



Midt-Telemark kommune



FOLKEHELSEOVERSIKT

2024-2027

Forord

I kommuneplanens samfunnsdel har systematisk og tverrfaglig arbeid med folkehelseutfordringer - fått ein sentral plass: “- Midt-Telemark har levekårsutfordringar knytt til at større andel barn veks opp i låginntektsfamilier her enn elles i landet, og utfordringane knytt til aukande grad av sosial ulikheit er mange. Auke i psykiske lidningar hjå unge og utfordringar knytt til einsemd gir behov for utvikling av helsetenestene og tverrfagleg arbeid med folkehelse og samfunnsutvikling.”¹

Gode oppvekstvilkår og trygge lokalsamfunn er viktig for barn og unges helse og livskvalitet, og for ei berekraftig og robust samfunnsutvikling i Midt-Telemark. Folkehelseoversikten skal gi nødvendig oversikt over folkehelsestanden vår kommune - og dei faktorane som vil kunne påvirke denne.

Folkehelseoversikten skal ligge til grunn for arbeidet med planstrategi, folkehelsestrategi og -tiltak. Det er verdt å merke seg at plan- og bygningslova, i tillegg til folkehelselova, er sentral i det tverrfaglige og planmessige folkehelsearbeidet i kommunen.

Folkehelseoversikt for Midt-Telemark kommune 2024-2027 er utarbeidd hausten 2023 og fram til ferdigstilling innan utgangen av februar 2024. Folkehelseoversikten skal reviderast årleg, i tråd med folkehelseloven.

Vikarierende kommuneoverlege Maren Østvold starta arbeidet, og det nye folkehelseteamet med kommuneoverlege Kristin Sekse, kommunepsykolog Brita Rønning Iversen, kommuneplanlegger Svenja Doreen Storøy og kultursjef og folkehelsekoordinator Hilde K. Pedersen, har slutført arbeidet sammen med Maren Østvold.

Midt-Telemark, februar 2024

Kristin Sekse
Brita Rønning Iversen
Svenja Storøy
Maren Østvold
Hilde K. Pedersen

Forsidebilde: Kristine Gjelstad

¹ Kommuneplanens samfunnsdel, Midt-Telemark kommune 2019



Innhold

Forord	0
Status for folkehelsearbeidet	4
Sammendrag og anbefaling for prioriterte satsinger og tiltak 2024-2027	5
Sosioøkonomisk ulikhet og psykiske helseplager.....	5
Andelen barn som vokser opp i lavinntektsfamilier er svært høy	5
Økende andel eldre i befolkningen	5
Del 1 - Folkehelsearbeidet i kommunene	6
1.1. Folkehelse.....	6
1.2. Folkehelseoversikt.....	6
1.3. Folkehelse og bærekraftige lokalsamfunn	7
1.4. Føringer for folkehelsearbeidet.....	7
1.4.1. FNs bærekraftsmål	7
1.4.2. Forventninger til kommunal og regional planlegging	8
1.4.3. Program for folkehelse i kommunene.....	8
1.4.4. Folkehelsemeldinga.....	8
1.4.5. Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO Meld. St. 6 (2019–2020).	8
1.4.6. Barnevernsreformen	9
1.4.7. Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033).....	9
1.4.8. «Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre» Reformen beskrives i Meld.St.15 (2017-2018).....	9
1.4.9. Meld. St. 24 (2022–2023) Fellesskap og meistring – Bu trygt heime.....	9
1.4.10. Friluftsmeldingen Meld. St. 18 (2015–2016) Friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet.....	10
1.4.11. Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029.....	10
1.4.12. Handlingsplan for like muligheter ti å delta i kultur- idretts- og friluftslivsaktiviteter for barn og unge – under arbeid første halvår 2024 (Kultur- og likestillingsdepartementet).....	10
1.4.13. Kulturskolen som utviklingsaktør i fremtidens kommune – et pilotprosjekt i regi av KS og Norsk kulturskoleråd (2023).....	10
Del 2 - Oversikt over helsetilstanden i Midt-Telemark med lokale ressurser, folkehelseutfordringer og muligheter	11
2.1 Sosiale helseforskjeller	11
2.2. Status – ressurser i Midt-Telemark	11
2.3 Status – utfordringer i Midt-Telemark	12



2.4 Muligheter i Midt-Telemark - Viktige satsningsområder fremover	12
2.5 Folkehelseprofil for Midt-Telemark	13
2.6 Oppvekstprofilen for Midt-Telemark	14
Del 3 - Helsetilstand og påvirkningsfaktorer – statistikk og tallgrunnlag	15
3.1 Befolkningssammensetning	15
3.1.2 Alderssammensetning – framskriving	16
3.1.3 Forsørgerbyrde	17
3.1.4 Innvandrere	18
3.2 Oppvekst- og levekårsforhold	19
3.2.1 Utdanningsnivå	19
3.2.2 Frafall i videregående skole	20
3.2.3 Gjennomføring i videregående opplæring etter innvandringsbakgrunn	20
3.2.4 Arbeid	21
3.2.5 Utenfor arbeid, utdanning og opplæring	22
3.2.6 Ulikhet i inntekt	22
3.2.7 Barn i lavinntektsfamilier	22
3.2.8 Barn av eneforsørgere	24
3.2.9 Barn med barnevernstiltak	25
3.2.10 Barn av sosialhjelpsmottakere	25
3.2.11 Boforhold	26
3.2.14 6Universell utforming	27
3.2.15 Vold og mishandling, anmeldte tilfeller	28
3.3 Fysisk, biologisk, kjemisk miljø - miljørettet helsevern	29
3.3.1 Stråling – radon og annen stråling	29
3.3.1.1. Radon	29
3.3.1.2 Annen stråling	29
3.3.2 Støy	29
3.3.3 Luftforurensning i uteluft - Luftkvalitet, konsentrasjon av fint svevestøv	30
3.3.4 Miljøgifter og kjemikalier	30
3.4 Klimaendringer	31
3.4.1 Temperaturøkning	31
3.4.2 Nedbør, flom- og skredfare	31
3.4.3 Tørke	32



3.5 Skader og ulykker	32
3.6 Helserelatert adferd	33
3.6.1 Fysisk aktivitet	33
3.6.5 Alkohol.....	34
3.6.6 Røyking og snusing	35
3.7 Helsetilstanden i Midt-Telemark	36
3.7.1 Forventet levealder generelt og forskjell i forventet levealder mellom utdanningsgrupper	36
3.7.2 Tidlig død	36
3.7.3 Sykdomsforekomst og legemiddelbruk.....	37
3.7.4 Vaksinasjon.....	38
3.7.4.1 Barnevaksinasjonsprogrammet.....	38
3.7.4.2 Influensavaksinasjon	38
4. Lenker til gjeldende planer og strategier	40
5. Kilder og referanser	40



Status for folkehelsearbeidet

Folkehelseoversikten skal revideres årlig. I en årsmelding til utvalg for helse og mestring og utval for oppvekst og kultur skal en gi status på folkehelsearbeidet siste år.

Folkehelsekoordinator har ansvar for å holde folkehelseoversikten oppdatert og sikre at revisjon er gjort.

Versjon 1.0 2024-2027 bør revideres med status og oversikt over tjenestetilbudet og nye data i tråd med Ung Data-undersøkelsen 2024.

Versjon	Godkjent dato	Godkjent av
1.0	15.02.24	Kommunedirektøren



Sammendrag og anbefaling for prioriterte satsinger og tiltak 2024-2027

Sosioøkonomisk ulikhet og psykiske helseplager

Midt-Telemark kommune har indikatorer som peker i retning av større utfordring enn andre kommuner når det gjelder sosiale helseforskjeller. Det er derfor ekstra viktig å integrere og å iverksette folkehelseiltak i Midt-Telemark for å redusere sykdomsbyrden og belastningen på helsevesenet både i samtid og fremtid.

To av de mest sentrale folkehelseutfordringene er sosial ulikhet i helse og psykiske helseplager. Sosial ulikhet i helse fører til at sykdomsbyrden øker og er skjevt fordelt i befolkningen. Forskjellen i forventet levealder mellom de som har grunnskole og de som i tillegg har videregående eller høyere utdanning, er større i Midt-Telemark enn i landet som helhet. Forskjellen i forventet levealder mellom utdanningsgruppene er en indikator på sosiale helseforskjeller i kommunen. Psykiske helseplager er økende i hele befolkningen, og påvirker helse og trivsel negativt. Psykiske helseplager er tett knyttet til utfordringer med rus, frafall i videregående skole og det å stå utenfor arbeidslivet. For elever har det vært en liten økning i frafall fra videregående skole fra 2012-2014 til 2019-2021, og Midt-Telemark ligger litt under landsgjennomsnittet for å fullføre videregående opplæring.

Andelen barn som vokser opp i lavinntektsfamilier er svært høy

Andelen barn som bor i husholdninger med vedvarende lav inntekt, er høyere i Midt-Telemark enn i landet som helhet. I 2023 bor 18 % av barn under 18 år i Midt-Telemark i familier med lavinntekt. Dette er en økning fra 11% i Bø i 2019, og Sauherad 17%, året før sammenslåing av kommunene. Andelen barn i familier som har mottatt sosialhjelp minst én gang i løpet av året er høyere i Midt-Telemark enn landsnivået. Barn av sosialhjelpsmottakere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Andelen barn med barneverntiltak i Midt-Telemark er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået. Barn som har vært i kontakt med barnevernet fullfører høyere utdanning i mindre grad, og flere blir mottakere av helserelaterte ytelser senere i livet enn sine jevngamle uten samme erfaring. Gode oppvekstvilkår og tjenester for barn og unge er en investering for den enkelte og for samfunnet som helhet også i Midt-Telemark.

Økende andel eldre i befolkningen

Befolkningssammensetningen endres i årene som kommer, og det vil være en økende andel eldre over 80 år. Denne tendensen øker sterkt mot 2050. Midt-Telemark har prosentvis en mindre vekst i den eldre populasjonen enn landsgjennomsnittet, men det vil allikevel prognostisk være omtrent en dobling fra 2025 (616 personer) til 2050 (1 193 personer). Kvaliteter ved boligene og nærmiljøet som gjør det godt å leve i for eldre, er som hovedregel også godt for andre aldersgrupper. Å utvikle et aldersvennlig samfunn kan derfor være et nyttig prinsipp i samfunnsutviklingen generelt. Midt-Telemark bør planlegge for et aldersvennlig samfunn på bakgrunn av økende andel eldre fram mot 2050. Et bomiljø som gir mulighet for deltakelse og aktivitet, for eksempel med lett tilgang på grøntområder, er spesielt viktig for både barnefamilier og eldre. Boligområder som utvikles ved knutepunkt med kort avstand til hverdagsarenaer bidrar til redusert transportbehov og gir nærhet til hverdagsarenaer og tilgjengelige tilbud og tjenester. God utebelysning, sitteplasser og godt vedlikehold, er eksempler på faktorer som er viktig for eldre.



Del 1 - Folkehelsearbeidet i kommunene

Kommunene er gjennom folkehelseloven tillagt et stort ansvar for folkehelsearbeidet, og skal bruke alle sine sektorer, planer og tjenester til å fremme helse og forebygge sykdom og skade. Kommunen skal ha en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Folkehelseoversikten skal utarbeides hvert fjerde år, etter valg av nytt kommunestyre. Oversikten skal inngå som en del av kunnskapsgrunnlaget for planstrategi og kommunens samfunnsplan, og skal ligge til grunn for alle andre planer som omhandler faktorer som har påvirkning på befolkningens helse. Folkehelsearbeidet skal være tverrsektorielt, systematisk, kunnskapsbasert og langsiktig.

1.1. Folkehelse

Folkehelsearbeid er en lovpålagt plikt for kommunene. Sammen med forebyggingsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven er folkehelseloven et rettslig virkemiddel for å nå samhandlingsreformens mål om å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelseloven skal sikre samordning av folkehelsearbeid på tvers av kommunale sektorer og mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Folkehelseloven presiserer at kommunen skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

Folkehelseloven² slår fast at kommunen skal ha nødvendig oversikt over 1) helsetilstanden i befolkningen, 2) fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet i planer og 3) iverksette relevante tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer.

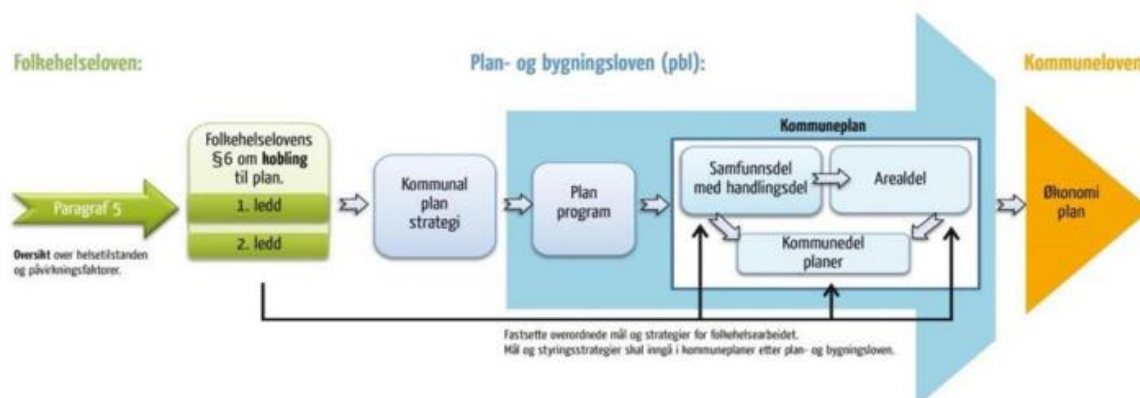
1.2. Folkehelseoversikt

Forskrift om oversikt over folkehelsen presiserer ytterligere lovkravet til folkehelseoversikt i §§ 3 og 5: «Kommuner og fylkeskommuner skal utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Oversiktsdokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven § 7-1 og § 10-1.

Oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av:

- a. Befolkningssammensetning
- b. Oppvekst- og levekårsforhold
- c. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d. Skader og ulykker
- e. Helserelatert atferd og
- f. Helsetilstand.»

² [Folkehelseloven](#)



Figur 1. Folkehelseoversikten binder sammen folkehelsesloven og plan- og bygningsloven i folkehelsearbeidet

1.3. Folkehelse og bærekraftige lokalsamfunn

Folkehelse handler om bærekraftige lokalsamfunn. Livskvalitet, trivsel, tilhørighet, god helse og en rettferdig fordeling av dette i befolkningen er avgjørende for bærekraftige lokalsamfunn. En befolkning som bidrar i jobb og fritid er en av kommunens viktigste ressurser.

Folkehelsearbeidet har de siste tiårene hatt hovedfokus på forebygging av ikke-smittsomme sykdommer, spesielt de som har sammenheng med levevaner som ernæring, fysisk aktivitet, tobakk og rus. Psykisk helse og sosial ulikhet har også etter hvert kommet inn som tema i det nasjonale og lokale folkehelsearbeidet. Kunnskap om oppvekst, levekår og nærmiljøets påvirkning på befolkningens helse har ført til en gradvis endring av fokus, fra individuelle levevaner til et systematisk arbeid for gode levekår, trivsel og livskvalitet. Samordnet innsats i alle sektorene i kommunen har derfor blitt vektlagt i økende grad?

Den verdensomspennende koronapandemien har vist at smittsomme sykdommer fortsatt representerer en stor folkehelseutfordring, og minnet oss om at systematisk arbeid med smittevern og vaksinerings fortsatt er viktig. Pandemien har også vist at det er nødvendig å planlegge for det uforutsette, og at kommuner og lokalsamfunn må være forberedt på å gjøre raske endringer. De tradisjonelle folkehelseområdene som smittevern, vaksinasjon og beredskap er aktualisert gjennom pandemien, og må fortsatt være i fokus i videre arbeid med folkehelse.

1.4. Føringer for folkehelsearbeidet

Nasjonale føringer/forventninger er forankret i FNs bærekraftsmål, og danner grunnlag for regional og kommunal planlegging

1.4.1. FNs bærekraftsmål

Regjeringa har vedtatt at FNs 17 bærekraftsmål³ skal være det politiske hovedsporet for å ta tak i de største utfordringene i vår tid. Åpenhet, inkludering, trygghet og helsefremming trekkes fram som satsinger i de nasjonale forventningene til regional og kommunal planlegging.

³ <https://fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>



1.4.2. Forventninger til kommunal og regional planlegging

Forventninger til kommunal og regional planlegging⁴ er blant annet at kommunene skal ha:

- En aktiv og helhetlig areal- og sentrumspolitikk
- En boligpolitikk som inkluderer boligsosiale hensyn
- Aktiv planlegging for å motvirke og forebygge levekårsutfordringer og som medvirker til å utjamne sosiale forskjeller
- Universell utforming
- Folkehelseperspektivet i planlegginga
- Aldersvennlige kommuner
- Sikring av byrom og grønn infrastruktur med stier og turveier, og tilrettelegging for fysisk og sosial aktivitet og kultur- og naturopplevelser for alle
- Sikre aktivt god psykisk og fysisk helse i planleggingen
- Hensyn til barn og unges interesser gjennom samfunns- og arealplanlegging som skaper trygge møteplasser, attraktive og aktivitetsfremmende by- og bomiljø

Folkehelseperspektivet er i økende grad til stede i styringsdokumenter fra nasjonale myndigheter. Under er noen av de siste nasjonale føringene omtalt.

1.4.3. Program for folkehelse i kommunene⁵

Programmet er en tiårig satsing (2017–2027) på kommunalt folkehelsearbeid. Satsingen skal bidra til styrking av psykisk helse og rusforebygging som del av kommunenes folkehelsearbeid, samt heving av kommunenes kompetanse på utvikling, implementering og evaluering av kunnskapsbaserte tiltak.

1.4.4. Folkehelsemeldinga⁶

I Folkehelsemeldinga (Meld. St. 15 (2022–2023)) presenterer regjeringen den samlede innsatsen for å fremme bedre folkehelse og god livskvalitet i befolkningen. Meldingen er regjeringens strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelsemeldinga har seks hovedinnsatsområder: de samfunnsskapte vilkårene for god helse, levevaner og forebygging av ikke-smittsomme sykdommer, psykisk helse og livskvalitet, vern mot helsetrusler og rett til et sunt miljø, kommunikasjon og innbyggerdialog og forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringa ønsker økt prioritet til folkehelsepolitikken. For å lykkes med de breie folkehelseiltakene skal regjeringa forsterke innretningen i det systematiske folkehelsearbeidet.

1.4.5. Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO Meld. St. 6 (2019–2020).

I innledningen til reformen skriver regjeringen: «Vi skal ha en barnehage og skole som gir muligheter for alle barn og unge – uavhengig av sosial, kulturell og språklige bakgrunn, kjønn - og kognitive og fysiske forskjeller. Det krever inkluderende fellesskap og tidlig innsats.»

⁴ <https://www.regjeringen.no/contentassets/d71a3e61e774485fb4a98cab9255e53f/no/pdfs/nasjonale-forventninger-2023-2027-bokmaal.pdf>

⁵ [Program for folkehelse i kommunene](#)

⁶ [Folkehelsemeldinga](#)



1.4.6. Barnevernsreformen

Reformen skal styrke det forebyggende arbeidet i kommunene i hele oppvekstsektoren. Målet er at flere barn og familier skal få den hjelpen de trenger, når de trenger den, og at tjenestetilbudet i større grad skal tilpasses lokale forhold. Barnevernsreformen trådte i kraft 1. januar 2022. Den gir kommunene mer ansvar på barnevernsområdet, og er viktig for utviklingen i barnevernet i årene som kommer. Gjennom reformen får kommunene et større ansvar for barnevernet, både faglig og økonomisk. Kommunene får fullt økonomisk ansvar for statlige barnevernstiltak og ordinære fosterhjem, og et helhetlig ansvar for å følge opp og veilede fosterhjem. Dette er lovregulert og lovfestet i barnevernsloven, der det går fram at: 1) kommunenes forebyggende ansvar tydeliggjøres, 2) kommunenes styring med barnevernet styrkes – og 3) det stilles krav til kompetanse i det kommunale barnevernet og i institusjonene.

Fra 01.01.22 ble det innført en plikt om at kommunestyret selv skal vedta en plan for arbeidet med å fremme gode oppvekstvilkår for å forebygge at barn og unge utsettes for omsorgssvikt. I planen skal det komme frem hvilke kommunale tjenester som skal ha ansvar for ulike forebyggende oppgaver, og hvordan de skal samarbeide. Samtidig klargjøres også kommuneledelsens ansvar for den overordnede styringen av barnevernstjenesten. Denne planen er under utarbeiding i Midt-Telemark kommune, og er følgelig ikke vedtatt politisk.

1.4.7. Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)

Opptrappingsplanen (Meld. St. 23 (2022–2023) viser regjeringens innsats for hele det psykiske helsefeltet. Planen har tre innsatsområder: Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid, gode tjenester der folk bor og tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov.

1.4.8. «Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre» Reformen beskrives i Meld.St.15 (2017-2018).

Leve hele livet er en reform for aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap, og omfatter alle bransjer og sektorer. Kommunene blir oppfordret til å involvere eldre i arbeidet med å planlegge og utforme nærmiljø og lokalsamfunn. En mer målrettet og systematisk rekruttering, organisering og tilrettelegging av frivillighet, ikke minst fra de eldre selv, er en viktig del av reformen. Leve hele livet bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungerer i praksis. Følgende fem områder trekkes spesielt fram:

- Et aldersvennlig samfunn
- Aktivitet og fellesskap
- Mat og måltider
- Helsehjelp
- Sammenheng i tjenestene

1.4.9. Meld. St. 24 (2022–2023) Fellesskap og meistring – Bu trygt heime

I Stortingsmeldingen lansert i juni 2023 presenterer regjeringen en samlet innsats for et mer aldersvennlig samfunn preget av åpenhet, trygghet og fellesskap. De overordnede målene med reformen er å bidra til at eldre kan bo trygt hjemme, og at behovet for helse- og omsorgstjenester blir utsatt gjennom bedre planlegging, styrket forebygging og mer målrettede tjenester. Stortingsmeldingen vil bidra til å sette fokus på bedre bruk av personell og de samlede ressursene, og gjennom dette bidra til at alle som trenger det får tilgang på gode og trygge tjenester.



1.4.10. Friluftsmeldingen Meld. St. 18 (2015–2016) Friluftsliv — Natur som kilde til helse og livskvalitet

Friluftsmeldingen fra 2015-2016 og den oppfølgende handlingsplanen fra 2018 knytter friluftsliv tett til helse og livskvalitet. Meldingen omfatter tiltak og føringer innenfor motivering og rekruttering til friluftsliv, og forvaltning av områder for friluftsliv. Tilgang for alle til friluftsliv i nærmiljøet framheves spesielt, og barn og unge er prioriterte målgrupper.

1.4.11. Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029

Hovedmål 1: Et mer aktivitetsvennlig samfunn der alle uavhengig av alder, kjønn, funksjonsnivå og sosial bakgrunn gis mulighet til bevegelse og fysisk aktivitet. Hovedmål 2: Andelen i befolkningen som oppfyller helsemessige anbefalinger om fysisk aktivitet er økt med 10 prosentpoeng innen 2025 og 15 prosentpoeng innen 2030.

1.4.12. Handlingsplan for like muligheter til å delta i kultur- idretts- og friluftslivsaktiviteter for barn og unge – under arbeid første halvår 2024 (Kultur- og likestillingsdepartementet).

Barn og unge har ikke like muligheter til å delta i kultur- og idrettsaktiviteter i Norge i dag. Det er systematiske forskjeller i hvem som er inkludert. Barn med foreldre som har dårlig råd, lite utdanning og spinkelt nettverk har mindre sannsynlighet for delta regelmessig i fritidsaktiviteter enn barn fra familier med flere ressurser. Delmål som foreslås for planen er å: 1) Få mer kunnskap om driverne til sosial ulikhet i deltakelse, 2) Få ned prisene og kostnadsdrivere på aktiviteter – og 3) Gi god og tilgjengelig informasjon om aktiviteter og tilbud. Innsatsområder som er skissert er likestilling og forebygge diskriminering, rammevilkår for organisasjonene som skaper aktiviteten og medvirkning, nye tilbud og former for samhandling. Delmålene og innsatsområdene vil vi vurdere nærmere sammen med aktørene i feltet. De har kommet fram på bakgrunn av utfordringsbildet, eksisterende forskning, innspill fra aktører i kulturfrivilligheten, idrett og kommuner og andre aktører.

1.4.13. Kulturskolen som utviklingsaktør i fremtidens kommune – et pilotprosjekt i regi av KS og Norsk kulturskoleråd (2023)

Prosjektet har satt fokus på kulturskolens rolle i utvikling av det kommunale tjenestetilbudet til barn og unge, og som døråpner for samskaping på tvers av sektorer og områder. Det er utarbeidet et [dialoghefte](#) til hjelp i arbeidet med å sikre at barnehage, skolefritidsordningen, skole og kulturskole, samt andre aktuelle aktører, samhandler med mål om helhet og sammenheng i oppvekstfeltet slik at barn og unge opplever å bli sett, å mestre og bli inkludert i gode fellesskap i eget lokalsamfunn.



Del 2 - Oversikt over helsetilstanden i Midt-Telemark med lokale ressurser, folkehelseutfordringer og muligheter

2.1 Sosiale helseforskjeller

Ved å sammenlikne grupper i samfunnet, finner en systematiske forskjeller i helse, målt ved levealder og sykdomsforekomst. Jo lengre utdanning og høyere inntekt en gruppe har, jo høyere andel av gruppens medlemmer har god helse. Dette kalles sosiale helseforskjeller eller sosial ulikhet i helse. De sosiale helseforskjellene gjelder for nesten alle sykdommer, skader og plager, og de finnes i alle aldersgrupper, og begge kjønn. De sosiale helseforskjellene innebærer mange tapte arbeidsdager og leveår med god helse og livskvalitet (Kilde: Helsedirektoratet).

Både folkehelseoven og plan- og bygningsloven gir kommunen et ansvar for å fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Til dette er det nødvendig med en helhetlig tilnærming og et folkehelsearbeid som retter seg mot de grunnleggende påvirkningsfaktorene.

2.2. Status – ressurser i Midt-Telemark

Ressurser, utfordringer og muligheter i Midt-Telemark – kort oppsummert basert på de viktigste ressursene og utfordringene som er trukket ut av statistikk og annen data, Kommunehelse statistikkbank og Ung Data.

- Det er en signifikant lavere andel av ungdom som oppgir at de er plaget av ensomhet i Midt-Telemark sammenliknet med landsgjennomsnittet. Dette er en signifikant reduksjon fra 2018 der Midt-Telemark var på landsgjennomsnittet.
- Andelen av unge som opplever at tilbudet av treffsteder for unge er bra i Midt-Telemark, er signifikant bedre enn landsgjennomsnittet. Dette er signifikant bedring fra 2015 og 2018 da Midt-Telemark befant seg på landsgjennomsnittet.
- Frivilligsentralene i Midt-Telemark er en viktig ressurs inn i folkehelsearbeidet, og utgjør et viktig treffsted for deler av befolkningen. I tillegg har kommunen i denne perioden startet opp folkehelse tiltak som Ung Arena.
- Bibliotek, kulturskolen og kulturhus er arenaer som er viktige for folkehelse, særlig blant barn og unge.
- Det er stor og variert aktivitet i frivillig sektor med et mangfold av lag og organisasjoner
- Det er god tilgang til friluftsområder i hele kommunen
- Det er signifikant færre som bor trangt i Midt-Telemark enn landet for øvrig
- Det er god luftkvalitet i kommunen med signifikant lavere andel fint svevestøv enn landet ellers.
- Vold og mishandling, anmeldte tilfeller er lavere i Midt-Telemark enn landsgjennomsnittet. Dette er en nedgang i siste periode. Det er små tall og en kort periode, så det er for tidlig å si om det er en «trend». Det er også her verdt å merke seg at det i perioden 2020-2023 har vært startet opp et folkehelse tiltak kalt «Sammen mot - et folkehelse løft mot vold og overgrep».
- Lavere sykdomsforekomst av nyoppståtte krefttilfeller enn i landet for øvrig, eksempelvis lungekreft, Tykk- og endetarmskreft og brystkreft. (Prostatakreft ligger litt over landsgjennomsnittet.)
- Forventet levealder for begge kjønn ligger på landsgjennomsnittet



- Det er signifikant lavere forskrivning av antibiotika i Midt-Telemark enn resten av landet. Midt-Telemark skriver også ut forholdsvis mer av smalspektret antibiotika enn bredspektret antibiotika, noe som er veldig bra!

2.3 Status – utfordringer i Midt-Telemark

- Befolkningssammensetning – økende andel eldre over 80 år, denne tendensen øker sterkt utover mot 2050. Midt-Telemark har en mindre vekst i den eldre populasjonen enn landsgjennomsnittet, men det vil allikevel prognostisk være omtrent en dobling fra 2025 (616 personer) til 2050 (1 193 personer) og forsørgerbyrden vil øke
- Større forskjell i forventet levealder mellom utdanningsgrupper enn i fylket og landet. Her er Midt-Telemark signifikant dårligere enn resten av landet – dette er en indikator på sosiale helseforskjeller
- Andelen barn som bor i husholdninger med vedvarende lav inntekt, er høyere i Midt-Telemark enn i landet som helhet. I 2023 bodde 18 % av barn under 18 år i Midt-Telemark i familier med lavinntekt.
- Andelen barn i familier som har mottatt sosialhjelp minst én gang i løpet av året er høyere i Midt-Telemark enn landsnivået. Barn av sosialhjelpsmottakere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt.
- Andelen gravide kvinner som røyker er signifikant høyere i Midt-Telemark enn i resten av landet. Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking, og med de helserelevante skadevirkningene dette har for både mor og foster, er dette bekymringsfullt.
- Gjennomføring i videregående opplæring med innvandringsbakgrunn – ligger lavere enn landsgjennomsnittet (28% lavere – forholdstall 0,72)
- For elever har det vært en liten økning i frafall fra videregående skole fra 2012-2014 til 2019-2021, og Midt-Telemark ligger litt under landsgjennomsnittet.
- Ungdommer i Midt-Telemark drikker signifikant mer alkohol enn landsgjennomsnittet, og det bør vurderes forebyggende tiltak.
- God vannkvalitet i kommunen generelt på nivå med landsgjennomsnittet, men lav forsyningsstabilitet i 2021 (må sjekke litt nærmere). Lav forsyningsstabilitet i 2021 kan trolig forklares med etablering av nytt høydebasseng på Nordagutu og i den forbindelse etapper med timer uten vann på Nordagutu på grunn av omlegginger av vannledninger.

2.4 Muligheter i Midt-Telemark - Viktige satsningsområder fremover

Et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid må gjenspeiles i planer, handlingsplaner, virksomhetsplaner og tiltak i hele kommuneorganisasjonen. De konkrete tiltakene må gjennomføres på hver enkelt arbeidsplass, i den enkelte enhet, i sektorene, i samarbeid mellom sektorer internt i kommunen og i samarbeid med eksterne, ut fra hvilke utfordringer som skal løses eller tiltak som skal gjennomføres.

- Tidlig innsats – det vil si å sette inn tiltak før problemer vokser seg store
- Sikre barn og unge gode oppvekstvilkår
- Arbeide systematisk for at ungdom gjennomfører videregående skole
- Bidra til å opprette arbeidsplasser i hele kommunen
- Planlegge for et aldersvennlig samfunn og benytte ressurser som finnes i den eldre del av befolkningen



- En kunnskapsbasert og aktiv boligpolitikk – inkl. boligsosialt arbeid
- Jobbe for en inkluderende kommune, på tvers av kjønn, etnisitet, funksjonsnivå, seksuell legning og alder
- Planlegge og legge til rette for fysiske og sosiale møteplasser for innbyggere i alle aldre
- Medvirkning gjennom tett dialog med innbyggerne
- Tett samarbeid med frivillig sektor
- Et oppdatert kunnskapsgrunnlag som er lett tilgjengelig for bruk i planer og tjenesteyting.
- Systematisere folkehelsearbeidet på tvers av sektorer, internt i kommunen og eksternt i samarbeid med frivillig sektor, næringsliv, academia, innbyggere og andre offentlige og private instanser
- Folkehelsehensyn tas inn i alle planer på en systematisk måte
- Identifisere årsaker til de positive ressursene som finnes i kommunen, og forsterke disse gjennom systematisk arbeid

2.5 Folkehelseprofil for Midt-Telemark 2024

Tema	Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Midt-Telemark
Befolkning	1 Andel barn, 0-17 år	19,7	19,1	20,3	prosent	
	2 Andel unge eldre, 65-79 år	15,5	16,9	13,9	prosent	
	3 Andel over 80 år	5,1	5,3	4,5	prosent	
	4 Andel 80 år+, framskrevet til 2050	9,9	12,2	10,4	prosent	
	5 Personer som bor alene, 75 år +	42,0	42,3	42,0	prosent	
	6 Befolkningsvekst	1,9	0,91	1,2	prosent	
Oppvekst og levekår	7 VGS eller høyere utdanning, 30-39 år	80	77	81	prosent	
	8 Vedvarende lavinntekt, alle aldre	13,5	11,5	9,8	prosent	
	9 Inntektsulikhet, P90/P10	2,8	2,7	2,8	-	
	10 Leier bolig, 45 år +	16,3	11,8	12,4	prosent	
	11 Bor trangt, 0-17 år	16	16	18	prosent	
	12 Gjeld større enn 3 ganger inntekt	15,2	15,9	20,8	prosent	
	13 Unge som står utenfor, 15-29 år	13,8	11,1	9,5	prosent (a,k)	
	14 Stønad til livsopphold, 20-66 år	20,7	20,5	17,4	prosent (a,k)	
	15 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. tr.	31	26	24	prosent (k)	
	16 Gjennomføring i vdg. opplæring	78	79	80	prosent (k)	
	17 Høy tilfredshet, Ungdata 2021	52	53	49	prosent (a,k)	
Miljø, skader og ulykker	18 Valgdeltakelse	57,7	60,1	62,4	prosent	
	19 Drikkevann, hygienisk og stabilt	100,0	92,6	93,4	prosent	
	20 Luftforurensning, eksponert (ny def.)	16	56	46	prosent	
	21 Trygt i nærmiljøet, Ungdata 2021	89	83	85	prosent (a,k)	
	22 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2021	54	60	60	prosent (a,k)	
Helse-relatert atferd	23 Trener sjeldnere enn ukentlig, 17 år	33	30	28	prosent (k)	
	24 Skjermtid over 4 timer, Ungd. 2021	45	49	49	prosent (a,k)	
	25 Røyking, kvinner	5	3,9	2,4	prosent (a)	
Helsetilstand	26 Forventet levealder, menn	80,2	79,5	80,3	år	
	27 Forventet levealder, kvinner	83,3	83,3	84,0	år	
	28 Utd.forskjeller i forventet levealder	7	5,3	5,1	år	
	29 Overvekt og fedme, 17 år	21	23	22	prosent (k)	
	30 Psykiske sympt./lidelser, 0-74 år	165	172	168	per 1000 (a,k)	
	31 Muskel og skjelett, 0-74 år	313	315	313	per 1000 (a,k)	
	32 Hjerte- og karsykdom	16,0	16,0	17,2	per 1000 (a,k)	
	33 Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller	63	77	84	per 100 000 (a,k)	
	34 Vaksinasjonsdekning, influensa, 65 år+	65,1	65,6	62,3	prosent	

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert, k = kjønnsstandardisert og ** = tall fra Ungdataundersøkelsen mangler. Les mer om mulige årsaker til at tall fra Ungdataundersøkelsen mangler [her](#).



2.6 Oppvekstprofilen for Midt-Telemark

Tema	Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Oppvekstbarometer for Midt-Telemark
Befolkning	1 Andel barn, 0-17 år	19,7	19,6	20,4	prosent	
	2 Innvand. og norskf. med innv.foreldre	17,6	18,7	19,8	prosent	
Levekår	3 Barn i fam. m/vedvarende lav inntekt	18	14	12	prosent	
	4 Barn i familier som mottar sosialhjelp	10	7,1	5,7	prosent	
	5 Bor trangt, 0-17 år	15	15	18	prosent	
	6 Barn av enslige forsørgere	14,2	17,0	14,7	prosent	
	7 Barn med barnevernstiltak, 0-17 år	4,2	4,1	3,9	prosent	
	8 Unge som står utenfor, 15-24 år	9,8	8,4	7,4	prosent (a,k)	
	9 Bemanning i barnehage, oppfylt	100	91	92	prosent	
Barnehage og skole	10 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. tr.	30	24	23	prosent (k)	
	11 Laveste mestringsnivå i regning, 5. tr.	28	26	24	prosent (k)	
	12 Trives på skolen, 7. trinn	88	86	86	prosent (k)	
	13 Mobbes på skolen, 7. trinn	5,1	7	7	prosent (k)	
	14 Gjennomsnittlig grunnskolepoeng	43,7	42,7	43,3	poeng (k)	
	15 Gjennomføring i vdg. opplæring	75	79	79	prosent (k)	
Fritid og nærmiljø	16 Fornøyd med lokalmiljøet, 2021	69	68	68	prosent (a,k)	
	17 Fornøyd med treffsteder, 2021	52	47	46	prosent (a,k)	
	18 Med i fritidsorganisasjon, 2021	54	59	60	prosent (a,k)	
	19 Ensomhet, 2021	20	26	25	prosent (a,k)	
	20 Regelbrudd, Ungd. 2021	11	8,6	8,6	prosent (a,k)	
	21 Skjermtid over 4 timer, 2021	45	51	49	prosent (a,k)	
Helse og helseatferd	22 Fornøyd med helse, 2021	63	66	68	prosent (a,k)	
	23 Høy tilfredshet med livet, Ungd. 2021	52	49	49	prosent (a,k)	
	24 Psykiske plager, 2021	14	18	17	prosent (a,k)	
	25 Psykiske sympt./lidelser, 15-24 år	152	175	166	per 1000 (a,k)	
	26 Søvnproblemer, 2021	29	33	31	prosent (a,k)	
	27 Trener sjeldnere enn ukentlig, 17 år	32	28	27	prosent (k)	
	28 Overvekt og fedme, 17 år	22	23	22	prosent (k)	
	29 Reseptfrie smertest. ukentlig, 2021	18	16	16	prosent (a,k)	
	30 Alkohol, har vært beruset, 2021	17	12	13	prosent (a,k)	

2702231351.0103231313.3817



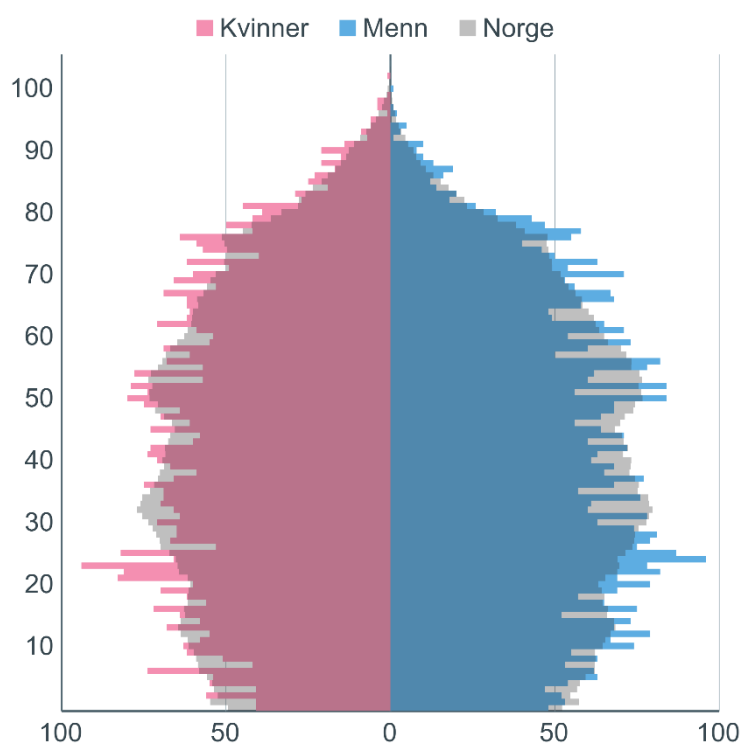
Del 3 - Helsetilstand og påvirkningsfaktorer – statistikk og tallgrunnlag

3. 1 Befolknings sammensetning

Befolknings sammensetning og -framskrivning er viktig kunnskap for kommunens strategiske planlegging og arealbruk knyttet til sentrale områder som plassering av boliger og boligområder, næringsvirksomhet, kollektivtransport, gang- og sykkelmuligheter, møteplasser, grønnkorridorer/tilgang til friluftsområder, kulturanlegg, skoler, barnehager og helse- og omsorgstjenester.

Befolknings sammensetningen i en kommune er et resultat av levealder, fødselsoverskudd, innvandring/utvandring inklusiv arbeidsinnvandring, og utflytting/innflytting.

Befolknings sammensetning kan i seg selv være en utfordring, kombinasjonen av en stor og økende andel eldre og færre i yrkesaktiv alder kan medføre utfordringer med å rekruttere nok fagpersoner til viktige kommunale tjenester.

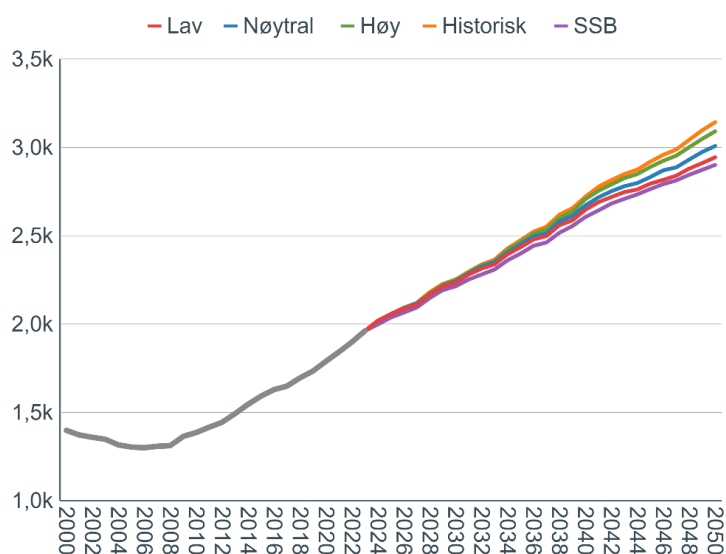


Figur 2. Antall innbyggere etter kjønn og alder i Midt-Telemark. Skyggen viser hvordan fordelingen på kjønn og alder er i Norge. <https://regionalanalyse.no/rapport/3817/2/2>

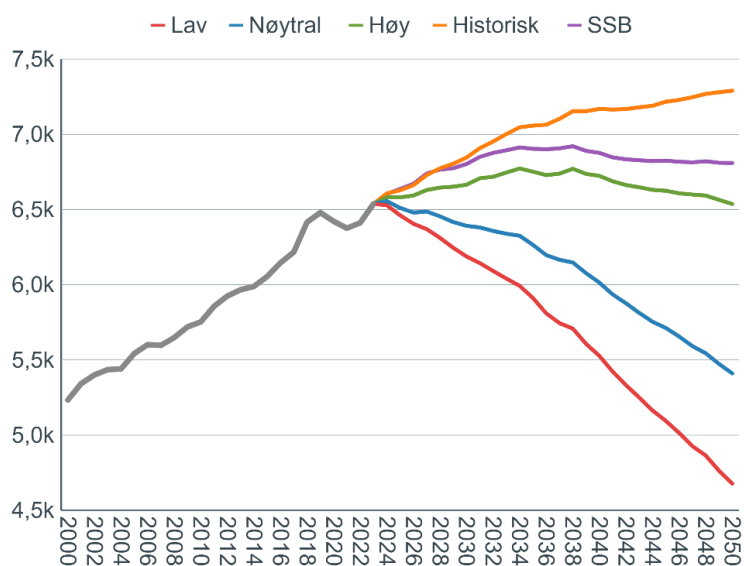


3.1.2 Alderssammensetning – framskriving

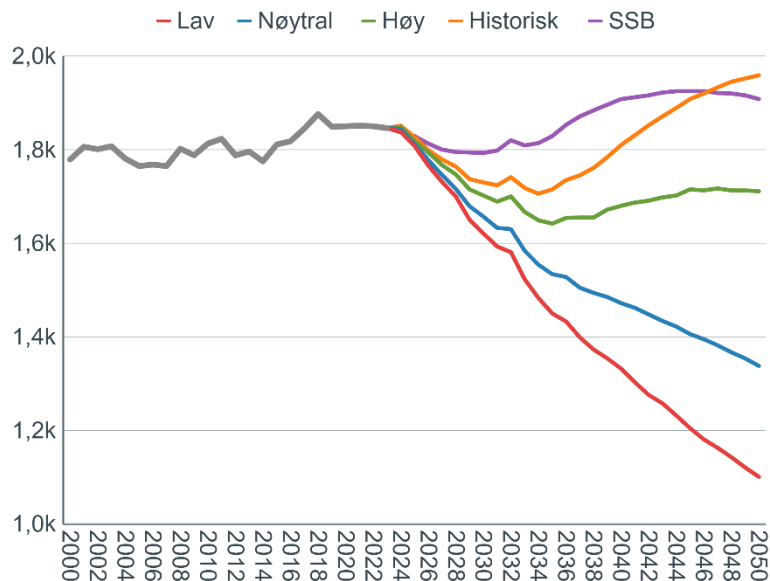
Alderssammensetning er en viktig del av befolknings sammensetningen. Framskrivning av folketallet fra 2020 til 2040 viser at det vil bli en økning i de eldste aldersgruppene i kommunen. Økningen er spesielt stor i aldersgruppen 80 år og eldre. Årsakene er en stadig økning i levealder, og at de store etterkrigskullene kommer i de høyeste aldersgruppene. Framskrivning langt fram i tid er alltid forbundet med usikkerhet, men usikkerheten er vesentlig lavere for befolkningen over 50 år, da disse i mindre grad enn de yngre aldersgruppene flytter på seg.



Figur 3. Utvikling i antall innbyggere i aldersgruppe 67+ i ulike scenarier i Midt-Telemark.
<https://regionalanalyse.no/rapport/3817/4/3>



Figur 4. Utvikling i antall innbyggere i aldersgruppe 20-67 i ulike scenarier i Midt-Telemark.
<https://regionalanalyse.no/rapport/3817/4/3>



Figur 5. Utvikling i antall innbyggere i aldersgruppe 0-15 i ulike scenarier i Midt-Telemark.
<https://regionalanalyse.no/rapport/3817/4/3>

3.1.3 Forsørgerbyrde

Forsørgerbyrde defineres som forholdet mellom personer i yrkesaktiv alder (20-64 år) og personer over 65 år. Indikatoren har betydning for opprettholdelse av økonomisk og sosial velferd, jo høyere tall indikatoren har, jo bedre bærekraft har kommunen innen dette området. Mens forsørgerbyrden i Midt-Telemark kommune (Tall for Bø og Sauherad summert) var om lag 3,1 i 2018, vil den ifølge framskrivningen fra Statistisk sentralbyrå, bli redusert til 2,4 i 2040⁷. Dette illustrerer tydelig utfordringer knyttet til tilgjengelige ressurser, både i form av økonomi og arbeidskraft. Siden tallene er fra 2018, kan man se på demografien i de ulike delene av Midt-Telemark kommune basert på den gamle kommuneinndelingen.

Forsørgerbyrde Sauherad 2018: 2,8

Forsørgerbyrde Bø 2018: 3,4

Forsørgerbyrde Sauherad 2040: 1,5

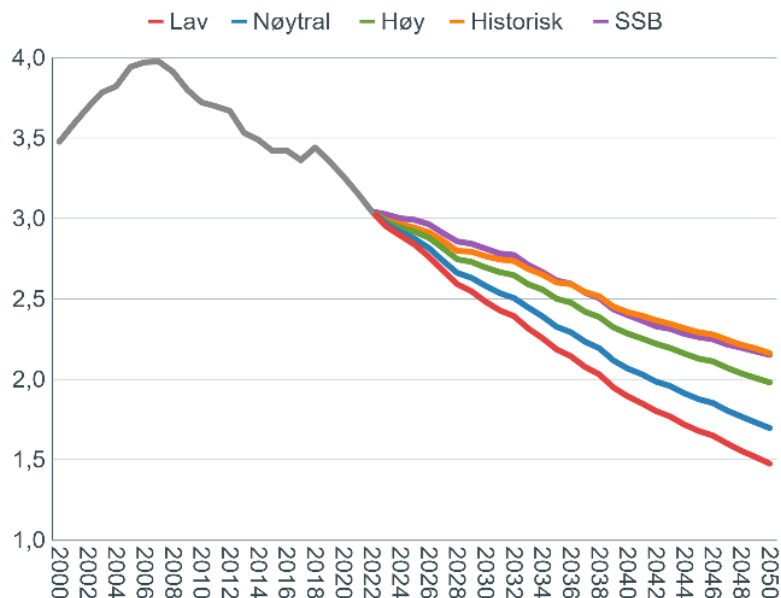
Forsørgerbyrde Bø 2040: 3,2

Forsørgerbyrde Midt-Telemark 2022: 3

Forsørgerbyrde Midt-Telemark 2030: 2,5-2,8

Forsørgerbyrde Midt-Telemark 2040: 1,9-2,4

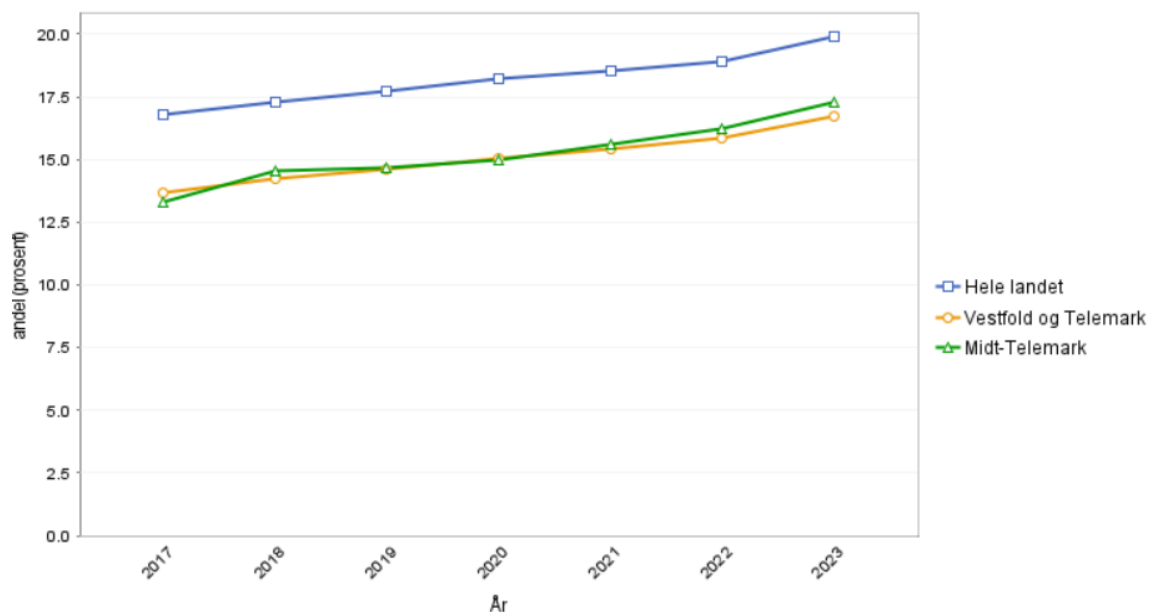
⁷ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivinger-fram-til-2040-for-hver-enkelt-kommune-sok-i-kart>



Figur 6. Framskrivning av forsørgerbyrden fram til 2050. Kilde: Telemarksforsking, <https://regionalanalyse.no/rapport/3817/4/2> .

3.1.4 Innvandrere

Innvandrere er personer som enten har innvandret selv, eller er barn av to innvandrerforeldre. I Midt-Telemark kommune utgjorde innvandrere 17,3 % prosent av den samla befolkninga i 2023. I Vestfold og Telemark er tallet 16,7 prosent og landet 19,9 prosent. Flere europeiske land er representert blant landene med flest arbeidsinnvandrere. Krigen i Ukraina har resultert i en betydelig økning av ukrainske flyktninger.



Figur 7. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre – totalt, alle aldre, andel (prosent)



Endring i arbeids/næringsstruktur og flyktninge- og innvandringspolitiske beslutninger vil til enhver tid ha stor innvirkning på sammensetning av, og landbakgrunn til innvandrere. Innvandrere representerer en ressurs for samfunnet på mange måter. En god planlegging fra kommunens side bidrar til at de som kommer til kommunen fra andre land blir inkludert og bidrar i sine lokalsamfunn.

På samme måte som for resten av befolkningen er helsetilstanden blant innvandrere ulik. Helse varierer mer mellom innvandrergrepper enn mellom innvandrere samlet og befolkningen ellers. Opprinnelsesland, innvandringsårsak og botid i Norge har stor betydning for innvanderpopulasjonens helse.

3.2 Oppvekst- og levekårsforhold

Oppvekst og levekår har stor betydning for innbyggernes helse. Å legge til rette for at alle barn i kommunen får en god og trygg oppvekst er i seg selv et mål. Oppveksten har også stor betydning for helse og livskvalitet senere i livet. Familiens levekår påvirker barns oppvekst. Foreldrenes inntekt og utdanning, familiens bolig, steder å møte andre og tilgang til gode tjenester er viktige påvirkningsfaktorer. Det er en sterk sammenheng mellom sosioøkonomiske forhold, slik som inntekt og utdanning, og helse. Statistisk har personer med høy inntekt og utdanning bedre helse og lever lengre enn de med mindre inntekt og utdanning. I samfunn der ulikhetene i sosioøkonomisk status er mindre, er folkehelsen bedre.

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

Ifølge folkehelseloven skal kommunen ta hensyn til sosial ulikhet i sin planlegging, og sosiale helseforskjeller skal motvirkes med de virkemidlene kommunen har, blant annet gjennom planlegging og tjenesteyting

3.2.1 Utdanningsnivå

I Midt-Telemark kommune er utdanningsnivået definert som videregående eller høyere utdanning, relativt likt landsgjennomsnittet. Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste 30 årene. Men helsegevinsten har vært størst for dem som allerede hadde den beste helsen - gruppen med lang utdanning, god inntekt og som lever i parforhold. Helsegevinstene har ikke økt like mye for gruppen med lav utdanning og inntekt. Derfor har forskjellene i helse økt, særlig de siste ti årene.

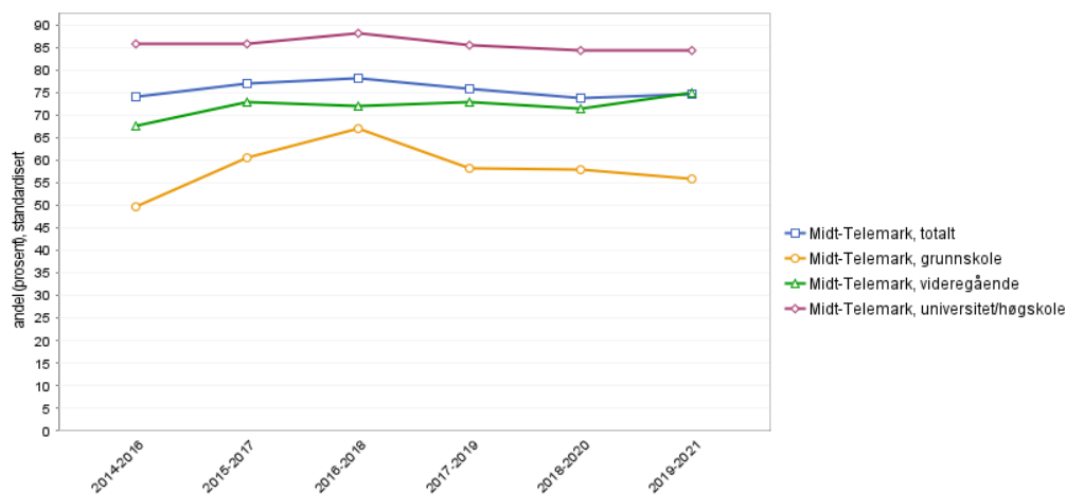
Utdanningsnivå henger også sammen med risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer: røyking, BMI, blodtrykk og kolesterol. Forskjellene er uavhengig av alder. Lavekår har betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk og andre rusmidler.



3.2.2 Frafall i videregående skole

For elever i videregående skole har det vært en liten økning i frafall fra 2012-2014 til 2019-2021.

Midt-Telemark ligger nå litt over landsgjennomsnittet i frafall fra videregående opplæring.

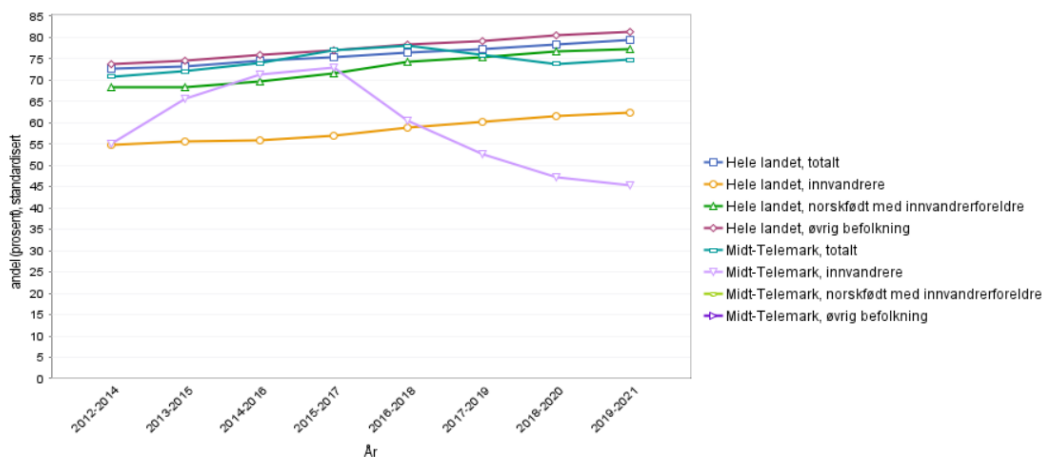


Figur 8. Gjennomføring i videregående opplæring etter foreldrenes utdanningsnivå

3.2.3 Gjennomføring i videregående opplæring etter innvandringsbakgrunn

Formelle kvalifikasjoner er av betydning for mulighetene for videre utdanning og arbeid. Tall viser at det er blitt vanskeligere å få jobb i Norge for unge med lav utdanning. Unge uten fullført videregående opplæring havner oftere utenfor arbeid og utdanning, og har større sannsynlighet for langvarig utenforskap. Utdanning trekkes også frem som en viktig kilde til integrering. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole. Frafall fra videregående kan i tillegg til individuelle konsekvenser også ha samfunnsøkonomiske konsekvenser.

Gjennomføring i videregående opplæring med innvandringsbakgrunn i Midt-Telemark ligger lavere enn landsgjennomsnittet (28% lavere – forholdstall 0,72).



Figur 9. Gjennomføring i videregående opplæring etter innvandringsbakgrunn – kjønn samlet

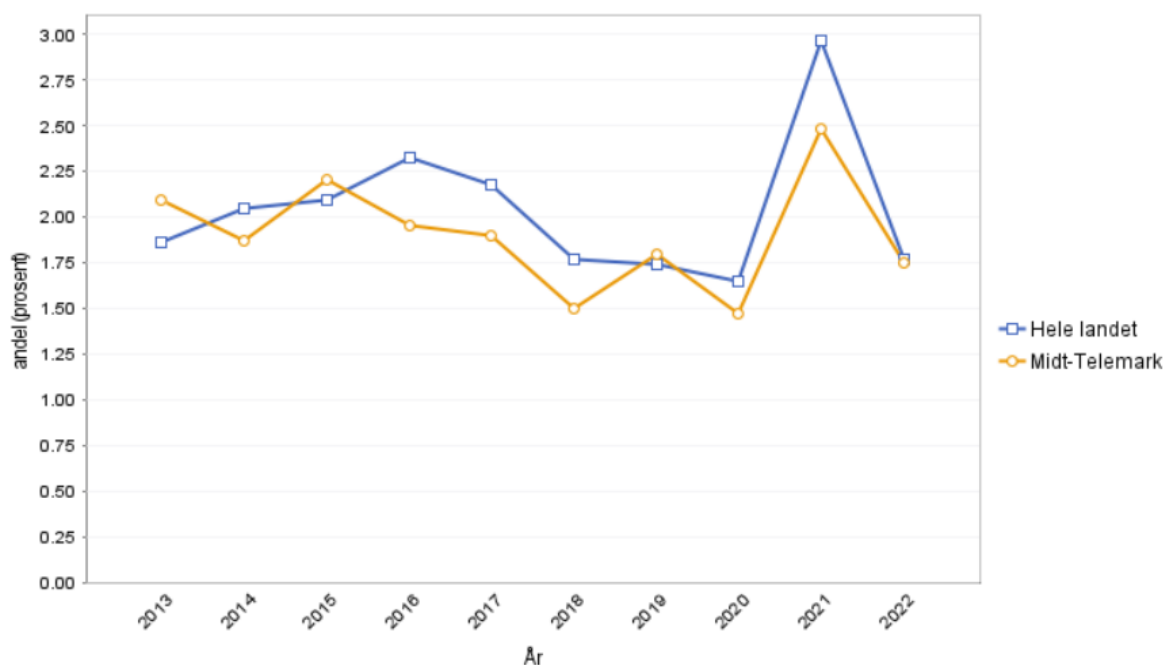


3.2.4 Arbeid

For de fleste voksne er arbeid en stor og viktig del av livet. De som er i arbeid, har i gjennomsnitt bedre helse enn de som står utenfor arbeidslivet. God variasjon når det gjelder arbeidsplasser er viktig for å kunne tilby innbyggerne tilhørighet til lokalmiljø og kommunen, og hindre utenforskap (Folkehelseinstituttet). Høy deltakelse i arbeidslivet er også avgjørende for velferdsstatens bærekraft. For den enkelte betyr arbeid inntekter som kan brukes til å kjøpe varer, tjenester, fritidssysler og bolig, kort sagt frihet til å utfolde seg i tråd med det en mener er et godt liv. For mange kan arbeidet også gi tilgang til sosialt fellesskap og være en arena for selvrealisering og utfoldelse. (Dahl, E, 2014).

Selv om arbeid stort sett er positivt for helsen, kan et dårlig fysisk og psykososialt arbeidsmiljø ha en uheldig påvirkning på helsen og bidra til å øke sosiale helseforskjeller. Spesielt arbeidstakere med lavere utdanning og manuelle yrker, kan være utsatt for ekstra belastninger. Det kan være ugunstige arbeidstider, tunge løft, ubehagelige arbeidsstillinger, aktiviteter med repeterende fysisk aktivitet, støy- og vibrasjonspåvirkning, og kontakt med ulike kjemikalier. Disse arbeidstakerne har også i mange tilfeller lite kontroll over sin arbeidssituasjon, og har blant annet begrenset mulighet til å ta pauser når de føler behov for det. Kombinasjonen av høye fysiske krav og lite autonomi og kontroll over egen arbeidssituasjon, kjennetegner enkelte industri- og serviceyrker. Dette kan påvirke sjansen for å utvikle psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, og hjerte- og karsykdommer. Psykososiale forhold, slik som manglende sosial støtte og hjelp fra kolleger eller overordnede, og opplevelse av anerkjennelse for arbeidsinnsats, er i liten grad sosialt skjevfordelt i de ulike yrkene. (Dahl 2014).

I Midt-Telemark er arbeidsledigheten på landsgjennomsnittet.



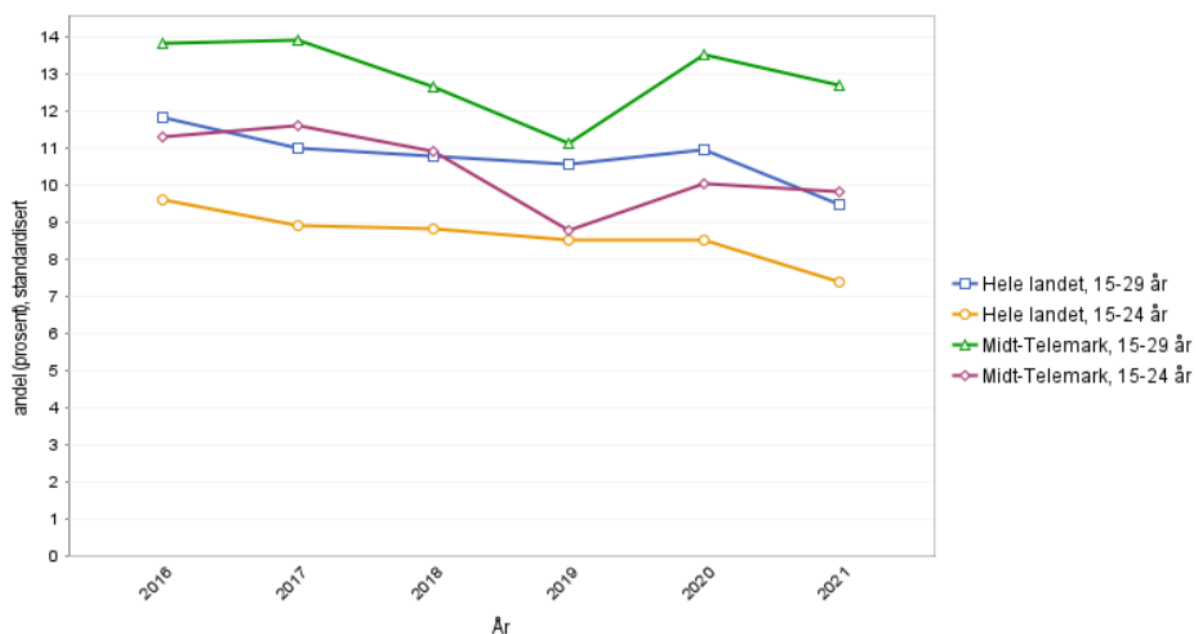
Figur 10. Arbeidsledighet, registrerte – 15-74 år, kjønn samlet, andel (prosent).



3.2.5 Utenfor arbeid, utdanning og opplæring

De som står utenfor arbeid og/eller utdanning i alderen 15-29 år, er en sammensatt gruppe av personer i ulike livssituasjoner. Den består av blant annet langtidsledige, unge med alvorlige helseproblemer, personer som er hjemmeværende og blir forsørget av andre, og personer som har valgt å ta et friår i utdanningsløpet. Personer som er i denne gruppen et gitt år, ser ut til å ha mer varige problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet. En del av disse vil være å finne blant de arbeidsledige, mens andre går ut av arbeidsstyrken ved at de etter hvert slutter å søke arbeid. Blant dem som blir værende utenfor over lengre tid, er det klar overvekt av unge med helseutfordringer og uten videregående utdanning.

Det er flere unge i Midt-Telemark som befinner seg utenfor arbeid, utdanning og opplæring enn landsgjennomsnittet i aldersgruppen mellom 15 og 29 år.



Figur 11. Utenfor arbeid, utdanning og opplæring – Kjønn samlet, totalt, andel (prosent), standardisert.

3.2.6 Ulikhet i inntekt

Midt-Telemark befinner seg helt på landsgjennomsnittet.

3.2.7 Barn i lavinntektsfamilier

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Levekår har stor betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk og andre rusmidler.

Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. I tillegg har det å vokse opp i familier som over tid har lavinntekt stor betydning for barnas helse og velferd. Det å vokse opp i familier som over tid har lav inntekt har stor betydning for barn og unges helse og mulighet for deltakelse og aktivitet både i oppveksten og senere i livet. Det kan innebære at barna for eksempel ikke kan delta i fritidsaktiviteter, eller har råd til å kjøpe bursdagsgaver. Husholdninger

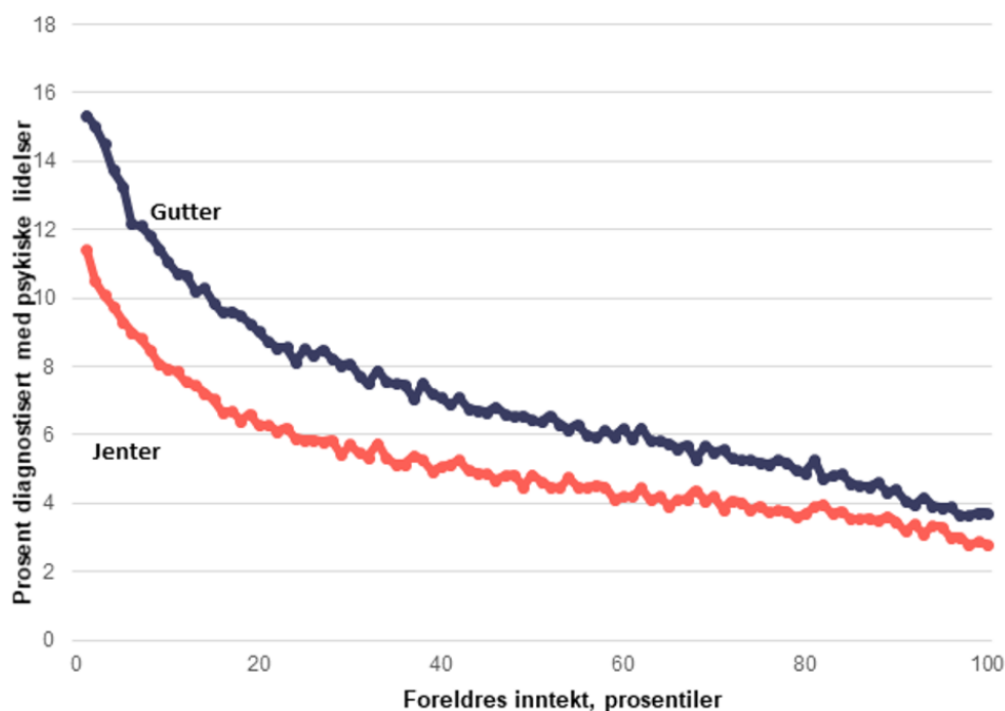


med barn og unge i lavinntektsfamilier kjennetegnes ofte av hushold uten arbeidstilknytning, hvor hovedforsørger har lav utdanning, er enslig forsørger eller har innvandrerbakgrunn.

Barn av foreldre med aller lavest inntekt har tre til fire ganger så høy sannsynlighet for å bli diagnostisert med psykiske lidelser, sammenliknet med barn av de aller rikeste foreldrene, viser en studie fra Folkehelseinstituttet⁸.

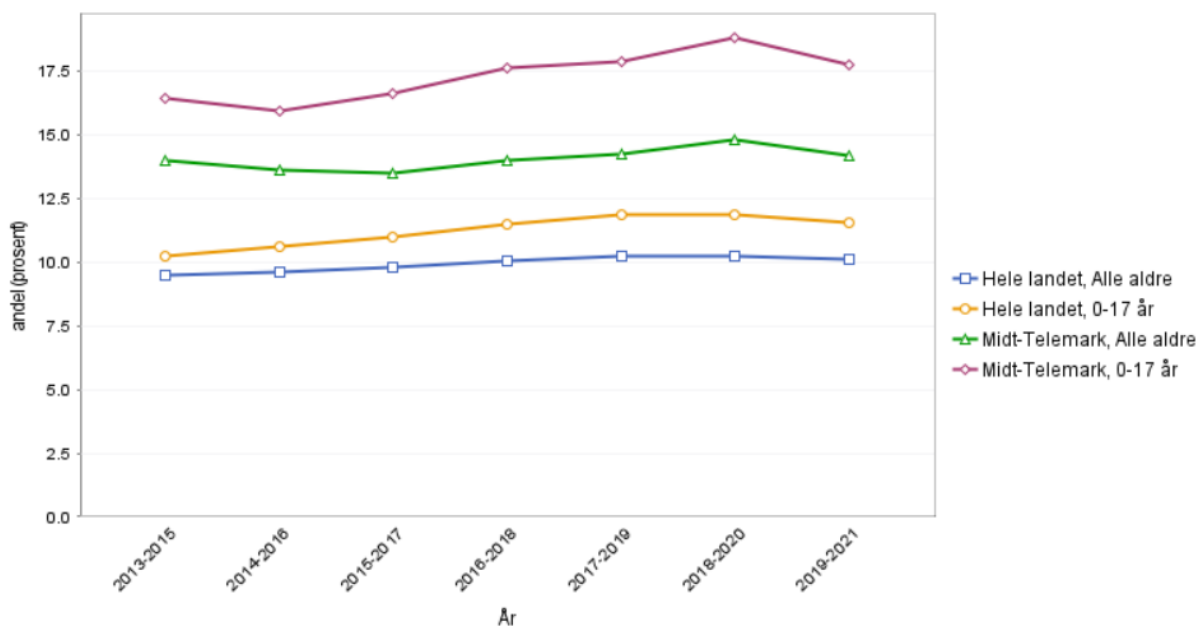
Andelen barn som bor i husholdninger med vedvarende lav inntekt, er høyere i Midt-Telemark enn i landet som helhet. I 2023 bor 18 % av barn under 18 år i Midt-Telemark i familier med lavinntekt. Hvis det er slik at disse barna, grunnet foreldrenes sosioøkonomiske situasjon, har dårligere fremtidsutsikter enn andre barn, er dette bekymringsfullt.

Psykiske lidelser etter foreldres inntekt



Figur 12. Psykiske lidelser etter foreldres inntekt.

⁸ Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study av Jonas Minet Kinge, Simon Øverland, Martin Flatø, Joseph Dieleman, Ole Røgeberg, Maria Christine Magnus, Miriam Evensen, Martin Tesli, Anders Skrondal, Camilla Stoltenberg, Stein Emil Vollset, Siri Håberg, Fartein Ask Torvik i International Journal of Epidemiology, dyab066, <https://doi.org/10.1093/ije/dyab066> Publisert 11. mai 2021

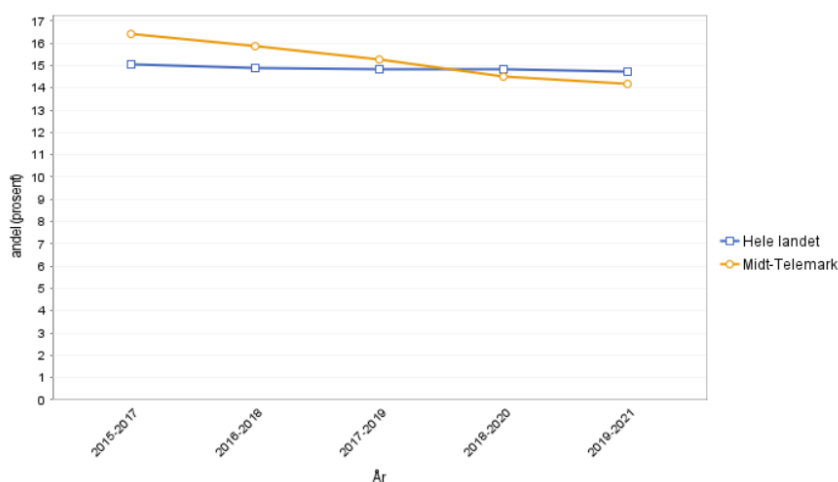


Figur 13. Vedvarende lavinntekt (husholdninger) – EU 60, andel (prosent)- Personer som bor i husholdninger med inntekt under 50% og 60 % av nasjonal medianinntekt over en treårsperiode, beregnet etter EU-skala.

3.2.8 Barn av eneforsørgere

Selv om de aller fleste barn som vokser opp med en enslig forsørger har det bra og greier seg godt, kan disse familiene ha enkelte utfordringer som kan påvirke barn og unges helsetilstand. For mange kan hverdagen være krevende, noen eneforsørgere kan ha mindre ressurser i form av dårligere økonomi og mindre tid til barna. Statistisk er det økt forekomst av psykiske helseproblemer blant eneforsørgere, noe som kan virke inn på foreldreferdigheter. Forhold mellom foreldre som ikke lever sammen kan være preget av økt konfliktnivå, noe som kan gå ut over barna og føre til emosjonelle problemer og atferdsproblemer.

I Midt-Telemark er andelen barn av eneforsørgere relativt likt landsgjennomsnittet.



Figur 14. Barn av eneforsørgere

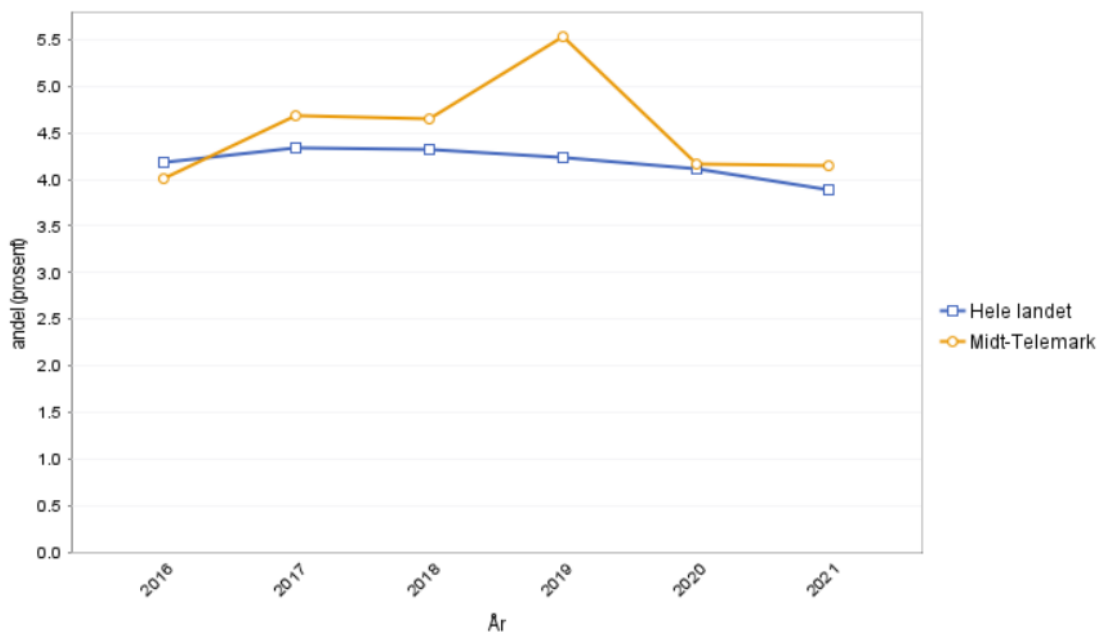


3.2.9 Barn med barnevernstiltak

Barnevernstiltak omfatter en rekke ulike tiltak som iverksettes for å ivareta barns omsorgsbehov. Barnevernet kan sette inn ulike hjelpetiltak for å øke foreldrekompetansen, kompensere for mangler i omsorgen, eller avlaste foreldrene. Dersom barnevernets hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig for å sikre barnet en forsvarlig omsorgssituasjon, kan barnet flyttes ut av hjemmet. Barnevernstiltak omfatter hjelpetiltak og omsorgstiltak. Eksempler på hjelpetiltak er økonomisk stønad, barnehage, støttekontakt, tilsyn, besøkshjem/avlastningshjem, hjemmekonsulent, avlastningsinstitusjon, foreldre-/barn-plasser, poliklinisk behandling i psykisk helsevern for barn og unge og hjelp til bosted. Omsorgstiltak omfatter beredskapshjem, fosterhjem, barnevernsinstitusjon, andre behandlingsinstitusjoner eller andre omsorgstiltak borte fra hjemmet. Alle vedtak om å ta omsorgen for barnet og plassere det i til oppfostring borte fra hjemmet skal avgjøres i fylkesnemnda.

Andelen barn med barnevernstiltak i Midt-Telemark er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået. Barn som har vært i kontakt med barnevernet fullfører høyere utdanning i mindre grad, og flere blir mottakere av helserelaterte ytelser senere i livet enn sine jevngamle uten samme erfaring

Å ha gode tjenester som følger opp sårbare barn er en investering både for den enkelte og for samfunnet som helhet også i Midt-Telemark.



Figur 15. Barn med barnevernstiltak

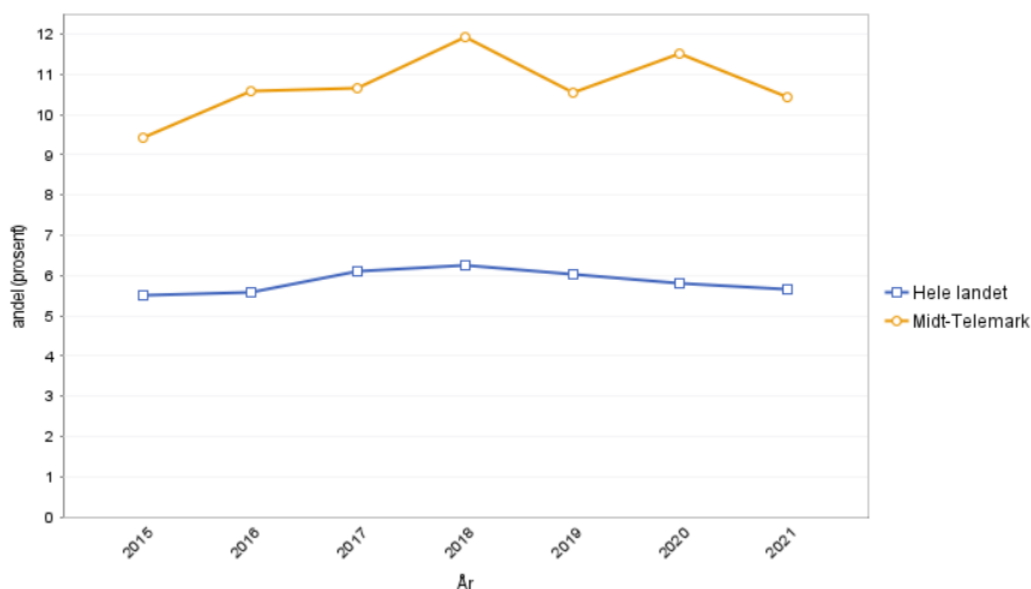
3.2.10 Barn av sosialhjelpsmottakere

Barn av sosialhjelpsmottakere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Barn som tilhører husholdninger med eneforsørgere, lav inntekt, mottak av sosialhjelp, dårlig yrkestilknytning og lavt utdanningsnivå hos foreldrene, har større sannsynlighet for å selv tilhøre lavere inntektsklasser som voksne sammenlignet med andre barn⁹

⁹ EPLAND J, KIRKEBERG MI «Går økonomiske levekår i arv?», Samfunnsspeilet, 2010/2

Mindre ressurser i form av dårligere økonomi kan føre til at barna ikke kan delta i sosiale aktiviteter sammen med jevnaldrende. Det er også vist at det er langt større innslag av helseproblemer blant sosialhjelpsmottakere enn i befolkningen ellers, noe som kan virke inn på foreldreferdigheter og dermed barna. Det er imidlertid viktig å være klar over at det er mange grunner til å motta spesielt kortsiktig sosialhjelp, og at dette ikke trenger å bety at barna er mer utsatt enn andre barn.

Andelen barn i familier som har mottatt sosialhjelp minst én gang i løpet av året er høyere i Midt-Telemark enn landsnivået. Barn av sosialhjelpsmottakere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt.

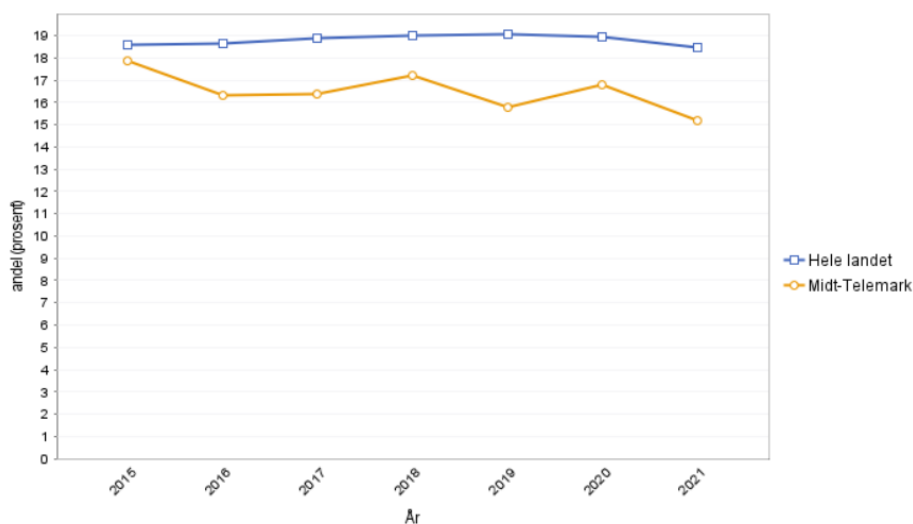


Figur 16. Barn av sosialhjelpsmottakere – Minst én gang, andel (prosent)

3.2.11 Boforhold

Trangboddhet er én av flere indikatorer på redusert bokvalitet. Bokvalitet har betydning for helse på flere måter. En vanskelig bosituasjon kan påvirke barn og unges levekår og helse; det påvirker skoleprestasjoner og deres sosiale liv. Vedvarende lav bokvalitet og langvarig leie av bolig øker sannsynligheten for at barn ikke tar med venner hjem. Vanskeligstilte på boligmarkedet er som regel i utgangspunktet en marginalisert gruppe med kjennetegn som lav inntekt, lav eller ingen utdanning og svak arbeidsmarkedstilknytning - i et befolkningsperspektiv er dette sammenfallende med dårligere helsetilstand. For sårbare grupper kan en vanskelig bosituasjon bidra til å forsterke og opprettholde eksisterende helseproblemer og sosiale utfordringer.

I Midt-Telemark er det litt flere som leier bolig enn landsgjennomsnittet, men det er litt færre som bor trangt.

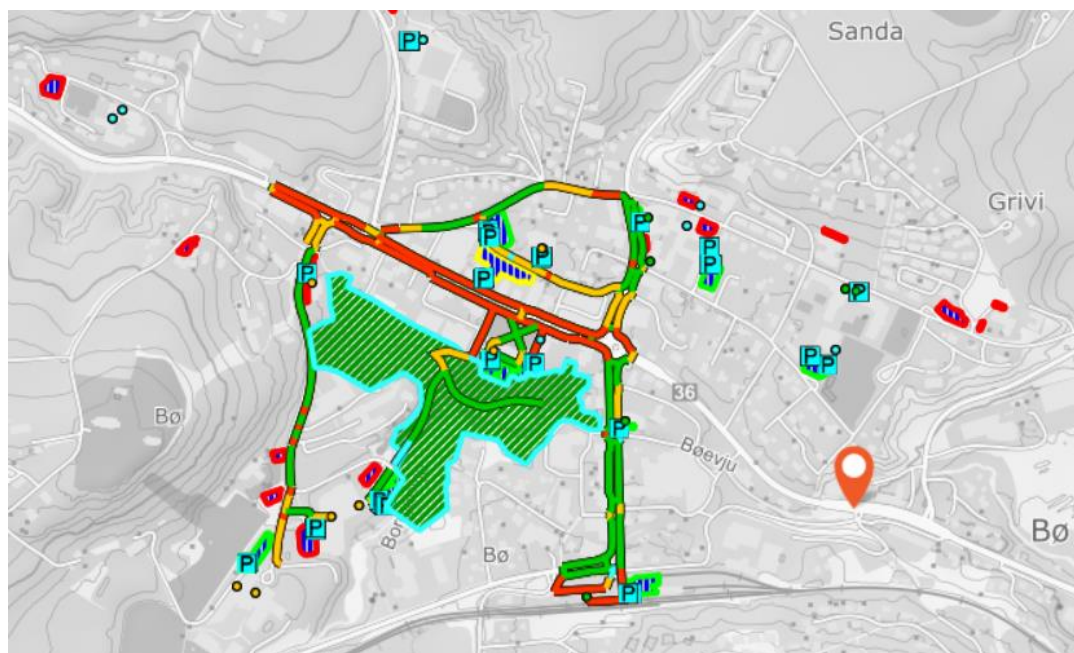


Figur 17. Andel (prosent) som bor trangt – aldersgruppen 0-17 år.

3.2.14 6Universell utforming

Midt-Telemark kommune har ingen samlet oversikt eller datasett over status for universell utforming (UU) i kommunen. Universell utforming (UU) innebærer at de fysiske omgivelsene blir utforma slik at de i så stor utstrekning som mulig kan brukes av alle uten spesielle tilpasninger eller hjelpemiddel. Ved å legge til rette for universell utforming og aldersvennlige samfunn, legger en til rette for alle.

Statens kartverk har kartlagt tilgjengelighet for Bø sentrum. De viser at få områder er fullt ut tilgjengelige.



Figur 18. Tilgjengelighetskartlegging for Bø sentrum.

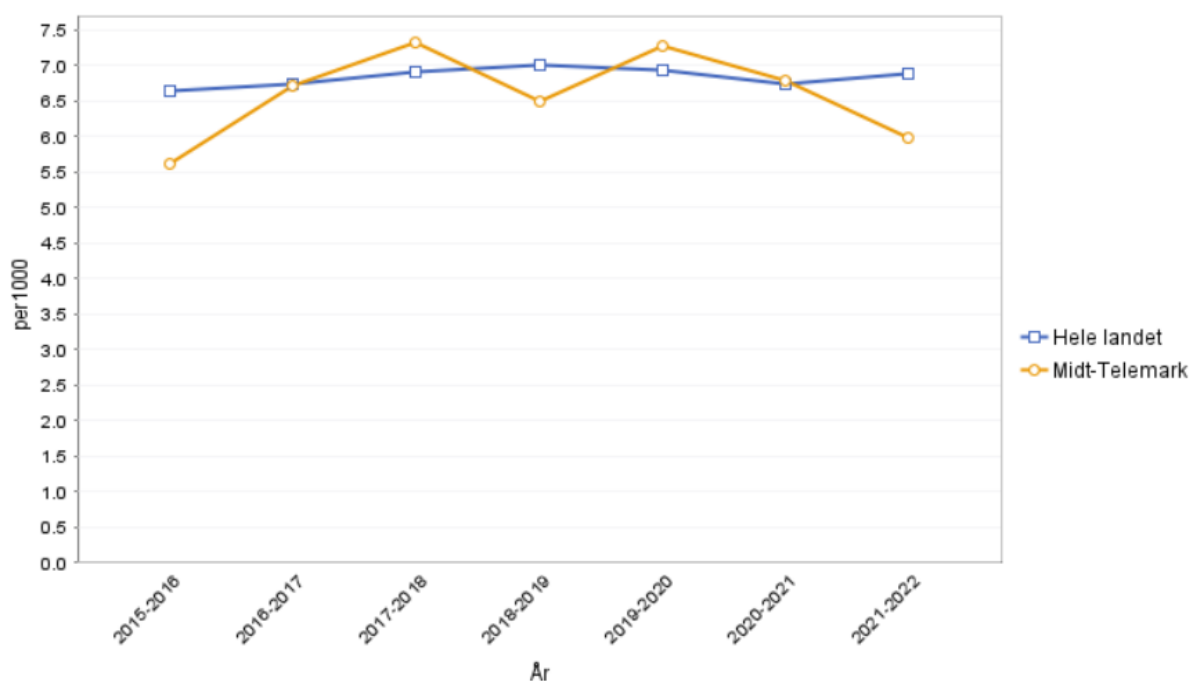


På grunn av manglende kartlegging/oversikt har administrasjon og politikk et for dårlig grunnlag for å ta i vare universell utforming i vurdering av utbygginger og utbedringer. Økt kunnskap og inkludering av ulike grupper i planleggingsprosesser vil bidra til at UU blir prioritert i alle saker. En forutsetning er at UU er en faktor som blir tatt med fra starten, og at de som skal uttale seg/bidra også blir invitert inn i prosessen fra starten.

3.2.15 Vold og mishandling, anmeldte tilfeller

Vold og mishandling har et betydelig omfang og er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. Nesten en tredjedel av befolkningen (44% av menn og 22% av kvinnene) har blitt utsatt for alvorlig vold en eller annen gang i løpet av livet. Rundt fem prosent har blitt utsatt for alvorlig vold i løpet av oppveksten. Det finnes ulike former for vold. Voldsbegrepet omfatter både fysisk vold, seksuelle og psykiske overgrep og omsorgssvikt. Vold i nære relasjoner omfatter vold og overgrep som er rettet mot familiemedlemmer. Konsekvensene av å bli utsatt for vold er mangfoldige og omfatter alt fra ulike alvorlighetsgrader av fysiske skader til død. Psykiske plager som angst, depresjon eller posttraumatisk stresslidelse er vanlig. Vold øker også risikoen for fall i skoleprestasjon og frafall fra utdanningsløp og arbeidsliv. En oversikt over antall anmeldte tilfeller av vold og mishandling kan gi kommunen en oversikt over omfanget av voldsproblematikken som kan være nyttig i det forebyggende arbeidet.

Vold og mishandling, anmeldte tilfeller er lavere i Midt-Telemark enn landsgjennomsnittet. Dette er en nedgang i siste periode. Det er små tall og en kort periode, så det er for tidlig å si om det er en «trend».



Figur 19. Vold og mishandling, anmeldte tilfeller – per 1000.



3.3 Fysisk, biologisk, kjemisk miljø - miljørettet helsevern

3.3.1 Stråling – radon og annen stråling

Dette omfatter primært stråling fra radon i grunnen og påvirkning av elektromagnetiske felt fra høyspentlinjer, transformatorstasjoner etc.

3.3.1.1. Radon

Midt-Telemark kommune bruker Miljøhygienisk på Notodden som faglig rådgiver, og innbyggere kan kontakte dem ved spørsmål om radon og radonmåling. Informasjon om dette ligger på kommunens hjemmeside. Hvis inneluften inneholder mer enn 100 Bq/m³, bør det gjøres tiltak for å redusere nivået (dsa.no). For bygg som skoler og barnehager og for utleieleiligheter er det lovpålagt å gjøre tiltak. Også i privatboliger bør det gjøres tiltak for å få verdiene så lave som praktisk mulig. Strålevernforskriften stiller krav om kartlegging av radon i skoler, barnehager og utleieboliger.

3.3.1.2 Annen stråling

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet og Nasjonal kommunikasjonsmyndighet har publisert en brosjyre om stråling fra trådløs teknologi (mai 2020). Der står det bl.a.: «Resultatene av en lang rekke målinger av utstyr for trådløs kommunikasjon gir trygghet for at vi i hverdagen eksponeres for lave nivåer av stråling».

3.3.2 Støy

I overkant av to millioner nordmenn er utsatt for støy over anbefalt nivå der de bor.

Støyforurensning øker, og kan gi ulike helseplager. Noen typer støy kan gi hørselstap og plager med øresus (tinnitus).¹⁰ Støy bidrar til redusert velvære og mistrivsel, og påvirker folks helsetilstand. Problemer knyttet til støy bagatelliseres ofte av de som ikke er berørt selv eller har et eierskap til støykilden. Veitrafikk er den klart største støykilden, men luftfart, skinnegående trafikk samt industri og næringsvirksomhet bidrar også til støy. Langvarig eksponering for støy øker risikoen for søvnforstyrrelser og hjerte- og karsykdom.

Støyforurensning er et økende problem. Fortetting og urbanisering skaper utfordringer, spesielt når boliger etableres i områder med kollektivknutepunkter og mye trafikk. Midt-Telemark har jernbane med stasjon i Bø som er lokalisert sentralt i Bø i nærheten av nedre del av Breisås boligfelt. (Gvarv?)

Støyeksponering er den vanligste årsaken til hørselstap, når vi ser bort fra aldring. Både plutselige og høye lyder, og langvarige kraftige støybelastninger kan gi permanent hørselstap.

Støyreducerende tiltak på arbeidsplassen har bidratt til å redusere forekomsten av hørselstap. Det er likevel fortsatt for mange som utsettes for sterk støy både på arbeidsplasser og på fritiden.

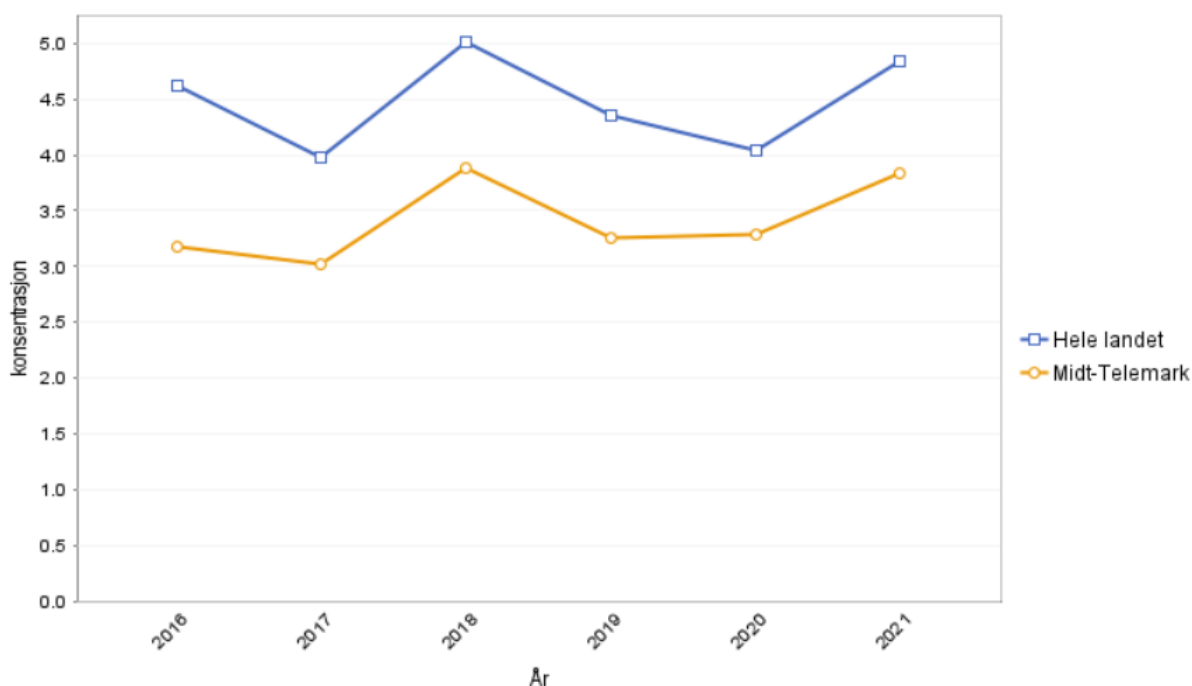
Hørselstap kan gi øresus og psykiske plager. Mellom 5 og 6 prosent av befolkningen rapporterer å ha vedvarende plagsom øresus (tinnitus). På landsbasis har man kommet til at omkring 80 % av støyeksponering som bidrar til plage skyldes vegtrafikk. Det er anslått at ca. 8 % av befolkningen er plaget av vegtrafikkstøy, og ca. 3,5 % er sterkt plaget. Hvis man regner med innbyggere i Midt Telemark kommune utgjør dette, hhv personer.

¹⁰ <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/miljo/stoy/?term=>



3.3.3 Luftforurensning i uteluft - Luftkvalitet, konsentrasjon av fint svevestøv

Fint svevestøv er den luftforurensningskomponenten vi har mest kunnskap om når det gjelder helseeffekter. Det kan både forårsake sykdom og føre til for tidlig død. Svevestøv kan føre til forverring av eksisterende sykdommer som astma, KOLS, lungebetennelse, hjerteinfarkt og slag. Det er også den miljøfaktoren som i størst grad har vært knyttet til for tidlig død i Norge (og på verdensbasis). Denne indikatoren er viktig for å kunne vurdere risikoen for helseeffekter av luftforurensning i befolkningen og vil gi kunnskap om den gjennomsnittlige års-eksponeringen av befolkningen i kommunen. Dette er spesielt viktig for å få oversikt over luftkvaliteten og om den er tilfredsstillende også for de sårbare gruppene. Som forventet, ligger Midt-Telemark under landsgjennomsnittet for svevestøv.



Figur 20. Luftkvalitet, fint svevestøv – konsentrasjon

3.3.4 Miljøgifter og kjemikalier

Dette gjelder primært forurenset grunn, men kan også gjelde forurensning i sjø, vassdrag og grunnvann. Forekomstene av grunnforurensning i Midt Telemark er rester fra ny og gammel industri, næringsvirksomhet og idrettsanlegg, som bilverksted, skytebane og eldre avfallsdeponi.

Miljødirektoratets oversikt på miljøstatus viser i alt 7 kjente lokaliteter med ulik grad av forurenset grunn i kommunen. Det kan være noe avrenning til vassdrag fra disse områdene.



3.4 Klimaendringer

Hovedtrenden for klimaendringer fram mot år 2100 er et varmere, våtere og villere klima. Folkehelseinstituttet har beskrevet hvordan klimaendringene etter hvert gir klare utslag på områder som har helsemessig betydning¹¹

3.4.1 Temperaturøkning

Temperaturøkning kan gi ulike utslag:

- 1) Økt partikkelforekomst i drikkevannskilder stiller strengere krav til renseteknologi og vannbehandling.
- 2) Endringer i dyre- og insektarters utbredelse. Et eksempel på dette er at flått er påvist i større og nordligere områder, noe som vil bidra til økt forekomst av flåttbårne sykdommer økt utbredelse av pollenproduserende planter og dermed økt forekomst av pollenallergi økt nedbør, flom- og skredfare kan gi helse- og beredskapsmessige konsekvenser, og det er spesielt viktig å planlegge for å minimere.

3.4.2 Nedbør, flom- og skredfare

NVE har utarbeidet en egen klimaprofil for Telemark. Årsnedbøren i Telemark er beregnet å øke med cirka 10 %. Nedbørendringen for de fire årstidene er beregnet til:

- Vinter: +30 %
- Vår: +25 %
- Sommer: +0 %
- Høst: +10 %

Det er forventet at episoder med kraftig nedbør øker vesentlig både i intensitet og hyppighet i alle årstider. Nedbørmengden for døgn med kraftig nedbør forventes å øke med cirka 20 %. For varigheter kortere enn ett døgn, er det indikasjoner på enda større økning.

De største skadene på bebyggelse og infrastruktur oppstår ofte i forbindelse med overvann. Overvann skyldes mye regn på kort tid som gir stor avrenning på tette flater uten at det nødvendigvis blir flom i bekker og elver. Episoder med kraftig nedbør ventes å øke vesentlig både i intensitet og hyppighet, og dette vil stille større krav til overvannshåndteringen i fremtiden. Tette flater som asfalterte veier, parkeringsplasser og store takflater gir raskere avrenning enn naturlige flater, og fører til økt fare for flom i bekker og vassdrag dersom vannet ledes for raskt ut i vassdragene. Klimaendringene krever overvannstiltak som bidrar til at overvann ikke ledes til ledningsnett. Når avrenningen øker, øker også hastigheten på vannet slik at erosjonsfaren blir større.

Klimapåslaget for overvann er det samme som klimapåslaget for kraftig nedbør. Det er viktig å ta hensyn til overvann tidlig i arealplanleggingen, da vannet må sikres tilstrekkelig plass. Klimaendringene gjør at flomveier skal kunne tåle mer vann, og vedlikehold av overvannsanlegg må endres, enten i form av hyppigere vedlikehold eller andre tiltak.¹²

¹¹ <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/miljo/klimatesting-og-helse/?term=>

¹² <https://klimaservicesenter.no/kss/klimatesting/telemark>



Økte nedbørsmengder kan føre til skred i områder som tidligere har vært ansett som trygge. Skredfare er sterkt knyttet til lokale terrengforhold, men været er en av de viktigste utløsningsfaktorene for skred. I bratt terreng vil klimautviklingen kunne gi økt hyppighet av skred som er knyttet til regnskyll/ flom, snøfall og snøsmelting. Dette gjelder først og fremst jordskred, flomskred og sørpeskred. Det er derfor grunn til økt aktsomhet mot disse skredtypene. Ved utredning og kartlegging av skredfare i forbindelse med arealplanlegging og utbygging, er det viktig at alle typer skred vurderes nøye i tråd med kravene i plan- og bygningsloven §28 om sikker byggegrunn mot naturfare.

I Telemark er det mange områder med marine avsetninger med mulig fare for kvikkleireskred. De fleste kvikkleireskred utløses av menneskelig aktivitet, men påvirkes også av erosjon i elver og bekker. Økt erosjon som følge av hyppigere og større flommer kan utløse flere kvikkleireskred. Det må gjøres en vurdering av fare for kvikkleireskred for utbygging i områder med marine avsetninger. Faresonekart for kvikkleire er utarbeidet for Midt-Telemark (både i Bø og Sauherad).

3.4.3 Tørke

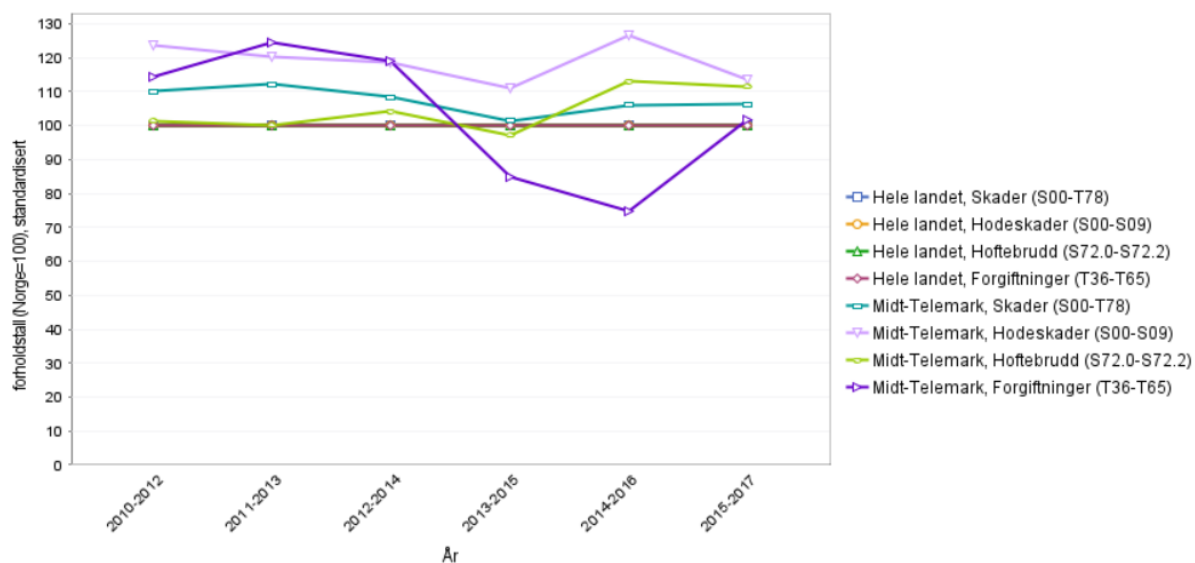
Sommernedbøren i Telemark forventes ikke å øke, men økt temperatur vil føre til at snøsmeltingen vil foregå tidligere, og at fordampningen vil øke både om våren og sommeren. Dermed er det sannsynlig at man kan få noe lengre perioder med liten vannføring i elvene om sommeren, og lengre perioder med lav grunnvannstand og større markvannunderskudd. Dette medfører noe økt sannsynlighet for tørke og skogbrannfare mot slutten av århundret, og kan også gi et økt behov for jordbruksvanning.

3.5 Skader og ulykker

Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelse kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. For vanlig forekommende skaderelaterte og potensielt forebyggbare tilstander, kan sykehusinnleggelse i tillegg gi en pekepinn på potensialet for forebyggende innsats.

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

Det er en liten overrepresentasjon av hoftebrudd og hodeskader i Midt-Telemark sammenliknet med resten av landet, og det kan være en indikasjon på ytterligere innsats når det gjelder fallforebygging blant eldre.



Figur 21. Innleggelse pga skader og ulykker i Spesialisthelsetjenesten – forholdstall (Hele landet = 100).

3.6 Helsereelatert adferd

3.6.1 Fysisk aktivitet

Det er en folkehelseutfordring at befolkningen generelt er for lite fysisk aktiv. Kun tre av ti voksne og eldre oppfyller anbefalingene for fysisk aktivitet, og bare halvparten av 15-åringene. Regelmessig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene er viktig for normal vekst og utvikling. Det virker også positivt på den psykiske helsen, konsentrasjon og læring. Regelmessig fysisk aktivitet i ungdomsårene ser også ut til å være viktig for å skape gode vaner for resten av livet.

Fysisk aktivitet er viktig i forebygging av en rekke plager og sykdommer som overvekt og fedme, type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettplager og enkelte kreftformer. Overvekt og fedme er i ferd med å bli et stort helseproblem i de fleste land, også i Norge. Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning.

Arealplanlegging som legger til rette for fysisk aktivitet i hverdagen, er derfor svært viktig med tanke på folkehelsen i Midt-Telemark.

Bare noen få minutters daglig fysisk aktivitet, tilsvarende rask gange, har stor helsegevinst. Overdreven fysisk aktivitet gir ikke nødvendigvis økt helsegevinst. Det er et stort potensial for økt fysisk aktivitet i det å gå – i fritiden, gjennom daglige gjøremål og ved transport til og fra arbeid, skole og fritidsaktiviteter. Mindre bevegelse i dagliglivet og mer transport forklarer mye av det lave aktivitetsnivået i befolkningen totalt sett (Kilde: Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020 – 2029), og kommunal planlegging blir derfor viktig også i folkehelsesammenheng.

Sammen om aktive liv - Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 har som visjon: Bevegelse og fysisk aktivitet er et naturlig valg for alle gjennom hele livet. Handlingsplanen knytter fysisk aktivitet



tett til folkehelse, og hverdagsaktivitet som gåing og sykling framheves som viktig for å nå hovedmålene:

1. Et mer aktivitetsvennlig samfunn der alle uavhengig av alder, kjønn, funksjonsnivå og sosial bakgrunn gis mulighet til bevegelse og fysisk aktivitet.
2. Andelen i befolkningen som oppfyller helsemessige anbefalinger om fysisk aktivitet er økt med 10 prosentpoeng innen 2025 og 15 prosentpoeng innen 2030.

Anbefalingene fra Helsedirektoratet for barn og unge er fysisk aktive med moderat eller høy intensitet minimum 60 min hver dag, der aktiviteten inkluderer høy intensitet minst tre ganger per uke. Ca 90% av seksåringene, 80% av niåringene og 50% av 15-åringene oppfyller anbefalingene på landsbasis. For voksne er anbefalingene moderat aktivitet i minst 150 minutter per uke, eller 75 minutter med høy intensitet per uke, eller en kombinasjon av disse. Ca 30% av de voksne oppfyller anbefalingene på landsbasis. Bortsett fra noen spørsmål i ungdomsundersøkelsen, finnes det ingen nasjonal registrering av fysisk aktivitet i befolkningen.

Følgende anbefalinger gjelder for barn og unge:

- Minimum 60 minutter fysisk aktivitet hver dag, alternativt fordelt utover uken. Aktiviteten bør være variert og intensiteten både moderat og hard.
- Fysisk aktivitet utover 60 minutter daglig gir ytterligere helsegevinster.
- Minst tre ganger i uka bør aktiviteten være med høy intensitet, og inkludere aktiviteter som gir økt muskelstyrke og styrker skjelettet.

Det er også utarbeidet egne anbefalinger for å redusere tiden vi sitter i ro.

Andel ungdomsskoleelever som er lite fysisk aktive (oppgir at de mindre enn 2 ganger i måneden, sjelden eller aldri er så fysisk aktiv at de blir andpustne eller svette) er i Midt-Telemark 15%. Dette tilsvarer landsgjennomsnittet.

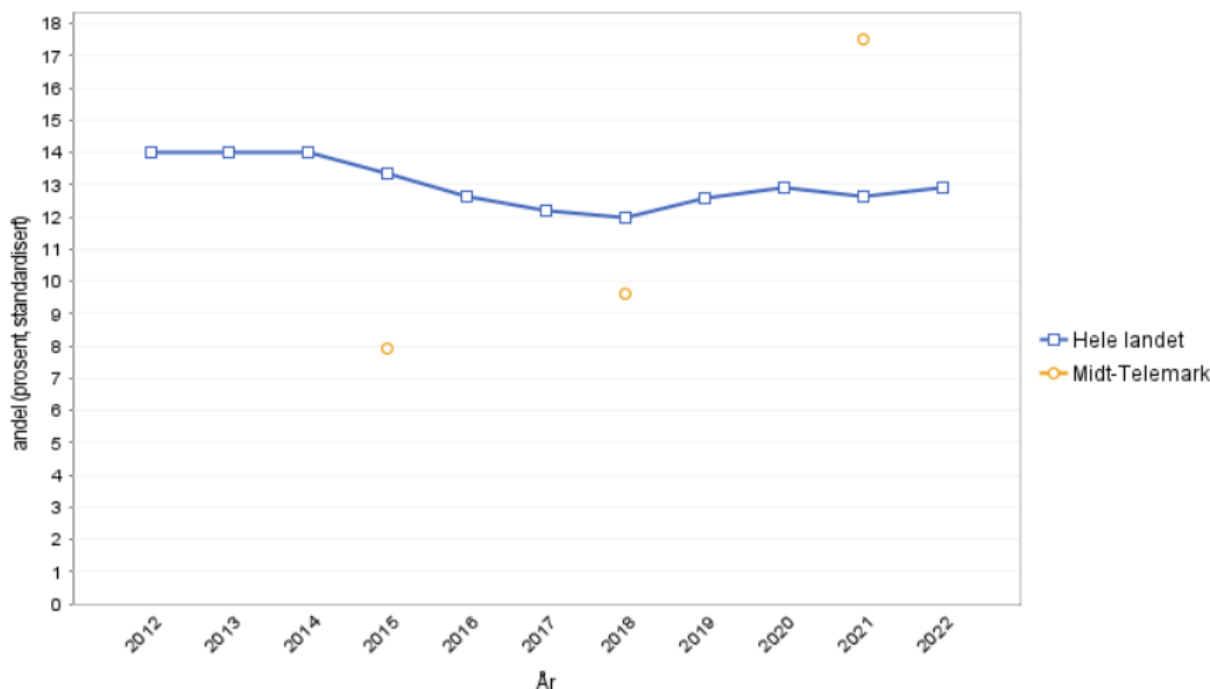
3.6.5 Alkohol

Ungdommer som ofte opplever frykt for å gå glipp av sosiale hendelser, drikker mer alkohol, viser forskningsresultater fra Folkehelseinstituttet¹³. Enkelte har en vedvarende frykt for at andre har gode eller morsomme opplevelser som de selv ikke får tatt del i, på engelsk kalt Fear of Missing Out (FOMO). Nå har forskere ved Folkehelseinstituttet (FHI) undersøkt sammenhengen mellom FOMO og alkoholkonsum hos ungdom. Kort fortalt sier studien at; Høy FOMO-skår = oftere beruset.

Resultatene kan brukes i forebyggende ungdomsarbeid. Foreldre, lærere og andre som driver med forebygging rettet mot unge, kan ha nytte av å vite at alkoholbruk, og eventuelle skadevirkninger, kan begrenses hvis tiltak rettes mot unge som rapporterer høy FOMO-indeks. Foreldrenes holdninger til alkohol har betydning for ungdomers atferd.

Ungdommer i Midt Telemark drikker signifikant mer alkohol enn landsgjennomsnittet, og det bør vurderes forebyggende tiltak.

¹³ <https://www.fhi.no/nyheter/2021/drikker-for-ikke-a-ga-glipp-av-noe-spennende/>



Figur 22. Alkoholbruk.

3.6.6 Røyking og snusing

Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av gruppen som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at gruppen som røyker daglig, i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere, og at 25 prosent av dagligrøykerne dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere. Røyking i svangerskapet øker risikoen for veksthemming hos fosteret. Tallene for røyking blant gravide brukes til å gi informasjon om røyking generelt i befolkningen, ettersom det ikke finnes gode data på resten av befolkningens røykevaner. Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Denne gradienten gjelder også for røyking i svangerskapet. Utjevning av sosiale helseforskjeller er et viktig mål i folkehelsearbeidet.

Andelen røykere i befolkningen er på vei ned, men blant ungdom og unge voksne ser det ut til at snus har overtatt noe for røyking. Snus er ikke like helseskadelig som sigaretter, men er svært avhengighetsskapende og inneholder helseskadelige og kreftfremkallende stoffer. Det er foreløpig ikke tall på snusbruken på kommunenivå. Medisinsk fødselsregister har tall på snusbruk, men disse opplysningene er underrapportert og derfor ikke egnet til statistikkformål.

Andelen gravide kvinner som røyker er signifikant høyere i Midt-Telemark enn i resten av landet. Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking, og med de helserelaterte skadevirkningene dette har for både mor og foster, er dette bekymringsfullt.



Figur 23. Andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll, i prosent av alle fødende med røykeopplysninger.

3.7 Helsetilstanden i Midt-Telemark

3.7.1 Forventet levealder generelt og forskjell i forventet levealder mellom utdanningsgrupper

Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. På lands- og fylkesnivå er dette en stabil og pålitelig indikator som gir informasjon om endringer over tid og om forskjeller mellom befolkningsgrupper. Indikatoren er informativ også på kommunenivå, forutsatt at det tas hensyn til betydningen av tilfeldige svingninger. De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for gruppen med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn gruppen med kortere utdanning og lavere inntekt. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

Forventet levealder i Midt-Telemark er relativt lik landsgjennomsnittet og det er ikke signifikant forskjell i forventet levealder mellom utdanningsgrupper sammenliknet med landsgjennomsnittet.

3.7.2 Tidlig død

Informasjon om tidlig død (her definert som død før 75 års alder) av gitte sykdomsgrupper gir oss viktig informasjon om hvor vi bør sette inn forebyggende tiltak. Dagens dødsårsaksmonster gjenspeiler ikke nødvendigvis befolkningens levevaner de siste årene.

De viktigste dødsårsakene i Norge i dag er hjerte- og karsykdommer og kreft.

I Midt-Telemark ser det ut til at lungerelaterte sykdommer som KOLS er en sykdomsgruppe som bidrar til økt tidlig dødelighet. KOLS er i all hovedsak en konsekvens av røyking, og Midt-Telemark bør ha et ekstra fokus på røykevaner hos ungdom.

Tabell 1. Dødsårsaker i Midt-Telemark kommune i forhold til landsgjennomsnittet (Forholdstall (Norge=100), standardisert).

Dødsårsak	Kjønn	År	2007-	2008-	2009-	2010-	2011-	2012-	2013-
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Alle dødsårsaker	Menn	98	100	103	97	100	105	103	
	Kvinner	108	107	111	107	107	106	96	
Hjerte- og karsykdommer	Menn	76	81	83	73	80	94	105	
	Kvinner	95	97	85	101	103	105	98	
KOLS	Menn	158	186	217	198	181	164	131	
	Kvinner								
Kreft	Menn	67	66	73	75	75	85	83	
	Kvinner	91	89	91	89	87	88	88	
KOLS og lungekreft	Menn	95	84	89	94	85	91	67	
	Kvinner	159	157	156	153	147	130	119	
Voldsomme dødsfall	Menn	163	147	142	127	137	132	110	
	Kvinner	122	136	134	120	95	109	67	

3.7.3 Sykdomsforekomst og legemiddelbruk

Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men det kan likevel være en indikator på forekomst av enkelte sykdommer. Bruk av legemidler kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. For de sykdomsgruppene hvor det finnes andre datakilder, vil Reseptregisteret være et supplement. Bruk av legemidler forskrevet på resept påvirkes av flere faktorer utenom sykdomsforekomst, blant annet tilgang til lege og forskrivningspraksis blant legene. Om legemiddelbruk er en god indikator på sykdomsforekomst må imidlertid vurderes i lys av lokal kunnskap om behandlingsmetoder og diagnostisering.

For følgende vanlig forekommende sykdomsgrupper kan legemiddelbruk gi en pekepinn på potensialet for forebyggende innsats:

Midler ved psykiske lidelser (antipsykotika, antidepressiva):

Psykiske lidelser er svært vanlig i befolkningen, men forekomsten er stabil. Ca. en tredel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år (inkludert alkoholmisbruk), mens 8 % av barn og unge til enhver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon. Symmeldinger, uførepensjon og økt dødelighet er noen av de viktigste følgene av psykiske sykdommer.

Midt-Telemark ligger ca 10-20% over landsgjennomsnittet i forskrivning av legemidler for psykiske lidelser.



Tabell 2. Legemiddelbruk i Midt-Telemark i forhold til landsgjennomsnittet (Forholdstal (Norge=100), standardisert).

År	2013- 2015	2014- 2016	2015- 2017	2016- 2018	2017- 2019	2018- 2020	2019- 2021
Legemiddelgruppe							
Midler ved psykiske lidelser	120	118	115	112	115	117	117
Antipsykotika	155	141	130	118	115	111	111
Antidepressiva	114	113	112	110	114	117	118
Sovemidler og beroligende midler	110	106	106	106	108	108	107
Sovemidler, vanedannende	105	104	106	107	110	109	108

3.7.4 Vaksinasjon

I Norge omfatter det nasjonale vaksinasjonsprogrammet blant annet barnevaksinasjon og influensavaksinasjon, og det er forskriftsfestet at kommunene har et ansvar i Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram.

3.7.4.1 Barnevaksinasjonsprogrammet

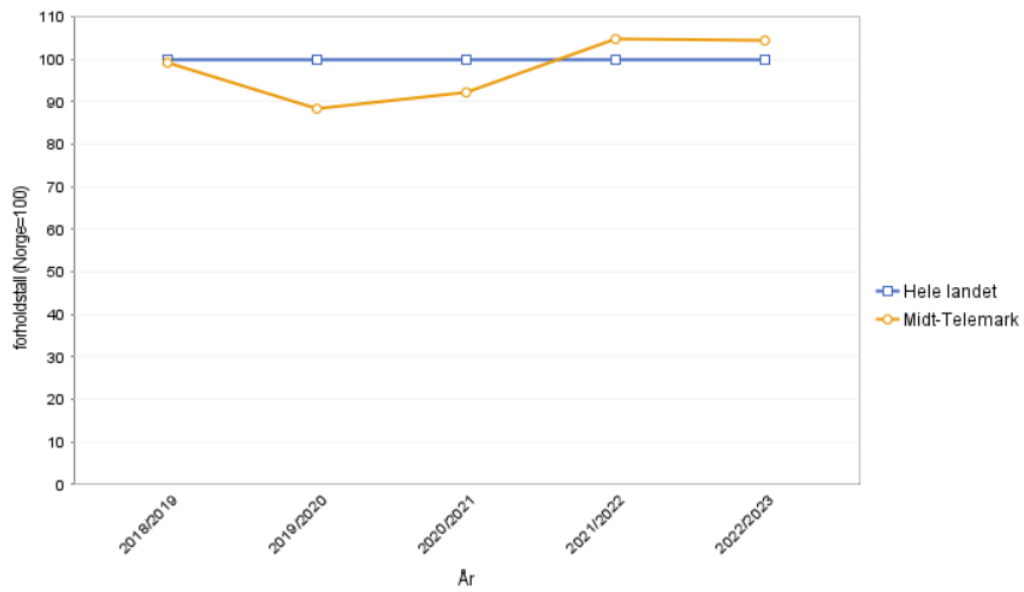
For mange potensielt farlige sykdommer er vaksinasjon det mest effektive forebyggende tiltaket man kjenner. Tall på vaksinasjonsdekning kan være til hjelp i vurdering av smittevernet i befolkningen samt vaksinasjonsprogrammets effektivitet. Ved et effektivt vaksinasjonsprogram med høy vaksinasjonsdekning vil det sirkulere lite smitte i befolkningen, og det vil føre til at de uvaksinerte indirekte blir beskyttet. Dette kalles flokkimmunitet.

3.7.4.2 Influensavaksinasjon

Influenza kan gi alvorlig sykdom hos personer i risikogruppene, og personer over 65 år er den største risikogruppen. Dette er også den eneste risikogruppen som det foreløpig er godt nok tallmateriale (data i SYSVAK) til å vise statistikk på kommunenivå. Å vaksinere mot influensa forebygger både selve influensasykdommen og mulige følgesykdommer. Følgesykdommer er ofte bakterielle infeksjoner som krever antibiotikabehandling, først og fremst lungebetennelse.

Kommunen har ansvar for å tilby influensavaksine til eldre over 65 år og andre risikogrupper. WHO og Norge har et mål om at 75 prosent i risikogruppene blir vaksinert. Per i dag er dekningen lavere enn dette. Det har imidlertid vært en positiv trend over flere år og dekningen er mer enn doblet i de fleste målgrupper fra 2015 til 2021 ifølge tall fra SSB.

I Midt-Telemark har vaksinedekningen økt de to siste sesongene, og ligger nå rett over landsgjennomsnittet.



Figur 24. Vaksinasjon.



4. Lenker til gjeldende planer og strategier

1. Kommuneplanens samfunnsdel 2019-2031: <https://midt-telemark.kommune.no/f/p5/i51a4d921-f458-412d-a69c-e462e68dba1e/kommuneplanens-samfunnsdel.pdf>
2. Kommundelplan for helse og mestring¹⁴
3. Kommunedelplan for oppvekst¹⁴
4. Kommunedelplan for teknisk¹⁴
5. Kulturstrategi¹⁴
6. Frivilligstrategi¹⁴
7. Temaplan for sykkel¹⁴
8. [Boligsosial plan](#)
9. [Handlingsplan mot vold og trusler](#)
10. [Handlingsplan Trygt og godt skolemiljø](#)
11. [Handlingsplan for et trygt og godt psykososialt barnehagemiljø](#)
12. <https://se-meg.no/>

5. Kilder og referanser

Kommnehelse statistikkbank (Folkehelseinstitutt). <https://khs.fhi.no/webview/>

Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/>

Telemarksforskning. Regional analyse. <https://regionalanalyse.no/>

Ungdata. <https://www.ungdata.no/>

Folkehelseundersøkelsen i 2021 i Vestfold og Telemark:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoieGE5ZDMxMzYtYzk0Yi00MmWJLTk4OWEtMzY0ZWYxZDY0ZjNkIiwidCI6IjA4ZjM4MTNjLTlmMjktNDgyZi05YWVjLTE2ZWY3Y2JmNDc3YSIsImMiOiI9&pageName=ReportSection1193c391e1900ea3115e>

Folkehelseinstitutt. Folkehelse- og oppvekstprofil.

<https://www.fhi.no/he/folkehelse/folkehelseprofil/>

¹⁴ <https://midt-telemark.kommune.no/om-kommunen/kommunale-planer-og-planlegging/gjeldende-planer/kommunedelplaner/>