



Folkehelseprofil 2019-2022

Kunnskapsgrunnlag



Sola
kommune

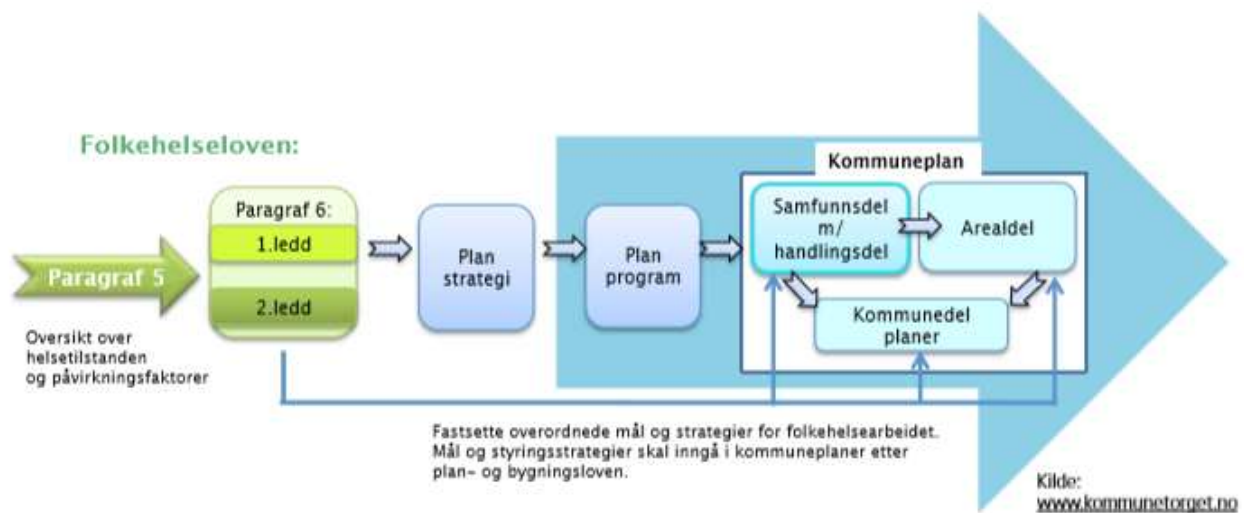
Innhold

Innledning.....	3
Definisjoner.....	4
Kapittel 1 Befolkningssammensetning	5
Kapittel 2 Oppvekst og levekår	10
2.1 Økonomiske forhold	11
2.2 Utdanning	17
2.3 Arbeidsforhold	18
2.4 Barnehage og helsestasjon	22
2.4.1 Barnehage.....	22
2.4.2 Helsestasjon.....	23
2.5 Skoler	25
2.6 Frafall fra videregående skole.....	29
Kapittel 3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....	30
3.1 Støy.....	31
3.2 Luftforurensning	32
3.3 Drikkevann	32
3.4 Sosialt miljø	32
3.5 Tilgang på rekreasjonsområder	34
3.6 Valgdeltakelse	36
Kapittel 4 Skader og ulykker.....	37
4.1 Skader behandlet i sykehus	38
4.2 Trafikkulykker	39
Kapittel 5 Helserelatert atferd	41
5.1 Fysisk aktivitet	42
5.2 Alkohol og illegale rusmidler.....	43
5.3 Røyking	45
5.4 Vaksinasjonsdekning mot meslinger.....	47
5.5 Bruk av antibiotika.....	48
Kapittel 6 Helsetilstand	49
6.1 Forventet levealder	50
6.2 Andel ungdomsskoleelever som er fornøyd med egen helse	52
6.3 Unge med psykiske symptomer og lidelser.....	52
6.4 Overvekt og fedme	55
6.5 Hjerte og karsykdommer	56
6.6 Brukere av legemiddel mot diabetes type 2.....	58
6.7 Nye krefttilfeller årlig	59
6.8 Tannhelse	60

Innledning

God folkehelse skapes gjennom god samfunnsutvikling. Det er en rekke forhold som påvirker helsen til innbyggerne, som bosted, arbeid, fysisk og sosialt miljø. «Helse i alt vi gjør» er essensen i folkehelseloven. Det betyr at kommunal planlegging skal ha et tydelig helseperspektiv.

Dette dokumentet presenterer informasjon om folkehelsestilstanden i Sola, med bakgrunn i kravene i Lov om folkehelsearbeid og Forskrift om oversikt over folkehelsen. Dokumentet er skrevet for å kunne fungere som et oppslagsverk mer enn for å lese fra perm til perm. Hvilken informasjon som presenteres avhenger i stor grad av hva slags datamateriale som er tilgjengelig.



Oversikten revideres hvert 4. år og inngår som grunnlag for arbeidet med kommunen sin planstrategi. Oversikten bygger på følgende:

- Statistikk fra nasjonale og regionale myndigheter
- Kunnskap og erfaringer fra kommunale helse og omsorgstjenester
- Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn

Folkehelseprofil 2019-2022, består av to dokument, dette kunnskapsgrunnlag som er ment å brukes som et oppslagsverk, og Folkehelseprofil 2019-2022 Drøftingsnotat, som redegjør for hva som er positivt i Sola kommune og hvilke utfordringer vi har, og er ment som et konkret innspill til utarbeidelse av overordnede kommunale styringsdokument, både kommuneplan og i kommende økonomiplanprosesser.

Definisjoner

Folkehelse oppfattes gjerne som et vidt begrep, da det omfatter et bredt spekter av samfunnsmessige forhold. Folkehelseloven stiller tydelige krav til kommunens oversiktsarbeid, og det er derfor tatt utgangspunkt i lovens definisjon:

Folkehelse: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.

Folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forbygger psykiske og somatisk sykdom, skader eller lidelser, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Helsetilstand: befolkningens helse målt ved ulike indikatorer, for eksempel risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær o.l. Helsetilstand er et resultat av sammensatte årsaker, fra samfunnsforhold og levekår til individuelle risikofaktorer.

Påvirkningsfaktorer: består av kjente forhold som virker inn på helsen. Påvirkningsfaktorer omfatter både helsefremmede og forebyggende faktorer, og risikofaktorer. Påvirkningsfaktorer representerer en stor bredde, og er ofte knyttet til samfunnsforhold, levekår og miljø.

Sosial ulikhet i helse: helseforskjeller som varierer systematisk langs sosiale dimensjoner. Statistisk sett er det slik at for hvert steg man beveger seg oppover den sosialøkonomiske stige, jo bedre helse. Sosial ulikhet i helse kan beskrives som en skala (gradient) basert på utdanning, inntekt, arbeidsforhold og generelle samfunnstrekk. Utdanning er av særlig betydning. De mest effektive tiltakene mot sosial ulikhet retter seg mot hele befolkningen (sosial utjevning), og bør kombineres med mer målrettede tiltak overfor de mest utsatte gruppene. Dette skjer både gjennom overordnet samfunnsplanlegging og god tjenesteyting.

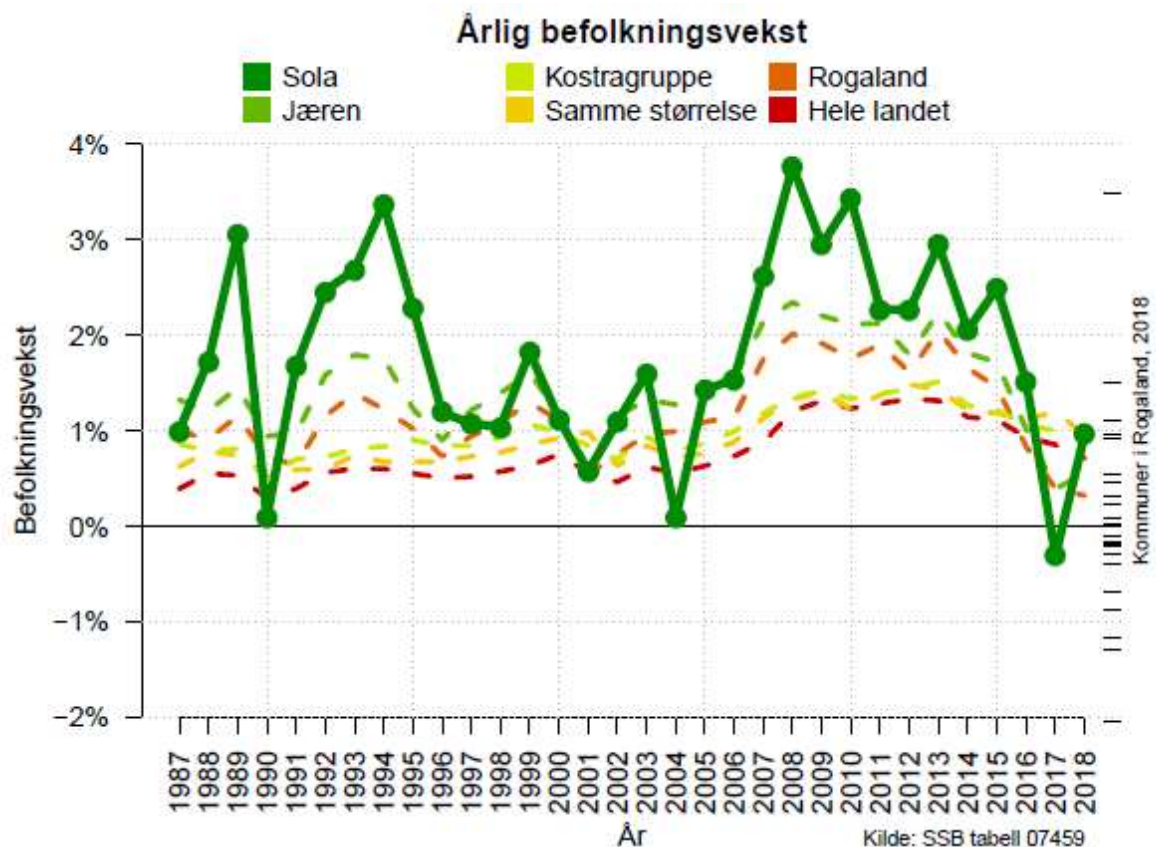
En viktig huskeregel i folkehelsearbeidet er 90/10 regelen:

Bare 10% av folks helseproblemer kan helsetjenesten gjøre noe med. 90% må løses utenfor helsetjenesten. Det vil si at tiltak under helsetjenestenes ansvarsområde bare bidrar med 10% av det som skal til for å opprettholde befolkningens helsetilstand. Resten skyldes beslutninger som ligger i andre samfunnssektorer.

Kapittel 1

Befolkningssammensetning

Befolkningssammensetning kan fortelle noe om helsetilstanden i en kommune. En eldre befolkning vil ha dårligere helse enn en ung befolkning. En får normalt flere sykdommer og helsen skranter mer jo eldre en blir. Dette gjelder selvsagt ikke alle eldre, men flertallet eldre sammenlignet med den yngre befolkningen. Av samme årsak vil flere innbyggere i slutten av sin arbeidsføre alder motta uføretrygd sammenlignet med de yngre. Kunnskap om befolkningssammensetning er altså viktig som bakenforliggende faktorer for å forklare andre helsefaktorer. Kunnskap om befolkningsutvikling er viktig for å kunne gjøre gode strategiske veivalg for en kommune.

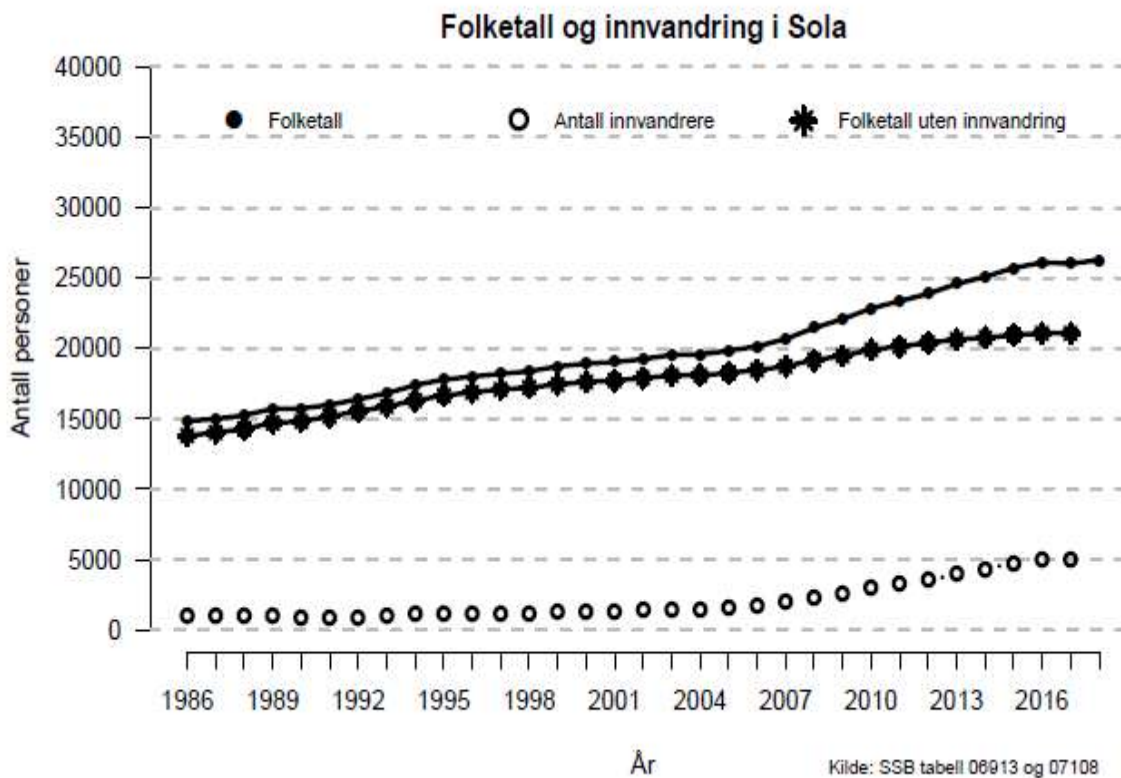


Figur 1: Årlig befolkningsvekst. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

Befolkningsveksten sier ikke så mye om folkehelse i seg selv, men den kan gi mye indirekte informasjon. Det er ofte unge voksne som flytter på seg, og kommuner med lav eller negativ befolkningsvekst opplever ofte at det er flere unge i reproduktiv alder som flytter ut enn inn. Dette bidrar til at andelen eldre i forhold til unge stiger, noe som i seg selv bidrar til å svekke helsetilstanden i kommunen – fordi eldre personer statistisk sett har flere helseproblemer enn yngre.

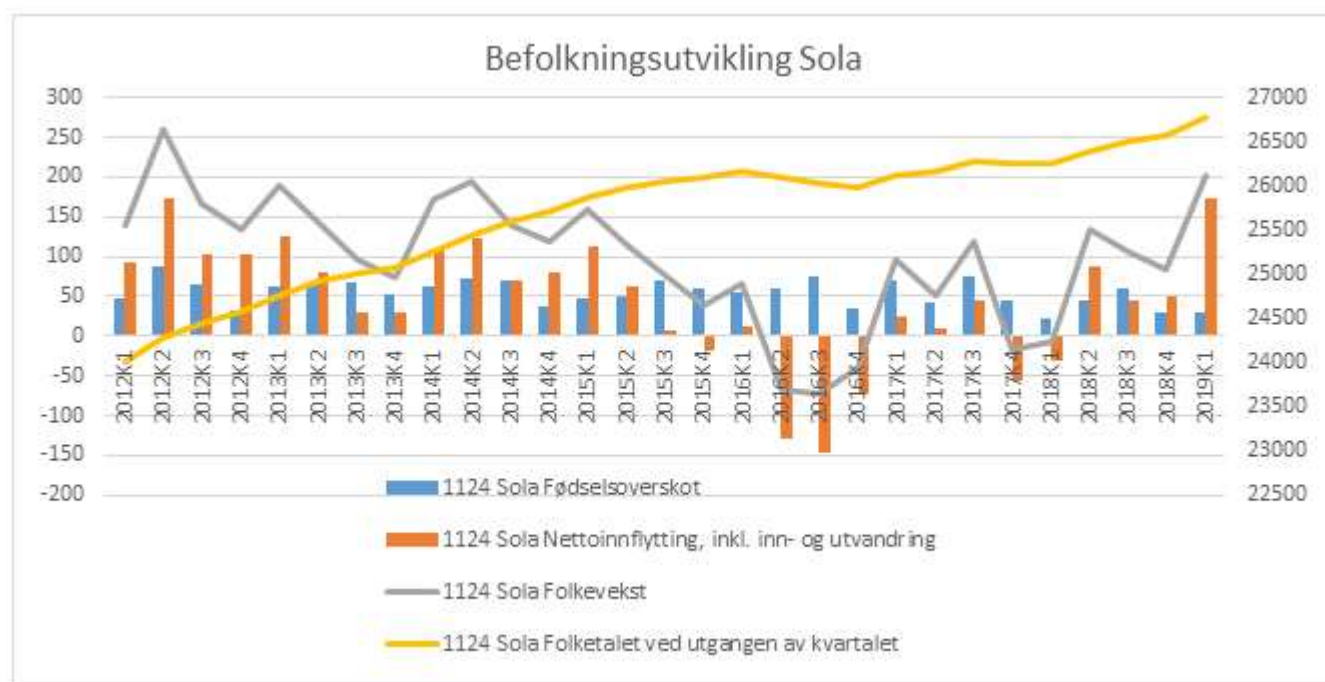
Svak befolkningsvekst kan i mange tilfeller leses som et symptom på et begrenset arbeidsmarked, noe som også kan være negativt på folkehelsen

For en del kommuner har innvandring en betydelig effekt på folketallet. Figuren under illustrer utvikling i folketall, antall innvandrere, og hvordan folketallet ville sett ut uten innvandrere.



Figur 2: Folketall og innvandring i Sola. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune.

Figuren nedenfor viser befolkningsutviklingen, samt hvordan fødselsoverskudd (antall fødte minus antall døde), netto innflytting og netto innvandring bidrar til utviklingen.



Figur 3: Befolkningsutvikling i Sola. Kilde: SSB .

Befolkningsframskriving



Andel av befolkningen i Sola etter alder. Hovedalternativet 2016, 2026 og 2035

Figur 4: Befolkningsframskriving. Kilde: SSB.

Befolkningsframskriving kan tjene mange formål og fungere som et nyttig instrument for planlegging i kommunen. Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre betyr at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester.

Sola kommune har en ung befolkning, men befolkningsframskrivingene viser at befolkningssammensetningen vil endre seg i løpet av de kommende årene. Andelen eldre over 80 år vil øke jevnt i årene frem mot 2035. Det gir en nedgang i andel personer i yrkesaktiv alder i forhold til andel utenfor yrkesaktiv alder.

Befolkningsutviklingen i Sola har de siste tiårene vært preget av en betydelig vekst, men veksten har stagnert vesentlig de senere årene. Tallene for 2018, og for 1. kvartal 2019, tyder imidlertid på at bunnen er nådd, og at pilene har begynt å peke .oppover igjen.

Resultatet av årets befolkningsframskrivninger (mellomalternativet – hoved) viser at forventningene om vekst kommer tidligere og kraftigere enn hva som ble antatt i kommunens egne befolkningsframskrivninger for 2018. Veksten øker gradvis mot 2024, før den deretter gradvis avtar frem mot 2040. Veksten opp mot 2024, og den gradvis avtagende veksten frem mot 2024 er basert på informasjon fra SSBs befolkningsframskriving fra 2018. Veksten i mellomalternativet er betraktelig høyere enn SSBs høy-alternativ, men mellom-alternativet følger samme kurve. Selv med en avtagende befolkningsvekst etter 2024 forventes det imidlertid fortsatt befolkningsøkning i hele framskrivingsperioden, i snitt 1,7% per år.

Kommunen vil passere 30 000 innbyggere i løpet av 2025 og 35 000 innbyggere i løpet av 2035. Levealderen stiger, og dette gjør at andelen 60 år+ øker med 4,6% i løpet av perioden, mens andelen barn og unge synker med 2,5 % i løpet av perioden.

Kapittel 2

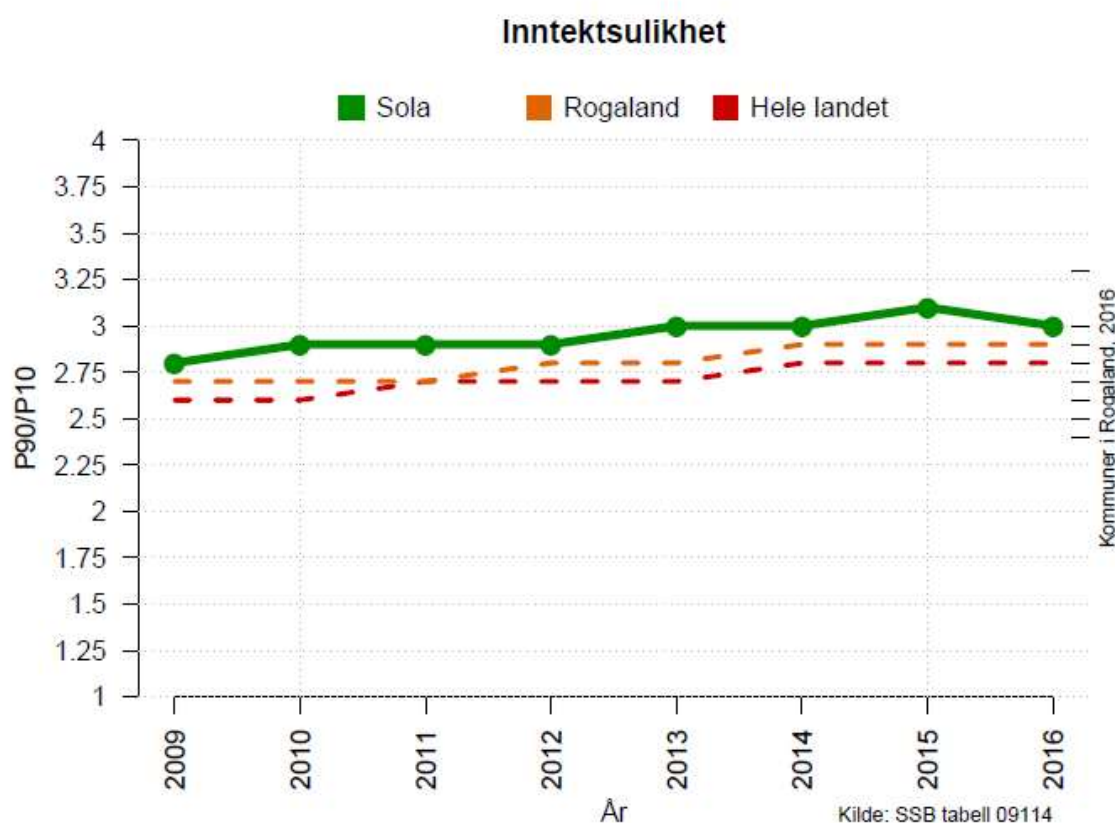
Oppvekst og levekår

Oppvekstvilkårene våre har stor betydning for helse og trivsel både her og nå og i et langsiktig perspektiv. Det er en tydelig sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse. Den sosiale ulikheten i helse gir seg utslag i økt forekomst av de vanligste kroniske sykdommene, redusert levealder og redusert livskvalitet.

2.1 Økonomiske forhold

Inntekt og økonomi er to grunnleggende faktorer som har betydning for helsen, forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Levekår har stor betydning for motivasjon og evne til å opprettholde gode levevaner som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk og andre rusmidler. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og tidlig død. I tillegg har det å vokse opp i familier som over tid har lav inntekt stor betydning for barns helse og velferd.

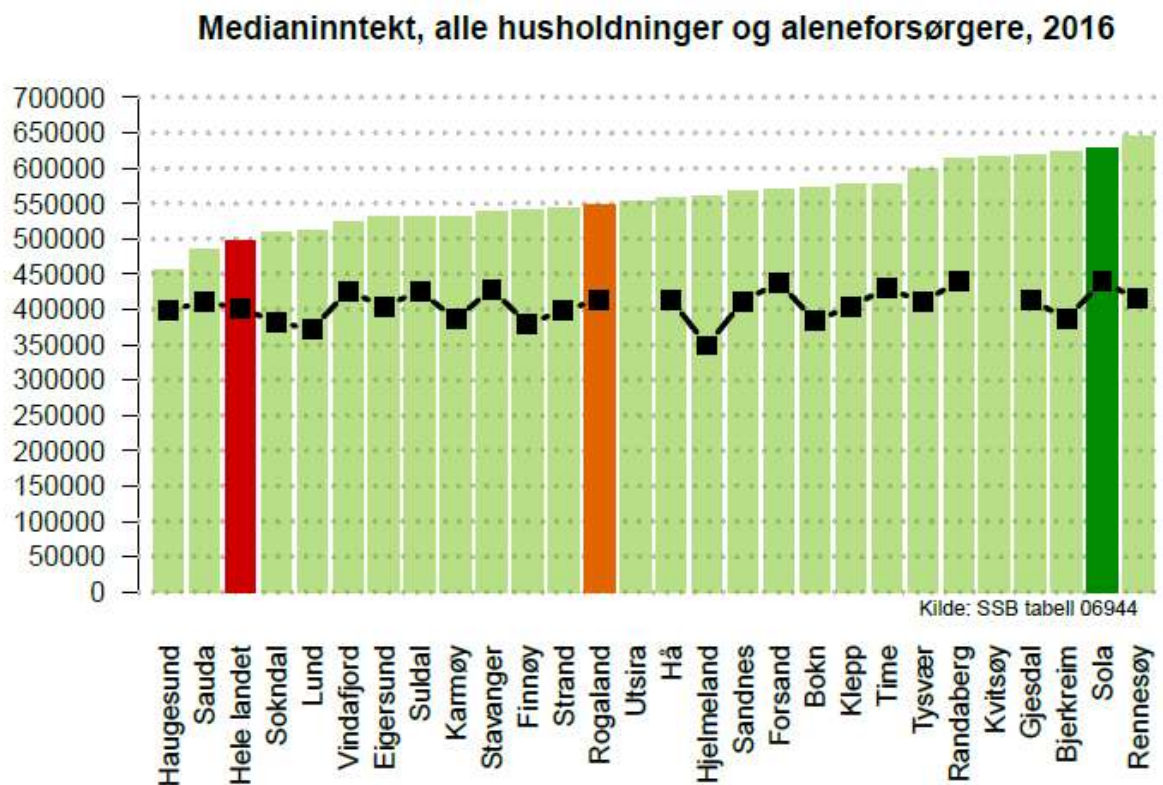
Stor inntektsulikhet i en kommune kan være en pekepinn på at det også er store sosiale helseforskjeller i kommunen. De siste 30 årene har alle inntektsgrupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.



Figur 5: Inntektsulikhet Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune.

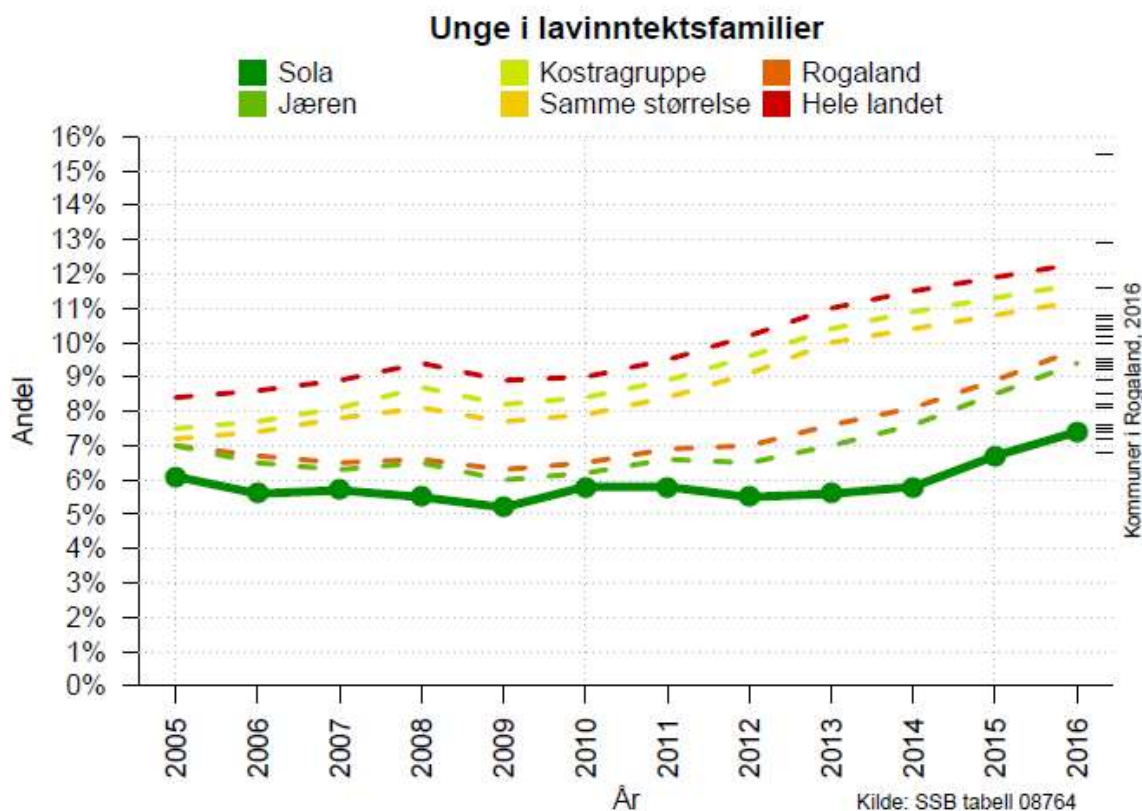
Inntektsulikhet: inntekter som er ti prosentpoeng fra toppen, delt på inntekten som er ti prosentpoeng fra bunnen. Dette er en indikator som er lite følsom for endringer, så selv ganske små forandringer i nivået bør tas på alvor.

Det kan være nyttig å vite hvordan Sola kommune ligger an i forhold til den nasjonale medianen. Vi tar derfor med en oversikt over medianinntekt i kommunene i Rogaland og landstotalen. Figuren illustrerer medianinntekt for alle husholdninger, og for aleneforsørgere med barn/ungdom i alderen 0-17 år (sort linje). Her ser vi tydelig hvordan inntektsgapet mellom kommunal median og aleneforsørgeres inntekt er større i kommuner med høyt inntektsnivå. Det er viktig være oppmerksom på denne problemstillingen i forhold til sosiale forskjeller – den relative fattigdommen blir større i de kommunene hvor avstanden er stor.



Figur 6: Medianinntekt, alle husholdninger og aleneforsørgere , 2016 Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune.

Figurene illustrerer medianinntekt for alle husholdninger, og for aleneforsørgere med barn/ungdom i alderen 0-17 år (sort linje). Her ser vi tydelig hvordan inntektsgapet mellom kommunal medianinntekt og aleneforsørgerens inntekter er større i kommuner med høyt inntektsnivå. Det er viktig å være oppmerksom på denne problemstillingen i forhold til sosiale forskjeller – den relative fattigdommen blir større i de kommunene hvor avstanden er stor. Vær obs på at variasjoner mellom kommune er kan skyldes både ulikt inntektsnivå og ulik sammensetning av husholdningstyper (kommuner med høyere andel enpersonshusholdninger har f.eks. en tendens til å ha lavere medianinntekt)

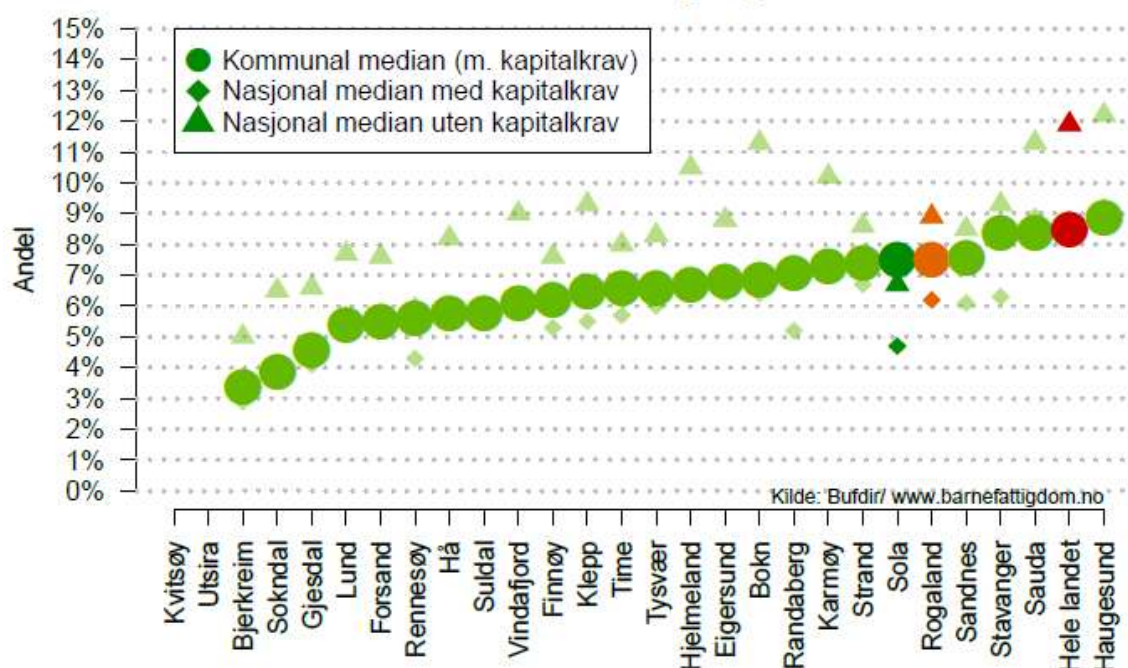


Figur 7: Unge i lavinntektsfamilier. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune.

Andelen personer under 18 år som bor i lavinntekstshusholdninger med inntekt som er lavere enn 60 prosent av den nasjonale medianen.

NB: Merk at medianinntekten i enkelte kommuner skiller seg betydelig fra nivået for landet totalt sett. Denne figuren bør derfor sees i sammenheng med den påfølgende, som baserer seg på kommunal i stedet for nasjonal median. Den har imidlertid en litt annen definisjon, som gjør at andelen fattige totalt sett blir lavere.

Barn og unge i lavinntektsfamilier i 2015, etter tre ulike beregningsmåter



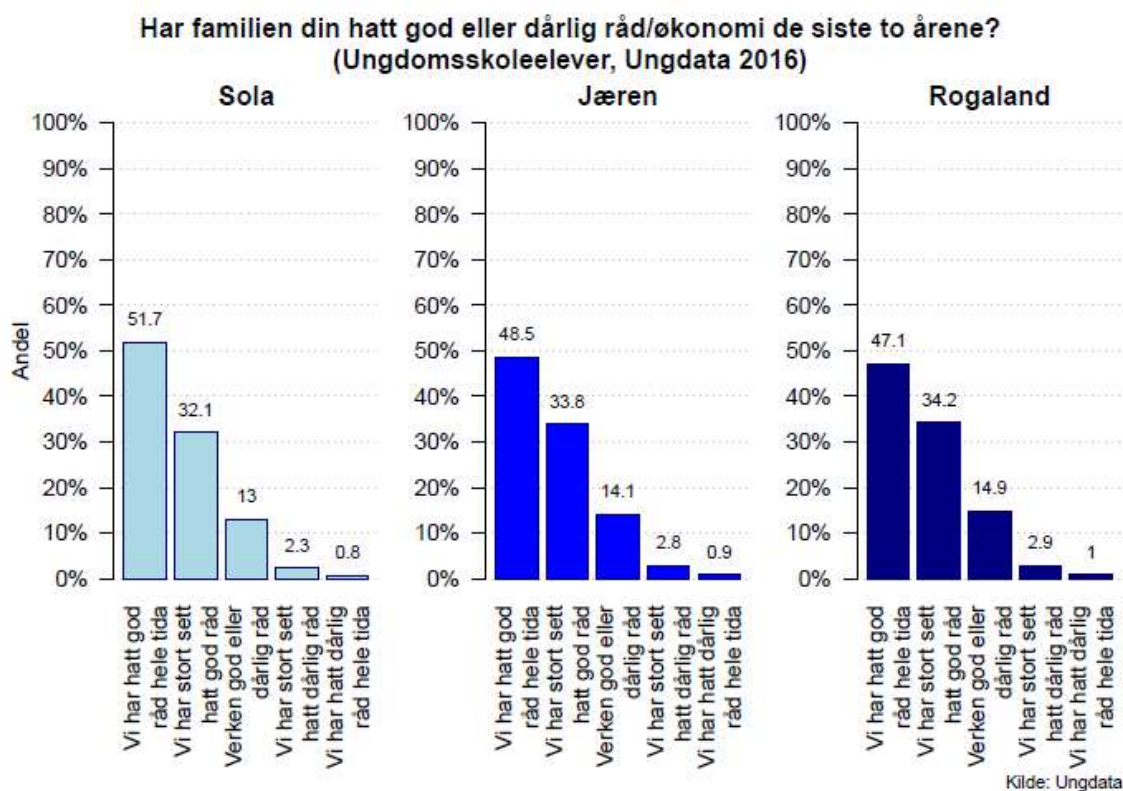
Figur 8: Barn og unge i lavinntektsfamilier i 2015, etter tre ulike beregningsmåter. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune.

De runde symbolene i figuren viser andel barn og unge som vokser opp i husholdninger hvor inntekten etter skatt er lavere enn 60 prosent av kommunenes medianinntekt, og husstanden har mindre enn 1G (89 502 kr i 2015) i brutto finanskapital (bankinnskudd, aksjer ol.) Kriteriet om begrenset finanskapital skiller disse dataene fra tallene i FHI's folkehelseprofiler (som ble brukt i forrige figur).

For å kunne sammenligne nivåene under de ulike definisjonene, vises i tillegg andelen beregnet fra nasjonal median med og uten kapitalkrav (hhv. ruter og trekant). Hvis rundingene har høyere nivåer enn ruterne, antyder dette at andelen unge i lavinntektsfamilier underestimeres når den nasjonale medianen brukes.

I Rogaland er rundingene i stor grad høyere enn ruterne, noe som viser at andelen lavinntektsfamilier blir høyere når en baserer seg på kommunal medianinntekt enn når den nasjonale medianen brukes. Samtidig ser vi at trekantene, som viser husholdninger med under 60 prosent av den nasjonale medianinntekten, uavhengig av egenkapitalen, i de fleste tilfeller har høyere nivåer enn de andre to målnivåene. Dette illustrerer at det er en del lavinntektsfamilier som har brutto finanskapital over 1G, og dermed utelates fra denne definisjonen.

For å belyse problematikken knyttet til lavinntekt bedre, tar vi med tallmateriale om opplevd inntektssituasjon for ungdomsskoleelever fra Ungdataundersøkelsen. En fordel med dette materialet er at det belyser hvordan ungdommer selv opplever det, men med den ulempen at det kun belyser ungdomsskoleelevenes situasjon, i motsetning til hele gruppen 0-17 år.

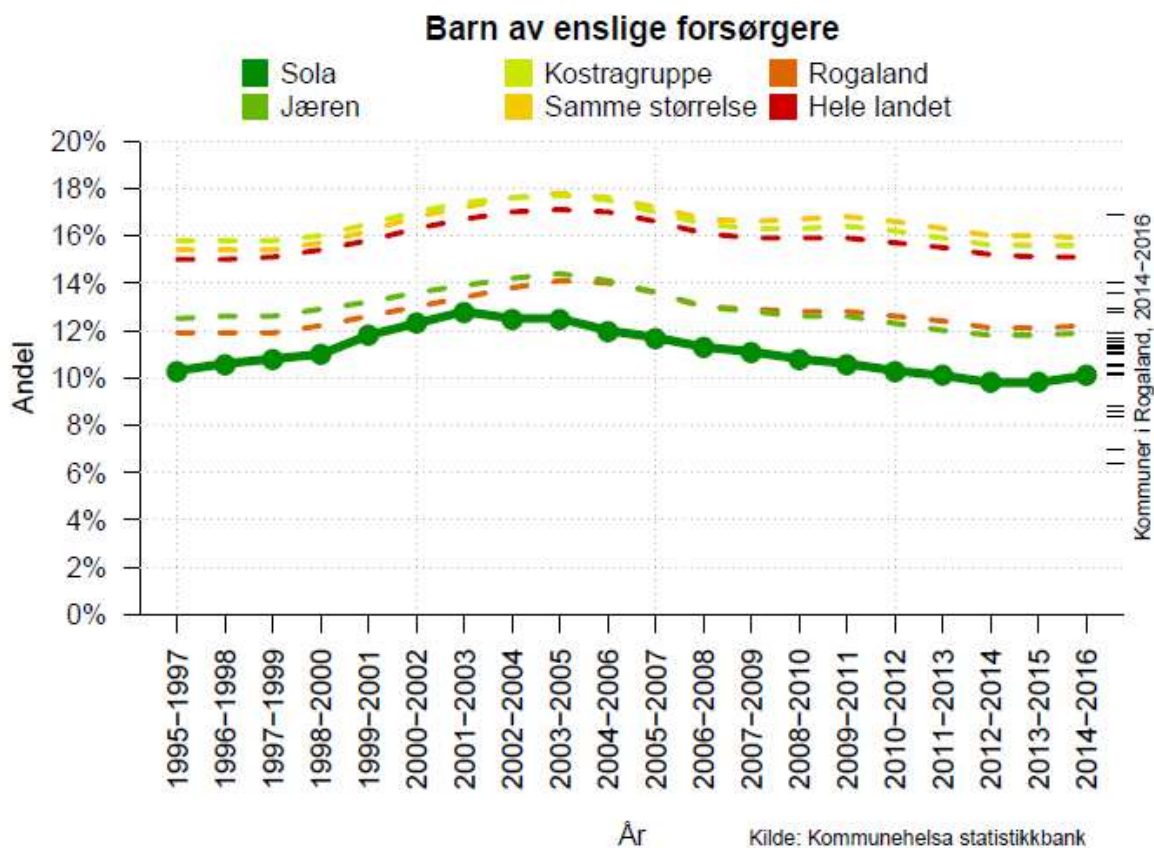


Figur 9: Opplevd inntektssituasjon hos elever i ungdomsskolen . Kilde: Ungdata 2016.

Barn av enslige forsørgere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Det kan være en del risikofaktorer knyttet til det å vokse opp med en ensligforsørger. Eneforsørgere kan ha mindre ressurser i form av dårligere økonomi og mindre tid til barna. Dette kan føre til at barna ikke kan delta i sosiale aktiviteter og at tiden med tilgang på en voksen er mindre. I tillegg er det økt forekomst av psykiske helseproblemer blant eneforsørgere, som videre kan virke inn på foreldre ferdigheter og dermed barna. Forhold mellom foreldre som ikke lever sammen kan være preget av økt konfliktnivå som kan gå ut over barna og føre til emosjonelle problemer og atferdsproblemer.

Likevel kan det 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.

Figuren under viser andelen barn/ungdom (0-17år) som bor sammen med mor eller far som er eneforsørgere.



Figur 10 : Barn av enslige forsørgere. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune.

I 2015 hadde familier i Rogaland med en forsørger snaut halvparten av inntektene til familier med to forsørgere (kilde: SSB, tabell 06944). Om en korrigerer for husholdningens størrelse og sammensetning, er enslige forsørgeres inntekt 25 prosent lavere enn den nasjonale medianen. De oppgir i betydelig større grad enn totalbefolkningen at det er vanskelig å få endene til å møtes, at de ikke kan håndtere en uforutsett utgift på 10 000 kroner, og at de ikke har råd til en ukes ferie i året.

Sola ligger over Rogaland og hele landet i grafen som viser inntektsulikhet. Samtidig ser vi at Sola har en av de høyeste medianinntektene i Rogaland, i figur 7 ser vi derfor at avstanden mellom medianinntekten til alle husholdninger og for aleneforsørgere er relativt stor. Figur 11 viser imidlertid at andelen enslige forsørgere i Sola er lavere enn de vi sammenligner oss med. Det samme gjelder unge i lavinntektsfamilier.

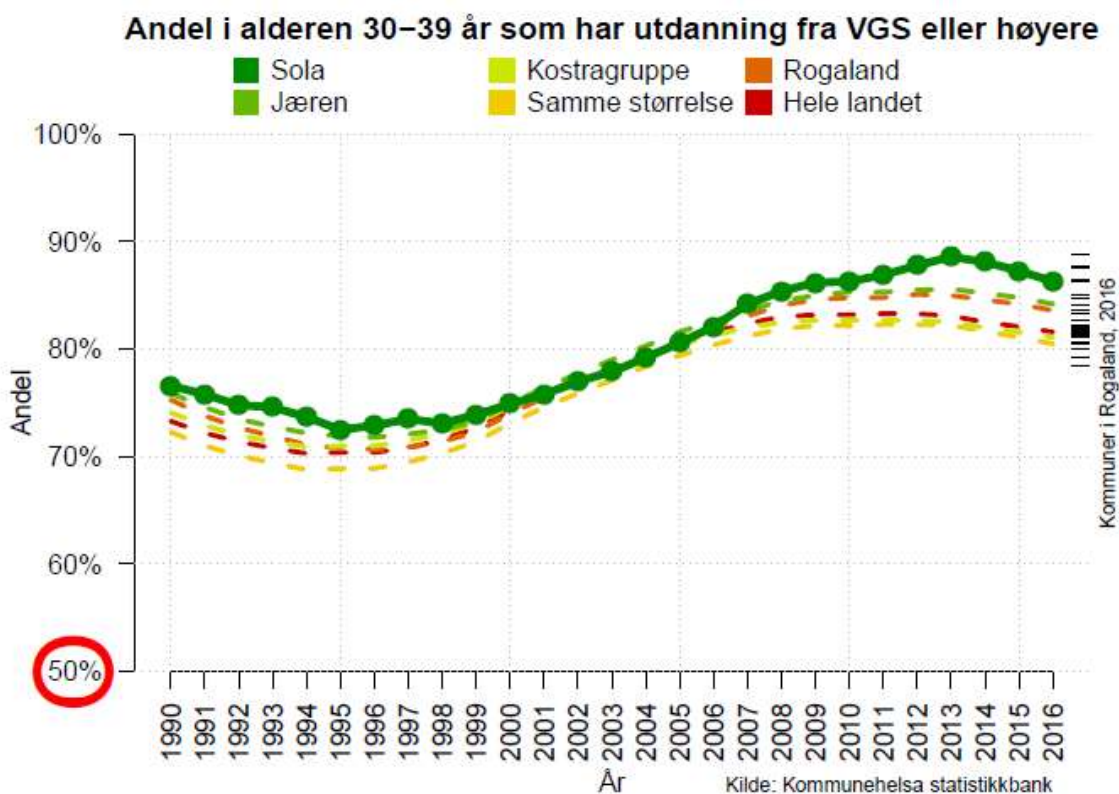
2.2 Utdanning

Det er en veldokumentert sammenheng mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse.

De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste 30 årene. Men helsegevinsten har vært størst for dem som allerede hadde den beste helsen – gruppen med lang utdanning, god inntekt og som lever i parforhold. Derfor har forskjellene i helse økt, særlig de siste ti årene.

Utdanningsnivå henger sammen med risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer: røyking, BMI, blodtrykk og kolesterol. Forskjellene er uavhengig av alder.

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

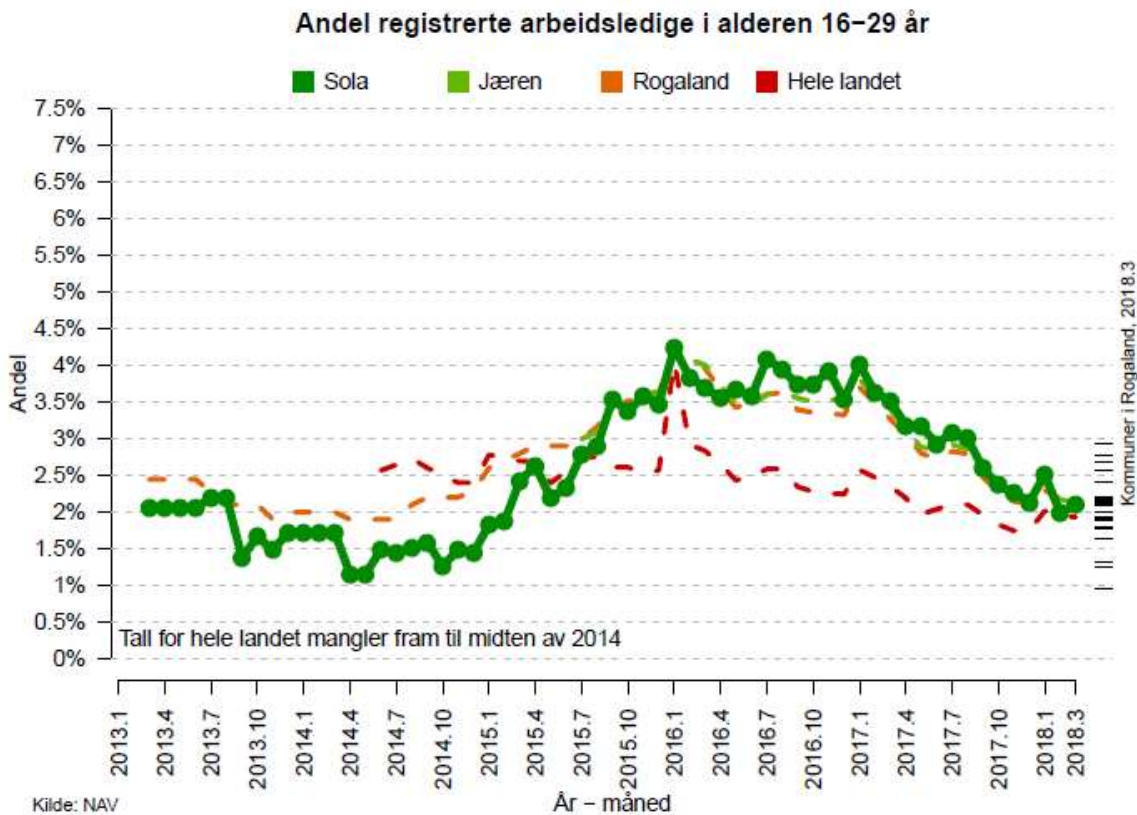


Figur 11: Andel i alderen 30-39 år som har utdanning fra VGS eller høyere. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune.

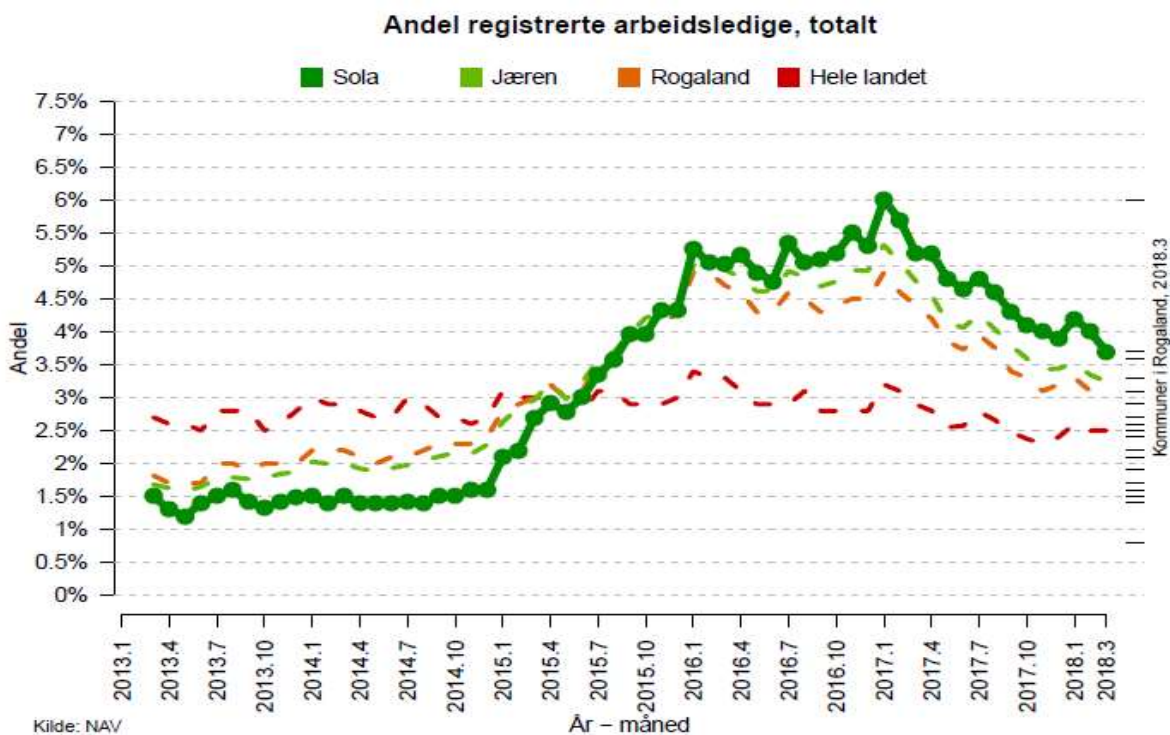
Sola har en noe høyere andel innbyggere med utdanning fra videregående skole eller høyere enn de vi sammenligner oss med.

2.3 Arbeidsforhold

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykiske helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid.

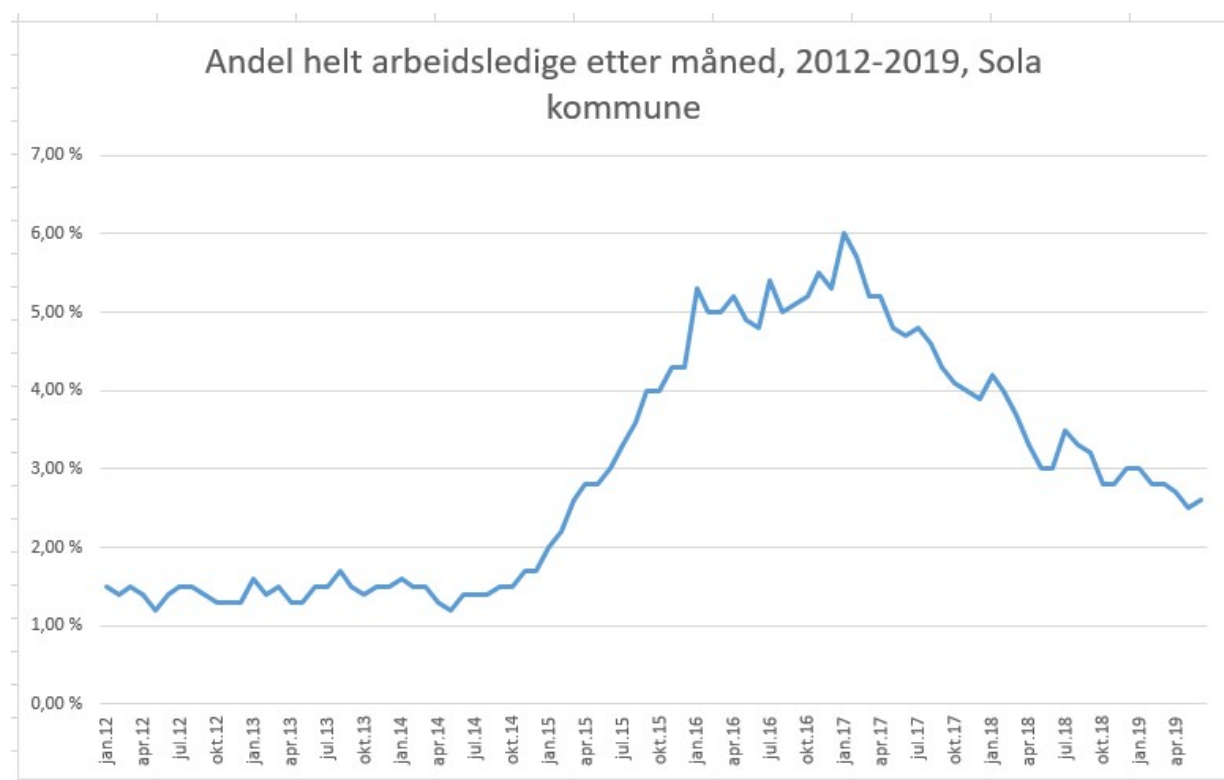


Figur 12: Andel registrerte arbeidsledige i alderen 16-29 år. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune.



Figur 13: Andel registrerte arbeidsledige totalt. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune.

Tabellene over går bare frem til mars 2018, de siste arbeidsledighetstallene viser en fortsatt positiv utvikling for Sola sin del. Per april 2019 ligger arbeidsledigheten i Sola på samme nivå som i 2015.

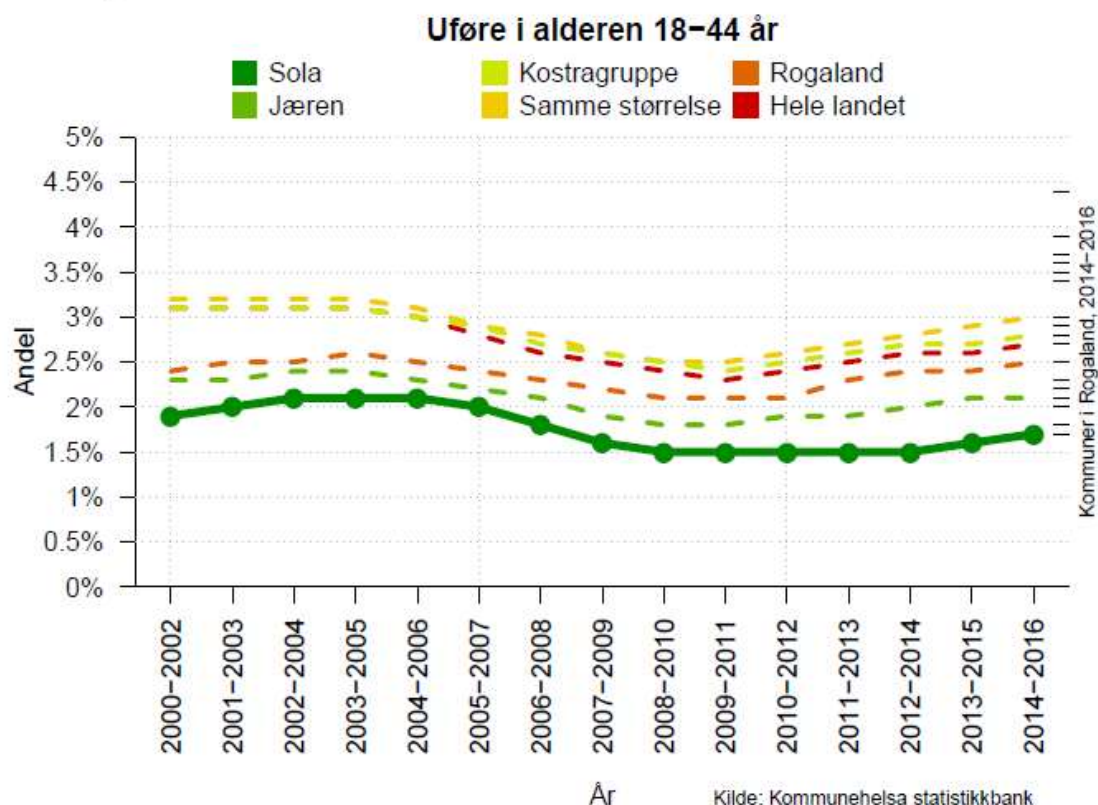


Figur 14: Andel helt arbeidsledige etter måned, 2012-2019 Sola kommune. Kilde: SSB.

Nav melder om at det er flere ledige stillinger. En sammenligning av antall nye stillinger i april 2018, sett opp mot april 2019, viser en økning på 19%. Høy etterspørsel av arbeidskraft bidrar til at andelen arbeidsledige fortsetter å synke i Sola. I juni 2019 var 2,6% av arbeidsstyrken i Sola registrert arbeidsledige. Dette er blant den laveste andelen arbeidsledige (bare mai 2019 var lavere med 2,5%) som er registrert siden arbeidsledigheten skjøt i været ved straten av 2015.

Gruppen som mottar uføreytelser er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Hvor mange som mottar uføreytelser er en indikator på helsetilstand, men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbudet i kommunen.

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som arbeider. De siste ti årene har andelen som får sykemelding og uføretrygde vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelig å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser.



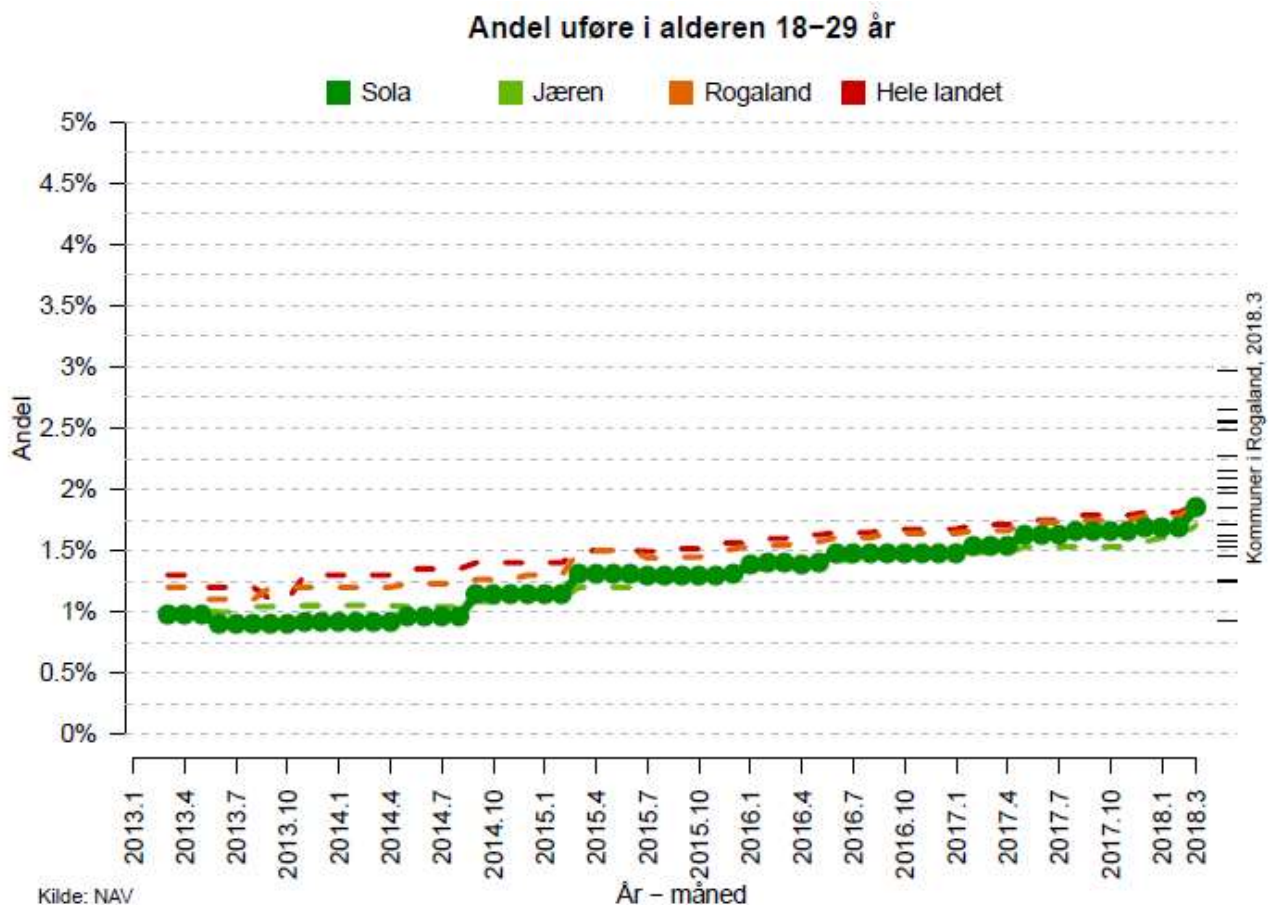
Figur 15: Uføre i alderen 18-44 år. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune.

Uføretrygd kan innvilges til personer som har fått inntjeningsnivået redusert med minst 50 prosent på grunn av langvarig skade eller sykdom. Sannsynligheten for å bli uføretrygdet avhenger med andre ord av en kombinasjon av egen helse og det lokale arbeidsmarkedet. I områder hvor det er etterspørsel etter arbeidskraft innen næringer hvor arbeidet lar seg tilpasse i forhold til enkeltpersoners helseproblemer er det med andre ord lavere risiko for uførhet enn i områder med lav etterspørsel etter arbeidskraft og begrensede tilpasningsmuligheter.

De fleste som blir uføretrygdde forblir permanent utenfor arbeidslivet. Dette, kombinert med at helseproblemer blir vanligere ved stigende alder, gjør at andelen uføretrygdde stiger kraftig ethvert som alderen nærmer seg pensjonsalder. Som hovedtendens er det en større andel kvinner enn menn som blir uføretrygdet, og kjønnsforskjellene blir tydeligere ved høyere alder.

Det er en tydelig sosioøkonomisk gradient i forhold til hvem som blir uføretrygdet – personer, særlig kvinner, med lav utdanning har betydelig høyere risiko enn personer med høyere utdanning.

Figuren under inneholder i stor grad samme informasjon som den forrige, men er mer oppdatert og er begrenset til aldersgruppen 18-29 år. Merk også at den dekker en mye kortere tidsperiode, fra mars 2013 og utover.



Figur 16: Uføre i alderen 18-29 år. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune.

De fleste som får innvilget uføretrygd blir som nevnt stående utenfor arbeidslivet resten av livet. Det er derfor spesielt alvorlig når unge havner i denne situasjonen.

Arbeidsledigheten i Sola var på 3,9% ved årsskiftet 2017/2018, en markant nedgang fra 6% året før. Arbeidsledigheten i Sola er har nå sunket ytterligere og den er nå på samme nivå som vi hadde i 2015. I en undersøkelse utført av Næringsforeningen tror 78 prosent av medlemsbedriftene at lønnsomheten vil være bedre eller uforandret i år. SR- bank sitt konjunkturbarometer (mai 2018) viser at et flertall av Rogalandsbedriftene har langt mer positive prognoser for antall ansatte, omsetning, lønnsomhet og ordresreserve enn de siste årene. Oljeprisen har steget og kostnadsreduksjon i oljenæringen gjør at prosjekter er lønnsomme ved en oljepris på 30-40 kr/oljefat, mot 60/70 kr tidligere. NAV melder også om at det er flere ledige stillinger i Rogaland nå, sammenlignet med de to foregående årene, og færre permittert. Sola har en svært lav andel uføretrygdde, lavere enn alle vi sammenligner oss med, samtidig ser vi en svakt stigende tendens.

2.4 Barnehage og helsestasjon

Barnehage, skole og helsestasjon – og skolehelsetjenesten er viktige arenaer for folkehelsearbeid.

2.4.1 Barnehage

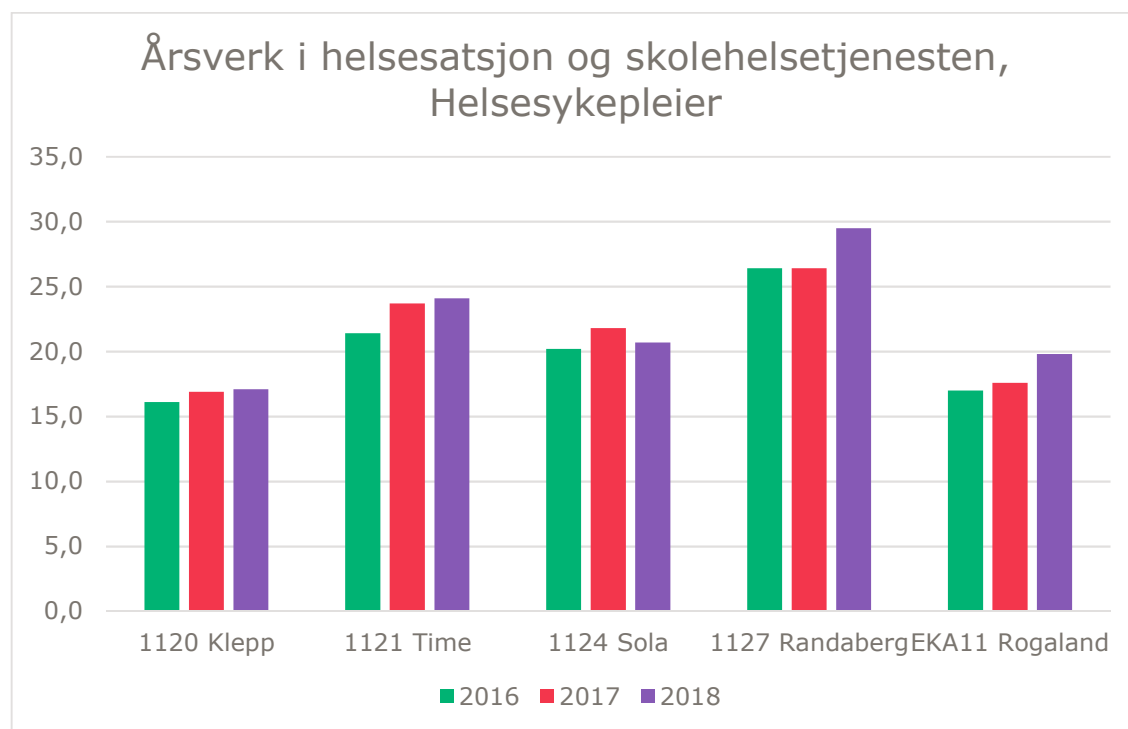
Barnehager og skoler med høy kvalitet er blant de beste virkemidlene i forhold til utjevning av sosiale helseforskjeller. Språk og sosiale ferdigheter er nøkkelfaktorer for å tilegne seg kunnskap i skolesystemet, og barnehagen kan dermed bistå med tidlig identifisering og støtte av barn som har ekstra behov her. Å hindre at enkeltpersoner kommer skjevt ut i skolesystemet kan ha livslange gunstige effekter for den enkelte, og det kan bety store innsparinger for samfunnet.

Figuren under viser tall i forhold til ansatte i barnehagene i Sola kommune.

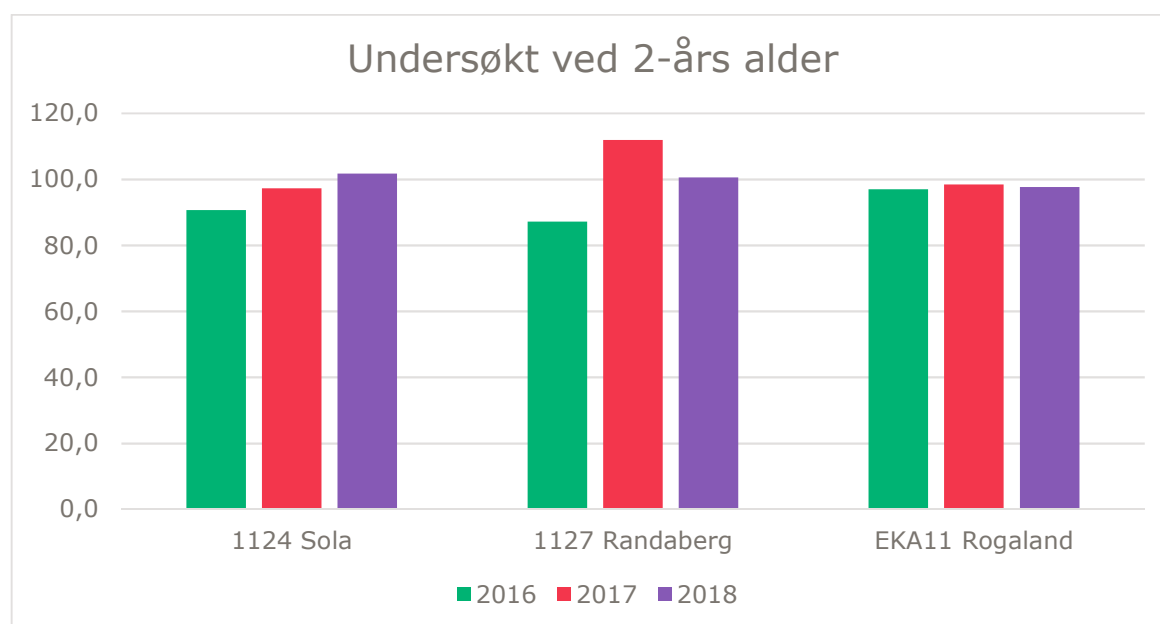


2.4.2 Helsestasjon

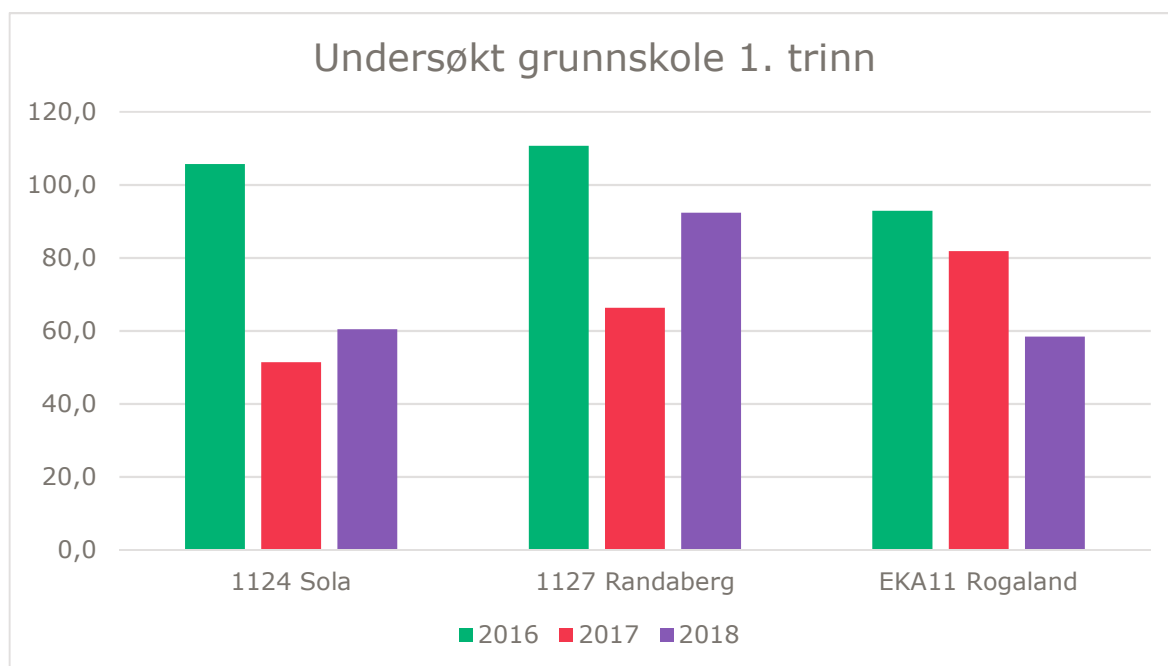
Tilbudet ved helsestasjonen er gratis og for alle og er dermed et viktig tiltak for å forebygge helseforskjeller på grunn av ulike sosiale og økonomiske forhold. God helsesykepleier og jordmordekning er viktig for å kunne opprettholde et godt tilbud til alle.



Figur 17: Årsverk i helsestasjon og skolehelsetjenesten, Helsesykepleier. Kilde: SSB.



Figur 18: Barn undersøkt ved 2-års alder. Kilde: SSB.

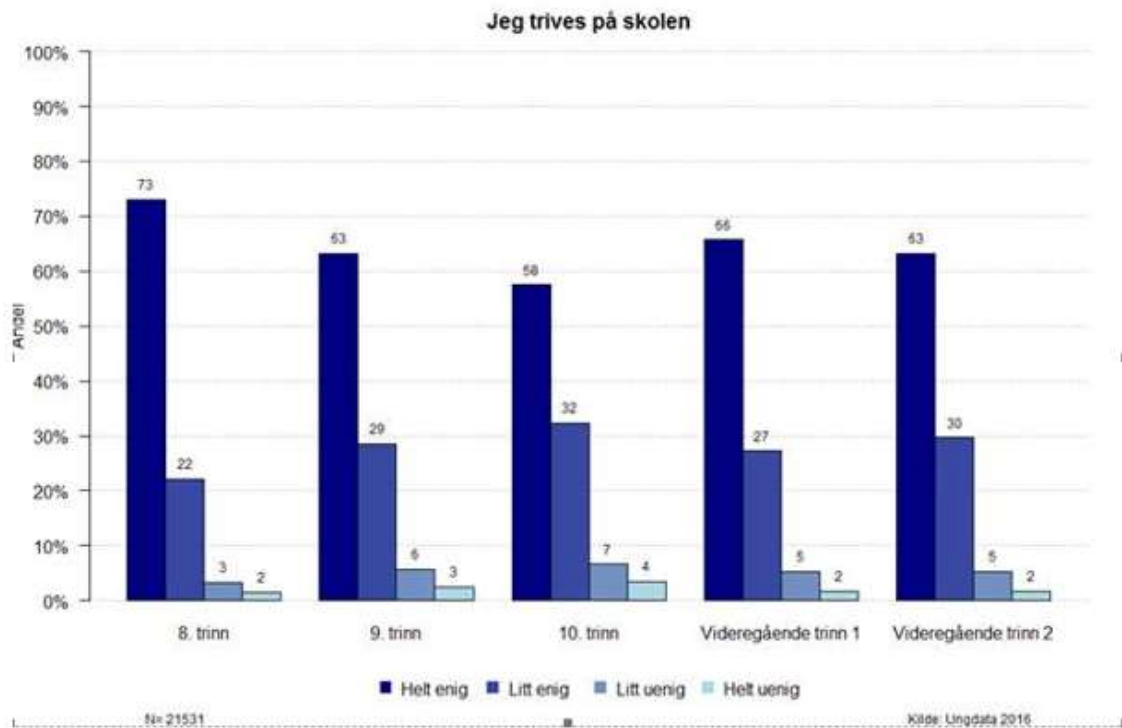


Figur 19: Barn undersøkt undersøkt grunnskolen 1. trinn. Kilde: SSB.

Tilbudet ved helsestasjonen er gratis og for alle og er dermed et viktig tiltak for å forebygge helseforskjeller på grunn av ulik sosial og økonomisk bakgrunn. God helsesøster- og jordmor dekning er viktig for å kunne opprettholde et godt tilbud til alle. I Sola har vi pr. 1. okt. 2018 385 barn pr. 100% helsesøsterstilling i helsestasjon og skolehelsetjenesten 0-16 år.

2.5 Skoler

Barn og unge bruker mye av sin tid på skolen, og skolen danner mye av grunnlaget for videre utvikling. Slik er skolen en sentral arena for folkehelsearbeid, og økt trivsel et sentralt mål.



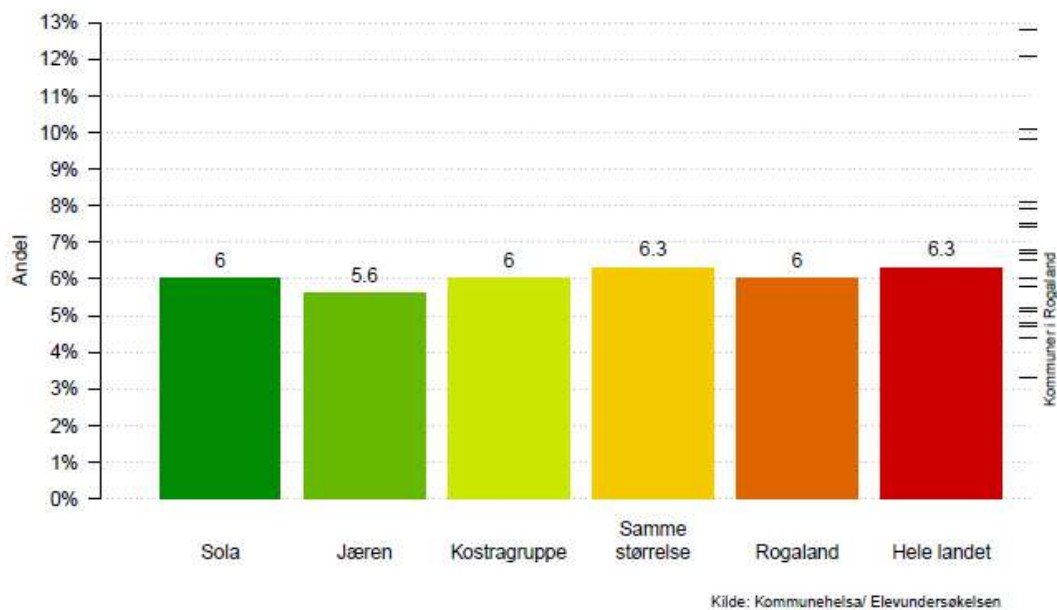
Figur 20: Jeg trives på skolen. Kilde: Ungdata

Figuren over viser svarfordelingen på påstanden «jeg trives på skolen», fordelt etter trinn i Sola kommune. Vi ser ikke noen økning i de som svarer at de er helt uenige. De tydeligste endringene er en utveksling av elever mellom kategoriene «helt enig» og «litt enig». Det virker med andre ord som det er mer riktig å si at trivsel avtar noe, enn at mistrivsel øker.

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

Sammenhengen mellom mobbing og helseplager understreker at det er viktig å forbygge mobbing i skolen. Det er dessuten viktig å følge med på statistikk over andelen som har vært utsatt for mobbing for å se om iverksatte tiltak fungerer, og for å kunne drive lokalt kvalitetsforberedende arbeid.

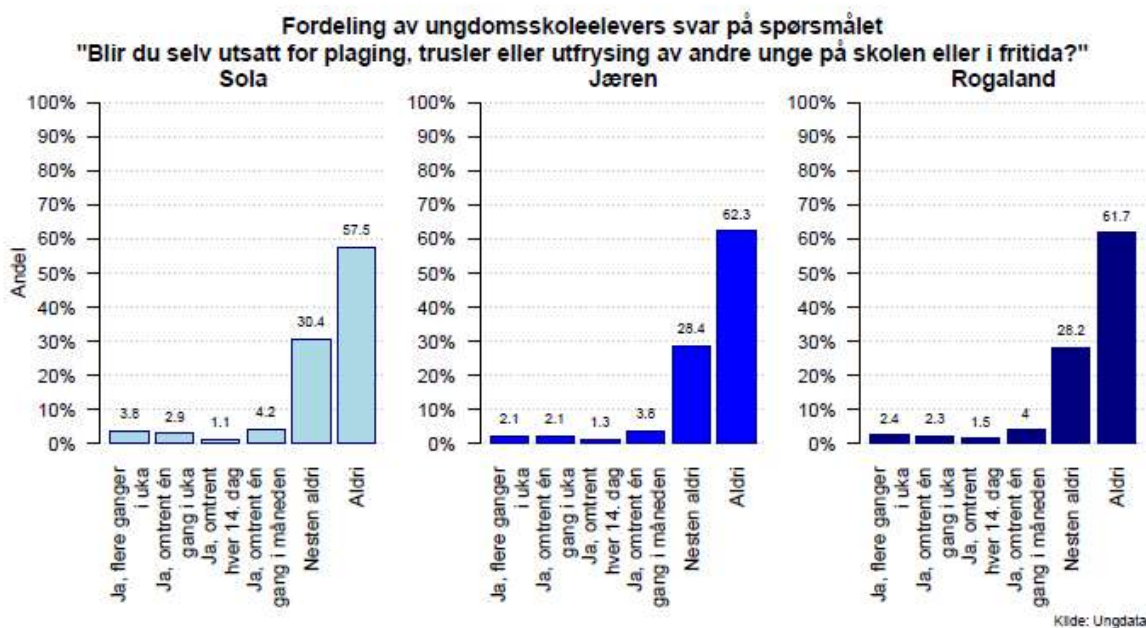
Andel 10-klassinger som opplever mobbing
Gjennomsnitt 2010/11–2015/16



Figur 21: Andel 10-klassinger som opplever mobbing Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

Andelen elever i 10. trinn i grunnskolen som har opplevd mobbing de siste månedene i prosent av alle elever som deltok i undersøkelsen.

Mer omfattende mobbing gir mer alvorlige konsekvenser. Vi tar derfor med mer finfordelte tall om mobbing fra Ungdataundersøkelsen i 2016.

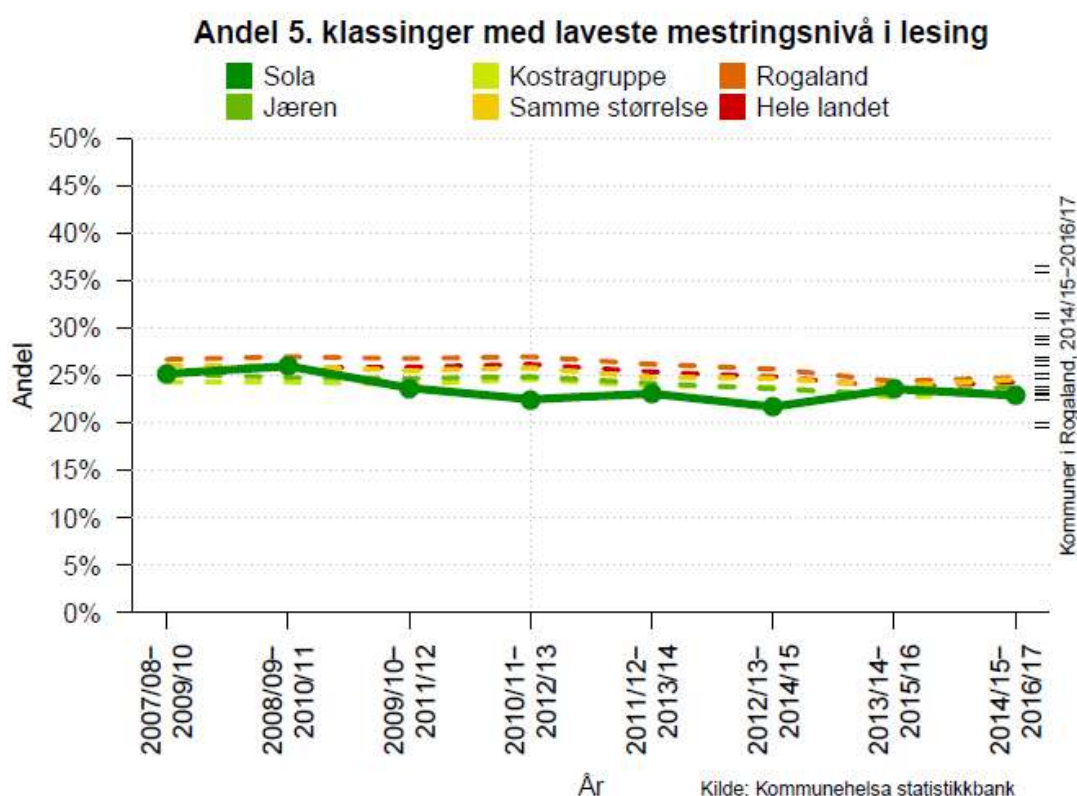


Figur 22: Fordeling av ungdomsskoleelevers svar på spørsmålet «blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller fritiden? Kilde: Ungdata

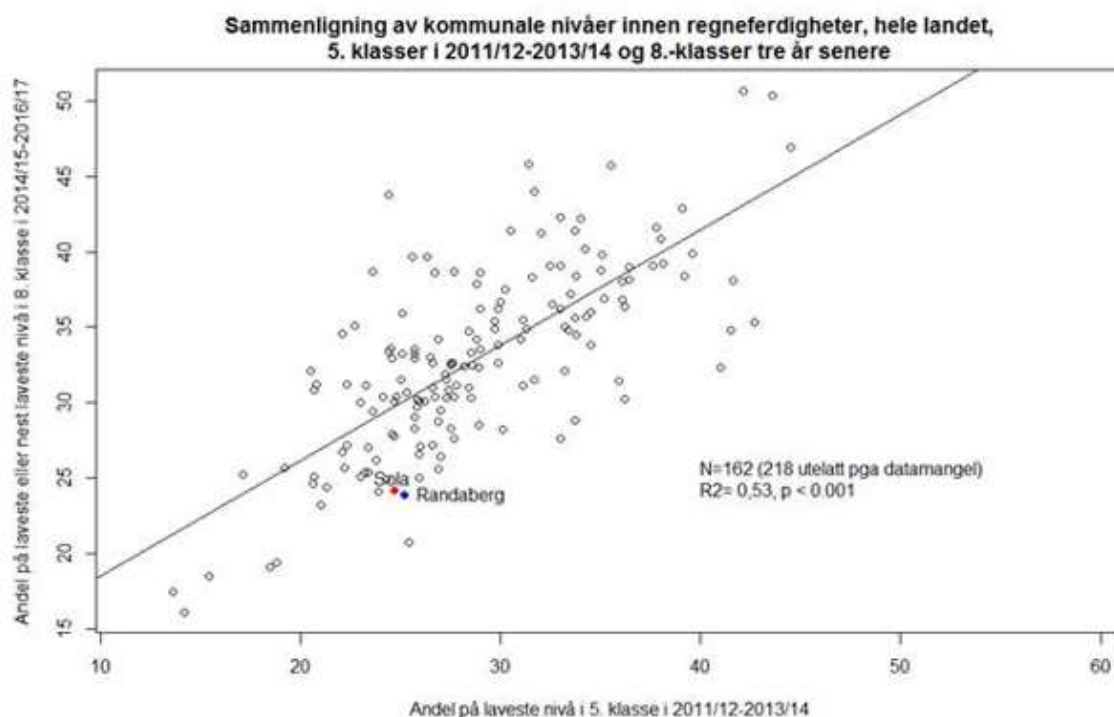
Skolehelsetjenesten driver gruppevirksomhet om psykisk helse ved alle barneskoler i kommunen. Noen elever har deltatt i flere grupper mens andre ikke har deltatt i noen. Formålet var oftest å fremme helse og forebygge vansker. Ved mange av barneskolene ble temaet vold tatt opp. Noen grupper kom i stand ut fra særlige behov, som vansker i miljøet og var med skilte foreldre. Fra skoleåret 2018/2019 tilbys alle barneskoler gruppevirksomhet for hele 1. trinn og 5. trinn.

Ved to av de tre ungdomsskolene drev skolehelsetjenesten grupper der psykisk helse var tema. Noen elever har deltatt i flere grupper mens andre ikke har deltatt i noen. De fleste grupper ble tilbudt hele trinnet og hadde som formål å fremme psykisk helse og forebygge psykiske vansker. I noen grupper var psykisk helse et tema blant flere. Dette gjelder særlig gruppeundervisning om seksuell helse. Noen grupper kom i stand ut fra særlige behov, som sorggrupper og søvnvansker. Fra skoleåret 2018/2019 vil skolehelsetjenesten på alle ungdomsskoler tilby 1. årskull gruppeundervisning i psykisk helse

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



Figur 23: Andel 5. klassinger med lavest mestringsnivå i lesing. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune



Figur 24: Sammenligning av kommunale nivåer inne regneferdigheter, hele landet, 5. klasse. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

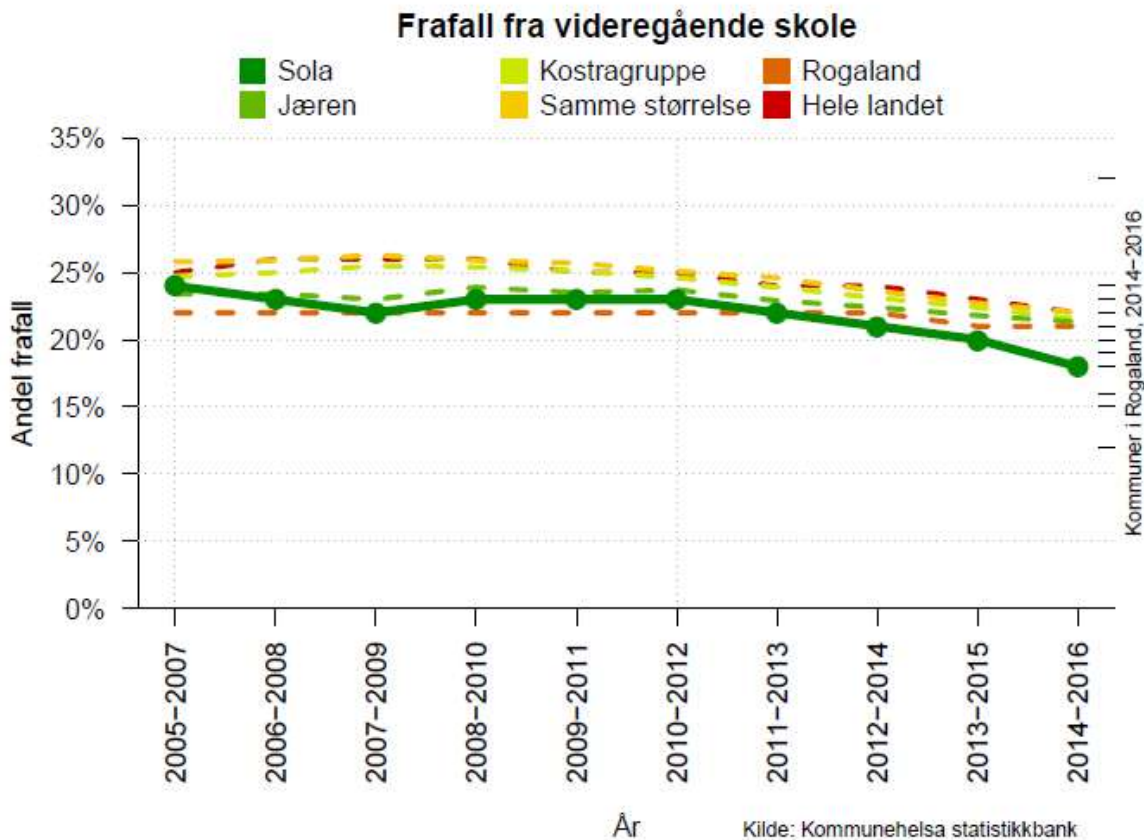
Figuren viser hvordan de kommunene i landet som har data for både andel på lavest nivå i 5. klasse og lavest eller nest lavest nivå i 8. klasse plasserer seg i forhold til hverandre. Her er det grovt sett de samme elevene som blir sammenlignet på to ulike tidspunkt.

Enkelt sagt er hjørnet nede til venstre der man ønsker å være – lave andeler for begge trinnene. De kommuner som er lavere enn den diagonale streken som viser hovedtendensen har bedre resultater i 8. klasse enn hva man kunne forvente ut fra hvordan 5. klassingen gjør det. For dette årskullet befinner Sola seg i en situasjon hvor resultatet i 8. klasse er noe bedre enn vi kunne forvente ut fra oppsummerte resultater fra 5. klasse.

Lave lese- og regneferdigheter i 5. klasse er et faresignal i forhold til det videre skoleløpet. Det er derfor viktig å sette inn tiltak så tidlig som mulig.

2.6 Frafall fra videregående skole

Det er dokumenterte 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.



Figur 25: Frafall fra videregående skole. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

Elever regnes som å ikke ha fullført videregående skole når de ikke har oppnådd fagbrev eller studiekompetanse fem år etter start. En del fullfører imidlertid senere – andelen i 2005-kullet i Sola som ikke hadde fullført etter 10 år var 19,3 prosent. Sola kommune ligger under landsgjennomsnittet og gjennomsnittet i Rogaland. Det har vært en positiv utvikling i Sola fra 2012-2016.

Sola har de fire siste årene hatt frafall i videregående skole som et av sine hovedfokusområder. Det er derfor veldig gledelig at vi nå ser en synkende tendens på antall elever som ikke gjennomfører videregående opplæring. Gode overganger mellom grunnskole og videregående opplæring er viktig, særlig for ungdommene med størst utfordringer. Sola kommune har etablert tettere samarbeid med fylkeskommunen rundt både enkeltelever med helse- og levekårsutfordringer og på systemnivå.

Sola kommune har i skoleåret 2017/2018 4 ungdom med i prosjekt «glidelåsen», og 6 ungdom fra årets kull som man er i kontakt med gjennom «glidelåsen». «Glidelåsen» har til formål å tydeliggjøre fordeling av ansvar og oppgaver mellom kommune og fylkeskommune slik at ungdom fullfører og består videregående opplæring. I Sola er det Ungdomsteamet som driver prosjektet.

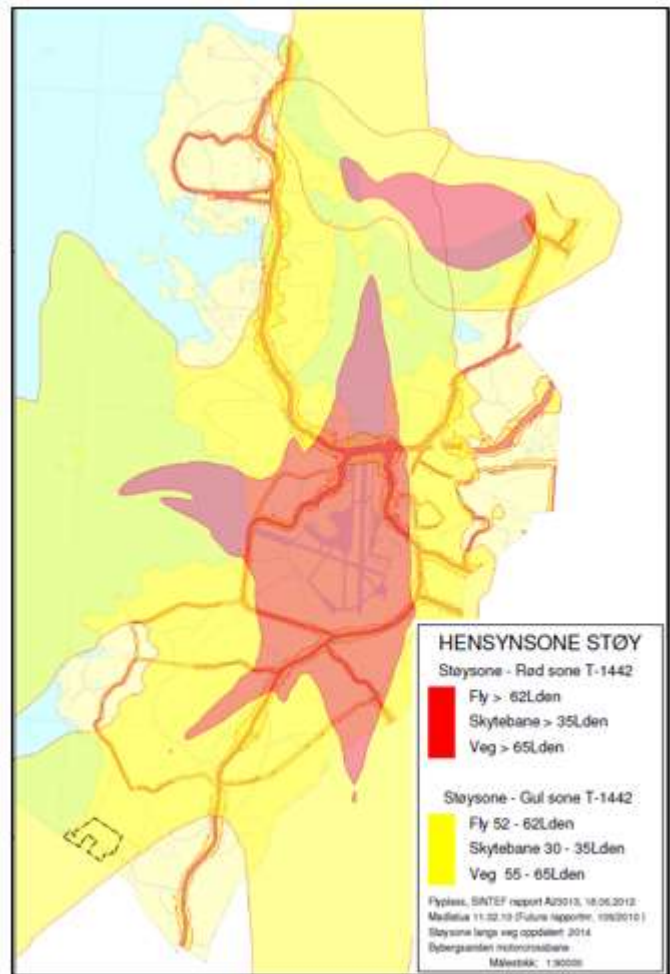
Kapittel 3

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

3.1 Støy

Veitrafikken er den klart viktigste kilden til støyplager i Sola. Støyberegningene for gjennomsnittsstøy for hele døgnet viser at over 1600 boliger i Sola ligger i gul støysone, og rundt 160 boliger ligger i rød støysone for veistøy. Dette tilsvarer henholdsvis ca. 3800 personer i gul sone og 400 personer i rød sone som totalt gir rundt 4200 personer bosatt i støyeksponerte boliger. Støybelastningen er størst langs rv. 509 Tanangervegen og i Sola sentrum langs Sentrumsvegen, Flyplassvegen og Nesbuvegen. Støykartleggingen for Stavanger Lufthavn, Sola, viser at støysone rød dekker deler av Solakrossen, og støysone gul strekker seg over en vesentlig del av kommunens sentrale arealer. Beregningene viser at rundt 10 000 personer er bosatt i gul støysone for utendørs flystøy (omfatter også deler av Stavanger, Sandnes og Klepp kommune).

Støyberegningene for Risavika havn viser at ingen boenheter er i gul eller rød støysone for havnestøy. Det foregår imidlertid støyende aktiviteter på de deler av havne- og industriområdet som er vist som industri eller kontor/industri i kommunedelplanen. Disse er ikke kartleggingspliktige, men ligger nærmere omkringliggende boliger enn havna. Det jobbes i tillegg strategisk med støy i reguleringsplaner og overordnet planlegging. Støy blir videre fulgt opp i byggesaker. Alle støykilder blir fulgt opp dersom en mottar klager. Risavika havn jobber i lag med andre grunneiere i Risavikaområdet med måle- og oppfølgingsprogram for støy i Risavika. Stille områder og tiltak for å bevare dem blir også et tema i handlingsplanene (se sak 17/12 til kommuneplanutvalget 4.des. 2012).



Støysonekart, kommuneplan 2015-2026

I følge Rogalands folkehelseprofil for 2014 var 29 prosent av befolkningen utsatt for trafikkstøy ut over det anbefalte grenदनivået på 55 dB ved boligen, mot et landsgjennomsnitt på 25 prosent. Disse tallene er basert på beregninger ut fra trafikk tetthet, terrengform, boligtype og befolkningstetthet i ulike avstander fra støykilden. Dette tydeliggjør et behov for prioritering av støyskjerming og andre støyreducerende tiltak. På lokalt nivå sier imidlertid ikke dette tallet særlig mye – støyproblematikken er først og fremst konsentrert rundt trafikkårer i tettbygde strøk.

Støy er både plagsomt og helseskadelig, men effekten er vanskelig å kvantifisere. Et forsøk som er gjort anslår at tre til seks prosent av landets befolkning opplever sterk støyplage og to til tre prosent opplever en sterk grad av søvnforstyrrelser på grunn av støy.

Støy kan i stor grad reduseres gjennom skjermingstiltak og god planlegging, men dette krever prioritering. Akershus kan være en inspirasjonskilde her: befolkningstettheten er høyere enn i Rogaland, men støyplagen anslås å være på nivå med Hedmark.

3.2 Luftforurensning

Den viktigste kilden til luftforurensning er biltrafikk, særlig i kombinasjon med kulde og stillestående luft. Vedfyring og partikler som rives løs av piggdekk bidrar også på vinterstid. Problemene er derfor mest akutte nær travle trafikkårer. Grenseverdiene for gjennomsnittlig årlig nitrogendioksidnivå i Stavanger er ikke overskredet siste 4 år. Døgngrensen for svevestøv ble overskredet, men ikke mer enn tillatt siste 4 år. . Deler av Stavanger er ekstra utsatt for luftforurensning fra biltrafikk på grunn av den tette trafikkåren som ledes inn i bebyggelsen.

Luftforurensning kan både forårsake og forverre helseproblemer, særlig for personer med luftveislidelser som astma og kols. Det er først og fremst lungene og hjerte-karsystemet som er utsatt, men vi har også stadig sterkere holdepunkter for at luftforurensning kan skade nervesystemet og øke hyppigheten av sykdommer som diabetes.

Det er etablert tre målestasjoner for overvåkning av luftkvalitet i regionen. Alle stasjonene er plassert i Stavanger.

På oppdrag fra Stavanger kommune gjennomførte Norsk institutt for luftforskning (NILU) i 2015 en beregning av forekomst av NO₂, og svevestøv i kommunene Sola, Randaberg, Stavanger og Sandnes. Det ble beregnet forurensning i 2015 og framskrevet til 2020. Beregningene viste ingen overskridelser av grenseverdiene i Sola.

3.3 Drikkevann

Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen. Informasjon om drikkevannskvalitet finnes kun for den del av befolkningen som er tilknyttet rapportpliktig vannverk.

Sola kommune er en av eierkommunene til IVAR, som leverer drikkevann. Kvaliteten på drikkevann er fastsatt i Drikkevannsforskriften og vannet til IVAR sine vannkilder tilfredsstiller kravene. Sola forsynes med vann fra Langevatn i Gjesdal kommune. Tall fra KommuneHelse viser at innbyggerne i Sola kommune har kommunal vannforsyning med hygienisk kvalitet og leveringshabilitet på 100%.

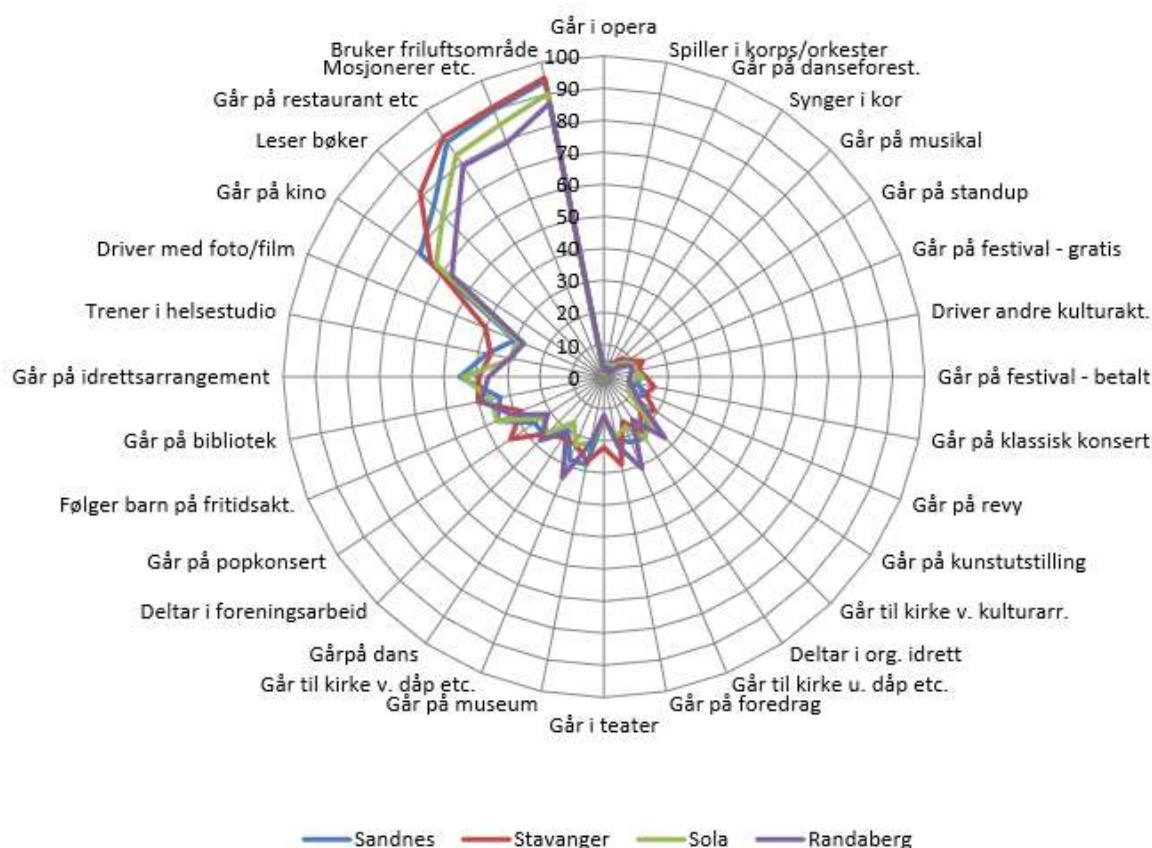
3.4 Sosialt miljø

Det sosiale miljøet vi er omgitt av er noe av det viktigste i livene våre og har mye å si for tilhørighet og trivsel. Kulturlivet gjør samfunnet rikere og bidrar til livskvalitet, felleskap og tilhørighet, som igjen er viktige faktorer for en god folkehelse.

Folkehelsemeldingen peker på at det er store forskjeller i befolkningens deltagelse i kulturliv og kulturaktiviteter. Dette skyldes geografi, infrastruktur og variasjon i tilbudet, men også forhold knyttet til økonomi, utdanning og sosiale forskjeller.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) har funnet flere sammenhenger mellom helse og deltagelse i kulturlivet. De som bruker kulturtilbud opplever bedre helse, er mer tilfreds med livet og har mindre angst og depresjon enn andre deler av befolkningen. Studien bruker et bredt kulturbegrep og inkluderer spørsmål om konserter, dugnad, religiøse aktiviteter, idrettsarrangementer og utendørsaktiviteter.

Nedenfor følger noen resultater fra kulturundersøkelsen på Nord-Jæren som ble utført i 2006, 2009, 2012, 2015 og 2018.



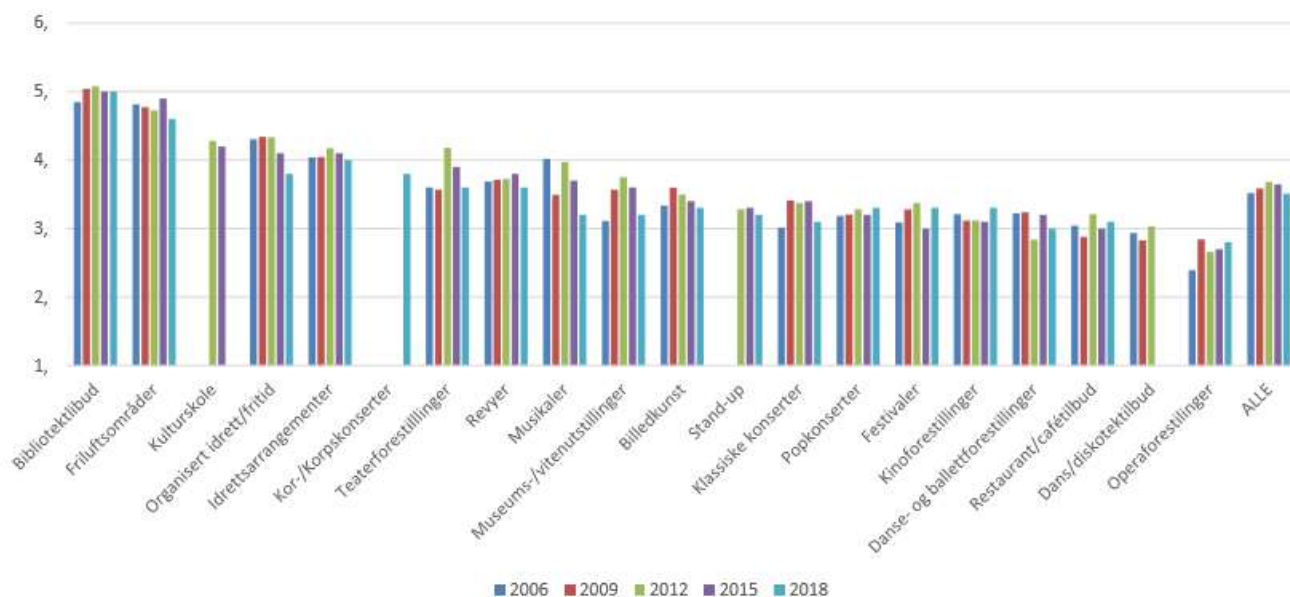
Figur 26: Andel som utøver aktiviteten inntil 5 ganger per halvår. Kilde: Kulturundersøkelsen på Nord-Jæren 2015

Aktivitetsmønsteret er gjennomgående likt på tvers av regionen i 2015, de mest og minst utbredte aktivitetene gjør seg gjeldende på samme måte i alle de fire kommunene. Vi ser at befolkningen i Sola er mindre aktive når det gjelder å lese bøker, gå på restaurant og mosjonere, men her er variasjonene små.

Å kunne delta på fritidsaktiviteter som inspirerer og engasjerer, og å kunne pleie sosiale kontakter er viktig for trivselen og dermed den psykiske helsen. Fysisk aktivitet på fritiden gir helsegevinst både fysisk og psykisk. Det er mye aktivitet innen lag og organisasjonsliv i Sola som sørger for fritidstilbud for ulike aldersgrupper.

Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter er vanlig for flertallet av ungdomsgenerationen. I følge Ungdata undersøkelsen svarte 70% av ungdomsskoleelevene positivt på spørsmålet om deltakelse i en organisert fritidsaktivitet. Landsrepresentative undersøkelser fra de siste tiårene tyder på at andelen unge tenåringer i frivillige organisasjoner har vært synkende. Der er organisasjoner som speider, korps, kor og religiøse foreninger som har opplevd størst medlemssvikt. Idrettslagene har i stor grad beholdt sin oppslutning. Den brede deltagelsen finner vi imidlertid særlig blant de yngste ungdommene, mens det å være aktiv i idrettslag blir mindre vanlig utover i tenårene.

SOLA: Hvor fornøyd er du med kulturtilbudet i bostedskommunen din? Gjennomsnitt skala 1 Svært misfornøyd – 6 Svært fornøyd, n= 84-225.



Figur 27: Andel som utøver aktiviteten inntil 5 ganger per halvår. Kilde: Kulturundersøkelsen på Nord-Jæren 2018.

Tilfredsheten er generelt stabilt noe lavere i Sola enn i regionene totalt sett. To av tjenestetilbudene ligger opp mot score 5 (bibliotek og friluftsområder), mens sistnevnte er på fallende trend. Fallende trend antydes også for det organiserte idretts/fritidstilbudet, musikaler og billedkunst. Tilbudet med lavest tilfredshet (opera) er på stigende kurve.

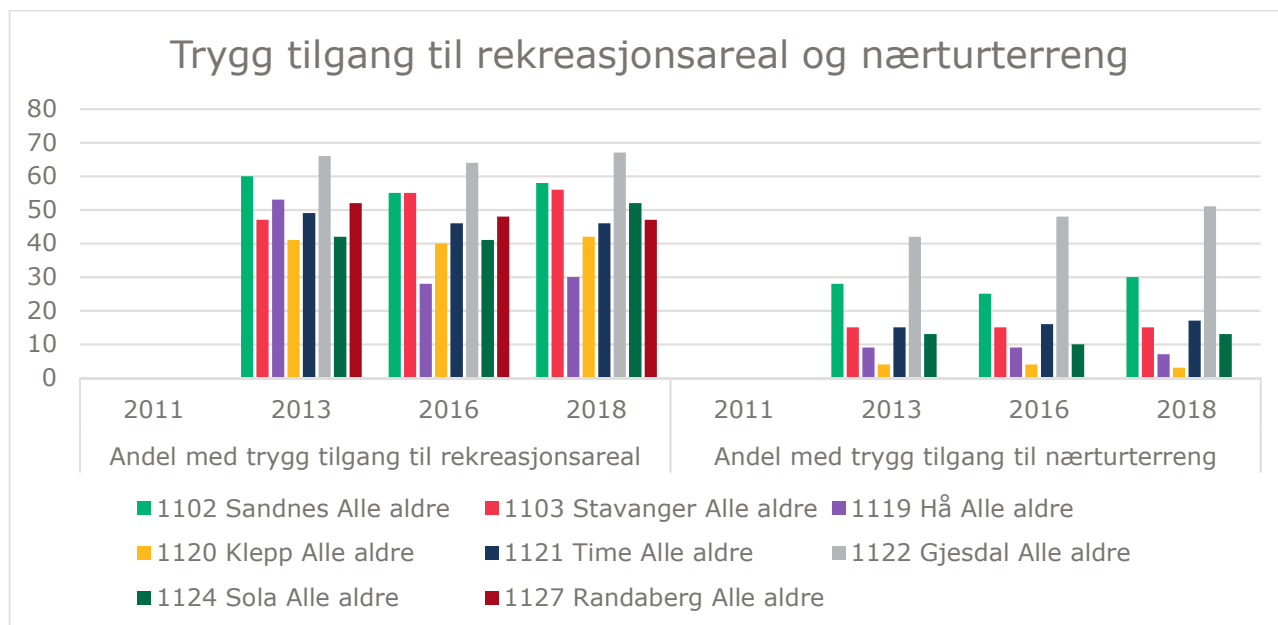
3.5 Tilgang på rekreasjonsområder

Tilrettelegging for fysisk aktivitet er en viktig faktor i utviklingen av en helsevennlig kommune. Fysisk aktivitet i hverdagen kan bidra til å fremme god helse for alle aldersgrupper, og regelmessig aktivitet bidrar til en alderdom hvor en kan klare seg selv lenger uten hjelp. Vi vet at kun en av tre nordmenn oppfyller anbefalingene fra helsemyndighetene om minst 150 minutters moderat aktivitet i uken. Denne inaktiviteten kan føre til store velferdsutgifter i følge Helsedirektoratet, og med en stadi aldrende befolkning kan konstandene bli store for kommunen.

En rekke studier viser at turer i naturen har bred appell på tvers av kjønn og sosiale klasser. Forskning har vist at nordmenn foretrekker å gå i grønne omgivelser. Og turstier brukes like mye av kvinner og menn, og av alle samfunnslag. Det er ikke tilfellet inne idrett eller i fjellsportverden, hvor de med høy inntekt og utdanning dominerer. Tilrettelegging for turløyper og turstier med boligen som utgangspunkt kan dermed bidra til å nå nasjonale mål i folkehelsearbeidet om å utjevne sosialt betingete ulikheter i helse og redusere hindringer som kan føre til uhelse.

Tilgang til grøntareal er en viktig faktor når man vurderer bokvalitet. Nærområder innbyr til bruk dersom de har gode grøntarealer, og aktivitet i friluft har positive helsemessige effekter. I 2011 etablerte SSB et nytt datasett som skal måle befolkningens tilgang til grøntareal. Økt befolkningstetthet og fokus på fortetting i byer og tettsteder kan fort føre til nedbygging av grøntarealer, noe som vil svekke tilgangen til leke- og rekreasjonsareal for befolkningen. Formålet med statistikken er å følge utviklingen i rekreasjonsareal og nærturterreng og tilgang til disse arealene.

Det er viktig med tilgang på og tilgjengelighet til grøntarealer i nærhet til bolig. Bruken av grøntarealene faller ved økende avstand fra bolig. Dette gjelder spesielt barn og eldre, som ligger lenger enn 400 meter fra boligen. Områdene som ligger 400 meter fra boligen er de som i praksis blir brukt av disse to gruppene.



Figur 28: Tilgang til rekreasjonsareal og næturområder. Parker og de fleste idrettsanlegg er inkludert Kilde: SSB

Figuren over viser trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng.

Begrepene rekreasjons og nærturterreng er definert i SOSI (samordnet opplegg ofr stadfestet informasjon) og følgende er hentet fra generell objektkatalog:

Rekreasjonsområder er eksempelvis lekeplasser, ballplasser, nærmiljøanlegg, 100-meterskog, badestrender, offentlig sikrede områder, parker og lignede områder som er mindre enn 200 daa. Minsteareal er 5 daa. Områdene må ha gangavstand langst veier og stier på under 200 meter fra boligområdet.

Nærturterreng er vegetasjonskledd område på mer enn 200 daa. Området skal være tilknyttet byggeområder som for eksempel boligområder, skoler og barnehager, og være i gangavstand fra disse. Maks avstand er 500 meter.

Det er en svakt positiv utvikling for tilgang til rekreasjons areal i Sola kommune. Sola kommune ligger samtidig langt nede dersom en ser på andel som har tilgang til rekreasjonsområder i Rogaland samlet sett. Den lokale turveien er landets mest brukte aktivitetsarena – og et av de viktigste og billigste «idrettsanleggene» for folkehelse. Likevel taper slike anlegg gjennomgående kampen om kroner og areal, ifølge en fersk studie fra Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.

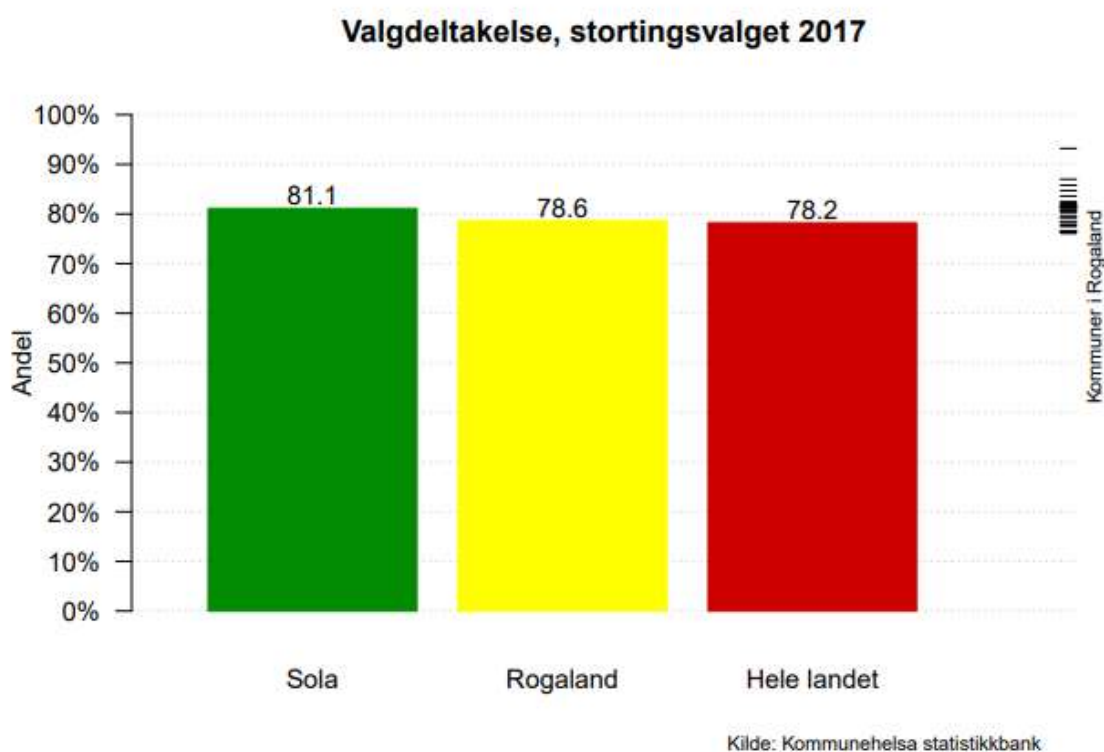
Kun 32 prosent av voksne er tilstrekkelig aktive. Flertallet er så lite aktive at det gir helseplager og sykdom. «Alle» går tur – noen ofte og noen sjeldnere – og det er en dokumentert sammenheng mellom nærhet til attraktive lokale turområder og fysisk aktivitetsnivå. Folk går tur noe det er mulig å gå tur. Korte hverdagsturer er normen for det norske friluftslivet – ikke lange krevende turer til fjellet. Å gå er godt nok og gir betydelig helsegevinster. Å gå i grønne omgivelser gir ytterligere gevinst på mental helse.

For å få en indikator på potensialet for å øke andelen bosatte med trygg tilgang er det utarbeidet statistikk over hvor stor andel av de bosatte som kan nå et rekreasjonsareal uavhengig av trafikk og fartsgrense. Beregningen viser at det for alle landers tettsteder sett under ett er 60 prosent av de bosatte som har tilgagn til rekreasjonsarealer. Dette er 17 prosentpoeng høyere enn de som er beregnet å ha trygg tilgang til slike arealer. Dette viser at det kan være en del å oppnå ved å tilrettelegge for trygg tilgang rundt flere av disse arealene. Det er ikke gjort noen tilsvarende beregning for nærturterreng.

3.6 Valgdeltakelse

En undersøkelse fra 2008 viser at valgdeltakelse hadde sterk positiv assosiasjon med egenvurdert helse. Jo høyere valgdeltakelse jo bedre egenvurdert helse. Flere studier har brukt valgdeltakelse som indikator på sosial kapital i et samfunn. Studier bekrefter også klare sosiale forskjeller i valgdeltakelse. Sannsynligheten for å delta i valg øker i takt med inntekt- og utdanningsnivå.

På landsbasis i stortingsvalget i 2017 stemte 89,6 prosent, mens bare 64,6 prosent av de med kun grunnskoleutdanning stemte. Kvinner stemte i noe større grad enn menn: 79,7 prosent av kvinner og 76,7 prosent av menn.



Figur 29: Valgdeltakelse, stortingsvalget 2017 Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

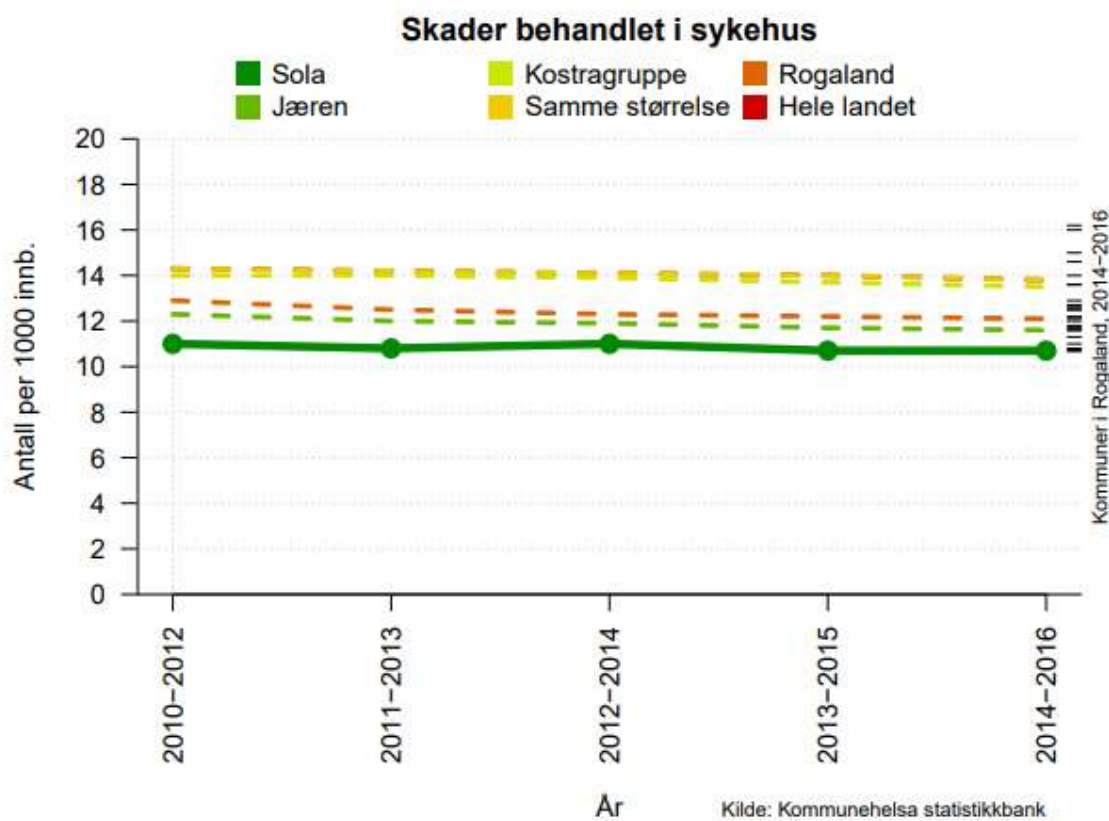
Sola har høy valgdeltakelse, 81,1% ved stortingsvalget i 2017, høyere enn for Rogaland totalt (78,6%) og for hele landet (78,2%).

Kapittel 4

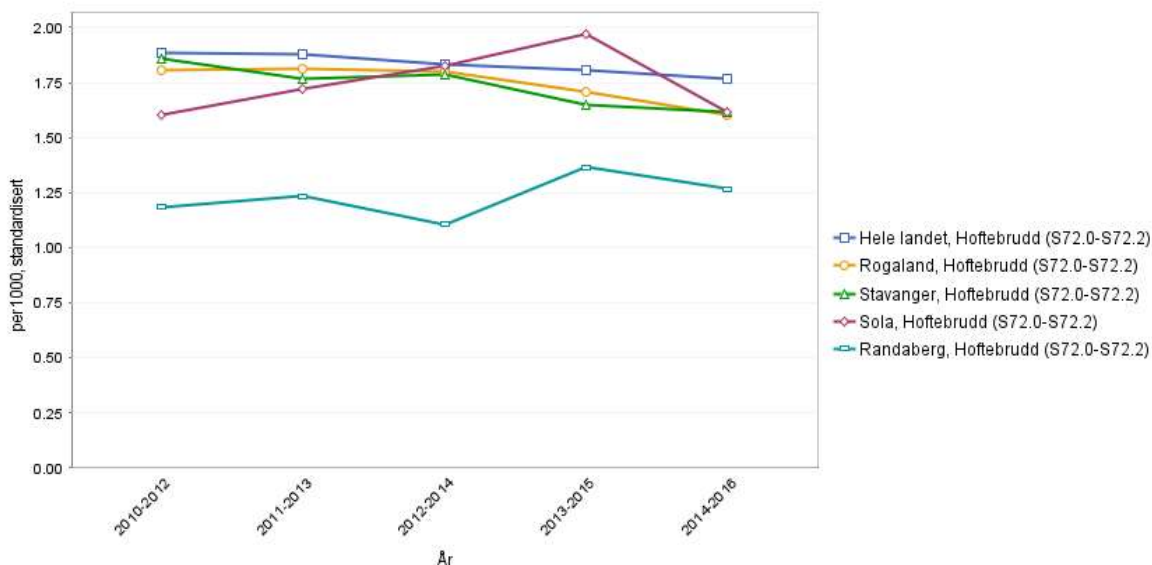
Skader og ulykker

Selv om dødelighet av skader og ulykker har gått nedover siden 1950- tallet er ulykkeskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapt liv. Det er et betydelig potensiale for forebygging av skader og ulykker. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste skadene.

4.1 Skader behandlet i sykehus



Figur 30: Skadet behandlet i sykehus. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune



Figur 31: Hoftebrudd. Kilde: Kommunehelse statistikkbank

Fallskader er rangert som den sjette viktigste bidragsfaktoren til helsetap i Norge, større enn helsetapet forbundet med hjerte- og karsykdommer (FHI 2016). Spesielt eldre mennesker rammes av fallulykker, ofte med bruddskader som utfall. Ved hoftebrudd og underarmsbrudd er redusert beinmasse (osteoporose) en vanlig medvirkende faktor. Utendørs skyldes mange fallulykker glatt føre og manglende strøing på fortau, mens løse ledninger, teppekanter, trapper og andre «fallfeller» øker risikoen for fallulykker innendørs (FHI 1989)

4.2 Trafikkulykker

Selv om antall ulykker i trafikken har blitt kraftig redusert de siste tiårene, bidrar trafikkulykker fremdeles til mange dødsfall og alvorlige skader. Ofte er det flere faktorer som til sammen forårsaker en ulykke. De viktigste medvirkende faktorene er knyttet til bilførerne, spesielt manglende førerdyktighet, høy fart, ruspåvirkning og trøtthet. Men også veg og vegmiljø samt tekniske og sikkerhetsmessige forhold ved kjøretøyet bidrar til mange trafikkulykker.

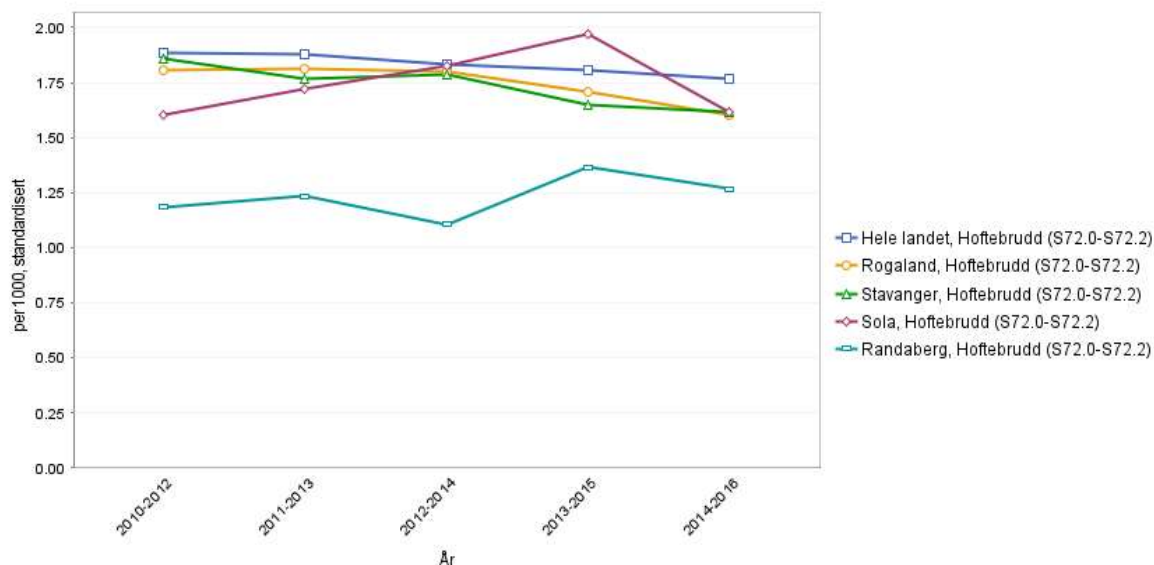
Tall på ulykker	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sola	14	18	15	16	24	15	6
Rogaland	1282	1193	1017	887	495	394	452

Figur 32: Tall på ulykker. Kilde: Statens vegvesen

Sykkel er i vinden som aldri før, og i Sola ligger det flate landskapet og det milde vinterklimaet godt til rette for sykling året rundt. Sykling er miljøvennlig, helsebringende, fleksibelt, gir gode opplevelser, bedretettstedsmiljø og lavere samfunnskostnader. Sykkelstrategi for Sola er et skritt mot relaiseringen av nullvekstmålet, som er den nasjonale føringen om at økningen i persontransporten skal tas med kollektiv, sykkel og gange av hensyn til klima, helse og bedre tettstedsmiljø. I Sola kommune jobbes det for visjonen om at det skal være: Trygt og kjekt å sykle i Sola. Trygghet, sikkerhet og fremkommelighet er blant de viktigste kriteriene for å øke andelen sykkelister. Undersøkelser viser at fysisk tilrettelegging som git opplevelse av trygghet og synlighet i trafikkbildet, er viktig for at folk skal velge sykkel som transportmiddel.

Svært mange av sykkelulykkene som skjer, kommer ikke med i den offisielle veitrafikkulykkesstatistikken. Grunnen er både at mange av sykkelulykkene er eneulykker ders syklistene ikke er klar over at ulykker med (ikke ubetydelig) personskade skal meldes til politiet. En rapport utarbeidet av Transportøkonomisk institutt (TØI rapport 1466/2016) viser at når flere syklistene dukker opp på veiene hver vår, reduseres risikoen for hver syklist å bli involvert i en konflikt eller nestenulykke. Dette går under begrepet *Safety in numbers* (SiN) – effekten som går ut på at med flere syklistene i trafikken reduseres risikoen for konflikt mellom bil og syklist. Bilistene blir med andre ord mer oppmerksomme på syklistene i trafikkbildet når flere sykler.

Reduksjon av konflikt mellom bil og syklist henger også sammen med kvalitet på infrastruktur med hensyn til syklistene. Blant annet oppleves separate danske sykkelveier som tryggere enn norske sykkelstier, og forskning viser at sikkerheten faktisk er bedre på sykkelveier.



Figur 33: Hoftebrudd. Kilde: KommuneHelse statistikkbank

Fallskader er rangert som den sjette viktigste bidragsfaktoren til helsetap i Norge, større enn helsetapet forbundet med hjerte- og karsykdommer (FHI 2016). Spesielt eldre mennesker rammes av fallulykker, ofte med bruddskader som utfall. Ved hoftebrudd og underarmsbrudd er redusert beinmasse (osteoporose) en vanlig medvirkende faktor. Utendørs skyldes mange fallulykker glatt føre og manglende strøing på fortau, mens løse ledninger, teppekanter, trapper og andre «fallfeller» øker risikoen for fallulykker innendørs (FHI 1989).

Sola ligger lavt når det gjelder antall ulykker behandlet i sykehus.

Det er et mål å redusere antall trafikkulykker og redusere alvorlighetsgrad for alle trafikanter i kommune. I Sola kommune trafikkisikkerhetsplan 2011-2020, er dette et uttalt mål, samtidig som det er et spesifikt fokus på barn og unge. Nullvisjonen, dvs. ingen drepte og alvorlig skadde i trafikken, ligger til grunn for trafikkisikkerhetsarbeidet.

Det har ikke vært drepte i trafikken i Sola siden 2011. I Sola kommunes trafikkisikkerhetsplan heter det «det er et mål å redusere antall trafikkulykker og redusere alvorlighetsgrad for alle trafikanter i kommunen». Sola kommune hadde en topp i 2013-2015 på antall hoftebrudd, hvor vi både lå over landsgjennomsnittet og snittet for Rogaland. Frem mot 2016 har tendensen vært synkende og Sola ligger nå på nivå med snittet for Rogaland, som ligger litt under landsgjennomsnittet.

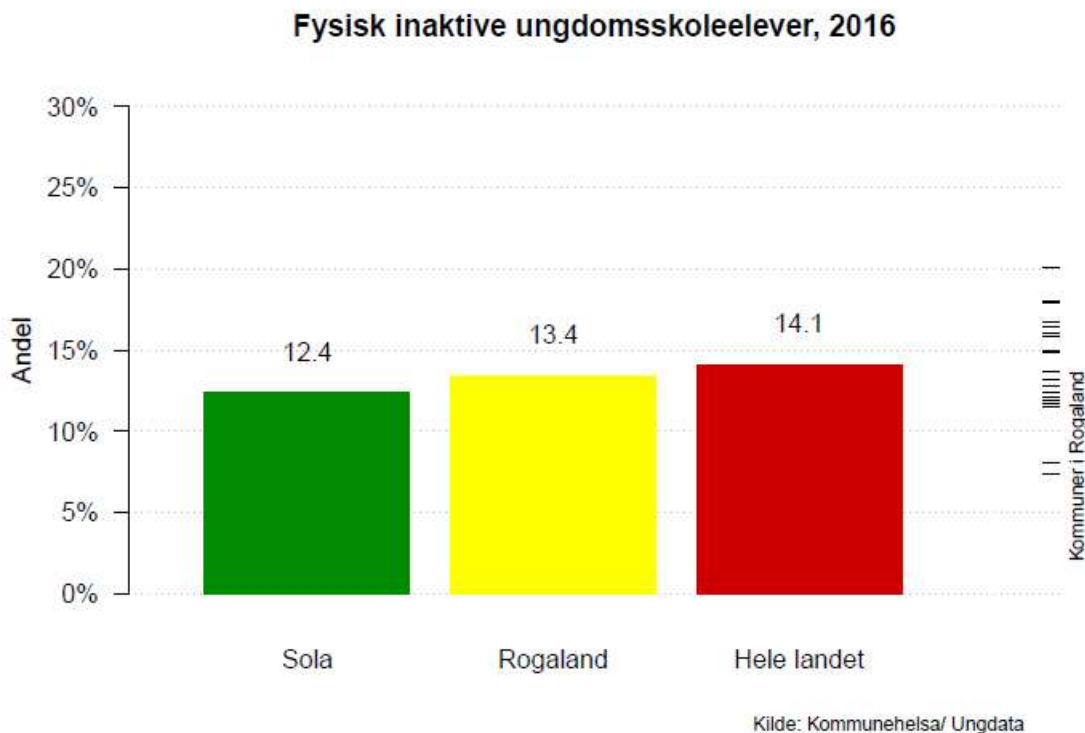
Kapittel 5

Helserelatert atferd

5.1 Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene er viktig for normal vekst og utvikling. Det virker også positivt på den psykiske helsen, konsentrasjon og læring. Regelmessig fysisk aktivitet i ungdomsårene ser også ut til å være viktig for å skape gode vaner for resten av livet.

Utforming av fysiske omgivelser kan ha stor betydning for beboerne sitt aktivitetsnivå, for eksempel i hvilken grad de går istedenfor å kjøre bil. En samfunnsmessig infrastruktur som gjør det enkelt med bruk av bil, men vanskelig å gå eller sykle, vil bidra til redusert fysisk aktivitetsnivå. På samme måte kan en arealplanlegger som vektlegger lett tilgang til turterreng, gåavstand til nødvendige funksjoner og tjenester (som butikk og kollektivknutepunkt) og sykkelstier som gjøre det enklere å sykle mellom hjem og jobb/skole, bidra til å øke aktivitetsnivået.

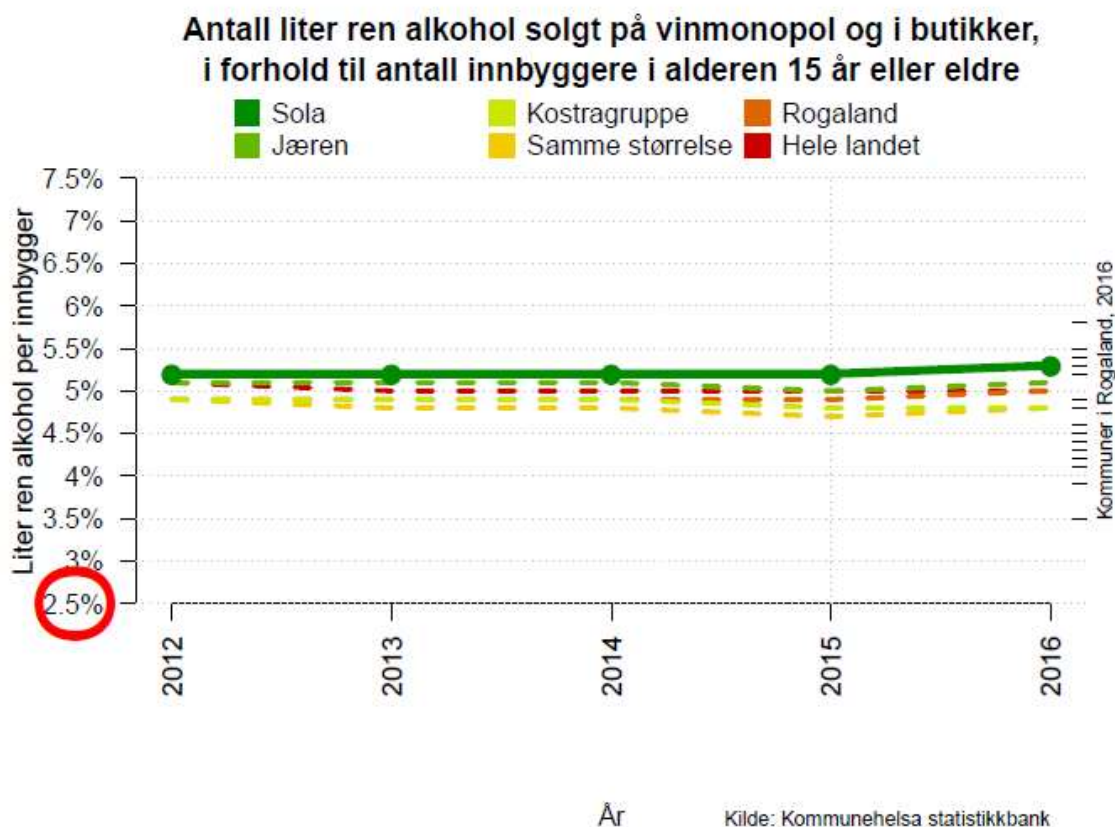


Figur 34: Fysisk inaktivitet ungdomsskoleelever. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

5.2 Alkohol og illegale rusmidler

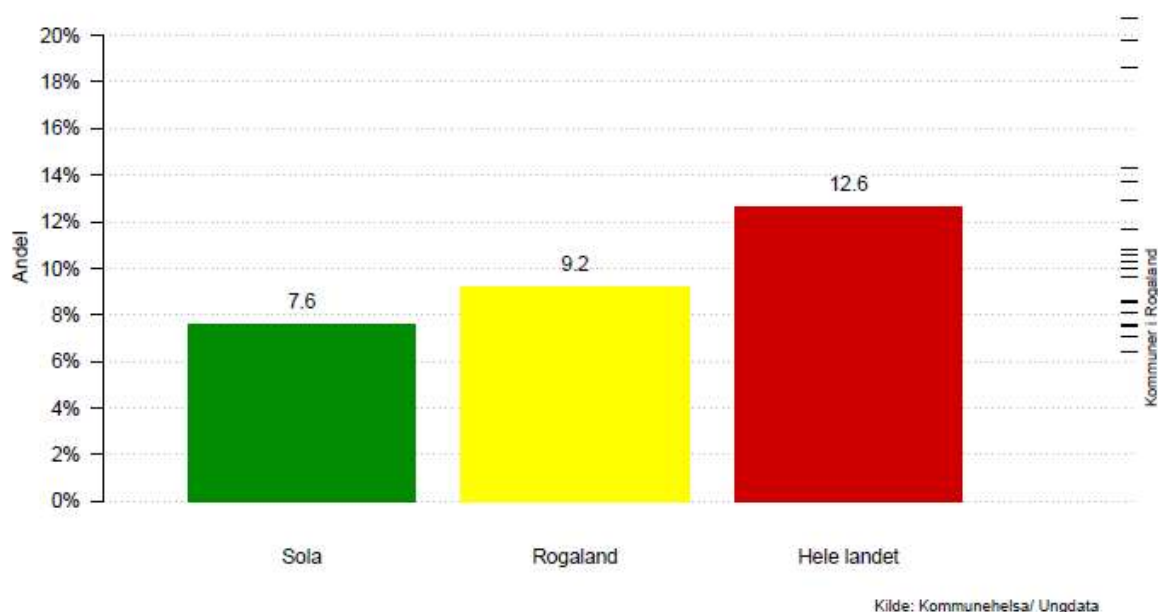
Risikoen for kroniske sykdommer knyttet til alkoholbruk øker gradvis. Hos storforbrukere er risikoen høy. For enkeltpersoner i «gråsonen-gruppen» er risikoen lavere, men fordi denne gruppen er stor, vil den likevel bidra med mange personer til de samlede helseproblemene i samfunnet.

Helseskadene ved alkohol blir først og fremst bestemt av den totale mengden alkohol som kroppen blir utsatt for. Alkoholskader kan derfor utvikle seg selv om den person ikke har vært synlig beruset. Skader som skyldes ulykker og vold er ofte knyttet til beruselsesrikking, uten at det foreligger et generelt storforbruk.



Figur 35: Antall liter ren alkohol solgt på vinmonopol og i butikker, i forhold til antall innbyggere i alderen 15 år eller eldre. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

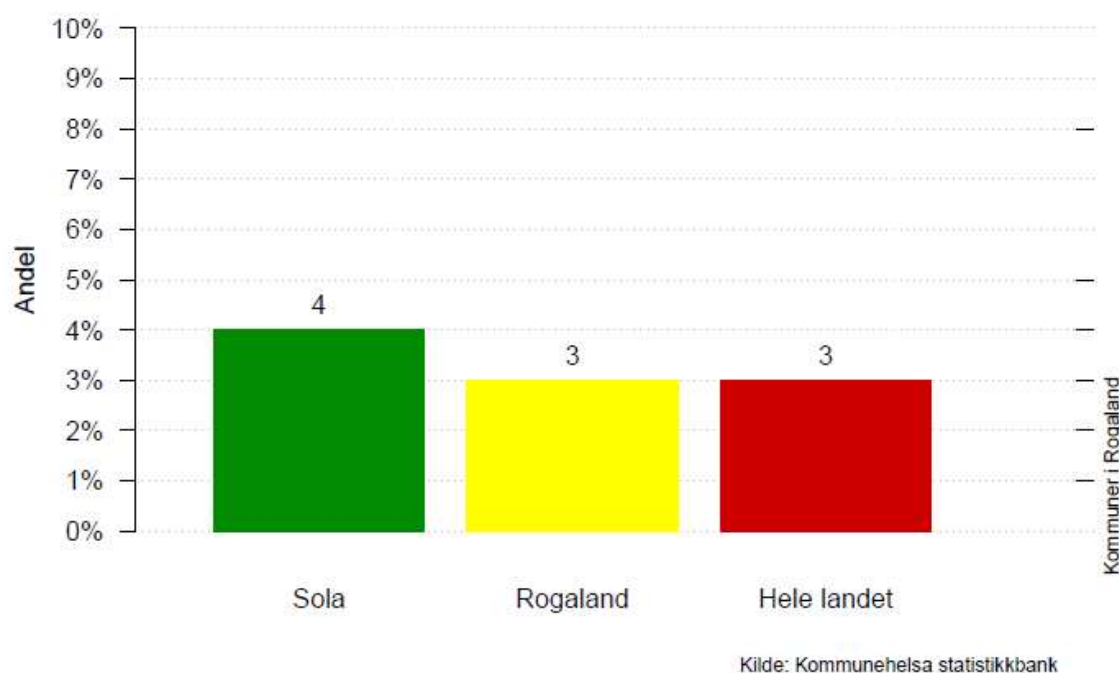
Andel ungdomsskoleelever som har vært beruset, 2016



Figur 36: Andel ungdomsskoleelever som har vært beruset. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

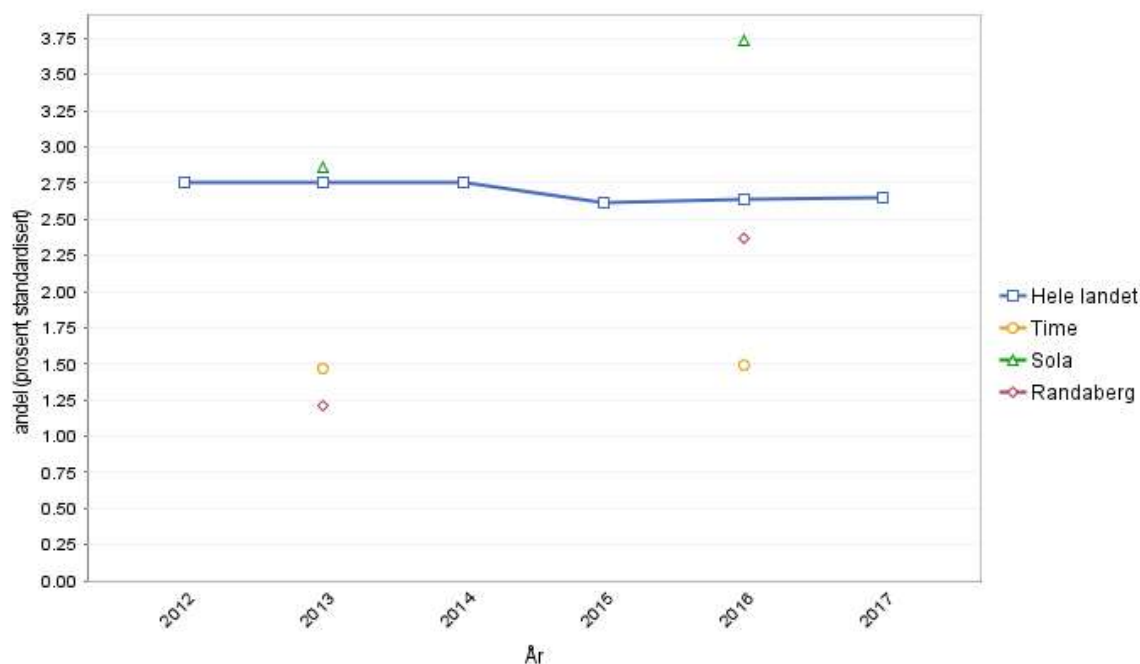
Forskning viser at de som har høyere utdanning, drikker gjennomsnittlig omtrent 30% mer enn de som har utdanning på videregående nivå eller lavere. Sola har et høyt utdanningsnivå i sin befolkning noe som kan bidra til å forklare at kommunen ligger noe høyere enn fylket og landet når det gjelder alkoholomsetning. Samtidig viser ungdataundersøkelsen at vi ligger lavere enn de vi sammenligner oss med når det gjelder andel ungdomsskoleelever som har vært beruset.

Andel ungdomsskoleelever som har brukt cannabis, 2016



Figur 37: Andel ungdomsskoleelever som har brukt cannabis. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

Cannabis er det vanligste narkotiske stoffet. Om det å prøve hasj eller marihuana – isolert sett – er farligere enn å debutere tidlig med alkohol er i dag omdiskutert. Det at alkohol er et legalt og sosialt akseptert rusmiddel, mens hasj er forbudt utgjør uansett en viktig forskjell. Både rusbrukerens egen forståelse om omverdens fortolkning og reaksjon, påvirkes av om stoffet er lovlig eller ikke.



Figur 38: Andel ungdomsskoleelever som har svart «1 gang», «2-5 ganger», «6-10 ganger» eller «11 ganger eller mer» på spørsmålet om de det siste året har brukt hasj/marihuana/cannabis» i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet. Kilde: KommuneHelse statistikkbank.

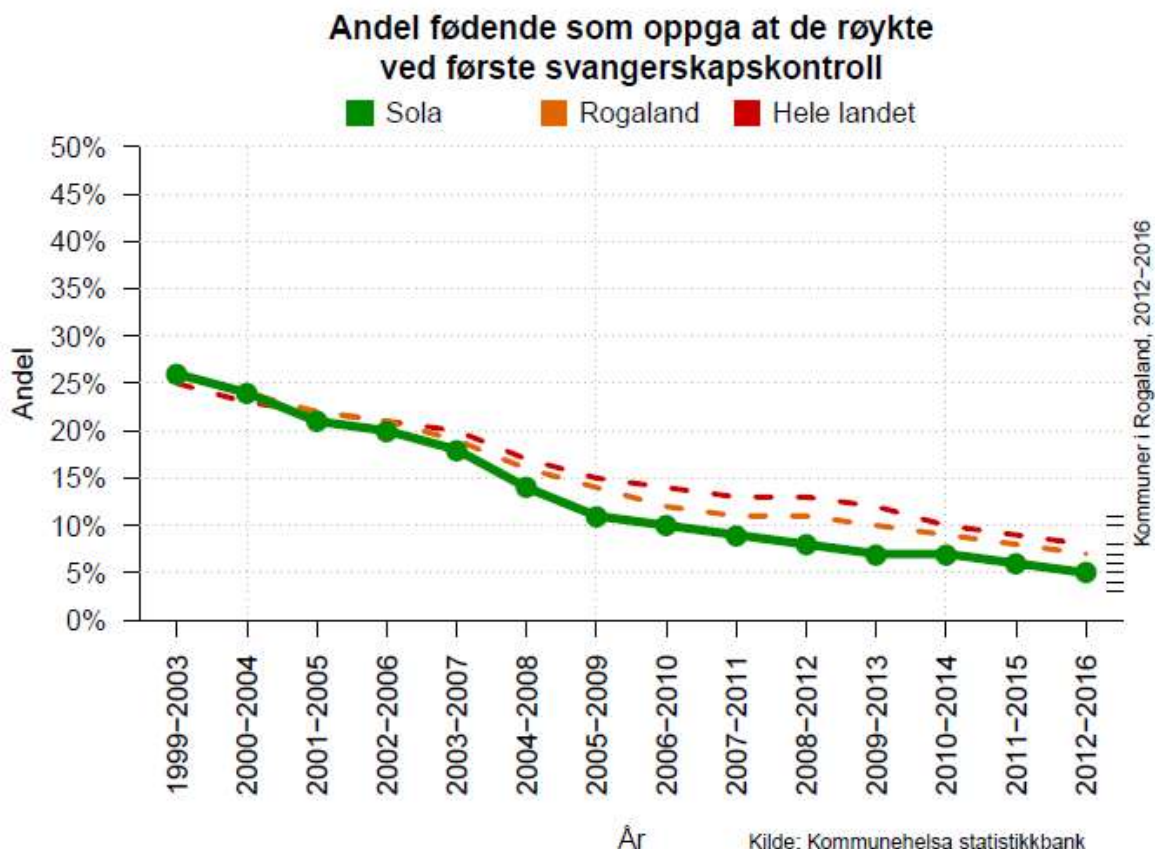
Sola ungdomsteam rapporterer om en opplevd økende tendens til cannabis bruk, og at ungdommen selv melder om en mer liberal holdning til cannabis – «dette er ikke narkotika, det er jo bare en plante» - «Alle gjør det» osv., er kommentarer ungdomsteamet møter. De opplever også at ungdommen finner inspirasjon fra sosiale medier og «de store» bloggerne, instagrammere, youtuberne, osv. som legger ut bilder og forherliger cannabis. TV- serier, streaming-serier og rap-artister, har en tendens til å forherlige denne livstilen.

Den politiske debatten rundt legalisering eller avkriminalisering, gir ungdommen et signal som går mot at det ikke er farlig. En del ungdommer tror at det er fritt frem å bruke cannabis i Norge i dag.

5.3 Røyking og snusbruk

Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levevaner. Omtrent halvparten av de som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at de som røyker daglig, i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere, og at 25 prosent av dagligrøykerne, dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere. 1 av 10 nordmenn røyker daglig, og det er de eldre som røyker mest. Det er stadig færre som røyker i de fleste aldersgrupper, men det går et skille mellom dem over og under 45 år. På landsbasis er det om lag 15 prosent av dem i alderen 45-74 år som røyker daglig, mens tilsvarende andel er rundt 8 prosent for dem under 45 år. Samtidig er det svært få i aldersgruppen 16-24 år som røyker daglig.

Røyking i svangerskapet kan si noe om røyking hos kvinner i fertil alder. For resten av befolkningen er datagrunnlaget på røykevaner dessverre svært dårlig. Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Denne gradienten gjelder også for røyking i svangerskapet. Det er en stor utfordring i folkehelsearbeidet å påvirke denne forskjellen.



Figur 39: Andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune.

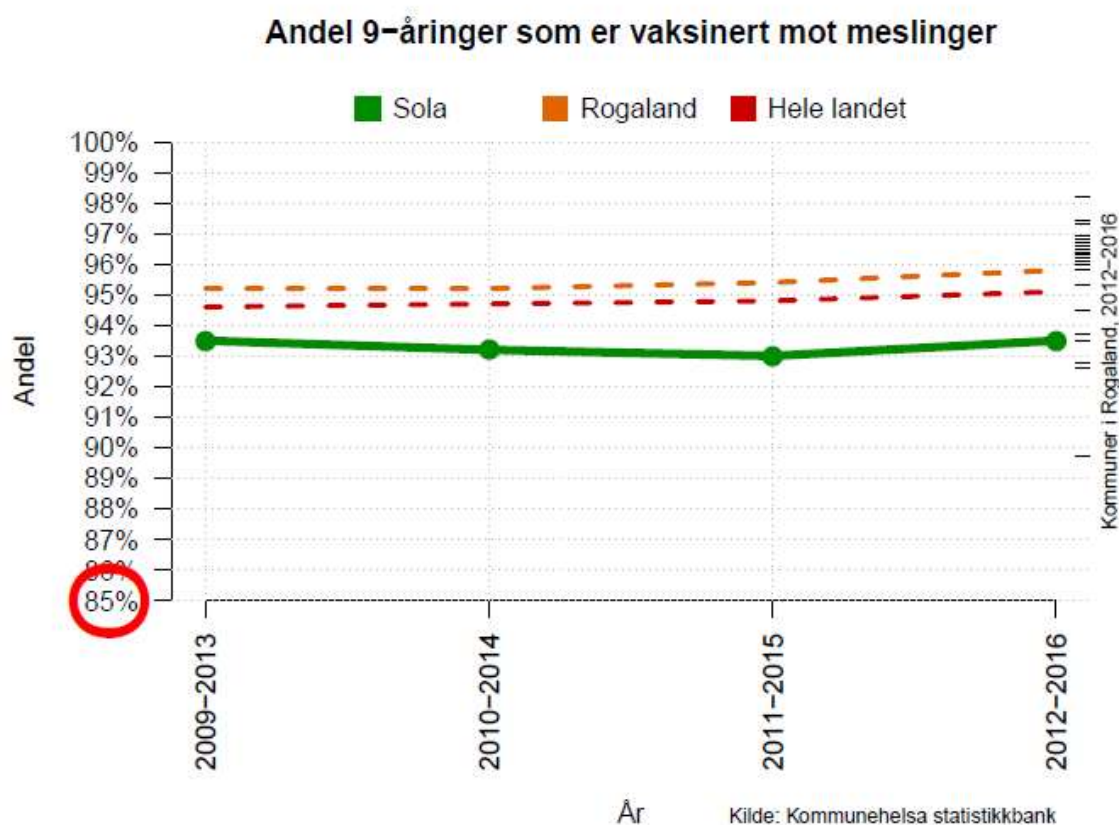
Når det gjelder snusbruk har vi ikke tall på kommunenivå. Det er likevel ingen grunn til å tro at Solas befolkning skiller seg nevne veredig fra befolkningen i resten av landet når det gjelder snus bruk. Menn snuser mest, og da spesielt i de yngre aldersgruppene. Nesten 3 av 10 menn under 34 år snuser daglig, mens det er om lag 1 av 10 kvinner i samme aldersgruppe som snuser. Særlig blant menn i alderen 25-34 er det mange som snuser daglig, hele 32 prosent.

Kvinner snuser mindre enn menn, og det er også yngre kvinner som snuser mest. Blant kvinner over 34 år er det kun 2 prosent som snuser, mens det for dem mellom 16-34 år er 13 prosent som snuser daglig.

Andelen røykere i befolkningen er på vei ned, men blant ungdom og unge voksne ser det ut til at snus har overtatt noe for røyking. Snus er ikke like helseskadelig som sigaretter, men er svært avhengighetsskapende og inneholder helseskadelige og kreftfremkallende stoffer. Vi har foreløpig ikke tall på snusbruken i kommunen, men det er ingen grunn til å tro at Sola skiller seg nevneverdig fra de tendenser vi ser på landsbasis.

5.4 Vaksinasjonsdekning mot meslinger

For mange potensielt farlige sykdommer er vaksinasjon det mest effektive forebyggende tiltaket man kjenner. Tall på vaksinasjonsdekning kan være til hjelp i vurdering av smittevernet i befolkningen samt vaksinasjonsprogrammets effektivitet. Ved et effektivt vaksinasjonsprogram med høy vaksinasjonsdekning vil det sirkulere lite smitte i befolkningen, og vil føre til at de uvaksinerte indirekte blir beskyttet.

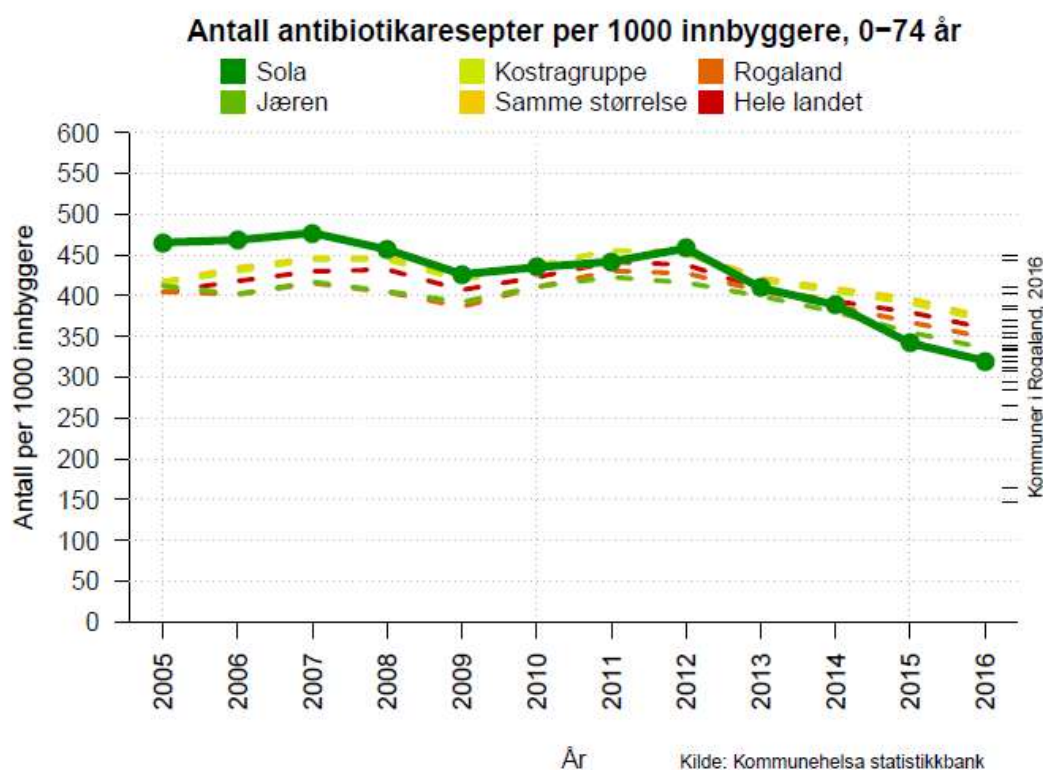


Figur 40: Andel 9-åringer som er vaksinert mot meslinger. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

Ut fra lavere vaksinasjonsdekning enn forventet ble det i 2017 gjort en grundig gjennomgang av registreringsrutiner og oversikt over vaksinerte ble sett opp mot barn registrert i folkeregisteret. Det viste seg at det bare var et marginalt forbedringspotensiale. Av alle 2 åringer på helsestasjonen hadde 97,2% fått MMR. Neste MMR vaksine gis når barnet er 11 år. Hvorfor tallene i mellomtiden endrer seg negativt er vanskelig å vite sikkert. En mulig forklaring kan være at familier ikke melder flytting ved utenlandsopphold, relativt stor migrasjon i forbindelse med endringer i arbeidsmarkedet og at barn som går på internasjonale skoler i nabokommuner frem til nylig ikke har blitt registrert i det nasjonale vaksinerregisteret SYSVAK.

5.5 Bruk av antibiotika

Antibiotika er viktige og effektive medisiner i behandling av infeksjoner som skyldes bakterier. Antibiotika har gjennom historien revolusjonert behandlingen av infeksjonssykdommer. Feil bruk av antibiotika kan føre til utvikling av antibiotika resistente bakterier. Det betyr at antibiotika ikke lenger har effekt på disse bakteriene.



Figur 41: Antall antibiotika resepter per 1000 innbyggere. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

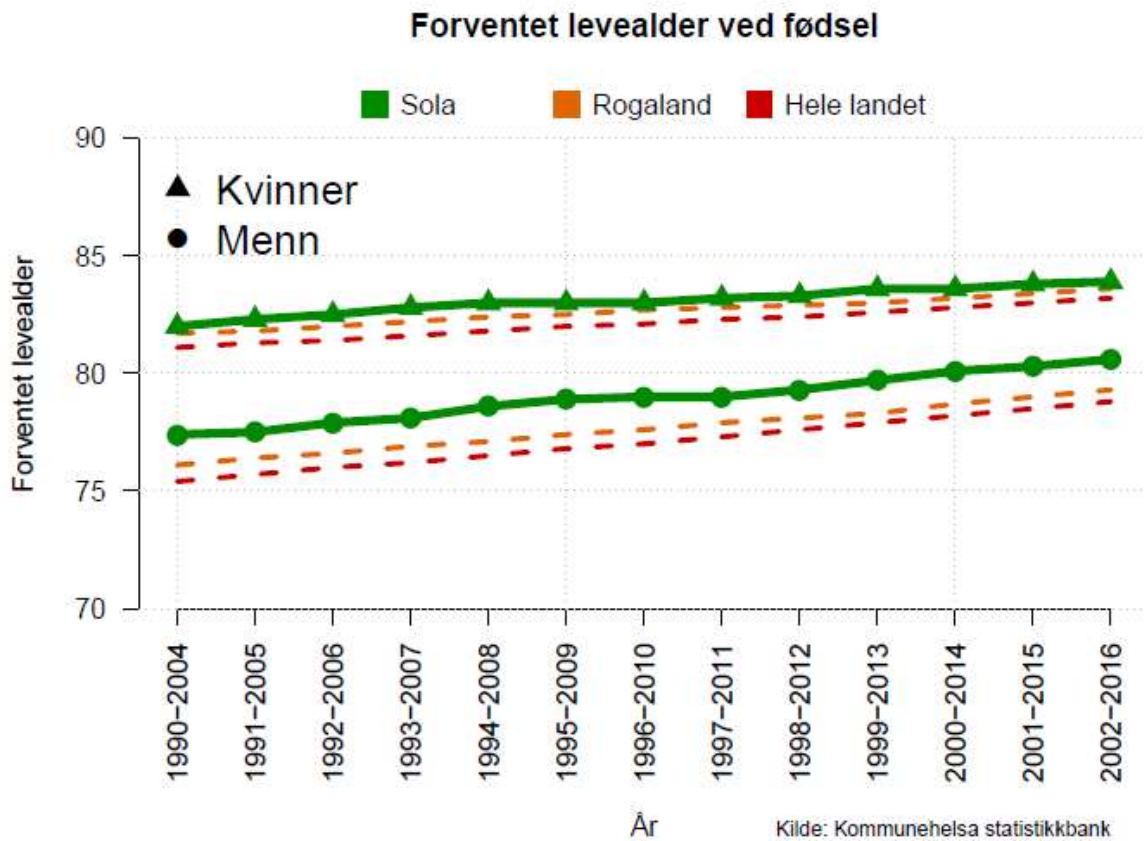
Det har vært en kraftig nedgang i antibiotika bruken i Norge de siste årene etter at man nasjonalt har fått en god handlingsplan mot antibiotika resistens. Antibiotika bruken er redusert med 20% siden 2012 noe som også gjenspeiles i statistikken over antibiotika resepter i Sola.

Kapittel 6

Helsetilstand

6.1 Forventet levealder

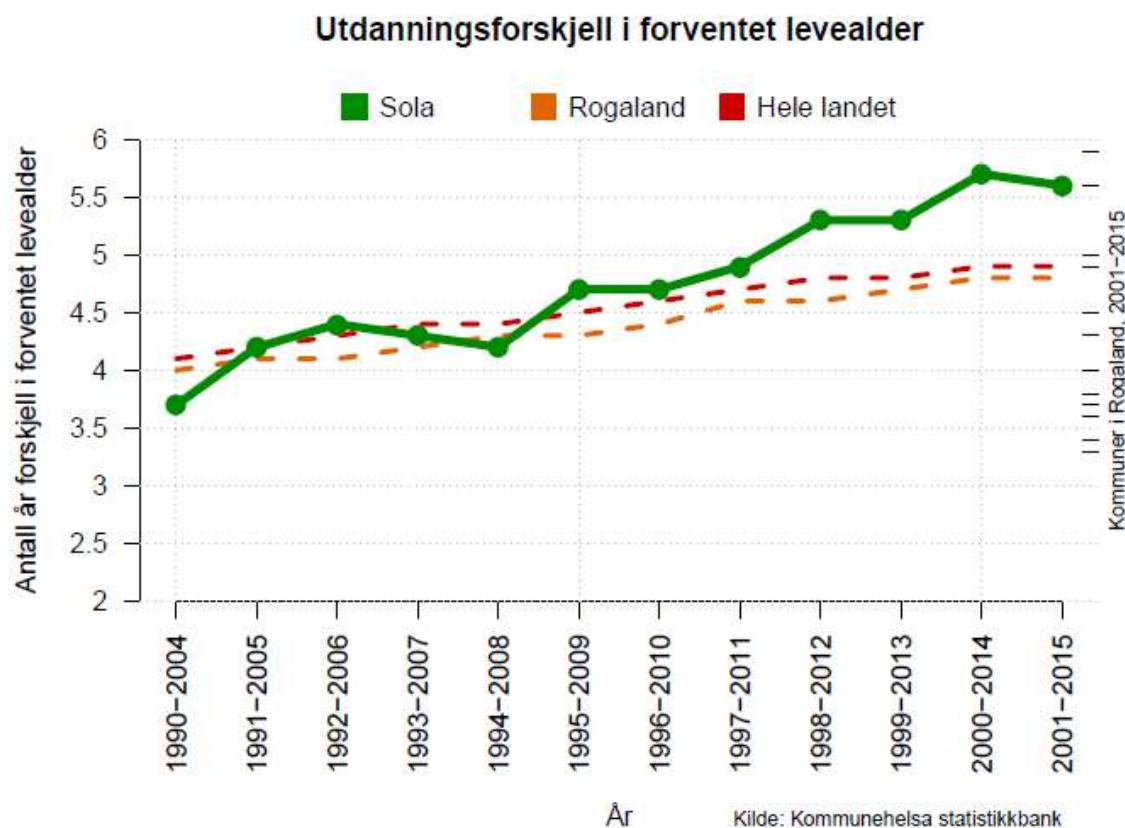
Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. På lands- og fylkesnivå er dette en stabil og pålitelig indikator som gir informasjon om endringer over tid og om forskjeller mellom befolkningsgrupper. Indikatoren er informativ også på kommunenivå, forutsatt at det tas hensyn til betydningen av tilfeldige svingninger.



Figur 42: Forventet levealder ved fødsel. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger. Flere eldre betyr også at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester. Flere eldre har bedre helse med ressurser til å ivareta egne behov, og kan også være bidragsyttere overfor andre, som aktive innen frivillig sektor. Med endret alderssammensetning i kommunen vil sykdomsbildet mest sannsynlig bli mer preget av kroniske og sammensatte helseproblemer - inkludert demens- enn i dag. Det vil i særlig grad gjelde de aller eldste. Dette innebærer at kommunen må møte eldre med tjenester som er helsefremmende og rehabiliterende.

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

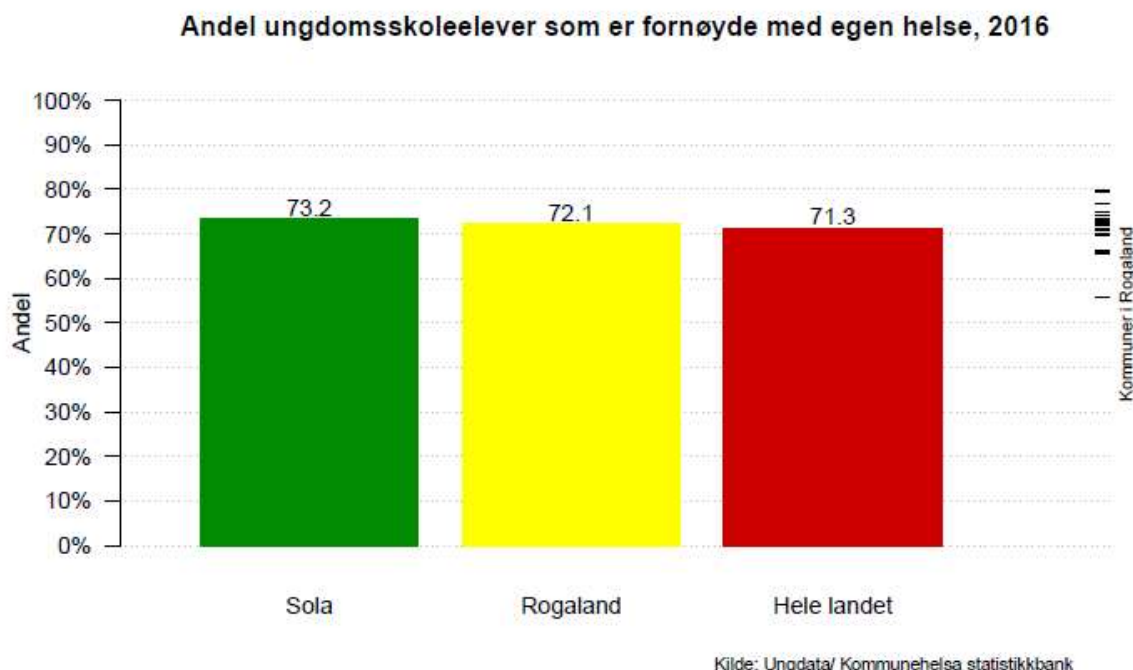


Figur 43: Utdanningsforskjeller i forventet levealder. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

Utdanningsforskjell i forventet levealder brukes som en indikator på små sosiale helseforskjeller. Det å beregne forventet levealder er imidlertid en usikker prosess, særlig i små kommuner. Men tabellen over indikerer at personer med lav utdanning lever vesentlig kortere enn de med høy utdanning i Sola kommune.

6.2 Andel ungdomsskoleelever som er fornøyd med egen helse

Egenvurdert helse er en viktig indikator for sykkelighet og bruk av helsetjenester, og anvendes til å overvåke befolkningens helsestatus over tid. De aller fleste har en positiv innstilling til egen helse, og litt flere unge enn eldre vurderer sin egen helse som god.

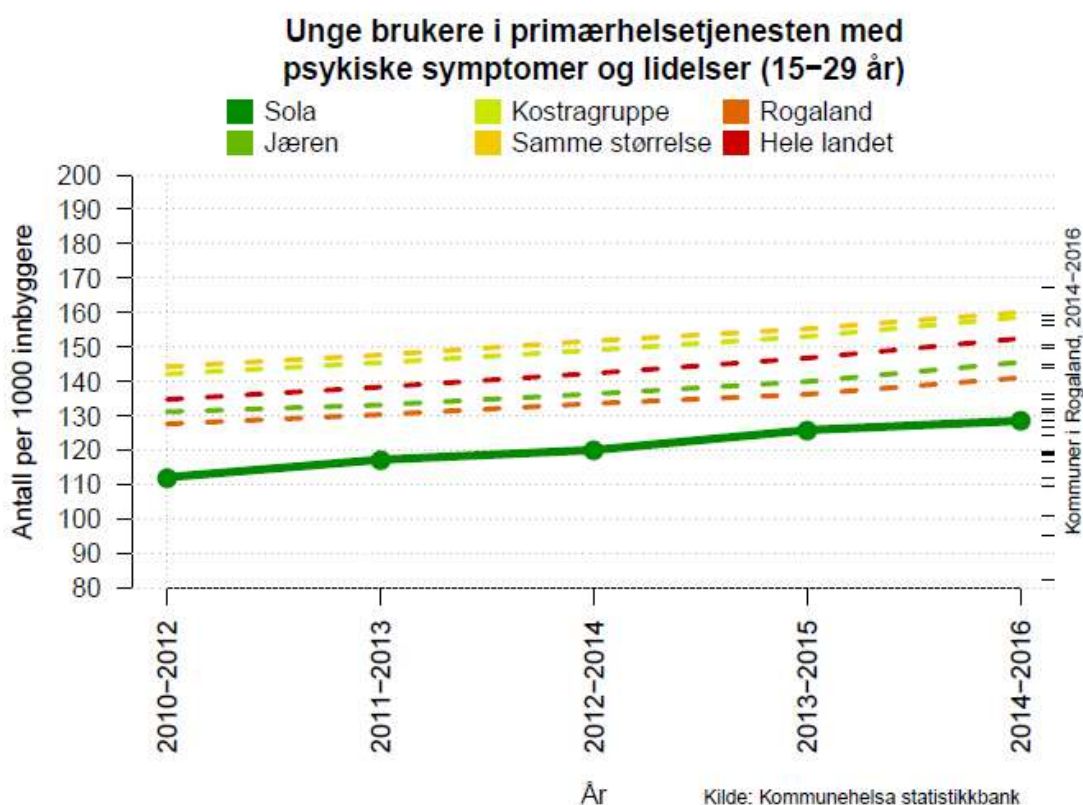


Figur 44: Andel ungdomsskoleelever som er fornøyd med egen helse. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

Andelen ungdomsskoleelever som svarte et av alternativene «svært fornøyd» eller «litt fornøyd» på spørsmålet : Hvor fornøyd er du med helsa di?

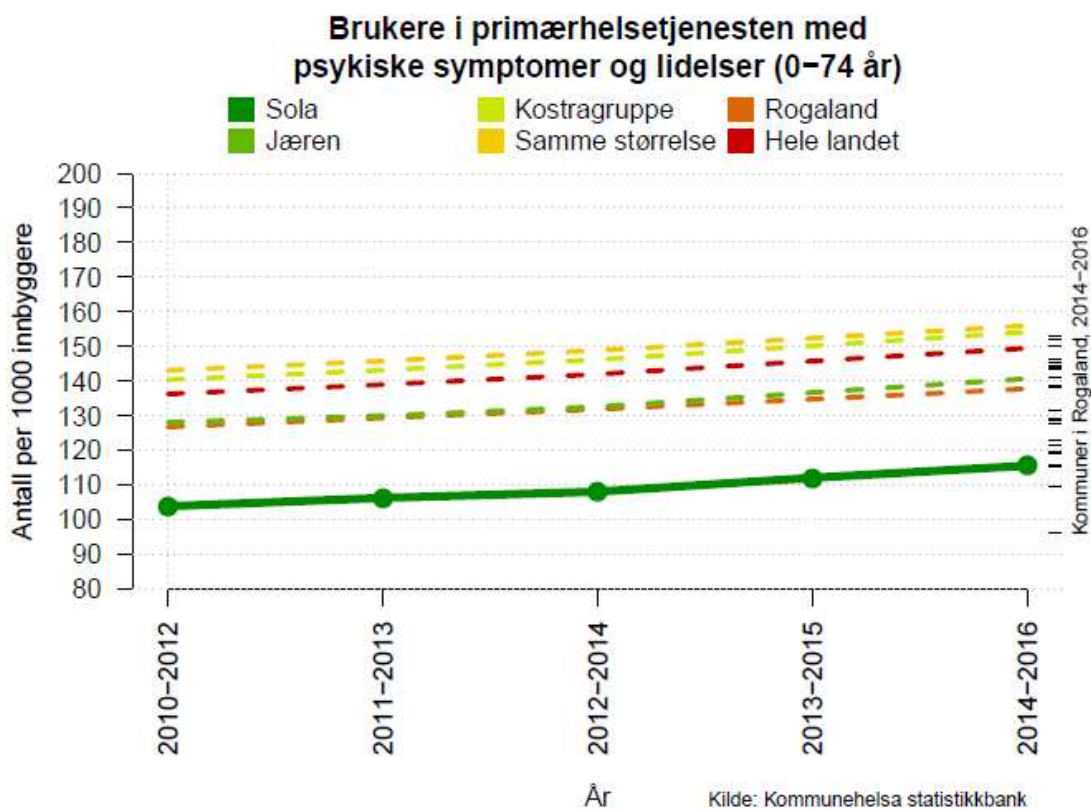
6.3 Unge med psykiske symptomer og lidelser

Bruk av primærhelsetjenesten kan gi informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner i befolkningen. Psykiske symptomer er plager som ikke har egen diagnose, mens lidelser er tilstander med sykdomsdiagnose.



Figur 45: Unge brukere i primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

Familiesenteret i kommunen gir lavterskel, psykisk helsehjelp til ca 250 barn og unge hvert år. Tilbudet er styrket, og tenkes å medvirke sterkt til at ikke flere oppsøker fastlege for psykiske symptomer og lidelser. Det psykiske helsearbeidet i skole er også styrket gjennom stillinger i HØP og midlertidige tilskuddsmidler. Det er i skolehelsetjenesten registrert deltakelse i grupper i skolehelsetjenesten der tema har vært knyttet til psykisk helse. På barneskolen er tallet 0,55% gruppe pr. barn når en ser antall barn som har deltatt i grupper på de ulike barneskolene opp mot totalt antall barn på alle barneskoler. På ungdomsskolen er det 0,47% gruppe pr. barn når vi ser antall barn som har deltatt i gruppe på de ulike ungdomsskolene opp mot totalt antall barn på alle ungdomsskoler.

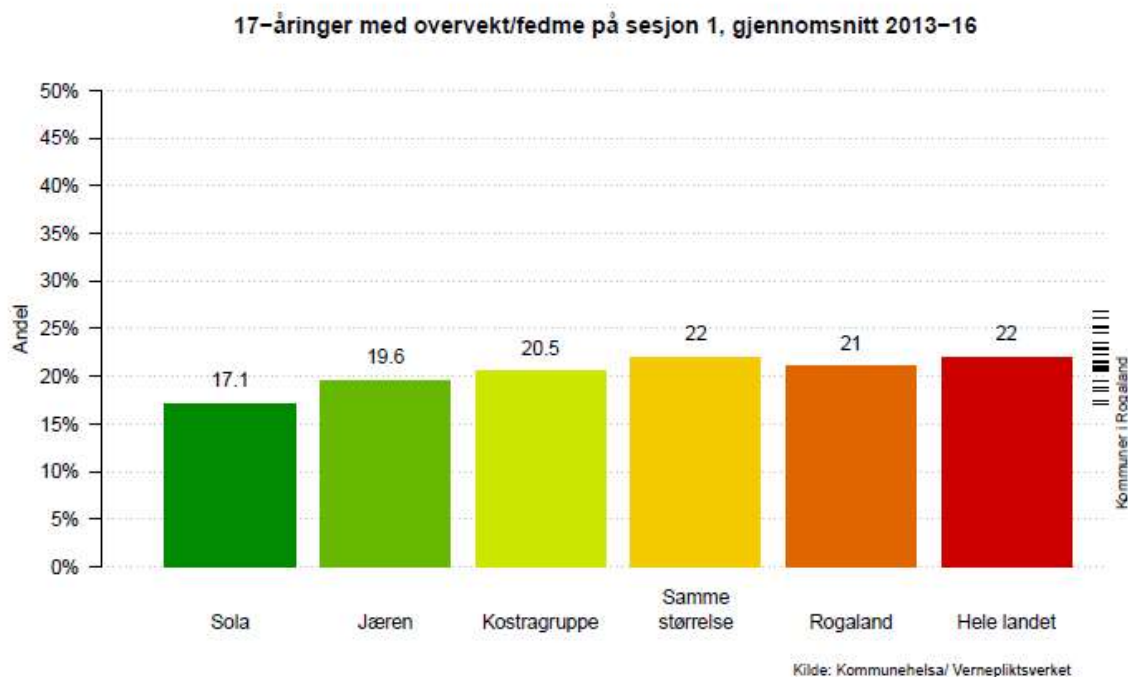


Figur 46: Brukere i primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

Sola har ifølge statistikken i figur 44 klart lavere antall unge brukere med psykiske symptomer og lidelser enn de vi sammenligner oss med. Det er gledelig. Det er likevel viktig å merke seg at nivået her ganger opp en kombinasjon av ikke bare helsetilstand, men også diagnosepraksis og enkeltpersoners tilbøyelighet til å oppsøke helsevesenet. Selv om Sola har færre brukere i denne gruppen enn de vi sammenligner oss med er det fortsatt 10% av unge i aldersgruppen 15-29 som har psykiske symptomer og lidelser i vår kommune og trenden er økende. For å styrke den tidlige innsatsen er familiesenteret fra 2016 definert som lavterskel, psykisk helsehjelp. Det er tilsatt psykologspesialist som fagleder.

6.4 Overvekt og fedme

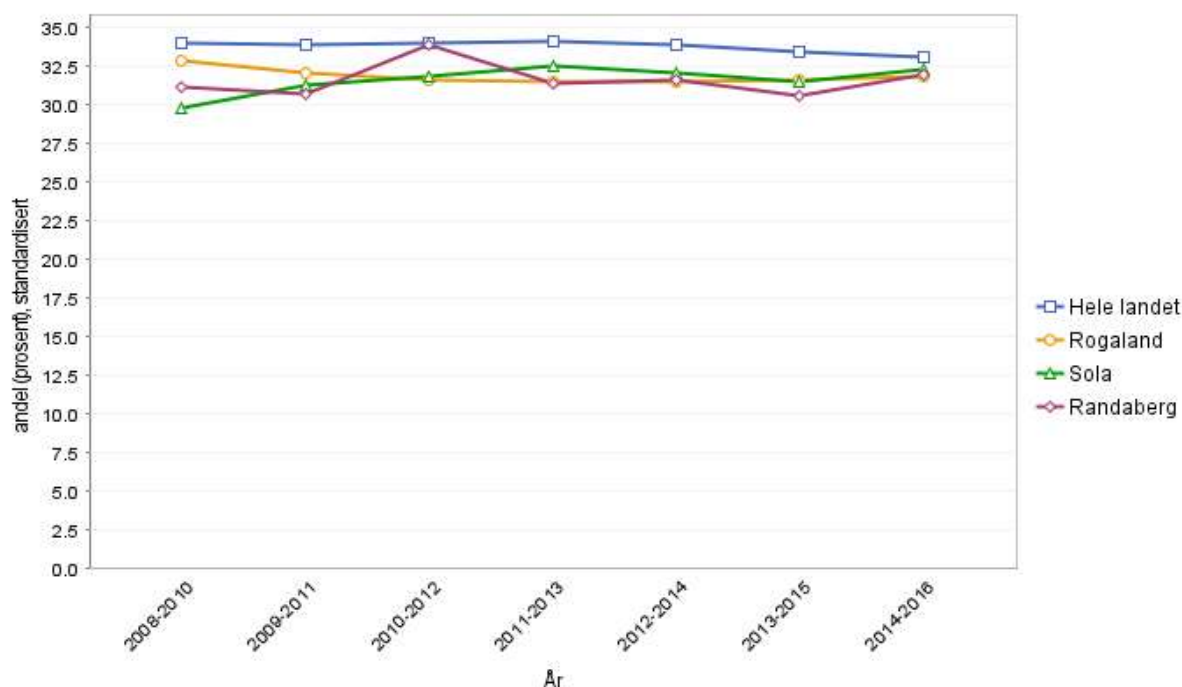
Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser. Det er ingen klar KMI- grense for når sykdomsrisikoen øker eller faller, overgangene er glidende.



Figur 47: 17-åringer med overvekt/fedme på sesjon 1, gjennomsnitt 2013-16. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

Andel kvinner med overvekt inkludert fedme i prosent av alle fødende kvinner med høyde- og vektopplysninger fra første svangerskapskontroll. Overvekt inkl. fedme regnes som BMI over eller lik 25 kg/m². Overvekt blant gravide ved første svangerskapskontroll kan være en indikator på overvekt i befolkningen. Tallene på overvekt blant gravide brukes derfor i denne sammenhengen til å gi informasjon om overvekt generelt i befolkningen, ettersom det er begrenset med data på dette området.

Overvekt inkludert fedme kvinner



Figur 48: Overvekt inkludert fedme kvinner Kilde: KommuneHelse statistikkbank

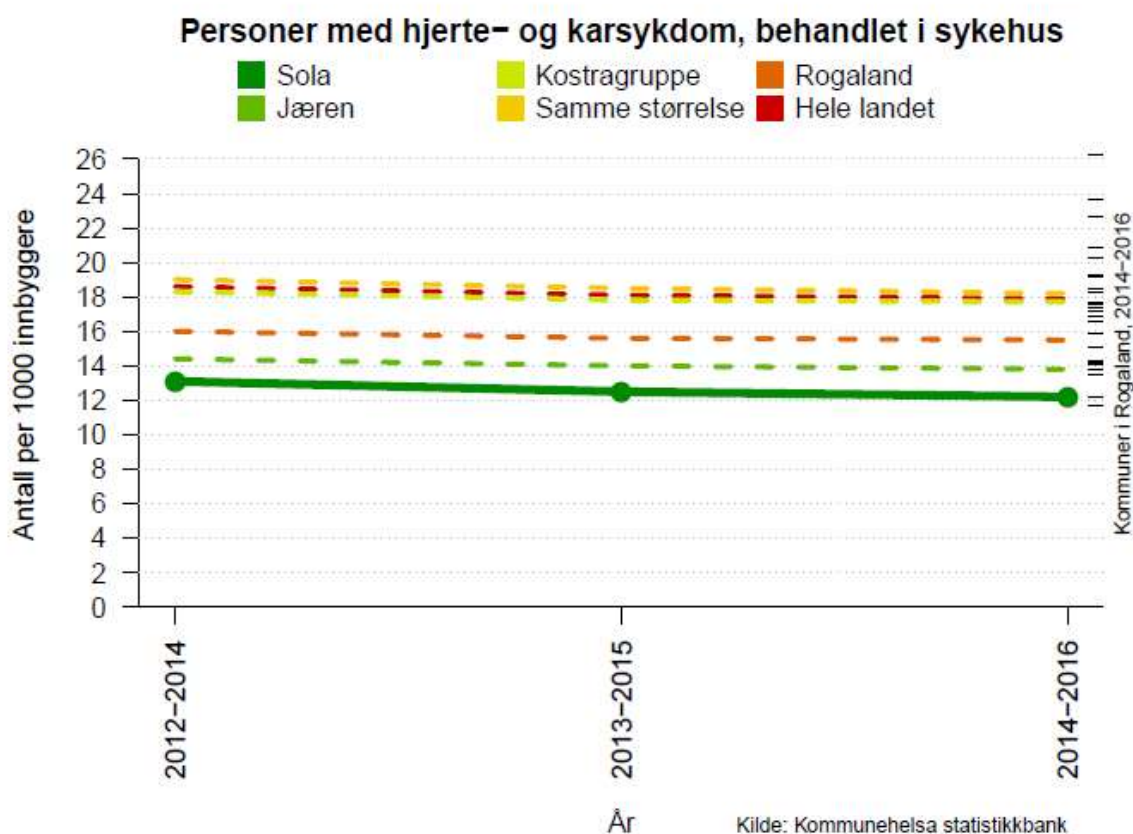
Sola har færre overvektige kvinner enn landsgjennomsnittet og færre overvektige 17 åringer enn fylket og resten av landet. Også her er det viktig å se på de faktiske tallene; 30% av kvinner og 17% av 17 åringer i kommunen har en BMI som disponerer for en rekke livsstilssykdommer.

6.5 Hjerte og karsykdommer

Sykehusinnleggelser og dødsfall kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen.

Utbredelse av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdommer de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsen fortsatt vil ramme mange.

Figuren viser antall unike personer med sykehusinnleggelse eller dødsfall med hjerte-/kardiagnose per 1000 innbyggere.



Figur 49: Personer med hjerte- og karsykdommer, behandlet i sykehus. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune.

De fleste personer med etablert hjerte-/karsykdommer, dvs. ikke bare risikofaktorer som høyt blodtrykk eller høyt kolesterol, vil få behandling i spesialhelsetjenesten. Dette har i lang tid vært en prioritert pasientgruppe der det ikke er store forskjeller på diagnosepraksis eller kapasitet rundt omkring i landet. Derfor er tallet på behandlede pasienter i sykehus et pålitelig mål på faktisk forekomst av hjerte/karsykdommer. Til sammenligning vil tallet på pasienter i primærhelsetjenesten med disse diagnosene variere mer etter legedekning.

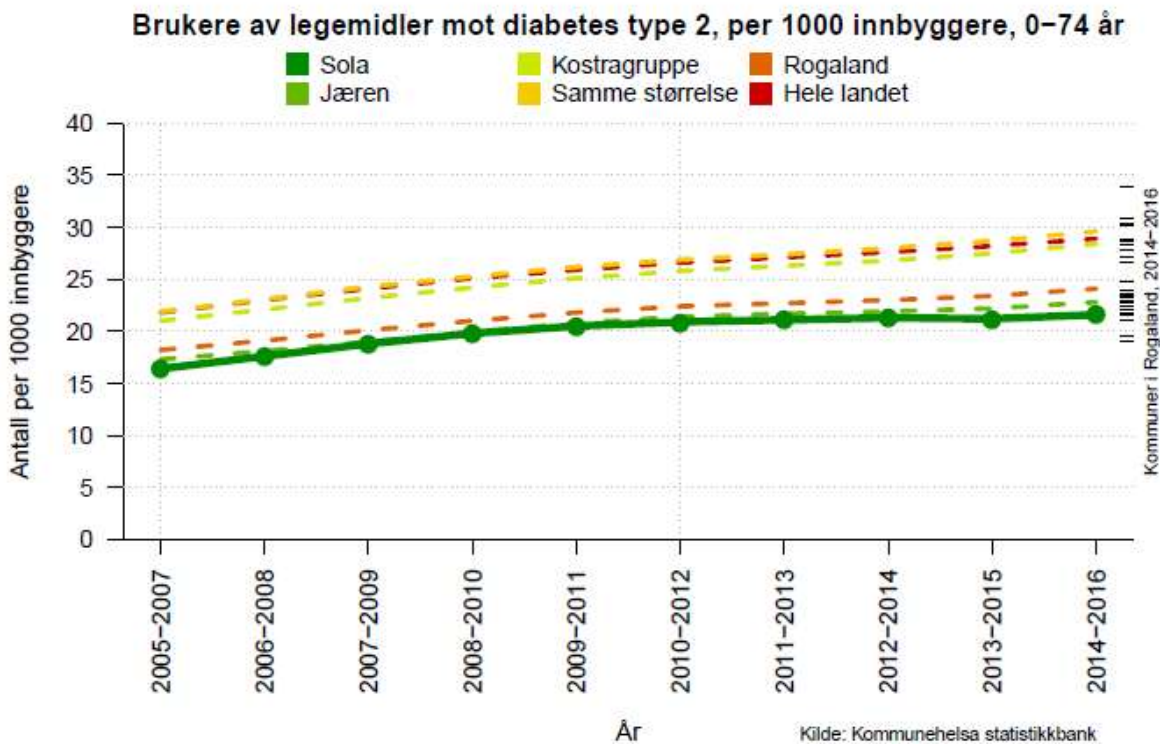
Befolkningen i Sola er noe yngre enn resten av landet, dette kan bidra til å forklare den lave forekomsten av hjerte- og karsykdommer i Sola kommune. Forekomsten av disse sykdommene øker med økende alder.

6.6 Brukere av legemiddel mot diabetes type 2

Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men kan være en indikator på sykdomsforekomst i befolkningen. For flere sykdomsgrupper har vi manglende oversikt over utbredelsen. Bruk av legemidler til behandling kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. For de sykdomsgrupper hvor det finnes andre datakilder vil Reseptregisteret være et supplement. Bruk av legemidler forskrevet på respekt påvirkes av flere faktorer utenom sykdomsforekomst, blant annet tilgang til leg og forskrivningspraksis blant legene.

For blant annet type 2-diabetes kan legemiddelbruk gi en pekepinn på potensialet for forebyggende innsats.

Forekomsten av type 2-diabetes er usikker og behandling av sykdommen varierer. Kosthold, mosjon og vektreduksjon kan for noen normalisere blodsukkeret og holde sykdommen under kontroll. Andre trenger medikamenter for å få ned blodsukkeret og bruk av midler til behandling av type 2-diabetes kan brukes som en indikator på forekomsten av type 2-diabetes i befolkningen. Med årene kan imidlertid insulinproduksjonen reduseres, og det blir nødvendig med insulin sprøyter på samme måte som ved type 1-diabetes. Overvekt er en viktig risikofaktor for utvikling av type 2-diabetes og forekomst av type 2-diabetes kan derfor gjenspeile befolkningens levevaner.



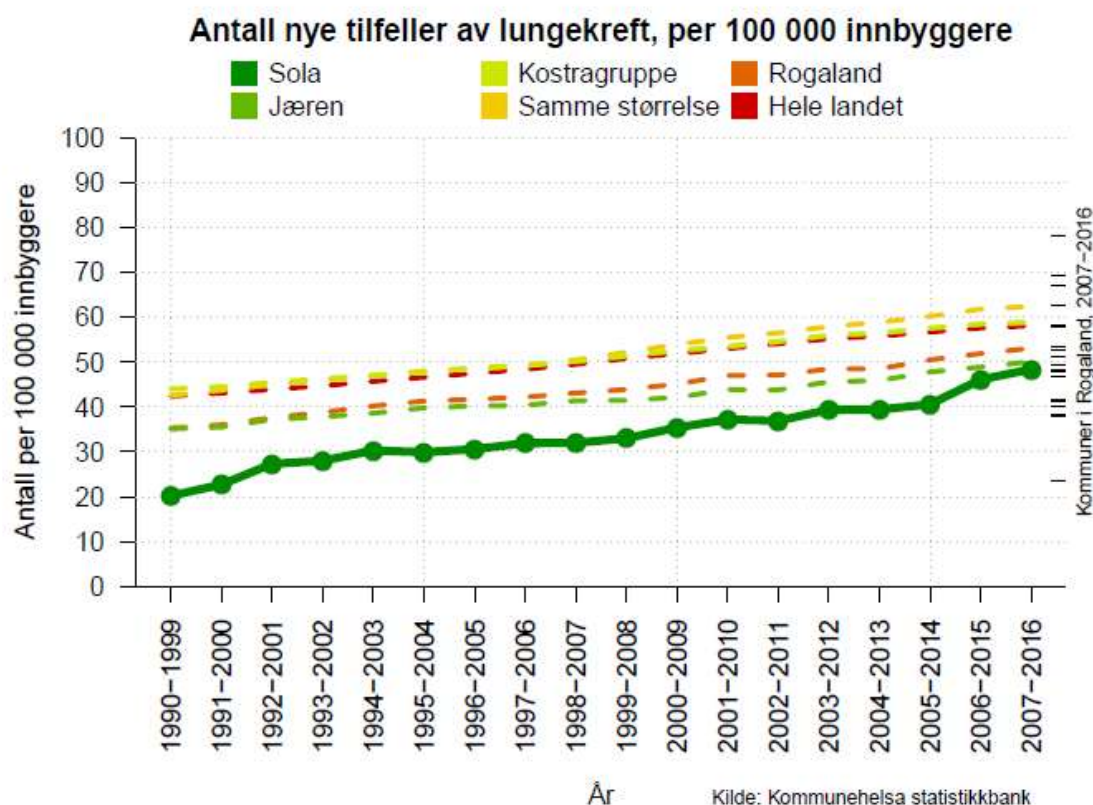
Figur 50: Brukere av legemidler mot diabetes type 2, per 1000 innbyggere. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

Det er mindre bruk av medisiner mot diabetes type 2 i Sola enn i Rogaland og betydelig mindre enn i resten av landet. Befolkningen i Sola er noe yngre enn resten av landet, dette kan bidra til å forklare den reduserte bruken av legemidler mot sykdommen, da forekomsten av type 2-diabetes øker kraftig med alderen.

6.7 Nye krefttilfeller årlig

Kreft er ikke en enkelt sykdom, men en fellesbetegnelse for en rekke sykdommer som kan ha forskjellige risikofaktorer og ulik sykdomsutvikling. Det tar ofte lang tid fra eksponering til man utvikler kreft, og mange faktorer kan derfor medvirke til at sykdommen oppstår.

Kosthold, fysisk aktivitet, røyke- og alkoholvaner er faktorer som har betydning for kreftforekomsten. Det anslås at ett av tre krefttilfeller henger sammen med levevaner. En endring i befolkningens levevaner har derfor et stort potensiale til å redusere risikoen for å utvikle kreft.

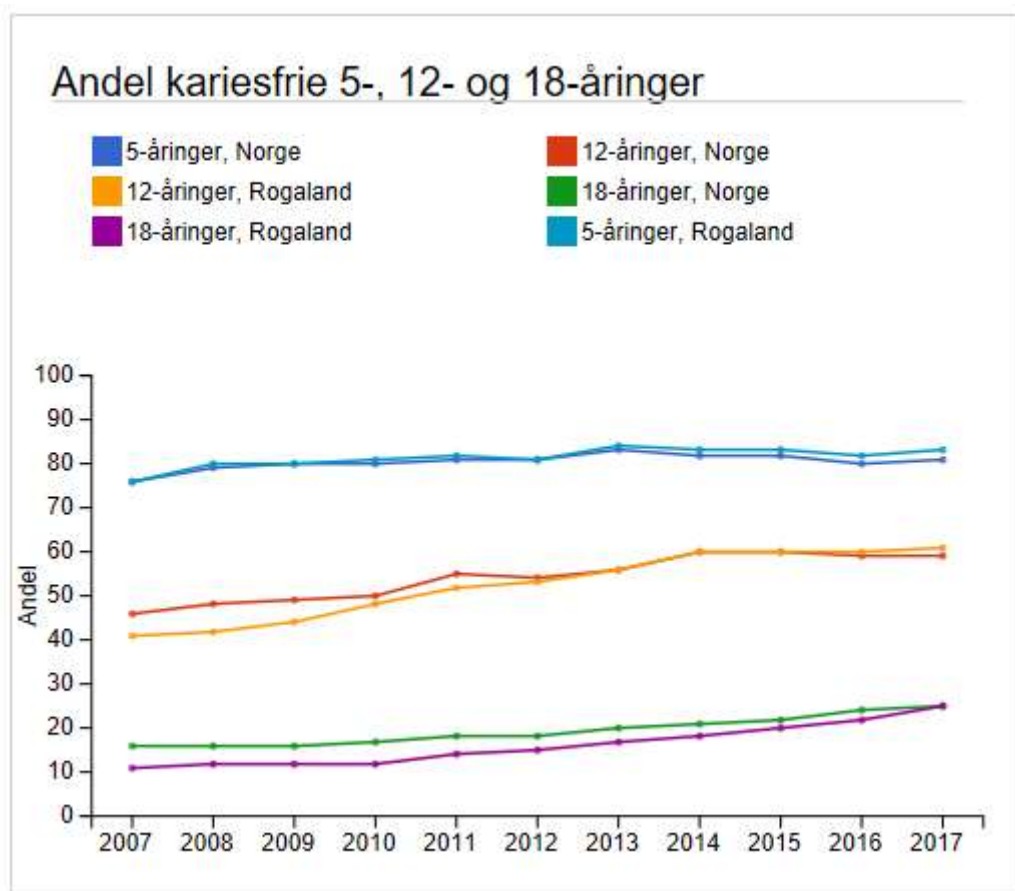


Figur 51: Antall nye tilfeller av lungekreft, per 100 000 innbyggere. Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2018. Rogaland fylkeskommune

Det er mindre bruk av medisiner mot diabetes type 2 i Sola enn i Rogaland og betydelig mindre enn i resten av landet. Befolkningen i Sola er noe yngre enn resten av landet, dette kan bidra til å forklare den reduserte bruken av legemidler mot sykdommen, da forekomsten av type 2-diabetes øker kraftig med alderen.

6.8 Tannhelse

Siden 2007 har vi sett en tydelig forbedring for både 5-, 12-, og 18-åringene.



Figur 52: Andel kariesfrie 5-, 12- og 18-åring. Kilde: Tannhelse Rogaland.

Både i Rogaland og resten av landet ser vi en bekymringsverdig tendens til utflating og nedgang blant 5-åringene. Det kan være flere årsaker til en slik utvikling. Ett forhold er at denne aldersgruppen oftere enn tidligere har kontakt med sukkerholdige produkt. Et annet forhold kan være at barn av innvandrerfamilier har dårligere tannhelse enn norske barn. Om så er tilfelle, ligger det et håp om at disse forskjellene utjevner seg frem til 12-års alder.

Kilder

Folkehelseinstituttet – diverse faktaark
<https://www.fhi.no/>

Kommunehelsa statistikkbank
<http://khs.fhi.no/webview/>

Oversikt over folkehelsen i Rogaland – Rogaland fylkeskommune
[file:///C:/Users/sngab/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Oversikt%20over%20folkehelsen%20i%20Rogaland%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sngab/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Oversikt%20over%20folkehelsen%20i%20Rogaland%20(1).pdf)

Utvidet folkehelseprofil for Sola kommune 2018 – Rogaland fylkeskommune

Ungdataundersøkelsen
<http://www.ungdata.no/>

Planlegging for nærtur
Om kommunal og regional planlegging for etablering av turveier og turstier i nærmiljøet
file:///C:/Users/sngab/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/3IE07P84/hele_brosjyren_til_net.pdf

Tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng i tettsteder, resultat og metode
<https://www.ssb.no/natur-og-miljo/artikler-og-publikasjoner/tilgang-til-rekreasjonsareal-og-naerturterreng-i-tettsteder>

Regionale utviklingstrekk
[http://www.rogfk.no/Plan-Rogaland/Aktuelt/Dette-er-Rogaland-anno-2018/\(language\)/nor-NO](http://www.rogfk.no/Plan-Rogaland/Aktuelt/Dette-er-Rogaland-anno-2018/(language)/nor-NO)

Folkehelseloven med forskrift og veileder
[file:///C:/Users/sngab/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/God%20oversikt%20-%20en%20forutsetning%20for%20god%20folkehelse%20-%20Veileder%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sngab/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/God%20oversikt%20-%20en%20forutsetning%20for%20god%20folkehelse%20-%20Veileder%20(1).pdf)

Tannhelse Rogaland

SSB



**Sola
kommune**