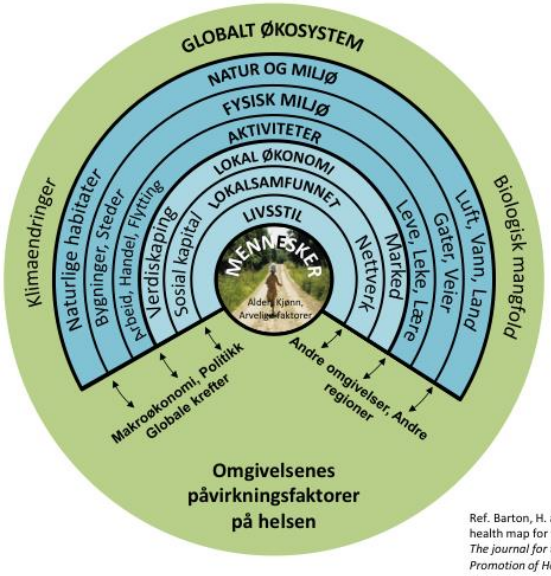
Grunnlagsdokument 2018

Helsetilstand og påvirkningsfaktorer



Ref. Barton, H. and Grant, M. (2006) A health map for the local human habitat. *The journal for the Royal Society for the Promotion of Health, 126 (6). pp. 252-253*

Askim kommune – Eidsberg kommune – Hobøl kommune

Marker kommune – Spydeberg kommune –

Trøgstad kommune

Innhold

1	**INNLEDNING**	**3**
2	**SAMMENDRAG**	**5**
3	**SOSIALE FORSKJELLER**	**8**
3.1	**Sosiale helseforskjeller**	**8**
3.2	**Fattigdom**	**8**
3.3	**Utenforskap**	**9**
3.4	**Samfunnsfloker**	**9**
3.5	**Tiltak**	**10**
4	**BEFOLKNINGSSAMMENSETNING**	**11**
4.1	**Hovedinntrykk**	**11**
4.2	**Befolkningen nå**	**11**
4.3	**Befolkningsutvikling**	**13**
4.4	**Fremtidig befolkningsutvikling**	**15**
5	**OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD**	**17**
5.1	**Hovedinntrykk**	**17**
5.2	**Økonomiske forhold**	**17**
5.3	**Tilflytting og kommunale boliger**	**20**
5.4	**Arbeidsforhold**	**22**
5.5	**Barnehage og skole**	**28**
5.6	**Barnevern**	**41**
6	**FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ**	**42**
6.1	**Hovedinntrykk**	**42**
6.2	**Fysisk miljø**	**42**
6.3	**Biologisk og kjemisk miljø**	**43**

6.4 Sosialt miljø 45

7 SKADER OG ULYKKER 50

7.1 Hovedinntrykk 50

7.2 Personskader behandlet i sykehus 50

7.3 Bruddskader behandlet i sykehus 52

7.4 Ulykker – vanligste årsaker 55

7.5 Trafikkskader 55

7.6 Dødelighet etter ulykker, drap og selvmord 57

8 HELSERELATERT ATFERD 59

8.1 Hovedinntrykk 59

8.2 Fysisk aktivitet 59

8.3 Fysisk aktivitet og kosthold i barnehager og skoler 61

8.4 Organisert helsefremmende arbeid 65

8.5 Seksuell helse 66

8.6 Tobakk og alkohol 69

8.7 Ulovlig rusbruk 71

8.8 Vold og kriminalitet 73

9 HELSETILSTAND 77

9.1 Hovedinntrykk 77

9.2 Vurdering av egen helse 77

9.3 Sykehusinnleggelser og lokale akutte døgntilbud 79

9.4 Forventet levealder 80

9.5 Forebyggbare sykdommer 83

9.6 Eldres helse 86

9.7 Demens 86

9.8 Psykisk helse 87

9.9 Legemiddelbruk 89

10 KILDEOVERSIKT 92

1 Innledning

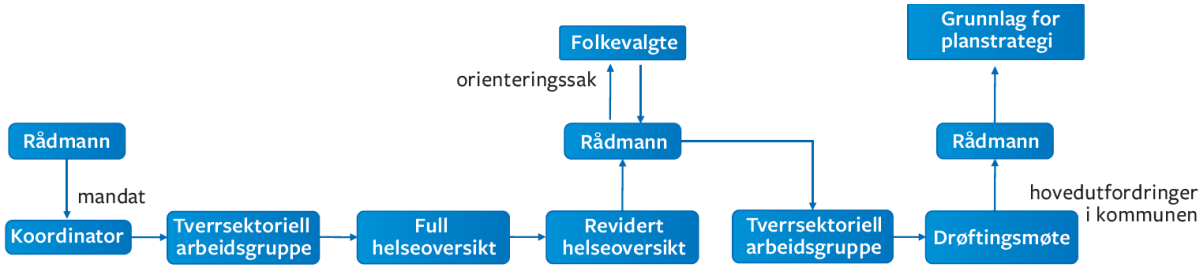
For første gang har kommuner i indre Østfold i samarbeid utarbeidet en felles helseoversikt.

Sju av kommunene fikk i 2016 tilbud fra Kommunenes sentralforbund (KS) og Universitetet i Agder (UiA) om å delta i et nettverk for å utvikle god folkehelseplanlegging. Seks kommuner takket ja til å delta: Askim, Eidsberg, Hobøl, Marker, Spydeberg og Trøgstad. Nettverket har vært tverrsektorielt sammensatt, og hatt et tredelt mål:

- å utarbeide en felles helseoversikt for disse kommunene, hvor også relevant kvalitativ kunnskap tas inn
- å utarbeide en revidert helseoversikt – en kortversjon av oversiktsdokumentet – slik at den blir mer lesbar og et lettere utgangspunkt for videre prioriteringer
- gjennom medvirkningsprosesser i hver kommune identifisere de viktigste prioriteringsområdene for folkehelsearbeidet

En viktig del av dette arbeidet har vært å involvere rådmenn og ordførere. Det er av avgjørende betydning at toppledelsen i kommunen er kjent med hva som er kommunens ansvar etter Folkehelseloven. Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer er et viktig grunnlag for kommunal og regional planlegging etter Plan- og bygningsloven. Det er en forutsetning for å kunne identifisere de viktigste prioriteringsområdene. Disse prioriteringene skal være utgangspunkt for kommunens planstrategi og videre arbeid.

Det er viktig å presisere at oversikten ikke er en folkehelse*plan,* og dermed ikke inneholder tiltak og løsninger. Dokumentet skal derimot framheve folkehelseutfordringer og ressurser slik at kommunen kan planlegge og sette i verk målretta og effektive tiltak.



Figur 1. Planprosessen. Kilde: KS, «Idehefte – Folkehelseplanlegging i kommunene»

Nasjonale mål for folkehelsearbeidet er at:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- folk skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Forskrift om oversikt over folkehelsen, § 3, setter krav til oversiktens innhold:

- Befolkningssammensetning
- Oppvekst- og levekårsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Skader og ulykker
- Helserelatert atferd
- Helsetilstand

I tillegg skal oversikten si noe om sosiale forskjeller i befolkningen.

Helseoversikten skal være et kunnskapsgrunnlag som stadig er i utvikling. Ny kunnskap vil endre dokumentet over tid. Det er nødvendig at vi hele tiden er på jakt etter kunnskap om utviklingen i våre lokalmiljøer. Eksempler på slik kunnskap som vil kunne endre bildet er Ungdata junior og Østfolds nye befolkningsundersøkelse som begge gjennomføres i 2018.

Helse er mer enn fravær av sykdom og plager. Det handler om å mestre livet sitt med de mulighetene og begrensningene som finnes. Det å oppleve livet som meningsfullt, ha noen som står en nær og å tilhøre et fellesskap er viktig. I arbeidet med dette oversiktsdokumentet har det vært vanskelig å finne gode data om de positive helseindikatorene. Østfold fylkeskommune har et mål om å utvikle relevante indikatorer om helsefremmende faktorer og forhold som øker deltakelse, involvering og inkludering. Fylkeskommunen er i gang med dette arbeidet gjennom prosjektet Helsefremmende lokalsamfunn. Trøgstad og Marker er to av fire kommuner i Østfold som skal teste ulike metoder for medvirkning fra befolkningen i kartlegging og identifisering av nærmiljø- og lokalsamfunnskvaliteter som fremmer helse og trivsel. Den type kunnskap gir gjerne en annen innsikt om viktige forhold i nærmiljøene enn tradisjonell statistikk.

Ordet helseoversikt blir brukt i nasjonale føringer om dette dokumentet. Det kan oppleves som noe snevert siden det inneholder mye mer enn helseinformasjon. Dokumentet blir her også omtalt som Grunnlagsdokumentet.

2 Sammendrag

Sosiale forskjeller

Nytt i dokumentet er kapittelet om sosiale forskjeller. Sosiale forskjeller betyr at goder er systematisk skjevfordelt mellom grupper i samfunnet. Det er viktig å ha kunnskap om dette for å se sammenhengene mellom temaene i grunnlagsdokumentet, samt deres betydning for det videre arbeidet med å utjevne sosial ulikhet.

Befolkningssammensetning

De seks kommunene hadde 1. januar 2017 et samlet innbyggertall på 47 412. Kommunene har relativt ulik profil i befolkningssammensetning når det gjelder aldersfordeling, befolkningsvekst, innvandrerandel og tilflytting. Dette er viktig og nødvendig informasjon når kommunene skal vurdere totalbildet med hensyn til ressurser og utfordringer, slik at man kan gjøre riktige strategiske valg.

Befolkningsveksten fordeler seg ganske ulikt fra kommune til kommune. Veksten skyldes i hovedsak tilflytting og innvandring. Antall fødsler er synkende. De siste årene er det Hobøl som har hatt den prosentvis største befolkningsveksten, mens Marker har hatt en nedgang. Innvandrerandelen har økt i alle kommunene. I 2017 lå andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn i Askim kommune på 21,7 % og Hobøl kommune på 17,0 %, noe som er over lands- og fylkesgjennomsnittet. Både økningen i befolkningen og økningen i andel eldre vil kreve langsiktig planlegging når det gjelder utvikling av lokalsamfunnene og de ulike kommunale tjenestene.

Oppvekst- og levekårsforhold

Indre Østfold preges i hovedsak av gode oppvekst- og levekårsforhold for det store flertallet av befolkningen. Tendensen til økt ulikhet mellom inntektsgrupper i Norge fortsetter, og det gjelder også indre Østfold. Kommunene våre har en relativt høy og økende andel barn i lavinntektsfamilier. Sysselsettingsgraden, andelen sosialhjelpsmottakere og uføretrygdede varierer forholdsvis mye. Sysselsettingsgraden har gått ned i både fylket og landet som helhet. Det samme gjelder også for alle våre kommuner i større eller mindre grad. Alt dette er forhold som kan få negative konsekvenser både for dem det gjelder og for samfunnsøkonomien.

Utdanningsnivå er en av de viktigste bakenforliggende påvirkningsfaktorer som bidrar til sosial ulikhet. I alle kommunene i indre Østfold er utdanningsnivået noe lavere enn det nasjonale gjennomsnittet, men viser en positiv utvikling. Andelen elever som opplever mobbing i indre Østfold varierer betydelig fra år til år. Mobbing i Østfold ligger på samme nivå som resten av landet. I indre Østfold scorer kommunene gjennomgående godt når det gjelder barn og unges trivsel og opplevelse av mestring på skolen. For å opprettholde og forsterke disse forholdene, må vi ha kjennskap til hva som bidrar til at barn og unge har det bra. Frafallet i videregående skole er redusert, men flere av kommunene ligger langt over landsgjennomsnittet.

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Miljøforhold som drikkevannskvalitet, luftkvalitet, grad av støy, sykkelvegnett og tilgang til friluftsområder har effekt på helsen. Det samme har tilgang til sosiale møteplasser og kultur, og mulighet for å delta i samfunnet. Drikkevannskvaliteten i indre Østfold er god. Befolkningen er mer utsatt for trafikkstøy enn snittet for landet, og de skiller seg ikke fra landssnittet når de blir spurt om opplevd sosial støtte. Ungdommene er ganske fornøyde med kulturtilbudet og nærmiljøet sitt. Kommunene har et rikt organisasjonsliv med et stort antall frivillige organisasjoner. Det er med andre ord stor mulighet for innbyggerne til å finne aktiviteter de kan trives med. I de fleste av kommunene våre er valgdeltakelsen noe lavere enn i landet som helhet, men høyere enn i Østfold. I de tre siste stortingsvalgene har valgdeltakelsen i landet ligget 25 prosentpoeng lavere hos dem med grunnskoleutdannelse enn hos dem med høyere utdannelse. Det er viktig å være bevisst på hvordan valgdeltakelse kan styrkes i forbindelse med kommunesammenslåing. Lav valgdeltakelse i deler av befolkningen kan føre til at velgergrupper faller utenfor de demokratiske prosessene. Dette kan få negative konsekvenser for legitimiteten til valgsystemet og lokaldemokratiet.

Skader og ulykker

Viktige folkehelseutfordringer knyttet til skader og ulykker er høyt antall hoftebrudd, vold i nære relasjoner og ivaretakelse av voldsutsatte med rusproblematikk. Våre kommuner har høyere andel personskader og hoftebrudd enn gjennomsnittet for landet, med økt andel sykehusinnleggelser og oppfølgingstjenester fra kommunen. Risiko for hoftebrudd øker mest etter fylte 80 år. En del risikofaktorer kan påvirkes, slik at det er mulig å redusere andel hoftebrudd. Sett i sammenheng med en økende eldre befolkning, er dette noe kommunene bør se nærmere på.

Til tross for en betydelig nedgang i dødelighet som følge av ulykker, er skader og ulykker fremdeles en stor utfordring for folkehelsa. Antall alvorlige trafikkulykker er redusert. Dette gjelder både for landet, fylket og regionen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft, målt i tapte leveår.

Helserelatert adferd

Helserelatert atferd gjenspeiler både miljø, levekår og personlige valg. Grupper med lengre utdanning og høyere inntekt har i snitt levevaner som gjør at de kommer helsemessig bedre ut enn de med lavere utdanning og inntekt. Det er likevel en generell utvikling i hele befolkningen at vi lever sunnere enn før. Jevnlig fysisk aktivitet gir bedre fysisk og psykisk helse. Alt for mange beveger seg for lite i løpet av en vanlig hverdag. Det gjelder også barn, men den fysiske aktiviteten avtar med økende alder. Befolkningen som helhet har et sunnere kosthold enn for bare noen få tiår siden.

I skoler og barnehager i alle våre kommune er det fokus på helsefremmende aktiviteter. Ungdom i indre Østfold er flinke til å bruke helsestasjon for ungdom. De savner imidlertid bedre kunnskap og veiledning om identitet, grenser, om å bestemme over egen kropp og om deling av bilder. Prosentandelen som røyker daglig går stadig nedover, mens andelen som snuser går opp. Trenden er særlig tydelig blant unge. Når det gjelder alkohol, drikker menn oftere og i gjennomsnitt dobbelt så mye alkohol som kvinner. Relativt få elever på ungdomstrinnet har erfaringer med narkotiske stoffer. Bruken av disse øker derimot betydelig

gjennom tenårene. De fleste ungdomsskolene i de seks kommunene ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder elever som har vært utsatt for trusler om vold, mens de videregående skolene ligger under gjennomsnittet.

Helsetilstand

Langt de fleste oppgir at de har god helse, men opplevd god helse synker med økende

alder. En ganske stor andel av ungdommen oppgir at de har psykiske plager. Når det gjelder sykehusinnleggelser ligger kommunene våre omtrent på gjennomsnittet for landet. Mange legges også inn ved døgnenheten ved Helsehuset i Askim.

Forventet levealder i Norge har steget med nesten 25 år i løpet av de siste 100 årene, og både menn og kvinner har fått flere friske leveår. Utdanningsnivå betyr mye for gjennomsnittlig levealder.

Tallene for nye krefttilfeller i våre kommuner er ganske like over tid, med en tendens til svak økning. Hjerte- og karsykdom forårsaker 1 av 3 norske dødsfall, men det har vært en sterk reduksjon i antall de siste tiårene. Dette ser ut til å fortsette, også hos oss. Det er viktig at kommunene bidrar til en sunn livsstil hos innbyggerne, for slik å kunne påvirke forekomsten av forebyggbare sykdommer.

Antall personer over 80 år vil dobles i våre kommuner fram mot 2040, med unntak av Marker kommune som har en noe saktere utvikling. Vi må allerede nå rette oppmerksomheten både mot et økt sykdomsbilde, men også mot den økende andelen friske eldre.

En drøy fjerdedel av kullene som fyller 60 år antas å bli demenssyke i løpet av sin gjenstående levetid. En sunn livsstil og et godt sosialt nettverk beskytter mot demensrisiko.

Kommunene våre bruker mer antibiotika enn snittet for landet, men vi har hatt en reduksjon av bruken i 2017. Vi har et høyt forbruk av legemidler mot psykiske lidelser.

3 Sosiale forskjeller

Nytt i dokumentet er kapittelet om sosiale forskjeller. Sosiale forskjeller betyr at goder er systematisk skjevfordelt mellom grupper i samfunnet. Det er viktig å ha kunnskap om dette for å se sammenhengene mellom temaene i grunnlagsdokumentet, samt deres betydning for det videre arbeidet med å utjevne sosial ulikhet.

3.1 Sosiale helseforskjeller

Helsa i den norske befolkningen er god, men gjennomsnittstallene skjuler store, systematiske forskjeller. Befolkningens helse følger en gradient. Det vil si at mennesker med høy utdanning og gode jobber i gjennomsnitt har bedre helse. Det er derfor et langsiktig mål i folkehelsearbeidet å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse. Det finnes en sosial helsegradient for de fleste helsemål, hvilket tyder på at det finnes noen felles, bakenforliggende og strukturelle årsaker til de sosiale ulikhetene i helse. Når også risikofaktorer for uhelse – som for eksempel helserelatert atferd – er systematisk sosialt skjevfordelt i befolkningen, må det også finnes sosialt skjevfordelte årsaker til atferden – årsakene til årsakene. Forebygging av sosiale ulikheter handler om å ta hensyn til hele denne årsakskjeden, og ikke bare de umiddelbare risikofaktorene som helseatferd, bomiljø og arbeidsmiljø. Skjevfordelingen av slike risikofaktorer skyldes fordelingen av økonomiske ressurser, utdanning og arbeid i befolkningen, og en strategi mot sosial ulikhet i helse må derfor også adressere disse strukturelle årsakene (Helsedirektoratet).

Årsakene til sosiale helseforskjeller er mange og sammensatte, noe som gjør det vanskelig å ta tak i dem. Det vi tror er utfordringen, kan simpelthen være symptomer på andre ting. Dette vil bli beskrevet nærmere under overskriften «Samfunnsfloker». De siste års utvikling viser en økning i økonomiske forskjeller i Norge. Det er ikke bare de nederste i inntektshierarkiet – «de fattige» – som sakker akterut. Forskjellene ser ut til å øke langs hele inntektsskalaen. Den mest formuende tidelen av norske husholdninger disponerer om lag halvparten av den samlede formuen. Det er de unge voksne (18-34 år) som de siste årene utgjør den største gruppen med lavinntekt. Men lavinntekt øker også blant barnefamiliene. Vi har kunnskap om at sosial ulikhet i barneårene forplanter seg til dårligere helse og livskvalitet i voksen alder (Helsedirektoratet). Det finnes etter hvert også gode holdepunkter for at forhold i svangerskapet og tidlig barnealder har stor betydning for barnets helse senere i livet (MoBa – Den norske mor og barn-undersøkelsen). Denne kunnskapen tilsier at vi i langt større grad enn i dag må ha fokus på, og prioritere, tidlig innsats. Når påvirkningsfaktorene både er mangfoldige og gjensidig virker på hverandre, er det viktig at vi i folkehelsearbeidet har et tydelig rammeverk som sikrer systematikk i møte med de folkehelsepolitiske utfordringene (Helsedirektoratet).

3.2 Fattigdom

Fattigdom handler om mer enn å ha for lite penger. Fattigdom begrenser også menneskers mulighet til å leve et verdig liv. Hvert land fastsetter sin egen nasjonale fattigdomsgrense. I Norge regnes du som fattig hvis du tjener mindre enn 60 prosent av medianinntekten. Medianinntekten er den midterste inntekten, ikke gjennomsnittsinntekten. Inntektene til alle

husholdninger settes ved siden av hverandre i stigende rekkefølge. Deretter velger man ut den midterste, som altså er medianinntekten.

For å kunne skille mellom ulike grader av fattigdom, brukes begrepene absolutt fattigdom og relativ fattigdom.

- Absolutt fattigdom innebærer at man ikke får dekket helt grunnleggende behov som mat, klær og hus.
- Relativ fattigdom er fattigdom sett i forhold til størstedelen av befolkningen i et land. Hvis du er fattigere enn de fleste andre i landet ditt, opplever du relativ fattigdom (FN-Sambandet).

Fattigdom i Norge handler i all hovedsak om relativ fattigdom, men tall fra Frelsesarméen i Askim viser imidlertid at stadig flere av våre innbyggere trenger hjelp til å dekke grunnleggende behov. Det er viktig å erkjenne at også relativ fattigdom kan ha store konsekvenser for de som er rammet. Barn og unge som lever i lavinntektsfamilier får ikke de samme mulighetene som sine jevnaldrende. De mister blant annet muligheten til å delta på viktige sosiale arenaer og kan i større grad oppleve utenforskap. En dårlig økonomi gir også dårligere tilgang til sunne boliger, rekreasjonsmuligheter, sunt kosthold og tilgjengelighet til helsetjenester.

3.3 Utenforskap

Utenforskap betegner mennesker eller grupper som står på utsiden av fellesskapet. Det kan være personer som står utenfor skole- og arbeidsliv, som har et svært begrenset sosialt nettverk eller som ikke opplever tilhørighet til storsamfunnet. Utenforskap er et strukturelt samfunnsproblem. Det har store konsekvenser som er til hinder for at mennesker kan leve gode liv. Årsakene til utenforskap er mange og sammensatte. De som står utenfor fellesskapet har gjerne flere utfordringer. Psykiske helseproblemer, rus- og alkoholmisbruk, ensomhet, fattigdom og manglende integrering er de viktigste årsakene til at personer faller utenfor.

En rekke studier viser at sosial støtte i seg selv virker helsefremmende. Det lønner seg derfor å arbeide med integrering og fellesskap. At mennesker står utenfor sosiale fellesskap, arbeidsliv og utdanningssystem er sløsing med samfunnets ressurser.

3.4 Samfunnsfloker

Samfunnsfloker er en samlebetegnelse for komplekse sosiale, helsemessige, og miljømessige utfordringer som er sammensatt, foranderlige i sin natur, og tett sammenvevd med andre problemer. Fenomenet omtales også som «wicked problems». Det vi tror er utfordringen, kan simpelthen være symptomer på andre ting. Tiltakene som blir igangsatt fokuserer gjerne på menneskers adferd, men tar ikke tilstrekkelig hensyn til de bakenforliggende årsakene for den enkeltes handling og i hvilke sammenheng den inngår. Forsøk på å løse samfunnsutfordringer kan få utilsiktede konsekvenser, forflytter problemene eller resulterer i at helt nye problemer oppstår. Samfunnsfloker er kjennetegnet ved at årsak-virkningssammenhenger ikke kan defineres entydig og klart, og at deres eventuelle løsninger avhenger sterkt av hvem som vurderer dem. Et eksempel på samfunnsfloker er sosial ulikhet i helse. At noen grupper har dårligere helse enn andre henger sammen med flere faktorer.

Det kan være individuelle faktorer som kosthold, røyking, alkohol og fysisk aktivitet, men det handler også om strukturelle og sosiale samfunnsforhold, som yrke, bosted, nettverk og sosial klasse. Samfunnsfloker kjennetegnes ved at de ikke kan løses med enkeltstående innsats på ett samfunnsområde eller fagfelt. Det er ingen raske løsninger i dette arbeidet. Skal vi lykkes, må mange offentlige organisasjoner, næringsliv og sivilsamfunn bidra over tid. Ikke minst må kommunene finne gode samarbeidsmodeller med frivilligheten.

Det må bygges kunnskap i offentlig sektor om hvordan vi skal jobbe med samfunnsfloker. Kommunene må velge styringsformer som øker sannsynligheten for å kunne håndtere komplekse samfunnsutfordringer, og vi må lære av dem som har lykkes. (Fylkesplan «Østfold mot 2050»).

3.5 Tiltak

Tiltak for å bedre folkehelsen vil ofte være tiltak for å bedre livssituasjonen generelt i befolkningen. Intuitivt ønsker vi ofte å prioritere de gruppene som har størst risiko for uhelse. Dersom vi ønsker å redusere drop-out i skolen, vil vi kanskje ha tiltak som utelukkende treffer lavinntektshusholdninger fordi vi vet at risikoen der er størst. Å nå de som trenger det mest er et viktig mål. Men i et folkehelseperspektiv er det ikke nødvendigvis mer målretting som er det mest effektive. Universelle tiltak har ofte størst effekt der de trengs mest, de virker mindre stigmatiserende og de bidrar ofte til å forebygge at folk ekskluderes og havner i utsatte grupper. Dette betyr ikke at en politikk for utjevning av helseforskjeller overhodet ikke skal inneholde elementer av målretting, men det bør være en balanse mellom målrettede og universelle tiltak – og målretting må gjøres med omhu.

Samlet sett er svært mange av de oppgavene en kommune har, viktige virkemidler for å påvirke folkehelsa. Det ytre miljøet betyr mye, hvordan byen og kommunen oppleves som et sted å være og fungere i sosiale sammenhenger. Ved å legge til rette for møtesteder, legger man til rette for sosial samhandling. Hvordan det planlegges for boligbygging har stor betydning for hvem som vil bosette seg i bestemte områder. Grøntarealer i boligområdene er viktig for innbyggernes trivsel. Lokalisering av kommunale tjenester og bygg må vurderes ut fra et sosialt bærekraftig perspektiv, ikke bare ut fra økonomiske hensyn. Tilgjengelighet til offentlig kommunikasjon er avgjørende for de som ikke har førerkort. I tillegg er det viktig i et miljøperspektiv. Hvilke ressurser kommunen bruker på barn og unge kan ha stor betydning for deres videre liv. Alt dette er eksempler på kommunens mulighet til å planlegge for en helsefremmende og sosialt bærekraftig samfunnsutvikling.

Muligheten til å mobilisere ressurser henger sammen med livsbetingelsene mennesker lever under. Det betyr at deltakelse og medvirkning kan stimuleres gjennom å styrke sosiale ressurser og bedre materielle levekår. Medvirkning fra og samarbeid med mange aktører står derfor sentralt i folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet). Det tar ofte lang tid før man ser virkningen av helsefremmende tiltak. Det er derfor viktig å være tålmodig før man bedømmer virkningen. Dette dokumentet skal være et grunnlag inn i slike prosesser.

4 Befolkningssammensetning

Med befolkningssammensetning menes grunnlagsdata om befolkningen som omfatter antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster osv. Denne informasjonen er viktig i vurderingen av øvrig informasjon, og vil være vesentlig for å vurdere totalbildet i kommunene. Dette gjelder særlig utviklingen i sammensetningen av befolkningen, som for eksempel vil kunne påvirke strategiske valg i fremtidige kommuneplaners samfunns- og arealdel.

4.1 Hovedinntrykk

Det er verdt å merke seg at kommunene har relativt ulik profil i befolkningssammensetning når det gjelder aldersfordeling, befolkningsvekst, innvandrerandel og tilflytting. Per 1. januar 2017 var samlet befolkningsstørrelse i de 6 kommunene 47 412 innbyggere. I tabellene nedenfor kommenteres de viktigste funnene. Vi merker oss at enkelte kommuner har lave innbyggertall, slik at relativt små tallmessige endringer vil kunne gi store prosentvise utslag, og dette må vi ha i tankene når vi vurderer bakgrunnstallene.

4.2 Befolkningen nå

Tabell 1 viser befolkningstallene i kommunene per 1. januar 2017. Oversikten er fordelt på aldersgrupper. Vi ser at Marker sammenlignet med de øvrige kommunene har en aldersfordeling der yngre aldersgrupper utgjør en relativt liten prosentvis andel av befolkningen, mens de over 80 år utgjør en relativt stor prosentvis andel av befolkningen.

Alder	Hele landet	Østfold	Askim	Eids-berg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøgstad
0-17 år	1 131 051	61 439	3 377	2 389	1 204	675	1 280	1 097
%	21,5	21,0	21,5	20,9	21,7	18,8	22,2	20,4
15-24 år	668 322	36 155	1 909	1 424	702	415	648	615
%	12,7	12,3	12,1	12,5	12,6	11,5	11,2	11,5
25-44 år	1 430 973	72 149	3 849	2 809	1 517	750	1 488	1 286
%	27,2	24,6	24,5	24,6	27,3	20,9	25,8	24,0
45-64 år	1 346 490	79 958	4 300	3 123	1 512	1 020	1 501	1 537
%	25,6	27,3	27,4	27,4	27,2	28,4	26,0	28,6
65-74 år	505 513	31 978	1 769	1 247	513	489	676	605
%	9,6	10,9	11,3	10,9	9,2	13,6	11,7	11,3
75-79 år	148 329	9 267	484	340	139	159	172	170
%	2,8	3,2	3,1	3,0	2,5	4,4	3,0	3,2
80 år +	220 980	13 109	616	549	186	223	221	242
%	4,2	4,5	3,9	4,8	3,3	6,2	3,8	4,5
Totalt	5 258 317	292 893	15 720	11 406	5 557	3 597	5 765	5 367

Tabell 1. Befolkning i 2017 fordelt på aldersgrupper. Antall og prosent. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

4.2.1 Kjønnsfordeling

Tabell 2 viser kjønnsfordelingen i de yngste og eldste aldersgruppene per 1. januar 2017. I de yngste aldersgruppene er det, med unntak av i Hobøl, et lite overskudd av menn. I de eldre aldersgruppene er det uten unntak et overskudd av kvinner.

Alder	Kjønn	Hele landet	Østfold	Askim	Eids-berg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøg-stad
0-17 år	Menn	21,9	21,7	22,7	21,5	21,2	20,0	23,2	20,6
	Kvinner	21,1	20,2	20,3	20,4	22,1	17,4	21,2	20,3
80 år +	Menn	3,1	3,4	2,8	3,8	2,7	4,8	2,9	3,1
	Kvinner	5,3	5,6	5,0	5,9	4,0	7,6	4,8	6,0

Tabell 2. Kjønnsfordeling i prosent, yngre og eldre aldersgrupper. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

4.2.2 Innvandrerbefolkningen

Tabell 3 og 4 viser antall og prosentandel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i 2011 og 2017, samt landbakgrunn. Innvandrerandelen har økt i alle kommuner. Askim og Hobøl ligger over landsgjennomsnittet. Det noteres at Askim har en større andel ikke-vestlige innvandrere enn de andre kommunene.

Land-bakgrunn	År	Hele landet	Østfold	Askim	Eids-berg	Hobøl	Mar-ker	Spyde-berg	Trøg-stad
Totalt	2011	600 922	33 375	2 533	1 295	534	237	412	365
	2017	883 751	48 699	3 409	1 893	946	313	754	559
Europa uten Tyrkia	2011	287 433	17 706	1 217	778	396	170	234	282
	2017	438 159	25 714	1 664	1 195	678	212	390	433
Afrika	2011	73 480	3 599	168	104	33	23	A	22
	2017	121 111	5 875	249	194	40	41	A	30
Asia med Tyrkia	2011	209 467	11 134	1 076	373	92	37	138	55
	2017	286 407	15 895	1 407	450	201	53	254	87
Nord-Amerika	2011	9 533	294	10	A	A	A	5	A
	2017	11 107	367	A	A	A	A	5	A
Sør- og Mellom-Amerika	2011	19 193	609	57	33	6	A	11	A
	2017	24 786	799	76	44	17	A	11	A
Oseania	2011	1 816	33	A	A	A	A	A	A
	2017	2 181	49	A	A	A	A	A	A

Tabell 3. Antall innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre 2011 og 2017, etter landbakgrunn. A = anonymisert. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

Land-bakgrunn	År	Hele landet	Østfold	Askim	Eids-berg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøg-stad
Totalt	2011	12,2	12,1	17,0	11,8	11,0	6,8	7,8	7,1
	2017	16,8	16,6	21,7	16,6	17,0	8,7	13,1	10,4
Europa uten Tyrkia	2011	5,8	6,4	8,2	7,1	8,2	4,9	4,4	5,5
	2017	8,3	8,8	10,6	10,5	12,2	5,9	6,8	8,1
Afrika	2011	1,5	1,3	1,1	1,0	0,7	0,7	A	0,4
	2017	2,3	2,0	1,6	1,7	0,7	1,1	A	0,6
Asia med Tyrkia	2011	4,3	4,1	7,2	3,4	1,9	1,1	2,6	1,1
	2017	5,4	5,4	9,0	3,9	3,6	1,1	4,4	1,6
Nord-Amerika	2011	0,2	0,1	0,1	A	A	A	0,1	A
	2017	0,2	0,1	A	A	A	A	0,1	A
Sør- og Mellom-Amerika	2011	0,4	0,2	0,4	0,3	0,1	A	0,2	A
	2017	0,5	0,3	0,5	0,4	0,3	A	0,2	A
Oseania	2011	0,0	0,0	A	A	A	A	A	A
	2017	0,0	0,0	A	A	A	A	A	A

Tabell 4. Prosentandel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre 2011 og 2017, etter landbakgrunn. A = anonymisert. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

4.2.3 Personer som bor alene

Tabell 5 viser andel personer som bor alene i prosent av befolkningen. Trøgstad har den høyeste andelen aleneboende i begge aldersgrupper, Hobøl den laveste.

Alder	Hele landet	Østfold	Askim	Eids-berg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøg-stad
45-74 år	21,3	20,8	22,2	21,5	17,7	20,2	18,6	22,4
75 år +	46,7	46,4	46,5	47,9	38,3	44,8	43,5	50,5

Tabell 5. Prosentandel personer som bodde alene i 2016. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

4.3 Befolkningsutvikling

4.3.1 Årlig befolkningsvekst

Tabell 6 gir en oversikt over netto årlig befolkningsvekst og vekst i prosent av befolkningen. De siste årene er det Hobøl som har hatt den prosentvis største befolkningsveksten, mens Marker har hatt en nedgang.

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hele landet	Ant.	56037	62081	58947	62106	65565	65405	57781	56746	48183	44332
	%	1,20	1,31	1,23	1,28	1,33	1,31	1,14	1,11	0,93	0,85
Østfold	Ant.	2935	3126	3078	3165	3525	3648	2962	2236	2669	3026
	%	1,12	1,18	1,15	1,17	1,28	1,31	1,05	0,78	0,93	1,04
Askim	Ant.	143	231	161	45	187	219	115	83	102	105
	%	1,00	1,60	1,10	0,30	1,25	1,45	0,75	0,54	0,66	0,67
Eids-berg	Ant.	152	192	120	119	109	146	128	30	43	10
	%	1,47	1,83	1,12	1,10	1,00	1,32	1,14	0,26	0,38	0,09
Hobøl	Ant.	44	39	81	110	59	69	207	156	39	175
	%	0,96	0,84	1,74	2,32	1,22	1,41	4,16	3,01	0,73	3,25
Marker	Ant.	- 54	- 8	16	5	42	69	9	17	- 3	- 13
	%	- 1,54	- 0,23	0,46	0,14	1,21	1,96	0,25	0,47	- 0,08	- 0,36
Spyde-berg	Ant.	125	75	19	98	83	126	146	72	44	29
	%	2,53	1,48	0,37	1,90	1,58	2,36	2,67	1,28	0,77	0,51
Trøg-stad	Ant.	45	8	45	50	77	54	93	- 20	- 3	24
	%	0,90	0,16	0,89	0,98	1,50	1,03	1,76	- 0,37	- 0,06	0,45

Tabell 6. Årlig befolkningsvekst siste 10 år. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

4.3.2 Antall fødte

Vi ser av tabell 7 det årlige antallet fødsler i de enkelte kommunene i 1990 og i perioden 2011 til 2016. Antallet fødsler i Norge og Østfold har vært synkende i denne perioden. Generelt synes det å være noe færre fødsler i våre kommuner sammenlignet med 1990. Unntak er Hobøl og Spydeberg. Samtidig ser vi at fødselstallene i kommunene i indre Østfold har variert noe, og enkelte år ser vi også en betydelig variasjon. Dette kan ha stor betydning for planlegging av kapasitet i barnehager og barneskoler.

	1990	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hele landet	60 939	60 220	60 255	58 995	59 084	59 058	58 890
Østfold	3 005	2 881	2 853	2 811	2 839	2 800	2 792
Askim	156	169	169	135	156	139	141
Eidsberg	125	103	117	102	128	95	104
Hobøl	57	58	51	73	62	56	72
Marker	38	27	34	19	36	34	30
Spydeberg	52	58	60	62	65	61	60
Trøgstad	50	61	64	58	45	45	46

Tabell 7. Antall fødte. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

4.3.3 Befolkningen i hver kommune

Hvis vi skal oppsummere det vi ser av befolkningssammensetningen for den enkelte kommune, så er **Askim** blant de kommunene i landet som har størst andel innvandrere (noe

over 20 %). Til forskjell fra nabokommunene er en forholdsmessig stor andel av innvandrerne fra ikke-vestlige land. De siste 15 årene har den årlige gjennomsnittlige befolkningsveksten vært på noe over 1 prosentpoeng. Prognosene fra Statistisk sentralbyrå viser at veksten de neste 15 årene vil bli tilsvarende. Dette tilsier en årlig vekst i Askim på 150 – 200 innbyggere, slik det fremgår av tabell 8. Uten innvandring ville Askim ikke hatt noen befolkningsøkning de siste årene. Det er samtidig en betydelig usikkerhet knyttet til fremtidig innvandring både nasjonalt og lokalt. Alderssammensetningen og kjønnsfordelingen i befolkningen er ganske lik gjennomsnittet for landet, og under ser vi at antallet eldre vil stige i årene som kommer.

Eidsberg har i likhet med Østfold for øvrig en befolkning med færre barn og unge enn landsgjennomsnittet. Gjennom de siste 10 år har Eidsberg hatt en sterk økning i andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, og er nå på linje med resten av landet.

Hobøl har en alderssammensetning som ikke avviker vesentlig fra landsgjennomsnittet, men en ser at gjennomsnittlig alder er noe lavere enn for landsgjennomsnittet. Hobøl har et fødselsoverskudd på 4.6 pr 1000 innbyggere, og det fødes flere enn det dør. Dette vil gi en befolkningsvekst i kommunen, ut over den tilflyttingen kommunen opplever. Imidlertid vil også Hobøl få en betydelig økning i antall eldre fremover.

Marker har kun svakt stigende befolkningsvekst de senere år. Andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre er lav sammenlignet med andre kommuner i Østfold. Fordelingen av befolkningen viser en generelt eldre befolkning, med noe lavere befolkningsvekst i aldersgrupper fram til 44 år. Det ser ut til at dette bildet kan endre seg fram mot 2040.

Spydeberg er også en kommune som har hatt en rask befolkningsvekst, hovedsakelig i form av økt tilflytting, og det er en økning i andelen innvandrere. Alderssammensetningen avviker ikke vesentlig fra landsgjennomsnittet. Også Spydeberg vil få en betydelig økning i antallet eldre fra 2025.

Trøgstad er en kommune med en liten befolkningsvekst de senere år med lavere fødselstall enn de fleste indre Østfold-kommunene. Fram mot 2040 er det forventet en liten befolkningsvekst. Andelen eldre over 80 år ligger på nivå med de øvrige kommunene i indre Østfold.

4.4 Fremtidig befolkningsutvikling

	2020	2025	2030	2035	2040
Hele landet	5 435 413	5 677 382	5 916 132	6 132 986	6 331 445
Østfold	302 032	315 955	329 704	342 413	354 222
Askim	16 207	17 027	17 844	18 591	19 269
Eidsberg	11 835	12 443	13 048	13 610	14 160
Hobøl	5 743	6 222	6 711	7 135	7 544
Marker	3 603	3 634	3 665	3 686	3 715
Spydeberg	6 049	6 452	6 820	7 174	7 492
Trøgstad	5 466	5 672	5 864	6 033	6 178

Tabell 8. Framskrevet samlet innbyggertall i alle aldre, basert på antatt middels nasjonal vekst. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

Tabell 8 og 9 viser prognoser for fremtidig befolkningsutvikling. Både økningen i befolkningen og økningen i andel eldre i befolkningen krever langsiktig planlegging og utvikling av lokalsamfunnene og de ulike kommunale tjenestene. Hobøl vil ifølge denne prognosen om noen år ha et større innbyggertall enn Spydeberg.

			2020	2025	2030	2035	2040
Hele landet	0-14 år	Ant.	957 029	977 551	1 004 494	1 030 520	1 041 994
		%	17,61	17,22	16,98	16,80	16,46
	80 år +	Ant.	230 934	272 400	353 665	413 374	468 577
		%	4,25	4,80	5,98	6,74	7,40
Østfold	0-14 år	Ant.	51 403	52 192	53 540	55 207	56 061
		%	17,02	16,52	16,24	16,12	15,83
	80 år +	Ant.	13 842	16 318	21 558	24 684	27 724
		%	4,58	5,16	6,54	7,21	7,83
Askim	0-14 år	Ant.	2 893	2 909	2 971	3 081	3 143
		%	17,85	17,08	16,65	16,57	16,31
	80 år +	Ant.	664	819	1 139	1 373	1 503
		%	4,10	4,81	6,38	7,39	7,80
Eidsberg	0-14 år	Ant.	2 029	2 087	2 153	2 238	2 280
		%	17,14	16,77	16,50	16,44	16,10
	80 år +	Ant.	534	651	839	920	1 060
		%	4,51	5,23	6,43	6,76	7,49
Hobøl	0-14 år	Ant.	1 008	1 077	1 114	1 178	1 214
		%	17,55	17,31	16,60	16,51	16,09
	80 år +	Ant.	190	257	332	391	483
		%	3,31	4,13	4,95	5,48	6,40
Marker	0-14 år	Ant.	529	542	547	545	546
		%	14,68	14,91	14,92	14,79	14,70
	80 år +	Ant.	234	274	343	361	373
		%	6,49	7,54	9,36	9,79	10,04
Spyde-berg	0-14 år	Ant.	1 100	1 116	1 122	1 160	1 194
		%	18,18	17,3	16,45	16,17	15,94
	80 år +	Ant.	229	323	443	503	544
		%	3,79	5,01	6,50	7,01	7,26
Trøgstad	0-14 år	Ant.	901	901	892	920	934
		%	16,48	15,89	15,21	15,25	15,12
	80 år +	Ant.	237	311	420	467	500
		%	4,34	5,48	7,16	7,74	8,09

Tabell 9. Framskrevet befolkning i aldersgruppene 0-14 år og over 80 år, basert på antatt middels nasjonal vekst. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

Den yngste aldersgruppen forventes relativt sett å utgjøre en mindre andel av befolkningen fram mot 2040, med unntak av i Marker kommune. Andelen over 80 år forventes å stige, til dels betydelig, i samtlige kommuner. Vi ser omtrent den samme forventede økningen i Østfold og landet som helhet.

5 Oppvekst- og levekårsforhold

5.1 Hovedinntrykk

Indre Østfold preges i hovedsak av gode oppvekst- og levekårsforhold for det store flertallet av befolkningen. Mange av kommunene har imidlertid høyere andel barn som vokser opp i fattigdom enn landet for øvrig. Sysselsettingsgraden, andelen sosialhjelpsmottakere og uføretrygdede varierer forholdsvis mye mellom kommunene. Dette er forhold som har negative konsekvenser både for dem det gjelder og samfunnsøkonomien.

Alle kommunene i indre Østfold ligger lavere enn landsgjennomsnittet når det gjelder høyere utdanning. Tallene viser imidlertid en positiv utvikling, der alle kommunene har hatt en økning i andelen med høyere utdanning i perioden 2000-2015. Frafallet i videregående skole har i perioden 2009-2015 blitt redusert, men flere av kommunene ligger langt over landsgjennomsnittet. Mange nasjonale og internasjonale undersøkelser viser at utdanningsnivået har stor betydning for helsa. I indre Østfold scorer kommunene gjennomgående godt når det gjelder barn og unges trivsel og opplevelse av mestring på skolen. Samtidig er det en betydelig andel av elevene som oppgir å ha psykiske plager og søvnvansker, mest uttalt hos jentene. Det er viktig å få kjennskap til hvorfor barn og unge trives og opplever mestring på skolen. Dette for å arbeide med å opprettholde og forsterke de positive forholdene. Tilsvarende er det viktig å ha kunnskap om tiltak som kan iverksettes for å fremme god psykisk helse.

5.2 Økonomiske forhold

5.2.1 Husholdninger med lavinntekt

		2012	2013	2014	2015
Hele landet	Alle aldre	10,1	10,5	10,8	10,9
	0-17 år	10,2	11,0	11,5	11,9
Østfold	Alle aldre	11,4	12,0	12,2	12,5
	0-17 år	13,5	14,6	15,2	15,8
Marker	Alle aldre	10,6	10,5	10,2	11,3
	0-17 år	10,9	11,0	9,8	13,5
Trøgstad	Alle aldre	10,7	11,9	10,8	10,5
	0-17 år	10,9	13,7	10,8	11,3
Spydeberg	Alle aldre	9,2	9,6	9,1	10,3
	0-17 år	9,2	10,3	10,7	12,6
Askim	Alle aldre	11,7	12,2	13,2	13,3
	0-17 år	15,6	16,4	18,2	18,0
Eidsberg	Alle aldre	12,9	14,6	13,4	13,5
	0-17 år	16,1	19,5	16,8	18,2
Hobøl	Alle aldre	8,8	9,4	9,0	8,5
	0-17 år	9,0	9,7	9,4	8,6

Tabell 10. Inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU- skala. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

Tabell 10 viser at det i perioden 2012-2015 har vært en svak økning i andelen som lever i husholdninger med lavinntekt nasjonalt og i fylket. I Østfold har andelen barn og unge som lever i lavinntektshusholdninger økt med over to prosentpoeng i denne perioden. Hobøl skiller seg ut ved å ligge stabilt lavt. I motsatt ende finner vi Eidsberg og Askim som ligger langt over snittet i Østfold og landet som helhet. Vi ser også av tabellen at det er stor forskjell mellom kommunene i indre Østfold, og med størst andel lavinntektshusholdninger i Eidsberg.

Det er mulig å innhente et bredere tallmateriale, for eksempel gjennom SSB og Ungdata. I statistikkbanken til SSB kan man også hente ut antall personer.

5.2.2 Inntektsfordeling

Stor inntektsulikhet kan være en pekepinn på at det også er store sosiale helseforskjeller i kommunen. De siste 30 årene har alle inntektsgrupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt. Det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Inntektsulikheten har økt i både landet og Østfold i tidsperioden. I våre kommuner har den økt mest i Marker og minst i Trøgstad, Spydeberg og Hobøl. Det er imidlertid viktig å være klar over at forskjellene i indre Østfold og Norge er små sett i internasjonal sammenheng. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet. Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. Likhet i fordelingen av økonomiske ressurser påvirker antakelig andre samfunnsmessige forhold positivt (SSB).

5.2.3 Barn av eneforsørgere

	2008-2010	2010-2012	2012-2014	2014-2016
Hele landet	15,9	15,7	15,2	15,1
Østfold	18	18,1	17,8	17,7
Marker	12,3	12,5	14,9	15,1
Trøgstad	18,3	17,8	15,5	15,9
Spydeberg	18,8	18,8	17,3	16,6
Askim	19,7	19,5	19,5	19,4
Eidsberg	20,9	21	19,8	18,9
Hobøl	18,2	18,1	16,7	17,3

Tabell 11. Prosentandel barn 0-17 år som det utbetales utvidet barnetrygd for. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

Prosentandelen eneforsørgere har avtatt noe fra 2010 – 2016 når vi ser på landet og fylket. Det er ikke samme utvikling for alle kommunene i indre Østfold. Marker og Trøgstad ligger omtrent på landsgjennomsnittet, men det er verd å merke seg at Marker til tross for dette er den eneste kommunen som har hatt en økning. Tallene for de andre kommunene er høyere enn landsgjennomsnittet. Høyest ligger Askim og Eidsberg, som har vært stabilt høye i hele tidsperioden.

Barn av eneforsørgere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Det er en del risikofaktorer knyttet til det å vokse opp med en eneforsørger. Det kan være

vanskelig å skille effekten av det å vokse opp med eneforsørgere fra andre faktorer som kan henge sammen med dette. For eksempel er eneforsørgere – spesielt alenemødre – ofte unge og har lavere utdannelsesnivå (Kommunehelsa statistikkbank).

5.2.4 Hjelp til mennesker med levekårsutfordringer

Askim, Eidsberg, Hobøl og Trøgstad søker årlig Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet om barnefattigdomsmidler. Disse midlene fordeles videre til barn og unge i kommunene. Tilskuddsordningen har som formål å motvirke og/eller dempe fattigdomsproblemer blant barn og ungdom. Den skal være et virkemiddel for å bedre mulighetene for at de kan få delta på viktige sosiale arenaer, uavhengig av foreldrenes inntekt og sosiale situasjon. Midlene gir mulighet for å kunne tilby en aktiv fritid for barn og ungdom. De brukes blant annet til opprustning og utvikling av utstyrslagrene ved frivilligsentralene, der innbyggerne kan låne sports- og fritidsutstyr.

Kirkens Bymisjon driver kafé og «Møtestedet», et tiltak i samarbeid med Eidsberg kommune. Det er et supplement til Krystallen dagsenter. «Møtestedet» har flere funksjoner, og blant aktivitetene er språkkafé og arbeidstrening. Frivilligsentralen gir individuell leksehjelp til barn fra levekårsutsatte familier.

Frivilligsentralen i Trøgstad drifter en cafe som er åpen tre ganger i uka. Det er et sted der mange faste møtes. I tillegg driver frivilligsentralen en gjenbruksbutikk, de driver leksehjelp for flyktninger, samt utkjøring av mat for Trøgstadheimen. Home-Start i Trøgstad har 5 frivillige som i 2017 har hjulpet 14 barn. Home-Start Familiekontakten er et familiestøtteprogram hvor frivillige besøker småbarnsfamilier med minst ett barn under skolealder, 2-4 timer i uka. Familiene definerer selv hva de trenger støtte til. Kommunen lønner en 40% stilling for å koordinere tilbudet.

I tillegg til ordinær helsestasjon har Trøgstad kommune opprettet tiltaket «Forsterket helsestasjon» som et tilbud til familier med behov for mer oppfølging enn normalt helsestasjonsprogram. Det er et ressursteam bestående av jordmor, helsesøster, psykolog, barnevernspedagog og psykisk helsearbeider. Familien kan selv ta kontakt, eller helsestasjonen tar kontakt med familien. Familien inviteres til samtale om tilbudet, egen situasjon og eventuelle bekymringer. Partene møtes for samtaler om mulige løsninger og støttebehov.

Frelsesarméen i Askim har i en årrekke hjulpet mennesker med levekårsutfordringer, først og fremst i Askim, men også i Skiptvet, Spydeberg og Trøgstad. Pengene som legges i julegrytene i Spydeberg og Askim brukes til å hjelpe mennesker gjennom hele året. De går til mat, klær, leker og i noen tilfeller til å hjelpe folk med å betale strøm og ved. Også privatpersoner og bedrifter bidrar økonomisk. I 2017 hentet Frelsesarméen i Askim 5 tonn mat fra Matsentralen i Oslo, som deler ut overskuddslager av mat. Veldedige organisasjoner som jobber med vanskeligstilte i samfunnet kan få mat derfra. I tillegg deler Frelsesarméen ut rekvisisjoner, så folk kan kjøpe seg mat i lokale butikker.

Frelsesarméens hjelpearbeid	2014	2015	2016	2017
Antall matutdelinger til familier eller enslige	220	330	410	550
Antall husstander som fikk hjelp før jul	65	75	85	91

Tabell 12. Frelsesarméens hjelpetiltak i Askim og omliggende kommuner. Kilde: Frelsesarméen Askim

Vi ser av tabell 12 at mange av innbyggerne i våre kommuner trenger hjelp til å få endene til å møtes, og det er alarmerende at antallet øker så mye fra år til år.

5.3 Tilflytting og kommunale boliger

5.3.1 Tilflytting

Askim har en netto tilflytting pr. år på ca. 150 personer. Dette er i tråd med kommuneplanens samfunnsdel, der det legges opp til at kommunen skal tilrettelegge for en årlig befolkningsvekst på 1-1,5 %. Kommunen er en attraktiv tilflyttingskommune. En årsak til dette er nærheten til Oslo og til Sverige, med gode tog- og bussforbindelser. Dessuten er forskjellen i boligpriser mellom Askim og Oslo en viktig årsak. Innvandrere utgjør en stor del av tilflyttingen til kommunen.

De siste fem årene har **Trøgstad** kommune hatt en gjennomsnittlig årlig befolkningsøkning på 0,25 prosent. Målet er å styrke kommunens attraktivitet som bo- og oppvekstkommune og at folketallet skal øke med minimum 1,5 % i året. De siste årene har kommunen hatt hovedfokus på utbygging av fasiliteter innen skole, barnehage, idrett og omsorg. Kommunen forventer at denne satsingen, sammen med raskere reisevei til Oslo og økt attraktivitet i indre Østfold, vil øke attraktiviteten.

5.3.2 Kommunale boliger

Askim kommune har 300 boliger:

- 150 eldreboliger (for personer over 60 år)
- 60 boliger knyttet mot base (psykiske og fysiske lidelser)
- 90 boliger til andre (bosatte flyktninger, vanskeligstilte barnefamilier, rus og psykiatri)

I de kommunale boligene er det ca. 70 inn- og utflyttinger pr. år. Av de 70 som får tildelt bolig, er 55 eldre. Gjennomsnittlig botid i de kommunale boligene er 2 – 3 år.

Boligkontoret har ca. 250 henvendelser/søkere til kommunale boliger hvert år. I overkant av 150 søkere får avslag av ulike årsaker og må selv skaffe bolig. Tildeling av kommunale boliger i Askim foretas av et tverrfaglig tildelingsteam. Ved tildeling av bolig til vanskeligstilte jobbes det systematisk med gjeldsrådgivning. Etter 2 – 5 år er målet å komme over fra kommunal bolig til egen bolig ved hjelp av startlån/boligtilskudd. De tre tiltakene boligtildeling, gjeldsrådgivning og bostøtte er i tillegg til fast jobb eller uføretrygd inngangsbilletten til å få startlån/boligtilskudd.

Boligsituasjonen har blitt betydelig vanskeligere i løpet av de siste årene. Mange er svært frustrert over at det finnes for få boliger i kommunen. Bolig og økonomi er viktige faktorer i arbeidet med å forbedre folkehelsen, og slik situasjonen er nå, er det vanskelig å tenke seg hvordan det kan frigis nok boliger til å kunne møte fremtiden.

Eidsberg kommune eier 153 boliger som fordeler seg slik på de ulike brukergruppene:

- 33 eldreboliger
- 33 boliger knyttet mot base (psykiske og fysiske lidelser)
- 82 boliger til andre (bosatte flyktninger, vanskeligstilte barnefamilier, rus og psykiatri)

I tillegg har Eidsberg kommune 85 privateide boliger hvor kommunen regulerer hvem som får leie eller kjøpe. Disse fordeler seg slik på de ulike brukergruppene:

- 46 eldreboliger
- 9 boliger knyttet mot base (psykiske og fysiske lidelser)
- 30 boliger til andre (bosatte flyktninger, vanskeligstilte barnefamilier, rus og psykiatri)

Det er pr. i dag ingen ledige kommunale boliger. Det planlegges bygging av 8 nye boliger for vanskeligstilte. Det jobbes med regulering av området. Samtidig er det vedtatt å rive de fire rekkene i Kløverveien, det vil si 18 boenheter.

Tildeling av kommunal bolig i Eidsberg foretas av et tverrfaglig tildelingsteam. Boligkontoret har ca. 100 henvendelser/søkere til kommunale boliger hvert år, og antallet søkere øker. Rundt 40 søkere får avslag av ulike årsaker og må selv skaffe seg bolig. I 2016 fikk 25 husstander tildelt kommunal bolig, mens åtte stod på venteliste ved årsskiftet. Ca. 15 ble bosatt i private boliger hvor kommunen har tildelingsrett. Det ble i 2016 gitt over 80 garantier for depositum ved leie av privat bolig.

Boligsituasjonen har blitt betydelig vanskeligere i løpet av de siste årene. Kartlegging har vist at kommunens boligmasse ikke er tilstrekkelig for å dekke behovet. Antall svært vanskeligstilte er økende, og disse er vanskelig å plassere i det private leiemarkedet. Det er viktig at kommunen legger til rette for at flere blir i stand til å beholde og eie egen bolig eller å leie i det private markedet. Det er utstrakt bruk av økonomiske virkemidler som startlån, tilskudd og bostøtte.

Trøgstad kommune eier 92 boliger, fordelt på følgende virksomheter/brukergrupper:

Rus og psykiatri:	ca.12 enheter
NAV:	ca.17 enheter
Helse/omsorg:	ca. 58 enheter
Øvrige:	ca. 5 enheter

Boligene kan ved behov tildeles personer fra andre brukergrupper enn de opprinnelig er satt til. I tillegg har kommunen 23 boenheter der kommunen regulerer/tildeler hvem som får kjøpe boligen. Disse er organisert i borettslag og eies av beboer selv. Kommunen har ingen ledige kommunale boliger for tiden, og det er venteliste på de fleste brukergrupper.

Det er stor byggevirksomhet i Trøgstad. Det bygges to leilighetsprosjekter på Skjønhaug til brukergrupper med heldags pleiebehov. De skal begge være innflytningsklare i løpet av 2018. Det er tilsammen 29 boliger. Begge byggeprosjektene vil bli organisert som borettslag, der kommunen bestemmer hvem som får kjøpe. Kommunale utleieboliger og boliger med tildelingsrett tildeles av et tverrfaglig forvaltningsteam/tildelingsteam.

NAV har sjelden ventelister, og kommunen har ingen bostedsløse så langt vi er kjent med. NAV har ansvaret for å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv. Kommunen har klart å finne gode løsninger i forbindelse med bosetting av flyktninger.

Informasjon fra Spydeberg, Hobøl og Marker foreligger ikke.

5.4 Arbeidsforhold

5.4.1 Sysselsatte

		2010	2012	2014	2016
Marker	Menn	70,8	67,6	67,9	63,8
	Kvinner	60,8	59,3	58,7	54,9
Trøgstad	Menn	73,5	70,6	71,9	68,7
	Kvinner	64,7	62,5	61,6	60,5
Spydeberg	Menn	72,6	73,4	68,8	67,6
	Kvinner	64,8	64,4	63,5	60,6
Askim	Menn	67,5	67,4	66,6	63,6
	Kvinner	59,8	58,4	58,7	56,2
Eidsberg	Menn	69,4	68,7	68,1	65,2
	Kvinner	62,4	59,2	59,8	56,6
Hobøl	Menn	73,9	73,8	70,9	70,4
	Kvinner	65,9	66,1	64,8	63,5
Østfold	Menn	67,7	66,9	66,5	63,5
	Kvinner	61,7	60,3	59,8	57,7
Landet	Menn	71,6	71,6	71,3	67,6
	Kvinner	66,5	65,7	65,5	63,6

Tabell 13. Sysselsatte, per 4. kvartal i prosent. 15-74 år. Fordelt på kjønn. Kilde: SSB

	2010	2012	2014	2016
Marker	65,8	63,6	63,4	59,6
Trøgstad	69,2	66,8	66,9	64,8
Spydeberg	68,7	69,0	66,2	64,2
Askim	63,7	62,9	62,7	59,9
Eidsberg	65,9	64,0	64,0	61,0
Hobøl	70,0	70,1	67,9	67,1
Østfold	64,7	63,6	63,2	60,6
Landet	69,1	68,7	68,5	65,6

Tabell 14. Sysselsatte, per 4. kvartal i prosent. 15-74 år. Begge kjønn. Kilde: SSB

Tabell 13 og 14 viser at sysselsettingsgraden har gått ned i både fylket og landet som helhet i perioden 2010 – 2016. Det samme gjelder også for alle kommunene i større eller mindre grad. Endringen er størst i Marker, som har en nedgang i sysselsettingsgraden på 6,2 prosentpoeng. Nedgangen er minst i Hobøl, med 2,9 prosentpoeng.

Arbeidslivet bidrar til mange helsefremmende faktorer for de fleste. Arbeid er med på å sikre personlig økonomi, gi struktur i hverdagen, skape tilhørighet og gi økt selvfølelse. Hele 96 prosent svarte at arbeid er viktig for deres psykiske helse i en undersøkelse TNS Gallup har utført for Helsedirektoratet. Bare hjem og nær familie ble ansett som viktigere (Helsedirektoratet).

5.4.2 Pendling 2016

	Andel sysselsatte med bosted i kommunen (%)	Pendlere ut av kommunen	Utpendlere som andel av sysselsatte bosatt i kommunen (%)	Pendlere inn i kommunen	Innpendlere som andel av sysselsatte med arbeidssted i kommunen (%)
Askim	59,9	4 015	56,8	2 517	45,2
Eidsberg	61,0	2 712	51,7	2 212	46,6
Spydeberg	64,2	1 872	68,0	1 066	54,8
Hobøl	67,1	2 230	79,0	618	51,0
Trøgstad	64,8	1 629	62,2	563	36,2
Marker	59,6	740	46,5	300	26,0

Tabell 15. Pendling inn og ut av kommunene. Kilde: SSB og Kommuneprofilen

Alle kommunene i indre Østfold har større andel utpendlere enn gjennomsnittet for Østfold. Det er slående å se hvordan andel som pendler ut av kommunene øker jo nærmere kommunen ligger Osloregionen. Når en stor andel av befolkningen i kommunen pendler ut, mange med forholdsvis lang reise, vil det også kunne påvirke folkehelsa. Samtidig er det en fordel at befolkningen i kommunen kan forholde seg til et stort og variert arbeidsmarked. Askim preges av både stor utpendling og ganske stor innpendling, slik at kommunen både er en forstadskommune til Osloregionen, og samtidig har en regionsfunksjon i indre Østfold. Av totalt 2 713 som pendlet inn til Askim i 2014, kom 68 % fra de 6 nabokommunene i indre Østfold.

5.4.3 Sykemeldte

Vi ser av tabell 16 at Eidsberg og Marker er de eneste kommunene hvor andelen sykemeldte har økt i perioden 2013 – 2017. I motsatt ende finner vi Hobøl, hvor andelen sykemeldte er blitt redusert med 1,1 prosentpoeng. Høyest ligger Spydeberg og lavest ligger Trøgstad, med henholdsvis 6,4 % og 5,1 %.

I 2. kvartal 2017 var det legemeldte sykefraværet på landsbasis for kvinner på 6,8 prosent og 3,8 prosent for menn. Fordeler vi fraværet på kjønn og ser på endringen fra 2. kvartal 2016 til

2. kvartal 2017, hadde menn en økning på 2,6 prosentpoeng og kvinners sykefravær gikk opp med 2,2 prosentpoeng.

	2013	2014	2015	2016	2017
Østfold	6,2	6,3	6,2	5,8	5,8
Marker	5,8	6,4	6,2	4,5	6,0
Trøgstad	5,8	5,2	5,8	5,5	5,1
Spydeberg	7,3	7,9	5,8	6,4	6,4
Askim	6,0	6,4	6,5	5,7	5,6
Eidsberg	5,7	6,5	5,8	6,5	5,9
Hobøl	6,5	6,3	7,0	6,7	5,4

Tabell 16. Legemeldt sykefravær etter bosted. Prosent. Kilde: NAV

Et gjennomgående trekk ved sykefraværet, både i Norge og internasjonalt, er at kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn. Differansen mellom kvinners og menns sykefravær har ligget rundt 2,5–3,0 prosentpoeng. At kvinners sykefravær er høyere enn menns, skyldes delvis svangerskapsrelaterte lidelser. De gravides sykefravær forklarer omtrent 40 prosent av kjønnsforskjellen for personer mellom 20 og 39 år. Det er også andre årsaker til kjønnsforskjeller mellom menn og kvinner. De viktigste forklaringsmodellene fokuserer blant annet på forskjeller i yrkesvalg som gir seg utslag i ulike stillinger, ansettelsesbetingelser, stillingsandel og arbeidsbelastninger. Andre sentrale hypoteser taler for kvinners tradisjonelle familie- og omsorgsroller, biologiske helseforskjeller, forskjeller i sykelighet og ulik sykdomsatferd (NAV).

5.4.4 Arbeidsledighet

	Alder	2010	2012	2014	2016
Marker	15-29 år	3,0	5,0	5,0	1,8
	30-74 år	1,5	2,4	1,8	1,5
Trøgstad	15-29 år	3,6	2,9	3,1	1,8
	30-74 år	2,1	1,3	1,5	1,1
Spydeberg	15-29 år	2,5	3,9	2,6	2,7
	30-74 år	1,8	1,3	2,2	1,6
Askim	15-29 år	4,9	4,1	4,9	4,4
	30-74 år	3,1	1,9	3,7	3,3
Eidsberg	15-29 år	5,4	4,6	4,9	3,9
	30-74 år	2,3	1,9	2,5	3,1
Hobøl	15-29 år	5,9	1,7	3,8	3,4
	30-74 år	2,8	2,5	2,3	2,4
Østfold	15-29 år	5,3	5,0	4,5	3,9
	30-74 år	2,9	2,6	2,9	2,7
Landet	15-29 år	3,8	3,2	3,4	3,2
	30-74 år	2,3	2,0	2,4	2,7

Tabell 17. Registrert helt arbeidsledige i prosent, november måned 2010-2016. Kilde. SSB

	Prosent	Antall
Landet	2,7	73 918
Østfold	3,0	4 261
Marker	2,5	41
Trøgstad	1,8	50
Spydeberg	2,5	72
Askim	4,1	311
Eidsberg	3,4	194
Hobøl	2,7	80

Tabell 18. Registrert helt arbeidsledige i prosent og antall, november måned 2017. Kilde: SSB

Tallene fra 2017 viser at arbeidsledigheten er høyest i Askim og lavest i Trøgstad, med et skille på 2,3 prosentpoeng. Arbeidsledigheten både i Norge og Østfold er imidlertid lav. Bruttoledigheten har gått ned hver måned siden november i 2016, og har i denne perioden falt med til sammen 10 000 personer på landsnivå (NAV). Antall arbeidsledige må vurderes i sammenheng med hvor mange som mottar sosialhjelp, har uføretrygd eller langtidssykmelding. Denne helheten beskriver bedre gruppen yngre i indre Østfold med vanskelige levekår.

5.4.5 Økonomisk sosialhjelp

	2010		2012		2014		2016	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Landet	295	4,2	283	3,9	309	4,2	319	4,2
Marker	134	6,5	124	5,9	122	5,9	128	6,2
Trøgstad	102	3,3	77	2,4	109	3,4	97	3,0
Spydeberg	177	5,5	146	4,4	181	5,4	182	5,3
Askim	433	4,7	457	4,8	533	5,9	551	5,8
Eidsberg	418	6,3	448	6,6	465	6,9	389	5,7
Hobøl	112	3,6	87	2,8	127	3,8	127	3,6

Tabell 19. Antall og prosentandel sosialhjelpsmottakere. Kilde: SSB

Tabell 19 viser at når man ser landet som helhet, har andelen sosialhjelpsmottakere vært stabil i perioden 2010 - 2016. Tallene for indre Østfold har også vært forholdsvis stabile, med unntak av Askim som har økt med i overkant av ett prosentpoeng. Marker ligger stabilt høyt i perioden, hele tre prosentpoeng høyere enn Trøgstad som har lavest andel sosialhjelpsmottakere i indre Østfold.

Det å motta sosialhjelp flere ganger og over lengre tid hindrer ikke at sosialhjelpsmottakere blir sysselsatt etterpå. Yrkesaktivitet er viktig for avgangen fra sosialhjelp. Middelaldrende og eldre har større problemer med å komme ut i arbeidslivet igjen enn yngre. Avgang gjennom uførepensjonering er betydelig. De fleste sosialhjelpsmottakere leier boligen sin. Manglende økonomiske ressurser blant sosialhjelpsmottakerne kan gjøre det vanskelig å delta i det sosiale liv. Den generelle tendensen er at en større andel sosialhjelpsmottakere mangler jevnlig kontakt med familie og venner sammenlignet med resten av befolkningen. Enslige forsørgere er mer avhengige av økonomisk stønad. Dette gjelder i stor grad enslige mødre med innvandrerbakgrunn (SSB). Unge sosialhjelpsmottakere har en betydelig overhyppighet av både psykisk og somatisk sykdom (“Ungdoms levekår”, SSB 2013).

5.4.6 Uføretrygd

	Antall mottakere av uføretrygd			Endring		Antall i prosent av befolkningen 18-67 år *)		
	30.06.15	30.06.16	30.06.17	antall 2016-2017	andel 2016-2017	30.06.15	30.06.16	30.06.17
Landet	311 993	317 754	321 837	4 083	1,3	9,4	9,5	9,6
Østfold	24 656	25 157	25 450	293	1,2	13,6	13,7	13,8
Marker	349	354	358	4	1,1	16,1	16,7	16,8
Trøgstad	460	468	466	-2	-0,4	13,7	13,9	13,9
Spydeberg	422	420	414	-6	-1,4	11,9	11,9	11,5
Askim	1 417	1 411	1 428	17	1,2	14,3	14,2	14,4
Eidsberg	871	899	918	19	2,1	12,3	12,7	12,9
Hobøl	352	366	369	3	0,8	10,0	10,3	10,0

Tabell 20. Antall og prosentandel av befolkningen i aldergruppen 18 – 67 år som har uføretrygd. *) Aldersstandardiserte tall: Den andelen man ville hatt i kommunen om fordelingen etter alder var lik som for landet. Kommuner med "eldre" befolkning vil få lavere uføreandel, mens for eksempel Oslo med høy andel unge vil få høyere andel uføre etter aldersstandardiseringen. Kilde: NAV

		2007-2009	2009-2011	2011-2013	2013-2015
Landet	18-44 år	2,4	2,3	2,5	2,6
	45-66 år	19,0	18,6	18,4	17,4
Østfold	18-44 år	3,2	3,2	3,5	4,0
	45-66 år	23,4	23,3	23,6	23,2
Marker	18-44 år	3,7	4,0	5,1	5,4
	45-66 år	24,5	25	25,1	24,0
Trøgstad	18-44 år	3,8	3,8	4,5	4,6
	45-66 år	22,8	23,0	23,0	22,6
Spydeberg	18-44 år	2,2	2,0	2,5	3,3
	45-66 år	22,1	21,3	20,4	19,6
Askim	18-44 år	2,9	2,9	3,4	3,8
	45-66 år	25,9	25,9	25,6	25,3
Eidsberg	18-44 år	3,0	2,9	3,3	3,9
	45-66 år	22,0	21,2	21,1	21,0
Hobøl	18-44 år	2,4	2,3	2,5	3,2
	45-66 år	19,2	17,9	17,6	17,0

Tabell 21. Begge kjønn, varig uførepensjon, prosent. Personer under 18 år eller over 67 år har ikke rett til uføretrygd. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

Tabell 20 og 21 viser at prosentandelen som mottar uføretrygd har vært forholdsvis stabil i Østfold de siste årene. Østfold er imidlertid det fylket i landet hvor størst andel av befolkningen har uføretrygd. Askim og Marker har høyere andel uføretrygdede i alle aldersgrupper sammenliknet med hele landet. Særlig høyt ligger Marker på andel uføre i den yngste aldersgruppa. Hobøl har desidert færrest uføretrygdede sammenlignet med de andre kommunene og ligger under landsgjennomsnittet for begge aldersgrupper. Det er mange forhold som påvirker andel uføretrygdede i befolkningen. Både sykdomsforekomst, arbeidsmarked og utdanningsnivå spiller inn. I de fleste oversikter over uføretrygdede skiller man ikke mellom dem som har full trygd og dem som har gradert trygd. Det var i alt 18 % som hadde gradert trygd i Norge i 2014.

I Norge får ca. 13 000 unge voksne i alderen 18-29 år uføretrygd. De fleste er menn. Andelen unge uføre har økt de siste ti årene. Unge voksne med alvorlig helsesvikt kan få en sikker og stabil inntekt gjennom uføretrygden. På den annen side kan varig uføretrygd medføre at man går glipp av de potensielle helsebringende faktorene som fast arbeid gir (Arbeids- og inkluderingsdepartementet). Å sikre at flest mulig har et arbeid å gå til, er derfor viktig for folkehelsa.

5.5 Barnehage og skole

5.5.1 Barn i barnehage

		Hele landet	Øst-fold	As-kim	Eids-berg	Hobøl	Mar-ker	Spyde-berg	Trøg-stad
Andel barn 1-5 år med barnehageplass	2014	90,2	88,2	85,6	88,4	83,0	86,5	96,1	87,4
	2015	90,4	88,6	84,0	89,3	87,8	86,5	94,8	89,6
	2016	91,0	89,1	87,2	89,3	91,5	77,6	93,4	90,1
Andel minoritetsspråklige barn 1-5 år som går i barnehage	2014	74,9	68,7	74,0	72,5	66,7	76,5	92,6	71,9
	2015	73,9	70,2	65,7	70,9	65,0	100	91,7	60,6
	2016	76,0	71,7	75,9	73,0	87,1	85,7	68,2	65,5
Andel minoritetsspråklige barn i barnehage i forhold til alle barn med barnehageplass	2014	14,4	14,9	21,5	17,9	13,5	8,4	7,8	8,7
	2015	15,3	16,2	21,6	18,1	12,6	10,1	6,7	7,4
	2016	16,4	17,5	25,4	17,1	17,7	9,4	9,1	7,1

Tabell 22. Prosentandel barn i barnehage. Kilde: KOSTRA/SSB

Andelen barn i alderen 1-5 år som går i barnehage er desidert lavest i Marker og Askim. I motsatt ende finner vi Spydeberg, som ligger hele 15,8 prosentpoeng over Marker. De andre kommunene ligger i nærheten av fylkes- og landsgjennomsnittet.

Askim skiller seg positivt ut ved å være den eneste kommunen i indre Østfold med tilbud om åpen barnehage. Tilbudet gis to ganger pr. uke, og barna er der sammen med foreldrene sine til en lav kostnad, 20 – 30 kroner pr. familie pr. gang. Erfaring viser at åpen barnehage benyttes av ulike grupper. Innvandrerfamilier benytter i stor grad tilbudet. Det samme gjør familier som venter på barnehageplass, og som ønsker at barna skal bli vant til barnehage. Dessuten ser vi at det kommer familier som av ulike årsaker har valgt bort vanlig barnehage, og vi ser også at folk som bor i nabokommuner uten åpen barnehage drar til Askim for å benytte tilbudet der. Ordningen vil kunne bidra til å utjevne sosiale forskjeller. En lavere pris for barnehage vil også kunne bidra til at foreldre i lavinntektshusholdninger i større grad vil ha mulighet til å ta utdanning eller komme seg ut i arbeidslivet.

5.5.2 Pedagogtetthet i barnehagen

Ifølge Barnehageloven skal styrere og pedagogiske ledere ha utdanning som førskolelærere eller ha annen relevant pedagogisk utdanning. Folkehelseinstituttet har i rapporten «Bedre føre var ... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og erfaringer» gjort en gjennomgang av tilgjengelig forskning på barnehageområdet, og konkluderte med at høykvalitetsbarnehager er ett av de viktigste psykisk helsefremmende og forebyggende tiltakene for barn under skolealder. Lav kvalitet i form av for eksempel mangel på utdannet personell vil kunne svekke de positive virkningene som en god barnehage kan gi (SSB).

	Prosentandel styrere og pedagogiske ledere med godkjent barnehagelærerutdanning
Trøgstad	87,9
Askim	95,3
Eidsberg	93,8
Marker	73,7
Hobøl	83,8
Spydeberg	89,5

Tabell 23. Prosentandel. Kilde: Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Ny kommune

5.5.3 Psykososialt miljø i barnehagen

Rammeplanen, som barnehagene er forpliktet på å følge, er gjennomsyret av tanken om at barn og voksne skal oppleve et godt barnehagemiljø. Den gir innspill og føringer til det psykososiale miljøet.

Barnehagene i Marker har psykososialt miljø som ett av sine fremtredende temaer i årsplaner og periodeplaner. De benytter veilederen «Helse, miljø og trivsel i barnehagen.» Et gjennomgående tema er «Vennskap og fellesskap». Det behandles med ulike vinklinger. Barnas lekevenner kartlegges med fokus på nulltoleranse for mobbing. Barnehagene arbeider også kontinuerlig med å utfordre voksenrollen knyttet til hvordan de løfter, utfordrer og støtter det psykososiale miljøet i barnehagen.

Eidsberg og Trøgstad kommuner viser til at rammeplanen er tydelig på barnehagepersonalets ansvar. Personalets kompetanse, holdninger og arbeidsmetoder legger grunnlaget for at det kan utvikle seg et godt psykososialt miljø i barnehagen. Der voksne trives, har barn det bra.

Alle barnehagene i Spydeberg har forpliktet seg til å delta i programmet «Mitt valg», og dette brukes blant annet for å tilrettelegge for et godt psykososialt miljø. Det er stort fokus på å ha godt samspill mellom barna, og det å ha en venn er viktig. «Mitt valg» er også et mobbeforbyggende program, og det jobbes med å forhindre mobbing gjennom å skape et trygt miljø for barna med aktive og tilstedeværende voksne.

Hobøl kommune har utarbeidet en egen spørreundersøkelse til foreldre.

Askim kommune gjennomfører 2 ganger i året spørreundersøkelse blant 4- og 5-åringene i barnehagene, der det spørres om vennskap, erting, trivsel osv. Dette fungerer som en temperaturmåler på om barna trives og har det bra. Svarene følges opp av det pedagogiske personalet. Askim gjennomfører også kurs for å trygge foreldre i foreldrerollen. Kurset skal gi foreldrene verktøy til å forstå bedre hvilke behov barn har, hvilke signaler de gir og hva som kan gjøres for å møte barns behov. Mål med kurset er at barn skal få hjelp til å kjenne seg trygge, og på den måten stå sterkere rustet til å møte livets utfordringer.

5.5.4 Trivsel, 7. og 10. klassetrinn

Tabell 24 viser den generelle trivselen på skolen for grunnskoleelever på 7. og 10. klassetrinn. Vi ser av tabellen at de fleste 7.- og 10.- klassingene trives godt på skolen, og at tallene holder seg forholdsvis stabile i hele perioden. Laveste score for trivsel får imidlertid 10. klasse i Marker, og prosentandelen har gått nedover i perioden 2014-2017. Selv om de aller fleste trives på skolen, er det likevel en del som også gruer seg.

Trivsel	7. klassetrinn			10. klassetrinn		
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Hele landet	4,4	4,4	4,4	4,2	4,2	4,2
Østfold	4,4	4,4	4,4	4,2	4,3	4,3
Askim	4,6	4,4	4,3	4,2	4,3	4,3
Eidsberg	4,4	4,2	4,5	3,9	4,1	4,2
Hobøl	4,4	4,2	4,5	3,9	4,2	4,1
Marker	4,4	4,6	4,3	4,3	3,9	3,8
Spydeberg	4,2	4,3	-	4,3	4,0	4,1
Trøgstad	4,2	4,3	4,5	4,3	4,3	4,5

Tabell 24. Trivselen måles på en skala fra 1 – 5, der høy verdi betyr positivt resultat. Kilde: Elevundersøkelsen, Utdanningsdirektoratet

5.5.5 Opplevelse av mestring, 7. og 10. klassetrinn

Tabell 25 viser i hvor stor grad grunnskoleelever på 7. og 10. klassetrinn opplever mestring i forbindelse med undervisning, lekser og arbeid på skolen. Mestringsopplevelse måles på en skala fra 1 – 5, der høy verdi betyr positivt resultat.

Mestring	7. klassetrinn			10. klassetrinn		
	2014 - 2015	2015 - 2016	2016-2017	2014 - 2015	2015 - 2016	2016-2017
Hele landet	4,1	4,1	4,1	4,0	4,0	4,0
Østfold	4,1	4,1	4,1	4,0	4,0	4,1
Askim	4,2	4,1	4,0	4,0	4,1	4,1
Eidsberg	4,2	4,0	4,1	3,8	3,9	4,1
Hobøl	4,2	3,7	4,1	3,8	3,9	4,0
Marker	4,0	4,2	3,7	4,1	3,8	3,9
Spydeberg	3,9	4,0	-	3,9	3,7	-
Trøgstad	4,0	4,0	4,2	4,1	4,0	4,1

Tabell 25. Trivselen måles på en skala fra 1 – 5, der høy verdi betyr positivt resultat. Kilde: Elevundersøkelsen, Utdanningsdirektoratet

Vi ser at på 7. trinn ligger Trøgstad over landsgjennomsnittet og snittet for Østfold, samt over de andre kommunene. Marker scorer dårligst både på 7. og 10. trinn. 10. trinn i de andre kommunene ligger jevnt i forhold til lands- og fylkessnittet.

5.5.6 Mobbing i skolen

Nedenfor vises to tabeller knyttet til mobbing på 7. og 10. klassetrinn. Tabell 26 viser gjennomsnittsverdien av svarene til alle elever som var med i undersøkelsen. Den vises på en skala fra 1 – 5, og i dette tilfellet betyr lav verdi positivt resultat. Gjennomsnittsverdien er beregnet ut fra hvor mange som opplever at de blir mobbet og hvor ofte de blir mobbet. Verdien gir ikke antall elever som i snitt mobbes. En og samme verdi kan enten indikere at mange krysser av at de mobbes sjelden eller at færre krysser av at de mobbes hyppig. Et gjennomsnitt ned mot verdien 1 tyder imidlertid på lite mobbing i skolen.

Tabell 27 viser prosentandel elever som har opplevd mobbing 2-3 ganger i måneden eller oftere. Denne tas med for lettere å få fram hvor mange elever som har krysset av for at de faktisk opplever mobbing på skolen.

Mobbing	7. klassetrinn			10. klassetrinn		
	2014 - 2015	2015 – 2016	2016-2017	2014 - 2015	2015 – 2016	2016-2017
Hele landet	1,2	1,2	1,3*	1,2	1,2	1,3*
Østfold	1,3	1,2	1,3*	1,3	1,2	1,2*
Askim	1,3	1,2	1,4*	1,3	1,2	1,2*
Eidsberg	1,4	1,6	1,3*	1,5	1,4	1,2*
Hobøl	1	1,2	1,0*	1,5	1,2	1,1*
Marker	1,5	1,6	1,4*	1,2	1,3	1,5*
Spydeberg	1,5	1,4	-	1,3	1,3	1,4*
Trøgstad	1,4	1,3	1,3*	1,1	1,2	1,2*

Tabell 26. Gjennomsnittsverdi av mobbing. * =Brudd på tidsrekke. Tallene er ikke sammenlignbare med tidligere år. Kilde: Elevundersøkelsen, Utdanningsdirektoratet

Vi ser av den første tabellen at både 7. og 10. trinn i Hobøl får et gjennomsnitt på henholdsvis 1 og 1,1. Dette tyder på lite mobbing. På 10.trinn ligger Marker og Spydeberg dårligst an, med et snitt på 1,4 og 1,5, noe som er over lands- og fylkessnittet. På 7. klassetrinn er det Marker og Askim som får dårligst resultater.

Mobbing	7. klassetrinn			10. klassetrinn		
	2014 - 2015	2015 – 2016	2016-2017	2014 - 2015	2015 – 2016	2016-2017
Hele landet	4,8	4,5	5,5*	4,7	4,2	5,1*
Østfold	5,1	4,6	5,1*	5,3	3,6	4,2*
Askim	4,7	2,3	5,3*	5,6	3,8	-
Eidsberg	7,7	15,0	4,0*	11,9	6,1	2,9*
Hobøl	0,0	0,0	0,0*	12,1	5,8	3,3*
Marker	11,8	11,4	0,0*	0,0	-	8,8*
Spydeberg	12,7	8,6	-	5,3	4,7	7,7*
Trøgstad	7,4	9,1	10,5*	-	-	-

Tabell 27. Prosentandel av elever som opplever mobbing 2-3 ganger i mnd. eller oftere. *Brudd på tidsrekke. Tallene er ikke sammenlignbare med tidligere år. Kilde: Elevundersøkelsen, Utdanningsdirektoratet

Av den andre tabellen ser vi at Marker kommer dårligst ut på 10. trinn, hele 5,9 prosentpoeng over Eidsberg som kommer best ut. For 10. trinn er det elevene i Trøgstad som oppgir mest mobbing. Resultatene tyder på at denne kartleggingen vil kunne variere betydelig fra år til år, og at det er vanskelig å tolke utviklingstendenser på kort sikt. Det blir derfor viktig å følge med på hvordan dette utvikler seg i årene fremover, og det blir viktig at skolene fortsetter å forebygge mobbing.

5.5.7 Nasjonale prøver i grunnskolen

Formålet med nasjonale prøver er å gi skolene kunnskap om elevenes grunnleggende ferdigheter i lesing, regning og engelsk. Informasjonen fra prøvene skal danne grunnlag for underveisvurdering og kvalitetsutvikling på alle nivåer i skolesystemet. Faste grenser for mestringsnivåene gjør det meningsfullt å se endring i prosentdelen elever på hvert nivå fra ett år til et annet.

5. klassetrinn	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Engelsk			
Landet	50	50	50
Østfold	49	49	49
Askim kommune	52	49	51
Eidsberg kommune	50	47	48
Hobøl kommune	51	48	49
Marker kommune	50	47	45
Spydeberg kommune		50	50
Trøgstad kommune	49	48	47
Lesing			
Landet	50	50	50
Østfold	49	49	48
Askim kommune	51	48	50
Eidsberg kommune	49	48	48
Hobøl kommune	51	48	48
Marker kommune	47	48	48
Spydeberg kommune	51	50	51
Trøgstad kommune	47	48	48
Regning			
Landet	50	50	50
Østfold	49	49	48
Askim kommune	50	49	50
Eidsberg kommune	50	50	48
Hobøl kommune	49	48	49
Marker kommune	51	52	48
Spydeberg kommune	52	47	49
Trøgstad kommune	46	48	48

Tabell 28. Nasjonale prøver 5. klassetrinn. Alle eieformer. Begge kjønn. Kilde: Nasjonale prøver, Utdanningsdirektoratet

8. klassetrinn	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Engelsk			
Landet	50	50	50
Østfold	49	49	49
Askim kommune	51	49	48
Eidsberg kommune	49	48	48
Hobøl kommune	48	51	50
Marker kommune	48	42	45
Spydeberg kommune	47	44	48
Trøgstad kommune	47	47	49
Lesing			
Landet	50	50	50
Østfold	49	49	49
Askim kommune	50	50	49
Eidsberg kommune	50	48	47
Hobøl kommune	50	45	47
Marker kommune	49	46	51
Spydeberg kommune	48	49	49
Trøgstad kommune	48	49	49
Regning			
Landet	50	50	50
Østfold	49	49	49
Askim kommune	50	51	50
Eidsberg kommune	50	49	47
Hobøl kommune	47	50	46
Marker kommune	48	45	48
Spydeberg kommune	49	45	51
Trøgstad kommune	46	49	48

Tabell 29. Nasjonale prøver 8. klassetrinn. Alle eieformer. Begge kjønn. Kilde: Nasjonale prøver, Utdanningsdirektoratet

Nasjonale prøver gjennomføres på 5., 8. og 9. klassetrinn. Elever på 5. og 8. trinn skal gjennomføre nasjonale prøver i lesing, regning og engelsk. Elever på 9. trinn skal gjennomføre nasjonale prøver i lesing og regning. Disse prøvene er de samme som for 8. trinn, slik at skoler kan sammenligne resultater for 8. trinn med resultater fra 9. trinn samme år. Tallene fra prøvene i ungdomsskolen gir i hovedsak et bilde av elevenes kunnskap fra barnetrinnet.

Resultatene fra Nasjonale prøver presenteres ved hjelp av en relativ skala. Det vil si at resultatene for en skole eller kommune er sett i sammenheng med alle elever i Norge dette året. Tallene i tabellene må altså forstås som hvor godt elevene i kommunen mestrer sammenlignet med alle andre elever i samme årskull det aktuelle skoleåret.

Nasjonale prøver måler ikke utvikling over tid. Det innebærer at endringer fra ett år til et annet ikke kan tolkes sikkert som en reell endring i hvor godt elevene mestrer grunnleggende ferdigheter. For eksempel betyr et høyere snitt i år sammenliknet med i fjor at årets elever sammenliknet med sitt årskull har gjort det bedre enn fjorårets elever gjorde sammenliknet med sitt årskull. Årsakene til dette kan være ulike: at årets elever mestrer lesing bedre, at andre elever har prestert svakere, eller det kan være en kombinasjon av disse. Tallene sier ikke noe om årsakene, bare om den relative endringen. Endringer fra ett år til et annet må derfor tolkes med forsiktighet. Det kan være mer nærliggende å se på resultatene innenfor hvert enkelt skoleår.

I tillegg til mestringsnivåene blir elevenes resultater publisert på en skala med et gjennomsnitt på 50 skalapoeng og et standardavvik på 10. Elevenes poengsum er aldri lik fra en prøve til en annen, og det vil alltid være forskjeller i vanskelighetsgrad på prøvene fra et år til et annet. Det er derfor utviklet en felles skala som beskriver ferdighetene til elevene med samme tall, til tross for at elevenes resultater er fra ulike prøver. For å få elevenes resultater på en slik felles skala, er det blitt brukt en IRT-modell (Item Response Theory). Deretter har elevenes resultater blitt regnet om til skalapoeng, der gjennomsnittet ble satt til 50. Poengene er ment å vise trender over flere år.

Det er viktig å gi elever nødvendig støtte så tidlig som mulig. Dette krever en kulturendring hvor skolen selv avdekker tidlig og prioriterer tiltak raskt. Elever med et godt grunnlag fra barnetrinnet er bedre rustet til ungdomsskolen og har større mulighet for å fullføre videregående skole.

5.5.8 Grunnskolepoeng

Grunnskolepoeng er et mål for det samlede læringsutbytte for elever som sluttvurderes med karakterer, og benyttes som kriterium for opptak til videregående skole. Grunnskolepoeng regnes ut ved at alle avsluttende karakterer i ungdomsskolen som føres på vitnemålet legges sammen og deles på antall karakterer for å få et gjennomsnitt. Deretter ganges gjennomsnittet med ti. Elever som har færre enn halvparten gyldige karakterer, er ikke med i beregningene. Tallene nedenfor inkluderer både offentlige og private skoler.

	Hele landet				Østfold			
	2011	2013	2015	2017	2011	2013	2015	2017
Grunnskole eller ingen fullført utdanning	33,8	33,6	34,5	35,3	34	33,2	34,8	35,2
Videregående skole-nivå eller påbygging videregående	37,9	37,9	38,4	38,9	37,1	37,1	38,1	38,4
Universitets- og høgskolenivå, 4 år eller mindre	42,4	42,3	42,7	43,2	42,1	42,2	42,2	43,2

Tabell 30. Grunnskolepoeng etter foreldrenes utdanningsnivå. Begge kjønn. Kilde: SSB

Tabell 30 viser at grunnskolepoengene har økt for alle elevene i tidsperioden, uavhengig av foreldrenes utdanningsnivå. Samtidig ser vi at elevenes grunnskolepoeng øker i takt med foreldrenes utdanningsnivå. Dette gjelder både på nasjonalt nivå og i Østfold. Analyser av

nasjonale prøver og karakterer fra de første årene med Kunnskapsløftet viser det samme: Elever med høyere sosioøkonomisk bakgrunn forbedrer i større grad resultatene fra avslutningen av barnetrinnet til avslutningen av ungdomstrinnet, enn elever med lavere sosioøkonomisk status (NOVA).

Tabell 31 viser gjennomgående bedre resultater for jenter enn for gutter. Jentene gjør det bedre enn guttene i alle fag og i alle eksamensformer. Utdanningsdirektoratet viser imidlertid til at det er en svak tendens til dreining: Det ser ut til at jentene gjør det bedre enn guttene på muntlig eksamen, når vi sammenligner eksamen og standpunktkarakterer på nasjonalt nivå, men at det på skriftlig eksamen er motsatt. Der er forskjellen mellom standpunktkarakterer og eksamen mindre for guttene enn for jentene (Utdanningsdirektoratet).

Nesten alle som oppnår mer enn 50 grunnskolepoeng, og som velger allmennfaglige utdanningsprogrammer, fullfører videregående opplæring på normert tid. Motsatt kan vi se at elevene som går ut med 30 eller mindre grunnskolepoeng, i svært liten grad gjennomfører videregående opplæring, uavhengig av utdanningsprogram. Blant elevene med dårligst karakterer fra grunnskolen er gjennomføringsgraden i videregående opplæring noe høyere på yrkesfag enn allmennfag (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet).

		2013-14	2014-15	2015-2016	2016-2017
Hele landet	Jenter	42,5	43,0*	43,3	43,7
	Gutter	38,5	38,6*	39,0	39,2
Østfold	Jenter	41,7	42,0*	42,8	43,3
	Gutter	37,2	37,7*	38,3	38,3
Askim	Jenter	42,7	41,7*	42,5	44,4
	Gutter	39,1	36,9*	39,0	37,7
Eidsberg	Jenter	41,2	42,1*	42,1	43,3
	Gutter	35,6	37,8*	35,4	39,5
Hobøl	Jenter	40,8	40,6*	40,0	43,7
	Gutter	32,5	34,4*	39,7	36,0
Marker	Jenter	45,2	40,5*	42,6	45,0
	Gutter	37,7	41,4*	37,2	38,0
Spydeberg	Jenter	42,2	43,1*	41,0	43,7
	Gutter	38,2	40,0*	36,3	39,9
Trøgstad	Jenter	41,9	41,2*	42,8	42,1
	Gutter	39,2	41,1*	37,1	39,8

Tabell 31. Grunnskolepoeng etter kjønn. (*) Brudd i tidsrekke, tallene er ikke sammenlignbare med tidligere år. Kilde: Utdanningsdirektoratet

5.5.9 Ungdata

Ungdataundersøkelsen gjennomføres i flertallet av norske kommuner, på ungdomstrinnet og videregående skole. Den er svært omfattende og berører oppvekstvilkår, trivsel, vurdering av egen helse, skolesituasjon og bruk av rusmidler. Undersøkelsen ble gjennomført i Askim, Eidsberg, Trøgstad, Spydeberg og Hobøl i 2018 og i Marker i 2017. Tallene for 2018-undersøkelsen foreligger ikke ennå. Resultatene både nasjonalt og fra indre Østfold viser at ungdom flest røyker langt mindre enn før, de bruker mindre narkotika/ hasj enn før, de

drikker mindre og starter senere med alkohol. Skoleskulking er redusert og det er færre som ikke trives på skolen. Samtidig er det en betydelig andel av elevene som oppgir å ha psykiske plager og søvnvansker, mest uttalt hos jentene. Psykiske helseplager blant elevene i ungdomsskolen ligger over landsgjennomsnittet i Marker, Spydeberg og Eidsberg. Spydeberg ligger høyest og Hobøl lavest.

Ungdata junior er nyutviklet, og gjelder 5., 6. og 7. klasse barneskolen. Den vil bli gjennomført i Eidsberg, Askim, Trøgstad og Hobøl for første gang i 2018. Resultatene fra denne undersøkelsen vil gi oss viktig statistikk og bedre data for denne aldersgruppen.

5.5.10 Utdanningsnivå

		2000	2005	2010	2015
Landet	Grunnskole	31,0	27,5	24,8	22,3
	Videregående	45,1	45,0	44,1	42,4
	Universitet/ høgskole	23,9	27,5	31,2	35,3
Østfold	Grunnskole	36,8	32,9	30,4	27,9
	Videregående	45,3	46,1	45,8	44,9
	Universitet/ høgskole	17,9	21,1	23,8	27,2
Marker	Grunnskole	47,5	43,4	40,6	36,9
	Videregående	40,9	42,6	43,4	44,0
	Universitet/ høgskole	11,6	14,0	16,0	19,1
Trøgstad	Grunnskole	39,8	37,0	35,2	32,6
	Videregående	48,0	48,6	47,9	48,0
	Universitet/ høgskole	12,2	14,5	16,8	19,3
Spydeberg	Grunnskole	34,0	31,7	28,5	27,3
	Videregående	50,2	50,0	50,1	48,0
	Universitet/ høgskole	15,8	18,2	21,4	24,7
Askim	Grunnskole	39,0	35,1	33,6	31,7
	Videregående	44,8	46,4	45,7	45,8
	Universitet/ høgskole	16,2	18,5	20,7	22,5
Eidsberg	Grunnskole	40,5	37,5	34,9	31,9
	Videregående	44,9	46,1	46,3	45,5
	Universitet/ høgskole	14,7	16,5	18,8	22,6
Hobøl	Grunnskole	36,1	33,0	30,9	28,6
	Videregående	45,5	45,7	46,5	45,0
	Universitet/ høgskole	18,4	21,3	22,6	26,4

Tabell 32. Høyeste fullførte utdanningsnivå i prosent. Aldersgruppe 25 +. Kilde: SSB

Kommunene i indre Østfold har gjennomgående hatt et lavere utdanningsnivå i befolkningen enn i Østfold og landet som helhet. Tabellen ovenfor viser at alle kommunene i indre Østfold ligger lavere enn landsgjennomsnittet når det gjelder høyere utdanning. Tilsvarende er tallene høyere i indre Østfold for de som har grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå. Størst andel med grunnskole som høyeste utdanningsnivå har Marker, mens Spydeberg har lavest andel. Marker har imidlertid hatt størst nedgang av andelen med

grunnskole som høyeste utdanningsnivå av alle kommunene. Tallene viser en positiv utvikling, der alle kommunene har hatt en økning i andelen høyere utdannede i perioden 2000-2015.

Både i nasjonale og internasjonale oversikter over folkehelsa ser man tydelig sammenheng mellom utdanningsnivå og helse. Jo høyere utdanningsnivå, desto bedre helse når man vurderer grupper av befolkningen. Utdanning betyr mer enn inntekt når det gjelder positiv virkning på helsen (Folkehelseinstituttet). Det må likevel være klart at i våre kommuner bør det ikke være noe mål at alle skal ha masterutdanning. Målet bør være at alle kommer gjennom videregående skole på normert tid, slik at de får enten studiekompetanse eller fagbrev.

5.5.11 Frafall i videregående skole

I tabell 33 ser vi frafall i videregående skole totalt og etter foreldrenes høyeste fullførte utdanningsnivå. Frafallet inkluderer:

- Personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført VGII eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år.
- Elever som startet opp dette året, men som sluttet underveis

(Kommunehelsa statistikkbank).

Tabellen viser at Askim og Hobøl er de kommunene der frafallet totalt har blitt redusert mest, begge med 8 prosentpoeng. De andre kommunene har også redusert frafallet. Unntaket er Marker der frafallet har økt med 2 prosentpoeng. Marker ligger likevel under fylkessnittet og fortsatt lavere enn Eidsberg, Askim og Trøgstad.

Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole. Mye tyder på at psykiske problemer er den viktigste grunnen til at ungdom faller ut av skolen (Kommunehelsa statistikkbank).

3 av 4 unge fullfører nå videregående opplæring i løpet av fem år, og andelen har steget de siste årene. Blant de som slutter er årsakene til frafall sammensatte. Mange fullfører også videregående opplæring på et senere tidspunkt i livet. Utdanningsnivået i befolkningen øker, og stadig flere har universitets- og høyskoleutdanning. Dette innebærer at utdanning har en enda viktigere posisjon i dagens samfunn enn tidligere. Det er imidlertid betydelige kjønnsforskjeller i gjennomføringsgraden. 68 % av guttene fullfører videregående opplæring i løpet av fem år, mens 79 % av jentene gjør det. Det er også flere gutter som 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 (Barne-, ungdoms, og familiedirektoratet).

Sosioøkonomiske forhold som foreldres utdanningsnivå og inntekt har også innvirkning på barnas gjennomføring i videregående opplæring. Unge med høyt utdannede foreldre fullfører videregående i langt større grad på normert tid enn elever med foreldre som har lavere utdanningsnivå. En studie viser at 70 % av de som ikke fullførte videregående opplæring, var i arbeid ved fylte 31 år, mens blant de som fullførte, var andelen i arbeid ved 31 år 85 %. Det er de som dropper ut tidlig i videregående opplæring som har dårligst utsikter på

arbeidsmarkedet. Det er av vesentlig betydning at skolen har en bevisst satsing på å forebygge og redusere frafall. Det er imidlertid ikke rimelig at videregående skole tar det hele og fulle ansvar for å redusere frafallet. Det er nødvendig med smarte grep som starter lenge før ungdomstiden tar til. I arbeidet med frafall er det behov for helhetlig og langsiktig satsing med utstrakt samarbeid mellom kommune og fylkeskommune. Tiltak i kommunen må settes inn allerede i barnehagen og videreføres i grunnskolen (Barne-, ungdoms, og familiedirektoratet).

		2009-2011	2011-2013	2013-2015
Landet	Totalt	25,0	24,0	23,0
	Grunnskole	49,0	47,0	45,0
	Videregående	28,0	28,0	26,0
	Universitet/høgskole	15,0	15,0	14,0
Østfold	Totalt	30,0	29,0	27,0
	Grunnskole	53,0	51,0	50,0
	Videregående	32,0	31,0	29,0
	Universitet/høgskole	16,0	18,0	17,0
Marker	Totalt	24,0	22,0	26,0
	Grunnskole	33,0	60,0	:
	Videregående	26,0	16,0	:
	Universitet/høgskole	:	:	:
Trøgstad	Totalt	31,0	30,0	28,0
	Grunnskole	61,0	:	50,0
	Videregående	27,0	:	30,0
	Universitet/høgskole	14,0	:	13,0
Spydeberg	Totalt	25,0	23,0	22,0
	Grunnskole	51,0	46,0	45,0
	Videregående	25,0	26,0	23,0
	Universitet/høgskole	:	:	:
Askim	Totalt	37,0	31,0	29,0
	Grunnskole	56,0	46,0	44,0
	Videregående	40,0	36,0	32,0
	Universitet/høgskole	19,0	16,0	16,0
Eidsberg	Totalt	36,0	31,0	32,0
	Grunnskole	66,0	57,0	50,0
	Videregående	38,0	32,0	33,0
	Universitet/høgskole	9,0	12,0	18,0
Hobøl	Totalt	32,0	29,0	24,0
	Grunnskole	61,0	56,0	36,0
	Videregående	33,0	27,0	26,0
	Universitet/høgskole	16,0	15,0	17,0

Tabell 33. Frafall i videregående skole totalt og etter foreldrenes høyeste fullførte utdanningsnivå. Prosent. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

5.5.12 Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Helsesøsterfunksjonen er anerkjent som svært viktig i forebyggende helsearbeid. Helsedirektoratet har anbefalt én helsesøsterstilling pr. 300 elever i barneskolen. I ungdomsskolen er det anbefalt ett årsverk pr. 550 elever. I videregående skole er det anbefalt ett årsverk pr. 800 elever (Helsedirektoratet).

Trøgstad kommune

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har base på kommunehuset.

På nye Skjønhaug skole har kommunen fått gode lokaler, med to kontorer og ventesone. På Båstad og Havnås skole er det ikke helsesøsterkontor. Der benyttes et av skolens grupperom med dårlig lydisolering og lite hensiktsmessig utforming. Fysisk tilgjengelighet på den enkelte skole er noe begrenset, men helsesøster har faste dager på hver skole og informerer elever og foreldre om hvordan og når de kan komme i kontakt. Alle skolene har åpen dør for elever, foreldre og lærere de dagene helsesøster er til stede. På barneskolene tilbys samtalegruppe for barn som har opplevd samlivsbrudd. På ungdomsskolen arrangeres jentesnakk-gruppe.

Helsestasjonen opplever selv at de er tilgjengelige, og at det er lav terskel for å komme i kontakt. Brukerundersøkelse skal gjennomføres. De har en god ordning med servicetorget som sender melding til helsestasjonen når helsesøster ikke svarer på telefon. Mobiltelefon benyttes også av de som er mye ute.

Helsestasjonen er fornøyd med organiseringen av mange fagområder i samme avdeling. Dette gjør det lettere å ha en tverrfaglig tilnærming og samarbeid. De samarbeider med barneverntjeneste, psykisk helse- og rusteam og ungdomskontakt. Utfordringene slik helsestasjonen ser det, er at det er stor bredde når det gjelder målgrupper, slik at det blir vanskelig å spisse kunnskap på et snevrere felt (Helsestasjonen, Trøgstad).

Marker kommune

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har base på rådhuset på Ørje, lett tilgjengelig. Marker har én skole, men fordelt på barne- og ungdomstrinn. Helsesøster er til stede på skolen. Skolehelsetjenesten er dimensjonert etter elevtall, og skolehelsetjenestens tilgjengelighet er økt noe de senere årene. Helsestasjon/skolehelse i Marker har 1,7 helsesøsterårsverk, 20% jordmor og 30 % merkantil medarbeider. I tillegg kommer psykisk helse for barn og unge som er organisert i annen avdeling. Helsestasjonen har også knyttet til seg lege og fysioterapeut.

Det er forsterket helsestasjon for barn og familier med ekstra behov. I tillegg til det ordinære tilbudet har helsestasjonen et nettverksskapende tiltak som heter "Åpen helsestasjon", der de som ikke er så godt kjent med andre småbarnsforeldre i kommunen kan treffe andre. Sett opp mot nasjonal norm for helsesøstertjeneste ligger Marker noe lavere enn anbefalt norm (Helsestasjonen, Marker).

Eidsberg kommune

Det fødes ca. 110 barn årlig i Eidsberg. Alle barn i alderen 0-5 år har til sammen minst 14 konsultasjoner ved helsestasjonen i denne perioden. Det gir god oppfølging av barnets vekst og utvikling, og bidrar til at anbefalt barnevaksinasjonsprogram kan gjennomføres. I tillegg vurderes behov for ekstra kontakt og tiltak for enkelte barn. Ca. 20 % av alle barn får slik ekstra tilpasset oppfølging. Dette er også en viktig del av kommunens satsing på tidlige tiltak når det er behov for det.

Helsedirektoratet har anbefalt én helsesøsterstilling pr. 300 elever i barneskolen. Forholdet i Eidsberg er 2,8 årsverk på ca. 950 elever, så vi ser at tallet ligger like under direktoratets anbefaling. I ungdomsskolen er det anbefalt ett årsverk pr. 550 elever. Eidsberg har en noe bedre dekning her med 1. årsverk på ca. 465 elever. Mysen videregående skole har 1,1 årsverk på ca. 1000 elever. Det vil si at skolen har ca. 900 elever pr. årsverk, mot anbefalte 800 (Familiesenteret og helsestasjonen i Eidsberg).

Askim kommune

Helsestasjonen er lokalisert på Familiens hus. Den følger barn fra fødsel til skolealder. Helsestasjonen gjør en viktig jobb for forebygging og oppfølging av barn i potensielt vanskelige livssituasjoner, og samarbeidet med barnehage, fastlege og barnevern er verdifullt.

Helsestasjonens åpningstider:

- 15.mai – 14.september kl. 8.00 – 15.00
- 15. september – 14. mai kl. 8.00 – 15.45

Helsestasjonen er bemannet med

- Ledende helsesøster i full stilling
- 4 helsesøstre i til sammen 320 % stillinger
- Jordmor i full stilling
- Lege i 20 % stilling
- 2 turnusleger i ca. 20 % hver
- 2 fysioterapeuter i 100 % stilling knyttet til arbeid med barn og unge
- 2 ergoterapeuter i til sammen 100 % stilling knyttet til arbeid med barn og unge

Åpen helsestasjon er et ekstra tilbud for nybakte mødre med babyer, og har åpent fra 12.00 – 13.00 mandager og torsdager.

Helsestasjonen har også barselgrupper og svangerskapskurs.

Hver av de fem barneskolene i Askim har én helsesøster som er fast kontaktperson. Helsesøster er en dag i uka fast på skolen, og er i tillegg tilgjengelig for skolen noe utover dette. Helsesøstrene jobber i team, og samarbeider på alle skolene blant annet om vaksinering og undervisning.

Ungdomsskolen og Askim videregående skole har en helsesøster hver i 100% stilling, som er fast på skolen.

Bare ungdomsskolen tilfredsstiller de anbefalte normene for bemanning av helsesøster.

Ungdomshelsestasjonen ble på nyåret 2017 flyttet fra helsestasjonen i sentrum til Askim videregående skole. Den er åpen hver onsdag kl. 12.30 – 15.30, og er bemannet med lege og helsesøster. Den brukes mye mer nå enn da den var knyttet til helsestasjonen.

Med prosjektmidler fra Helsedirektoratet ble det høsten 2017 ansatt en fysioterapeut og en helsesøster, hver i 60 % stilling på Askim videregående skole. De har åpen dør for elevene, samt utvikler og gjennomfører undervisningsopplegg.

Askim kommune har kommunepsykolog i 100 % fast stilling. Hun er knyttet til Familiens hus, og jobber forebyggende med barn og unge i helsestasjon, skolehelsetjeneste og Pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT).

5.6 Barnevern

5.6.1 Barnevernstiltak

Tabell 34 viser antall barn i alderen 0 til 2 år med ulike typer barneverntiltak.

Hjelpetiltak: I tilfeller der de foresatte har behov for hjelp og støtte til å ivareta egne barns omsorgsbehov har barnevernet et ansvar for å hjelpe familien. Barnevernet kan sette inn ulike hjelpetiltak for å øke foreldrekompetansen, kompensere for mangler i omsorgen eller avlaste foreldrene. Målet med hjelpetiltak er å bidra til positiv endring hos barnet eller i familien.

Omsorgstiltak: I tilfeller der hjelpetiltak i ikke er tilstrekkelig for å ivareta barnet, må man sette inn omsorgstiltak. Eksempler på dette er familieråd, fosterhjem, barnevernsinstitusjon og omsorgssenter for mindreårige.

		2012	2016
Marker	Tiltak i alt	32	25
	Omsorgstiltak	10	10
	Hjelpetiltak	22	15
Trøgstad	Tiltak i alt	49	41
	Omsorgstiltak	15	8
	Hjelpetiltak	34	33
Spydeberg	Tiltak i alt	62	56
	Omsorgstiltak	4	17
	Hjelpetiltak	58	39
Askim	Tiltak i alt	161	165
	Omsorgstiltak	38	48
	Hjelpetiltak	123	117
Eidsberg	Tiltak i alt	104	159
	Omsorgstiltak	34	45
	Hjelpetiltak	70	114
Hobøl	Tiltak i alt	36	47
	Omsorgstiltak	12	9
	Hjelpetiltak	24	38
Østfold	Tiltak i alt	2 451	2 607
	Omsorgstiltak	492	583
	Hjelpetiltak	1 959	2 024
Landet	Tiltak i alt	38 721	39 260
	Omsorgstiltak	7 805	9 080
	Hjelpetiltak	30 916	30 180

Tabell 34. Antall barn med tiltak, 0 – 22 år. Kilde: SSB

Eidsberg kommune skiller seg ut med å ha en markant økning i antall tiltak i alt. Det er imidlertid viktig å merke seg at økningen i hovedsak gjelder hjelpetiltak, altså den «mildeste» form for tiltak barnevernet har. Det er også viktig å merke seg at dette er antall og ikke andel. Det er derfor ikke mulig å sammenligne kommunene ut fra disse tallene.

6 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Miljøforhold som drikkevannskvalitet, luftkvalitet, grad av støy, sykkelvegnett og tilgang til friområder og friluftsområder har effekt på helsen. Miljøet kan fremme god helse og beskytte mot sykdom og ulykke, eller det kan i større eller mindre grad være en risiko. Det gjelder både det fysiske og det sosiale miljøet. Rekreasjonsområder i nærheten av hjemmet senker terskelen for aktivitet i naturen. Indre Østfold har den minst berørte delen av fylkets natur med store skogsområder og mange innsjøer. De mange innsjøene og vassdragene gir gode muligheter for ulike aktiviteter. Samtlige byer og tettsteder har områder med godt tilrettelagte turløyper sommer som vinter.

6.1 Hovedinntrykk

Drikkevannskvaliteten i indre Østfold er bra. Befolkningen i indre Østfold er mer utsatt for trafikkstøy enn snittet for landet. Indre Østfold har samme nivå på sosial støtte som landssnittet, og ungdommene er ganske fornøyde med kulturtilbudet og nærmiljøet sitt. Det er noe lavere valgdeltagelse i Østfold enn i landet som helhet.

6.2 Fysisk miljø

6.2.1 Støy

Støy er definert som uønsket lyd og lyd som kan gi helseskader. De viktigste kildene til støy i samfunnet er samferdsel, tekniske installasjoner, industri, naboaktiviteter og bygge- og anleggsvirksomhet.

Nasjonalt nivå

25 % av befolkningen er utsatt for støy over det anbefalte nivået ved boligen sin. En halv million er svært plaget. Støy fra veitrafikk er den største kilden til støyplager i samfunnet. Delen av befolkningen som bor i område med støy over anbefalt nivå, økte med 22 prosent fra 1999 til 2011. Søvnforstyrrelser er den mest alvorlige følgen av støy i befolkningen. God og helhetlig arealplanlegging kan forebygge støyplager (Folkehelseinstituttet).

Fylkesnivå

Innbyggerne i Østfold er mer utsatt for støy fra veitrafikk enn gjennomsnittet for resten av landet (Østfold fylkeskommune, Oss i Østfold).

Kommunalt nivå

Statens vegvesens støysonekart viser at det er støy langs hovedinnfartsårer. Støysonekart lages for at utbyggere og publikum skal se hvor støy kan være et problem, og derfor må være tema i nye planer. Rød støysone er nærmest støykilden og angir et område som ikke er egnet til støyfølsomme bruksformål. Etablering av ny bebyggelse med støyfølsomt bruksformål skal unngås. Gul sone er en vurderingssone, hvor bebyggelse med støyfølsomt bruksformål kan oppføres dersom avbøtende tiltak gir tilfredsstillende støyforhold.

Det er store forskjeller på hvordan mennesker opplever støy. Innbyggere i vår region kan oppleve plagsom støy fra trafikk på vei og bane, sosiale arrangement i sentrumsmiljø,

næringsvirksomhet og nabolagsaktivitet. I indre Østfold finnes store skogs- og landbruksområder. Det er gode rekreasjonsområder i alle kommunene (Statens vegvesen).

6.2.2 Inneklima i skoler, barnehager og offentlige bygg

Enhet for samfunnsmedisin ved Helsehuset startet våren 2016 tilsyn med skolene i indre Østfold etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Inneklima i skolene inngår i dette tilsynet. Deretter vil det bli ført tilsyn etter samme forskrift med alle barnehager. Det er til sammen 40 skoler og 60 barnehager i regionen. Tilsyn med skoler og barnehager er en høyt prioritert oppgave. Barnas fysiske miljø er en viktig del av deres oppvekstmiljø, og en del av den tidlige innsatsen rettet mot barn og unge. Det er stort sett gode fysiske forhold i barnehager og skoler i vår region, men det finnes også tilfeller med dårlig luftkvalitet i skolene.

Det skal etter forskrift om miljørettet helsevern for barnehager og skoler søkes om godkjenning når det er planer om å etablere, utvide eller endre barnehagen eller skolen. Det er utarbeidet en lokal retningslinje for natur-, frilufts- og gårdsbarnehager i indre Østfold.

6.3 Biologisk og kjemisk miljø

6.3.1 Drikkevann

Antall vannverk som leverer tilfredsstillende kvalitet har økt betydelig i løpet av de siste 20 årene. Om lag 90 % av befolkningen i Norge mottar drikkevann fra et godkjenningspliktig vannverk. Det er mangelfulle opplysninger om private brønner og andre små ikke-godkjenningspliktige vannverk.

	2012	2013	2014	2015	2016
Landet	89	89	89	88	88
Østfold	89	89	91	88	88
Marker	52	52	53	51	51
Trøgstad	96	94	94	94	94
Spydeberg	84	82	81	80	80
Askim	94	93	93	92	92
Eidsberg	72	71	71	71	71
Hobøl	78	76	82	79	77

Tabell 35. Prosentandel av befolkningen som er tilknyttet et godkjenningspliktig vannverk. Kilde; Kommunehelsa statistikkbank

I Askim og Trøgstad er det flere innbyggere som er tilknyttet et godkjenningspliktig vannverk, sammenlignet med både fylket og landet. Marker har lavest andel innbyggere som er tilknyttet et slikt anlegg. Hobøl kommune er delt i konsesjonsområder. Knapstad har kommunal vannforsyning fra Spydeberg kommune. Resten av innbyggerne i kommunen får

vann fra et privat vannverk, Hobøl vannverk SA. Det er ikke faste rutiner for undersøkelse av vannkvalitet i ikke-godkjenningspliktige vannverk.

Det er samarbeid mellom kommuner om reserveløsninger for drikkevann. Askim, Eidsberg og Trøgstad kommuner har etablert en ny felles reserve- og overføringsledning for drikkevann. I Marker kommune er det ikke reserveløsning for drikkevann, men alternativer for dette utredes. Hobøl kommune har bygd en overføringsledning for reservevann fra Elvestad til Knapstad, langs nye E18, hvor de har samkoblet Hobøl vannverk med det kommunale vannforsyningsnettet. Reservevannsledningen er ikke operativ ennå. Spydeberg kommune har ikke gitt tilbakemelding angående deres reserveløsning for drikkevann og hygienisk kvalitet på drikkevann.

6.3.2 Radon

Radon i inneluft øker risikoen for lungekreft. Denne økte risikoen avhenger av hvor lang tid man utsettes for radon og av hvor høyt radonnivået innendørs er. I indre Østfold er forekomsten av radon generelt lav. Radon finnes spesielt i alunskifer, og denne bergarten er sjelden i indre Østfold. I perioden 2000-2003 ble det gjennomført radonmåling i boliger over hele landet i totalt 158 kommuner. Eidsberg og Trøgstad deltok, og det var i hovedsak liten sannsynlighet for radon i disse kommunene. Radon kan påvises i enkelte boliger. Regelverket stiller krav til radonnivåene i utleieboliger. Utleier må sørge for at det blir gjort tiltak dersom radonnivåene i utleieboligen er over tiltaksgrensen (Statens strålevern).

6.3.3 Legionella

Legionella er en bakterie som smitter ved innånding av små svevende vanndråper som er forurenset med denne bakterien. Enhet for samfunnsmedisin ved Helsehuset har oversikt over, og fører tilsyn med, innretninger som kan spre legionella. Spesielt gjelder dette innretninger med kjøletårn og luftskrubber, befuktningsanlegg og dusjanlegg. Personer med svekket immunforsvar eller redusert allmenntilstand er mottakelige for legionærsykdom, som forårsakes av legionellabakterien (Folkehelseinstituttet).

6.3.4 Forurensning

Forurensning inkluderer alle utslipp som kan føre til skade eller ulempe for miljøet. Luftkvaliteten i Norge er generelt sett bedre enn på 1990-tallet. Dårlig luftkvalitet gir likevel helseskader, særlig i de større byene. I Norge er det svevestøv og nitrogendioksid (NO2) som bidrar mest til lokal luftforurensning.

Det gjøres ikke målinger av luftkvalitet lokalt, og det er derfor vanskelig å finne konkret lokal kunnskap om dette. Luftkvaliteten i vår region er generelt god. Det kan forekomme noe forurensning fra for eksempel lokale bedrifter og vedfyring (Miljødirektoratet).

6.4 Sosialt miljø

6.4.1 Sosiale møteplasser

I Østfold helseprofil 2011-2012 ble det stilt et spørsmål om hvor mange personer som står vedkommende så nær at de kan regne med dem, hvis man har store personlige problemer. I Østfold svarte 71 % at de har tre eller flere personer, som de kan regne med. Andelen faller med stigende alder, og den faller mer for menn enn for kvinner. Det er relativt liten variasjon mellom kommunene, dog er det noen færre i Askim som oppgir å kunne regne med hjelp fra andre.

	Kvinner	Menn	Totalt
Østfold	72,8	69,2	71,0
Askim	67,6	60,7	64,2
Eidsberg	72,0	75,4	73,7
Hobøl	72,2	67,5	69,8
Marker	72,5	65,5	68,9
Spydeberg	77,2	68,3	72,8
Trøgstad	74,1	71,4	72,7

Tabell 36. Prosentandel i befolkningen som oppgir å ha tre eller flere som de kan regne med, hvis de har store personlige problemer. Kilde: Østfold helseprofil 2011-2012

Marker og Trøgstad kommuner deltar i prosjektet «Helsefremmende lokalsamfunn». Dette prosjektet har som mål å skape bærekraftige nærmiljøer som reduserer sosiale ulikheter i helse. Marker kommune sitt prosjekt «Se meg» har som mål å styrke ungdommenes psykiske helse ved hjelp av Ungdommens kulturhus. Prosjektet i Trøgstad kommune har som mål å teste ulike medvirkningsmetoder, slik at innbyggerne får større innflytelse på utviklingen i lokalmiljøet. Trøgstad kommune har i 2017 fått støtte fra Folkehelseprogrammet til prosjektet «Trygt nærmiljø, trygg ungdom».

Kommunene har som en viktig del av sitt planarbeid å ivareta barns oppvekstmiljø og oppvekstvilkår. Sosiale møteplasser for lek og opphold, samt tilgang til gode rekreasjonsområder, er områder man har fokus på i planarbeidet og i utformingen av det fysiske miljøet. Det stilles krav om universell utforming av utearealer og krav til lekeplasser i boligområder (tilgjengelighet, kvalitet, trafikksikkerhet, støy). Barnerepresentanten i kommunen har en viktig rolle for å påse at hensyn til barn og oppvekstmiljø ivaretas i planarbeidet.

6.4.2 Tilknytning til nærmiljøet

I Østfold helseprofil 2011-2012 ble det stilt et spørsmål om tilknytning til eget nærområde. Over 75 % føler seg tilknyttet eget nærområde i Østfold. Å vokse opp betyr å vokse opp på et bestemt sted, og forskjellige lokalmiljøer kan gi ulike muligheter for utfoldelse og sosialt samvær. Det er relativt store forskjeller mellom kommunene, hvor Marker har den høyeste andel som opplever tilknytning og Hobøl den minste andelen.

	Kvinner	Menn	Totalt
Østfold	77,9	75,1	76,5
Askim	75,6	74,3	74,9
Eidsberg	76,8	77,9	77,4
Hobøl	70,8	70,2	70,7
Marker	86,2	85,8	86,1
Spydeberg	79,3	80,5	79,7
Trøgstad	83,5	82,3	82,8

Tabell 37. Prosentandel som føler seg knyttet til eget nærmiljø. Kilde: Østfold helseprofil 2011-2012

Ungdataundersøkelsen i 2015 stilte ungdomsskoleelever spørsmålet om hvor fornøyde de er med sitt lokalmiljø. Tallene viser at de fleste ungdommer er litt eller svært godt fornøyd med lokalmiljøet sitt. Men det er også en del som ikke er så godt fornøyd. Hva ungdom er fornøyd med og misfornøyd med varierer mye fra kommune til kommune. Dette viser at kommunene kan gjøre mye for å tilrettelegge for ungdommenes trivsel. Barn og unge kan ha andre meninger enn voksne om hva som bidrar til livskvalitet på hjemstedet. Forskjellen mellom kommunene i denne undersøkelsen stemmer godt overens med Østfold helseprofil 2011-2012 ovenfor.

	2015
Landet	70
Østfold	69
Askim	63
Eidsberg	62
Hobøl	50
Marker	72
Spydeberg	67
Trøgstad	71

Tabell 38. Prosentandelen som er litt eller svært godt fornøyd med lokalmiljøet sitt. Kilde: Ungdata

6.4.3 Kulturtilbud

Telemarksforsking har siden 2011 årlig utarbeidet Norsk kulturindeks. Målsettingen er å beskrive det faktiske kulturtilbudet og den faktiske kulturbruken innenfor kommunen som geografisk område. Den totale plasseringen i Norsk kulturindeks er summen av rangeringer i de ti kategoriene kunstnere, kulturarbeidere, museum, konserter, kino, bibliotek, scenekunst, kulturskole, Den kulturelle skolesekken (DKS), sentrale tildelinger og frivillighet. Kommunen med den laveste samlede summen blant rangeringene av disse, havner på toppen av Norsk kulturindeks.

Norsk kulturindeks	2016
Østfold	19
Askim	189
Eidsberg	250
Hobøl	311
Marker	346
Spydeberg	383
Trøgstad	411

Tabell 39. Kommunenes rangering kulturindeksen 2016. Kilde: Telemarksforsking

Ungdata stilte i 2015 spørsmålet om hvordan ungdomsskoleelevene opplever kulturtilbudet til ungdom (kino, konsertscener, bibliotek eller lignende). Det er relativt store forskjeller mellom kommunene. Askim har den høyeste andelen, både for landet og i fylket, som opplever et godt kulturtilbud, og Hobøl har den minste andelen.

	2015
Landet	57
Østfold	60
Askim	78
Eidsberg	60
Hobøl	18
Marker	50
Spydeberg	35
Trøgstad	32

Tabell 40. Prosentandel som oppgir et godt kulturtilbud. Kilde: Ungdata

6.4.4 Frivillige lag og organisasjoner

Tabell 41 viser antall frivillige lag og foreninger som mottar kommunale driftstilskudd. Fra 2007 er ikke frivillige barne- og ungdomsforeninger med i denne beregningen. For barne- og ungdomsforeninger, se tabell 42.

Lag og foreninger	2012	2014	2016
Landet	14 967	14 521	14 769
Østfold	610	686	729
Askim	40	32	27
Eidsberg	33	40	40
Hobøl	4	4	13
Marker	17	21	18
Spydeberg	8	9	15
Trøgstad	28	30	32

Tabell 41. Antall frivillige lag og foreninger som mottar kommunale driftstilskudd. Kilde: SSB

Kommunene har et rikt organisasjonsliv med et stort antall frivillige organisasjoner. Deltakelse i frivillige lag og foreninger har en verdi i seg selv, men også tilleggsverdier i form

av for eksempel økt fysisk aktivitet, tilhørighet, sosialt nettverk og fellesskap. Dette er viktige verdier for å skape gode lokalsamfunn.

Det er etablert samarbeid med frivillig sektor innen flere områder i alle kommunene, både rettet mot kommunale tjenester og mot tiltak i lokalmiljøet. Det er kontakt mot organisasjoner som legger opp til lavterskelaktiviteter og inkludering av personer som faller utenfor deltakelse i lokalsamfunnet. Dette er organisasjoner som har sitt primære virke innenfor det sosiale og humanitære feltet. «Home Start Familiekontakten» skal bidra til å bedre småbarnsfamiliens livssituasjon gjennom frivillig innsats.

Frivilligsentralene er viktige møteplasser for frivillig innsats. De formidler kontakt mellom de som vil være frivillige og de som ønsker kontakt med en frivillig, legger opp til møteplasser og aktiviteter og er åpne for alle som bor i kommunen. Folkehelseprofilen for Østfold viser at ensomhet er størst blant de med lav utdanning. Lavterskeltiltak i regi av frivillige organisasjoner er et bidrag for å motvirke ensomhet.

Frivillig sektor i kommunene har gjennomgått de samme endringene som resten av samfunnet. Noen organisasjoner legges ned, mens nye startes. Flere har problemer med å finne folk til styret, særlig til vervet som leder. Det kan også være utfordrende i forhold til økonomi, møtelokaler, øvingslokaler og lokaler til å lagre utstyr. I tillegg er det en rekke frivillige lag og organisasjoner som ikke søker eller mottar driftstilskudd fra kommunene.

Barne- og ungdomsforeninger	2012	2014	2016
Landet	5 308	4 939	4 509
Østfold	307	318	355
Askim	40	15	12
Eidsberg	33	40	40
Hobøl	10	11	13
Marker	15	12	11
Spydeberg	14	8	8
Trøgstad	24	20	20

Tabell 42. Antall barne- og ungdomsforeninger. Kilde: SSB

Organisasjoner, klubber, lag og foreninger er viktige sosiale arenaer for barn og unge, og gir andre erfaringer og læringsbetingelser enn skolen og mer uformelle møteplasser. På sitt beste gir organisasjonene ungdom mulighet til å utvikle sine evner. De lærer å fungere i et fellesskap, ytre egne meninger og jobbe målrettet.

Landsrepresentative undersøkelser fra de siste tiårene tyder på at andelen unge tenåringer i frivillige organisasjoner har vært synkende. Det er organisasjoner som speider, korps, kor og religiøse foreninger som har opplevd størst medlemssvikt. Idrettslagene har i stor grad beholdt sin oppslutning. Den brede deltakelsen finner vi imidlertid særlig blant de yngste ungdommene, mens det å være aktiv i idrettslag blir mindre vanlig utover i tenårene. En god del av dem som slutter i idrettslagene begynner å trene på treningssenter eller de trener på egen hånd. Samlet sett er det derfor ikke så store forskjeller i treningsaktivitet mellom ungdom på ulike klassetrinn. I mange idretter stilles det store krav til utstyr og deltakelse, og

dette kan koste en god del. Dette kan være en utfordring for å nå det overordnede målet for norsk idrett: «Idrett for alle» (Ungdata 2015).

6.4.5 Valgdeltakelse

Valgdeltakelsen er synkende i Norge, men en kan merke seg at deltakelsen i kommunene er større ved stortingsvalg enn ved kommunestyrevalg. Det er ulike faktorer som spiller inn på valgdeltakelse. Eksempler på dette er økonomi, lese- og skriveferdighet, befolkningsstørrelse og tetthet, alder og antall partier. Valgdeltakelse som indikator forteller noe om opplevelsen av makt og myndighet til å påvirke beslutninger.

	2007	2011	2015
Landet	61,2	64,2	60,0
Østfold	58,9	60,9	55,6
Askim	54,2	57,6	53,7
Eidsberg	55,5	59,8	53,4
Hobøl	65,0	63,7	57,0
Marker	62,6	64,9	62,9
Spydeberg	61,9	64,2	60,1
Trøgstad	59,7	61,8	57,1

Tabell 43. Kommunestyrevalg. Valgdeltakelse i prosent. Kilde: SSB

	2009	2013	2017
Landet	76,4	78,2	78,2
Østfold	74,2	75,7	75,0
Askim	72,1	73,9	73,0
Eidsberg	71,9	73,6	73,5
Hobøl	76,9	79,3	78,9
Marker	76,0	78,8	78,1
Spydeberg	78,5	79,6	77,1
Trøgstad	72,9	76,2	76,5

Tabell 44. Stortingsvalg. Valgdeltakelse i prosent. Kilde: SSB

I de tre siste stortingsvalgene har valgdeltakelsen ligget 25 prosent lavere hos dem med grunnskoleutdannelse enn hos dem med høyere utdannelse. Valgdeltakelsen har alltid vært lavere blant dem med grunnskole sammenliknet med dem med universitets- eller høgskoleutdanning, men på 1990-tallet var denne forskjellen på rundt 10 prosentpoeng.

7 Skader og ulykker

7.1 Hovedinntrykk

Folkehelseutfordringer:

- Høyt antall hoftebrudd
- Vold i nære relasjoner
- Ivareta voldsutsatte med rusproblematikk

Våre kommuner har høyere andel personskader og hoftebrudd enn gjennomsnittet for landet, med økt andel sykehusinnleggelser og oppfølgingstjenester fra kommunen. Antall personskadeulykker, drepte og hardt skadde har vist en positiv trend og gått ned de siste årene. Antall alvorlige trafikkulykker er redusert. Dette gjelder både for landet, fylket og regionen.

- Ulykkesfrekvensen er flere ganger høyere fra kl. 22 – 06 enn andre tider på døgnet.
- Det er flest ulykker på fredager og søndager sett i forhold til trafikkmengden.

Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft, målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tar relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Mulighetene for å forebygge er gode og effekter av tiltak kan komme raskt. Oversikt over hvor og når ulykker inntreffer kan bidra til økt oppmerksomhet mot forebygging og større treffsikkerhet i tiltaksarbeidet.

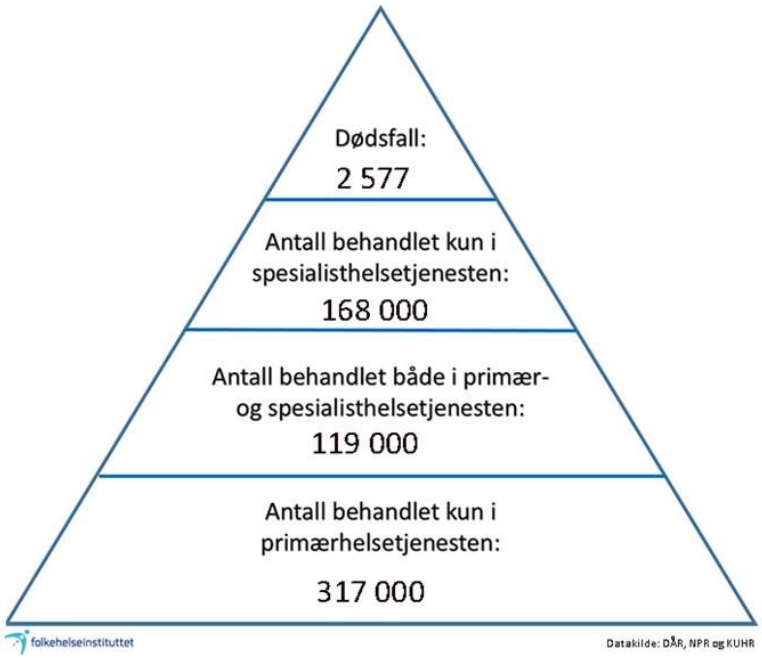
Det er heldigvis få drukningsulykker i vår region og antall boligbranner er lavt. Voldsutsatte som har et rusproblem har begrensede tilbud. Det er lite informasjon å finne om denne gruppen.

7.2 Personskader behandlet i sykehus

7.2.1 Hovedpunkter:

- Hvert år blir 12 prosent av befolkningen, om lag 600 000 personer, behandlet av lege for skader.
- Hver 12. sykehusinnleggelse gjelder skadebehandling.
- Ulykker krever mange liv og er den viktigste dødsårsaken for innbyggere under 45 år.
- Dødsfall er først og fremst knyttet til fall, forgiftningsulykker (inkludert overdoser) og trafikkulykker.
- Personer fra lavere sosioøkonomiske grupper er mer utsatt for skader.
- Internasjonalt peker Norge seg ut på skadestatistikken med høye tall for overdoser og hoftebrudd.
- Skader og ulykker kan forebygges. Strukturelle tiltak har vist seg å være særlig effektive forebyggende tiltak.

(Folkehelseinstituttet)



Figur 2. Skadebildet i Norge, fordelt etter alvorlighetsgrad og ulike behandlingsnivå i helsetjenesten. Foruten ulykkesskader omfatter tallene i figuren også voldsskader og villet egenskade. Kilde: Folkehelseinstituttet

7.2.2 Risikofaktorer

Skader inntreffer overalt der mennesker oppholder seg og ferdes. Daglig omgås vi farer og situasjoner som kan utløse ulykker. Risiko må derfor sees i sammenheng med hvor vi befinner oss mest og hvilke aktiviteter vi bruker tiden vår på.

- Hjemmet er det vanligste skadestedet, spesielt for de yngste barna og de eldste i befolkningen. Rundt 30 prosent av alle ulykker skjer i hjemmet.
- Registrering av alle skader som ble behandlet ved legevakt eller sykehus i fire norske byer viste at i løpet av de første syv leveårene fikk omtrent 10 prosent av barn en skade som følge av ulykke i barnehage eller på lekeplass.
- Ungdom og unge voksne pådrar seg ofte skader i forbindelse med idrett og trening.
- For personer i yrkesaktiv alder oppstår en betydelig andel av skadene på arbeidsplassen. En nyere undersøkelse anslår at det inntreffer om lag 90 000 arbeidsskader årlig. Håndverkere, bønder, fiskere og sykepleiere er yrkesgrupper som er spesielt skadeutsatt.

(Folkehelseinstituttet)

7.3 Bruddskader behandlet i sykehus

7.3.1 Alle bruddskader

Brudd utgjør en stor del av skadebehandlingen på sykehus. Det har vært vanlig å tenke at dette er sesongbetont og stort sett finner sted i vinterhalvåret. Tabell 45 viser liten sesongvariasjon.

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	**SUM**
Askim	13	11	9	11	11	11	10	8	11	8	11	10	124
Eidsberg	14	14	9	8	10	10	10	8	10	10	9	13	124
Hobøl	1	3	4	2	2		4		2	1	1	3	23
Marker	2	4	3	3	2	2	4	2	1	5	0	6	34
Spydeberg	3	4	3		5	4	5	2	3	5	3	1	38
Trøgstad	3	6	2	6	5	2	9	5	5	5	0	4	52

Tabell 45. Alle brudd behandlet på sykehuset Østfold 2017. Kilde: Sykehuset Østfold

7.3.2 Hofte- og lårbensskader

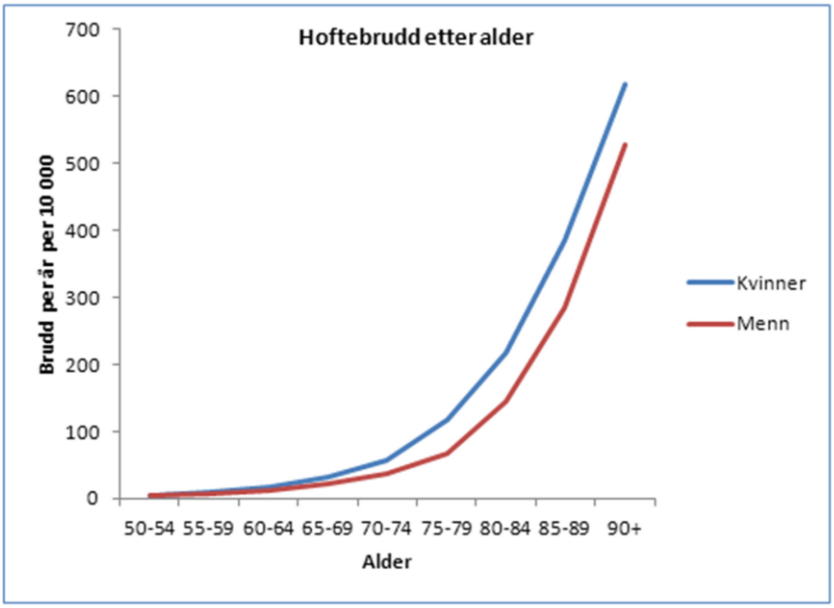
Hoftebrudd er den alvorligste skaden i den eldre del av befolkningen. Kvinner er mest utsatt og utgjør ca. 70 % av totalt antall hoftebrudd. Årlig brekker cirka 9 000 voksne innbyggere hoften. Et stort antall får også sammenfallsbrudd i ryggvirvlene. Beinskjørhet (osteoporose) er en medvirkende faktor ved de fleste brudd hos eldre. Et hoftebrudd kan gi store konsekvenser for den enkelte. Ca. 10 % dør i forbindelse med sykehusinnleggelsen, ytterligere 30 % dør i løpet av 1 år. Et hoftebrudd er en alvorlig skade, spesielt hos eldre, og komplikasjoner kan være livstruende.

De fleste hoftebrudd forekommer hos personer eldre enn 65 år, men risiko øker mest etter fylte 80 år. Hoftebrudd er den vanligste årsaken til innleggelse på kirurgisk-ortopediske avdelinger i Norge. Hoftebrudd innebærer en lang rehabiliteringsfase hvor en funksjonell gjenvinning og livskvalitet i mange tilfeller ikke er oppnåelig. Eldre pasienter med brudd utgjør en stor pasientgruppe som i stor grad har behov for tjenester fra kommunehelsetjenesten etter opphold på sykehus. Pasienten påføres mye smerte og blir avhengig av hjelp til å utføre daglige behov. Hoftebrudd blant eldre fører til at andelen eldre som legges inn på sykehjem øker med 15-30 %.

Beregnet kostnad for enkle hoftebrudd er kr. 235 000 og kompliserte brudd kr. 675 000. Gjennomsnittskostnad for samfunnet er ca. kr 380 000 hvorav sykehusutgifter kr. 150 000, sykehjemsutgifter kr. 150 000 og kommunal rehabilitering kr. 80 000 (Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet).

Risikofaktorer som ikke kan påvirkes	Risikofaktorer som kan påvirkes
• **Kvinner** har nesten dobbelt så stor hoftebruddrisiko som menn. • **Høy alder**. En 80 år gammel kvinne har cirka 25 ganger større risiko for hoftebrudd enn en 55 år gammel kvinne. Dette skyldes at både risikoen for osteoporose og risikoen for fall øker med alderen. • **Tidligere brudd** gir høy risiko for nye brudd. • **Tidlig menopause/overgangsalder**; før 45 års alder. • **Arvelighet**; f. eks hoftebrudd hos mor. • **Etnisk tilhørighet**. Hvite europeiske og amerikanske kvinner (kaukasiske) har høyest bruddrisiko. Asiatiske og afro-amerikanske kvinner har lavest risiko. • **Høyde**. Høye personer har noe høyere risiko for brudd. • **Sykdommer** i fordøyelseskanalen som cøliaki og Crohns sykdom reduserer opptaket av næringsstoffer og øker risikoen for osteoporose.	• **Lav beintetthet**. Risikoen for brudd øker jo lavere beintettheten er. • **Fysisk inaktivitet** er en risikofaktor for hoftebrudd hos både kvinner og menn. • **Vekt:** Lav vekt, vekttap og muligens vektsvingninger gir økt risiko for brudd. Overvekt synes å redusere risikoen noe (upubliserte data, NOREPOS). • **Kortisonbehandling.** Daglig tablettbehandling over lengre tid reduserer beintettheten og øker bruddrisikoen. • **Økt risiko for fall**. Alder, svak muskelstyrke, dårlig syn, dårlig balanse, dårlig bevegelighet, urininkontinens, beroligende medisiner, sovemedisin og faktorer som løse tepper og dårlig belysning påvirker risikoen for fall. • **Røyking** reduserer beintettheten hos både kvinner og menn. Høyest risiko for hoftebrudd har tynne, røykende kvinner. • **Høyt alkoholforbruk** øker risikoen for hoftebrudd hos begge kjønn. • **Lite sol**. Dette har trolig sammenheng med omsetningen av vitamin D.

Kilder hvis annet ikke er oppgitt: Statens beredning för medicinsk och sosial utvärdering (SBU) 2003, Sosial- og helsedirektoratet 2006.



Figur 3. Hoftebrudd etter alder – Hele landet. Kilde: Folkehelseinstituttet

Norge, som alle andre vestlige land, står foran en periode med betydelig økning i antall eldre, og antall fall og hoftebrudd vil øke med en aldrende befolkning.

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	**Sum**
Askim	9	2	5	0	4	5	2	5	4	4	5	2	**47**
Eidsberg	1	4	2	3	2	3	0	2	3	3	2	3	**28**
Hobøl	0	0	1	1	1	1	2	0	0	2	0	0	**8**
Marker	0	2	0	1	2	2	1	1	2	1	0	0	**12**
Spydeberg	3	1	2	0	3	0	0	0	0	2	0	2	**13**
Trøgstad	2	0	3	0	1	3	2	0	0	2	0	0	**13**

Tabell 46. Antall hoftebrudd behandlet i sykehuset Østfold 2017. Kilde: Sykehuset Østfold

7.4 Ulykker – vanligste årsaker

	2011	2012	2013	2014	2015
Totalt antall ulykker	1 862	1 885	1 970	1 989	1 814
Trafikkulykker	163	141	186	144	122
Drukning (ikke sjøtransport)	50	45	53	74	47
Fall	446	481	500	525	815
Kvelning (ikke drukning)	45	46	43	56	46
Brann	36	35	57	48	40
Ulykke grunnet naturkrefter	35	28	30	27	30
Forgiftning	294	317	315	335	320
Andre ulykker	683	702	695	698	319

Tabell 47. Vanligste årsaker til ulykker. Antall. Kilde: Folkehelseinstituttet

Det er ikke kommunetall for disse ulykkene. Hjemmeulykker som ikke krever sykehusinnleggelse er vanskelig å kartlegge. Det samme gjelder for mindre arbeidsulykker. Her gjelder generell informasjon om forebygging av ulykker og skader. Skoler og barnehager registrerer uhell, skader og ulykker, men rapporterer bare videre det som krever oppfølging hos lege, tannlege eller sykehus.

7.5 Trafikkskader

7.5.1 Trafikkskader blant barn og unge

Trafikken er en av de vanligste dødsårsakene blant ungdom mellom 15 og 24 år. Trafikken dreper oftere enn vold, alkohol og sykdom for ungdom i denne aldersgruppen. Ungdom er overrepresentert i trafikkulykker og gutter utgjør 3/4 av de drepte. De viktigste dødsårsakene i trafikken er:

- Manglende erfaring, uoppmerksomhet eller manglende førerdyktighet
- For høy fart etter forholdene
- Manglende bruk av bilbelte
- Kjøring i ruspåvirket tilstand

Unge sjåfører med ferskt førerkort mangler kjøreerfaring, og mange sjåfører er uoppmerksomme og lette å distrahere. Tallene viser at de ni første månedene ungdommen har førerkort

er de mest ulykkesutsatte. De typiske ungdomsulykkene skjer som oftest om natten i helgene. Ulykkene utløses ofte av kombinasjonen høy fart, uoppmerksomhet og manglende erfaring bak rattet. Vi ser de samme tendensene i de øvrige nordiske og andre europeiske land.

Årsaken til at alt for mange ungdommer dør og skades i trafikken er:

- Økt mobilitet
- Oppsøker risikofylte situasjoner og aktiviteter i større grad enn tidligere
- Ikke fullt utviklet impulskontroll

12-14 år

Det er tre ulykkestyper som utmerker seg for barn i alderen 12-14 år. De omkommer og blir hardt skadet som:

- Passasjerer i bil
- Syklister
- Fotgjengere

Guttene blir oftest drept eller skadd på sykkel, mens jentene blir drept eller skadd som fotgjengere. Det er flest gutter som omkommer eller blir hardt skadd.

15-17 år

Tall viser at det er en stor økning i antall ulykker det året ungdom fyller 16 år. De omkommer og blir hardt skadet:

- På moped
- Som passasjerer i bil

I denne aldersgruppen øker forskjellen på kjønn. Guttene dør oftere enn jentene. Flest gutter blir drept eller hardt skadd i mopedulykker, mens jentene dør eller blir hardt skadd som passasjerer i bil. Sjåførene i disse ulykkesbilene er oftest unge menn.

18-19 år

Det er først når ungdommene blir 18 år at de går inn i den farligste perioden som trafikanter. Det er også i denne alderen de er mest ulykkesutsatt. Dette gjelder både for gutter og jenter, men det er fortsatt guttene som er overrepresentert, om lag 70 prosent gutter og 30 prosent jenter. Ungdommene skades som:

- sjåfører av bil
- passasjerer i bil

20-24 år

Ulykkene går ned i denne aldersgruppen, mens forskjellen mellom kjønnene opprettholdes. Det er blant de 20 år gamle mennene vi finner flest omkomne. Ungdom i denne aldersgruppen dør og skades som:

- sjåfører av bil
- sjåfører av motorsykkel
- passasjerer i bil

I årene 2005-2012 døde 29 jenter i alderen 15 til 19 år som bilpassasjerer. De døde i til sammen 26 ulykker. Blant bilførerne var det 4 kvinner og 22 menn. I 12 av ulykkene var bilføreren en mann under 21 år. 10 av bilførerne overlevde ulykkene, 9 av disse var menn. 7 menn har blitt dømt for uaktsomt bildrap etter ulykkene (Trygg Trafikk).

7.5.2 Drepte og skadde i trafikken

	2000-2004	2005 -2009	2010 – 2014	2015-2016
Norge	293	233	171	120
Østfold	21	12	8	7
Askim	1	0	1	1
Eidsberg	2	0	1	1
Hobøl	0	1	0	0
Marker	0	0	0	0
Spydeberg	0	1	0	1
Trøgstad	1	1	0	1

Tabell 48. Antall drepte i trafikken. Gjennomsnitt for 4-årsperioder. Kilde: Kommuneprofilen

	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015-2016
Norge	11 910	11 027	7 806	5 613
Østfold	790	745	504	441
Askim	44	24	16	11
Eidsberg	35	30	21	12
Hobøl	13	17	18	13
Marker	11	6	8	4
Spydeberg	17	12	5	9
Trøgstad	15	16	9	9

Tabell 49. Antall skadde i trafikken. Gjennomsnitt for 4-årsperioder. Kilde: Kommuneprofilen

7.6 Dødelighet etter ulykker, drap og selvmord

På dette området finnes det lite kommunetall, mest fylkestall og landstall. Tabellene er gjengitt for å vise trender.

Alder	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total alle aldre	600	519	555	540	591	603
25-44 år	208	180	187	185	180	211
44-75 år	266	222	270	264	298	282
+75 år	42	48	35	40	49	40

Tabell 50. Antall selvmord i Norge. Kilde: Folkehelseinstituttet

Tall på selvmord i Norge finnes bare på landsbasis og tall for aldersgruppen under 25 er ikke direkte tilgjengelig i offentlig statistikk. Kjønnsfordeling er ca. 2/3 menn og 1/3 kvinner.

Totalt antall dødsfall som følge av ulykker, selvmord og drap

		2011	2012	2013	2014	2015
Alle	Norge	41 346	41 950	41 194	40 367	40 683
	Østfold	2 568	2 661	2 650	2 648	2 631
Ulykker	Norge	1 862	1 885	1 970	1 989	1 814
	Østfold	116	99	114	128	103
Selvmord og villet egenskade	Norge	600	519	555	540	591
	Østfold	36	26	45	27	43
Drap	Norge	114	31	51	31	21
	Østfold	10		2	1	2

Tabell 51. Antall dødsfall som følge av ulykker, selvmord og drap. Kilde: Folkehelseinstituttet

8 Helserelatert atferd

8.1 Hovedinntrykk

Det er en generell utvikling i befolkningen at vi lever sunnere enn før. Det gjelder både barn, unge og voksne. Befolkningen som helhet har et sunnere kosthold enn for bare noen få tiår siden, og det er en økende bevissthet om viktigheten av fysisk aktivitet. Likevel ser vi at alt for mange beveger seg for lite i løpet av en vanlig hverdag. Det gjelder også barn, men den fysiske aktiviteten avtar med økende alder.

I skoler og barnehager i alle våre kommuner er det fokus på helsefremmende aktiviteter. Det er også stor pågang til frisklivssentralene, og mange opplever å få hjelp der. Frivilligheten er en uvurderlig aktør i folkehelsearbeidet.

Når det gjelder seksuell helse, er ungdom i indre Østfold flinke til å bruke helsestasjon for ungdom. Ungdommene savner imidlertid bedre kunnskap og veiledning om identitet, grenser, om å bestemme over egen kropp og om deling av bilder. Ulike typer av seksuell trakassering er nokså utbredt.

Prosentandelen som røyker daglig går stadig nedover, mens andelen som snuser går opp. Trenden er særlig tydelig blant unge. Når det gjelder alkohol, drikker menn oftere og i gjennomsnitt dobbelt så mye alkohol som kvinner. Aldersgruppen 67 år og eldre har den hyppigste drikkefrekvensen. Relativt få elever på ungdomstrinnet har erfaringer med narkotiske stoffer. Bruken av disse øker derimot betydelig gjennom tenårene.

De fleste ungdomsskolene i de seks kommunene ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder elever som har vært utsatt for trusler om vold, mens de videregående skolene ligger under gjennomsnittet. Familievoldsstatistikken fra Indre Østfold politistasjon viser så lavt antall anmeldte saker at det er grunn til å tro det her er store mørketall. Alle våre seks kommuner har ansatt SLT-koordinatorer som samordner rus- og kriminalitets-forebyggende tiltak for barn og unge. Kommunene har også politiråd som skal sikre utveksling av kunnskap og erfaring mellom politi og kommune.

8.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd og er et viktig og veldokumentert virkemiddel i forebygging og behandling av over 30 ulike diagnoser og tilstander. Det foreligger overbevisende dokumentasjon om en rekke helsegevinster ved regelmessig fysisk aktivitet i alle aldersgrupper. All bevegelse er positiv. Ulike hverdagsaktiviteter er viktig for å redusere stillesitting. Det anbefales minst 30 minutter aktivitet for voksne og 60 minutter for barn om dagen (Helsedirektoratet 2017).

8.2.1 Fysisk aktive

Ungdom	Norge	Askim	Eids-berg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøg-stad
Ungdomsskole	82	85	85	83	85	87	85
Videregående	75	80	80				

Tabell 52. Prosentandel som svarer «minst ukentlig» på spørsmålet: Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett? Kilde: Ungdata 2015, Marker 2017

Vi ser av tabell 52 at alle de seks kommunene har en høyere andel ungdom enn landsgjennomsnittet som er så fysisk aktive at de blir andpustne eller svette minst én gang i uka. Det er imidlertid verd å merke seg at prosentandelen er lavere blant elevene på videregående skole enn i ungdomsskolen.

Mediene gir av og til inntrykk av at norsk ungdom er i ferd med å forfalle fysisk. Forskning viser derimot at det er like mange som trener i dag som for 20 år siden. Samtidig er mange lite fysisk aktive ellers i hverdagen, og det tilbringes mye tid foran ulike typer skjermer. Det har tradisjonelt vært klare kjønnsforskjeller i trening, og særlig har det vært flere gutter enn jenter i idrettslagene. De siste årene har vi sett en tendens til at flere jenter trener på andre arenaer (utenfor idrettslagene), slik at det i dag er små kjønnsforskjeller i trening samlet sett (Ungdata 2015).

Voksne 18-79 år	Østfold	Askim	Eidsberg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøgstad
Kvinner	26,2	24,2	26,2	26,5	27,5	30,7	26,6
Menn	25,3	26,5	23,5	18,1	20,4	21,2	14,8
Totalt	25,7	25,3	25,0	22,3	23,9	26,0	20,5

Tabell 53. Prosentandel voksne som svarer at de er fysisk aktive fire dager eller mer i en typisk uke. Kilde: Østfold helseprofil 2011-2012

Disse tallene viser at bare en fjerdedel av den voksne befolkningen er fysisk aktive fire dager eller mer pr. uke. I noen av kommunene er tallet enda lavere. Det er her store forskjeller mellom reell fysisk aktivitet blant voksne i våre kommuner og Helsedirektoratets anbefalinger. Vi kan nok også regne med at tallene er enda lavere enn tabellen viser, siden det er dokumentert at folk ofte sier de er mer fysisk aktive enn de egentlig er (Helsedirektoratet 2009).

Folkehelseinstituttet signaliserer at mens andelen overvektige barn ikke lenger øker, ser vi at overvekt og fedme øker både hos unge voksne og hos voksne. 25 prosent av menn og 21 prosent av kvinner i Norge har fedme. Dette er en urovekkende utvikling, som gir grunn til å fokusere mer på fysisk aktivitet i disse aldersgruppene (Folkehelseinstituttet). Hvis man er fysisk aktiv, kompenserer man for en del av de helsemessig negative effektene av overvekt. Det er likevel vanskelig å gå ned i vekt bare ved å være fysisk aktiv.

Helsemessig gevinst av fysisk aktivitet øker med alderen. Dette gjelder også i livets siste år. Godt tilpasset fysisk aktivitet for eldre vil redusere behovet for de særlig ressurskrevende omsorgstjenestene. Det er et mål i Norge at kommunen skal legge mer vekt på å styrke aktivisering, mestring og deltakelse for de som er syke, også de aller eldste. Slik kan livskvaliteten økes og ensomhet forebygges («Flere år – flere muligheter», Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn).

8.2.2 Organisert og uorganisert fysisk aktivitet

Deltakelse i friluftslivsliv og uorganisert trening har fått økt betydning blant voksne, mens færre deltar i organisert idrett. En ny rapport viser at ulike former for friluftsliv, samt målrettet styrke- og utholdenhetstrening, har størst oppslutning og har økt mest i perioden 1995–2015.

Folk organiserer i økende grad trening selv eller med familie og venner. Også bruk av kommersielle treningssentre har økt sterkt og brukes av mer enn 30 prosent av befolkningen. Økningen i fysisk aktivitet har i stor grad kommet gjennom egenorganisert trening og trening på treningssentre. Ikke minst er treningssentre viktig for kvinner. Det er også økt bruk av turstier, private treningssentre, lysløyper og vekt- og styrkerom, mens en mindre andel av den voksne befolkningen bruker tradisjonelle idrettsanlegg. (Rapport «Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet» fra Norges Idrettshøgskole og Universitetet i Tromsø)

Helsedirektoratet viser til at kommunene har en gyllen anledning til å øke andelen aktive og bidra til utjevning av sosial ulikhet ved forbedret planarbeid samt å søke om midler til turstier, større utmarksarealer, parker, grøntområder og andre typer nærmiljøanlegg. Det er viktig at kommunen tar ansvar for å legge til rette for fysisk aktivitet i hverdagslivet. Det kan blant annet skje ved å begrense bruk av bil, og gjøre det lett å komme seg fram på sykkel og til fots.

8.3 Fysisk aktivitet og kosthold i barnehager og skoler

Mange barn er aktive gjennom dagen. Trenden viser derimot at det totale fysiske aktivitetsnivået synker, og at jo eldre barna blir, jo mindre aktive blir de. I dagens samfunn er det blitt slik at en del barn ikke er i nok fysisk aktivitet til å fremme normal vekst og utvikling. Barn langt ned i alder har sykdommer og plager som før tilhørte voksenlivet. Mye av årsaken er å finne i den reduserte hverdagsaktiviteten og økt tid brukt på TV, PC, spill og internett

(Idéhefte om bevegelsesglede og matglede, Østfold Fylkeskommune 2014).

Om lag 9 av 10 seksåringer er så fysisk aktive som helsemyndighetene anbefaler. Ved 15 års-alder har snaut 50 prosent av ungdommene den anbefalte mengde fysisk aktivitet, og jentene er minst aktive (Barnehelserapporten 2016, Folkehelseinstituttet).

Når det gjelder kosthold, har Helsedirektoratet utformet praktiske anbefalinger for barnehager, skoler og skolefritidsordninger. Målet er å påvirke kostholdet i gunstig retning både i barnefamilier og hos ungdom. Det er fortsatt en utfordring å utjevne sosiale forskjeller i kosthold (Helsedirektoratet, 2015).

Andelen barn og unge med overvekt har ikke økt de siste årene. Arbeidet med å gi barn og unge et godt kosthold ser ut til å ha hatt god effekt.

8.3.1 Barnehage

Rammeplanen viser til at barnehagen skal være en arena for daglig fysisk aktivitet og fremme barnas bevegelsesglede og motoriske utvikling. Alle barnehager er slik pålagt å sørge for fysisk aktivitet (Rammeplan for barnehagen, Utdanningsdirektoratet 2017).

Østfold fylkeskommune har i samarbeid med kommunene utviklet kriterier for helsefremmende barnehager. Første kriterium handler om at barnehagen skal legge til rette for at alle barn kan være fysisk aktive minst 60 minutter hver dag. Man kan søke fylkeskommunen om godkjenning som helsefremmende barnehage. I flere av kommunene i indre Østfold jobbes det systematisk og målrettet for at alle barnehager skal bli godkjent.

Barnehager i vårt område som er godkjent som helsefremmende:

- Prestenga barnehage i Askim
- Symra barnehage i Eidsberg
- Skjønhaug barnehage i Trøgstad

De seks kommunene har fokus på fysisk aktivitet i barnehagene. De jobber for å legge til rette for å få gode utelekeplasser i barnehagene slik at barna får ulike fysiske utfordringer. Enkelte barnehager får låne gymsalen på skolen, og noen har bading/svømming med femåringene. Barnehagene benytter i tillegg sine nære naturområder til uteaktiviteter. Noen av kommunene har naturbarnehage eller utebarnehage, der barn og voksne er ekstra mye ute. Noen kommuner har et ekstra fokus på bevisstgjøring av de voksne når det gjelder betydningen av fysisk aktivitet. I Eidsberg har fysisk aktivitet vært tema på et barnehageseminar (Østfold fylkeskommune og våre seks kommuner).

Når det gjelder kosthold, er en ny nasjonal retningslinje for mat og måltider i barnehagen klar. Målet med den er at ansatte i barnehagen skal ha en oppdatert, kunnskapsbasert og brukervennlig retningslinje for å sikre gode rammer for måltidet og god ernæringsmessig kvalitet på mat- og drikketilbudet. Retningslinjen inneholder også tema som matallergi og intoleranser, bærekraft og miljøvennlige hensyn (Helsedirektoratet 2017).

Helsedirektoratets hefte «Bra mat i barnehagen» gir råd, tips og oppskrifter til bruk i barnehagen. Her vises det til at måltidene i barnehagen er en vesentlig del av barnehagehverdagen, og at mat og drikke i barnehagen utgjør en betydelig del av barns totale kosthold. Maten i barnehagen, enten den er medbrakt eller tilberedt i barnehagen, er derfor av stor betydning for barns utvikling og helse (Helsedirektoratet 2018).

Kommunene våre følger de nasjonale retningslinjene for kosthold i barnehagen, og det er stort fokus på måltider, også som sosial arena. Mange er opptatt av at personalet skal være rollemodeller som legger til rette for et godt psykososialt miljø for både barn og voksne. Flere barnehager benytter opplegget «Bra mat i barnehagen», og er opptatt av at barna skal tilegne seg gode matvaner som gir god helse og livskvalitet.

Måltider tilberedes både ute og inne, og barna får ofte delta i matlagingen. Noen barnehager har kjøkkenhjelp med ansvar for valg av meny, innkjøp og tilberedning sammen med barna. En barnehage har også sin egen grønnsakhage. Noen praktiserer fullkost i barnehagene. Dette innebærer at barnehagene tilbyr frokost, lunsj og et lett ettermiddagsmåltid. Tiltaket skal bidra til å utjevne forskjeller i barns ernæring og sette økt fokus på folkehelse. Det legges vekt på at maten skal presenteres på en innbydende måte og at barna har stor grad av medvirkning under måltidet. Disse barnehagene har spesielt fokus på bærekraftig utvikling og redusering av svinn.

Personalet i barnehagene deltar jevnlig på kurs, blant annet «Fiskesprell», et nasjonalt kostholdsprogram som skal spre sjømatglede i barnehager og skoler, og gjøre sjømat til et naturlig valg for barn og unge.

Kommunene har stort fokus på fysisk aktivitet og kosthold i barnehagene. Likevel jobber barnehagene ulikt med disse temaene. Her er det store muligheter for å lære av hverandre. Det er viktig at man utveksler kunnskap og erfaringer over kommunegrensene.

8.3.2 Skole

Folkehelse og livsmestring legges nå inn som tverrfaglig tema i skolen. Dette skal gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og som gir dem muligheter til å ta ansvarlige livsvalg (Regjeringen, «Overordnet del – Verdier og prinsipper for grunnopplæringen», 2017).

Etter læreplanen i kroppsøving skal elevene ha følgende antall timer:

- Totalt på barnetrinnet (1.-7. klasse): 487 timer à 60 min.
- Totalt på ungdomstrinnet (8.-10. klasse): 223 timer à 60 min.
- Pr. skoleår i videregående skole 56 timer à 60 min.

Omregnet viser disse tallene at elever i barne- og ungdomsskolen i gjennomsnitt har 1,8 timer kroppsøving i uka, og elever i videregående skole 1,5 timer i uka.

Skolene har i tillegg til kroppsøvingstimene lagt inn ekstra fysisk aktivitet på mellomtrinnet, 5. – 7. klassetrinn, 40 minutter i gjennomsnitt pr. uke. Denne tiden organiseres noe ulikt fra skole til skole. Noen bruker deler av tiden til svømming. Det varierer hvordan skolene opplever at de får lagt disse aktivitetene inn som en naturlig del av skoletiden, blant mye annet som også skal gjøres.

Ved mange av skolene våre deltar 4.-7. klassetrinn i Trivselsprogrammet, eller de har aktivitetsledere. Dette er trivselsskapende, og det øker fysisk aktivitet i skolegården. Med Trivselsprogrammet legger elever som er mobbefrie trivselsledere til rette for økt aktivitet i storefriminuttene. Over 1300 skoler i Skandinavia bruker nå dette programmet. I Norge er det representert i alle landets fylker og omtrent 200 kommuner. Se www.trivselsleder.no.

På ungdomskolen har man i tillegg til de ordinære kroppsøvingstimene valgfaget Fysisk aktivitet og helse. Eidsberg ungdomsskole har etablert ordningen Young mentors, som skal fremme psykisk og fysisk helse hos elevene.

Mysen videregående skole har fokus på fysisk aktivitet og bevegelsesglede. På Askim videregående skole arrangeres det i midttimene jevnlig aktiviteter som innebandy, volleyball, fotball eller kanonball.

Noen skoler har startet med gratis frokostservering. Begge de to videregående skolene tilbyr havregrøt til alle sine elever hver morgen. Det samme gjør Eidsberg ungdomsskole. Skjønhaug skole og Marker skole serverer grøt til frokost tre dager i uka, Havnås skole to dager.

Skjønhaug skole har varm lunsj til alle elever to dager i uka og Askimbyen skole serverer varm mat til 5., 6. og 7.-klassingene en dag i uka. Det siste er et samarbeid med Frivilligsentralen. Begge disse tilbudene er gratis. Det to videregående skolene har daglig salg av varm mat.

Det er her verd å merke seg at noen av skolene i våre kommuner vektlegger å servere gratis mat. De fleste tiltakene er kommet i stand ved hjelp av Røre-midler, som omtales senere i dette kapittelet. Det er verd å vurdere om disse ordningene bør fortsette også etter at midlene tar slutt. Dette behøver ikke være kostbart for kommunene, men kan være et svært viktig bidrag i arbeidet med å utjevne sosiale forskjeller. Ved å gi alle elever mulighet til å starte dagen med et måltid mat, og å være mette gjennom skoledagen, gir skolen samtidig alle elever god mulighet for læring og trivsel.

Som barnehagene, kan også grunnskoler og videregående skoler kvalifisere seg til å bli godkjent som helsefremmende. Da blir de også med i et nettverk for slike skoler i Østfold. Skoler i vårt område som er godkjent som helsefremmende:

- Skjønhaug barneskole
- Eidsberg ungdomsskole
- Askim videregående skole
- Mysen videregående skole

Når en skole eller barnehage er godkjent som helsefremmende, betyr det at den driver et systematisk folkehelsearbeid med basis i en handlingsplan eller tiltaksplan. Flere skoler og barnehager i våre kommuner bør tilstrebe å få denne godkjenningen.

At begge våre videregående skoler har kvalifisert seg til å bli helsefremmende skoler er svært bra. Dette gjenspeiles også på deres hjemmesider. Det er her verd å merke seg at begge disse skolene har en ansatt som har som oppgave å være folkehelsekontakt. Dette sikrer at skolene kan jobbe aktivt videre med helsefremmende aktiviteter.

Røre-prosjektet startet høsten 2017. Prosjektet omfatter alle barn og unge 6-19 år i Østfold. Skolene kan søke støtte til tiltak som fremmer elevenes arbeidslyst. Det skal være fokus på gode matopplevelser og aktivitet i skolehverdagen, noe som igjen bidrar til bedre forutsetning for læring, gode hverdagsopplevelser og et rikere liv. Et viktig mål i prosjektet er å redusere sosial ulikhet i helse, som er Østfolds største folkehelseutfordring.

Pr. 5. mars 2018 er disse skolene blitt tildelt Røre-midler, totalt mer enn 2,3 mill. kroner:

- Askim videregående skole kr. 235 000
- Askimbyen skole kr. 120 000
- Eidsberg ungdomsskole kr. 330 000
- Havnås skole kr. 252 000
- Knapstad skole kr. 85 000
- Marker skole kr. 170 000
- Mysen videregående skole kr. 277 000
- Skjønhaug skole kr. 350 000
- Spydeberg skole kr. 84 000
- Tenor skole kr. 214 000
- Tomter skole kr. 250 000

(Østfoldhelsa 2018)

8.3.3 Tilgang på frukt og grønt i skolen

Det er store variasjoner når det gjelder frukt- og grøntordninger ved skolene våre, selv innenfor en kommune. En del skoler har ikke noen slik ordning, men der den finnes, er det foreldrene som stort sett dekker utgiftene. Noen skoler har ordningen hele uka, mens andre har den i deler av uka. Det kan se ut som om elever og foreldre noen steder ikke er så interessert i denne ordningen.

Spydeberg ungdomsskole kuttet dette tilbudet etter at kommunen innførte innkjøpsstopp. I Marker har enkelte klassetrinn avtaler med foreldrekontakter som kommer med frukt til klassene. Skjønhaug skole har noe tilbud om frukt som de dekker over eget budsjett. Ved Trøgstad ungdomsskole får alle elever gratis frukt og grønt om morgenen. Dette dekkes opp

av skolens egen økonomiske ramme. Når det gleder de to videregående skolene, har begge tilbud om gratis frukt.

8.3.4 Kantinetilbud i skolen

Alle ungdomsskolene og begge de videregående skolene har kantinetilbud. I Marker gjelder tilbudet også for 5. – 7. klassetrinn. I Eidsberg samarbeider ungdomsskolen med videregående om kantinedrift. I Askim samarbeider skolen med Løkentunet. Kantinene i de ulike kommunene er åpne fra 2 til 5 dager i uka. En del barneskoler har i tillegg elevdrevet salg av mat av og til.

For å minske køen i kantina, har Mysen videregående gjort den mest mulig kontantløs. Alle elever og ansatte har hvert sitt kontantkort som de kan lade med ønsket sum fra eget bankkort. Ladestasjon finnes ved kantina.

8.4 Organisert helsefremmende arbeid

8.4.1 Frisklivssentralene

Spydeberg kommune etablerte frisklivssentral 1. november 2015, mens Askim sin frisklivssentral var operativ fra 1. januar 2017. Etterspørselen etter tilbudet har vært stort siden åpning av begge sentraler, og er økende.

Resultatene er meget gode og deltakerne er fornøyde. Følgende er dokumentert: Økt fysisk aktivitet, redusert vekt og mer hensiktsmessig kosthold. Deltakere rapporterer også om lavere eller normalisert blodtrykk og kolesterol. Mange har redusert eller sluttet med medisiner, blant annet insulin. Det er økt velvære både fysisk og psykisk. Bedre selvopplevd helse er en annen viktig effekt av deltakelse ved frisklivssentralene i Askim og Spydeberg. Dessuten er det registrert økt arbeidslivsdeltakelse.

Ukentlig får frisklivssentralene henvendelser fra henvisere og innbyggere i nabokommunene som ikke har dette tilbudet, noe som tydeliggjør behovet også i de andre kommunene i indre Østfold. Sentralene har pr. i dag ikke kapasitet til å følge opp innbyggere i andre kommuner.

I tillegg til individuelle helsesamtaler tilbyr sentralene i samarbeid følgende kurs: Bra Mat-kurs, Tobakksluttekurs, Artroseskole, Kurs for diabetikere type 2 og Livsstyrketrening. Både kurs i depresjonsmestring (KiD) og kurs i mestring av belastning (KiB) er under planlegging. Frisklivssentralene har mange lavterskel treningsgrupper både inne og ute. De sitter også med oversikt over øvrige aktivitetstilbud i kommunene.

Frisklivssentralene samarbeider med andre kommunale tjenester: psykososialt team, leger, fysioterapeuter, helsestasjonen, skoler og spesialisthelsetjenesten. Frisklivskoordinatorene i Askim og Spydeberg deltar i Nettverket for friskliv, læring og mestring i Østfold. De har også vært medarrangører i Frisklivsspretten 2017 og Fevikkonferansen 2017.

Frisklivssentralene utfører lovpålagte oppgaver i henhold til Folkehelseloven og Helse- og omsorgstjenesteloven, og er en viktig brikke i Samhandlingsreformen (Frisklivssentralene i Askim og Spydeberg 2017).

8.4.2 Frivillige organisasjoners tilbud

Frivilligheten er en uvurderlig aktør i folkehelsearbeidet. Den skaper arenaer der innbyggerne kan treffe hverandre og gjøre hyggelige ting sammen. Ved at kommunene legger til rette for frivillig arbeid, slik Folkehelseloven pålegger dem, bidrar de samtidig til å oppfylle lovens krav om å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Frivillighet Norge viser til frivillighetens folkehelsebyggende effekt. For at denne skal øke til beste for deltakerne og samfunnet, må vi kjenne frivilligheten i kommunene våre og være bevisste på hvordan hele bredden av frivillige organisasjoner er med på å bygge folkehelse. Likeledes må organisasjonene være bevisste den folkehelseeffekten de faktisk har (Frivillighet Norge).

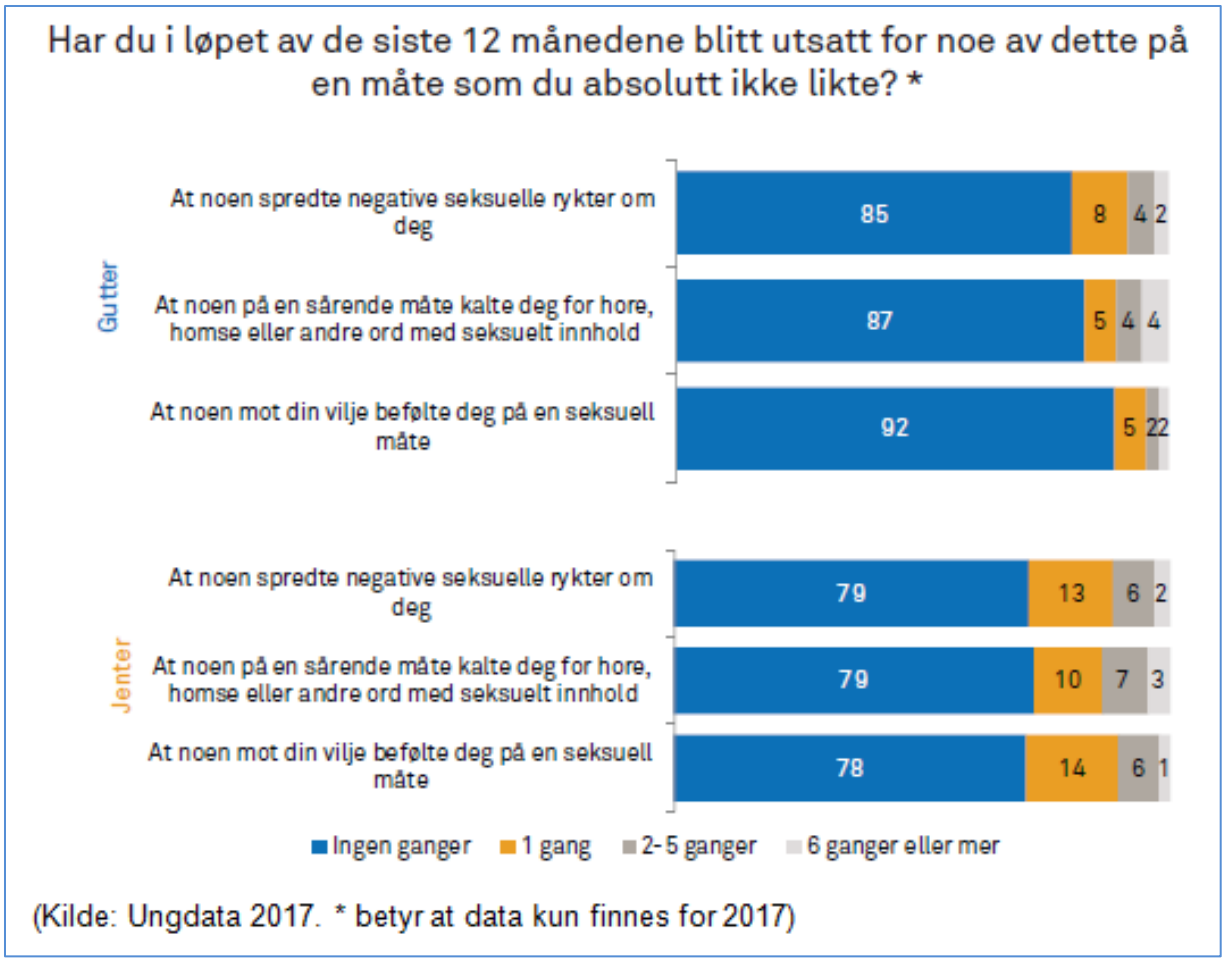
8.5 Seksuell helse

Regjeringens strategi for seksuell helse 2017-2022, «Snakk om det!», viser til at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser, og at individets handlingskompetanse for å ivareta god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte. Positive holdninger og følelser for egen kropp sammen med god kunnskap om kropp og seksualitet bidrar til tryggere seksuell identitet og sunnere handlingsmønstre. Mål med strategien er blant annet å sikre mennesker i alle aldre god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse, å redusere antall uønskede svangerskap og aborter og å redusere smitte av seksuelt overførbare infeksjoner (Helse- og omsorgsdepartementet).

8.5.1 Seksuelle erfaringer og seksuell trakassering blant ungdom

Spørsmål om seksuelle erfaringer og seksuell trakassering ble inkludert i Ungdatas grunnmodul fra 2017. Spørsmålene gikk til elever på videregående. Det betyr at elever ved Askim og Mysen videregående skoler ennå ikke har fått disse spørsmålene, siden undersøkelsen for dem ble gjennomført i 2015. På landsbasis hadde rundt halvparten av elevene på videregående skole hatt samleie med noen. Andelen var noe høyere blant jenter enn blant gutter. Det var en tydelig økning gjennom de tre årene på videregående i hvor mange som hadde hatt seksuelle samleieerfaringer. Få hadde debutert før de fylte 14 år, mens 25 prosent av jentene og 20 prosent av guttene hadde debutert før de fylte 16 år.

Ungdata har også kartlagt hvor mange som er blitt utsatt for ulike typer av seksuell trakassering. Resultatene viser at dette er nokså utbredt, og mer utbredt blant jenter enn blant gutter. De fleste har opplevd dette én gang. Samtidig er det en del som flere ganger har opplevd å bli utsatt for seksuell ryktespredning, verbal trakassering og beføling. Figur 5 viser resultatene i prosent (Ungdata 2017).



Figur 4. Prosentandel elever i videregående skole som har opplevd å bli utsatt for seksuell ryktespredning, verbal trakassering og beføling. Tallene er for hele Norge. Kilde: Ungdata 2017

8.5.2 Helsestasjon for ungdom (HFU)

Alle kommuner er pålagt å ha et gratis helsestasjonstilbud for ungdom opp til 20 år (HFU). HFU skal kunne tilby samtaler og veiledning knyttet til temaer som kroppslig utvikling, følelser, forelskelse og seksualitet, seksuell trakassering og overgrep, kjønnsidentitet og seksuell orientering. Den skal gi prevensjonsveiledning og sikre tilgjengelig og sikker prevensjon, og den skal tilby testing og behandling for seksuelt overførbare infeksjoner (Helsedirektoratet 2017).

Askim og Eidsberg har helsestasjon for ungdom. I Askim er denne lokalisert på videregående skole, i Eidsberg er den en del av helsestasjonen. Hit kan både ungdomsskoleelevene og elevene på videregående komme og få hjelp. Ungdomsskoleelever kan også henvende seg til helsesøster ved sin skole.

Ungdom i indre Østfold er flinke til å sjekke om de har kjønnssykdommer, og mange kommer til HFU for å få prevensjonsmidler. Ved HFU pekes det imidlertid på at ungdom savner god seksualundervisning. De trenger kunnskap og veiledning om identitet, grenser, om å bestemme over egen kropp og om deling av bilder. Det er et stort behov både for undervisning om disse temaene og for å ha noen å snakke med om spørsmål knyttet til seksualitet. Her er ansatte ved helsestasjonene for ungdom viktige ressurser.

8.5.3 Viktige spørsmål å ta opp tidlig i et barns liv

Kropp og seksualitet er tema som det er nødvendig å ta opp allerede tidlig i et barns liv. Vi må ha et helhetlig blikk på dette fra barna blir født, og vi må gi både gutter og jenter gode rollemodeller når det gjelder hva som er greit å si og gjøre. Barnehage og barneskole må ta dette på alvor, og vi må våge å snakke åpent om disse temaene. Det er for sent å starte i ungdomsskolen og videregående. Da kan mye skade allerede være skjedd når det gjelder å gi de unge et sunt og positivt forhold til seksuallivet (HFU i Askim).

8.5.4 Seksuelt overførbare sykdommer

Når det gjelder de vanligste seksuelt overførbare sykdommene i Norge, overvåkes disse ved anonymiserte meldinger fra leger og laboratorier til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ved Folkehelseinstituttet. Forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer har vært økende de siste 10–15 årene.

Klamydia er en av de aller vanligste seksuelt overførbare infeksjoner. Forekomsten økte kraftig i perioden 2000 – 2008, og har holdt seg stabilt høy de siste årene. Klamydia er sannsynligvis underrapportert, siden det ikke alltid er lett å merke at man har sykdommen. Det er viktig at man tester seg, da klamydia kan føre til sterilitet. I 2015 ble det registrert drøyt 25 000 tilfeller i Norge. Nær 60 prosent av tilfellene er påvist hos kvinner. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 15 – 24 år. Vi ser av tabellen under at dette også gjelder for våre seks kommuner (Folkehelseinstituttet og Helse- og omsorgsdepartementet).

Klamydia		2014			2015		
		Kvinner	Menn	Totalt	Kvinner	Menn	Totalt
Askim	15 – 24 år	19	6	25	27	9	36
	25 – 39 år	10	5	15	4	7	11
	40 – 59 år	1	2	3	1	2	3
	Totalt	30	13	43	32	18	50
Eidsberg	15 – 24 år	12	8	20	17	10	27
	25 – 39 år	6	8	14	5	3	8
	40 – 59 år	1	0	1	0	0	0
	Totalt	19	16	35	22	13	35
Hobøl	15 – 24 år	10	2	12	5	4	9
	25 – 39 år	1	6	7	3	1	4
	40 – 59 år	1	0	1	1	0	1
	Totalt	12	8	20	9	5	14
Marker	15 – 24 år	6	1	7	5	2	7
	25 – 39 år	0	1	1	2	1	3
	40 – 59 år	0	0	0	0	0	0
	Totalt	6	2	8	7	3	10
Spydeberg	15 – 24 år	6	4	10	8	1	9
	25 – 39 år	1	0	1	1	1	2
	40 – 59 år	0	1	1	0	1	1
	Totalt	7	5	12	9	3	12
Trøgstad	15 – 24 år	7	2	9	10	7	17
	25 – 39 år	2	1	3	3	2	5
	40 – 59 år	0	1	1	0	0	0
	Totalt	9	5	14	13	9	22
Totalsum 6 kommuner		83	49	132	92	51	143

Tabell 54. Antall personer som har fått påvist klamydia. Kilde: Folkehelseinstituttet

8.6 Tobakk og alkohol

8.6.1 Røyking og snusing

Prosentandelen som røyker daglig går stadig nedover i Norge. Andelen som snuser går derimot opp. Trenden er særlig tydelig blant unge. I aldersgruppa 16-24 år er det nå flere som snuser enn som røyker daglig. I aldersgruppene over 45 år er det fremdeles vanligere å røyke enn å snuse, særlig blant kvinner (Folkehelseinstituttet 2017).

Vi ser av de tre tabellene under at også i våre kommuner tar snus over for røyking hos de unge, mens de voksne i det store og hele røyker mer enn de snuser. Tallene i tabellen som gjelder voksne er imidlertid fra 2011 – 2012, så der kan de ha endret seg noe fram mot 2018.

Når det gjelder røyking hos kvinner, viser folkehelseprofilene til Askim, Eidsberg og Trøgstad at disse kommunene ligger svært dårlig an. Her er det verd å merke seg at dette kun gjelder gravide kvinner.

Elever i ungdomsskolen	Norge	Østfold	Askim	Eids-berg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøg-stad
Røyking	2	2	3	4	2	6	3	3
Snusing	4	3	3	4	5	7	5	5

Tabell 55. Prosentandel ungdomsskoleelever som røyker eller snuser daglig eller ukentlig. Kilde: Ungdata 2015. Marker 2017

Elever i videregående skole		Norge	Østfold	Askim videregående skole	Mysen videregående skole
Røyking	VG1	6	6	7	9
	VG2	6	6		
	VG3	6	4		
Snusing	VG1	15	13	18	16
	VG2	20	17		
	VG3	23	21		

Tabell 56. Prosentandel elever på videregående skole som røyker eller snuser minst ukentlig. Kilde: Ungdata 2015

Voksne		Østfold	Askim	Eids-berg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøg-stad
Røyking	Kvinner	16,1	18,9	18,3	15,9	16,5	14,5	17,8
	Menn	14,6	17,4	17,7	16,9	17,7	17,0	16,0
	Totalt	15,3	18,1	17,9	16,4	17,1	15,7	16,9
Snusing	Kvinner	1,8	-	-	-	-	-	-
	Menn	13,7	17,2	16,3	12,5	18,6	10,4	13,0
	Totalt	7,8	8,9	8,7	7,7	10,4	6,6	7,3

Tabell 57. Prosentandel voksne som røyker eller snuser daglig. Kilde: Østfold helseprofil 2011-2012

Utdanning påvirker røykevaner hos begge kjønn. Det er flest tobakksbrukere i grupper med lav utdanning.

	Andel som røyker daglig
Grunnskole	24,2
Videregående skole	16,8
Høyskole	9,3
Universitet	6,8

Tabell 58. Prosentandel røykere i Østfold etter utdanningsnivå. Kilde: Østfold helseprofil 2011-2012

8.6.2 Alkoholbruk

Alkohol- og narkotikabruk er blant de viktigste risikofaktorene for helsetap og tidlig død. Grupper med lavere utdanning og/eller dårlig økonomi rammes i større grad enn andre. Alkohol forårsaker mest problemer. Den er årsak til betydelig mer helsemessige og sosiale problemer i samfunnet enn narkotika. Tilgjengeligheten til alkohol påvirker totalforbruket i befolkningen. Alkoholomsetningen i en kommune kan være en indikator på omfanget av skader knyttet til alkohol (Folkehelseprofilene 2018).

	Norge	Østfold	Askim	Eids-berg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøg-stad
2012	5,1	4,0	3,6	3,3	-	3,8	3,6	-
2014	5,0	3,9	3,4	3,2	-	3,7	3,5	-
2016	5,0	3,8	3,5	3,2	-	-	3,5	3,6

Tabell 59. Alkohol omsatt i dagligvarebutikker og vinmonopol. Antall liter ren alkohol pr. innbygger 15 år og eldre. Feltene uten tall er anonymisert på grunn av få dagligvarebutikker. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

Vi ser av tabell 59 at tallene for alle kommunene og for Østfold er gjennomgående lavere enn landsgjennomsnittet. Det er sannsynlig at disse tallene er lave på grunn av grensehandel. Ungdom er særlig sårbare for skadevirkninger av alkohol. Til tross for aldersgrensene på 18 og 20 år for å få kjøpt henholdsvis øl/vin og brennevin, drikker likevel mange under 18 år alkohol, og noen så mye at de blir beruset. Andelen som drikker alkohol og som drikker seg beruset, øker gjennom tenårene. I Norge og i mange andre land har det likevel de siste 10-15 årene vært en nedgang i alkoholbruk og i andelen som har drukket seg beruset blant 15-16 åringer (Folkehelseinstituttet).

Tabellene 60 og 61 viser hvordan det også i våre kommuner er en økning i alkoholkonsum fra ungdomsskolealder til videregående skole-alder. Vi ser også at en del foreldre synes det er greit at deres barn i ungdomsskolealder drikker alkohol, selv om dette er ulovlig.

Elever i ungdomsskolen	Norge	Østfold	Askim	Eids-berg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøg-stad
Får lov av foreldrene til å drikke alkohol			4	6	11	-	8	5
Har minst én gang siste 12 mnd. drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset	12	10	12	11	12	12	10	16

Tabell 60. Alkoholbruk hos ungdomsskoleelever. Prosentandel. Kilde: Ungdata 2015. Marker 2017.

Elever i videregående skole	Norge	Østfold	Askim videregående skole	Mysen videregående skole
VG1	46	41	58	46
VG2	62	60		
VG3	75	76		

Tabell 61. Prosentandel elever i videregående skole som minst én gang de siste 12 mnd. har drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset. Kilde: Ungdata 2015

Voksne	Østfold	Askim	Eidsberg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøgstad
Kvinner	16,0	15,9	11,1	13,9	10,1	13,3	9,5
Menn	23,0	19,7	19,8	21,1	17,5	19,5	19,5
Totalt	19,5	17,8	15,6	17,7	14,0	16,6	14,7

Tabell 62. Prosentandel voksne som drikker alkohol to ganger i uka eller oftere. Kilde: Østfold helseprofil 2011 - 2012

Tabell 62 viser gjennomgående at flere menn enn kvinner drikker alkohol to ganger i uka eller mer. Dette samsvarer med nasjonal informasjon om at menn drikker oftere og i gjennomsnitt dobbelt så mye alkohol som kvinner (Folkehelseinstituttet).

Data fra Levekårsundersøkelsen 2015 viser at personer i aldersgruppen 67 år og eldre har den hyppigste drikkefrekvens (Folkehelsepolitisk rapport).

8.7 Ulovlig rusbruk

Cannabis er fellesnavnet på hasj, marihuana og cannabisolje. Hasj er den vanligste formen for cannabis i Norge og er det mest utbredte av alle de ulovlige narkotiske stoffene.

Den europeiske skoleundersøkelsen ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) er gjennomført i alt 6 ganger i perioden 1995 til 2015.

Resultater fra den norske delen av undersøkelsen viser følgende:

Ungdom 15-16 år i Norge	1995	1999	2015
Har brukt cannabis	5,9	12,3	6,5
Har brukt cannabis i løpet av de siste 12 mnd.	4,7	9,1	5,3
Har brukt cannabis i løpet av de siste 30 dagene	2,7	4,1	2,0

Tabell 63. Bruk av cannabis blant 15-16-åringer i Norge. Prosentandel. Kilde: Folkehelseinstituttet

Det var gjennomgående en høyere andel gutter enn jenter som oppga å ha brukt cannabis. De som oppga bruk av cannabis, oppga også å drikke oftere, og hadde flere høykonsum-situasjoner enn de som oppga ikke å ha brukt cannabis. I alle de seks undersøkelsesårene oppga 30-40 prosent at de mente det ville være lett å få tak i cannabis hvis de skulle ønske det. Andelen som mente det er stor risiko knyttet til regelmessig bruk av cannabis er redusert fra 87 prosent i 1995 til 69 prosent i 2015. Dette er en alarmerende utvikling.

Sammenlignet med andre land som inngår i den europeiske skoleundersøkelsen, har Norge i alle undersøkelses-årene vært blant de landene som har hatt den laveste andelen blant 15-16-åringer som oppga å ha brukt cannabis.

Elever i ungdomsskolen	Norge	Østfold	Askim	Eids-berg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøg-stad
Har minst én gang siste 12 mnd. brukt hasj eller marihuana	3	3	5	4	4	4	4	4

Tabell 64. Prosentandel ungdomsskoleelever som minst én gang har brukt hasj eller marihuana siste år. Kilde: Ungdata

Elever i videregående skole		Norge	Østfold	Askim videregående skole	Mysen videregående skole
Har minst én gang siste 12 mnd. brukt hasj eller marihuana	VG1	8	9	10	5
	VG2	11	15		
	VG3	17	16		

Tabell 65. Prosentandel elever i videregående skole som har brukt hasj eller marihuana siste år. Kilde: Ungdata

Tabell 64 og 65 viser tall fra Ungdataundersøkelsen. De viser at relativt få elever på ungdomstrinnet har erfaringer med hasj og marihuana. Bruken av slike stoffer øker derimot betydelig gjennom tenårene. Det er generelt flere gutter enn jenter som har prøvd minst ett av disse stoffene, og gutter får også tilbud om dette oftere enn jenter.

Vi ser at både Askim og Mysen videregående skoler ligger under fylkes- og landssnittet. Mysen videregående skole ligger svært langt under, med samme prosentandel som på Askim ungdomsskole.

I den voksne befolkningen i Norge er det vel 4 % som har brukt cannabis de siste 12 månedene. Tallet er basert på spørreundersøkelser 2012-2017 (Folkehelseinstituttet).

Det er få lokale befolkningsrettede virkemidler med påvist effekt på narkotikabruk. Fra forskning på blant annet alkohol og legemidler vet vi at redusert tilgjengelighet reduserer bruken. Hvis dette også gjelder narkotika, er det viktig å gjøre en innsats for å redusere lokale brukermiljøer, fordi et lokalt brukermiljø medfører at det ofte er lett å få tilgang til ulike narkotiske stoffer. For å unngå rekruttering til og økning i narkotikabruk i befolkningen, er det derfor viktig å arbeide for at personer i eksisterende narkotikamiljøer får hjelp (Folkehelse-profil for kommunene 2018).

8.8 Vold og kriminalitet

8.8.1 Ulike typer vold og kriminalitet

Ungdom er oftere involvert i voldsepisoder enn andre aldersgrupper. Volden kan ta ulik form og kan grovt sett deles inn i fysisk, psykisk og seksuell vold. Det kan være vanskelig å skille klart mellom offer og utøver. Guttene er overrepresentert i begge grupper. De utøver i langt større grad ulike former for vold sammenliknet med jentene. Jenter er klart oftere ofre for vold. På landsbasis er hver tiende gutt og fem- seks prosent av jentene blitt skadet eller såret på grunn av vold. Trenden i Ungdata siden 2010 er at stadig færre ungdommer er utsatt for vold (Ungdata 2017).

Trusler om vold	Norge	Askim	Eidsberg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøg-stad
Ungdomsskole	10	15	12	12	10	11	18
Videregående	12	10	14				

Tabell 66. Prosentandel elever som minst én gang siste 12 måneder har vært utsatt for trusler om vold. Kilde: Ungdata

Med unntak av Marker ser vi her at på ungdomsskolenivå ligger kommunene over landsgjennomsnittet. Det gjelder spesielt Askim og Trøgstad. På videregående nivå ligger Askim under landsgjennomsnittet og Eidsberg over.

Vold i nære relasjoner - også omtalt som partnervold eller familievold - omfatter all fysisk og psykisk vold og trusler mellom nåværende og tidligere familiemedlemmer, og den omfatter også barn som er vitne til volden. Æresrelatert kriminalitet som kjønnslemlestelse og tvangsekteskap er også en del av dette. Grov vold kan gjelde situasjoner der det har oppstått en fysisk skade, men det kan også være gjentatte handlinger som ikke hver for seg er så alvorlige. (Politiet 2017).

Ifølge en studie om omfang av vold og overgrep mot barn og unge gjennomført blant 18-19-åringer, oppgir 6 % av ungdom i Norge å ha opplevd alvorlig fysisk vold fra minst en forelder i

løpet av oppveksten. Både mor og far kan være utøvere av alvorlig fysisk vold. I motsetning til mindre alvorlig fysisk vold, har det ikke vært noen nedgang i denne formen for vold de siste årene. Like mange gutter som jenter er blitt utsatt for denne type voldsutøvelse. Flere har fått merker og smerter dagen etter og noen har hatt behov for legehjelp. (Mossige & Stefansen 2016. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, BUFDIR).

BUFDIR informerer om at innvandrerbakgrunn fra ikke-vestlige land, dårlig familieøkonomi og rusproblematikk hos foreldrene gir forhøyet risiko for å være utsatt for denne typen vold, mens Statens Barnehus melder om at familievold forekommer på tvers av alle hudfarger, religioner, etnisk bakgrunn og innen alle økonomiske klasser.

Familievold	Askim	Eidsberg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøgstad	Totalt
2007	18	14	3	2	4	5	46
2010	46	20	5	4	9	5	89
2013	39	25	4	6	9	9	92
2016	30	25	14	6	3	13	91
Totalt	133	84	26	18	25	32	318

Tabell 67. Antall anmeldte saker med familievold. Kilde: Indre Østfold politistasjon 2017

Her ser vi at Askim og Eidsberg har et tilsynelatende stort antall saker med familievold. Hvis vi imidlertid sammenholder tallene med befolkningstallene i kapittel 3, ser vi at det er en svært lav prosentandel av innbyggerne i alle våre kommuner som er med i familievoldsstatistikken over. Det er langt under 1 % i alle de seks kommunene. Dette harmonerer dårlig med informasjonen fra BUFDIR, som oppgir at 6 % av ungdom i Norge har opplevd alvorlig fysisk vold fra minst en forelder i løpet av oppveksten. 6 % av innbyggertallet samlet i våre seks kommuner utgjør 2 845 personer. Her er det grunn til å tro at det er store mørketall, og at familievold i svært mange tilfeller ikke anmeldes. Det er ikke sannsynlig at tallene for våre kommuner ligger så mye under resten av landet.

Det å oppleve familievold påvirker barns følelser, utvikling og helse. Disse barna har en økt risiko for selv å bli utsatt for vold. I skolen viser barn som har vært utsatt for familievold oftere atferdsproblemer, hyperaktivitet, sosial tilbaketrekning og lærevansker (Statens Barnehus).

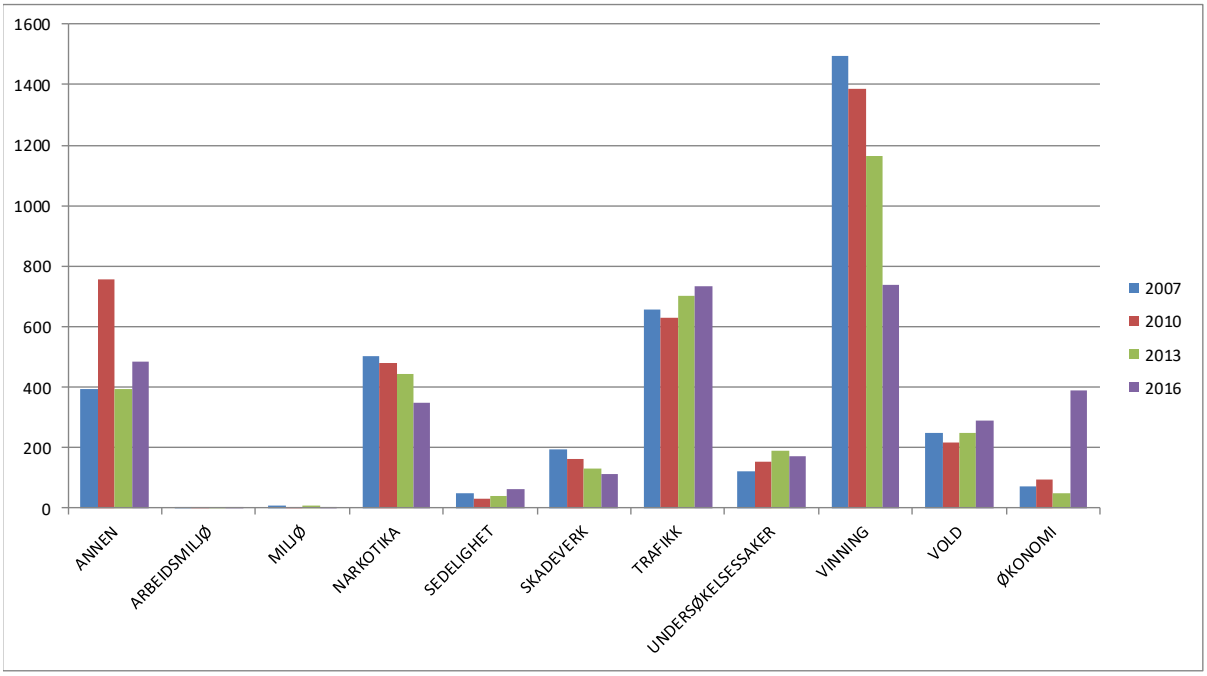
Det er viktig at vi kjenner til tallene for våre kommuner, og at vi setter inn tiltak blant annet i helsestasjon, barnehage og skole. Tidlig innsats er her av grunnleggende betydning.

Kriminal-saker	Askim	Eidsberg	Hobøl	Marker	Spyde-berg	Trøgstad	Totalt
2007	1 233	1 097	376	445	261	343	3 755
2010	1 130	966	330	439	353	703	3 921
2013	1 154	809	318	430	317	354	3 382
2016	1 009	855	284	506	298	395	3 347
Totalt	4 526	3 727	1 308	1 820	1 229	1 795	14 405

Tabell 68. Antall anmeldte kriminalsaker – alle kriminalitetstyper. Kilde: Indre Østfold politistasjon 2017

Vi ser her at antall anmeldte kriminalsaker i Askim, Eidsberg og Hobøl er redusert fra 2007 til 2016, mens tallene fra Marker, Spydeberg og Trøgstad viser det motsatte. Tallene for Marker er høye sammenliknet med folketallet. Det er nærliggende å tenke at dette skyldes smugling over grensen.

Slik fordeler kriminaliteten seg samlet for Askim, Eidsberg, Hobøl, Marker, Spydeberg og Trøgstad



(Kilde: Indre Østfold politistasjon 2017)

Figur 5. Figuren viser hvordan kriminaliteten fordeler seg for våre seks kommuner samlet. Kilde: Indre Østfold politistasjon

Det er her gledelig å se at kriminalitet knyttet til narkotika, skadeverk og vinning ser ut til å være nedadgående. Ikke fullt så hyggelig er det at søylene som gjelder trafikk, vold og ikke minst økonomi stiger.

8.8.2 Forebyggende arbeid mot rus og kriminalitet

Alle våre seks kommuner har ansatt SLT-koordinatorer, med noe ulik stillingsstørrelse. SLT-modellen skal samordne rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak for barn og unge. Målet er at kommunens barn og unge skal få riktig hjelp til riktig tid, av et hjelpeapparat som samarbeider godt på tvers av virksomheter og faggrupper.

Kommunene har også politiråd – et samarbeidsforum mellom den øverste ledelsen i kommunen og politiet. Dette skal sikre utveksling av kunnskap og erfaring mellom politi og kommune. Slik kan kunnskap om lokale problemer lettere omsettes til samordnet innsats. SLT- modellen og SLT-koordinator spiller en viktig rolle i politirådssamarbeidet. SLT-koordinator tilfører politirådet kunnskap og styrker forankringen mellom det strategiske nivå og utførernivå. SLT-koordinator bidrar til å iverksette og koordinere den operative innsatsen som politirådet har vedtatt (Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging).

Trygghetsvandringer har vært gjennomført i Askim, Eidsberg, Hobøl, Spydeberg og Trøgstad. Politiet, kommunens ledelse, politikere, natteravner, interessegrupper og andre aktuelle tar da en nattlig tur for å identifisere steder i byen som trenger tilrettelegging for trygghet og trivsel. Forbedringspunktene følges opp i etterkant av vandringene.

Kommunene i indre Østfold utarbeidet i 2017 en handlingsplan for forebygging av radikalisering og utenforskap. Det ble opprettet en ressursgruppe som består av radikaliseringskontakt i politiet, SLT-koordinator i Askim og skole-LOS i Askim kommune, som har videreutdanning i flerkulturell forståelse. Gruppa har som mandat å evaluere tiltakene i handlingsplanen, se på muligheter for å øke kompetansen for de ansatte innenfor temaet og søke om midler til forebyggingsarbeidet.

9 Helsetilstand

9.1 Hovedinntrykk

Langt de fleste oppgir at de har god helse. Opplevd god helse synker med økende alder.

Alle kommunene i indre Østfold har sykehusinnleggelser omtrent som gjennomsnittet for landet. Eldre menn har størst sannsynlighet for å havne på sykehus. Mange legges også inn ved døgnenheten ved Helsehuset i Askim.

Forventet levealder i Norge har steget med nesten 25 år i løpet av de siste 100 årene, og både menn og kvinner har fått flere friske leveår. Utdanningsnivå betyr mye for gjennomsnittlig levealder.

Antall krefttilfeller øker og vil fortsette med det. Tallene for nye krefttilfeller i våre kommuner er ganske like over tid, med en tendens til svak økning. Hjerte- og karsykdom forårsaker 1 av 3 norske dødsfall. Det har vært en sterk reduksjon de siste tiårene i hjerte- og karsykdommer. Dette ser ut til å fortsette, også i Østfold og alle våre kommuner. Det er viktig at kommunene bidrar til en sunn livsstil hos innbyggerne, for slik å kunne påvirke forekomsten av forebyggbare sykdommer.

Antall personer over 80 år vil dobles i våre kommuner fram mot 2040, med unntak av Marker kommune som har en noe saktere utvikling. Vi må allerede nå rette oppmerksomheten både mot et økt sykdomsbilde, men også mot den økende andelen friske eldre.

En drøy fjerdedel av kullene som fyller 60 år antas å bli demenssyke i løpet av sin gjenstående levetid. En sunn livsstil og et godt sosialt nettverk beskytter mot demensrisiko.

En ganske stor andel av ungdommen svarer at de har psykiske plager på ulik måte.

Kommunene våre bruker mer antibiotika enn snittet for landet. Det er gledelig å se at de aller fleste av våre kommuner har hatt en reduksjon av bruken i 2017 sammenliknet med 2016. Alle våre kommuner har et høyt forbruk av legemidler mot psykiske lidelser. Askim peker seg spesielt ut når det gjelder antipsykotika.

I kapittelet om helsetilstand er det tatt med forholdstall i de fleste tabellene. Forholdstall viser tallene for hver enkelt kommune sett i forhold til landet som helhet. Norge er 100. Hvis en kommune for eksempel har forholdstall 130, betyr det at denne kommunens andel er 30 % høyere enn landsnivået. Et forholdstall på 87 betyr at kommunens andel er 13 % lavere enn landsnivået. I tabller med forholdstall vil et raskt blikk gi svaret på om man ligger høyere eller lavere enn nivået for landet som helhet.

9.2 Vurdering av egen helse

Egenvurdert helse er et mål som brukes mye i helseundersøkelser. Når man stiller et enkelt spørsmål - for eksempel «Hvordan er helsa di nå?» - får man en helhetsvurdering av helsetilstanden, både den psykiske og fysiske helsa. Samtidig vil den som svarer, vurdere og sammenlikne sin egen helsetilstand med helsetilstanden til jevnaldrende. Hvordan en person vurderer sin egen helse, gir god informasjon om forbruk av helsetjenester, framtidig sykelighet og dødelighet.

Østfold helseprofil	2011- 2012
Østfold	73,2
Askim	67,9
Eidsberg	74,2
Hobøl	74,3
Marker	72,1
Spydeberg	75,2
Trøgstad	73,4

Tabell 69. Prosentandel voksne som oppgir å ha ganske god eller svært god helse.
Kilde: Østfold helseprofil 2011 – 2012

Langt de fleste oppgir at de har god helse. Analyse av de bakenforliggende tallene fra spørreundersøkelsen i tabell 69, viser at opplevd god helse synker med økende alder, og at jo høyere utdannelse man har, jo bedre er selvopplevd helse. Tabellen viser at det er færre i Askim som mener helsen er god eller svært god sammenliknet med nabokommunene, og det er også det klart laveste tallet for alle kommunene i Østfold.

Ungdata	2012 (Marker 2014)	2015 (Marker 2017)
Norge	72,0	72,0
Østfold	71,7	71,7
Askim	70,4	69,0
Eidsberg	71,1	75,0
Hobøl	74,4	70,8
Marker	76,3	68,2
Spydeberg	-	64,3
Trøgstad	68,3	71,5

Tabell 70. Prosentandel ungdomsskoleelever som er svært fornøyd eller litt fornøyd med sin egen helse. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

I Ungdataundersøkelsene fra 2012 og 2015 er prosentandelene for fylkes- og landsgjennomsnittet stabile, mens for våre kommuner varierer andelene. Årskullene er ulike, så det er vanskelig i å se trender ut fra datagrunnlaget. Tallene for Marker kommune er fra deres undersøkelser i 2014 og 2017. I Østfoldundersøkelsen ble man spurt om man hadde god helse, mens i Ungdata-undersøkelsen ble elevene spurt om de var fornøyd med egen helse. Tallene er derfor ikke direkte sammenliknbare.

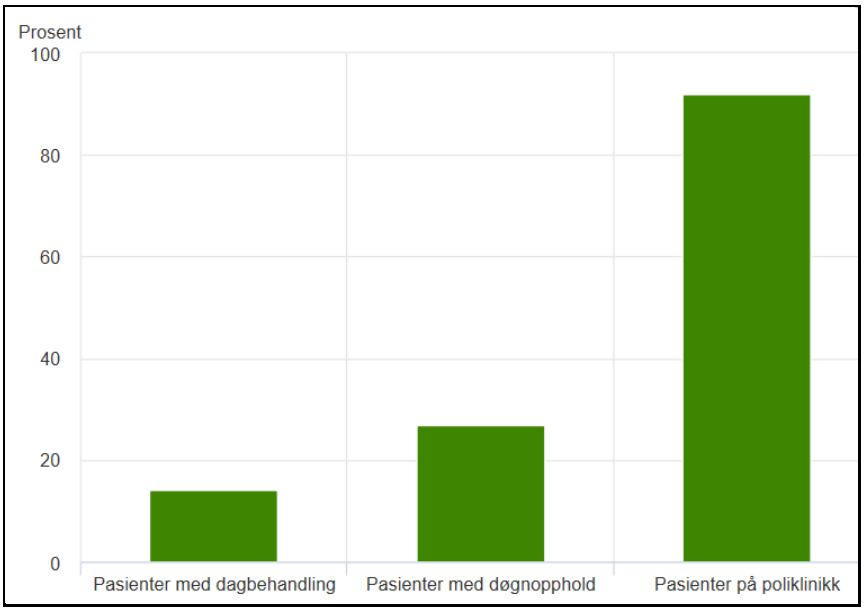
9.3 Sykehusinnleggelser og lokale akutte døgntilbud

I 2017 var ca. 2 millioner nordmenn innom sykehus. I Østfold var det 55 000 sykehusinnleggelser. Alle kommunene i indre Østfold har innleggelser omtrent som gjennomsnittet for landet.

25 prosent av nordmenn mellom 10 og 19 år har vært innom sykehus. En tilsvarende andel for dem som har fylt 80 er hele 69 prosent . Eldre har en større andel av diagnoser som kan knyttes til livsstil eller slitasje, mens yngre har en større andel skader. Eldre menn har størst sannsynlighet for å havne på sykehus, og en viktig grunn til sykehusopphold er diagnostisering og behandling av kreft.

Det har lenge vært en dreining bort fra døgnbehandling. Størstedelen av sykehuspasienter får behandling ved poliklinisk konsultasjon eller som dagbehandling, det vil si at behandlingen utføres uten at pasienten overnatter. Figur 6 viser at det er relativt få pasienter som legges inn på sykehus.

(SSB)



Figur 6. Prosentandel pasienter i Norge etter behandlingsform. Kilde: SSB

Kommunene er pålagt å ha kommunale akutte døgnenheter. Hensikten er å kunne behandle pasienter i primærhelsetjensten så langt dette er medisinsk forsvarlig. Noen studier viser at pasienter som blir innlagt i lokal akutt døgnenhet muligens er litt mer tilfredse med oppholdet enn de som blir innlagt i sykehus (Folkehelseinstituttet).

Helsehuset i Askim har 7 senger for kommunale akutte døgnplasser (KAD) og 3 senger for kompliserte og kompetansekrevende pasienter som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten (USK). Hovedmålet for KAD-sengene er å unngå unødige innleggelser på sykehuset, og at det skal gi et like bra eller bedre tilbud enn sykehus. Døgnenheten er bemannet med

sykepleiere og lege døgnkontinuerlig. Fra 2017 gjelder KAD-tilbudet også rus- og psykiatripasienter.

	1. halvår 2017	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	Samlet 2017
Askim	260	26	18	20	39	42	30	435
Eidsberg	120	12	18	19	17	15	20	221
Hobøl	32	4	5	6	4	7	3	61
Marker	42	6	3	6	3	2	3	65
Skiptvet	12	1	1	3	9	1	0	27
Spydeberg	64	14	14	10	11	11	17	141
Trøgstad	48	10	11	7	11	4	9	100
Andre	4	0	1	0	2	0	1	8
Totalt	582	73	71	71	96	82	83	1 058

Tabell 71. Antall innleggelser i 2017 for døgnenheten samlet (KAD og USK). Kilde: Indre Østfold medisinske kompetansesenter IKS.

2017	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Beleggs-prosent	97,4	104,3	102,9	89,3	93,5	100,7	71,6	65,5	95,0	98,4	95,3	91,0
Gj.snitt liggedøgn	3,0	3,1	3,2	3,2	2,8	3,0	3,0	2,9	4,0	3,2	3,5	3,4

Tabell 72. Beleggsprosent og gjennomsnittlige liggedøgn for hele døgnenheten (KAD og USK) i 2017. Kilde: Indre Østfold medisinske kompetansesenter IKS.

Vi ser av tabell 71 og 72 at det i 2017 var 1 058 innleggelser ved døgnenheten i Askim, og at det i februar, mars og juni var mer enn fullt belegg. Det var flest pasienter med diagnoser knyttet til luftveisproblematikk som ble innlagt, hele 26 %. Det var godt over dobbelt så stor prosentandel som noen av de andre diagnosegruppene for innleggelse.

9.4 Forventet levealder

Forventet levealder er et av de klassiske målene på helsetilstanden i en befolkning. Forventet levealder er den levealder de som blir født i dag kan forvente. Levealderen har stort sett steget kontinuerlig i alle år siden man begynte å beregne forventet levealder i Norge. Forventet levealder har alltid vært høyere for kvinner enn menn. Fra midten av 1950-tallet til 1980-tallet økte forskjellen i levealder mellom menn og kvinner betydelig. Forventet levealder har steget med nesten 25 år i løpet av de siste 100 årene, og både menn og kvinner har fått flere friske leveår. Økning i levealder skyldes i stor grad bedre levekår, men også endring i livsstil og bedre medisinsk forebygging og behandling (SSB).

	1998 - 2012		2002 - 2016		Økning i forventet levealder 1998 - 2016	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Norge	77,6	82,4	78,8	83,1	1,2	0,7
Østfold	76,9	82,0	78,0	82,5	1,1	0,5
Askim	76,6	80,8	77,5	81,4	0,9	0,6
Eidsberg	77,5	82,4	79,2	82,6	1,7	0,2
Hobøl	78,2	83,0	79,8	83,9	1,6	0,9
Marker	78,5	81,5	79,1	83,3	0,6	1,8
Spydeberg	74,8	82,0	76,6	82,8	1,8	0,8
Trøgstad	76,2	81,7	76,7	82,6	0,5	0,9

Tabell 73. Forventet levealder ved fødsel, menn og kvinner. Statistikken viser gjennomsnitt for 15-årsperioder. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank.

I tiden fra 2012 til 2016 har gjennomsnittlig levealder i landet økt med 1,2 år for menn, og 0,7 år for kvinner. Forskjellen i levealder mellom menn og kvinner er altså blitt noe redusert. Forventet levealder for menn øker mer i Eidsberg, Hobøl og Spydeberg enn i landet forøvrig. Det er en særlig påfallende liten økning i gjennomsnittlig levealder for kvinner i Eidsberg. Men den gjennomsnittlige levealderen for kvinner er fortsatt litt høyere enn for fylket. Det er sannsynligvis mange årsakssammenhenger knyttet til denne utviklingen. Den laveste forventede levealder for kvinner er i Askim kommune, og er 1,1 år under gjennomsnittet for fylket. For menn er den laveste forventede levealderen i Spydeberg kommune, og er 1,4 år under gjennomsnittet for fylket.

Tabell 74 viser forventet levealder inndelt etter høyeste fullførte utdanningsnivå. Utdanningsnivå betyr mye for gjennomsnittlig levealder. Menn med grunnskole som høyeste utdanningsnivå har 7 år kortere gjennomsnittlig levetid sammenliknet med menn med høyskole- eller universitetsutdanning.

Menn i indre Østfold med grunnskole som høyeste utdanningsnivå har i all hovedsak like lang, eller lengre, forventet levealder enn gjennomsnittet i Østfold. Unntaket er Spydeberg som har i overkant av to år lavere forventet levealder enn i fylket som helhet. Kvinnene i Spydeberg med samme utdanningsnivå kan imidlertid forvente å bli 1,3 år eldre enn fylkessnittet. Marker skiller seg ut med en betydelig høyere forventet levealder for menn enn både fylket og landet som helhet.

Tre av kommunene mangler tall på forventet levealder på de med universitet/høyskole som høyeste fullførte utdanningsnivå. Kvinner i Spydeberg og Hobøl med høyere utdannning har en høyere forventet levealder enn i fylket og landet som helhet.

	Utdanning	1997 - 2011		2001 - 2015		Økning i forventet levealder 1997-2015	
		Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Norge	Grunnskole	75,4	81,0	76,2	81,3	0,8	0,3
	Videregående	79,2	84,1	80,0	84,5	0,8	0,4
	Univers/høy	82,3	86,2	83,1	86,8	0,8	0,6
Østfold	Grunnskole	75,0	80,8	75,6	80,9	0,6	0,1
	Videregående	78,9	84,0	79,7	84,2	0,8	0,2
	Univers/høy	82,1	85,9	82,8	86,4	0,7	0,5
Askim	Grunnskole	75,2	80,6	75,3	80,4	0,1	-0,2
	Videregående	79,5	83,8	79,7	83,3	0,2	-0,5
	Univers/høy	81,1	84,7	82,4	85,6	1,3	0,9
Eidsberg	Grunnskole	76,4	81,1	77,1	80,7	0,7	-0,4
	Videregående	79,0	84,5	80,5	84,8	1,5	0,3
	Univers/høy	80,6	86,8	81,9	87,5	1,3	0,7
Hobøl	Grunnskole	77,0	80,9	76,6	81,9	-0,4	1,0
	Videregående	79,0	84,9	80,9	86,1	1,9	1,2
	Univers/høy	-	-	-	90,4	-	-
Marker	Grunnskole	78,9	81,0	78,0	81,6	-0,9	0,6
	Videregående	80,3	83,4	82,2	85,0	1,9	1,6
	Univers/høy	-	-	-	-	-	-
Spydeberg	Grunnskole	72,8	81,9	73,5	82,2	0,7	0,3
	Videregående	78,0	83,7	79,7	84,1	1,7	0,4
	Univers/høy	-	-	-	-	-	-
Trøgstad	Grunnskole	76,3	80,7	76,1	81,0	-0,2	0,3
	Videregående	79,0	84,6	79,2	83,9	0,2	-0,7
	Univers/høy	-	-	-	-	-	-

Tabell 74. Forventet levealder inndelt etter høyeste fullførte utdanningsnivå. Kilde: Kommehelsa statistikkbank.

Det er viktig å vurdere omfang og årsaker til død i befolkningen, unntaket er de aller eldste. Forebyggende tiltak er særlig viktig for å forhindre eller utsette død i de noe yngre aldersgruppene, mens ulike dødsårsaker hos de eldste mer er uttrykk for en forventet avslutning på livet.

Dødelighet 0-74 år	2005 - 2014	2006 - 2015	2007 - 2016
	Årlig antall	Årlig antall	Årlig antall
Norge	12 510	12 508	12 550
Østfold	823	826	828
Askim	50	52	52
Eidsberg	29	30	30
Hobøl	11	11	12
Marker	11	11	11
Spydeberg	18	17	17
Trøgstad	17	18	18

Tabell 75. Antall årlige dødsfall av alle årsaker, 0-74 år. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank.

9.5 Forebyggbare sykdommer

9.5.1 Kreft

Forekomst av kreft i befolkningen

For de aller fleste kreftformene øker risikoen kraftig med alderen, og mer enn 85 prosent av krefttilfellene hos kvinner, og 90 prosent hos menn, oppstår etter 50 års alder. Testikkelkreft og livmorhalskreft er blant de få kreftformene som opptrer hyppigst i yngre aldersgrupper. Antall krefttilfeller øker og vil fortsette å øke fram mot 2025. Hovedårsakene er økt levealder og større befolkning (Folkehelseinstituttet). Den akkumulerte risiko for å utvikle en kreftform i Norge før fylte 75 år utgjør for kvinner 29,6 % og for menn 36,0 % (Kreftregisteret).

Det var over fire ganger så høy forekomst av prostatakreft i 2016 som på 1950-tallet, og antallet tilfeller øker i alle aldersgrupper. Det høye antallet har imidlertid som hovedårsak at vi lever lengre enn tidligere, men andre faktorer som arv, hormoner, miljø og livsstil har betydning for utvikling av sykdommen. Prostatakreft stod for nærmere 1 av 3 nye krefttilfeller blant menn i 2016. Om lag 1 av 7 menn vil få påvist prostatakreft ved 75 års alder (Kreftregisteret).

Antallet tilfeller av føflekkreft øker over hele verden, og vi i Norge er på verdenstoppen. I 2016 fikk 2114 nordmenn denne kreftformen. Dette er 20 ganger så mange tilfeller som på 1950-tallet. Tradisjonelt har kvinner fått føflekkreft oftere enn menn, men menn har nå passert kvinner i forekomst. Blant både menn og kvinner er dette den kreftformen som forekommer nest hyppigst i aldersgruppen 25-49 år. Det er imidlertid i aldersgrupper over 50 år vi ser den største økningen i forekomst, og menn over 50 år har den høyeste forekomsten av føflekkreft (Kreftregisteret).

Forekomsten av brystkreft har økt betydelig de siste tiårene, og i 2016 var det dobbelt så mye brystkreft blant norske kvinner som i 1957. Overlevelsen har imidlertid blitt gradvis bedre, og nesten 9 av 10 kvinner som rammes er i live 5 år etter diagnosen (Kreftregisteret).

I Kreftregisterets statistikk for 2016 finner en følgende nøkkeltall for landet:

Hyppigst forekommende kreftformer, 2016 (antall tilfeller for landet)		Høyeste risiko før fylte 75 år, 2012 – 2016 (prosent)	
Prostatakreft	5 118	Prostatakreft	13,4
Brystkreft	3 371	Brystkreft (kvinner)	8,6
Lungekreft	3 080	Lungekreft (menn)	4,0
Tykktarmkreft	3 003	Lungekreft (kvinner)	3,6
Føflekkreft	2 114	Tykktarmkreft (menn)	3,1

Tabell 76. Hyppigst forekommende og høyeste risiko før fylte 75 år, alle kreftformer i landet. Kilde: Kreftregisteret.

Kreft, nye tilfeller

Tabell 77 viser forholdsvis lave tall for våre kommuner. Tallene i hver kommune er ganske like over tid, med en generell tendens til svak økning. Marker kommune har det høyeste gjennomsnittet i indre Østfold (forholdstall 107). Trøgstad kommune har hatt den største

negative endringen (forholdstallet økt fra 94 til 99), men ligger fortsatt under både fylkes- og landsgjennomsnittet for nye tilfeller av kreft.

	2006 - 2015		2007 – 2016	
	Årlig antall	Forholdstall	Årlig antall	Forholdstall
Norge	29 462	100	30 137	100
Østfold	1 834	103	1 906	105
Askim	95	103	99	105
Eidsberg	62	89	65	91
Hobøl	26	96	27	98
Marker	28	104	29	107
Spydeberg	33	101	35	103
Trøgstad	32	94	34	99

Tabell 77. Årlig antall nye tilfeller av kreft i alle aldersgrupper, og beregnet som årlig gjennomsnitt i 10-års perioder. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank.

	2006 - 2015		2007 - 2016	
	Årlig antall	Forholdstall	Årlig antall	Forholdstall
Norge	5 065	100	5 107	100
Østfold	337	109	340	109
Askim	20	123	21	123
Eidsberg	13	106	13	106
Hobøl	6	111	6	112
Marker	4	92	4	92
Spydeberg	8	134	7	121
Trøgstad	7	116	7	113

Tabell 78. Årlig antall dødsfall av kreft i aldersgruppen 0-74 år, og beregnet som årlig gjennomsnitt i 10-års perioder. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank.

Selv om kreftrisikoen har økt, har dødeligheten av kreft samlet sett vært relativt stabil de siste tiårene. Omtrent 70 prosent av alle kreftpasientene overlever sin kreftsykdom i minst 5 år etter at de har fått diagnosen.

- Lungekreft er den kreftformen som tar flest liv til sammen blant kvinner og menn.
- Dødeligheten er litt høyere for kvinner opp til 60-årsalderen, mye på grunn av brystkreftdødelighet. Etter dette har menn den høyeste dødeligheten, som i hovedsak skyldes prostata- og lungekreft. Totalt sett er dødeligheten av kreft nær 50 prosent høyere blant menn enn kvinner.
- Blant dem som dør før 65-årsalder er kreft er den hyppigste dødsårsaken.

Enkelte kreftformer har imidlertid hatt noe endring i dødeligheten:

- For kreft i magesekken har det vært nedgang som følge av nedgang i forekomst.
- For endetarmskreft har det vært en nedgang i dødeligheten. Nedgangen kan knyttes til bedret behandling.
- Dødeligheten av kreft i prostata, livmorhals og brystkreft er redusert. Her har tidlig diagnostikk og screening bidratt.
- For lungekreft er det fremdeles økning i dødeligheten blant kvinner.

(Folkehelseinstituttet)

9.5.2 Hjerte- og karsykdommer

Det finnes mange hjerte-karsykdommer med forskjellige årsaker og risikoprofiler. I Norge er hjerneslag, hjerteinfarkt, høyt blodtrykk, hjertesvikt og angina pectoris de vanligste.

Hjerte- og karsykdom er en hyppig dødsårsak, og forårsaker 1 av 3 norske dødsfall. Dødeligheten av hjerte-karsykdom synker, men det er fremdeles den sykdomsgruppen som fører til flest dødsfall i Norge. Med 3100 dødelige hjerneslag og 3100 dødelige hjerteinfarkt hvert år, betyr dette at ni nordmenn dør av hjerneslag og ni nordmenn av hjerteinfarkt hver dag.(NTNU - Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet).

Hjerte- og karsykdommer	2012 - 2014		2014 – 2016	
	Årlig antall	Forholdstall	Årlig antall	Forholdstall
Norge	94 090	100	92 607	100
Østfold	5 739	102	5 659	102
Askim	314	107	294	102
Eidsberg	231	104	214	98
Hobøl	89	104	85	97
Marker	96	114	93	111
Spydeberg	107	100	105	100
Trøgstad	108	100	106	100

Tabell 79. Årlig antall personer i alle aldre med hjerte-/kardiagnose. Samlede tall for sykehus-innleggelser og dødsfall. Statistikken viser gjennomsnitt for 3 år. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank.

Det har vært en sterk reduksjon de siste tiårene i hjerte- og karsykdommer. Denne trenden ser ut til å fortsette. Vi ser av tabellen over at det gjelder for både Østfold og alle våre kommuner.

Risikofaktorer for hjerte-karsykdom (NTNU)

- Overvekt
- Mangel på fysisk aktivitet
- Diabetes
- Familiemedlemmer med hjerte-karsykdom
- Høyt kolesterol
- Høyt blodtrykk
- Røyking
- Alkohol
- Dårlige spisevaner

Dette er risikofaktorer som kan påvirkes. Det er viktig at kommunene bidrar til en sunn livsstil hos innbyggerne. Slik vil man også kunne påvirke forekomsten av hjerte-karsykdommer.

9.6 Eldres helse

Levealderen øker og flere vil leve med kroniske sykdommer. Flere vil leve med kreft, og færre vil dø av hjertesykdom. Fire nøkkelfaktorer er viktige for helse i eldre år: Høy kognitiv aktivitet, høy fysisk aktivitet, et aktivt sosialt liv og et godt kosthold (Folkehelseinstituttet).

Eldres helse i Norge og Europa	Norge 2011		Europa 2011	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Forventet levealder	83,5	79,0	82,2	76,7
Antall år gjenværende forventet levetid ved 65 års alder	21,1	18,0	20,5	17,2
Antall år med forventet god helse ved 65 års alder	14,0	13,5	9,0	8,8
Forventet antall år med helseproblemer	7,0	4,5	11,5	8,4

Tabell 80. Eldres helse i Norge sammenliknet med eldres helse i Europa. Kilde: OECD Health at a Glance 2011.

Vi ser av tabell 80 at Norge har spesielt mange friske eldre sammenliknet med andre land i Europa, også sammenliknet med land som har høyere gjennomsnittlig levealder enn vi har. Det økte antallet eldre i årene fremover vil sannsynligvis i stor grad medføre økte behov innen både hjemmebaserte tjenester og medisinsk behandling i kommunen. 25 % av hele befolkningen har minst én kronisk sykdom. Hos eldre er kronisk sykdom det normale. 85 % av befolkningen over 65 år har minst én kronisk sykdom. Kronisk sykdom betyr ikke nødvendigvis dårlig helse eller behov for pleie- og omsorgstjenester, men det medfører behov for medisinsk behandling og oppfølging.

Sammenholder vi informasjonen over med tallene i tabell 1 og 9 i kapittelet om befolkningssammensetning, ser vi at antall personer over 80 år vil dobles i våre kommuner fram mot 2040, med unntak av Marker kommune som har en noe saktere utvikling. Det er derfor viktig at kommunene allerede nå vurderer det fremtidige tjenestebehovet.

De fleste eldre vil ha mange aktive og gode år foran seg. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn viser til at vi i større grad må rette oppmerksomheten mot den økende andelen friske eldre, de som er på vei ut av arbeidslivet og som kan ha mange gode og funksjonsfriske år foran seg. Den demografiske utviklingen vil derfor også kreve bevisst planlegging av kommunene for et mer aldersvennlig samfunn, slik at eldre kan bo hjemme og være selvhjulpne lengst mulig. Det er bra for den enkelte, og det er bra for samfunnet. (Helsedirektoratet).

9.7 Demens

Demens skyldes sykdom, og er ikke en naturlig del av det å bli eldre. Det finnes ingen sikre tall på forekomsten av demens i Norge. Folkehelseinstituttet regner med at antallet personer med demens ligger et sted mellom 80 000 og 104 000. I perioden 2017 til 2021 anslår instituttet at en drøy fjerdedel av kullene som fyller 60 år blir demenssyke i løpet av sin gjenstående levetid.

Kjønn	Alder							
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	60+
Menn	1.4	2.3	3.7	6.3	10.6	17.4	33.4	
Kvinner	1.9	3.0	5.0	8.6	14.8	24.7	48.3	
Alle	1.6	2.6	4.3	7.4	12.9	21.7	43.1	7.3

Tabell 81. Demensutbredelse i vest-Europa. Prosentandel som blir rammet av demens. Kilde: Folkehelseinstituttet 2018.

Som det fremgår av tabell 81, er det flere kvinner enn menn i vest-Europa som blir rammet av demens. Tabellen viser at det prosentvise kvinnelige flertallet stiger etter hvert som alderen blir høyere.

I Folkehelseinstituttets sykdomsbyrderapport fra 2016 er tapte leveår per 100 000 innbyggere på grunn av demens beregnet til 355 år. Det svarer til 18 400 tapte leveår i den norske befolkningen hvert år. Til sammenlikning gir kreft og hjerte- og karsykdommer henholdsvis 2 744 og 1 914 tapte leveår per 100 000 innbyggere.

Vi vet en del om forhold som beskytter eller gir økt risiko for demens. Personer med lav utdannelse og de som er enslige eller skilt har høyere risiko enn gifte og samboende og de med høyere utdannelse. En sunn livsstil og et godt sosialt nettverk beskytter mot demensrisiko.

Kognitiv svikt og demens medfører utstrakt bruk av helse- og omsorgstjenester og vil utgjøre en økende samfunnsutfordring i årene fremover. Det er viktig å utrede tjenestebehovet for både personer med demens og deres pårørende, samt effektivisere bruken av tjenestene.

(Folkehelseinstituttet)

9.8 Psykisk helse

9.8.1 Opplevelse av egen psykisk helse

Flere spørsmål fra undersøkelsen Østfold helseprofil beskriver hvordan man selv opplever egen livssituasjon på områder som påvirker psykisk helse:

- «Følt deg redd eller engstelig siste uken»
- «Man kan stole på de fleste mennesker»
- «Søvnproblemer siste uken»
- «Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden siste uken»

	Føler seg redd eller engstelig i stor grad	Kan stole på andre mennesker	Søvnplager	Følelse av håpløshet
Askim	6,9	68,0	17,3	9,4
Eidsberg	5,3	70,8	10,8	8,0
Hobøl	5,5	72,7	13,1	8,7
Marker	3,5	70,7	12,7	7,7
Spydeberg	3,8	73,1	11,3	6,3
Trøgstad	3,6	73,7	12,0	6,7

Tabell 82. Tabellen viser andel i prosent som har svart at de er veldig eller ganske mye plaget, eller at de er helt eller delvis enige («Kan stole på andre mennesker»). Kilde: Østfold helseprofil 2011 – 2012.

Sammenliknet med de andre kommunene i indre Østfold var det størst andel i Askim som følte seg redd eller engstelig, som hadde søvnproblemer, som følte håpløshet, og færrest som mente man kunne stole på andre mennesker. Det er ikke svært store forskjeller, men det er et helhetlig preg på svarene, der Askim ikke kommer godt ut. På spørsmålet om man kan stole på andre mennesker, var det i aldersgruppen 18 – 29 år i Askim bare 45,5 % som svarte bekreftende på dette. Dette var den klart laveste andelen i alle kommuner og aldersgrupper i Østfold.

9.8.2 Psykiske helseplager

	Landet	Østfold	Askim	Eids-berg	Hobøl	Marker 2014-tall	Spyde-berg	Trøgstad
Ungdomsskole	13	12	11	15	7	17	17	9

Tabell 83. Prosentandel av ungdomsskoleelever som er mye plaget av depressive symptomer. Kilde: Ungdata.

En ganske stor andel av ungdommen svarer at de har psykiske plager på ulik måte. Slike følelser vil selvfølgelig iblant være en del av tilværelsen for mange, men de svarer her at de har opplevde dette i stor grad siste uken før de besvarte spørreundersøkelsen. Tabellen viser forholdsvis store variasjoner mellom kommunene i indre Østfold.

For de fleste er symptomer på psykiske lidelser forbigående, men for noen blir de varige. Om psykiske problemer øker blant unge, gir forskningen ingen entydige svar på. Det er likevel flere studier som tyder på en økning i depressive symptomer blant jenter. Det har dessuten vært en klar økning i angst- og depresjonslidelser som begrunnelse for uføretrygd blant unge. Generelt er depresjon og angst de vanligste plagene blant ungdom. Jenter er mer plaget og oppsøker oftere hjelp enn gutter. Konfliktfylte forhold i hjemmet og liten grad av sosial støtte øker risikoen for slike lidelser. Flere undersøkelser viser også en klar sammenheng mellom mobbing og dårlig psykisk helse (Ungdata 2015).

9.8.3 Kontakt med fastlege / legevakt for psykiske plager

	2013 - 2015		2014 - 2016	
	Årlig antall	Forholdstall	Årlig antall	Forholdstall
Norge	693 022	100	718 282	100
Østfold	43 853	114	45 096	113
Askim	2 488	118	2 609	120
Eidsberg	1 617	106	1 662	106
Hobøl	890	124	910	121
Marker	525	110	512	105
Spydeberg	870	114	914	116
Trøgstad	795	110	812	110

Tabell 84. Tabellen viser antall personer med alder 0-74 år som har vært i kontakt med fastlege / legevakt i løpet av et år for psykiske symptomer og lidelser. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank.

Det er klart flere i Hobøl og Askim som kontakter fastlegen for psykiske plager enn sammenliknet med Østfold og de andre kommunene i indre Østfold. For Askim har det også vært en økning i tidsperioden. 2013-2016. Selv om Hobøl ligger høyest, er de sammen med Marker de to eneste kommunene som har hatt en nedgang i tidsperioden.

9.9 Legemiddelbruk

Alle typer legemidler	2014 - 2016		2015 - 2017	
	Årlig antall	Forholdstall	Årlig antall	Forholdstall
Norge	3 229 780	100	3 270 237	100
Østfold	187 589	104	189 998	104
Askim	10 422	106	10 444	105
Eidsberg	7 365	104	7 337	103
Hobøl	3 488	103	3 547	102
Marker	2 425	109	2 398	107
Spydeberg	3 794	106	3 837	106
Trøgstad	3 480	103	3 462	103

Tabell 85. Årlig antall brukere av legemidler som er utlevert på resept. Gjelder personer 0-74 år. Gjennomsnittlig antall pr. år for periodene. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank.

Tabellen over gjelder personer i aldersgruppa 0-74 år som i løpet av året har hentet ut minst én resept i apotek. Den viser 3 års glidende gjennomsnitt, det vil si gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel, telles vedkommende bare én gang.

Sammenholder vi 2015-2017- delen av tabellen over med tallene i tabell 1, finner vi at 64 % av alle nordmenn i denne aldersgruppen har fått utlevert medisiner på resept én eller flere ganger i løpet av et år. Av forholdstallene i tabellen over ser vi at både Østfold og alle våre seks kommuner ligger over landsgjennomsnittet. Marker ligger høyest, og regner man om i prosent, er det 71,6 % av innbyggerne der mellom 0 og 74 år som har fått utlevert medisiner på resept i løpet av et år.

Legemidler er blitt noe vi nesten alle bruker. Antallet som har fått utlevert medisin på resept, har økt både i landet fylket. Eidsberg, Marker og Trøgstad har hatt en liten reduksjon i antall, mens Askim, Hobøl og Spydeberg har hatt en økning. Økningen er likevel ikke større enn svarende til befolkningsveksten.

Antibiotika	2015		2016		2017	
	Årlig antall	Forholdstall	Årlig antall	Forholdstall	Årlig antall	Forholdstall
Norge	1 878 169	100	1 798 864	100	1 713 732	100
Østfold	120 887	114	116 662	115	111 337	115
Askim	6 889	120	6 614	120	5 955	114
Eidsberg	4 985	120	4 869	123	4 369	117
Hobøl	2 231	115	2 196	117	1 990	110
Marker	1 634	120	1 567	121	1 525	126
Spydeberg	2 631	125	2 615	130	2 318	120
Trøgstad	2 304	118	2 209	119	1 948	110

Tabell 86. Totalt antall antibiotikaresepter pr. år. Kilde. Kommunehelsa statistikkbank.

Alle kommunene i indre Østfold bruker mer antibiotika enn gjennomsnittet for landet. Det er viktig at vi har en begrenset og riktig bruk av antibiotika, og det er gledelig å se at de aller fleste av våre kommuner har hatt en reduksjon av bruken i 2017 sammenliknet med 2016.

Alle kommunene i indre Østfold følger samme mønster: kvinner bruker mer antibiotika enn menn. En viktig årsak er at kvinner fra ca. 20 års alder har 100 ganger så stor risiko som menn for å få urinveisinfeksjoner. I tillegg blir kvinner oftere smittet av egne barn i barnehage og skole.

I Norge har vi en nasjonal handlingsplan for å redusere forbruket av antibiotika med minst 30% fra 2015 – 2020. Helsemyndighetene ønsker å redusere antibiotikabruken på grunn av økende problem med resistente bakterier. 87 % av all antibiotikabruk i Norge går til mennesker, og fastlegene foreskriver 85 % av dette. Det er derfor viktig å vurdere omfanget av foreskrivning og bruk av antibiotika i kommunene, og arbeide systematisk for å redusere mengden som brukes. Dette kan det se ut til at våre kommuner er i ferd med å lykkes med, og det er viktig å følge med på denne utviklingen.

Midler mot psykiske lidelser 2015-2017	Midler mot psykiske lidelser totalt		Antipsykotika		Antidepressiva		Sovemidler og beroligende midler	
	Antall	For-holds-tall	Antall	For-holds-tall	Antall	For-holds-tall	Antall	For-holds-tall
Norge	340 709	100	104 638	100	280 304	100	449 251	100
Østfold	25 303	130	7 547	128	21 105	132	30 673	117
Askim	1 465	139	518	162	1 202	138	1 757	124
Eidsberg	981	130	305	132	803	129	1 069	105
Hobøl	457	126	135	121	376	126	562	119
Marker	322	133	102	139	270	135	365	108
Spydeberg	506	132	128	110	435	138	602	116
Trøgstad	440	122	139	127	366	123	550	113

Tabell 87. Tabellen viser årlig antall brukere i aldersgruppen 0-74 år av medikamenter ved psykiske lidelser totalt, og fordelt på medikamenter for ulike typer psykiske lidelser for 3-årsperioden 2015-2017. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank.

Østfold fylke har et større forbruk av legemidler ved psykiske lidelser enn gjennomsnittet for landet, og dette gjelder for alle typer slike legemidler. For de fleste gruppene legemidler for psykiske lidelser er Østfold det fylket der det brukes mest. Alle våre kommuner har et høyt forbruk av slike legemidler. Askim peker seg spesielt ut når det gjelder antipsykotika, med 62 prosent flere brukere enn gjennomsnittet for landet. Askim er den kommunen i Østfold som har størst andel brukere innen nesten alle typer legemidler for psykiske lidelser. Eidsberg og Marker har et relativt lavt forbruk av sovemidler og beroligende midler, sett i forhold til landsgjennomsnittet.

En del medieoppslag har skapt inntrykk av at leger i svært stor grad behandler depresjon hos unge jenter med antidepressiva som eneste behandling. Folkehelseinstituttet peker på at dette ikke er tilfelle, og at de fleste ungdommer ikke får antidepressiva ved første gangs depresjon. Økningen i bruk av antidepressiva, særlig blant unge jenter, ser hovedsaklig ut til å skyldes at flere jenter går til lege og blir diagnostisert med depresjon.

10 Kildeoversikt

1. Arbeids- og inkluderingsdepartementet
2. Askim kommune
3. Askim videregående skole
4. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)
5. Den europeiske skoleundersøkelsen (ESPAD)
6. Den norske mor og barn- undersøkelsen (MoBa)
7. Eidsberg kommune
8. FN-sambandet
9. Folkehelseinstituttet
10. Folkehelseprofilene 2018
11. Frelsesarméen, Askim
12. Frisklivssentralen Askim
13. Frisklivssentralen Spydeberg
14. Frivillighet Norge
15. Frivilligsentralen, Askim
16. Frivilligsentralen, Eidsberg
17. Frivilligsentralen, Trøgstad
18. Helse- og omsorgsdepartementet
19. Helsedirektoratet
20. Hobøl kommune
21. Home Start, Trøgstad
22. Indre Østfold medisinske kompetansesenter IKS
23. Indre Østfold politistasjon
24. Kommunal- og moderniseringsdepartementet
25. Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA)
26. Kommunehelsa statistikkbank
27. Kommunenes sentralforbund (KS)
28. Kommuneprofilen
29. Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging
30. Kreftregisteret
31. Kunnskapsdepartementet
32. Marker kommune
33. Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)
34. Miljødirektoratet
35. Mysen videregående skole
36. NAV
37. Norges Idrettshøgskole
38. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)
39. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)
40. Norwegian Epidemiologic Osteoporosis Studies (NOREPOS)
41. OECD Health at a Glance 2011
42. Politiet
43. Regjeringen
44. Spydeberg kommune
45. Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)

46. Statens Barnehus
47. Statens beredning för medicinsk och sosial utvärdering
48. Statens strålevern
49. Statens vegvesen
50. Statistisk sentralbyrå (SSB)
51. Sykehuset Østfold
52. Telemarksforsking
53. Trivselsprogrammet
54. Trygg Trafikk
55. Trøgstad kommune
56. Ungdataundersøkelsen
57. Universitetet i Tromsø
58. Utdanningsdirektoratet
59. Østfold fylkeskommune
60. Østfold helseprofil 2011-2012
61. Østfoldhelsa