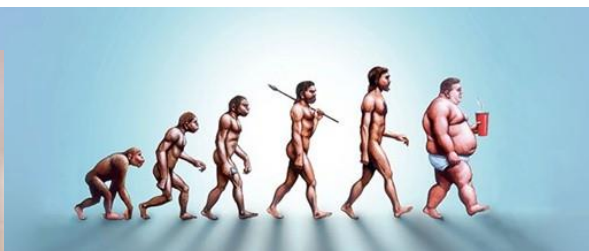
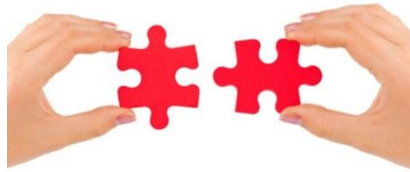
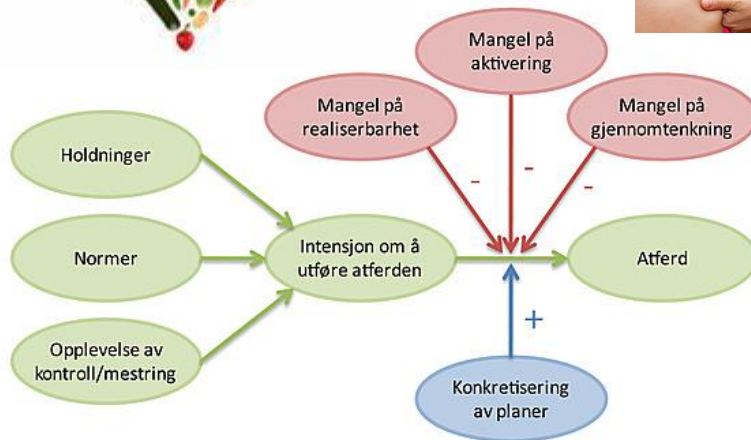




OVERSIKTSdokUMENT FOR GJERSTAD KOMMUNE – utfordringer og muligheter i arbeidet med folkehelse



Innholdsfortegnelse

Innledning.....	3
<i>Utfordringsbildet og skisserte muligheter for Gjerstad kommune i et folkehelseperspektiv</i>	<i>4</i>
Utfordringer og muligheter internt i Gjerstad kommune:.....	4
Økonomi	5
Struktur.....	5
Samarbeid/Samhandling.....	6
Informasjon/Kommunikasjon.....	6
Utfordringer og muligheter for Gjerstad kommune som samfunnsutvikler og tjenesteyter .	8
Befolkning og Befolkningssammensetning	8
Levekår.....	13
Barn og unges oppvekstmiljø	16
Skole og barnehage.....	17
Levevaner.....	20
Helse og sykdom	22

Innledning

Underveis i arbeidet med kommunedelplan for 'helse og omsorg' og 'oppvekst og utdanning' har det i arbeidsgruppene, i møter med brukergrupper og fra ansatte i de forskjellige enhetene, kommet tilbakemeldinger som går konkret på utfordringene som tjenestene står i til daglig. Videre dokumenteres og kompletteres utfordringsbildet med Folkehelseprofilen 2014, resultatene fra elevundersøkelsene i skolen og "Ungdata"-undersøkelsen 2014 på Abel u-skole (svarprosent; 92 %) og aktuell statistikk mv.

Med ovennevnte som bakgrunn inneholder handlingsdelen i de to delplanene forslag til mål og tiltak, som **gjir retning på ønsket utvikling og muligheter**. Oversiktsdokumentet vil ligge som grunnlag for de fleste planer og retningsgivende utviklingsstrategier framover. Dokumentet vil ikke være konstant, men levende og hele tiden under utvikling.

Folkehelseslovens krav til organisering og overvåkning mv. jf. § 5 skal ivaretas i dette dokumentet og vil bli brukt som grunnlagsdokument og bli videreutviklet i forbindelse med kommende planstrategiprosess 2016 – 2019.

Utfordringsbildet og skisserte muligheter for Gjerstad kommune i et folkehelseperspektiv

Utfordringene som kommunen må jobbe med fremover kan deles inn i to hovedkategorier; utfordringer som går på kommunens interne forhold og utfordringer som kommunen står overfor i et litt videre perspektiv (kommunes folkehelse m/oppgaver og tjenester som kommunen plikter og ønsker å gi sine innbyggere). Oversiktsdokumentet vil ta for seg utfordringsbildet og skissere kommunes muligheter ut ifra dette og de tingene en ser fungerer bra i dag.

Skal en kommune klare å ta tak i utfordringene som går på folkehelse; oppvekstvilkår, levestandard/-kår og den kommende "eldrebølgen" etc., som igjen gjenspeiles i oppgaver og tjenester som kommunen plikter å gi sine innbyggere, så må forholdene internt i kommunen også være i ordnede former. Skal en klare å gjøre noe med utfordringer generelt sett og gripe fatt i de rette mulighetene, så **må utfordringsbildet være godt kjent** og en må være villig til å ta tak i det som er utfordrende. Forankring hos ledelsen er alfa omega.

Utfordringer og muligheter internt i Gjerstad kommune:



Figur 1. En medarbeider som blir oppmuntret til å bruke sine evner og utvikle sine iboende muligheter, vil bidra til resultater. Positive resultater gir arbeidsglede. Trivsel på arbeidsplassen har betydning for både helse og situasjon på fritiden. Summen av arbeidsglede og interessante og meningsfulle arbeidsoppgaver, god helse og en meningsfylt fritid gir livskvalitet. Organisasjoner som tilrettelegger for god livskvalitet oppnår gode resultater.

Alle kommuner sliter med utfordringer. Økonomi er stort sett noe en bare må forholde seg til, men hvordan en forvalter økonomien er varierende. Det gir rom for uenighet og diskusjoner, men det kan også åpne opp for nye muligheter. Strukturelle forhold er litt avhengig av kommunens størrelse, også vil det til en viss grad være personavhengig hvilken struktur som fungerer best. Dette er to av de felte som ofte får mye fokus i alle kommuner.

Utfordringsbildet internt i Gjerstad kommune kan grovt sett deles inn i fire hovedkategorier; økonomi, strukturelle forhold, samarbeid/samhandling og kommunikasjon/informasjon. Disse tingene må en jobbe med parallelt med at en jobber med kommunes generelle folkehelseutfordringer.

Økonomi

Gjerstad kommune er inne i en periode med et stramt budsjett, hvor det er lite rom for fleksibilitet, og hvor alle enheter blir stilt overfor store kutt og nedskjæringer. Dette i seg selv fører til at en må være kreativ med tanke på hvordan en skal løse alle arbeidsoppgavene som må gjøres. Kommunen har behov for og ønsker å utarbeide en overordnet strategi for hvordan nødvendige kutt skal foretas. Her vil det være aktuelt å se på kommuneplanen og forsøke å prioritere ut ifra vedtatte overordnede satsingsområder.

Med stram økonomi, blir det fort slik at pengene settes inn “der det brenner”, og det blir vanskelig å prioritere forebygging, som kanskje hadde vært det mest gevinstgivende på sikt. Det blir også lite rom for utvikling og kompetanseheving når økonomien er trang, noe som kan være en hemsko med dagens raske utviklingstakt. Kommunen ønsker å omstrukturere arbeidet slik at det blir mer rom for forebygging gjennom bl.a. tidlig innsats, og nødvendig kompetanseheving for å holde tritt med samfunnsutviklingen ellers. Dette betyr at en må se på både struktur og innhold, både på ledelse- og tjenestenivå.

Langtidsbudsjettet i kommunen er til tider uforutsigbart. Det blir derfor vanskelig å forholde seg til. Det er kun første års budsjett som det er særlig hold i. Dette er kanskje nettopp fordi en driver “og slukker branner”. Det er uansett vanskelig for alle enheter å forholde seg til et uforutsigbart langtidsbudsjett og ikke minst drifte etter det, og spesielt vanskelig er dette for de enhetene som jobber og drifter over to budsjettår samtidig. Kommunen vil ha som mål å jobbe for å få mer forutsigbare fireårsbudsjett.

Struktur

Enheterens oppbygging og ledelsesstruktur ble vedtatt gjennom et lengre organisasjonsutviklingsprosjekt (OU-prosjektet) med oppstart våren 2014. Målet var å:

- effektivisere og dyktiggjøre organisasjonen
- utvikle hensiktsmessig og praktisk drift
- bedre mulighet for overordna og strategisk ledelse
- økonomisk gevinst
- vurdere interkommunale samarbeidsløsninger

De strukturelle forholdene ser så langt ikke ut til å ha innfridd målsetningene fra OU-prosjektet. Det er flere ting som er naturlig å ta tak i og jobbe videre med framover.

Det ble pekt på en utfordring med tanke på hvordan psykiatrien og arbeidet med psykisk helse er strukturert i kommunen under OU-prosjektet. Dette er fortsatt et felt hvor strukturen må gjøres noe med. “Ungdata” viser at dette må tas på alvor, og undersøkelsen underbygger dessverre bare trenden i den voksne befolkningen. Rus og psykisk helse henger tett sammen, og skaper ofte synergier som trenger spesialkompetanse. Denne kompetansen må være tilgjengelig på kvelds- og nattestid, så vel som på dagtid. Kommunen må arbeide fram bedre måter å løse disse utfordringene på, enn slik det blir løst i dag.

Pga. små og varierende barnekull, små fagenheter og stram kommuneøkonomi, er det viktig å se på skolestrukturen i Gjerstad kommune, sett i lys av mulig kommunesammenslåing. Dette er viktig både med tanke på økonomiske innsparinger ved færre rektorer, andre mulige stillingsinnsparinger og ikke minst framtidige driftskostnader, men det er også viktig med tanke på det innholdsmessige og det psykososiale miljøet på skolen; ved å tilrettelegge for “riktige” klassestørrelser og mulighet for større fagmiljøer for de ansatte osv.

Kommunen har utfordringer med å få ansatt kompetent personell innenfor enkelte fag. Det kan være flere årsaker til det. Disse årsakene kan være lurt å kartlegge. I tillegg ser en at å få på plass interkommunalt samarbeid i regionen, der det faglig sett kan være en stor fordel,

byr på utfordringer. Ofte tar prosessene svært lang tid. Økonomi er en side av saken, men de største utfordringene viser seg gang på gang å bunne ut i lokaliseringsspørsmålet. Det innholdsmessige og faglige aspektet forsvinner dessverre ofte i de strukturelle debattene.

Samarbeid/Samhandling

Det ble dannet en ny enhet med egen kommunalsjef for plan næring og kultur gjennom OU-prosjektet, som skal ha ansvar for tverrfaglig samarbeid i kommunen. Det er bra at det settes mer fokus på tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, og det er viktig at kommunen nå utarbeider en strategi for hvordan kommunen skal jobbe med tverrfaglige oppgaver og ikke minst en oversikt over hvilke oppgaver som burde være tverrfaglige. Det må etter hvert legges opp til naturlige treffpunkt for tverrfaglig samarbeid på tvers av fag og enheter. En ser at manglende samarbeid vanskeliggjør helhetlig planlegging. Samarbeid og samhandling på tvers av fag og enheter, må prioriteres høyt av ledelsen om en skal få synergier av samarbeidet, og ikke minst få det til å fungere. Her er det viktig at øverste ledd er "på" hele tiden.

Frivilligsentralen som samhandlingspartner benyttes i for liten grad. Det er ingen tradisjon for et aktivt og fleksibelt samarbeid mellom kommunen og frivilligsentralen i Gjerstad, slik den drives i dag. Her er det et utnyttet potensiale som kommunen ønsker å ta initiativ til å gjøre noe med.

Kommunen har i dag et samarbeid med frivillige lag og foreninger, men her er det mer å gå på. Kommunen bør være motor for dette samarbeidet og ta initiativ til dialog om nye samarbeidsfelt etc.

Samhandling mellom politisk og administrativt miljø må hele tiden være framoverlent og våkent. En mulighet for å få til en bedre kommunikasjon og informasjonsflyt kan være å opprette politiske underutvalg innenfor prioriterte fagfelt iht. f.eks. vedtatt kommuneplan, evt. se på muligheten for å opprette ad hoc-utvalg i større grad, når nye fokusområder "tvinges fram". Dette er ønskelig å vurdere.

Det kan samarbeides interkommunalt på flere arenaer og innen flere fagfelt enn det gjøres i dag. Det kan være problemer med rekrutering av arbeidskraft innenfor enkelte fagfelt i småkommunene. Disse jobbene ville kanskje være mer attraktive om det ble større fagenheter på tvers av kommunegrenser i en region. Jf. siste avsnitt under struktur ovenfor. Med en kommunereform på trappene ser kommunen stor verdi av å begynne samarbeidsdialog innen flere fagfelt allerede nå.

Informasjon/Kommunikasjon

Når det gjelder informasjonsstrømmen fra ledernivå og ut til fagledere og andre ansatte er tilbakemeldingene fra enhetsledere og fagansvarlige at den må styrkes vesentlig. Det er behov for å forbedre kommunikasjonen mellom topplederteamet og de andre enhetslederne. Enkelte ledere er mer involvert i det som skjer og det som bestemmes på toppledernivå, enn andre, noe som er naturlig, men hva en kommer fram til kommer i for liten grad videre ut i de forskjellige enhetene. Det er lite kommunikasjon mellom ledelse og de som jobber direkte med det enkelte fag i enkelte enheter, mens dette fungerer bedre i andre enheter. Her vil kommunen jobbe for å finne bedre og mer effektive måter å informere og kommunisere på, bl.a. gjennom strukturtiltak og bedre tilrettelegging for samhandling.

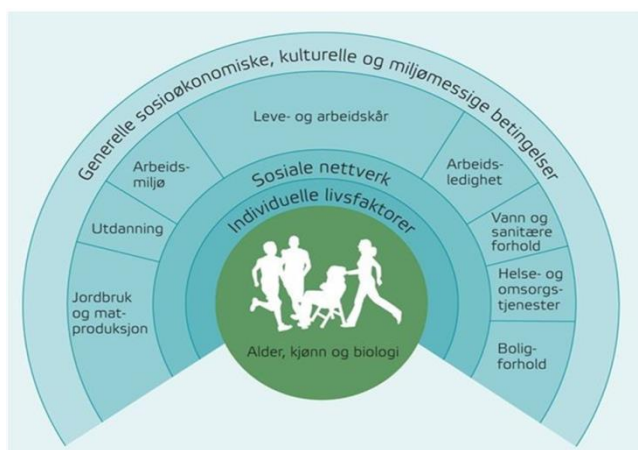
De forskjellige enhetene uttrykker behov for mer hjelp, støtte og bistand fra toppledelsen når store endringer skal gjennomføres. Det bør legges opp til å finne kreative løsninger i fellesskap, ikke at hver enkelt enhet må finne alle løsningene selv. Det gis lite rom for tid til implementering og institusjonalisering når nye ting innføres. Dette er en utfordring som går på tid og ressurser, men som kommunen kan løse gjennom bedre struktur og en mer tydelig

strategi for samhandling. Det vil kunne forbedre mulighetene en har til å møte nødvendige kutt og omveltninger i fellesskap, både på tvers av forvaltningsnivå og fag.

God informasjonsflyt, åpne prosesser og god kommunikasjon er viktig for de ansattes trivsel og ikke minst med tanke på at de riktige arbeidsoppgavene gjøres til rett tid etc.

Det vil bli jobbet kontinuerlig for å få til gode interne prosesser på strukturforbedringer, gode kommunikasjonsrutiner og strategier for samhandling.

Utfordringer og muligheter for Gjerstad kommune som samfunnsutvikler og tjenesteyter

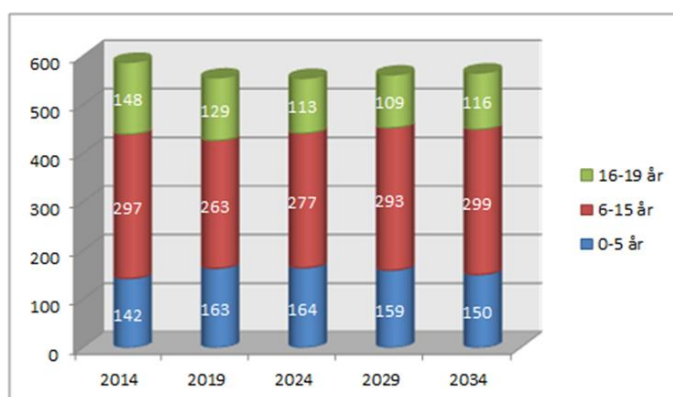


Figur 2. Ulike påvirkningsfaktorer for helse. Kilde: Dahlgren & Whitehead, 1991.

Emneinndelingen er basert på Folkehelseprofilen 2014 for Gjerstad kommune; befolkning/befolkningssammensetning, levekår, miljø, skole, levevaner og helse og sykdom.

Befolkning og Befolkningssammensetning

Det har vært befolkningsvekst i Aust-Agder Fylke de siste åra. Gjerstad kommune har hatt et stabilt folketall på rundt 2500 innbyggere (pluss/minus) de siste 50 åra, med noen svingninger underveis. De siste 10 åra har det vært noe synkende fra 2541 innbyggere i 2004 til 2489 innbyggere i 2014.



Figur 3. Framskrevet folkemengde i Gjerstad med lav nettoinnvandring, dvs. at antall innbyggere øker fra 2489 til 2710 de neste 20 årene. I denne prognosen forventes en svak nedgang i antall barn 0 – 19 år. SSB, tilgjengelig levekårsstatistikk, KOSTRA tall mv. <http://www.regionplanaqder.no/statistikkportal>

I følge SSB blir det en betydelig nedgang i antall barn i skolepliktig alder i neste 10-årsperiode. Om 5 år vil det være 30 – 40 færre barn i grunnskolen i Gjerstad, mens barn i barnehagealder vil øke med vel 20 barn.

Pr. november 2014 er det 74,4 årsverk til sammen i barnehage og skole. Disse fordeler seg med 27,4 årsverk i Visedal barnehage, 11,6 på Abel ungdomsskole, 18,5 på Gjerstad skole og 16,9 på Fiane skole.

I 2019 vil ansatte som i dag representerer ca. 13 årsverk, ha mulighet for å slutte på grunn av oppnådd aldersgrense på 67 år eller AFP fra fylte 62 år. For skolen vil dette bety en erstatning på 6 – 9 årsverk allerede i 2019, men en må se dette opp imot forventet nedgang i ant. barn i skolepliktig alder og økt andel barn med innvandrerbakgrunn. I barnehagen vil det være behov for en økning på 4-7 ansatte allerede i 2019, bare ved å se på naturlig avgang. I tillegg vil en mest sannsynlig måtte ansette flere pga. økt andel barn i barnehagealder. På toppen må en ta høyde for de som slutter av andre årsaker.

Pr. 1.1.2014 bor det 208 innvandrere og norskfødte med innvandrerfamilier i Gjerstad. Dette er en økende tendens som for resten av landet. (SSB)

Antall personer	Opprinnelsesland
136	Europa, USA, Canada og Mellom-Amerika
41	Afrika
31	Asia inkludert Tyrkia

Pr. januar 2014 er det registrert 19 flyktningbarn i Gjerstad i alderen 0 – 19 år som er innvandret eller født i Norge etter 2009. Det er ikke undersøkt hvor mange barn som tilhører øvrige grupper av innvandrere, men de fleste av disse er fra Europa. (Polen, Russland, Balkan, Tyskland eller Skandinavia.)

Arbeidsinnvandringen har økt med ca. 0,6 % de siste 3 årene, og utgjør i 2014 ca. 3,86 % av befolkningen i Gjerstad. Sammenliknet med Aust Agder fylke er den prosentvise andelen i forhold til innbyggertallet et par prosent lavere, men veksten følger utviklingen på fylkesplan.

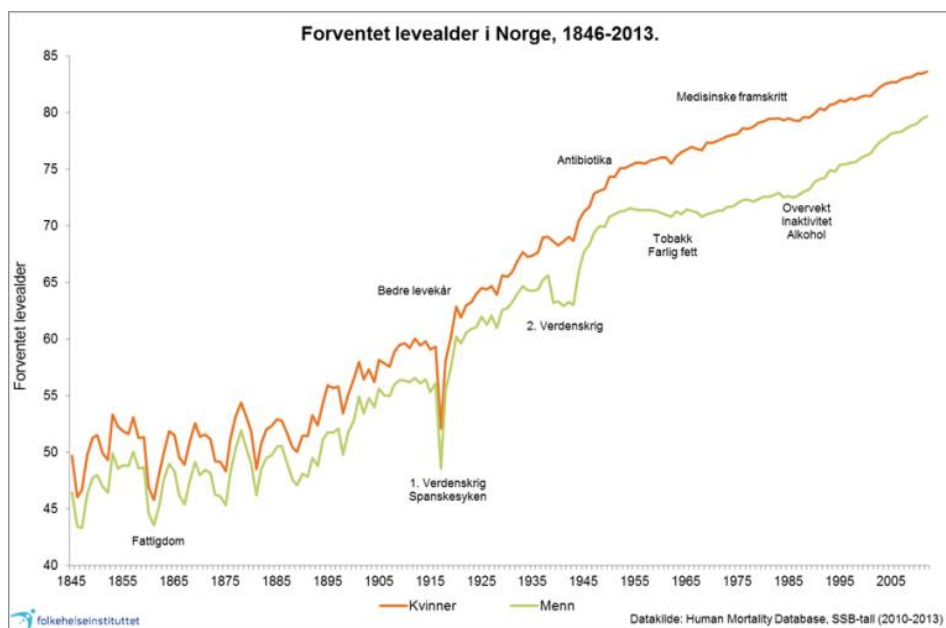
Innvandrere, som inkluderer norskfødte av foreldre med innvandrerbakgrunn og flyktninger, utgjør totalt 7,5 % av Gjerstads befolkning. I Østre Agder ligger bare Froland og Vegårshei lavere. Åmli ligger høyest med 11 %.

Utviklingen innen nyfødtmedisin har ført til at flere barn overlever. Noen av disse vil være multifunksjonshemmet, noe som stiller store krav til en liten kommune å følge opp. De kan ha atferdsmessig, kognitive og helsemessige problemer som krever omfattende tjenester til barna og familien fra barndom og inn i voksen alder.

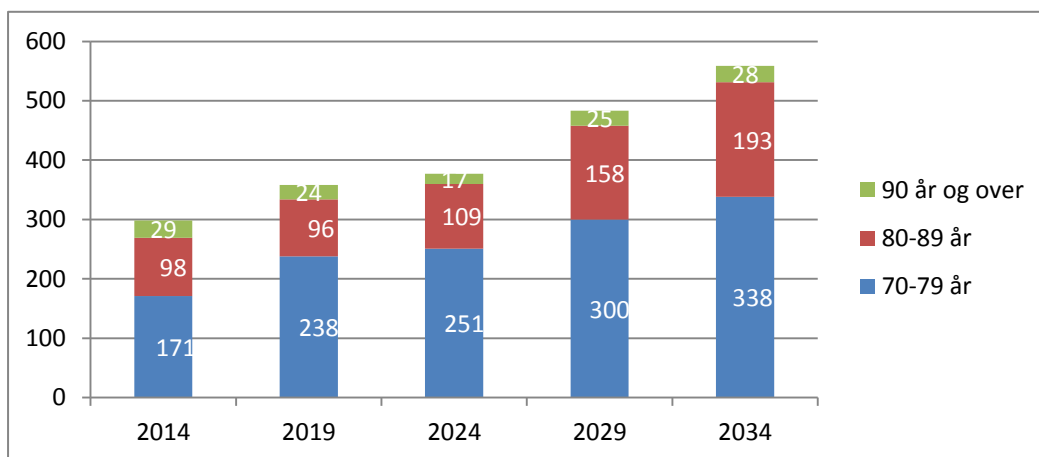
Fra tid til annen skjer det ulykker eller det er kronisk sykdom som gjør at yngre mennesker må ha omfattende og ressurskrevende tjenester. Selv om staten gir tilskudd til ressurskrevende brukere vil hver enkelt ny bruker være merkbart for en liten kommune som Gjerstad, det gjelder både økonomisk og personellmessig. Gjerstad kommune har et stort omfang av hjemmetjenester til yngre hjelpetrenende (funksjonshemmede og kronikere). (Se figur 7 nedenfor)

Framskrivningen av folketallet viser at det allerede i 2035 blir dobbelt så mange eldre over 80 år i Gjerstad. Dette skjer samtidig i de fleste kommuner i Norge og den vestlige verden for øvrig. "Eldrebolegen" som vi ser starten på nå, vil bety dramatiske endringer i vårt samfunn.

- ⇒ De "nye eldre" vil ha andre krav og ønsker
- ⇒ Mange vil ha sterkere økonomi, lengre utdannelse, og stort sett holde seg friske hele livet.
- ⇒ Andre vil utvikle komplekse sykdomsmønstre, og en kraftig økning av personer med demens medvirker til at stadig flere vil trenge en form for støtte for å klare seg i hverdagen.
- ⇒ Samtidig blir det færre yrkesaktive pr. pensjonist og dermed færre som kan gi nødvendig hjelp.



Figur 4. Forventet levealder i Norge 1846 – 2013. Kilde: Human Mortality Database, SSB-tall for 2010-2013.



Figur 5. Framskrevet folkemengde i Gjerstad med lav nettoinnvandring, dvs. at antall innbyggere øker fra 2489 til 2710 de neste 20 årene. Antall eldre i Gjerstad påvirkes i liten grad om det er positiv eller negativ nettoinnvandring i perioden. (SSB, tilgjengelig levekårsstatistikk mv.; <http://www.regionplanagder.no/statistikkportal>)

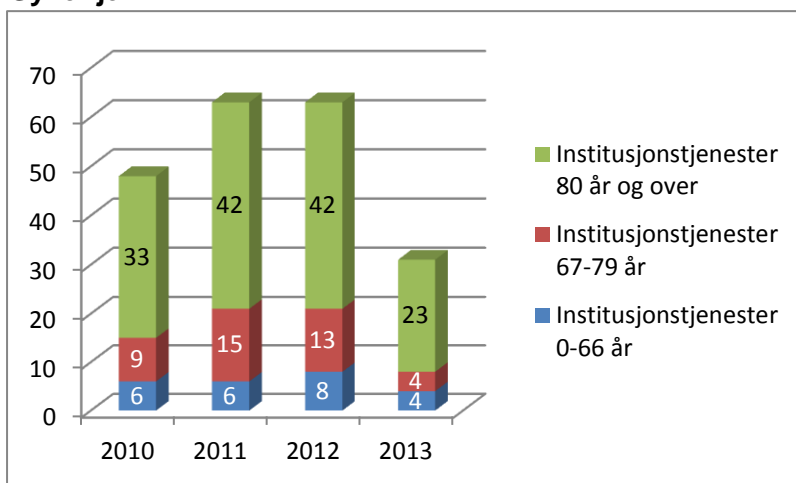
Frem til 2019 og 2024 øker antall eldre mellom 70 og 79 år med ca. 47 %. Dette utgjør ca. 80 personer i Gjerstad. I neste 10-års periode 2024 til 2034 øker andelen ytterligere med 87 personer, dvs. nær en dobling de neste 20 årene. Pr. 2013 har ca. 15 % av de mellom 70 og 80 år hjemmetjenester eller er på sykehjem. Med samme tildelingspraksis vil dette bety ca. 12 ekstra brukere i neste 10-års periode, og tilsammen 25 nye brukere i et tjueårsperspektiv.

I aldersgruppene 80 år og over skjer det ingen økning før i neste 10-årsperiode; 2024 til 2034, men i 20-årsperioden dobles antall eldre mellom 80 og 89 år (ca. 95 personer), mens eldre over 90 år ikke vil få noen økning, i følge prognosen. Pr. 2013 er ca. 53 % av de over 80 år på sykehjem, eller har hjemmetjenester. Med utgangspunkt i 100 flere personer over 80 år frem til 2034, vil dette bety i overkant av 50 nye brukere av hjemmetjenester og sykehjem i kommende 20-årsperiode.

Til sammen vil det i følge framskriving komme 12 flere brukere i neste 10-årsperiode, eller ca. 47 nye brukere i neste 15-årsperiode, eller 75 flere brukere om en ser det i et 20-årsperspektiv. Det vil m.a.o. bli behov for mange flere helsearbeidere i årene som kommer.

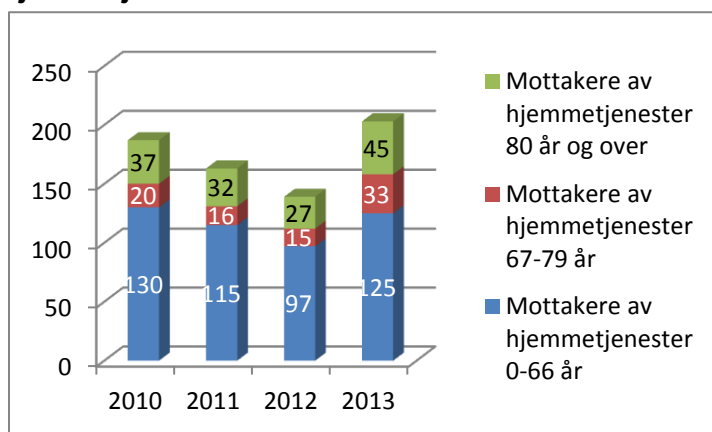
KOSTRA-tall for Gjerstad (SSB) gir et bilde av hvor mange og hvilke aldersgrupper som mottar pleie- og omsorgstjenester;

Sykehjem



Figur 6. Ant. personer på institusjon i Gjerstad. (Trolig er heldøgn omsorg i omsorgsbolig registrert som institusjon. Når feil er rettet opp fra 2013 er samtidig flere registrert med hjemmetjenester.)

Hjemmetjenester



Figur 7. Ant. personer som mottar hjemmetjenester i Gjerstad. (Det kan ha vært underrapportering i 2011 og 2012 i forbindelse med innføring av nytt fagsystem i pleie/omsorg og psykisk helse.)

Diagrammet illustrerer bl.a. det store omfanget av hjemmetjenester til yngre funksjonshemmede og kronikere i Gjerstad. (alderen 0 – 66 år)

I januar 2014 var det til sammen registrert 127 personer over 80 år i Gjerstad. Av disse var 23 på Gjerstadheimen, mens 45 hadde hjemmetjenester. Det utgjør ca. 53 % av de over 80 år. I aldersgruppen 67 til og med 79 år var det til sammen 221 personer. Av disse hadde ca. 17 % pleie- og omsorgstjenester, dvs. 4 som pasient på Gjerstadheimen og 34 som mottok hjemmetjenester.

Demens og div. livsstilssykdommer (KOLS, muskel- og skjelettrelaterte plager, hjerte- og karproblematikk osv.) øker med alderen, noe som vil kreve en større innsats på disse områdene. Statistisk er det i Gjerstad mellom 50 og 60 personer med demens i ulik grad. Antallet vil øke betydelig de neste årene. Man regner med at 17 % av eldre i gruppen 80 til 84 år utvikler demens, og at andelen øker ytterligere med alderen. På toppen kommer Alzheimer som også rammer yngre personer. I tillegg har livsstilssykdommer vært den mest økende sykdomsfaktoren de senere årene.

Kommunen må tenke nytt og se på andre måter å løse oppgavene på enn det som gjøres i dag. For at kommunen skal kunne skaffe seg handlingsrom til å møte utfordringene med flere eldre og demente, er det nødvendig å sette inn tiltak som reduserer behovet for tjenester. For eksempel kan det være aktuelt å **tallfeste arbeidsmål de neste årene, der**

man legger opp til en prosentvis reduksjon innenfor hver aldersgruppe i forhold til nivået i 2014. Kommunen må samtidig se på muligheten for **gradvis å innføre "e-helse" for å bidra til at folk kan hjelpe seg selv i mye større grad enn i dag og bo hjemme lenger**. Dette arbeidet bør starte umiddelbart. **Tjenestene må omstruktureres for å kunne ivareta nødvendige helse- og omsorgsoppgaver**. En mulighet kan også være å opprette en form for **"frisklivssentral"** hvor en kan komme og motta tjenester mens en bor hjemme. Det går også an å legge opp til at en kan shoppe ekstratjenester som er ønskelig, men ikke lovpålagt.

Det vil ikke være nok "hender" på sikt til å ivareta oppgavene slik de er strukturert i dag. Gjerstad kommune sliter alt i dag med å rekruttere nok kvalifiserte helse- og sosialarbeidere. Spesielt merkes dette for fagpersoner med høyere utdanning, og for alle grupper fagpersonell, spesielt i tilknytning til sommerferien. Dette har ført til at pleie og omsorg i perioder har måtte leie inn fra vikarbyrå. Helse- og sosialarbeidere som knapphetsressurs vil bli mer og mer merkbart etter hvert som alle kommunene rundt oss også må tilsette flere for å gi tjenester til bl.a. flere eldre.

Pr. november 2014 er det ca. 79 årsverk til sammen i helse og omsorg. Disse fordeler seg med ca. 12 årsverk i Familiehuset og 67 årsverk i Enhet for pleie og omsorg.

I 2019 vil ansatte som i dag representerer 23 årsverk, ha mulighet for å slutte på grunn av oppnådd aldersgrense på 65/67 år eller AFP / evt. 62 år for de med særaldersgrense som oppfyller 85-årsregelen (tjenestetid + alder). Dette betyr at minst 12 – 15 årsverk (de over 67 år) eller mer må erstattes alt i 2019. De fleste er omsorgsarbeidere eller sykepleiere. På toppen kommer de som slutter av andre årsaker.

Så hvordan kan kommunen rekruttere og beholde kvalifiserte helse- og sosialarbeidere, når det blir knapphet på menneskelige ressurser i hele landet? En mulighet kan være hele tiden å være framoverlent med tanke på bruk av de nyeste fagsystemene og fokus på kompetanse og innovasjon, slik at en **tiltrekker seg nyutdannede helsearbeidere**. Kommunen kan også se på muligheter for å subsidiere noen av studieutgiftene til studenter innenfor enkelte faggrupper mot bindingstid i Gjerstad kommune. En annen mulighet kan være å supplere med **større grad av interkommunalt samarbeid**, for bl.a. å få større fagenheter, noe bl.a. samhandlingsreformen legger opp til.

Samhandlingsreformen og nytt lovverk knyttet til denne regulerer samarbeidet mellom kommunene og sykehuset. Dette er en retningsreform der flere pasienter skal behandles og følges opp på kommunenivå, eventuelt i et interkommunalt samarbeid når det er formålstjenlig. Det siste arbeides det nå med innenfor Østre Agder samarbeidet, med utviklingen av felles KØH (kommunal øyeblikkelig hjelp), e-helse og en fremtidsrettet legevakt. Det kan bli aktuelt å samarbeide interkommunalt innenfor flere arbeids- og fagfelt fremover.

Reformen gir økt press på sykehjemsplasser og hjemmetjenester i Gjerstad. Samtidig blir kravet til kompetanse større. Frem til 2014 har samhandlingsreformen vært gjennomført på de somatiske tjenestene ved sykehuset. Reformen vil i nær fremtid også bli gjennomført innen psykisk helse.

Norge har lenge lagt i verdenstoppen når det gjelder helse og omsorgstjenester. Lover og forskrifter bygger opp om dette for å sikre befolkningen nødvendig bistand og helsehjelp.

Et trekk i utviklingen er at tjenesteytere og hjelpeapparat ofte overtar styringen og passiviserer brukerne. Faren er at folk ikke tar nok aktiv del i eget liv, og dermed ender opp som passive mottakere. **Befolkningsutviklingen de neste 10 – 20 årene tilsier at flere**

må ta ansvar for eget liv og at de kommunale tjenestene må bidra til at det skjer en dreining fra passiv hjelp til aktiv mestring.

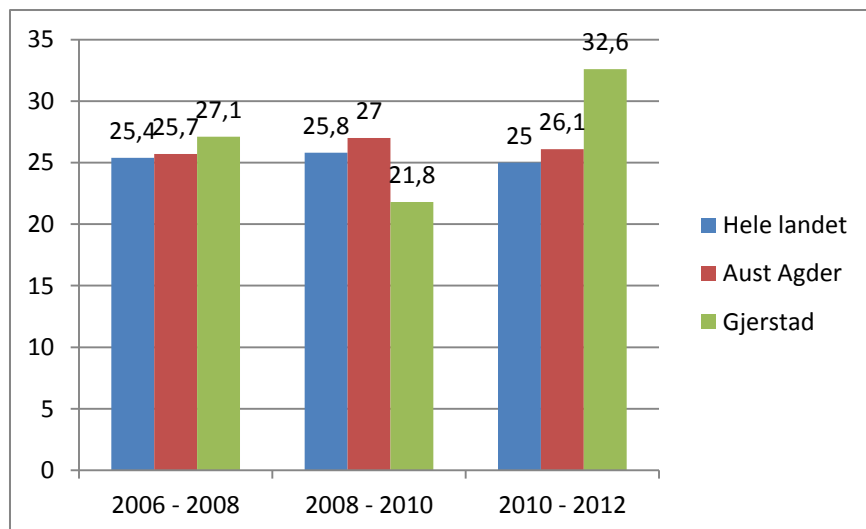
Intern samhandling i Gjerstad vil være et viktig arbeidsområde fremover. Det må etableres samhandlingsarenaer, rutiner, prosedyrer og god praksis som sikrer brukerne et godt og forutsigbart tilbud.

Det som skjer ved overgangene mellom forskjellige tjenester, enheter og sektorer, kan by på utfordringer, som en må være forberedt på og hanskes med. Det kan eksempelvis være overganger fra barnehage til skole, barneskole til ungdomsskole eller knyttet til pasientforløp fra sykehus til korttidsavdeling eller fra korttidsavdeling til hjemmet. Det handler om ledelse, samarbeidsarenaer og hvilke tilbud kommunen har. Erfaring viser at det bl.a. er utfordringer knyttet til felles forståelse av hvorfor samhandling er viktig, og til å etablere de riktige arenaene med de riktige personene. Intern samhandling er et område som det må arbeides kontinuerlig med.

Levekår

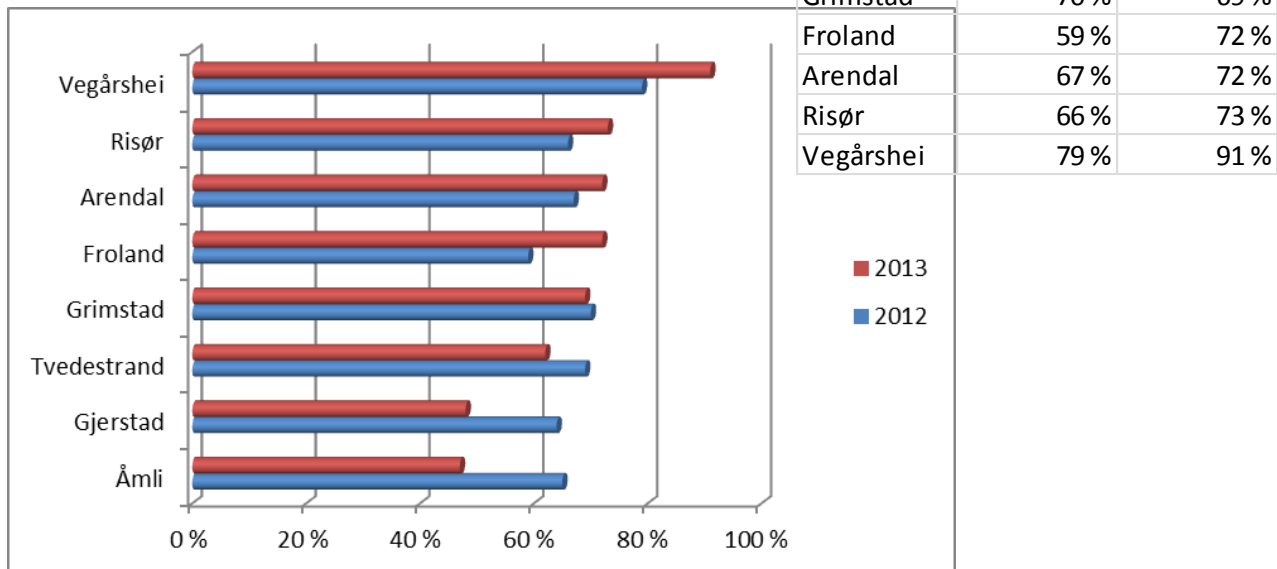
Andelen med videregående eller høyere utdanning er lavere enn landsnivået. Aust-Agder fylke ligger generelt noe lavere her enn landet for øvrig, og Gjerstad kommune ligger lavt på fylkesbasis. (Folkehelseprofilen 2014)

Gjerstad kommune har større andel frafall fra videregående skole (vgs.) enn landet for øvrig, og en betraktelig lavere andel som består/gjennomfører eksamen i løpet av en femårsperiode, enn de andre kommunene i fylket, med bare Åmli rett bak.



Figur 8. *Frafall i videregående skole – andel (prosent), standardisert*

Figur 9. Tall fra 2012 og 2013: *Andel elever og lærlinger som har bestått videregående opplæring i løpet av fem år.* (Tallene gjelder for elever som startet i videregående trinn 1 (Vg1) for første gang høsten fem år før årstallet som vises. Eksempelvis viser tallene for 2012 dermed andelen av elevene som startet på Vg1 høsten 2007, og som har fullført og bestått videregående opplæring innen 01.10.2012).



Elever som ikke har bestått videregående opplæring fordeler seg på følgende tre kategorier:

- Fullført, ikke bestått
- I opplæring fem år etter påbegynt Vg1
- Sluttet

Kilder: Skoleporten/Utdanningsdirektoratet og SSB

(Resultatene på fylkesnivå er hentet fra Skoleporten/Utdanningsdirektoratet og er basert på telling av elevene ved skolene i fylket. I Skoleporten publiseres det så langt ikke tall på kommunenivå. Aust-Agder fylkeskommune og Vest-Agder fylkeskommune har derfor bestilt tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) for kommunenivået. I SSB baseres gjennomføringsindikatoren fullført og bestått innen fem år på elevenes bosted (kommune og fylke) ved fylte 16 år.)

Et forholdsvis stort antall av Gjerstad kommunes innbyggere har lav inntekt og/eller mottar trygd eller annen sosialhjelp. Dette gir utfordringer som;

- ⇒ Flere bor i bolig som innebærer en økt helsesisiko
- ⇒ Har statistisk større helseproblemer og dør tidligere

SSB og KOSTRA-tall	2010	2011	2012
Antall husholdninger i Gjerstad	1053	1064	1075
Under 150000	4 (5)	4 (4)	3 (4)
150000 - 249999	23 (19)	22 (18)	19 (18)
250000 - 349999	17 (17)	15 (16)	16 (15)
350000 - 499999	13 (14)	15 (14)	16 (14)
450000 - 549999	13 (13)	14 (13)	12 (12)

555000 - 749999	21 (20)	20 (21)	20 (21)
750000 og over	9 (13)	12 (14)	14 (16)

Tabell 1. *Inntekt etter skatt, i % av antall husholdninger. I parentes tallene for Aust Agder*

I 2013 var det totalt 152 sosialhjelpsmottakere bosatt i Gjerstad og 6 fra andre kommuner. (SSB og KOSTRA) Hjemmeboende i Gjerstad fordeler seg aldersmessig som følger; 18 – 24 år; 36 personer og 25 – 66 år; 116 personer.

SSB og KOSTRA-tall	2011	2012	2013
% Andel i forhold til innbyggere	5,9 (2,4)	5,6 (2,3)	6,3 (2,5)
% Andel i forhold til innb. 20 – 66 år	9,6 (4,0)	9,3 (3,8)	10,5 (4)
% Andel i alderen 20 – 66 år av innbyggere 20 – 66 år	8,7 (3,7)	9,1 (3,6)	9,7 (3,8)

Tabell 2. *Prosentvis andel av befolkningen som mottar sosialhjelp. I parentes tallene for landet uten Oslo. (Det finnes bare tall for Aust Ager fra 2011, og de er tilnærmet like tallene for landet for øvrig).*

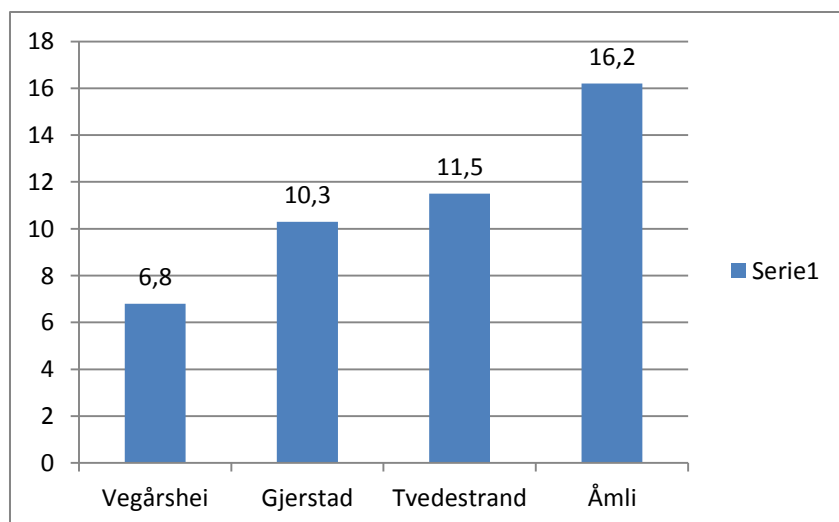
I 2013 mottok mer enn 1 av 10 i yrkesaktiv alder sosialhjelp i Gjerstad.

Unge uføre; Statistikk fra 2008, jf. “Et liv jeg ikke valgte!” (Agderforskning – rapport 2009), viser at det var 90 uføre av de ca. 1000 (988) i alderen 17 – 49 år som bodde i Gjerstad. I Aust Agder var det 50 pr. 1000, mens det i landet for øvrig var rundt 30 personer pr. 1000 i alderen 17 - 49 år på dette tidspunktet. Det var nesten det tredobbelte i Gjerstad i forhold til hele landet!

I 2010 var det registrert 259 uførepensjonister i Gjerstad. Av disse var 59 personer i alderen 18 til 44 år. Det er ikke tilgjengelig statistikk for 2011 – 2013.

I 2013 var det 52 sosialhjelpsmottakere med trygd/pensjon som hovedinntektskilde.

Andelen barn (0-17 år) i Gjerstad som bor i husholdninger med lav inntekt er høyere enn landet for øvrig. Lav inntekt defineres her som under 60 % av nasjonal medianinntekt (Folkehelseprofilen 2014). Nasjonal medianinntekt lå i Norge på 431 000 kr., i Aust-Agder på 432 000 kr. og Gjerstad på 407 000 kr. i 2011.



Figur 10. Prosent andel familier som lever med en inntekt 60 % av median inntekt eller lavere, tall fra 2011.

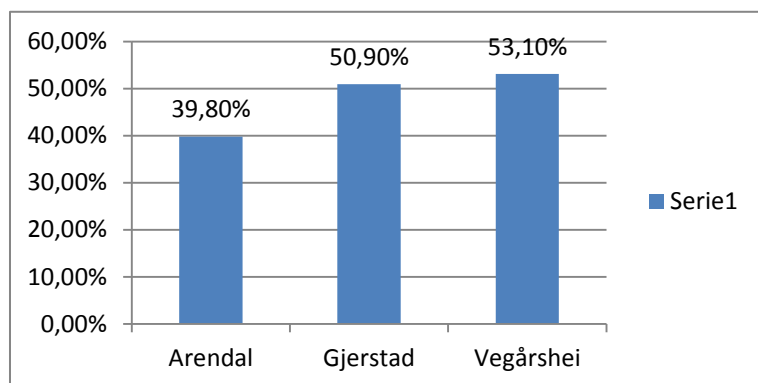
I hele landet var det i 2011 9,6 % totalt som har 60 % eller lavere inntekt (husholdning) enn medianinntekten, og 9,5 % for aldersgruppen mellom 0 og 17 år. For Aust-Agder var det 9,9 % (alle aldre) og 11 % (0-17 år). Lavt utdanningsnivå henger ofte sammen med lav inntekt

og visa versa. I Gjerstad er det mellom 50 og 60 barn som lever under det som betegnes som fattigdomsgrensa. Dette kan bl.a. føre til;

- ⇒ mindre mulighet for å delta på fritidsaktiviteter som krever utgifter til medlemskap, utstyr og oppfølging av foresatte til transport mv.
- ⇒ at sko og klær ikke blir fornyet i takt med barnets utvikling, årstidene mv.
- ⇒ gaver ved fødselsdager og til jul uteblir/er redusert
- ⇒ dårlige boforhold
og som følge av det ovenfor;
- ⇒ helseproblemer (luftveisrelatert, psykisk, allergi osv.)
- ⇒ stigmatisering og utestengning

Andelen barn med enslig forsørger er høyere enn i landet for øvrig. (Folkehelseprofilen 2014)

Gjerstad scorer lavt også på likestilling, og andelen hjemmевærende og deltidsarbeidende kvinner er høy i Gjerstad.



Figur 11. Andel kvinner i deltid aldersgruppe 20 – 66 år – 2012. Tallet for Gjerstad er høyt.

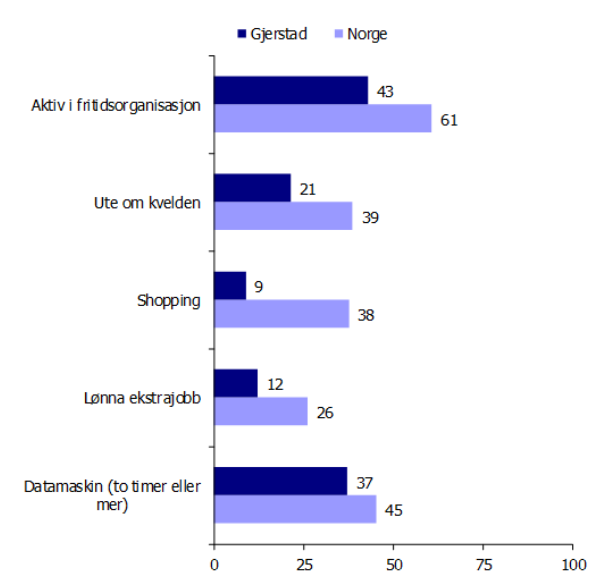
For å snu “synet på” likestilling kreves det arbeid over tid. Det må jobbes bevisst med likestilling både i barnehage og skole. Etter opplæringsloven skal grunnskole og videregående opplæring fremme menneskelig likeverd og likestilling (§ 1-2). I den generelle delen av læreplanen står det at “*oppfostringen skal fremme likestilling mellom kjønn og solidaritet på tvers av grupper og grenser*”. Likestillingsloven fastslår at kvinner og menn har lik rett til utdanning (§ 6), og at læremidler som benyttes i skole og annen undervisningssituasjon, skal bygge på likestilling mellom kjønnene (§ 7).

Dette må gå begge veier. I dag ser vi at jenter klarer seg generelt bedre på skolen og får bedre karakterer i snitt. Likevel ser vi at menn har bedre betalte jobber og at det er flere menn enn kvinner i høytlønnede lederstillinger. Kanskje må det jobbes bevisst med å øke jenters tro på seg selv, samtidig som bhg og skole må tilpasses guttene i større grad enn det gjøres i dag?

Barn og unges oppvekstmiljø

Ungdom i alderen 13-18 år opplever at det er få fritidstilbud og få gode møteplasser for dem i Gjerstad. I forhold til innbyggertall har Gjerstad et forholdsvis bredt spekter av fritidstilbud (se vedlagt oversikt) for barn og unge, selv om mengden av tilbud nok avtar noe jo eldre ungdommen er. Det kan se ut til at det ligger en utfordring i å få synliggjort dette for ungdommen og/eller at en ikke treffer denne målgruppen godt nok med de tilbudene som finnes. Det kan også være økonomisk betinget, om en trekker parallell til det høye antallet som lever under fattigdomsgrensa.

“Ungdata”-undersøkelsen for 2014 viser at det kun er 43 % av ungdom på u-skolen som deltar på én eller flere organiserte fritidstilbud. Dette er langt under nabokommunene (Åmli og Vegårshei 77 og 78 %) og landet for øvrig. I tillegg er det få som er ute med venner i lokalmiljøet o.l., to eller flere ganger i uka.



Figur 12. Oversikt over barn og unges (12-16 år) fritid i Gjerstad. Tall fra “Ungdata”-undersøkelsen som ble gjennomført på u-skolene i Gjerstad, Åmli og Vegårshei i uke 13, 2014. (Nøkkeltall for alle kommuner: <http://ungdata.no/id/22414>)

Deltakelse i fritidsaktiviteter er viktig for sosialisering og læring, og ikke minst for fysisk utfoldelse gjennom idrett. For mange barn og unge er idretten den viktigste møteplassen ved siden av skolen. (Spesielt gjelder dette for gutter. Jenter kan kompensere ved gode sosiale nettverk hvor en treffer venninner “ute” på ettermiddags- og kveldstid (forskning), men tallene her er også lave.) Gjennom deltakelse i aktiviteter på fritiden og gjennom deltakelse i frivillige organisasjoner utvikles tillit, sosiale ferdigheter og sosialt nettverk.

Barn og unge som lever i hjem med lav inntekt og barn og unge med innvandrerbakgrunn uteblir ofte fra fritidsaktiviteter. En årsak er at mange organiserte fritidsaktiviteter koster en del og at barn og unge med innvandrerbakgrunn er overrepresentert blant de familiene som lever med vedvarende lav inntekt. En annen forklaring er at innvandrede foreldre har mindre kjennskap til det organiserte fritidsfeltet i Norge enn dem som selv har vokst opp i Norge.

Her er det behov for en bredere kartlegging av hvor kjent ungdommene er med det som finnes av tilbud og fritidsaktiviteter i kommunen og lokalmiljøet og hvilke fritidsinteresser som fanger ungdommen, for så å jobbe sammen med ungdommen for å se på muligheter. I tillegg må en se på om det er andre begrensende faktorer som økonomi, transportmuligheter osv., som en f.eks. i samarbeid med lag, foreninger og frivilligsentralen evt. kan finne løsninger på.

Skole og barnehage

Andel 1 – 5 åringer i barnehage (bhg) = 94,8 %; Gjerstad ligger på topp 4 i fylket sammen med Setesdal kommunene., og har en bemanning iht. norm.

Korrigerte brutto driftsutgifter i krone pr. barn i kommunale barnehager i Gjerstad var i 2013 kr.160 596. Det har vært en jevn utvikling fra kr. 52 880,- i 2001. Sammenlignet med de øvrige kommune på Agder ligger driftsutgiftene i sjiktet nedre halvdel. Utgiftene speiler også at det de senere årene er flere 2-åringer i bhg.

Gjerstad brukte 135 877 kr. pr. elev i 2013. Dette fører kommunen opp som nr. 122 av landets kommuner i forhold til investerte kroner pr. elev. Bykle kommune bruker mest penger i fylket på sine elever, med kr. 241 893,- pr. elev og Vegårshei bruker minst, med kr. 94 732,-

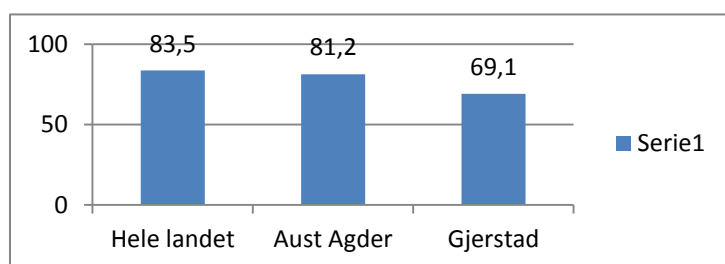
Antall barnevernstiltak i alt pr. januar 2012 i forhold til innbyggere 0-17 år i Gjerstad = 47,7 tiltak pr. 1000 barn = ca. 5 % av barna, som tilsvarer 27 barn i denne gruppen i Gjerstad. (Pr. 1.1.2012 var det registrert 540 barn i alderen 0 – 17 år i Gjerstad). Gjerstad ligger på topp 4 i fylket når det gjelder barnevernstiltak. Dette er en dobling siden 2010. 11 barn er pr. august 2014 under bernevernsomsorg i fosterhjem, 10 hvor barnevernet i Gjerstad har omsorgen og 1 som er frivillig plassert.

(<https://skoleporten.udir.no/> og <http://www.regionplanagder.no/statistikkportal>, nøkkeltall og ressursbruk oppvekst pr. 2013)

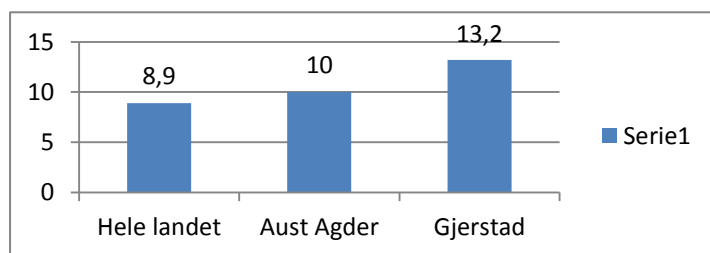
Sykkel- og gangveier mv. m/ kommunalt driftsansvar = ca.4 km i 2013. Gjerstad kommune har mange strekninger som er definert som farlig skolevei, som skaper ekstra utgifter til busstransport. Gang- og sykkelsti fra Brokelandsheia er bare delvis utbygd til både u-skole og bhg. Gangveisystemet fra boligkonsentrasjoner i kirkebygda til Gjerstad skole, er mer eller mindre ikke-eksisterende. Det bør utøves press mot Fylkeskommune og SVV for å få på plass nødvendig gang- og sykkelveier til skolene i bygda. En mulighet er å utarbeide reguleringsplaner i kommunal regi for å få i gang prosessen.

Andelen 5.-klassinger som er på laveste mestringsnivå i lesing er høyere i Aust-Agder enn i landet som helhet (Folkehelseprofilen 2014). I Gjerstad er det utilstrekkelig tallgrunnlag (for få elever) til å få frem statistikk på dette.

Andelen 10.-klassiner som trives på skolen er lavere enn i landet som helhet (Folkehelseprofilen 2014).

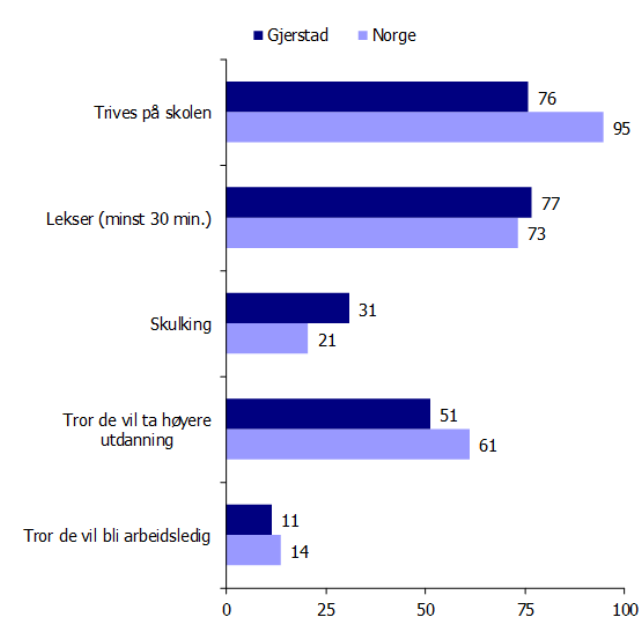


Figur 13. Trivsel u-skole – 10.trinn – kjønn samlet, andel (prosent), standardisert



Figur 14. Mobbing u-skole – 10.trinn – kjønn samlet, andel (prosent), standardisert

Dette bekreftes av også av “ungdata”-undersøkelsen.



Figur 15. Oversikt over u-skoleelevenes syn på skole og framtid. Skoletrivselen er dårligere enn både i Åmli og på Vegårshei. Når det gjelder skulking, så er det dårligere enn Åmli, men omtrent likt som Vegårshei.

Samtidig ser en at det er en mismatch mellom “Ung-data”-undersøkelsen og elevundersøkelsen på u-skolen samme år. I elevundersøkelsen viser tallene at det er høy grad av trivsel på skolen, med en score på 4,2 hvor 5 er best. Denne kurven har vært stigende de siste årene.

Mangel på kompetansearbeidsplasser gjør at de som reiser ut og tar utdanning ikke kommer tilbake etter endt utdanning. Andre faktorer som trivsel på skole og i fritiden i oppveksten, kan også spille inn her.

Se kommentarer om vgs. under ‘Levekår’.

Forskning sier at grunnlaget for en god utdanning legges allerede i barneskolen, så utfordringen ligger i å danne et godt grunnlag i bhg og 1.-7.kl., på tross av sosiale ujevnheter i befolkningen.

Kommunen må legge til rette for og utvikle et godt barnehage- og skoletilbud med kvalitet innenfor stramme økonomiske rammer. Det må være spesielt fokus på:

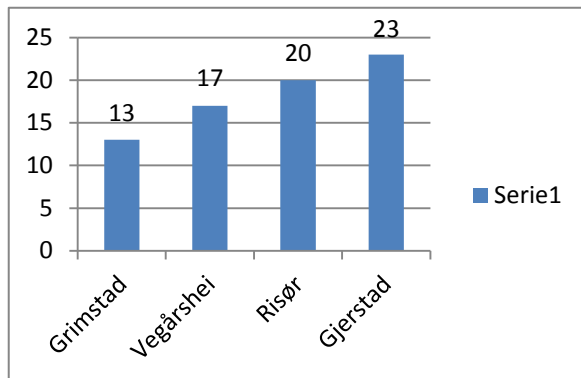
- ⇒ Voksenrollen og klasseledelse
- ⇒ Samarbeid/Samhandling:
 - Mellom foreldrene
 - Foreldre – bhg/skole
 - Bhg/Skole – lokalt næringsliv/lokale arbeidsplasser
 - Bhg/Skole – frivillige lag og foreninger
 - Bhg/Skole – Frivilligsentralen
- ⇒ Tilpasset opplæring:
 - Alle elever
 - Elever med behov for spesialundervisning og/eller oppfølging av barn med problem adferd
 - Faglig sterke elever
- ⇒ Trivsel og psykososialt miljø – forbyggende arbeid og tidlig innsats
- ⇒ Tidlig begrepslæring og språkutvikling, f.o.m. barnehagen
- ⇒ Lærevaner (rusforebygging, søvnvaner, positivt fokus på fysisk aktivitet og kosthold, sosiale rammer/relasjonsbygging osv.)
- ⇒ Lesing

- ⇒ Vurdering for læring
- ⇒ Basisfagene; spesielt norsk og matematikk

Dette krever et robust personell (kontinuitet og nok ressurser), og ansatte med nødvendig kompetanse → utvikle, beholde og rekruttere

Levevaner

Det er en høy andel kvinner i Gjerstad som røyker sammenlignet med landet for øvrig (Folkehelseprofilen 2014). Det er også en større andel kvinner som røyker under graviditet.



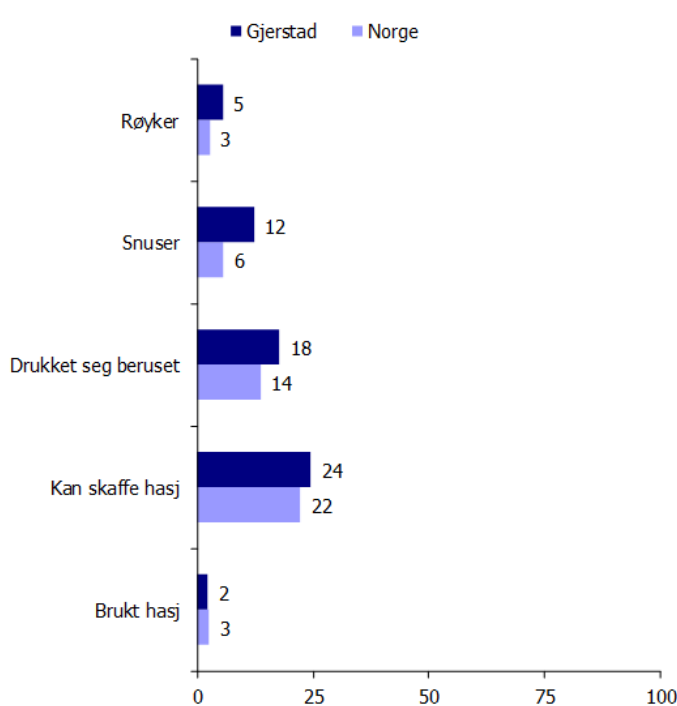
Figur 16. Røyking, kvinner – andel (prosent), standardisert, 2003 – 2012

Foreldres røykevaner har betydning for om barna deres begynner å røyke, eller ikke.

Undersøkelser viser at det har vært en vesentlig økning i alkoholbruken blant unge de senere år. Trenden på landsbasis er at forbruket av ren alkohol hos unge i alderen 15 til 20 år har økt fra 3 liter til over 5 liter de siste 20 årene. Terskelen for bruk av rusmidler er blitt lavere og forskjellen mellom by og bygd er blitt mindre.

Det er dokumentert at tidlig debut øker sannsynligheten for senere høyt forbruk. Arbeid for å utsette debutalderen vil derfor være viktig for å begrense misbruk og rusrelaterte skader. Erfaringsbasert kunnskap gjør at man delvis har gått bort fra den tidligere rustrappa som sier at rusmidler introduseres i en bestemt rekkefølge. Dagens utfordringsbilde viser økt tilgang til og bruk av nye syntetiske stoffer samt anabole steroider og amfetamin som i noen tilfeller introduseres uavhengig av tobakk og alkoholbruk (Norsk Narkotikapolitiforening). Samtidig ses det en sterk sammenheng mellom bruk av tobakk og alkohol. Dette gjelder både snus og røyking. Undersøkelser viser også at 70 % av ungdom som røyker tobakk også røyker cannabis. (Det henvises til politiets erfaringer ift dette (Torbjørn Trommestad, narkotikapolitiforeningen) og (Håvard Berge, hasjavvenning Kr. Sand))

Rusproblematikken i Gjerstad var for noen år tilbake relativt stor i forhold til befolkningsmengden. Dette er basert på tall for rus og kriminalitet hos politiet. Det ser ut som denne situasjonen er noe bedre nå, men det er fortsatt ting å ta tak i. Alkoholkonsumet til ungdommen kan se ut til å ha gått noe opp, mens inntak av sterkere stoffer har gått noe ned. Pga. befolkningsmengde og at konkrete tall blir veldig synlig i Gjerstad, så er det ikke mulig å få opp god statistikk på dette feltet, men vi har noen indikatorer for ungdom, synliggjort gjennom "Ungdata"-undersøkelsen fra 2014.



Figur 17. Selv om ikke tallene virker svært høye, er både tall for røyking alkoholbruk høyere enn landet for øvrig. Gjerstad kommune skiller seg negativt ut fra Åmli og Vegårshei når det gjelder røyking og alkoholbruk.

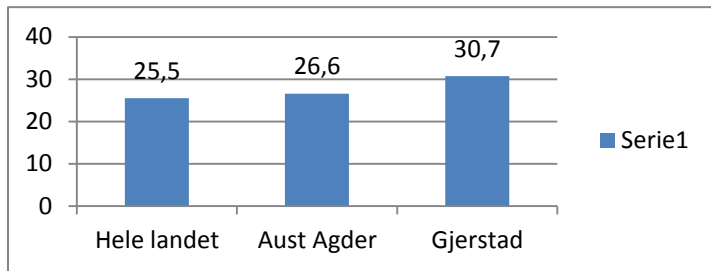
Bruk av rusmidler kan føre til;

- ⇒ normbrytende oppførsel og psykiske problemer
- ⇒ voldsutøvelse, ulykker, overgrep, uønskede seksuelle tilnærmelser, ubeskyttet sex

Rus og/eller psykiske helseproblemer kan ha negative konsekvenser både for brukeren og for nære pårørende, venner og kolleger eller annen tredjepart;

- ⇒ skader og sykdom som brukeren har i utgangspunktet kan bli forverret
- ⇒ økt risiko for selvmord
- ⇒ kortere forventet levealder
- ⇒ akutte, negative konsekvenser der rusmiddelbruk er knyttet til vold, ulykker, akutte psykiske lidelser, forgiftninger og overdoser
- ⇒ dårlige levekår knyttet til økonomi, arbeid, utdanning, boligsituasjon og relasjoner til familie og andre nærstående.
- ⇒ fare for straffbare forhold knyttet til bruk av illegale rusmidler og/eller kriminelle handlinger - noen pådrar seg stor gjeld, bøter og/eller fengselsstraff.

Andelen overvektige barn er relativt høy i Gjerstad, men de siste målingene på helsestasjonen har vist en positiv utvikling de siste åra. Tallgrunnlaget her gjør det for gjennomsliktig til at vi får opp statistikk på dette. Mors utdanningsnivå, foreldrenes sivilstatus, om en bor i by eller bygd og små kommuner kontra store kommuner, spiller inn her. Ingen indikatorer peker til Gjerstads fordel, jf. høyt antall eneforsørgere, generelt lavt utdanningsnivå, bygdesamfunn og liten kommune. Disse tingene vil være med å opprettholde sosiale helseforskjeller fremover.



Figur 18. Overvekt og fedme, menn ved sesjon – KMI over 25, andel (prosent)

Det er viktig å jobbe med det kommunen kan gjøre noe med av de fire indikatorene ovenfor; utdanningsnivå, i tillegg til fokus på fysisk aktivitet og sunt kosthold, (bl.a. peker folkehelseprofilen 2014 på at folk i Aust-Agder drikker en betydelig større andel sukkerholdige drikke enn landet for øvrig). Det er ellers mange bakenforliggende årsaker som det må tas tak i.

Kosthold og fysisk aktivitet; Mange voksne og eldre har en passiv livsstil med lite fysisk aktivitet. Signaleffekten kan være med på å gjøre at flere barn og unge er mindre fysisk aktive nå enn før. Dette i kombinasjon med mye stillesitting foran en skjerm og lett tilgang på billig energirik mat kan føre til;

- ⇒ overvekt og fedme
- ⇒ feilernæring og mangel på viktige “byggesteiner”, som videre kan føre til atferdsproblemer, hindre normal kroppsutvikling og øke faren for sykdom
- ⇒ følgesykdommer som diabetes, sykdom og slitasje i skjelett og muskulatur og hjerte-, kar og lungesykdommer senere i livet

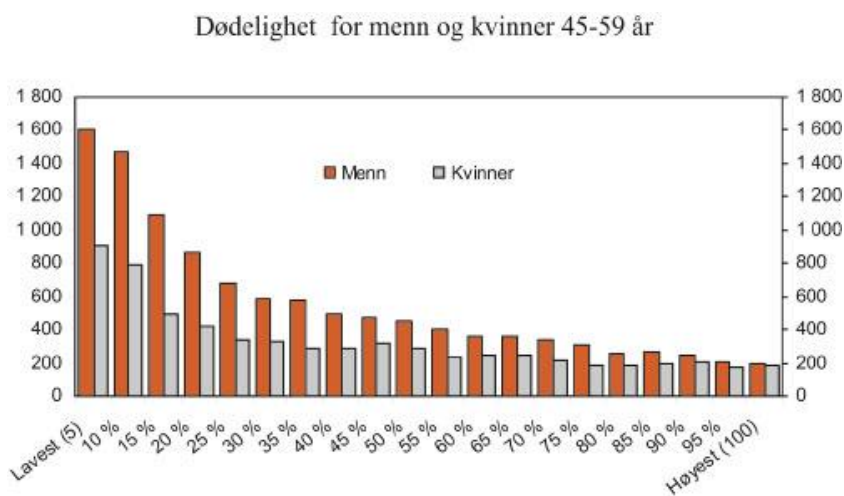
Gjennom et godt samarbeid med frivillige lag og foreninger og frivilligsentralen, kan Gjerstad kommune utarbeide gode opplysningsstrategier og informasjonskanaler, og være med å utøve og bidra som tilrettelegger for forebyggende arbeid og tidlig innsats på dette feltet.

Helse og sykdom

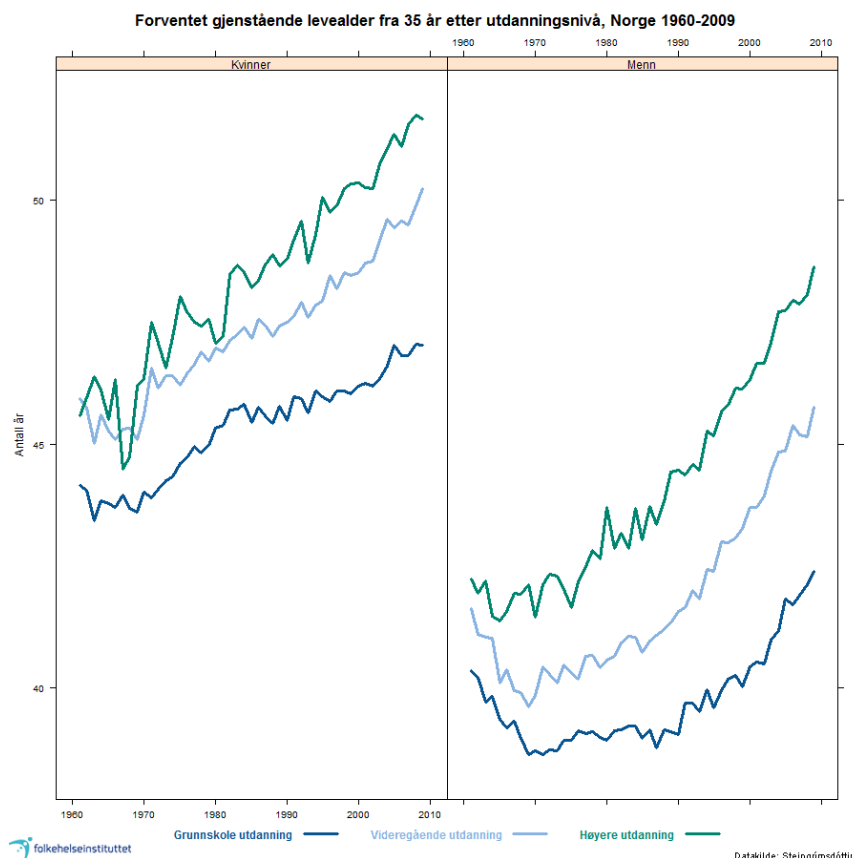
Det er store sosioøkonomiske helseforskjeller i befolkningen. Utdanningsnivå og til dels inntekt, er parametere som slår sterkt ut her; jo høyere utdanning jo bedre selvopplevd helse. Mennesker med høy utdanning og høy inntekt, eller en kombinasjon av disse, er reelt sett også mindre syke og lever lenger.

- Norske barn og unge har gjennomgående god helse. Man ser likevel helseforskjeller knyttet til foreldrenes inntekt, utdanning og sivile status.
- I voksen alder:
 - er det forholdsvis store forskjeller i egenvurdert helse, psykiske plager og lidelser, mellom høyt og lavt utdannede
 - er det forholdsvis store forskjeller i kroniske sykdommer, noe som øker risikoen for tidlig død hos mennesker med lav utdanning og/eller inntekt
 - er enslige menn og kvinner med lav inntekt og lav utdanning særlig utsatt for tidlig død.
- Eldres egenvurderte helse er bedre enn før, men det er klare forskjeller etter lengden på utdanning. De med minst utdanning rapporterer oftere om kroniske sykdommer.

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



Figur 19. (Nasjonalt folkehelseinstitutt, rapport 2007:1). Vertikal linje; døde pr. 100 000/år. Horizontal linje; fra lavest til høyest utdanning og/eller inntekt.

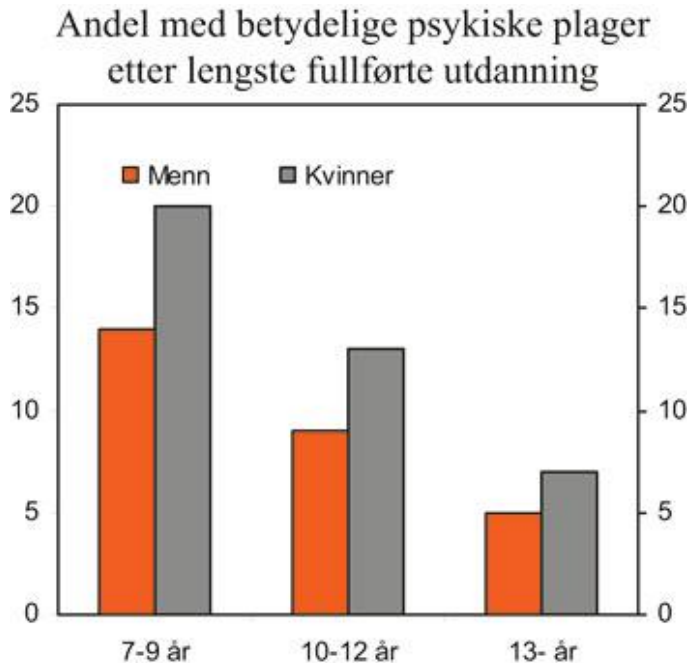


Figur 20. Forventet gjenstående levealder fra 35 års alder i Norge 1960-2009 gruppert etter utdanningsnivå. Kilde: Steingrimsdóttir, 2012.

En mann på 30 år med ungdomsskoleutdanning kan forventes å leve om lag fem år kortere enn en mann med universitets- eller høgskoleutdanning. Kvinner lever lengre enn menn, og en lavt utdannet kvinne lever lengre enn en høyt utdannet mann. Kvinner med universitets- eller høgskoleutdanning lever lengst. Dette har også sammenheng med helsetilstanden og sykdomsbildet før død.

Forventet levealder for menn er lavere i Gjerstad enn i landet for øvrig. (Folkehelseprofilen 2014)

Også innen psykisk helse er det signifikante forskjeller med tanke på utdanningsnivå:

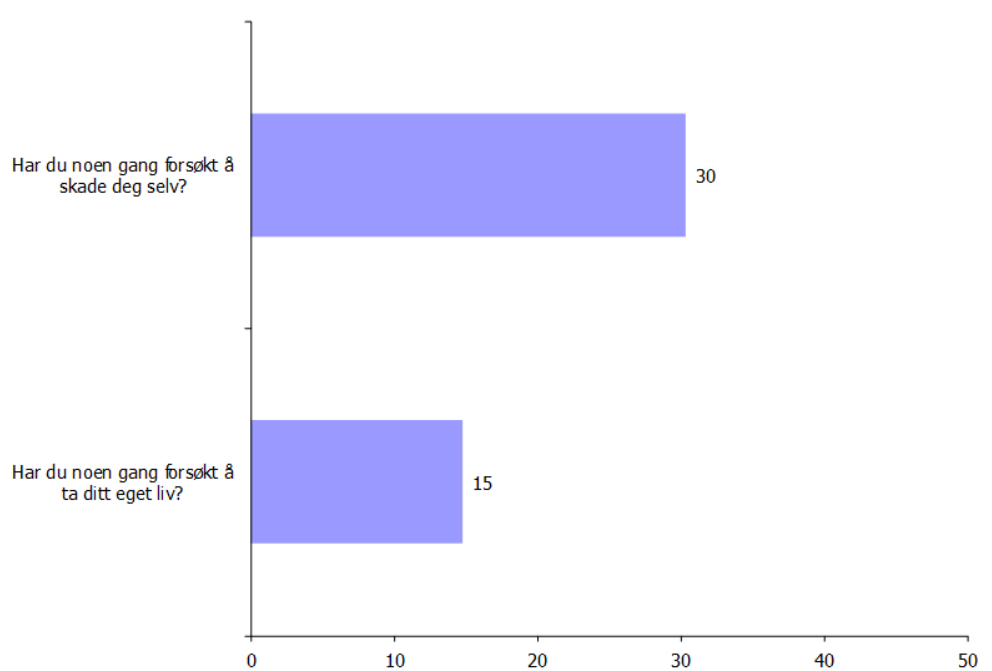


Figur 21. (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2007:22-23, regjeringen.no; NOU 2009:10, 04.06.14). Vertikal linje; prosentandel med betydelige psykiske plager (depresjon angst, mm.). Horisontal linje; ant år m/fullført utdanning,

Av de ca. 307 000 uføretrygdede i Norge, er det to hovedgrupper som utpeker seg: mennesker med psykiske lidelser (32 %) og muskel-/skjelettsykdommer (31 %) (kilde: NAV). Det er en glidende overgang mellom disse gruppene. Gode medvirkningsprosesser for å planlegge forebygging, oppfølging og tiltak for mennesker med psykiske lidelser, kan derfor være med å redusere de sosiale ujevnheterne innen helse.

Både andelen med psykiske symptomer og lidelser og sykdommer og plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet er høyere i Gjerstad enn landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt. (Folkehelseprofilen 2014)

I Norge har 15–20 prosent av barn mellom tre og 18 år nedsatt funksjon på grunn av symptomer på psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Ca. 8 % av disse har så alvorlige symptomer at det tilfredsstillende kravene til en psykiatrisk diagnose. De aller fleste av disse trenger behandling og oppfølging. (Folkehelseinstituttet)



Figur 22. Antall elever som har svart ja på at de har forsøkt å skade og/eller ta livet av seg selv, "ungdata"-undersøkelsen Abel u-skole

2014

Psykiske lidelser utvikles i et komplekst samspill mellom biologiske forutsetninger og belastninger som møter barnet. En stor andel av symptomene som viser seg i tidlig ungdomsalder, henger sammen med oppvekstforhold i førskolealder.

Risikoen for at et barn skal utvikle psykiske lidelser, øker i perioder hvor foreldrene selv har symptomer på psykiske lidelser, konfliktfylt forhold eller mangelfulle foreldreferdigheter. Økt risiko er det også hvis familien har mange belastninger eller negative livshendelser og lite sosial støtte, særlig om barnet samtidig har temperamentstrekk som er preget av skyhet og negativ emosjonalitet.

Barn i familier med psykisk syke og/eller rusproblem; I løpet av det siste året levde 410 000 barn (37 prosent) med en eller to foreldre som har en psykisk lidelse, mens 90 000 barn (8 prosent) hadde minst én forelder som misbrukte alkohol. Totalt hadde 450 000 barn (40 prosent) foreldre i en eller begge gruppene. Av disse barna hadde 290 000 (27 prosent) foreldre med psykiske lidelser og/eller alkoholmisbruk som går ut over den daglige funksjonen i familien. 135 000 barn (12 prosent) hadde foreldre med klart alvorlige psykiske lidelser og alkoholmisbruk.

Tallene kommer fram i en fersk rapport ført i pennen av Folkehelseinstituttet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Rapporten har beregnet hvor mange barn som har én eller to foreldre med psykiske lidelser eller som misbruker alkohol, og hvilken risiko det er for barna å leve under disse forholdene.

Sosial arv – erfaring viser at barn ofte følger foresattes mønster og avhengighet av for eksempel sosialhjelp og uføretrygd etc.

"Folkehelseinstituttet peker på at når dødelighetsforskjellene etter utdanning er gjennomgående for folks sykdomsbilde og alle store dødsårsaker, kan det tyde på at helseforskjellene skyldes bakenforliggende, sosiale og økonomiske forhold snarere enn sykdomsspesifikke risikofaktorer. Forskjeller i bakenforliggende forhold som levekår og ressurstilgang påvirker fordelingen av mange ulike risikofaktorer, og kan derfor knyttes til et bredt spekter av sykdommer og dødsårsaker" (regjeringen.no; NOU 2009:10, 04.06.14).

Det er få utfordringer her som det er mulig å gjøre noe med ved å foreta enkle grep, og det er også utfordringer som kommunen ikke selv kan gjøre noe med, slik som kommunestørrelse, lover, forskrifter og pålegg fra statlig hold. Likevel må det tas grep for å få til forandringer og igjen oppnå nødvendige forbedringer. Med det utfordringsbildet som vi står midt oppi og de utfordringene som ligger foran oss, må en brette opp ermene og kanskje "tenke litt utenfor boksen" for å klare å finne mulige løsninger.

Gjerstad kommune, 01.03.15

Sekretær: Birger Løvdal og Tonje Berger Ausland