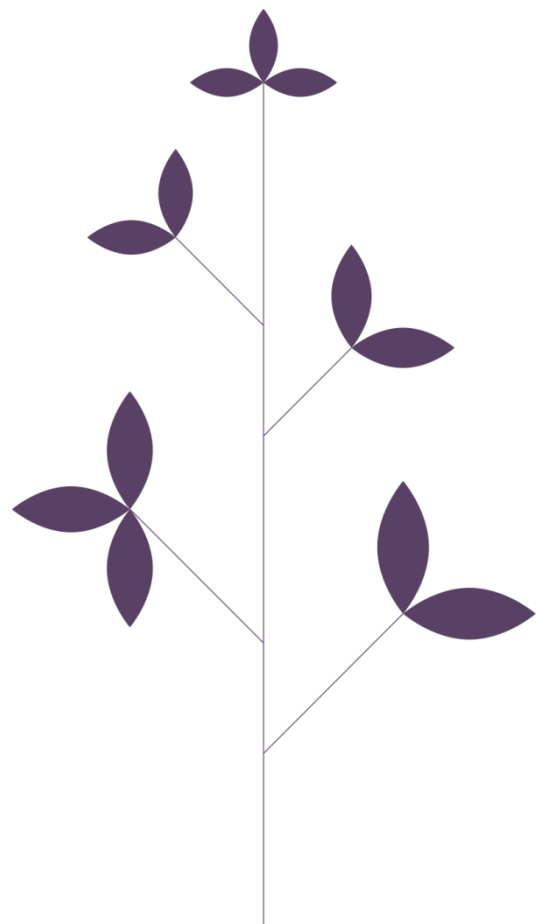


Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer

2020-2024



Innhold

1.0 Sammendrag	4
1.1 Leserveiledning.....	5
2.0 Historikk\bakgrunn.....	5
2.1 Lovgrunnlag	6
2.2 Datagrunnlag	6
2.3 Oversikt over helsetilstanden i befolkningen.....	6
2.4 Organisering av folkehelsearbeidet i Flekkefjord.....	7
3.0 Befolkningssammensetning	7
3.1 Oppsummering, årsaksforhold og konsekvenser befolkningssammensetning.....	13
4.0 Oppvekst og levekårsforhold.....	16
4.1 Levekår	16
4.2 Sosial ulikhet i helse	19
4.3 Bolig.....	22
4.4 Forhold ved arbeidsmarked og tilknytning til arbeidslivet.....	25
<i>Diagram 4.8: Inn og utpendling</i>	28
4.5 Oppvekst.....	34
4.4.1 Skoler	34
4.4.2 Barnehager	37
4.4.3 Helsestasjon og skolehelsetjeneste.....	39
4.6 Oppsummering, årsaksforhold og konsekvenser	39
5.0 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	44
5.1 Biologisk og kjemisk miljø.....	44
5.1.1 Vannverk og radon	44
5.1.2 Forekomst av smittsomme sykdommer	45
5.1.3 Risiko for legionella/eller annen biologisk forurensing.....	48
5.2 Fysisk miljø	48
5.2.1 Skolevei.....	48
5.2.2 Gang- og sykkelstier og områder for fysisk aktivitet, rekreasjon og friluftsliv.....	48
5.2.3 Kollektivtilbud.....	49
5.3 Sosialt miljø	49
5.3.1 Valgdeltakelse	49
5.3.2 Kulturtilbud.....	50
5.4 Oppsummering, årsaksforhold og konsekvenser	51
6.0 Omfang av områder utsatt for støy.....	53
6.1 Støy.....	53
6.2 Omfang av områder utsatt for luftforurensing	53

6.3 Omfang av områder utsatt for annen forurensing.....	54
6.4 Inneklima i skoler, barnehager og offentlige bygg.....	54
6.5 Oppsummering, årsaksforhold og konsekvenser.....	54
7.0 Skader og ulykker.....	56
7.1 Antall personer behandlet i sykehus.....	56
7.2. Personskader og dødsårsaker.....	57
7.2.1 Hoftebrudd.....	59
7.2.3 Antall drukningsulykker.....	60
7.2.4 Antall omkomne i brann.....	60
7.2.5 Antall fallulykker i sykehjem.....	60
7.2.6 Omfang av arbeidsulykker og hjemmeulykker.....	61
7.2.7 Skadeforekomst i skoler og barnehager, evt. også tannskader.....	61
7.3 Spesielle ulykkes punkt, eller strekninger.....	61
7.3.1 Spesielt utsatte skoleveier.....	61
7.4 Oppsummering, årsaksforhold og konsekvenser.....	61
8.0 Helserelatert adferd.....	63
8.1 Deltakelse i fysisk aktivitet.....	63
8.2 Fysisk aktivitet i skolen.....	65
8.3 Tobakk og alkoholbruk.....	68
8.3.1 Tobakk.....	68
8.3.2 Alkohol.....	69
8.3.3 Hasj.....	71
8.4 Skolemat.....	72
8.5 Skjenkesteder.....	73
8.6 Oppsummering, årsaksforhold og konsekvenser.....	73
9.0 Helsetilstand.....	77
9.1 Somatikk spesialisthelsetjeneste.....	77
9.2 Somatikk- primærhelsetjenesten.....	79
9.3 Bruk av legetjenester.....	82
9.4 Overvekt.....	87
9.4.1 Overvekt barn og unge.....	87
9.4.2 Overvekt voksne.....	88
9.3 Psykisk helse.....	90
9.3.1 Psykisk helse unge.....	90
9.3.2 Psykisk helse voksne.....	93
9.4 Oppsummering, årsaker og konsekvenser.....	94

1.0 Sammendrag

Befolkningssammensetning: Befolkningssammensetningen i Flekkefjord er skjev. Antall eldre øker, mens andelen barn og yrkesaktive går ned. I perioden frem mot 2040 vil Flekkefjord oppleve en stor vekst av unge pensjonister mellom 67 og 79 år og andelen eldre over 80 vil øke kraftig, samtidig som andelen unge i arbeidsfør alder går ned. I tillegg ligger Flekkefjord betydelig over landsgjennomsnittet når det kommer til både sykefravær (særlig unge kvinner) og andel unge uføre.

Utdanning: Det er færre som fullfører høyskole og universitetsutdanning i Flekkefjord. En del av forklaringen kan være at studenter må ut av kommunen for å studere, og at det er et lite differensiert arbeidsmarked for dem med høyere utdanning i Flekkefjord. Når det gjelder videregående utdanning ligger Flekkefjord noe over landsgjennomsnittet på andel som fullfører. Likevel er frafall i videregående skole, og særlig på yrkesfaglige retninger, en utfordring. Hver fjerde elev som begynner på yrkesfag slutter eller består ikke eksamen/fagbrev. Det er en større andel som ikke fullfører videregående blant elever der foreldrenes høyeste fullførte utdanning er på grunnskolenivå.

Innvandring: Uten innvandring hadde befolkningsveksten i Flekkefjord vært negativ. Flere innvandrere øker andelen mennesker blant barn og yrkesaktive. Samtidig er det utfordringer knyttet til integrering. Flere innvandrere (særlig flyktninger) har lite utdanning og mindre sysselsetting enn øvrig befolkning. Andelen barn som lever i en lavinntektsfamilie er høy, og personer med innvandrerbakgrunn deltar mindre enn andre i sivilsamfunnsorganisasjoner og i det politiske liv.

Barnefattigdom er noe mindre utbredt i Flekkefjord enn i landet for øvrig. Likevel lever cirka 8% av barn i husholdninger med vedvarende lav inntekt. Andelen er økende og barn i innvandrerfamilier er hyppigst utsatt.

Alkohol og tobakk: De fleste ungdommene på ungdomsskolen har ikke vært beruset på alkohol. Likevel er andelen ungdommer som har vært beruset 10% høyere i Flekkefjord enn resten av landet. Ungdommer som kommer fra familier med lav sosial status drikker oftere og debuterer tidligere enn andre ungdommer. De siste tre årene har det vært en dobling av antall ungdommer som har blitt tilbudt hasj, og andelen som har prøvd hasj er økende. Bruk av tobakk er synkende, men Flekkefjord har en høyere andel dagligrøykere enn landsgjennomsnittet. Det er tydelige sosiale forskjeller i røykevaner der personer med lavere utdanning røyker mer. Det bidrar til sosiale helseforskjeller blant voksne.

Livsstilssykdommer som diabetes 2, KOLS, overvekt og fedme, enkelte typer kreft og psykiske lidelser er økende i Flekkefjord. Kreft er den største årsaken til tidlig død i Flekkefjord, og forekomsten er høyere blant både kvinner og menn i Flekkefjord en landsgjennomsnittet. Nest største dødsårsak er hjerte- og karsykdommer. Muskel- og skjelettplager er mer utbredt i Flekkefjord enn landet for øvrig, og dette ser en igjen i tall for sykefravær. Også psykiske lidelser er utbredt og bruk av legemidler mot psykiske lidelser er høyt. Nesten 8 % av befolkningen bruker antidepressiva eller antipsykotika mot psykiske lidelser i Flekkefjord, mens over 10 % av innbyggerne bruker sovemidler og beroligende midler. Dette er betydelig høyere enn gjennomsnittet for Norge. Også på bruk av antibiotika skiller Flekkefjord seg signifikant ut i negativ retning. Det har vært en betydelig økning i antall MRSA tilfeller de siste fire årene.

Mobbing er en utfordring også blant elever i Flekkefjord. Blant unge er det også mange som føler seg ensomme (cirka 26%). Sosial støtte fremmer helse og livskvalitet. Mangel på sosial støtte og sosiale relasjoner kan føre til ensomhet, som er en risiko for sykelighet og dødelighet. Andelen som oppgir å være plaget av ensomhet er størst blant de yngste og de eldste, de som har kortere utdanning, er arbeidsledige, uføre eller har lav inntekt.

Sykefravær: Flekkefjord ligger signifikant høyere i legemeldt sykefravær enn i landet for øvrig, og særlig blant unge kvinner i alderen 25-34 år. Andelen er økende. Blant kvinner mellom 25 og 29 år var det i 1 kvartal 2019 12,6 % som var sykemeldt, mens andelen blant de mellom 30 og 34 år var

14,2%. For landet var tilsvarende andel sykemeldte kvinner hhv. 6,4 og 7,9 prosent i 1 kvartal 2019. Totalt var det 190 årsverk i Flekkefjord som gikk tapt på grunn av sykdom i 2018. Dersom man regner at det er likt sykefravær siste kvartal og at et årsverk inkl. sosiale utgifter og arbeidsgiveravgift i snitt koster 700 000 utgjør sykefravær et samfunnsmessig tap på ca. 133 millioner kroner årlig. Muskel- og skjelettplager og psykiske lidelser utgjør 60% av dette fraværet.

Uføre: På landsbasis er andelen uføretrygdede 10,1% totalt. I Flekkefjord er tilsvarende tall på 14,3%. Kommunen ligger over snittet på begge kjønn. Særlig bekymringsfullt er andelen unge uføre hvor Flekkefjord ligger 4,8 % over landsgjennomsnittet. Flekkefjord var i 2018 den kommunen i Lister med høyest andel unge uføre.

1.1 Leserveiledning

De viktigste hovedtrekkene med tanke på folkehelse er sammensatte og gir ikke entydige svar på årsaker og konsekvenser, men det gir oss en pekepinn og sier noe om tendensene i kommunene. Det er viktig å styrke folkehelsearbeid, og legge til rette for at hensyn til hele befolkningens helse ivaretas på tvers av sektorer. Folkehelsearbeid skal ikke kun drives i helse- og omsorgssektoren, men i stor grad implementeres i hele den kommunale sektoren. Det er av stor betydning for arbeidet at forholdene som fremgår av denne oversikten tas høyde for i alt planverk i kommunen.

Sammendraget gir kun et lite oversiktsbilde på utfordringer i Flekkefjord. Den gir ikke et fullstendig bilde, og vi oppfordrer deg som leser til å bla gjennom hele dokumentet.

Hvert kapittel tar for seg ulike tema og presenterer tall, fakta og sammenhenger. På slutten av hvert kapittel kan man lese en oppsummering av temaet med en beskrivelse av årsakssammenhenger og konsekvenser.

2.0 Historikk\ bakgrunn

Stortingsmelding nr. 16 (2002 – 2003) «Resept for et sunnere Norge» satte søkelys på folkehelsearbeidet i Norge med det formål å gi dette området et løft.

Folkehelsepolitikk handler om å skape muligheter og forutsetninger for en god utvikling av levekår, men også om å utviske forskjeller mellom grupper i befolkningen. Et viktig fokus i St. melding nr. 16 var å sette fokus på sosial ulikhet i helse. Man ser en klar sammenheng mellom helse og sosioøkonomisk status.

Folkehelsearbeid kan defineres som samfunnets samlede innsats for å svekke det som medfører helseisriko, og styrker det som bidrar til bedre helse.

Folkehelseloven understreker at ansvaret for folkehelse er sektorovergripende

Kommunen plikter jfr. § 5 i Lov om folkehelse å «*å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller*».

Meld St. 34 (2012-2013) «Folkehelsemeldingen – God helse - felles ansvar» er den første av foreløpig tre folkehelsemeldinger som regjeringen har lagt frem i etterkant av at lov om folkehelsearbeid ble vedtatt 24.juni 2011. Hovedsatsningene var helsefremmende samfunn, helse gjennom hele livsløpet, mer forebygging, mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid, sterkere virkemidler i folkehelsepolitikken og nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken.

Meld. St. 19 (2014-2015) «Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter» bygger på Meld St.34, men har et enda tydeligere fokus på psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Øvrige satsningsområder er fremme helsevennlig livsstil, aktive eldre, satsning på barn og unge samt tverrsektorielt folkehelsearbeid.

Meld. St. 19 (2018-2019) «Folkehelsemeldingen- gode liv i et trygt samfunn» bygger på de to foregående meldingene. Hovedsatsningsområdene er tidlig innsats blant barn og unge, forebygging av ensomhet, mindre sosial ulikhet i helse, innsats for et trygt og helsefremmende samfunn, samt gode levevaner og helsevennlige valg.

Også Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre, er en sentral melding for folkehelsearbeidet i kommunen.

Folkehelsearbeidet er langsiktig og krever at det jobbes systematisk og tverrsektorielt på flere områder og på flere nivå. Denne oversikten skal gi et bilde på hvordan helsetilstanden er for befolkningen i Flekkefjord, samt peke på noen årsakssammenhenger. Oversikten bør legges til grunn for planstrategi og planarbeid i kommunen. Det er i sektor planer og handlingsplaner at tiltakene må konkretiseres.

2.1 Lovgrunnlag

- Lov om folkehelse av 24 juni 2011 nr. 29
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24. juni 2012 nr. 30
- Forskrift om oversikt over folkehelsen av 28. juni 2012 nr. 692

2.2 Datagrunnlag

Dataene i denne oversikten baserer seg på nasjonale, regional og lokale faglige databaser. De mest sentrale kildene:

- SSB, Statistikkbanken
- Folkehelseprofiler (Folkehelseinstituttet)
- Kommunehelse statistikkbank (Folkehelseinstituttet)
- Helsedirektoratet
- Regionplan Agder 2020
- Kommuneprofilen.no
- Ung data undersøkelsen 2013, Ung i Agder 2016 og 2019
- <https://www.ressursportal.no/>
- Kommunalt pasient register (KPR)
- Bufdir.no

Noen av dataene er kun på nasjonalt eller regionalt nivå. Disse vil kunne vise en trend/tendens i befolkningen som helhet og som det vil være rimelig å anta også vil være tilfellet for Flekkefjord.

2.3 Oversikt over helsetilstanden i befolkningen

Folkehelsekartleggingen skal beskrive og kartlegge helsetilstanden til innbyggerne. På bakgrunn av de sentrale påvirkningsfaktorene har kommunen valgt å bygge kartleggingen opp rundt følgende indikatorer jfr. veileder IS-2110 kapittel 3.1:

- Befolknings sammensetning
- Oppvekst- og levekårsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Skader og ulykker
- Helse relatert atferd
- Helsetilstand

Under flere av temaene er det innhentet fakta beskrivelser. Disse er hentet fra Stortingsmeldinger, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og SSB.

De nasjonale satsningsområdene:

- tidlig innsats,
- helsevennlige valg,
- psykisk helse,
- aktive eldre,
- forebygging av ensomhet og
- mindre sosial ulikhet i helse

beskrives der hvor det er naturlig i form av fakta om status nasjonalt og forskningsbasert kunnskap om årsakssammenhenger.

All data/statistikk må brukes med varsomhet for å unngå feiltolkninger eller sammenligninger på feil grunnlag.

2.4 Organisering av folkehelsearbeidet i Flekkefjord

Flekkefjord kommune har 50 % stilling som folkehelsekoordinator. Folkehelsekoordinatoren har hovedansvar for å koordinere tilbudene under frisklivssentralen og ansvar for å lede folkehelseutvalget.

Ansvar for folkehelse og helsefremmende arbeid er sektorovergripende og skal være gjennomgående for strategier, mål og tiltak i alle kommunale enheter.

Flekkefjord kommune har etablert et tverrfaglig sammensatt folkehelseutvalg som på vegne av rådmann utarbeider denne oversikten og er ansvarlig for å holde denne løpende oppdatert.

3.0 Befolknings sammensetning

Flekkefjord kommune er en middelsstor kommune i Norsk målestokk, med i overkant av 9000 innbyggere. En av hovedmålene i kommuneplanens samfunnsdel er at Flekkefjord skal være en attraktiv bo- og næringskommune og dermed bli 10 000 innbyggere i løpet av planperioden. Flekkefjord kommune preges av liten befolkningsvekst og en eldre befolknings sammensetning, jfr. tabell 1 nedenfor. Flekkefjord har ikke universitet eller høyskole og derfor er det mange unge som flytter for å studere. Noen av disse flytter tilbake, men tendensen er at Flekkefjord vokser mye mindre enn landet for øvrig. Dette er en stor utfordring også nasjonalt, fordi aldersbæreevnen svekkes. At det blir flere eldre samtidig som det blir færre yngre som er arbeidsaktive som kan jobbe og sikre verdiskapning, og tilsvarende færre hender til å ta seg av de eldre, vil sette velferdsstaten på prøve.

Tabell 3.1: Befolkningssammensetning Flekkefjord

		1990	2000	2010	2016	2019
Menn	0-17 år	1131	1122	1061	1016	1009
	18-49 år	1907	1922	1881	1846	1814
	50-66 år	662	836	1001	1044	1034
	67-79 år	509	392	415	528	573
	80-89 år	147	154	161	169	187
	90 år +	13	21	34	39	27
Kvinner	0-17 år	1018	974	991	948	952
	18-49 år	1752	1771	1704	1692	1626
	50-66 år	708	759	944	962	978
	67-79 år	665	563	448	537	571
	80-89 år	228	286	277	235	217
	90 +	45	51	86	80	78
Totalt		8785	8851	9003	9096	9066

Tabell 3.1 viser at befolkningen i Flekkefjord har økt fra 8785 innbyggere i 1990 til 9096 i 2019. På landsbasis har veksten vært 15,9 % mellom 2000 og 2019, tilsvarende har økningen i samme periode vært 2,4 % i Flekkefjord¹. I 2019 er det 222 flere menn enn kvinner. Utviklingen over tid viser at det er nedgang i antall barn og unge, samtidig som antallet eldre øker.

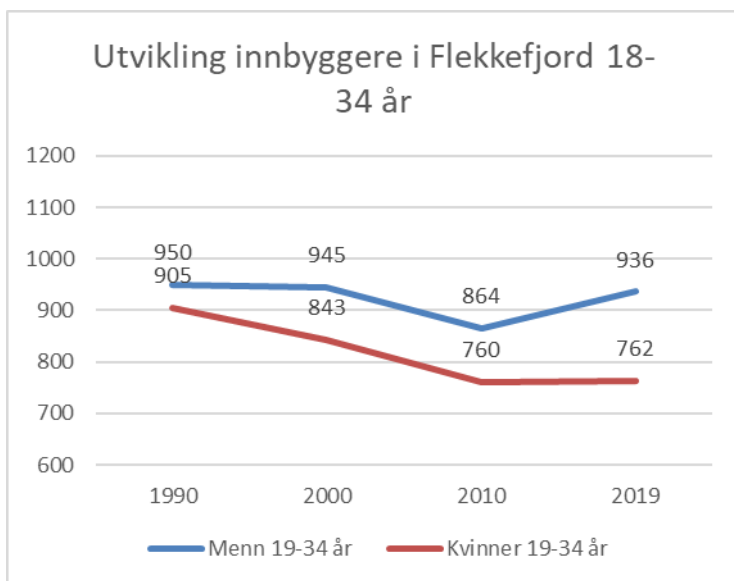
Tabell 3.2 Utvikling aldersgrupper

Alder	Total utvikling 1990-2019
0-17 år	-188
18-49 år	-219
50-66 år	642
67-79 år	-30
80-89 år	29
90 +	47

Det har særlig vært en stor økning i antall personer mellom 50 og 66 år. Denne gruppa har vokst med 642 personer fra 1990 til 2019. Antall innbyggere over 80 har økt med 76 personer i samme periode. Det er flest damer som blir over 90 år, men den relative økningen av personer over 90 år har vært størst blant menn i perioden. Antall personer under 18 år blitt redusert med 188 og antall personer mellom 18 og 49 år gått tilbake med 219 personer (tilsvarende tall for perioden fra 1990 til 2016 var 121 personer så den negative utviklingen har gått raskt). Blant innbyggerne under 67 år er det flest menn/gutter, mens det er flest kvinner over 67 år.

Diagram 3.1: Utvikling innbyggere 18-34 år

¹ <http://www.kommuneprofilen.no/>



Kjønnfordelingen i gruppen 18 – 34 år viser at det er 174 flere menn enn kvinner (I 2016 var dette tallet 136). Dette er den aldersgruppen hvor de fleste drar ut for å studere (mange studenter melder ikke flytting). Årsaken til denne forskjellen skyldes nok både at det historisk har vært født flere gutter enn jenter, samt at det de siste årene har vært en økning i antall jenter som tar en utdanning på høyskole/ universitet og som da dessverre ikke flytter tilbake. Det er et relativt lite arbeidsmarked for personer som har høyere utdanning, med mindre man er ingeniør, lærer eller sykepleier.

Tabell 3.3: Andel kvinner og menn mellom 20 og 44 år

Kommune	Andel mellom 20 og 44 år i 2019	
	Kvinner	Menn
Audnedal	50,28	49,72
Søgne	50,16	49,84
Sirdal	49,73	50,27
Kristiansand	49,49	50,51
Mandal	49,17	50,83
Vennesla	49,06	50,94
Farsund	48,99	51,01
Lyngdal	48,35	51,65
Marnardal	48,27	51,73
Åseral	47,57	52,43
Songdalen	47,53	52,47
Hægebostad	47,34	52,66
Lindesnes	47,09	52,91
Kvinesdal	47,05	52,95
Flekkefjord	46,77	53,23

Flekkefjord er den kommunen med lavest andel kvinner i alderen 20-44 år i Vest Agder. Andelen kvinner for hele landet er 48,68.

Tabell 3.4: befolkningsframskriving for Flekkefjord 2020 – 2040

	2020	2025	2030	2035	2040
0-17 år	1959	1900	1811	1788	1816
18-49 år	3368	3274	3280	3237	3150
50-66 år	2047	2055	1995	1909	1839
67-79 år	1174	1259	1289	1373	1428
80-89 år	405	472	608	665	710
90 år og eldre	115	114	115	151	200
Totalt	9068	9074	9098	9123	9143

Dersom man legger SSB sitt hovedalternativ (MMMM) til grunn for befolkningsframskriving for Flekkefjord vil antall innbyggere øke med 75 personer frem mot 2040. Antall barn og unge vil gå ned i perioden frem mot 2035. For 18-49 åringer vil antallet synke med over 200 personer. For antall 50 - 66 åringer vil dette øke litt frem mot 2025 for deretter å reduseres igjen. Flekkefjord vil i perioden frem mot 2040 oppleve en stor vekst av unge pensjonister mellom 67 og 79 år. Andelen 80 – 89 åringer vil stige kraftig de neste 20 årene. Antall personer over 90 år vil holde seg uendret frem mot 2030, for deretter å øke kraftig.

I 2040 vil ca. 10 % av befolkningen være over 80 år, mot 5,7 % i 2016. 1 av 4 innbyggere vil være over 67 år i 2040, mot ca. 1 av 6 i 2016.

I 2019 er det omlag 3,2 i yrkesaktiv alder (18-66 år) per pensjonist i Flekkefjord. I 2040 år er dette tallet reduseres til om lag 2,1. Tar man høyde for at flere unge studerer og at vi har en høy andel uføre så er aldersbæreevnen enda lavere.

Omsorgsbæreevnen er et mål på hvor mange personer man har i aldersgruppen mellom 50 og 66 år per person som antas å ha behov for omsorg (80+). I 2019 er omsorgskoeffisienten/bæreevnen på 3,9, mens den i 2040 vil være på 2. Dette er en drastisk nedgang som vil stille store krav til de pårørende og til de offentlige omsorgstjenestene.

På landsbasis er andelen over 80 år i 2016 4,2 %, mens den i Flekkefjord er 5,6.

Tabell 3.5: fødsels- og dødsrater, innvandring, utvandring, innflytting og utflytting.²

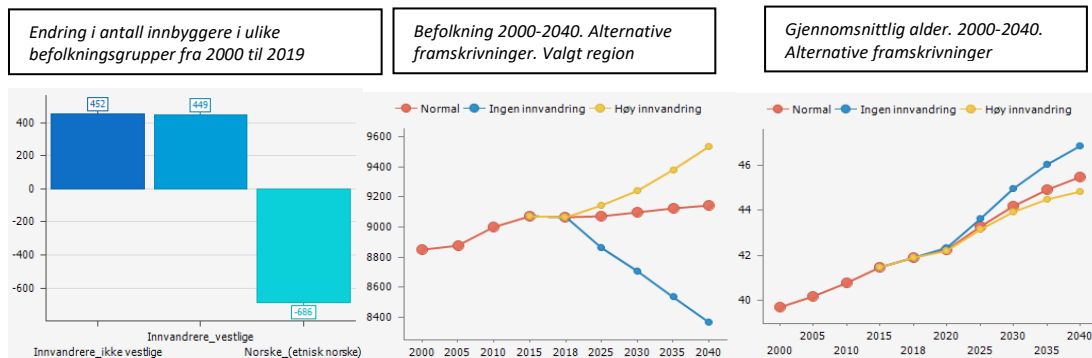
Årstall	Innflytting	Utflytting	Innvandring	Utvandring	Fødte	Døde	Samlet Tilgang	Samlet avgang	Totalt
2000	205	208	52	17	88	105	345	330	+15
2001	211	261	55	19	99	112	365	392	-27
2002	255	263	68	13	92	106	415	382	+33
2003	225	244	87	28	100	96	412	368	+44
2004	221	269	33	10	91	73	345	352	-7
2005	160	268	44	27	97	87	301	382	-81
2006	204	208	54	25	102	93	360	326	+34
2007	221	266	106	15	100	97	427	378	+49
2008	254	281	88	18	118	99	460	398	+62
2009	197	263	93	21	107	88	397	372	+25
2010	200	289	103	28	120	96	423	413	+10
2011	214	286	149	23	80	96	443	405	+38
2012	253	313	83	21	115	76	451	410	+41
2013	196	262	87	76	99	99	382	437	-55
2014	263	301	122	24	76	104	461	429	+32
2015	368	328	102	17	83	82	453	427	+26
2016	233	352	144	45	81	67	458	464	-6
2017	254	296	67	19	82	112	403	427	-24
2018	235	250	58	26	79	98	372	374	-2

² http://kommuneprofilen.no/Profil/Befolkning/DinRegion/bef_inn_samla_region.aspx

De tre siste årene vi har data for viser at vi har hatt en befolkningsnedgang i Flekkefjord. De syv siste årene (2012-2018) har det blitt født i snitt 88 barn per år i Flekkefjord. De syv årene før det igjen (2005-2011) ble det født i snitt 103 barn per år.

Det har hvert år, med unntak av 2015, vært flere som flytter fra, enn som flytter til Flekkefjord. Hva angår innvandring og utvandring er tendensen motsatt. Uten innvandring hadde befolkningsnedgangen i Flekkefjord vært betydelig større.

Diagram 3.2: Befolkningsutvikling, -framskriving og alderssammensetning – ulik innvandring³



Tabell 3.6: Antall innvandrere 1999-2019 i Flekkefjord

		1990	2000	2010	2016	2019
Menn	Europa unntatt	44	128	302	400	356
	Tyrkia					
	Afrika	0	4	18	57	72
	Asia med Tyrkia	31	34	77	111	147
	Nord-Amerika	19	17	12	10	10
	Sør- og Mellom-Amerika	0	0	3	10	10
	Oseania	0	3	4	3	3
	Totalt menn	94	186	416	591	598
Kvinner	Europa unntatt	59	143	277	345	291
	Tyrkia					
	Afrika	4	8	21	36	45
	Asia med Tyrkia	27	38	91	137	171
	Nord-Amerika	36	26	18	13	11
	Sør- og Mellom-Amerika	0	4	9	14	16
	Oseania	3	0	0	0	0
	Totalt kvinner	129	219	416	545	534
Totalt	223	405	832	1136	1132	

Antall innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre har økt fra 223 personer i 1990 til 1132 personer i 2019. De fleste er fra Europa uten Tyrkia, men de siste årene har det blitt flere fra Afrika og Asia med Tyrkia. Fra 2016 til 2019 er det en betydelig nedgang i antall innvandrere fra Europa unntatt Tyrkia; 44 menn og 54 kvinner. Motsatt er det en betydelig økning i antall innvandrere fra Afrika og Asia med totalt 51 menn og 43 kvinner. Det er noen flere menn enn kvinner blant

³ <http://www.kommuneprofilen.no/Default.aspx>

innvandrerne i Flekkefjord. 1132 personer utgjør 12,5 prosent av befolkningen i Flekkefjord. På landsbasis er andelen 14,4 prosent.

Tabell 3.7 Antall innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn i Flekkefjord 2019 ⁴

Landbakgrunn	Antall innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn
Polen	195
Syria	138
Tyskland	131
Eritrea	92
Bosnia-Hercegovina	63
Thailand	57
Danmark	45
Kroatia	41
Sri Lanka	39
Myanmar	37

I Flekkefjord er det størst andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre fra Polen, Syria og Tyskland. Polakkene er i hovedsak arbeidsinnvandrere til industri- og bygge bransjen, mens mange av tyskerne har arbeidsinnvandret til jobber i helsesektoren. Eritrea og Syria er de to landene hvor det har kommet flest flyktninger fra de siste årene. Krigen på Balkan førte også til at det på begynnelsen av 1990 tallet innvandret flyktninger fra dette området som har blitt boende i Flekkefjord. I 2019 er det hovedsakelig overføringsflyktninger fra Kongo som bosettes.

Tabell 3.8 Husholdningstyper Flekkefjord 2016 og 2019

	2016	2019	Utvikling
Aleneboende	1386	1438	52
Par uten hjemmeboende barn	1025	1067	42
Par med små barn (yngste barn 0-5 år)	392	343	-49
Par med store barn (yngste barn 6-17 år)	440	472	32
Mor/Far med små barn (yngste barn 0-5 år)	44	50	6
Mor/Far med store barn (yngste barn 6-17 år)	127	131	4
Enfamiliehusholdninger med voksne barn (yngste barn 18 år og over)	328	292	-36
Flerfamiliehusholdning uten barn 0-17 år	107	106	-1
Flerfamiliehusholdning med små barn (yngste barn 0-5 år)	30	22	-8
Flerfamiliehusholdning med store barn (yngste barn 6-17 år)	16	21	5
Andre husholdninger	0	0	0
	3895	3942	47

Totalt er det 3942 husstander i Flekkefjord i 2019, noe som er en økning på 47 fra 2016. Dette til tross for at befolkningstallet har gått tilbake 30 personer. Tabellen gjenspeiler at det er mange som bor alene eller med ektefelle/samboer uten hjemmeboende barn i Flekkefjord. Dette gjenspeiler nok at det er mange eldre i Flekkefjord. Antall husholdninger bestående av par med små barn (yngste barn 0-5 år) har gått dramatisk tilbake de siste 3 årene, hele 49 færre husholdninger. Dette til tross

⁴ <http://www.ssb.no> 09817: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter region, innvandringskategori, landbakgrunn, statistikkvariabel og år

for at det de siste tre årene har blitt bosatt mange flyktningfamilier med små barn. Antall husholdninger bestående av par med store barn (yngste barn 6-17 år) har økt med 32 siden 2016. Totalt er det 181 aleneforeldre husholdninger i Flekkefjord, noe som er en økning på 10 fra 2016.

Flerfamilie- husholdninger er husholdninger hvor det bor flere generasjoner. Det er relativt få flerfamilie husholdninger i Flekkefjord. Nasjonalt har det ofte vært innvandrere- familier som har vært høyt representert blant flerfamilie husholdninger.

Tabell 3.9. Skilsmisser og separasjoner etter mannens bosted⁵

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Separasjoner	23	23	22	20	11	17	17	26
Skilsmisser	14	23	21	17	18	13	13	13

3.1 Oppsummering, årsaksforhold og konsekvenser befolkningssammensetning

Demografi

- På landsbasis har befolkningsveksten vært 15,9 % mellom 2000 og 2019, tilsvarende har økningen i samme periode vært 2,4 % i Flekkefjord⁶. I 2019 er det 222 flere menn enn kvinner. Utviklingen over tid viser at det er nedgang i antall barn og unge, samtidig som antallet eldre øker.
- Antall personer under 18 år blitt redusert med 188 og antall personer mellom 18 og 49 år gått tilbake med 219 personer
- Flekkefjord er den kommunen med lavest andel kvinner i alderen 20-44 år i Vest Agder.
- I 2040 vil ca. 10 % av befolkningen være over 80 år, mot 5,7 % i 2016. 1 av 4 innbyggere vil være over 67 år i 2040, mot ca. 1 av 6 i 2016.
- I 2019 er det omlag 3,2 i yrkesaktiv alder (18-66 år) per pensjonist i Flekkefjord. I 2040 år er dette tallet reduseres til om lag 2,1. I 2019 er omsorgskoeffisienten/bæreevnen på 3,9, mens den i 2040 vil være på 2.
- Omsorgsbæreevnen er et mål på hvor mange personer man har i aldersgruppen mellom 50 og 66 år per person som antas å ha behov for omsorg (80+). I 2019 er omsorgskoeffisienten/bæreevnen på 3,9, mens den i 2040 vil være på 2. Dette er en drastisk nedgang som vil stille store krav til de pårørende og til de offentlige omsorgstjenestene

Forholdet mellom yrkesaktive og de som er utenfor arbeidslivet, den såkalte aldersbæreevnen har betydning for finansiering av velferdsstaten. Mens det nasjonalt i dag er om lag 3,5 personer i alderen 20 til 64 år per person på 65 år eller eldre, ventes dette forholdstallet å gå mot ca. 2,5 i 2060. I Flekkefjord er dette forholdstallet betydelig lavere.

Årsakene til liten befolkningsvekst og «forgubbing» er nok hovedsakelig at flere unge velger å ta høyere utdanning og må flytte til byene for å gjennomføre dette. Byene har videre et mer differensiert arbeidsmarked og kulturliv å tilby.

At andelen unge pensjonister vil øke kraftig frem mot 2040 skyldes de store etterkrigskullene. Dette er personer som gjerne har god økonomi og god helse og som vil kunne oppfordres til å bidra positivt i frivillig arbeid og utgjøre en stor ressurs for samfunnet og for andre mennesker.

⁵ <https://www.ssb.no/statbank/table/09660/tableViewLayout1/>

⁶ <http://www.kommuneprofilen.no/>

De fleste er også kjøpesterke og vil kunne ha midler til å investere både i varer og tjenester og dermed bidra til næringsutvikling og vekst.

Konsekvensene ved at de unge og ressurssterke flytter ut og de eldre, samt de med lavere utdanning blir igjen er at både vekst og utviklingspotensialet for Flekkefjord stagnerer. Kommunens andel av statlig rammeoverføring reduseres i takt med at andelen innbyggere i Flekkefjord sammenlignet med Norge som helhet reduseres, noe som igjen får konsekvenser for tjenestetilbudet i kommunen.

Som en motvekt har Flekkefjord mange spennende innovative kunnskapsbedrifter og blant annet Sørlandet sykehus avdeling Flekkefjord er en veldig viktig kompetansearbeidsplass.

Flekkefjord har valgt en offensiv satsning og en visjon om «vilje til vekst», som gjennom flere tiltak beskrevet i kommuneplanens samfunnsdel skal bidra til at Flekkefjord blir en robust og nyskapende Smaaby med 10 000 innbyggere i 2030. Kommunen er avhengig av å satse på innflytting og innvandring for å nå dette målet.

Flyktninger og integrering

- Det har hvert år, med unntak av 2015, vært flere som flytter fra, enn som flytter til Flekkefjord. Hva angår innvandring og utvandring er tendensen motsatt. Uten innvandring hadde befolkningsnedgangen i Flekkefjord vært betydelig større.
- Det er noen flere menn enn kvinner blant innvandrerne i Flekkefjord.
- Totalt er det 1132 personer som har innvandrerbakgrunn i Flekkefjord, noe som utgjør 12,5 prosent av befolkningen i Flekkefjord. På landsbasis er andelen 14,4 prosent.

Årsaken til at antall innvandrere har økt er i hovedsak krig og uro i land som Syria og Eritrea. I 2019 skal Norge ta imot 3000 overføringsflyktninger fra bla Kongo, Syria og Sudan. Flekkefjord har så langt i 2019 bosatt 3 store familier fra Kongo.

Innvandring bidrar til at andelen yngre flekkefjæringer øker, samtidig som innvandring også byr på utfordringer knyttet til inkludering og integrering.

Innvandrere er overrepresentert blant både høyt utdannede og lavt utdannede. Utdanningsnivået blant flyktninger er lavere enn blant andre innvandrere. Innvandreres og særlig flyktningers medbrakte kompetanse verdsettes i liten grad i det norske arbeidsmarkedet. Flyktninger som har utdanning fra Norge har nesten like høy sysselsetting som den øvrige befolkningen, men flyktninger deltar lite i utdanning og annen opplæring. Etterkommere av innvandrere klarer seg betydelig bedre enn innvandrere i utdanningssystemet.

Introduksjonsprogrammet er myndighetenes viktigste tiltak for nyankomne voksne flyktninger. Målet er at 70 pst. skal være i arbeid eller utdanning etter endt program, men dette oppnås på langt nær for alle. Det er store forskjeller mellom kvinner og menn og mellom ulike kommuner, noe som kan tyde på at det er et forbedringspotensial.⁷

Innvandrere med bakgrunn fra Asia, Afrika mfl. (landgruppe 3) er overrepresentert blant sysselsatte i helse- og sosialtjenester. De sysselsatte flyktingene har både lavere sysselsetting og jobber færre timer i uken enn majoritetsbefolkningen, og kan således defineres som undersysselsatte.

Innvandrere fra landgruppe 3 er også i større grad midlertidig ansatte.

Etterkommere av innvandrere med bakgrunn fra landgruppe 3 har høyere deltakelse i arbeid og utdanning enn innvandrere på samme alder, men fremdeles noe lavere enn de unge i den øvrige befolkningen.

Lavere sysselsettingsrater blant en del innvandregrupper innebærer at de ofte er overrepresentert som mottakere av en rekke velferdsytelser og -tjenester. Selv om velferdsytelser som andel av samlet inntekt faller over tid for flyktninger og familieinnvandrere, ligger nivået selv etter mange år i Norge

⁷ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-2/id2536701/sec2#KAP1-2>

over nivået for befolkningen ellers. Dette gjelder spesielt for kvinner. Velferdsytelser utgjør en betydelig lavere andel av inntektene til arbeidsinnvandrere og nordiske innvandrere, selv om det øker noe med botid.

Mottaket av økonomisk sosialhjelp er høyt for personer med bakgrunn fra Asia, Afrika mfl. (landgruppe 3). Andelen som mottar sosialhjelp er lavere for de med lang botid, men fremdeles på et vesentlig høyere nivå enn for befolkningen for øvrig. Analyser av botidseffekter blant flyktninger viser at det er en sterk økning i andelen mottakere av uføretrygd og andre helse relaterte ytelser, etter hvert som botiden i Norge øker.⁸

Hovedbildet er at de fleste innvandrere klarer seg godt i Norge. Etter noen års botid oppnår de fleste inntekter over fattigdomsgrensen, og mange kjøper sin egen bolig. Tendensene til bostedssegregering er mindre enn i mange andre land, også i Skandinavia. Samtidig er det sider ved innvandrernes levekår som gir grunn til bekymring: andelen barn som lever i en lavinntektsfamilie er høy, og personer med innvandrerbakgrunn deltar mindre enn andre i sivilsamfunnsorganisasjoner og i det politiske liv. Det er godt dokumentert at diskriminering forekommer, og flere studier dokumenterer også at innvandrere begår noe mer kriminalitet enn personer i befolkningen for øvrig⁹

⁸ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-2/id2536701/sec2#KAP1-2>

⁹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-2/id2536701/sec2#KAP1-2>

4.0 Oppvekst og levekårsforhold

4.1 Levekår

Flekkefjord har en like høy andel av befolkningen som landsgjennomsnittet som har fullført videregående eller høyere utdanning, men andelen har gått ned de siste årene. Ser man på andelen som har fullført universitet/høgskoleutdanning er denne betydelig lavere i Flekkefjord enn i landet og i Vest-Agder, men høyere enn i Farsund, Kvinesdal og Lyngdal.

Tabell 4.1: Høyeste fullførte utdanningsnivå

Høyeste fullførte utdanningsnivå 30-39 år		2011	2013	2015	2017
hele landet	videregående eller høyere	83,3	83,1	82,1	81
	universitet/ høgskole	44,4	46,2	47,4	48
Vest-Agder	videregående eller høyere	83,3	83,5	82,8	81
	universitet/ høgskole	39,2	41,2	42,1	42
Farsund	videregående eller høyere	81,8	82,5	80,6	79
	universitet/ høgskole	27,4	30,5	29,2	30
Flekkefjord	videregående eller høyere	86	84,7	84,4	81
	universitet/ høgskole	35,5	36,9	36,3	36
Lyngdal	videregående eller høyere	83,8	81,7	80,7	78
	universitet/ høgskole	34,2	34,2	34,9	35
Kvinesdal	videregående eller høyere	81,2	79,8	79,1	78
	universitet/ høgskole	23,1	24,9	28,1	31

At det er færre med universitets/høgskoleutdanning i vår region skyldes nok i hovedsak at det ikke er så mange stillinger hvor dette er et krav. At andelen med høyskole/universitetsutdanning er høyere i Flekkefjord enn i nabokommunene skyldes nok i hovedsak at Flekkefjord sykehus er en stor arbeidsplass hvor det er mange arbeidsplasser med krav om universitets/høgskolenivå. Flekkefjord kommune og Lister videregående skole er også viktig arbeidsgivere for personer med utdanning på universitet/høgskolenivå. Nedgangen i andelen som har videregående eller høyere utdanning skyldes nok i hovedsak økt andel innvandrere.

Tabell 4.2: Andel som har gjennomført VGO innen 5 år Flekkefjord¹⁰

	2009-2014	2010-2015	2011-2016	2012-2017	2013-2018
Andel gjennomført videregående opplæring					
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Fullført med studie- eller yrkeskompetanse på normert tid	59,1	57,4	60,5	65,4	64,6
Fullført med studie- eller yrkeskompetanse på mer enn normert tid	14,6	15,6	16,7	13,1	14,2
Fortsatt i videregående opplæring etter fem år	7,3	8,2	9,6	6,2	5,5
Gjennomført vg3, men ikke bestått eksamen/fag- eller svenneprøve	5,8	10,7	2,6	4,6	3,1
Sluttet underveis	13,1	8,2	10,5	10,8	12,6

I perioden 2013-2018 var det nasjonalt 75,3% som gjennomførte videregående opplæring innen 5 år. I Flekkefjord er andelen 78,8 %, og dermed høyere enn for landet. Samtidig viser tallene at mellom 15 og 20% ikke består eller slutter. Å forebygge frafall i videregående skole er en av de viktigste tiltakene man kan gjøre med tanke på folkehelse.

¹⁰ <https://www.ssb.no/statbank/table/10973/tableViewLayout1/>

Tabell 4.3: Andel som har gjennomført VGO innen 5 år Flekkefjord fordelt på studieretning

Studieretning	Gjennomføring	2009-2014	2010-2015	2011-2016	2012-2017	2013-2018
Allmennfaglige studieretninger/studieforberedende programmer	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Fullført med studie- eller yrkeskompetanse på normert tid	73,1	69,6	75,5	79,4	88,9
	Fullført med studie- eller yrkeskompetanse på mer enn normert tid	4,5	12,5	14,3	7,4	6,3
	Fortsatt i videregående opplæring etter fem år	3,0	3,6	4,1	2,9	0,0
	Gjennomført vg3, men ikke bestått eksamen/fag- eller svenneprøve	6,0	8,9	2,0	4,4	1,6
	Sluttet underveis	13,4	5,4	4,1	5,9	3,2
Yrkesfaglig studieretning/utdanningsprogram	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Fullført med studie- eller yrkeskompetanse på normert tid	45,7	47,0	49,2	50,0	40,6
	Fullført med studie- eller yrkeskompetanse på mer enn normert tid	24,3	18,2	18,5	19,4	21,9
	Fortsatt i videregående opplæring etter fem år	11,4	12,1	13,8	9,7	10,9
	Gjennomført vg3, men ikke bestått eksamen/fag- eller svenneprøve	5,7	12,1	3,1	4,8	4,7
	Sluttet underveis	12,9	10,6	15,4	16,1	21,9

Tabellen ovenfor viser forskjell på gjennomføringsgrad mellom elever som tar allmennfag/ studiespesialisering og yrkesfaglig utdanning mht. gjennomføring. Mens 4,2 % av de som begynner på allmennfag ikke fullfører på normert tid er det så stor andel som 37,5% som ikke fullfører på normert tid blant de som tar yrkesfaglig utdanning. At hver fjerde elev som begynner på yrkesfag i fra Flekkefjord slutter eller ikke består eksamen/fagbrev er en utfordring. I 2013-2018 kullet var det 63 som begynte på allmennfag, 3 av elevene sluttet eller fikk ikke bestått. I det samme kullet var det 64 elever som begynte på yrkesfag 17 av elevene sluttet eller fikk ikke bestått, 7 er fremdeles i videregående opplæring.

Tabell 4.4: Medianinntekt etter skatt Flekkefjord – landet¹¹

År	2008	2010	2012	2014	2017
Hele landet	392000	411000	446000	479000	510 000
Flekkefjord	413000	423000	468000	488000	512 000

Medianinntekten er inntekten til husholdningen som havner "i midten" når man sorterer husholdningsinntektene etter størrelse. Medianinntekt er mer robust enn gjennomsnittsinntekt da det ikke påvirkes av ekstreme enkeltverdier (dvs. enkelthusholdninger med ekstremt høye (eller lave) inntekter). Utfordringen er at median ikke tar hensyn til de faktiske utgiftene til husholdningene. Medianinntekten i Flekkefjord er høyere enn i landet, men forskjellen mellom landsgjennomsnittet er ikke mer enn 2 000 kr i 2017. Medianinntekt etter skatt for aleneboende i Flekkefjord var 275 000 og for aleneforeldre var den 403 000 i 2017.

¹¹ <https://www.ssb.no/statbank/table/06944/tableViewLayout1/>

Tabell 4.5: Andel barn i husholdninger med vedvarende lav inntekt (under 60% av medianinntekt)

År	2013	2014	2015	2016	2017
Hele landet	8,6	9,4	10	10,3	10,7
Flekkefjord	6,3	6,3	5,6	7,3	7,2

Flekkefjord kommune har en lavere andel barn og unge i alderen 0-17 som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median. Mens andelen for landet var 10,7 i 2014 var andelen i Flekkefjord 7,2. Det har vært en betydelig økning i andel barn i husholdninger med vedvarende lav inntekt. Dersom man kun ser på barn i husholdninger med lavinntekt for 2017 er det 7,9% i Flekkefjord mot 9,2% nasjonalt.

Lavinntektsgrensen er satt til 60 prosent av medianinntekten i Norge («EU-60»). Med inntekt mener Bufdir samlet inntekt etter skatt, per husholdning. Tall fra 2017¹² viser at det i Flekkefjord var 125 (7,2 %) barn som levde i familier med vedvarende lav inntekt og 104 av disse er barn som lever i familier som mottar mer enn halvparten av samlet inntekt gjennom offentlige overføringer. Tilsvarende er 92 av disse barna fra familier med lavinntekt som i hovedsak har en bakgrunn som flyktninger.

Tabell 4.6: Barnefattigdom 2017

	Barn i husholdninger med vedvarende lav inntekt		Barn i husholdninger med lavinntekt som mottar mer enn halvparten av samlet inntekt gjennom offentlige overføringer		Barn i innvandrerhusholdninger med lavinntekt, fra Afrika, Asia, Latin-Amerika, Europa utenom EU/EFTA og Oseania utenom Australia og New Zealand	
	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall
Flekkefjord	7,2 %	125	67,5 %	104	52%	92
Kvinesdal	9,3 %	111	75 %	105	69,8%	90
Farsund	10,1%	191	59,9 %	130	57,1	96
Lyngdal	12,6%	248	61,1 %	143	52,2	118
Norge	10,7%	105 538	62,2 %	64 223	38,1	57 874

I følge rapporten Ung i Agder 2019¹³ opplyser 84% av ungdomsskole elevene og 80% av elevene på i videregående skole at familien har god råd hele tiden / stort sett de siste 2 årene. For VGS elevene var andelen som opplevde at familien har dårlig råd økt fra 6% i 2013 til 10% i 2019.

¹²[https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnefattigdom/?region\[\]=K1004®ion\[\]=K1003®ion\[\]=K1032®ion\[\]=K1037®ion\[\]=Norge](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnefattigdom/?region[]=K1004®ion[]=K1003®ion[]=K1032®ion[]=K1037®ion[]=Norge)

¹³ Utarbeidet av Kompetansesenter Rus region Sør.

Tabell 4.7 Familieøkonomi

Familien har hatt god eller dårlig råd de siste 2 årene				
		2013	2016	2019
Ungdomstrinn	Hele tiden/stort sett hele tiden	93	86	84
	Verken hatt god eller dårlig råd	13	12	11
	Dårlig råd hele tiden	4	2	4
VGS	Hele tiden/stort sett hele tiden	84	75	80
	Verken hatt god eller dårlig råd	10	19	11
	Dårlig råd hele tiden	6	5	10

Eneforsørgere har gjerne en mer krevende økonomi, enn familier hvor man er to om å dele på utgiftene. Det er færre eneforsørgere i Flekkefjord, enn i landet og fylket.

Tabell 4.8: Eneforsørgere under 45 år

År	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017
Hele landet	18	17,5	17	16,6	16,2
Vest-Agder	17,8	17,9	17,7	17,6	17,3
Farsund	15,6	15,3	14,8	14,5	15,1
Flekkefjord	15,6	15,2	15	14,7	14,7
Lyngdal	16,9	16,9	16,4	15,5	14,3
Kvinesdal	18,2	19	18,9	19,3	19,5

4.2 Sosial ulikhet i helse

I følge Folkehelseinstituttet¹⁴ har forventet levealder steget kontinuerlig fra 1846 til i dag. Fram til 1890-tallet var veksten ganske svak og med en god del svingninger fra år til år. Det er likevel verdt å merke seg at den forventede levealderen i Norge var helt i verdenstoppen allerede i 1850.

Veksten i forventet levealder var sterkest mellom 1920 og 1950. Etter dette hadde vi en periode på 20-30 år der menns forventede levealder stod stille og til dels gikk ned. For kvinnene var utviklingen noe bedre, og resultatet ble en stor forskjell mellom menns og kvinners forventede levealder.

Fra rundt 1985 begynte så mennenes forventede levealder å øke igjen. I de siste 20 årene har forskjellen i forventet levealder mellom menn og kvinner gradvis blitt mindre.

Den samme forskjellen mellom menn og kvinner finner vi i de fleste land som det er naturlig å sammenligne med. En hovedforklaring er at menn etter 1950 har endret levevaner i større grad og tidligere enn kvinner har gjort det.

Menn begynte å røyke først, og var også de som først ble rammet av økning i røykerelaterte dødsfall, slik som hjerteinfarkt og lungekreft. Kvinner begynte å røyke på et seinere tidspunkt og opplevde følgelig røykerelaterte dødsfall seinere. Tilsvarende forskjeller mellom menn og kvinner kan knyttes til bilulykker og annen voldsom død.

¹⁴ <https://fhi.no/nettpub/hin/befolkning/levealder/>

Diagram 4.1: Utvikling forventet levealder – historisk og nasjonalt

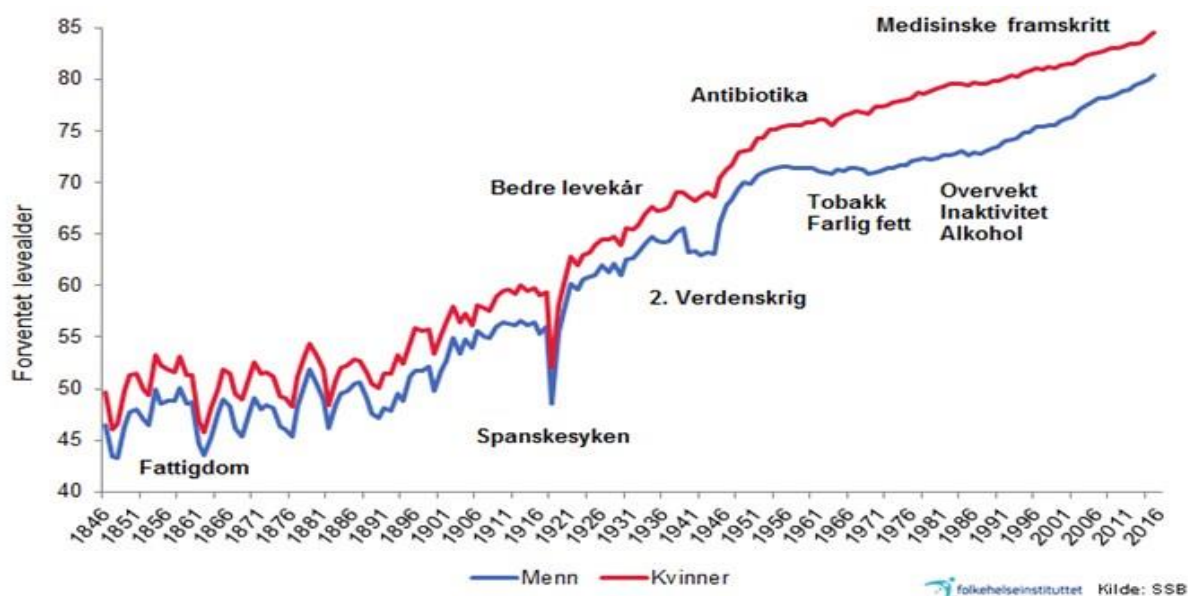
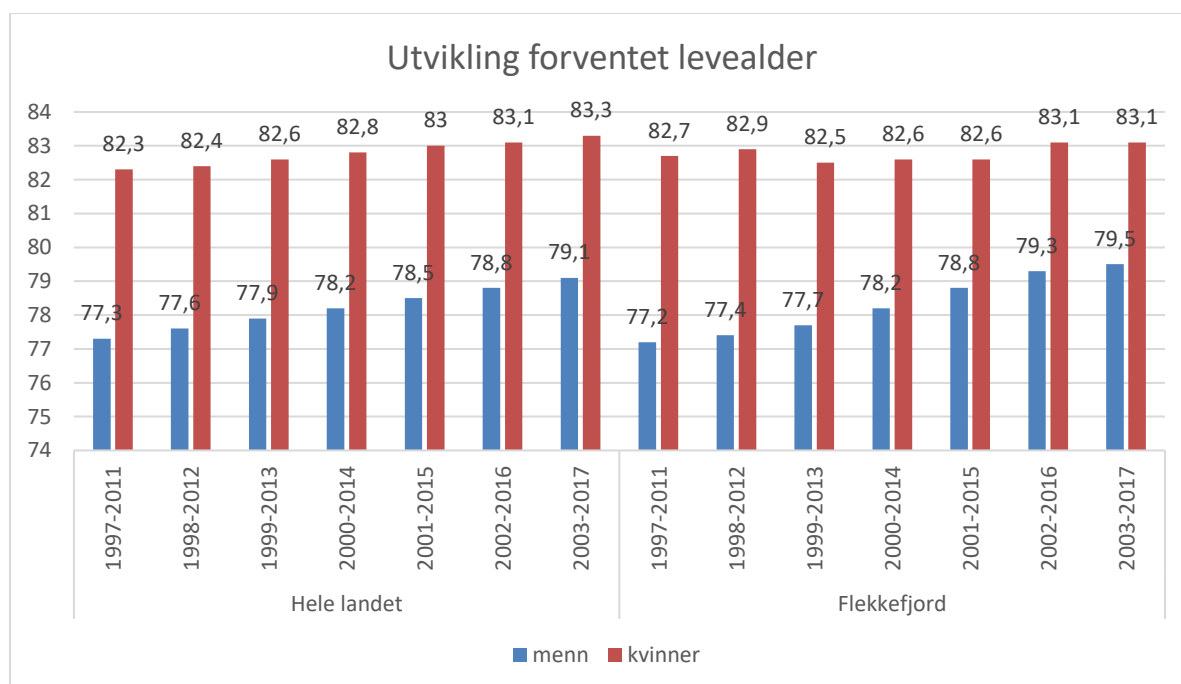


Diagram 4.2: Utvikling forventet levealder Flekkefjord og landet

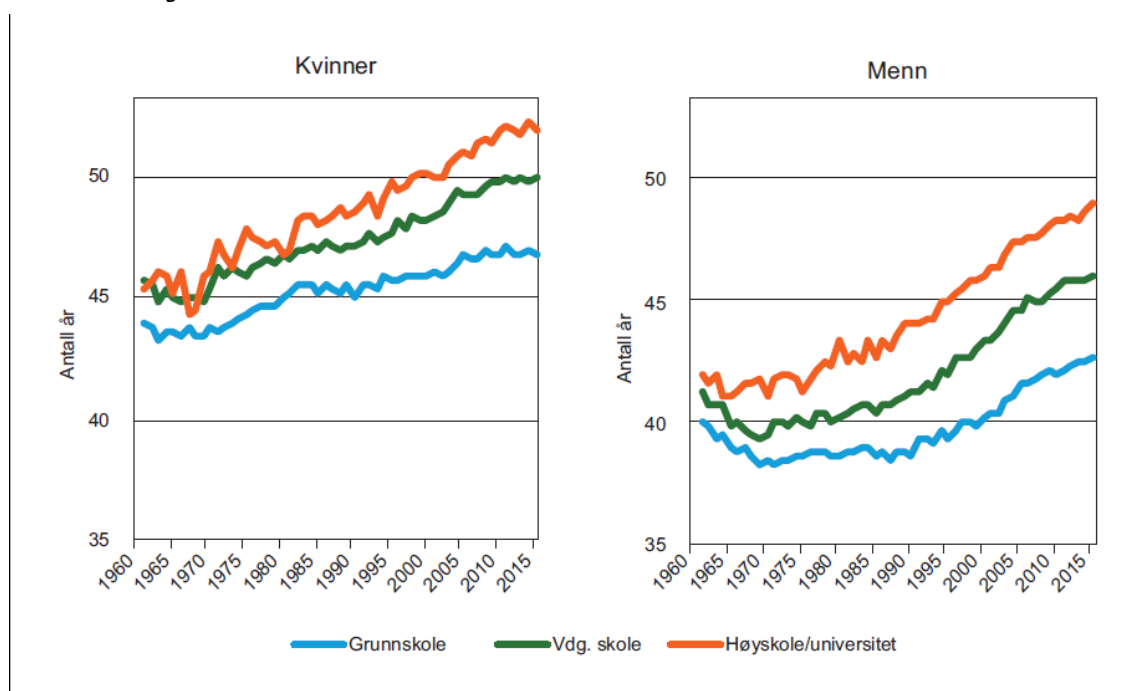


Forventet levealder speiler dødeligheten i en befolkning, og dette er en viktig pekepinn på hvordan det står til med folkehelsen i et land eller en kommune. Mens menn i Flekkefjord har noe høyere forventet levealder enn landsgjennomsnittet, er forventet levealder for kvinner i Flekkefjord noe under landsgjennomsnittet. Som for landet er det forventet levealder for menn som har økt mest de siste årene i Flekkefjord.

De største folkehelseutfordringene de siste årene er knyttet til tobakk, farlig fett, alkohol, inaktivitet og overvekt.

Det er store sosiale forskjeller i dødelighet i Norge, der personer med høyere inntekt, utdanning og posisjon i arbeidslivet gjennomgående har lavest dødelighet.

Diagram 4.3 Forventet gjenværende levealder for menn og kvinner (ved 35 års alder) i Norge 1961-2015 gruppert etter utdanningsnivå¹⁵



I følge St. Meld 19 (2018-2019) Folkehelsemeldingen har det de siste årene vært en gradvis økning i sosiale helseforskjeller målt i forventet levealder. Den forventede levealderen er fem- seks år høyere for personer med høyskole eller universitetsutdanning enn blant de med kun grunnskoleutdanning. Alle utdanningsgruppene har hatt en økning i forventet levealder, men oppgangen har vært størst for de med lang utdanning. Samtidig utgjør personer med høy utdanning en større andel av befolkningen nå enn tidligere.

Tabell 4.9¹⁶ Gjennomsnittlig levealder etter ulik utdanningsnivå

År		1998-2012	1999-2013	2000-2014	2001-2015	2002-2016
Hele landet	Grunnskole	78,3	78,5	78,6	78,7	78,8
	Videregående eller høyere	83,1	83,3	83,5	83,6	83,8
Flekkefjord	Grunnskole	79,8	80	80	80	79,9
	Videregående eller høyere	83	82,9	82,9	83,2	83,7

Tall fra kommunehelse statistikkbank viser at forskjellen i forventet levealder for innbyggerne i Flekkefjord med grunnskoleutdanning er 3,8 år kortere enn for innbygger med utdanning på videregående skole nivå eller høyere. For landet er forskjellen mellom de to utdanningsgruppene hele 5 år.

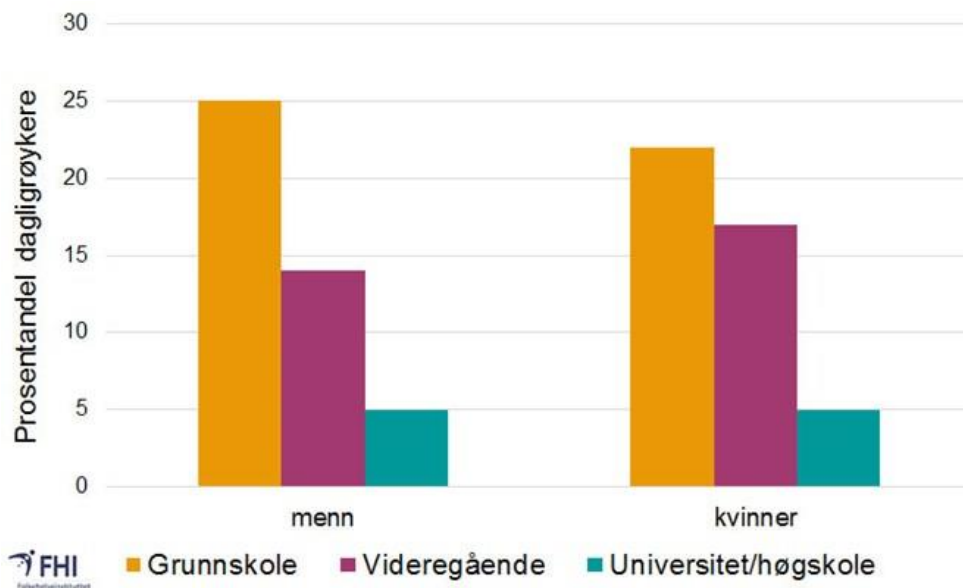
Folkehelseinstituttet peker på at forskjellige røykevaner er en av hovedårsakene til forskjellen. I gruppen med grunnskoleutdanning er det 24 prosent som røyker, mens tallet blant de med høyskole/universitetsutdanning er 5 prosent. I følge folkehelseinstituttet¹⁷ fordeler andelen som røyker seg slik mht. ulike utdanningsgrupper nasjonalt.

¹⁵ Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldingen; s. 53

¹⁶ <http://khs.fhi.no/webview/>

¹⁷ Folkehelse rapporten – helsetilstanden i Norge 2018. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>

Diagram 4.4. Andel dagligrøykere - utdanningsnivå



De sosiale helseforskjellene har ikke bare betydning for levealder, men også leveår med god helse. Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag (HUNT) har på bakgrunn av befolkningsdata fra tre tiår vist at personer med grunnskole som høyeste utdanning i snitt har god helse til de er ca. 60 år. Personer med videregående skole som høyeste utdanning har i snitt god helse til de er 67 år, mens personer med universitets- og høyskoleutdanning i snitt har god helse til de er 70 år.¹⁸

De sosiale helseforskjellene gjelder ifølge Dahl, Bergsli og Wel, 2014¹⁹ for neste alle sykdommer, skader og plager, herunder kreft, hjerteinfarkt, psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer. Ungdommer som vokser opp i familier med høy sosioøkonomisk status rapporterer om høyere livskvalitet, bedre helse og færre psykiske plager. Forekomsten av skader og ulykker er høyere i grupper med kort utdanning enn i grupper med lang utdanning.

Innvandrere er overrepresentert i lavinntektsgrupper og har lavere sysselsetting. Dette gjelder særlig personer med flyktning bakgrunn. For barn av innvandrere er det en stor prosentandel som tar høyere utdanning. Som for majoritetsbefolkningen har innvandrere med høyere utdanning og høy inntekt bedre helse enn innvandrere med mindre utdanning og lav inntekt.

4.3 Bolig

Hvordan vi bor har betydning for helsen vår. I følge veiviseren for bolig og tjenesteområdet²⁰ kan bolig påvirke vår psykiske og fysiske helse på mange måter; det kan være forhold ved selve boligen, slik som inneklimate, slitasje, trangboddhet og hvorvidt man eier eller leier bolig. Også forhold ved bomiljø og nabolag påvirker helse og trivsel – slik som beboersammensetning, stabilitet i nabolaget, og trygg tilgang til rekreasjonsarealer og møteplasser. De tydeligste sammenhengene gjelder fysiske forhold ved boligen, slik som trangboddhet, støy, fukt, mugg og råte, som kan gi helseplager og sykdom. Videre kan eksponering av høye doser radon i bolig kobles til økt risiko for lungekreft. Men i all hovedsak vil det være snakk om et samspill av flere faktorer som forklarer sammenhengene

¹⁸ Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldingen; s. 53

¹⁹ Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldingen; s. 53

²⁰ <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/forebygging-helse-bolig-og-eldrebølge/bolig-og-helse>

mellom bolig og helse. Vanskeligstilte på boligmarkedet er som regel i utgangspunktet en marginalisert gruppe med kjennetegn som lav inntekt, lav eller ingen utdanning og svak arbeidsmarkedstilknytning – i et befolkningsperspektiv er dette sammenfallende med dårligere helsetilstand. I tillegg vil mange ha et rusmiddelproblem og/eller allerede nedsatt psykisk og fysisk helse. For sårbare grupper vil en vanskelig bosituasjon bidra til å forsterke og opprettholde eksisterende helseproblemer og sosiale utfordringer

Kommunen kan tilby boliger til funksjonshemmede og eldre med behov for tilpasset bolig, personer med psykisk utviklingshemming, personer med sosiale problemer, personer med psykisk lidelser og / eller rusproblemer og til flyktninger. En litteraturstudie av internasjonal, nordisk og norsk forskning på forholdet mellom bolig og folkehelse viser at både den fysiske og mentale helsen blir påvirket av kvaliteten på boligen og boområdet. Bomiljøer med en opphopning av personer som tilhører marginaliserte grupper, nedslitt bebyggelse, dårlig tilgang til rekreasjonsområder og høy forekomst av kriminalitet og vold påvirker både den fysiske og mentale helsen negativt. Både denne studien og andre viser hvordan en vanskelig bosituasjon påvirker barn og unges levekår og helse; det påvirker skoleprestasjoner og deres sosiale liv. Vedvarende lav bokvalitet og langvarig leie av bolig øker sannsynligheten for at barn ikke tar med venner hjem.

Et trygt bomiljø og egnet bolig kan stoppe marginaliseringsprosesser hos barn og unge og forbygge sosiale problemer og dårlig helse senere i livsløpet. Videre er en stabil bosituasjon en forutsetning for vellykket rehabilitering for de som allerede har rusmiddel- og/eller helseproblemer.

Boligene Flekkefjord kommune disponerer er:

- 15 kommunale boliger som benyttes til bosetting av flyktninger og tidligere flyktninger (Tjørsvågveien, Abaldalveien, Uenesveien, Stareveien, Lossvollen, Søylandsveien)
- 94 sykehjemsplasser på Tjørsvågheimen (langtidsplasser, rehabiliterings- og korttidsplasser, avlastning og rulleringstilbud)
- 10 omsorgsboliger til eldre utviklingshemmede (Tjørsvågveien 23)
- 44 omsorgsboliger med bemanning til eldre (Sundeheimen og Hidra omsorgssenter)
- 30 omsorgsboliger med bemanning (Tjørsvågveien 4b og 27, Søylandsveien, Sundegt 30 og 41)
- 13 utleieboliger (Tjørsvågveien, Kleivan, Gråsteinsveien, Starevn, Svegeveien).
- 26 omsorgsboliger uten bemanning i Flikkestø.
- 10 utleieboliger på Sira
- 3 utleieboliger på Hidra
- 10 utleieboliger i Liengården
- 3 midlertidige boliger (Trøngsla)
- 4 leiligheter med mulighet for bofellesskap for totalt 8 enslige mindreårige flyktninger i Ringveien 30
- 4 leie før eie boliger
- 2 personalbaser i private sameier for personer med funksjonshemming (6 sameieleiligheter på Søyland og 8 på Lilleheia)
- 4 boliger til enslige mindreårige flyktninger på Loga (kommunal tildelingsrett)²¹
- 6 boliger til flyktninger i Austadvika (kommunal tildelingsrett)
- 2 boliger med kommunal tildelingsrett på Drangeid

Generelt kan man likevel si at Flekkefjord kommune har et for lite differensiert botilbud, og at mange av boligene bærer preg av manglende vedlikehold. Det har også vært utfordrende å integrere enkelte boliger for vanskeligstilte i etablerte boligområder. I tillegg til å bygge boliger til boligsosiale formål,

²¹ <https://www.husbanken.no/tilskudd/tilskudd-tilskudd-til-utleieboliger/veileder-utleieboliger/formaal-utmaaling/>

må det fra kommunens side arbeides aktivt med å hjelpe de som leier kommunale boliger inn på det ordinære markedet. Målet er at kommunale boliger kun skal være et midlertidig botilbud.

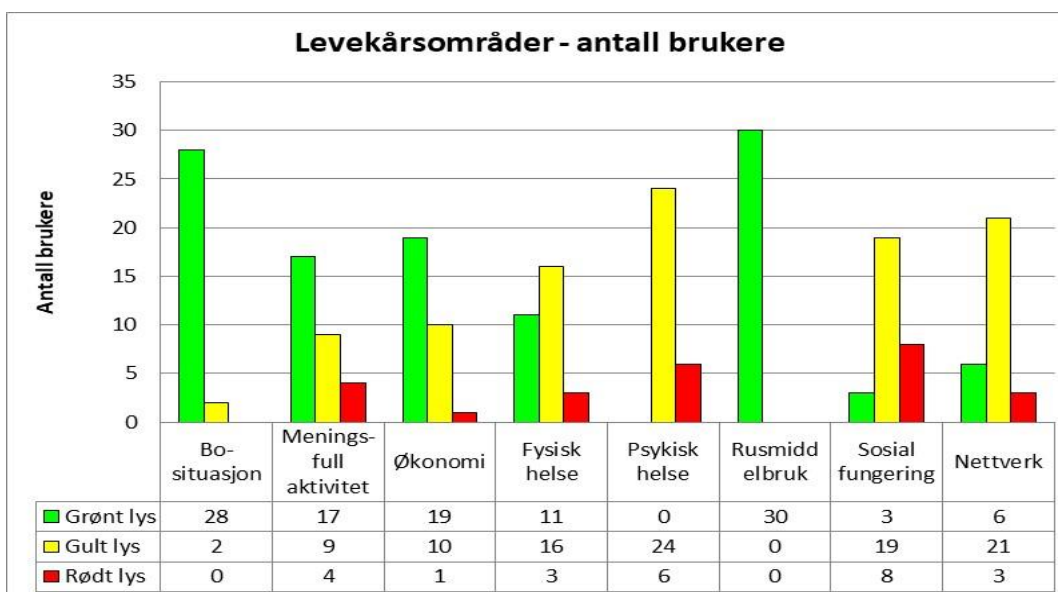
Tabell 4.10 SSB 06266: Boliger, etter region, bygningstype, bygningsår, statistikkvariabel og år

Bygningsår	Enebolig	Tomannsbolig	Rekkehus ol.	Blokk	Bofellesskap	Andre	Totalt
1900 og tidligere	361	11	12	2	0	27	413
1901-1920	124	4	3	0	0	2	133
1921-1940	198	12	0	16	0	5	231
1941-1945	15	0	0	0	0	0	15
1946-1960	521	57	39	3	0	6	626
1961-1970	420	11	24	0	0	14	469
1971-1980	542	47	67	23	0	11	690
1981-1990	375	22	59	24	7	29	516
1991-2000	231	17	64	54	4	38	408
2001-2010	233	29	62	105	9	59	497
2011 og etter	136	46	43	89	0	32	346
Ukjent	104	2	13	2	0	44	165
Totalt	3260	258	386	318	20	267	4509

Det er flest eneboliger i Flekkefjord kommune, men de siste årene har det blitt bygget en god del leiligheter i blokk. Å bo i enebolig med lang avstand til aktiviteter og fellesskap kan øke risikoen for å oppleve ensomhet i perioder i livet hvor man er lite mobil.

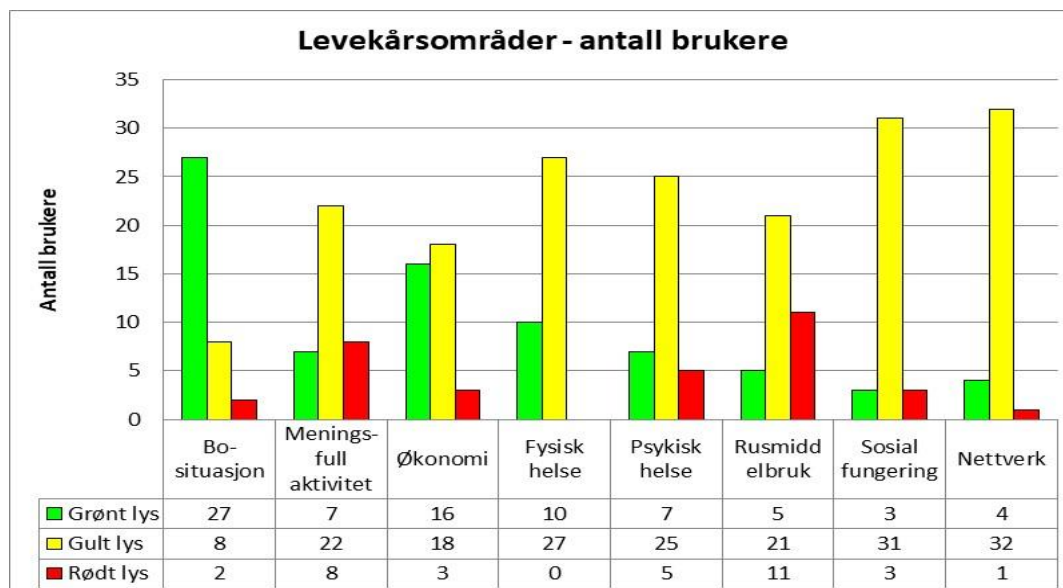
Psykiske helsetjenester kartlegger årlig situasjonen for personer med psykiske lidelser og rusavhengighet i Flekkefjord kommune i samarbeid Korus Sør. Tall fra Brukerplan kartleggingen i 2019 viser at av de 30 personene med psykisk helse som ble kartlagt var det 2 personer som hadde en ikke permanent eller ikke tilfredstillende bosituasjon.

Diagram 4.5 .levelkår Brukerplankartlegging personer med psykisk helseutfordringer 2019



Av de 37 personene som ble kartlagt med ruslidelser så var det totalt 10 personer som ikke hadde permanent og/eller tilfredstillende bositasjon og for to var situasjonen kritisk (bostedsløs).

Diagram 4.6..Levekår Brukerplankartlegging personer med rusavhengighet 2019



4.4 Forhold ved arbeidsmarked og tilknytning til arbeidslivet

For landet var andelen arbeidsledige i juli 2019 2,1%, mens den for innbyggerne eksklusiv innvandrere var 1,5%. I Flekkefjord er det per juli 2019 120 personer (2%) av innbyggerne i arbeidsstyrken som var helt arbeidsledige. For innbyggerne eksklusiv innvandrere var andelen arbeidsledige 1,4%. Det er en nedgang på 60 personer (33,3%) siden juli i 2018. Til sammenligning var antallet i januar 2017 230 personer. Det er høyest andel arbeidsledighet og deltakelse i arbeidsmarkedstiltak blant innvandrere, da særlig blant innvandrere fra Asia og Afrika (Gruppe 2)

Tabell 4.11 Arbeidsledighet og deltakelse i arbeidsmarkedstiltak

	Totalt	Befolkningen u innvandrere	Innvandrere i alt	Gruppe 1:	Gruppe 2:
Arbeidsledige	88	55	33	:	:
Deltakere på arbeidsmarkedstiltak	27	10	17	7	10
Arbeidsledige og deltakere på arbeidsmarkedstiltak	115	65	50	38	12
Arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken	2,0	1,4	5,2	:	:
Arbeidsledige i prosent av bosatte	1,3	1,0	3,3	:	:
Arbeidsledige og deltakere på arbeidsmarkedstiltak i prosent av arbeidsstyrken	2,6	1,7	7,9	9,8	5,0
Deltakere på arbeidsmarkedstiltak i prosent av bosatte	0,4	0,2	1,7	1,3	2,1
Arbeidsledige og deltakere på arbeidsmarkedstiltak i prosent av bosatte	1,7	1,2	5,0	7,3	2,6

Tabell 4.12 Sysselsatte per 100 innbyggere 15-74 år 2018²²

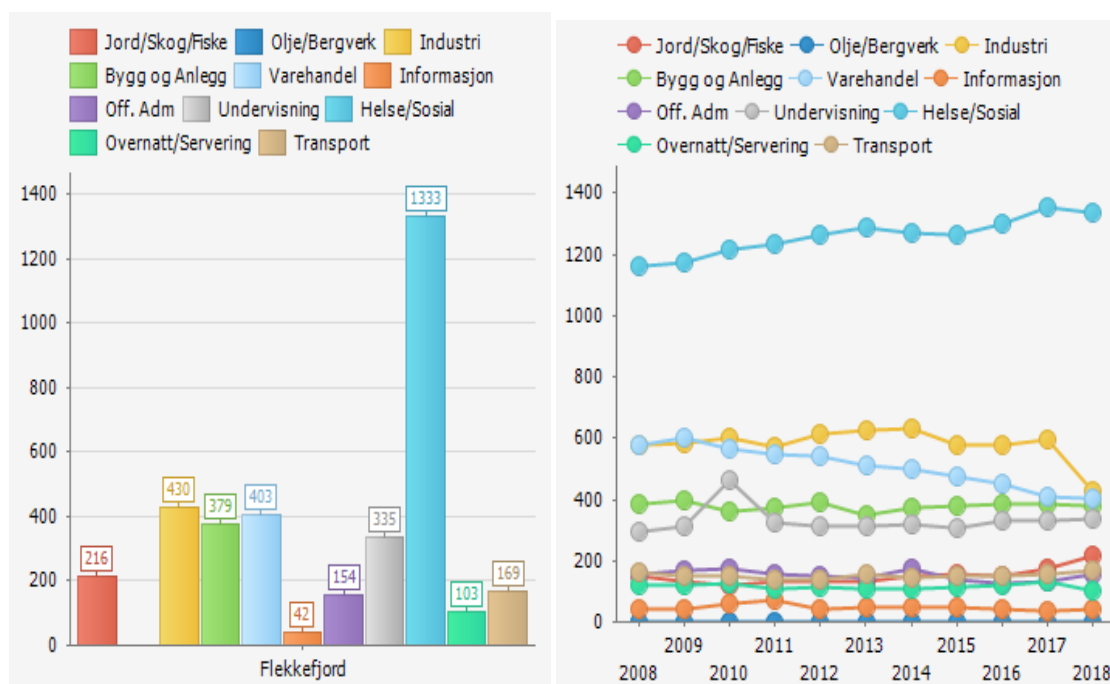
		i alt	innvandrere	vestlige innvandrere	ikke-vestlige innvandrere	etnisk norske
Begge kjønn	Norge	67	62,7	71,7	55,1	67,9
	Flekkefjord	66	54,7	65,6	48,4	66,4
Kvinner	Norge	64,4	58,8	68,6	52,2	65,7
	Flekkefjord	63,6	61,5	72,6	50,9	63,9
Menn	Norge	69,3	66,2	74	58,3	70
	Flekkefjord	66,4	54	60,3	45,9	68,7

Flekkefjord ligger under landsgjennomsnittet for sysselsatte per 100 innbyggere mellom 15 og 74 år med unntak av gruppen kvinnelige vestlige innvandrere.

Flekkefjord ligger i 2018 på tredje plass blant kommunene i Vest-Agder for andel sysselsatte innvandrere.

²² https://kommuneprofilen.no/Profil/Sysselsetting/DinRegion/yrk_innv_region.aspx

Diagram 4.7: Fordeling etter næringer 2018²³



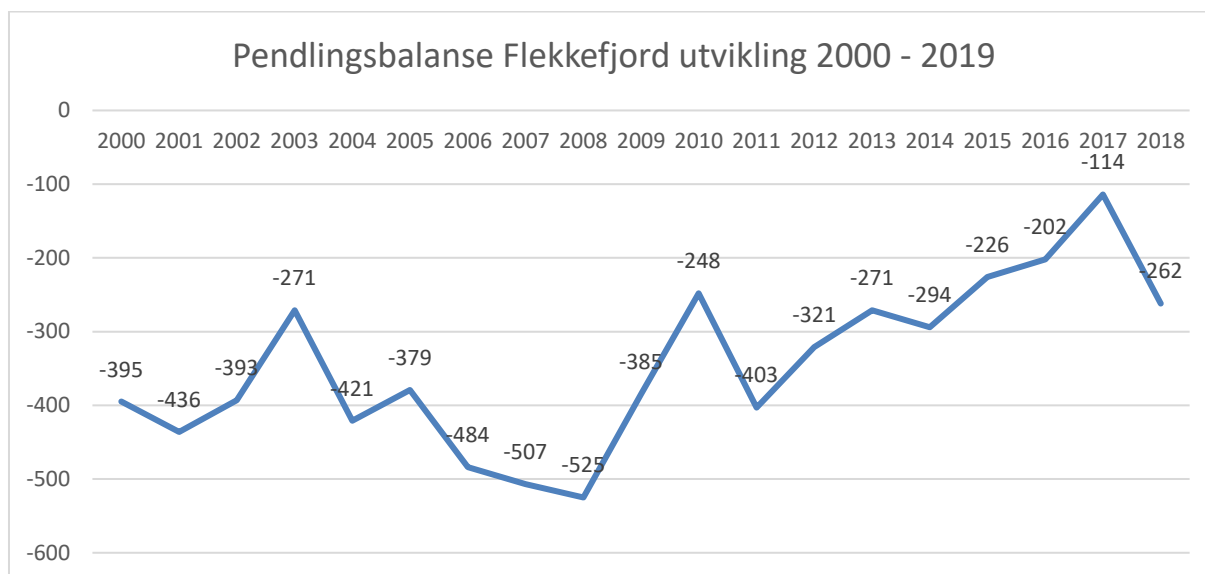
Som figurene ovenfor viser er mange personer i Flekkefjord sysselsatt i helse og sosial, det utgjør totalt 1333 arbeidsplasser i 2018. Mange flekkefjæringer er ansatt i Sørlandet sykehus, som i tillegg til kommunale helse og omsorgstjenester er en veldig viktig arbeidsplass, særlig for kvinner.

Nest største sektor er industri med 430 arbeidsplasser, noe som er en betydelig nedgang fra 2016 da det var 580 arbeidsplasser i industrien (i 2014 var det 613 industriarbeidsplasser i kommunen). Varehandel er den tredje største gruppen med 403 arbeidsplasser. Arbeidsplasser i varehandelen har også gått betydelig ned de siste årene fra like i underkant av 600 i 2008. Bygg og anlegg har hatt en liten nedgang i antall arbeidsplasser, mens undervisning med 335 arbeidsplasser i 2018 holder seg ganske stabilt. Flekkefjord er vertskommune for videregående skole som også er en viktig arbeidsplass for kommunens innbyggere.

Listerregionen fungerer som et bo- og arbeidsmarked. Som diagram 4.8 nedenfor viser har det i flere år vært flere som pendler ut av kommunen på jobb, enn inn. Flekkefjæringer pendler mest til Kvinesdal og Lund, samt at antall som jobber i offshore er høy.

²³ https://kommuneprofilen.no/Profil/Sysselsetting/DinRegion/syss_struktur_region.aspx

Diagram 4.8: Inn og utpendling 2000 – 2019²⁴



Tabell 4.13 nedenfor viser at det i 2017 var registrert 958 virksomheter i Flekkefjord. I 2019 økte dette tallet til 986.²⁵ Det har vært en økning også i nabokommunene i samme periode.

Tabell 4.13 Virksomheter i regionen 2017 og 2019

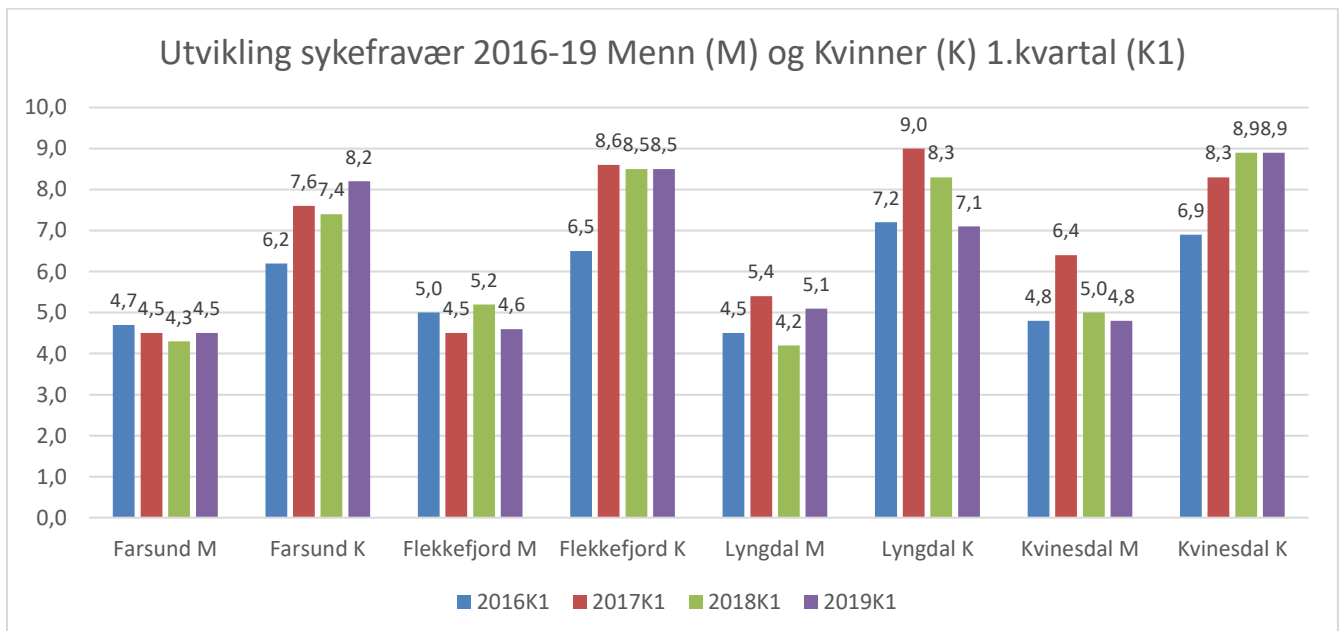
	Farsund		Flekkefjord		Lyngdal		Kvinesdal	
	2017	2019	2017	2019	2017	2019	2017	2019
Virksomheter, etter næringshovedområde (SN2007) 2017								
Alle næringer	1117	1160	958	986	971	1004	777	792
Jordbruk, skogbruk og fiske	186	192	147	154	139	131	151	155
Bergverksdrift og utvinning	2	3	2	1	6	4	3	3
Industri	55	55	48	46	32	37	35	37
Kraftforsyning	0	2	2	1	2	3	9	8
Vannforsyning, avløp og renovasjon	5	5	5	3	3	4	5	4
Bygge- og anleggsvirksomhet	158	177	123	128	164	175	171	173
Varehandel, reparasjon av motorvogner	124	129	115	121	159	168	89	76
Transport og lagring	30	33	46	42	33	36	29	28
Overnattings- og serveringsvirksomhet	36	36	22	23	27	35	20	20
Informasjon og kommunikasjon	14	21	21	21	26	24	12	12
Finansiering og forsikring	10	9	5	4	4	6	2	4
Omsetning og drift av fast eiendom	138	135	116	127	122	116	67	69
Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting	89	88	77	82	51	62	34	36
Forretningsmessig tjenesteyting	37	53	33	40	38	46	17	25

²⁴ http://kommuneprofilen.no/Profil/Sysselsetting/DinRegion/syss_pend_region.aspx

²⁵ <https://www.ssb.no/statbank/table/10309>

Offentlig administrasjon og forsvar, trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	9		11		11		11	
Undervisning	36	31	28	24	27	25	23	16
Helse- og sosialtjenester	107	103	96	95	70	68	56	65
Kultur, underholdning og fritid i alt	29	23	23	18	15	16	19	23
Personlig tjenesteyting	50	55	38	43	41	36	24	27
Lønnet arbeid i private husholdninger	0	0	0	0	0	0	0	0
Internasjonale organer	0	0	0	0	0	0	0	0
Uoppgitt	2	1	0	1	1	1	0	792

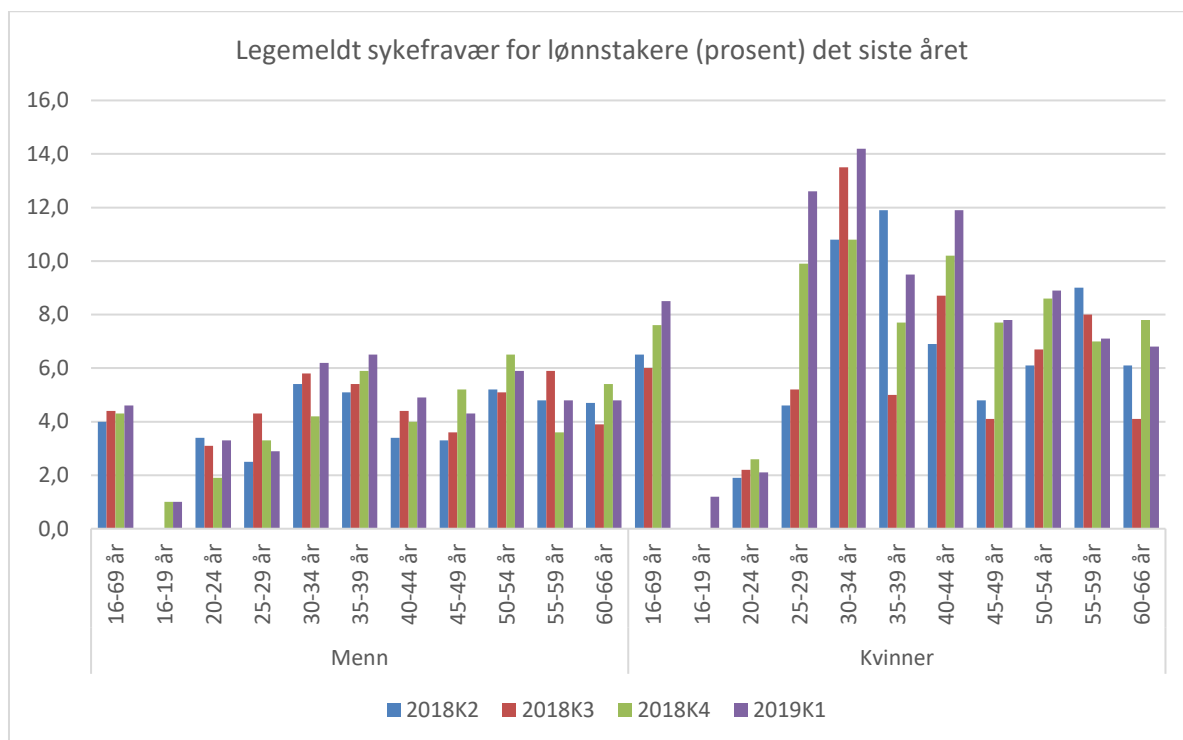
Diagram 4.9: Sykefraværsutvikling



De fire siste årene (1 kvartal) har sykefraværet for menn i Flekkefjord variert mellom 4,5 og 5,2%. For kvinner var sykefraværet veldig lavt i 1 kvartal 2016 (6,5%), mens det de tre siste årene har vært på ca. 8,5% blant kvinner i Flekkefjord. Flekkefjord har blant den høyeste andelen legemeldt sykefravær i regionen blant kvinnelige lønnsnettakere.

Tall for sykefravær viser at kvinner har høyere sykefravær enn menn i Flekkefjord, med unntak av de aller yngste og de eldste. Blant menn er det høyest sykefravær i aldersgruppen 60 – 66 år, mens det høyeste sykefraværet blant kvinner er i aldersgruppen 25 – 29 og 30-34 år. Det høye sykefraværet blant kvinner mellom 25 og 34 år skyldes sannsynligvis at mange blir sykemeldt i forbindelse med svangerskap.

Diagram 4.10: Legemeldt sykefravær



Som tabellen ovenfor viser er andelen lønnsuttakere som er sykemeldt høyere blant kvinner enn menn for alle aldersgrupper. Det som er bekymringsfullt er at andelen unge kvinner som er sykemeldt har økt. Blant kvinner mellom 25 og 29 år var det i 1 kvartal 2019 12,6 % som var sykemeldt, mens andelen blant de mellom 30 og 34 år var 14,2%. For landet var tilsvarende andel sykemeldte kvinner hhv. 6,4 og 7,9 prosent i 1 kvartal 2019.

Tabell 4.14: Tapte dagsverk etter næring 2018²⁶

Næring	Tapte dagsverk	Tapte dagsverk, i prosent	Tapte dagsverk - i årsverk
Jordbruk, skogbruk og fiske	1026	4,7	4,5
Bergverksdrift og utvinning	1700	4,4	7,4
Industri	5098	4,2	22,2
Elektrisitet-, vann og renovasjon	527	4,1	2,3
Bygge- og anleggsvirksomhet	4216	4,9	18,3
Varehandel, reparasjon av motorvogner	4380	5,2	19,0
Transport og lagring	2406	5,8	10,5
Overnattings- og serveringsvirksomhet	1262	4,7	5,5
Informasjon og kommunikasjon	308	1,9	1,3
Finansierings- og forsikringsvirksomhet	382	3,9	1,7
Omsetning og drift av fast eiendom	72	1,4	0,3

²⁶ Tall fra NAV Vest-Agder Jakobsen, Håvard Havard.Jakobsen@nav.no 24.10.2019

Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting	1275	3,4	5,5
Forretningsmessig tjenesteyting	977	5,1	4,2
Off. adm., forsvar, sosialforsikring	1304	3,7	5,7
Undervisning	2079	2,7	9,0
Helse- og sosialtjenester	15991	6,9	69,5
Private tjenester ellers	987	5,4	4,3
Totalt	43990		191,3

Totalt er det 191,3 årsverk i Flekkefjord som gikk tapt i 2018 på grunn av sykdom. (Da har vi tatt utgangspunkt i at man jobber 230 arbeidsdager a 7,5 timer per år). Dersom man regner at et årsverk inkl. sosiale utgifter og arbeidsgiveravgift i snitt koster 700 000 utgjør sykefravær et samfunnmessig tap på ca. 134 millioner kroner årlig.

De tilstandene som forårsaker flest tapte dagsverk og flest sykefraværstilfeller er

- muskel- og skjelettlidelser
- psykiske lidelser

Til sammen står de får 60% av de tapte dagsverkene i Flekkefjord og 51% av sykdomstilfellene i 2018.

Tabell 4.14: Tapte dagsverk og sykefraværstilfeller etter årsak i 2018²⁷

	Tapte dagsverk	Sykefraværstilfeller	Tapte årsverk
Totalt	43615	2918	189,6
Allment og uspesifisert	2382	142	10,4
Sykdom i fordøyelsesorganene	2186	185	9,5
Hjerte- og kar sykdommer	1745	100	7,6
Muskel-/skjelettlidelser	17843	999	77,6
Sykdommer i nervesystemet	2087	147	9,1
Psykiske lidelser	8197	481	35,6
Sykdommer i luftveiene	2253	406	9,8
Svangerskapssykdommer	2657	146	11,6
Andre lidelser	4265	312	18,5

Totalt var det 190 årsverk i Flekkefjord som gikk tapt på grunn av sykdom i 2018. Dersom man regner at det er likt sykefravær siste kvartal og at et årsverk inkl. sosiale utgifter og arbeidsgiveravgift i snitt koster 700 000 utgjør sykefravær et samfunnmessig tap på ca. 133 millioner kroner årlig.

De tilstandene som forårsaker flest tapte dagsverk og flest sykefraværstilfeller er

- muskel- og skjelettlidelser (78 tapte dagsverk)
- psykiske lidelser (36 tapte dagsverk)

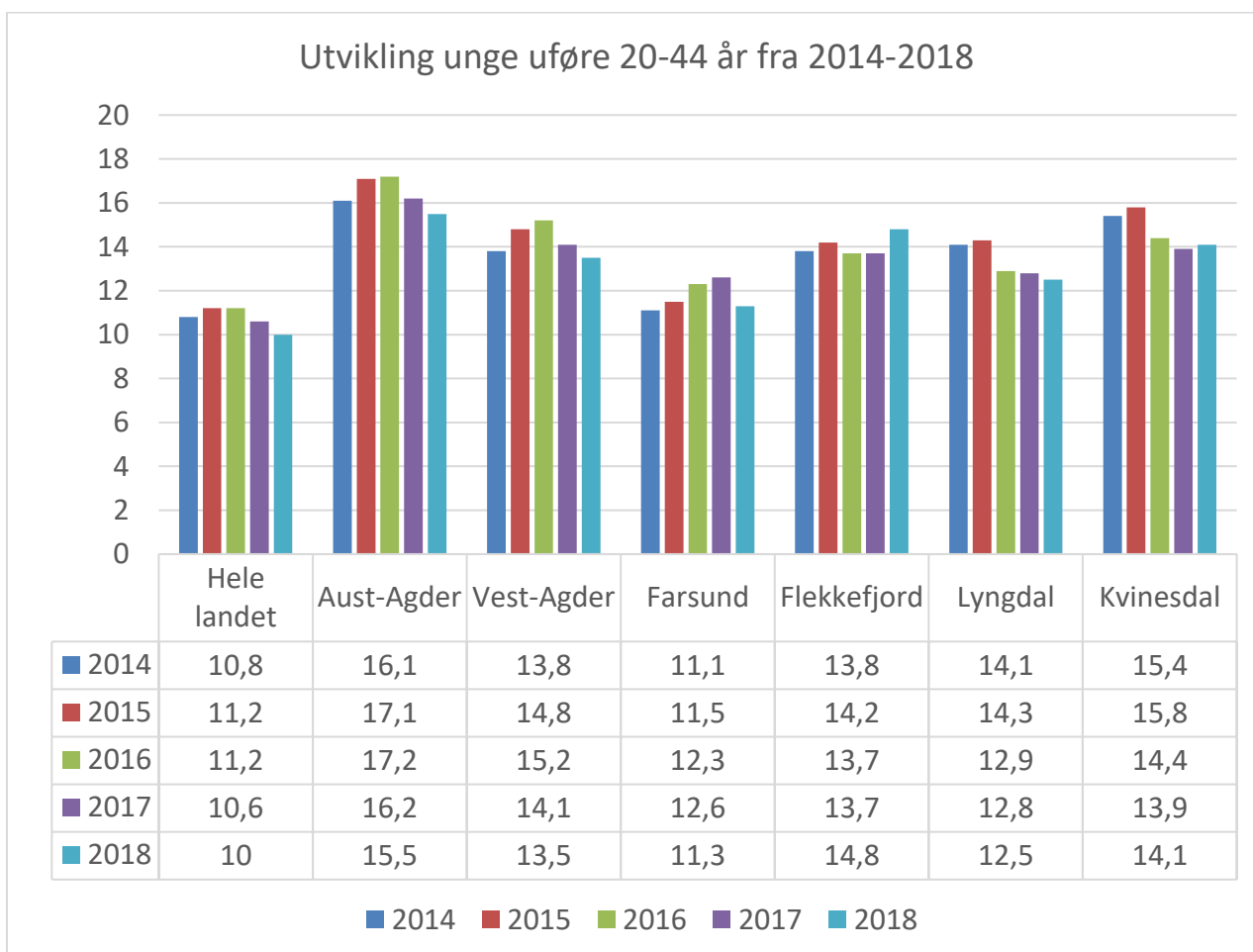
Til sammen står de får 60 % av de tapte dagsverkene i Flekkefjord.

²⁷ Tall fra NAV Vest-Agder Jakobsen, Håvard Havard.Jakobsen@nav.no 24.10.2019

Tabell 4.15: Tapte dagsverk og sykefraværstilfeller i Flekkefjord etter årsak²⁸

	Tapte dagsverk	Sykefraværstilfeller
Totalt	9597	658
Allment og uspesifisert	470	33
Sykdom i fordøyelsesorganene	430	43
Hjerte- og kar sykdommer	408	25
Muskel-/skjelettlidelser	3956	238
Sykdommer i nervesystemet	387	34
Psykiske lidelser	1785	106
Sykdommer i luftveiene	333	71
Svangerskapssykdommer	696	34
Andre lidelser	1132	74

Diagram 4.11 Utvikling andel unge uføre 2014-2018²⁹

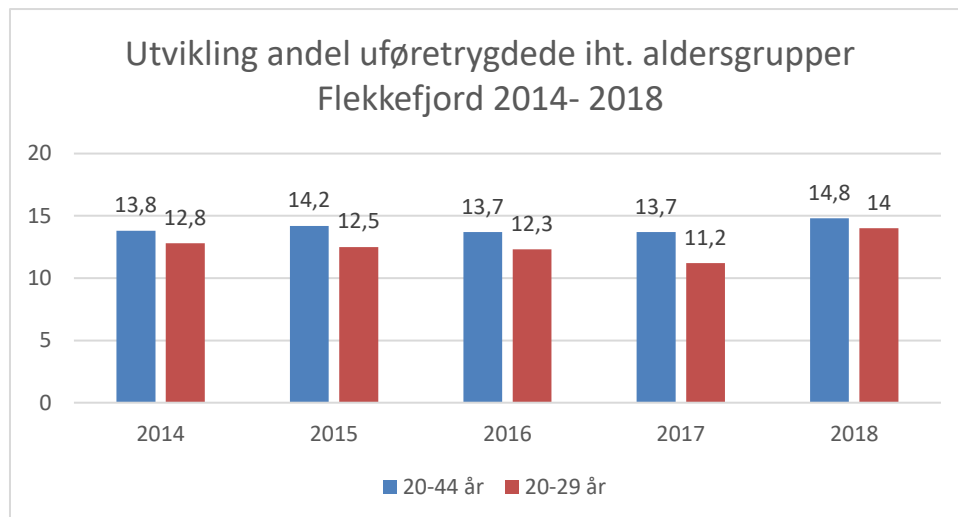


²⁸ Tall fra NAV Vest-Agder Jakobsen, Håvard Havard.Jakobsen@nav.no 24.10.2019

²⁹ <http://khs.fhi.no/webview/>

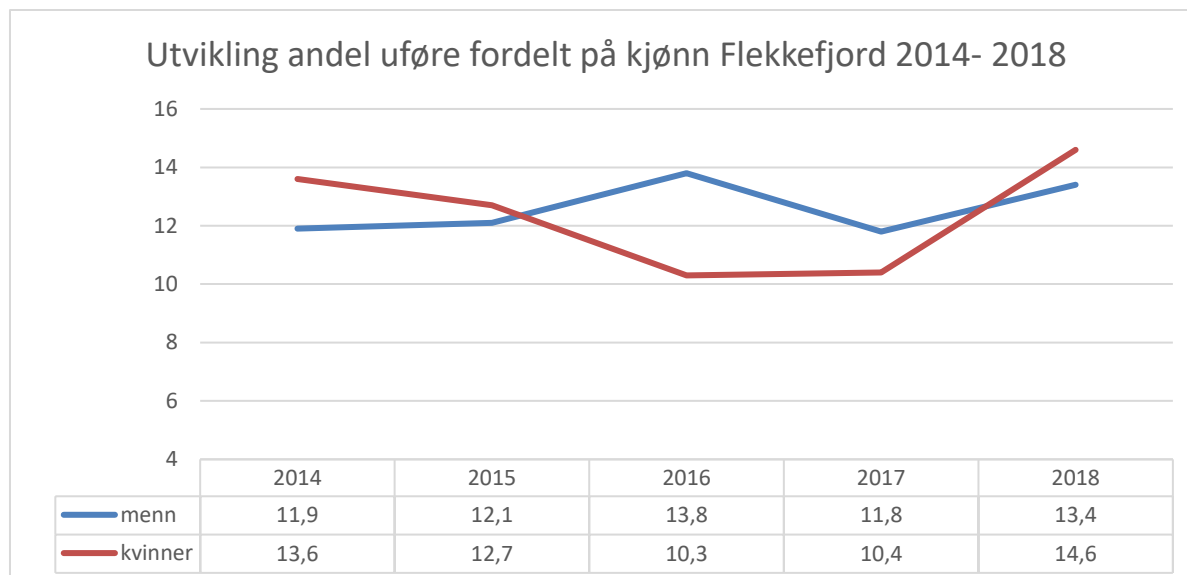
Flekkefjord har i likhet med mange andre kommuner i fylket og i regionen høy andel uføretrygdete (20-44 år). I Flekkefjord er det 4,8 prosentpoeng høyere andel unge uføretrygdete enn i landet for øvrig. Flekkefjord var i 2018 den kommunen i Lister med høyest andel unge uføre. Andelen uføretrygdete mellom 20 og 44 gikk svakt ned fra 2015 til 2017, men har gått opp igjen i 2018. 5,2 % mot nasjonalt 2,7 %.

Diagram 4.12 Utvikling i andel uføretrygdete i ulike aldersgrupper Flekkefjord



Ser vi kun på tall fra Flekkefjord og legger til grunn en finere inndeling i aldersgrupper, viser tallene at økningen i andel unge uføretrygdete dessverre har vært størst blant de mellom 20 og 29 år.

Diagram 4.13 Utvikling andel uføre trygdete - kjønn



Tabell 4.16: Uføretrygdete - alder

	Norge 2018 18-67 år		Flekkefjord 2018 18-67 år	
	Uføretrygdete	Andel	Uføretrygdete	Andel
Begge kjønn	350420	10,1	793	14,3
Menn	144790	8,2	346	11,9

Kvinner	205630	12,2	447	16,9
18-24 år	7662	1,6	16	2,1
25-34 år	22945	3,1	71	6,8
35-44 år	40976	5,8	84	8,3
45-54 år	88170	11,8	223	17,6
55-61 år	89994	20	203	24,3
62-67 år	100673	29,1	196	30,7

I 2015 var antallet uføretrygdede totalt 791, mens antallet i 2018 er 793. Utviklingen over tid i Flekkefjord viser at antall uføre blant unge mellom 25 og 34 år har økt betydelig, fra 52 i 2015 til 71 personer i 2018.

4.5 Oppvekst

4.4.1 Skoler

Flekkefjord kommune har en desentralisert skolestruktur.

Tabell 4.17: Antall elever per skole

	2019/2020						Sum
	FUS	Sunde skole	Søyland skole	Sira skole	Gyland skole	Hidra skole	
1.		41	37	12	8	9	107
2.		68	38	11	12	4	133
3.		45	29	11	6	4	95
4.		64	40	10	6	2	122
5.		88		15	10	7	120
6.		112		10	11	3	136
7.		88		10	10	7	115
8.	119						119
9.	129						129
10.	105						105
Sum:	353	506	144	79	63	36	1181

	2023/2024						Sum
	FUS	Sunde skole	Søyland skole	Sira skole	Gyland skole	Hidra skole	
1.		35	35	5	5	6	86
2.		35	35	11	5	8	94
3.		35	35	13	7	8	98
4.		35	35	10	3	3	86
5.		78		12	9	9	108
6.		106		11	12	4	133
7.		74		11	6	4	95
8.	123						123
9.	117						117

10.	137						137
Sum	377	398	140	73	47	42	1077

Andelen elever i Flekkefjordsskolen vil gå betydelig ned de neste årene. Det vil i skoleåret 2023/2024 være over 100 færre elever i skolen sammenlignet med 2019/2020.

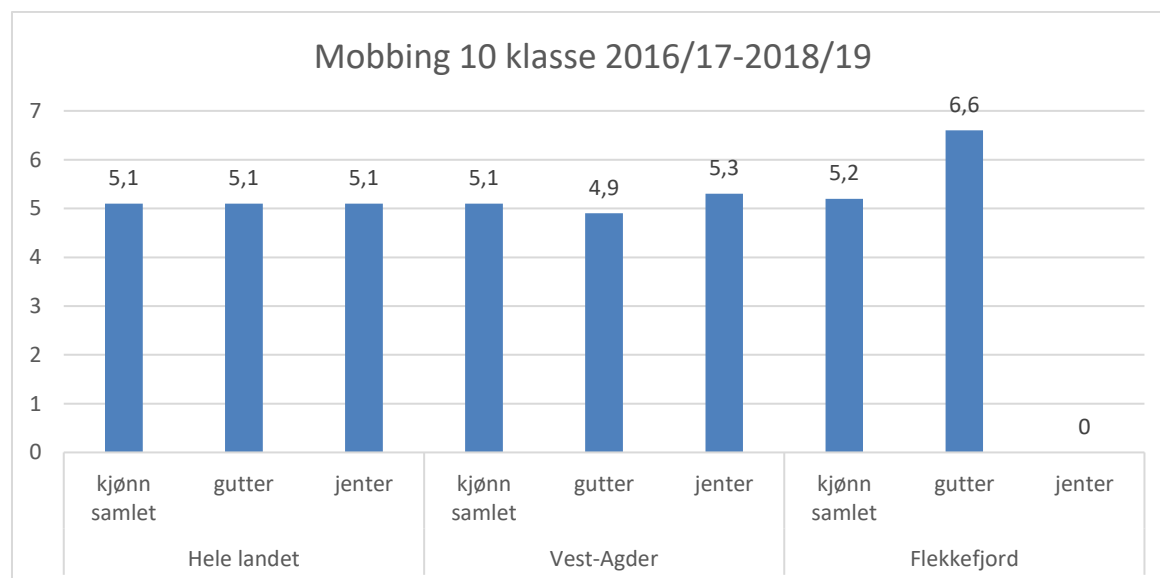
Tabell 4.18: Nasjonale prøver – resultater 5 trinn

		Engelsk.	Lesing	Regning
Begge kjønn	Hele landet	50	50	50
	Vest-Agder	49	49	50
	Flekkefjord	50	49	50
Gutter	Hele landet	51	49	51
	Vest-Agder	50	49	51
	Flekkefjord	51	48	51
Jenter	Hele landet	50	51	49
	Vest-Agder	49	50	48
	Flekkefjord	49	50	50

Resultatene for nasjonale prøver i 5 klasse viser at Flekkefjord ligger på snittet eller like under snittet for landet og fylket. Det er ikke store forskjeller mellom kjønnene. Gutter får bedre resultat i engelsk og matte, mens jentene får bedre resultater i lesing. Dette er likt som for resten av landet.

Elevundersøkelsen, utarbeidet av Utdanningsdirektoratet, er grunnlaget for måling av læringsmiljø i grunnskolen. Undersøkelsen gjennomføres årlig på 7.og 10.trinn. Elevundersøkelsen måler en rekke variabler, for eksempel: sosial trivsel, trivsel med lærerne, mestring, mobbing, elevdemokrati.

Diagram 4.14: Mobbing 10. klasse³⁰ (Tall for jenter i Flekkefjord er anonymisert på grunn av få svar)



Tallene er hentet fra FHI og elevundersøkelsen. Mobbing kan være å kalle en annen stygge ting og

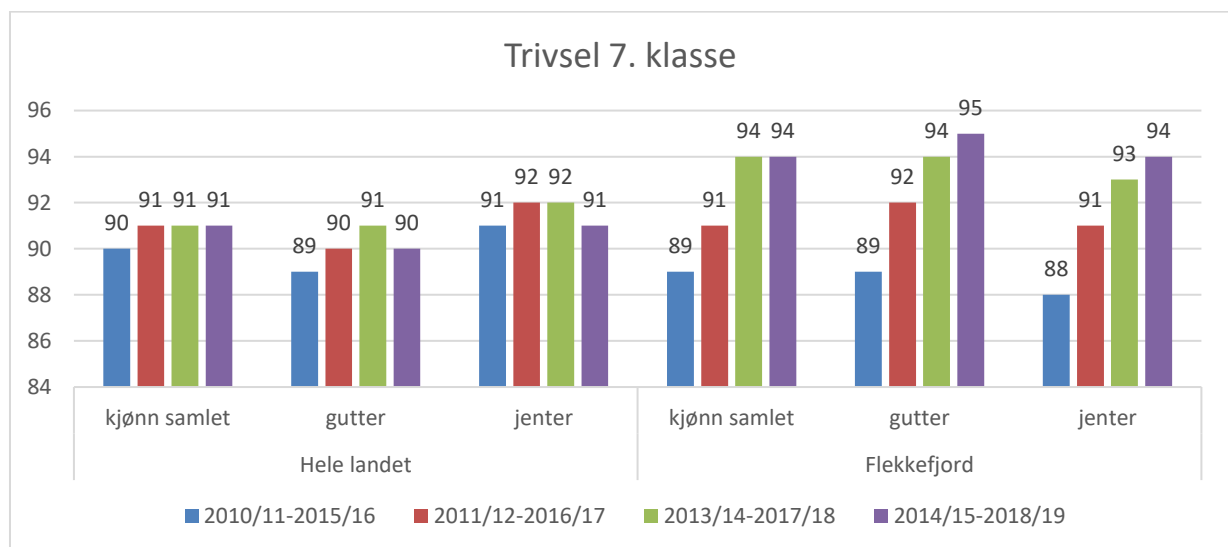
³⁰ <http://khs.fhi.no/webview/>

erte, holde en annen utenfor, baksnakke eller slå, dytte eller holde fast. Tallene inkluderer de som har svart "2 eller 3 ganger i måneden", "omtrent 1 gang i uken" eller "flere ganger i uken" på spørsmålet "Er du blitt mobbet av andre elever på skolen de siste månedene?"

Tall fra tidligere skoleår viste at blant gutter så ser det ut som at tendensen med mobbing øker fra 7.-10.trinn, mens for jenter ser vi det motsatte, at det avtar. Dette ble forsterket med tallene fra 2016/17-2018/19. Samlet sett ligger Flekkefjord o snittet for landet og fylket, men blant gutter i 10.klasse er andelen betydelig høyere enn snittet for landet og fylket. Med cirka 60 gutter i 10.klasse utgjør 6,6 % 4 personer. Barn og ungdom som blir utsatt for mobbing, har betydelig risiko for å utvikle psykiske problemer. En rekke studier viser at risikoen ofte er dobbel så høy, eller mer enn dobbelt så høy, blant mobbeofre enn blant de som ikke har vært mobbet (www.fhi.no)

Skoler som har et trygt og godt læringsmiljø og gode relasjoner mellom lærer og elev, har lav forekomst av mobbing, vold og seksuell trakassering.

Diagram 4.15: Trivsel klasse

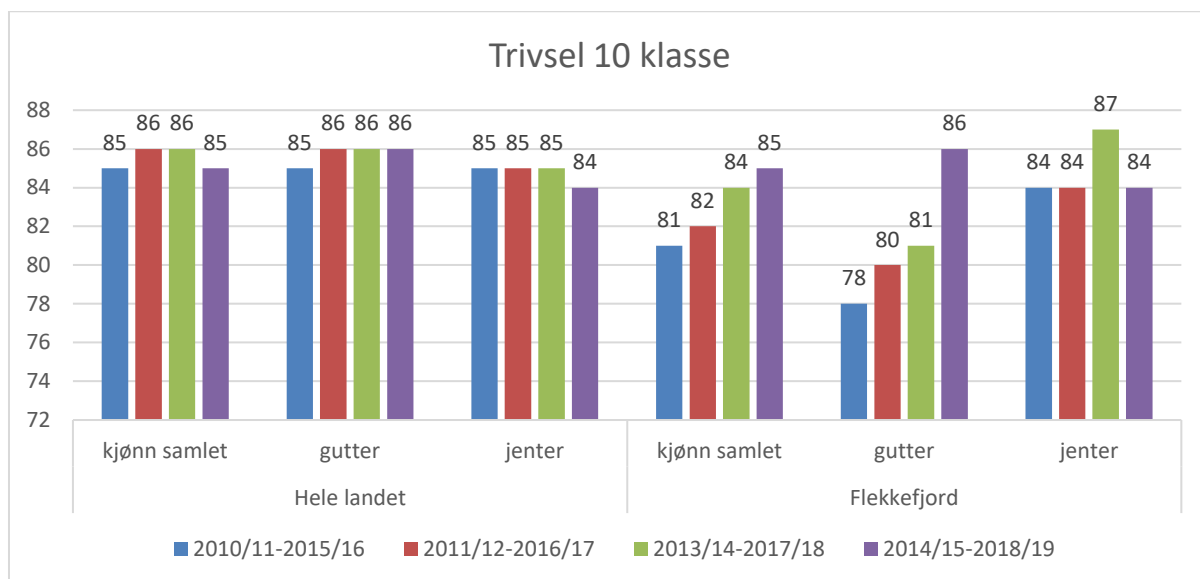


I Flekkefjord oppgir hele 94 % av elevene i 7 klasse at de trives på skolen. Dette er betydelig høyere enn snittet for landet. Utviklingen i Flekkefjord har vært meget positiv de siste årene.

Også for 10. trinn har utviklingen i Flekkefjord vært veldig positiv de siste årene og nå ligger vi på landsgjennomsnittet i trivsel. Tallene er hentet fra de årlige elevundersøkelsen som publiseres på [fhi](http://fhi.no)³¹

³¹ <http://khs.fhi.no/webview/>

Diagram 4.16: Trivsel 10. klasse



4.4.2 Barnehager

Vi har til sammen 10 ordinære barnehager i kommunen, hvorav 4 er private. I tillegg er det tilbud med Åpen barnehage på Andabeløy.

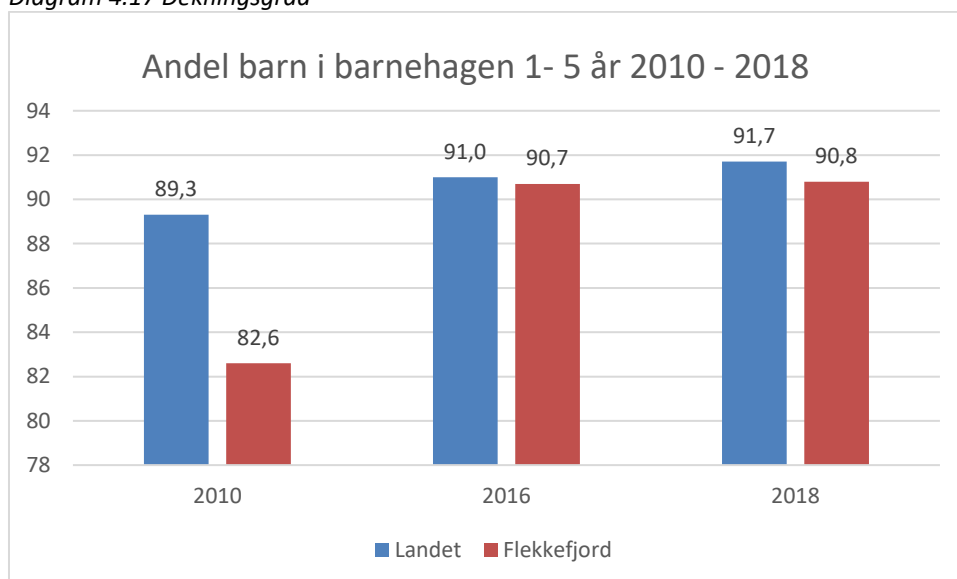
Av de 6 kommunale barnehagene er 3 av disse distrikts - barnehager.

Målsetningen til kommunen er å tilby tilstrekkelig barnehageplasser og unngå venteliste.

Barnehagetilbudet i Flekkefjordsbarnehagene skal være likeverdig uavhengig av barnehagens eierform og beliggenhet.

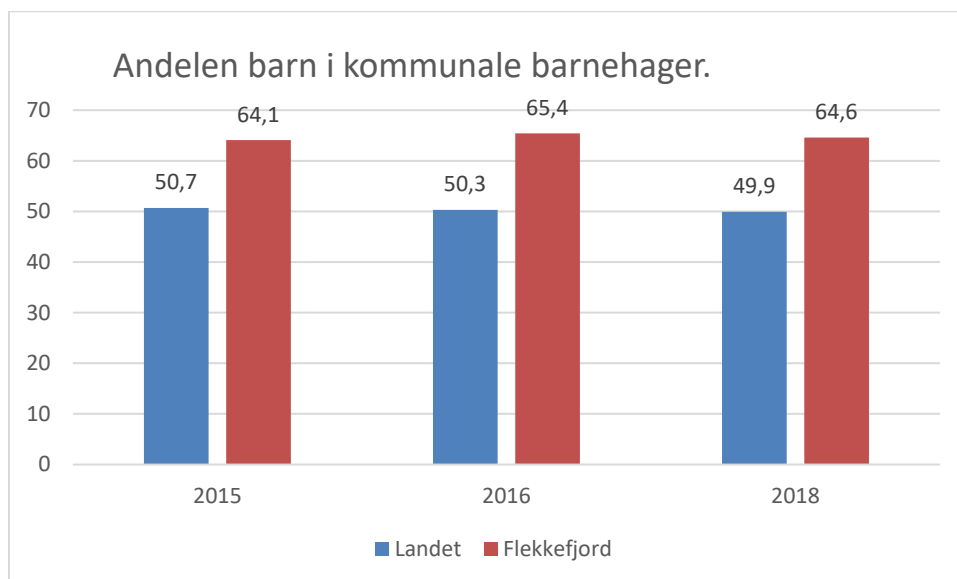
I 2010 var dekningsgraden i Flekkefjord 82,6% i 2016 var den 90,7% og i 2018 på 90,8% . Det betyr at dekningsgraden har økt de senere årene i kommunen, og vi nærmer oss gjennomsnittet for fylket og landet for øvrig.

Diagram 4.17 Dekningsgrad



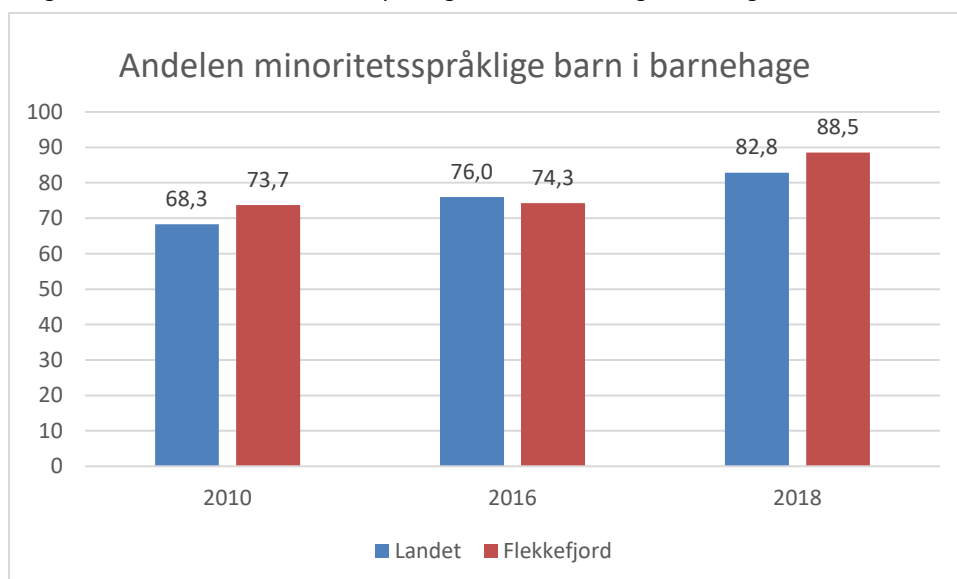
Andelen barn som går i barnehage i Flekkefjord er nesten lik som gjennomsnittet for landet.

Diagram 4.18: Andel barn i kommunale barnehager.



Flekkefjord har høyere andel kommunale barnehager enn landsgjennomsnittet. Flekkefjord hadde i 2018 64,6% kommunale plasser mens landsgjennomsnittet lå på 49,9%.

Diagram 4.19: Andelen minoritetsspråklige barn i barnehage utvikling



Andelen barn som går i barnehage er lavere for minoritetsspråklige enn for andelen barn totalt. Det er et mål at andelen minoritetsspråklige barn som går i barnehage skal øke. Dette fordi barnehage fremmer språk og læring. Kontantstøtten har mange positive sider, herunder gir familier valgfrihet, men den kan føre til at flere familier hvor mor har liten tilknytning til arbeidslivet velger å ha barn hjemme fremfor i barnehage. Flekkefjord har hatt en veldig økning de siste årene og har nå høyere andel minoritetsspråklige barn i barnehagene enn landsgjennomsnittet.

Flekkefjord kommune skal ha barnehager som innbyr til lek og læring i miljø som stimulerer til fysisk aktivitet. Barnehagene skal også være et godt sted for barna å være. Barnehagene fokuserer på gode relasjoner, voksen- barn og barn – barn.

Det forekommer innimellom at barnehagebarn skader seg i barnehagene. Det er heldigvis sjeldent alvorlige skader skjer. Barnehagene arbeider forebyggende ved blant annet å;

- 1) Utarbeide sårbarhetsanalyse for barnehagen (inne- og utendørs, samt andre plasser barnehagen oppholder seg regelmessig – eksempelvis gymsal) Denne oppdateres årlig.
- 2) Barnehagene har gode rutiner de følger i sitt HMS arbeid med barna, eksempelvis nedskrevet rutine for tur
- 3) Det gjennomføres lekeplasskontroll av en ekstern aktør hvert 2. år

4.4.3 Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Tilgjengeligheten på helsestasjonen/skolehelsetjenesten er følgende:

Helsestasjonen er åpen hver dag fra 08.00 til 15.00/15.30 (sommer/vintertid)

Telefontid: hverdager 8.15 – 12.30

Skolehelsetjenesten er tilstede med helsesykepleier på de ulike skolene:

- Søyland skole: 2 dager i uka
- Sunde skole: 5 dager i uka
- Gyland skole: 1 dag i uka
- Hidra skole: 1 dag i uka
- Sira skole: 1 dag i uka
- Ungdomsskolen: 4 dager i uka
- Videregående skole: 3,5 dager i uka

Skolelege er tilstede en dag per uke på ungdomskolen og er tilgjengelig for elever ved VGS.

Flekkefjord kommune har psykolog tilknyttet skolehelsetjenesten.

Helsestasjon for ungdom på helsestasjonen onsdager fra 14.30 til 16.30

4.6 Oppsummering, årsaksforhold og konsekvenser

Utdanning og drop out

- Andelen som har fullført universitet/høyskoleutdanning er betydelig lavere i Flekkefjord enn i landet og i Vest –Agder, men høyere enn i Farsund, Kvinesdal og Lyngdal.
- I perioden 2013-2018 var det nasjonalt 75,3% som gjennomførte videregående opplæring innen 5 år. I Flekkefjord er andelen 78,8 %, og dermed høyere enn for landet. Samtidig viser tallene for samme periode at mellom 15 og 20% ikke består eller slutter.
- Hver fjerde elev som begynner på yrkesfag i fra Flekkefjord slutter eller består ikke eksamen/fagbrev
- Forventet levealder for innbyggerne i Flekkefjord med grunnskoleutdanning er 3,8 år kortere enn for innbygger med utdanning på videregående skole nivå eller høyere
- Andelen elever i Flekkefjordsskolen vil gå betydelig ned de neste årene. Det vil i skoleåret 2023/2024 være over 100 færre elever i skolen sammenlignet med 2019/2020

Utdanningsnivå er viktig mht. folkehelse og levekår. Sosioøkonomiske forhold som foreldres utdanningsnivå og inntekt har også innvirkning på barnas gjennomføring i VGO. Unge med høyt

utdannede foreldre fullfører videregående i langt større grad på normert tid enn elever med foreldre som har lavere utdanningsnivå.³²

Nasjonalt er det 27 % som ikke fullfører videregående opplæring innen 5 år. Det er flest gutter som dropper ut av videregående opplæring. 67 % av guttene fullfører videregående opplæring i løpet av fem år, mens 78 % av jentene gjør det. Det er også flere gutter som slutter underveis i utdanningsløpet.

86 % av elevene på allmennfag fullfører videregående utdanning i løpet av fem år. For yrkesfagelevne er andelen 58 %. Norskfødte med innvandrerforeldre fullfører videregående opplæring i like stor grad som unge generelt. Elever som ikke er født i Norge, fullfører i mindre grad, og 27 % slutter underveis i utdanningsløpet. Ungdommer som har droppet ut av videregående opplæring oppgir at mobbing, ensomhet og psykiske problemer var hovedårsaker til at de sluttet (Gustavsén & Høy Andvik 2012). Utfordringene har ofte oppstått før elevene begynte i videregående opplæring.

En studie viser at 70 % av de som ikke fullførte videregående opplæring, var i arbeid ved fylte 31, mens blant de som fullførte, var andelen i arbeid ved 31 år 85 % (Grønli 2014). Det er de som dropper ut tidlig i VGO som har dårligst utsikter på arbeidsmarkedet. Det har de senere årene vært en tydelig økning i antall unge uføre. Dette har særlig sammenheng med en økning i psykiske vansker og lidelser blant ungdommer og unge voksne. Over halvparten av personer i 30-årene som blir uføretrygdet, blir dette på grunnlag av psykiske lidelser.

Psykiske helseutfordringer øker blant barn og unge. Sosiale nettverk, deltakelse og sosial støtte gjennom arenaer som barnehage, skole og arbeidsliv forebygger psykiske lidelser og fremmer trivsel og helse. En god barndom med et inkluderende oppvekstmiljø legger grunnlaget for den psykiske helsen. Forebygging av fattigdom, trygge og omsorgsfulle voksne, både foreldre og lærere/personell i barnehage er av betydning.

Mobbing

- I Flekkefjord oppgir hele 94 % av elevene i 7 klasse at de trives på skolen. Dette er betydelig høyere enn snittet for landet. For 10 tinn er trivselen som for resten av landet.

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, ryggmerter, "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).

Mobbing defineres som: «gjentatt negativ eller ondsinnet atferd fra en eller flere rettet mot en elev som har vanskelig for å forsvare seg» (Olweus,1991,2004)

Mobbing er ikke konflikt, men en type overgrep. Det skiller også mellom direkte, indirekte og digital mobbing. I Norge i dag er det om lag 63.000 skoleelever som mobbes regelmessig 2-3 ganger i måneden eller oftere. Cirka 80.000 (13,3%) elever i grunnskolen er involvert i mobbing, hvis man inkluderer både de som mobber og de som mobbes. (Olweus & Breivik,2015).

Sammenhengen mellom mobbing og helseplager understreker at det er viktig å forebygge mobbing i skolen.

32

https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Barnehage_og_skole/Gjennomforing_og_frafall_i_skolen/

Tilknytning til arbeidslivet

- Blant menn er det høyest sykefravær i aldersgruppen 60 – 66 år, mens det høyeste sykefraværet blant kvinner er i aldersgruppen 25 – 29 og 30-34 år. Det høye sykefraværet blant kvinner mellom 25 og 34 år skyldes sannsynligvis at mange blir sykemeldt i forbindelse med svangerskap. Blant kvinner mellom 25 og 29 år var det i 1 kvartal 2019 12,6 % som var sykemeldt, mens andelen blant de mellom 30 og 34 år var 14,2%. Dette er høyt over landsgjennomsnittet der tilsvarende andel sykemeldte kvinner er hhv. 6,4% og 7,9 % i 1 kvartal 2019.

I følge en artikkel av Magne Nylenna (NTNU) har ufrivillig tap av lønnet arbeid vist seg å medføre helseisiko. Arbeidsledighet er i en lang periode først og fremst blitt ansett å representere en sammensatt psykososial belastning som følge av at det sosiale nettverket svekkes og at identitetsfølelsen og selvrespekten trues. Imidlertid er interessen igjen økende for de økonomiske følgene av arbeidsledighet og det stress dette medfører. Ikke bare tap av arbeid, men også utsiktene til å miste arbeidet har helsemessige følger. Ungdomsarbeidsledighet, det å ikke få innpass i arbeidsmarkedet, innebærer en helt spesiell risiko.

En artikkel fra Folkehelseinstituttet oppsummerer forholdet mellom arbeid og helse slik:

De hyppigste helseproblemer hos arbeidsledige er psykiske problemer som depresjon og angst, men risikoen for somatiske sykdommer er også økt. Arbeidsledige har høyere forbruk av helsetjenester, legemidler og rusmidler enn andre, og som gruppe har arbeidsledige økt dødsrisiko.³³ Psykiske helseplager er vanligere blant arbeidsledige enn grupper som er i arbeid. En rekke studier viser at å miste arbeidet gir økte psykiske helseplager, mens den psykiske helsen blir bedre når en kommer inn i arbeid (Paul, 2009, Murphy, 1999, McKee-Ryan, 2005, Reneflot, 2014). Utover arbeidsledighet, er det også sammenhenger mellom kvaliteter ved arbeidet slik som underbetaling, ufrivillig deltid og manglende samsvar mellom kvalifikasjoner og arbeidsoppgaver, og dårligere psykisk helse. Flere internasjonale studier viser sammenhenger mellom arbeidsledighet og selvmord (Milner, 2013, Breuer, 2015, Nordt, 2015), men slike er mindre tydelige i nordiske studier (Reneflot, 2014). Vanskene knyttet til arbeidsledighet henger sammen med varighet, og sikkerhetsnett gjennom gode velferdsordninger er med på å dempe de helsemessige konsekvensene av arbeidsledighet (Ferrarini, 2014, Nordström, 2015).

Arbeid gir først og fremst økonomisk trygghet, men når arbeidsmiljøet er tilfredsstillende, kan arbeid i seg selv ha positiv virkning på helsen (Waddel, 2006).

Arbeid er for mange en viktig kilde til økonomisk trygghet, helsefremmende sosiale relasjoner og personlig vekst. Arbeid strukturerer hverdagen, gir mening og er en viktig del av den sosiale identiteten for mange (Dahl, 2014).³⁴

Uføre

- I Flekkefjord er det 4,8 prosentpoeng høyere andel unge uføretrygdete enn i landet for øvrig. Flekkefjord var i 2018 den kommunen i Lister med høyest andel unge uføre.
- Andelen uføretrygdete mellom 20 og 44 gikk svakt ned fra 2015 til 2017, men har gått opp igjen i 2018. 5,2 % mot nasjonalt 2,7 %. Antall uføre blant unge mellom 25 og 34 år har økt betydelig, fra 52 i 2015 til 71 personer i 2018

Flekkefjord har som mange andre kommuner på Sørlandet mange uføre, særlig utfordrende er antallet unge uføre. Årsakene til at det er mange uføre kan være mange, blant annet at vi har et lite differensiert arbeidsmarked, en stor andel psykisk utviklingshemmede, samt at vi har en høy andel som har psykiske lidelser som vil kunne medføre arbeidsuførhet. Uførhet kan i noen tilfeller ha en

³³ https://sml.snl.no/arbeidsledighet_og_helse

³⁴ <https://www.fhi.no/hn/ulikhet/arbeid-og-helse/>

tendens til å «gå i arv», og det vil bli viktig å finne gode tiltak for å forebygge uførhet i befolkningen, særlig unge uføre.

I følge en artikkel på www.nav.no var det i svært lang tid muskel- og skjelettlidelser som var den vanligste årsaken til uførhet, men siden 2011 har psykiske lidelser vært vanligst. Dette følger av en langvarig utvikling, der andelen som er blitt uføre på grunn av psykiske lidelser har økt gjennom mange år.

Det er en overvekt av psykiske lidelser blant uføre i alderen 18-59 år, mens for de over 60 år er det muskel og skjelettlidelser som er mest vanlig. For mange personer med psykiske lidelser vil arbeid være bra for helse. Det viser både forskningsbasert kunnskap og erfaring vi har fra en rekke forsøk.³⁵

Personer med lav inntekt og kort utdanning er overrepresentert blant langtidssykemeldte, yrkeshemmede og mottakere av uførepensjon. Arbeidsmiljøbelastninger ser også ut til å være sosialt skjevt fordelt. For personer midt i 50 årene og tidlig i 60 årene er sykdom, helsesvikt og uførhet den viktigste årsaken til å gå ut av arbeidslivet. Muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og sykdommer i luftveiene er vanligste årsaker til sykefravær og uførhet blant de eldste arbeidstakerne. Arbeid har mange funksjoner utover inntekt, det kan bidra til helse og livskvalitet gjennom å gi mening, tilhørighet og struktur. Å gå ut av arbeidslivet kan gi opplevelse av ikke å høre til, særlig for dem som ikke har andre typer nettverk.

Barnefattigdom

- Det har vært en betydelig økning i andel barn i husholdninger med vedvarende lav inntekt de siste årene. Andelen var 7,9 i Flekkefjord i 2017 mot 9,2 nasjonalt.
- Flekkefjord kommune har et for lite differensiert botilbud, og mange av boligene bærer preg av manglende vedlikehold.
- Andelen barn i barnehager har økt og er nå nesten på landsgjennomsnittet.

I følge Bufdir kan det å leve i fattigdom som barn påvirke barnets livskvalitet, og fremtidige muligheter i livet. I et land som Norge, der den generelle levestandarden er høy, er det vanlig å bruke definisjoner av fattigdom som handler om mer enn fysisk overlevelse.

Det betyr at fattigdom ikke bare handler om mangel på mat, klær og tak over hodet. I dag innebærer fattigdom også det å mangle muligheter for å delta sosialt på lik linje med resten av samfunnet (Fløtten 2008:17). Denne måten å definere fattigdom på, stammer fra Townsend (1979: 31), som definerte fattigdom slik:

«En person er fattig dersom vedkommende mangler ressurser til å delta i samfunnets aktiviteter og å opprettholde den levestandarden som er vanlig i dette samfunnet.»

Denne definisjonen danner utgangspunktet for det relative fattigdomsbegrepet, som ikke dreier seg om å leve på et eksistensminimum, men som knyttes til det å mangle ressurser for å kunne fungere sosialt, og delta i de aktivitetene og å ha den levestandarden som er vanlig i samfunnet (Seim og Larsen 2011: 33).

Denne forståelsen bygger på sosiale normer i samfunnet for hva som er akseptable og ikke akseptable levekår (Harsløf og Seim 2008 i Seim og Larsen 2011:33). Barn som vokser opp i familier som mottok sosialhjelp i oppveksten, har fire ganger høyere sannsynlighet for å motta sosialhjelp

³⁵ <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Pensjon+-+statistikk/Nyheter/1-av-3-uf%C3%B8re-har-psykiske-lidelser>

selv som unge voksne, enn de som ikke har foreldre som har mottatt sosialhjelp (Lorentzen og Nielsen 2008:34).³⁶

Det er flere årsaker til at andelen barn i lavinntektsfamilier øker. Økt innvandring har bidratt til å øke andelen, i tillegg til at det er flere enslige forsørgere med lavinntekt. I 2013 var over halvparten av barn i økonomisk utsatte husholdninger barn med innvandrerbakgrunn. Overrepresentasjonen må ses i sammenheng med at yrkesdeltagelsen, særlig blant kvinner, er lav i disse gruppene (Gulløy 2008). I tillegg lever barn med innvandrerbakgrunn i større grad i hushold med mange barn, og denne gruppen er generelt overrepresentert blant økonomisk utsatte hushold. Barn som bor med enslig mor eller far, har omtrent tre ganger større sannsynlighet for å tilhøre lavinnteksgruppen enn barn i parhusholdninger (Kaur (red.) 2013)³⁷

Bufdir har gitt ut et hefte «Kunnskapsgrunnlag for barnefattigdom»³⁸ Under gjengis noen av konsekvensene ved barnefattigdom:

Det pekes blant annet på at de økonomiske, kulturelle og sosiale ressursene til foreldrene danner grunnlaget for barn og unges levekår her og nå, men den sosiale bakgrunnen har også betydning for barnas fremtidige inntekt og sosiale posisjon. Det er en tendens til at fattige barn vokser opp å blir fattige voksne (Grødem, 2012; Nielsen, 2011; Lorentzen & Nielsen, 2008).

Forhold ved barns livskvalitet her og nå som kan påvirkes av dårlig økonomi, er for eksempel barnas forhold til venner, trygghet og trivsel i nabolaget, muligheter til deltakelse i fritidsaktiviteter og deres forhold til sine foreldre. På lengre sikt kan økonomien i oppvekstårene for eksempel påvirke barns reelle adgang til utdanning og arbeid, deres helse gjennom livet eller muligheter til etablering på boligmarkedet (Fløtten & Grødem, 2014; Johannessen, Astrup & Medby, 2013).

En norsk undersøkelse fra 2013 viser at unge flest er fornøyd med sin egen helse, men at færre av ungdommene som vokser opp i familier med dårlig råd opplever egen helse som god. Undersøkelsen viser også at det er en sammenheng mellom familiens økonomiske situasjon og ungdoms psykiske helse (NOVA, 2013).

Å ha et sted å bo er en forutsetning for helse, utdanning, arbeid og samfunnsdeltakelse. Hvor vi bor og hvordan vi bor er faktorer som har betydning for velferd og levekår. Boligen og nærområdet utgjør en viktig ramme for barn og unges oppvekst (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Dårlige boforhold kan særlig for barn være starten på en marginaliseringsprosess (NOU 2011:15).

Det å leie bolig ser også ut til å medføre lavere materiell boligstandard enn det å eie (Magnusson, 2011; Magnusson & Stefansen, 2011). Magnusson (2011) konkluderer med at familier som har lav inntekt over tid også har bolig med lav standard. Ifølge Skog Hansen & Lescher-Nuland (2011) er det de som er dårligst stilt som flytter mest. Hyppige flyttinger kan medføre at barna må bytte skole (og nabolag) og dermed reduseres mulighetene for å utvikle sosial kapital (Grødem & Sandbæk, 2013). Dette kommer også frem i en artikkel av Grødem og Skog Hansen (2015) som skriver at ustabile boforhold påvirker barnas sosiale relasjoner. Det er både utfordrende for dem å etablere nye sosiale nettverk, men også å vedlikeholde eksisterende sosiale nettverk.

Det ser ut til å være en sammenheng mellom familieøkonomi og deltakelse i organisasjoner; ungdom i familier med god råd deltar oftere i organiserte fritidsaktiviteter enn ungdom i familier med dårlig råd (Backe-Hansen & Hydle, 2010; Kristofersen, 2010a; NOVA, 2013; Ung i Oslo, 2015). Barn som vokser opp i familier med økonomisk margin kan lettere delta spontant i fritidsaktiviteter, gå på kino etc. enn barn fra familier som ikke har den marginen.

³⁶ https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnefattigdom/

³⁷ https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Barnefattigdom/Barnefamilier_med_lavinntekt/

³⁸ https://www.bufdir.no/global/Kunnskapsgrunnlag_barnefattigdom_Digital_2016.pdf

5.0 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

5.1 Biologisk og kjemisk miljø

5.1.1 Vannverk og radon

Totalt er 3594 husstander i Flekkefjord tilknyttet det kommunale ledningsverket. Det leveres vann med høy forsyningsgrad og med god vannkvalitet.

Flekkefjord kommune har 4 vannverk:

Nygård vannverk:

Forsyner Flekkefjord by med vann, antall abonnenter som er tilknyttet vannverket er om lag 2757. Vannverket ble godkjent i 1997. Det blir årlig tatt prøver av råvann 9 ganger, og vann på ulike steder på ledningsnettet 15 ganger. I forhold til kravene som er satt i drikkevannsforskriften leveres vann med god kvalitet. Noen få prøver har hatt for høye verdier av jern og mangan.

Sira vannverk:

Forsyner Sira med vann, antall abonnenter som er tilknyttet vannverket er om lag 305. Vannverket ble godkjent i 2001. Det blir tatt prøver av råvann og vann på ledningsnettet 5 ganger årlig, og i forhold til kravene som er satt i drikkevannsforskriften leveres vann med god kvalitet. Det er ikke registrert avvik i vannkvalitet de siste 3 årene.

Hidra vannverk:

Forsyner Hidra med vann, antall abonnenter som er tilknyttet vannverket er om lag 477. Vannverket ble godkjent i 2004. Det blir tatt prøver av råvann 13 ganger årlig og vann på ledningsnettet 5 ganger årlig. I forhold til kravene som er satt i drikkevannsforskriften leveres vann med god kvalitet. Det er ikke registrert avvik i vannkvalitet de siste 3 årene.

Gyland vannverk:

Forsyner Gyland med vann, antall abonnenter som er tilknyttet vannverket er 55. Vannverket er ikke godkjent, men arbeidene med å bygge et nytt vannbehandlingsanlegg starter opp høst/vinter 2019. Det blir tatt prøver av vannkvaliteten på ledningsnettet 5 ganger årlig i henhold til krav i drikkevannsforskriften. Det er ikke registrert avvik i vannkvalitet de siste 3 årene i forhold bakteriologiske analyser (koli./e.coli). Det er imidlertid jevnlig for lave pH verdier i prøvene og for høye verdier av Aluminium.

Med nytt behandlingsanlegg vil vann bli desinfisert, pH økes og aluminium reduseres.

Radon

Rundt år 2000 ble det foretatt en måling av Radonforekomsten i Flekkefjord utført på ca. 100 boliger. Resultatet viste at det er lav risiko for radonstråling i Flekkefjord. Det finnes radon i bergartene rundt Flekkefjord. Ved boring etter grunnvann eller bygging i sprekkzone er det likevel en viss risiko for radongass.

Det ble i 2015 gitt ut et nasjonalt aktsomhetskart for radon fra NGU. Kartet viser at det går et belte med radon gjennom deler av Gyland som er karakterisert innenfor klassen «høy aktsomhet».

Nedenfor er lenker til mer informasjon om dette;

<http://geo.ngu.no/kart/radon/>

<https://www.dsa.no/artikler/1/92275/nasjonalt-aktsomhetskart-for-radon>

Radongassen er stabil og utgjør liten eller ingen risiko så lenge den ligger i ro. Ved eventuell bygging i utsatt område må en være observant på dette.

5.1.2 Forekomst av smittsomme sykdommer

Meldesystem for smittsomme sykdommer (MSIS) er det nasjonale overvåkingssystemet for smittsomme sykdommer. MSIS og Tuberkuloseregisteret skal bidra til overvåkingen av smittsomme sykdommer hos mennesker i Norge.

Tabell 5.1: Antall tilfeller diagnostisert i tidsrommet 01.01.2010 -08.11.2019³⁹

Sykdom	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Campylobacteriose	2	6	6	12	3	4	2	3	4	3
Clostridium difficile	-	-	-	4	10	11	23	13	12	9
Chlamydiainfeksjon, genital	26	22	20	23	*	23				
E.coli EHEC										1
E. coli-enteritt	1	3	1	1	1	-		1		
Gonore	-	1	-	-	-	-				
Hepatitt B, kronisk	5	3	1	2	-	-		1		2
Hepatitt C	5	1	5	3	1	2	2	4		
Influenza A (H1N1)	1	7	-	-	-	-				
Kikhoste	1	14	1	4	22	8	3	5	2	4
Legionellose						1				
Lyme borreliose	4	1	3	4	3	2	1	1	4	4
Malaria	-		-	1	-	-				
MRSA		2		1	2	4	11	12	7	8
MRSA-smittebærertilstand	-	-	-	1	1	3				
Nephropathia epidemica	-	-	-	-	1	-		1		
Salmonellose	2	3	2	4	-	2				
Syst. gr. A streptokokksykdom	-	1	-	-	-	1				
Syst. gr. B streptokokksykdom	-	1	-	1	-	-				
Syst. H. influenzae-sykdom	-	-	-	1	-	-	1	1		
Infeksjoner i sentralnervesystemet							1		1	1
Syst. Pneumokokksykdom	3	-	1	1	1	1		5	1	
Yersiniose	-	-	1	-	-	-				
Cryptosporidose	-	-	-	-	1	-				

* Overvåkingen av genitale klamydiainfeksjoner foregår ved at landets medisinske mikrobiologiske laboratorier årlig rapporterer til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Innmeldingene omfatter antall undersøkte og diagnostiserte tilfeller av genital klamydiainfeksjon for det foregående år.

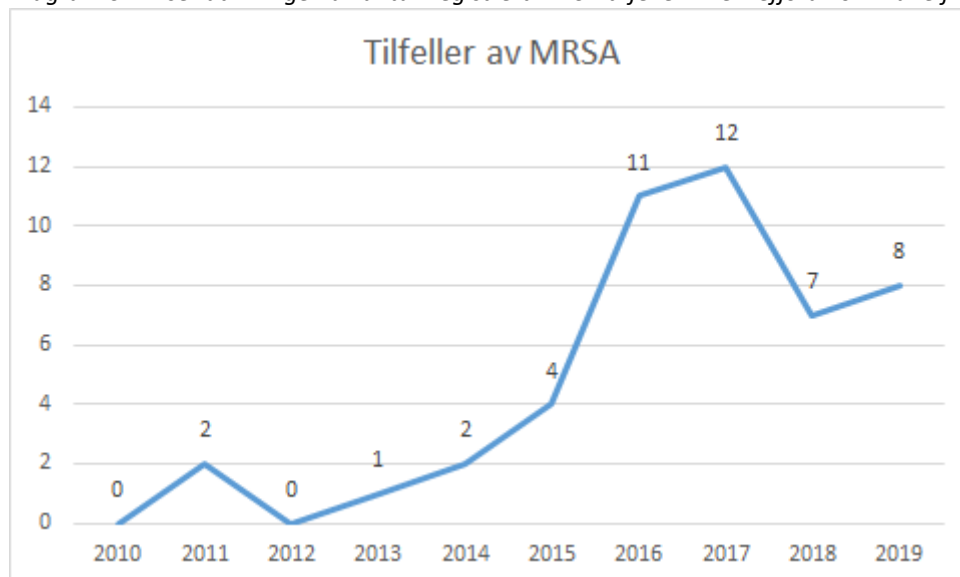
Dette er de anmeldte sykdommer. Det er trolig at tallene er høyere. Tuberkulose, aids, hiv-infeksjon, og Creutzfeldt-Jakobs sykdom er ikke tilgjengelig på kommunenivå. Spesiell overvåking blir gjort av asylsøkere og innvandrere fra andre verdensdeler. Flere av gastroenterittene kommer fra smitte i utlandet.

³⁹ <http://www.msis.no/>

Borrelia-infeksjon er sannsynligvis hyppig forekommende og klinisk diagnostisert og behandlet hos allmennlegene (diagnostisert som borrelia-infeksjon ved funn av erythema migrans). Det er ikke registrert tilfeller av skogflåttencephalitt (tick borne encephalitis) i Flekkefjord.

Flekkefjord kommune hadde MRSA infeksjon på sykehjem i 2011 (men bare 2 registrert tilfeller i msis.no). Dette ble intensivt behandlet og det ble inngått avtale med SSHF om bistand og veiledning. Hygienesykepleier gir assistanse etter kontrakt. Frem til 2015 var det nokså stabile tall for MRSA. Tallene peker mot at det har vært en økning de siste 4 år. Selv om tallene har gått ned siden 2016/2017 ligger de likevel betydelig høyere nå enn i perioden før 2015.

Diagram 5.1 viser utviklingen av antall registrert MRSA tilfeller i Flekkefjord kommune fra 2010-2019.



Det er høy vaksinasjonsdekning i kommunen. SYSVAK er et landsomfattende elektronisk vaksinasjonsregister som holder oversikt over vaksinasjonsstatus hos den enkelte og over vaksinasjonsdekningen i landet. Statistikk er hentet fra SYSVAK, folkehelseinstituttet (<http://www.fhi.no/helseregistre/sysvak>).

Tabell 5.2: vaksinasjonsdekning i prosent (fullvaksinerte) per 31.12.2018

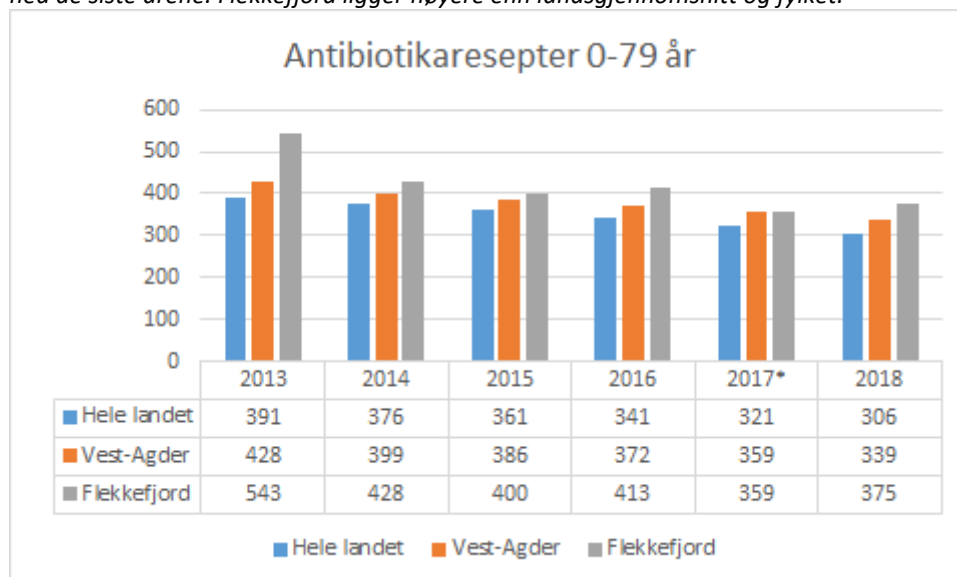
	2 åringer	9 åringer	16 åringer
Befolkning	89	116	114
Difteri	98%	99%	96%
Stivkrampe	98%	99%	96%
Kikhoste	98%	99%	96%
Polio	98%	99%	96%
HIB- infeksjon	98%		
Meslinger	97%	99%	95%
Kusma	97%	97%	95%
Røde hunder	97%	99%	95%
Pneumokokk sykdom	96%		
Røtavirus infeksjon	90%		
Befolkning jenter			53
HPV-infeksjon			85%

Verken vaksinasjon eller gjennomgått sykdom gir varig immunitet mot kikhoste. Det er vist at beskyttelsen mot kikhoste og difteri avtar i løpet av få år etter vaksinasjon. Da kombinasjonsvaksine

mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio ble innført i 2. klasse skoleåret 2005/2006, førte dette til lavere forekomst av kikhoste i den vaksinerte aldersgruppen.

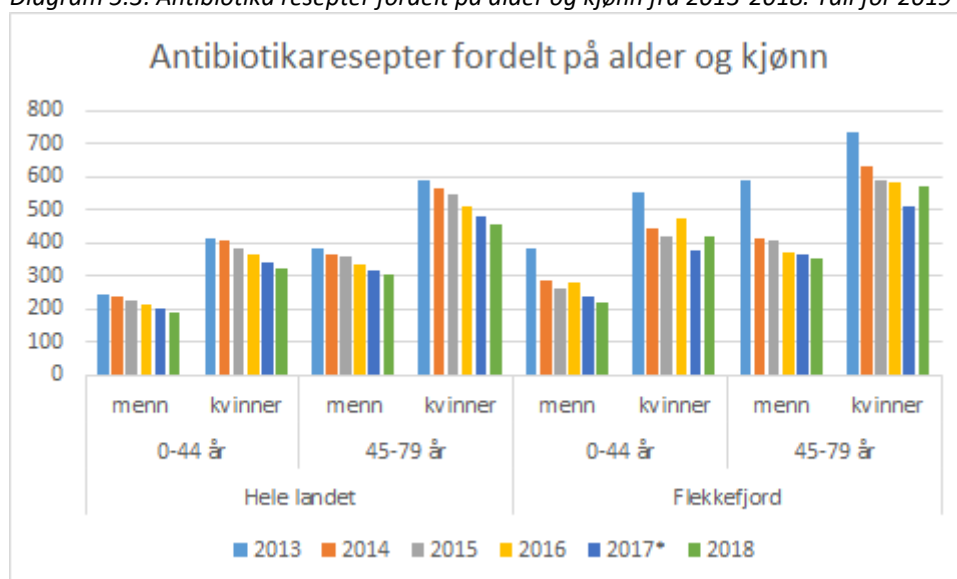
Den høyeste forekomsten av kikhoste i Norge er nå i aldersgruppen 10–19 år. Oppfriskningsdosen i 10.klasse ble innført skoleåret 2013/2014 for å redusere forekomsten av kikhoste blant ungdom. Etter dette har tallene for kikhoste gått ned (se tabell 6.1)

Diagram 5.2 Andel Antibiotika ekskl. metenami per 1000 innbygger 0-79 år. Tabellen viser at bruken har gått ned de siste årene. Flekkefjord ligger høyere enn landsgjennomsnitt og fylket.



I Flekkefjord skrives det ut flere antibiotika resepter sammenlignet med både fylket og landet forøvrig. Ifølge folkehelseprofilen 2019⁴⁰ skiller Flekkefjord seg signifikant ut i negativ retning. Det har vært en positiv utvikling de siste årene i totalt antall antibiotika resepter, men likevel er Flekkefjord over gjennomsnittet. I diagram 6.3 ser vi at kvinner bruker mer antibiotika enn menn. Det er kvinner i aldersgruppen 45-79 år som bruker mest antibiotika. Dette er likt både på landsbasis og i Flekkefjord, men kvinnene i Flekkefjord bruker mer antibiotika enn kvinner i resten av landet.

Diagram 5.3: Antibiotika resepter fordelt på alder og kjønn fra 2013-2018. Tall for 2019 er ikke tilgjengelig



⁴⁰ <https://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1004&sp=1&PDFaar=2019>

Antibiotika resistens er en folkehelseutfordring. Høy foreskriving av antibiotika, kombinert med økt reisevirksomhet og bruk av antibiotika til dyr har ført til en stor økning de siste årene i forekomsten av bakterier som er motstandsdyktige mot antibiotika.

Regjeringen i Norge legger vekt på godt smittevern, og forebygging av antibiotikaresistens er et prioritert område. I handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten er det satt mål om å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30% innen utgangen av 2020 (fra 2016).⁴¹

5.1.3 Risiko for legionella/eller annen biologisk forurensing

Det er ingen kjøletårn i kommunen. Ved undersøkelse er det ved en anledning (flere år tilbake) påvist legionella i vaskehall på bensinstasjon. Etter rådgiving ble det konkludert med at dette ikke representerte noen fare. Annen biologisk forurensing er ikke kjent.

5.2 Fysisk miljø

5.2.1 Skolevei

Noen elever i grunnskolen har skoleveier som er definert som trafikkfarlige og en del har derfor innvilget ekstra skoleskyss. Det er i sammenheng med disse vurderingene utarbeidet en trafikk sikkerhetsplan som peker på strekninger på skolevei som er trafikkfarlige og trenger tiltak/utbedring. Utvalg for oppvekst og velferd er involvert i en vurdering og prioritering av de strekninger på skolevei som er spesielt utsatte og der det innvilges ekstra skoleskyss til strekningene er utbedret.

5.2.2 Gang- og sykkelstier og områder for fysisk aktivitet, rekreasjon og friluftsliv

Tall fra kommuneprofilen.no⁴² forteller at i Flekkefjord er det 1,1 m gang- og sykkelvei pr innbygger og totalt cirka 10 km gang og sykkelvei. Dette er omtrent som landsgjennomsnittet, som er på 1,3 meter. Sørlandet er en av landsdelene som ligger lavest på gang- og sykkelvei pr innbygger.

Flekkefjord og Oplands Turistforening er en stor aktør i forhold til tilrettelegging av turstier og turveier i vår kommune. De har også et aktivt Barnas Turlag. Innenfor skjærgårdsparken, sørnorsk Kystnatur og landbruk er det også gjort en del tilrettelegging innenfor friluftsliv.

Flekkefjord sentrum har to grønne lunger, Sundeparken og parken til Flekkefjord Sparebank. Der finnes arenaer for kulturarrangement, og der er sentrumsnære strender. Flekkefjord har lange tradisjoner for et rikt friluftsliv blant annet innen båtliv, jakt og fiske. Viktige friluftsområder i Flekkefjord er Grønnes-Rauli, Torsøyene, Brufjellet, Hågåsen, Hidra Skjærgård, Hidreheia, Berrefjord, Langelandsfjellet, Selura, Lafjell, Vardefjell, Nonfjell, Rauli, Pollfjellet, Simonskyrkja, Høgfjellet, Solås, Søylands – og Tjørsvågheia⁴³. Andre arenaer for fysisk aktivitet er blant annet:

- Ballbinger
- Lys løyper med universell utforming (Tjørsvåg og Rauli)
- Lekeplasser i boligfelt
- Volleyball baner
- 10 på topp turer (egen folder som beskriver turene og oppmerkede løyper)
- Isbane (vinterhalvåret)
- Nærmiljøturer (egne turkort)
- Svømmehaller

⁴¹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>

⁴² https://www.kommuneprofilen.no/profil/Samferdsel/BenchBy/samf_sykkelveg_by.aspx

⁴³ Kommuneplan for idrett, friluftsliv og fysisk aktivitet.

- Idrettshall
- Gymsaler
- Klatrevegg ved Sunde skole
- Treningsentre
- Stadion (gress, kunstgress bane og tennisbaner 2 stk)
- Skatepark
- Sykkeltier
- Stupetårn Grønnes
- Treningsapparater på Grønnes
- Idrettsanlegg på Sira, Gyland og Hidra

5.2.3 Kollektivtilbud

Kollektivtilbudet framkommer på Agder kollektivtrafikk sine tabeller⁴⁴:

Lokale ruter

250Flekkefjord – Lyngdal (Farsund- Kristiansand)
 251Flekkefjord-Kvinesdal / Lyngdal-Kvinesdal
 256/255Flekkefjord/Kvinesdal- Åpta- Farsund- Vanse
 265Taxus Flekkefjord Flekkefjord-Drangeid-Uenes-Søyland-Flekkefjord
 260Flekkefjord-Sira-Moi
 261Flekkefjord – Hidra
 271Flekkefjord-Gyland- Tonstad

Regionale ruter

89Egersund-Hauge i Dalane-Flekkefjord

Ferge/Båtruter

496 Kvellandstrand-Launes
 497 Abelnnes-Andabeløy

I tillegg kommer ekspressbusser mellom Stavanger-Oslo, samt togtruter på strekningen Stavanger-Oslo⁴⁸

5.3 Sosialt miljø

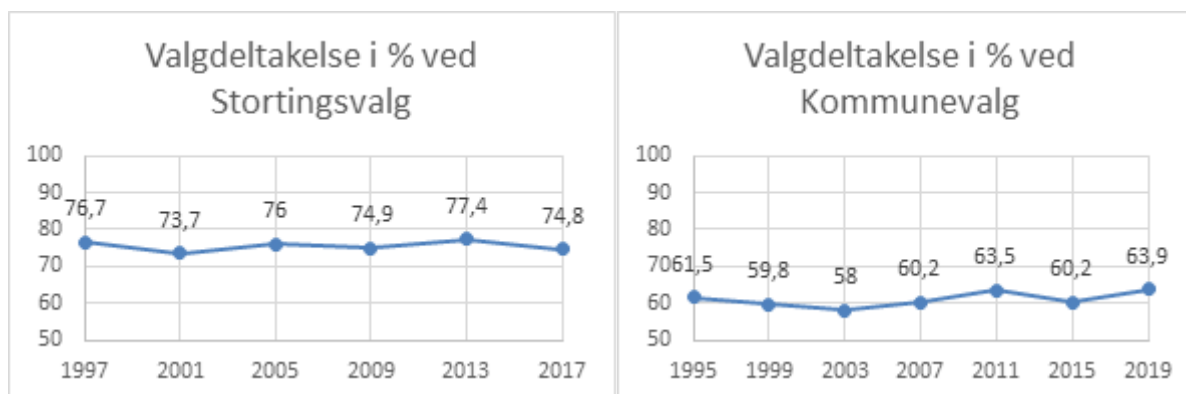
5.3.1 Valgdeltakelse

Valgdeltakelsen ved Stortingsvalg er høyere enn ved kommunevalg.

Ved kommunevalget i 2011 var det 63,5 % av de stemmeberettigede i Flekkefjord som avla stemme. Deltakelsen viser en oppadgående tendens, men gikk ned igjen ved kommunevalget 2015. I 2019 har valgdeltakelsen i Flekkefjord igjen gått opp, og ligger på 63,9%. Ved Stortingsvalg var deltakelsen på 77,4% i 2013 og 74,8% i 2017.

⁴⁴ <https://akt.no/info/reise/rutetabeller/kvinesdal-flekkefjord-og-sirdal/>

Diagram 5.4: Valgdeltakelse i Flekkefjord kommune målt i prosent.⁴⁵



5.3.2 Kulturtilbud

Kulturtilbudet er variert. Vi har kommunale tilbud og en god del lag og foreninger. Tilbudene til sammen dekker et bredt spekter, hvorav musikk står spesielt sterkt. Samarbeid mellom kommunale institusjoner og avdelinger er et utpreget kjennetegn, for å skape synergieffekter. Kultursenter SPIRA er et nytt møtepunkt for alle innbyggere og bidrar vesentlig til byutvikling. Huset har samlet alle kommunale kulturavdelinger under et tak og er åpent hver dag. Brukerne er fra alle alders- og interessegrupper. Tilbudene har en stor spennvidde hvorav en god del er lavterskeltilbud som f.eks. fritidsklubb, arrangementer ved biblioteket (Knøttetreff, barnehagebesøk), hjelp til håndtering av elektroniske apparater for eldre innbyggere, studierom, turistinformasjon, osv. I tillegg har lag og foreninger muligheter til å presentere seg for publikum eller har kultursenteret som arbeidsfase (for eksempel historielag, lesesirkel). Kulturskolen avholder undervisning daglig både innen musikk, teater, visuell kunst og dans. Storsalen tilbyr arrangementer av forskjellige slag, cirka 60 «betalte» arrangementer per år. I tillegg er det konferanser, informasjonsmøter for kommunen osv. Kinoen har daglig framvisninger.

I tett samarbeid med frivilligsentralen gjennomfører kommunen diverse arrangementer for forskjellige brukergrupper, bl.a. for seniorer og personer som bor på institusjon. I sentrum stiller kommunen med lokaler til diverse lag/foreninger, først og fremst innen musikk. Korene og korpsene har to hus til disposisjon.

I distriktet har kommunen bibliotekfilialer. Ellers brukes grendehus og skoler til forsamlingssted til lag og foreninger hvis ikke de er tilknyttet idrettsanlegg.

Kommunale kultur tilbud:

- Flekkefjord bibliotek: Biblioteket er tilgjengelig alle dager, unntak søndag, så lenge kultursenteret er åpent. Det er selvbetjening ved utlån, sånn at en kan låne også når bibliotekets medarbeider ikke er tilstede. Alle kan låne forskjellige typer media fra hele landet. I tillegg har biblioteket kulturarrangement i samarbeid med barnehager, skoler, eldre (senior surf), andre kommunale kulturinstitusjoner.
- Flekkefjord kulturskole: undervisnings tilbud innen musikk, teater, visuell kunst, dans. Ingen aldersbegrensning, men dersom det er venteliste blir søkere under 20 år prioritert. I tillegg er det samarbeid med mange institusjoner, bl.a. grunnskolen, kommunale institusjoner, lag og foreninger.
- Flekkefjord kino: daglig filmvisning i tillegg til ulike prosjekter. Regelmessige arrangementer for enkelte brukergrupper f.eks. seniorkino, babykino, strikkekino, ungdomskino.

⁴⁵ https://kommuneprofilen.no/Profil/Kommunefakta/Politikk_kommune.aspx og <https://valgresultat.no/agder/flekkefjord?type=ko&year=2019>

- Spira fritidsklubb: et lavterskeltilbud hver onsdag og fredag for ungdom fra 8. klasse.
- Den Kulturelle Skolesekken (DKS): lokale tiltak for alle alderstrinn i skolene. Minst 8 lokale arrangementer i tillegg til fylkes arrangementer. Gjerne i samarbeid også med andre kommunale institusjoner
- Den Kulturelle Spaserstokken: lokale tiltak for seniorer, gjerne tilknyttet institusjoner med et variert underholdnings- og opplevelsesprogram.
- Gjennomføring av UKM lokalt: ungdommens kulturmønstring en årlig begivenhet. I tillegg hvert tredje år UKM på fylkesnivå.
- Gjennomføring av Smaabyfestivalen i juni hvert år
- Kommunalt samarbeid med lag og foreninger, økonomisk støtte blant annet til teater/revy (for eksempel klubben humør, Gyland), korpsene, rockeklubben, Klassisk Flekkefjord og ulike festivaler
- Diverse museer (sentrum/Hidra/Gyland)
- Kulturtilbud knyttet til idrett etc. er en egen avdeling

Lag og foreninger lager arrangementer i løpet av året, og bidrar med dette til kulturtilbudet i tillegg til ukentlige samlinger.

- Hidra skolekorps, Bakke skolekorps, Flekkefjord gutte-og pikekorps og Flekkefjord musikkorps
- Jazzklubb med regelmessig konsertvirksomhet og en av de faste samarbeidspartnere for kultursenter SPIRA
- Rockeklubb med konsertvirksomhet, en av de faste samarbeidspartnere for SPIRA
- Klassisk Flekkefjord, regelmessig konsertvirksomhet og prosjektgjennomføring, en av de faste samarbeidspartner for SPIRA.
- Diverse kor i regi av foreninger og kirkesamfunn (for tiden 9 ulike kor)
- Klubben Humør(teater/revy)
- Gyland teatergruppe
- Teatergruppe Ninja (teater/teatersport)
- Gyland Håndverksfabrikken
- Speideren
- Alle lag og foreninger innen idrett

I 2018 hadde totalt 76 lag og foreninger fra Flekkefjord registrert seg hos Norsk Tipping og mottar midler fra grasrotandelen. Det er flest lag og foreninger innen idrett, dernest kommer kultur og kunst.

Agder fylke representert i Flekkefjord med

- **Vest Agder museet** blant annet utstillinger og regelmessige tilbud for skoleelever i alle alderstrinn.

5.4 Oppsummering, årsaksforhold og konsekvenser

Vannkvalitet og radon

- Flekkefjord har et belte av radon gjennom Gyland som er karakterisert med "høy aktsomhet".

Verdens helseorganisasjon (WHO) påpeker at radon er den nest viktigste årsaken til lungekreft. Bare røyking representerer en større helserisiko med hensyn til lungekreft. Av ca. 1800 nye tilfeller av lungekreft i Norge, skyldes mellom 100 og 300 av disse radongass i inneluft. Risikoen øker med radonnivået og oppholdstiden inne. Hvis man f.eks. bor i et hus med en radonkonsentrasjon på 1000 Bq/m³, vil risikoen for lungekreft være den samme som for en gjennomsnittlig røyker. En ny studie som kombinerer resultater av flere tidligere epidemiologiske studier finner signifikant

helseisriko helt ned ved radonnivåer på 150 Bq/m³.⁴⁹Flekkefjord har høyere forekomst av KOLS, lungekreft og kreft enn landet for øvrig (se kapitel 8 og diagram 8.6)

Radongassen er stabil og utgjør ingen fare så lenge den ligger i ro. Ved bygging, sprenging eller boring i utsatte områder må en ta forhåndsregler.

Antibiotika resistens

- Antall innbyggere per 1000 innbyggere som brukte antibiotika i perioden fra 2011 til 2018 viser at Flekkefjord ligger over gjennomsnittet for landet, men at utviklingen har vært positiv.
- Flekkefjord har de siste årene flere registrerte tilfeller av MRSA.

Antibiotika resistens er et økende folkehelseproblem. Utvikling og spredning av antibiotika resistente bakterier er en alvorlig trussel mot vår helse i fremtiden. Trolig er rundt en av ti bærer av antibiotika resistente bakterier her i landet. Normalt sett er ikke slike bakterier mere sykdomsfremkallende enn andre bakterier, men de gangene de forårsaker sykdom som lungebetennelse, tarminfeksjon og infeksjon i sår er infeksjonene ofte vanskelige å behandle og det tar tid. De siste tiårene har utviklingen av nye antibiotika stoppet opp, det er derfor få behandlingsalternativer når kjente antibiotika ikke virker. Problemet med antibiotika resistens har økt fordi vi bruker for mye antibiotika. De viktigste forebyggende tiltakene er å redusere antibiotika bruk og forebygge infeksjoner. I Norge er det et mål å redusere antibiotika forbruket med 30 % fra 2012-2020.

Å forebygge infeksjoner er grunnleggende i kampen mot antibiotika resistente bakterier: håndvask er et enkelt og effektivt tiltak for både privatpersoner og kommunens virksomheter. Kommunen forebygger også infeksjoner ved å sørge for god vaksinasjonsdekning og godt drikkevann. Flekkefjord har et særlig høyt forbruk av antibiotika, dette kan skyldes forventninger fra befolkningen (voksne kvinner har ca. 30 % høyere forbruk enn voksne menn). Det er også viktig å ha fokus på forskrivningspraksis blant legene og jobbe for å endre innbyggernes holdninger til bruk av antibiotika.

Nærmiljø og trygge skoleveier

- Flekkefjord har flere trafikkfarlige skoleveier og det er satt inn buss på en del strekninger, men i et folkehelseperspektiv er det et mål om å sikre skoleveiene i form av trygge gang- og sykkelstier.

Nærmiljø – og lokalsamfunnsutvikling er meget sentralt i folkehelsepolitikken. Det er mennesker som bør være i sentrum for planlegging og utvikling. Ifølge WHO består sunne byer av et fysisk miljø som fremmer helse, rekreasjon, trygghet, sosiale møteplasser, god tilgjengelighet, stolthet og kulturell identitet. Barn og eldre har en aksjonsradius på 4-500 meter, noe som betyr at mulighet for rekreasjon og mosjon i nærmiljøet er særlig viktig for disse gruppene. Flekkefjord kommune har bygget ny gangbro og utbedret bybro med bredere bro for tryggere forhold for mye trafikanter.

Frivillighet og deltakelse

- Innbyggerne i Flekkefjord er engasjerte både med tanke på politikk og samfunnsniv. Dette gjenspeiler seg i valgdeltakelse og i det rike aktivitets- og kulturtilbudet, som i stor grad er driftet av frivillige lag og foreninger i tillegg til kommunale tilbud.

I Flekkefjord er det et rikt og variert kultur- og organisasjonsliv. Å delta i organiserte fritidsaktiviteter som idrettslag, musikkorps og andre frivillige organisasjoner kan ha positiv virkning på barns utvikling og psykiske helse. Aktivitetene gir mulighet for at barn og unge kan samhandle med støttende

voksne, etablere vennskap med jevnaldrende, gjøre en innsats mot felles mål og få mestringsopplevelser. For voksne, særlig voksne og eldre som ikke jobber er deltakelse i aktiviteter og sosiale fellesskap veldig viktig for helse og trivsel. Deltakelse i frivillig arbeid, lag og foreninger er en viktig arena for integrering og sosialt fellesskap for personer som flytter til byen, og da særlig for flyktninger som har lite sosialt nettverk.

Kollektivtilbudet er ikke godt utbygd, noe som kan føre til at personer uten bil eller sertifikat vil forhindres i å delta i forenings- og kulturlivet. Dette kan medvirke til økt ensomhet blant grupper som barn, ungdom, eldre og innvandrere.

Flekkefjord kommune bør fortsette å samarbeide med lag og foreninger og frivillige organisasjoner også i fremtiden. Flekkefjord kommune har en godt etablert frivilligsentral, og i 2019 vant kommunen prisen for "Årets frivillighetskommune". Det er likevel viktig at arbeidet med Flekkefjord Frivilligsentral og Frisklivssentral styrkes og videreutvikles for å møte utfordringene kommunen vil få i fremtiden.

6.0 Omfang av områder utsatt for støy

6.1 Støy

Det meste av industri i kommunen er lokalisert utenfor boligfelter og det har kommet få klager på industristøy. Kommunen har fått klager på støy fra landstrømanlegg til rigg i opplag og støy fra oppdrettsanlegg i forbindelse av avlusning. Kommunen har fått mange bekymringsmeldinger i forhold til frykt for støy fra en eventuell fremtidig vindmøllepark på Skorveheia.

Kommunen har utearealer som gjør det attraktivt å arrangere konserter. Helsedirektoratet utarbeidet i 2011 en veileder til arrangører og kommuner "Musikkanlegg og helse". I innledningen heter det: "Direktoratet har forhåpninger om at veilederen skal bli et anvendelig verktøy som kan bidra til at publikum får nyte gode musikkopplevelser, og som samtidig kan ivareta hensynet til helse- og trivselsmessige forhold, både for dem som befinner seg inne i og utenfor konsertlokalet". Bystyret vedtok i 2015 «Arrangement håndbok for Flekkefjord Kommune» med eget lydreglement med grenseverdier for støy. Kommunen har ikke mottatt klager på støynivået fra konserter de siste årene.

Kommunen har flere nærmiljøanlegg som skal støtte opp under økt fysisk aktivitet i befolkningen, med spesiell fokus på barn og unge i aldersgruppen 6-19 år. Anleggstypene spenner over et bredt spekter, som eksempler kan nevnes skatepark, sandvolleyballbane, ballvegg/-binge, m.v. Helsedirektoratet utarbeidet i 2006, revidert 2009, en veileder for støyvurdering ved etablering av nærmiljøanlegg. Veilederens formål er å bidra til at støy som miljøfaktor blir tilstrekkelig utredet og vurdert ved planlegging og utforming av nærmiljøanlegg, men også at den kan benyttes som grunnlag for nødvendige utbedringer dersom aktiviteter ved anlegget medfører støyproblemer for omgivelsene.

Skateparken i byen ble flyttet fra Sundeparken til Sundegaten i forbindelse med bygging av nye Sentrum barnehage. Kommunen har siden ny åpning av parken i juli 2019 mottatt klager på støy, og jobber fortiden med å kartlegge støynivå og iverksette eventuelle tiltak.

6.2 Omfang av områder utsatt for luftforurensing

Interkommunal renovasjonsordning har søppelplass på Erikstemmen. Det er Fylkesmannen i Vest-Agder ved miljøvernavdelingen som har gitt konsesjon og de vilkår som følger med dette. Det har tidligere vært mange henvendelser fra beboere på Abelnnes vedr. lukt. Det har foregått utstrakt forbedringsarbeid bl.a. med bygging av egen hall til slamkompostering med rensing med biofilter. Det

er også innført tidsstyring på viftene i biokomposthallene og innføring av tilsetning av kalk i det ferske matavfallet. Dette har ført til betydelig færre dager med lukt og antall klager er betydelig redusert.

Titania A/S er et bergverk som ligger på Tellnes i Sokndal. Kommunen har mottatt klager på svevestøv fra deponiet. Virksomheten er konsesjonspliktig og tillatelse til utslipp etter forurensningsloven er gitt av Miljødirektoratet. Kommunen samarbeider med Sokndal kommune om oppfølging av klagesak.

Meteorologisk institutt gir nå daglige varsler og helse råd gjennom en web-basert løsning:

<https://luftkvalitet.miljostatus.no/varsling/Vest-Agder/Flekkefjord>

Fargene i tabellen viser hvor forurenset lufta er. Helseeffektene i tabellen beskriver hvilken helse risiko vi utsetter oss for og hvordan forurensningen kan påvirke helsa. Risikovurderingen er fulgt opp med helse råd rettet mot befolkningen generelt og mot sårbare grupper. Helse rådene gir anbefalinger om hvordan befolkningen bør oppføre seg ved de ulike forurensningsklassene.

6.3 Omfang av områder utsatt for annen forurensing

Stor fiskeindustri med oppdrettsanlegg. Etter konsesjon er anleggene lagt på steder som ikke skulle gi forurensing.

6.4 Inneklima i skoler, barnehager og offentlige bygg

Lister miljørettet helsevern fører basert på en risikobasert tilsynsplan, tilsyn med skoler og barnehager i Flekkefjord kommune derav også private og fylkeskommunale virksomheter.

Metode som brukes er systemrevisjon «Veileder for kommunenes tilsyn med miljørettet helsevern». Erfaringene fra 2019 er at vi finner avvik på virksomhetenes evne til å dokumentere at grenseverdier på inneklima og luftkvalitet i henholdsvis «Veileder miljørettet helsevern i skole» og «Miljø og helse i barnehage» overholdes og at det mangler dokumentasjon på Ros-analyse Legionella samt vedtatte vedlikeholdsplaner. Med utgangspunkt i avvik i tilsynsrapporter jobbes det nå i Flekkefjord kommune med å lukke disse avvikene som ansees å være systemavvik.

Ventilasjonsanlegg i offentlige bygg:

- Helsehuset: Nye anlegg i 2016.
- Spira kulturhus: Nytt anlegg 2016.
- Ungdomsskolen gammel del: Nye anlegg ca.2005.
- Ungdomsskolen: Ny skole 2017
- Tjørsvågheimen: Nytt ventilasjonsanlegg på E-avdelingen i 2016 ellers fra 2005/6.
- Sunde skole: Renovering anleggene for administrasjonen og småskolen i 2016.
- Søyland skole: Renovering alle anleggene i 2015.
- Rådhuset: Nytt anlegg for 2. og 3. etg. i 2017.
- Ueneshallen: Nytt anlegg montert i 2019
- Trellebakken: Gamle anlegg ca. 1995
- Fjellgata 8: Nytt anlegg i kontorfløy 3.etg. 2015, ellers fra 1990-tallet.
- Nye Sentrum barnehage: Tatt i bruk i 2019

6.5 Oppsummering, årsaksforhold og konsekvenser

Støy

- Det er enkelte plasser i Flekkefjord hvor innbyggerne blir plaget av vedvarende støy.

Støy er en stressfaktor som sammen med andre faktorer kan bidra til stressrelaterte plager og sykdommer. Støyplage og søvnforstyrrelser kan bidra til økt risiko for forhøyet blodtrykk og

hjertekarsykdom. Barn i en skolesituasjon trenger gode akustiske forhold. Det er store individuelle forskjeller i sårbarhet for støy.

Det er viktig at "støy og helse" er premissgiver i arealplaner for å forebygge støyproblemer (T-1442) Når man planlegger boliger og offentlige bygg er det viktig at det er tilgang til gode (støyskjermede) uteområder og at eventuelle soverom plasseres mot skjermet side ⁴⁶

Lukt

- Området rundt søppelplassen Erikstemmen har i perioder vært plaget med lukt – de siste årene har de bygget nytt anlegg som gir vesentlig mindre lukt i området.

Lukterskelen for mange av stoffene som gir vond lukt, er så lav at konsentrasjonen av de kjemiske stoffene som gir lukten, ikke er helseskadelig i seg selv for de fleste av oss. De kan dog forverre tilstanden ved hyperreaktivitet i luftveiene (astma og neseplager) og ved kjemisk miljøintoleranse, og kan ellers virke indirekte gjennom lukten og de nervereflekser den utløser.

Mennesker med astma eller neseplager på grunn av hyperreaktivitet i luftveiene, kan bli syke selv om gasskonsentrasjonen er ganske lav. Det gjelder imidlertid like meget for lukter som de fleste oppfatter som gode (parfyme, blomsterduft, lukt av røkelse osv). Mange mennesker kan oppleve vedvarende vond lukt så ubehagelig at det går ut over helsen og føre til store problemer på mer indirekte vis. Lukt har stor virkning på smaken av maten. Vond lukt kan gi kvalme og brekninger hos noen. Det fører til ubehag, dårligere trivsel. Vedvarende vond lukt føre til dårligere humør og til stress. Stress kan gi muskelstramninger med muskelsmerter og hodepine. ⁴⁷

Inneklima

- Flekkefjord har en forholdsvis gammel bygningsmasse og det er ved tilsyn avdekket avvik. Partikkelforurensning (svevestøv), flyktige organiske forbindelser, fuktskader og innendørs oppvekst av muggsopp, kan bidra til slimhinneirritasjon. I tillegg kan mangelfull ventilasjon, trekk og ugunstige temperatur- og lysforhold bidra til ubehagsfølelse.

I følge Folkehelseinstituttet er de plagene og sykdomsutfallene som i størst grad påvirkes av dårlig inneklima:

- Hud- og slimhinneirritasjon
- Hodepine og luktplager
- Luftveissykdommer og allergiske reaksjoner i luftveiene; allergi, astma, kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)
- Forverring av luftveisinfeksjoner⁴⁸

Gode ventilasjonssystemer er viktige for inneklima, men andre tiltak som bedre renhold fukt- og muggrenovering og bruk av innesko er også viktige.

⁴⁶

<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMNT/Milj%C3%B8vernavdelingen/Forurensning/Gunn%20Marit%20Aasvang%20Folkehelseinstituttet%20om%20st%C3%B8y%20som%20helseproblem.pdf>

⁴⁷ <http://www.inneklima.com/index.asp?document=144>

⁴⁸ <https://www.fhi.no/ml/miljo/inneklima/helse/inneklima-og-helseplager/>

7.0 Skader og ulykker

Det har vært en betydelig nedgang av dødsfall som skyldes ulykker de siste tiårene. På tross av nedgang er skader og ulykker fremdeles en viktig årsak til uhelse og død i Norge. Det knytter seg store samfunnsøkonomiske kostnader til skader. Der er et stort potensiale til forebygging og effektive tiltak kan gi umiddelbar effekt. Cirka 6% av alle dødsfall skyldes ulykker⁴⁹. Dødelighet av ulykker øker med alder og er særlig høy for eldre over 80 år. I samtlige aldersgrupper er det flere menn enn kvinner som dør på grunn av ulykker. De vanligste ulykkes dødsfall i Norge er fall, forgiftning og transportulykker.

Årlig behandler spesialisthelsetjenesten i overkant av 300 000 pasienter med skade. Flest skadepasienter finner vi i aldersgruppen 10-24 år, men i forhold til andelen av befolkningen er også de eldste overrepresentert i skadestatistikken. Fallskader utgjør årlig nesten halvparten av alle ulykkes dødsfall. Dødsfall på grunn av fall ulykker øker kraftig med alder, og særlig blant kvinner. Fall blant eldre er ofte forbundet med hoftebrudd. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Blant ungdom, og da særlig unge menn, forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av skader og ulykker.

Flekkefjord har periodevis ligget over landsgjennomsnittet med tanke på voldsomme dødsfall og ulykker, men i perioden 2008-2017 er tallene noe lavere for Flekkefjord enn for landsgjennomsnittet.

Tabell: 7.1 Voldsomme dødsfall og ulykker. 0-74 år pr 100 000, standardisert.⁵⁰

År		2004- 2013	2005- 2014	2006- 2015	2007- 2016	2008- 2017
Hele landet	Voldsomme dødsfall	31,6	30,6	30	29,7	29,2
	Ulykker	19,5	18,6	18,1	17,8	17,2
Flekkefjord	Voldsomme dødsfall	37,6	32,6	30,1	32,4	28,6
	Ulykker	22,9	18	17,9	19	16,5

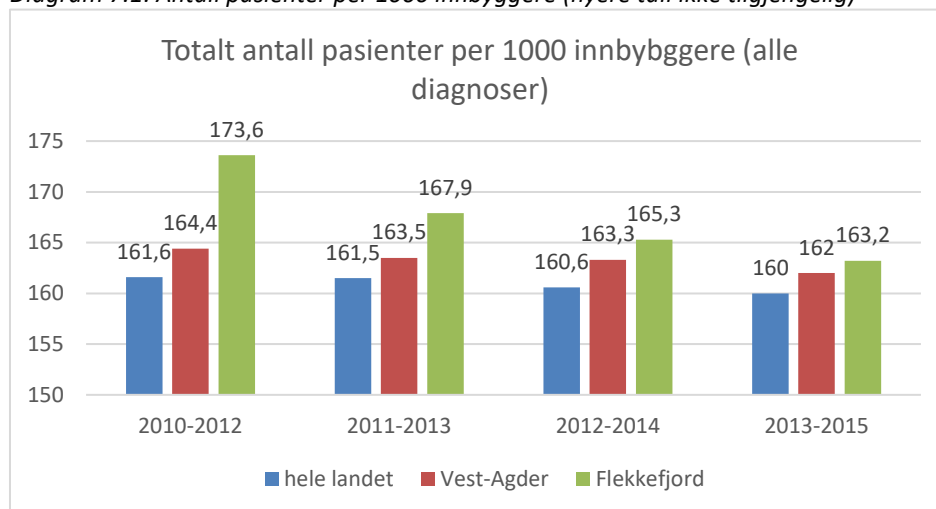
7.1 Antall personer behandlet i sykehus

Flekkefjord har et høyere antall pasienter behandlet i sykehus enn både Vest-Agder og landet for øvrig. Utviklingen viser at andel personer behandlet i sykehus har gått ned for Flekkefjord.

⁴⁹ https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/skadebildet-i-norge_rapport_2019.pdf

⁵⁰ <http://khs.fhi.no/webview/>

Diagram 7.1: Antall pasienter per 1000 innbyggere (nyere tall ikke tilgjengelig)



7.2. Personskader og dødsårsaker

Personskader har hatt en negativ utvikling i Flekkefjord, men ser ut til å ha stabilisert seg de siste årene. Likevel ligger Flekkefjord over landsgjennomsnittet med 16,5 personskader per 1000 innbyggere mot 13,7 på landsbasis. Når det gjelder hodeskader og forgiftninger ligger Flekkefjord omtrent på landsgjennomsnittet, mens tallene er noe lavere enn landsgjennomsnittet når det gjelder hoftebrudd.

Tabellen nedenfor viser antall pasienter med personskader innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Flekkefjord ligger over landsgjennomsnittet på hvor mange skader som behandles i sykehus.

Tabell 7.1 Personskader behandlet i sykehus. Alle aldre. Antall pr 1000 innbygger:⁵¹

År		2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017
Hele landet	Personskader	14,2	14,2	14	13,9	13,7	13,7
	Hodeskader	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,4
	Hoftebrudd	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8
	Forgiftninger	1	1	1	1	0,9	0,9
Flekkefjord	Personskader	14,7	14,1	15,3	15,5	16,5	16,5
	Hodeskader	2,3	2,4	2,9	2,7	2,5	2,6
	Hoftebrudd	1,9	1,6	1,5	1,6	1,7	1,6
	Forgiftninger	0,9	0,6	1	1,3	1,5	1,3

⁵¹ <http://khs.fhi.no/webview/>

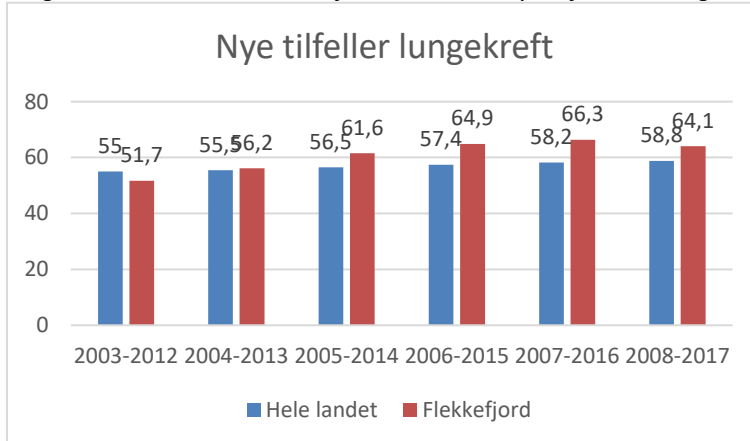
I Flekkefjord er menn mer utsatt for voldsomme dødsfall enn kvinner. Menn fra Flekkefjord er mer utsatt for voldsomme dødsfall enn landsgjennomsnittet. Tall for kvinner er anonymiserte. Tabell 7.2 viser at det har vært en nedgang i Flekkefjord for voldsomme dødsfall fra 2006-2017.

Tabell 7.2 Dødelighet 0-74 år pr 100 000, utvikling.

År			2006-2015	2007-2016	2008-2017
Flekkefjord	Hjerte- og karsykdommer	menn	78,9	76,3	65,8
		kvinner	29,8	25,1	22,7
	Kreft	menn	110,3	109,4	117,2
		kvinner	118,5	110,8	119,4
	KOLS og lungekreft	menn	51,3	50,9	54,7
		kvinner	39	36,5	38,5
	Voldsomme dødsfall	menn	46,9	49,1	44,2
		kvinner	:	:	:

I Flekkefjord er det høyere forekomst av KOLS og lungekreft hos begge kjønn sammenlignet med landet for øvrig. Lungekreft øker både generelt i landet og i Flekkefjord.

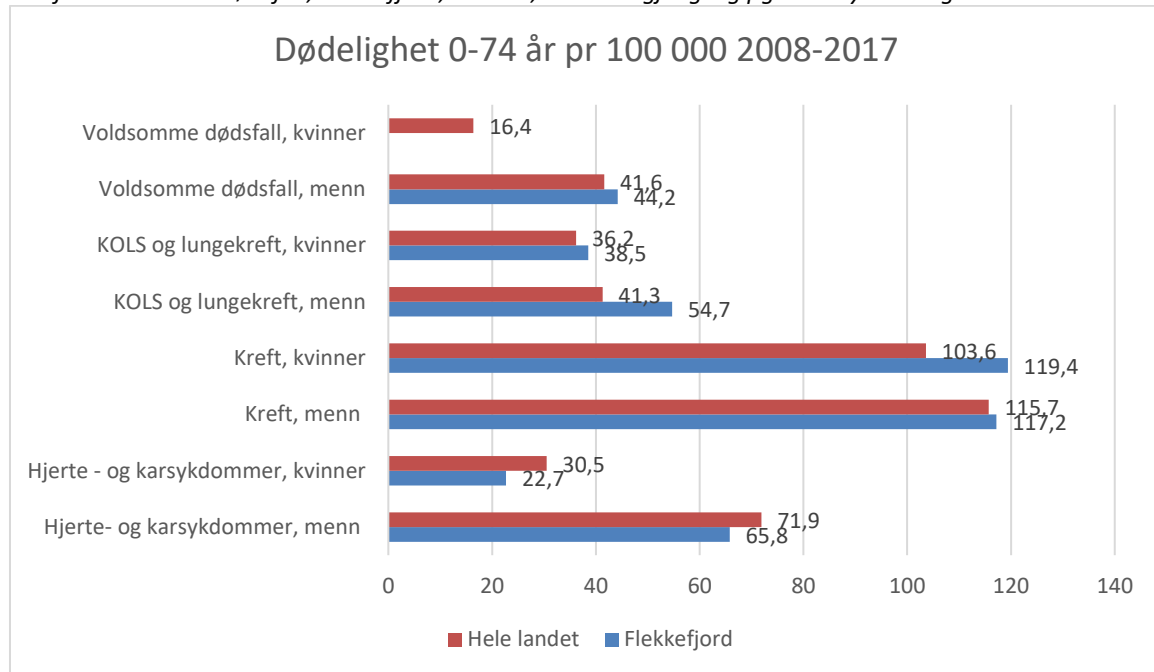
Diagram 7.2 viser totalt antall forekomster av nye tilfeller av lungekreft pr 100 000 standardisert.



Kreftforekomsten er høyere for begge kjønn enn landsgjennomsnittet, og særlig for kvinner (diagram 7.3) Det har vært en markant økning i antall tilfeller for begge kjønn frem mot 2017. Kreft er den største årsaken til tidlig død i Flekkefjord.

Diagram 7.3: Dødsårsak 0-74 år per 100 000 2008-2017⁵²

Tall for voldsomme dødsfall, Flekkefjord, kvinner, er ikke tilgjengelig pga anonymisering.



Når det gjelder hjerter- og karsykdommer har Flekkefjord tradisjonelt lagt over landsgjennomsnittet. I de siste tilgjengelige tall har det endret seg til å være under landsgjennomsnittet (tabell 7.2). Det er likevel nest største årsak til tidlig død (0-74 år) blant menn i Flekkefjord (diagram 7.3). Utviklingen har vært positiv, og hjerter- og karsykdommer har gått jevnt nedover de siste årene. En ser at trenden for menn i Flekkefjord har gått fra å ligge over landsgjennomsnittet til å ligge noe under snittet i 2008-2017. Det er også en reduksjon i tilfeller hos kvinner. Kvinner i Flekkefjord ligger under landsgjennomsnittet. Hjerter- og kar sykdommer er likevel nest største årsak til tidlig død i Flekkefjord, og spesielt stor blant menn.

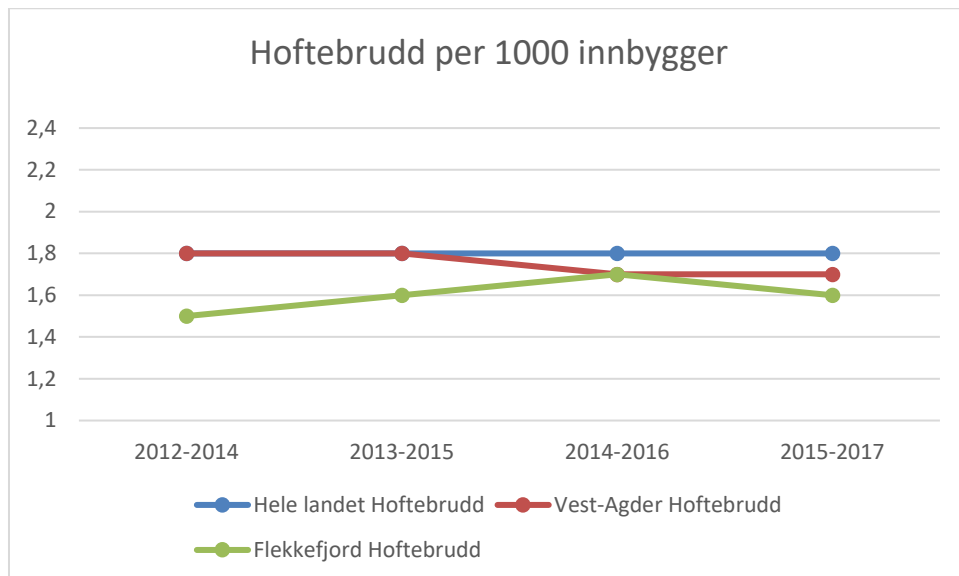
7.2.1 Hoftebrudd

Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Fallskader øker med alder og tidligere fall vil være en indikator for risiko for nye fall. Kvinner er noe overrepresentert i de eldre aldersgruppene.

Flekkefjord kommuner har ligget på landsgjennomsnittet med tanke på hoftebrudd, men er nå under landsgjennomsnittet. Nedgangen kan ha en sammenheng med at det i forebyggende helsetjenester er satt fokus på fall og at det tilbys fallforebyggende grupper. Fallforbygging og trening for eldre bidrar ifølge St. meld nr. 19 Folkehelsemeldingen til reduksjon i fall på 40 prosent.

⁵² <http://khs.fhi.no/webview/>

Diagram 7.4: hoftebrudd per 1000 innbyggere. (Tall for 2017-2019 er ikke tilgjengelig)⁵³



7.2.3 Antall drukningsulykker.

Det er ikke registrert drukningsulykker de siste årene, men Flekkefjord er en kommune med nærhet til kysten og aktivt bade- og båtliv i sommerhalvåret, samt fiske hele året.

Særlig barn, innvandrere med dårlige svømmeferdigheter og fisketurister med dårlig lokalkunnskap er utsatte grupper.

7.2.4 Antall omkomne i brann.

Eldre, bevegelseshemmede, rusmisbrukere og arbeidsinnvandrere er ifølge dsb.no grupper som er mest risikoutsatte for å omkomme i brann.

I Flekkefjord har det vært 3 personer som har omkommet i brann de siste 15 årene. En i 2009, en i 2013 og en i 2019.

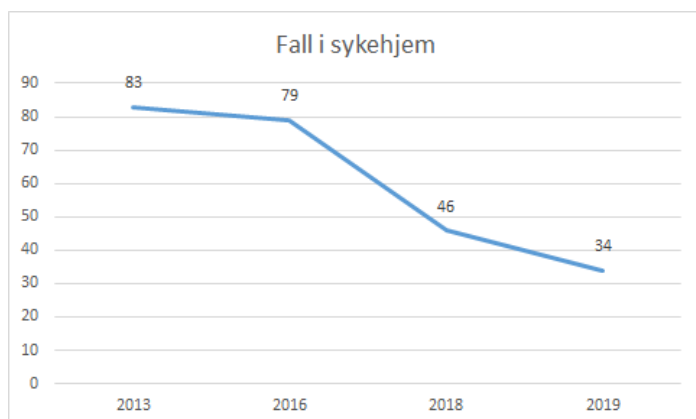
7.2.5 Antall fallulykker i sykehjem.

Fall på sykehjem har først de siste årene blitt registrert systematisk. Registrering av fall og avvik i Flekkefjord kommune ble endret i 2017 hvor en gikk over til et annet system. Det er utfordrende å få til god og rett registrering ved overgang til nye systemer, og det tar tid å få ansatte til å bruke et nytt system. Tallene i diagram 7.5 er hentet fra ny avviksregistrering, så der er en stor sannsynlighet for underregistrering. Fall og innleggelses fra sykehjem arbeides det kontinuerlig med å redusere. Kompetansen på sykehjem er betraktelig hevet de siste årene og denne videreutvikles fortløpende i takt med at det skrives ut stadig sykere pasienter.

Fall blant hjemmeboende er svært dårlig registrert, og avvikene her gir ikke noe reelt bilde.

⁵³ <http://khs.fhi.no/webview/>

Diagram 7.5: Fall i sykehjem



7.2.6 Omfang av arbeidsulykker og hjemmeulykker

Totalt 29 mennesker omkom i det landbaserte arbeidslivet i Norge i 2018. De fleste arbeidsskade dødsfall skjer i industrien. I Vest-Agder døde to personer. Vi har dessverre ikke data som viser omfang av arbeidsulykker eller hjemmeulykker på kommunalt nivå. Det er trolig mange mørketall.

<https://www.arbeidstilsynet.no/nyheter/29-arbeidsskadedodsfall-i-2018/#Vedlegg>

7.2.7 Skadeforekomst i skoler og barnehager, evt. også tannskader.

Fra Flekkefjord er det i løpet av de siste 5 år meldt inn 46 skadeforekomster i grunnskole og barnehager. To av disse sakene har resultert i økonomisk erstatning.

7.3 Spesielle ulykkes punkt, eller strekninger.

I Flekkefjord kommune er følgende strekninger særlig risikoutsatte.

- E39: Rekevik – til Rogalandsgrense
- Rv 44: Flekkefjord – Åna Sira
- Fv 916: Bukstad

7.3.1 Spesielt utsatte skoleveier

Flekkefjord kommune har mange skoleveier som kan betegnes som utsatte, herunder kan blant annet følgende nevnes:

Sunde skole:

- Bybroen
- «Statoil» krysset

Hidra skole:

- Smale veier på hele øya. Kun en kort gang- og sykkelsti mellom barnehage og skole
- Barna tilbys busskyss, men i et folkehelseperspektiv burde det vært lagt bedre til rette for gående og syklende.

Lister videregående:

- Bakken opp fra Austadvika.

7.4 Oppsummering, årsaksforhold og konsekvenser

KOLS og lungekreft

- I Flekkefjord er det høyere forekomst av KOLS og lungekreft hos begge kjønn, sammenlignet med landet for øvrig.
- Kreft er den viktigste årsak til tidlig død i Flekkefjord.

- Kreftforekomsten er høyere for både kvinner og menn i Flekkefjord enn for resten av landet.

KOLS er en samlebetegnelse på en gruppe kroniske lungesykdommer som fører til hindret luftstrøm gjennom luftveiene. Det er en alvorlig lungesykdom med varig nedsatt lungefunksjon. Ca. 300 000 nordmenn har KOLS uten å vite det. En kronisk betennelsesreaksjon skader bronkiene og vevet i lungene. Sykdommen utvikler seg langsomt, og for personer som ikke trener, kan sykdommen ha kommet langt før de merker at pusten eller kondisjonen er svekket.

Røyking er den vanligste årsaken til KOLS. Risikoen øker med økende tobakksforbruk og antall røyke år. Over 80 % av de som har KOLS røyker eller har røkt. Andre årsaker til KOLS kan være:

- luftforurensning i arbeidsmiljøet fra støv, røyk, gass og damp (yrkeskols)
- astma i barnealder
- hyppige luftveisinfeksjoner i ung alder kan bidra til at sykdommen utvikler seg
- arvelige faktorer spiller også inn og gir større eller mindre disposisjon for å utvikle sykdommen⁵⁴

Forskning viser tydelig at sigarettøyking er årsak til ca. 90 % av lungekrefttilfellene både blant menn og kvinner. Passiv røyking øker også risikoen for lungekreft. Asbest er den vanligste yrkesmessige risikofaktoren. Personer som både røyker og har vært utsatt for asbest, har en betydelig økt risiko for lungekreft. Andre stoffer som kan være kreftfremkallende er gasser (radon), forskjellige typer støv, kjemikalier og stråling.

Lungekreft er en av de vanligste kreftformene vi har. I 2011 fikk 2842 mennesker diagnosen, 1618 menn og 1224 kvinner. Det er om lag 10 % av samtlige krefttilfeller i Norge. Antallet tilfeller av lungekreft har aldri vært så høyt som det er i dag (se diagram 7.2). Framtidsutsiktene etter en lungekreftdiagnose har blitt bedre, men lungekreft er en meget alvorlig sykdom med relativt dårlig prognose når en ser alle pasientene samlet.⁵⁵

Viktige forebyggende tiltak er å slutte å røyke, unngå luftforurensing og sikre godt inn klima.

Hjerte og kar sykdommer

- Det er noe lavere forekomst av hjerte- og kar sykdommer i Flekkefjord enn landsgjennomsnittet. Det gjelder begge kjønn. Det er likevel nest største årsak til tidlig død.

De hyppigste hjerte- og karsykdommene er hjertekrampe (angina pectoris), hjerteinfarkt, hjertesvikt og hjerneslag. I 2016 var om lag 515 000 personer i alderen 0–74 år i kontakt med fastlege eller legevakt grunnet hjerte- og karsykdom. Antall brukere av legemidler for hjerte- og karsykdom har økt over tid. Befolkningsvekst, økt andel eldre og bedre overlevelse ved hjerte- og karsykdom er faktorer som har bidratt til denne økningen.

Risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer er blant annet vurdert av et utvalg i Verdens helseorganisasjon (WHO, 2011) som oppsummerte forskningsbasert kunnskap (WHO 2010, Ezzati, 2012). WHO's rapport ble fulgt opp av Helsedirektoratet i 2013. De viktigste risikofaktorene for hjerteinfarkt er (Helsedirektoratet, 2013):

- tobakksrøyking
- høyt kolesterol (kost med mye mettet fett og transfett, og høyt inntak av sukkerholdig drikke)
- høyt blodtrykk (stort saltinntak og lavt inntak av frukt og grønnsaker)
- fysisk inaktivitet

⁵⁴ <https://www.lhl.no/lunge/kols/>

⁵⁵ <https://www.lhl.no/lungesykdommer/lungekreft/>

- diabetes og overvekt
- høyt alkoholinntak

Når flere risikofaktorer opptrer samtidig, øker risikoen langt mer enn summen skulle tilsi.⁵⁶

Små endringer i kosthold og livsstil kan ha stor betydning over tid. Et kosthold med lite sukker, lite rødt kjøtt, og med hyppig inntak av fisk, hvitt kjøtt, frukt, grønnsaker, belgfrukter, nøtter og olivenolje, førte til lavere forekomst hjerte- og karsykdom i en studie (Estruch 2013).

8.0 Helsereelatert adferd

8.1 Deltakelse i fysisk aktivitet

De senere årene har fokus på fysisk aktivitet i skole og hverdag økt. På landsbasis oppfylder 1 av 3 (32%) voksne anbefalingene fra helsedirektoratet om fysisk aktivitet, dette er en økning med fire prosent fra 2008/2009. Kvinnene er mer aktive enn menn. 34 prosent av kvinner og 29 prosent av mennene oppfylder anbefalingene. Aktivitetsnivået er forholdsvis stabilt i voksen alder frem til 70 års alder der man ser et tydelig fall i aktivitetsnivået.⁵⁷ Man ser at det er betydelig forskjell i aktivitetsmønstre i ukedager og helger. Aktivitetsnivået er høyest på ukedagene. Sesong og værforhold påvirker også aktivitetsnivået. Det viser seg også å ha en klar sammenheng mellom deltakernes utdanning og fysisk aktivitetsnivå. Personer med høyere utdanning har dobbelt så store odds til å oppfylle anbefalingene sammenlignet med personer med lavest utdanning. Man ser at nærmiljøer som tilrettelegger steder der man kan være aktive har høyere grad av aktivitet.

Vi har ikke tall på kommunalt nivå med tanke på andel voksne som er fysisk aktive og som oppfylder anbefalingene fra helsedirektoratet. Anbefalingene for voksne og eldre er satt til 150 minutter med moderat fysisk aktivitet i uken, 75 minutter høy intensitet eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet. I tillegg er det anbefalinger om muskel styrkende aktiviteter minimum 2 ganger i uken. På landsbasis er det kun 3 av 10 voksne og eldre som lever opp til minimumsanbefalingene om fysisk aktivitet, og kun en av fem som utfører styrketrening i tråd med anbefalingene.

Aktivitetsnivået i befolkningen er lavt, og det er et tydelig sosialt skille der særlig utdanningsnivå slår inn. Stillesitting øker stadig, og mål om å redusere fysisk inaktivitet med 10% blir videreført fra nasjonalt hold frem mot 2025. I et langsiktig perspektiv er det satt et mål om 15% reduksjon innen 2030. Dette er i tråd med FNs bærekrafts mål.⁵⁸

Vi har dessverre ikke tilsvarende tall på kommunalt nivå for voksne, men når det gjelder ungdom viser tall fra Ung Data at ungdom i Flekkefjord ligger på landsgjennomsnittet når det kommer til trening og deltakelse i idrett på fritid.

Generelt er det god tilgang til turløyper og kortere turer i Flekkefjord. Det er også tilrettelagt med sentrumsnære treningsapparater ute i friluft.

I Flekkefjord kommune har vi et stort mangfold av lag og foreninger, som i ulik grad har fokus på fysisk aktivitet ut fra den enkeltes forutsetninger. Tall fra Norges idrettsforbund i 2018 viser at det er

⁵⁶ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/hjerte--og-karsykdommer-i-norge---f/>

⁵⁷ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/_attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf

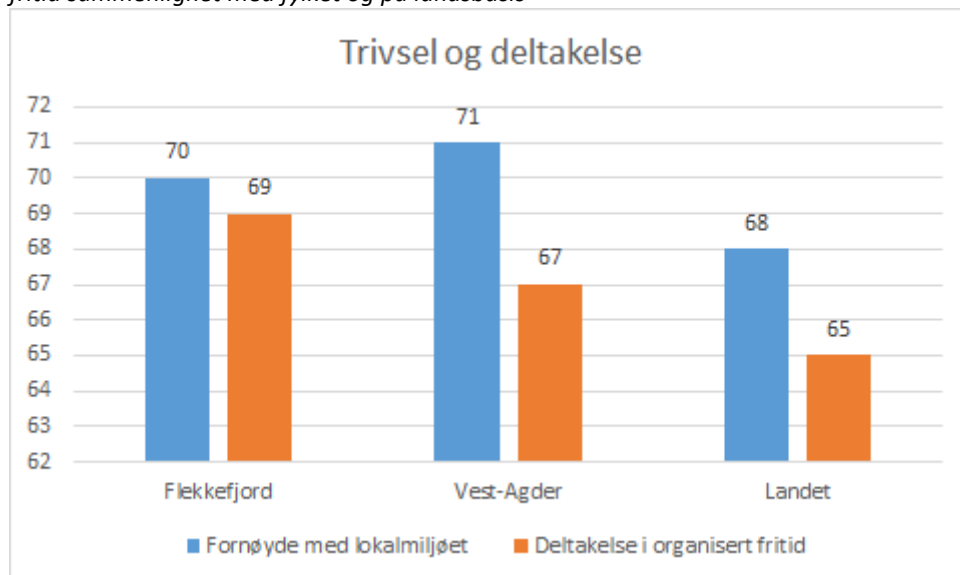
⁵⁸ <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>

23 registrerte idrettslag i Flekkefjord kommune. 34% av befolkningen er medlemmer i et idrettslag, mens 29% er aktive utøvere. De fem største idrettene målt etter antall medlemmer er fotball, turn, kajakk, svømming og håndball.

Det er også en del aktivitet som organiseres av interesseorganisasjoner og Frivilligsentralen i kommunen. Eksempler på aktiviteter er «Ut på tur» med LHL, Revmatikertrim, Ruslevenn og aktivitetsvenn gjennom Frivilligsentralen, Vollen-trim, Bakketrimmen, Trim-Bingo, 10 på topp turer, Barnas turlag og ulike løpegrupper i privat regi. Flekkefjord kommune har cirka 150 forskjellige frivillige lag og foreninger.

Tall fra Ung Data undersøkelsene⁵⁹ viser at ungdommer i Flekkefjord i stor grad er fornøyde med lokalmiljøet sitt, og de er noe mer fornøyde enn landsgjennomsnittet. Det har vært en stor økning i hvor fornøyde de er med kulturtilbudet (kino, konserter, bibliotek) fra 2016 (39%) til 2019 (79%), og dette har trolig sammenheng med det nye kultursenteret Spira.

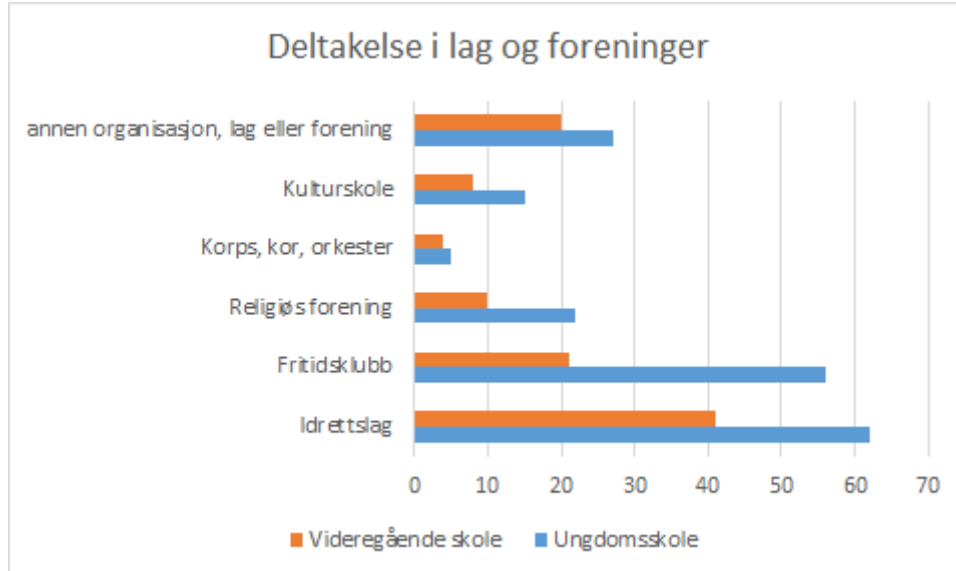
Diagram 8.1 viser andel ungdommer som er fornøyde med lokalmiljøet og hvor mange som deltar i organisert fritid sammenlignet med fylket og på landsbasis



⁵⁹ <http://www.ungdata.no/Organiserte-fritidsaktiviteter/Organisert-fritid?kommune=Flekkefjord>

Når det gjelder deltakelse i fritidsorganisasjoner har Flekkefjord noe høyere andel som deltar enn både fylket og landet. Dette viser i hovedsak at ungdommene er fornøyde med tilbudet i kommunen. Det er klart flest som deltar i idrettslag. En ser at færre elever på videregående enn på ungdomsskolen deltar i organisert fritid.

Diagram 8.2 viser fordeling av deltakelse i lag og foreninger blant ungdomsskole- og videregående elever.



Tall fra Ung data undersøkelsen i Flekkefjord (2019) viser at 69 % av ungdomsskoleelevene og 29% på VG1 elevene krysser av for at de er med i en eller annen form for organisasjon, lag eller forening. 22% av ungdomsskoleelevene krysser av for at de ikke er med nå, men har vært med tidligere. På VG1 svarer 37 % at de har vært med tidligere.

9% av elevene på ungdomsskolen svarer at de aldri har vært med noen organisasjon, klubb, lag eller forening. Tallene er de samme for VG1. Dette gir et bilde av at de aller fleste er i kontakt med organisasjonslivet på et eller annet tidspunkt i oppveksten. Tendensen er at når man begynner på videregående skole faller man fra den organiserte idretten og begynner på treningssentre.

I Flekkefjord har 64 % av elevene på ungdomsskolen og 50 % av elevene på videregående vært med på totalt fem eller flere aktiviteter i følgende fritidsorganisasjoner sist måned: Idrettslag, motorklubb, fritidshus/ ungdomshus, religiøs forening, korps, kor, orkester, kulturskole/musikkskole og annen organisasjon, lag eller forening. I Norge totalt sett er det 64 % på ungdomstrinnene, og 41 % på videregående, som svarer det samme.

Vaner med tanke på trening viser at 55% av ungdomsskole elevene trener i et idrettslag, 42% på VG1 svarer det samme. 60% av ungdommene på ungdomsskolen svarer at de trener på egenhånd (jogging, svømming, gå turer) og 54% av VG1 ungdommene. Tendensen med ungdom som trener i treningssentre øker med alderen; 40% på ungdomsskolen svarer at de trener slik og 43 % på VG1. Denne trenden vokser (fra 29% i 2016) og har økt mye særlig blant elever på ungdomsskolen.

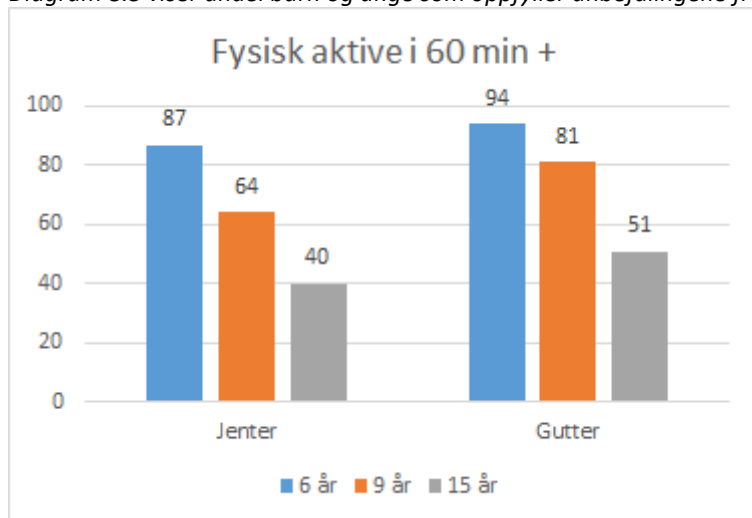
8.2 Fysisk aktivitet i skolen

Utover ordinær kroppsøving, er det lovpålagt med 2 timer fysisk aktivitet på mellomtrinnet (5.-7.klasse). Timene ledes hovedsakelig av assistent. I tillegg til lovpålagt aktivitet forsøker skolene i Flekkefjord å legge til rette for muligheter til aktivitet i friminutt på uteområdet. Skolene gjennomfører også tur-dager utendørs med fokus på tverrfaglige tema og aktivitet. Det er lagt opp til enkelte dager der det er fokus på aktivitet for eksempel sykkeløp, skidag og høst- og vårtur for hele skolen. På Sunde skole har de eget basseng, og alle elevene har svømming fra 1.-7.klasse.

Sunde, Hidra, Gyland og Sira skole bruker også programmet “Trivselsledere” – et opplegg som skal sikre gode aktiviteter i friminuttene. Elevene selv har ansvar for organisering og gjennomføring. Dette tilsvarer cirka 4x0,5timer i uken lagt til friminuttene.

Tall fra Helsedirektoratet⁶⁰ viser at andelen som oppfyller anbefalingene til mengde fysisk aktivitet blant barn og unge (60 minutter pr dag) på landsbasis synker med alderen. Guttene er noe mer aktive enn jentene. 87% av jenter på 6 år, og 94% av gutter på 6 år, oppfyller anbefalingene om aktivitet, mens i 15-års alderen er tilsvarende tall henholdsvis 40% og 51%.

Diagram 8.3 viser andel barn og unge som oppfyller anbefalingene fra Helsedirektoratet om fysisk aktivitet.

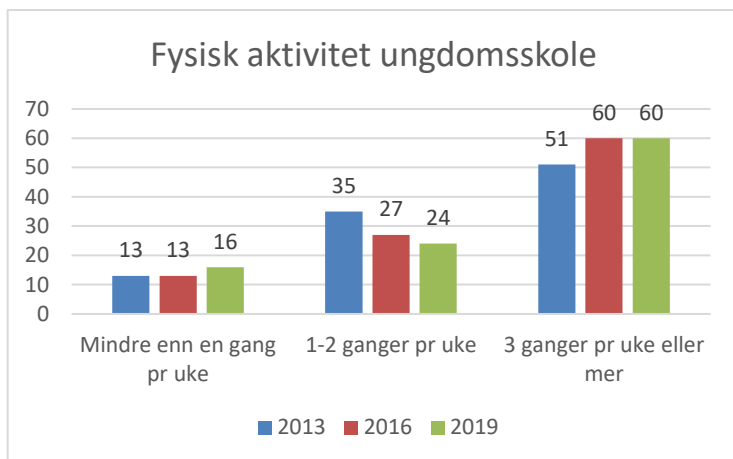


Vi har ikke tilsvarende tall kun for Flekkefjord blant de minste barna, men Ung Data undersøkelsen viser at 60% av ungdomsskole elevene i Flekkefjord er fysisk aktive slik at de blir svett og andpusten minst 3 ganger i uken. Tall for videregående elever er 52%. Aktiviteten er størst i ukedagene og er hovedsakelig knyttet til skole og organisert aktivitet på ettermiddager.

Andel ungdomsskoleelever som svarer at de er fysisk aktive mindre enn 1 gang i uken er 16% i 2019. Det er en økning fra 2013 og 2016 der tilsvarende tall var på 13%.

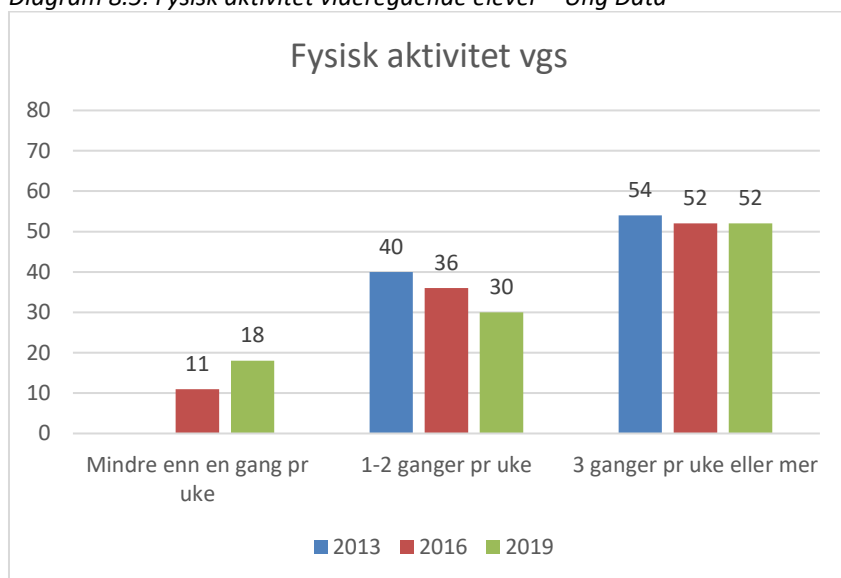
Diagram 8.4: Fysisk aktivitet ungdomsskole elever – Ung data

⁶⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>



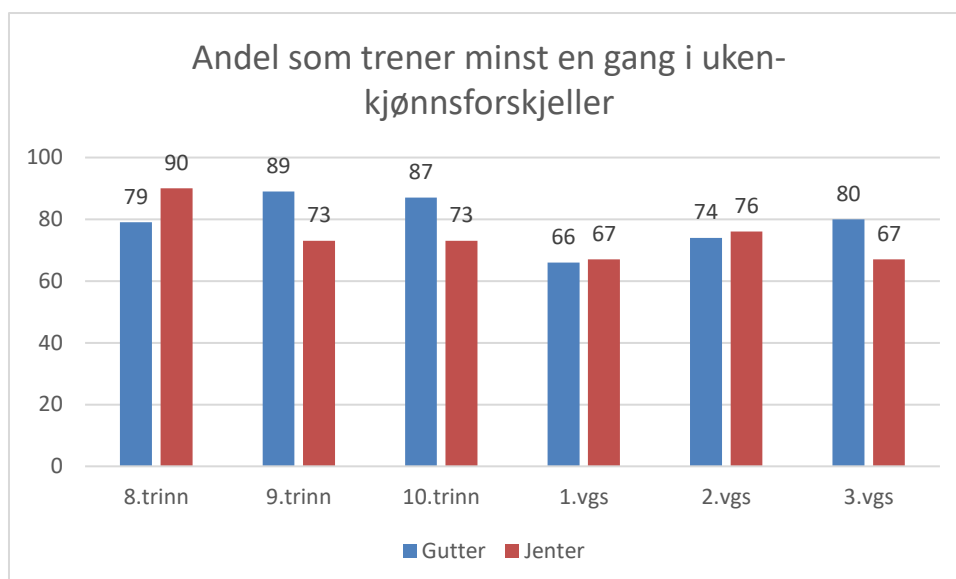
For elever på videregående skole er det 52% som svarer at de er fysisk aktive slik at de blir svett og andpusten minst tre ganger i uken. Også her er aktiviteten størst i ukedagene og er knyttet til skole eller organiserte fritidsaktiviteter. Videregående elevene som svarer at de er fysisk aktive mindre enn 1 gang i uken er 18% i 2019, mot 11% i 2016.

Diagram 8.5: Fysisk aktivitet videregående elever – Ung Data



Det er ikke store kjønnsforskjeller blant ungdommene når det gjelder aktivitet minst en gang i uken. Guttene er noe mer aktive enn jentene, bortsett fra på 8.trinn ungdomsskole. En ser også at andel som er aktiv går noe ned med alder.

Diagram 8.6: Andel som er fysisk aktive minst en gang i uken - kjønnsforskjeller



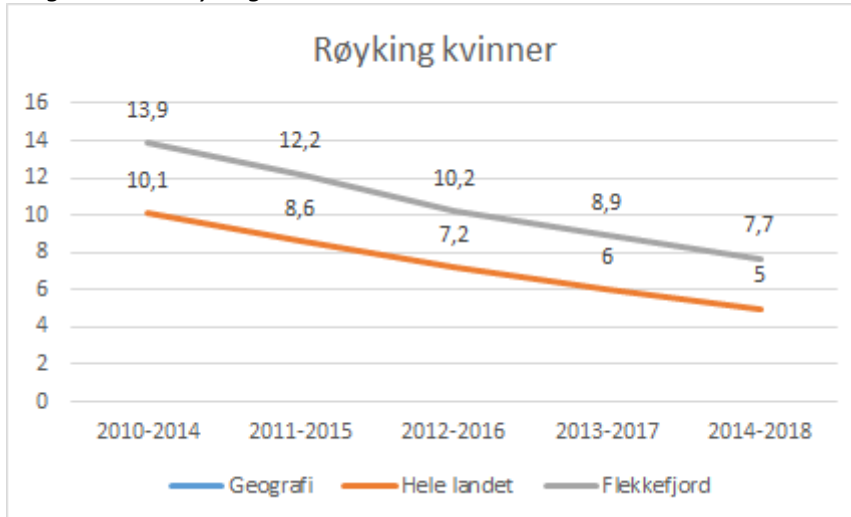
Vi har ikke data på hvor mange elever som går eller sykler til skolene i Flekkefjord. Begge sentrumsskolene (Søyland skole og Sunde Skole) ser en økt tendens i at barn blir kjørt til skolen. Dette kan ha en sammenheng med skoleveien - foreldre anser ikke skoleveien for å være trygg nok. Mange foreldre kjører også andre familiemedlemmer til for eksempel barnehage, og tar da med hele familien i bilen. Begge skolene har gitt uttrykk for at økt trafikk i forbindelse med kjøring til skolen er et problem, det skaper farlige trafikksituasjoner noe som igjen gjør skoleveiene mindre trygge. Sunde skole har i denne forbindelse laget en rundkjøring ved trappen på jernbanen (Hjertesone) – der de foreldrene som kjører barna kan slippe av/på, for å unngå de farlige situasjonene som oppstår ved skolen der barna ferdes.

8.3 Tobakk og alkoholbruk

8.3.1 Tobakk

Det finnes ikke gode tall på den totale befolkningens røykevaner. En bruker derfor tallene for røyking blant gravide for å gi informasjon om røyking generelt. Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Denne gradienten gjelder også for røyking i svangerskapet. Under ser vi andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder. Flekkefjord ligger over landet forøvrig.

Diagram 8.7: Røyking kvinner⁶⁶

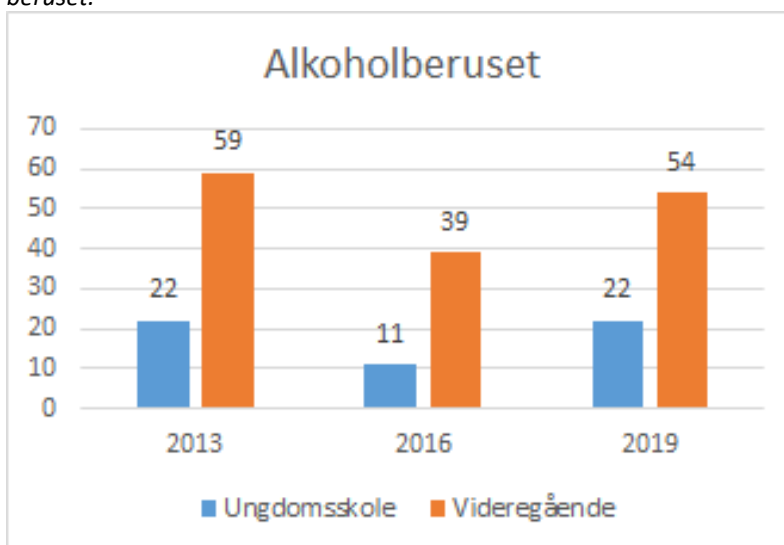


Trenden er at ungdommen bruker mindre tobakk nå enn tidligere. Selv om det har vært noe økning i bruk av snus, har tilbakegangen i røyking vært større. Totalt sett har det vært en stor nedgang i tobakksbruk siden tusenårsskiftet. Det er noe flere elever i Flekkefjord som røyker eller har forsøkt å røyke enn i landet for øvrig. Det er likevel overveiende mange ungdommer som aldri har røykt. Kun 2% av ungdommene både på ungdomsskolen og på videregående skole røyker daglig. 4% av ungdomsskoleelevene og 7% av elevene på videregående skole snuser daglig. Andelen som aldri har brukt snus er 91% blant ungdomsskoleelevene i Flekkefjord. Blant elevene på VG1 er andelen 83%. Det er flest gutter som bruker tobakk, både røyk og snus.

8.3.2 Alkohol

Tall fra Ung data undersøkelsene 2019 viser at Flekkefjord kommune ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder hvor mange ungdommer som har vært alkoholberuset. På landsbasis har 13% av ungdommene vært alkoholberuset, mens i Flekkefjord er tallet på 22% på ungdomsskolen. Det store flertallet har likevel ikke vært beruset på ungdomsskolen, men cirka en av fire har opplevd å føle seg beruset i denne alderen.

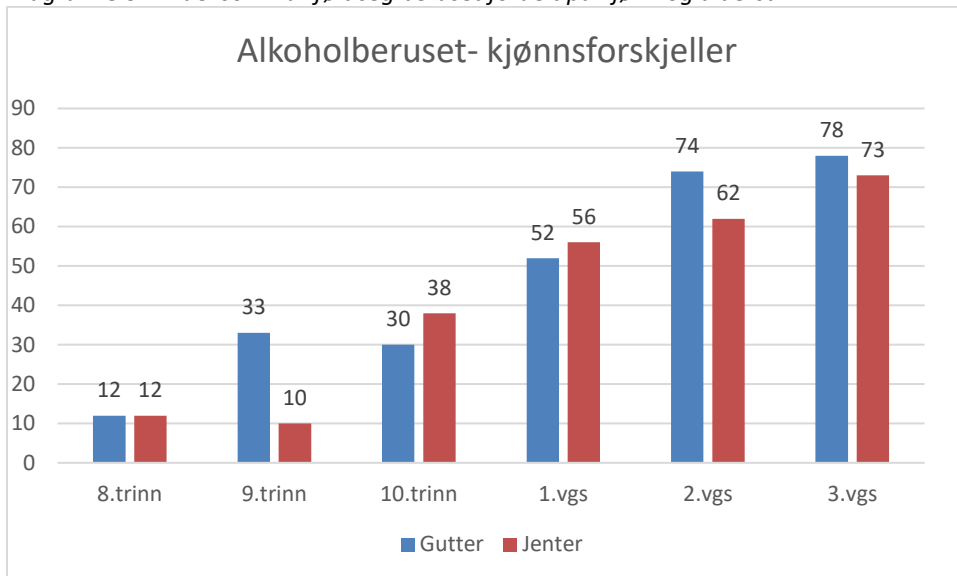
Diagram 8.8: Andel unge som har svart ja på spørsmål om de har drukket så mye alkohol at de har følt seg beruset.



Det er flere gutter enn jenter som har vært beruset på ungdomsskolen, og som diagram 8.8 viser, debuterer de også noe tidligere med alkohol. 38% av guttene på 10.trinn har følt seg beruset og 30%

av jentene. Ung Data viser at det er stor variasjon i når ungdommene begynner å drikke alkohol, og økningen er størst i slutten av tenårene. Totalt sett ser man likevel en utflating av alkoholbruk de senere årene og fra år 2010 har det vært en liten, jevn nedgang.⁶¹

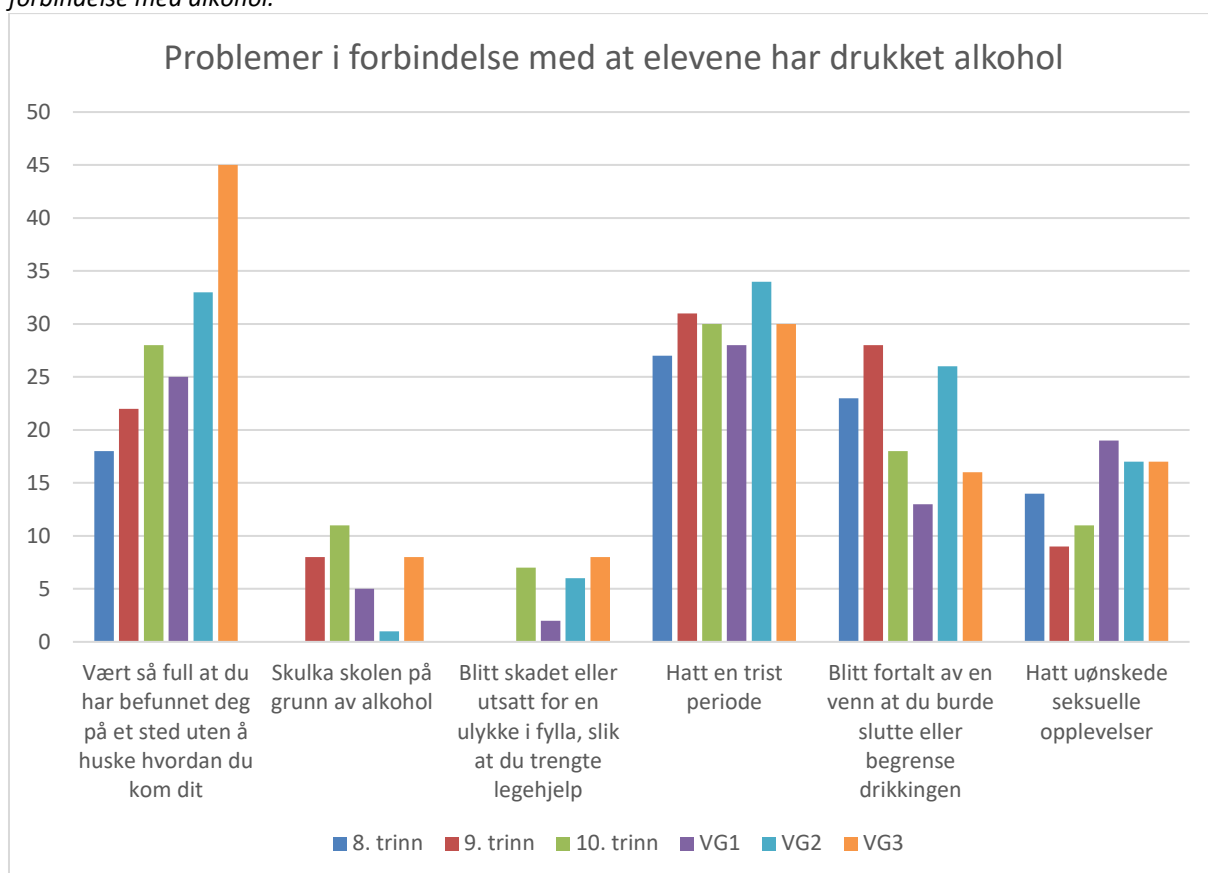
Diagram 8.9: Andel som har følt seg beruset fordelt på kjønn og alderstrinn.



Tallene tilsvarer at det i 2019 er 115 elever ved Flekkefjord ungdomsskole og 296 elever ved Flekkefjord videregående som sier de har drukket alkohol de siste 12 månedene. Elevene som har svart at de har vært beruset har også fått tilleggsspørsmål om de har opplevd problemer i forbindelse med alkohol. Tabell 8.10 viser resultatene på spørsmålet.

⁶¹ <http://www.ungdata.no/Rusmiddelbruk/Alkoholberuset?kommune=Flekkefjord>

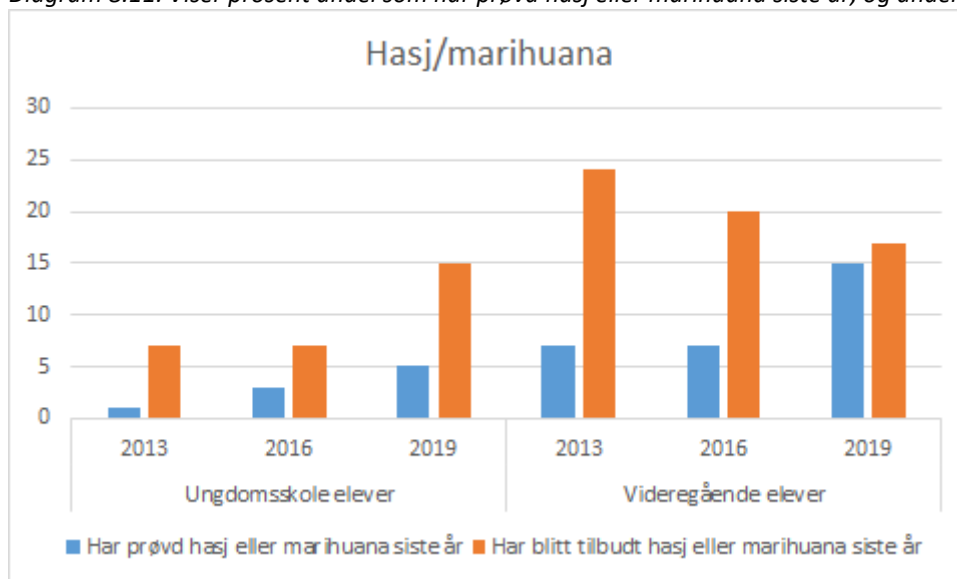
Diagram 8.10: Tall hentet fra Ung Data undersøkelsen på hvilke problemer ungdommene har opplevd i forbindelse med alkohol.



8.3.3 Hasj

Etter en økning blant tenåringer i bruk av hasj og marihuana på 1990 tallet, var det en markert nedgang frem til midten av det første tiåret etter tusenårsskiftet. Etter det har utviklingen vært mer stabil, men ser nå ut til å øke noe igjen. Ung data viser at relativt få elever på ungdomstrinnet har erfaring med hasj og marihuana, men det har vært en økning i omfang de siste årene. Bruk av hasj øker betydelig gjennom tenårene, og det er flere gutter enn jenter som har prøvd hasj. Det er en god del flere som har blitt tilbudt hasj enn som har prøvd det, og gutter blir tilbudt oftere enn jenter.

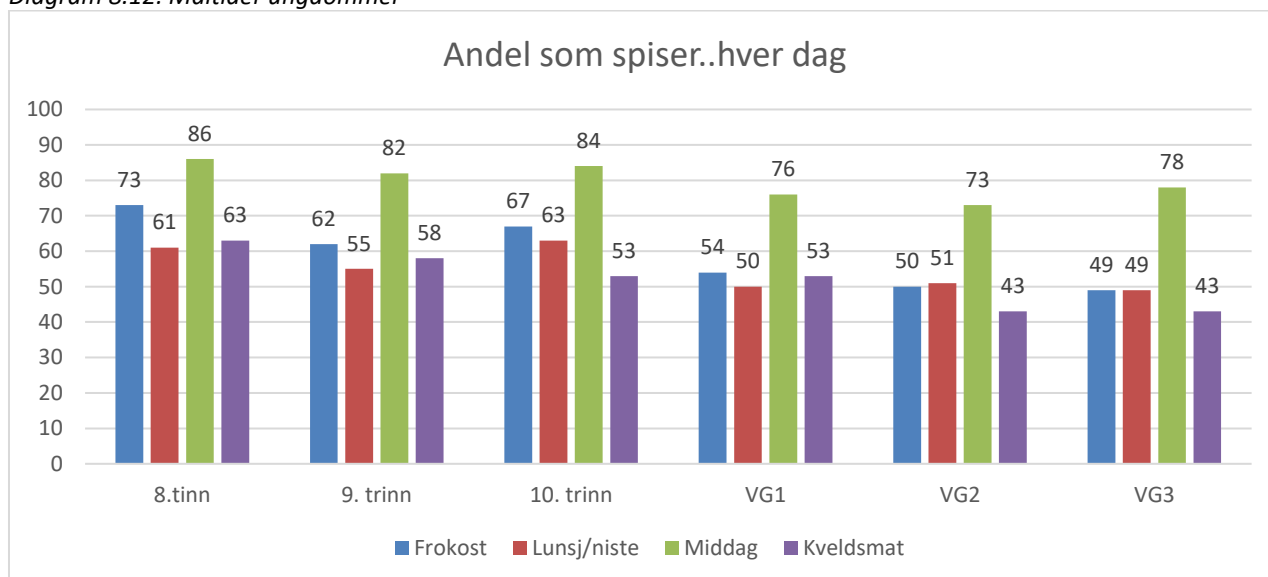
Diagram 8.11: Viser prosent andel som har prøvd hasj eller marihuana siste år, og andel som har blitt tilbudt.



8.4 Skolemat

I følge folkehelsemeldingen (2018-2019) viser tall fra Helsevaneundersøkelsen at kun 60% av ungdomsskoleelevene spiser frokost før de går på skolen. I ung data undersøkelsen i 2019 spurte vi ungdommene hvor ofte de spiste hhv frokost, lunsj, middag og kveldsmat.

Diagram 8.12: Måltider ungdommer



Resultatene viser at ca. 3 av 4 elever i 8 trinn spiser frokost hver dag. Dette går ned til ca. 1 av 2 på videregående trinn. Ca. 3 av 5 spiser lunsj på ungdomstrinnene, mens dette kun er 1 av 2 på videregående. Dette er ganske urovekkende tall med tanke på læring.

Flekkefjord videregående skole har i etterkant av ung data undersøkelsen fått en ordning med kjøkkenavdelingen på Tjørsvågheimen om at de leverer grøt, ca. 60 porsjoner hver morgen. Erfaringene så langt er meget gode.

Det er ikke tilbud om skolemat eller frukt på skolene i Flekkefjord kommune. Elevene har selv med matpakker. Det er muligheter til å kjøpe mat i kantine to dager i uken på Flekkefjord ungdomsskole. Her tilbys variert utvalg med fokus på sunne matvarer. På videregående skole er der kantine som er åpen hver dag, også her er fokus på å tilby sunne matvarer.

Hidra, Gyland og Sira har tilbud om måltider ved SFO. På Sunde og Søyland er det tilbud om frokost. På ettermiddag har elevene med matpakke.

Det blir hovedsakelig servert 3 måltid pr. dag i barnehagene: frokost, lunsj og et fruktmåltid. Av og til serveres det varm mat i noen av barnehagene. Barnehagene har fokus på kosthold, og det er sunn mat som serveres. I løpet av de siste ti årene har det skjedd en betydelig endring i forhold til mat og måltider i barnehager. Tidligere ble det gjerne servert saft til måltid, bursdager ble feiret med kake, og sukkerholdige pålegg var vanlig å se på bordet. Dette er mer eller mindre helt borte fra barnehagene. Barnehagene har egen HMS – rutine knyttet til matservering jf. mattilsynet sitt regelverk, og mattilsynet fører tilsyn i barnehagene.

8.5 Skjenkesteder

Flekkefjord kommune har følgende skjenkesteder:

- Grand hotell (sentrum)
- Maritim hotell (sentrum)
- Hestens bøn (sentrum)
- Kongshavn bryggerrestaurant (Hidra)
- Skipperhuset (Hidra)
- Kaffebørsen (sentrum)
- Pizza Inn (sentrum)
- Mat og Prat (Sira)
- Flekkefjord bytelt (sentrum)
- Peking restaurant (sentrum)
- Portofino restaurant (sentrum)
- Egenes Camping hovedbygg
- Austadviga Catering
- MS Høvding (Verven) fortøyd på Verven (sentrum)

8.6 Oppsummering, årsaksforhold og konsekvenser

Kosthold

- 75% av 8.trinn elever spiser frokost, mens kun 50% av ungdommer på videregående skole spiser frokost. 3 av 5 spiser lunsj på ungdomstrinnene, mens dette kun er 1 av 2 på videregående.

For å skape gode forutsetninger for god helse og et godt læringsmiljø er det viktig med sunn mat og faste måltid. Det er en sammenheng mellom det å spise frokost og gode matvaner ellers. Det er en tydelig trend at andelen som spiser frokost synker med alderen blant barn og unge.⁶²

Barn og unge trenger jevn tilførsel av mat og drikke av høy ernæringsmessig verdi for vekst og utvikling, aktivitet og for å holde konsentrasjonen oppe. De har et stort behov for næringsstoffer i forhold til sin egen vekt. Barn i barneskolealder trenger ofte 4-5 måltider per dag for å holde stabilt blodsukker og være i god form gjennom dagen. Elever trenger påfyll av næring for å kunne arbeide,

⁶² <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>

lære og yte. Er man sulten er det vanskeligere å konsentrere seg. Det er sammenheng mellom ernæring og skoleprestasjoner, konsentrasjon og uro i klasserommet.

Både måltidsmønster og kosthold blant barn og unge henger sammen med sosioøkonomisk status. Sjetteklassinger fra familier med høy sosioøkonomisk status rapporterte i undersøkelsen "Helsevaner blant skoleelever" fra 2012 at de hyppigere spiser frokost og sjeldnere spiser godteri enn elever fra familier med lav sosioøkonomisk status. Matpakke er også et norsk fenomen og andelen innvandrerbarn som har med mat på skolen er lavere enn blant etnisk norske.⁶³

Fysisk aktivitet

- På landsbasis fyller en av tre anbefalinger om fysisk aktivitet. Det er rimelig å anta at det samme gjelder Flekkefjord. Tall fra idrettskretsen viser at 34% av befolkningen i Flekkefjord er organisert i et idrettslag.
- Andelen som er fysisk aktive mindre enn en gang i uken har økt.

Å være fysisk aktiv gir en rekke helsegevinster blant annet forebygging av hjerte- og karsykdommer, tarm- og brystkreft, diabetes 2 og benskjørhet. Inaktivitet er en risikofaktor og fører til redusert helse. I et livsløpsperspektiv er det beregnet at en fysisk inaktiv person kan vinne drøyt åtte leveår med god helse ved å øke aktivitetsnivået fra inaktiv til aktiv. Hvis aktiviteten øker ytterligere vil gevinsten kunne dobles til 16 leveår med god helse.

2 av 3 fyller ikke anbefalingene om fysisk aktivitet. Andelen som er fysisk aktive har økt med cirka 4% siden 2008/2009. Likevel sitter vi mer stille enn noen gang. Aktiviteten vi legger ned i fritiden er ikke nok til å kompensere for lengre perioder med stillesitting. Lengre perioder med stillesitting har negative helseeffekter, selv for dem som ellers er mye i fysisk aktivitet. Endringer i arbeidslivet med mer stillesitting, bilkjøring, TV titting og bruk av data (nettbrett, telefoner, datamaskin, sosiale media) er blant de viktigste årsakene til økt stillesitting.⁶⁴

Inaktivitet kan regnes som en selvstendig risikofaktor på lik linje med høyt blodtrykk, røyking og en ugunstig kolesterolprofil. Det er gjort en beregning (basert på amerikanske studier) som viser at om vi tilpasser dette regnestykket til norske forhold, så dør 10.000 nordmenn av inaktivitet hvert år. På verdensbasis regnes inaktivitet som den 4. ledende dødsårsak. Inaktivitet øker med alderen og er mer vanlig i land med høy inntekt enn i land med lav inntekt.⁶⁵

Hverdagsaktiviteter som å gå/sykle til jobben, velge trapper fremfor heis og redusere stillesitting er viktige personlige valg. Flekkefjord kommune kan legge til rette for hverdags aktivitet gjennom god planlegging av boligområder, utbygging av gang- og sykkelstier, økt fysisk aktivitet i barnehager og skoler, samt utbygging og vedlikehold av friområder i nærheten av hvor folk bor.

Andelen ungdommer som oppgir at de er i fysisk aktivitet mindre enn en gang i uken er stigende. 16% av elevene på ungdomsskolen og 18% av VGS elever oppgir at de er lite fysisk aktive. Tilsvarende tall i 2016 var 13% på ungdomsskolen og 11% på VGS. Likevel er flertallet av ungdommene i fysisk aktivitet. 60% av ungdomsskole elever og 54% av VGS elever oppgir at det er fysisk aktive minst tre ganger i uken eller mer.

Deltakelse i fritidsaktiviteter, lag og foreninger

⁶³ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/mat-og-maltider-i-skolen/del-1-mat-og-maltider-i-barneskole-og-skolefritidsordning#det-bor-tilrettelegges-for-maltider-med-maksimalt-3-4-timers-mellomrom>

⁶⁴ <https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/fysisk-aktivitet-og-helse/inaktivitet-en-folkesykdom/>

⁶⁵ <https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/fysisk-aktivitet-og-helse/inaktivitet-en-folkesykdom/>

- Flekkefjord kommune har et rikt aktivitetstilbud og omgivelser som understøtter den enkeltes mulighet til å være fysisk aktiv. Bredden i organisert aktivitet er stor, da med unntak av enkelte av distriktene.
- Ungdommene i Flekkefjord er i større grad enn landsgjennomsnittet fornøyde med lokalmiljøet og deltakende i fritidsorganisasjoner.

Tobakk og hasj

- Flekkefjord har en høyere andel som røyker enn landet for øvrig.
- Det kan se ut som at hasj er økende blant ungdommer i Flekkefjord.

Det er en markert sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Av og til-røyking er derimot mest utbredt blant dem med lengre utdanning. Personer med kort utdanning starter tidligere å røyke, bruker mer skadelige tobakksprodukter, er utsatt for mer passiv røyking og slutter i mindre grad enn de med lengst utdanning (Lund, 2005). De sosiale forskjellene i røykevaner bidrar til sosiale helseforskjeller blant voksne. Spesielt gjelder det for sykdommer som lungekreft, kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) og hjerte- og karsykdommer.

Blant voksne innvandrere er det store kjønnsforskjeller i røykevaner. Det er svært få kvinner fra Pakistan, Sri Lanka og Vietnam som røyker (Kumar m. fl., 2008). Blant menn født i Tyrkia, Iran, Vietnam og Pakistan er andelen røykere stor, men andelen røykere blant menn fra Sri Lanka er lavere enn blant norskfødte menn. WHO har beregnet at halvparten av røykerne dør tidligere enn de ville gjort som ikke-røykere. Nær halvparten av storrøykerne er døde før 70-årsalderen. Tobakk er en risikofaktor for seks av de av åtte ledende dødsårsaker i verden i dag.⁶⁶

I 2013 og 2016 var det 7% av ungdommene på ungdomsskolen som hadde blitt tilbudt hasj, mens det i 2019 er 15%, altså mer enn dobbelt så mange som foregående år. Det er også en jevn økning i hvor mange som har forsøkt hasj, og tallene her stiger utover i tenårene (se diagram 9.7).

Helseskader og risiko ved bruk av hasj varierer fra person til person. Inntaksmåte, bruksmønster og individuelle forhold har betydning. Bruk av ulovlige rusmidler kan føre til frafall i skolen, lav tilknytning til arbeidslivet, vold, dårlige oppvekstmiljø.⁶⁷

En forskningsrapport viser at på landsbasis har det vært en økning i antall cannabis pasienter med 44% fra 2010-2018.⁶⁸ Gjennomsnittspasienten var 27 år gammel, og tre av fire var menn. Foreldrene til pasienten hadde noe lavere utdanning enn gjennomsnittet. Samme forskningsrapport konkluderer med at flere i pasientgruppen enn kontrollgruppen hadde psykiske lidelser og lav tilknytning til arbeidslivet.

Det foregår en debatt i ulike miljøer om bruken av hasj, men i Norge er ikke legalisering av hasj på dagsorden. Det har imidlertid blitt gjort en endring i lovverket ved at reaksjon på besittelse flyttes fra justis til helse, men det er fortsatt ulovlig å besitte hasj. Endringen kan være et uttrykk for at samfunnet tar farligheten på alvor ved at narkotikabruk ikke blir sett på som et adferds problem, men som et helseproblem. Det er enighet i fagmiljøer om at stort og hyppig forbruk er skadelig og får en rekke negative konsekvenser.⁶⁹

⁶⁶ <https://www.fhi.no/ml/royking/royk-og-snus---faktaark-med-statist/>

⁶⁷ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/#bruk-av-cannabis-blant-europeisk-ungdom>

⁶⁸ <https://www.fhi.no/nyheter/2018/stor-auke-i-talet-pa-cannabispasientar/>

⁶⁹ <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2018/04/Cannabis-og-ungdomshjernen-Fred-Rune-Rahm-KoRus-S%C3%B8r.pdf>

Forskning viser at ungdomshjernen er særlig utsatt ved bruk av rusmidler. Hjernen er i stor utvikling i tenårene og særlig fra 13-14 års alderen og utover. Det skal dannes nye nettverk i hjernen, og nettverk skal brytes ned. Rusmidler forstyrrer oppbyggingen, styrker nettverk vi ønsker skal svekkes, og river i stykker nettverk som enda er skjøre og under oppbygging.⁷⁰ Cannabis kan blant annet gi nedsatt korttidshukommelse, nedsatt dømmekraft, nedsatt motivasjon for læring, nedsatt/endret oppmerksomhet og psykiske lidelser (depresjon og angst). Cannabis i ungdomshjernen gjør at ungdommen kan bli til en annen person som voksen enn om hjernen ikke hadde blitt utsatt for rusmiddel i ungdomsårene.

Alkohol

- Ungdommene i Flekkefjord ligger 10% over landsgjennomsnittet når det kommer til andel som har følt seg beruset på alkohol.

I Norge har personer i aldersgruppen 15 år og oppover et gjennomsnittlig alkoholforbruk på cirka 7 liter i året. Menn drikker oftere og i gjennomsnitt dobbelt så mye som kvinner. Det er flere kvinner, og eldre, som drikker alkohol nå enn det var tidligere. Eldre personer drikker oftere, men mindre, enn yngre. Alkohol er årsak til betydelig flere helsemessige og sosiale samfunnsutfordringer enn narkotika.⁷¹

Hyppighet og årlig forbruk av alkohol er høyest i høyere sosioøkonomiske grupper, men risikofylt alkoholbruk forekommer sjeldnere i denne gruppen. Forekomst av alkoholutløste dødsfall er størst blant personer med lav sosial status.

De vanligste sykdommene og skadene i forbindelse med alkohol er:

- Kreft (lever, tykk- og endetarm, bryst og magesekk, munn, svelg og spiserør) ([WCRF, 2018](#)).
- Hjerte- og karsykdommer (særlig hjerneslag og høyt blodtrykk)
- Leversykdommer
- Vold og selvmords adferd

I Norge er det cirka 8% av menn og 3% av kvinner som misbruker alkohol. Personer med misbruk har oftere flere psykiske lidelser, særlig angst og depresjon i tillegg til svekket fysisk helse. De har også en økt risiko for tidlig død. (Roerecke, 2013; Rossow, 1997).

Ungdommer som kommer fra familier med lav sosial status drikker oftere og debuterer tidligere enn andre ungdommer. Ungdom drikker seg oftere beruset enn voksne gjør, og flere tenåringer er utsatt for skader og problemer i forbindelse med alkoholbruk (blant annet vold, selvskading og å bli seksuelt utnyttet). (Pape, 2007)⁷² I Flekkefjord har ungdommene et høyere forbruk av alkohol enn ungdommer i resten av landet, cirka 10% over snittet. Cirka en av fire ungdommer på ungdomsskolen oppgir at de har vært beruset det siste året. Det knytter seg ulike risikofaktorer til dette, diagram 9.7 viser noen av utfordringene ungdommene selv har rapportert ved bruk av alkohol.

Eldre drikker oftere enn yngre (FHI, 2018b). Med alderen øker også legemiddelbruken.

Kombinasjonsbruk av alkohol og legemiddel kan bidra til økt risiko for skader og ulykker (Rossow, 2017a). Andelen eldre i befolkninga øker, og dette kan bli en større folkehelseutfordring enn det er i dag.

⁷⁰ <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2018/04/Cannabis-og-ungdomshjernen-Fred-Rune-Rahm-KoRus-S%C3%B8r.pdf>

⁷¹ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/>

⁷² <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/>

9.0 Helsetilstand

9.1 Somatikk spesialisthelsetjeneste

Flekkefjord kommune ligger over landsgjennomsnittet i antall sykehusinnleggelser per 1000 innbyggere. Flekkefjord kommune har høyt forbruk av spesialisthelsetjenester, både døgntilrettelagt behandling og poliklinikk. Dette skyldes i hovedsak to forhold.

- Nærhet til sykehus
- Høy andel innbyggere over 67 år.

Det er betydelig flere personer over 45 år, da i hovedsak menn fra Flekkefjord som behandles for KOLS i spesialisthelsetjenesten, enn gjennomsnittet i Norge. De siste årene har også andelen kvinner økt.

Diagram 9.1: Antall personer behandlet for KOLS i spesialisthelsetjenesten per 1000 innbygger⁷³

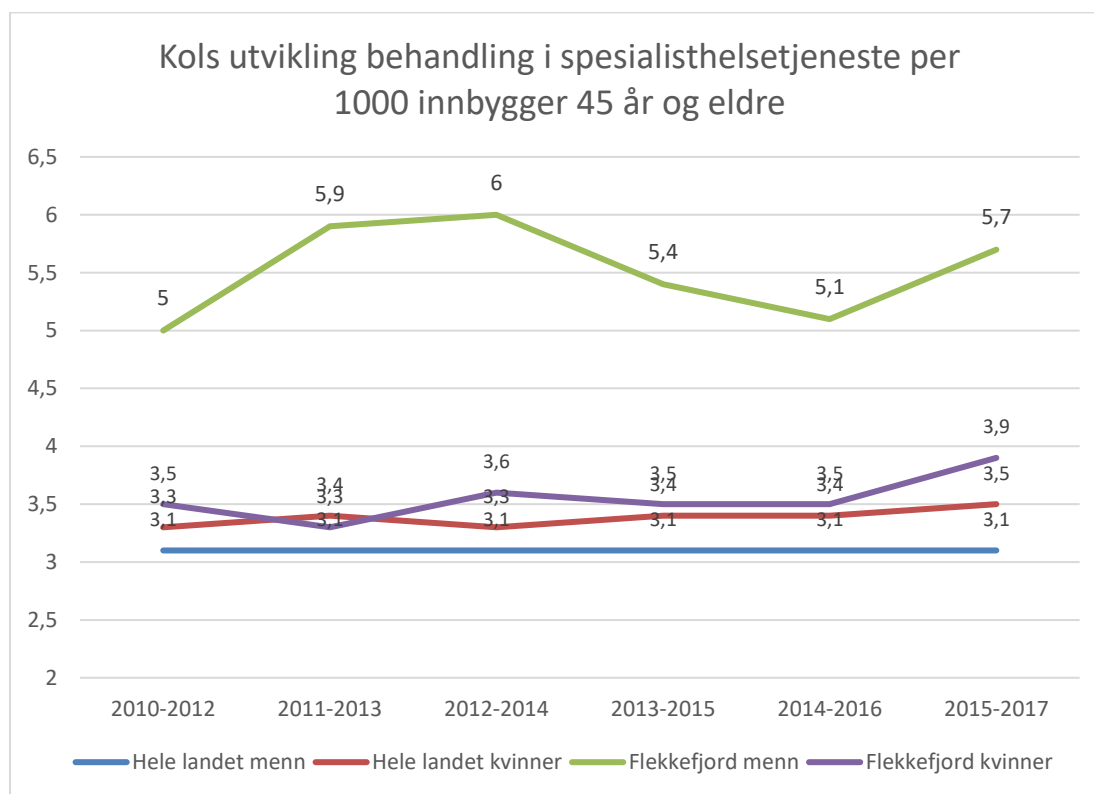
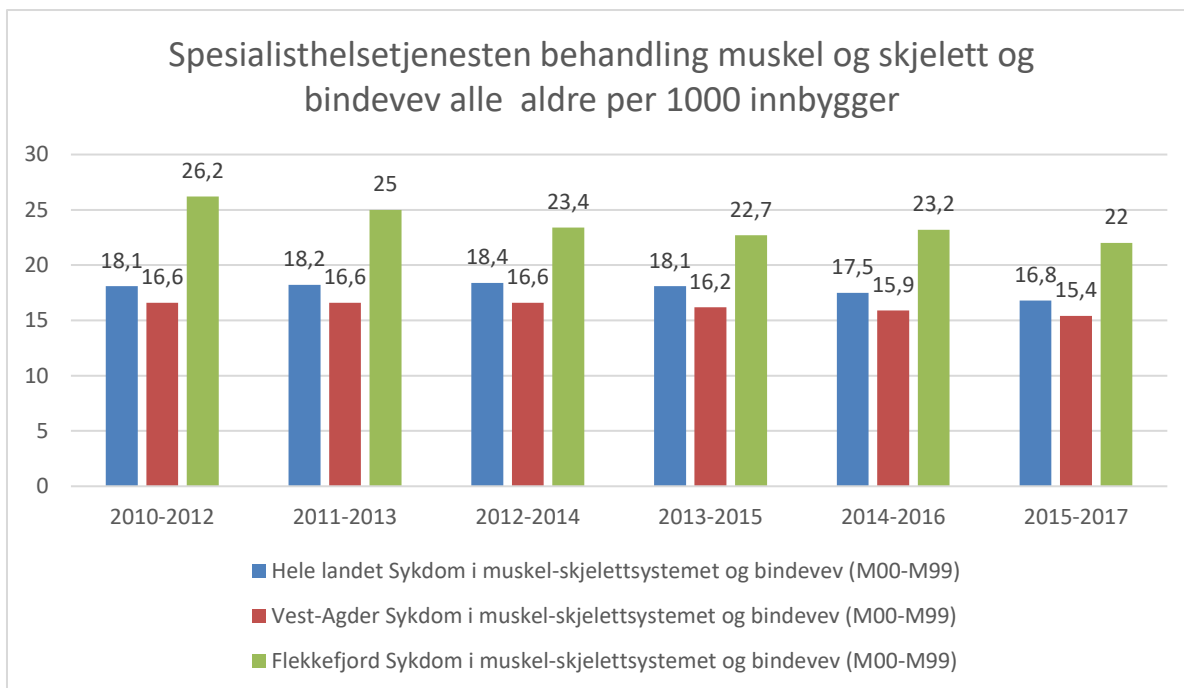


Diagram 9.2: Antall personer behandlet for muskel- og skjelett lidelser i spesialisthelsetjenesten per 1000 innbygger⁷⁴

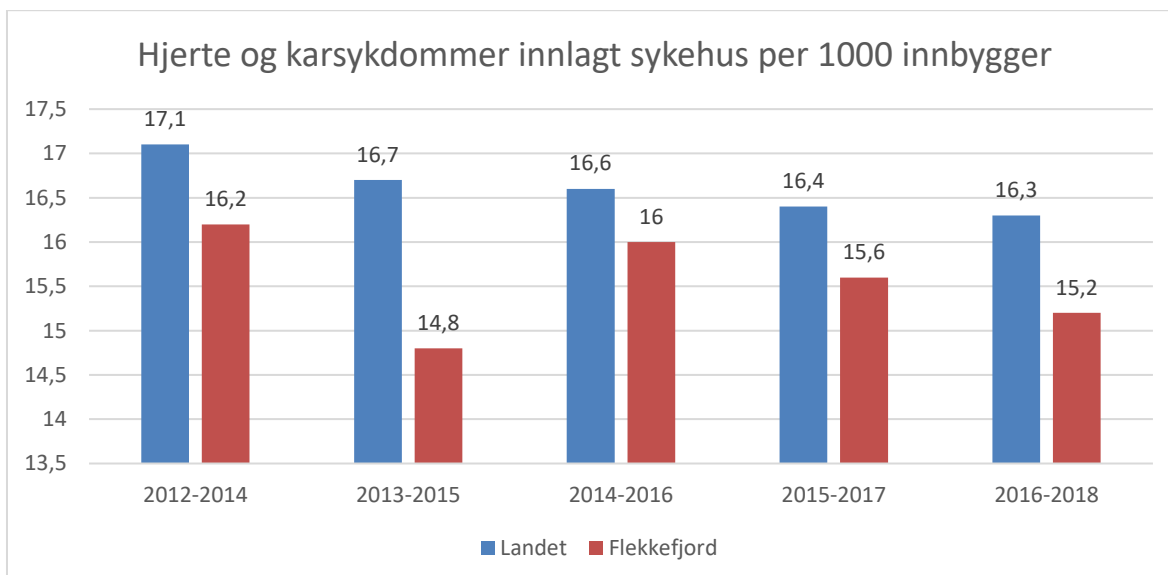
⁷³ <http://khs.fhi.no/webview/>

⁷⁴ <http://khs.fhi.no/webview/>



Som tall for sykefravær viste (kapitel 5) er andelen som får behandling for sykdommer i muskel og skjelett og bindevev betydelig høyere i Flekkefjord enn snittet for fylket og landet. Utviklingen over tid viser en liten nedgang. Det er litt flere kvinner enn menn, men forskjellen mellom kjønnene er ikke så store.

Diagram 9.3: Antall personer med hjerte kar sykdommer behandlet i spesialisthelsetjenesten per 1000 innbygger



Blant innbyggerne i Flekkefjord er det færre pasienter med hjerte og karsykdommer som behandles i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 9.1: Kreft nye tilfeller per 100 000 innbyggere

År		2004-2013	2005-2014	2006-2015	2007-2016	2008-2017	2009-2018
Hele landet	Tykk- og endetarmskreft (C18-20)	76,9	77,7	78,7	79,6	80,5	81,2

	Lungekreft (C33-34)	55,3	56,2	57,1	57,9	58,6	59,4
	Hudkreft (C43-44)	60,5	63,3	65,5	68,1	71,1	74,4
Flekk- fjord	Tykk- og endetarmskreft (C18-20)	55,1	52	58,3	63,7	60,7	68,9
	Lungekreft (C33-34)	56,5	61,8	65,2	68,5	66,2	70,6
	Hudkreft (C43-44)	71,2	76,4	85,3	95	96,4	100,8

Som tabellen ovenfor viser så er utviklingen av nye krefttilfeller innen tykk- og endetarmskreft lavere enn for landsgjennomsnittet, men tallene viser en rask økning.

For lungekreft og hudkreft ligger Flekkefjord betydelig over landsgjennomsnittet og utviklingen viser at antall nye krefttilfeller har økt betydelig i perioden.

9.2 Somatikk- primærhelsetjenesten

Flere av innbyggerne i Flekkefjord bruker legemidler mot KOLS og astma, sammenlignet med snittet for landet. Men til forskjell fra antall innleggelses i spesialisthelsetjenesten knyttet til behandling for kols er det blant kvinner det er størst andel som bruker legemidler mot KOLS og astma. Som diagram 10.5 under viser så har utviklingen i bruk blant kvinner i Flekkefjord vist en svak nedgang over tid, mens den for menn viser en svak oppgang.

Diagram 9.4: Legemiddelbrukere primærhelsetjenesten KOLS og astma

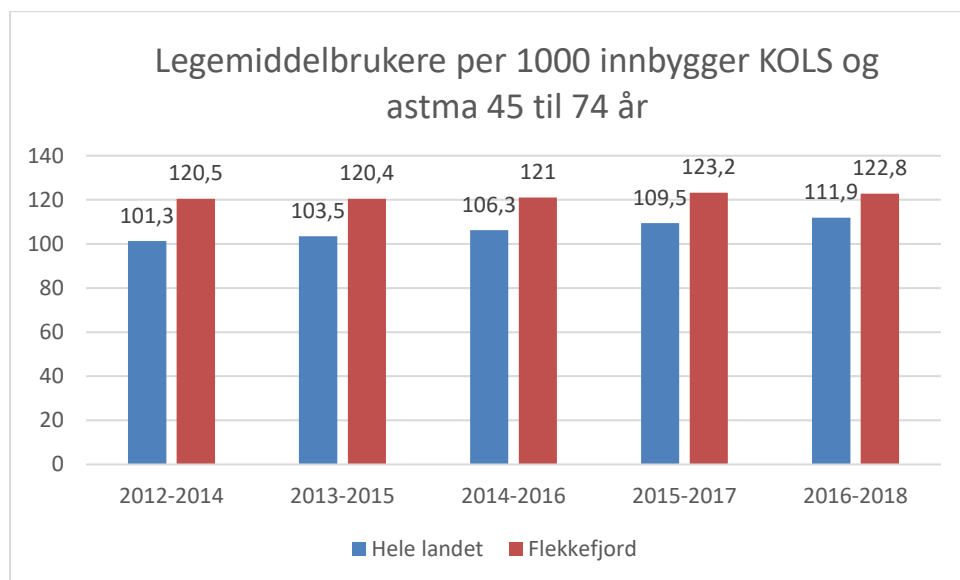


Diagram 9.5: Utvikling og forskjell kjønn brukere primærhelsetjenesten KOLS og astma

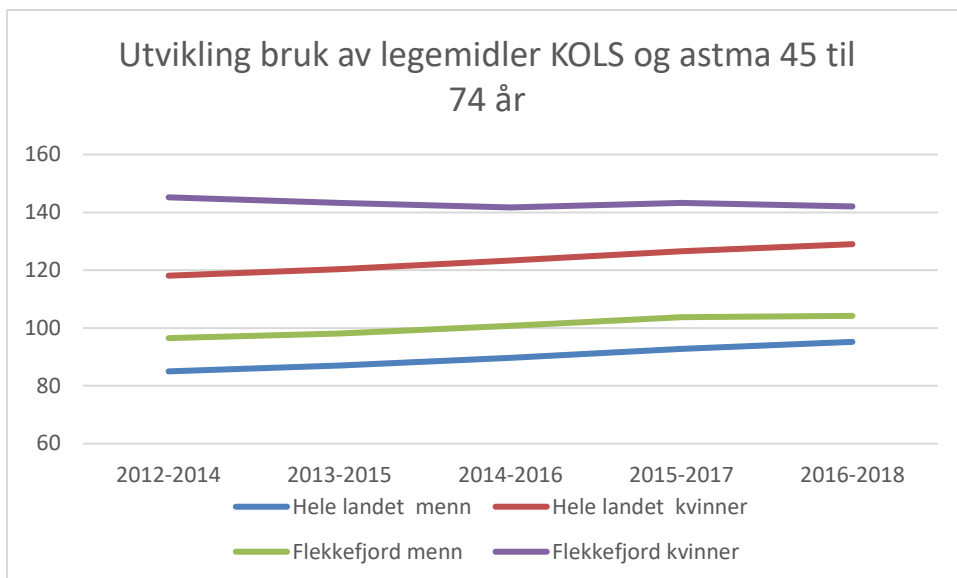
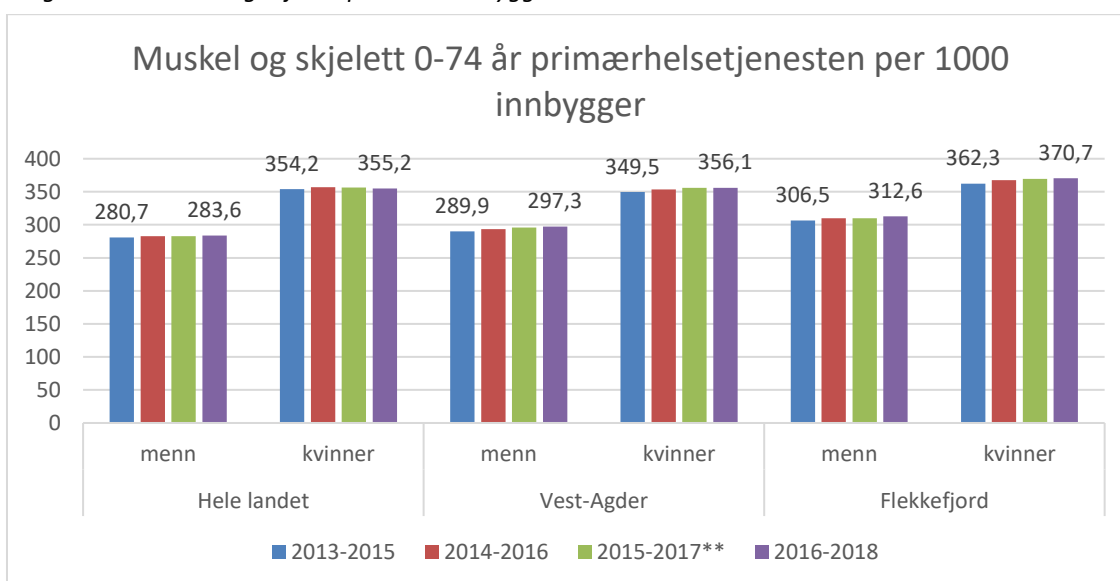
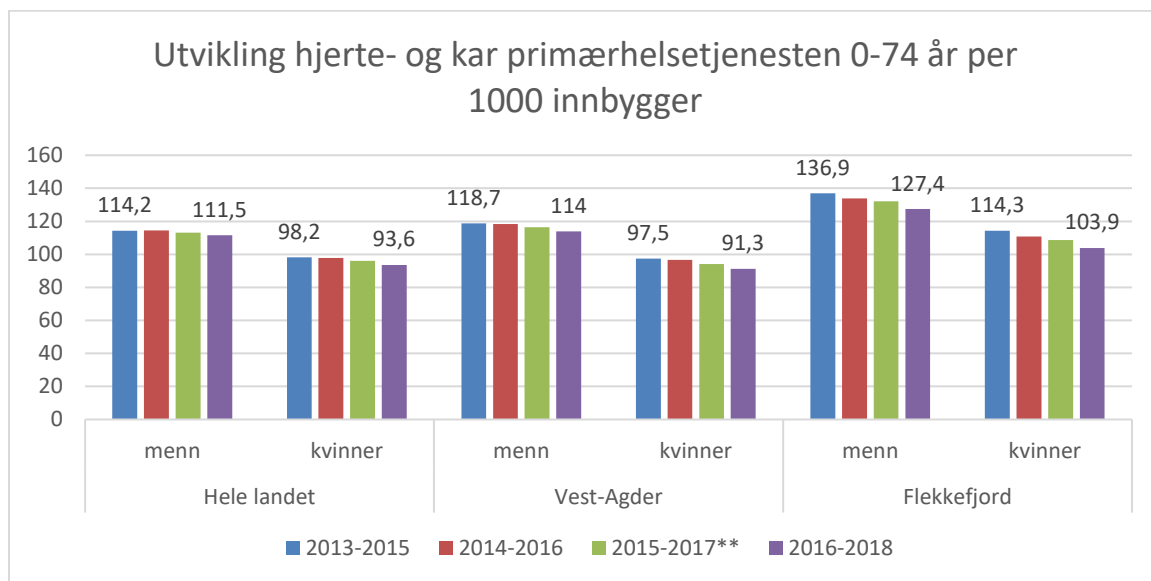


Diagram 9.6 Muskel og skjelett per 1000 innbygger



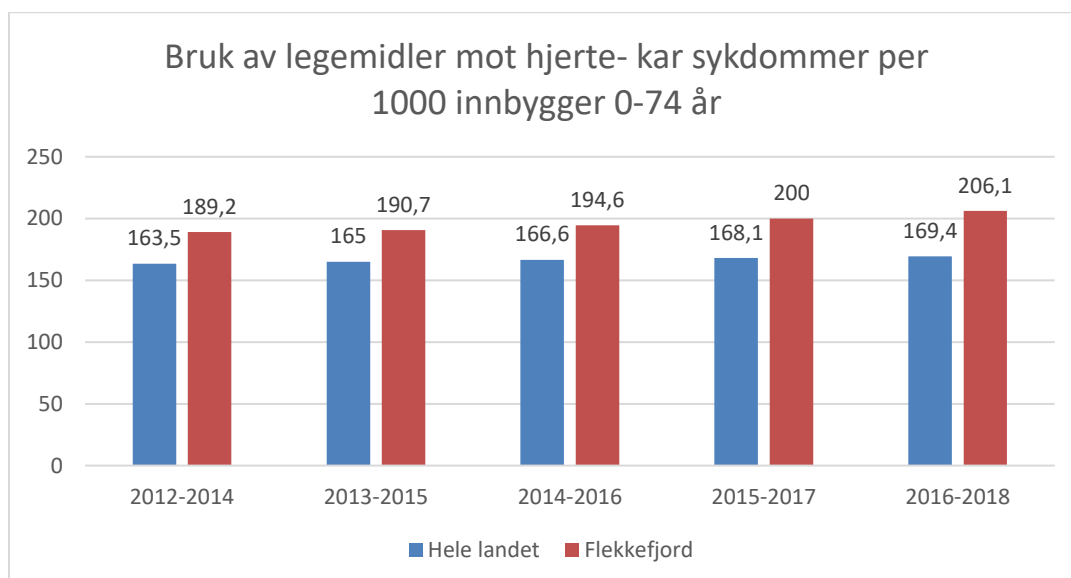
Det er flere innbyggere i Flekkefjord som får primærhelsetjenester som følge av en muskel- skjelett lidelser enn i landet for øvrig. Det er flere kvinner enn menn, og utviklingen over tid er ganske stabil.

Diagram 9.7 Brukere primærhelsetjenesten hjerte og kar per 1000 innbygger



Flekkefjord har en større andel som får oppfølging i primærhelsetjenesten blant personer med hjerte karlidelser, sammenlignet med snittet for Vest-Agder og Norge. Andelen er høyere blant menn enn kvinner. Utviklingen over tid har vært positiv. Dette er motsatt av tallene og for andel som får behandling i spesialisthelsetjenesten for hjerte og karsykdommer.

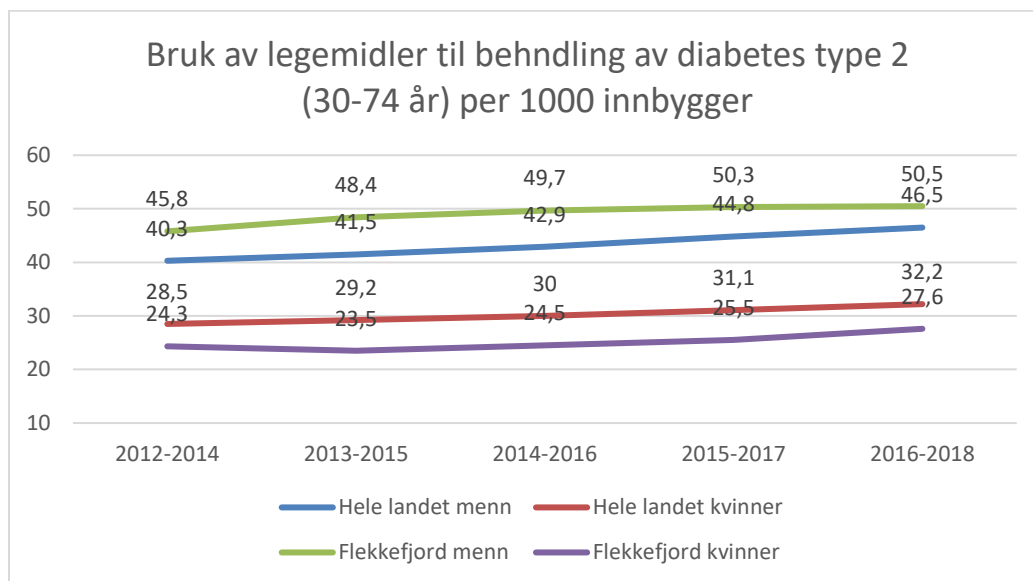
Diagram 9.8: Bruk av legemidler mot hjerte- og karsykdommer per 1000 innbygger⁷⁵



Også i bruk av legemidler mot hjerte- og kar sykdommer ser vi at Flekkefjord ligger høyere enn landet. Tendensen er svakt stigende.

⁷⁵ <http://khs.fhi.no/webview/>

Diagram 9.9: Brukere av legemidler til behandling av type 2 diabetes.



Det er flere menn enn kvinner som bruker legemidler mot diabetes type 2. Andelen er stigende både på landsbasis og i Flekkefjord. Mens kvinnene i Flekkefjord ligger under snittet for landet, ligger mennene over.

9.3 Bruk av legetjenester

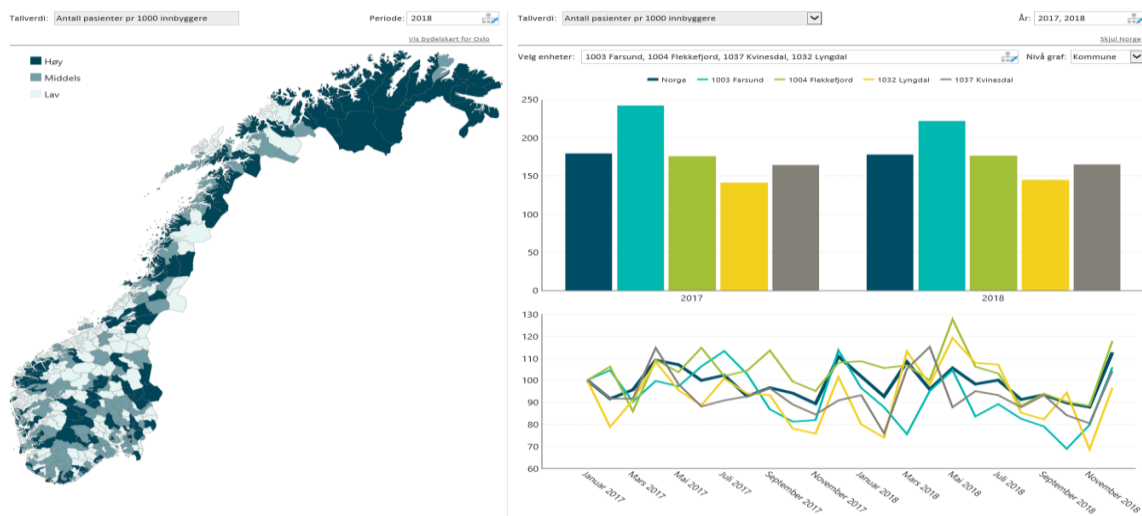
Bildet under viser innbyggerne i Flekkefjord sin bruk av fastlege per 1000 innbygger i hhv. 2017 og 2018. Vi ligger over snittet for landet og over nabokommunene i 2018. I 2018 var 75,3 % av befolkningen i Flekkefjord hos fastlegen. Andel konsultasjoner per innbygger blir da 6,23 i snitt, mot et snitt på 5,74 på landsbasis.

Bilde 9.1 Fastlege⁷⁶



⁷⁶ <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/072ab7b5-ca53-48a0-8f5f-e9a687a150f7?e=false&vo=viewonly>

Bilde 9.2 Legevakt ⁷⁷



Bildet ovenfor viser innbyggerne i Flekkefjord sin bruk av legevakt per 1000 innbygger i hhv. 2017 og 2018. Vi ligger ganske likt med landsgjennomsnittet. I 2018 var 17,6 % av befolkningen i Flekkefjord på legevakten. Andel konsultasjoner per innbygger var 0,43 i snitt, mot et snitt på 0,42 på landsbasis.

Tabellen nedenfor viser de 25 diagnosene som fastlegene i Flekkefjord brukte mest i 2018, oppgitt i antall pasienter per 1000 innbyggere.. Diagnosen A99 er en generell kode, det samme er A97 – ser vi de to kodene samlet er totalen for Flekkefjord 259 pasienter per 1000 innbygger, mens snittet for landet er 285. Vi skiller oss ut ved at innbyggerne i Flekkefjord i større grad har hjertesykdommer og muskel- skjelettlidelser.

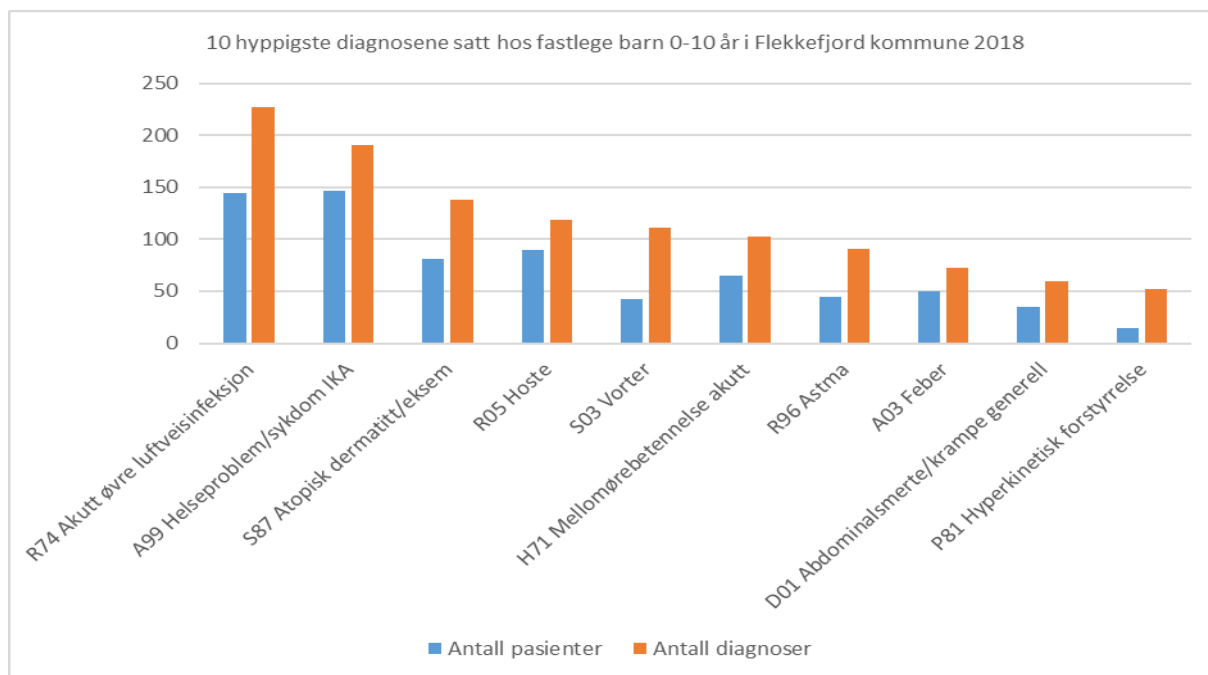
Tabell 9.2 topp 25 Diagnoser

ICPC-2 DIAGNOSEKODE	Antall pasienter per 1000 innbyggere 2018	
	Flekkefjord	Norge
A99 Helseproblem/sykdom IKA	226	111
R74 Akutt øvre luftveisinfeksjon	65	84
K86 Hypertensjon ukomplisert	54	68
K84 Hjertesykdom IKA	45	
U71 Cystitt/urinveisinfeksjon IKA	41	41
L84 Ryggsyndrom uten smerteutstråling	40	28
R05 Hoste	38	
L03 Korsrygg symptomer/plager	38	38
D01 Abdominalsmerte/krampe generell	37	41
T90 Diabetes type 2	32	31
A97 Administrativ kontakt/undersøkelse	32	174
P76 Depressiv lidelse	31	33
L15 Kne symptomer/plager	31	34
A04 Slapphet/tretthet	31	35

⁷⁷ <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/072ab7b5-ca53-48a0-8f5f-e9a687a150f7?e=false&vo=viewonly>

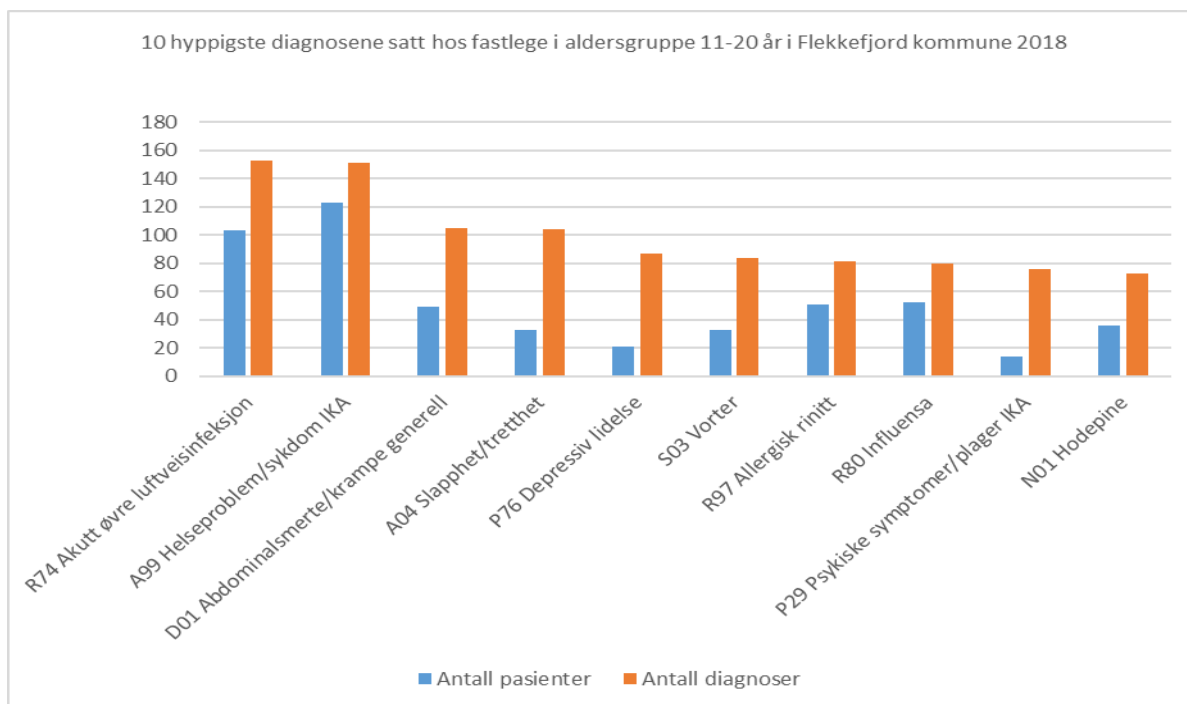
R80 Influensa	30	27
L87 Bursitt/tendinitt/synovitt IKA	30	26
L86 Ryggsyndrom med smerteutstråling	28	
P06 Søvnforstyrrelse	28	36
S79 Godartet/uspesifisert svulst hud IKA	28	
A981 Cytologi livmorhals screening	27	28
R81 Lungebetennelse	27	
L02 Rygg symptomer/plager	26	40
T93 Lipidstoffskifte forstyrrelse	26	
L92 Skuldersyndrom	25	
A98 Individforebyggende tiltak	25	52
L17 Fot/tå symptomer/plager	25	
L08 Skulder symptomer/plager	24	28
R78 Akutt bronkitt/bronkiolitt	24	

Diagram 9.10 Fordeling hyppigste diagnosekoder barn og unge 0-10 år satt hos fastlege i Flekkefjord



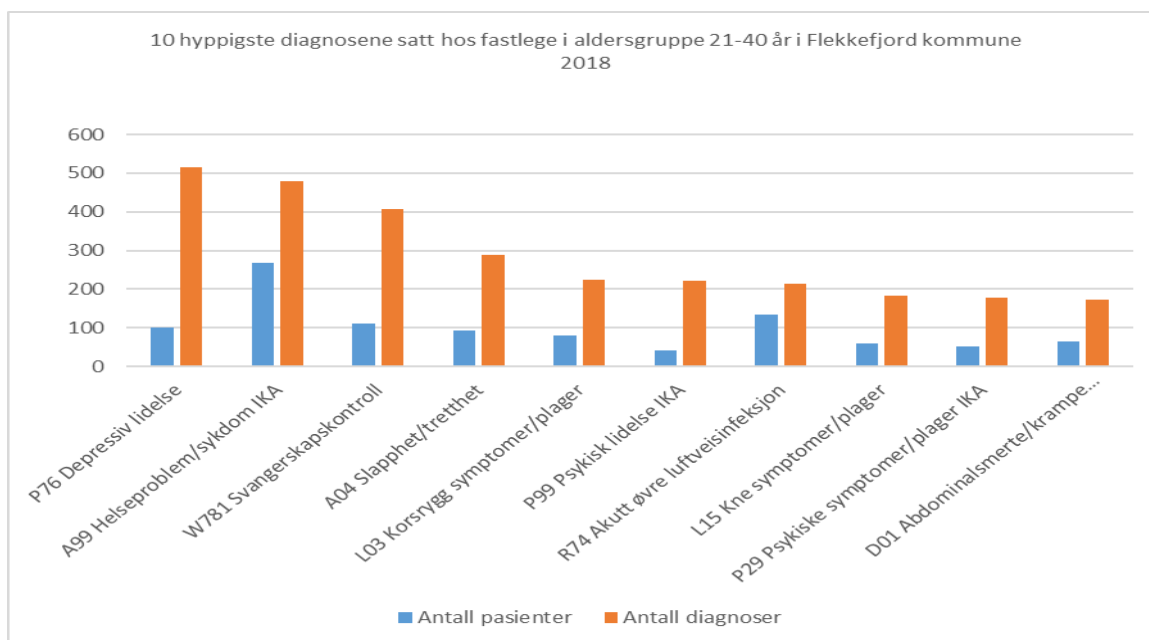
Akutt øvre luftveisinfeksjon er den hyppigste diagnosen benyttet av fastlegene i Flekkefjord i aldersgruppen 0-10 år i 2018.

Diagram 9.11 Fordeling hyppigste diagnosekoder barn og unge 11-20 år satt hos fastlege i Flekkefjord



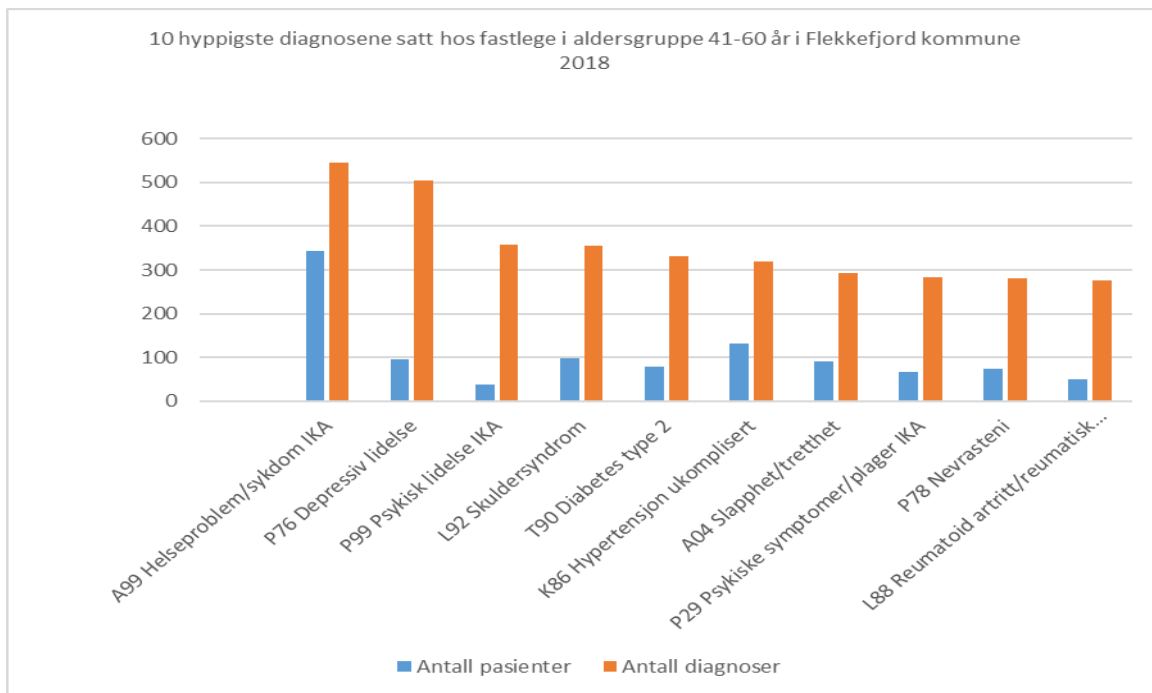
Akutt øvre luftveisinfeksjon og ikke-spesifisert helseproblem er de to hyppigste diagnosene benyttet av fastlegene i Flekkefjord i aldersgruppen 11-20 år i 2018. Både diagnosen depressiv lidelse og psykiske symptomer/plager er blant de 10 hyppigste diagnosene.

Diagram 9.12 Fordeling hyppigste diagnosekoder voksne 21-40 år satt hos fastlege i Flekkefjord



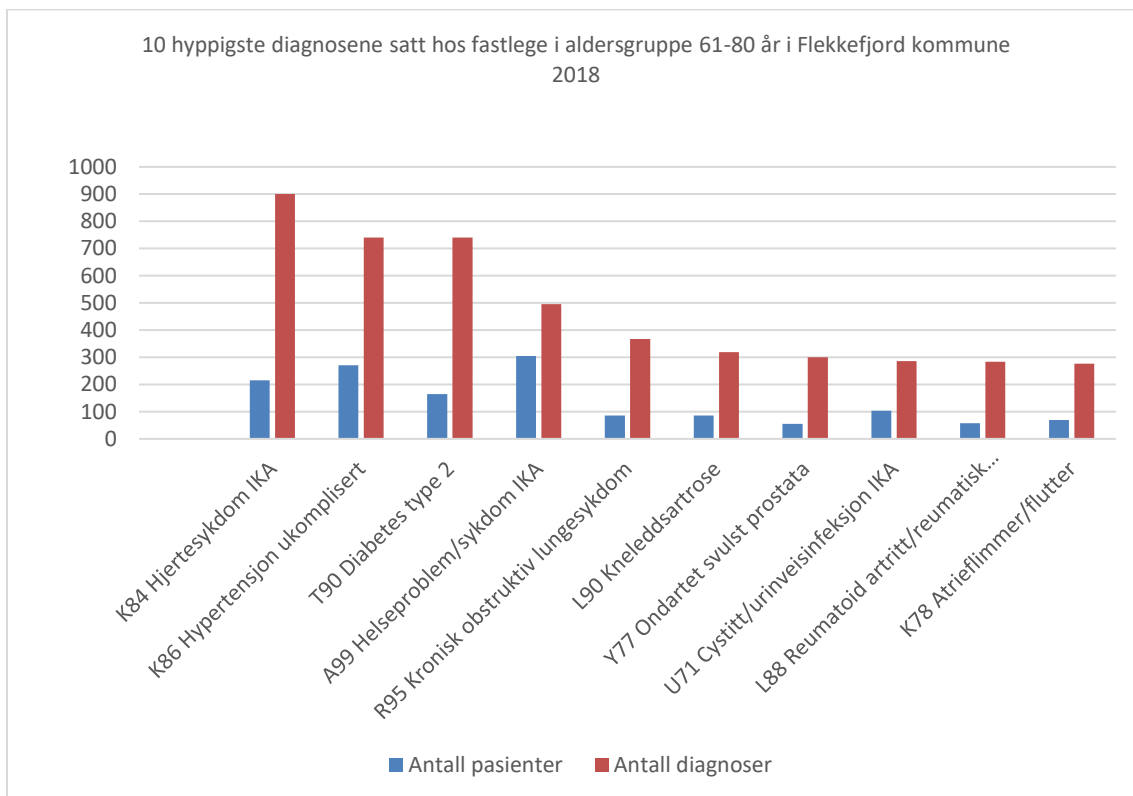
Depressiv lidelse er den hyppigste diagnosen benyttet av fastlegene i Flekkefjord i aldersgruppen 21-40 år i 2018.

Diagram 9.13 Fordeling hyppigste diagnosekoder voksne 41-60 år satt hos fastlege i Flekkefjord



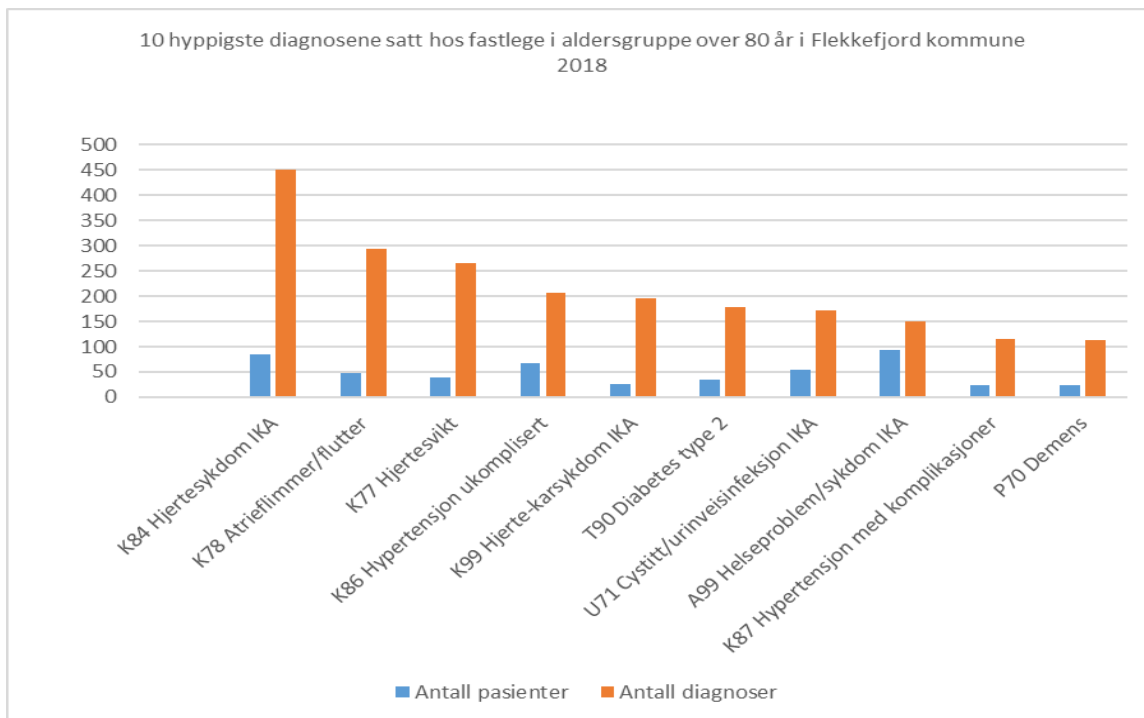
Ikke spesifisert helseproblem og depressiv lidelse er de to hyppigste diagnosene benyttet av fastlegene i Flekkefjord i aldersgruppen 41-60 år i 2018.

Diagram 9.14 Fordeling hyppigste diagnosekoder voksne 61-80 år satt hos fastlege i Flekkefjord



Hjertesykdom, ukomplisert hypertensjon og diabetes type 2 er de tre hyppigste diagnosene benyttet av fastlegene i Flekkefjord i aldersgruppen 61-80 år i 2018.

Diagram 9.15 Fordeling hyppigste diagnosekoder 80+ satt hos fastlege i Flekkefjord



Hjertesykdom er den hyppigste diagnosen benyttet av fastlegene i Flekkefjord i aldersgruppen over 80 år i 2018.

9.4 Overvekt

Overvekt betyr kroppsmasseindeks (KMI) mellom 25 og 30 kg/m². Fedme betyr KMI på 30 kg/m² eller over. Det er først og fremst fedme som er forbundet med økt helserisiko. Høy KMI medvirker til cirka 2400 årlige dødsfall i Norge og trolig mange tilfeller av hjerte- og karsykdommer, diabetes og andre kroniske sykdommer.

Ca. 1 av 4 menn og 1 av 5 kvinner i aldersgruppen 40-45 år har fedme. Andelen har økt de siste 40 - 50 åra. I tillegg kommer andelen med overvekt.

9.4.1 Overvekt barn og unge

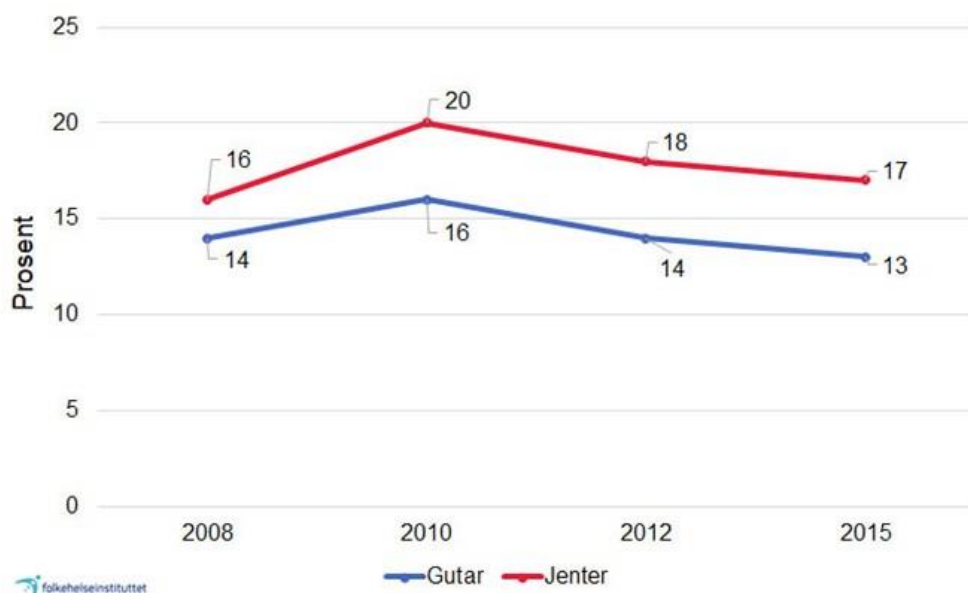
Overvekt og fedme har gjennom de siste 20-30 år utviklet seg til å bli en av vår tids største folkehelseutfordringer. Barn og unge er spesielt utsatte, og overvekt og fedme i barneårene kan ha alvorlige konsekvenser for barns helse og er en risikofaktor for sykkelighet i voksen alder (Barnevektstudien).

I følge folkehelseinstituttet og tall fra barnevektstudien⁷⁸ har mellom 15 og 20 prosent av barn overvekt eller fedme. Det har vært en stor økning frem mot 2000 tallet, men siste tallene tyder på at utviklingen har flatet ut de siste årene. Resultat fra helseundersøkelser viser at 14 % av jentene og 11 prosent av guttene i tredje klasse er overvektige, mens 3% av jentene og 2% av guttene har fedme. For ungdommer viser studier at 1 av 4 har overvekt eller fedme og tendensen er at andelen øker.

Diagram 9.16 Utvikling overvekt og fedme Barnevektstudien Folkehelseinstituttet⁷⁹

⁷⁸ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/#barn-og-overvekt>

⁷⁹ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/#barn-og-overvekt>



Andelen unge med overvekt har økt de siste 40 årene og fortsetter å øke. Det er en urovekkende utvikling. I følge tall fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Ung-HUNT 3) har ca. en av fire ungdommer overvekt eller fedme, 25 prosent av guttene og 20 prosent av jentene i ungdomsskolen er overvektige eller har fedme. 27 prosent av guttene og 25 prosent av jentene i videregående er overvektige eller har fedme.

Helsestasjonen i Flekkefjord veier og måler i 3. og 8.klasse. I 2015 viste lokale tall for overvekt blant barn i 3.klasse at cirka 10% var overvektige. I 8.klasse var det 24%. Flere i 8.klasse ønsker ikke å bli veid og målt.

I løpet av høsten 2019 ble det gjennomført nye målinger i Barnevekststudien. Målinger av 3.klassinger i Flekkefjord i 2019 viser at vi ligger en god del lavere enn landsgjennomsnittet på antall overvektige barn (7%), og litt over på antall barn med fedme (3,5%). Helsestasjonen har ikke tall fra 8.klasse fordi for få ønsker å bli veid og målt.

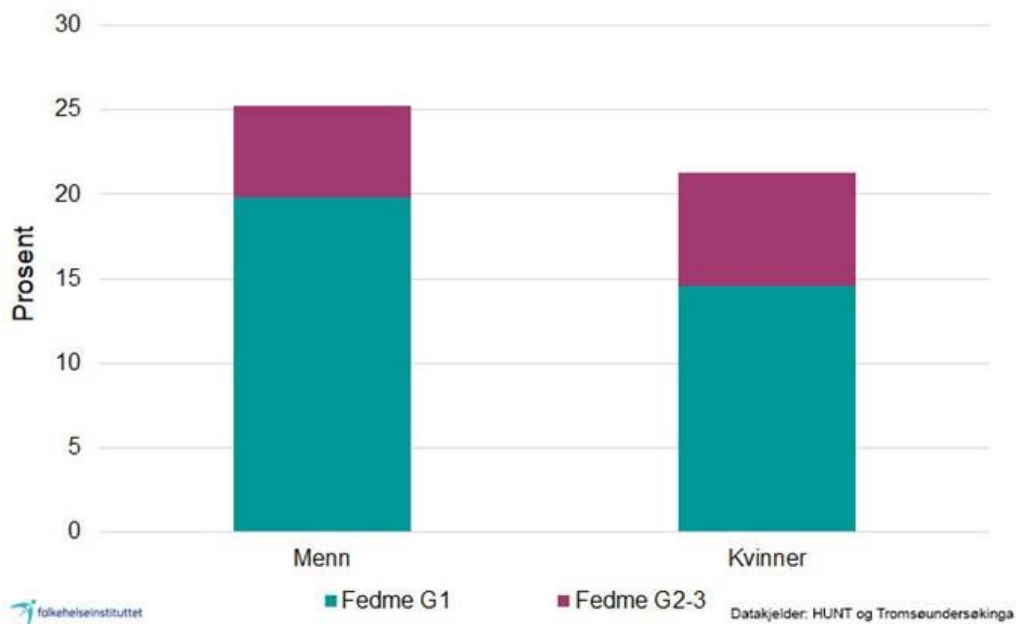
9.4.2 Overvekt voksne

Ifølge målinger av høyde og vekt har andelen med fedme økt fra under 10 prosent til 20 prosent blant voksne i 40-45-årsalderen i norske fylker de siste 25 årene (www.fhi.no).

I følge tall fra Tromsøundersøkelsen og Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag har de fleste voksne enten overvekt eller fedme, og at kun 25% av mennene og 40% av kvinnene er normalvektige. Ca. 25% av mennene og 21% av kvinnene i alderen 40-45 år har fedme. Det er totalt sett en større andel menn enn kvinner som har fedme, men prosentdelen med grad 2 eller grad 3 fedme ($KMI \geq 35$ og 40 kg/m^2) er høyere blant kvinner enn blant menn (6,7 prosent blant kvinner og 5,4 prosent blant menn).

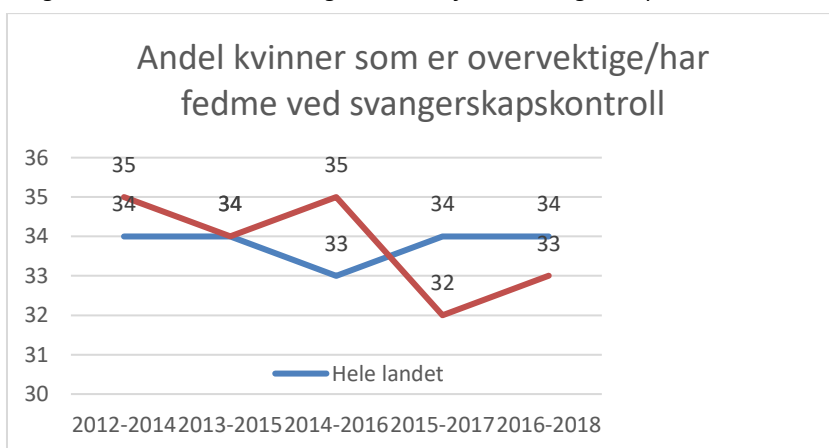
Diagram 9.17: Overvekt og fedme voksne⁸⁰

⁸⁰ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/#vaksne-og-overvekt>



Diagrammet under viser at ca. 1/3 av kvinnene er overvektige eller har fedme ved første svangerskapskontroll. Tallene varierer litt fra år til år. Flekkefjord skiller seg ikke betydelig fra landssnittet.

Diagram 9.18 Overvekt blant gravide ved første svangerskapskontroll⁸¹



Tabell 9.3: Andelen menn og kvinner som har overvekt eller fedme ved sesjon⁸²

⁸¹ <http://khs.fhi.no/webview/>

⁸² <http://khs.fhi.no/webview/>

År	overvekt inkl. fedme	2011-2014	2012-2015	2013-2016	2014-2017
Hele landet	kjønn samlet	21,4	22	22,5	22,7
	menn	23,6	24,1	24,5	24,4
	kvinner	19,1	19,9	20,4	21
Flekkefjord	kjønn samlet	21,6	21,2	21,9	20,7
	menn	19,8	18,8	19,7	21
	kvinner	23,2	23,7	24,4	20,3

Andel gutter og jenter med overvekt (dvs. KMI tilsvarende 25-29,9 kg/m²), fedme (dvs. KMI tilsvarende over eller lik 30 kg/m²) eller overvekt inkludert fedme (dvs. KMI tilsvarende over eller lik 25 kg/m²), i prosent av alle som oppga høyde og vekt i den nettbaserte sesjon 1 er lavere for Flekkefjord enn snittet for landet. Over 1 av 5 unge er overvektige eller har fedme ved sesjon.

9.3 Psykisk helse

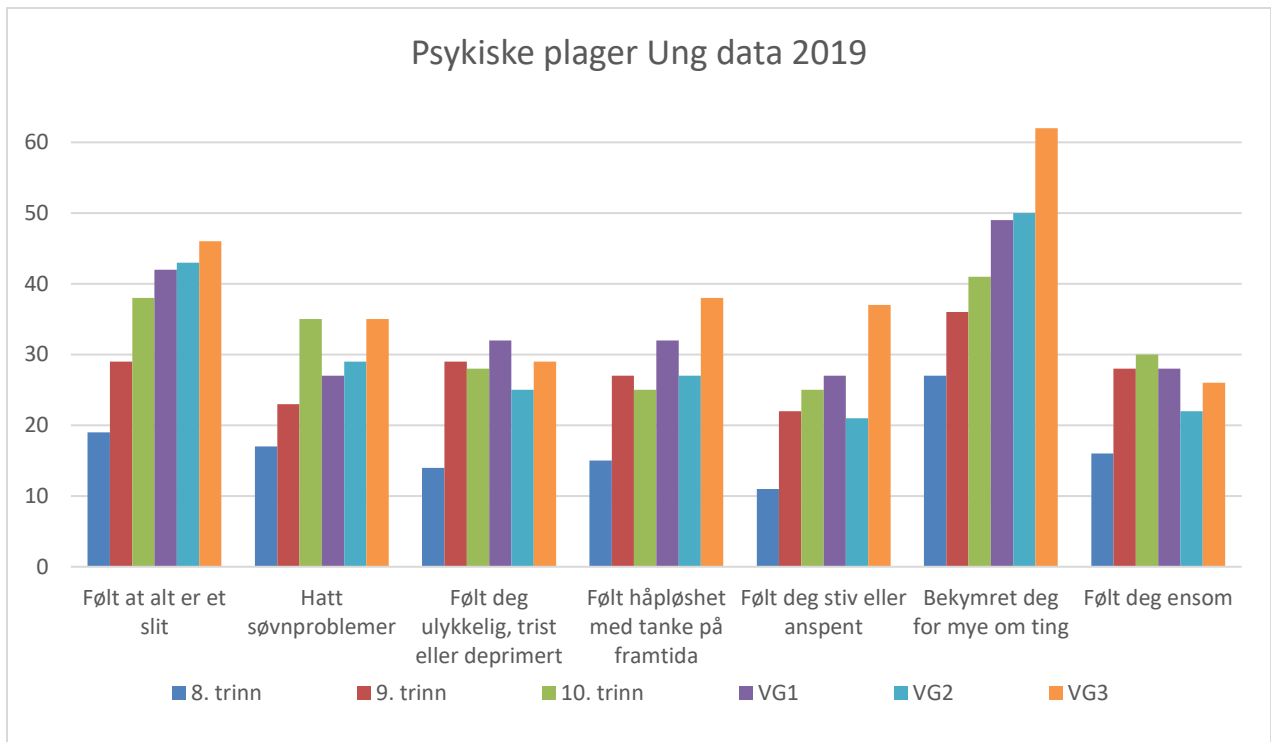
Psykiske plager og lidelser er en stor folkehelseutfordring. Nesten en fjerdedel av den voksne, norske befolkningen har en diagnostiserbare psykisk lidelse. Mellom en tredjedel og halvparten av befolkningen vil oppleve minst en periode med diagnostiserbar psykisk lidelse i løpet av livet.⁸³ For de aller fleste er plagene forbigående. Personer som har opplevd psykiske plager i ungdomsårene har større risiko for psykiske plager og lidelser senere i livet. I tillegg til at de har større risiko for frafall i videregående skole, rusproblemer og dårlig fysisk helse. (FHI 2014)

9.3.1 Psykisk helse unge

I følge folkehelsemeldingen 19 (2018-2019) viser befolkningsstudier i Norge at ca. 7 prosent av alle barn i førskole- og skolealder har en psykisk lidelse. Hvert år blir ca. 5 % av alle barn og unge i alderen 0-17 år behandlet i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Ungdata viser at det er flest jenter som rapporterer om psykiske plager i tenårene.

Diagram 9.19 Psykiske plager trinn 8 til VG3 Ung data 2019

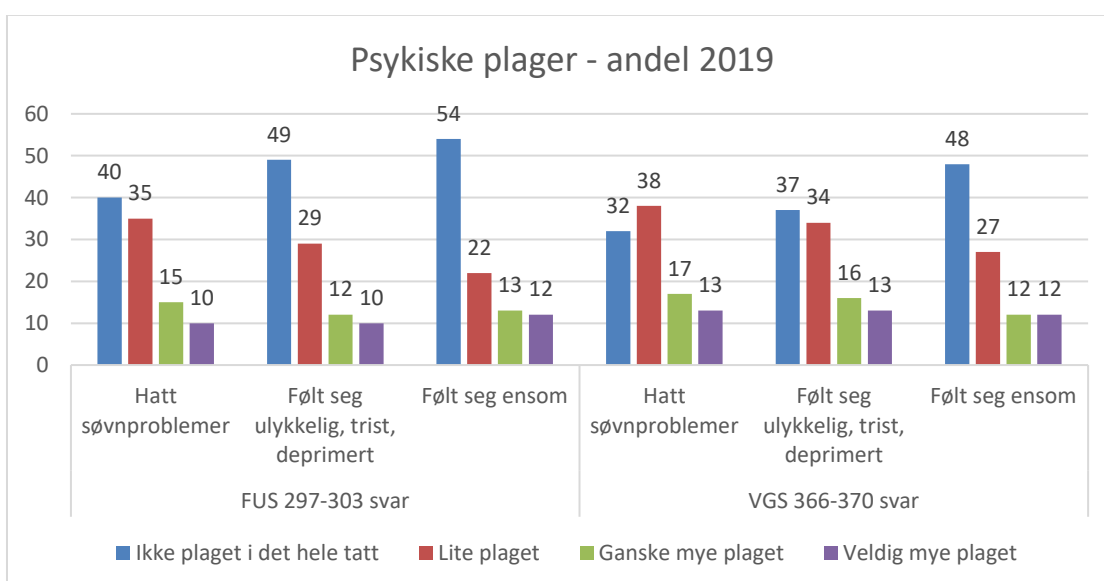
⁸³ St. meld nr 19 Folkehelsemeldingen s.13



Som diagrammet ovenfor viser øker de psykiske plagene med alder. Det er mange ungdommer som oppgir at alt er et slit og som bekymrer seg mye om ting. At mellom 17 og 35 prosent av ungdommene har søvn problemer er også bekymringsfullt.

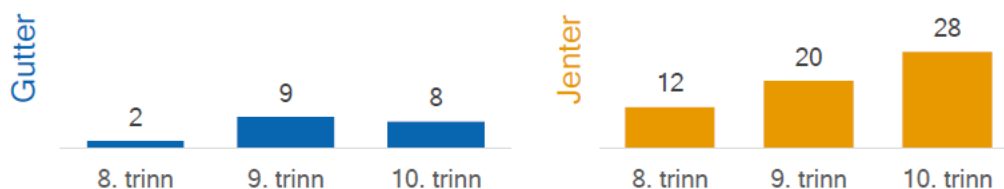
24 % av elevene på ungdomstrinnet og 28% av elevene på videregående trinn oppgir at de følger seg «ganske mye»/ «veldig mye» ensomme. Mens kun elever på VG1 var med i studien i 2013 og 2016 var også elevene på VG2 og VG3 med i studien i 2019. Samtidig oppgir 10% av ungdomsskole elevene at de ikke har noen fortrolige venner. 8% svarer at de blir mobbet. Tilsvarende svarer 12% av elevene på videregående skole at de ikke har minst en fortrolig venn, mens 3% svarer at de blir mobbet.

Diagram 9.20: Psykiske plager 2019



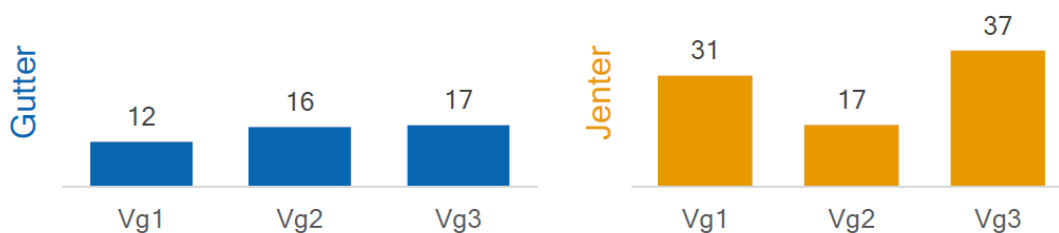
Bilde 9.3 Fordeling kjønn depressive symptomer 2019 Ungdomstrinnet

Prosentandel som er mye plaget av depressive symptomer Blant gutter og jenter på ulike klassetrinn



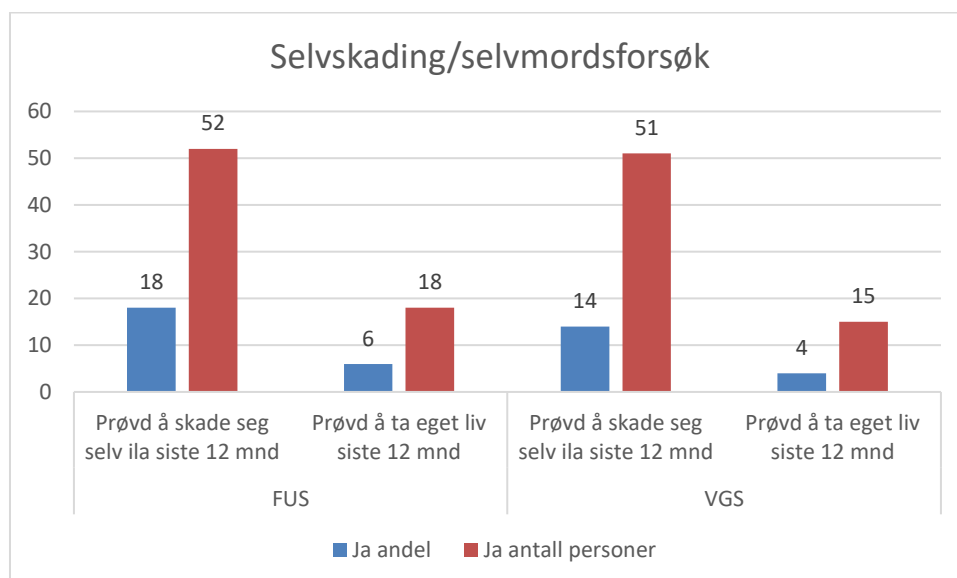
Bilde 9.4 Fordeling kjønn depressive symptomer 2019 VGS

Prosentandel som er mye plaget av depressive symptomer Blant gutter og jenter på ulike klassetrinn



Andelen som oppgir at de er plaget av depressive symptomer øker fra ungdomsskole til VGS. Andelen er betydelig høyere blant jentene.

Diagram 9.21 Andel som har prøvd å skade seg selv eller ta eget liv Ung data 2019



Det er 18 elever på ungdomsskolen og 14 elever på videregående trinn som oppgir at de har prøvd å skade seg selv. Blant elevene på ungdomstrinnet er det 6 som oppgir at de har prøvd å ta eget liv, mens tilsvarende antall er 4 på videregående trinn.

9.3.2 Psykisk helse voksne

Tabell 9.4: Primærhelsebrukere psykiske lidelser per 1000 innbygger, noen hoveddiagnoser 0-74 år

Primærhelsebrukere psykiske lidelser per 1000 innbygger 0-74 år								
		2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017**	2016-2018
hele landet	Psykiske symptomer og lidelser	135,8	138,5	141,6	145,5	149,3	151,9	154
	Psykiske symptomer	86	88,6	91,9	96,3	100,7	103,2	104,8
	Angst og depresjon	48,8	50,2	52,1	55	58,1	59,5	60
	Psykiske lidelser	70,2	70,9	71,7	72,4	72,9	73,3	74,1
	Affektive og depressive lidelser	38,4	38,3	38,2	38,2	38	38	38,1
	Angstlidelser	18,5	19,1	19,7	20	20,2	20	20,4
Flekkefjord	Psykiske symptomer og lidelser	145,8	153,9	158,5	157	148,8	146,2	146,9
	Psykiske symptomer	72	76,8	79,6	81,2	78,7	79,8	80,6
	Angst og depresjon	38,6	40,1	42,2	43,8	45,3	46,5	47,5
	Psykiske lidelser	90,6	94,8	98,4	95,7	89,7	87,3	88,4
	Affektive og depressive lidelser	25,1	25,8	26,8	27,7	27,6	30,7	33,5
	Angstlidelser	9,2	9,8	10,6	10,7	10,7	11,5	13,3

Som tabellen ovenfor viser er det færre som oppsøker fastlege eller legevakt for psykiske symptomer og lidelser i Flekkefjord enn landsgjennomsnittet. I perioden 2016-2018 var det i gjennomsnitt 147 personer mellom 0 og 74 år per 1000 innbyggere som søkte hjelp for sin psykiske helse.

Tabell 9.5: Primærhelsebrukere psykiske lidelser per 1000 innbygger, noen hoveddiagnoser 15-29 år

Primærhelsebrukere psykiske lidelser per 1000 innbygger 15-29 år								
		2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017**	2016-2018
hele landet	Psykiske symptomer og lidelser	133,3	137,2	141,6	146,3	152,3	158,7	165,9
	Psykiske symptomer	78,8	81,1	84,2	88,5	94	98,7	103,1
	Angst og depresjon	48,8	50,3	52,2	55,7	60,4	63,7	66,1
	Psykiske lidelser	76,7	79,2	81,8	83,9	86,3	89,5	93,5
	Affektive og depressive lidelser	35,7	36,6	37,5	38,1	38,8	40,4	42,3
	Angstlidelser	19,5	20,4	21,4	22,1	23	23,8	25,4
Flekkefjord	Psykiske symptomer og lidelser	135,1	143,3	148,3	152,5	150,2	154,2	158,2
	Psykiske symptomer	58,2	61,8	63,7	70,1	75,7	82,8	83,7
	Angst og depresjon	34,4	36,3	38,7	43,4	48,6	51,3	50,7
	Psykiske lidelser	94,1	98,6	103,3	103,9	97,4	99,6	104,5
	Affektive og depressive lidelser	23,1	23,1	25,4	30,3	32,3	41,3	46,7
	Angstlidelser	9,1	11,2	12,6	12,5	11,1	11,6	16,8

Blant unge er også andelen som oppsøker fastlege eller legevakt for psykiske symptomer og lidelser lavere i Flekkefjord enn i landet, men tendensen er at andelen øker både i landet og i Flekkefjord. Det har i perioden vært en stor økning både innenfor psykiske symptomer, Angst og depresjon, affektive og depressive lidelser og angstlidelser.

Tabell 9.6: Bruk av legemidler

			2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016
hele landet	Midler ved psykiske lidelser (N05A,N06A)	kjønn samlet	67,1	67,5	67,8	68,3	69,2
		menn	50,3	50,5	50,6	51	51,6
		kvinner	84,5	85,2	85,7	86,3	87,5
	Antipsykotika (N05A)	kjønn samlet	19,4	19,4	19,6	20	20,7
		menn	17,7	17,7	17,9	18,3	18,8
		kvinner	21,1	21,2	21,4	21,9	22,7
	Antidepressiva (N06A)	kjønn samlet	55,9	56,3	56,5	56,8	57,3
		menn	39,4	39,5	39,5	39,6	39,9
		kvinner	73,1	73,8	74,2	74,7	75,5
	Sovemidler og beroligende midler (N05B,N05C)	kjønn samlet	94,3	93,5	93	92,6	92,5
		menn	70	69,4	69,1	68,9	69
		kvinner	119,5	118,5	117,9	117,3	117,1
Sovemidler (N05C)	kjønn samlet	65,9	65,5	65,5	65,8	66,4	
	menn	47,9	47,6	47,6	47,9	48,5	
	kvinner	84,7	84,2	84,2	84,4	85,2	
Flekkefjord	Midler ved psykiske lidelser (N05A,N06A)	kjønn samlet	76	77,1	77	76,7	78
		menn	62,5	62	62,2	61,3	62,5
		kvinner	90	92,7	92,4	92,8	94,1
	Antipsykotika (N05A)	kjønn samlet	23,7	26,7	30,1	32	34,2
		menn	23,8	25,7	29,5	30,8	32,5
		kvinner	23,5	27,8	30,7	33,2	36
	Antidepressiva (N06A)	kjønn samlet	64,3	63,5	60,4	57,8	56,3
		menn	50,9	48,9	45,4	42	41,5
		kvinner	78,1	78,4	75,9	74,2	71,8
	Sovemidler og beroligende midler (N05B,N05C)	kjønn samlet	109,7	108,9	108,3	106,9	105,6
		menn	76,9	76,7	75,8	73,6	71,5
		kvinner	143,8	142,5	142,2	141,8	141,4
Sovemidler (N05C)	kjønn samlet	79,5	80	80	79,2	77,6	
	menn	54,3	55,2	55,7	53,5	51,1	
	kvinner	105,8	106	105,4	106	105,4	

Flekkefjord ligger svært høyt i bruk av legemidler mot psykiske lidelser. Nesten 8 % av befolkningen bruker antidepressiva eller antipsykotika mot psykiske lidelser i Flekkefjord, mens over 10 % av innbyggerne bruker sovemidler og beroligende midler. Dette er betydelig høyere enn gjennomsnittet for Norge.

9.4 Oppsummering, årsaker og konsekvenser

Livsstilssykdommer og overvekt

- Det er flere menn enn kvinner som bruker legemidler mot diabetes type 2. Andelen er stigende både på landsbasis og i Flekkefjord. Mens kvinnene i Flekkefjord ligger under snittet for landet, ligger mennene over.

- For lungekreft og hudkreft ligger Flekkefjord betydelig over landsgjennomsnittet og utviklingen viser at antall nye krefttilfeller har økt betydelig i perioden.
- Det er betydelig flere personer over 45 år, da i hovedsak menn fra Flekkefjord, som behandles for KOLS i spesialisthelsetjenesten enn gjennomsnittet i Norge. De siste årene har andelen kvinner økt.
- Andelen som får behandling for sykdommer i muskel, skjelett og bindevev er betydelig høyere i Flekkefjord enn snittet for fylket og landet. Det er flere kvinner enn menn og utviklingen over tid er ganske stabil.
- Flekkefjord har en større andel som får oppfølging i primærhelsetjenesten blant personer med hjerte karlidelser, sammenlignet med snittet for Vest-Agder og Norge, men utviklingen har vært positiv. Andelen som får legemidler mot hjerte/kar lidelser er høyere enn for landet og har økt
- 1 av 5 er overvektige/har fedme ved sesjon og 1/3 kvinner har overvekt/fedme ved første svangerskapskontroll.

Livsstilssykdommer kan enkelt defineres som enhver sykdom som har sammenheng med hvordan en person lever. Livsstilssykdommer øker i forekomst i industrialiserte land der folk lever lenge. Eksempler på livsstilssykdommer er koronar hjertesykdom (hjerteinfarkt og angina), hjerneslag, høyt blodtrykk, visse typer kreft, type 2-diabetes, KOLS, benskjørhet, depresjon, medikamentmisbruk, overvekt, artrose, hiv/aids. Faktorer i kosten, livsstilen, det ytre miljøet og måten vi lever på, påvirker vår disposisjon til å få slike sykdommer. Overspising, manglende fysisk aktivitet, tobakksrøyking, overdrevet alkoholinntak og stress synes å være sentrale årsaksfaktorer for å få livsstilssykdommer senere i livet.

I mange vestlige land skjedde det betydelige endringer i kostholdet etter 1950. Vi spiser i dag langt mer kjøtt, meieriprodukter, planteoljer, fruktjuice og alkohol, mens forbruket av stivelsesrike matvarer som brød, poteter, ris har gått ned. Forskere tror at slike endringer i kosten og livsstilen har hatt betydning for utviklingen av kreftsykdommene, noe som blir tydelig når mennesker flyttet fra et land til et annet og i løpet av ganske få år utvikler samme risiko for kreftsykdommer som de fastboende i deres nye hjemland. Dette er en sterk indikasjon på at miljøfaktorer heller enn arvelige faktorer er mest avgjørende for internasjonale forskjeller i kreftforekomst⁸⁴

De viktigste tiltakene for å forebygge livsstilssykdommer er åpenbare. Vi må spise mindre og sunnere mat, vi må bli mer fysisk aktive, slutte å røyke, ha et moderat alkoholforbruk. Vi må også begrense forurensningen og bedre miljøforholdene i samfunnet, på arbeidsplassene og i hjemmet.

Psykiske lidelser

- Det er mange ungdommer som oppgir at alt er et slit og som bekymrer seg mye om ting. At mellom 17 og 35 prosent av ungdommene har søvn problemer er også bekymringsfullt.
- Det er 18 elever på ungdomsskolen og 14 elever på videregående trinn som oppgir at de har prøvd å skade seg selv. Blant elevene på ungdomstrinnet er det 6 som oppgir at de har prøvd å ta eget liv, mens tilsvarende antall er 4 på videregående trinn.
- Det er færre som oppsøker fastlege eller legevakt for psykiske symptomer og lidelser i Flekkefjord enn landsgjennomsnittet. I perioden 2016-2018 var det i gjennomsnitt 147 personer mellom 0 og 74 år per 1000 innbyggere som søkte hjelp for sin psykiske helse.
- Blant unge er andelen som oppsøker fastlege eller legevakt for psykiske symptomer og lidelser lavere i Flekkefjord enn i landet, men tendensen er at andelen øker både i landet og i Flekkefjord.

⁸⁴ <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/livsstilssykdommer/>

- Flekkefjord ligger svært høyt i bruk av legemidler mot psykiske lidelser. Nesten 8 % av befolkningen bruker antidepressiva eller antipsykotika mot psykiske lidelser i Flekkefjord, mens over 10 % av innbyggerne bruker sovemidler og beroligende midler. Dette er betydelig høyere enn gjennomsnittet for Norge.

Andelen av befolkningen som får en eller annen psykisk lidelse i løpet av livet varierer fra 25 prosent til 52 prosent. Dette kalles livstidsprevalensen og er rundt 40 prosent. Flere kvinner enn menn rammes av psykisk sykdom, men kjønnsforskjellene varierer mellom de ulike typene lidelser. Spiseforstyrrelser forekommer nesten bare blant kvinner, og det er også langt høyere forekomst av angst og depresjon blant kvinner enn blant menn.

En mengde forskning i utlandet og Norge viser at det er sosiale gradienter for depresjon og for andre lidelser, blant annet schizofreni.⁸⁵ Arveligheten for psykiske plager, depresjon, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser er forholdsvis moderat, med arvelighetskoeffisienter rundt 0,3-0,4. Det betyr at miljøforhold samlet er noe viktigere enn gener for disse lidelsene. Arveligheten er litt høyere for rusrelaterte lidelser. Det er flere andre kjente faktorer enn de som er nevnt ovenfor: Stort sett er det enighet om at en trygg tilknytning til omsorgspersoner i barndommen har betydning for senere psykisk helse.

Gjennom hele livet gir sosial isolasjon og ensomhet økt risiko, mens sosial støtte og nærhet til andre mennesker beskytter. I forlengelsen av dette kommer at personer som lever i et parforhold, har bedre psykisk helse enn enslige. Blant personer med en partner er det svært viktig for den psykiske helsen at forholdet til partneren oppleves som godt og nært.

Traumatiske opplevelser, som alvorlige ulykker eller vold mot en selv eller ens nærmeste, kan gi varige psykiske skader.

Daglige og vedvarende belastninger er vel så viktige som traumatiske hendelser. Vanlige eksempler på vedvarende belastninger er langvarige problemer med barna, eller alvorlige økonomiske problemer. Likeledes er arbeidsledighet en viktig risikofaktor.

Flere belastningsfaktorer som virker sammen over lang tid, gir høy risiko, tilsynelatende høyere enn summen av risiko knyttet til hver enkelt faktor. Tilsvarende kan beskyttelsesfaktorer som for eksempel nære og trygge forhold til andre mennesker, gi ekstra beskyttelse mot hendelser eller belastninger som ellers ville ha medført høy risiko.

En god selvfølelse, og spesielt følelsen av å kunne mestre utfordringer og problemer, har stor betydning for god psykisk helse.⁸⁶ Arbeid er viktig for den psykiske helsen og erfaringer viser at det er viktig å starte prosessen med tilbakeføring til skole og arbeid tidlig for å lykkes.

Pasienter med psykiske lidelser har høyere forekomst av kroppslige sykdommer og lever kortere enn befolkningen for øvrig (Laursen, 2013). Blant pasienter med schizofreni er levealderen redusert med om lag 20 år i gjennomsnitt. Den økte dødeligheten kan tilskrives genetiske og sosioøkonomiske forhold, samt usunn livsstil, selvmord og bruk av legemidler. Pasienter med samtidig rusmisbruk er særlig utsatt for ulykker, voldsskader og tidlig død.

Sviktende egenomsorg ved psykiske lidelser kan øke sårbarheten for både smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer. Evnen til oppfølging av sykdom er gjerne også svekket. Ved diabetes er det i stor grad pasientens ansvar å kontrollere blodsukker, møte til legetimer og tilpasse kostholdet, og det er vist at depresjon kan påvirke mestring av diabetes (Johnson, 2012).

I 2010 var psykiske lidelser og ruslidelser internasjonalt den største årsaken til tap av leveår med nedsatt helse (YLDs), hvorav depresjon (40 prosent) og angstlidelser (15 prosent) var de to største

⁸⁵ <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>

⁸⁶ <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/risiko--og-beskyttelsesfaktorer-for/>

bidragsyterne (Whiteford, 2013). Den totale sykdomsbyrden av psykiske lidelser og ruslidelser har økt med 38 prosent fra 1990 til 2010, noe som for psykiske lidelser begrunnes i befolkningsmessige endringer, blant annet økende andel eldre.⁸⁷

Bivirkninger av medisiner mot psykiske lidelser kan gi økt risiko for andre sykdommer. Medikamentell behandling av schizofreni leder for eksempel ofte til økt kroppsvekt (Baptista, 2002), noe som igjen øker risikoen for andre sykdommer. Benzodiazepiner har hovedsakelig terapeutiske virkninger; det vil si at de virker beroligende, angstdempende, søvnfremmende, krampestillende og muskelavslappende.

Ensomhet

- 24 % av elevene på ungdomstrinnet og 28% av elevene på videregående trinn oppgir at de følger seg «ganske mye»/ «veldig mye» ensomme.

I Meld. St 19 Folkehelsemeldingen (2018-2019) ble forebygging av ensomhet trukket frem som en av hovedsatsningene i perioden 2019-2023. Sosial støtte fremmer helse og livskvalitet. Mangel på sosial støtte og sosiale relasjoner kan føre til ensomhet, som er en risiko for sykelighet og dødelighet.

Ensomhet og manglende sosial støtte påvirker risikoen for både hjerte- og karsykdommer, infeksjonssykdommer og depresjon. Ensomhet er tabu. I Meld. St 19 Folkehelsemeldingen (2018-2019) refereres det til en levkårsundersøking fra 2015 hvor 18 prosent av kvinnene og 13 prosent av mennene over 16 år som deltok svarte at de har vært litt, ganske mye eller veldig mye plaget av ensomhet.

Andelen som oppgav å være plaget av ensomhet var størst blant de yngste og de eldste, de som har kortere utdanning, er arbeidsledige, uføre eller har lav inntekt. Ensomhet er en form for utenforskap som særlig rammer unge og eldre personer. Blant de under pensjonsalder mangler 7 prosent sosial- og emosjonell støtte, mens prosentandelen er det dobbelte for de over 67 år.

⁸⁷ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/#konsekvenser-og-utfordringer>

FOLKEHELSEPROFIL 2019

Folkehelsebarometer for kommunen

I oversikten nedenfor sammenliknes noen nøkkeltall for kommunen og fylket med landstall. I figuren og tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenliknet med landet. Klikk på indikatornavnene for å se utvikling over tid i kommunen. I KommuneHelse statistikkbank, <http://khs.fhi.no> finnes flere indikatorer samt utfyllende informasjon om hver enkelt indikator.

Vær oppmerksom på at også «grønne» verdier kan innebære en folkehelseutfordring for kommunen, fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan være noe å strekke seg etter.

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- ▮ Verdien for landet som helhet
- ▭ Variasjonen mellom kommunene i fylket
- ▭ De ti beste kommunene i landet

Tema	Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Flekkefjord	
Befolkning	1 Andel barn, 0-17 år	22	23	21	prosent		
	2 Personer som bor alene, 45 år +	23,7	24,3	25,4	prosent		
	3 Andel over 80 år, framskrevet	6,5	4,8	4,9	prosent		
Oppvekst og levekår	4 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	81	81	81	prosent		
	5 Lavinntekt (hushold.), 0-17 år (ny def.)	7,9	10	9,2	prosent		
	6 Inntektsulikhet, P90/P10	2,6	2,7	2,8	-		
	7 Bor trangt, 0-17 år	12	15	19	prosent		
	8 Barn av enslige forsørgere	13	15	15	prosent		
	9 Stønad til livsopphold, 20-29 år	11	11	8,5	prosent (a,k)		
	10 Trives på skolen, 10. klasse	84	86	86	prosent (k)		
	11 Blir mobbet, Ungd. 2016	6	6,9	7,3	prosent (a,k)		
	12 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	29	25	24	prosent (k)		
	13 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl.	20	23	23	prosent (k)		
	14 Frafall i videregående skole	15	20	21	prosent (k)		
	15 Tror på et lykkelig liv, Ungd. 2016	78	75	75	prosent (a,k)		
	Miljø, skader og sykler	16 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2016	75	73	70	prosent (a,k)	
		17 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2016	71	68	65	prosent (a,k)	
		18 Fornøyd med treffsteder, Ungd. 2016	53	67	50	prosent (a,k)	
19 Ensomhet, Ungd. 2016		13	19	18	prosent (a,k)		
20 God drikkevannsforsyning (ny def.)		12	92	91	prosent		
21 Forsyningsgrad, drikkevann		73	82	88	prosent		
22 Skader, behandlet i sykehus		16,5	13,8	13,7	per 1000 (a,k)		
Helsevaner og utford	23 Lite fysisk aktive, Ungd. 2016	12	14	14	prosent (a,k)		
	24 Skjermtid over 4 timer, Ungd. 2016	25	24	26	prosent (a,k)		
	25 Røyking, kvinner	8,9	7,1	6	prosent (a)		
Helsestilstand	26 Forventet levealder, menn	79,5	78,9	79,1	år		
	27 Forventet levealder, kvinner	83,1	83,2	83,3	år		
	28 Utd.forskjeller i forventet levealder	3,7	5,4	5	år		
	29 Fornøyd med helse, Ungd. 2016	74	70	71	prosent (a,k)		
	30 Psykiske sympt./lid., 15-29 år	154	169	159	per 1000 (a,k)		
	31 Muskel og skjelett	339	325	319	per 1000 (a,k)		
	32 Overvekt og fedme, 17 år	21	23	23	prosent (k)		
	33 Hjerte- og karsykdom	16,8	17,1	17,7	per 1000 (a,k)		
	34 Antibiotikabruk, resepter	380	383	340	per 1000 (a,k)		

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert og k = kjønnsstandardisert

1. 2018, 2. 2018, i prosent av befolkningen, 3. 2025, beregning basert på middels vekst i fruktbarhet, levealder og netto innflytting, 4. 2017, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning), 5. 2017, barn som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median, og brutto finanskapital under 1G, 6. 2017, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen, 7. 2017, trangboddhet defineres ut ifra antall rom og kvadratmeter i boligen, 8. 2015-2017, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for, 9. 2017, omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønad), 10. Skoleåret 2013/14-2017/18, 11. U.skole, opplevd mobbing hver 14. dag eller oftere, 12/13. Skoleåret 2015/16-2017/18, 14. 2015-2017, omfatter elever bosatt i kommunen, 15. U.skole, svarer «ja» på at de tror de kommer til å få et godt og lykkelig liv, 16. U.skole, svært eller litt fornøyd, 17. U.skole, svarer «ja, jeg er med nå», 18. U.skole, svær bra eller nokså bra tilbud, 19. U.skole, ganske mye eller veldig mye plaget, 20. 2017, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil drikkevannsforsyning. Omfatter vannverk som forsyner minst 50 personer, 21. 2017, andel av totalbefolkningen som er tilknyttet vannverk som forsyner minst 50 personer, 22. 2015-2017, inkludert forgiftninger, 23. U.skole, fysisk aktiv (svett og andpusten) mindre enn én gang i uken, 24. U.skole, daglig utenom skolen, 25. 2013-2017, fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødende med røykeopplysninger, 26/27. 2003-2017, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet, 28. 2002-2016, vurdert etter forskjellen i forventet levealder, ved 30 år, mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning, 29. U.skole, svært eller litt fornøyd, 30. 2015-2017, brukere av primærhelsetjenestene fastlege og legevakt, 31. 2015-2017, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av primærhelsetjenestene fastlege/legevakt/fysioterapeut/kiropraktor, 32. 2014-2017, KMI som tilsvarer over 25 kg/m2, basert på høyde og vekt oppgitt ved nettbasert sesjon 1, 33. 2015-2017, omfatter innlagte på sykehus og/eller døde, 34. 2017, 0-79 år, utleveringer av antibiotika på resept.

Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Norsk pasientregister, Ungdata-undersøkelsen fra Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet - Storbyuniversitetet, Utdanningsdirektoratet, Vernepliktsverket, Vannverksregisteret, Medisinsk fødselsregister, Hjerte- og karregisteret, Primærhelsetjenestene fastlege/legevakt/fysioterapeut/kiropraktor (KUHR-databasen i Helsedirektoratet) og Reseptregisteret. For mer informasjon, se <http://khs.fhi.no>