



TELEMARK
FYLKESKOMMUNE

Telemarkshelsa -folkehelsemelding 2008

Første utgave

DET GODE LIV I TELEMARK



Folkehelseprogrammet

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	4
<i>Folkehelsemelding.....</i>	<i>4</i>
<i>Robusthet</i>	<i>4</i>
<i>Mål for meldinga</i>	<i>4</i>
<i>Telemark og Norge</i>	<i>5</i>
<i>Faktagrunnlag.....</i>	<i>5</i>
<i>Videre arbeid.....</i>	<i>5</i>
<i>Adresse til sekretariatet.....</i>	<i>5</i>
SAMMENDRAG OG UTFORDRINGER	6
<i>Satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.....</i>	<i>6</i>
<i>En holdbar utvikling. Bærekraft, værekraft og planlegging.....</i>	<i>6</i>
<i>Strategiske grep.....</i>	<i>7</i>
DEMOGRAFI.....	8
<i>Sentrum og periferi.....</i>	<i>8</i>
<i>Flere eldre.....</i>	<i>9</i>
LEVEKÅR.....	10
BOLIG.....	10
INNTEKT.....	10
<i>Utdanning</i>	<i>12</i>
ARBEID OG SYSSELSETTING	12
UFØRHET	13
SYKEFRAVÆR	15
FAMILIESITUASJON	15
<i>Separasjoner og skilsmisser</i>	<i>15</i>
LEVEKÅRSINDEKS - INDEKS FOR LEVEKÅRSPROBLEMER	15
HELSETILSTAND OG TRIVSEL.....	17
KOMMUNEPROFILER.....	17
<i>Telemark i helseprofil.....</i>	<i>17</i>
<i>Potensiale i forebygging</i>	<i>19</i>
DØDELIGHET OG DØDSÅRSAKER	19
<i>Diabetes 2.....</i>	<i>20</i>
HJERTE- OG KARLIDELSER	21
<i>Risikofaktorer: Kolesterol, røyking og høyt blodtrykk</i>	<i>21</i>
<i>Vekt</i>	<i>21</i>
<i>Hjerneslag.....</i>	<i>21</i>
LUFTVEISLIDELSER	22
<i>Astma.....</i>	<i>22</i>
KREFT	22
<i>Tyktarmskreft.....</i>	<i>22</i>
<i>Brystkreft og livmorhalskreft</i>	<i>23</i>
<i>Lungekreft.....</i>	<i>23</i>
PSYKISKE LIDELSER	23
<i>Psykiske vansker</i>	<i>24</i>
<i>Bruk av antidepressiva og angstdempende medisin</i>	<i>24</i>
<i>Spiseforstyrrelser</i>	<i>25</i>
<i>Selv mord</i>	<i>25</i>
MUSKEL OG SKJELETTLIDELSER	25
<i>Ryggvondt</i>	<i>25</i>
ULYKKER OG SKADER	25
<i>Skader oss der vi er mest</i>	<i>26</i>
<i>Trafikkulykker</i>	<i>26</i>
<i>Færre ulykker</i>	<i>26</i>
KRIMINALITET	26
TANNHELSE.....	28
VEKT	28
<i>Telemark</i>	<i>30</i>
FYSISK FORM	30

LIVSSTIL OG MILJØ	31
KOSTHOLD	31
Amming	31
Frukt og grønnsaker	32
Fisk	32
Fett	32
Meieriprodukter	32
Kjøtt	32
Sukker og salt	32
Kostholdsvaner hos barn og ungdom	32
TOBAKK	33
Snus	34
Forhold som påvirker røyking	34
Forebyggende arbeid	34
FYSISK AKTIVITET	35
Barn	35
Sykling	36
Idrettsrelatert aktivitet	36
Treningssentre	37
Friluftsliv	37
Sosioøkonomiske forhold	37
Sosialt liv	37
Deltakelse i fellesskap	37
Belastninger rammer ulikt	38
RUS OG AVHENGIGHET	38
Alkohol	39
Narkotiske stoffer	39
Spilleavhengighet	39
Dataspill	39
VEDLEGG:	40
Forklaring til vedleggene 1-18 - eksempler på kommuneoversikter:	40
Vedlegg 1: Kommunebarometer for Bamble kommune	42
Vedlegg 2: Kommunebarometer for Bø kommune	43
Vedlegg 3: Kommunebarometer for Drangedal kommune	44
Vedlegg 4: Kommunebarometer for Fyresdal kommune	45
Vedlegg 5: Kommunebarometer for Hjartdal kommune	46
Vedlegg 6: Kommunebarometer for Kragerø kommune	47
Vedlegg 7: Kommunebarometer for Kviteseid kommune	48
Vedlegg 8: Kommunebarometer for Nissedal kommune	49
Vedlegg 9: Kommunebarometer for Nome kommune	50
Vedlegg 10: Kommunebarometer for Notodden kommune	51
Vedlegg 11: Kommunebarometer for Porsgrunn kommune	52
Vedlegg 12: Kommunebarometer for Sauherad kommune	53
Vedlegg 13: Kommunebarometer for Seljord kommune	54
Vedlegg 14: Kommunebarometer for Siljan kommune	55
Vedlegg 15: Kommunebarometer for Skien kommune	56
Vedlegg 16: Kommunebarometer for Tinn kommune	57
Vedlegg 17: Kommunebarometer for Tokke kommune	58
Vedlegg 18: Kommunebarometer for Vinje kommune	59
Vedlegg 19: Dødelighet kvinner i alderen 0-74 år	60
Vedlegg 20: Dødelighet menn i alderen 0-74 år	60
Vedlegg 21: Antall kvinner døde av hjerte- og karsykdommer i alderen 0-74 år	61
Vedlegg 22: Antall menn døde av hjerte- og karsykdommer i alderen 0-74 år	61
Vedlegg 23: Utdanningsnivå – andel med grunnskole som høyeste utdanning	62

DET GODE LIV I TELEMARK



Folkehelseprogrammet

FORORD

Folkehelsemelding

Folkehelseforum Telemark vedtok i 2006 å utarbeide en "Folkehelsemelding". Meldinga skal beskrive status og utviklingstrekk, for helsetilstand og trivsel i Telemark, samt forhold som er vesentlige for folkehelse-arbeidet. Disse må kunne påvirkes gjennom kjente faktorer. Faktorene skal ha sammenheng med innsats-områdene og virkemidlene i Folkehelseprogrammet.

Det er vesentlig å få frem forhold som påvirker helse-tilstand og trivsel. Dette inkluderer levekår, levevaner og miljøforhold og sammenhenger mellom disse.

Robusthet

Det er et mål at meldinga, slik som Folkehelseprogrammet, skal være mest mulig ressursorientert. I den grad det er mulig, skal tilstander som uttrykker robusthet i befolkningen trekkes frem. Dette gjør vi ikke minst for å utfordre aktørene i folkehelsearbeidet til å definere *positive* tiltak.

I praksis er det derimot lett å havne i tradisjonen med fokus på helseproblemer når helsa skal beskrives. Her trengs nybrottsarbeid. Men samtidig trengs god dokumentasjon for sammenhenger mellom årsaker og virkninger. Denne første meldinga omhandler derfor vel så mye helseplager og sosial problematikk som årsaksforhold til "godt humør og sterk kropp". Dette er det ønske om å endre i kommende meldinger også ved mulige befolkningsundersøkelser.

Mål for meldinga

Hovedmålet for meldinga er å

- gi en beskrivelse av folkehelse-tilstanden og status på forhold som påvirker denne i Telemark
- fremstille og spre kunnskap om folkehelsa i Telemark og utviklingen av denne
- bidra med informasjon som beslutningsgrunnlag både i regional og kommunal samfunnsplanlegging

Videre skal meldinga beskrive og presentere

- forhold som det er mulig å påvirke og der endring har betydning
- de store sykdomsgruppene/ problemområdene
- både kjent statistikk og forhold som har nyhetens interesse
- de innsatsområder som er valgt i Folkehelseprogrammet

Fylkestinget vedtok i okt. 2005 Folkehelseprogram for Telemark 2006-2009.

Folkehelseforum Telemark er et partnerskap mellom 13 offentlige instanser og frivillige organisasjoner på fylkesnivå. Forumet er ansvarlig for gjennomføringen av Folkehelseprogrammet.

Fylkeskommunen og fylkesmannen har det daglige sekretariatet for Folkehelseforum Telemark.

Folkehelsearbeid er sektorovergripende og handler om samfunnets totale innsats for å opprettholde og bedre folks helse.

Oppmerksomheten rettes særlig mot sammenhengen mellom samfunnsforhold og sunnhet. Helseaspektet integreres i alle samfunnssektors arbeid, for eksempel utdanning,

Statlig politikk

Staten har sterkt fokus på folkehelsearbeid.

En viktig milepæl var Stortingsmelding nr. 16 (2002-03), folkehelsemeldinga "Resept for et sunnere Norge". Staten utfordrer fylkene, og ikke minst fylkeskommunene, til å lede et regionalt utviklingsarbeid.

Telemark og Norge

Det har vært vanskelig å finne spesifikke tall for Telemark på alle forhold som beskrives. Tall for landet som helhet benyttes derfor ofte. Mye tyder på at det som gjelder Norge som nasjon også er situasjonen i Telemark. Samtidig er det store lokale variasjoner. Statistikk må sees i sammenheng med forskjeller i sosialklasser, hvor Telemark ligger noe under landsgjennomsnittet. Tendensen er at de med god helse stadig får bedre helse, mens forskjellen innen sosialklassene øker.

Faktagrunnlag

Der ikke annet er nevnt i teksten er de vesentlige kildene Norgeshelsa, SSB (Statistisk sentralbyrå), Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, NAV Telemark og Politiet i Telemark.

Videre arbeid

Dette er første utgave av Folkehelsemelding for Telemark. Det er et mål å ha en kontinuerlig god oversikt over folkehelsa og forhold som påvirker denne. Folkehelseforum Telemark vil derfor allerede nå jobbe for å få gode rutiner for å samle og formidle kunnskap om helsetilstanden. Ikke bare om lokale, men også nasjonale og internasjonale forhold.

Vi ber derfor om tilbakemeldinger på denne rapporten.

Vi ønsker konstruktive innspill til sekretariatet for neste utgave av meldinga.

Adresse til sekretariatet

Telemark fylkeskommune v/ folkehelsekoordinator Anne Karin Andersen
Fylkeshuset, 3706 Skien. E-post: anne-karin.andersen@t-fk.no, telefon: 35 58 43 16

Sekretær for Folkehelseprogrammet Hege Schjøth Øverås, Fylkeshuset, 3706 Skien
E-post: hege.overas@t-fk.no, telefon: 35 58 43 73

Fylkesmannen i Telemark v/ folkehelserådgiver Roger Jensen
Statens hus, 3708 Skien. E-post: rje@fmte.no, telefon: 35 58 63 34

Mer enn helsetjeneste

Helsetjenesten har en viktig rolle, men er relativt sett en liten del av det samlede folkehelsearbeidet. Påvisning av sammenhengen mellom uheldige samfunnsforhold og helseutviklingen i befolkningen, krever deltakelse fra helsetjenesten på alle nivå.

Lovgrunnlag

Kommunene og helsetilsynet i fylket har lovhjemlede plikter på folkehelseområdet.

§1-4 i Kommunehelsetjenesteloven sier at "Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og faktorer som påvirker denne".

Tilsvarende skal helsetilsynet i fylket holde Statens helsetilsyn orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som innvirker på disse, jfr. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

SAMMENDRAG OG UTFORDRINGER

Folkehelsen i Norge er god. I internasjonal målestokk er vår velferd i toppklasse. De fleste i Telemark har det også veldig bra, men levekårsstatistikken bekrefter samtidig en stor, og på noen områder økende, sosial ulikhet.

Telemarkingene følger stort sett trender som er lik landsgjennomsnittet. Demografi, levekår, helse og livsstil skiller seg i den store sammenhengen lite fra sammenlignbare fylker. Men særtrekkene er der, og gir Telemark noen større utfordringer enn andre. Blant annet gjelder det tobakksrøyking, bruk av vanedannende psykofarmaka og anmeldte lovbrudd blant barn og unge.

Utfordringene har mange "ansikter". Det er bekymringer knyttet til rus og psykisk helse, vinningskriminalitet, frafall i videregående opplæring og arbeidsuførhet i ung alder. Videre er en stadig mer fysisk passiv livsstil og usunt kosthold eksempler på risikoatferd i forhold til helse. Ensomhet plager mange og antallet unge uføre er bekymringsfullt økende.

Satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid

Løsningen på folkehelseutfordringene er ikke mer reparasjon. Det er allerede formidable utgifter til ulike helsetjenester, rusomsorg, sykehusdrift, barnevern, pleie- og omsorg, sosialhjelp og trygdeytelser.

Virkemidlene for å løse helseutfordringene ligger vesentlig i andre samfunnssektorer. I all offentlig planlegging og saksbehandling bør hensynet til helse, trivsel og likhet vurderes. Det offentliges ansvar er i stor grad tilrettelegging.

Folkehelsearbeidet skal påvirke livsmiljø, levekår og blant annet stimulere til helsefremmende valg. Det er et mål at innbyggerne skal utvikle robusthet og kompetanse i forhold til utvikling av egen helse. De små skritt gjennom riktige valg i dagliglivet er vesentlig.

Resultatene – ei god helse - er ikke bare verdifullt for den enkelte, men gir også nødvendig konkurransekraft og bidrar til økonomisk trygghet i Telemark.

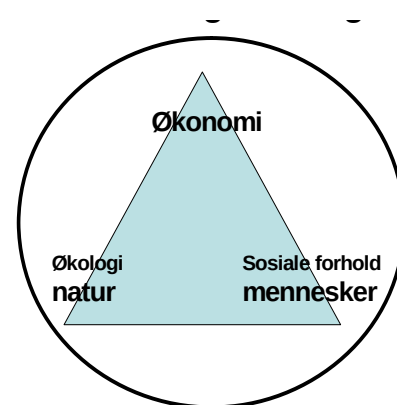
En holdbar utvikling. Bærekraft, værekraft og planlegging

Plan- og bygningsloven vil være viktig for å ivareta befolkningens helse og bidra til en jevnere og mer rettferdig fordeling av helsepåvirkende faktorer. Godt planarbeid er viktig for sunn samfunnsutvikling.

Planer skal også bidra til å fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet (ny PBL § 3-1, pkt. f) I merknadene til formålsparagrafen i samme lov (kapittel 6.1.) står flg.:

"Bærekraftig utvikling omfatter fremme av f.eks verdiskaping, næringsvirksomhet og sysselsetting, vilkår for folkehelse, gode boliger, bomiljø og oppvekstvilkår."

"En indikator på bærekraftig utvikling er for eksempel folkehelse."



”Med folkehelse forstår vi befolkningens helse og helsas fordeling i en befolkning. Folkehelsen må ivaretas og styrkes gjennom arbeid for en mer rettferdig og jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. Vilkårene for å opprettholde og bedre helse-tilstanden i ulike grupper i befolkningen i fremtidige generasjoner sikres gjennom en god offentlig planlegging og gjennom samfunns- og arealplanleggingen spesielt.”

Strategiske grep

Telemark bør fortsatt ha fokus på barn, ungdom og eldre. En god start på et langt livsløp begrunner prioritering av tidlig innsats, mens et økende antall eldre som klarer seg selv har stor betydning både for egen opplevelse av god livskvalitet og for samfunnets ressursbruk.

Prioriterte målgrupper bør videre være de som har størst behov for stimulans. Tiltak bør rettes mot grupper som har en relativt større risiko for å utvikle dårlig helse enn de som er ressurssterke. Sammenhengene mellom ulike negative faktorer som påvirker hverandre, vil det være viktig å ha spesielt fokus på, for eksempel frafall i videregående skole, frafall arbeidsliv, rus- og psykiatri- og kriminalitetsproblematikk.

Helsefremmende tiltak i barnehage og barneskole, vil redusere frafall i videregående skole og i arbeidsliv.

Folkehelsearbeid krever tverrsektoriell og tverrfaglig samhandling, innsats fra offentlig, privat og frivillig sektor og et tettere samarbeid både med regionale og sentrale kunnskaps-institusjoner og kompetansemiljøer.

Folkehelseforum Telemark, Akkerhaugen, 12.desember 2008

Britt Gursli Tobro (sign.)
Anne Karin Andersen (sign.)
Telemark fylkeskommune
Roger Jensen (sign.)
Fylkesmannen i Telemark

Jørund A. Ruud (sign.)
KS Telemark

Kirsti Tørbakken (sign.)
Helse Sør-Øst RHF

Eli Ducros (sign.)
Telemark Røde Kors

Terje Weber (sign.)
SAFO Telemark

Telemarksforskning Notodden

Sondre Fjelldalen (sign.)
Telemark Idrettskrets

Steinar Ellefsen (sign.)
Politiet i Telemark

Leif Jernquist (sign.)
Telemark fylkeskommunale eldreråd

Olav Veia Gustavsen (sign.)
FFO-Telemark

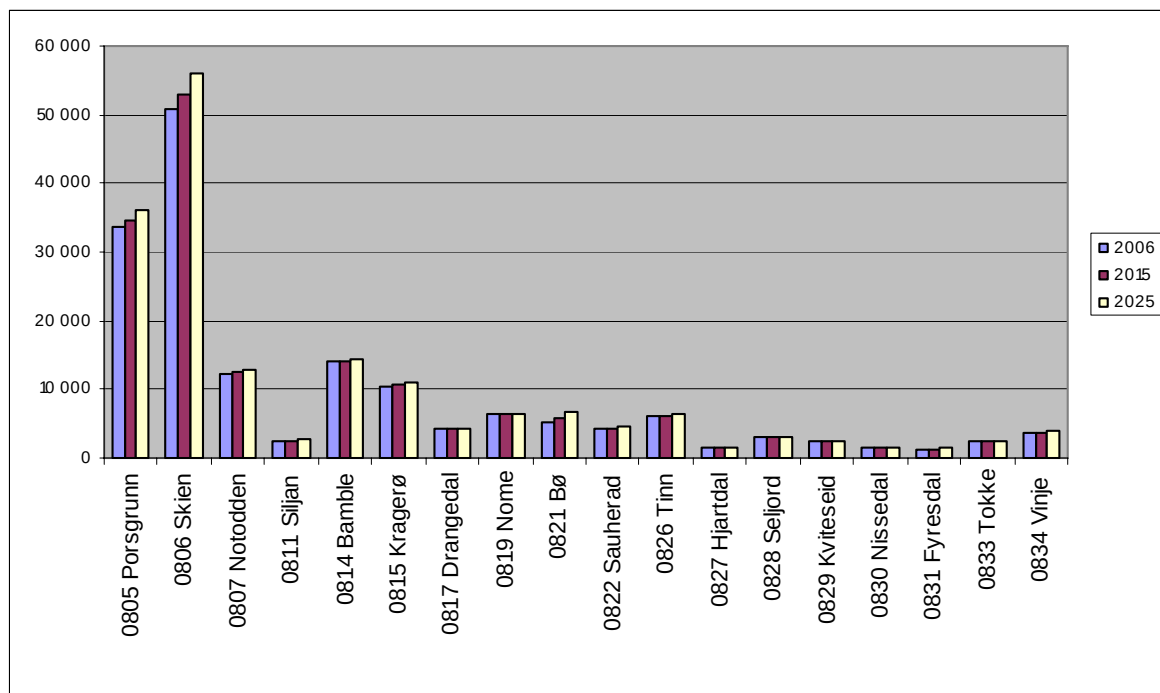
Pål Augestad (sign.)
Høgskolen i Telemark

Telemark ungdomsting

DEMOGRAFI

Demografiske faktorer i meldinga er bosted, alder, kjønn og ulike nasjonaliteter i befolkningen.

Telemark opplever som de fleste fylker en befolkningsvekst i sentrale områder, mens perifere områder har lav befolkningsvekst og noe aldrende befolkning. Per 1. juli 2008 var 167102 personer bosatt i Telemark. Det tilsvarer en økning på 756 siste året. Fylket har et årlig fødselsunderskudd på over hundre personer. Det vil si at veksten i folketallet skyldes innflytting.



Figur 1: Fremskrevet befolkningsutvikling i Telemark 2006 – 2025 fordelt på kommuner (Kilde: Statistisk sentralbyrå)

Sentrum og periferi

Hovedtyngden i Telemarks befolkning er bosatt i Grenland, som også er fylkets arbeidsmarkedssentrum.

Over 100 000 er bosatt i Skien, Porsgrunn, Bamble og Siljan. I bykommunene Notodden og Kragerø var henholdsvis 12 260 og 10 633 personer bosatt 1. juli 2008. De resterende cirka 43 000 innbyggerne i Telemark er fordelt over 12 kommuner, fra Nome med 6 588 til Fyresdal med 1380 innbyggere.

En utfordring er å skape en mer balansert vekst mellom folkerike og perifere områder.

Om trenden fortsetter, kan det ventes en økning i Telemarks befolkning på om lag 7 % eller 11 612 personer frem til år 2025. Størstedelen av veksten ventes i Skien, Porsgrunn, Bø og Notodden. For en del av de mindre kommunene antar man at det blir små økninger, mens Nome, Hjørtal og Kviteseid beregner en liten nedgang i befolkningen.

Det betyr at 74 % av befolkningsveksten ventes i Grenland, 12 % i Midt-Telemark, 6 % i Øst-Telemark, 6 % i Vestmar og 2 % i Vest-Telemark.

Flere eldre

Et viktig utviklingstrekk er at andelen eldre øker kraftig. Hele 58 % av veksten skjer i gruppen 67-79 år, mens aldersgruppene 16-19 år og 20-24 år bare øker med 3 og 5 %. I 2006 utgjorde de over 67 år cirka 15 % av befolkningen. Denne gruppen utgjør 20 % av totalbefolkningen i 2025.

Innvandring

En økende del av befolkningen flytter hit fra utlandet. Per 1.1.2007 utgjorde innvandrere 6,8% (11267 personer) av Telemarks befolkning, mens landsgjennomsnittet er 8,9%. Osloregionen scorer høyere.

De største gruppene av innvanderne i Telemark fordeler seg med slik bakgrunn:

Norden: 14,1%

Vest-Europa 10,6%

Asia inkl. Tyrkia: 31,9%

Afrika: 14,8%

Øst-Europa: 22,3%

Sum ikke-vestlige: 73,5%

LEVEKÅR

Med levekår menes boligforhold, personlig økonomi, utdanningsnivå, arbeid og sysselsetting, arbeidsevne og familiesituasjon. Faktorene inngår i indeks for levekårsproblemer. Levekår og helse må sees i sammenheng.

Bolig

Boligeiere: Høyest andel boligeiere finner vi i Akershus, tett fulgt av Telemark og kommunene på Sør-Vestlandet. Blant Telemarkskommunene er eierandelen høyest i Siljan med 87 %. Over 90 % av husholdninger består av par med barn over 7 år

Universell utforming: For første gang i en folke- og bolig telling er det stilt spørsmål om en rullestolbruker kan komme inn i boligen ved egen hjelp. Kun 7 % av boligene er både tilgjengelige og egnet for en rullestolbruker.

En bolig tilrettelagt for rullestolbrukere bidrar til at eldre kan bli boende lenger i egen bolig. På landsbasis er det kun 22 % av de over 80 år som bor i bolig tilpasset rullestol.



Aleneboende: Over halvparten av enslige mødre/fedre med små barn leier boligen de bor i (på landsbasis). Også for aleneboende er det en høy andel som leier bolig. For alle typer av husholdninger gjelder at de fleste leier av privatpersoner. Blant aleneboende er det også en god del som leier av kommunen. Her utgjør eldre en stor gruppe.

I motsetning til landet for øvrig har Telemark en økning i antall kommunale boliger 2004-06.

Inntekt

Det er en tydelig sammenheng mellom sosioøkonomisk bakgrunn og helse. For eksempel har de 25-30 prosent med lavest inntekt den høyeste dødeligheten.

Fattigdom

EU definerer fattigdomsgrensen til 60 prosent av familiers medianinntekt i minimum 3 år. I Norge betyr det at 8 prosent av befolkningen var fattige i 2005 (SSB Rapport 2008/19). Dette tilsvarer på landsbasis cirka 60.000 barn. Antallet har økt i perioden 1996-2004 (SSB Rapport 2007/33).

Andelen med vedvarende lav husholdningsinntekt øker i Norge. "Medianen" er midt på inntektsskalaen; halvparten av befolkningen har høyere og halvparten lavere inntekt enn medianen.

Andelen med vedvarende lav inntekt var for perioden 2002-2004 på 11 prosent for kvinner og 9 prosent for menn. Dette er økning fra 1999-2001.

Telemarkingers gjennomsnittlige bruttoinntekt ligger under landsgjennomsnittet. Forskjellen ser ut til å være relativt konstant og kan sees i sammenheng med utdanningsnivået.

Tabell 1: Gjennomsnittlig bruttoinntekt landsgjennomsnitt og Telemark. Menn har vesentlig større inntekt enn kvinner.

År		2002	2003	2004	2005	2006
Geografi	Kjønn					
Hele	Begge kjønn samlet	262 800	271 400	280 500	306 700	293 600
Telemark	Begge kjønn samlet	239 000	245 000	250 300	270 600	267 500

I 2006 fikk 2,6 prosent av befolkningen økonomisk sosialhjelp. Utgiftene til økonomisk sosialhjelp gikk i 2006 ned med 7 prosent sammenliknet med året før (målt i 2006-kroner).

Det er en tilbakegang i antall sosialhjelpstilfeller i perioden 2004 til 2006 i alle regioner i Telemark.

Tabell 2: Totalt antall sosialhjelpstilfeller i 2004, 2005 og 2006 per region i prosent

Region	2004	2005	2006
Region Grenland	3.6	3.5	3.2
Region Midt-Telemark	4.3	4.1	3.3
Region Øst-Telemark	3.3	2.8	2.7
Region Vest-Telemark	2.6	2.6	2.2

Den samme trenden gjelder for utbetalinger av sosialhjelp til 18-24-åringer. For denne gruppen er nedgangen mindre markant. Antall stønadstilfeller i Telemark følger en nasjonal trend.

Tabell 3: Stønadsmottakere antall, 16 år og over og fordelt på noen aldersgrupper, Telemark (kilde:SSB).

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Alle	5252	5481	5537	5293	4823	4 358
16-17 år	23	21	24	16	3	12
18-24 år	1240	1327	1344	1264	1201	1 076
25-29 år	761	792	825	726	623	537

Utdanning

Tabellen under viser at utdanningsnivået i Telemark øker, men er lavere enn landsgjennomsnittet.

Tabell 4: Andel i prosent av befolkningen 16 år og over, etter høyeste oppnådde utdanning. Begge kjønn, Norge og Telemark

Utdanning	Kjønn	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Grunnskole	Norge	34,0	33,4	32,8	32,3	31,9	31,9
	Telemark	36,1	35,6	34,8	34,4	33,9	33,9
Videregående	Norge	44,1	44,0	43,8	43,4	43,1	43,1
	Telemark	46,4	46,3	46,3	46,0	45,8	45,8
Univ/Høgskole	Norge	21,9	22,6	23,4	24,3	25,1	25,1
	Telemark	17,5	18,1	18,9	19,6	20,3	20,3

Det er en større andel kvinner enn menn i Norge som kun har fullført grunnskole, mens det ikke er slik forskjell mellom kvinner og menn i Telemark. I aldersgruppen 16-39 år er det flest menn med grunnskole som høyeste utdanning.

Cirka 46 prosent av telemarkingene har videregående opplæring som høyeste utdanning.

Lang høyere utdanning omfatter mer enn 4 års studier. 6 prosent (Norge) har en lang universitets- og høgskoleutdanning, deriblant flere menn (8 prosent) enn kvinner (4 prosent). Men kjønnsforskjellen er imidlertid mindre sammenliknet med 2005.

Bortvalg av videregående skole

Nesten en fjerdedel av elever i videregående opplæring fullfører ikke. 68,6 prosent av landets grunnkurskull fra 2002 oppnådde studiekompetanse eller yrkeskompetanse etter 5 år. (Telemark 67,2 prosent). Årsakene til frafall er mange. Det er spesielt høyt frafall fra yrkesfaglige studieretninger.

Videregående opplæring er inngangsbilletten til høyere utdanning og arbeidsliv. Sannsynligheten for marginalisering og fattigdom øker med lav utdanning.

Arbeid og sysselsetting

Antall helt ledige i oktober 2008 i Telemark var 1 616 personer. Vi må tilbake til 1987 for å finne et lavere tall. Det forventes nå at ledigheten vil øke i 2009, trolig alt mot slutten av 2008.

Arbeidsstyrken i Telemark er noe lavere enn landsgjennomsnittet. I tabellen nedenfor sammenliknes vi med to nabofylker. Forholdene er relativt like, men det kan være grunn til å merke seg at arbeidsstyrken blant kvinner i Telemark er 4 prosent lavere enn landsgjennomsnittet.

Tabell 5: Personer i arbeidsstyrken, etter kjønn og fylke. Årsgjennomsnitt i prosent av befolkningen 15-74

	2000			2006		
	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
Norge	73,4	77,9	68,8	72,0	75,6	68,3
Buskerud	74,0	78,4	69,6	72,8	75,6	70,0
Vestfold	70,7	76,0	65,5	69,5	73,9	65,1
Telemark	70,2	75,9	64,5	69,3	74,5	64,1

Tabell 6: Ledighetsprosent i ulike aldersgrupper oktober 2008 (kilde:NAV)

	Telemark	Landet
16 – 19 år	2,2 %	1,4 %
20 – 24 år	3,7 %	2,9 %
25 – 29 år	3,0 %	2,4 %
Alle aldre	1,9 %	1,7 %

Uførhet

Både alders- og kjønns sammensetning, arbeidsmarkedssituasjonen lokalt og sosioøkonomiske forhold har innvirkning på uførhet og sykefravær. Totalt er det flere kvinner (13 prosent) enn menn (9 prosent) som er uføretrygdet. Unntaket er aldersgruppen 18-24 år, hvor det er flere menn enn kvinner. Ikke overraskende er det flere eldre enn yngre som mottar uføreytelser.

Andelen uføre i aldersgruppen 18-24 år har omtrent doblet seg de siste 10 årene og var i 2006 på 1 prosent, dvs. 4026 personer (Norge). Også for unge uføre er det geografiske forskjeller, med høyest andel i Østfold – 1,4 prosent. Risikoen for uføretrygd er mer enn fem ganger høyere for gruppen med grunnskole sammenliknet med gruppen som har universitetsutdanning.

Ser man spesielt for gruppen 18-29 år, er andelen i Telemark 2,2 prosent mot 1,5 prosent på landsbasis.

Tabell 7: Uføre fordelt på aldersgrupper, 30. september 2008.

	Telemark	Landet
Total	15 110	336 334
18 – 29 år	506	10 635
30 – 39 år	1 205	26 432
40 – 49 år	2 660	59 446
50 – 59 år	4 973	109 765
60 – 67 år	5 766	130 052

I Telemark er ved utgangen av september 2008 cirka 15110 personer (14,2 prosent) i alderen 18- 67 år mottakere av uføreytelser (Norge 11 prosent). I 2008 var andelen uføre lavest i Vinje med 10,1 prosent og i Siljan med 10,8 prosent. I Notodden var andelen uføre høyest, der 17,7 prosent av befolkningen mellom 18 og 67 år mottar trygdeytelser. I Kragerø, Nome og Tinn er også andelen over 17 prosent.

Tabell 8: Yrkeshemmede i prosent av arbeidsstyrken, Oktober 2008

	Telemark	Landet
Under 25 år	4,2 %	2,7 %
25 – 29 år	5,9 %	3,9 %
Alle aldre	4,2 %	3,2 %

Tabell 10: Statistikk som viser uførepensjonister i Telemark, per 30. september 2008.

	Antall	Andel av befolkning	Endring fra året før
Landet	336 334	11,0 %	1,5 %
Telemark	15 110	14,2 %	1,9 %
Porsgrunn	2 945	13,5 %	4,1 %
Skien	4 309	13,2 %	1,9 %
Notodden	1 350	17,7 %	1,6 %
Siljan	164	10,8 %	6,5 %
Bamble	1 184	12,9 %	0,4 %
Kragerø	1 175	17,2 %	2,0 %
Drangedal	425	16,7 %	-2,5 %
Nome	715	17,4 %	3,3 %
Bø	439	12,5 %	3,3 %
Sauherad	434	16,3 %	-0,5 %
Tinn	659	17,6 %	1,1 %
Hjartdal	143	14,6 %	4,4 %
Seljord	302	16,4 %	3,4 %
Kviteseid	214	13,6 %	-2,7 %
Nissedal	139	15,6 %	3,7 %
Fyresdal	114	13,7 %	-1,7 %
Tokke	168	11,7 %	-1,8 %
Vinje	231	10,1 %	-6,9 %

Antall mottakere av uføreytelser i Telemark økte med 3,5 prosent fra september 2006 til september 2007. Tilsvarende økning for landet var på 1,7 prosent.

I Telemark er det vekst i de fleste kommuner i fylket, men i Drangedal er antall mottakere av uføreytelser redusert. Det er også andre kommuner hvor veksten avtar. Der ser vi også at en over tid har redusert sykefraværet.

En langsiktig effekt av redusert sykefravær og et inkluderende arbeidsliv er færre på uføreytelser.

Telemark ligger over landgjennomsnittet når det gjelder utbetaling av uføreytelser.

Tabell 11: Samlede uføreytelser omfatter mottakere av tidsbegrenset uførestønad og varig uførepensjon

År		2002	2003	2004	2005	2006
Geografi	Måltall					
Hele landet	%	10,2	10,4	10,7	10,9	11,0
Telemark	%	12,3	12,6	13,1	13,6	13,8

Sykefravær

På landsbasis gikk det totale sykefraværet ned fra 6,6 til 6,5 prosent fra 2. kvartal 2006 til 2. kvartal 2007. Dette tilsvarer en nedgang på 2,7 prosent.

Det legemeldte sykefraværet gikk ned fra 5,8 til 5,7 prosent, mens det egenmeldte holdt seg uendret med 0,8 prosent.

For menn gikk fraværet ned med 3,9 prosent, mens det for kvinner gikk ned med 1,5 prosent.



Sykefraværet i 2. kvartal 2007 var 7,6 prosent lavere enn i 2. kvartal 2001, året da avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv ble inngått.

Det legemeldte sykefraværet i Telemark var 5,9 prosent, noe som utgjør nesten 200.000 tapte årsverk. Dette var en nedgang på 0,2 prosent sammenliknet med samme periode året før.

Likevel ligger Telemark fylke over landsgjennomsnittet, som er på 5,7 prosent.

På kommunenivå lå Hjørtedal høyest med legemeldt sykefravær på 8,6 prosent. Deretter følger Notodden kommune med 7,9 prosent og Sauherad kommune hadde 7,1 prosent. Best av alle var Kviteseid med kun 3,4 prosent legemeldt sykefravær i 2. kvartal 2007.

Familiesituasjon

Separasjoner og skilsmisser

I perioden 1995-2007 har antallet separasjoner variert mellom 584 og 407 per år i Telemark. De siste tre årene er gjennomsnittet 472 separasjoner. Når det gjelder skilsmisser er variasjonen fra 313 til 476 pr år. De siste tre årene er gjennomsnittet 412 skilsmisser per år.

Barnevern

Når det gjelder antall barn i alderen 0-17år som får tiltak fra barnevernet, varierer det fra 0 prosent i fem kommuner til 6,6 prosent og 6,7 prosent i henholdsvis Sauherad og Nome (06)

Levekårsindeks - indeks for levekårsproblemer

Statistisk sentralbyrå har i mange år utarbeidet en indeks for levekårsproblemer i kommunene.

Formålet er å belyse forskjeller mellom kommuner i utbredelsen av sosiale problemer. En bredere anlagt indeks ville gitt mer relevante holdepunkter for hvordan gjennomsnittsborgerens levkår varierer mellom ulike kommuner og bydeler. Men en slik utvidet indeks ville i mindre grad være egnet til å belyse problemskapende forhold i kommunene.

Indeksen må tolkes med stor forsiktighet som indikasjon på geografiske forskjeller i sosiale problemer. Blant annet er alle problemene tillagt samme betydning i, mens for mange representerer arbeidsledighet det største levekårsproblemet.

Utdanningsnivået er ofte fremholdt som en god indikator på materielle levkår, og kan supplere det bildet indeksen gir.

Levekårsindeksen er basert på delindekser for en rekke enkeltindikatorer:
 sosialhjelpstilfeller fra 16 år og oppover
 dødelighet
 uførepensjonister 16-49 år
 attføringspengetilfeller
 voldskriminalitet
 registrert arbeidsledige
 deltakere på arbeidsmarkedstiltak og overgangsstønad.

Verdien 1 for delindeksen betyr at kommunen tilhører de 10 prosent av kommunene i landet med best verdi på indikatoren, mens verdien 10 innebærer at kommunen tilhører de 10 prosent med dårligst score. Samleindeksen uttrykker gjennomsnittlig verdi på de 7 indikatorene for levekårsproblemer.

I rangeringen av Norges 431 kommuner kommer Telemarks kommuner ut som følger i 2007:

101: Siljan	251: Seljord	358: Tinn
102: Hjartdal	278: Nome	376: Sauherad
119: Kviteseid	303: Bø	388: Skien
120: Fyresdal	332: Bamble	405: Kragerø
180: Nissedal	333: Drangedal	
181: Tokke	346: Notodden	
213: Vinje	357: Porsgrunn	

Det er særlig grunn til å legge merke til at de befolkningstunge kommunene plasserer seg svært langt nede på listen i nasjonal sammenheng (høye verdier). Samleindeksene indikerer at en del av kommunene i Telemark har store utfordringer med levekårsproblemer. Med et så klart utslag for en del kommuner, synes det også naturlig å se kriminalitetsbildet i sammenheng med levekårsproblemene i distriktet.

Tabell 12: Levekårsindeks 2000, 2006, 2007 og 2008, samt indeks for enkeltindikatorer 2007 (SSB)

Kommune	Indeks 2006	Indeks 2007	Indeks 2008	Indeks 2000	Sosialhjelp 2007	Dødelighet 2007	Uføretrygd 2007	Attføringspenger 2007	Arbeidsledige 2007	Overgangsstønad 2007	Lav utdanning 2007
Porsgrunn	7,7	7,5	7,2	8,1	8	7	7	9	8	6	6
Skien	8,3	8,0	8,0	8,3	8	6	8	9	9	8	6
Notodden	7,1	7,3	7,8	7,4	7	3	10	10	6	8	4
Siljan	3,4	4,0	6,0	5,1	1	5	5	7	2	4	1
Bamble	7,1	7,2	7,2	6,9	7	7	6	8	7	8	4
Kragerø	9,4	8,5	7,8	7,9	9	7	9	10	8	8	5
Drangedal	7,9	7,2	7,3	7,0	9	4	10	6	4	10	5
Nome	6,4	6,3	6,5	8,1	8	4	10	5	6	5	6
Bø	6,4	6,8	7,3	6,4	9	6	9	8	7	2	7
Sauherad	8,0	7,8	7,2	7,3	7	7	9	9	6	9	7
Tinn	7,0	7,5	7,0	7,4	6	9	8	7	7	8	5
Hjartdal	3,7	4,0	3,8	5,0	2	2	9	7	2	2	1
Seljord	5,4	6,0	6,0	5,7	6	5	9	9	4	3	8
Kviteseid	4,6	4,2	5,3	4,6	2	4	7	7	3	2	9
Nissedal	5,3	4,8	5,0	5,3	3	4	9	3	3	7	7
Fyresdal	4,7	4,2	4,7	5,0	1	10	7	5	1	1	1
Tokke	4,6	4,8	4,0	5,6	7	7	5	5	1	4	1
Vinje	4,4	5,3	5,5	4,7	8	10	5	2	2	5	8

HELSETILSTAND OG TRIVSEL

Det er en utfordring å beskrive helsetilstanden uten å trekke frem helseplager. Når ingenting er galt med ”kropp og psyke” blir det heller ikke registrert. Men i det øyeblikk en person oppsøker helse- og sosialvesenet gjøres en problemorientert kartlegging.

Og problemene blir diagnoser og statistikk. Men selv om helse presenteres på en tradisjonell måte, bør leseren av og til være i ”Bakvendtland”. En kritisk og ressursorientert leser kan eksempelvis si at ”når 15 prosent har høyt blodtrykk har jo hele 85 prosent normalt blodtrykk, ”Hurra!”. I folkehelsearbeidet er det viktig å finne ut hva som skal til for å holde normalt blodtrykk og påvirke samfunnsforhold i den retningen.

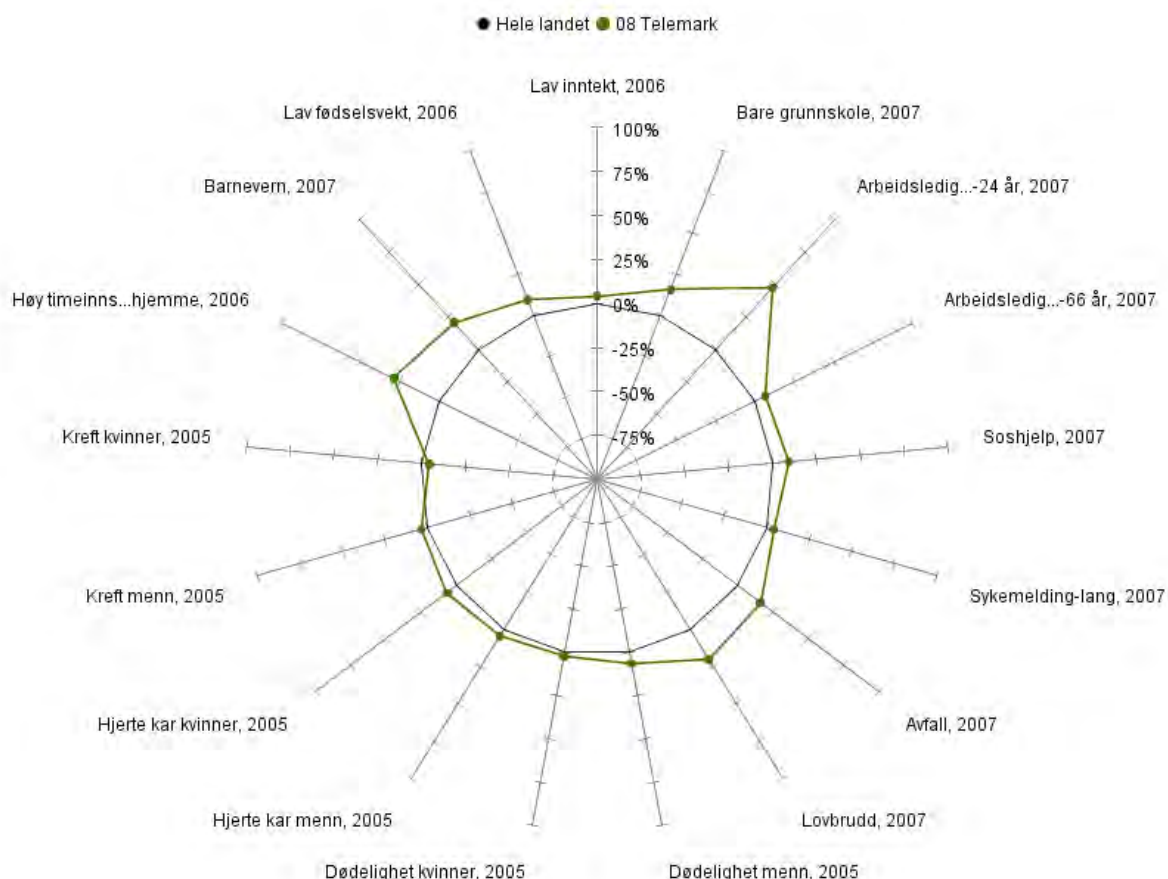


Kommuneprofiler

Helsedirektoratet har utviklet en modell som samlet viser utvalgte helse- og sosialparametre i enkeltkommuner. Disse kan sammenliknes med gjennomsnitt for andre kommuner, fylket og landet for øvrig. Med visse forbehold kan kommunehelseprofilen brukes til å beskrive en kommunes spesielle utfordringer og ressurser. Se hver kommune i Telemark i vedlegg og ved å gå inn på www.shdir.no/kommunehelseprofiler.

Telemark i helseprofil

”Norgeshelsa” har, med utgangspunkt i statistikk fra Statistisk Sentralbyrå, laget et helsebarometer som gir en visuell oversikt over helsetilstanden i fylkene sammenliknet med hele landet. Bildet av Telemark ser du i figuren nedenfor.



Figur 2: Helseprofilen for Telemark (grønt)

Den sorte sirkelen er landsgjennomsnitt. Når grønn, brukket linje (Telemark) er utenfor den sorte sirkelen, betyr det at Telemark scorer jevnt over dårligere enn landsgjennomsnittet på de valgte forhold.

De enkelte parametre/ forhold i heleprofilen defineres slik:

Mottakere av sykepengen

Totalt antall sykepengetilfeller ut over arbeidsgiverperioden (første 16 dager med sykelønn) per 1000 personer i arbeidsstyrken.

Utdanning - grunnskole

Andelen personer i aldersgruppen 30-39 år med grunnskolenivå som høyeste fullførte utdanning.

Anmeldte lovbrudd

Anmeldte lovbrudd per 1000 innbyggere etter gjerningskommune.

Lav fødselsvekt

Andel fødte med lav fødselsvekt (< 2500 gram) i prosent av alle barn med fødselsvekt 500 gram eller mer.

Hjerte- /kardødelighet (0-74 år)

Antall døde av hjerte-/ karsykdom i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, aldersstandardisert. 10-årige glidende gjennomsnitt.

Hjemmeboere med høy timeinnsats

Andel hjemmeboere med høy timeinnsats, i prosent av totalt antall mottakere av hjemmetjenester.

Barn med barnevernstiltak

Antall barn som har mottatt hjelpetiltak eller omsorgstiltak i løpet av året per 100 barn 0-17 år

Kreftdødelighet (0-74 år)

Antall døde av kreft i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, aldersstandardisert. 10-årige glidende gjennomsnitt.

Totaldødelighet (0-74 år)

Antall døde totalt i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, aldersstandardisert. 10-årige glidende gjennomsnitt.

Husholdningsavfall

Husholdningsavfall i kilo per innbygger

Sosialhjelpstilfeller

Sosialhjelpstilfeller i løpet av året. Registrerte tilfeller i løpet av året etter alder, sett i forhold til folkemengden i de aktuelle aldersgruppene per 1/1 året etter.

Inntekt - lav

Andel av bosatte personer 17 år og over med bruttoinntekt under kr. 100 000

Arbeidsledighet

Registrert arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken i alderen 16-24 år og registrerte arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken i alderen 25-66 år.

Potensiale i forebygging

Tvillingstudier antyder at genetiske faktorer står for rundt 25 prosent av variasjonen i livslengde. Det vil si at livslengden er påvirkbar av miljø og levevaner. Røyking, diabetes, fedme, høyt blodtrykk og en stillesittende livsstil er noen faktorer som reduserer sannsynligheten for langt liv.

Regelmessig fysisk trening øker sjansene betydelig. Forskerne beregner at en 70 år gammel mann som ikke røyker, har normalt blodtrykk og vekt, ikke har diabetes, og trener to til fire ganger i uka, har en 54 prosent sjanse for å bli 90 år gammel. En sunn livsstil og risikohåndtering bør fortsette i alderdommen for å redusere dødelighet og uførhet.

Dødelighet og dødsårsaker

Vi lever lenger enn noen gang, og de fleste lever også sunnere enn før. Levealderen i Norge er blant de høyeste i verden. I 2005 var den forventede levealderen for menn 77,7 år og for kvinner 82,5 år.

Spedbarnsdødeligheten er rekordlav. Færre dør av hjerte- og karsykdommer, men flere får kreft, diabetes og KOLS. De sosiale forskjellene er blitt større. Særlig blant menn er dødeligheten i aldersgruppa 45-49 år påvirket av utdanning og inntekt.

Dødelighet er en sentral indikator på befolkningens helsetilstand. Høy relativ dødelighet betyr at det er stort potensiale for forebygging. I statistikken du kan se i neste tabell sammenliknes Telemark med resten av landet på noen utbredte og påvirkbare dødsårsaker.

Tabell 13: Oversikt dødsårsaker – landsgjennomsnitt / Telemark (døde per 100 000 innbyggere)

År			2001	2002	2003	2004	2005	2006
Dødsårsak	Kjønn	Geografi						
Totaldødelighet	Mann	Norge	1 02	1 01	954	912	897	859
		Telemark	1 08	1 04	953	967	967	894
	Kvinne	Norge	628	631	601	575	562	561
		Telemark	675	643	626	536	583	604
Hjerte- karsykdommer (I00-I99)	Mann	Norge	405	391	354	330	305	286
		Telemark	444	407	363	356	328	306
	Kvinne	Norge	234	229	216	203	178	182
		Telemark	263	251	230	203	177	197
Sykdommer i åndedretsorganene (J00-J99)	Mann	Norge	98	100	88	77	90	84
		Telemark	117	115	107	94	109	83
	Kvinne	Norge	58	63	53	46	52	51
		Telemark	67	75	60	48	72	56
Skader og forgiftninger (voldsomme dødsfall) (V01-Y89)	Mann	Norge	61	63	67	68	61	61
		Telemark	65	59	90	66	78	67
	Kvinne	Norge	28	26	28	32	28	27
		Telemark	38	20	26	31	23	24

Både totaldødeligheten og livsstilsrelaterte dødsfall er vesentlig høyere i Telemark enn landsgjennomsnittet, mest markant for menn. Sykdommer i hjerte og kar, samt luftveiene, omtales særskilt.

Diabetes 2

Cirka 200000 nordmenn har diabetes/ sukkersyke. På bakgrunn av befolkningsundersøkelser kan det anslås at 90 000 - 120 000 personer har diabetes type 1 og type 2. I tillegg kommer et like stort antall ukjente tilfeller, først og fremst av diabetes type 2.

Diabetes type 2 er en relativt ny folkesykdom, og utviklingen knyttes blant annet til overvekt. Utviklingen, særlig blant menn, kan vekke bekymring. Salg av diabetes 2-medisin stiger mer i Telemark enn på landsbasis.

Det er mange årsaker til type 2 diabetes, men de viktigste har med livsstil og arv å gjøre. Overvekt på grunn av høyt inntak av kaloririk og fet mat kombinert med lav fysisk aktivitet, er en viktig årsak til type 2-diabetes. 60-70 prosent av pasientene er overvektige. Trolig spiller arv inn på den måten at man arver et anlegg for å få diabetes, mens livsstil vil være avgjørende for om man utvikler sykdommen. Hvis en av foreldrene har type 2 diabetes, er livstidsrisikoen for å få sykdommen cirka 40 prosent.

Hjerte- og karlidelser

Hjerte- / karsykdommer er sammenlagt den hyppigste dødsårsaken her i landet når vi ser alle aldersgrupper under ett.

Mange av dødsfallene skjer i høy alder.

I 2005 døde om lag 6100 personer av såkalt ischemisk hjertesykdom som omfatter angina pectoris og hjerteinfarkt.

Vi vet ikke eksakt hvor mange som får ikke-dødelige hjerte-/karsykdommer. Beregninger tyder på at mellom 12 000 og 15 000 personer får akutt hjerteinfarkt i Norge hvert år. Dødeligheten er synkende.



Landsgjennomsnittet for kvinner ligger relativt likt med Telemark, mens menn fra Telemark ligger markert dårligere an. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer har falt dramatisk fra midten av 1970-tallet, men mest hos dem med høy utdanning.

Risikofaktorer: Kolesterol, røyking og høyt blodtrykk

Arvelige faktorer har betydning. Noen gener for arvelig høyt kolesterol er kjent. Arvelige faktorer vil spille sammen med risikofaktorer og enten redusere eller øke risikoen for hjerteinfarkt.

Høyt kolesterol er den viktigste risikofaktoren for hjerteinfarkt. Dødeligheten øker jevnt både for menn og kvinner fra et totalkolesterol på 4,0 mmol/l, uten terskelverdi. Andre risikofaktorer er røyking, høyt blodtrykk, diabetes og overvekt. Fysisk aktivitet og høyt forbruk av frukt og grønnsaker er beskyttende.

Helseundersøkelsene i 2000-2003 viste at 40 prosent av norske 75-åringene brukte blodtrykksmedisiner og at 20 prosent brukte kolesterolsenkende preparater i denne alderen.

Vekt

Gjennomsnittverdien av kroppsmasse-indeks (KMI) er relativt høyt for befolkningen i Telemark. For menn ligger den over 25, noe som betyr overvekt, den ligger litt lavere for kvinner. Det er viktig å understreke at målinger er basert på beregninger for personer mellom 40 og 42 år. Disse tall kan vise til en tendens i fylket.

At faktorene kolesterolnivå, blodtrykk og kroppsmasseindeks sammen med røyking er betydelige risikofaktorer i forhold til hjerte- og karlidelser ser ut å være ubestridt.

Jo lavere utdanning, jo høyere scorer kvinner og menn på risikofaktorene røyking, KMI, blodtrykk og kolesterol. Forskjellene er uavhengig av alder.

De sosioøkonomiske forskjellene som finnes i ung alder, fortsetter inn i alderdommen.

Hjerneslag

Også for hjerneslag og annen åreforkalkningssykdom i hjernen er det en tydelig nedgang. Nedgangen er 33 prosent i perioden fra 1996 til 2005. I 1996 var det 119 av 100 000 som døde av hjerneslag, i 2005 var tallet 80.

Luftveislidelser

Astma

I Norge er forekomsten omtrent som i Norden for øvrig, men lavere enn i engelskspråklige land. I Australia er det rapportert at cirka 30 prosent av skolebarn har astma.

Hos småbarn er astmalignende pusteproblemer vanlige, særlig i forbindelse med infeksjoner. Blant 10-åringer er det 5-11 prosent som har astma. Astma er hyppigere i småbarnsalderen enn i ungdomsårene og voksen alder. Om lag halvparten av barna har "vokst av seg" sykdommen når de fyller ti år. Cirka 8-10 prosent av voksne har astma.



Flere befolkningsstudier er utført med samme metoder i 1970-årene og i 1990-årene. De viser økt forekomst av astma.

Blant ungdom og voksne som driver kondisjonsidretter, er det økt forekomst av astmalignende plager og symptomer.

KOLS

Om lag 200 000 nordmenn har trolig kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. KOLS gir varig nedsatt lungefunksjon. Årsaken er som oftest røyking. Forekomsten i Norge har økt med 35 prosent de siste 15 årene.

Personer med grunnskole som høyeste utdanning har tre ganger høyere risiko for KOLS enn personer med universitetsutdanning. Dette gjelder også når en tar hensyn til røykevaner og yrke.

En kjenner ikke de underliggende årsakene, men forhold gjennom hele livet kan ha betydning. Faktorer i søkelyset er blant annet fødselsvekt og luftveisinfeksjoner i barndommen og miljøfaktorer som kosthold, luftforurensing og boligstandard gjennom livsløpet.

Kreft

Totalt fikk 24 488 personer kreft i Norge i 2006. Befolkningen blir stadig større og gjennomsnittsalderen høyere, noe som bidrar til at vi får flere krefttilfeller.

Dødeligheten av kreftsykdommer er stabil, dersom en justerer for at det stadig blir flere eldre i befolkningen. Risikoen for å dø av kreft har derfor ikke økt. Likevel er det flere personer som dør av kreft enn tidligere, både fordi det er flere eldre i befolkningen, og fordi en får økt "mulighet" til å dø av kreft dersom en ikke rammes av et fatalt hjerteinfarkt eller hjerneslag.

Tykkarmskreft

Kreft i tykktarm- og endetarm er den hyppigste kreftformen i Norge.

I perioden 2001-03 døde 1485 menn og 1815 kvinner av tykkarmskreft. Forekomsten har økt markant de siste 50 år, og Norge ligger høyt plassert i europeisk sammenheng.

Risikofaktorer for tykktarmskreft er blant annet kraftig overvekt og fedme, spesielt hos menn. Økingen av tykktarmskreft kan sees i sammenheng med markant økning av KMI i befolkningen de siste 30 år.

Brystkreft og livmorhalskreft

Færre dør av brystkreft og livmorhalskreft.

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft startet i 1995.

Mammografiprogrammet startet i fire prøvefylker i 1995/96, og ble gradvis innført i andre fylker i perioden 1999-2005.

For begge kreftformer har det vært en nedgang i antall døde siden innføringen av programmene.

For kreft i livmorhalsen var det 72 dødsfall i 2005 i Norge.

Dette er det laveste antallet dødsfall som er registrert for denne sykdommen.



For brystkreft var det 695 dødsfall blant kvinner i 2005 og 675 dødsfall i 2006. Dette er på nivå med 2004, men godt under tallene ved start av masseundersøkelsen.

Brystkrefttilfeller i Telemark har ligget på nivå med landsgjennomsnittet, men har økt de siste par år.

Høyt utdannede kvinner har større risiko for å få brystkreft og å dø av det, enn kvinner med lav utdanning. En del av forklaringen er trolig at høyt utdannede kvinner er eldre når de får sitt første barn, og de får færre barn enn kvinner med lavere utdanning. Tidlig første fødsel og flere fødsler beskytter mot brystkreft. I tillegg kan enkelte livsstilsfaktorer bidra til å skape ulikheter, for eksempel bruk av alkohol, hormonpreparater eller ukjente faktorer.

Lungekreft

Stadig flere kvinner dør av lungekreft, mens antallet lungekreftdødsfall blant menn er stabilt. Blant kvinner er lungekreft nå en hyppigere dødsårsak enn brystkreft.

Dødsårsaksregisteret viser at i 2005 døde 1235 menn og 788 kvinner av lungekreft. For første gang passerte det totale antallet 2000 døde.

Røyking er den alt overveiende årsaken til lungekreft.

Psykiske lidelser

I Norge er depresjon, alkoholmisbruk og ulike former for angst blant de vanligste psykiske plagene og lidelsene.

Depresjon har en årlig forekomst på 7-8 prosent og angst cirka 15-20 prosent. Alvorlige psykiske lidelser er først og fremst schizofreni og manisk-depressiv lidelse. Begge forekommer hos cirka 1 prosent av befolkningen.

Internasjonalt viser flere undersøkelser at 30-50 prosent rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og at 20-30 prosent av voksne har hatt en slik lidelse det siste året. Med lidelse menes her en psykiatrisk diagnose.



Forekomsten er høyere hos kvinner enn menn, bortsett fra alkohol- og stoffmisbruk. De som er født de siste 50 årene har mer psykiske problemer enn de som ble født tidlig på 1900-tallet.

Psykiske vansker

Det er grader av psykiske problemer, og mange symptomer opptrer tidvis også som en del av dagliglivet til ellers friske mennesker. En spørreundersøkelse de siste 10 år når det gjelder norske menns og kvinners opplevelse av å ha psykiske vansker viser at omfanget går ned i befolkningen, men øker blant unge kvinner mellom 16 og 24 år (SSB levekår 2005).

Levekårsundersøkelsen viser at en av ti nordmenn har psykiske vansker. Psykiske vansker er her fanget opp gjennom 25 spørsmål om symptomer på psykisk helse i 14-dagersperioden før intervjuet. Spørsmålene dreier seg om: angst, depresjon, somatisering, hodepine, skjelving, matthet eller svimmelhet, nervøsitet, indre uro, plutselig frykt uten grunn, stadig redd/engstelig, hjertebank, anspent, rastløs, energimangel, klandrer seg selv, gråter lett, selvmordstanker, dårlig matlyst, søvnproblemer, følelse av håpløshet med tanke på fremtiden, nedtrykt, ensom, tap av seksuell lyst, følelse av å være lurt, mye bekymret, uten interesse for noe, alt er et slit, følelse av å være unyttig.

Mellom 15 - 20 prosent av alle barn i skolepliktig alder har psykiske problemer som påvirker deres funksjonsnivå (Folkehelseinstituttet). Undersøkelser både fra Europa og USA tyder på at opptil 30 prosent av alle skolebarn har tilpasningsproblemer på grunn av aggressiv og forstyrrende atferd i klassen, tilbaketrekning og konsentrasjonsvansker. Hyppigheten av psykiske lidelser er betydelig høyere hos gutter enn hos jenter. Gutter reagerer oftere med aggressivitet og asosial atferd, mens jenter får angst, blir usikre og hemmet.

Den store helseundersøkelsen i Oslo 2000-2001 (HUBRO) viste at innvandrere og flyktninger har klart større forekomst av psykiske plager enn norskfødte. Eksempelvis oppga 24 prosent av asiatiske og afrikanske innvandrere psykiske plager, mot 10 prosent blant norskfødte. 31 prosent av flyktningene hadde psykiske plager.

Bruk av antidepressiva og angstdempende medisin

Når det gjelder bruk av legemidler (psykofarmaka) ligger Telemark svært høyt i nasjonal målestokk.

For salg av anxiolytika (benzodiazepiner og øvrige preparater) ligger Østfold (32,8) og Telemark (31,1) helt i toppen når det gjelder døgndoser per 1000 innbyggere per døgn, etterfulgt av Agderfylkene (Aust 26,3 og Vest 26,5).

For salg av hypnotika og sedativa (benzodiazepinderivater og øvrige preparater) inntar Telemark (53,2) tredje plassen, etter Østfold (56,4) og Aust-Agder (54,8) (Folkehelseinstituttet 2006).



Per 19.11.2008 var det registrert 336 klienter hos LAR (legemiddelassistert rehabilitering) i Telemark.

Spiseforstyrrelser

Anoreksi, bulimi og sykkelig overspising er de tre hovedtypene av spiseforstyrrelser. De rammer både unge og voksne, men oppstår oftest i ungdomsårene. Anoreksi og bulimi er cirka 10 ganger hyppigere blant kvinner enn menn, mens overspising er bare noe vanligere blant kvinner.

I alt cirka 5,3 prosent norske kvinner i alderen 15-44 år lider av anoreksi (0,3 prosent), bulimi (2 prosent) og sykkelig overspising (3 prosent).

Selv mord

Årlig registreres rundt 550 selvmord i Norge. Selvmord er omtrent tre ganger vanligere blant menn enn kvinner.

Norge hadde lav selvmordsrate sammenliknet med andre land frem til 1970-tallet. Etter dette kom det en økning, før tallet på selvmord igjen sank fra starten av 1990-årene.

Selv mordsraten i Telemark er høyere enn landsgjennomsnitt for menn, mens kvinner er under dette gjennomsnittet. I 2005 ble det registrert 29 selvmord i Telemark (24 menn og 5 kvinner).

Muskel og skjelettlidelser

Muskel- og skjelettlidelser har stor betydning for førlighet, arbeidsevne og livskvalitet. Tall fra Trygdeetaten (2003) viser at muskel- og skjelettlidelser er årsaken til over 46 prosent av sykefraværet og cirka 33 prosent av uføretrygden.

Beregninger viser at det er denne type helseplager som koster samfunnet mest og som rammer flest. I mange bransjer vil ansatte med smerter og skader i muskler og skjelett bli uføretrygdet, ofte etter perioder med langtidssykemeldinger.



Cirka 25 prosent av personer over 16 år har en lidelse i muskel- og skjelettsystemet.

Ryggvondt

Korsryggssmerter, med og uten nerverotsaffeksjon (isjias), er den enkeltlidelse som plager flest og koster mest i vårt helsevesen.

Cirka 60-80 prosent har en rygglidelse i løpet av livet og cirka 50 prosent har ryggvondt siste året. Cirka 15-20 prosent har ryggplager til enhver tid. Kronikerne utgjør cirka 10-15 prosent.

Ulykker og skader

Aldersgruppene 10-20 år og personer over 70 år skader seg oftest. De fleste ulykkene skjer hjemme.

I 2006 ble om lag 90 000 personer behandlet for skader og forgiftninger på norske sykehus. Det betyr at om lag hver tiende sykehuspasient var innlagt for behandling av en ulykkesskade. I tillegg kommer de skadene som ble behandlet poliklinisk eller av lege/legevakt, og de skadene som folk ikke søkte medisinsk behandling for.

Antall dødsfall som følge av ulykker er under 2000 per år og har gått ned de siste årene.

I aldersgruppen 20-25 år har menn omtrent dobbelt så høy skadefrekvens som kvinner. Helt opptil 60-årsalderen får menn flere skader enn kvinner. I de eldste aldersgruppene skjer det derimot flest skader hos kvinner.

Skader oss der vi er mest

Vi skader oss der vi oppholder oss mye. I alle aldersgrupper dominerer hjemmeulykker, skole-, og fritidsulykker. De utgjør mellom 72 og 96 prosent. Særlig for de minste barna og for eldre oppstår det flest skader i hjemmet.

Aldersgruppen 15-24 år har mye sport- og treningsskader.

Trafikkulykkenes andel varierer fra 11 prosent i aldersgruppen 15 - 24 år til 3 prosent i den eldste aldersgruppen.

I yrkesaktiv alder oppstår en stor del av skadene på arbeidsplassen, men det forekommer likevel flere skader i hjemmet enn i yrkeslivet. Arbeidsulykker utgjør 17 prosent i aldersgruppen 25-64 år.

Trafikkulykker

Hvert år blir vel 8000 trafikkulykker med mellom 11 000 og 12 500 skadde og 250-350 drepte meldt til politiet. Antall alvorlig skadde og drepte har gått ned siden 1970-tallet, da det i gjennomsnitt var 493 drepte i trafikken per år. (Ref. Statistisk sentralbyrå: Veitrafikkulykker 1990-2000).

I 2007 omkom 230 personer på norske veier, mens 860 ble hardt skadd. Totalt 11978 personer ble skadet i trafikken. 7 personer mistet livet i Telemark, og 593 personer ble skadet.

Tallene har de siste ti årene vært forholdsvis stabile. Det er imidlertid kjent at ikke alle trafikkulykker blir meldt til politiet. Spesielt er det underreportering av mindre alvorlige skader som følge av sykkelvelt og kollisjoner mellom syklist.

Aldersgruppa 13 -17 år er spesielt utsatt, både som bilpassasjerer og med motorsykler.

Færre ulykker

De fleste ulykker som fører til dødsfall (4,7 prosent i 2000) er fallulykker hos eldre over 75 år. Der nest kommer trafikkulykker hos unge voksne. I 2004 døde 783 personer som følge av fall og 308 som følge av trafikkulykker i Norge.

Ulykkesdødeligheten målt i dødsulykker per million innbyggere har gått ned for kvinner siden begynnelsen av 1960-tallet og for menn siden begynnelsen av 1970-tallet. De siste ti årene har tallene vært forholdsvis stabile.

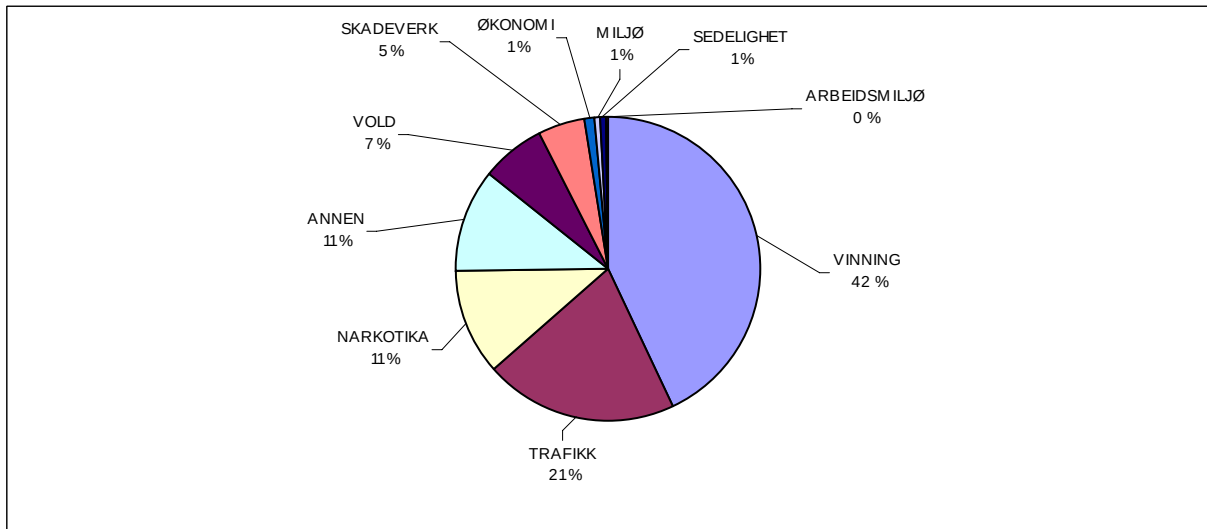
Kriminalitet

For 2007 har Telemark politidistrikt registrert til sammen 16807 anmeldte lovbrudd.

Telemark følger den nasjonale hovedtrenden med nedgang i antall registrerte anmeldelser i perioden fra 2002 og fremover. Det er i hovedsak antall registrerte forbrytelser



som viser nedgang, mens antall forseelser ligger på omtrent samme nivå.

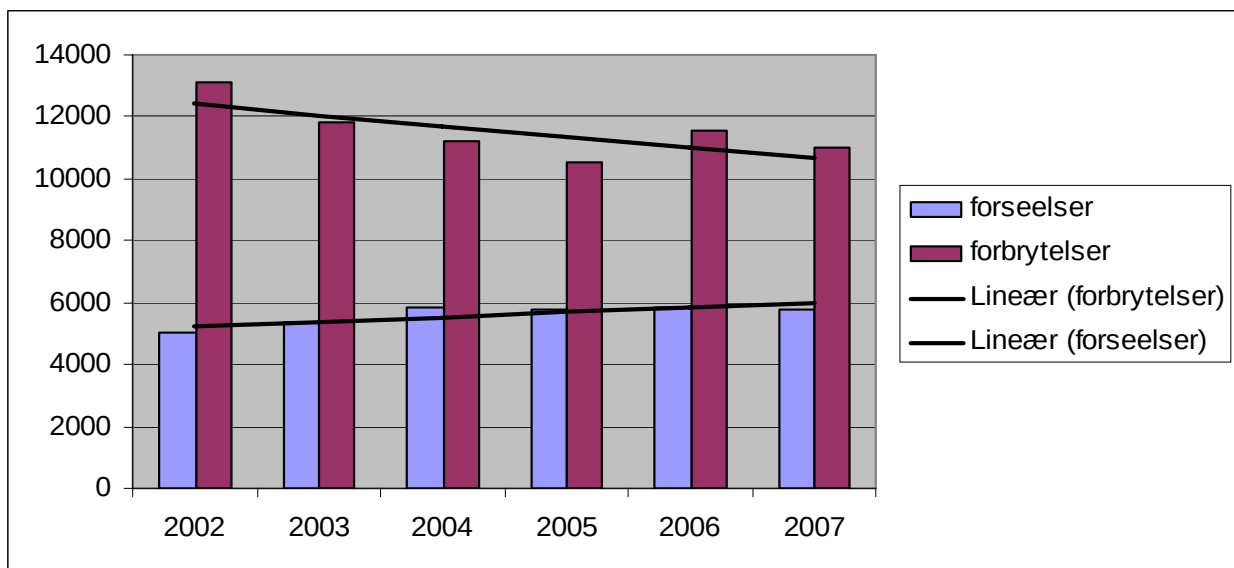


Figur 3: Den anmeldte kriminaliteten i Telemark i 2006 fordelt på lovbruddsgrupper (Kilde: JUS066)

Trafikkanmeldelsene, som utgjør 21 prosent av totalen, økte med 29 prosent (800 saker) fra 2002 til 2006. For narkotika har tallene vært vekslende, avhengig av politiets innsats. Fra 2002 til 2006 økte antall narkotikaanmeldelser med 16 prosent (drøye 250).

Voldssakene utgjør 7 prosent av den registrerte kriminaliteten. Antall voldssaker lå ganske stabilt i perioden fra 2002 til 2005. I 2006 ble det anmeldt 1191 voldslovbrudd i Telemark, som innebar en bekymringsfull økning. Imidlertid er antall anmeldelser per 1. halvår i 2007 på nivå med tidligere år.

I 36,7 prosent av de anmeldte forholdene i Telemark 2006 var ungdom fra 23 år og nedover mistenkt, siktet eller domfelt. Politiet har de siste årene konstatert at deler av ungdomsmiljøet har blitt tøffere. Fra 2002 til 2007 har antallet ungdomssaker, dvs. for personer under 18 år, steget fra 1114 til 1479 med en topp på 1710 forhold i 2006.



Figur 4: Utvikling innen forseelser og forbrytelser 2002-2007, Telemark (Politiet i Telemark).

Tannhelse

De vanligste sykdommene i munn er karies (tannråte) og periodontitt (tannløsningssykdom). Begge er bakteriesykdommer og kan ramme alle med tenner. Karies opptrer i alle aldersgrupper, mens periodontitt opptrer hyppigst blant voksne. Begge disse sykdommene gir varige skader på henholdsvis tenner og kjevebein.

Forekomsten av hel eller delvis tannløshet i deler av den eldre befolkningen kan særlig forklares med mangelfull tilgang på tannleger i første del av forrige århundre. Fluor har bidratt svært positivt på folks tannhelse, men utviklingen ser ut til å ha stabilisert seg.



Tabellen nedenfor viser hvor mange tenner med hull Telemarks barn og unge hadde i 2007. Tannehelsesdataene er hentet fra Fylkestannlegen i Telemark som årlig registrerer tannhelsesdata for fylkets 5-, 12- og 18-åringer.

Tabell 14: Gjennomsnittelig antall tenner med hull hos per person; 5-, 12- og 18-åringer

Alder	Antall tenner med hull
5 år	0,9
12 år	1,43
18 år	4,9

Tannhelsetilstanden i Telemark kan synes litt dårligere enn landsgjennomsnittet, men forskjellen er ikke bemerkelsesverdig stor.

Statistikken må sees i sammenheng med forskjeller i sosialklasser, hvor Telemark ligger noe under landsgjennomsnittet. Helsegradienten sier at de med god helse stadig får bedre helse, mens forskjellen innen sosialklassene øker.

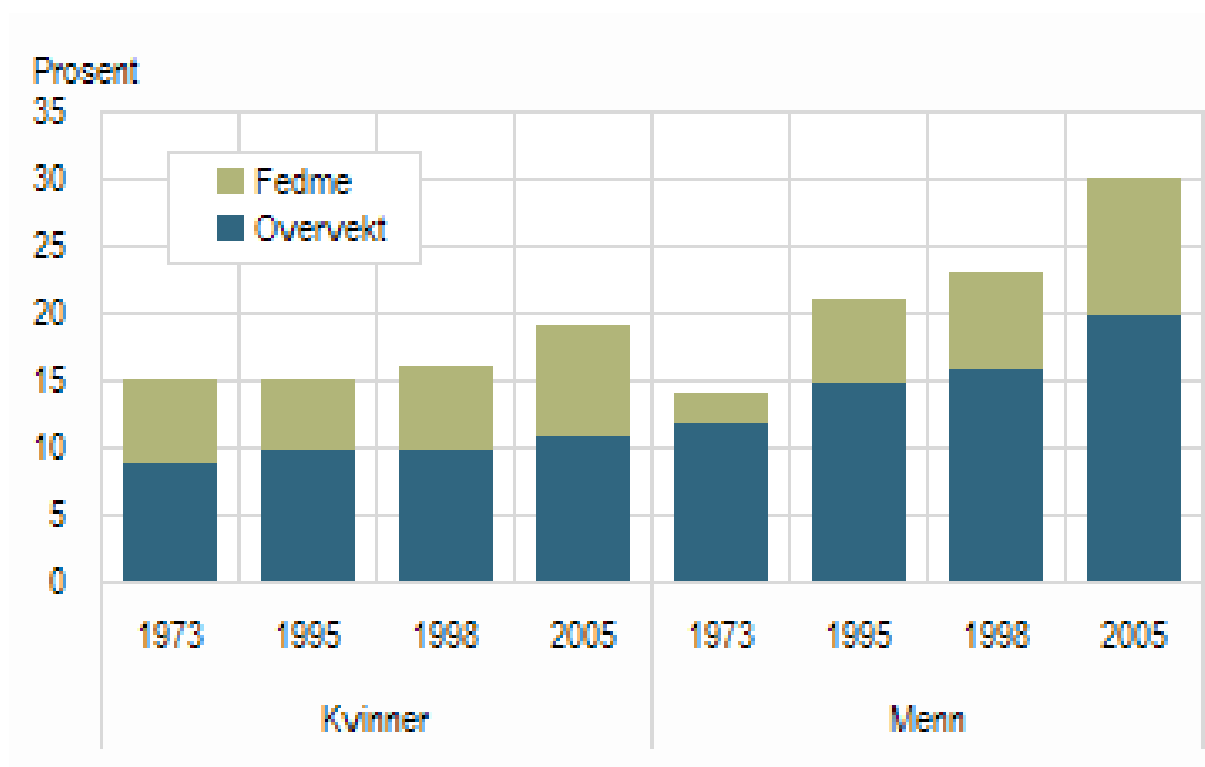
Vekt

Nordmenn i alderen 40 og 45 år veier gjennomsnittlig 5,0 kg (menn) og 5,8 kg (kvinner) mer enn for 15 år siden (Wangenstein 2005).

Stadig flere utvikler fedme. I noen fylker har nå en av fem 40-45-åringer fedme.

En tilsvarende utvikling sees også internasjonalt. Stadig flere passerer grensen for det som WHO definerer som overvekt og fedme. Denne utviklingen skyldes endringer i miljø og levevaner.





Figur 5: Prosent av befolkningen med kmi > 27 (overvekt), og kmi >=30 (fedme)

Figuren viser utviklingen av andel overvektige (kmi > = 27) og andel med fedme (kmi > = 30) blant personer 16-79 år (Statistisk sentralbyrå) i Norge.

Fra 1975 til 2000 gikk 9- og 15-åringer fra Oslo opp to-tre kg i vekt. Andelen med overvekt økte med fire-fem prosent i 1990-årene. (Ref. Heggebø LK 2003, Andersen LFm fl 2005, Nasj.Folkehelseinstitutt).

Tilsvarende undersøkelse i 2005-06 viste noe stigning i kroppsmasseindeks. 14,7 prosent av 9-årige jenter var overvektige og 4,7 prosent hadde fedme, mens for 9-årige gutter var tallene 12,8 prosent overvekt og 2,8 prosent fedme. Blant 15-årige jenter var 11,6 prosent overvektige og 1,3 prosent hadde fedme. Blant 15-årige gutter var 9,2 prosent overvektige og 4,4 prosent hadde fedme (Helsedirektoratet 2008).

Gjennomsnittsvekten blant norske 18-årige rekrutter har økt med 7 prosent i perioden 1980-2002. Nyfødte har også økende gjennomsnittsvekt.

Tabell 15: Vektøkning i kg justert for økt høyde, fra 1975 til 2000, Norge.

	9-åringer, gutter	9-åringer, jenter	15-åringer, gutter	15-åringer, jenter
Vektøkning i kg, justert for økt høyde. 1975-2000	3,1	3,0	2,9	1,9

Telemark

Blant 10.klassinger i Telemark er cirka 5 prosent undervektige og 12 prosent hadde overvekt/fedme (Westhrin 2005).

En undersøkelse blant 1045 fjerdeklassinger i Telemark viste at 16 prosent var overvektige og 4 prosent hadde fedme. Kun 0,5 prosent ble registrert som undervektige. (Oellingrath, Svendsen og Reinboth 2008).

Dette tilsvarer kjente tall fra Oslo, Bergen og på landsbasis. Det var en tendens til mer overvekt og fedme blant barn på skoler i landkommuner og grendeskoler i bykommunene enn blant barn på sentrumsnære skoler i byene.

Fysisk form

Trenden er et lavere fysisk aktivitetsnivå i hverdagen på arbeid, skole og ved transport enn tidligere. Selv om flere trener på fritida, er det tegn til redusert fysisk form i befolkningen.

Helserelatert fysisk form måles på hvordan man klarer å utføre daglige aktiviteter med overskudd. Helserelatert fysisk form er også en beskrivelse av fysiologiske kvaliteter som er forbundet med risiko for utvikling av livsstilssykdommer og lidelser. God fysisk form er en viktig ressurs for opplevelser og en beskyttelsesfaktor i forhold til mange helseplager.



Det er utført få større befolkningsundersøkelser i Norge som kan beskrive utviklingen av fysisk form. En viktig indikator er imidlertid kondisjonen til norske soldater i førstegangstjeneste. I perioden 1980-2002 sank aerob kapasitet (utholdenhet) hos norske 18-årige rekrutter med 8 prosent. Det var langt flere med dårlig kondisjon i 2002, samtidig som antallet med god kondisjon var redusert. (Dyrstad).

Ved Politihøgskolen testes studentene på 3000 m løp. Fra 1995 til 2005 gikk menn noe tilbake i gjennomsnittstid, mens kvinner presterte uendret. Ved befalskoletesten på 3000m økte gjennomsnittstida på 3000m med cirka 1 minutt fra 1989 til 2005 (Dullum).

Norske 9-åringer viser en redusert kondisjon fra 2000 til 2005-06, selv om den fysiske aktiviteten rapporteres høyere. Forklaringen kan være samtidig vektøkning. Det er ingen forandring for 15-åringers aerobe kapasitet i samme periode (Helsedirektoratet 2008).

LIVSSTIL OG MILJØ

De ytre rammene, dagliglivets betingelser og levevaner betyr mye for hvordan helse og trivsel utvikles. Oppvekstforhold, nærmiljøets utforming og samfunnets krav og tradisjoner er med på å prege innbyggernes liv. Arven er et utgangspunkt, men helsetilstanden påvirkes av miljøet.

I folkehelsearbeidet er det ofte fokus på forhold som gjelder store grupper av mennesker. Sentrale tema i denne sammenheng er kosthold, fysisk aktivitet, røyking, psykososiale forhold, rusmidler og sikkerhet mot ulykker og kriminalitet.

Andre miljømessige og mellommenneskelige forhold har også stor innvirkning på helse og trivsel, men disse inngår ikke i satsingsområdene til Folkehelseprogrammet for Telemark 2006-09. Slike forhold kan for eksempel være infeksjoner, seksuell helse, støy, radon, luft- og vannkvalitet.

Kosthold

Svakheter i kostholdet bidrar til utvikling av hjerte- og karsykdommer, kreft, overvekt, diabetes type 2, forstoppelse, tannrøte og jernmangel.

Relativt små endringer i kostholds- og mosjonsvaner kan ha stor betydning for en bedre helse og et bedre liv.

Det fins både positive og mer uheldige utviklingstendenser i norsk kosthold. Utfordringen for folk flest er å få et variert og sunt kosthold sett i forhold til fysisk aktivitetsnivå.



Kostholdets betydning for helsa er resultat av den samlede effekten av en rekke enkeltstoffer og samspillet mellom disse. I praktisk helsefremmende arbeid er det derfor viktig å se på helheten. Likevel bør det være bevissthet om matens bestanddeler.

Det er vanskelig å få en god oversikt over matvaner særskilt for Telemarkingene. Men utviklingen i norsk kosthold følges årlig opp med en rapport fra Helsedirektoratet.

De generelle målene for utvikling i befolkningens kosthold er:
at spedbarn ammes i tråd med anbefalingene
økt forbruk av grønnsaker, poteter, frukt, bær, grove korn- og brødvarer, fisk og sjømat
reduisert forbruk av fete meieri- og kjøttprodukter, salt, sukker, sukkerholdig brus og andre søte drikker, søtsaker, snacks og fete potetprodukter
reduisert bruk av spisefett og vridning til mer myk margarin og matolje

En beskrivelse av norske forbruksvaner er slik (Helsedirektoratet 2007):

Amming

46 prosent fullammes ved 4 måneders alder, mens kun 9 prosent fullammes når de er 6 måneder. Cirka 80 prosent ammes, men får også annen kost ved 6 måneders alder. Ammevanene er lite endret de siste 8 årene. (Spedkost 2008)

Frukt og grønnsaker

Forbruket øker, men likevel for lite av matvarer rike på stivelse, kostfiber og antioksidanter (grovt brød og grønnsaker). Undersøkelser viser at nordmenn tror de spiser mer sunt enn de faktisk gjør. I gjennomsnitt spiser vi under 3 enheter frukt og grønnsaker per dag.

Fisk

Forbruket av fisk minsket de to siste årene. Mens vi spiste 33 kilo fisk i året i 2005, spiste vi i 2007 kun 28 kilo.

Fett

Fettinnholdet i kosten har minsket fra 1970 til 1990, og kostens fettsyresammensetning har endret seg i ønskelig retning. Innholdet av mettede fettsyrer og transfettsyrer har minsket. De gunstige endringene i kostens fettinnhold har flatet ut i senere år.

Meieriprodukter

Vi spiser mer ost enn før, mens forbruket av margarin og helmelk har gått ned.

Kjøtt

Vi spiser langt mer kjøtt enn før. Forbruket nådde en topp i 2006, da vi i gjennomsnitt spiste hele 71 kilo kjøtt.

Sukker og salt

Mindre sukker i 2007 sammenliknet med de siste årene, men vi bruker nesten 20 prosent av matutgiftene på sukkervarer og leskedrikker.

Det gjennomsnittlige inntaket av salt er dobbelt så høyt som anbefalt. Tre fjerdedeler av saltet kommer fra ferdigmat.

Kostholdsvaner hos barn og ungdom

Fjerdeklassinger i Telemark (2007) spiser langt mindre enn anbefalt mengde frukt og grønnsaker. Kun 50 prosent av barna spiser frukt, bær eller juice daglig, og 67 prosent spiser grønnsaker eller poteter daglig. Det er bare 10 prosent som spiser det anbefalte "5 om dagen". 17 prosent spiste ikke grove kornprodukter daglig. Resultatene stemmer godt med andre funn i Norge. Jentene hadde jevnt over et sunnere kosthold enn guttene (Oellingrath, Svendsen og Reinboth 2008).

Skoleungdom (13-20 år) i Porsgrunn i 2002 skilte seg ikke nevneverdig fra ungdom ellers i landet. En spørreskjemaundersøkelse viste at hele 70 prosent av guttene og 55 prosent av jentene ikke spiste frukt eller grønnsaker daglig. Under halvparten spiste grovt brød daglig, og 30 prosent spiste sjelden eller aldri fisk. Mindre enn 10 prosent tok tran hver dag. Mange ungdommer spiste dessuten for ofte kiosk- og gatekjøkkenmat med mye sukker, fett og salt.

Flere gutter enn jenter hadde et utilfredsstillende sammensatt kosthold. Cirka 40 prosent av jentene og 30 prosent av guttene spiste ikke frokost daglig. Hele 24 prosent av jentene mot 6 prosent av guttene hadde høy tendens til spiseproblemer (Oellingrath 2002).

En undersøkelse blant 10.klassinger i Telemark (Westhrin 2005) viste at kun 22 prosent spiste frukt og bær daglig. På skoler med frukttilbud ble det spist mer. Mange ungdommer spiste søtsaker (13 prosent) og drakk sukkerholdig brus (27 prosent) og saft (24 prosent) hver dag. På skolen hadde jentene sjeldnere matpakke enn guttene.

Det er per 2008 installert vanndispensere ved alle de videregående skolene og de fleste ungdomsskolene i Telemark. Videre er det tilbud om frukt og grønnsaker i kantinene i videregående skoler.

Tobakk

Den nasjonale strategien for tobakksforebyggende arbeid 2006-2010 prioriterer arbeidet med å forebygge røykestart. Ungdomsrøyking skal reduseres, men det satses også på en bedre tilrettlegging av hjelp til røykeslutt. Det er et mål at andelen dagligrøykere i befolkningen skal være under 20 prosent i 2010.

I Norge viser nedgangen i andelen dagligrøykere en positiv trend. 21 prosent av den norske befolkningen (16-74 år) røykte i 2008.

Forskjellen mellom kvinner og menn blir stadig mindre.



Den største andelen dagligrøykere finner vi blant personer i alderen 35 til 64 år, mens den minste andelen er blant de yngste og eldste. Det er imidlertid en sterk overrepresentasjon av personer med lav utdanning i gruppen dagligrøykere (i underkant av 40 prosent er røykere).

Tabell 16: Andel som røyker daglig blant menn og kvinner.

Andel som røyker daglig blant menn og kvinner og totalt, 16-74 år, fylkesvis, gjennomsnitt for 5-årsperioden 2004-2008. Tall i prosent.				
	2004-2008			
	Totalt %	Menn %	Kvinner %	Utvalg N
Akershus	21	21	21	2569
Oslo	19	21	17	2 732
Vestfold	27	26	28	1 116
Telemark	28	28	27	812
Aust-Agder	26	28	25	516
Finnmark	32	31	33	418
Norge totalt *	24	24	23	24 118
* Når andelen røykere for Norge totalt her blir 24 prosent og ikke 21 prosent som er røykeandelen i 2008, skyldes det at man har slått sammen resultatene for de fem siste årene 2004-2008. 24 prosent er gjennomsnitt for femårsperioden, mens 21 prosent kommer fra enkeltmålingen i 2008.				
[Publisert: 03.02.09]				

I Telemark er andelen dagligrøykende voksne godt over landsgjennomsnittet. Bare i Østfold og Finnmark røykes det mer enn i Telemark. Utviklingen er likevel positiv, da vi har redusert fra 35 prosent dagligrøykere i 1999 til 28 prosent i 2008.

Unge og gravide telemarkinger røyker mer enn landsgjennomsnitt

På landsbasis røyker cirka 5 prosent av ungdomsskoleelevene. I Telemark er det cirka 7 prosent dagligrøykere i denne aldersgruppen (2005). Flere starter å røyke i videregående skole, men her er det ikke tall for hvert fylke. For øvrig er det en positiv trend på landsbasis med stadig færre nye ungdomsrøykere. Mens det økte fra 1985 til cirka 2000, har det siden vært en klar nedgang i dagligrøykende 15-åringere til 2005. Flere jenter enn gutter røyker.

Når det gjelder røykevaner i Telemark røykte 19 prosent av mødrene ved svangerskapets start, som sank til 13,2 prosent ved svangerskapets slutt (2006). På landsbasis er det klart flere som stumper røyken under graviditeten enn det er i Telemark.

Snus

Telemarkinger snuser mindre enn landsgjennomsnittet. Totalt bruker cirka 6 prosent (2008) av norske voksne personer snus. Kjønnforskjellen er markant, da 11 prosent av menn snuser og 1 prosent kvinner snuser daglig. De siste årene har det vært en klar økning i antall snusere, spesielt blant yngre menn. Blant menn 16-35 år er det flere som snuser enn røyker daglig.

Forhold som påvirker røyking

Foreldres og omgangsvenners røykevaner betyr mye for ungdom. Det er også en klar sammenheng mellom utdanningsnivå og røyking. Blant de med grunnskole som høyeste utdanning er det opp til tre ganger flere røykere enn blant høyskole- og universitetsutdannede i landet. Når Telemark ligger høyt på statistikken over dagligrøykere, kan det sees i sammenheng med utdanningsnivået i fylket.

Røykesluttprogrammer rettet mot ulike grupper virker også bedre for folk med høyere utdanning. Røyking er en av de viktigste faktorene som bidrar til helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper.

Forebyggende arbeid

Røykerestriksjoner på skoler er mest utbredt i fylker hvor fylkestinget har pålagt skolene regler mot røyking. Det er minst dagligrøyking blant elever på skoler med røykfri skoletid. Telemark fylkesting har innført røykeforbud ved de videregående skolene fra høsten 2007.

Cirka 2/3 av ungdomsskoleelevene i Telemark arbeider med det tobakksforebyggende undervisningsprogrammet "FRI". Påmeldinga er imidlertid synkende. Kun 48 prosent av elevene i 8.klasse 2007-08 bruker "FRI" i forhold til 77 prosent av 10.klassingene i Telemark.

Fysisk aktivitet

Fysisk inaktivitet er en risikofaktor for sykdom på linje med overvekt, høyt blodtrykk, ugunstig nivå av fettstoffer i blodet og røyking. Helsegevinster kan oppnås med moderat mosjon.

Det er vanskelig å beskrive kvalitet og kvantitet på befolkningens samlede fysiske aktivitet. Derfor er det få gode og sammenlignbare undersøkelser som viser utvikling over tid.

Anbefalingene i forhold til å opprettholde en god helse er ”lett svettende aktivitet” minst 30 minutter daglig for voksne og minst 60 minutter daglig for barn.

Fysisk aktivitet inkluderer i hovedsak organisert aktivitet, friluftsliv og hverdagslivets bevegelser.

Barn

Generelt øker aktivitetsnivået i barneårene og er på topp tidlig i tenårene. Så faller det frem mot voksen alder.

9-åringer er i snitt 43 prosent mer aktive enn 15-åringene. Ungdom mellom 11 og 16 år bruker cirka 40 timer i uka til pc, TV og lekser. Gutter er mer fysisk aktive enn jenter. Hele 50 prosent av 15-årige jenter er mindre fysisk aktive enn anbefalt (Helsedirektoratet 2008).

Utenom skoletid er det kun 1/3 av fjerdeklassinger i Telemark som er i bevegelse mer enn 1 time daglig i snitt. 74 prosent går minst en vei til og fra skolen. 48 prosent sier de blir svette eller andpustne i friminuttene hver dag eller de fleste dagene (Oellingrath, Svendsen og Reinboth 2008).

Flere elever går eller sykler til skolen i tettbygde enn i spredtbygde strøk.

Skoleskyss

I 2007 var det 4724 elever i grunnskolen i Telemark som fikk tilbud om skoleskyss. Av disse gikk 553 elever i 1.klasse.

I tillegg kommer 139 elever som fikk tilbud om gratis skoleskyss deler av skoleåret. Samlet antall elever i 1.-10.klasse i Telemark var 21270 i 2007.

Cirka 3450 av elevene i videregående skole fikk skoleskyss.

Voksne og eldre

Blant eldre i gruppen 67-79 år er det kun 6 prosent som tilfredsstiller anbefalingen om 30 minutters mosjon daglig.

Tidsbrukundersøkelsene (HETUS/SSB) viser at nordmenn 20-74 år er blant de minst fysisk aktive i Europa. En årsak til dette er lett tilgang til privatbil i daglige gjøremål.

Sykling

Tre av fire ungdommer og voksne eier eller har tilgang på sykkel. Likevel brukes bil på halvparten av alle reiser på 1 km. 60 prosent av de som har reisevei 1-3 km til jobb bruker bil som fremkomstmiddel.

50 prosent av elevene i grunnskolen gikk eller syklet til skolen våren 2000.

I 2005 ble sykkel benyttet som transportmiddel på 5 prosent av alle reiser i Norge. Tilsvarende tall for Sverige og Danmark er 12 og 17 prosent. (Statens vegvesen).

Sykkelbruken har økt i omfang i alle fem byene i region Sør som har deltatt i Sykkelbyprosjektet. Notodden deltar her. Omfanget er registrert som person-kilometer med sykkel per innbygger per dag, der Grenlandsbyene og Notodden alle har cirka 1,0 -1,2 personkm/ innb/ dag. Til sammenligning har Mandal 2,91 og Kongsberg 2,57. (Sintef 2008).



Idrettsrelatert aktivitet

Fra midten på 1980-tallet har idrettslaga i Telemark økt fra under 25 000 til 62 833 medlemmer i 2007. Dette inkluderer bedriftsidrettslag.

Tabell 17: Deltakelse i organisert idrett – Telemark pr 31.12.07.

	Kvinner					Menn				
	0-5 år	6-12	13-19	20-25	26-	0-5år	6-12	13-19	20-25	26-
Idrettslag	1161	5865	4535	1451	8915	979	7796	5973	2490	15787
Bedriftsidrettslag	140	0	4	118	3479	1	0	18	347	3914
Sum kvinner 0-25	13134									
Sum menn 0-25	17604									
Sum kvinner	25528									
Sum menn	37305									
Totalt	62833									

Levekårsundersøkelsen 2004 (SSB) viser at norske kvinner og menn trener/ mosjonerer like mye, og hver fjerde nordmann i alderen 16-79 år er medlem av et idrettslag. Det er flere aktive mosjonister blant voksne i storbyer (57 prosent) enn i spredtbygde strøk (41 prosent).

Flere menn enn kvinner i Telemark er medlemmer i ulike former for organisert idrett. Å være medlem betyr imidlertid ikke at man er fysisk aktiv. I bedriftsidrettslag deltar kvinner og menn omtrent likt.

Det er en tendens til at færre driver organisert i idretts- og friluftslivsorganisasjoner. Treningssentre benyttes av stadig flere.

Treningssentre

En nasjonal undersøkelse (ISF 2003) anslår at cirka 300 000 personer trener på helsestudio/treningssentre.

Det har vært en sterk vekst i kommersielt drevne sentre.

En av de største aktørene på det norske markedet har cirka 110 000 medlemmer fordelt på 27 sentre i Norge og 8 i Finland. Omsetning cirka 700 millioner kroner i 2008.

Friluftsliv

Det foreligger ikke statistikk over telemarkinger og friluftsliv. På landsbasis driver vi tre ganger så mye med friluftsliv sammenliknet med andre typer idrett.

Levekårsundersøkelsen 2004 viser at nordmenn slett ikke er sofagriser. Vi er glade i å være aktive og ute i frisk luft. 7 av 10 nordmenn trener eller mosjonerer minst en gang i uken, mens bare 1 av 10 aldri trener eller mosjonerer. Mest populært er det å gå raske turer. Dernest kommer sykling og skiturer. De yngste er mest aktive (<http://www.ssb.no/fritid/>).



Sosioøkonomiske forhold

Personer med høyere utdanning og inntekt er mer fysisk aktive enn de med lav utdanning og inntekt. Samtidig er de lenger aktive med organisert idrett og egentrening. Barn av foreldre med høyere utdanning/inntekt er lenger deltakende innen organisert idrett. (Sisjord). Imidlertid går eller sykler de med lav inntekt mer enn høytlønte i hverdagen.



Sosialt liv

Med sosialt liv menes hvordan personer forholder seg til hverandre, både i nære og mer åpne, uforpliktende forbindelser.

Det handler om ensomhet og fellesskap, samarbeid og konflikter, omgangsformer og alt som gjelder menneskelig kommunikasjon og opplevelser.

Sosial inkludering og tilhørighet trekkes ofte frem som en ressurs i forhold til helse og trivsel, mens ensomhet plager mange.

Deltakelse i fellesskap

Det har vært en sterk nedgang i antall medlemmer i frivillige ungdomsorganisasjoner det siste tiåret (Sivesind 2004), men det er først og fremst passive medlemmer som forsvinner.

Fremdeles er mer enn halvparten av norske tenåringer deltakere på aktiviteter i idrettslag, gruppe eller foreninger i løpet av en uke.

Samfunnsorienterte organisasjoner går imidlertid tilbake, mens aktivitetsorienterte går frem.

Organisasjonene har stor samfunnsmessig betydning fordi den enkelte gjennom egenaktivitet får mulighet til å realisere sine verdier. Dette skjer i stor grad innenfor et fellesskap der man er medansvarlig. De unge er dermed med på å legge forholdene til rette for sin egen fysiske, kulturelle og sosiale utfoldelse, i motsetning til hva de ofte opplever på skolen og i kommersielle fritidsaktiviteter.

Det fins cirka 200 000 lokalforeninger, klubber og lag blant frivillige organisasjoner i Norge. I 2004 ble ”dugnad” kåret til Norges nasjonalord.

Belastninger rammer ulikt

Folk med lav utdanning og inntekt har generelt mer belastende livssituasjoner som problemer på arbeidsplasser, mangel på arbeid, sykdom, dødsfall i nær familie og alvorlige økonomiske bekymringer enn de med høyere utdanning og inntekt.

Skilsmisser rammer ulike sosiale grupper nokså likt. Derimot er de sosiale og psykologiske ressursene til å takle belastninger som separasjon og skilsmisse ulik fordelt.

Psykososiale risikofaktorer bidrar til å forklare sosiale ulikheter i helse. Norske data viser en økt hyppighet for psykososiale risikofaktorer i grupper med lav utdanning, lav inntekt og lav yrkesmessig status.

Når man tar høyde for disse psykososiale faktorene reduseres de sosiale ulikhetene i helse.

Rus og avhengighet

Blant stoffer som gir rus er både lovlige handelsvarer og ulovlige stoffer. Eksempelvis er alkohol og løsemidler, legemidler som morfin og benzodiazepiner lovlige, mens narkotika er ulovlig.

Virkningene av rusgivende stoff kan deles i tre hovedkategorier; - dempende, stimulerende og hallusinogene virkninger.

De mest brukte rusgivende stoffene i vårt samfunn er:

- Alkohol
- Cannabis (hasjisj, marihuana)
- Amfetamin, metamfetamin, kokain, ecstasy, khat
- Benzodiazepiner og liknende legemidler (beroligende midler, epilepsi- og sovemedisiner)
- Opioider som heroin, morfin, kodein, metadon, buprenorfin, oksykodon
- Flyktige stoffer/løsemidler (sniffestoffer)
- Andre narkotiske stoffer som GHB, LSD, PCP (englestøv), psilocybin (fleinsopp)



Alkohol

Større enkeltdoser alkohol gir rus med økt risiko for uhell, skader og ulykker. Gjentatt forbruk øker risikoen for utvikling av avhengighet og sykdommer. Alkoholforbruket i Norge har økt de siste ti årene. Menn drikker dobbelt så mye som kvinner. Forbruket er størst i Oslo og Akershus. Alkohol innebærer vanligvis liten skaderisiko når den inntas i små doser.

I perioden 1993-2000 økte alkoholforbruket i Norge med 20 prosent. Det var økning i alle grupper i befolkningen. Menn og kvinner med høyest inntekt drikker mest alkohol.

Blant menn og kvinner over 60 år er det henholdsvis 17 og 30 prosent som ikke drikker alkohol i det hele tatt. For andre aldersgrupper er tallene bare en tredel av dette.

Gjennomsnittlig debutalder for alkohol synes å være stabil i Norge med omkring 14,5 år for øl og 15 år for vin og brennevin. På siste halvdel av 1990-tallet steg alkoholforbruket blant unge fra om lag tre til 4,5-5,0 liter ren alkohol per år. (Ref: NOU 2003:4). Jenters alkoholbruk nærmer seg guttenes nivå. Foreldrenes alkoholbruk har en tendens til å bli et mønster også for familiens barn.

Telemark kan sammenliknes med landsgjennomsnittet når det gjelder antall reaksjoner på kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler, cirka 13-15 tilfeller per 10 000 innbyggere per år.

Narkotiske stoffer

Drøyt 11 prosent av den voksne befolkningen sier de har forsøkt cannabis noen ganger. 1,8 prosent har prøvd ecstasy, 3,2 prosent prøvde amfetamin, 2,4 prosent kokain og 0,6 prosent heroin (www.rus-ost.no). SIRUS oppgir at cirka 13-15 prosent av 15-20 åringer har prøvd cannabis.

Spilleavhengighet

En undersøkelse utført av SINTEF 2007 om pengespill viste at andelen som var nåværende problemspillere var 0,7 prosent (ingen forandring fra 2002).

Andelen i utvalget som var livstids problemspillere var 1,7 prosent i 2007 og 1,4 prosent i 2002.

Overført til den norske voksne befolkningen hadde 25 500 personer nåværende spilleproblemer, mens 62 000 personer hadde livstids spilleproblemer.

Spilleproblemer forekom oftere blant unge menn.

Problemspillerne spilte oftest på spilleautomater, etterfulgt av skrapelodd og Tipping. Spilleautomater var det pengespillet som opptok problemspillerne mest.

Dataspill

Stadig flere unge kommer til psykiatrien i Vestfold med sterk avhengighet til dataspill. Særlig nevnes spillet World of Warcraft (WoW). Økningen i antall avhengige barn og unge er stor. Spillet er et av de mest suksessrike internettspillene i verden, og har over 11 millioner abonnenter (reg. jan. 08).



VEDLEGG:

Forklaring til vedleggene 1-18 - eksempler på kommuneoversikter:

Helsedirektoratet har utviklet noen modeller for å få en rask oversikt over utvalgte helseindikatorer i kommunene. Hensikten er å gi kommunene verktøy til å beskrive status og utfordringer i bl.a. folkehelsearbeidet.

Vi gjengir som vedlegg *kommunebarometeret* for hver av Telemarks kommuner, samt at vi helt til sist presenterer noen utvalgte oversikter fra *kommunehelseprofiler*.

Kommunene oppfordres til å gjøre seg kjent med og bruke disse hjelpemidlene.

Se mer utfyllende forklaring på www.shdir.no/kommunehelseprofiler.

Kommunebarometeret

Kommunebarometeret et verktøy som hjelper kommunene til å få et raskt og enkelt overordnet bilde av folkehelseutfordringer i egen kommune. Helsedirektoratet har plukket ut noen indikatorer som er presentert i ett statistikkbilde. Dette kalles et "Kommunebarometer".

Barometeret viser hvordan kommunen avviker fra landssnittet og evt. fylkessnittet innenfor ett sett med ni indikatorer. Hele settet med indikatorene er presentert i ett bilde. Ved å klikke på indikorteksten kan man også se utviklingen av den enkelte indikator over tid.

Kommunehelseprofiler

Statistikkverktøyet i Kommunehelseprofiler er en interaktiv database med folkehelsestatistikk der du kan lage egne diagrammer, tabeller og kart. Du kan sammenlikne egen kommune med andre kommuner, fylke eller landet. I tillegg kan du sammenlikne kommuner som er i samme KOSTRA gruppe.

Kommunehelseprofiler presenterer data om helsetilstand, påvirkningsfaktorer, demografiske og sosioøkonomiske data samt data om tjenester i norske kommuner

Definisjon av indikatorer på kommunebarometeret

Følgende faktorer beskriver enten helsestatus eller forhold som påvirker helsetilstanden i befolkningen i kommunen.

Kreft = kreftdødelighet: Antall døde av kreft i alderen 0-74 år pr 100000 innbyggere pr år, alderstandardisert, 10-årige glidende gjennomsnitt. Fordelt på menn og kvinner.

Hjerte kar = Hjerte-kardødelighet: Antall døde av hjerte-karsykdom i alderen 0-74 år pr 100000 innbyggere pr år, alderstandardisert, 10-årige glidende gjennomsnitt. Fordelt på menn og kvinner.

Dødelighet: Antall døde totalt i aldersgruppen 0-74 år pr 100000 innbyggere pr år, alderstandardisert. 10-årige glidende gjennomsnitt. Fordelt på menn og kvinner.

Lav fødselsvekt: Andel fødte med lav fødselsvekt, dvs. mindre enn 2500 gram, i prosent av alle barn med fødselsvekt større enn 500 gram.

Lovbrudd: Anmeldte lovbrudd pr. 1000 innbyggere. Lovbrudd i alt; - forbrytelser og lovbruddsgruppene **annen** vinningskriminalitet, voldskriminalitet og narkotikakriminalitet. Etter gjerningskommune.

Bare grunnskole: Andelen personer i alderen 30-39 år med grunnskolenivå som høyeste fullførte utdanning.

Lav inntekt: Andel av bosatte personer 17 år og over med bruttoinntekt under 100000 kr

Sykemelding-lang = mottakere av sykepenger: Totalt antall sykepengetilfeller ut over arbeidsgiverperioden (første 16 dager med sykelønn) pr 1000 personer i arbeidsstyrken.

Høy timeinns...hjemme = hjemmeboere med høy timeinnsats: Andel hjemmeboere med høy timeinnsats, i prosent av totalt antall mottakere av hjemmetjenester.

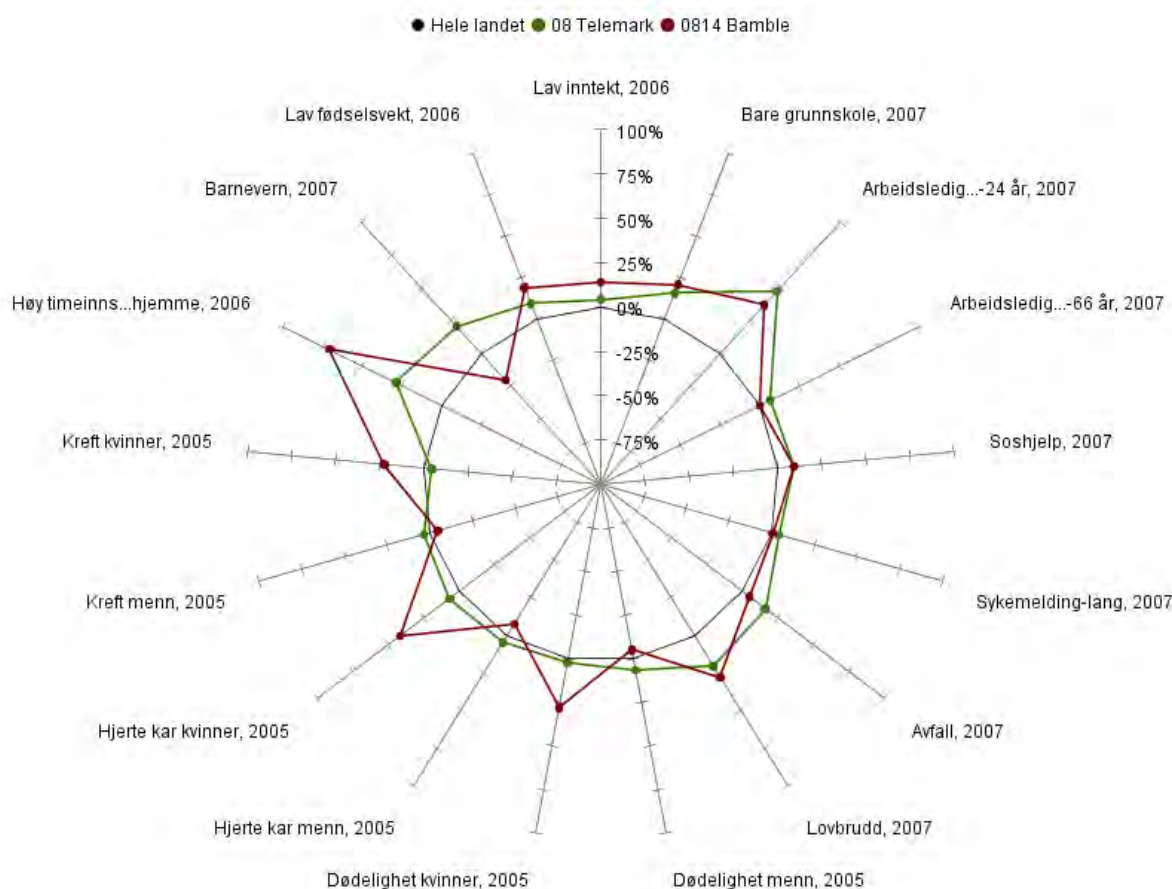
Avfall: Husholdningsavfall i kg per innbygger.

Barnevern: Barn med barnevernstiltak. Antall barn som har mottatt hjelpetiltak eller omsorgstiltak i løpet av året per 100 barn 0-17 år.

Sosialhjelpstilfeller: Sosialhjelpstilfeller i løpet av året. Registrerte tilfeller i løpet av året etter alder, sett i forhold til folkemengden i de aktuelle aldersgruppene per 1/1 året etter.

Arbeidsledighet: Registrert arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken i alderen 16-24 år og registrerte arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken i alderen 25-66 år.

Vedlegg 1: Kommunebarometer for Bamble kommune

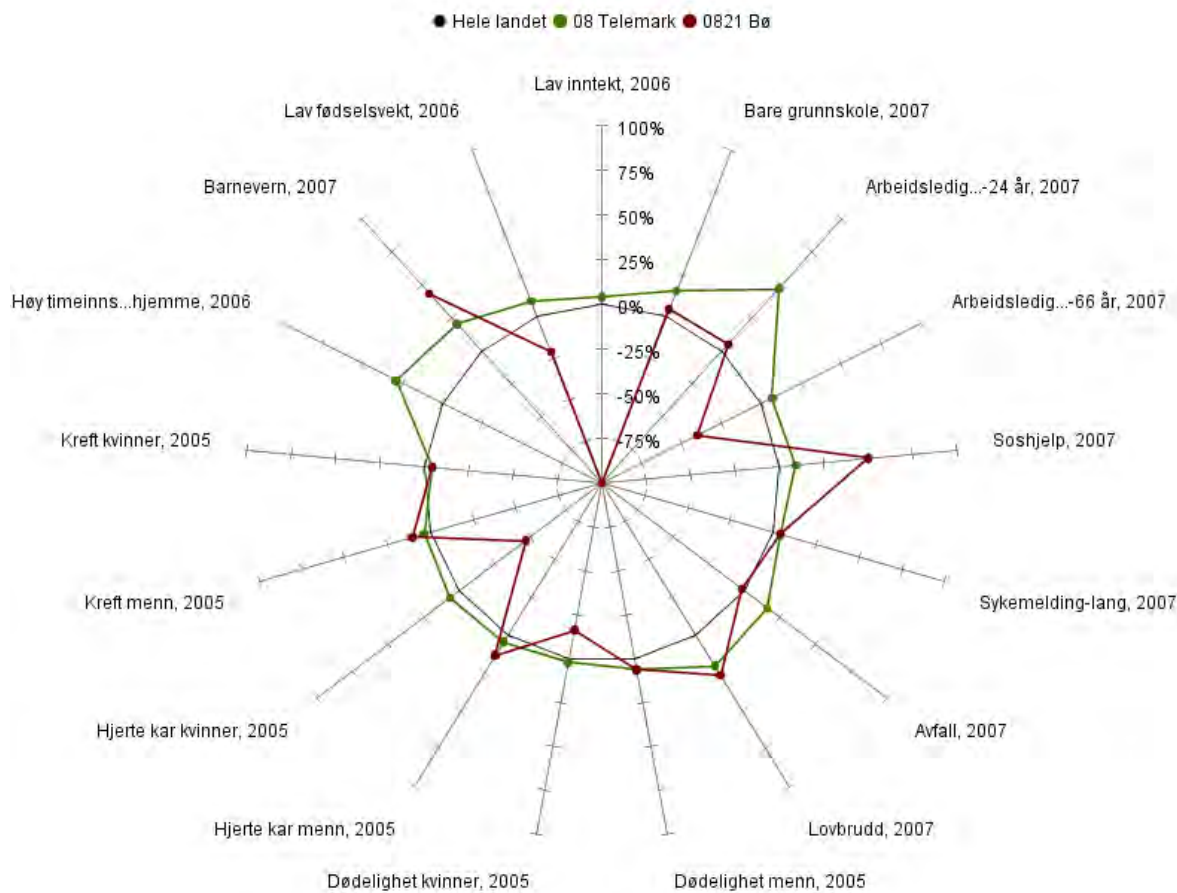


Slik leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen

Vedlegg 2: Kommunebarometer for Bø kommune

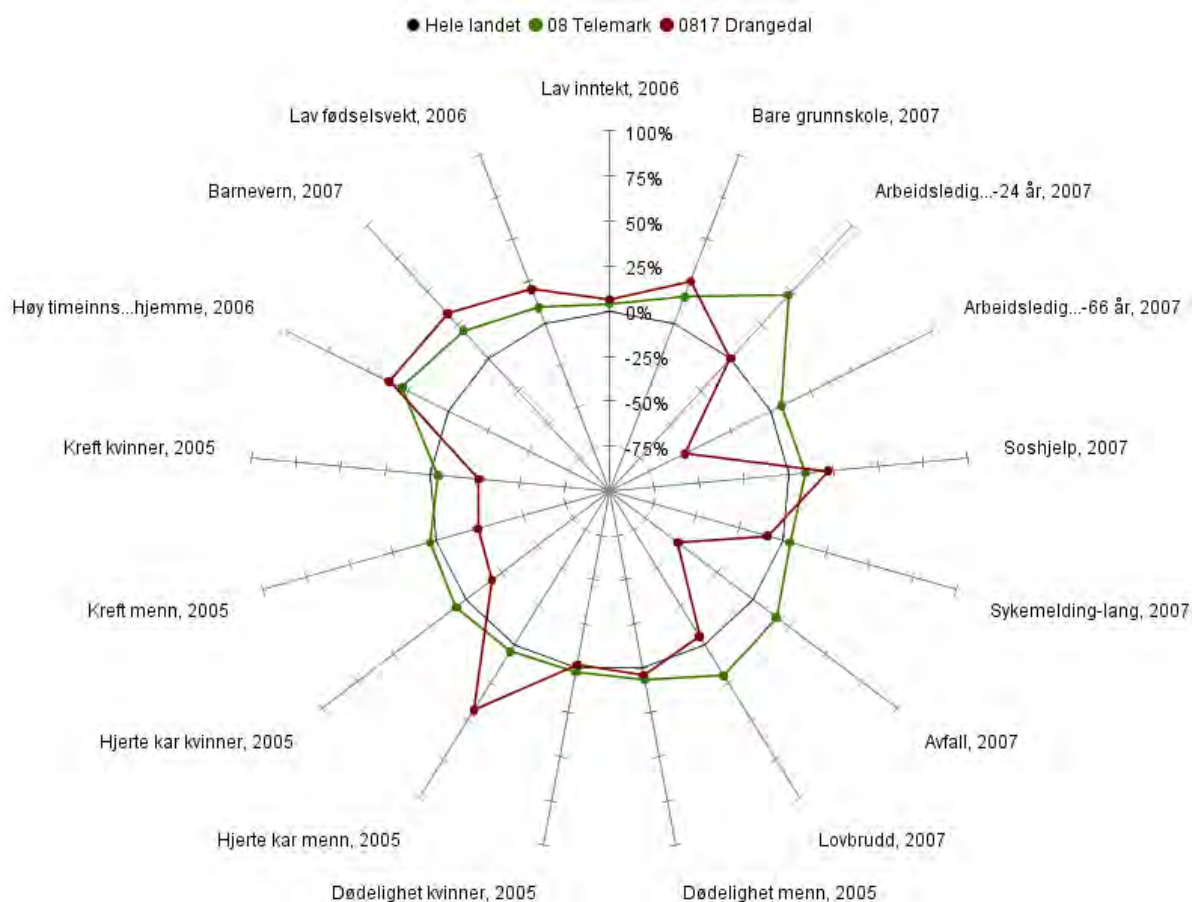


Slik Leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen.

Vedlegg 3: Kommunebarometer for Drangedal kommune

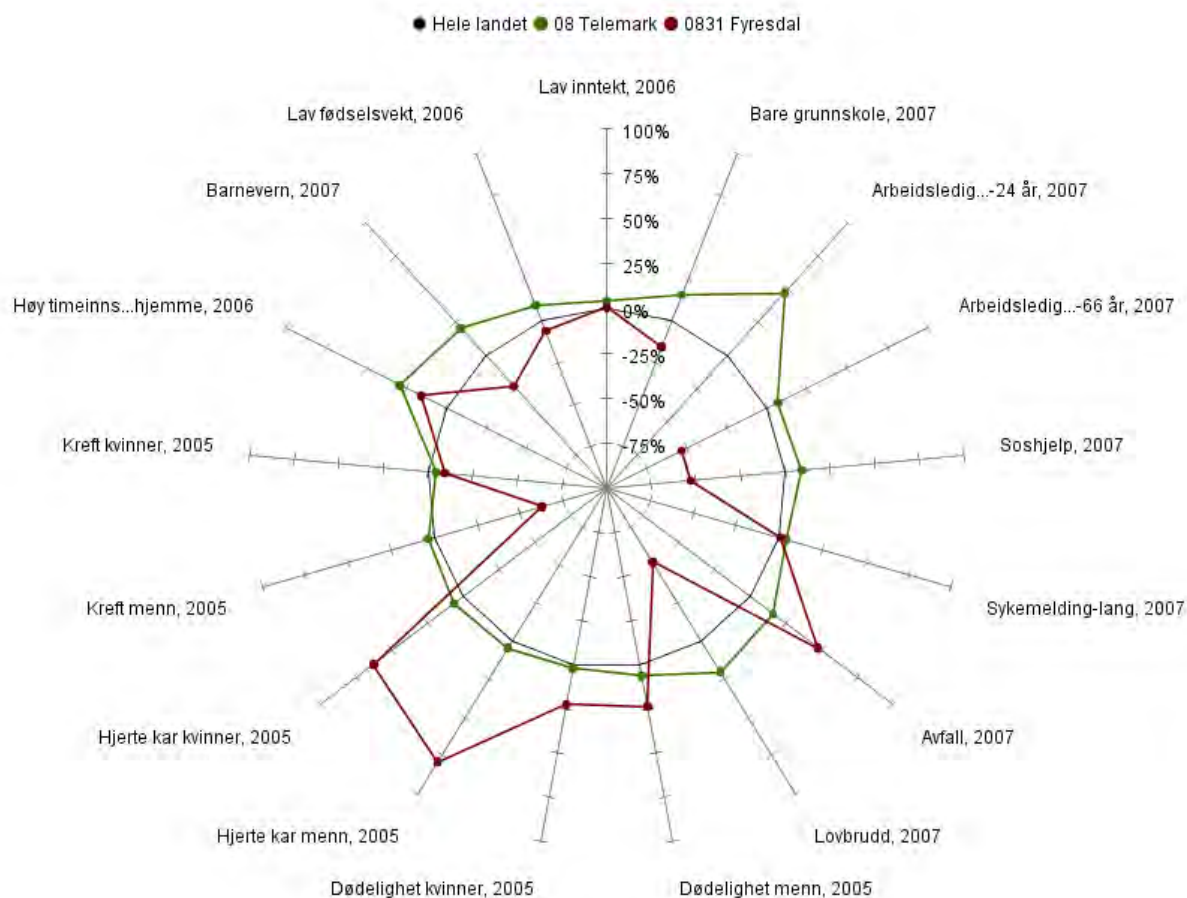


Slik leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen.

Vedlegg 4: Kommunebarometer for Fyresdal kommune

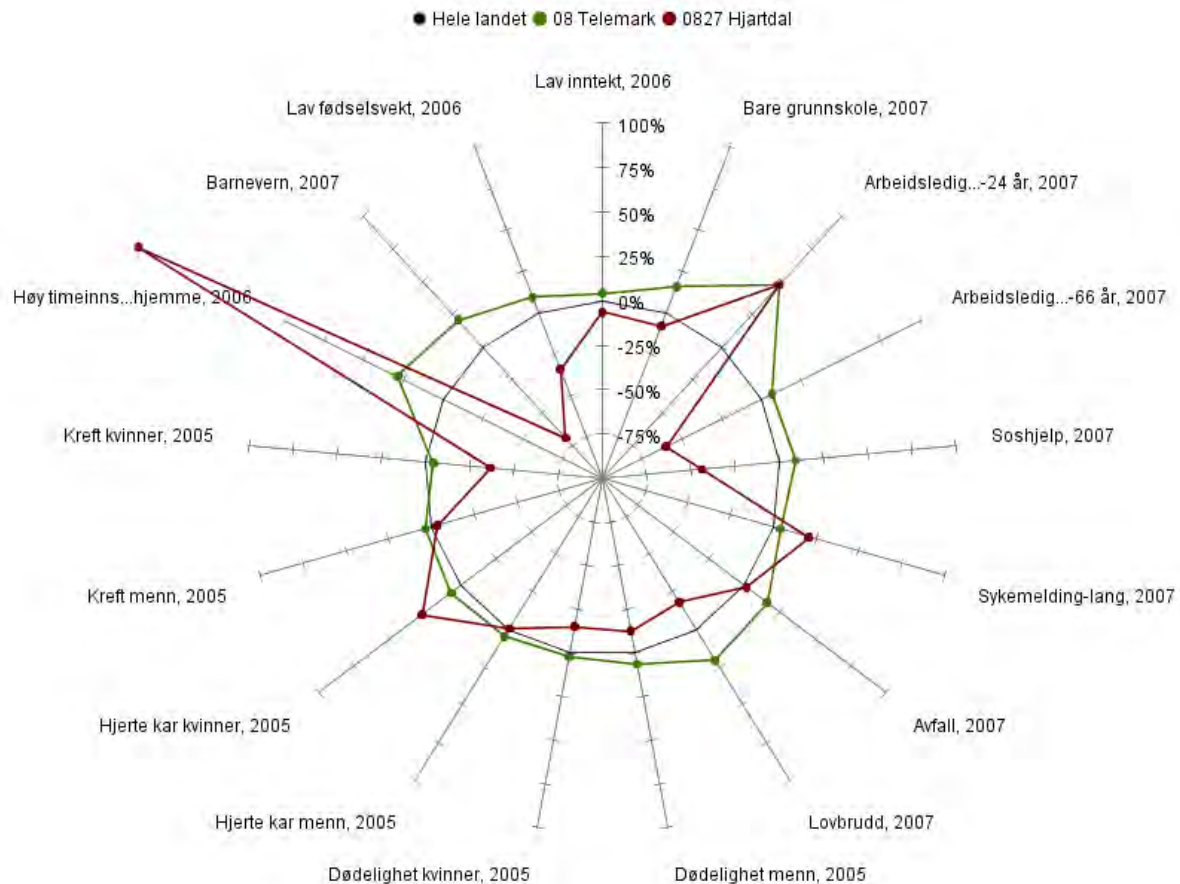


Slik Leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen

Vedlegg 5: Kommunebarometer for Hjartdal kommune

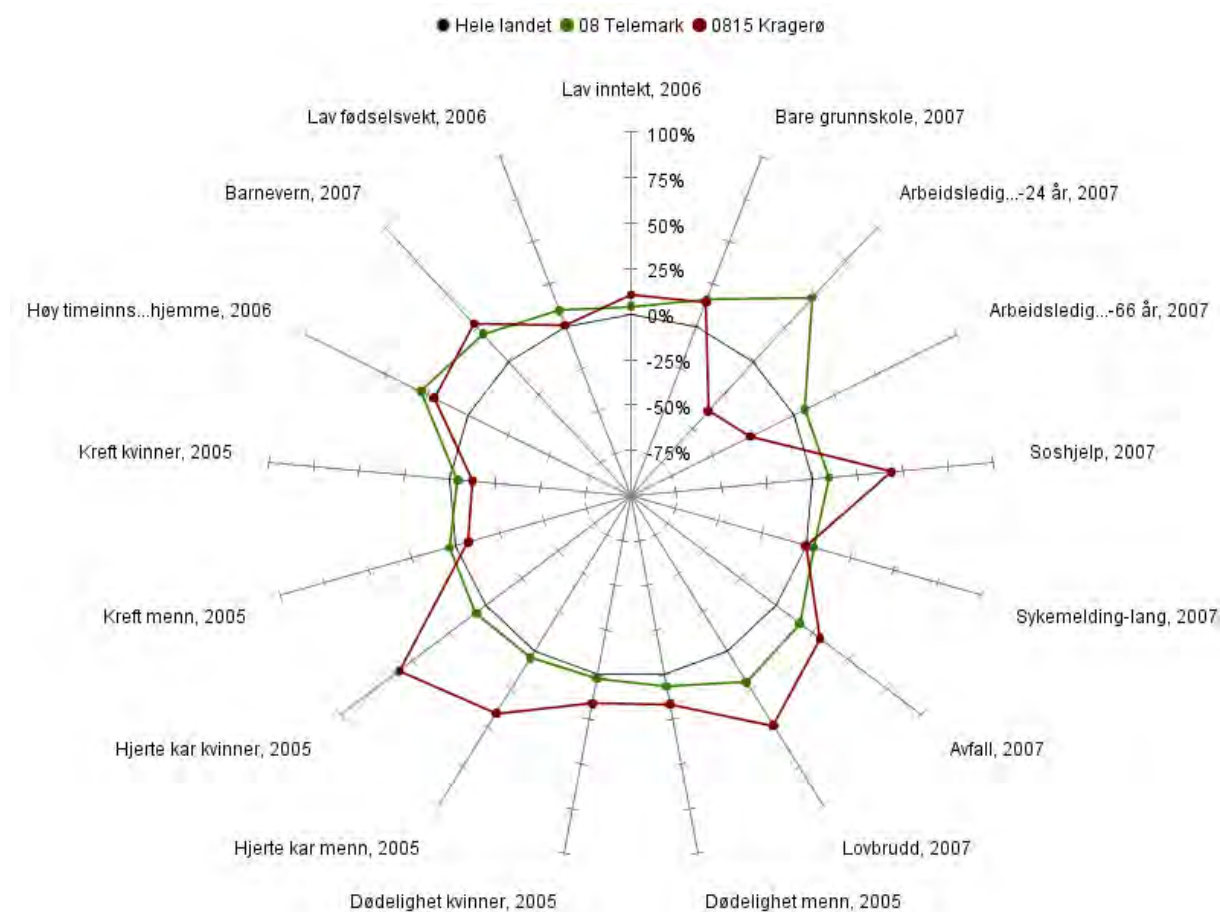


Slik leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen

Vedlegg 6: Kommunebarometer for Kragerø kommune

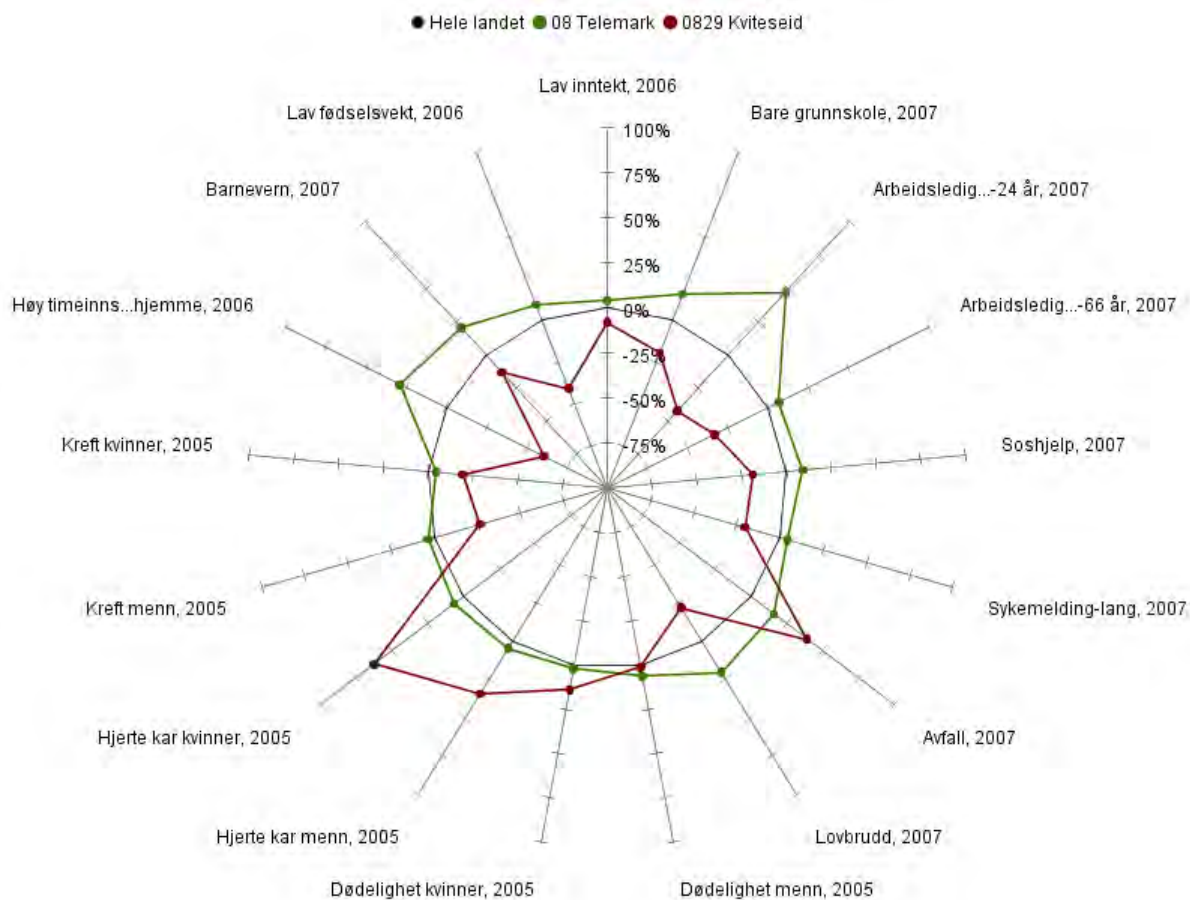


Slik leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen

Vedlegg 7: Kommunebarometer for Kviteseid kommune

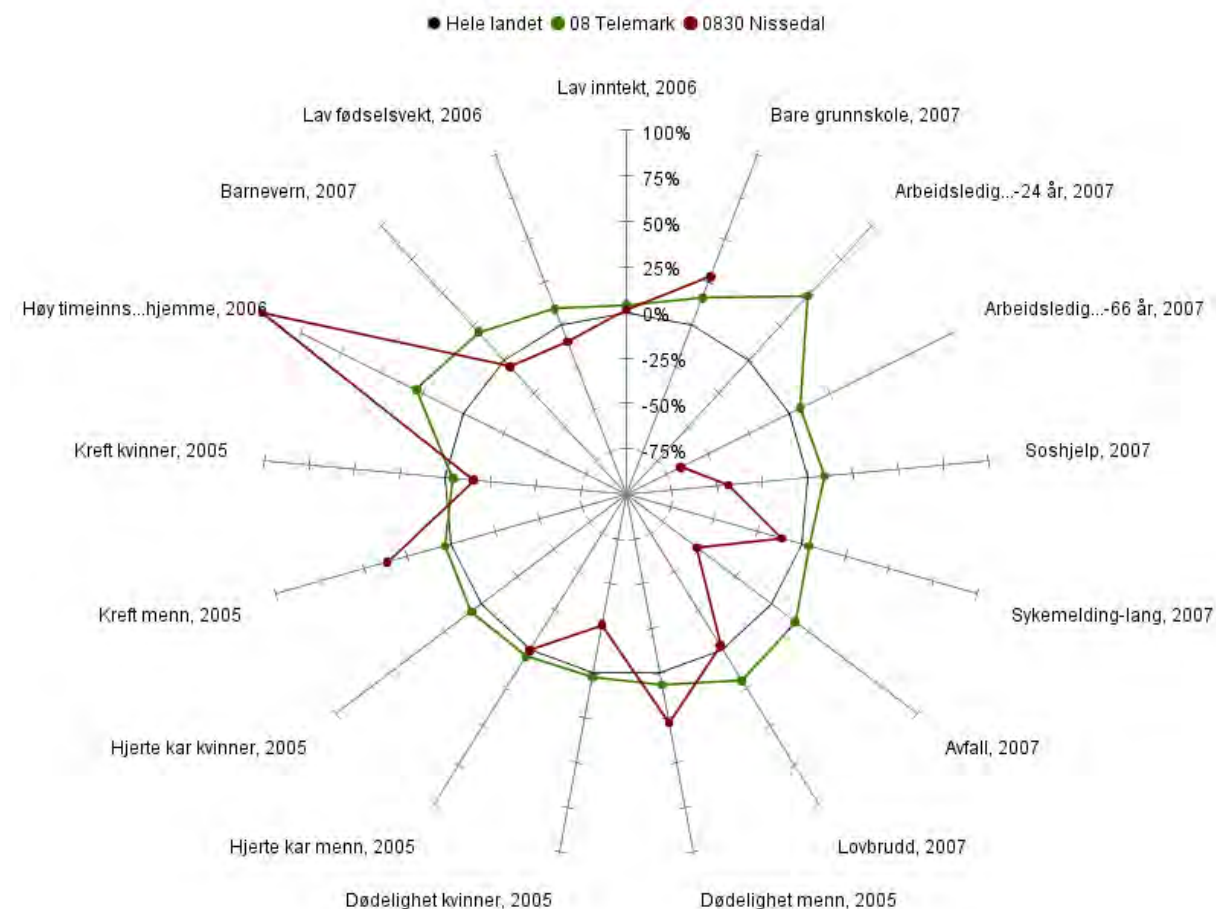


Slik leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen

Vedlegg 8: Kommunebarometer for Nissedal kommune

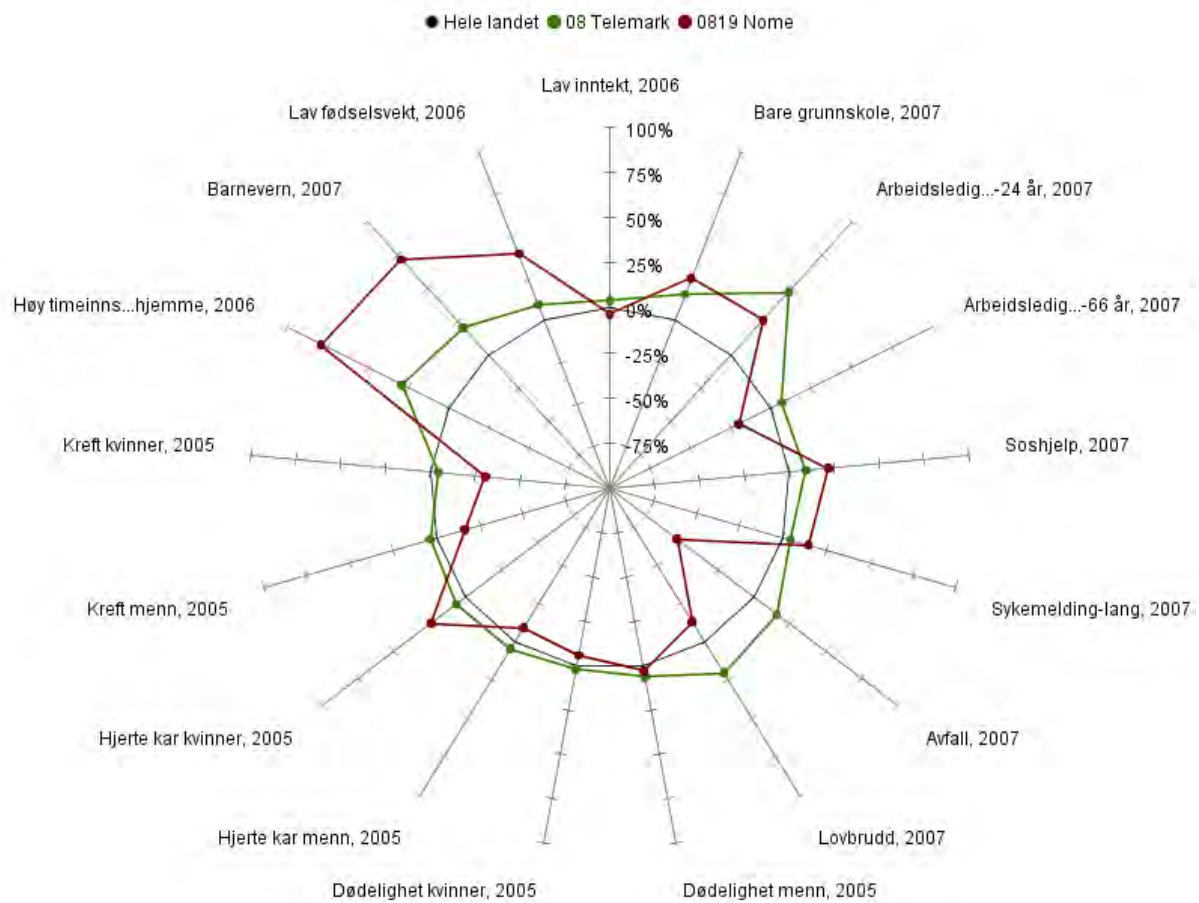


Slik Leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen.

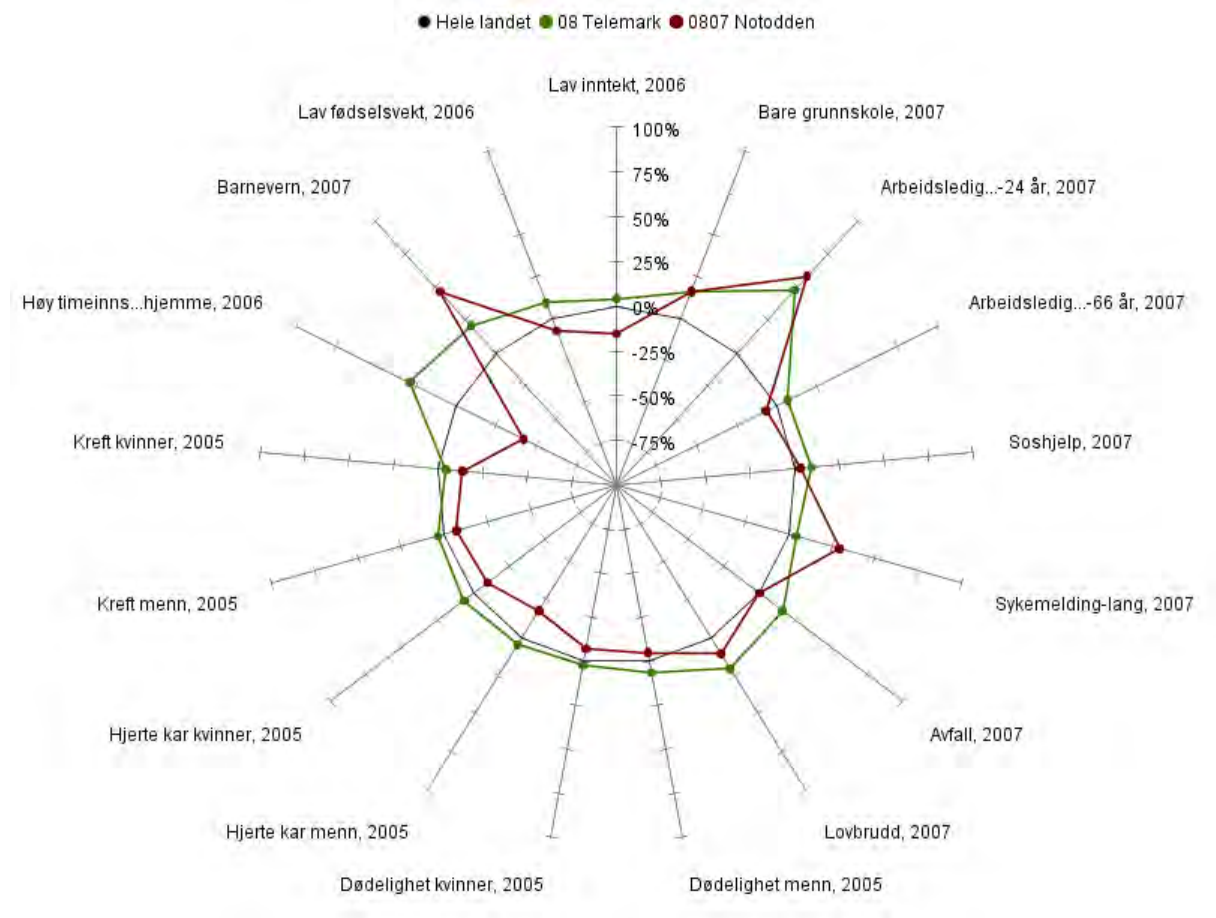
Vedlegg 9: Kommunebarometer for Nome kommune



Slik Leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen.

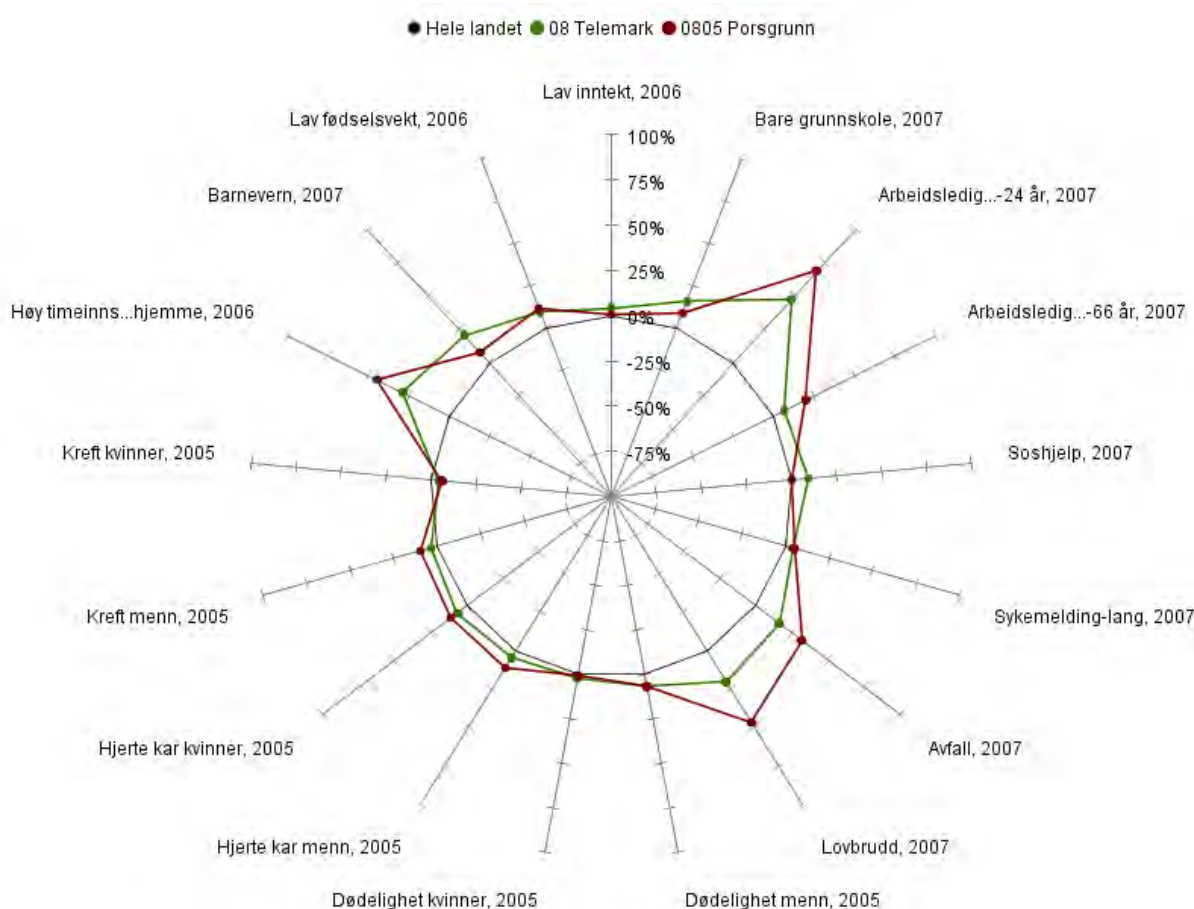
Vedlegg 10: Kommunebarometer for Notodden kommune

Slik leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen.

Vedlegg 11: Kommunebarometer for Porsgrunn kommune

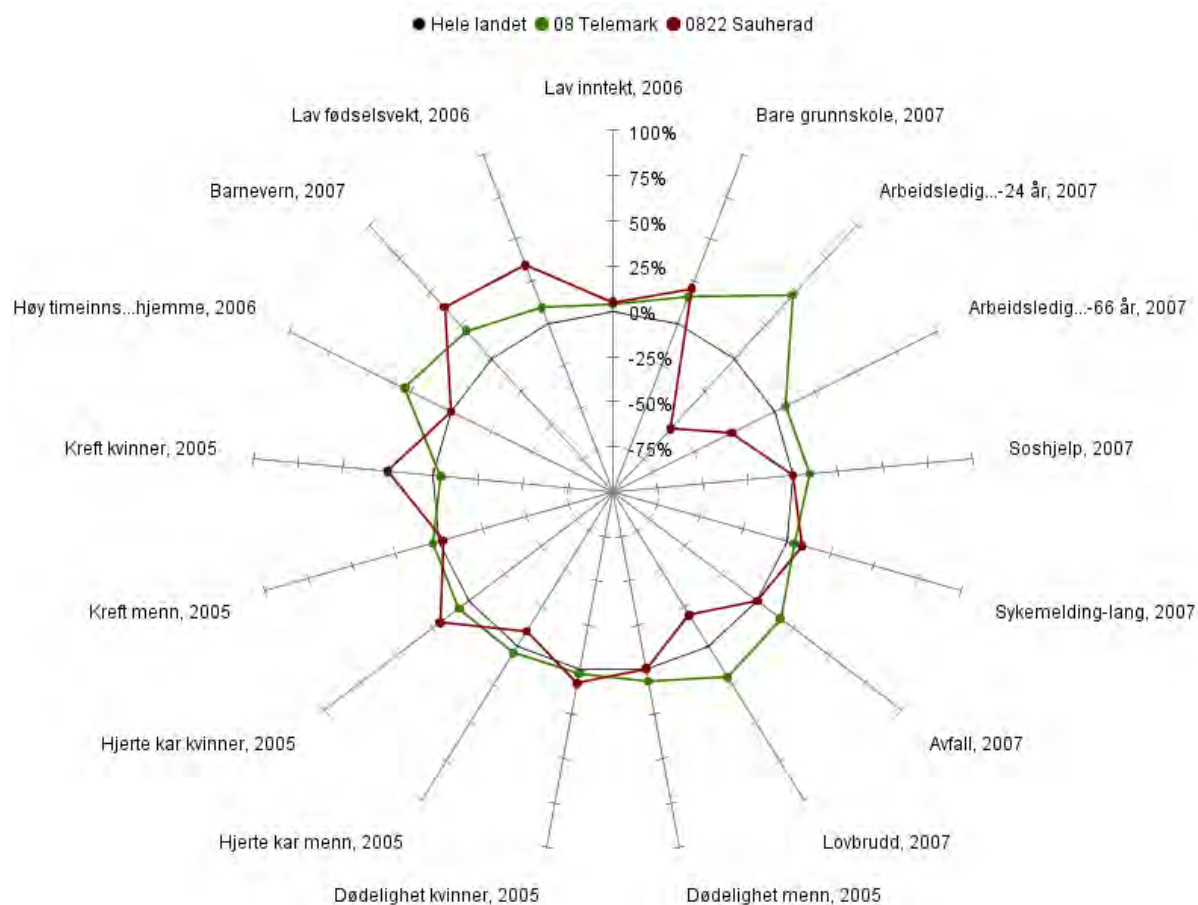


Slik leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen.

Vedlegg 12: Kommunebarometer for Sauherad kommune

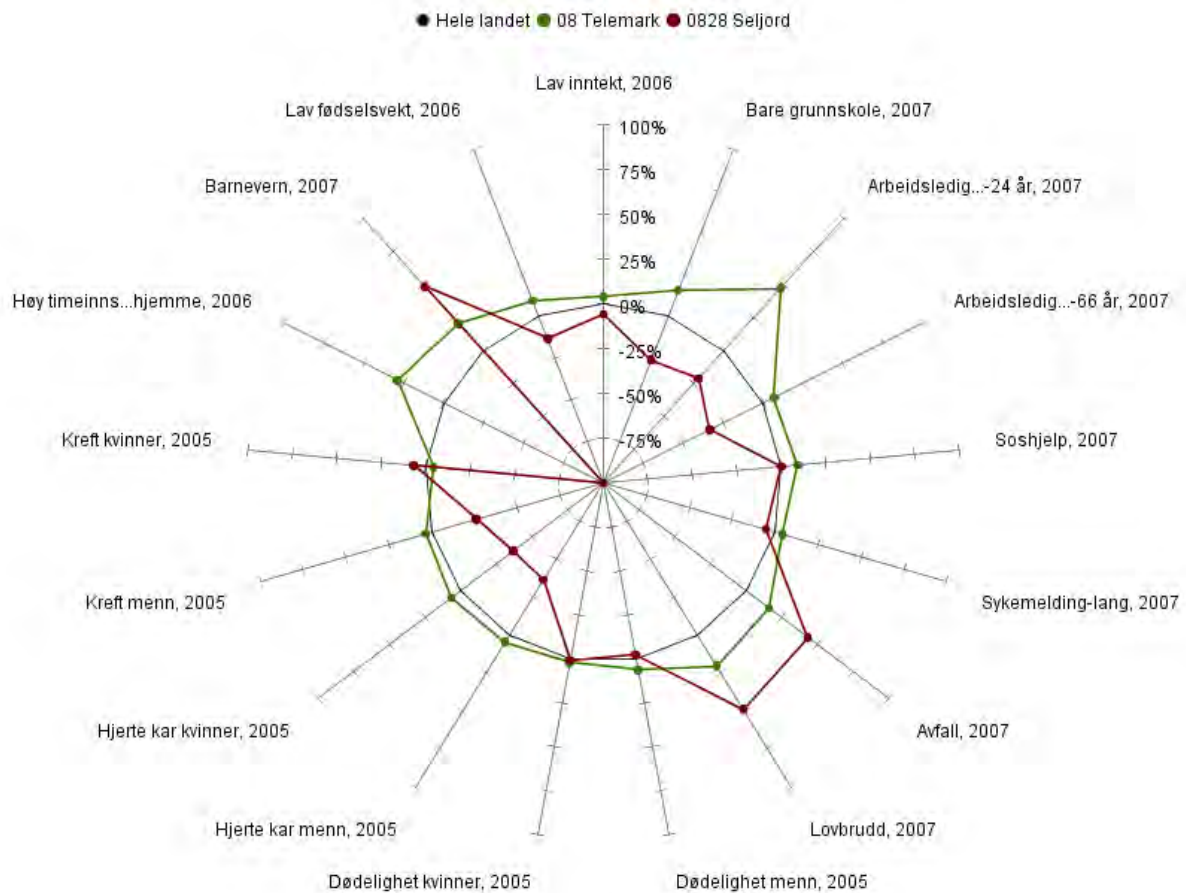


Slik leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen.

Vedlegg 13: Kommunebarometer for Seljord kommune

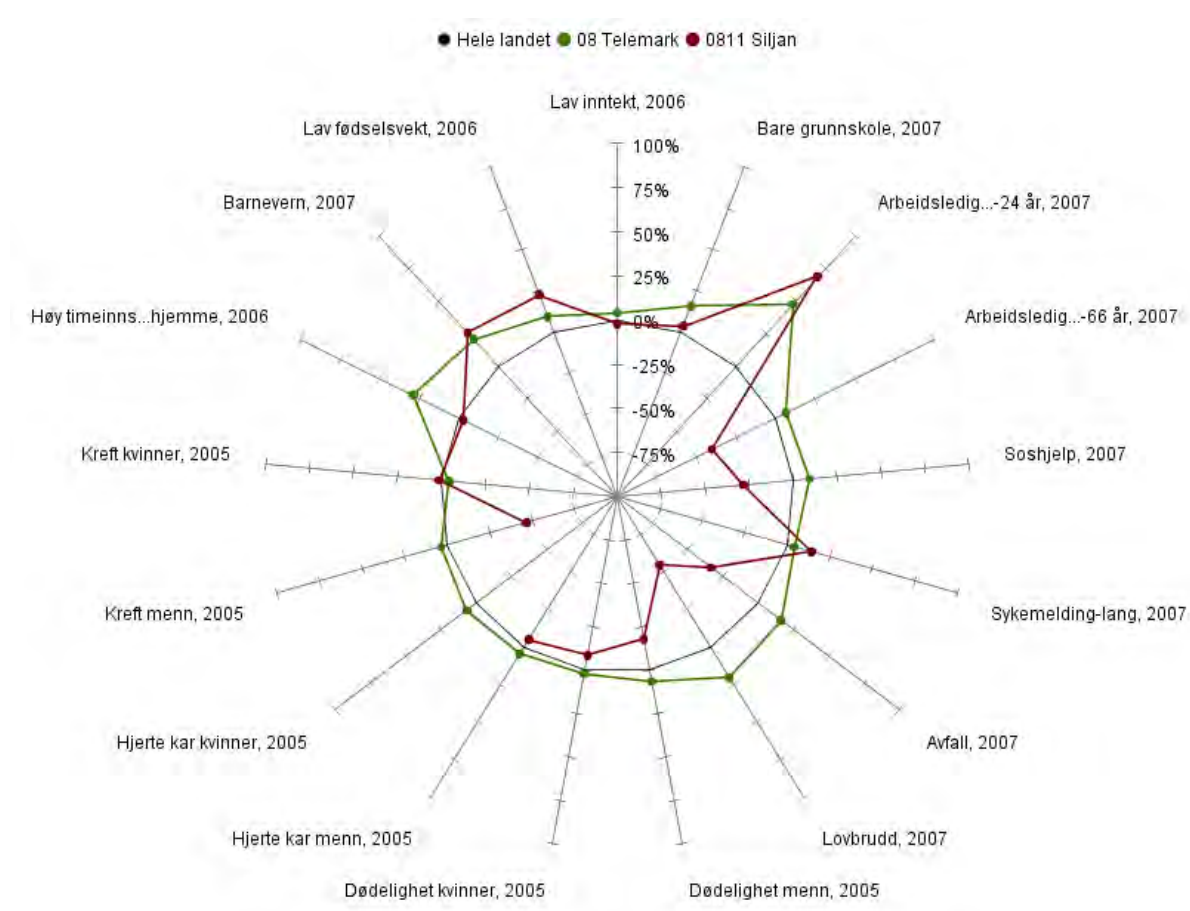


Slik leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen.

Vedlegg 14: Kommunebarometer for Siljan kommune

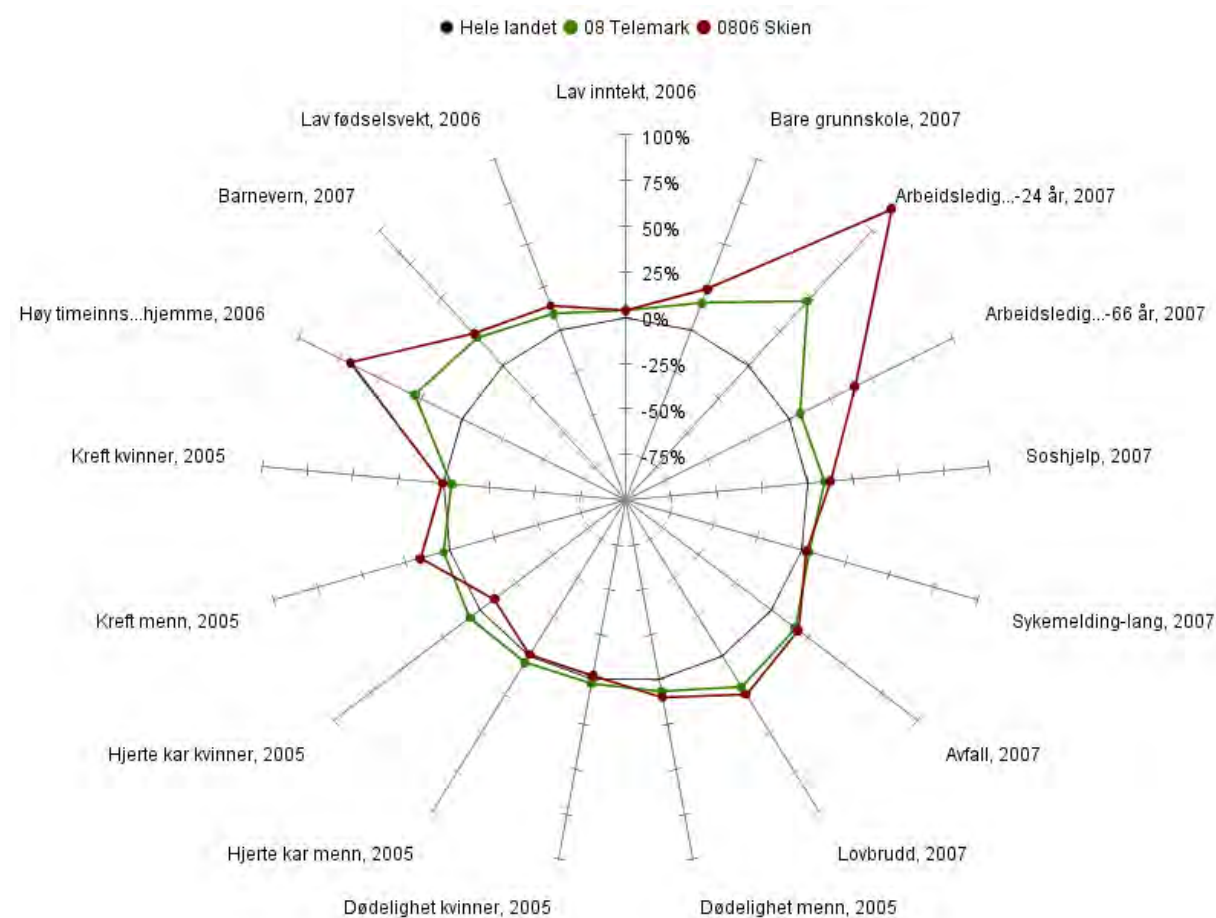


Slik leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen.

Vedlegg 15: Kommunebarometer for Skien kommune

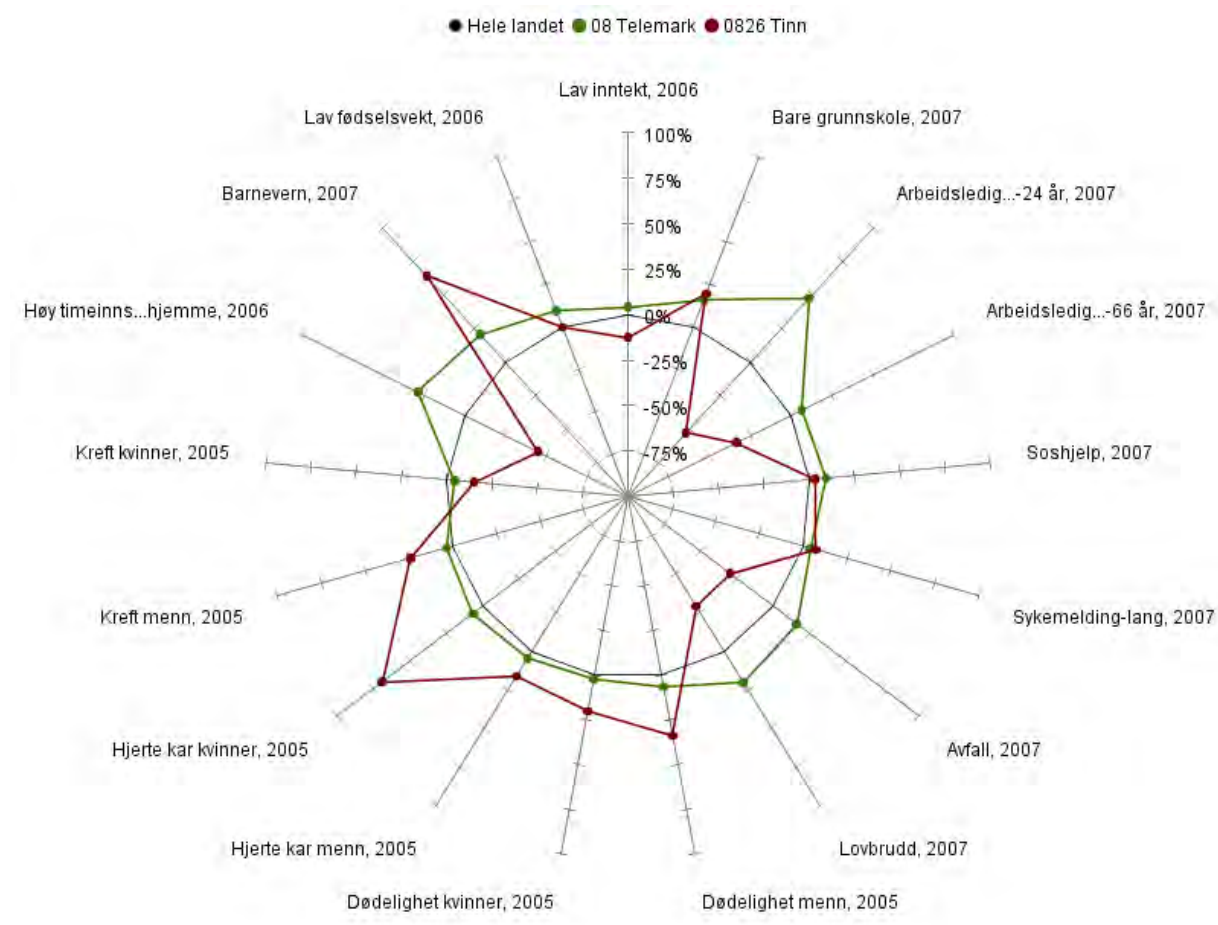


Slik leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen.

Vedlegg 16: Kommunebarometer for Tinn kommune

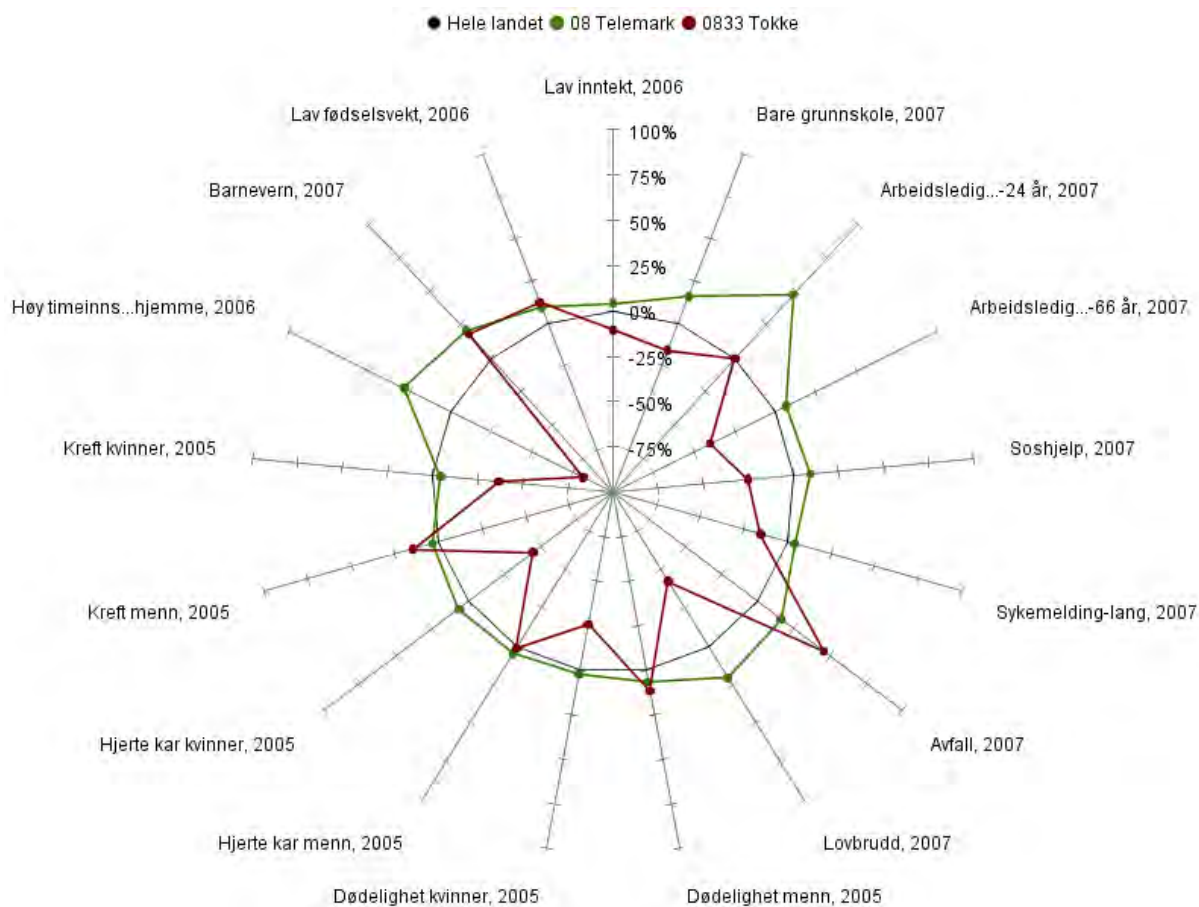


Slik leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen.

Vedlegg 17: Kommunebarometer for Tokke kommune

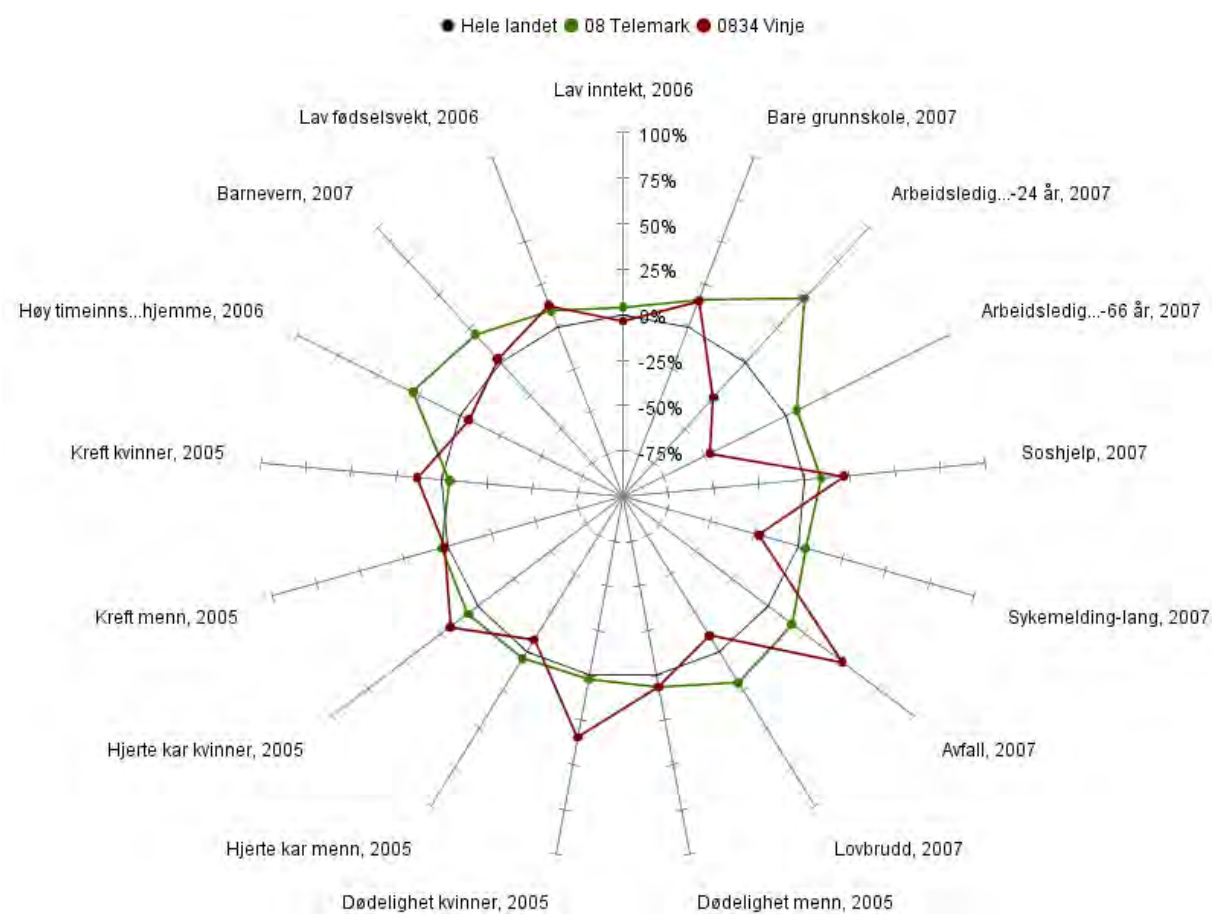


Slik leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen.

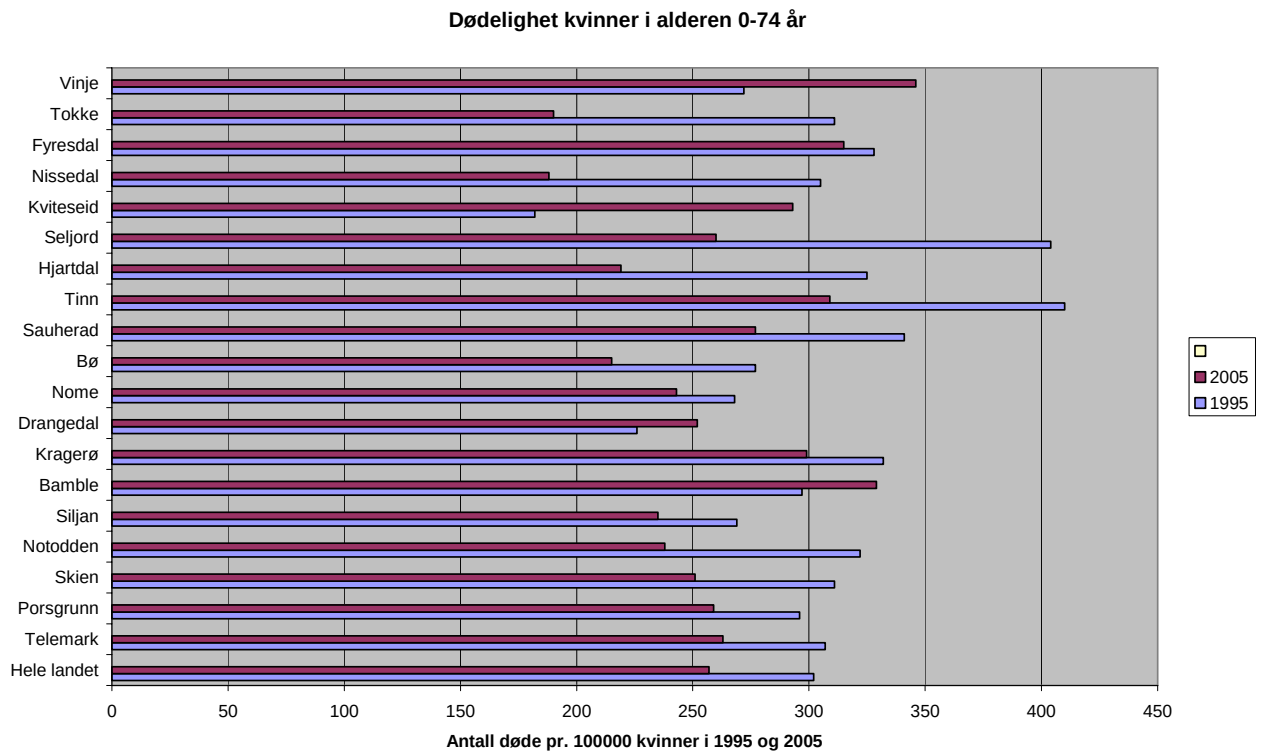
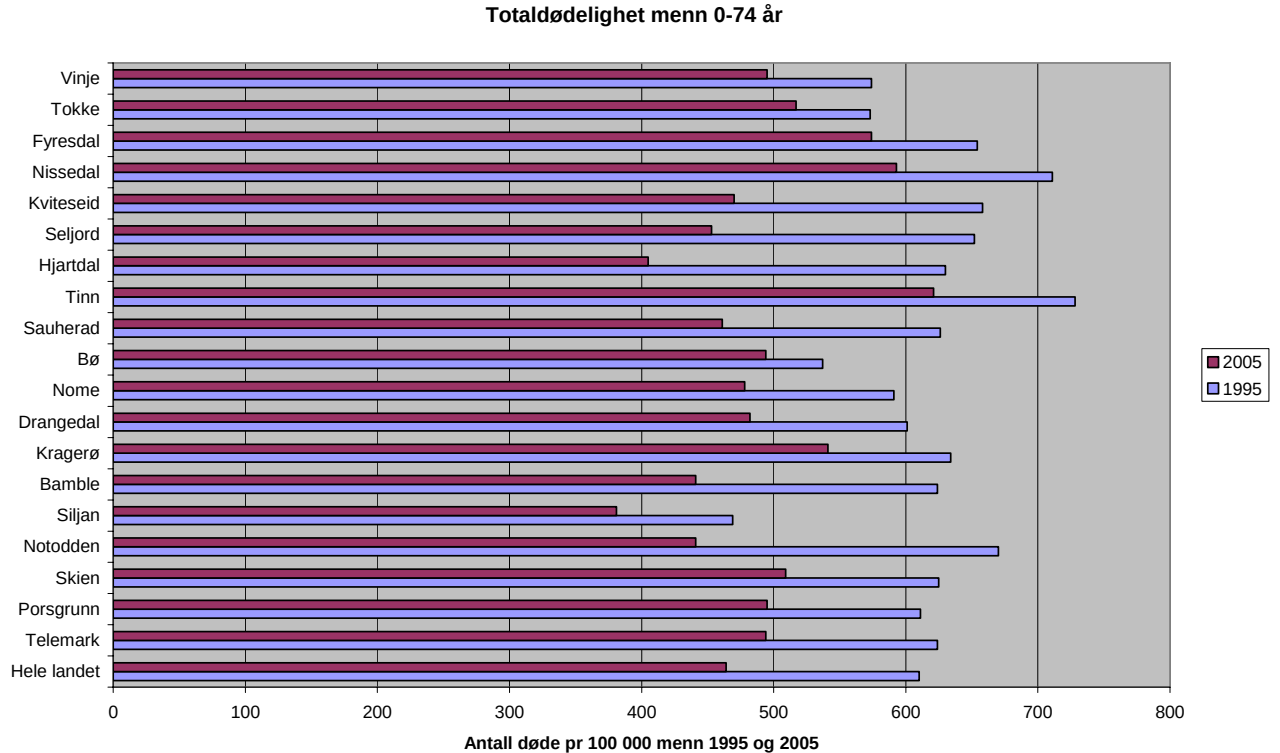
Vedlegg 18: Kommunebarometer for Vinje kommune

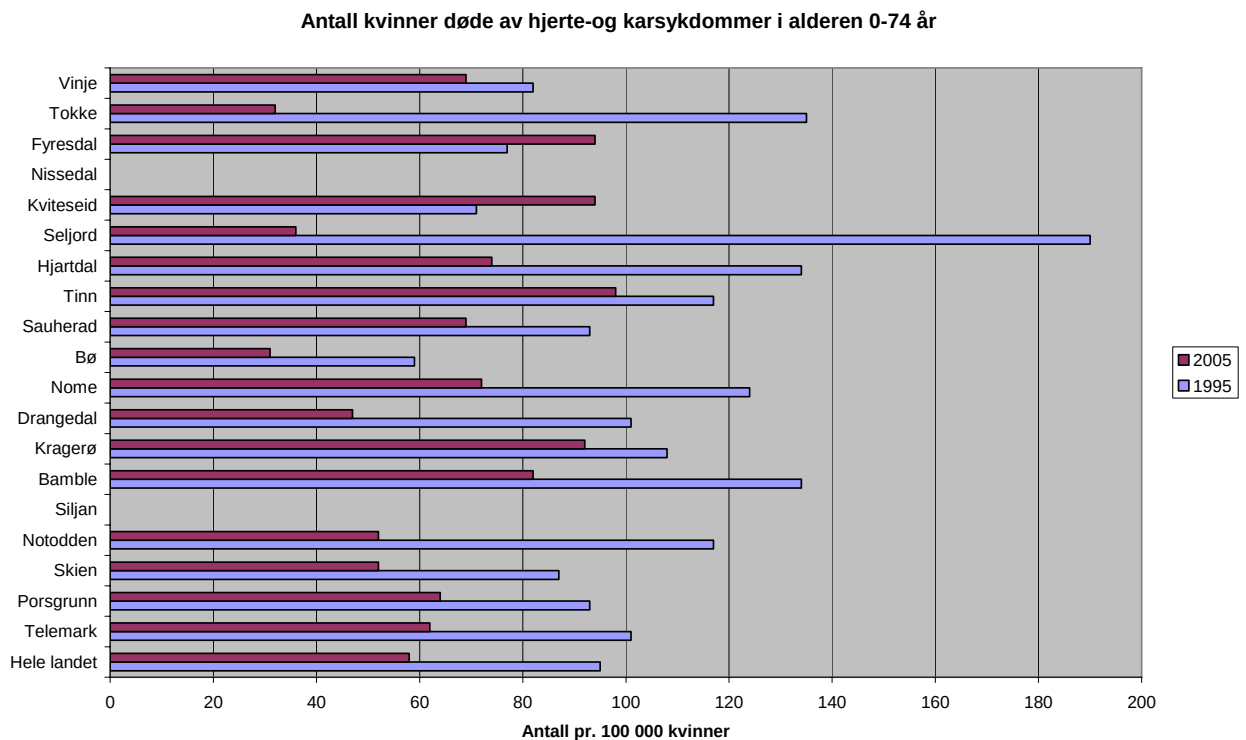
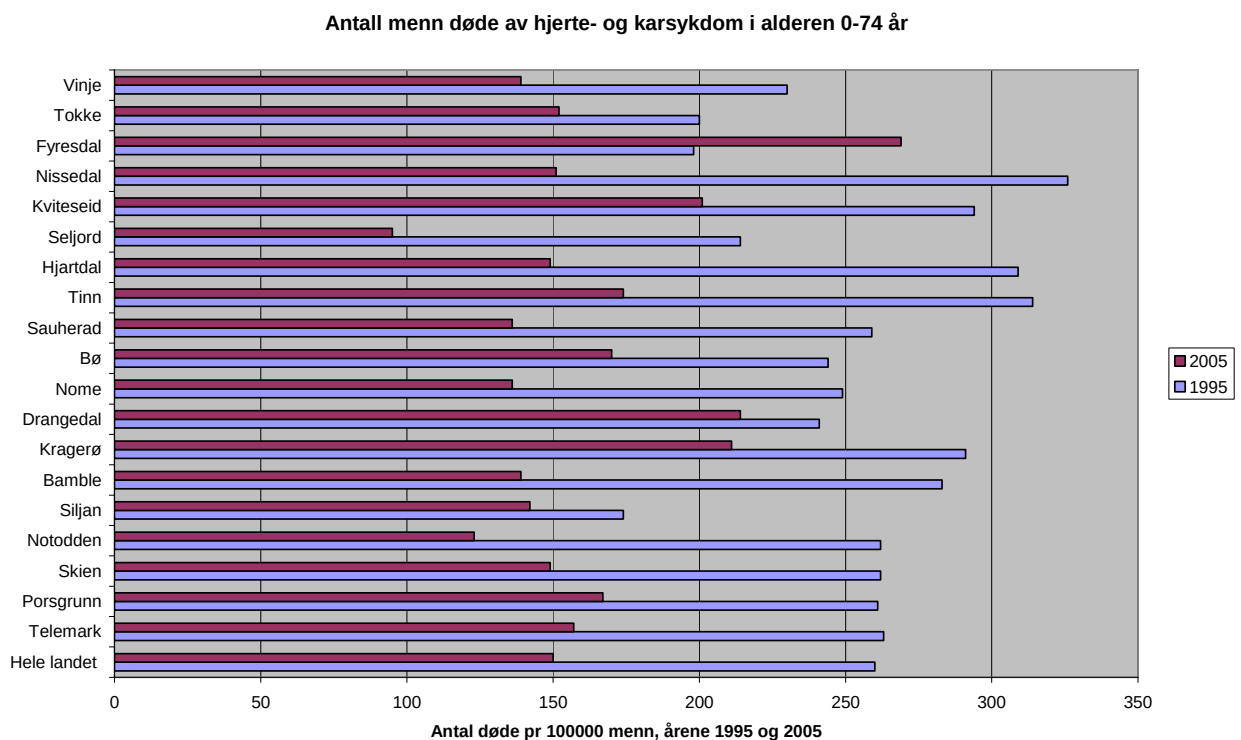


Slik leser du figuren

Kommunebarometeret sammenligner kommunen, Telemark og hele landet. Gjennomsnittet for alle kommunene i landet er den jevne sorte streken, tilnærmet lik en sirkel.

Kommunen har røde streker og gjennomsnittet for 18 Telemarkskommuner har grønne streker. Barometeret viser om det står bedre eller verre til med de enkelte indikatorene i kommunen, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Røde streker på innsiden av landssirkelen betyr positivt for kommunen, mens røde streker på utsiden oppfattes som negativt for kommunen. For å tolke bakenforliggende årsaker bør leseren se nærmere på www.shdir.no/kommunehelseprofiler og eventuelt kontakte faginstanser i kommunen.

Vedlegg 19: Dødelighet kvinner i alderen 0-74 år**Vedlegg 20: Dødelighet menn i alderen 0-74 år**

Vedlegg 21: Antall kvinner døde av hjerte- og karsykdommer i alderen 0-74 år**Vedlegg 22: Antall menn døde av hjerte- og karsykdommer i alderen 0-74 år**

Vedlegg 23: Utdanningsnivå – andel med grunnskole som høyeste utdanning