

Folkehelseoversikt Larvik kommune 2015:

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer



Innhold:

1	Bakgrunn og lovgrunnlag	4
2	Informasjon om oversiktsdokumentet	5
2.1	Kilder og statistikk	5
2.2	Årsaksforhold, konsekvenser og ressurser i folkehelsearbeidet	6
2.3	Rammer for folkehelsearbeidet	7
3	Oppsummering av hovedtrekk og -utfordringer i Larvik kommune	8
3.1	Hovedtrekk ved kommunens folkehelse 2015:	8
3.2	Hovedutfordringer innenfor folkehelsearbeidet, Larvik kommune 2015	10
4	Status helsetilstand og påvirkningsfaktorer	10
4.1.	Status: Folkehelseprofilen 2015- Larvik kommune	11
4.2	Status: Ungdataundersøkelsen 2013	12
4.3	Befolkningssammensetning og framskrivning	13
4.4	Oppvekst	19
4.5	Levekår	25
4.6	Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	31
4.7	Skader og ulykker	34
4.7.	Helserelatert adferd	37
4.8	Helsetilstand	42
5	Vurdering av mulige årsaker og konsekvenser	47



FOLKEHELSE I ULIKE DIMENSJONER!!



1 Bakgrunn og lovgrunnlag

Kommunen skal ha en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

Plikten til å ha en slik oversikt er primært forankret i folkehelseloven med forskrift om oversikt over folkehelsen samt forskrift om miljørettet helsevern.

Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringer og ressurser i kommunen.

I tillegg skal den inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller.

Det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategien og danne grunnlag for fastsettelse av mål og strategier.

Kommunens oversiktsdokument skal bl.a. baseres på:

- Opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig
- Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse

Oversiktsdokumentet skal i henhold til folkehelseforskriften omfatte en gjennomgang av:

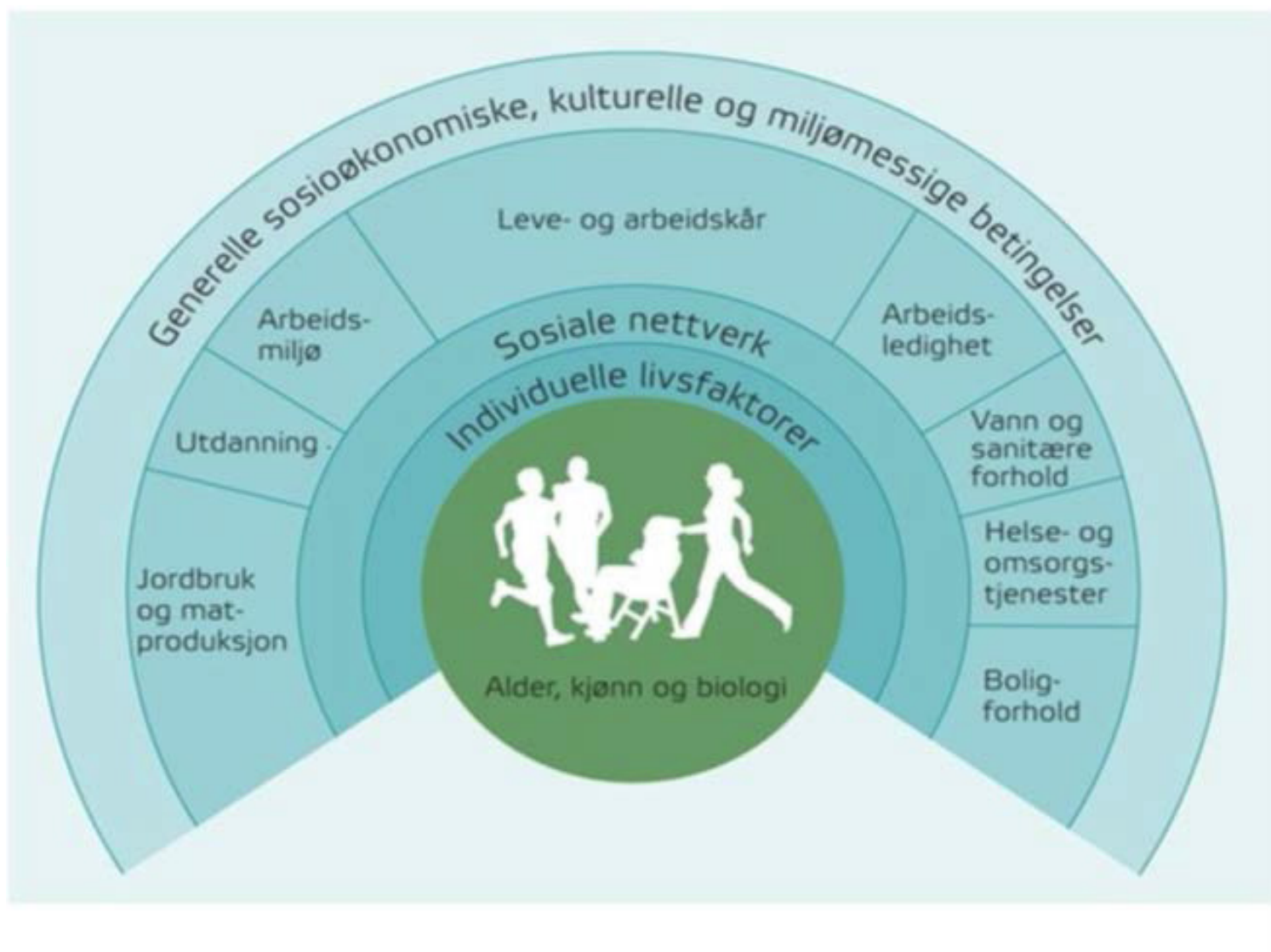
- Befolknings sammensetning: Antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster
- Oppvekst- og levekårsforhold: Økonomiske vilkår (andel med høy- og lavinntekt, inntektsforskjeller), bo- og arbeidsforhold (tilknytning til arbeidslivet, sykefravær, uføretrygd) og utdanningsforhold (andel med høyere utdanning, frafall i videregående skole)
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø: Drikkevanns- og luftkvalitet, nærmiljø, tilgang til fri- og friluftsområder, sykkelveinett, støtutfordringer, oversikt over smittsomme sykdommer, organisasjonsdeltakelse, valgdeltakelse, kulturtilbud, sosiale møteplasser
- Skader og ulykker
- Helserelatert atferd: Fysisk aktivitet, ernæring, bruk av tobakk og rusmidler, risikoatferd som kan gi utslag i skader og ulykker
- Helsetilstand: Informasjon om forekomst av sykdommer der forebygging er viktig som psykiske lidelser, hjerte- karsykdommer, type-2 diabetes, kreft, kroniske smerter og belastningssykdommer, karies

Dette oversiktsdokumentet ivaretar videre lov/forskriftskravet om å ha en løpende oversikt over folkehelseutfordringene i kommunen.

Folkehelse handler om befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Folkehelsearbeidet handler om samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko og styrke faktorer som bidrar til å styrke helsen.

Helse og levevaner henger tett sammen med samfunnsforhold og levekår i oppvekst, voksenliv og alderdom. Noen årsaksforhold virker gjennom hele livsløpet og samspillet mellom ulike påvirkningsfaktorene er derfor viktig.

Illustrert ved følgende illustrasjon (kilde: Whitehead og Dahlgren 1991)



2 Informasjon om oversiktsdokumentet

2.1 Kilder og statistikk

Statistikk, tabeller og informasjon er hentet fra:

- Folkehelseinstituttets statistikkside:
Folkehelseprofilen
Kommunehelsens statistikksider
- SSB; Kostra, Statistikkbanken
- Ung Data 2013, Vestfold fylkeskommune
- Norsk Pasientregister(NPR) Helsedirektoratet
- Politiets informasjonssider/Vestfold politidistrikt

Statistikk og dataoversikter har stor nytteverdi i folkehelsearbeidet. Det er dog knyttet utfordringer til bruk og tolking av statistikk. Statistikk gir i liten grad fasitsvar og konkrete anvisninger av årsaksforhold, men gir legitimt grunnlag for å sette felles kunnskapsgrunnlag for drøfting og analyse samt vurderinger av trender og variasjoner over tid.

Det er i dette dokumentet søkt å legge frem sammenlignbar statistikk over 4 års intervaller med primær referanser fylke/landet. Der dette ikke er mulig som følge av begrenset eller manglende datagrunnlag vil dette kommenteres. Innenfor enkelte temaområder, jfr. kapittel 4, er det kun valgt å presentere lokale data som skal følges opp videre. Dette gir grunnlaget for å utvikle og følge lokale indikatorer over tid som gir viktig informasjon om utvikling og trender i kommunen.

2.2 Årsaksforhold, konsekvenser og ressurser i folkehelsearbeidet.

Kommunen har over tid drøftet og beskrevet folkehelseutfordringer, årsaker, konsekvenser og ressurser som del av det løpende planarbeidet. Strategier og innsatsområder er innarbeidet i kommuneplanens samfunnsdel, temaplaner og 4 års planer.

Nedenfor følger en oversikt over noen sentrale etablerte eller påstartede tema-/handlingsplaner som er relevante for folkehelsearbeidet i kommunen:

Etablerte planer pr. januar 2015	Påstartede planer pr. 010515
Handlingsplan for fremtidens helse- og omsorgstjenester	Plan for helhetlig oppvekst
Plan for fremtidig skolestruktur	Kulturplan
Boligsosial handlingsplan	Plan for frivillighet og partnerskap
Plan for styrket integrering av innvandrerbefolkningen	Boligplan 2015-2020
Handlingsplan mot levekårsforskjeller og barnefattigdom	Handlingsplan mot mobbing (behandlet 17.06.15 i kommunestyret)
Plan mot vold i nære relasjoner i barnefamilier	Grønn strukturplan
Kommunedelplan for fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv.	
KOU 04-2013 Trafikksikkerhet 2014-2017	

Vedtatt «Program for folkehelsearbeidet» 2010-2013» i Larvik kommune oppsummerte de sentrale folkehelseutfordringene i 2009/2010, og fastsatte eget handlingsprogram for å møte disse. Kommunen har videre over tid gjennomført en rekke tiltak i de ulike virksomhetene som er av helsefremmende og forebyggende karakter. En samlet oversikt over disse tiltakene vil bli utarbeidet og presentert høsten 2015.

Kommunen gjennomførte i forbindelse med rullering av kommuneplanens samfunnsdel 2011/2012 eget dialogverksted der befolkningen ble invitert til å gi innspill til folkehelsearbeidet i kommunen.

Dette vil bli gjentatt i forbindelse med rullering av kommuneplanens samfunnsdel i 2016.

I dette oversiktsdokumentet oppdateres kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet i kommunen. Nye data, informasjon om og vurderinger av trender og utviklingstrekk siste 4-5 år er lagt til grunn for en analyse av mulige årsaksforhold og konsekvenser i folkehelsearbeidet. Mulige årsaksforhold beskrives med utgangspunkt i faglitteratur, aktuell forskning og kunnskap om påvirkningsfaktorenes betydning; både positive og negative. Dette kobles opp mot lokale forhold som kan ha ført til de aktuelle trender og utviklingstrekk.

Oppsummert status, mulige årsaker og konsekvenser i folkehelsearbeidet blir beskrevet i kapittel 5.

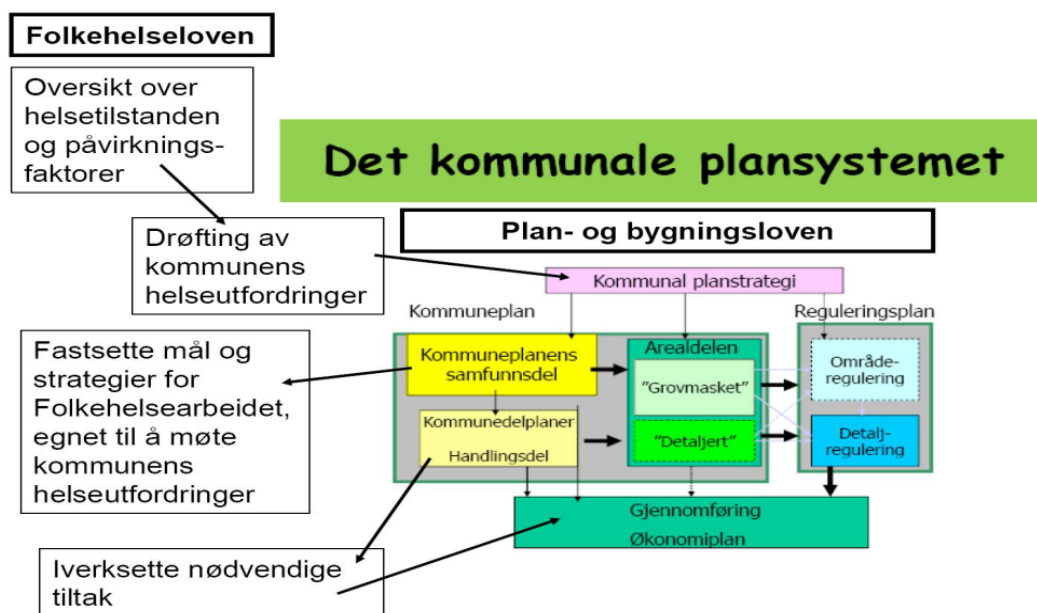
2.3 Rammer for folkehelsearbeidet

Oversiktsdokumentet gir ikke en fullstendig oversikt over alle de faktorer og forhold som kan påvirke folkehelsen til kommunens befolkning. Dette er ikke mulig, både utfra kompleksiteten av og omfanget av disse «bestemmelsesfaktorene».

Dette dokumentet tar mål av seg til å trekke frem og peke på noen viktige trender og utviklingstrekk innenfor de 6 temaområdene som er beskrevet i kapittel 1. Disse må settes inn en helhetlig kontekst som samlet sett gir et oversiktsbilde over folkehelsen i Larvik. Trender og utvikling skal inngå som grunnlag for å drøfte og justere mål og strategier i kommunens folkehelsearbeid. Se illustrasjon nedenfor: «Rammer for folkehelsearbeidet». Her vises sammenhengen mellom oppfølgingen av Folkehelseloven som en del av det kommunale plansystemet.

Det er i dette oversiktsdokumentet valgt å vektlegge presentasjon av utvikling og trender innenfor områdene oppvekst og levekår. Det er svært sentralt å ha god oversikt over de faktorer som påvirker utviklingen av barn- og unges livstil og helse. All forskning peker på at det er nær sammenheng mellom barn- og unges livstil og helse opp mot folkehelse og trivsel i voksen alder. De sosiale helseforskjellene finnes både blant barn og voksne. Å redusere de sosiale helseforskjellene er et viktig mål i folkehelsearbeidet, og innsatsen her må iverksettes så tidlig som mulig i barn- og unges liv.

Dokumentet er tilrettelagt for å justere datapresentasjon og innhold ved årlige rulleringer samt ved inngangen til rullering av kommunens planstrategi og planprogram hvert 4 år.



3 Oppsummering av hovedtrekk og -utfordringer i Larvik kommune.

3.1 Hovedtrekk ved kommunens folkehelse 2015:

Om befolkningen og befolknings sammensetning:

- Andelen 80 år og over er pr 01.01.15 hele 20 % høyere i Larvik en for landet samlet. Andelen eldre over 80 år i 2020 er estimert til å være høyere enn i landet som helhet.
- Barn- og unge; faktisk reduksjon i antall barn 0-5 år fra 2012 til 2015
- Andelen som bor alene er lavere enn for landet som helhet
- Lavere befolkningsvekst i kommunen enn fylket /landet over tid

Barn- og ungdoms oppvekst forhold/vilkår:

- Andel ungdomsskoleelever som opplever det som trygt å ferdes på gater og veier i nærmeste tettsted, er lavere enn fylkesgjennomsnittet
- Andel ungdomsskoleelever som er med i organisasjoner, lag eller foreninger er høyere enn fylkesgjennomsnittet
- Andel videregående elever som har brukt hasj eller marihuana i løpet av det siste året, er lavere enn fylkes- og landsgjennomsnitt
- Andelen med videregående eller høyere utdanning er lavere enn landsnivået.
- Andelen 10.-klassinger som trives på skolen er ikke entydig forskjellig fra andelen i landet som helhet.
- Andelen 5.-klassinger som er på laveste mestringsnivå i lesing er høyere enn i landet som helhet.

- Frafallet i videregående skole er høyere enn i landet som helhet, men er redusert de senere årene.
- Mobbing på skolen i 10 klasse er noe mer utbredt i Larvik enn resten av landet

Befolkningens levekårsforhold:

- Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt er høyere enn i landet som helhet. Lav inntekt defineres her som under 60 % av nasjonal medianinntekt.
- Andelen barn med enslig forsørger er høyere enn i landet som helhet.
- Antall uføretrygdede, arbeidsledige og husholdninger med lavinntekt er signifikant høyere enn landet som helhet, men kun marginelt høyere enn fylkessnittet. (unntak antall uføretrygdede 18-44 år)

Befolkningens fysiske, biologiske, kjemiske og sosiale miljø:

- Datagrunnlaget på temaområdet er begrenset og lite illustrativt. Lokale data er derfor valgt for videre oppfølging.
- Drikkevannsforsyning og kvalitet bedre enn landet som helhet
- Høyere deltagelse i frivillige lag og foreninger enn landsgjennomsnittet, målt utfra unges tilbakemeldinger.

Befolkningens levevaner/helserelaterte adferd:

- Andelen kvinner som røyker er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, men negativ utvikling fra 2013.
- Utbredelsen av overvekt menn er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter andelen menn med KMI > 25 kg/m² på sesjon.
- Utbredelsen av overvekt kvinner (målt første gang 2015) ser ut til å være noe høyere enn landsgjennomsnittet
- Andelen av den unge befolkningen som er fysisk aktive minst 1-2 ganger pr. uke ser ut til å være som på landsgjennomsnittet

Befolkningens helsetilstand:

- Forventet levealder for menn er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.
- Andelen med psykiske symptomer og lidelser er høyere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Hjerte- og karsykdom ser ut til å være mindre utbredt enn i landet som helhet, vurdert etter antall sykehusinnleggelser.
- Sykdommer og plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet ser ut til å være mer utbredt enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.

Skader og ulykker i befolkningen:

- Andelen innbyggere med personskader, behandlet i sykehus, er lavere enn i landet som helhet.
- Antall personrapporterte personskader-vold går ned fra 2013 og har en positiv utvikling i motsetning til fylket der tallene går noe opp i tilsvarende periode

Kilder: SSB 2015/Ung-Data 2013

3.2 Hovedutfordringer innenfor folkehelsearbeidet, Larvik kommune 2015

Informasjon og data om folkehelsen som presenteres i dette dokumentet, samt kunnskap om hvilke øvrige positive og negative påvirkningsfaktorer som virker inn gir grunnlaget for å identifisere kommunens hoved fordringer innenfor folkehelsearbeidet.

Oppsummering av folkehelsestatus og utviklingstrekk for de siste 4- 5 år i kommunen:

- Hovedtrend og utvikling i kommunens folkehelseprofil har endret seg lite; også innenfor de områdene der kommunen statistisk sett ligger dårligere an enn fylkes og landsgjennomsnitt. Det er innenfor områdene levekår, deler av oppvekstområde og innenfor området psykisk helse at kommunen har tydelig potensiale for forbedring.
- Det er ingen påviselig utvikling eller positiv endring i den sosioøkonomiske gradienten/den sosiale ulikheten i helse målt utfra leveårsindikatorer
- Et stort borgerengasjement og en aktiv befolkning bør være et større potensial i kommunens folkehelsearbeid, både nå og fremover.
- Ung-data undersøkelsen 2013 viser at ungdommen i Larvik generelt har det som ungdommer flest i Vestfold, men noen få unntak.

Denne oppsummeringen av status samt gjennomgang og analyse av bakenforliggende forhold og årsakssammenhenger gir kommunen følgende hovedutfordringer innenfor folkehelsearbeidet nå og fremover i tid:

- **Tilrettelegge for gode oppvekst- vilkår som fremmer helse, livskvalitet og trivsel for barn og unge.**
- **Samordne og styrke innsats for å redusere sosiale helseforskjeller i befolkningen**
- **Legge til rette for at befolkningen har mulighet for å være fysisk aktive på egne premisser.**
- **Samordne og styrke innsatsen for at befolkningens psykiske helse blir bedre og sunnere**

4 Status helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Dette kapittelet inneholder en presentasjon av relevant data-/statistikkgrunnlag og en oppsummering av trender og utviklingstrekk innenfor temaområdene: befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand.

Innenfor hvert av områdene pekes det på trender/utvikling der kommunen skiller seg positivt eller negativt ut i forhold til snitt Vestfold fylke og/eller landet som helhet.

4.1. Status: Folkehelseprofilen 2015- Larvik kommune.

Folkehelseprofilen (fra SSB) som oppdateres årlig er et sentralt bidrag i kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne. I oversikten sammenlignes utvalgte nøkkeltall/indikatorer i kommunen med fylkes- med landstall og verdier.

Her i dokumentet presenteres folkehelseprofilen for 2015 (tall/data fra oktober 2014)

Tem	Indikator	Kommunen	Fylket	No	Enh	Folkehelsebarometer for Larvik 2015
Befolkning	1 Befolkningsvekst	0,29	0,88	1,1	%	
	2 Befolkning under 18 år	21	22	22	%	
	3 Befolkning over 80 år	5,2	4,7	4,3	%	
	4 Personer som bor alene, 45	26	26	26	%	
Levelkår	5 Vgs eller høyere utdanning,	80	81	83	%	
	6 Lavinntekt (husholdninger),	13	12	10	%	
	7 Inntektsulikhet, P90/P10	2,6	2,6	2,7	%	
	8 Arbeidsledige, 15-29 år	3	2,7	2,3	%	
	9 Uføretrygdede, 18-44 år	3,7	3	2,5	%	
Miljø	1 Barn av enslige forsørgere	19	18	15	%	
	1 God drikkevannsforsyning	100	98	89	%	
	1 Forsyningsgrad, drikkevann	93	91	89	%	
Skole	1 Personskader, behandlet i	12	13	13	per	
	1 Trives på skolen, 10. klasse	82	84	85	%	
	1 Mobbes på skolen, 10.	9,3	8,2	8,1	%	
	1 Laveste mestringsnivå i	31	25	25	%	
	1 Laveste mestringsnivå i	28	27	27	%	
Leve	1 Frafall i videregående skole	27	27	24	%	
	1 Røyking, kvinner	14	13	14	%	
Helse og sykdom	2 Overvekt, kvinner	41	36	35	%	
	2 Forventet levealder, menn	78,0	77,6	77	år	
	2 Forventet levealder, kvinner	82,7	82,2	82	år	
	2 Utdanningsforskjell i	5,2	4,9	4,8	år	
	2 Psykiske sympt./lid,	166	156	13	per	
	2 Psykiske sympt./lid,	170	163	13	per	
	2 Psykiske lidelser	150	141	13	per	
	2 Muskel og skjelett,	284	264	25	per	
	2 Hjerte- og karsykdom,	119	110	10	per	
	2 Hjerte- og karsykdom, beh.	16	17	18	per	
	3 Type 2-diabetes,	34	33	34	per	
	3 Lungekreft, nye tilfeller	55	62	55	per 100	
	3 Tykk- og endetarmskreft,	82	82	78	per 100	
	3 Antibiotika,	258	252	23	per	
	3 Vaksinasjonsdekning,	94,8	92,9	94	prosent	

Grønne verdier/punkter betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet.

Røde verdier/punkter betyr at kommunen ligger dårligere an en landet som helhet. Gule

verdier/punkter betyr at kommunen ligger på landsgjennomsnitt.

Rød vertikal linje angir verdier for landet som helhet

I perioden 2012 til 2015 har disse forhold vært tydelige i Folkehelseprofilene:

- negativ utvikling i forhold til totalt antall indikatorer der kommunen scorer dårligere enn landet som helhet.
- liten utvikling innenfor området levekår der kommunen på flere indikatorer ligger dårligere an enn både fylket og landet som helhet.
- liten utvikling innenfor området skole der kommunen på flere indikatorer ligger dårligere an enn både fylket og landet som helhet.
- liten utvikling innenfor området psykisk helse der kommunen på flere indikatorer ligger dårligere an enn både fylket og landet som helhet.
- positiv utvikling i forhold til indikatoren frafall i videregående skole der kommunen nå ligger på snitt fylke, men fortsatt høyere enn landsgjennomsnitt.

4.2 Status: Ungdataundersøkelsen 2013

I mai 2013 gjennomførte Telemarksforskning etter oppdrag fra Vestfold fylkeskommune en web- basert spørreundersøkelse i ungdomsskoler og videregående skoler. Undersøkelsen gir informasjon om et bredt spekter av forhold ved livene til ungdom. Formålet var å gi et oversiktsbilde over ungdommens livsvilkår og forhold som virker inn på deres helsetilstand, som grunnlag for kommunene å treffe gode beslutninger når det gjelder å tilrettelegge for barn og unges oppvekstforhold. Undersøkelsen skal gjentas 2016.

Informasjon og presentasjon -Larvik kommune:

Antall personer 0-17 år: 9142

Deltakende skoler: Hedrum US, Kvelde BUS, Brunla US, Masterfjellet US, Tjodalyng BUS, Mellomhagen US, Ra US, Thor Heyerdal videregående skole Svarprosent ungdomsskole: 84 %

Svarprosent videregående: 67 %

Sentrale trekk og nøkkeltall for Larvik :

- Andel ungdomsskoleelever som opplever det som trygt å ferdes på gater og veier i nærmeste tettsted, er lavere enn fylkesgjennomsnittet
- Andel ungdomsskoleelever som er med i organisasjoner, lag eller foreninger er høyere enn fylkesgjennomsnittet
- Andel ungdommer som har drukket seg beruset i løpet av det siste året, er noe lavere enn både fylkes- og landsgjennomsnittet
- Andel videregåendelever som bruker mer enn 30 minutter per dag på lekser, er lavere enn fylkes- og landsgjennomsnittet
- Andel videregåendelever som har brukt hasj eller marihuana i løpet av det siste året, er lavere enn fylkes- og landsgjennomsnittet

Undersøkelsen viser tydelig at variasjoner i helsetilstand kan oppsummeres slik- en analyse samlet for Vestfold:

- Både matvaner og alkoholvaner har betydning for ungdommenes opplevde helsesituasjon
- Læringsmiljøet på skolen har betydning for hvordan ungdommene vurderer sin egen helse
- Ungdommenes selvbylde har en tydelig sammenheng med hvor ofre de er plaget av psykiske og fysiske helseplager
- Jenter har markant dårligere selvopplevd helse enn gutter, særlig gjelder dette psykiske helseplager

4.3 Befolknings sammensetning og framskrivning.

I befolkningsframskrivinger lages flere ulike alternativer for befolkningsutviklingen i Norge framover. Befolkningsframskrivinger kan gi oss mulighet til å planlegge tiltak for å møte de ulike utfordringene dette kan medføre. I de ulike alternativene legges det inn ulike forutsetninger for de tre komponentene som bestemmer folketallsutviklingen: barnetall per kvinne, det vil si fruktbarhet, levealder (dødelighet) og nettoinnvandring (innvandring minus utvandring).

Mellomalternativet, her forkortet MMMM, er det hovedalternativet Larvik kommune har valgt å benytte i planleggingsarbeidet. Der legges det til grunn middels utvikling i både fruktbarhet, levealder, innenlandske flyttinger og innvandring. I dette alternativet vil den høye befolkningsveksten vi har sett de siste årene, gradvis avta.

Indikatorer som skal følges opp:

Utvalget som presenteres her i dette dokumentet er lik det oppsettet som SSB presenterer og publiserer annen hvert år. Datakvaliteten er således god og utvikling/trender kan følges over tid.

Befolkningsutviklingen og framskrivningen for de aldersgrupper som særskilt blir presentert i dette kapittelet er relevant da utviklingen for disse gruppene angir sentralt planleggingsgrunnlag for de tjenestene som kommunen har størst mulig påvirkningskraft over. Aldersgruppen 0-5 år betegner barnehagekullet. Aldersgruppen 6-15 omhandler grunnskole og 16-19 tar for seg videregående utdanning. I den andre enden av skalaen presenteres aldersgruppene 67-79 år, 80-89 år og 90 år og eldre. Hvilken utfordring utviklingen innenfor de ulike aldersintervallene representerer vil bli kommentert under de øvrige områdene. Dette vil gi et grunnlag for å se potensielt press på tjenestetilbudene fremover og for deretter å tilstrebe korrekt dimensjonering av de ulike tjenestene.

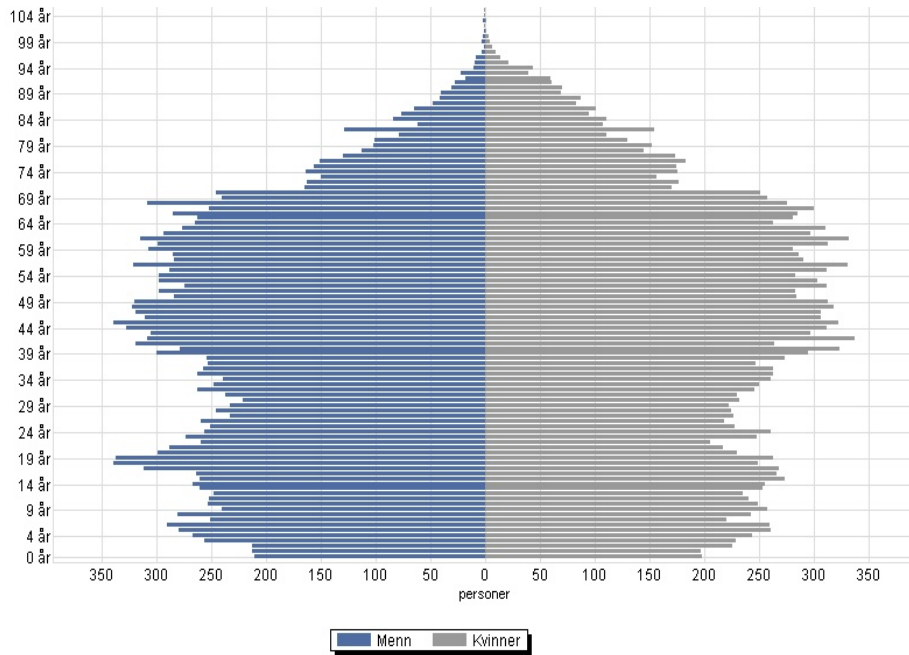
Nedenfor vises to modeller for befolknings sammensetning og framskrivning; modell 2015 og modell 2039:

Den første modellen viser hvordan sammensetningen er for alder og kjønn i 2015. Den andre modellen viser hvordan sammensetningen for alder og kjønn vil se ut i 2039 basert på SSB sin befolkningsframskrivning, her representert ved alternativ MMMM. Bakgrunn for at det er valgt å vise denne sammensetningen for hhv 2015 og 2039 er at hovedtrender og utvikling i befolknings sammensetningen innen for dette tidsintervallet(24år) blir tydelig.

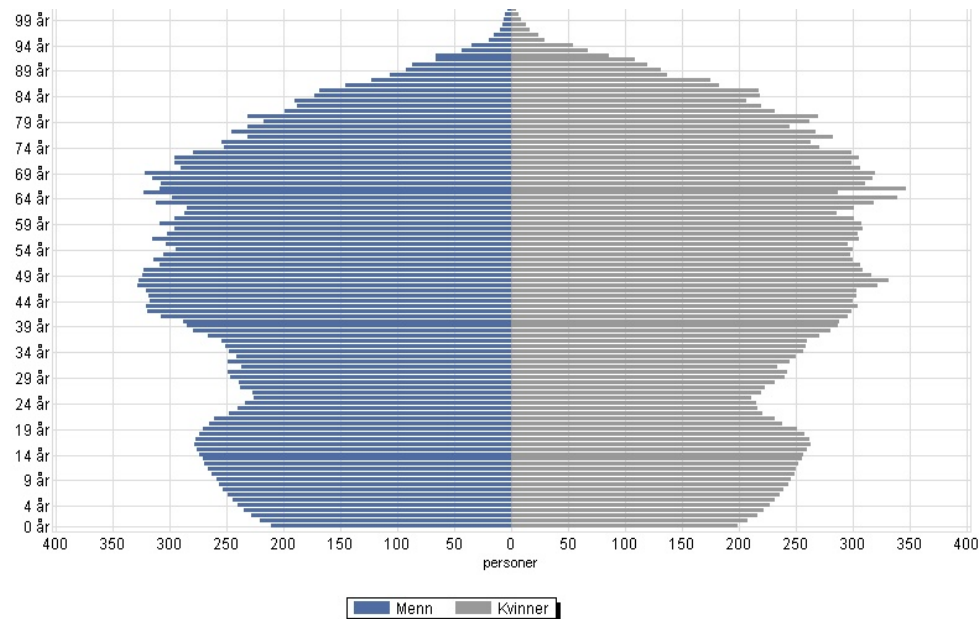
Det vi ser er at:

- Fra 2015 til 2039 blir «befolkningspyramiden» vesentlig bredere i øvre fjerdedel; innbyggerveksten i de øvre aldersgruppene (64 år og over) er tydelig
- Innenfor de yngre aldersgruppene er det mindre endringer til tross for at antallet innbyggere statistisk vil øke med 5000 i perioden.

Framskrevet folkemengde etter kjønn og alder 2015 (Middel nasjonal vekst MMM)

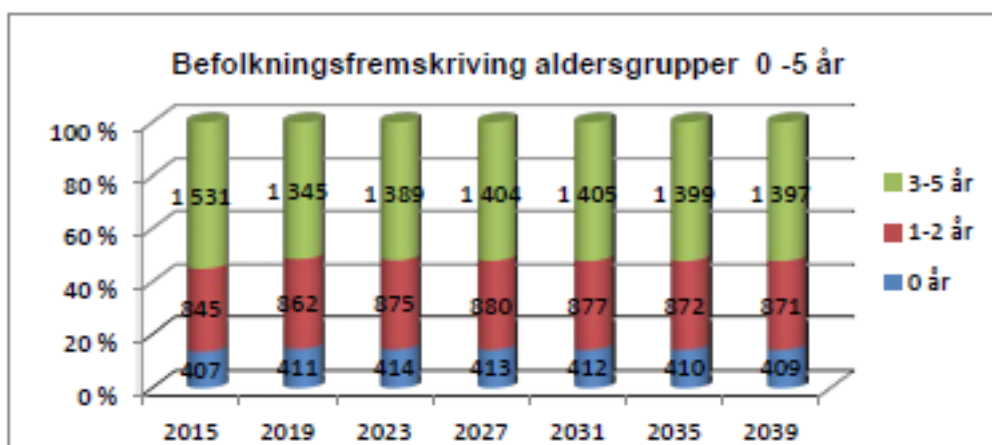
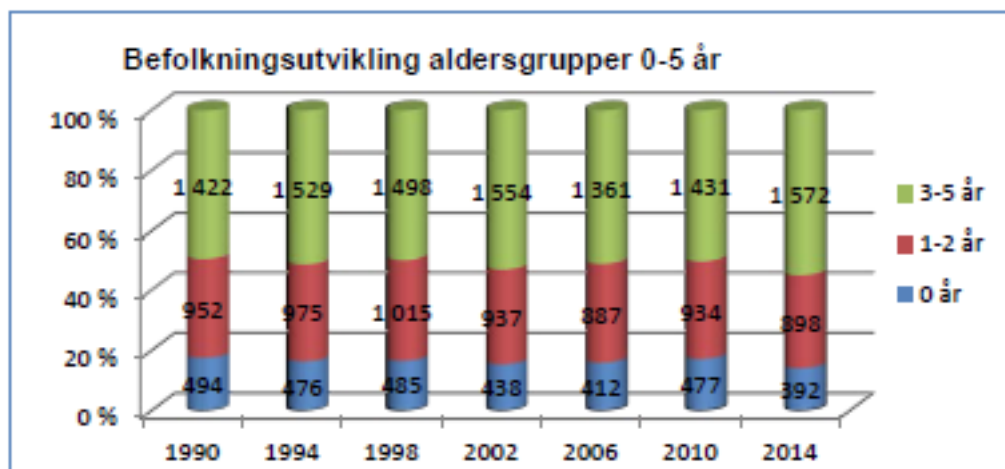


Framskrevet folkemengde etter kjønn og alder 2039 (Middel nasjonal vekst MMM)

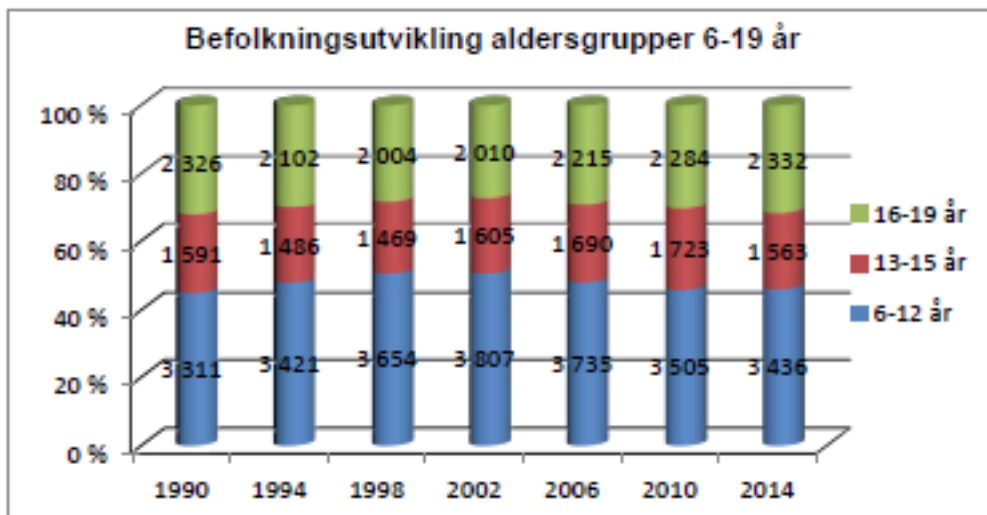


Kilde: Statistisk sentralbyrå

Nærmere om befolkningsutvikling og fremskriving- aldersgrupper:

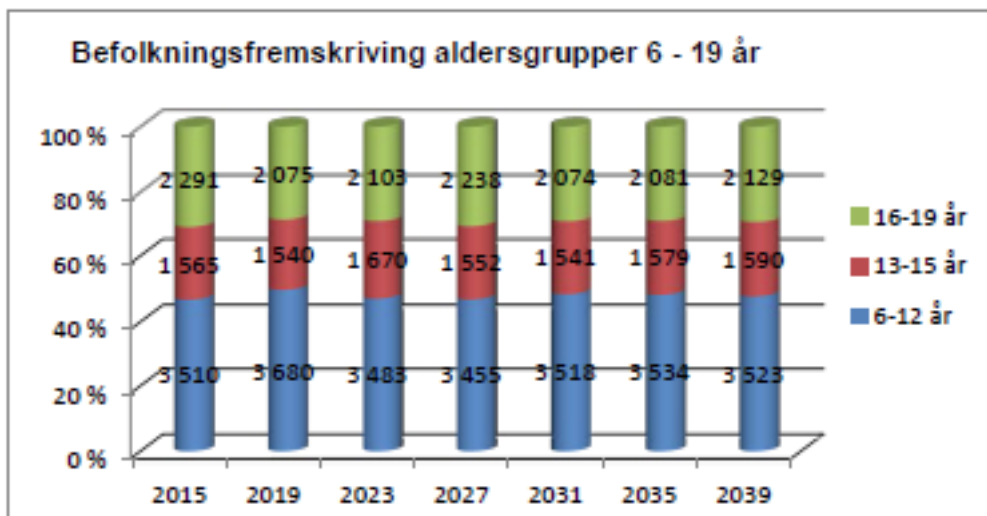


Framskrivingen av aldersgruppen 0-5 år viser at andelen barn i denne gruppen vil gå ned gjennom hele tidsperioden. Befolkningen vil øke samlet, men dette vil ikke gjøre seg gjeldende for denne gruppen.

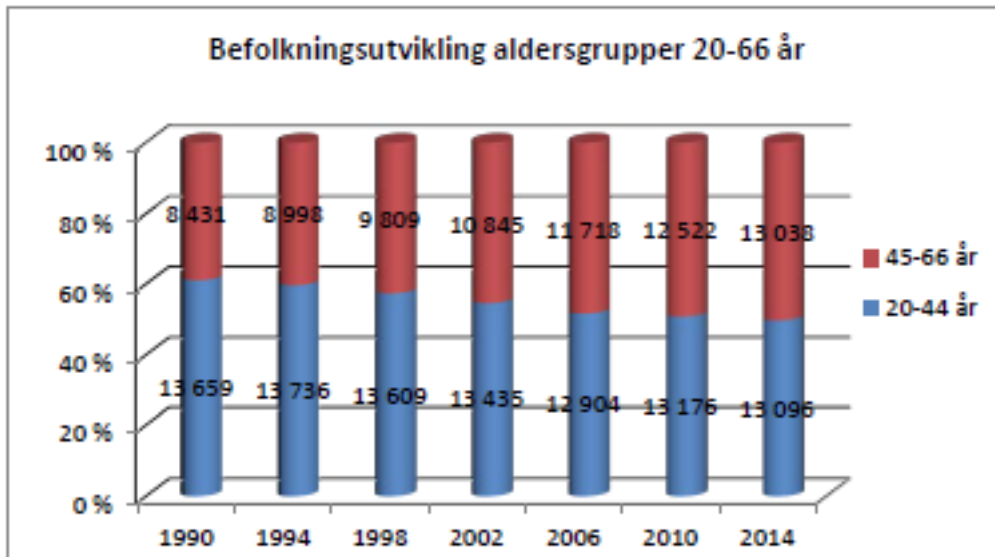


6-19 år	1990	1994	1998	2002	2006	2010	2014
	7 228	7 009	7 127	7 422	7 640	7 512	7 331

Aldersgruppen 6-15 år er primært knyttet til grunnskoleopplæring og planlegging av skolestrukturer. Gruppen 16-19 år knytter seg tilsvarende til planlegging og utforming av videregående skoler. Tallene fra 1990 viser at aldersgruppesammensetningene er nesten identisk med tallene for 2014. Da befolkningen samlet har økt i denne perioden, betyr dette at andelen ungdom 6-19 år i befolkningen har blitt mindre.

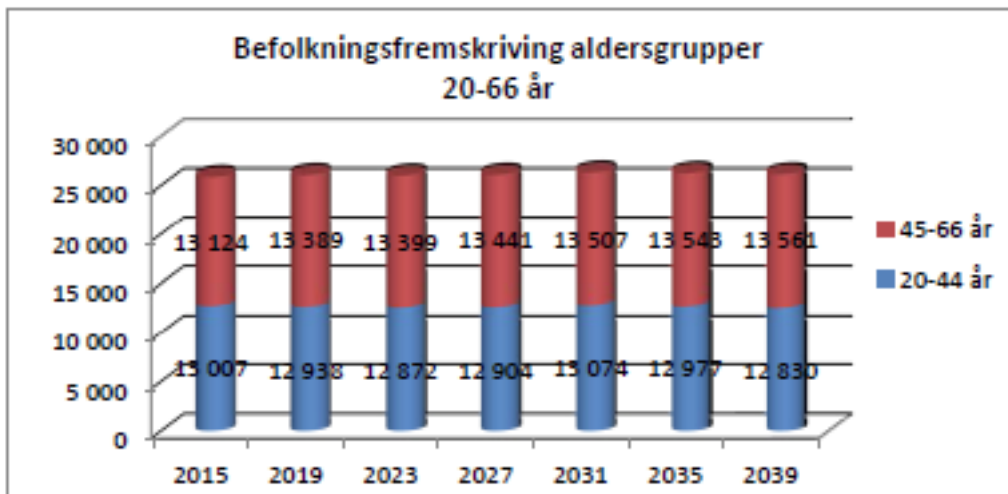


Framskrivningen av de ulike gruppene som vist ovenfor, viser til den samme utviklingen og hovedbilde som for aldersgruppen 0-5 år. Andelen av befolkningen mellom 6-19 år vil gå ned sett i forhold til utviklingen i befolkningen samlet sett.



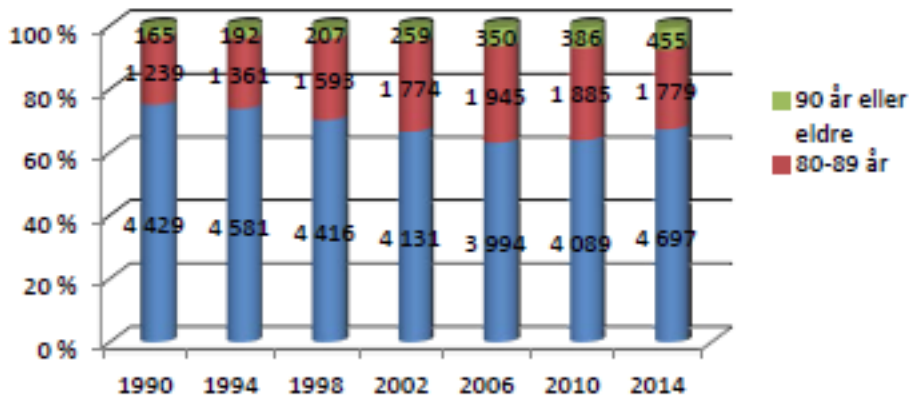
20-66 år	1990	1994	1998	2002	2006	2010	2014
	7 228	22 734	23 418	24 280	24 622	25 698	26 134

Utviklingen for de ulike gruppene som vist ovenfor, viser særskilt at gruppen 20-44 år har hatt en nedgang til tross for at befolkningen totalt sett har økt. Gruppen 45-66 år har en kraftig økning som utgjør over 50 % i samme periode. Utviklingen samlet for gruppen 20-66 år gir for perioden derfor en vekst på ca.18 %.



Befolkningsfremskrivningen for perioden 2015-2039 viser samme utvikling som de historiske tallene for aldersgruppen (inn til 2014). Aldersgruppen 20 – 44 år blir relativt mindre, og fortsetter en marginal nedgang frem mot 2039. For aldersgruppen 45-66 år vil tallene stabilisere seg i forhold til den historiske utviklingen hvor man i perioden 1990 til 2014 hadde en økning på over 50 %

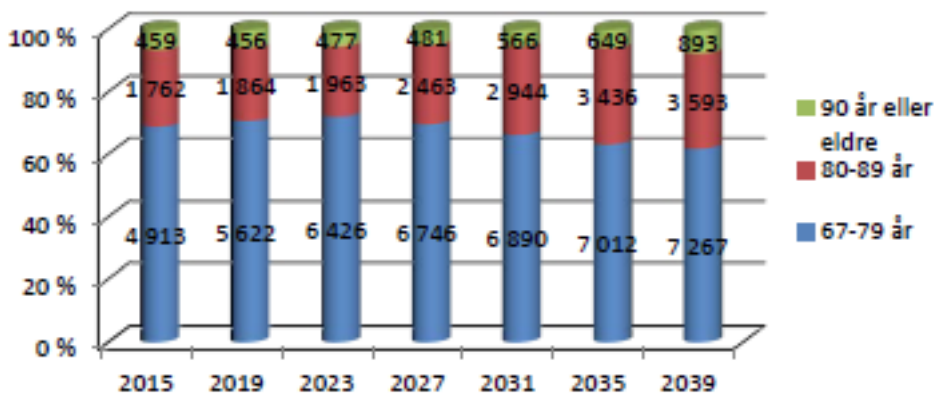
Befolkningsutvikling aldersgrupper 67 år og eldre



67+	1990	1994	1998	2002	2006	2010	2014
	5 833	6 134	6 216	6 164	6 289	6 360	6 931

Befolkningsutviklingen for gruppene som inngår i 67 år og eldre har en kraftig vekst i perioden. Veksten i gruppen 67-79 år har vært på ca 6 %, gruppene 80-89 år har økt med 43 % og gruppen 90 år og eldre har økt med hele 275 %.

Befolkningsfremskrivning aldersgrupper 67 år og eldre



Aldersgruppene over 67 år er de som i hovedsak utgjør brukergruppene for omsorgstjenester. Det vil fra 2015 være forventet en stor økning i andelen av eldre når de store etterkrigs-kullene som er født i 1946 og nærmeste etterfølgende år passerer 67 år i 2014. Dette gjelder for alle 3 aldersgrupperingene. Den største veksten vil slå inn etter 2020.

4.4 Oppvekst

Utviklingen av en god og sunn livsstil i barne- og ungdomsårene er en viktig forutsetning for god helse i voksen alder. Norske barn er blant de friskeste i verden. Det er lav spedbarnsdødelighet og små barn er sjelden alvorlig syke.

De fleste barn går i barnehage. I et folkehelseperspektiv er barnehagene en viktig arena for integrering, inkludering, språklæring, sosial utjevning av levevaner og helse, og forberedelse til skolegang. Barnehagene når barn tidlig i alder og uavhengig av sosiale skillelinjer, og representerer trygge arenaer for mestring og utvikling. Noe som gir grunnlag for mestring av videre skolegang, læring og helse.

Helse er nært knyttet til oppvekstvilkår og de forhold vi lever under. Vår helse påvirkes av ulike faktorer, arv og miljø, gjennom hele livsløpet, fra fosterlivet til livets slutt. Det innebærer at helsen ikke er fastsatt fra fosterlivet, men kan endre seg underveis, både i positiv og negativ retning.

Fødselsvekt og vekst i spedbarns-/barnealderen har sammenheng med bl.a hjerte-karsykdom, type 2-diabetes, høyt blodtrykk og kolesterolnivå i voksen alder.

Det er forskjeller i barns helse. Forskjellene har mange årsaker. Grunnleggende samfunnsfaktorer som økonomi, miljø, kultur, oppvekstvilkår og ulike risikofaktorer i arbeids- og bomiljø er de mest sentrale

Studier blant voksne viser at fysisk aktivitet har en forebyggende og terapeutisk effekt mot depresjon. Det er nå også forskning som ser på effekten av fysisk aktivitet på angst og depresjon blant barn og unge.

Barn og unges helse

Indikator 1: Opplevelse av trygghet i nærmeste sentrum eller tettsted

Det er en god investering å satse på arenaer der barn kan utfolde seg, føle seg trygge og lykkes. Å legge til rette for mestring og trivsel er viktig i alle faser av livet, særskilt for barn og unge.

I lokalmiljøet er en del av det forebyggende arbeidet å tilrettelegge for arenaer der barn og unge kan møtes. Et godt tilrettelagt nærmiljø med sykkelveier, gangveier, lekeplasser, fritidstilbud og ungdomsklubber bidrar positivt til gode opplevelser og økt trygghetsfølelse.



Kilde: Ung i Vestfold 2013, Telemarksforskning, Ungdataundersøkelsen

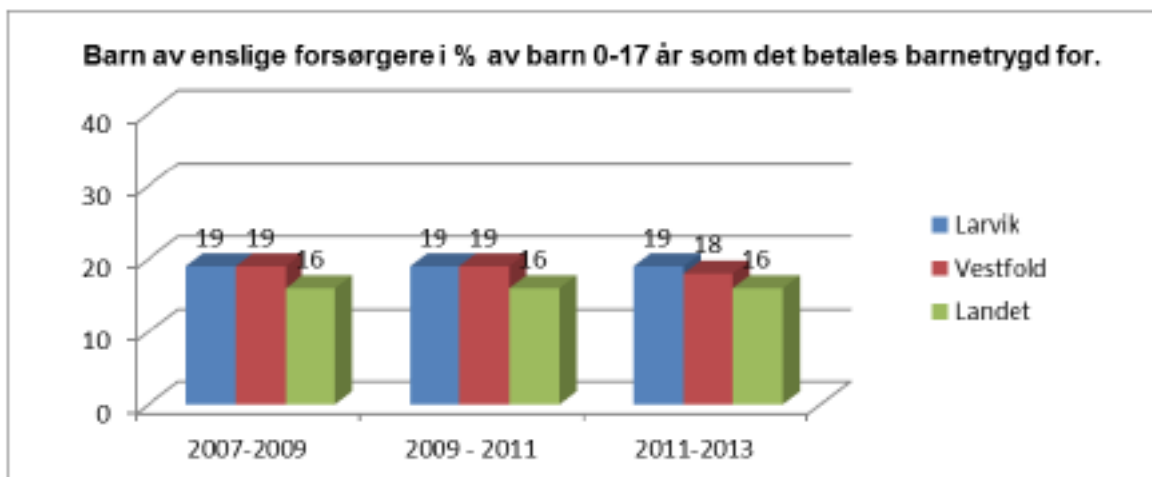
Dataene er hentet fra Ungdataundersøkelsen 2013. Det foreligger ikke data som kan si noe om utvikling over tid her. Ny undersøkelse er planlagt i 2016.

Kommunen skiller seg ut ved at:

52 % av ungdomsskoleelever opplever det som trygt å ferdes på gater og veier i nærmeste tettsted. Dette er lavere enn fylkesgjennomsnittet. Det betyr videre at 48 % av ungdomsskoleelevene opplever det som utrygt å utøve denne aktiviteten.

Indikator 2: Barn av enslige forsørgere

Barn av enslige forsørgere er særlig utsatt for helseutfordringer og ekstra belastninger. Dette fordi barns levekår og omgivelser i oppveksten påvirker blant annet utdanningsløp og yrkesmuligheter senere i livet, som igjen påvirker helsen. Også spisevaner, aktivitetsnivå og bruk av tobakk kan følge slike mønstre.



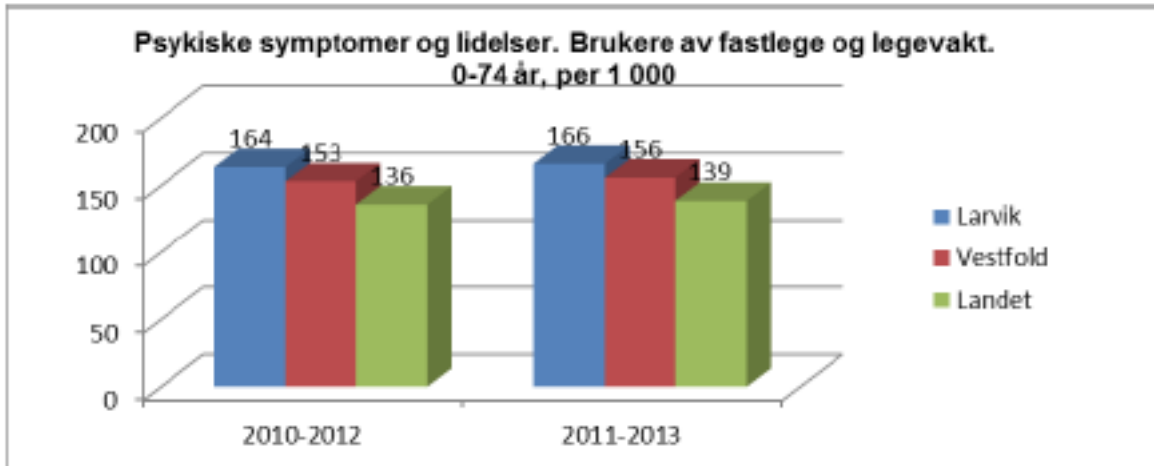
Kilde: Kommunehelse.no

Kommunen skiller seg ut ved at:

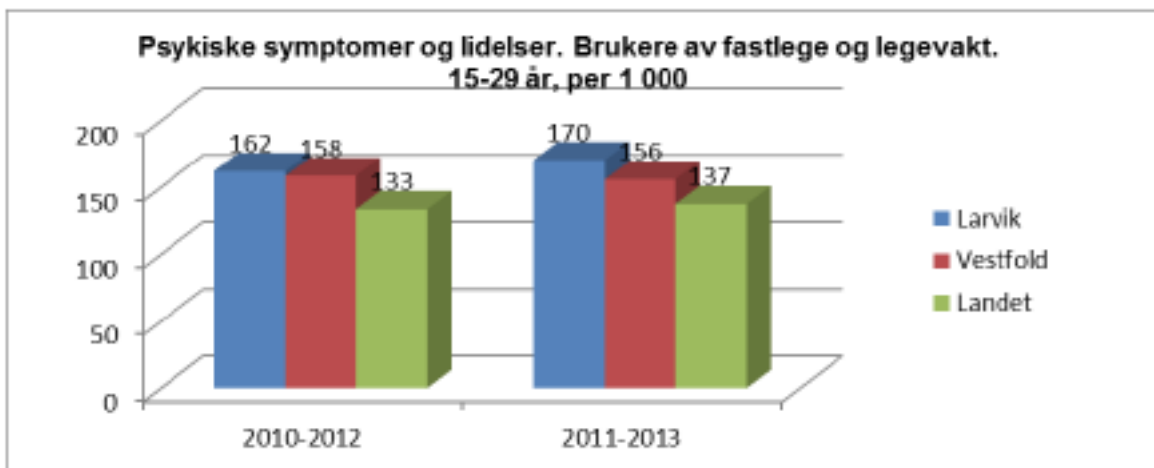
Andel barn av enslige forsørgere i Larvik er høyere enn fylket og landsgjennomsnittet.

Indikator 3: Psykisk helse

Barns psykiske helse henger sammen med foreldrenes helse og levekår. Psykiske lidelser, som f.eks depresjon hos mødre, konflikter mellom foreldre, negative livshendelser og levekårsrelaterte familiebelastninger, er alvorlige risikofaktorer som henger sammen med problematferd og psykiske helseproblemer hos barn.



Kilde: Kommunehelsa.no



Kilde: Kommunehelsa.no

Kommunen skiller seg ut ved at:

Figurene viser at andelen av befolkningen (0-74 år) med psykiske symptomer og lidelser er høyere enn fylket og landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.

14 % av ungdommene i ungdomsskolen (Ung i Vestfold 2013) svarer at de i løp av en uke har følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, trist eller deprimert, følt håpløshet med tanke på fremtiden og vært bekymret for mye. Andelen er noe høyere enn i fylket er (13 %) og markert høyere enn landsgjennomsnittet som er på 10 %.

Samtidig viser rapporten «Ung i Vestfold 2013» fra Telemarksforskning at de fleste ungdommer i Larvik trives i hverdagen og lever aktive og sunne liv. Det store flertallet av ungdom har et godt forhold til foreldre og venner, trives på skolen og i nærmiljøet og har stor tro på fremtiden. De bruker lite alkohol, narkotika og tobakk.

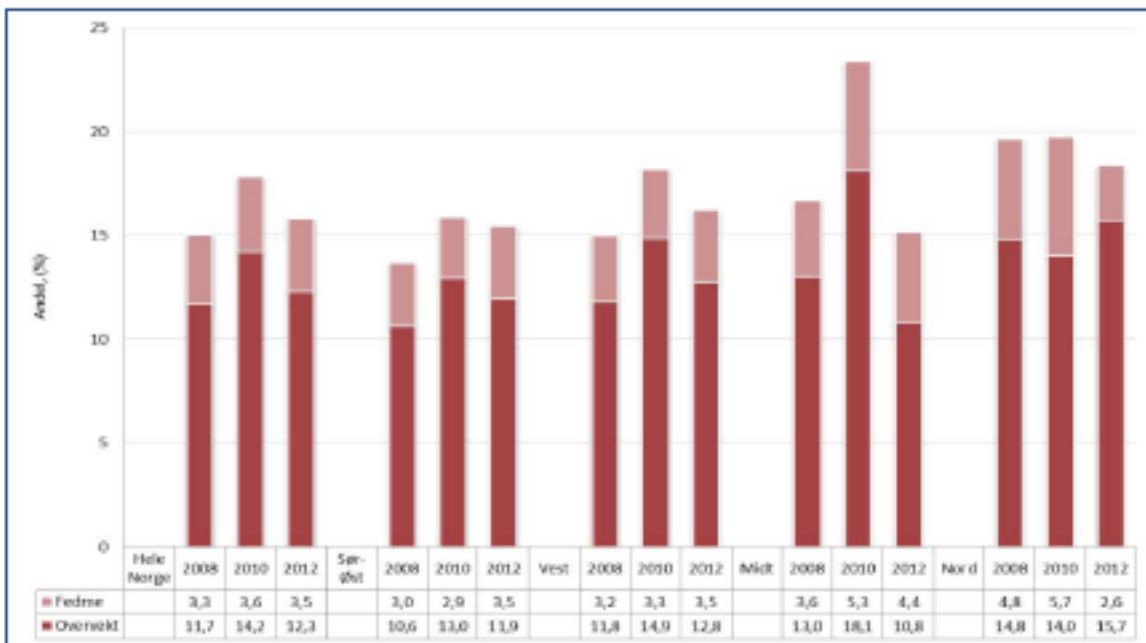
Kommunen skiller seg positivt ut:

I Ungdatarapporten svarer 15 % av ungdommene i videregående skole at de den siste uken har følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, trist eller deprimeret, følt håpløshet med tanke på framtiden og vært bekymret for mye. Andelen er lavere enn fylket som er 19 % og landsgjennomsnittet, som er 16 %.

13 % av ungdommene i ungdomsskolen svarer at de har vært beruset minst en gang de siste 12 månedene. Dette er en lavere andel enn fylket og landsgjennomsnittet, som ligger på 16 %. I videregående skole er svarprosenten 41 %, fylket 48 % og landsgjennomsnittet 55 %. Kommunen har en markant lavere andel enn landsgjennomsnittet som har vært beruset minst en gang de siste 12 månedene.

Indikator 4: Overvekt og fedme

Overvekt og fedme har de siste 20 – 30 år utviklet seg til å bli en av vår tids største folkehelseutfordringer. Barn og unge er spesielt utsatte. Overvekt og fedme i barneårene kan ha alvorlige konsekvenser for barns helse og er en risikofaktor for sykelighet i voksen alder. Andel 8 åringer med overvekt og fedme per år 2008-2010-2012 samlet etter helseregioner.



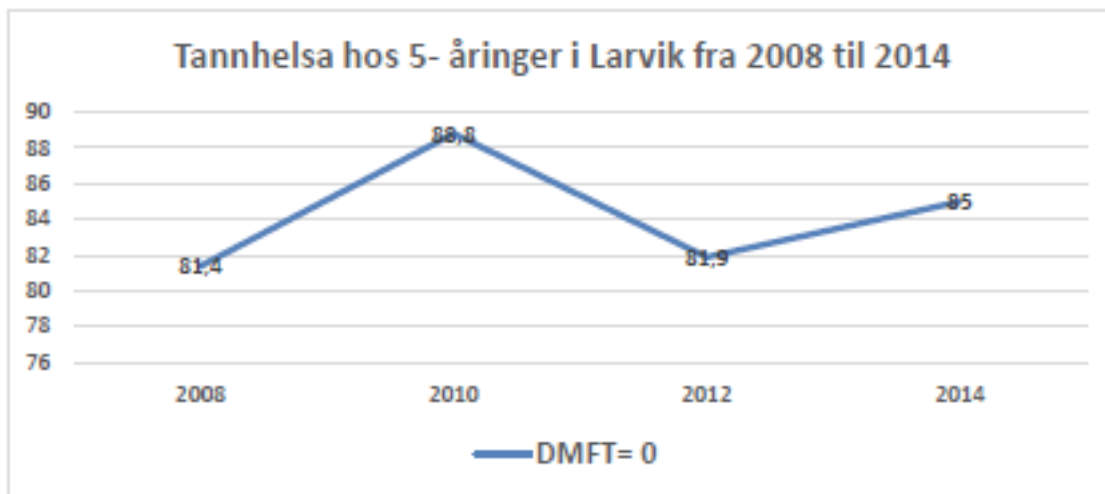
Kilde: Barnevekststudien. Overvekt og fedme er klassifisert etter IOTFs grenseverdier (Coles indeks).

Barnevekststudien er en landsomfattende studie som startet i 2008 for å overvåke vekstutviklingen av norske 3. klassinger; høyde, vekt og livvidde. Larvik har deltatt i studien, men det finnes ikke lokale tall som kan presenteres. Tallene i tabellen er derfor på regionsnivå.

Når det gjelder overvekt (inkludert fedme) og fedme viser resultatet av studien at Helse Sør-Øst (inkludert Vestfold) har signifikant lavere andel barn med overvekt og bukfedme sammenlignet med de øvrige helseregionene. Forskjellene mellom gutter og jenter på helseregionnivå var små. Overvekt viser en fallende tendens, fedme en økende tendens i denne studien.

Indikator 5: Tannhelse - barn

Tannhelsen er en viktig del av den totale helsen. Det er som regel de samme faktorene som gir god helse som også gir god tannhelse. Barns tannhelse er derfor en viktig indikator på banets totale helse; fysisk og psykisk.



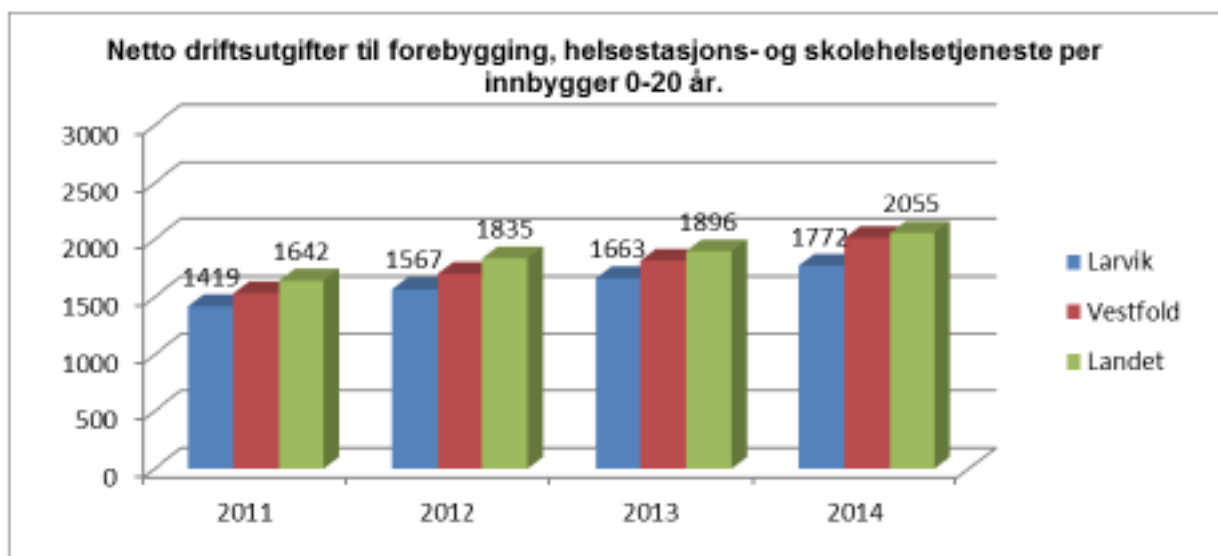
DMFT = 0 er en variabel som beskriver andelen av pasienter som aldri har hatt hull i tennene. Andelen

oppgis i %. Jo høyere verdi, jo bedre tannhelse. For 2015 har Vestfold fylkeskommune som politisk målsetting, at minst 82 % av 5-åringene ikke skal ha hatt hull i tennene. Det foreligger ikke sammenlignbare tall.

Oversikten viser at andelen barn uten hull i tennene ved 5 års alder har variert i perioden fra 2008 til 2014. Over 80 % av barna har god tannhelse, det betyr at 15-20 % av 5-åringene har dårligere tannhelse. Dette er omtrentlig sammenfallende med andelen barn som har psykiske helseproblemer.

Indikator 6: Forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det viktigste lokale lavterskel helsetilbud til barn og unge og deres foreldre. Helsestasjonen benyttes i dag av nær 100 % av populasjonen. Vaksinasjonsdekningen blant barn i Norge (og Larvik) er blant den høyeste i verden. I ungdomsskolene og videregående skole viser undersøkelser at der tjenesten er regelmessig til stede over tid blir den benyttet av 50 % av elevene.. Tjenesten skal blant annet bidra til å fremme gode sosiale og miljømessige forhold, og gi innspill til kommunens oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen til målgruppen.



Kilde: SSB, tabell 07793

Kommunen skiller seg ut ved at:

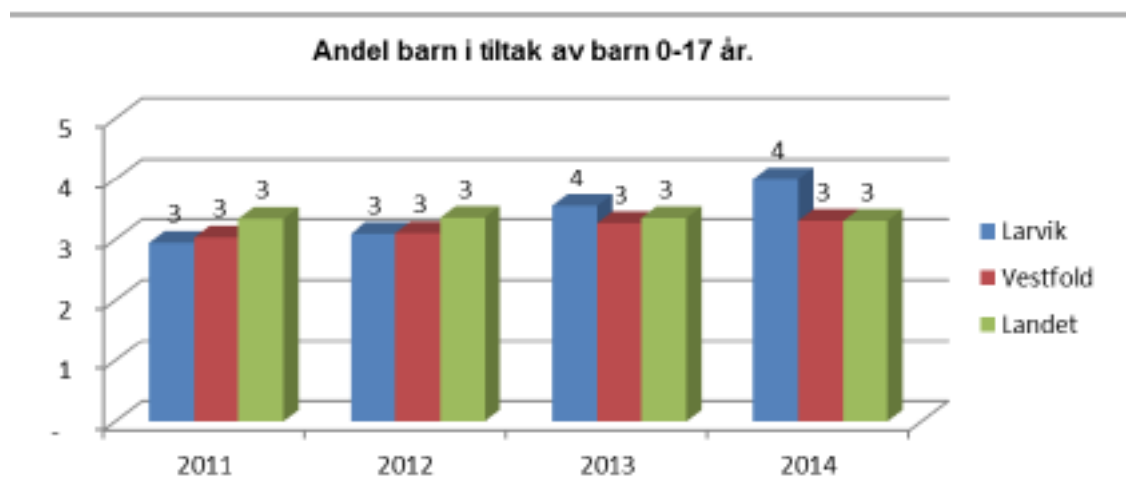
Tabellen viser at netto driftsutgifter til forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste 0-20 år er lavere i Larvik enn i Sandefjord, Tønsberg, Landet utenom Oslo og Kostragruppe 13. Ressursene i helsestasjon og skolehelsetjeneste ligger under norm anbefalt i utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det gir en lavere tilgjengelighet til tjenesten enn det som er anbefalt og en lavere innsats i det helsefremmende og forebyggende arbeidet enn ønskelig, sett fra et folkehelseperspektiv.

Indikator 7: Barnevern

Krenkede barn blir syke voksne.

Negative barndomsopplevelser har sterk effekt på helsen vår. Det gjelder ikke bare den psykiske helsen, men også den somatiske helsen og sykdommer som for eksempel kreft og hjerte- karsykdommer.

Alle former for krenkelser av grenser, enten disse handler om fysisk vold, psykisk mishandling, generell vanskjøtsel eller seksuelle overgrep, forårsaker smerte hos den som blir krenket, særlig hvis den krenkede er et barn. Et barn som vokser opp med alvorlige krenkelser har ved 20 års alderen fem ganger høyere risiko for å dø sammenlignet med jevngamle.



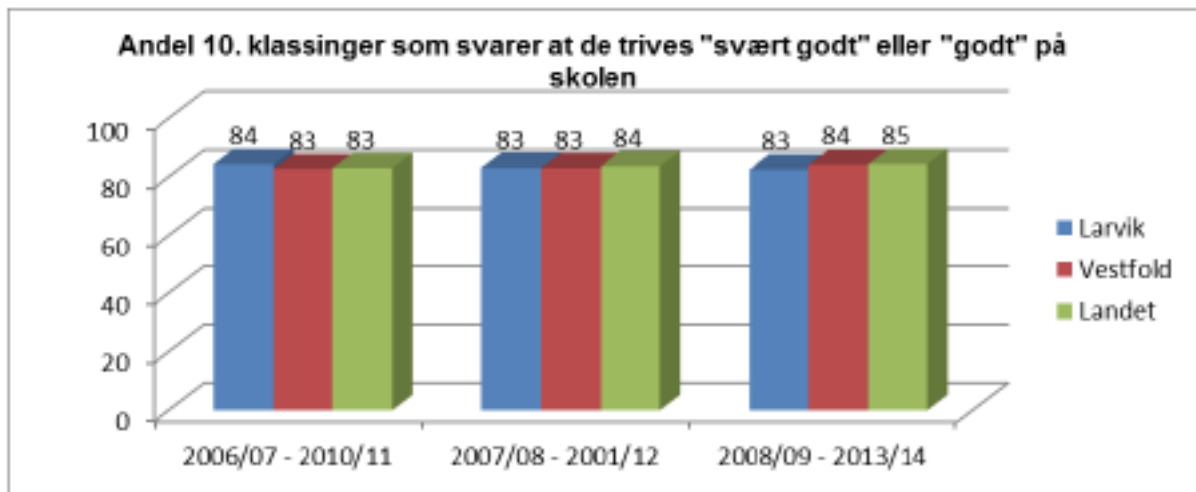
Kommunen skiller seg ut ved at:

Larvik har et høyt antall barn som får hjelpetiltak fra barneverntjenesten og er under barnevernets omsorg. Det kan bety at flere barn her enn i Vestfold og landet opplever omsorgssvikt. Det kan også bety at barn som opplever omsorgssvikt blir oppdaget og får en ny og forhåpentligvis bedre omsorgssituasjon.

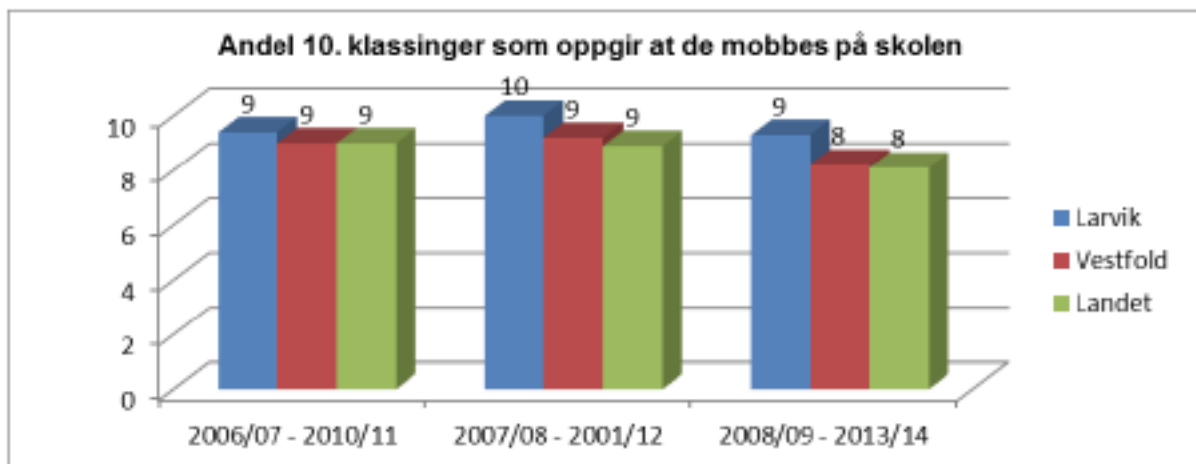
Indikator 8: Trivsel og mobbing i skole

Norsk grunnskole er en viktigste arena for folkehelsearbeidet fordi her møter vi hele befolkningen i en viktig fase av livet. Skolen har ansvar for å fremme god læring og god helse.

Ensomhet, sosial eksklusjon, traumatiske opplevelser og daglige og vedvarende belastninger øker risikoen for psykiske vansker. De vanligste psykiske vanskene for barn og unge er angst, depresjon og atferdsvansker. Forebygging av psykiske vansker og lidelser handler blant annet om å gi barn og ungdom miljøer uten mobbing, miljøer uten utestengning fra det sosiale fellesskapet og miljøer hvor alle har minst én arena eller aktivitet som viser at de lykkes med noe. Barn som vokser opp under slike forhold, har lavere risiko for å få psykiske vansker.



Kilde: Kommunehelsa.no



Kilde: Kommunehelsa.no

Trivsel på skolen:

Andelen 10.-klassinger som trives på skolen er ikke entydig forskjellig fra andelen i fylket eller landet som helhet. Kommuneverdien kan skjule stor variasjon mellom skoler. 96 % trives på skolen, i følge Ungdataundersøkelsen 2013.

Kommunen skiller seg ut ved at:

Andelen barn som opplever at de blir mobbet på skolen er noe høyere i Larvik enn landsgjennomsnittet, målt på samme klassetrinn.

4.5 Levekår

En mye brukt definisjon av levekår er «individenes tilgang på ressurser som de kan bruke på ulike arenaer for å kontrollere og bevisst styre sine livsvilkår».

Levekår, som begrep, gir større mulighet for en ressurs og mestringstilnærming enn fattigdomsbegrepet. Gode levekår gir grunnlag for god helse og er en strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Levekår handler om økonomiske ressurser, inntekts- og formuesforhold, helse, sysselsetting, arbeidsmiljø, boligforhold, trekk ved nærmiljøet, utdanning, forbruk, fritid og rekreasjon, oppvekstforhold, politiske ressurser og demokratiske rettigheter og tilgjengeligheten til offentlige helse- og omsorgstilbud.

Alle grupper har økt sin levestandard og forventede levetid de siste hundre år, men ulikhetene i dødelighet og levealder, spesielt etter utdanning, har økt. Forutsetningene for å oppnå god helse er høyst ulike, og den sosiale ulikheten i helse øker. De sosiale forskjellene i helse danner en gradient; jo høyere sosioøkonomisk status (utdanning, yrke og økonomi), jo bedre helse.

Sammenligner vi situasjonen til barn som bor i en familie som har svak økonomi med andre barn, finner vi at det er en større andel av barn fra familier med svak økonomi som sliter sosialt, som ikke deltar i fritidsaktiviteter og som opplever seg selv som sosialt isolerte. Ulikheter i levekår kan være utslag av aktive verdivalg og kulturell tradisjon.

Utdanning

Indikator 1: Utdanningsnivå

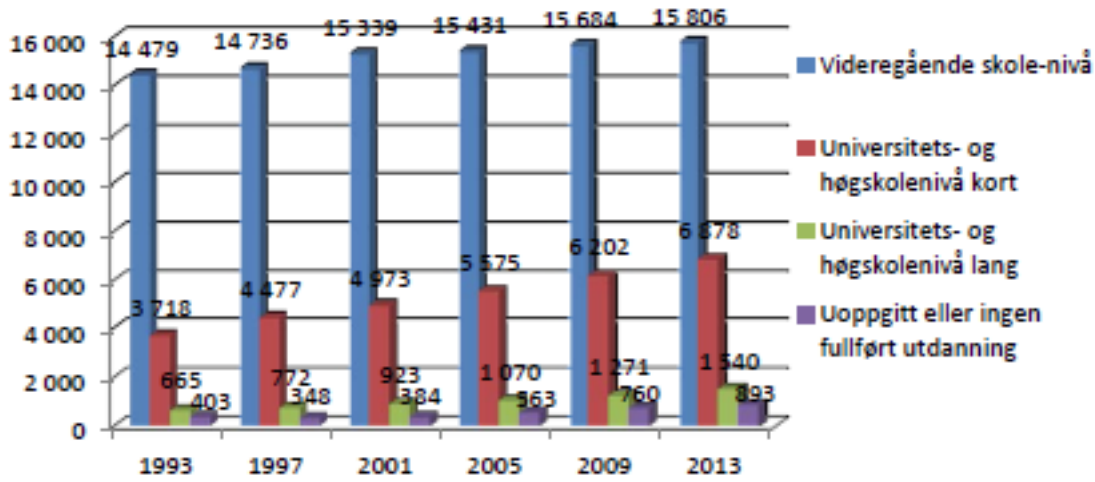
Et utdannings- og kompetansesystem som sikrer lik tilgang til rettigheter er et godt utgangspunkt for sosial utjevning. Barn, unge og voksne, uavhengig av familiebakgrunn, som har mulighet til å tilegne seg kompetanse, ferdigheter og holdninger er godt rustet for å delta i dagens samfunns- og arbeidsliv.

Utdanningsnivå er identifisert som en av de viktigste bakenforliggende faktorene for helseatferd. Et par år ekstra skolegang gir seg målbare utslag i dødelighetsstatistikken. Forskning viser at utdanning varierer sterkt med sosial bakgrunn. Jo høyere utdanning foreldrene har, jo høyere familieinntekt og jo høyere far og mor er plassert i yrkeshierarkiet, desto mer utdanning tar barna – i gjennomsnitt

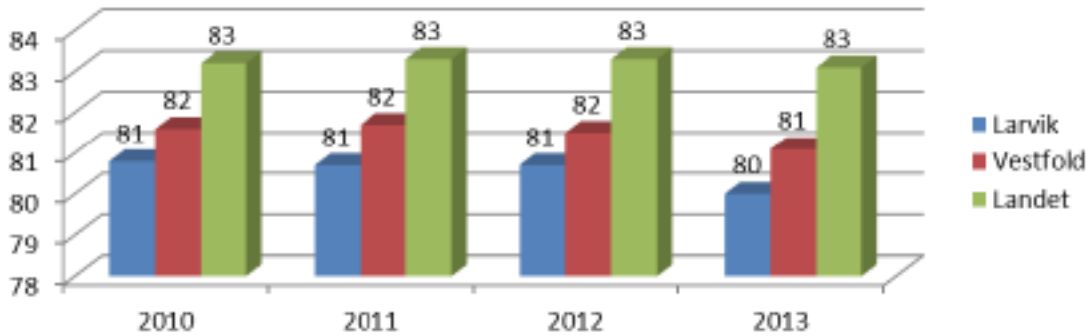
Gode foreldreferdigheter, god sosial støtte fra venner og familie, og fullført utdanning hos foreldre, er knyttet til god sosial og skolemessig fungering hos barn og unge.

Barn som har foreldre med lav utdanning eller løs tilknytning til arbeidsmarkedet, er særlig utsatt for helseutfordringer.

Tabell: 09429: Personer 16 år og over, etter kjønn og utdanningsnivå



Andel 30 - 39 år, høyeste fullførte utdanningsnivå, videregående eller høyere



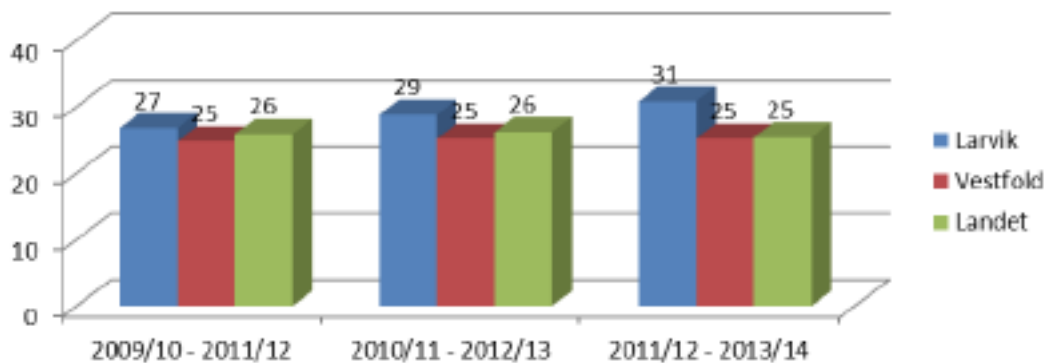
Kilde: Kommunehelse.no

Kommunen skiller seg ut ved at:

Andelen med videregående skole eller høyere utdanning er lavere enn fylket og landet for øvrig. Utdanningsforskjell i forventet levealder er høyere enn gjennomsnitt i fylket og landet. Dette viser en større sosial ulikhet i helse.

Indikator 2: Mestringsnivå i lesning

Andel med laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.



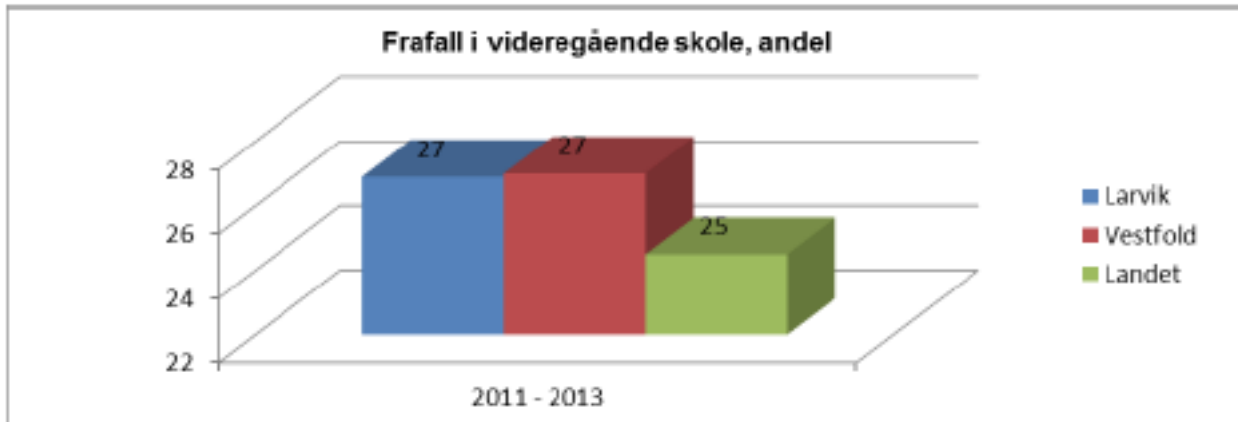
Kilde: Kommunehelse.no

Kommunen skiller seg ut ved at:

Andelen 5.-klassinger som er på laveste mestringsnivå i lesing er høyere enn fylket og i landet som helhet.

Indikator 3: Frafall fra videregående skole

Andel som har sluttet på/ ikke bestått videregående skole, status fem år etter påbegynt opplæring (2011-2013).



Kommunehelsa.no

Kommuneverdien kan skjule sosiale forskjeller mellom ulike grupper. Studier viser at blant elever fra familier med lavt utdanningsnivå, er andelen som faller fra høyere sammenlignet med elever fra familier med høyt utdanningsnivå. Frafall i videregående skole reduserer mulighetene i arbeidsmarkedet og øker risikoen for uføretrygd og dårligere levekår og helse. Forskning viser sammenheng mellom psykiske vansker og frafall i videregående skole.

Kommunen skiller seg ut ved at:

Frafallet i videregående skole er høyere i Larvik enn i landet som helhet, men på tilsvarende nivå som fylket.

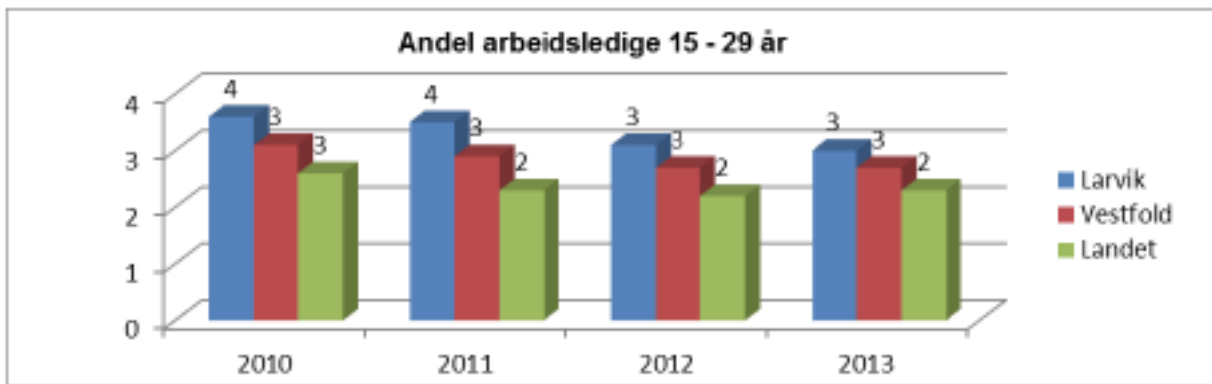
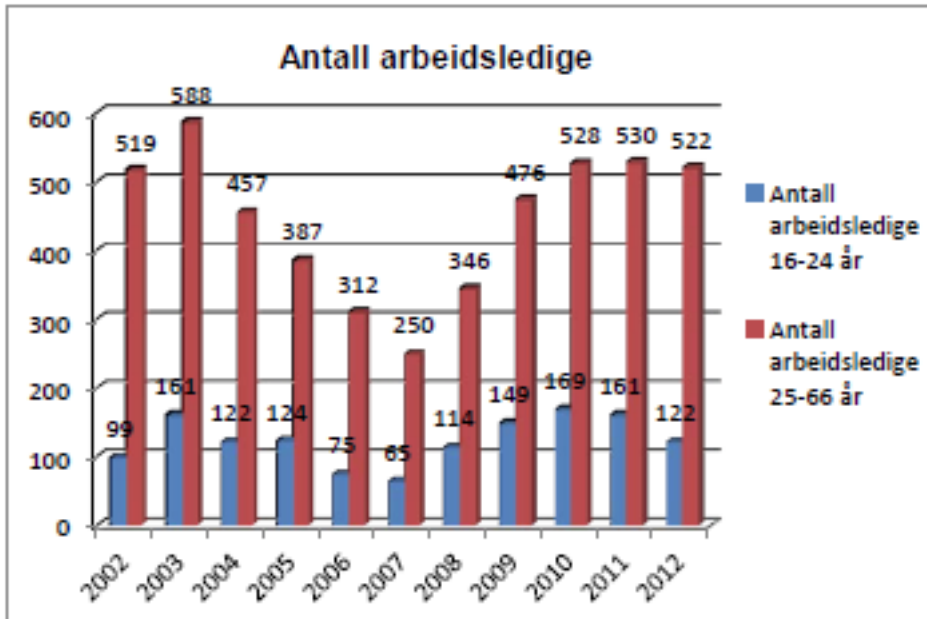
Andelen i Larvik har gått ned de siste årene. Dette representerer en positiv utvikling i så måte.

Innbyggere utenfor ordinært arbeid

Helseforskjellene mellom de som er i arbeid og de som ikke er i arbeid er tydelige. Studier viser at å være uten arbeid kan øke risikoen for å få langvarige lidelser opp mot 3-4 ganger i forhold til det å være sysselsatt. Det er ulike årsaker til dette. Arbeidstilknypning gir for de fleste positive effekter for psykiske helse og livskvalitet gjennom muligheten til å få brukt egne evner og oppleve mestring.

Arbeid er også en viktig inngang til sosiale relasjoner og dermed til å styrke den sosiale kapitalen. Det å være i arbeid gir videre grunnlag for økonomisk stabilitet og påvirker dermed levekårsutviklingen over tid.

Indikator 1: Antall arbeidsledige i Larvik

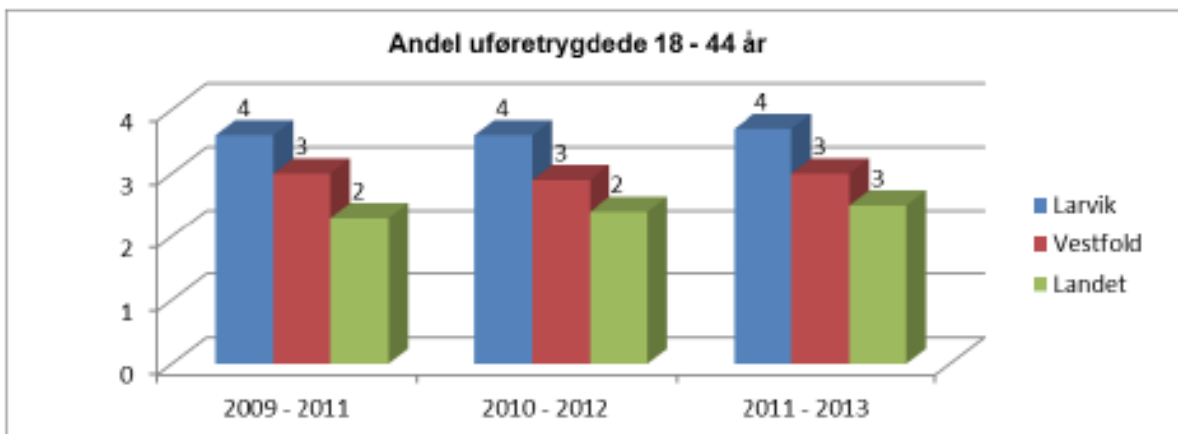


Kommunehelse.no

Kommunen skiller seg ut ved at:

Mange står utenfor arbeidslivet i forhold til sammenlignbare kommuner. Andelen arbeidsledige(%) i gruppen 15 - 29 år er høyere enn fylket og landet for øvrig.

Indikator 2: Andel uføretrygdede i Larvik



Kilde: Kommunehelse.no

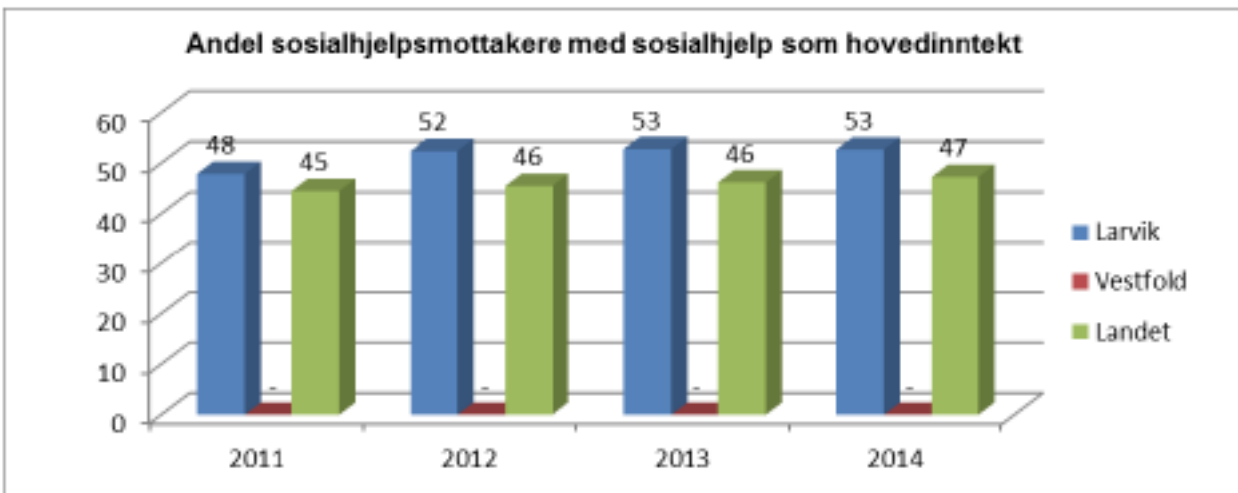
Kommunen skiller seg ut ved at:

Andelen unge uføre (18 - 44 år) er høyere enn landet for øvrig, 3,7 % mot 2,5 %.

Inntekt og sosiale ytelser

Lavinntekt kan ha negativ innflytelse på helsen dersom levestandarden påvirkes over tid. I et samfunn med en levestandard der de fleste får dekket grunnleggende behov som mat, klær og bolig, har relativ inntekt større betydning for helsen enn absolutt inntekt. Inntektsfordelingen i en befolkning kan vise de sosiale forskjellene i kommunen. De sosiale forskjellene i helse danner en gradient; jo høyere sosioøkonomisk status (utdanning, yrke og økonomi), jo bedre helse.

Indikator 1: Andel sosialhjelpsmottakere med sosialhjelp som hovedinntekt

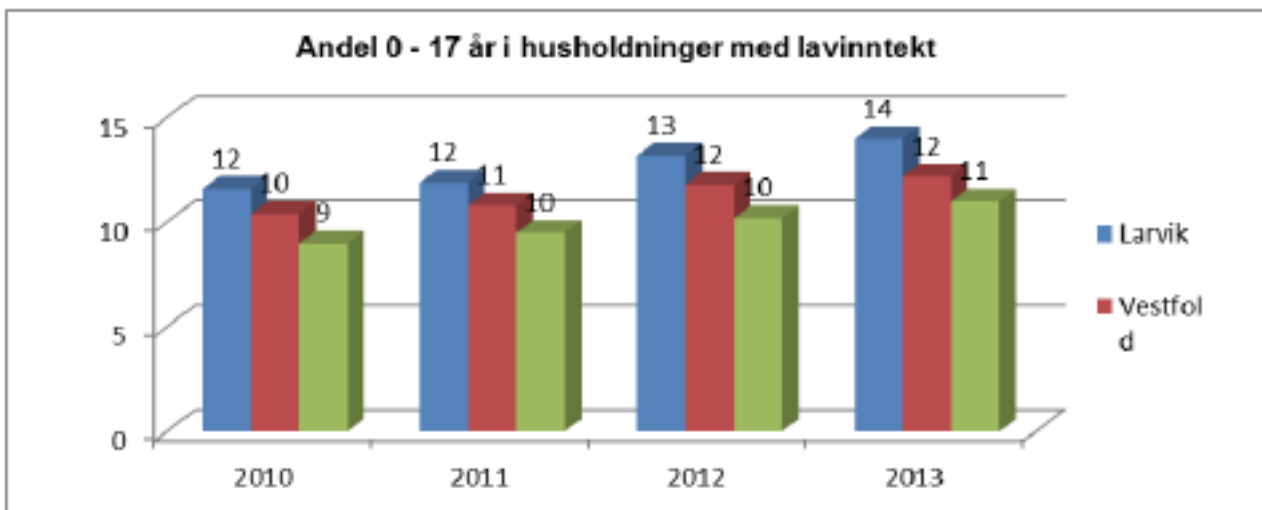


Kilde: SSB tab 04906, fylke ikke tilgjengelig

Kommunen skiller seg ut ved at:

Andelen sosialhjelpsmottagere i Larvik med sosialhjelp som hovedinntekt er høyere enn i Landet for øvrig og har vært dette over tid.

Indikator 2: Husholdninger med barn og med lavinntekt



Kilde: SSB tab 08764, EU-skala 60 %

Kommunen skiller seg ut ved at:

Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt er høyere både enn i fylket og i landet som helhet. Lav inntekt defineres her som under 60 % av nasjonal medianinntekt.

4.6 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.

Hva vi gjør i hverdagen og hvordan vi gjør det, påvirker helsa vår. Våre omgivelser har betydning for helsa. Et godt miljø kan fremme helse, men omgivelsene våre kan også begrense våre muligheter til å være i fysisk aktivitet og til å delta på sosiale arenaer. Temaet fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø er særskilt omfattende og vil også være overlappende. En bolig i nærheten av en trafikkert vei, vil både gi begrensninger i form av at det er vanskelig å oppholde seg og bevege seg langs veien, men det vil også kunne medføre dårlig luftkvalitet og dårligere vekstforhold for alt levende.

I Larvik har de aller fleste innbyggerne tilgang på et godt miljø – både fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt. Vi har mye skog og sjø, kommunen er blant de mest gunstige for dyrking av grønnsaker, vi har ingen tungindustri med farlig utslipp og vi har et rikt kultur- og idrettsliv. Alle disse godene er med på å tilby innbyggerne et godt og sunt miljø og legge forholdene til rette for god folkehelse.

I et folkehelseperspektiv er lokalisering av funksjoner er viktig for å kunne delta på hverdagens ulike arenaer og påvirke for eksempel hvilket transportmiddel vi kan bruke for å komme oss fra A til B. I tillegg er avstand og utforming av strekningen mellom A og B med på å avgjøre om vi vil gå, sykle, ta kollektiv eller bil. En skoleelev som er 12 år bør sykle eller går til skole for å få en helseeffekt.

Skolevegen er også en sosial arena, hvor det bør fokuseres på sikkerhet på flere områder.

Folkehelseprofilene viser i liten grad tilstanden til kommunen innen temaene fysisk, psykisk, kjemisk og sosialt miljø. Det er derfor vanskeligere å sammenligne oss med andre kommuner, fylket og landssnittet her. Sannsynligvis vil de fleste kommuner ha ulike forhold som har fokus og følges opp innenfor disse områdene.

I dette dokumentet er det valgt ut 3 «lokale» indikatorer som er relevante å følge videre over tid, med betydning for folkehelsa:

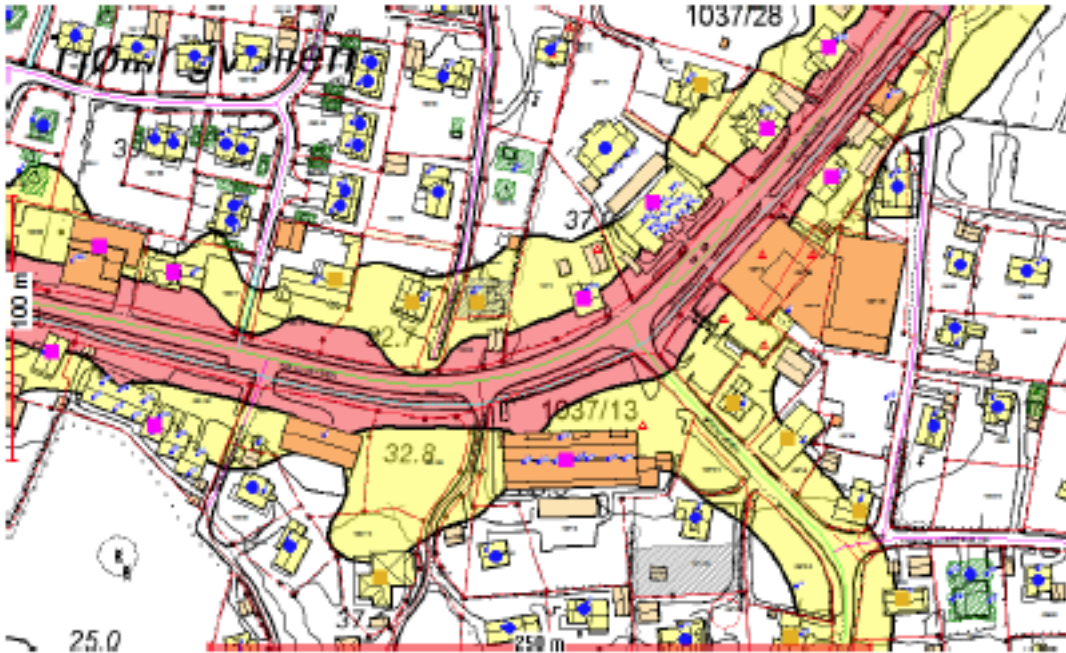
Indikatorer som skal følges opp:

- Antall boliger innenfor støysoner for trafikk
- Prosentvis andel av skoleelever som bor i gå- eller sykkelavstand til nærmeste skole/ elever som får skoleskyss
- Antall frivillige organisasjoner, medlemsforhold og rekruttering

Grunnlag for valg av indikatorene:

En oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal danne grunnlaget for kommunens valg og prioriteringer i planer og strategiske dokumenter. Indikatorene som er valgt skal være mulig å følge over flere år og kommunen skal ha mulighet for å påvirke dem gjennom sine virksomhetsområder. Indikatorene boliger i støysone, skoleelever og avstand til skole og antall kilometer gang- og sykkelveg påvirkes gjennom kommunens arealplanlegging. Frivillige organisasjoner kan også påvirkes gjennom kommunebudsjettet gjennom tilskudd og ved å tilby lokaler og arenaer billig eller gratis. Det vil derfor være mulig å følge utviklingen og måle effekten av kommunens tiltak knyttet til valgte indikatorer i et slikt planleggingsperspektiv.

Indikator 1: Boliger eksponert for trafikkstøy



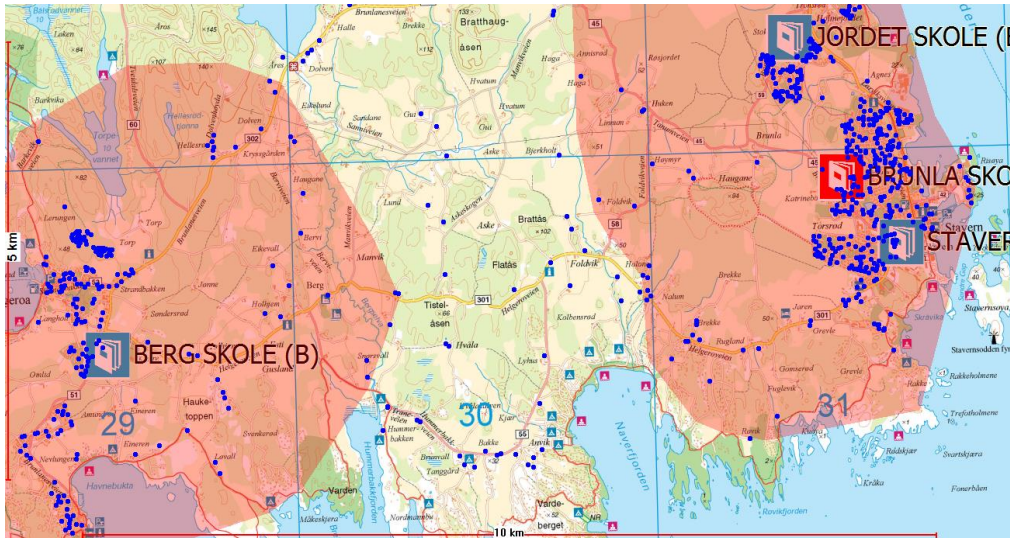
Illustrasjonen viser utsnitt av støysonekart for R303 Tjøllingvollen. Rosa firkanter markerer boliger i eller i nærheten av røde støysoner, oransje firkanter markerer boliger i eller i nærheten av gule støysoner. Foreløpig finnes kun tall for disse registreringene fra 2015. Analysematerialet som følger med viser følgende for Larvik kommune:

Antall boliger innen støysoner	ÅR 2015
Gul støysoner	3325
Rød støysoner	2394
Totalt	5719

Det er totalt 22391 boenheter i Larvik kommune. Det vil si at ca 25% av boligene i kommunen ligger i støysoner, enten gul eller rød. At boligen ligger i støysoner, betyr at støy målt på utsiden av huset er høyere enn 55 dB.

I gul støysoner ligger boliger med støy mellom 55 og 65 dB, mens i rød støysoner er målt støy over 65dB. En alminnelig samtale ligger på omkring 65 dB. Nye bygg har krav til støyreducerende tiltak for arealene innendørs. Støy kan forstyrre samtaler, hvile og søvn. Utilstrekkelig søvn påvirker både psykisk og fysisk helse. Blant annet er det funnet sammenhenger mellom lite søvn og angst, depresjoner, fedme og hjerte- karsykdom. Det er beregnet at veitrafikkstøy står for over 80 % av støyplagene i Norge. Nye byggetiltak i støysoner må beskrive og innarbeide støydempende tiltak, men det er ikke ønskelig – sett ut fra et folkehelseperspektiv- at det bygges ut flere nye boliger i støyutsatte områder i kommunen.

Indikator 2: Prosentvis andel av skoleelever som bor i gå- eller sykkelavstand til nærmeste skole



I grunnskolen (1.-10.klasse) i Larvik per 2015 er det 5064 barn. 4595 av disse bor nærmere en 4 km fra skolen, som er satt som grense for krav om skoleskys. Illustrasjonen over viser boliger hvor det bor skolebarn (blå prikker) innenfor en avstand langs vei på 4 km i en utvalgt del av kommunen. Likevel vet vi at flere av elevene som bor innenfor den røde sonen har krav på skoleskys som følge av farlig trafikkstrekning. Denne informasjonen er viktig å se i sammenheng med en oversikt over gang og sykkelveiene i kommunen og med hvor mange elever som ellers har krav på skoleskys.

	2012	2013	2014	2015
Antall elever totalt	5052	4969	5038	5064
Antall elever med skoleveg under 4 km	4434	4418	4563	4595
Prosentvis	87 %	88 %	90 %	90 %

Tabellen viser en svak økning i antall elever som bor innenfor 4 km gangavstand til skolen. Dette kan vi velge å tolke som at flere barn bor i nærheten av skolen, men for å få en fullstendig oversikt over endringen, må flere faktorer undersøkes. Det er derfor også viktig å følge med på omfanget antall elever som får skoleskys med buss. Dette er å anse som en positiv påvirkningsfaktor innenfor arbeidet med tilrettelegging for aktivitet og bedring av folkehelsa. Det er et klart ønske og et mål at så mange barn som mulig kan gå eller sykle på trygg skolevei, og at det legges til rette for dette i arealplanleggingen og øvrig planlegging i kommunen.

Antall elever som får skoleskys

	2012/2013	2013/2014	2014/2015
Busskort			1033

At 1033 av totalt 5038 elever i grunnskolen får busskort i 2014/2015 gir en prosentandel på 20 %. Dersom vi ser denne i sammenheng med antall elever som bor nærmere skolen enn 4 km, skulle det ha vært en andel på 10 % skoleelever som fikk skoleskys. Det er derfor naturlig å tenke at det finnes et potensiale for å redusere antall elever som får skoleskys ved å se om det er andre forhold enn avstand som er utløsende årsak til dette kravet.

Indikator 3: Antall frivillige organisasjoner, medlemsforhold og rekruttering

Larvik kommune har et rikt organisasjonsliv. Det er registrert 356 foreninger, fordelt på 46 idrettsforeninger, 62 kulturforeninger, 4 humanitære, 6 religiøse/livssynsorganisasjoner og 62 foreninger som driver med aktiviteter som ikke faller inn under disse merkelappene. Fordeler vi alle innbyggerne på alle foreningene, vil det si at hver forening har ca 120 medlemmer. Samtidig vet vi at det er ca 40 % av befolkningen som deltar, så det reelle antallet i foreningene er rundt 50 deltakere. Variasjonen blant foreningene er sannsynligvis stor i denne sammenheng.

Over 50 % av barn og unge i kommunen deltar i løpet av året i en aktivitet fra kulturskolen. Totalt er ca. 40 % av befolkningen tilsluttet idretts- og friluftslivorganisasjonene.

Medlemmer idrettslag og friluftslivorganisasjoner:

	2013	2014
Totalt	16 962	16 768
Under 20 år	6 526	6 320

Tabellen viser en svak nedgang fra 2013 til 2014. Materialet er for lite til å trekke noen slutninger. Det vil derfor være interessant å følge med på denne utviklingen over tid.

Kommunen skiller seg positivt ut:

I Ung data undersøkelsen 2013 oppgir 67 % av ungdomsskoleelevene i Larvik at de er aktive i organisasjoner, tilsvarende 50% i videregående skole. Dette er høyere andeler enn både for Vestfold og for større kommuner for øvrig

4.7 Skader og ulykker

Skader og ulykker har ofte store helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvenser. Ulykker er alltid en lokal utfordring og er et av de store helseproblemene i Norge. Ulykker med personskader til følge har en høy pris- for den enkelte, for pårørende og for samfunnet. Kostnadene kan være store, både materielle og immaterielle.

Derfor er det svært mye å spare ved å forhindre ulykker og forebygge skader - for alle deler av samfunnet. Et systematisk ulykkesforebyggende arbeid innebærer at kommunen har oversikt over ulykker og skader, deres årsaksforhold samt konsekvenser og utfra dette utarbeider mål og strategier. Larvik kommune er sertifisert som et «Trygt lokalsamfunn» og har mye av dette innarbeidet som arbeidsform.

Gjennom arbeidet med «Trygge lokalsamfunn» har kommunen de siste årene spesielt hatt fokus på:

- Kriminalitets- og voldsforebygging
- Vei – og trafikksikkerhetstiltak
- Trygg lek for barn og unge
- Brannforebyggende arbeid
- Øke sikkerhet ved ferdsel på og ved sjø og vann
- Trygg alderdom og fallforebygging

Statistisk sett vil, av en populasjon på 10.000 innbyggere, gjennomsnittlig:

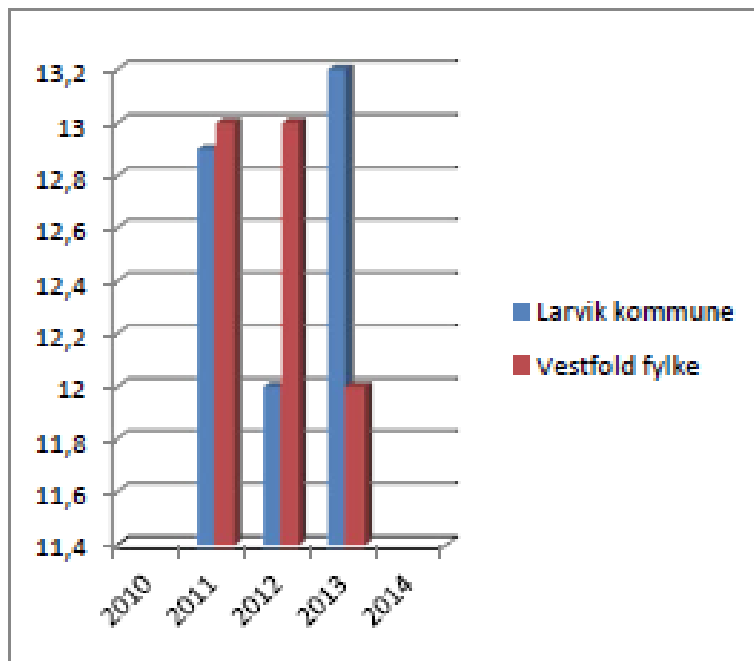
- 80 oppsøkelege pga. skader etter ulykker
- 8 blir lagt inn på sykehus
- Hver 3.mnd vil en person dø som følge av en ulykke

Årlig pådrar ca. 500.000 personer seg skader som fører til legetilsyn i Norge, av disse får 36.000 varig men; om lag halvparten ulik grad av funksjonshemming og ca. 1200 blir uførepensjonert. De fleste ulykkene skjer i hjemmet, på veien, i sport og idrett samt i arbeidslivet. Eldre er overrepresentert i ulykkesstatistikken, og det er markant forskjell mellom kjønn og alderssekvenser; for aldersgruppen over 60 er det flest skader hos kvinner, i aldersgruppen 20-39 år er det mest skader hos menn. Ulykker er den viktigste årsaken til dødsfall for unge personer- blant menn under 25 år skyldes 1 av 5 dødsfall ulykker.

Indikatorer som skal følges opp:

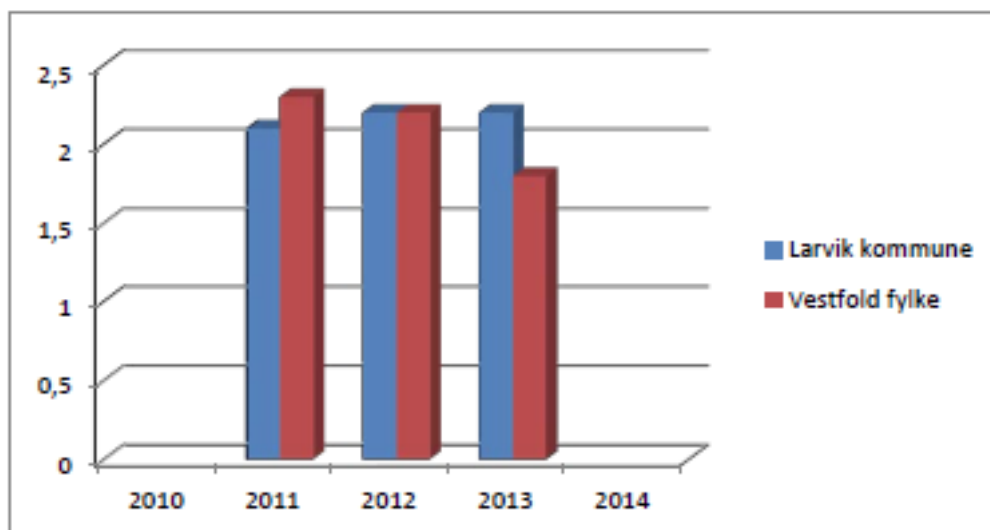
- Personskader behandlet i sykehus
- Antall hoftebrudd behandlet i sykehus
- Antall politirapporterte personskader

Indikator 1: Personskader behandlet i sykehus



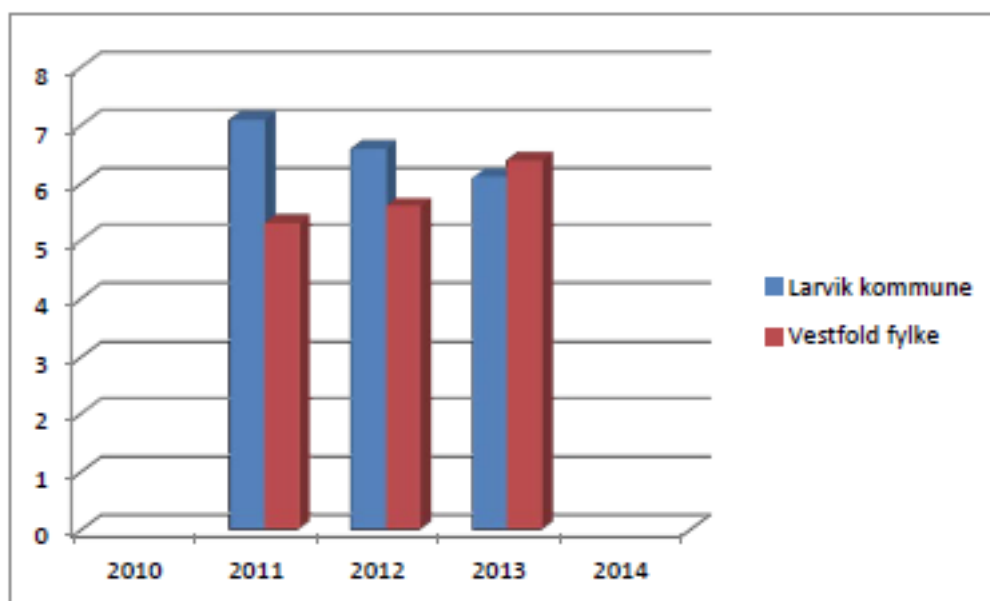
Indikatoren viser utvikling av antall personskader pr- 1000 innbyggere behandlet i sykehus og angir en samlet og grov oversikt over utviklingen av personskadeomfanget i befolkningen. Larvik har en negativ utvikling i løp av perioden 2010-2014, sammenlignet med Vestfold fylke.

Indikator 2: Antall hoftebrudd behandlet i sykehus



Indikatoren viser utviklingen av antall hoftebrudd pr. 1000 innbyggere behandlet i sykehus. Flesteparten av disse er relatert til lårhalsbrudd hos eldre mennesker. Larvik har en positiv utvikling i perioden 2010-2014, spesielt for 2013.

Indikator 3: Antall politirapporterte personskader



Indikatoren viser utviklingen av antall personrapporterte personskader-vold pr. 1000 innbyggere i Larvik kommune fra 2011 til og med 2013. Det registreres en positiv utvikling her i motsetning til fylket der tallene går noe opp i tilsvarende periode.

Grunnlag for valg av indikatorer:

Indikatorene innenfor dette området angir kvantitative faktorer og indikatorer som kommunen har mulighet til å påvirke, både på relativt kort sikt og på lengre sikt og som vil ha betydning for befolkningens folkehelse.

Det er begrenset adgang til skade – og ulykkes data på kommunenivå. For enkelte data gir derfor ikke dette mulighet til følge utvikling og trender over tid. Disse data kan kobles opp mot referanse kommuner dersom dette vil være relevant ved senere rullinger av dette oversiktsdokumentet.

Indikatorene viser også utvikling over tid innenfor områder/tema der kommunen har hatt oppmerksomhet og satt inn innstas, og som har inngått i vedtatte og iverksatte planer. Valgte indikatorer korresponderer videre med de som har vært fulgt over tid gjennom arbeidet med og i Trygge lokalsamfunn. Larvik har vært godkjent i henhold til denne klassifiseringen siden 2002, og har arbeidet systematisk og langsiktig med skade – og ulykkesforebyggende arbeid.

Kommunen skiller seg positivt ut:

Antall personskader – vold som er politi rapportert, er lavere enn fylkessnittet fra 2013.

Kommunen skiller seg ut ved at:

Antall personskader behandlet i sykehus er fra 2013 over fylkessnittet

Antall hoftebrudd behandlet i sykehus er over fylkessnittet fra 2013

4.7. Helserelatert adferd

Det har vært en uttalt nasjonal målsetting innen folkehelsearbeidet over tid at det skal bli enklere å «velge sunt» og at det skal legges til rette for hensynet til liv og helse i all samfunnsutvikling. Dette kommer til uttrykk i ulike sammenhenger, der det blant annet er ønskelig at befolkningen skal bli mere fysisk aktive, velge sunnere kosthold og redusere forbruk av tobakk og alkohol. Innenfor dette området er det mye kunnskap og forskning som entydig peker på sammenhengen mellom risikofaktorer og helse eller mangel på helse.

Innsats mot forhold som fremmer mestring, helse og trivsel dreier seg delvis om hva samfunnet legger opp til av universelle tiltak og satsinger, men det dreier seg også delvis om de individuelle valg som hver enkelt av oss gjør i hverdagen. Dessverre er det slik at denne valgmuligheten ikke er likt fordelt, og at dette også kan avgjøres av forhold som er utenfor den enkeltes kontroll.

I dette dokumentet er det valgt å følge opp indikatorer innenfor områdene fysisk aktivitet og kosthold, røyking og alkoholomsetning. For enkelte av disse har vi ikke sammenligningstall fra tidligere eller bare sammenligningsgrunnlag for enkelte år.

Indikatorer som skal følges opp:

- Ungdom som er aktive i organisasjoner
- Ungdom som er i fysisk aktivitet min. 1-2 ganger pr. uke
- Overvekt, inkludert fedme menn
- Overvekt kvinner
- Røyking kvinner
- Antall skjenke- og salgsbevillinger for alkohol i kommunen

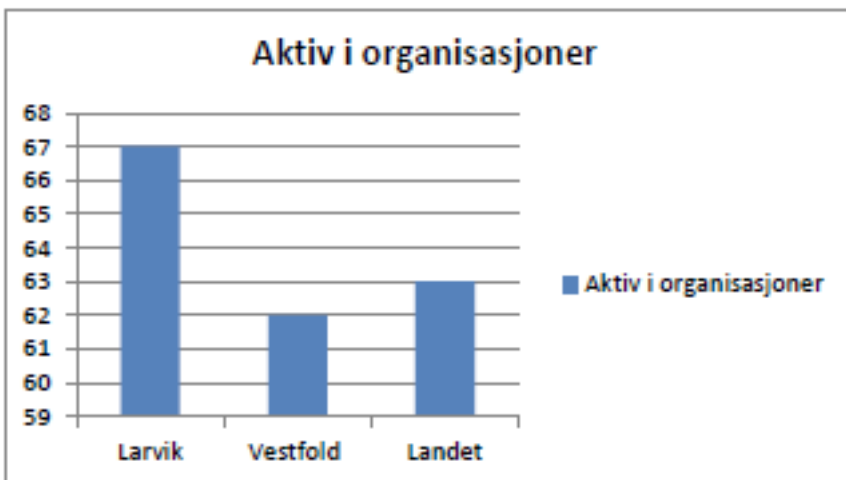
Fysisk aktivitet

Det er klar sammenheng mellom fysisk aktivitet og helse. Nyere forskning viser at det å sitte mye stille er mye farligere enn å være overvektig. Resultatene fra den mest omfattende helseundersøkelsen i Europa noen sinne viser at dobbelt så mange dør av inaktivitet enn som av fedme.

Å tilrettelegge for fysisk aktivitet i alle sammenhenger blir derfor en sentral strategi innenfor både helsefremmende og forebyggende arbeid. Det er videre godt dokumentert at bruk av fysisk aktivitet er svært effektivt i behandling av en rekke sykdommer og tilstander. Deltagelse i organisert og uorganisert fysisk aktivitet er derfor viktig ut fra flere perspektiver; helsefremmende, forebyggende og kurativt. I folkehelsesammenheng er det sentralt å etablere og utvikle mest mulige universelle tiltak og satsinger, der når store grupper av befolkningen. Skole og barnehage er sannsynligvis den viktigste arenaen for intervensjon i så måte.

Indikator 1: Ungdom som er aktive i organisasjoner - ungdomsskole

Kilde: Ung i Vestfold 2013



Larvik har en høyere andel unge som deltar aktivt i organisasjoner, klubber, lag eller foreninger enn både Vestfold og landet som helhet.

Indikator 2: Fysisk aktivitet-ungdomsskole

Kilde: Ung i Vestfold 013



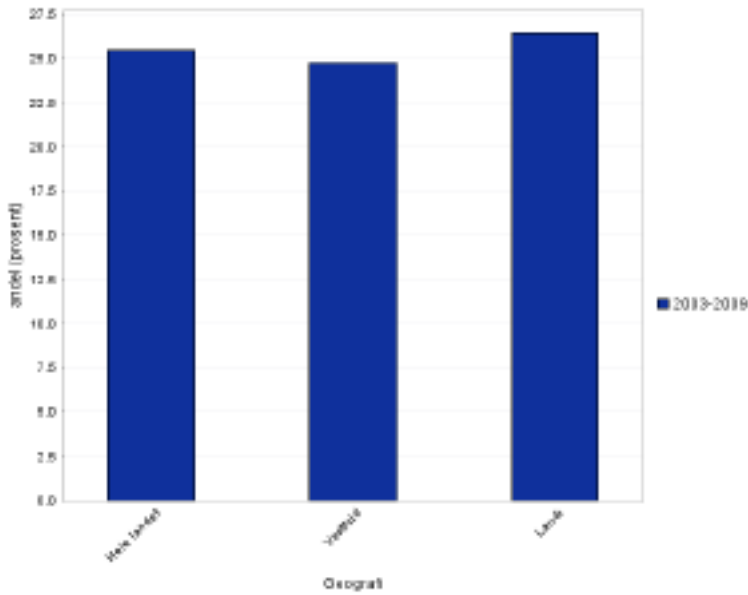
Andelen unge som er fysisk aktive 1-2 ganger pr. uke i Larvik er omtrent på samme nivå som for fylket og noe høyere enn landet som helhet.

Kosthold

Overvekt og fedme gir betydelig økt risiko for en rekke sykdommer og uønskede tilstander. Forebyggende tiltak som økt fysisk aktivitet og et sunnere kosthold må prioriteres for å snu den uheldige vektutviklingen. Matvaner etableres tidlig og det har stor betydning for helsen at en spiser sunt og variert. I dag er en stor andel av barna i barnehage. Mat og måltider i barnehager og skole vil derfor kunne være med på å legge grunnlaget for gode matvaner hos barn og unge, som igjen legger grunnlaget for mat- og kostholdsvaner i voksen alder. Frukt og grønt i skolen er innført som ordning i kommunen fra 2014. Tidligere har det kun vært i ungdomsskolene der denne ordningen har vært etablert.

Indikator 1: Overvekt, inkl. fedme menn

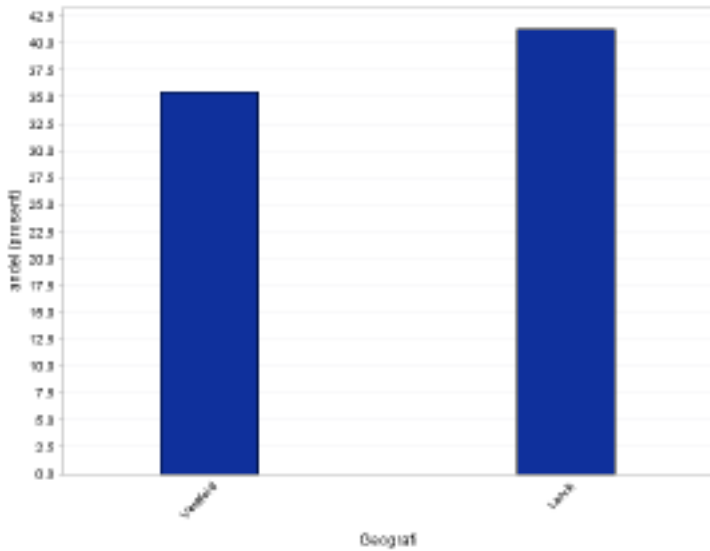
Kilde: SSB



Andelen unge menn ved sesjon som faller inn under kategorien overvektige har vært noe høyere i Larvik i perioden 2003-2009 enn for Vestfold og landet samlet.

Indikator 2: Overvekt kvinner-andel % (2011-2013)

Kilde: SSB



Andelen unge kvinner (målt ved inngang til svangerskap) som faller inn under denne kategorien har vært noe høyere i Larvik i perioden 2011-2013 enn for resten av fylket. I 2015 er denne forskjellen ytterligere forsterket.

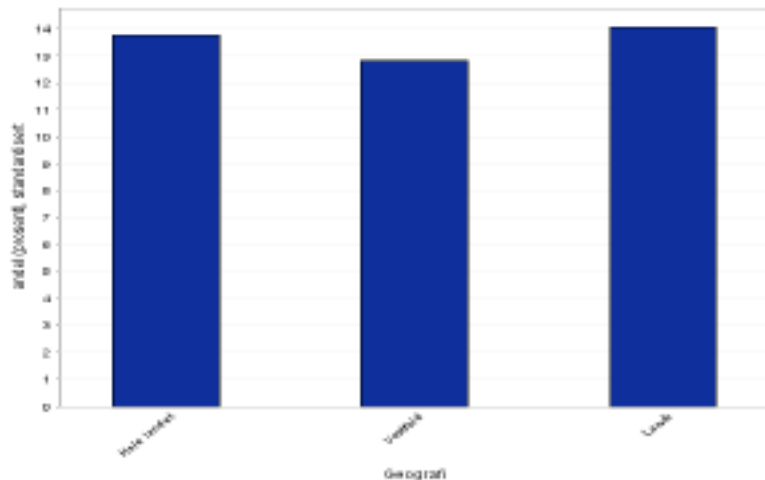
Røyking og alkoholomsetning

Andelen som røyker i den norske befolkningen har gått ned. Mellom 15-18 % røyker fortsatt daglig. Røyking er den levevanen, isolert sett, som har størst negativ betydning for folkehelsen. Forekomst av røykerelaterte sykdommer kan følges over tid. Mange av de som bruker tobakk daglig, starter og blir avhengig i ung alder. Det er derfor svært viktig å forebygge tobakksbruk blant ungdom.

En rekke studier fra blant annet USA og Australia har vist at det er en klar sammenheng mellom antall skjenkesteder og voldsomfang i et område; - jo høyere antall skjenkesteder innenfor et område, desto større er voldsomfanget (Campbell et al., 2009; Livingston, 2008; Popova, Giesbrecht, Bekmuradov, & Patra, 2009). Dette er også vist i en studie fra Norge; med økende antall skjenkesteder, økte også antallet voldstilfeller i området/tettstedet. (Norström, 2000). I et folkehelseperspektiv er dette nyttig å følge med på, da voldsrelasjoner og voldsrelaterte ulykker/ skader utgjør en tydelig trussel mot menneskers opplevelse av trygghet og trivsel.

Indikator 1: Røyking kvinner, andel 2004-2013

Kilde: SSB



Andelen røykende kvinner i befolkningen har i perioden 2004-2013 vært høyere i Larvik enn for fylket og landet som helhet. I 2015 jevner dette seg ut, andelen har steget på landsbasis men ikke i Larvik.

Indikator 2: Antall skjenke- og salgsbevillinger for alkohol i kommunen

Kilde: Larvik kommune 2015

LARVIK KOMMUNE	2012	2013	2014
Skjenkebevillinger	83	79	82
Salgsbevillinger	28	29	30

Oversikten viser at antall skjenke- og salgsbevillinger i perioden 2012-2014 har holdt seg på samme nivå, med noen små variasjoner.

Grunnlag for valg av indikatorer:

Indikatorene angir kvantitative faktorer og indikatorer som kommunen har mulighet til å påvirke, både på relativt kort sikt og på lengre sikt og som vil ha betydning for befolkningens folkehelse. Det er viktig å påpeke at vår helserelaterte adferd ikke kan ses isolert ut fra de rammebetingelsene som vi har rundt oss, og at valgmulighetene her er ulikt fordelt - jfr. Sosial ulikhet i helse. Det er derfor sentralt å påvirke tendenser og dermed bidra til å bryte etablerte sosiale- og samfunnsknepede mønstre. Dette krever langsiktighet, at man tar veivalg og står ved disse over tid. Indikatorene viser også utvikling over tid innenfor områder/tema der kommunen har hatt oppmerksomhet og satt inn innsats, og som har inngått i vedtatte og iverksatte planer.

Kommunen skiller seg positivt ut:

Larvik har en høyere andel unge som deltar aktivt i organisasjoner, klubber, lag eller foreninger enn både Vestfold og landet som helhet.

Andelen røykende kvinner i befolkningen har i perioden 2004-2013 vært høyere i Larvik enn for fylket og landet som helhet. I 2015 jevner dette seg ut, andelen har steget på landsbasis men ikke i Larvik.

Andelen unge som er fysisk aktive 1-2 ganger pr. uke i Larvik er omtrent på samme nivå som for fylket og noe høyere enn landet som helhet.

Kommunen skiller seg ut ved at:

Andelen unge kvinner (målt ved inngang til svangerskap) med overvekt har vært noe høyere i Larvik i perioden 2011-2013 enn for resten av fylket. I 2015 er denne forskjellen ytterligere forsterket.

4.8 Helsetilstand

Helsetilstanden i befolkningen og hvordan den er fordelt er definisjonen på folkehelsebegrepet. Det er sentralt for kommunen å ha oversikt over hvordan helsen er og hvordan den er fordelt ut fra målsettingen om å redusere sosial ulikhet i helse.

Sykdomsmønster i en befolkning speiler levevaner, miljø og levekår.

I folkehelsesammenheng er det mest sentrale å ha tilstrekkelig kunnskap om risikofaktorer slik at man kan sette inn forebyggende tiltak og helsefremmende innsats så tidlig som mulig, så effektivt som mulig og så forståelig som mulig.

I løp av de siste 30 årene er forekomsten av sykdommer og utfallet av disse endret seg. Nyere kunnskap og forskning viser at sykdomspanoramaet endrer karakter og at helsetilstanden i en befolkning på mange måter er uttrykk for de miljøbelastningene som innbyggerne er og blir utsatt for. På samme måte vil folkehelse bli formet av hvordan helse-fremmende og – hemmende faktorer påvirker oss i dagens samfunn og i hvilken grad dette styrer vår helseadferd.

Helsebegrepet inneholder både en fysisk og en psykisk dimensjon. De senere årene er det uttrykt en klar bekymring hos sentrale helsemyndigheter for den psykiske helsen i befolkningen. I St.meld 19(2014-2015) Folkehelsemeldingen beskrives: «Psykiske helseproblemer er en av de største folkehelseutfordringene i dag. «

I dette dokumentet er det valgt å følge opp indikatorer innenfor områdene psykisk helse og fysisk helse.

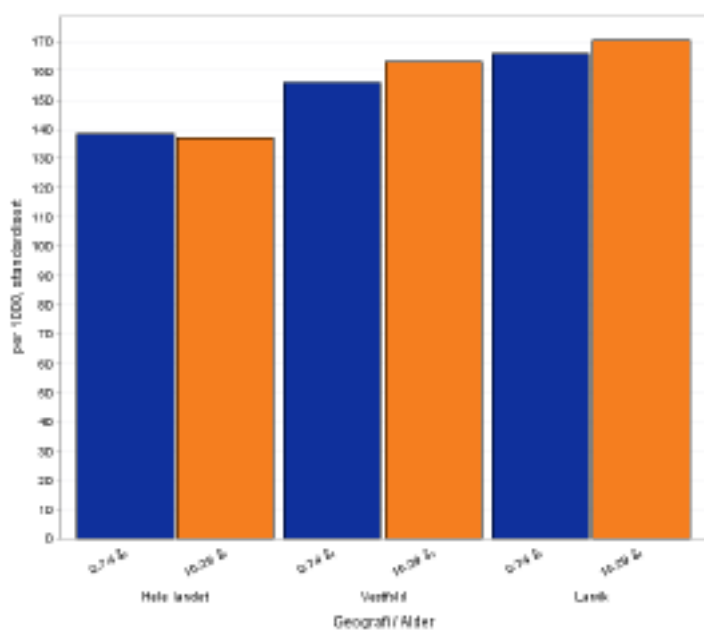
Psykisk helse

Psykiske plager og lidelser er et stort helseproblem i Norge, innenfor alle aldersgrupperinger. Mellom 15-20 % av barn og unge mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjon som følge av angst, depresjon og adferdsproblemer. I den voksne befolkningen viser studier at 30-50 % vil få en psykisk lidelse i løp av livet. I 2008 hadde om lag 8-10 % av den voksne befolkningen betydelig psykiske plager (Kilde: SSB) Man vet samtidig at psykiske lidelser og ruslidelser ofte opptrer samtidig, samtidig som personer med psykiske lidelser har høyere forekomst av somatiske/fysiske lidelser enn befolkningen for øvrig./ St.meld 19 2014-2015)

For å forebygge psykiske lidelser i befolkningen må tiltakene søke å motvirke risikofaktorer og styrke beskyttelsesfaktorerne, blant annet ved å legge bedre til rette for sunne og gode oppvekst vilkår. Dette krever en koordinert innsats; på ulike nivå og på flere nivå i samfunnet.

Indikator 1: Andelen personer med psykiske lidelser

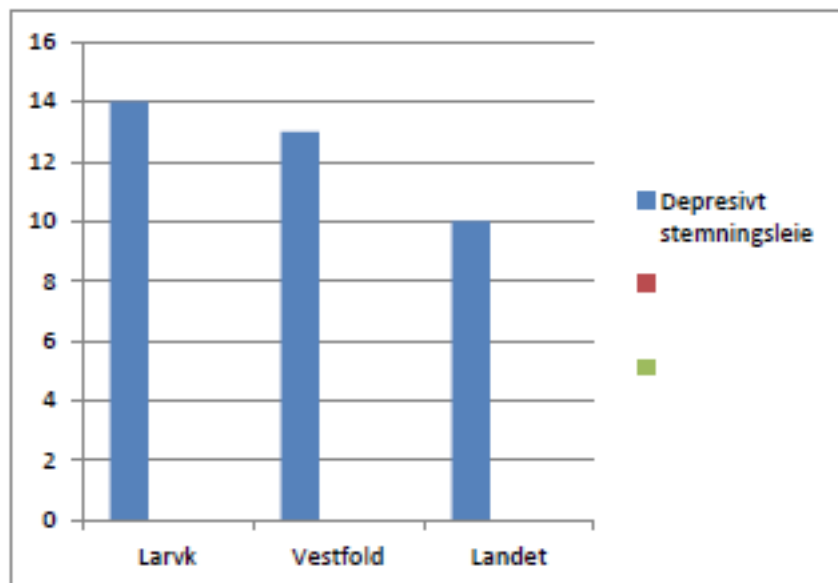
Andelen personer med psykiske lidelser, primærhelsetjenesten 0-74 år/15-29 år sammenlignet med fylket og landet for øvrig(Kilde: SSB)



Oversikten viser at Larvik har en signifikant høyere andel innbyggere med psykiske lidelser behandlet i primærhelsetjenesten – enn både fylket og landet som helhet. Særskilt gjelder dette for aldergruppen 15-20 år.

Indikator 2: Depressivt stemningsleie- ungdomsskole

Kilde: Ung I Vestfold 2013



Andel % unge i ungdomsskole som opplever av å ha vært plaget av depressivt stemningsleie iløp av en uke er noe høyere enn både for fylket og for landet som helhet.

Fysisk helse

Hovedbilde er at befolkningens fysiske helse stadig blir bedre, og at levealderen stadig øker- også i Larvik. Statistisk sett har levealderen økt med 2-3 måneder per år de siste tiårene.

Behandlingstilbudene blir stadig utvidet, mer avanserte og treffsikre. Sykdommer som tidligere innebar tidlig død hører nå til kategorien kroniske sykdommer.

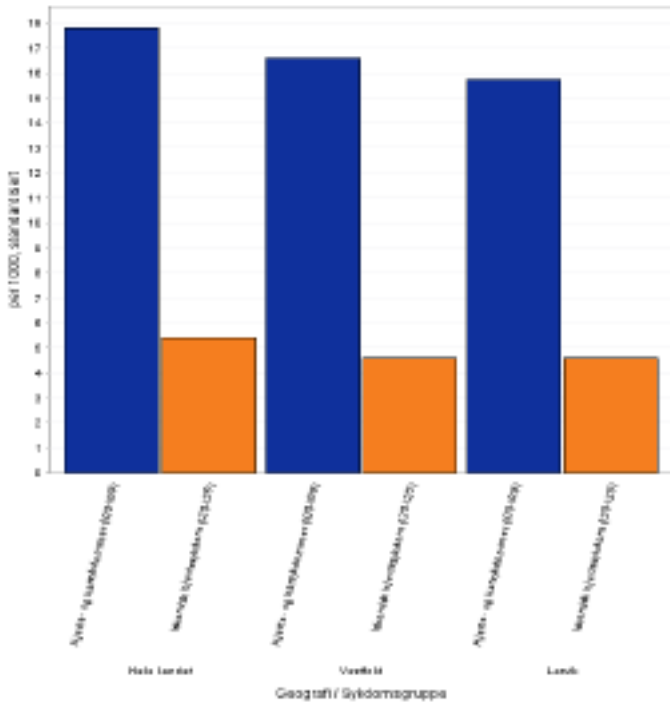
Utfordringsbildet knytter seg i de siste årene til utviklingen og økningen i de såkalte livsstilsykdommene. Stadig flere mennesker, og særskilt eldre, har flere sykdommer samtidig. Det ligger store muligheter for forebygging i å redusere risikofaktorer som er felles for flere vanlige fysiske sykdomsbilder.

Fire nøkkelfaktorer er i så måte sentrale med sikte på å beholde god fysisk helse(Folkehelseinstituttet 2014):

- høy kognitiv aktivitet
- høy fysisk aktivitet
- et aktivt sosialt liv
- et godt kosthold

Indikator 1: Andelen personer med hjerte – og karsykdommer, behandlet i sykehus og i primærhelsetjenesten 2015

Kilde: SSB



Illustrasjonen viser at det er en lavere forekomst av hjerte- og karsykdom (utvalg) i kommunen enn i fylket og landet for øvrig. Dette har vært status over tid.

Indikator 2: Andelen personer med muskel- og skjelettlidelser, primærhelsetjenesten 2015

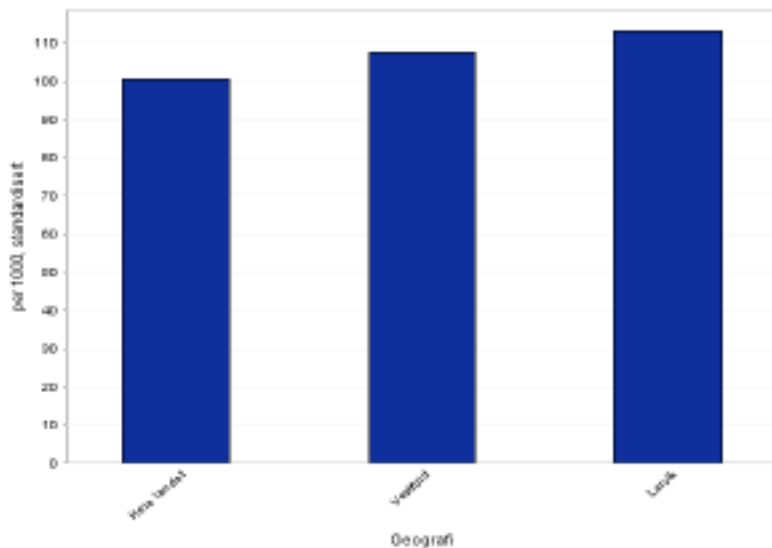
Kilde: SSB



Andelen av befolkningen med muskel- og skjelette lidelser, behandlet i primærhelsetjenesten, er høyere i Larvik enn i både fylket og landet som helhet. Dette gjelder for alle aldergrupperinger etter 15 års alder.

Indikator 3: Andel med KOLS/astmalidelse, legemiddelbrukere 2011-2013

Kilde: SSB



I perioden 2011-2013 har andelen av befolkningen med legemiddelbehandlet KOLS/astma vært høyere enn for både fylket og landet som helhet.

Grunnlag for valg av indikatorer:

Det finnes mange indikatorer innenfor dette temaområdet. Her er det valgt ut indikatorer der kommunen ligger dårligere an enn landet som helhet, og har gjort det over tid. Kommunen har uttalte målsettinger om endring av negative utviklingstrekk, og har iverksatt ulike tiltak og innsatser over tid for å gradvis påvirke slik endring.

Det er igjen viktig å påpeke at vår helse ikke kan ses isolert utfra de rammebetingelsene som vi har rundt oss, og at valgmulighetene her er ulikt fordelt - jfr. Sosial ulikhet i helse. Det er derfor sentralt å påvirke tendenser og dermed bidra til å bryte etablerte sosiale- og samfunnsskapte mønstre som gir uhelse i en befolkning. Dette krever langsiktighet, at man tar veivalg og står ved disse over tid.

Kommunen skiller seg ut ved at:

Hjerte- og karsykdom ser ut til å være mindre utbredt i Larvik, målt utfra antall personer behandlet i sykehus, enn i landet som helhet

Andelen av befolkningen med psykiske symptomer og lidelser er høyere enn i landet som helhet

Andelen av befolkningen med Kols/astmalidelse under medikamentell behandling er noe høyere i Larvik enn i fylket og landet som helhet.

Sykdommer og plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet ser ut til å være mer utbredt i Larvik enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.

5 Vurdering av mulige årsaker og konsekvenser

BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

<i>Status/ressurser</i>	<i>Mulige årsaker</i>	<i>Mulige konsekvenser</i>
<p>Befolknings-sammensetning: Larvik har en eldre befolkning enn landsgjennomsnittet. Andelen eldre over 67 år utgjorde 16 % pr. 2014, tilsvarende for fylket var 15,1 % og for landet som helhet 13,7%. Barn og unge under 16 år utgjorde 18,2 %, mot fylkets 18, % og landet 19,5.</p>	<p>Utdanning og utflytting. Mangel på arbeidsplasser, spesielt kompetansekrevene arbeidsplasser Liten tilgang på rimelige boliger</p> <p>Lavere dødelighet i befolkningen, liten innflytting, ingen vesentlig økning i fødselskull</p>	<p><i>Arbeidskraftutfordringer</i></p> <p><i>En voksen eldrebefolkning, med og uten behov for tjenester fra det offentlige.</i></p> <p><i>Behov for endring i skole – og barnehage strukturer.</i></p>
<p>Befolknings-framskrivning: Fra 2014 til 2030 foreskriver SSB en befolkningsvekst for Larvik på 7,8 % (3354) Tilsvarende for fylket: 14,8 % og landet 16,4 %. Fra 2014 til 2030 foreskriver SSB en nedgang i aldersgruppen 0-5 år på 5,8 %.</p>	<p>Større samfunns- og struktur mekanismer spiller inn og påvirker demografiutviklingen over tid, se overfor. Det er en utfordring for kommunen å tiltrekke seg og beholde ungdommer i etableringsfasen, helst med barn.</p>	<p>Det er beregnet økte kostnader for kommunen som følge av demografiutviklingen i årene fremover. Hovedtrekkene her er økte utgifter til grunnskole, helse- og omsorg.</p> <p>Befolkningsutviklingen medfører større press på tunge ressursintensive virksomheter i kommunen. Det blir en utfordring å parallelt finne rom for å satse på helsefremmende – og forebyggende tiltak.</p> <p><i>Arbeidskraftutfordringer</i> <i>Behov for endring i skole – og barnehage strukturer.</i> <i>Nedgang i folkemengde over tid dersom ikke økt netto innflytting.</i></p>

OPPVEKST

<i>Status</i>	<i>Mulige årsaker</i>	<i>Mulige konsekvenser</i>
<p>Ungdataundersøkelsen viser at unge trives i skolen. Men undersøkelsen viser at en del barn og unge sliter med stress, angst og depresjon. Skolehelsetjenesten har få ressurser sammenlignet med fylket og landet.</p>	<p>Det er vanskelig å peke på en enkelt årsak til at opp mot 15 % av barn og unge sliter med psykiske problemer.</p>	<p>Psykiske problemer kan føre til frafall fra skole og utdanning og dermed dårligere grunnlag for helse. Lav utdanning, lav arbeidstilknytning og lavere inntekt. Gradientutfordringen.</p>

Larvik Kommune har en høyere andel elever på laveste mestringsnivå i 5 klasse enn fylket og landet og en høyere andel elever som har sluttet på/ ikke bestått videregående skole enn landet for øvrig.	Andelen med videregående skole eller høyere utdanning er lavere enn fylket og landet for øvrig. Dette kan gjenspeile seg i mestringsnivået i 5 klasse. Forskning viser at den største enkeltårsaken til frafall i videregående skole er psykiske helseproblemer. Andelen med psykiske symptomer og lidelser i Larvik er høyere enn fylket og landet som helhet.	Mestringsnivået i grunnskolen og frafall fra videregående skole kan indikere lavere utdanningsnivå, løsere jobbtilknytning og dårligere økonomi som voksen. Dette medfører en plassering nederst på levekårsgradienten, noen som tilsier dårligere forutsetninger for god helse og lavere levealder.
Larvik har et høyt antall barn som får hjelpetiltak eller er under barnevernets omsorg.	Det kan være en sammenheng mellom andel barn i barnevernstiltak og foreldrenes levekår; utdanning, jobb og økonomi.	Konsekvensene av en høy andel barn i barneverntiltak kan bety at flere barn enn Vestfold og landet for øvrig opplever omsorgssvikt. Det kan også bety at barn som opplever omsorgssvikt blir oppdaget og får en ny, og forhåpentligvis bedre, omsorgssituasjon. Barn som lever i omsorgssvikt har større risiko for sykdom; psykisk og fysisk. Og de har større risiko for å falle ut av et utdanningsløp og dermed få en løsere tilknytning til arbeidsliv som voksen. Igjen vil det kunne bety en større risiko for at deres barn skal dårlige oppvekstvilkår.

LEVEKÅR

Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Larvik kommune har høyere andel arbeidsledige, uføretrygdede, sosialhjelpsmottakere og lavinntektsfamilier en fylket og landet for øvrig.	Sosioøkonomiske og samfunnsmessige innretninger- lavere utdanningsnivå- arbeidsmarked Komplekse sammenhenger	Vanskeligere levekår/oppvekstvilkår for barn og unge samt forsterking av sosioøkonomiske ulikheter i befolkningen

FYSIOLOGISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ

Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Støyeksponering: -vei/trafikk.	Økende trafikkvolum og tetthet i boligområder	Søvnforstyrrelser og Konsentrasjonsvansker, andre helse-Relaterte problemer
Antall frivillige organisasjoner: -antall og mangfold.	Kommunen har sterke identiteter knyttet til ulike områder.	Effektene ved å være tilknyttet et Sosialt miljø, «føle seg hjemme» Og ha tilknytning er verdifullt.

Stort antall frivillige lag og foreninger med høy aktivitet er en styrke for folkehelsearbeidet i kommunen.	Kommunesammenslåing en fra 1988 har ikke ført til sammenslåing av idrettslag i særlig grad. Disse forholdene kan være en årsak til at det er mange frivillige aktiviteter i kommunen.	At Larvik kommune har et rikt og mangfoldig organisasjonsliv gir flere muligheten til å delta - med betydning både for å fremme folkehelse og for og utjevne sosiale helseforskjeller
Skoleveier; trygghet og tilrettelegging	Flere steder er det ikke tilrettelagt for å gå eller sykle til skolen. Dette gjelder særlig på småstedene. Foreldrenes egen kjøring fører til farlige trafikksituasjoner ved skolene.	Fysisk aktivitet i hverdagen er viktig for utvikling av helse, trivsel og livskvalitet.

SKADER OG ULYKKER

Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Sykehusinnleggelser etter ulykker; I 2013 utgjorde dette mellom 500-600 innleggelser. Med unntak av 2012 har dette vært snitt nivået siste 4 år.	Her inngår et bredt spekter av årsaker; fra trafikkulykker til hjemmeulykker.	Konsekvenser for enkeltmenneske i form av redusert helse og livskvalitet avhengig av ulykkens alvorlighetsgrad. Ved stor alvorlighetsgrad; økonomiske konsekvenser Samfunnsmessige konsekvenser; frafall fra arbeidsliv og deltagelse på offentlige arenaer. Kan gi behov for offentlige tjenester og ytelser.
Politi rapporterte skader-voldsrelatert; Antallet har gradvis gått nedover siste 4 år og ligger lavere enn fylkesnivå	Kommunen og politiet har hatt stor oppmerksomhet rundt voldsproblematikk og muligheter for på forebygge; både i det private rom og i det offentlige.	Konsekvenser for enkeltmenneske i form av redusert helse og funksjon avhengig av alvorlighetsgrad. Ved stor alvorlighetsgrad; økonomiske konsekvenser. Samfunnsmessige konsekvenser; økonomiske i form av behov for offentlige tjenester. Redusert utnyttelse av offentlige rom.
Antall hoftebrudd behandlet i sykehus: Siste 4 år; snitt 70-80 personer innlagt årlig.	Flesteparten av hoftebruddene, særskilt hos eldre, skyldes fall-enten som følge av svekket helse eller ytre omgivelsesfaktorer.	Redusert funksjon og mestringsevne for enkeltmennesket. Erfaringsmessig større mulighet for følgelidelser etter brudd, særlig for eldre mennesker. Samfunnsøkonomiske konsekvenser: et brudd her koster gjennomsnittlig fra 300.000-800.00/år

HELSERELATERT ADFERD

Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Deltagelse i aktiviteter; -frivillige lag og foreninger. Kommunens innbyggere er aktive og deltar like mye eller noe mer enn fylket/landet forøvrig	Kommunen har sterke identiteter knyttet til ulike geografiske områder. I tillegg er mangfoldet og tilbudet svært godt tilrettelagt gjennom tilgang til trenings- og kulturarenaer.	At Larvik kommune har et rikt og mangfoldig organisasjonsliv gir flere muligheten til å delta og mestre - med betydning både for folkehelse og for og redusere sosiale helseforskjeller.

Røyking og alkohol; status er ikke entydig annerledes enn for fylket og landet forøvrig ,men det registreres en negativ utvikling i fht. Røyking for kvinner	Utviklingen i Larvik følger utviklingen i landet som helhet; gevinster ved innstramming i regelverk og tilgjengelighet, mer informasjon mm.	Negativ utvikling medfører fare for flere røykerelaterte sykdommer og lidelser. Ubalanse og manglende oppfølging av alkoholomsetningsleddene kan gi seg utslag i negativ helsebalanse hos utsatte grupper.
Fysiske aktive innbyggere; målt ut fra deltagelse og aktivitet blant ungdomsskole-elever skiller ikke kommunen seg nevneverdig ut fra status i fylke/land.	Gode tilrettelagte og utbygde friluftsområder/ idrettsarenaer og offentlige rom Høyt antall klubber, lag og foreninger.	En fysisk aktiv befolkning og fysisk aktive innbyggere gir god folkehelse, mestring og trivsel.

HELSETILSTAND

Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Forventet levealder: -kvinner og menn; følger status og utvikling som for fylket og landet som helhet	Bedre behandlings- og oppfølgingstilbud i alle deler av helsevesenet, samt effekt av individuelle helsevalg.	Generelt bedre helse i alle lag av befolkningen Større deler av befolkningen i aldergruppene 67-79 år og eldre Større press på helse- ,og omsorgstjenester
Andel med psykiske lidelser; kommunen har en større andel av befolkningen som har slike plager enn både fylket og landet som helhet -og har hatt dette over tid	Mulige utslag av Sosioøkonomiske og samfunnsmessige innretninger- lavere utdanningsnivå-reduisert tilgang til arbeidsmarked	Negative helseutslag; dårlig selvopplevd helse, økt mulighet for somatiske lidelser Negative samfunnsutslag; mindre mobilisering og deltagelse, mer ensomhet og rekruttering til «utenforskapet»
Andelen med hjerte- og karsykdom; lavere forekomst enn fylket/land over tid	Bedre i helsevaner. Informasjon og bedre tilgang til forebyggende tiltak.	Positive individuelle og samfunnsmessige helseeffekter ved at man unngår tidlig alvorlig sykdom og fare for tidlig død.
Andelen med sykdommer/plager muskel- og skjelett systemet; høyere forekomst av befolkningen har muskel-skjelettlidelser enn tilsvarende for fylket/landet og utviklingen har vedvart over tid	Komplekse og sammensatte årsakssammenhenger der både utvikling av arbeidsrelaterte skader og lidelser samt muligheten for tidlig intervensjon er enkeltfaktorer.	Deler av befolkningen kan bli stående utenfor utdannings -og arbeidsliv.

Larvik 10.06.15

Carl Erik Mathisen
Folkehelsekoordinator

