



RISØR KOMMUNE

Grunnlagsdokument for Folkehelseoversikt 2015

Versjon av 11.12.2015



Foto: Folkehelseprofil 2015, Folkehelseinstituttet

GRUNNLAGSDOKUMENT FOR FOLKEHELSEOVERSIKT 2015, ARKIVSAK 2014/439

Vi skal vokse

- gjennom kunnskap, regional utvikling og attraktivitet



INNHold

Vedtak	1
Sammendrag.....	2
1) Innledning	4
1.1 Kommunens ansvar i folkehelsearbeidet.....	4
1.2 Folkehelsepolitikk	5
1.3 Kilder.....	5
1.4 Bruk av statistikk til å se årsaksforhold og til sammenligninger	5
1.5 Valg av indikatorer	6
1.6 Avgrensning	6
1.7 Oversiktsdokumentets plass i kommunens plansystem.....	6
2) Helsetilstand og påvirkningsfaktorer	8
2.1 Befolkningssammensetning.....	9
2.1.1 Alderssammensetning	9
2.1.1 Innvandrere/flyktninger.....	11
2.1.2 En-personhusholdninger.....	14
2.1.3 Oppsummering av tilstand og påvirkningsfaktorer	15
2.2 Oppvekst- og levekårsforhold	16
2.2.1 Utdanning	16
2.2.2 Boligsituasjon	27
2.2.3inntekt.....	32
2.2.4 Arbeidsledighet	33
2.2.5 Sykefravær og uføretrygd.....	36
2.2.6 Sosialhjelp	37
2.2.7 Eneforsørgere	41
2.2.8 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	42
2.2.9 Lege-, fysioterapi og psykiatriske sykepleietjenester.....	44
2.2.10 Vold i nære relasjoner	47
2.2.11 Barnevern	48
2.2.12 Oppsummering av tilstand og påvirkningsfaktorer	50
2.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	52
2.3.1 Drikkevannsforsyning	52
2.3.2 Luftkvalitet	53
2.3.3 Forurensning.....	54
2.3.4 Støy.....	54
2.3.5 Klimaendringer og helse	55
2.3.6 Vaksinasjon og smittsomme sykdommer	55
2.3.7 Arealplanlegging	58
2.3.8 Gang- og sykkelveier.....	59
2.3.9 Trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng	60
2.3.10 Miljørettet helsevern, barnehager og skoler	62

2.3.11	Radon.....	62
2.3.12	Sosialt miljø.....	63
2.3.13	Oppsummering av tilstand og påvirkningsfaktorer	64
2.4	Skader og ulykker.....	66
2.4.1	Personskader etter ulykker	66
2.4.2	Dødelighet (0-74 år) etter ulykker.....	66
2.4.3	Brann- og ulykkesvern	68
2.4.1	Samfunnssikkerhet og beredskap	69
2.4.2	Oppsummering av tilstand og påvirkningsfaktorer	70
2.5	Helserelatert atferd	71
2.5.1	Bruk av rusmidler.....	71
2.5.2	Røyk og snus	76
2.5.3	Kosthold	80
2.5.4	Fysisk aktivitet	81
2.5.5	Oppsummering av tilstand og påvirkningsfaktorer	83
2.6	Helsetilstand	85
2.6.1	Forventet levealder	85
2.6.2	Psykiske lidelser	86
2.6.3	Muskel- og skjelettlidelser	92
2.6.4	Smerter	93
2.6.5	Hjerte- og karsykdommer.....	94
2.6.6	Overvekt eller fedme	98
2.6.7	Diabetes	100
2.6.8	Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma.....	101
2.6.9	Kreft.....	102
2.6.10	Bruk av antibiotika	108
2.6.11	Tannhelse.....	109
2.6.12	Demens	110
2.6.13	Oppsummering av tilstand og påvirkningsfaktorer	111
3)	Veien videre	113
4)	Økonomi.....	114
5)	Kilder og forkortelser.....	115
	Vedlegg 1: Folkehelsebarometeret.....	116
5.1	Fargesymbolene.....	116

Vedtak

Sak 161/15 Oversikt over folkehelsen i Risør kommune ble behandlet i bystyrets møte 26. november 2015 med følgende vedtak:

Risør bystyre vedtar at rapporten Folkehelseoversikt skal være kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, jamfør folkehelselovens § 5.

Dette dokumentet utgjør grunnlaget for den vedtatte folkehelseoversikten.

Sammendrag

En gjennomgang av helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Risør kommune viser at til tross for at det er dårlig skåre på en rekke indikatorer, er det også mange positive trekk ved folkehelsen.

Når Risør kommune i sitt planarbeid skal prioritere tiltak for å bedre folkehelsen, må vi vurdere betydningen av hver indikator, hvordan utviklingen har vært over tid, hvordan vi ligger an i forhold til andre kommuner og landet ellers, og ikke minst om landsnivået representerer et ønsket nivå.

Sammendrag av helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Risør kommune innen de seks temaområdene:

Befolkningssammensetning

I Risør – som i store deler av landet for øvrig – har andelen eldre og personer med utenlandsk opprinnelse økt de senere år, og ventes å fortsette å øke i tiden framover. Med flere eldre og flere som lever med livsstilsrelaterte lidelser, øker behovet for helsetjenester. Arbeidsmarkedet lokalt og regionalt er en utfordring. Generelt har personer av utenlandsk opprinnelse større utfordringer på bolig- og arbeidsmarkedet i Norge, og særlig vanskelig er det for personer som ikke behersker det norske språk. Dette, i kombinasjon med fysiske og psykiske lidelser mange har med seg fra tiden før de kom til Norge, øker behovet for tjenester fra Nav, helsevesenet, barnevern og skole.

Oppvekst- og levekårsforhold

Vi har, lokalt i Risør og i regionen, utfordringer på en rekke indikatorer som sammen gir et bilde av befolkningens levekår. Andelen av befolkningen med annen inntektskilde enn arbeid er større enn gjennomsnittet i landet, og særlig er antall unge uføre noe å være oppmerksom på. Statistisk ser en sammenheng mellom utdannings- og inntektsnivå og helse, og både utdannings- og inntektsnivå er lavere i Risør enn gjennomsnittet i landet.

Skoleresultatene har vært under landsgjennomsnitt, men det har vært en positiv utvikling de senere år. Skoleresultater henger blant annet sammen med foreldrenes utdanningsnivå og gode læringsmiljø. Det er høyere trivsel og mindre mobbing/utestenging ved skolene i Risør. UngData-undersøkelsen viste at ungdom i Risør har bedre relasjon til sine foreldre enn landsgjennomsnittet, noe som gir et godt utgangspunkt for samarbeidet hjem-skole. Dette samarbeidet er en viktig del av rollen barnehage, skole og helsetjeneste har i det å ruste barn og unge til videre skolegang og deltakelse i arbeidslivet.

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Innen faktorene knyttet til miljø er det stort sett bedre forhold i Risør enn ellers i landet. Inneklima og uteområdene ved våre to største barneskoler er radikalt forbedret med nye og renoverte skolebygg. De aller fleste innbyggerne har tilgang på vann av god kvalitet. Vannverket som forsyner majoriteten av befolkningen er imidlertid under stor belastning sommertid når befolkningen er mangedoblet.

Skader og ulykker

På landsbasis skyldes ca. 5 % av alle dødsfall ulykker. Dødeligheten etter ulykker er heldigvis synkende. De fleste ulykker som fører til dødsfall er fallulykker hos personer over 75 år. Dernest kommer trafikkulykker hos unge voksne, spesielt menn, og så drukning. Risør kommune utmerker seg i positiv forstand på indikatorene innenfor denne kategorien.

Helserelatert atferd

“Helserelatert atferd” omfatter tobakksbruk, bruk av alkohol og andre rusmidler, kosthold og fysisk aktivitet. Med unntak av UngData undersøkelsen som er en viktig kilde til informasjon om helserelatert atferd blant de unge i Risør, finnes det få gode tall på helserelatert atferd direkte for Risør. Utbredelse av sykdom som knyttes til livsstil i punkt 6 gir også informasjon om helserelatert atferd.

Tallene som finnes for Risør viser totalt sett utfordringer på levevaneområdet noe over landsgjennomsnittet. Årsaksforholdene er blant annet å finne i levekårsutfordringene. Forekomsten av overvekt/fedme og utvikling av diabetes type II er økende i Norge og krever innsats både på individ- og samfunnsnivå. UngData undersøkelsen viser at det er en positiv utvikling i tobakksbruk blant ungdom i Risør. Røykevaner blant voksne er ikke kartlagt på kommunenivå, men antall nye tilfeller av lungekreft er høyere i Risør enn i fylket og ellers i landet. Ifølge Nasjonalt folkehelseinstitutt er tobakksrøyking antagelig den enkeltfaktoren som har skapt størst helseskade i befolkningen de siste tiårene. Det kan ligge et potensiale i å se på oppfølging av tobakkslovgivningen ved uteserveringsstedene i kommunen.

Helsetilstand

Foruten sykdommer som kreft og KOLS, hvor forekomsten blant innbyggere i Risør er høyere enn ellers i landet, er det utfordringer med psykisk helse som framstår som særlig viktig å møte. Forebygging blant barn og unge vil være sentralt. Forebygging av smittsomme sykdommer og oppmerksomhet rundt forskrivning og bruk av vanedannende medikamenter er også viktig.

1) Innledning

Hovedmålet i Kommuneplan 2014-2025 “Vi skal vokse” er kommunens overordnede mål som alle andre mål skal peke mot.

Våre største utfordringer er knyttet til befolkningsutvikling og levekår. I “Vi skal vokse” ligger det en sterk vilje til å snu denne utviklingen. Risør skal vokse i folketall og antall arbeidsplasser. Vi vil vokse i antall fornøyde innbyggere og besøkende. Risør som lokalsamfunn skal vokse gjennom kvalitet og innbyggere som deltar, opplever mestring og bidrar i fellesskapet.

I “Vi skal vokse” ligger også en ambisjon om at kommunen skal bidra til samfunnets totale verdiskaping. Det vil si øke sysselsetting, krympe antall yngre uføre og mottakere av økonomisk sosialhjelp, redusere sykefravær, fremme folkehelse og sette barn og ungdom i stand til å bidra til samfunnsbygging.

For at Risør ved egen kraft skal vokse, må det skje gjennom en felles innsats og endret adferd hos mange personer og institusjoner samtidig. Det krever en positiv vilje fra alle aktører til å bidra til vekst, og samtidig at aktørene samarbeider og er enige om felles mål. Det betyr at vi må snakke hverandre opp og ikke ned.

1.1 KOMMUNENS ANSVAR I FOLKEHELSEARBEIDET

Folkehelsearbeid handler om å legge til rette for og fremme befolkningens helse og trivsel, og å redusere faktorer som har negativ innvirkning (jf. folkehelseloven § 3). Kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Plikten til å ha denne oversikten er forankret i folkehelseloven, smittevernloven, forskrift om oversikt over folkehelsen, forskrift om miljørettet helsevern og forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Med helsetilstand menes “Befolkningens helse målt ved ulike mål, f.eks risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel, mestringsressurser, eller mer indirekte mål som sykefravær, o.l.” (God oversikt, veileder 2013. Helsedirektoratet)

Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene i kommunen og vurdere årsaksforhold og konsekvenser. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Folkehelseoversikten skal tjene to hovedformål¹:

1. Oversikten skal være grunnlag for beslutninger i folkehelsearbeidet som utøves «fra dag til dag»; som i forbindelse med utforming av tiltak og tilsyn etter miljørettet helsevern eller revisjon av planer utenom det fireårige planløpet etter plan- og bygningsloven. Beslutninger kan også dreie seg om å gå grundigere inn i et område som peker seg ut som særlig utfordrende eller positivt.
2. Oversikten skal utgjøre grunnlaget for beslutninger i forbindelse med langsiktig planlegging av folkehelsearbeidet, knyttet opp mot prosessene i plan- og bygningsloven.

¹ Kilde: Helsedirektoratets veileder IS-2110, *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse*

I oversiktsdokumentet vises utvikling over tid og tilstanden i Risør kommune sees i forhold til sammenlignbare kommuner og gjennomsnittet i resten av landet og i fylket.

God oversikt kan bidra til et mer treffsikkert folkehelsearbeid gjennom å gi et bedre grunnlag for å definere mål og måle effekt av gjennomførte tiltak. Gjennom et samlet oversiktsdokument som legges fram for politisk nivå og brukes som grunnlag for kommunens planstrategi, får folkehelsearbeidet en tydeligere politisk forankring og langsiktighet, og det legges til rette for samordning av de ulike kommunesektorenes innsats for folkehelsen. Alle sektorer er viktige bidragsytere for å kunne skape gode oppvekst- og levekår, og for å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, fremmer fellesskap, trygghet og deltakelse i samfunnet. Prioriteringer og tiltak må være tydelige og synlige i kommunens samlede planverk. Hensyn til folkehelsen må inngå som et viktig element i den generelle samfunnsplanleggingen.

Det kan ta mange år før dagens forebyggende innsats gir resultater, men noen resultater kan også komme raskt. For eksempel har fysisk aktivitet betydning for trivsel og psykisk helse, og røykestopp reduserer risikoen for hjerteinfarkt allerede det første røykfrie året. Et annet eksempel er skadeforebyggende arbeid, som raskt kan gi utslag i form av redusert skadeforekomst. Gjennom utforming av det fysiske miljøet kan kommunen legge til rette for fysisk aktivitet og gode møteplasser.

1.2 FOLKEHELSEPOLITIKK

Folkehelsepolitikkenes overordnede mål er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet og å redusere sosiale helseforskjeller, den såkalte “gradientutfordringen”.

1.3 KILDER

Ifølge folkehelseloven § 5 skal kommunenes oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blant annet baseres på:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig
- b) kunnskap fra de kommunale helse -og omsorgstjenestene
- c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og samfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

1.4 BRUK AV STATISTIKK TIL Å SE ÅRSAKSFORHOLD OG TIL SAMMENLIGNINGER

Statistikk kan ha stor nytteverdi i folkehelsearbeidet, men det er også knyttet store utfordringer til bruk av statistikk og tolkningen av den. En må være oppmerksom på at måten det rapporteres på vil variere, både fra kommune til kommune, og fra år til år. Statistikken gir ofte et grunnlag for undring og spørsmål – heller enn fasitsvar og løsninger.

Ved vurdering av årsaker er det, etter anbefaling i merknader til folkehelseforskriften, tatt utgangspunkt i kunnskap om bakenforliggende forhold som kan ha ført til den situasjonen som foreligger. Det er imidlertid ofte man ikke kjenner årsakssammenhengene. Årsaker og konsekvenser som er kjent, eller hvor en antar det er en sammenheng, er kort beskrevet under hvert område.

Et eksempel som viser utfordringene knyttet til å se årsakssammenhenger, er statistikk over økende bruk av kolesterolsenkende medikamenter i samfunnet. Dette kan tolkes på flere måter: det kan være flere personer som har høyt kolesterol enn tidligere, at høyt kolesterol blir oppdaget hos flere eller at terskelen for behandling med medisiner har blitt endret. Det kan også være en kombinasjon av flere faktorer. Statistikken som viser økning av medikamentell behandling gir oss lite informasjon om årsakene til økningen. Konklusjoner om årsaker blir altså ofte tolkninger.

Tilfeldige variasjoner fra år til år kan gi store utslag. Når variasjonene er store, blir det vanskelig å vurdere trender. Av den grunn brukes ofte et glidende gjennomsnitt, en middelvei av målinger over flere år. Da vil det være lettere å se trender, noe som oftest er viktigere enn å se på statistikk for ett enkelt år.

Standardiserte tall anbefales ved sammenligning mellom geografiske områder, og når du ser på utvikling over tid. Hensikten med standardisering er å redusere påvirkning av ulike alders- og kjønns sammensetning når man sammenligner grupper i tid og rom. Metoden som er benyttet er indirekte standardisering med løpende år som referanse. Det er angitt hvor verdiene er standardisert. Når KOSTRA er brukt som kilde, er tallene for vår kommune sammenlignet med kommuner med felles karakteristika (KOSTRA-gruppe 11), nabokommuner, fylke og landet.

1.5 VALG AV INDIKATORER

Temaområdene og indikatorene er valgt med tanke på mulighetene for å påvirke utviklingen gjennom helsefremmende og forebyggende arbeid.

Valg av indikatorer er delvis styrt av tilgangen på data. Det mangler statistikk innen en del områder det ville være interessant å vite mer om. Nye indikatorer kan komme til etter hvert som myndighetene tillater innsamling og lagring av data, og etter hvert som forskning avdekker interessante årsakssammenhenger. På andre områder finnes store mengder statistikk og det er en utfordring å skille ut det som er mest relevant.

Denne første utgaven av et samlet oversiktsdokument har ikke ambisjon om å være en komplett og endelig sammenstilling av helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Risør kommune. I valg av indikatorer er det tatt utgangspunkt i folkehelseprofilen for Risør kommune, Fylkesmannens kommunebilde og kommunens eget utfordringsdokument. Ved senere revisjoner vil vi bruke tilbakemeldinger på denne første utgaven om hva som oppleves som nyttig i kommunens plan- og beslutningsprosesser.

1.6 AVGRENSNING

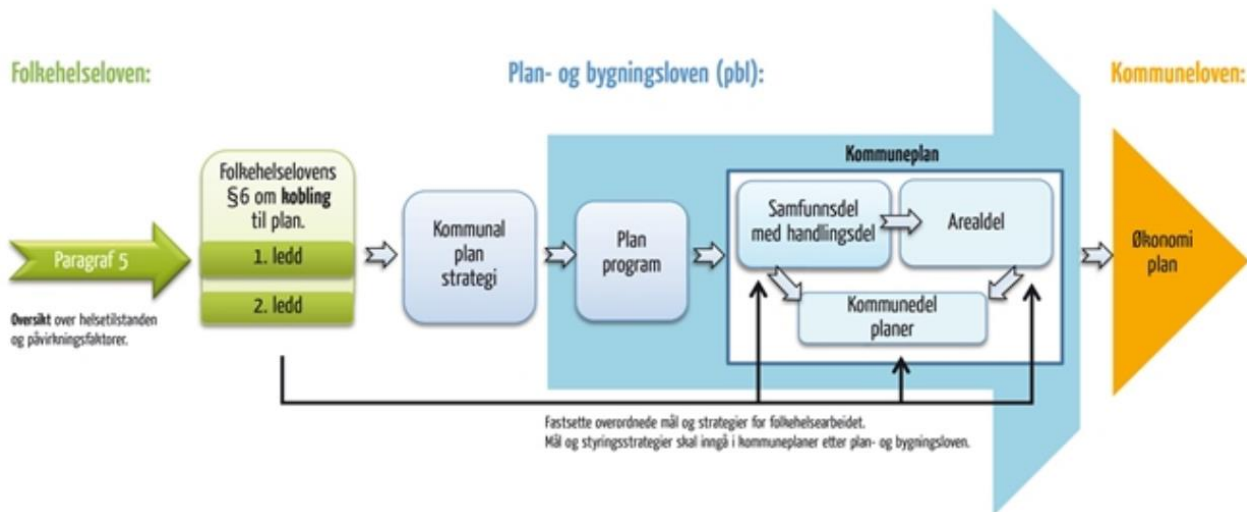
Planlegging og evaluering av tiltak gjøres ikke i denne oversikten, men i kommunens planverk.

1.7 OVERSIKTSDOKUMENTETS Plass I KOMMUNENS PLANSYSTEM

Den løpende oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (folkehelseforskriften § 4) ivaretas i hovedsak i kommunens virksomhetsplaner, årsmeldinger og dokumentet som følger årsberetning og handlingsprogram, *Indikatorer i kommuneplanen*.

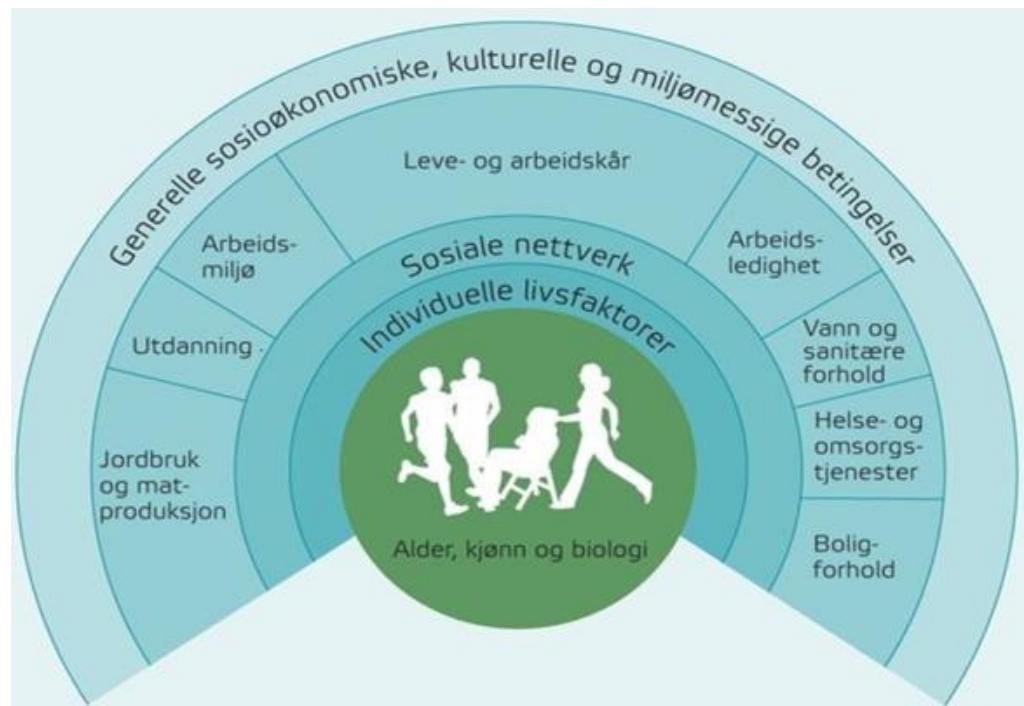
► Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer 2015 side 7

Folkehelseforskriftens paragraf 5 pålegger kommunen å utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som grunnlag for kommunal planstrategi. Ansvar for koordinering av arbeidet er lagt til Rådmannskontoret og folkehelsekoordinator.



2) Helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Individens helse er ikke bare et resultat av personlige valg, men også av arv, miljø og levekår. Figuren nedenfor viser faktorer som påvirker helsen; fra personlige egenskaper som alder og kjønn, individuelle livsfaktorer som kosthold, fysisk aktivitet, tobakksbruk og annen helserelatert atferd, til samfunnsforhold som kultur, arbeid, bo- og nærmiljø, utdanning og sosiale nettverk. Forekomst av sykdom i befolkningen kan derfor gi en indikasjon på lokale miljø- og levekårsforhold.



Påvirkningsfaktorer for helse (etter Whitehead og Dahlgren)

De bakenforliggende faktorene kan fremme helsen, eller motsatt; øke risikoen for sykdom. Mangel på sosial støtte er eksempel på en faktor som øker risikoen for både psykiske og fysiske helseproblemer. Motsatt kan sosial støtte fremme helse og trivsel, fordi støtte fra venner, skolekamerater, kolleger og familie kan virke som en «buffer» mot ulike belastninger.



Individets og samfunnets delte ansvar og muligheter til å påvirke helsetilstanden kan illustreres med Sisyfos, mannen som var dømt av gudene til å rulle en stein opp et fjell. Når han våkner neste morgen, ligger steinen han med store anstrengelser hadde rullet oppover igjen i bunnen av bakken. Samfunnet kan bidra til å gjøre bakken slakere og steinen mindre. Blir bakken for bratt og steinen for stor, blir det for vanskelig for individet (som luftforurensninga i Beijing). Gjennom tilrettelegging for at innbyggerne kan ta sunne valg, kan helsetilstanden i befolkningen bedres.

Temainndelingen i oversikten er i henhold til folkehelseforskriftens § 3 som setter krav til oversiktens innhold:

- a) befolknings sammensetning
- b) oppvekst- og levekårsforhold
- c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) skader og ulykker
- e) helse relatert atferd
- f) helsetilstand

2.1 BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Risør
Befolkning	1 Befolkningsvekst	0,74	0,86	1,1	prosent	
	2 Befolkning under 18 år	20	23	22	prosent	
	3 Befolkning over 80 år	5,3	4,2	4,3	prosent	
	4 Personer som bor alene, 45 år +	28	24	26	prosent	

1. 2013. 2. 2014. 3. 2014. 4. 2014, i prosent av befolkningen.

Innbyggere i gruppene ”eldre” og ”innvandrere” vil vokse mest i Risør kommune. Dette betyr utfordringer fordi disse gruppene har større tjenestebehov enn andre, og fordi det relativt sett blir færre yrkesaktive som kan yte nødvendige tjenester.² For kommunen vil det være viktig å tilrettelegge for at eldre og innvandrere blir positive ressurser for lokalsamfunnet som bidrar til ønsket utvikling.

2.1.1 Alderssammensetning

Utviklingen i antall innbyggere i Risør kommune har stått nærmest stille i over 100 år. Aldringen av kommunens befolkning har begynt tidligere og kommet lengre enn i mange andre kommuner. Som ellers i landet og i den vestlige verden, blir andelen eldre i Risør stadig større, mens andelen personer i arbeidsfør alder ikke vokser tilsvarende. Dette skyldes hovedsakelig at gjennomsnittlig levealder øker. Risør kommune har lavere andel i de lavere aldersgruppene, men en høyere andel 45-64, 65-74 og 80+. Gruppene 15-24 og 75-79 år er omtrent på nivå med landsgjennomsnittet.

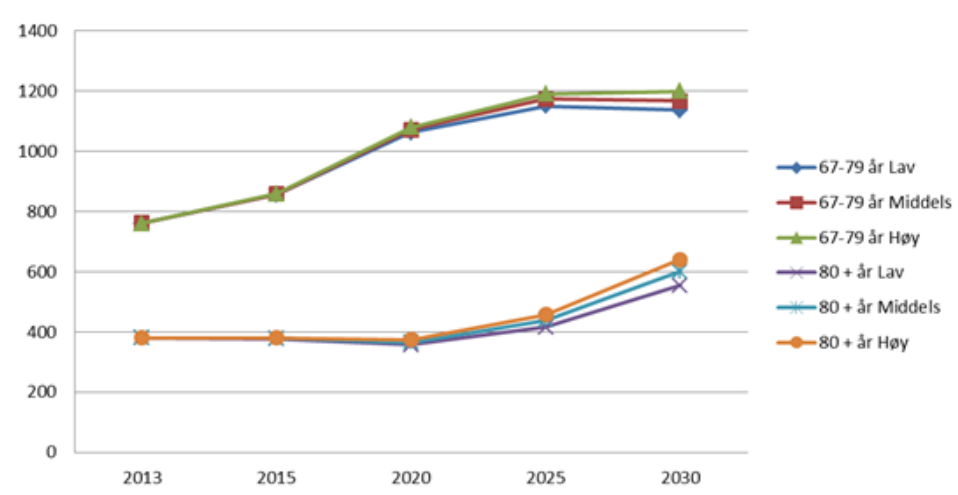
² [Befolkningsframskrivninger 2010-2060, Økonomiske analyser 4/2010](#), av Helge Brunborg og Inger Texmon.

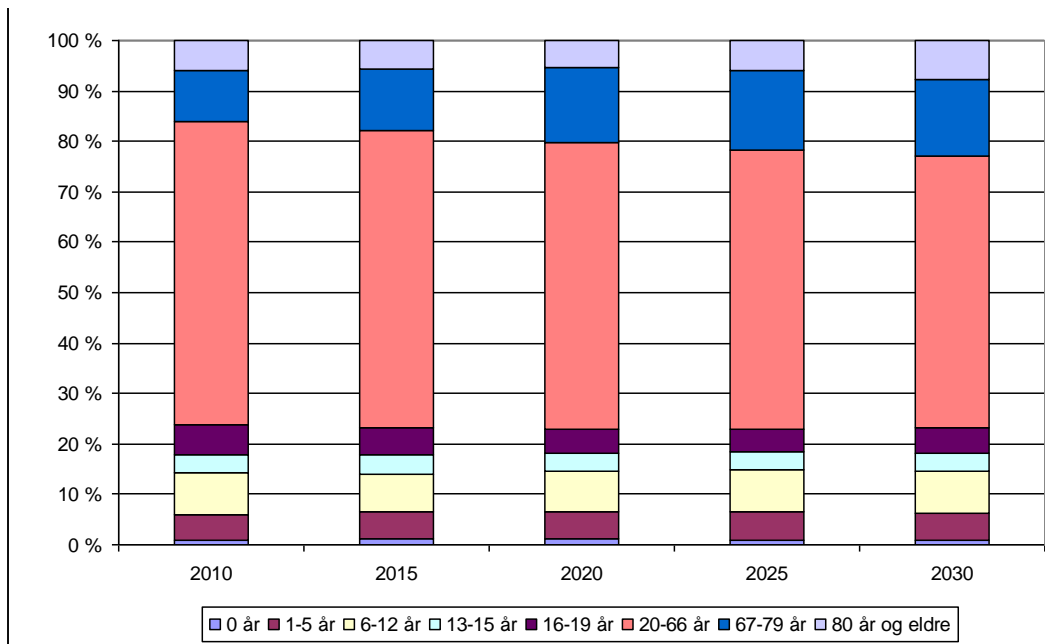
Aldersgruppe	2000	2006	2010	2011	2012	2013	2014	2015
0-5 år	467	397	412	401	431	397	406	410
6-15 år	915	902	828	820	789	817	792	770
16-19 år	369	386	393	388	362	356	372	388
20-66 år	4080	4068	4144	4138	4192	4148	4146	4117
67-79 år	751	659	704	709	725	764	814	876
80-89 år	361	368	324	326	319	281	283	266
90 år +	57	83	89	89	81	85	86	82
Totalt	7000	6863	6894	6871	6899	6848	6899	6909

Kilde: SSB tabell 07459. Tall pr 1. januar. Befolkningsutvikling etter aldersgruppe.

Framskrevet alderssammensetning

I likhet med resten av landet vil også Risør få en økende andel eldre og en fallende andel yrkesaktive i løpet av de kommende 20 årene. Men utviklingen i Risør ventes å bli enda mer uttalt enn i landet sett under ett. I aldersgruppene **67 – 79 år og 80 +** forventes en vesentlig økning i tiden framover. Økningen sees først i den yngste pensjonistgruppen, men veksten vil naturlig nok komme i gruppen 80 + etter hvert. Det er forholdsvis små variasjoner i framskrivningene (Lav/Middels/Høy) i de eldste aldersgruppene. Hovedårsaken er at faktorene i framskrivingsmodellene (fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og nettoinnvandring) ikke gir store utslag. Til sammen innebærer framskrivningene omtrent 5 – 700 flere innbyggere i disse gruppene. Figuren nedenfor viser at vi er i starten av en stor økning i gruppen 67 – 79 år og økningen sees om ca. 10 år i gruppen 80 +.





Søylene viser aldersfordelingen som forventes av befolkningsframskrivningene. Andel barn og unge er stabil mot 2030, mens andelen i de eldste aldersgruppene øker betraktelig. Andel av befolkningen i arbeidsfør alder (20-66 år), viser en nedgang på ca 10 % fram mot 2030.

Aldringen i befolkningen ventes å endre etterspørsel etter varer og tjenester i samfunnet, og dette ventes å øke behovet for effektiviseringstiltak, organisatoriske endringer og bruk av ny teknologi³.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi handler om teknologiske hjelpemidler som brukes av og støtter brukeren, enten brukeren er eldre, kronisk syk, funksjonshemmet, vanskeligstilt eller fagarbeider i en kommune. Den kan brukes alene eller i samspill med andre. Smarthusløsninger og ny velferdsteknologi gir brukerne nye muligheter til å mestre egen hverdag og kan bidra til å fremme selvstendighet og uavhengighet. Ny kommunikasjonsteknologi gir helse- og omsorgstjenestene mulighet til å forbedre, forenkle og effektivisere virksomheten (Omsorgsplan 2010-2020). Risør kommune har satset mye på velferdsteknologi de siste årene og er med i et forskningsprosjekt gjennom Regionalt næringsfond og gjennom Østre Agder-samarbeidet. Mange av kommunens ansatte går på kurs som omhandler velferdsteknologi, i regi av UiA. Det er også et interessant prosjekt på gang i Caspersensvei, i tilknytning til Sørlandet helsepark, hvor det vil bygges Senior +-boliger med mye teknologi.

2.1.1 Innvandrere/flyktninger

Det er store helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske. Forskjellene omfatter både fysisk og psykisk helse i tillegg til helseatferd (kilde: Folkehelseinstituttet).

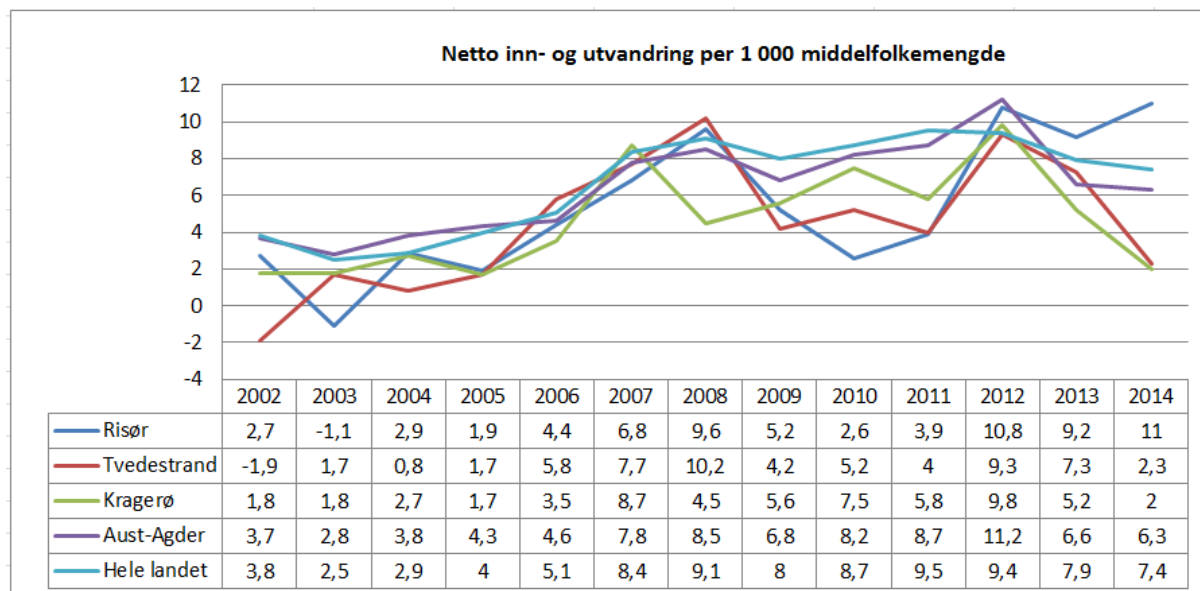
Kompetanse i kommunen om helse blant flyktninger og innvandrere er en forutsetning for å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeid. Tiltak som reduserer språkproblemer og letter integreringen er viktig folkehelsearbeid.

³ Se Omsorgsplan 2010-2020.

Uten innvandring hadde kommunens befolkningsnedgang vært adskillig større og framover ventes befolkningsvekst gjennom innvandring å være fire ganger så stor som den naturlige tilveksten (netto fødselsoverskudd). Siden 2009 har andelen innvandrere i befolkningen økt fra 6,8 til 9,6 prosent. Dette er fortsatt en lavere andel enn landsgjennomsnittet.

År		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Geografi	Måltall						
	antall	8 318	9 129	10 033	11 057	11 978	12 756
	andel (prosent)	7,7	8,4	9,1	9,9	10,6	11,2
Aust-Agder	forholdstall (Norge=100)	73	74	75	75	76	75
	antall	468	509	528	574	597	665
	andel (prosent)	6,8	7,4	7,7	8,3	8,7	9,6
Risør	forholdstall (Norge=100)	64	65	63	63	62	65

Antall og andel personer med to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar (totalt og fordelt på landbakgrunn), i prosent av befolkningen. Asylsøkere og personer på kortidsopphold i Norge er ikke inkludert i statistikken. Kilde: SSB/Kommunehelsa statistikkbank.



Kilde: SSB tabell 09588. Tall pr 31.12. Netto inn- og utvandring per 1 000 middelfolkemengde.

Utover det økte presset på boligmarkedet i kjølvannet av etableringen av asylmottaket Egebo i 2013, har det store antallet asylsøkere som kommer dit også konsekvenser for barnehager, skoler og på VIRK, i tillegg til at det øker presset på de kommunale helsetjenestene og NAV. Mottaket er desentralisert og beboerne bor i hus/leiligheter rundt omkring i kommunen. Det bor ca 120 personer i tilknytning til mottaket. De kan deles i tre kategorier:

1. Personer som har fått opphold, men venter på bosetting i en kommune
2. Personer som venter på behandling av asylsøknad
3. Personer som har fått avslag og venter på klagebehandling/utsending

Det er kun personer i kategori 1 som medregnes i Risørs befolkningstall.

Risør kommune tar i tillegg i mot flyktninger på anmodning fra integrerings- og mangfoldsdirektoratet. Bystyret har vedtatt at Risør kommune skal ta i mot 25

flyktninger årlig, hvorav fem enslige mindreårige flykninger som bosettes i bokollektivet.

Flyktinghelsetjeneste ved helsestasjonen

- Minst en samtale/undersøkelse med alle flykninger som kommer til Risør.
- Oppfølging av enslige mindreårige flykninger med minst en samtale ved ankomst. Her blir det ofte mer enn en samtale.
- Tilbud til alle flykninger som har barn om å bli med på ICDP-veiledning for flykninger i gruppe (12 treff).
- Asylmottaket – Alle får samtale/undersøkelse med helsesøster og tilbud om vaksiner. Tuberkuloseovervåking av alle.
- Stillingsstørrelsen knyttet opp mot asyl må kontinuerlig vurderes.
- Barn på asylmottaket har krav på den samme oppfølgingen som faste innbyggere.

I tillegg til bosettingen av flykninger i kommunen, kommer årlig nye innbyggere på grunn av arbeidsinnvandring og familiegjening.

Erfaringsmessig øker sjansen for en vellykket bosetting der det er kort tid i asylmottak. Dette gjelder ikke minst knyttet opp mot velvære og psykisk helse for yngre mennesker.

Et vellykket bosettingsarbeid innebærer at flere enheter må jobbe godt sammen, og derfor er “Femmer-gruppa” etablert. Den består av enhetsleder fra habilitering, rektor på voksenopplæringen, NAV-leder, leder bosetting enslig mindreårige og programrådgiver. Fokus er strukturelle og prinsipielle saker knyttet til bosetting av flykninger. Det er særlig utfordrende å få flykningene i aktivitet/arbeid. For å tilrettelegge for integrering bør nye flykningeboliger plasseres i allerede etablerte boligområder, med god kollektivdekning.

Risør kommune har hittil hatt lite fokus på likestilling og integrering av sårbare grupper gjennom eksempelvis arbeidsgiverstrategi, men vil i tiden framover gi dette økt fokus gjennom tilslutning til den regionale LIM-planen (Likestilling – inkludering – mangfold), vedtatt i 2015.

Det er relativt sett flere innvandrere med ulike helseproblemer, ikke minst knyttet til traumer og andre stressrelaterte utfordringer. Dette representerer et behov for kompetente helsefaglige tjenester som må imøtekommes om ikke belastningen både på den enkelte og samfunnet over tid skal bli betydelig. Vellykket integrering, gjennom særlig språkopplæring og arbeid, er en sentral faktor for innvandreres helse og levekår. Hvordan vi håndterer familiegjening er også viktig.

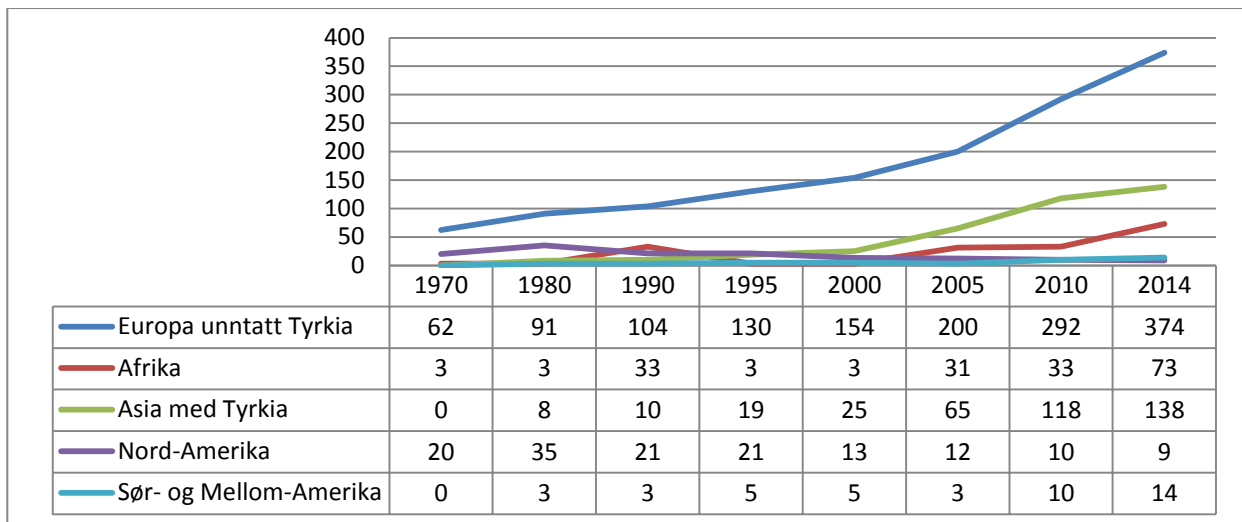
Gode møtepunkter/treffsteder er viktig og det synes som mange med innvandrerbakgrunn i større grad oppsøker treffsteder som Risørhuset. På den måten kan asylmottak og økt bosetting føre til mer liv og røre på våre arenaer der folk kan møtes.

Vi vet at det vil være økende behov for bosetting av enslig mindreårige, de vil komme raskere som følge av kortest mulig opphold på asylmottak og de vil være yngre. Det er med utgangspunkt i dette avdelingen “Bosetting enslig mindreårige” har jobbet ut et foreløpig konsept for hvordan vi på en god måte kan håndtere situasjonen med en dobling av årlig bosetting.

Samhandling på tvers av faggrupper, enheter og forvaltningsnivåer vil være viktigere enn noen gang. Det mest realistiske er å se på dette som en dugnad

som vil gå over år. Et bredt engasjement, innebefattet frivillige organisasjoner og enkeltpersoner, er en kritisk suksessfaktor for å lykkes med inkluderingsarbeidet. I Risør samfunnet er det i dag stort engasjement og mange positive initiativ fra organisasjoner, menigheter, idrettslag og enkeltpersoner. Nokså kjapt vil det bli et koordineringsbehov, og frivilligsentralen skiller seg ut som ut som en naturlig aktør. Det arbeides løpende innenfor de ulike tjenesteområder for at mennesker som vil bidra skal få anledning til det. Bosetting enslig mindreårige har i forlengelse av avisartikkel i Aust- Agder Blad kommet i kontakt med familier som ønsker å ha besøk av unge bosatte. Dette tiltaket er godt egnet til å styrke integrering, øke sosialt nettverk og få innblikk i norsk hverdagsliv.

En høy andel av innvandrerne i Risør er arbeidsinnvandrere, hovedsakelig fra Øst-Europa, og det er denne gruppen som øker mest. Nedenfor ses landbakgrunn til de største gruppene av innvandrere og barn av innvandrere.



Kilde: SSB tabell 07110. Tall pr 1. januar. Antall innvandrere etter landbakgrunn, Risør. Som innvandrer regnes personer som har innvandret til Norge selv, eller personer som har både en mor og en far som har innvandret til Norge.

2.1.2 En-personhusholdninger

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt.

I aldersgruppen 45 år og eldre er andelen som bor alene høyere enn i landet som helhet.

År		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Aust-Agder	Geografi						
	Måltall						
	antall	10 606	10 727	10 943	11 118	11 470	11 651
	andel (prosent)	24,2	24,1	24,1	24,2	24,4	24,5
Risør	forholdstall (Norge = 100)	94	93	94	94	95	95
	antall	861	857	860	876	904	900
	andel (prosent)	27,3	26,8	26,8	27,2	28,0	27,5
	forholdstall (Norge = 100)	106	104	104	106	110	107

Andel personer som bor i én-personhusholdninger i prosent av befolkningen per 1. januar.

2.1.3 Oppsummering av tilstand og påvirkningsfaktorer

I Risør – som i store deler av landet for øvrig – har andelen eldre og personer med utenlandsk opprinnelse økt de senere år, og ventes å fortsette å øke i tiden framover. Med flere eldre og flere som lever med livsstilsrelaterte lidelser, øker behovet for helsetjenester. Arbeidsmarkedet lokalt og regionalt er en utfordring. Generelt har personer av utenlandsk opprinnelse større utfordringer på bolig- og arbeidsmarkedet i Norge, og særlig vanskelig er det for personer som ikke behersker det norske språk. Dette, i kombinasjon med fysiske og psykiske lidelser mange har med seg fra tiden før de kom til Norge, øker behovet for tjenester fra Nav, helsevesenet, barnevern og skole.

For kommunen vil det være viktig å tilrettelegge for at disse gruppene blir positive ressurser for lokalsamfunnet som bidrar til ønsket utvikling. Det krever en bevisst strategi og langsiktig planlegging og tilrettelegging.

- Antall innbyggere 67 år og eldre øker mer enn andre aldersgrupper
- Andelen eldre, spesielt over 80 år, øker mer enn i landet ellers
- Andelen yrkesaktive i befolkningen avtar
- Antall innvandrere i befolkningen har økt siden årtusenskiftet. Ytterligere økning må påregnes fra 2016
- Høyere andel en-personhusholdninger

2.2 OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Risør
Levekår	5 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	79	81	83	prosent	
	6 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	10	12	10	prosent	
	7 Inntektsulikhhet, P90/P10	2,5	2,5	2,7	-	
	8 Arbeidsledige, 15-29 år	2,6	3,1	2,3	prosent	
	9 Uføretrygdede, 18-44 år	4,7	4,2	2,5	prosent (a,k*)	
	10 Barn av enslige forsørgere	20	17	15	prosent	
Skole	14 Trives på skolen, 10. klasse	86	83	85	prosent (k*)	
	15 Mobbes på skolen, 10. klasse	8,1	9,3	8,1	prosent (k*)	
	16 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	22	28	25	prosent (k*)	
	17 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl.	21	28	27	prosent (k*)	
	18 Frafall i videregående skole	27	25	24	prosent (k*)	

Punkt 7. 2012, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. Punkt 8. 2013, i prosent av befolkningen. Punkt 9. 2011-2013, mottakere av varig uførepensjon. Punkt 10. 2011-2013, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. Året 2012 er ekskl. Punkt 14/15. Skoleåret 2008/09-2013/14, skoleåret 2012/13 finnes ikke i statistikken pga. endring i tidspunkt for innsamling. Punkt 16/17. Skoleåret 2011/12-2013/14. 18. 2011-2013. Punkt 6. 2012, barn som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median.

Vi har, lokalt i Risør og i regionen, utfordringer på en rekke indikatorer som sammen gir et bilde av befolkningens levekår. Andelen av befolkningen med annen inntektskilde enn arbeid er større enn gjennomsnittet i landet, og særlig er antall unge uføre noe å være oppmerksom på. Statistisk ser en sammenheng mellom utdannings- og inntektsnivå og helse, og både utdannings- og inntektsnivå er lavere i Risør enn gjennomsnittet i landet.

Det er med dette utgangspunkt desto viktigere att barnehager, skoler og helsetjeneste legger forutsetningene best mulig til rette for at flest mulig skal komme gjennom grunnskoleløpet rustet til å fullføre videregående skole, høyere utdanning og arbeidsliv. Bedre skårer enn landsgjennomsnittet på skoleindikatorer tyder på en positiv utvikling som vil kunne påvirke indikatorene innen levekår på sikt.

2.2.1 Utdanning

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse er godt dokumentert. Læring gir mestring, og mestring gir helse. Utdanning, og særlig det å fullføre en grunnutdanning, er en avgjørende ressurs for å sikre god helse gjennom livsløpet. Undersøkelser har vist at det er sosial ulikhet i frafall fra videregående skoler i Norge. Dette vises for eksempel ved at blant ungdom som har foreldre med grunnskole som lengste fullførte utdanning, er andelen som dropper ut større enn blant ungdom som har foreldre med videregående eller lengre utdanning. Kilde: Helsedirektoratet

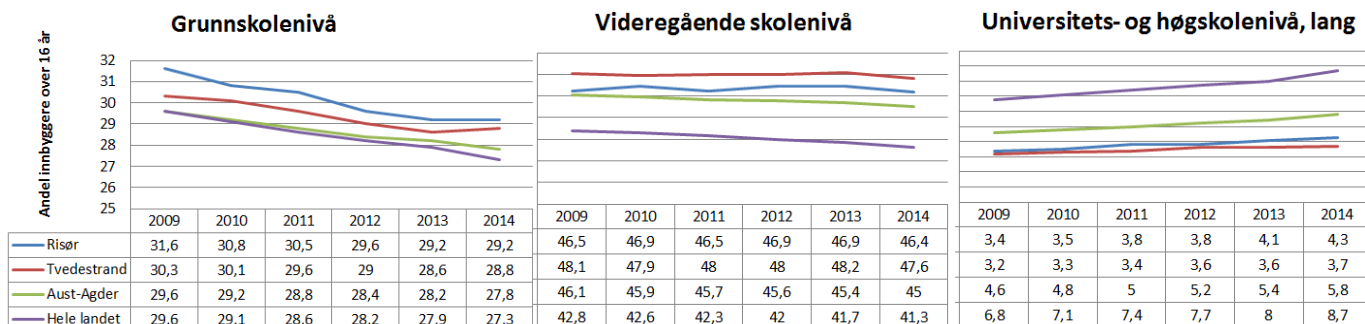
Sammenhengene mellom befolkningens utdanningsnivå og helse er komplekse, men forskere har identifisert to hovedmekanismer. For det første påvirker utdanning de levekår mennesker lever under gjennom livsløpet. For det andre bidrar læring til utvikling av en sterkere psykisk helse, som igjen påvirker menneskers fysiske helse i positiv forstand. (Elstad 2008) Jo lavere utdanning, dess høyere skår på risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer: røyking, KMI,

blodtrykk og kolesterol. Dette kommer frem i Folkehelseinstituttets undersøkelse av 48 000 kvinner og menn. I mange tilfeller følges utdanning og dødsårsak ad på samme måte som ved hjerte- og karsykdommer. Et unntak er brystkreft. Kvinner med høyest utdanning har høyest risiko for å dø av brystkreft. Dette har trolig sammenheng med blant annet tidspunkt for første fødsel og levevaner for øvrig. (Strand, 2006)

Statistikken viser også helseforskjeller hos barn og unge knyttet til foreldrenes inntekt, utdanning og sivile status. Tiltak rettet mot å redusere forskjeller i utdanningsnivå kan dermed bidra til å redusere ulikheter i folks helse på sikt. Fra et helsemessig ståsted er det viktig at utdanningssektoren lykkes med å tilrettelegge opplæringen slik at alle barn og unge kan få like gode muligheter til å lære og oppleve mestring. (Helsedirektoratet, 2012)

Utdanningsnivå i befolkningen

I tråd med utviklingen i landet og det økende behovet for arbeidskraft med høyere kompetanse, har det vært en gradvis reduksjon i andel personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå i Risør fra hele 55,7 % i 1970 til 29,2 % i 2014. Mens nedgangen har fortsatt i landet og fylket, har den i Risør stoppet opp i 2013-14, og andelen ligger godt over lands- og fylkesgjennomsnittet. Økningen i andel med høyere utdanning har også flatet mer ut i Risør enn i fylket og landet.



Kilde: SSB tabell 09429. Andel innbyggere over 16 år med grunnskole, videregående skole og lang universitets- eller høgskoleutdanning som høyeste kompetansenivå.

Med lavere utdanningsnivå i Risørs befolkning enn i fylket og landet, er det desto viktigere at barnehager, skoler og helsetjeneste legger forutsetningene best mulig til rette for at flest mulig skal komme gjennom grunnskoleløpet rustet til å fullføre videregående skole, høyere utdanning og arbeidsliv.

Nyere forskning viser imidlertid at foreldres utdanningsnivå ikke er avgjørende for hvor godt elever gjør det på skolen (Nordal)⁴, og at foreldrenes engasjement rundt skolen har større betydning. I noen fylker og kommuner er det kultur for at elever skal gjøre det bra på skolen. UngDataundersøkelsen viser at de fleste ungdommene i Risør kommune har en god relasjon til foreldrene. Samtidig oppgir Risør videregående skole at det i elevundersøkelsene kommer fram at mange elever ikke får støtte fra foreldrene til skolearbeidet. Det er en utfordring for skolene å legge til rette for et godt skole-hjem samarbeid, og bidra til å øke foreldreengasjementet i Risør kommune.

⁴ Barneskolens virksomhetsplan 2016

Læringsresultat - grunnskolepoeng

Grunnskolepoeng regnes ut ved at alle avsluttende karakterer som føres på vitnemålet, legges sammen og deles på antall karakterer slik at en får et gjennomsnitt. Deretter ganges gjennomsnittet med 10. Standpunktkarakterer og eksamensresultater inngår i elevenes sluttvurdering og skal gi informasjon om elevenes kompetanse ved avslutningen av grunnopplæringen. Elevene fra Risør har de fire siste årene hatt lavere grunnskolepoeng enn gjennomsnittet for elever nasjonalt, med unntak av skoleåret 2014-15, da de lå på nivå med Aust- Agder og noe lavere enn landet.

Indikator og nøkkeltall	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15
Nasjonalt	39,9	40	40,3	40,7
Aust-Agder	38,9	39,3	39,7	40,4
Arendal	39	39,3	40,1	39,9
Birkenes	38,2	39,9	41,1	41,8
Bygland	42,9	41,1	38	38,2
Bykle	*	39	40,1	40,3
Evje og Hornnes	42,6	40,4	37,9	42,1
Froland	38,1	37,7	40,3	37,8
Gjerstad	36,2	39,2	42,2	39,2
Grimstad	38,8	40	38,7	41,0
Iveland	39,1	37,9	38	41,7
Lillesand	40	39,8	42,2	42,2
Risør	34,2	38,8	39,2	40,4
Tvedestrand	38,5	37,9	37,4	37,9
Valle	40,9	42,8	43,6	45,6
Vegårshei	41,4	38,3	41	40,9
Åmli	38,1	35,1	34,7	40,3

Fra Fylkesmannens kommunebilde 2015: Gjennomsnittlige grunnskolepoeng for kommunene i Aust-Agder. Kilde: Skoleporten (* Tall er unntatt offentlighet) 27.8.2015. Brudd i tidsrekke: Fra og med skoleåret 2014-15 inngår også standpunktkarakteren i valgfag i beregningen av grunnskolepoeng.

Læringsresultat – nasjonale prøver i lesing

Begrunnelse for valg av indikator: En av skolens aller viktigste oppgaver er å hjelpe elevene til å bli gode lesere. Å kunne lese er en verdi i seg selv, for opplevelse, engasjement og identifikasjon, og det er et nødvendig grunnlag for læring i de fleste fag.

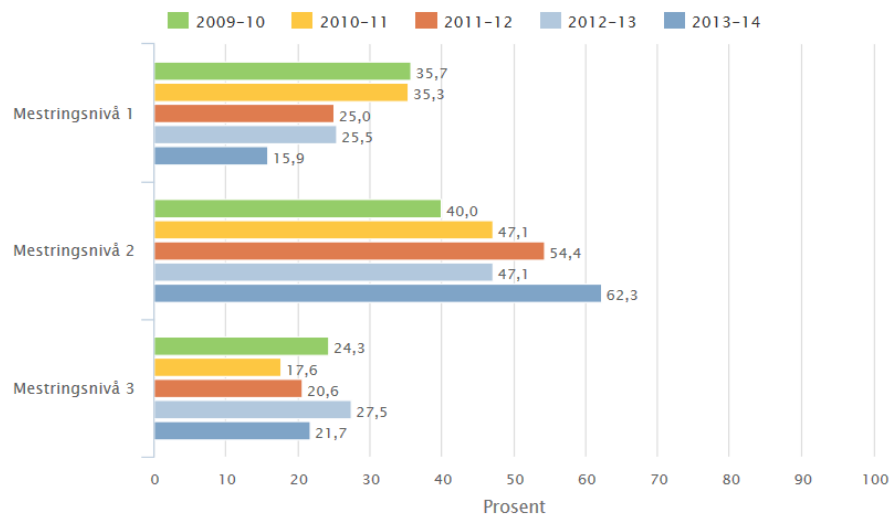
Høsten 2014 ble nasjonale prøver publisert på en ny skala, og dette vil bli starttidspunktet for å måle utvikling over tid. Av den grunn er det ikke mulig å sammenligne resultater fra 2014 med resultater fra tidligere år. Skoler og kommunen kan følge utviklingen av resultater i regning og engelsk fra høsten 2015. Leseprøvene er foreløpig ikke tilrettelagt for å kunne måle utvikling over tid.

Nasjonale prøver i lesing er ikke en prøve i faget norsk, men en prøve som kartlegger elevenes leseferdigheter. Lesing regnes som den viktigste av de fem grunnleggende ferdighetene.

Skoleåret 2014-15	Mestringsnivå 1	Mestringsnivå 2	Mestringsnivå 3
Nasjonalt	23,2	50,6	26,2
Aust-Agder	28,7	50,6	20,8
Risør	13,3	48,3	38,3

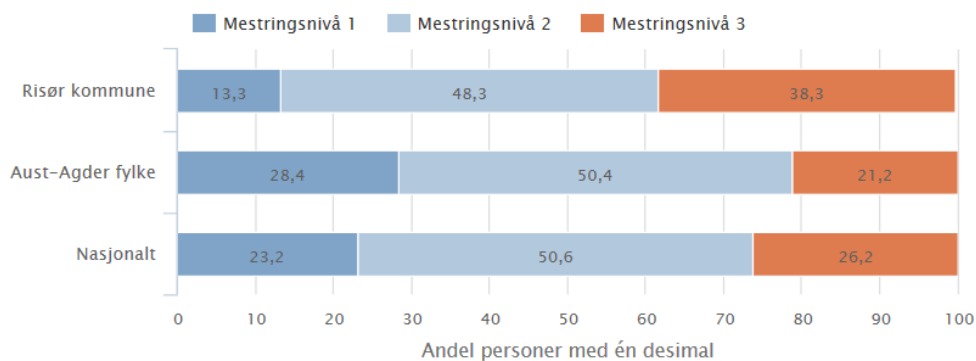
Fra Fylkesmannens kommunebilde 2015: Nasjonale prøver i lesing 5. trinn, begge kjønn. (Tabellen viser gjennomsnittlig mestringsnivå. Elevenes resultater på nasjonale prøver 5. trinn presenteres ved en skala med tre mestringsnivåer, hvor nivå 1 er lavest og nivå 3 er høyest). Kilde: Skoleporten

Det har vært en svært positiv utvikling av leseferdighetene målt i 5. klassetrinn ved barneskolene i Risør kommune siden skoleåret 2009-2010.



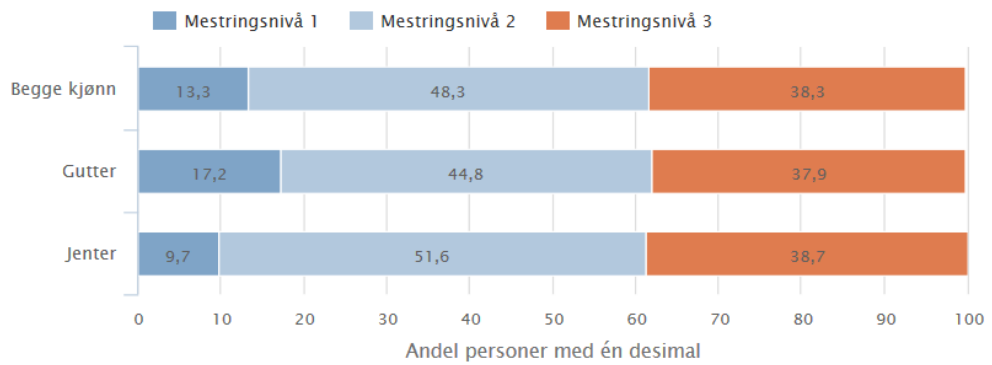
Risør kommune, Grunnskole, Nasjonale prøver 5. trinn 2009-2013, Lesing, 2009-2014

Den positive utviklingen fortsatte skoleåret 2014-2015, da barneskolene i Risør kommune hadde langt færre på det laveste mestringsnivået (13,3 %) enn fylket og landet. Det som er like gledelig, er at det i den andre enden av skalaen er en langt høyere andel på mestringsnivå 3. Det nasjonale snittet på den nye skalaen i lesing ligger på 50 i 2014. I Risør var snittet på 53 på 5. trinn, mens det for Aust-Agder var 48.



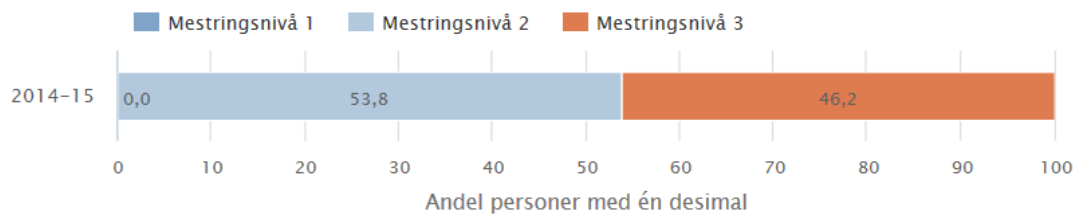
Risør kommune, Grunnskole, Nasjonale prøver 5. trinn 2014, Lesing, 2014-2015

Det er nesten dobbelt så mange gutter som jenter på det laveste mestringsnivået, mens forskjellen er marginal på nivå 3.



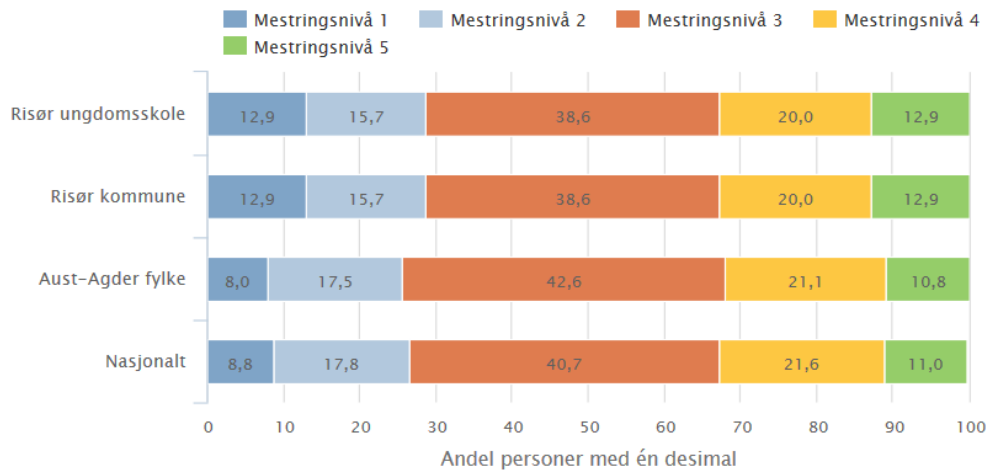
Risør kommune, Grunnskole, Nasjonale prøver 5. trinn 2014, Lesing, 2014–2015

Tallene for Hope skole er for små til å offentliggjøres, men for Sønedeled skole er det enda bedre resultater enn snittet for skolene i Risør kommune.



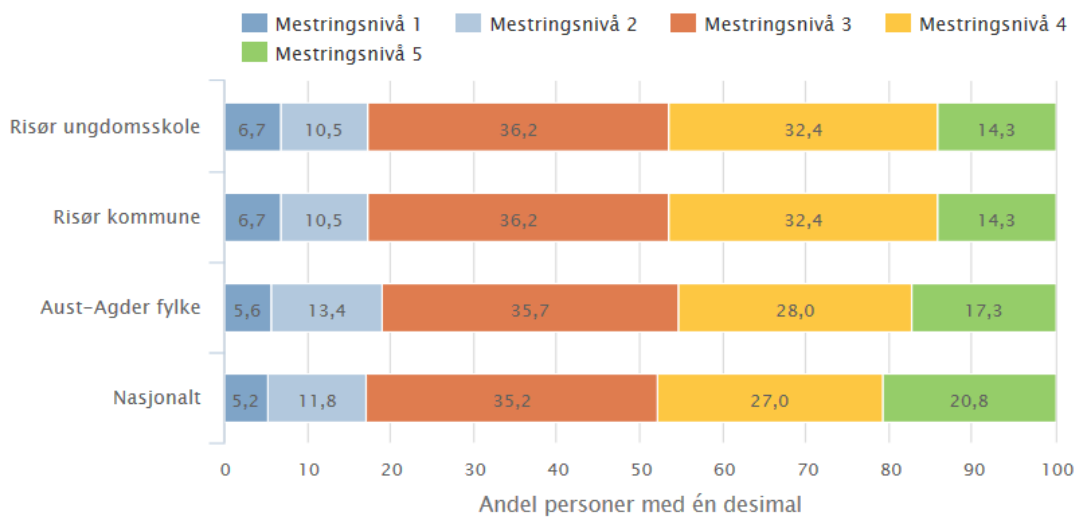
Sønedeled skole, Grunnskole, Nasjonale prøver 5. trinn 2014, Lesing, 2014–2015

Ved Risør ungdomsskole er det noe flere elever på 8. klassetrinn på mestringsnivå 1 og 2, men også høyere andel på de øverst mestringsnivåene, 4 og 5.



Risør ungdomsskole, Grunnskole, Nasjonale prøver ungdomstrinn 2014, Lesing, 2014–2015

På 9. klassetrinn er det også en høyere andel på det laveste mestringsnivået, mens forskjellen fra landsgjennomsnitt er marginal om en ser nivå 1 og 2 samlet.

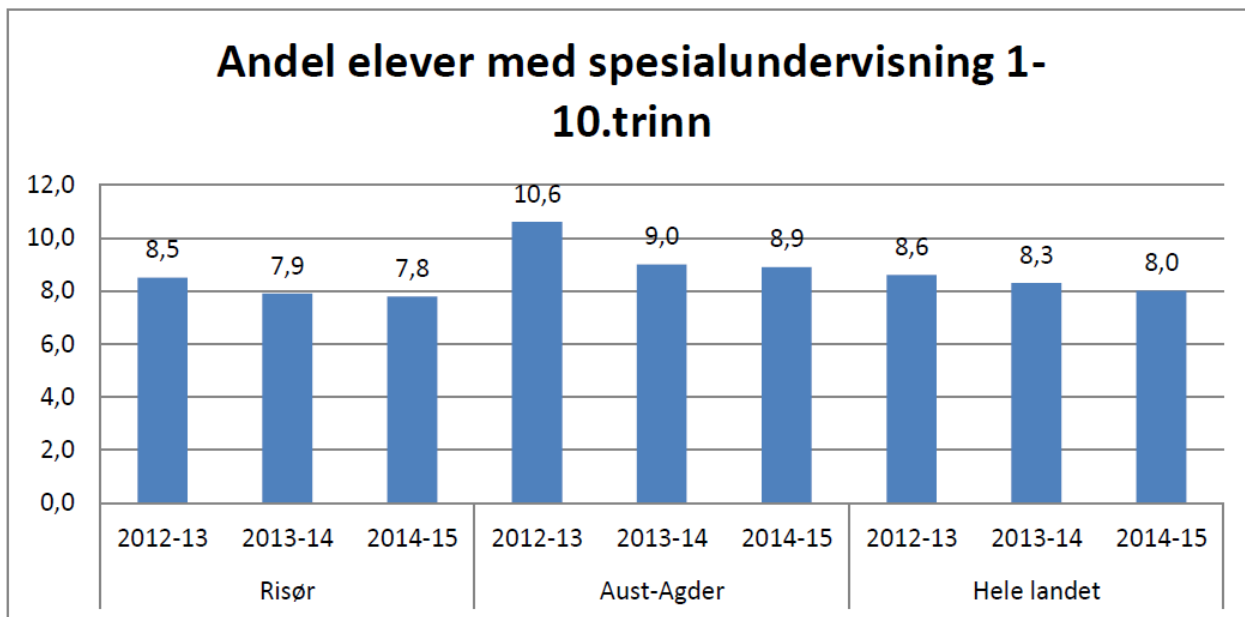


Risør ungdomsskole, Grunnskole, Nasjonale prøver ungdomstrinn 2014, Lesing, 2014-2015

Spesialundervisning

Elever som ikke har eller kan få et tilfredsstillende utbytte av det ordinære undervisningstilbudet, har rett til spesialundervisning, jf. opplæringsloven § 5-1. Tendensen viser at andelen elever med spesialundervisning øker i løpet av barnetrinnet og gjennom ungdomstrinnet. I Stortingsmelding om «Tidlig innsats for livslang læring» (2006) blir det framhevet hvor viktig det er å sette i gang tiltak for eleven på et tidlig tidspunkt når det oppstår eller blir avdekket utfordringer.

Det har i Risør vært en jevn nedgang de siste årene i andel elever som får spesialundervisning. 7,8 prosent fikk spesialundervisning i Risør på 10. trinn skoleåret 2014-15, en nedgang fra 7,9 i 2013-14 og 8,5 2012-13. Det er under snittet for Aust-Agder fylke som er 8,9 prosent, og under snittet nasjonalt som nå har gått ned til 8,0 prosent.



Fra Fylkesmannens kommunebilde 2015: Andel elever med vedtak om spesialundervisning, begge kjønn (tabellen sier ikke noe om ressursbruk per elev). Kilde: GSI

Trivsel på skolen

Trivsel på skolen er en av flere faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og trivsel er viktig for å kunne mestre utfordringer i skolehverdagen. Opplevelse av mestring styrker barns selvtillit og psykiske helse.

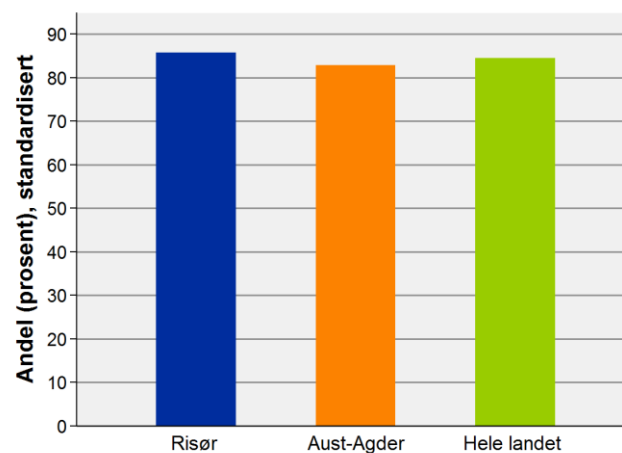
Motsatt vil et belastende eller stressende skolemiljø øke risikoen for psykiske helseproblemer. Mobbing, faglige vansker, negative forhold til lærere og manglende støtte fra elever og voksne gir økt risiko for skolefravær og psykiske helseplager.

Mobbing er en vesentlig individuell risikofaktor for psykiske lidelser (Fosse 2006). Barn som mobbes har opptil sju ganger høyere risiko for psykiske plager som engstelse, depresjon, ensomhet og rastløshet, enn barn som ikke mobbes. Blant barn og unge som mobbes er også kroppslige helseplager som hodepine, ryggsmarter, "vondt i magen" og svimmelhet, dobbelt så vanlig som blant andre barn. Jo oftere et barn blir mobbet jo større er risikoen for helseplager (Nordhagen 2005).

Årsakene til mobbing er sammensatte og komplekse; skolemiljøet, læringsmiljøet, hjemmemiljøet og individuelle faktorer har en betydning her. I hjemmemiljøet ser man at for lite kjærlighet og omsorg og for lite grensesetting under oppveksten kan bidra til utvikling av et aggressivt reaksjonsmønster. Foreldrenes bruk av såkalte maktorienterte oppdragelsesmetoder som fysisk avstraffelse øker også risikoen for at barna blir mobbere. Omtrent 50 prosent av mobbingen skjer i friminuttene; på skolegården, i korridorene eller på mer bortgjemte steder. Den kan også foregå i timene hvis læreren ikke er oppmerksom og slår ned på tendenser til mobbing.

Trivsel kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter (Danielsen m.fl., 2009).

Figuren viser andelen 10.-klassinger som oppgir at de trives godt eller svært godt på skolen og at den er høyere i Risør enn i fylket og landet som helhet.



Andel 10. klassinger som trives svært godt eller godt på skolen (Elevundersøkelsen, 2008/09-2013/14)- folkehelseprofil 2015

I Elevundersøkelsen høsten 2013 ble elevene for første gang spurt om de har opplevd ulike krenkelser og resultatene i Risør var blant de mest positive i fylket. Da var det 66,67 % av elevene i 10. klasser ved Risør ungdomsskole som

svarte “Ikke i det hele tatt”. I 2014 har denne andelen steget, både nasjonalt (fra 61,8 % i 2013) og blant elevene i Risør.

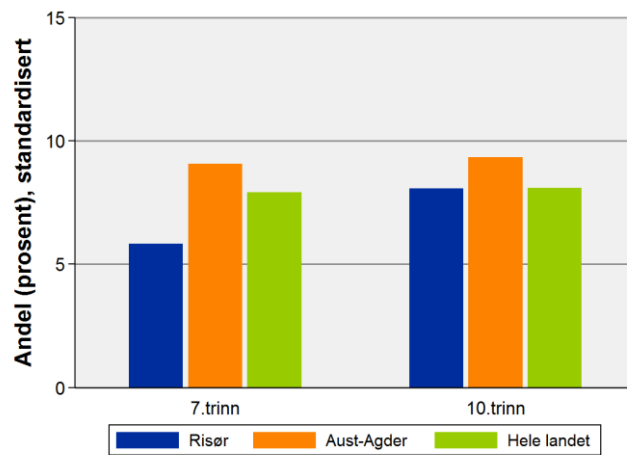
	Ikke i det hele tatt	En sjelden gang	2 eller 3 ganger i måneden	Omtrent 1 gang i uken	Flere ganger i uken
Nasjonalt	68,4%	24,7%	3%	1,5%	2,4%
Aust-Agder	65,9%	25,8%	2,9%	1,7%	3,7%
Arendal	65,4%	27,1%	2%	1,8%	3,6%
Birkenes	82%	-	0%	-	0%
Bygland	60%	-	0%	-	-
Bykle	61,5%	38,5%	0%	0%	0%
Evje og Hornnes	61,3%	32,3%	-	0%	-
Froland	64,5%	16,1%	6,5%	4,8%	8,1%
Gjerstad	57,9%	28,9%	-	0%	-
Grimstad	67,7%	27,4%	2,3%	1,5%	1,1%
Iveland	65%	-	0%	-	0%
Lillesand	66,9%	23,5%	5,1%	-	-
Risør	72,3%	21,5%	0%	-	-
Tvedestrand	54,2%	23,7%	-	-	16,9%
Valle	57,1%	28,6%	-	-	-
Vegårshei	76,2%	23,8%	0%	0%	0%
Åmli	60,7%	-	-	0%	0%

Fra Fylkesmannens kommunebilde 2015: Andel elever som har svart på hvor ofte de ble holdt utenfor høsten 2014, begge kjønn på 10.trinn Kilde: Udires rapportportal

I sitt kommunebilde 2015 pekte fylkesmannen på at 93,8 prosent av elevene i Risør svarer at de ikke i det hele tatt eller en sjelden gang har blitt holdt utenfor. Dette utgjør 61 elever. 6,9 prosent av elevene nasjonalt og 8,3 av elevene i Aust-Agder opplever å bli holdt utenfor 2 eller 3 ganger i måneden eller mere på 10. trinn. I Aust-Agder utgjør dette totalt 110 elever. Ingen av elevene i Risør ar i disse kategoriene. Tilsvarende resultat for elevene i Risør var det i elevundersøkelsen på 7. klassetrinn.

	Ikke i det hele tatt	En sjelden gang	2 eller 3 ganger i måneden	Omtrent 1 gang i uken	Flere ganger i uken
Nasjonalt	84,1%	11,1%	2,2%	1,2%	1,4%
Aust-Agder	83,5%	12%	1,9%	1,2%	1,5%
Arendal	85,2%	9,9%	1,6%	2,1%	1,2%
Birkenes	77,4%	15,1%	-	0%	-
Bygland	-	-	0%	0%	0%
Bykle	-	-	0%	0%	0%
Evje og Hornnes	82,2%	8,9%	-	-	0%
Froland	85,2%	14,8%	0%	0%	0%
Gjerstad	82,1%	-	0%	0%	-
Grimstad	85,6%	12,8%	-	-	0%
Iveland	77,8%	22,2%	0%	0%	0%
Lillesand	73,9%	14,4%	-	-	6,3%
Risør	94,3%	-	0%	0%	-
Tvedestrand	87,7%	12,3%	0%	0%	0%
Valle	-	0%	-	0%	0%
Vegårshei	56,5%	26,1%	-	-	-
Åmli	81,8%	18,2%	0%	0%	0%

Fra Fylkesmannens kommunebilde 2015: Andel elever som oppgir å ha blitt mobbet på skolen de siste månedene, begge kjønn på 7. trinn høsten 2014. Kilde: Elevundersøkelsen/ Rapportportalen

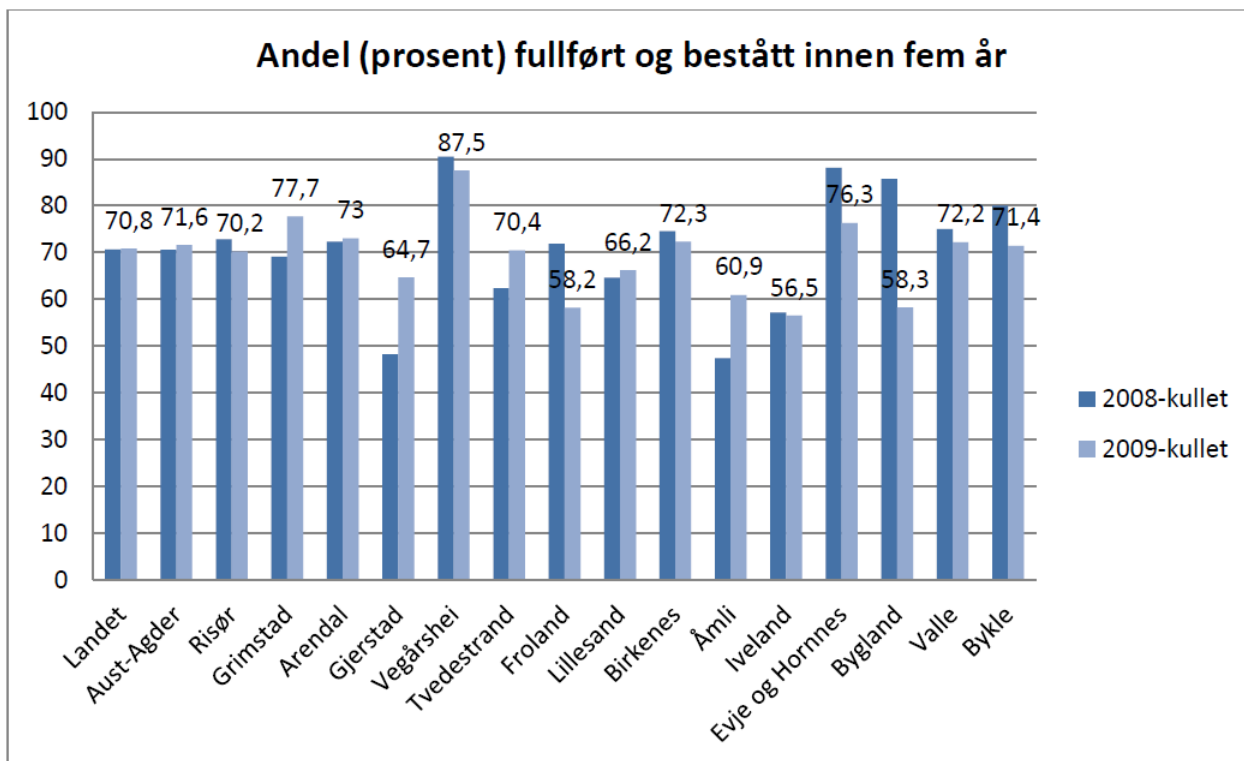


Andel 7. og 10. klassinger som oppgir at de mobbes på skolen (Elevundersøkelsen, 2008/09-2013/14)- folkehelseprofil 2015

Skolen kan bidra til å fremme elevenes psykiske helse gjennom å bygge opp et støttende sosialt miljø og fange opp elever med faglige vansker tidlig. Samarbeid med foreldre er også viktig. I tillegg finnes det ulike skoleprogrammer som har vist gode resultater, blant annet gjennom å øke elevenes kunnskap om psykisk helse, heve den sosiale mestringsfølelsen, styrke de sosiale ferdighetene og forebygge mobbing.

Gjennomføring – videregående opplæring

Gjennomføring av videregående opplæring vil si at eleven eller lærlingen ender opp med vitnemål, fagbrev eller svennebrev. Det er et viktig nasjonalt mål at flest mulig skal gjennomføre og bestå videregående opplæring for å kunne forberede seg på kompetansekravene i arbeidslivet. De aller fleste fullfører og består videregående opplæring, men Norge ligger likevel et stykke bak gjennomsnittet for OECD-landene (Utdanningsspeilet 2015). I Norge er fullføringsgraden 72 prosent to år etter normert tid, mens OECD-landene har et snitt på 87 prosent. Det er flere som fullfører og består med studiekompetanse enn med yrkeskompetanse. Svake prestasjoner i grunnskolen har vist seg å være den viktigste enkeltårsaken til frafall på videregående skole.



Fra Fylkesmannens kommunebilde 2015: Hvor mange av elevene som startet på Vg1 høsten 2009 som etter skoleårets utløp våren 2014 hadde status fullført og bestått (felles for studieforberedende og yrkesfaglige utdanningsprogram), sammenlignet med tall for 2008-kullet (etikett: 2009-kullet). Kilde: SSB/Aust-Agder fylkeskommune

Elevene som ikke har fullført og bestått innen 5 år er enten fortsatt i videregående opplæring, har sluttet eller ikke bestått. Det er viktig å merke seg at andelen elever som har fullført i Risør gjelder Risør ungdom, uavhengig av hvilken skole i fylket de har gått på, og ikke andelen som har fullført ved Risør videregående skole. Fullføringsprosenten i fylket er noe høyere enn gjennomsnittet for landet.

Blant elever som står i fare for å falle fra har fleksible opplæringsløp og mer praksis for dem som strever med teoretiske fag, tett oppfølging og veiledning og samarbeid mellom skole og arbeidsliv, vist gode resultater. I arbeidet med frafall er det behov for helhetlig og langsiktig satsing med utstrakt samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner. Blant elever fra familier med lavt utdanningsnivå, er andelen som faller fra høyere sammenliknet med elever fra familier med høyt utdanningsnivå. Med tanke på at utdanningsnivået i befolkningen i Risør er lavere enn gjennomsnittet i landet, ser det ut til å være andre positive faktorer som gjør at frafallsprosenten her ikke er enda mye høyere enn landsgjennomsnittet.

UngData undersøkelsen gjennomført i 2013 viste at det er en urovekkende høy andel ungdom som sliter med depressivt stemningsleie, og mange oppga at de ikke opplever at de har noen voksne å gå til med bekymringene sine.

Kommunen har i 2015 styrket innsatsen i skolehelsetjenesten ved videregående skole ytterligere med psykisk sykepleier og informasjon om psykisk helse i alle klassene.

Både norsk og internasjonal forskning viser sammenheng mellom psykisk helse og frafall i videregående skole. Spesielt kan atferdsvansker i barndommen føre til dårligere skoleprestasjoner som igjen fører til økt risiko for frafall. Det forebyggende arbeidet bør starte tidlig og omfatte alle faser i utdanningsløpet.

Aktuelle tiltak i kommunen er å satse på barnehager som bidrar til å styrke språk og sosiale ferdigheter. Videre er det viktig at skolen satser på god språkopplæring for alle, og med spesielle tiltak for elever som har lesevansker og andre læringsvansker. Samarbeid med foreldre er viktig. I tillegg finnes det ulike skoleprogrammer som har vist gode resultater, blant annet gjennom å øke elevenes kunnskap om psykisk helse, heve den sosiale mestringsfølelsen, styrke de sosiale ferdighetene og forebygge mobbing.

De gode faglige resultatene og i trivselsundersøkelser tyder på at skolene legger godt til rette for god faglig utvikling og mestring. UngData undersøkelsene viser at en høyere andel elever både i grunnskolen og ved Risør videregående skole oppgir å ha gode relasjoner til foreldrene enn i fylket og landet. Risør videregående skoles egne undersøkelser (PULS) viser imidlertid at en lavere andel elever oppgir å få støtte hjemmefra til skolearbeidet. Også dette kan henge sammen med lavere utdanningsnivå blant foreldrene enn i fylket og landet og gir skolene grunn til å rette særlig oppmerksomhet mot forbedrende eller kompensierende tiltak.

Tilgang på læreplasser

For å øke gjennomføringen i yrkesfag er det viktig å øke tilgangen på nye læreplasser. Nasjonalt har det vært en økning i nye lærekontrakter de siste tre årene, men det er fremdeles søkere som ikke får lærekontrakt (Utdanningsspeilet 2015). Også i Aust-Agder er det mange som står uten lære plass.

Risør kommune har vedtak på at det skal være 10 lærlinger til enhver tid dersom det er kvalifiserte søkere. I 2014 har det vært økonomi til å ha 11 ordinære lærlinger: 2 på barne- og ungdomsfag, 7 på helsefag, 1 kokkelærling og 1 kontorlaglærling. I tillegg var det to helsefaglærlinger i regi av NAV. I 2013 var det 4 lærlinger på barne- og ungdomsfag og 6 på helsefag.

Rett	Fullføringsrett	Ikke rett	Ungdomsrett	Voksenrett	Total
Kommune	Antall	Antall	Antall	Antall	Antall
Arendal		16	56	15	87
Birkenes		1	5		6
Bygland			2		2
Bykle			1		1
Evje og Hornnes		1	5		6
Froland		3	10	2	15
Gjerstad		1	5		6
Grimstad		7	20	1	28
Iveland		1	4		5
Lillesand		3	9		12
Risør	1	2	18		21
Tvedestrand			10	1	11
Valle			3		3
Vegårshei			3		3
Åmli			2		2
Total	1	35	153	19	208

Fra Fylkesmannens kommunebilde 2015: Primærsøkere uten lære plass per 12.8.2015, både ungdom, voksne og de uten rett. Kilde: Aust-Agder fylkeskommune.

Kort tid etter at denne oversikten ble laget, er antallet sterkt redusert. Fra ordførerens svar på interpellasjon i bystyret 27. august 2015 (PS 114/15): Oversikten Risør kommune har fått fra fylkeskommunen viser at det er 1 helsefagarbeider – uten rett, 3 barne- og ungdomsarbeidere – hvorav 1 er uten rett og 2 fra kontor- og administrasjonsfaget som ikke har fått plass innen de fagbrevene kommunen kan tilby. Vi har i 2015 våre 10 lærlinger + 1 kontorfaglæring som kommer tilbake etter fødselspermisjon til nyttår. Vi har tidligere i 2015 hatt et noe høyere antall lærlinger. Budsjettet for lærlinger er brukt opp, og det er opp til politikerne å finne penger til satsing på lærlinger i budsjett for 2016.

Mens store deler av landet har en nedgang i antall søkere til lære plass, har Aust-Agder de senere årene hatt en økning. Så langt i 2015 har 624 unge søkt lære plass, en økning på 4 prosent sammenliknet med i fjor. Det er nedgangskonjunktur i noen bransjer, og dette gjør det noe mer utfordrende å skaffe lære plasser i år enn tidligere. Det er særlig innen bygg- og anleggsgafagene, industrifagene og elektrofagene at lære plassbehovet er størst, men det er også etterspørsel etter plasser innen barne- og ungdomsarbeiderfaget, salg- og servicefagene, anleggsgartnerfaget og bilfagene.

Risør kommune har pr i dag 11 lærlinger og deltar derfor aktivt for å sikre framtidig kompetanse innen helsesektoren og andre fag. Lærlingordningen omfatter ni utdanningsprogrammer og rundt 200 ulike lærefag. Risør kommune bør vurdere om vi kan ta inn flere lærlinger innen de lærefagene vi allerede har og sjekke ut om det er flere fagområder som det kan være aktuelt å ta inn lærlinger til. Her gjelder det også å se til hvilke oppgaver som skal løses, som eksempelvis vedlikehold av kommunale bygg og vaktmesterlærlinger. Bystyret vedtok i PS 119/15 Lærlingeplasser i Risør kommune:

Antall lærlinger økes med to til 13 lærlinger fra høsten 2015. Kostnadene dekkes av enhetene som mottar disse to lærlingene.

Midler til lærlingeplasser avsettes av rådmannen sentralt i kommunen. Midlene tildeles enheter som oppretter plasser. Det søkes om dekning fra KS.

Rådmannen fortsetter arbeidet med å øke antall lærlingeplasser med 8 stk i 2016.

Risør kommune innser viktigheten av å bidra i utviklingen av riktig kompetanse og hjelpe nyutdannede fagarbeidere mot fast jobb. Risør kommune vil også jobbe for å få til et tettere samarbeid mellom nabokommunene, opplæringskontor, fagopplæringen og skoleeiere med tanke på å fremskaffe nok lære plasser. Det er også viktig at kommunen setter krav til og følger opp at bedrifter som vinner kommunale anbud og utbyggingskontrakter har lærlinger. I den kontakten vi har med lokalt næringsliv tar vi opp behovet for flere lærlinger i vårt område.

2.2.2 Boligsituasjon

Blant de mange levekårsfaktorer som påvirker helse og fordeling av helse, spiller bolig og bomiljø en viktig rolle. I Norge er bolig et viktig og grunnleggende velferdsgode. En ting er at landet har et klima som gjør det vanskelig å klare seg uten bolig, men uten fast bolig og en adresse er det vanskelig å bli registrert og få tilgang til ulike offentlige velferdstjenester.

Sammen med arbeid, utdanning og tilgang på velferdsstatlige tjenester og ytelser er boligen grunnleggende for den enkeltes velferd. Den enkeltes boligbehov handler om å ha et sted å være, sove, spise og være beskyttet mot vær og naturkrefter. Det å bo handler imidlertid også om å tilhøre et fellesskap og et nabolag. Boligens beliggenhet – nabolag og bomiljø – bidrar til den enkeltes identitet og opplevelse av tilhørighet.

Nedbyggingen av institusjonsomsorgen har betydd at kommunene i større grad trenger tilrettelagte boliger for personer med behov for omfattende helse- og omsorgstjenester. Derfor er det et større behov for kommunale boliger, spesielt til mennesker med psykiske problemer og/eller rusproblemer. På landsbasis har rundt 60 prosent av de bostedsløse rusproblemer, og rundt 30 prosent har psykiske sykdommer.

Risør kommune har i 2014 laget en utredning (Kommunale boliger - utredning og tiltak, 2014) i forhold til arbeidet med kommunale boliger. Det er opprettet en Boligkoordinerende enhet internt i Risør kommune, som har ansvar for gjennomgang og implementering av tiltak. De kommunale boligene skal tilby nødvendig hjelp til personer som har problemer med å skaffe seg egen bolig. Målet med det kommunale boligarbeidet er at alle skal bo trygt og godt på egen hånd.

Bokart er et system for kontinuerlig kartlegging av vanskeligstilte på boligmarkedet, og gjennomførte tiltak for disse. Utviklet av Husbanken, mf.l. Til bruk på tjenestestedene i kommunene og til kommunal planlegging. Bokart kan si noe om hvem og hvor mange som har boligproblemer, samt hvilke boligproblemer de enkelte har.

Kommunale boliger

De kommunale boligene kan deles i tre kategorier:

1. Boliger for personer med heldøgns pleie- og omsorgstjenester
2. Tilrettelagte boliger for personer med redusert funksjonsevne, demens, psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet
3. Boliger for andre vanskeligstilte

Det er ikke ventelister på boliger i denne gruppe 1 per i dag. Behovet for sykehjemsplasser er etter omsorgsenhetens vurdering dekket på en tilfredsstillende måte fram mot 2030.

Det er en utfordring å jobbe målrettet med beboerne for å legge til rette for å gå fra leie- til eieforhold. Økningen i antall boliger skyldes hovedsakelig flere boliger innenfor enhet for habiliteringstjenester, deriblant boliger til enslige mindreårige flyktninger. Det vil bli ytterligere økning med politisk vedtak om kjøp av to boliger til bosetting av flyktninger per år dersom en ikke samtidig selger en del av de nåværende boligene.

Det vises til boligutredningen.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Kommunalt disponerte boliger per 1000 innbyggere	21 (20)	22 (21)	23 (21)	26 (21)	27 (20)	29 (21)	29 (21)
Andel kommunale boliger som er tilgjengelige for rullestolbrukere	62	59	74 (49)	69 (50)	68 (51)	64 (51)	64 (52)

Kilde: KOSTRA Tabell: 06409: N. Bolig - kvalitet (K). Snitt for landet uten Oslo i parentes

Det er boligene for vanskeligstilte (gruppe 3) som er de mest utfordrende for kommunen.

Behovet for et styrket botilbud til brukere med psykiske lidelser er stort. Botilbudet og oppfølgingen til mennesker med rusproblemer har vært mangelfullt. Ut fra Bokart-registreringene er det 11 som pr i februar 2014 vil ha behov for bemannede boliger.

I 2011 var åtte personer i kategorien sosialt vanskeligstilte registrert i Bokart.

Det er forventet et økt behov for kommunale boliger i framtiden på grunn av flere eldre og flere flyktninger. Det er i utredningen foreslått å kjøpe noen flere boliger, men i stor grad er dette tiltak som allerede er vedtatt i handlingsprogrammet. I tillegg er det foreslått oppstart av nye prosjekt, både å etablere nye boliger på Tjennasenteret, skaffe nye rus-/psykiatriboliger med bemanning, samt hjelpemiddellager og 3-5 nye tilrettelagte boliger ved Frydenborgsenteret. Disse prosjektene bør startes forholdsvis snart. Det vises til gjeldende dokument for videre detaljer.

I følge BoKart er det pr februar 2014 registrert 1 person uten fast bolig, 24 har registrert uegnet bolig. 16 er registrert med "står i fare for å miste bolig" og 11 vil ha behov for botilbud med bemanning.

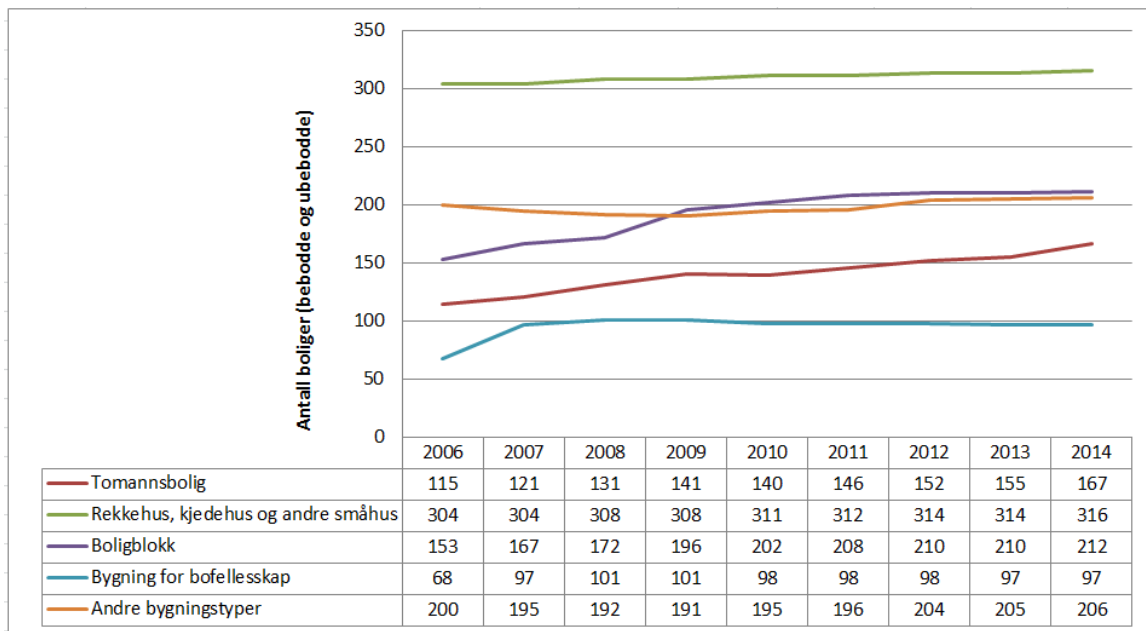
Standard på de kommunale boligene

Standarden på de kommunale boligene er svært varierende. Noen har god tilgjengelighet og tilrettelegging, andre er av eldre årgang med f.eks trapper og små baderom. Flere av kommunens boliger er så små og med så dårlig standard at brukere takker nei ved tildeling (gjelder f.eks noen av leilighetene på Tjennasenteret hvor ni står tomme i dag). Mange av boligene burde vært oppgradert med tanke på tilgjengelighet/universell utforming og energi/varmeløsninger (bedre isolering, nye vinduer osv). Dette er tiltak som kommunen kan få støtte til av Husbanken som kan dekke opp til 20 % i utleieboliger.

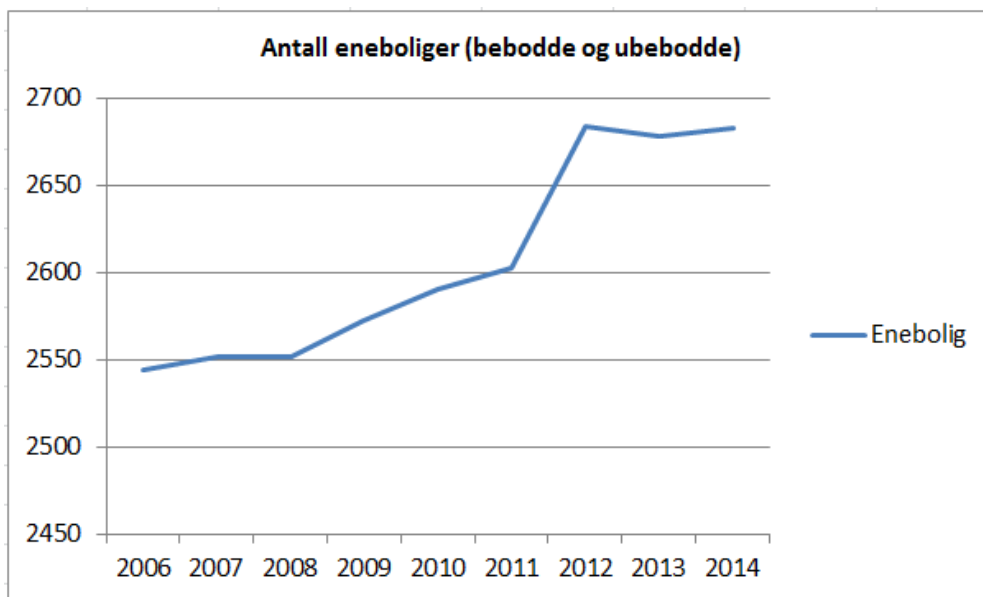
Kommunen har ingen helhetlig og systematisk oversikt over boligenes standard og oppgraderingsbehov. Kommunen forsøker etter beste evne å gjøre det mest nødvendige på boligene. Mange boliger er i tillegg utsatt for hærverk og stor slitasje. Enhet for eiendom og tekniske tjenester betaler for utbedring og nedvask, noe som belaster budsjettet og de ansatte, og det blir mindre ressurser til vedlikehold. For beboerne kan det oppleves som belastende at kommunen nedprioriterer vedlikehold og standard på boligene. Det er viktig at kommunen kan tilby leietakerne et "hjem", ikke bare et hus å oppholde seg i.

Boligtyper

De siste årene har antall boliger i Risør kommune økt, mens befolkningstallet ikke har økt tilsvarende. Totalt sett har antall personer pr. bolig gått fra 2,3 personer i 2001 til 1,87 i 2013.

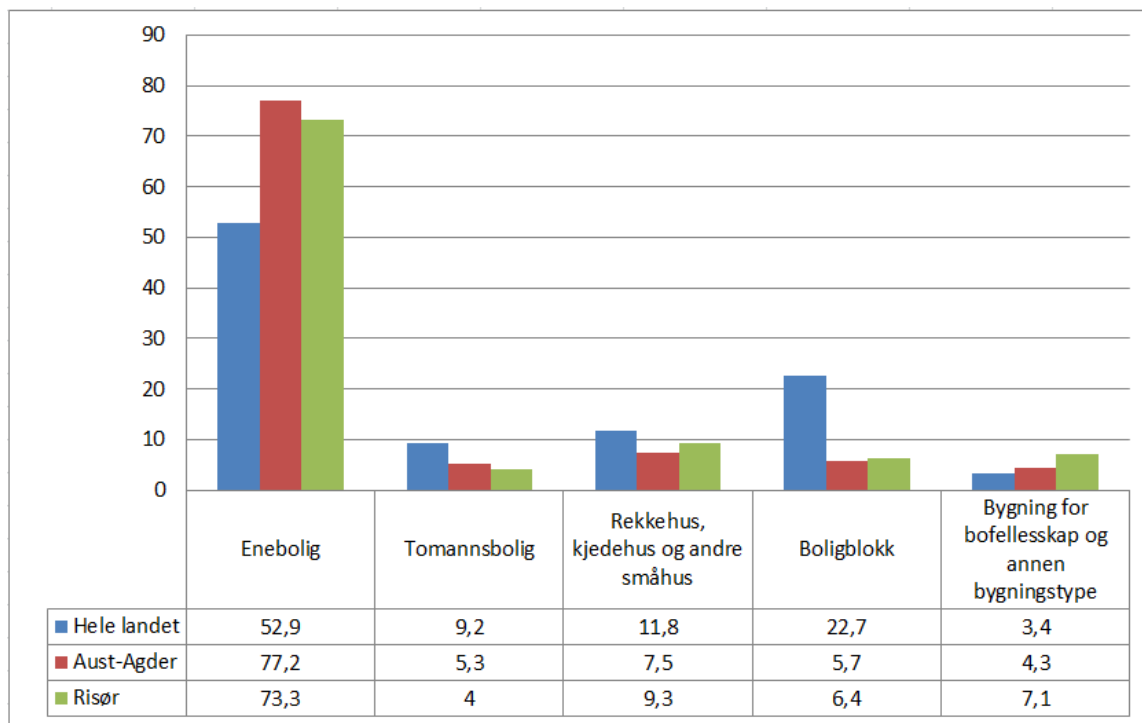


Boliger, etter bygningstype. Andre bygningstyper inkluderer i hovedsak boliger i garasjer, næringsbygninger og andre bygningstyper som ikke er boligbygninger. Kilde: SSB tabell 06265



Boliger, etter bygningstype. Andre bygningstyper inkluderer i hovedsak boliger i garasjer, næringsbygninger og andre bygningstyper som ikke er boligbygninger. Kilde: SSB tabell 06265

Folke- og bolig tellingen fra 19.11.2011 viste at 3108 av til sammen 3563 boliger i Risør var bebodd. Andelen bebodde boliger fordelte seg slik på de ulike bygningstypene:



Bebodde boliger, etter bygningstype. Kilde: SSB Folke- og boligtellingsen, boliger, 19. november 2011

Leiemarkedet i Risør

Tall fra levekårsundersøkelsen (2011) viser at av Risørs bebodde boliger (3100) er det ca 667 som leies. Det utgjør 19 %. I boligsosial handlingsplan var tallet 700, ca 23 %. Nedgangen i leiemarkedet innebærer at det kan være vanskeligere å få leid bolig i dag. De fleste utleierne i Risør er private, og mange av dem tilbyr leie i enebolig (sokkeletasje). Ca halvparten av husholdningene består av én person. Det er få profesjonelle utleiere i Risør.

Leiemarkedet i Risør kommune er for tiden en utfordring. Det er få ledige leiligheter/hus på det private markedet, og kommunens egne boliger er ofte utleid eller dårlig egnet. Etaleringen av Risør statlige mottak (desember 2013) har påvirket leiemarkedet i kommunen. Egebo AS har i løpet av de første månedene i 2014 bosatt ca 60 personer i Risør, og mange av dem leier private boliger. Situasjonen vil snu hvis mottaket ikke lenger får anbudet fra IMDi. Da vil det være mange ledige boliger på det private markedet, og kommunens jobb med å sikre alle innbyggerne et botilbud vil endres.

NAV annonserer i avisa for å få bolig til sine brukere, uten å få respons. For at NAV skal kunne hjelpe bostedsløse og oppfylle lovkrav, må en ofte finne kostbare løsninger, for eksempel leie hotellrom. En bedre oversikt over tilgjengeligheten til alle kommunale boliger kan avhjelpe situasjonen, slik at en i noen tilfeller kan bruke leilighetene på Sønedeled eller Tjennasenteret (de som ikke har forpliktelser til Husbanken), men beboeren må ikke skape uro eller utrygghetsfølelse. En utfordring med leiemarkedet i Risør er bruken av "sesongkontrakter", det vil si at personer får tilbud om å leie privathus fra september til mai (blant annet for at huseier skal overholde boplikten). Da behøver personene et nytt bosted i sommermånedene, og en kan ende opp med løsninger som er kostbare og tungvinne.

Boligprisene i Risør ligger lavere enn for fylket og landet for øvrig. Tall fra Finn.no viser følgende gjennomsnittlig prisantydning på aktive annonser (mars 2014):

Risør	Kr 16 791 pr m ²
Fylket	Kr 22 135 pr m ²
Landet	Kr 31 400 pr m ²

2.2.3 Inntekt

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. Likhet i fordelingen av økonomiske ressurser påvirker antakelig andre samfunnsmessige forhold positivt. Man kan anta at stor økonomisk ulikhet i et samfunn kan lede til økt kriminalitet, kulturelle forskjeller og politiske konflikter mellom ulike grupper i samfunnet.

De siste 30 årene har alle inntektsgrupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

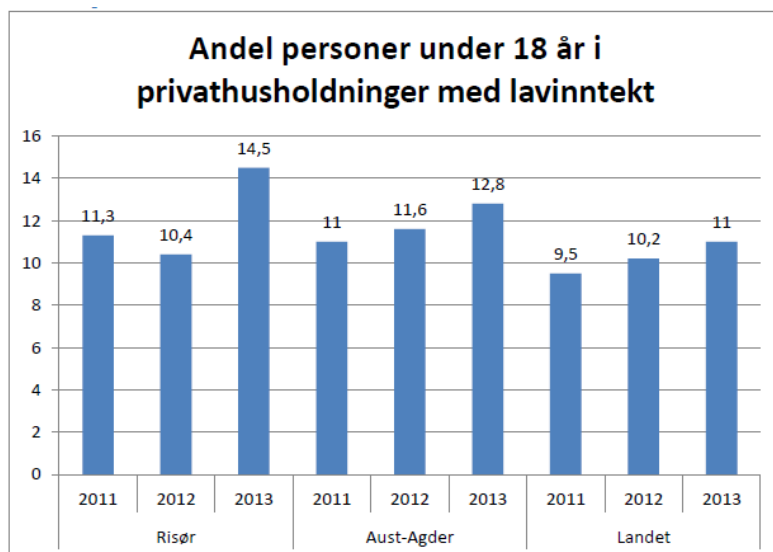
Kilde: NOU 2009: 10. Fordelingsutvalget: Finansdepartementet 2009

Median inntekt i husholdninger i Risør er lavere enn i fylket og landet.

År		2008	2009	2010	2011	2012
Geografi	Måltall					
Aust-Agder	median inntekt	399 000	404 000	414 000	432 000	445 000
	forholdstall (Norge=100)	102	102	101	100	100
Risør	median inntekt	358 000	365 000	376 000	395 000	410 000
	forholdstall (Norge=100)	91	92	91	92	92
Tvedestrand	median inntekt	378 000	384 000	394 000	416 000	424 000
	forholdstall (Norge=100)	96	97	96	97	95

Median inntekt i husholdninger (etter skatt). Med inntekt menes yrkesinntekter, kapitalinntekter, skattepliktige og skattefrie overføringer i en husholdning i løpet av kalenderåret. Studenter er ikke inkludert. Kilde SSB/Kommunehelse statistikkbank.

Fylkesmannen viser i sitt kommunebilde 2015 at andel barn i Risør som lever i lavinntektsfamilier er høyere enn snittet både i fylket og landet etter å ha steget fra 10,4 prosent i 2012, til 14,5 prosent i 2013.



Andel personer med lavinntekt (lavere enn 60 prosent av EU medianinntekt). Kilde: SSB/KOSTRA (endelige tall 15.06.15)

Inntektsulikhet

Inntektsulikheten har holdt seg stabilt lavere i Risør kommune enn i fylket og landet, mens den har økt i landet.

År		2009	2010	2011	2012
Geografi	Måltall				
Hele landet	P90/P10	2,6	2,6	2,7	2,7
Aust-Agder	P90/P10	2,5	2,4	2,5	2,5
Risør	P90/P10	2,5	2,5	2,5	2,5

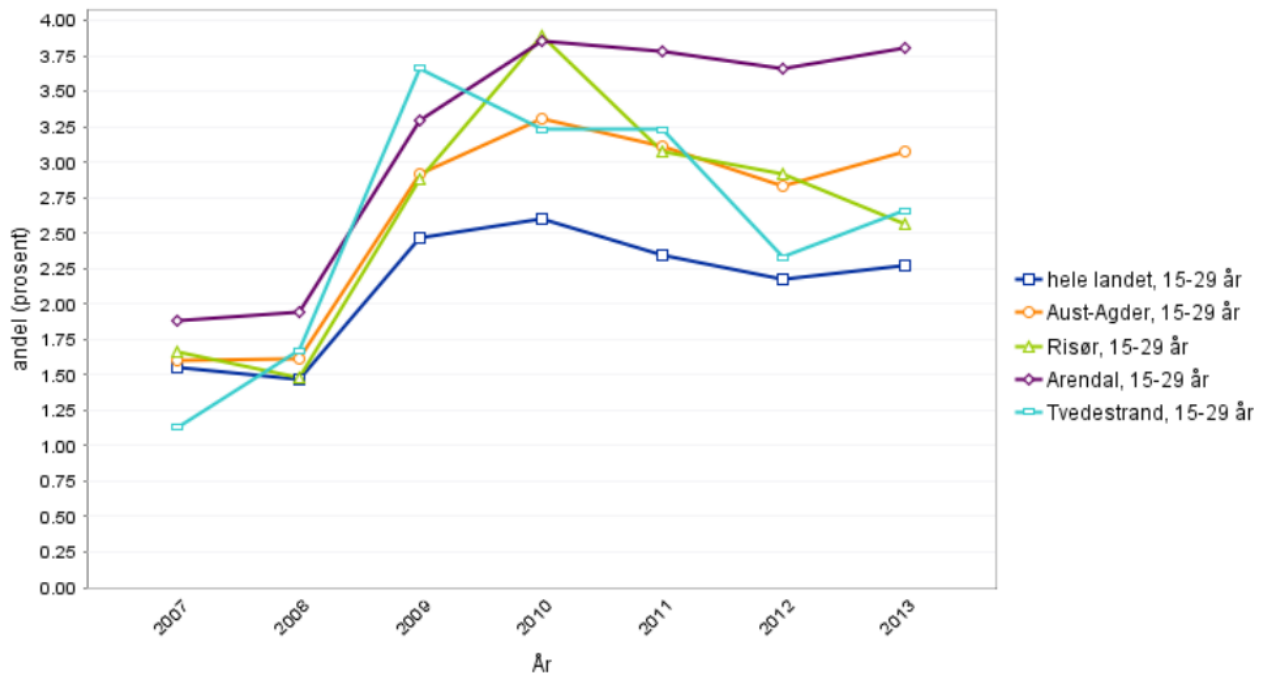
Inntektsulikhet 2009-2010. Kilde: SSB/Kommunehelsa statistikkbank. P90/P10 viser inntekten til den som har den 90 % høyeste inntekten i befolkningen sammenlignet med den som har den 10 % laveste inntekten.

Mens inntektsulikheten i Risør er forholdsvis lav, så vi at medianinntekten også er lav, og at dette kan være en bidragende årsak til at det på flere indikatorer generelt er dårligere helsetilstand enn gjennomsnittet i landet.

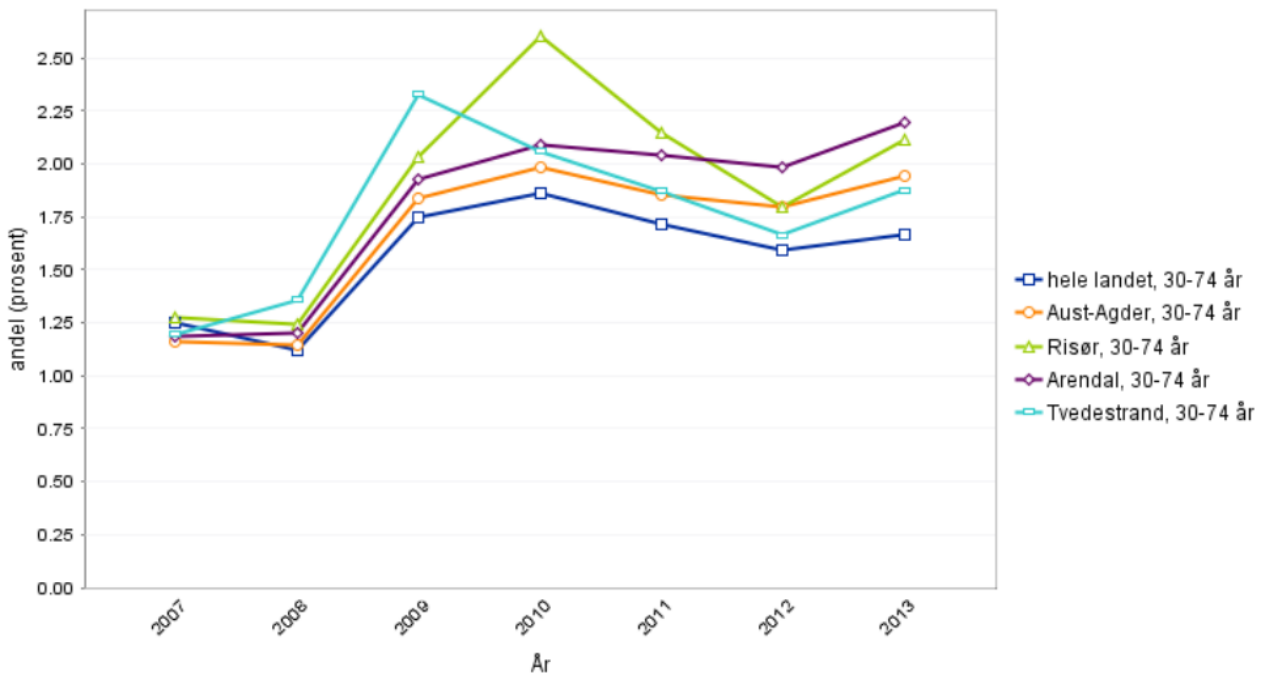
2.2.4 Arbeidsledighet

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe både psykisk og materielt, og arbeidsledighet antas å kunne virke negativt inn på helsetilstanden.

Arbeidsledigheten i Aust-Agder fylke og Risør kommune har lenge vært høyere enn gjennomsnittet i landet, men det har vært en positiv utvikling i Risør de siste årene, særlig i den lavere aldersgruppen. Arbeidsledigheten forventes å stige utover i 2016.

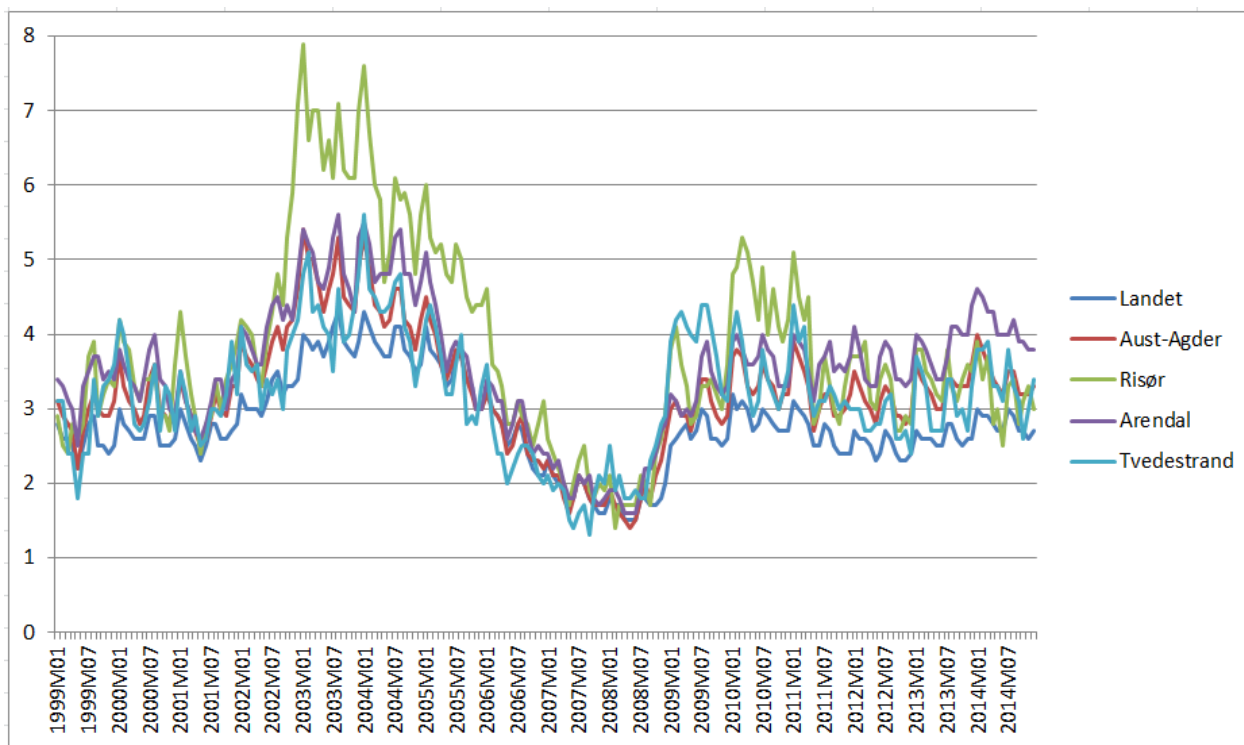


Registrerte arbeidsledige i prosent av befolkningen (15-29 år). Årlige tall. Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak). Kilde: SSB/Kommunehelsa statistikkbank



Registrerte arbeidsledige i prosent av befolkningen (30-74 år)

Mens arbeidsledigheten i Risør har hatt store svingninger siden slutten av 90-tallet med nærmere 8 prosent i 2003, har arbeidsledigheten i Arendal stort sett fulgt utviklingen i landet, men lagt 0,5-1,5 prosent høyere.



Kilde: SSB tabell 10540: Registrerte arbeidsledige 15-74 år, etter alder (prosent) (K)

Mangel på arbeidsplasser lokalt har vært vurdert som hovedårsaken til at Risør kommune har ligget over både fylket og landet i arbeidsledighet. En ser imidlertid at en i økende grad må se på utviklingen i arbeidsregionen, og at tall for pendling er interessant i den sammenheng.

Risør kommune og nabokommunene har mange arbeidsplasser innen industri, og da spesielt olje- og gassrelaterte virksomheter. Dette er en bransje med store svingninger og en usikker framtid. På landsbasis er den største økningen i arbeidsledige blant ingeniører og IKT-ansatte, men industri- og kontoransatte øker også. Den største ledigheten er blant bygge- og anleggsarbeidere. I april 2015 var det størst økning i arbeidsledighet i Rogaland og Vest-Agder⁵. Årsaken til økt ledighet er nedgang i oljebransjen og dens ringvirkninger. Det er forventet at ledigheten vil øke framover, men det er usikkert hvor langvarig nedgangen er. Mange ingeniører og høyt utdannede opplever ikke vanskeligheter med å finne nye jobber, og mange mener det er positivt at Norge nå får en vridning fra olje- og gassrelatert virksomhet til innovasjon og grønn energi. Imidlertid er nedgangen problematisk for vår region fordi mange av dem om jobber innenfor olje- og gassrelatert industri ikke har høy kompetanse og like stor evne til omstilling. (Utredning til kommunereformen, mai 2015)

Mulighet for inntektsgivende arbeid er en forutsetning om kommunen skal lykkes i å bedre levekår for barn og unge. Lønn er den viktigste inntektskilden, uten lønn 5-dobles risikoen for å være fattig (NAV's Omverdensanalyse). Her er det lokale NAV-kontoret en viktig bidragsyter og samfunnsaktør. Både i sin direkte kontakt med arbeidsmarkedet, tilbud om arbeidsmarkedstiltak og i sitt sosialfaglige arbeid hvor et av de viktigste formålene med bistand er å lette

⁵ Dagens Næringsliv 4. mai 2015. "Hardere arbeidsmarked". Artikkelen er basert på intervju med NAV-direktør Yngvar Åsholt.

overgang til arbeid for dem dette er mulig for. En forventet stigende arbeidsledighet vil bli en utfordring og yrkesmessig- og geografisk mobilitet må bli et tema.

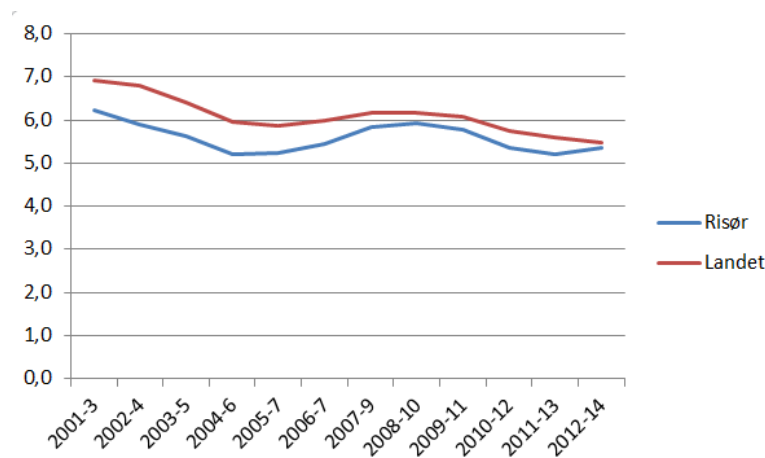
2.2.5 Sykefravær og uføretrygd

Begrunnelse for valg av indikator: Det er en sammenheng mellom sykefravær, overgang til trygdeytelser og den enkeltes helse. De vanligste diagnosegruppene ved sykefravær og uførhet er muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er ofte sammensatte og vanskelige å fastslå. Forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning, livsstilsfaktorer og andre sosiale faktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker uføretrygd. I likhet med de sosiale forskjellene i befolkningens helse, er det også sosiale forskjeller i sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

Psykiske lidelser øker risikoen for sykefravær og uførhet. I 2011 var hver tredje uførepensjon tilskrevet en psykisk lidelse. Over halvparten av de som fikk uførepensjon før 40 års alder, fikk uførepensjon begrunnet i en psykisk lidelse (NAV, 2014).

Gruppen uføretrygdede er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. Omfanget av uføretrygd er en indikator på helsetilstand (fysisk eller psykisk), men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivå og jobbtilbudet i kommunen.

Det legemeldte sykefraværet har gått ned de siste årene både i Risør og i landet som helhet.



Legemeldt sykefravær for arbeidstakere. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: SSB tabell 08323 (kommunen) og 07869 (landet).

For å få uføretrygd skal en fylle en del kriterier, i hovedsak:

- Medisinsk diagnose
- Utprøvd alle muligheter for å bedre arbeidsevnen
- Være vurdert ute av stand til å ha noen form for arbeid

“Ung ufør” er en egen sats i trygdesystemet for personer som innvilges trygd på grunn av lidelse/skade/lyte som har oppstått før fylte 26 år. Det er ikke denne definisjonen som brukes i indikatoren “unge uføre” i SSB.

Sosialavdelingen i Risør kommune gikk inn i NAV i 2009. NAV-leder opplever at det etter sammenslåingen har blitt bedre informasjonsflyt og høyere kompetanse ved kontoret. Tiltak som bidrar til avklaring av den enkelte brukers muligheter og rettigheter iverksettes raskere. En ser også at det er en økning i

antall brukere med kombinasjon av psykiske lidelser og rusavhengighet, blant annet på grunn av økt fokus på brukergruppen.

Etter å ha fått innvilget uføretrygd kan en nå “fryse” retten til trygd i inntil 10 år mens man prøver seg i arbeidslivet. Det kan også være uføre som gjennom endringer i medisinsk tilstand etter hvert får arbeidsevne og avslutter trygdeforholdet. Det er viktig å fange opp endringer i den enkeltes situasjon, samtidig som omfattende prosjekter for revurdering av den totale gruppens arbeidsevne har vist seg å ha liten effekt. NAV har valgt å fokusere sin innsats på de yngste brukerne, og opprettet UngTeam. Dette førte innledningsvis til flere registrerte brukere i NAV i aldersgruppen 18-25 år, men antallet har nå flatet ut. Årsaken til å prioritere denne gruppen har vært for å bidra til positiv utvikling av folkehelsestanden og for barna deres. Det er ikke nødvendigvis ordinært betalt arbeid som er målet for den enkelte. NAV vil ha flere i arbeid og aktivitet, og færre passive mottakere av ytelser.

Andelen uføretrygdede er langt høyere i Risør enn fylkes- og landsgjennomsnitt.

År		2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013
Geografi	Måltall						
	årlig antall	45 200,7	43 097,7	41 780,0	41 657,3	43 289,3	45 814,3
	andel (prosent), standardisert	2,6	2,4	2,3	2,3	2,4	2,5
Hele landet	forholdstall (Norge=100)	100	100	100	100	100	100
	årlig antall	1 572,3	1 515,3	1 478,7	1 483,0	1 564,3	1 664,3
	andel (prosent), standardisert	4,2	4,0	3,9	3,8	4,0	4,2
Aust-Agder	forholdstall (Norge=100)	164	165	166	167	169	171
	årlig antall	108,3	104,7	98,0	96,0	98,0	106,3
	andel (prosent), standardisert	4,8	4,6	4,4	4,3	4,4	4,7
Risør	forholdstall (Norge=100)	184	190	188	188	186	192

Antall og andel personer som mottar uføreytelser samlet*, varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger* i prosent av befolkningen i alderen 18 - t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Uføreytelser er stønadsordninger for å sikre inntekt til livsopphold for personer 18-66 år som har fått inntektsevnen varig nedsatt på grunn av sykdom eller funksjonshemming. Det er mulig å motta både varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger samtidig, men de dette gjelder telles bare én gang i samlede uføreytelser

* Arbeidsavklaringspenger ble innført i 2010 og statistikk for dette samt samlede uføreytelser finnes derfor kun for 2011-2013.

Blant årsakene til at så mange havner utenfor arbeidsmarkedet i Risør er at det etter hvert har blitt liten tilgang på ikke-kompetansekrevede stillinger. Det er også et trangere arbeidsmarked for Risørungdom og NAVs brukere, blant annet på grunn av mange sommeransatte fra Sverige, Polen og andre land. Det er større utfordringer med brukere med bare grunnskoleutdanning/som har droppet ut av videregående skole.

Rapporten ”Et liv jeg ikke valgte” knytter høyere forekomst av uførhet blant unge i Agder til forhold i oppvekst og førskolealder som bidragende årsak til psykiske problemer og problemer med livsmestring.

Det er en bekymringsfull økning i antall unge med psykiske lidelser. Økningen kan skyldes større åpenhet og mer tilgjengelige tilbud, noe som forhåpentlig vil virke positivt på sikt og redusere problemutviklingen til den enkelte.

2.2.6 Sosialhjelp

Begrunnelse for valg av indikator: Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. Langtidsmottakere av sosialhjelp skiller seg fra

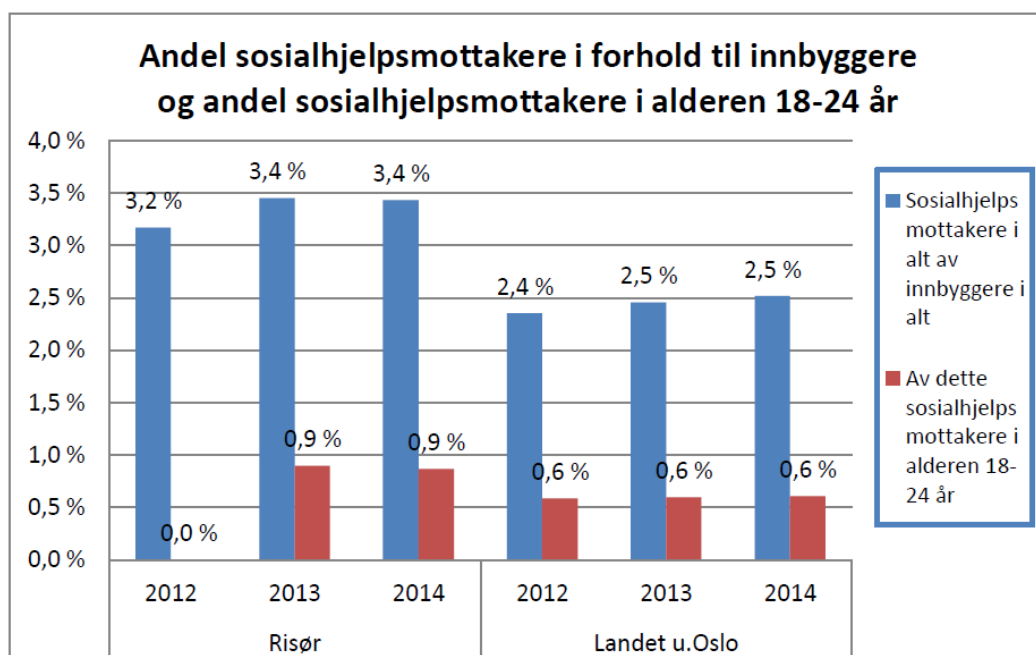
den øvrige befolkningen på en rekke områder, blant annet når det gjelder omfanget av helseproblemer. Av langtidsmottakerne av sosialhjelp rapporterer nærmere to av ti om generell dårlig helse. Tilsvarende tall for befolkningen for øvrig er 1 prosent. Omtrent halvparten av langtidsmottakerne rapporterer om så dårlig helse at det går ut over evnen til å fungere i hverdagen. Over halvparten rapporterer om psykiske plager.

Langtidsmottakere av sosialhjelp er imidlertid en sammensatt gruppe med svært ulike forutsetninger for å kunne delta i arbeidslivet. Samtidig som langtidsmottakere sammenliknet med den øvrige befolkningen i langt større grad rapporterer om dårlig helse, er det også en vesentlig andel av dem som rapporterer å ha «utmerket eller meget god helse» (20 prosent).

Det er også stor variasjonsbredde når det gjelder tilknytning til arbeidslivet. Det framgår at en tredel aldri har hatt et arbeidsforhold av lengre varighet enn seks måneder, samtidig som 40 prosent har vært i arbeid i seks måneder eller mer.

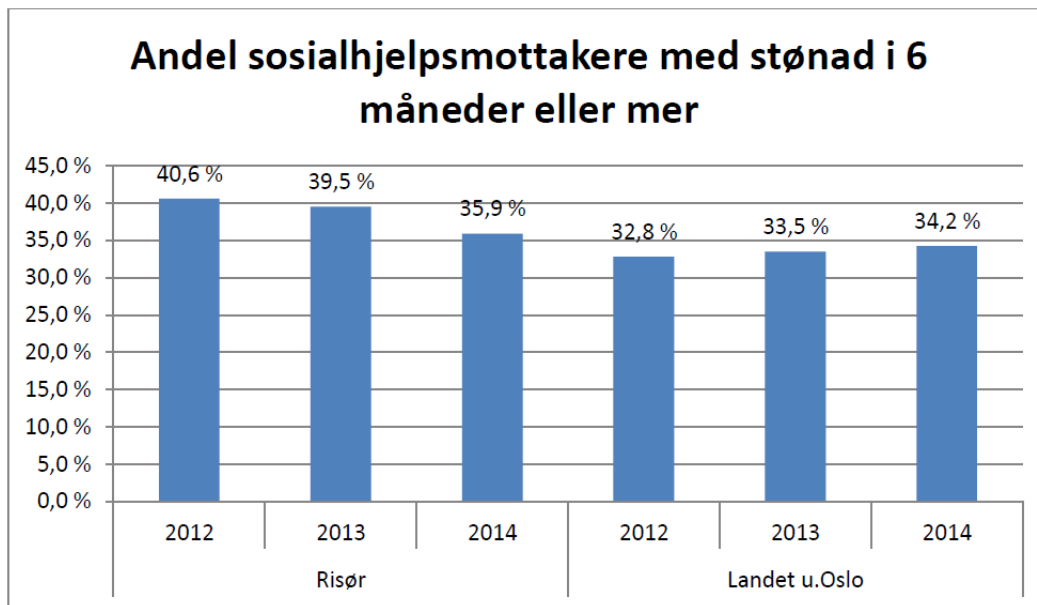
Kilde: Van der Wel, K (2006), Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp, Høgskolen i Oslo.

Andelen sosialhjelpsmottakere i kommunen er høyere enn gjennomsnitt for landet. Andelen økte fra 2012 og har siden holdt seg stabil.



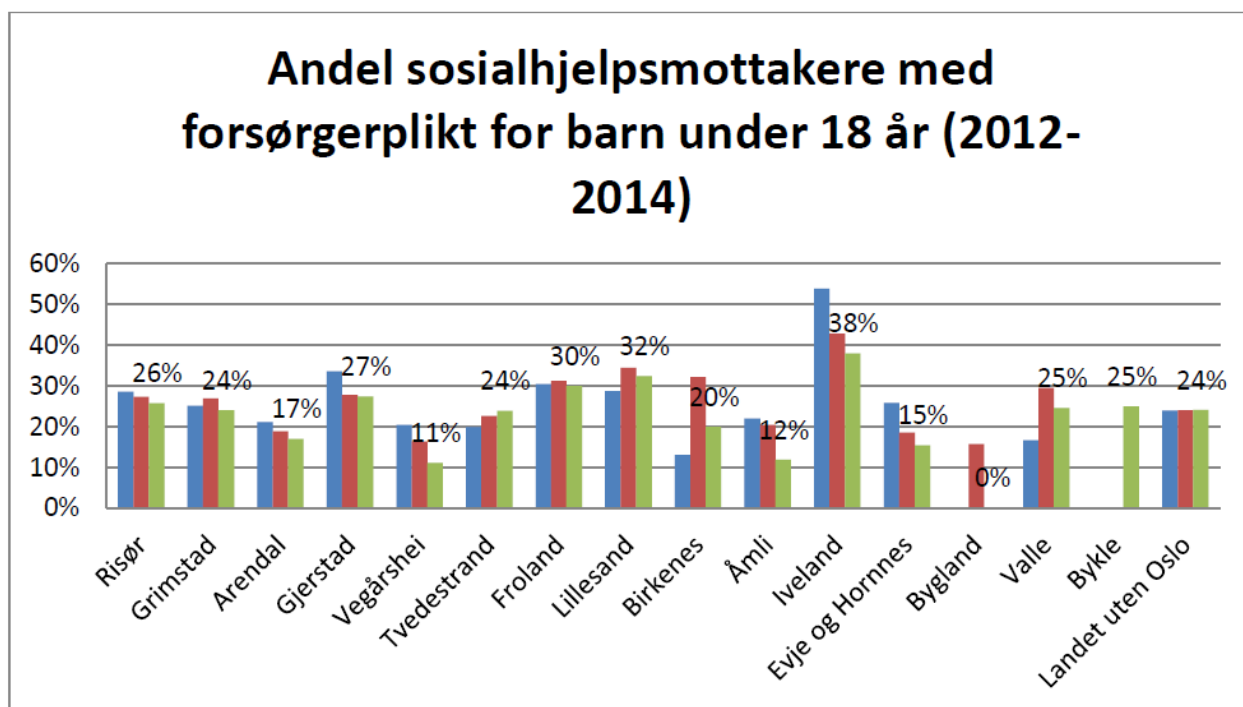
Andel sosialhjelpsmottakere i forhold til innbyggere. Kilde: SSB/KOSTRA (reviderte tall 15.6.15)/Fylkesmannens kommunebilde 2015

Det er også en høy andel som mottar sosialhjelp over lengre tid.



Andel sosialhjelpsmottakere med stønad i 6 måneder eller mer. Kilde: SSB/KOSTRA (reviderte tall 15.6.15)/Fylkesmannens kommunebilde 2015

I 2014 hadde 26 prosent av stønadsmottakerne forsørgelsesplikt for barn under 18 år. Dette er en svak reduksjon fra tidligere år.



Andel sosialhjelpsmottakere med forsørgelsesplikt. Kilde: SSB/KOSTRA (reviderte tall 15.6.15)/Fylkesmannens kommunebilde 2015

NAV-kontoret har med utgangspunkt i Tiltaksplan for bedre levekår for barn og unge i Risør kommune de senere år hatt større bevissthet rundt barnefamilier og familiefokus.

Sosialstatistikken har de siste årene har vært relativt stabil, med mindre variasjoner fra år til år.

Parameter	Variasjon i perioden 2009 – 2013
Antall sosialhjelpsmottakere	240 – 282
Antall sosialhjelpsmottakere over 6 måneder	81 – 109
Antall sosialhjelpsmottakere med forsørgelsesplikt	63 – 81
Gjennomsnittets stønadslengde	4,2 mnd – 5,2 mnd

Spesiell utfordring i NAV Risør er offensiv satsing rettet mot unge under 25 år, og målrettet avklaringsarbeid med personer som snart har gått 4 år på AAP (omtalt som “konvertitter”). Videre skal det i ethvert vedtak som fattes med hjemmel i Lov om sosiale tjenester i NAV vektlegges at det sikrer en mulig overgang til arbeid, samt det skal være fokus på familieperspektivet – dette betyr at barnas situasjon skal kartlegges.

Alle kommuner har plikt til å tilby innbyggerne økonomi- og gjeldsrådgivning. Og de som trenger hjelp blir stadig flere: I 14 kommuner i Aust-Agder har antall saker økt fra 200 i november 2014, til 270 ved utgangen i september 2015. Gjeldskrisen i 2007-2008 forsterket behovet, og en forventet høyere arbeidsledighet vil skape økonomiske utfordringer for enda flere. Fordi privatøkonomien er en vesentlig faktor for levekårsutviklingen, er det viktig at rådgivningstjenesten fungerer godt i kommunene. «Ressursenter økonomi- og gjeldsrådgivning» startet som et interkommunalt prosjekt i 2011, og ble etablert som en egen virksomhet i 2014 med. I dag følger de to NAV-rådgiverne opp 14 NAV-kontor, med både kompetanse og opplæring av ansatte, og bistand i enkeltsaker som kommunene selv ikke har kapasitet til å ta.

Kvalifiseringsprogrammet

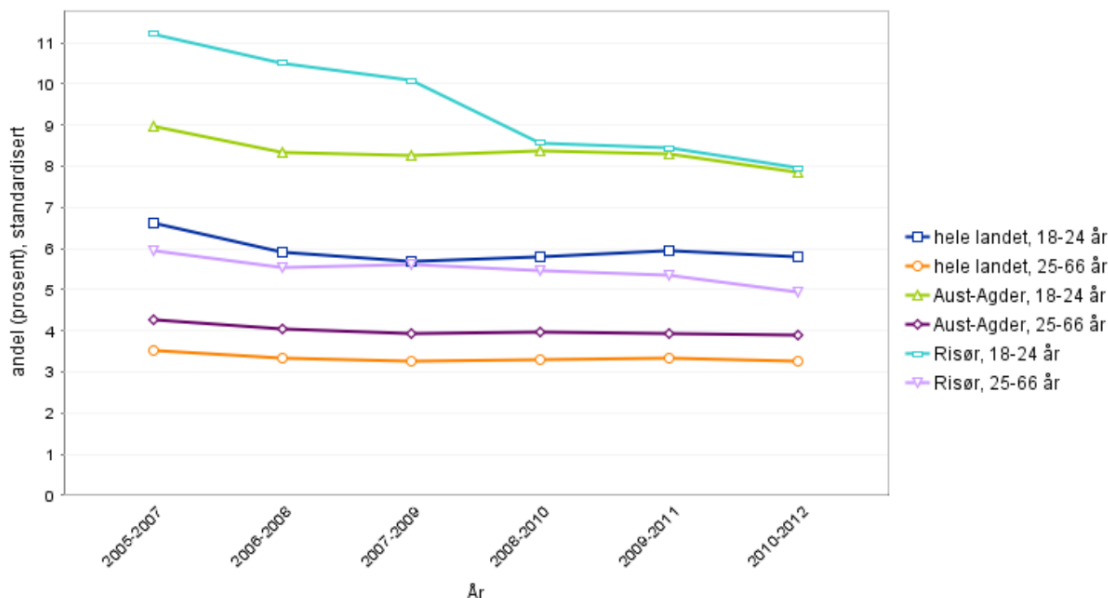
Kvalifiseringsprogrammet er statens viktigste virkemiddel i fattigdomsbekjempelsen. Ved NAV Risør ble det planlagt for 10 deltagere i måneden i snitt i løpet av året. Dette viste seg vanskelig gjennom året, og i snitt hadde vi 7 deltagere. Det er flere årsaker til dette, både at vi har hatt flere nye og uerfarne medarbeidere i sosialtjenesten, men det er også svært krevende å motivere brukere for deltagelse.

NAVs arbeidsrettede virkemidler benyttes, og det stilles vilkår om aktivitet for å motta sosialhjelp.

Som en del av *Tiltaksplan for å bedre levekår for barn og unge i Risør kommune* etablerte NAV Risør i 2012 et ung-team, hvor også tiltakskoordinatoren inngår. Dette fordi vi mener det er av avgjørende betydning å ha fokus på denne gruppen i vår oppfølging. De skal være prioritert gruppe i vår bruk av arbeidsmarkedstiltak og veiledning knyttet opp mot aktivitet/arbeid. Ung-team har hatt et tett samarbeid med fylkets karrieresenter og oppfølgingstjeneste, målsettingen er å redusere antall drop-out og få flere til å velge videreutdanning. Tiltakskoordinatoren har etablert og fulgt opp arbeidspraksisplasser i kommunen, personer under 25 år er prioritert gruppe for disse plassene

I 2013 var det 241 personer i Risør med økonomisk sosialhjelp for kortere eller lengre perioder, og per definisjon er disse å forstå som økonomisk vanskeligstilte. Mange av dem har behov for hjelp i en begrenset periode, men for noen er problemene av mer langsiktig karakter. Det er et potensial for økt gjeldsrådgivning og bistand til å skaffe seg bolig. Spesielt er det viktig å ivareta

personer som er på vei ut av barnevernstiltak eller faller ut av skolesystemet, det vil si de som havner mellom ulike enheters ansvarsområde. Et godt "totaltilbud" fra det offentlige er vesentlig for at problemene ikke skal eskalere (det vil si oppfølging i forhold til det å bo, skolegang og arbeidstrening).



Antall og andel sosialhjelpsmottakere i løpet av året etter alder, i forhold til folkekemengden i de aktuelle aldersgruppene. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Kommunehelsestatistikkbank.

2.2.7 Eneforsørgere

Begrunnelse for valg av indikator: Eneforsørgere er ingen ensartet gruppe. For noen kan det utgjøre en økonomisk belastning å være eneforsørger, enten dette er et resultat av familieoppløsning eller ikke. Analyser viser at eneforsørgere oftere har lav inntekt enn husholdninger med flere voksne medlemmer. Tap av forsørger gjennom skilsmisse eller død fører for mange til økonomiske problemer. Selv om folketrygden i mange tilfeller dekker inntektstap som følge av tap eller fravær av forsørger, vil det å være eneforsørger for en del være en viktig årsak til lav inntekt i lengre eller kortere perioder.

Andelen eneforsørgere er høyere i Risør enn i fylket og i landet. Mens andelen har stått stille i Aust-Agder, har den gått ned i landet og økt ganske kraftig i Risør til å nå være 24 % høyere enn i landet.

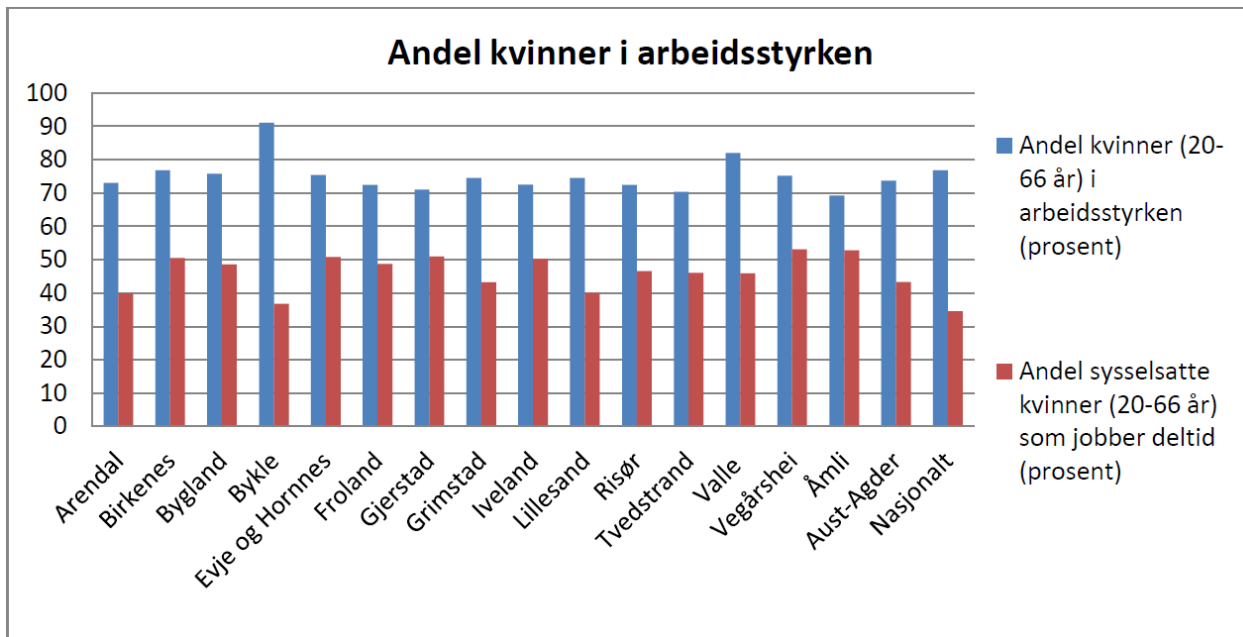
Som eneforsørger regnes personer som mottar utvidet barnetrygd (barnetrygd for ett barn mer enn de faktisk har) etter lov om barnetrygd. Dette inkluderer også noen samboere.

År		2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013
Geografi	Måltall					
	andel (prosent)	20	20	20	20	20
Aust-Agder	forholdstall (Norge=100)	104	104	105	106	108
Risør	andel (prosent)	21	22	22	22	22
	forholdstall (Norge=100)	111	114	117	121	124

Andelen eneforsørgere (personer med utvidet barnetrygd) under 45 år av alle barnetrygdmottakere, pr. 31/12 i statistikkåret. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Arbeids- og velferdsetaten (NAV)/Kommunehelse

Syssetting og deltid – Fra FMs kommunebilde

Utviklingen nasjonalt de siste 30 årene har ført til at det i dag ikke er store forskjeller på hvor mange kvinner og menn som er yrkesaktive. SSBs Samfunnspeil 2/2013 viser at tilsvarende utvikling ikke har skjedd i arbeidstid. Forskning viser at Agder skiller seg negativt ut i likestillings- og levekårsstatistikk, hovedsakelig fordi kvinner her har en svakere tilknytning til arbeidslivet (Magnussen, Mydland og Kvåle 2005). Kvinnens arbeidstid her er markant lavere enn for kvinner andre steder. Deltid bidrar til lavere inntekter, økt risiko for uførhet og en får ikke opparbeidet fulle trygderettigheter. En av de største utfordringene i arbeidslivet i Aust-Agder er ufrivillig deltid. Det gjelder særlig pleie- og omsorgstjenestene, der kvinner utgjør den største arbeidsgruppen.



Andel kvinner i arbeidsstyrken totalt og andel kvinner som jobber deltid (Deltid er definert som avtalt arbeidstid på mindre enn 30 timer pr uke). Kilde: KOSTRA/SSB (reviderte tall 16.6.14)

Fylkesmannens funn for Risør kommune:

- Andel kvinner (20-66 år) i arbeidsstyrken nasjonalt er på 76,8 prosent og for Aust-Agder er andelen 73,7. Med 72,5 prosent er Risør lavere enn snittet nasjonalt og for fylket.
- På landsbasis jobber i snitt 34,5 prosent av kvinnene (20-66 år) deltid. For Aust-Agder er tallene for kvinner 43,3 prosent, og for Risør 46,6 prosent. Det er dermed flere kvinner som jobber deltid i Risør enn i landet og fylket for øvrig.

2.2.8 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Begrunnelse for valg av indikator: Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud til alle unge fra 0 til 20 år, deres foreldre og gravide (lovfestet tjeneste). Den omfatter helsestasjon for barn og ungdom, skolehelsetjeneste på grunn- og videregående skole, foreldreveiledningsgrupper, annen grupperettet helsestasjonstjeneste, jordmortjeneste, svangerskapskontroll og barselomsorg. Gode tjenester forebygger helseproblemer og helseforskjeller når de fanger opp barn og unge som sliter med psykisk helse, fysisk helse og sosiale forhold. Økt

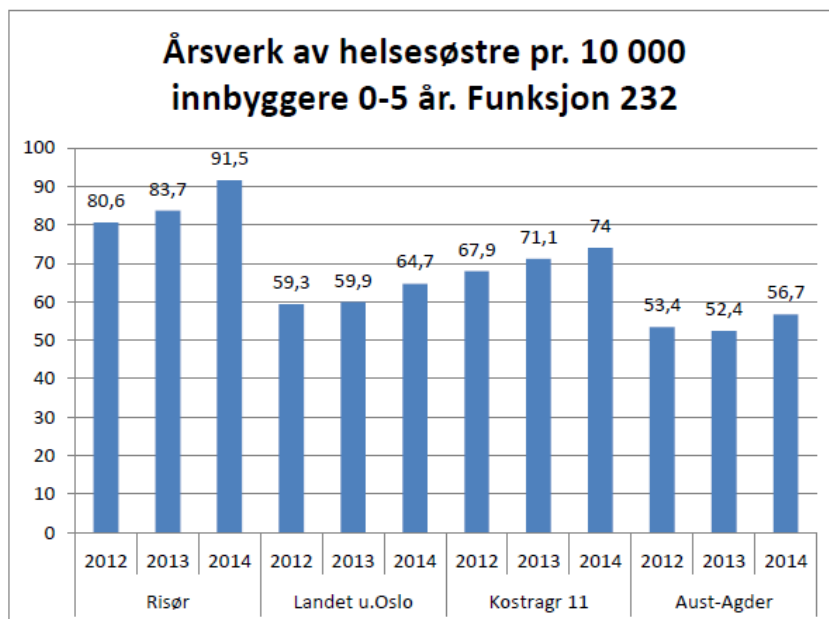
satsing på forebygging og tidlig intervensjon er en av ambisjonene i Samhandlingsreformen.

Helsestasjonen er et lavterskeltilbud og står i en unik posisjon i forhold til forebyggende arbeid blant barn. I barnets første leveår, som er et veldig viktig år, er det kun helsestasjonen som har jevnlig kontakt med foreldrene.

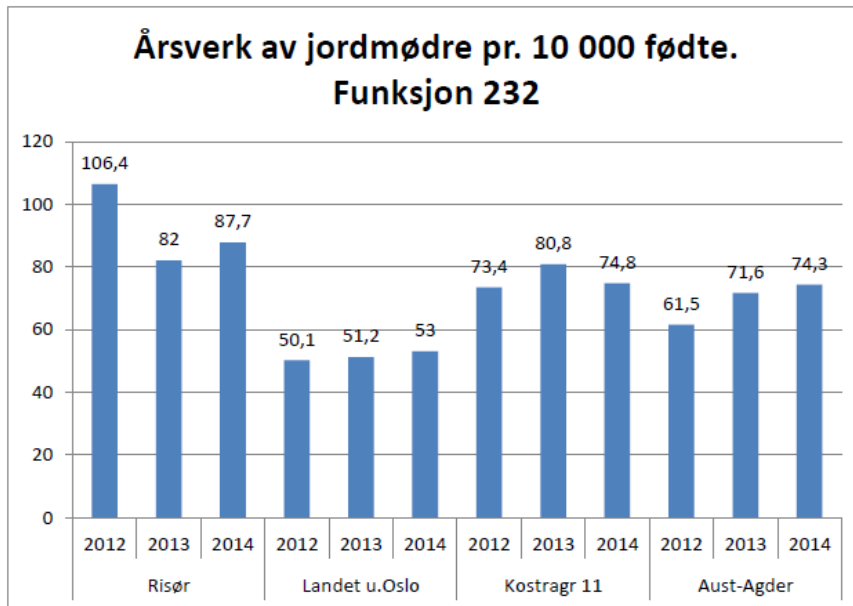
Helsestasjonen har over flere år fått flere og mer komplekse oppgaver/saker uten at ressursene til helsestasjonen har økt. Dette gjelder særlig henvendelser fra barn/unge eller deres foreldre eller lærere som går på psykisk helse, atferd, sosiale vansker.

Helsestasjonen arbeider med gode prioriteringer og har gode tiltak som er satsingsområder og er i videreutvikling. (Virksomhetsplan 2015)

Dersom man ønsker å vite noe om barns helse ut i fra helsestasjonens arbeid, så vil erfaringene helsestasjonen har med barns helse i forhold til rutineundersøkelsene og henvendelser være av betydning. Det er per dags dato ikke mulig på noen enkel måte å hente ut statistikk fra tjenestens journalsystem. Nedenfor vises årsverk helsesøstre og under for jordmødre i Risør, med utvikling over 3 år, og sammenlignet med de andre kommunene i Aust-Agder, samt landet.



Antall årsverk for helsesøstre. Kilde: SSB/KOSTRA (reviderte tall 15.6.15)/Fylkesmannens kommunebilde 2015.



Antall årsverk for jordmødre. Kilde: SSB/KOSTRA (reviderte tall 15.6.15)/Fylkesmannens kommunebilde 2015.

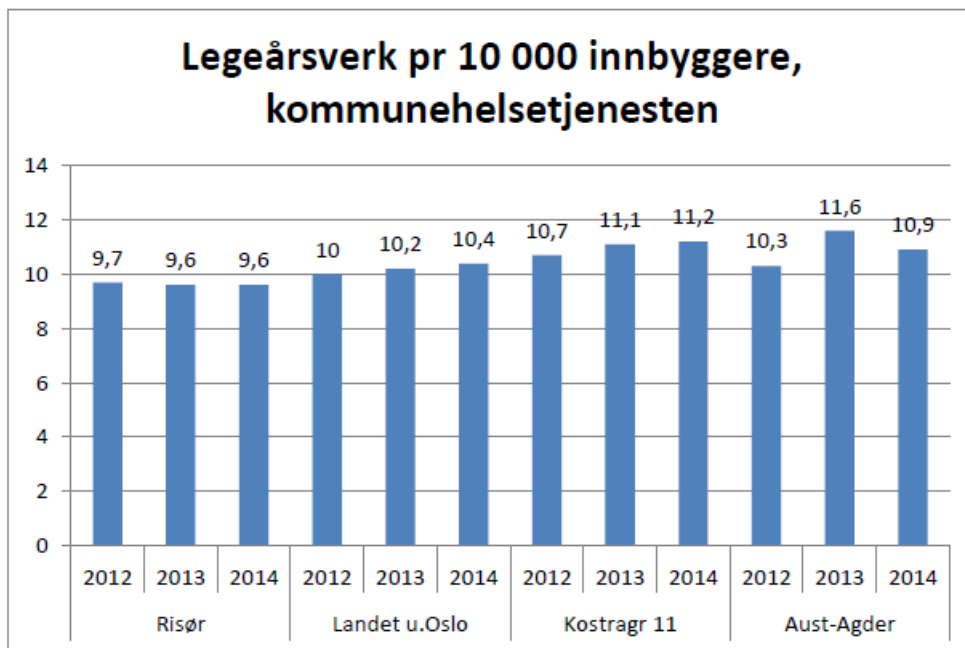
Fylkesmannens oppsummering av utfordringsbildet (Kommunebilde 2015):

- Kommunen har god dekning på helsesøstre og jordmor. Dette er bra for en «god start».
- Fylkesmannen håper at disse ressurser også er aktive i den tverrfaglige innsatsen for en god folkehelse for alle grupper, levekårsutfordringer (barnefattigdom, barnevern) tatt i betraktning.

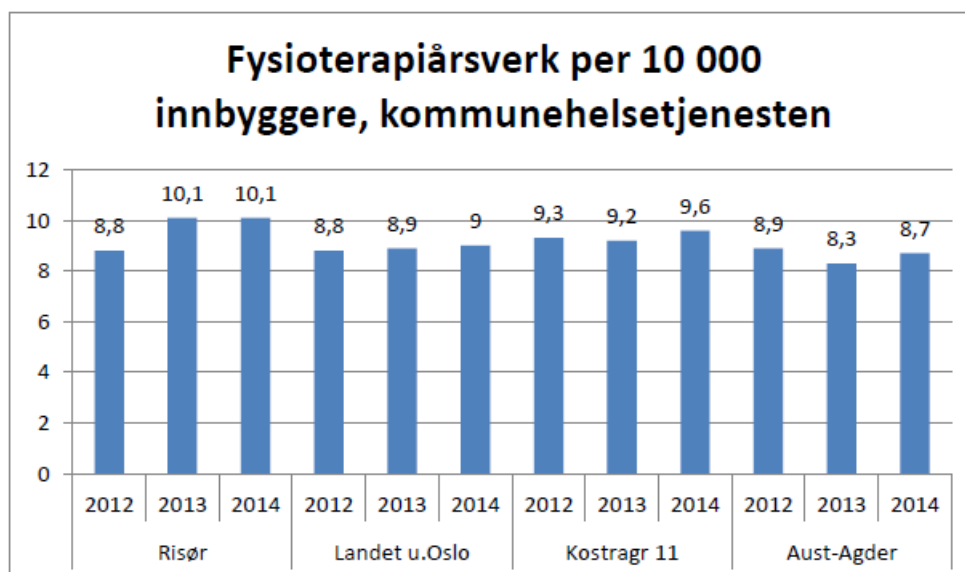
Dekningen er god sett med utgangspunkt i aldersgruppen 0-5 år og antall fødte barn. En stor del av arbeidet er imidlertid knyttet til andre aldersgrupper, og den største veksten i arbeidsoppgaver har vært i den videregående skolen og i arbeidet med flyktninger.

2.2.9 Lege-, fysioterapi og psykiatriske sykepleietjenester

Bildene nedenfor sier noe om tilgang på lege, fysioterapeut og psykiatriske sykepleiere i Risør.



Antall årsverk for leger. Kilde: SSB/KOSTRA (reviderte tall 15.6.15)/Fylkesmannens kommunebilde 2015



Antall årsverk for fysioterapeuter. Kilde: SSB/KOSTRA (reviderte tall 15.6.15)/Fylkesmannens kommunebilde 2015



Antall årsverk for psykiatriske sykepleiere. Kilde: SSB/KOSTRA (reviderte tall 15.6.15)/Fylkesmannens kommunebilde 2015

Fylkesmannens oppsummering av utfordringsbildet innen lege, fysioterapi og psykiatrisk sykepleietjenester:

- Fastleger og fysioterapeuter er viktige ressurser for å oppnå målsettingen om flest mulig aktive og gode år. Kommunen har ikke dårlig legedekning, men heller ikke spesielt god og det er få ledige listeplasser og kun på en liste. Dette tilsier at kommunen bør opprette flere hjemler for å gi innbyggerne et reelt valg av lege.
- Både når det gjelder fysioterapeuter og psykiatriske sykepleiere har kommunen en god dekning med stabile eller økte ressurser. utfordringen er å etablere gode samhandlingsrutiner mellom disse tjenestene og de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene slik at de fremstår som en helsetjeneste for brukerne, pårørende og samarbeidspartnere.
- Disse tjenestene er sentrale ved utrulling av samhandlingsreformen, som fortløpende gir kommunen nye og økte utfordringer av til dels mer sammensatt og medisinsk avansert innhold. Fylkesmannen følger dette utviklingsbildet med særlig oppmerksomhet.

Fastlegenes kommentar til Fylkesmannens oppsummering, er at det er viktig at legetjenesten planlegges slik at tilstrekkelig kapasitet sikres for tiden fremover, også med tanke på endret befolkningsituasjon med flere flyktninger. Disse pasientene har ofte sammensatte utfordringer og traumer som krever samarbeid med flere faginstanser, samt bruk av tolketjenester.

Kommunens ressursbruk til helse og omsorg må sees i sammenheng med folkehelseprofilen og alderssammensetningen. Minst 10 % av kommunens innbyggere har valgt fastlege i en annen kommune. Dette kan nok skyldes at mange har arbeidssted i en annen kommune, men det kan også sees i sammenheng med kapasiteten i kommunens fastlegetjeneste. I tillegg rapporterer Arendal interkommunale legevakt at 60 % av kontaktene ikke er av hastekarakter og kunne ha vært behandlet hos fastlegen neste dag.

Kommunebarometeret: rangering innen helse og eldreomsorg

Kommune	Gruppe	Korrigert inntekt	Helse	Eldreomsorg
Risør	G11	98	310	20
Arendal	G13	97	410	124
Tvedestrand	G10	93	304	256
Gjerstad	G02	107	266	268
Vegårshei	G01	104	213	332
Kragerø	G11	101	368	171

Kilde: Kommunal Rapport. Tabellen viser foreløpig rangering blant 428 kommuner innen helse og eldreomsorg. Rangeringene innen hver enkelt sektor er uavhengig av inntektsnivået.

Det vises også til Risør kommunes utredning om samlokalisering av helsetjenester (2014). Større legesenter med flere yrkesgrupper vil kunne bidra til at pasienter kan få hjelp for flere helseproblem samme sted, samtidig som det bidrar til økt kompetanse og mulighet for mer spesialisering.

2.2.10 Vold i nære relasjoner

I tillegg til de synlige og umiddelbare fysiske skadene volden medfører, er det klare sammenhenger mellom vold og senere fysisk og psykisk uhelse. Både de helsemessige konsekvensene og omfanget av vold i nære relasjoner, tilsier at vi står overfor et alvorlig folkehelseproblem. Dette perspektivet er understreket av Verdens helseorganisasjon (WHO), som har utpekt voldsforebyggende arbeid og forskning om vold, særlig mot kvinner og barn, som et prioritert folkehelseområde. Kilde: Meld. St. 15 (2012–2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner

Vold i nære relasjoner er et standardisert begrep hvor overgriper og offer er knyttet til hverandre med nære familieband eller på annen måte betyr mye for hverandre i hverdagen. *Vold* er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den andre personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre som den vil (Imsdal 2000) Det regnes som vold mot barn når barn er vitne til vold.

25 % av alle barn i Norge oppgir å ha opplevd minst ett tilfelle av fysisk vold fra en forelder, mens 7 % oppgir å ha opplevd fysisk vold fra begge foreldrene. 8 % av alle barn i Norge oppgir grov vold fra minst 1 forelder, mens 2 % oppgir grov vold fra begge foreldrene. Hver 10. ungdom oppga at de hadde sett eller hørt minst en av foreldrene bli utsatt for fysisk vold i løpet av oppveksten. Nærmere 6 % har sett eller hørt et tilfelle av grov vold mot minst en av foreldrene, mens andelen som har vært vitne til grov vold mot begge foreldrene var under 1 %. Hvert år overnatter 1500 barn på landets krisesentre. (Nova rapport 2007 vold og overgrep mot barn).

Vi har ikke egen statistikk for vold i nære relasjoner i Risør kommune, men det er liten grunn til å tro at de lokale forholdene skiller seg mye fra de nasjonale. En kan også regne med at det er store mørketall når det gjelder vold i nære relasjoner. Volden skjer ofte i det skjulte, foreldre/barn uteblir fra avtaler dersom de har blåmerker/skader, det er sjelden en konkret bekymring knyttet til

vold - man ser barn med et forstyrret følelsesliv/atferd men vet ikke hva som ligger bak; det oppleves ubehagelig for de ansatte å snakke om vold, generelt, og i samtale med ofre. Det er også generelt lettere å forholde seg til fysisk vold enn trusler, seksualisert- og psykisk vold og så videre, både for offer og tjenesteutøvere.

Når en tjenesteutøver mistenker at noe er galt, er det også utfordringer med å håndtere det på hensiktsmessig måte av en rekke grunner. Det kan skyldes mangel på rutine eller tjenesteutøver har ikke kjennskap til gjeldende rutiner, det kan være utrygghet på hvor grensen går mellom taushetsplikt og meldeplikt /avvergelsesplikt (når er det fare for liv og helse?); tjenesteutøverne har forskjellig grad av kunnskap om hvem som kan hjelpe i slike saker, hvem offer/utøver kan ta kontakt med; ofre trekker tilbake det de har sagt tidligere, enten i neste samtale eller når annen tjeneste blir trukket inn; barnevernet er lite tilgjengelig på kveld/nattestid; manglende tilbakemelding på hva som skjer etter at saken er meldt til barnevernet og manglende støtteapparatet rundt den ansatte som har meldt; det tar tid før barnet/ungdommen blir innkalt til avhør; politi/barnevern får ikke medhold i rettssystemet, eller det er utfordringer knyttet til kulturforskjeller.

Det er en rekke eksisterende tjenestetilbud og tiltak i kommunen og regionen

- ICDP – International Child Development Programme: samspillstema som brukes i forhold til alle småbarnsforeldre i flyktningtjenesten og Helsestasjonen
- TILF (Tidlig innsats i lærende fellesskaper)
- PMTO (Parent Management Training Oregon - Foreldreveiledningsprogram)
- Ressursteam i barnehage og grunnskolen (mulig å ta opp bekymringsfulle saker til tverrfaglig drøfting)
- Tverrfaglige dialogmøter
- Samhandlingshåndboka - rutiner
- Skolehelsetjeneste
- Samarbeidsavtale med Alternativ til vold og Østre Agder Krisesenter
- Familievernkontor
- Mulighet for å drøfte med barnevern
- Avlastningsplasser/Dagsenter/hjemmehjelp
- Økonomisk verge
- Oppbevaring av medisiner utenfor hjemmet

Risør kommune har vedtatt en egen handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2015) med konkrete tiltak for å bedre kommunens evne til å fange opp personer som utsettes for vold og iverksette tiltak.

2.2.11 Barnevern

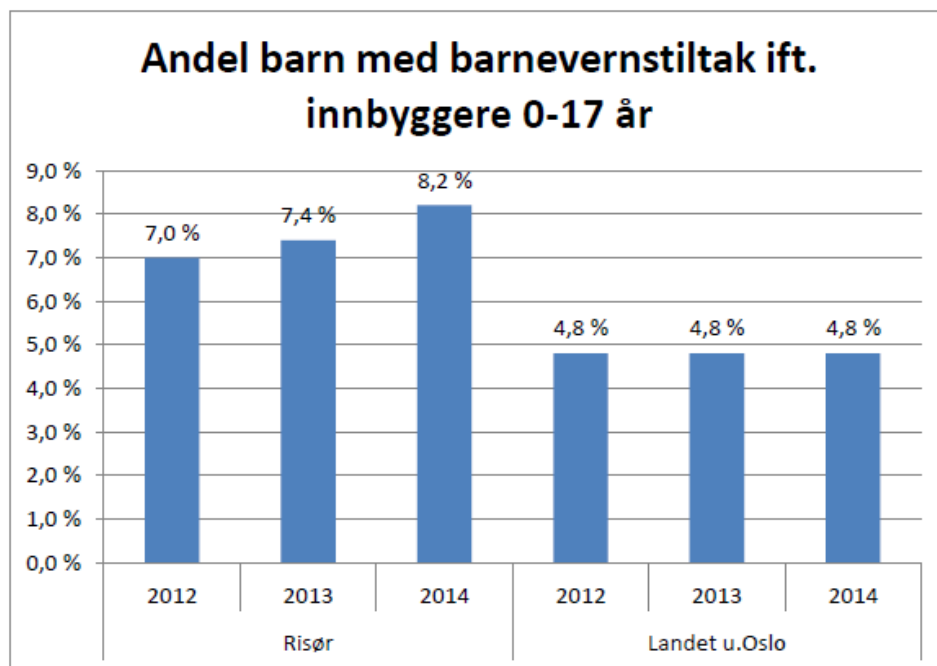
Jo tidligere en klarer å identifisere barn som er utsatt for risikofaktorer og sette i verk tiltak, jo større sannsynlighet er det for at barnet klarer seg bra. Risikofaktorer kan være foreldres psykiske sykdom eller rusmiddelmisbruk, vold i hjemmet, foreldre som er langtidsledige/trygdemottakere, fattigdom i

familien osv. En indikasjon på tidlig identifisering kan være at helsestasjon, barnehage, skole eller NAV melder sin bekymring om et barn til barnevernet. Kilde: Folkehelsepolitisk rapport 2011, Helsedirektoratet

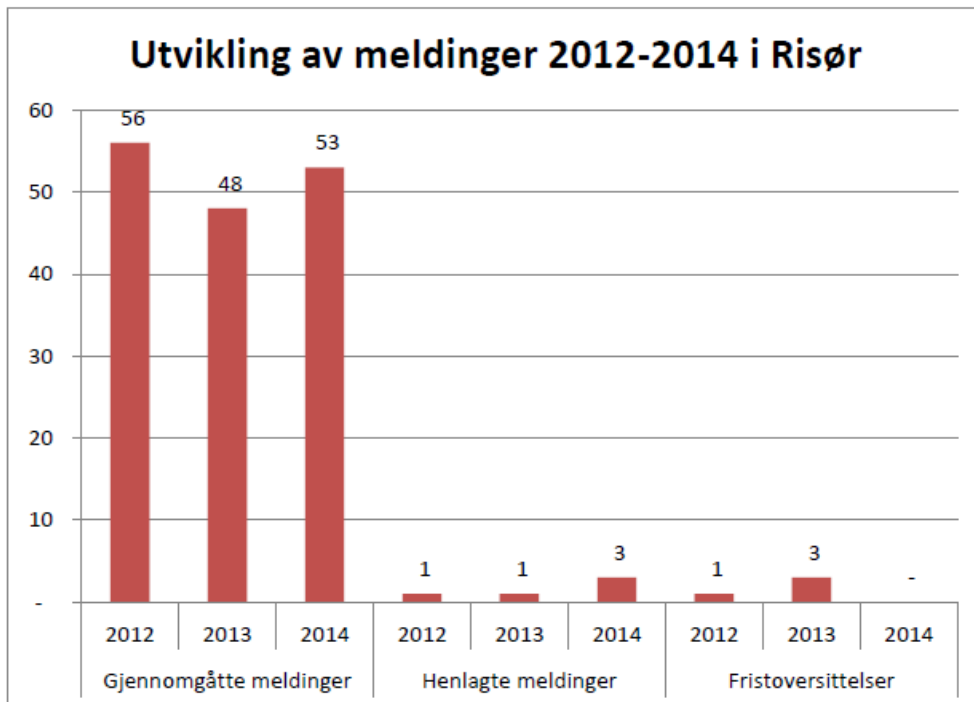
Risikofaktorer som øker sannsynligheten for at barn skal ha behov for tiltak i barnevernet er bl.a. foreldres psykiske sykdom eller rusmiddelbruk, vold i hjemmet, foreldre som er langtidsledige eller trygdemottakere og fattigdom.

Kommunene i Aust-Agder har i perioden 2010-2014 fått tildelt 19,2 nye stillinger gjennom det statlige barnevernsløftet. Dette utgjør en betydelig økning. Fylket har også fått midler til kompetanseheving. Ved to anledninger har barnevernsledere og Fylkesmann blitt enige om å bruke kompetansemidler i felles opplegg. I 2011-2012 gjennomførte vi således felles videreutdanning for halvparten av alle barnevernsarbeidere i fylket. I 2014 har Fylkesmennene i Aust-Agder og Vest-Agder fått innvilget 1,6 millioner til å utdanne 60 barnevernsarbeidere i profesjonell samtalemotodikk med barn. Flere av kommunene har til tross for styrking av stillinger og kompetanse fortsatt problemer med å sikre barn rett hjelp til rett tid.

Etter mye fram og tilbake er det nå klart at foruten Risør, Tvedestrand og Gjerstad skal også Åmli og Vegårshei være med i dette interkommunale samarbeidet. Det er ansatt felles barnevernleder, og felles bygg er i ferd med å bli bygd på Broklandsheia. Felles barnevern skal være operativ fra nyttår 2016. (Fylkesmannens kommunebilde 2015)



Andel barn med barnevernstiltak ift innbyggere 0-17år. Kilde: SSB/KOSTRA (endelige tall 15.05.2015)



Utviklingen av meldinger i kommunen 2012 - 2014. Kilde: SSB/KOSTRA (reviderte tall 15.5.15)

2.2.12 Oppsummering av tilstand og påvirkningsfaktorer

Vi har, lokalt i Risør og i regionen, utfordringer på en rekke indikatorer som sammen gir et bilde av befolkningens levekår. Andelen av befolkningen med annen inntektskilde enn arbeid er større enn gjennomsnittet i landet, og særlig er antall unge uføre noe å være oppmerksom på. Statistisk ser en sammenheng mellom utdannings- og inntektsnivå og helse, og både utdannings- og inntektsnivå er lavere i Risør enn gjennomsnittet i landet.

Skoleresultatene har vært under landsgjennomsnitt, men det har vært en positiv utvikling de senere år. Skoleresultater henger blant annet sammen med foreldrenes utdanningsnivå og gode læringsmiljø. Det er høyere trivsel og mindre mobbing/utestenging ved skolene i Risør. UngData-undersøkelsen viste at ungdom i Risør har bedre relasjon til sine foreldre enn landsgjennomsnittet, noe som gir et godt utgangspunkt for samarbeidet hjem-skole. Dette samarbeidet er en viktig del av rollen barnehage, skole og helsetjeneste har i det å ruste barn og unge til videre skolegang og deltakelse i arbeidslivet.

- Andelen med videregående eller høyere utdanning er lavere enn landsnivået.
- Færre på laveste mestringsnivå i regning og lesing, flere på høyeste
- Frafall i videregående skole er et omfattende problem i hele landet, også i Risør. Frafall i videregående skole reduserer mulighetene i arbeidsmarkedet og øker risikoen for uføretrygd og dårligere levekår og helse, og på disse indikatorene har vi sett at Risør har dårligere score enn landsgjennomsnittet.
- Lavere medianinntekt, flere barn i lavinntektshusholdninger, men mindre inntektsulikhet
- Andel uføretrygdede under 45 år er høyere enn i landet forøvrig.
- Arbeidsledigheten er høyere enn landsgjennomsnittet.

- Svært høy andel sosialhjelpsmottakere og mange med langtids sosialhjelp.
- Færre legeårsverk, men flere fysioterapi- og psykiatrisk sykepleierårsverk
- Behovet for en større, og mindre sårbar barneverntjeneste har ført til ønske om samarbeid med omkringliggende kommuner. Felles barneverntjeneste for kommunene i Østre Agder skal være operativ fra nyttår.

2.3 FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Fysiske, kjemiske, og biologiske faktorer i omgivelsene kan være viktige medvirkende årsaksfaktorer til utvikling av en rekke sykdommer og helseskader, inklusive kreft og arvelige sykdommer, luftveissykdommer, allergier, skader på immunsystemet, reproduksjonsskader, skader i organsystemer, infeksjonssykdommer, forgiftninger og ulykker.

Kilde: Folkehelseinstituttets rapport «Miljø og helse – en forskningsbasert kunnskapsbase»

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Risør
Miljø	11 God drikkevannsforsyning	0	89	89	prosent	
	12 Forsyningsgrad, drikkevann	87	83	89	prosent	
	13 Personskader, behandlet i sykehus	13	14	13	per 1000 (a,k*)	

11. 2013, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli (der minst 12 prøver er analysert) og stabil drikkevannsleveranse. Omfatter rapportpliktige vannverk. 12. 2013, befolkning tilknyttet rapportpliktige vannverk i prosent av totalbefolkningen. 13. 2011-2013.

2.3.1 Drikkevannsforsyning

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og E.coli er en av de mest sentrale parametere for kontroll.

Statistikken gjelder den delen av befolkningen som får vann fra rapportpliktige vannverk. Når man vurderer kommunens drikkevannsforsyning, må det tas hensyn til hvor stor del av befolkningen som er tilknyttet slike vannverk. I Risør kommune var det 87 % av befolkningen i 2013 (indikator 12, forsyningsgrad).

Indikator 11. God drikkevannsforsyning viser andelen personer tilknyttet vannverk med både tilfredsstillende resultater med tanke på E. coli/koliforme bakterier og med under 30 minutter ikke-planlagte avbrudd i løpet av 2013.

Risør kommune tilfredsstiller kravet 100 % når det gjelder E.coli/koliforme bakterier, men det skal også være under 30 minutter med ikke-planlagte avbrudd. Sommeren 2013 hadde vi hendelsen på vannverket som førte til at mange abonnenter var uten vann i lang tid, og dette gjorde at det for 2013 ble rapportert høye tall for ikke-planlagt avbrudd i drikkevannsforsyningen.

Under er tallene som er bakgrunnen for indikatoren og her vises hygienisk kvalitet som 100% tilfredsstillende, mens leveringsstabiliteten er 100% ikke tilfredsstillende. God drikkevannsforsyning får altså 0% fordi vi ikke har tilfredsstilt leveringsstabiliteten.

År				2013
Geografi	Måltall	Forsyningskvalitet	Parameter	
Aust-Agder	prosent	tilfredsstillende analyseresultater	hygienisk kvalitet	99,1
			leveringsstabilitet	89,4
		ikke tilfredsstillende analyseresultater	hygienisk kvalitet	0,1
			leveringsstabilitet	10,6
	dekningsgrad	tilfredsstillende analyseresultater	hygienisk kvalitet	83
			leveringsstabilitet	83
ikke tilfredsstillende analyseresultater		hygienisk kvalitet	83	
		leveringsstabilitet	83	
Risør	prosent	tilfredsstillende analyseresultater	hygienisk kvalitet	100,0
			leveringsstabilitet	0,0
		ikke tilfredsstillende analyseresultater	hygienisk kvalitet	0,0
			leveringsstabilitet	100,0
	dekningsgrad	tilfredsstillende analyseresultater	hygienisk kvalitet	87
			leveringsstabilitet	87
		ikke tilfredsstillende analyseresultater	hygienisk kvalitet	87
			leveringsstabilitet	87

Drikkevannskvalitet – analyseresultater mht. E. Coli 2013. Årlige tall. Kilde: Kommunehelse

På landsbasis er årlig gjennomsnittlig ledningsfornyelse på 0,45 % for avløpsledninger og 0,66 % for vannledninger. For Risør er disse tallene henholdsvis 0,31 % og 0,22 % for 2012. Det er nødvendig å øke utskiftingstakten til over 1 % for at ikke regningen skal bli overlatt til kommende generasjoner. Plan for utskifting i henhold til den kommunale hovedplanen for vann og avløp vurderes årlig i Handlingsprogram og økonomiplan.

2.3.2 Luftkvalitet

Begrunnelse for valg av indikator: Luftforurensning kan utløse og forverre sykdommer, først og fremst i luftveiene og i hjerte- og karsystemet. Særlig blant dem som allerede har astma, KOLS eller hjertesykdom vil det være noen som er følsomme for luftforurensning. Nyere forskning gir stadig sterkere holdepunkter for at luftforurensning også kan påvirke nervesystemet og sykdommer som diabetes og lungekreft. Mens kortvarige episoder med forurenset luft kan forverre eksisterende sykdom, kan langvarig eksponering også bidra til utvikling av sykdom. Kilder: Miljøverndirektoratet og Folkehelseinstituttet.

Det er lite luftforurensning fra trafikk og næringsliv i Risør kommune, men lukt og allergiframkallende stoffer er også sider ved luftkvaliteten som kan påvirke helsen. Krav til universell utforming følges ved beplantning av nye offentlige utemiljøer, som for eksempel trærne i Kragsgata og beplantning på Sønedeled skole og i Hasdalsparken, for å ta hensyn til astma- og allergiplager.

År			2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013
Geografi	Legemiddelgruppe	Måltall					
Aust-Agder	Allergimidler (R06A, R01AC, R01AD, R01B, S01G)	per 1000, standardisert	152,3	152,6	155,0	157,4	159,8
		forholdstall (Norge=100), standardisert	101	102	103	104	105
Risør	Allergimidler (R06A, R01AC, R01AD, R01B, S01G)	per 1000, standardisert	132,8	130,5	131,7	136,2	142,4
		forholdstall (Norge=100), standardisert	88	87	88	90	93

Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: SSB/Kommunehelse statistikkbank

2.3.3 Forurensning

Kommunen har tilsynsmyndighet etter forurensningsloven. Fylkesmannen er særlig opptatt av at kommunen følger opp tilsyn med små avløpsanlegg og forsøpling.

Kommunen har utfordringer med avfallshåndteringen på Hestemyr.

Konsesjonen gir rom for en del luktutslipp, og boliger i nærområdet er frarådet fra Fylkesmannens side. Det har imidlertid kommet klager fra det nærliggende industriområdet. Det er særlig luktproblemer knyttet til behandling av matavfall og tilfeller av feil i prosessene i komposteringsranker. Det er utarbeidet en rapport (HØST) vedrørende mulige tiltak for å redusere luktplagene. I tettbebygde strøk er fulle søppelkasser, rotter og lukt en særlig utfordring i sommerhalvåret.

Hytterrenovasjon som ikke er kildesortert bidrar til økte utfordringer på fyllinga med lukt, måker, sigevann og så videre. Det er krav om renovasjonsboder i alle nye hyttefelt, men ikke uttalt krav om kildesortering.

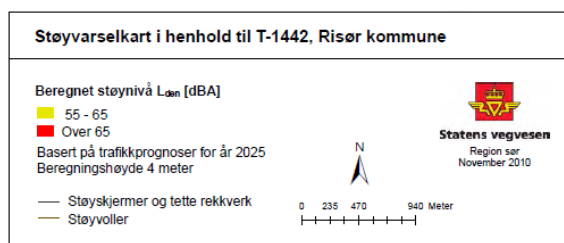
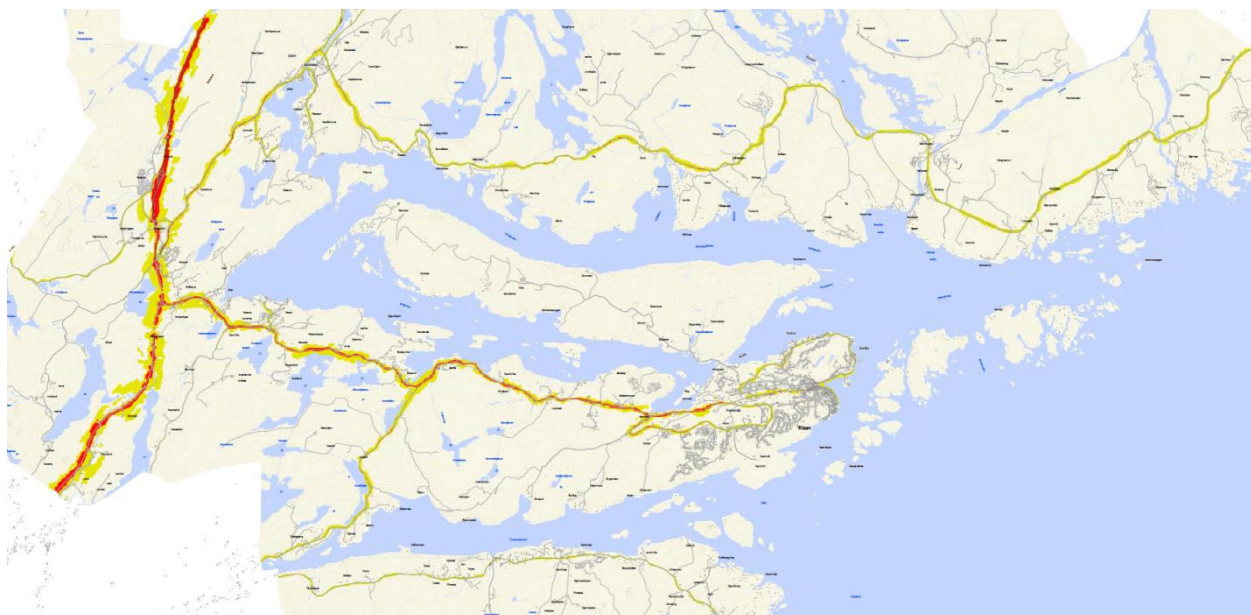
2.3.4 Støy

Begrunnelse for valg av indikator: Støy kan virke negativt på trivsel, prestasjonsevne, søvn, kommunikasjon og sosial atferd. Støy kan også bidra til søvnproblemer og stressrelaterte sykdommer. Kraftig støy kan forårsake hørselsskade.

I Risør sentrum har det de senere år vært motstridende interesser mellom utelivsbransjen og beboere. Skjenketiden utendørs ble utvidet fra klokka 24.00 til klokka 02.00 i 2010 som en prøveordning som senere har vedvart. Det ble gjennomført spørreundersøkelse blant 224 husstander med fast bostedsadresse i sentrum og innhentet uttalelser fra blant annet politi og havneverter. Evalueringsutvalget konkluderer at til tross for at undersøkelsen har begrenset verdi på grunn av lav svarprosent (26 %), viser den at den utvidede skjenketiden utendørs har medført forlenget nattetøy, nedsatt trivsel og materielle bekymringer for naboer nærmest skjenkestedene.

Støy fra trafikkårer er i liten grad en utfordring i Risør kommune i dag. Statens Vegvesen kartlegger utendørs støy langs de mest trafikkerte veistrekningene, og ingen av disse går gjennom Aust-Agder.

Risør kommunes arealstrategi sier at nye boligfelt skal plasseres langs kollektivaksene. Boliger bygges fortrinnsvis utenfor rød og gul sone i støyvarselkartet slik at behov for støyskjerming unngås.



Støyvarselkartene er utarbeidet etter Miljøverndepartementets retningslinje for behandling av støy i arealplanlegging (T-1442). Støyvarselkartene viser beregnet rød ($L_{den} > 65 \text{ dB}$) og gul ($L_{den} > 55 \text{ dB}$) støysone langs riks- og fylkesveg. Støyvarselkartene fra Statens vegvesen viser en prognosesituasjon 15–20 år fram i tid. Det vil si at årssdøgntrafikk, som er en av de viktigste parameterne i støyberegningsmodellen, er fremskrevet (basert på prognoser) til oppgitt beregningsår.

Kilde: <http://www.vegvesen.no/Fag/Fokusomrader/Miljo+og+omgivelser/Stoy/Stoykart/Aust-Agder>

Boliger i nærheten av industriområder kan være mer utsatt for støy (Krana, Moland Øst og Vest samt Hestemyr), og det er i de fleste tilfeller spesifiserte støybestemmelser i reguleringsplanene for områdene. Det er også egne krav for Ravneberget pukkverk som er fastsatt i reguleringsplan.

2.3.5 Klimaendringer og helse

Klimaforandringer, i form av temperaturøkning og forurensing, påvirker helsa indirekte og direkte. På global basis bidrar klimaendringene til økt forekomst av sykdom. Mer lokalt vil det påvirke utbredelsen av flåttbårne sykdommer, samt utbredelsen av pollenallergi. Når polisen smelter, kan det frigjøre miljøgifter og øke mengden miljøgifter i fisk og skaldyr. Kilde: Folkehelse rapporten 2014

2.3.6 Vaksinasjon og smittsomme sykdommer

Smittsomme sykdommer er ikke lenger det største folkehelseproblemet i Norge, men for å holde disse sykdommene i sjakk, er det svært viktig å opprettholde et godt smittevern og et effektivt vaksinasjonsprogram. For mange potensielt farlige sykdommer er vaksinasjon det mest effektive forebyggende tiltaket man kjenner. Tall på vaksinasjonsdekning kan være til hjelp i vurdering av smittevernet i befolkningen samt vaksinasjonsprogrammets effektivitet. Ved et effektivt vaksinasjonsprogram med høy vaksinasjonsdekning vil det sirkulere

lite smitte i befolkningen, og det vil føre til at de uvaksinerte indirekte blir beskyttet. Dette kalles flokkimmunitet. Kilde: Folkehelseinstituttet

Vaksinasjon er viktig også i voksen alder. For influensavaksine er det et mål å øke vaksinasjonsdekningen i risikogrupperne. Polio er på nytt en trussel mot internasjonal folkehelse. WHO har som mål å utrydde polio, meslinger og røde hunder.

Meslinger, kuma, røde hunder (MMR), kikhoste, difteri, stivkrampe, polio og Haemophilus influenzae type B (Hib) og pneumokokk

Andelen barn som vaksineres i Risør har vært på linje med landsgjennomsnittet, men har gått noe ned i den yngste aldersgruppen de siste årene.

År			2005-2009	2006-2010	2007-2011	2008-2012	2009-2013
Geografi	Alder	Måltall					
Aust-Agder	2 år	andel (prosent)	92,4	92,6	92,6	93,3	93,5
		forholdstall (Norge=100)	101	100	100	100	100
	9 år	andel (prosent)	93,8	94,0	93,6	93,3	93,2
		forholdstall (Norge=100)	100	100	100	99	99
Risør	2 år	andel (prosent)	96,1	94,3	93,5	93,2	91,7
		forholdstall (Norge=100)	105	102	101	100	98
	9 år	andel (prosent)	94,5	94,1	94,1	95,1	94,8
		forholdstall (Norge=100)	101	100	100	101	100

Andelen barn som er fullvaksinerte mot henholdsvis meslinger, kuma, røde hunder (MMR), kikhoste, difteri, stivkrampe, polio og Haemophilus influenzae type B (Hib) og pneumokokk ved henholdsvis 2 og 9 års alder, i prosent av alle barn i aldersgruppen 2 år og 9 år. Statistikken viser 5 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 5-årsperioder). Kilde: SSB/Kommunehelsa statistikkbank.

Helsestasjonen har god kontroll på status for vaksinasjon. De går igjennom SYSVAC årlig og i 2015 viste nærmere undersøkelser at blant 2-åringene er det tre foreldre som ikke ønsket vaksinasjon, blant 9-åringene én. Det er også noen 16-åringene som ikke er fullvaksinerte, hvorpå de tilskrives og bes om å komme til vaksinerings. Helsestasjonen går ikke videre med saken dersom noen unnlater å svare på henvendelsen. De noe lave tallene for vaksinasjonsdekning i kommunen kan også tilskrives flyktninger som har påbegynt vaksinerings, men som enda ikke er fullvaksinerte.

I løpet av 2015 skal eksisterende Smittevernplan og plan for helsemessig beredskap revideres.

Skogflåttencefalitt (TBE-virus) og borreliose (borrelia)

Det er store forskjeller lokalt og regionalt på om flått er bærer av borrelia eller ikke (fra 0 til 100 %). En undersøkelse i 2005 viste at generelt var 40-60 % av voksne flått infisert med borrelia. (Nygård, Brantsæter & Mehl 2005). Bare 0,2 – 0,3 % av flått på Sørlandet er infisert med TBE-virus. (Skarpaas et al. 2006). Bare en liten andel av dem som smittes med enten borreliabakterien eller TBE-viruset vil utvikle alvorlig sykdom. Både larver, nymfer og voksne flått suger blod av mennesker. Larvene er så små og sitter så løst at de lett kløs av uten at man blir klar over at de har bitt seg fast. Nymfene, som er noe større, ramler også lett av når man klør seg. Det er spesielt nymfestadiet som er regnet for å utgjøre den største risikoen når det gjelder borreliose hos mennesker. Dessverre er behandling ikke en garanti for å bli frisk. For pasienter som får tidlig diagnose og tidlig behandling er utsiktene gode. For pasienter som går i

lang tid – ofte flere år – er veien tilbake til et vanlig liv mye lengre. Mange opplever sterk forbedring av god antibiotikabehandling, men mange får tilbakefall når behandlingen stanser. For andre er effektene av behandling varig. Kilde: Friluftsrådet Sør, <http://www.friluft-sor.no/friluft/images/stories/Prosjekt/Rapporten.pdf>

Skogflåttencefalitt (hjernebetennelse) skyldes en infeksjon med tickborne encephalitis (TBE) -viruset i sentralnervesystemet. Viruset kan overføres gjennom flåttbitt. Infeksjonen gir stor variasjon i det kliniske bildet, fra ingen symptomer til svært alvorlig sykdom. Kilde: Fhi: Flått og flåttbårne sykdommer – Årsrapport for 2014, <http://www.fhi.no/dokumenter/0998b5747c.pdf>

Lyme borreliose er den vanligste flåttbårne sykdommen i Norge og ellers i Europa. Sykdommen forårsakes av bakterien *Borrelia burgdorferi* som kan overføres gjennom flåttbitt. Borreliose kan manifestere seg på ulike måter. Diagnostikk og behandling er utfordrende og stadig utsatt for diskusjon. I 2014 ble det meldt 321 tilfeller av Lyme borreliose til MSIS, mens det ble registrert 315 tilfeller året før. Av disse var 80 % smittet i Norge. Ifølge kriteriene for melding er det kun de alvorlige tilfellene av Lyme borreliose som skal meldes. En regner med at over 50% av personer med symptomer behandles med antibiotika uten at det er meldt til MSIS.

Det viktigste forebyggende tiltaket for å unngå sykdom som overføres med flåttbitt, både skogflåttencefalitt og Lyme borreliose, er å unngå å bli bitt av flått. Et effektivt forebyggende tiltak er å bruke lange bukser og være godt tildekket ved ankene når man ferdes i områder med mye flått. Det finnes en vaksine mot sykdommen skogflåttencefalitt, men den har ingen effekt på annet enn TBE-virus. Mot borreliose finnes ingen vaksiner.

TBE-viruset forekommer flere steder i Europa, og i de senere år har det etablert seg hos flåtten langs kysten i Agderfylkene, Telemark, Vestfold og Østfold. I 2014 ble det meldt 13 tilfeller av skogflåttencefalitt, hvorav 9 var smittet i Norge. I 2007 var det meldt 1 tilfelle av smittested Risør, og i 2010 2 tilfeller. (Kilde: Fhi)

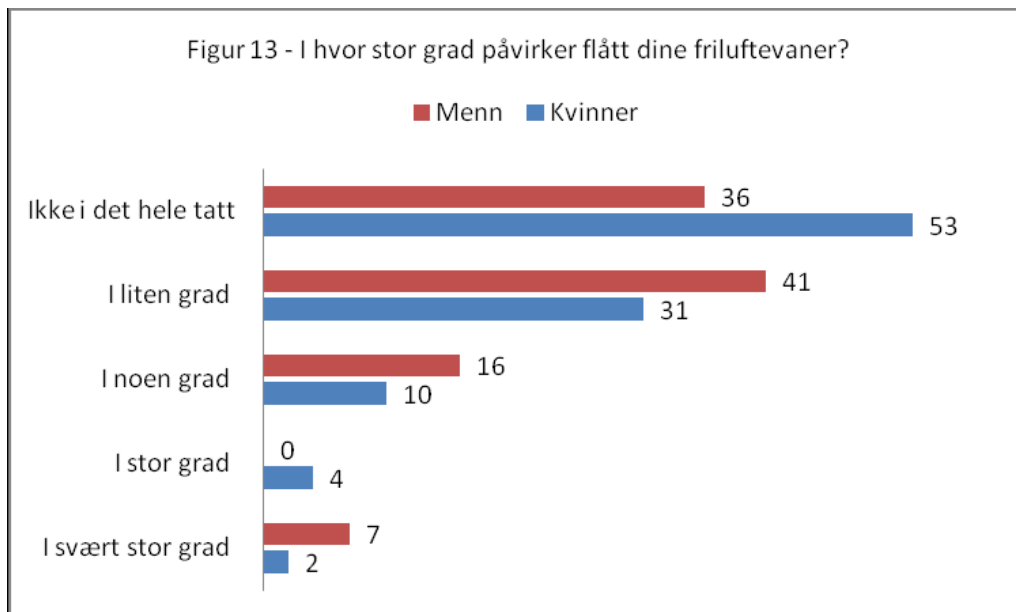
Friluftsrådet Sør gjennomførte i 2012-13 en undersøkelse om friluftsvaner i regionen⁶. Deltakelsen i undersøkelsen var størst blant kvinner, og i aldersgruppene fra 30 – 60 år. Relatert til folketall var det størst oppslutning i kommunene Risør, Tvedestrand og Vegårshei.

Friluftsrådet Sør har gjennom samarbeid med kommuneoverlege Harald Reiso i Arendal kommune undersøkt nærmere hva det betyr for befolkningen i vår region at flått (*Ixodes ricinus*) har fått et solid fotfeste på Sørlandet. Ikke minst er det grunn til å understreke at flertallet av antall tilfeller som har fått påvist TBE i Norge, kan koples til friluftaktivitet på Tromøy. Friluftundersøkelsen viste at hele 93 prosent oppga at de ville kjenne igjen en flått om de så en, mens bare 2 prosent svarte nei på spørsmålet. Så å si alle deltakerne har fått med seg at man skal fjerne flåtten straks man merker at den er i ferd med å feste seg. På

⁶ Den nettbaserte undersøkelsen ble gjennomført i perioden 2012-2013 og rapporten ferdigstilt i 2014. Undersøkelsen bygger ikke på et tilfeldig utvalg, men på frivillig deltakelse av 110 kvinner og 61 menn. Det er grunn til å anta at de som har deltatt er over middels interessert. Friluftsrådet Sør ønsker at et uavhengig byrå bør engasjeres til å utføre undersøkelsen med utgangspunkt i et tilfeldig utvalg. Dette for å korrigere for den positive skjevhet som sannsynligvis foreligger blant svarene i den frivillige undersøkelsen.

spørsmålet om hvor mange flåttbitt hver enkelt registrerte å ha fått i foregående år, var det kun 36 prosent som ikke har registrert å ha blitt bitt av flått, mens 12 prosent har registrert mer enn 5 bitt. På spørsmål om i hvor stor grad flått påvirker friluftsvanene fant man at:

- 53 % av kvinnene og 36 % av mennene ikke påvirkes i det hele tatt - de går hvor som helst
- 31 % av kvinnene og 41 % av mennene i liten grad påvirkes - de liker seg i skogen men går bare på brede stier
- 10 % av kvinnene og 16 % av mennene i noen grad påvirkes - de går helst tur på veier og fortau
- 4 % av kvinnene og ingen av mennene i stor grad påvirkes - de går ikke utenfor egen hage
- 2 % av kvinnene og 7 % av mennene i svært stor grad påvirkes - de holder seg mest inne



Friluftundersøkelsen, Friluftsrådet Sør

Omlag 7 % av deltakerne i undersøkelsens adferd i naturen endres i stor eller svært stor grad på grunn av flått. Legger vi til gruppa som helst går tur på veier og fortau utgjør dette til sammen 23 % av den mannlige befolkningen og 16 % av den kvinnelige delen av befolkningen.

Ser vi nærmere på forskjellen mellom kjønn, skiller den seg mest ut ved at menn har en mye høyere andel som oppgir å ha fått flere enn 5 bitt. Hele 10 % av kvinnene og 6 % av mennene som har deltatt i undersøkelsen har en eller annen gang fått påvist borreliose. Ingen menn, men 2 % av kvinnene har fått påvist TBE. Vaksinasjonsraten mot TBE ligger på 7–8 %. 74 % av deltakerne i undersøkelsen kjenner noen med de to formene for flåttbåren sykdom (borreliose og TBE).

2.3.7 Arealplanlegging

Fylkesmannens fokusområder innen arealplanlegging inkluderer

- Naturmangfold, vassdrag, viktige landskapsverdier og friluftsliv skal ivaretas gjennom arealforvaltningen

- Strandsonen skal forvaltes i samsvar med statlige planretningslinjer for differensiert forvaltning av strandsonen langs sjøen
- Arealforvaltningen skal bidra til reduserte utslipp av klimagasser gjennom utbyggingsmønstre som reduserer energi- og transportbehovet, jf. statlig planretningslinje for kommunal klima- og energiplanlegging og rikspolitiske retningslinjer for samordnet areal- og transportplanlegging
- Landbruksarealene skal sikres gjennom aktivt jordvern
- Barn og unges interesser skal sikres gjennom arealforvaltningen
- Samfunnssikkerhet og beredskap skal ivaretas i arealplanleggingen.

Fylkesmannens kommunebilde 2015 oppgir at det generelle inntrykk av kommunens planarbeid er at kommunen har god kompetanse på dette området. Fylkesmannen berømmer kommunen for et svært godt arbeid med kommuneplanen, både når det gjelder kvalitet og prosess, herunder medvirkning. I 2014 ble det ikke fremmet innsigelse til noen planer, verken fra Fylkesmannen eller etter statlig samordning.

2.3.8 Gang- og sykkelveier

Begrunnelse for valg av indikator: Gang- og sykkelveier er viktige indikatorer som synliggjør kommunens tilrettelegging av fysisk aktivitet i nærmiljøet og i kommunen generelt. Gang- og sykkelveier gjør det mulig å øke hverdagsaktiviteten ved å gå eller sykle til skole, jobb og fritidsaktiviteter på en aktiv, trygg og miljøvennlig måte. Økende avstand til grøntområde gir nedgang i bruk av området, spesielt for barn og eldre.

Konsekvenser av for dårlige gang- og sykkelveier kan være at barn kjøres til skole og aktiviteter, mindre muligheter for fysisk aktivitet i hverdagen, mer forurensing, samt at det utgjør en trafiksikkerhetsrisiko.

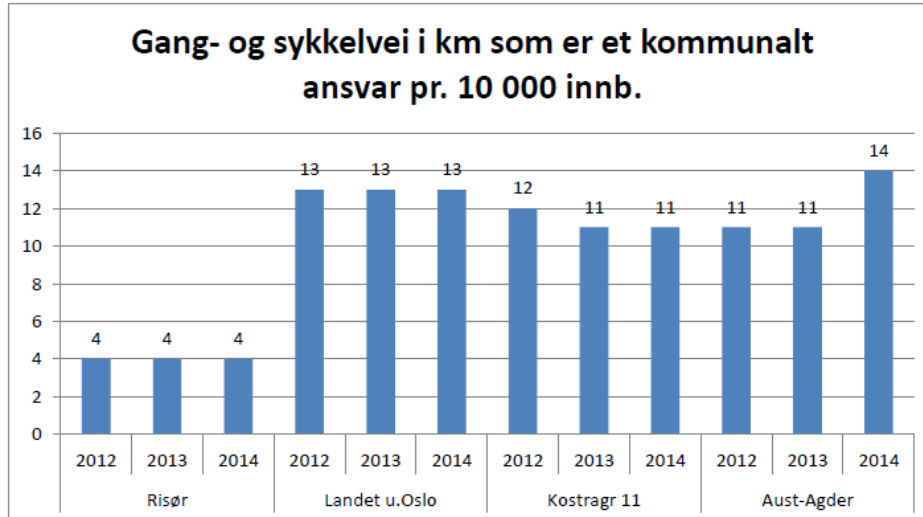
Den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2013/2014⁷ viser at andelen som alltid har tilgang til bil har økt noe siden 2009. I samme periode er kollektivtilbudet blitt bedre. Det var vært en liten økning i sykkelbruk og i bilførerreiser. Nesten 90 prosent av befolkningen i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere har egen parkeringsplass ved boligen. Reisene er i gjennomsnitt lengre enn i 2009. På de lengste reisene har flyet økt sin andel på bekostning av bilen. 55 prosent av de daglige reisene gjøres som bilfører, åtte prosent som bilpassasjer, 21 prosent til fots, fem prosent på sykkel og 10 prosent kollektivt.

Kollektivandelen i Risør kommune er lav. Hovedutfordringene med lokal- og regionalrutene er lav frekvens, dårlig dekning og tidsbruk. Bussholdeplassene er i liten grad tilrettelagt med universell utforming. Kun et fåtall av bussene kjører nedentom byen, de fleste har rutebilstasjonen som avgangs- og ankomststed. Det er ikke korresponderende busser mellom Risør og togstasjonen i Gjerstad.

Ifølge KOSTRA har Risør kommune kun 4 kilometer med sykkel-, gangveier og turstier som kommunen har ansvar for per 10 000 innbyggere, og dette tallet har

⁷ <https://www.toi.no/publikasjoner/den-nasjonale-reisevaneundersokelsen-2013-14-nokkelrapport-article32973-8.html>. Om lag 60 000 personer fra 13 år og eldre er intervjuet om reiseaktivitet og tilgang til transportmidler. I Arendalsregionen (Arendal, Risør, Grimstad og Tvedestrand) ble det gjennomført ca 1380 intervjuer.

stått stille i mange år. Det meste av gangveier i Risør kommune vises ikke i dette tallet ettersom de er langs fylkesveier. Tallet indikerer likevel at det hittil ikke har vært prioritert høyt å etablere gang- og sykkelstier på de kommunale veiene.



Sykel-, gangveier/turstier mv med kommunalt driftsansvar pr 10.000 innbyggere. Kilde: SSB/KOSTRA (reviderte tall 15.6.15)/Fylkesmannens kommunebilde 2015

Fylkesveg 416 fra Vinterkjær til Risør har lav standard og oppleves som en barriere for ferdsel til og fra byen. Veien er smal og svingete og det mangler belysning og tilrettelegging for gående og syklende. Det er et nasjonalt mål at 80 % av barn og unge skal gå/sykle til skolen. At mange barn kjøres til og fra skolen kan til dels tilskrives at det kun på enkelte steder i Risør og på noen av tettstedene er gang- og sykkelveier, men det er i tillegg viktig med holdningsskapende arbeid, både for barn og voksne. Det mangler mange parseller for å være et helhetlig og trafikksikkert tilbud. I Aust-Agders fylkesvegplan er bygging av gang- og sykkelveg fra Frydendal til Østebø prioritert men det er forsinkelser i prosessen fram mot ferdigstillelse.

2.3.9 Trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng

Begrunnelse for valg av indikator: Rekreasjonsareal og naturterreng er viktige indikatorer som synliggjør kommunens tilrettelegging av fysisk aktivitet i nærmiljøet og i kommunen generelt. Undersøkelser viser at syv av ti inaktive vil gå tur for å bli mer aktive. For å legge til rette for dette bør fremtidens bomiljøer utvikles slik at mennesker får lyst til å bevege seg mer i naturen og at det er trygt og enkelt å komme seg til rekreasjonsareal og naturterreng. Forskning tyder på at kortere avstand til turløyper er noe av det mest virkningsfulle tiltaket man kan sette inn for å få folk til å være mer aktiv i naturen (STImuli-prosjektet).

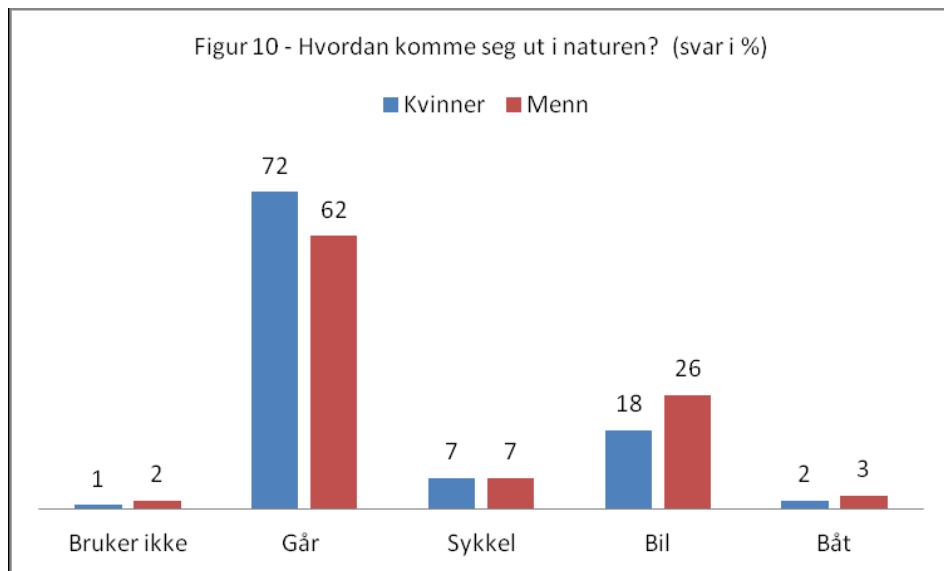
Definisjon på nærturterreng: Nærturterreng er naturområder større enn 200 dekar i tettsteder eller som grenser til tettsteder, inkludert parker og de fleste idrettsanlegg.

Definisjon på rekreasjonsareal: Naturområde større enn 5 dekar i tettsteder eller som grenser til tettsteder, inkludert parker og de fleste idrettsanlegg.

Definisjon på trygg tilgang: For at tilgangen til nærturterreng og rekreasjonsareal skal regnes som trygg, må innbyggerne kunne ferdes langs stier, gang- og sykkelveier eller på bilvei med liten trafikk og med lav

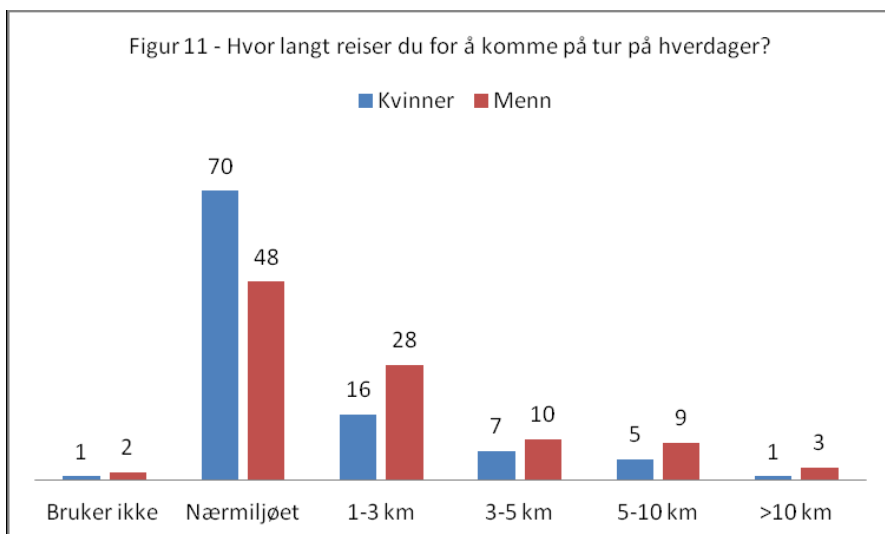
fartsgrense. Avstandskravet er satt til 500 meter for nærturterreng og 200 meter for rekreasjonsareal.

Friluftsrådet Sør kartla i sin Friluftundersøkelse (2014) hvor bilbasert dagens friluftsliv har blitt. Nærhet til friluftsområdene og avstanden til stier og turveier i nærmiljøene vil her være avgjørende faktorer. Kort avstand gir hyppigere bruk, mens mange reiser lenger for å oppsøke andre opplevelsesområder i helgene. I et bærekraftig utviklingsperspektiv er det ønskelig med et friluftsliv som genererer lavest mulig forbruk av fossilt brensel.



Friluftundersøkelsen, Friluftsrådet Sør.

Svarene viser at kvinner (72 %) er flinkere til å gå til/fra friluftsområdene de besøker, enn hva tilfellet er for menn. 70 % av kvinnene bruker nærmiljøet til hverdagsturer. Tilsvarende tall for menn er 48 %. Jevnt over reiser menn lenger enn kvinner for å komme på tur på hverdager. Kvinner er langt flinkere til å benytte seg av turmulighetene i nærmiljøet også i helgene, selv om andelen da halveres. Tilsvarende tall for menn faller enda kraftigere - til 18 %.



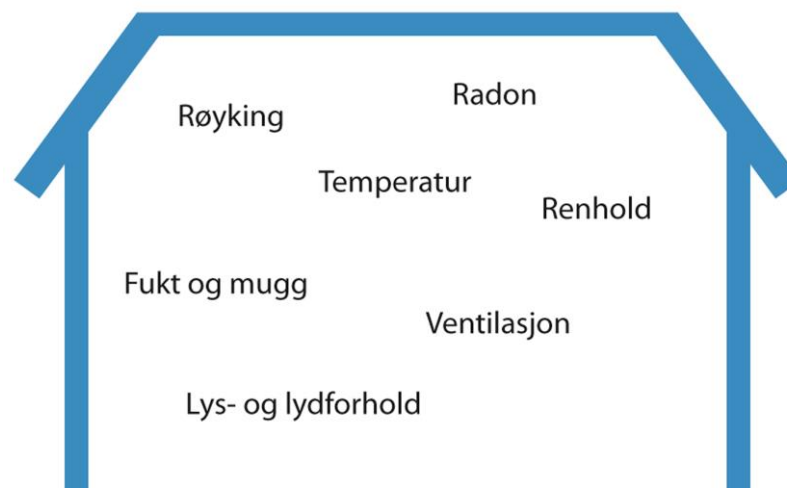
Friluftundersøkelsen, Friluftsrådet Sør.

Undersøkelsen viste videre at fred og ro, frisk luft og naturopplevelse har størst betydning for begge kjønn. Trim, opplevelsen av storheten i skaperverket og sosiale relasjoner havner i en mellomstilling. Matauk og spenning og mestring betyr minst.

2.3.10 Miljørettet helsevern, barnehager og skoler

Begrunnelse for valg av indikator: Godt inneklima fremmer helse og velvære. Motsatt kan dårlig inneklima føre til ubehag som følelse av tørr luft, irriterte slimhinner, hodepine og trøtthet. Det er god dokumentasjon på at fuktskader i boliger, barnehager og skoler har uheldig innvirkning på forekomst og alvorlighetsgrad av astma og allergi. Barn og unge er særlig sårbare for forurenset inneluft. Kilde: fhis Folkehelseprofil 2014

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler skal sikre det fysiske og psykososiale «arbeidsmiljøet» til barna. I følge forskriften skal skoler og barnehager godkjennes av kommunen med tanke på miljørettet helsevern. For å få status som godkjent, stilles det krav til en rekke forhold, blant annet inneklimate. I tillegg stilles det krav til psykososiale forhold, sikkerhet, rengjøring og vedlikehold, smittevern og lyd- og lysforhold med videre.



De viktigste påvirkningsfaktorene for inneklimate. Kilde: fhis Folkehelseprofil 2014

Innemiljøet i barnehagene er jevnt over bra. Søndeled skole stod ny i 2013, og det meste av Risør barneskole ble renoverert i 2014. Noe arbeid gjenstår før alle skolebygg tilfredsstiller dagens krav.

Skoler, barnehager, tatovering og hulltaking er virksomheter som er godkjenningspliktige. De andre har meldeplikt ved oppstart og større endringer. Det kan være aktuelt å drive miljøretta helsevern interkommunalt, på en systematisk måte. En slik ordning bør drøftes i den interkommunale faggruppen for kommuneoverleger. Mandat for faggruppen ligger i interkommunal virksomhetsplan for kommunalsjefforum helse og omsorg som ligger til behandling i ordførermøtet i april. Mål: Utvikle det interkommunale samarbeidet på miljørettet helsevern (+ smittevern, folkehelse, helsemessig beredskap).

2.3.11 Radon

Det er lite forekomst av bergarter (f.eks. alunskifer) som avgir radioaktiv stråling i Risør kommune. Målinger foretatt i kommunale bygg og private husstander viser lave forekomster av radon. Der hvor radonmålingene angir et måleresultat i nærheten av tiltaksgrensen på 100 Bq/m³, gjøres en mer langvarig

måling enn standard ukesmåling. Det er målt radonnivå over grenseverdiene (235 Bq/m³) i ett kommunalt bygg, hvor tiltak vil iverksettes.

Begrunnelse for valg av indikator: Radon er en usynlig og luktfri gass som dannes kontinuerlig i jordskorpa. Utendørs vil radonkonsentrasjonen normalt være lav. Helsefare oppstår først når gassen siver inn og oppkonsentreres i vårt innemiljø. Radon kan da forårsake lungekreft, og risikoen øker med radonkonsentrasjonen i inneluften og med oppholdstiden.

Alle bygninger bør ha så lave radonnivåer som mulig og innenfor anbefalte grenseverdier: Tiltaksgrense er på 100 Bq/m³. Maksimumsgrenseverdi på 200 Bq/m³. Alle bygninger bør radonmåles regelmessig og alltid etter ombygninger. Radonmålinger bør utføres som langtidsmålinger i vinterhalvåret med sporfilmmetoden. Kilde: Statens strålevern

2.3.12 Sosialt miljø

Begrunnelse for valg av indikator: De som konsumerer kultur i en eller annen form opplever bedre helse, er mer tilfreds med livet sitt og har mindre forekomster av angst og depresjon, sammenlignet med folk som ikke er så opptatt av kultur. Forskning tyder på at kultur kan stimulere de oppbyggende kreftene i kroppen og hjelpe mennesker til å hente frem iboende ressurser i vanskelige livssituasjoner. De nordiske landene skårer høyt på ulike livskvalitetsindekser, og noen forskere peker på at en medvirkende årsak kan være at de nordiske landene har en aktiv kulturpolitikk og en stor frivillig sektor. (Folkehelsemeldingen Meld.St. 34 2012-2013, med henvisning til HUNT-studien)

Vi satser mye og bredt på kultur i Risør sammenlignet med de fleste andre kommuner. De mange frivillige legger ned tusenvis av timer i Risørs kulturliv. Vi har lands- og verdenskjente festivaler, satsing på bygningsvern og bevaring, kunst og design, båtbyggeriene på Moen og ikke minst Risørhuset, som nå er kraftig oppgradert. Risør kommune er utnevnt til Agders kulturkommune i 2015 og går videre til landsfinalen for å bli landets kulturkommune. Prisen «Norges kulturkommune» deles ut av Norsk kulturforum annet hvert år, og fokuserer på kommunenes kulturengasjement og innsats for det lokale kulturlivet. Norsk kulturforum ønsker gjennom prisen å synliggjøre kommunenes kulturengasjement og innsats i og for lokalt kulturliv, der hele befolkningen gis mulighet for meningsfull egenaktivitet og gode kulturopplevelser i tråd med kulturlovens intensjoner. Den første prisen ble delt ut i 1992. I begrunnelsen fra juryen, bestående av representanter fra Aust- og Vest-Agder fylkeskommuner og Norsk kulturforum, heter det blant annet:

“Risør har som Agders kulturkommune 2015 hatt en langsiktig, målrettet og egenartet satsning på kultur tuftet på kvalitet og bredde. Kommunen har gjennom mange år klart å skape og utvikle tydelige merkevarer for byen sin. Som for eksempel trehus, bymiljø, festivaler, kunst og design.

Gjennom stedsutvikling, kulturvern, tett samarbeid med det private og en tydelig forståelse av at «alle skal med» overbeviser Risør kommune med knappe 7000 innbyggere. Byen og kommunen oppleves som både internasjonal, nasjonal, regional og lokal og kan by på seg selv i alle sjikt.

De kulturpolitiske målsettingene er sterkt forankret i både kulturloven og kulturmeldingen. Kommunen har i 2014 reetablert et politisk kulturutvalg i en tid hvor mange kommuner har lagt de ned. Byen og kommunen evner å hente betydelig økonomiske ressurser fra eksterne, og deler raust ut igjen til ulike formål. Denne kommunen har også siden 1998 vedtatt at to prosent av entreprisekostnadene ved offentlige nybygg skal gå til kunstnerisk utsmykking. Kommunen har et veldig godt kulturtilbud til barn- og ungdom. Bredt anlagte tilbud som både er varierte, utviklende og ambisiøse. Kvalitetsmessig gode tilbud innenfor de aller fleste kunstdisiplinene. De evner å ta vare på bredden samtidig som de har et målrettet fokus på talentutvikling. Gode og varierte kulturarenaer og et godt samspill mellom det offentlige og frivillige.”

Kulturindeksen

[Norsk kulturindeks](#) er en årlig oversikt over kulturnivået i norske kommuner. Rapporten utarbeides av Telemarksforskning. Støtte til kunst og kultur forteller noe om aktiviteten i de kommunene som mottar støtte. Det er ti kategorier kommunene rangeres innenfor, og Risør kommune ligger i 2014 blant de 20 høyest rangerte i kategori 9: Sentrale tildelinger. Telemarksforskning har valgt tre støtteordninger med ulikt nedslagsfelt: Frifond, tildelinger fra Riksantikvaren og Norsk kulturminnefond samt tildelinger fra Norsk kulturråd og tildelinger over statsbudsjettet til stedbunden aktivitet. Her kommer Risør på 3 plass.

SENTRALE TILD.	Frifond		Riksantikvaren		Kulturrådet + Kulturdepartementet		Total
	per innb.	Rangering	per innb.	Rangering	per innb.	Rangering	
Kommune							
Halden	8,99	27 (65)	139,60	69 (33)	743,33	4 (159)	1 (42)
Stange	10,38	19 (105)	167,69	60 (23)	118,36	37 (37)	2 (7)
Risør	13,19	13 (45)	311,28	29 (24)	34,79	77 (67)	3 (3)
Karlsøy	13,71	10 (257)	219,37	46 (133)	42,84	70 (62)	4 (230)
Aurland	4,66	96 (257)	923,62	6 (51)	69,97	50 (48)	5 (118)
Berlevåg	24,60	1 (257)	891,70	7 (133)	0,00	174 (166)	6 (325)
Fjaler	8,11	34 (117)	35,05	152 (133)	1235,19	2 (1)	7 (38)
Hemnes	7,47	43 (257)	126,51	74 (133)	39,53	73 (68)	8 (237)
Nord-Aurdal	5,45	69 (57)	83,92	102 (66)	297,34	20 (23)	9 (5)
Bergen	4,45	104 (68)	95,32	95 (114)	626,44	8 (6)	10 (12)
Kautokeino	4,44	105 (257)	126,24	75 (133)	136,47	32 (166)	11 (325)
Solund	12,27	15 (15)	368,10	26 (133)	0,00	174 (166)	12 (67)
Tydal	23,15	2 (66)	225,69	44 (133)	0,00	174 (166)	13 (133)
Røros	5,19	76 (12)	70,66	113 (32)	129,86	34 (31)	14 (1)
Trondheim	7,82	38 (60)	25,03	173 (106)	514,80	13 (11)	15 (10)
Eid	10,12	20 (257)	129,94	71 (133)	10,12	134 (165)	16 (324)
Vega	16,35	6 (257)	216,68	47 (133)	0,00	174 (166)	17 (325)
Folldal	6,13	58 (257)	2417,07	2 (2)	0,00	174 (166)	18 (195)
Eidsvoll	5,38	71 (64)	37,46	148 (74)	436,33	15 (166)	19 (60)
Inderøy	3,43	133 (70)	125,80	77 (133)	137,65	31 (33)	20 (33)

Sentrale tildelinger til kultur. Kilde: Norsk teaterråd, Norsk musikkråd, Riksantikvaren, Norsk kulturråd og statsbudsjettet. Rangering fra 2013 vises i parentes.

2.3.13 Oppsummering av tilstand og påvirkningsfaktorer

Innen faktorene knyttet til miljø er det stort sett bedre forhold i Risør enn ellers i landet. Inneklima og uteområdene ved våre to største barneskoler er radikalt

forbedret med nye og renoverte skolebygg. De aller fleste innbyggerne har tilgang på vann av god kvalitet. Vannverket som forsyner majoriteten av befolkningen er imidlertid under stor belastning sommertid når befolkningen er mangedoblet.

- Lavere andel av befolkningen tilknyttet rapportpliktige vannverk
- Kommunalt drikkevann tilfredsstillende når det gjelder E.coli/koliforme bakterier
- Leveringsstabiliteten er ikke helt tilfredsstillende
- Lite forurensing fra trafikk og næringsliv
- Færre med allergimedisin
- Lavere vaksinasjonsdekning
- Ingen skoler og barnehager som ikke er godkjent av kommunen med tanke på miljørettet helsevern
- Lave forekomster av radon i kommunale bygg og private husstander
- Risør er landets kulturkommune2015
- God skåre på norsk kulturindeks

2.4 SKADER OG ULYKKER

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Risør
Miljø	11 God drikkevannsforsyning	0	89	89	prosent	
	12 Forsyningsgrad, drikkevann	87	83	89	prosent	
	13 Personskader, behandlet i sykehus	13	14	13	per 1000 (a,k*)	

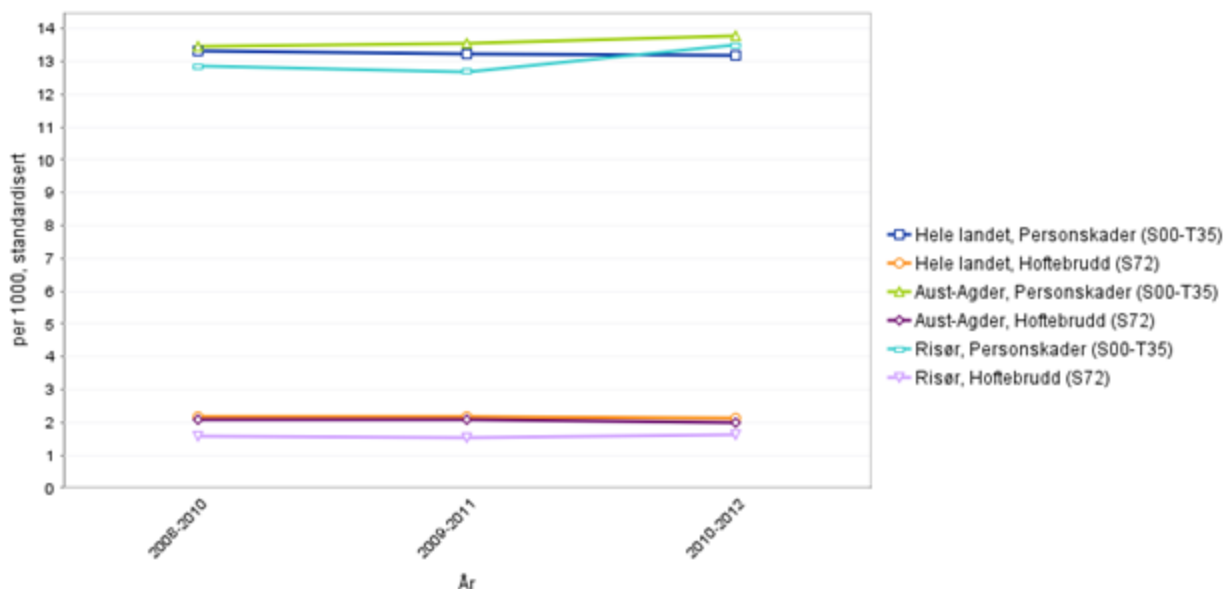
13. 2011-2013.

2.4.1 Personskader etter ulykker

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

I Risør ble i gjennomsnitt 13,5 personer per 1000 innbyggere lagt inn på sykehus per år i perioden 2010-2012. Dette er lavere enn gjennomsnittet i Aust-Agder, men noe høyere enn i resten av landet (hvor tallene var hhv. 13,8 og 13,2), og vi ser at det har vært en økning den siste toårsperioden.

Av dette var det 1,6 hoftebrudd per 1000 innbyggere per år i samme periode, en del lavere enn i resten av fylket og landet (hvor tallene var hhv. 2,0 og 2,1).



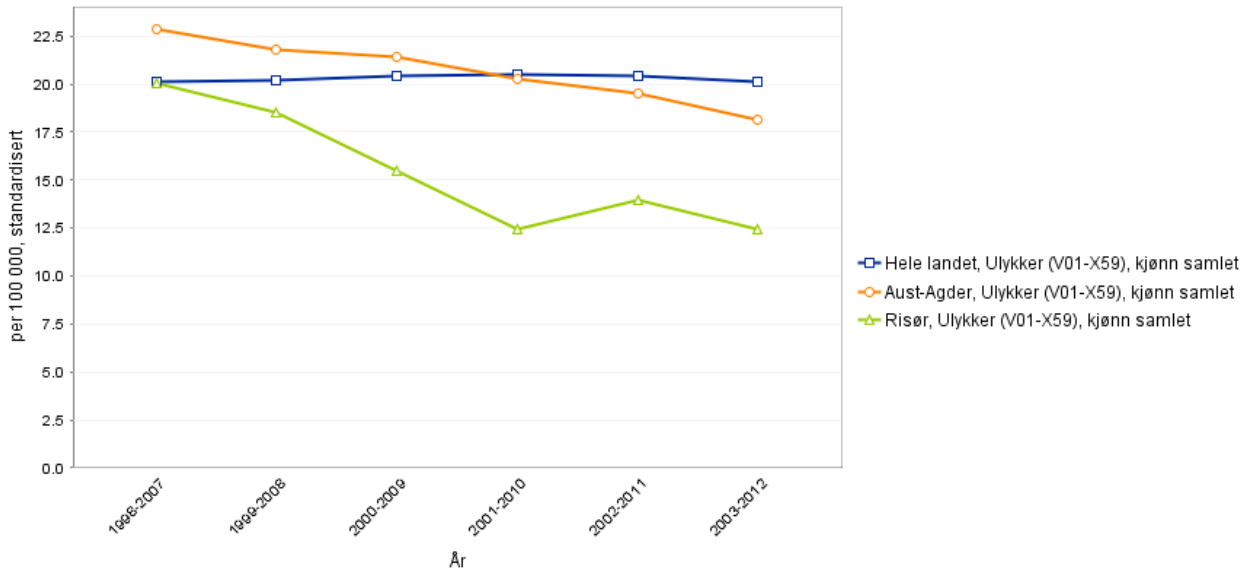
Personskader etter ulykker per 1000 innbyggere. Kilde: Kommunehelsetatistikkbank. Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

2.4.2 Dødelighet (0-74 år) etter ulykker

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: På landsbasis skyldes nesten fem prosent av alle dødsfallene ulykker. De fleste ulykker som fører til

dødsfall er fallulykker hos eldre over 75 år, dernest kommer trafikkulykker hos unge voksne. Den tredje vanligste årsaken til dødsulykker er drukning. Det er et betydelig potensial for forebygging av ulykker.

Det er langt lavere dødelighet etter ulykker i Risør enn i fylket og landet for øvrig, og det har vært en positiv utvikling de siste 25 årene.



Dødelighet (0-74 år) etter ulykker per 100 000 innbyggere. Kilde: Kommunehelsetatistikkbank. Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder).

I Folkehelseprofilen for Risør 2014 var antall hoftebrudd behandlet i sykehus per 1 000 innbyggere lavere enn i fylket og landet. Nå er denne indikatoren tatt ut.⁸

Folkehelseprofilen 2014⁹ viser at 425 personer i Norge døde i gjennomsnitt i fallulykker årlig i perioden 2008-2012 (Statistisk sentralbyrå, 2013a), de fleste over 70 år. Et vanlig utfall av fallulykker blant eldre er hoftebrudd, som er forbundet med en sterk overdødelighet. Selv om forekomsten av hoftebrudd i Norge har gått noe ned de siste årene, er antall hoftebrudd forventet å øke i fremtiden på grunn av økt andel eldre i befolkningen (Omsland, 2014). De samme tendensene ser man i andre vestlige land.

Det gjøres ikke registreringer på fallulykker i sykehjem i Risør og en har hittil ikke sett behov for å registrere dette spesielt.

⁸ <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/styringsdata-for-kommuner/Sider/styringsdata-kmf-somatiske-sykehus.aspx>

⁹ <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/folkehelseprofilen>

År			2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013
Geografi	Sykdomsgruppe	Måltall				
hele landet	Lårbensbrudd (inkl. hoftebrudd) (S72)	årlig antall	10 535,6	10 558,7	10 587,6	10 634,1
		per 1000, standardisert	2,2	2,2	2,1	2,1
Aust-Agder	Lårbensbrudd (inkl. hoftebrudd) (S72)	årlig antall	228,0	227,0	222,4	229,5
		per 1000, standardisert	2,1	2,1	2,0	2,0
Risør	Lårbensbrudd (inkl. hoftebrudd) (S72)	årlig antall	14,0	13,6	14,2	15,9
		per 1000, standardisert	1,6	1,5	1,6	1,8

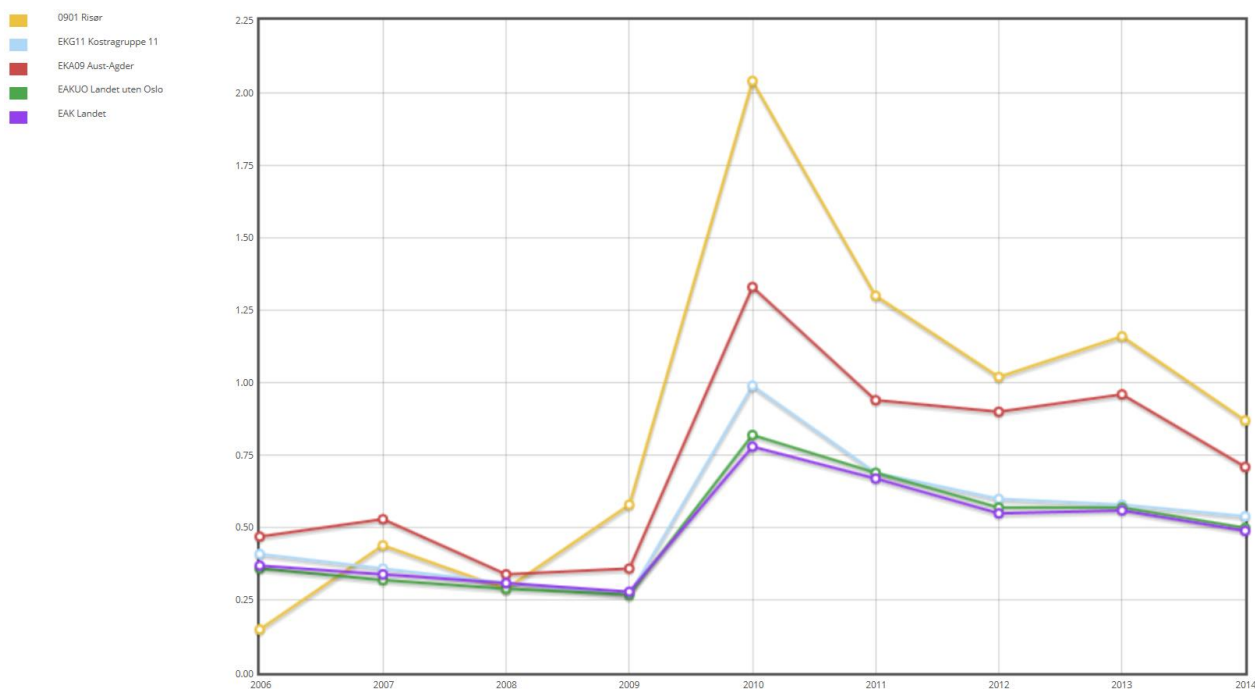
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Kommunehelsetatistikkbank

2.4.3 Brann- og ulykkesvern

Antallet bygningsbranner som har krevd utrykning av brannvesenet, har over en lengre periode vist en nedadgående trend. Dette gjelder både boliger og andre typer bygninger. I løpet av de siste ti årene er nedgangen over 20 prosent. Samtidig har det i gjennomsnitt omkommet 68 mennesker i brann hvert år de siste fem årene. Korrigert for befolkningsveksten, er økningen i antallet omkomne på 11 prosent sammenlignet med forrige femårsperiode. Antallet omkomne i brann de to siste årene – henholdsvis 74 og 84 – er det høyeste på nesten 30 år. Ikke siden 1979, da 91 personer omkom, er det gått tapt flere liv i brann enn i 2008.

Åtte av ti som har omkommet i brann de siste ti årene, har omkommet i boliger. Risikoen for å omkomme i brann øker med stigende alder. Personer over 70 år utgjør om lag 11 prosent av befolkningen. Likevel tilhører over en tredjedel av dem som omkommer i brann denne aldersgruppen. Risikoen for å omkomme i brann er også langt større i boliger uten røykvarsler eller hvor denne ikke fungerer, sammenliknet med boliger med fungerende røykvarsler. Elektrisk feil og feil bruk av elektrisk utstyr er i sum den største brannårsaken og forårsaker rundt 35 prosent av alle bygningsbranner.

Kilde: Ulykker i Norge. Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009–2014. Departementene



Antall boligbranner pr. 1000 innbyggere Antall bygningsbranner i løpet av året/ antall innbyggere pr. 31.12)*1000.
 Kilde: KOSTRA, P. Brann- og ulykkesvern - nøkkeltall, Reviderte tall per 26.06.2015/Direktoratet for brann- og eksplosjonsvern. Registrert etter kommunen der brannen fant sted

SSB om indikatoren: Indikatoren er ett mål på hvor mye det brenner i den enkelte kommune. Indikatoren kan ved å sammenligne kommuner si noe om innbyggerne har høy eller lav sannsynlighet for å oppleve brann i boligen sin. Indikatoren sier også noe om brannvesenets arbeidsmengde.

Agder Brannvesen vil eventuelt kunne vurdere årsaker til at det er høyere forekomst av branner i Risør enn andre i sammenligningsgrunnlaget.

Trehusbebyggelsen i sentrum skal overvåkes med varmedeteksjonskameraer som tiltak for å oppdage branntilløp på et tidlig stadium.

2.4.1 Samfunnssikkerhet og beredskap

Folkehelseloven § 28 viser til beredskapsansvaret i henhold til annet lovverk, bl.a. helseberedskapsloven. Visse miljøfaktorer etter både folkehelseloven §§ 5 og 8 vil være relevante i en beredskapssammenheng, f.eks. ved ROS-analyse og plan- og tiltaksarbeid. Uttalt skredfare, flomrisiko osv. kan være gjenstand for en ROS-analyse, og kan samtidig være med i oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen. Det er tatt hensyn vil vurdering av skredfare og flomrisiko kommuneplanens arealdel (2014).

Kommunen har et stort ansvar for sikkerheten til innbyggerne, både som samfunnsaktør og som tjenesteprodusent. Den har ansvar for å kunne håndtere både akutte hendelser og endringer som skjer over tid. Risør kommune vil

- øve organisasjonen jevnlig på å håndtere ulike krisesituasjoner. Det tas sikte på å gjennomføre to øvelser i løpet av 2016 (vår og høst)
- sikre at kommunen til enhver tid skal kunne etablere kriseledelse. Kriseledelsesplanen oppdateres før sommeren 2016 (rulleres årlig)
- begrense skadeomfang ut fra følgende prioritering dersom uønskede hendelser inntreffer:

1. ivaretagelse av liv og helse
2. sikring av samfunnsviktige funksjoner
3. bidra til bevaring av miljø og kulturelle verdier
4. sikre at drift, produksjon og tjenesteyting kan videreføres
5. hindre skader av økonomisk og materiell karakter
 - holde rutiner, varslingslister, tiltakskort og planer løpende oppdatert.

Beredskapskoordinatorfunksjonen er lagt til Enhet for eiendom og tekniske tjenester.

Fylkesmannen har varslet tilsyn med Risør kommunes beredskapsarbeid i 2016 (oppstart november 2015) og vil gjennomføre beredskapsøvelse med Risør kommune før sommeren. Det vil også bli en større regional beredskapsøvelse på Brokelandsheia etter sommeren.

I løpet av 2015 skal eksisterende Smittevernplan og plan for helsemessig beredskap revideres.

2.4.2 Oppsummering av tilstand og påvirkningsfaktorer

På landsbasis skyldes ca. 5 % av alle dødsfall ulykker. Dødeligheten etter ulykker er heldigvis synkende. De fleste ulykker som fører til dødsfall er fallulykker hos personer over 75 år. Derneft kommer trafikkulykker hos unge voksne, spesielt menn, og så drukning. Risør kommune utmerker seg i positiv forstand på indikatorene innenfor denne kategorien.

- Lavere antall sykehusinnleggelser etter ulykker enn i Aust-Agder, men noe høyere enn i resten av landet. Økning siste periode.
- Lavere antall dødsfall som følge av ulykker enn i fylket og landet. Positiv utvikling de siste 25 årene
- Høyere antall boligbranner enn gjennomsnitt i fylket og landet.

2.5 HELSERELATERT ATFERD

Tema		Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for
Levevaner	19	Røyking, kvinner	18	15	14	prosent (a*)	
	20	Overvekt, kvinner	41	37	35	prosent	

19. 2004-2013, ekskl. årene 2006-2007 pga. teknisk feil ved innrapportering. Fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 20. 2011-2013, KMI over 25 kg/m² (basert på selvrapportert høyde og vekt før svangerskapet). Tall fra sykehus med lav rapportering er ekskludert.

Kapitlet “Helserelatert atferd” omtaler tobakksbruk, rusmidler, kosthold og fysisk aktivitet. Definisjonen av helserelatert atferd er atferd som har vist seg å ha innvirkning på et helseutfall. Dette kan være for eksempel fysisk aktivitet, ernæring og bruk av tobakk og rusmidler. Helserelatert atferd kan også omfatte seksualatferd og risikoatferd som kan føre til skader og ulykker. (God oversikten forutsetning for god helse, veileder Helsedirektoratet, 2013). Helserelatert atferd kan ses på som den enkeltes ansvar, men samfunnet har et ansvar for å legge til rette for gode valg.

Det finnes få gode tall på helserelatert atferd lokalt. Det finnes noe mer i forhold til hvordan det er på landsbasis, se blå faktaboks. Folkehelsebarometeret har indikatorene røyking og overvekt. I dette dokumentet er overvekt omtalt i kapitlet som omhandler “helsetilstand”. Mange sykdommer har en delvis livsstilsrelatert årsak, slik at det vi vet om helsetilstanden i befolkningen og utbredelse av sykdom, vil kunne gi oss en pekepinn på den helserelaterte atferden. Dette er såkalte indirekte indikatorer og en del av disse omtales senere i oversikten. UngData undersøkelsen fra 2013 er en viktig spørreundersøkelse som belyser rusvaner blant elevene i ungdomsskolen, og videregående skole. I Risør kommunes utfordringsdokument er det trukket frem at en av hovedutfordringene for kommune er å snu den negative utviklingen i livsstilssykdommer (fedme, lungesykdommer med mer), og styrke faktorer som fremmer god helse.

2.5.1 Bruk av rusmidler

Fakta om rus, Folkehelse rapporten, 2014: Mellom 10 og 20 % får en ruslidelse i løpet av livet. Skadelig bruk eller avhengighet av alkohol er den hyppigst forekommende ruslidelsen i Norge. Ruslidelser er en betydelig helseutfordring og medfører omfattende kostnader for enkeltindivider og samfunnet for øvrig. Antallet personer under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for opiatavhengighet øker.

Både arv og miljø er viktige risikofaktorer for rusbruk. Tilgang til rusmidler er en forutsetning for å utvikle ruslidelse. Ruslidelser og andre psykiske lidelser opptrer ofte sammen. Det er også en overhyppighet av somatisk sykdom blant personer med ruslidelser. Vi mangler data om forekomsten av ruslidelser over tid i Norge. Men på verdensbasis ser vi en økning og det er grunn til å tro at forekomsten i Norge har økt.

Begrunnelse for valg av indikator: Bruk av rusmidler gir individuelle og samfunnsmessige skader, både akutte skader og skader etter langvarig bruk.

Alkohol er det vanligste rusmiddelet i vår kultur, men alkohol kan være skadelig for mange av kroppens organer og kan føre til avhengighet.

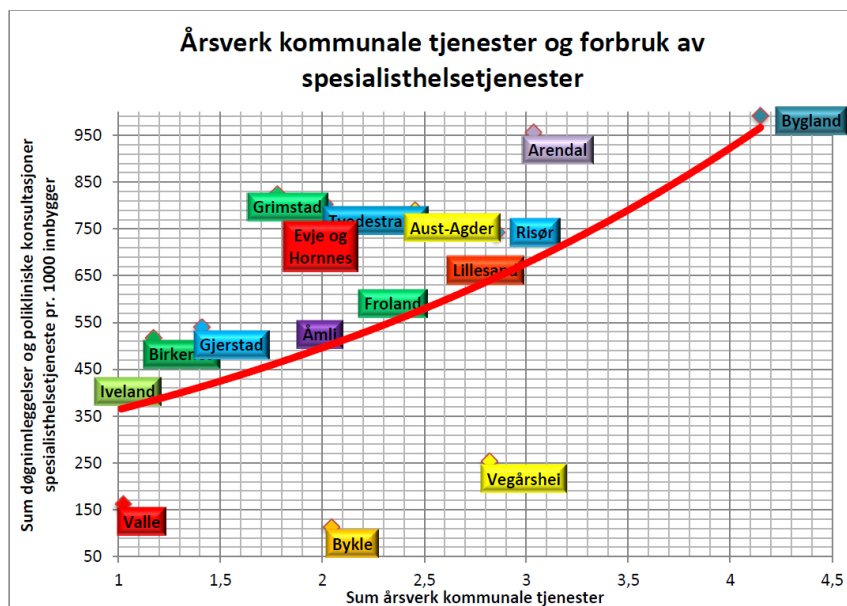
I tillegg til at alkoholbruk medfører risiko for alkoholavhengighet og andre sykdommer eller tilstander som per definisjon tilskrives alkoholbruk (f.eks. føtalt alkoholsyndrom), øker alkoholbruk risikoen for en rekke andre sykdommer som skrumplever, hjerte- og karsykdommer, en rekke krefttyper inkludert brystkreft, tuberkulose, epilepsi, lungebetennelse, depresjon og komplikasjoner i forbindelse med for tidlig fødsel.

Både internasjonal og nasjonal forskning viser en klar sammenheng mellom alkoholkonsum og vold. I nærmere 80 prosent av alle voldstilfellene i de nordiske landene er voldsutøver, voldsoffer eller begge parter alkoholpåvirket. Alkoholbruk øker dessuten risikoen for et bredt spekter av helseskader knyttet til blant annet trafikkulykker, fallulykker, drukning og suicidal atferd (Andersen & Baumberg, 2006; Babor et al., 2010; Rehm et al., 2003 & 2010).

Kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplan ble utarbeidet i 2010 og inneholder oversikt over situasjonen i kommunen på det tidspunkt, eksisterende og planlagte tiltak. Siden da har kommunen etablert SLT-ordning (Samordning av Lokale kriminalitetsforebyggende Tiltak), og flere rusforebyggende program har blitt innarbeidet i drift, hvorav Kjærlighet og grenser i barne- og ungdomsskolen er det mest omfattende. Det har også blitt en sterkere kobling mellom psykisk helse og rus, og kommunen har tatt i bruk BrukerPlan.

I Fylkesmannens kommunebilde for 2015 er det trukket fram tall om kommunens bruk av spesialisthelsetjenesten for psykisk helse/rus, og dette er koblet til kapasitet på helsetjenesten på området: "Det er en klar tendens i fylket at kommuner med en høy bemanningsfaktor også har et høyt forbruk av spesialisthelsetjenester på rus/psykisk lidelse. En mulig forklaring på dette kan være at godt utbygde kommunale tjenester medfører at rus og psykisk helseproblematikk i større grad oppdages og hjelp fra spesialisthelsetjenesten iverksettes."

Figuren nedenfor (med tall fra 2012) viser at Risør kommune hadde rett i underkant av 750 døgninnleggelser og polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten per 1 000 innbyggere. BrukerPlan for 2014 (Risør kommune, Omsorg, avdeling psykisk helse og rehabilitering) viser også at Risør ligger relativt høyt sammenlignet med de andre kommunene i Aust-Agder i forhold til hvor stor andel av helse-og omsorgstjenestene som blir benyttet til psykisk lidelse/rus.



Årsverk kommunale tjenester og forbruk av spesialisthelsetjenester pr 1.000 innbyggere (tallene er ikke nye etter 2012).
Kilder: SSB, StatPlanet, Sintef, egenrapportering fra kommunene.

Omsorgsplanen (Omsorgsplan 2010-2020, Risør kommune) sier at det er relativt mange personer med psykiske lidelser i Risør. Særlig er gruppen yngre brukere med psykiske lidelser kombinert med ruslidelser i vekst. Det er nå 138 personer som får tjenester fra Psykisk helse i Risør, av disse er 38 rusmisbrukere. (Kommunens egne tall)

Ungdata- alkohol og narkotika

Rusbruk blant unge er kartlagt gjennom spørreundersøkelsen Ungdata fra 2013, der ungdom selv har rapportert om bruk av rusmidler. Elevene på ungdomsskolen ligger nå godt under landsgjennomsnittet for bruk av alkohol, noe som er en betydelig nedgang i forhold til rusundersøkelsen fra 2007. Videregående skole ligger også under landsgjennomsnittet for bruk av alkohol. På spørsmålet om “å ha vært beruset mer enn en gang siste året”, svarer 51 prosent bekreftende i Risør mot 55 prosent i landet. Undersøkelsen viser at det går det et skille mellom ungdomsskolen og videregående skole for bruk av alkohol

Debutalder

Tabellen viser at det er ved overgangen fra ungdomsskolen og til videregående skole er et tidspunkt hvor mange debuterer.

Hvis du tenker spesielt på de siste seks månedene, hvor mange ganger har du drukket så mye alkohol at du tydelig har kjent deg beruset?						
	8. klasse	9. klasse	10. klasse	VG1	VG2	VG3
Aldri	97 %	92 %	90 %	47 %	42 %	23 %
En gang	3 %	1 %	5 %	19 %	7 %	8 %
2-4 ganger	0 %	4 %	3 %	18 %	19 %	20 %
5-10 ganger	0 %	3 %	3 %	10 %	16 %	25 %
Mer enn 10 ganger	0 %	0 %	1 %	7 %	16 %	25 %

Flere forskjellige forskningsresultat i inn- og utland har vist at foreldres holdning til barns alkoholbruk har stor betydning for hvor mye alkohol ungdom drikker. Dette samsvarer med de tall som nå kommer frem i Risør. Ungdata viser at de ungdommene som får lov til å drikke alkohol av sine foreldre, drikker betraktelig mer enn de som ikke får lov. Også de som ikke vet om de får lov til å drikke alkohol, drikker betydelig mer enn de som ikke får lov. I alt 21 prosent av elevene på tiende trinn vet ikke om de får lov til å drikke alkohol eller ikke.

Blant ungdomsskoleelevene i Risør oppgir færre enn landet at de har brukt hasj/narkotika siste 12 måneder. (2 %, mot landsgjennomsnittet som er på 4 %). I 2007 oppga 8,3 % av 10. klassingene at de har prøvd hasj/marihuana. I 2013 oppgir 1,3 % av elevene på 10. trinn at de har prøvd hasj/marihuana en eller flere ganger. Det er ingen som oppgir å ha prøvd mer enn en gang.

På videregående skole i Risør oppgir 13 % at de har brukt hasj / narkotika siste 12 måneder, dette er rett over landsgjennomsnittet som er 10 %. Dette er en betydelig nedgang siden rusundersøkelsen i 2007, da bruk av hasj var oppgitt til 20%.

I forhold til tilgjengeligheten av hasj, så kan er denne oppgitt av elevene å være noe lavere enn landssnittet for ungdomsskolen, og noe høyere for videregående skole. Dette omhandler å få tak i hasj på 2-3 dager (For ungdomsskolen: 19 % i Risør, 21 % i Norge) (For videregående: Risør 43 %, Norge 41 %). (Kilde)

De fleste unge som bruker eller prøver ut cannabis, amfetamin, ecstasy eller andre narkotiske stoffer, utvikler ikke et varig misbruk. Likevel viser undersøkelser at terskelen for de som har brukt hasj eller cannabis forhold til å prøve andre stoffer, senkes. Når unge eksperimenterer med lettere narkotiske stoffer, er det derfor grunn til å frykte at det også er flere som rekrutteres til et tyngre misbruk.

Salgs- og skjenkebevillinger

Bevillingene blir gitt for fire år av gangen, og starter å løpe fra junimåned året etter kommunestyrevalget (altså fra juni 2008- juni 2012 – juni 2016).

I juni 2008 ble det gitt skjenkebevilling til 23 steder i Risør kommune. I juni 2012 ble det gitt skjenkebevilling til 20 steder. Per i dag er det også 20 steder med skjenkebevilling. Av disse er det 17 steder som har godkjent uteserveringsareal.

I juni 2008 ble det gitt salgsbevilling til 8 butikker. I juni 2012 ble det også gitt salgsbevilling til 8 butikker. Per dags dato er det 9 salgsbevillinger for alkohol med høyst 4,7 %. (Den siste bevillingen som ble gitt i september 2015 er en ren ølbevilling.) I tillegg kommer salgsbevillingen til Vinmonopolet.

Når det gjelder omsetningstall for alkohol i Risør, så skal de enkelte skjenkestedene og butikkene hvert år levere en omsetningsoppgave til kommunen som viser hvor mye alkohol de har solgt. På bakgrunn av omsetningstallene utarbeider kommunen et gebyr som de enkelte skjenkestedene må betale til kommunen.

Uteserveringsarealenes betydning for tobakksbruk

Intensjonen med tobakksskadeloven (røykeloven) fremgår av formålsparagrafen, § 1, som lyder slik: *Formålet med denne lov er å begrense de helseskader som*

bruk av tobakksvarer medfører gjennom å redusere forbruket og på sikt bidra til å oppnå et tobakksfritt samfunn. Videre regulerer loven tiltak for å forebygge at barn og unge begynner å bruke tobakksvarer, fremme at de som allerede bruker tobakksvarer, slutter og beskytte befolkningen mot eksponering for tobakksrøyk.

Tobakksskadeloven inneholder regler av nokså forskjellig karakter; felles for disse er den helsemessige begrunnelsen. Tobakksskadeloven gir et klart signal om hvor alvorlig myndighetene ser på de helseskadene som knytter seg til bruk av tobakksvarer. Formålsbestemmelsen kan også få betydning ved tolkningen av de enkelte bestemmelsene i loven.

I Prop. 55 L (2012-2013) s. 6 uttales det blant annet:

Til tross for stor framgang i det tobakksforebyggende arbeidet i Norge, er røyking fortsatt den viktigste risikofaktoren både for tidlig død og tap av friske leveår, som kan forebygges. En reduksjon av andelen røykere er derfor den viktigste enkeltinnsatsen som kan gjøres for å bedre folkehelsen. – Ifølge Nasjonalt folkehelseinstitutt er tobakksrøyking antagelig den enkeltfaktoren som har skapt størst helseskade i befolkningen de siste tiårene. Instituttet uttaler i sin Folkehelse rapport 2010 at vi nå forhåpentligvis ser «begynnelsen på slutten av tobakksepidemien», men at det ennå trengs stor innsats før epoken med tobakks sykdommer er slutt. Klarer vi å drive tobakksbruken i Norge ned til et minimum i løpet av de nærmeste årene, kan epidemien av tobakks sykdommer være borte når vi nærmer oss år 2050.

Når det gjelder røyking og uteserveringsarealer, er det særlig § 25 som er interessant (se under).

Med serveringslokaler menes lokaler der det foregår servering av mat/og eller drikke, og hvor forholdene ligger til rette for at man kan spise på stedet. Dersom en uteservering skjermer i en slik grad at området ikke får en «utlufting tilsvarende utendørs områder», skal uteserveringen anses som et «lokale» hvor loven pålegger røykfrihet. Det er i femte ledd gitt en forskriftshjemmel for nærmere bestemmelser om hva som skal anses som et lokale i lovens forstand, spesielt med hensyn til uteserveringer. Det er også gitt hjemmel for forskrifter om buffersoner ved inngangspartier. Slike forskrifter har enda ikke blitt gitt.

§ 25. Røykeforbud i lokaler og transportmidler

I lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang skal luften være røykfri. Det samme gjelder i møterom, arbeidslokaler og serveringslokaler. Utendørs inngangspartier til helseinstitusjoner og offentlige virksomheter skal være røykfrie.

Røyking kan likevel tillates i følgende lokaler:

a) Beboelsesrom i institusjoner som erstatter beboerens hjem. Institusjonen plikter å gi dem som ønsker det, tilbud om røykfrie rom. Denne unntaksbestemmelse gjelder ikke for institusjoner hvor det hovedsakelig bor personer under 18 år.

b) I særskilt angitte oppholdsrom på institusjoner som erstatter beboernes hjem og på innretninger til bruk i petroleumsvirksomheten til havs. Det må tilbys tilsvarende røykfrie oppholdsrom, og disse må ikke være mindre eller av dårligere standard enn lokaler hvor røyking tillates. På samme vilkår kan arbeidsgiver tillate røyking i særskilt angitte rom når virksomhetens art hindrer arbeidstakerne i å forlate arbeidslokalene i løpet av arbeidstiden. Denne

unntaksbestemmelse gjelder ikke for institusjoner hvor det hovedsakelig bor personer under 18 år.

c) I inntil halvparten av overnattingsrom på hoteller og andre overnattingssteder. De røykfrie overnattingsrommene må ikke være mindre eller av dårligere standard enn overnattingsrom hvor røyking tillates.

Eieren, driveren eller den som disponerer eller er ansvarlig for lokalene, området eller transportmidlene, plikter å sørge for at reglene gitt i eller i medhold av disse bestemmelsene blir overholdt. Det skal markeres med tydelige skilt at røyking er forbudt på steder hvor det kan være tvil om dette, samt ved inngangen til alle serveringssteder. For å sikre etterlevelse av forbudet mot røyking på serveringssteder og forbudene mot tobakksbruk i barnehager og skoler, jf. §§ 26 og 27, skal slike steder føre internkontroll og etablere et internkontrollsystem. Internkontrollen skal kunne dokumenteres overfor tilsynsmyndighetene.

Person som på tross av advarsel fra eieren eller den som driver eller er ansvarlig for lokalet, området eller transportmidlet eller representant for denne, overtrer bestemmelse gitt i eller i medhold av paragrafen her kan bortvises fra lokalet, området eller transportmidlet.

Kongen kan i forskrift gi nærmere regler om gjennomføring og utfylling av disse bestemmelser, herunder om hva som anses som et lokale i tobakksskadelovens forstand, spesielt med hensyn til uteserveringer, om meldeplikt til tilsynsmyndighetene og om kriterier for når unntaksbestemmelsene i annet ledd kan komme til anvendelse, og kan gjøre unntak fra dem. Kongen kan i forskrift også gi nærmere bestemmelser om krav til røykfrie buffersoner ved inngangspartier til helseinstitusjoner, offentlige virksomheter og serveringslokaler.

Oppsummering rus

Rusbruk blant voksne i Risør er ikke kartlagt. Tjenesteapparatet i Risør mottar en økt mengde henvendelser i forhold til rus/psykisk lidelse.

Spørreundersøkelsen UngData viser at det er en lavere andel elever på ungdomsskolen i Risør som oppgir at de bruker hasj og alkohol enn landsgjennomsnittet i. Andelen ved Risør videregående skole er også under landsgjennomsnittet for bruk av alkohol, men rett over for bruk av hasj.

Ifølge Nasjonalt folkehelseinstitutt er tobakksrøyking antagelig den enkeltfaktoren som har skapt størst helseskade i befolkningen de siste tiårene. Røykelovens § 25c, annet ledd sier at *For å sikre etterlevelse av forbudet mot røyking på serveringssteder og forbudene mot tobakksbruk i barnehager og skoler, jf. §§ 26 og 27, skal slike steder føre internkontroll og etablere et internkontrollsystem. Internkontrollen skal kunne dokumenteres overfor tilsynsmyndighetene.* Dersom en uteservering skjermes i en slik grad at området ikke får en «utlufning tilsvarende utendørs områder», skal uteserveringen anses som et «lokale» hvor loven pålegger røykfrihet. Det ligger et potensiale i å redusere tobakksbruk gjennom en strengere kontroll av overholdelse av røykeloven på uteserveringsstedene i kommunen.

2.5.2 Røyk og snus

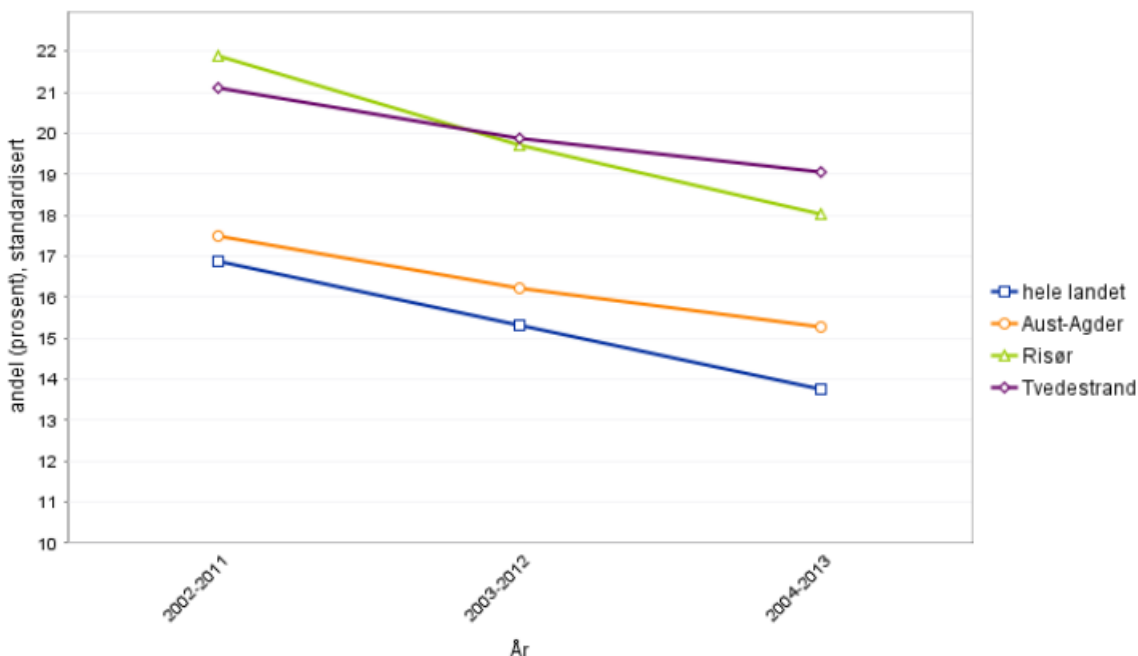
Røyking er den enkeltfaktoren som har sterkest innvirkning på folkehelse. Røyking øker risikoen for de store folkesykdommene, og hjerte- karsykdom,

kreft og lungesykdommen KOLS. I tillegg er røyking forbundet med utviklingen av en rekke andre sykdommer. Hvert år dør ca. 6700 personer av røyking og hver av dem har i gjennomsnitt tapt 11 leveår. Det har vært en jevn nedgang i antall personer som røyker fra 1973, og det er i dag om lag 15 % dagligrøykere. Det er en markert sosial gradient for daglig røyking, der de med kortere utdanning røyker mest. Av- og til røyking er mest utbredt blant dem med høy utdanning. Kilde: Folkehelse rapporten 2014

Blant gravide som røyker i begynnelsen av svangerskapet, er det mange som slutter. I 2010 oppga snaut 19 prosent av de gravide at de røykte i begynnelsen av svangerskapet, og vel 7 prosent ved slutten av svangerskapet. Kilde: Folkehelseinstituttets faktaark

Årsakene til at folk begynner å røyke er sammensatte. Av faktorer som betyr noe er blant annet kopiering av vaner hos foreldre, jevnaldrende og søsken (rollemodellering), holdninger, normer og regler i omgivelsene, ønsket om å framtre som voksen, mestring av tristhet, ensomhet og depresjon samt vektkontroll.

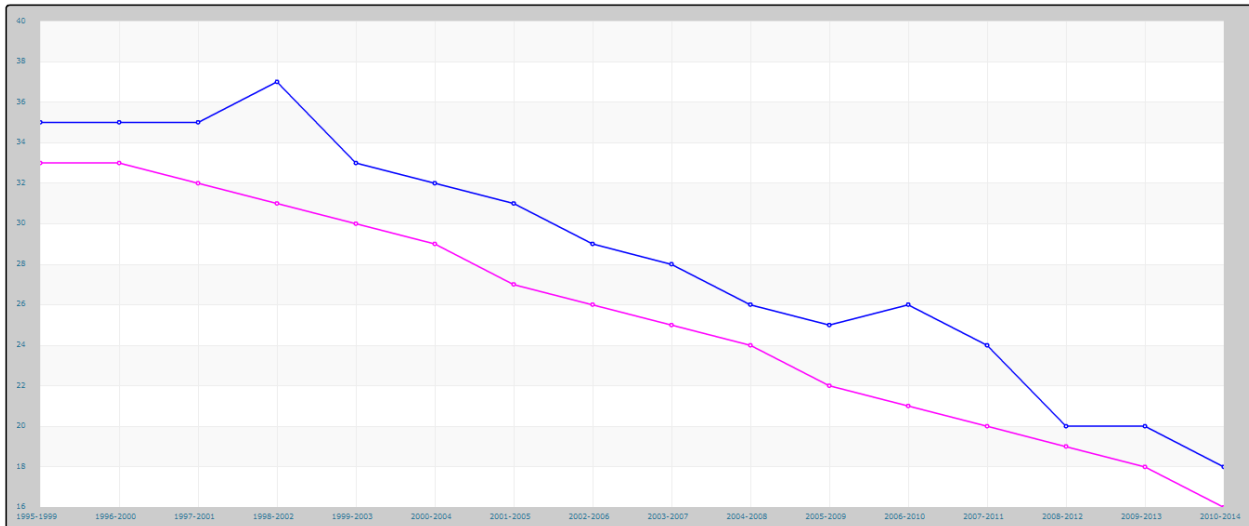
I folkehelsebarometeret er det sett på andel gravide som røyker ved første svangerskapskontroll. Tallet for Risør er 18 %, mot 15 % i Aust Agder og 14 % på landsbasis i 2015. Det har vært en nedgang i andelen gravide som røyker i kommunen. Røyking i svangerskapet kan si noe om røyking hos kvinner i fertil alder. Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Denne gradienten gjelder også for røyking i svangerskapet. Det er en stor utfordring i folkehelsearbeidet å påvirke denne forskjellen.



Andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder. Kilde: Medisinsk fødselsregister ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, Kommunehelsetatistikkbank.

Dagligrøykere

Figuren nedenfor viser andel dagligrøykere i alderen 16-74 år i Norge og i Aust-Agder. Det finnes ikke tall på kommunenivå. Aust-Agder (blå linje) ligger over snittet i landet (rosa linje), men det er en nedgang.



Andel dagligrøykere, Norge og Aust-Agder (16-74 år), 1995-2014. Agderportalen. SSB Tabell: 07662

Risør kommune som arbeidsplass har vært røykfri siden 1. januar 2014. Ansatte som ønsker å delta på røykeavvenningskurs får dekket kursavgift av kommunen. Daværende omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen appellerte i 2012¹⁰ til felles innsats for en framtid uten tobakk, da med utgangspunkt i at Arbeidsmiljøutvalget i Kongsberg kommune innførte totalforbud mot bruk av tobakk for sine ansatte fra 1. januar 2013. *“Slike tiltak "nedenfra" er både ønskelig og nødvendig dersom vi skal lykkes med visjonen om en tobakksfri framtid. Jeg minner om at arbeidsgiver har utstrakt grad av styringsrett i arbeidstiden. For mange arbeidstakere vil begrenset mulighet for å røyke i arbeidstiden være hjelp til å slutte. Samtidig bør arbeidsgiversiden også kunne tilby hjelp til tobakksavvenning på arbeidsplassen. I det minste bør de kunne henvise til andre som kan tilby slik hjelp. Jeg vil oppfordre [frivillige organisasjoner] til å intensivere arbeidet mot tobakk. Vi kan selvfølgelig ikke pålegge de frivillige organisasjonene et slikt mandat. Men jeg vil understreke at vi trenger dere som alliansepartnere på dette området.”*

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

¹⁰ http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/helse-og-omsorgsminister-stroem-erichsen/2012/en-framtid-uten-tobakk.html?id=684701: Åpningsinnlegg Tobakkskonferansen 2012, om ny nasjonal tobakkstrategi 2012-2016.

Ungdata- røyk og snus

UngData - undersøkelsen viser at andelen ungdom på ungdomsskolen nå ligger under landsgjennomsnittet, men andelen som snuser har økt. På ungdomsskolen røyker 1 % minst ukentlig eller daglig. I 2007 ble dette oppgitt til å være 4 %. Dette er mindre enn landsgjennomsnittet på 4 %. Bruken av tobakk har likevel samlet sett gått tilbake. På videregående skole oppgir 14 % av elevene at de røyker minst ukentlig eller daglig. Dette er 4 % mer enn landsgjennomsnittet. Det har på samme tid skjedd store endringer i befolkningen i synet på røyking, også blant ungdommene. Det kan virke som om røyking har lite status i de fleste ungdomsmiljøer.

På ungdomsskolen oppgir 90 % av elevene å aldri ha prøvd å røyke. Tilsvarende gjelder for 60 % av elevene på videregående skole. Andelen som aldri har røkt har økt betraktelig siden 2007.

Bruker du snus?	8. klasse	9. klasse	10. klasse	VG 1	VG 2	VG 3
Har aldri brukt snus	99,0%	74,6%	82,9%	57,8%	64,3%	48,7%
Har brukt før, men har sluttet helt nå	0,0%	18,3%	11,8%	10,8%	7,1%	10,3%
Snuser sjeldnere enn én gang i uka	0,0%	5,6%	1,3%	3,6%	3,6%	10,3%
Snuser ukentlig, men ikke hver dag	1,0%	0,0%	1,3%	4,8%	0,0%	0,0%
Snuser daglig	0,0%	1,4%	2,6%	22,9%	25,0%	30,8%

Nasjonalt kommer Risør under gjennomsnittet for snusing blant ungdom på ungdomsskolenivå, men over gjennomsnittet for bruk av snus blant ungdom på videregående nivå.

Andel som svarer at de bruker snus «minst ukentlig» på spørsmålet: Snuser du?	Risør	Norge
Ungdomsskole	2 %	6 %
Videregående skole	27 %	19 %

Andelen som oppgir å snuse daglig er redusert fra 2007, da 7 % av elevene på 8. – 10. trinn oppga å gjøre dette.

Tobakksforebyggende arbeid i Risør

- Risør ungdomsskole er med i det tobakksforebyggende programmet FRI. Alle trinn på ungdomsskolen har vært med i dette programmet over flere år. (Skolen har gitt tilbakemelding på at i tiden fremover så er det snus- forebyggende tiltak som er vel så viktige)
- Frisklivssentral med hjelp til livsstilsendringer, deriblant røykeslutt
- Jordmor tar opp røyking med alle gravide

- Risør kommune er røykfri arbeidsplass med røykefrie soner rundt alle offentlige bygg. Alle kommunens ansatte ble tilbudt røykesluttkurs i forbindelse med innføringen

2.5.3 Kosthold

Begrunnelse for valg av indikator: Kosthold har avgjørende betydning for vekst og utvikling, og påvirker risikoen for utviklingen av kroniske sykdommer. Verdens helseorganisasjon (WHO) har beregnet at av de seks viktigste risikofaktorer for død og sykdomsbyrde (DALY, dvs. disability adjusted life years) er fire risikofaktorer nært knyttet til kostholdet (høyt blodtrykk, høyt plasmakolesterol, overvekt/fedme og lavt inntak av frukt, bær og grønnsaker). De andre to av de viktigste risikofaktorene er røyking og fysisk inaktivitet. Disse risikofaktorene påvirker hver for seg, eller sammen, forekomsten av vår tids store folkesykdommer. (Folkehelsemeldingen Meld.St. 34 2012-2013)

I 2011 publiserte Helsedirektoratet nye nasjonale kostråd som bygger på en systematisk gjennomgang av en rekke forskningsresultater. Disse rådene gjelder spesielt for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer, de skal forebygge ernæringsmangler og ta hensyn til miljøet.

Det er ernæringsmessige utfordringer i det norske kostholdet. Det inneholder for mye mettet fett, sukker og salt. Det er for lite grove kornprodukter, grønnsaker, frukt og fisk. Det har imidlertid vært noen forbedringer de siste årene. For eksempel har innholdet av sukker og sukkervarer gått ned siden 2011, men man vet at konsumet av sukkerholdige drikkevarer i stor grad er høyere blant unge mellom 16-24 år enn ellers i befolkningen. I tillegg vet man at utdanning og økonomi er viktig for hva slags kosthold man har.

Kilde: Folkehelse rapporten 2014

Kostholdet til kommunens innbyggere

Kostholdet til kommunens innbyggere er ikke kartlagt, og finnes derfor ikke som en indikator i folkehelseprofilen. Overvekt og en del livsstilssykdommer henger sammen med kosthold, og kan derfor gi en pekepinn på kostholdet blant innbyggerne. Det samme kan informasjon om levekår.

Det vil være mulig å skaffe mer informasjon om innbyggernes kosthold, gjennom undersøkelser, eller gjennom blant ulike grupper, og Aust- Agder vil være et av flere pilotfylker for en fylkeshelseundersøkelse som skal gjennomføres høsten 2015. UngData-undersøkelsen gir også i noen grad noe innblikk i måltidsvanene til ungdommen i Risør.

Ungdata: matvaner

Matvanene til ungdommen i Risør viser seg i all hovedsak å være godt ivarett med tre-fire måltider om dagen, stort sett gjennom hele uka. Dette sier ikke noe om kostholdet utover dette. De aller fleste opplever måltidene hjemme som hyggelige, men 9 % av elevene på både ungdomsskolen og på videregående skole opplever sjeldent eller aldri måltidene i familien som hyggelige. 5 % av elevene på ungdomsskolen og 8 % av elevene på videregående skole oppgir at de spiser middag alene hver dag.

Forebyggende tiltak:

Det er for tiden mye fokus på kosthold i samfunnet, både gjennom media og fra myndighetenes side. Dette har positive og negative sider. En følge av dette

fokuset er at det på flere arenaer der barn ferdes, trolig er en større bevissthet rundt maten som serveres, enn bare noen få år tilbak. Men det er en samfunnsutfordring at de gode råd lett kommer sterkere stilte grupper mest til gode. Det er også en utfordring å balansere informasjonen, slik at flere gjør små kostholdsendringer, heller enn at noen går til store endringer.

Det er trolig likevel et potensiale for tiltak i forhold til kosthold der alle barn ferdes. Dette omhandler det som formidles av holdninger og kunnskap, eller serveres. Barnehage, sfo, skole og fritidsarenaer er svært viktige arenaer for formidling av betydningen av et riktig kosthold. Det er utarbeidet veiledere om kosthold i barnehage, skole og SFO. Alle foreldre får også veiledning om barns kosthold gjennom helsestasjonen. Frisklivssentralen tilbyr kostholdsveiledning for voksne i riskosituasjon for sykdom.

Høsten 2015 tester undomsskolen ut gratis måltid i 5 uker.

Elevrådsrepresentantene¹¹ oppgir at ordningen fungerer bra og at de ønsker at det skal fortsette. Det oppleves veldig sosialt, og det er bra at det er forbud mot bruk av mobiltelefon ved måltidet. Det er sunn og god mat og mye å velge mellom.

Oppsummering:

Innbyggernes kosthold er ikke kartlagt, selv om noe informasjon om ungdommens kostholdsvaner finnes fra Ungdata-undersøkelsen. Utbredelse av overvekt og noen sykdommer fungerer i noen grad som indirekte pekere.

Kosthold henger sammen med utdanning og økonomi. Det er trolig et forebyggingspotensiale for et bedret kosthold der barn ferdes daglig, selv om det trolig har skjedd en positiv utvikling på dette området de senere årene.

2.5.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er en kilde til overskudd, helse og trivsel, og er nødvendig for normal vekst og utvikling blant barn og unge.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har beregnet at fysisk inaktivitet er en av de seks viktigste risikofaktorer for død og sykdomsbyrde. Mange sykdommer og tilstander kan forebygges og behandles med fysisk aktivitet. I en del tilfeller kan fysisk aktivitet erstatte legemidler og i andre redusere behovet for medisiner.

Gode aktivitetsvaner legges tidlig i barneårene. Det er viktig å tilrettelegge samfunnet for mer fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet forebygger blant annet type 2 diabetes, hjerte-karsykdommer, muskel-skjelettplager og enkelte former for kreft. Om lag en av fem voksne når opp til Helsedirektoratets minimumsanbefaling med minst 30 minutter fysisk aktivitet per dag i gjennomsnitt.

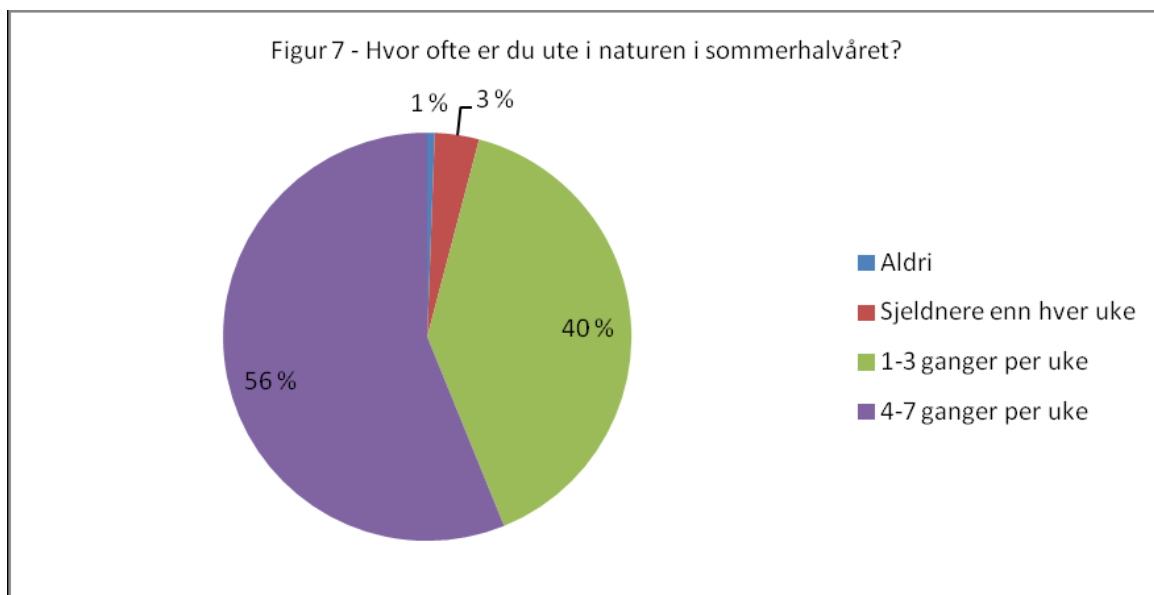
Aktivitetsnivået øker i barneårene, og faller så fram mot voksen alder, særlig hos jenter. Både helseundersøkelser blant ungdom i norske fylker og Helsedirektoratets kartlegginger bekrefter dette mønsteret. Aktivitet registrert med aktivitetsmålere viser at i 15-årsalderen er det bare om lag halvparten av ungdommene som tilfredsstillende anbefalingene om aktivitet.

Folkehelse rapporten, 2014

¹¹ Barne og ungdomsrådet (BUR) 28.10.2015

Fysisk aktivitet er ikke omtalt i Folkehelseprofilen. UngData undersøkelsen gir oss imidlertid en god del informasjon om fysisk aktivitet blant Risørs ungdommer. Fysisk aktivitet og trening i en eller annen form minst en gang i uka eller mer, er vanlig for 77 % av ungdomsskoleelevene i Risør (79 % i Norge) og blant 69 % av elevene på videregående skole (73 % i Norge). 67 % av ungdomsskoleelevene rapporterer at de trener eller trimmer på egen hånd månedlig eller oftere, 53 % deltar i idrett og trening på skolen utenom skoletiden, 40 % trener eller konkurrerer i et idrettslag og 20 % trener på treningsstudio eller helsestudio. For elevene på videregående er andelen hhv. 59 %, 29 %, 20 % og 49 %. Deltakelse i organisert idrett er fallende med alder. Det er jevnt over flere gutter enn jenter som er med i organiserte fritidsaktiviteter. 7 % av elevene svarer at de sjelden eller aldri er så fysisk aktive at de blir andpustne eller sliten. Det er flere på ungdomsskolen som trener minst 3 ganger uka, og flere på videregående som sjelden eller aldri trener enn på ungdomsskolen. Det er ingen signifikante kjønnsforskjeller.

Friluftsrådet Sørs friluftundersøkelse i 2014¹² viser imidlertid et langt mer positivt bilde. Kun 1 av de 171 oppgir å være inaktiv både sommer og vinter. De som er i aktivitet skjeldnere enn hver uke utgjør 15 % av om vinteren, mens andelen synker til 3 % om sommeren. Tilsvarende tall for de som er aktive 1-3 ganger ukentlig er 54 % om vinteren og 40 % om sommeren. Undersøkelsen viser tydelig at folk er mer ute i naturen i sommerhalvåret enn i vinterhalvåret. Om vinteren er 31 % aktive 4-7 ganger ukentlig, mens tallet øker til hele 56 % i sommerhalvåret. Undersøkelsen viser også at når man først er ute i naturen, så oppfyller hele 97 % Helsedirektoratets anbefaling om 30 min. fysisk aktivitet daglig. Hele 88 % oppfyller til og med anbefalingen som gjelder barn og unge på minst 1 time fysisk aktivitet daglig.



Kilde: Friluftundersøkelsen, Friluftsrådet Sør.

På spørsmålet *Hvilke former for fysisk aktivitet driver du med, og hvor ofte?* er det sentralt for funnene at de fleste som har deltatt i undersøkelsen befinner seg i

¹² <http://www.friluft-sor.no/>

aldersgruppen 30 - 60 år. Det stemmer godt med nasjonale undersøkelser at den dominerende formen for fysisk aktivitet er å gå tur. 74 % av kvinnene går tur ofte eller svært ofte. Tilsvarende tall for menn er 64 %. Det er heller ikke overraskende at bading kommer nest øverst på lista, men det er verd å merke seg at kvinner er mer glad i å bade enn menn. 35 % av kvinnene oppgir at de bader ofte eller svært ofte, mens tilsvarende tall for menn er 20 %. Både sykkelturner og båtturer kommer i toppen av lista, og er om lag like populært hos begge kjønn. Fisketurer er derimot langt mer populært blant menn enn kvinner, henholdsvis 25 % av mennene oppgir at de ofte eller svært ofte drar på fisketur, mens kun 7 % av kvinnene svarer det samme. Golf er den aktiviteten som kommer desidert dårligst ut blant begge kjønn.

Gjennom rangering av ulike grunner til frykt ved ferdsel i naturen, kom det fram at frykten ved å ferdes eller oppholde seg i naturen er svært begrenset, men den er høyere hos kvinner enn hos menn. Kvinner har størst frykt for å treffe på huggorm, mens menn har størst frykt for å treffe på løse hunder. Sees begge kjønn under ett er frykten for brennmaneter under bading høyest, tett fulgt av redselen for huggorm. Friluftsrådet mener det er overraskende at frykten for brennmaneter, løshunder og flaggermus er større enn faren forbundet med flått eller redselen for å møte elg eller store rovdyr. Undersøkelsen konkluderer at det er spesielt viktig at båndtvangen for hund overholdes i perioden 1. april til 20. august og at hundeeier til enhver tid er forpliktet til å ha full kontroll over hunden sin.

Forebygging og vurdering av lokale forhold:

Det er trolig et forebyggingspotensiale for økt fysisk aktivitet blant unge og voksne i Risør. Økt hverdagsmosjon er viktig, men også mer av det man kan kalle systematisk fysisk aktivitet. Det er viktig at økt fysisk aktivitet kommer svakere grupper til gode. Tiltak på området er økonomiske støtteordninger, f.eks gjennom frivillige, slik at alle barn har mulighet til å delta på organiserte aktiviteter på fritiden. Gode valgmuligheter i gymtimene er svært viktig, slik at antall barn som ikke får deltatt i gym er redusert til et minimum. De voksnes atferd og holdning til aktivitet og stillesitting er også svært viktig. Trygge veier, sykkelstier og fortau, tilrettelagte utearealer, har mye å si for alles mulighet til å få fysisk aktivitet.

Fastlegenes innspill til denne tematikken er at fysisk aktivitet er svært viktig, særlig for barn, og det er ønskelig med mer aktivitet som passer alle i skoletiden.

Gym og svømming slik det er i dag kan være vanskelig å benytte for noen. Individuelle tilpasninger vil skape gode mestringsopplevelser, slik at vaner om fysisk aktivitet kan legges. Fysisk aktivitet tilpasset den enkelte er på mange måter viktigere i skolen enn skolemåltidet.

2.5.5 Oppsummering av tilstand og påvirkningsfaktorer

“Helserelatert atferd” omfatter tobakksbruk, bruk av alkohol og andre rusmidler, kosthold og fysisk aktivitet. Med unntak av UngData undersøkelsen som er en viktig kilde til informasjon om helserelatert atferd blant de unge i Risør, finnes det få gode tall på helserelatert atferd direkte for Risør. Utbredelse av sykdom som knyttes til livsstil i punkt 6 gir også informasjon om helserelatert atferd.

Tallene som finnes for Risør viser totalt sett utfordringer på levevaneområdet noe over landsgjennomsnittet. Årsaksforholdene er blant annet å finne i levekårsutfordringene. Forekomsten av overvekt/fedme og utvikling av diabetes

type II er økende i Norge og krever innsats både på individ- og samfunnsnivå. UngData undersøkelsen viser at det er en positiv utvikling i tobakksbruk blant ungdom i Risør. Røykevaner blant voksne er ikke kartlagt på kommunenivå, men antall nye tilfeller av lungekreft er høyere i Risør enn i fylket og ellers i landet. Ifølge Nasjonalt folkehelseinstitutt er tobakksrøyking antagelig den enkeltfaktoren som har skapt størst helseskade i befolkningen de siste tiårene. Det kan ligge et potensiale i å se på oppfølging av tobakkslovgivningen ved uteserveringsstedene i kommunen.

Data for helserelatert atferd er hovedsakelig basert på egenrapportert atferd.

- Flere gravide ved første svangerskapskontroll røyker
- Lavere andel elever i ungdomsskolen røyker
- Større andel elever ved videregående skole er dagligrøykere
- Flere dagligrøykere i A-A
- Større andel elever i ungdomsskolen snuser
- Lavere andel elever ved videregående skole snuser
- Lite data om bruk av alkohol og andre rusmidler lokalt og nasjonalt
- Økning i henvendelser til helse- og omsorgstjenesten på grunn av psykisk helse og/eller rus
- Lavere bruk av alkohol og hasj blant elever i ungdomsskolen
- Lavere bruk av alkohol blant elever ved videregående skole
- 20 steder med skjenkebevilling, 17 av disse med uteservering. 10 salgsbevillinger, inkludert Vinmonopolet
- Høyere bruk av hasj/ narkotika blant elever ved videregående skole
- Flere elever ved videregående skole som oppgir god tilgjengelighet av hasj
- Generelt synker aktivitetsnivå med økende alder
- På landsbasis er bare 1 av 5 voksne fysisk aktive 30 minutter daglig (anbefalt)
- Lavere andel av ungdommene er fysisk aktive, 7 % er aldri fysisk aktive
- Høyere andel av befolkningen har livsstilsrelaterte sykdommer (blodtrykk, kolesterol, overvekt/fedme)
- Større andel ungdommer oppgir å ha regelmessige måltider, men fler spiser ofte middag alene eller opplever måltidene i familien som lite hyggelige
- Bedring nasjonalt senere år, men fortsatt utfordringer blant annet i forhold til brusdriking hos ungdom

2.6 HELSETILSTAND

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Risør	
Helse og sykdom	21	Forventet levealder, menn	76,8	77,0	77,9	år	
	22	Forventet levealder, kvinner	82,5	81,9	82,6	år	
	23	Utdanningsforskjell i forventet levealder	4,4	5,6	4,8	år	
	24	Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 0-74 år	152	162	139	per 1000 (a,k*)	
	25	Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 15-29 år	168	167	137	per 1000 (a,k*)	
	26	Psykiske lidelser, legemiddelbrukere	139	148	131	per 1000 (a,k*)	
	27	Muskel og skjelett, primærhelsetjenesten	230	260	258	per 1000 (a,k*)	
	28	Hjerte- og karsykdom, primærh.tj.	118	104	105	per 1000 (a,k*)	
	29	Hjerte- og karsykdom, beh. i sykehus	16	19	18	per 1000 (a,k*)	
	30	Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	32	30	34	per 1000 (a,k*)	
	31	Lungekreft, nye tilfeller	71	68	55	per 100 000 (a,k*)	
	32	Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller	76	72	78	per 100 000 (a,k*)	
	33	Antibiotika, legemiddelbrukere	225	252	238	per 1000 (a,k*)	
	34	Vaksinasjonsdekning, MMR, 9-åringer	94,8	93,2	94,5	prosent	

21/22. 1999-2013, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 23. 1998-2012, vurdert etter forskjellen i forventet levealder mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 24. 2011-2013, brukere av fastlege og legevakt. 25. 2011-2013, brukere av fastlege og legevakt. 26. 2011-2013, 0-74 år, legemidler mot psykiske lidelser, inkl. sovemidler. 27. 2011-2013, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av fastlege og legevakt. 28. 2011-2013, 0-74 år, sykdom knyttet til hjerte- og karsystemet, brukere av fastlege og legevakt. 29. 2011-2013. 30. 2011-2013, 30-74 år, brukere av blodglukosesenkende midler, ekskl. insuliner. 31. 2003-2012. 32. 2003-2012. 33. 2011-2013, 0-74 år. 34. 2009-2013, vaksine mot meslinger, kuma og røde hunder. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Utdanningsdirektoratet, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister (MFR), Primærhelsetjenestene fastlege og legevakt (KUHR-databasen som eies av Helsedirektoratet), Krefregisteret, Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Vannverksregisteret og Reseptregisteret.

I dette kapitlet er de mer direkte indikatorene i forhold til helse fremstilt for seg, som levealder, psykiske lidelser, hjerte-karsykdom, muskel-skjelettplager, diabetes type 2 og kreft. Best belyst er de som har fått rødt symbol. Det er også sett på antibiotikabruk og vaksinasjonsdekning. Fylkesmannens kommunebilde i forhold til de nevnte lidelsene er vist nedenfor:

Samlet utfordringsbilde for kommunene i Aust-Agder - Folkehelse og levekår

- For personer med sykdommer som Diabetes type 2, kan forebyggende tjenester i kommunen, slik som en frisklivssentral, være et godt tilbud. Det samme kan det være for de som strever med overvekt, fedme og psykiske helseproblemer
- Andelen personer som er i kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske lidelser er samlet høyere i Aust-Agder enn i landet for øvrig. Beskyttelsesfaktorer mot å utvikle psykisk sykdom inkluderer utdanning, god mestringsevne og sosial støtte. Det er viktig at en tilrettelegger for gode sosiale møteplasser for alle. Grunlaget for vår psykiske helse legges tidlig.
- Det forebyggende og helsefremmende arbeidet generelt i kommunene bør ha særlig fokus på å fange opp barn og unge tidlig.

Fylkesmannens kommunebilde 2015

2.6.1 Forventet levealder

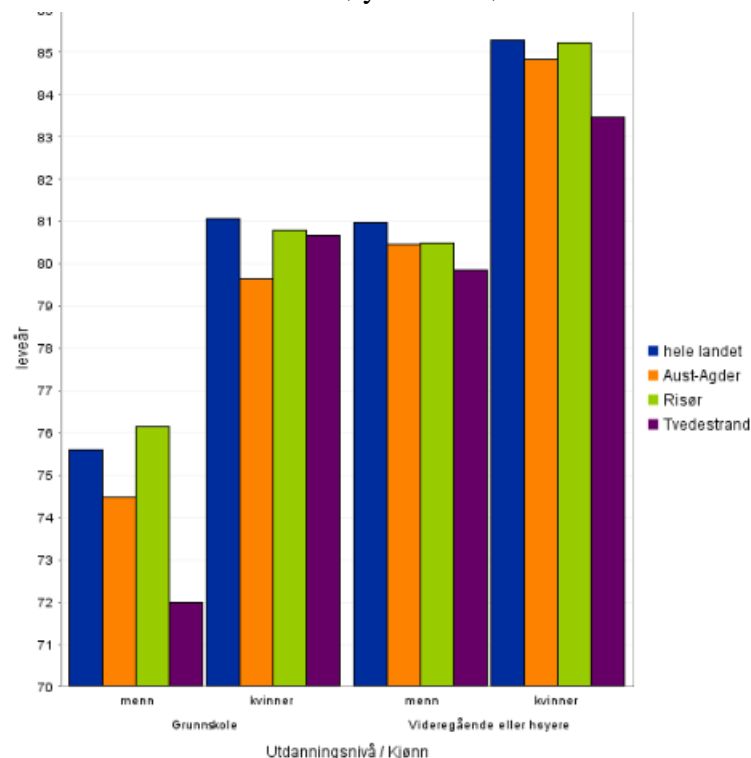
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. På lands- og fylkesnivå er dette en stabil og pålitelig indikator som gir informasjon om endringer over tid og om forskjeller mellom befolkningsgrupper. Indikatoren er informativ også på

kommunenivå, forutsatt at det tas hensyn til betydningen av tilfeldige svingninger.

De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. (Folkehelse rapporten 2014)

Gjennomsnittlig levealder i Risør er 76,8 år for menn og 82,5 år for kvinner. Dette er litt lavere enn landssnittet for menn. Forventet levealder beregnes ut ifra dødelighetsrater de siste 15 årene. Forventet levealder for personer med universitet eller høyskole har sunket litt, men er likevel omtrent som landsgjennomsnittet. Forventet levealder er høyere i landet blant personer med lang utdanning og høy inntekt. I Risør har den forventede levalderen blant personer med universitet eller høyskole faktisk sunket i de to siste periodene. Men det er også etter å ha ligget godt over gjennomsnittlig levealder, til å nå være omtrent lik som gjennomsnitt i landet.

Forventet levealder etter høyeste fullførte utdanningsnivå:



Forventet levealder etter høyeste fullførte utdanningsnivå (fire ulike grupper), beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: SSB/Kommunehelsa statistikkbank.

2.6.2 Psykiske lidelser

Økt dødelighet, sykmeldinger og uførepensjon er noen av de viktigste følgene av psykiske sykdommer. Tiltak for å utjevne sosial ulikhet vil trolig ha en effekt på utvikling av enkelte psykiske lidelser. Kilde: Folkehelseinstituttet

Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er stabil, og er svært vanlig i befolkningen. Ca. en tredel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år (inkludert alkoholmisbruk), mens åtte prosent av barn og unge til en hver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon.

Sosial støtte og utviklet mestringsevne er de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser. Kilde: Proposisjon til Stortinget (folkehelseloven).

Vi vet lite om enkeltårsakene, men både genetiske og miljømessige faktorer kan øke risikoen for å utvikle psykiske lidelser. De fleste psykiske lidelser debuterer i ung voksen alder. For å forebygge psykiske lidelser i befolkningen bør tiltakene søke å motvirke risikofaktorer og styrke beskyttelsesfaktorer (WHO, 2004). Forebygging av psykiske lidelser bør starte tidlig og krever en koordinert innsats på flere nivå i samfunnet. Folkehelseinstituttet ga i 2011 ut en rapport som oppgav de 50 viktigste tiltakene for å forebygge psykiske lidelser (Major, 2011). Folkehelse rapporten 2014

Les mer her: Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger - Rapport 2011: Folkehelseinstituttet

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Risør	
kdom	24	Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 0-74 år	152	162	139	per 1000 (a,k*)	
	25	Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 15-29 år	168	167	137	per 1000 (a,k*)	
	26	Psykiske lidelser, legemiddelbrukere	139	148	131	per 1000 (a,k*)	

Psykisk helse har flere indikatorer i Folkehelseprofilen. Til sammen gir disse sterke indikasjoner på at Risør kommune har flere utfordringer knyttet til psykisk helse enn landsgjennomsnittet. Tolkningen av tallene kan være sammensatt, og en indikator bør ikke tolkes for seg.

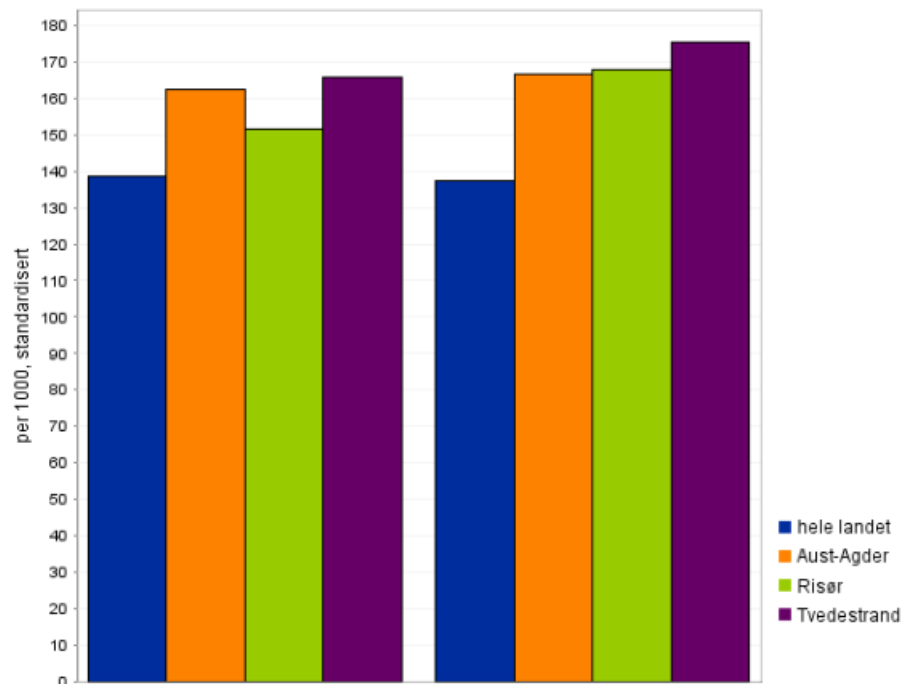
Ny indikatorer for 2015 er unge i alderen 15-29 år som er i kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske symptomer eller lidelser. Ung-Data-undersøkelsen gjennomført i 2013 gir også viktig informasjon.

Kontakt med primærhelsetjenesten

Det var flere personer i Risør enn landsgjennomsnittet som oppsøkte primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser i 2014 (152 per 1000 i Risør, 162 i Aust-Agder, 139 i landet). Det var i 2015 langt flere unge enn snittet for landet som oppsøkte primærhelsetjenesten med symptomer og lidelser, enn landet. 168 personer mellom 15 og 29, mot 137 på landsnivå. Ifølge Folkehelseinstituttet kan det antas at tallene påvirkes av legenes diagnostiseringspraksis.

Fastlegene i Risør har kommentert at det nok er flere årsaker til dette bildet. Tallene *kan* påvirkes av legenes måte å registrere diagnoser i systemet. Når det gjelder unge, er det mulig at mange av de som har problemer ikke flytter for å ta videre utdanning eller arbeid, men blir værende på hjemstedet. Legene opplever også at det kan være vanskelig å finne tiltak for en del unge som kan hjelpe dem videre.

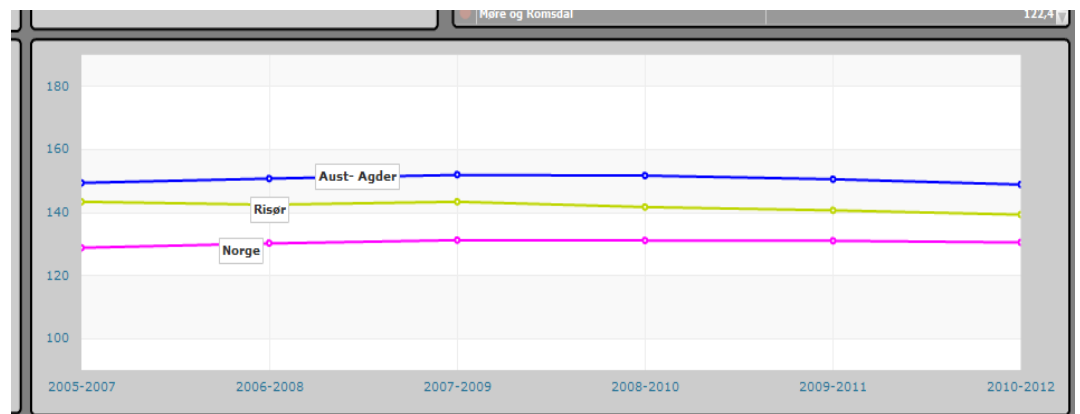
Figuren nedenfor viser antall brukere av fastlege og legevakt med bakgrunn i psykiske symptomer og lidelser. Risør befinner seg midt mellom Aust-Agder og gjennomsnittet for hele landet i aldersgruppa 0-74 år, men over både fylkes- og landsgjennomsnitt i aldersgruppa 15-29 år (2011-2013).



Primærhelsetjenesten, brukere, 0-74 år og 15-29 år per 1000 standardisert. Kilde: SSB/Kommunehelse statistikkbank

Legemidler

Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men kan gi en innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer (Fhi, Om statistikken). Folkehelseprofilen for 2015 viser at 139 personer fikk legemidler mot psykiske lidelser, mot 148 i Aust Agder og 131 på landsnivå. Figuren nedenfor gir et bilde av utvikling av bruk av legemidler mot psykiske lidelser i aldersgruppen 0-74 år over tid (2005-2012). Her befinner Risør seg under nivå med Aust-Agder, men langt høyere enn landet som helhet.



Legemiddelbrukere (0-74 år) - Midler mot psykiske lidelser, - per 1000, 2010-2012. Kilde: SSB/Agderportalen.

Nedenfor ser vi hva slags legemidler som brukes, samt flere detaljer i forhold til hvor Risør befinner seg i forhold til landet. Det skiller mellom psykiske symptomer og psykiske lidelser. Blant de psykiske lidelsene er det depressive lidelser og angstlidelser som er det dominerende.

År			2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012
Geografi	Legemiddelgruppe	Måltall				
Risør	Midler mot psykiske lidelser (N05A,N06A,N05C,N05B)	forholdstall (Norge=100), standardisert	109	108	107	106
	Antidepressiva (N06A)	forholdstall (Norge=100), standardisert	123	122	118	117
	Sovemidler og angstdempende midler (N05B,N05C)	forholdstall (Norge=100), standardisert	105	104	106	105
	ADHD-midler (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (N06BA)	forholdstall (Norge=100), standardisert	229	206	190	180
Tvedestrand	Midler mot psykiske lidelser (N05A,N06A,N05C,N05B)	forholdstall (Norge=100), standardisert	127	126	124	123
	Antidepressiva (N06A)	forholdstall (Norge=100), standardisert	125	124	120	119
	Sovemidler og angstdempende midler (N05B,N05C)	forholdstall (Norge=100), standardisert	133	131	131	130
	ADHD-midler (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (N06BA)	forholdstall (Norge=100), standardisert	202	180	162	152

Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Forholdstall, kjønn samlet (Kommunehelse statistikkbank)

Lokale data og vurderinger

Utover det som registreres via fastlege, har de kommunale helse- og omsorgstjenestene noe informasjon om dette temaet. Dette er tall som sier noe om hvor mange brukere som får behandling og hvordan utviklingen er. Per oktober 2015, er det ca 140 personer i kommunen med tjenester eller enkeltvedtak fra psykisk helse i Risør. Dette er en markant økning fra tidligere år. Etter at NAV samlokaliserte seg har psykisk helse fått mange nye brukere med rus og LAR (legemiddelassistert rehabilitering)-problematikk. Det nye senteret til psykisk helse har vært utelukkende positivt og har gitt enheten et godt grunnlag for å møte kommende utfordringer. (Virksomhetsplan - Enhet for omsorg 2016). Som følge av Samhandlingsreformen er antall institusjonsplasser kraftig redusert og en større del av ansvaret for brukere med omfattende lidelser innen psykisk helse er overført til kommunen. Hovedinntrykket er at det er relativt mange med psykiske lidelser i Risør, og at gruppen yngre brukere med kombinasjon psykisk lidelse og rus er i vekst. (Omsorgsplanen 2010-2020, Risør kommune, s.17) Avdeling psykisk helse opplever det nye senteret som positivt. I tillegg erfarer det at en del brukere tidligere ville blitt behandlet på DPS-poliklinikk (Distrikts Psykiatrisk dagbehandling), men nå enten ikke har blitt henvist dit av lege eller har fått avslag på søknad. Flere leger har også formidlet til avdelingen at det har blitt vanskeligere å få pasienter inn til behandling ved DPS.

I Brukerplan 2015 ble 75 personer kartlagt av NAV og helse- og omsorgstjenesten. En slik kartlegging gir et bilde av omfanget av rusmisbruk hos dem som kartlegges, hvilke tjenester rusmisbrukerne får og etterspør. De aller fleste av de som ble kartlagt hadde samtidig psykisk lidelse og rusproblem. Det er personer fra 16 til 70 år, men de fleste er mellom 30 og 50 år.

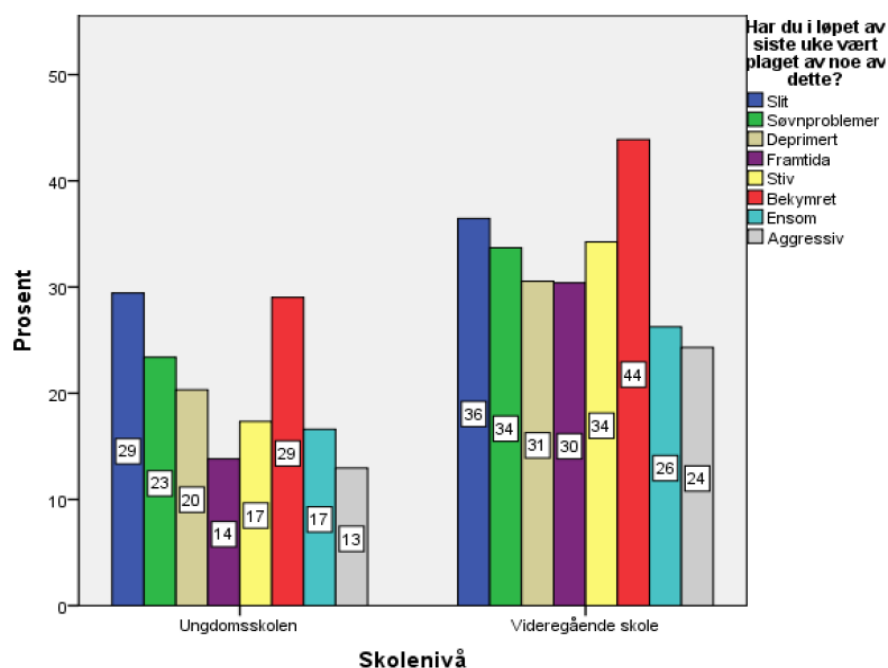
Helsestasjonen har gitt tilbakemelding på at de har jobbet forebyggende mot barn/ungdom i flere år, og dette kan vise seg i et økt antall henvendelser knyttet til psykisk helse, noe som bør vurderes som positivt.

Ung data-funn: mange føler seg deprimerte

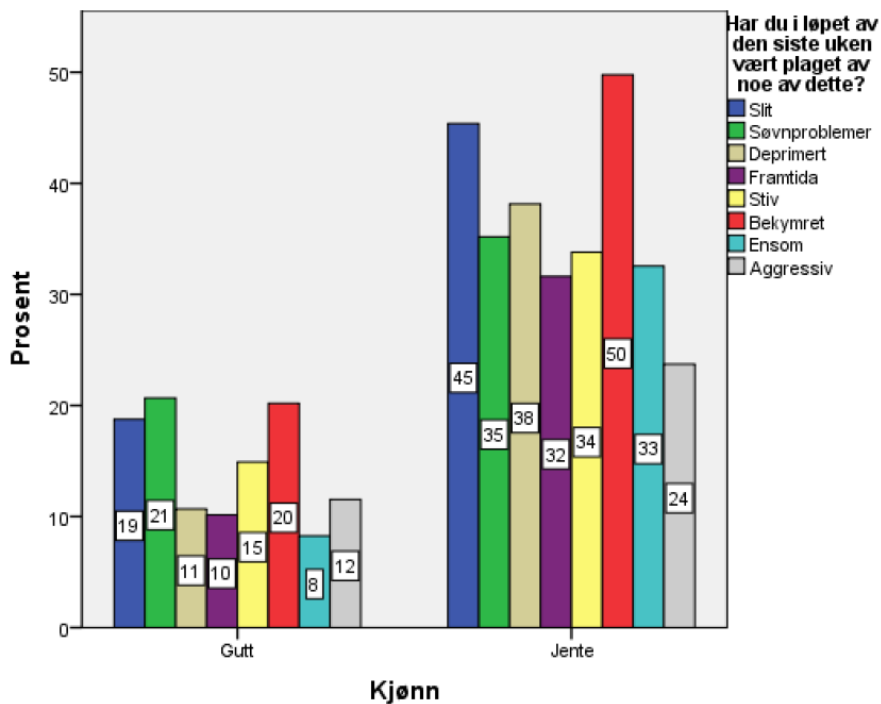
UngData-undersøkelsen gjennomført i 2013 viser at ungdom i Risør er omtrent like fornøyd med helsa si som landsgjennomsnittet for øvrig (ungdomsskoleelever 71 %). Elever på videregående skole er noe mindre fornøyd med helsa si enn i landet for øvrig (62 % i Risør, 66 % i Norge).

Ungdommene på videregående skole i Risør oppgir i større grad å være plaget av ensomhet enn i landet for øvrig. (26 % i Risør, 22 % i Norge). Andelen som oppgir dette på ungdomsskolenivå er på landsgjennomsnittet, 17 %. Flertallet av ungdommene i Risør oppgir å ha en god relasjon til sine foreldre, og dette er en viktig beskyttelse mot psykiske lidelser. God kommunikasjon og godt samspill med foreldre ses som en viktig faktor for å redusere sannsynligheten for negativ utvikling blant ungdom.

Andelen med psykisk relaterte utfordringer er oppsiktsvekkende, særlig på videregående skole, og særlig blant jenter. Andelen som svarer at de den siste uka har vært litt eller mye plaget av alle de påfølgende tingene: Følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt deg ulykkelig, trist eller deprimert, følt håpløshet med tanke på framtida, følt deg stiv eller anspent og bekymret deg for mye om ting. Dette gjelder for 10 % av elevene på ungdomsskolen og 23 % av elevene på videregående skole. Nasjonalt er tallene hhv 11 % og 16 %. Andelen ungdommer som føler alt er et slit, bekymrer seg, har søvnproblemer, er ulykkelige og triste og stive eller ansente er jevnt over litt høyere blant elever på videregående skole enn blant elevene på ungdomsskolen. I figuren under ser vi andel elever som er plaget av de ulike indikatorene for dårlig psykisk helse.



Det er signifikant flere jenter enn gutter som oppgir å ha vært plaget av deprimert stemningsleie siste uke. Se figur under:



Forebyggende tiltak

Folkehelse rapporten 2015 peker på viktige tiltak innen psykisk helse: Utjevning av sosiale helseforskjeller, tidlig innsats, tiltak for opparbeidelse av sosial støtte og mestring. Det er både genetiske og miljømessige faktorer som fører til psykisk lidelse eller sykdom (Folkehelse rapporten 2015)

Det gjøres på flere områder forebyggende arbeid rettet mot psykisk helse i Risør kommune, og dette er ikke ment som en oversikt over dette. Det gjøres tiltak som er rettet både mot de bakenforliggende faktorene som danner selve grunnlaget for utvikling av en god psykisk helse. Det er også flere mer prosjekt rettet mot spesielle målgrupper.

Noen av tiltakene er: Bedre samhandling, tiltak mot uførhet, tiltak mot frafall i skolen, Kvello, Kjærlighet og grenser, Helsestasjon (spe- og småbarnsteam, samtaler med jordmor og helseøster, mm), barnevern, nav-kvalifiseringsprogrammet, tiltak mot mobbing på skolen, psykiatrisk sykepleier på Videregående skole til samtale for elevene, Frisklivssentralen er et forebyggende helsetilbud rettet mot både fysisk og psykisk helse, blant annet Kurs i mestring av Belastning.

Oppsummering psykiske lidelser

Dataene peker mot at Risør har utfordringer over landsgjennomsnittet i forhold til psykiske plager og lidelser. Det er sammensatte årsaker, både arvelige og miljømessige faktorer, og levekårsforholdene kan spille inn på dette. At man får tidlig hjelp, har sosial støtte, opplever mestring, samt får utdanning, vil være til hjelp for å komme ut av en uheldig situasjonen i en tidlig fase. Helsestasjonen har i en årrekke arbeidet forebyggende om temaet, og det er mange andre gode

tiltak i kommunen som alle er viktige. Det er likevelet potensiale for økt forebygging og tidlig behandling, grunnet statistikken man ser.

2.6.3 Muskel- og skjelettlidelser

Muskel- og skjelettlidelser er en av de hyppigste årsakene til bruk av både tradisjonelle og alternative helsetjenester og -tilbud. Muskel- og skjelettlidelser, sammen med psykiske lidelser, er den hyppigste årsaken til sykefravær i Norge. Fysisk aktivitet kan forebygge muskel- og skjelettlidelser. Kilde: Folkehelseinstituttet.

De fleste vil i løpet av livet ha sykdommer eller plager knyttet til muskel- og skjelettapparatet. Et stort antall hofte-, ryggvirvel og håndleddsbrudd skyldes osteoporose. Antallet vil øke med flere eldre i befolkningen. Legemidler kan forebygge nye osteoporotiske brudd, men et mindretall bruker slike legemidler. Omtrent hver femte gravide kvinne får det som kalles bekkenløsning. Fysisk aktivitet og redusert røyking kan forebygge flere typer muskel- og skjelettsykdom. Folkehelse rapporten 2014

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Risør
SYT	27 Muskel og skjelett, primærhelsetjenesten	230	260	258	per 1000 (a,k*)	

Folkehelseprofilen viser antall personer med muskel-skjelettlidelser behandlet i primærhelsen. Denne får en grønn verdi i folkehelseprofilen, noe som betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at færre oppsøker primærhelsetjenesten på grunn av dette enn i landet som helhet. Det er likevel verd å merke seg at tallet er høyt, også på landnivå. (229 per 1000 i Risør, 255 i Aust Agder og 255 i Norge).

År	2010-2012	
Geografi	Sykdomsgruppe	
Hele landet	Muskel og skjelett (ekskl. brudd og skader (L01-L29, L70-71 og L82-99))	255,0
	Muskel- og skjelettplager (L01-29)	173,6
	Muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser (ekskl. brudd og skader (L70-71 og L82-99))	127,9
Aust-Agder	Muskel og skjelett (ekskl. brudd og skader (L01-L29, L70-71 og L82-99))	254,8
	Muskel- og skjelettplager (L01-29)	178,3
	Muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser (ekskl. brudd og skader (L70-71 og L82-99))	120,0
Risør	Muskel og skjelett (ekskl. brudd og skader (L01-L29, L70-71 og L82-99))	229,1
	Muskel- og skjelettplager (L01-29)	158,6
	Muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser (ekskl. brudd og skader (L70-71 og L82-99))	113,7

Primærhelsetjenesten, brukere – kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert

Lokale funn og vurdering:

Tallet kan være påvirket av legenes diagnostiseringspraksis. I tillegg er det er to manuelle terapeuter i Risør, disse tar imot personer med muskel-skjelettplager uten henvisning fra lege. Disse faktorene vil ikke fremkomme i statistikken fra Folkehelseinstituttet. Det bør undersøkes videre om det er mulig også å få noen data fra de private fysioterapeutene i kommunen, i forhold til omfanget av dette problemet.

Oppsummering muskel- og skjelettlidelser

Det ser ikke ut til at det er flere utfordringer i forhold til muskel- og skjelettlidelser enn for landsgjennomsnittet. Tallet er likevel høyt på landsnivå. Det kan være grunn til å tro at det reelle tallet for Risør ligger noe høyere enn statistikken viser, eller diagnostiseringspraksisen fra legenes sin side spiller inn på tallene.

2.6.4 Smerter

Fakta om smerter: Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen. Anslagsvis 30 prosent av voksne har kroniske smerter i Norge i dag. Muskel- og skjelettplager er den vanligste årsaken, men en rekke andre lidelser kan også føre til kronisk smerte. Forekomsten er høyere enn i mange andre europeiske land. Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har kroniske smerter, og kvinner er også i langt større grad enn menn sykemeldt og uføre som en følge av kronisk smerte. (Kilde: Folkehelseinstituttet). Når det gjelder ikke-reseptbelagte medikamenter, viste en undersøkelse gjengitt i Tidsskrift for Den norske legeforening (Lagerløv P, Holager T, Helseth S et al. 2009) at ungdommens bruk av disse har økt. Undersøkelsen tydet på at smertestillende ble brukt mot «dagliglivets plager» som lett hodepine eller manglende væskeinntak.

Det er viktig å være oppmerksom på bruken av reseptfrie legemidler hos unge mennesker pga ulike smertetilstander knyttet opp mot stress, forventningspress og uheldig levestil med inaktivitet og mye PC/databruk og forstyrret døgnrytme.

Informasjonen om bruk av smertestillende midler er fremstil nedenfor. Det ser ut til at bruken av smertestillende midler (ulike typer samlet) i Risør kommune ligger omtrent som på snittet i landet for øvrig, faktisk noe under landsgjennomsnittet. Dersom man ser på opioider for seg, så ligger Risør noe over landsgjennomsnittet, og det har vært en økning de senere år. Derfor kan det være viktig å følge med på denne utviklingen fremover. Inflammasjonsdempende medisin ligger godt under landsgjennomsnittet, og ser også ut til å være noe i nedgang av bruken. Sovemidler og beroligende (se under kapitlet “psykisk helse, s. 79) ligger Risør rett under landsgjennomsnittet, og det er ingen økning eller en svak nedgang)

År			2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013
Geografi	Legemiddelgruppe	Måltall					
Aust-Agder	Smertestillende midler (M01A,N02A,N02B,N02C)	per 1000, standardisert	224,4	224,8	224,8	226,9	229,9
		forholdstall (Norge=100), standardisert	102	103	103	104	105
	Inflammasjonshemmende midler, NSAID (M01A)	per 1000, standardisert	170,8	169,9	168,8	169,5	169,2
		forholdstall (Norge=100), standardisert	100	101	101	102	103
	Smertestillende, opioider (N02A)	per 1000, standardisert	95,1	96,7	96,8	99,2	103,1
		forholdstall (Norge=100), standardisert	104	105	106	107	110
	Smertestillende, andre (N02B)	per 1000, standardisert	47,2	52,0	57,2	62,5	68,4
		forholdstall (Norge=100), standardisert	110	110	111	112	115
	Smertestillende, migrenemidler (N02C)	per 1000, standardisert	19,9	19,9	19,9	20,4	21,2
		forholdstall (Norge=100), standardisert	102	102	103	104	106
Risør	Smertestillende midler (M01A,N02A,N02B,N02C)	per 1000, standardisert	212,3	212,8	211,7	211,8	211,4
		forholdstall (Norge=100), standardisert	97	97	97	97	96
	Inflammasjonshemmende midler, NSAID (M01A)	per 1000, standardisert	154,6	154,5	154,5	152,2	146,7
		forholdstall (Norge=100), standardisert	91	91	92	91	89
	Smertestillende, opioider (N02A)	per 1000, standardisert	96,1	96,2	94,7	96,3	101,2
		forholdstall (Norge=100), standardisert	105	105	103	104	108
	Smertestillende, andre (N02B)	per 1000, standardisert	39,1	44,5	49,4	53,1	60,0
		forholdstall (Norge=100), standardisert	91	94	96	95	100
	Smertestillende, migrenemidler (N02C)	per 1000, standardisert	17,8	18,1	18,3	19,3	19,9
		forholdstall (Norge=100), standardisert	91	93	94	99	100

Legemiddelbrukere – kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert(kommunehelsa statistikkbank)

Oversikt over forskrivning av vanedannende medikamenter fra reseptregisteret, dvs sterke smertestillende medikamenter, beroligende og sovemedisiner, viser en økning av forskrivning av opioider og andre analgetika og antipyretika for perioden 2010-2014.

2.6.5 Hjerte- og karsykdommer

Nye tilfeller av hjerteinfarkt har gått ned i aldersgrupper over 65 år og dødeligheten av hjerte- karsykdom synker i alle aldersgrupper. Hjerte -og karsykdom er fortsatt den sykdomsgruppen som fører til flest dødsfall når vi ser på alle aldersgrupper samlet. Antall syke forventes likevel å stige på bakgrunn av en økende andel eldre i befolkningen, samt bedre overlevelse etter akutt sykdom. Hjerte- og karsykdommer gir ofte langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse.

Utbredelsen av hjerte- og karsykdommer som for eksempel hjerteinfarkt, angina pectoris (hertekramper) og hjerneslag kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Jo flere som er ikke-røykere, har et gunstig kosthold, mosjonerer daglig og har normal kroppsvekt, dess færre vil få infarkt i en befolkning.

Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene fortsatt vil ramme mange. Det er en bekymringsfull økning i sykehusinnleggelser for førstegangs hjerteinfarkt blant yngre voksne. Kilde: Folkehelseinstituttet og Folkehelse rapporten 2014

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Risør
else og	28 Hjerte- og karsykdom, primærh.tj.	118	104	105	per 1000 (a,k*)	
	29 Hjerte- og karsykdom, beh. i sykehus	16	19	18	per 1000 (a,k*)	

Indikatorerne for hjerte- karsykdom viser at Risør ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder behandlinger i primærhelsetjenesten, men

under landsgjennomsnittet for antall tilfeller av hjerte-karsykdom behandlet i sykehus.

Hjerte-karsykdom, behandlet i primærhelsetjenesten

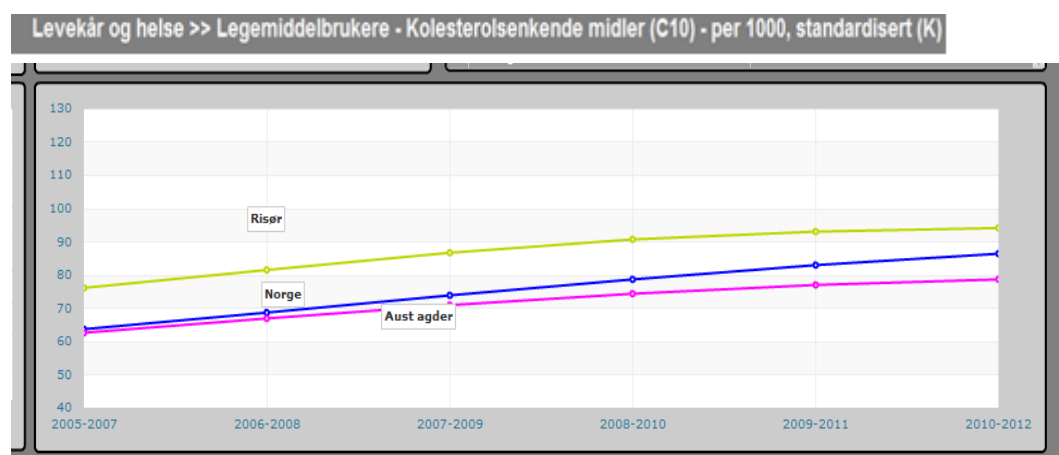
Antall personer behandlet for hjerte- karsykdom i primærhelsetjenesten, er høyere i Risør kommune (118 per 1000) enn i fylket (104) og landet som helhet (105) i 2015. Tallet kan være påvirket av legenes diagnostiseringspraksis. Gjennomsnittlig antall for perioden 2010-2012 viser en nedgang i forekomsten i Risør kommune, og en liten økning for gjennomsnittet i landet.

År	2010-2012
Geografi	
Hele landet	103,9
Aust-Agder	104,5
Risør	120,8

Primærhelsetjenesten, brukere – Hjerte- og karsykdomsdiagnoser, totalt (K70-99), kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert. Kommunehelse statistikkbank

Bruk av kolesterolsenkende medikamenter

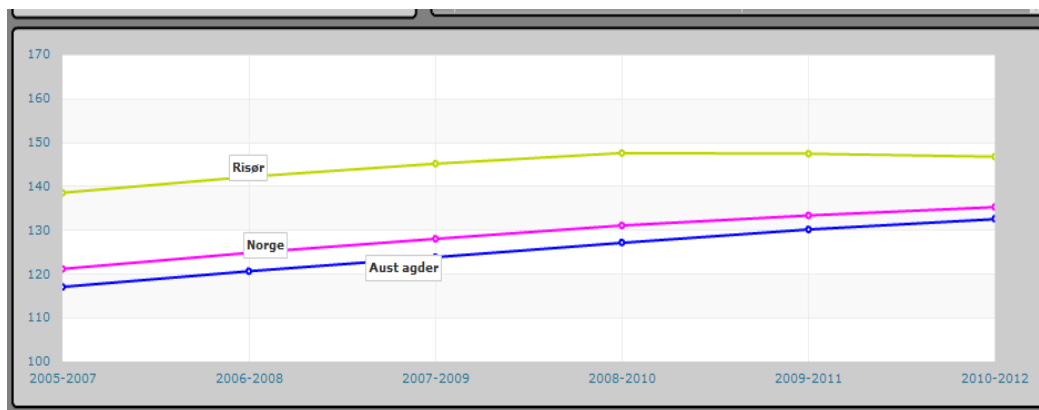
Bruk av kolesterolsenkende medikamenter er en indikator fra 2014, og indikatoren er tatt ut fra profilen i 2015. I 2014 var bruken av kolesterolsenkende medisiner noe høyere enn i landet som helhet. Tallet var 94 per 1000, mot 87 i Aust Agder og 79 på landsnivå (2014). Grafen nedenfor viser at Risør kommune har ligget over landet som helhet og fylket som helhet i flere år, men at det ikke ser ut til å være noen særlig økning i bruk av kolesterolsenkende medisiner de senere årene. Dette kan, i likhet med andre områder som viser medisinbruk, være knyttet til legenes foreskrivingspraksis.



Kilde: SSB/Agderportalen

Legemidler mot hjerte-karsykdom i Risør

Bildet nedenfor viser at det brukes mer legemidler mot hjerte-karsykdom i Risør, enn i Aust-Agder som helhet og i Norge som helhet. Det var en økning i legemiddelbruken fra 2005 til 2010, så ser det ut som om kurven flater ut, samtidig som stigningen i bruken av disse medisinene fortsatt stiger noe i A-A og i hele landet. Fremdeles bruker tett opp mot 150 personer slike legemidler per 1000 innbyggere, mens i landet som helhet er tallet rett over 130 personer.



Legemiddelbrukere, legemidler mot hjerte-karsykdom, (C unntatt c10)-per 1000, 2010-2012. Kilde: SSB/Agderportalen

År		2005-2007	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012
Geografi	Legemiddel						
Hele landet	Midler mot hjerte- og karsykdommer (C unntatt C10)	121,2	124,9	128,1	131,1	133,4	135,3
	Kolesterolsenkende midler (C10)	62,7	67,0	71,0	74,4	77,1	78,7
Aust-Agder	Midler mot hjerte- og karsykdommer (C unntatt C10)	117,1	120,7	123,9	127,2	130,2	132,6
	Kolesterolsenkende midler (C10)	63,8	68,8	73,9	78,7	83,0	86,5
Risør	Midler mot hjerte- og karsykdommer (C unntatt C10)	138,6	142,2	145,2	147,6	147,5	146,8
	Kolesterolsenkende midler (C10)	76,2	81,6	86,8	90,8	93,1	94,2

Legemiddelbrukere – kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert. Kommunehelse statistikkbank.

Hjerte- karsykdom, behandlet i spesialisthelsetjenesten

Sykehusinnleggelse kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. (Fhi, om statistikken). Bildet nedenfor viser at kommunen bruker spesialisthelsetjenesten i noen mindre grad enn det som er gjennomsnittet for landet, men at bruken har steget fra 2008 og tatt igjen noe av gapet som var mellom Risør og landet.

År		2008-2010	2009-2011	2010-2012
Geografi	Sykdomsgruppe			
Hele landet	Hjerte- og karsykdommer (I00-I99)	18,2	18,2	18,2
	Iskemisk hjertesykdom (I20-I25)	5,9	5,8	5,6
Aust-Agder	Hjerte- og karsykdommer (I00-I99)	18,0	18,4	19,2
	Iskemisk hjertesykdom (I20-I25)	5,7	5,8	6,1
Risør	Hjerte- og karsykdommer (I00-I99)	15,8	16,4	17,0
	Iskemisk hjertesykdom (I20-I25)	5,0	4,8	4,8

Spesialisthelsetjenesten, somatikk – kjønn samlet, per 1000, standardisert. Kommunehelse statistikkbank

Dødelighet for hjerte-karsykdom

Man ser nedenfor at dødeligheten av hjerte-karsykdom over flere år har gått ned, men at den ligger fortsatt noe høyere i Risør enn det som er snittet for landet.

Det kan se ut som om dødeligheten for hjerneslag skiller seg negativt ut i Risør, men her er det mulige feilkilder i statistikken, som hvordan diagnoser registreres.

År		1998-2007	1999-2008	2000-2009	2001-2010	2002-2011	2003-2012
Geografi	Dødsårsak						
	Hjerte-og karsykdommer (I00-I99)	82,1	77,0	72,3	68,7	65,3	62,2
Hele landet	Iskemisk hjertesykdom (I20-I25)	44,6	41,1	38,1	35,6	33,4	31,3
	Hjerneslag (I60-I69)	16,2	15,3	14,5	13,8	13,2	12,6
	Hjerte-og karsykdommer (I00-I99)	85,1	81,0	74,8	71,0	66,5	64,8
Aust-Agder	Iskemisk hjertesykdom (I20-I25)	42,0	38,9	35,6	34,0	32,3	31,0
	Hjerneslag (I60-I69)	20,1	19,7	19,0	17,3	16,2	16,2
	Hjerte-og karsykdommer (I00-I99)	79,0	78,6	74,2	65,5	63,7	66,0
Risør	Iskemisk hjertesykdom (I20-I25)	41,6	38,6	34,3	29,9	31,2	32,3
	Hjerneslag (I60-I69)	15,2	19,2	21,9	19,0	17,4	20,0
	Hjerte-og karsykdommer (I00-I99)	79,0	78,6	74,2	65,5	63,7	66,0

Dødelighet (0-74 år) – kjønn samlet, per 100 000, standardisert (Kommunehelse statistikkbank)

Vurdering

Det er flere røde symboler for hjerte- karsykdom for Risør. Dette kan indikere at problematikken i Risør er høyere enn for landet som helhet. Flere enn landsgjennomsnittet behandles for hjerte-karsykdom i primærhelsetjenesten, men færre behandles i spesialisthelsetjenesten. Legenes innspill til denne statistikken er at overhyppigheten av hjerte-karsykdom kan ha noe sammenheng med røyking. At mange går til fastlegen, gjør også at flere får medisiner. Et større fokus på kosthold og fysisk aktivitet har potensiale til å redusere eller forebygge økt medisinbruk hos noen pasienter. Inntrykket blant fastlege er at pasientene med hjerte-karsykdom følges godt opp i primærhelsetjenesten, og at en del pasienter da ikke ønsker oppfølging via sykehuset. I tillegg henviser legene ofte til privat hjertespesialist i Arendal, og dette vil trolig ikke vises i statistikk fvra Fhi. Dødeligheten av hjerte-karsykdom går ned i hele landet, men dødeligheten er høyere i Risør enn for landet.

Forebygging

Det er trolig et stort forebyggingspotensiale for hjerte- karsykdom, blant annet gjennom røykeslutt, økt aktivitet for alle og et bedret kosthold. Styrking av kapasitet og tilbud i frisklivssentralen har potensiale til å være et viktig forebyggende og helsefremmende tilbud knyttet til risikogrupper for hjerte-karsykdom. Samarbeid med lag og foreninger som organiserer lavterskeltilbud er viktige tiltak. Det er ikke kartlagt hvor mange som benytter disse. Å legge til rette for uorganisert aktivitet i tillegg til den organiserte, er et viktig supplement. Som for eksempel turstier i nærområder, oppkjørte skiløyper, gang og sykkelveier, lett tilgjengelige uteområder.

Oppsummering hjerte- karsykdom

Folkehelseprofilen viser rød verdi for flere av indikatorene på hjerte-karsykdom. Flere enn landsgjennomsnittet behandles for hjerte- karsykdom i primærhelsetjenesten. Færre enn landsgjennomsnittet behandles i spesialisthelsetjenesten. Mange behandles hos spesialist. Dødeligheten for hjerte- karsykdom går ned i hele landet, også i Risør, men ligger høyere enn landsgjennomsnittet.

2.6.6 Overvekt eller fedme

Overvekt og fedme gir økt risiko for hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser. Det er ingen klare KMI-terskler for når sykdomsrisikoen øker eller faller, overgangene er glidende. Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning. Tiltak som kan påvirke mat- og aktivitetsvaner vil være av særlig betydning.

Årsakene til overvekt er sammensatte og kompliserte. Generelt skyldes overvekt og vektøkning en ubalanse mellom energiinntak og energibehov. Reduksjon av fysisk aktivitet i hverdagen eller endret kosthold kan gi vektøkning. Tilgangen til billig og usunn mat er stor i dagens samfunn. Det er blant annet dokumentert at inntak av sukkerholdig drikke har direkte sammenheng med vektoppgang og fedme hos barn og ungdom. Enkelte er i tillegg genetisk sårbare for å bli overvektig. Oppvekstforhold, livsvilkår, psykologiske forhold, belastninger, inntak av diverse medikamenter og søvnproblemer kan også påvirke utviklingen av vektproblemer.

Det er viktig med både befolkningsrettede og individrettede tiltak. Vi trenger innsats fra mange aktører, inkludert det offentlige, matvareindustrien, tilbydere av mat og drikke, osv. Barn og unge er spesielt utsatte og prisgitt omgivelsene sine i familien, barnehagen, skolen og nærmiljøet.

Folkehelse rapporten 2014 viser til følgende funn på nasjonalt nivå:

- Ett av seks barn har overvekt eller fedme.
- En av fem voksne har fedme.
- Overvekt og fedme har økt i befolkninga de siste tiåra, men det er tegn til at utviklingen har flatet ut hos barn.

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Risør
Levevaner	19 Røyking, kvinner	18	15	14	prosent (a*)	
	20 Overvekt, kvinner	41	37	35	prosent	

I Folkehelseprofilen for 2015 er det en indikator som viser overvekt blant kvinner fra første svangerskapskontroll. Indikatoren viser at 41 % av kvinnene har overvekt, mot 37 % i Aust Agder og 35 % på landsnivå. Dette gir Risør en gul verdi. Tallet ser ut til å være svakt økende siden 2008.

År		2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013
Geografi	Måltall				
	Hele landet	andel (prosent)	35	35	35
Aust-Agder	andel (prosent)	35	36	36	37
	forholdstall (Norge=100)	100	100	100	100
Risør	andel (prosent)	39	39	41	41
	forholdstall (Norge=100)	114	114	117	117

Andel kvinner med overvekt inkludert fedme i prosent av alle fødende kvinner med høyde- og vekt opplysninger fra første svangerskapskontroll. Overvekt inkl. fedme regnes som KMI over eller lik 25 kg/m². Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Medisinsk fødselsregister ved Nasjonalt folkehelseinstitutt/Kommunehelsa statistikkbank.

Folkehelseprofilen fra 2014 viste også at andelen med overvekt i Risør kommune er noe høyere enn i landet som helhet. Men det er knyttet usikkerhet rundt hvorvidt dette kan sies å være tall som kan representere befolkningen, fordi tallene var basert på andel menn med overvekt og fedme i prosent av alle menn på sesjon, gjennomsnitt for en 7 årsperiode, 2003-2009.

Helsestasjonen veier/måler etter gjeldende veileder (Veileder...) alle barn i 1. og 3. skoletrinn. Om ønskelig kan resultatene av dette kan samles og vurderes nærmere, hvis dette er av betydning for eventuell igangsetting av forebyggende tiltak.

Oppsummering helselatert atferd

På kommunenivå finnes det lite statistikk på levevaner som kosthold, fysisk aktivitet, bruk av tobakk, alkohol og rusmidler. Ungdata gir verdifull informasjon om ungdommens vaner. Indikatorene under temaområdet helse og sykdom kan også indirekte gi informasjon om levevaner i befolkningen.

Best kartlagt er røykevanene. Kommunen har en høyere andel gravide som røyker enn landsgjennomsnittet. Det er også verd å merke seg at det er relativt mange med lungekreft i Risør. UngData undersøkelsen som viser at færre ungdom røyker, men flere snuser. Den totale tobakksbruken blant ungdom har gått ned, og ligger i Risør under landsgjennomsnittet på 4 %. På videregående skole oppgir 14 % av elevene at de røyker minst ukentlig eller daglig. Dette er 4 % mer enn landsgjennomsnittet. Røyking følger en sosial gradient, og dette kan være med på å forklare noe av omfanget av røyking i Risør.

På indikatoren som viser overvekt blant kvinner fra første svangerskapskontroll, får Risør en gul verdi. Selv om dette er sparsomme tall, gir det en indikasjon på hvordan vekten er i befolkningen. Vi vet lite om fysisk aktivitet blant voksne. Fysisk aktivitet og trening i en eller annen form minst en gang i uka eller mer, er vanlig for drøyt 2/3 av ungdommene, noe som er rett under landsgjennomsnittet.

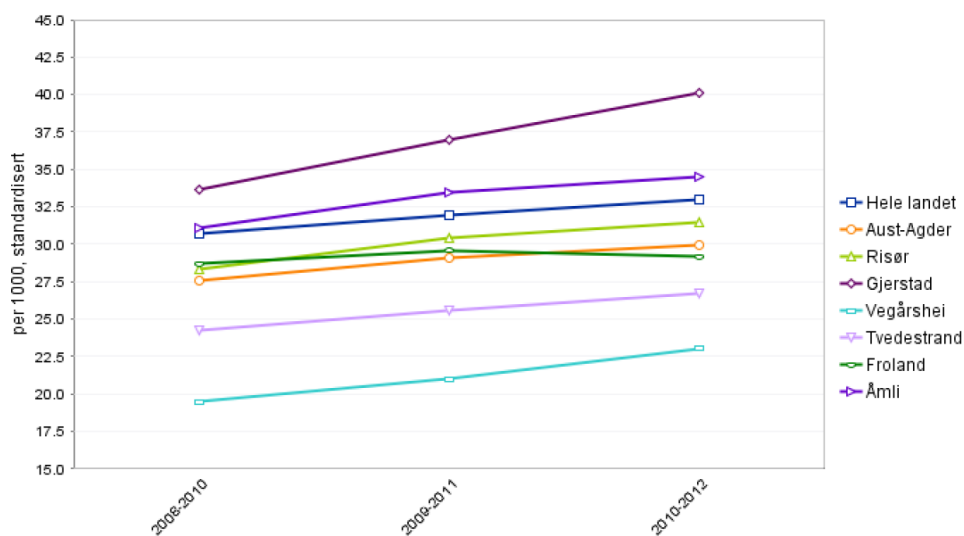
2.6.7 Diabetes

Diabetes er en av de store folkesykdommene, og er forbundet med alvorlige komplikasjoner. Overvekt, usunt kosthold og manglende fysisk aktivitet er viktige risikofaktorer for utvikling av diabetes type 2 (sammen med gener), og forekomst av diabetes type 2 kan derfor gjenspeile befolkningens levevaner. Forekomsten av diabetes type 2 er usikker, og behandling av sykdommen varierer. Vel 200 000 personer (4 prosent av befolkningen) anslås å ha diagnosen diabetes. Disse behandles med blodsukkersenkende legemidler (165 000) og/eller kost og mosjon. I tillegg kommer et betydelig antall tilfeller av udiagnostisert diabetes. Antall som lever med diabetes-diagnosen har økt, men antall nye brukere av blodsukkersenkende legemidler per år har flatet ut de siste årene. Type 2-diabetes kan i stor grad forebygges med økt fysisk aktivitet og vektreduksjon. Folkehelse rapporten 2014

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Risør
He	Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	32	30	34	per 1000 (a.k*)	

Folkehelseprofilens indikator er legemiddelbruk ved diabetes type 2. Denne viser at viser at Risør ikke skiller seg ut i særlig grad i forhold til landsgjennomsnittet. Faktisk så er tallet noe lavere for kommunen enn landsgjennomsnittet, og dette har vært en vedvarende tendens siden målingen startet. I 2005-2007, brukte i snitt 23,6 personer per 1000 diabetesmedisiner, i 2010 til 2012 var tallet 31,5.

Tallet er trukket fram i FM kommunebilde. En av årsakene kan være at vi ser en økning i legemiddelbruk, og dette gjelder hele landet. Det kan se ut som om Risør har hatt en stigning på rundt 4 % fra 2008 til 2012. Siden det er mange udiagnostiserte tilfeller av diabetes, er det vanskelig å si om dette kan betegnes som en positiv eller negativ utvikling. Man vet imidlertid at stadig flere får sykdommen, grunnet livsstil.



Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år) pr 1.000 innbygger. (Tallene er ikke nye etter 2012).
Kilde: FHI

Oppsummering diabetes

Folkehelseprofilens indikator er bruk av legemidler til behandling av diabetes type 2. Risør ligger omtrent på landsgjennomsnittet. Det er en økning av medisinene i hele landet. Det er en klar sammenheng mellom særlig diabetes type 2 og overvekt og inaktivitet. Sykdommen har et stort forebyggingspotensiale, trolig særlig hos risikogrupper.

2.6.8 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. Forekomst av KOLS øker med økende tobakksforbruk og antall røykeår og kan derfor si noe om røykevaner.

Befolkningsundersøkelser i Norge viser at også forekomsten av astma har økt de siste 20 årene, spesielt hos barn. Kilde: Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer, Helse- og omsorgsdepartementet.

Antall personer som lever med KOLS vil trolig øke i årene framover fordi antallet eldre øker. Den nøyaktige forekomsten er vanskelig å fastsette. KOLS er en vanlig tilstand i den voksne delen av befolkningen og andelen av befolkningen som har plager øker med alderen. Symptomene og alvorlighetsgraden av symptomene på KOLS varierer i stor grad. KOLS er en hyppig dødsårsak. Folkehelse rapporten 2014

Folkehelsebarometeret 2014. Indikatoren er ikke videreført i 2015.

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Risør
40	Tyngre og bruk av legemidler, nye tilfeller	108	117	99	per 100 000 (a,k*)	
30	KOLS og astma, legemiddelbrukere	108	117	99	per 1000 (a,k*)	
31	Lungekreft og KOLS, dødelighet	56	58	39	per 100 000 (a,k*)	

Folkehelsebarometeret for 2014 viser at legemiddelbruk mot kols og astma har en rød verdi, dvs at Risør med høy grad av sikkerhet har en høyere forekomst enn landet. Det er 108 som bruker slike legemidler per 1000 i Risør, 117 personer i Aust- Agder og 99 personer i landet. Kols har en høy dødelighet, og i Risør ligger snittet høyere enn i landet som helhet. Det er færre som behandles i spesialisthelsetjenesten for kols i Risør enn det som er snittet i Norge.

Kols og astma, legemiddelbrukere

År	2005-2007	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012
Geografi						
Hele landet	92,4	92,4	93,3	94,7	96,8	98,6
Aust-Agder	104,5	103,8	105,2	108,0	112,3	116,8
Risør	102,8	99,3	100,0	101,6	105,9	108,3

KOLS og astma, legemiddelbrukere (45-74 år) – kjønn samlet, per 1000, standardisert. Kilde: Kommunehelse statistikkbank

År		2005-2007	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012
Geografi	Kjønn						
Hele landet	kjønn samlet	92,4	92,4	93,3	94,7	96,8	98,6
	menn	76,4	76,6	77,6	78,8	80,7	82,3
Aust-Agder	kjønn samlet	104,5	103,8	105,2	108,0	112,3	116,8
	menn	88,5	88,1	88,7	91,1	95,4	99,9
Risør	kjønn samlet	102,8	99,3	100,0	101,6	105,9	108,3
	menn	81,9	81,2	84,1	84,4	87,5	90,5

KOLS og astma, legemiddelbrukere (45-74 år) – per 1000, standardisert Kilde: KommuneHelse statistikkbank

Antall personer med kols behandlet i spesialisthelsetjenesten

År	2008-2010	2009-2011	2010-2012
Geografi			
Hele landet	3,2	3,1	3,2
Aust-Agder	2,7	2,7	3,0
Risør	3,0	2,6	2,3

KOLS, spesialisthelsetjenesten (45 +) – kjønn samlet, per 1000, standardisert. Kilde: KommuneHelse statistikkbank

Dødelighet kols

År	1998-2007	1999-2008	2000-2009	2001-2010	2002-2011	2003-2012
Geografi						
Hele landet	10,7	10,9	10,9	10,9	11,0	11,2
Aust-Agder	17,8	18,8	19,3	19,7	20,2	20,7
Risør	17,7	20,4	21,6	21,6	21,5	21,4

KOLS, dødelighet – KOLS (J44), kjønn samlet, per 100 000, standardisert. Kilde: KommuneHelse statistikkbank

Oppsummering kols

Folkehelsebarometeret for 2014 viser at legemiddelbruk mot kols og astma har en rød verdi, dvs at Risør med høy grad av sikkerhet ligger dårligere an enn landet. Forekomsten antas å øke, som i resten av landet. Spesielt alvorlig er det at dødeligheten for KOLS er endel høyere i Risør enn i landet for øvrig. Samtidig er det færre enn i landet som helhet som behandles i spesialisthelsetjenesten for lidelsen.

Forebygging

Utvikling av KOLS henger tett sammen med røyking. Det er også en nær sammenheng kols og alder. Kvinner utvikler lettere KOLS enn menn som følge av røyking. Forebyggende tiltak mot røyking og røykeslutt- tiltak er svært viktig. Ungdomsskolen har i en årrekke vært med i det røykeforebyggende programmet FRI. Jordmor stimulerer til røykeslutt hos gravide. Frisklivssentralen tilbyr individuell hjelp til røykeslutt.

2.6.9 Kreft

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:, men en fellesbetegnelse for en rekke sykdommer som kan ha forskjellige risikofaktorer og ulik

sykdomsutvikling. Det tar ofte lang tid fra eksponering til man utvikler kreft, og mange faktorer kan derfor medvirke til at sykdommen oppstår. Kosthold, fysisk aktivitet, røyke- og alkoholvaner er faktorer som har betydning for kreftforekomsten. Det anslås at ett av tre krefttilfeller henger sammen med levevaner. En endring i befolkningens levevaner har derfor et stort potensial til å redusere risikoen for å utvikle kreft.

	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Risør
28	Kreft totalt, nye tilfeller	568	605	565	per 100 000 (a,k*)	
29	Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller	76	72	77	per 100 000 (a,k*)	
30	KOLS og astma, legemiddelbrukere	108	117	99	per 1000 (a,k*)	
31	Lungekreft og KOLS, dødelighet	56	58	39	per 100 000 (a,k*)	

Folkehelsebarometeret 2014

	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Risør
31	Lungekreft, nye tilfeller	71	68	55	per 100 000 (a,k*)	
32	Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller	76	72	78	per 100 000 (a,k*)	

Folkehelsebarometeret 2015

Folkehelseprofilen for 2014 har trukket ut indikatorene nye tilfeller av kreft totalt, nye tilfeller av endetarmskreft og dødelighet for lungekreft og kols. For 2015 er indikatorene endret til nye tilfeller av lungekreft og nye tilfeller av tykk- og endetarmskreft. Det er en liten overhyppighet av nye tilfeller av kreft totalt i Risør. Det er stadig flere som overlever kreft i i Risør som i hele landet , men dødeligheten for lungekreft er høyere i Risør enn i landet for øvrig.

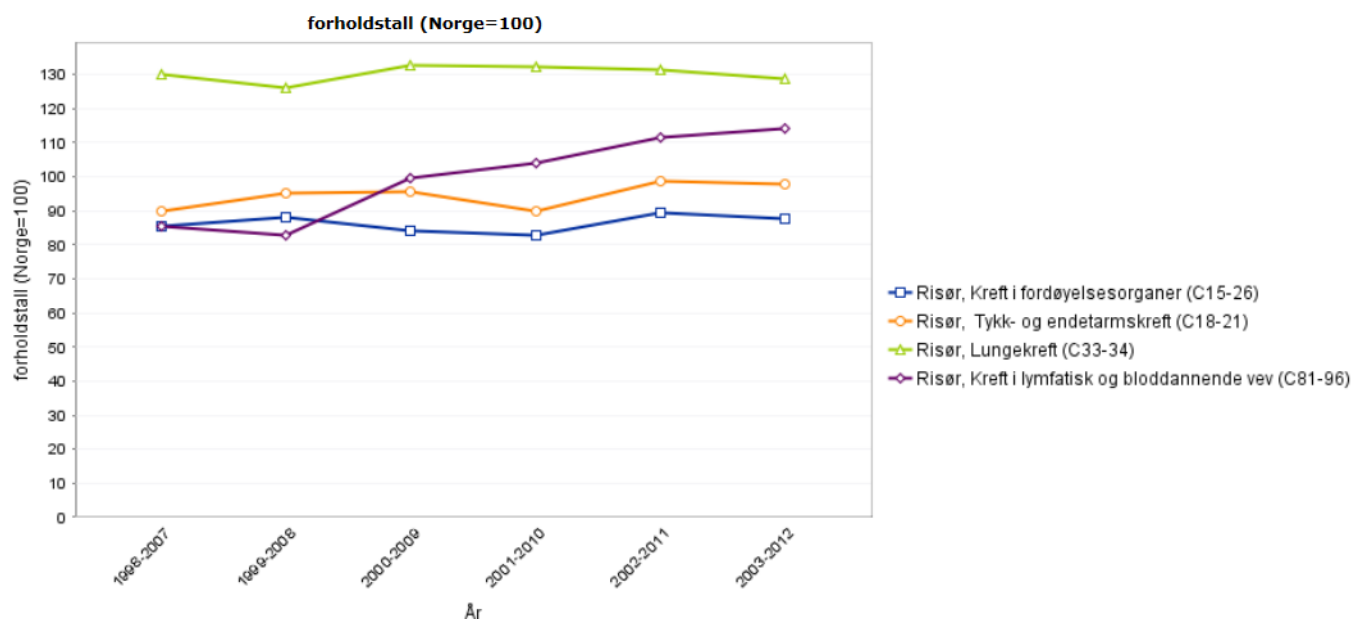
Kreft, nye tilfeller totalt

Det har vært en økning i antall nye krefttilfeller totalt sett, i Risør, Aust- Agder og hele landet. Bildene nedenfor viser at Risør ligger noe lavere enn Aust- Agder for nye tilfeller, men noe høyere enn landsnittet.

Bildene nedenfor viser også at Risør ligger høyt på antall nye tilfeller av kreft totalt, men spesielt antall nye tilfeller av lungekreft

År			1998-2007	1999-2008	2000-2009	2001-2010	2002-2011	2003-2012
Geografi	Krefttyper	Måltall						
Aust-Agder	Totalt alle krefttyper (C00-96)	per 100 000, standardisert	581,0	588,1	593,9	598,1	606,5	616,6
		forholdstall (Norge=100)	110	109	109	108	107	107
	Kreft i fordøvelsesorganer (C15-26)	per 100 000, standardisert	108,6	109,5	110,1	110,2	113,1	112,7
		forholdstall (Norge=100)	95	95	95	94	96	95
	Lungekreft (C33-34)	per 100 000, standardisert	59,9	62,1	64,3	66,0	67,5	68,4
		forholdstall (Norge=100)	121	123	124	125	125	125
Kreft i lymfatisk og bloddannende vev (C81-96)	per 100 000, standardisert	44,8	46,0	47,8	48,3	50,3	51,8	
	forholdstall (Norge=100)	107	107	107	105	106	107	
Risør	Totalt alle krefttyper (C00-96)	per 100 000, standardisert	535,1	530,7	555,7	545,6	572,0	602,5
		forholdstall (Norge=100)	101	99	102	98	101	105
	Kreft i fordøvelsesorganer (C15-26)	per 100 000, standardisert	98,3	101,7	98,1	96,9	105,2	104,2
		forholdstall (Norge=100)	86	88	84	83	89	88
	Lungekreft (C33-34)	per 100 000, standardisert	64,1	64,0	68,7	69,7	70,8	70,6
		forholdstall (Norge=100)	130	126	133	132	131	129
Kreft i lymfatisk og bloddannende vev (C81-96)	per 100 000, standardisert	35,8	35,7	44,3	47,9	52,8	55,3	
	forholdstall (Norge=100)	85	83	99	104	111	114	
Tvedestrand	Totalt alle krefttyper (C00-96)	per 100 000, standardisert	535,3	567,7	585,6	578,9	579,2	600,7
		forholdstall (Norge=100)	101	106	107	104	102	105
	Kreft i fordøvelsesorganer (C15-26)	per 100 000, standardisert	102,4	104,9	117,7	121,5	125,1	129,8
		forholdstall (Norge=100)	89	91	101	104	106	109
	Lungekreft (C33-34)	per 100 000, standardisert	73,1	74,2	75,1	74,5	67,9	73,1
		forholdstall (Norge=100)	148	146	145	141	126	133
Kreft i lymfatisk og bloddannende vev (C81-96)	per 100 000, standardisert	44,8	50,7	52,0	48,6	51,3	47,9	
	forholdstall (Norge=100)	107	117	117	106	108	99	

Kreft, antall nye tilfeller per 100 000, standardisert, og forholdstall (Norge = 100). Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kilde: Kommune helsa statistikkbank



Antall nye tilfeller av ulike typer kreft i Risør i forholdstall (Norge = 100). Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kilde: Kommune helsa statistikkbank

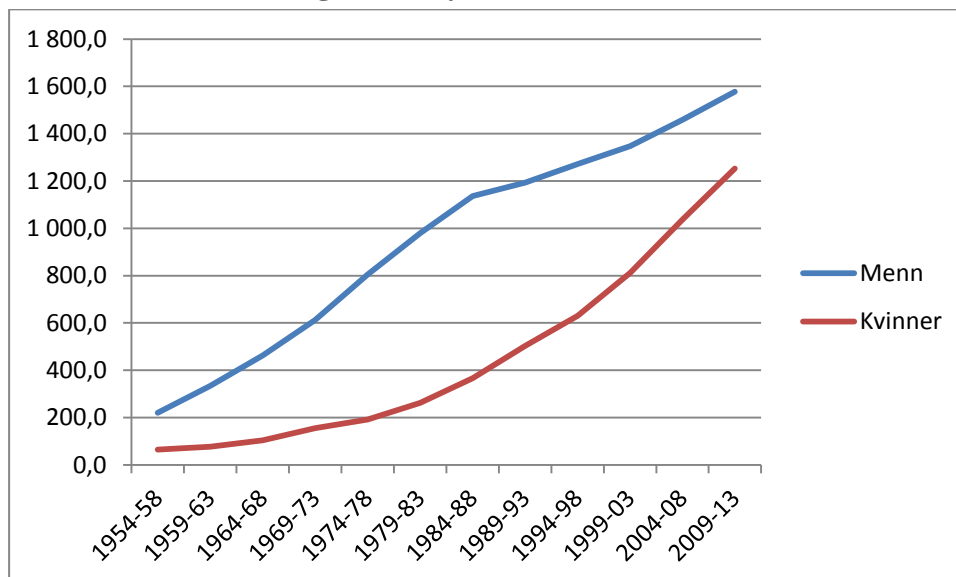
Tykk og endetarmskreft, nye tilfeller

Her fikk Risør i folkehelsebarometeret for 2014 en gul verdi (76 per 100 000 i Risør, mot 78 i landet).

År			1998-2007	1999-2008	2000-2009	2001-2010	2002-2011	2003-2012
Geografi	Krefttyper	Måltall						
Aust-Agder	Tykk- og endetarmskreft (C18-21)	per 100 000, standardisert	67,9	68,9	70,4	69,8	71,7	71,6
		forholdstall (Norge=100)	92	92	93	91	93	92
Risør	Tykk- og endetarmskreft (C18-21)	per 100 000, standardisert	66,6	71,2	72,3	68,7	75,8	75,9
		forholdstall (Norge=100)	90	95	96	90	99	98
Tvedestrand	Tykk- og endetarmskreft (C18-21)	per 100 000, standardisert	67,8	73,5	82,0	83,0	91,2	93,4
		forholdstall (Norge=100)	92	98	108	109	119	120

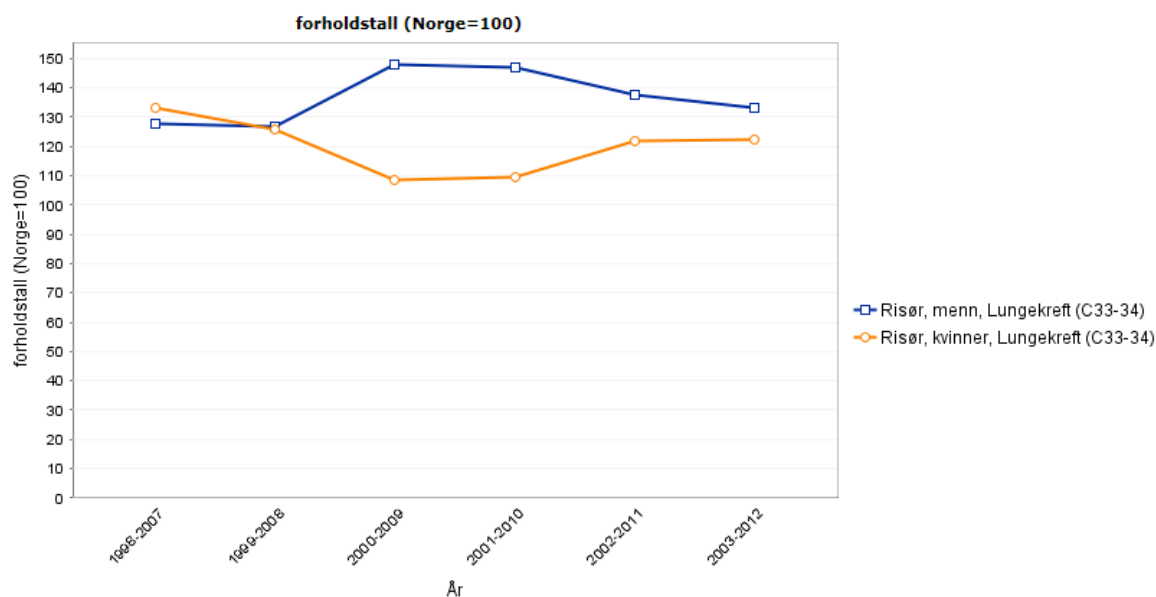
Tykk- og endetarmskreft, antall nye tilfeller per 100 000, standardisert, og forholdstall (Norge = 100). Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kilde: Kommunehelse statistikkbank

Lungekreft, nye tilfeller



Gjennomsnittlig antall nye tilfeller av kreft i lunge, luftrør (C33-3) i Norge, 5-års diagnoseperiode 1954-2013. Kilde: Kreftregisteret, <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Risør ligger godt over landsgjennomsnittet i antall nye tilfeller av lungekreft (71 tilfeller per 100 000, mot 68 i Aust Agder og 55 på landsnivå). Tallene gir Risør en gul verdi. Det er naturlig å se lungekrefttallet i sammenheng med røykeatferd. Det er også grunn til å se nærmere på røyking blant kvinner spesielt. Økningen i antall kvinner som røyker kom senere enn blant menn, og man kan forvente en fortsatt økning i utvikling av kols og lungekreft blant kvinner fremover.



Lungekreft, antall nye tilfeller, forholdstall (Norge = 100). Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

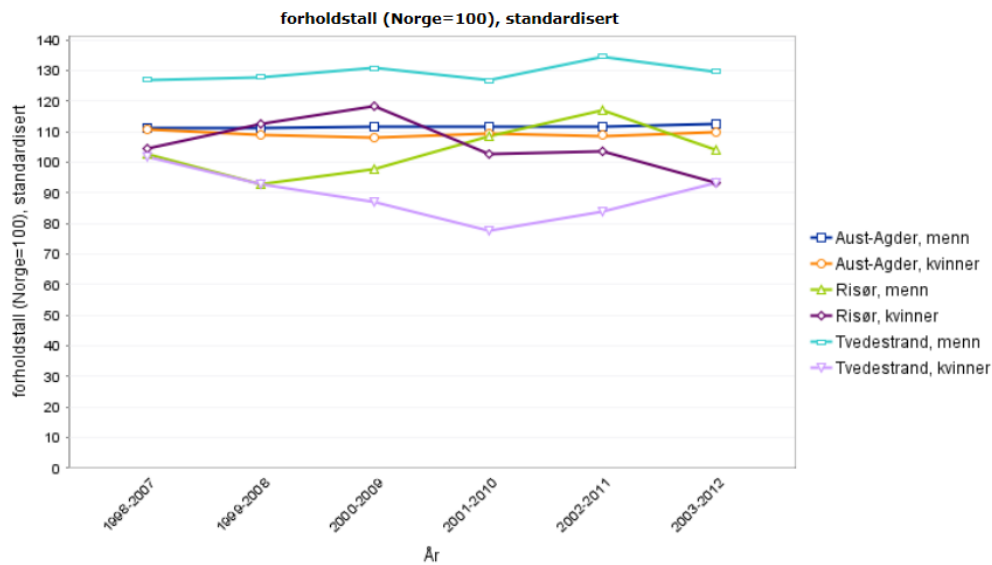
Kreftdødelighet

Informasjon om tidlig død (her definert som død før 75 års alder) av gitte sykdomsgrupper gir oss viktig informasjon om hvor vi bør sette inn forebyggende tiltak. Dagens dødsårsaksmønster gjenspeiler ikke nødvendigvis befolkningens levevaner de siste årene og må derfor sees i sammenheng med andre indikatorer, som nye tilfeller av kreft og KOLS og røyking.

Kreftdødeligheten generelt går ned. For personer med lungekreft og kols er det høyere dødelighet i Risør enn i landet som helhet.

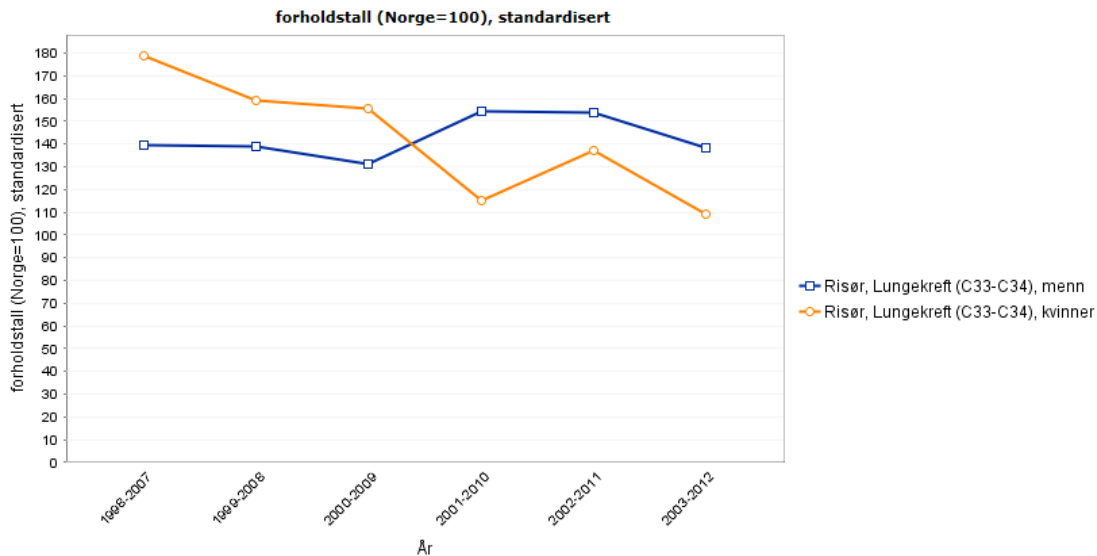
År			1998-2007	1999-2008	2000-2009	2001-2010	2002-2011	2003-2012
Geografi	Kjønn	Måltall						
Aust-Agder	menn	per 100 000, standardisert	141,2	138,9	137,7	136,5	135,6	135,2
		forholdstall (Norge=100), standardisert	111	111	112	112	112	113
	kvinner	per 100 000, standardisert	122,0	119,7	117,3	118,5	116,5	117,0
		forholdstall (Norge=100), standardisert	111	109	108	110	109	110
Risør	menn	per 100 000, standardisert	131,5	116,1	120,1	132,1	141,5	124,5
		forholdstall (Norge=100), standardisert	103	93	98	109	117	104
	kvinner	per 100 000, standardisert	115,6	123,8	129,4	111,9	111,1	99,4
		forholdstall (Norge=100), standardisert	105	113	118	103	103	93
Tvedestrand	menn	per 100 000, standardisert	160,4	158,4	161,1	154,2	163,2	156,0
		forholdstall (Norge=100), standardisert	127	128	131	127	135	130
	kvinner	per 100 000, standardisert	113,4	102,7	95,0	84,0	89,7	98,9
		forholdstall (Norge=100), standardisert	102	93	87	78	84	93

Antall døde pga. kreft i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Forholdstall (Norge = 100). Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kilde: Kommunehelsa statistikkbank.



Antall døde pga. kreft i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Forholdstall (Norge = 100). Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kilde: Kommune helsa statistikkbank.

Lungekreft, dødelighet

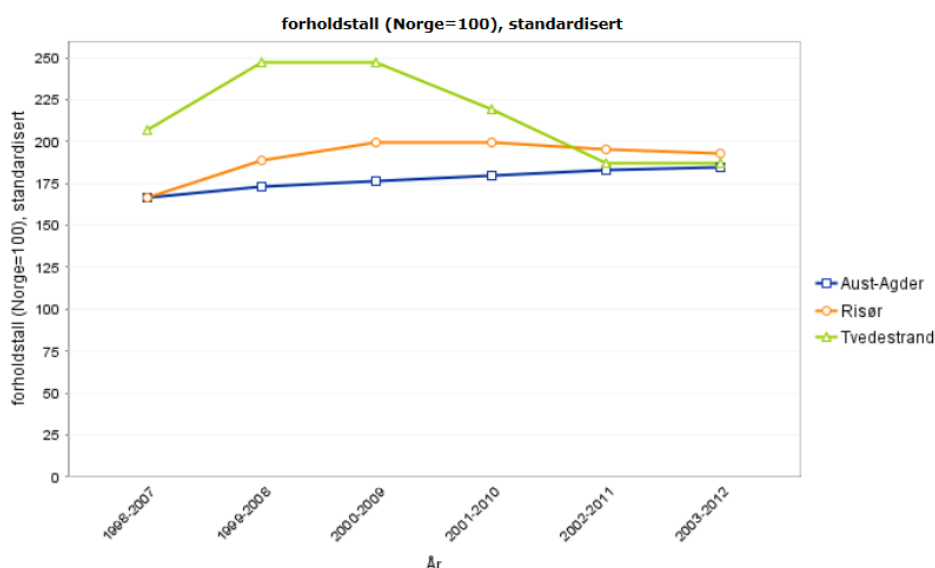


Antall døde pga. lungekreft i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Forholdstall (Norge = 100). Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kilde: Kommune helsa statistikkbank.

KOLS, dødelighet

År		1998-2007	1999-2008	2000-2009	2001-2010	2002-2011	2003-2012
Geografi	Måltall						
Aust-Agder	per 100 000, standardisert	17,8	18,8	19,3	19,7	20,2	20,7
	forholdstall (Norge=100), standardisert	167	173	177	180	183	185
Risør	per 100 000, standardisert	17,7	20,4	21,6	21,6	21,5	21,4
	forholdstall (Norge=100), standardisert	166	189	199	199	196	193
Tvedestrand	per 100 000, standardisert	22,6	27,4	27,4	24,1	20,9	20,9
	forholdstall (Norge=100), standardisert	207	248	248	219	187	187

Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere i aldersgruppa per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kilde: Kommunehelsa statistikkbank.



Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere i aldersgruppa per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kilde: Kommunehelsa statistikkbank.

Vurdering og oppsummering kreft

Risør har en høyere andel nye krefttilfeller enn landet, og især nye lungekrefttilfeller. Dødeligheten av kreft generelt går ned, også i Risør, men dødeligheten for kols og lungekreft er høyere i Risør enn landsgjennomsnittet. Mye av årsaken til dette bildet er trolig å finne i røyke- mønsteret. Men det er mulig tallet bør analyseres noe videre.

Forebygging:

En del av krefttilfellene har en delvis livsstilsrelatert årsak. Dette gjelder især kols og lungekreft. Risør kommune har ansatt en kreftkoordinator som jobber forebyggende og behandlende med kreft.

2.6.10 Bruk av antibiotika

Indikatoren for bruk av antibiotika er ny i 2015. Det kan se ut som om forbruket i Risør kommune er lavere enn landet som helhet, mens bruken i Aust-Agder fylke ligger betydelig høyere enn landsgjennomsnittet. Det er positivt at antibiotikabruken er under landsgjennomsnittet.

År			2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013
Geografi	Legemiddelgruppe	Måltall					
Aust-Agder	Antibiotika til systemisk bruk (J01)	per 1000, standardisert	239,9	239,1	244,4	251,9	252,3
		forholdstall (Norge=100), standardisert	102	102	104	105	106
Risør	Antibiotika til systemisk bruk (J01)	per 1000, standardisert	218,5	211,5	213,2	224,7	224,6
		forholdstall (Norge=100), standardisert	93	91	91	93	94

Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: SSB/Kommunehelsa statistikkbank

2.6.11 Tannhelse

God tannhelse er viktig for den generelle helsen, for velvære og livskvalitet. I tillegg kan tannhelsen i befolkningen si noe om kosthold, munnhygiene og levevaner generelt. Informasjon om tannhelse kan derfor være nyttig i det lokale folkehelsearbeidet. (Folkehelseprofilen 2013)

De siste 30 årene har det skjedd en betydelig bedring i tannhelsen. Flere barn og unge har ingen eller få "hull" i tennene. Blant voksne og eldre er det flere som har egne tenner i behold, og som klarer seg uten protese. Men fortsatt varierer tannhelsen med alder, økonomi, hvor i landet man bor og om man tilhører en utsatt gruppe eller ikke.

Barn og unge med innvandrerbakgrunn ser ut til å ha mer karies i tennene enn barn med norsk bakgrunn (Skeie 2005). Vi har liten kunnskap om variasjoner i tannhelse mellom ulike innvandrergrupper.

Tema	Indikator	Fylke	Norge	Enhet (*)	Periode(**)	Folkehelsebarometer for Aust-Agder
33	Friske tenner, 5-åringer	82	83	prosent	2013	

Folkehelseprofil 2015 Aust-Agder. Tallene er for fylket og landet.

Tannhelse er en indikator i Folkehelsebarometeret for fylkene. Tannhelsen kan si mye om helsetilstanden generelt. Tannhelsetjeneste til barn er en viktig anledning til å fremme gode helsevaner og legge vekt på individets eget ansvar for tannhelse.

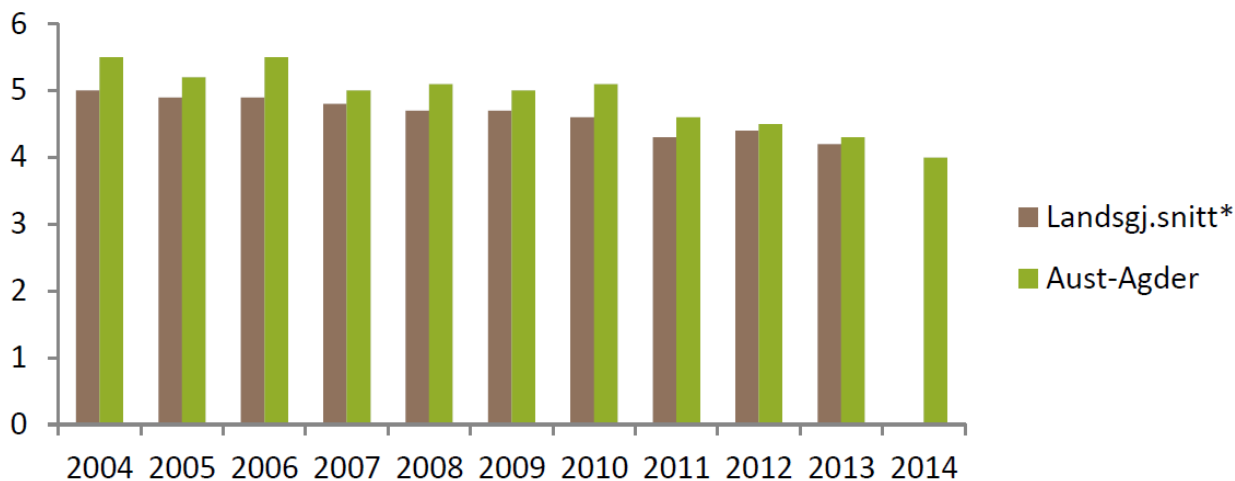
Det er gjennomgående god tannhelse hos barn og unge og et økende antall eldre har nå egne tenner. Det er fortsatt variasjoner i tannhelse avhengig av bl.a alder og økonomi, og situasjonen i Risør antas å ikke skille seg fra landet for øvrig. Det er grunn til å tro at en del eldre ikke klarer å ivareta sin tannhelse på en tilfredsstillende måte.

95 % av 3 åringene i Risør hadde feilfrie tenner i 2014, mot et gjennomsnitt i Aust-Agder på 93,9 samme år. Blant 5- åringene var det ikke mer enn 73% med feilfrie tenner i Risør kommune, og gjennomsnittet i Aust-Agder var i denne aldersgruppen 84,5%. I begge aldersgruppene er det imidlertid variasjoner fra år til år, og en positiv tendens.



Andel med feilfrie tenner, 5-åringer. Utvikling i Risør (grønn) og Aust-Agder (blå) 2002-14. Kilde: SSB/Agderportalen

Aust-Agder fylkeskommune (Årsberetning 2014) viser at tannhelsen blant barn og ungdom i Aust-Agder er bedre enn noen gang. Det finnes grupper av unge som har store tannhelseproblemer, men også i aldersgruppen 18 år er det nedgang i andel med karieserfaringer.



Kilde: Tenner med karieserfaring for 18-åringer. Aust-Agder fylkeskommune, årsberetning 2014.

Tannhelsetjenesten har en særskilt utfordring i å forbedre tannhelsen hos de mest vanskeligstilte.

Tverrsektorielt samarbeid og tett oppfølging av fylkeskommunens innsats i det helsefremmende og forebyggende arbeidet vektlegges og folkehelsearbeidet prioriteres. For å sikre et best mulig tilbud til de prioriterte gruppene utarbeides nye samarbeidsavtaler med kommunene om gjensidige forpliktelser overfor brukere innen pleie- og omsorgstjenesten, barnevern, helsestasjoner og rusomsorg. De prioriterte gruppene inkluderer brukere av hjemmesykepleien, beboere i institusjon og rusmiddelavhengige. Sistnevnte brukere har gjennomgående stort behandlingsbehov, og gruppen krever en stadig større andel av tannhelsetjenestens ressurser. I gruppe brukere av hjemmesykepleien er antall ferdigbehandlede økt med 202 personer (23,9 prosent) siden 2013 i Aust-Agder. Dette er i samsvar med intensjonene i tannhelseplanen om å gi denne gruppen høy prioritet. Økningen innen gruppen har også sammenheng med at stadig flere brukere av pleie- og omsorgstjenester er hjemmeboende samtidig som antall institusjonsplasser går ned.

Tannhelsetjenesten har et særskilt ansvar for individuell oppfølging av vanskeligstilte barn og unge, og samarbeider tett med barnevernet. I 2014 ble det sendt 30 bekymringsmeldinger til barnevernet og 27 varslinger til foreldre/foresatte fra tannhelsetjenesten i Aust-Agder. (Aust-Agder fylkeskommune, Årsberetning 2014)

2.6.12 Demens

Risør har en høy andel eldre i befolkningen, og antall eldre øker som følge av økning i levealder. Dette vil føre til en økning i antall personer med demenssykdom i kommunen, ettersom forekomsten øker med alderen. Det foreligger ikke statistikk over forekomsten av demens på kommunenivå.

Det er kjent at de faktorene som fremmer god fysisk helse også forebygger for utvikling av demens. Det er et godt fungerende demensteam i kommunen.

Prognose for antall innbyggere med demens, basert på framskrevet folkemengde (SSB):

Andel med demens*	Alder	2015	2020	2025	2030
1 %	65-69 år	5	5	5	5
2 %	70-74 år	7	9	9	9
6 %	75-79 år	13	18	24	24
18 %	80-84 år	32	14	43	59
32 %	85-89 år	37	38	38	53
41 %	90 år og over	36	30	30	32
Totalt		130	113	149	182
40 % m/behov for tilrettelagt botilbud		52	45	59	73

Tabellen viser at det vil være økt forekomst av innbyggere med demens fram mot 2030. Personer med behov for tilrettelegging vil øke med ca 20 (fra omsorgsplanen, 2010).

2.6.13 Oppsummering av tilstand og påvirkningsfaktorer

Forventet levealder i Risør er 76,8 år for menn og 82,5 år hos kvinner. Dette er omtrent som i landet for øvrig (77, 9 for menn og 82, 6 for kvinner). Vi ser at det skiller ett år for menn i forhold til landsgjennomsnittet. Risør har derfor fått en gul verdi.

Psykisk helse har flere indikatorer i Folkehelseprofilen og Risør har rød verdi på samtlige. Til sammen gir disse sterke indikasjoner på at Risør kommune har utfordringer knyttet til psykisk helse. UngData bekrefter dette bildet.

Undersøkelsen fra 2013 viser at mens ungdom i Risør er omtrent like fornøyd med helsa si som landsgjennomsnittet, sliter flere av ungdommen med depressivt stemningsleie enn gjennomsnittet i landet. Ungdommene på videregående skole i Risør oppgir også i større grad å være plaget av ensomhet enn i landet for øvrig.

Muskel- og skjelettlidelser er en indikator som i forhold til landssnittet kommer ganske godt ut. Folkehelseprofilen viser antall personer med muskel-skjelettlidelser behandlet i primærhelsen. Denne får en grønn verdi i folkehelseprofilen, noe som betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at færre oppsøker primærhelsetjenesten på grunn av dette enn i landet som helhet. Likevel er tallet høyt, også på landnivå. Det bør vurderes om tallet i Risør er reelt.

Folkehelseprofilen viser rød verdi også på flere av indikatorene på hjerte-karsykdom. Flere enn landsgjennomsnittet behandles for hjerte- karsykdom i primærhelsetjenesten, mens færre enn landsgjennomsnittet behandles i spesialisthelsetjenesten. Dødeligheten for hjerte- karsykdom går ned i hele landet, også i Risør, men ligger høyere her enn landsgjennomsnittet.

For diabetes 2 er folkehelseprofilens indikator er legemiddelbruk. Denne viser at tallet for Risør er noe lavere enn landsgjennomsnittet, og dette har vært en vedvarende tendens siden målingen startet. Tallet er trukket fram i Fylkesmannens kommunebilde. En av årsakene kan være at vi ser en økning i legemiddelbruk, og dette gjelder hele landet.

Legemiddelbruk mot kols og astma er høyere i Risør. Kols har en høy dødelighet generelt, og i Risør ligger snittet høyere enn i landet som helhet. Kreft har også en overhyppighet i Risør i forhold til landsgjennomsnittet, og dødeligheten for lungekreft er høyere enn i landet for øvrig. Det er grunn til å se forekomst av både kols og lungekref i sammenheng med røykeatferd.

Indikatoren for bruk av antibiotika er ny i 2015. Det kan se ut som om forbruket i Risør kommune er lavere enn landet som helhet, mens bruken i Aust-Agder fylke ligger betydelig høyere enn landsgjennomsnittet.

Tannhelse er svært viktig, og kan si mye om helsetilstanden generelt. Det er relativt store årlige variasjoner på andel barn og unge med feilfrie tenner, men generelt en positiv utvikling. Tannhelsetjenesten har en viktig rolle i identifisering av helse- og levekårsutfordringer.

Det foreligger ikke statistikk på forekomsten av demens. En økende andel av befolkningen lider av demens, til stor del som en følge av høyere andel eldre.

3) Veien videre

Folkehelsepolitikkenes overordnede mål er flere leveår med god helse i befolkningen, og reduserte sosiale helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og mellom kvinner og menn.

Kommunen er gjennom folkehelseloven § 5 pålagt å ha denne oversikten over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer. Gjennom dette arbeidet skal vi identifisere våre folkehelseutfordringer (§§ 5 og 21), og vi har plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte disse utfordringene (§ 7).

Hensyn til folkehelsen må inngå som et viktig element i all samfunnsplanlegging. Prioriteringer og tiltak må være tydelige og synlige i andre sektorplaner enn bare helsesektorens. Alle sektorer er viktige for å skape gode oppvekst- og levekår, og for å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner og fremmer fellesskap, trygghet og deltagelse. Det følger av plan- og bygningsloven (§ 3-1 bokstav f) at kommunesektorens planlegging skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller.

Datagrunnlaget i denne rapporten vil bli oppdatert og videreutviklet i årene som kommer og skal ligge til grunn når plan- og styringsdokumenter i kommunen utvikles. Det er gjennomført tilsyn og studier av kommunenes evne til å synliggjøre satsing på folkehelse i handlingsprogram, virksomhetsplaner og budsjett så langt. Funnene tyder på at det er mange gode mål og ambisjoner, men vanskelig å iverksette. Risør kommune har folkehelse og levekår som gjennomgående tema i Kommuneplan 2014-2025. Med dette som utgangspunkt, ble det våren 2015 lagt inn egen overskrift for saksbehandlers vurdering av alle politiske saker ut ifra et folkehelseperspektiv. Tiltaks betydning for folkehelse og levekår fremheves i Handlingsprogram og økonomiplan og virksomhetenes folkehelsearbeid skal belyses i virksomhetsplaner og årsmeldinger.

På denne måten skal det være lagt bedre til rette for en økt bevissthet og for at alle sektorer i større grad enn tidligere legger folkehelseperspektivet til grunn i sin planlegging og virksomhet.

4) Økonomi

Det er gjort en rekke beregninger på hvor mye penger det er å spare i samfunnskostnader gjennom god forebygging, enten det er gjennom samfunnsplanlegging, bedre oppvekst- og levekårsforhold, stimulering til økt fysisk aktivitet eller å gjøre det enklere for individet å ta helsefremmende valg. Satsing på folkehelsearbeid, særlig med barn og unge som målgruppe, men også med et livsløpsperspektiv for øye, vil i fremtiden kunne gi besparelser på kommunens budsjett for pleie- og omsorg, økonomisk sosialhjelp, støttetiltak i skolen med mer. Det vil også ha betydning for storsamfunnets utgifter til spesialisthelsetjenester, uføretrygd, ulike stønader til arbeidssøkende og pensjoner til de som på grunn av svekket helse forlater arbeidslivet tidlig.

5) Kilder og forkortelser

- Agderforskning
- Agderportalen
- Aust-Agder fylkeskommune
- Bokart, verktøy for boligkartlegging utviklet av Husbanken
- BrukerPlan, kartlegging av rusmisbruk og tjenester til rusmisbrukere
- Folkehelseinstituttets statistiksider: kommunehelsa og MSIS, Meldingssystem for smittsomme sykdommer
- Friluftsrådet Sør
- Fylkesmannen i Aust-Agder
- ICDP, International Child Development Programme, www.icdp.no
- Kommuneplan 2014-2025, Risør kommune
- KOSTRA, Kommune- og stat rapportering
- NAV, Arbeids- og velferdsetaten
- Norsk institutt for luftforskning
- Norsk kulturindeks, Telemarksforskning
- Omsorgsplan 2010-2020, Risør kommune
- PMTO, Parent Management Training – Oregonmodellen, www.pmt.no
- Risør kommunes egne registreringer
- Risør politistasjon
- Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2010-2016, Risør kommune
- Samtaler med tjenesteledere og -utøvere i kommunen, fastlegene, Risør videregående skole, Eldrerådet og Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- SLT, Samordning av Lokale kriminalitetsforebyggende Tiltak
- SB, Statistisk Sentralbyrå
- Statens vegvesen
- Sørlandet Sykehus HF
- Telemarksforskning
- TILF, Tidlig innsats i lærende fellesskaper 0 - 6 år 2015-2019, Risør kommune
- Ungdata (Risør ungdomsskole og videregående skole høsten 2013)
- Utdanningsdirektoratet, www.skoleporten.no
- Utfordringsdokument til kommuneplanen (2013), Risør kommune
- Virksomhetsplaner
- ÖPP, Örebro Preventionsprogram

Vedlegg 1: Folkehelsebarometeret

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Risør
Befolkning	1 Befolkningsvekst	0,74	0,86	1,1	prosent	
	2 Befolkning under 18 år	20	23	22	prosent	
	3 Befolkning over 80 år	5,3	4,2	4,3	prosent	
	4 Personer som bor alene, 45 år +	28	24	28	prosent	
Levekår	5 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	79	81	83	prosent	
	6 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	10	12	10	prosent	
	7 Inntektsulikhet, P90/P10	2,5	2,5	2,7	-	
	8 Arbeidsledige, 15-29 år	2,6	3,1	2,3	prosent	
	9 Uføretrygdede, 18-44 år	4,7	4,2	2,5	prosent (a,k*)	
	10 Barn av enslige forsørgere	20	17	15	prosent	
Miljø	11 God drikkevannsforsyning	0	89	89	prosent	
	12 Forsyningsgrad, drikkevann	87	83	89	prosent	
	13 Personskader, behandlet i sykehus	13	14	13	per 1000 (a,k*)	

Utdrag av barometeret publisert 2015.

Slik tolker du tall og symboler:

I tallkolonnen ytterst til venstre står linjenummeret for indikatoren.

I tallkolonnene i midten finner du tall for kommunen, fylket og landet. Det er de samme tallene som ligger til grunn for diagrammet med fargesymbolene til høyre.

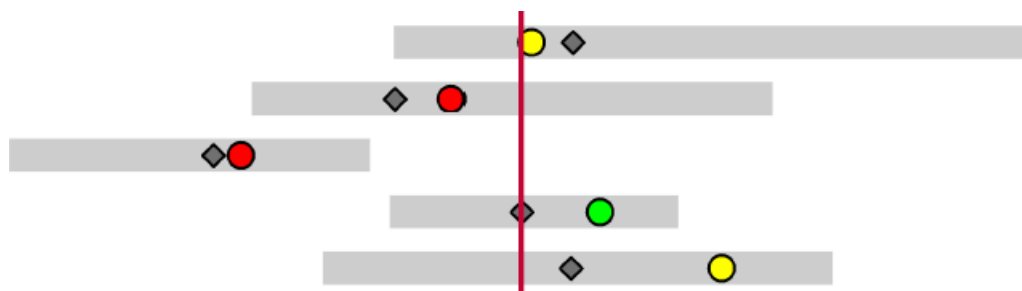
Hvis celler i tabellen er tomme, kan det skyldes personvern hensyn eller at tallene er usikre. Unntaksvis mangler data for alle kommuner.

Informasjon om eventuell kjønn- og aldersstandardisering står i kolonnen rett til venstre for diagrammet. Standardisering er merket med en «*» bak enheten.

Liten «a» står for aldersstandardisert og liten «k» står for kjønnsstandardisert.

Hensikten med standardisering er å redusere virkningen av at kommuner, fylke og land kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning. Dette gjør det enklere å sammenlikne kommuner.

5.1 FARGESYMBOLENE



I barometeret angir den lodrette røde streken landsnivået. De vannrette grå søylene viser spennvidden for kommunene i fylket og det lille grå symbolet er verdien for fylket som helhet. Røde, grønne, gule og hvite symboler angir kommunens nivå i forhold til landet som helhet.

Diagrammet kan for eksempel brukes til å kartlegge hvilke helseområder som utgjør de største utfordringene for kommunen. Diagrammet er basert på verdiene i tabellen.

Dersom kommunen ser ut til å ha større utfordringer enn landsnivået, ligger symbolet til venstre for den røde streken. Hvis kommunen ser ut til å ligge bedre an enn landet som helhet, ligger symbolet til høyre for den røde streken.

- Rød verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger dårligere an enn landet som helhet.
- Grønn verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet.
- Gul verdi forteller at vi ikke med sikkerhet kan si om kommunen ligger dårligere eller bedre an enn forventet/landet.

De røde, grønne og gule symbolene er testet for statistisk signifikans.

- En grå verdi representerer verdien for fylket. Denne verdien er ikke testet for statistisk signifikans.
- På temaområdet befolkning er ikke symbolet fargelagt. Disse indikatorene er ikke testet for statistisk signifikans.
- Også der tallgrunnlaget er for spinkelt kan enkelte symboler mangle farge for noen kommuner.

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