Ansvar for hverandre

Folkehelse – oversiktsrapport 2015

Sola kommune

Innhold

1. Innledning 3
2. Hva er folkehelsearbeid? 4
3. Status og utfordringer i Sola 5
   3.1 Befolkningssammensetning 5
   3.2. Levekår 11
   3.3. Oppvekst 23
   3.4. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø 31
   3.5. Skader og ulykker 35
   3.6. Helserelatert atferd – levevaner 36
   3.7. Helsetilstand – Forekomst av forebyggbare sykdommer 44
4. Oppsummering av sentrale folkehelseutfordringer i Sola 56
5. Kilder/referanser 57

1.Innledning

For de fleste er det godt å leve og å vokse opp i Sola kommune. Befolkningen har generelt god helse og kommer til å kunne nyte mange gode leveår. Likevel avdekker denne rapporten noen utfordringer. De fleste av disse er ikke spesielle for Sola, men er også gjeldende i både nabokommunene våre og i resten av landet. Rapporten er i stor grad rettet mot det som betegnes som utfordringer, fremfor positive faktorer og ressurser.

I følge Lov om folkehelsearbeid (2011) § 5, er kommunen pliktig til å holde oversikt over helse på befolkningsnivå, og de positive og negative faktorer som kan virke inn på helsen til befolkningen og grupper i området.

Den fireårige oversiktsrapporten skal utgjøre grunnlaget for beslutninger i forbindelse med langsiktig planlegging av folkehelsearbeidet, knyttet opp mot prosessene i plan- og bygningsloven. Derfor skal oversiktsrapporten inngå som grunnlag for arbeidet med kommunal planstrategi, og foreligge ved oppstart av dette arbeidet. En drøfting av utfordringene bør inngå i strategien. Som kjent er formålet med planstrategien å klargjøre planoppgaver som bør startes opp eller videreføres for å legge til rette for ønsket utvikling i kommunen. Dette vurderes på bakgrunn av hva som er de viktigste utfordringene, herunder innen folkehelse.

Oversikten skal utarbeides på grunnlag av opplysninger som helsemyndighetene gjør tilgjengelig, opplysninger fra fylkeskommunen, kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt lokalkunnskap om faktorer og utviklingstrekk i lokalsamfunnet.

Oversikten skal inneholde opplysninger om befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand.

Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere årsaksforhold og konsekvenser. Kommunen skal være spesielt oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Utfordringsbildet vil kunne gi en pekepinn på om eksisterende planer ivaretar de utfordringene kommunen står overfor, eller om retningen må justeres. Kommunen skal så planlegge og iverksette nødvendige tiltak for å møte sine folkehelseutfordringer.

Rapporten er i hovedsak en rullering av oversiktsrapporten fra 2013. Den består av fire deler. Kapittel 2 introduserer hva folkehelsearbeid er. Hoveddelen, kapittel 3, er selve oversikten. Kapittel 4 oppsummerer de to viktigste folkehelseutfordringene for Sola for de neste fire årene, og peker på veien videre. Disse to utfordringene er nærmere drøftet i eget vedlegg.

2.Hva er folkehelsearbeid?

Folkehelsearbeid blir i folkehelseloven definert som:

”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 helsen»”. (§ 3)

Formålet med folkehelseloven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Det er befolkningen, eller grupper av befolkningen som er målgruppe for folkehelsearbeidet, ikke enkeltpersoner. Hver enkelt har først og fremst ansvar for egen helse, men kommunen har et ansvar for å legge til rette for å ta sunne valg i hverdagen. Folkehelsearbeidet fokuserer på de faktorene som har innvirkning på helsa som f.eks. arbeid, inntektsforhold og utdanning, oppvekstforhold, levekår, levevaner, boligforhold, miljø/lokale forhold, sosiale nettverk m.m. Dette påvirkningsperspektivet viser tydelig at folkehelsearbeidet er sektorovergripende, og ikke et ansvar kun for helse/levekårssektoren alene.

Svært mange tar sunne valg i hverdagen, likevel er det knyttet økende bekymring til økende sosiale ulikheter i helse. Dvs. at de som har høy utdanning, gode jobber og høy inntekt, også trener mest, røyker mindre og spiser sunnere enn de som har lav utdanning og lav inntekt. Folkehelsearbeidet har et spesielt fokus på å rette ut disse ulikhetene i helse, derfor kreves også innsats mot utsatte grupper.

Rapporten er utarbeidet av en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe bestående av:

- Kommuneplanlegger
- Spesialrådgiver skole
- Kommuneoverlege
- Rådgiver miljørettet helsevern
- Folkehelserådgiver

3.Status og utfordringer i Sola

Dette kapitlet beskriver status og utfordringer i Sola. Kapitlet baserer seg på både kvantitativ og kvalitativ informasjon. Den kvantitative informasjonen er først og fremst hentet inn ved hjelp av Rogaland fylkeskommunes utvidede folkehelseprofil for Sola. Folkehelseprofilene er data hentet ut frå "Kommunehelsa statistikkbank" på www.folkehelseinstituttet.no . En annen sentral kilde har vært "Kartlegging av helsetilstanden i Rogaland" utarbeidet av Rogaland Fylkeskommune i 2015.

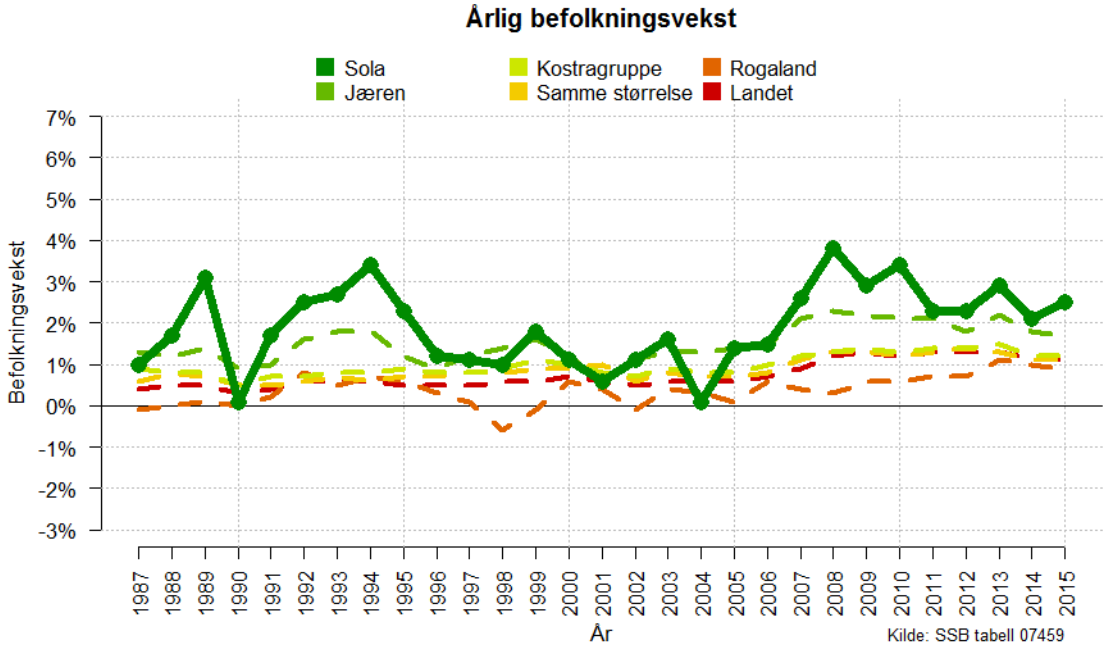
I tillegg er det hentet inn både kvantitativ og kvalitativ informasjon fra blant annet miljørettet helsevern, NAV og Ungdataundersøkelsen «Ung i Sola» fra 2013. En gruppe bestående av sentrale nøkkelpersoner innenfor ulike fagområder i kommunen har deltatt i drøftingen av årsaksforhold og konsekvenser av utfordringene.

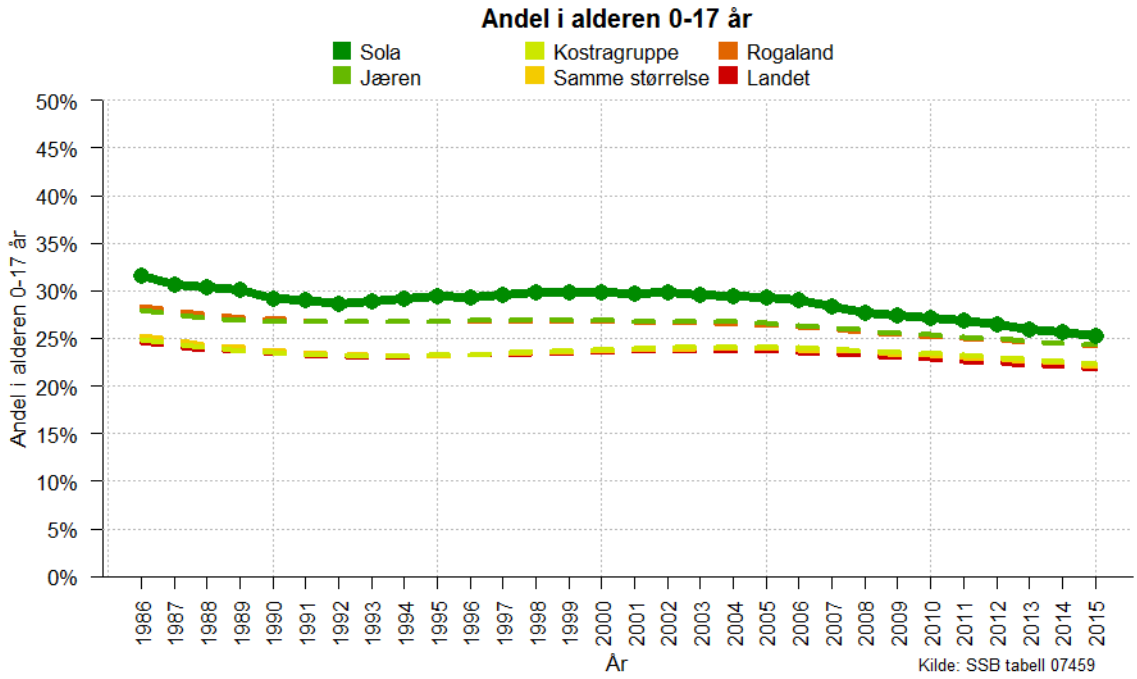
3.1 Befolkningssammensetning

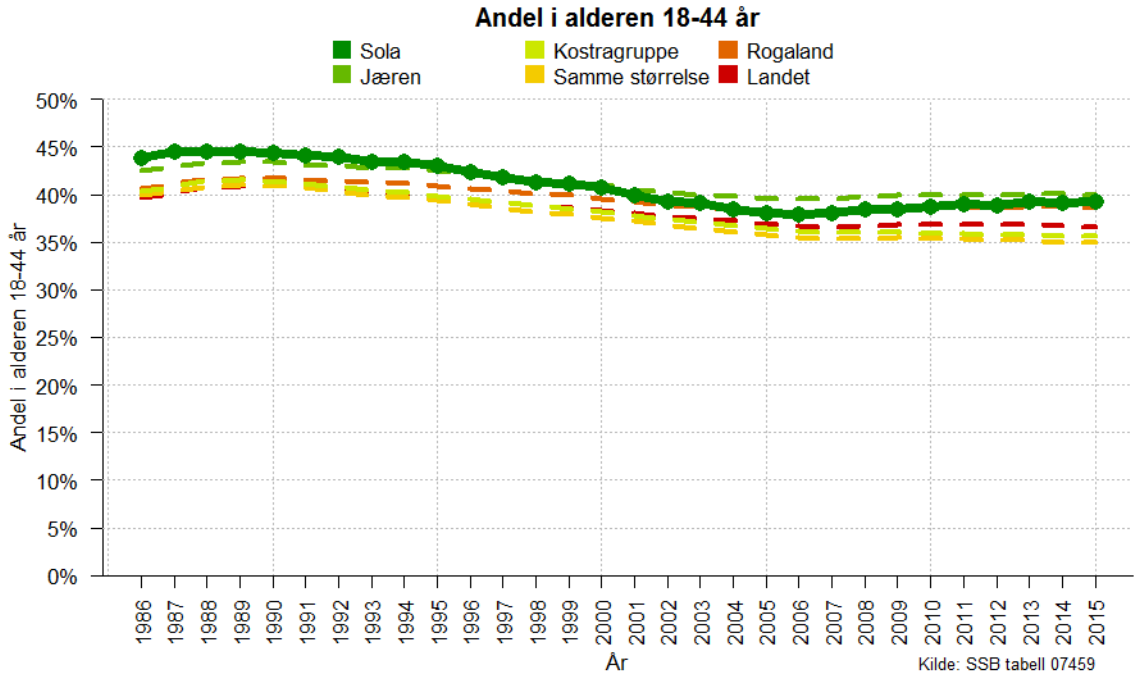
3.1.1. Befolkningsvekst Sola 1987-2015

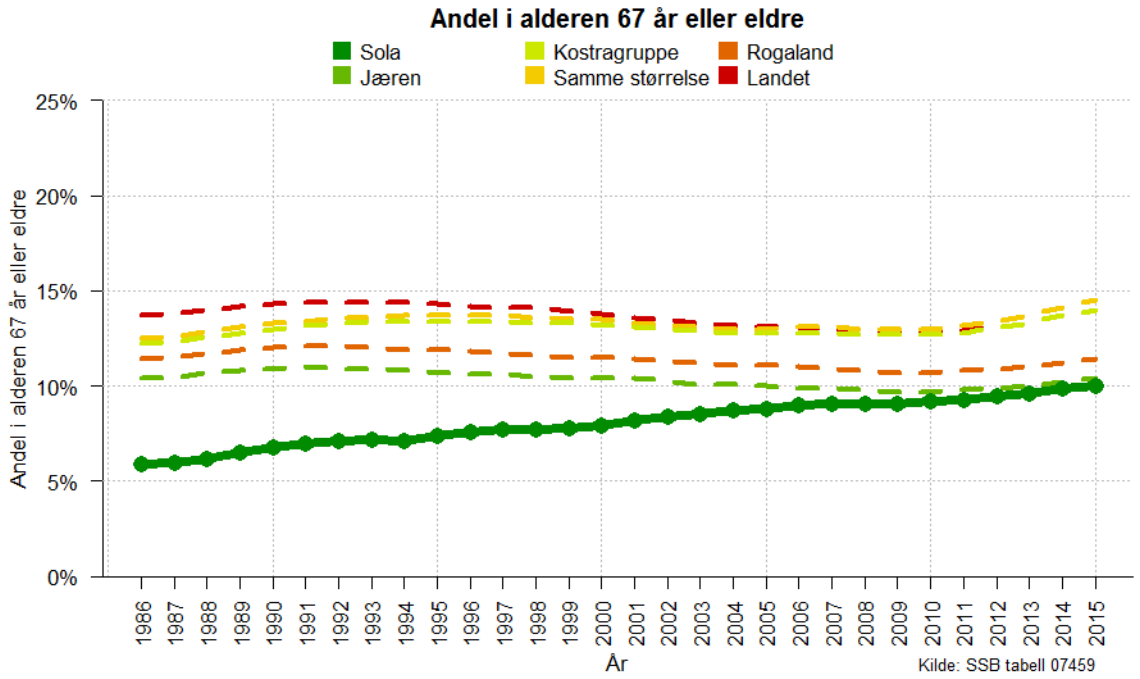
Per 1. okt. 2015 var det 26 058 innbyggere i Sola kommune.

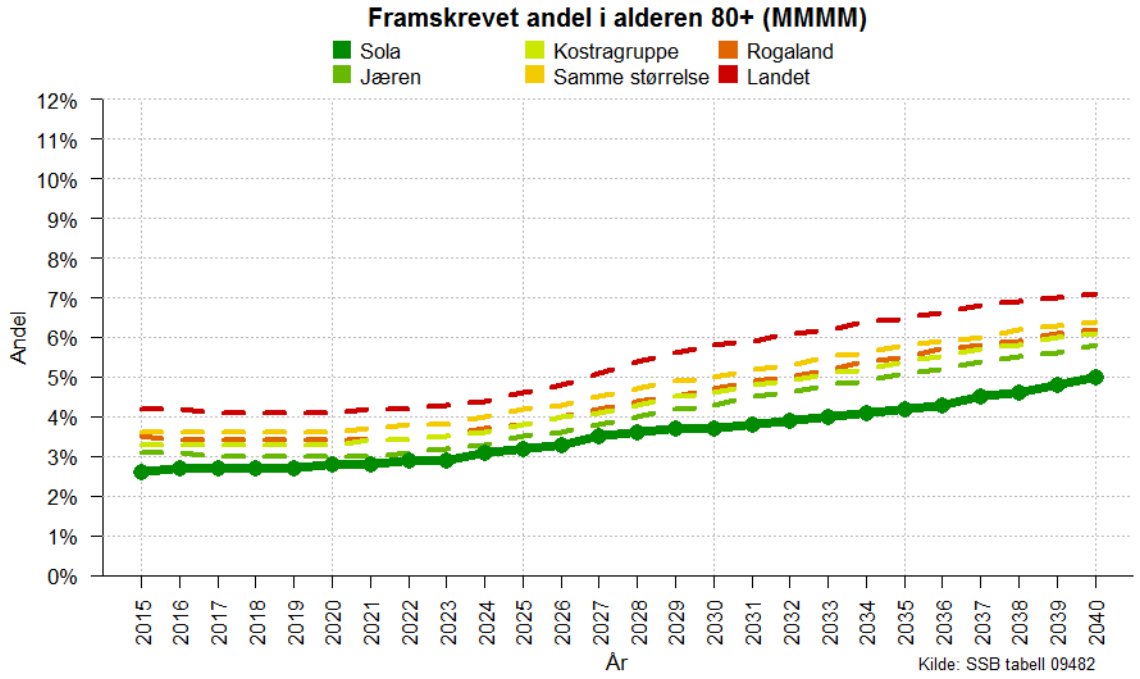
Mange av indikatorene i Kommunehelsa statistikkbank er relatert til befolkningstall- og sammensetning, og befolkningsveksten i en kommune bidrar til informasjon om dette.




Andel i alderen 0-17 år
Sola
Jæren
Kostragruppe
Samme størrelse
Rogaland
Landet
Andel i alderen 0-17 år
50%
45%
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015
År
Kilde: SSB tabell 07459


Andel i alderen 18-44 år
Sola
Jæren
Kostragruppe
Samme størrelse
Rogaland
Landet
Andel i alderen 18-44 år
50%
45%
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015
År
Kilde: SSB tabell 07459





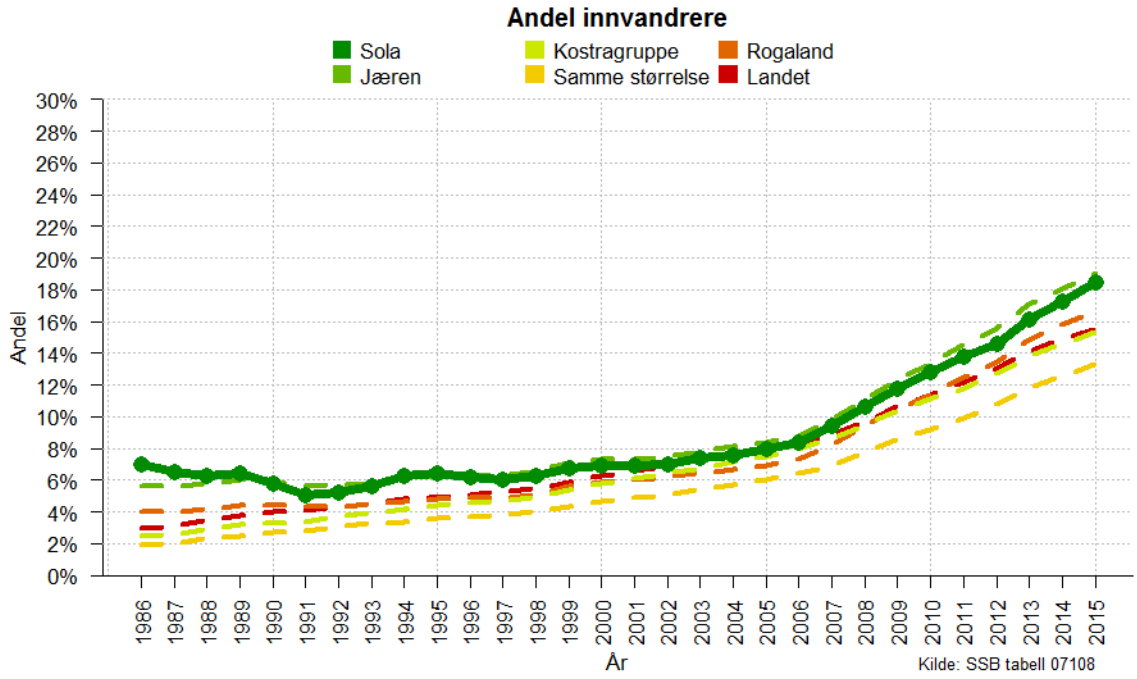
Befolkningsframskrivinger kan tjene mange formål og fungere som et nyttig verktøy for planlegging i kommunene. Det kan for eksempel danne grunnlag for planlegging av framtidige behov i hver enkelt kommune med bakgrunn i framtidig befolkningsstørrelse.

Som alle framskrivninger er disse tallene heftet med stor usikkerhet.

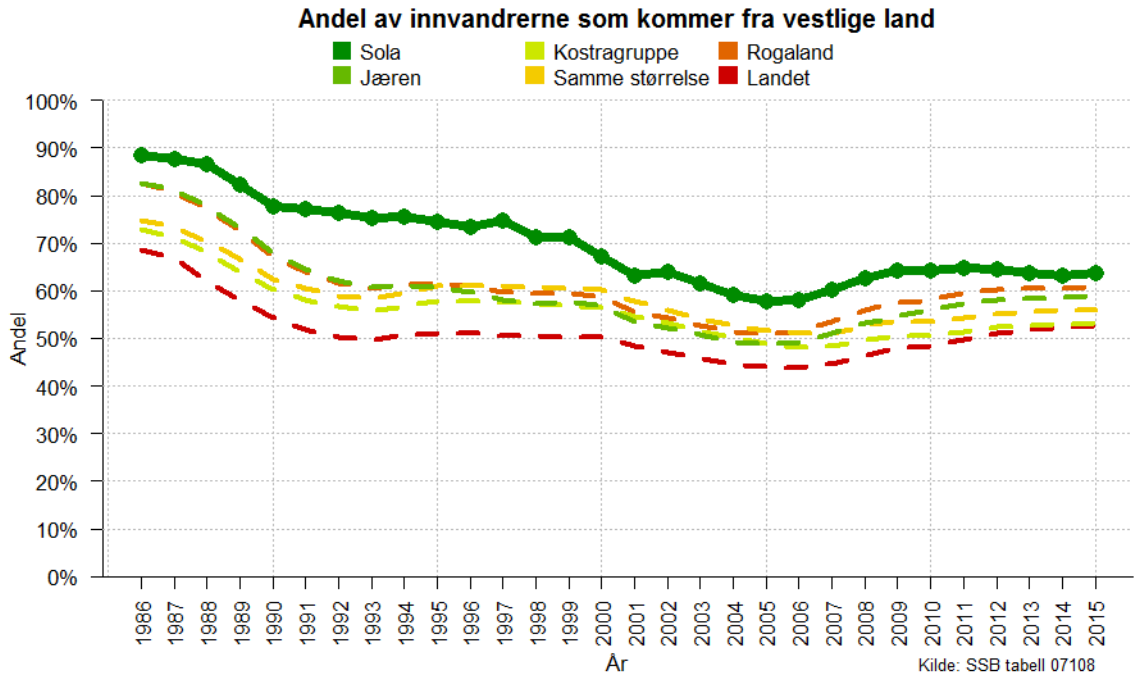
3.1.2. Andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, Sola 1986-2015

Mange av indikatorene i Kommunehelsa statistikkbank er relatert til befolkningssammensetning, og andelen i innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i en kommune bidrar til informasjon om dette.

Figuren viser en økning i prosentandel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Sola kommune, fra 8,0% i 2005 til 18,5% i 2015. Andelen ligger over landsgjennomsnittet, fylkessnittet, og andre sammenlignbare kommuner.

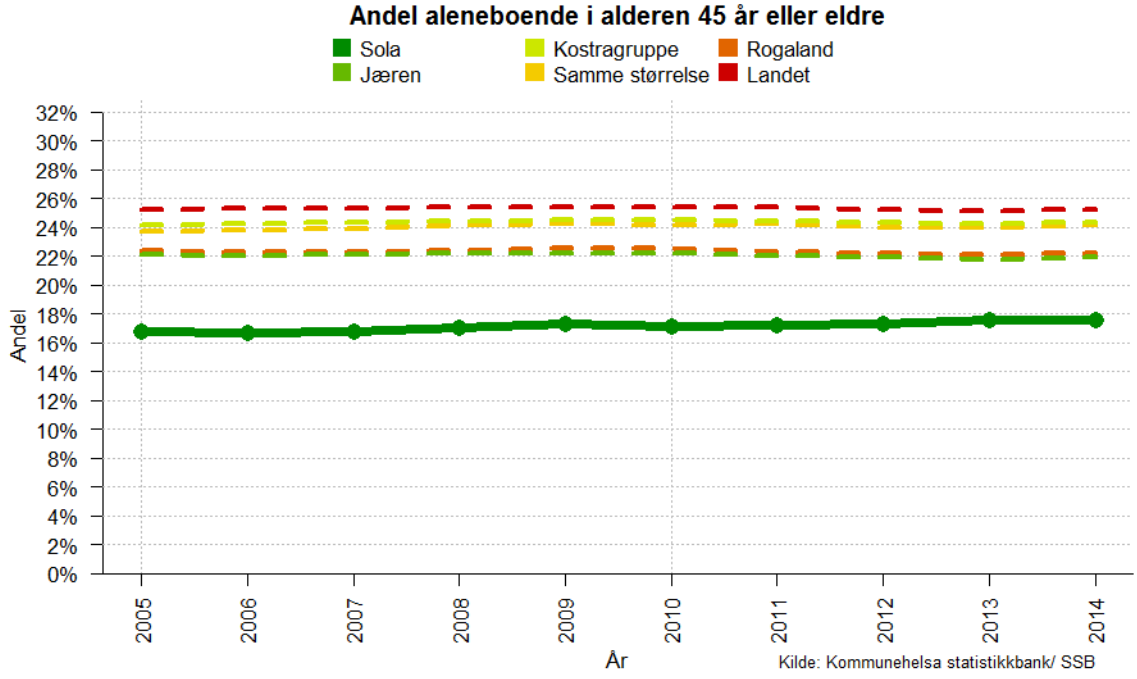


Samtidig ser vi at andelen innvandrere til Sola som kommer fra vestlige land er høyere enn for landet, fylket og de øvrige sammenlignbare kommunene. Innvandrere fra vestlige land antas å ha mindre utfordringer med hensyn til arbeid og integrering enn personer fra andre deler av verden.



3.1.3. *Andel som bor alene, Sola 2005-2014*

Aleneboende antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt (Folkehelseinstituttet, 2015). Vi ser at andelen over 45 år som bor alene er lavere i Sola enn i landet, Rogaland, Jæren og øvrige sammenlignbare kommuner..

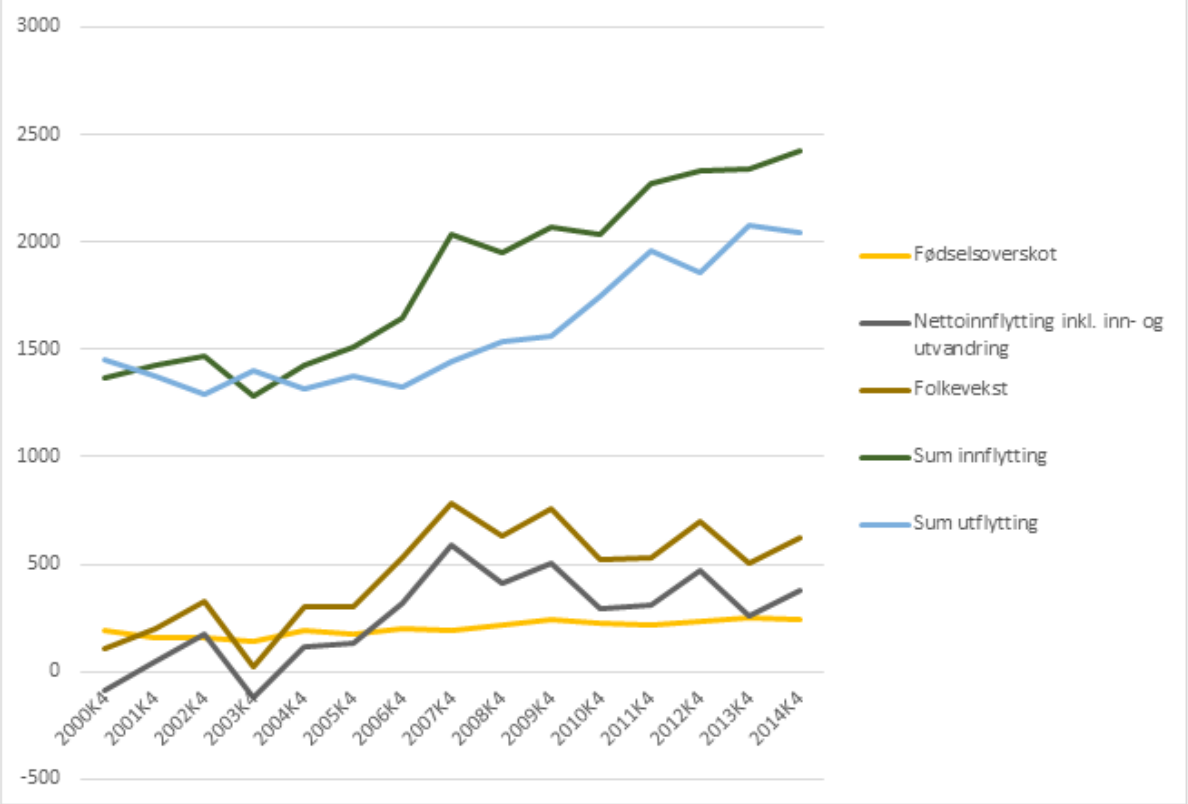


3.1.4. Flytting

Flyttinger er ofte knyttet til mange sammensatte og kompliserte motiver og årsaker der følgende grunner kan inngå: utdanning og jobb, boligkarriere og endring av familiesituasjon.

I denne rapporten er flyttingers betydning for nærmiljøet viktig. Flyttehyppighet vesentlig over det normale hemmer et områdes utvikling av sosiale nettverk. Området har generelt svakere forutsetninger for å hevde og forsvare egne interesser enn områder med sterke sosiale nettverk. Høg flyttehyppighet er særlig negativt for grupper som bruker nærmiljøet mer enn andre; barn, eldre og andre som tilbringer mye tid i boligen. Høg flyttehyppighet kan indikere at levekårsonen har kvaliteter som oppfattes som dårlige, at boligene anses som midlertidige trinn i boligkarrieren eller at levekårsonen har høg andel av boliger som gir stor gjennomtrekk (småboliger/leieboliger).

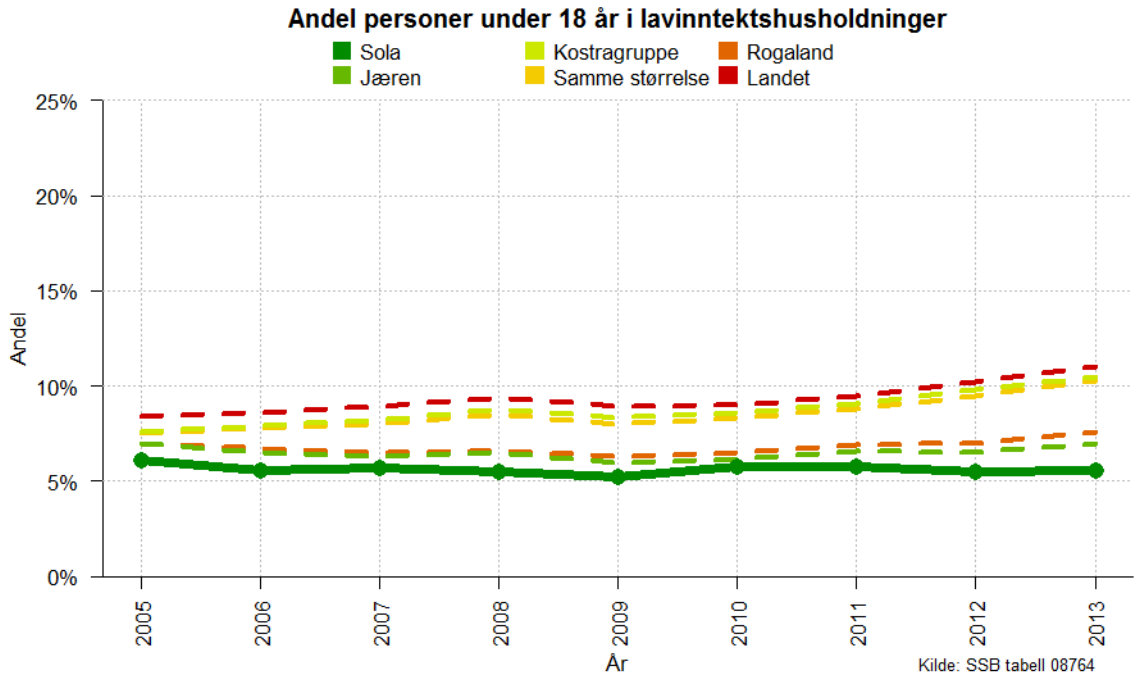
Figuren under viser folkevekst, fødselsoverskudd som er de vanligste måtene å måle befolkningsvekst på. I tillegg viser figuren innflytting og utflytting, og netto innflytting. I løpet av 2014 var det over 2400 personer som flyttet inn til Sola, og over 2000 som flyttet ut (innenlands og utenlands inn-/utflytting). Ser vi kun på netto innflytting, som utgjør 382, er det lett å overse de høye inn- og utflyttingstallene som ligger bak. Tar vi med fødselsoverskuddet på 243 får vi en samlet befolkningsvekst på 625, eller 2,5 prosent, i løpet av 2014.



3.2. Levekår

3.2.1. Andel personer under 18 år i lavinntektshusholdninger, Sola 2005-2013

Inntekt, økonomi og utdanning er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. Vi er særlig oppmerksom på barn under 18 år som lever i lavinntektshusholdninger fordi levekår i stor grad viser seg å gå i arv mellom generasjonene.



Lavinntektshusholdninger er definert som husholdninger med årlig inntekt etter skatt som er lavere enn 60 prosent av den nasjonale medianinntekten. Studenthusholdninger er utelatt.

NB: tallene er noe misvisende, da medianinntekten i Rogaland er høyere enn den nasjonale medianen. Det egentlige fattigdomsproblemet er derfor større enn tallene antyder. Merk også at denne figuren inkluderer nyere tall enn i FHI-profilen for 2015. Likevel ser vi at andelen barn under 18 år i lavinntektshusholdninger i Sola er lavere og mer stabil enn i landet, kostragruppe 13 og i kommuner av samme størrelse, forøvrig.

3.2.2. Fattigdom i Sola

Sosialhjelp ytes av kommunene til personer som ikke kan sørge for eget livsopphold, og skal fungere som et sikkerhetsnett for dem som ikke dekkes av andre ordninger. Ordningen benyttes ofte i kombinasjon med andre ytelser, eller som supplement for personer som er i jobb men har for lav inntekt til å dekke eget livsopphold. Mange mottakere av sosialhjelp sliter med rusproblemer. Blant personer som lever av trygd eller sosialhjelp er forekomsten av psykiske plager omtrent fire ganger så stor som i resten av befolkningen. Tabellen under viser antall brukere på NAV som har fått minst en utbetaling av sosialhjelp (dvs. stønad som er definert som boutgifter eller livsopphold) i perioder som går over 12 måneder.

Gjelder siste 12 mndr.	Brukere m/minst en utbetaling	Herav antall der sosialhjelp er	Herav antall unge mellom 18-24	Antall brukere m/forsørger	Antall brukere m/økonom

	siste 12 mndr.	hovedinntekt		ansvar	isk rådgivning
1.8.2013	392	161	74	128	38
1.8.2014	441	168	97	131	45
1.8.2015	482	176	114	152	67

Tabellen viser en jevn økning av brukere som har behov for sosialhjelp, enten som hovedinntekt eller som supplerende stønad. Det har først og fremst vært en sterk økning i brukere som har hatt behov for supplerende stønad, enten ved siden av ordinær inntekt, pensjon, eller andre offentlige stønader. Spesielt har dette vært knyttet til boutgifter. Siden boligmarkedet har endret seg vesentlig også i vår kommune den siste tiden, forventes det en endring i dette.

Langtidsmottakere er personer som har mottatt sosialhjelp i minimum 6 av de siste 12 måneder.

Antall husholdninger tilknyttet NAV med forsørgeransvar for barn er økende. I løpet av de siste 12 måneder (pr.1.8.15) har 56 personer med forsørgeransvar for barn fått sosialhjelp i minimum 6 mnd (=langtidsmottaker). Av disse 56 er 37 enslige forsørgere (66 %). Av disse 56 har 40 (71 %) utenlandsk opprinnelse. Antall barn i de familiene som mottar støtte fra NAV er noe høyere siden det som oftest er flere barn i hver familie.

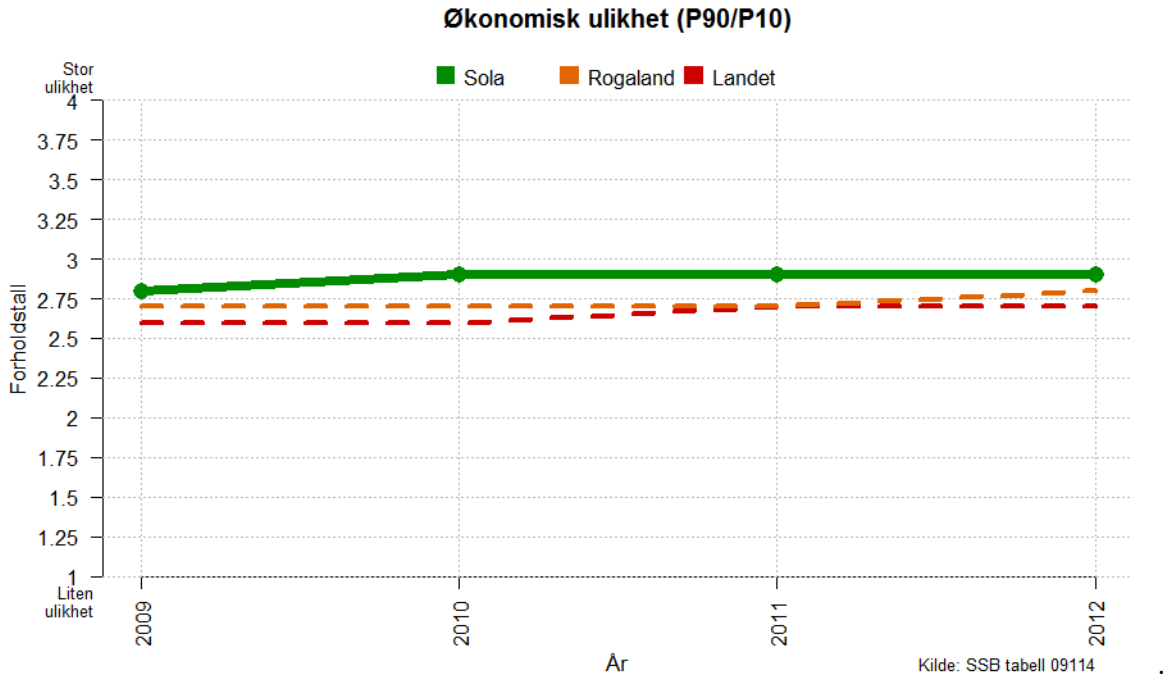
Familiens økonomi er av stor betydning for barns helse. Barn med foreldre med høy inntekt og utdannelse, er ofte mer fysisk aktive, har et sunnere og mer regelmessig kosthold og røyker mindre (Folkehelseinstituttet 2012).

3.2.3. Økonomisk ulikhet (P90/P10)

Likhet i fordelingen av økonomiske ressurser påvirker antakelig andre samfunnsmessige forhold positivt. Man kan anta at stor økonomisk ulikhet i et samfunn kan lede til økt kriminalitet, kulturelle forskjeller og politiske konflikter mellom ulike grupper i samfunnet.

Stor inntektsulikhet i en kommune kan være en pekepinn på at det også er store sosiale helseforskjeller i kommunen. De siste 30 årene har alle inntektsgrupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet. (Helsedirektoratet 2015).

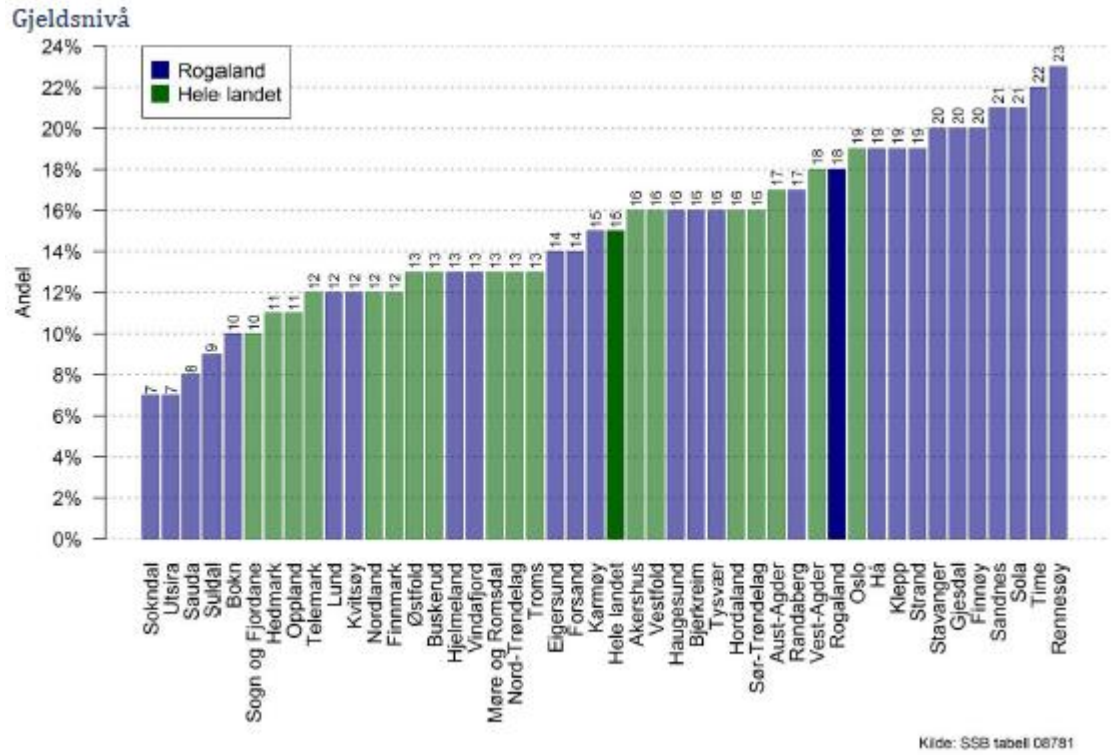
En mulig måte o studere økonomisk ulikheter på, er å stortere alle inntekter i stigende rekkefølge, og sammenligne de høyeste med de laveste. Å se på ytterpunktene gir imidlertid et lite representativt bilde på grunn av at en enkeltperson med ekstremt høy (eller lav) inntekt vil kunne ha en stor effekt på resultatet. Vi ser derfor på forskjellen på inntektene som er plassert ti prosentpoeng fra bunnen og toppen. Høye tall her betyr stor ulikhet. Det er verdt å merke seg at denne beregningsmåten er lite følsom for endringer, så forskjeller her må tas alvorlig. Tallene er rundet til to desimaler av SSB.



Vi ser at den økonomiske ulikheten i Sola er høyere enn i landet og fylket for øvrig, men at den har holdt seg stabil siden 2010.

3.2.4. Andel husholdninger som har gjeld høyere enn 3 ganger inntekt, i 2012, kommuner i Rogaland, fylket og landet totalt.

Samtidig ser Solabuen optimistisk på fremtiden, skal vi tro figuren som viser andel husholdninger med gjeld større enn 3 ganger inntekten sin i 2012. Den generelle gjeldsveksten har lenge vært høyere enn inntektsveksten, og den høye og voksende gjelden gjør husholdningene sårbare for en svakere økonomisk utvikling både nasjonalt og internasjonalt. I Rogaland drar kommuner med sterk befolkningsvekst/stor investeringsgrad opp Rogalandssnittet.

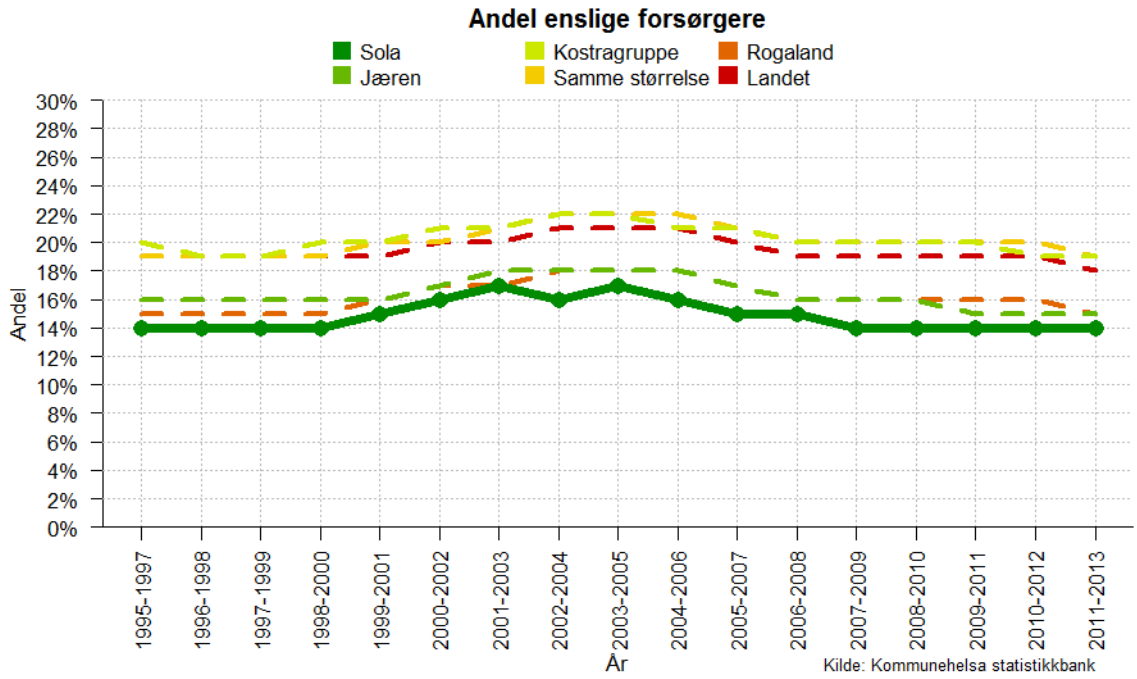


Samtidig er det verdt å merke seg at Sola er den kommunen i Rogaland som har størst andel av personer over 17 år i den høyeste inntektskategorien (over 500 000).

3.2.5. Andel enslige forsørgere, Sola 1995-97 – 2011-13

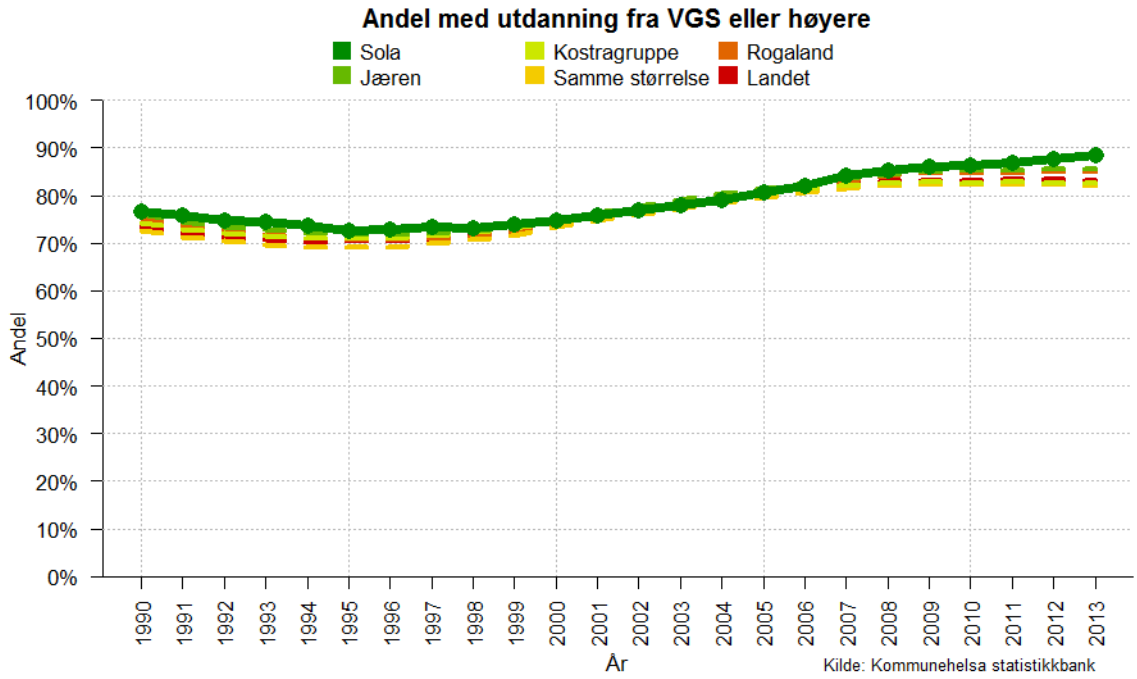
Eneforsørgere er ingen ensartet gruppe. For noen kan det utgjøre en økonomisk belastning å være eneforsørger, enten dette er et resultat av familieoppløsning eller ikke. Analyser viser at eneforsørgere oftere har lavere inntekt enn husholdninger med flere voksne medlemmer. Tap av forsørger gjennom samlivsbrudd eller død fører til økonomiske problemer for mange. Selv om folketrygden i mange tilfeller dekker inntektstap som følge av tap eller fravær av forsørger, vil det å være eneforsørger for en del være en viktig årsak til lav inntekt i lengre eller kortere perioder.

Andelen enslige forsørgere i Sola har stabilisert seg de siste årene, og ligger lavere enn alle vi sammenligner oss med.



3.2.6. Andel i aldersgruppen 30-39 med fullført videregående utdanning eller høyere, Sola 1990-2013

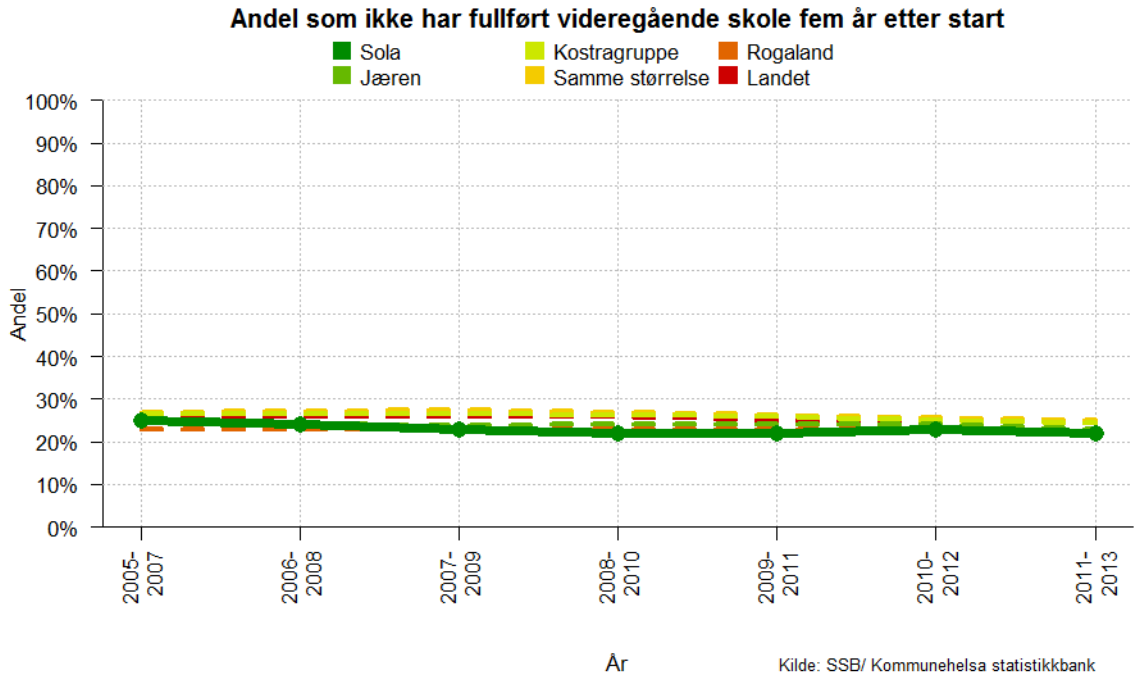
Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer med lav utdanning har generelt sett høyere dødelighet og mer helseproblemer. De har også en høyere sannsynlighet for å bli uføretrygdet, har større risiko for å utvikle demens og høyere dødelighet. Samtidig er det en tydelig tendens til at utdanningsnivå går i arv, noe som antyder at også helseproblemene er delvis arvelige.



Vi ser at Sola har en noe høyere andel innbyggere med utdanning fra videregående skole enn de vi sammenligner oss med – og stadig færre har grunnskole som høyeste utdanning.

3.2.7. Andel som ikke har fullført videregående skole fem år etter oppstart, Sola 2005-07 – 2011-13

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.



Frafallet inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført VKII eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som startet opp dette året, men som sluttet underveis. Andelen blir beregnet ut fra prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Personer som etter 5 år fortsatt er i videregående skole, regnes ikke som frafalt.

Hva som er årsakssammenhengen mellom utdanning og helse er viktig for å vite hvordan denne situasjonen bør håndteres. Her er det flere mulige sammenhenger, for eksempel:

- Personer med dårligere helse eller helsevaner velger kortere utdanningsløp
- Personer med lavere utdannelse tjener mindre, og får dermed lavere levestandard
- Personer som tar høyere utdannelse får bedre helsevaner
- Personer som tar høyere utdannelse arbeider i mer helsefremmende miljøer

Solaelever dropper ut fra videregående skole i nesten like stor grad som dem vi sammenligner oss med (mellom 20 og 30% alt etter når man måler). Elever fra Sola har flere grunnskolepoeng, trives bedre og har foreldre med høyere utdannelse. Dette er eksempel på faktorer som «beskytter» mot dropout, og slik sett burde andelen vært betydelig lavere blant elever fra Sola. For 2008-kullet var det 76 % av de som startet på videregående skole som hadde gjennomført og bestått videregående opplæring etter 5 år. (Kvalitetsmelding for videregående opplæring i Rogaland 2014:9). Uansett årsak er et frafall på ca. 25 % høyt i seg selv, og representerer en levekårsutfordring.

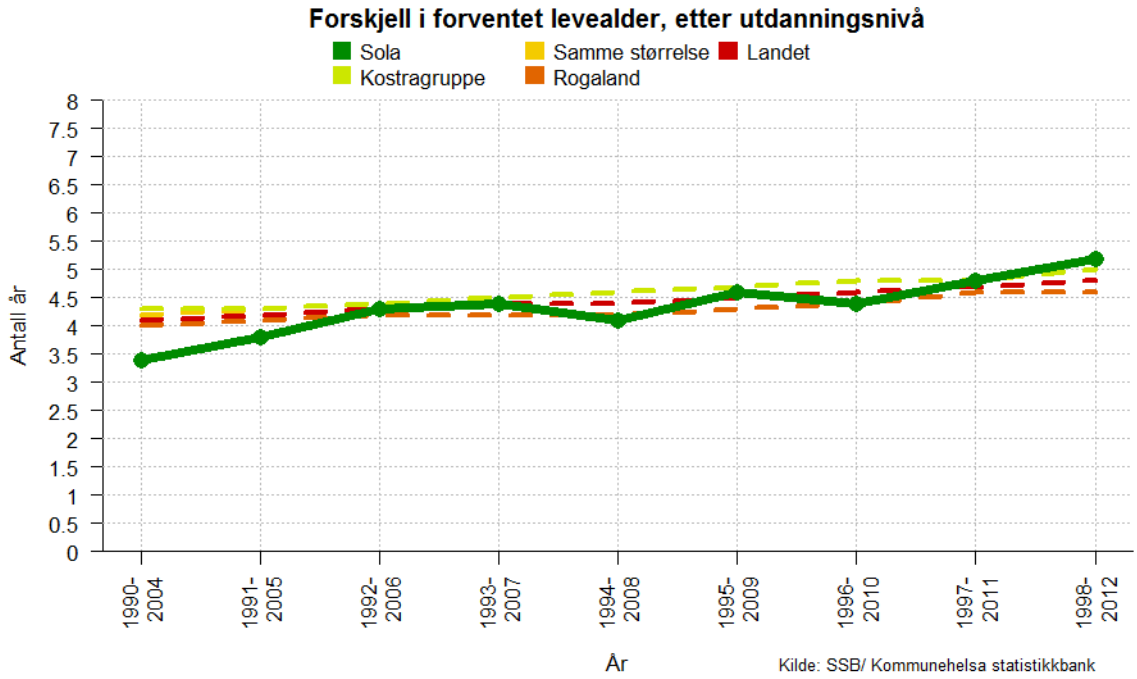
Skolefrafall og dårlig helse i ungdomstiden gir dårligere integrering i arbeidslivet i ung voksen alder. Dette viser en norsk studie (Tidsskrift for Den norske legeforening 2012).

Det statlige treårige NY-GIVprosjektet er nå avsluttet. Skolene følger nå opp denne elevgruppen med intensivopplæring våren på 10.trinn slik at disse elevene skal få et bedre grunnlag for å kunne gjennomføre videregående skole. Ungdomsskolene vurderer nå å igangsette tiltak for lavt-presterende elever allerede på 8.trinn. Kommunene har årlige samlinger med fylkeskommunen for å følge med på hvordan gjennomføringen utvikler seg og for å kunne sette i gang tiltak.

Undersøkelser tyder på at psykiske problemer, ensomhet, mobbing, og/eller høyt konfliktnivå i familien er de viktigste grunnene til at ungdom faller ut fra videregående skole. Analyser som har forsøkt å kvantifisere de samfunnsøkonomiske konsekvensene av innsats på dette området, antyder at det kan være betydelige summer å spare samfunnet ved å satse på inkludering av ungdom. Beregninger gjennomført av Vista Analyse AS konkluderer med at dersom man klarer å få 100 ungdommer bort fra et liv i uførhet, så vil det spare samfunnet for 1 mrd. kroner (NOU 2011:14 Bedre integrering).

3.2.8. Forskjell i forventet levealder mellom personer med grunnskoleutdanning og videregående skole eller høyere, Sola 1990-2004 – 1998-2014

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. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.



Personer som ikke har fullført videregående skole har kortere forventet levealder enn personer med lenger utdanning. Figuren illustrerer hvor mye lenger forventet levealder personer med fullført videregående skole gjennomsnittlig har hatt. Verdiene er angitt som overlappende gjennomsnitt for femtenårsperioder.

3.2.9. Andel arbeidsledige i alderen 15-74 år, Sola 1999-2014 (desember)

Arbeid er en viktig faktor for levekår som påvirker helse og trivsel. Mer enn 25.000 personer har sitt arbeidssted innenfor Sola kommunes grenser. "Bare" ca. 5700 både bor og arbeider i Sola. Sola kommune har tradisjonelt vært sterkt forankret i primærnæringene jordbruk og fiske, men nå er ca. 85% av arbeidsplassene i Sola direkte knyttet til utvinning av råolje og naturgass.

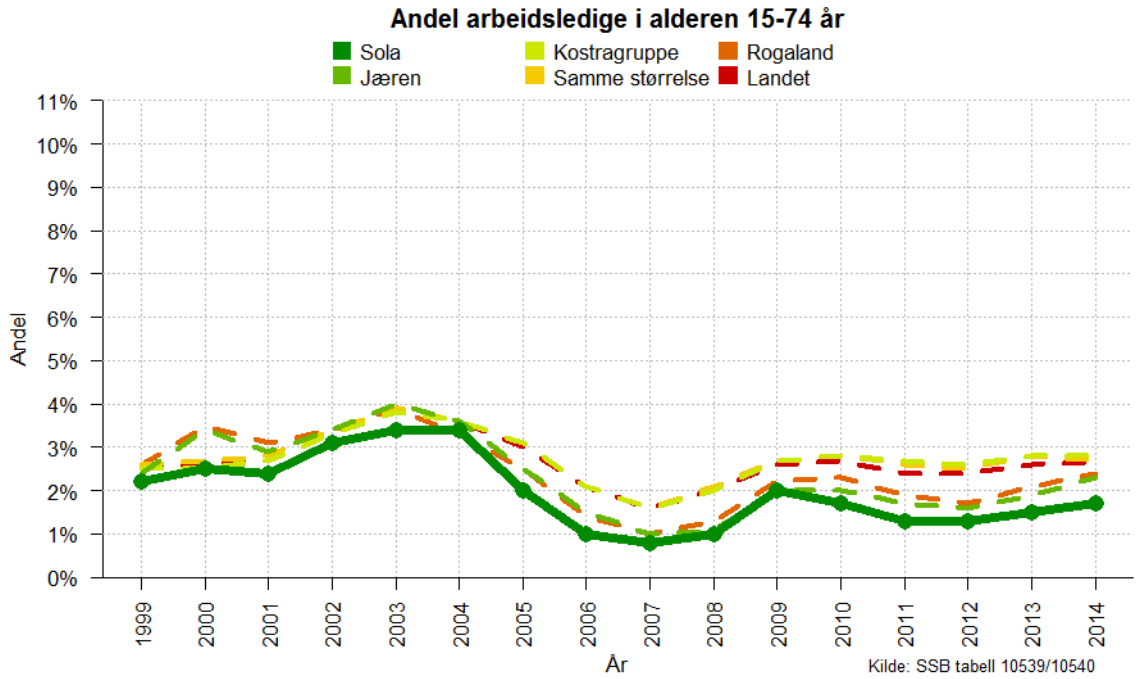
Sola troner de siste årene på toppen av Nærings NM-kåringen til NHO – som kårer regioner og kommuner med best næringsutvikling siste år. Sola gjør det spesielt bra på områdene arbeidsmarked og kompetanse.

De siste årene har man sett en stor økning i arbeidsinnvandringen til kommunen, særlig fra Øst-Europa.

Det finnes stadig færre jobber som ikke krever videregående opplæring eller høyere utdanning. Ca. halvparten av de unge arbeidsledige i Rogaland har ikke fullført videregående opplæring.

De fleste er klar over at utdanning utover grunnskole- og videregående skole i dag er nødvendig i et arbeidsmarked med økende spesialisering og krav til fagkompetanse.

Arbeidsledige blir regnet for å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt, (Folkehelseinstituttet, 2015). Figuren nedenfor angir arbeidsledigheten slik den var i desember hvert år, frem til desember 2014. Merk at den siste tidens endringer i oljerelaterte virksomhet ikke er kommet med her.



I november 2015 er 4,3 prosent av arbeidsstyrken ledig i Sola. Ledigheten øker i alle aldersgrupper. Det er størst økning i typiske mannsdominerte yrker som industri, ingeniørfag, IKT, samt bygg og anlegg. Ferske tall fra NAV viser at 618 personer med adresse i Sola sto uten jobb i november måned. Det er en økning på 389 personer fra samme tidspunkt i fjor, og utgjør en økning på 170 prosent for vår kommune og for NAV kontoret. Erfaringene så langt viser at utfordringene er størst for de arbeidsledige med liten erfaring og/eller ikke fullført utdannelse, samt arbeidssøkere med mangelfulle norskkunnskaper

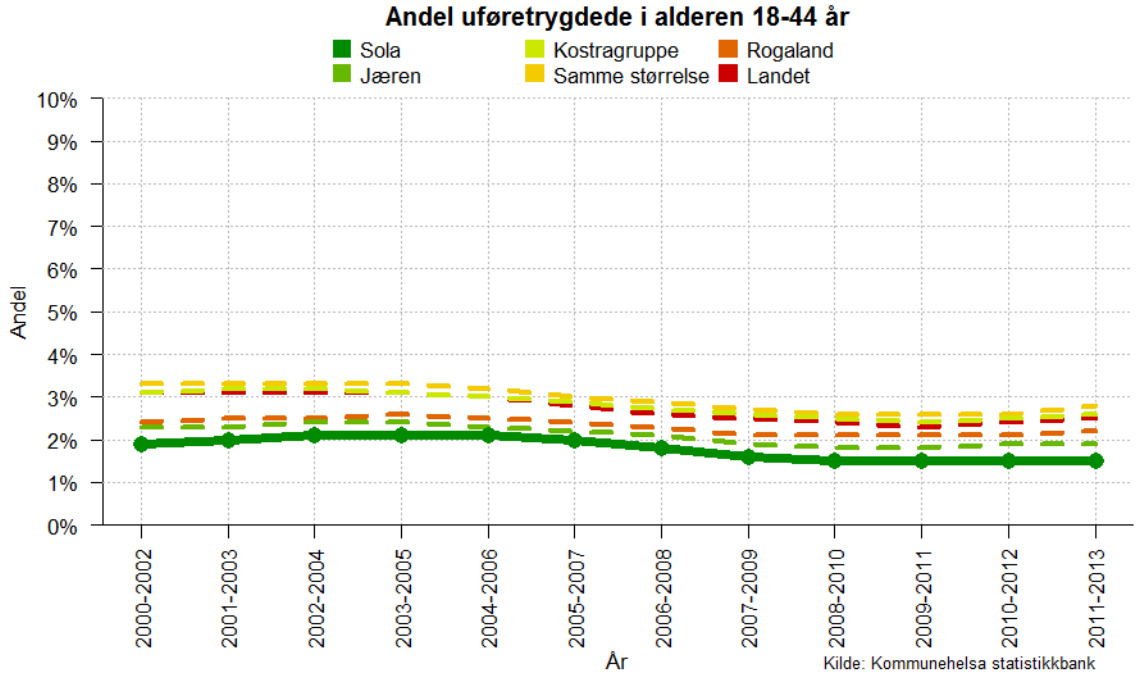
3.2.10. Andel uføretrygdede i alderen 18-44 år, Sola 2000-02 – 2011-13

Gruppen som mottar uføreytelser er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Omfanget av uføretrygd er en indikator på helsetilstand, men må ses i sammenheng med næringsliv, arbeidsmarked, utdanningsnivå m.m.

Sola har en svært lav andel uføretrygdede, lavere enn alle vi sammenligner oss med.

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt 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

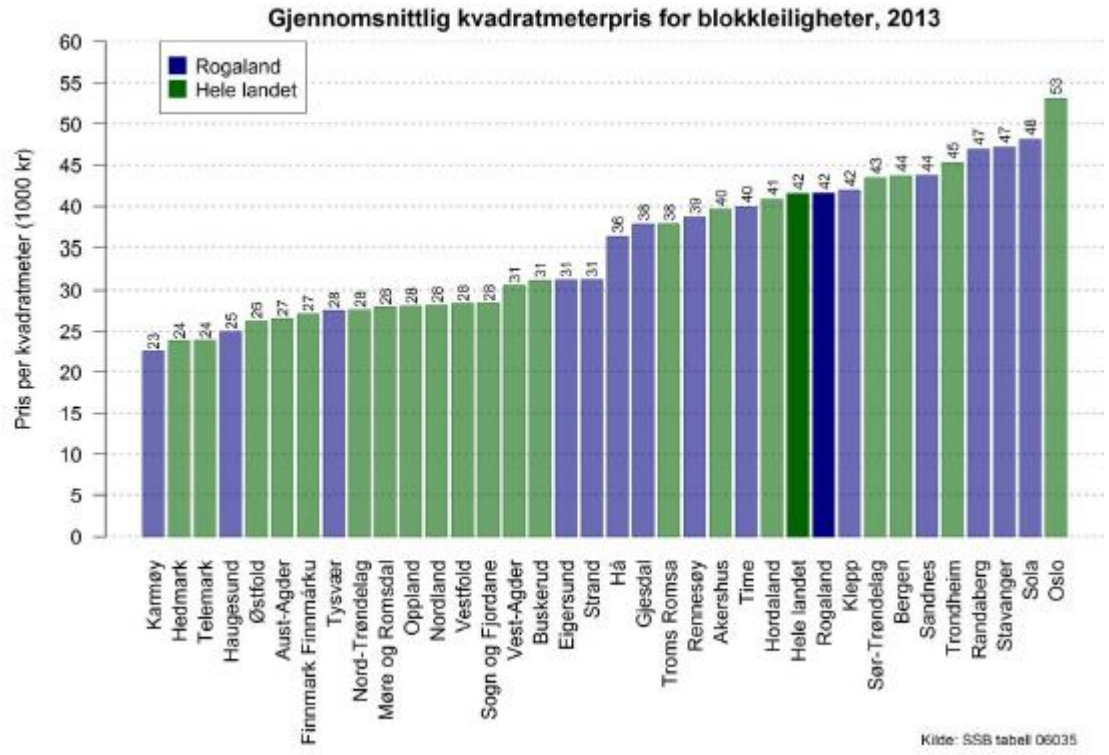
forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanninger, livsstilsfaktorer og andre sosiale faktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker uføretrygd. (FHI – Kommunehelsa statistikkbank).



3.2.11. Gjennomsnittlig kvadratmeterpris for blokkleiligheter. Landstotal, fylker og kommuner i Rogaland, 2013.

En god bolig i et godt bomiljø er en viktig faktor for fysisk og psykisk helse. Å bo er en forutsetning for utdanning, jobb, familie og sosialt liv (Folkehelseinstituttet, 2015).

Det er kjent at det er vanskelig for unge i etableringsfasen og vanskeligstilte å etablere seg i Sola pga. de høye bolig- og leieprisene. Dette henger sammen med den store befolkningsveksten i området blant annet pga. et attraktivt arbeidsmarked.



Sola, Stavanger og Randaberg er alle blant kommunene i landet med høyest boligpriser.

Boligmassen i Sola består i hovedsak av eneboliger. I mange eneboliger er det utleieleiligheter i underetasjen. Mange av disse leies av arbeidsinnvandrere og flyktninger.

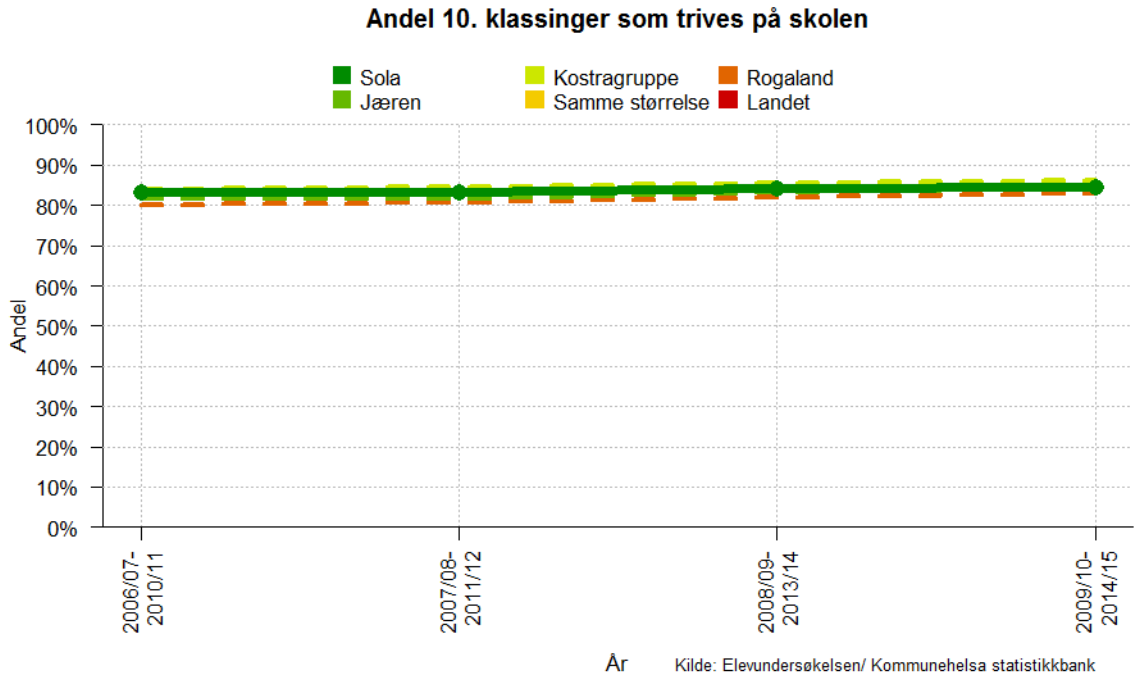
3.3. Oppvekst

3.3.1. Andel 10. klassinger som trives på skolen, Sola 2006-10 – 2009-14.

Barn og unge bruker mye av sin tid på skolen, og skolen danner mye av grunnlaget for videre utvikling. Slik er skolen en sentral arena for folkehelsearbeid, og økt trivsel et sentralt mål. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevens motivasjon for å lære, og slik også 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.

Figuren viser at andelen 10. klassinger som trives på skolen ser ut til å øke, noe som ser ut til å være en trend også blant kommuner vi sammenligner oss med.

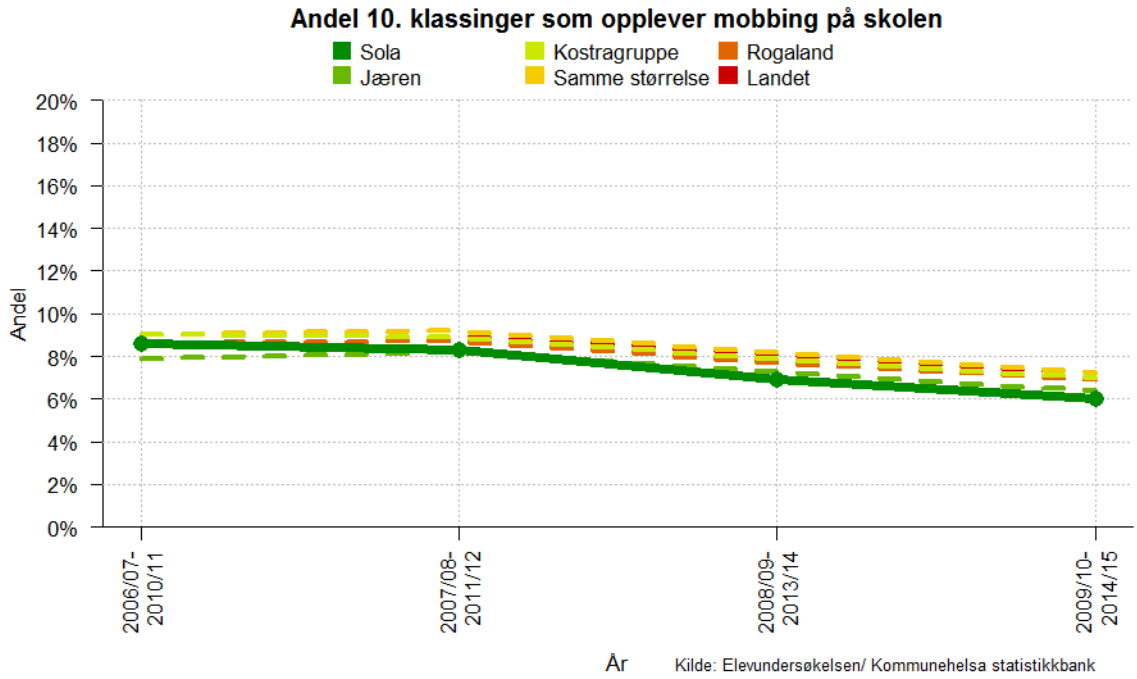


I 2013 ble Elevundersøkelsen flyttet fra vårsemesteret til høstsemesteret. Skoleåret 2012/13 finnes derfor ikke i statistikken.

3.3.2. Andel 10. klassinger som opplever mobbing på skolen, Sola 2006-10 - 2009-14

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, ryggsmerter, "vondt i magen" og svimmelhet, dobbelt så vanlig som blant andre barn. Jo oftere et barn blir mobbet jo større er risikoen for helseplager.

Sammenhengen mellom mobbing og helseplager understreker at det er viktig å forebygge mobbing i skolen. Det er dessuten viktig å følge med på statistikk over andelen som har vært utsatt for mobbing for å si om hvordan iverksatte tiltak fungerer, og for å kunne drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid. Det er også viktig å merke seg at mobbing ikke bare er skolens utfordring, men hele samfunnets.



I 2013 ble Elevundersøkelsen flyttet fra vårsemesteret til høstsemesteret. Skoleåret 2012/13 finnes derfor ikke i statistikken.

Definisjon: ”gjentatt negativ eller ondsinnet atferd fra en eller flere rettet mot en elev som har vanskelig for å forsvare seg. Gjentatt erting på en ubehagelig og sårende måte er også mobbing”. Inkludert er 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 på skolen de siste månedene?”

Mobbing i Sola på 10. trinn har en positiv utvikling. At ca. 6% mobbes regelmessig er likevel en levekårsutfordring man må ta på alvor.

Vær obs på at den y-aksen bare går til 20 prosent, noe som kan gi et inntrykk av at nivåene er høyere enn de egentlig er. Dette er gjort for å tydeliggjøre forskjeller mellom gruppene og endring over tid.

Datamaterialet til Ungdataundersøkelsen 2013 gjør det mulig å sammenligne svarene til personer som utøver eller utsettes for mobbing med de andre elevene. Dette viser at det er en del fellestrekk i svarene til mobbere og mobbeofre. Tabellen nedenfor viser en grov oppsummering der svarene til mobbeofre og mobbere er sammenlignet med andre elever, i Rogaland:

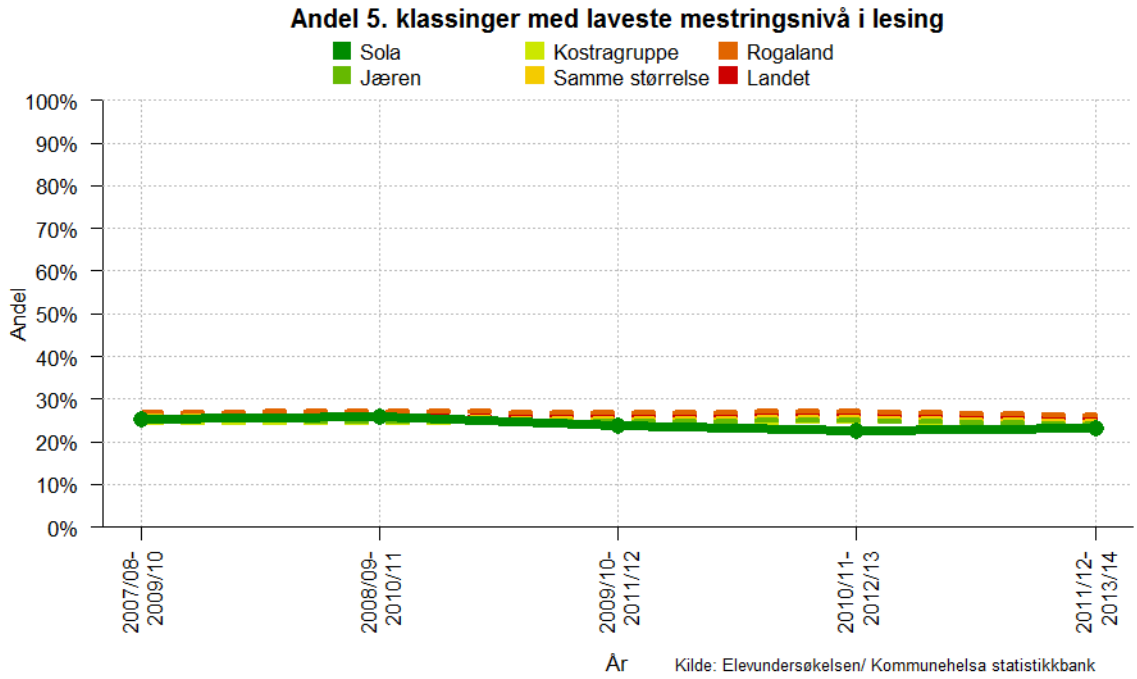
Svarer i større grad at…	Mobbeofre	Mobbere
Familien har dårlig råd	Ja	Ja
De mangler fortrolige venner	Ja	Ja
De har et større alkoholforbruk	Nei	Ja
Er oftere røykere	Ja	Ja
Bruker oftere snus	Til en viss grad	Ja
Føler i større grad at alt er et slit	Ja	Ja
Er i større grad plaget av ensomhet	Ja	Ja
Trener sjeldnere	Ja	Ja
De er misfornøyd med skolen de går på	Ja	Ja

Både mobbeofre og mobbere34 kommer i større grad fra familier med dårlig råd, de mangler fortrolige venner og er oftere ensomme. Dette stemmer godt med inntrykket av at ungdom med problematferd ofte selv er offer. Disse resultatene peker også mot at mobbere oftere sliter, og at tiltak for å hindre mobbing potensielt kan ha en heldig sideeffekt ved å også beskytte mobberne gjennom å bedre deres sosiale nettverk.

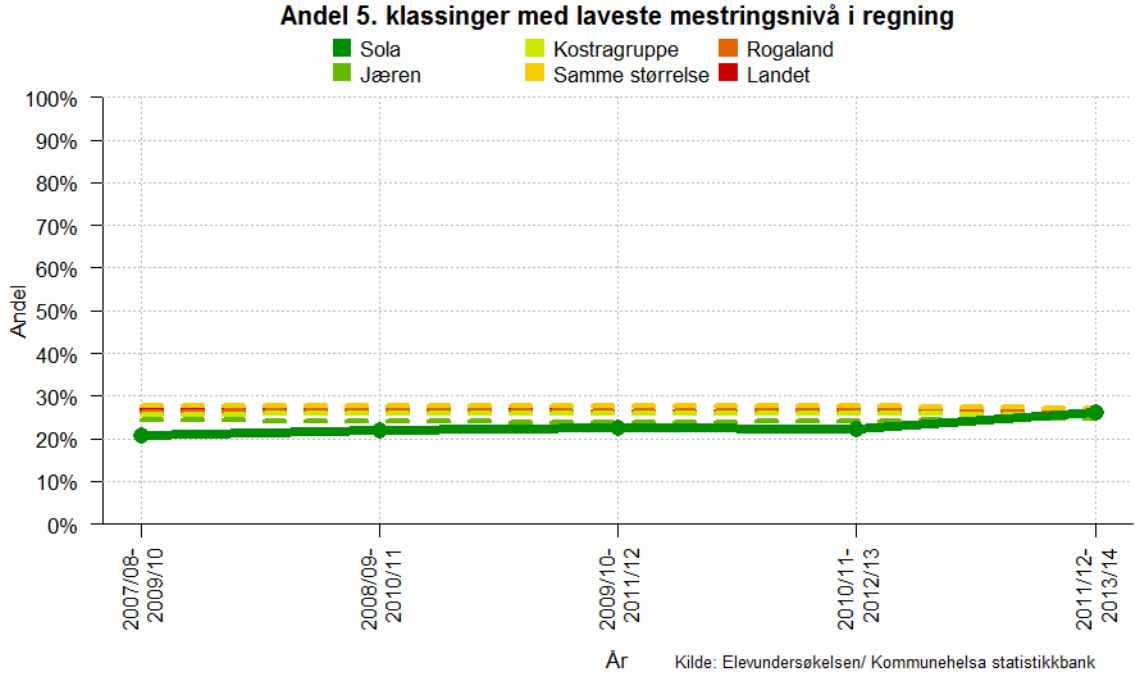
Det vises også til tilstandsrapporten for Sola-skolen (se sak 15/15 til utvalg for oppvekst og kultur 10.12.15).

3.3.3. Andel 5. klassinger med laveste mestringsnivå i lesing og regning, Sola 2007-09 - 2011-13

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.



Regning er en basisferdighet som er viktig videre i utdanningsløpet og arbeidslivet.



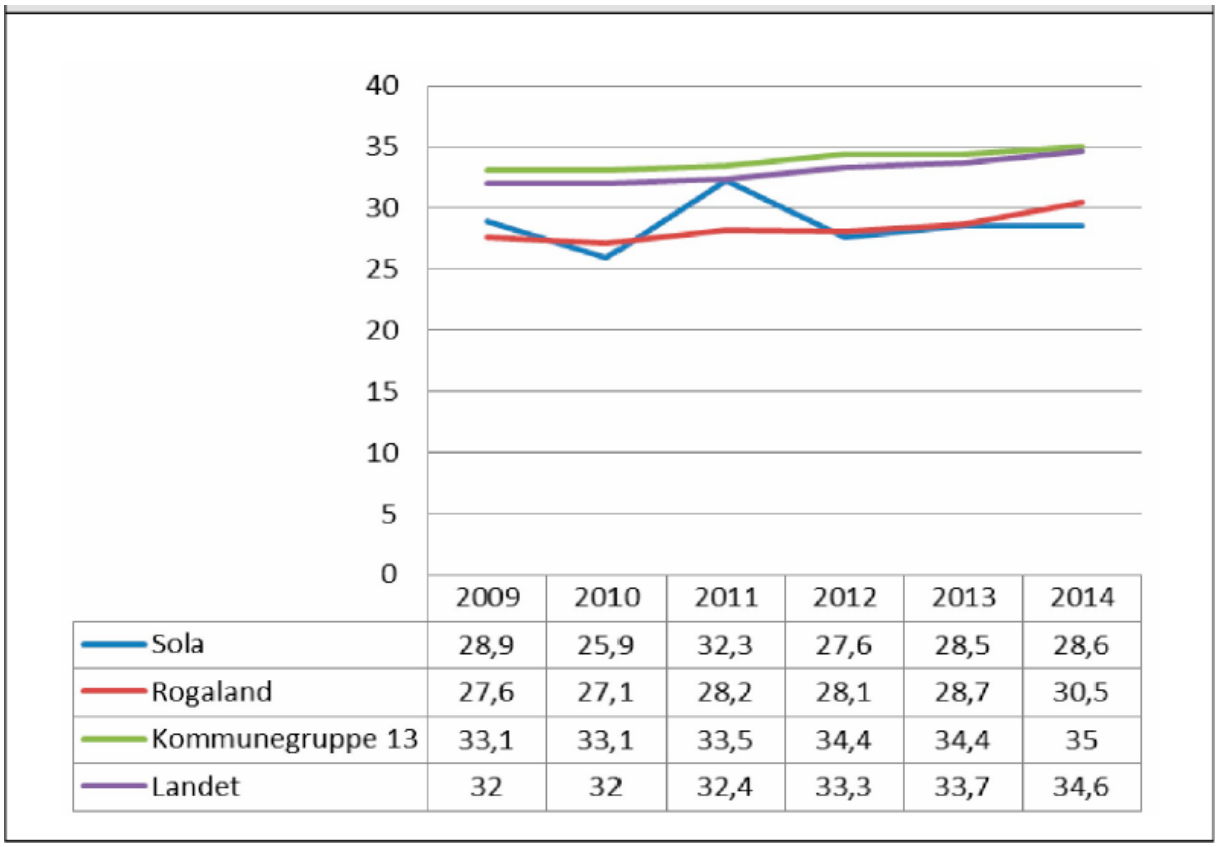
3.3.4. Kvalitet i skole og barnehage

Barnehage, skole, helsestasjon og skolehelsetjenesten er viktige arenaer for forebyggende helsearbeid. Sammen med familie og venner er nettopp disse instansene viktige for den

sosiale støtten barn og unge opplever i hverdagen. Kvaliteten ved disse institusjonene kan være en indikator på hvor godt støtteapparatet rundt barn og unge fungerer. Kvalitet er vanskelig å måle, men en av flere kvantifiserbare kvalitetsindikatorer er utdannelsesnivå i skole og barnehage, og hvilke ressurser som stilles til rådighet i den kommunale helsestasjonstjenesten.

Sola kommune har høyere andel lærere med universitets- og høyskoleutdanning og pedagogisk utdanning (94,7%), enn kostragruppe 13 (88,6%), fylket (88,9%)og landet utenom Oslo (87,7%).

Spesielt etter 2005 er andelen styrere og pedagogiske ledere med godkjent høgskoleutdanning gått ned både i Rogaland og resten av landet. Rogaland er et av landets fylker med lavest andel barnehageledere med godkjent utdanning.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sola	28,9	25,9	32,3	27,6	28,5	28,6
Rogaland	27,6	27,1	28,2	28,1	28,7	30,5
Kommunegruppe 13	33,1	33,1	33,5	34,4	34,4	35
Landet	32	32	32,4	33,3	33,7	34,6

(Figur fra Rogaland Revisjon IKSs rapport: Forvaltningsrevisjon av barnehager, Sola kommune 2015)

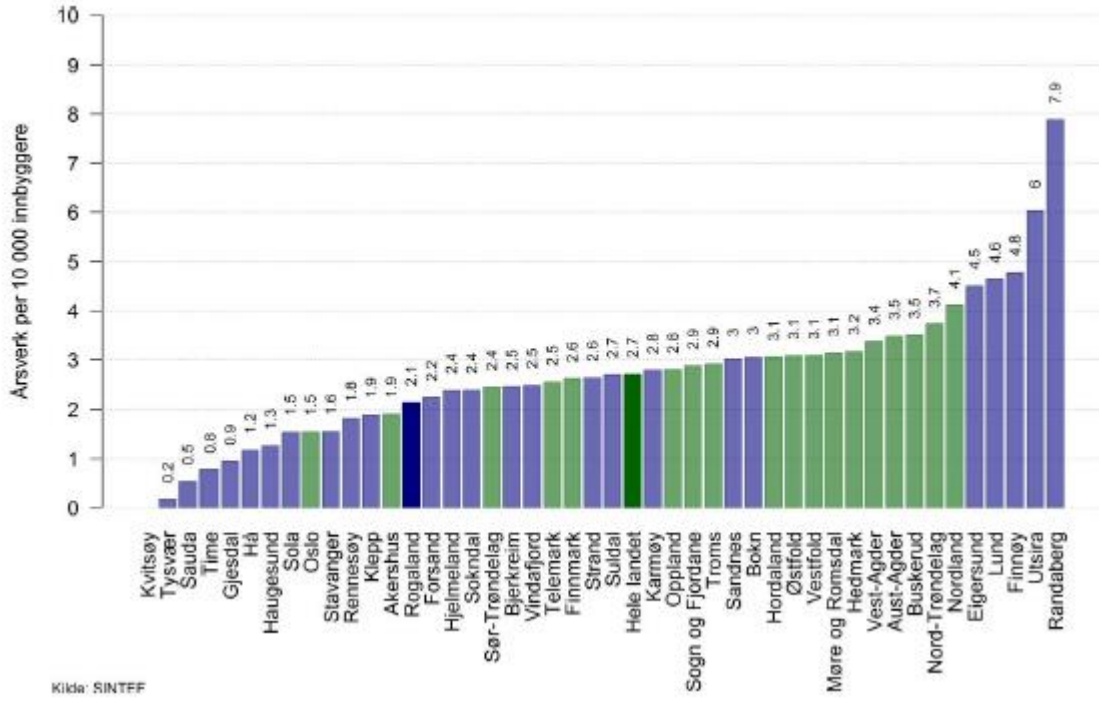
Sola ligger et godt stykke bak landsgjennomsnittet og kommunegruppe 13, og litt under Rogalandsgjennomsnittet. Dette er kjent i kommunen, som har hatt utfordringer med å få inn nok ansatte med rett kompetanse. Hovedforklaringen på dette «Rogalandsproblemet» ligger nok i det stramme arbeidsmarkedet vi har hatt de senere årene. Mange barnehagelærere har funnet seg annet arbeid, blant annet innenfor olje-/gass-sektoren. Sola kompenserer noe med høyere voksentetthet enn nabokommunene.

3.3.5. Forebyggende helsearbeid

Innsats som fokuserer på å forebygge uhelse framfor å reparere først når helseproblemene har oppstått, kan ha store gevinster, enten man måler i opplevd livskvalitet, samfunnsøkonomiske innsparinger eller annet. Ressursene som stilles til rådighet for innbyggerne gir uttrykk for prioritering av forebyggende helsearbeid i kommunene. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentral i det forebyggende helsearbeidet, samt i kartlegging og oppfølging av helseproblemer blant barn og unge.

I en presset økonomisk situasjon kan det imidlertid være svært vanskelig å finne penger til forebygging. En kartlegging av kommunenes årsverksinnsats innen psykisk helsearbeid i 2012 konkluderer med at kommunene har vansker med å prioritere forebyggende arbeid.

Figuren under illustrerer hvor mange årsverk per 10 000 innbyggere som ble brukt på helsestasjons- og skolehelsetjeneste blant barn og unge i 2012 – landstotal, fylker og kommuner i Rogaland (se også kap. 3.7.1.vom ressurser til psykisk helsearbeid blant barn og unge).



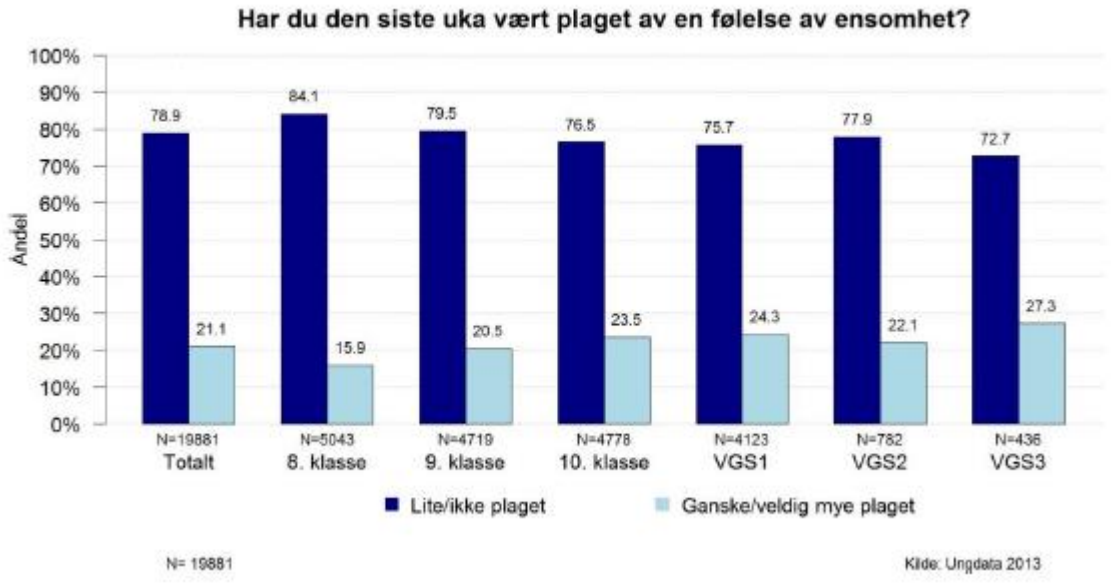
3.3.6. Ensomhet

Når en person opplever ensomhet, tyder dette på at vedkommende savner fellesskap og sosial kontakt, noe som kan bidra til en sterkt redusert livskvalitet. Ensomhet er et betydelig problem i seg selv for den som opplever det, og problemer med ensomhet kan også ha vesentlige negative helse- og livsløpseffekter. Vi ser for eksempel en større tilbøyelighet til å ville slutte på videregående skole blant ungdom som plages av ensomhet. Vi ser også ensomhet som en delforklaring på overhyppigheten av selvmord blant eldre.

Datagrunnlaget om ensomhet i dette dokumentet dekker kun elever i ungdomsskolen og videregående skole. Dette er grupper det er svært viktig å ha informasjon om, men det innebærer at voksne og eldre utelates. Dette betyr ikke på noen måte at problemene ikke finnes også blant disse.

Vi ser til en viss grad tendensen til en sosioøkonomisk gradient i svarene fra Ungdataundersøkelsen. Det er en høyere andel ensomme blant de som svarer at familien har dårlig råd, og ungdommene som svarer at de plages av ensomhet svarer også i betydelig større grad at de er misfornøyd med egen helse. Ensomhetsproblematikken blant ungdom i Rogaland er større enn i landet totalt sett.

Mer enn hver fjerde jente i Ungdataundersøkelsen svarer at hun er ganske eller veldig mye plaget av ensomhet. Dette nivået er nesten dobbelt så høyt som for guttene, hvor drøyt 14 prosent svarer det samme. Opplevelsen av ensomhet stiger noe ved overgangen fra ungdomsskolen til videregående skole, mest for guttene. Som figuren nedenfor illustrerer, svarer nesten en av fire elever i videregående skole at de plages med ensomhet. Det ser imidlertid ikke til å være overgangen til videregående skole som forårsaker en økning i ensomheten – den tiltar gradvis i løpet av ungdomsskolen.



Psykiske helseproblemer henger ofte sammen med forhold i barndom, oppvekst og grunnskole, hvor særlig mobbing og ensomhet går igjen. Dette understreker viktigheten av å bedre situasjonen, både for å redusere umiddelbare og langsiktige problemer. Ensomhet framgår også som en viktig forklaringsfaktor for hvorfor elever velger å slutte i videregående skole, noe som understreker viktigheten av å treffe tiltak her.

Forebyggende tiltak kan være alt fra å bidra til å fremme møtesteder og aktiviteter hvor folk kan møtes til målrettede tiltak, for eksempel rettet mot eldre som har mistet livsledsageren og dermed statistisk sett befinner seg i en risikosone. En gjennomgang av tiltak mot ensomhet blant eldre, først og fremst fra USA og Canada, peker mot at gruppebaserte tiltak som innebærer læring eller sosiale aktiviteter ofte fungerer etter hensikten, mens én til én-rådgivning og lignende i mindre grad fungerer.

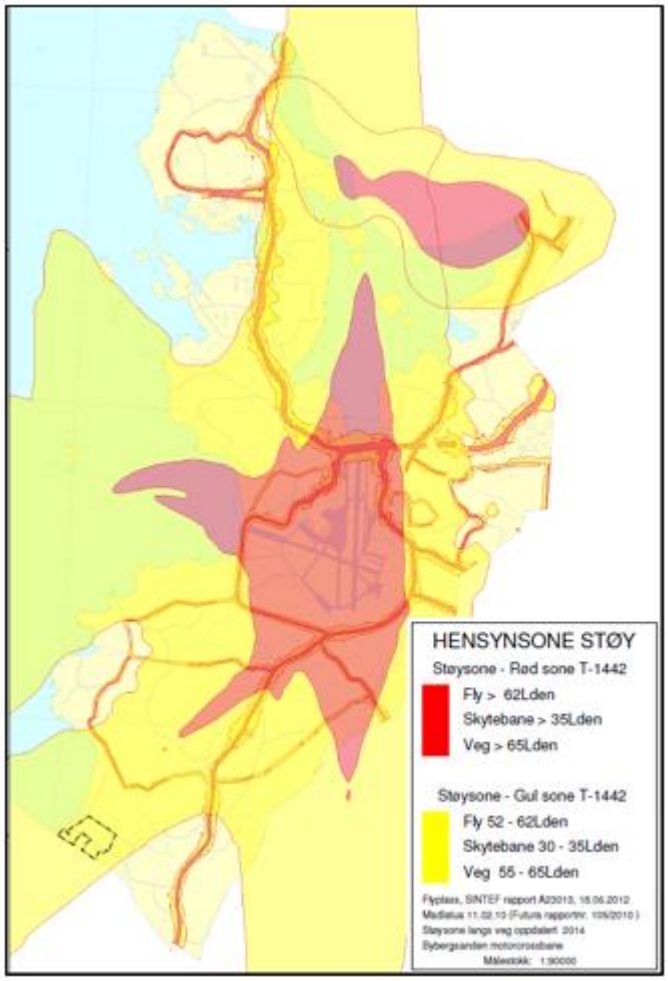
3.4. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

3.4.1. Drikkevannskvalitet

Ulike faktorer i det fysiske miljøet kan få helsemessige konsekvenser. Drikkevann er et eksempel på slike fysiske miljøfaktorer. I følge tall fra Folkehelseinstituttet har alle (100%) husholdninger i Sola tilførsel av tilfredsstillende vannkvalitet i forhold til E-colibakterien.

3.4.2. Støyplager

Veitrafikken er den klart viktigste kilden til støyplager i Sola. Støyberegningene for gjennomsnittsstøy for hele døgnet viser at over 1600 boliger i Sola ligger i gul støysone, og rundt 160 boliger ligger i rød støysone for veistøy. Dette tilsvarer henholdsvis ca. 3800 personer i gul sone og 400 personer i rød sone som totalt gir rundt 4200 personer bosatt i støyeksponerte boliger. Støybelastningen er størst langs rv. 509 Tanangervegen og i Sola sentrum langs Sentrumsvegen, Flyplassvegen og Nesbuvegen.



Støysonekart, kommuneplan 2015-2026

Støykartleggingen for Stavanger Lufthavn, Sola, viser at støysone rød dekker deler av Solakrossen, og støysone gul strekker seg over en vesentlig del av kommunens sentrale arealer . Beregningene viser at rundt 10 000 personer er bosatt i gul støysone for utendørs flystøy (omfatter også deler av Stavanger, Sandnes og Klepp kommune).

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

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

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

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

3.4.3. Luftforurensning

Den viktigste kilden til luftforurensning er biltrafikk, særlig i kombinasjon med kulde og stillestående luft. Vedfyring og partikler som rives løs av piggdekk bidrar også på vinterstid. Problemene er derfor mest akutte nær travle trafikkårer. Grenseverdiene for gjennomsnittlig årlig nitrogendioksidnivå i Stavanger ble i 2013 overskredet for fjerde år på rad. Også døgngrensen for svevestøv ble overskredet. Deler av Stavanger er ekstra utsatt for luftforurensing fra biltrafikk på grunn av den tette trafikkåren som ledes inn i bebyggelsen.

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

Det er etablert to målestasjoner for overvåkning av luftkvalitet i regionen. Begge stasjonene er plassert i Stavanger.

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

3.4.4. Organisasjonsdeltakelse blant unge

Å kunne delta på fritidsaktiviteter som inspirerer og engasjerer, og å kunne pleie sosiale kontakter er viktig for trivselen og dermed den psykiske helsen. Fysisk aktivitet på fritiden gir helsegevinst både fysisk og psykisk. Det er mye aktivitet innen lag og organisasjonsliv i Sola som sørger for fritidstilbud for ulike aldersgrupper. Relativt dårlig bussforbindelse til enkelte deler av kommunen gjør imidlertid mange avhengige av biltransport for å komme seg til/fra fritidsaktivitetene, og er slik sett utsatte i spørsmålet om deltakelse eller ikke.

Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter er vanlig for flertallet av skoleungdommene. I ungdomsundersøkelsen I Ung i Sola 2013 svarte 69 % av ungdomsskoleelevene positivt på spørsmålet om deltakelse i en organisert fritidsaktivitet. Andelen er imidlertid synkende. Flere av de som krysset av for at de ikke er med nå, har vært med tidligere. Dette betyr at store deler av skoleungdommene i Sola har vært innom en klubb, organisasjon, lag eller forening, men at andelen er synkende med alderen. Idrett er den aktiviteten som har størst deltakelse blant ungdom.

Den uorganiserte fritiden kan være alt fra kinobesøk, lønna arbeid, handling, kafebesøk, besøk hos venner. Mye av fritiden brukes hjemme, enten hos seg selv eller hjemme hos venner. Og mye av det som foregår der, ser ut til å være knyttet opp mot skjermaktiviteter.

Andelen på VGS, både jenter og gutter, som oppgir at de bruker to timer eller mer på datamaskin utenom skolen, ligger rundt 70%. Når det gjelder gutter, dataspill og avhengighet er det bekymringsfullt at 18% av guttene på ungdomsskolen oppgir at de har forsøkt å redusere på spillingen uten å ha lykkes med det.

Vi har ikke tall på organisasjonsdeltakelse blant voksne i Sola.

3.4.5. Kriminalitet

Utbredelse og anmeldelse av kriminalitet kan være en indikator på levekår. De anmeldte lovbruddene gir likevel ikke et dekkende bilde av kriminalitetens omfang, da noen typer kriminelle handlinger av ulike årsaker aldri blir anmeldt. Nyere forskning viser at det er en sammenheng mellom fysisk utforming og kriminalitet – god planlegging styrker folkehelsen.

Sola kommune er en kommune med lite kriminalitet. Det er etablert et tett samarbeid med politiet og andre gjennom SLT-modellen (samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak).

Statistikken viser et relativt stabilt antall straffesaker i Sola kommune.

I 2012 var det registrert 1300 lovbrudd totalt i Sola kommune.

I 2013 var det totalt registert 1246 lovbrudd.

I 2014 var det totalt registrert 1329 lovbrudd.

I 2015 var det totalt registrert 1292 lovbrudd

Antall registrerte lovbrudd i Sola omfatter de ulike kriminalitetstypene (vold, vinning, økonomi, trafikk, skadeverk, sedelighet, narkotika, miljø, arbeidsmiljø, annet.)

Vinningskriminalitet og narkotika utgjør de største tallene på statistikken, henholdsvis 526 registrerte saker på vinning og 227 på narkotika. Avdekking av narkotikasaker er vanskelig. Det er avhengig av politiets aktive bekjempelse. Det antas at det er et stort mørketall på dette området både blant voksne og ungdom under 18 år.

Innbyggere i Sola har nærhet til etablerte rusmiljø over kommunegrensene. I Ungdataundersøkelsen for Sola 2016 oppgir 13 % av elevene i ungdomsskolen at de er blitt tilbudt hasj eller marihuana minst én gang de siste tolv månedene. Dette er tre prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet. På videregående skole oppgir 27 prosent av elevene det samme. Dette tilsvarer landsgjennomsnittet.

Det er registrert 90 voldssaker. Voldssaker har hatt en økning 73 registrerte saker i 2014.

Skadeverk har gått ned fra 75 til 58 registrerte saker.

Ungdom under 18 år er registrert med 39 lovbrudd i 2015 mot 51 lovbrudd i 2014.

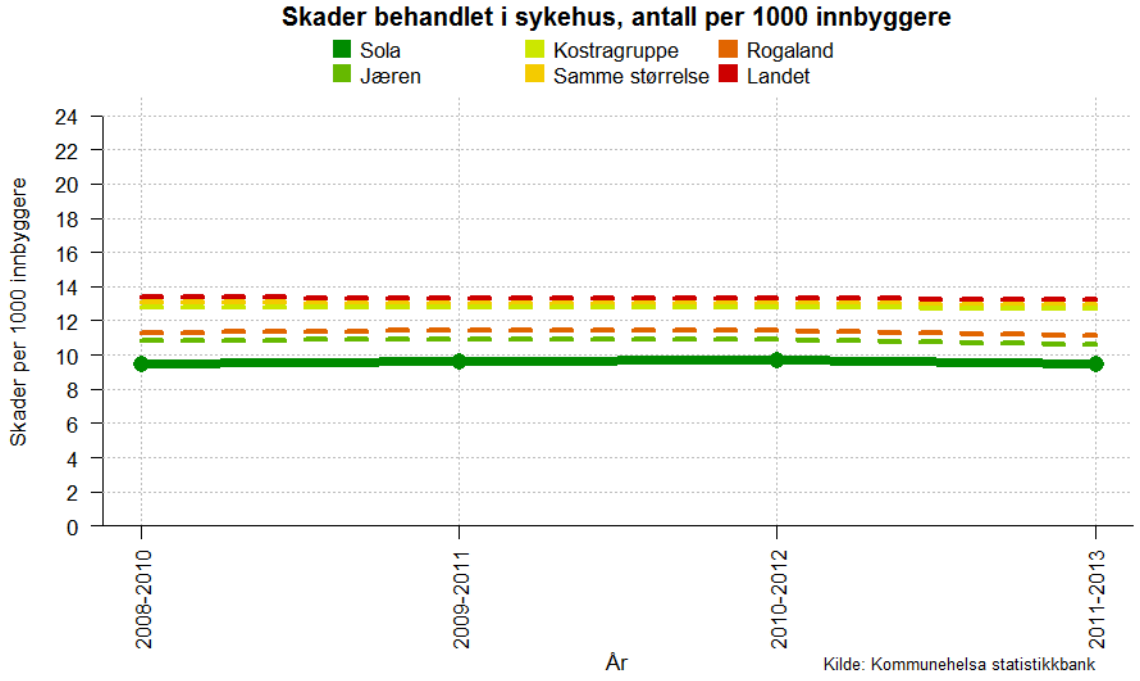
Det har vært en nedgang i ungdomskriminalitet. Det er 25 ungdommer som har begått de 39 registrerte kriminelle forholdene.

Det har vært tett tverrfaglig og tverretatlig oppfølging av ungdom som har begått straffbare handlinger. Samarbeid mellom instanser er en nødvendig forutsetning for å lykkes i arbeidet med å "snu" unge lovbrytere. Tiltakene og straffereaksjonene er individuelt tilpasset.

3.5. Skader og ulykker

3.5.1. Skader behandlet i sykehus, per 1000 innbyggere, Sola 2008-10 - 2011-13

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 ett godt eksempel på en type skade/ulykke som i stor grad kan forebygges på enkle måter og som kan spare den enkelte for mye lidelse og kommunen for store økonomiske utgifter. Hvert hoftebrudd vil kunne koste helsevesenet opp mot en million kroner i utgifter til sykehusbehandling og rehabilitering bare det første året (Folkehelseinstituttet, 2015). Etter Samhandlingsreformen er dette utgifter som i størst grad vil belaste kommunehelsetjenesten.

3.6. Helserelatert atferd – levevaner

Både nasjonalt, regionalt og lokalt finnes det generelt lite kvantitative data om levevaner. Man må derfor i stor grad basere seg på kvalitative data, og anta noen sammenhenger. Generelt ser man at ulike typer levevaner henger sammen, og dette er igjen relatert til sosioøkonomisk status. Lavere sosioøkonomisk status har sammenheng med mer usunne levevaner (Folkehelseinstituttet, 2015).

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.

3.6.1. Kosthold

Det er en tydelig sammenheng mellom kosthold og helsetilstand, og det er også tydelige sammenhenger mellom sosioøkonomisk status og kosthold – barn av foreldre med lav utdannelse har for eksempel oftere overvektsproblemer. Matvaner etableres tidlig i livet, og går i stor grad i arv fra foreldrene. Dette bidrar i sin tur til at risiko for kostholdsrelaterte helseproblemer, for eksempel hjerte- og karsykdommer, har en arvelig komponent ut over det felles gener bidrar med.

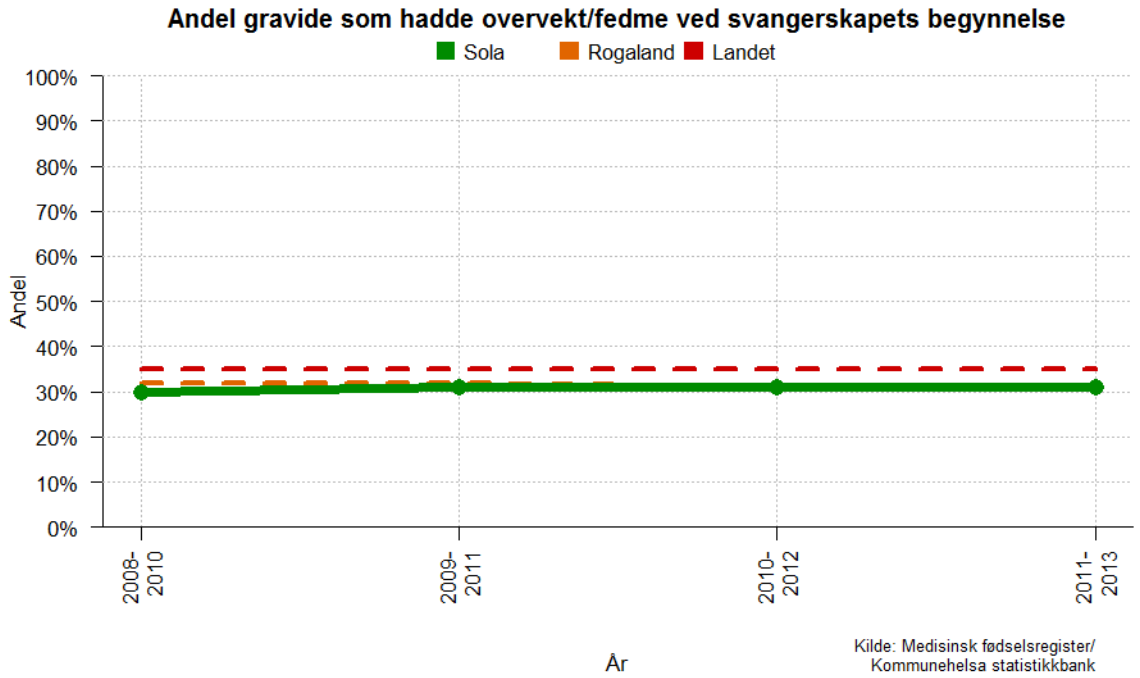
I 2012 oppga 54 prosent av de spurte rogalendingene at de spiste frukt og grønt hver dag, en økning fra 48 prosent i 2008. Dette var det tredje høyeste fylkesvise nivået i 2012-undersøkelsen. Resultatene sier imidlertid ikke noe om hvor stor andel av kostholdet som er frukt og grønt, bare hvor ofte respondentene spiser noe av det. Et kosthold med en høy andel frukt og grønt bidrar til å forebygge en rekke sykdommer og helseproblemer.

En studie gjennomført i 2012 viser en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og kostholdsvaner i Norge. Ungdommer fra familier med god råd og høy kulturell kapital spiser mer frukt og grønt, de spiser oftere frokost og middag, og de har et lavere inntak av snop og sukkerholdig drikke. Velstandsutviklingen i Rogaland kan sånn sett være en del av forklaringen på de (relativt) høye nivåene. Studier gjennomført i Norge viser at barn og unge som ikke spiser frokost har høyere sannsynlighet for å utvikle overvekt, og en tydelig sammenheng mellom kosthold og skoleprestasjoner.

3.6.2. Andel gravide som hadde overvekt/fedme ved svangerskapets begynnelse, Sola 2008-10 - 2011-13

Overvekt blant gravide ved første svangerskapskontroll kan være en indikator på overvekt i befolkningen.

Forekomsten av overvekt og fedme øker generelt i de fleste aldersgruppene i Norge, som i mange andre land. Dette er ugunstig for folkehelsen fordi overvekt øker risikoen for hjerteinfarkt, hjerneslag, kreft, type 2 diabetes og muskel- og leddplager. Det er særlig urovekkende at forekomsten av fedme øker raskest blant de under 40 år, og andelen har økt fra under 10 til over 20% siden 1980-årene. Det er tydelige forskjeller i forekomst etter utdanningsnivå. Selv om Sola har en høy andel med høy utdanning sammenlignet med mange andre kommuner, og forekomsten av overvekt/fedme er lavere blant disse, har likevel forekomsten av fedme økt over tid blant de med både kort og lang utdanning.



3.6.3. Barn og unge med overvekt i Sola

Tall fra helsesøstrenes vektmålinger av 3. og 8.klassinger i Sola 2012-2015 viser at det er store variasjoner fra skole til skole m.h.t. overvekt, dvs. ISO-KMI >25. Totalt ser vi en svak nedgang i andelen overvektige 3.klassinger. Helsestasjonen melder at det synes som at flere foreldre er mer bevisste når det gjelder å legge til rette for å ta sunne valg for barna i hverdagen for de yngste. Andelen overvektige 8.klassinger er stabil, det samme er andelen med fedme (ISO-KMI >30). På en ungdomsskole er det litt flere undervektige enn overvektige.

Landsgjennomsnittet når det gjelder overvektige 3. klassinger ligger på ca. 16%. Andelen med fedme er ca. 4%. Utviklingen bør følges nøye, og tiltak settes i verk på de skolene som har den høyeste andelen med overvektsproblematikk.

For en del ligger en økt risiko for overvekt i genene, men også kostholds- og mosjonsvaner går i arv. Tiltak som kan stimulere til redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet kan bidra til å forebygge og redusere en rekke helseproblemer. I forhold til både å oppnå effektiv forebygging og redusere sosiale ulikheter er tidlige tiltak – gjerne i skole og barnehage – lovende. Ett eksempel på et slikt tiltak er forsøk med gratis skolefrukt. Dette ser ut til å ha ført til både forebygging av vektøkning og vedvarende sunnere matvaner.

3.6.4. Fysisk aktivitet

Økende forekomst av kroniske livsstilssykdommer relatert til fedme og overvekt, gjør det viktig å gjøre det enkelt for både barn, unge, voksne og eldre å være i fysisk aktivitet. Gange er den vanligste fysiske aktiviteten i den norske befolkning.

Fysisk aktivitet er en av samfunnets beste medisiner, og lavt fysisk aktivitetsnivå bidrar til flere av de viktigste helseutfordringene vi har. Fysisk aktivitet bidrar til å forebygge og i en del tilfeller lindre både somatisk og psykisk sykdom. Sammenlignet med stillesitting kan selv et moderat aktivitetsnivå bidra vesentlig til å bedre helsen. En norsk studie viser at det å gå fra å være inaktiv til i aktivitet kan gi en tilsvarende reduksjon i dødelighet som å slutte å røyke, så vi snakker her om kraftige helsegevinster.

Selv om mosjon og trening på fritiden har økt noe de siste ti årene, kompenserer dette ikke for redusert aktivitet og mye stillesitting ellers i dagliglivet. Det klassiske eksempelet er at bilene benyttes som transportmiddel i stedet for å gå eller sykle. Fortsatt kjøres for mange barn til skoler og fritidsaktiviteter i Sola selv om forholdene de fleste steder ligger godt til rette for sykling og gange. Foreldrene har et ansvar for å etablere gode vaner for fysisk aktivitet i tidlig barndom og ungdom.

Tabellen viser andelen 6-, 9,- og 15-åringer i Norge som tilfredsstiller anbefalingen om 60 minutters daglig moderat fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2012).

Alder	Jenter	Gutter
6-åringer	87 %	96 %
9-åringer	70 %	86 %
15-åringer	43 %	58 %

Et mindretall av voksne, ca. 1 av 5, oppfyller anbefalingene fra Helsedirektoratet om å drive med fysisk aktivitet med moderat intensitet minimum 30 minutter daglig, for eksempel i form av en tur med rask gange der en blir varm og får økt puls.

Utforming av fysiske omgivelser kan ha stor betydning for beboernes aktivitetsnivå, for eksempel i hvilken grad de går i stedet for å kjøre når de trenger å komme et sted. En samfunnsmessig infrastruktur som gjør det enkelt med bruk av bil, men vanskelig å gå eller sykle, vil bidra til redusert fysisk aktivitetsnivå. På samme måte kan en arealplanlegging som vektlegger lett tilgang til turterreng, gåavstand til nødvendige funksjoner og tjenester (som butikker og kollektivknutepunkter) og sykkelstier som gjør det enkelt å sykle mellom hjem og jobb/skole bidra til å øke aktivitetsnivået.

Sett i forhold til antall innbyggere er Rogaland blant fylkene i landet med høyest antall kilometer sykkel- gangveier og turstier, men det er stor variasjon mellom kommunene innad i fylket. Sola, Stavanger og Klepp er blant de kommunene i vårt område med lavest antall kilometer. I denne målingen vil naturligvis kommuner med lite flatemål, og stor befolkningstetthet komme dårlig ut, noe Sola også gjør. Like relevant i folkehelsesammenheng er det kanskje å vurdere kvaliteten på skoleveiene i kommunen slik at det er mulig for barn og unge å sykle/gå til skole/fritidsaktiviteter.

Resultatene fra SSBs levekårsundersøkelse om idrett og friluftsliv i 2014 viser at personer med høyere utdanning er mest fysisk aktive, både innen idrett og friluftsliv. Barn og unge med høyere sosioøkonomisk bakgrunn er mer aktive enn de med lavere.

Rogalendingene er mindre fysisk aktive enn nordmenn totalt sett, og nordmenn er ikke spesielt fysisk aktive om vi sammenligner med andre europeiske land.

En nyere, omfattende studie gjennomført blant norske menn viser at selv moderat fysisk aktivitet (ca. 30 minutter per dag, seks dager i uken) gir en markant reduksjon i dødelighet sammenlignet med de som er fysisk inaktive. Dette er et vesentlig poeng, da fokuset ofte rettes mot trening, heller enn fysisk aktivitet mer generelt.

Disse resultatene viser også at det er aldri for sent – å øke aktivitetsnivået i eldre år ga også en tydelig reduksjon i risikoen for tidlig død. I forhold til eldre finnes det også forskning som viser at trening kan beskytte mot demens.

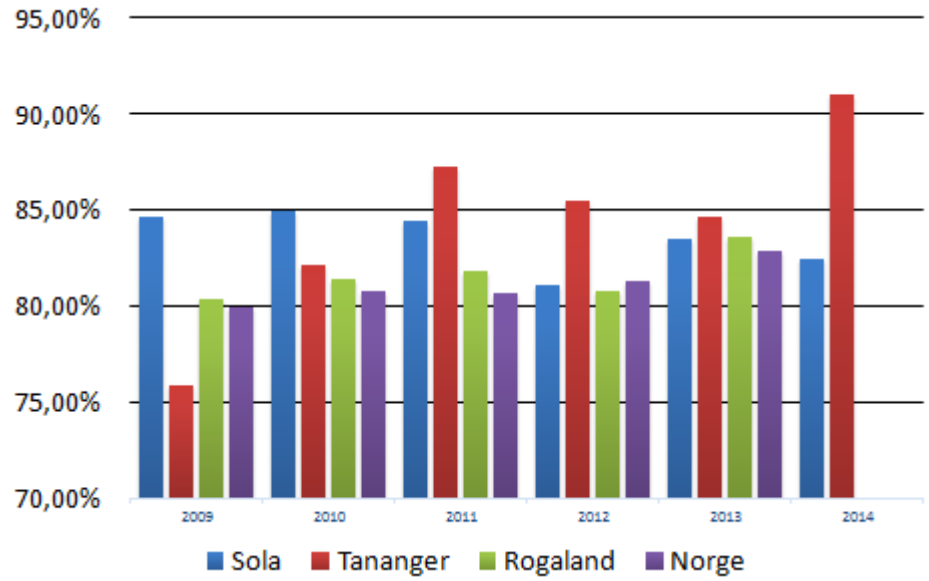
Sola kommune blir ofte fremstilt som en kommune som satser på idrett ved å ha mange offentlige idrettshaller. 40-50 idrettslag organiserer svært mange av innbyggerne i Sola, særlig barn og unge. Samtidig viser forskning at egenorganisert utholdenhets- og styrketrening, og friluftsliv er de aktivitetsformene flest nordmenn benytter seg av. Dette gjelder også for kvinner og menn fra lavere sosiale lag, som er underrepresentert i idrettslagene/aktiviteter ved ordinære idrettsanlegg og de ulike særidrettene.

Siden den fysiske formen i befolkningen går ned og gjennomsnittsvekten opp, er målet å øke den samlede aktivitet ved at moderat aktive blir mer aktive og inaktive kommer i aktivitet. I begge tilfeller vil det være hensiktsmessig å legge til rette for lavterskelaktiviteter i form av turveier, lysløyper, trimparker etc. i nærheten av der folk bor. En dansk undersøkelse konkluderer med at de som bor nærmere et turområde eller grøntområde enn 500 meter har betydelig bedre helse enn de som bor lenger fra slike områder.

3.6.5. Tannhelse

Utfordringer i forhold til ernæring bør også ses i sammenheng med informasjon om tannstatus. Eldre og innvandrere er tradisjonelt grupper som er utsatte både når det gjelder tannstatus og ernæring.

Ser vi på figuren under over 5-åringer uten karies-erfaringer (dvs. null hull), ser vi at utviklingen er varierende. Dette har Rogaland tannhelse vurdert henger sammen med tilgangen til personell på den enkelte tannklinikk. I perioder, når enkelte tannklinikker har vært underbemannet, har man prioritert å bare rutinesjekke de barna med størst risiko for karies, og dermed har dette påvirket resultatet.



(Andel 5-åringer uten karieserfaring, 2009-2014, Tannhelse Rogaland)

3.6.6. Bruk av rusmidler

Undersøkelser har vist at alkoholkonsum er skjevt fordelt i befolkningen. Man finner at forbruket av alkohol blant både menn og kvinner øker med høyere utdannelse. Samtidig henger alkoholrelaterte skader ikke bare sammen med totalkonsumet, men også med drikkemønsteret. Statens institutt for rusmiddelforskning har imidlertid funnet ut at selv om menn i gruppen med høyest utdanning hadde det høyeste totale alkoholforbruket, var andelen som hadde et høyt alkoholinntak (8 alkoholenheter eller mer for menn) ved forrige drikketilfelle, høyest i gruppen med videregående utdanning. De samme tallene finner vi for kvinner.

I en kommune som Sola som har en befolkning med høy utdanning, høy inntekt og høy grad av sysselsettingen innenfor privat næringsliv (der det tradisjonelt drikkes mest i jobbsammenheng), er det grunn til å se nærmere på i hvor stor grad alkoholskader representerer en bekymringsfaktor. Økningen av tidlige problemdrikkere og rusproblemer hos sosialt velfungerende personer vil gi behov for intervensjonstilbud av en annen art enn det tradisjonelle behandlingsapparatet har representert (Tidsskrift for Norsk Psykologforening – Alkoholproblemer på arbeidsplassen 2012)

Omfanget av rusproblemer er vanskelig å kartlegge, både pga. at personer med rusproblemer ofte er vanskelige å komme i kontakt med for slik kartlegging, og fordi det er ulike syn på hvor omfattende bruken av rusmidler skal være før det kalles et problem.

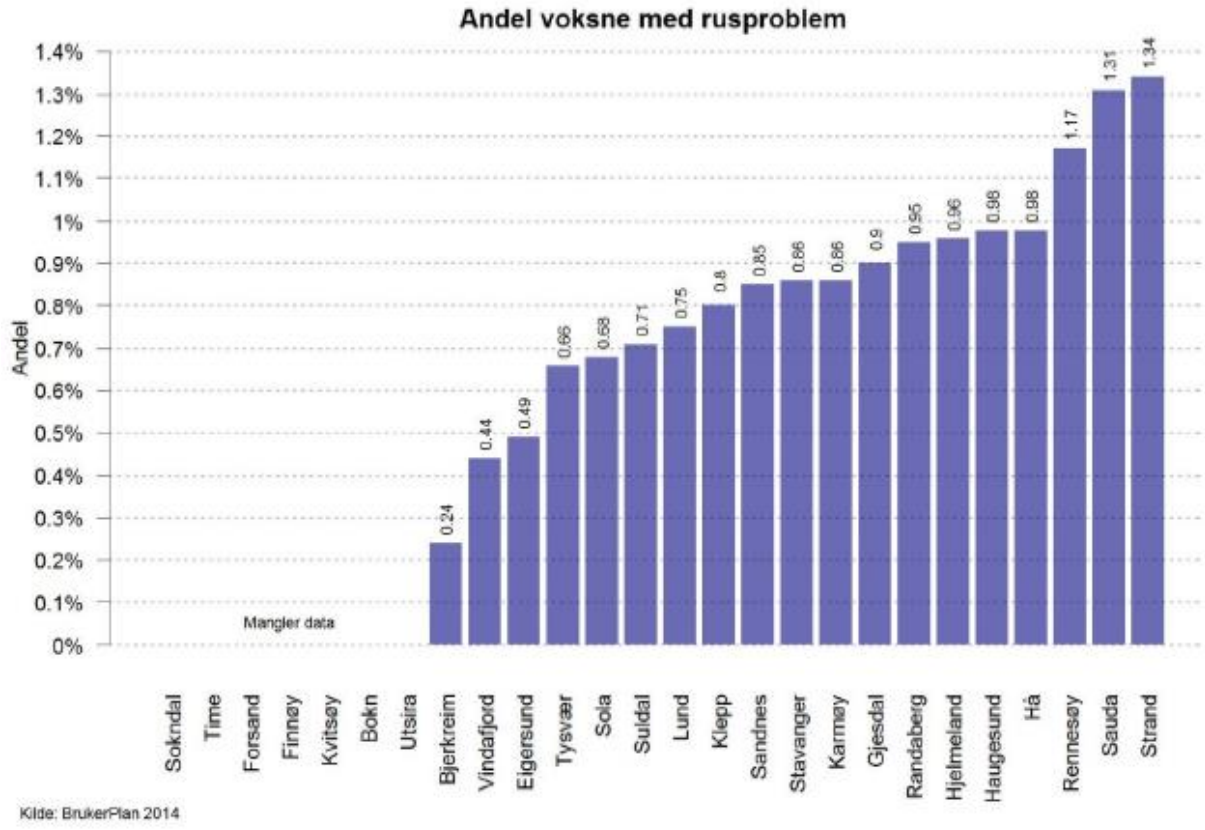
Ofte er rusproblemer tett knyttet til andre problemer, som oppvekstvansker og psykisk sykdom. På denne måten må de vurderes både som symptom og årsak.

BrukerPlan er et kartleggingsverktøy som brukes av kommuner for å kartlegge omfanget av rusmiddelproblematikk. Personene som registreres i Brukerplan er registrert med kommunale

tjenester, og blir vurdert til å ha et rusproblem av kommunenes fagpersoner. Med 'rusproblem' menes at de bruker rusmidler på en slik måte at det går alvorlig ut over den daglige fungering og/eller relasjonene til andre.

Kartleggingen fra 2012 slår hull på oppfatningen av at rusmisbruk først og fremst er et storbyfenomen. Den identifiserer tre kommunegrupper som skiller seg ut med høye andeler rusmisbrukere:

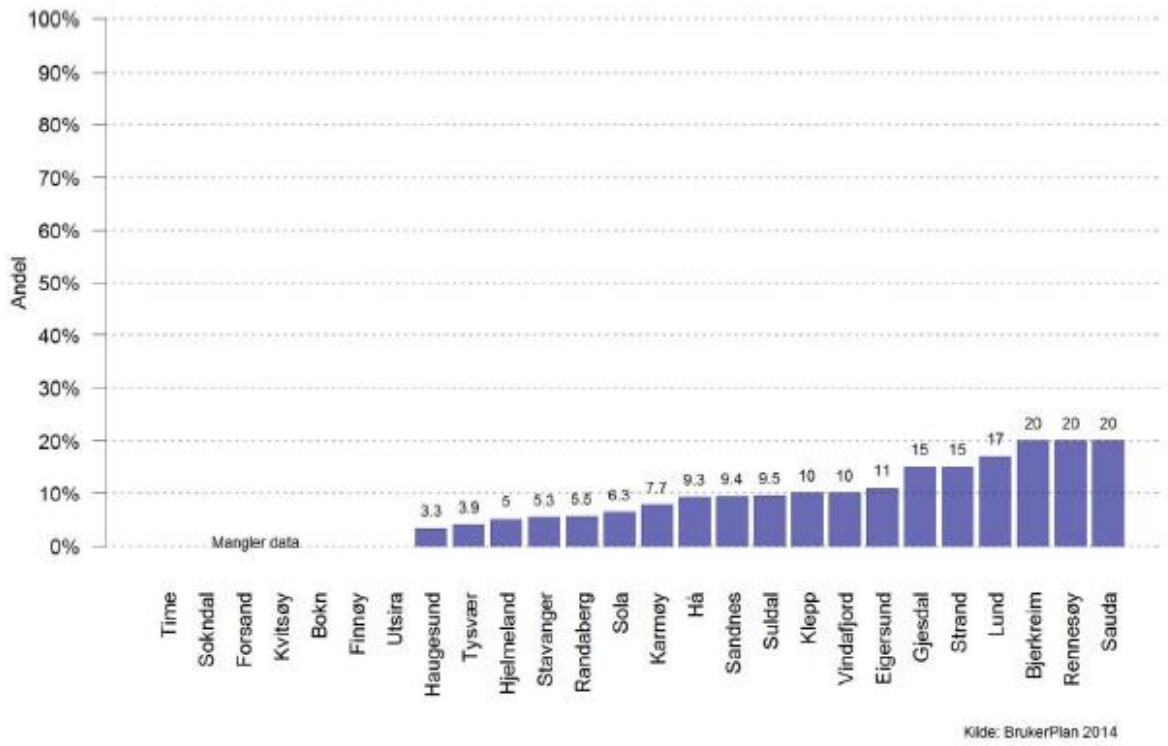
- Tradisjonelle industrikommuner med særlig ensidig industri og/eller industri i tilbakegang.
- Mindre kommuner med synkende folketall.
- Omlandskommuner til bysentra med betydelig befolkningsvekst og presset boligmarked.



Det klart mest brukte rusmidlet blant dem som er kartlagt i undersøkelsen er alkohol, med legemidler, særlig benzodiaspiner, som nummer to. Deretter følger cannabis og amfetamin/metamfetamin like bak.

Kartleggingen har også kartlagt i hvilken grad personene med rusproblemer har barn, og om de har forsørgeransvar for disse. Figuren nedenfor viser hvilken andel av personene med rusproblemer som har forsørgeransvar for barn i hver kommune.

Andel personer med rusproblemer som har forsørgeransvar for barn (2014).



3.6.7. Unge og rus

Få av skoleungdommene i ungdomsskolealder har erfaring med alkohol. 84% oppgir at de aldri/har bare smakt noen få ganger. Dette er noe flere enn i 2010. 10% oppgir å drikke alkohol av og til, men ikke så ofte som månedlig, mens 7% drikker alkohol nokså jevnt 1-3 ganger i måneden. Det er absolutt flest blant disse på 10. trinn. Flere ungdommer på VG-trinn oppgir at de har erfaring med alkohol, men 49 % oppgir at de aldri/har bare smakt noen få ganger. Dette er noe flere enn i 2010. Av elever på VGS er det 22% som oppgir at de drikker månedlig eller mer . Dette er en nedgang fra 2010. Det å bruke alkohol ukentlig er svært bekymringsfullt, spesielt for de yngste elevene, men for ungdom under 18 år generelt. Forskning viser at tidlig alkoholdebut fører til økt alkoholkonsum. Alle ungdommene i undersøkelsen er under 18 år.

Resultatene viser en sterk sammenheng mellom foreldreregler og ungdoms drikking. Av ungdomsskoleelever som får lov å drikke av foreldrene sine (hele 9% av 10. klassingene/15-16 åringene) , drikker 59% ukentlig eller månedlig. Tilsvarende tall for de som ikke får lov til å drikke er 3%. Det er også en sammenheng mellom mors/fars drikking og ungdoms drikking.

Selv om de aller fleste vet at de ikke får lov å drikke alkohol, er det bekymringsfullt at ca 20% av 10.klassingene og 1.VGS ikke vet om de har lov å drikke eller ikke.

41% av elevene på VGS oppgir at de kan skaffe hasj i løpet av to til tre dager dersom de ønsker det. Det tilsvarende tallet for ungdomskoleelevene er 20%. Begge resultatene er på linje med landsgjennomsnittet. Bruk av hasj eller andre narkotiske stoffer er imidlertid på et svært lavt nivå, 3% på ungdomskolen og 7% på VGS oppgir at de har brukt dette minst en gang siste 12 måneder.

Generelt finner vi at økt bruk av alkohol øker sannsynligheten for å være involvert i en del andre handlinger som kan forsterke og utvide videre problemutvikling. Eksempler på det kan være utagerende og antisosial atferd, konflikter i skolen og skoleskulk og kriminelle handlinger.

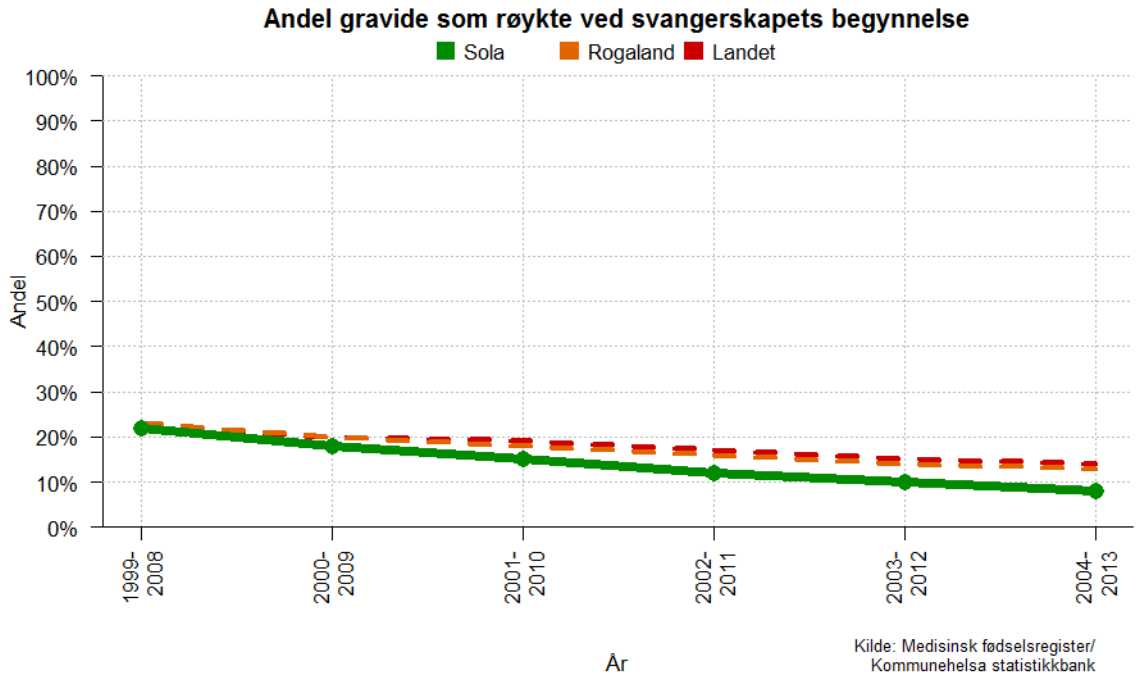
3.6.8. Bruk av tobakk

Antall dagligrøykere både på VGS og ungdomsskolen fortsetter å synke, kun 3 % røyker daglig. Andelen som ikke røyker/aldri har røykt øker fra 2010. Når det gjelder skoleungdommenes bruk av snus, ser vi at dette har tilnærmet likt mønster som for bruk av røyk. Det er svært få som opplyser at de snuser daglig, men bruken øker med alderen fra ca. 2% blant 8. klassingene til 11% blant VGS-elevene. Dagligbrukerne er omtrent uendret fra 2010.

Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at de som røyker daglig, i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere, og at 25 prosent av dagligrøykerne, dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere.

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

Andelen røykere i befolkningen er på vei ned, men blant ungdom og unge voksne ser det ut til at snus har overtatt noe for røyking. Snus er ikke like helseskadelig som sigaretter, men er svært avhengighetsskapende og inneholder helseskadelige og kreftfremkallende stoffer. Vi har foreløpig ikke tall på snusbruken i kommuner. Medisinsk fødselsregister har tall på snusbruk, men disse opplysningene er underrapportert og derfor ikke egnet til statistikkformål.



3.7. Helsetilstand – Forekomst av forebyggbare sykdommer

3.7.1. Psykisk helse

Vi vet fra Ungdataundersøkelsen at de aller fleste ungdommer i Sola føler seg trygge i nærmiljøet, er fornøyde med venner og foreldre og trives godt på skolen. Likevel sliter like mange som i 2010 med depressivt stemningsleie og med søvnproblemer (12%). Det er imidlertid store kjønnsforskjeller. Inntil 50% av alle jentene på VGS føler at alt er et slit og bekymrer seg mye om ting. Tilsvarende tall for jenter på ungdomsskolen er på 30%. Symptomer på depressivt stemningsleie synes mer vanlig utover i ungdomskolen, og topper seg ved overgangen til VGS.

Selv om spørsmålene i kartleggingen ikke kvalifiserer til å avgjøre grad av psykiske plager i klinisk forstand, er omfanget av ungdommer som har vært ganske eller veldig mye plaget av ulike følelser og reaksjoner sist uke, relativt stort.

Jentene er, ikke overraskende, mer preget av et negativt kroppsbilde/selvbilde enn guttene. Tallene viser en negativ utvikling. Dette påvirker også den psykiske helsen.

25 % av jentene og 11 % av guttene har forsøkt å skade seg selv. Noe færre har forsøkt å ta livet sitt. Andelen som skader seg selv/forsøker å ta livet sitt øker med stigende klassetrinn. Unge med psykiske plager har dramatisk høyere sannsynlighet for å ha rapportert å ha skadet seg selv eller opplevd selvmordsforsøk sammenlignet med snittet.

Det er påvist sterke sammenhenger mellom de ulike typene risikoatferd og psykisk helse. De høyeste nivåene av depressive plager fantes blant unge som bodde i familier med vedvarende svak familieøkonomi, og blant unge som ikke opplevde en tillitsfull relasjon til foreldrene sine. Ungdom som ble mobbet på skolen hadde også et særlig høyt nivå av depressive plager. Jenter som røyker og hadde debutert med alkohol før de fylte 14 år, var også en tydelig risikogruppe.

Ungdommen i dag opplever et stort press om å leve opp til egne og andres forventninger om å være vellykkede og prestere bra både på skole, fritid og sosialt, om å være tilgjengelig m.m.

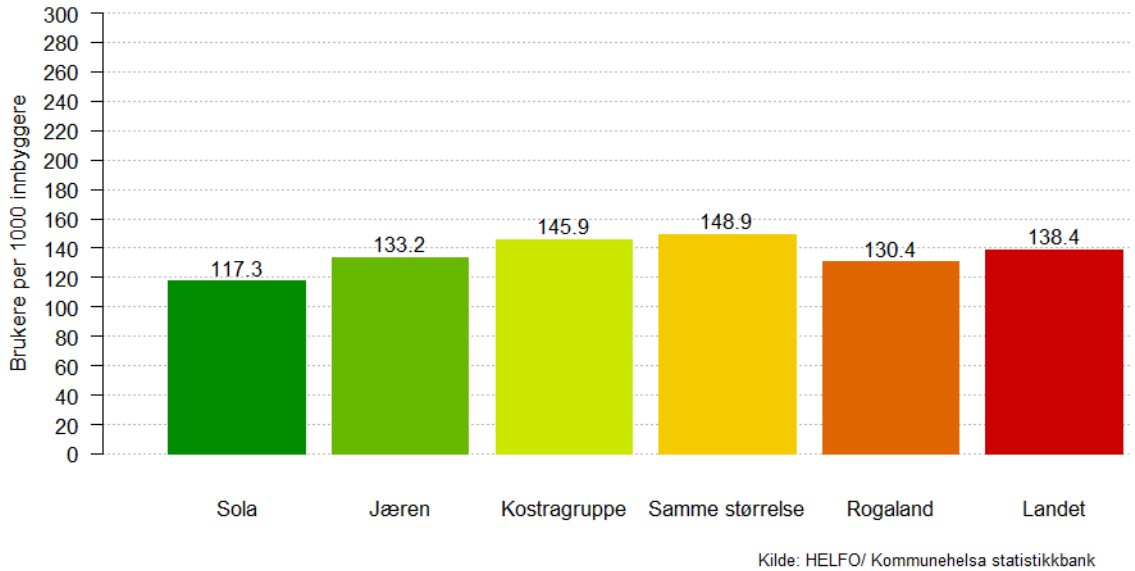
Det antas at bruken av sosiale medier både er med på å skape og opprettholde dette presset, og denne arenaen kan både være inkluderende og ekskluderende.

Foreldrene har et ansvar for å være til stede og utvikle et godt samspill med barna/ungdommmene sine, ikke bare når de er små, men også når de vokser til. Ulike faggrupper i Sola peker på at det ligger et stort potensial i å utruste foreldrene med verktøy som gir dem mulighet til å støtte ungdommene sine i den sårbare ungdomstiden.

Det må understrekes at det at en så stor andel av ungdommene sliter med plager av emosjonell eller mental karakter, ikke er spesielt for Sola, men gjelder hele landet.

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

Brukere i primærhelsetjenesten med psykiske vansker eller lidelser, 15-29 år. Gjennomsnitt 2011-13

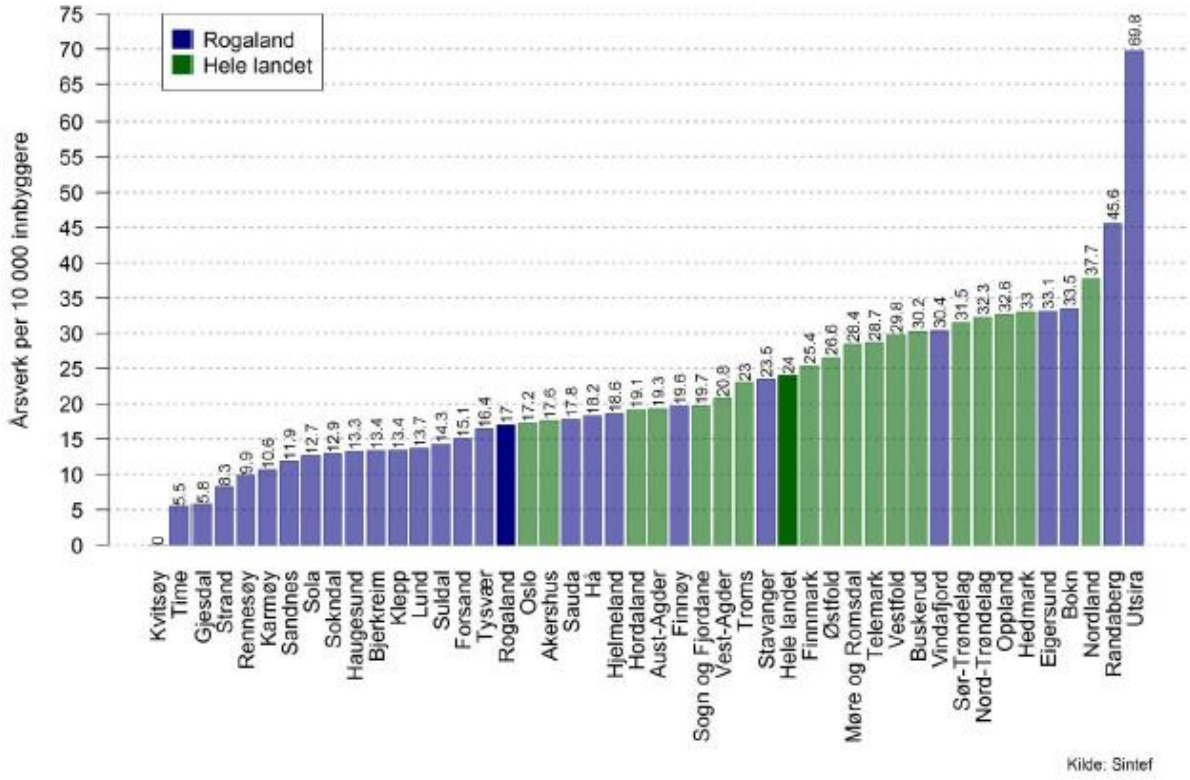


Kilde: HELFO/ Kommunehelsa statistikkbank

Andel brukere gir et inntrykk av sykdomsforekomsten, men forskjeller i hvem som faktisk oppsøker helsevesenet og hvordan deres vansker/lidelser kategoriseres kan påvirke hvordan forekomsten framstår i datamaterialet. Denne problemstillingen er særlig tydelig i små kommuner.

Det er derfor vanskelig å tolke disse resultatene. Lavere andel blant unge brukere i primærhelsetjenesten i Sola når det gjelder psykiske lidelser kan også si noe om tilgjengelighet til tjenestene, holdninger til psykiske lidelser i befolkningen etc.

Figuren under viser årsverk pr. 10 000 innbyggere til tjenester og tiltak rettet mot personer under 18 år med psykiske vansker/lidelser, 2012. Landstotal, fylker og kommuner i Rogaland.



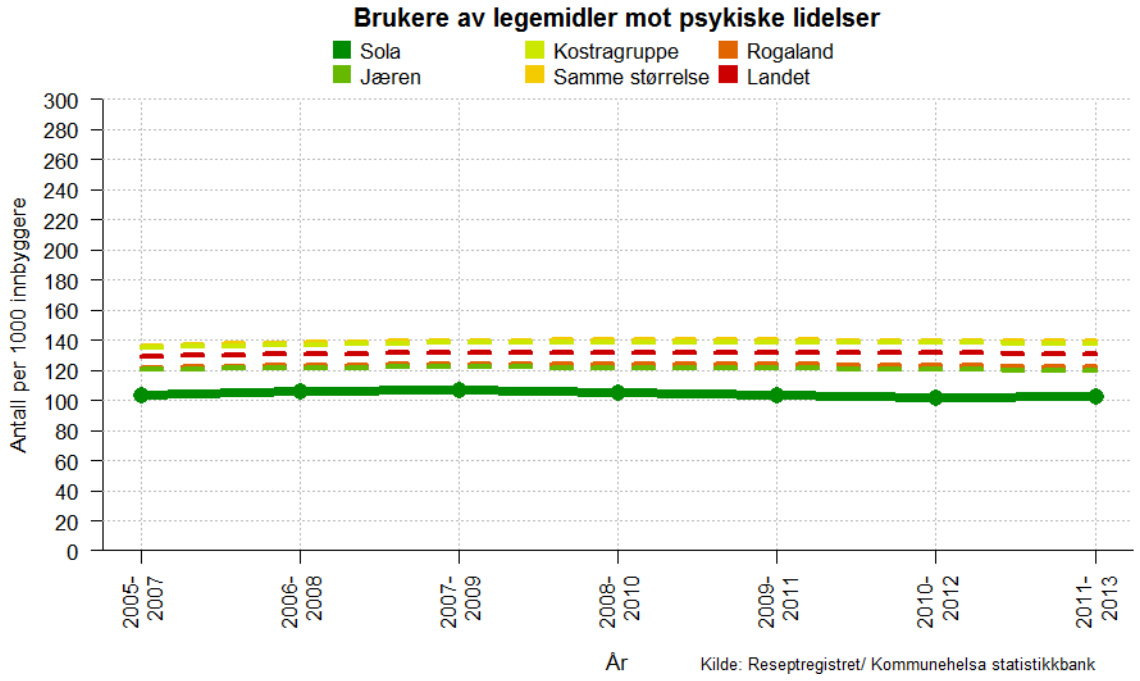
Sett i forhold til antall innbyggere under 18 år er Rogaland det fylket som har færrest kommunale årsverk innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge med psykiske vansker/lidelser. Og Sola ligger godt under gjennomsnittet for Rogaland. Utviklingen i årsverksinnsats har ikke stått i stil med befolkningsveksten, noe som har medført en reell nedgang i kapasiteten siden 2007. Geografiske ulikheter og variasjon i etterspørsel gjør at tallene ikke er direkte sammenlignbare på tvers av fylker og kommuner, men fylkeskommunen mener at kommunalt organisert psykisk helsearbeid rettet mot barn og ungdom trenger et løft i Rogaland.

3.7.2. Brukere av legemidler mot psykiske lidelser per 1000 innbyggere, Sola 2005-07-2011-13

Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men kan være en indikator på sykdomsforekomst i befolkningen. For flere sykdomsgrupper har vi manglende oversikt over utbredelsen. Bruk av legemidler til behandling kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. For de 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.

For blant annet psykiske lidelser kan legemiddelbruk gi en pekepinn på potensialet for forebyggende innsats, men disse tabellene gir ikke nødvendigvis et riktig bilde av forekomsten av mildere former for psykisk utfordringer eller plager, som ikke krever medisinering eller sykehusinnleggelse. Det finnes ikke statistikk på dette fra helsemyndighetene.

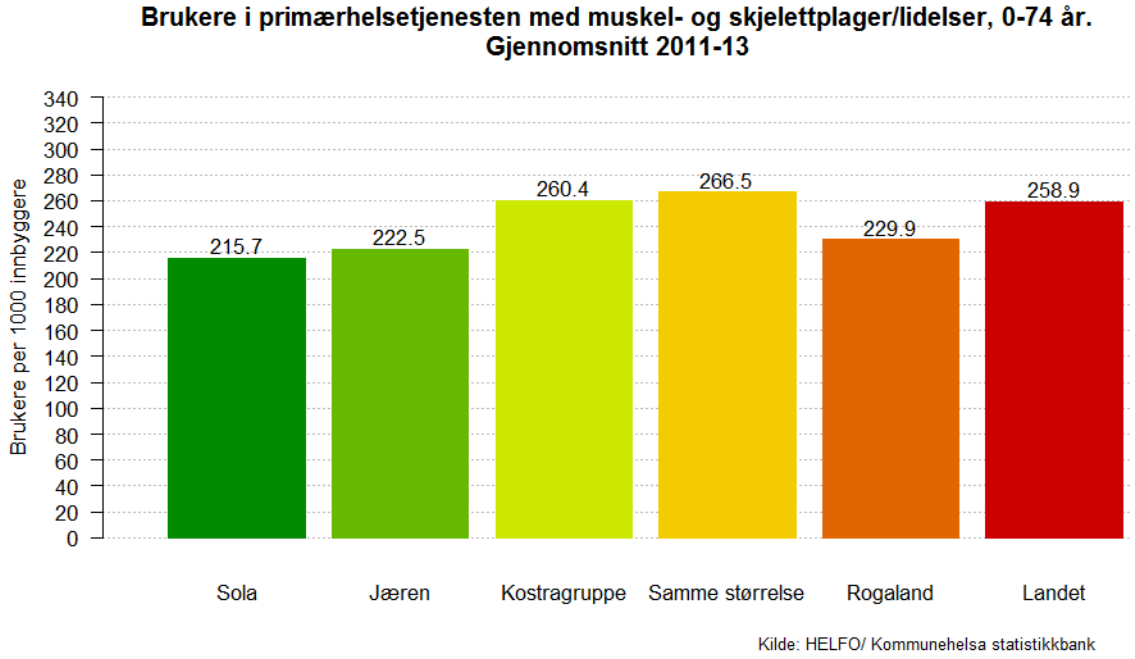
Psykiske lidelser er svært vanlig i befolkningen, men forekomsten er stabil. Ca. en tredel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år (inkludert alkoholmisbruk), mens 8 % av barn og unge til en hver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos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



Andel medisinbrukere gir et inntrykk av sykdomsforekomsten, men forskjeller i hvem som faktisk oppsøker helsevesenet og hvordan medisiner foreskrives kan påvirke hvordan forekomsten framstår i datamaterialet. Denne problemstillingen er særlig tydelig i små kommuner.

3.7.3. Brukere i primærhelsetjenesten med muskjel- og skjelettplager/lidelser, per 1000 innbyggere i alderen 0-74 år, Sola gjennomsnitt 2011-13

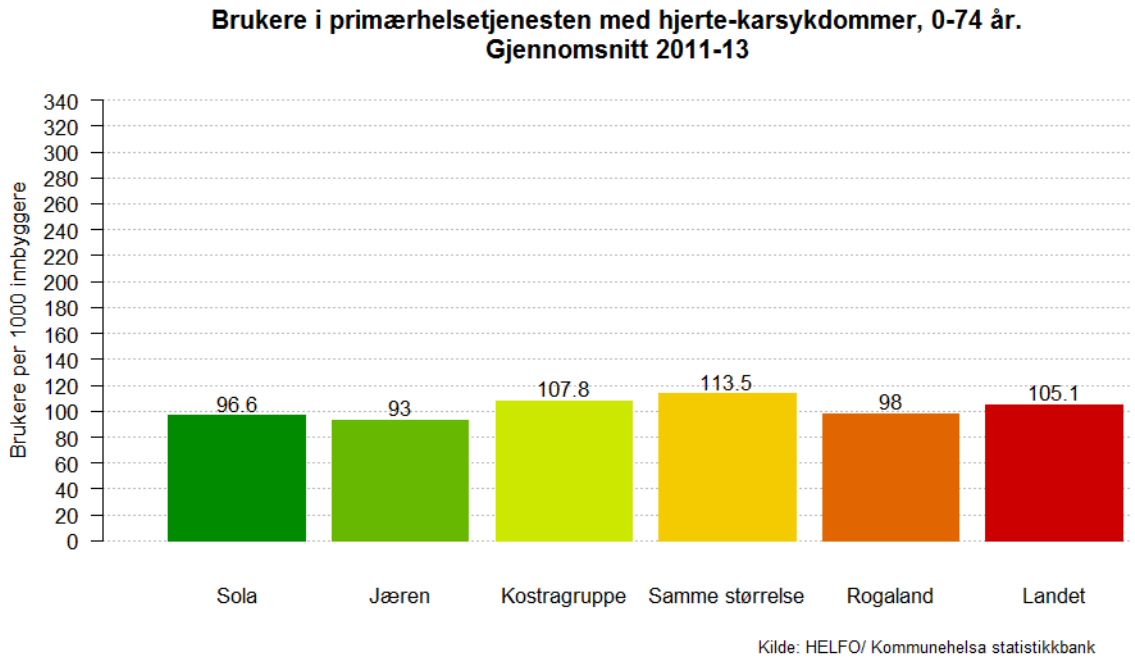
Bruk av primærhelsetjenesten som kan gi informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner i befolkningen.



Andel brukere gir et inntrykk av sykdomsforekomsten, men forskjeller i hvem som faktisk oppsøker helsevesenet og hvordan deres vansker/lidelser kategoriseres kan påvirke hvordan forekomsten framstår i datamaterialet. Denne problemstillingen er særlig tydelig i små kommuner.

3.7.4. Brukere i primærhelsetjenesten med hjerte- og karsykdommer, per 1000 innbyggere i alderen 0-74 år, Sola gjennomsnitt 2011-13

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



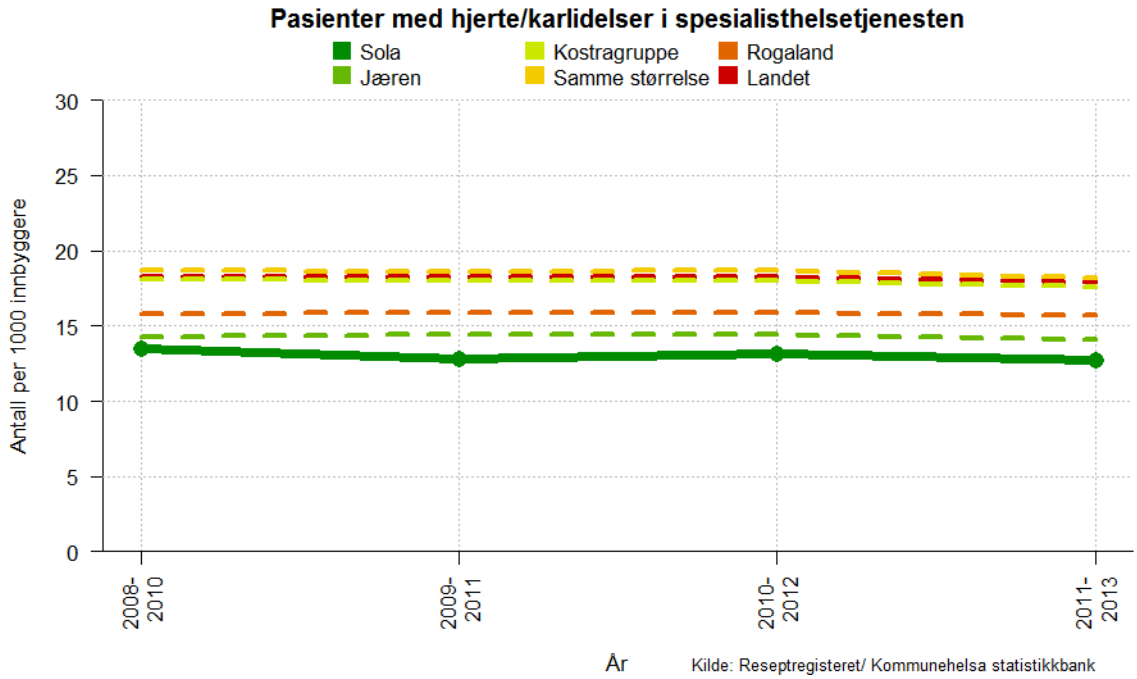
Andel brukere gir et inntrykk av sykdomsforekomsten, men forskjeller i hvem som faktisk oppsøker helsevesenet og hvordan deres vansker/lidelser kategoriseres kan påvirke hvordan forekomsten framstår i datamaterialet. Denne problemstillingen er særlig tydelig i små kommuner.

3.7.5. Pasienter i spesialisthelsetjenesten med hjerte/karlidelser, per 1000 innbyggere, Sola 2008-10 - 2011-13

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 blant annet hjerte- og karsykdom kan sykehusinnleggelser i tillegg gi en pekepinn på potensialet for forebyggende innsats.

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.



Høyt kolesterol er den viktigste risikofaktoren for hjerteinfarkt. Jo flere som er ikke-røykere, har et gunstig kosthold, mosjonerer daglig og har normal kroppsvekt, jo færre vil få infarkt i en befolkning. Tiltak som berører manges kolesterolnivå og livsstil, kan derfor få stor betydning for folkehelsen.

Jo flere som har normalt blodtrykk, jo færre vil få hjerneslag i en befolkning. Livsstilstiltak kan redusere blodtrykket og i tillegg være gunstig med tanke på andre risikofaktorer. Slike tiltak omfatter røykevaner, fysisk aktivitet, kosthold, alkohol- og rusmiddelbruk. En undersøkelse fra Nord-Trøndelag (HUNT) viser for eksempel at kvinner som drev fysisk aktivitet i fritiden, halverte sin risiko for hjerneslag. Dette var tilfelle i alle aldersgrupper og ved både moderat og høy aktivitet. Bredt anlagte tiltak som berører mange menneskers livsstil, kan derfor få stor betydning for folkehelsen.

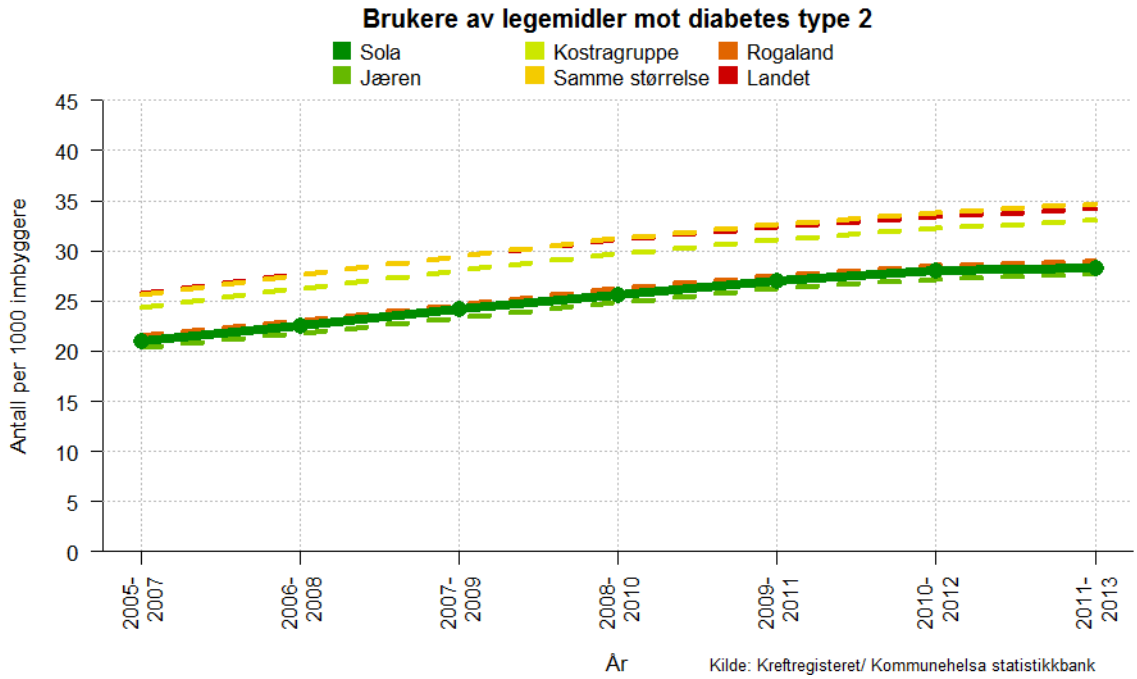
3.7.6. Brukere av legemidler mot diabetes type 2 per 1000 innbyggere, Sola 2005-07 – 2011-13

Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men kan være en indikator på sykdomsforekomst i befolkningen. For flere sykdomsgrupper har vi manglende oversikt over utbredelsen. Bruk av legemidler til behandling kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. For de 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.

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

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

Det er i dag 150 000 mennesker i Norge som bruker legemidler mot diabetes 1 og diabetes 2, men det er anslått at det er like mange som ikke vet at de har diabetes.



Andel medisinbrukere gir et inntrykk av sykdomsforekomsten, men forskjeller i hvem som faktisk oppsøker helsevesenet og hvordan medisiner foreskrives kan påvirke hvordan forekomsten framstår i datamaterialet. Denne problemstillingen er særlig tydelig i små kommuner.

I dette datamaterialet ser vi for eksempel de som bruker medisiner, men ikke de som benytter livsstilsregulerende tiltak.

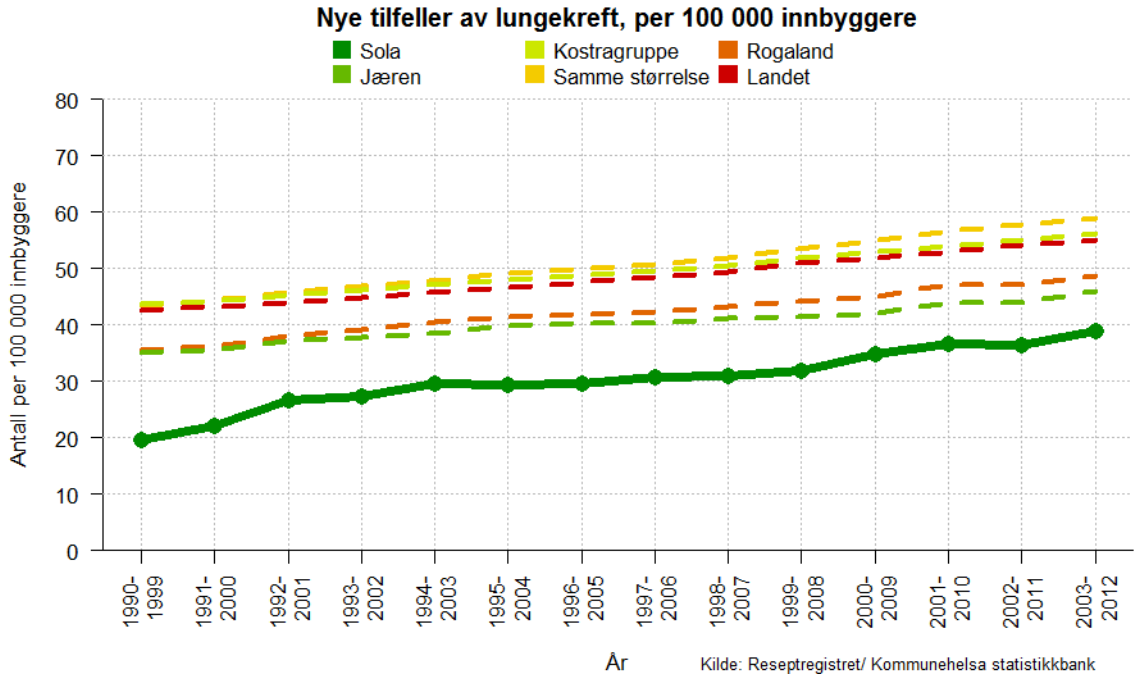
3.7.7. Nye tilfeller av lungekreft per 100 000 innbyggere, Sola 1990-99 - 2003-12

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. Andelen som røyker er på vei

nedover i Norge, men ettervirkningene gjør at vi fortsatt venter en økning i lungekreft blant kvinner, på grunn av at røyking blant kvinner ble vanlig senere enn det ble blant menn.

En endring i befolkningens levevaner har et stort potensial til å redusere risikoen for å utvikle kreft.

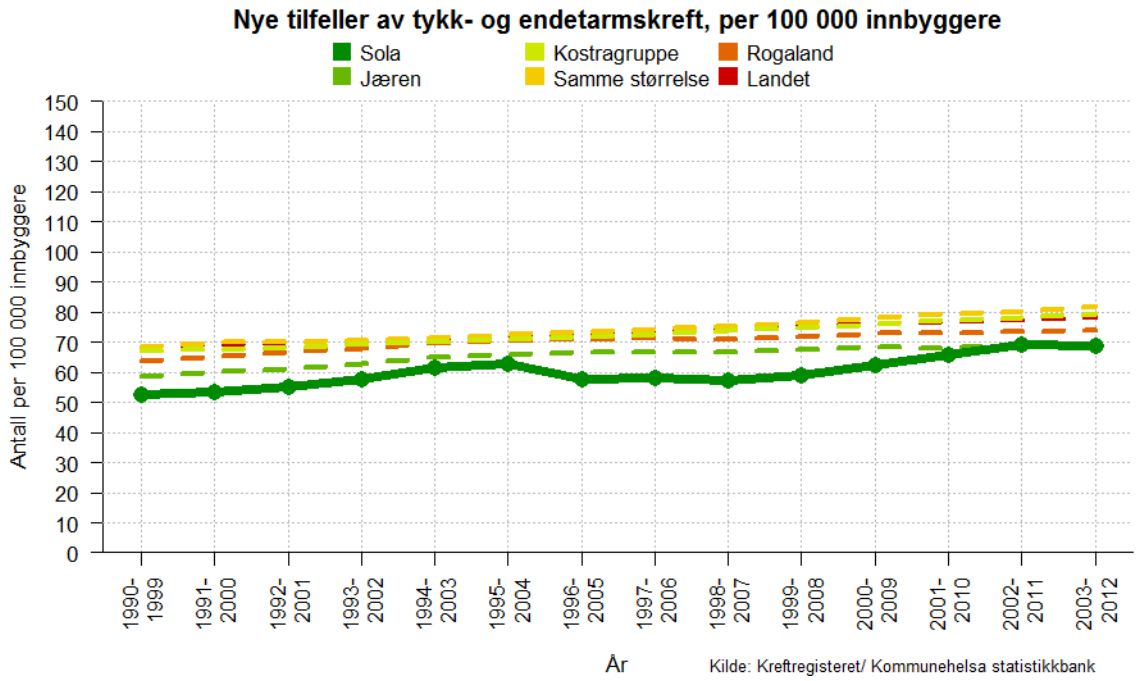


OBS: merk at siden nye utbrudd av lungekreft er relativt sjeldne oppgis tallet som antall nye tilfeller per 100 000 innbyggere. I små kommuner kan et lavt antall nye tilfeller gi et svært høyt antall når det ses i forhold til antall innbyggere. Av samme grunn kan man i større grad forvente store svingninger fra år til år i små kommuner.

3.7.8. Nye tilfeller av tykk- og endetarmskreft per 100 000 innbyggere, Sola 1990-99 - 2003-12

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. Alkoholforbruket i Norge stiger, noe som bidrar til å øke hyppigheten av kreft i fordøyelsessystemet. Uheldig kosthold, fedme og mangel på fysisk aktivitet bidrar også til økningen i kreftrisiko. En endring i befolkningens levevaner har derfor et stort potensial til å redusere risikoen for å utvikle kreft.



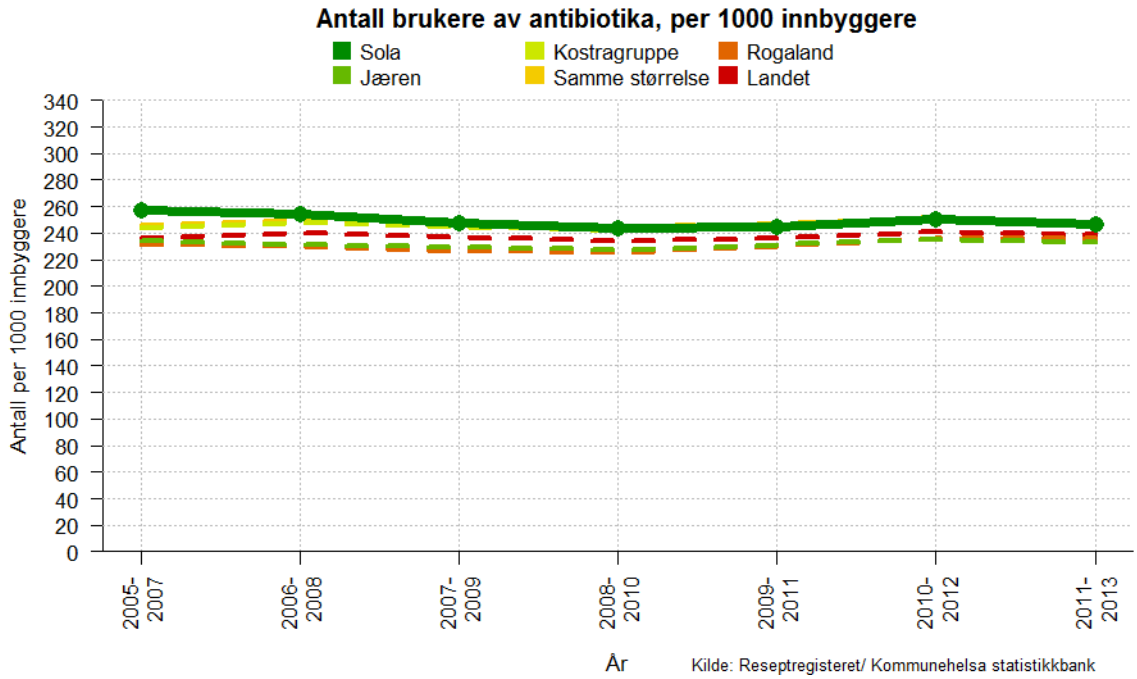
OBS: merk at siden nye utbrudd av tykk- og endetarmskreft er relativt sjeldne oppgis tallet som antall nye tilfeller per 100 000 innbyggere. I små kommuner vil selv et lavt antall nye tilfeller kunne gi et svært høyt antall når det ses i forhold til antall innbyggere. Av samme grunn kan man i større grad forvente store svingninger fra år til år i små kommuner.

3.7.9. Antibiotikabrukere per 1000 innbyggere, Sola 2005-07 - 2011-13

Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men kan være en indikator på sykdomsforekomst i befolkningen. For flere sykdomsgrupper har vi manglende oversikt over utbredelsen.

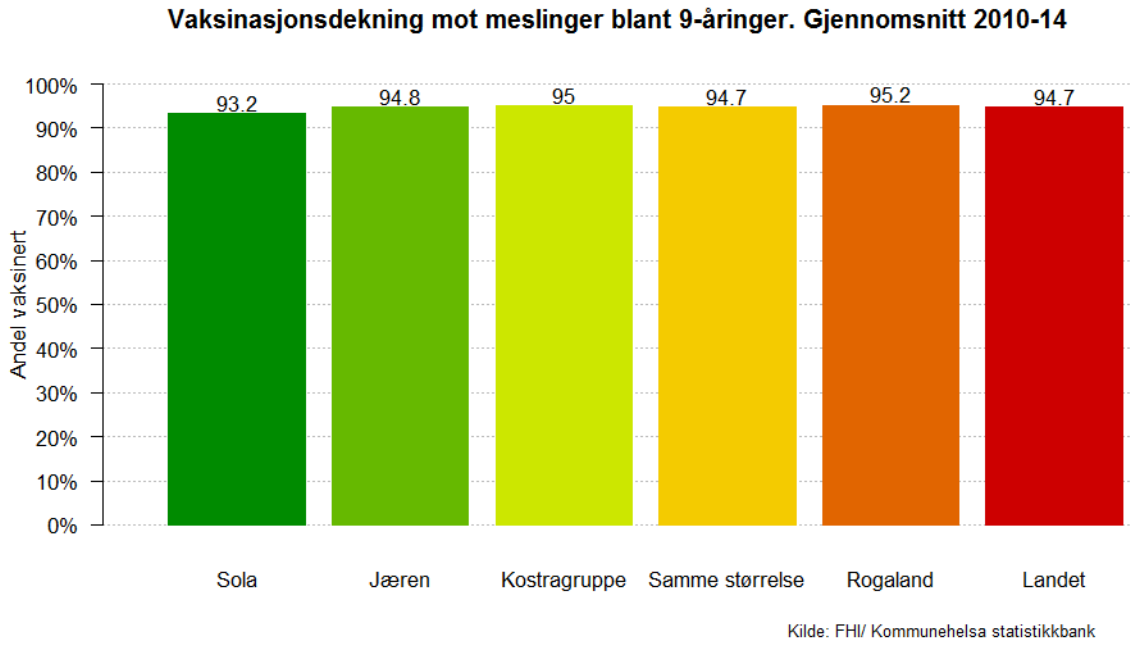
Bruk av legemidler til behandling kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen.

For de 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.



3.7.10. Vaksinasjonsdekning mot meslinger blant 9-åringer, Sola gjennomsnitt 2010-14

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



Kilde: FHI/ Kommunehelsa statistikkbank

4. Oppsummering av sentrale folkehelseutfordringer i Sola

Sola kommune er for de fleste en god kommune å bo og vokse opp i. Det generelle bildet denne rapporten danner, viser at befolkningen har relativt god helse og gode muligheter for et godt og langt liv. Kommunens befolkning kommer svært godt ut når vi sammenligner ulike folkehelseindikatorer med landet ellers. Folkehelseloven krever likevel at hver kommune identifiserer ***sine*** folkehelseutfordringer. Derfor har den tverrfaglige arbeidsgruppa ved hjelp av den foreliggende rapporten og en tverrfaglig ressursgruppe bestående av nøkkelpersoner i Sola kommune, foretatt en grundig drøfting og identifisert to hovedutfordringer for folkehelsa i Sola for de neste fire årene:

- Drop-out fra videregående skole. Noen få unge sliter mer enn andre, og de sliter gjerne på flere områder. Spesielt utsatt er man dersom man faller ut fra videregående opplæring fordi det er så få jobber for ufaglærte.

- Rask vekst og stor gjennomtrekk av innbyggere. Den raske veksten og store gjennomtrekken av innbyggere de siste årene vil være spesielt utfordrende for Solasamfunnet i årene framover, i kombinasjon med økonomiske nedgangstider, økende arbeidsledighet og større mangfold.

Folkehelseloven krever at kommunene foretar faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser knyttet til sine folkehelseutfordringer. En slik drøfting av de to ovennevnte utfordringene følger vedlagt. Oversikten og drøftingsnotatet skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.

De fleste av utfordringene vil kunne føre til helsemessige konsekvenser for enkeltindividet og i tillegg store samfunnsmessige og økonomiske byrder for kommunen. Men de fleste av faktorene kan også forebygges. Å investere i forebyggende og helsefremmende arbeid og tiltak vil både kunne forhindre menneskelig lidelse og redusere utgifter til helsebehandling.

Ansvaret for å gjøre noe har en samlet kommune, som skal fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som svar på utfordringene som fremkommer i denne oversiktsrapporten.

5. Kilder/referanser

Duckert m.fl (2011): *Alkoholproblemer på arbeidsplassen.* Tidsskrift for Norsk Psykologforening. URL: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=149371&a=2

Folkehelseinstituttet (2015): *Diverse faktaark*. URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0

Folkehelseinstituttet (2015): *Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank*. URL: http://khs.fhi.no/webview/

Folkehelseloven (2011): *Lov om folkehelsearbeid* .LOV-2011-06-24 nr 29

Forskrift om oversikt over folkehelsen (2012): http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20120628-0692.html&emne=oversikt*%20%2b%20over*%20%2b%20folkehels*&&

Hartberg, Silje og Hegna, Kristin: *Hør på meg. Ungdomsundersøkelsen i Stavanger 2013*. NOVA-rapport 2/2013. Høgskolen i Oslo og Akershus

Helsedirektoratet: God oversikt – En forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/50/God-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse-IS-2110.pdf

Regjeringen (2011): NOU 2011:14: *Bedre integrering* URL: http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2011/nou-2011-14.html?id=647388

Ridder m.fl (2012): *Skolefrafall gir lav arbeidsdeltakelse.* Tidsskrift for Den norske Legeforening URL: http://tidsskriftet.no/article/2262136

Robertson, I (2012): *Ung i Sola 2010. Styrke og sårbarhet.* Rapport 1/2012. Rogaland A-senter/Korus Vest Stavanger.

Rogaland Fylkeskommune: *Oversikt over folkehelsen i Rogaland*. Rogaland fylkeskommune, juni 2015

Øvrige kilder:

Utvidet folkehelseprofil – Sola, utarbeidet av Rogaland fylkeskommune

Tannhelse Rogaland