Dette er trong for å sjå nærare på. Det har dei siste åra vore auke i barn med undersøking av barnevernet både i Kvinnherad og landet. Kartlegging av ungdomar visar at det er ein auke i opplevde psykiske vanskar i denne gruppa. Talet på demente aukar raskare enn prognosane. Tal frå fleire av indikatorane går ikkje langt nok tilbake til å vurdere utvikling over tid, vonleg vert dette betre etter kvart som åra går og vi får eit betre informasjonsgrunnlag.

Tabell 6. Vurdering av helseindikatorar

Indikator	Nivå samanlikna med fylket/landet	Utviklinga i kommunen	Utviklinga samanlikna med fylket/landet
<a href="#">Kreft</a>			
<a href="#">Diabetes</a>			
<a href="#">Hjarte- og karsjukdom</a>			
<a href="#">Lungesjukdom</a>			
<a href="#">Muskel- og skjelettsjukdom</a>			
<a href="#">Tannhelse</a>			
<a href="#">Vaksinasjonsdekning</a>			
<a href="#">Vekt hjå barn og unge</a>			
<a href="#">Psykiske symptom/lidingar</a>			
<a href="#">Alvorleg psykisk sjukdom</a>			
<a href="#">Legemiddel psykiske lidningar</a>			
<a href="#">Rus og psykisk liding</a>			
<a href="#">Born som pårørende</a>			
<a href="#">Barn med tiltak</a>			
<a href="#">Barn i fosterheim</a>			
<a href="#">Unge foreldre</a>			
<a href="#">Psykisk helse hjå barn og unge</a>			
<a href="#">Psykisk helse hjå eldre</a>			

## Overordna mål for folkehelsearbeidet i Kvinnherad kommune

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan og bygningsloven kapittel 11 fastsetje overordna mål og strategiar for folkehelsearbeidet som er eigna til å møte dei utfordringar kommunen står ovafor med utgangspunkt i oversikten (dette dokument). Det er opp til kommunestyret på bakgrunn av utfordringane som er fremja i dokumentet å fastsetje desse måla. Dei aktuelle målsetjingane vil deretter danna utgangspunkt for arbeid med plan og budsjett og skal munne ut i tiltak, jmf §7 i folkehelseloven. Strategiane, som munnar ut i tiltak, vil såleis komme fram i kommunen sitt arbeid med plan og budsjett på ordinært vis.

### *Målsetjingar for folkehelsearbeidet i Kvinnherad kommune. Vedtekne av kommunestyret 27.03.15.*

- Fleire mannlege tilsette i barnehage og grunnskule
- Halde nivået på ungdom som fell ut av skulen på eit lågt nivå. Dei som likevel fell ut av skulen skal raskt vere ut i anna målretta aktivitet
- Betre tilbod om tilpassa arbeid til personar som fell ut av arbeidslivet
- Ta vare på den ressursen Kvinnherad har som eit samfunn med god luftkvalitet, lite utfordring med støy og eit godt drikkevatn
- Ta vare på den ressursen Kvinnherad har i form av eit rikt lag og foreiningsliv og arbeide for deltaking i desse for alle deler av befolkninga
- Sikre kunnskap om årsaker til personskadar i kommunen
- Færre hoftebrot
- Auka fysisk aktivitetsnivå i alle deler av befolkninga
- Auka fysisk aktivitetsnivå i skuletida og gjennom å vere fysisk aktiv til og frå skulen
- Ha kontroll på utvikling i tal kreft tilfelle og undersøkje vidare dersom den negative utviklinga fortset
- Sikre vaksinasjonsdekning på nivå med gjennomsnitt i landet
- Sikre kunnskap om kvifor nivået på muskel og skjelettsjukdom er høgare enn gjennomsnitt i landet
- Sikre kunnskap om kvifor psykiske lidningar ligg høgare enn gjennomsnittet. Dei som lid av psykiske lidningar skal ha tilbod om god behandling og aktivitetsskapande tiltak.

# 1 Befolkningssamansetnad

## Kven er innbyggjarane våre?

### 1.1 Folketalet som heilskap

#### *Status*

1. januar 2014 var det i følge det sentrale folkeregisteret 13.224 innbyggjarar i Kvinnherad. I 1965 var folketalet ca. 9.800, dette auka bratt fram til 1972 (ca. 12.300) så meir moderat fram til 1989 (ca. 13.200). Dei siste 25 åra fram til 2014 har folketalet vore relativt stabilt mellom 13.000 og 13.300 innbyggjarar (sjå tabell til slutt i kapittelet). Om fylkeskommunen sitt hovudalternativ for folketalets utviklinga slår til kan Kvinnherad vente seg 0,2 % årleg auke i folketalet og ha vel 13.700 innbyggjarar i 2030 ([Statistikk i vest](#))<sup>4</sup>.

#### *Årsaksforhold*

Fleire lokale faktorar vil ha stor innverknad på folketalets utviklinga og befolkningssamansetninga frametter. Utvikling av arbeidsplassar i privat næringsliv er ein grunnstein for folketalets vekst. Her viser tala at sysselsetting i primærnæringane har svakt fallande tendens dei siste ti åra og det er grunn til å tru at dette vil halde fram. Talet på arbeidstakarar i både sekundærnæring, tertiærnæring og offentleg forvaltning har svake svingingar i same periode og viser ingen tydeleg trend<sup>5</sup>. Dei store industriverksemdene er konjunkturutsette i høve til globale, bransjespesifikke endringar. Veksande handelsdekking<sup>6</sup> og god senterutvikling på Husnes kan bidra til ei styrking av verksemdar i tertiærnæring. Sysselsetting i offentleg forvaltning nådde ein førebels topp i 2011. Sentralisering, effektivisering og digitalisering vil bremse vidare vekst i offentleg tilsette, medan auka pleiebehov i ei aldrende befolkning og nye oppgåver som følgje av samhandlingsreforma kan auke talet på sysselsette.

Det er verdt å merke seg at arbeidsstyrken i Kvinnherad utgjør ganske nøyaktig halvparten av folketalet, og dette ligg noko under både Sunnhordland og fylket samla. Delen yrkesaktive Kvinnheringar er venta å falla med ytterlegare tre prosentpoeng fram til 2030, og dette fallet er større enn i fylket elles.

Gradvise forbetringar av vegnett og ferjesamband og ein komande regionsenterstatus for Husnes er lokale faktorar som venteleg vil gje positive effektar for sysselsettinga i Kvinnherad.

### Konsekvens

Samla sett er det ikkje venta store samfunnsendingar, og fylkeskommunen sin hovudprognose vert vurdert som realistisk.

## 1.2 Utvikling innan einsskilte aldersgrupper

### Status

Ved inngangen til 2014 hadde Kvinnherad både større del barn og større del eldre enn fylket og landet elles. Ei aldersgruppe som normalt har stor yrkesdeltaking (25 – 54 år) utgjør ein vesentleg lågare del av det samla folketalet enn fylkes- og landsgjennomsnitt<sup>7</sup>.

Tabell 7. Aldersgrupper per 01. 01.2014 (prosent)

Aldersgrupper 01.01.2014 (prosent)	Kvinnherad	Hordaland	Noreg
Del av befolkninga 16 år eller yngre	22,0	21,3	20,7
Del av befolkninga 25-54 år	35,9	41,3	41,1
Del av befolkninga 70 år eller meir	13,3	10,2	10,5

Dei neste femten åra er det venta at delen barn under 15 år vil falla med 8 % og delen eldre over 75 år vil auka med nesten 60 %. Gjennomsnittsalderen på 40,5 år ligg allereie to prosent høgare enn fylkesgjennomsnittet, dette vil auke til 44,1 år og med det meir enn fire år høgare enn Hordaland samla. I tabellen under er ulike aldersgrupper sin del av folkesetnaden vist for utvalde år attende i tid og med forventa prognose fram til 2030 (bearbeida data frå [Statistikk i vest](#) og <sup>8</sup>).

Tabell 8. Ulike aldersgrupper sin del av folkesetnaden. Historisk og prognose

%vis	Historisk			Prognose			
	1994	2012	2013	2015	2020	2025	2030
<b>Alder</b>							
0 - 19	29,2	26,6	26,3	26,2	25,0	24,1	23,5
20 - 39	28,4	22,3	21,9	21,8	21,8	21,1	20,7
40 - 59	22,6	26,2	26,5	26,3	25,7	25,8	24,8
60 - 74	12,1	16,4	16,5	16,8	17,7	17,3	18,0
75 -	7,8	8,6	8,8	8,9	9,8	11,7	13,0

### Årsaksforhold

Svingingar i alderssamansetting følgjer dei store linene i Noreg der dei store barnekulla i siste halvdel av 1940-åra gav nye store barnekull på slutten av 1960-talet. Ulikskapen mellom Kvinnherad og



Hordaland/Noreg samla sett er vanskelegare å forklara. Her spelar nok forgubbingsfaktoren ei vesentleg rolle, men den relativt store arbeidsinnvandringa skal vege opp for noko av dette. Frå Kvinnherad er det lang reiseveg til større byar og stader som tilbyr høgare utdanning. Ikkje alle som reiser ut for å utdanna seg vender attende etter studiane.

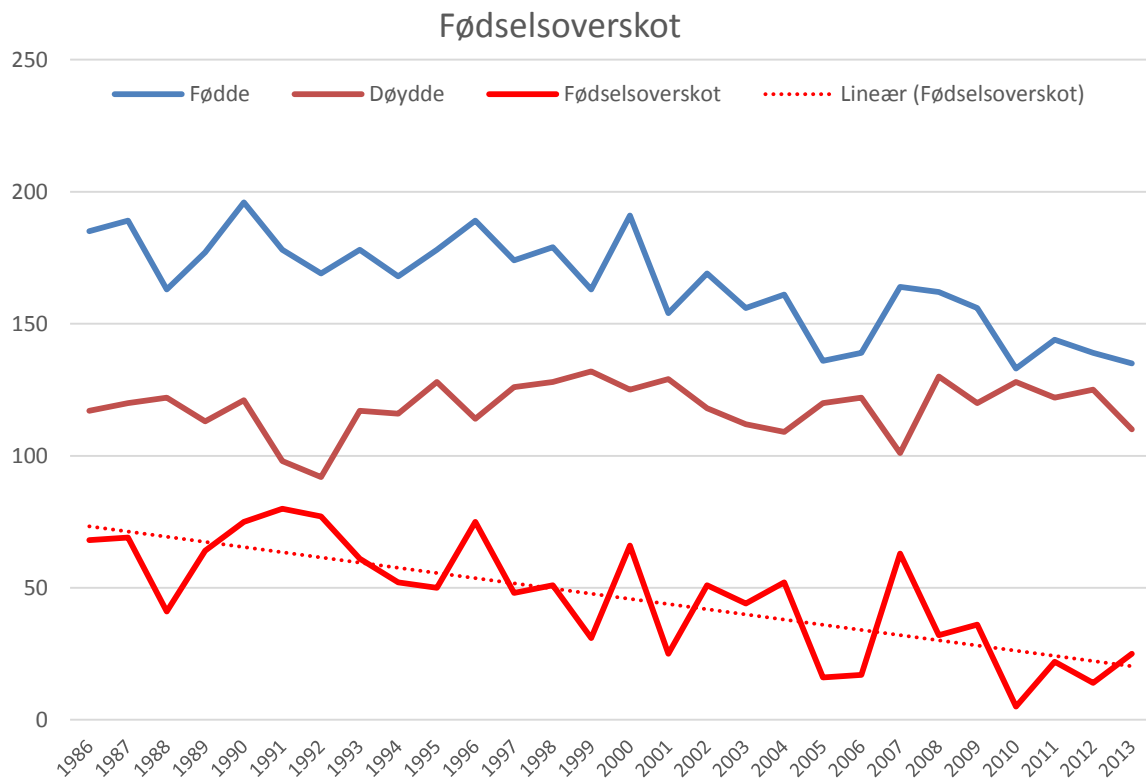
### *Konsekvens*

Forsørgingsbøra vil auka drastisk (talet på personar i alderen 20-66 år i høve til talet på personar i alderen 67 år eller meir). I 2014 står det 5,15 kvinnheringar yngre enn 67 år bak kvar av dei som er 67 år eller eldre. I prognosen for år 2030 vert det tilsvarande talet 3,56 (bearbeida data frå [Statistikk i vest](#) og <sup>9</sup>). Utdanningsnivået i Kvinnherad kan sakke akterut i høve til meir sentrale strom av landet. Med synkande barnetal vert det vanskelegare å oppretthalda eit desentralisert tenestetilbod i den kommunale oppvekstsektoren. Nokre bygder i Kvinnherad har skular og barnehagar med svært få elevar/brukarar. Med ytterlegare nedgang i barnetalet slike stader vil ein før eller sidan nå eit nivå der praktiske, pedagogiske eller økonomiske utfordringar gjer at tilbodet må leggjast ned.

## **1.3 Fødselsoverskot**

### *Status*

I 2013 vart det fødd 135 kvinnheringar medan det døydde 110 innbyggjarar; altså eit fødselsoverskot på 25. Trenden har gått frå eit fødselsoverskot på omlag 75 for 30 år sidan, til ein tredel av dette i dag. Diagrammet under viser dette.



Figur 2. Fødselsoverskot

### Årsaksforhold

Kvinnherad har aukande snittalder i folkesetnaden og med det vert det lågare fødselstal. I tillegg har eit markert fleirtal av kvinner skrumpa inn. Gjennomsnittsalderen til kvinner i Kvinnherad er om lag 1 år og ni månader høgare enn for menn, dette er om lag det same som for Hordaland og landet elles<sup>10</sup>. I 1986 var det 95 kvinner per 100 menn i Kvinnherad, talet for 2014 er 99 og i følgje prognosen vil det vidare gå ned til 98 og stabilisera seg der<sup>11</sup>.

### Konsekvens

Om trenden fortset og prognosen slår til vil Kvinnherad få negativt fødselsoverskot ein gong mot slutten av 2020-talet. Delen barn og unge vil verta lågare år for år fram til dess.

## 1.4 Hushaldningssamansetting

### Status

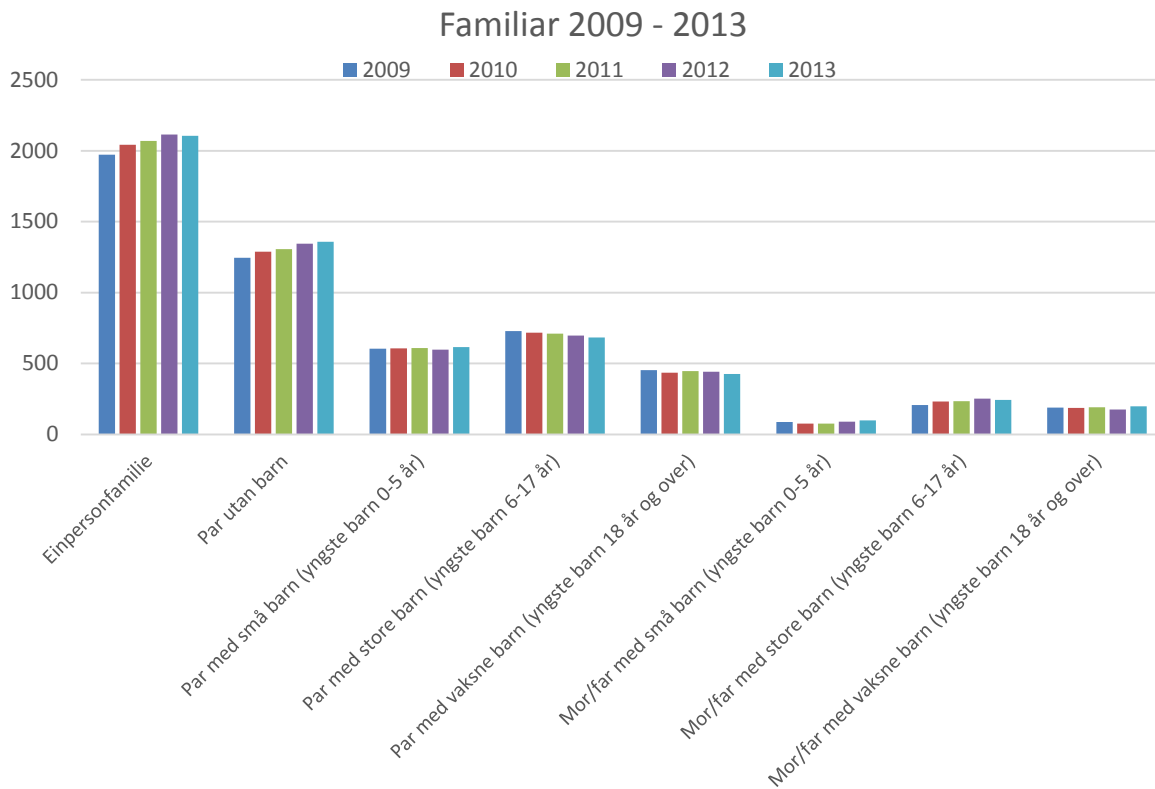
I 2005 budde det ein eller to personar i 60,0 % av hushaldningane i kommunen. Ved inngangen til 2013 var dette auka til 63,6 %. Dei fire siste åra (2009-13) gjekk talet på par med barn ned med 3,5 % medan talet på einslege med barn gjekk opp med 11,8 %<sup>12</sup>.

Desse trendane ser ut til å halde fram. I fylkeskommunen si framskriving til 2030 ser vi at tala på aleinebuande og par utan barn aukar; både i absolutte tal og som relativ del av det samla talet hushaldningar.

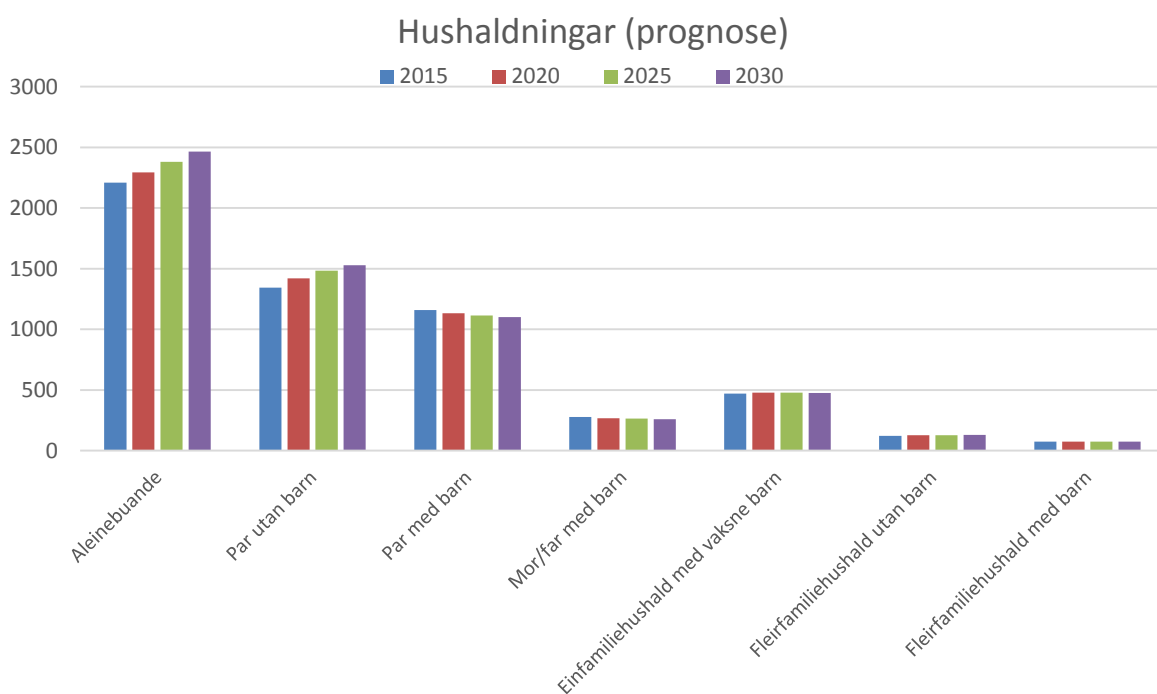
Delen aleinebuande eldre over 67 år auka bratt frå 1,2 % av folkesetnaden i 1960 til 5,9 % i 1990 før talet fall til 5,0 % i 2006. Etter dette har talet auka med ca. 0,1 prosentpoeng kvart år til 5,7 % i 2013. I 2013 var 10 % av folkesetnaden eldre over 67 år som bur med andre. Prosentdelen var faktisk den same i 1960, men sank noko dei neste tretti åra før den igjen steig på totusentalet. Sidan årtusenskiftet har tilhøvet mellom gruppene aleinebuande og sambuande eldre halde seg veldig stabilt; det er om lag 1,7 sambuande eldre per aleinebuande<sup>13</sup>.

### *Årsaksforhold*

Endringane i hushaldningssamansettinga er ikkje unik for Kvinnherad og denne utviklinga deler vi med andre kommunar som har same trekk som vår. Gjennomsnittsalderen aukar, levealderen aukar og den fertile delen av folkesetnaden vert mindre; desse faktorane vil naturleg nok påverke hushaldningssamansettinga.



Figur 3. Familiar 2009-2013



Figur 4. Hushaldningar (prognose)

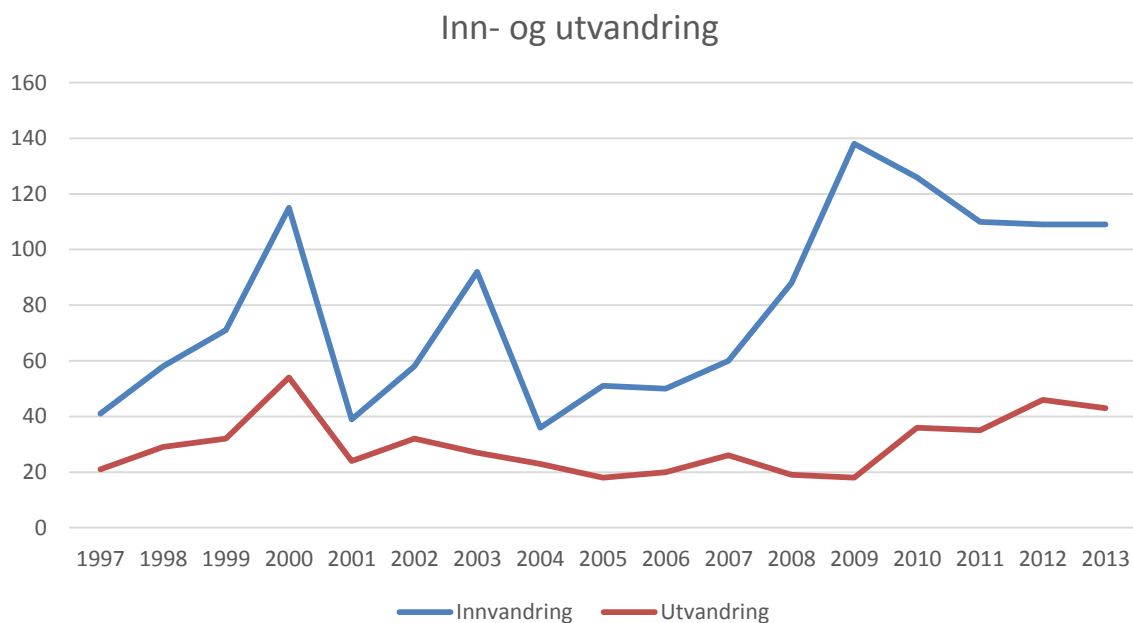
### Konsekvens

Talet på einslege aukar og dei sosiale relasjonane endrar seg. Dette kan gje auka krav til helse- og omsorgstenestene frametter. Buformene er i stor endring der det vert bygt færre einbustader og fleire småhusvære og leilegheiter.

## 1.5 Etnisk samansetting og utvikling

### Status

Delen innvandrarak har auka frå 0,6 % av folketalet i 1970 til 6,6 % i 2014, og med aukande takt. Kvinnherad har likevel langt lågare del innvandrarak enn Hordaland (10,9 %) og Noreg (12 %) samla sett. Utan innvandring ville kommunen sitt folketal ha vore fallande frå ca. 1990. Europearak utgjer vel to tredelar av innvandrarakane i Kvinnherad. Frå Asia og Sør-/Mellom-Amerika har det vandra inn meir enn dobbelt så mange kvinner som menn. Ein innvandrarak vert i denne samanheng definert som ein person fødd i utlandet av utanlandske foreldre og med fire utanlandske besteforeldre. Utvandringa frå Kvinnherad er monaleg mindre enn innvandringa jf. grafen under<sup>14</sup>.



Figur 5. Inn- og utvandring

Tabell 9. Innvandrarak i Kvinnherad ([Statistikk i vest](#))

<b>Innvandrarak i Kvinnherad</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>	<b>2014</b>
<i>Europa unnateke Tyrkia</i>	49	64	84	195	367	610
<i>Afrika</i>	3	3	6	7	35	83
<i>Asia med Tyrkia</i>	3	10	44	47	177	156
<i>Nord-Amerika</i>	20	27	22	13	8	6
<i>Sør- og Mellom-Amerika</i>	0	0	8	18	25	24
<i>Oseania</i>	0	0	0	0	3	0
<b>Sum</b>	<b>75</b>	<b>104</b>	<b>164</b>	<b>280</b>	<b>615</b>	<b>879</b>

### Årsaksforhold

Arbeidsinnvandring frå Aust-Europa er den faktoren som gjer størst utslag på statistikken. Globaliseringa har også bidrege til at fleire Kvinnheringar enn før finn seg livspartnar frå andre land. Uro og konflikhtar andre stader i verda fører menneske på flukt, men ut frå statistikken over landbakgrunn kan ein seie at flyktingar utgjer berre ein liten del av innvandrarakane til Kvinnherad.

### Konsekvens

Kvinnherad utviklar seg i multikulturell retning, men seinare enn fylket og landet elles. Utfordringar knytt til integrering og kulturelle skilnader vil også vere til stades her, men altså ikkje i like stort mon som i meir sentrale strom. Kvinnherad går såleis også glipp av nokre av dei positive effektane av eit meir mangfaldig og globalisert fellesskap. Den viktigaste konsekvensen er at utan innvandring ville folketalet verta mindre. Denne trenden har vi sett sidan 1990-talet og med fallande fødselsoverskot og ei aldrande befolkning må faktisk innvandringa auke monaleg frametter om folketalet skal vere som i dag eller auke.

## 1.6 Inn- og utflytting frå Kvinnherad

### Status

Dei siste 15-20 åra har det i snitt flytta omlag 300 personar årleg til Kvinnherad, tilsvarande har omlag 375 flytta frå. I heile denne perioden har det altså vore negativ flyttelebanse. Fylkeskommunen sin prognose (hovudalternativet) seier at allereie frå 2015 vil det vere nettoinnflytting til Kvinnherad på 10 personar, gradvis aukande til 28 personar i 2030. Sett opp mot trenden dei siste åra er det tvilsamt om denne prognosen slår til ([Statistikk i vest](#)).

### *Årsaksforhold*

Flyttebalansen heng sterkt saman med utviklinga av arbeidsplassar, og då særleg i privat sektor. Om Kvinnherad skal få positiv innanlands nettoflytting må privat næringsliv ha konkurransedyktige vilkår samanlikna med andre kommunar og regionar. Her er særleg vegnett og ferjesamband viktige faktorar.

### *Konsekvens*

Med negativ flyttebalanse er Kvinnherad per definisjon ein fråflyttingskommune. Saman med skeivare aldersfordeling, lågare kvinnedel, lågare fødselstal og høgare gjennomsnittsalder vert Kvinnherad svært utsatt for forgubbing.

## **1.7 Fordeling og flytting internt i kommunen**

### *Status*

Dei siste 35 åra har det vore ei vedvarande sentralisering til område i og ved Husnes. Størst vekst har det vore i bygdene Husnes og Valen, både i absolutte tal og i relativ vekst. Fleire bygder opplevde vekst fram til omlag 2000, men har dei siste 10-15 åra hatt markert tilbakegang.

Dei seinaste åra er det bygdene på strekninga Omvikdalen – Sunde som har markert vekst. Størst nedgang ser vi i dei meir grigrendte krinsane som Varaldsøy, Mauranger, Baugstranda og Fatland. Det er store variasjonar bygdene i mellom, og det er ikkje slik at trenden med sentralisering verkar like sterkt i alle delar av kommunen.

Vel 8.000 av innbyggjarane bur no i tettstader; denne delen har auka frå omlag 52 % i 2000 til omlag 60 % i 2012.

### *Årsaksforhold*

Ny utbygging med noko volum er lettast å få til i arbeidsplassintensive område med godt utbygd infrastruktur. Auka krav til planar og dokumentasjon i utbyggingssaker gjer at det vert færre sjølvbyggarar, og byggefirma må stå bak dei einskilde prosjekta. I område med byggepress, eller ein viss etterspurnad etter nye bustader, vil byggefirmaa kunne bidra til veksten utan særleg økonomisk risiko. I grigrendte strok er det lite sannsynleg at private firma investerer i kostbare reguleringsplanar med lita utsikt til inntening.

Effektivisering av offentlege tenester og omfattande nedlegging av lokal detaljhandel forsterkar sentraliseringseffekten, det same gjeld nedgang i arbeidsplassar knytt til jord- og skogbruk. Vaner og forventningar i befolkninga til moderne løysingar, urbane kvalitetar og kortare reiseveg spelar truleg også ei vesentleg rolle.

### *Konsekvens*

Ein må forventa at tettstadane vil verta større, at Husnes med nært omland vert meir byliknande og at bygdene med lang reiseveg og lågt tenestetilbod får færre innbyggjarar. Bygder med gjennomfartsårer vil venteleg framleis veksa i folketal.



Tabell 10. Folketal i ulike bygder og årstal

Folketal per 01.01.	1980	1990	2000	2011	2012	2013	2014
<i>Ølve</i>	444	464	483	456	448	435	433
<i>Hatlestrand</i>	432	442	433	414	415	418	410
<i>Trå (Varaldsøy)</i>	342	327	277	233	223	213	198
<i>Mauranger</i>	352	342	292	280	286	252	246
<i>Løfallstrand</i>	181	245	234	181	182	167	170
<i>Malmanger (Rosendal)</i>	1080	1028	1105	1106	1088	1064	1050
<i>Seglem (Seimsfoss)</i>	338	414	392	348	354	351	346
<i>Omvikdalen</i>	727	752	716	725	738	763	765
<i>Uskedalen</i>	969	991	972	1028	1061	1047	1042
<i>Bringedalsbygda</i>	565	622	597	631	625	623	634
<i>Husnes</i>	2310	2340	2412	2490	2480	2655	2662
<i>Sunde</i>	1142	1057	1199	1299	1356	1199	1214
<i>Valen</i>	756	853	957	1108	1117	1096	1086
<i>Skarveland (Sandvoll)</i>	343	496	470	408	393	424	419
<i>Holmedal (Utåker)</i>	183	232	195	190	177	190	187
<i>Matre</i>	175	112	91	78	84	83	86
<i>Baugstranda</i>	103	82	57	47	46	38	37
<i>Åkra</i>	228	202	185	193	183	174	175
<i>Sætre (Halsnøy. Kloster)</i>	596	693	687	734	735	715	703
<i>Tofte (Sæbøvik)</i>	812	756	797	724	720	740	759
<i>Hauge (Høylandsbygd)</i>	525	449	417	363	372	372	372
<i>Fatland</i>	119	105	95	88	101	99	91
<i>Brekke (Fjelb/Borg.øy)</i>	179	140	126	110	119	119	126
<i>Uoppgitt bustad</i>		3	1	13	12	19	13
<b>Sum</b>	<b>12922</b>	<b>13143</b>	<b>13192</b>	<b>13247</b>	<b>13315</b>	<b>13256</b>	<b>13224</b>

## 2 Oppvekst og levekår

**Korleis er det å gå på barnehage og skule i kommunen?**

**Korleis er det å arbeider her?**

**Korleis er dei økonomiske forholda og i kva grad er det skilnader?**

**Korleis er bustadhøva?**

### 2.1 Barnehage

Kvinnherad kommune har 12 kommunale og 5 ikkje-kommunale barnehagar. Det er barnehagetilbod i 16 bygder.

#### 2.1.1 Barnehagedekning

##### *Status*

Alle med rett til barnehageplass, er sikra dette.

##### *Årsaksforhold*

- Barnehageutbygging har blitt prioritert for å stetta lovkrav og behov for barnehageplass
- Kommunen har vektlagt å ha barnehagar i nærmiljøet. Utbygging dei siste åra har vore i privat regi

##### *Konsekvens*

- Nye og store barnehagar i sentrale strøk har ført til at fleire barn utan rett også får tilbod om plass
- Dei fleste familiar har kort avstand mellom heim og barnehage
- Barnehagestruktur medfører at somme barnehagar vert svært små. Det er sårbart i høve til barns leikemiljø
- Det er kostbart å drifta mange små kommunale barnehagar, og det fører til høgare kommunale tilskot til private barnehagar

#### 2.1.2 Trivsel

##### *Status*

- Forsking syner at dei ti første leveåra er grunnleggjande<sup>15161718</sup>
- Om lag 12 % av barn i Norge seier at dei ofte vert plaga av andre barn når dei er i barnehagen<sup>19</sup>

- Det er ikkje gjort undersøkingar om barns trivsel i Kvinnherad.  
Ved tilsyn etter Lov om barnehagar er det ikkje avdekka avvik i høve til barns trivsel, men det er ikkje godt nok grunnlag for å vurdera om barnehagane våre skil seg frå landssnittet
- Pr. 15.12.2013 var det registrert 724 barn i barnehagane. Av desse fekk 17 barn spesialpedagogisk hjelp i barnehage og 19 barn fekk ekstra oppfølging i barnehagegruppe.
- Pr. 15.12.2013 var det 54 minoritetsspråklege barn i barnehagane i Kvinnherad. Dette tilsvara 7,5 % av alle barna i barnehagen. Desse barna vert ikkje fylgt opp så tett som ein vurderer som naudsynt.

### Årsaksforhold

- Barnehagelova set tydelege krav til at barn skal oppleva tryggleik, meistring, nærleik og livsglede. Det er jamlege tilsyn i barnehagane der dette er tema. For å sikra trivsel og tryggleik i barnehagen er det også utarbeidd to kommunale planar: Plan for kvalitet i barnehagen Leik og læring - hand i hand<sup>20</sup> og Beredskapsplan kommunale barnehagar<sup>21</sup>.
- Kvinnherad kommune har tidleg innsats som satsingsområde. Barn i førskulealder som etter sakkunnig vurdering har rett til spesialpedagogisk hjelp, skal vera sikra dette.
- Det er oppretta ressursteam for spesialpedagogisk hjelp i barnehage. Barnehagar får styrkingsressurs (bemanning) for arbeid med barn/grupper av barn som i ein periode har trong for ekstra oppfølging.
- Det er barn med minoritetsspråkleg bakgrunn i dei fleste barnehagane. Det er barn frå mange nasjonar, og dei vert ikkje fylgt opp så tett som det er ynskjeleg. Tilsette manglar relevant kompetanse i høve til språk og kultur. Det er ikkje ressursar til å tilsetja morsmålslærarar.

### Konsekvens

- Barn som ikkje får naudsynt støtte og oppfølging i førskulealder, kan få større vanskar i skulen og seinare i livet. Det er difor ynskjeleg med auka ressursar i barnehagen både for å redusere samfunnets kostnader og den enkeltes vanskar seinare i livet. Førebygging av mobbing må vektleggjast. Plan for bruk i barnehage er under utarbeiding.
- Konsekvensen for barn med for dårleg oppfølging og språkstimulering kan bli at dei ikkje vert godt nok integrert i den norske kvardagen. Dette vil vidare kunne gje seg utslag både på skulegang og arbeidsliv, men også i det sosiale liv i form av dårlegare livskvalitet.

### 2.1.3 Fysisk helse

#### Status

- Det går fram av årsplanar/satsingsområde at barnehagebarn i Kvinnherad er fysisk aktive gjennom store deler av dagen. Det gjeld ute på leikeplassen og på turar i nærmiljøet. Turar vert tilpassa barns alder og modning. Tilsyn stadfestar planar.
- Kommunale barnehagar har ulike ordningar med niste og måltid laga i barnehagen. I tråd med retningslinjer vektlegg barnehagane sunt kosthald. Det er i informasjon til foreldre også vektlagt at nista skal vera sunn. Mange barnehagar kjøper inn frukt. Dei fleste ikkje-kommunale barnehagane har dagleg matsservering (smørjemåltid eller varm mat).
- Barnehagane vektlegg god hygiene. Det gjeld t.d. handvask før matlaging, før måltid og etter toalettbesøk, bruk av tørkepapir etter handvask, rutinar hosting/tørk av nase. Røynsle syner at sjukdom hjå barn og vaksne er redusert i periodar med ekstra fokus på god handhygiene.

#### Årsaksforhold

- Barnehagelova § 2 Barnehagens innhold<sup>22</sup> vektlegg at barnehagen skal ha ein helsefremjande og førebyggjande funksjon. Dette er utdjupa i 2 (av 7) fagområde i Rammeplan for barnehagens innhald og oppgåver<sup>23</sup>: «Kropp, rørsle og helse» og «Natur, miljø og teknikk». Barna skal møte utfordringar som svarar til det utviklingsnivået dei er på.
- Sentrale føringar og kunnskap om barns behov og utvikling ligg til grunn ved planlegging av ein helsefremjande barnehagedag<sup>24,25</sup>.
- Barnehagane skal bidra til at barna tileignar seg gode vanar, haldningar og kunnskapar når det gjeld kosthald, hygiene, aktivitet og kvile.

#### Konsekvens

- Fysisk aktivitet, sunt kosthald og god hygiene er helsefremjande, for resten av livet.
- Førebyggjande arbeid, m.a. gode rutinar med handhygiene, fører til færre epidemiar og dermed mindre sjukefråvær blant barn og tilsette.
- Utfordringar med dårleg kosthald og lite fysisk aktivitet har auka. Barn vert overvektige og kan på sikt utvikle livsstilsjukdomar
- Mykje av leikeutstyret i kommunale barnehagar er av eldre dato og dei økonomiske rammene tillet ikkje naudsynt opprusting og fornying av kommunale leikeplassar. Om ikkje det vert høve til opprusting av leikeplassar, må leikeapparat stengjast/takast vekk. Dette vil føra til lite utfordrande og stimulerande leikeområde.

### 2.1.4 Tryggleik

#### Status

- Det er lite ulukker i barnehagane i Kvinnherad. 1. halvår 2014: 7 rapporterte småskadeulukker og 1 skade som er meldt til forsikringsselskapet. Dette er på nivå med nasjonale tal<sup>26</sup>.
- Dei fleste barna vert kjørt til/frå barnehagen. Det har ikkje vore rapportert om ulukker ved levering og henting, men det har vore farefylte situasjonar.

#### Årsaksforhold

- Tilsette vektlegg barns tryggleik i leik og aktivitet. Barnehagane har gode internkontrollrutinar for sjekking av inne- og utemiljø. Gode rutinar er førebygging for uønskete hendingar<sup>27</sup>
- Ein del barnehagar har dårlege og uoversiktlege parkeringstilhøve.

#### Konsekvens

- Mykje fysisk aktivitet medfører gjerne småskader.
- Om gode tryggleiksrutinar ikkje vert fylgt, kan det bli alvorlege konsekvensar (skader og død).
- Det er viktig i planlegging av barnehage- og skuleområde å setje av store nok areal til parkering i eit tilpassa område for å sikre god oversikt og trygge rammer rundt henting og levering.

## 2.2 Skule

I skuleåret 2014/2015 er der 1747 elevar fordelt på 18 skular: 13 barneskular, 3 ungdomskular og 2 kombinerte barne- og ungdomsskular. Ein av barneskulane er privat, Ølve Montessoriskule. Mange av skulane er organisert i oppvekstsenter i lag med barnehage eller andre skular.

### 2.2.1 Fysisk aktivitet

#### Status

Elevane sin kvardag er i større grad prega av stillesitting enn tidlegare. Når elevane er på skulen, har dei høve til å vere fysisk aktive i friminutt og kroppsøvingstimar, og valfaget fysisk aktivitet og helse på ungdomstrinnet. Elevar på 5.–7. årstrinn har rett til jamleg fysisk aktivitet i tillegg til kroppsøving. Føremålet er å gje elevane ein meir variert og aktiv skuledag. Fysisk aktivitet er ein del av den obligatoriske grunnskuleopplæringa og skal inngå som ein del av skulekvardagen. Elevane skal aktiviseras, aktiviteten skal vere lystbetont og gje elevane ein moglegheit til å vere fysisk aktive uansett funksjonsevne eller andre føresetnader (*Opplæringsloven § 2–3 og forskrift til opplæringsloven § 1–1a*).

Barn som ikkje deltek i fritidsaktiviteter knytt til fysisk aktivitet, blir inaktive. Sidan mange elevar ikkje går eller sykklar til skulen, blir det vanskelegare å nå målet om 1t fysisk aktivitet kvar dag. Likevel får elevane på barneskulane gode vilkår for leik og aktivitet i skuletida og friminuttane.

### *Årsaksforhold*

For å få meir aktivitet for alle elevane i friminutta er nokre barneskular med i Trivselsprogrammet der mobbefrie trivselsleiarar frå 4.-7.trinn legg til rette for auka aktivitet i storefriminuttane for alle elevane. Særleg barneskulane har gode og innhaldsrike uteområde med leikeapparat, ballbingar, apejungel, skatebane, klatrestativ og nærleik til naturområde/naturstiar. På grunn av store avstandar får omlag 600 elevar skyss til og frå skulen. Nokre elevar har og skyss grunna trafikkfarleg skuleveg. Dette er med på å redusere aktiv transport (gange/sykkel) til og frå skulen.

### *Konsekvens*

Når elevar er for lite fysisk aktive, kan dei bli uopplagte, ha lite energi og uthaldenheit i læringsarbeidet. Gode program, aktivitetsleiarar og uteområde med mange ulike aktivitetar, aukar aktivitetsnivået, betrar læringsmiljøet og bidrar til betre læring. Det er eit mål at alle skuleborn som bur i rimeleg gangavstand, skal ha trygg gang- og sykkelveg fram til skulen<sup>28</sup>

## 2.2.2 **Kosthald**

### *Status*

Ungdata sin 2013 rapport viser at det er færre barn og unge i Kvinnherad som et både frokost, lunsj og middag enn gjennomsnittet i Norge. Kommunen er den nest dårlegaste i gruppa mellomstore kommunar (innbyggartal 10000 – 20000)<sup>29</sup>.

### *Årsaksforhold*

Berre ein ungdomsskule har tilgang til kantine (felles med Husnestunet – sjukeheim). Sal av mjølk, yoghurt ol. er elles vanleg på alle skulane. I eldre, mindre skulebygg er det ikkje plass til kantine. I nyare, større bygg har kommunen ikkje prioritert kantine.

### *Konsekvens*

Særleg for dei fem ungdomsskulane ser ein behovet for å kunne kjøpe mat i løpet av skuledagen. På skular utan kantine, er alternativet butikken (sjølv om dette ikkje er tillatt). Skulane kan difor ikkje tilby elevar sunn og næringsrik mat i løpet av skuledagen, og er avhengig av at elevane har med seg dette sjølv. Feil kosthald og for lite mosjon er dei viktigaste årsakene til overvekt og usunne matvanar

i skuletida kan bidra til dette. Menneske med overvekt har større sjanse for å få ulike livsstilsjukdomar. Når elevane er svoltne/har store svingingar i blodsukkernivået har dei eit dårleg utgangspunkt for læring.

Helsestasjonen og fysioterapitenesta har eit stort fokus på sunt kosthald og utfordringar knytt til fedme. Det er ikkje god nok oversikt over korleis kosthaldet til barn og unge er og det bør på sikt undersøkjast vidare.

### 2.2.3 Psykososialt læringsmiljø

#### *Status*

Elevsvara i Elevundersøkinga<sup>30</sup> viser at elevane trivst på skulen. Over tid ligg Kvinnherad om lag på nasjonalt nivå både for 7. og 10. trinn på områda *Trivsel* og *Motivasjon*. Sjølv om det er nulltoleranse for mobbing, føregår det mobbing på enkelte trinn, det viser og Elevundersøkinga. Kvinnherad har gradvis betra resultata over tid og ligg no betre enn nasjonalt nivå for 7.trinn og likt med nasjonalt nivå på 10 trinn. Arbeid mot mobbing er eit kontinuerlig arbeid, og det førebyggjande arbeidet med MOT, PALS og Trivselprogrammet er viktig.

#### *Årsaksforhold*

Forsking syner at det er ein samanheng mellom resultat og læringsmiljøet på skulane. Trygge rammer, gode relasjonar, gode rutinar ved uynskja åtferd og god dialog med foreldra. Dette har det blitt jobbe medvite med på skulane. Skulen deltek og satsar på fleire ulike program/tiltak for å betre læringsmiljøet.

#### *Konsekvens*

Mange elevar trist på skulen og det er lite mobbing. Dette er ein ressurs for folkehelsa. For dei få elevane som ikkje finn seg til rette på skulen av ulike årsaker, vil dette få mykje å seie for trivsel og sosial utvikling og det er difor særst viktig å ha eit kontinuerlig fokus på eit godt læringsmiljø.

### 2.2.4 Læringsresultat

#### *Status*

Kommunen sine læringsresultat ligg lågare enn landssnittet på dei fleste områda<sup>31</sup>. Vi har fleire elevar på det lågaste nivået på Nasjonale prøver og karakteren 1 på eksamen enn landet elles. Resultat for 2014 visar at 5. trinn ligg under nasjonalt snitt, medan 8. og 9. trinn stort sett er på høgde med landssnittet. Dei ulike resultata varierer frå år til år, men tendensen er at Kvinnherad på fleire

område ligg noko under landssnittet. Direkte samanlikning frå år til år let seg ikkje gjere og utvikling over tid er difor vanskeleg.

### Årsaksforhold

Utdanningsnivået til vaksne i Kvinnherad kommune ligg godt under landssnittet ([Kommunehelsa](#)).

Samtidig ser ein at foreldra sitt utdanningsnivå har mykje å seie for avsluttande karakterar i grunnskulen<sup>32</sup>. Meistring og motivasjon i opplæringa er område skulen er opptatt av, men som ein ser har Kvinnherad forbedringspotensiale i følge elevsvara i Elevundersøkinga. Skulen må bli betre på meir tilpassa opplæring, variasjon, relevans og praktisk tilnærming i opplæringa for alle elevar.

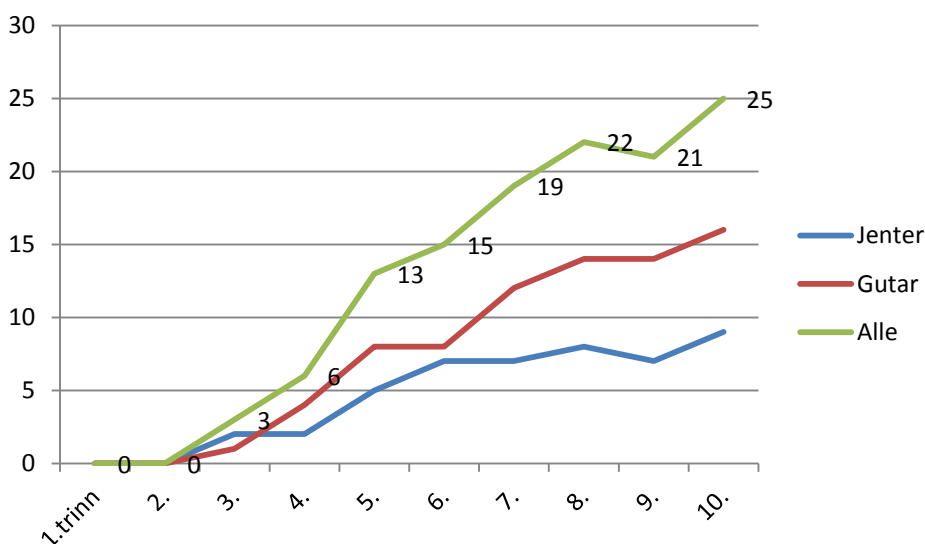
Kompetente klasseleiarar og relasjon lærar-elev er viktig. Leksehjelp i SFO er eit godt verkemiddel for dei som treng.

### Konsekvens

Svake faglege resultat/svake grunnleggande dugleikar er ein risikofaktor når det gjeld å fullføre vidaregåande skule. Det er allereie eit samfunnsproblem at ungdom fell ut av både utdanning og arbeidsliv i ung alder. Når elevane ikkje fullfører, er det vanskeleg å få jobb, og det har vore ein markant auke i unge som går rett over på trygd. Dette er dårleg samfunnsøkonomi.

## 2.2.5 Spesialundervisning og drop out

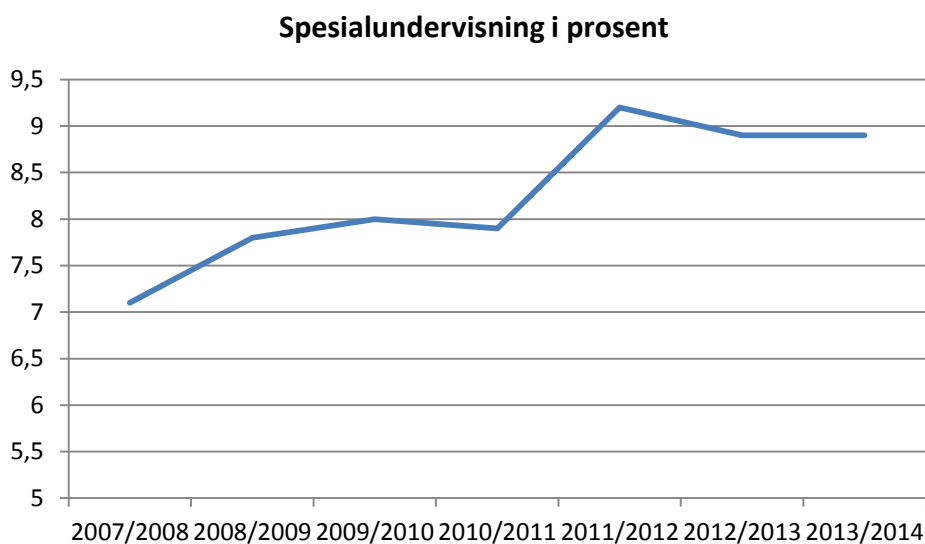
### Status



Figur 6. Auke i spesialundervisning med aukande alder



Figur 6 syner utviklinga i behovet for spesialundervisning for elevane som tok til i 1.klasse i 2004 i skulane i Kvinnherad. Ein ser at behovet aukar med aukande alder på elevane. Store hopp oppover ved overgangane frå småskule (1-4 kl.) til mellomsteget (5-7 kl.) og vidare til ungdomsskulen. Eit ekstra steg opp på siste året i grunnskulen.



Figur 7. Prosentdel elevar med spesialundervisning

Skuleåret 2013/14 fekk 155 elevar vedtak om spesialundervisning i Kvinnherad. Dette tilsvarer 8,9% av elevane i grunnskulen, same prosent som i 2012/2013. Landsgjennomsnittet i 2013/2014 er på 8,3 %. Skuleåret 2014/2015 har 142 elevar vedtak om spesialundervisning. Dette tilsvarar 8,1% av elevane. Andelen elevar som får spesialundervisning i Kvinnherad ligg under snittet i Hordaland for barneskulen og omlag 3 prosentpoeng over for ungdomsskulen. Samla sett er andelen timar til spesialundervisning i forhold til lærartimar totalt i kommunen likevel det same i fylket og i Kvinnherad (16,8%)<sup>33</sup>. I 2013 arbeidde PP-tenesta med 518 elevar. Dette talet har halde seg stabilt over fleire år. Hovuddelen av arbeidsinnsatsen til tenesta handlar om læringsutfordringar som ikkje inneber spesialundervisning, men heller rettleiing til foreldre, barnehage og skule.

Når vi samanliknar oss med andre kommunar i landet på avgangskaraktarar frå ungdomsskolen ligg Kvinnherad på 271. plass. Gjennomsnittleg grunnskulepoeng i Kvinnherad våren 2013 var heilt likt gjennomsnittet for Hordaland fylke. Både for menn og kvinner var utdanningsnivået lågare i Kvinnherad enn i Hordaland fylke for 2013. Om lag 10 % fleire har grunnskule eller vidaregåande skule som si høgste utdanning i Kvinnherad enn gjennomsnittet for Hordaland ([Kommunehelsa](#)). Kommunebarometeret sine prognosar for elevtal i kommunen viser at dette vil halde seg stabilt.

### Årsaksforhold

Skulekoordinatorar har følgjande å melde om spesialundervisning:

- Det vert venta for lenge med å melde behov for pedagogisk hjelp
- Spesialundervisning burde komme tidlegare i skulegangen
- Det er for lite individuell tilpassing i den ordinære undervisninga
- Ikkje tilfredstillande læringsmiljø og låg motivasjon kan føre til behov for spesialundervisning
- Ein del av spesialundervisninga vert utført av personar utan fagleg kompetanse

Tiltak og teneste for barn og unge ser vidare fleire medverkande årsaker når elevar strevar med skulegangen:

- Elevar som har streva fagleg eller sosialt i ungdomsskulen har auka risiko for å komme til kort også i vidaregåande skule.
- Elevar som har slutta eit skuleår i vidaregåande skule tek gjerne til på same kurset eller på eit nytt fag året etter utan å ha gjort noko med årsaka til vanskane. Då viser det seg gjerne at dei same utfordringane oppstår, og det er stor fare for at dei droppar ut også neste skuleår.
- Psykiske vanskar og graviditet ser ut til å vere viktige faktorar for kven som ikkje klarer å fullføre skuleløpet i løpet av 5 år.
- Reduksjon i generelle ressursar i skulen, td. ved større grupper, kan føre til auka behov for spesialundervisning. Størst del elevar vert tilmeldt PP-tenesta for psykososiale vanskar.

### Konsekvens

Rådgjevar for skule melder om at mange per i dag får hjelp, men at fleire kanskje kunne ha fått hjelp med betre tilpassing av undervisninga. Hjelpa kjem nokre gangar for seint og ressursane kunne vore betre utnytta. Det er kjent at dei som står utanfor arbeidsliv og skule har dårlegare gjennomsnittleg psykisk helse og større sjanse for å ha meir usunne levevanar enn personar som er i arbeid eller på skule. Risikoen for å bli ufør aukar mykje etter relativt kort tid utanfor arbeidslivet. Manglande utdanning heng ofte saman med redusert tilgang til arbeid, og auka sjanse til å bli trygdemottakar. Det er derfor viktig å sikre at svake grupper sine rettar til god opplæring vert tekne i vare i ei tid der det heile tida er eit press i retning av økonomiske innsparingar.

## 2.3 Likestilling i barnehage og skule

### Status

- Det er ei nasjonal målsetjing å ha omlag 20 % mannlege tilsette i barnehagen. Status 15.12.2013: Nasjonalt 11,5 % - Hordaland 10 % - Kvinnherad 2,1 %. I grunnskulen er det per i dag 168 kvinner

og 48 menn tilsett, dette tilsvara 22 % menn. Dei fleste av menna er tilsett i ungdomsskulen og det er alt for få menn i barneskulen.

- Mange barn møter i dag berre kvinnelege tilsette i barnehage og skule. Barnehagelova vektlegg at barnehagane skal driva ein likestilt pedagogisk praksis, kor gutar og jenter får like moglegheiter. Årsplanar har omtale av dette. Barnehagens praksis er tema på styrarmøte og ved tilsyn.
- Kommunen har hatt prosjekt om "Likestilling i barnehage" i 6 barnehagar<sup>34</sup>. Barnehagane har delt sine røynsler med Stord og Os
- Vurderinga til rådgjevar for skulen er at denne er betre tilpassa jenter då samfunnet i større grad etterspør det som jenter er gode på i form av språk, samarbeid, struktur, det å vere pliktoppfyllande og arbeidssame. Det viktigaste for gutane ser ut til å vere strammare struktur, meir fokus på disiplin, korte fristar for lekser og meir praktisk tilnærming til lærestoffet.

### Årsaksforhold

- Kommunen har ikkje hatt medvite satsing på å få fleire mannlege tilsette
- Barnehage har tradisjonelt vore sett på som eit kvinneyrke. Det har vore fokusert på omsorg, meir enn læring. Dette, i tillegg til dårlege lønstillhøve, er medverkande til at menn ikkje har sett barnehage som aktuell arbeidsstad.

### Konsekvens

- Trass i få mannlege tilsette skal barnehagane driva likestilt pedagogisk praksis dette, jf. Barnehagelova. Dette har m.a. ført til deltaking i prosjektarbeid både lokalt og på kommunenivå.
- Som eit ledd i langsiktig planlegging for rekruttering til yrket, deltek Omvikdalen barnehage i prosjektet "Ungdomsskulegutur som leikeressurs", støtta av Fylkesmannen i Hordaland. Målet er at ungdomsskulegutur skal få kjennskap til barnehageyrket, og på sikt ta utdanning som barnehagelærarar<sup>35</sup>
- Barnehagane må medverka til at tradisjonelle kjønnsrollemønster ikkje vert vidareført. Ein auke i talet på mannlege tilsette vil fremje kontakten mellom barn og menn, gje større mangfald blant dei tilsette, motverka ein kjønnsdelt arbeidsmarknad og bidra til å endra kjønnsstereotype forventningar om at kvinner er best eigna som omsorgspersonar for barn<sup>36</sup>
- Det er til dels store skilnader i læringsresultat mellom jenter og gutar etter endt grunnskule.

## 2.4 Integrering i barnehage og skule

### *Status*

Minoritetsspråklege har redusert kvalitet på barnehage- og skuletilbod. Kvinnherad kommune har ikkje innføringsklassar i grunnskulen og Kvinnherad vidaregåande skule. Pedagogar manglar kompetanse når det gjeld undervisning av minoritetsspråklege barn. Mange barn og føresette har traumatiske opplevingar med seg frå heimlandet, eller underveis i flukta/reisa til et nytt heimland. Elevar som treng det får ikkje tospråkleg leksehjelp. Hausten 2013 fekk 52 elevar særskild språkopplæring i grunnskulen. Hausten 2014 er det 44 elevar som får særskild språkopplæring.

### *Årsaksforhold*

Kompetanseheving for arbeid med barn med spesielle behov og barn frå andre kulturar er naudsynt for å gje barna støtte/oppfølging ut frå behov. Barnehagetilsette har behov for etter- og vidareutdanning for å møte daglege utfordringar, men økonomiske rammer er avgrensande. Det er auka behov for lærarar med kompetanse i migrasjonspedagogikk. Det er trong for auka ressursar til ekstra tilsette.

Dette er barn av flyktningar, av personar som har inngått ekteskap med nordmenn og av arbeidsinnvandrarar. Talet på flyktningar har gått noko opp dei siste året, i tillegg er det ein auke i personar frå andre land som har arbeid i verksemder i Kvinnherad, og som har busett seg her med familien sin. Kvinnherad kommune manglar tospråklege assistentar og lærarar. Kommunikasjonen vert på den måten vanskeleg. Det kan vera vanskeleg å konsentrera seg på grunn av ting ein har opplevd, opplever og sjølv sagt det å ikkje kunne språket, skrivne og uskrivne reglar for akseptabel åtferd.

### *Konsekvens*

Ikkje alle elevar med minoritetsbakgrunn har gode nok norskkunnskapar. Språkbarriera vert stor mellom pedagog, elev og føresette. Dei får dermed ikkje optimale tilhøve for læring og kunnskap om det norske barnehage- og skulesystem, strukturar eller det norske og det lokale samfunnet dei skal vekse opp i. Dette kan føre til dårlege skuleresultat og fråfall i den vidaregåande skulen.

Vi veit at nokre av elevane med minoritetsspråkleg bakgrunn har problem med konsentrasjon. Dette er mellom anna på grunn av tidlige opplevingar, og vert forsterka på grunn av kommunikasjonsvanskane. Informasjon frå barnehage og skule når ikkje fram til føresette på grunn av desse språkbarrierane. Foreldre er utrygge på kva som skjer med barna deira, og dei blir usikre på seg sjølv og si rolle som forelder i det nye landet dei skal bu i.

## 2.5 Fysisk tilhøve i barnehage og skule

### *Status*

Kommunen har 17 skulebygg å vedlikehalde, der to av dei er heilt nye skular. Skulebygga er godkjente, men behovet for rehabilitering og vedlikehald er kontinuerlig. Nokre kommunale barnehagar er ikkje i tråd med dagens behov. Det er m.a. trong for meir tenlege garderober, grupperom og arbeidsrom. Ein del barnehagar er ikkje tilrettelagt for å ta imot funksjonshemma barn. Inneklima og støynivå vert jamleg sjekka, men tilhøva er ikkje tilfredsstillande alle stader. Det er ikkje påvist høyrselsskader hjå barn, men det er tilsette som har fått høyrselsskader som er relaterte til barnehagejobb. Utviklinga for skulebygg er vurdert som positiv dei seinare åra, medan barnehagar ikkje kan seiast å ha den same utviklinga. Godkjenning etter miljøretta helsevern må vidare sjåast på som eit minstemål og det vil vere eit betydeleg handlingsrom for forbetring sjølv med denne til stades. Ikkje-kommunale barnehagar er av nyare dato, med gode fysiske tilhøve.

For å få ein status på inneklima er CO<sub>2</sub>, temperatur og luftfuktigheit viktige indikatorar. Kommunen har ansvar for å halde tilsyn med skular og barnehagar. Dette er for å sikre barn og unge sine oppvekstvilkår vert godt ivaretatt. Enkelte bygg har større utfordring enn andre i forhold til inneklima, men dette har vorte utbetra med tiltak for å oppnå best mogeleg tilhøve for både barn og vaksne som oppheld seg i bygga. Samla sett er inneklimaet i skular og barnehagar eit avgrensa problem. Rutinemessige internkontrollar skal avdekke om dette er eit problem.

### *Årsaksforhold*

Bygga som skulane og barnehagane brukar er naturleg nok av ulik årgang og fysisk utforming. Behov og krav til inneareal er endra i høve til då bygga var nye. At nokon bygg har større utfordring enn andre i forhold til inneklima kan vere ein konsekvens av dårleg vedlikehald og bygningstekniske løysingar. Vedlikehaldsbudsjettet er ikkje heilt i samsvar med behovet, og utbetring kan ta lenger tid enn det burde.

### *Konsekvens*

For å sikre at skular og barnehagar gjev helsemessig god føresetnad og vilkår for læring, helse og trivsel er inneklimaet viktig fokusområde. Rutinemessige tilsyn av inneklimaet vil førebyggja for nye tilfelle av allergi og luftveis sjukdommar. Krava i forskrift om miljøretta helsevern for barnehagar og skular er difor viktig å følgje opp. Støynivå kan gje barn og tilsette varige høyrselsskader. Det er barnehagar som ikkje kan ta imot funksjonshemma barn. Bygg som ikkje tilfredstill krav til universell utforming må utbetrast.

## 2.6 Fråfall og gjennomføring ved Kvinnherad vidaregåande skule



### KVINNHERAD VIDAREGÅANDE SKULE HORDALAND FYLKESKOMMUNE

*Status (dette kapittelet er skrive og vurdert av Kvinnherad vidaregåande skule)*

76% av avgangselevane frå ungdomskulane i Kvinnherad tek til på vidaregåande utdanning ved Kvinnherad vidaregåande skule (Kvv). I snitt 40% av elevane vel studieførebuande utdanning, resterande delen vel eit av skulen sine yrkesfaglege programområde. Kvv har dei to siste åra hatt høgare gjennomføringsgrad enn den som er snittet for dei vidaregåande skulane i Hordaland og resten av landet. Dette gjeld både innan yrkesfaglege utdanningsprogram og studieførebuande programområda. Gjennomføringsgraden er størst innan studieførebuande, der i snitt 95% av elevane gjennomfører utdanninga.

Fullført og bestått	%	%	%
	Kvinnherad VGS - Påbygging til generell studiekompetanse - Studiespesialisering - YRK (13-14)	Kvinnherad VGS (12-13)	Kvinnherad VGS (11-12)
Fullført og bestått	92,8	88,2	78,8
Fullført og bestått - Studieforbereidende	96,1	94,9	85,3
Fullført og bestått - Yrkesfag	91,4	84,3	75,0
Fullført og bestått - Påbygg	81,8	76,9	78,1

Figur 8. Gjennomføringsgraden dei tre siste åra innan Studieførebuande, Yrkesfag og Påbygg. Kjelde: Conexus Puls

Indikatorer	Snitt	Snitt	Snitt	Snitt	Snitt	Snitt
	Kvinnherad VGS (13-14)	Hordaland (13-14)	Nasjonalt (13-14)	Kvinnherad VGS (12-13)	Hordaland (12-13)	Nasjonalt (12-13)
<a href="#">1.1 Fullført- og beståttprosent</a>	92,8	77	77,6	88,2	78,9	78,1
<a href="#">1.2 Sluttet i prosent</a>	0,9	4,6	4	4,1	4,7	4,1

Figur 9. Gjennomføringsgraden har dei tre siste åra vore høgare ved KVV enn nasjonalt- og fylkessnittet. Kjelde: Conexus Puls

Tal elevar som får stryk (IV) eller karakteren 1, i standpunkt eller på eksamen, har dei siste to åra vore lågare ved KVV enn for resten av fylket. Skuleåret 2013/14 fekk 9,8% av elevane karakteren 1 eller IV i standpunkt eller på eksamen. Utfordringa med stryk og ikkje bestått er størst innan dei

yrkesfaglege programområda og på påbyggingsåret. For påbyggingsåret er det særskilt stryk i eksamensfaga som trekkjer ned gjennomføringsgraden.

### *Årsaksforhold*

Markussen (2010), viser til ein del felles fråfallårsaker i dei Nordiske landa. Individuelle forhold som gjennomsnittskaraktarar frå ungdomskulen, kjønn, minoritetsspråk, foreldre sitt utdanningsnivå, arbeidsmarknadstilknytning og kulturell kapital er av betydning.

Gjennomføringsgraden i går ned når eleven enten «dett ut»/ikkje fullfører utdanninga, eller får karakteren 1 eller IV i eit eller fleire av faga. Som skule møter me utfordringar knytt til fråfall og gjennomføring for fleire ungdomsgruppe. Dette er ungdomar som ofte har låge inntakspoeng og/eller ikkje beståtte fag frå ungdomsskulen, elevar som tidlegare har begynt i vidaregåande skule og «ramla ut» eller ikkje fullført, elevar med høgt fråvære, elevar med kort butid i Noreg / elevar med minoritetsspråkleg bakgrunn og elevar med somatiske, psykiske eller sosiale utfordringar.

### *Konsekvens*

KVV arbeider med auka gjennomføring og førebygging av fråfall på fleire arenaer. Mål for opplæringa i fylket finn ein i styringsdokument for dei pedagogiske utviklingsarbeida ved dei vidaregåande skulane i Hordaland 2013-2015. For perioden er skulane sitt hovudmål definert som:  
Auka læringsutbytte og fullføring.

Som skulen har me spesielt merksemd på individuelle oppfølgingstiltak. Dette er tiltak som vert koordinert i skulen sitt ressursteam. I ressursteam er OT/PPT, skulehelsetenesta, rådgjevar, elevinspektør, avdelingsleiar Valekrossen, opplæringscenter og rektor representert. NAV og representantar frå eksterne samarbeidspartar vert invitert ved behov. Ressursteam tilrår og koordinerer tiltak på grunnlag av tilvisingar frå kontaktlærarane ved skulen. Ressursteamet og PP tenesta kan tilrå individuell tilpassa tiltak bassert på den enkelte elev sine faglege, helsemessige eller sosial utfordringar.

Betre merksemd og meir målretta tiltak har dei siste åra gjeve gode resultat. Desse resultatata ser vi ved at det er færre elevar som sluttar og i ein auka av gjennomføringsgraden generelt. Som skule er vi blitt betre til å tilpasse tiltaka ut frå eleven sine samansette behov. Tettare samarbeid med skulehelsetenesta, eksterne støtteapparat innan helse og NAV ser òg ut til å gje gevinst. Her er det framleis mykje å hente. Gjensidig målretting og koordinering av tiltak, møteforum, tettare samarbeid og raskare respons mellom statlege og kommunale støttefunksjonar og oss som skule vil vera

avgjerande for ein vidare reduksjon i fråfall og auka gjennomføring. Vi ser spesielt i enkeltsaker at lang sakshandsamingstid, vage vedtak og uklare reglar kan gjera ungdom og foreldre til «kasteballar» i dei ulike støttesystema. Dette slår uheldig ut. Ein vidare fråfallsreduksjon vil i stor grad vera avhenging av betre tiltaks- koordinasjon mellom alle nivå.

## 2.7 Utdanningsnivå

### Status

Dersom ein ser på vidaregåande skule som høgste fullførte utdanning ligg Kvinnherad om lag på snitt med Hordaland og Norge elles (tabell 11). Om ein ser på universitet eller høgskule tek ein aukande del kvinnheringar høgare utdanning. Samtidig er utviklinga nokså lik som i fylket og landet elles dei siste åra og medan det i Hordaland og Norge er nesten 1 av 2 som tar høgare utdanning er ståa i Kvinnherad om lag 1 av 3 (tabell 12).

Tabell 11. Del (%) med vidaregåande skule som høgste fullførte utdanning ([Kommunehelsa](#))

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Norge	83	83	83	83	83	83
Hordaland	85	85	85	85	85	85
Kvinnherad	84	86	85	85	85	84

Tabell 12. Del (%) med universitet som høgste fullførte utdanning ([Kommunehelsa](#))

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Norge	41	42	43	44	45	46
Hordaland	42	43	45	46	47	48
Kvinnherad	29	31	31	32	33	33

### Årsaksforhold

Ungdata undersøkinga frå 2013<sup>37</sup> visar at ein mindre del av elevar både i ungdomsskulen (56 mot 61 %) og vidaregåande (53 mot 64%) enn i landet elles trur dei vil ta høgare utdanning ved universitet eller høgskule. Skilnaden aukar frå ungdomsskulen til vidaregåande. Dette bør belyst vidare, men kan ha samanheng med det faktum at foreldra si utdanning har mykje å seie for barnas val av utdanningsløp. Lågt utdanningsnivå i foreldregenerasjonen bidreg såleis til ein trend der yngre generasjonar i mindre grad tek høgare utdanning enn i landet elles og Kvinnherad får såleis relativt sett færre høgt utdanna innbyggjarar.



Barn av innvandrarak med låg utdanning tek oftare høg utdanning enn barn av etnisk norske foreldre med låg utdanning. Kvinnherad har ein mindre del innvandrarak enn landet elles, og difor kan dette også gje utslag på statistikken. Utdanningsnivå for innvandrarak er samtidig eit samansett bilete då det er fleire innvandrarak som tek høg utdanning, men samtidig fleire som ikkje tek utdanning. For innvandrarak, i større grad enn elles i befolkninga synes det difor å vere eit enten eller. Det er skilnader i kva område innvandrarak kjem frå og kvinner har i langt større grad *ingen utdanning* enn menn<sup>38</sup>.

I kommunen er det vidaregåande skule, men ikkje fast tilbod om høgare utdanning. Utan lokalt høgskulemiljø misser ein ikkje berre den direkte effekten av kompetansearbeidsplassar i utdanningssystemet, men kulturen for å ta høgare utdanning vert også venteleg svakare når ein må reise langt for å få slikt tilbod.

### *Konsekvens*

Kvinnherad vert, mellom anna grunna krunglete reisevegar, rekna som eigen bu- og arbeidsmarknadsregion. Tungvinn dagpendling saman med liten folkesetnad gjev ein avgrensa arbeidsmarknad. Sjølv om utdannelsnivået i befolkninga generelt aukar veks kunnskapsintensive arbeidsplassar fram i sentrale strok heller enn på landsbygda.

Av dei som reiser ut for å få høgare utdanning kjem berre ein del attende. Effekten av dette haldt saman med det faktum at fleire jenter enn gutar tek høgare utdanning verkar inn på den lokale demografien ved at gjennomsnittsalderen til den kvinnelege delen av folkesetnaden er høgare og framleis aukande i høve til mennene i Kvinnherad.

I forskning på sosial ulikheit i helse deles folk gjerne inn etter inntektsnivå, lengde på utdanning eller kva slags type jobb ein har. Det er då ein slående samanheng mellom kor lenge ein har gått på skulen og kor lenge ein lever. Det som også er tydeleg er at det er eit trappetrinnsmonster som fører til at eit par år ekstra på skulen, på alle nivå, gjer seg målbare utslag på dødelighetsstatistikken. Samanhengen skuldast til dels at folk med nedsett helse ikkje oppnår den same utdanninga som andre og dels at nokon av dei same faktorane som fører til låg utdanning også fører til dårleg helse. Den viktigaste årsaka til helseulikheit er likevel dei ulike livsvilkåra folk med ulik utdanning opplever<sup>39</sup>.

## 2.8 Levekår

### 2.8.1 Låginntekt

#### *Status*

Pr. 2012 var det etter EU-skala 3,8 prosent av husstandane i Kvinnherad kommune som kan reknast som låginntektshushald. Etter OECD-skala vert prosenten 4,4. Dette er lågare enn snittet i Hordaland. 2012 er siste oppdaterte talgrunnlag. Ser ein på utviklinga så viser den ein svak auke frå 2005 ([Statistikk i vest](#)). Med utgangspunkt i NAV sine erfaringar siste åra i høve innkomne søknader om bistand, er prosenten truleg lågare i dag.

Når det gjeld born i låginntektshushald viser EU-skalaen ein auke frå 3,3 % til 5,2 %. Tilsvarande viser OECD-skalaen ein auke frå 4,6 til 7,6. Ein kan også sjå at auken er markant frå 2011 til 2012, utan at det ligg føre informasjon som forklarar slik auke. Sett i høve snittet i Hordaland, var ein over dette i 2012 etter å ha lagt under heile perioden sidan 2005. Truleg er prosenten i dag noko lågare, slik det er forklart over ([Statistikk i vest](#)).

#### *Årsaksforhold*

Redusert bistand til denne gruppa dei siste åra har samanheng med at fleire av dei hushalda som tidlegare fekk omfattande bistand, no er flytta frå kommunen. NAV har ikkje indikasjonar på at det i hovudsak er innvandrarfamiliar som er i denne gruppa, slik vi ser er tilfellet i mange andre kommunar. Det er få av dei uføre som søker økonomisk bistand frå NAV, også pensjonistar ser ut til å klara seg sjølve i stor grad. Barnefamiliar, spesielt med einsleg forsyttar, personar på arbeidsavklaringspengar og arbeidsledige (grupper som brått har fått redusert inntekt) og personar som ikkje maktar å skaffa seg eiga inntekt og som ikkje fyller krav til andre trygdeytningar er dei som oftast treng økonomisk bistand og rådgjeving frå NAV.

#### *Konsekvens*

Konsekvensen for samfunnet ved mange låginntektsfamiliar er at born ikkje får ta del i aktivitetar som vener eller klassekameratar deltek i, til dømes idrett eller anna fritidsaktivitet. Dei vert lett stigmatiserte i skule- og fritidssituasjonar.

### 2.8.2 Inntektsfordeling

#### *Status*

Ginikoeffisienten er eit mål på inntektsulikskap i samfunnet, dess lågare tal di mindre skilnader mellom innbyggjarane. Kvinnherad har pr. 2012 (siste oppdaterte tal) ein ginikoeffisient på 0,201.

Det plasserer Kvinnherad i den tredjedelen av kommunane i Hordaland som har minst inntektsulikheit. Om ein ser nokre år attende, er det tydeleg at forskjellane har auka år for år, men auken har vore liten ([Statistikk i vest](#)). Når det gjeld gjennomsnittleg hushaldningsinntekt, ligg Kvinnherad nærast snittet i Hordaland med om lag 430.000 kroner (2012).

### *Årsaksforhold*

Høg grad av sysselsetting, der dei fleste arbeider innan industri og offentleg verksemd, fører til at inntekt fordeler seg «rettferdig» mellom innbyggjarane/ husstandane. Veldig mange har tilnærma lik inntekt og berre nokre få drar opp eller ned. Dette fører til stor grad av likheit. At vi no ser ein gradvis auke, heng truleg saman med at det vert færre industriarbeidsplassar. Dei siste åra har vi opplevd meir permittering og fleire konkursar/ nedbemanningar. Vi ser dette i auke i arbeidsledighet. Alternative jobbmoglegheiter for dei som må slutta i industrien betyr i tillegg oftast mindre inntekt.

### *Konsekvens*

At Kvinnherad har liten skilnad i inntekt mellom innbyggjarane, er positivt. Ein treng ikkje «henga med» naboen i investeringsjag etter statussymbol. Liten skilnad er positivt med den kunnskap vi har om utfordringar knytt til sosial ulikheit i helse.

## 2.8.3 Sysselsetting

### *Status*

I 2013 var andelen innbyggjarar i yrkesaktiv alder 9573. Av desse var 6484 i ordinært arbeid. Sidan 2008 har dette talet vorte redusert år for år. I 2008 var 6770 personar sysselsette av ein total på 9295 i yrkesaktiv alder ([Statistikk i vest](#)). Personar i denne aldersgruppa som ikkje er i arbeid kan vera under utdanning, langtidsjukmelde, arbeidsledige, uføre eller pensjonistar. Prosentvis ligg Kvinnherad midt på treet i Hordaland og i landet i elles når det gjeld andelen sysselsette. Den er ikkje unaturleg lav. Det er klart fleire som pendlar ut av kommunen enn inn, i 2013 pendla 1246 personar ut av kommunen medan 500 pendla inn. Dette tyder på at det er underskot på arbeidsplassar i Kvinnherad. Det er elles langt fleire menn enn kvinner som pendlar. I høve nokre år attende er auken i utpendling mindre enn i innpendling. Den negative nettopendlinga er dermed noko redusert sett til dømes i høve 2006/2007 då nettopendlinga var høgast ([Statistikk i vest](#)).

Pr. september 2014 er det i Kvinnherad 220 tilmeldte arbeidssøklarar. Det inkluderer heilt ledige, delvis ledige og personar i arbeidsretta tiltak og skil seg såleis frå dei offisielle ledighetstala. Av desse er 82 personar under 30 år. Tek vi med personar med nedsett arbeidsevne (AAP,

kvalifiseringsprogram ol) vert talet 470, der 159 er personar under 30 år. Arbeidssøkjartala har vore stabile over år, sjølv om vi det siste halve året har sett ein liten nedgang i personar med nedsett arbeidsevne (NAV, egne tal).

I Kvinnherad er det pr. august 2014 831 uførepensjonistar. Dette utgjer nesten 9 % av alle i yrkesaktiv alder, og er langt høgare enn både landsgjennomsnitt, fylkesgjennomsnitt og kommunar det er naturleg å samanlikna med. Det føreligg ikkje kunnskap om kvifor situasjonen er slik. Dei siste åra ser vi ein tendens til betring. Tilgangen av nye uføre er lågare enn avgangen, slik at talet og prosentten går noko ned. Hovudtyngda av uførepensjonistane er over 50 år, største gruppa er naturleg nok personar mellom 60-67 år. 38 personar er under 30 år (NAV, egne tal).

### *Årsaksforhold*

Viktigaste årsaker til at ein person vert uførepensjonist er fysiske lidingar av typen muskel og skjelett som det ikkje er mogeleg å behandla/ operera. Før dei vert innvilga pensjon, har dei vore gjennom langt sjukefråvær, utprøving, medisinske vurderingar og tiltak og arbeidsretta tiltak/ avklaring av arbeidsevne. Det er ein aukande tendens til at personar med sterke psykiske lidingar vert innvilga uførepensjon. Dei har då vore under lang tids utgreiing, behandling og oppfølging utan at dei har fått attende arbeidsevne.

### *Konsekvens*

Ein person som vert innvilga uførepensjon vil kunna oppleva å få redusert inntekta si betydeleg, med dei konsekvensane det vil få for den einskilde og familien. Dei får også redusert høvet til å få høgare inntekt gjennom eigen arbeidsinnsats. Ein kanskje verre konsekvens er at mange vert isolerte, særleg gjeld det yngre personar. Resten av samfunnet er jo på jobb på dagtid. Det kan føra til tilbaketrekking, mindre sosial tilhørigheit og kontakt og låg grad av aktivitet.

Pendling ein periode over korte avstandar treng ikkje vera negativt. Inntil ein time kvar veg er normalt ikkje problematisk for folk. Lang tids pendling over store avstandar eller der ein berre kjem heim i helgene, veit vi kan føra til belastningar som kan gi helsemessige utslag for nokre personar. Mindre kontakt med familien og mindre sosial omgang med venner vert ikkje alltid kompensert av godt miljø på arbeidsplassen.

## 2.8.4 Sjukefråver

### *Status*

Siste oppdaterte tal for legemeldt sjukefråver totalt i Kvinnherad er pr. 1. kvartal 2014. Då utgjorde fråveret totalt 5,5 %, 4,1 % for menn og 6,9 % for kvinner. Det var ein nedgang på eit prosentpoeng i høve same kvartal året før. Ser ein enda lengre attende har sjukefråveret gått monaleg ned, til dømes var fråveret i 1. kvartal i 2009 nesten 7 %. Samstundes ser vi også andre positive teikn som vil redusera fråfall frå arbeidslivet grunna sjukefråver: Tida den einskilde går sjukemeldt går ned og det er auke i graderte sjukemeldingar.

### *Årsaksforhold*

Vi ser at det er to store grupper sjukmelde. Det gjeld muskel- og skjelettplager og det gjeld psykiske lidingar. Muskel- og skjelettlidingar ser vi mest av hjå godt vaksne personar, som gjerne har arbeid/yrke prega av hardt fysisk arbeid og statiske belastningar. Snikkarar med kneplager er eit godt døme. Psykiske plager, særleg hos unge menneske, er ein aukande årsak til sjukmeldingar og til at mange fell ut av arbeidslivet i kortare eller lengre tid. Her er nok årsakene mange og samansette.

### *Konsekvens*

Dess lengre ein person er borte frå sin arbeidsplass, di større er faren for at denne personen fell ut av arbeidslivet for godt. Langvarig sjukefråver aukar sjansen for at det endar med uførepensjon. Størst er denne faren i dei tilfella den sjukmelde ikkje kan delta i arbeidsretta tiltak grunna sjukdomen sin karakter. Høgt sjukefråver på ein arbeidsplass aukar også presset på kollegaer, noko som i sin tur kan føra til fleire sjukmelde å arbeidsplassen.

## 2.8.5 Butilhøve

### *Status*

Trenden i Kvinnherad er som på landsbasis, at største delen av befolkninga har ein gjennomgåande høg bu standard. Men også hjå oss ser vi at det er sosial ulikskap og at det er grupper som strevar med å komma inn på bustadmarknaden, og å halda på bustaden sin.

81,5 % av befolkninga i Kvinnherad, bur i sjølveigar bustad – med variasjon frå 71,4 % i aldersgruppa 20-29 år til 88 % i aldersgruppa 50-66år. I tillegg bur 4,7 % av befolkninga i eigd bustad i burettslag. Andelen som bur i burettslag er størst blant unge vaksne, og minst blant eldre.

13,8% av befolkninga bur i leigd bustad, med variasjon frå 7,2 % i aldersgruppa 50-66 år til 34,9 % i aldersgruppa 80+. Aldersgruppene unge vaksne og eldre over 80 år, skil seg tydeleg ut ved at det er mange som bur i leigd bustad.

Dei fleste bur i bustadar som er av god kvalitet med omsyn til størrelse, og standard. Største delen av bustadmassen som er i bruk er bygd etter 1961. Bygningsmassen som er i bruk er dominert av einebustader. Elles er det innslag av tomannsbustader, rekkehus, andre småhusvære og mindre bustadblokker i sentrumsnære områder. Husnes har områder som er dominert av rekkehus busetnad<sup>40</sup>.

I 2013 bur totalt 37,7% i spreidd busetnad, i aldersgruppa >67 år bur 43,0 % i spreidd busetnad. Tendensen er at andelen som bur i spreidd busetnad gradvis går ned. I 2007 budde totalt 42,6 % av innbyggjarane i kommunen i spreidd busetnad. Tilsvarende tal i aldersgruppa >67 år var 47%. Mindre enn 1/5 av bustadane hadde tilgang for rullestolbrukarar ved folketellinga i 2001.

Mål for kommunen sin bustadsosiale handlingsplan er formulert slik: *«Alle skal kunne disponere ein god bustad, uavhengig av økonomiske, fysiske, helse relaterte og sosiale føresetnader. Den einkilde har hovudansvar for eigen busituasjon, medan Kvinnherad kommune vil gjennom tilrettelegging og hjelpetjenester for dei som har behov for det, bidra til at alle oppnår dette.»*

Kommunen disponerer ulike støtteordningar for å hjelpe folk inn på bustadmarknaden, t.d. startlån og bustøtte, tal tyder på at desse vert aktivt brukt i vår kommune. Kommunen disponerer utleigebustader til personar som på ulike måtar er vanskelegstilte på bustadmarknaden. Målgruppa er personar og familiar som ikkje kan skaffa seg og oppretthalda eit tilfredstillande buforhold på eigenhand.

Det er press på tildeling av kommunale bustader, og det står til ei kvar tid nokon på venteliste for tildeling av bustad. Dette gjeld både gjennomgangsbustader og omsorgsbustader.

### *Årsaksforhold*

Det er vanskeleg for einslege og familiar med låg inntekt å komma inn på bustadmarknaden.

Vi ser og at mange av dei som leiger kommunal gjennomgangsbustad, har vanskar med å komme over i den private leigemarknaden etter 3 år. Dels fordi dei har for dårleg økonomi til å kjøpe seg bustad eller leige bustad privat, og dels fordi dei ikkje er ynskja i den private leigemarknaden. Ein del har dårleg evne til å bu, både med omsyn til å handtere økonomi, vedlikehald, reinhald og liknande

andre har avvikande oppførsel. Vi ser og at flyktningar ofte har problem med å komma over i anna bustad.

Det er stort press på tildeling av omsorgsbustader i Kvinnherad, dette kan ha fleire årsaksforhold. Ein mogeleg samanheng er at vi har lange avstandar og spreidd busetnad og liten del av den private bustadmassen er tilrettelagte bustader.

### *Konsekvens*

Gode og stabile butilhøve er særst viktig både for born og vaksne si helse og trivsel. Store deler av Kvinnherad si befolkning har gode butilhøve, både med omsyn til bustad og nærmiljø. Det vert viktig å ha fokus på korleis vi sikrar dei svake gruppene tilsvarande tryggleik i forhold til bustad. Her treng vi å kartleggja både utfordringar og verkemiddel betre. Vi bør og stimulere til at folk bygg bustadar med livsløpstandard. Eldre bør stimulerast til å planleggja betre i forhold til alderdom, med omsyn til butilhøve. Slik at ikkje ein dårleg tilrettelagt bustad, eller sosial isolasjon vert til hinder for å bu i eigen heim.

## **2.8.6 Integrering**

### *Status*

Kvinnherad kommune buset omlag 15 flyktningar per år, i tillegg kjem familiesameining. Alle vaksne mellom 18 og 67 år har ei plikt og rett til introduksjonsprogram i flg. Lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrarak (Introduksjonsloven). Mange av familiane har opptil 6 born. Barna og dei vaksne har behov for å verta sosialisert og integrert i kommunen. Barn og vaksne manglar utstyr til å delta på lik linje med andre innbyggjarar i ulike fritidsaktivitetar, både organiserte og uorganiserte. Flyktingtenesta har erfaring med at nokre av dei busette flyktningane i Kvinnherad kommune har meir helseplagar enn det som er normalt elles i samfunnet. Flyktingtenesta si faglege vurdering er at ein ikkje har nok ressursar og kapasitet til å følgje opp flyktningar slik at dei kan få rett behandling i hjelpeapparatet.

I følgje «Meld. St. 6 (2012-2013) *En helhetlig integreringspolitikk*» nyttar enkelte innvandrargrupper seg i liten grad av tilbod om fysisk aktivitet og andre folkehelseiltak. Dei involverer seg i mykje mindre grad enn befolkninga elles i idrettslag og dei nyttar seg i mindre grad av kommersielle treningstilbod. Dette gjeld særleg kvinner. Dette er og erfaringa til Flyktingtenesta i Kvinnherad kommune. Det er og grunn til å tru at nokre born slit med tilpassing og lettare psykiske belastningar på grunn av at foreldra slit med å tilpassa og orientere seg i det nye livet i det nye vertslandet.

### Årsaksforhold

Deltakarane i introduksjonsprogram får utbetalt kr 14 728,-/mnd før skatt. Dette skal dekke livsopphold (mat, tlf., hushaldningsartiklar, trening, kafebesøk, etc), strøm, husleige og klede. Kvinnherad kommune har mange barnefamiljar som er økonomisk marginalt bemidla. Enkel og forståeleg informasjon aukar trivnad generelt og kan virka førebyggjande. Enkel og forståeleg informasjon om fritidsaktivitetar kan gjera både vaksne og barn meir aktive.

Oppleringar i heimlandet eller undervegs i flukten. Det kan vere fysiske og psykiske overgrep, sorg, sagn, med meir som gjer dei nedstemte, og nokre gonger deprimerte. Oppleringar i møte med det nye vertslandet, arbeidsløyse, manglande nettverk, overgang frå å bu og leve i storfamilie til å leve åleine utan støtte frå familien. For mange av er det svært skambelagt å fortelle om krenkelsar og det å nytte psykiske helsetenester. *«I begynnelsen kan det være det som har skjedd i hjemlandet, altså bakgrunnen (premigrasjonsfaktorene), som påvirker helsa mest. Seinere kan det være forhold i vertslandet som har størst betydning (postmigrasjonsfaktorene)»*, i følgje Patrick O'Loughlin i RVTS (Regionalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress).

### Konsekvens

Integreringa med språkopplæring og samfunnsopplæring kan bli forsinka, og ein klarar ikkje å ta del i det daglege familielivet og/eller samfunnslivet. Livskvaliteten kan bli kraftig redusert. Liten eller ingen yrkesdeltaking.

Når barna blir taparar på den sosial arena fører dette til ei ekskludering som syner igjen både no og seinare i livet. Familiene vel å flytte frå kommunen til meir sentrale strom. Barna tapar i den sosiale kampen om å ha oppdatert og godt nok utstyr til å kunne sosialisera og vera med på aktivitetar som den øvrige befolkninga deltek på. Barn og vaksne fell utanfor den sosiale arenaen og dei blir dårlegare integrerte i lokalsamfunnet. Dei kan få dårlegare fysisk og psykisk helse.

## 2.9 Universell utforming

Universell utforming er viktig for å sikre at så mange som mogeleg kan delta aktivt i samfunnet uavhengig av funksjonsevne. Universell utforming er regulert gjennom ulike lover og forskrifter og *Kommunedelplan for Universell utforming* i Kvinnherad er under utarbeiding med mål om ferdigstilling i 2016. Ytterlegare informasjon og vurderingar av dette tema vert difor å finne der.



### 3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Korleis er det fysiske miljøet og i kva grad er det gjort trygt tilgjengeleg for befolkninga?

Kva er det ved det biologiske og kjemiske miljøet vi bør vera særskild merksame på?

Er dei sosiale møteplassene og arenaene gode nok og mange nok?

#### 3.1 Fysisk miljø

##### 3.1.1 Støy

###### *Status*

Støy er generelt eit lite problem i kommunen, men lokale problem har vorte handtert i aktuelle saker. Støy kan vera eit problem for enkelte område og opplevinga av støy byggjer ofte på ei subjektiv vurdering om den er plagsam eller ikkje. Støy er ikkje eit problem som går ut over folkehelsa i kommunen.

###### *Årsaksforhold*

Støy vert omtala som eit problem dersom busetnad og industri ligg for tett inntil kvarandre.

###### *Konsekvens*

For å kunne ivareta folkehelsa på ein trygg og god måte er heilskapleg planlegging viktig. Ved forankring av folkehelsearbeidet i kommuneplanens samfunnsdel- og arealdel vil ein lettare tenkje heilskapleg og folkehelsa vert på denne måten ivaretatt i tråd med krava i Plan- og bygningslova og Folkehelselova. Dette forsterkar det tverrsektorielle perspektivet, noko som er viktig om helse i plan skal verta ein realitet. Langsiktig planlegging i tillegg til å ha folkehelseperspektivet med seg i planlegginga vil få ein konsekvens for den enkelte.

##### 3.1.2 Luftforureining

###### *Status*

Generelt er ikkje luftforureining noko utfordring for kommunen og samla sett er ikkje dette ein negativ faktor for folkehelsa i kommunen.

#### 3.2 Biologisk og kjemisk miljø

##### 3.2.1 Drikkevatt

###### *Status*

Det er mange små vassverk i kommunen. I dag er det 10 kommunale vassverk som forsyner meir enn 50 personar. Om lag 11000 personar får vatn frå kommunale vassverk der Husnes vassverk er det

største og forsyner halvdelen av innbyggjarane i kommunen, om lag 7000 personar. Private vassverk forsynar om lag 1200 personar. Uskedalen vassverk er det største og forsynar 1000 personar. 800 personar har anna vassforsyning.

Drikkevasskjeldene er, med unntak frå Ænes vassverk som nyttar grunnvatn og Ølve/Hatlestrand vassverk som har djupvassinntak, overflatevatn frå elvar. Mange av drikkevasskjeldene ligg i områder med beite for husdyr, hovudsakleg sau. Det er og turstiar og friluftsliv i områda, men dei er lite påverka av menneskeleg aktivitet som industri, vegtrafikk osv. Dette gjer at råvatn frå drikkevasskjeldene i Kvinnherad har surt vatn og inneheld varierende mengder koliforme bakteriar om sommar/haust.

Når Ølve/Hatlestrand vassverk er modernisert i 2015 har alle kommunale vassverk vassbehandlingsanlegg (VBA) bortsett frå Årnes vassverk som forsyner om lag 50 personar. Dvs. at frå kommunale vassverk får så godt som 100% av abonnentane drikkevatt med godkjent bakteriologisk kvalitet. Frå private vassverk får om lag 85% av abonnentane drikkevatt med god bakteriologisk kvalitet. Dei resterande 15% får vatn frå små vassverk der bygging av VBA vert forholdsvis dyrt.

### *Årsaksforhold*

Fram til 1990-talet råvatn levert rett til abonnentane, og det var ikkje uvanlig at nokre vassverk måtte be abonnentane sine om å koka drikkevatt om sommar/haust. I 1996 fekk kommunen vedtatt sin første hovudplan for vassforsyning. Det var ein plan for utbygging av VBA ved dei ulike vassverka og gjaldt for perioden 1996 – 2007. I denne perioden prioriterte ein å byggja VBA ved vassverka, og ein prioriterte dei som hadde dårligast bakteriologisk vasskvalitet først. Ny hovudplan for vassforsyning for perioden 2013 – 2024 vart vedtatt i 2013. Fokus i planen er satt på sikker distribusjon av drikkevatt og beredskapstiltak som krise- og nødvasskjelder.

### *Konsekvens*

Vatt er vårt viktigaste næringsmiddel. Me drikk vatt kvar dag og vatt vert nytta i nesten all matlaging. Mange bakteriar, virus og parasittar lever i vatt, og drikkevatt er difor ei stor potensiell kjelde for overføring av infeksjonssjukdommar av meir og mindre alvorlig karakter. Drikkevatt med god kvalitet i tilstrekkelige mengder er dermed ein føresetnad for ei god folkehelse.

### 3.2.2 Radon

#### *Status*

Målinger frå 2000-2012 tyder på at det i enkelte områder i kommunen er noko høgare radonførekost enn det som er anbefala (Ephorte, 2012/2395-2). Her er det sett i verk tiltak for å redusere radonkonsentrasjonen til eit akseptabelt og forsvarleg nivå.

#### *Årsaksforhold*

Radon er ein luktfri og usynlig gass med liten evne til å binde seg til fast stoff. Byggegrunnen er ein av dei viktigaste årsakene til høge radon konsentrasjonar i bustader, saman med byggeskikk og bygningsteknikk. Område med store førekostar av alunskifer, uranrike granittar eller pegmatitter i kombinasjon med lausmasser eller morenegrunn i byggegrunnen er meir utsatt<sup>41</sup>.

#### *Konsekvens*

Langvarig opphald i områder med høge konsentrasjonar av radon kan vera ein negativ faktor for folkehelsa. Radongass er den vanlegaste årsaka til lungekreft etter aktiv røyking og årsak til rundt 300 dødsfall kvart år i Noreg<sup>42</sup>. Tiltak som kan bidra til å redusere verdiane er klart eit godt folkehelseiltak. God arealplanlegging og radonsikring av bygningar vil redusere radonrisikoen. Om ein tenkjer langsiktig vil tiltak som reduserer førekost av radon førebyggje for tilfelle av lungekreft. Sidan det i enkelte område er radonførekostar som er høgare enn anbefalt, må kommunen rekna med kostnader til risikoreduserande tiltak som samla sett vil gje positiv effekt for folkehelsa.

### 3.2.3 Omfang av smittsame sjukdomar

#### *Status*

Omfanget av smittsame sjukdomar er lågt og er prega av enkelte sjeldne tilfelle for dei aller fleste sjukdomar. Dei tre dominerande sjukdomane dei siste åra er Chlamydiainfeksjon (genital), kikhoste og campylobacteriose. Som ei beskriving av omfanget av utfordringa er det høgste talet enkeltpersonar smitta av den mest vanlege av desse sjukdomane (chlamydiainfeksjon) på ein enkelt månad dei siste åra sju personar<sup>43</sup>.

#### *Årsaksforhold*

Dette er og vil bli vurdert gjennom den kommunale smittevernplanen.

#### *Konsekvens*

Dette er og vil bli vurdert gjennom den kommunale smittevernplanen.

## 3.3 Sosialt miljø

### 3.3.1 Sosiale møteplassar og arena

#### *Status*

Dei fleste menneske får dekkja sosiale behov gjennom skule eller arbeid. Likevel ser vi at m.a. småbarnsforeldre utan barnehageplass, personar utanfor arbeidslivet som ikkje identifiserer seg med aktivitetssentra i kommunen, og eldre som ikkje kjem seg til eksisterande aktivitetar på eiga hand er isolerte og ikkje får dekkja sosiale behov. Det er gode tilbod til foreldre som er heime med spedborn medan tilbod om t.d. open barnehage for dei som er heime med større born ikkje finst. Det er mange som ikkje nyttar seg av Kvinnherad kommune sine aktivitetssenter for dei som har falle utanfor arbeidslivet. Heimebuande pensjonistar med lange dagar heime har behov for sosialt nettverk. Husnes og andre sentra har eit rikt utval av treffpunkt med ulikt innhald. Ein del eldre i kommunen samlast for å driva fysisk aktivitet. Forutan det sosiale fellesskapet verkar dette inn på eit sunnare kosthald og betre fysisk form. Ulike utfordringar gjer at mange ikkje nyttar tilboda.

Ungdata-undersøkinga i Kvinnherad 2013 syner at det på ungdomskulenivå er fleire som er aktive i ulike fritidsorganisasjonar samanlikna med landsgjennomsnittet. På vidaregåande nivå ser vi ein nedgang og tala ligg under landsgjennomsnittet. Same undersøkinga syner at Kvinnherad kjem betre ut enn landsgjennomsnittet på spørsmål om helse og trivsel på ungdomskulenivå, medan vi på vidaregåande nivå kjem dårlegare ut. Vidare syner undersøkinga at ungdom i Kvinnherad nyttar fritidsklubbar i stor grad. Det er fleire ungdomar som brukar fritidsklubbar enn det er organiserte i idrettslag. Ungdata syner og at dei ungdomane som har fritidstilbod debuterer seinare med rus og alkohol.

I Kvinnherad ligg det godt til rette for turgåing. Det er merka og gradert 69 turstiar i Kvinnherad. Turstiar og turvegar som er sentrumsnære og godt tilrettelagt for menneske med nedsett funksjonsevne er det mindre av. Kvinnherad kommune har nærmiljøanlegg i nærast alle bygder. Anlegga er i mange tilfelle enkeltstående anlegg som t.d. ballbingar. Det er i liten grad bygd nærmiljøanlegg med tanke på å samla fleire brukargrupper på tvers av alder og interesser.

#### *Årsaksforhold*

Sosiale møteplassar førebyggjer einsemd blant brukarane. Å skapa møteplassar for dei som er ut av jobb er ei utfordring. Aktivitetssentra i kommunen vert brukt av mange, dei som av ulike grunnar ikkje nyttar desse har og behov for møtestadar. Utfordringa er å skapa arenaer som alle kan bruka og føla seg heime i. Mange opplever skam og skuld kjensle ved å ikkje vera i arbeid og nyttar ikkje

eksisterande tilbod i redsele for å verta ytterlegare stigmatisert, andre kjenner seg ikkje heime i eksisterande tilbod. Møteplassar for småbarnsforeldre gjev gode relasjonar og nettverk. Fråveret av opne barnehagar i kommunen kan verka forsterkande på eksisterande sosiale ulikskapar. Heimebuande pensjonistar som sit mykje aleine vert fort einsame, deprimerte eller får svekka fysisk helse. Det er ei utfordring at reisevegen til dei sosiale møteplassane vert lang for mange, kollektivtilbodet er avgrensa og målgruppa har helseutfordringar.

Organisasjonar, klubbar, lag og foreiningar er viktige arenaer for samvere med andre, særleg er dette ein læringsarena for born og unge. Det er ein trend at medlemstala i frivillige organisasjonar har gått ned og organisasjonar som speidar, korps, kor og religiøse foreiningar opplever medlemsvikt. Idrettslaga har i stor grad beholdt si oppslutning, særleg er det brei deltaking blant dei yngste ungdommane, medan den uorganiserte treninga vert vanlegare utover tenåra.

Kvinnherad har mange tilbod til born og unge. Ein godt utbygd kulturskule, eit rikt lag og organisasjonsliv samt fleire ungdomsklubbar og ungdomssenter. I fleire bygder vert det arbeid med gode nærmiljøanlegg for born og unge å driva med eigenorganisert fysisk aktivitet. Dei fleste tilboda er retta mot born og ungdom på ungdomskulenivå. Forsking syner at på vidaregåande nivå er den uorganiserte aktiviteten viktig. Det er få arena og møteplassar i Kvinnherad som er tilpassa denne gruppa. Ungdomsklubbar er viktige arena og møteplassar for uorganisert aktivitet. Dei kommunale ungdomsentra/ ungdomsklubbane har øvre aldersgrense på 18 år og hovudtyngda av brukarane er i ungdomskulealder. Kvinnherad får ikkje utnytta potensiale som ligg i ungdomsentra og ungdomsklubbar. Ein når mange med 3 ungdomsklubbar, men med eit betre kollektivtransport tilbod på kveldane hadde det vore mogleg å nå fleire. Nærmiljøanlegga i bygdene er i stor grad retta mot born i barneskulealder.

Helsevennleg lokalsamfunnsutvikling skal bidra til at befolkninga kan få dekkja ulike behov i eige bu og nærmiljø, uavhengig av alder og livsfasar, etnisk bakgrunn og fysisk funksjon. Utforming av bygningar, bustadmiljø og offentlege rom kan bidra til å fremja gode møteplassar og leggja til rette for samvær og aktivitetar for folk i alle aldrar og befolkningsgrupper. Gode og trygge uteareal verkar positivt på den fysiske, psykiske og sosiale utviklinga hjå born. Leikeplassar og område for fri leik, både i nærmiljøet og rundt barnehagar og skular er av verdi for oppvekstvilkåra til born og unge. Ungdom har gjerne andre behov for aktivitet enn born. Turstiar og turveggar med utgangspunkt i møteplassar i lokalsamfunna kan senka terskelen ytterlegare for å nytta seg av tilboda. Utbygging av nærmiljøanlegg i Kvinnherad kommune skjer for det meste i regi av frivillige lag og organisasjonar,

gjern med støtte frå Kvinnherad kommune. Ein konsekvens av dette er at anlegga som vert bygde stør enkelte sine behov, men ofte er dei ikkje planlagde som del av ein heilskap.

### *Konsekvens*

Gjennom heile livet gjev sosial isolasjon og einsemd auka risiko for psykiske lidingar, medan sosial støtte og nærleik til andre menneske beskyttar<sup>44</sup>. I Kvinnherad kommune finst mange gode tilbod til ulike grupper. Samstundes er det fleire som av ulike grunnar ikkje nyttar dei tilboda som finns. Det vil vera eit førebyggingspotensiale i å sjå nærare på dei eksisterande tilboda for å sjå korleis ein kan differensiera tilboda eller setja i gang tiltak slik at dei treff fleire. Det vil vera ein helsegevinst i sterkare kommunal involvering i utbygging av nærmiljøanlegg i lokalsamfunna, særleg knytt opp mot skule og barnehage.

## 4 Skader og ulukker

**Kva type skadar og ulykker blir innbyggjarane våre utsett for?**

**Kvar og korleis skjer ulukkene?**

**Kven vert ramma?**

### 4.1 Personskadar

#### *Status*

Det er fleire kvinnheringar, både menn og kvinner, enn personar frå fylket og landet elles som vert skada og må behandlast på sjukehus. Dei siste få åra er talet redusert noko og ligg både for menn og kvinner på høvesvis 15,3 per 1000 og 14,6 per 1000. Dette tilsvara 105 enkeltskadar for begge kjønn (2012-2012) ([Statistikk i vest](#)).

Når det gjeld hoftebrot visar statistikken at kvinner i Kvinnherad har like mange hoftebrot som i fylket og landet elles. Menn derimot ligg over snittet med 1,8 per 1000 mot 1,3 per 1000 i Hordaland. Til tross for dette er det klart fleire kvinner enn menn som blir råka av hoftebrot. I årlege tal er det om lag 13 menn og 22 kvinner i Kvinnherad som bryt hofta ([Kommunehelsa](#)).

#### *Årsaksforhold*

Det er ikkje kjend kva type skadar som gjev dette utslaget og det er difor vanskeleg å vurdere kva som kan vere årsaken. For hoftebrot er årsaken hovudsakleg todelt då eldre har ein auka tendens til å falle, samtidig som dei oftare har beinskjørhet og dermed brekker beina lettare. Dei aller fleste hoftebrot skjer i heimen<sup>45</sup>.

#### *Konsekvens*

Eit hoftebrot påfører den enkelte store kostnader i form av smerte, funksjonsvikt og livskvalitet. Eldre pasientar med brot er ei gruppe som i stor grad vil ha behov for tenester frå kommunehelsetenesta etter opphald på sjukehus og dermed set ekstra press på pleie- og omsorgstenesta. For hofte brot er det estimert at den samfunnsøkonomiske kostnaden er om lag kr 800.000 – kr 1.000.000 per person i løpet av 2 år. Dei økonomiske kostnadene vert fordelt ulikt mellom kommune og stat ut frå kva type tenester den enkelte treng. Med andre ord bør det setjast fokus på å førebyggja hoftebrot både av menneskelege og samfunnsøkonomiske årsaker<sup>46</sup>.

## 4.2 Trafikkulukker

### Status

I denne delen er «Kommunedelplanen for trafiksikring 2012 – 2020» brukt som kjelde. Planen er eit verktøy for kommunen i trafiksikringsarbeidet og tek for seg kartlegging av ulukkes-problema i kommunen og kva ulukkes-reduserande tiltak som skal prioriterast. Innrapporterte tal for ulukker i Kvinnherad kommune er 132 i perioden 2001-2010 (136 i førre 10 års periode). Det er i alt registrert 189 skadde eller drepne personar i desse ulukkene (190 i førre 10 års periode). Offentleg ulukkesstatistikk finn ein her; [Statistikk i vest](#). Tal registrerte kjøretøy er frå perioden 2003-2013 auka frå 5125 til 6424, ein auke på over 20 %. Det er difor rimeleg å anta at det i løpet av den same perioden er ein auke i totalt tal køyrde km. I kommunedelplanen for trafiksikring er det antyda at tala mest sannsynleg er noko høgare sidan underrapportering av sykkel og moped er særskilt stor. I planen kjem det fram at utforkøyringsulukker er høgt representert i kommunen og at 70 % av ulukkene involverer menn. Spesielt er aldersgruppa 16-20 år involvert. I tillegg gjev folk uttrykk for at vegnettet i kommunen er utrygt<sup>47</sup>.

### Årsaksforhold

Det er mange årsakar til ulukkene. Enkelte stadar i kommunen er det til dels dårleg vegstandard. Fleire strekningar har manglande rekkverk og møtestadar. Fleire stader har mangel på tilrettelagt fortau, gang- og sykkelsti og strekningar utan vegljøs. Det har ikkje vore bygd gang- og sykkelveg i kommunal regi i særleg grad dei seinare åra, men likevel ein del langs fylkesveg der Statens vegvesen har ansvar. Mange barn har skyss til og frå skulen, nokre grunna trafikkfarleg skuleveg. Dette tyder på at målet i *Kommunedelplan for trafiksikring 2012-2020* om at alle skuleborn som bur i rimeleg avstand til skulen skal ha trygg gang- og sykkelveg til denne ikkje er på plass. Busshaldeplassane er ikkje trygge. Fleire stadar på vegnettet er det manglande skilting og urydda frisisiktsoner. Offentlig kollektivtransport er lite utbygd. Mykje av vegnettet er fylkesveg der Statens vegvesen har ansvar for utbygging, drift og vedlikehald på vegne av fylkeskommunen<sup>48</sup>.

Kvinnherad kommune har ein geografi som gjer at den er svært oppdelt. Store avstandar gjer at bilen er eit naudsynt framkomstmiddel for å koma seg til ulike føremål.

### Konsekvens

Kvinnherad kommune har som visjon at ingen i Kvinnherad skal bli drepne eller skadde i trafikken. Tala over ulukker tyder på at trafikktryggleiken ikkje er høgt prioritert og at målet om ein trafiksikker kommune ikkje er vektlagt nok. Heilskaplege planar som tek trafiksikring på alvor er viktig for å førebygge for ulukker. Sidan det er fylkeskommunen som er forvaltningsorgan for mange



av dei trafikkfarlege vegstrekka er det særskild viktig for kommunen å rapportere inn utfordringar i vegnettet. Trafikkulukker fører til innleggingar på sjukehus og utgifter som følgjer av ulukker (som døme tap av liv eller uførheit). Dette fører til menneskeleg lidning og er særskild lite samfunnsøkonomisk bærekraftig. Haldningsskapande og åtferdsendrande tiltak hjå trafikantar vil endra fart og køyremønster. Bättre kollektivtilbod vil få ned bilbruken og stimulere til at færre personar brukar bilen. Utbygging av gang- og sykkelsti som stimulerer folk til gåing eller sykling er god folkehelsepolitikk.

### 4.3 Arbeidsulukker

Skadar og sjukdomar som oppstår på arbeidsplassen skal meldast til NAV på fastsett skademeldingsblankett og arbeidstilsynet framlegg statistikk på området. Arbeidstilsynet har no trukket tilbake sin statistikk over arbeidsulukker då denne har hatt så store manglar at den kan gje eit misvisande bilete av skadesituasjonen. Det pågår ein prosess hjå arbeidstilsynet, SSB og NAV der ein ser på moglege løysingar. Denne statistikken vil bli inkludert i oversiktsarbeidet når det føreligg.

## 5 Helsereelatert atferd

### Korleis lever folk liva sine?

#### 5.1 Fysisk aktivitetsnivå

##### Status

Det finnes ikkje lokale data for aktivitetsnivå blant barn og unge i Kvinnherad. Det er samstundes liten grunn til å tru at nivået skil seg vesentleg frå landsnivået. Resultat frå Ung data undersøkinga i 2013 kan indikere at dette er tilfelle då det er liten skilnad både i ungdomsskulealder og i vidaregåande i kva grad elevane oppgjer at dei «trenar kvar veke». Data frå ei nasjonal kartlegging i 2011<sup>49</sup> er difor nytta som referanse. Som vist i tabell 13 er andelen som er fysisk aktive i 60 minuttar kvar dag sterkt minkande med aukande alder. Samtidig er det i alle aldersgrupper fleire gutar enn jenter som er tilstrekkeleg aktive. 6-åringar er inaktive om lag 6,5 timar per dag, medan tilsvarande tal for 15 åringar er 9,5 timar. Det er urovekkjande at tal på timar med inaktiv tid utgjer så stor del av dagen, samt at tida er kraftig aukande frå 6 år til 15 år.

Tabell 13. Del (%) som tilfredsstillar anbefalingar for fysisk aktivitet i Norge

	6 år	9 år	15 år
Jenter	87	70	43
Gutar	96	86	58

Det finnes ikkje lokale data for aktivitetsnivået til den vaksne befolkninga i Kvinnherad. Det er samstundes liten grunn til å tru at nivået skil seg vesentleg frå landsnivået. Data frå ei nasjonal kartlegging i 2008 er difor nytta som referanse<sup>50</sup>. Undersøkinga viste at berre 1 av 5 tilfredsstillar anbefalingane om 30 min moderat fysisk aktivitet dagleg. Aktivitetsnivået held seg relativt stabilt i vaksen alder fram til 70 års alder, men synk deretter, med ein særskild uttalt reduksjon etter 75 år. Samanliknar ein med data frå undersøkinga av barn og unge ser vi ein reduksjon på 31 % frå 9 til 15 år og vidare 31 % frå 15 til 20 åra. Dei 10 % mest aktive er om lag 4 gangar meir aktive enn dei 10 % minst aktive og det er klar samanheng mellom aktivitetsnivå og utdanning for begge kjønn.

##### Årsaksforhold

Det er klare sosiale skilnader med omsyn til levevaner – også fysisk aktivitet. Jo høgare utdanning og inntekt ein har, jo meir fysisk aktiv er ein. Slike skilnader i levevaner medverkar til sosial ulikheit i helse. Årsaka til det låge aktivitetsnivået kan delvis forklarast med den samla passiviserande effekten av velferdssamfunnets livsstil knytt til arbeid og transport<sup>51</sup>. For barn og unge er skilnaden mellom aldersgruppene i tid brukt på TV og/eller internett samanfallande med observasjonane av skilnaden i

aktivitetsnivå mellom dei to aldersgruppene. Det spekulerast difor i om den større andelen inaktiv tid blant 15-åringane kan vera med å forklare skilnaden i aktivitetsnivået mellom 15-åringar, 9-åringar og 6-åringar<sup>52</sup>.

### *Konsekvens*

Regelmessig fysisk aktivitet reduserer i betydeleg grad risiko for ei rekke sjukdomar<sup>53</sup>. Fysisk inaktivitet er ein sjølvstendig risikofaktor for dårlig helse. Lengre tidsperiodar med inaktivitet eller stillesitjing er, uavhengig av annan fysisk aktivitet, sterkt knytt til fedme, diabetes, metabolsk syndrom, enkelte former for kreft, hjarte- og karsjukdom og tidleg død. Konsekvensen med dagens nivå av fysisk aktivitet eller ein ytterlegare reduksjon er ein auke i livsstilsjukdomar med dei konsekvensar det får både for individet og samfunnet. Dersom *ein* 20-åring aukar frå inaktiv til aktiv (tilsvarande 30 minuttar moderat dagleg aktivitet) er den potensielle velferdsgevinsten omtrent 8 kvalitetsjusterte leveår. Dette tilsvare ein økonomisk verdi på om lag kr 4,7 millionar i samfunnsøkonomiske analysar. Eit konkret estimat for Kvinnherad kommune visar at dersom 5000 personar byrjar å gå roleg 10 -15 minuttar dagleg og dermed aukar frå inaktiv eller delvis inaktiv og kjem opp på anbefalinga om 30 minuttar dagleg aktivitet tilsvare dette ein potensiell velferdsgevinst på 125 kvalitetsjusterte leveår per år eller 73,5 millionar per år<sup>54</sup>.

## **5.2 Tobakksbruk – ungdomsskule og vidaregåande skule**

### *Status*

Samfunnet har dei seinare åra intensivert kampen mot røyking. Tal på røykarar både blant unge og vaksne har gått markant ned frå årtusenskiftet til i dag. Samstundes har tal på unge som snusar gått opp. Økt snusing veg ikkje opp for tilbakegang i røyking, slik at bruk av tobakk samla sett har gått tilbake<sup>55</sup>. Ut frå tal frå ungdomsundersøking gjennomført i Kvinnherad i 2013, er det grunn til å tru at dei nasjonale tala stemmer med situasjonen i Kvinnherad. Når det gjeld røykarar, er andelen noko lågare i Kvinnherad enn resten av landet, både i ungdomsskule og vidaregåande skule. Bruk av snus ligg på landsnivå i ungdomsskulealder, men det er eit noko høgare tal av dei som har svart på undersøkinga i vidaregåande skule i Kvinnherad som brukar snus, enn landet totalt sett.

### *Årsaksforhold*

Årsakene til at tobakksrøyking er gått markant ned, er nok samansett. Aldersgrensa for kjøp av tobakk blei heva frå 16 til 18 år i 1996. I 2004 blei det innført totalforbod mot røyking på alle stader der allmennheten har tilgang. Parallelt har det skjedd endringar i synet på røyking – og blant dei unge. Røyking gjev i dag liten status og respekt i dei fleste ungdomsmiljø<sup>56</sup>.

### Konsekvens

Nedgang i tobakksbruk, vil gje ein helsegevinst for den enkelte, og ein stor samfunnsøkonomisk gevinst på sikt.

## 5.3 Rusmiddelbruk – ungdomsskule og vidaregåande skule

### Status

Trass i at vaksne drikk meir alkohol enn tidlegare, har dei unge sin bruk av alkohol flata ut, og frå årtusenskiftet vist ein tydeleg nedgang. Det er likevel mange unge som drikk alkohol, og då særleg i den siste tenårsfasen<sup>57</sup>. Ungdomsundersøkinga som blei gjennomført i Kvinnherad i 2011, viste ein låg debutalder blant ungdom. I etterkant av dette, blei det sett inn tiltak. I 2013, viste det seg at debutalder har auka frå 2011 til 2013. Det at auken viser seg hjå begge kjønn og både i ungdomsskule og vidaregåande skule, kan tyde på at det er ei trend, og ikkje berre ei kulleffekt.

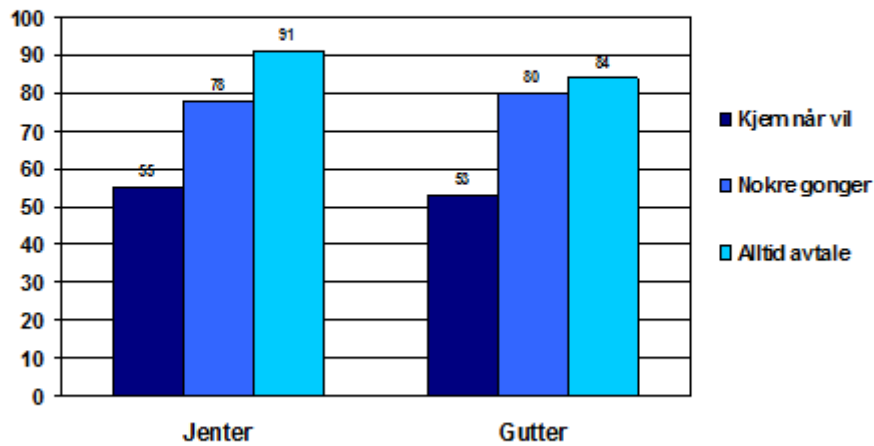
Tabell 14. Del (%) og gjennomsnittsalder for alkohol debut

År: debutert/debutalder	Gutar 10.kl.		Jenter 10.kl.		Gutar 2.vgs		Jenter 2.vgs	
2011	44%	13,4	43%	13,4	66%	14,8	85%	14,8
2013	43%	14,1	40%	14,8	87%	16,3	76%	15,8

Det er eit relativt høgt tal av ungdommar som svarar at dei har køyrt med promille, vore passasjer i bil der sjåfør har promille, eller veit om andre som har køyrt med promille.

Ungdommane er i hovudsak nøgd med foreldra sine. Når ein set alkoholbruk i samanheng med kva reglar ungdommane oppfattar dei har for dette i heimen, er det ein tydeleg samanheng. Dette viser at foreldra har ei sterk innverknad på ungdom sin rusbruk.

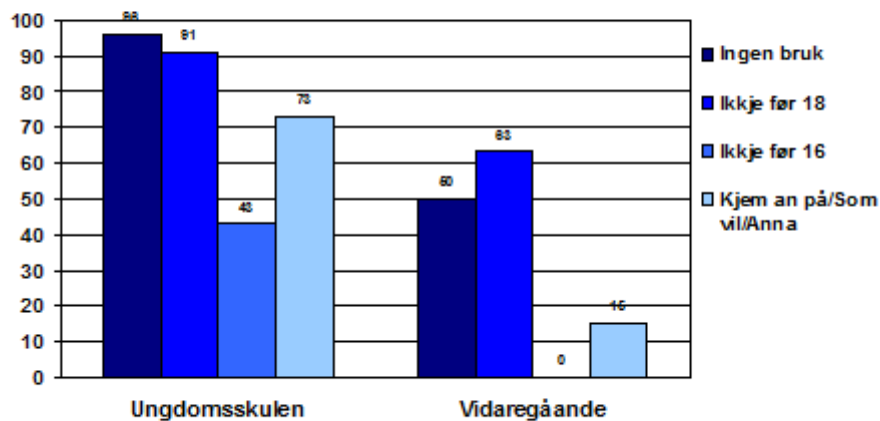
### Prosent som ikkje har vore tydeleg rusa, etter reglar om kva tid ein skal vere heime om kvelden



Tilbakemeldingene, 2011

Figur 10. Oversikt rus etter reglar i heimen

### Prosent som IKKJE har vore tydeleg rusa siste halvår, etter reglar heime om dei unge sin bruk av alkohol



Tilbakemeldingene, 2011

Figur 11. Oversikt rus etter reglar i heimen om alkoholbruk

Svara frå elevar i ungdomsskulen i undersøkinga, tyder på at bruk av andre rusmidlar enn alkohol, er lite vanleg blant ungdom i Kvinnherad. Tala viser ein høgare førekomst av Cannabisbruk på vidaregåande skule.

### *Årsaksforhold*

Årsak til høgare debutalder i Kvinnherad kan vere tilfeldig, men kan og vera resultat av særskilte tiltak som er sett inn dei siste åra. Det har blant anna vore eit samarbeid - tverrfagleg samarbeid og med heimane via Fau - der ein har hatt fokus på å redusere fokus på alkohol og russefeiring i samband med blant anna 1.mai og 16.mai for ungdomsskuleelevane. I tillegg tok SLT-koordinator i kommunen for to år sidan initiativ til å starte opp tiltaket «Unge og rus» i samarbeid med utekontakten. Dette tiltaket involverer alle elevar i kommunen på 7.trinn. Dei har alkohol og rusmidlar som tema i undervisninga, samt at foreldra blir involvert gjennom foreldremøter knytt til tema.

### *Konsekvens*

For mange inneber eksperimentering med og bruk av alkohol ein symbolsk markering av det å ta steget frå å vera barn til å bli ungdom. For mange er det vevd saman med venskap, flørting og ei sosial livsstil. Samtidig veit vi at det å drikke alkohol gjev auka risiko for akutte skadar, og ungdom som startar å drikke tidleg, har i mange tilfelle eit åtferdsmønster kjenneteikna av andre typar antisosial åtferd og bruk av tyngre rusmiddel. Slike ungdom har og gjerne eit vanskelegare forhold til skule og foreldre. Dei utøver meir kriminalitet, har dårlegare psykisk helse og får oftare problem seinare i livet.

Svara i ungdomsundersøkinga viser at foreldre som er tydelege på kva grenser dei har i høve alkohol har stor innverknad på ungdommane sin rusbruk. Det å setje betydningen ein har som foreldre på dagsorden gjennom ulike tiltak, vil kunne verke inn på både kva tid dei unge startar sin eksperimentering med alkohol, og på kor ofte og kor mykje dei rusar seg. Dersom vi klarer å heve debutalderen, og redusere bruk av alkohol blant unge, vil vi kunne redusere den negative effekten av dette rusmiddelet.

### **Uttale frå Lensmannen i Kvinnherad vedrørende rusmiddelbruk**

Politiet sit på tal som syner bruk av andre rusmidlar enn tobakk og alkohol. I 2013 vart det avdekka 46 brot på narkotikalovgivinga i Kvinnherad lensmannsdistrikt sitt område. Statistikken tek ikkje omsyn til forhold på nordsida av Kvinnherad kommune, Hatlestrand/Ølve området, då politisonene ikkje fylgjer kommunale grenser. Det var ingen personar under 18 år som vart anmeldt blant desse.

Når det gjeld utviklinga så langt i 2014, ser politiet ei markant endring i antal saker innan narkotikalovbrot. Politiet har den siste tida (september/oktober 2014) avdekka fleire saker der det er ungdom under 18 år som rusar seg på cannabis (hasj, marihuana, cannabisolje).

Så langt i 2014 er det oppretta 81 straffesaker mot 41 personar. Det er fleire personar under 18 år. I tillegg har politiet kjennskap til eit tosifra antall personar under 18 år som politiet har klare indikasjonar på har brukt eller brukar cannabis. Politiet vil saman med barnevernet og SLT koordinator gjennomfører bekymringssamtalar med desse ungdommane.

Politiet ser svært negativt på det ein har avdekka og ser ein trend i Kvinnherad som viser att også andre stadar i landet, der det blant ungdom er eit endra standpunkt knytt til rusmiddelet cannabis og bruk av dette.

Gjennom analyser av stoff innsend til laboratorieavdelinga hos KRIPOS, veit ein at det er høgt innhald av det psykoaktive stoffet Tetrahydrocannabinol (THC) i cannabis som vert kverrsett i Kvinnherad. THC er det som gjer personar rus og på sikt kan skapa avhengighet og helseskadar. Når det gjeld den avdekka bruken av cannabis, så gjenspeglar dette politiets innsats og prioriteringar og er ikkje eit reelt bilete av situasjonen. Politiet meiner det er store mørketal knytt til nemnde opplysningar og at bruk av cannabis blant ungdom er meir utbreidd enn det som kjem fram her.

## 6 Helsetilstand

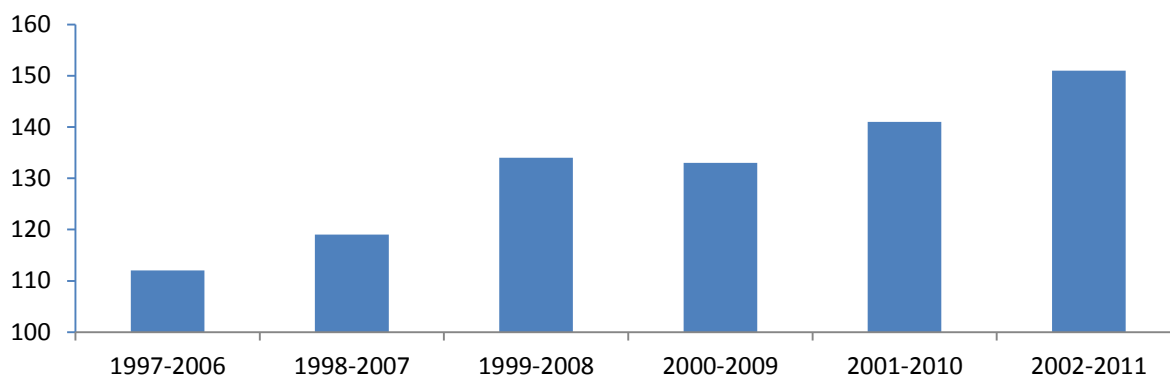
### Korleis er helsa i befolkninga?

#### 6.1 Fysisk helse

##### 6.1.1 Kreft

###### Status

Kvinnherad har høg førekomst av kreft samla sett, det vert meir kreft, slik det gjer og elles i landet. Jamvel om ein justerar for aldring og auke i folketal. Kreft i fordøyelses organ har til dels mykje høgare førekomst både hjå menn og kvinner enn på fylkes- og landsnivå, samtidig er det mykje høgare andel menn med prostatakraft i Kvinnherad enn fylket og landet. Ved begge desse krefttypene er det i tillegg ei sær uheldig utvikling dei siste åra. Figur 12 visar eit eksempel der ein samanliknar nivået av tjukk og endetarmskreft i Kvinnherad og Norge. Norge er satt til 100 og dei blå søylene representerer Kvinnherad. Som ein tydeleg kan sjå er nivået i alle tilfelle høgare enn landsnivået. I tillegg er denne skilnaden sterkt aukande siste år. Sjølv om ein har lågare førekomst av brystkreft og lungekreft enn i fylket og landet elles fører dette til at Kvinnherad har større andel av befolkninga med kreftsjukdom samla sett og utviklinga dei siste åra er urovekkjande ([Statistikk i vest](#)).



Figur 12. Figuren visar Tjukk og endetarmskreft for menn og kvinner samla. Nivået for Norge er heile tida 100 og søylene representerar tala for Kvinnherad sett i forhold til landet som heilhet ([Statistikk i vest](#)).

###### Årsaksforhold

Nokon av dei viktigaste miljømessige risikofaktorane for utvikling av kreft er tobakk, fysisk inaktivitet, dårleg kosthold, fedme, overdreven soling og høgt alkoholforbruk. Risikofaktorens påverknad varierar frå kreftsjukdom til kreftsjukdom<sup>58</sup>. I Kvinnherad aukar folketalet i alle 10 års aldersgrupper frå 50-90 + år, medan det i alle kategoriar frå 0-49 år er redusert. Med andre ord vert vi fleire eldre, samtidig som vi vert færre yngre. For Hordaland fylke er det også auke i tal eldre, men der aukar også



tal på yngre, nokså som medfører at andelen eldre aukar raskare i Kvinnherad enn fylket samla sett<sup>59</sup>. Då vi veit at krefttilfella aukar med aukande alder kan dette vere ei medverkande årsak til den dystre statistikken. Vidare heng auken generelt saman med både diagnostikk (meir aktiv diagnostikk, betre undersøkingar og hyppigare konsultasjon hjå lege gjev fleire diagnostiserte tilfelle) og ein auke i risiko (levesett og miljø). Tradisjonelt har byar ligge høgare enn landbruksstrok, men landkommunen kjem etter, noko som og vil gjelde Kvinnherad. Kvinnherad vert med andre ord meir lik Hordaland og Norge og det er god grunn til å spørje seg kvifor det er slik.

### *Konsekvens*

Kreftsjukdom er ei stor belastning både for den enkelte og for samfunnet. I Norge er det ein auke på 80 % siste 50 åra og ein god del av tilfelle kunne vore unngått. Utviklinga i Kvinnherad er altså verre enn dette. For små og mellomstore kommunar går statistikken opp og ned pga tilfeldige variasjonar som kan slå sterkt ut. Om auken i Kvinnherad er for stor er difor vanskeleg å sei.

(På grunnlag av det som vart oppfatta som urovekkjande tal er statistikken sendt kreftregisteret for uttale. Overlege og forskar der har gjort ein gjennomgang av statistikken for Kvinnherad samt gjort generelle vurderingar som er lagt til grunn for vurderinga som er lagt fram her.)

## **6.1.2 Diabetes**

### *Status*

Målt gjennom tal på brukarar av legemiddel mot diabetes type 2 (30-74 år) visar statistikken at menn frå Kvinnherad har noko lågare førekomst av diabetes enn gjennomsnittet frå Hordaland og Noreg samla. Hjå kvinnene ligg førekomsten på lik linje med fylkes- og landsnivå ([Statistikk i vest](#)). Samtidig er tala aukande berre over dei siste få åra og ein må rekne med at dette er ein sjukdom som vil fortsetja å auke dei komande åra.

### *Årsaksforhold*

Førekomsten av diabetes er aukande i heile landet og på generelt grunnlag vert sjukdomen utløyst hjå genetisk predisponerte personar av overvekt (særskild bukfedme), ugunstig kosthald, lite fysisk aktivitet og røyking. Dessutan aukar risikoen med aukande alder.

### *Konsekvens*

Diabetes type 2 er ein kronisk tilstand kjenneteikna av hyperglykemi og andre metabolske forstyrringar som mellom anna medfører 3-4 gangar større risiko for hjarte- og karsjukdom<sup>60</sup>. Den

fører til auka sjukeligheit og aukar dermed presset på pleie og omsorgstenestene. I tillegg er det berekna at berre halvparten av dei om lag 375 000 nordmenn som har diabetes har fått ein diagnose. Det er berre 70 % av alle med diagnostisert diabetes som måler blodsukkeret. Det er 24 gangar meir kostnadskrevjande å behandle seinkomplikasjonar som følgje av ubehandla diabetes type 2 enn å førebyggja gjennom blant anna effektiv og strukturert blodsuktermåling<sup>61</sup>. Med andre ord er det eit stort førebyggingspotensial på fleire felt. Det er viktig at personar med ubehandla diabetes vert diagnostisert, det er viktig med ei god oppfølging av pasientgruppa med tanke på eigenbehandling og det er viktig å legge til rette for sunne levevanar med tanke på å førebyggja at sjukdomen utviklar seg.

### 6.1.3 Hjarte- og karsjukdom

#### *Status*

Både menn og kvinner i Kvinnherad har noko høgare førekomst av hjarte- og karlidningar enn fylket og landet når ein ser på personar behandla i sjukehus i 2010-2012. Hjønn menn visar tala 22,1 (18,2 i Norge) per 1000 personar og kvinner 20,5 (16,3 i Norge) av 1000 personar, begge om lag 20 % høgare i Kvinnherad enn i Norge samla. Tala vert støtta av tal på brukarar av legemiddel mot hjarte-karsjukdom. Hjarte- og karsjukdom er redusert over mange år, men er framleis den største sjukdomen både med tanke på insidens, prevalens og dødeligheit ([Statistikk i vest](#)).

#### *Årsaksforhold*

Arvelege faktorar spelar ei rolle for utvikling av hjarte- og karsjukdom. Saman med andre faktorar vil desse enten redusere eller auke risikoen for hjartefarkt. Høgt kolesterol er den viktigaste risikofaktoren for hjartefarkt. Andre risikofaktorar er røyking, høgt blodtrykk, diabetes og overvekt. Fysisk aktivitet og eit høgt forbruk av frukt og grønnsaker er beskyttande.

#### *Konsekvens*

Hjarte- og karsjukdom fører til auka sjukelegheit og tidleg død. Det vert fleire og fleire som lever med gjennomgått hjarte- og karsjukdom som har fått redusert sin livskvalitet. Det er eit førebyggingspotensial mot sjukdomen.

### 6.1.4 Lungesjukdom

#### *Status*

Når det gjeld bruk av legemiddel mot astma og KOLS ligg kvinnheringar stort sett om lag på snittet for fylket og landet elles. I aldersgruppa 0-44 år er det ein reduksjon både for menn og kvinner. I

aldersgruppa 45-74 år er det ein marginal auka for menn for og ein større auke for kvinner dei siste åra. Kvinner er generelt meir råka av lungesjukdom enn menn ([Statistikk i vest](#)).

### *Årsaksforhold*

Utvikling i KOLS er som forventa i samfunnet med ein reduksjon hjå yngre personar grunna reduksjon i røyking både for menn og kvinner over fleire tiår. Hjå dei eldre kan vi framleis sjå ein auke i KOLS. Tidleg på 1970 talet var det om lag 50 % av menn og 30 % av kvinner som røyka. Fram mot 1990-talet vart andelen menn som røyka redusert til same nivå som kvinner på om lag 30 %. Deretter er andelen røykarar redusert til om lag 15 % for både menn og kvinner fram mot 2013<sup>62</sup>. Den negative effekten av røyking er større hjå kvinner enn menn, samtidig er røyking den viktigaste årsaken til utvikling av KOLS. I periodar der kvinner og menn har eit likt røykemønster vil ein kunne forvente fleire kvinner enn menn med KOLS.

### *Konsekvens*

KOLS kan vere ei stor belastning for den enkelte og medføre auka forbruk av helsetenester og fleire sjukehusinnleggingar. Det bør vera eit fokusområde å førebygge at unge byrjar med tobakk, samt hjelpe dei som treng det til å slutte.

## **6.1.5 Muskel og skjelettsjukdom**

### *Status*

Det er ein større del kvinnheringar med muskel og skjelettdiagnose i primærhelsetenesta (utanom brot og skadar) frå 2010-2012 enn det er både frå Hordaland fylke og landet elles. Totalt sett ligg Kvinnherad 20 % over landsnittet, med størst skilnad i den yngste aldersgruppa frå 0-44 år der både menn og kvinner ligg 26 % over landsnittet. Kvinner har fleire diagnosar enn menn med 349 per 1000 mot 264 per 1000 ([Statistikk i vest](#)).

### *Årsaksforhold*

Dei utløysande årsaken er samansette (tabell 15) og i Norge reknar ein med at om lag 30 % av muskel og skjelettplager er arbeidsrelaterte. Det er likevel ingen tvil om at både arbeidsgjevar og den enkelte kan gjera tiltak for å førebyggja muskel- og skjelettplager.

Tabell 15. Viktigste risikofaktorar for utvikling av muskel- og skjelettplagar.

Fysiske	Organisatoriske og psykososiale	Individuelle
For stor belastning ved løft, skyv, bæring	Krevjande arbeid med lite kontroll	Dårlig fysisk form
Uheldige arbeidsstillingar	Dårlig trivsel	Sjukdom
Einsformig arbeid	Manglande støtte frå kollegaer/leiar	Alder
Vibrasjonar (kjøretøy/håndholdt verktøy)	Tidspress	Overvekt
Arbeid i ekstrem kulde eller varme		Røyking
Dårlig lys og støy		

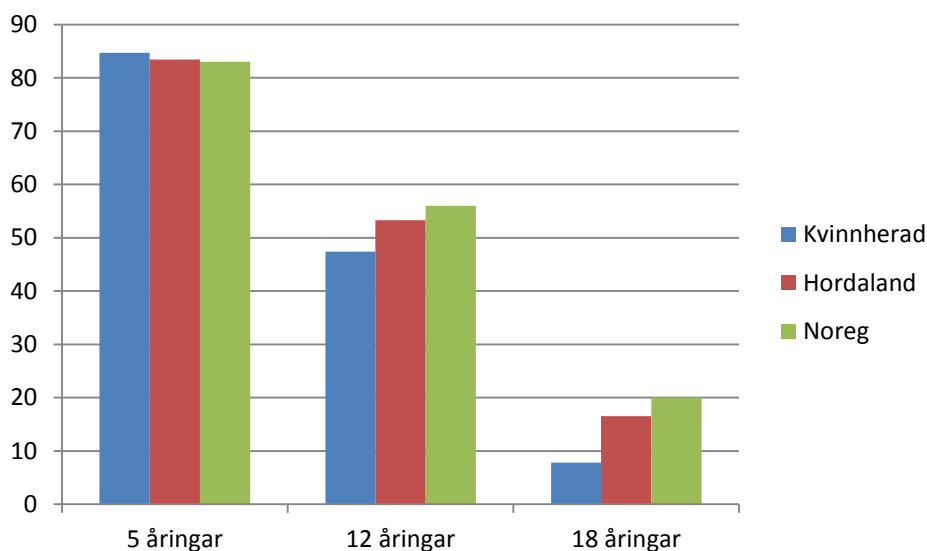
### Konsekvens

Muskel og skjelettplager er den største enkeltårsaka til sjukefråvere i arbeidslivet. Om lag 40 % av sjukemeldingar i Norge er relatert til muskel- og skjelettplager. Ein tredjedel av uføretrygding på landsbasis har årsak i muskel- og skjelettplager<sup>63</sup>.

### 6.1.6 Tannhelse

#### Status

Når det gjeld 5-åringar så har dei i Kvinnherad fine tenner. Ligg litt betre enn landsgjennomsnittet. Hjå 12 åringane så har dei litt fleire hol i Kvinnherad i forhold til gjennomsnittet i fylke og på landsbasis, men dei tala blir betre og betre for kvart år. Når det gjeld 18-åringane i Kvinnherad er det nok litt meir dyster lesing. Dei har meir hol i tennene i forhold til heile Hordaland fylke og på landsbasis. Statistikken går ikkje langt nok tilbake til å vurdere endring over tid<sup>64</sup>. Elles visar nasjonale undersøkingar<sup>65</sup> at ein av ti vaksne i den norske befolkninga har eit udekka behov for tannlegetenester. Vidare viser resultatata at det udekte behovet er høgast blant dei med låg utdanning og låg inntekt, og at økonomi er den viktigaste årsaka til ikkje å oppsøke tannlege.



Figur 13. % utan holerfaring

### Årsaksforhold

Vurderingane er gjort med hjelp av Tannhelsetenesta i Hordaland fylkeskommune ved Husnes klinikkområde. 5- og 12 åringer i Kvinnherad ligg på landsgjennomsnittet. Problema i Kvinnherad dukkar opp i ungdomsåra. Dette kan vere eit resultat av at foreldre ikkje føl opp oppmodingar om å pussa barna sine tenner til dei er 12 år. Vidare er det ein trend i samfunnet at ungar tidleg handlar mat/snop sjølve. Det manglar eit styrt kosthold hjå mange frå dei startar på ungdomsskulen og ein del nyttar for mykje syrehaldige drikkar som saft, brus og energidrikk. Nokre skular tillett saft til matpakka. Brusautomat på vidaregåande skule vil verke negativt inn. I tida før 18årsalder er det mange som uteblir frå tannlegetimane sine. Tannpleiaren i Kvinnherad registrerer strengare, altså meir karies, på dei som snart skal ut av vårt system. Dette verkar inn på statistikken. Ein del av 18 åringer i Kvinnherad er flytta og kjem ikkje til tannlegen her. Dette gjer at statistikken vert basert på færre individ, og dermed ikkje så etterretteleg.

### Konsekvens

Det er kjend at føresette med dårlege tannhygienerutinar overfører dette til sine barn. Dårlige rutinar får dermed konsekvensar også for barna i familien. For den enkelte som får mange fyllingar i ungdomsåra vert det dyrt å halda desse ved like i vaksenlader. Det er også knytt til ubehag og smerter og det er eit tap av helse for den enkelte. Mange besøk hjå tannlegen medfører også mykje fråver på skule og i arbeidsliv. Dårlig tannhelse medfører eit unødig tidstap for tannhelsetenesta.

### 6.1.7 Vaksinasjonsdekning

#### *Status*

Kvinnherad kommune har ut frå Nasjonalt vaksinasjonsregister, SYSVAK, ei låg vaksinasjonsdekning. Hjå 2 åringar i Kvinnherad ligg dei fleste vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet rundt 70 %, med unntak av MMR vaksine som har noko høgare dekning på 78 %. Hjå 9 åringar er dekninga om lag 85 % for alle vaksiner. På landsbasis er den gjennomsnittlege vaksinasjonsdekninga 93-94 % for alle vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet både ved 2- og 9 år ([Kommunehelsa](#)).

#### *Årsaksforhold*

Det kan vera fleire årsaker til at dekningsgraden kan variere når det gjeld barnevaksinasjon. Det er difor truleg at dekninga på landsbasis er marginalt høgare enn det statistikken visar. Dette gjeld og for Kvinnherad, men forklarar ikkje skilnaden mellom Kvinnherad og landet elles.

Helsestasjonen i Kvinnherad opplev at dekninga er høgare enn det som kjem fram i offentleg statistikk grunna underrapportering. Ei mogleg medverkande årsak til dette kan vere problem med den tekniske registreringa av data i SYSVAK der det har vore tilfelle av at vaksine ikkje vert registrert som gjennomført.

#### *Konsekvens*

Målet med vaksine er å utrydda alvorlege smittsame sjukdommar. For å få ein sjukdom under kontroll hjå innbyggjarane krev det ei vaksinasjonsdekning på 80-95 % avhengig av kor smittsam sjukdomen er. Dersom dekninga vert for låg kan sjukdomar vi har i dag kome tilbake. Vidare er det viktig å hindra spreiding av sjukdom då ein uvaksinert person kan bringa sjukdomen med seg. På sikt er det god økonomi å vaksinera seg då kroppens immunapparat bidreg til å beskytta oss mot infeksjonar. Det er på eitt vis ei forsikring for å unngå å bli sjuk /sjukemeldt.

Ulike land eller kontinent har fortsatt ei stor smitterisiko for ulike alvorlege sjukdommar. God vaksinestatus før reise er difor naudsynt, spesielt til høg endemiske område der smitterisikoen er større.

Kvinnherad kommune må sjå nærare på kvifor det er avvik mellom offentleg statistikk og lokal oppleving av vaksinasjonsdekning.

### 6.1.8 Vekt hjå barn og unge

#### *Status*

Barnevektstudien er ei landsomfattande studie som blei gjennomført i 2008-2012<sup>66</sup>. Resultat frå 2012, tyder på at det ikkje er auke i andel overvektige tredjeklassingar i perioden frå 2008-2012. Omlag kvar sjette tredjeklassing er overvektig, under 16%. Andel born som kjem inn i kategorien for fedme av desse, har og holdt seg uendra, og var i 2012 på 3,5%. Andelen av jenter med overvekt har vore høgare enn blant gutane i heile perioden. Blant jentene har det vore eit snitt på 18% med overvekt, medan det blant gutane har vore 15%. Undervekt er ikkje vurdert i Barnevektstudien. Tre av skulane i Kvinnherad kommune deltok i denne studien.

Kvinnherad kommune har i tråd med «*Nasjonale faglege retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*» gjeve tilbod om måling og veging av alle 2.klassingar (7-8 år) og alle 8.klassingar (13 år) frå 2012. Oppgåva vert gjennomført av helsesøstrer i skulehelsetenesta. Resultata frå desse målingane har ikkje latt seg gjere å hente i denne omgang, men vil bli forsøkt inkludert i oversikten ved revisjon.

#### *Årsaksforhold*

Årsak til den generell vekttauke i befolkninga, er ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk. Hjå den enkelte er det mange biologiske og psykologiske forhold som kan påverke energiinntaket og –rekneskapet. Vi veit at arvelege tilhøve kan ha stor betydning for den einskilde<sup>67</sup>. Endringar i miljøforhold må forklare dei betydelege endringane ein har sett i vekt i den norske befolkninga dei seinare tiåra, det gjeld og barn og unge. Det at dagleglivet har blitt mindre fysisk aktivt, har truleg hatt innverknad. Vi har ikkje data som kan fortelje om det er endringar i fysisk aktivitet eller endringar i kosthald som energiinntak som spelar størst rolle. Truleg er det ein kombinasjon. Det er vanskeleg å finne tal som er knytt berre til Kvinnherad kommune når det gjeld dette, men det er ingen grunn til å tru at årsakar er annleis i vår kommune enn landet elles.

#### *Konsekvens*

Dei fleste barn med overvekt er fysisk friske, men nokon kan ha psykososiale plagar. Svært høg vekt og fedme kan og gi fysiske helseproblem, og hjå nokon skuldast høg vekt ein underliggende sjukdom. Overvektige barn og unge har moderat auka risiko for å utvikle overvekt og fedme i vaksen alder. Risikoen aukar med stigande alder, og er større dersom ein eller begge foreldre har fedme. Førebyggjande tiltak bør rette seg mot både kosthald og fysisk aktivitet. I vaksen alder er fedme knytt til ulike følgesjukdomar, særleg hjarte- og karsjukdom og stoffskifteproblem.

## 6.2 Psykiske helse

### 6.2.1 Psykiske symptom og lidningar

#### *Status*

Psykiske symptom og lidningar i Kvinnherad kommune i aldersgruppa 0 – 74 år er blant dei høgaste i Hordaland og godt over landsgjennomsnittet ([Statistikk i vest - personar](#)). Kvinnherad ligg høgt saman med Odda og Stord. Gjennomsnittlig debutalder for rus- og psykiske lidningar er før fylte 20 år. 75% av alle psykiske lidningar debuterer før fylte 25 år.

#### *Årsaksforhold*

Sannsynleg samanheng er at Kvinnherad mellom anna er ein industrikommune. Vidare har Valen Sjukehus vore ein av dei største arbeidsplassane i Kvinnherad kommune, noko som i større grad vil kunna innebere kjennskap, forståing og openheit om, og for psykiske lidningar i befolkninga. For brukarane kan dette innebere at fleire lettare og tidlegare tek kontakt med hjelpeapparatet. Fleire personar som har vore langtidspatientar på Valen Sjukehus har valt å busetta seg i Kvinnherad kommune når langtids plassane vart redusert kraftig og med mål om at menneske med psykiske lidning skal bu og leva i kommunane. Kvinnherad kommune har eit godt og differensiert tilbod av helse og sosialfaglige dag og døgntenester saman med ein rekke førebyggjande tiltak gjennom verksemd for kultur og fritid. Statistisk er det grunn til å tru at godt utbygde tenester for menneskjer med rus og psykiske lidningar fører til at ein fangar opp fleire med denne problemstillinga.

#### *Konsekvens*

Fleirtalet av brukarane i Rus- og psykiske helsetenester har ikkje utdanning ut over grunnskule og vidaregåande skule. Fleirtalet har låg inntekt og er mottakarar av uføretrygd eller andre trygdeordningar. Meir enn 30 prosent bur i bufellesskap, leiger enten kommunalt husvære eller privat bustad. Psykiske problem er ei vesentlig årsak for om lag ¼ av dei 900 000 personane som i dag står utanfor arbeidslivet i Norge. Tidlig hjelp (TIPS) kan redusere førekomsten av psykosar med inntil 50%. Det er trong for å sjå nærare på kvifor menneske med psykiske symptom og lidningar ligg så høgt i Kvinnherad.

I 2016 vil kommunen m.a. få behandlaransvar for angst og depresjonar, som spesialisthelsetenesta fram til 2016 har ansvar for. Dette fører til at det vil bli ein *vesentleg auke* av helse og sosialfaglig tenesteyting frå og med 2016, som konsekvens av samhandlingsreformen.



## 6.2.2 Alvorleg psykisk sjukdom

### Status

Mellom 150 og 170 brukarar mottek helse og sosialfaglige tenester i Rus og psykiske helsetenester i Kvinnherad kommune. 66 prosent av brukarane er i gruppe 3 – *Alvorlige langvarige problem* (schizofreni, medikament- eller rusmiddelavhengighet, alvorlige personlegdom forstyrringar, alvorlige bipolare lidningar)(talmateriale henta frå lokal pleie og omsorgsteneste).

### Årsaksforhold

Det høge talet i gruppe 3 er ein naturleg konsekvens av nedbygging av langtids institusjonsplasser i spesialisthelsetenesta, og at brukarane skal bu og leva i kommunen og få tilbod om naudsynte helse og sosialfaglige tenester der.

### Konsekvens

Det vert avgjerande å halde fram med å vidareutvikle og samhandle om gode helse og sosialfaglige tenester generelt og mellom spesialisthelsetenesta og kommunen. Dette for å styrke meistring i eige liv, førebygge forverring av sjukdom og innlegging i spesialisthelsetenesta.

## 6.2.3 Forbruk av legemiddel for psykiske lidningar

### Status

Kvinnherad kommune ligg høgt i bruk av legemidlar for psykiske lidningar, saman med Odda og Stord, og godt over snittet i landet og Hordaland. I aldersgruppa 45 til 74 år brukar kvinner dobbelt så mykje legemidlar som menn. I aldersgruppa 0 til 44 år er skilnaden 25 prosent høgare for kvinner ([Statistikk i vest - legemiddel](#)).

### Årsaksforhold

Høgt forbruk må sjåast i samanheng med at talet på menneske med psykiske symptom og lidningar også ligg høgt i Kvinnherad. Mogeleg at kjønnsrolle er ei av årsakene til at kvinner i større grad enn menn kontaktar hjelpeapparatet ved psykiske symptom og lidningar. Er dette i så tilfelle ein trend som held på å snu, når ein ser skilnaden mellom kvinner og menn som nyttar legemidlar for psykiske lidningar i aldersgruppa 0 til 44 år, opp mot dei mellom 45 til 74 år ?

### *Konsekvens*

Det er trong for å sjå nærare på den høge legemiddelbruken og den store skilnaden i bruken mellom kjønna, og endringar i ulike aldersklassar. Endra behandling for psykiske lidingar frå medisiner mot samtalerapi kan medverke til å redusere medikamentbruken.

## 6.2.4 Rusmiddelbruk og psykisk lidning

### *Status*

Av 150 kartlagde brukarar i Rus- og psykiske helsetenester nyttar 1/3 rusmidlar. 75 prosent av dei har i tillegg ei psykisk lidning. Vidare rusar 70 prosent fleire menn enn kvinner seg. Alkohol, cannabis, legemidlar og sentralstimulerande midlar er mest brukt. Når det gjeld registrert rusmiddelbruk i Brukarplan ligg Kvinnherad lågt i forhold til folketalet, og i samanlikning med andre kommunar. Dette har samband med at fastlegane i Kvinnherad ikkje registrerar inn til brukarplan. Sett i forhold til andre kommunar vil talet då vore ca. 30 prosent høgare (talmateriale henta frå lokal pleie og omsorgsteneste).

### *Årsaksforhold*

At 75 prosent av dei som rusar seg i tillegg har psykiske lidingar, samt eit forholdstal på 70 prosent menn og 30 prosent kvinner, kan tyde på at menn sjølvmedisinerar seg på rusmidlar for psykisk lidning, medan kvinner i større grad kontaktar lege og får medisinar (sjå over). Det er likevel kjent at det er store mørketal når det gjeld kvinner og rus grunna tabu, skamma og ansvar for born som gjer at kvinner som rusar seg held dette skjult. Vidare kan organiseringa av tenestene i Kvinnherad kommune vera ein årsak. I alle høve vart det registrert fleire brukarar då rustenesta var organisert saman med sosialtenesta.

### *Konsekvens*

Det treng rettast auka fokus på kartlegging av sambanden mellom psykisk lidning og rus for så vel menn som kvinner som rusar seg.

## 6.2.5 Born som nære pårørande

### *Status*

Vel 25 prosent av brukarane Rus- og psykiatritenesta har kontakt med har ansvar for born i form av dagleg omsorg, samvær eller kontakt. Når det gjeld kartlegging i brukarplan viser det at nesten 50 prosent av dei som rusar seg i Kvinnherad har ansvar for born i form av dagleg omsorg, samvær eller

kontakt . Av desse har igjen halvparten kontakt med barnevern tenesta. Tenesta har auka fokus på born og unge som pårørande.

### Årsaksforhold

Ikkje aktuelt.

### Konsekvens

Dette er born som ofte lever i ein emosjonell ustabil og lite forutsigbar kvardag i relasjon med nære pårørande. Det må rettast særleg fokus på kompetanse om skadeverknader og fange opp symptom hjå born som blir utsett for fysisk og seksuell vold og det å leve med foreldre med psykisk lidning og eller rusproblem, slik at dei får hjelp så tidleg som mogeleg.

## 6.3 Psykisk helse hjå barn og unge

### 6.3.1 Barn med tiltak

#### Status

Meldingar til barnevernstenesta vert ikkje registrerte i SSB, men tendensen nasjonalt sett har vore, at meldingar til barnevernstenesta er aukande. Dette gjeld og for Kvinnherad. Barnetalet (0-18 år) har i den aktuelle (2008-2013) perioden vore tilnærma likt.

Tabell 16. Meldingar til Kvinnherad barnevern teneste

År	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tal	126	122	144	128	152	179

I 2013 var det foreldra (mor/far/føresette) som oftast meldte frå til barnevernet. Om lag halvparten av meldingane kom frå dei, saman med barnevern, politi og skule. Grunnlag for å sende ei melding til barnevernstenesta er at ein har grunn til å tru at det føreligg omsorgssvikt. Det er ein tendens til auke i saker som omhandlar vald og overgrep. I tillegg har barnevernstenesta kontakt med mange familiar der alkohol og andre rusmiddel er eit element i saka. Av alle aktive saker p.t. har 45% eit element av rus, hovudsakeleg som eit problem hjå foreldra. I 7% av sakene er det eit element av rus både i høve barn og foreldre eller berre hos barnet.

Tabell 17. Del barn med undersøking 0-17 år (%) (Statistikk i vest)

	2003	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kvinnherad	2,2	2,9	2,8	3,9	4,3	3,6	4,3	5,0
Kostragr. 11	2,4	2,7	3,2	3,6	4,0	4,4	..	..
Voss	2,2	2,1	2,7	2,8	3,2	3,2	4,8	3,2
Landet	2,2	2,4	2,8	3,0	3,6	3,6	3,9	4,1

Det har dei siste ti åra vore ei auke i barn med undersøking i forhold til tal innbyggjarar 0-17 år. Dette samsvarar i stor grad med både kommunegruppa og landet totalt sett. Kvinnherad har hatt noko høgare tal, og ligg per i dag 0,9 % over landet totalt. Tala for 2012 og 2013 ligg føre for kostragruppe 11. Av den grunn, er Voss kommune, som og høyrer til den kommunegruppa, plukka ut som samanlikningsgrunnlag.

Tabell 18. Del undersøkingar som fører til tiltak (%) (Statistikk i vest)

	2003	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kvinnherad	61,9	64,3	67,0	69,3	51,4	42,4	54,5	42,5
Kostragr. 11	54,8	55,1	54,9	50,8	52,0	47,9	...	43,6
Voss	81,4	46,6	46,1	39,7	42,1	47,1	51,6	48,4
Landet	52,0	53,2	50,3	50,3	48,7	47,8	47,2	43,0

Det har over dei siste ti åra vore ein nedgong i andel barn som får tiltak etter at undersøkinga har vore gjennomført. Kvinnherad kommune låg over landsgjennomsnittet og snittet for kostragruppe 11 i 2003, men ligg i 2013 under.

### Barn i tiltak:

Talet på barn som får hjelp av barnevernstenesta har blitt dobla i perioden 1993 og fram til 2012<sup>68</sup>. Dette gjeld både på landsbasis, og for vår kommune. I Kvinnherad kommune har vi hatt eit høgt fokus på hjelpetiltak, og ein mindre del av barn i tiltak får omsorgstiltak i vår kommune, samanlikna med landet totalt sett. Det at mange barn får tiltak, treng ikkje å bety eit dårleg omsorgsmiljø. Det kan og vera eit teikn på ei hjelpeteneste som fungerer og som fangar opp born med særlege behov.

Tabell 19. Barn i tiltak i Norge og Kvinnherad

År	Norge		Kvinnherad	
	Tal barn i tiltak	Hjelpetiltak	Tal barn i tiltak	Hjelpetiltak
1993	27.000	75%	70	80%
2003	36.000	81%	145	83%
2012	53.000	83%	166	90%

Når det gjeld type tiltak, er utviklinga på landsbasis at fleire barn får råd og rettleiing og andre tiltak. Det er ein nedgang i bruk av tiltak som fritidsaktivitetar, barnehage, besøksheim, økonomisk hjelp og støttekontakt. Denne utviklinga ser vi og i eigen kommune. Det er ei styrt utvikling at ein har auka fokus på tiltak som kan endre situasjonen for barn i familien, framfor tiltak som kompenserer for dei vanskane barnet eller familien har.

Akutte tvangsplasseringar av barn i barnevernstenesta har auka betydeleg sidan 2008 i Noreg. Barn sine moglegheiter til å få barnevernsfagleg hjelp når kriser oppstår, er avhengig av kvar i landet ein bur. I 2013 var berre 135 av landet sine 428 kommunar dekkja av ei form for barnevernsvakt.

Kvinnherad kommune har sett ei auke i omfang av akuttsaker dei siste åra. Vi har inga barnevernvaktordning ut over døgnvakt hjå politi og legevakt.

### Årsaksforhold

Gjeldande barnevernslov blei teken i bruk 1. januar 1993, noko som betyr at ein generasjon barn no har blitt fulgt gjennom livet frå barn til vaksen, av denne lova. Ved inngangen til 2011 er det i befolkningsstatistikken registrert i overkant av 1,1 millionar barn i alderen 0-17 år i Norge, ein auke på 13 prosent sidan 1993. Om ein ser på utviklinga i barnevernsstatistikken i same periode, ser vi ein stor auke i tal barn i barnevernet. Veksten i tal barn i barnevernet heng blant anna saman med eit auka fokus på førebygging og tidlig intervensjon.

Ei anna markant endring i det kommunale barnevernet, er auka kompetanse blant dei tilsette. I tillegg til at ein større del av årsverk i barnevernet blir utført av tilsette med relevant utdanning, har og det totale talet årsverk auka. Dette gjeld både på landsbasis og i Kvinnherad kommune. Sidan 1993 har det vore ei auke i både tal barn og tal tilsette i tenesta. At det har blitt stadig fleire barn i barnevernet, betyr ikkje nødvendigvis at Noreg/Kvinnherad har blitt eit dårlegare land/kommune for barn å vokse opp i, men indikerer heller ei endring av barnevernet si rolle. Auke i saker bør og bli sett i samanheng med generell auke i velstand, i den forstand at når samfunnet får meir ressursar til rådvelde, vil dette også gje seg utslag i meir ressursar til barnevernet<sup>69</sup>.

### *Konsekvens*

Fleire barn får hjelp av barnevernstenesta i dag, enn tidlegare. Dette kan verke førebyggjande, og gje ei positiv samfunnsøkonomisk effekt på sikt. Barnevernstenesta kjem framleis seint inn i mange saker. Det fører til at det er vanskelegare å få til endringar, samt at tiltaka vi set inn blir meir omfattande og meir kostbare. Det må vera ei målsetjing å komme tidlegare inn, slik at ein kan hjelpe barn og unge før dei blir symptomberarar på problem som dei tek med seg vidare inn i vaksenlivet, samt å forhindre akutt plasseringar. Akutt plasseringar er skadeleg for born. Gode system og godt planlagde tiltak er viktig for å førebygge omsorgssvikt og situasjonar som fører til akutte kriser i familien. Eit samla barnevern må ha som mål å gje vanskelegstilte barn og deira familiar tiltak som bidrar til å redusere belastningane som ein akutt situasjon inneber. Det krev førebygging av at slike situasjonar oppstår i barnet sitt omsorgsmiljø, samt å kunne utøve akuttarbeidet på ein slik måte at barna ikkje vert unødig skadelidande.

### **6.3.2 Barn i fosterheim**

#### *Status*

I Kvinnherad har mange ei positiv innstilling til å hjelpe barn og unge som treng ein annan omsorgssituasjon i oppveksten. Mange melder seg difor som fosterforeldre, og vi har mange fosterbarn i skule og barnehagar. Dette er barn og unge som har hatt negative opplevingar tidlegare i livet, og dei treng difor ekstra oppfølging både heime, i skule/ barnehage og på fritida. Nokre barnehagar og skular får fleire fosterbarn, og krava til struktur og oppfølging vert ekstra stort i desse gruppene. Det er ofte ressurskrevjande.

Plassering av barn i heimar i Kvinnherad kan skje frå barnevernet i kommunen, men ofte er det barnevernet i andre kommunar som plasserer her, og har ansvaret for oppfølging av fosterforeldra. Vi har difor ingen kontroll med, og ei litt usikker oversikt over kor stort omfang desse plasseringane har. Pr oktober 2014 har vi om lag 40 barn i fosterheim i kommunen.

Mange av barna har ekstra styrking av heimen for at dei skal få god nok oppfølging. Dei fleste får også styrking i form av fleire vaksne i barnehage og skule. PPT, barnevern og helsestasjon har kompetanse om denne barnegruppa, men ressursane til rettleiing til skule og barnehage er ofte for liten. Fosterbarn er like ulike som andre barn. Dei har ofte ein meir ulik bakgrunn, og det er difor naudsynt med individuell og tilpassa rettleiing i kvar einskild sak. Talmateriale henta lokalt i TTBU.

### Årsaksforhold

Ikkje alle familiar klarer å gje borna og ungdomane den omsorga samfunnet meiner er minimumskrava. Når slike situasjonar oppstår skal barnevernet intervenere, og nokre gonger vert tiltaket at barnet/ ungdomen vert flytta til ein fosterheim. Å skaffe gode fosterheimar er eit statleg ansvar, og Buf-etat er stadig på leit etter nye kandidatar. Ofte vil heimar som ein gong har hatt fosterbarn ta på seg dette ansvaret igjen på seinare tidspunkt noko som aukar sjansen for at ein bestemt skule/ barnehage får fosterbarn.

Fosterbarn vil alltid ha ein bakgrunn knytt til at sjansane deira for normal utvikling er redusert. Dei kan ha levd kort eller lenge under utilstrekkelege omsorgstilhøve, men vil alltid vere prega av dette, og ha trong for ekstra innsats frå omsorgspersonar heime, i barnehagen og på skulen. I nokre tilfelle får fosterforeldre ekstra rettleiing av barnevernet som har plassert barnet i vår kommune, men dei offentlege instansane som har ansvar for barnehage og skuletilbod må få denne oppfølginga gjennom kommunen sitt støtteapparat.

### Konsekvens

Familiar i einskilde bygder i Kvinnherad er særskilt villige til å ta imot fosterbarn. Dette fører til ei opphoping av utfordringar ved skulane og barnehagane i desse bygdene, og krev ekstra oppfølging og rettleiing ved institusjonane. Dersom ein er i stand til å setje i verk tilfredstillande tiltak for barn og unge i ein slik situasjon kan det føre til oppleving av meistring og auke sjansane for eit meningsfullt og produktivt liv. Motsett vil manglande innsats kunne føre til ein negativ spiral og auke sjansane for store kostnader for samfunnet. Det er difor naudsynt med eit fagleg kompetent støtteapparat som har tilstrekkelige ressursar til å gje denne oppfølginga.

### 6.3.3 Unge foreldre

#### Status

På nasjonalt nivå ser vi at det er fleire unge foreldre i mindre urbane strøk. I Kvinnherad ser helsestasjonen at det i periodar er påfallande mange unge foreldre. Gjennomsnittleg alder for fødsel i Norge er 30,4 år både i 2012 og 2013. I Hordaland var gjennomsnittet 30,2 år i 2012 og 30,3 år i 2013. I Kvinnherad er gjennomsnittsalder 28,7 år i 2012 og 28,8 i 2013. Tilsvarande ser vi at gjennomsnittsalderen for førstegongsfødande er langt lågare i Kvinnherad enn i Hordaland fylke og i landet totalt.

Tabell 20. Gjennomsnittsalder for førstegongsfødande

	2012	2013
Kvinnherad	26,3	26,8
Hordaland	28,2	28,5
Noreg	28,4	28,5

Alle tal: Medisinsk fødselsregister.

Besteforeldre er ein ressurs i forhold til unge foreldre. Særleg når det gjeld avlasting og støtte til praktiske oppgåver gjer besteforeldre ein stor innsats. Rettleiing av eigne barn som er blitt foreldre er derimot ofte noko vanskelegare. Fleire av dei yngste foreldra er knapt ferdige med eiga tenåringstid, og då kan det vere vanskeleg å ta imot råd og rettleiing frå eigne foreldre. Kommunen har ikkje eit særleg tilbod om oppfølging av unge foreldre. Dei vert sjølvstøtt prioritert i helsestasjonen, men dei skal gje tilbod til alle barn, og ressursane er knappe. Det er difor i avgrensa grad mogleg å gje den oppfølginga desse foreldra burde få.

### Årsaksforhold

Tradisjon og det at andre unge jenter blir mødre kan vere ei mogleg årsak. Manglande utdanningstilbod i nærområdet kan vere ei anna mogeleg årsak til at unge stiftar familie tidleg. Det er ikkje grunn til å tru at rettleiing til og tilgang på prevensjon er annleis i Kvinnherad enn andre stader, ei heller haldning til abort.

### Konsekvens

I forhold til dei fysiske føresetnadane for å få barn er det ikkje uheldig at alderen for førstegongsfødane er låg i Kvinnherad. I forhold til kva som er forventningane og ønska til samfunnet (og dei fleste unge) vil det å få barn tidleg kunne føre til ulike avgrensingar. Å bli foreldre tidleg er ofte ei hindring i forhold til høgare utdanning, og fører til at foreldra får eit anna karrieremønster enn dei som vert foreldre seinare i livet. Ofte vil desse familiane få ein lågare sosioøkonomisk status enn dei som vel å få barn seinare i livet.

Alle foreldre er usikre når dei får sitt første barn, og dei heilt yngste treng meir oppfølging for å sikre ein god oppvekst for dei nye innbyggjarane i kommunen. Ut frå fagkunnskapen veit vi at forholdet mellom barn og foreldre det første leveåret er svært viktig. Dei tilknytingsbanda som vert etablert i denne perioden påverkar oss i stor grad resten av livet.



### 6.3.4 Psykisk helse hjå barn og unge

#### *Status*

Kartleggingar av ungdomar viser at det er ein auke i opplevde psykiske vanskar i denne gruppa.

Mange opplever at dei har det godt ytre sett, men strevar med eiga tilkortkoming. I Kvinnherad er det ein høgare del av innbyggjarane som har psykiske symptom og lidingar (14,81 %) enn i resten av landet (13,58%) ([Statistikk i vest - personar](#)). Elevar i Kvinnherad kjem ut med litt høgare prosentdel mobbing 9,3 % enn landssnittet 8,9 % ([Kommunehelsa](#)).

I Ungdata sin rapport for Kvinnherad 2013 ser vi at elevane i vidaregåande skule rapporterer større grad av mobbing, meir opplevd einsemd og meir depressivt stemningsleie enn andre elevar i landet. Når det gjeld depressivt stemningsleie svarer 25% at dei har vore veldig eller ganske mykje plaga den siste veka, medan landsgjennomsnittet er 16 %.

Det er stor pågang av unge som søker kontakt med helsestasjon for ungdom. I 2013 hadde vi 259 konsultasjonar (13 gutar) i helsestasjon for ungdom. Tema i konsultasjonane er i stor grad reaktive til problemstillingar elevane tek opp. Det er stort fokus på spørsmål knytt til seksualitet og prevensjon, men meir tidkrevjande støttesamtalar om sosiale og psykiske vanskar tek og mykje tid. Helsestasjon for ungdom er open både for elevar frå vidaregåande skule og for elevar frå ungdomsskulane.

#### *Årsaksforhold*

Psykiske vanskar er resultat av eit samspel av ulike grunnar, og årsakssamanhengen er som oftast samansett og komplisert. Det vil og vere ulik vilje til å rapportere symptom på spørjeundersøkinga. Det kan tenkjast at det er større grad av openheit i forhold til å snakke om psykiske vanskar i vår kommune, og at dette gjer det lettare for unge å rapportere at dei har slike vanskar her enn andre stader i landet.

#### *Konsekvens*

Psykiske vanskar heng i stor grad saman med det å ikkje fullføre vidaregåande utdanning, med dei konsekvensane det får for sjansar på arbeidsmarknaden. Psykiske vanskar har også ofte konsekvensar for sosialt samspel ved at det fører til sosial isolasjon. Vi veit at sosial isolasjon gjev lågare livskvalitet, det bidreg ofte til skulefråvær, og vil difor også kunne redusere sjansane for å kunne fullføre utdanninga ein ynskjer. Psykiske vanskar er ein av dei hyppige årsakene til sjukemelding i arbeidslivet. At unge menneske rapporterer stor grad av angst og depresjon kan vere eit signal om at dette ikkje vil avta i framtida utan at ein set i verk tiltak for å førebygge og endre.

## 6.4 Psykisk helse hjå eldre

### Status

Rus og psykiske tenester melder at dei mottek svært få tilvisingar på eldre. Erfaringa er at eldre psykisk sjuke (som andre eldre) etter kvart får somatiske sjukdomar som inneber helsetenester frå pleie og omsorg og at dei psykiske helsearbeidarane gradvis trekk seg ut då brukar ikkje lenger syntest å kunne nyttiggjere seg av tenestene deira. Som del av eldrebølgja vert ikkje eldre med rus- og psykiske lidingar mindre. Når det gjeld rus, veit ein at eldre inntek kontinentale drikkevanar som inneber avhengigheit og auka innlegging i sjukehus grunna alkoholrelaterte skadar i form av ulukker og svekka somatisk helse. I tillegg kjem feil diagnostisering som demens der eigentlig årsak ligg i kognitiv svikt grunna alkohol (ofte skjult grunna skammar) og medikamentbruk.

Statistikk for Kvinnherad i 1990 viste tal på personar 80+ til 458 med ei prognose til 2015 på 692. Det faktiske talet i 2015 er 755. Talet på personar med demenssjukdom vart i 1990 framskrive til å vere 194 i 2015 og 212 i 2020. Det reelle talet i dag er truleg rundt 250. Både talet på eldre og eldre med demenssjukdom aukar difor raskare enn det som har vore antatt. Berre i Rosendal sona (Ølve-Hatlestrand-Varaldsøy, Åkra, Mauranger til Uskedalen) er talet på heimebuande, diagnostiserte personar med demenssjukdomar >70. Truleg er det reelle talet større.

Erfaring tilseier at mange pårørande «dekkar over» sine nærstående og vekk forklarar og bagatellisera symptoma dei merkar i tidleg fase av sjukdomen. Erfaringstal frå institusjonar i Norge visar at meir enn 80% av dei som har plass i institusjonar har ein demenssjukdom. Belastinga hjå pårørande kan vere stor sjølv om pasienten ikkje bur i eigen heim.

### Årsaksforhold

Aukande alder er den viktigaste risikofaktoren for demens, og risikoen stig særleg etter 80 år. Risikoen for å utvikle demens er høgare for kvinner enn for menn. Samtidig er det ein arveleg faktor, sjølv om denne berre utgjer ein liten del av årsaksbildet. Ei gunstig «hjarte-kar» helse kan verke førebyggjande eller utsetje utvikling av demens hjå middelaldrande, mellom anna gjeld dette kontroll med blodtrykk, kolesterol og fysisk aktivitet. Mental aktivitet verkar også førebyggjande<sup>70</sup>.

### Konsekvens

Det har konsekvensar for helsa til ei stor gruppe pårørande om vi har eller ikkje har eit godt tilbod til heimebuande personar med mogeleg demenssjukdom. Forsking viser at omsorgspersonar har auka førekomst av fysiske og psykiske lidingar som stress og manglande meistring, depresjonar, diabetes, kroniske sjukdomar og høgt medikamentbruk<sup>71</sup>. Samtidig har personar med demenssjukdom som lever saman med stressa personar høgare frekvens av agitert åtferd enn dei som lever saman med mindre stressa pårørande<sup>72</sup>. Oppfølging av både personar med demens og deira pårørande er difor

viktig både for helsa til dei med sjukdomen og dei pårørande. Med tanke på årsaksforholda innan psykisk helse, og demens spesielt, verkar det difor naturleg å satse på ein heilhetstanke som inkluderer det sosiale og fysiske aktivitet som ledd i det førebyggjande arbeidet.

Kommunen treng vidare gode førekomst tal for å kunne planlegge kor mange sjukeheimsplasser og helsepersonell ein treng dei komande åra<sup>73</sup>.

## 7 Prosedyrar, regelverk og ansvar

### 7.1 Prosedyrar for arbeid med oversikt over folkehelsa

Styringsgruppe for oversiktsarbeidet er satt saman av kommunalsjef Næring og utvikling, kommunalsjef Skule og oppvekst, kommunalsjef Helse, pleie og omsorg, kommuneoverlege, verksemdsleiar Helse og rehabilitering og folkehelsekoordinator (sekretær).

1. Prosedyrar og retningslinjer for Folkehelseoversikten – Kvinnherad kommune
  - a. Styringsgruppa har overordna ansvar for utarbeiding Folkehelseoversikten – Kvinnherad kommune
  - b. Styringsgruppa vedtek prosedyrar og retningslinjer for oversiktsarbeidet
  - c. Oversiktsdokumentet skal føreliggja ved utgangen av september i år med kommuneval klar til oppstart med kommunens planstrategi
  - d. Oversiktsdokumentet skal behandlast politisk etter hovudrevisjon kvart 4.år
  - e. Oversiktsdokumentet skal gjerast allment tilgjengelig etter hovudrevisjon kvart 4.år
  - f. Oversiktsdokumentet skal gjerast kjent i den kommunale organisasjonen og nyttast i kommunalt planarbeid
    - i. Verksemdsleiarar er ansvarleg for å gjere dokumentet kjent i si verksemd
2. Utarbeiding av dokumentet
  - a. Folkehelsekoordinator er sekretær for arbeidet og ansvarleg for koordinering og samanstilling av oversiktsdokumentet
  - b. Oppgåva med å utarbeide oversikten vert fordelt av styringsgruppa gjennom folkehelsekoordinator til aktuelle fagpersonar i organisasjonen. Det vert her gjeve ei konkret bestilling med tema som skal vurderast. Bestillinga er ikkje uttømande og dersom den enkelte ser ytterlegare tema som burde vore belyst med tanke på påverknad på folkehelsa skal også dette inkluderast i tilbakemeldinga
  - c. Respektive fagpersonar er ansvarleg for å samle inn naudsynt informasjon på sine tema område, gjere vurdering av konsekvensar og årsaksforhold, samt rapportere dette til folkehelsekoordinator
    - i. Det skal leggjast særleg vekt på utvikling som kan oppretthalda eller skapa sosiale helseskilnader. Det er ynskjeleg at ein legg vekt på å vurdere endringar over tid, samt samanliknar seg med statistikk for Norge, Hordaland og andre kommunar. Samanlikning med andre kommunar gjeld i hovudsak kommunar i same KOSTRA gruppe (11), men og aktuelle nabokommunar.
  - d. Kommunestyret skal på bakgrunn av vurderingar i oversiktsarbeidet fastsetja overordna målsetjingar for folkehelsearbeidet i Kvinnherad kommune

3. Spesielt vedrørende løpande oversikt
  - a. Verksemdsleiarar skal i samband med årsmelding frå verksemda kvart år gjera vurdering av om det er behov for justering av eksisterande tiltak og/eller behov for å setje i verk nye tiltak i henhold til endringar på sitt fagfelt. Under eige punkt i årsmeldinga *Påverknad på folkehelsa* skal det koma fram eventuelle endringar som verksemda ser har påverknad på folkehelsa i kommunen
  - b. Folkehelsekoordinator saman stillar årleg ny tilkommen informasjon frå verksemdene og legg dette til oversikten
  - c. Styringsgruppa har møte før utgangen av september årleg for å vurdere utvikling og trendar basert på ny tilkommen informasjon

## 7.2 Viktige paragrafar i Folkehelseloven og Forskrift om oversikt over folkehelsen

### **Folkehelseloven § 5. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen**

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25,
- b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og
- c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt.

**Forskrift om oversikt over folkehelsen § 5. Krav om oversiktsdokument hvert fjerde år**

Kommuner og fylkeskommuner skal utarbeide et samlet oversiktsarbeid hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Oversiktsdokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan og bygningsloven §§7-1 og 10-1.

**Forskrift om oversikt over folkehelsen §4. Løpende oversiktsarbeid**

Kommuner og fylkeskommuner skal løpende ha oversikt over folkehelsen. Den løpende oversikten skal dokumenteres på hensiktsmessig måte som en del av ordinær virksomhet

**Forskrift om oversikt over folkehelsen §3. Krav til oversiktens innhold**

Oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av:

- a) befolkningssammensetning
- b) oppvekst- og levekårsforhold
- c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) skader og ulykker
- e) helserelatert atferd og
- f) helsetilstand

Med oppvekst- og levekårsforhold menes for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og utdanningsforhold. Med helserelatert atferd menes for eksempel fysisk aktivitet, ernæring, bruk av tobakk og rusmidler. Oversikten skal inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser og identifisere ressurser og folkehelseutfordringer lokalt og regionalt. Kommunen og fylkeskommunen skal være særlig oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. I kommuner der det er grunn til å anta at det foreligger spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkning, skal disse vurderes.

**Folkehelseloven § 30. Internkontroll**

Kommunen og fylkeskommunen skal føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av loven her overholdes. Kommunenes tilsyn med virksomhet og eiendom i henhold til § 9 skal dokumenteres særskilt, herunder uavhengighet og likebehandling i tilsynet.

### 7.3 Ansvar for løpande oversikt

Ansvarleg	Tema	Statistikk	Når
Samfunnsutviklar	Befolkningssamansetnad	<a href="#">Statistikk i vest</a> SSB	September Mars
Rådgjevar skule	Fysisk aktivitet Kosthald Psykososialt læringsmiljø Læringsresultat Likestilling i skulen Integrering i skulen	Eigne data Eigne data Elevundersøkinga Nasjonale prøvar Eigne data Eigne data	Kontinuerlig Kontinuerlig Årleg Årleg Kontinuerlig Kontinuerlig
Rådgjevar barnehage	Barnehagedekning Trivsel Fysisk helse Tryggleik i barnehagen Likestilling i barnehagen	Eigne data Eigne data Eigne data Eigne data Eigne data	Kontinuerlig Kontinuerlig Kontinuerlig Kontinuerlig Kontinuerlig
Helse og rehabilitering	Fysisk tilhøve i bhg og skule Støy Luftforureining Radon Smittsame sjukdomar Personskader  Trafikkulukker  Arbeidsulukker Fysisk aktivitetsnivå Kreft Diabetes Hjarte- og karsjukdom Lungesjukdom Muskel- og skjelettsjukdom Tannhelse Utdanningsnivå	Eigne data Eigne data Eigne data Eigne data <a href="#">MSIS</a> <a href="#">Statistikk i vest</a> <a href="#">Kommunehelsa</a> <a href="#">Statistikk i vest</a> Statens vegvesen SSB Ung data <a href="#">Statistikk i vest</a> <a href="#">Statistikk i vest</a> <a href="#">Statistikk i vest</a> <a href="#">Statistikk i vest</a> <a href="#">Statistikk i vest</a> <a href="#">Statistikk i vest</a> HFK <a href="#">Kommunehelsa</a>	Kontinuerlig Kontinuerlig Kontinuerlig Kontinuerlig Kontinuerlig September September September Bestilling Ukjent Bestilling September September September September September September September
TTBU	Spes.und.vis. og drop out  Tobakksbruk Rusmiddelbruk  Vaksinasjonsdekning Vekt hjå barn og unge Barnevern  Barn i fosterheim Unge foreldre Psykiske vanskar  Mobbing	Statistikk i vest KOSTRA Eigne data Ung data Ungdata Politi <a href="#">Kommunehelsa</a> Eigne data <a href="#">Statistikk i vest</a> Eigne data Eigne data Med. fød. Register <a href="#">Statistikk i vest</a> Ung data <a href="#">Kommunehelsa</a>	September  Kontinuerlig Bestilling Bestilling Kontinuerlig September Kontinuerlig September Kontinuerlig Kontinuerlig Desember September Bestilling September
NAV	Låginntekt  Inntektsfordeling	<a href="#">Statistikk i vest - born</a> <a href="#">Statistikk i vest - totalt</a> <a href="#">Statistikk i vest</a>	September September September

	Sysselsetting  Sjukefråver Barnefattigdom	<a href="#">Statistikk i vest - totalt</a> <a href="#">Statistikk i vest - innvandrarar</a> <a href="#">Statistikk i vest</a> Eigne data	September Kontinuerlig
Fellestenester	Butilhøve	<a href="#">Statistikk i vest</a>	September
Tekniske tenester	Drikkevatt	Eigne data	Kontinuerlig
PLOMS	Psykiske symptom/lidingar Alvorleg psykisk sjukdom Legemiddelbruk og psykisk liding Rusmiddel og psykiske liding Born som nære pårørande	<a href="#">Statistikk i vest - personar</a> Eigne data <a href="#">Statistikk i vest - legemiddel</a> Eigne data Eigne data	September September September  Kontinuerlig Kontinuerlig
KVV	Fråfall vidaregåande skule	Conexus puls <a href="#">Statistikk i vest</a>	Årleg September
Kultur og fritid	Sosiale møteplasser/arena  Integrering	<a href="#">Statistikk i vest</a> Eigne data Eigne data	September Kontinuerlig Kontinuerlig



## 8 Kjelder

Hordaland Fylkeskommune sin statistikkbank; *Statistikk i vest* og og folkehelseinstituttet sin statistikkbank *Kommunehelse statistikkbank* er nytta som kjelde for storparten av statistikkar i dokumentet. Der dette er gjort er det laga klikkbare hyperlenker for kvar statistikk i dokumentet som fører ein direkte til den aktuelle kjelda. Øvrige kjelder ligg under.

- 
- <sup>1</sup> Dahl, Bergsli og van der Wel. 2014. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. HiOA
- <sup>2</sup> Sosial og helsedirektoratet. 2005. *Gradientutfordringen*. IS-1229
- <sup>3</sup> St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for eit sunnare Norge
- <sup>4</sup> Uttrekk frå folkeregisteret (levert av Evry, tinga av Kvinnherad kommune)
- <sup>5</sup> Årsmelding 2013. Kvinnherad kommune.
- <sup>6</sup> Varehandelsrapport 2013 Hordaland (SR Bank)
- <sup>7</sup> Kommuneprofilar - Befolkning, sysselsetting og kompetanse. AUD-rapport nr. 06-14 (Hordaland fylkeskommune)
- <sup>8</sup> Uttrekk frå folkeregisteret (levert av Evry, tinga av Kvinnherad kommune)
- <sup>9</sup> SSB. Statistikkbanken. Tabell 06913.
- <sup>10</sup> Hordaland i tal nr. 1-2014 (Hordaland fylkeskommune)
- <sup>11</sup> SSB. Statistikkbanken. Tabell 07459.
- <sup>12</sup> Årsmelding 2013. Kvinnherad kommune. S.12.
- <sup>13</sup> SSB. Statistikkbanken
- <sup>14</sup> Oversikt over personer med ulik grad av innvandringsbakgrunn (SSB-rapport 2014/16)
- <sup>15</sup> Folkehelseinstituttet: <http://www.fhi.no/studier/spraak-og-laeringsstudien-sol>
- <sup>16</sup> NB-ECEC: <http://www.nb-ecec.no/msearch?SearchableText=barnehage&submit=S%C3%B8k>
- <sup>17</sup> forskning.no: <http://forskning.no/psykiske-lidelser-barn-og-ungdom-pedagogiske-fag-skole-og-utdanning/2012/05/tidlig-innsats>
- <sup>18</sup> Rambøll/KS: [http://www.ks.no/PageFiles/12786/094008\\_Sammendrag\\_TI\\_Ramb%C3%B8ll.pdf](http://www.ks.no/PageFiles/12786/094008_Sammendrag_TI_Ramb%C3%B8ll.pdf)
- <sup>19</sup> Rapport 21/2012 NTNU Samfunnsforskning AS [Barns trivsel og medvirkning i barnehagen](#)
- <sup>20</sup> [Leik og læring - hand i hand](#)
- <sup>21</sup> [Beredskapsplan kommunale barnehagar.](#)
- <sup>22</sup> [Barnehagelova § 2 Barnehagens innhold](#)
- <sup>23</sup> [Rammeplan for barnehagens innhold og oppåver](#)
- <sup>24</sup> [Retningslinjer for mat og måltider i barnehagen](#)
- <sup>25</sup> Brosjyre. *Bra mat i barnehagen*. Sosial- og helsedirektoratet
- <sup>26</sup> Dronning Mauds Minne Høgskole for Barnehagelærerutdanning. 2013. Kartlegging av hendelser og ulykker som medfører skade på barn i barnehage
- <sup>27</sup> Beredskapsplan kommunale barnehagar
- <sup>28</sup> Kommunedelplan. Trafikksikring 2012-2020. Kvinnherad kommune.
- <sup>29</sup> <http://www.ungdata.no/id/27494>
- <sup>30</sup> <https://skoleporten.udir.no/rapportvisning.aspx?enhetsid=1224&vurderingsomrade=32&underomrade=36&skoletype=0&skjuldelskarlinker=false&orgAggr=A&fordeling=0&skoletypemenuid=0&artikk Elvisning=False>

- <sup>31</sup> <https://skoleporten.udir.no/rapportvisning.aspx?enhetsid=1224&vurderingsomrade=32&underomrade=36&skoetype=0&skjuldelskarlinker=false&orgAggr=A&fordeling=0&skoletypemenuid=0&artikkelvisning=False>
- <sup>32</sup> Ekren, R. *Sosial reproduksjon av utdanning?* Samfunnspeilet 5/2014
- <sup>33</sup> <https://skoleporten.udir.no/rapportvisning.aspx?enhetsid=1224&vurderingsomrade=32&underomrade=36&skoetype=0&skjuldelskarlinker=false&orgAggr=A&fordeling=0&skoletypemenuid=0&artikkelvisning=False>
- <sup>34</sup> [Tenkja det, vilja det, ynskja det..... og gjera det!](#)
- <sup>35</sup> [Ungdomsskulegutar som leikeressurs](#)
- <sup>36</sup> [Likestilling 2014. Regjeringens handlingsplan for likestilling mellom kjønnene](#)
- <sup>37</sup> <http://www.ungdata.no/id/27494.0>
- <sup>38</sup> Steinkellner. 2012. Norges innvandrere - både høyt og lavt utdannet. SSB
- <sup>39</sup> Samandragrapport. Sosial ulikheit i helse: En norsk kunnskapsoversikt
- <sup>40</sup> Folke- og bustadtellinga, 2011
- <sup>41</sup> Kartlegging av radon i Kvinnherad. Rapport. <http://www.nrpa.no/dav/1a6348f675.pdf>
- <sup>42</sup> <http://www.miljostatus.no/Tema/Straling/Radon/>. Lest den 01.10.2014
- <sup>43</sup> Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Nasjonalt folkehelseinstitutt
- <sup>44</sup> Folkehelseinstituttet. <http://www.fhi.no/artikler/?id=104091>. Lest 01.10.2014.
- <sup>45</sup> <http://nhi.no/sykdommer/muskel-skjelett/beinbrudd/larhalsbrudd>. Lest 23.09.2014.
- <sup>46</sup> Hektonen, Liv (2014) Kostnader ved hoftebrudd hos eldre. Rapport 2014 nr 3. HiOA.
- <sup>47</sup> Kommunedelplan. Trafikksikring Kvinnherad. 2012-2020.
- <sup>48</sup> Trafikkhandlingsplan for trafikksikring i Hordaland 2014 - 2017
- <sup>49</sup> Helsedirektoratet (2008) Fysisk aktivitet blant barn og unge i Norge. En kartlegging av aktivitetsnivå og fysisk form hos 9- og 15-åringar. Rapport. IS-1533
- <sup>50</sup> Helsedirektoratet (2009) Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009. Rapport. IS-1754
- <sup>51</sup> Helsedirektoratet (2008) Fysisk inaktive voksne i Norge. Hvem er inaktive – og hva motiverer til økt fysisk aktivitet. Rapport. IS-1740
- <sup>52</sup> Helsedirektoratet (2012) Fysisk aktivitet blant 6-, 9-, og 15-åringar i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2011. Rapport. IS-2002
- <sup>53</sup> Helsedirektoratet (2008) *Aktivitetshåndboken*. IS-1592
- <sup>54</sup> Helsedirektoratet (2014) *Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet*. Rapport. IS-2167
- <sup>55</sup> Ungdata. Nasjonale resultat 2010-2012, Nova Rapport 10/13
- <sup>56</sup> Ungdata. Nasjonale resultat 2010-2012. Nova Rapport 10/13
- <sup>57</sup> Ungdata. Nasjonale resultat 2010-2012. Nova Rapport 10/13
- <sup>58</sup> Helsedirektoratet (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer*. Nasjonalt råd for ernæring IS-1881
- <sup>59</sup> SSB Statistikkbanken, tabell 07459. Lest 01.10.14
- <sup>60</sup> Helsedirektoratet (2008) *Aktivitetshåndboken*. IS-1592
- <sup>61</sup> LFH kunnskap, DIABETES. Diagnostisering og behandling
- <sup>62</sup> <http://ssb.no/royk>. Lest den 01.10.2014
- <sup>63</sup> Faktaark. Arbeidstilsynet. Om arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager. [www.arbeidstilsynet.no](http://www.arbeidstilsynet.no). Lest 23.09.14
- <sup>64</sup> Hordaland fylkeskommune tannhelsesdata. Ikkje publisert.

- 
- <sup>65</sup> SSB (2013) Udekt behov for tannlegetenester. Rapport 07/2013.
- <sup>66</sup> Folkehelseinstituttet. Barns vekst i Norge. Rapport 2014:3.
- <sup>67</sup> Folkehelseinstituttet. Overvekt og fedme hos barn og unge. Faktaark.
- <sup>68</sup> <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/barnevernet-et-tilbud-til-mange>. Lest 01.10.2014
- <sup>69</sup> Kojan, B.H. (2011) *Klasseblikk på et barnevern i vekst*. Doktoravhandling ved NTNU 2011:134
- <sup>70</sup> Folkehelseinstituttet: <http://www.fhi.no/artikler/?id=77026>
- <sup>71</sup> Brækhus, A. 2000. Belastning hos pårørende til pasientar med demenssykdom
- <sup>72</sup> Dunkin&Anderson-Hanley, 1998
- <sup>73</sup> Strand, B.H., Tambs, K. Engedal, K., Bjertness, E., Selbæk, G. and Rosness, T.A. *Hvor mange har demens i Norge?* Tidsskr Nor Legeforen Nr. 3 – 11. februar 2014, vol. 134, sider 276 – 277.

