



Folkehelseoversikt 2023-2027

Sånn har vi det i Sola



Innhold

Innledning	5
Bakgrunn	8
Folkehelsearbeid i Sola kommune.....	9
Folkehelse etter pandemien	10
Kunnskapsgrunnlag	11
Befolkningssammensetning	12
Færre barn fødes i Sola	15
Mange unge, men andelen eldre blir høyere.....	15
Store flyttestrømmer	17
Hver sjette innbygger er innvandrer	20
Framskriving av folkemengden i Sola 2023-2040	22
Oppvekst og levekårsforhold	24
Inntektsulikhet.....	26
Gjeld over tre ganger inntekt, husholdninger	26
Husholdninger med vedvarende lavinntekt	27
Bolig.....	28
En boligmasse i endring	29
Boligbygging og bosituasjon	30
Kommunale boliger.....	30
Bostøtte til bolig.....	33
Startlån	35
Barn som bor trangt	36
Sysselsettingen i Sola	37
Hva arbeider innbyggerne med?.....	38
Barn av eneforsørgere	38
Mottakere av stønad til livsopphold.....	39
Mottakere av uføreytelser.....	41
Arbeidsledighet, registrerte	42
Sammenhengen mellom arbeidsledighet og folketilvekst	43
Arbeid og stønadsmottakere	44
Barn av sosialhjelpsmottakere	45
Bolig.....	45
Bor trangt	46
Barnehage.....	48
Skole	49

Regneferdigheter	49
Leseferdigheter	51
Trivsel på skolen	52
Mobbing	56
Gjennomføring av videregående opplæring	57
Utdanningsnivå	58
Gjennomføring i opplæring etter foreldrenes utdanningsnivå	60
Barnevern	63
Barn med barnevernstiltak	63
Barn med undersøkelse av barnevernet	63
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	65
Sosialt og fysisk	67
Grønt areal	67
Fornøyd med nærmiljøet, ungdom	69
Trygghet i nærmiljøet, ungdom	70
Fritidsaktiviteter	70
Tanker om fremtiden, ungdom	71
Høy tilfredshet med livet, ungdom	71
Fornøydhet med foreldrene, ungdom	71
Fortrolig venn	72
Plaget av ensomhet, ungdom	73
Vold og mishandling, anmeldte tilfeller	73
Kriminalitet	74
Valgdeltakelse	76
Biologisk og kjemisk	78
Andel tilknyttet vannverk	78
Støy	79
Luftkvalitet og svevestøv	79
Skader og ulykker	83
Skader og ulykker	84
Spesialisthelsetjenesten, somatikk	84
Trafikkulykker	86
Helserelatert atferd	87
Fysisk aktivitet	88
Trener sjeldnere enn ukentlig	89
Skjermtid, mer enn fire timer daglig, ungdom	90
Alkohol, har vært beruset, ungdom	91
Røyking, Kvinner svangerskap	91

Cannabisbruk, ungdom	92
Alkohol	93
Helsetilstand	95
Forventet levealder.....	96
Søvn.....	96
Overvekt og fedme	97
Overvekt inkl.fedme, kvinner	98
Sykdomsgrupper	99
Tannhelse	101
Psykiske plager, ungdom.....	101
Legemiddelbrukere	102
Hjerte- og karsykdom, indikatorer	105
Legemiddelbrukere	105
Primærhelsetjenesten, brukere	106
Hjerte- og karsykdom	107
Dødelighet, tidlig død.....	108
Kreft, indikatorer.....	110
Kreft, nye tilfeller	110
Kreft, nye tilfeller, menn	111
Kreft, nye tilfeller, kvinner.....	112
Dødelighet, tidlig død	112
Dødelighet, tidlig død, menn	113
Dødelighet, tidlig død, kvinner	114
Type 2-diabetes	115
KOLS/ lungesykdom, indikatorer	117
KOLS og astma, legemiddelbrukere	118
Legemidler og helsetjenester	119
Legemiddelbrukere	122
Primærhelsetjenesten	122
Dødsårsaker	123
Vaksinasjon	124
Vaksinasjonsdekning-barnevaksinasjonsprogrammet, 5-årige gjennomsnitt.....	124
Vaksinasjonsdekning- barnevaksinasjonsprogrammet, årlige tall	125
Influensavaksinerte over 65 år.....	126
Antibiotika	128
Antibiotikaresepter	128
Resepter med smalspektret antibiotika mot luftveisinfeksjoner	129

Innledning

Oversiktsdokumentet gir en innsikt i innbyggernes levekår og vaner som forteller noe om hvordan vi har det i Sola kommune. Selv om oversikten er omfattende, vil det alltid være rom for dypere analyser for å forstå de underliggende faktorene som bidrar til resultatene. Som folkehelseoversikten 2019-2022 er Sola kommune fortsatt en kommune det er godt å leve og vokse opp i. Den gjennomsnittlige innbygger i Sola kommune har både gode levevaner og levekår og vil kunne nyte mange gode leveår.

Til tross for gode levevaner og levekår er det i dette dokumentet avdekket noen utfordringer vi bør være oppmerksomme på. De fleste av disse skiller seg ikke særlig ut i Sola kommune, men er også gjeldende i fylket og resten av landet.

Alderen til befolkningen er det vanskelig å gjøre noe med, men det er mulig å fremme sunne valg som kan ha en betydelig positiv effekt på folkehelsen. Forebyggende tiltak som settes inn tidlig vil ofte være de mest virkningsfulle, da det er mer effektivt å hindre problemer i å oppstå, enn å behandle sykdommer og helseproblemer som allerede har oppstått.

Helsetilstanden er i stor grad et resultat av de forholdene en person er født inn i. Det er en klar tendens til at barn av høyt utdannede foreldre ofte oppnår høy utdanning selv, dermed øker sannsynlighet for et lengre liv med god helse for denne gruppen. Det er også et faktum at helsetilstanden generelt er bedre i samfunn med små sosiale forskjeller sammenlignet med samfunn hvor forskjellene er større. Et hovedmål i folkehelsearbeidet er å redusere helseforskjellene mellom ulike sosiale grupper ved å forbedre helsen for den delen av befolkningen som står overfor de største helseutfordringene.

Oversiktsdokumentet skal i henhold til Forskrift om oversikt over folkehelsen § 3 a-f inneholde opplysninger om- og vurderinger av;

- Befolkningssammensetning
- Oppvekst- og levekårsforhold
- Fysiske, biologiske, kjemiske og sosiale miljøfaktorer
- Skader og ulykker
- Helserelatert atferd
- Helsetilstand

Kommunens befolkning og befolkningssammensetning skal være utgangspunktet for å vurdere annen informasjon, i tillegg skal befolkningssammensetningen skal være en del av utfordringsbildet. Oppvekst- og levekårsforhold, helserelatert atferd og fysisk og sosialt miljø er alle eksempler på faktorer som er med på å påvirke helsesituasjonen. Se figur 2.

Folkehelseprofil 2023-2027 skal være grunnlag for kommunal planstrategi.

Sammendrag

Folkehelse henger sammen med opplevelsen av frihet og trygghet i samfunnet man er en del av, og omgivelsene man omgås i hverdagen. Befolkningens helsetilstand blir påvirket av bakenforliggende faktorer som økonomi, oppvekst og utdanning, tilknytning til arbeidslivet og arbeidsforhold, bosted og forhold i lokalsamfunnet.

Helsetilstanden i Norge er svært god, dette er også gjeldende for Sola kommune. Den gjennomsnittlige innbygger i kommunen har både gode levevaner og levekår.

Befolkningssammensetning: Sola kommune har en ung befolkning, med en høy fruktbarhet, det vil si at vi føder flere barn pr. kvinne i fødedyktig alder enn i resten av Rogaland og landet for øvrig. Vi forventer fortsatt vekst i alle aldersgrupper, men en svakere vekst enn tidligere i de yngste aldersgruppene, og en betydelig sterk vekst i de eldre aldersgruppene.

Oppvekst og levekår: Levekårene i Sola kommune som helhet er bra. Innbyggerne våre har høy utdanning og vi har en høyere andel som fullføre videregående skole, enn resten av landet. Likevel er det registrert en liten nedgang når det gjelder innvandrere som fullføre videregående opplæring. Vi har også en økende grad av unge mottakere av uføreytelser. Andelen som bor i husholdninger med høy gjeld (over tre ganger høyere enn samlet husholdningsinntekt), er høyere i Sola enn i landet som helhet.

Barnehagene våre har lav pedagogtetthet og for skolelevne våre er det en nedgående trend når det gjelder trivsel og økende tall på mobbing i skolen.

Fysisk, biologiske, kjemiske og sosiale miljøfaktorer: Vannkvaliteten og vanntilførselen i Sola er svært bra. Luftkvaliteten i Sola er registrert som signifikant dårligere enn ellers i landet. En antagelse på dette er at den største kilden til forurensning kommer utenfor kommunegrensen. Dette og sjøsalt er det lite vi kan gjøre noe med. Vi står derfor igjen med vedfyring som den største kilden. Det er det mest av i vinterhalvåret, og samtidig er det i vinterhalvåret vi til tider får værtypen inversjon, som gjør at forurensningen konsentreres i stedet for å bli tynnet ut. Denne typen forurensning vil være størst i tett bosatte områder, som her på Nord-Jæren-halvøya. Dermed kommer Sola dårligere ut enn andre kommuner med spredt bosetning

Det er lite tilgang til rekreasjonsareal og naturterreng i Sola kommune. Andel 10 åringer som er med i organisasjoner, klubber, lag eller foreninger i Sola er synende.

Skader og ulykker: Sola kommune har få ulykker som blir behandlet på sykehuset. Til tross for at svømmedyktigheten i Sola er høyere enn landet som helhet, viser lokale tall en nedgående trend.

Helserelatert atferd: Andel gravide som røyker er synkende i Sola. Det er en økning blant ungdommer som defineres som lite aktiv og som landet ellers, er rapportert skjermtid over fire timer økt drastisk blant ungdom de siste seks årene.

Helsetilstand: Forvente levealder er stabilt, både for kvinner og menn. De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Dette gjelder

også for eldre med lav utdanning og inntekt. Disse har flere sykdommer og helseplager, og også kortere forventet levealder enn de med høy utdanning og inntekt.

Egenvurdert helse er en viktig indikator for helsetilstand og bruk av helsetjenester. Hos barn henger kort søvnslengde og nattlige oppvåkninger sammen med høyere nivå av emosjonelle vansker, atferdsmessige problemer og høyere risiko for å utvikle symptomer på psykiske problemer sammenlignet med barn som sover godt. Vi har en jevn stigning av andel ungdomsskoleelever som har søvnproblemer, fra 21% i 2013 til 28% i 2022.

Hva er positivt i Sola kommune?

- Høyere andel som fullføre videregående opplæring, enn resten av landet.
- Høyere andel med høyt utdanningsnivå, enn resten av landet.
- Høyt forventet levealder

Hva skal vi være ekstra oppmerksomme på i Sola kommune?

- Ulikheten i helsen øker
- Flere eldre og samtidig en utflating av befolkningen i yrkesaktiv alder
- Redusert tilgang til rekreasjonsområde og nærturterreng
- Stigende tall på unge mottakere av uføreytelser
- Lav pedagogtetthet i barnehager
- Nedgående tall på trivsel og økende tall på mobbing i skolen

Bakgrunn

Folkehelse defineres som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning»

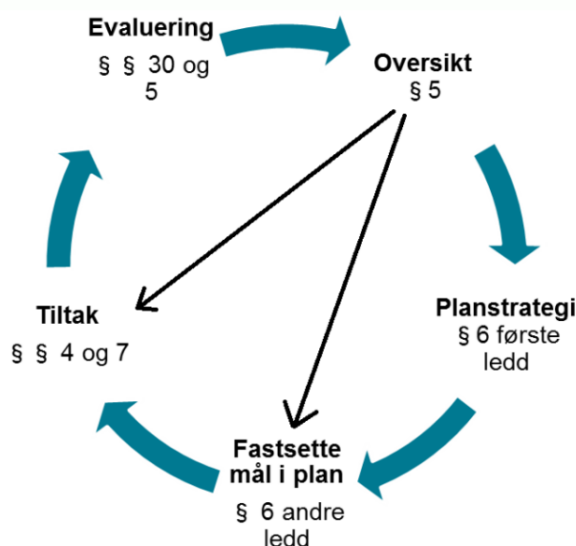
Folkehelsearbeid er «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helse».

Kommunen er pliktet etter Lov om folkehelsearbeid å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Denne oversikten skal utarbeides hvert fjerde år, og skal inngå som grunnlag for arbeid med kommunens planstrategi og tiltak.

Hensikten med folkehelseoversikt er å identifisere folkehelseutfordringer i kommunen, samt å vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Særlig oppmerksomhet skal vies trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller (Lov om folkehelsearbeid §5).

Oversikten skal utarbeides på bakgrunn av opplysninger fra sentrale og regionale myndigheter, lokale helsetjenester og lokale kunnskap ellers. Sentralt i lovens formålsparagraf er utjevning av sosial ulikhet i helse, og i lovens forarbeider betegnes dette som avgjørende for å kunne nå målet. Sosial ulikhet bør av den grunn vurderes inn som et kjerneelement i oversiktsarbeidet.

Sammen med melding om utviklingstrekk og utfordringsbilde, utgjør oversikten kunnskapsgrunnlag til kommunens arbeid med ny planstrategi for den kommende fireårsperioden. Figuren nedenfor illustrerer systematisk folkehelsearbeid.



Illustrasjon av det systematiske folkehelsearbeidet. Kilde: Helsedirektoratet

Folkehelsearbeid i Sola kommune

FNs bærekraftsmål

Sola kommune har i likhet med resten av landet forpliktet seg til å bidra til å nå FNs bærekraftsmål. I kommuneplanens samfunnsdel står det at vi skal arbeide for at alle innbyggere skal oppleve god livskvalitet, tilhørighet, trygghet og inkludering. Vi skal som kommune legge til rette for at alle har like muligheter for et godt liv, fra vugge til grav.

Mulighet for utdanning og arbeid gir grunnlag for gode bo- og oppvekstforhold. En trygg og tilpasset bolig som ligger i et delaktig og aktivt lokalsamfunn der innbyggerne opplever godt naboskap og demokrati, bidrar til trivsel og vekst. Et lokalsamfunn som er omringet av et variert naturlandskap, i et sunt miljø, der ressursene blir forvaltet i tråd med god klimapolitikk, bidrar til god samfunnssikkerhet og robusthet.

Politikk og folkehelse

Folks adferd endres i stor grad gjennom politiske vedtak og føringer. Folkevalgte har derfor et ledende ansvar i å føre samfunnspolitikk som sikrer bedre vilkår for befolkningen for å oppnå god helse. Alle vedtak har en konsekvens for folkehelsen, enten negativ eller positiv. Vurdering av helsekonsekvenser i politiske saker bør derfor prioriteres på lik linje med økonomiske og miljømessige forhold.

Tverrfaglig arbeid

Folkehelseloven skal sikre en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller. Det er med andre ord et samfunnsansvar å sikre at alle har gode forutsetninger for et godt liv med god helse. Helsefremmende arbeid er ikke kommunens ansvar alene, men må skje i samarbeid mellom kommunen, frivillige organisasjoner, private og brukerorganisasjoner.

Kommunen lager et løpende oversiktsarbeid, der utfordringsbildet gir en indikasjon på prioriterte oppgaver innen det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Videre bidrar kommunen med økonomiske virkemidler gjennom den årlige handlings- og økonomiplanen, samt tilskuddsordninger alle i kommunen kan søke på.

Partnerskap for folkehelse

Rogaland fylkeskommune har siden 2007 satset på å utvikle et partnerskap som arbeidsmetode for folkehelse. Dette for å ivareta føringer i folkehelseloven og i den regionale folkehelseplanen. Hovedmålet med partnerskapet for folkehelse er å samordne folkehelsearbeidet i Rogaland og bidra til å oppfylle hovedmålene i den nasjonale og regionale folkehelsepolitikken der formålet er å fremme god helse og utjevne sosiale helseforskjeller. Sola kommune har siden 2011 deltatt i partnerskap for folkehelse. Partnerskapet er en svært viktig ramme for folkehelsearbeidet i kommunen.

Folkehelse etter pandemien

Koronapandemien har markert seg som en av de mest alvorlige folkehelsekrisene i moderne tid, med betydelige konsekvenser globalt. Pandemien har medført en rekke helsekonsekvenser utover de direkte effektene av COVID-19, inkludert påvirkninger fra smitteverntiltakene. Den langsiktige effekten kan være vanskelig å måle og tallfeste, og er fremdeles i stor grad ukjent. Tiltakene har også rammet ulikt og økningen i psykisk helse knyttes til perioder med strenge smitteverntiltak. Pandemien ser ut til å ha ført til redusert livskvalitet og mer ensomhet blant unge og studenter, men også blant eldre. Det er nærliggende å anta at dette er konsekvenser av bortfallet av de faste arenaene for sosialt fellesskap.

Pandemien har hatt en betydelig innvirkning på barn og unges liv, med både positive og negative konsekvenser. På den ene siden har strenge smitteverntiltak på skolene og begrenset fysisk undervisning ført til utfordringer i læring, trivsel og psykisk helse, og dette har rammet ulikt. På den andre siden har mange barn og unge opplevd positive endringer som økt nærhet til familien og mindre sosialt press. Imidlertid har økningen i symptomer på depresjon, dårligere læring i hjemmeskolen og forverret familiemiljø vært bekymringsfulle aspekter. Pandemien medførte også til at barn og unge sin deltakelse i organisert kultur-, idretts- og fritidsaktiviteter ble sterkt avgrenset. Det er de mest utsatte familiene og barna som i størst grad har blitt rammet negativt av smitteverntiltakene. Tiltakene førte likevel også til at barn og unge som ikke var sårbare fra før, ble det. Dette kan få konsekvenser fra skoleløpet, og dermed også for fremtidig levekår (*Meld. St. 15-Folkehelsemeldinga 2022-2023*).

Kunnskapsgrunnlag

Kunnskapsgrunnlaget for denne oversikten er data og statistikk primært hentet fra SSB, kommunehelsa.no og ungdata.

Folkehelsemeldingen

Meld. St. 15 (2022-2023) Folkehelsemeldingen – Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller er nasjonalt styringsverktøy som legger til grunn for folkehelsearbeidet i Sola kommune.

Folkehelse- og oppvekstprofiler

Folkehelseinstituttet (FHI) publiserer hvert år en folkehelse- oppvekstprofil for alle landets fylker og kommuner. Folkehelseprofilen gir informasjon om helsetilstanden og påvirkningsfaktorer, og utgjør grunnlaget for Sola kommune sitt arbeid med å bedre folkehelsen. Tema for 2023 er bomiljø og folkehelse. Begrunnelse for at nettopp disse temaene løftes opp er fordi «Å bo i en egnet bolig i et godt bomiljø er et fundament for helse og livskvalitet».



Nærmiljøkvaliteter som har betydning for helse og livskvalitet. Kilde: FHI

Ungdata

Ungdata er en digital undersøkelse som gjennomføres på samtlige ungdomsskoler i Sola kommune hvert. 3. år. Sist gang i mars 2022. Undersøkelsen baseres på selvrapportering fra elever som er på skolen den dagen undersøkelsen gjennomføres. Tematikken omhandler familie, vennskap, skole, lokalmiljø, helse, mobbing, regelbrudd og deltagelse i fritidsaktiviteter. Ungdata gir et godt innblikk i hvordan det er å være ung i Sola.



Befolkningssammensetning

Sola kommune har en ung befolkning, med en høy fruktbarhet, det vil si at vi føder flere barn pr. kvinne i fødedyktig alder enn i resten av Rogaland og landet for øvrig.

Resultatene av befolkningsframskrivingene avhenger i stor grad av hvilke forutsetninger som legges til grunn. Derfor utarbeides det tre ulike alternativer lav-, hoved- og høyalternativ. Med høyalternativet som det vi regner som den mest sannsynlige utviklingsbanen.

Det forventes fortsatt befolkningsvekst i Sola kommune. I likhet med tidligere framskrivinger og de siste.

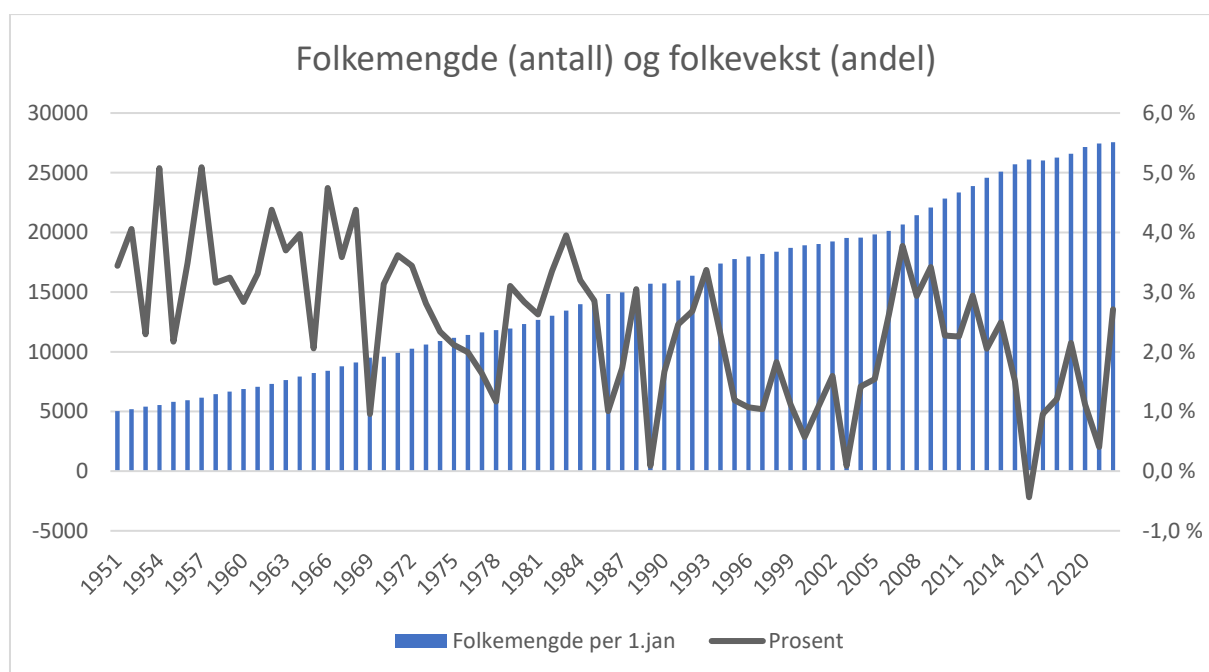
Framskrivningene fra SSB (2022) er fortsatt følgende hovedtrekk gjeldende:

- Fortsatt vekst, men lavere enn de siste årene
- Sterkere aldring. Og veksten skjer først og fremst i de eldste aldersgruppene
- Lavere antatt fruktbarhet som gir lavere fødselstall

Vi forventer fortsatt vekst i alle aldersgrupper, men en svakere vekst enn tidligere i de yngste aldersgruppene, og en betydelig sterk vekst i de eldre aldersgruppene.

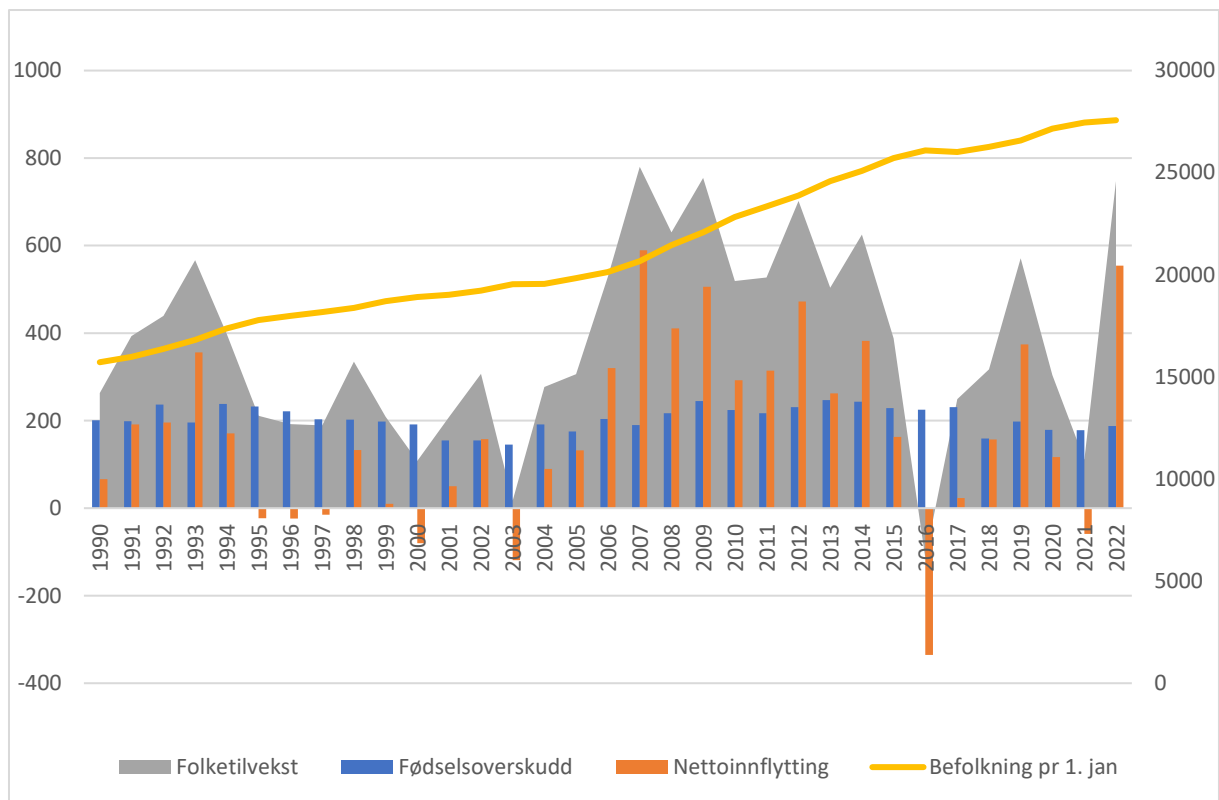
Befolkningssammensetning kan fortelle noe om helsetilstanden i en kommune. For eksempel vil en eldre befolkning ha dårligere helse enn en ung befolkning. Jo eldre man blir, desto mer skranter helsen og man får flere sykdommer. Dette gjelder selvsagt ikke alle eldre, men sammenlignet med den yngre befolkningen vil dette gjelde flertallet eldre.

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 valg for en kommune.

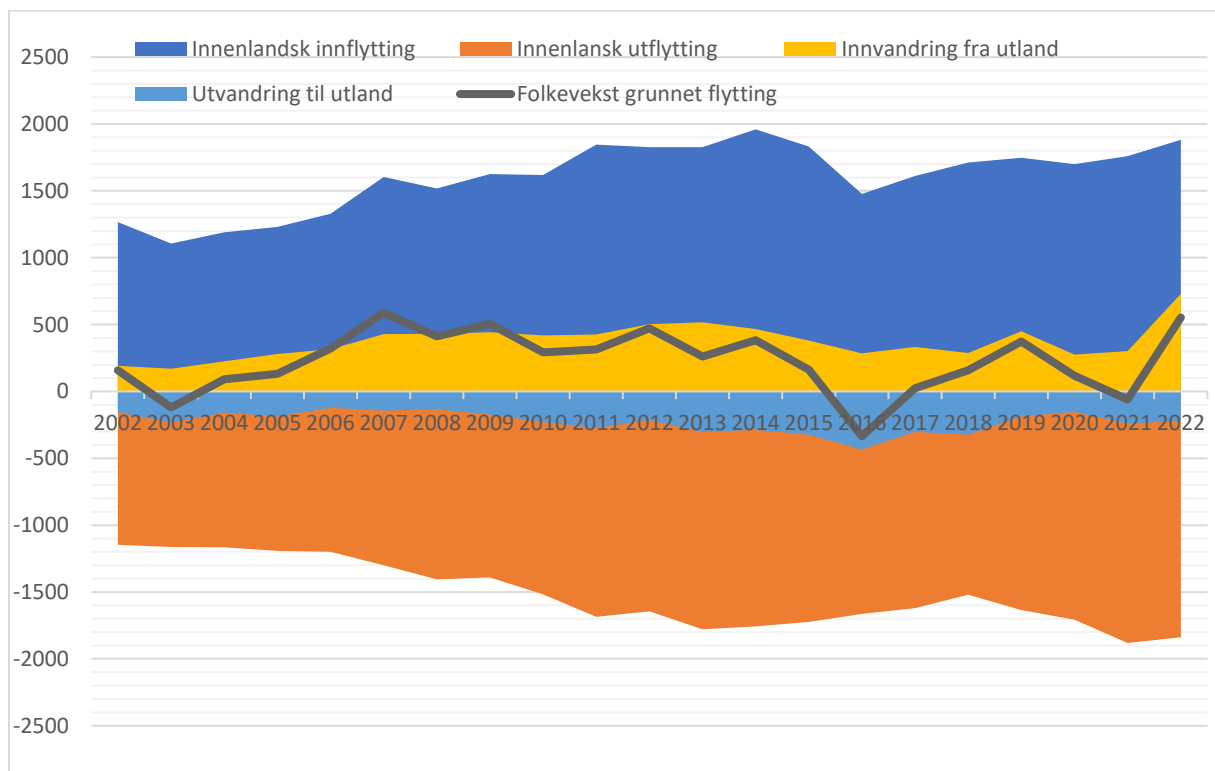


Befolkningsvekst sier ikke så mye om folkehelse i seg selv, men den kan gi mye indirekte informasjon. Det er ofte unge voksne som flytter på seg, og kommuner med lav eller negativ befolkningsvekst opplever ofte at det er flere unge i reproduktiv alder som flytter ut enn inn. Dette bidrar til at andelen 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 folkehelse.

Figuren under viser befolkningsutviklingen, samt hvordan fødselsoverskudd (antall fødte minus antall døde), netto flytting bidrar til utviklingen. Vi ser at Sola er en kommune med store flyttestrømmer både inn og ut av kommunen.



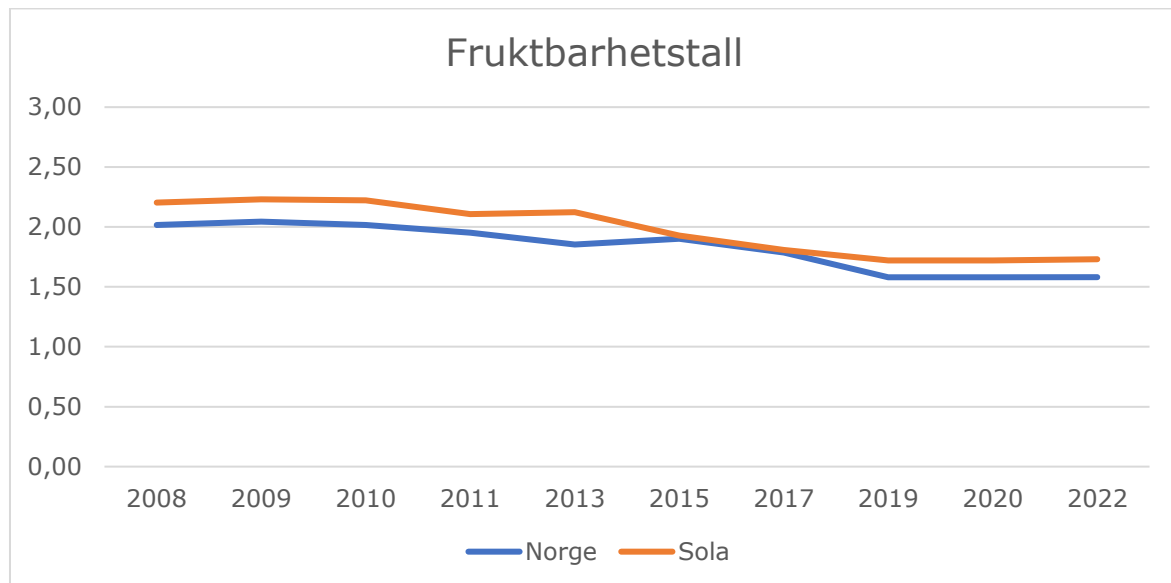
For en del kommuner har innvandring en betydelig effekt på folketallet. Figuren under illustrer utvikling i folketall, innenlands inn- og utflytting samt inn og utflytting fra utlandet.



Færre barn fødes i Sola

Fødselstallet nådde en topp i 2009, da ble det født gjennomsnittlig 2,23 barn i Sola per kvinne i fødedyktig alder. Dette tallet har falt betydelig siden da. Sola har nå et fruktbarhetstall på 1,73, en nedgang på 0,5 fra 2009.

Nedgang i fruktbarhet gjelder ikke bare for Sola, men gjør seg gjeldende også regionalt, nasjonalt og for stor deler av den vestlige verden. Samlet fruktbarhetstall for Norge var 1,58 i 2023. Noen av årsakene til nedgangen forklares først og fremst med at hver kvinne får færre barn, og at kvinner venter lenger med å få barn.



Figur 1. Kilde: Kompas analyse, fruktbarhetstall for Sola 2008-2022

Med varig lav fruktbarhet vil eldre personers innslag i befolkningen vokse sterkt. Lavere fruktbarhet gir mindre barnekull som igjen på sikt vil redusere tempoet i befolkningsveksten.

Mange unge, men andelen eldre blir høyere

Sammensetningen av befolkningen har stor betydning for en kommunens produksjonsevne. De siste hundre årene har bedre helse bidratt til at forventet levealder ved fødsel har økt med to år per tiår. Samtidig har antall friske leveår økt. Dette, i kombinasjon med redusert fruktbarhet, bidra til at andelen eldre blir høyere i Sola.

Aldersfordeling for innbyggerne i kommunen

Alder

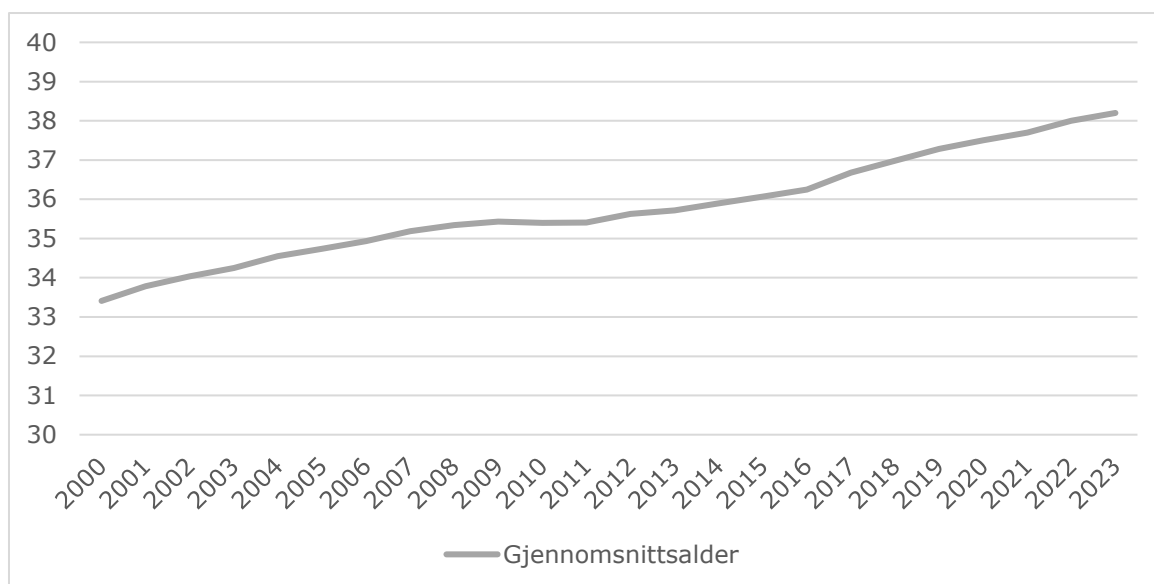


Figur 4. Kilde: SSB kommunefakta, aldersfordeling for innbyggerne i Sola kommune

Sola har en ung befolkning, men vi vet at det er i de eldste aldersgruppene veksten vil være størst i årene mot 2040.

Ved inngangen til 2023 utgjorde de eldre (definert som 65+) om lag 13 % av befolkningen i Sola. Sammenlignet med resten av landet har Sola og Rogaland et godt utgangspunkt da Rogaland er det fylket i Norge som har den nest yngste befolkningen. Men, selv med en relativt ung befolkning ser vi de samme tendensene i Sola som for resten av landet: andelen eldre blir flere og andelen yngre blir færre. Denne endringen er knyttet til hvor mange innbyggere som er i de ulike aldersgruppene. Når store kull kommer inn i de eldste gruppene, slik de gjør nå, øker andelen eldre i befolkningen ekstra kraftig.

1.januar 2023 var gjennomsnittsalderen for befolkningen i Sola 38,20 år. Dette er lavere enn landsgjennomsnittet på 41,1 år, men likevel en økning på om lag fem år fra år 2000 da gjennomsnittsalderen i Sola var 33,41 år.

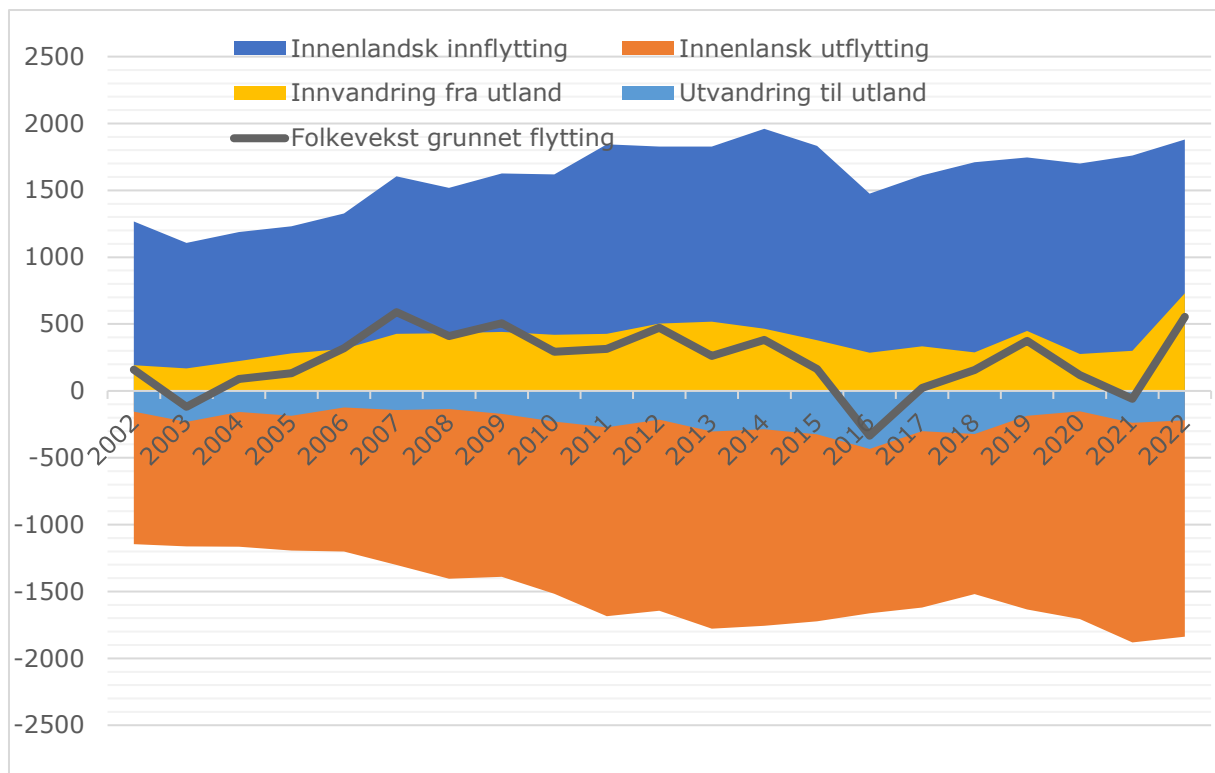


Figur 5. Kilde: 07459 SSB, gjennomsnittsalder i Sola fra 2000-2023

Store flyttestrømmer

Sola er preget av å være en kommune med store flyttestrømmer og bevegelser i befolkningen. Flyttestrømmene gjelder både på tvers av kommunegrensen, men også internt i kommunen. Hvert år flytter omtrent 6 % av Solas befolkning innad i kommunen. Dette, inkludert inn- og utflytting av kommunen til andre kommuner og utlandet, gjør Sola til en dynamisk kommune.

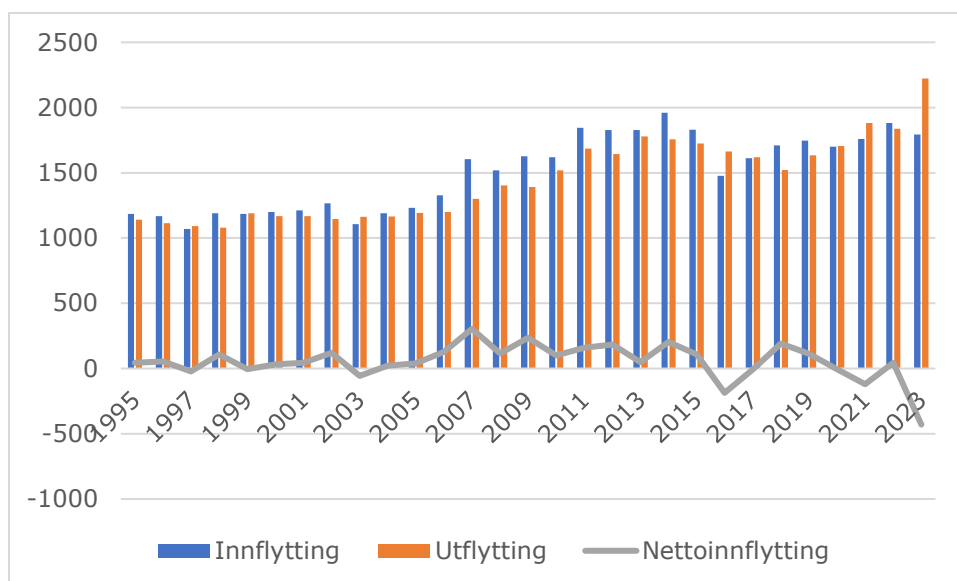
Flyttestrømmene i Sola viser seg å være nært knyttet til sysselsetting og tilgang til arbeid. I 2016 opplevde Sola negativ befolkningsvekst. Ser vi på flyttestrømmene av dette året så ser vi nedgang i innflyttingen til Sola, og økning i utflyttingen fra Sola, samtidig som kommunen var preget av høy arbeidsledighet.



Figur 6. Kilde:09588 og 01233 SSB, flytting pr. 31.12 hvert år 2002- 2023

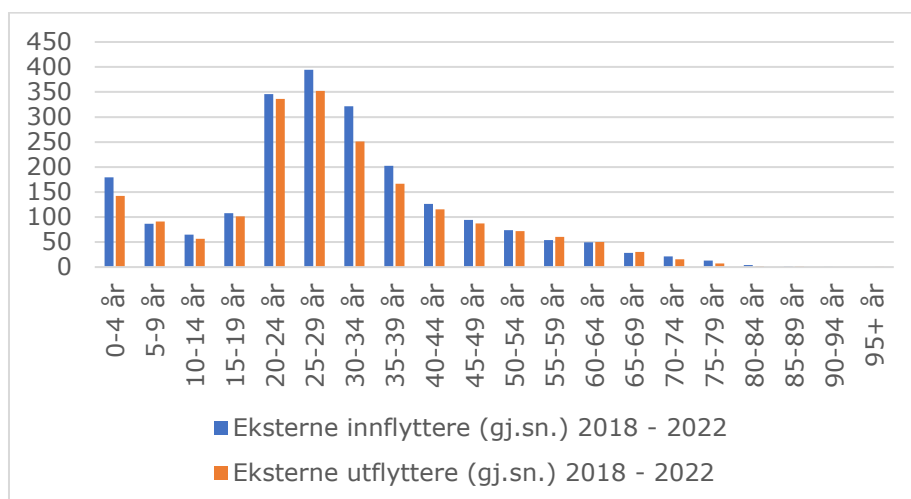
2021 var også et år med flere som flyttet ut av kommunen enn inn, dette som en konsekvens av korona pandemien, og økt arbeidsledighet. I 2022 fikk vi en økning i innvandring som en følge av Russlands invasjon av Ukraina, innvandring var den viktigste driveren til veksten i 2022.

Samtidig viser også flyttetallene for 2022 en økning i både antall innenlandske ut- og innflyttinger. En nøyere titt på kvartalstallene viser at i løpet av de siste ti årene har Sola aldri tidligere hatt tilsvarende innenlandsk tilflytting, og heller ikke opplevd tilsvarende innenlandsk flyttetap slik som vi ser av tredje kvartal 2023.



Figur 7. Kilde: 05471 SSB, innenlandsk inn-, ut- og nettoutflytting pr. kvartal

SSB detaljerte flyttedata for perioden 2018-2022 viser at de gjennomsnittlig flyttestrømmer inn og ut av kommunen de siste fem årene i all hovedsak er i aldersgruppene 0- 4 år, 20-24 år, 25-29 år, 30-34 år. De samme aldersgruppene markerer seg også når det gjelder flytting internt i kommunen. Det er også interessant å merke seg at i alle disse aldersgruppene (foruten aldersgruppen 20-24 år) er det flere som flytter til Sola enn som flytter fra Sola. Minst flytteaktivitet til og fra Sola finner vi i aldersgruppen 60+.



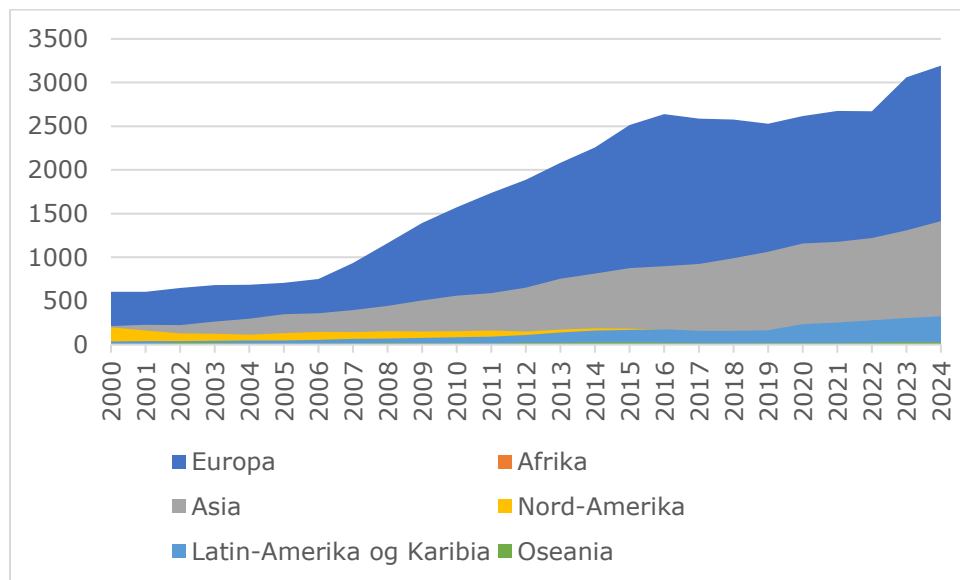
Figur 8. Kilde: Kompas statistikk – eksterneflytting etter alder

Hver sjette innbygger er innvandrer

I løpet av 2000-tallet har innvandring sørget for høy befolkningsvekst i Sola. Med utvidingen av EØS, i 2006, økte innvandringen til Sola betydelig. Selv i nedgangsårene 2014-2016 har det vært vekst i innvandringen til Sola selv om veksten har vært lavere enn før. Nedgangsårene har også hatt en langt større andel som har flyttet til utlandet sammenlignet med årene i høykonjunktur tiden.

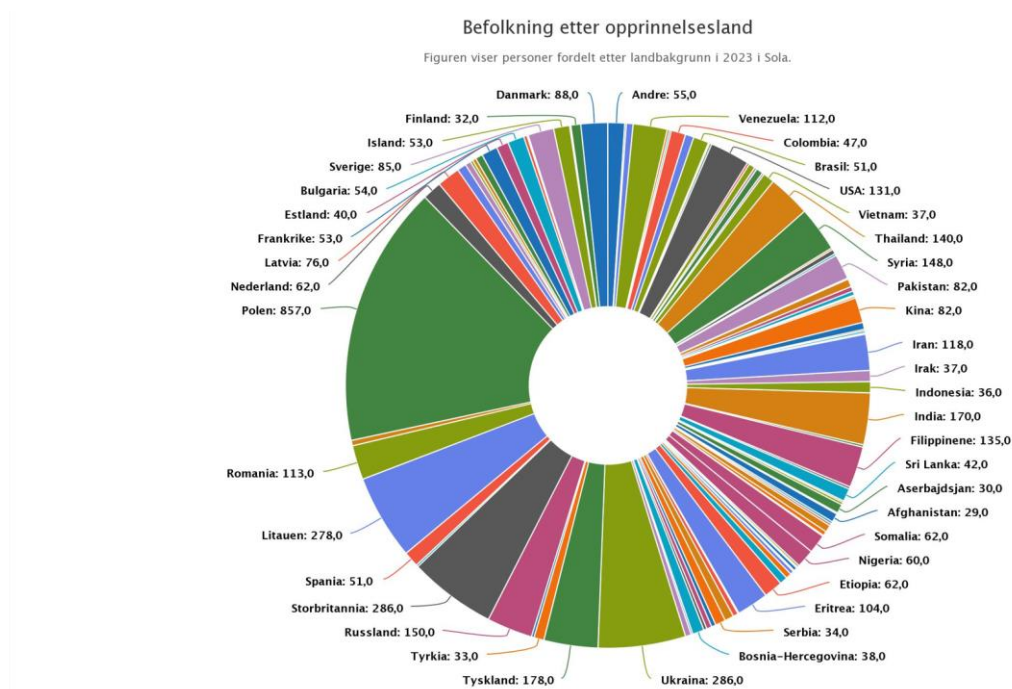
Mye av befolkningsveksten i 2019 kan forklares med at det er flere som flytter til kommunen fra utlandet og det er færre som flytter ut. Kommunen har opplevd høy innvandring og lav utvandring. I 2022 hadde vi en befolkningsvekst i Sola på 2,7% som i stor grad kan tilskrives flyktningestrømmen fra Ukraina.

Ved inngangen til 2024 var tallet på innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, som er bosatt i Sola, 5611. Dette betyr at 19,5% av befolkningen er innvandrere.



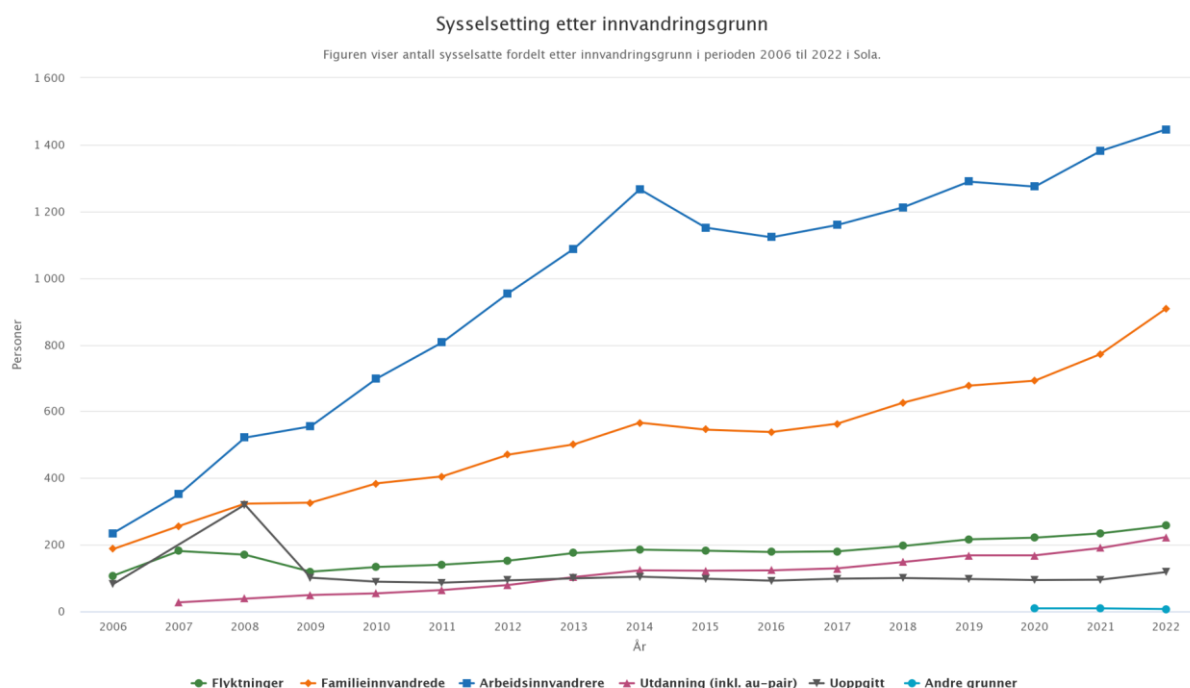
Figur 9. Kilde: 07110 SSB. Innvandrere pr. 1.1.hvert år 2000- 2024

Over 2500 av innvandrerne til Sola kommer fra Europa, og hvor den største gruppen kommer fra Polen.



Figur 10. Kilde: SSB og IMDi, innvandrere fordelt på landtilknytning

Arbeidsinnvandring har lenge vært den viktigste årsaken til innvandring i kommunen. I 2015 og 2016 opplevde kommunen nedgang i innvandring relatert til arbeid. I Korona årene 2020 og 2021 så vi samme tendens. Mens vi nå er oppe på samme nivå som før Koronaen.



Framskriving av folkemengden i Sola 2023-2040

Befolkningsframskriving kan tjene mange formål og fungere som et nyttig instrument for planlegging i kommunen. Sola kommune har en ung befolkning, med en høy fruktbarhet, det vil si at vi føder flere barn pr kvinne i fødedyktig alder enn i resten av Rogaland og landet for øvrig.

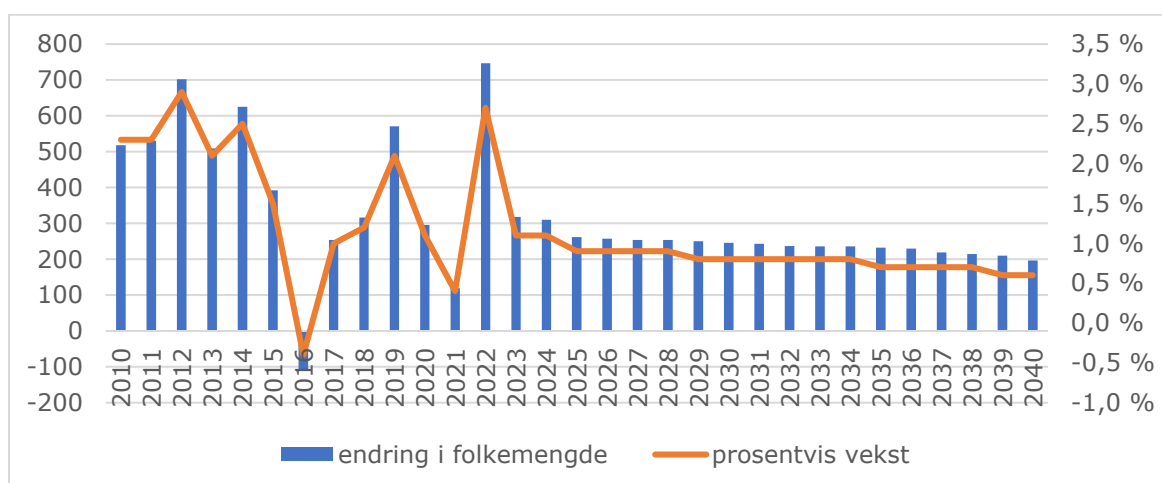
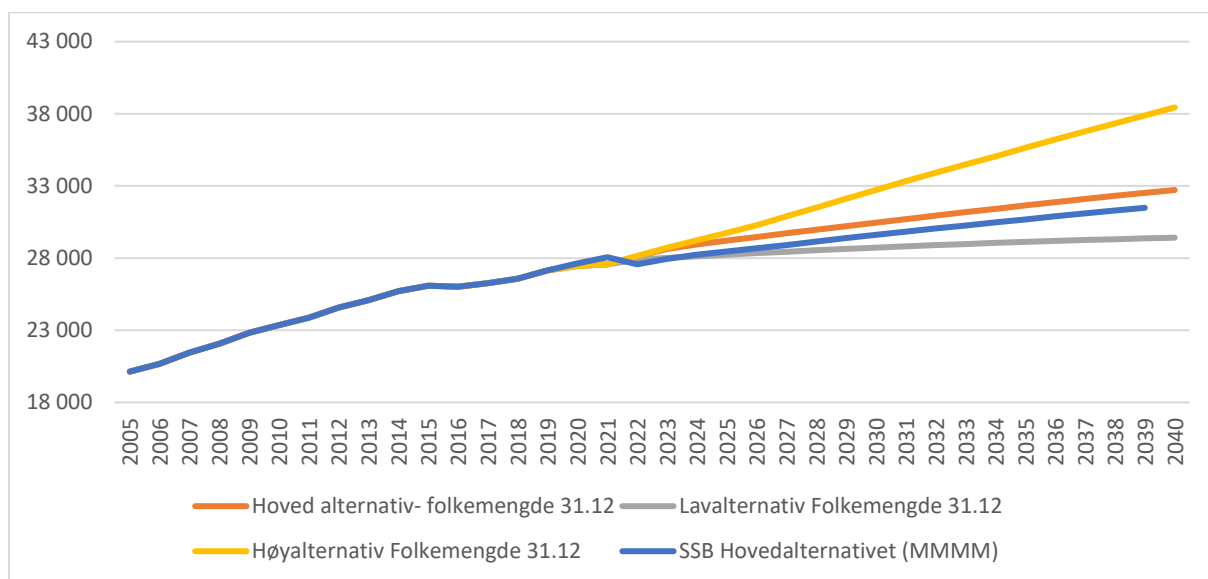
Resultatene av befolkningsframskrivingene avhenger i stor grad av hvilke forutsetninger som legges til grunn. Derfor utarbeides det tre ulike alternativer lav-, hoved- og høyalternativ. Med høyalternativet som det vi regner som den mest sannsynlige utviklingsbanen.

Det forventes fortsatt befolkningsvekst i Sola kommune. I likhet med tidligere framskrivinger og de siste framskrivingene fra SSB (2022)er fortsatt følgende hovedtrekk gjeldende:

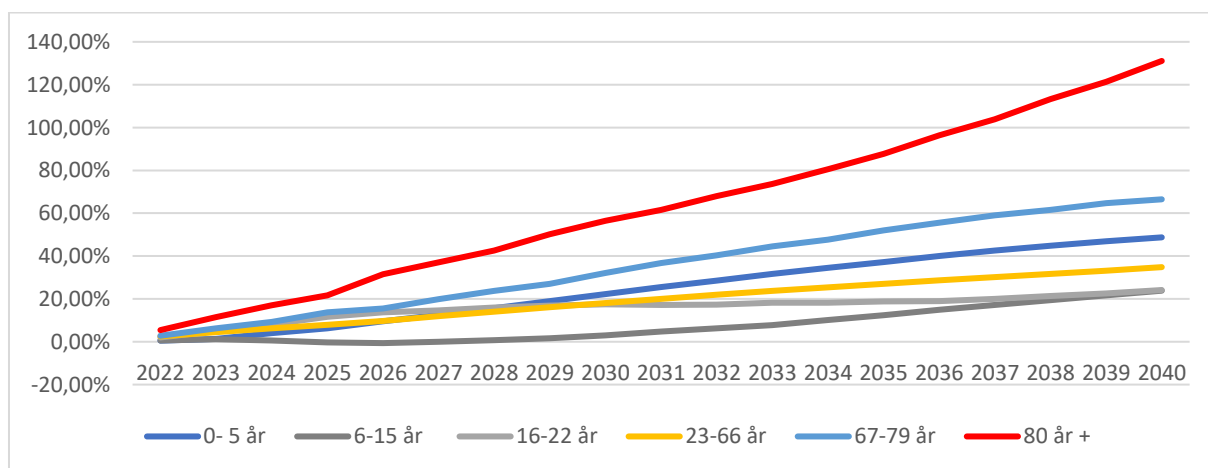
- Fortsatt vekst, men lavere enn de siste årene
- Sterkere aldring. Og veksten skjer først og fremst i de eldste aldersgruppene
- Lavere antatt fruktbarhet som gir lavere fødselstall

Det knytter seg alltid usikkerhet til befolkningsframskrivinger. Generelt øker usikkerheten jo lenger ut i tid og jo mindre område man framskver for.

Om gjeldende befolkningsframskriving for 2023-2040 slår til, vil Sola kommune passere 30 000 innbyggere i løpet av 2029, og i overkant av 32 000 innbyggere i 2040.



Vi forventer fortsatt vekst i alle aldersgrupper, men en svakere vekst enn tidligere i de yngste aldersgruppene, og en betydelig sterke vekst i de eldre aldersgruppene.





Oppvekst og levekårsforhold

Hvordan våre oppvekstsvilkår er, har stor betydning for vår helse og trivsel, både her og nå og i et langsiktig perspektiv. Økonomisk stabilitet, gode boforhold, og tilgang til utdanning er avgjørende faktorer som former helseutfallene over et livsløp. Forskning understreker en klar sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand, hvor lav inntekt ofte forbindes med dårligere helse og økt risiko for sykdommer og tidligere død. Barn som vokser opp i familier med vedvarende lav inntekt, kan gi betydelige konsekvenser for deres fremtidige helse og velferd, noe som understreker viktigheten av tidlig innsats og støtte, slik at vi sikrer at alle barn har like muligheter til å lykkes i livet.

Inntektsulikheten i Sola ligger litt over både landsgjennomsnittet og snittet i Rogaland. Samtidig har Sola en av de høyeste medianinntektene i Rogaland. Dette gir også utslag i at avstanden mellom medianinntekten til alle husholdninger og for aleneforsørgere er relativt stor. Sola har færre barn av enslige forsørgere enn snittet i fylket og landet. Når det gjelder andelen barn som bor i husholdninger med vedvarende lavinntekt, ligger Sola kommune signifikant bedre an enn fylket og landet som helhet. Likevel har kommunen en stigende trend når det gjelder husholdninger som lever med lavinntekt.

Arbeid gir tilgang til viktige helsefremmende ressurser som sosiale relasjoner, identitet, personlig vekst, og økonomisk trygghet. Høy sysselsetting der også personer med redusert arbeidsevne har et arbeid å gå til, vil være positivt for folkehelsen. Arbeidsledigheten i Sola kommune har gått ned fra 3,3% i 2021 til 1,6% i 2022. Andel unge mottakere (18-44 år) av uføreytelser i Sola kommune er lavere enn snittet i landet. Likevel, sett isolert fra sammenligningen med fylket og landet har statistikken steget fra 1,7% i 2014-2016 til 2,5% i 2018-2020. Dette gjør at lokale tall på andel unger personer som mottar uføreytelser i Sola er stigende.

Andel barn av sosialhjelpsmottakere er synkende i Sola. Sammenlignet med fylket og Nord- Jæren har Sola lavest andel.

Det er veldokumenterte sammenhenger 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. Dette gjenspeiler også alderdommen der eldre med lav utdanning og inntekt har flere sykdommer og helseplager, og også kortere forventet levealder enn de med høy utdanning og inntekt.

Formelle kvalifikasjoner er av betydning for mulighetene for videre utdanning og arbeid. Tall viser at det er blitt vanskeligere å få jobb i Norge for unge med lav utdanning. Unge uten fullført videregående opplæring havner oftere utenfor arbeid og utdanning, og har større sannsynlighet for langvarig utenforskap. Utdanning trekkes også frem som en viktig kilde til integrering.

Sola har hatt som et av sine hovedsatsningsområder for folkehelse å jobbe mot frafall i videregående skole. Vi ser fortsatt en klar positiv trend med synkende frafall. Sammenlignet med fylket og landsgjennomsnittet ligger andel elever som gjennomføre videregående opplæring i Sola over snittet. Sola har en høyt utdannet befolkning der 85,5% av innbyggerne har videregående eller høyere utdanning.

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. Elever som har foreldre med høyere utdanning får i gjennomsnitt bedre karakter i grunnskolen enn elever av foreldre med kort utdanning (www.fhi.no). Dette vider også igjen i statistikken til Sola kommune.

Trivsel målt blant 7. og 10. klassinger viser en nedgående trend. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir. Parallelt tenderer mobbetallene oppover. Barn som mobbes har opptil syv ganger høyere risiko for psykiske plager som engstelse, depresjon, ensomhet og rastløshet, enn barn som ikke mobbes. Statistikken i ungdataundersøkelsen 2022 viser at Sola ligger over fylke og landsnittet når det gjelder elever som blir utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritiden. Andel elever som er fornøyd med skolen er synkende fra 69% i 2013 til 60% i 2022. Jevnaldrende venner anser som svært viktig i ungdomstiden. Venner er for de fleste en kilde til lek, glede, støtte, samhørighet og bekreftelse. På lengre sikt har dette samspillet en betydning for utvikling av selvbylde og sosial kompetanse. 87% av Sola ungdommen har en fortrolig venn, sammenlignet med 2016 var tallet på 92%. Parallelt ser vi at 24% av våre ungdommer er plaget av ensomhet.

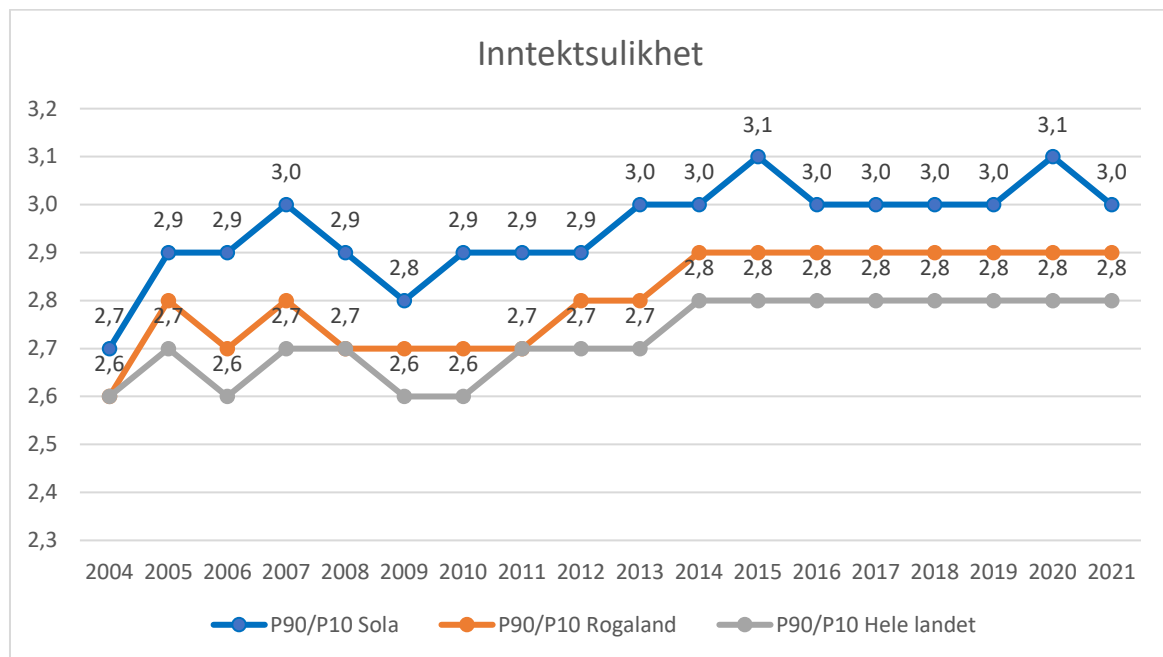
Sola har høy barnehagedekning hvor andel barn med barnehageplass i kommunen (2022) er 97,5%. Nasjonale krav til bemanningsnorm i barnehagen etterleves i all hovedsak, mens krav til pedagogtetthet gir utfordringer for våre barnehager. Pedagogiske ledere må ha utdanning som barnehagelærer, eller annen treårig pedagogisk utdanning på høgskolenivå med videreutdanning i barnehagepedagogikk. Pedagogtettheten i Sola er lavere enn landsgjennomsnittet. Sammenlignet med Nord-Jæren kommuner ligger Sola nest nederst med 33%. Bare Sandnes ligger under med sine 31%.

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.

Inntektsulikhet

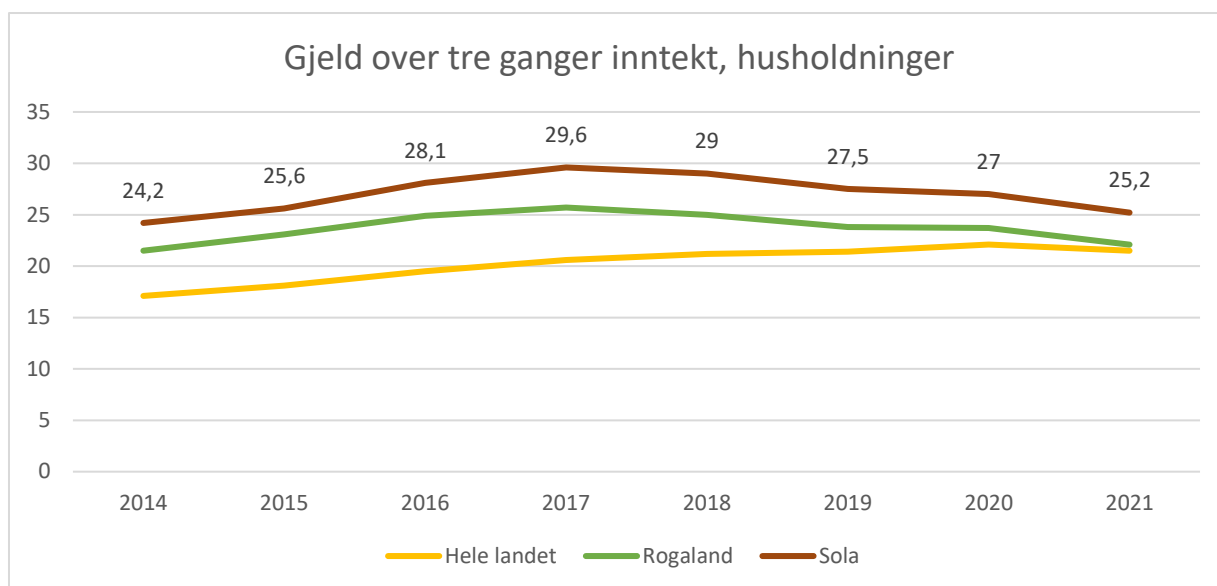
Inntekt er en påvirkningsfaktor for helse. Stor inntektsulikhet kan tyde på at det er store sosiale helseforskjeller. En antagelse er at stor økonomisk ulikhet i et samfunn kan lede til økt kriminalitet, kulturelle forskjeller og politiske konflikter mellom ulike grupper i samfunnet. Sola kommune ligger litt over inntektsulikheten i Norge. Dette skyldes at medianinntekten i kommunen er høy.

Inntektsulikheten kan beskrives med P90/P10. Dette er forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. Med andre ord inntekten til den som har den 90 prosent høyeste inntekten i befolkningen sammenlignet med den som har den 10 prosent laveste inntekten. Jo høyere verdi, jo høyere inntektsforskjell. I Norge er denne verdien på 2,8, mens den i Sola ligger på 3,0. Inntektsulikheten var høyest i 2015 og 2020, noe som antas å ha en sammenheng med oljedgang og covid-19-pandemien. Næringslivet i Sola kommune består i størst grad av olje og gassvirksomheter. Konjunktursvingninger i energiproduksjonen kan derfor skape store ringvirkninger for både demografi og kommunens inntekter.



Gjeld over tre ganger inntekt, husholdninger

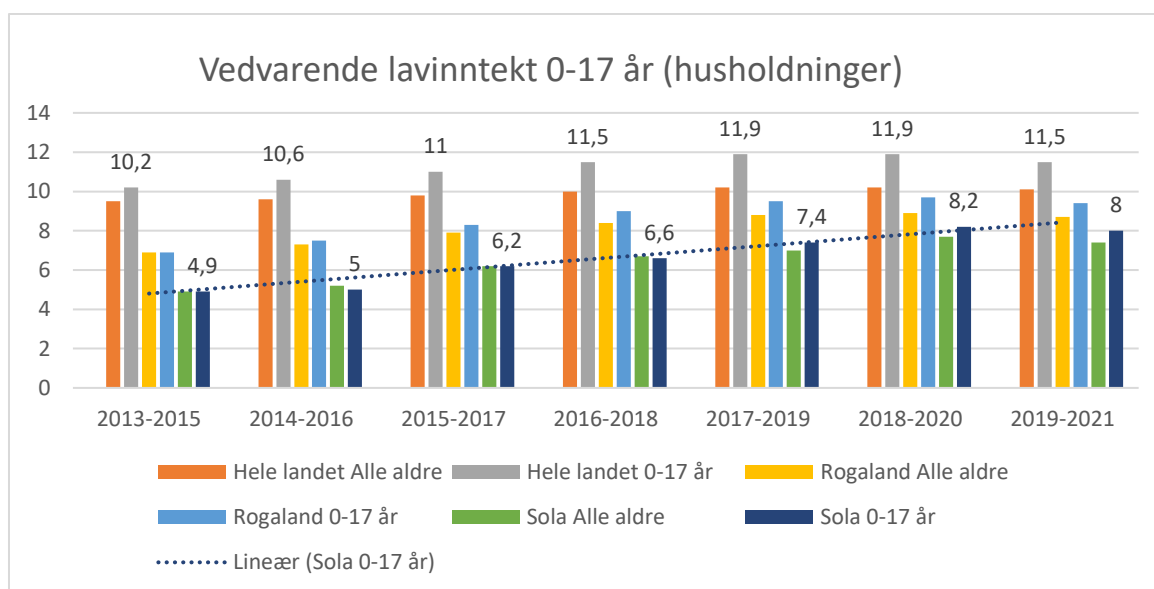
Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom gjeldsproblemer og helsetilstand. Levekår har stor betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk og andre rusmidler. Dårlig økonomi øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. Økonomiske problemer har stor betydning for helse og velferd.



Husholdninger med vedvarende lavinntekt

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Levekår har stor 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. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. I tillegg har det å vokse opp i familier som over tid har lavinntekt stor betydning for barnas helse og velferd.

Lavinntektsgrensen er i dette tilfellet under 60 % av medianinntekten. I Sola er medianinntekten 918 000 kr i 2021. Husholdningene som har en gjennomsnittlig samlet inntekt under den gjennomsnittlige lavinntektsgrensen for de samme årene, har vedvarende lavinntekt.



Figuren viser andel husholdninger i vedvarende lavinntekt for alle andre og barn 0-17 år. Når det gjelder andelen barn som bor i husholdninger med vedvarende lavinntekt, ligger Sola kommune signifikant bedre enn fylket og landet som helhet. Likevel har kommunen en stigende trend når det gjelder husholdninger som lever med lavinntekt.

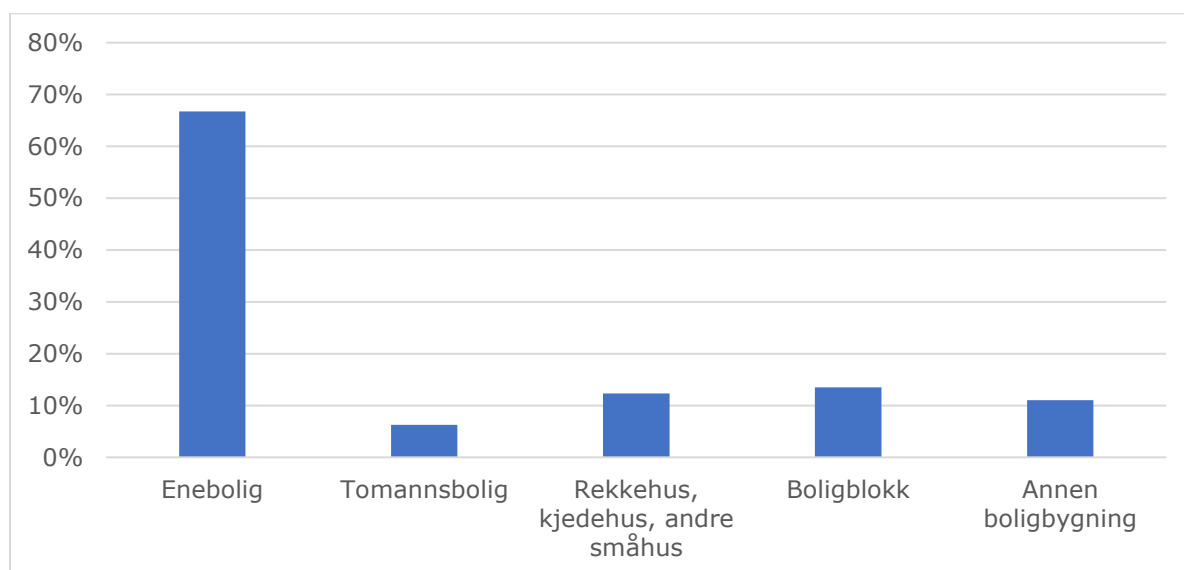
Barn om vokser opp i familier med lav inntekt, kan oppleve at økonomien begrenser mulighetene til å delta i samfunnet på lik linje med andre barn. Dette kan ses i sammenheng med Ungdata 2022, hvor 10 prosent av elevene svarer at foreldre/foresatte kan mangle penger til å betale for fritidsaktiviteter de ønsker å delta på.

Bolig

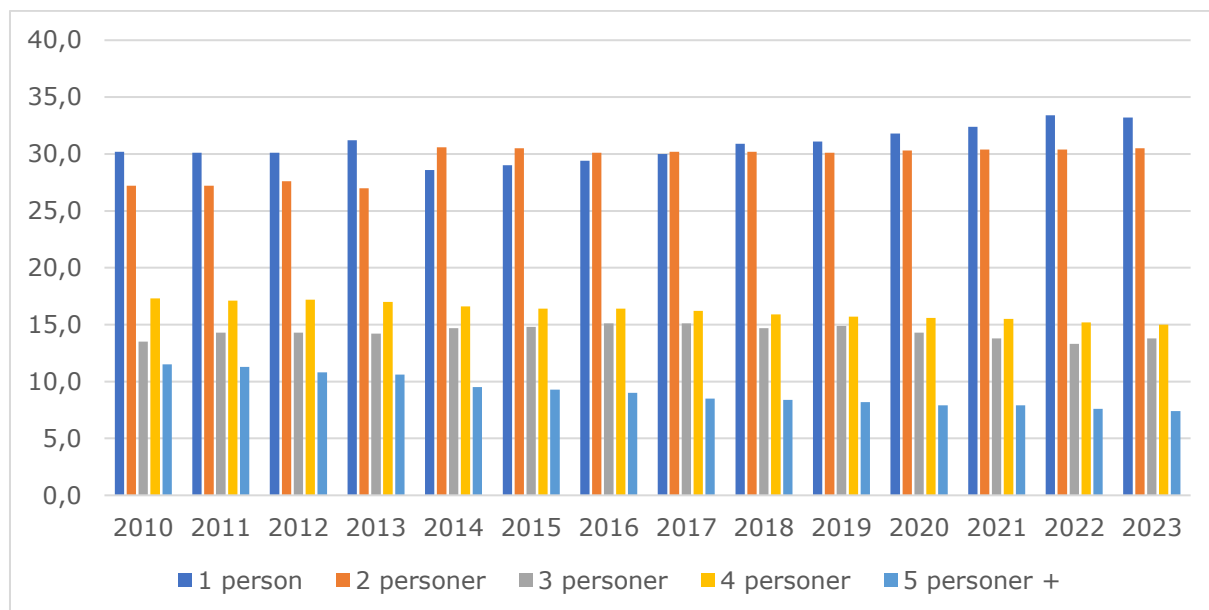
Bolig kan påvirke psykisk og fysisk helse på mange måter. Det kan påvirke gjennom forhold ved selve boligen, slik som inneklima, slitasje, trangboddhet og hvorvidt man eier eller leier bolig. Sammenhengene er imidlertid komplekse og årsakspilene kan gå begge veier. Det norske boligmarkedet er i stor grad lagt opp til at man skal eie sin egen bolig. Det er mange unntak fra dette - det er vanlig å leie særlig i starten av yrkeskarrieren eller mens man tar utdanning. Likevel er det flere studier som antyder en sammenheng mellom helse og eie/leieforhold, og funnene viser gjennomgående at de som eier egen bolig har bedre helse. Samtidig vil det å eie en bolig være et uttrykk for et visst ressurs- og velstandsnivå.

I sola er det pr. 3.kvartal 2023, 7 104 eneboliger, 2421 leiligheter, 712 tomannsbolig, 1494 rekkehus, 2421 boligblokk, 61 bygning for bofelleskap og 220 andre bygningstyper (SSB). Av disse er det 89,6% som eies og 10,4% leies. Sola ligger rett over fylkes og landets snitt i eierstatus og like under på leiestatus.

De fleste husstander i Sola bor i boliger fremskaffet via markedet; enten egne eide boliger eller leide boliger i det ordinære leiemarkedet. 83 % av innbyggerne i Sola eier sin egen bolig.



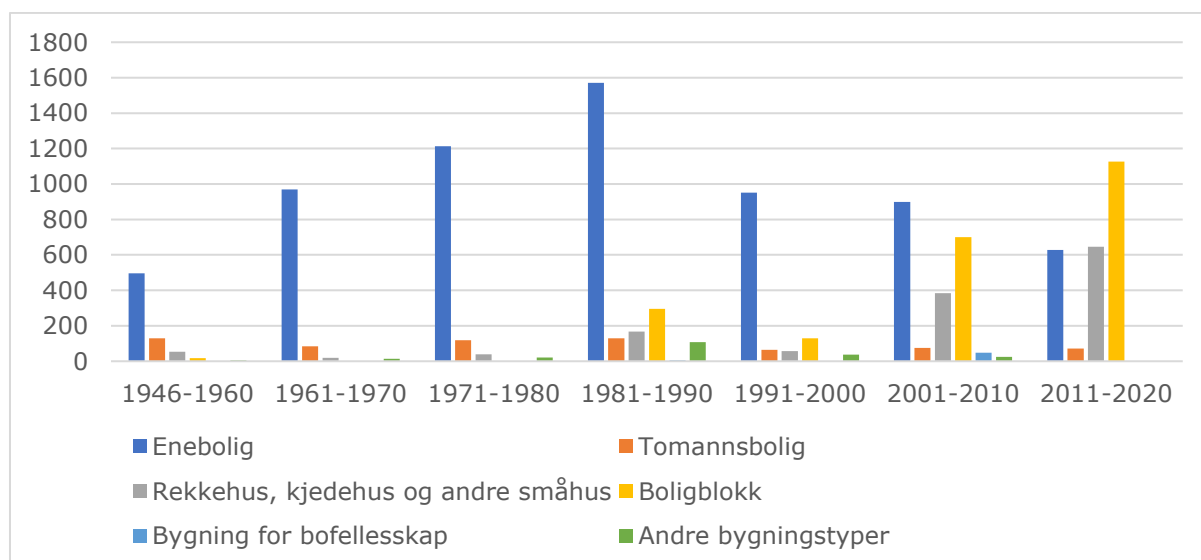
Det blir også stadig flere husholdninger bestående av kun en eller to personer. Disse typene husholdninger har økt jevnt de siste ti årene. Samtidig har andelen store husholdninger sunket.



En boligmasse i endring

I løpet av de to siste ti-årene har det skjedd en markant endring i boligbyggingen i Sola.

I perioden fra 1960 til 2010 ble det i all hovedsak bygget eneboliger i Sola. Fra og med 2000-tallet sees det en tydelig dreining over mot at det nå også bygges rekkehus og boligblokker, men eneboligen er fremdeles den mest fremtredende frem til 2010.

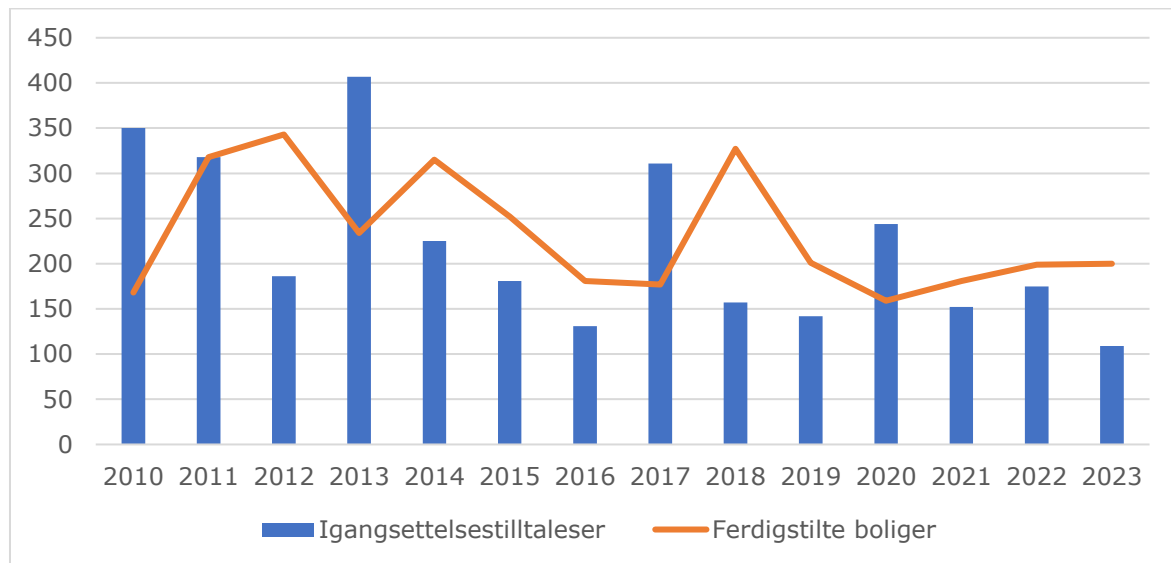


I det siste ti-året er det derimot blitt bygget mest boligblokker, og nå bygges det også like mange rekkehus som eneboliger. Aldersgruppen 60+ utgjør 13,4 % av innflytterne i boligblokkene.

Boligbygging og bosituasjon

Store områder har blitt bygget ut de siste årene og i perioden 2015-2023 er det tatt i bruk gjennomsnittlig 208 nye boliger hvert år. Dette er for det meste nye boenheter etablert nært kollektivknutepunkter.

I løpet av 2023 ble det gitt tillatelse til oppføring av 109 nye boenheter. Dette er det laveste antall igangsatte boliger de siste ti årene. Fra en igangsettingstillatelse blir gitt til boligen mottar ferdigattest tar det gjennomsnittlig ett til to år. 200 boenheter ble gitt ferdigattest i 2023.



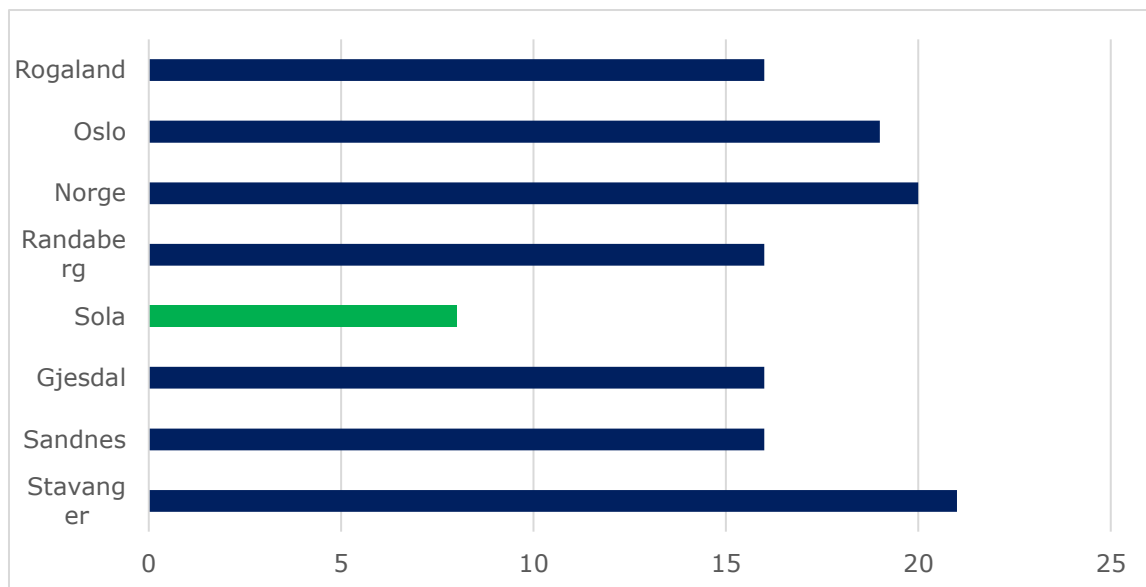
Det foreligger også et ytterligere potensiale til nye boliger i allerede vedtatte reguleringsplaner. Om vi forutsetter at det ikke skjer kraftige endringer i den økonomiske utviklingen, som gjør at utbyggerne bremser byggeaktiviteten, og boligbyggingsaktiviteten holdes på samme nivå de neste årene er det rimelig å anta at det blir tatt i bruk gjennomsnittlig 200 boliger årlig.

Hovedutbyggingsretningene i kommunen skal utvikles med arealeffektive og bymessig fortetting langs kollektivaksene Sola sentrum- Skadberg – Forus og Tananger sentrum- Myklebust/ Jåsund. Videre fremheves en styrking av både Sola og Tananger sentrum.

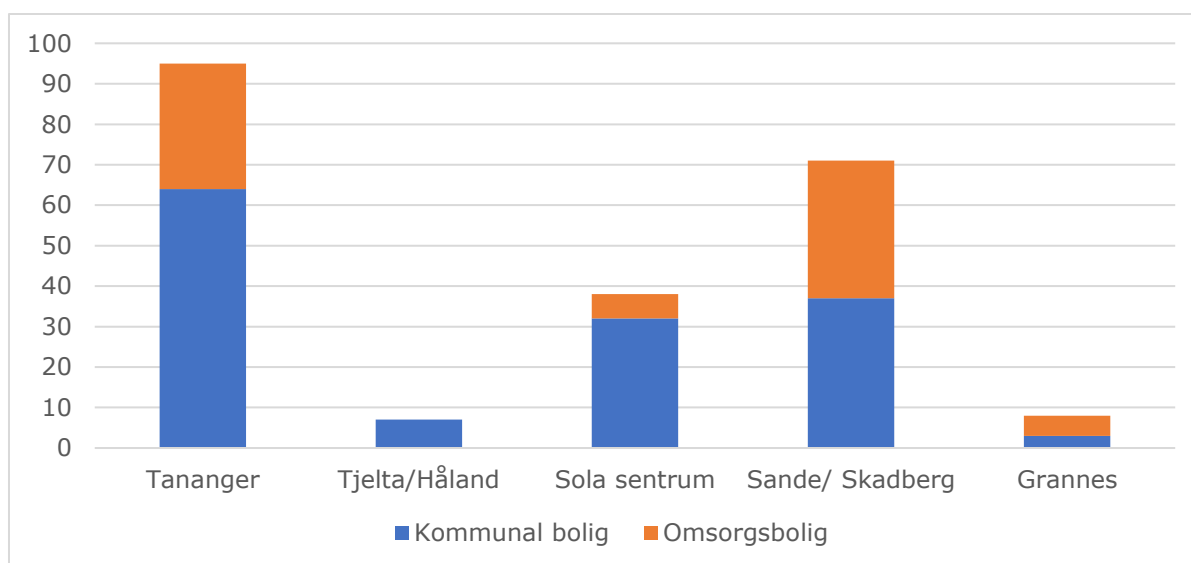
Kommunale boliger

Noen husstander trenger hjelp til å skaffe seg egen bolig. For disse kan eneste mulighet være å leie en bolig som er eid av kommunen.

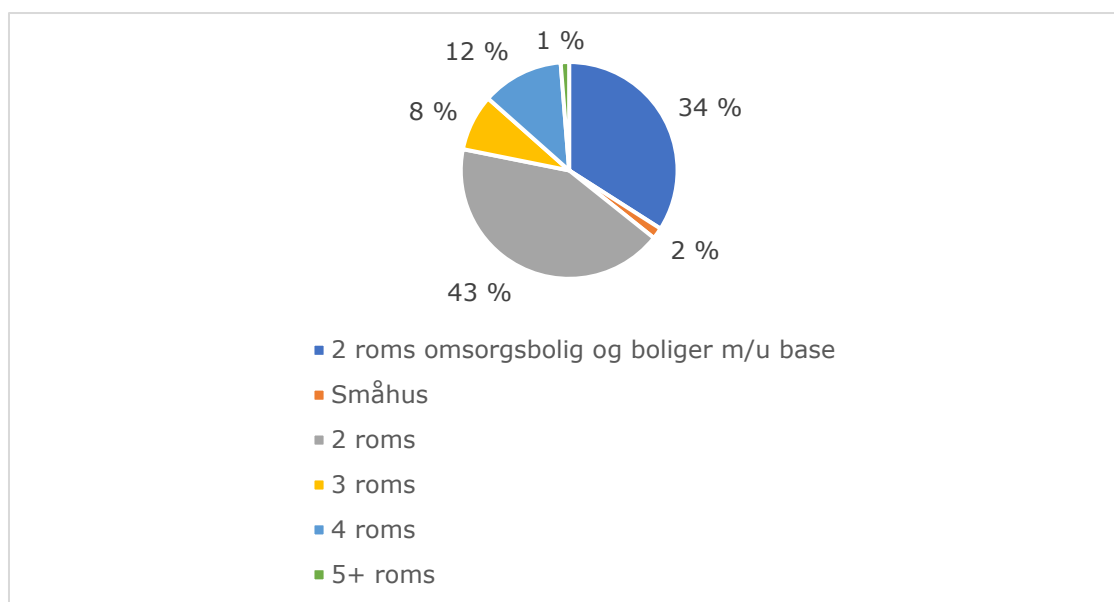
Ved utgangen av 2023 hadde kommunen 230 boliger i sin portefølje. 150 av disse var kommunale boliger mens resten var omsorgsboliger. Dette tilsvarer åtte kommunale boliger pr tusen innbygger, og er godt under halvparten av landsgjennomsnittet på 21 kommunale boliger pr tusen innbygger. Kun fire andre norske kommuner har oppgitt lavere andel kommunale boliger sett opp mot befolkningsmengden.



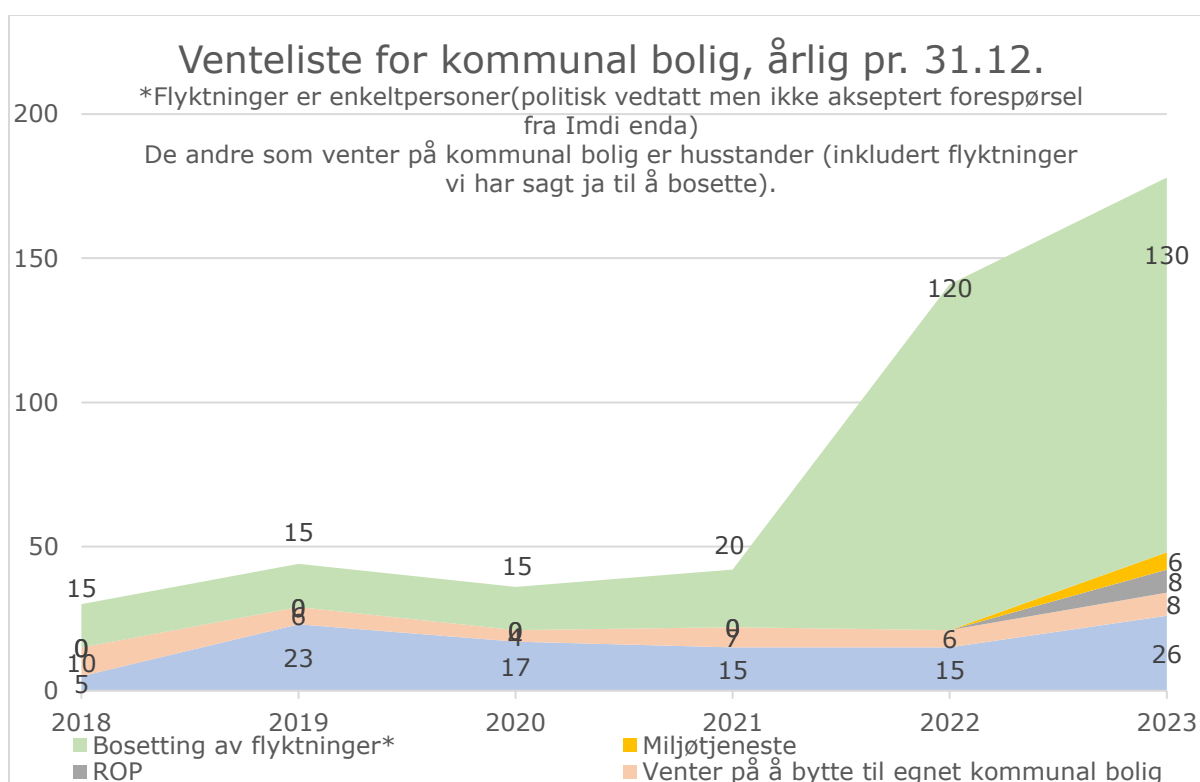
I Sola finner vi flest kommunale boliger i Tananger, etterfulgt av Sande/ Skadberg og Sola sentrum. I Tananger er det størst andel av kommunale boliger, mens det på Sande/Skadberg er noe større andel av omsorgsboliger.



Godt over halvparten (68%) av de vanlige kommunale boligene er toroms leiligheter, mens 18% av boligene har fire rom eller flere. Av typen omsorgsboliger er alle boenhetene toroms. Utnyttelsesgraden for kommunale boliger i Sola er på 87,5 prosent som utgjør 25 ubebodde kommunale boliger pr 31.12.2022. Sola har den laveste utnyttelsesgraden blant nærliggende kommuner, og ligger lavere enn snittet i KOSTRA-gruppe 9.

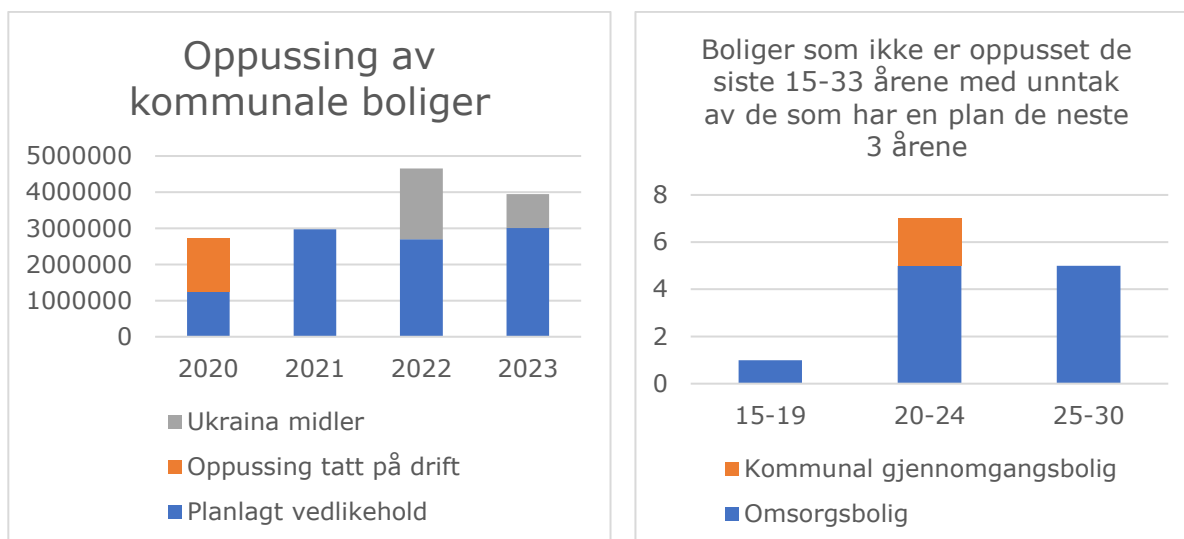


I løpet av de siste årene har det oppstått en økning i antall personer som er på venteliste for kommunal bolig.



Flere av de kommunale boligene har behov for større eller mindre renoveringer, og om lag 25 av boligene har ikke blitt renovert siden innflytting for 15-30 år siden. Selv ved tilleggsbevilgning i 2019 har andelen boliger som venter på renovering økt. Med økende

venteliste på kommunal bolig og en prognose som viser befolkningsvekst de neste årene er behovet for kommunale boliger større enn tilgjengelig boligmasse

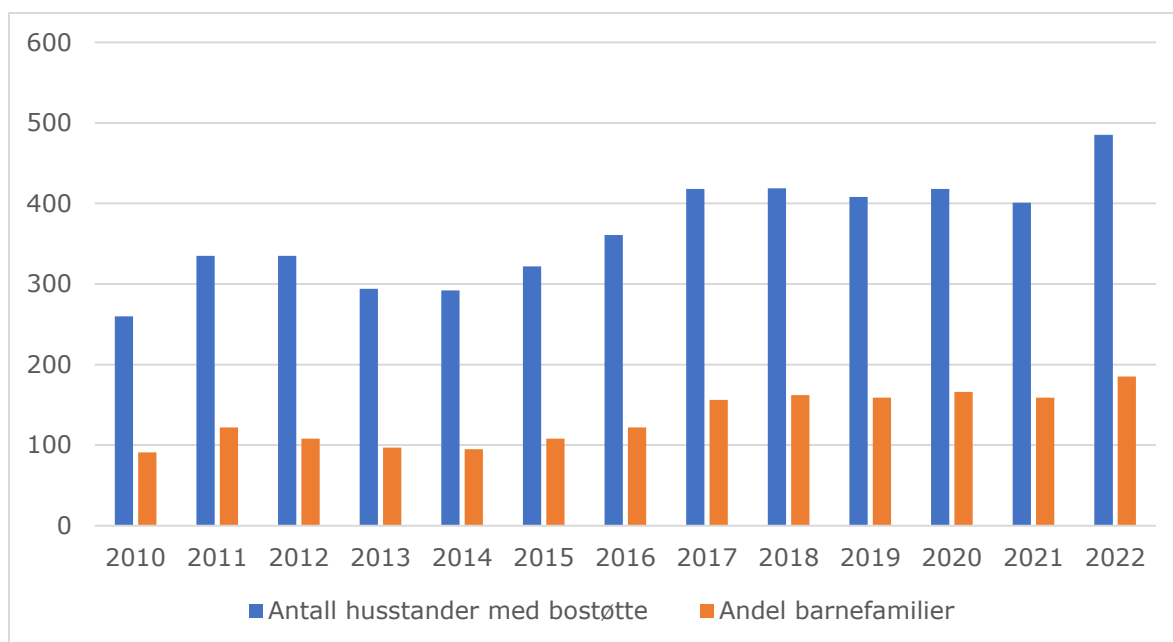


Bostøtte til bolig

I Sola kommune har vi Husbankens statlige bostøtte og sosialhjelp i form av husleiestøtte.

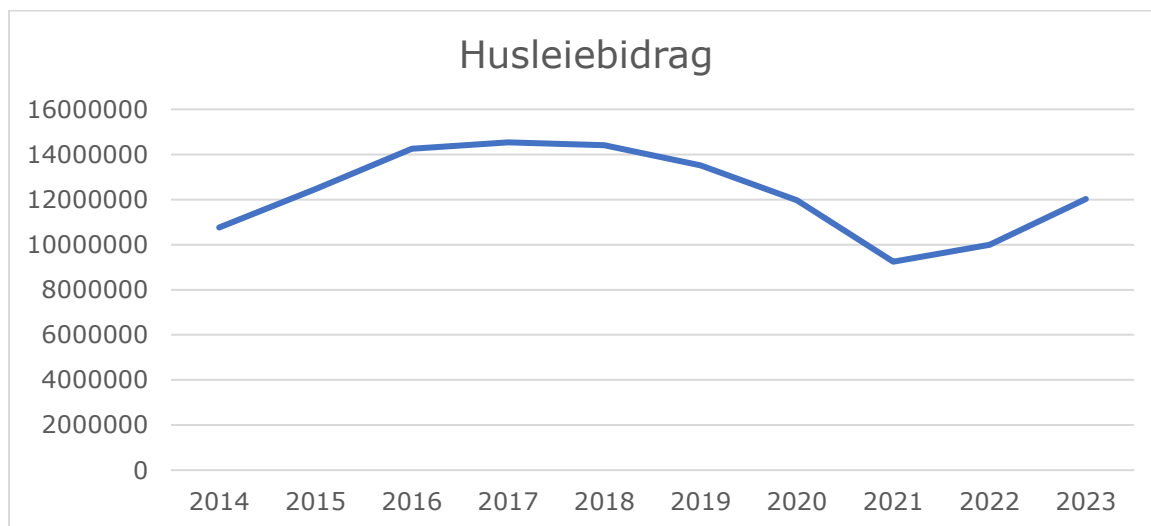
Statlig bostøtte til bolig

Antall husstander med statlig bostøtte økte fra 2014 til 2018. Etter 2018 har tallene vært mer stabile, før vi så en økning i 2022. Andelen barnefamilier som mottar bostøtte har også økt, men kan ikke vise til en tilsvarende nedgang i 2019. Noe av forklaringen til hvorfor vi ser en økning i andelen barnefamilier viser seg å være at det har vært en endring i inntektsgrunnlag- beregningen som viser seg å bli for høyt for en del uføre og alderspensjonister. I tillegg må også innbyggeren nå først søke statlig bostøtte for å få vedtak om sosialhjelp. Dette var ikke et krav som ble stilt i likestor grad tidligere.



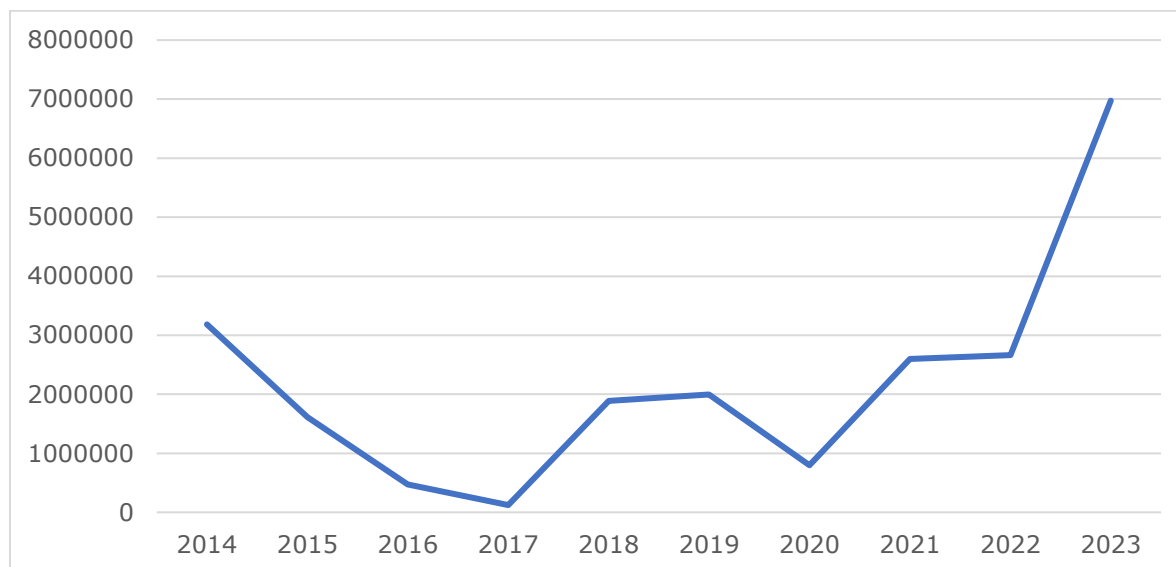
Sosialstønad i form av husleiebidrag

Kommunens husleiebidrag har økt jevnt siden 2014, stabilisert seg i perioden 2016-2018, for deretter å synke i 2019 og frem til 2021 for vi har fått en økning fram til i dag. Økningen fra 2021 kan ses i sammenheng med flyktningestrømmen fra Ukraina.



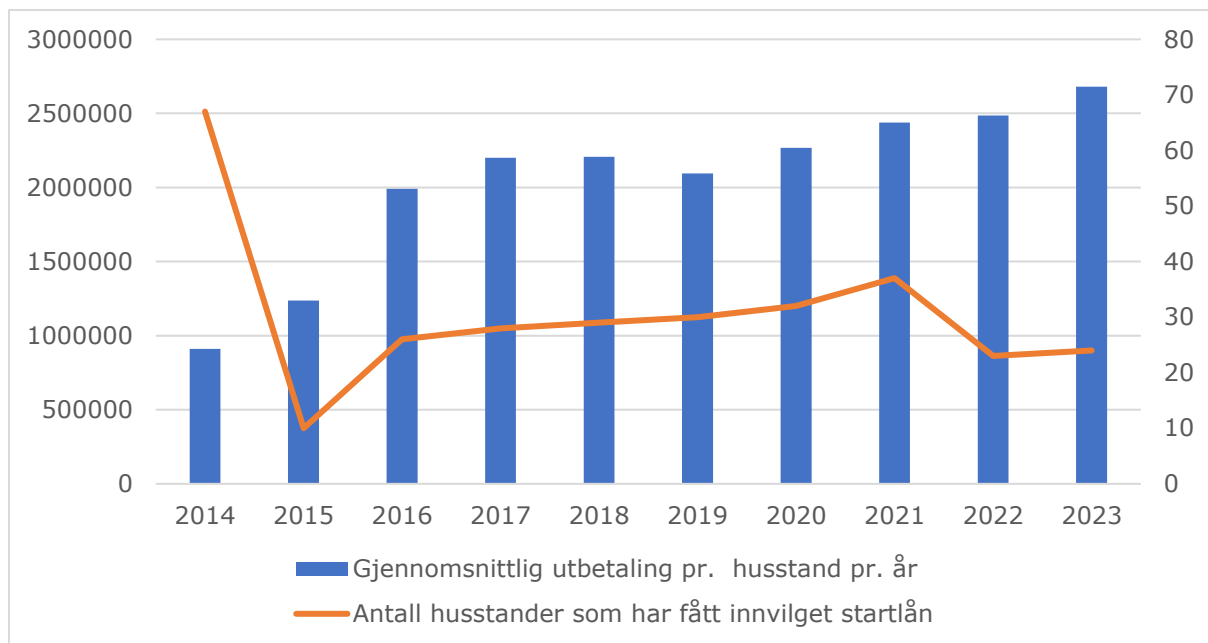
Utgifter til midlertidig bolig

Utgifter til midlertidig bolig har hatt en negativ utvikling siden 2020. I 2020 var utgiftene til midlertidig bolig på det laveste i perioden 2019-2023. En av årsakene til de høye utgiftene til midlertidig bolig var høyere utleiepriser på boligmarkedet. Dette medførte også at de maksimale satsene for godkjente boutgifter ble økt. Nå når utleieprisene er på vei opp kan mye tyde på at utgiftene til midlertidig bolig også stiger.



Startlån

Antall husstander som har fått innvilget startlån hadde en kraftig nedgang i 2015, for deretter en gradvis stabilisering på mellom 25-30 husstander pr år i perioden 2016-2019. Fra 2019 til 2021 så vi en svak økning, før vi fikk et fall i 2022. Den gjennomsnittlige startlånsutbetalingen til hver husstand har økt siden 2013, men en liten nedgang i 2019, men en påfølgende økning fram mot 2023.



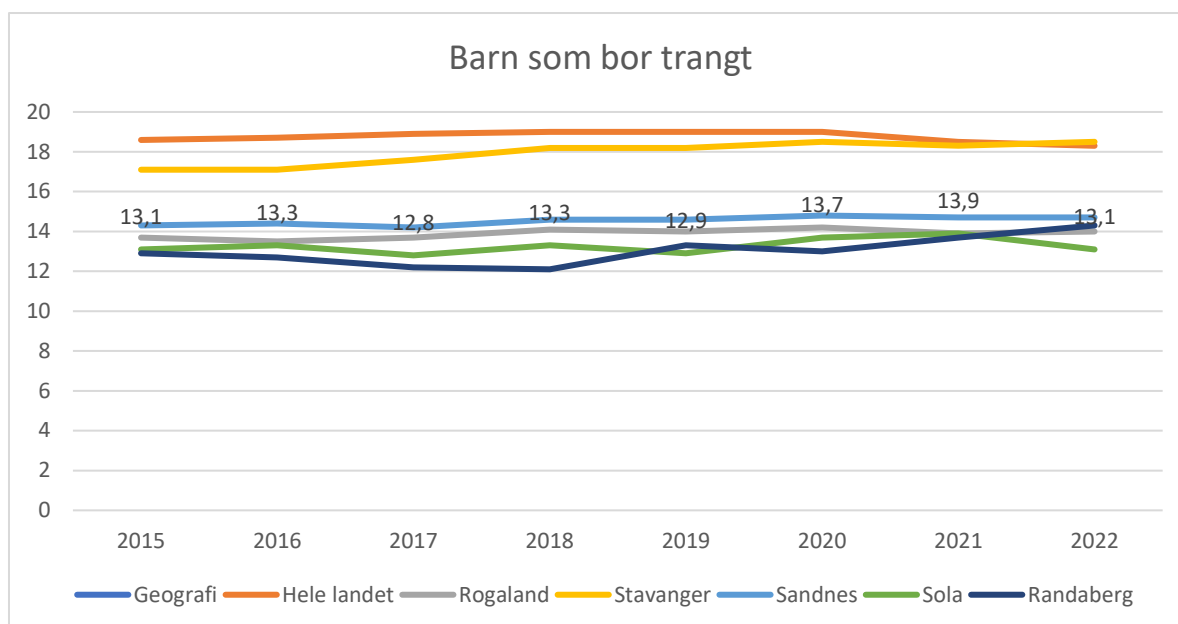
Det er grunnlag for å anta at de endringene grafen viser for gjennomsnittlig utbetaling og antall husstander som har fått utbetalt startlån, kan sees i sammenheng med den nasjonale boliglånsforskriften som trådte i kraft i juli 2015. Forskriften stiller strengere krav til egenkapital hos kunder som får lån i ordinære banker. Tidligere ble startlån gjerne benyttet som egenkapital, noe ordinære banker ikke har samme mulighet til å godkjenne nå.

Den totale utlånsrammen for startlån i 2019 var kr. 70.000.000, mens det ble utbetalt kr. 62.845.764. Årsaken til at hele summen ikke er utbetalt skyldes at det er flere som hadde tilsagn, men ikke har overtakelse av boligen før i 2020.

Barn som bor trangt

Trangboddhet er én av flere indikatorer på redusert bokvalitet. Bokvalitet har betydning for helse på flere måter. En vanskelig bosituasjon kan påvirke barn og unges levekår og helse; det påvirker skoleprestasjoner og deres sosiale liv. Vedvarende lav bokvalitet og langvarig leie av bolig øker sannsynligheten for at barn ikke tar med venner hjem.

Figuren nedenfor presenterer andeler i prosent av alle personer i privathusholdninger. Å bo trangt er definert som følgende: 1. Antall rom i boligen er mindre enn antall personer eller én person bor på ett rom, og 2. Antall kvadratmeter (p-areal) er under 25 kvm per person.



Sola ligger under fylkes og landsgjennomsnittet når det gjelder andel barn i prosent som bor trangt.

Syssetsettingen i Sola

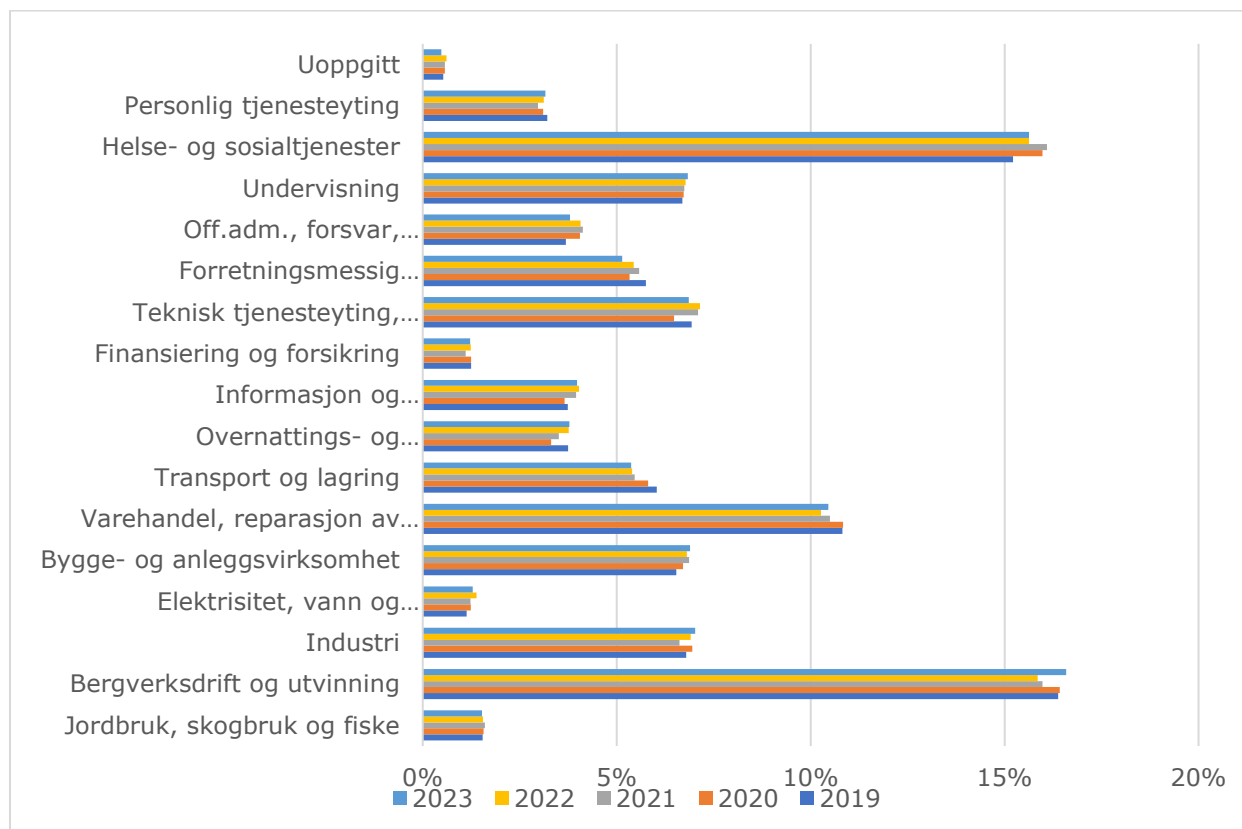
Befolkningsutvikling og syssetsettingsutvikling henger tett sammen. Vekst i antall arbeidsplasser tiltrekker seg tilflyttere og reduseres utflytting, og en voksende befolkning øker behovet for syssettsatte knyttet til blant annet skole, helse og varehandel.

Syssetsettingsgraden i Sola var på 72,3 prosent i 2023. Dette betyr at 72,3 % av befolkningen i Sola, i aldersgruppen 15-74 år, utførte inntektsgivende arbeid av minst en times varighet pr. referanseuke. Dette er to prosentpoeng høyere enn korona året 2020, og vesentlig høyere enn Sandnes (70,2%), Stavanger (69,7%) og Randaberg (70,5%) kommuner. På grunn av økning av flere eldre var det forventet at syssetsettingsandelen skulle gå noe ned i 2023 og årene fremover. Per nå ser det ikke ut til at økning i antall eldre påvirker syssetsettingsandelen negativt, og det henger nok sammen med høy aktivitet i arbeidsmarkedet i 2023, og noe som har vedvart inn i 2024.

Syssetsettingsgraden omregnet i antall personer utgjorde 15 265 personer ved utgangen til 2023. Dette er personer som bor i Sola, men som ikke nødvendigvis er syssettsatt innenfor kommunens grenser. Ser vi derimot på antall syssettsatte som hadde arbeidet sitt innenfor kommunens grenser i 2023 så utgjør dette hele 27 259. Syssettsatte etter arbeidsted indikere blant annet høy pendleraktivitet ut og inn av kommunen.

Hva arbeider innbyggerne med?

I 2023 så vi igjen etter flere år med nedgang en økning i antall innbyggere som arbeider innen bergverksdrift og utvinning. 16,5% er ansatt i Bergverksdrift og utvinning tett fulgt av helse- og sosialtjenester med 15,63%.



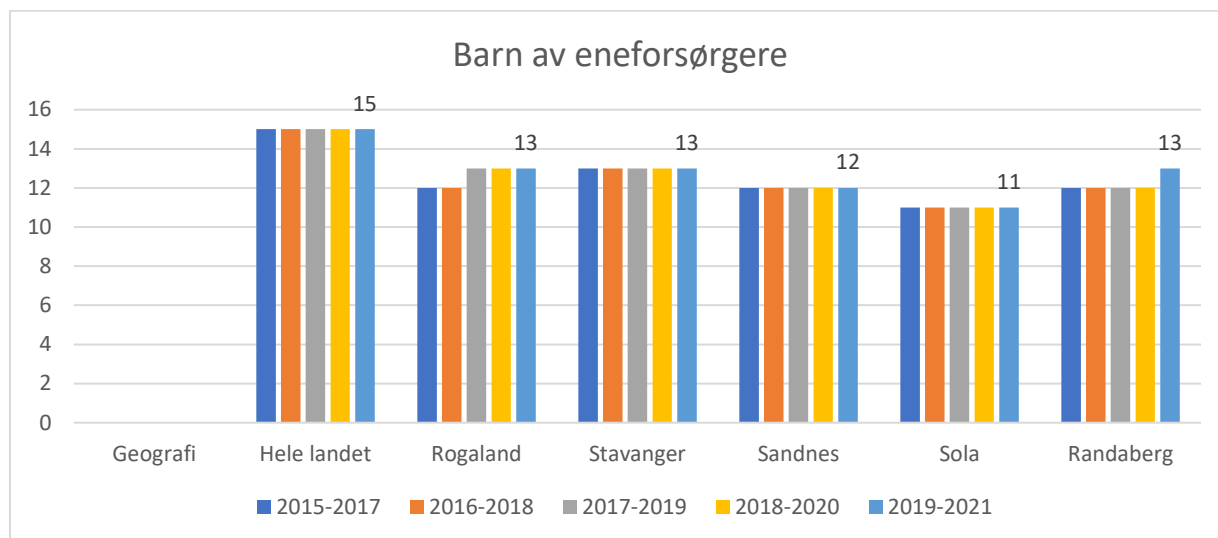
Barn av eneforsørgere

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. Eneforsørgere har ofte 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 foreldreferdigheter 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.

Andelen barn 0-17 år som det utbetales utvidet barnetrygd for, i prosent av alle barn 0-17 år som det utbetales barnetrygd for. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

Indikatoren viser antallet/andelen barn i alderen 0-17 år med mor eller far som er eneforsørger. Som eneforsørger regnes personer som mottar utvidet barnetrygd (barnetrygd for ett barn mer enn de faktisk har) etter lov om barnetrygd. Dette inkluderer også noen samboere.

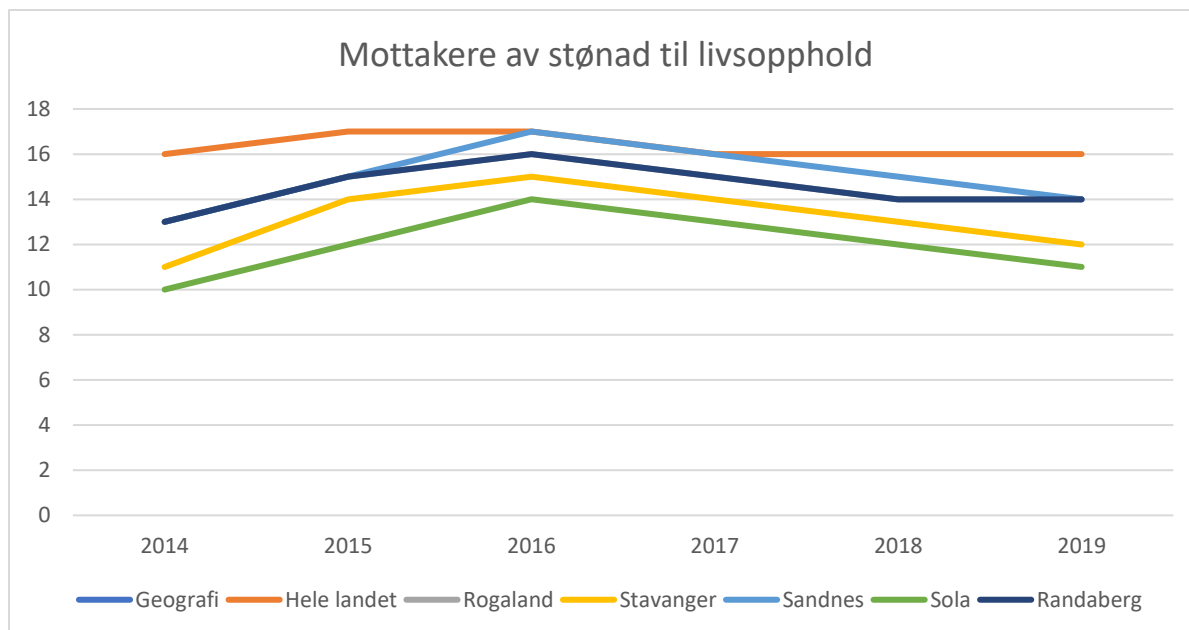


Mottakere av stønad til livsopphold

Andelen mottakere av stønad til livsopphold. Dette omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønad).

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykemelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land.

Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser. Flertallet av sykemeldinger og langvarige trygdestønader gis for muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon.

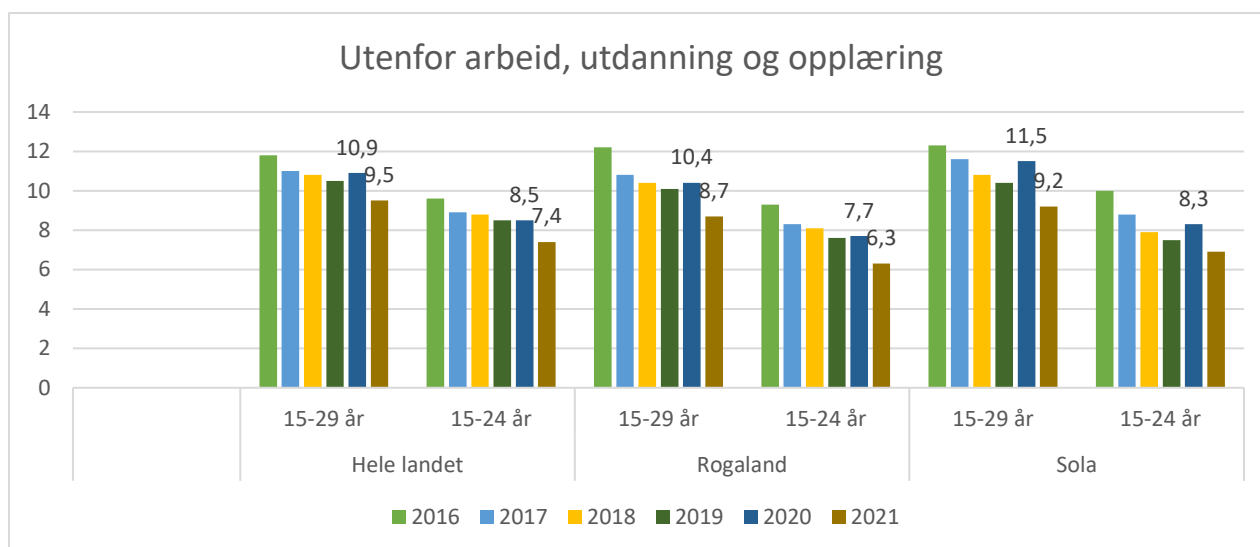


Utenfor arbeid, utdanning og opplæring

Indikatoren presentert her viser de som står utenfor arbeid og/eller utdanning, og denne gruppen er sammensatt av personer i ulike livssituasjoner. Den består av blant annet langtidsledige, unge med alvorlige helseproblemer, personer som er hjemmeværende og blir forsørget av andre, og personer som har valgt å ta et friår i utdanningsløpet.

Personer som er i denne gruppen et gitt år ser ut til å ha mer varige problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet. En del av disse vil være å finne blant de arbeidsledige, mens andre går ut av arbeidsstyrken ved at de etter hvert slutter å søke arbeid. Blant dem som blir værende utenfor over lengre tid, er det klar overvekt av unge med helseutfordringer og uten videregående utdanning.

Nedenfor finner man statistikken over andel personer som ikke er i arbeid, under utdanning eller i opplæring i prosent av befolkningen.

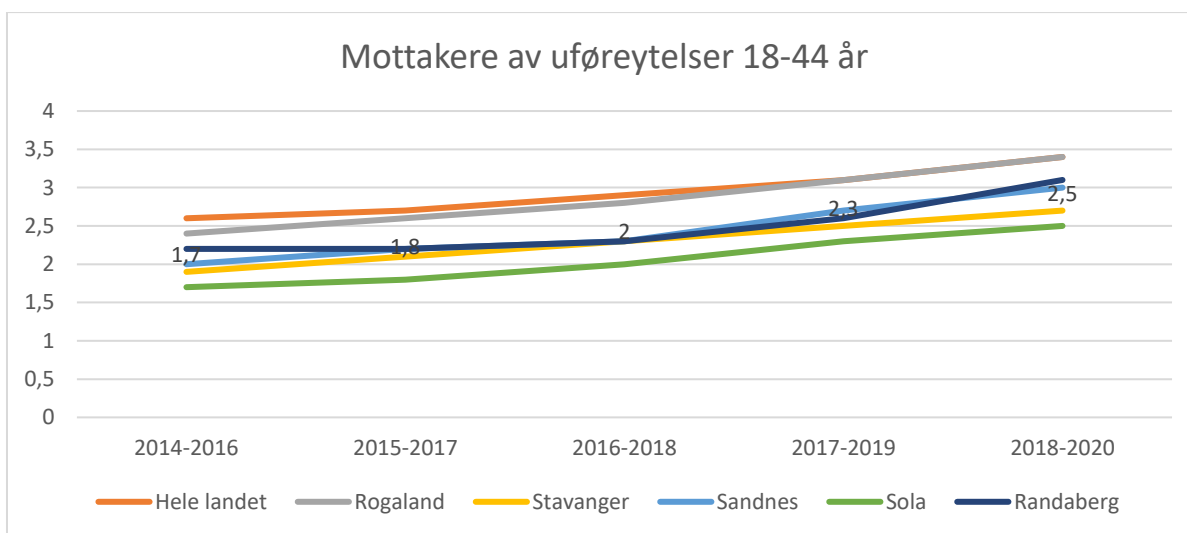
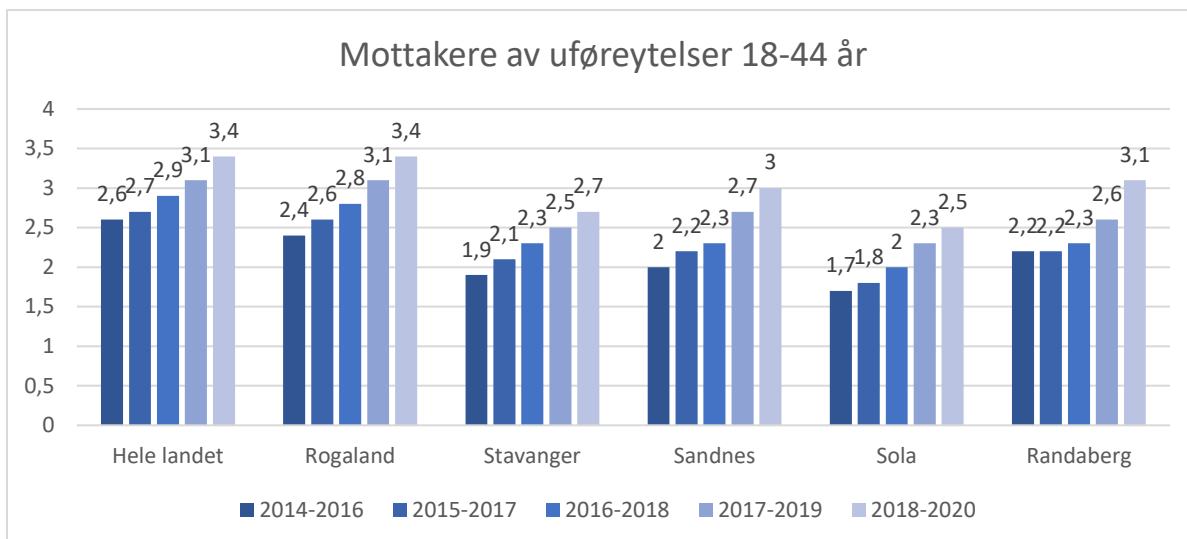


Mottakere av uføreytelser

Arbeid gir tilgang til viktige helsefremmende ressurser som sosiale relasjoner, identitet, personlig vekst, og økonomisk trygghet. Høy sysselsetting der også personer med redusert arbeidsevne har et arbeid å gå til, vil være positivt for folkehelsen. 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 er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykemelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser. Flertallet av sykemeldinger og langvarige trygdestønader gis for muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon.

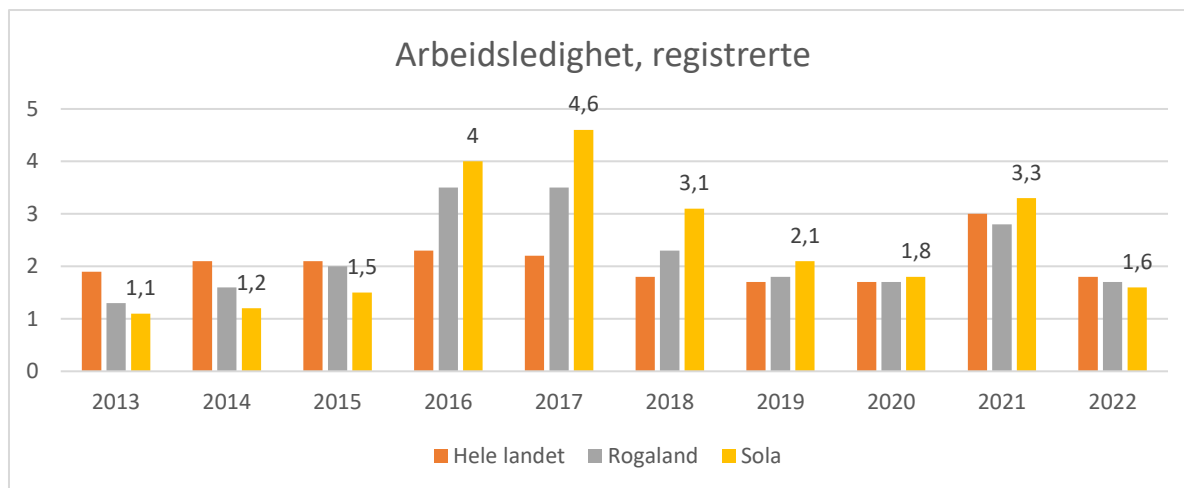
Statistikken viser antall og andel personer som mottar uføreytelser samlet (det er mulig å motta både varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger samtidig, men de dette gjelder telles bare én gang i samlede uføreytelser), varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger i prosent av befolkningen. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).



Arbeidsledighet, registrerte

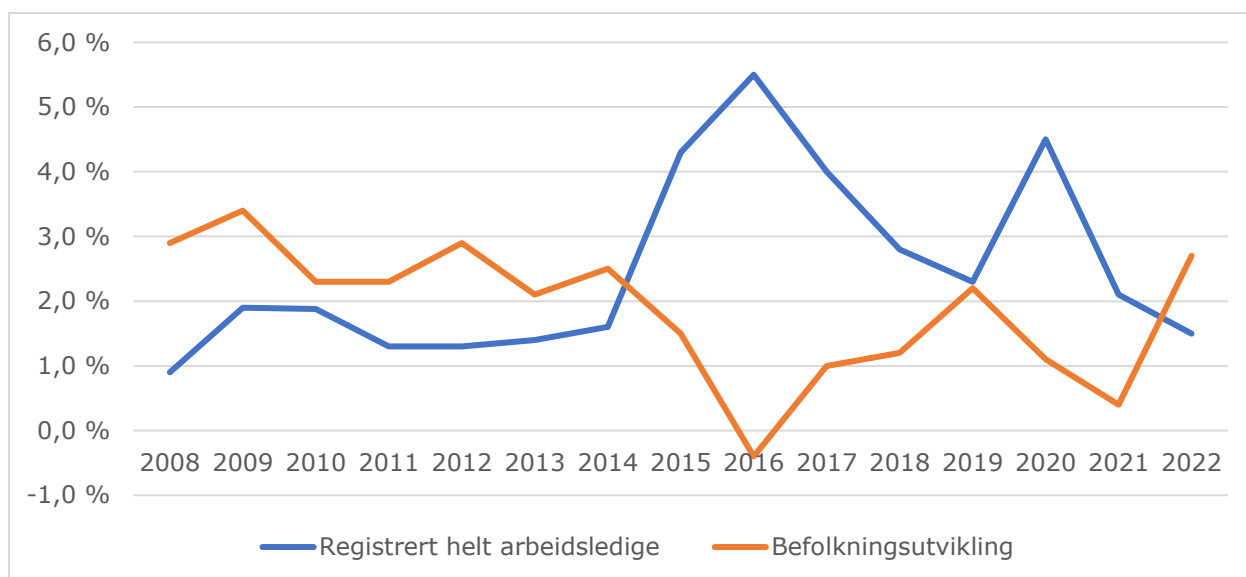
Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak). Dette inkluderer også personer som identifiseres med såkalte D-nr i stedet for fødselsnummer, dvs. utenlandske personer uten oppholdstillatelse som er på korttidsopphold i Norge. Registrerte arbeidsledige omfatter i utgangspunktet alle aldre, men det er svært få under 16 år eller over 66 år.

Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak). Dette inkluderer også personer som identifiseres med såkalte D-nr i stedet for fødselsnummer, dvs. utenlandske personer uten oppholdstillatelse som er på korttidsopphold i Norge. Registrerte arbeidsledige omfatter i utgangspunktet alle aldre, men det er svært få under 16 år eller over 66 år.



Sammenhengen mellom arbeidsledighet og folketilvekst

Sola har vist seg å være sårbar ovenfor konjunktorendringer, og i langt større grad enn nabokommunene Stavanger og Sandnes. Dette illustreres i grafen under som viser en sammenheng mellom registrerte arbeidsledige og folketilveksten i kommune. Når andelen arbeidsledige går opp, slik som i 2016 og 2020, synker folketilveksten i kommunen. Det motsatte skjer når andelen arbeidsledige går ned, da stiger folketilveksten. Det er ikke så uvanlig at denne sammenhengen forekommer, men det som gjør at Sola skiller seg ut er at endringene blir så markante. Noe av forklaringen kan ligge til den høye andelen sysselsatte i olje- og gassektoren, samt at Sola også har en relativt stor sysselsetting av innbyggere fra andre kommuner.



Arbeid og stønadsmottakere

Barn av eneforsørgere antas å være en mulig utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Andel barn i alderen 0-17 år med mor eller far som er eneforsørgere er lavere i Sola (11%) enn i fylket (13%) og landet (15%).

Andel mottakere av stønad til livsopphold (uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere) ligger lavere enn snittet i fylket og landet ellers. Kommunen har en historisk nedgående graf siden 2016.

Arbeid gir tilgang til viktige helsefremmende ressurser som sosiale relasjoner, identitet, personlig vekst, og økonomisk trygghet. Høy sysselsetting der også personer med redusert arbeidsevne har et arbeid å gå til, vil være positivt for folkehelsen. 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 er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykemelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land

Andel av våre innbyggere mellom 15-29 år (9,2%) som ikke er i arbeid, utdanning eller opplæring ligger i 2021 over snittet i fylket (8,7%) og like under landsnittet (9,5%). Innbyggere mellom 15-24 år (6,9%) ligger like over snittet i fylket (6,3%) og under snittet i landet (7,4%). Lokalt i Sola har tallene en historisk nedgang, bortsett fra 2020 hvor tallet var på sitt høyeste på 11,5% blant innbyggere mellom 15-29 år og 8,3% blant innbyggere 15-25 år.

Arbeidsledigheten i Sola kommune har gått ned fra 3,3% i 2021 til 1,6 i 2022. Andel unge mottakere (18-44 år) av uføreytelser i Sola kommune er lavere enn snittet i landet.

Sett isolert fra sammenligningen med fylket og landet har statistikken steget fra 1,7% i 2014-2016 til 2,5% i 2018-2020.

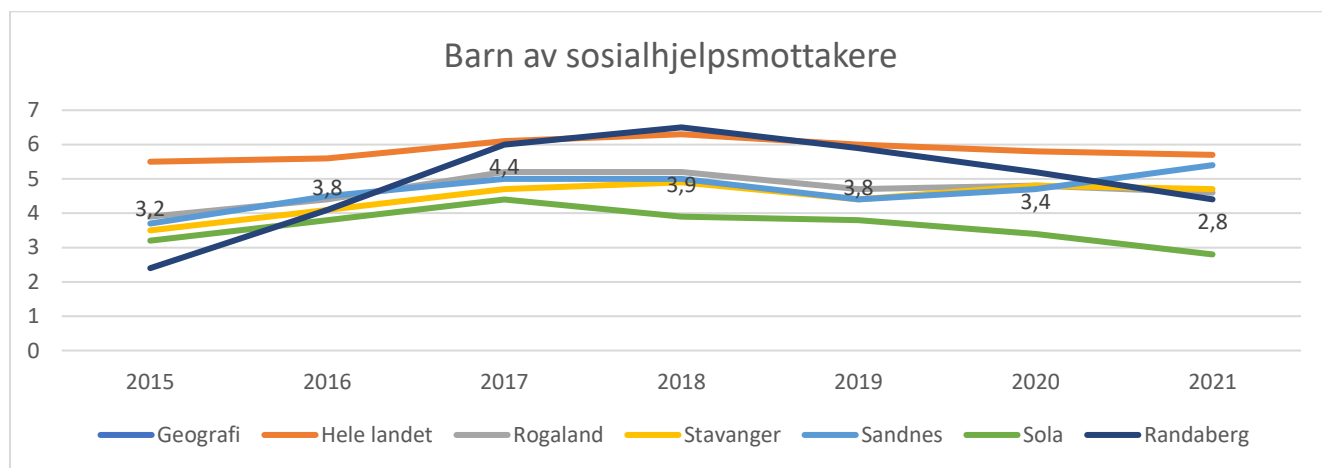
Barn av sosialhjelpsmottakere

Barn av sosialhjelpsmottakere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt.

Særlig foreldre som er langtidsmottakere av sosialhjelp har en mer marginal tilknytning til arbeidsmarkedet, kortere utdanning, er oftere enslige forsørgere, og har oftere selv innvandret fra et ikke-vestlig land (Therese Dokken, «Langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp», Arbeid og velferd, 1, 2016). Barn som tilhører husholdninger med eneforsørgere, lav inntekt, mottak av sosialhjelp, dårlig yrkestilknytning og lavt utdanningsnivå hos foreldrene, har større sannsynlighet for å selv tilhøre lavere inntektsklasser som voksne sammenlignet med andre barn (EPLAND J, KIRKEBERG MI «Går økonomiske levekår i arv?», Samfunnsspeilet, 2010/2).

Mindre ressurser i form av dårligere økonomi kan føre til at barna ikke kan delta i sosiale aktiviteter sammen med jevnaldrende. Det er også vist at det er langt større innslag av helseproblemer blant sosialhjelpsmottakere enn i befolkningen ellers, noe som kan virke inn på foreldreferdigheter og dermed barna. Det er imidlertid viktig å være klar over at det er mange grunner til å motta spesielt kortsiktig sosialhjelp, og at dette ikke trenger å bety at barna er mer utsatt enn andre barn.

Statistikken viser andelen barn 0-17 år som bor i familier som mottar sosialhjelp, i prosent av alle barn 0-17 år. Omfanget av sosialhjelp er inndelt i tre overlappende tidsrom (stønadslengde): Minst én gang (i løpet av året), 6-12 måneder og 10-12 måneder. Alle som er telt med i en kortere periode, er også telt med i den eller de lengre periodene.



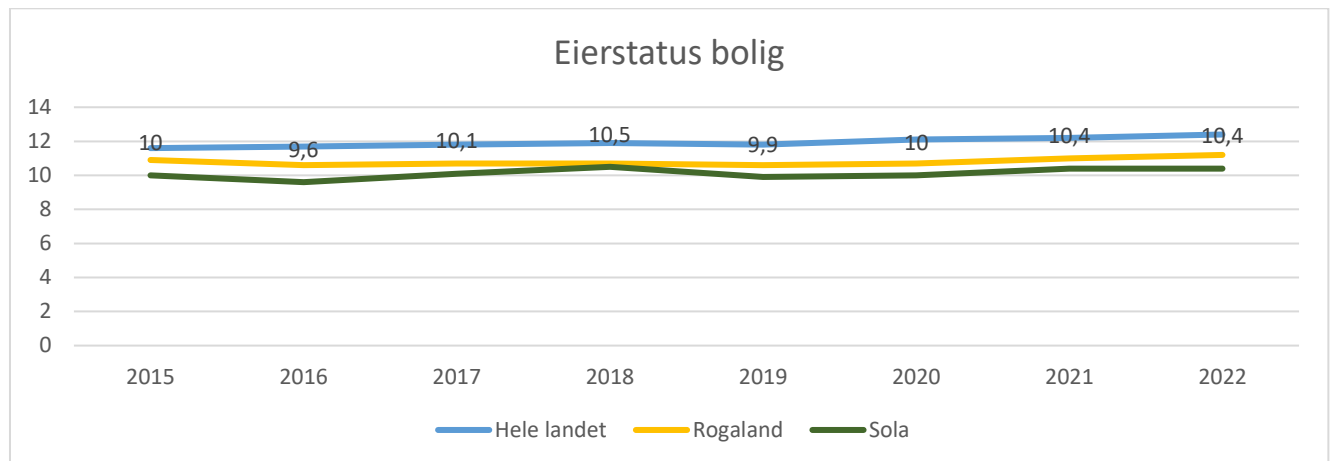
Bolig

Bolig kan påvirke psykisk og fysisk helse på mange måter. Det kan påvirke gjennom forhold ved selve boligen, slik som inneklima, slitasje, trangboddhet og hvorvidt man eier eller leier bolig. Sammenhengene er imidlertid komplekse og årsakspilene kan gå begge veier.

Det norske boligmarkedet er i stor grad lagt opp til at man skal eie sin egen bolig. Det er

mange unntak fra dette - det er vanlig å leie særlig i starten av yrkeskarrieren eller mens man tar utdanning. Likevel er det flere studier som antyder en sammenheng mellom helse og eie/leieforhold, og funnene viser gjennomgående at de som eier egen bolig har bedre helse. Samtidig vil det å eie en bolig være et uttrykk for et visst ressurs- og velstandsnivå.

Statistikken viser personer som bor i henholdsvis leide og eide boliger. Andeler er presentert i prosent av personer i privathusholdninger. Selveier og andels/aksjeeier telles samlet.

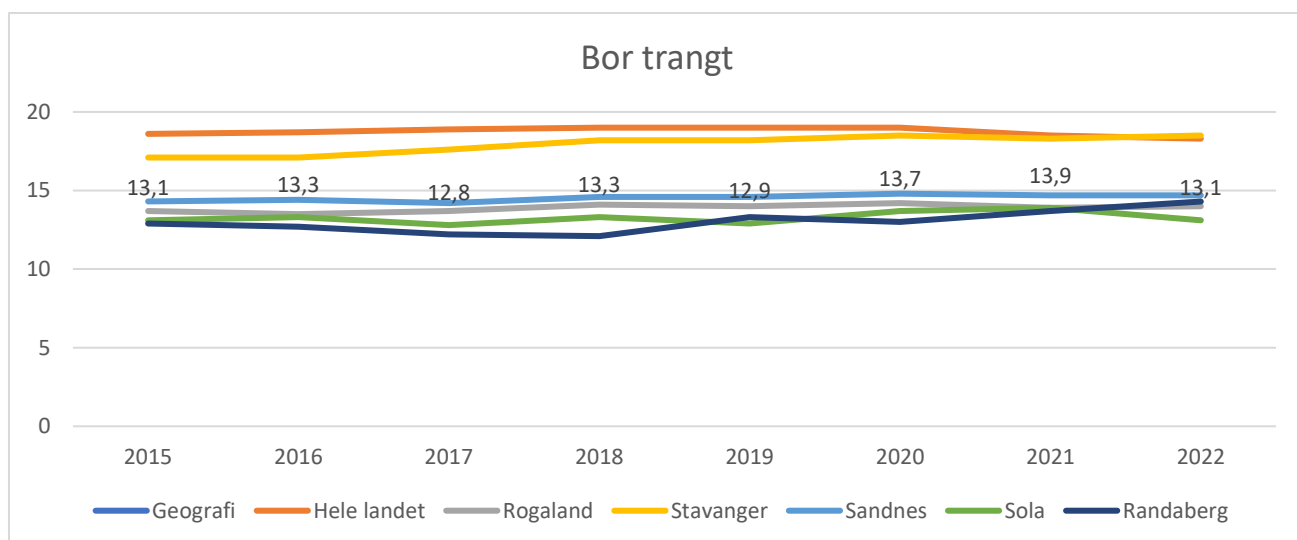


Bor trangt

Trangboddhet er én av flere indikatorer på redusert bokvalitet. Bokvalitet har betydning for helse på flere måter. En vanskelig bosituasjon kan påvirke barn og unges levekår og helse; det påvirker skoleprestasjoner og deres sosiale liv. Vedvarende lav bokvalitet og langvarig leie av bolig øker sannsynligheten for at barn ikke tar med venner hjem.

Vanskeligstilte på boligmarkedet er som regel i utgangspunktet en marginalisert gruppe med kjennetegn som lav inntekt, lav eller ingen utdanning og svak arbeidsmarkedstilknytning - i et befolkningsperspektiv er dette sammenfallende med dårligere helsetilstand. For sårbare grupper kan en vanskelig bosituasjon bidra til å forsterke og opprettholde eksisterende helseproblemer og sosiale utfordringer.

Statistikken presenterer andeler i prosent av alle personer i privathusholdninger. Å bo trangt er definert som følgende: 1. Antall rom i boligen er mindre enn antall personer eller én person bor på ett rom, og 2. Antall kvadratmeter (p-areal) er under 25 kvm per person. I tilfeller hvor det mangler opplysninger om antall rom eller p-areal, vil husholdninger regnes som trangbodde dersom en av de to betingelsene er oppfylt.



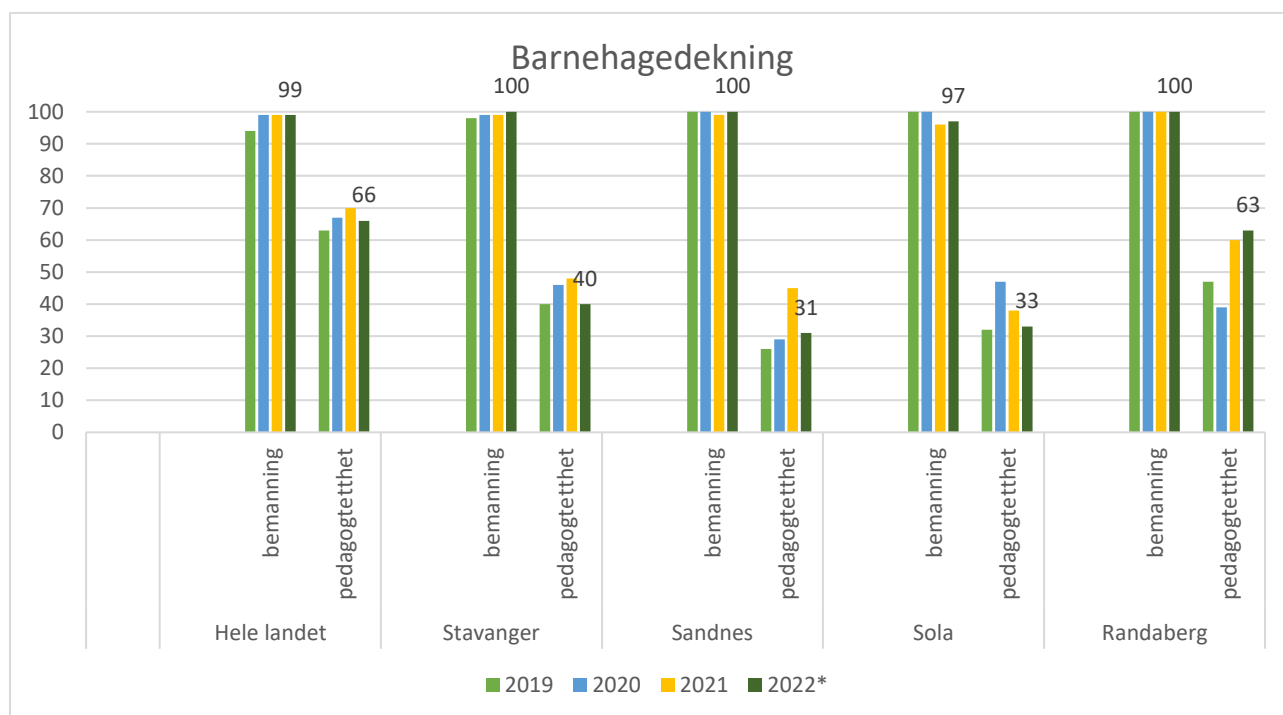
Barnehage

Andel barn som går i barnehager som oppfyller normene for bemanning og pedagogtetthet av alle barn som går i barnehager. Tallene omfatter både kommunale og private barnehager. Familiebarnehager og åpne barnehager er ikke tatt med i beregningen.

Bemanningsnormen innebærer at det stilles krav om at barnehagen skal ha minst én ansatt per tre barn når barna er under tre år og minst én ansatt per seks barn når barna er over tre år (trådte i kraft 1. august 2019).

Pedagognormen innebærer at det skal være minimum én pedagogisk leder per 7 barn under tre år og minimum én pedagogisk leder per 14 barn over tre år. Pedagogiske ledere må ha utdanning som barnehagelærer, eller annen treårig pedagogisk utdanning på høghskolenivå med videreutdanning i barnehagepedagogikk.

Sola kommune har høy barnehagedekning hvor andel barn med barnehageplass i kommunen (2022) er 97,5%. Nasjonale krav til bemanningsnorm i barnehagen etterlevs i all hovedsak, mens krav til pedagogtetthet gir utfordringer for våre barnehager. Pedagogiske ledere må ha utdanning som barnehagelærer, eller annen treårig pedagogisk utdanning på høghskolenivå med videreutdanning i barnehagepedagogikk. Pedagogtettheten i Sola er lavere enn landet ellers.



Skole

Årlig gjennomføres det nasjonale lese og regneferdigheter blant elever i 5. og 8.trinn. Regning er en basisferdighet som er viktig videre i utdanningsløpet og arbeidslivet og 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. Lesing er en ferdighet som kan trenes opp, men for noen barn kan det kreve ekstra ressurser eller bruk av en annen metode for å holde tritt med klassekameratene i lesing.

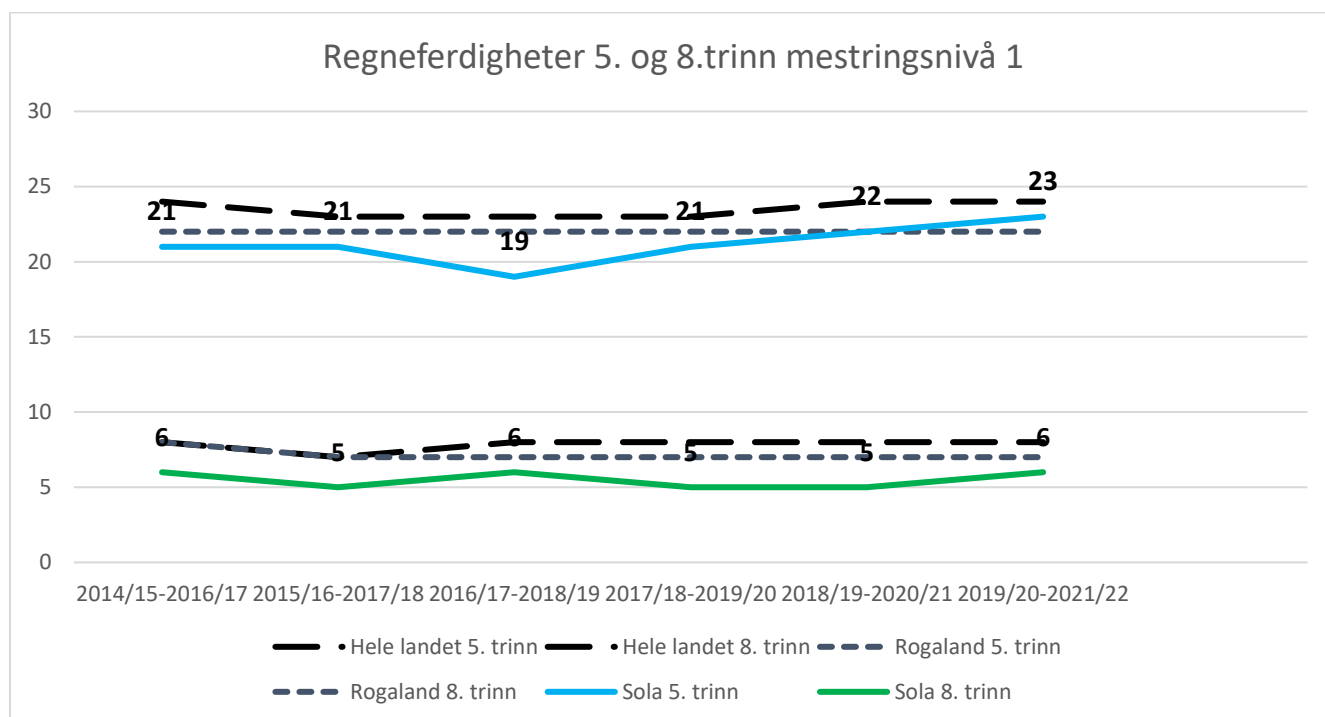
5.klassinger har tre mestringsnivåer der mestringsnivå 1 er lavest.

8.klassinger har fem mestringsnivåer der mestringsnivå 1 er lavest.

Kommunens tall omfatter elever som er bosatt i kommunen. Statistikken 5. og 8.trinn i mestringsnivå 1 (laveste) viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

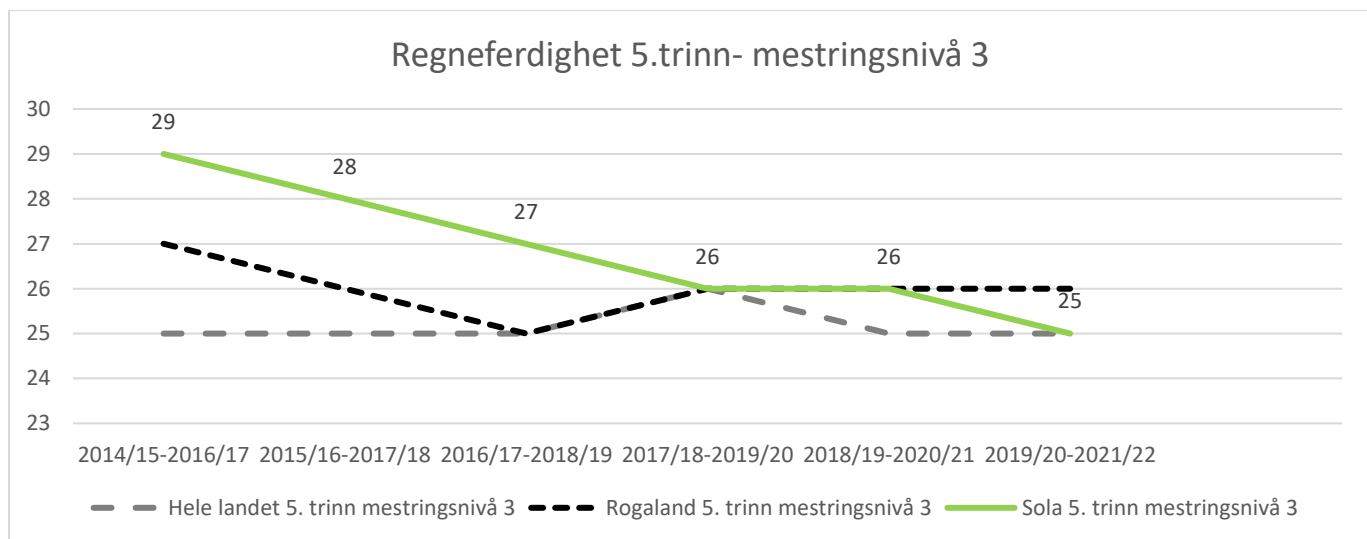
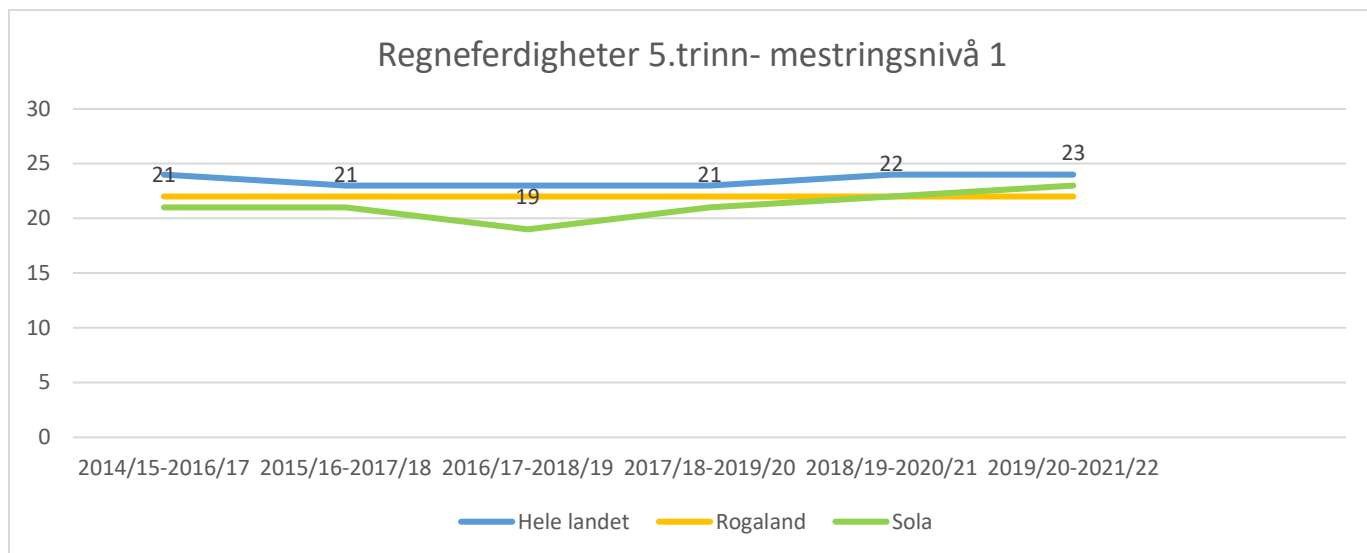
Regneferdigheter

Statistikken viser en tydelig skille mellom regneferdigheter til 5.trinn vs 8.trinn og viser en oppgående trend i regneferdigheter på nivå 1 (lavest). Sola kommune ligger over snittet i regionen, men like under enn landet for øvrig.



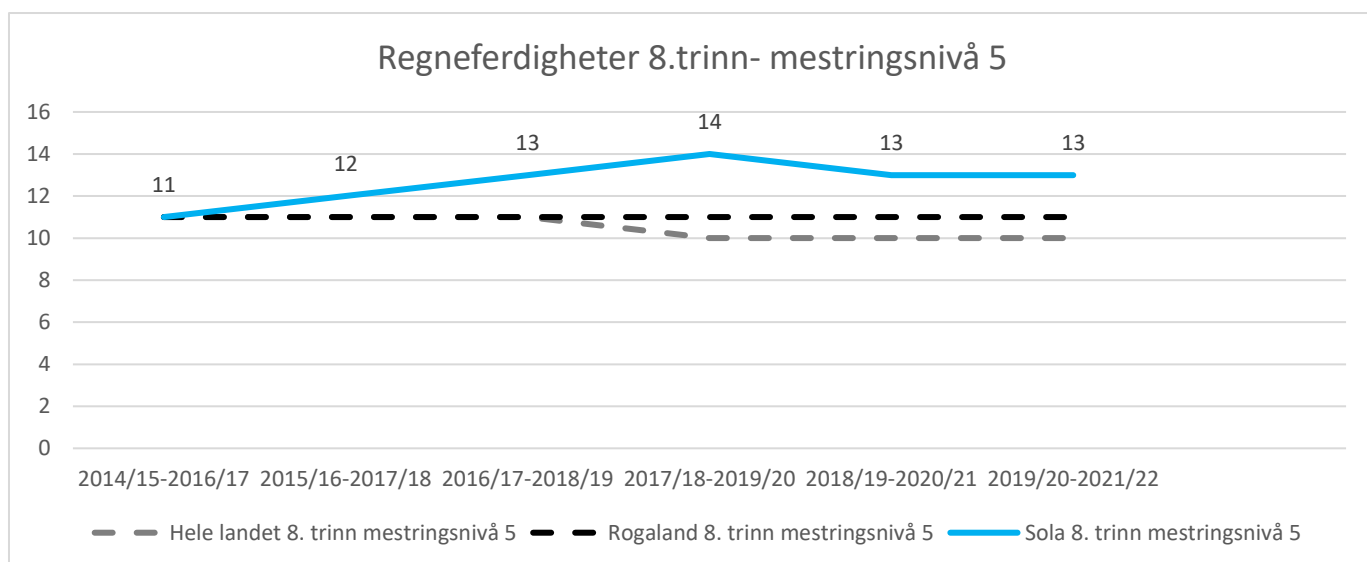
5.trinn

Sola sine elever i 5.trinn ligger over fylkesnivå og like under landsnivå når det gjelder regneferdigheter på nivå 1. Dette synes å være første gang siden 2014. Det samme gjelder også regneferdigheter 5.trinn, mestringsnivå 3, hvor Sola legger seg under fylkesnivå og på likt nivå som landsgjennomsnittet. Når det gjelder leseferdighet viser også statistikken en nedgående trend blant 5.trinn, mestringsnivå 3, og hvor Sola legger seg på fylkes og landssnittet.



8.trinn

Grafen går imidlertid opp og Sola ligger over snittet i fylket og landet når det gjelder regning og lesing blant 8.trinn med mestringsnivå 5.



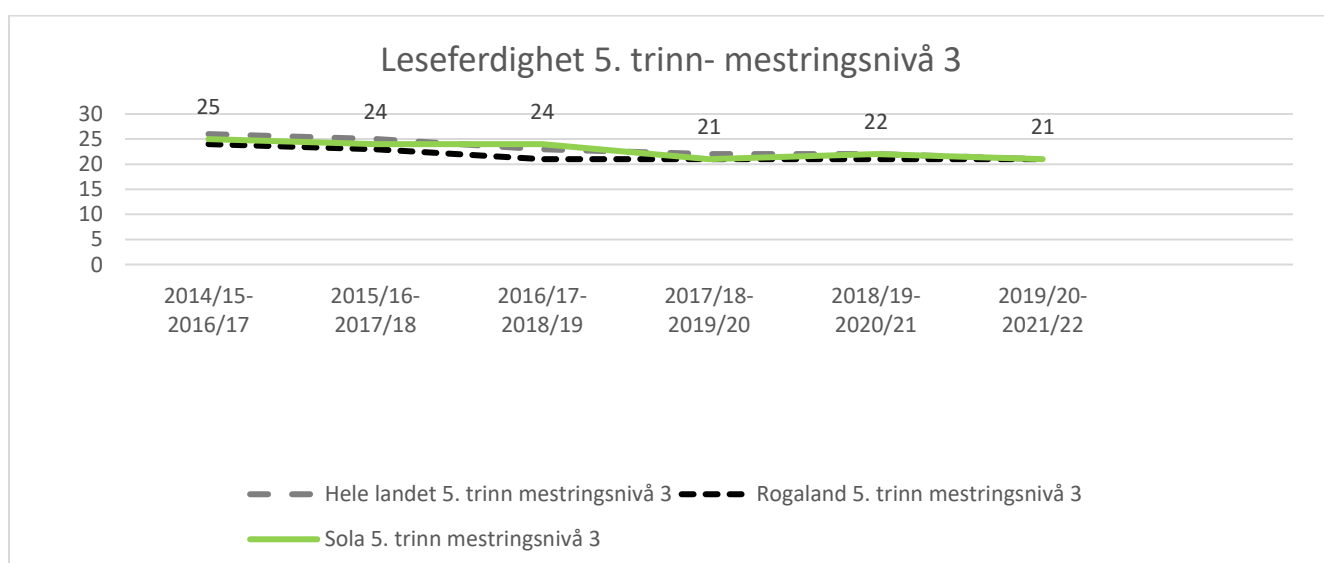
Leseferdigheter

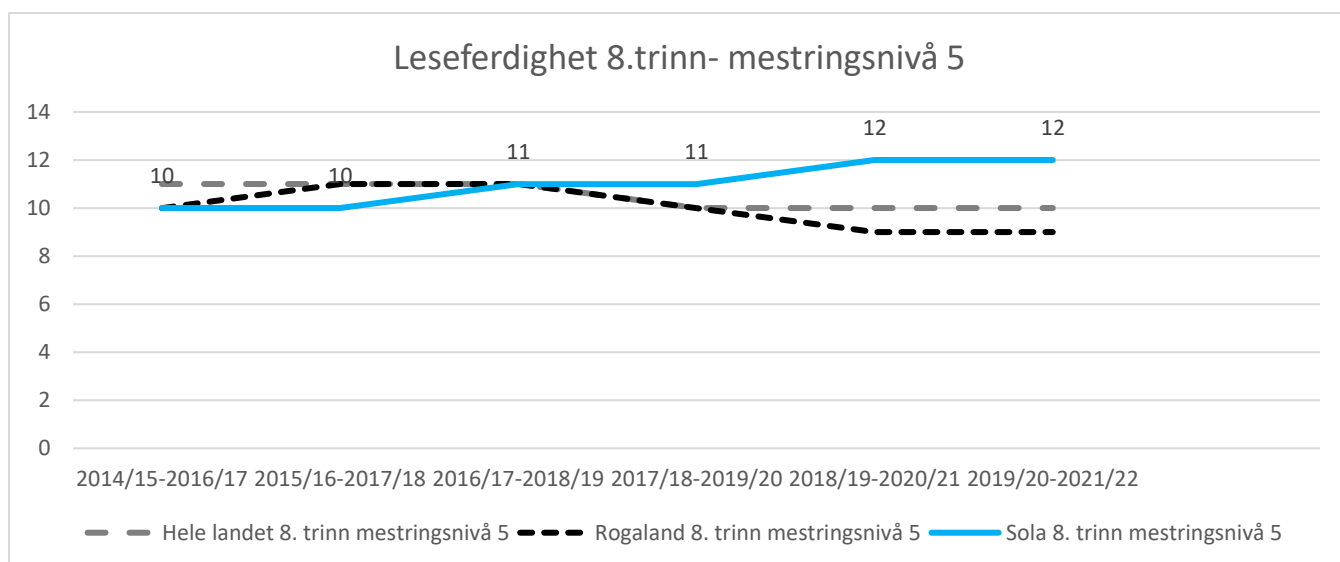
En av skolens aller viktigste oppgaver er å hjelpe elevene til å bli gode lesere. Å kunne lese er en verdi i seg selv, for opplevelse, engasjement og identifikasjon. Det er også et nødvendig grunnlag for læring i de fleste fag.

Lesing er en ferdighet som kan trenes opp, men for noen barn kan det kreve ekstra ressurser eller bruk av en annen metode for å holde tritt med klassekameratene i lesing. Likevel er det sånn at noen strever med lesevaner hele livet.

Andel 5. og 8. klassinger på de ulike mestringsnivåene i lesing, i prosent av alle 5./8.klassinger som tok nasjonale prøver. Tallene vises for hele befolkningen samlet og Kommunens tall omfatter elever som er bosatt i kommunen.

5.klassinger har tre mestringsnivåer der mestringsnivå 1 er lavest.
8.klassinger har fem mestringsnivåer der mestringsnivå 1 er lavest.





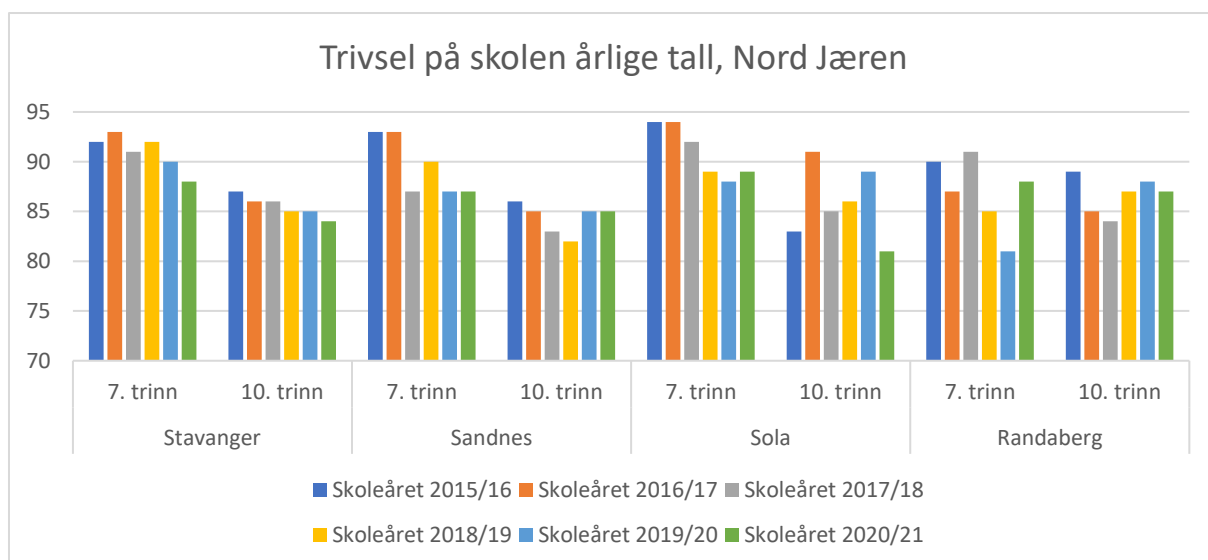
Trivsel på skolen

Økt trivsel er et sentralt mål for folkehelsearbeidet. For barn og unge er skolen en svært viktig sosial arena. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir. Trivsel kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter.

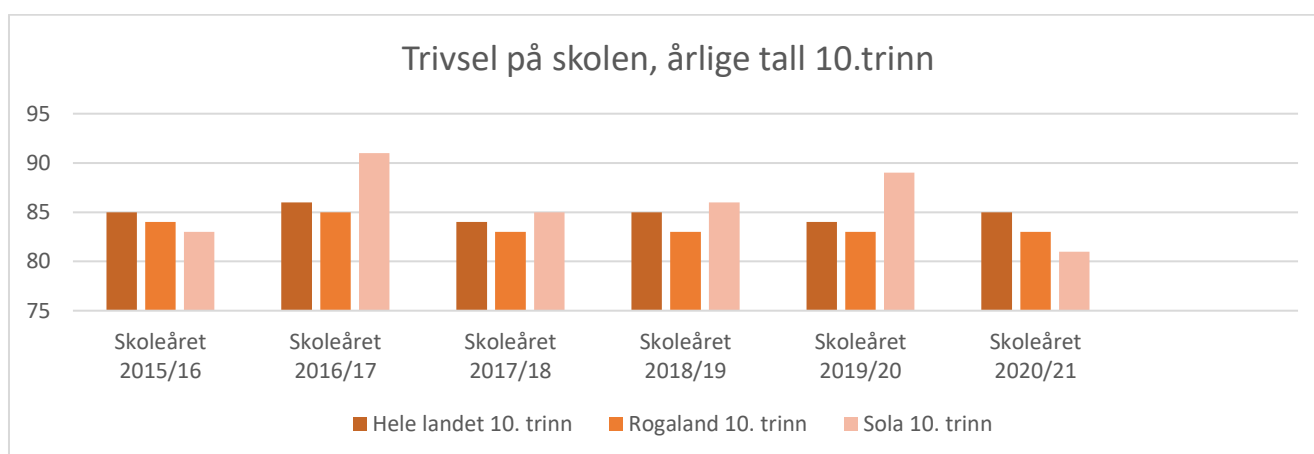
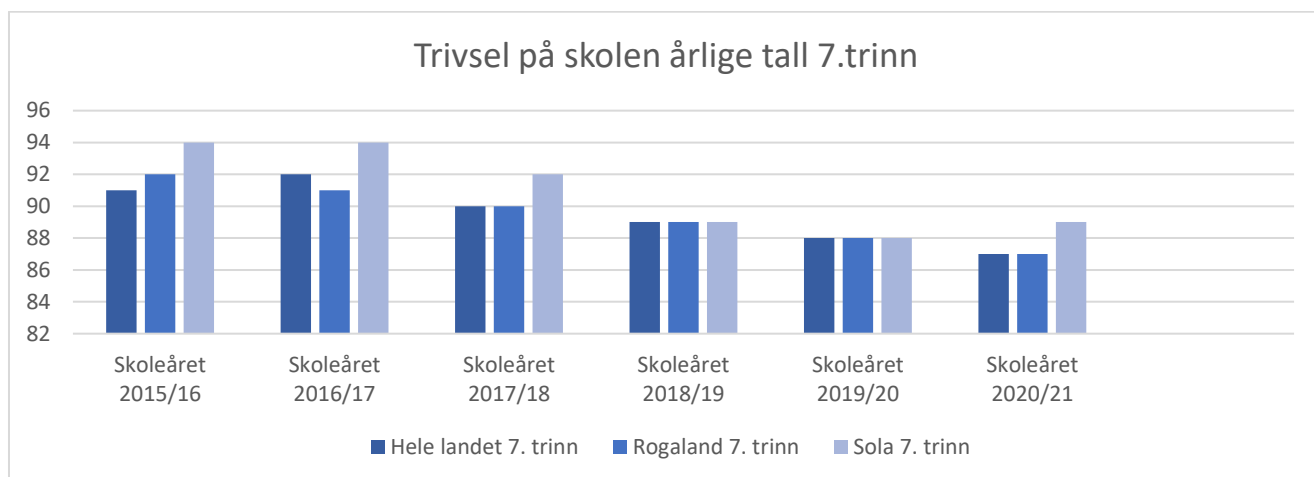
Ulike trivselsskapende faktorer, som venner, gode lærere og faglig mestring virker positivt inn på den fysiske og den psykiske helsen. Motsatt vil et belastende eller stressende skolemiljø øke risikoen for psykiske helseproblemer. Mobbing, faglige vansker, negative forhold til lærere og manglende støtte fra elever og voksne gir økt risiko for skolefravær og psykiske helseplager. Skolens generelle arbeid med læringsmiljøet er vesentlig for elevenes trivsel og psykiske helse.

Det finnes ulike skoleprogrammer som har vist gode resultater, blant annet gjennom å øke elevenes kunnskap om psykisk helse, heve den sosiale mestringsfølelsen, styrke de sosiale ferdighetene og forebygge mobbing.

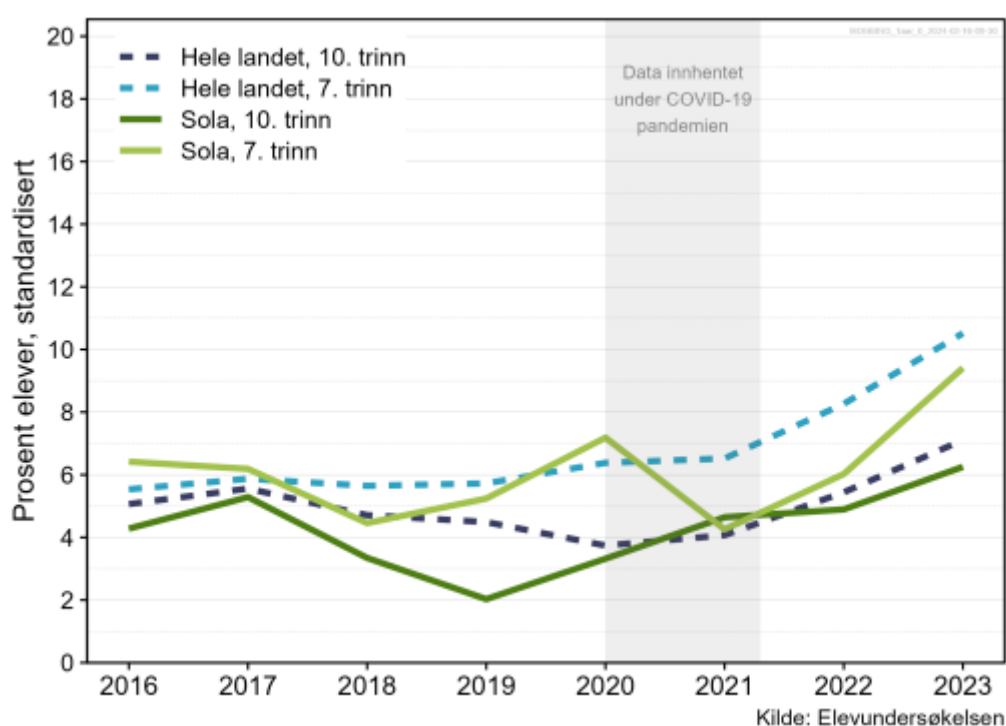
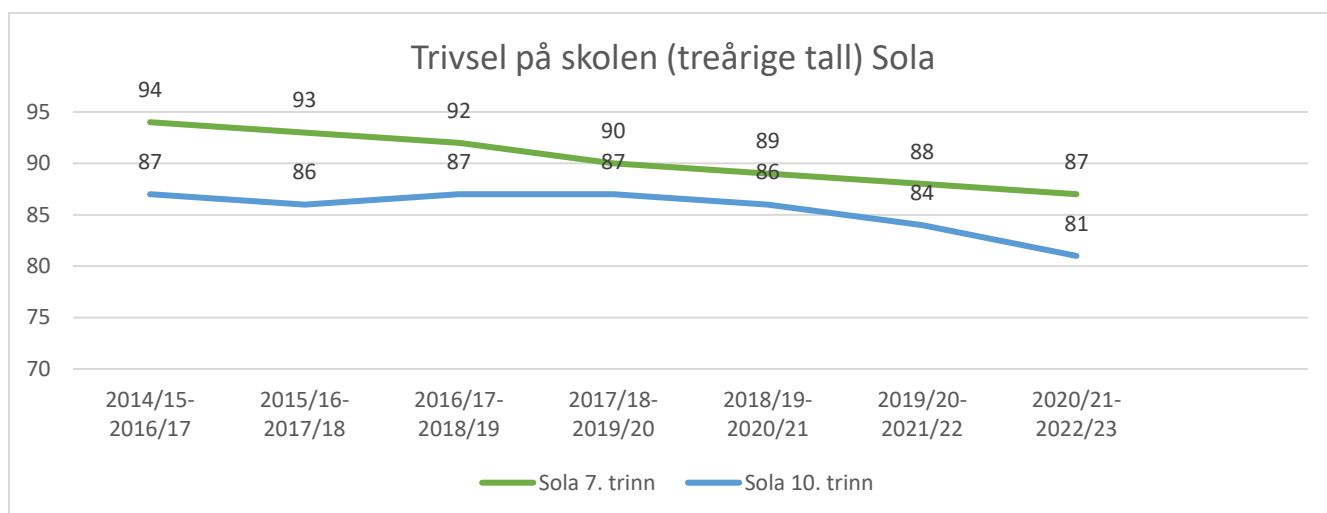
Andel elever som trives godt på skolen går nedover. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir. Parallelt går mobbetallene opp. Statistikken nedenfor viser andelen som har svart at de **trives godt** eller **svært godt** på spørsmålet; "Trives du på skolen?"



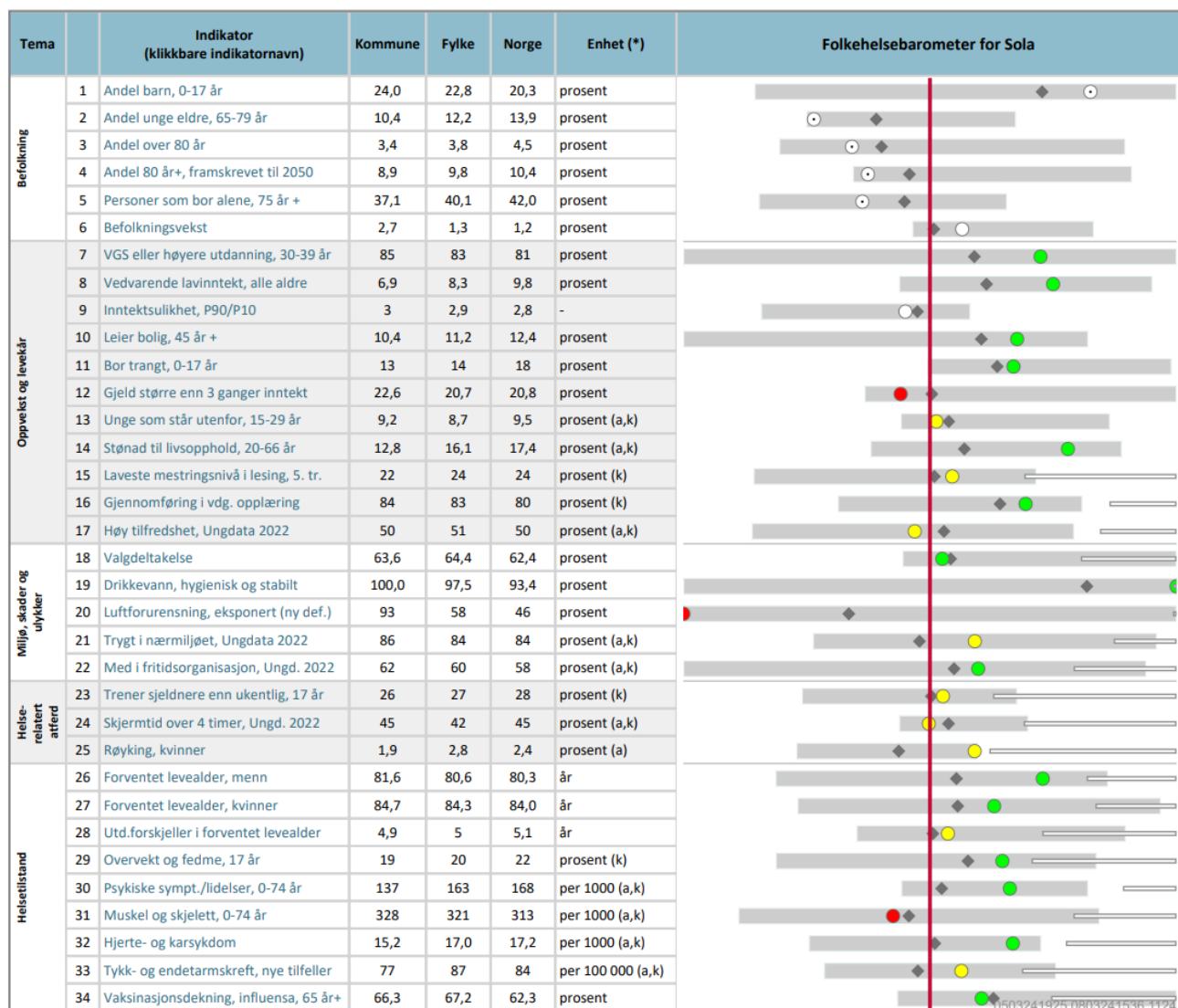
Lokalt i Sola viser statistikken at elever ved 7.trinn har en økt trivsel, mens elever i 10. trinn har en nedgående trivsel.



Ser man på statistikken som viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder) så går trivselen ned i Sola kommune.



Figuren viser andel elever som blir mobbet på skolen av andre elever (ettårige tall).



Hentet fra oppvekstprofil via fhi.no

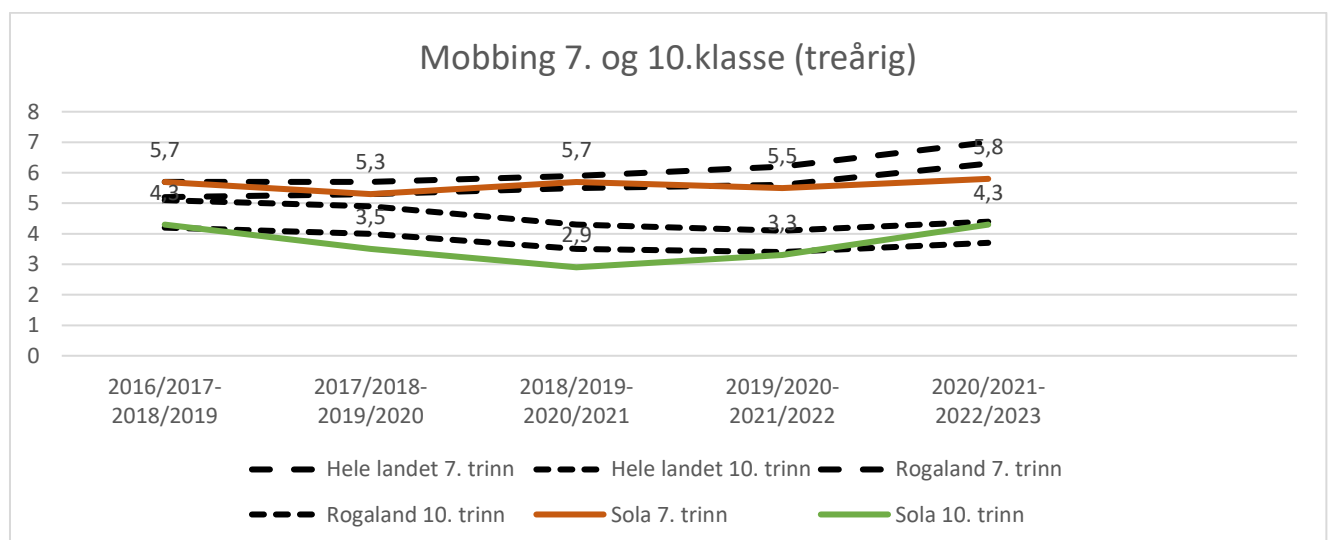
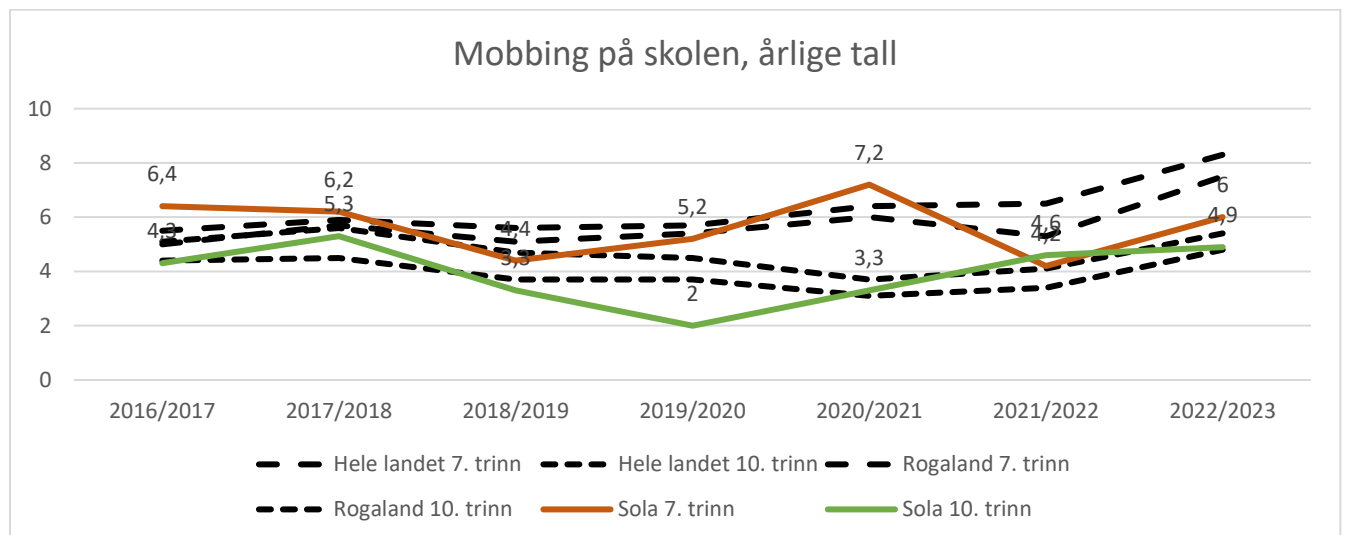
Mobbing

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. Mobbetallene i Sola kommune tenderer oppover. Statistikken viser andel elever på 7. og 10. trinn i grunnskolen som har opplevd mobbing de siste månedene, i prosent av alle elever som deltok i Elevundersøkelsen.

Definisjonen som elevene blir presentert for i Elevundersøkelsen er:

"Med mobbing mener vi gjentatte negative handlinger fra en eller flere sammen, mot en elev som kan ha vanskelig for å forsvare seg.

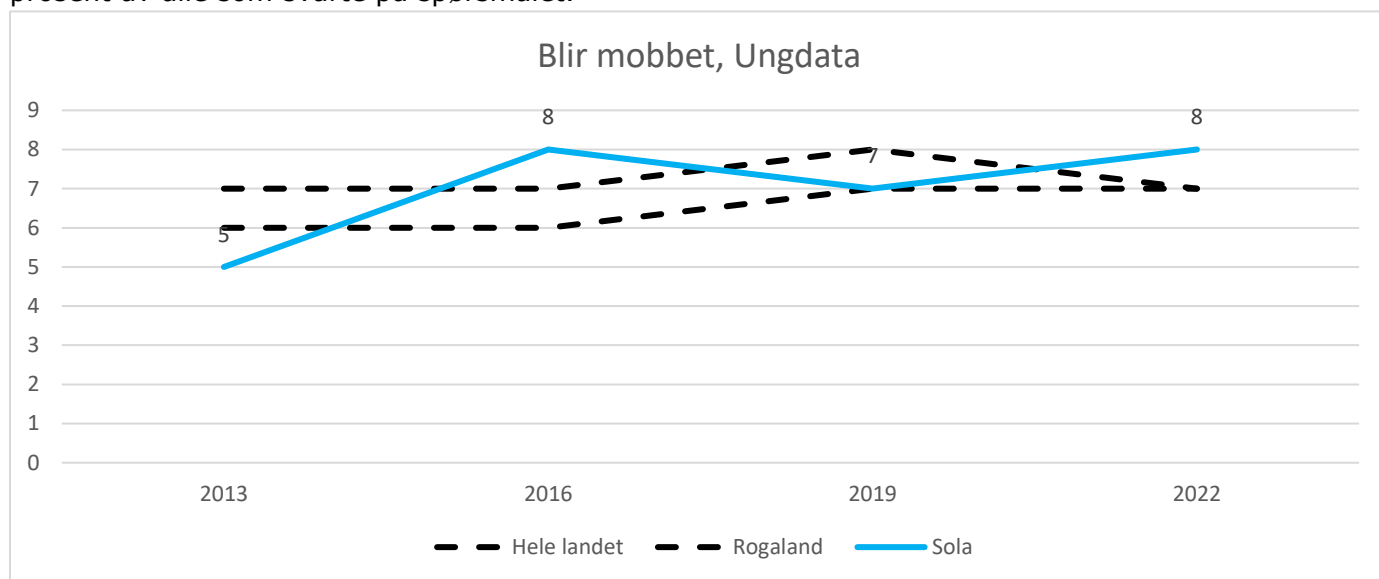
Mobbing kan være å kalle en annen stygge ting og erte, holde en annen utenfor, baksnakke eller slå, dytte eller holde fast." Tallene for mobbing inkluderer de som har svart "2 eller 3 ganger i måneden", "omtrent 1 gang i uken" eller "flere ganger i uken" på spørsmålet "Er du blitt mobbet av andre elever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



Blir mobbet

Mobbing er et alvorlig problem som rammer mange unge. Det kan defineres som gjentatte negative handlinger der én eller flere personer bevisst og med hensikt skader eller forsøker å skade eller tilføre noen ubehag. Som regel er mobbeofrene ute av stand til å ta igjen. Mobbingen kan være fysisk, ved bruk av vold, eller psykisk, som vedvarende utfrysing fra vennegjengen.

Statistikken tar for seg andel ungdomsskoleelever som svarer «Ja, flere ganger i uka», «Ja, omtrent én gang i uka» eller «Ja, omtrent hver 14. dag» på spørsmålet «Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller i fritida?», i prosent av alle som svarte på spørsmålet.



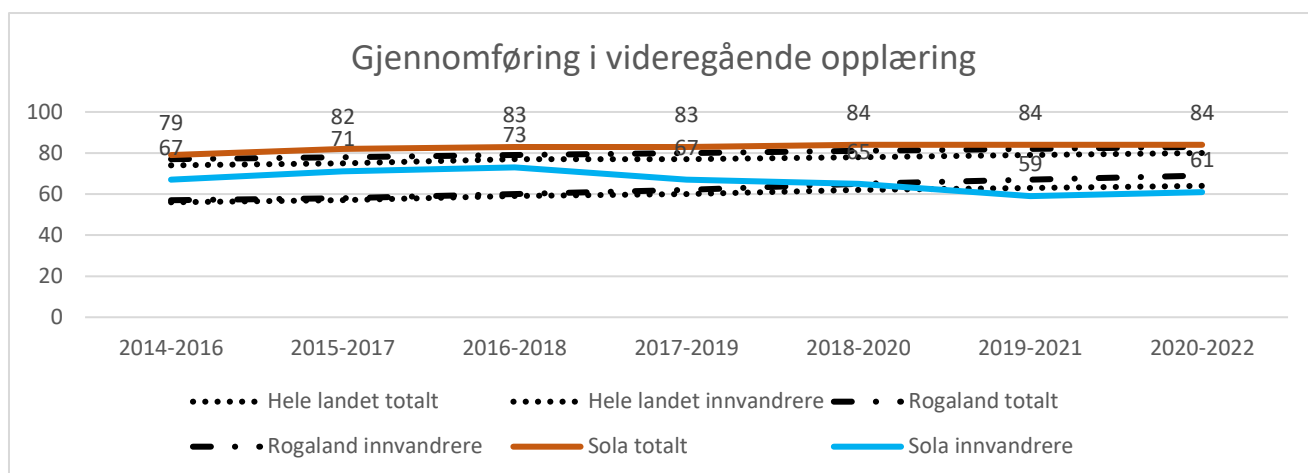
Gjennomføring av videregående opplæring

Formelle kvalifikasjoner er av betydning for mulighetene for videre utdanning og arbeid. Tall viser at det er blitt vanskeligere å få jobb i Norge for unge med lav utdanning. Unge uten fullført videregående opplæring havner oftere utenfor arbeid og utdanning, og har større sannsynlighet for langvarig utenforskap. Utdanning trekkes også frem som en viktig kilde til integrering.

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. Frafall fra videregående kan i tillegg til individuelle konsekvenser også ha samfunnsøkonomiske konsekvenser.

Statistikken viser personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og andelen som har fullført med studie- eller yrkeskompetanse i løpet av fem/seks år.

Andel elever som gjennomføre videregående opplæring i Sola ligger like over snittet i fylket og landet som helhet. Man ser imidlertid en liten negativ nedgang når det gjelder innvandrere som fullføre videregående opplæring.



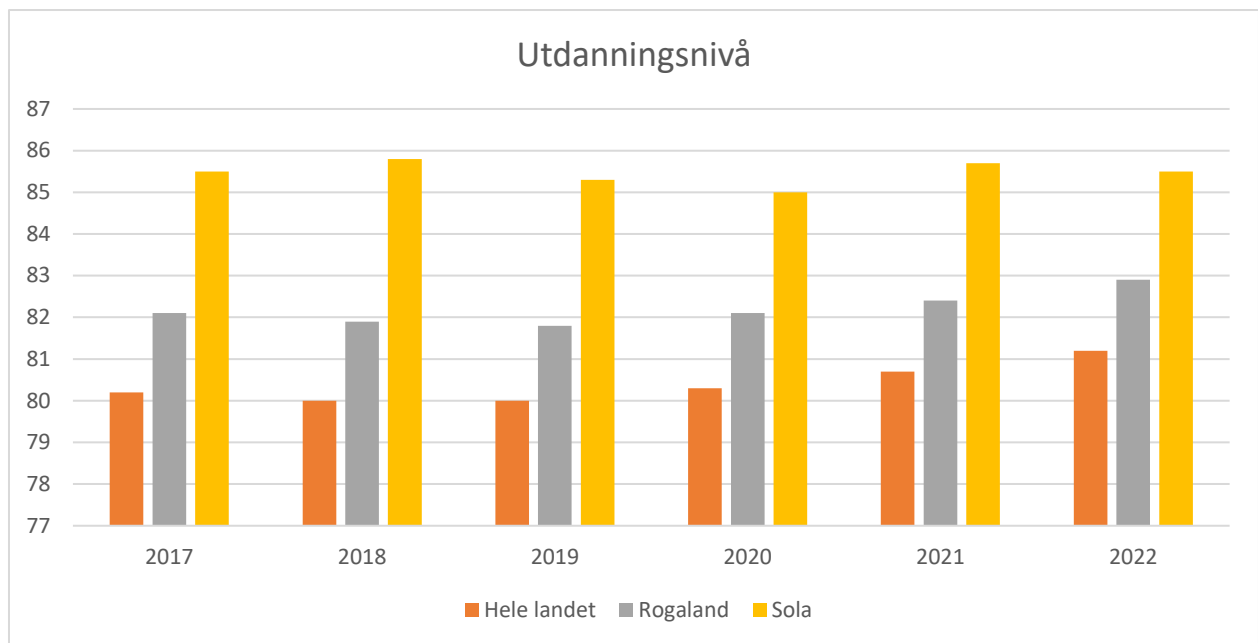
Utdanningsnivå

Det er veldokumenterte sammenhenger 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. Helsegevinstene har ikke økt like mye for gruppen med lav utdanning og inntekt. Derfor har forskjellene i helse økt, særlig de siste ti årene.

Formelle kvalifikasjoner er av betydning for mulighetene for videre utdanning og arbeid. Tall viser at det er blitt vanskeligere å få jobb i Norge for unge med lav utdanning. Unge uten fullført videregående opplæring havner oftere utenfor arbeid og utdanning, og har større sannsynlighet for langvarig utenforskap. Utdanning trekkes også frem som en viktig kilde til integrering.

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

Innbyggere i Sola kommune har høyt utdanningsnivå og hvorav 85,5% av våre innbyggere har videregående eller høyere utdanning. Sammenlignet med fylket og landet, ligger Sola over snittet.



Gjennomføring i opplæring etter foreldrenes utdanningsnivå

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.

Grunnskolepoeng

Grunnskolepoeng er et samlet mål for elevenes karakterer ved avslutningen av 10. trinn og beregnes ved å summere tallkarakterene i alle fag, både eksamen og standpunkt, og dele på antall karakterer. Deretter ganges gjennomsnittet med 10. Elever som har færre enn halvparten gyldige karakterer er ikke med i beregningene.

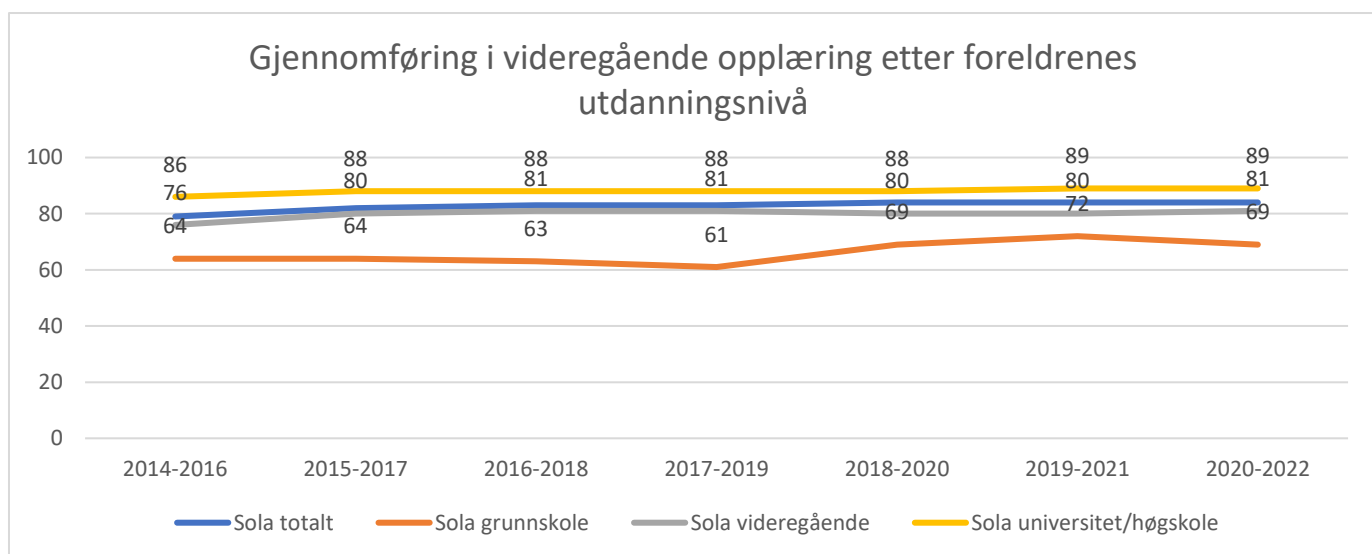
Merk at fordi eksamen for alle grunnskoleelever ble avlyst skoleåret 2019/2020, 2020/2021 og 2021/2022 på grunn av koronavirus-pandemien, er grunnskolepoengene for dette skoleåret kun basert på standpunktkarakterer.

Statistikken inkluderer alle elever som får opplæring etter ordinære læreplaner ved en offentlig eller privat grunnskole. Dette betyr for eksempel at elever som følger undervisning spesielt tilpasset for voksne ikke er inkludert i tallene. Det er heller ikke elever som har individuell opplæringsplan i faget og ikke skal ha karakter.

Videregående opplæring

Gjennomføring inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og andelen som har fullført med studie- eller yrkeskompetanse i løpet av fem/seks år. Elever som begynte på ett av de studieforbereidende utdanningsprogrammene (normert tid på tre år), følges over fem år. Elever som begynte på ett av de yrkesfaglige utdanningsprogrammene (normert tid på hovedsakelig fire år, med to år i skole og to år i lære) følges over seks år etter skolestart.

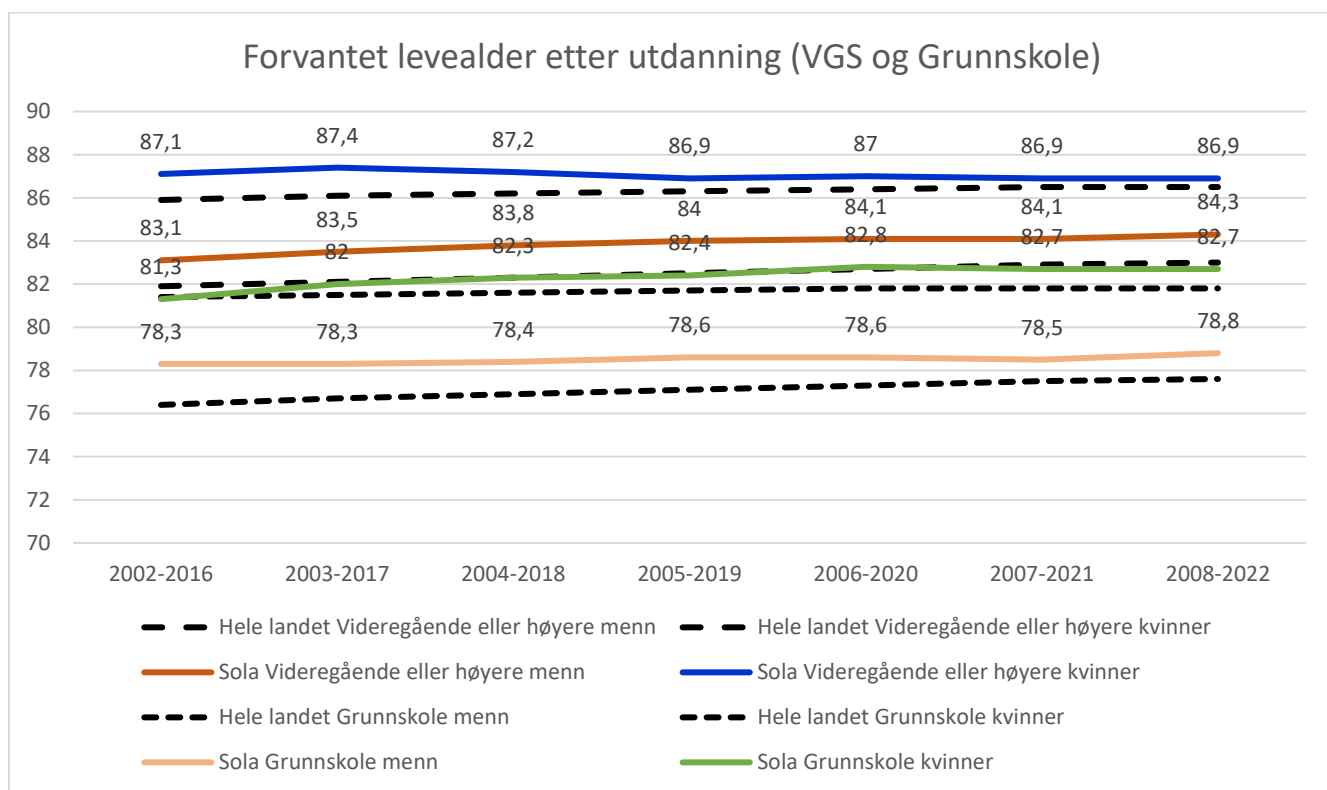
Beregnet i prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Personer som etter fem/seks år fortsatt er i videregående opplæring, regnes ikke som gjennomført. Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun startet på grunnkurs i videregående opplæring. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt.



Forventet levealder og ulikhet i helse

De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for gruppen med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn gruppen med kortere utdanning og lavere inntekt. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 15-årsperioder). Differansen i Sola er 4,2 for kvinner (VGS 86,9 og Grunnskole 82,7) og for menn er differansen på 5,5 (VGS 84,3 og Grunnskole 78,8).

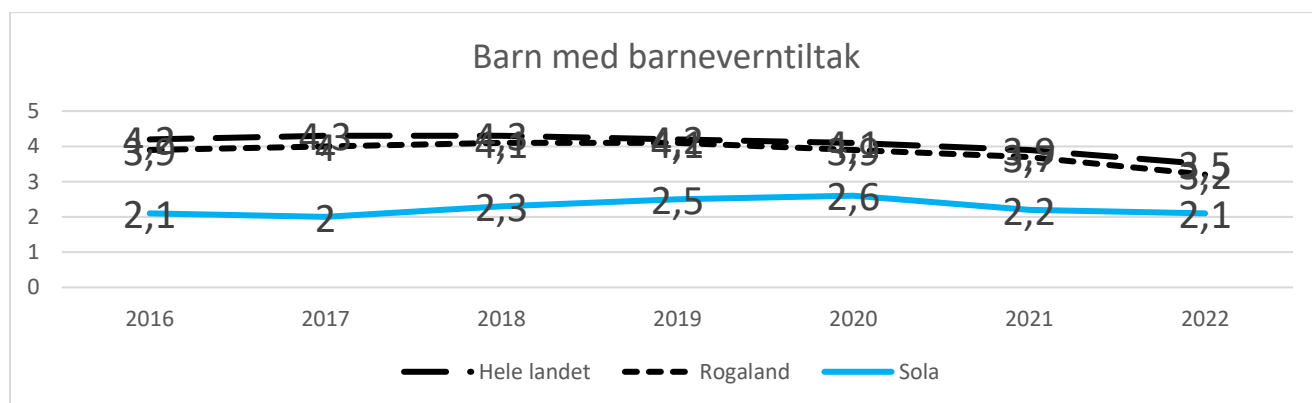


Barnevern

Barn med barnevernstiltak

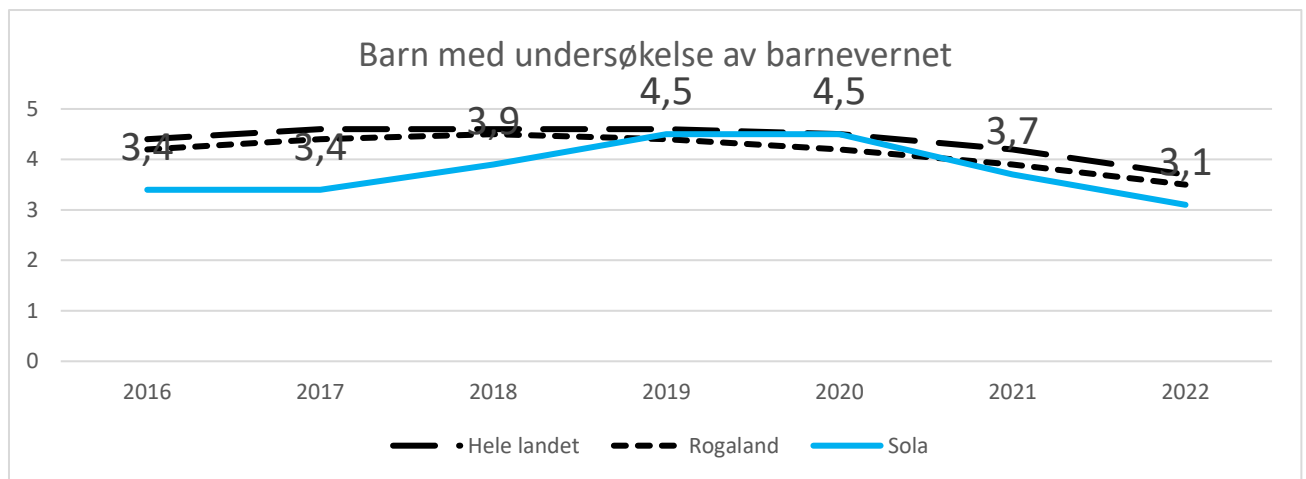
Indikatoren gir en status på andelen barn som mottar barnevernstiltak i befolkningen i aldersgruppen 0-17 år. Barnevernstiltak omfatter en rekke ulike tiltak som iverksettes for å ivareta barns omsorgsbehov. Barnevernet kan sette inn ulike hjelpetiltak for å øke foreldrekompetansen, kompensere for mangler i omsorgen, eller avlaste foreldrene. Dersom barnevernets hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig for å sikre barnet en forsvarlig omsorgssituasjon, kan barnet flyttes ut av hjemmet.

Barnevernstiltak omfatter hjelpetiltak og omsorgstiltak. Eksempler på hjelpetiltak er økonomisk stønad, barnehage, støttekontakt, tilsyn, besøkshjem/avlastningshjem, hjemmekonsulent, avlastningsinstitusjon, foreldre-/barneplasser, poliklinisk behandling i psykisk helsevern for barn og unge og hjelp til bosted. Omsorgstiltak omfatter beredskapshjem, fosterhjem, barnevernsinstitusjon, andre behandlingsinstitusjoner eller andre omsorgstiltak borte fra hjemmet. Alle vedtak om å ta omsorgen for barnet og plassere det i til oppfostring borte fra hjemmet skal avgjøres i fylkesnemda.



Barn med undersøkelse av barnevernet

Indikatoren kan sammen med «Andel barn med barnevernstiltak» si noe om hvor mange barn som er i kontakt med barneverntjenesten i løpet av året. Andelen barn med undersøkelse vil også gi et anslag på hvor mange nye barn som kommer i kontakt med barneverntjenesten i løpet av året. Barneverntjenesten kan også gjennomføre en undersøkelse for barn som allerede har tiltak dersom de har mottatt nye opplysninger i saken, men i flertallet av undersøkelsessakene har ikke barnet tiltak fra før.



Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø



Utformingen av omgivelsene der vi bor og oppholder oss, har stor betydning for vårt helse- og livsstilvalg. Gode bo- og nærmiljø sikre mulighet for et aktivt, sosialt og trygt liv for alle (Stortingsmelding 19 (2018-2019)). Det biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøet forandrer seg. Årsaker til dette kan være konsekvenser av klimaendringer, vedlikehold på ytre miljø, tilgang til tilgjengelige møteplasser, samt opplevelsen av medbestemmelse. Konsekvensene er at kommunen til enhver tid må være oppdatert på endringer i miljøet. Klimatilpasninger for flom, styrtregn, tørke, trygt og rent drikkevann og stabil strømtilførsel er viktige momenter ikke bare for folkehelsen, men også for samfunnssikkerheten. Aldersvennlige rekreasjonsområder, som innbyr til tilrettelagt bruk og aktivitet, har stor effekt på helse, trivsel og livskvalitet i et livslangt perspektiv. I tillegg vet vi at gode vaner går i arv. Et nabolag der innbyggerne bidrar til å holde gatene og områdene rene og fri fra søppel, smitter over til neste generasjon. Det samme gjør vaner knyttet til fysisk aktivitet, deltagelse og samhold.

Tilgang på parker og rekreasjonsarealer er viktig, og undersøkelser viser at bruken blir redusert med mer enn 50% dersom disse har avstand på 500 meter eller mer fra bolig. Gåavstand til grøntområder i nærmiljøet vil senke terskelen for daglig fysisk aktivitet og rekreasjon. I kommuneplanbestemmelsen har Sola fokus på dette og har fastsatt at det ikke skal være mer enn 500 meter fra bolig til regional grønnstruktur. Beregningen fra SSB viser at det er 64% av befolkningen i Sola har en trygg tilgang til rekreasjonsarealer. Dette viser at det kan være en del å oppnå ved å tilrettelegge for trygg tilgang rundt flere av disse arealene da tilgang til parker og rekreasjonsarealer i nærheten av der man oppholder deg, har en stor forebyggende og helsefremmende effekt både fysisk og psykisk. Varierte og tilgjengelige fri- og grøntområder byr i tillegg ofte på sosiale møteplasser på tvers av generasjoner. Kun 15% har tilgang til næturterreng (SSB).

Barn og unge bruker lokalmiljøet i større grad og på en annen måte enn voksne. 68% av våre ungdommer er fornøyd med lokalmiljøet der de bor og 86% opplever nærmiljøet som trygg.

Som flyplasskommune har Sola naturlig nok en del støyproblematikk. Det er likevel vegtrafikken som er den klart viktigste kilden til støyplager i Sola. Støybelastningen er størst langs Rv 509 Tanangervegen og i Sola sentrum langs Sentrumsvegen, Støykartlegging for Stavanger Lufthavn, Sola, viser at støysone rød dekker store deler av Solakrossen, og at støysone gul strekker seg over en vesentlig del av kommunens sentrale arealer.

På bakgrunn av kunnskap om luftforurensning i regionene og trafikkgrunnlaget i Sola kommune, er det fint svevestøv vi har mest kunnskap om når det gjelder helseeffekter. Det kan både forårsake sykdom og føre til for tidlig død. Svevestøv kan føre til forverring av eksisterende sykdommer som astma, KOLS, lungebetennelse, hjerteinfarkt og slag. Det er også den miljøfaktoren som i størst grad har vært knyttet til for tidlig død i Norge (og på verdensbasis).

Luftkvaliteten i Sola er ifølge folkehelseoversikten signifikant dårligere enn landet som helhet. En forklaring på dette er at FHI og Miljødirektoratet reviderte luftkvalitetskriterier i 2023 for blant annet svevestøv ($PM_{2,5}$) fra $8\mu g/m^3/år$ til $5\mu g/m^3/år$ (www.fhi.no). Kriteriene ble satt så lavt at de alle fleste kan utsettes for disse nivåene uten å få skadevirkninger. Nivået for svevestøv ($PM_{2,5}$) i Sola ligger på 6,3. Verdiene varierer noe fra år til år, og skyldes i stor grad ulikt vær. Den største kilden til svevestøv i kommunen kommer fra forurensning utenfor vår kommunegrense (bakgrunn). Dette og sjøsalt (selv om sjøsaltkonsentrasjonen er størst på dager med mye vind, og det meste blir av forurensningen blir blåst vekk, slik at forurensningen er lav, er sjøsalt fortsatt med å dra opp årgjennomsnittet) er ikke noe vi kan gjøre noe med. Vi står da igjen med vedfyring som den største kilden.

Vedfyring er det mest av i vinterhalvåret. Det er også i vinterhalvåret vi til tider får værtypen inversjon, som gjør at forurensningen konsentreres i stedet for å bli tynnet ut. Av naturlige årsaker vil de mest forurensede områdene være der det er flest boliger og Sola kommer derfor dårligere ut enn andre kommuner med spredt bosetning.

Tilgang til rent drikkevann, fritt for smittestoffer og forurensning, er og skal være en selvfølge i Sola kommune. Sikker drift og gode beredskapsrutiner er begge verktøy kommunen har for å hindre avbrudd i vannforsyningen. Dette utgjør et forebyggende aspekt som er helt sentralt for å kunne levere trygt drikkevann. Sola kommune har fortsatt en hygienisk og stabil drikkevannsforsyning på 100%.

Organisasjoner, klubber, lag og foreninger er viktige arenaer for samvær med andre unge, og gir andre erfaringer og læringsbetingelser enn skolen og mer uformelle situasjoner. På sitt beste gir organisasjonene ungdom mulighet til å utvikle sine evner, de lærer å fungere i et fellesskap, ytre egne meninger og å jobbe målrettet. Det å være med i en fritidsorganisasjon kan ha positiv virkning på barns utvikling og psykiske helse. Tallet for andel ungdomsskoleelever som er med i organisasjoner, klubber, lag eller foreninger etter fylte 10 år har gått nedover fra 70% i 2016 til 62% i 2022.

Dårlig svømmeferdigheter en risikofaktor for å omkomme i drukningsulykker. Å kunne svømme 200 meter en minstekravet for svømmedyktighet. I Sola er det 90% av både gutter og jenter som rapportere at de kan svømme 200 meter.

Troen på et lykkelig liv blant våre ungdommer har en nedgående trend, og hvor trenden har vært synkende fra 76% i 2013 til 67% i 2022.

Valgdeltagelsen er generelt sett høy i Sola og ligger over landsgjennomsnittet, med 79,7% under stortingsvalget (2021) og 63,3 prosent under kommune- og fylkestingsvalget (2023).

Sosialt og fysisk

Grønt areal

Tilgangen til parker og rekreasjonsarealer i nærheten av der du oppholder deg, har en stor forebyggende og helsefremmende effekt både fysisk og psykisk. Varierte og tilgjengelige fri- og grøntområder byr i tillegg ofte på sosiale møteplasser på tvers av generasjoner. Sola kommune har som mål at det ikke skal være mer enn 500 meter fra bolig til grøntområde. Andel av befolkningen i Sola som har en trygg tilgang til rekreasjonsarealer er 64% (SSB). Rekreasjonsareal er naturområder på minst 5 dekar i tettsteder eller som grenser til tettsteder. Parker og de fleste idrettsanlegg er også inkludert. For å nå et rekreasjonsareal trygt, må en kunne ferdes langs stier, gang- og sykkelveier eller bilveier med lite trafikk og lav fartsgrense. Det er også satt krav om hvor langt en er nødt til å gå for å ha tilgang- 200 meter.

Nærturterreng er store naturområder på minst 200 dekar i tettsteder eller som grenser til tettsteder. Parker og de fleste idrettsanlegg er også inkludert. For å nå et rekreasjonsareal trygt, må en kunne ferdes langs stier, gang- og sykkelveier eller bilveier med lite trafikk og lav fartsgrense. Det er også satt krav om hvor langt en er nødt til å gå for å ha tilgang- 500 meter.

Andel med trygg tilgang til



Rekreasjonsareal [□]

2022

64 %

Kilde

[Rekreasjonsareal og nærturterreng, Statistisk sentralbyrå](#)



Nærturterreng [□]

2022

15 %

Kilde

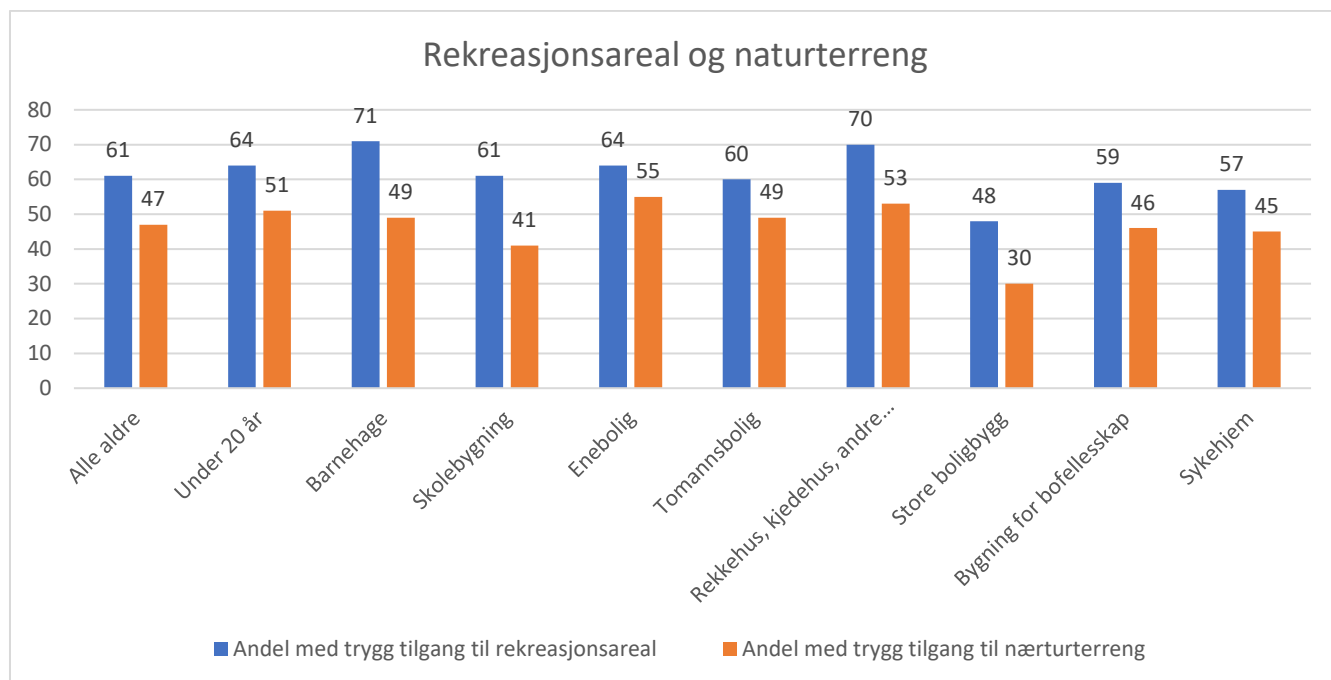
[Rekreasjonsareal og nærturterreng, Statistisk sentralbyrå](#)

SSB: [09579: Andel bosatte i tettsteder med trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng \(prosent\), etter region, alder, statistikkvariabel og toårlig. Statistikkbanken \(ssb.no\)](#)

SSB: [09582: Andel bygninger i tettsteder med trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng \(prosent\), etter bygningstype, statistikkvariabel og toårlig. Statistikkbanken \(ssb.no\)](#)

SSB: [09582: Andel bygninger i tettsteder med trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng \(prosent\), etter bygningstype, statistikkvariabel og toårlig. Statistikkbanken \(ssb.no\)](#)

Statistikken beskriver tilgangen til friarealer av ulike størrelser for bosatte i tettsteder. Den viser andelen bosatte med tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng, etter aldersgruppe og bygningstype. Det gis også statistikk for størrelsen av disse arealene.



Leke- og rekreasjonsareal, og nærturterreng

Det finnes ikke landsdekkende kartfestet informasjon om verken leke- og rekreasjonsareal eller nærturterreng. I statistikkarbeidet er det derfor valgt å identifisere arealer som kan ha potensial som leke- rekreasjonsareal og nærturterreng.

I utgangspunktet har SSB valgt å skille mellom nærturterreng og leke/ rekreasjonsareal kun ved arealstørrelsen. I beregning av tilgang til rekreasjonsareal inkluderer også nærturterreng slik det er definert her. Det vil si alt rekreasjonsareal større enn 5 dekar, også over 200 dekar. Vi har ikke sett på om områdene er regulert i form av kommunale

Arealplaner (reguleringsplan, bebyggelsesplan eller kommuneplan), eller tilrettelagt i form av lekeapparater, turstier og løyper med mer. Begrepene "rekreasjonsareal og nærturterreng" må derfor ikke forveksles med "friområde" eller "friluftsområder" benyttet i plansammenheng.

Følgende arealer inngår i leke- og rekreasjonsareal og nærturterreng:

- Skog, åpen fastmark, våtmark, bart fjell, grus- og blokkmark, park- og idrettsområder jf. [SSBs standard for klassifisering av arealer til statistikkformål](#) .
- Innsjøer og tjern som er mindre enn 1 dekar inngår også.

Idrettsanlegg som normalt ikke er tilgjengelig for allmenne rekreasjonsaktiviteter regnes ikke med.

Trygg tilgang

SSB benytter i denne statistikken to definisjoner av trygg tilgang: En for korte avstander til relativt små arealer (1 - leke- og rekreasjonsarealer) og en for lengre avstand til de større arealene (2 - nærturterreng):

1) For de minste arealene (rekreasjonsareal); hvis man ikke må krysse en vei med forholdsvis mye trafikk eller over en viss fartsgrense (årlig gjennomsnittlig døgntrafikk (ÅDT) 3000, fartsgrense 30). I tillegg regnes bane som barriere.

2) I utgangspunktet foreslår vi at en kan ferdes trygt langs veier med høyere trafikk og fartsgrense for å nå nærturterreng. Vi regner at en har tilgang hvis en kan ferdes langs eller over veier, gangveier og stier unntatt langs eller i plan over barriereveier.

Vi regner følgende veier som barriere for trygg tilgang til nærturterreng:

- Minst 3000 ÅDT og 30 km/t i fartsgrense
- Minst 2000 ÅDT og 50 km/t i fartsgrense
- Minst 1000 ÅDT og 70 km/t i fartsgrense.

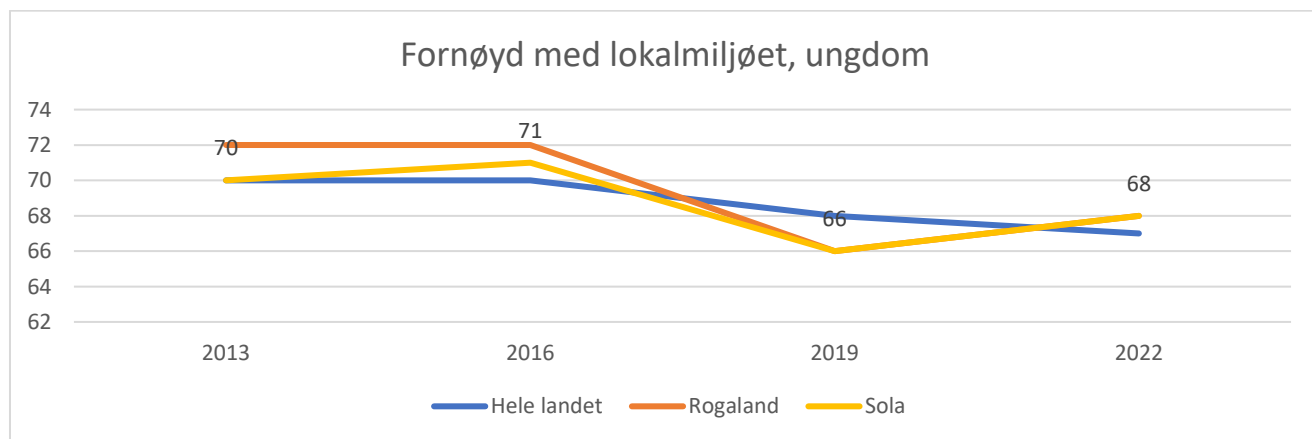
Fornøyd med nærmiljøet, ungdom

Tilhørigheten til nærmiljøet har betydning i menneskers liv. Ulike lokalmiljøer kan gi ulike muligheter for utfoldelse og sosialt samvær.

Tilbudet av organisasjoner, fritidstilbud og kulturtilbud påvirker individuell utfoldelse og bidrar samtidig til å skape identitet og tilhørighet til lokalmiljøet. Det samme gjelder tilgangen på åpne møteplasser, rekreasjonsområder og urørt natur.

Barn og unge bruker lokalmiljøet i større grad og på en annen måte enn voksne. Trygge og sunne lokalmiljøer er derfor særlig viktig for denne aldersgruppes velferd. Barn og unge kan også ha andre meninger enn voksne om hva som gir livskvalitet på hjemstedet.

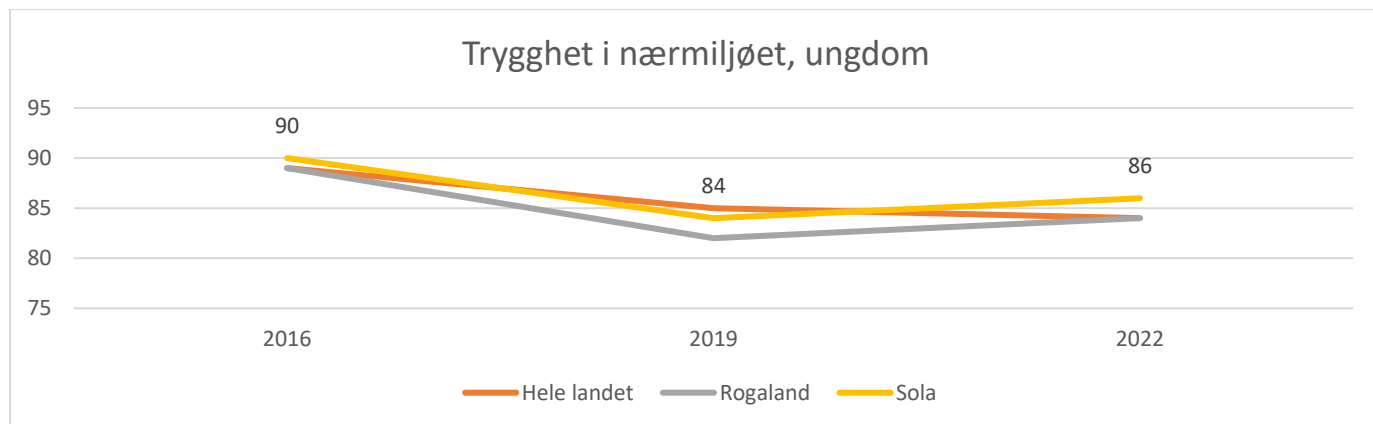
Andel ungdomsskoleelever som svarer «litt fornøyd» eller «svært fornøyd» på spørsmålet: "Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med lokalmiljøet der du bor?"



Trygghet i nærmiljøet, ungdom

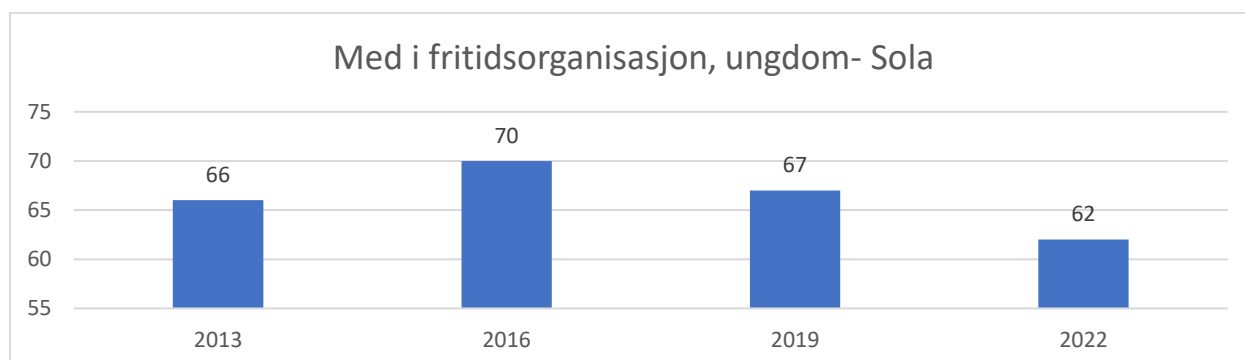
Barn og unge bruker lokalmiljøet i større grad og på en annen måte enn foreldrene. Trygge og sunne lokalmiljøer er derfor særlig viktig for denne aldersgruppas velferd og utfoldelse. Barn og unge kan ha andre meninger enn voksne om hva som gir livskvalitet på hjemstedet.

Statistikken viser andel ungdomsskoleelever som svarer «Ja, svært trygt» eller «Ja, ganske trygt» på spørsmålet «Når du er ute om kvelden, opplever du det som trygt å ferdes i nærområdet der du bor?», i prosent av alle som svarte på spørsmålet.



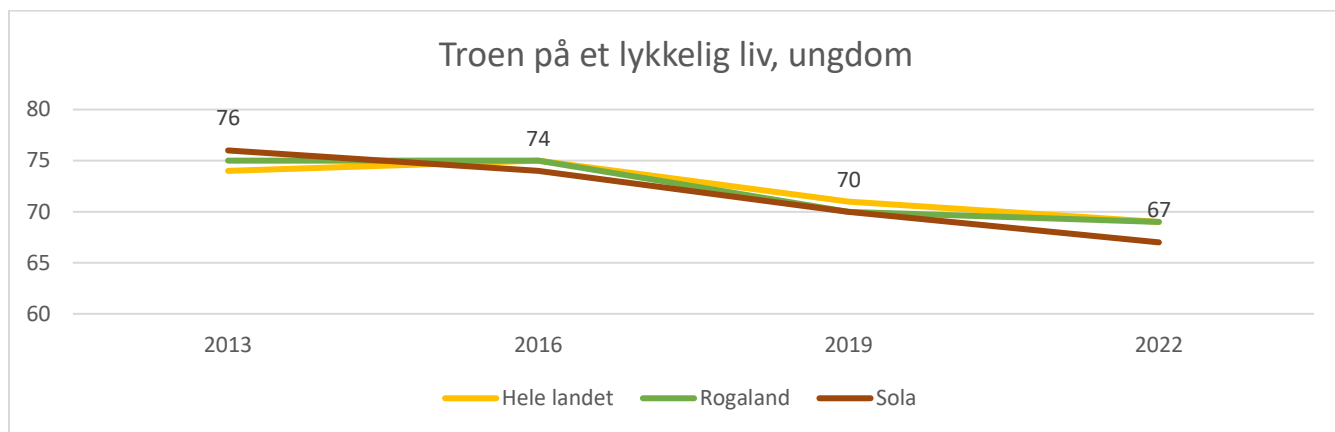
Fritidsaktiviteter

Organisasjoner, klubber, lag og foreninger er viktige arenaer for samvær med andre unge, og gir andre erfaringer og læringsbetingelser enn skolen og mer uformelle situasjoner. På sitt beste gir organisasjonene ungdom mulighet til å utvikle sine evner, de lærer å fungere i et fellesskap, ytre egne meninger og å jobbe målrettet. Det å være med i en fritidsorganisasjon kan ha positiv virkning på barns utvikling og psykiske helse. Tallet for andel ungdomsskoleelever som er med i organisasjoner, klubber, lag eller foreninger etter fylte 10 år har gått nedover fra 70% i 2016 til 62% i 2022.



Tanker om fremtiden, ungdom

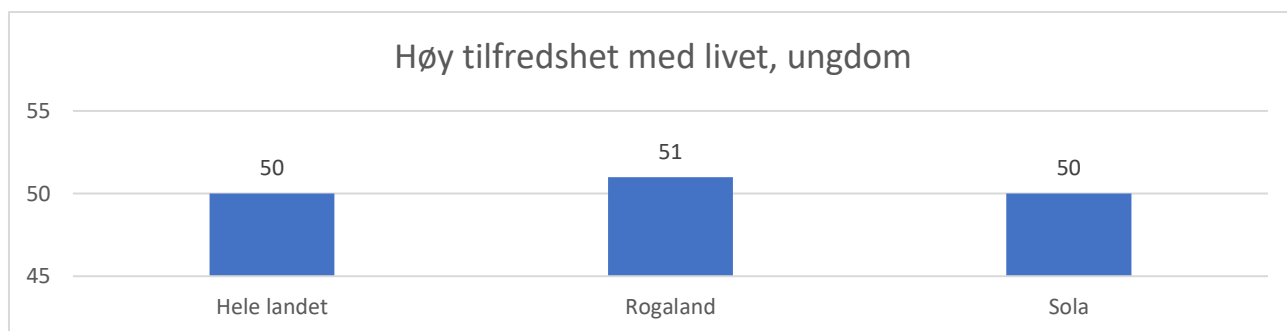
Statistikken er hentet fra ungdata og viser andel ungdomsskoleelever som svarer «Ja» på spørsmålet «Tror du at du vil komme til å få et godt og lykkelig liv?», i prosent av alle som svarte på spørsmålet.



Høy tilfredshet med livet, ungdom

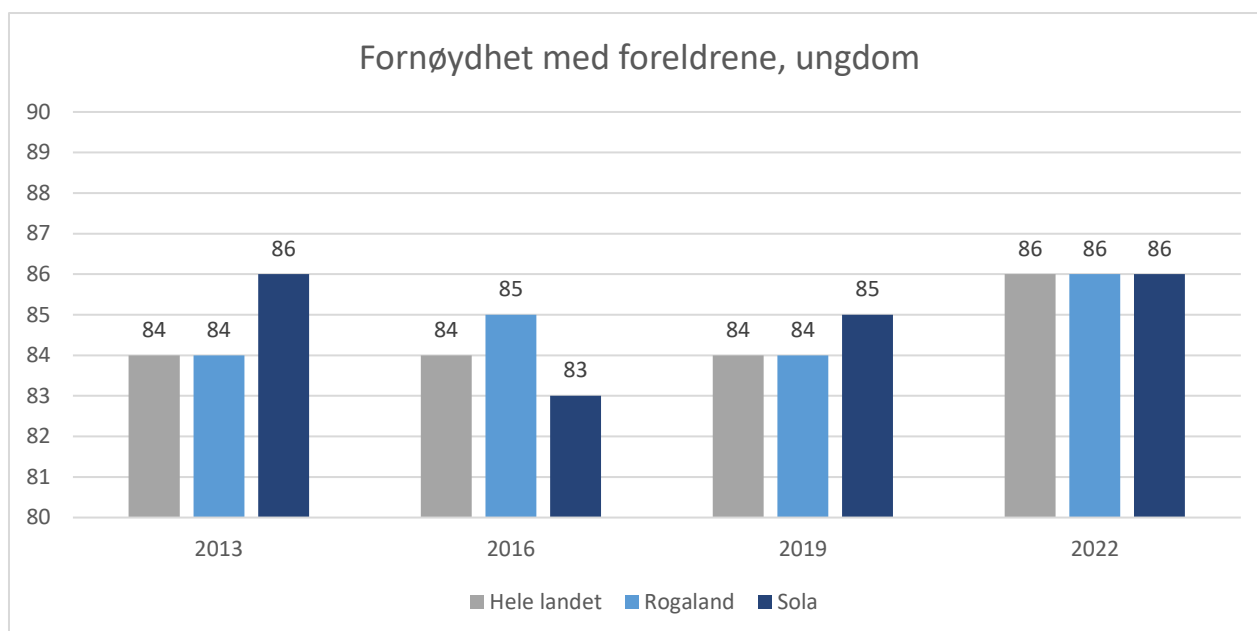
Målet på livskvalitet i denne indikatoren er hentet fra Ungdata. Her er ungdom bedt om å svare på hvor tilfreds de er med livet sitt for tiden, på en skala fra 0-10. Det å plassere seg selv på en slik tallrekke er den mest brukte metoden for å måle livskvalitet, og brukes over hele verden.

Indikatoren omfatter de som angir 8 og høyere på en skala fra 0-10 på spørsmålet "Nedenfor er det en skala fra 0 til 10. Øverst på skalaen (10) står for det best mulige livet for deg og nederst (0) er det verst mulige livet for deg. Hvor synes du at du står på denne skalaen nå for tiden?"



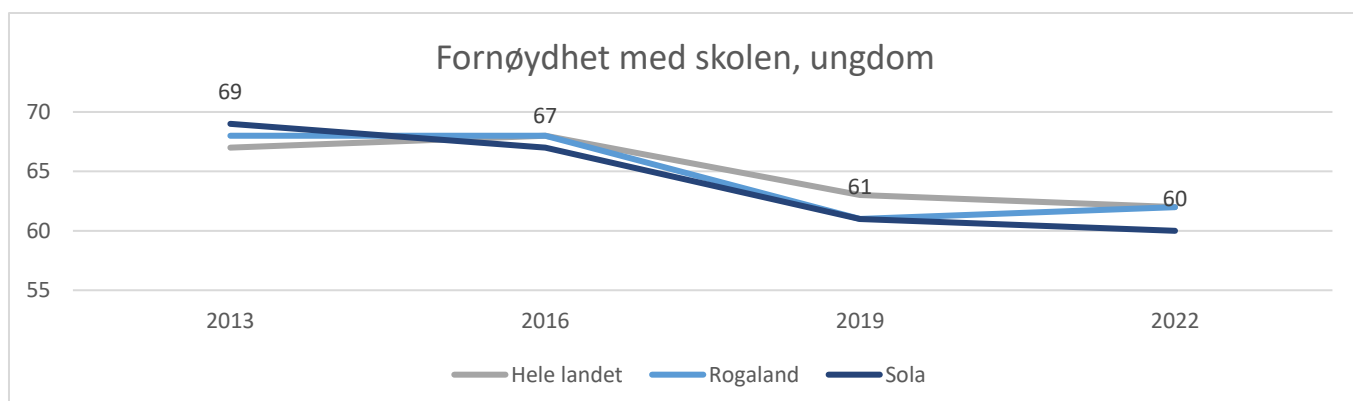
Fornøydhet med foreldrene, ungdom

Andel ungdomsskoleelever som svarte "svært fornøyd", "litt fornøyd", "verken fornøyd eller misfornøyd", "litt misfornøyd" eller "svært misfornøyd" på spørsmålet: "Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med foreldrene dine?", i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet. Kategoriene for svaralternativene "litt fornøyd" og "svært fornøyd" er slått sammen og kategoriene for svaralternativene "litt misfornøyd" og "svært misfornøyd" er slått sammen.



Fornøydhet med skolen, ungdom

"Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med skolen du går på?" Statistikken viser andel som har svart litt eller svært fornøyd med skolen.

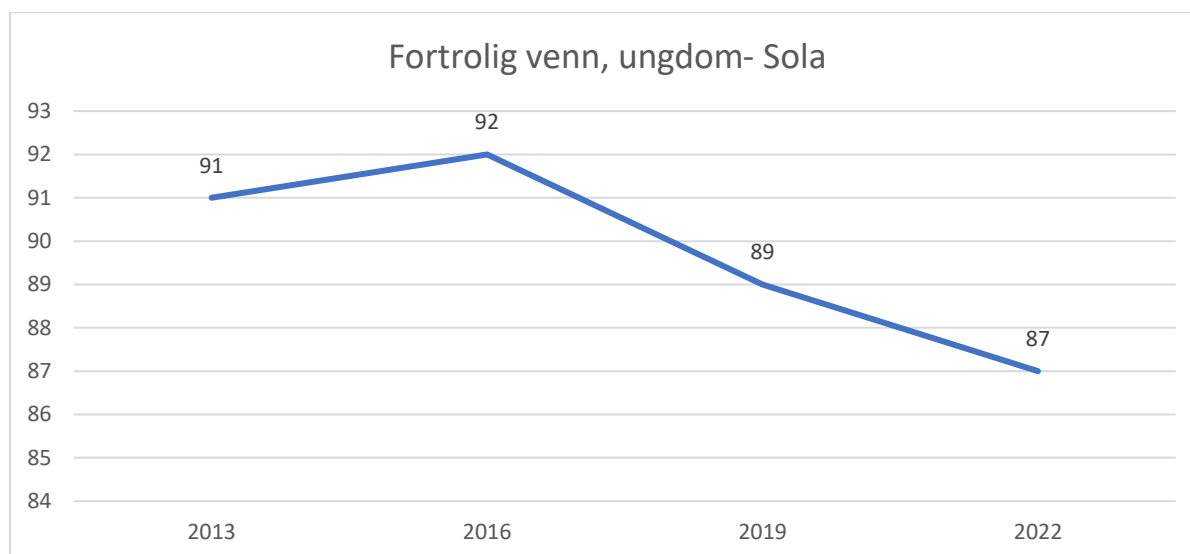


Fortrolig venn

Ungdomstiden beskrives ofte som en fase i livet der de jevnaldrende er særlig viktig. Venner er for de fleste en kilde til lek, glede, støtte, samhørighet og bekreftelse. På lengre sikt har samspillet med de jevnaldrende betydning for utvikling av selvbilde og sosial kompetanse. Mange knytter også vennskap som varer livet ut i denne perioden.

Hvilken rolle de jevnaldrende vennene spiller i hver enkelt ungdoms liv varierer. For mange vil kvaliteten på vennskapene likevel bety mer enn antallet. Sosial støtte fra venner beskytter mot psykiske og fysiske helseplager blant barn og ungdom. Det å ha et velfungerende nettverk av personer man kan spørre om råd og hjelp, gir et godt utgangspunkt for å håndtere utfordringer i livet (Bø, 2007; Sandnes, 2013). Sosiale nettverk er viktige fordi de representerer en kilde til hjelp og støtte fra andre. Sosial isolasjon og marginalisering dreier seg blant annet om det å falle utenfor sosiale nettverk (Berkman, 2000).

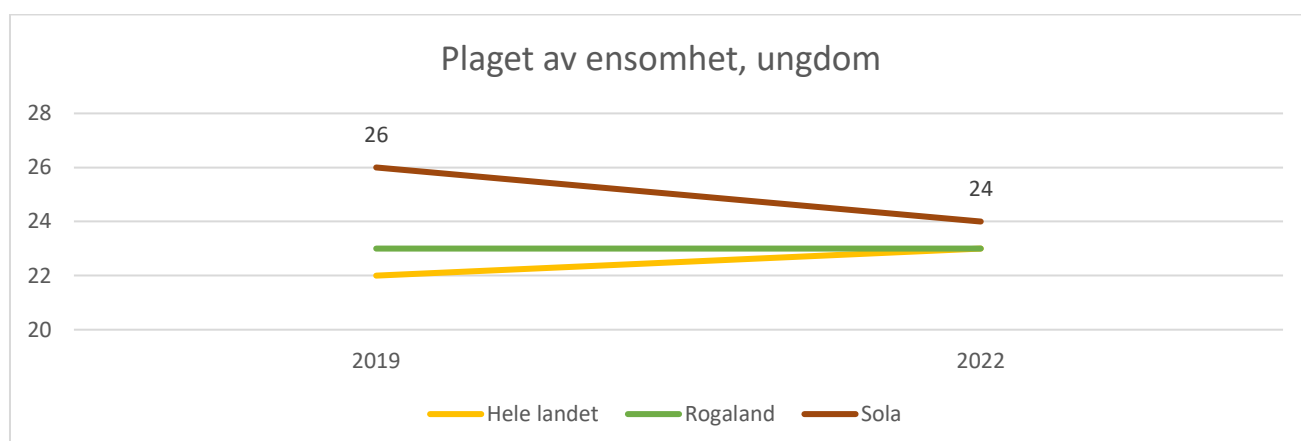
Statistikken inkluderer andel ungdomsskoleelever som svarte et av alternativene «Ja, helt sikkert» eller «Ja, det tror jeg» på spørsmålet: "Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?", i prosent av alle som har svart på dette spørsmålet (ungdata.no).



Plaget av ensomhet, ungdom

Ensomhet er det motsatte av god sosial støtte. God sosial støtte innebærer at en får kjærlighet og omsorg, blir aktet og verdsatt, og at en tilhører et sosialt nettverk og et fellesskap med gjensidige forpliktelser. Manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske plager og lidelser.

Statistikken viser andel ungdomsskoleelever som svarer «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» på spørsmålet: Har du vært plaget av noe av dette i løpet av sist uke: «Følt deg ensom?», i prosent av alle som har svart på dette spørsmålet.



Vold og mishandling, anmeldte tilfeller

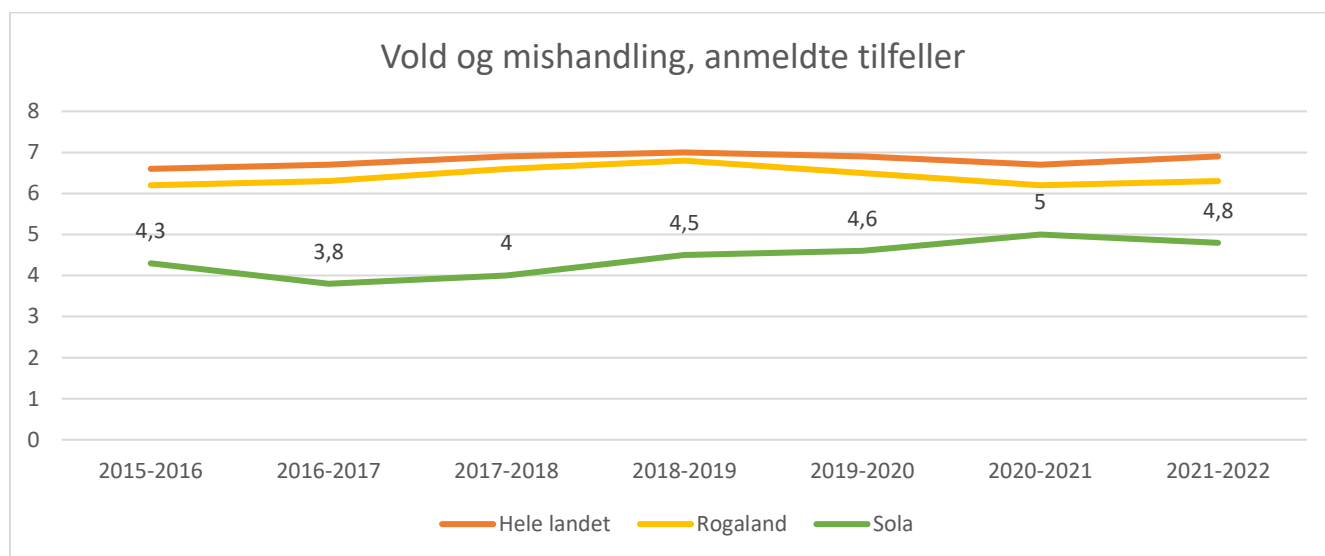
Vold og mishandling har et betydelig omfang og er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. Nesten en tredjedel av befolkningen (44% av menn og 22% av

kvinnene) har blitt utsatt for alvorlig vold en eller annen gang i løpet av livet. Rundt fem prosent har blitt utsatt for alvorlig vold i løpet av oppveksten. Det finnes ulike former for vold. Voldsbegrepet omfatter både fysisk vold, seksuelle og psykiske overgrep og omsorgssvikt. Vold i nære relasjoner omfatter vold og overgrep som er rettet mot familiemedlemmer.

Konsekvensene av å bli utsatt for vold er mangfoldige og omfatter alt fra ulike alvorlighetsgrader av fysiske skader til død. Psykiske plager som angst, depresjon eller post traumatisk stress lidelse er vanlig. Vold øker også risikoen for fall i skoleprestasjon og frafall fra utdanningsløp og arbeidsliv.

En oversikt over antall anmeldte tilfeller av vold og mishandling kan gi kommunen en oversikt over omfanget av voldsproblematikken som kan være nyttig i det forebyggende arbeidet.

Anmeldte lovbrudd i kategorien vold og mishandling (dette omfatter ikke seksuallovbrudd) oppgitt i antall anmeldelser og per 1000 innbyggere. Statistikken omfatter alle lovbrudd registrert av politiet og påtalemyndigheten som anmeldt i løpet av statistikkåret. Statistikken omfatter anmeldte lovbrudd der gjerningssted er i det aktuelle fylket. Statistikken presenteres som gjennomsnitt over 2 år.



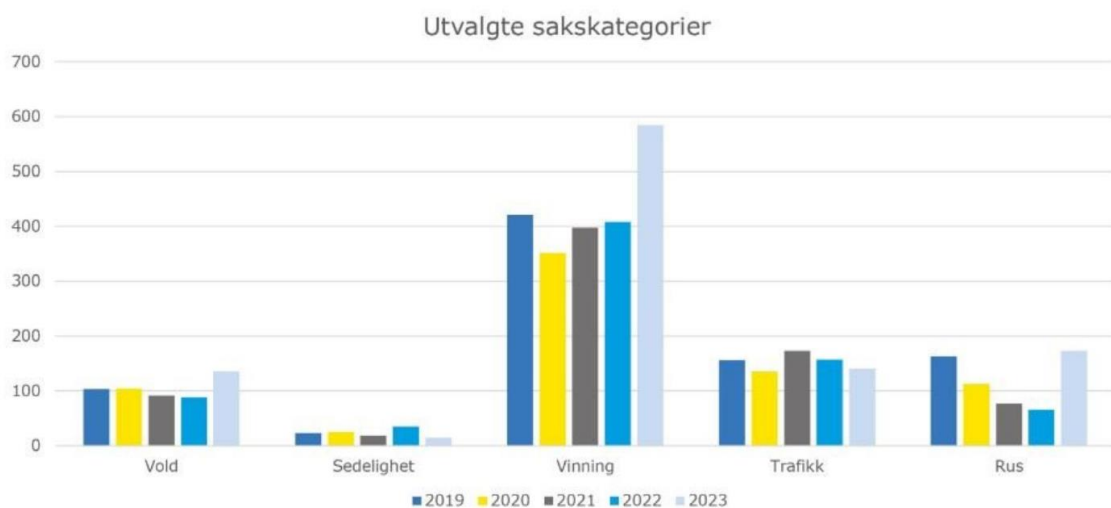
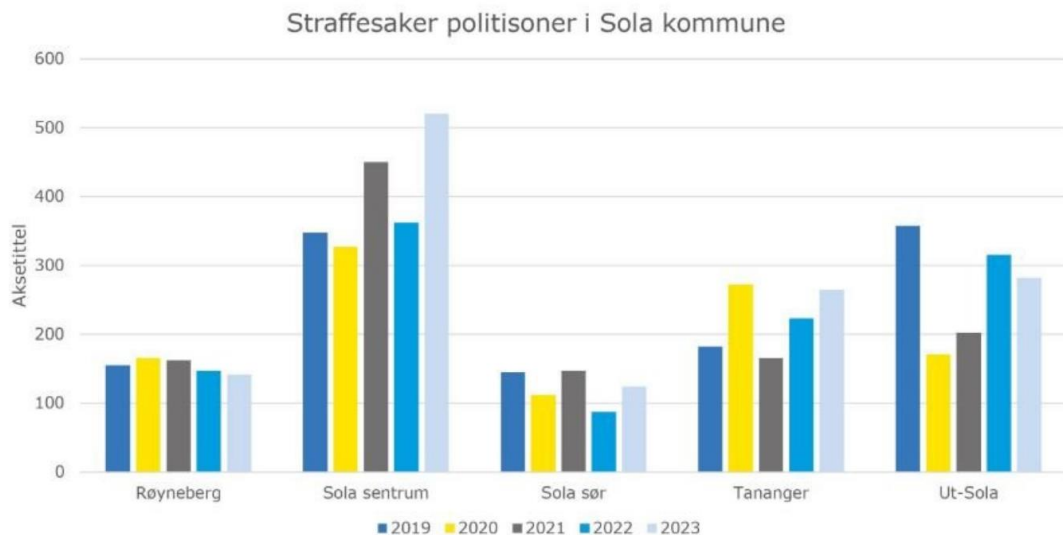
Kriminalitet

De fleste anmeldelsene som registreres i Sola hos politiet, handler om forhold som har skjedd i Sola sentrum. At det meste av kriminaliteten skjer i Sola sentrum anses som naturlig da det er her det bor flest mennesker i kommunen.

Ifølge tall som viser hvordan anmeldte forhold fordeler seg over ulike kriminalitetstyper i Sola er det særlig en type kriminalitet som er mer utbredt enn andre; Vinningskriminalitet.

Vinningskriminaliteten utpeker seg i tallene. I Sola ser vi at det er forholdsvis mye tyveri av sykler. Samtidig har nok butikker blitt flinkere til å anmelde tyveri. Det er et stort spekter i hvem som begår butikktveri. Likevel er det noen få som står bak mange av disse sakene.

Saker knyttet til rus har i Sola hatt en økning fra tidligere år. Ifølge Klepp kan det henge sammen med at Tolletaten avdekker innførsel av narkotika og ulovlige midler. Det er lite grunn til å tro at flere bruker rusmidler, heller at tallene har en sammenheng med av det avdekkes mer av Tolletaten i Risavika og flyplassen.



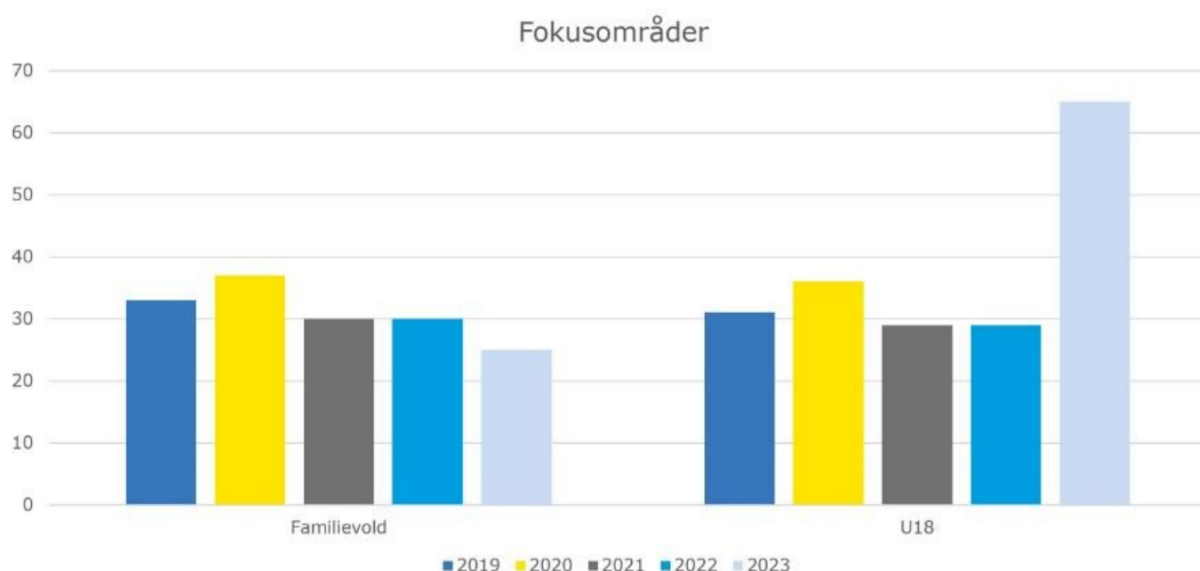
Ungdomskriminalitet

Lokale tall viser at mens antall saker knyttet til familievold har gått ned, har kriminalitet utført av personer under 18 år skutt i været. Disse sakene fordeler seg slik; 14 voldssaker, ni vinningssaker, 21 skadeverk, ni trafikkforhold, tre seksualforbrytelser og sju ordensrelaterte forhold.

Vi ser en trend når det gjelder kriminalitet i kategorien U18. Tidligere har dette vært lite av i Sola, og den store økningen kan til en viss grad skyldes omfattende skadeverk som fant sted tidlig i november i 2023.

Politikontakten forteller at det bare i løpet av et par timer ble opprettet 15 saker knyttet til alle hakekorsene og hæverket som ble gjort på bygg og biler. Denne hendelsen forklarer imidlertid ikke alene den store økningen. Disse tallene har vært langt høyere for en del år siden. Det vil si at det har vært verre før. I dag ser vi imidlertid en utvikling hvor ungdom nok i større grad blir påvirket av serier, film og spill som inspirerer dem. Det er lurt at foreldre har en viss kontroll over hvilke inntrykk ungdommen får på alle flater. Kontroll av hvem de er med, hvem de sender penger til og hva de gjør, er viktig.

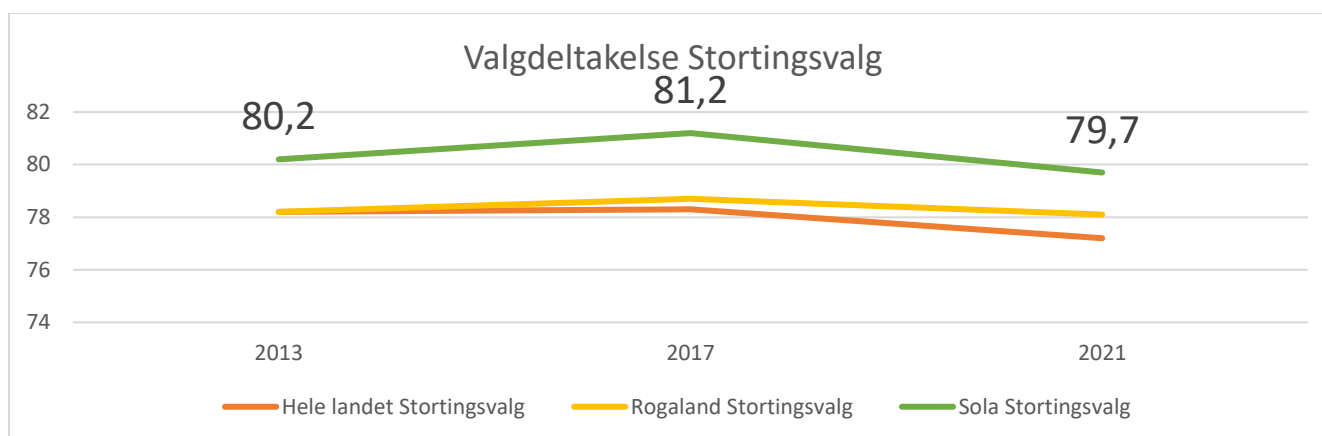
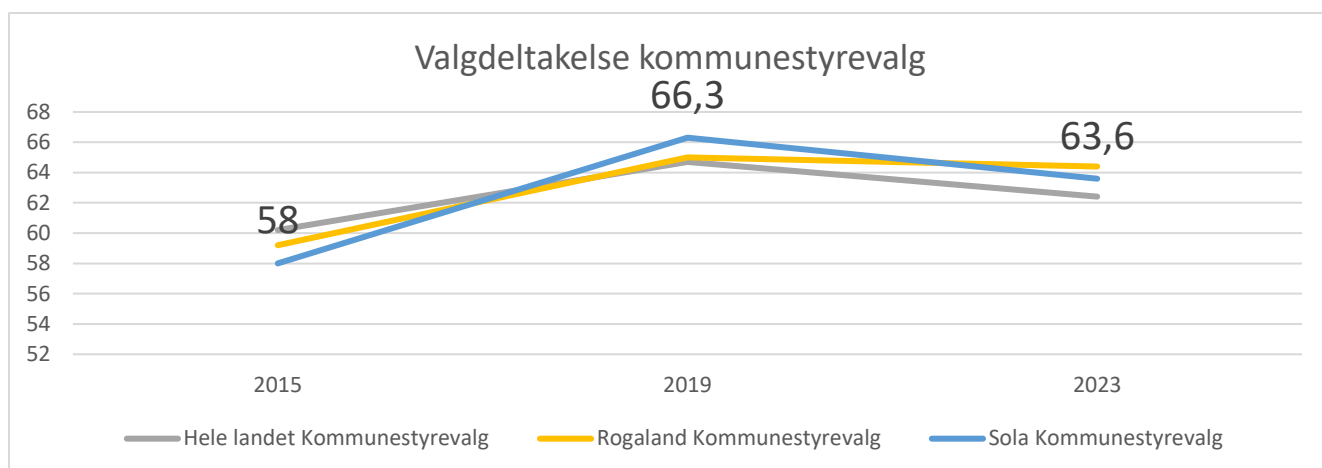
(kilde Solabladet 07.03.24) [Sola, Politi | Økning i saker knyttet til rus, vold og tyveri i Sola: – Foreldre bør være observante \(solabladet.no\)](#)



Valgdeltakelse

Valgdeltakelse kan brukes som et mål på deltagelse og engasjement i samfunnet. Godkjente stemmesedler eller godkjente stemmegivninger i prosent av stemmeberettigede ved henholdsvis stortingsvalg og kommunestyrevalg.

Valgdeltagelsen er generelt sett høy i Sola og ligger over landsgjennomsnittet, med 79,7% under stortingsvalget (2021) og 63,3 prosent under kommune- og fylkestingsvalget (2023).



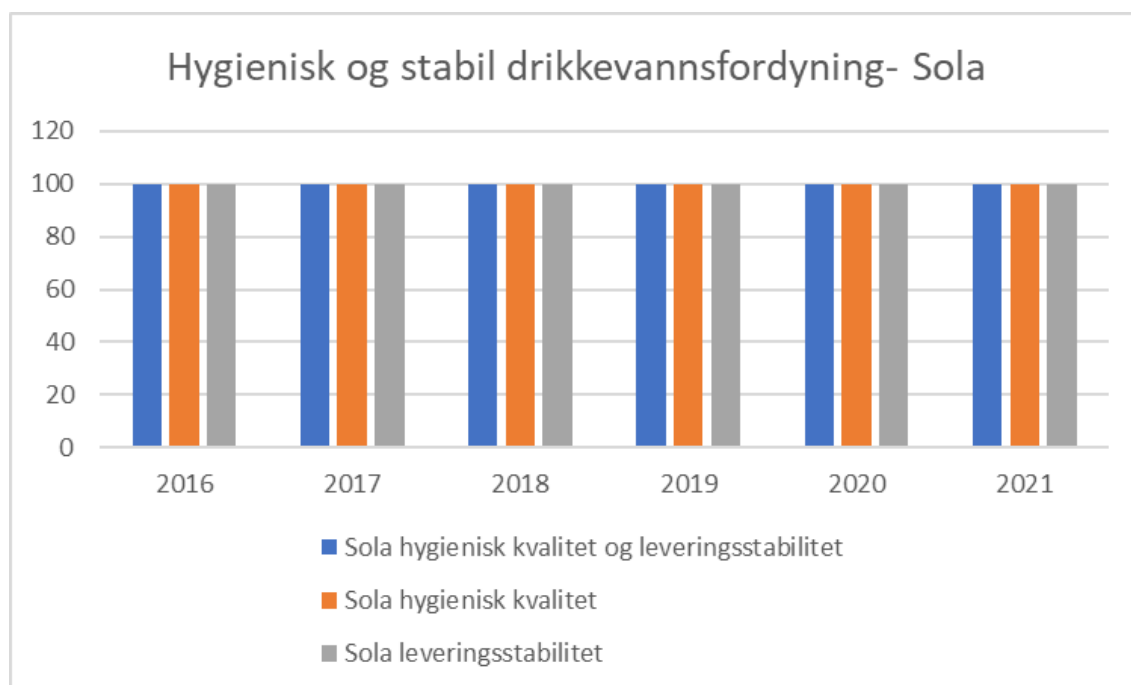
Biologisk og kjemisk

Drikkevann

Tilgang til rent drikkevann, fritt for smittestoffer og forurensning, er og skal være en selvfølge i Sola kommune. Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og E. coli er en av de mest sentrale parametere for kontroll. E. coli er en tarmbakterie som indikerer fersk fekal forurensning.

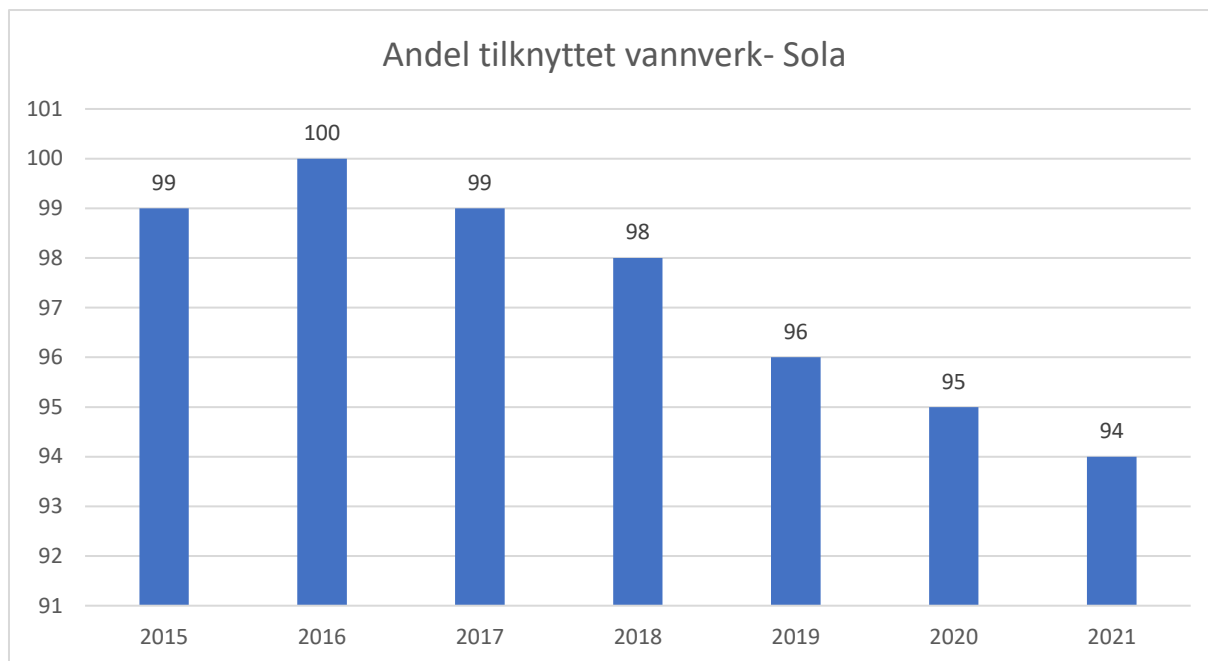
Ikke-planlagte avbrudd er brudd i vannforsyningen som oppstår uten varsel. Et ikke-planlagt avbrudd vil innebære at trykket på ledningsnettets faller og vannforsyningssystemet ikke lenger er beskyttet mot innsug av forurenset vann fra grøften ledningen ligger i, dersom trykket i vannledningen blir lavere enn vanntrykket på utsiden av vannledningen. Brudd på ledningsnettets (trykløse forhold) kan føre til at befolkningen kan bli utsatt for vann som ikke er helsemessig betryggende. Leveringsstabilitet er et mål på hvor godt organisert vannverket er til å sørge for at trykløse hendelser blir raskt ivarettatt. Her er det valgt å se på hvor lenge (i tid) de enkelte vannverk har ikke-planlagte avbrudd som et uttrykk for leveringsstabiliteten til kommunen. Ikke-planlagte avbrudd er beregnet som kundetimer, dvs. lengden totalt hver forbruker er berørt av avbruddet/avbruddene. Prinsipielt ligger det til grunn at jo kortere tid av ikke-planlagte avbrudd, jo mindre er forbrukerne eksponert for forurenset vann i ledningsnettets.

Trygg vannforsyning er avhengig av en sikker desinfeksjon og gode beredskapsrutiner for å sikre kontinuerlig tilfredsstillende vann til forbrukeren. Sikker drift og gode beredskapsrutiner er begge verktøy kommunen har for å hindre avbrudd i vannforsyningen. Dette utgjør et forebyggende aspekt som er helt sentralt for å kunne levere trygt drikkevann. Sola kommune har hygienisk og stabilt drikkevannsforsyning på 100%.



Andel tilknyttet vannverk

Indikatoren har som formål å formidle situasjonen for befolkningen med hensyn til deres tilgang på trygt vann. Andelen personer tilknyttet vannverk som forsyner minst 50 personer, i prosent av befolkningen.



Støy

Som flyplasskommune har Sola naturlig nok en del støyproblematikk. Det er likevel vegtrafikken som er den klart viktigste kilden til støyplager i Sola. Støybelastningen er størst langs Rv 509 Tanangervegen og i Sola sentrum langs Sentrumsvegen, Flyplassvegen og Nesbuvegen. Støykartlegging for Stavanger Lufthavn, Sola, viser at støysone rød dekker deler av Solakrossen, og at støysone gul strekker seg over en vesentlig del av kommunens sentrale arealer.

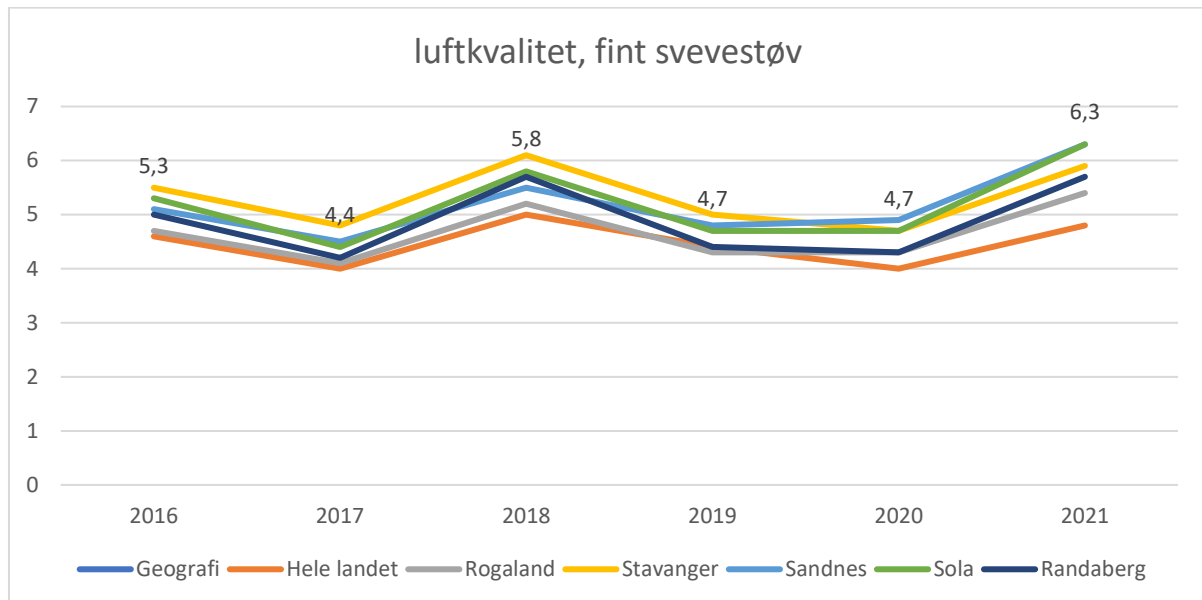
Luftkvalitet og svevestøv

Fint svevestøv er den luftforurensningskomponenten vi har mest kunnskap om når det gjelder helseeffekter. Det kan både forårsake sykdom og føre til for tidlig død. Svevestøv kan føre til forverring av eksisterende sykdommer som astma, KOLS, lungebetennelse, hjerteinfarkt og slag. Det er også den miljøfaktoren som i størst grad har vært knyttet til for tidlig død i Norge (og på verdensbasis). Det er mange som er sårbare for helseeffekter av svevestøv:

- De som har luftveissykdommer
- De som har hjertekarlidelser
- De som har diabetes
- Gravide
- Barn
- Eldre

Denne indikatoren er viktig for å kunne vurdere risikoen for helseeffekter av luftforurensning i befolkningen og vil gi kunnskap om den gjennomsnittlige års-eksponeringen av befolkningen i kommunen. Dette er spesielt viktig for å få oversikt over luftkvaliteten og om den er tilfredsstillende også for de sårbare gruppene. En høy befolkningseksponering i kommunen vil kunne utløse tiltak for å redusere luftforurensningen. For fint svevestøv er luftkvalitetskriteriet og nasjonalt mål satt til 8 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ for årsmidlet eksponering. Dette nivået er satt slik at det skal beskytte de aller fleste, også sårbare grupper, mot helseeffekter.

Fint svevestøv er den luftforurensningskomponenten vi har mest kunnskap om når det gjelder helseeffekter. Det kan både forårsake sykdom og føre til for tidlig død. Svevestøv kan føre til forverring av eksisterende sykdommer som astma, KOLS, lungebetennelse, hjerteinfarkt og slag. Det er også den miljøfaktoren som i størst grad har vært knyttet til for tidlig død i Norge (og på verdensbasis). Sola ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet.



Årsaksforklaring fra miljørettet helsevern:

Årsmiddelverdiene av svevestøv (PM_{2,5}) er innenfor forurensningsforskriftens grense på 10 ug/m³ /år. Samtidig er verdiene enkelte år over grensen for hva helsemyndighetene anser som trygg luft, på 5 ug/m³ /år (luftkvalitetskriteriene). Denne grensen ble skjerpet i 2023 (fra 8 ug/m³/år). Verdiene varierer noe fra år til år, det skyldes i stor grad ulikt vær.

Kilder:

[Fagbrukertjeneste for luftkvalitet - Miljødirektoratet \(miljodirektoratet.no\)](https://miljodirektoratet.no/fagbrukertjeneste/luftkvalitet)

Kildebidrag for Sola, Rogaland

Velg komponent:

PM₁₀

NO₂

PM_{2,5}

Velg visning:

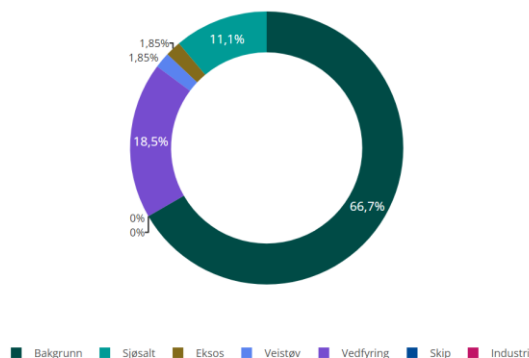
Graf

Tabell

Velg tidsrom:

2018-2022

Kildebidrag til PM_{2,5}-nivåene i kommunen

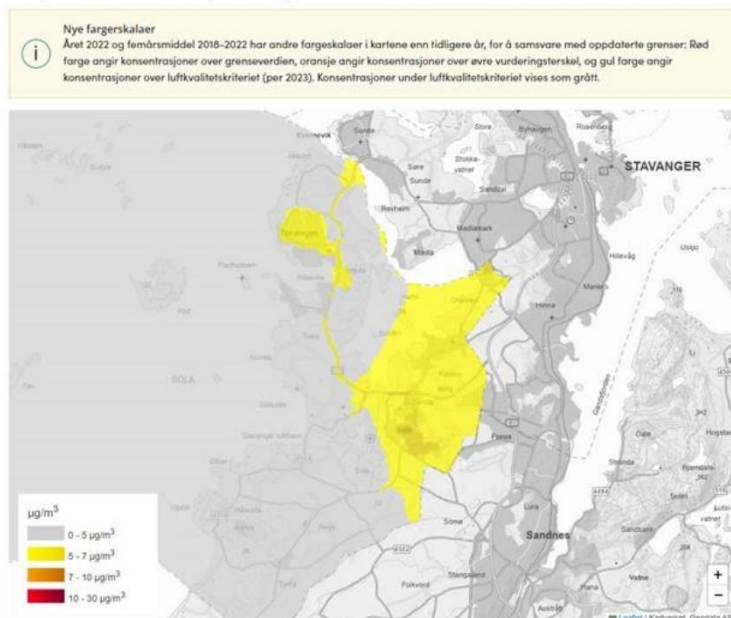


Den største kilden er bakgrunn. Det er forurensning som kommer fra utenfor kommunen. Bakgrunn og sjøsalt er det ikke noe vi kan gjøre noe med. Da står vi igjen med vedfyring som den største kilden. Det er det mest av i vinterhalvåret, og samtidig er det i vinterhalvåret vi til tider får værtypen inversjon, som gjør at forurensningen konsentreres i stedet for å bli tynnet ut.

Utbredelse:

[Fagbrukertjeneste for luftkvalitet - Miljødirektoratet \(miljodirektoratet.no\)](https://miljodirektoratet.no/):

Beregnet årsmiddelkonsentrasjon av PM_{2,5}



Da det her er vedfyring som er den største kilden, er det tydelig at de mest forurensede områdene er der hvor det er flest boliger. Konsentrasjonen er også størst langs grensen til tett bosatte områder i nabokommunene. Det som er markert som gult er over grensen for hva som regnes som trygg luft for alle.

Sammenligning med fylket og landet for øvrig:

Denne typen forurensning vil være størst i tett bosatte områder, som her på nordjæren-halvøya. Dermed kommer Sola dårligere ut enn andre kommuner med spredt bosetning. Bakgrunnskonsentrasjon, som er forurensning som kommer fra nabokommunen er det største bidraget. I tillegg har sjøsalt større betydning i Sola enn i innlandskommuner. (Her må det nevnes at sjøsalkonsentrasjonen er størst på dager med mye vind, da blir det meste av forurensningen blåst vekk, slik at forurensningen da er lav, men sjøsalt er fortsatt med og drar opp årsgjennomsnittet.)

Kilde: Miljørettet helsevern RBR



Skader og ulykker

Til tross for at dødeligheten av skader og ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkesskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av skader og ulykker.

Nullvisjonen har siden 2001 ligget til grunn for alt trafikksikkerhetsarbeid i Norge- en visjon om at det ikke skal forekomme ulykker med drepte eller hardt skadde i trafikken. Innføringen av nullvisjon har medført en systematisk, helhetlig og målrettet trafikksikkerhet i Norge og dermed også i Sola. I perioden 2010-2020 er det registrert 241 personskader på veinettet i Sola kommune. Sammenlignet med forrige tiårsperiode (2001-2009) med 387 personskader, er nedgangen i registrerte personskader betydelig (Trafikksikkerhetsplan Sola kommune 2022-2025).

Trafikksikkerhetsarbeidet henger tett sammen med arbeid for bedre folkehelse og god stedsutvikling. I Sola kommunes trafikksikkerhetsplan har vi som mål å redusere antall trafikkulykker og alvorlighetsgrad for alle trafikanter i kommunen. Sola kommune ble i 2023 godkjent som Trafikksikker kommune.

Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelser 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.

Sola ligger lavt når det gjelder antall ulykker behandlet på sykehuset.

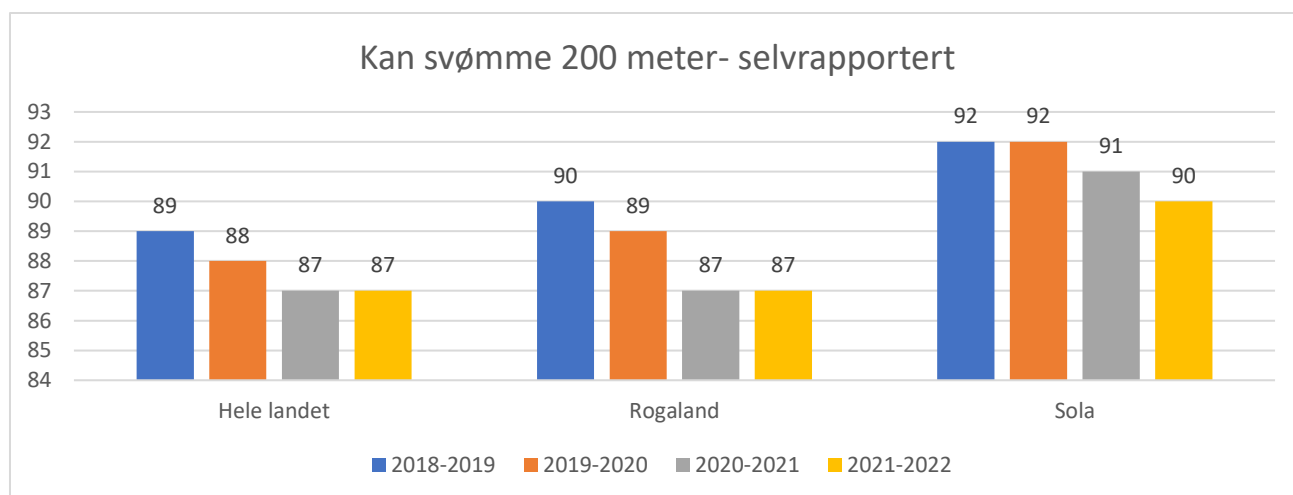
Dårlige svømmeferdigheter er en risikofaktor for å omkomme i drukningsulykker (WHO, 2014). En undersøkelse på vegne av Norges Svømmeforbund (Ipsos MMI, 2013) tyder på at svømmeferdighetene til norske barn generelt er mangelfulle. Barn av innvandrere fra ikke-europeiske land er betydelig dårligere til å svømme enn etnisk norske barn og er mer avhengig av å få svømmeopplæring i skolen. Kulturelle og religiøse forhold antydes å ligge bak denne forskjellen. Å kunne svømme minst 200 meter er minstekravet for svømmedyktighet. Sola ligger over lands og fylkessnittet på andel ungdommer som oppgir at de kan svømme 200 meter. Til tross for dette er lokale tall synkende, noe som også er gjeldende for landet og fylket.

Skader og ulykker

Kan svømme 200 meter

Dårlige svømmeferdigheter er en risikofaktor for å omkomme i drukningsulykker (WHO, 2014). En undersøkelse på vegne av Norges Svømmeforbund (Ipsos MMI, 2013) tyder på at svømmeferdighetene til norske barn generelt er mangelfulle. Å kunne svømme minst 200 meter er minstekravet for svømmedyktighet.

En undersøkelse viser at barn av innvandrere fra ikke-europeiske land er betydelig dårligere til å svømme enn etnisk norske barn og er mer avhengig av å få svømmeopplæring i skolen. Kulturelle og religiøse forhold antydes å ligge bak denne forskjellen.



Andel gutter og jenter som oppgir at de kan svømme 200 meter, i prosent av alle som svarte på spørsmålet om svømmeferdigheter i den nettbaserte sesjon 1. Statistikken viser 2 års gjennomsnitt.

Spesialisthelsetjenesten, somatikk

Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelser 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.

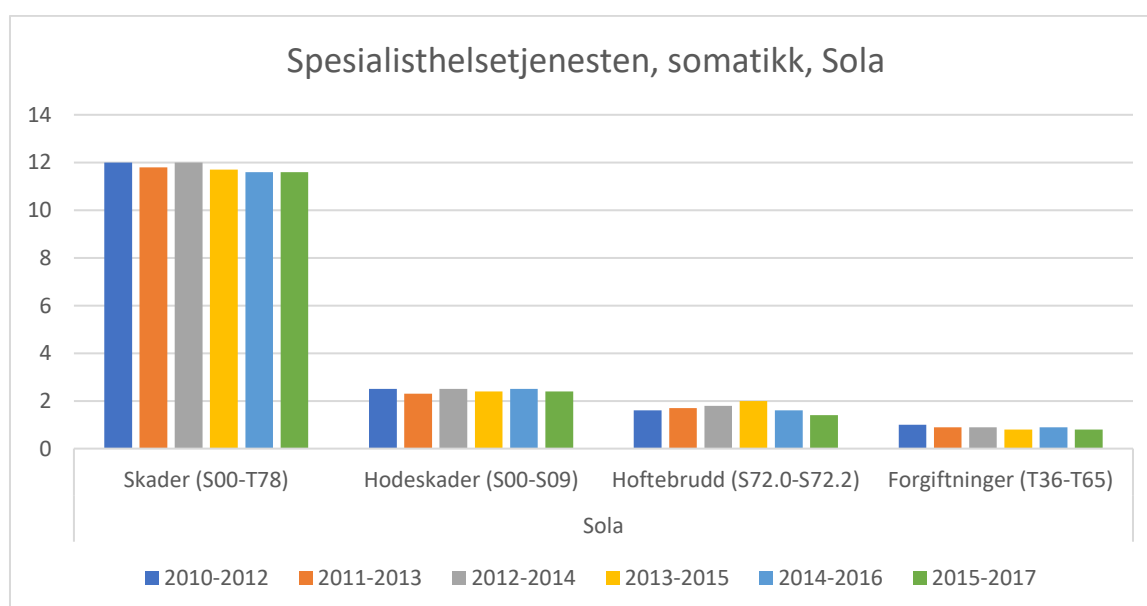
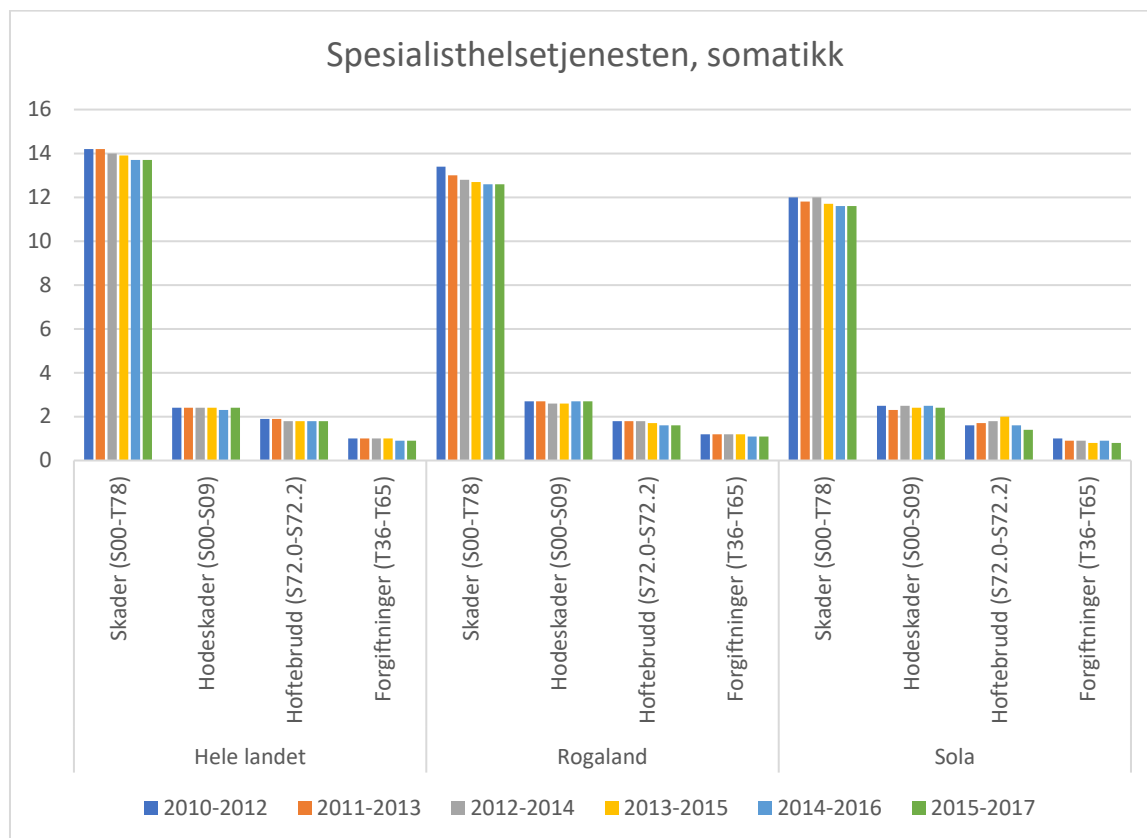
For følgende vanlig forekommende og forebyggbare sykdomsgrupper kan sykehusinnleggelser i tillegg gi en pekepinn på potensialet for forebyggende innsats:

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

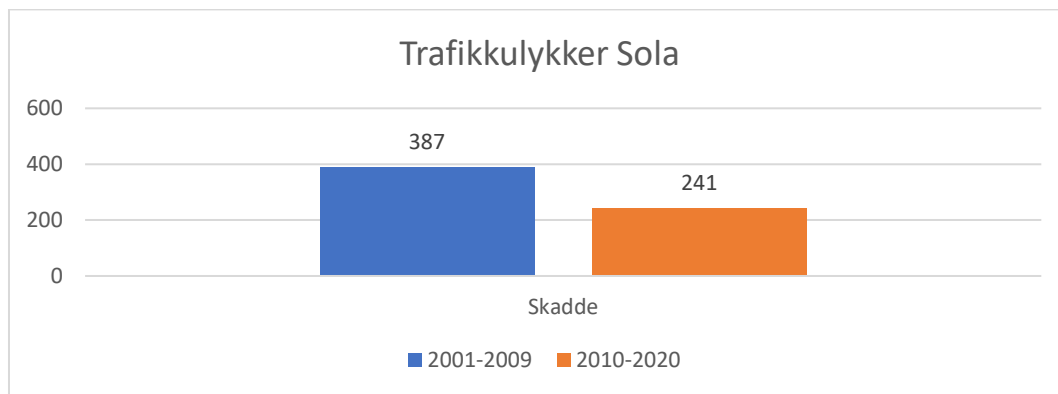
Hoftebrudd: De fleste hoftebrudd rammer eldre og skyldes redusert beinmasse (benskjørhet) kombinert med et fall.

For de sykdomsgrupper hvor det finnes andre datakilder vil tallene på sykehusinnleggelser fra Norsk pasientregister være et supplement.

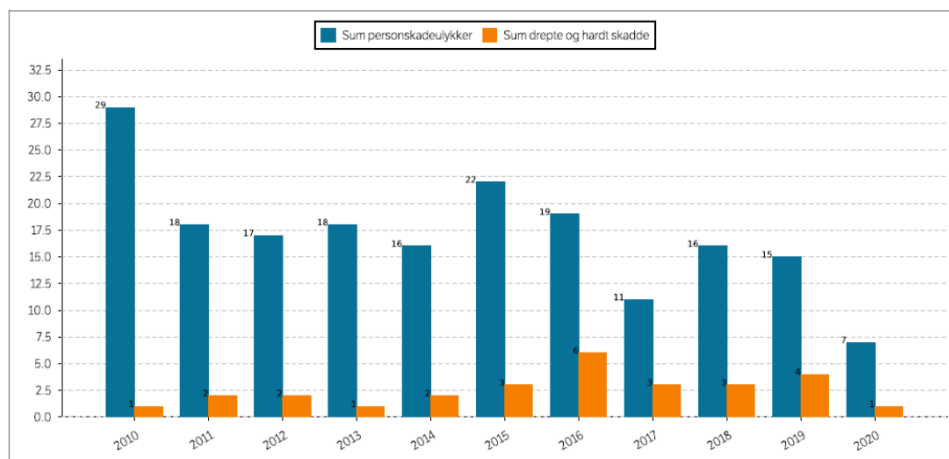
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende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



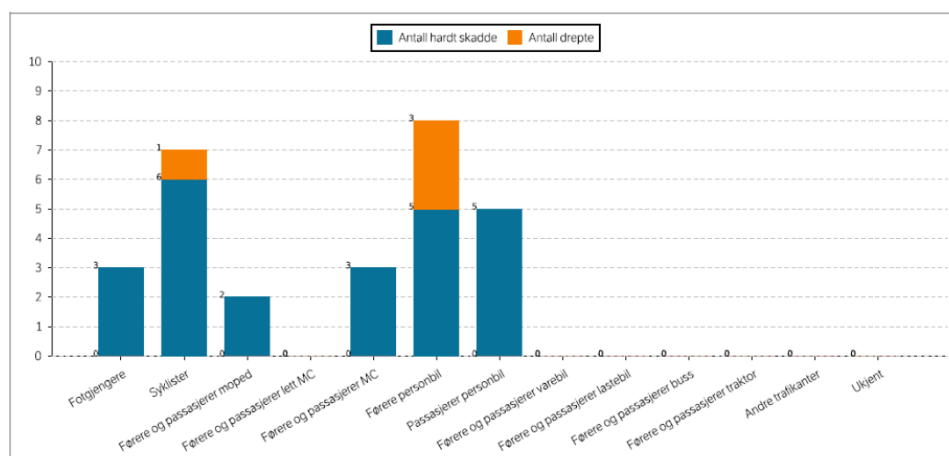
Traffikkulykker



Hentet fra trafikksikkerhetsplanen 2022-2025



Figur 1: Årlig antall registrerte trafikkuulykker med personskade i Sola kommune i perioden 2010-2020.



Figur 2: Antall trafikkuulykker etter trafikanttype (registrert i Sola kommune for perioden 2010-2020).



Helserelatert atferd

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. Fysisk aktivitet er viktig i forebygging av en rekke plager og sykdommer som overvekt og fedme, type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettplager og enkelte kreftformer. Overvekt og fedme er i ferd med å bli et stort helseproblem i de fleste land, også i Norge. Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning.

12% av Sola ungdommer defineres som lite fysisk aktive. Dette er en økning på 1 % sammenlignet med tall fra 2019. Sola ligger likevel under landssnittet(14%) i 2022.

Andel ungdommer som oppgir at de trener sjeldnere enn en gang i uken er på 23% i Sola. Til sammenligning ligger både fylkes og landsnittet er på 27%.

Per tid finnes det ikke lokal statistikk på hvor fysiske aktive den voksne befolkningen og eldre er i kommunen. I Kartlegging av fysisk aktivitet blant voksne og eldre 2020-2022 av Norges idrettshøgskole og FRI konkludere rapporten med «*Det er fortsatt et betydelig potensial for å øke tid brukt til fysisk aktivitet i den norske befolkningen gjennom hele livsløpet og særlig blant de eldste*» [rapport-kan3_final_25.04.23.pdf \(fhi.no\)](#).

I barne- og ungdomsårene, øker tiden som benyttes i ro foran ulike skjermer med stigende alder. Man ser sammenhenger mellom stillesitting og kroppsvekt, motoriske ferdigheter, kognitiv utvikling og risikofaktorer til hjerte- og karsykdommer blant barn og unge. 45% av ungdommene i Sola oppgir at de bruker 4-6 timer eller mer enn 6 timer foran en skjerm i løpet av en dag, utenom skolen. Til sammenligning var andelen på 31% i 2019.

Konsekvensene ved å drikke alkohol henger sammen med mengde og over hvor lang tid inntaket har vært høyt. Andel ungdommer som har vært beruset siste 12 månedene har steget fra 9% i 2019 til 11% i 2022. Til sammenligning var andelen 8% i 2016 og 11% i 2013.

Det eksisterer lite data på kommunenivå som viser til befolkningens tobakkvaner. Tall fra røyking blant gravide kan i dette tilfelle gi et generelt inntrykk av utviklingen av røykevaner. Andel gravide som røyker er synkende i Sola, det samme gjelder også for resten av landet.

Blant ungdommer har andelen som rapportere at de røyker og snuser daglig, vært stabil siden 2016, på henholdsvis 2% og 3% (Ungdata, 2022).

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.

Fysisk aktivitet er viktig i forebygging av en rekke plager og sykdommer som overvekt og fedme, type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettplager og enkelte kreftformer. Overvekt og fedme er i ferd med å bli et stort helseproblem i de fleste land, også i Norge. Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning.

12% av Sola ungdommer defineres som lite fysisk aktive. Dette er en økning på 1 % sammenlignet med tall fra 2019. Sola ligger likevel under landssnittet med 14% i 2022.

Andel ungdommer som oppgir at de trener sjeldnere enn en gang i uka er på 23% i Sola. Sola ligger under fylket og landet som begge har 27%.

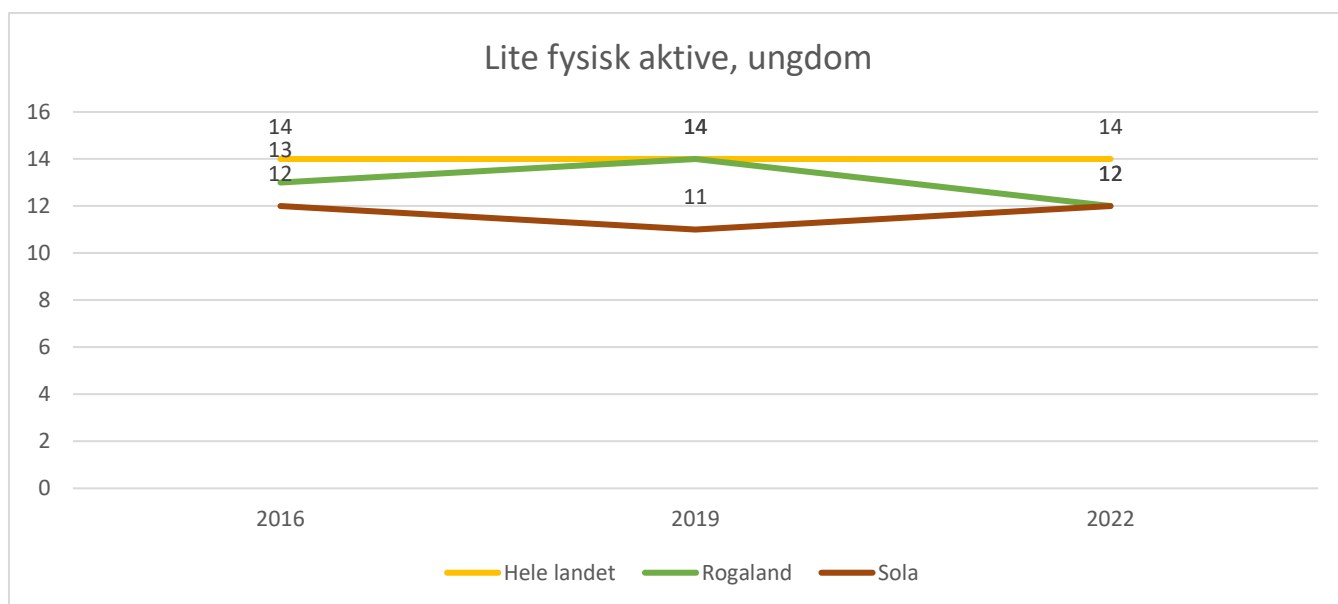
Per tid finnes det ikke lokal statistikk på hvor fysiske aktive den voksne befolkningen og eldre er i kommunen. I Kartlegging av fysisk aktivitet blant voksne og eldre 2020-2022 av Norges idrettshøgskole og FRI konkludere rapporten med «*Det er fortsatt et betydelig potensial for å øke tid brukt til fysisk aktivitet i den norske befolkningen gjennom hele livsløpet og særlig blant de eldste*» [rapport-kan3_final_25.04.23.pdf \(fhi.no\)](#).

Lite fysisk aktive, ungdom

Følgende anbefalinger gjelder for barn og unge:

- Minimum 60 minutter fysisk aktivitet hver dag, alternativt fordelt utover uken.
- Aktiviteten bør være variert og intensiteten både moderat og hard.
- Fysisk aktivitet utover 60 minutter daglig gir ytterligere helsegevinster.
 - Minst tre ganger i uka bør aktiviteten være med høy intensitet, og inkludere aktiviteter som gir økt muskelstyrke og styrker skjelettet.

Statistikken viser ungdomsskoleelever som svarte et av alternativene «1-2 ganger i måneden», «sjelden» eller «aldri» på spørsmålet: "Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett?", i prosent av alle som har svart på dette spørsmålet.



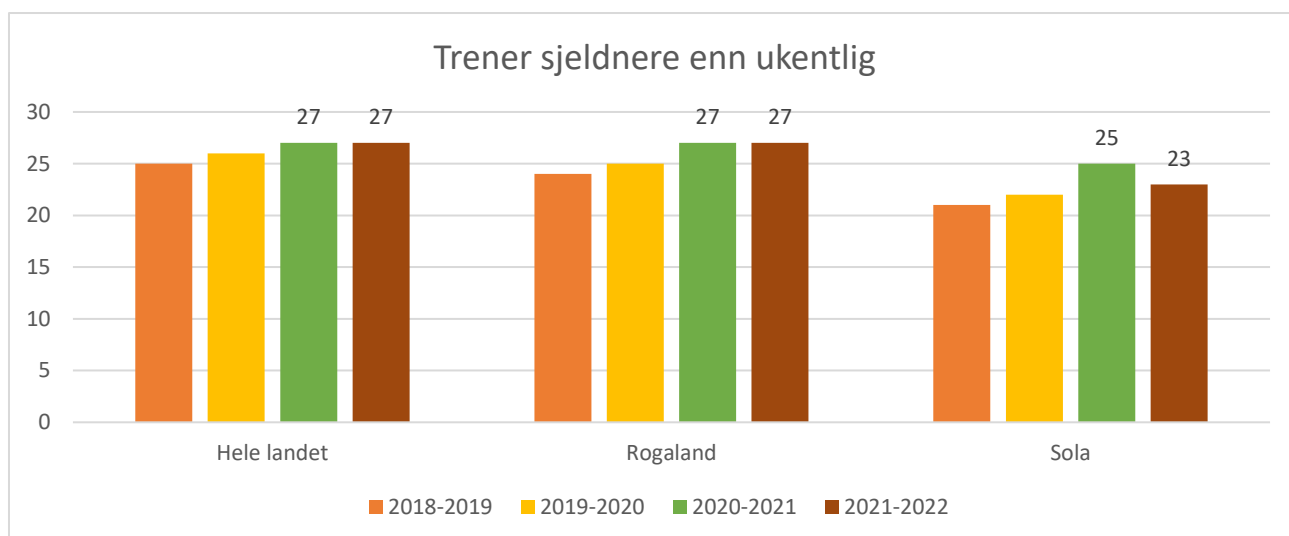
Trener sjeldnere enn ukentlig

Fysisk aktivitet omfatter mer enn trening. Andelen som trener sjeldnere enn ukentlig kan likevel si noe om det fysiske aktivitetsnivået.

Fysisk aktivitet forebygger sykdom og plager, gir bedre fysisk funksjon, flere friske leveår og forebygger for tidlig død.

Fysisk aktivitet med moderat til høy intensitet i barne- og ungdomsårene ser ut til å ha gunstig påvirkning på blodtrykk, midjemål, insulinsensitivitet og kolesterol. Dette kan bidra til å redusere risikoen for utviklingen av hjerte- og karsykdom senere i livet. Vektbærende fysiske aktiviteter med høy intensitet som hopping, løping og styrketrening påvirker skjeletthelsen og er viktig for å oppnå optimal benmasse i løpet av barne- og ungdomsårene.

Statistikken viser andel gutter og jenter som trener sjeldnere enn en gang i uka, i prosent av alle som svarte på spørsmålet om trening i den nettbaserte sesjon 1. Statistikken viser 2 års gjennomsnitt.

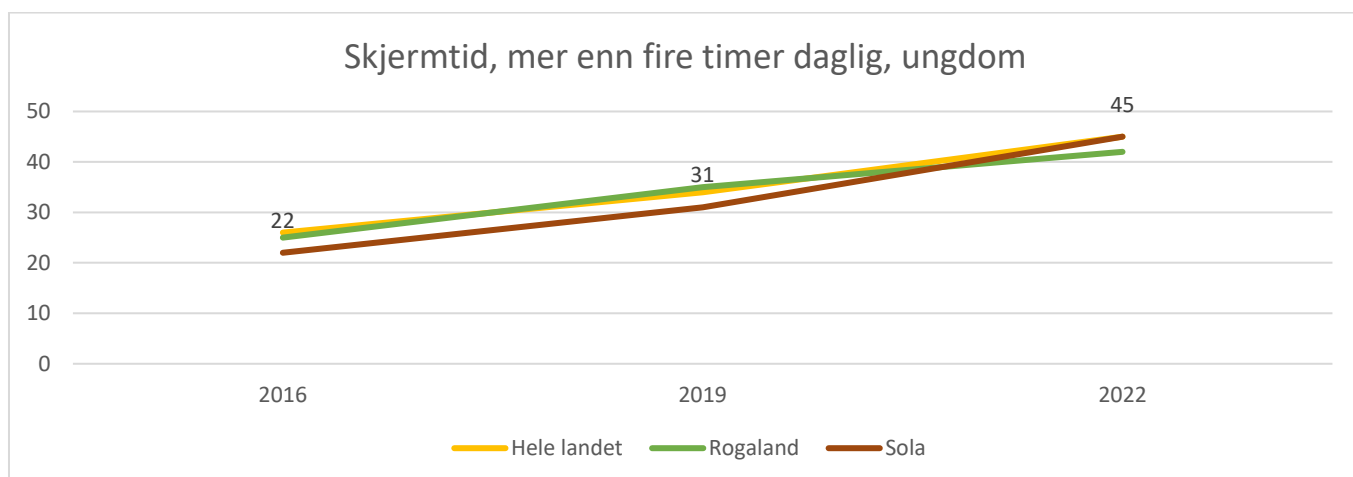


Skjermtid, mer enn fire timer daglig, ungdom

I barne- og ungdomsårene, øker tiden som benyttes i ro foran ulike skjermer med stigende alder. Man ser sammenhenger mellom stillesitting og kroppsvekt, motoriske ferdigheter, kognitiv utvikling og risikofaktorer til hjerte- og karsykdommer blant barn og unge. Helsemyndighetene har kommet med anbefalinger til barn, unge, voksne og eldre om å redusere tiden i ro i løpet av dagen.

Bruken av skjermer (mobiltelefon, nettbrett, videospill og lignende), spesielt i forkant av leggetid, henger tett sammen med søvnvansker. Jo lengre tidsbruk foran skjermen, desto høyere risiko for kortere søvntid.

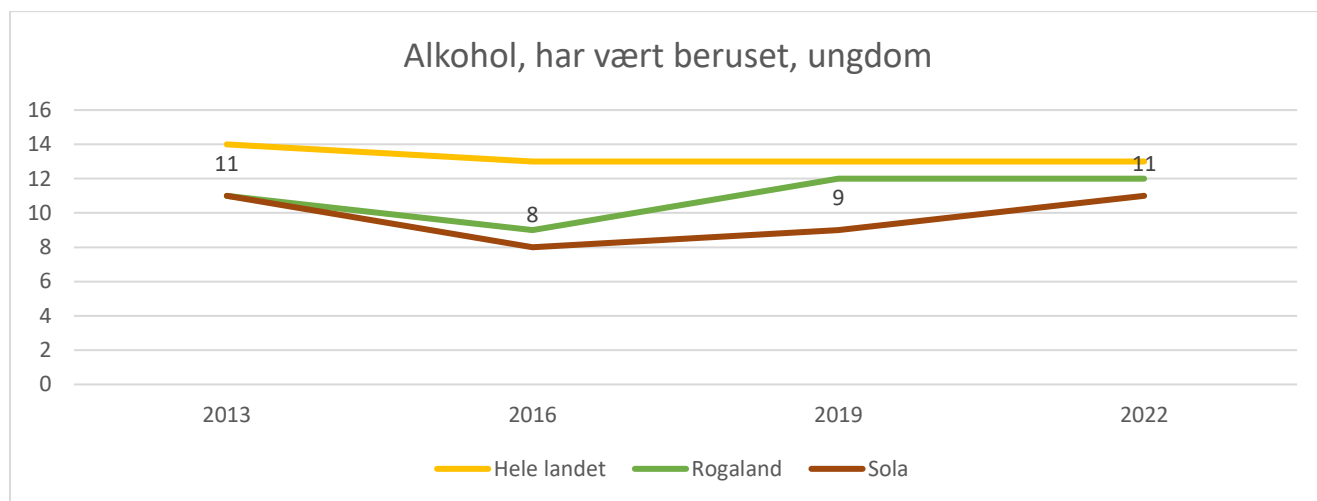
Statistikken viser ungdomsskoleelever som svarer «4-6 timer» eller «Mer enn 6 timer» på spørsmålet om hvor lang tid de vanligvis bruker på aktiviteter foran en skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) i løpet av en dag, utenom skolen. Statistikken viser at 45% av ungdommene oppgir at de bruker 4-6 timer eller mer enn 6 timer foran en skjerm i løpet av en dag, utenom skolen. Til sammenligning var andelen på 31% i 2019.



Alkohol, har vært beruset, ungdom

Konsekvensene ved å drikke alkohol henger sammen med mengde og over hvor lang tid inntaket har vært høyt.

Statistikken viser ungdomsskoleelever som svarer «1 gang», «2-5 ganger», «6-10 ganger» eller «11 ganger eller mer» på spørsmålet om de det siste året (de siste 12 månedene) har «drukket så mye at du har følt deg tydelig beruset» i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet.



Røyking, Kvinner svangerskap

Røyking i svangerskapet øker risikoen for veksthemming hos fosteret.

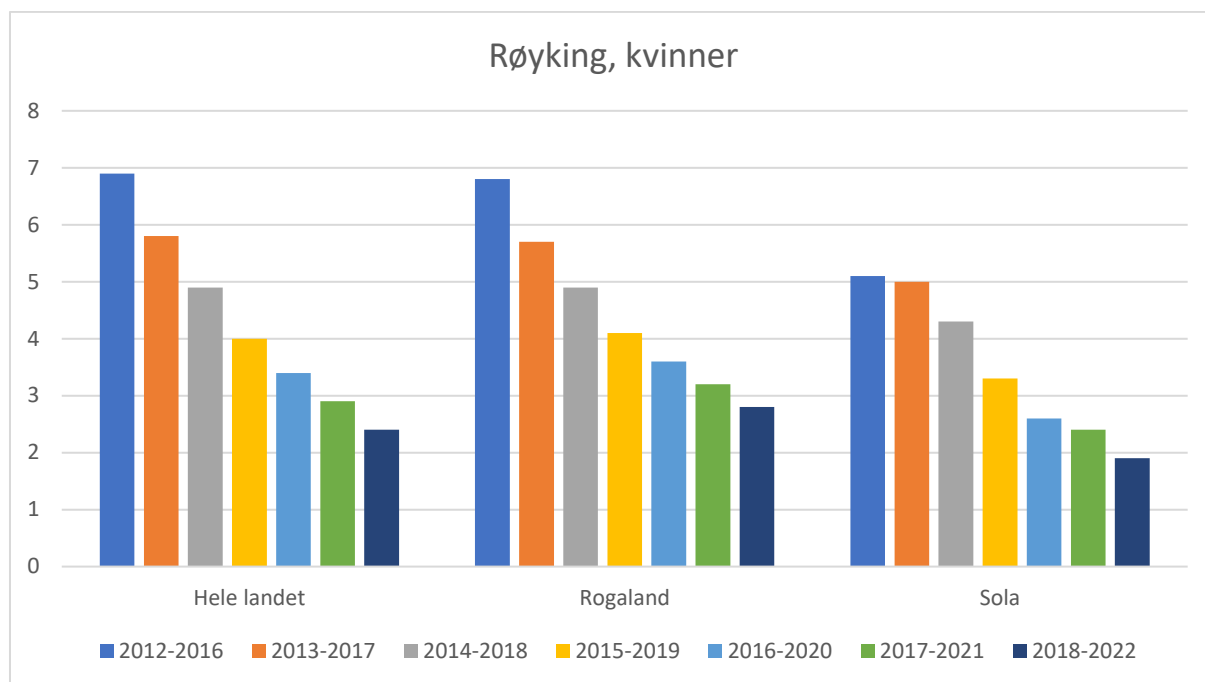
I denne sammenhengen brukes imidlertid tallene for røyking blant gravide til å gi informasjon om røyking generelt i befolkningen, ettersom det ikke finnes gode data på resten av befolkningens røykevaner. Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Denne gradienten gjelder også for røyking i svangerskapet. Utjevning av sosiale helseforskjeller er et viktig mål i folkehelsearbeidet.

Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av gruppen 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 gruppen 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.

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 på kommunenivå. Medisinsk fødselsregister har tall på snusbruk, men disse opplysningene er underrapportert og derfor ikke egnet til statistikkformål.

Statistikken viser andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll, i prosent av alle fødende med røykeopplysninger.

Statistikken viser gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder.

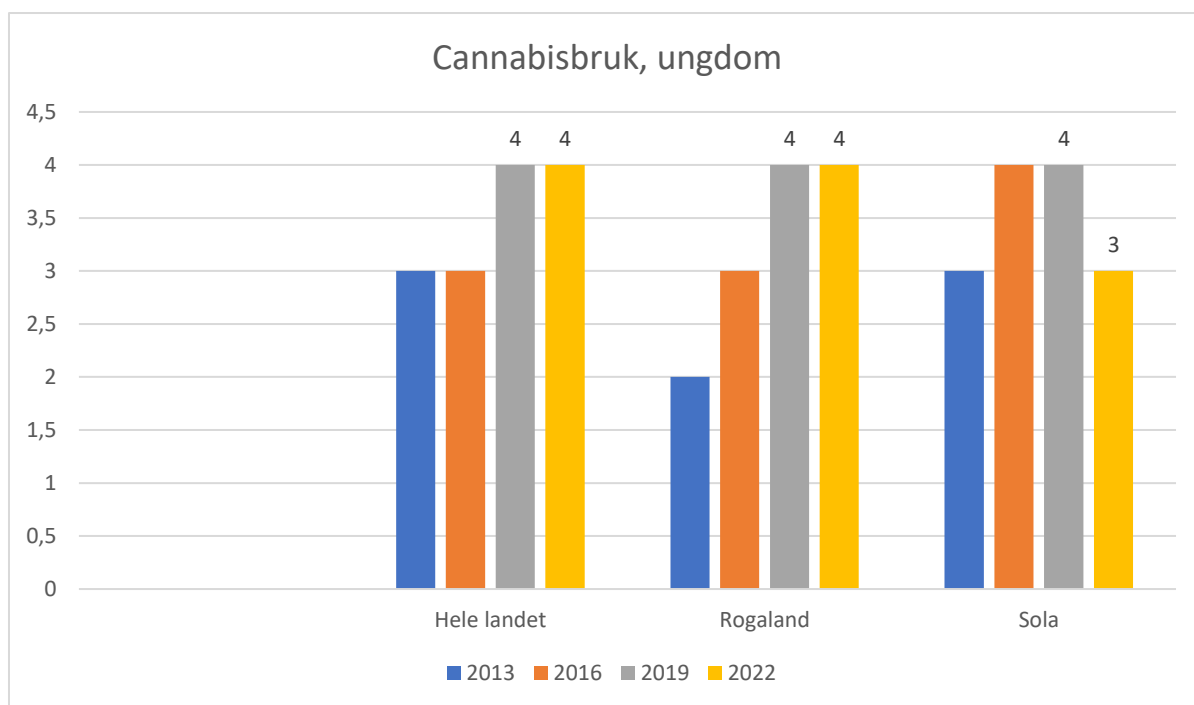


Cannabisbruk, ungdom

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 rusmiddelbrukerens egen forståelse og omverdenens fortolkning og reaksjon, påvirkes av om stoffet er lovlig eller ikke.

Sammenliknet med alkohol er eksperimentering med narkotiske stoffer et mer entydig ungdomsfenomen. Likevel blir noen hengende igjen i et misbruksmønster også i voksen alder.

Statistikken viser ungdomsskoleelever som svarer «1 gang», «2-5 ganger», «6-10 ganger» eller «11 ganger eller mer» på spørsmålet om de det siste året (de siste 12 månedene) har «brukt hasj/marihuana/cannabis» i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet.



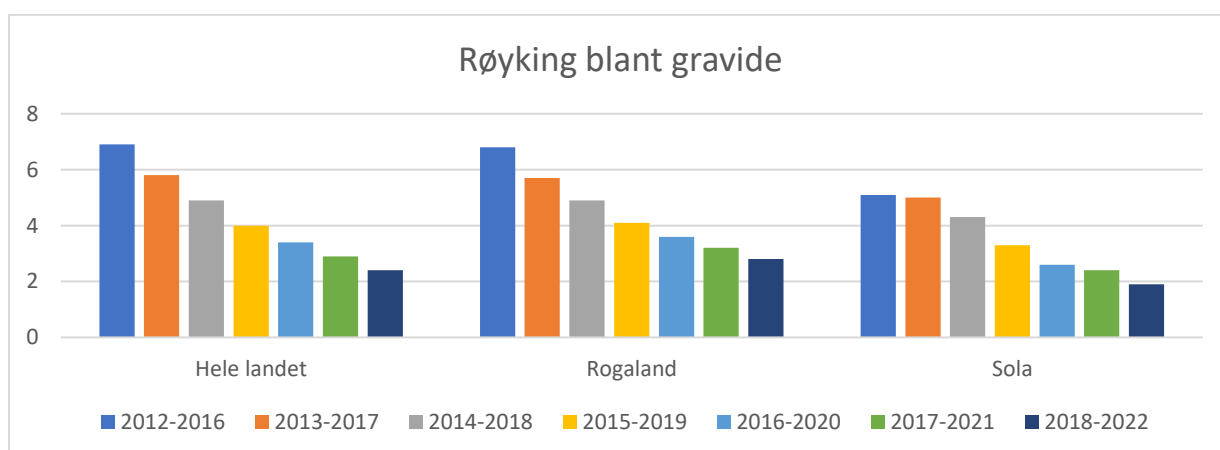
Alkohol

Konsekvensene ved å drikke alkohol henger sammen med mengde og over hvor lang tid inntaket har vært høyt.

Andel ungdommer som har vært beruset siste 12 månedene har steget fra 9% i 2019 til 11% i 2022. Til sammenligning var andelen 8% i 2016 og 11% i 2013.

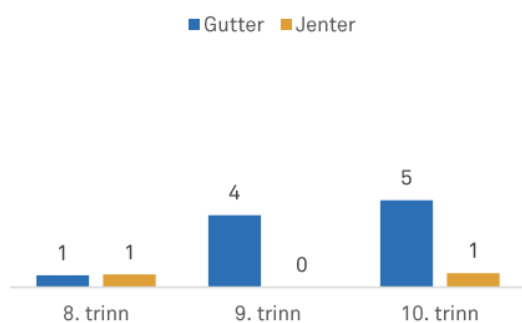
Tobakk

Det eksisterer lite data på kommunenivå som viser til befolkningens tobakkvaner. Tall fra røyking blant gravide kan i dette tilfelle gi et generelt inntrykk av utviklingen av røykevaner. Figuren nedenfor viser en synkende trend i Sola, det samme gjelder også for resten av landet.

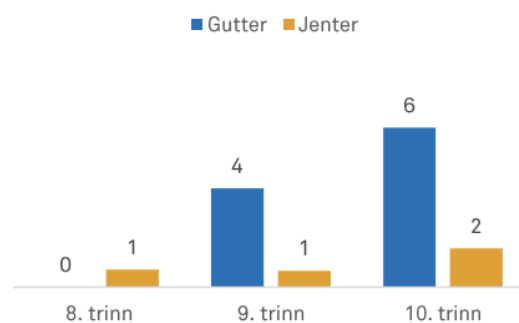


Blant ungdommer har andelen som rapportere at de røyker og snuser daglig, vært stabil siden 2016, på henholdsvis 2% og 3% (Ungdata,2022).

Prosentandel som røyker ukentlig eller daglig. Blant gutter og jenter på ulike klassetrinn



Prosentandel som snuser ukentlig eller daglig. Blant gutter og jenter på ulike klassetrinn





Helsetilstand

Helsetilstand forstås som en innbyggers helse målt ved eksempelvis risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser, eller mer indirekte mål som sykefravær.

Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. I Sola er forventet levealder stabilt, både for kvinner og menn. De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Det er bekymringsfullt at denne forskjellen har økt betydelig de siste ti årene.

Det er fremdeles et stort gap mellom forventet levealder ut ifra utdanningsnivået. Sola har større ulikhet i inntekt enn regionen og hele landet i sin helhet, målt ut ifra de med 90 prosent av høyeste inntekt mot de med 10 prosent av laveste inntekt. I Norge vil en person med videregående skole i snitt leve 5,5 år lengre enn en person som kun har fullført grunnskolen. Differansen i Sola er 4,2 for kvinner (VGS 86,9 og Grunnskole 82,7) og for menn er differansen på 5,5 (VGS 84,3 og Grunnskole 78,8).

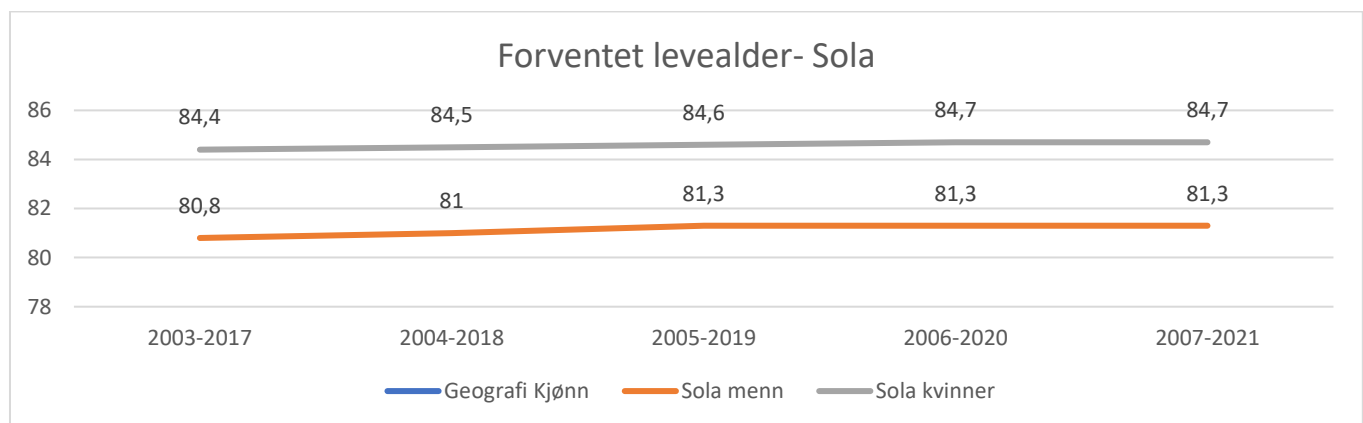
Samtidig betyr høyere levealder at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger. Flere eldre betyr på den ene siden også at det blir flere syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester. På den andre siden har flere eldre bedre helse med ressurser til å ivareta egne behov, og kan være bidragsyttere overfor andre, som aktive innen frivillig sektor. Uansett side vil endret alderssammensetning i kommune mest sannsynlig medføre at sykdomsbilde blir mer kronisk og sammensatt- inkludert demens. I særlig grad vil dette gjelde de aller eldste.

Egenvurdert helse er en viktig indikator for helsetilstand og bruk av helsetjenester. Psykiske helseplager, som bekymringer, søvnproblemer eller andre depressive symptomer har gradvis økt mest blant jenter, men gutter har også en ytterligere økning. Hos barn henger kort søvnlangde og nattlige oppvåkninger sammen med høyere nivå av emosjonelle vansker, atferdsmessige problemer og høyere risiko for å utvikle symptomer på psykiske problemer sammenlignet med barn som sover godt, selv etter å ha tatt høyde for andre årsaksforklaringer.

Det er en jevn stigning av andel ungdomsskoleelever som har søvnproblemer, fra 21% i 2013 til 28% i 2022.

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.



Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder).

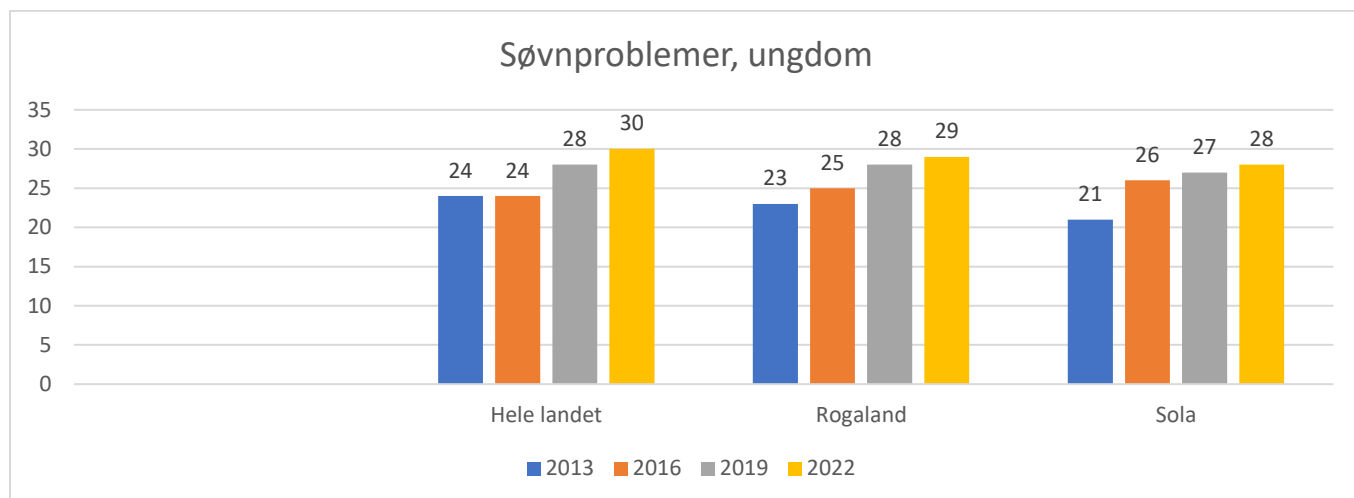
Søvn

Psykiske helseplager, som bekymringer, søvnproblemer eller andre depressive symptomer har gradvis økt blant jenter siden begynnelsen av 2010-tallet. De siste årenes undersøkelser tyder på en ytterligere økning. Også blant guttene er det flere som rapporterer om denne typen psykiske plager enn før. Hos barn henger kort søvn lengde og nattlige oppvåkninger sammen med høyere nivå av emosjonelle vansker, atferdsmessige problemer og høyere risiko for å utvikle symptomer på psykiske problemer sammenlignet med barn som sover godt, selv etter å ha tatt høyde for andre årsaksforklaringer.

Når det gjelder søvnvansker hos ungdom, viser funn fra Norge at både insomni og kort søvn lengde øker risikoen for:

- psykiske vansker
- selvskading
- rus- og alkoholproblemer
- overvekt
- høyt skolefravær
- dårlige skoleprestasjoner

Statistikken viser andel ungdomsskoleelever som svarer "ganske mye plaget" og "veldig mye plaget" på spørsmålet om man siste uke har «hatt søvnproblemer», i prosent av alle som har svart på dette spørsmålet.

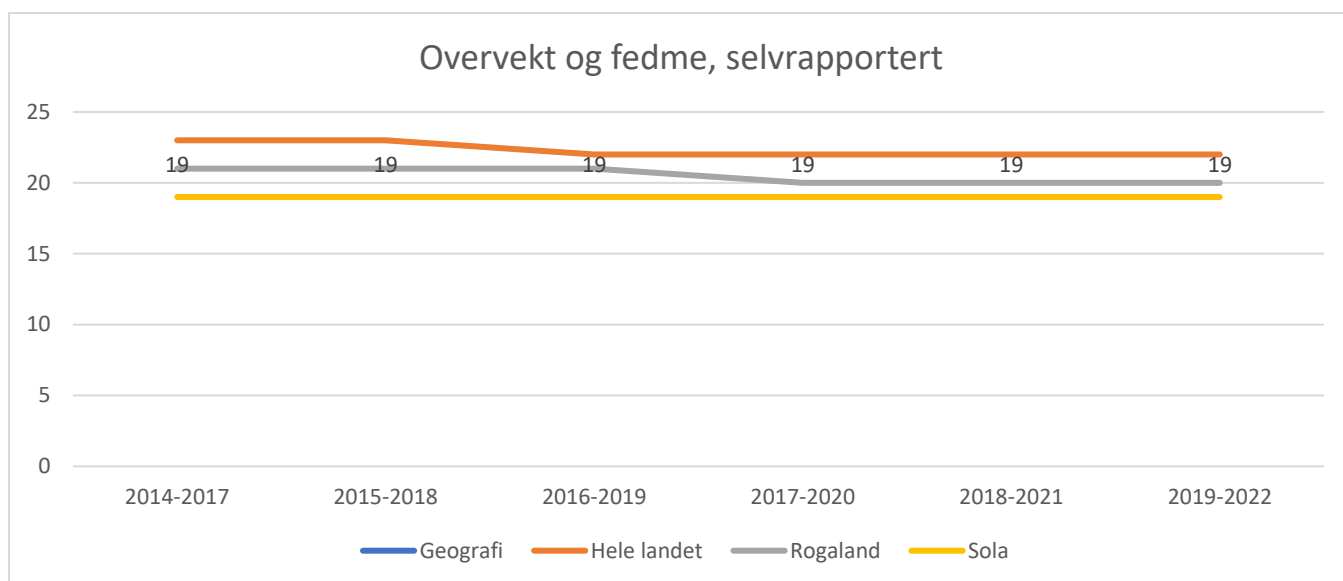


Overvekt og fedme

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.

Fysisk aktivitet, særlig dagliglivets aktiviteter, har sunket, og vi har nå et energiinntak (kaloriinntak) som ikke er tilpasset dette. I en situasjon med redusert aktivitetsnivå og stor tilgang på energitette matvarer, er det lett å utvikle overvekt. Hos den enkelte personen vil også arvelige og psykiske faktorer spille en rolle.

Statistikken viser andel gutter og jenter med overvekt (dvs. KMI tilsvarende 25-29,9 kg/m²), fedme (dvs. KMI tilsvarende over eller lik 30 kg/m²) eller overvekt inkludert fedme (dvs. KMI tilsvarende over eller lik 25 kg/m²), i prosent av alle som oppga høyde og vekt i den nettbaserte sesjon 1. Statistikken viser 4 års gjennomsnitt.



Overvekt inkl.fedme, kvinner

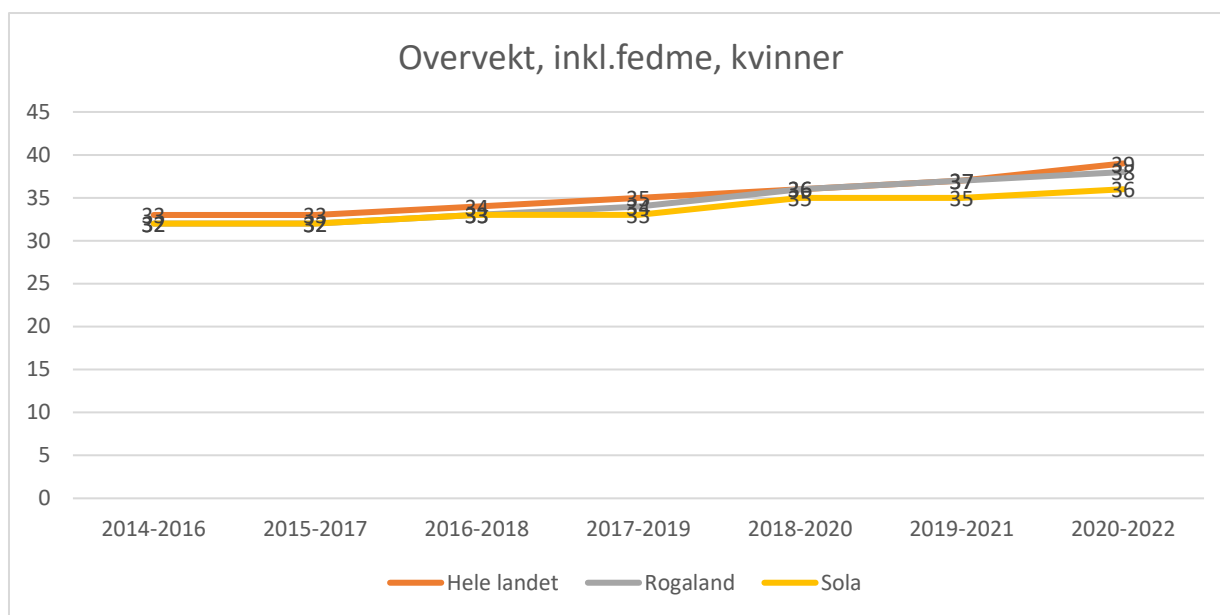
Overvekt blant gravide ved første svangerskapskontroll kan være en indikator på overvekt i befolkningen. Tallene på overvekt blant gravide brukes derfor i denne sammenhengen til å gi informasjon om overvekt generelt i befolkningen, ettersom det er begrenset med data på dette området.

Overvekt 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.

Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning. Tiltak som kan påvirke mat- og aktivitetsvaner vil være av særlig betydning. Tiltak på samfunnsnivå kan nå flere og være mer effektive enn kun å appellere til enkeltpersoner om å holde vekten under kontroll.

Fysisk aktivitet, særlig hverdagsaktivitet, har sunket, og vi har et energiinntak (kaloriinntak) som ikke er tilpasset dette. I en situasjon med redusert aktivitetsnivå og stor tilgang på energitette matvarer, er det lett å utvikle overvekt. Hos den enkelte personen vil også arvelige og psykiske faktorer spille en rolle.

Statistikken viser andel kvinner med overvekt inkludert fedme i prosent av alle fødende kvinner med høyde- og vektopplysninger fra første svangerskapskontroll. Overvekt inkl. fedme regnes som KMI over eller lik 25 kg/m². Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).



Sykdomsgrupper

Statistikk på bruk av primærhelsetjenesten kan gi informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom i befolkningen. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner.

Psykiske lidelser:

Arveligheten for psykiske plager, depresjon, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser er forholdsvis moderat. Det betyr at miljøforhold samlet er noe viktigere enn gener for disse lidelsene. Stort sett er det enighet om at en trygg tilknytning til omsorgspersoner i barndommen har betydning for senere psykisk helse. Gjennom hele livet gir sosial isolasjon og ensomhet økt risiko, mens sosial støtte og nærhet til andre mennesker beskytter. Traumatiske opplevelser, som alvorlige ulykker eller vold mot en selv eller ens nærmeste, kan gi varige psykiske skader. Daglige og vedvarende belastninger er vel så viktige som traumatiske hendelser. Flere belastningsfaktorer som virker sammen over lang tid, gir høy risiko, tilsynelatende høyere enn summen av risiko knyttet til hver enkelt faktor. Tilsvarende kan beskyttelsesfaktorer som for eksempel nære og trygge forhold til andre mennesker, gi ekstra beskyttelse mot hendelser eller belastninger som ellers ville ha medført høy risiko. En god selvfølelse, og spesielt følelsen av å kunne mestre utfordringer og problemer, har stor betydning for god psykisk helse.

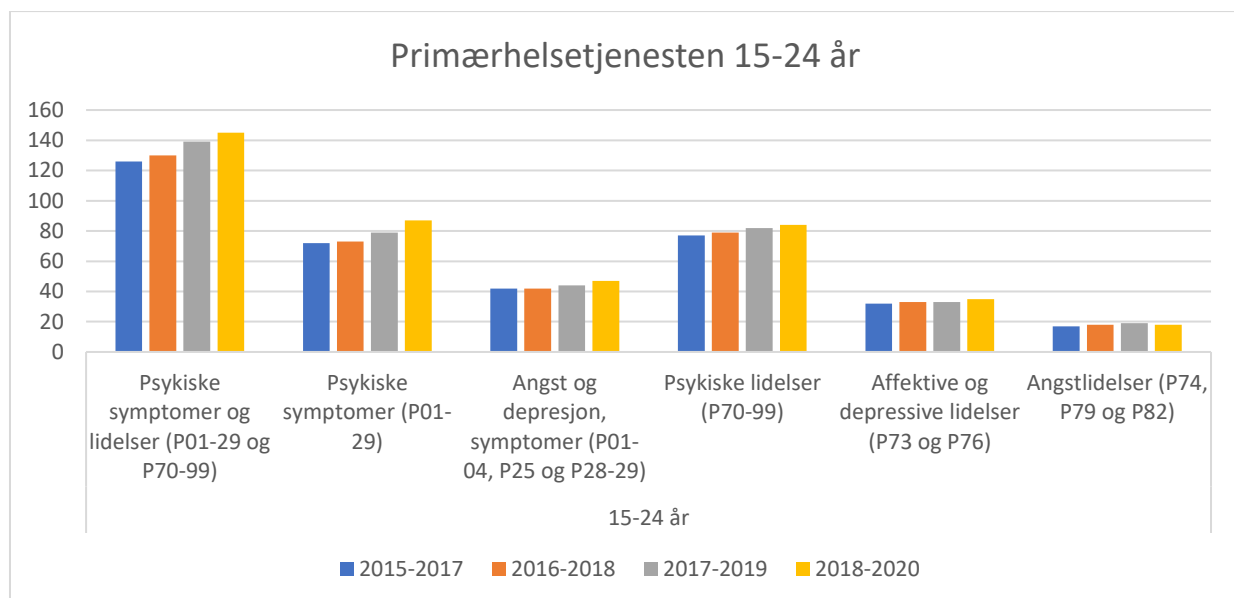
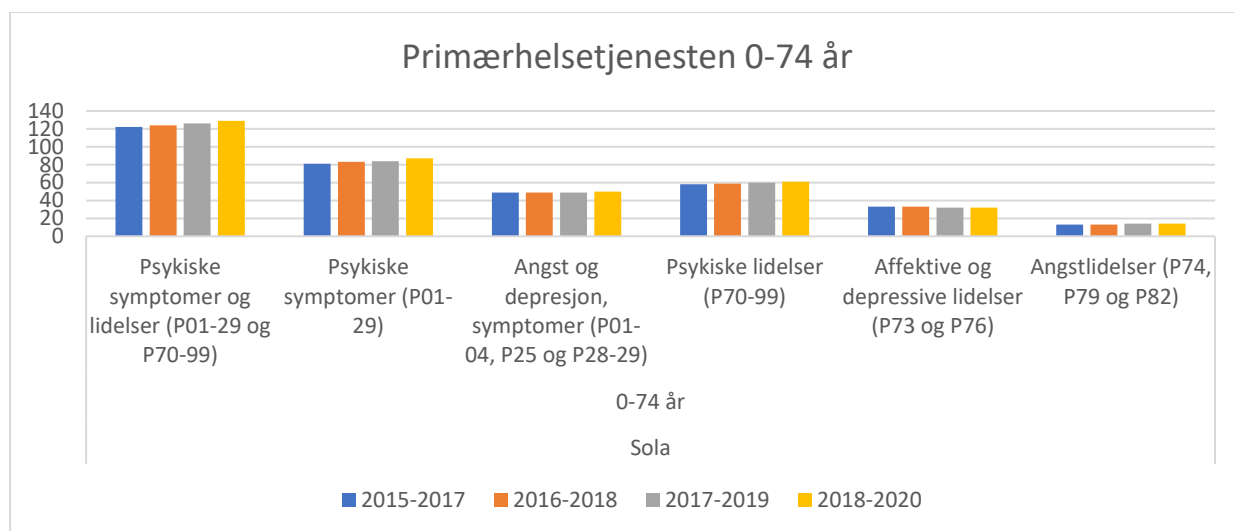
Muskel- og skjelettsykdommer og -plager:

Samlet sett er muskel- og skjelettsykdommer den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest», selv om de fleste tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet (Lærum, 2013). I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet. Muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager omfatter en lang rekke ulike tilstander som har det til felles at de er forbundet med smerte og eventuelt nedsatt funksjon knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Risikofaktorer, og dermed også mulighetene for forebygging, avhenger av diagnose. Sett under ett har mange typer muskel- og skjelettsykdommer og -plager sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og til dels også overvekt. Muskel- og skjelettsykdommer er vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status.

Hjerte- og karsykdommer:

Hjerte- og karsykdommer skyldes arvelige faktorer i samspill med faktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes. Sammen med kreft er hjerte- og karsykdommer de hyppigste dødsårsakene her i landet når vi ser alle aldersgrupper under ett. Mange av hjerte- og kardødsfallene skjer i høy alder. I den delen av befolkningen som har lav utdanning og/eller lav inntekt, er hjerte- og kardødeligheten samlet sett høyere enn blant dem som har høyskole- og universitetsutdanning.

Statistikken viser antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt (for muskel- og skjelettrelaterte plager/sykdomsdiagnoser inkluderes også kontakt med fysioterapeut og kiropraktor) per 1000 innbyggere per år. Alle kontakttyper er inkludert. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder).



Tannhelse

Tannhelse Rogaland rapporterer på tannhelsestatistikk for indikatorkull, som er 3-, 5-, 12-, 15- og 18-åringer. Munn- og tannhelsetilstanden blant barn og unge i Rogaland er generelt god, og utviklingen de siste årene har vært stabil. Det er få barn som har hull i tennene. Det er noen små variasjoner mellom distriktene som kan skyldes sosiale ulikheter i samfunnet. Familieinntekt og sosioøkonomisk status kan påvirke prioritering av mat- og drikkevarer, og hjelpemiddel som fluortilskudd. Andel flyktninger som kommer til kommunene kan også være med å påvirke denne statistikken. Vi opplever at flere av de som kommer fra Ukraina har mye behandlingskrevende hull.

Tannhelsestatistikk for Sola kommune 2023

- 3 åringer = 97% har ikke hatt hull i tennene
- 5 åringer = 83,7% har ikke hatt hull i tennene
- 12 åringer = 64,2% har ikke hatt hull i tennene
- 15 åringer = 48,7% har ikke hatt hull i tennene
- 18 åringer = 32,7% har ikke hatt hull i tennene

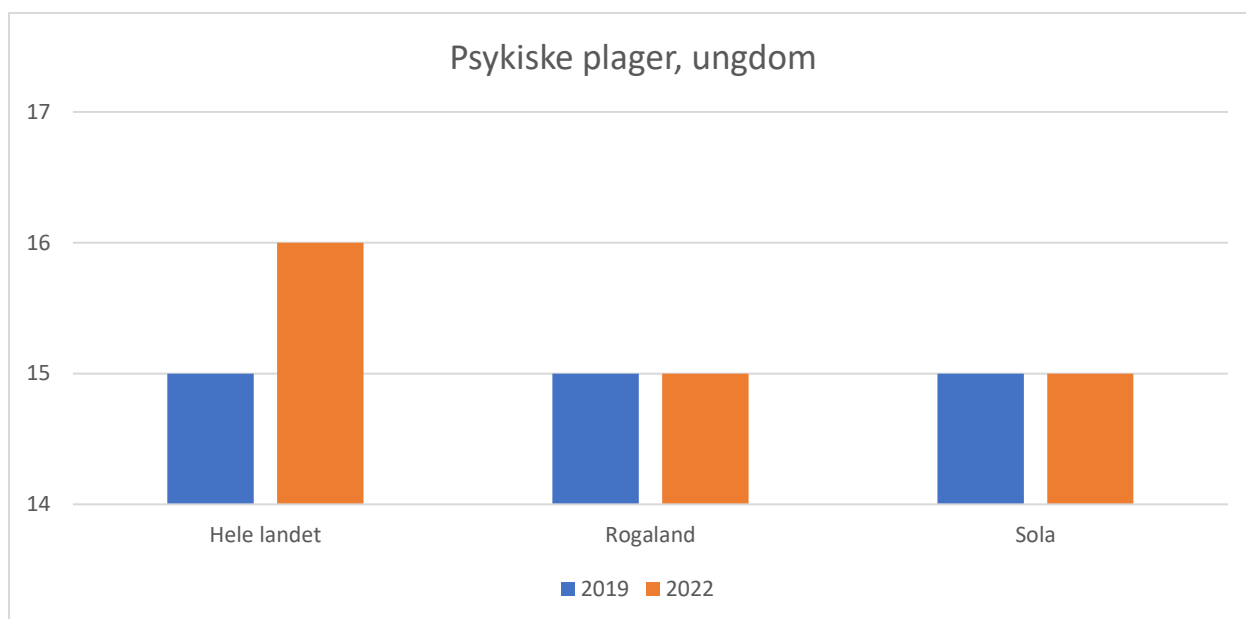
Psykiske plager, ungdom

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.

Andel ungdomsskoleelever som har mange psykiske plager. Omfatter de som i gjennomsnitt oppgir å være ganske mye eller veldig mye plaget i løpet av siste uke. Indikatoren het tidligere "depressive symptomer".

Indikatoren er målt gjennom et spørsmål om man siste uka har vært plaget av noe av det følgende: «Følt at alt er et slit», «Hatt søvnproblemer», «Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert», «Følt håpløshet med tanke på framtida», «Følt deg stiv eller anspent» og «Bekymret deg for mye om ting».

Hvert spørsmål besvares på en 4-delt skala: "Ikke plaget", "Litt plaget", "Ganske mye plaget" og "Veldig mye plaget". «Ikke plaget» gir 1 poeng, mens «Veldig mye plaget» gir 4 poeng. Indikatoren viser hvor mange prosent som har en gjennomsnittsscore på 3 eller høyere. Personer som har besvart færre enn fire av de seks spørsmålene er ekskludert.



Legemiddelbrukere

Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men det kan likevel være en indikator på forekomst av enkelte sykdommer. Bruk av legemidler 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 sykdomsgruppene hvor det finnes andre datakilder, vil Reseptregisteret være et supplement. Bruk av legemidler forskrevet på resept påvirkes av flere faktorer utenom sykdomsforekomst, blant annet tilgang til lege og forskrivningspraksis blant legene. Om legemiddelbruk er en god indikator på sykdomsforekomst må imidlertid vurderes i lys av lokal kunnskap om behandlingsmetoder og diagnostisering.

For følgende vanlig forekommende sykdomsgrupper kan legemiddelbruk gi en pekepinn på potensialet for forebyggende innsats:

Midler ved psykiske lidelser (antipsykotika, antidepressiva):

Psykiske lidelser er svært vanlig i befolkningen, men forekomsten er stabil. Ca. en tredel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år (inkludert alkoholmisbruk), mens 8 % av barn og unge til enhver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon. Symptomer, uførepensjon og økt dødelighet er noen av de viktigste følgene av psykiske sykdommer.

Sovemidler og beroligende/angstdempende midler:

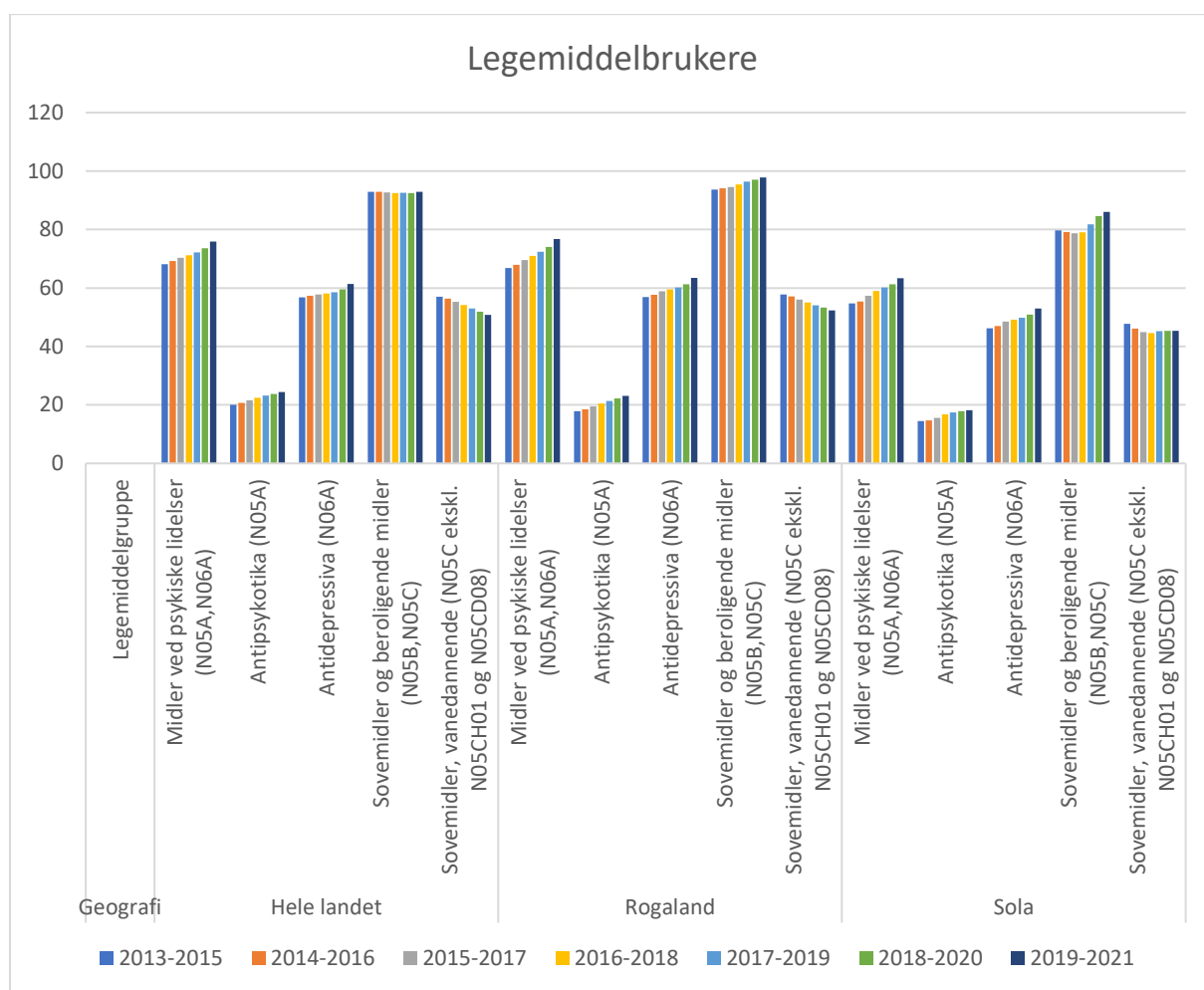
Bruk av sovemidler og beroligende midler omfatter potensielt vanedannende legemidler som normalt skal brukes i kort tid. Mange bruker slike legemidler i korte perioder uten at de har en psykisk lidelse. Tall for vanedannende sovemidler separat er også tilgjengelig.

Hjerte- og kar-legemidler

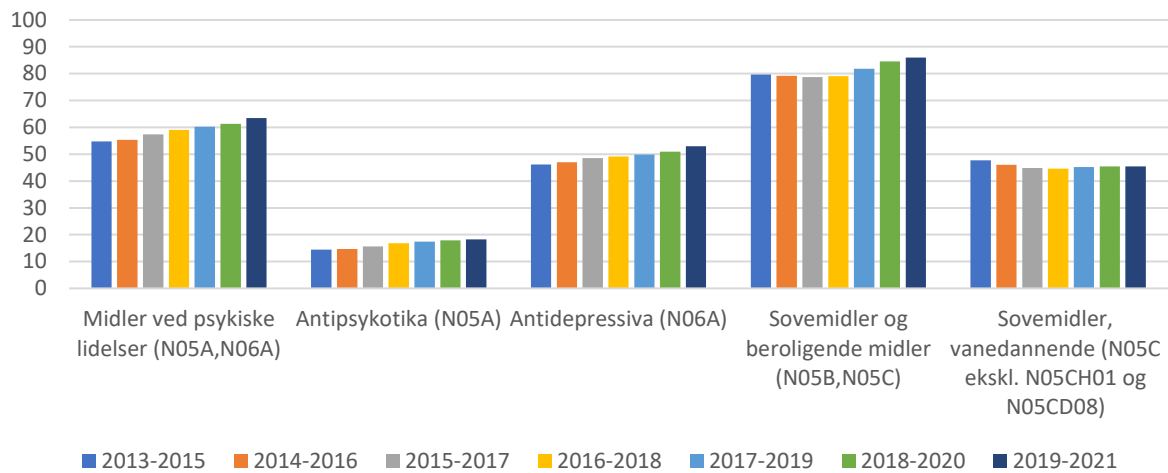
Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men

utbredelsen av risikofaktorer som røyking, fysisk inaktivitet og et ugunstig kosthold tyder på at hjerte- og karsykdommer fortsatt vil ramme mange. Det er flere faktorer som kan øke risikoen for hjerte- og karsykdommer som for eksempel høyt blodtrykk og høyt kolesterol. Legemidlene brukes både til primær- og sekundær forebygging av hjerte og karsykdom. Legemiddelbruken gir et bilde av hvor mange som har etablert hjerte- og karsykdom samt hvor mange som kan ha en økt risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer.

Kolesterolsenkende: Høyt kolesterol er en risikofaktor for å utvikle hjerte og karsykdom. Kolesterolsenkende legemidler brukes både til primær- og sekundær forebygging av hjerte- og karsykdom.



Legemiddelbrukere, Sola

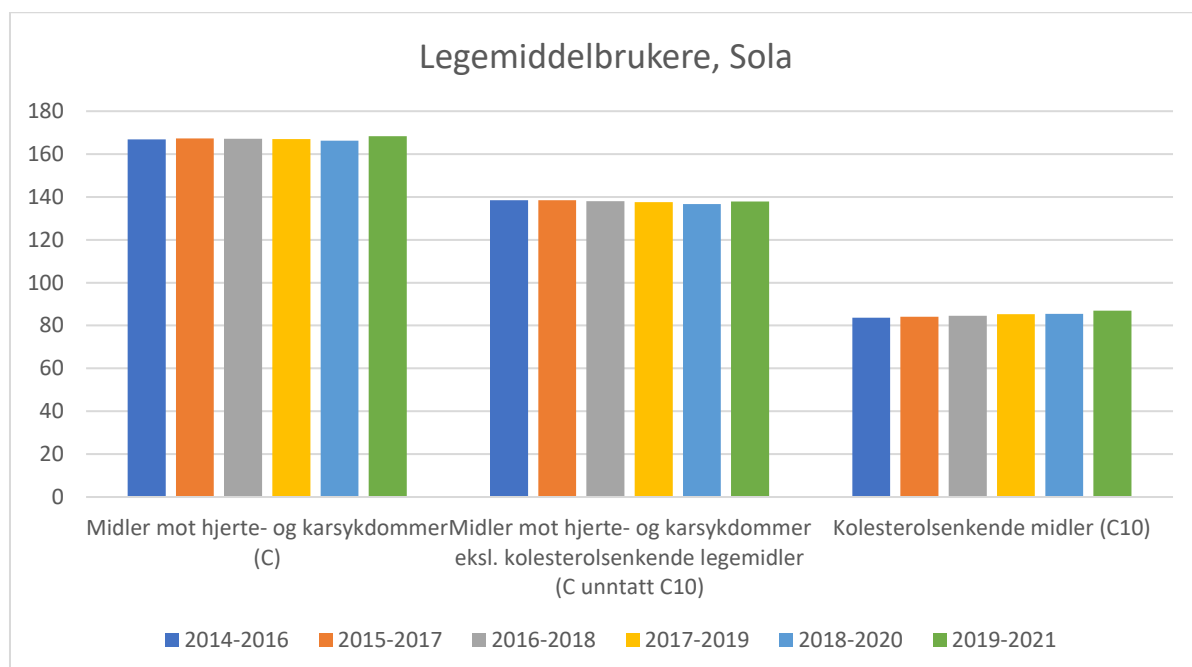
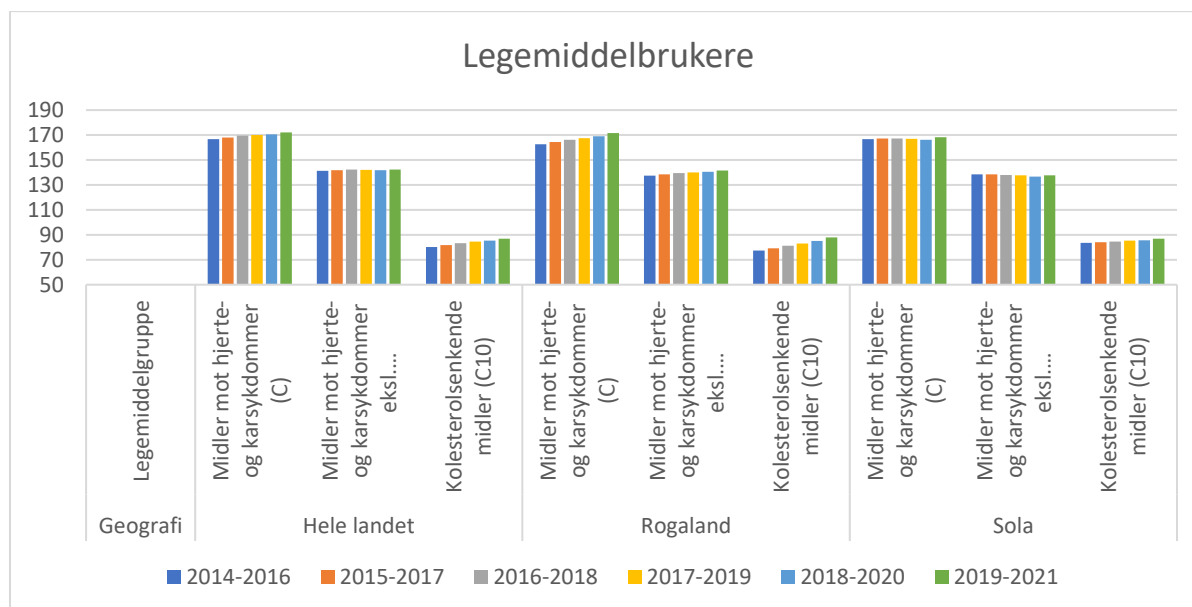


Hjerte- og karsykdom, indikatorer

Legemiddelbrukere

Statistikken inkluderer brukere av legemidler forskrevet på resept til personer i aldersgruppen 0-74 år. Brukere defineres som personer som i løpet av året har hentet ut minst én resept i apotek. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende bare én gang.

Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).



Primærhelsetjenesten, brukere

Statistikk på bruk av primærhelsetjenesten kan gi informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom i befolkningen. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner.

Psykiske lidelser:

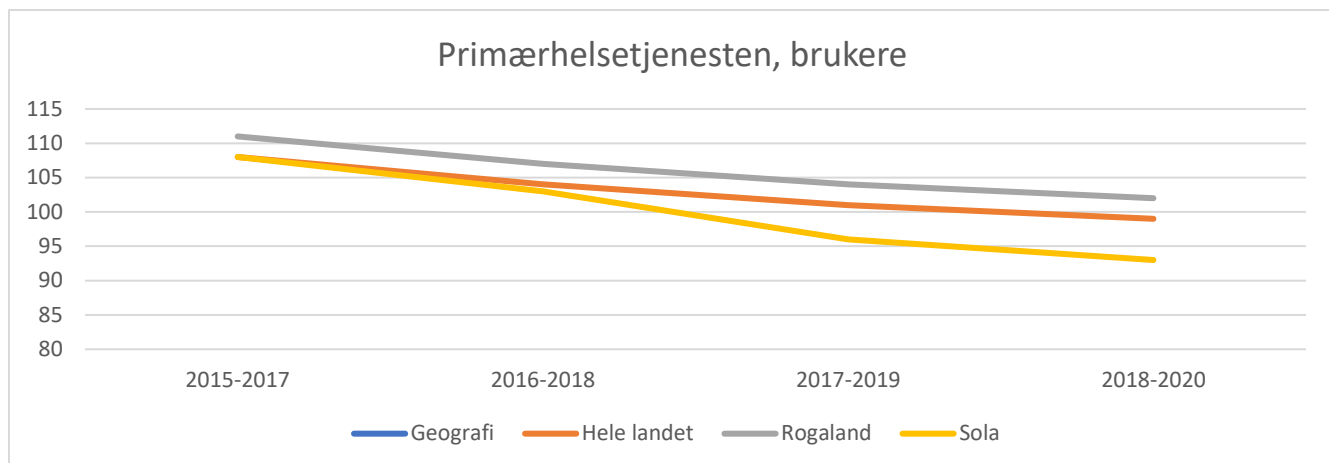
Arveligheten for psykiske plager, depresjon, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser er forholdsvis moderat. Det betyr at miljøforhold samlet er noe viktigere enn gener for disse lidelsene. Stort sett er det enighet om at en trygg tilknytning til omsorgspersoner i barndommen har betydning for senere psykisk helse. Gjennom hele livet gir sosial isolasjon og ensomhet økt risiko, mens sosial støtte og nærhet til andre mennesker beskytter. Traumatiske opplevelser, som alvorlige ulykker eller vold mot en selv eller ens nærmeste, kan gi varige psykiske skader. Daglige og vedvarende belastninger er vel så viktige som traumatiske hendelser. Flere belastningsfaktorer som virker sammen over lang tid, gir høy risiko, tilsynelatende høyere enn summen av risiko knyttet til hver enkelt faktor. Tilsvarende kan beskyttelsesfaktorer som for eksempel nære og trygge forhold til andre mennesker, gi ekstra beskyttelse mot hendelser eller belastninger som ellers ville ha medført høy risiko. En god selvfølelse, og spesielt følelsen av å kunne mestre utfordringer og problemer, har stor betydning for god psykisk helse.

Muskel- og skjelettsykdommer og -plager:

Samlet sett er muskel- og skjelettsykdommer den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest», selv om de fleste tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet (Lærum, 2013). I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet. Muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager omfatter en lang rekke ulike tilstander som har det til felles at de er forbundet med smerte og eventuelt nedsatt funksjon knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Risikofaktorer, og dermed også mulighetene for forebygging, avhenger av diagnose. Sett under ett har mange typer muskel- og skjelettsykdommer og -plager sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og til dels også overvekt. Muskel- og skjelettsykdommer er vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status.

Hjerte- og karsykdommer:

Hjerte- og karsykdommer skyldes arvelige faktorer i samspill med faktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes. Sammen med kreft er hjerte- og karsykdommer de hyppigste dødsårsakene her i landet når vi ser alle aldersgrupper under ett. Mange av hjerte- og kardødsfallene skjer i høy alder. I den delen av befolkningen som har lav utdanning og/eller lav inntekt, er hjerte- og kardødeligheten samlet sett høyere enn blant dem som har høyskole- og universitetsutdanning.



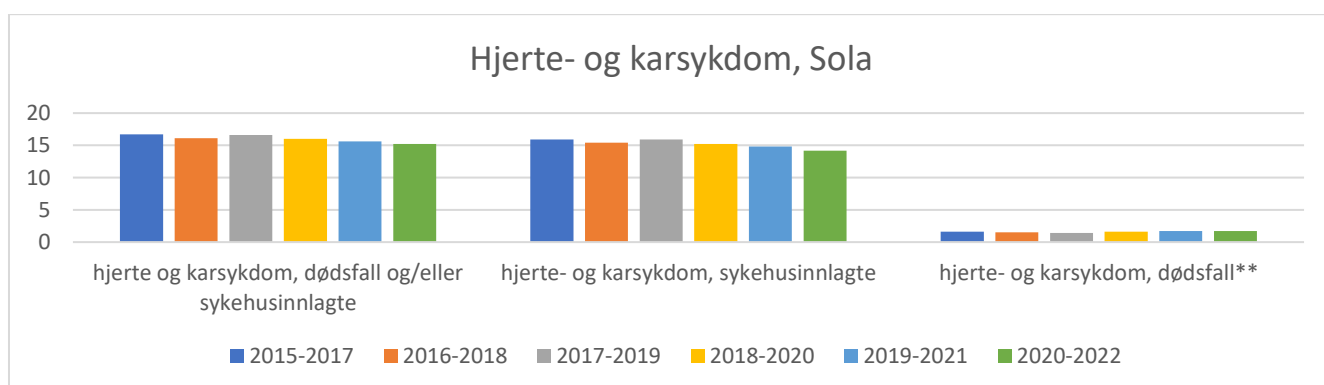
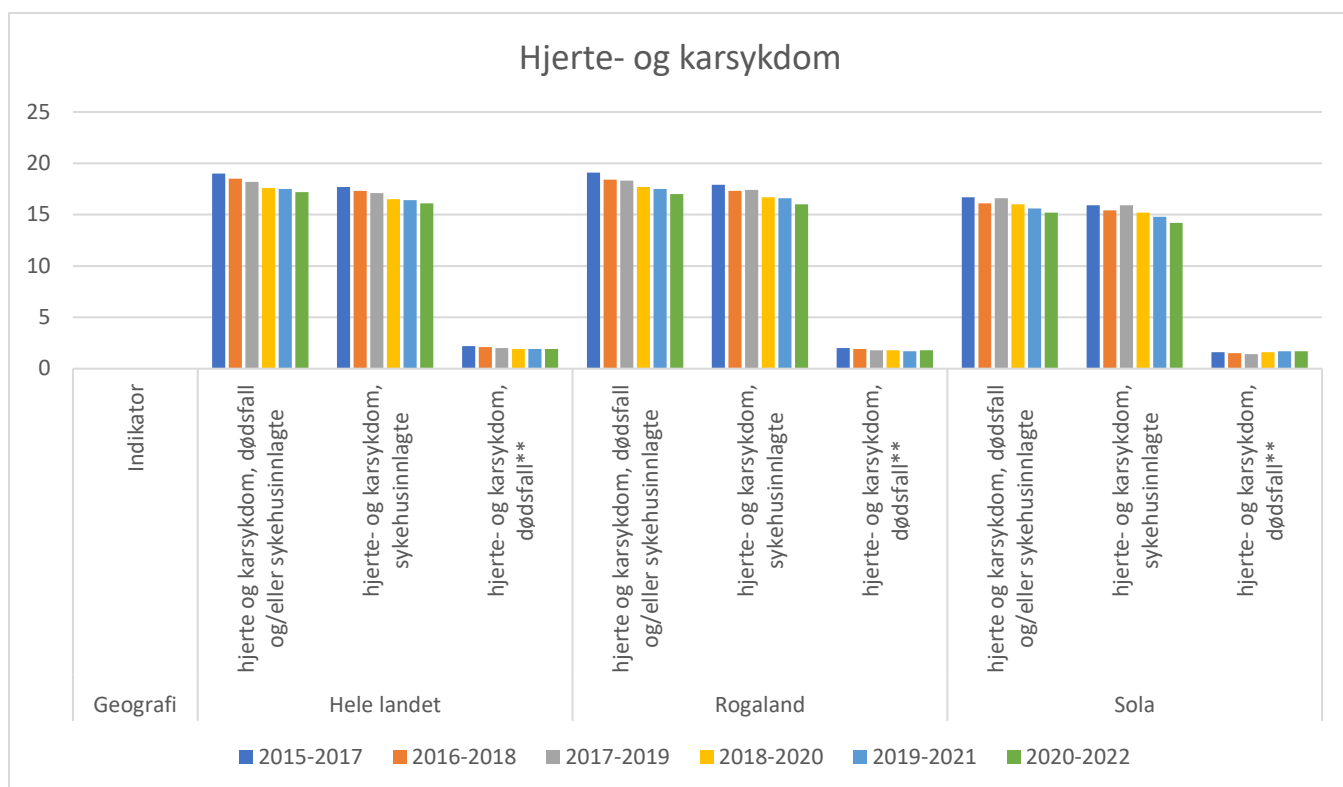
Hjerte- og karsykdom

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.

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

Antall unike personer med hjerte- og kardiagnose, per 1000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert.

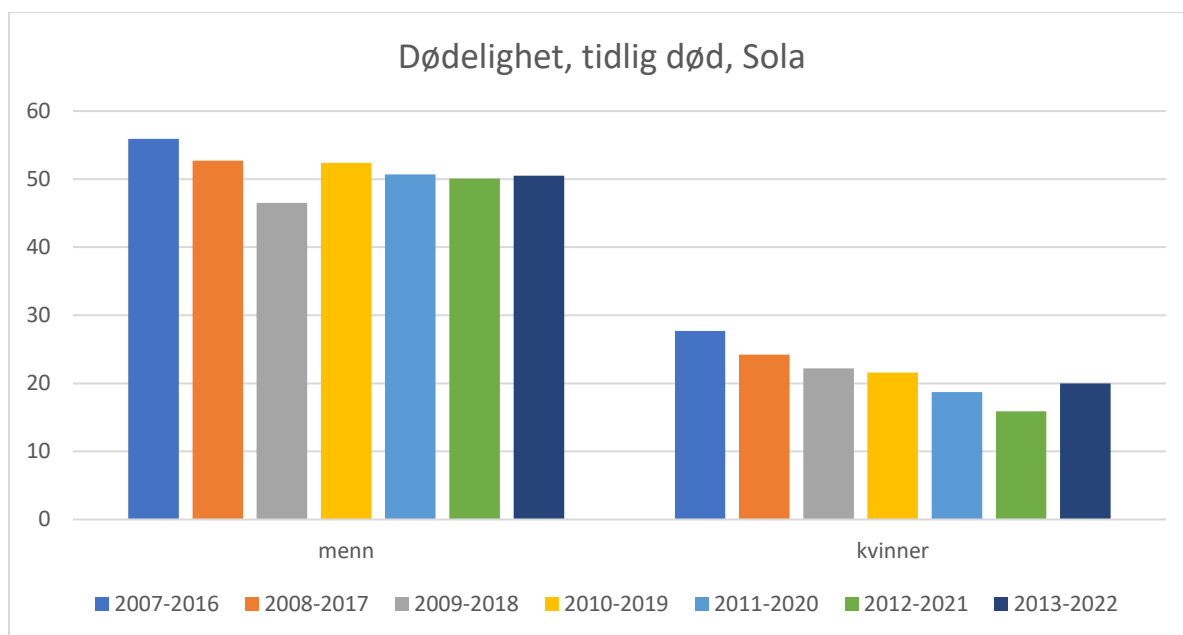
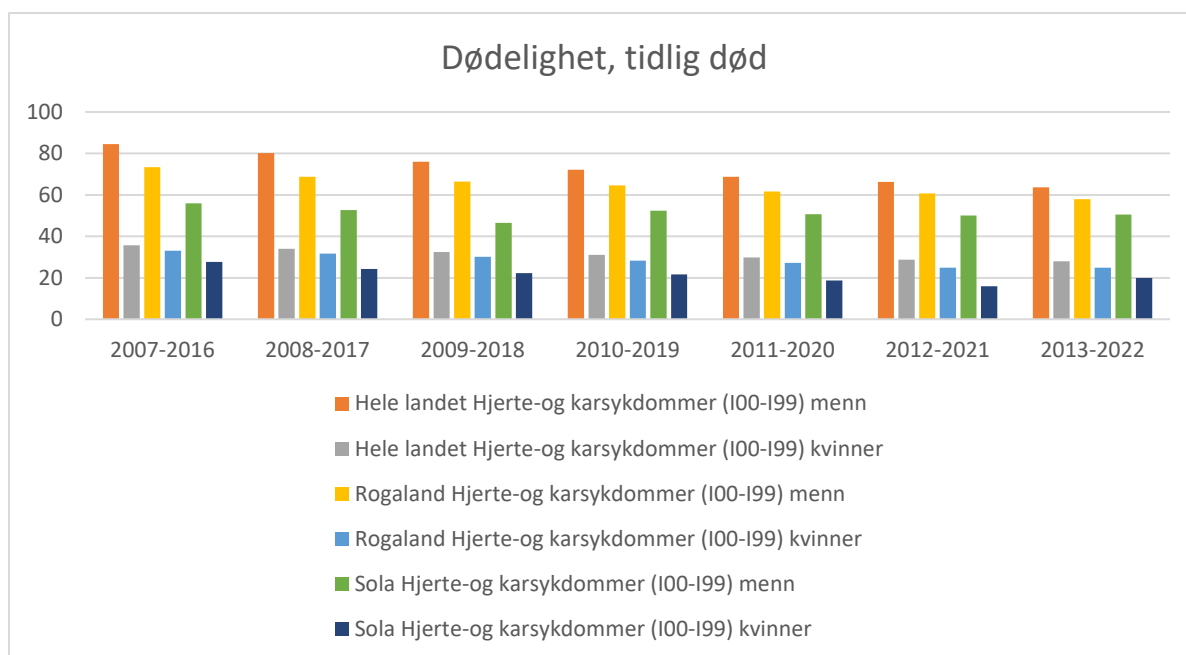
Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).



Dødelighet, tidlig død

Informasjon om tidlig død (her definert som død før 75 års alder) av gitte sykdomsgrupper gir oss viktig informasjon om hvor vi bør sette inn forebyggende tiltak. Dagens dødsårsaksmønster gjenspeiler ikke nødvendigvis befolkningens levevaner de siste årene.

De viktigste dødsårsakene i Norge i dag er hjerte- og karsykdommer og kreft.



Kreft, indikatorer

Kreft er ikke én 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.

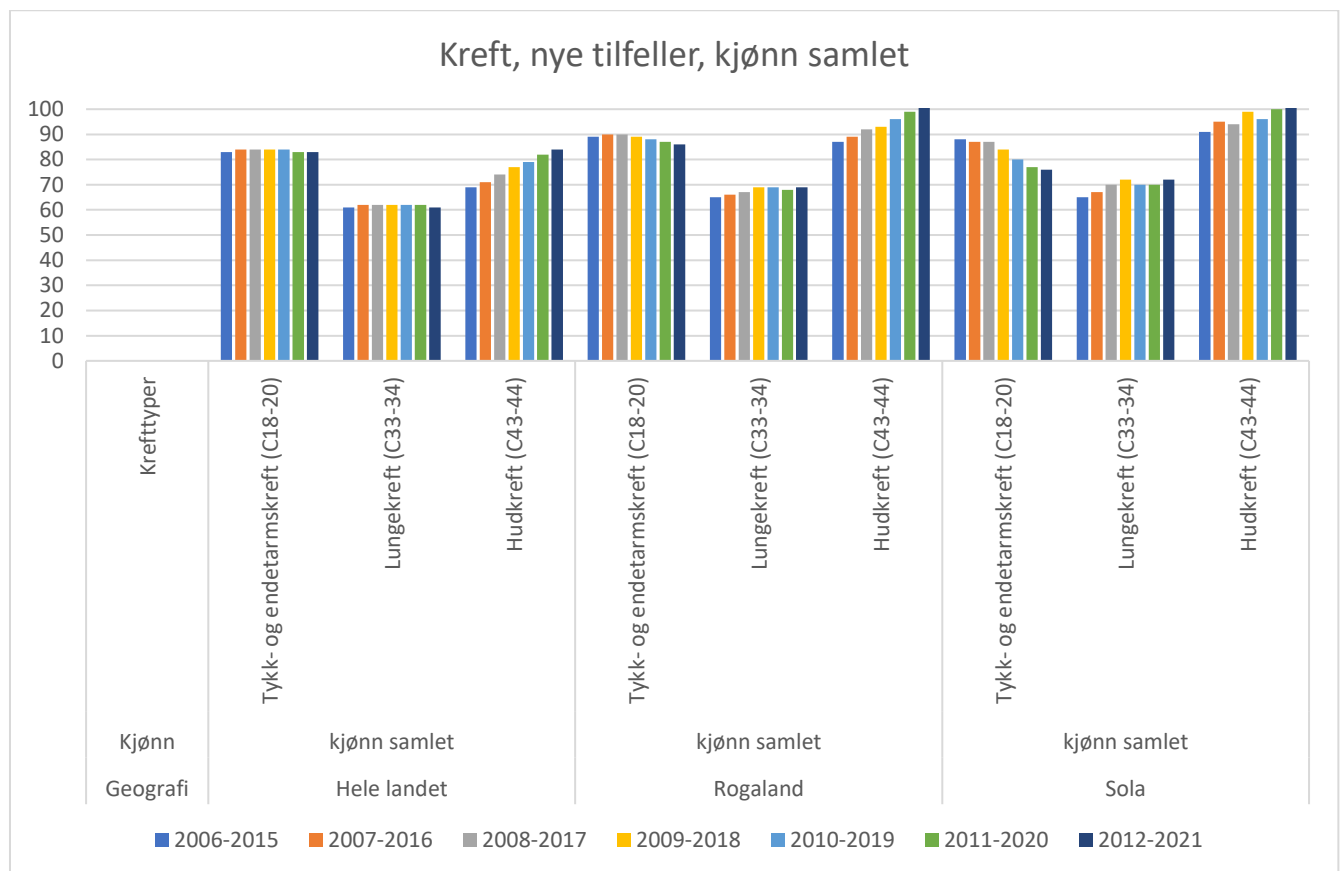
Kosthold, fysisk aktivitet, røyke- og alkoholvaner er faktorer som har betydning for kreftforekomsten. Det anslås at ett av tre krefttilfeller henger sammen med levevaner. En endring i befolkningens levevaner har derfor et stort potensiale til å redusere risikoen for å utvikle kreft.

Kreftforekomst og -dødelighet varierer med hvor man befinner seg på den sosiale rangstigen. Om lag 20 prosent av kreftdødsfallene blant menn og 30 prosent blant kvinner ville vært unngått dersom alle hadde hatt samme dødelighet som det gruppen med høyere universitetsutdanning har (Elstad, 2006).

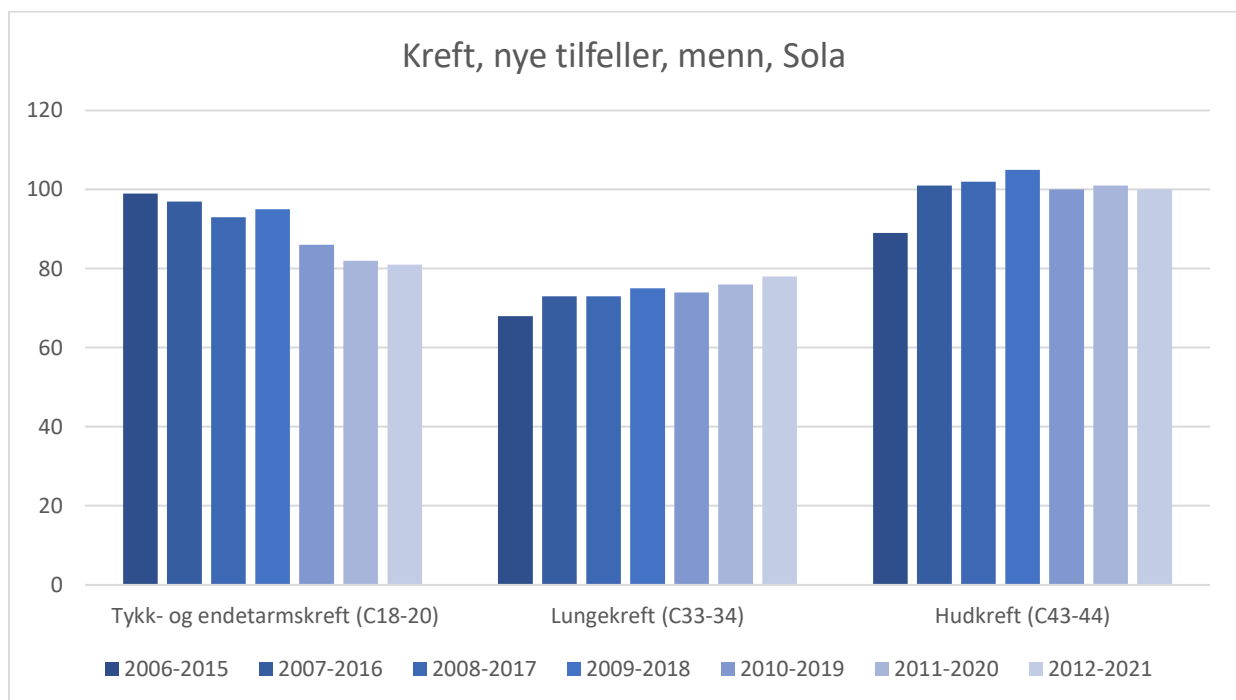
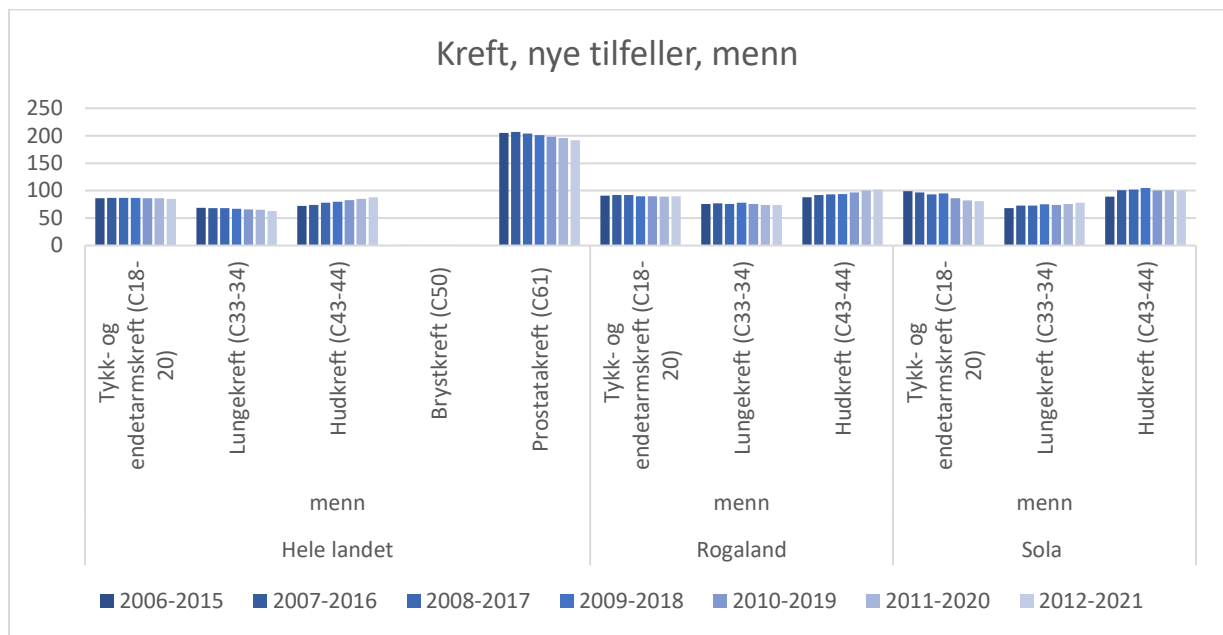
Hittil har det først og fremst vært menn som har fått lungekreft. Nå haler kvinnene innpå. Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 10-årsperioder).

Kreft, nye tilfeller

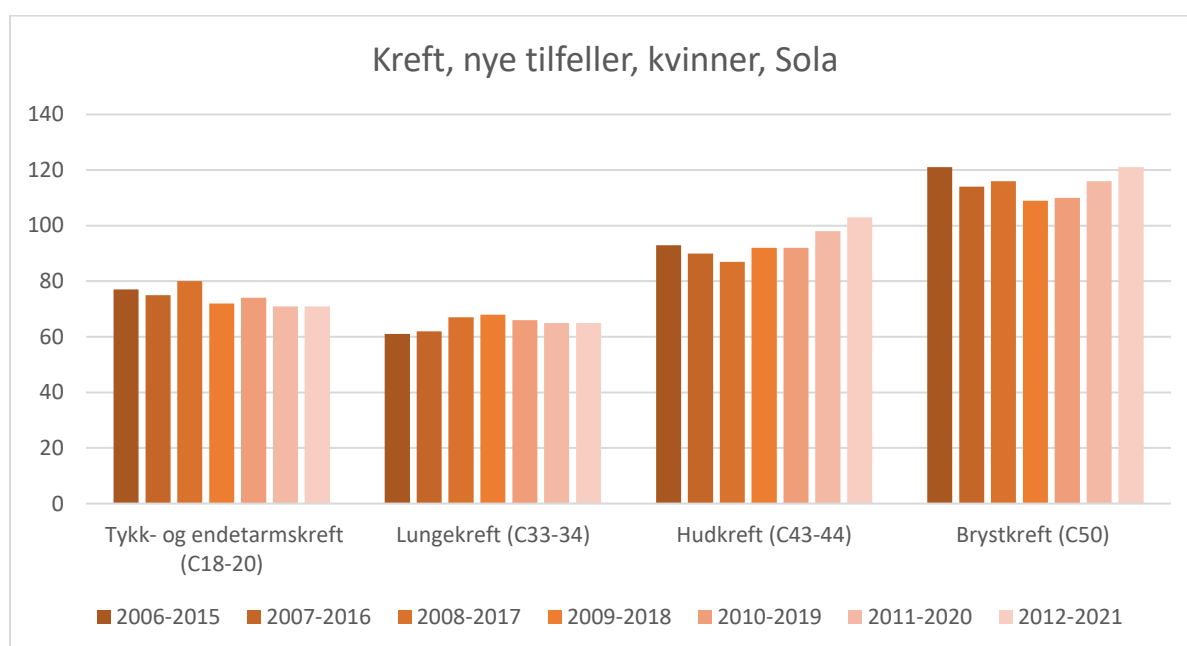
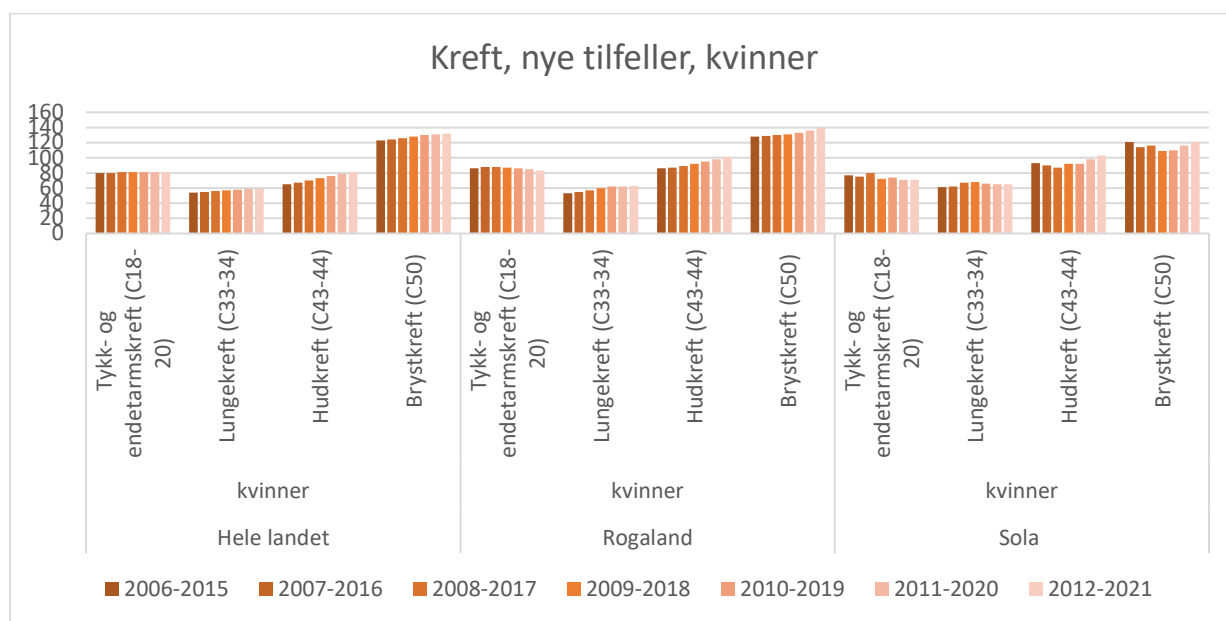
I denne statistikken inngår ikke prostatakreft eller brystkreft.



Kreft, nye tilfeller, menn



Kreft, nye tilfeller, kvinner



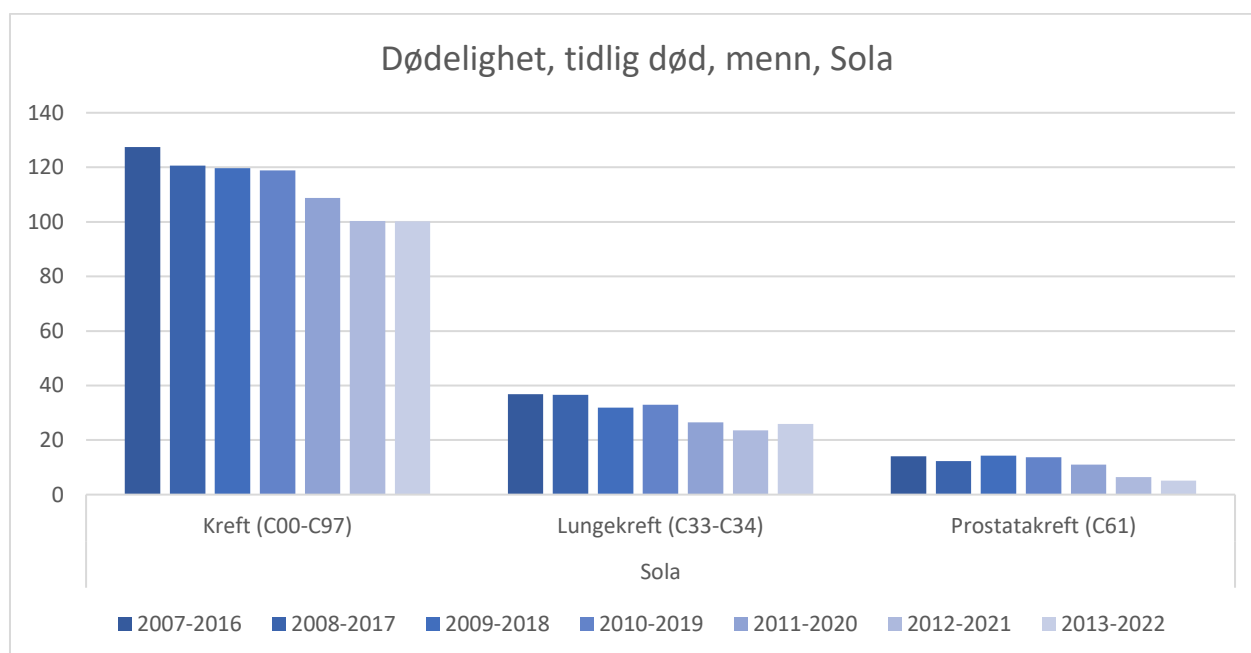
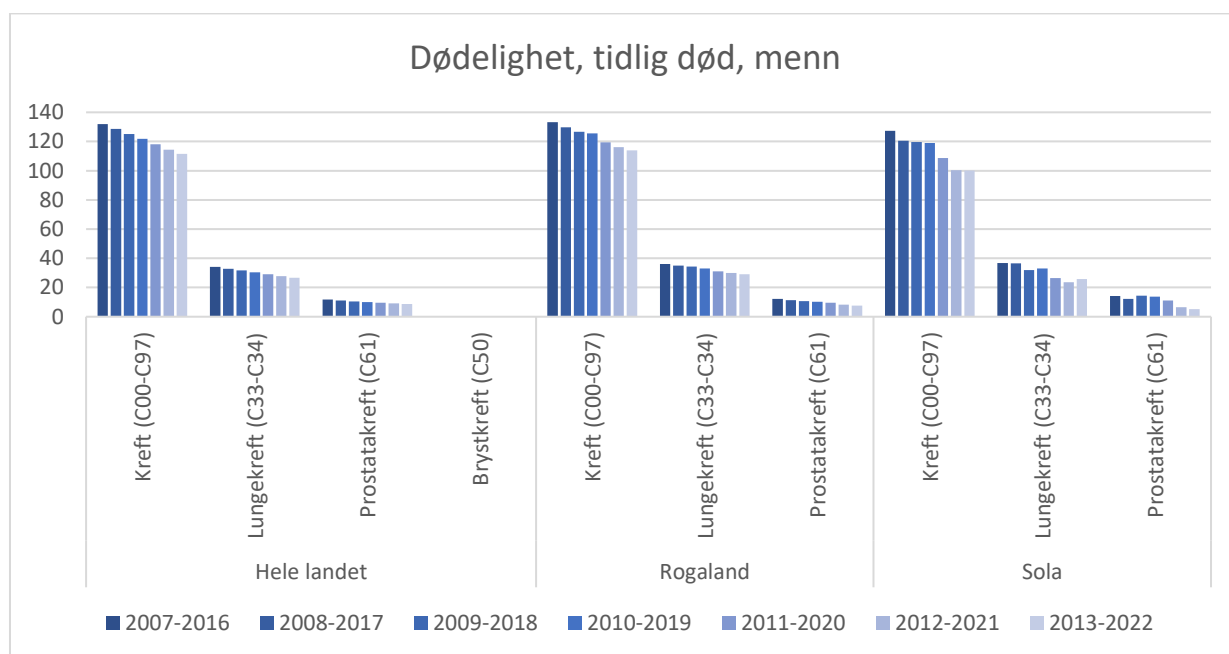
Dødelighet, tidlig død

Informasjon om tidlig død (her definert som død før 75 års alder) av gitte sykdomsgrupper gir oss viktig informasjon om hvor vi bør sette inn forebyggende tiltak. Dagens dødsårsaksmønster gjenspeiler ikke nødvendigvis befolkningens levevaner de siste årene.

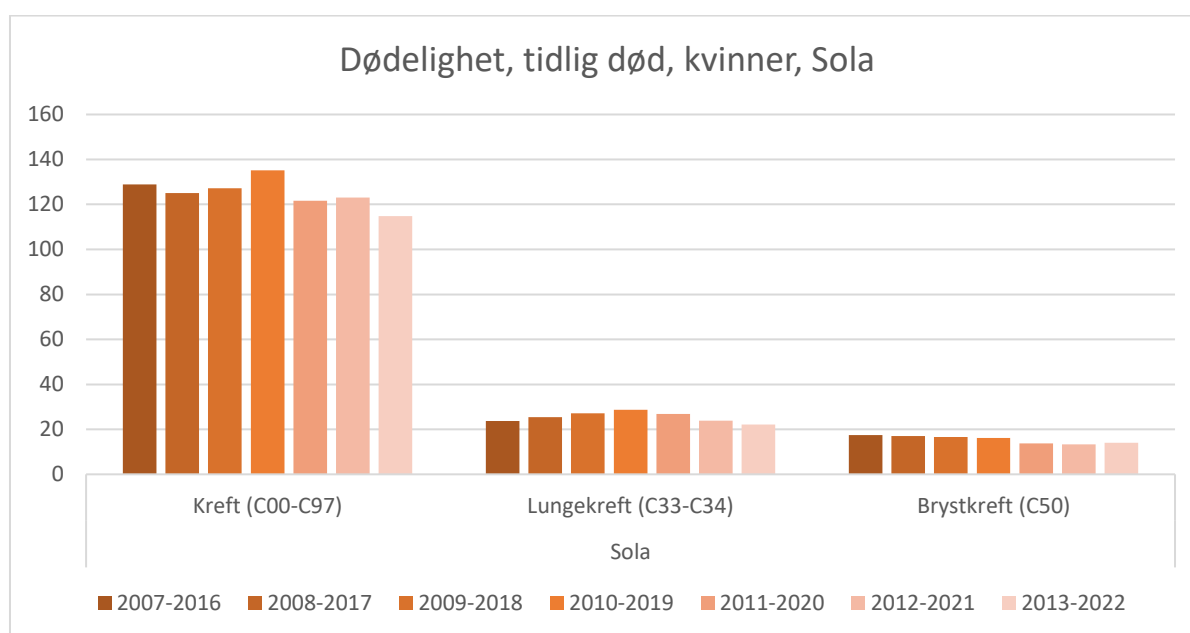
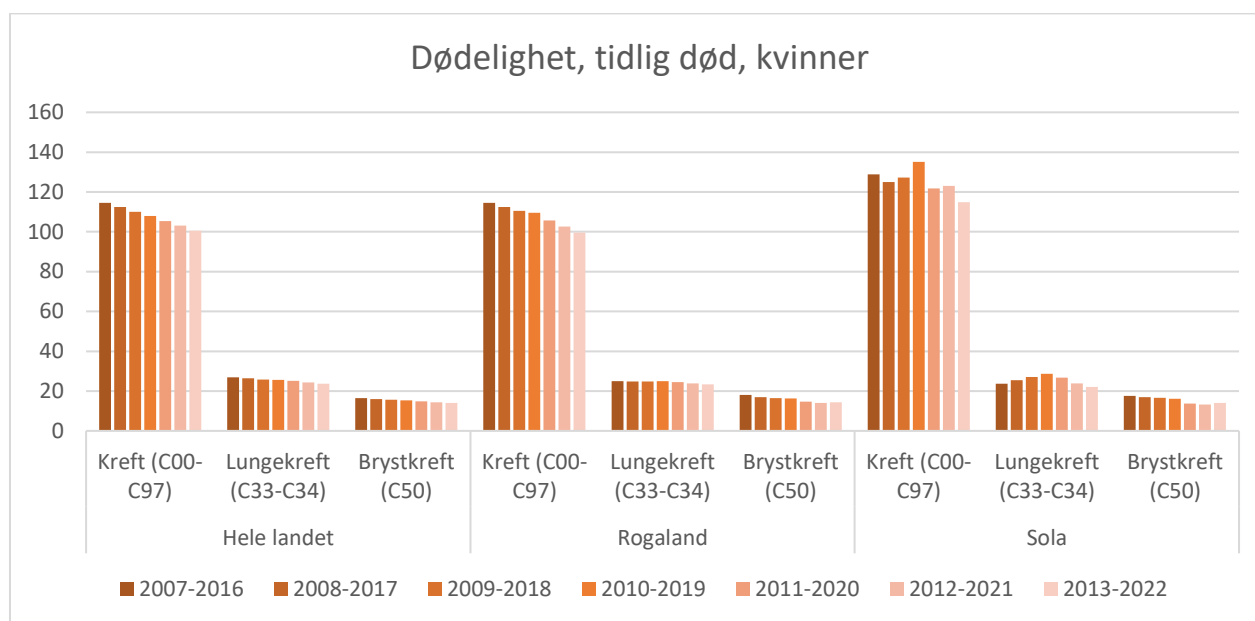
De viktigste dødsårsakene i Norge i dag er hjerte- og karsykdommer og kreft.

Statistikken viser antall døde i aldersgruppen per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder).

Dødelighet, tidlig død, menn



Dødelighet, tidlig død, kvinner



Type 2-diabetes

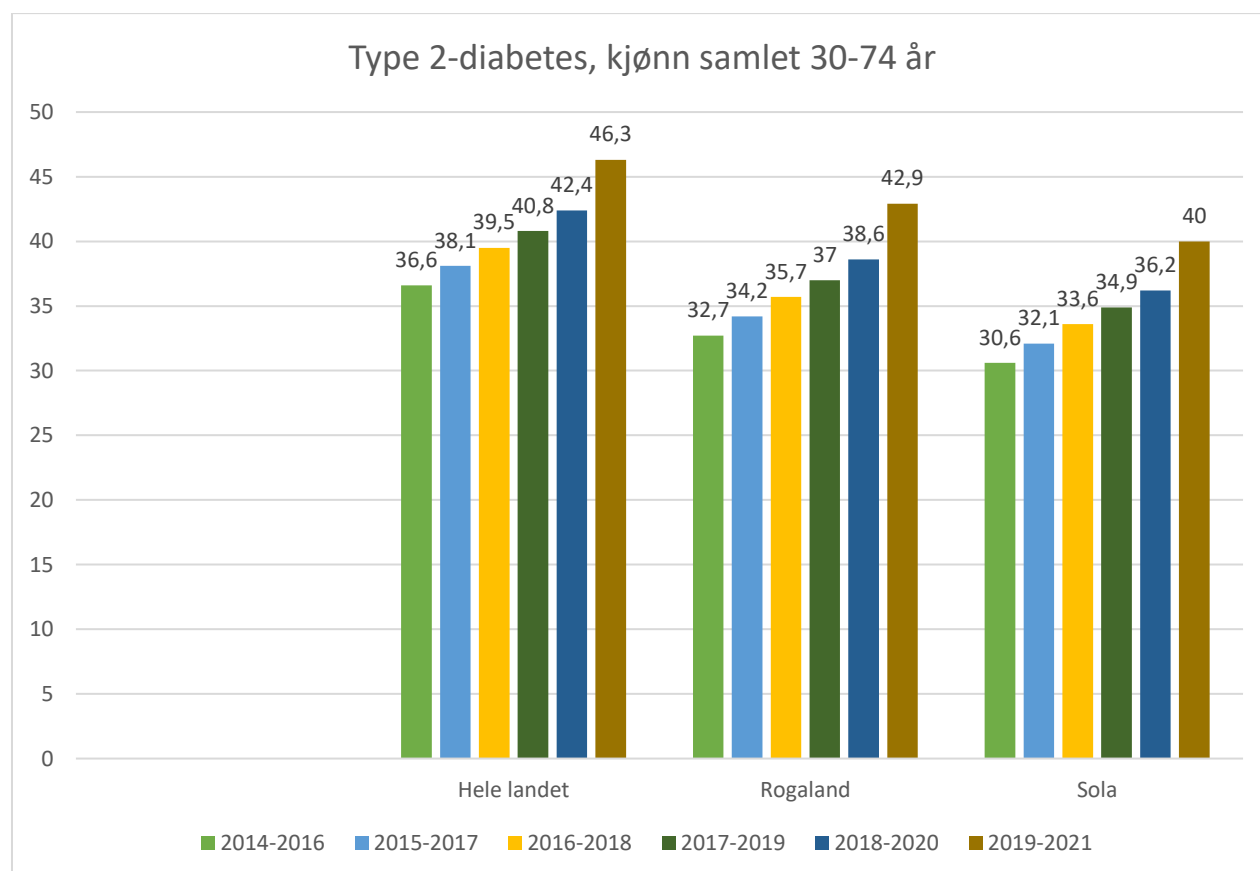
Det anslås at totalt 190 000 nordmenn har diagnostisert type 2-diabetes.

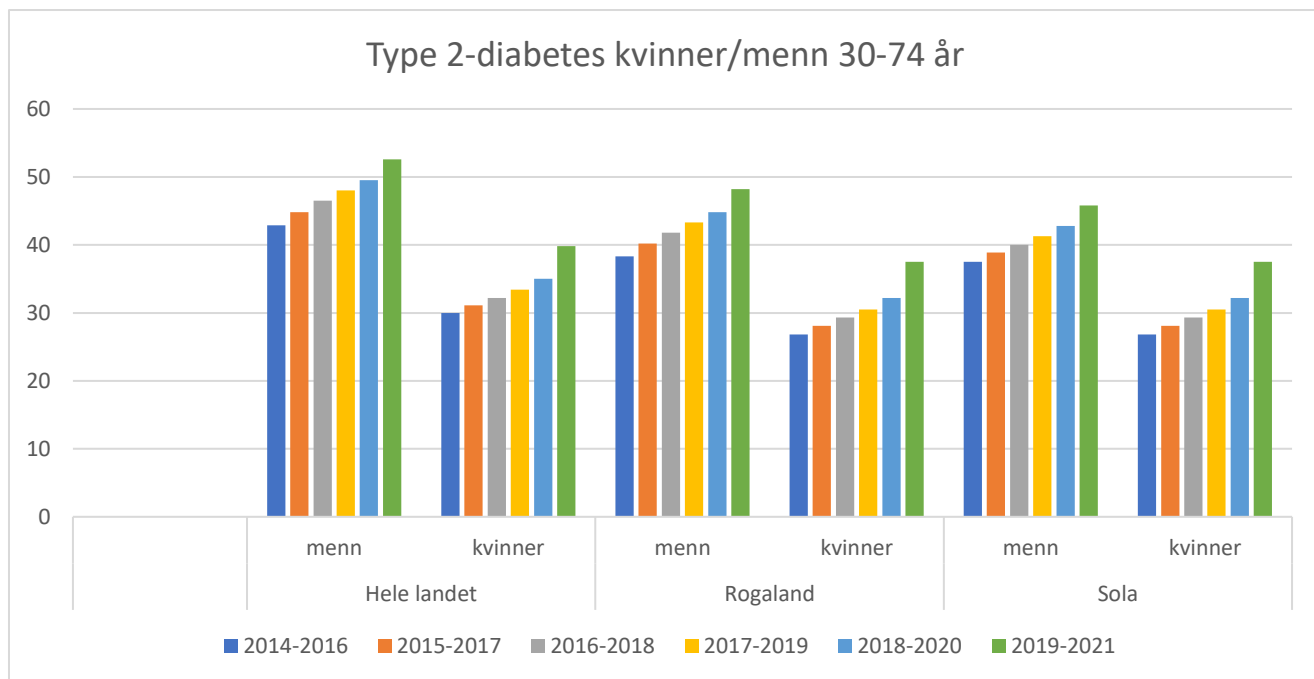
Det er sosioøkonomiske og geografiske forskjeller i forekomst av diabetes type 2.

Behandling av sykdommen varierer. Riktig kosthold, mosjon og vektreduksjon kan for noen normalisere blodsukkeret og holde sykdommen under kontroll. Rundt 70 % av pasientene må behandles med blodsukkersenkende legemidler. Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes (ATC gruppe A10B) kan benyttes som en indikator på forekomsten av type 2-diabetes i befolkningen. En liten andel (< 10 %) av type 2-diabetes pasientene behandles kun med insulin (ATC gruppe A10A). Insulin i kombinasjon med andre blodsukkersenkende legemidler er mer vanlig, og disse pasientene vil være inkludert i tallene (A10B).

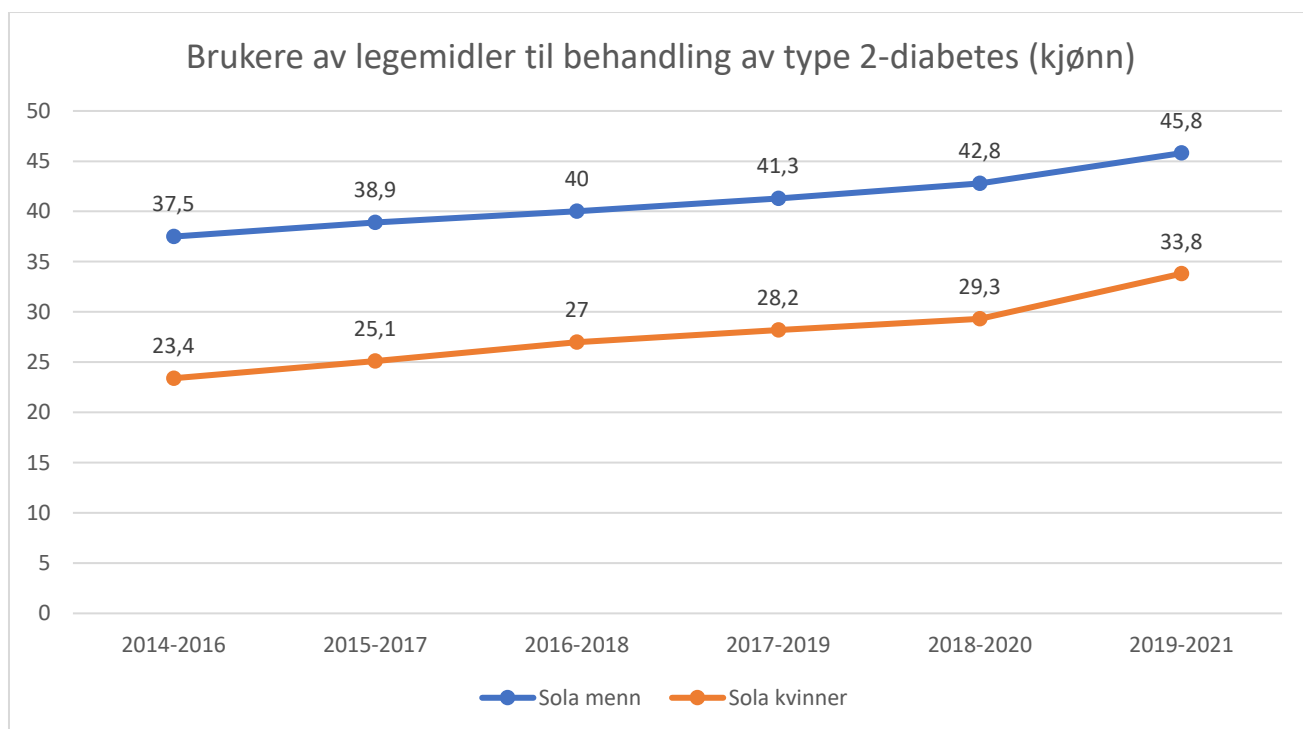
Overvekt er en viktig risikofaktor for utvikling av type 2-diabetes og forekomst av type 2-diabetes kan derfor si noe om befolkningens kosthold og fysisk aktivitet. Røyking er også en risikofaktor for å utvikle diabetes.

Statistikken viser brukere av legemidler forskrevet på resept til behandling av type 2-diabetes i aldersgruppen 30-74 år. Brukere defineres som personer som i løpet av året har hentet ut minst én resept i apotek. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel, telles vedkommende bare én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).





Statistikken er stigende i Sola, både for menn og kvinner. Høyeste tallet i kunnskapsgrunnlaget tilbake til 2014. Største differansen ligger hos kvinner (23,4 i 2014-2016 til 33,8 i 2019-2021).



KOLS/ lungesykdom, indikatorer

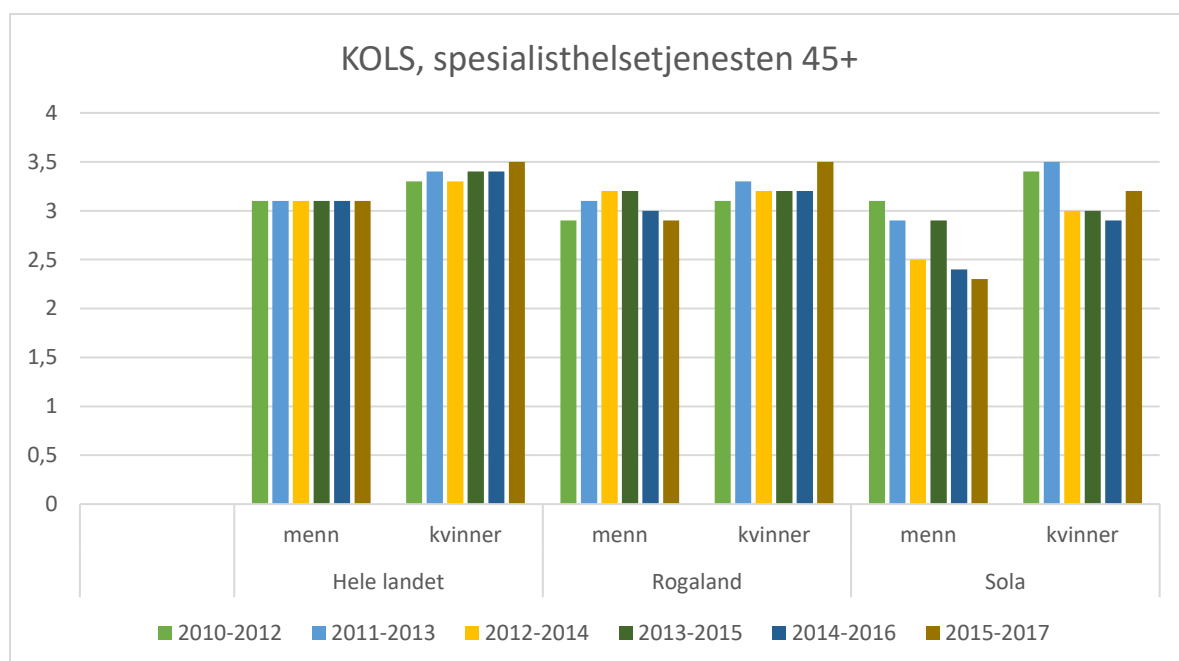
Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelser kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen.

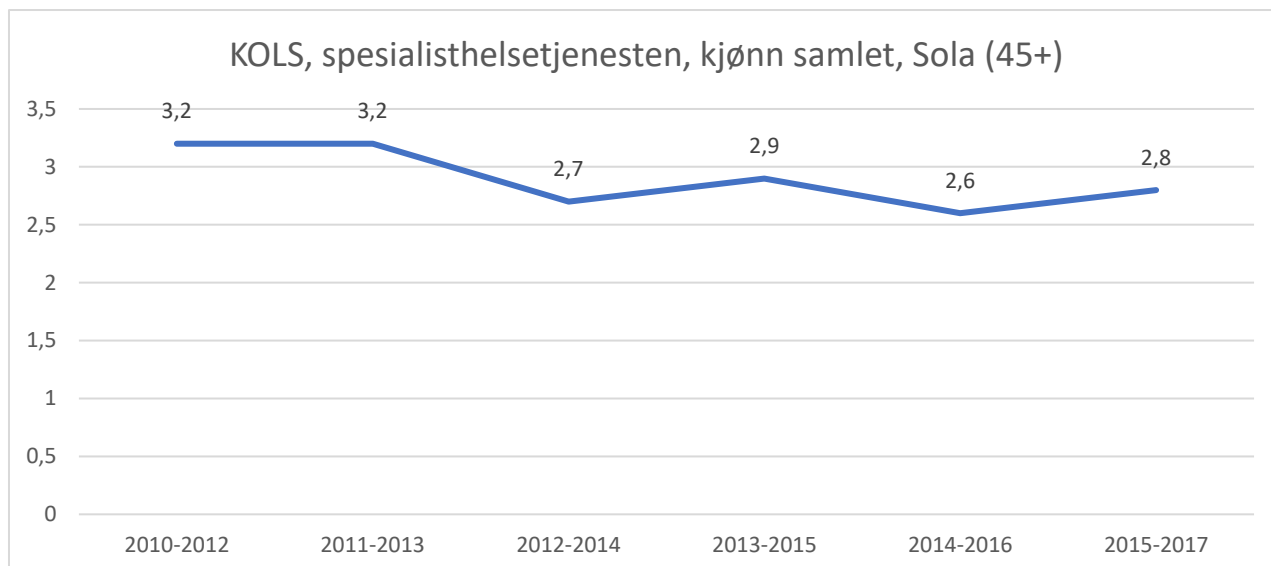
Sykehusinnleggelser kan i tillegg være en indikator på potensialet for forebyggende innsats. For å vurdere forekomsten av KOLS bør andre datakilder også brukes.

Røyking er den vanligste årsaken til KOLS, og forklarer to av tre tilfeller. Risikoen øker med økende tobakksforbruk og antall år man har røyket. Personer som arbeider i et miljø med bl.a. kvartsstøv og metallholdige gasser, eller som arbeider i gruver og tunneler, har også økt risiko for KOLS. Det er også mulig at utendørs forurensing, fysisk inaktivitet og kostholdsfaktorer kan påvirke risikoen, men her er det mangelfull kunnskap (Bakke, 1991).

KOLS-pasienter har økt risiko for å få flere andre sykdommer samtidig (Rabe, 2013). Eksempler er hjerte- og karsykdom, lungekreft, depresjon og beinskjørhet. Har man først utviklet KOLS, kan ikke behandling reparere den tapte lungefunksjonen. Røykestopp kan bremse forverring av sykdommen og ytterligere tap av lungefunksjon (Eagan, 2004).

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





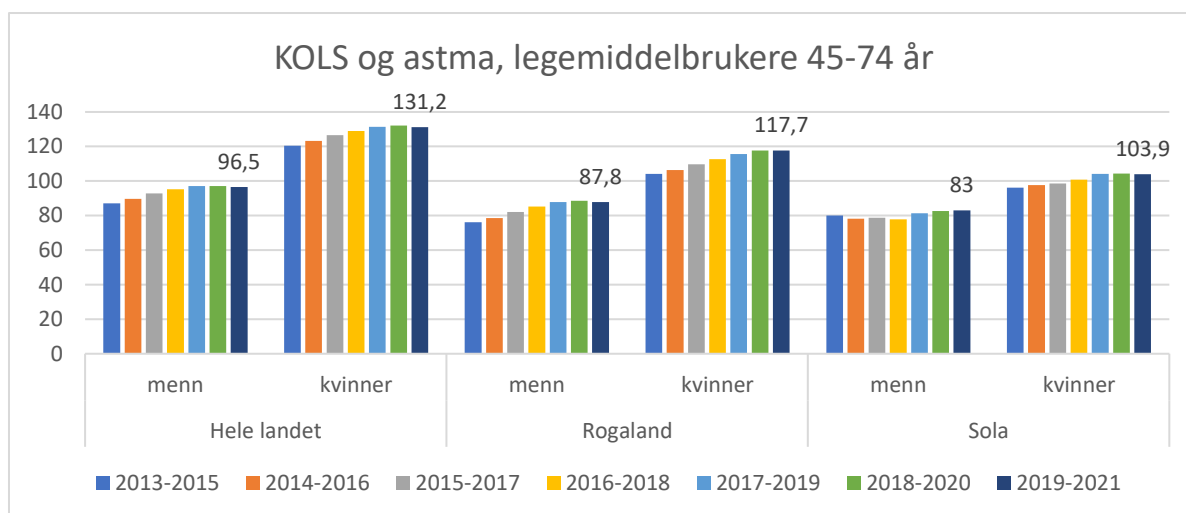
KOLS og astma, legemiddelbrukere

Reseptregisteret inneholder opplysninger fra alle resepter og rekvisisjoner som er ekspedert ved norske apotek. Registeret inneholder bare opplysninger som direkte eller indirekte fremkommer av reseptene og rekvisisjonene. I Reseptregisteret er hvert individ registrert med et løpenummer, et såkalt pseudonym. Dette gjør det mulig å knytte legemiddelbruk til enkeltindivider uten å vite hvem de er. Selv om en person har hentet ut flere resepter på samme legemiddel, telles vedkommende som bruker bare én gang.

Bruk av midler til behandling av KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) og astma:

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

Statistikken under viser brukere av legemidler utlevert på resept til personer 45-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).



Legemidler og helsetjenester

Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men det kan likevel være en indikator på forekomst av enkelte sykdommer. Bruk av legemidler 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 sykdomsgruppene hvor det finnes andre datakilder, vil Reseptregisteret være et supplement. Bruk av legemidler forskrevet på resept påvirkes av flere faktorer utenom sykdomsforekomst, blant annet tilgang til lege og forskrivningspraksis blant legene. Om legemiddelbruk er en god indikator på sykdomsforekomst må imidlertid vurderes i lys av lokal kunnskap om behandlingsmetoder og diagnostisering.

For følgende vanlig forekommende sykdomsgrupper kan legemiddelbruk gi en pekepinn på potensialet for forebyggende innsats:

Midler ved psykiske lidelser (antipsykotika, antidepressiva):

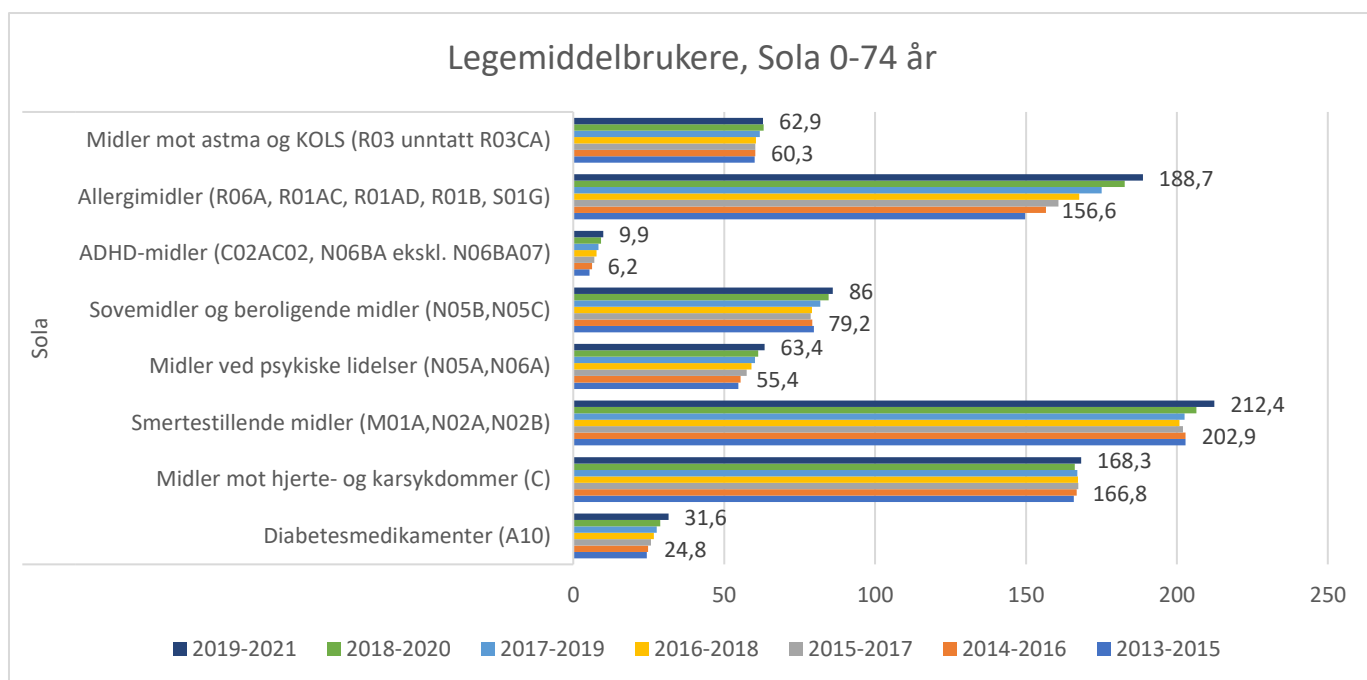
Psykiske lidelser er svært vanlig i befolkningen, men forekomsten er stabil. Ca. en tredel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år (inkludert alkoholmisbruk), mens 8 % av barn og unge til enhver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon. Symptomer, uførepensjon og økt dødelighet er noen av de viktigste følgene av psykiske sykdommer.

Sovemidler og beroligende/angstdempende midler:

Bruk av sovemidler og beroligende midler omfatter potensielt vanedannende legemidler som normalt skal brukes i kort tid. Mange bruker slike legemidler i korte perioder uten at de har en psykisk lidelse. Tall for vanedannende sovemidler separat er også tilgjengelig.

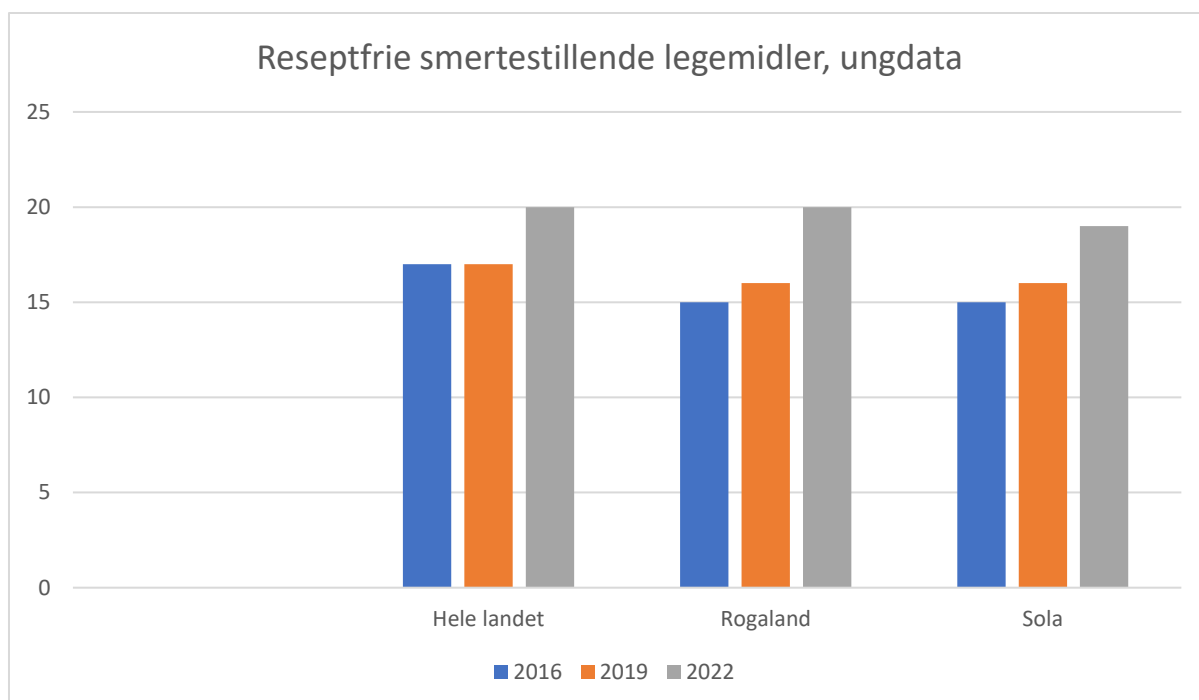
Hjerte- og kar-legemidler

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



Reseptfrie smertestillende legemidler, ungdata

Selv om ungdom generelt har god fysisk helse, er det likevel mange som sliter med ulike typer plager i hverdagen. Forbruket av smertestillende medisiner blant norske 15- til 16-åringer er høyt, og har steget betydelig siden 2001. En studie av norske ungdommer i 12- til 15-årsalderen viste at 17 prosent var regelmessig plaget av hodepine, magesmerter, ryggsmertor eller smerter i armer/bein.



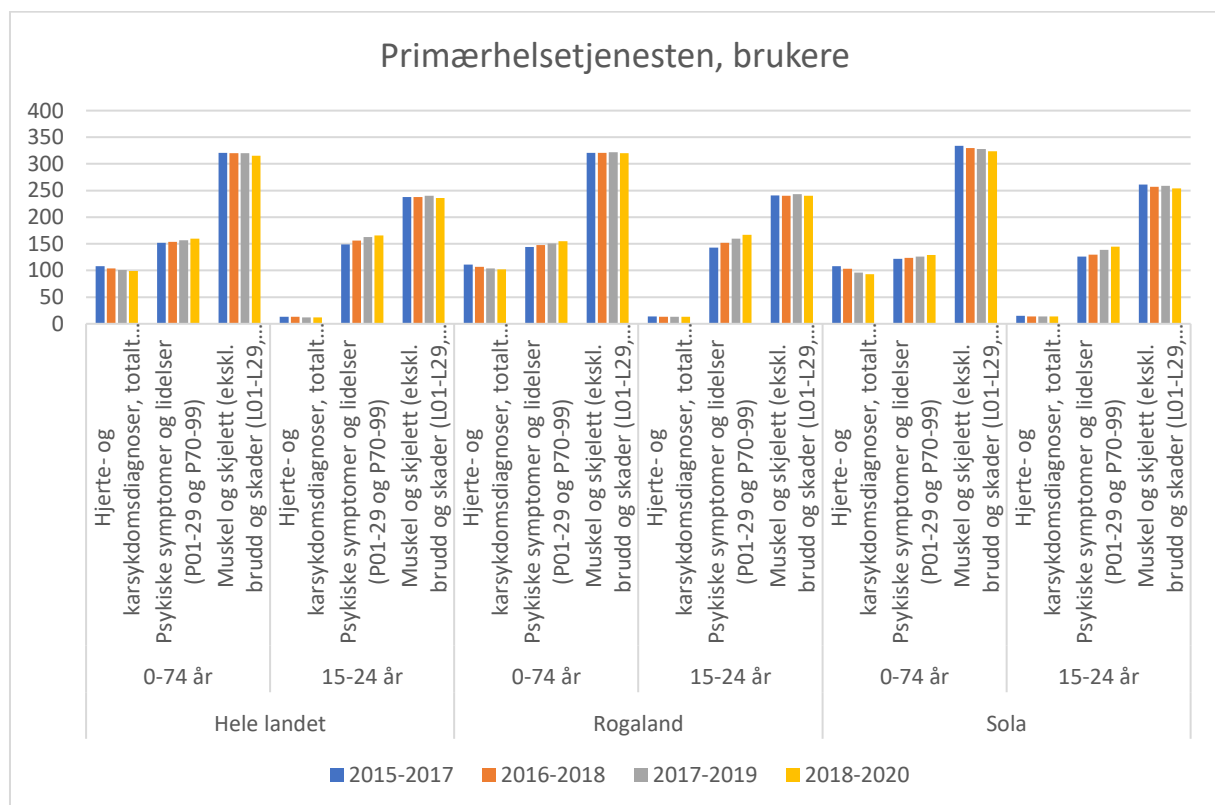
Legemiddelbrukere

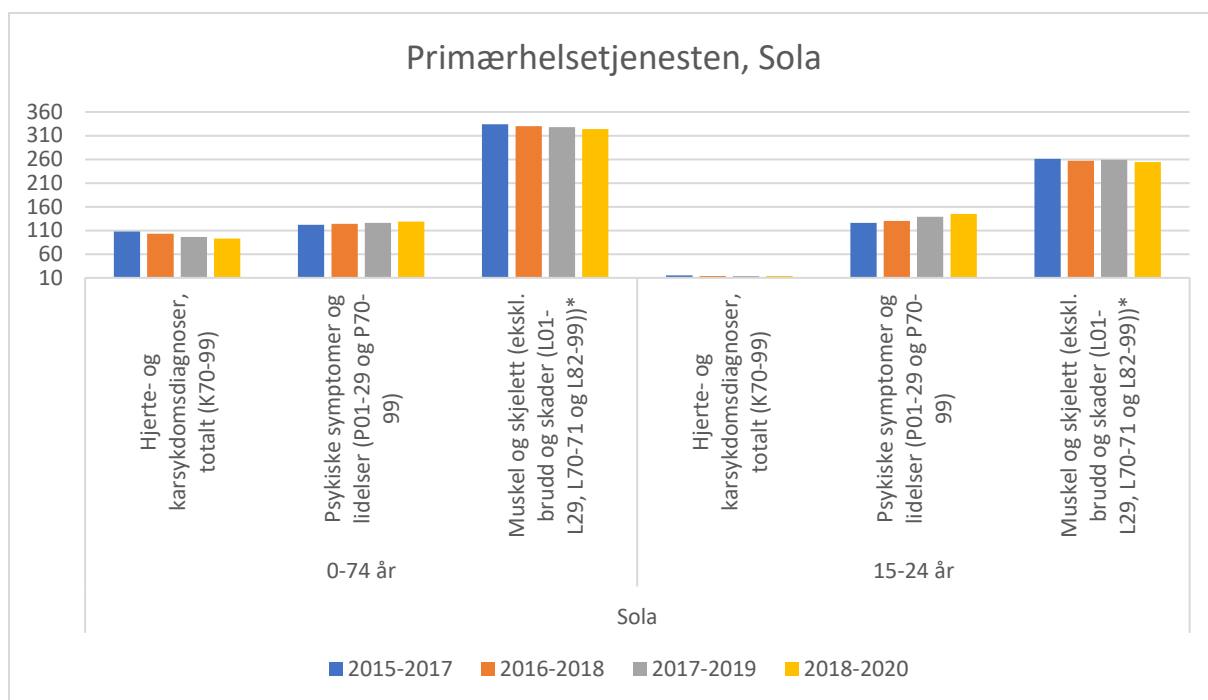
Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men det kan likevel være en indikator på forekomst av enkelte sykdommer. Bruk av legemidler kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. For de sykdomsgruppene hvor det finnes andre datakilder, vil Reseptregisteret være et supplement. Bruk av legemidler forskrevet på resept påvirkes av flere faktorer utenom sykdomsforekomst, blant annet tilgang til lege og forskrivningspraksis blant legene. Om legemiddelbruk er en god indikator på sykdomsforekomst må imidlertid vurderes i lys av lokal kunnskap om behandlingsmetoder og diagnostisering.

Primærhelsetjenesten

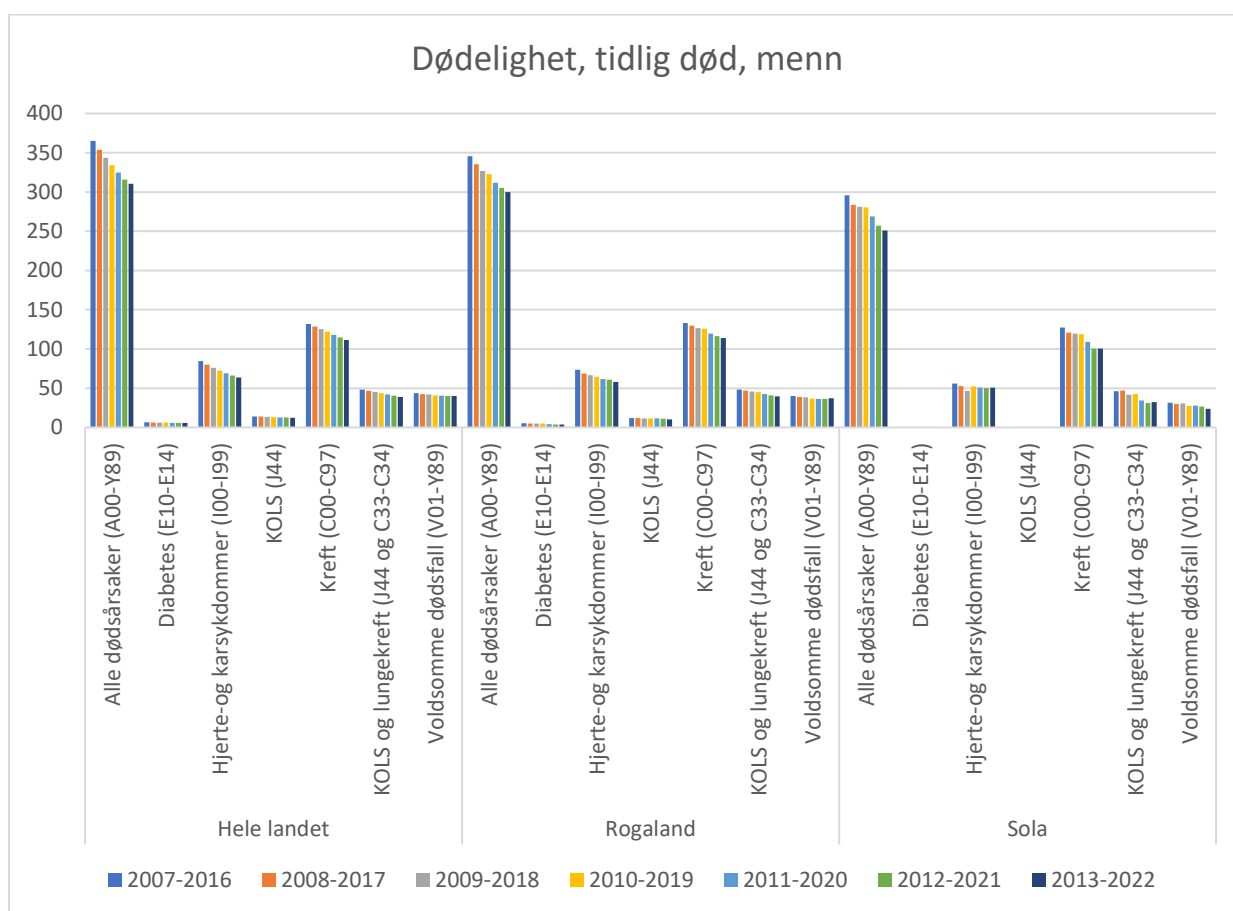
Statistikk på bruk av primærhelsetjenesten kan gi informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom i befolkningen. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner.

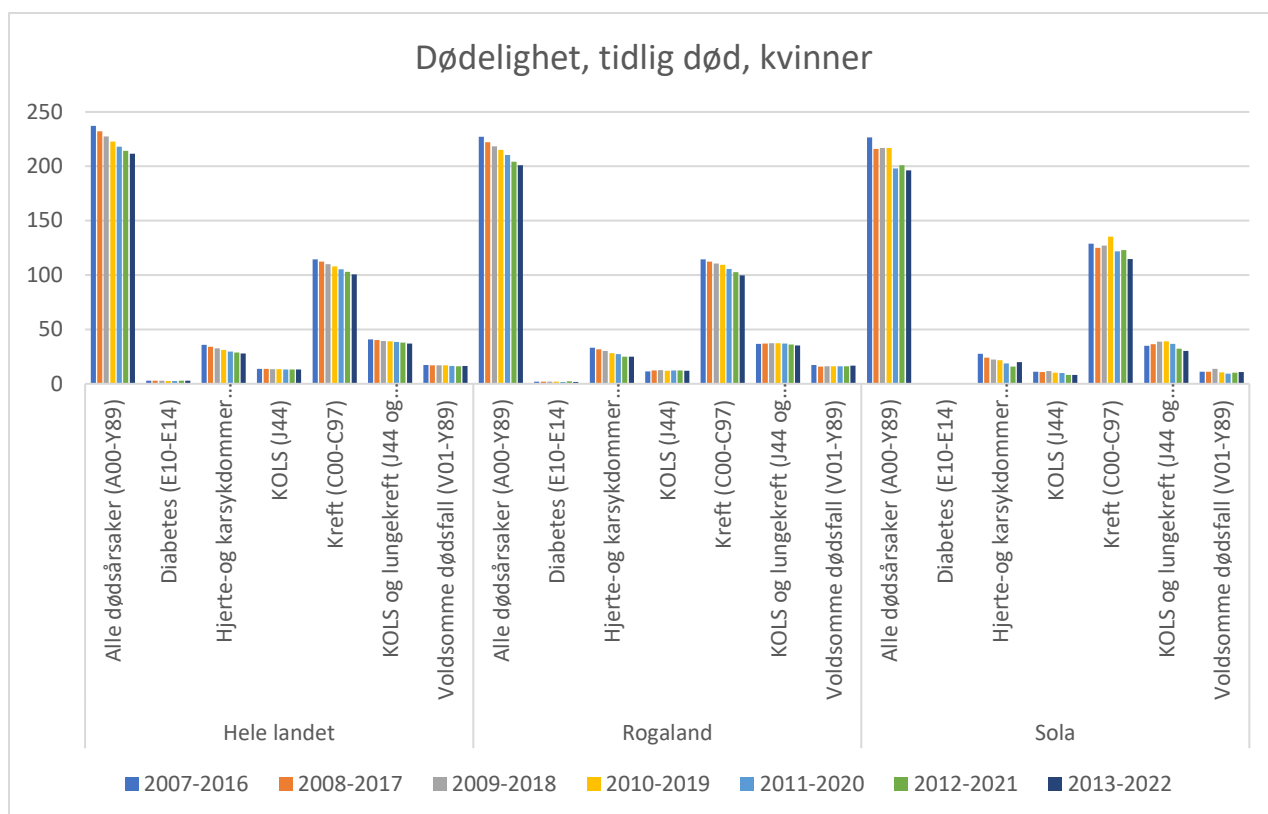
Statistikken viser antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt (for muskel- og skjelettrelaterte plager/sykdomsdiagnoser inkluderes også kontakt med fysioterapeut og kiropraktor) per 1000 innbyggere per år. Alle kontakttyper er inkludert. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder).





Dødsårsaker

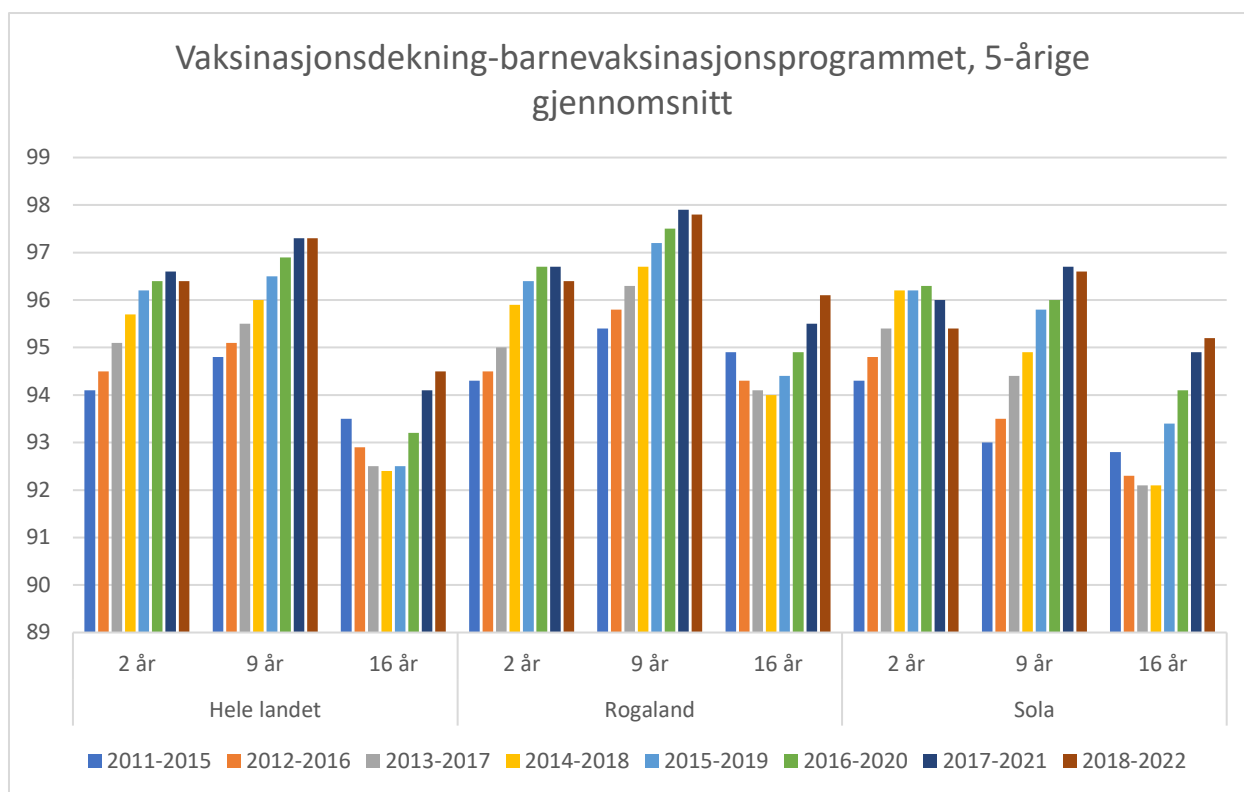




Vaksinasjon

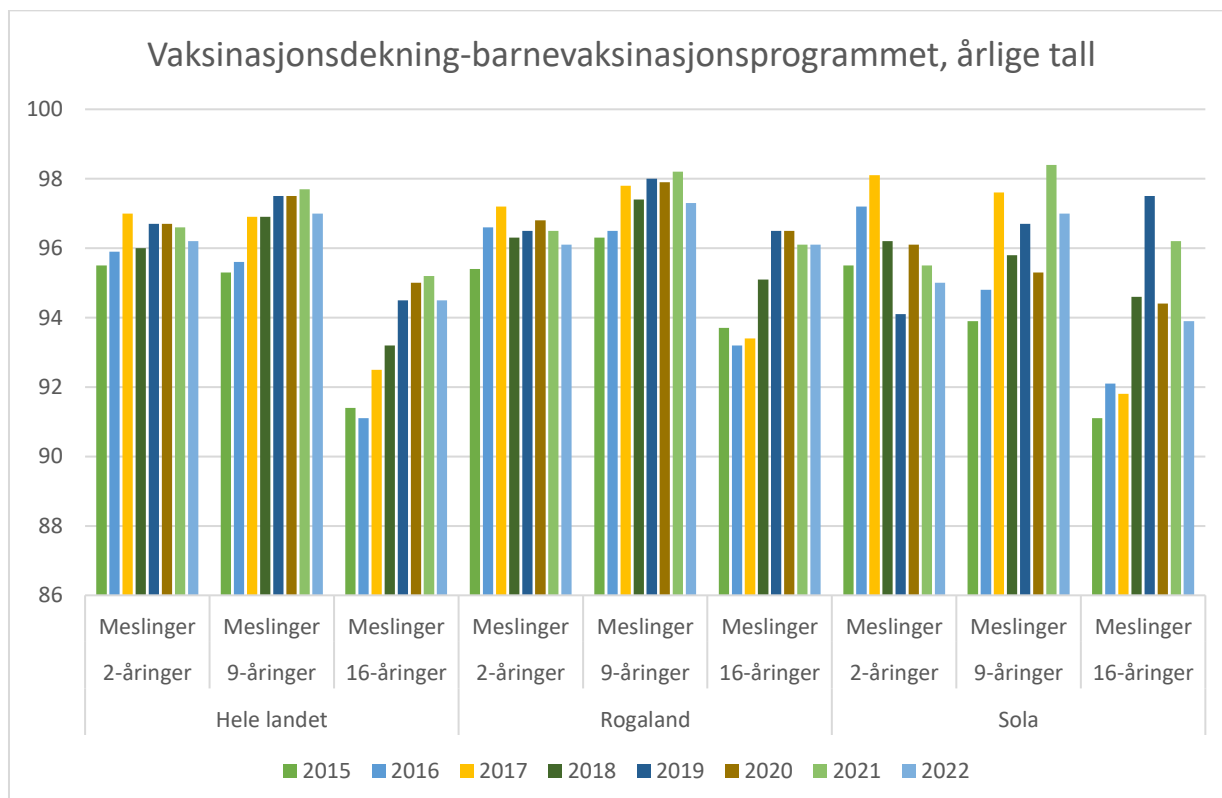
For mange potensielt farlige sykdommer er vaksinasjon det mest effektive forebyggende tiltaket man kjenner. Tall på vaksinasjonsdekning kan være til hjelp i vurdering av smittevernet i befolkningen samt vaksinasjonsprogrammets effektivitet. Ved et effektivt vaksinasjonsprogram med høy vaksinasjonsdekning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

Vaksinasjonsdekning-barnevaksinasjonsprogrammet, 5-årige gjennomsnitt
 Statistikken viser fullvaksinerte barn mot henholdsvis meslinger, kuma, røde hunder, difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt, Haemophilus influenzae type B (Hib), HPV (jenter), rotavirus og pneumokokk ved henholdsvis 2, 9 og 16 års alder. Andelen oppgis i prosent av alle barn i aldersgruppene 2 år, 9 år eller 16 år. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder).



Vaksinasjonsdekning- barnevaksinasjonsprogrammet, årlige tall

Fullvaksinerte barn mot henholdsvis meslinger, kusma, røde hunder, difteri, stivkrampe (tetanus), kikhoste, poliomyelitt, HPV-infeksjon, Haemophilus influenzae type B (Hib), pneumokokk, rotavirusinfeksjon og hepatitt B ved henholdsvis 2, 9 og 16 års alder, i prosent av alle barn i aldersgruppen 2 år, 9 år eller 16 år.



Influen savaksinerte over 65 år

Influenza kan gi alvorlig sykdom og i verste fall forårsake dødsfall hos personer i risikogruppene. Personer over 65 år er den største risikogruppen. Dette er også den eneste risikogruppen som det foreløpig er gode nok data i SYSVAK til å vise statistikk på kommunenivå.

Å vaksinere mot influensa forebygger både selve influensasykdommen og mulige følgesykdommer. Influenza skyldes virus og kan være alvorlig for eldre og personer med kroniske sykdommer. Følgesykdommer er ofte bakterielle infeksjoner som krever antibiotikabehandling, først og fremst lungebetennelse.

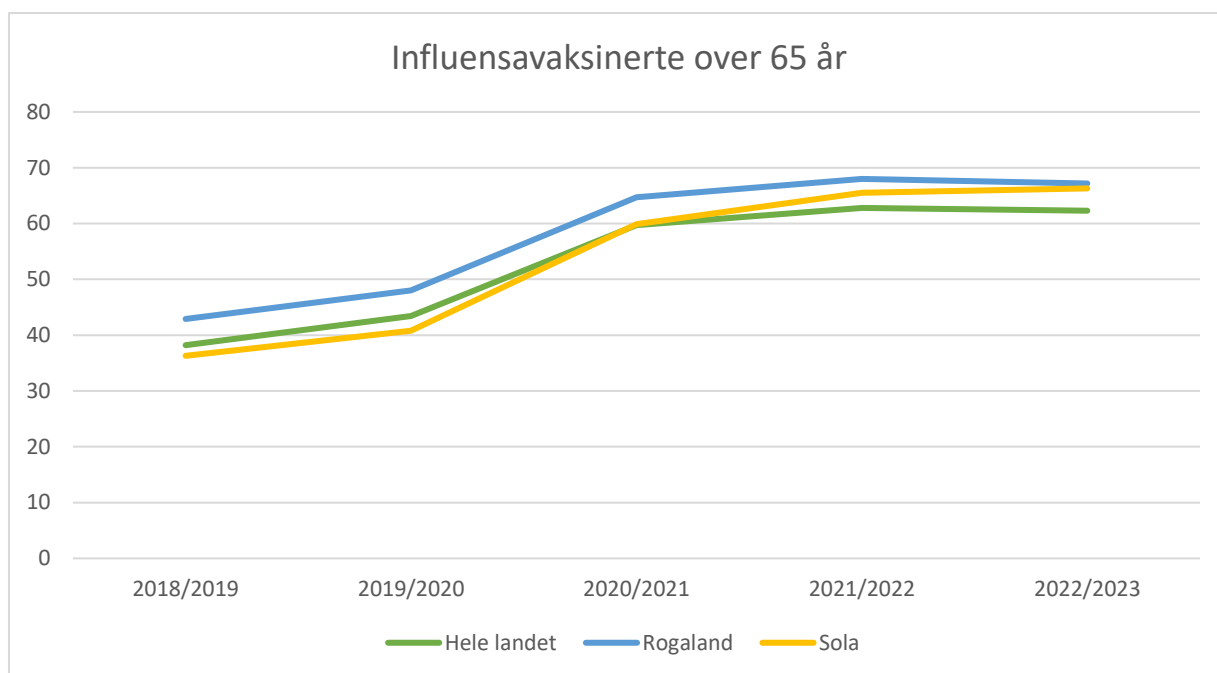
Færre influensatilfeller vil sannsynligvis redusere overforbruk av antibiotika. Antibiotika virker ikke på influensavirus eller andre virus. Å behandle virussykdommer med antibiotika er derfor feil. Likevel skjer dette, enten fordi antibiotika brukes «for sikkerhets skyld», eller fordi man tror at pasienten har en bakteriell lungebetennelse.

Kommunen har ansvar for å tilby influensavaksine til eldre over 65 år og andre risikogrupper. WHO og Norge har et mål om at 75 prosent i risikogruppene blir vaksinert. Per i dag er dekningen lavere enn dette. Det har imidlertid vært en positiv trend over flere år og dekningen er mer enn doblet i de fleste målgrupper fra 2015 til 2021 ifølge tall fra SSB.

Vaksinasjonsdekning i gruppen over 65 år vil kunne brukes som et mål på influensavaksinasjon dersom disse vaksinasjonene rapporteres til SYSVAK. Dersom kommunene opplever at det ikke er samsvar mellom forbruk av influensavaksine og det som rapporteres her, kan årsaken være mangelfull innrapportering av gitte vaksiner.

Eldre over 65 år er en definert risikogruppe og utgjør langt over halvparten av personer med økt risiko for alvorlig sykdom forårsaket av influensa. Kommunikasjon rundt andel vaksinerte i denne gruppen er derfor et viktig virkemiddel til å øke fokus på vaksiner og rapportering til SYSVAK.

Statistikken viser andelen personer over 65 år registrert vaksinert mot influensa i prosent av personer over 65 år registrert i Folkeregisteret som bosatt i Norge på uttrekktidspunkt.



Vaksinerte, HPV-vaksine til kvinner født 1991-1996

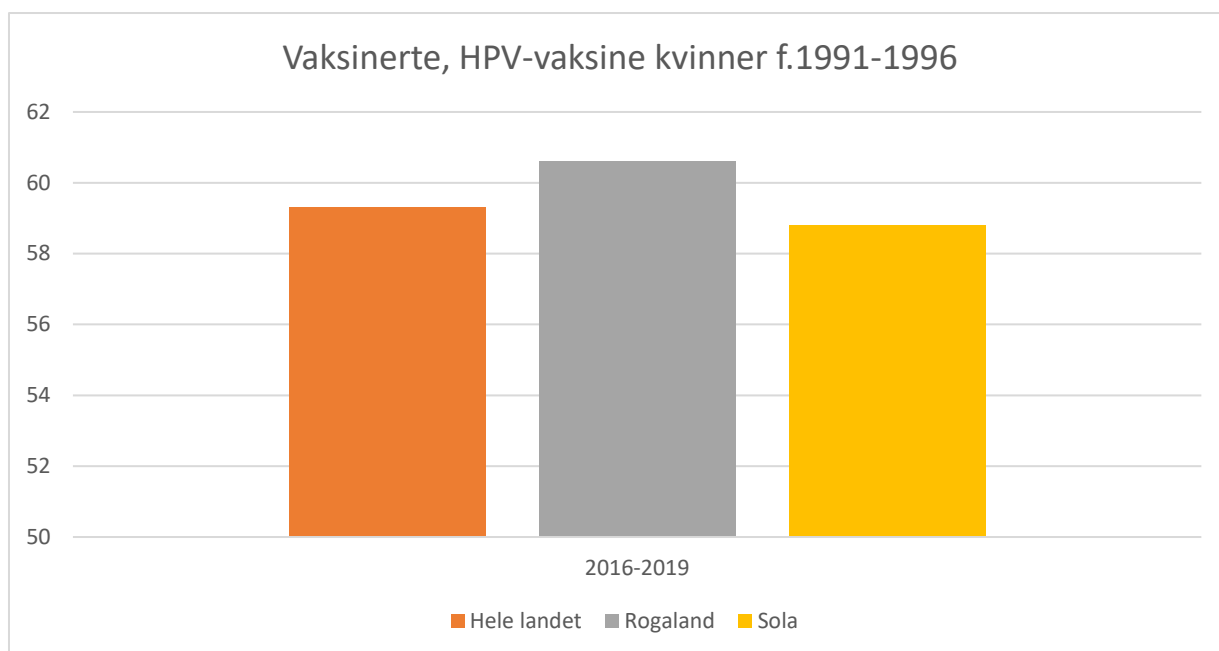
HPV-vaksine har vært et tilbud til jenter i 7. klassetrinn i barnevaksinasjonsprogrammet siden 2009. Det første årskullet som fikk tilbudet er født i 1997. Etter anbefaling fra Folkehelseinstituttet besluttet Stortinget å gi tilbud om gratis HPV-vaksine også til unge kvinner født 1991 eller senere. Tilbudet hadde oppstart i november 2016 og må påbegynnes senest to år fra programmets oppstart (siste av de tre dosene må være gitt innen 1.7.2019).

Vaksinasjonsprogrammet «HPV-vaksine til unge kvinner født 1991 eller senere» er et tilbud til følgende gruppe:

- Unge kvinner født fra 1991-1996 som ikke har fått tilbud om HPV-vaksine gjennom barnevaksinasjonsprogrammet tidligere, estimert til om lag 200 000 kvinner. Antall kvinner i denne gruppen som hadde startet vaksinasjon før programstart utgjør 6252 kvinner (tall per 1.11.2016 fra SYSVAK).

Jenter født 1997 eller senere inngår ikke i statistikken.

Statistikken viser andelen (%) kvinner født 1991-1996 som har mottatt minst én dose HPV-vaksine i perioden 1.11.2016-1.7.2019 og er registrert i Folkeregisteret som bosatt i Norge, i prosent av kvinner født 1991-1996 som er registrert i Folkeregisteret som bosatt i Norge på uttrekkstidspunkt.



Antibiotika

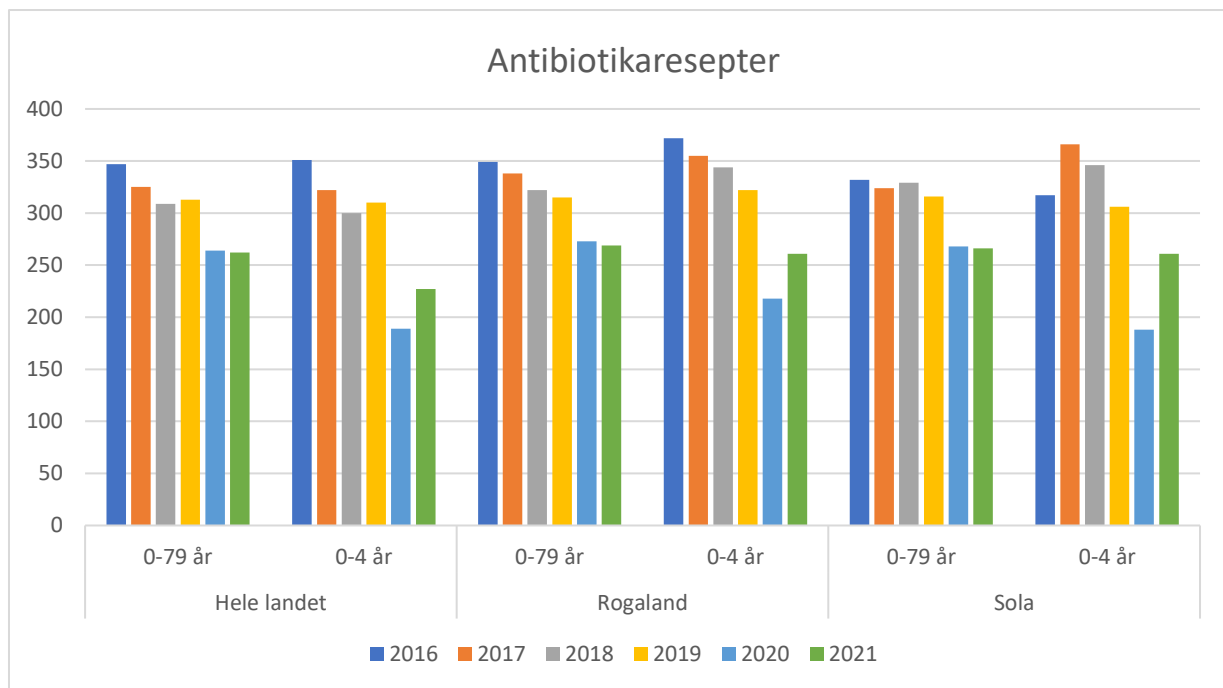
Antibiotika er viktige og effektive medisiner i behandling av infeksjoner som skyldes bakterier. Antibiotika har gjennom historien revolusjonert behandlingen av infeksjonssykdommer. Feil bruk av antibiotika kan føre til utvikling av motstandsdyktige (resistente) bakterier. Det betyr at antibiotika ikke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

Bakterier som er resistente mot antibiotika er et alvorlig og økende problem i hele verden. Det er et økende gap mellom utbredelsen av infeksjoner med resistente bakterier og manglende utvikling av nye antibiotika som kan behandle disse sykdommene. En reduksjon i totalt antibiotikabruk vil bremse og sannsynligvis redusere resistensutviklingen. Regjeringen satte i 2016 et mål om 30 % redusert antibiotikabruk hos mennesker innen utgangen av 2020. Folkehelseinstituttets komité for forebygging og bekjempelse av antibiotikaresistens (Antibiotikakomiteén) har satt et langsiktig mål om 250 resepter/1000 innbyggere per år.

Luftveisinfeksjoner - spesielt ørebetennelser - er den vanligste årsaken til antibiotikabruk hos barn. De fleste luftveisinfeksjoner er forårsaket av virus. Kroppen bekjemper normalt slike virusinfeksjoner på egen hånd. Antibiotika har ingen effekt på virus og lindrer heller ikke barnets plager. Å motvirke overflødig antibiotikabruk i behandling av luftveisinfeksjoner hos barn, er et viktig bidrag for å bekjempe utviklingen av antibiotikaresistente bakterier.

Antibiotikaresepter

Nedenfor vises antibiotika forskrevet på resept og utlevert fra apotek til personer i aldersgruppen 0-79 år. En resept defineres som en utlevering av et antibiotikum.



Resepter med smalspektret antibiotika mot luftveisinfeksjoner

Statistikken viser andel resepter med gunstig antibiotika (fenoksymetylpenicillin (penicillin V)) av alle resepter med antibiotika mot luftveisinfeksjoner til personer i aldersgruppen 0-79 år. En resept defineres som en utlevering av et antibiotikum.

