

**SAUDA**

**Oversikt over  
helsetilstand  
og påverknadsfaktorar**

**2016**



**Sauda kommune  
Aslaug Tangeraaas  
2016**

## INNHALD

<b>1. BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG .....</b>	<b>5</b>
<b>2. INFORMASJON OM OVERSIKTA .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Folkehelsebarometeret .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Tolking av statistikk.....</b>	<b>8</b>
<b>3. HELSETILSTAND OG PÅVERKNADSAKTORAR .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Befolkningsamansetnad .....</b>	<b>10</b>
3.1.1 Befolkningsendring .....	10
3.1.2 Befolkningsframskriving .....	16
3.1.3 Personer i alderen 45 år eller eldre som bur åleine.....	19
3.1.3 Sauda Kommune, arbeidsliv, lønn og deltid.....	21
3.1.4 Vurdering av årsaksforhold, konsekvensar og forklaringar .....	23
<b>3.2 Oppvekst og levekårstilhøve .....</b>	<b>25</b>
3.2.1 Låginntektshushald 0-17 år.....	25
3.2.2 Arbeidsløyse .....	26
3.2.3 Legemeldt sjukefråvær.....	27
3.2.4 Uføretrygd 18-44 år.....	28
3.2.5 Mottakarar av sosialhjelp.....	29
3.2.6 Barnehagedekning og utdanna lærarar i barnehagen.....	30
3.2.7 Nivå i lesing og rekning .....	31
3.2.8 Fråfall vidaregåande skule .....	33
3.2.9 Andel einslege forsørgjarar og barn av einslege forsørgjarar .....	34
3.2.10 Barneverntenesta .....	36
3.2.11 Vurdering av årsaksforhold, konsekvensar og forklaringar.....	37
<b>3.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø (miljøretta helsevern) ....</b>	<b>42</b>
3.3.1 Drikkevassforsyning.....	42
3.3.2 Vatnet i Saudafjorden .....	42
3.3.3 Radon .....	43
3.3.4 Tilgang på friområder, gangavstader .....	44
3.3.5 Gang og sykkelveg .....	45
3.3.6 Kriminalitet.....	46
3.3.7 Oppleving av mobbing på skulen .....	47
3.3.8 Trivsel på skulen, 10. klassingar.....	49
3.3.9 Vurdering av årsaksforhold, konsekvensar og forklaringar .....	50
<b>3.4 Skader og ulukker .....</b>	<b>52</b>
3.4.1 Skader behandla i sjukehus .....	52
3.4.2 Trafikksituasjonen .....	54
3.4.3 Vurdering av årsaksforhold, konsekvensar og forklaringar .....	55
<b>3.5 Helserelatert atferd.....</b>	<b>56</b>

3.5.1 Fysisk aktivitet.....	56
3.5.2 Kosthald.....	58
3.5.3 Overvekt og fedme 8. klasse og sesjon (17 år).....	59
3.5.4 Røyking.....	60
3.5.5 Rusmiddelsituasjonen .....	61
3.5.6 Ungdata 2016 - fokus på psykisk uhelse.....	63
3.5.7 Vurdering av årsaksforhold, konsekvensar og forklaringar .....	67
<b>3.6 Helsetilstand.....</b>	<b>70</b>
3.6.1 Diabetes.....	70
3.6.2 Hjarte- og karsjukdom .....	71
3.6.3 Kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) og astma .....	73
3.6.4 Muskel- skjelettlidingar .....	74
3.6.5 Psykiske lidingar.....	75
3.6.6 Vaksinasjon .....	77
3.6.7 Kreft .....	78
3.6.8 Tannhelse.....	81
3.6.9 Brukarplan.....	82
3.6.10 Antibiotika .....	85
3.6.11 Aktivitet og kvardagsrehabilitering .....	86
3.6.12 Vurdering av årsaksforhold, konsekvensar og forklaringar.....	87
<b>4. SYSTEM FOR LØPENDE OVERSIKT .....</b>	<b>91</b>
<b>4.1 ÅRSHJUL for løpende oversikt.....</b>	<b>91</b>
4.1.1 Kva for tilhøve/faktorar skal kommunen følgja særleg med på: .....	92
4.1.2 Rutinar for løpande oversikt: .....	93
4.1.3 Kontaktpersonar for løpande oversikt: .....	93
4.1.4 Avvik: .....	94
4.1.5 Vidare arbeid med løpande oversikt: .....	94
4.1.6 Kjelder: .....	94
4.1.7 Referansar .....	94
<b>4.2 Kjelder for løpande oversikt og oversiktsdokumentet.....</b>	<b>95</b>
<b>VEDLEGG: SJEKKLISTE FOR GODE NÆRMILJØ .....</b>	<b>98</b>

#### Desse har medverka:

- **Folkehelseforum:** rådmann, kommunalsjef teknisk eining, kommunalsjef helse- og omsorg, kommunalsjef oppvekst og kultur, kommunalsjef fellestenester, kommuneoverlege og folkehelsekoordinator.
- **Andre:** psykisk helse og ruseininga, frisklivsentralen, barneverntenesta, helsesøstertenesta, lokalt politi, kreftkoordinator, tannhelse Rogaland, leiar for plan- og beredskap Sauda vidaregåande skule, Sauda Ungdomsskule og økonomisjef.
- I tillegg har kommunen fått gode råd, innspel og rettleiing frå Rogaland fylkeskommune ved Rune Thorkildsen Slettebak og «oversikt over folkehelsa i Rogaland» har vore til stor nytte i arbeidet.

**Ei stor takk for innspel, drøftingar og bidrag!** Ideen til malen for dokumentet er henta frå kommunane Vågå og Karmøy og lokale tilpassingar er utført.

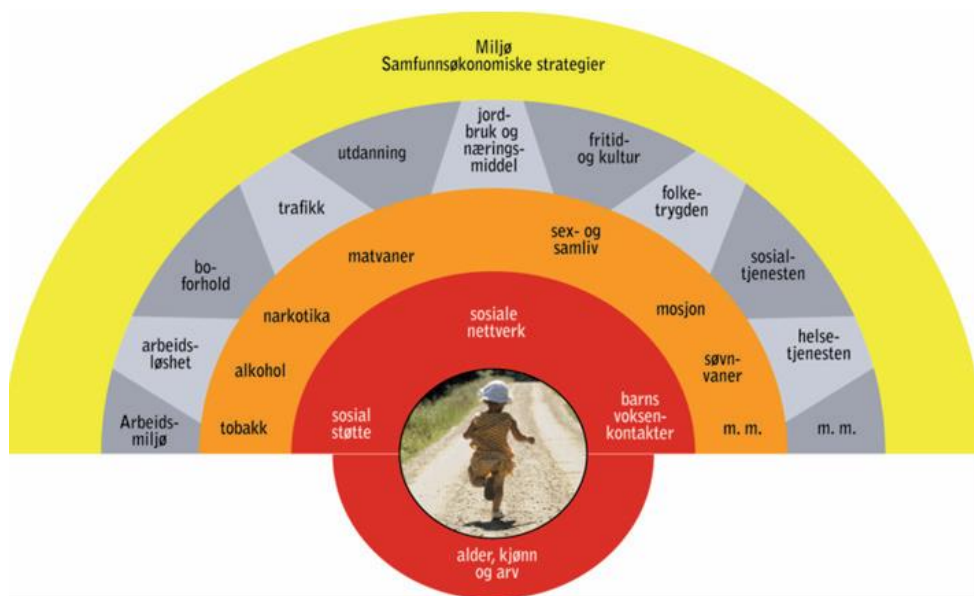


*Oversiktsdokumentet skal gi oversikt over helsetilstanden og innverknadsfaktorar og gi grunnlag for undring og spørsmål. Den skal vidare danna grunnlag for kommunen sin planstrategi og andre kommunale planer.* Foto: Aslaug Tangeraaas.



## 1. BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG

Whitehead og Dahlgreen (1991) har utarbeidd ein modell som viser at individuelle val, med unntak av faktorar som alder, kjønn og arv blir påverka gjennom ytre faktorar i samfunnet og miljøet. Faktorane som kommunane, heilt eller delvis, har råderett over. Faktorane kan vera både positive og negative og dei kan påverkast for å bidra til betre helse og livskvalitet i befolkninga. Særleg skal kommunane via merksemd mot faktorar som kan redusera sosiale helseforskjellar gjennom verkemidla dei har til rådvelde.

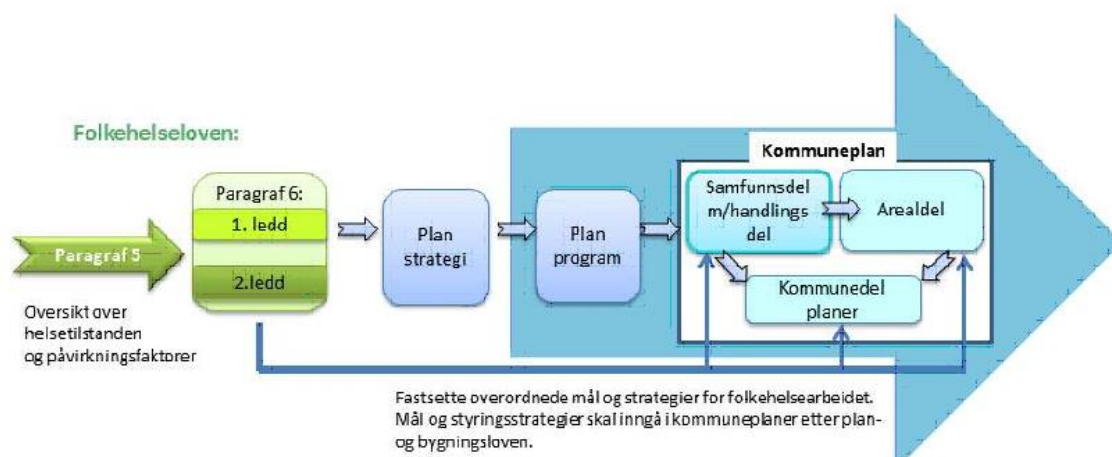


Eit viktig element for at kommunen skal via merksemd mot positive og negative faktorar i samfunnet er kunnskap og oversikt over helsetilstanden i befolkninga. Med helsetilstand meiner ein befolkninga si helse målt ved ulike indikatorar. Døme på indikatorar er trivsel, røyking, trafikkulykker m.m.

For at kommunane skal få denne kunnskapen og oversikta, har kommunen lovmessig plikt til å utarbeida:

- ✚ **løpande oversikt over helsetilstanden i befolkninga (kontinuerleg arbeid).**
- ✚ **skriftleg oversikt over helsetilstanden kvart 4. år (dette dokumentet).**

Desse to separate oppgåvene, som skal samsvara, skal igjen danna grunnlag for planstrategien og andre kommunale planar. Dette er fordi planstrategien og planane i kommunen skal utarbeidast med utgangspunkt i eit faktisk utfordringsbilde. Dei skal vidare auka kunnskapsnivået og grunnlaget slik at utfordringane i samfunnet kan identifiserast og ein kan ta betre avgjerder. Med dette meiner ein avgjerder med utgangspunkt i utfordringsbildet med mål om å redusere sosial ulikhet i helse. Eller sagt på ein annan måte, kommunen skal særleg via merksemd til trekk ved utviklinga som kan skapa eller oppretthalda sosiale forskjellar. Kjelde: Rettleiaren «God oversikt- en forutsetning for god folkehelse».



**Oversiktsarbeidet og plikta** til å ha ei slik er forankra i folkehelseleva, smittevernlova, forskrift om oversikt over folkehelse (folkehelseforskrifta), forskrift om miljøretta helsevern og forskrift om kommunane sitt helsefremmande og førebyggjande arbeid i helsestasjons- og skulehelsetenesta.

**Oversikta skal vera grunnlagt på:**

- ✚ Opplysningar som statlege helsemyndigheter og fylkeskommunen gjer tilgjengeleg.
- ✚ Kunnskap frå dei kommunale helse- og omsorgstenestane.
- ✚ Kunnskap om faktorar og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innverknad på befolkninga si helse.

Krav til innhald i oversikta, med bakgrunn i folkehelseforskrifta, **omfattar opplysningar og vurderingar av:**

- ✚ **Befolkningsamansetning:** Befolkningsendringar, befolkningsframskriving, etnisitet m.m.
- ✚ **Oppvekst- og levekårstilhøve:** Økonomiske vilkår (låginntektshushaldningar, mottakarar av sosialhjelp), bu- og arbeidstilhøve (tilknytning til arbeidslivet, sjukefråvær, uføretrygd), utdanningstilhøve (nivå i lesing, nivå i matematikk, føresette sitt utdanningsnivå, fråfall i vidaregåande skule), tal frå barnevernstenesta m.m.
- ✚ **Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø:** Kvalitet på drikkevatnet, tilgang til friluftsområder, kriminalitetsstatistikk, oppleving av mobbing og trivsel på skulen m.m.
- ✚ **Skader og ulukker:** Innlegging i sjukehus etter ulykker, trafikksituasjonen m.m.
- ✚ **Helserelatert åtferd:** Fysisk aktivitet, kosthald, overvekt og fedme i 8. klasse, røyking, rusmiddelsituasjonen, Ungdata m.m.
- ✚ **Helsetilstand:** Informasjon om førekomst av utvalde område som: diabetes, hjerte- karsjukdommar, KOLS, smerter, muskel og skjelettlidingar, psykiske lidingar, kreft, karies, tal for brukarplan, bruk av antibiotika m.m.

Det skriftlige oversiktsdokumentet skal vidare innehalda **faglege vurderingar av årsakstilhøve og konsekvensar.**

Dette dokumentet er den skriftlige oversikta over helsetilstand og påverkingsfaktorar. Det stettar lovkravet om:














- **Eit samla oversiktsdokument som skal ligga til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet og planstrategien. Oversiktsdokumentet skal bygga på den løpande oversikten.**
- **Løpande oversikt over folkehelseutfordringane, som er utarbeidd og vedtatt i rådmannens leiargruppe, (sjå kapittel 4) skal inngå i arbeidet med kommunale planar.**

## 2. INFORMASJON OM OVERSIKTA













### 2.1 FOLKEHELSEBAROMETERET

Folkehelsebarometeret utgis årleg av Folkehelseinstituttet og det kan du sjå [her](#). Folkehelsebarometeret gir ein oversikt over dei indikatorar der Sauda kommune har avvikande verdiar i.h.t. resten av landet.

På følgande indikatorar har Sauda kommune positivt avvikande verdiar i 2015:

-  Valdeltaking
-  Arbeidsledige 15-29 år
-  Trivst på skulen, 10. klasse
-  Einsemd (Ungdata)
-  Nøgd med lokalmiljøet (Ungdata)
-  Fysisk inaktive (Ungdata)
-  Lågaste meistringsnivå i lesing, 5. klasse
-  Lågaste meistringsnivå i rekning, 5. klasse
-  Fråfall i vidaregåande skule
-  Psykiske symptom 15-29 år
-  Muskel- og skjelettlidingar
-  Type -2 diabetes, legemiddelbrukarar
-  Vaksinasjonsdekning, meslingar 9 år

På følgande indikatorar har Sauda kommune avvikande / negative verdiar:

-  Befolkningsvekst
-  Vgs eller høgare utdanning, 30-39 år
-  Uføretrygda, 18-44 år
-  God drikkevassforsyning
-  Medlem i fritidsorganisasjon (Ungdata)
-  Alkohol, har vore berusa (Ungdata)
-  Overvekt inkl. fedme (Ungdata)
-  Røyking kvinner
-  Forventa levealder menn
-  Forventa levealder kvinner
-  Hjarte – og karsjukdom behandla i sjukehus
-  Lungekreft, nye tilfelle

I dette dokumentet vil særleg dei indikatorane som Sauda kommune skåra raudt / gult på bli vektlagt. Det er der Sauda ligg signifikant forskjellig eller dårlegare an enn resten av landet. Dette håpar ein vil bidra til eit meir nyansert og betre bilde av realitetane, slik at kommunen kan utarbeida gode førebyggjande og helsefremjande strategiar.

I oversiktsdokumentet er det valt å fokusera på dei indikatorane som er vurdert mest formålstenlege i høve til lokal kunnskap og føreståande arbeid med løpande oversikt. Det vil sei at enkelte indikatorar i dette dokumentet ikkje nødvendigvis er likeeins med indikatorane i folkehelsebarometeret. Men kvart enkelt temaområde som blir behandla i folkehelsebarometeret vil bli omtalt.

## 2.2 TOLKING AV STATISTIKK

Statistikk og helseoversikter kan ha stor nytteverdi i folkehelsearbeidet og det overordna strategiske arbeidet. Men det er også knytt store utfordringar til bruk av statistikken, mulige feilkjelder og tolkingane av dei. Føremålet med statistikk og dette dokumentet, er å seia noko om den verkelege verda. Men det vil alltid vera tilhøve som kan og vil påverka statistiske modeller i meir eller mindre grad. Statistikken gir derfor ofte grunnlag for undring og spørsmål, snarare enn fasitsvar og direkte løysingar på utfordringar. Konklusjonar om årsaker blir ofte tolkingar.

### Samanlikningsgrunnlag

I økonomiplanen samanliknar ein Sauda kommune med Hjelmeland kommune, Odda kommune, Kvinesdal kommune og kommunar i KOSTRA - gruppe 3, Rogaland og Norge.

I dei utvida Folkehelseprofilane som Rogaland Fylkeskommune har laga samanliknar ein med: region, kostragruppe, kommunar av omtrent same storleik, fylke- landstotalar. For meir info sjå: <https://app.box.com/v/Folkehelseoversikt2015>

Samanlikningane seier noko om trenden i samfunnet og kor Sauda ligg i forhold til regionalt og nasjonalt nivå. Der ein ikkje kan skaffa komplett talmateriale er det kommentert.

### Når verdien på skalaen ikkje startar på null

Det er viktig å vera merksam på at talverdien i enkelte diagram ikkje startar på null. Det tydeleggjer forskjellane mellom kommunane, landet og fylket, men kan også skapa eit bilde av at forskjellane er større enn det som er realitetane.

### Absolutte tal

Absolutte tal er «dei tala me får når me tel; det vil sei råtala». Til dømes er folkemengda i 2015 eit absolutt tal.

### Glidande gjennomsnitt

Når variasjonane er store, blir det vanskeleg å vurdera trendar. Av den grunn brukar ein ofte glidande gjennomsnitt – ein middelvei av målingar over fleire år. Då vil det vera lettare å sjå trendar – noko som oftast er viktigare enn å sjå på statistikk isolert for kvart enkelt år. Samtidig er det viktig å huska at eit spesielt høgt eller lågt resultat eit år, kan gi store utslag i gjennomsnittsverdiane.

### Standardiserte tal

Ved samanlikning av datamateriell i denne oversikta må ein ta høgde for at forskjellane kan skuldast tilfeldig variasjon. For å samanlikne ulike kommunar, eller sjå på utvikling over tid, er standardiserte tal nytta. Dette er fordi påverknad pga. alders- og kjønnsamansetning er redusert i utvalet slik at analysen ikkje blir forkludra. Eller sagt på ein annan måte: standardiserte tal speglar nivåa som kvar kommune ville hatt viss den hadde same kjønns- og alderssamansetning som landet totalt sett. Dette gjer det lettare å samanlikne på tvers av kommunar og fylke sidan forskjellane ikkje skuldast ulik kjønns- eller alderssamansetning. Ulempa er at metoden ikkje nødvendigvis angir kvar kommune sitt nivå heilt i tråd med den faktiske situasjonen. Det er angitt i diagramma der standardiserte verdiar er nytta.

I Folkehelseprofilane er det stort sett nytta standardiserte tal, mens Rogaland Fylkeskommune i sine utvida folkehelseprofilar ikkje har brukt det. Det kan derfor vera små ulikheter i desse tabellane.



## Andel

Andeler blir ofte rekna ut frå størrelsen på den befolkningsgruppa som er aktuell i det gitte tilfellet. Døme: ved utrekning av prosentandel av kvinner og menn i brukarplan er det rekna ut frå brukargruppa.

## Forholdstal

Forholdstal er nytta i dokumentet for å samanlikna ulike tilhøve. Forholdstal betyr forholdet mellom kommunen sin del og delen på landsbasis eit gitt år. Døme; forholdstal = 130 (Norge=100) betyr at kommunen sin del er 30 % høgare enn landsnivået. Eit forholdstal på 87 betyr at kommunen sin del er 13 % lågare enn landsnivået.

## Måleproblem, datamangel og mørketall

Det kan vera vanskeleg å skaffa oversikt over helsetilstanden fordi ein manglar på informasjon. Eit anna problem er koplinga mellom indikatorane me brukar og det fenomenet me er interessert i. Til dømes vil ofte ein høg kroppsmasseindeks medføra helseproblem, men ikkje alltid.

Vidare er det mange indikatorar som ikkje speglar den faktiske situasjonen, men ein vurdering av situasjonen. Døme kan vera ulik diagnosepraksis mellom enkelte legar og at ein derfor ser regionale forskjellar. Det same kan gjelda andre offentlege ytingar som t.d. sosialhjelp. Ein kommune som opplyser innbyggjarane om at dei har rett til sosialhjelp kan få fleire brukarar enn om ein er mindre serviceorientert.

I tillegg er det ein del område der datamaterialet er avgrensa, som t.d. kriminalitetsstatistikk (ungdom) og overvekt og fedme på 8. trinn m.m. Det vil bli forklart der det førekjem. Kjelde: Slettebakk, Rog.fk. 2015.

## Oppbygning av oversikta

Kvart kapittel er bygd opp slik;

- + **Beige firkant:** Inneheld ei kortfatta forklaring av kva kurva viser. Her er det vektlagt å få oversikt over situasjonen.
- + **Grøn firkant:** Inneheld ei forklaring på kvifor denne indikatoren er valt. Forklaringane frå Folkehelseinstituttet er nytta der dei finns.
- + **Grafisk framstilling/kurver:** Dette gir ei visuell framstilling av indikatoren og utviklinga over tid.
- + **Mulige årsakstilhøve og konsekvensar:** Kommunen har gjennomført ei vurdering av årsakstilhøva og konsekvensar for indikatorane i oversikta. Ved vurdering av årsaker er det, etter tilråding i merknadar til folkehelseforskrifta, tatt utgangspunkt i den kunnskapen som eksisterer om kva for bakanforliggende tilhøve som kan ha ført til den situasjonen som ligg føre. I tillegg er vurderinga **basert på lokale erfaringar og er derfor å sjå på som tolkingar.**

Årsaker og konsekvensar er omtalt på slutten av kapitla for kvar av dei seks områda som blir presentert.

### 3. HELSETILSTAND OG PÅVERKNADSFAKTORAR

#### 3.1 BEFOLKNINGSSAMANSETNAD

##### 3.1.1 BEFOLKNINGSENDRING

**Sauda er ikkje ein vekstkommune:** Folketalsutviklinga har sidan 1962 vore negativ med ein jamn reduksjon på 30-40 personar kvart år. Dette til tross for at det fram til 1997 var årlege fødselsoverskot. Fødselsoverskotet blei redusert mot slutten av 1990-talet. I åra 1998 – 2000 var det ein omtrentleg balanse mellom fødde og døde, men i 2001 var det eit negativt fødselsoverskot på 30. Denne utviklinga har halde fram, folketalet har jamna seg meir ut etter 2008, men med ein liten reduksjon heile tida. Innbyggjartalet er redusert frå 4769 i 2006 til 4710 1.1.2016; ein reduksjon på 59 personar.

Viss Sauda skal bli ein vekstkommune, må den årlege folketilveksten auka.

**Innvandring:** Frå 1986-2006 låg innvandringa på ca. 2 % av befolkninga i Sauda. Frå 2007-2015 steig andelen til ca. 8 %. Tilsvarande for landet steig innvandringa frå ca. 3 % i 1986 til ca. 15 % i 2015.

**Aldersfordeling:** Folketalsreduksjonen har ført til endringar i alderssamansetninga med reduksjon i aldersgruppa barn og unge. I 2015 utgjorde andelen 0-17 år ca. 20 % av befolkninga i Sauda kommune. I 2006 var den ca. 25 %. Andelen 0-17 år i landet var ca. 25 % i 2006 og blei redusert til ca. 21 % av befolkninga i 2015.

For aldersgruppa 67 år og eldre var andelen i Sauda ca. 14 % av det totale folketalet i 2006 og steig til ca. 18 % i 2015. I landet var andelen 67 år og eldre ca. 14 % i heile perioden 2006-2015.

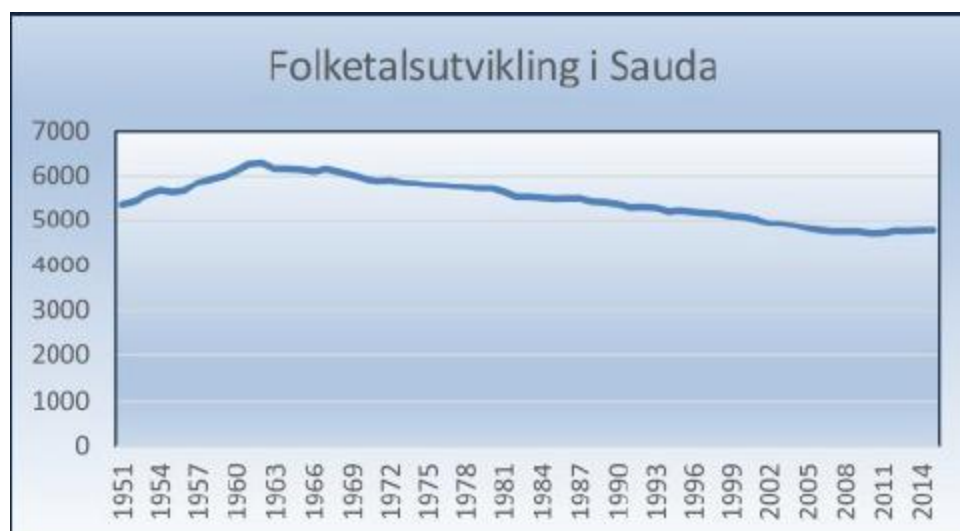
Sauda har den eldste befolkningane i Rogaland.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Befolkningsutvikling blir gjerne sett på som den eine store indikatoren for regional utvikling. Ønsket om befolkningsvekst har samanheng med fleire forhold som m.a. kommunens inntektsgrunnlag og tilgang på arbeidskraft. Utvikling i antal innbyggjarar har verknad for kommunen sine planar når det gjeld omfang og kvalitet av dei ulike tenestane som skal leverast til innbyggjarane i framtida. Ein ung befolkning kan vera fordelaktig for å vera ein vekstkommune.

Innvandrarbefolkninga er ei samansett gruppe når det gjeld alder, kjønn, opphavsland, sosioøkonomisk status, innvandringsgrunn og opphaldstid. Innvandrarane si helse er derfor forma av ei rekke ulike faktorar, og helsebehova vil også endra seg med opphaldstida. Nokre av helseforskjellane mellom dei ulike innvandrargruppene har samanheng med sosioøkonomisk status (Rechel, 2011), men låg sosioøkonomisk status kan også vera eit resultat av å vera innvandrar. Fortsatt er kunnskapen om innvandrarbefolkninga si helse mangelfull. Kommunal kompetanse om helse blant flyktningar og innvandrarar er ein føresetnad for å lukkast med helsefremmande og førebyggjande arbeid. Tiltak som reduserer språkproblem og lettar integreringa er viktig folkehelsearbeid.

Kjelde: Folkehelseinstituttet og SSB.

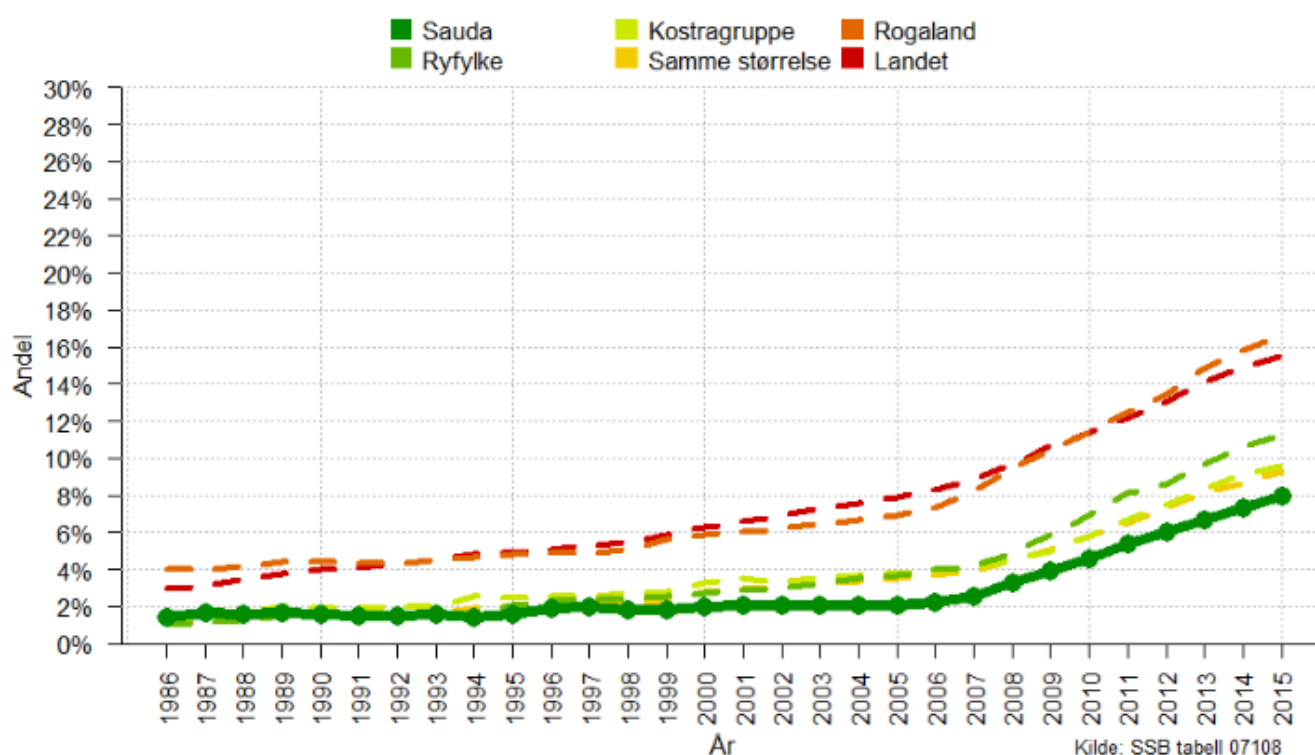
Diagram 3.1.1.1: Folkemengd Sauda, 1951 -2015



Kjelde: SSB

Diagram 3.1.1.2: Andel innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn, Sauda 1986-2015.

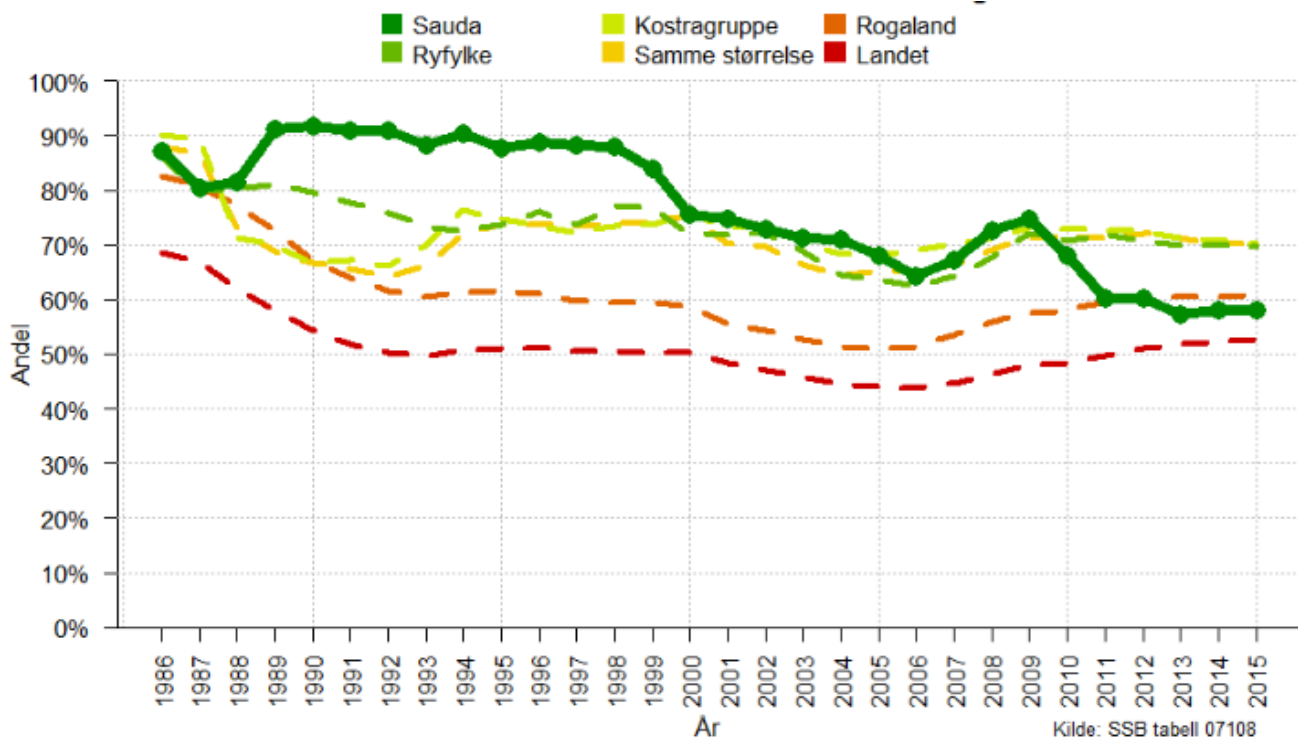
Mange av indikatorane i Kommnehelse statistikkbank er relatert til befolkningssamansetting, og andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn i ein kommune bidrar med informasjon om dette.



Kilde: SSB tabell 07108

Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

Diagram 3.1.1.3: Andel av innvandrarene med vestleg opphav, Sauda 1986-2015.

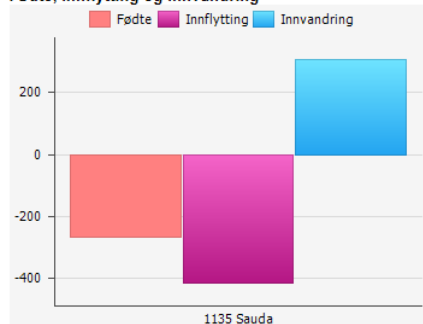


Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

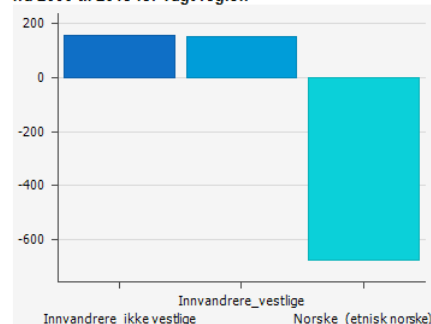
Ein trur at innvandrare frå vestlege land kan ha mindre utfordringar med arbeid og integrering enn personar frå andre deler av verda.

Diagram 3.1.1.4: Befolkningsendringar

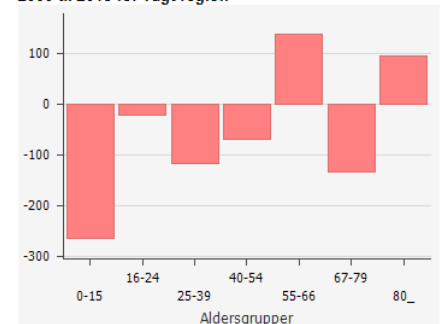
Befolkningsendring fra 2000 til 2015 for valgt region. Født, innflytting og innvandring



Endring i antall innbyggere i ulike befolkningsgrupper fra 2000 til 2015 for valgt region

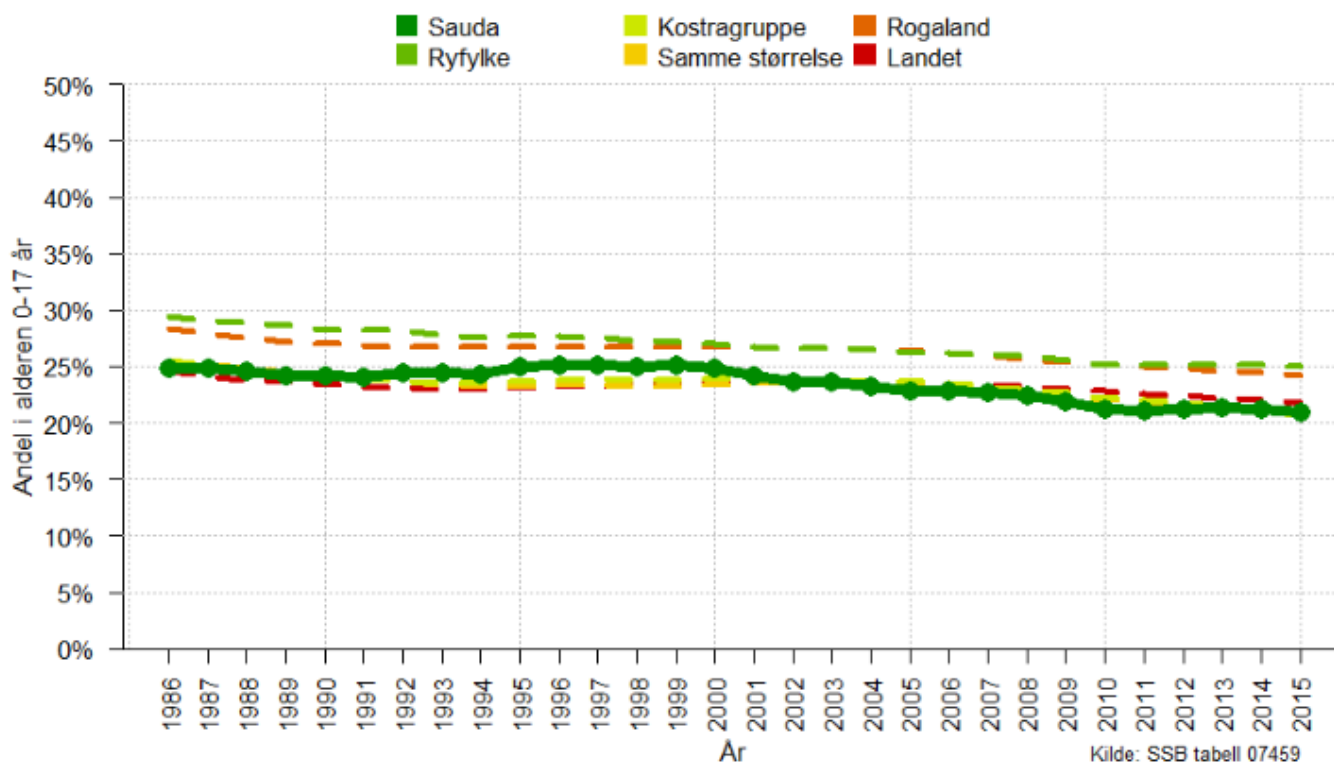


Endring i antall innbyggere i ulike aldersgrupper fra 2000 til 2015 for valgt region



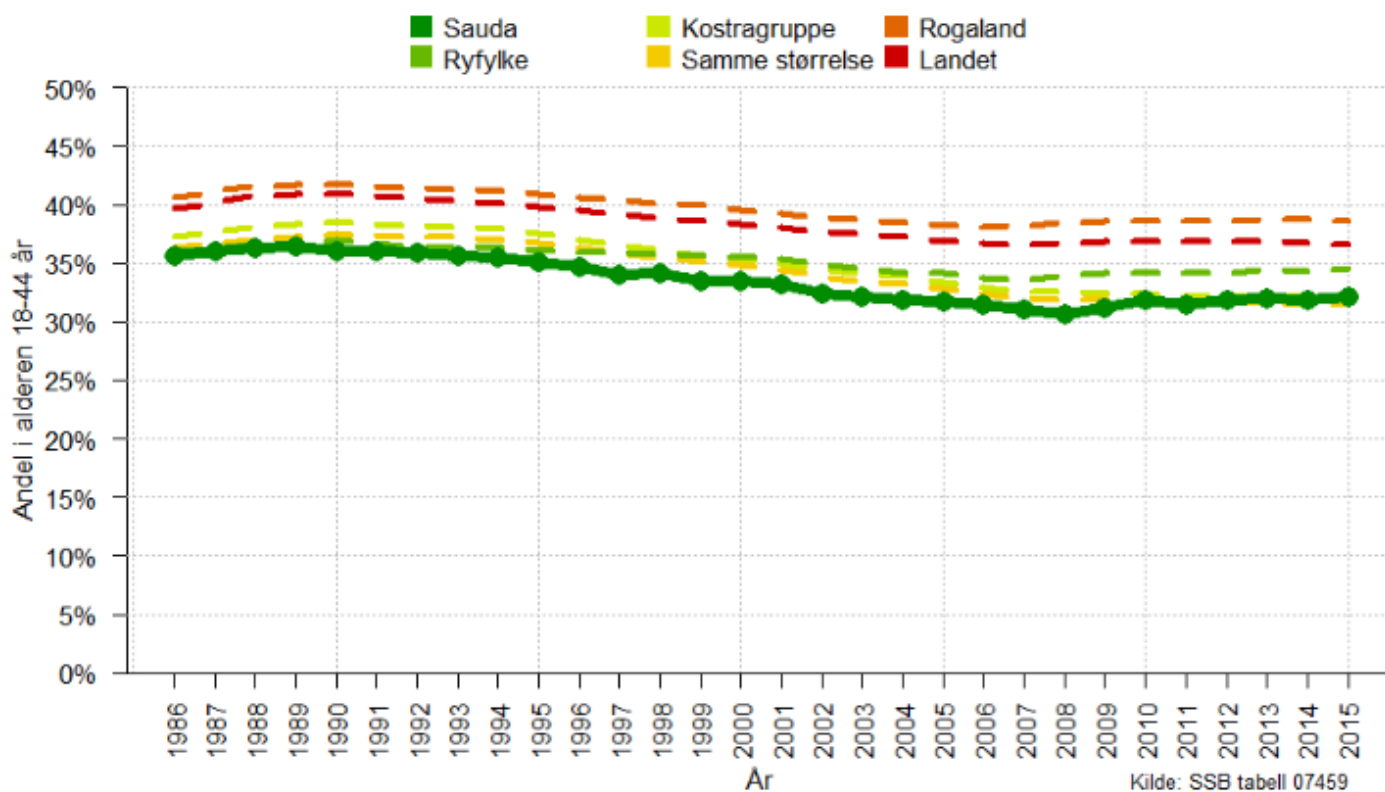
Kjelde: Kommuneprofilen 2016.

**Diagram 3.1.1.5: Andel i alderen 0-17 år, Sauda 1986- 2015.**



Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

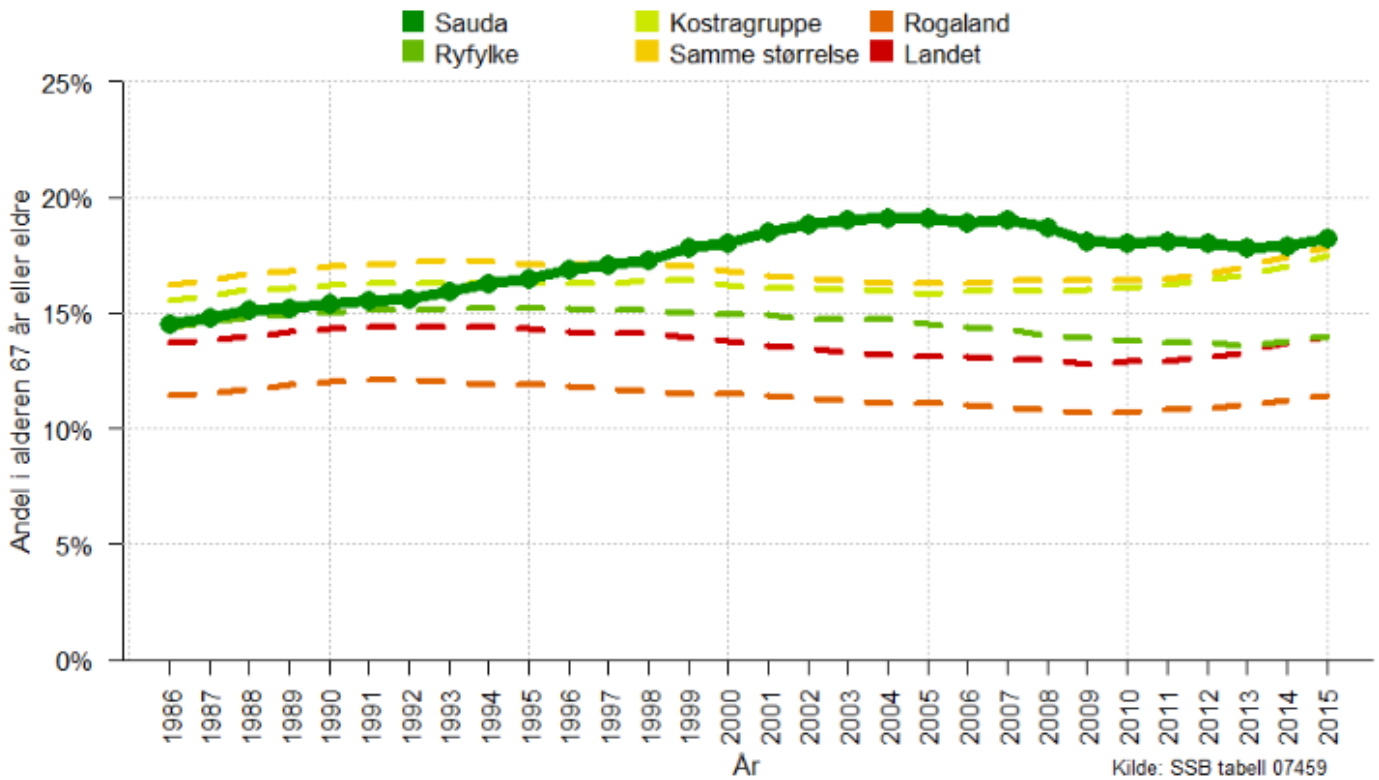
**Diagram 3.1.1.6: Andel i alderen 18-44 år, Sauda 1986-2015.**



Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.



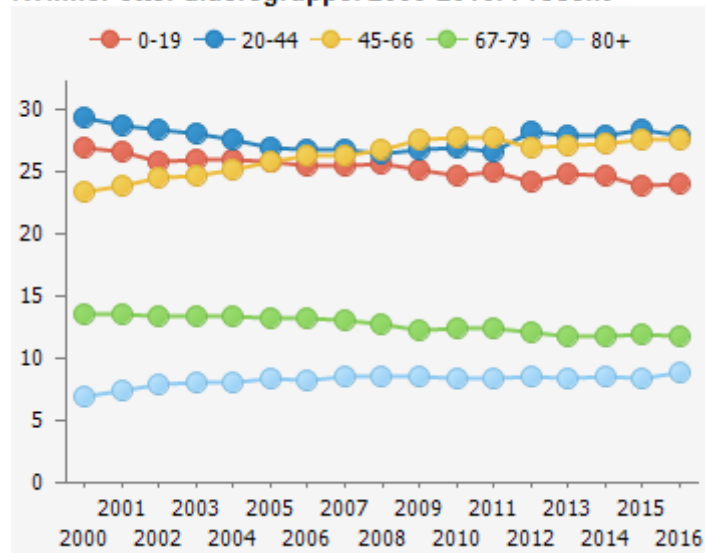
Diagram 3.1.1.7: Andel i alderen 67 år eller eldre, Sauda 1986-2015.



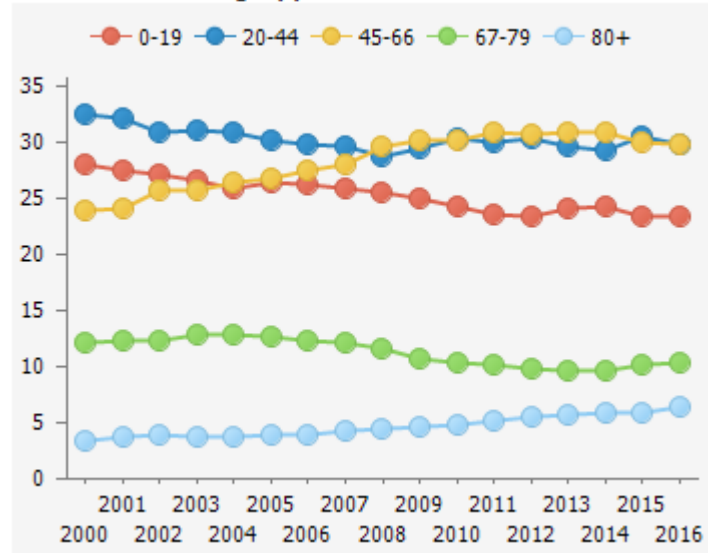
Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

Diagram 3.1.1.8: Kvinner og menn fordelt på alder, Sauda 2000-2016.

Kvinner etter aldersgruppe. 2000-2016. Prosent



### Menn etter aldersgruppe. 2000-2016. Prosent



Kjelde: Kommuneprofilen 2016.

### 3.1.2 BEFOLKNINGSFRAMSKRIVING

**Befolkningsframskrivinga** er svært usikker som ein ser av prognosane under. Som elles i landet ventar ein at andelen eldre vil auka kraftig dei neste tiåra. Auka innvandringa kan gje ein vekst i folketalet, men det er mykje usikkerhet rundt dette. Rådet er å sjå på den utviklinga som har vore fram til i dag, den gir eit sant bilde og kan peika på vegen vidare framover i tid.

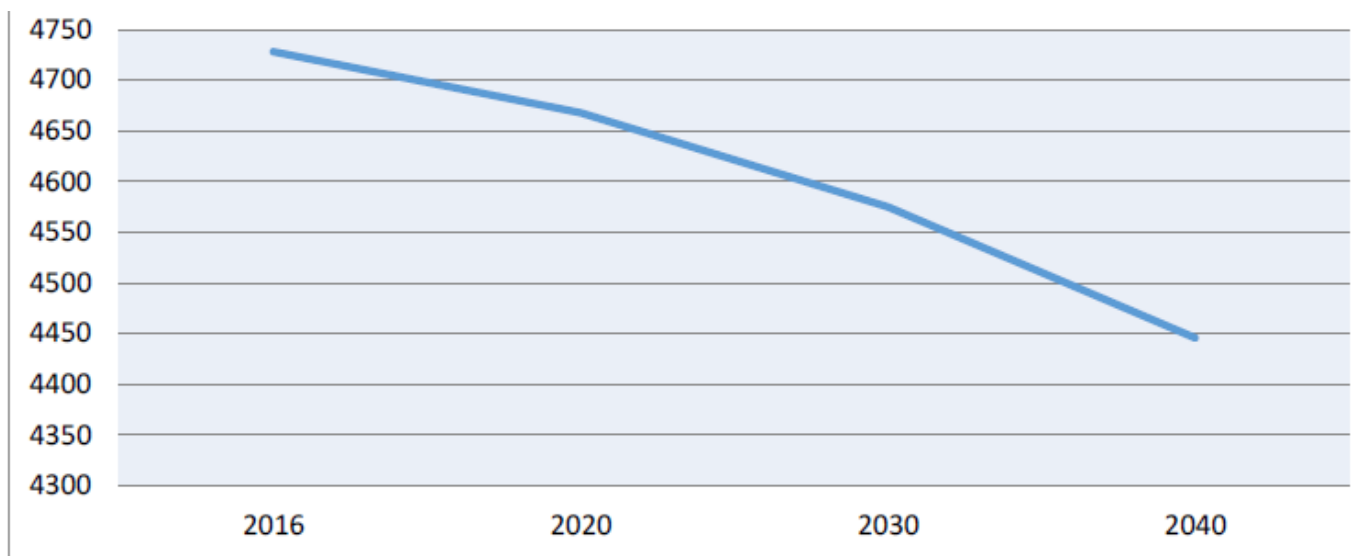
**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Befolkningsframskriving kan tena mange føremål og fungerer som eit nyttig instrument for planlegging i kommunen. Høg levealder betyr at folk er ved god helse og at me har gode velferdsordningar, men fleire eldre kan også bety ein auke i befolkninga som har behov for helse- og omsorgstenester. Kjelde; St.meld. nr. 47, 2008-2009, Samhandlingsreforma.

Aldersfordelinga og framskrivingar gir informasjon om venta fordeling i helsetilstanden, behov for skule og barnehageplasser og etterspurnad etter helsetenester og sjukeheims plasser. Den kan også gi eit godt inntrykk av arbeidsmarknaden og attraktiviteten til ulike regionar. Unge, nyutdanna personar buset seg i stor grad der dei finn jobb. Dette bidrar til at dei trekker ned gjennomsnittsalderen i området. Kommunar som har låg gjennomsnittsalder oppnår dermed ein bonuseffekt, gjennom fleire skattebetalarar i høve til mottakarar av offentlege ytingar, samt generelt betre helsetilstand.

Kjelde: Slettebak R., 2015.

#### Diagram 3.1.2.1: Befolkningsframskriving, 2020–2040.

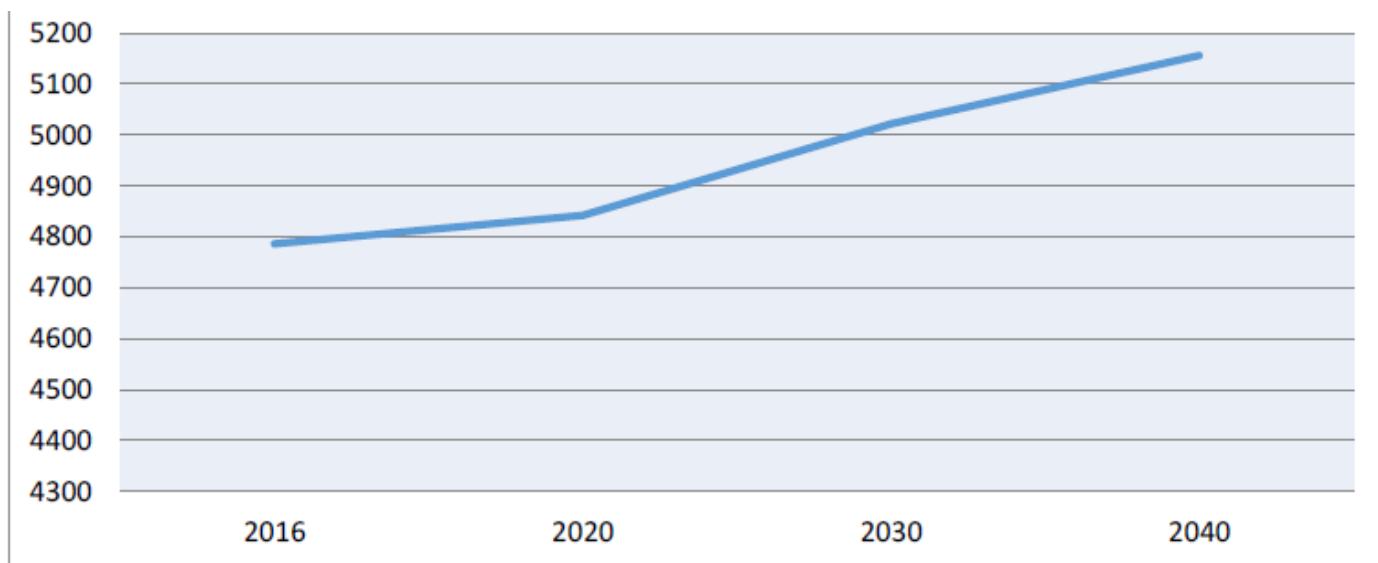
Statistisk Sentralbyrå lagar prognoser for folketalsutviklinga basert på faktorar som fødselsrate, dødsrate, flytting og innvandring. Det er alternativ **MMMM** som har passa best til utviklinga i Sauda dei siste 10-åra. Dersom denne utviklinga held fram, blir folketalet redusert som følgjande framover, jf. figuren under:



Kjelde: SSB

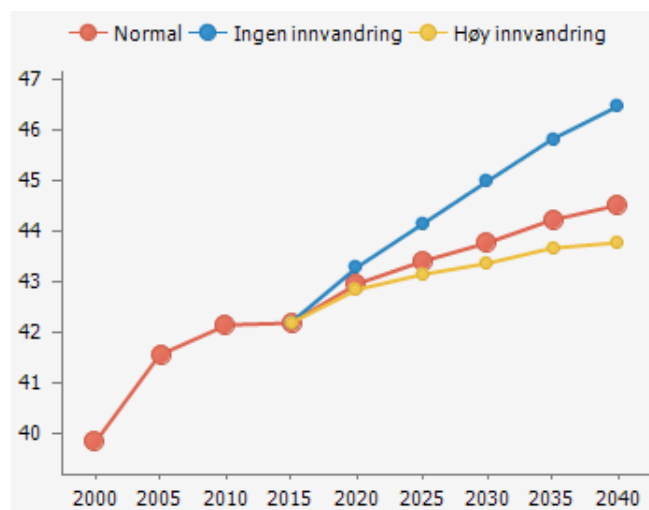
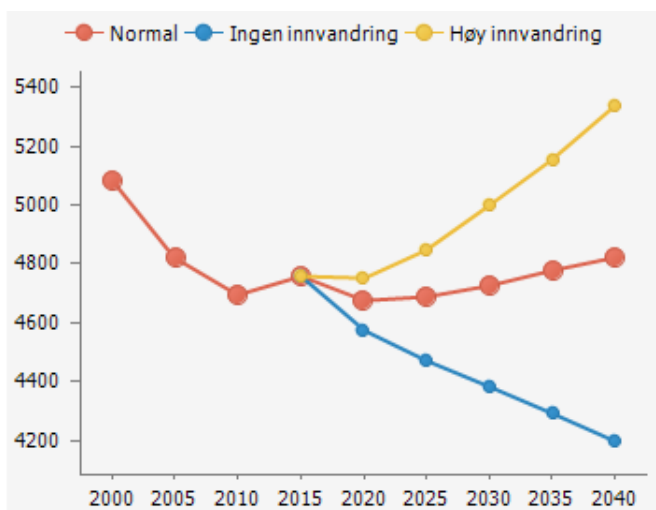
Dersom ein legg til grunn alternativ **MMMM** som har utgangspunkt i Middels nasjonal vekst (øg i høve til innvandring), blir utviklinga som i figuren under:

Det bør likevel understrekast at alle framskrivingar bygger på ulike føresetnader som kan endra seg med tida. Tala må difor brukast med reservasjonar.



Kjelde: SSB

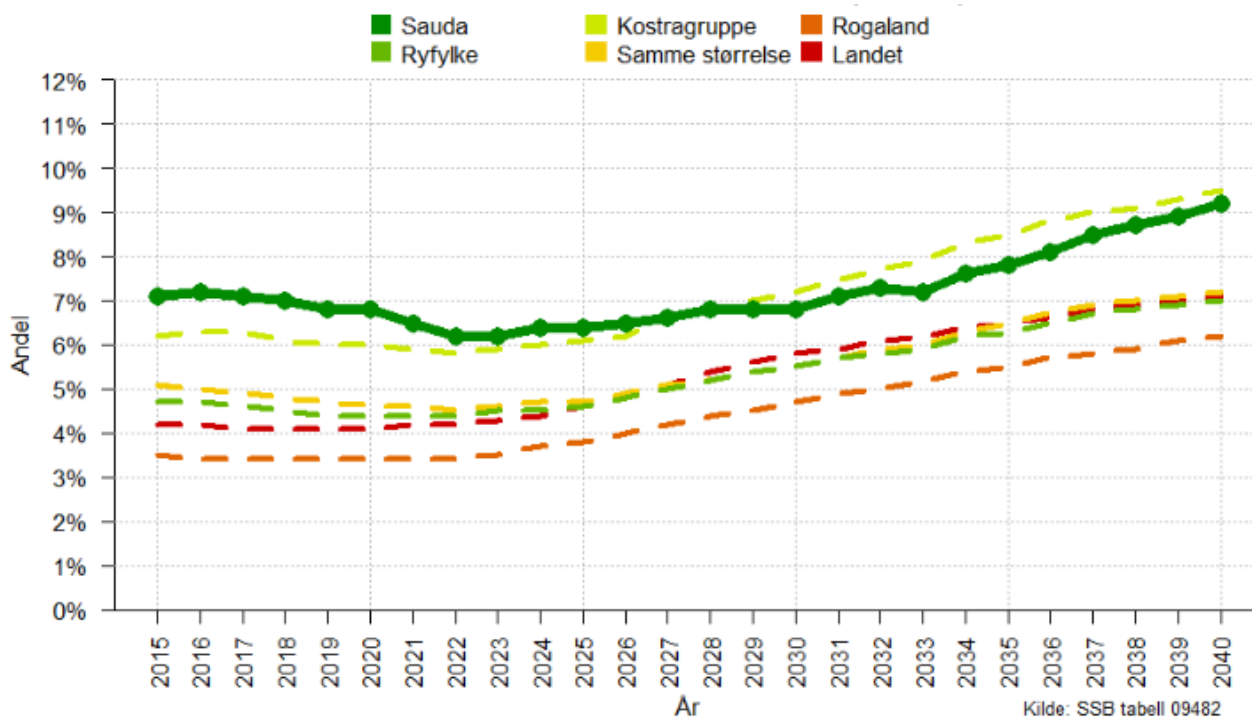
**Diagram: 3.1.2.2: Alternative befolkningsframskrivingar 2015-2040, Sauda.**



Kjelde: Kommuneprofilen 2016.

**Diagram 3.1.2.3: Framskriven andel i alderen 80 år +, Sauda 2015 – 2040.**

Befolkningsframskrivingar kan tena mange føremål og fungera som verktøy for planlegging i kommunane. Det kan t.d. danna grunnlag for planlegging av framtidige behov i kvar enkelt kommune med bakgrunn i framtidig befolkningsstorleik. Obs: alle framskrivingar av desse tala er hefta med stor usikkerhet. Legg ein t.d. til grunn den auka innvandringa dei siste åra kan det sjå ut som at folketalet kan auka i åra framover.



Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

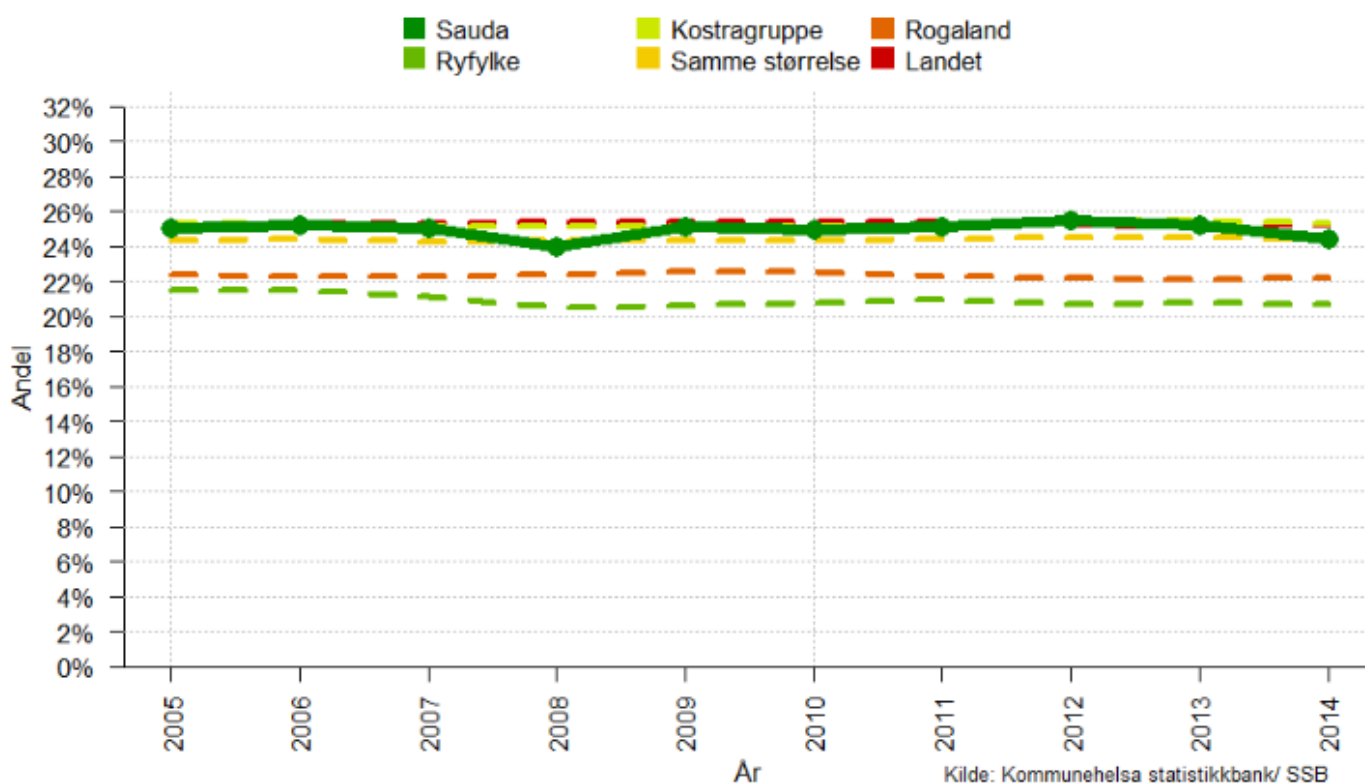


### 3.1.3 PERSONER I ALDEREN 45 ÅR ELLER ELDRE SOM BUR ÅLEINE

**Andel personar som bur aleine i Sauda** har vore relativ stabil og ligg på om lag 25 %, men med ein beskjeden nedgang dei siste åra. Det er på nivå med resten av landet, men litt høgare enn Rogaland og Ryfylke.

**Grunn for val av indikator:** aleinebuande kan vera ei potensielt utsett gruppe, både økonomisk og sosialt. Aleinebuande er i risikograppa for å utvikla psykiske helseproblem. Kjelde: Folkehelseinstituttet.

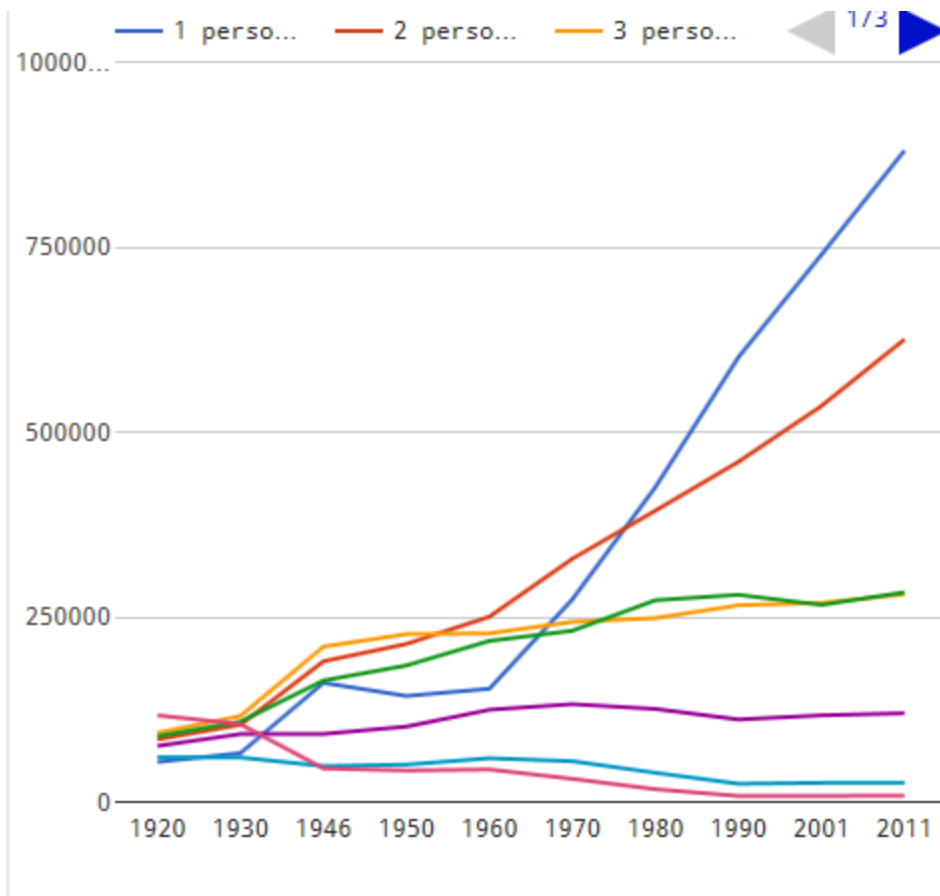
Diagram 3.1.3.1: Personar som bur aleine 45 år eller eldre, 2005-2014



Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

Diagram 3.1.3.2: Antal personar i privathushald i landet.

Andelen hushald med berre ein person har auka merkbart sidan 1920. Nærare 40 % av hushalda i dag består av ein person. Hushald med ein eller to personar utgjer om lag 70 % av alle hushald i 2015. Grøn strek er 4 personar, lilla er 5 personar, lys blå er 6 personar og rosa er meir enn 7 personar i hushaldet.



Kjelde: Fylkesstatistikk for Rogaland, Rogaland Fylkeskommune.

### 3.1.3 SAUDA KOMMUNE, ARBEIDSLIV, LØNN OG DELTID

Kommunen er den desidert største kvinnearbeidsplassen i Sauda og heile 90,8% av desse kvinnene er tilsett på deltid. 64% av leiarane er kvinner. Oversikta viser lita utvikling frå 2010-2015. Utviklinga viser at den kommunale delen av sysselsettinga stadig aukar i forhold til den private.

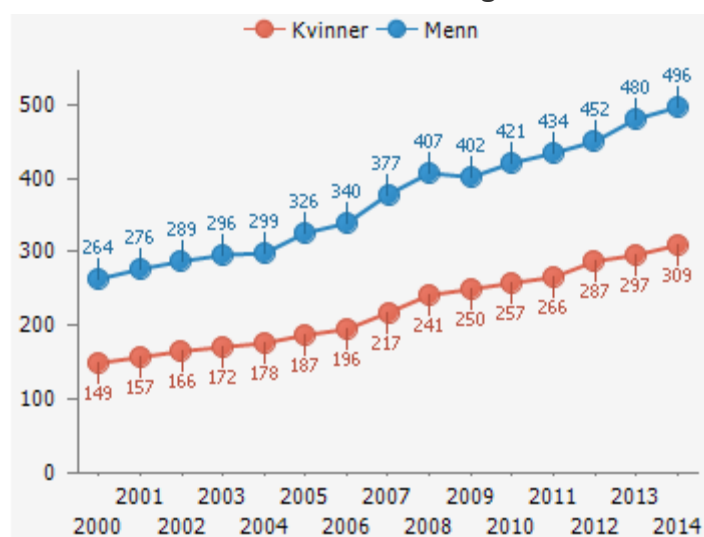
I Sauda arbeider flest kvinner i det offentlege og svært mange av desse arbeider deltid. Dei fleste menn arbeider i privat næringsliv og er tilsett på fulltid. Menn i Sauda hadde i 2014 ei gjennomsnitts bruttoinntekt på kr 496 000, medan kvinners inntekt var kr 309 000. Kvinners inntekt er 62,4% av menns inntekt i Sauda i 2014. Det er så og sei like mange menn som kvinner som bur i Sauda i 2015.

Diagram 3.1.3.1: Sauda kommune, tilsette kvinner og menn, leiarar og deltid.

	2015	2010
Årsverk totalt	417,9	420
% kvinner/menn tilsett	83/17	84/16
% i leiande stillingar kvinner/menn	64/36	65/35
Antal deltidsstillingar/kvinner i deltidsstilling	360/327	255/247
% deltidsstillingar kvinner/menn	90,8/9,2	96,9/3,10

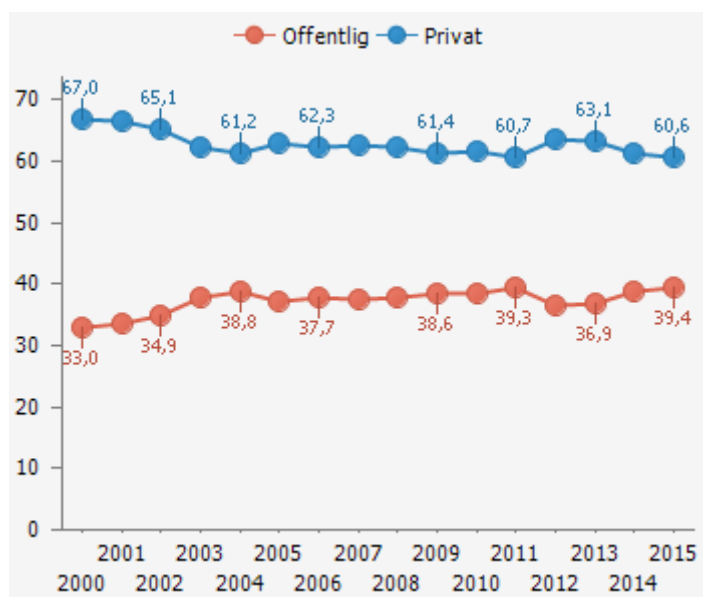
Kjelde: Årsmelding Sauda kommune 2015.

Diagram 3.1.3.2: Gjennomsnitt bruttoinntekt for menn og kvinner i Sauda, 2000-2014, i 1000 Kr.



Kjelde: Kommuneprofilen for Sauda.

Diagram 3.1.3.3: Andel sysselsette i offentlig og privat sektor, Sauda, 2000-2015.



Kjelde: Kommuneprofilen 2016.

### 3.1.4 VURDERING AV ÅRSAKSFORHOLD, KONSEKVENSNAR OG FORKLARINGAR

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvensar/ forklaringar
<b>Befolknings- endring</b>	1. januar 2015: Sauda har 4710 innbyggjarar.	Befolkningsreduksjon fordi fleire flytter frå bygda, talet på fødde går ned og talet på tilflyttarar er beskjedent.	Svak arbeidsplassutvikling.
<b>Folkemengd</b>	Reduksjon sidan 1962. Noko utflating siste åra. Prega av konsolidering eller svak tilbakegang.	Innvandring ser ut til å vera det einaste positive bidraget til folketilvekst i kommunen.	Redusert servicenivå.
<b>Netto- innflytting</b>		Tilflytting skjer på vilkår av: god arbeidsmarknad, auka innvandring, attraktive bustadområder og tilgang på tomter, studietilbodet ved Sauda Vidaregåande skule, familiar som kjem tilbake til røtene, tilknytning, gode oppvekstvilkår, nært til natur, friluftsliv og oversiktlege lokalsamfunn, arbeid for begge to.	Eldre har ofte ei svakare helse enn ein yngre befolkning.
<b>Aldersfordeling</b>	Nokre demografiske trekk frå 2008 – 2014 er at andel barn og unge blir mindre og andelen eldre stig. Andelen arbeidsføre blir redusert.		Dersom regionen ikkje utmerkar seg som ein attraktiv stad å bu, leva og arbeida i, vil ein på sikt tapa kompetanse.
<b>Heiltid/deltid</b>	Forholdet mellom arbeidsføre og pensjonistar blir med det meir og meir «negativt».		Lågare andel i arbeidsfør alder kan føra til utfordringar i forhold til å få rett kompetanse i regionen og kommunen.
<b>Lønn</b>			
<b>Kommunalt/ privat arbeidsliv</b>	Sauda har eit tradisjonelt preg med mange offentlege arbeidsplasser for kvinner og private for menn. Mange kvinner arbeider deltid mens menn stort sett arbeider heiltid. Det er store lønsskilnader mellom kvinner og menn.	Utflytting skjer på vilkår av: Manglande utdanningsmuligheter, studiar og/eller jobb og blir verande, etablering av familie, fagmiljø, behov for eit større miljø, kommunale tenestetilbod, kulturtilbod, arbeidsmarknad og muligheter for karriere. Generelt gjeld at ein legg til rette for flyktingane med bustad- og arbeidstilbod, men mange flyttar til større byområde der dei kan delta i større nettverk med eigne folkegrupper.	Ei veksande gruppe med eldre kan vera ein ressurs som frivillige, men har også eit sjukdomsbilde meir prega av kroniske og samansette helseproblem– inkludert demens. Ein større del eldre kan medføra opphoping av diabetes, kreft, hjarte- og kar sjukdommar m.m. sidan førekomsten av desse stig med alderen. Fleire eldre utan pårørande i nærmiljøet kan gi eit større press på sjukeheim/institusjon.



	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvensar / forklaring
<b>Befolkningsframskrivingar</b> (absolutt tall)	<p>Befolkningsframskrivingar (middels vekst) er svært usikre. Med bakgrunn i den utviklinga sidan 1962 er det ikkje grunn til å tru at folketalet vil auka merkbar. Unntaket er ved høgare innvandring. Levealderen er 76,2 % for menn og 81,6 % for kvinner i Sauda. I landet er den 78,2 % for menn og 82,8 % for kvinner. I 2015 utgjorde andelen 0-17 år ca. 20 % av befolkninga i Sauda. I 2006 var den stege til ca. 25 %.</p> <p>For aldersgruppa 67 år og eldre var andelen i Sauda ca. 14 % av det totale folketalet i 2006 og steig fram til ca. 18 % i 2015.</p>	<p>Lågare dødelegheit, lågare fruktbarhet og aldring av store fødselskull.</p> <p>Ein lågare levealder kan betyr at folk si helse ikkje er så god og / eller at velferdsordningane ikkje er like gode som i resten av landet.</p>	<p>Andel eldre i Norge vil veksa kraftig. Det kan føra til større behov for tilsette i den offentlige omsorgssektoren samtidig som den norske arbeidsstokken krympar.</p> <p>Når eldrebølga slår inn for fullt, trengs det fleire folk innan pleie- og omsorgsyрка, men ikkje nødvendigvis personar med høg spesialkompetanse (legar, spesialsjukepleiarar m.m.)</p> <p>Konsekvensane kan bli at det offentlige trekkjer ut lågt utdanna arbeidskraft, mens privat sektor vil behalda ein relativt stor del høgt utdanna arbeidstakarar.</p> <p>Kjelde: Normann, E.D.B, 2010 NHH</p>
<b>Innvandrarar og norskfødte med innvandrarforeldre</b> (absolutt tall)	<p>Innvandring er ein viktig pådrivar for befolkningsauke.</p> <p>Frå 2007 til 2015 har antal innvandrarar auka.</p>	<p>Sjå mulige årsaker under folketal.</p>	<p>Innvandrarbefolkninga er ei samansett gruppe når det gjeld alder, kjønn, opphavsland, sosioøkonomisk status, innvandringsgrunn og opphaldstid. Innvandrarane si helse er derfor forma av ei rekke ulike faktorar, og helsebehova vil også endra seg med opphaldstida. Det trengs meir forskning på feltet.</p> <p>Arbeidsløysa og andel i låginntektshushald er større blant innvandrarane enn i befolkninga elles.</p>
<b>Personar som bur åleine</b> (andel i prosent)	<p>Relativ stabilt rundt 25 %, men med ein svak nedgang dei siste åra.</p>	<p>Tradisjonelt samfunn, separasjonsratane er som snittet for landet.</p>	<p>Utsett gruppe både økonomisk og sosialt. Dette kan auka risikoen for psykiske lidingar.</p>

## 3.2 OPPVEKST OG LEVEKÅRSTILHØVE

### 3.2.1 LÅGINNTEKTSHUSHALD 0-17 ÅR

**Låginntekt under 18 år:** Barnefattigdommen har auka i landet og i Sauda kommune frå 2005 til 2015. I Sauda var 5 % av barna i fattige hushald i 2005 og det har stege til 9 % i 2015. For Rogaland var det 3,0 % i 2009 og 3,4 % i 2012. At Rogaland ligg under snittet for landet og Sauda kan ha samanheng med høge lønningar i oljenæringa; lønningar som har dobla seg dei siste 10 - 15 åra. Ved tolking må ein ta omsyn til at tala også inkluderer dei som har valt å arbeida deltid. I følge SSB, er det det særleg innvandrarbarn som står for auken i Norge.

Kjelde: Folkehelseinstituttet/SSB.

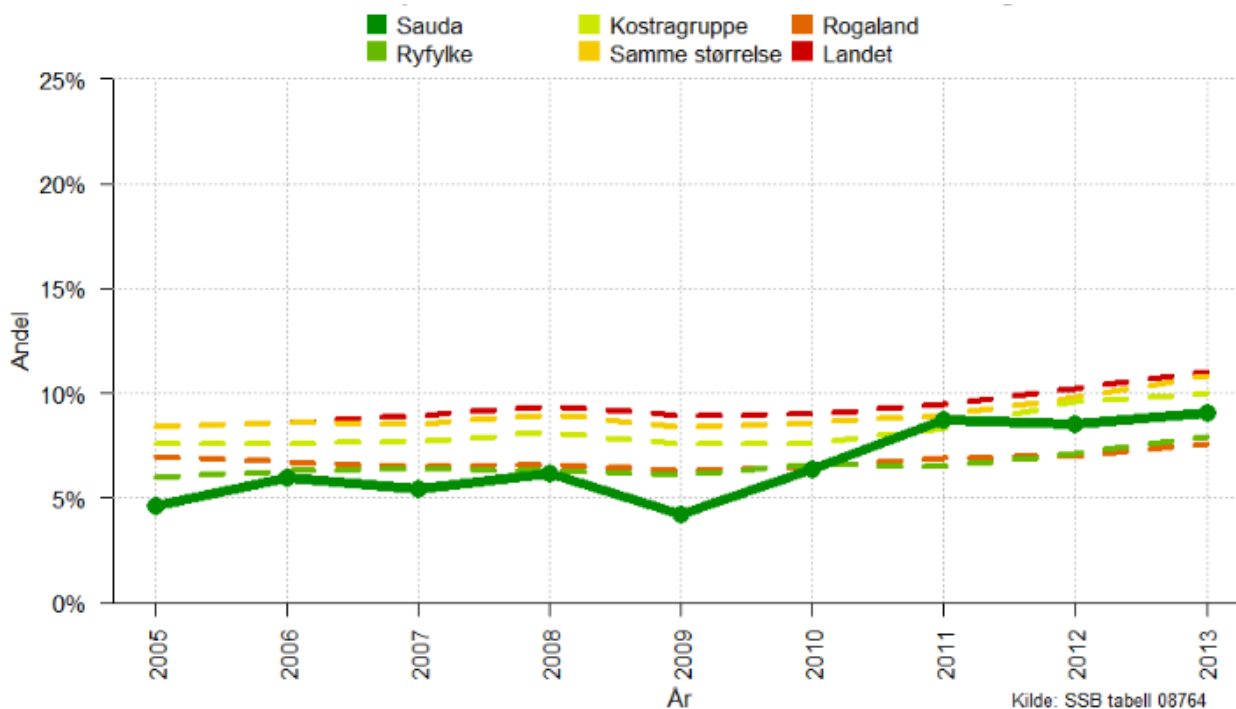
**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Inntekt og økonomi er ein grunnleggande påverknadssfaktor for helse, og forskning har vist at det er ein samanheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Låg inntekt aukar risikoen for dårleg sjølvopplevd helse, sjukdom og for tidleg død. Låginntektshushald er definert som hushald med årleg inntekt etter skatt som er lågare enn den nasjonale medianinntekta. Studenthushald er ikkje medrekna.

NB: tala er noko misvisande då medianinntekta i Rogaland er noko høgare enn den nasjonale medianen. Det eigentlege fattigdomsproblem er dermed større enn det tala tyder på.

Merk også at denne figuren inkluderer nyare tal enn folkehelseprofilen for 2015.

Kjelde: Folkehelseinstituttet/Store norske leksikon (snl.no)/Utvida folkehelseprofilar for Sauda.

Diagram 3.2.1.1: Personar under 18 år i låginntektshushald, 2005 – 2013



Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

### 3.2.2 ARBEIDSLØYSE

Frå 2009 til 2014 har arbeidsløysa i Sauda stege frå ca. 1 % til ca. 2 %. Dette er litt under nivået for landet, men likt med Rogaland.

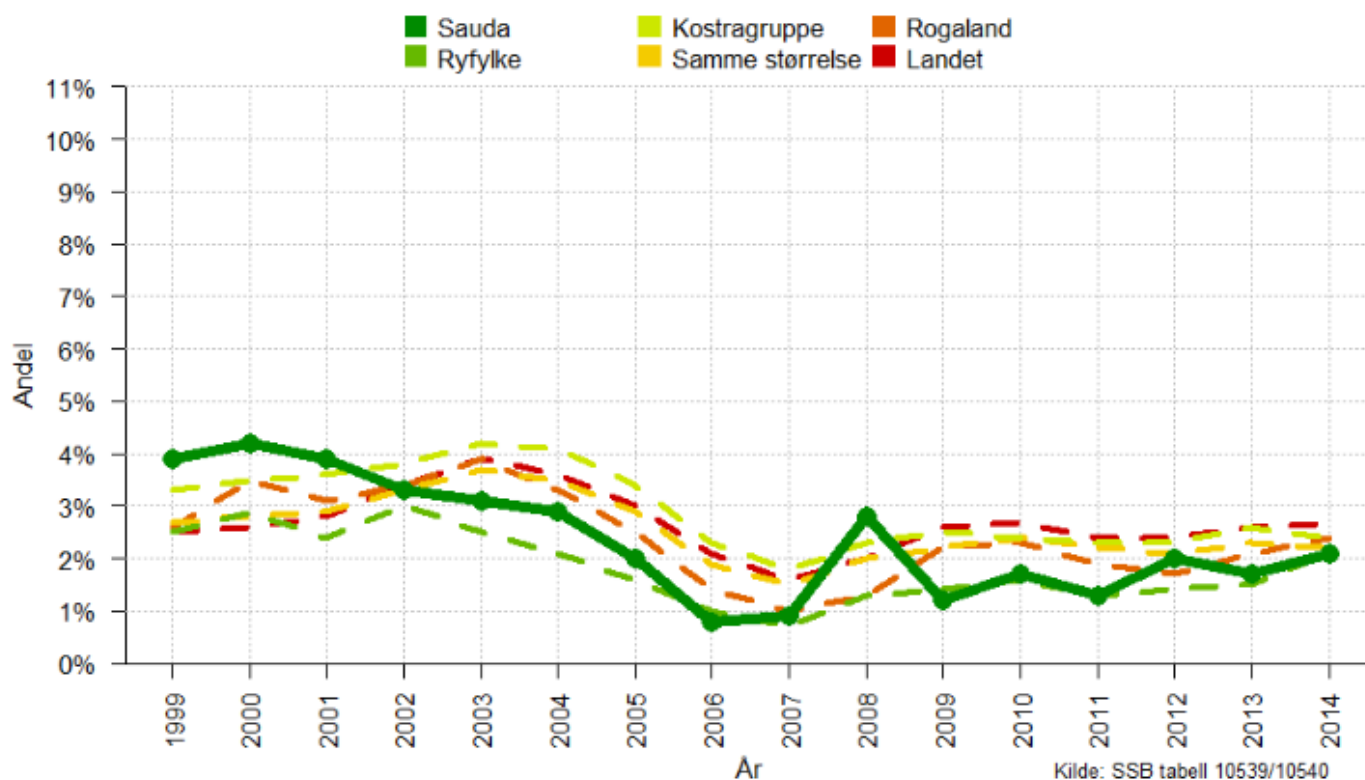
Statistisk sentralbyrå ventar at arbeidsløysa i Norge når ein topp på rundt 4 % i 2016. Dårligere tider i oljebransjen er ein av hovudgrunnane til aukande arbeidsløysa. Norsk økonomi har hatt ein oljerelatert boom i årevis etter finanskrisen. Den har snudd og dette gir ringverknadar til andre delar av norsk økonomi.

Kjelde: Norges bank/SSB.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Arbeidsledige er ei utsett gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt. Arbeidsløysa har betydning for både helse og levekår. Personar som står utanfor arbeidsliv og skule har dårligere psykisk helse og meir usunne levevanar enn personar som er i arbeid. Arbeidsledige har ein tendens til dårligere psykisk og somatisk helse enn personar som er i jobb. Men det er uklart i kor stor grad det er personar med svekka helse som blir arbeidsledige og kor stor grad det er tilstanden som arbeidsledig som svekker helsa. Forsking konkluderer likevel med at arbeidsledige har større problem med den psykiske helsa og at forverring i den psykiske helsa pleier å inntreffa etter at ein er blitt arbeidsledig.

Kjelde: Reneflot, Evensen 2012, Zhang, S, Bhavsar V. 2013. Arbeidsløysa bør ein sjå i samanheng med næringslivet i regionen og sjuketrygd. Kjelde: Folkehelseinstituttet.

Diagram 3.2.2.1: Arbeidsløysa 15-74 år, 1999-2015



Tala for arbeidsløysa er henta frå SSB. Dette kan innebera nokre mindre avvik frå Folkehelseprofilane. Merk også at tala i folkehelseprofilane er basert på 2013.

Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

### 3.2.3 LEGEMELDT SJUKEFRÅVÆR

**Legemeldt sjukefråvær** går til vanleg ned når arbeidsløysa aukar. Frå 2003 -2014 viser kurva for Sauda ein nedgåande trend frå 5,3 % - 4,3 %.

**Diagnosegrupper:** Muskel -og skjelettlidingar og psykiske lidingar er dei to største diagnosegruppene i landet. I 2012 utgjorde desse to diagnosegruppene 59 % av det legemeldte sjukefråværet i Norge. Dette medfører ofte langvarig sjukefråvær

Kjelde: Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2013-2015.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Sjukefråvær er eit aktuelt tema og har fått auka merksemd i forskinga, særleg i kjølvatnet av IA (Inkluderande Arbeidsliv). Data frå levekårsundersøkinga til Statistisk Sentralbyrå viser at:

- **nærmere to av fem personer som oppgir et sykefravær på minst 14 dager i løpet av ett år mener at fraværet er forårsaket av helseplager som helt eller delvis skyldtes jobben.**

Det er godt dokumentert at det **psykososiale arbeidsmiljøet** er viktig for somatiske og psykiske helseplager. I fleire nyare norske studiar har ein funne at psykososiale faktorar er viktig for muskel-/skjelettplager og psykiske plager. Fleire internasjonale, og nokre norske studiar, har vist at det psykososiale arbeidsmiljøet har mykje å seia for sjukefråværet. Det dreier seg om faktorar som til dømes låg kontroll over eigne arbeidsoppgåver, låg sosial støtte eller negative sosiale relasjonar på arbeidsplassen. Kva for psykososiale faktorar som er viktigast for sjukefråværet i Norge er likevel i lita grad studert i populasjonsrepresentative utval. Sysselsette i helse- og sosialsektoren og undervisningssektoren er spesielt utsett for sjukefråvær. Så langt ligg det ikkje føre norske sektorstudiar på feltet.

Kjelde: Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2013-2015.

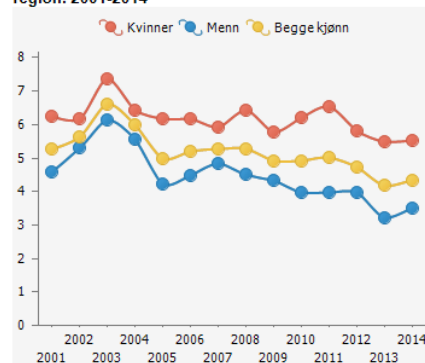
**Diagram 3.2.3.1: Legemeldt sjukefråvær, Sauda 2001-2014.**

Tabell 1. Legemeldt sykefravær. Kvinner og menn. Sykefraværspersent\*) og antall sykedager. Valgt region. 2001-2014

Region/Kommune	År	Sykefravær. Prosent			Sykefravær. Antall dager		
		Begge kjønn	Kvinner	Menn	Begge kjønn	Kvinner	Menn
Sauda	2001	5,3	6,2	4,6	20 721	9 579	11 143
Sauda	2002	5,6	6,2	5,3	21 106	8 793	12 312
Sauda	2003	6,6	7,4	6,1	24 817	10 741	14 077
Sauda	2004	6,0	6,4	5,6	22 832	9 874	12 958
Sauda	2005	5,0	6,2	4,2	18 514	8 994	9 519
Sauda	2006	5,2	6,2	4,5	20 251	9 847	10 405
Sauda	2007	5,3	5,9	4,8	21 068	9 591	11 477
Sauda	2008	5,3	6,4	4,5	21 598	10 639	10 960
Sauda	2009	4,9	5,8	4,3	18 461	9 025	9 436
Sauda	2010	4,9	6,2	4,0	20 185	10 514	9 672
Sauda	2011	5,0	6,6	4,0	20 214	10 787	9 428
Sauda	2012	4,7	5,8	4,0	19 587	9 827	9 761
Sauda	2013	4,2	5,5	3,2	17 247	9 455	7 792
Sauda	2014	4,3	5,5	3,5	18 263	9 738	8 525

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

Legemeldt sykefravær. Prosent. Kvinner og menn. Valgt region. 2001-2014



Kjelde: Kommunebarometeret 2016.

### 3.2.4 UFØRETRYGD 18-44 ÅR

I Sauda kommune var andelen personar 18-44 år som **tok imot uføretrygd** 2,6 % av arbeidsstyrken, eller 42,3 personar i 2000-2002. I 2011-2013 var tilsvarende tal 2,9 % av arbeidsstyrken og dette utgjorde 44 personar. Sidan 2008 har dette talet vore ganske stabilt. Sauda ligg framleis litt over snittet for landet og Rogaland for antal uføretrygda.

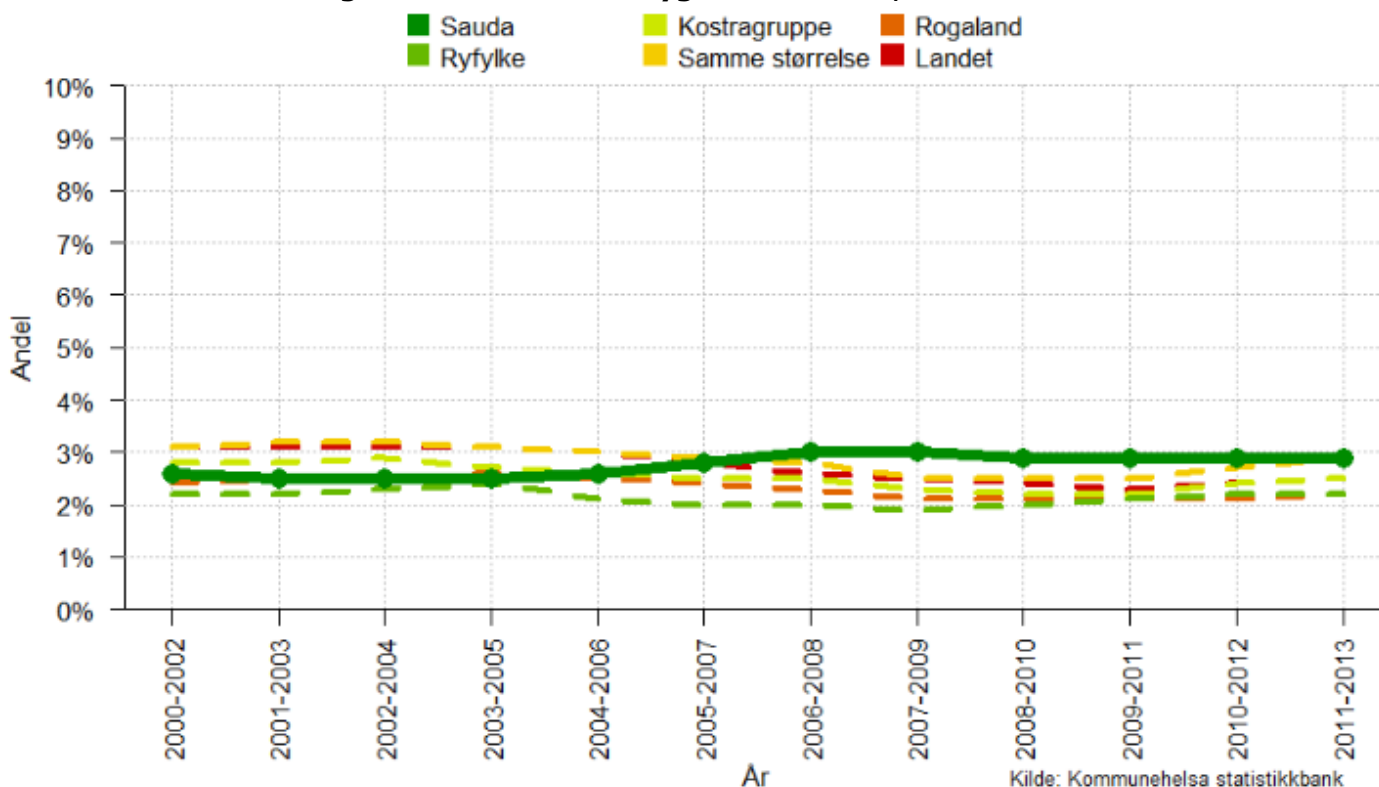
Uføretrygd kan tildelast personar som har fått innteningsevna redusert med minst 50 % på grunn av langvarig skade eller sjukdom. Dei fleste som blir uføretrygda blir permanent utanfor arbeidslivet. Dette, kombinert med helseproblem, blir vanlegare med aukande alder og medfører at andelen uføretrygda stig kraftig etter kvart som ein nærmar seg pensjonsalder. Som hovudtendens er det ein fleire kvinner enn menn som blir uføretrygda og kjønnsforskjellane blir større med høgare alder. Kjelde: Slettebak R., 2015.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Gruppa uføretrygda er ei utsett gruppe psykososialt og materielt. Omfanget av uføretrygd er ein indikator på helsetilstand (fysisk eller psykisk), men må sjåast i samanheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbodet i kommunen.

Grupper som står utanfor arbeidsliv og skule har i gjennomsnitt dårlegare psykisk helse og meir usunne levevanar enn dei som er i arbeid. Dei siste ti åra har andelen som får sjukmelding og uføretrygd vore høgare i Norge enn i andre OECD-land. Aukande helseproblem i befolkninga kan ikkje forklara dette. Årsakene til sjukefråvær og uførepensjon er vanskelege å fastslå. Ofte er dei samansette, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanningar, livstilsfaktorar og andre sosiale faktorar kan påverka sjukefråværet og andelen som søker uføretrygd.

Kjelde: Folkehelseinstituttet.

**Diagram 3.2.4.1: Uføretrygda 18 – 44 år, 2000 - 2013**



Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

### 3.2.5 MOTTAKARAR AV SOSIALHJELP

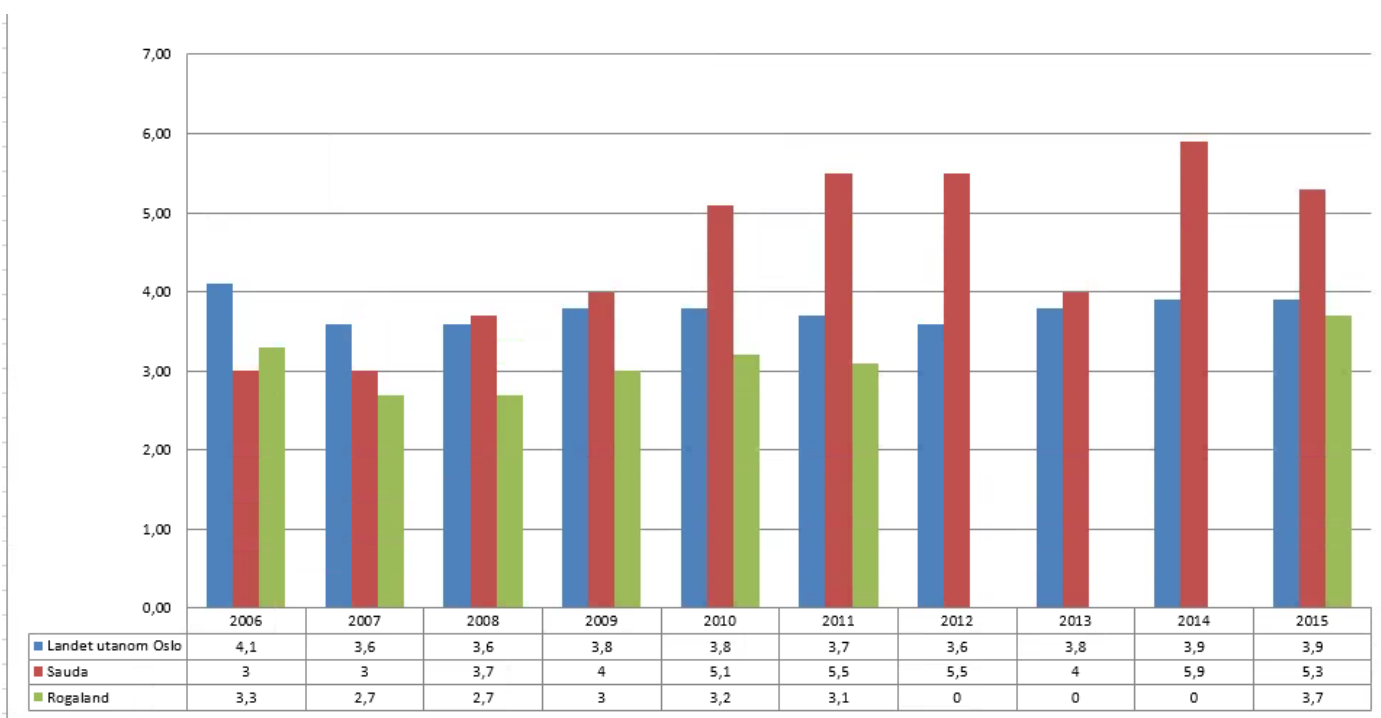
**Andel som mottok sosialhjelp 20– 66 år** i Sauda kommune, av innbyggjarar 20-66 år, var 3 % i 2006. Dette var under snittet for både landet og fylket. Andelen sosialhjelpsmottakarar i Sauda har stege i åra etterpå med eit unntak i 2013 og ligg no på 5,4 %. Både landet og fylket ligg under 4 %.

Sosialhjelp blir gitt av kommunane til personar som ikkje kan sørge for eige livsopphald, og skal fungera som eit sikringsnett. Ordninga blir hyppigast nytta av personar mellom 18 og 24 år og fell deretter med aukande alder. Den blir ofte brukt i kombinasjon med andre ytingar.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Mottakarane av sosialhjelp er ei utsett gruppe psykososialt og materielt. Dei har ofte en meir marginal tilknytning til arbeidsmarknaden, kortare utdanning og lågare bustandard enn befolkninga elles. Det er også vist at det er langt større innslag av helseproblem blant sosialhjelpsmottakarane enn i befolkninga elles, og særleg er det ein stor andel med psykiske plager og lidingar.

Omfanget av sosialhjelp i totalbefolkninga er eit uttrykk for pågangen på det kommunale hjelpeapparatet frå personar som for kortare eller lengre tid er avhengig av økonomisk støtte til livsopphald. Lang tids avhengighet av sosialhjelp kan m.a. gjenspegla ein lokalt vanskeleg arbeidsmarknad, men også at sosialtenesta legg ulik vekt på aktivering av den enkelte og på tverrfagleg samarbeid. Kjelde: Folkehelseinstituttet.

**Diagram 3.2.5.1: Andel sosialhjelpsmottakarar i alderen 20-66 år, av innbyggjarar 20-66 år, 2006 – 2016.**



Kjelde: SSB / Kostra.

### 3.2.6 BARNEHAGEDEKNING OG UTDANNA LÆRARAR I BARNEHAGEN

**Barn med barnehageplass:** I Sauda kommune går 91,4 prosent av barna i barnehage. Tilsvarende tal for Norge er 90 %.

**Barn som er minoritetsspråkelige:** Andel minoritetsspråkelige barn er 12 %.

**Andel styrarar og pedagogiske leiarar med godkjent utdanning:** Andel utdanna styrarar og pedagogiske leiarar med godkjent førskuleutdanning er 96,8 % i Sauda kommune og 87,3 % for landet.

**Tidleg innsats er ein viktig utjamningsstrategi:** Ei rekke undersøkingar viser positiv samanheng mellom barnehagar av høg kvalitet og små barns utvikling av tankesett, følelsar og sosiale evner. Særleg er denne utviklinga positiv for små barn som veks opp i familiar med dårleg økonomi og låg utdanning hos foreldra. God kompetanse i barnehagane bidreg til høgare kvalitet på tilbodet som igjen fører til utjamning av sosial ulikhet i helse blant barn. Bruken av barnehage blant innvandrarar er merkbart lågare enn i resten av befolkninga. Samtidig er det studiar som viser at det er særleg gunstig for barn av immigrantfamiliar å gå i barnehage. Studiar viser også at barn som har gått i barnehage meir sannsynlig fullfører vidaregåande skule og høgare utdanning (Havnes T., Mogstad M., 2009) og at barnehagar kan bidra til å fremja god psykisk helse (Major E.E., Dalsgard K.S., Nord E., Ose S., Rognerud M., Aarø L.E., 2011). Norske barnehagar held eit gjennomgåande høgt kvalitetsnivå. Samtidig er den pågåande debatten med omsyn til fordelar og ulemper med barnehage viktig. Den går m.a. ut på kor mykje tid barna skal bruka der og kor gamle dei skal vera før dei startar. Kjelde: Helsedirektoratet, Slettebak, R. 2015.

Tabell 3.2.6.1: Barnehagedekning, minoritetsspråkelege og andel med godkjent utdanning

<i>K3 = Kommunegruppe 3</i>	<i>Sauda 2013</i>	<i>Sauda 2014</i>	<i>S 20156</i>	<i>K3 2013</i>	<i>K3 2014</i>	<i>K3 2015</i>	<i>Norge 2014</i>	<i>N 2015</i>
<i>Andel barn med barnehageplass</i>	91,8	96,8 %	94,1	90,4	88,5	89,8	90 %	90,4
<i>Andel barn som er minoritetsspråkelege</i>	9,2	7,4	8,3	9,4	10,5	11,5	14,4 %	15,3
<i>Andel styrarar og pedagogiske leiarar med godkjent førskuleutdanning</i>	96,8	100	100	88,0	85,0	91,6	90,0 %	91,8

Kjelde: Budsjett og økonomiplan 2016 – 2019, Sauda kommune. Kostra.



### 3.2.7 NIVÅ I LESING OG REKNING

**Andel 5.klassingar med lågaste mestringsnivå i lesing:** Sauda kommune har gått frå 21,2 % i 2007/08 til 15,9 % i 2013/14. Dette er positivt både i forhold til landet og fylket.

**Andel 5.klassingar med lågaste mestringsnivå i rekning:** Sauda kommune har gått ned frå 18,7 % i 2007/08 til 13,6 % i 2013/14. Dette er positivt både i forhold til landet og fylket.

Viss elevar skårar under kritisk grense set skulen i gong lesekurs / reknekurs for dei, med mål om å komma over kritisk grense.

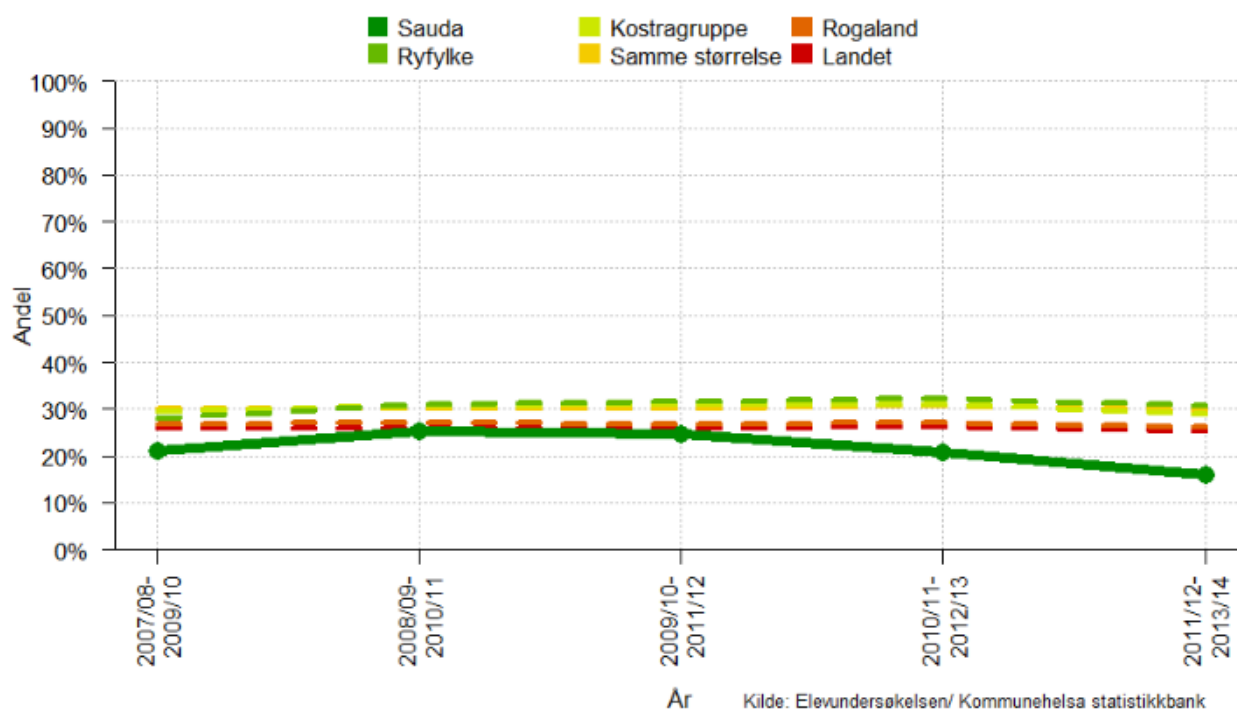
Sauda deltek i det statlege programmet «Vurdering for læring» med sikte på at alle elevar skal kjenna målet for faget, kor dei står i forhold til målet og kva dei må gjera for å nå målet.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Ein av skulen sine viktigaste oppgåver er å hjelpe elevane til å bli gode lesarar. Å kunna lesa er ein verdi i seg sjølv, for oppleving, engasjement og identifikasjon. Det er også eit nødvendig grunnlag for læring i dei fleste fag og fortel noko om kor godt elevane mestrar leseferdigheter og tekstforståing.

Rekning er ein basisdugleik som er viktig i vidare utdanningsløp og arbeidslivet.

**Grunnskulen** er ein viktig arena for utjamning av sosiale forskjellar. Elevane skal utrustast med kompetanse til å kunna ta sunne val og ta vare på seg sjølv og dei rundt seg. Samtidig ser ein at sosiale forskjellar varer gjennom skuleløpet og blir gjort tydelege av karakternivået i ungdomsskulen. Det er ein tydeleg samanheng mellom foreldra sitt utdanningsnivå og resultatet på nasjonale prøvar i 8. klasse (Keatley D., French D., McKillop D., 2014). Resultata heng saman med karakterane som igjen heng saman med kor sannsynleg det er å fullføra vidaregåande skule. Ein gjennomgang av kva som kjenneteiknar skuler som skårar høgt på nasjonale prøvar viser at skulene har stort undervisningsomfang, eit høgare timetal enn det som er fastsett av skulestyresmaktene og ein godt utbygd informasjonsteknologisk infrastruktur (målt som pc tetthet i skulen) (Grøgaard J.N, 2012). Høgt utdanna foreldre med stabile heimeforhold bidrar også positivt. Kilde: Slettebak R., 2015.

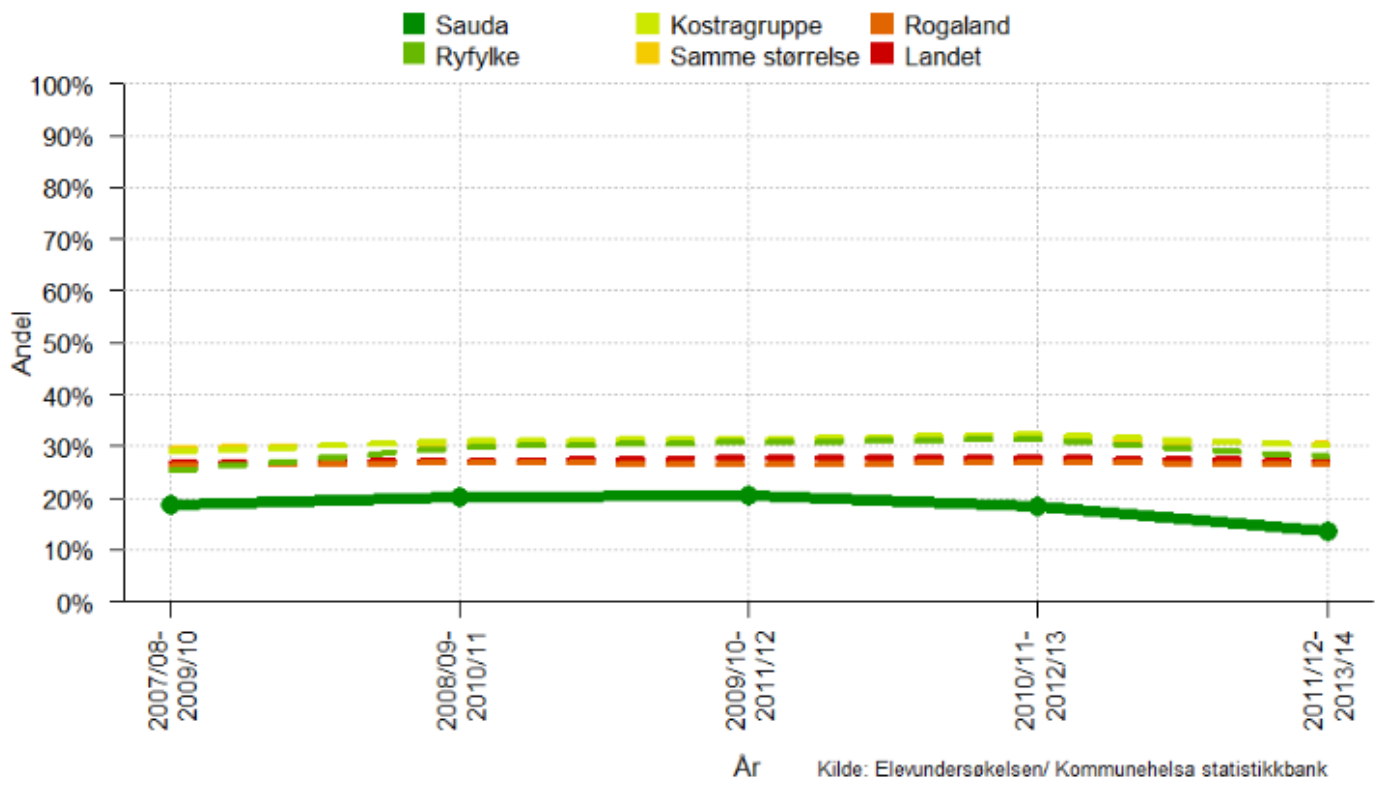
Diagram 3.2.7.1: Andel 5.klassingar med lågaste mestringsnivå i lesing 2007/09 – 2011/13



Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.



Diagram 3.2.7.2: Andel 5. klassingar med lågaste mestringsnivå i rekning, 2007/09 – 2011/13



Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

### 3.2.8 FRÅFALL VIDAREGÅANDE SKULE

**Fråfallet i vidaregåande skule for Sauda kommune** var 13 % og for landet 26 % i 2006. I 2013 var fråfallet 17 % i Sauda og 25 % i landet. Tal for 2014 og 2015 finns ikkje; truleg fordi dei er for små.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Utdanning, og særleg det å fullføra ein grunnutdanning, er ein avgjerande ressurs for å sikra god helse gjennom livsløpet. Undersøkingar har vist at det er sosial ulikhet i fråfall frå vidaregåande skular i Norge. Fråfallet er generelt større for yrkesfaglege enn studiespesialiserande vidaregåande utdanningar.

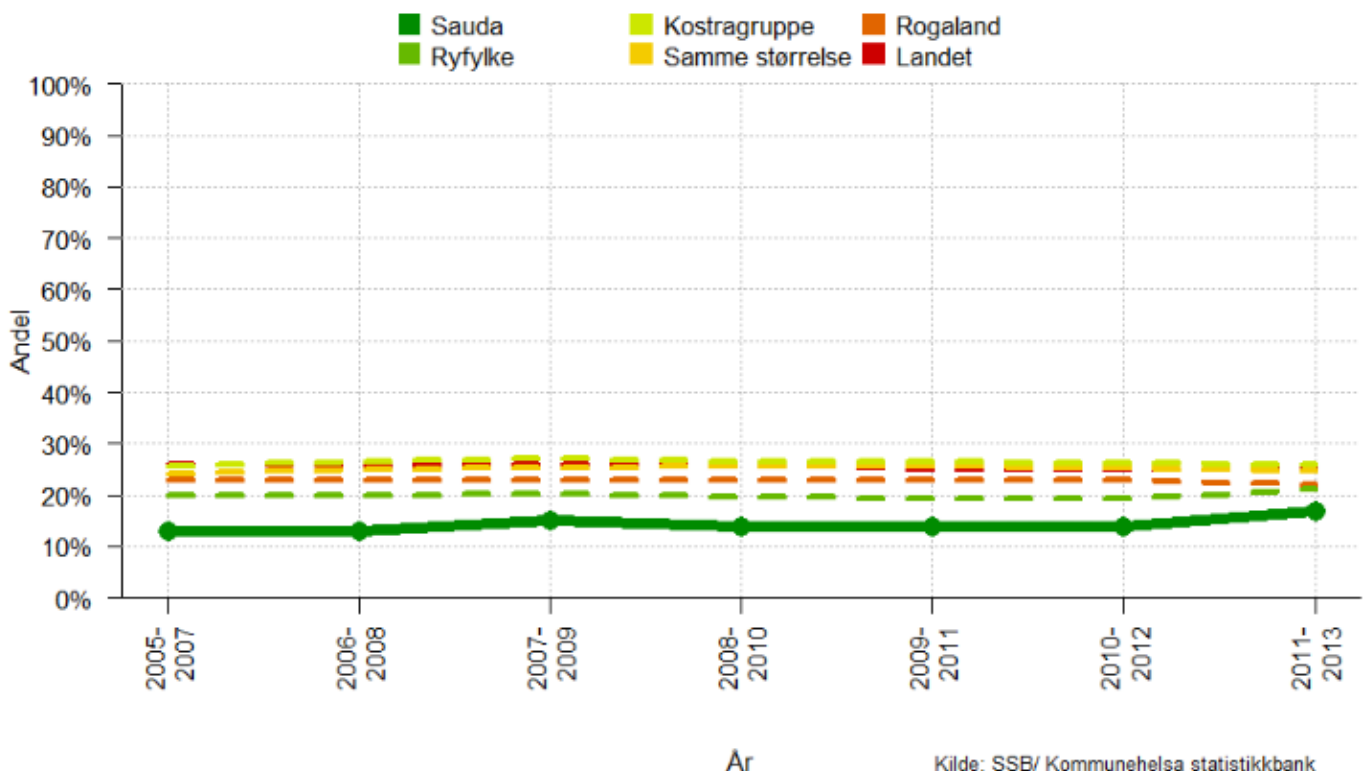
Kjelde: Helsedirektoratet/Folkehelseinstituttet.

**I kvalitetsmeldinga frå Rogaland fylkeskommune (2015)** peikar ein på følgjande om gjennomføring:

- Elevar med låge prestasjonar i grunnskulen har lågare gjennomføring enn elevar med høge prestasjonar.
- Elevar med høgt utdanna foreldre, har høgare gjennomføring enn elevar med lågt utdanna foreldre.
- Jenter fullfører i større grad enn gutar.

Ein studie frå Sør Trøndelag finn at einsemd er den faktoren som heng tettast saman med tankar om å slutta. En stor del av elevane i ungdomsskule og vidaregåande skule er plaga av einsemd (sjå kapittelet om Ungdata). Kilde: Mjaavatn, P. E., Frostad, P., 2014, samt Slettebak, R. 2015.

**Diagram 3.2.8.1: Andel som ikkje har fullført vidaregåande skule fem år etter start.**



Fråfallet inkluderer personar som starta på grunnkurs i vidaregåande opplæring for første gong eit gitt år og som har gjennomført Vg2 eller gått opp til fagprøve, men som ikkje har bestått eit eller fleire fag og derfor ikkje har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elevar som starta opp dette året, men som slutta undervegs. Andelen blir berekna ut frå prosent av alle som starta grunnkurs i vidaregåande opplæring det året. Personar som etter 5 år fortsatt er i vidaregåande skule, regnast ikkje som fråfall. Tala er blitt korrigert etter publiseringa av Folkehelseprofilane, noko som kan medføra mindre endringar. Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune. Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

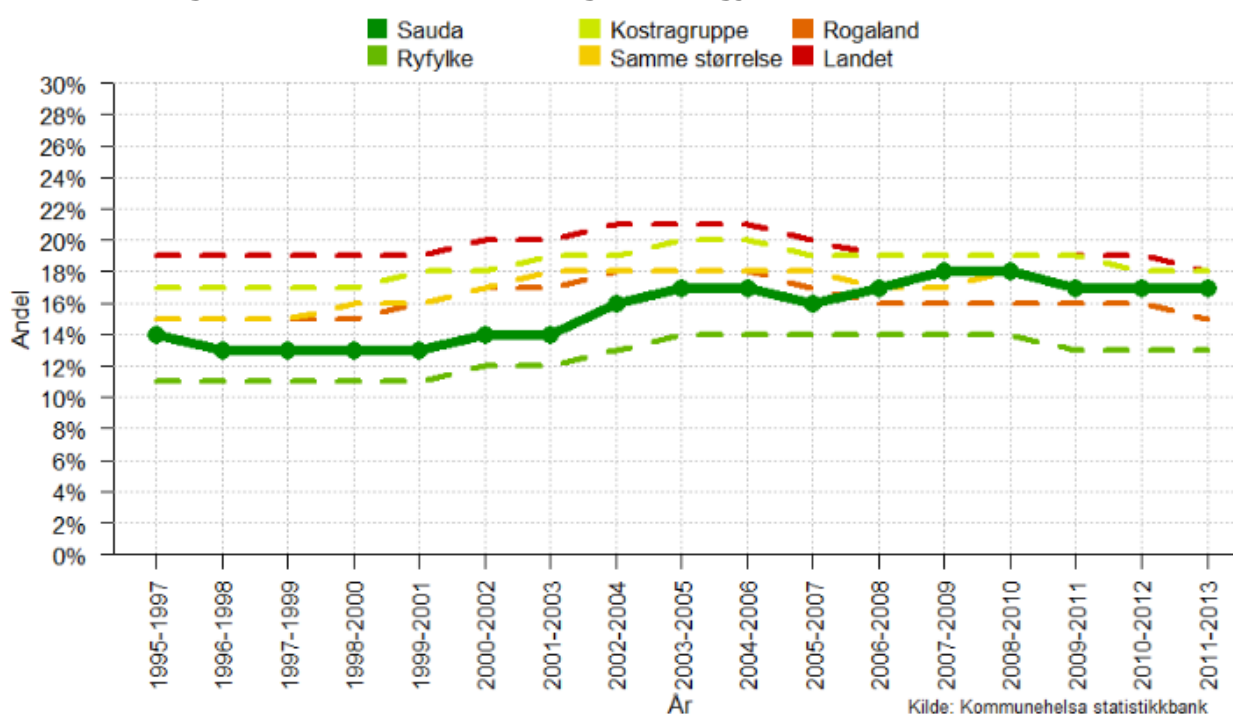
### 3.2.9 ANDEL EINSLEGE FORSØRGJARAR OG BARN AV EINSLEGE FORSØRGJARAR

Etter 2001/2003 har talet på einslege forsørgjarar stege frå 14 % til 17 % i 2011/2013 i Sauda. Barn av einslege forsørgjarar har stege frå 9,2 % i 1995/97 til 14,7 % i 2011/13.

Eineforsørgjarar er inga einsarta gruppe. For enkelte kan det utgjera ein økonomisk byrde å vera eineforsørgjar, enten dette er resultat av familieoppløysing eller ikkje. Analyser viser at eineforsørgjarar ofte har lågare inntekt enn hushald med fleire vaksne medlemmer. Tap av forsørgjar gjennom samlivsbrot eller død fører til økonomiske problem for mange. Sjølv om folketrygda i mange tilfelle dekker inntektstap som følge av tap eller fråvær av forsørgjar, vil det å vera eineforsørgjar for ein del vera ein viktig årsak til låg inntekt i lengre eller kortare periodar. Barn av eineforsørgjarar kan vera ei utsett gruppe både økonomisk og sosialt.

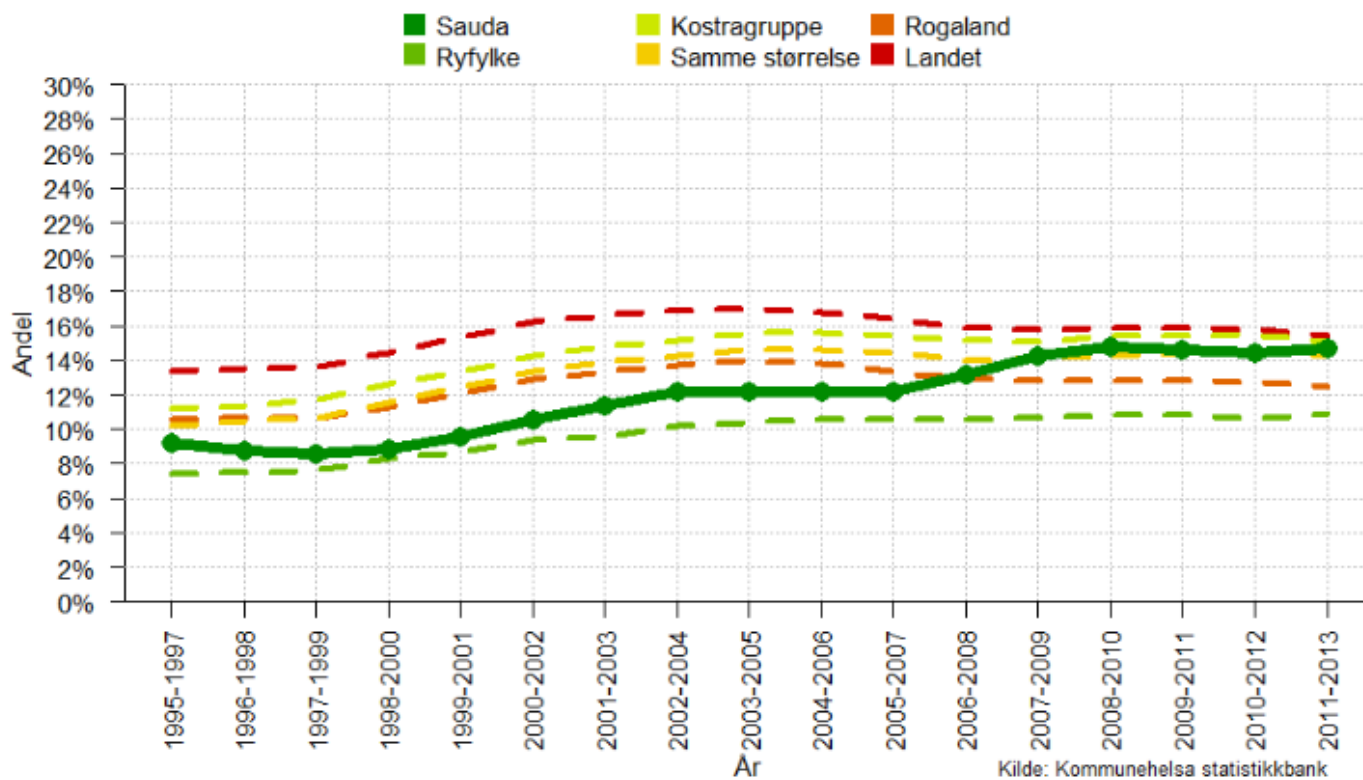
Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

**Diagram 3.2.9.1: Andel einslege forsørgjarar, Sauda 1995/97 – 2011/13.**



Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

Diagram 3.2.9.2: Andel barn (0-17 år) av einslege forsørgjarar, Sauda 1995/97 – 2011/13.



Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

### 3.2.10 BARNEVERNSTENESTA

#### **Nøkkeltal for barnevernstenesta:**

Barnevernet i Sauda mottok 63 bekymringsmeldingar i 2014 og 60 bekymringsmeldingar i 2015. Dei som melder mest er skular, mor/far/familie, barnevernet sjølv, politiet, helsestasjon, psykisk helse, lege/sjukehus/tannlege, Nav og barnehage.

Kostratala viser at Sauda har aukande utgifter til barnevern og at utgiftene ligg godt over både landet og fylket. Inkludert i desse tala ligg og leige av lokale og utgifter til advokat. Ulik praksis på føring av slike utgifter kan forklara litt av dei høge utgiftene i Sauda.

Sauda har høge meldingstal, særleg for gruppa 13-17 år. Det er samanheng mellom dette og at Sauda har høge tal på «barn med undersøkelse».

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikatorar:** Jo tidlegare ein klarer å identifisera barn som er utsett for risikofaktorar og setta i verk tiltak, jo meir truleg er det at barnet klarer seg bra. Risikofaktorar kan vera foreldre sin psykiske sjukdom eller rusmiddelmissbruk, vold i heimen, foreldre som er langtidsledige/trygdemottakarar, fattigdom i familien osv. Ein indikasjon på tidleg identifisering kan vera at helsestasjon, barnehage, skule eller NAV melder si bekymring om eit barn til barnevernet. Kjelde: Folkehelsepolitisk rapport 2011, Helsedirektoratet.

**Diagram 3.2.10.1: Kostratal - barnevern - nøkkeltal**

	2013	2014	2015				
			1135 Sauda	1135 Sauda	1135 Sauda	Landet uten Oslo	Kvinesdal
Netto driftsutgifter til sammen per innbygger, konsern	2080	2190	2289	1823	1585	2647	1828
Netto driftsutgifter per innbygger 0-17 år, barnevernstjenesten, konsern	9811	10457	10988	8323	6985	10531	9845
Barn med melding ift. antall innbyggere 0-17 år	5,9	5,6	5,1	4,2	3,8	4,2	3,1
Barn med melding 0-5 år ift. antall innbyggere 0-5 år	4,6	5,6	5	3,9	4,7	4,3	3,2
Barn med melding 6-12 år ift. antall innbyggere 6-12 år	..	4,1	3,8	4,2	2,7	3,3	3,1
Barn med melding 13-17 år ift. antall innbyggere 13-17 år	..	7,6	6,7	4,2	4	4,5	3
Barn med undersøkelse ift. antall innbyggere 0-17 år	6,2	6,1	4,8	4,4	4	4,9	3
Andel barn med barnevernstiltak ift. innbyggere 0-17 år	10,7	8,7	7,1	4,8	4,3	8	6,7
Andel barn med barnevernstiltak ift. innbyggere 0-22 år	8	6,6	5,3	3,7	3,4	6,6	4,9
Andel barn med tiltak som ikke er plassert (funksjon 251) ift. ant innb.0-17 å	7,9	6,4	4,3	3,2	2,8	5,8	4,8
Andel barn med tiltak som er plassert (funksjon 252) ift. ant innb. 0-17 år	1,6	2,3	2,9	1,6	1,5	2,2	1,9
Brutto driftsutgifter per barn (funksjon 244), konsern	37867	60463	49889	43424	36398	45809	76461
Brutto driftsutgifter per barn som ikke er plassert av barnevernet (funksjon 25	16700	15969	18024	33809	72132	26600	25694
Brutto driftsutgifter per barn som er plassert av barnevernet (funksjon 252), k	190000	195304	259464	376936	168286	327533	306917
Barn med undersøkelse eller tiltak per årsverk	19,3	18,6	14,8	16,2	16,9	17	25
Andel meldinger med behandlingstid innen 7 dager	99	100	100	98	100	100	93
Andel undersøkelser med behandlingstid innen 3 måneder	73	43	87	82	81	89	69

### 3.2.11 VURDERING AV ÅRSAKSFORHOLD, KONSEKVENSNAR OG FORKLARINGAR

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvensar/forklaring
<b>Låginntektshushald</b> (andel i prosent)	Gradvis auke frå 5 % i 2005 til 9 % i 2015. Sauda kommune ligg under snittet for landet, men over snittet for Rogaland.	Låg arbeidsløyse gir færre låginntektshushald. Auke i talet på arbeidsledige kan gi negativ effekt.	Låg arbeidsløyse gir positive ringverknadar, m.a. unngår ein offentlege kostnader som igjen fører til færre fattige. Aukande arbeidsløyse fører til kostnader for kommunen og samfunnet.
<b>Arbeidsløyse</b> (andel i prosent)	Arbeidsløysa i Sauda steig frå 1 % i 2009 til 2 % i 2014. Ein ventar fleire arbeidslause i 2016 både i Sauda og i Rogaland.	Arbeidsmarknaden i Rogaland er følsam for situasjonen i oljenæringa. Dette gir ringverknadar i økonomien og ting kan endra seg raskt.	Ledigheta er i ferd med å auka og med det kan fleire barn og unge bli merka av fattigdomsproblem. Auka fattigdom blant barn og unge i landet er det i hovudsak innvandrarbarn som står for og på landsbasis er arbeidsløysa blant innvandrara også høgare.
<b>Legemeldt sjukefråvær</b> (andel i prosent)	Frå 2003-2014 har sjukefråværet gått ned frå 5,3% - 4,3%. Største gruppene er muskel -og skjelettsjukdommar og psykiske lidingar.	40 % meiner at fråværet heilt eller delvis skuldast forhold på jobben (ved 14+ dagars sjukefråvær, SSB). Det psykososiale arbeidsmiljøet har verknad for somatiske og psykiske helseplager.	Forskning slår fast at arbeidsledige har større problem med psykisk helse. Ein del arbeidsledige har også dårlegare somatisk helse enn dei som er i jobb. Tilsette i helse- og sosialsektoren og undervisningssektoren er mest utsett for langvarige sjukemeldingar.
<b>Uføretrygda</b> (absolutte tal)	Andelen som tok imot uføretrygd er 2,9 % av arbeidsstyrken og utgjer 44 personar. Sauda ligg litt over snittet for landet.	Komplekse og samansette årsaker: fysisk og psykisk sjukdom, belastningar i livssituasjonen, livsstilsfaktorar, usikker arbeidssituasjon, utdanningsnivå, haldningar til og praksis i.f.t. sjukmeldingar og yting av uføretrygd, jobbtilbod i området og bortfall av arbeid for innbyggjarar utan høgare utdanning.	Låg inntekt medfører at barn ikkje får delta i aktivitetar, fritidstilbod m.m. på lik linje med andre.
<b>Mottakarar av sosialhjelp</b> (absolutte tal)	Andel som tok imot sosialhjelp 20-66 år i Sauda kommune, av innbyggjarar 20-66 år, var 3 % i 2006. I åra etter har det stege til 5,4 % i 2015. Dette er over både landet og fylket som begge ligg under 4 %.	Fleire flyktningar treng sosialhjelp i tillegg. Det er ein tydeleg <i>sosioøkonomisk</i>	Låg inntekt gjer det meir sannsynleg at ein får dårleg «sjølvopplevd helse», sjukdom og for tidleg død. I Sauda er kostnadsnivået

	<p><i>gradient</i> i.f.t. kven som blir uføretrygda. Dei med låg utdanning har betydeleg høgare risiko enn dei med høgare utdanning.</p>	<p>lågt noko som gjer det litt lettare å vera «fattig» her. Ved nedsett arbeidsevne, aukar risikoen for langvarig sjukefråvær og tidleg tilbaketrekking frå arbeidslivet.</p> <p>Sjukefråværet har ein tendens til å gå ned når ledigheta aukar.</p>
--	--	--

<p><b>Barnehage</b> (absolutte tall)</p>	<p>I 2014 går 96,8 prosent av barn 1-5 år i barnehage, 12 % er minoritetspråklige og 96,8 % har godkjent førskuleutdanning.</p> <p>Bruken av barnehage blant innvandrarak er merkbart lågare enn i resten av befolkninga. Studiar viser at det er spesielt gunstig for barn frå immigrantfamiliar å gå i barnehage.</p>	<p>Barnehage er positivt for barns utvikling av tankesett, språkferdigheter, kjensler og sosiale evner.</p> <p>I Sauda er det redusert betaling for plass i barnehage ut frå inntekt.</p>	<p>God kvalitet på tilbodet i barnehagane er ein viktig utjamningsstrategi for ulikhet i helse, særleg for dei barna som kjem frå lågare sosiale lag.</p> <p>Sosiale forskjellar blant barn er synlege heilt frå barnehagen og blir tydelegere gjennom utdanningsløpet.</p> <p>Det er god dekning av barnehagar i Sauda. Barn som har gått i barnehage har høgare risiko for å fullføra vidaregåande skule og høgare utdanning.</p>
<p><b>Nivå lesing 5. trinn</b> (standardisert)</p>	<p>Andel 5.klassingar med lågaste meistringsnivå i lesing har gått ned frå 21,2 % i 2007/2008 til 15,9 % i 2013/2014. Resultatet er betre enn landet og Rogaland.</p>	<p>Evnene betyr mest for utdanningsnivået, men familiebakgrunn betyr nesten like mykje. Det er ein tydeleg samanheng mellom føresette sitt utdanningsnivå og oppnådde resultat. Resultata heng igjen saman med karakterane som har samanheng med sjansen for å fullføra vidaregåande skule.</p>	<p>Utdanning har verdi for helse, det er ein viktig faktor som har samansette årsakstilhøve.</p> <p>Sosial ulikskap blir reproduisert over generasjonar.</p> <p>Utdanningsnivået til dei vaksne aukar, og dette vil truleg vera ein positiv faktor i.f.t. framtidig nivå på lesing.</p>



	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvensar/forklaring
<b>Nivå matematikk 5. trinn</b> (standardisert)	Andel 5. klassingar med lågaste mestringsnivå i rekning har gått ned frå 18,7 % i 2007/2008 til 13,6 % i 2013/2014. Dette er ei positiv utvikling og Sauda ligg over landet og Rogaland.	Evnene betyr mest for utdanningsnivået, men familiebakgrunn betyr nesten like mykje. Det er ein tydeleg samanheng mellom føresette sitt utdanningsnivå og oppnådde resultat i 8. klasse. Resultata heng igjen saman med karakterane som har samanheng med risiko for å fullføra vidaregåande skule.	Utdanning har verdi for helse, det er ein viktig faktor som har samansette årsakstilhøve. Sosial ulikskap blir reproduisert over generasjonar. Utdanningsnivået til dei vaksne aukar og dette vil truleg vera ein positiv faktor i.f.t. framtidig nivå på rekning.

<b>Fråfall vidaregåande skule</b> (andel i prosent, standardisert, glidande gjennomsnitt)  (Personar som har starta grunnkurs og som har gjennomført Vk2 /fagprøve, men som ikkje har oppnådd studie – eller yrkeskompetanse etter 5 år. Personar som fortsatt er i utdanning etter fem år reknast ikkje som fråfalne).	Fråfallet i vid. skule i Sauda i 2013 låg på 17 % mens det for landet låg på 25 %.  Fråfallet er generelt større for yrkesfaglege enn studiespesialiserande utdanningar.  Einsemd er den faktoren som heng tettast saman med tankar om å slutta.  I 2015 har 14 % av elevane i Sauda kommune vore ganske eller mykje plaga av einsemd. Dette er under landet som ligg på 18 % og under Rogaland som ligg på 17 %.	Følgande påverkar gjennomføringa: A)Elevar med låge prestasjonar i grunnskulen har lågare gjennomføring enn elevar med høge prestasjonar. B)Elevar med høgt utdanna foreldre, har høgare gjennomføring enn elevar med lågt utdanna foreldre. C)Jenter fullfører i større grad enn gutar.  Godt samarbeid mellom vidaregåande opplæring og næringsliv i regionen, godt arbeid av oppfølgingstenesta og dei vidaregåande skulene i regionen.  Prestasjonssamfunn, fokus på eigenutvikling, gjennomsiktig samfunn,	Elevar med svakare karakterar frå ungdomsskulen har større risiko for ikkje å fullføra vidaregåande skule, noko som igjen bidrar til ein negativ spiral som m.a. medfører større risiko for arbeidsløyse og dårlegare helse seinare i livet. Dvs. at personar som ikkje fullfører vidaregåande opplæring truleg er meir utsett for levekårs – og helseproblem enn dei som har fullført.  Utdanning er derfor ein svært viktig ressurs for å sikra god helse gjennom livsløpet  Samanlikning av svara til mobberane og mobbeofra peikar på at
--	---	--	--



		<p>sosiale media, kjensle av ikkje å strekka til.</p> <p>Ungdomstida er ei turbulent tid med mange kjensler kor m.a. ungdommen skal finna eigen identitet.</p>	<p>dei i større grad opplever at; familieane har dårleg råd, dei manglar ein fortruleg venn, har eit større alkoholforbruk, røyker oftare, snuser oftare, føler i større grad at alt er eit slit, er i større grad plaga av einsemd, trener sjeldnare og er meir misnøgde med skulen dei går på.</p> <p>Sauda har satsa på tiltak for å redusera fråfallet og har hatt gode resultat over fleire år. Dette arbeidet fortset.</p>
<b>Einslege forsørgjarar</b>	<p>Etter 2001/2003 har talet på einslege forsørgjarar stege frå 14 % til 17 % i 2011/2013 i Sauda. Barn av einslege forsørgjarar har stege frå 9,2 % i 1995/97 til 14,7 % i 2011/2013.</p>	<p>Familieoppløysing, samlivsbrot, død. Gir ofte dårlegare økonomi og barn til einslege forsørgjarar ser ein på som ei utsett gruppe både økonomisk og sosialt.</p>	
<b>Barneverntenesta</b>	<p><u>Prioritering</u>; Korleis kommunen vel å disponera tilgjengelege ressursar. Over snittet når ein ser på andel barn 0-17 år, netto driftsutgifter til barnevern under snittet for landet.</p> <p><u>Dekningsgrad</u>: Kor stor grad av behovet blir dekkja. Barnevernstenesta ligg over snittet for landet når ein ser på andel barn med undersøking, andel barn med barnevernstiltak og andel barn med barnevernstiltak plassert. Det viser likevel ein svak nedgåande trend dei siste tre åra.</p> <p><u>Produktivitet/einingskostnader</u>: Forholdet mellom produsert mengde tenester/omfanget av innsatsfaktorar. Her ligg Sauda lågare mht. br. dr. utg. per barn/barn ikkje plassert, enn snittet for landet. Tenesta ligg</p>	<p>Fleire familiar med behov for bistand, lågare terskel for kontakt eller melding, barnevern fangar opp fleire, ev. ein kombinasjon. Risikofaktorar for barn: foreldre sin psykiske sjukdom eller rusmiddel-misbruk, vold i heimen, foreldre som er langtidsledige eller trygdemottakarar og fattigdom.</p>	<p>Meldingar frå barnehagane er viktig å ha fokus på vidare for å klara å fokusera på tidleg identifikasjon og setta inn tiltak tidlegast muleg for å hindra store hjelpebehov i ungdomsåra og å hindra plassering.</p> <p>Tidlig identifisering og iverksetting av tiltak for barn som er utsett for risikofaktorar, aukar sjansane for at barna klarer seg bra.</p> <p>Ein kan telja mange ting, men sjølv om tala kan sjå bra ut kan ein reflektera over koss det har gått med desse barna seinare i livet. Sette me inn tiltak som virka? Tidleg nok?</p>
<b>Sentrale tal</b> (forholdstal)			

<p>også under snittet med omsyn til driftsutgifter for barn plassert.</p> <p><u>Kvalitet/anna:</u> Barneverntenesta ligg lågt på brutto utgifter til barn som ikkje blir plassert, dvs. førebyggjande tiltak.</p> <p>Andel undersøkingar med behandlingstid innan tre mnd. er over snittet for landet.</p> <p>Totalt antal meldingar har gått litt ned dei siste åra.</p>		Over tid?
---	--	-----------

### 3.3 FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ (MILJØRETTA HELSEVERN)

#### 3.3.1 DRIKKEVASSFORSYNING

**Drikkevasskvalitet:** På folkehelsebarometeret for 2015 scorar Sauda raudt på denne indikatoren. Grunnen til det er såkalla «Ikke planlagte avbrudd: Bare ikke-planlagte (uforutsette) avbrudd i vannforsyningen til noen eller alle husholdningsabonnenter skal tas med. Beregnes slik: Antall timer avbruddet varte (avbrudd i minutter regnes om til timer) x antall personer berørt av avbruddet = antall avbruddstimer. Hvis flere avbrudd: Summer antall avbruddstimer.»

Det var ingen prøvar med E.coli, men 6 vannledningsbrot i Sauda. Dette er utrekna til 3500 timar der ein del husstandar hadde fråvær av drikkevatt. Dette er bakgrunnen for plasseringa på raudt på folkehelsebarometeret.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Drikkevatt fritt for smittestoff er ein vesentleg føresetnad for folkehelsa, og E.coli er ein av dei mest sentrale parameter for kontroll. Kjelde: Folkehelseinstituttet.

#### 3.3.2 VATNET I SAUDAFJORDEN

Resultat av overvaking i 2015 viser at utslepp frå bedrifta Eramet Norway AS har negativ verknad for vatnet i fjorden. Tilstanden for fleire komponentar i biota, sediment og vatn er dårleg. Totalt organisk karbon (TOC) hadde dårlege målingar på tre av målestasjonane i fjorden og svært dårleg på målestasjonen nærast utsleppet, der også sanitæravløpsvatnet til bedrifta blir sleppt ut.

I indre deler av fjorden blei det og funne høge konsentrasjonar av tungmetall som arsen, bly, kadmium, kobbar, kvikksølv, nikkell og sink, samt PAH-forbindelsar.

Eramet har frist til 2027 med å nå miljømåla i vannforskrifta.

Kjelde: Miljødirektoratet, Foreløpig tilbakemelding på overvåkingsrapport for Eramet Norway AS avd Sauda 2015, Oslo 3.6.2016.

### 3.3.3 RADON

I Sauda er det i regi av kommunen gjort jamlege målingar med sporfilm i bygningsmassen – både i private og offentlege bygg – sidan 1996. Det er gjort ei rekke enkeltmålingar i rundt 500 bygningar. Dei største konsentrasjonane er funne i bygningar som ligg på Storelv-deltaet, dvs. Rød, Birkeland, Brekke, Sønnå og Åbøbyen.

Denne matrisa er ikkje oppdatert dei siste åra, men «bildet» er likt.

**Statens strålevern** tilrår at radonnivået blir halde så lågt som mulig i alle bygningar, og at tiltak alltid bør gjerast når radonnivået i eitt eller fleire opphaldsrom overstig 100 becquerel pr. kubikkmeter luft. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er radon den viktigaste årsaka til utvikling av lungekreft etter aktiv røyking. Dei meiner at radon i bustader forårsakar rundt 300 lungekreftdødsfall årlig i Norge. Radon finns i alle slags bygningar og total radonrisiko skuldast summen av opphald i ulike bygningar; i privat bustad, på arbeid og i fritid.

Diagram 3.3.3.1: Radon.

Område	Samla sum	Gj.snitt	Prosentdel av målte bygningar som hadde meir enn 200 bq/m <sup>3</sup>
Brekke	16996	1062	81
Birkeland	22436	747	70
Rød	22351	573	62
Åbøbyen - Åbøland	5844	365	44
Austarheim	1204	240	40
Sentrum	1861	170	36
Søndenålia	4860	324	33
Fløgstad	3964	189	20
Risvoll	702	140	20
Espeland - Åbødalen	1148	96	17
Saudasjøen	2001	91	14
Andre	1076	72	6

Kjelde; Sauda kommune.

### 3.3.4 TILGANG PÅ FRIOMRÅDER, GANGAVSTANDER

**Tilgang på friområde:** Utanom friområda har Sauda ei rekke landbruk, - natur, - og friluftsområder (LNF -areal). Sjølv om dette ikkje er friområde, er det områder med verdi for m.a. friluftsliv og annan uteaktivitet. Totalt utgjer over 90 % av kommunen sitt landareal LNF -områder. Generelt har befolkninga god tilgang til både definerte friområde og områder for friluftsliv i alle delar av kommunen.

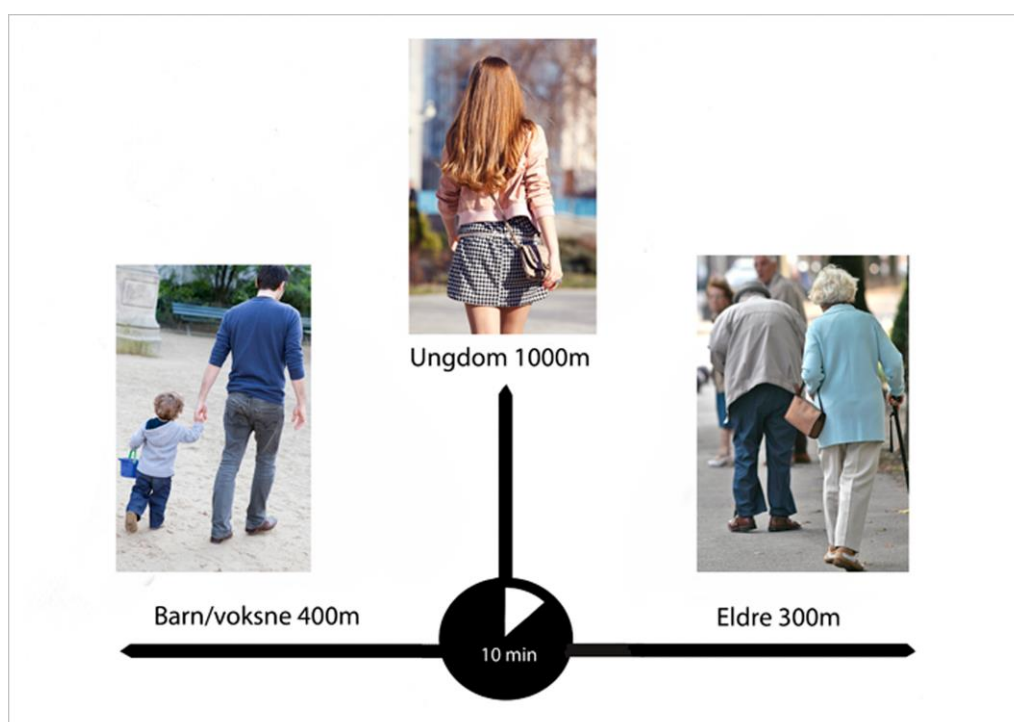
**Gangavstand:** Eit tilgjengeleg grøntområde bør ein kunna nå på 10 minutt. Kor langt ein kan gå på 10 minutt varierer med alder og form. Figuren illustrerer at dersom grøntområda skal vera tilgjengelege for barn og eldre bør dei ligga innan 400 meter frå heimen.

Sauda har ein flott natur med fjell og vidder, fossar og elver, Sauda Skisenter, Slettedalanlegget, Lyngmyr osv. Dette gir store muligheter for aktivitet, friluftsliv, jakt og fiske, turisme osv. og dette ser ein som svært positivt for folkehelsa i kommunen. Å veksa opp og bu så tett til flott natur betyr at lek og aktivitet lett er ein naturleg del av livet og gir både fysisk aktivitet, glede og sosial omgang med andre menneske. Dette ser ein på som grunnleggande for eit godt liv.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Å bevare eller skapa grønne nærområde er eit viktig tiltak innan folkehelse. Slike område bidreg til auka trivsel og livskvalitet, tilbyr sosiale møteplassar, stimulerer til fysisk aktivitet, verkar stressreduserande samt dempar negative effektar av luftforureining og trafikkstøy. Bruken av grøntområde minkar raskt med avstanden frå heimen. Kjelde: Folkehelseprofilen 2015.

**Figur 3.3.4.1: Gangavstand på 10 minutt**

Gangavstanden ulike aldersgrupper tilbakelegg på 10 minutt (basert på tal frå «Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder» Kjelde: Direktoratet for naturforvaltning 6-1994.



### 3.3.5 GANG OG SYKKELVEG

**Nytt sykkelvegnett:** mellom 2006-2016 har Sauda hatt ein svak positiv utvikling i utbygging av sykkelvegnett.

**Tilgang på sykkelvegnett i kommunen:** Det varierer i kor stor grad folk i Sauda har tilgang på gang- og sykkelvegnettet. På fleire strekningar er det behov for gang og sykkelveg. Det er planlagt slike mellom:

- **Solbrekkrossen og Brekke**
- **Metodistkyrkja til bak rådhuset**
- **Svandalsfossen til Saua Gard**

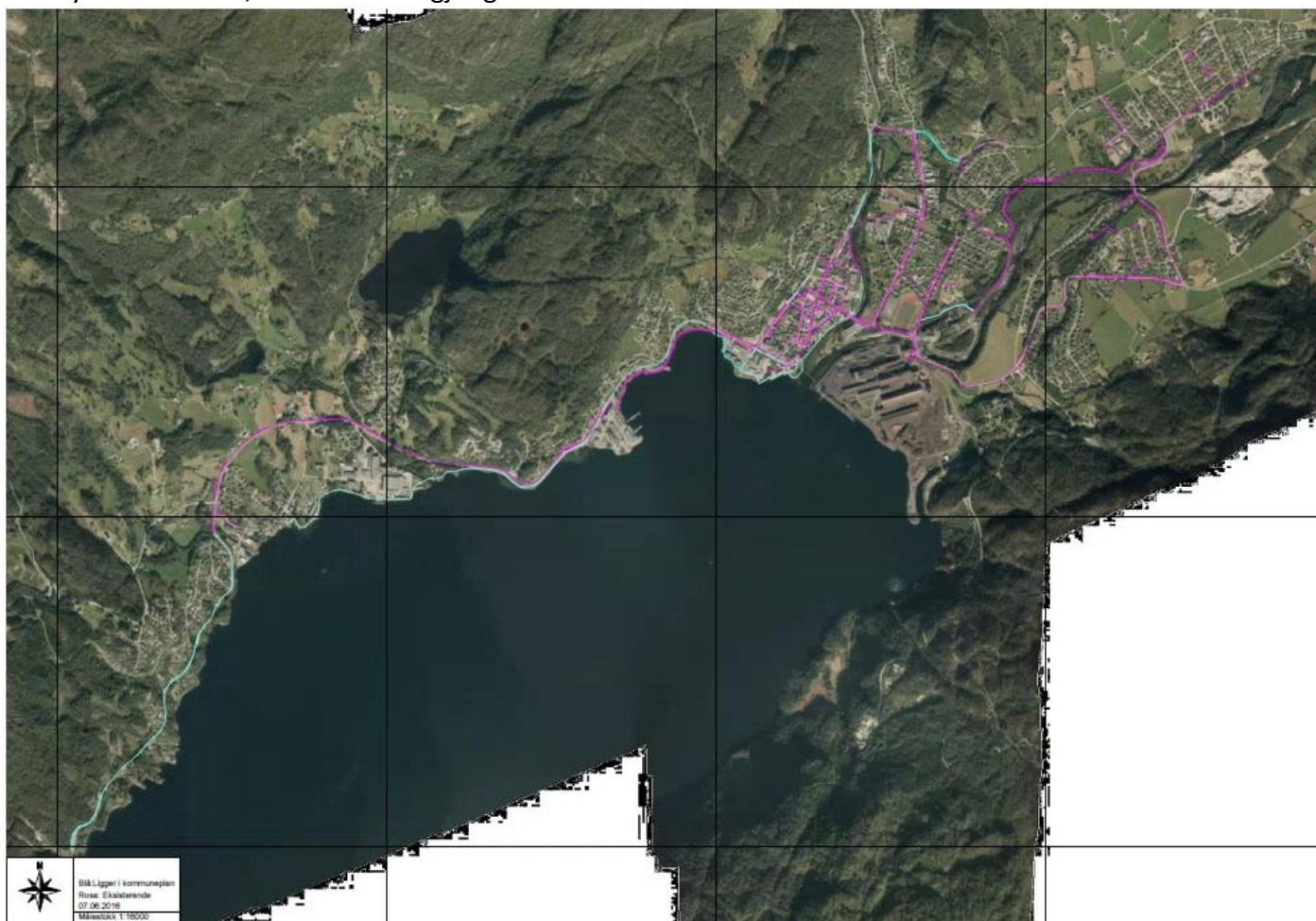
Til vanleg brukar ein sykkel som transportmiddel over korte avstandar og med Sauda sitt tette busetnadsmønster ligg det godt til rette for sykkeltransport noko som kan redusera bruk av bil.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Antal kilometer med sykkelvegnett kan gi eit visst inntrykk av kor godt kommunen er tilrettelagt for sykkel.

**Diagram 3.3.5.1: Gang og sykkelveggar i Sauda. Juni 2016.**

Rosa er eksisterande gang/sykkelfelt/fortau, lys grøn er planlagde.

Åbøbyen har fortau, men desse er gjengrodde.



Kjelde: Sauda kommune, teknisk eining.



### 3.3.6 KRIMINALITET

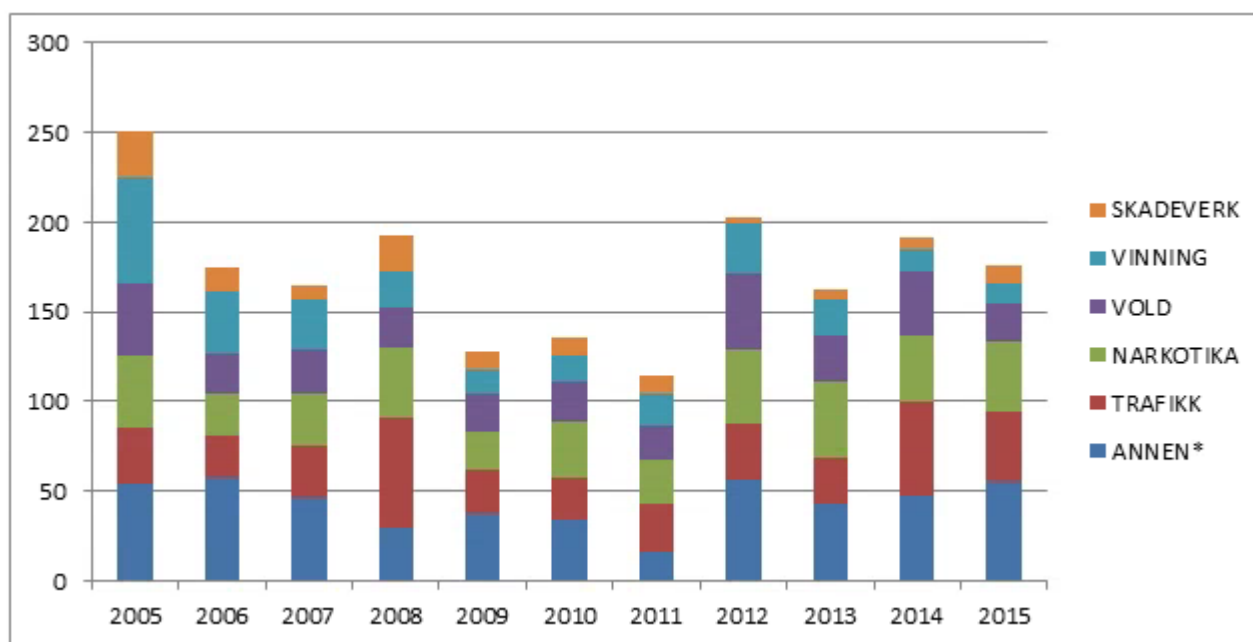
**Ungdomskriminalitet:** Det er for små tal til at Sauda kan ta ut egne tal for ungdomskriminalitet. Dei største kategoriane er ordensforstyrringar, trafikk, narkotika og vald. Det er store variasjonar frå år til år, men over tid kan det sjå ut som at det er ein viss reduksjon i talet på brotsverk. Vald og vinning er dei to kategoriane med størst reduksjon. Tala viser ikkje kor mange personar som står bak brotsverka.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Ungdomskriminalitet er ikkje ein eigen kategori kriminalitet, men er ofte brukt som omgrep når det er ungdom som har stått for kriminaliteten. Statistikken gir likevel eit bilde av kva for type kriminalitet som blir gjort og omfanget av den. KRÅD (det kriminalitetsførebyggjande råd) poengterer mellom anna at det særleg ved gjentatt og alvorleg kriminalitet er nødvendig å følgja opp reaksjonane med nødvendige tiltak for å fjerna eller avgrensa dei bakanforliggjande årsakene. Kjelde: KRÅD/ politiet.

**Tabell 3.3.6.1: Antal kriminalitetstype 2005-2015**

Antall av Kriminalitetstype***	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Totalsum
ANNEN*	54	58	46	30	37	34	16	56	43	47	55	476
TRAFIKK	31	23	30	61	25	24	27	32	26	53	39	371
NARKOTIKA	41	24	28	39	21	31	25	41	42	37	39	368
VOLD	40	22	25	23	21	22	19	42	26	36	22	298
VINNING	59	34	28	19	14	15	18	28	20	12	11	258
SKADEVERK	26	14	8	21	10	10	10	4	6	7	10	126
SEDELIGHET	**	3	**	**	**	4		3	**	8	5	**
ØKONOMI	**	4	**		**	3	6	5	**	**	**	**
ARBEIDSMILJØ	3	**		**	**	6	4		5		24	**
MILJØ	**	**		**	**	**	**	**	**	4	**	**
UNDERSØKELSESSAKER					**	**	**	**	**			**
<b>Totalsum</b>	<b>258</b>	<b>185</b>	<b>168</b>	<b>196</b>	<b>134</b>	<b>146</b>	<b>125</b>	<b>218</b>	<b>171</b>	<b>207</b>	<b>187</b>	<b>1995</b>

**Tabell 3.3.6.2: Antal kriminalitetstype 2005-2015**



Følgande kategoriar er nytta for å klassifisera statistikken; skadeverk, vinning, vold, narkotika, trafikk og anna. Gjeld Sauda kommune 2005 - 2015. Kjelde: Sør-Vest Politidistrikt.

### 3.3.7 OPPLEVING AV MOBBING PÅ SKULEN

**Elevundersøkinga** «Ungdata» er obligatorisk for ungdomsskulen og vidaregåande skule i Sauda kommune. Undersøkinga spør mellom anna elevane om dei har blitt mobba på skulen den siste tida. I 2015 var det 94 % (147 elevar) som svarte på undersøkinga.

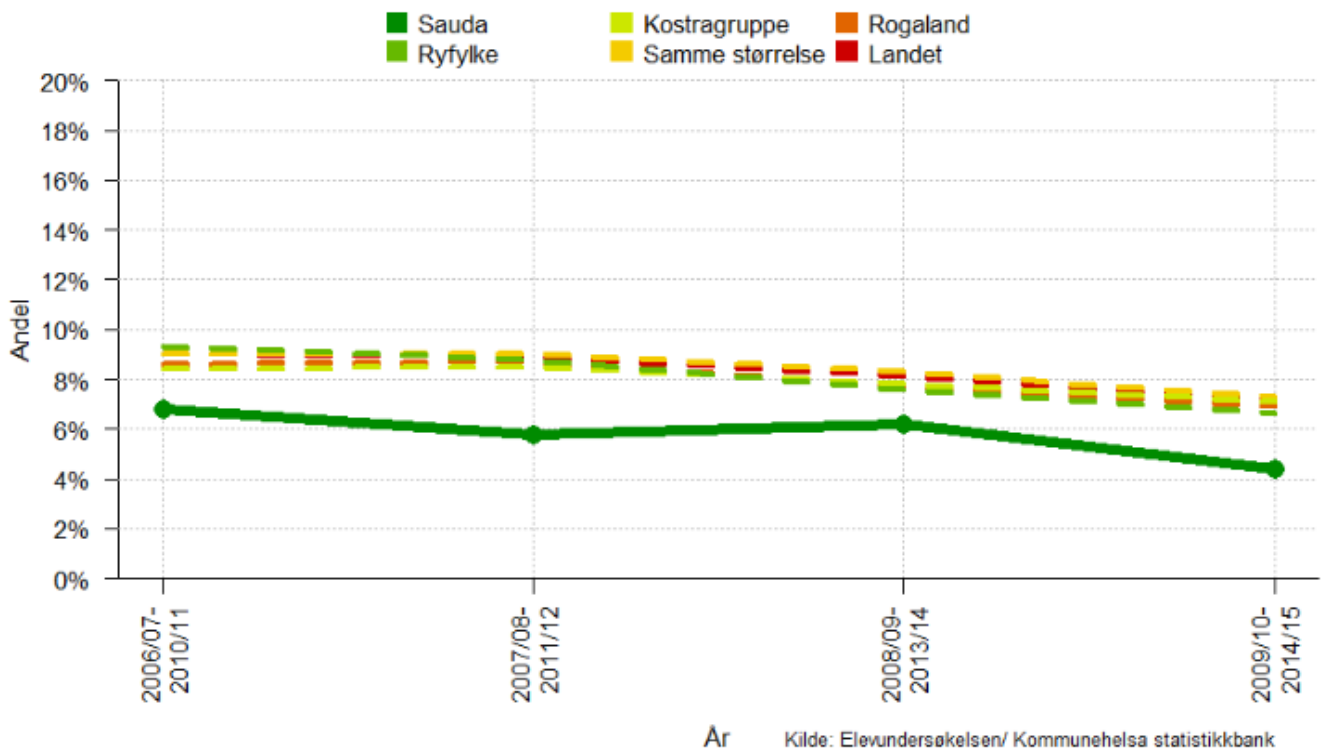
**10. trinn:** Kurva for opplevd mobbing i 10. trinn har utvikla seg positivt frå 2006-2007 med 8,8 % som opplevde mobbing til 2014-2015 med 4,4 %. Det er markant lågare enn både landet og Rogaland.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Mobbing er ein vesentleg individuell risikofaktor for psykiske lidningar (Fosse 2006). Barn som blir mobba har opptil sju gonger høgare risiko for psykiske plager som engstelse, depresjon, einsemd og rastløshet enn barn som ikkje blir mobba. Blant barn og unge som blir mobba er også kroppslege helseplager som hovudverk, ryggmerter, "vondt i magen" og svimmelhet dobbelt så vanleg som blant andre barn. Jo oftare eit barn blir mobba jo større er risikoen for helseplager (Nordhagen 2005). Samanhengen mellom mobbing og helseplager understrekar at det er viktig å førebyggja mobbing i skulen. Det er dessutan viktig å følgja med på statistikk over andelen som har vore utsett for mobbing for å sjå om korleis iverksette tiltak fungerer, og for å kunna driva lokalt kvalitetsforbetningsarbeid. Kjelde: Fosse, G. (2006), Nordhagen R, Nielsen A, Stigum H (2005).

**Det er viktig å vera klar over:** at barn med lågare sosioøkonomisk status har ein høgare risiko for å oppleve mobbing. Barn med lågare sosioøkonomisk status (Due, Merlo, Harel-Fish, Damsgaard 2009) har ein høgare risiko for å utvikla psykiske helseplager etter mobbing enn andre (Due, Damsgaard, Lund, Holstein, 2009). Dette viser korleis mobbing også bidreg til vidareføring og forsterking av sosiale forskjellar. Resultat frå Ungdataundersøkinga i Rogaland i 2013 viser at ungdom som svarer at familien har dårleg råd oftare blir mobba enn dei som har god råd (sjå kapitlet om Ungdata, 2015). Det er også viktig å vera klar over at barn og unge med låg sosioøkonomisk status ikkje berre opplever mobbing, men oftare utøver det også. Ungdom som mobbar andre har det ofte vanskeleg (Samsdal, Bye, Thorsheim 2012). Det er jamt over ein høgare andel gutar enn jenter som blir mobba og som utfører mobbing. Kjelde: SSB, Samfunnsspeilet 2012/13.



Diagram 3.3.7.1: Andel 10.klassingar som opplever mobbing på skulen



NB: Y-aksen går berre til 20 % noko som kan gje uttrykk for at nivåa er høgare enn det dei eigentleg er. Dette er gjort for å tydeleggjera forskjellar mellom gruppene og endring over tid.

Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Saura, Rogaland Fylkeskommune.

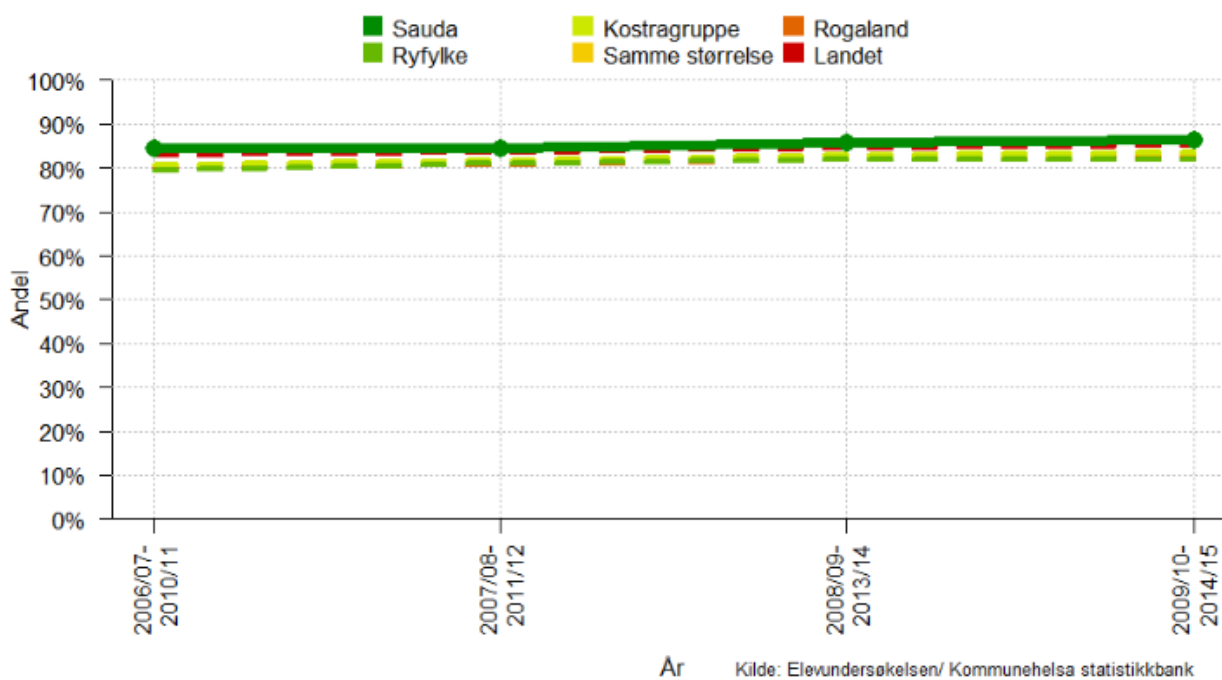
### 3.3.8 TRIVSEL PÅ SKULEN, 10. KLASSINGAR

**Elevundersøkinga** viser at trivselen i 10. klasse har gått opp frå 84,5 % i 2006/2007 til 86,6 % i 2014/2015. Dette er høgare enn både fylket og landet sjølv om trivselen også der har stege desse åra.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Trivsel er eit sentralt mål for folkehelsearbeidet. For barn og unge er skulen ein svært viktig sosial arena. Trivsel på skulen er ein av mange faktorar som påverkar elevane sin motivasjon for å læra, og dermed deira evne til å mestra dei utfordringane som er i skulekvardagen (Øia 2011). Trivsel kan på lengre sikt ha verknad for fråfallet blant elevar i den vidaregåande skulen, kor hol i kunnskapsgrunnet frå ungdomsskulen er ein viktig medverkande årsak til fråfall. Vidare kan skuletrivsel knytast til livstilfredshet, spesielt for jenter (Danielsen mfl., 2009).

Nasjonale tal indikerer at elevane trivst best i 7. klasse og at trivselen blir mindre i 10. klasse for deretter å auka i VG1. Kjelde: Samfunnspeilet 2012/13, SSB.

**Diagram 3.3.8.1: Andel 10. klassingar som trivst på skulen**



NB: Folkehelseprofilane for 2015 nyttar eldre tal, for skuleåra 2008/09 – 2013/14.

Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Saura, Rogaland Fylkeskommune.

### 3.3.9 VURDERING AV ÅRSAKSFORHOLD, KONSEKVENSAER OG FORKLARINGAR

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvensar/forklaringsar
<b>Drikkevasskvalitet</b>	Sauda skårar raudt på denne indikatoren. Grunnen til det er leidningsbrot.	Gamle røyr?	Risiko for smitte av t.d. e.coli viss ikkje tilfredsstillande vasskvalitet.
<b>Saudafjorden</b>	Utslepp frå Eramet Norway AS har negativ innverknad på biota, sediment og vatn i fjorden.	Utslepp frå bedrifta sin produksjon + utslepp av sanitæravløpsvatn frå bedrifta.	Forureininga har negative konsekvensar for livet i fjorden. Fisk, skaldyr, blåskjel mm. inneheld tungmetall som kan skada både dei og folk som nyttar dei i sitt kosthald.
<b>Radon</b>	Dei største konsentrasjonane er funne i bygningar som ligg på Storelv-deltaet, dvs. Rød, Birkeland, Brekke, Sønnå og Åbøbyen.	Radon finns naturleg i jordsmonnet.	WHO seier at radon er den viktigaste årsaka til utvikling av lungekreft etter aktiv røyking. Dei meiner at radon i bustader forårsakar rundt 300 lungekreftdødsfall årlig i Norge. Radon finns i alle slags bygningar og total radonrisiko skuldast summen av opphald i ulike bygningar; i privat bustad, på arbeid og i fritid
<b>Friområde</b>	Over 90 % av kommunens areal er LNF-område og befolkninga har generelt god tilgang på friområde i kommunen.	Mykje LNF og friområde.	Dei fleste innbyggjarane har kort avstand til grøntområda. Likevel viktig å utvikla friluftsområda og gode, trygge nærmiljø ytterlegare.
<b>Gang- og sykkelveggar</b>	Det er ikkje registert antal km gang -og sykkelveggar i Sauda. Dei fleste befolknings-tyngdepunkta er dekkja, men viktige deler av kommunen har ikkje tilgang.	Lite fokus på kor viktig dette er? Vanskeleg å finansiera? Trafikktryggleiksplanen vedtatt i 2015 er ikkje realisert enno?	Ved manglande gang- og sykkelveier: Barn blir køyrd i bil til aktivitetar og skule. Meir forureining. Mindre muligheter for fysisk aktivitet i kvardagen.  Trafikktryggleiksrisiko.
<b>Kriminalitetsstatistikk</b>	Dei største kategoriane er ordensforstyrringar, trafikk, narkotika og vald. Det er store variasjonar frå år til år, men over tid kan det sjå ut som at det er ein viss reduksjon i talet på brotsverk. Vald og vinning er dei to kategoriane med størst reduksjon.		For lite talmateriale. Får ikkje ut eigne tal for ungdom.

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvensar/forklaringar
<p><b>Skulemiljø – mobbing</b></p> <p>(andel i prosent, standardisert)</p> <p>NB! en må vera klar over at det er undersøkingar som elevane har svart på sjølv.</p>	<p>Kurva for opplevd mobbing i 10. trinn har utvikla seg i positiv retning frå 2006-2007 med 6,8 % som opplevde mobbing til 2014-2015 med 4,4 %.</p> <p>MOT er det programmet Sauda kommune nyttar i arbeidet med ein god skule for alle.</p> <p>Det er ein høgare andel gutar enn jenter som blir mobba og mobbar.</p> <p>Mobberane og mobbeofra kjem i større grad frå familiar med dårleg råd, dei manglar fortrulege venner og er oftare einsame.</p> <p>(Sjå kapitelet om Ungdata).</p>	<p>Samansette og komplekse forklaringar – avhengig av skulemiljøet, læringsmiljøet, heimemiljøet og individuelle faktorar.</p> <p>Barn og unge med sosioøkonomisk låg status mobbar og opplever meir mobbing. Mobbing kan med det bidra til forsterking av sosiale forskjellar.</p> <p>Både dei som blir mobba og mobberane har det ofte vanskeleg.</p>	<p>Fysiske og psykiske plager (vondt i magen, svimmelhet, hovudverk, engstelse, einsemd, depresjon). Reduksjon av funksjonsevne og tap av livskvalitet.</p> <p>Mobberane og dei som blir mobba kjem i større grad frå familiar med dårleg råd, manglar fortrulege venner og er oftare einsame (sjå kapitelet om Ungdata).</p> <p>Med det kan ein stor del av opplevd låginntektshushald indikera høgare førekomst av mobbing. Sauda kommune har ein aukande andel barn i låginnteksthushald (sjå kapittel om låginntektshushald) enn landet/fylket.</p> <p>Lite mobbing og høg trivsel er viktige faktorar for motivasjonen til å fullføra vidaregåande skule. Høg andel som opplever mobbing og dårleg trivsel kan medføra lågare fullføringsgrad av vidaregåande utdanning.</p> <p>Fullføring av vidaregåande skule er ein viktig faktor for sosioøkonomisk utjamning i helse.</p>
<p><b>Skulemiljø – Trivsel</b></p>	<p>Elevane trivst godt på skulen, kurva ligg over både snittet for landet og fylket.</p>	<p>Skulene er flinke å skapa trivsel, godt og systematisk arbeid på området.</p> <p>Nasjonale tall indikerer at elevane trivst best på 7. trinn, trivselen minkar i 10. for så å auka i Vg1.</p>	<p>Viktig motivasjon for læring og meistre utfordringane som skulen gir.</p> <p>På lengre sikt kan trivsel ha noko å sei for fråfallet i skulen. God trivsel kan også føra til at fråveret i skulen blir mindre.</p>

### 3.4 SKADER OG ULUKKER

#### 3.4.1 SKADER BEHANDLA I SJUKEHUS

**Skader behandla i sjukehus etter ulukker inkl. hoftebrot:** Antal pasientar per 1000 innbyggjarar frå Sauda kommune som blei behandla har vore relativt stabil dei siste årene. I 2008/10 blei 13,7 personer behandla pr. 1000. I 2011/13 blei 14,3 personar per 1000 behandla. Tala frå Sauda har i heile perioden vore litt høgare enn landet og fylket. Det er store kostnader bunde til hoftebrot.

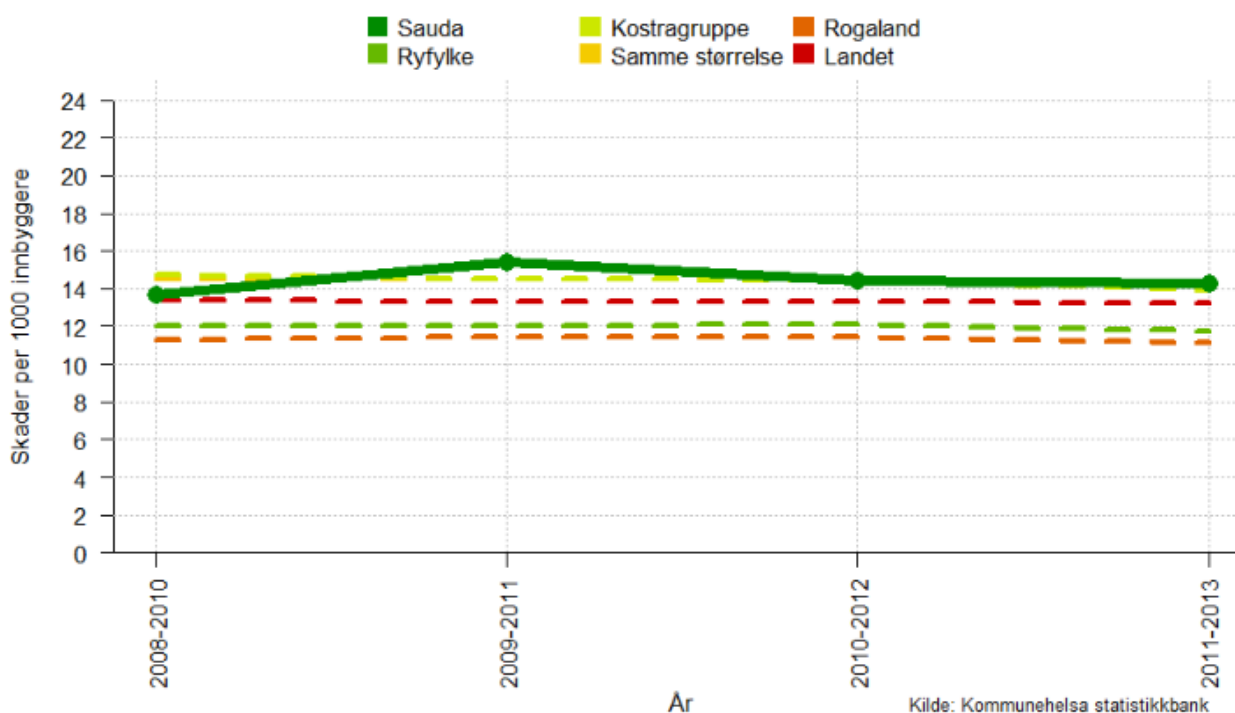
**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Befolkninga sin bruk av sjukehusenester kan gi ein viss peikepinn på viktige trekk ved så vel helsetenester som helsetilstand i kommunane. Sjukehusinnleggingar kan gi innsikt i problematikken rundt utbreiing av både sjukdom og bakanforliggende risikofaktorar, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkninga. Sjølv om dødeligheten av skader og ulukker har gått nedover sidan 1950-talet er ulukkesskader fortsatt eit helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrot spesielt alvorleg fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Kjelde: Helsedirektoratet.

#### **STORE kostnader ved hoftebrot (studie gjort i Trondheim – 396 pasientar)**

Allereie eit år etter hoftebrotet er 17 % av dei 396 heimebuande pasientane døde, og om lag 24 % har endra bustad til sjukeheim. I det første året utgjør gjennomsnittskostnaden vel 500 000 kroner. Av desse er 38 % statens kostnader, 50 % kommunens og 12 % delt stat/kommune (rehabilitering). Etter to år er 32 % av pasientane døde og for dei gjenlevande aukar totalkostnaden som følge av hoftebrot frå 0,8 -1 mill. kroner. I tillegg til direkte helsetenestekostnader kjem pasienten sine personlege «kostnader» i form av smerter, lidning, funksjonssvikt, redsel for nye fall, avhengighet og tap av helserelatert livskvalitet, samt bidrag og støtte frå familie og venner.

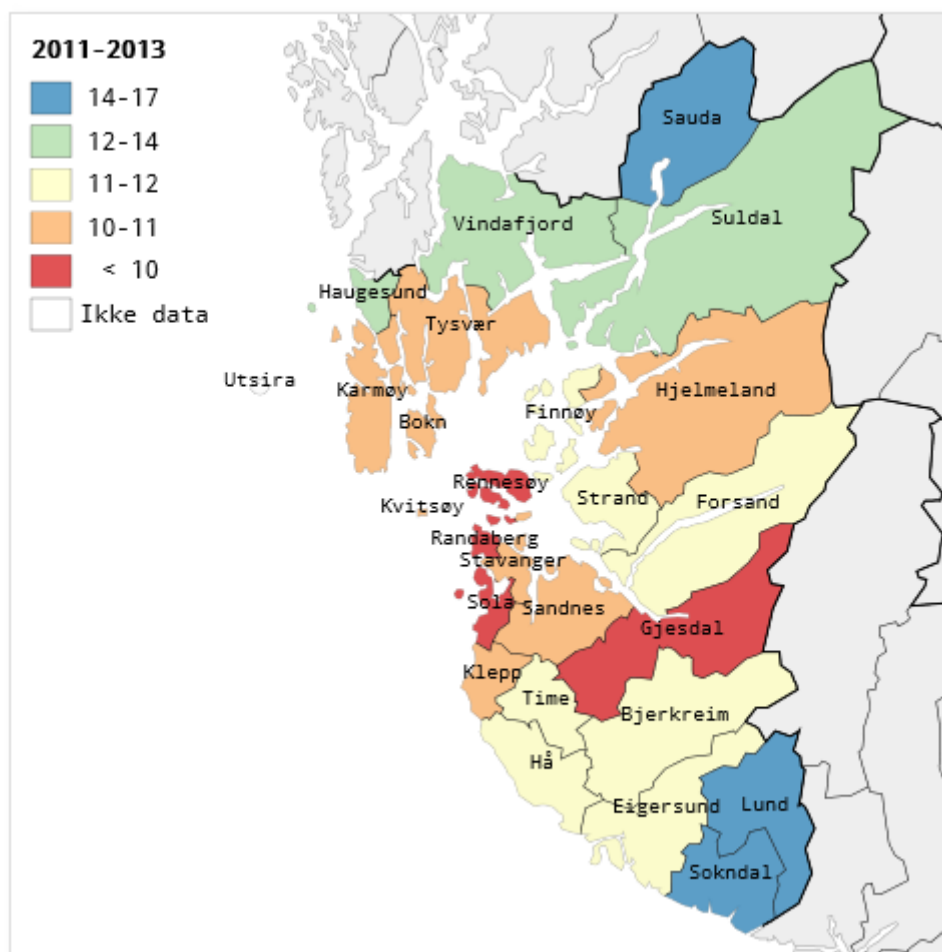
Kjelde: Helsedirektoratet/ Høgskolen Oslo og Akershus.

Diagram 3.4.1.1: Skader behandla i sjukehus, per 1000 innbyggjarar, Sauda 2008/09 – 2011/13



Kjelde: Utvida folkehelseprofilar for Sauda, Rogaland Fylkeskommune.

### 3.4.1.2. Lårbeinsbrot (inkl. hoftebrot i kommunar i Rogaland per 1000 innbyggjarar.



Lårbeinsbrot kjem ofte pga. at eldre personar fell, og personar med beinskjørhet er særleg utsett. Eit lårbeinsbrot kan vera ein stor bær for eldre og svekka personar, og for eldre personar er risikoen for å døy fem til åtte gonger høgare dei tre første månadane etter eit slikt brot. Gitt denne samanhengen er det ikkje rart at Rogaland rangerer lågt, men at Sauda med sin høge gjennomsnittsalder rangerer høgt.

Denne type brot kan i stor grad førebyggast. Utdeling av strøsand til eldre er eit døme på eit enkelt tiltak som kan redusera risikoen i område som er glatte om vinteren. Ein studie frå New Zealand viser at relativt enkle tiltak, som rekkverk og handtak, lys og utandørs overflater som ikkje er glatte, kan gi ein reduksjon på 26-39 % i talet på fallskader hos eldre. Fysisk aktivitet og trening bidrar også til å redusera risikoen.

Kjelde: Rogaland Fylkeskommune, fylkesstatistikk.

### 3.4.2 TRAFIKKSITUASJONEN

**Dødsulykker, skader og ulykker:** I Sauda kommune har 3 personer mist livet i dødsulykker sidan 2006. 6 personar er alvorleg skadd og 32 personar er lettare skadd.

**Grunnar for val av indikator:** Ulykker som fører til personskade er ei stor utfordring for folkehelsa. Personskader som følge av ulykker er mest i same størrelsesorden som kreft i Norge målt i tapte leveår. Spesielt for ulykker med personskader er at det tar relativt mange unge liv, og det er den største dødsårsaka for personar under 45 år. Men våre sjansar til å førebygga ulykker er gode viss det blir lagt til rette for det, og effekten av tiltak kjem raskt.

Kjelde: Ulykker i Norge, 2009–2014.

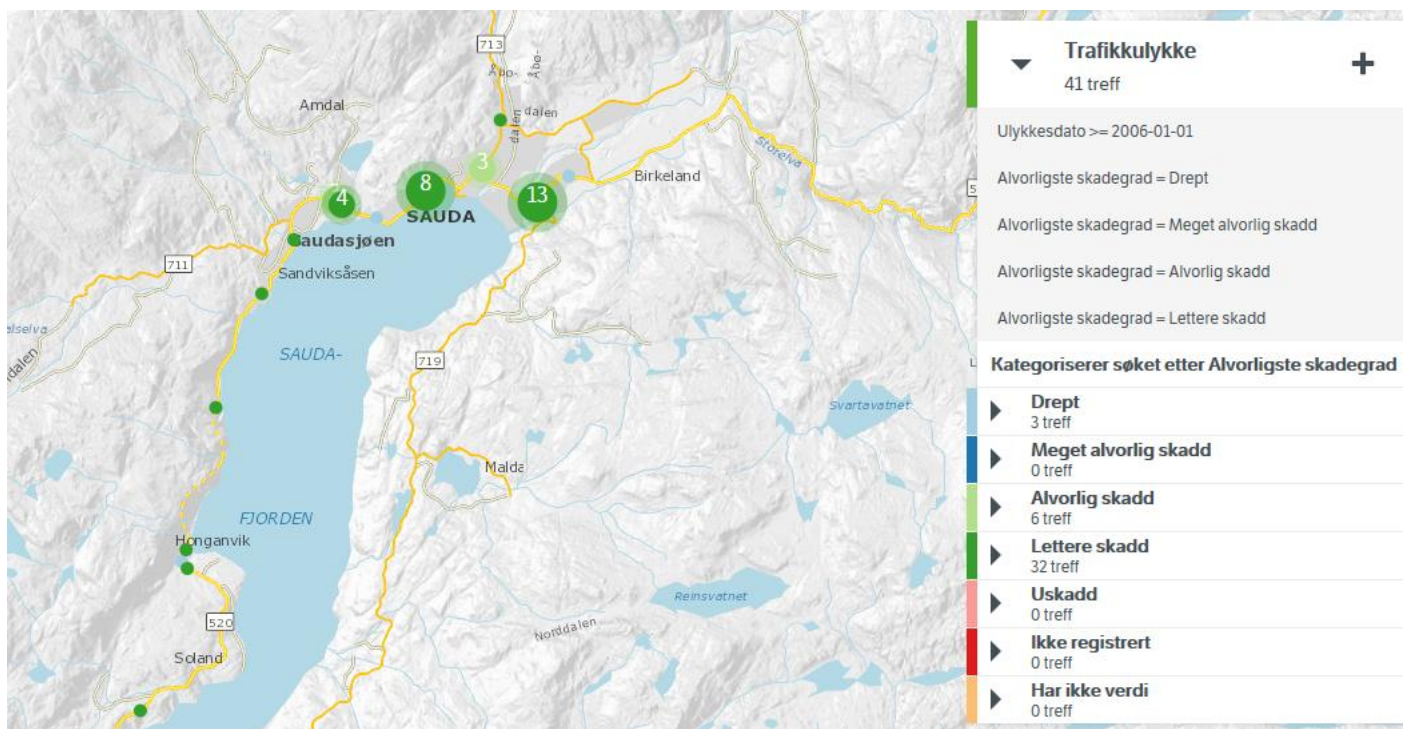
75 % av ulykkene skuldast manglande førardugleik. Også fart, rus, trøtthet, feil på bilen og dårleg skilting er medverkande årsaker. Dei fleste dødsulykkene skjer i stor fart og tett trafikk. Dei fleste ulykkene skjer på stamvegane, ikkje motorvegane.

**Kostnadar ved trafikkulykker:**

1 person drept kr 32 mill., 1 person svært alvorleg skadd 24 mill., 1 person alvorleg skadd 8,6 mill.

Kjelde: Statens vegvesen

Diagram 3.4.2.1: Trafikkulukker, Sauda kommune, 2006-2015



Kjelde: Statens Vegvesen



### 3.4.3 VURDERING AV ÅRSAKSFORHOLD, KONSEKVENSNAR OG FORKLARINGAR

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvensar/forklaringar
<b>Sjukehusinnleggingar etter ulykker</b> (standardisert, pr. 1000)	I 2008/10 blei 13,7 personer behandla pr. 1000. I 2011/13 blei 14,3 personar behandla.	<p>Indre faktorar: tidlegare fall, medisinbruk, sjukdomar, svekka gange og balanse, stillesittande liv, frykt for fall, mangelfull ernæring, svekka kognitive funksjonar og syn.</p> <p>Ytre faktorar: faktorar i omgjevnadane (dårleg lys, glatte eller ujamne underlag, dårleg strøing om vinteren m.m.), dårlege sko og kler.</p>	<p>Redusert funksjon og personlig livskvalitet (smerter, liding, funksjonssvikt, redsel, avhengig av støtte og bidrag frå familie og venner).</p> <p>Samfunnsøkonomiske konsekvensar: eit hoftebrot kostar ca. 500' første året, 800'-1000' det andre året.</p> <p>Årsakene tilseier at ein del av desse ulykkene kan førebyggast og kommunen bør leggja til rette for at dette skjer.</p>
<b>Trafikksituasjonen</b> (absolutt tall)	3 personar har mist livet sidan år 2006. 6 personar er alvorleg skadd og 32 personar er lettare skadd sidan 2006.	<p>Tal for Norge: 34% er <b>møteulykker</b>. Aktuelle tiltak er midtrabatt og forsterka midtmerking.</p> <p><b>Utforkjøring.</b> Tiltak kan vera: siderekker, sideterenget blir gjort «mjukare», vedlikehald (asfalt, salting, skoging, fortau).</p> <p><b>Redusert fart.</b> Tiltak kan vera: fartshumpar/puter og fartsmålingar.</p>	<p>Redusert funksjon og personleg livskvalitet avhengig av alvorsgrad (smerter, varige skader, liding, funksjonssvikt, redsel).</p> <p>Samfunnsøkonomiske konsekvensar avheng av alvorsgrad. Døme på mulige konsekvensar; sjukefråvær, nedsett arbeidsevne og uføretrygd.</p>



## 3.5 HELSERELATERT ATFERD

### 3.5.1 FYSISK AKTIVITET

**Fysisk aktivitet:** 7,5 % av ungdommane frå Sauda svarte at dei var fysisk inaktive. I landet var det 12,9 % og i Rogaland 13 %. Det er eit gjennomgåande trekk at gutar har eit litt høgare aktivitetsnivå enn jenter. Vidare ser ein at det fysiske aktivitetsnivået blir lågare frå 6 til 15 årsalderen.

80 % av elevane på ungdomsskulen trenar kvar veke. M.a. Svandalen, Saudahallen og Frisk&Rask fungerer og godt som sosiale møtestadar.

**Det er stor variasjon mellom ulike aldersgrupper** når det gjeld i kor stor grad dei oppnår tilrådd aktivitetsnivå. Om lag ein av fem vaksne/eldre når opp til minimumstilrådinga nasjonalt med minst 30 minutt fysisk aktivitet per dag i gjennomsnitt.

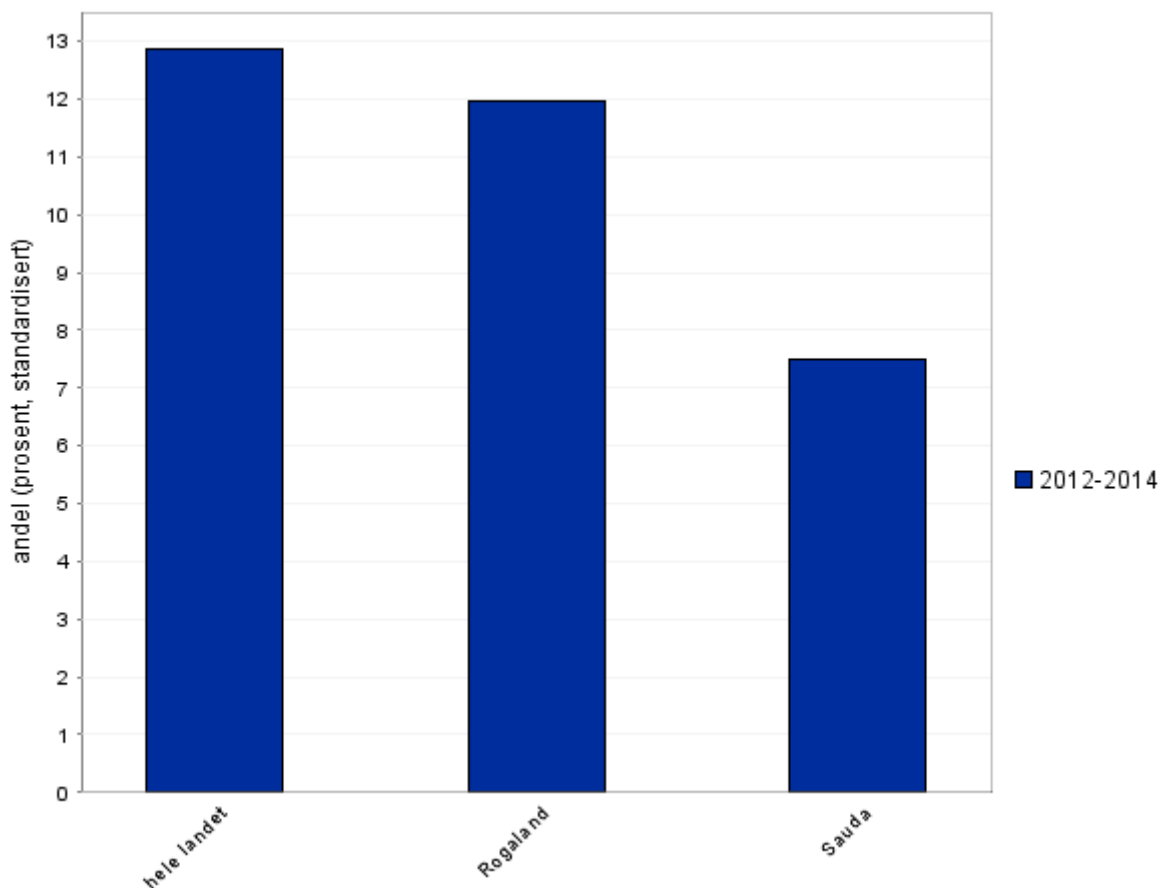
**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av faktor:** Regelmessig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsåra er viktig for normal vekst og utvikling. Det er også positivt for den psykiske helsa, konsentrasjon og læring. Regelmessig fysisk aktivitet i ungdomsåra ser også ut til å vera viktig for å skapa gode vanar for resten av livet.

Fysisk aktivitet er viktig i førebygging av ei rekke plager og sjukdommar som overvekt og fedme, type 2-diabetes, hjerte- og karsjukdommar, muskel- og skjelettplager og enkelte kreftformer. Overvekt og fedme er i ferd med å bli eit stort helseproblem i mange land, også i Norge. Erfaring viser at det for dei fleste er vanskeleg å oppnå varig vektreduksjon når ein først har blitt overvektig. Førebygging av overvekt betyr derfor mykje.

**Følgjande tilrådingar gjeld for barn og unge:**

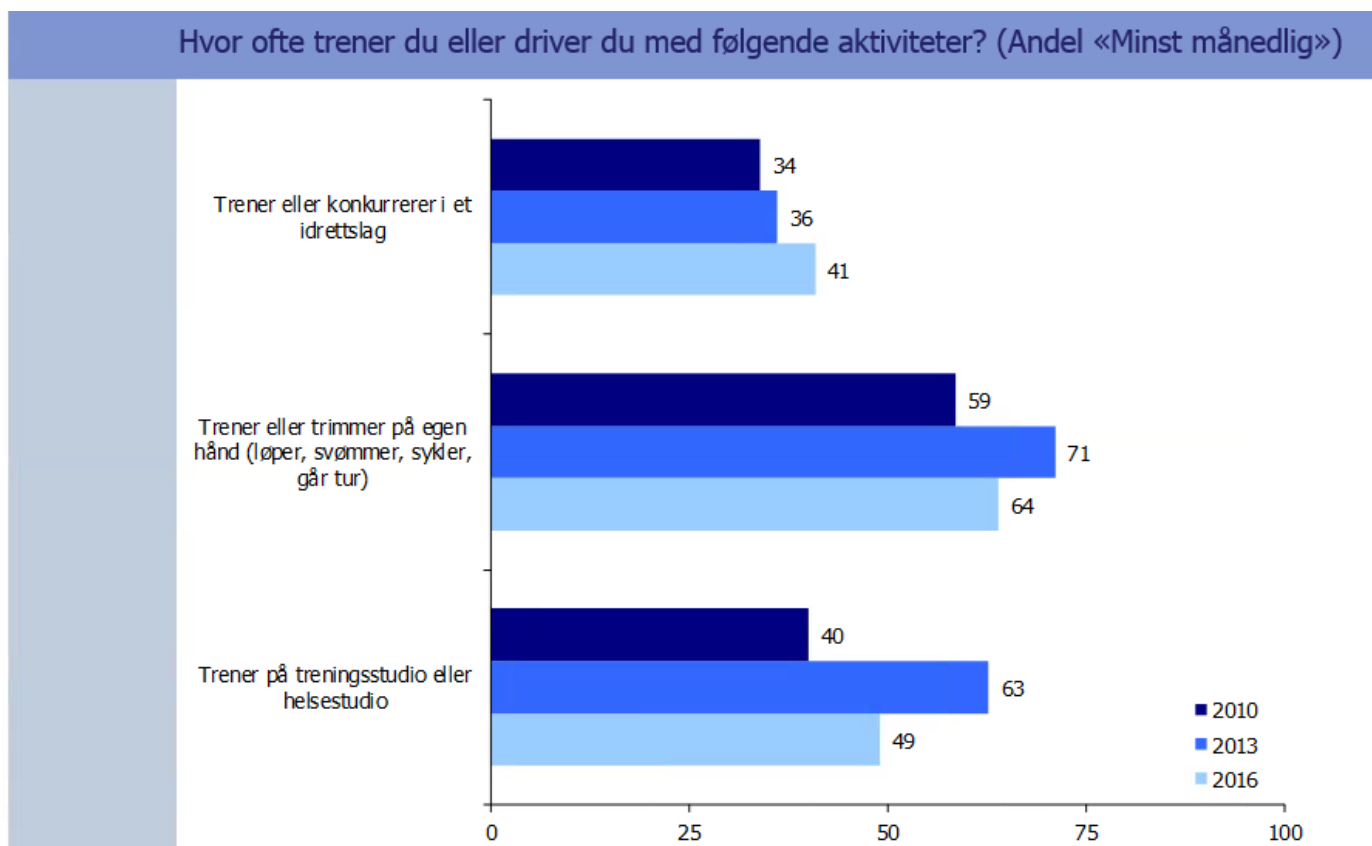
- Minimum 60 minutt fysisk aktivitet kvar dag, alternativt fordelt utover veka. Aktiviteten bør vera variert og intensiteten både moderat og hard.
- Fysisk aktivitet utover 60 minutt dagleg gir ytterlegare helsegevinstar.
- Minst tre gonger i veka bør aktiviteten vera med høg intensitet og inkludera aktivitetar som gir auka muskelstyrke og styrker skjelettet.

Diagram 3.5.1.1: Fysisk inaktive, andel i prosent av alle som har svart på Ungdata (13-16 år), 2012 – 2014



Kjelde: Kommnehelsa statistikkbank.

Diagram 3.5.1.2: Fysisk aktivitet, treningsvanar, Sauda vidaregåande skule, 2010, 2014 og 2016.



Kjelde: Ungdataundersøkinga.

### 3.5.2 KOSTHALD

**Andel som drikk brus dagleg 16-79 år:** Andel vaksne som drakk brus dagleg, i % av befolkninga i Rogaland, gjekk ned frå 19 til 12 %, mens på landsbasis var nedgangen 18 til 12 % frå 2008-2012.

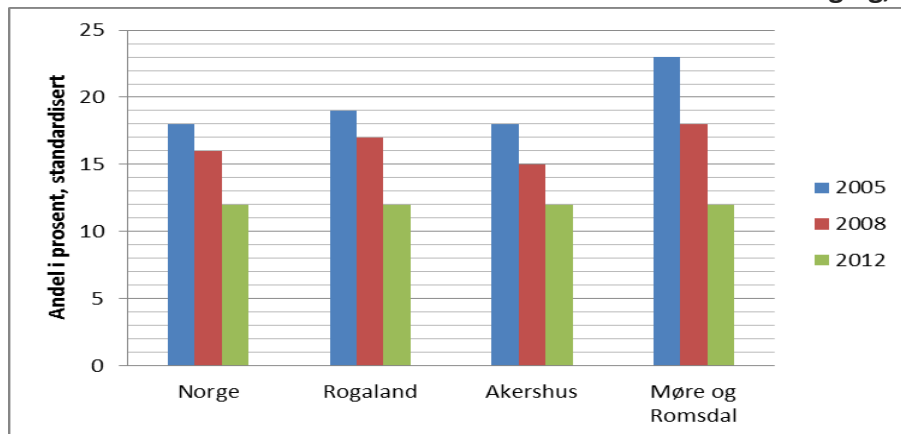
**Andelen som et frukt og grønt dagleg** auka frå 48 til 54 %, mens den på landsbasis auka frå 48 til 50 % i tidsrommet 2008 – 2012.

**Ungdomskulen** tilbyr billig og sunn mat kl. 9 og kl.11. Det er ikkje lenger lov å gå på byen i matfriminuttet, og brusdriking og store bolleposar er dermed kraftig redusert.

**Ungdomskulen** tilbyr gratis skulefrukt til alle elevar.

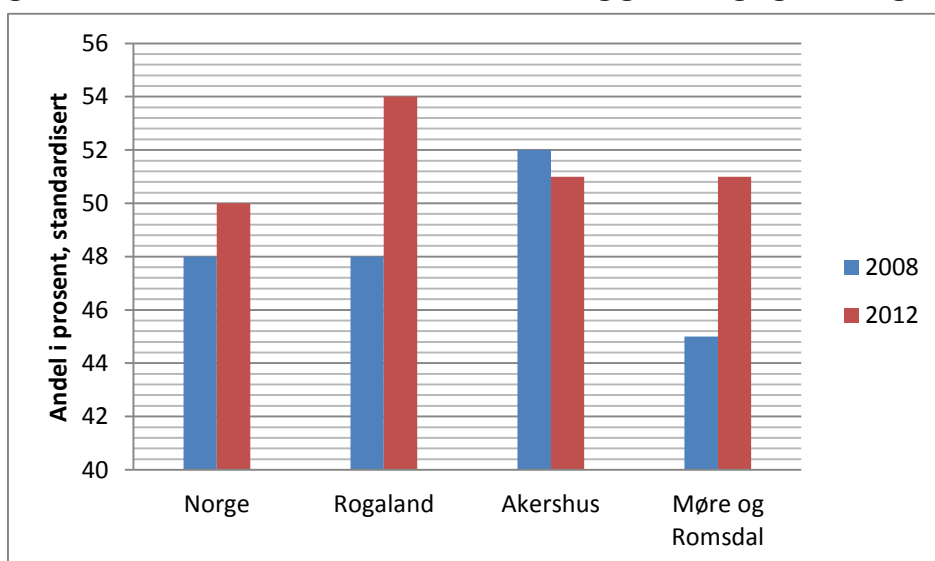
**Grunn for val av indikator:** Det er ein tydeleg samanheng mellom kosthald og helsetilstand og mellom sosioøkonomisk status og kosthald. Barn av foreldre med låg utdanning har for eksempel oftare overvektsproblem. Matvanar blir etablert tidleg i livet og går i stor grad i arv frå foreldra. Kjelde: E. Kvaavik mfl. 2011; A.L. Kristiansen mfl., 2014; Slettebak, R., 2015.

Diagram 3.5.2.1: Vaksne 16 – 79 år som seier at dei drikk brus eller saft dagleg, 2006 – 2012.



Talmateriale for kommunenivå førekjem ikkje. Kjelde: Folkehelseinstituttet, Norgeshelsa.

Diagram 3.5.2.2: Vaksne 16-79 år som et frukt og grønt dagleg, 2008 og 2012.



Andel som seier at dei et frukt og grønsaker dagleg, i prosent, standardisert, 2012. Talmateriale for kommunenivå førekjem ikkje. Kjelde: Folkehelseinstituttet. Norgeshelsa.

### 3.5.3 OVERVEKT OG FEDME 8. KLASSE OG SESJON (17 ÅR).

**Rekrutter til sesjon (17 år)**, 16 % av disse hadde overvekt/fedme.

**3. klasse** Ikkje tal for 2013/2014 og 2014/2015, men 0 elevar hadde overvekt/fedme i 2015/2016.

**8.klasse** 2013/2014: 6 elevar over 25 KMI, 2014/2015: 1 elev over 25 KMI, 2015/2016: 6 elevar over 25 KMI.

**Grunn for val av indikator:** Overvekt og fedme kan gi ei rekke følgetilstander av fysisk og psykisk art. Noko manifesterer seg i barneåra, men hovudtyngda ved alvorleg fedme debuterer hos unge eller vaksne (Nasjonale faglige retningslinjer for førebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, 2010). Forsking viser at dei oftare droppar ut av vidaregåande skule, er meir utsett for mobbing, og har eit lågare sjølvbilde. Å fanga opp problema tidleg og førebygga overvekt og fedme er derfor viktig.

Folkehelseprofilen for Sauda kommune tilseier at 16 % hadde overvekt/fedme. I Rogaland var det 20 % og i landet 21 % (2011 – 2014, KMI over 25 kg/m<sup>2</sup>, basert på sjølvrapportert høgde og vekt ved nettbasert sesjon).

#### 3. og 8. klasse, Sauda kommune, vekt.

##### Skuleåret 2015/2016

3. kl.: 0 elevar over 25 KMI (antal elevar totalt 59 )

8. kl.: 6 elevar over 25 KMI ( antal elevar totalt 52) (3,54 %)

##### Skuleåret 2014/2015

3. kl.: ikkje talt opp

8. kl.: 1 elev over 25 KMI

##### Skuleåret 2013/2014

3. kl.: ikkje tal

8. kl.: 6 elevar over 25 KMI (antal elevar totalt 68) (4,8%)

#### I følgje nasjonale retningsliner for oppfølging er:

**ISO – KMI > 25: Overvekt;** helsesøster må tilby oppfølging og rettleiing.

**ISO – IKM > 30: Fedme;** ungdommen har rett på utgreiing og behandlingstiltak med involvering av fleire faggrupper. Det skal oppnemnast ein koordinator. Helsesøster har ansvaret for å koordinera samarbeidet.

**ISO – KMI > 35: Alvorlig fedme;** fastlege bør ha behandlingsansvar. Ungdommen skal visast vidare til spesialisthelsetenesta ved følgjesjukdommar.

#### Skulehelsetenesta i Sauda, 2016.

Nasjonal bemanningsnorm min. 1 årsverk per 500 elevar. Skulehelsetenesta er styrka i budsjettet for 2016, men ligg likevel under nasjonal norm. Kjelde: Rapportering til fylkesmannen 18.7.2016.

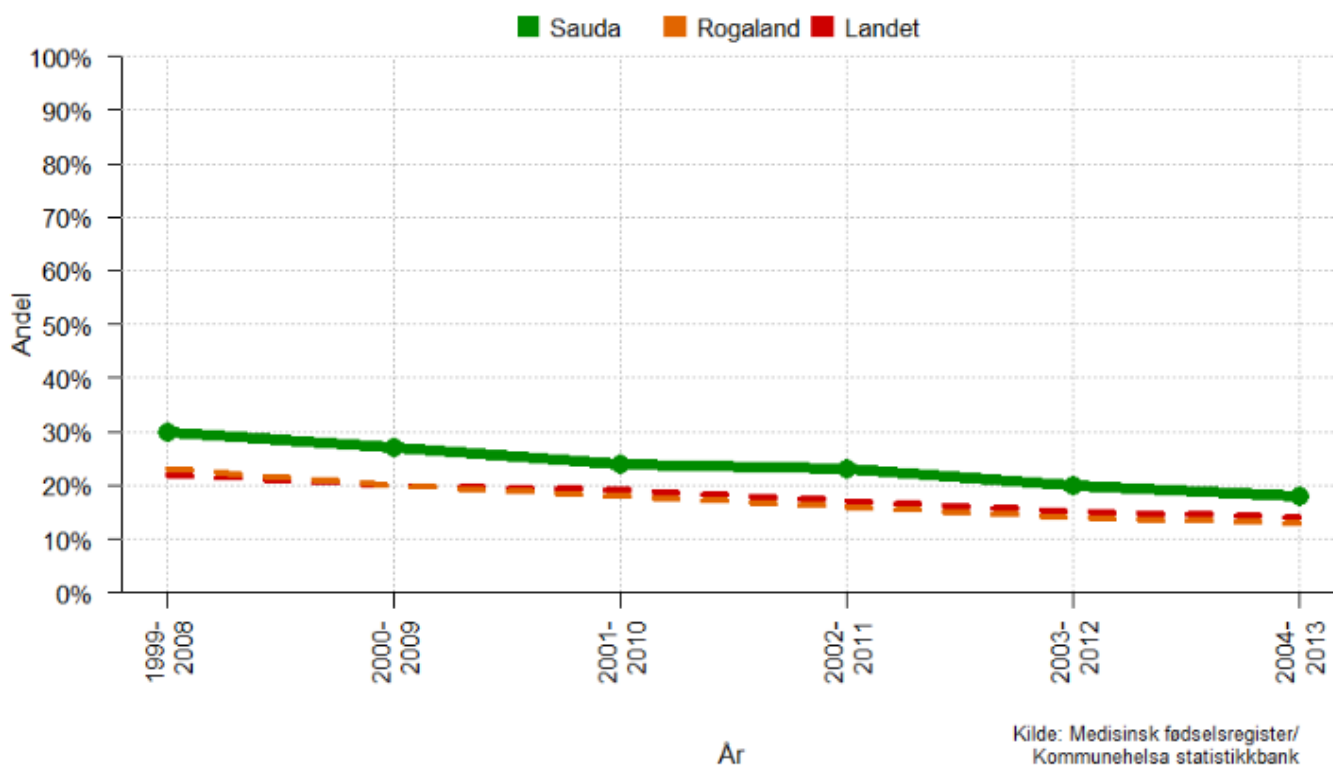
Svangerskaps- og barselomsorg, helsestasjon 0-5 år	1,55 årsverk
Skulehelseteneste barneskule	0,45 årsverk
Skulehelseteneste ungdomsskule	0,2 årsverk
Skulehelseteneste vidaregåande skule	0,2 årsverk
Helsestasjon for ungdom	0,1 årsverk
<b>Sum</b>	<b>2,5 årsverk</b>

### 3.5.4 RØYKING

**Røyking:** Andel gravide som røyker i starten av svangerskapets viser tilbakegang frå 2002 til 2013 frå 30 % - 18 %. Tilsvarande tal for landet var 22 % - 14 %.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Røyking er sett på som ein av dei viktigaste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av dei som røyker dagleg i mange år, dør av sjukdommar som skuldast tobakken. I tillegg blir mange ramma av sjukdommar som fører til vesentlege helseplager og redusert livskvalitet. Studiar viser at dei som røyker dagleg, i snitt dør 10 år tidlegare enn ikkje-røykarar, og 25 % av daglegrøykjarane dør 20-25 år tidlegare enn gjennomsnittleg levealder for ikkje-røykarar. Ei rekke kvinner sluttar å røyke når dei blir gravide. Helse- og omsorgsdepartementet tilrår m.a. arbeid med familien som ei eining, fordi det ser ut til at farens røykemønster påverkar moras, og at dei kvinnene som får støtte av barnefaren til å redusera forbruket, klarer det betre. Det er ein markant sosial gradient for dagleg røyking. Jo kortare utdanning, desto høgare andel daglegrøykarar. Kjelde: Slettebak, R., 2015.

Diagram 3.5.4.1: Andel gravide som røykte ved svangerskapets start.



Andel fødande som sa at dei røykte ved svangerskapets start i prosent av alle fødande med røykeopplysningar. Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

### 3.5.5 RUSMIDDELSITUASJONEN

**Sauda har merkbare utfordringar på rusfeltet.** Enten me ser på tal for omsetning av alkohol, eller vurderingane frå kommunale tenester og politiet, er det mange menneske i kommunen som slit med eigne eller nærstående sine rusproblem.

**Sal av øl i daglegvarebutikkar:** Salstala stig årleg og omsetninga har auka frå 198 132 liter i 2012 til 222 092 liter i 2014. 2015 viser ein nedgang til 207 599 liter.

**Skjenking av alkohol på skjenkestadar:** Summen av salet på skjenkestadene har variert, medan sal av brennevin og øl har vore meir konstant har sal av vin auka frå 918 liter i 2012 til 5337 liter i 2015.

**Vinmonopolet:** Omsetnaden totalt sett har vore stabil dei siste fire åra. Ein sel mindre brennevin og sterkvin og har ei dobling av ølsalet dei same åra.

**Grunnar for val av indikatorar:** Rammene for dei regulatoriske virkemidla er fastsett i alkohollova, men det er kommunane som har ansvar for å utforma alkoholpolitikken lokalt. Skjenking og sal av alkohol kan gi viktige inntekter og arbeidsplasser i kommunen, og ei godt fungerande utelivsnæring kan vera ein viktig del av eit lokalmiljø. Samtidig kan eit høgt alkoholforbruk medføra store kostnader og menneskelege lidning - ulukker, skader og andre helsekonsekvensar - i tillegg til store negative konsekvensar for samfunnet. Det er derfor viktig at kommunen ser folkehelseperspektivet i samanheng med sin alkoholpolitikk. Kjelde: Helsedirektoratet.

Gjennomsnittlig alkoholforbruk pr. person i den vaksne befolkninga seier noko om kor utbreidd storforbruk av alkohol er. Det seier igjen noko om førekomsten av skader. Totalforbruk av alkohol i befolkninga er derfor ein viktig indikator. Forholdet mellom gjennomsnittsforbruket og skadeomfanget vil også påverkast av kor stor del av befolkninga som drikk, og måten ein drikk på.

Diagram 3.5.5.1: Omsetnad, skjenking og sal av alkohol, 2012-2015, Sauda kommune

	Skjenking			Sal
	Brennevin	Vin	øl	øl
2012	643	918	22555	198132
2013	661	1827	26164	212961
2014	548	2901	31470	222092
2015	676	5337	30590	207599

Kjelde: Oppgaver frå sals- og skjenkestadene, Sauda kommune.

**Diagram 3.5.5.2: Omsetnad på vinmonopolet, 2012 – 2015, Sauda kommune**

År	Brutto oms.	Vareliter					
	(1000 kr)	Totalt	Brennevin	Sterkvin	Svakvin	Øl	Alkoholfritt
2012	19 825	102 185	21 951	664	78 208	1 097	264
2013	20 146	102 675	21 060	579	79 479	1 244	313
2014	20 400	103 002	20 327	563	80 079	1 655	378
2015	20 519	102 944	19 481	541	80 230	2 163	529

Kjelde: Årsmeldingane til Vinmonopolet



### 3.5.6 UNGDATA 2016 - FOKUS PÅ PSYKISK UHELSE

**Ungdata** er eit kvalitetssikra og standardisert system for lokale spørjeskjemaundersøkingar. Undersøkingane blir utført blant elevane i ungdomsskulen og vidaregåande skule kvart 3. år, neste gong i 2019.

Ungdata er resultat av eit fagleg samarbeid mellom forskingsinstituttet NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus, sju regionale kompetansesenter innan rusfeltet (KoRus Vest Bergen, KoRus Vest Stavanger, KoRus Midt-Norge, KoRus Øst, KoRus Sør, KoRus Nord, KoRus Oslo) og kommunesektorens organisasjon (KS). Svarprosenten for Sauda kommune i 2016 var 81 %.

#### **Plaga av einsemd:**

**Ungdomsskulen:** Andel elevar i Sauda kommune som er plaga er 25 % av jentene og 10 % av gutane.

**Vidaregåande skule:** Andel elevar i Sauda kommune som har svart at dei av og til eller ofte føler seg einsomme er 33 % av jentene og 18 % av gutane.

#### **Jamaldrande, faste venskap:**

**Ungdomsskulen:** 14 % av gutar og jenter i Sauda har ikkje faste vener.

**Vidaregåande skule:** 15 % av gutane og 4 % av jentene i Sauda har ikkje faste vener.

**Hovudbildet frå Ungdata 2016** er ein veltilpassa, heimekjær, men kanskje litt stressa ungdomsgenerasjon. Trivselen på skulen er høg, dei aller fleste har gode vener og er svært nøgde med foreldra sine. På fleire område viser rapporten positive utviklingstrekk over tid.

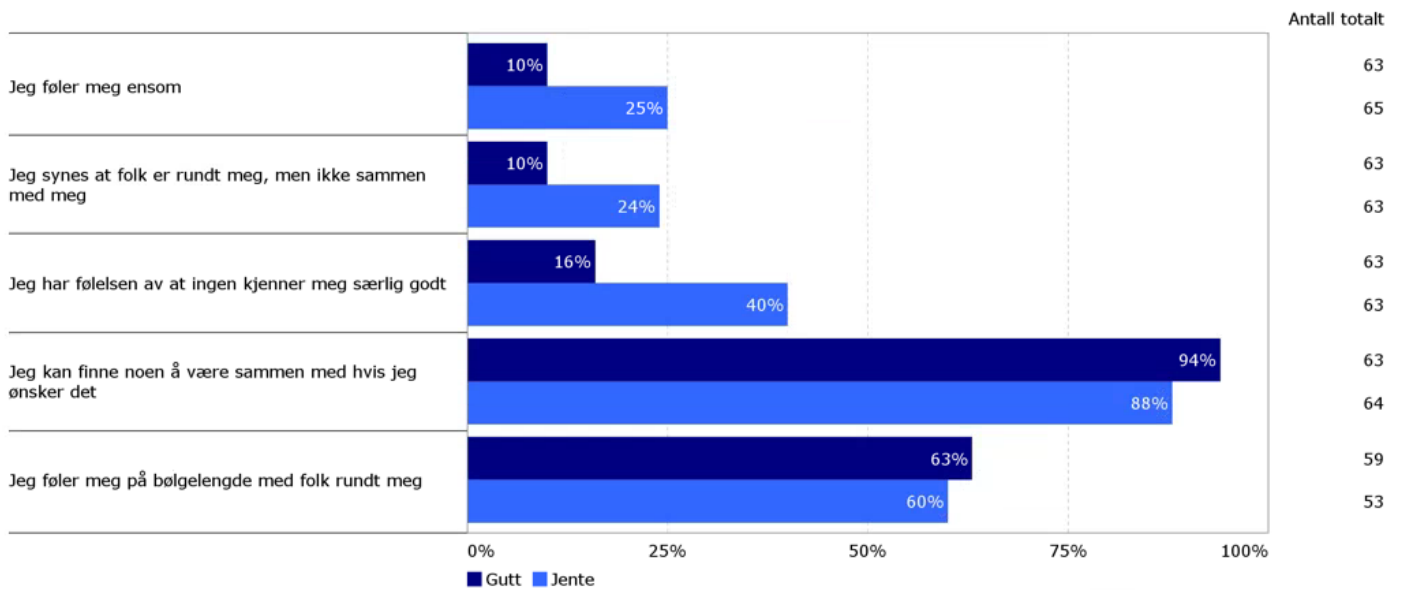
**Eit område gir likevel grunn for uro.** Fleire ungdommar – og då først og fremst unge jenter – rapporterer om psykiske helseplager i kvardagen. Resultata føyer seg dermed inn i ein meir langsiktig trend, der det særleg frå årtusenskiftet og framover har skjedd nokre ganske markerte endringar i ungdomsmiljøa. Omfanget av rus- og åtferdsproblem har blitt redusert, banda mellom generasjonane har blitt tettare og ungdom sluttar i aukande grad opp om skulen. Samtidig er det grunn til uro når omfanget av psykiske helseplager aukar. Ungdommane i Sauda kommune følger stort sett trendane i landet. Fullstendig rapport: <http://ungdata.no>  
Kjelde: NOVA / HIOA 2014.

#### **Offensiv framtidstru.**

MOT har eit avsnitt dei kallar «Positiv framtidstru». Når ein prøver å sjå alt i ein samanheng skjer det mykje positivt i bygda. Ein kan nemna utebassenget, Folkets Hus, Allmannadjuvet, stadion/planar for Arena Sauda, Frisk& Rask som møteplass for folk i alle aldrar, Saudadagane, Hovlandsnuten Opp mm. Dette skapar entusiasme, dugnadsand, mestringskjensle og samhald og bidrar med det til betre folkehelse.

**Diagram 3.5.6.1: Einsemd, guttar og jenter, Sauda kommune, ungdomsskulen, 2016.**

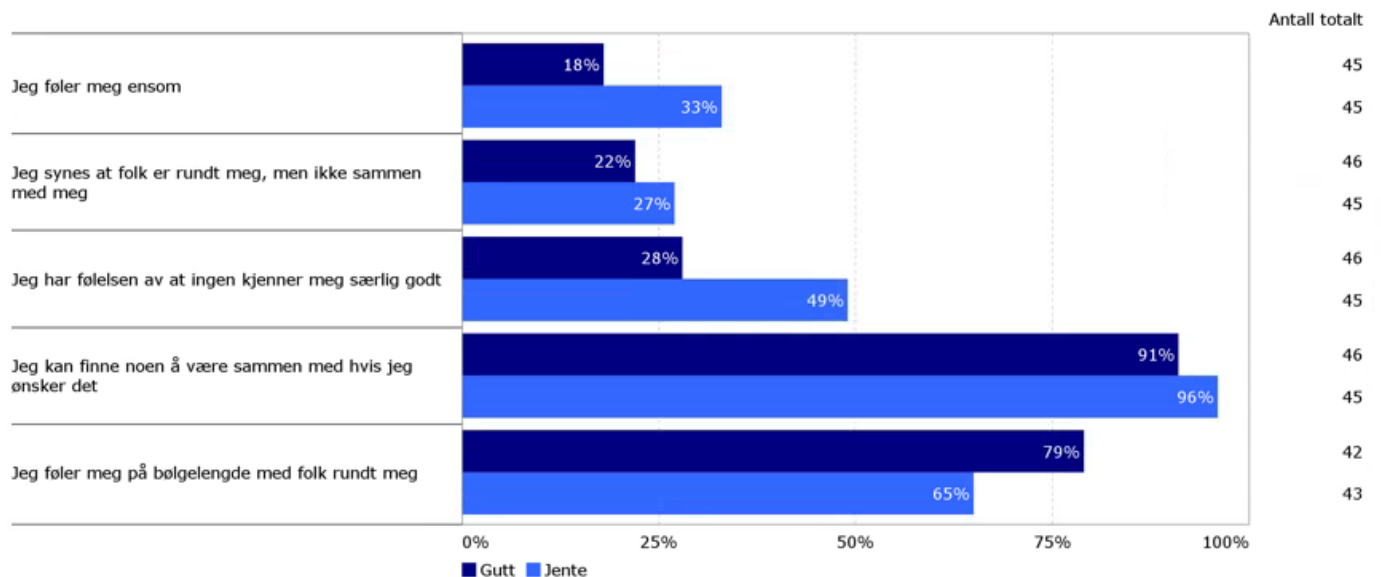
Her er noen beskrivelser av ulike følelser folk kan ha. Kryss av for hvordan du selv føler deg. (Prosentandel svart 'av og til' eller 'ofte')



Kjelde: Ungdata 2016.

**Diagram 3.5.6.2: Einsemd, guttar og jenter, Sauda kommune, Vidaregåande skule, 2016.**

Her er noen beskrivelser av ulike følelser folk kan ha. Kryss av for hvordan du selv føler deg. (Prosentandel svart 'av og til' eller 'ofte')

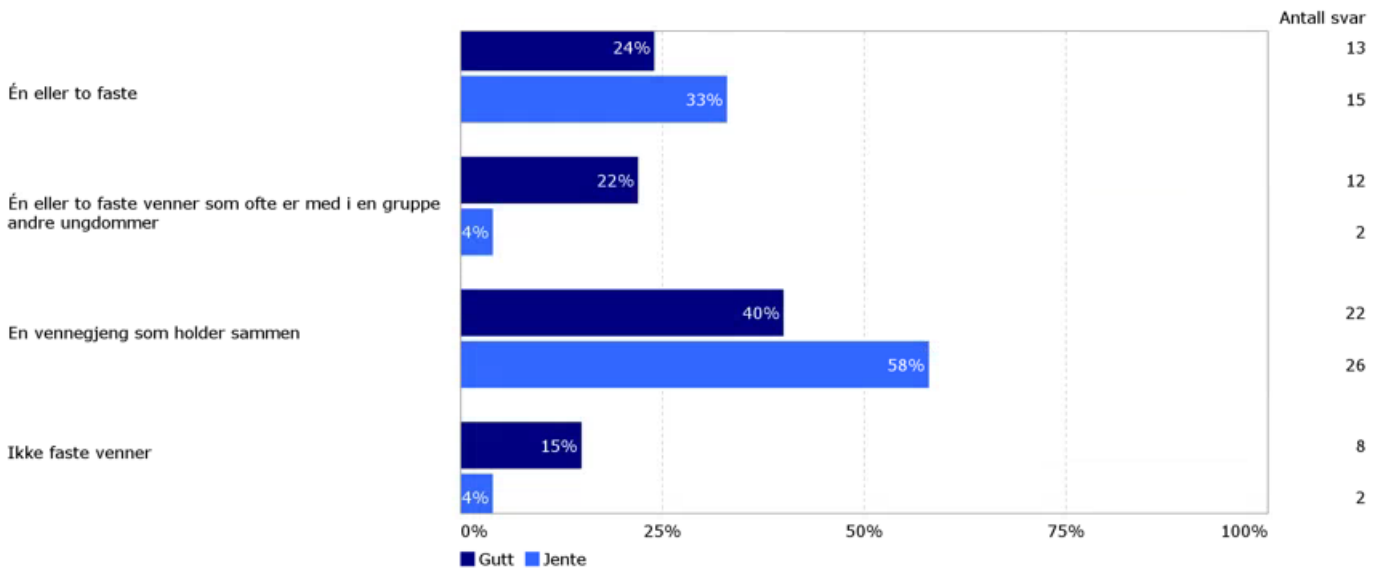


Kjelde: Ungdata 2016.

**Diagram 3.5.6.3: Jamaldrande, faste vennskap, guttar og jenter, Sauda kommune, vidaregåande skule, 2016.**

Når du er sammen med venner/kamerater, er du da som oftest sammen med ...

Ikke faste venner: Nokså tilfeldig hvem jeg er sammen med+er ikke så ofte sammen med jevnaldrende.

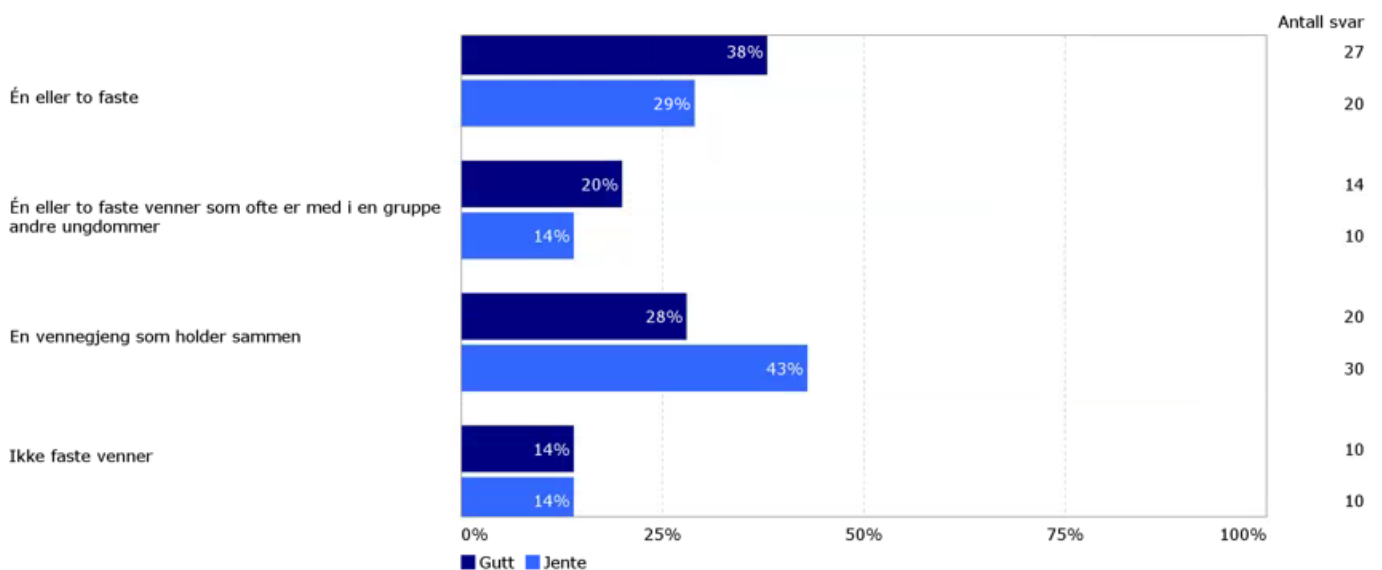


Kjelde: Ungdata 2016.

**Diagram 3.5.6.4: Jamaldrande, faste vennskap, guttar og jenter, Sauda kommune, ungdomsskulen, 2016.**

Når du er sammen med venner/kamerater, er du da som oftest sammen med ...

Ikke faste venner: Nokså tilfeldig hvem jeg er sammen med+er ikke så ofte sammen med jevnaldrende.



Kjelde: Ungdata 2016.

### Tabell 3.6.6.5: Kortfatta oppsummering av funna i statistisk analyse

Resultata føyer seg inn i rekka av studiar som viser at dagens tenåringar generelt har det veldig bra og lever aktive og meiningsfulle liv. Eit hovudfunn er likevel at på omtrent alle dei områda som rapporten tar for seg, er det systematiske sosiale forskjellar i ungdoms levekår og livskvalitet. Rapporten viser at unge med relativt få ressursar heime generelt har eit noko meir problematisk forhold til foreldre og vener, dei trivst dårlegare på skulen, dei har oftare fysiske og psykiske helseplager, dei er meir utsett for mobbing, dei er meir pessimistiske med tanke på framtida, dei deltek sjeldnare i organiserte fritidsaktiviteter og brukar meir av fritida si framom ulike skjermar enn ungdom som veks opp i familiar med mange sosioøkonomiske ressursar.

Kjelde: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjonar/Rapporter/2016/Sosiale-forskjeller-i-unges-liv>

### 3.5.7 VURDERING AV ÅRSAKSFORHOLD, KONSEKVENSAER OG FORKLARINGAR

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvensar/forklaringar
<b>Fysisk aktivitet</b> <b>Alderen 13-16 år</b>	<p>Aktivitetsnivået går ned med alderen. Gutar er meir aktive enn jenter.</p> <p>4 av 5 vaksne oppnår ikkje minimumstilrådinga med 30 minutt fysisk aktivitet kvar dag i gjennomsnitt.</p> <p>Mange barn i Sauda blir køyrd i bil til skulen.</p>	<p>Tid framfor skjerm, køyring til og frå aktivitetar, mykje organisert aktivitet – mindre kvardagsaktivitet.</p> <p>Klima og været.</p> <p>Ved meir enn 10 min. gange nyttar ein bil.</p> <p>Fleire km. med sykkelveggar er positivt for meir sykkelbruk, men busetnaden er spreidd og det bygger opp om bil som framkomstmiddel.</p>	<p>Dårleg motorikk. Utvikling av overvekt/fedme og livsstilssjukdommar som diabetes, hjertekarsjukdommar m.m. i vaksen alder.</p> <p>Jamleg fysisk aktivitet kan også gi betre psykisk og somatisk helse, førebygga fedme/ overvekt og livsstilssjukdommar.</p> <p>Fysisk aktivitet har samanheng med sosioøkonomisk status.</p>
<b>Kosthald</b> (andel i prosent, standardisert) <b>Brus, 16 -79 år</b>	<p>12 % drikk brus kvar dag i alderen 16 – 79 år i Rogaland. Nedgang frå 19 % i 2005.</p>	<p>Sosioøkonomisk status og kosthaldsvanar: ungdommar frå familiar med god råd et ofte meir frukt og grønt.</p>	<p>Dårlegare tannhelse og på sikt utvikling av overvekt, fedme og ulike livsstilssjukdommar.</p>
<b>Frukt og grønt, 16 – 79 år</b> (andel i prosent, standardisert)	<p>Fleire vaksne seier at dei et frukt og grønt dagleg; frå 48 % i 2008 til 54 % i 2012.</p>	<p>Folk er meir opplyste p.g.a. informasjon og kampanjar om bevisstgjerjing av rett og sunt kosthald.</p> <p>Godt kosthald heng saman med sosioøkonomisk status.</p>	<p>Kosthald med mykje frukt og grønt bidrar til å førebygga ei rekke sjukdommar og helseproblem.</p>
<b>Overvekt og fedme 8. klasse</b> (andel i prosent, absolutt tall)	<p>Det er små tal for Sauda på dette og dei som er viser at fedme blant barn ligg under gjennomsnittet for landet.</p> <p>0,55 årsverk i skulehelsetenesta er knytt opp mot 936 elevar. Nasjonal norm 1 årsverk pr. 500 elevar.</p>	<p>Aktivitetsnivået går ned med alderen.</p> <p>Kosthaldsvanar.</p>	<p>Store helseutfordringar i framtida, livsstilssjukdommar, følgjetilstander av psykisk og fysisk art.</p> <p>Bør sjåast i samanheng med årsverk i skulehelsetenesta.</p>

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvensar/forklaringar
<b>Røyking</b> (andel i prosent, 10 års glidande gjennomsnitt standardisert).	<p>18 % av gravide kvinner røyker i Sauda kommune, det er over snittet for landet (14 %).</p> <p>Andelen som røyker i Sauda kommune går ned.</p> <p>Det synes å vera fleire kvinner enn menn som røyker i dagens samfunn, menn snuser oftare.</p>	<p>Sosial gradient for dagleg røyking: jo kortare utdanning desto høgare andel daglegrøykarar.</p> <p>Bruk av alkohol kan ha samanheng med røyking.</p>	<p>Nedgang gir mindre risiko for luftvegssjukdommar (astma, emfysem, bronkitt, kronisk obstruktiv lungesjukdom), kreft og hjerte- karsjukdommar og redusert dødelighet.</p> <p>Røyking under graviditet kan bl.a. føra til låg fødselsvekt og større risiko for luftvegsinfeksjonar hos barna.</p>
<b>Russituasjonen i Sauda kommune</b> (sal i 1000 liter for alle kategoriane under, sett bort frå endringar i folketal)	<p>Sauda har utfordringar på rusfeltet, når ein ser på tal for omsetning av alkohol, undersøkingane av ungdom sine rusvanar eller vurderingane frå kommunale tenester og politi.</p>	<p>Eit høgt alkoholforbruk kan medføre store kostnader og menneskelege lidingar - ulukker, skader og andre helsekonsekvensar - i tillegg til betydelige negative konsekvensar for samfunnet.</p>	<p>For å redusere helseskader og sosiale skader av alkoholbruk, er det nødvendig å redusera det generelle forbruket i befolkninga. Sjølv om stordrikkarane er mest utsett, oppstår dei langt fleste skader, voldstilfelle, ulykker og problem blant det store fleirtalet som drikk moderat.</p>
<b>Daglegvarebutikkar</b>	<p>Sal av alkohol i daglegvarebutikkane har hatt ein svak oppgang.</p>	<p>Rusavhengighet og psykiske lidingar heng ofte saman.</p>	<p>Alkoholpolitisk innsats retta mot befolkninga er svært viktig, og innsatsen må skje der folk bur - i kommunane.</p>
<b>Skjenkestadane</b>	<p>Summen av salet på skjenkestadane har variert, medan sal av brennevin og øl har vore meir konstant har sal av vin auka frå 918 liter i 2012 til 5337 liter i 2015.</p>		<p>Folkehelselova legg opp til at kommunane skal "tenka helse i alt dei gjer". Dette betyr at ein forsvarleg alkoholpolitikk bør innlemmast i planlegging og drift i alle kommunens sektorar.</p>
<b>Vinmonopolet</b>	<p>Omsetnaden totalt sett har vore stabil dei siste fire åra. Ein sel mindre brennevin og sterkvin og har ei dobling av ølsalet dei same åra.</p>		

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvensar/samanhengar
<p><b>Ungdata Sauda kommune</b> (andel i prosent)</p>	<p>Hovudbildet frå Ungdata 2016 er ein veltilpassa, heimekjær, men kanskje litt stressa ungdomsgenerasjon.</p> <p>Fleire ungdommar, først og fremst jenter, rapporterer om psykiske helseplager i kvardagen.</p> <p><b><u>Ungdomsskulen:</u></b> 25 % av jentene og 10 % av gutane plaga av einsemd.</p> <p><b><u>Vidaregåande skule:</u></b> 33 % av jentene og 18 % av gutane føler seg av og til einsame.</p> <p><b><u>Ungdomsskulen:</u></b> 14 % av gutar og jenter i Sauda har ikkje faste vener.</p> <p><b><u>Vidaregåande skule:</u></b> 15 % av gutar og 4 % av jenter i Sauda har ikkje faste vener.</p> <p>Mobberane og mobbeofra kjem i større grad frå familiar med dårlig råd, dei manglar fortrulege venner og er oftare einsame.</p> <p>Tilhøyrsløse er blant dei viktigaste faktorane for å førebygga psykisk uhelse. Eit godt foreldre-barn forhold og gode venner er viktig.</p>	<p>Prestasjonssamfunn, fokus på eiga utvikling, gjennomsiiktig samfunn, sosiale medier, kjensle av ikkje å strekka til.</p> <p>Ungdomstida er ei turbulent tid med mange kjensler der ungdommen m.a. skal finna sin eigen identitet. Noko kan forklarast med bakgrunn i dette, men auken av psykiske plager gir likevel grunn til uro.</p> <p>Samanlikning av svara til mobberane og mobbeofra peikar på at dei i større grad opplever at familiare har dårlig råd, manglar ein fortruleg venn, har eit større alkoholforbruk, røyker oftare, snuser oftare, føler i større grad at alt er eit slit, er i større grad plaga av einsemd, trener sjeldnare og er meir misnøgde med skulen dei går på.</p>	<p>Fleire ungdommar enn før slit psykisk og føler at livet er eit slit.</p> <p>Større fokus på psykisk helse i Ungdataundersøkinga i 2016.</p> <p>Sosioøkonomiske tilhøve spelar ein rolle også her som på så mange andre område (helse, livsstilssjukdommar, utdanningsnivå m.m.).</p> <p>Ungdom med problemåtferd er ofte sjølv offer. Resultata viser at mobberane ofte slit. Tiltak for å hindra mobbing kan ha ein heldig sideeffekt ved å beskytta mobberane ved å betre deira sosiale nettverk.</p> <p>Det førebyggjande arbeidet bør innebera/fokusera på foreldrerettleing og styrking av helsefremmande og førebyggjande tenestetilbod til barn og unge.</p>



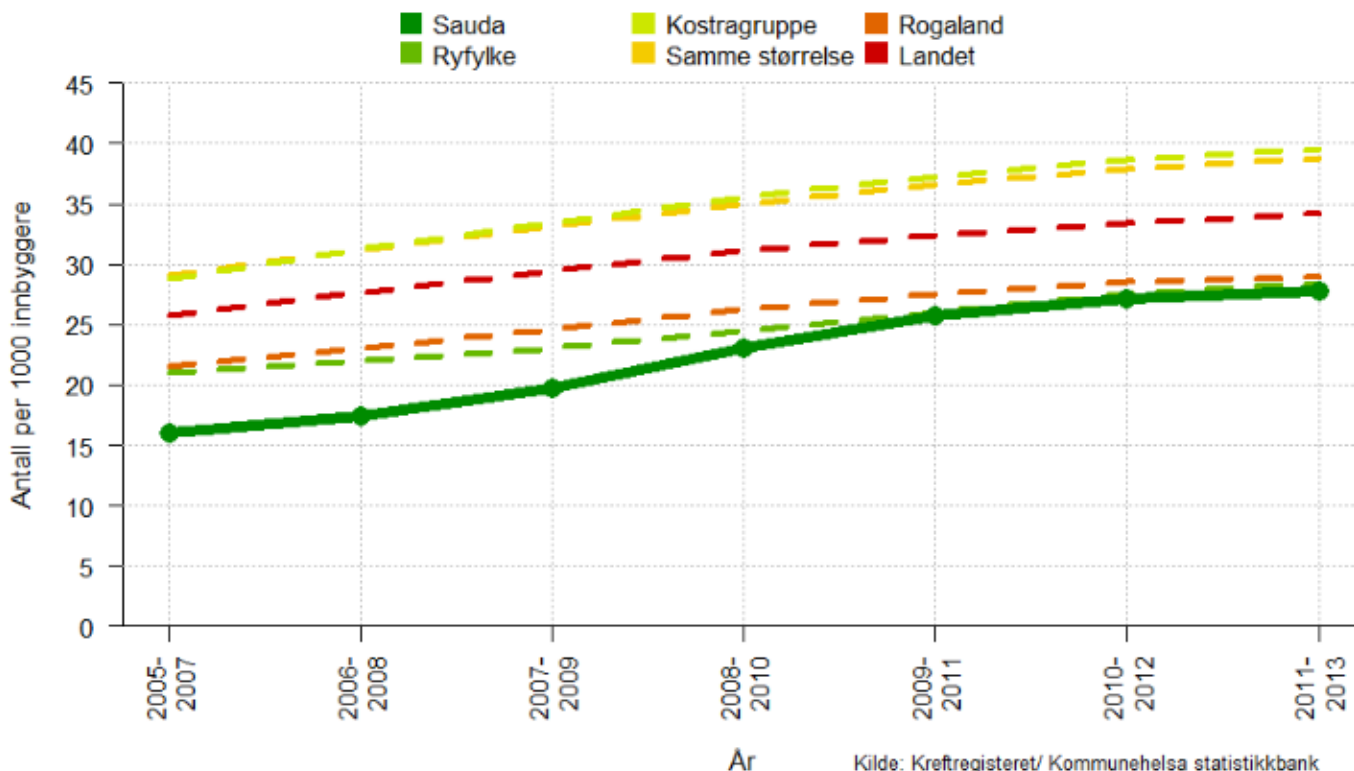
## 3.6 HELSETILSTAND

### 3.6.1 DIABETES

**Medisinar mot diabetes type-2.** Sauda kommune har hatt ein gradvis auke i bruken av diabetesmedisinar, men auken ser ut til å gå ned ein del. I perioden 2011-2013 var det årlege gjennomsnittet 28,7 personar som brukte slike medisinar per 1000 personar. For landet var tilsvarande 34,2 personar.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Ein kan ikkje sjå på legemiddelbruk som synonymt med sjukdomsførekomst, men det kan vera ein indikator på sjukdomsførekomst i befolkninga. Førekomsten av type 2-diabetes er usikker og behandling av sjukdommen varierer. Kosthold, mosjon og vektreduksjon kan for enkelte normalisera blodsukkeret og halda sjukdommen under kontroll. Andre treng medikament for å få ned blodsukkeret og bruk av midlar til behandling av type 2-diabetes kan brukast som ein indikator på førekomst av type 2-diabetes i befolkninga. Med åra kan likevel insulinproduksjonen reduserast, og det blir nødvendig med insulinsprøyter på same måte som ved type 1-diabetes. Overvekt er ein viktig risikofaktor for utvikling av type 2-diabetes og førekomst av type 2-diabetes kan derfor spegla befolkningas levevaner. Kjelde: Folkehelseinstituttet.

Diagram 3.6.1.1: Bruk av legemidlar til behandling av type 2-diabetes, 2005/2007 – 2011/2013.



Andel medisinbrukarar gir eit inntrykk av sjukdomsførekomsten, men ulikhet i kven som faktisk oppsøker helsevesenet og korleis medisinar blir skrivne ut, kan verka inn på korleis førekomsten viser i datamaterialet. Denne problemstillinga er særleg tydeleg i små kommunar. I dette datamaterialet ser me t.d. dei som brukar medisinar, men ikkje dei som nyttar livsstilsregulerande tiltak.

### 3.6.2 HJARTE- OG KARSJUKDOM

**Bruk av primærhelsetenesta:** I Sauda var det 106,5 personar per 1000 innbyggjarar med hjarte – karsjukdom som oppsøkte primærhelsetenesta i perioden 2011/2013.

**Bruk av spesialisthelsetenesta:** I Sauda steig talet frå 21,3 personar med hjarte-karsjukdom (per 1000 innbyggjarar) i 2008/2010 til 23,8 i 2011/2013.

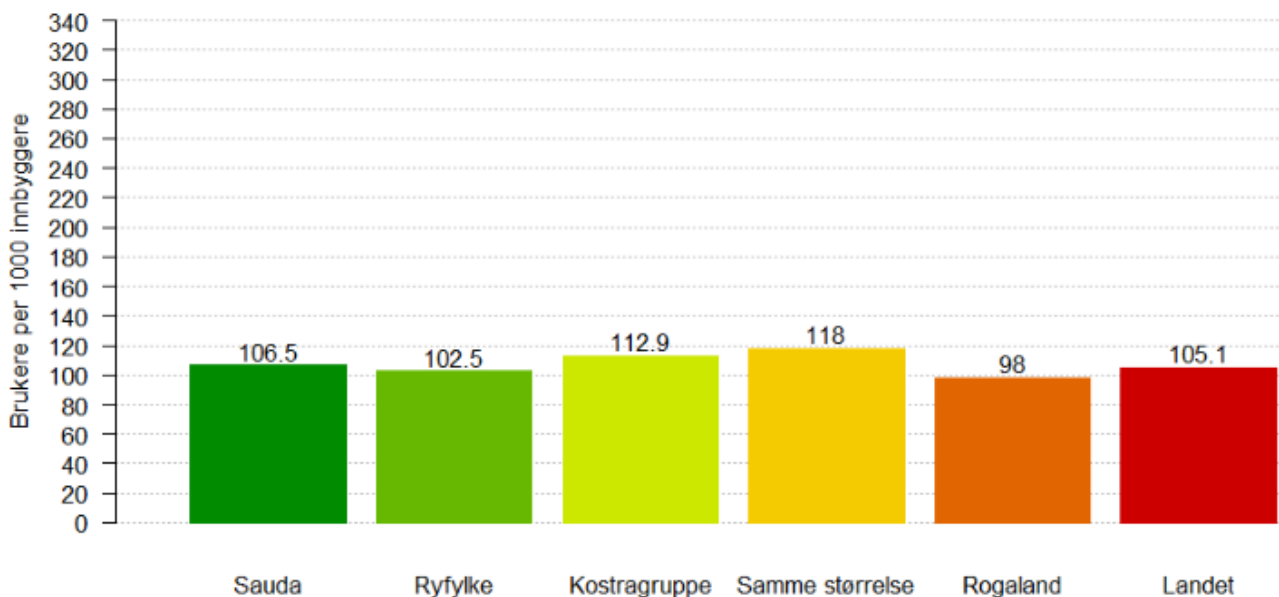
**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Bruk av primærhelsetenesta kan gi informasjon om helsetilstand og utbreiing av sjukdom. Dette kan igjen sei noko om bakanforliggende faktorar som miljø og levevanar i befolkninga.

Befolkninga sin bruk av sjukehusenester kan gi ein viss peikepinn på viktige trekk ved både helsetenester og helsetilstand i kommunane. Sjukehusinnlegging kan gi innsikt i problematikken rundt utbreiing av både sjukdom og bakanforliggende risikofaktorar, og kan bidra med verdfull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkninga.

For m.a. hjarte- og karsjukdom kan sjukehusinnlegging i tillegg gi ein peikepinn på potensial for førebyggjande innsats. Utbreiing av hjerte- og karsjukdom kan vidare gi informasjon om befolkninga sine levevaner. Det har vore nedgang i førekomst av hjarte- og karsjukdom dei siste tiåra, men utbreiinga av risikofaktorar som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidningane fortsatt vil ramma mange. Kjelde: Folkehelseinstituttet/ Utvida folkehelseprofilar.

**Diagram 3.6.2.1: Brukarar i primærhelsetenesta med hjarte og karsjukdommar, 0-74 år, Sauda, gjennomsnitt 2011-2013.**

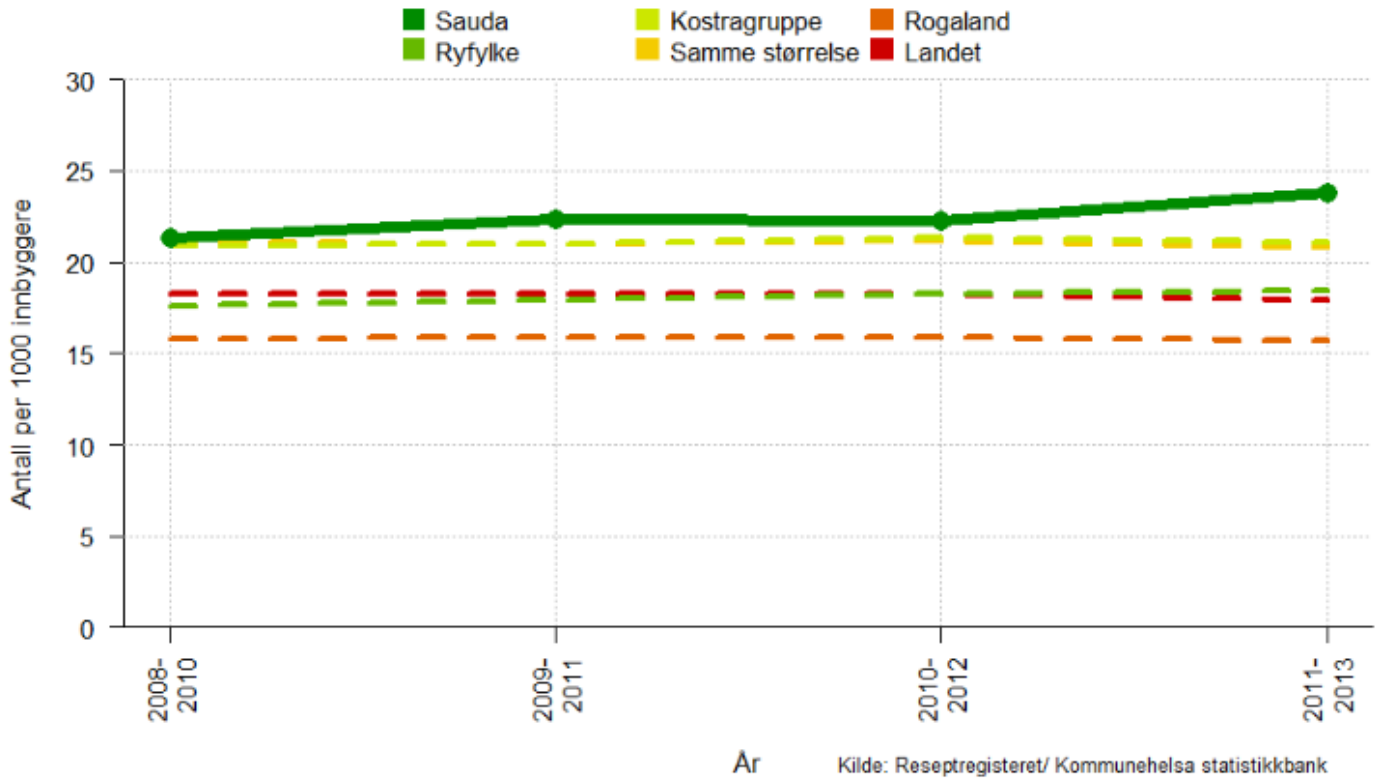
Antal unike personar 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggjarar per år. Dersom ein person har vore i kontakt med fastlege eller legevakt fleire gonger i løpet av kalenderåret med same sjukdom/ lidning, tel vedkommande berre éin gong. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder). Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.



Kilde: HELFO/ Kommunehelsa statistikkbank

Andel medisinbrukarar gir eit inntrykk av sjukdomsførekomen, men ulikhet i kven som faktisk oppsøker helsevesenet og korleis medisinar blir skrivne ut, kan verka inn på korleis førekomen viser i datamaterialet. Denne problemstillinga er særleg tydeleg i små kommunar.

**Diagram 3.6.2.2: Pasientar i spesialisthelsetenesta med hjarte-/karsjukdom. Per 1000 innbygarar, Sauda, 2008/2010 – 2011/13.**



Tal på pasientar innlagt (dag- og døgnopphald) i somatiske sjukehus per 1000 innbygarar per år. Dersom ein person blir lagt inn fleire gonger i løpet av kalenderåret med same sjukdom/ liding, tel vedkommande berre éin gong. Statistikken viser 3 års glidande gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.

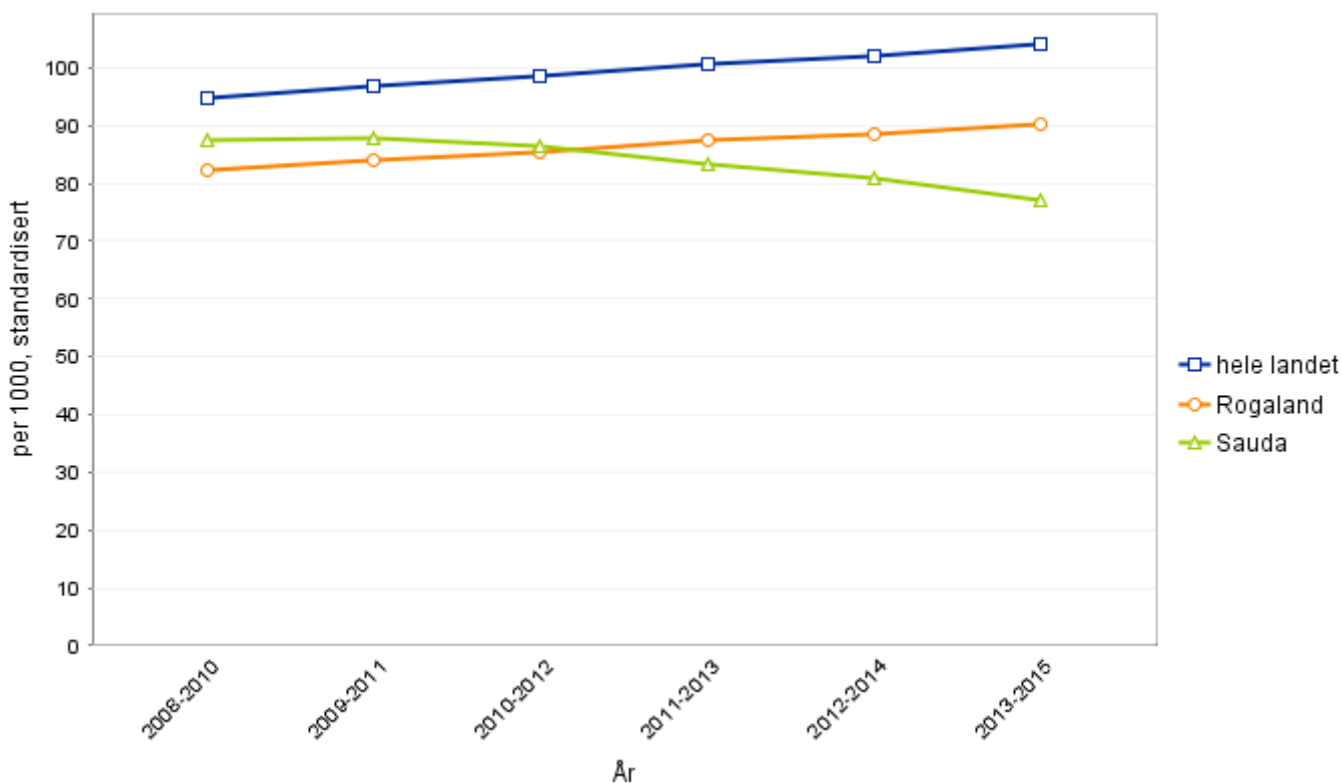
### 3.6.3 KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESJUKDOM (KOLS) OG ASTMA

**KOLS, astma og legemiddelbrukarar 45-74 år:** I Sauda har det vore ein reduksjon i bruk av desse medikamenta i aldersgruppa 45 – 74 år. I landet totalt sett ser ein auke i medikamentbruk i same perioden.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Om lag 200 000 nordmenn har trulig KOLS, av desse har meir enn halvparten diagnosen utan å vita det. Førekomsten er aukande, særleg blant kvinner. Hovudårsaka er røyking som forklarar to av tre tilfelle, men arbeidsmiljø og arvelege eigenskapar spelar også ei rolle. Førekomst av KOLS aukar med aukande tobakksforbruk og antal røykarar, og kan sei noko om røykevanar i samfunnet.

Befolkningsundersøkingar i Norge viser at førekomsten av astma har auka dei siste 20 åra, spesielt hos barn. Kjelde: Nasjonal strategi for førebygging og behandling av astma- og allergisjukdommar, Helse- og omsorgsdepartementet.

Diagram 3.6.3.1: KOLS, astma og legemiddelbrukarar 45-74 år, 2007-2013, per 1000, standardisert.



Kjelde: Folkehelseinstituttet. Kommnehelsa statistikkbank.

### 3.6.4 MUSKEL- SKJELETLIDINGAR

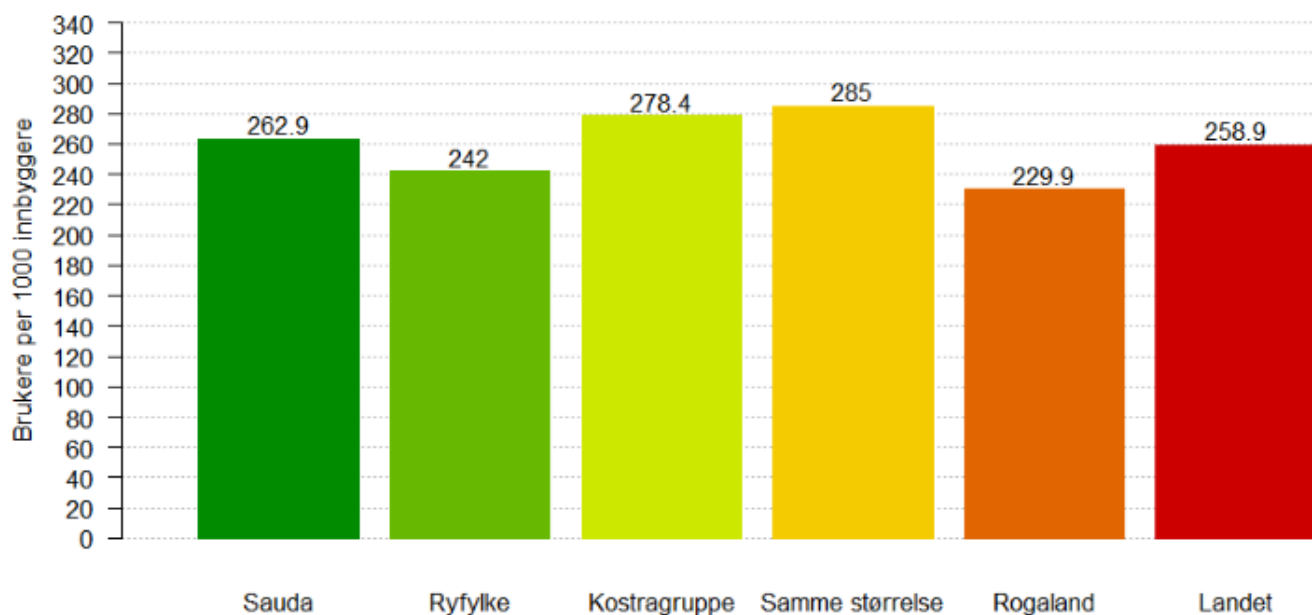
**Brukarar av primærhelsetenesta:** 262,9 brukarar per 1000 innbyggjarar med diagnose muskel – skjelettplager eller sjukdommar (ikkje brot) frå Sauda kommune kontakta fastlege eller legevakt gjennomsnittleg i perioden 2011-2013. Sauda kommune ligger litt over snittet for landet og Rogaland.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Bruk av primærhelsetenesta kan gi informasjon om helsetilstand og utbreiing av sjukdom. Dette kan igjen sei noko om bakanforliggende faktorar som miljø og levevanar i befolkninga.

Muskel- og skjelettlidingar er ein av dei hyppigaste årsakene til bruk av både tradisjonelle og alternative helsetenester og -tilbod.

Kjelde: Tidsskrift for Den norske legeförening, nr23/2010. Muskel- og skjelettlidelser, saman med psykiske lidelser, er den hyppigste årsaken til sykefravær i Norge. Fysisk aktivitet kan førebygga muskel- og skjelettlidelser. Kjelde: Folkehelseinstituttet.

**Diagram 3.6.4.1: Brukarar av primærhelsetenesta med muskel- skjelettplager/lidingar, 0-74 år. Gjennomsnitt 2011 – 2013.**



Kilde: HELFO/ Kommunehelse statistikkbank

Tal på brukarar gir eit inntrykk av førekomsten, men forskjellar i kven som faktisk oppsøker helsevesenet og korleis deira vanskar/lidingar blir kategorisert kan virka inn på korleis førekomsten viser i datamaterialet. Denne problemstillinga er særleg tydeleg i små kommunar.

Kjelde: Folkehelseinstituttet/ Utvida folkehelseprofilar.

### 3.6.5 PSYKISKE LIDINGAR

**Brukarar av primærhelsetenesta, 0 – 74 år:** Sauda har 136,3 brukarar per 1000 innbyggjarar i 2011/2013 og ligg med det litt over Rogaland, men litt under landsgjennomsnittet.

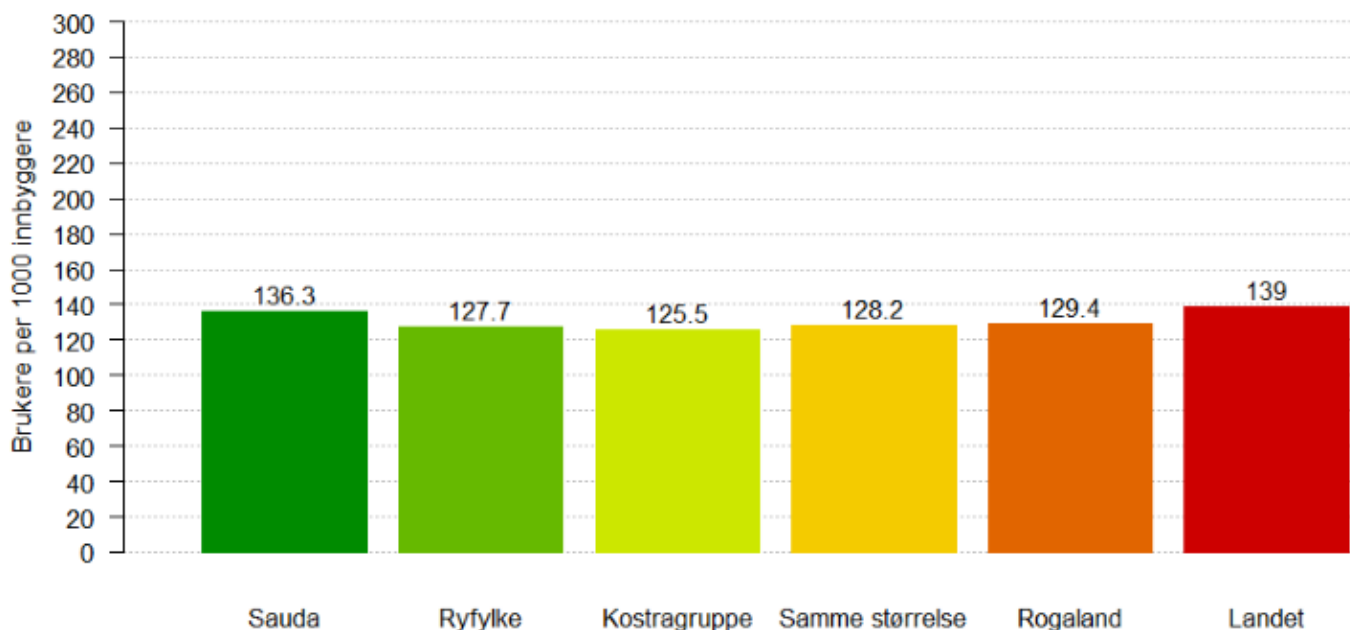
**Brukarar av primærhelsetenesta, 15 - 29 år:** Sauda har 109,8 brukarar per 1000 innbyggjarar i 2011/2013 og ligg med det godt under både Rogaland og landsgjennomsnittet.

**Bruk av legemidlar mot psykiske lidningar per 1000 innbyggjarar, Sauda 2005/2007 – 2011/2013.**

Etter 2011 har talet på brukarar av slike legemidlar blitt redusert frå 140,9 (per 1000 innbyggjarar) til 132,9. Det utgjer 587,7 personar i 2011 – 558,3 personar i 2013. Sauda er dermed så vidt over landsgjennomsnittet.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Psykiske lidningar er svært vanleg i den norske befolkninga, og førekomsten er stabil. Ca. ein tredel av vaksne har ei psykisk lidning i løpet av eit år (inkludert alkoholmisbruk), mens 8 % av barn og unge til ei kvar tid har ei psykisk lidning. Sett under eitt er angstlidningar den vanlegaste psykiske lidinga hos både barn, unge og vaksne, følgd av depresjon. Auka dødelegheit, sjukmeldingar og uførepensjon er nokre av dei viktigaste følgene av psykiske sjukdommar. Tiltak for å utjamne sosial ulikhet vil truleg ha ein effekt på utvikling av enkelte psykiske lidningar. Kjelde: Folkehelseinstituttet. Sosial støtte og utvikla mestringssevne er dei viktigaste beskyttelsesfaktorane mot utvikling av psykiske lidningar. Kjelde: Proposisjon til Stortinget (Folkehelselova). Bruk av primærhelsetenesta kan gi informasjon om helsetilstand og utbreiing av sjukdom. Dette kan igjen sei noko om bakanforliggjande faktorar som miljø og levevanar i befolkninga. Kjelde: Folkehelseinstituttet/ Utvida folkehelseprofilar.

**Diagram 3.6.5.1: Brukarar i primærhelsetenesta med psykiske vanskar eller lidningar, per 1000 innbyggjarar i alderen 0-74 år. Sauda gjennomsnitt 2011-2013.**

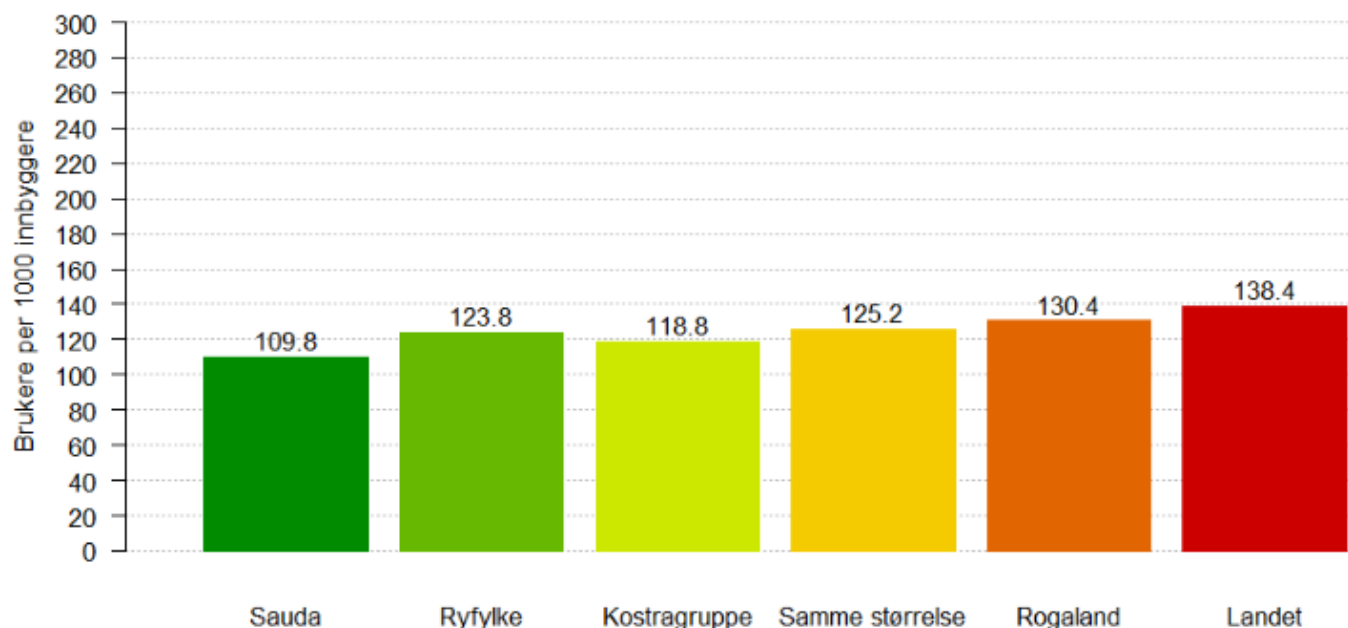


Kilde: HELFO/ Kommunehelse statistikkbank

Tal på brukarar gir eit inntrykk av sjukdomsførekomsten, men forskjellar i kven som faktisk oppsøker helsevesenet og korleis deira vanskar/lidningar blir kategorisert kan virka inn på korleis førekomsten viser i datamaterialet. Denne problemstillinga er særleg tydeleg i små kommunar.

Kjelde: Folkehelseinstituttet/ Utvida folkehelseprofilar.

**Diagram 3.6.5.2: Brukarar i primærhelsetenesta med psykiske vanskar, per 1000 innbyggjarar i alderen 15-29 år, Sauda gjennomsnitt 2011-2013.**

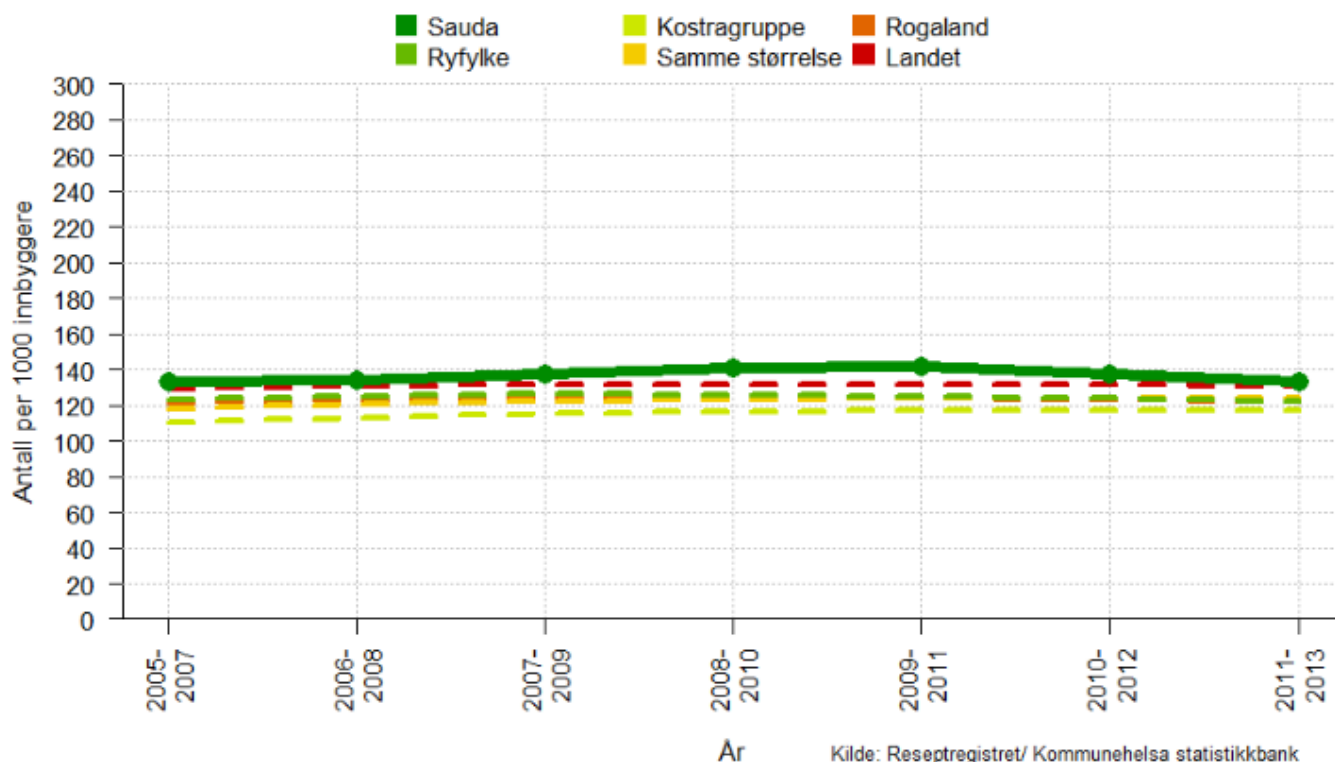


Kilde: HELFO/ Kommunehelse statistikkbank

Tal på brukarar gir eit inntrykk av sjukdomsførekosten, men forskjellar i kven som faktisk oppsøker helsevesenet og korleis deira vanskar/lidingar blir kategorisert kan virka inn på korleis førekosten viser i datamaterialet. Denne problemstillinga er særleg tydeleg i små kommunar.

Kjelde: Folkehelseinstituttet/ Utvida folkehelseprofilar.

**Diagram 3.6.5.3: Bruk av legemiddel mot psykiske lidningar per 1000 innbyggjarar, Sauda 2005/2007 – 2011/2013.**



Kilde: Reseptregistret/ Kommunehelse statistikkbank

Tal på brukarar gir eit inntrykk av sjukdomsførekosten, men forskjellar i kven som faktisk oppsøker helsevesenet og korleis deira vanskar/lidingar blir kategorisert kan virka inn på korleis førekosten viser i datamaterialet. Denne problemstillinga er særleg tydeleg i små kommunar.

Kjelde: Folkehelseinstituttet/ Utvida folkehelseprofilar.

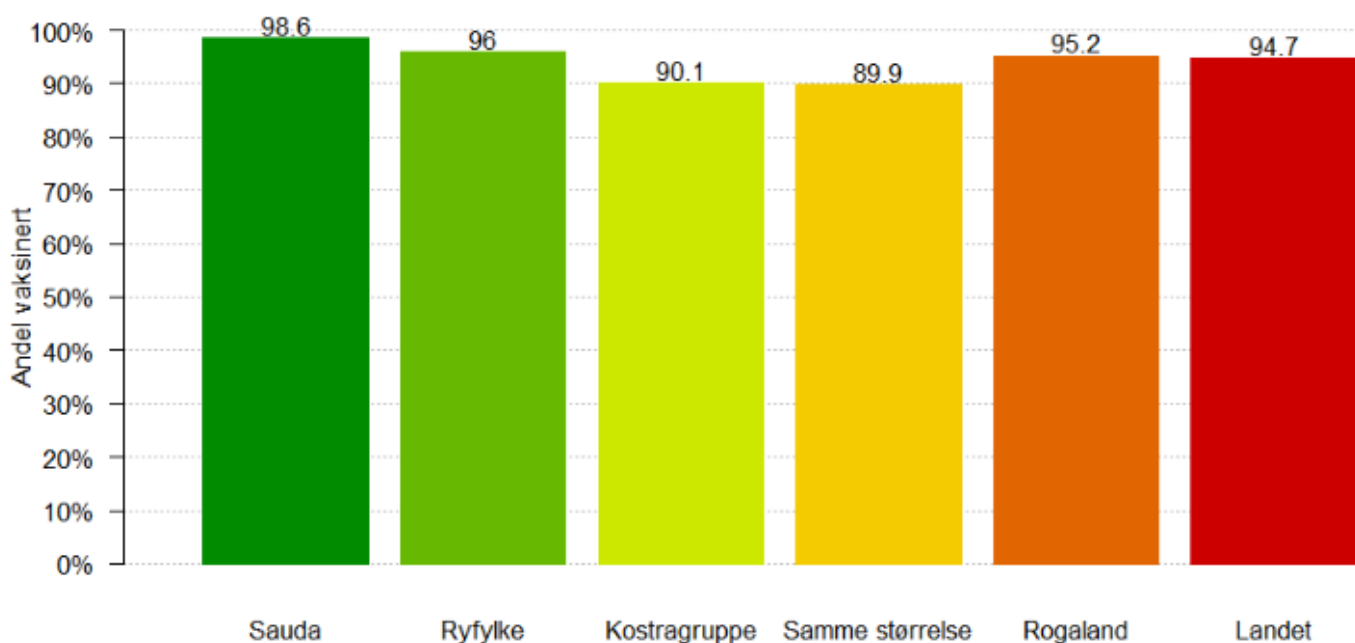


### 3.6.6 VAKSINASJON

**Vaksinasjonsdekning:** I perioden 2010-2014 blei 98,6 % av alle 9-åringane i Sauda vaksinerte mot meslingar.

**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** For mange potensielt farlege sjukdommar er vaksinasjon det mest effektive førebyggjande tiltaket ein kjenner. Vaksinasjonsdekning kan vera til hjelp i vurdering av smittevernet i befolkninga samt vaksinasjonsprogrammets effektivitet. Ved eit effektivt vaksinasjonsprogram med høg vaksinasjonsdekning vil det sirkulera lite smitte i befolkninga, og det vil føra til at dei uvaksinerte indirekte blir beskytta. Dette kallar ein flokkimmunitet.  
Kjelde: Folkehelseinstituttet.

**Tabell 3.6.6.1: Vaksinasjonsdekning mot meslingar, 9-åringar, Sauda gjennomsnitt 2010 - 2014.**



Kilde: FHI/ Kommnehelse statistikkbank

Kjelde: Folkehelseinstituttet/ Utvida folkehelseprofilar.

### 3.6.7 KREFT

I perioden 2001 til 2011 hadde Sauda i gjennomsnitt over dobbelt så mange nye krefttilfelle per innbyggjar som Gjesdal. Ein vesentlig del av denne forskjellen skuldast alderssamansetninga i befolkninga. Gjennomsnittsalderen i Gjesdal kommune i 2011 var 33,5 år (lågast i landet), mot 41,7 i Sauda og 38,6 i landet totalt sett. I små kommunar kan tilfeldigheter og naturlege opphopingar lett føra til store utslag i talet på tilfelle per innbyggjar. Eit eksempel på dette finns i figuren nedanfor, kor ein auke frå omtrent tre til omtrent fem tilfelle i året var nok til å gi Kvitsøy en kraftig auke i antal tilfelle per 100 000 innbyggjarar.

Både for Sauda og Hjelmeland ser me likevel ei gradvis akkumulering over tid. Det er også viktig å huska at når ein ser på antal per innbyggjar for små kommunar, så kan ganske få tilfelle gi store utslag. Sauda og Hjelmeland skil seg tydeleg frå dei andre kommunane i Rogaland i figuren under. Forskjellane skuldast likevel først og fremst alderssamansetninga i kommunane.

Når en nyttar tal som er standardisert for alder og kjønn ligg Sauda og Hjelmeland fortsatt blant kommunane i Rogaland som har høgast utbrotsrate, men dei skil seg ikkje lenger spesielt ut frå dei andre kommunane.

**Nye tilfelle av lungekreft i Sauda:** Antal lungekrefttilfelle (berekna utifrå 100 000 innbyggjarar) har auka gradvis frå 1990-2012. I 1990/1999 var det 49,8 per 100 000 innbyggjarar (2,6 personar) og det auka til 92,2 per 100 000 innbyggjarar (4,4 personar) i 2003/2012.

**Nye tilfelle av tjukk- endetarmskreft i Sauda:** Antal tarmkrefttilfelle (berekna ut frå 100 000 innbyggjarar) auka i åra 1990/1999 – 2001/2010, men har etter det gått litt tilbake. I 1990/1999 var det 91,9 per 100 000 innbyggjarar (4,8 personar) og i 2003/2012 var det 136,2 per 100 000 innbyggjarar (6,5 personar).

I 2013 var det 27 340 nye krefttilfelle i Norge. Insidensen er stadig aukande, noko som også skuldast høgare alder generelt i befolkninga. Ein del kan også tilskrivast betre diagnostiske reiskapar og meir merksemd om kreft. Over halvparten av krefttilfella førekjem hos vaksne over 50 år, og dei vanligaste kreftformene er prostatakraft hos menn, brystkreft hos kvinner og tjukktarmskreft og lungekreft hos begge kjønn (kreftregisteret.no).

**Dødelegheit kreft, 0-74 år:** Dødelegheit der kreft er dødsårsak har vore fallande. Antal dødsfall som følge av kreft var frå 2003-2012 i gjennomsnitt 38.9 personar årleg. Det var i gjennomsnitt fleire menn (21.4) enn kvinner (17.5) som omkom av kreft årleg frå 2003-2012.

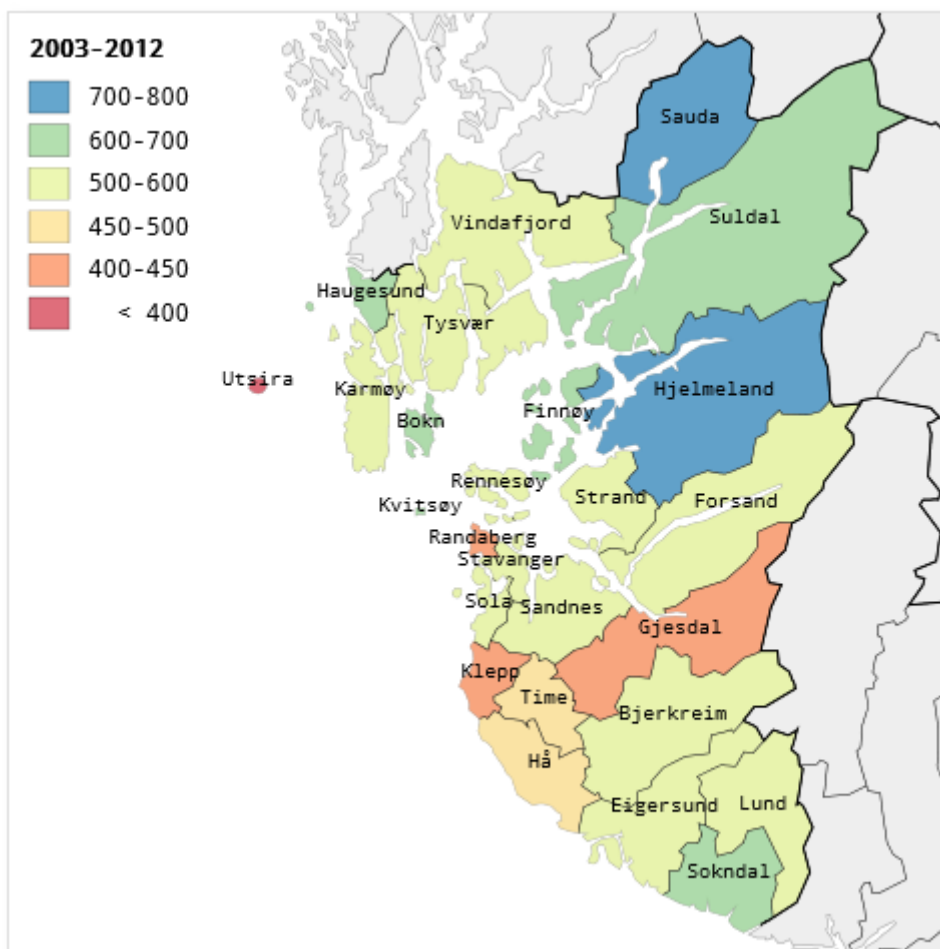
**Folkehelseinstituttet sine grunnar for val av indikator:** Kreft er ikkje éin enkelt sjukdom, men ein fellesnemning for ei rekke sjukdommar som kan ha forskjellige risikofaktorar og ulik sjukdomsutvikling. Det tar ofte lang tid frå eksponering til ein utviklar kreft, og mange faktorar kan derfor medverke til at sjukdommen oppstår.

Kosthald, fysisk aktivitet, røyke- og alkoholvanar er faktorar som har noko å seie for kreftførekomsten. Ein reknar med at eitt av tre krefttilfelle heng saman med levevanar. Ei endring i befolkninga sine levevanar har derfor eit stort potensiale til å redusera risikoen for å utvikla kreft.

Kjelde: Folkehelseinstituttet.

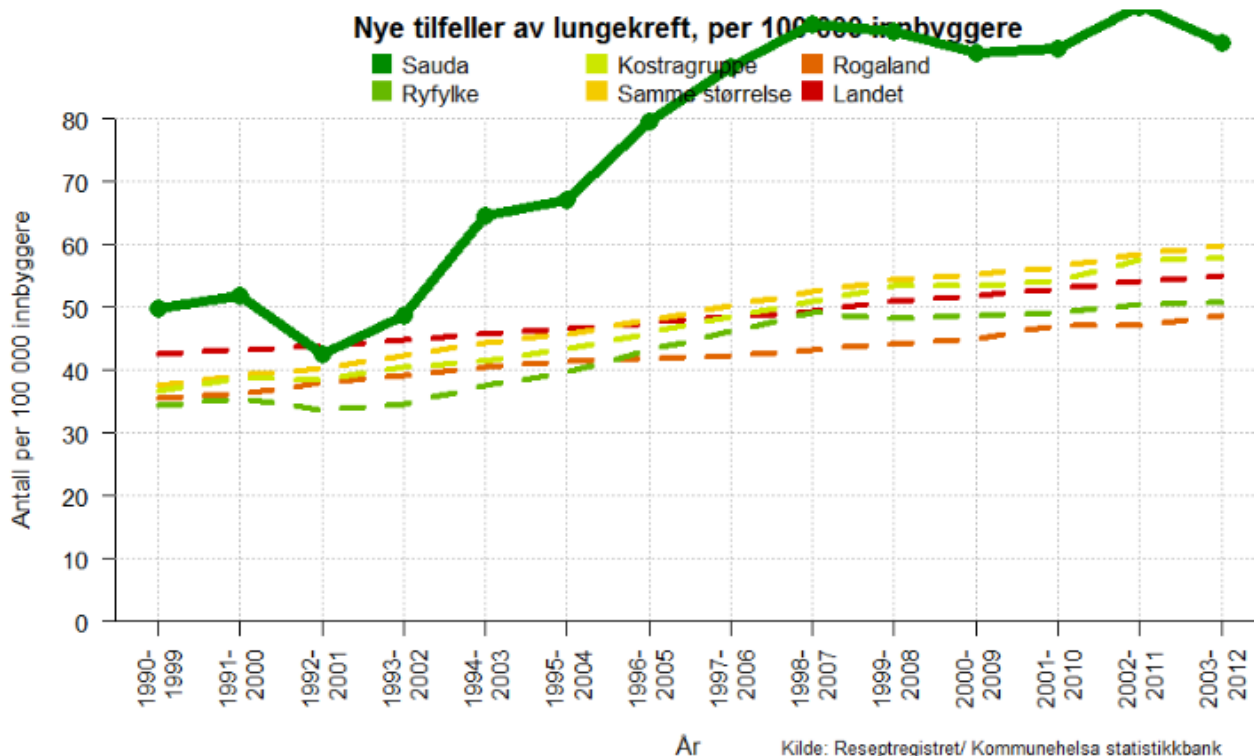
### Diagram 3.6.7.1: Nye krefttilfelle i Rogaland, 2003/2012.

Tabellen viser dei faktiske tala for antal nye krefttilfelle i forhold til befolkningsstørrelsen. Antal per 100 000 innbyggjarar. Ikkje standardisert.



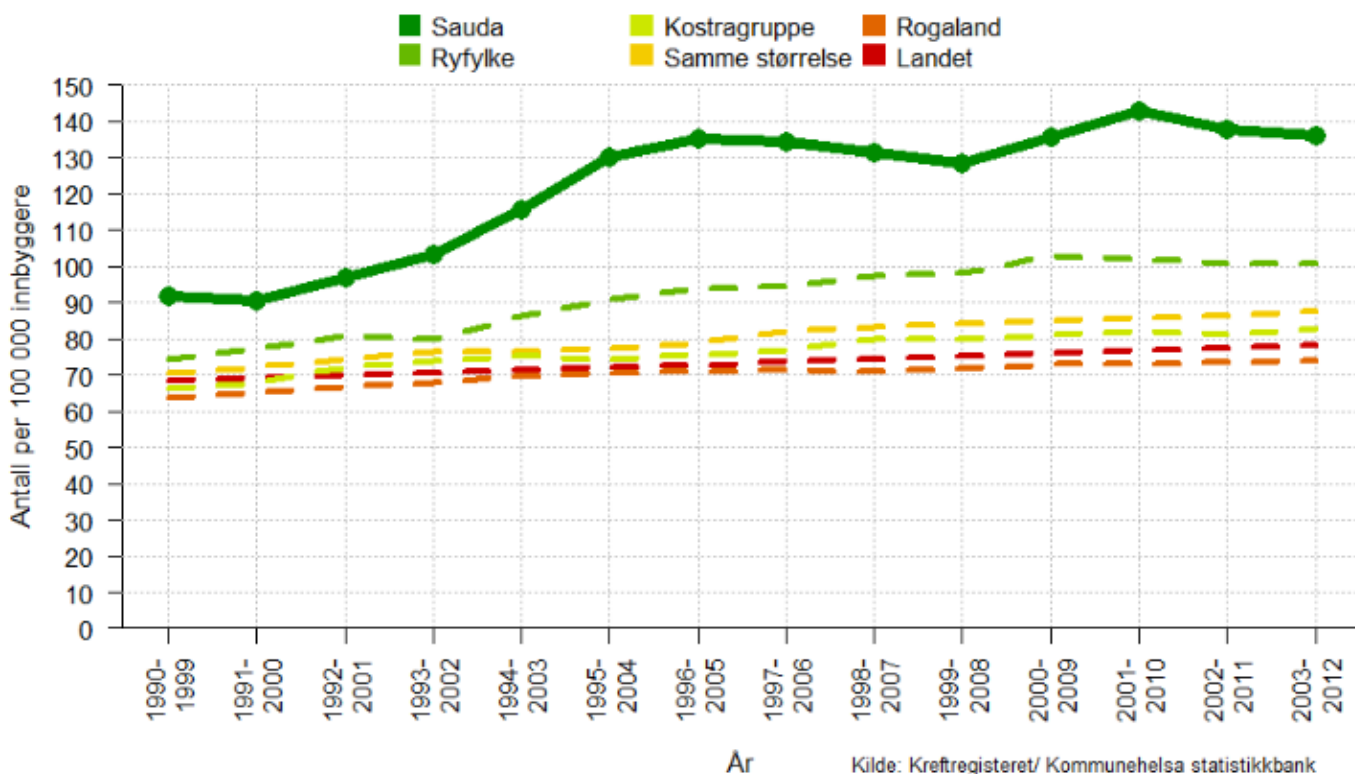
Kjelde: Fylkesstatistikk for Rogaland.

**Diagram 3.6.7.2: Nye tilfelle av lungekreft per 100 000 innbyggjarar, Sauda 1990/1999 – 2003/2012, (10-års gjennomsnitt), ikkje standardisert.**



Obs: merk at sidan utbrot av lungekreft er relativt sjeldne blir talet oppgitt som nye tilfelle per 100 000 innbyggjarar. I små kommunar kan eit lågt tal på nye tilfelle gi eit svært høgt tal når ein ser det i forhold til talet på innbyggjarar. Av same grunn kan ein i større grad venta store svingingar frå år til år i små kommunar. Kjelde: Folkehelseinstituttet/ Utvida folkehelseprofilar. For Sauda har det vore ein tydeleg auke i lungekrefttilfelle sidan 1992. Denne auke førekomsten har vore stabilt høg siste ti år. Det same gjeld for tjukk endetarmskreft; sjå diagram under (3.6.7.3).

**Diagram 3.6.7.3: Nye tilfelle av tjukk – endetarmskreft per 100 000 innbyggjarar, Sauda 1990/1999 – 2003/2012, (10-års gjennomsnitt), ikkje standardisert.**



Kjelde: Folkehelseinstituttet/ Utvida folkehelseprofilar.

### 3.6.8 TANNHELSE

Tannhelsa blant barn og unge blir publisert i tre referansegrupper; 5, 12 og 18 år.

**5 åringar:** Sauda har 86,7 % kariesfrie 5-åringar i 2015, 92,2 % i 2014 og 84,5 % i 2013. Gjennomsnitt for Rogaland er 83 % i 2015.

**12-og 18-åringar:** Data frå Nord-Rogaland tannhelsedistrikt, viser ei positiv utvikling når ein ser på tala for 12-og 18-åringar utan hol i tennene for 2014 og 2015. Sauda har ein framgang for 12-åringane og 18-åringane når ein samanliknar med tal frå 2013.

Norge (tal frå 2014) har eit gjennomsnitt på 21 % av 18-åringar som er heilt utan sjukdom i det vanlege tannsettet. I 2013 var landsgjennomsnittet 20 %. Rogaland ligg om lag 1 % under landsgjennomsnittet når det gjeld 18-åringar heilt utan karieserfaring.

**Grunnar for val av indikator:** Dei siste 30 åra har det skjedd ein merkbar betring i tannhelsa. Fleire barn og unge har ingen eller få "hull" i tennene. Blant vaksne og eldre er det fleire som har egne tenner i behald, og som klarer seg utan protese. Men fortsatt varierer tannhelsa med alder, økonomi, kor i landet ein bur og om ein høyrer til ei utsett gruppe eller ikkje. Dårlig tannhygiene har klare samanhengar med kosthold og bla. høgt inntak av brus, juice, småeting og reinhald av tenner. Kjelde: Folkehelseinstituttet og tannhelse Rogaland.

**Diagram 3.6.8.1: Antal kariesfrie 5-åringar, 12-åringar og 18-åringar i Sauda.**

Statistikken viser talet på personar utan hol i % og gjennomsnitt antal tenner med karieserfaring (DMFT). Her er tatt med resultat frå 2014 og 2013 til samanlikning, og eit gjennomsnitt av resultat frå Rogaland og Norge i prosent. Gjennomsnittsresultat for Norge 2014 er ikkje ferdigbehandla på dette tidspunkt.

Tannhelsetall	% kariesfrie 5 år	% kariesfrie 12 år	% kariesfrie 18 år
<b>Sauda:</b>			
<b>2015</b>	<b>5 år</b>	<b>12år</b>	<b>18år</b>
Sauda	86,7%	65,9%	15,5%
Rogaland	83%	60%	20%
<b>2014</b>	<b>5 år</b>	<b>12 år</b>	<b>18 år</b>
Sauda	92,20 %	62,70 %	18,20 %
Rogaland	84 %	60 %	18 %
Norge	82%	60%	21%
<b>2013</b>	<b>5 år</b>	<b>12 år</b>	<b>18 år</b>
Sauda	84,50 %	57,6 %	9,80 %
Rogaland	84 %	56 %	17 %
Norge	83 %	57,00 %	20 %

**Kartlegging av brukarar med kun rus og samtidig rus og psykiske lidningar som er i kontakt med kommunale tenester:** Det er 37 kartlagde personar i brukarplan 2016. Ingen personar under 24 år er kartlagd. Innan rusfeltet er dei fleste over 45 år, har mange og omfattande helseutfordringar og statistikken viser at dei ofte ikkje når ein høg alder.

**Kategoriene grøn, gul og raud betyr:**

Grøn Ingen eller liten funksjonssvikt/utfordring.

Gul Noko funksjonssvikt/utfordring.

Raud Alvorleg funksjonssvikt/problem.

**Funksjonsområde:**

Bustad: 76 % bur greitt, 19 % skårar på gult og 5 % bur dårleg.

Arbeid /aktivitet: 95 % er i ei form for aktivitet arbeid, medan 5 % ikkje er det.

Økonomi: 97 % klarer seg, medan 3 % skårar på raudt.

Fysisk helse: 57 % oppgir god helse, 32 % dårlegare helse, og 11 % dårleg fysisk helse.

Psykisk helse: 43 % oppgir at psykisk helse er god, like mange skårar på gult medan 14 % skårar på raudt.

Rusmiddelbruk: 19 % på grønt, 76 % på gult og 5 % på raudt.

Sosial fungering: 30 % på grønt, 57 % på gult og 14 % på raudt.

Nettverk: 30 % på raudt, 54 % på gult og 14 % på raudt.

**Tenester:** Dei fleste som får tenester er dei som har skåra gult, men og ein del av dei som har skåra på raudt. Alle gruppene tek imot tenester både frå kommunen, Nav og spesialisthelsetenesta.

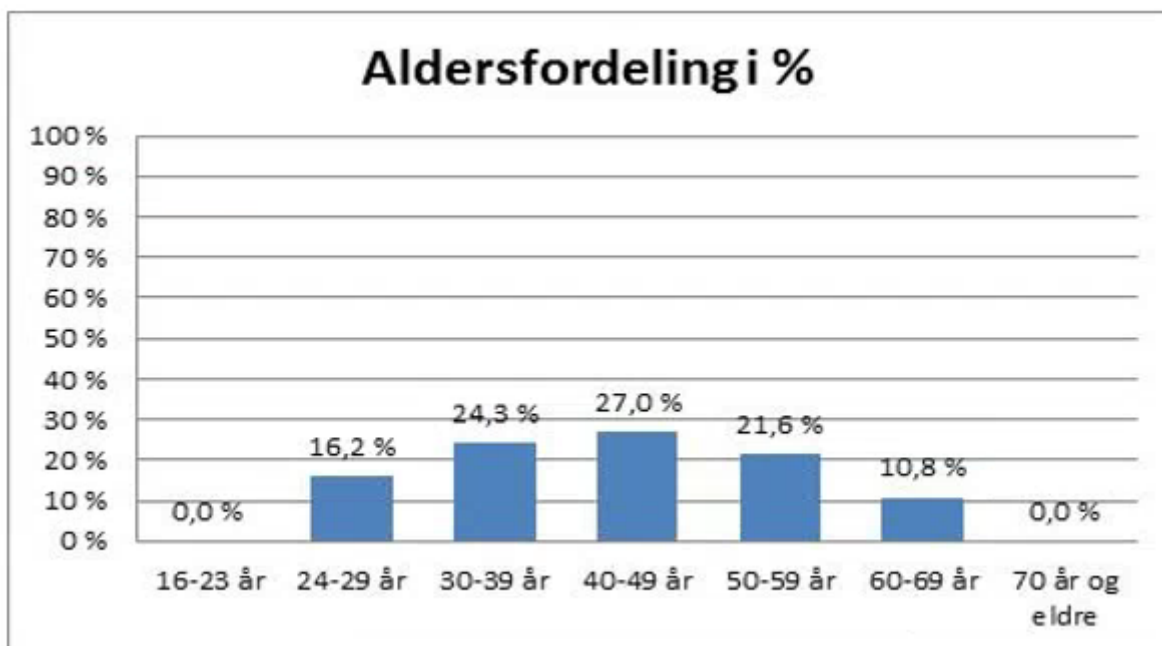
**Grunn for val av indikator:** Brukarplan er eit verktøy for kommunar til å kartlegga omfanget og karakteren av rusmiddelmissbruk og psykisk helse blant brukarane av kommunens helse-, omsorgs- og velferdstenester. Verktøyet kan brukast til kartlegging, kvalitetssikring, utvikling og planlegging av tenester. Opplysningar om m.a. kjønn, alder og barn blir kartlagt. Funksjonsnivået på åtte områder blir kartlagt på ein tredelt skala som viser alvorsgraden. Bruk av tenester, både kommunale og ikkje kommunale, og forventa etterspurnad etter tenester blir kartlagt. Det er dei tilsette i kommunane som nyttar kartleggingsverktøyet.

Kjelde: Korus.

**Tabell 3.6.9.1: Personar med rusproblematikk eller psykisk helse og rusproblematikk i kontakt med kommunale tenester, Sauda, 2016.**

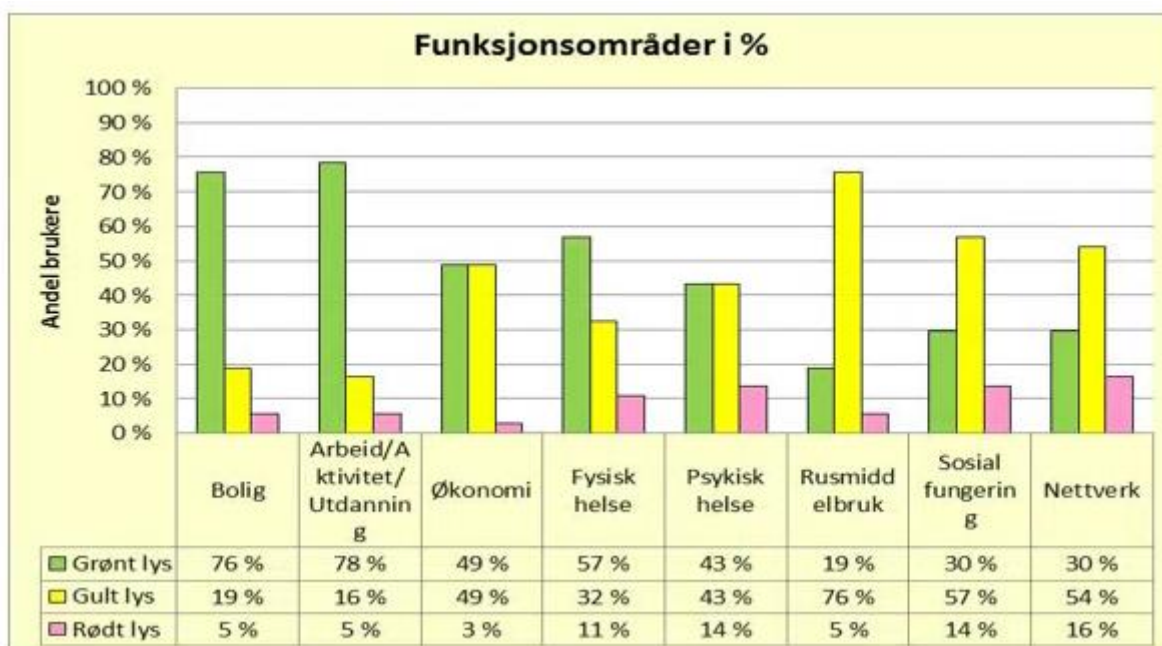
År	2016
Antal kartlagde	37
Antal i.f.t. folketall 16 år og eldre	3893
Andel menn / kvinner i %	73/27

**Tabell 3.6.9.2: Aldersfordeling personer med rusproblematikk eller psykisk helse og rusproblematikk i kontakt med kommunale tenester, Sauda 2016.**



Kjelde: Korus, Brukarplan 2016.

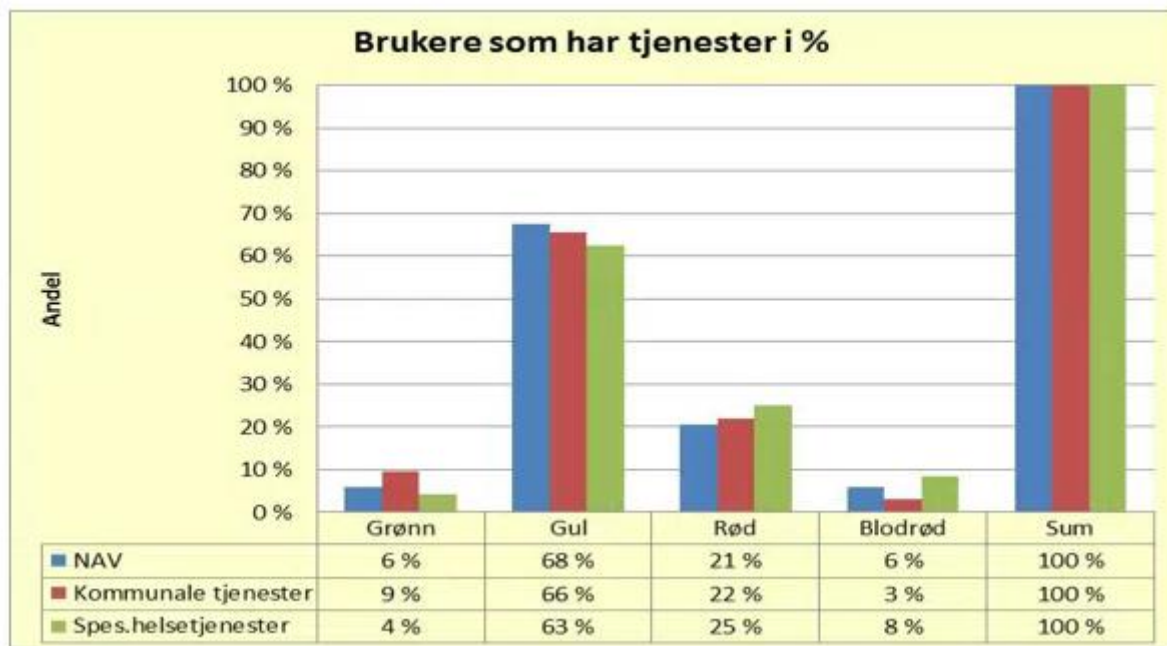
**Tabell 3.6.9.3: Funksjonsområder i %, Sauda 2016.**



Kjelde: Korus, Brukarplan 2016.



Tabell 3.6.9.4: Tenester i %, Sauda 2016.



Kjelde: Korus, Brukarplan 2016.

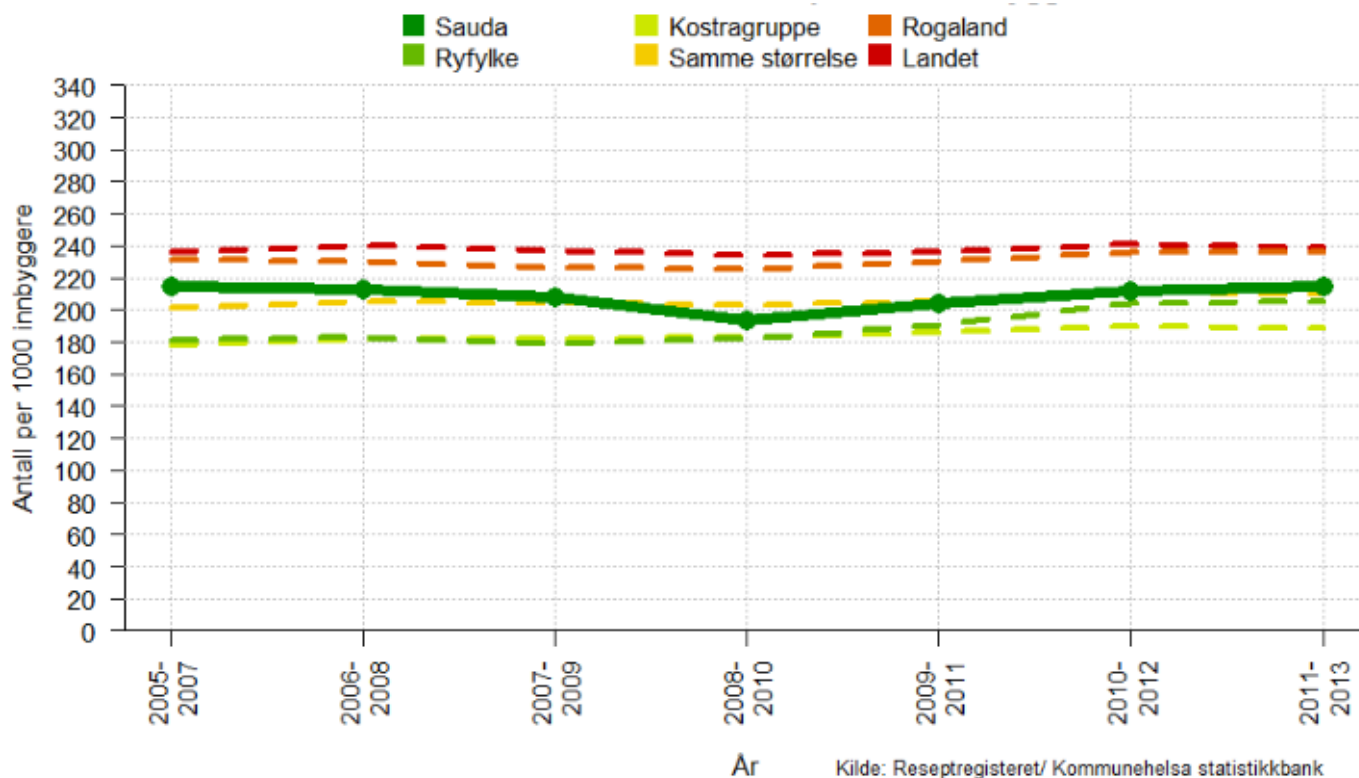
### 3.6.10 ANTIBIOTIKA

**Antibiotika:** Bruken av antibiotika i Sauda kommune har vore ganske stabil dei siste åra. I 2011/2013 var det 214,6 brukarar av antibiotika per 1000 innbyggjarar (100,3 personar) i Sauda og 238,7 brukarar av antibiotika per 1000 innbyggjarar (112,7 personar) i landet.

**Grunn for val av indikator:** Aukande antibiotikaresistens hos bakteriar er ein alvorleg trussel for framtidig medisinsk behandling. Overvakinga viser ein auke i infeksjonar med antibiotika-resistente gule stafylokokkar dei siste 10 åra, i primærhelsetenesta. Frå 2010 har Norge hatt fleire større utbrot med vancomycin-resistente tarmbakteriar i sjukehus. Førekomsten av blodforgiftingar og andre infeksjonar med ESBL-resistente bakteriar har auka dramatisk internasjonalt og er også aukande i Norge. Det viktigaste førebyggjande tiltaket er å avgrensa antibiotikabruken og velja smalspektra i staden for breispektra antibiotika. Kjelde: Folkehelseinstituttet.

Ein kan ikkje sjå på legemiddelbruk som synonymt med sjukdomsførekost, men det kan vera ein indikator på sjukdomsførekost i befolkninga. For fleire sjukdomsgrupper er det manglande oversikt over utbreiinga. Bruk av legemiddel til behandling kan gi innsikt i problematikken rundt utbreiing av sjukdom og bakanforliggjande risikofaktorar, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkninga. For dei sjukdomsgruppene der det finns andre datakjelder vil Reseptregisteret vera eit godt supplement. Bruk av legemiddel føreskrive på resept kan påverkast av fleire faktorar utanom sjukdomsførekost, m.a. tilgang til lege og reseptpraksis mellom legane. Kjelde: utvida folkehelseprofilar.

Diagram 3.6.10.1: Antal brukarar av antibiotika, per 1000 innbyggjarar, Sauda 2005- 2013



Kjelde: Folkehelseinstituttet/ Utvida folkehelseprofilar.

Sauda har den eldste befolkninga i Rogaland og det er viktig å leggja til rette for helsefremjande og førebyggjande aktivitet på mange nivå. Det er smart å ha tiltak som kan betra funksjonsevna og livskvaliteten til denne aldersgruppa og dette kan og redusera behovet for helse- og omsorgstenester. Dette er ei utfordring for mange ulike instansar, både kommunale, private og frivillige kan bidra på området.

Ein viser ofte til 10/90-regelen i folkehelsearbeidet. Med det meiner ein at helsevesenet står for 10% av folkehelsearbeidet, medan resten av samfunnet tek ansvar for 90%. Det er svært viktig for eit framtidig berekraftig samfunn at alle instansar bidrar til meir aktivitet og tiltak som kan føra til mindre einsemd for både unge og gamle. Sosiale møteplassar som er lett tilgjengelege kan vera døme på dette. Det same er turgrupper, treningsgrupper, spelegrupper osv. Frivilligsentralen og organisasjonar og lag bør spela på lag og samarbeida både med kvarandre og med kommunen for å få dette til. Det er stor enighet om at ein må satsa på dei frivillige framover og stimulera til at frivillige lag og foreiningar skal ha gode føresetnader for veksa og utvikla seg.

#### **Fysisk aktivitet og helse**

Det er viktig å stimulera til eigenaktivitet for alle aldersgrupper. Kvardagsrehabilitering kan vera ein aktuell metode. Ein veit at aktivitet kan ha slik effekt: mental funksjon blir bevart/forbetra, risikoen for fall blir redusert og livskvaliteten aukar.

Behovet for helse- og omsorgstenester blir redusert ved at ein set inn tiltak som tek sikte på:

- auka fysisk aktivitet
- redusera underernæring
- redusera einsemd

Ein veit at fysisk aktivitet førebygger m.a. type 2 diabetes, hjerte -og karsjukdommar, muskel- og skjelettplager og enkelte former for kreft.

#### **Fysisk aktivitet og psykisk helse.**

For personar som er psykisk friske, vil regelmessig fysisk trening gi auka velvære, betre evne til å takla stress, gi meir energi og betre søvn. For personar som har fått ein mild til moderat depresjon eller trøtthetssyndrom, er fysisk aktivitet eit godt dokumentert behandlingalternativ.

Generelt er menneske med psykiske lidingar oftare inaktive og i dårlegare fysisk form enn normalbefolkninga.

Ved nokre psykiske lidingar er risikoen for overvekt auka, m.a. fordi enkelte medisinar gir auka appetitt og vektauke som biverknad. Fysisk aktivitet kan vera ei motvekt mot slike biverknader.

Kjelde: Folkehelseinstituttet.no

### 3.6.12 VURDERING AV ÅRSAKSFORHOLD, KONSEKVENSAER OG FORKLARINGAR

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvensar /forklaring
<b>Diabetes</b>	Sauda kommune har hatt ein gradvis auke i bruken av diabetesmedisinar, men auken ser ut til å minka ein del. I perioden 2011-2013 var det årlege gjennomsnittet på 28,7 personar per 1000. For landet var tilsvarande 34,2 personar.	Arv, overvekt, for lite fysisk aktivitet, usunt kosthald.	Skade av blodårer og indre organ, auka risiko for hjerteinfarkt, hjerneslag, nyresvikt, amputasjon, nedsett syn og kjensle i beina, impotens hos menn, neurologiske problem. Biverknad; skader på nyre og lever.
<b>Hjarte og kar-sjukdom</b>	<p><b>Bruk av primærhelsetenesta:</b> I Sauda var det 106,5 personar per 1000 innbyggjarar med hjarte – karsjukdom som oppsøkte primærhelsetenesta i perioden 2011/2013.</p> <p><b>Bruk av spesialisthelsetenesta:</b> I Sauda steig antalet frå 21,3 (per 1000 innbyggjarar) i 2008/2010 til 23,8 i 2011/2013.</p>	<p>Arvelege faktorar saman med miljøfaktorar som røyking, høgt blodtrykk, høgt kolesterolnivå og diabetes.</p> <p>Kvardagsaktiviteten i befolkninga er kraftig redusert, slik at total mengde fysisk aktivitet har gått ned.</p> <p>Hjarte og karsjukdomar heng også saman med stress; det psykiske har mykje å sei.</p> <p>Generelt sett oppsøker fleire kvinner enn menn fastlegen; dette kan forklara litt av grunnen til at ein høgare andel kvinner enn menn brukar medikament.</p> <p>Hjarte- kar sjukdomane blir behandla slik at tilstanden blir stabil og ikkje får utvikla seg.</p>	<p>For tidleg sjukdom og død.</p> <p>Høgt medikamentbruk kan også ha samanheng med at pasientane raskt gis medisinar for å førebygga dei alvorlegaste konsekvensane.</p> <p>Kvinner er flinkare til å oppsøka lege, brukar meir medikament i form av førebyggjande behandling, har høgare levealder og færre døyr av hjarte- og karsjukdommar enn menn.</p> <p>Eldre menneske døyr oftare av organsvikt som følge av alderdom, hjarte- og karsjukdommar. Det kan førebyggast med fysisk aktivitet, godt kosthold; dvs. at inaktivitet og overvekt/fedme aukar risikoen for å utvikla hjarte- og karsjukdommar.</p>

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvensar/forklaring
<b>KOLS og Astma</b>	Kols, astma og legemiddelbrukarar 45-74 år: I Sauda har det vore ein reduksjon i bruk av desse medikamenta i aldersgruppa 45-74 år. I landet totalt sett ser ein auke i medikamentbruken i same periode.	Røyking, luftforureining i arbeidsmiljøet eller utandørs, arvelege faktorar, allergi, overfølsomhet.  Mykje mindre fokus på at røyking var skadelig tidlegare. Tilsette røykte på arbeidsplassen og konsekvensane kjem no.  Røykelova har tredd i kraft.	Pustevanskar, hoste, trøtthet, psykiske og sosiale konsekvensar.  Lettare å få infeksjonar slik at antibiotika kan nyttast hyppigare.
<b>Muskel – og skjelett-lidingar</b>	262,9 brukarar per 1000 innbyggjarar med diagnose muskel – skjelettplager eller sjukdomar (ikkje brot) frå Sauda kommune kontakta fastlege eller legevakt gjennomsnittleg i perioden 2011-2013. Sauda kommune ligg litt over snittet for landet og Rogaland.	Arv, over, under og feilbelastning, skader.  Årsak kan vera stress og høge krav på arbeidsplassen eller mangel på fysisk aktivitet.  Muskel og skjelettlidingar og psykiske lidingar er hyppigaste årsak til legemeldt sjukefråvær.	Redusert livskvalitet, sjukefråvær, uføretrygd.  Kronisk smertetilstand og psykiske liding er blant dei viktigaste årsakene til at menn og kvinner fell utanfor arbeidslivet før pensjonsalder.
<b>Bruker-Plan</b> (absolutte tall, andel i prosent)  <b>Rus og psykisk helse</b>	37 personar som tok i mot tenester er kartlagt. 73% av desse er menn og 37 % er kvinner. Ingen er under 24 år.  Sauda skil seg ikkje ut frå resten av landet når det gjeld psykisk helse eller bruk av legemidlar mot psykiske lidingar.	Betre oversikt over gruppa og deira behov.  Rusmisbruk og psykisk helse heng ofte saman.	Betre framtidig planlegging.
<b>Vaksinasjons-dekning</b> (andel i prosent)	Vaksinasjonsdekning i Sauda mot meslingar er 98,6 % mot 94,7 % i landet.	Mulig trend at høgt utdanna personar er meir kritiske til vaksiner.	Potensielt farlege sjukdommar kan blomstra opp igjen.

	Status	Mulig årsaker	Mulige konsekvensar/forklaring
<b>Kreft</b> Absolutte tal	<p>Antal lungekrefttilfelle (berekna utifrå 100 000 innbyggjarar) har auka gradvis frå 1990-2012. I 1990/1999 var det 49,8 per 100 000 innbyggjarar (2,6 personar) og det auka til 92,2 per 100 000 innbyggjarar (4,4 personar) i 2003/2012.</p> <p>Antal tarmkrefttilfelle (berekna ut frå 100 000 innbyggjarar) auka i åra 1990/1999- 2001/2010, men har etter det gått litt tilbake. I 1990/1999 var det 91,9 per 100 000 innbyggjarar (4,8 personar) og i 2003/2012 var det 136,2 per 100 000 innbyggjarar (6,5 personar).</p>	<p><u>Utvikling av kreft:</u> Livsstilsfaktorar som røyking, stoff i miljøet, fedme, kosthald, alkohol, infeksjonar og mangel på fysisk aktivitet og overdriven soling påverkar risikoen for å utvikla kreft.</p> <p><u>Stabil dødelegheit</u> skuldast betre behandling og tidlegare oppdaging.</p> <p>Folk lever lenger og fleire eldre får diagnosen kreft.</p> <p>Årsaker til kreft finn ein i genar, livsstilsfaktorar og eksponering av diverse miljøfaktorar.</p>	<p>Kreft står for 33% av totalt tapte leveår i Norge (Kjelde; Sykdomsbyrde Norge 1990-2013 FHI). Dei kreftformene som tek flest liv er lungekreft og tjukk/endetarmskreft.</p> <p>For tidleg sjukdom og død.</p> <p>Liding og kostnader for samfunnet.</p> <p>Fysisk aktivitet og rett kosthald kan førebygga førekomsten av kreft ein del.</p>
<b>Tannhelse</b> Absolutt tal	<p>Sauda har 86,7 % kariesfrie 5-åringar i 2015, 92,2 % i 2014 og 84,5 % i 2013.</p> <p>Sauda har ein framgang for 12-åringane og 18-åringane når ein samanliknar med tal frå 2013.</p>	<p>Dårlige rutinar for reinhald av tennene, mykje juice, brus, småeting, droppar fluor, mykje lommepengar til å handla lunsj.</p>	<p>Dårlig tannhygiene og tenner når dei blir vaksne.</p> <p>Sosioøkonomisk status heng saman med god helse og tannhelse.</p> <p>Utdanningsnivået blant føresette har auka. Dei med høgare utdanning trener meir og et sunnare og dette påverkar og får konsekvensar for barna.</p> <p>På sikt, dersom utdanningsnivået fortset å stiga, vil ein mulig endring også kunna sporast på tannhygien til barn og unge.</p>

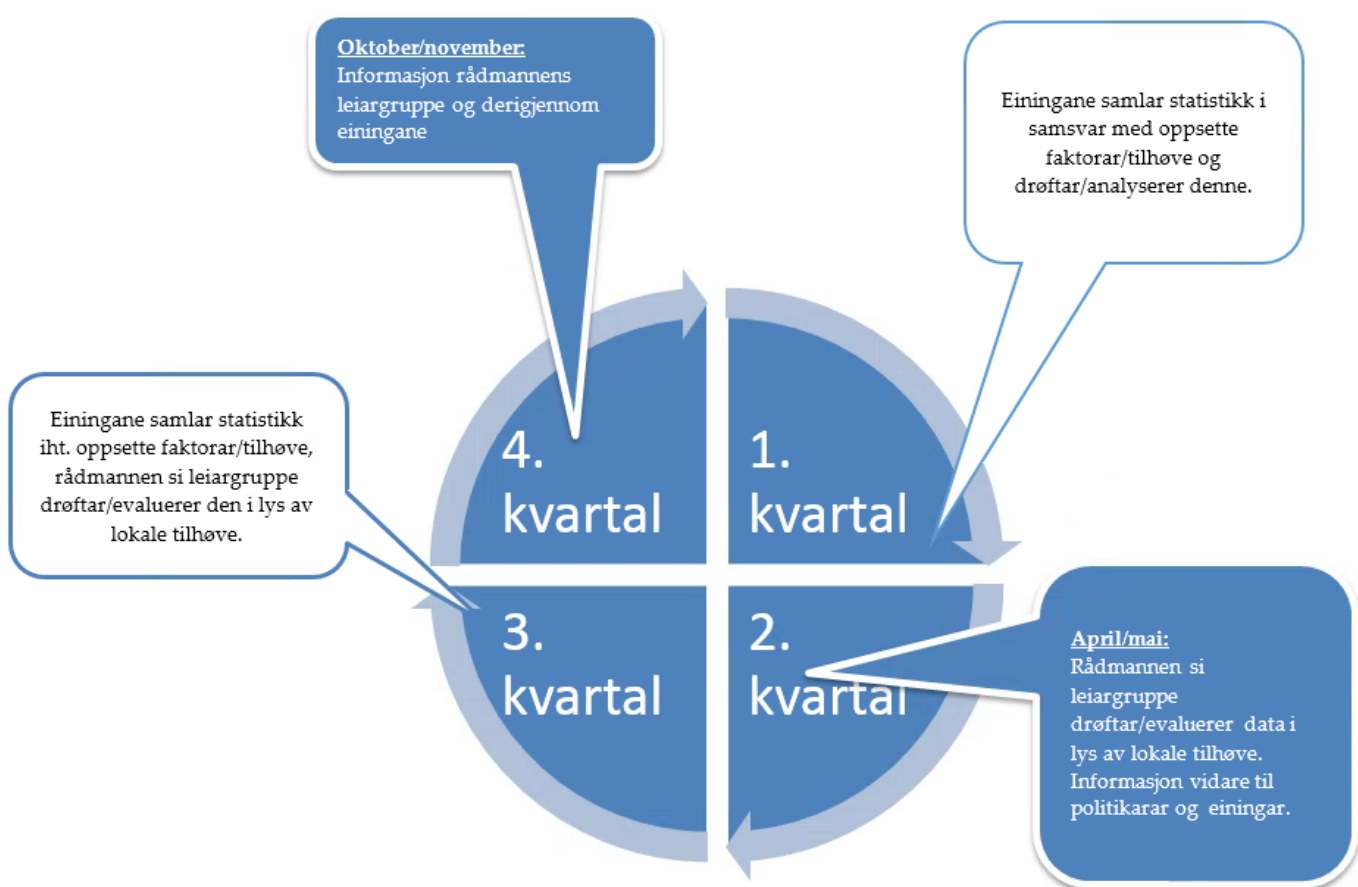
	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvensar/forklaring
<b>Antibiotika</b> (forholdstall, standardisert)	<p>Bruken av antibiotika i Sauda kommune har vore ganske stabil dei siste åra.</p> <p>I 2011/2013 var det 214,6 per 1000 innbyggjarar (100,3 personar) i Sauda som fekk antibiotika og 238,7 per 1000 innbyggjarar (112,7 personar) i landet.</p>	<p>Fastlegane sin praksis for å skriva ut antibiotika.</p> <p>Pasientane ynskjer å nytta antibiotika, får resept som dei skal ta viss dei ikkje er friske etter 2-3 dagar; starter behandlinga med ein gong.</p> <p>Bruk av antibiotika heng saman med KOLS og auka infeksjonsfare.</p>	<p>Resistente bakteriar.</p> <p>Auke i infeksjonar med antibiotikaresistente gule stafylokokkar dei siste 10 åra.</p>
<b>Aktivitet og kvardags-rehabilitering</b>	<p>Sauda har mange eldre.</p> <p>Folk flest er i mindre aktivitet enn det som blir tilrådd.</p>	<p>Samfunnet endrar seg.</p> <p>Ny teknologi og nye måtar å leva.</p> <p>Mykje fokus på behandling og «passiv» pleie, lite på førebygging, rehabilitering og helsefremming.</p>	<p>Ein viser ofte til 10/90-regelen i folkehelsearbeidet. Med det meiner ein at helsevesenet står for 10% av folkehelsearbeidet, medan resten av samfunnet tek ansvar for 90%.</p>



## 4. SYSTEM FOR LØPENDE OVERSIKT

Løpende oversikt over helsetilstanden inneheld årshjul for oversikta, kva for faktorar/forhold kommunen skal følgja særleg med på og ansvarsområda til einingane, rutinar, kontaktpersonar, avvikshandtering, kjelder og referansar.

### 4.1 ÅRSHJUL FOR LØPENDE OVERSIKT



**4.1.1 KVA FOR TILHØVE/FAKTORAR SKAL KOMMUNEN FØLGJA SÆRLEG MED PÅ:**

Tidspunkt: 1.-2. kvartal		
Eining	Avdeling/ område	Faktorar / tilhøve
Oppvekst og kultur	Skule	Karakterar norsk hovudmål/sidemål 10. årstrinn (skriftleg). Gjennomført vidaregåande skule (Vg1, Vg2, Vg3). Tal personar som er i arbeid eller utdanning 25-30 år. Andel eineforsørgjarar. Helsesøster tilgjengeleg på skulen – for elevane.
	Barnehage	Andel styrarar og pedagogiske leiarar med godkjent barnehageutdanning. Andel barn 1-5 år med barnehageplass. Andel barn som går i barnehage med 1. generasjons innvandrarforeldre. Andel barn i hushald med låg inntekt.
Teknisk	Samferdsel, transport, infrastruktur	Trafikkulykker (politirapporterte personskader til Vegvesenet). Sykkelvegnett (meter ny gang/sykkelveg).
	Miljø og byutvikling	Radon (verdiar i kommunale bygg). Bustadbygging (harmonisering av behov for leilegheiter og einebustader mot tal på hushald med ein eller fleire medlemmer).
Helse og omsorg	Rus og psykisk helse	Brukarplan.
	Helse	Lårhalsbrot og fall. Antall personar som bur aleine 67-80 og 80+ Antall personar som opplever einsemd Antall personar som er aktive meir enn 30 min. kvar dag. Evaluering av temaområde sjukdom og helse i folkehelseprofilen. Årsverk/ressursbruk/organisering – førebygging barn og unge
	Helsestasjon	Resultat veging 3. og 8. klasse.
	Barnevern	Andel barn med hjelpetiltak. Andel barn under omsorg.
	NAV	Unge uføre. Mottakarar av sosialstønad. Arbeidsledighet. Aktiv før 30. Barn av einslege forsørgjarar. Personar under 18 år i familiar med låg inntekt.
Sentral-administrasjonen	Folkehelsekoordinator	Årleg folkehelseprofil. Tannhelse.
	Rådgjevar plan og beredskap	Befolkningsutvikling. Framskrivning av aldersfordeling. Innvandrarar og norskfødde med innvandrarforeldre. Innvandrar i Sauda etter verdsdel. Kriminalstatistikk (frå politiet)

Tidspunkt: 3.– 4. kvartal		
Eining	Avdeling/ område	Faktor/tilhøve
<b>Oppvekst og kultur:</b>	Skule og barnehage	Nasjonale prøver i lesing (5. , 8. og 9. trinn). Utviklinga over faktorane/tilhøva frå 1. og 2. kvartal går ein gjennom i grove trekk med fokus på negativ utvikling. Skuleporten.no – elevundersøking (7-10 trinn)
<b>Teknisk:</b>	Demografi, samferdsel transport og infrastruktur, miljø, levekår	Utviklinga over faktorane/tilhøva frå 1. og 2. kvartal går ein gjennom i grove trekk med fokus på negativ utvikling.
<b>Helse og omsorg:</b>	Rus og psykisk helse, helse, helsesøster-tenesta, barnevern, NAV	Utviklinga over faktorane/tilhøva frå 1. og 2. kvartal går ein gjennom i grove trekk med fokus på negativ utvikling.
<b>Sentral-administrasjonen:</b>		Utviklinga over faktorane/tilhøva frå 1. og 2. kvartal går ein gjennom i grove trekk med fokus på negativ utvikling.

Tidspunkt: årleg/kvart 3. år		
Område	Avdeling/ område	Data/undersøking/statistikk
<b>Helse og omsorg:</b>	Rus og psykisk helse	Brukarplan – årleg.
<b>Oppvekst</b>	Ungdomsskule	UNG data undersøking – 2016, 2019, 2021 ...

#### 4.1.2 RUTINAR FOR LØPANDE OVERSIKT:

- Kontaktpersonane (sjå p.4) har ansvar for å skaffa fram statistikken i h.h.t. liste og årshjul nemnd i punkt 1 og 2 .
- Rådmannen si leiargruppe skal gå gjennom og drøfta statistikken og kommuneoverlegen skal vera til stades.
- Folkehelsekoordinator kallar inn til møter.
- Rådmannen si leiargruppe har ansvar for å spreia informasjonen i heile organisasjonen, inkl. politisk nivå.
- Avvik på rutinane skal meldast inn i kommunen sitt avvikssystem.
- Det løpande oversiktsarbeidet skal årleg evaluerast av rådmannen si leiargruppe.

#### 4.1.3 KONTAKTPERSONAR FOR LØPANDE OVERSIKT:

Område	Avdeling	Kontaktperson
<b>Oppvekst og kultur</b>	Skole	Kommunalsjef, Jakob Svandal
<b>Helse og omsorg</b>	Helse/NAV	Kommunalsjef, Aina Olene Tveit
<b>Teknisk</b>	Stab	Kommunalsjef Randi Karin Habbestad
<b>Sentraladministrasjonen</b>	Stab	Kommunalsjef Andreas Fløgstad
<b>Helse og omsorg</b>	Stab	Folkehelsekoordinator, Aslaug Tanageraas

#### 4.1.4 AVVIK:

Avvik på denne rutinen skal registrerast og behandlast i avvikssystemet. Det vil sei at feil/svikt blir retta opp, og endringar blir gjort for å sikra at tilsvarande avvik ikkje skjer igjen.

#### 4.1.5 VIDARE ARBEID MED LØPANDE OVERSIKT:

Løpande oversiktsarbeid skal leggest til grunn for kommunalt planarbeid.

Løpande oversiktsarbeid skal danna grunnlaget for arbeidet med det 4- årige oversiktsdokumentet.

Oversiktsdokumentet skal leggest til grunn for planstrategien.

#### 4.1.6 KJELDER:

<b>Helsedirektoratet</b>	<b>Politi</b>
<b>Folkehelseinstituttet</b>	<b>Brukarplan</b>
<b>Rogaland fylkeskommune</b>	<b>Helse- og omsorg</b>
<b>Statistisk sentralbyrå</b>	<b>Oppvekst- og kultur</b>
<b>Kostra</b>	<b>Teknisk eining</b>
<b>GSI (elevundersøking)</b>	<b>Sentraladministrasjonen</b>
<b>KorusVest /NOVA</b>	<b>Statens Vegvesen</b>
<b>Tannhelse Rogaland</b>	

#### 4.1.7 REFERANSAR

Folkehelselova.

Forskrift om oversikt over folkehelsa.

God oversikt - en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Plan- og bygningslov med forskrifter.

## 4.2 KJELDER FOR LØPANDE OVERSIKT OG OVERSIKTSdokumentet

### Helsedirektoratet

[www.helsedirektorat.no](http://www.helsedirektorat.no)

### Lover

Folkehelselova.

Forskrift om oversikt over folkehelse.

God oversikt - en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Plan- og bygningslov med forskrift.

### Sauda kommune

#### Helse- og omsorg

Fastlegane/kommuneoverlege

Lokalt NAV kontor

Rusteamet og psykisk helse

Barnevern

Helsesøstertenesta

#### Oppvekst- og kulturetat

Skular

Barnehagar

#### Teknisk eining

#### Sentraladministrasjonen

### Rogaland fylkeskommune

[www.rogfk.no](http://www.rogfk.no)

Slettebakk Thorkildsen Rune; Oversikt over folkehelsen i Rogaland 2015.

### Statistisk sentralbyrå

[www.ssb.no](http://www.ssb.no)

Brukarplan, Sauda kommune.

GSI (elevundersøkelse)

Sauda lensmannskontor.

Sauda vidaregåande skule.

KorusVest /NOVA – Ungdata undersøking 2011, 2013, 2016.

KOSTRA

Statens vegvesen.

Statistisk sentralbyrå [www.ssb.no](http://www.ssb.no)

Tannhelse Rogaland.

## Skriftlege kjelder:

Arntzen, A. (2013). Sosial ulikhet i spebarns og barns helse. Høyskolen i Oslo og Akershus. Oslo.

Breivik, G. (2012). Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet.

Danielsen, A.G., Samdal, O., Hetland, J. & Wold, B. (2009). School-related Social Support and Students' Perceived Life Satisfaction. *The Journal of Educational Research*, pp 303-318.

Direktoratet for naturforvaltning 6-1994. *Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder*. Oslo.

Due, P., Merlo, J., Harel-Fish, Y. and Damsgaard, M.T. (2009). Sosial inequality in exposure to bullying during adolescence: a comparative, cross-sectional, multilevel study in 35 countries. *Am. J. Public Health*, vol. 99, no.5.

Due, P., Damsgaard M.T., Lund, R., Holstein, B.E. (2009). Is bullying equally harmful for rich and poor children? : A study of bullying and depression from age 15 to 27. *Eur. J. Public Health*, vol. 19 no. 5.

Fosse, G. (2006). Mental health of psychiatric outpatients bullied in childhood. NTNU.

Grøgaard, J.B. (2012). Hva kjennetegner barneskoler som oppnår høy skår på nasjonale prøver? Nordic Institutt for forskning og innovasjon, forskning og utdanning. Oslo.

Havnes, T., Mogstad, M. (2009). Er barnehagen bra for barna? Økonomisk Analyse no. 4.

Havnes, T., Mogstad, M. (2009). No child left behind- Universal childcare and children's longrun outcome.

Helse- og omsorgsdepartementet (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisjukdommar*. Oslo.

Helsedirektoratet. (2010). Rapport IS 1798. *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo.

Helsedirektoratet. (2013). Veileder IS-2110, *God oversikt-ein føresetnad for god folkehelse*. Oslo.

Keatley, D., French, D., McKillop, D. (2014). The toxic relationship between dept and mental physical health in low income household in Northern Ireland in 2014». *Eur. J. Public Health*, vol. 24.

Krokstad. (2011). *Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) i 2006-2008*.

Lagerløv. P., Holager. T., Helseth. S., et al. (2009). *Ungdom og dagliglivets smerter*. Tidsskrift for Den norske legeförening. Nr. 15/2009.

Major, E.F., Dalsgard, K.S., Mathisen, K.S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., Aarø, L.E. (2011). Bedre føre var, Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Folkehelseinstituttet. Oslo.

Miljødirektoratet. *Foreløpig tilbakemelding på overvåkingsrapport for Eramet Norway AS avd. Sauda 2015*. Oslo 3.6.2016.

Mjaavatn, P.E. og Frostad, P. (2014). Tanker om å slutte på videregående skole – er ensomhet en viktig faktor? Utdanningsforskning.

Nordhagen, R., Nielsen, A., Stigum, H. (2005). Parental reported bullying among Nordic children: a population-based study. Child Care Health Dev.

Norman, V. (2010). *Overdreven frykt for eldrebølgen*. NHH bulletin E.B.D.

Rechel, B. (2011). Migration and health in the European Union. Berkshire: Open University Press.

Reneflot, A., Evensen E.K. (2012). Zhang, S., Bhavsar, V. Oversikt over folkehelsen I Rogaland. Stavanger.

Sauda kommune. 2011-2015. *Rusmiddelpolitisk handlingsplan*. Sauda.

Samfunnsspeilet. 2012/3. <http://ssb.no>

Samdal, O., Bye, H.H., Thorsheim, M.S., Diseth, Å.R., Fismen, A.S., Haug, E., Leversen, I., Wold, B., (2012). Sosial ulikhet i helse og læring blant barn og unge. Resultater fra en landsrepresentativ spørreskjemaundersøkelse, Helsevaner blant skoleungdom. En WHO undersøkelse i flere land. HEMIL-I senteret Universitetet i Bergen.

Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2015). *Psykososiale arbeidsmiljøfaktorers betydning for legemeldt sykefravær, prosjekt 2013-2015*. Oslo.

St.meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Ubøe, J. (2014). Statistikk for økonomifag. 4. utgave.

Øia, T. Ungdomsskoleelever. Motivasjon, mestring og resultater. NOVA/rapport 9/11.



## VEDLEGG: SJEKKLISTE FOR GODE NÆRMILJØ

- ✚ Vi har gode arbeidsmuligheter og levende handel på stedet vi bor.
- ✚ Kommunen har gode møteplasser i boligområder og byrom som innbyr til liv, lek, samvær og tilhørighet.
- ✚ Vi har gode skoler og barnehager uten mobbing, og med et system for å fange opp barn og unge som faller utenfor.
- ✚ Vi har god oversikt over hvilke særskilte helse – og trivselsutfordringer vi har i kommunen vår, og hvilke spesielle goder og ressurser som finnes hos oss. Vi vet hvilke frivillige organisasjoner vi har i kommunen, og hva slags tilbud de har.
- ✚ Det er trygt og attraktivt å gå og sykle i kommunen – også om nettene.
- ✚ Vi har nærhet til grøntområder for lek, rekreasjon, og anlegg for idrett og friluftsliv.
- ✚ Vi jobber kontinuerlig for å redusere støy og lokal luftforurensning.
- ✚ Vi tilrettelegger for nødvendige tjenester for alle på tvers av alder, kultur og funksjonsnivå.
- ✚ Vi har en helhetlig boligpolitikk og tilstrekkelig og variert i boligutbygging til folk i alle livsfaser med ulike ressurser.
- ✚ Vi satser på forebyggende helsetjenester gjennom et attraktivt friskelivtilbud, helsestasjon og skolehelsetjeneste.

Kilde: Helsedirektoratet

Sjekklisten er en inspirator for de som jobber med kommuneledelse. Den bør henge på alle kontordører på alle kommunehus.