

ROMSLIG
MODIG
SUNN

Sandnes
- i sentrum for fremtiden



Folkehelsen i Sandnes Helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Vedlegg til planstrategi 2016-2019 Bsak 28/16



SANDNES KOMMUNE

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1. Innledning.....	4
2. Kort om kunnskapsgrunnlaget	5
2.1. Definisjoner – folkehelse	5
2.2. Andre definisjoner	5
2.3. Tematisk inndeling av oversiktsdokumentet	6
3. Oppsummering av status og tendenser	8
3.1. Utviklingstrekk i næringslivet 2015-2016.....	8
3.2. Befolkningssammensetning	8
3.2.1. Befolkningsutvikling	8
3.2.2. Alderssammensetning	9
3.2.3. Aleneboende	10
3.2.4. Barn med enslige foreldre	10
3.2.5. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.....	10
3.2.6. Flyttmønster	11
3.3. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	12
3.3.1. Tilgjengelighet og universell utforming.....	12
3.3.2. Aktiv transport og kollektivtransport	12
3.3.3. Tilgang til natur- og rekreasjonsområder, friluftsliv og idrett.....	12
3.3.4. Drikkevann.....	12
3.3.5. Støy.....	13
3.3.6. Luftkvalitet.....	13
3.3.7. Radon.....	13
3.3.8. Sosialt miljø – kulturaktivitet, deltakelse og tilhørighet.....	14
3.4. Oppvekst og levekårsforhold.....	14
3.4.1. Inntekt	14
3.4.2. Barn og unge i lavinntektshusholdninger	15
3.4.3. Boforhold.....	16
3.4.4. Arbeid	16
3.4.5. Utdanningsforhold.....	17
3.5. Skader og ulykker	22
3.6. Helserelatert atferd	22
3.6.1. Fysisk aktivitet	22
3.6.2. Tobakksbruk	23
3.6.3. Alkohol.....	23
3.6.4. Kosthold.....	23
3.7. Helsetilstand.....	24
3.7.1. Forekomst av forebyggbare sykdommer	24
3.7.2. Psykisk helse	25
4. Sammenhenger, hovedutfordringer og ressurser	27
4.1. Utdanning, inntekt og helse	27
4.2. Nærmiljø og lokalsamfunnsutvikling	28

4.3. Sosial støtte, deltakelse og medvirkning	29
4.4. Helseatferd	30
5. Oppsummering og mulig områder for tiltak	32
5.1. Behov for ytterligere kunnskap	32
Kilder.....	34
Vedlegg.....	35
Vedlegg 1 Andel aleneboende i alderen 45 eller eldre. 2005-2014. Prosent	35
Vedlegg 2 Andel barn (0-17år) av enslige forsørgere. 1995-2013. Prosent	35
Vedlegg 3 – Økonomisk ulikhet (P90/P10). 2009-2012.....	36
Vedlegg 4 – Andel 5.klassinger med laveste mestringsnivå i lesing. Prosent	36
Vedlegg 5 – Andel 5.klassinger med laveste mestringsnivå i regning. Prosent	37
Vedlegg 6 – Antall lårbensbrudd pr 1000 innbygger.....	37
Vedlegg 7 – Antall skader pr 1000 innbygger.....	38

Figuroversikt

Figur 1: Individuelle og samfunnsmessige faktorer som påvirker helsen	6
Figur 2: Befolkningsvekst og prognose i Sandnes 2001- 2015-2028	9
Figur 3: Befolkningen i landet og Sandnes, etter aldersgrupper. 2015. Prosent	9
Figur 4: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre som andel av befolkningen i Sandnes, etter landbakgrunn. 2000-2015. Prosent.....	11
Figur 5: Andel personer under 18 år i lavinntektshusholdninger. 2005-2013(EU 60. Prosent	15
Figur 6: Antall helt ledige i Sandnes jan 2014-nov 2015.	17
Figur 7: Andel minoritetsspråklige barn i barnehage i forhold til innvandrerbarn 1-5 år, 2011-2015. Prosent	19
Figur 8: Trives du på skolen? 5.-10.trinn Sandnes.....	20
Figur 9: Mobbing på skolen. 5.-10.trinn Sandnes.	20
Figur 10: Resultat nasjonale prøver 5.trinn, lesing, Sandnes kommune 2015-2016	21
Figur 11: Andel som ikke har fullført videregående skole fem år etter start. Prosent	22
Figur 12: Andel personer i alderen 18-66 år med varig uførepensjon. 2000-2013. Prosent	25

Tabelloversikt

Tabell 1: Indikatorer for kvalitet i barnehagen.....	19
--	----

Sammendrag

I oversiktsdokumentet gjøres det rede for hvilke forhold som vurderes særlig relevant for helsetilstanden til befolkningen i Sandnes, samt positive og negative faktorer som påvirker disse. Oversiktsdokumentet baseres på tall og statistikk fra ulike miljø- og folkehelseprofiler, leveårskartlegginger, befolkningsundersøkelser og statistikkbanker, samt faglige tolkninger og vurderinger av disse. Oversiktsdokumentet skal legges til grunn for videre vurdering av de hensyn Sandnes kommune legger til grunn i sitt videre arbeid med overordnede mål og strategier for samfunnsutviklingen.

Folkehelsen i Sandnes kjennetegnes av generelt gode levekår, bra helsetilstand og gode levevaner. Samtidig er det sosiale ulikheter i befolkningens helse, og det er tendenser som tyder på at disse er økende. Oversiktsdokumentet peker på fem hovedområder hvor Sandnes kommune har særlige utfordringer og muligheter:

- Økte sosiale ulikheter
- Større mangfold i befolkningen
- Muligheter for hverdagsaktivitet
- Psykisk helse, deltakelse og tilhørighet
- Flere eldre

Tjenesteområdene og fagmiljøene i Sandnes kommune sitter på mye kunnskap og kompetanse for å møte disse utfordringene og mulighetene. Samtidig avdekker oversiktsarbeidet behov for mer kunnskap om enkelte problemstillinger knyttet til disse hovedutfordringene. Utvikling i sysselsetting, samfunnsutvikling og integrering, fysisk aktivitet, grønnstruktur ved fortetting, muligheter for deltakelse og tilhørighet for alle er forslag til konkrete tema som bør kartlegges nærmere ved utarbeidelse av sentrale kommunale styringsdokument.

1. Innledning

God folkehelse skapes *gjennom* god samfunnsutvikling, og er samtidig en viktig faktor i utviklingen. Hensyn til folkehelse skal ivaretas i kommunens planlegging, og fastslås i både folkehelseloven og plan- og bygningsloven.

I henhold til folkehelseloven skal kommunen ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan påvirke denne. Oversikten skal være løpende og oppsummeres skriftlig hvert fjerde år som grunnlag for kommunens arbeid med kommuneplanen.

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsen som er egnet til å møte de utfordringene som kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten.

Folkehelsearbeidet i Sandnes er forankret i kommunens overordnede styringsdokument, Kommuneplan for Sandnes 2015-2030, med et eget dybdeområde *Folkehelse, trivsel og miljø – Sandnes som en sunn by for alle*. Politikken for miljø- og folkehelsearbeidet i Sandnes er utviklet på grunnlag av kommunens mangeårige deltakelse i WHO's europeiske nettverk av Sunne byer.

Vurderinger i Oversiktsdokumentet sammenfaller naturlig nok med vurderinger lagt til grunn i gjeldende kommuneplan. Samtidig pekes det her på endringer i utfordrings- og mulighetsbildet. Dermed er Oversiktsdokumentet en oppdatert faglig vurdering av særlige utfordringer og muligheter for folkehelsen som bør inngå i kommunens videre arbeid med overordnede mål og strategier for samfunnsutviklingen.

Oversiktsdokumentet er utarbeidet av folkehelsegruppen, en tverrfaglig administrativ arbeidsgruppe med ansvar for kommunens oversiktsarbeid, ivaretagelse av folkehelse i plan og formidling av kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Arbeidsgruppen har i stor grad lagt til grunn Helsedirektoratets veileder «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse» for både struktur på dokumentet og prosess.

Etter en kort redegjørelse av kunnskapsgrunnlaget i kap 2, presenteres sentrale forhold og påvirkningsfaktorer ved befolkningens helsetilstand i kap 3. I kap 4 presenteres enkelte større sammenhenger mellom indikatorer og påvirkningsfaktorer, samt eksempler på viktige ressurser man har i Sandnes kommune. Avslutningsvis i kap 5 gis en rask oppsummering av hovedutfordringer og ressurser, samt beskrivelse av problemstillinger hvor det er behov for ytterligere kunnskap. Oversiktsdokumentet bør med fordel leses i sin helhet. Den er også utformet til å kunne fungere som et oppslagsverk på enkelte tema, samt gi et raskt overblikk over viktige ressurser i Sandnes-samfunnet. Siste kapittel om behov for ytterligere kunnskap er ment som et konkret innspill til utarbeidelse overordnede kommunale styringsdokument, både som grunnlag for Kommuneplan for Sandnes 2019-2035, og i kommende økonomiplanprosesser.

2. Kort om kunnskapsgrunnlaget

2.1. Definisjoner – folkehelse

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

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

Folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, 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.

2.2. Andre definisjoner

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

Påvirkningsfaktorer: består av kjente forhold som virker inn på helsen. Påvirkningsfaktorer omfatter både helsefremmende og forebyggende faktorer, og risikofaktorer. Påvirkningsfaktorer representerer en stor bredde, og er ofte knyttet til samfunnsforhold, levekår og miljø. Se figur 1 for illustrasjon av forholdet mellom de ulike påvirkningsfaktorene.

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

Figur 1: Individuelle og samfunnsmessige faktorer som påvirker helsen



Kilde: Whitehead & Dahlgren 1991

Hva påvirker helse og livskvalitet?

Påvirkningsfaktorer for livskvalitet og helse kan framstilles i en årsakskjede som strekker seg fra generelle samfunnsforhold til egenskaper ved enkeltmennesker. Dette er illustrert i figur 1. Selv om sosiale nettverk og levevaner har en mer umiddelbar betydning for helse og livskvalitet, påvirkes dette også sterkt av bakenforliggende faktorer, der alle samfunnssektorer spiller en viktig rolle. Vi skal derfor vurdere konsekvenser for helse, livskvalitet og en rettferdig fordeling av livsvilkår i alt vi gjør.

2.3. Tematisk inndeling av oversiktsdokumentet

Lov og forskrift om folkehelse gir noen rammer for oversiktens innhold på overordnet nivå, og i tråd med Forskrift om oversikt over folkehelsen § 3 omfatter oversiktsdokumentet opplysninger og vurderinger om:

- a) Befolkningssammensetning
- b) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- c) Oppvekst- og levekårsforhold
- d) Skader og ulykker
- e) Helserelatert adferd

Videre har folkehelsegruppen vurdert hvilke problemstillinger eller undertema som er særlig relevante for Sandnes kommune innen hvert tema. Dette utdypes nærmere i kapittel

3. *Oppsummering av status og tendenser.* I tillegg til status og de ulike påvirkningsfaktorene gis en analyse av utfordringene (vurdering av utfordringenes betydning), samt oppsummering med anbefaling av områder for videre innsats.

Kildene for data- og kunnskapsgrunnlag på de ulike områdene er blant annet:

- Miljø og folkehelseprofil i Sandnes
- Lavekårskartlegging i Sandnes
- Folkehelseprofiler fra Folkehelseinstituttet

- Profiler og oversikter utarbeidet av Rogaland Fylkeskommune
- Undersøkelser som Ungdata og Elevundersøkelsene
- Tjenesteområdenes faglige kompetanse om faktorer og utviklingstrekk som kan ha innvirkning på befolkningens helse samt fra kommunens tjenesteområder.

Se *Kilder* mot slutten av dokumentet for uttømmende liste.

Oversiktsdokumentet omfatter sosiale- og miljømessige samfunnsforhold, så vel som levekår, og ivaretar dermed en bred tilnærming i vurderingen av befolkningens helsetilstand.

3. Oppsummering av status og tendenser

Det vil her gis en beskrivelse av de ulike temaene slik det framgår av Forskrift om oversikt over folkehelsen, samt tilhørende undertema og problemstillinger. Rekkefølgen i temaene a) – e) gjenspeiler de ulike nivåene av påvirkningsfaktorer i figur 1 fra ytterst til innerst.

Beskrivelsene tar for seg eventuelle trekk og tendenser i utviklingen, både over tid og sammenlignet med fylket og hele landet. I de fleste sammenhenger skiller ikke Sandnes seg negativt ut fra fylket eller landet. Det er likevel valgt å framholde vurderingene av enkelte av disse lokale forholdene, da faktorene i seg selv vurderes å ha såpass store konsekvenser for de deler av befolkningen det angår. Videre beskrives årsakene til forholdene (*Hvorfor har situasjonen oppstått?*). Fokuset har likevel vært på å vurdere konsekvensene av problemstillingene (*Hvor stor betydning har utfordringen?*), og hvorvidt det er forhold som bidrar til å skape eller opprettholde sosiale og helsemessige utfordringer.

3.1. Utviklingstrekk i næringslivet 2015-2016

Sysselsetting er en sentral faktor ved levekårsforholdene i et samfunn. Da utviklingen i arbeidslivet den siste tiden har vært såpass dramatisk, er det valgt å framheve dette aspektet helt innledningsvis. Tilhørende problemstillinger knyttet til økende arbeidsledighet vil drøftes ytterligere under flere av deloverskriftene i dette kapittelet.

Næringslivet i Sandnes og regionen har over lang tid vært preget av økonomisk vekst i olje- og gassnæringen. Betydelig redusert aktivitet i olje- og gassnæringen siden 2014 har hatt dramatiske konsekvenser for sysselsettingen i regionen, inkludert Sandnes. Tall fra NAV viser at arbeidsledigheten i Sandnes var 4,8 prosent per desember 2015, sammenlignet med 2,9 i desember 2014.¹ I et folkehelseperspektiv er det svært relevant å følge nøye med på utviklingen i næringslivet. Betydningen av arbeid og inntektsgrunnlaget det gir er en sentral påvirkningsfaktor for folkehelsen. Utover følger for inntektsgrunnlag, medfører arbeidsdeltakelse et sosialt fellesskap og arbeidsoppgaver kan tilføre mening, mestring og personlig utvikling. Helsekonsekvenser av økt arbeidsledighet kan resultere i økte sosiale ulikheter.

3.2. Befolkningssammensetning

Informasjon om befolkningssammensetningen i lokalsamfunnet kan gi viktig kunnskap om utfordringsbildet for folkehelsen. For Sandnes vurderes det relevant å se på indikatorer innen befolkningsvekst, alderssammensetning, andel aleneboende, andel aleneforsørgere, innvandrerbefolkning og flyttemønster.

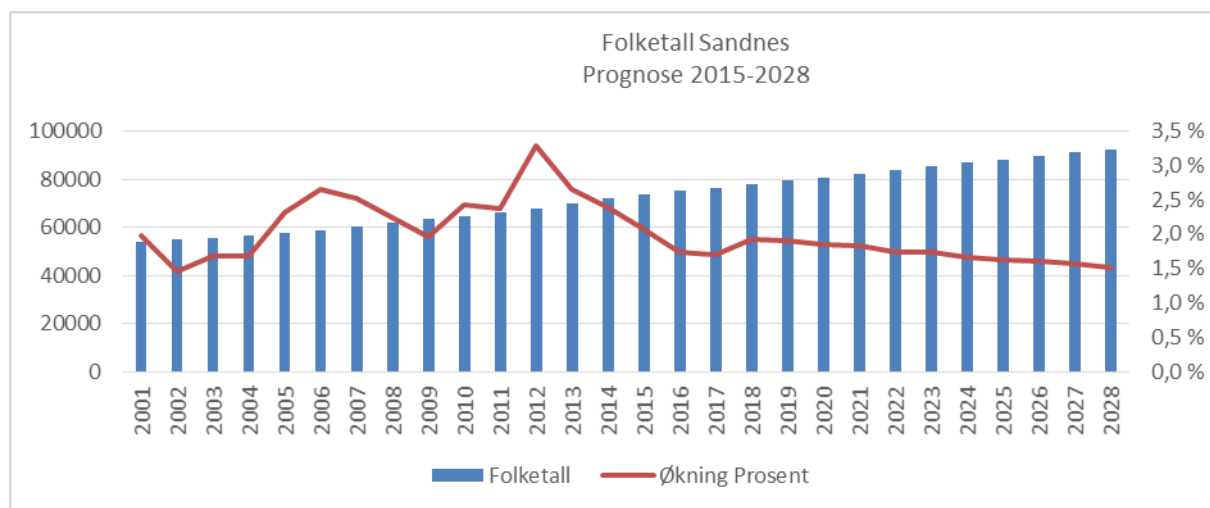
3.2.1. Befolkningsutvikling

Sandnes kommune har om lag 75 000 innbyggere. Siden 1965 har kommunen hatt en betydelig økning i folketallet (27 000 i 1965), og har vært den av de større bykommunene med størst vekst de siste 10 årene (2,5 prosent i snitt i perioden). Mye tyder på at trenden med langvarig kraftig

¹ Tall hentet fra NAV. Sandnes kommune v/Fagstab Levekår får regelmessig oppdaterte tall på utviklingen i arbeidsmarkedet. Folkehelsegruppen følger utviklingen tett som en del av sitt løpende oversiktsarbeid.

befolkningsvekst er i ferd med å endres. Konjunkturedgang i oljeindustrien påvirker arbeidsmarkedet i hele regionen og befolkningsprognosen for de neste årene tar høyde for fortsatt nedgang i sysselsettingen. Et strammere arbeidsmarked vil trolig slå ut i reduserte innflyttingstall for Sandnes i årene som kommer. Naturlig tilvekst i Sandnes ligger i dag på ca 0,7 %. Vekst ut over dette skyldes innflytting.

Figur 2: Befolkningsvekst og prognose i Sandnes 2001- 2015-2028

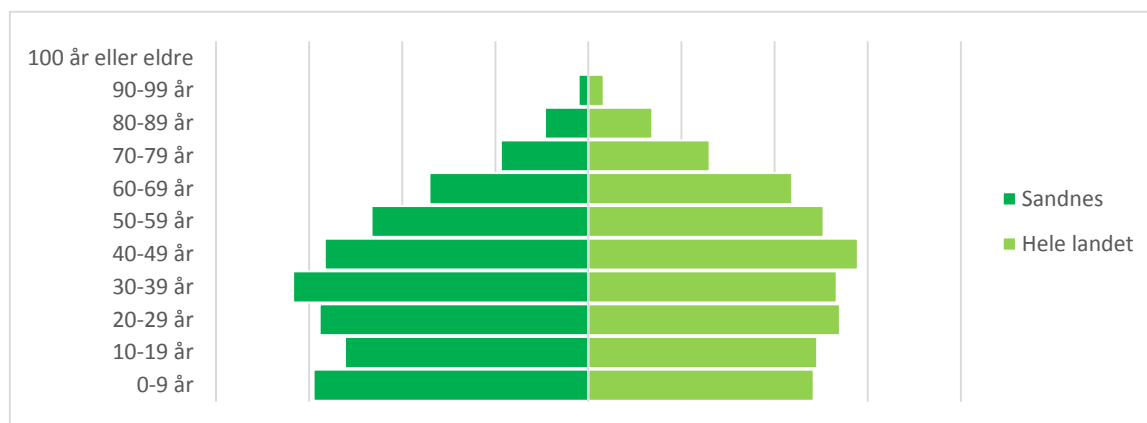


Kilde: Sandnes kommune

3.2.2. Alderssammensetning

Inndeling av befolkningen i ulike aldersgrupper kan si noe om størrelsesforhold mellom gruppene, for eksempel andel unge vs eldre. Ulike aldersgrupper kjennetegnes av ulike positive trekk og utfordringer. Det gir også grunnlag for å sammenligne, for eksempel med hele landet. I figur 3 framgår det at Sandnes kommune har en relativt ung befolkning sammenlignet med resten av landet.

Figur 3: Befolkningen i landet og Sandnes, etter aldersgrupper. 2015. Prosent



Kilde: SSB

Ca 30 % av byens befolkning er under 19 år. Unge har jevnt over bedre helse, og bidrar til god helsetilstand i befolkningen. Aldersgruppen tilsier også et stort behov for tjenester innen helsetjenester, barnehage, skole, kultur og fritid og andre tjenester innen oppvekst. Andelen eldre er noe lavere enn landet for øvrig, men når folketallet øker, medfører dette likevel en økning i antall eldre. Figur 3 viser også at andelen eldre vil øke framover, altså et økende behov for tjenester innen helse- og omsorgssektoren. Dette er omtalt ytterligere i Omsorgsplan for Sandnes kommune 2012-2030.

3.2.3. Aleneboende

Blant aleneboende er det stor variasjon i livssituasjon og levekår. Samtidig er det systematiske forskjeller mellom aleneboende og folk som bor sammen med andre. Dette vises blant annet ved lavere inntekt, dårligere helsetilstand og mindre sosial kontakt. Sandnes har en lavere andel aleneboende enn hele landet (2014: 14,3 prosent sammenlignet med 18,3 for landet. Se vedlegg 1 for figur). Andelen aleneboende har holdt seg stabil over tid, men høy befolkningsvekst innebærer likevel en økning i antall personer. Levekårskartlegging i Sandnes (2012-tall) viser at andel aleneboende er lavere enn landsgjennomsnittet i 39 av 48 levekårssoner, men at eksempelvis i sentrum, og deler av Ganddal og Hana er det vanligere å bo alene (Levekårskartlegging i Sandnes 2015, Kart 5: Indikator 2 – Andel aleneboende s.25).

3.2.4. Barn med enslige foreldre

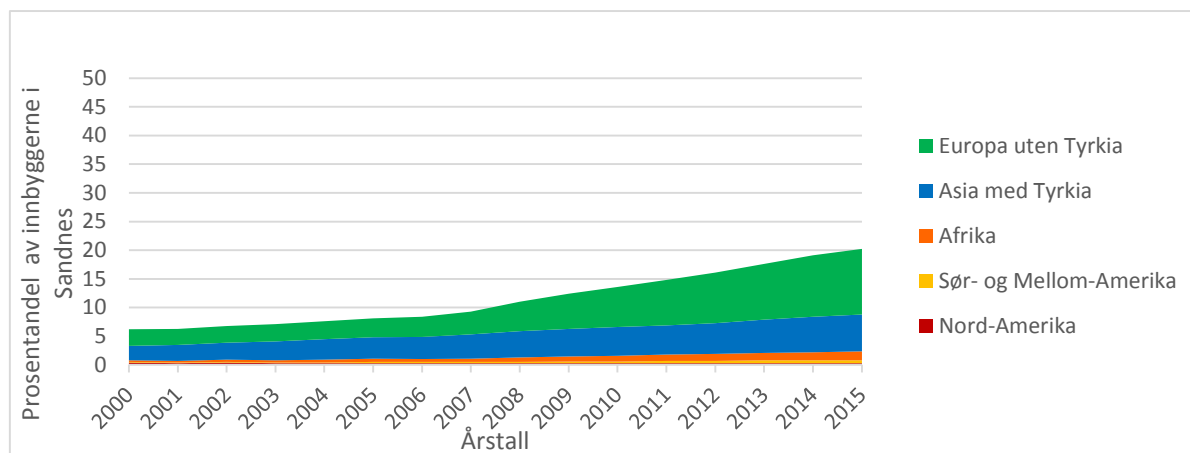
Barn (0-17 år) som bor med en forelder (bare mor eller bare far, og uten partner), er ofte en sårbar gruppe i form av inntekt. Gruppen er overrepresentert blant husholdninger med vedvarende lavinntekt sammenlignet med husholdninger med to forsørgere. Sandnes har en lavere andel barn med enslige foreldre enn for hele landet (2014: 11,8 prosent i Sandnes sammenlignet med 15,5 i hele landet. Se vedlegg 2 for figur). Samtidig viser Levekårskartlegging i Sandnes at noen levekårssoner har en svært høy andel av barn med enslige foreldre. Eksempelvis har levekårssonen Varatun en andel på nesten 34% av barn som bor med enslig forelder. Allment tilgjengelige ressurser i nærmiljøet kan gjøre en forskjell for barn som i utgangspunktet har begrenset tilgang til ressurser.

3.2.5. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre

Et flerkulturelt samfunn har en rekke positive ressurser å spille på. Mangfold gir muligheter for et rikt kulturliv og et bredt spekter av arenaer for deltakelse for alle innbyggere. Tilflytting innebærer også tilføring av arbeidskraft. Innvandrere kan også ha særlige utfordringer knyttet til helse. Dette kan skyldes lav sosioøkonomisk status, endret kosthold eller endret aktivitetsnivå i ny kultur. Ensomhet eller utenforskap kan også medfører helseutfordringer.

Sandnes kommune har en relativt høy andel innbyggere med flerkulturell bakgrunn. I 2015 utgjorde innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre 20,3 prosent av befolkningen (sammenlignet med 15,6 prosent i hele landet). Innvandrere kommer til Sandnes av ulike grunner, blant annet arbeidsinnvandring, flukt og familiegjenforening.

Figur 4: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre som andel av befolkningen i Sandnes, etter landbakgrunn. 2000-2015. Prosent



Kilde: SSB

Som en av landets største vekstkommuner der innvandrere står for en stor del av veksten, vil kommunens rolle som samfunnsaktør og samfunnsutvikler på integreringsfeltet stå svært sentralt. Muligheter for integrering henger blant annet sammen med arbeidsmarked, tilgang til bolig, språkopplæring og arenaer for samfunnsdeltakelse. Dette vurderes som viktige påvirkningsfaktorer for utjevning av sosiale helseforskjeller og reproduksjon av ulikhet i helse over generasjoner. Både flyktninger og arbeidsinnvandrere er særlig sårbare grupper i et svakt arbeidsmarked. Ved bosetting av flyktninger har kommunen tett oppfølging gjennom introduksjonsprogrammet og har god oversikt over utfordringsbildet og behov for tiltak. Inkludering i arbeidsmarkedet vil være en utfordring ved konjunkturedgang. Når det gjelder arbeidsinnvandrere er det større usikkerhet knyttet til utfordringsbildet, og lav jobb mobilitet er en bekymring. Konsekvenser av økt arbeidsledighet kan gi utslag i vedvarende lav inntekt for familier og dermed en ytterligere overrepresentasjon av barn i husholdninger med lav inntekt («barnefattigdom»). En slik utvikling vil ikke nødvendigvis fanges opp av kommunens tjenester. Økt kunnskap om utviklingen i innvandring til kommunen og innvandreres situasjon vil være nyttig i forhold til vurdering av eventuelle tiltak.

3.2.6. Flyttemønster

Flytting dreier seg i stor grad om å oppgradere til noe som oppfattes som bedre. Videre er det slik at de med minst ressurser flytter oftest. Flytting er dermed ikke negativt for individene, men høy grad av flytting kan være negativt for et område. Sosiale bånd og godt naboskap blir vanskeligere å opprettholde dersom det er mye gjennomtrekk, og det vil også være negativt dersom de mest ressurssterke flytter fra nærmiljøet når livssituasjonen deres bedrer seg.

Påvirkningsfaktorer omfatter blant annet hvor trygge folk opplever sine omgivelser, om de har innflytelse på beslutninger vedrørende sitt nærmiljø, hvorvidt det eksisterer areaer for deltakelse, og lokalsamfunnets evne til å håndtere eventuelle utfordringer.

Levekårskartlegging i Sandnes viser at noen levekårssoner har en svært høy andel av befolkningen som flytter ut av sonen i løpet av et år. Eksempelvis er andelen som årlig flytter i hver av levekårssonene Sentrum øst og Langgata nesten 25 prosent (Levekårskartlegging i Sandnes 2015, Kart 9: Indikator 6 - Utflytting s.32). Det er å forvente at flytting fra et sentrumsområde er høyt. Samtidig medfører en slik utskifting av beboere en del utfordringer når det gjelder etablering av sosiale nettverk og nærmiljøets evne til å mobilisere ressurser.

3.3. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Våre fysiske omgivelser er grunnleggende for helse, trivsel og livskvalitet. Kvaliteter ved helsefremmende miljøer er tilgjengelighet, universell utforming, infrastruktur for aktiv transport, sunne og grønne nærmiljøer, trygge omgivelser, og muligheter for deltakelse og tilhørighet.

3.3.1. Tilgjengelighet og universell utforming

Fysiske omgivelser som ikke stenger noen ute er viktig for at alle skal kunne delta og få felles opplevelser som skaper tilhørighet og tilknytning til lokalsamfunnet. Kommuneplan for Sandnes kommune 2015-2030 fremholder universell utforming som en strategi for å utvikle en by der hele befolkningen skal ha likestilte muligheter for livsutfoldelse og samfunnsdeltakelse. Det er opparbeidet 12 «Turløyper for alle» i bydelene. Tilgjengelighet for alle innebærer også likeverdig tilgang til offentlige og private tjenestetilbud, og kultur og fritidsaktiviteter uavhengig av alder, kjønn, legning, religion, etnisitet og annet.

3.3.2. Aktiv transport og kollektivtransport

Gode transportsystem utgjør en viktig del av gode lokalsamfunn. I samferdsel ligger en del negative effekter på helsen, som luftforurensing og støy (omtales mot slutten av delkapittelet). Samtidig ligger det et stort potensial for å fremme god helse ved å tilrettelegge for aktiv transport (gåing og sykling) og bruk av kollektivtransport. Kollektiv- og sykkelandel i Sandnes er svært lavt (henholdsvis 6,6 prosent og 5,3 prosent) og tilfredshet med kollektivtilbudet er lavere enn for andre større byer. Muligheten for å nå viktige målepunkt på en enkel og miljøvennlig måte, tilrettelagt for gåing og sykling, er vesentlig i arbeidet for å forebygge sosial ulikhet i helse. Ansvar for transportløsninger er nå delt mellom stat, fylkeskommune og kommune. En lokal transport- og mobilitetsplan vil kunne styrke muligheten for Sandnes kommune å ta mer styring over videre utvikling av transportsystem.

3.3.3. Tilgang til natur- og rekreasjonsområder, friluftsliv og idrett

80 % av befolkningen har god tilgang til større naturpregete turområder mindre enn 500 meter fra egen bolig. Lura bydel og områdene langs E39 fra Lura mot Stangeland har ikke tilfredsstillende tilgang til gode friluftsområder. Det er anlagt gang- og sykkelveier fra alle bydelene til sentrum, og i noen tilfeller mellom bydelene. Det er ikke tilfredsstillende sykkelveier gjennom Sandnes sentrum. Strategi for bevaring og utvikling av grønne områder i tettbebyggelsen vil være et viktig verktøy for denne delen av folkehelsearbeidet. For mer info se Kommuneplan for Sandnes kommune 2015-2030 s.28.

3.3.4. Drikkevann

Sandnes har god hygienisk kvalitet på drikkevannet, men mange har fortsatt privat vannforsyning (79 % av befolkningen er tilknyttet offentlig vannverk). Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og mengden tarmbakterier er en av de mest sentrale parametere for kontroll. Trygg vannforsyning er avhengig av en sikker desinfeksjon og gode beredskapsrutiner for å

sikre kontinuerlig tilfredsstillende vann til forbrukeren. For husstandene (ca. 21 % av befolkningen) som ikke er tilknyttet offentlig vannforsyning er det mer usikkert om vannet har tilfredsstillende kvalitet. Avrenning fra landbruket og/eller avrenning/infiltrasjon fra private avløpsanlegg kan medføre kjemisk eller hygienisk utilfredsstillende drikkevann. For mer info se Miljøplan for Sandnes 2015-2030, kap 2.4

3.3.5. Støy

Fravær av støy har en positiv innvirkning på menneskers ve og vel. I Sandnes er støy en betydelig helserettet miljøfaktor i Sandnes. Dette gjelder særlig veitrafikkstøy hvor ca. 1200 boliger ligger i rød sone. I tillegg ligger ca. 700 boliger i rød sone for skytebanestøy. Kommunen har vedtatt egne retningslinjer som skal bidra til å forebygge risiko for helseskade som følge av støy. God bruk av disse retningslinjene vil være viktig i folkehelsearbeidet. I arbeidet med areal og transportplanlegging, og særlig i arbeidet fortetting i sentrale byområder og langs kollektivakser, er det viktig å forebygge helseskadelig støy. For mer info se Miljøplan for Sandnes 2015-2030, kap 3.5, og s.126 kart over Støy og stille områder.

3.3.6. Luftkvalitet

Ren luft er en viktig kvalitet for et godt bo-, arbeids-, skole- og barnehagemiljø, og for at det skal være attraktivt å bevege seg utendørs. Luftforurensning over tid, selv på lave nivåer, har en helseskadelig effekt. Sykdommer forbundet med dårlig luft er blant annet astma og allergi, luftveisinfeksjoner og bronkitt, KOLS og lungekreft. I Sandnes overskrider noen ganger vegtrafikkforurensningen (støv, partikler, NOx) grenseverdiene langs E39 på strekningen Stangeland-Stavanger. Også andre veistrekninger er utsatt for veitrafikkforurensning (Oalsgata og RV 44 gjennom Sandnes er eksempler).

Samordnet areal- og transportplanlegging, mindre trafikk, mer miljøvennlig transport, godt vegvedlikehold (soping og vasking), høyere piggfriandel, redusert fart, teknologisk utvikling (mindre utslipp fra biler), er virkemidler som kan bidra til mindre veitrafikkforurensning. For mer info se Miljøplan for Sandnes 2015-2030, kap 3.4, og s.125 kart over Forurensning fra veitrafikk.

3.3.7. Radon

Sandnes kommune har betydelige utfordringer med radon og radioaktiv fjellgrunn. For eldre bolighus i de mest utsatte områdene kan dette medføre helserisiko. I nye hus blir radon effektivt stengt ute. Skoler og barnehager i Sandnes er undersøkt for radon og nødvendige utbedringsarbeider er gjennomført slik at det ikke lenger skal være noen helserisiko som følge av radon her. For mer info se Miljøplan for Sandnes 2015-2030, kap 3.1, og s.123 kart over Radon.

3.3.8. Sosialt miljø – kulturaktivitet, deltakelse og tilhørighet

Tilhørighet forutsetter forståelse av samfunnet man lever i. Gode møteplasser og kulturtilbud gir muligheter for deltakelse i samfunnet og forebygger psykiske helseplager. Opplevelser og utøvelse av egne uttrykk er identitetsskapende i den enkeltes dannelse. Deltakelse i kulturlivet skaper fellesskap, fremmer trivsel og helse, og kan bidra til sosial utjevning og inkludering. Deltakere (aktive utøvere, støttespillere og publikum) innenfor kulturlivets mange aktiviteter skårer gjennomgående høyt på god generell helse. I følge undersøkelse om kulturinteresse og kulturaktivitet på Nord-Jæren (2015) deltar i gjennomsnitt halve befolkningen, i én regelmessig aktivitet, på egne eller barns vegne.

Norge har høy deltakelse i frivillige organisasjoner, der organisasjoner innenfor kultur, idrett og fritid har flest medlemmer og størst aktivitet. Organisasjonene er arenaer for sosial aktivitet, utfoldelse, og dyrking av personlige interesser. Norske organisasjoner har tradisjonelt favnet svært bredt sosialt. Dette har endret seg de siste årene. Lavinntektsgrupper, trygdede, unge menn med lav utdanning, minoritetsgrupper mfl deltar i dag i liten grad i de tradisjonelle organisasjonene. De har også generelt lav kulturdeltakelse. Tilsvarende utvikling gjelder også for Nord-Jæren ifølge kulturundersøkelsen, men her er ikke personer i minoritetsgrupper skilt ut.

Kulturlova fastsetter det offentliges ansvar om at alle innbyggere skal kunne benytte seg av kulturtilbud. Åpne møteplasser med tilrettelagte lavterskeltilbud kan bidra til sosial utjevning, og god folkehelse. Kartlegging av dekningsgrad på kultur og fritidstilbud på bydelsnivå i Sandnes er mangelfullt.

3.4. Oppvekst og levekårsforhold

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Med oppvekst- og levekårsforhold er det her tatt utgangspunkt i økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold, og utdanningsforhold.

3.4.1. Inntekt

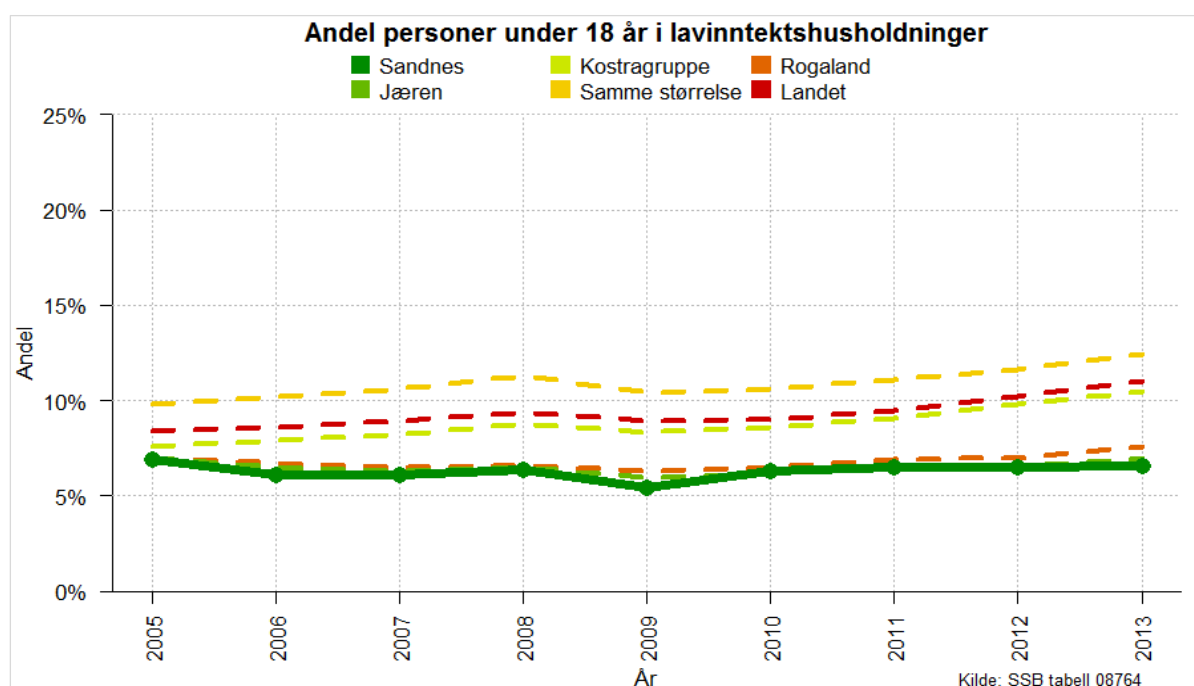
Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. God økonomi gir tilgang til sunne boliger, rekreasjonsmuligheter, kosthold og helsetjenester. Økonomi virker også inn på psykososiale forhold som stress og mestring. Andelen med lavinntekt i Norge er forholdsvis stabil totalt sett, med en svak økning (se vedlegg 3 for figur over Økonomisk ulikhet, P90/P10). Til tross for at Sandnes og Rogaland ikke har en stor andel fattige i absolutt forstand, er inntektsulikheten større enn sammenlignet med hele landet. Relativ fattigdom gir utfordringer og det er påvistsammenheng mellom store sosiale ulikheter (deriblant inntektsforskjeller) og helsemessige problemer.

Videre har sammensetningen av gruppen lavinntekt endret seg de senere årene for landet som helhet. Det er nå relativt færre eldre og relativt flere yngre med lavinntekt. Barn og unge voksne sin andel i lavinntektsgruppen har økt fra under 40 prosent midt på 2000-tallet til over 50 prosent i 2013. Måten kommunale tjenester og velferdsordninger er utformet på, kan ha stor betydning for husholdningenes økonomi, og dermed også helsen og fordelingen av helse i befolkningen.

3.4.2. Barn og unge i lavinntektshusholdninger

Lavinntektshusholdninger er definert som husholdninger med årlig inntekt etter skatt som er lavere enn 60 prosent av den nasjonale medianinntekten. Studenthusholdninger er utelatt. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. Spesielt barnefattigdom er bekymringsfullt da det har konsekvenser for muligheten til en god oppvekst, men også for framtidige muligheter i livet.

Figur 5: Andel personer under 18 år i lavinntektshusholdninger. 2005-2013 (EU 60. Prosent)



Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2015, Rogaland Fylkeskommune

I Sandnes vokser 6,6 prosent av barn og unge under 18 år opp i hjem med vedvarende lav inntekt. Til sammenligning er snittet for landet 11 prosent og for Rogaland 7,6 prosent (EU 60). Husholdene i Rogaland har gjennomgående høy inntekt, men det er også et høyt kostnadsnivå i regionen (boligpriser og gjeldsnivå). Andelen med reel lavinntekt er dermed høyere enn tallene viser.

Barn i husholdninger med vedvarende lav inntekt deltar sjeldnere i organiserte fritidsaktiviteter, de har mindre kontakt med jevnaldrende og de mangler oftere materielle goder. Når det gjelder de langsiktige konsekvensene viser forskningen at det å oppleve fattigdom under oppveksten kan bidra til dårligere utsikter som voksen. Fattigdom går til en viss grad i arv. Det er likevel viktig å påpeke at de fleste barn som vokser opp i økonomisk utsatte familier ikke blir sosialhjelpsmottakere, eller havner i lavinntektsgruppen, som voksne.

3.4.3. Boforhold

Bolig er en forutsetning for deltagelse i utdanning og arbeidsliv, og i samfunnslivet for øvrig. Både den fysiske og mentale helsen blir påvirket av kvaliteten på bolig og boområder. Barns helse påvirkes mer enn voksne; det påvirker deres skoleprestasjoner og deres sosiale liv. Nærmiljø med varierte boligtyper og størrelser medfører at en kan bo hele livsløp i samme nærområde, selv ved endrede boligbehov, for eksempel i alderdommen.

Et presset og homogent boligmarked over tid har medført at flere personer i Sandnes har hatt utfordringer med å finne bolig, sammenlignet med andre sammenlignbare kommuner. Kommunen har over tid hatt lange ventelister på kommunale boliger, stor bruk av midlertidig botilbud og høyt antall bostedsløse (3,6 personer pr 1000 innbyggere bostedsløse, NIBR 2012.) Målrettet innsats over tid og konjunkturedgang (i perioden 2014 til dags dato) har redusert noe av presset i boligmarkedet. Høyt prisnivå i boligmarkedet over lengre tid kan ha medført at lavinntektshusholdninger er bosatt i boliger av dårligere kvalitet og/eller preges av trangboddhet.

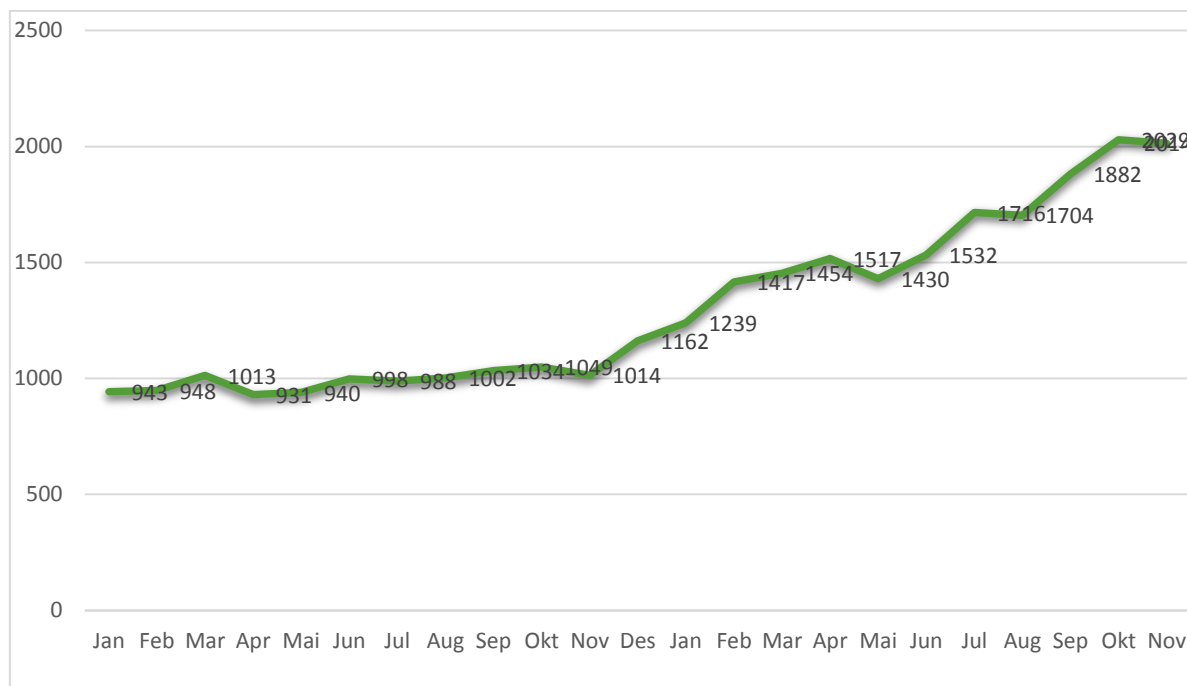
3.4.4. Arbeid

Deltakelse i arbeidslivet henger sammen med god helse. Gjennom arbeidsdeltagelse inngår man i et sosialt fellesskap og arbeidsoppgavene kan være kilde til mening, mestring og personlig utvikling. Arbeidsdeltagelse gir også ressurser (inntekt) som gjør oss i stand til å leve selvstendige og forutsigbare liv, og sikrer tilstrekkelige materielle levekår.

Store deler av næringslivet i regionen er i endring som følge av konjunkturedgang i oljenæringen. Pr november 2015 var 2014 personer i Sandnes helt uten arbeid.² Dette utgjør 4,9 prosent av arbeidsstyrken i Sandnes (2,9 prosent ledige på landsbasis), og innebærer en økning på 99% det siste året. I tillegg til olje og leverandørindustrien, er det også ringvirkninger i andre bransjer som bygg- og anleggsnæring og servicenæringen. Løpende oversikt over utviklingen viser en stadig negativ utvikling.

² Tall hentet fra NAV. Sandnes kommune v/Fagstab Levekår får regelmessig oppdaterte tall på utviklingen i arbeidsmarkedet. Folkehelsegruppen følger utviklingen tett som en del av sitt løpende oversiktsarbeid.

Figur 6: Antall helt ledige i Sandnes jan 2014-nov 2015.



Kilde: NAV

Erfaringer viser at innvandrere har økt risiko for å bli arbeidsledige ved konjunkturedgang og det er vanskeligere for disse å finne nytt arbeid (lav jobb mobilitet). Pr november 2015 var 39 prosent av de helt ledige i Sandnes utenlandske statsborgere. Sandnes er blant kommunene med høyest andel helt ledige utenlandske statsborgere i fylket (35 prosent i Rogaland).

I tillegg er unge 18-29 år en utsatt gruppe blant de helt ledige. Pr oktober 2015 var 600 under 30 år helt ledige i Sandnes,³ sammenlignet med 301 personer januar 2014. På individnivå opplever ofte arbeidsledige ungdom forverret psykisk helse og høyere nivåer av psykologisk stress som for eksempel depresjon, angst og lav selvfølelse.

Generelt viser forskning at dess lenger arbeidsledigheten varer, jo verre blir de negative konsekvensene. I tillegg til konsekvenser for inntekt, kan langvarig ledighet føre til manglende mestringsfølelse, økt grad av psykiske vansker, og fare for å bli marginalisert i forhold til arbeidsmarkedet.

3.4.5. Utdanningsforhold

Utdanningsløpet starter i barnehagen og er med på å forberede individet til deltakelse i samfunnet. Utdanning innvirker på individets levekår i det voksne livsløpet, for eksempel materiell levestandard, arbeidsforhold, livsstil og psykologiske belastninger. Utdanning kan også bidra til psykologiske ressurser som har en positiv påvirkning på individets helse. Både barnehagen og skolen er viktige arenaer for læring, for å etablere sosiale relasjoner og for utvikling av selvfølelse og selvtillit. Dette er igjen grunnleggende forutsetninger for motivasjon, opplevelse av mestring og troen på egne evner til

³ Tall hentet fra NAV. Sandnes kommune v/Fagstab Levekår får regelmessig oppdaterte tall på utviklingen i arbeidsmarkedet. Folkehelsegruppen følger utviklingen tett som en del av sitt løpende oversiktsarbeid.

å gjennomføre en utdanning. Det er en stor utfordring at relativt mange unge ikke gjennomfører videregående opplæring, da de som ikke fullfører har økt risiko for levekårs- og helseutfordringer og svekket tilknytning til arbeidsmarkedet. Grunnlaget for å fullføre et utdanningsforløp legges tidlig, og tidlig innsats i barnehage og grunnskole er av stor betydning for muligheter til videregående opplæring.

Barnehagen skal i samarbeid og forståelse med hjemmet ivareta barnas behov for omsorg og lek, og fremme læring og dannelse som grunnlag for allsidig utvikling. Mulighet til å gå i barnehage er viktig fordi barnehagen har en forebyggende og helsefremmende funksjon og kan bidra til å utjevne sosiale forskjeller. Faktorene som synes å virke inn på utjevning av sosiale helseforskjeller er blant annet plass til læringsaktiviteter, utdanning hos personalet, relasjon til personalet, tilbud av aktiviteter, tid i barnehagen og gruppestørrelse. Tabell 1 viser indikatorer for å måle kvalitet og barnehagens betydning for barns helse, og er definert i Folkehelsepolitisk rapport 2015, utgitt av Helsedirektoratet.

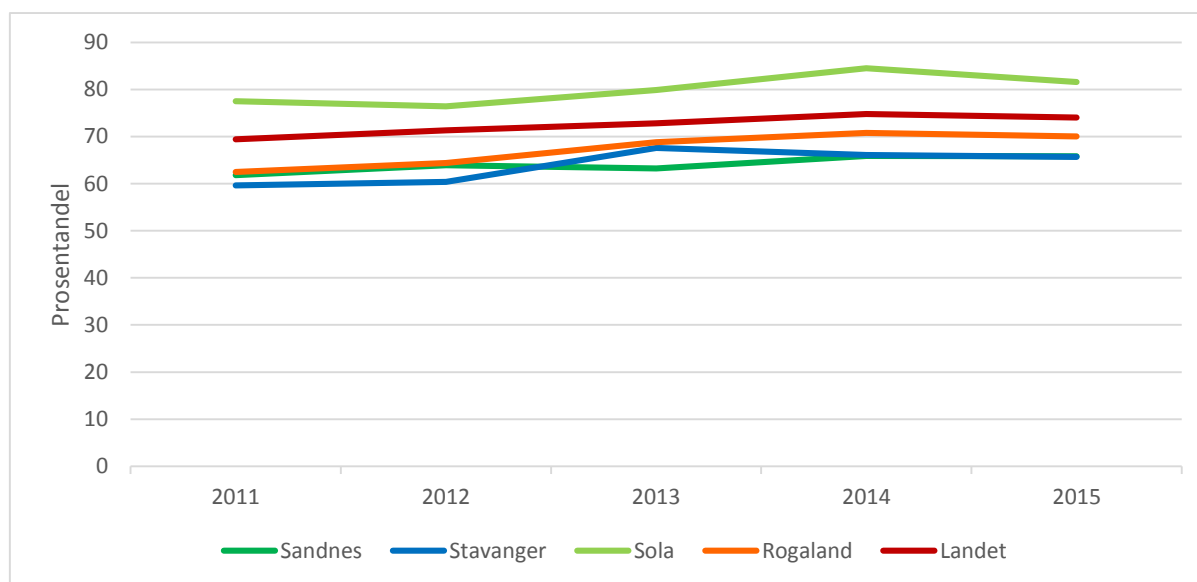
Tabell 1: Indikatorer for kvalitet i barnehagen.

	Sandnes	Rogaland	Landet
Andel 1-5 år med barnehageplass	87,8	89	90,1
Andel 1-2 år med barnehageplass i forhold til innbyggere 1-2 år	77,2	77,6	80,3
Andel barn 3-5 år med barnehageplass i forhold til innbyggere 3-5 år	94,6	96,2	96,3
Andel styrere og pedagogiske ledere med godkjent barnehagelærerutdanning	87,7	87,6	91,8
Antall barn korrigert for alder per årsverk til basisvirksomhet i kommunale barnehager	8,2	7,7	7,9
Antall barn korrigert for alder per årsverk til basisvirksomhet i private barnehager	6,9	7,3	7,2

Kilde: Kostra 2015.

Deltakelse i barnehage er særlig viktig for barn med svake norskerdigheter. Andelen minoritetsspråklige barn (ikke medregnet barn med norsk, samisk, svensk, dansk og engelsk språk- og kulturbakgrunn) i barnehage er lavere enn hos øvrige barn. Forskjellene er blitt mindre de siste årene, men det er fremdeles relativt store forskjeller blant de yngste aldersgruppene.

Figur 7: Andel minoritetsspråklige barn i barnehage i forhold til innvandrerbarn 1-5 år, 2011-2015. Prosent



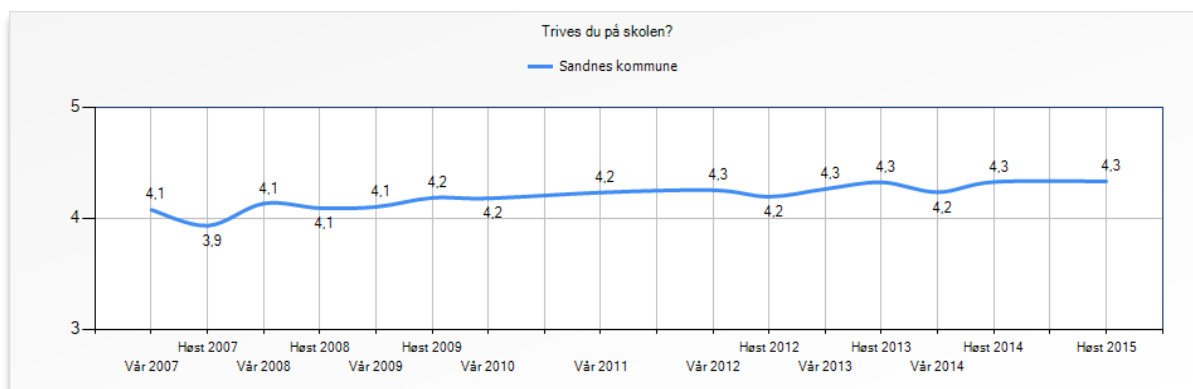
Kilde: SSB - tabell 4903-16

Skole

For å få et bilde av kvaliteten i skolen må man både vite noe om det psykososiale miljøet, den faglige utviklingen hos elevene og hvor mange som gjennomfører videregående opplæring.

Trivsel er viktig for både læringsresultat i løpet av skolegangen og for fremtidige levekår og helse. I Sandnes gjennomføres elevundersøkelsen for alle trinn fra 5. – 10 på alle skoler. Tall fra elevundersøkelsen viser at andelen elever som trives i skolen har holdt seg relativt stabilt.

Figur 8: Trives du på skolen? 5.-10.trinn Sandnes.



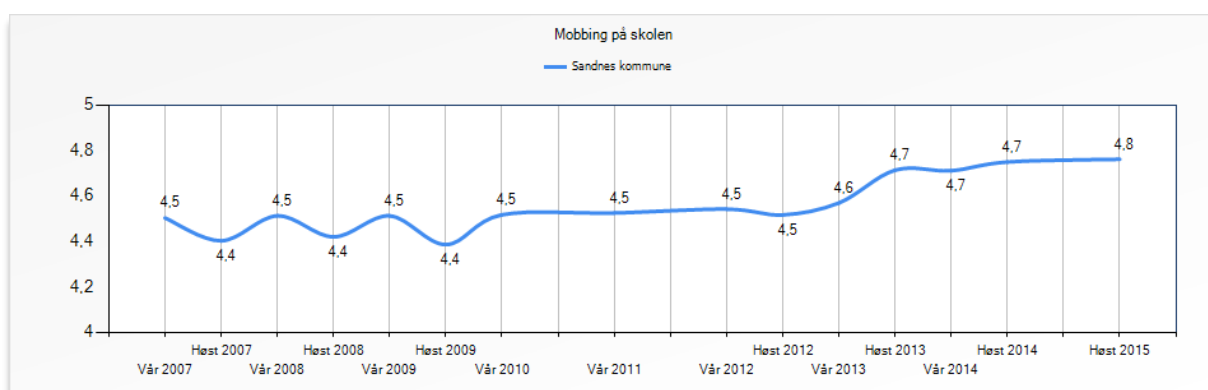
Kilde: Elevundersøkelsen

Grafen viser indikatoren «trivsel» i elevundersøkelsen, der svar på spørsmål om elevenes trivsel er regnet om til en skalaverdi. Høy verdi betyr positivt resultat.

Mobbing er blant de sterkeste risikofaktorene for utvikling av psykiske plager blant barn og unge. Å bli utsatt for erting, trusler eller vold fra medelever hindrer læring og har en langvarig negativ påvirkning på helsen og velværet til elevene.

Tall fra Elevundersøkelsen viser at Sandnes kommune har hatt en positiv utvikling på indikatoren mobbing.

Figur 9: Mobbing på skolen. 5.-10.trinn Sandnes.

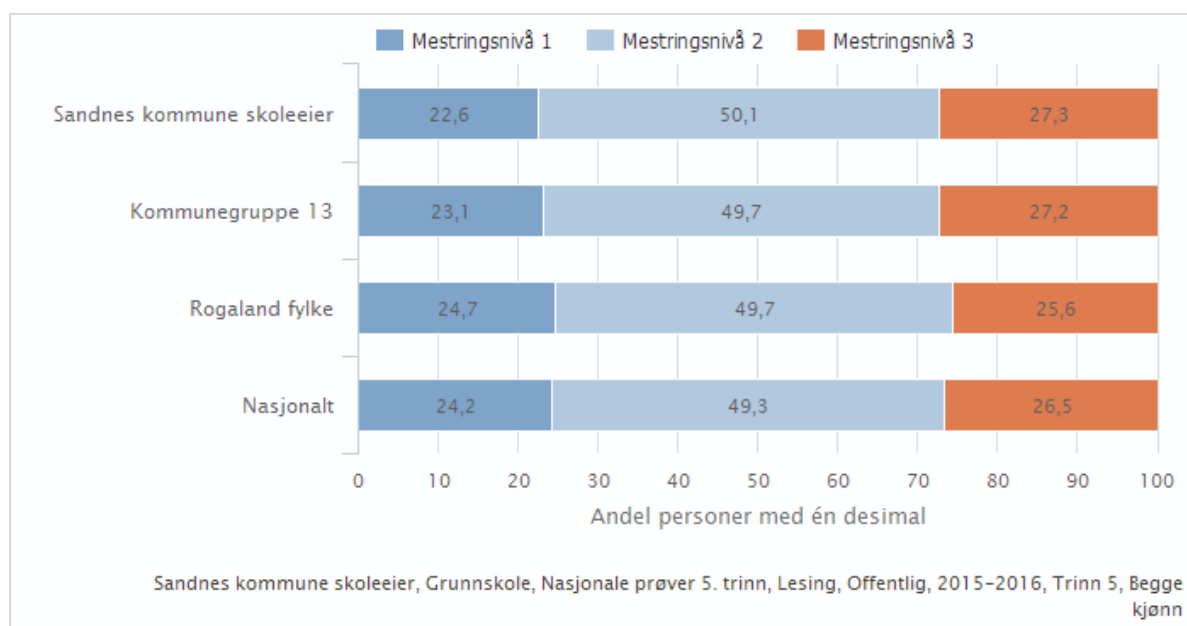


Kilde: Elevundersøkelsen

Grafen viser resultat på indeksen «mobbing i skolen» for alle trinn fra 5. – 10 i elevundersøkelsen. Svarene er regnet om til en skalaverdi, der høy verdi betyr positivt resultat.

Karakternivået fra grunnskolen påvirker sannsynligheten for å fullføre videregående opplæring. Nasjonale prøver måler grunnleggende ferdigheter i lesing, regning og engelsk underveis i opplæringsløpet. Resultatene fra Sandnes i 2015 viser at skolene ligger på landsgjennomsnitt eller høyere på samtlige nasjonale prøver. Ett unntak er 9.trinn i regning, som ligger lavere enn landssnittet. Figuren under viser hvordan resultatene for prøvene kan framstilles, med ulike kategorier ift mestringsnivå.

Figur 10: Resultat nasjonale prøver 5.trinn, lesing, Sandnes kommune 2015-2016



Kilde: Utdanningsdirektoratet

Resultatene for enkeltskoler i Sandnes varierer fra år til år. Samtidig er det flere skoler med stabile resultater og positiv utvikling. Selv om det fortsatt er variasjon mellom skolene i kommunen, er forskjellene i ferd med å bli mindre. Se vedlegg 4 og 5 for figur over andel 5.klassinger med laveste mestringsnivå i lesing og regning sammenlignet med fylket og landet.

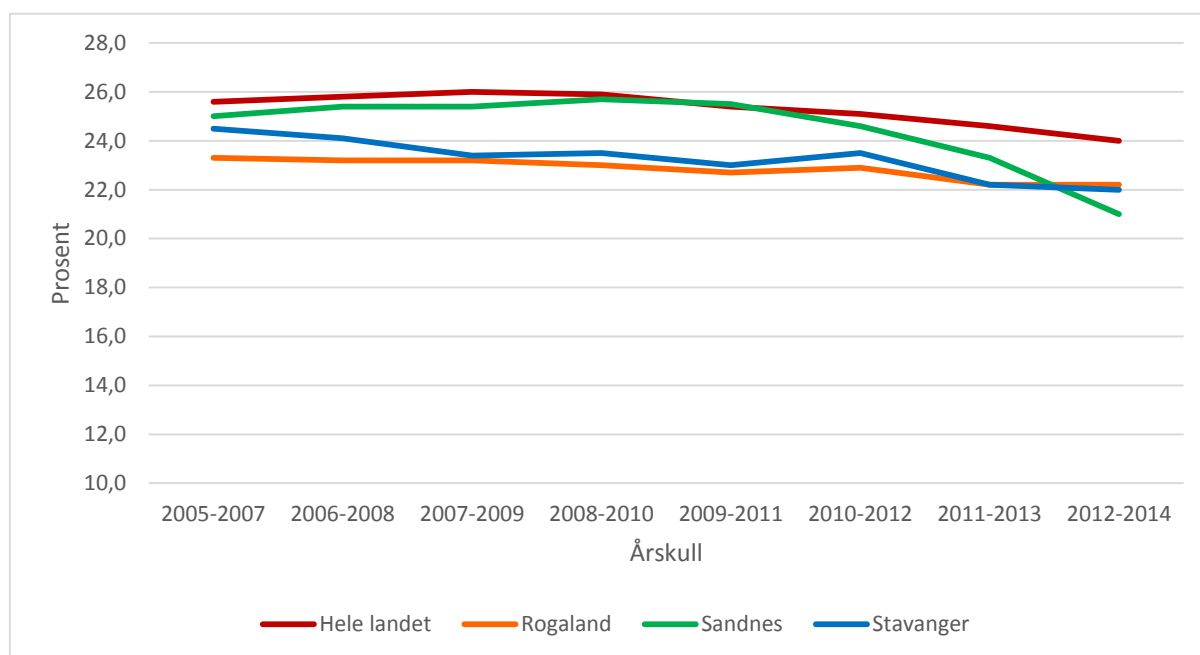
Elevenes skoleprestasjoner blir bedre jo lengre utdanning foreldrene har. Elever som selv har innvandret kan oppleve store utfordringer i skolen, og de som kommer sent i gang i skoleløpet er særlig utsatt. Dette gjelder både karakternivå fra grunnskolen og gjennomføring i videregående skole.

Videregående opplæring

Unge frafall fra videregående opplæring utgjør en stor folkehelseutfordring, fordi tilknytning til skole og arbeidsliv er sentralt for unges helse og livskvalitet. Blant elever er det noen grupper som generelt har høyere risiko for ikke frafall i videregående opplæring. Dette er elever med svake grunnskolekarakterer, elever med lavt utdannede foreldre, gutter, minoritetsspråklige elever med manglende norskkunnskap og yrkesfagelever med svake grunnferdigheter.

Frafall i videregående skole reduserer mulighetene i arbeidsmarkedet og øker risikoen for uføretrygd og dårligere levekår og helse. Sandnes har et frafall på 21% (22% i Rogaland og 24% i landet, FHI profil 2016). Tendensen over tid viser at utviklingen i Sandnes går i riktig retning. Samtidig har betydningen av videregående opplæring og konsekvensene av frafallet blitt mer aktuelt i Sandnes som følge av utfordringene i arbeidsmarkedet.

Figur 11: Andel som ikke har fullført videregående skole fem år etter start. Prosent



Kilde: KommuneHelsa statistikkbank

3.5. Skader og ulykker

For personer under 45 år er ulykker den største dødsårsaken i Norge. Ulykkene har ofte store helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvenser for dem som rammes samt pårørende. Ulykker medfører også betydelige kostnader for samfunnet lokalt og nasjonalt.

Det er noe begrenset tilgang på skadestatistikk på kommunenivå. Fra KommuneHelsa statistikkbank framgår det at antall lårbensbrudd er på nivå med fylket og landet, og at skader ligger noe lavere enn fylket og landet. Se vedlegg 6 og 7 for figurer. Det er om lag 1000 benbrudd registret i Sandnes pr år, hvorav håndleddsbrudd utgjør ca 50 prosent av tilfellene.

3.6. Helserelatert atferd

Helseatferd som fysisk aktivitet, røyking, alkohol og kosthold har stor betydning for forekomsten av en rekke ikke-smittsomme sykdommer, som hjerte-karsykdommer, type 2 diabetes, kreft og kroniske luftveissykdommer og rus/alkoholrelaterte skader. Bakenforliggende forhold som utdanning, inntekt og sosial posisjon har betydning for befolkningens helseatferd. I tillegg påvirkes vi av tilgjengelige valgalternativer og hvorvidt de sunneste alternativene er gjort lett tilgjengelig.

3.6.1. Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er bra for helse og trivsel og kan forebygge mange sykdommer. Barn og unge trenger allsidig aktivitet for normal vekst og utvikling, og for å utvikle motorikk og koordinasjon. Voksne har behov for å være fysisk aktive for å vedlikeholde helsen, og for å opparbeide motstandskraft mot

fysiske og psykiske påkjenninger. Eldre trenger fysisk aktivitet for å holde seg friske og kunne være selvhjulpne så lenge som mulig.

Det er mangelfull informasjon om aktivitetsnivået i befolkningen på lokalt og regionalt nivå (hvor aktive folk er og hva slags aktivitet det er snakk om). Fra Ungdata undersøkelsen rapporterer unge selv om stor grad av inaktivitet. 14 prosent av respondentene i ungdomsskolene i Sandnes oppgir at de er svett og andpusten mindre enn én gang i uken. Dette er signifikant dårligere enn resultatet på landsnivå, 13 prosent (fylket 12 prosent) (Ungdata 2012-2014). På fylkesnivå vet vi at andelen av befolkningen som er inaktiv er blant den største i landet, kun overgått av Hedmark. Samtidig har vi, sammen med Østfold den nest laveste andelen som er aktive minst tre timer i uka.

Helsestasjonstjenestene i Sandnes opplever det vanskelig å motivere til aktivitet blant utsatte barnefamilier før konsekvenser av inaktivitet har blitt et omfattende problem. Økt kunnskap om innbyggernes vaner knyttet til fysisk aktivitet samt mulige tiltak bør vurderes nærmere.

3.6.2. Tobakksbruk

Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Tobakksbruk er et samfunnsproblem som det er mulig å gjøre noe med, og dermed redusere antall hjerte-, kols- og kreftpasienter som vil trenge behandling og omsorg i fremtiden. Det er en markant sosial gradient for daglig røyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Å redusere daglig røyking blant disse vil være et betydelig bidrag til utjevning av sosiale helseforskjeller.

Andel dagligrøykere har sunket i en årrekke, både i Rogaland og landet totalt. Nivåene i Rogaland ligger over landstotalen, og ser ut til å flate ut. I Sandnes er andelen som røyker signifikant lavere enn landstotalen, men den sosiale gradienten ser ut til å fortsatt gjelde. De med minst utdanning røyker mest.

3.6.3. Alkohol

Et høyt alkoholforbruk medfører store samfunnsmessige og individuelle skader, i form av skader og ulykker, sviktende helse, psykososiale belastninger for pårørende, vold og utagerende adferd.

Omfanget av alkoholrelaterte skader i befolkningen henger sammen med både det samlede alkoholkonsumet i befolkningen og drikkemønsteret. Begrenset tilgjengelighet og høy pris er dokumentert effektivt forebyggingstiltak.

Det totale alkoholforbruket i befolkningen er en viktig faktor for omfanget av alkoholrelaterte sykdommer og skader. Jo høyere forbruk, desto flere antall personer har et problembruk eller ligger i grenseland. Alkoholkonsumet i Norge er økende. Totalomsetning av alkohol pr innbygger på landsbasis har økt med nærmere 40% siden tidlig på 1990-tallet, og økningen er særlig stor blant kvinner og eldre.

Til tross for at voksne i dag ser ut til å drikke mer alkohol enn tidligere, har de unges bruk av alkohol flatet ut, og nasjonale tall viser en tydelig nedgang fra årtusenskiftet. I Sandnes oppgir 10 prosent av unge i ungdomsskolen at det har drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset én gang eller mer 12 mnd (Ungdata 2013). Til sammenligning er andelen 11 prosent i Rogaland og 14 prosent for hele landet.

3.6.4. Kosthold

God ernæring er en av forutsetningene for tilfredsstillende vekst og utvikling i fosterliv, spedbarnsalder og barne- og ungdomsår. Kostholdet er viktig både for å forebygge sykdom og for å fremme god helse. Tilgjengelig informasjon på fylkesnivå viser at vi spiser mye frukt og grønt, og har et forbruk på sukkerholdig drikke på landstotalen, hvor det er et betydelig fall i konsumet over tid.

3.7. Helsetilstand

Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål, for eksempel forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser inkludert psykisk helse.

Forventet levealder i Sandnes ved fødsel i 2015 var 83,4 år for jenter og 78,8 for gutter, og er noe bedre enn for fylket og hele landet.

3.7.1. Forekomst av forebyggbare sykdommer

Tallgrunnlag for beskrivelse av følgende forebyggbare sykdommer er hentet fra KommuneHelse statistikkbank www.khs.fhi.no:

- Behandling av type 2-diabetes – bruk av legemidler

Personer med diabetes har økt risiko for død samt en rekke akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner (hjerte- karsykdommer, nyresykdom, øyesykdom, og nerve- og blodkarskade). Type-2 diabetes kan forebygges med bedre kosthold og fysisk aktivitet. Utviklingen i bruk av legemidler i behandling av type 2-diabetes er økende, både for hele landet og Sandnes, og beregnes til henholdsvis 35 og 32 pr 1000 innbyggere. Det er en vesentlig andel av de med diabetes type-2 som ikke har fått diagnosen, og omfanget i befolkningen er med stor sannsynlighet større enn tallene viser.

- KOLS og astma - legemiddelbrukere 45-74 år

Om lag 200 000 nordmenn har trolig kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. Ved fysisk anstrengelse blir en tungpusten og får hoste. Ved mer alvorlige tilstander kan en få problemer også i hvile. Sykdommen gir betydelig funksjonshemming. Utviklingen i antall legemiddelbrukere i alderen 45-74 år med Kols og astma er økende, både for hele landet og Sandnes, og beregnes til henholdsvis 102,1 og 86,9 personer pr 1000 innbyggere.

- Hjerte- kar dødelighet 0-74 år

Hjerte og karsykdommer er den sykdomsgruppen som fører til flest dødsfall og størst andel av den samlede sykdomsbyrden, både i Norge og i store deler av den industrialiserte verden. Utviklingen i dødelighet i alderen 0-74 år med hjerte- og karsykdommer som årsak er synkende, både for hele landet og Sandnes, med henholdsvis 62,2 og 56,7 personer pr 1000 innbyggere. Nedgangen i dødelighet skyldes etter all sannsynlighet en kombinasjon av reduksjon i viktige risikofaktorer samt bedret medisinsk behandling.

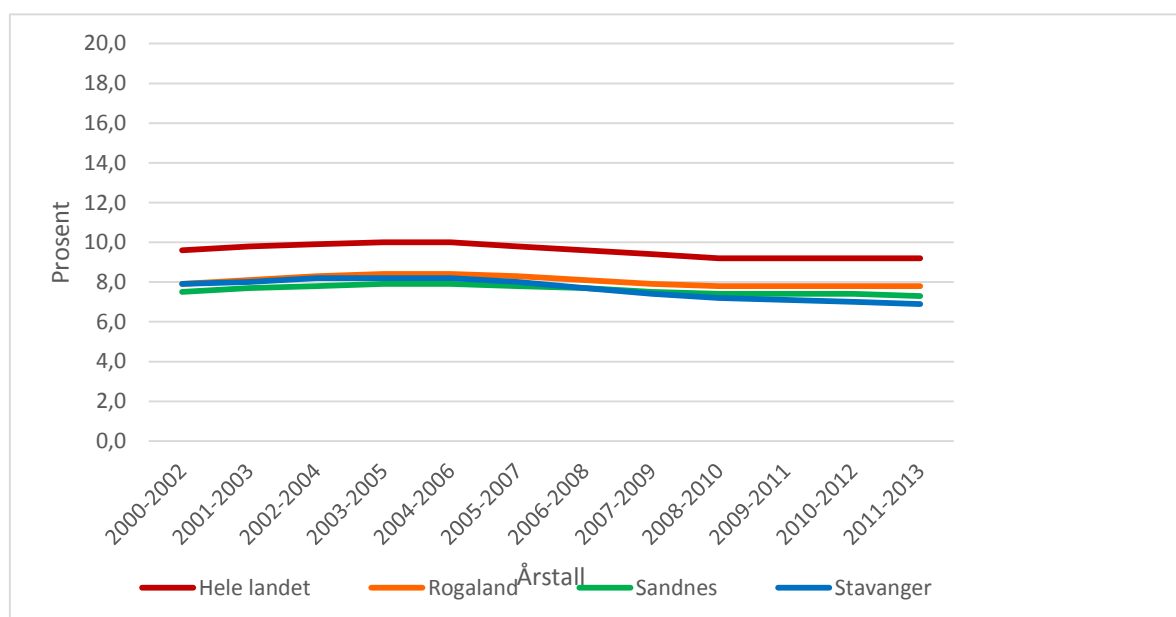
3.7.2. Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon definerer psykisk helse som en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en produktiv måte, og er i stand til å bidra overfor andre og i samfunnet. Begrepet forbindes ofte med psykiske plager og lidelser, men omfatter også livskvalitet og trivsel.

Faktorer som mestring, tilhørighet, utvikling, sosial støtte og sosiale nettverk virker positivt på psykisk helse. Mistrivsel, ensomhet, stress og utenforskap har negativ effekt. Sentrale arenaer for å påvirke psykisk helse er barnehage, skole og arbeidsliv, samt deltakelse i frivillige organisasjoner, kulturliv og nærmiljø.

Andel uføretrygdede sier noe om i hvor stor grad arbeidslivet kan sies å være inkluderende for de med nedsatt arbeidsevne, eller på annen måte opplever barrierer for deltakelse i arbeidslivet.

Figur 12: Andel personer i alderen 18-66 år med varig uførepensjon. 2000-2013. Prosent



Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2015, Rogaland Fylkeskommune

Psykiske plager og lidelser

Psykiske helseproblemer er blant de største folkehelseutfordringene i dag, og nesten en firedel av den voksne befolkningen har en psykisk lidelse i løpet av livet. De sosiale forskjellene er store og noen grupper kan ha økt sårbarhet for psykiske vansker, slik som deler av innvandrerbefolkningen og unge. Blant barn og unge i Norge vurderes det at 15-20 prosent i alderen 3-18 år har nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon eller adferdsproblemer. Forskningen viser ikke entydig om psykiske problemer øker blant unge. Det er likevel flere studier som tyder på en økning i depressive symptomer blant jenter. I aldersgruppen 15-19 år har det i perioden 2004 til 2013 vært en sterk økning i antall som bruker antidepressiva, uten at dette kan brukes som en indikator på

endringer i sykkeligheten. Det har dessuten vært en klar økning i angst- og depresjonslidelser som begrunnelse for uføretrygd blant unge.

Folkehelseinstituttets indikatorer på psykiske lidelser i befolkningen viser at tilstanden i Sandnes kommune ikke er signifikat forskjellig fra landsnivået. Ungdata undersøkelsene for Sandnes viser at depressivt stemningsleie og ensomhet er markant mer utbredt blant jenter enn gutter. I tillegg framgår det en negativ utvikling på enkelte indikatorer, som ensomhet, håpløshet og deprimert, fra undersøkelsen i 2010 til 2013.

4. Sammenhenger, hovedutfordringer og ressurser

Helseforskjellene vi ser er i stor grad sosialt betinget. Årsakene til forskjellene ligger hovedsakelig i andre sektorer enn helse, og de skapes over tid. Gevinstene ved et utjevne arbeid er først og fremst at det skaper en jevnere fordeling av ressurser og levekår i befolkningen. Utjevning av sosiale helseforskjeller vil også gi samfunnsøkonomiske gevinster. Over tid kan dette være økt deltakelse i arbeidslivet, bedre økonomi og helse, større samfunnsintegrering og mindre kriminalitet.

Forskning viser tydelig at personer fra høyere sosiale lag både lever lenger og har bedre helse enn personer fra lavere sosiale lag. De som kommer dårligst ut når det gjelder utdanning, inntekt og arbeid har også den dårligste helsa.

Det er forskjellige måter å forstå sosiale helseforskjeller. Man kan dele befolkningen inn i to grupper, hvor de ressurssvake har en meget dårligere helse enn resten av samfunnet. Innsatsen vil da rettes mot å forbedre de ressurssvakes levekår. Den andre måten er å se på ulikhetene som en skala (*gradient*) basert på utdanning, inntekt, arbeidsforhold og generelle samfunnstrekk. I denne tilnærmingen vil det i større grad legges vekt på samfunnsforholdene, og at forklaringene vanligvis må søkes i strukturelle forhold.

4.1. Utdanning, inntekt og helse

Mulighetene for et langt liv og god helse er tett forbundet med familiens og enkeltmenneskets utdanningsnivå og sosioøkonomiske bakgrunn.

Hvilket utdanningsnivå og inntekt man har som voksen påvirkes av hvilken type husholdning (familie) man vokser opp i som barn. Utdanning påvirker helse i større grad enn inntekt. Utdanning er en inngangsport til et livsløp som fører til bedre levekår på de fleste livsområdene, og gjør oss i bedre stand til å mestre utfordringer. Barn som tilhører husholdninger med eneforsørgere, lav inntekt, mottak av sosialhjelp, dårlig tilknytning til arbeidslivet, og lavt utdanningsnivå hos foreldre, vil i større grad tilhøre lavinntektsklasser som voksne, sammenlignet med andre barn. Spesielt barnefattigdom er bekymringsfullt. Det har konsekvenser under oppveksten, men også for framtidige muligheter.

Barnehage- og utdanningssystemet påvirker fordeling og sosiale helseforskjeller. Tidlig innsats med vekt på språkopplæring allerede fra barnehagestadiet, vekt på samarbeid og oppfølging og kontinuitet i forbindelse overgang er av stor betydning.

I tillegg til foreldres utdanningsnivå, viser forskning gjennomgående en positiv sammenheng mellom elevenes prestasjoner og det å ha et positivt og støttende læringsmiljø ved skolen. Der elevene har en positiv opplevelse av læringsmiljøet har de sosiale bakgrunnsvariablene mindre å si for elevers prestasjonsutvikling enn ved skoler med dårlig læringsmiljø.

Fullføring av videregående opplæring er nødvendig for å bli kvalifisert til yrkeslivet.

Inntektsforskjellene i samfunnet er også av betydning. I like samfunn finnes det en høy grad av sosialt samhold, deltakelse og gjensidig tillitt. På landsbasis kan man måle en endring i risikogruppen for vedvarende lav inntekt. Barn og unge voksne, samt minoritetsgrupper kan være særlig utsatt i forhold til sosial ulikhet og vedvarende lav inntekt. Sandnes bør ha særskilt oppmerksomhet på dette på bakgrunn av befolkningssammensetningen med ung befolkning og relativt stor andel innvandrere.

En utjevning av sosiale ulikheter vil styrke kvaliteten i samfunnet i sin helhet, også for de som ikke er i risikogruppene

Inntekt påvirker i stor grad bosituasjon. Bolig og bomiljø påvirker helse og fordeling av helse. Dette gjelder faktorer som inneklima og størrelse, eie- og leieforhold og beliggenhet og nabolagskvaliteter. Bolig og boligsosiale tiltak utgjør sentrale strategier i arbeidet mot fattigdom og sosial inkludering av utsatte grupper i samfunnet.

Positive påvirkningsfaktorer og ressurser i Sandnes:

- Foreldreveiledning og oppfølging av gravide, barn og familier
- Gode barnehager tilgjengelig for alle. Tidlig språkopplæring
- Trygge overganger i utdanningsløpet. Mellom barnehage og skole, barne- og ungdomsskole, videregående opplæring og kvalifiserende tiltak.
- Skoler med positive og støttende læringsmiljø og varierte læringsformer
- Inkluderende arbeidsliv og kvalifiserende arbeidstiltak
- Boligmarkedet. Aktiv bruk av kommunens virkemidler for å sikre gode bomiljø for alle.

4.2. Nærmiljø og lokalsamfunnsutvikling

Nærmiljøet er det fysiske miljøet som omgir oss der vi bor. Det omfatter alt fra boligområder til parker, plasser/torg og friområder, og det inkluderer handel og service, kulturinstitusjoner, barnehager, skoler og helsetjenester. Opplevelse av trygghet, sosiale møteplasser og estetisk kvalitet er også egenskaper som kan påvirke folks trivsel og stedstilknytning. Grøntområder stimulerer til fysisk aktivitet og kan redusere stress. Gode steder, bo- og nærmiljøer inneholder muligheter for aktive, sosiale og trygge hverdagsliv for alle.

Generelt er mennesker mer aktive dersom parker, grøntområder, anlegg for rekreasjon, mosjon og idrett, og viktige punkter som skoler og butikker, ligger i nærheten av hjemmet eller arbeidsplassen. Nærhet til grønne områder påvirker også helsen positivt ved å bidra til mindre stress, bedret mental helse, trivsel og økt levetid på tvers av sosiale skillelinjer. Et godt nærmiljø bør tilby naturopplevelse og stimulere til aktivitet, både blant barn, voksne og eldre.

Barn, eldre og mennesker med funksjonsnedsettelse vil kunne ha begrenset aksjonsradius, eksempelvis på grunn av fysisk form, dårlig infrastruktur, eller risiko for skade eller ulykke. Det betyr at tilrettelegging og nærhet til nærområder som gir mulighet for fysisk aktivitet og naturopplevelse må vektlegges.

Mye av de overordnede strukturene for hvordan vi forflytter oss i hverdagslivet legges i utviklingen av transportsystem i lokalsamfunnet vårt. Mange av virkemidlene for økt kollektivandel, sykling og gange, tiltak for redusert bilbruk og overordnede føringer miljøvennlig transport ligger i kommunens langsiktige areal- og transportplanlegging.

Positive påvirkningsfaktorer og ressurser i Sandnes:

- Fortetting med god kvalitet og tilrettelegging for gode bomiljø.
- Møteplasser og arenaer tilgjengelige for variert bruk, fritid, kultur og fysisk aktivitet.
- Grøntområder med høy kvalitet i tett bebyggelse. For eksempel støyfrie områder.
- Helsefremmende areal- og byplanlegging med større vekt på at folk kan bevege seg til fots og på sykkel.
- Universell utforming for alle i lokalsamfunnet

4.3. Sosial støtte, deltakelse og medvirkning

Psykososiale påvirkningsfaktorer som sosial støtte, deltakelse og medvirkning har vesentlig betydning for folkehelsen. Sosial støtte vil blant annet ha stor betydning for grad av mestring og beskyttelse når mennesker er utsatt for stressende livssituasjoner. Sosial støtte og deltakelse bidrar til en opplevelse av sosial tilhørighet og motvirker ensomhet. Viktige arenaer for sosial støtte er gjennom venner og familie, deltakelse i skole- og arbeidsliv, men også kultur- og organisasjonsliv. Gjennom aktivitet og felles opplevelser skapes tillit mellom mennesker og gode lokalsamfunn.

Demokratiske samfunn som legger til rette for deltakelse og medvirkning, er kjennetegnet av høy grad av tillit og sosial kapital. For å skape relasjoner og tillit må de samme personene møtes flere steder over lengre tid – først da blir man vevet inn i et større nettverk. Deltakelse i frivillige organisasjoner er en ressurs i form av nettverksbygging, læring og personlig utvikling.

I den voksne delen av befolkningen er det klare sosiale skiller i organisasjonsdeltagelse, med en underrepresentasjon av personer med minoritetsbakgrunn. Det er også en klar sammenheng mellom høy inntekt og utdanning og økt antall medlemskap. For barn og unge er kultur og fritidsaktiviteter viktige sosiale møteplasser, hvor deltakelse er med å skape sosial tilhørighet og fellesskap. Barrierer for deltakelse blant både barn og voksne kan være økonomi, helseutfordringer, språk, kulturkunnskap, ensomhet og fysisk fremkommelighet.

Virkemidler for å overkomme barrierer og hindringer finnes både i offentlig sektor, i sivilsamfunnet, blant private aktører og hos innbyggerne. Integreringsforskning viser at noen arenaer oppleves som mer nøytrale og tryggere enn andre. Et eksempel på dette er skolen. Det er ofte lavere terskel for foreldre selv å delta i aktiviteter, eller sende barna på aktiviteter når skolen er arena, fordi dette er en kjent, trygg ramme. Gjennom aktivt å bruke barnehager og skoler som møteplasser, kan kommuner også etablere arenaer for utvikling av sosiale nettverk.

Muligheten til å påvirke og forme samfunnet rundt seg og kunne gi uttrykk for sine synspunkter og meninger er med på å styrke individets følelse av autonomi. I helsefremmende arbeid brukes ofte begrepet «empowerment» om individers og lokalmiljøers makt til å påvirke beslutninger. Det handler om hvordan mennesker og lokalsamfunn kan ta kontroll gjennom å mobilisere og styrke egne krefter. Dermed er involvering og oppslutning blant innbyggerne og brukerne av offentlige tjenester en viktig faktor i folkehelsearbeid.

Positive påvirkningsfaktorer og ressurser i Sandnes:

- Trygge oppvekstvilkår. Tidlig innsats.
- Åpne kultur- og fritidsaktiviteter for ungdom.
- Kommune og frivillighet. Samarbeid om møteplasser mellom majoritets- og minoritetsbefolkning.
- Inkluderende fellesskap som fremmer toleranse, mangfold og møteplasser hvor folk med ulike bakgrunn, livssyn og livsstil kan møtes.
- Eksempler på arenaer for deltakelse uavhengig av inntekt og utdanningsnivå er Den Kulturelle Skolesekk, Den Kulturelle Spaserstokk, Bibliotek, kulturskole, kommunale fritidstilbud, kommunale bydelshus, kunst i offentlige rom og tilskuddsordninger forvaltet av kommunen.

4.4. Helseatferd

Helseatferd er livsstil og levevaner som har stor betydning for helsen, blant annet fysisk aktivitet, røyking, alkohol og kosthold. Med et mulig unntak av alkohol, er helseadferd med økt risiko for sykdom mest utbredt i grupper med kort utdanning og lav inntekt. Dette tyder på at forskjeller i levevaner spiller en rolle for hvorfor sosiale ulikheter i helse oppstår, og at levevaner bidrar til å opprettholde disse.

Tilgjengelighet, pris og sosiale normer er av betydning for å ta sunne valg. Det må altså oppleves enkelt å velge sunt. Kosthold påvirker helse gjennom hele livet, og er avgjørende for vekst og utvikling i barne- og ungdoms år. Sosiale forskjeller gjenspeiler seg i kostholdet, og barnehage og skole er viktige arenaer for å stimulere til gode kostvaner. Også innen helse- og omsorgstjenesten står kosthold sentralt, da ernæring er viktig i forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering.

Røyking er anset å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av de som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakk. Jo kortere utdanning desto høyere andel dagligrøykere. Å redusere dagligrøyking blant disse vil medføre en betydelig utjevning av sosiale helseforskjeller. Alkohol og andre rusmidler fører til store kostnader for den som bruker rusmidler, for tredjeparter og for samfunnet. Omsorgssvikt, frykt, ulykker, vold, fusterskader har uvurderlige kostnader. I tillegg påføres helsetjenestene store kostnader som følge av medisinske konsekvenser for individene. Begrenset tilgjengelighet (og høy pris) er dokumentert effektivt forebyggingstiltak.

Redusert fysisk aktivitet i befolkningen antas å være hovedårsak til at andelen overvektige øker. For personer som er lite fysisk aktive vil selv en liten økning i aktivitetsnivå gi en enorm helsegevinst i form av økt levealder med god helse. Det er vist positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og kognitiv funksjon hos barn og unge, og dermed forutsetninger for læring i skolen. Skolen favner alle barn og unge og kan derfor gi alle elever muligheter for fysisk aktivitet, og dermed et grunnlag for både god helse og læring.

Alle har selv ansvar for en helseadferd som gir økt mulighet for å bo selvstendig og ha en god helse inn i alderdommen. Hensyn til menneskers liv og helse og behov for bevegelse skal i større grad

legges som et premiss for samfunnsutviklingen. Kvaliteter i det fysiske miljøet betyr mye for hvor fysisk aktive vi er.

Positive påvirkningsfaktorer og ressurser i Sandnes:

- Veiledning innen kosthold, røykeslutt, fysisk aktivitet, søvn og alkohol. Frisklivssentralen og Helsestasjonstjenester.
- Aktiv helsefremmende politikk med hensyn til tilgjengelighet av (u)sunne valg.
- Lavterskeltilbud for fysisk aktivitet.
- Tilrettelegging for aktivitet knyttet til hverdagens gjøremål. Gang, -sykkel og kollektivtransport.
- Grønnstruktur tilgjengelig for alle.

5. Oppsummering og mulig områder for tiltak

I dette dokumentet er det gjort rede for hvilke forhold og påvirkningsfaktorer som vurderes særlig relevant for helsetilstanden til befolkningen i Sandnes. Dette sammenfaller i stor grad med de hovedutfordringer som stadfestes i gjeldende kommuneplan. I kommuneplan for Sandnes kommune 2015-2030 framholdes følgende som særlige utfordringer innen folkehelse:

- Arbeide for å redusere sosiale ulikheter
- Redusere antall bostedsløse
- Arbeide for økt trivsel i skolen
- Arbeide for å øke andelen som gjennomfører videregående skole
- Forebygge psykiske lidelser, særlig blant unge
- Undersøke årsakene til høyt antall nye forekomster av kreft⁴

Samtidig er det her gjort analyser og vurderinger som avdekker behov for økt kunnskap og fokus om ytterligere tema. Oppsummert kjennetegnes folkehelsen i Sandnes kommune av følgende hovedutfordringer og ressurser:

- Økte sosiale ulikheter
- Større mangfold i befolkningen
- Muligheter for hverdagsaktivitet
- Psykisk helse, deltakelse og tilhørighet
- Flere eldre

Samtidig er det verdt å merke at disse temaene i stor grad også er ivaretatt i gjeldende kommuneplan. Hensikten med formulering av hovedutfordringer og ressurser har vært å favne bredden i folkehelseutfordringene og samtidig gi konkrete råd om områder for videre innsats. Dette er ikke ment som forslag til nye målformuleringer, men som et grunnlag for videre arbeid med mål og strategier for folkehelsearbeidet i Sandnes.

5.1. Behov for ytterligere kunnskap

En av hensiktene med oversiktsdokumentet har vært å peke på mulige områder for videre innsats, både på kort sikt og i langsiktig planlegging. Innen de fire hovedområdene er det avdekket områder hvor det er særlig behov for ytterligere kunnskap for å kunne foreslå målrettede strategier og tiltak. Det foreslås at disse søkes prioritert som utredningsoppgaver i videre arbeid med Kommuneplan for Sandnes kommune 2019-2035.

Utvikling i næringslivet

Økt arbeidsledighet kan gi utslag i vedvarende lav inntekt og andre helseutfordringer for utsatte grupper av befolkningen. Unge, innvandrere og lavt utdannede er særlig sårbare ved nedkonjunktur. Det er også risiko for ytterligere overrepresentasjon av barn i husholdninger med lav inntekt

⁴Punktet inngår som en av seks hovedutfordring innen folkehelse i gjeldende kommuneplan for Sandnes 2015-2030. Indikatoren som ligger til grunn for denne vurderingen er nå utgått fra Folkehelseprofilen fra Folkehelseinstituttet (2016). Da måling av nye krefttilfeller er en indikator med flere mulige feilkilder, anbefales det at dette punktet utgår.

(«barnefattigdom»). Økt kunnskap om utviklingen i arbeidsmarkedet samt vurdere behov for tiltak bør prioriteres.

Det flerkulturelle Sandnes

Et flerkulturelt samfunn har en rekke positive ressurser å spille på. Samtidig kan innvandrere ha særlige utfordringer grunnet lav sosioøkonomisk status, endret kosthold, endret aktivitetsnivå i ny kultur. Ensomhet og utenforskap kan også bidra til uhelse. Plan for inkludering og integrering i Sandnes 2015-2022 danner en felles plattform for integreringsarbeidet og definerer retning, innsatsområder og konkrete tiltak for tjenesteytingen i kommunen. Samtidig er det behov for å styrke Sandnes kommune sin rolle som samfunnsaktør og samfunnsutvikler på integreringsfeltet, slik at vi bedre kan sikre det positive potensialet som er knyttet til en flerkulturell befolkning.

Kunnskap om fysisk aktivitet i befolkningen

Fysisk aktivitet er avgjørende for helsen, og effektene av (in)aktivitet er godt dokumentert. Samtidig er det svært lite kunnskap om hvor fysisk aktive befolkningen i Sandnes er. Undersøkelser tyder på at befolkningen i Rogaland er blant de mest inaktive i landet (Ssb Levekårsundersøkelse 2012), og at ungdom er en utsatt gruppe (Ungdata 2010 og 2012). Økt lokal kunnskap om befolkningens vaner innen fysisk aktivitet vil være viktig for å kunne sette inn målrettede og treffsikre tiltak.

Deltakelse og inkludering for alle

Det er behov for å sikre alle muligheten for deltakelse i samfunnslivet og opplevelse av tilhørighet i lokalsamfunnet. Sosiale hindringer og barrierer kan bygges ned ved satsing på kulturaktivitet på allmenne arenaer. Sandnes har en ung og mangfoldig befolkning. Kultur og fritidstilbud har ikke økt i takt med befolkningsveksten, og det er behov for kartlegging av dekningsgraden på denne typen tilbud.

Kvaliteter ved grønnstruktur i tett bebyggelse

Nær tilgang til offentlige grøntarealer som parker, lekeplasser, friområder og friluftsområder gir stor helsefremmende effekt på tvers av sosioøkonomiske lag. Grønne areal må stadig vike for boligbygging. Krav om fortetting øker betydningen av de grønne områdene, samtidig som utbyggingspresset øker. Befolkningens tilgang til sammenhengende grønne arealer må vektlegges for å sikre folkehelse og god bokvalitet i en stadig tettere byvekst. En egen strategiplan for grøntstruktur i tettbebyggelsen bør vurderes.

Organisering og utarbeiding av kunnskapsgrunnlag

Prioritering, organisering og gjennomføring av utredningsoppdrag må avklares i kommunal planstrategi og planprogram for ny kommuneplan 2019-2035. Folkehelsegruppen foreslår at slike oppdrag både kan løses internt administrativt, men også i samarbeid med kommunene i storbyområdet, fylkeskommunen, utdannings- og forskningsinstitusjoner eller gjennom partnerskap og nettverk som Forum for Sandnes som Sunn by, Sunne kommuner og Healthy Cities.

Kilder

Elevundersøkelser for Sandnes, Utdanningsdirektoratet

Folkehelsepolitisk rapport 2015, Folkehelseinstituttet

Folkehelseprofiler for Sandnes kommune, Folkehelseinstituttet

Kalstø og Sundell, 2011: NAV, Nordisk ungdomsledighet i etterkant av finanskrisen - Tiltak og virkemidler for unge arbeidssøkere

Kommuneplan for Sandnes kommune 2015-2030

Levekårskartlegging i Sandnes, En kartlegging av levekår fordelt på geografiske områder i Sandnes, 2015

Meld.St.19 (2014-2015), Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter, Helse- og omsorgsdepartementet

Miljøplan for Sandnes kommune 2015-2030

Oversikt over folkehelsen i Rogaland, Kortversjon, 2016, Rogaland Fylkeskommune

Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report 2013

Sosial ulikhet i helse – en gjennomgang, Østfoldhelse 2012

Sykdomsbyrde i Norge, Rapport 2016:1, Folkehelseinstituttet

Veileder i arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer – «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse», Helsedirektoratet 2013

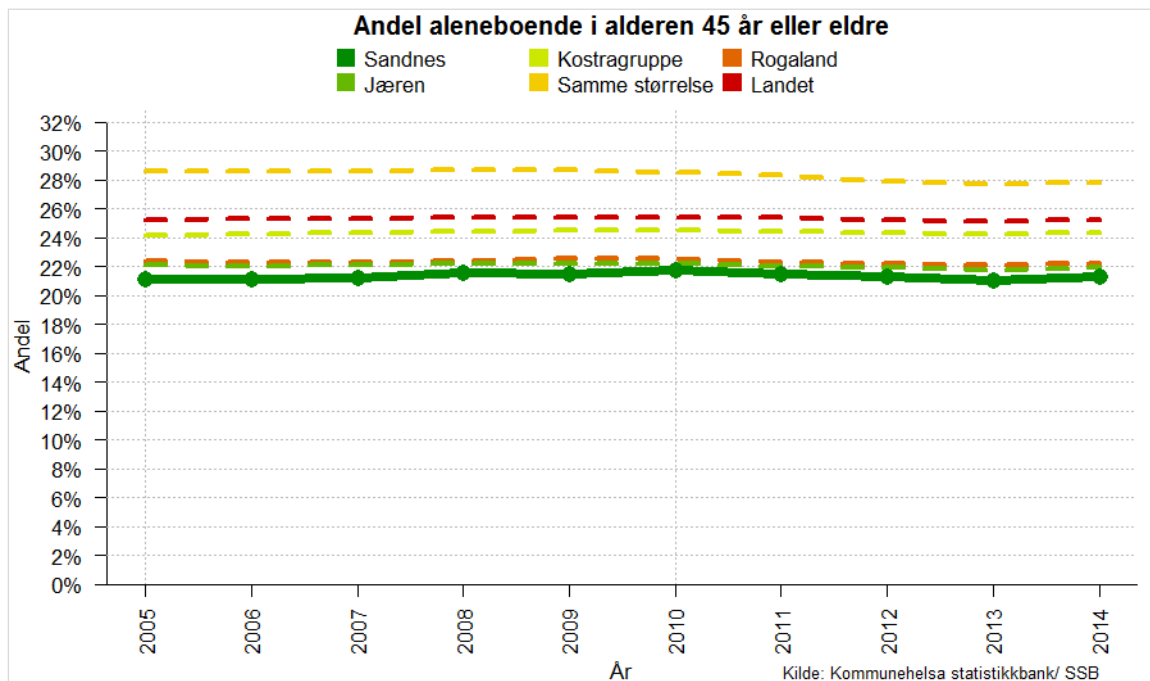
Ungdata – Nasjonale resultater 2014, NOVA rapport 7/15

Ungdata for Sandnes 2010 og 2013

Utvidet folkehelseprofil for Sandnes, Rogaland fylkeskommune 2015

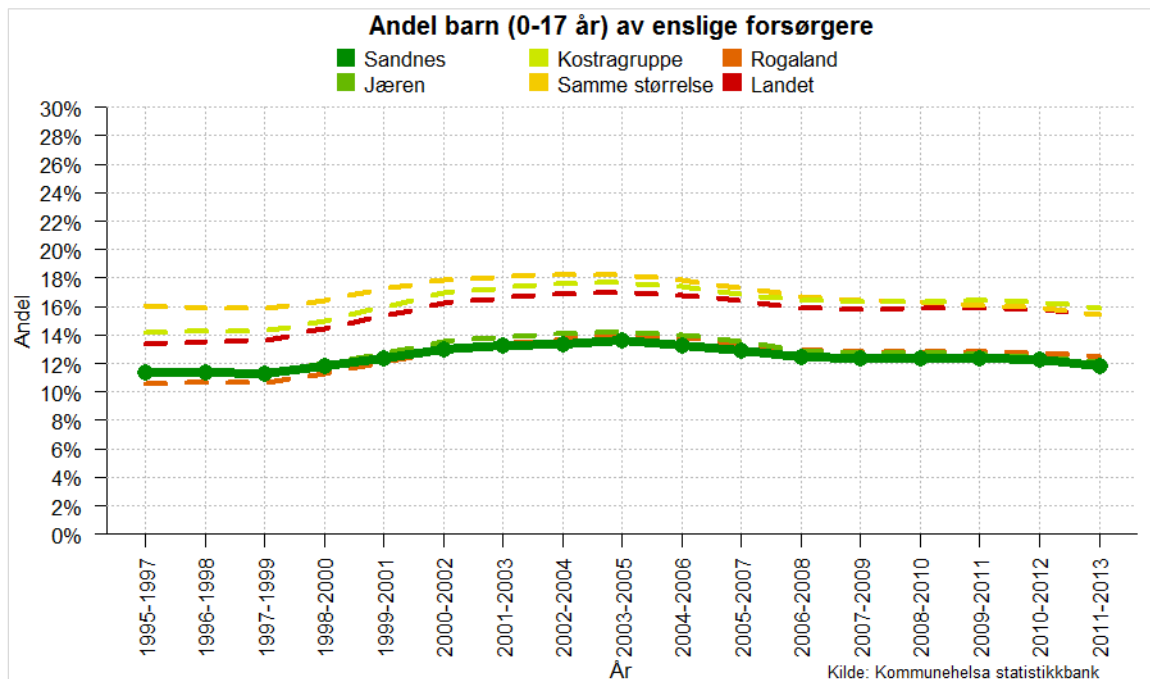
Vedlegg

Vedlegg 1 Andel aleneboende i alderen 45 eller eldre. 2005-2014. Prosent



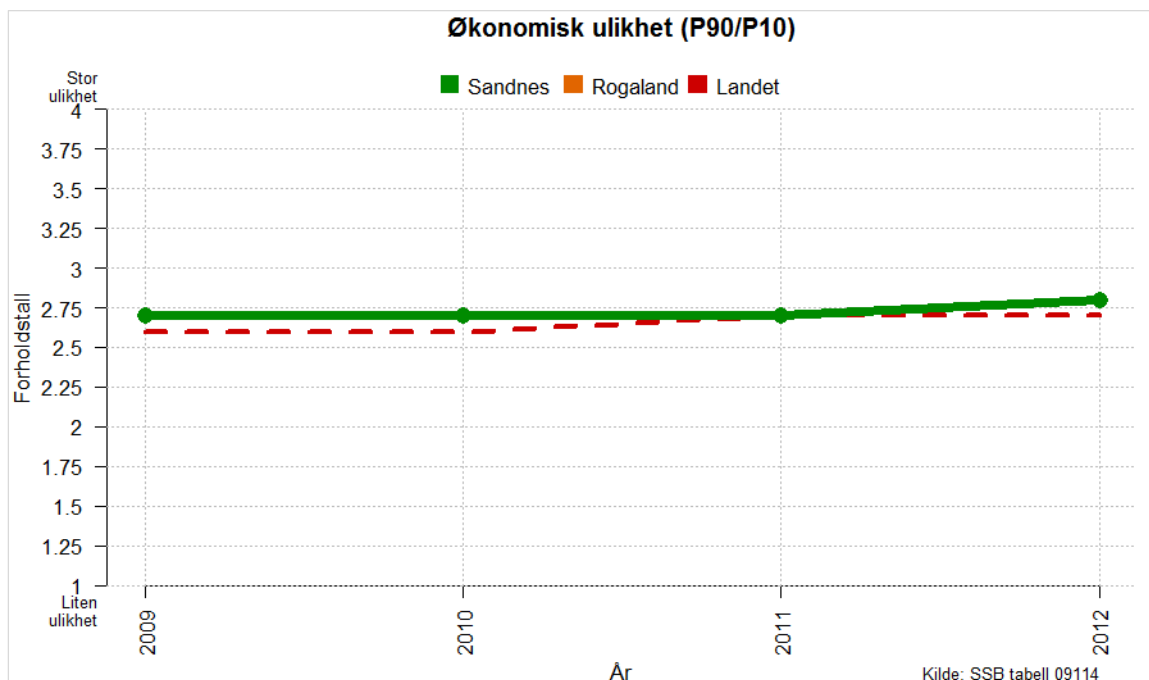
Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2015, Rogaland Fylkeskommune

Vedlegg 2 Andel barn (0-17 år) av enslige forsørgere. 1995-2013. Prosent



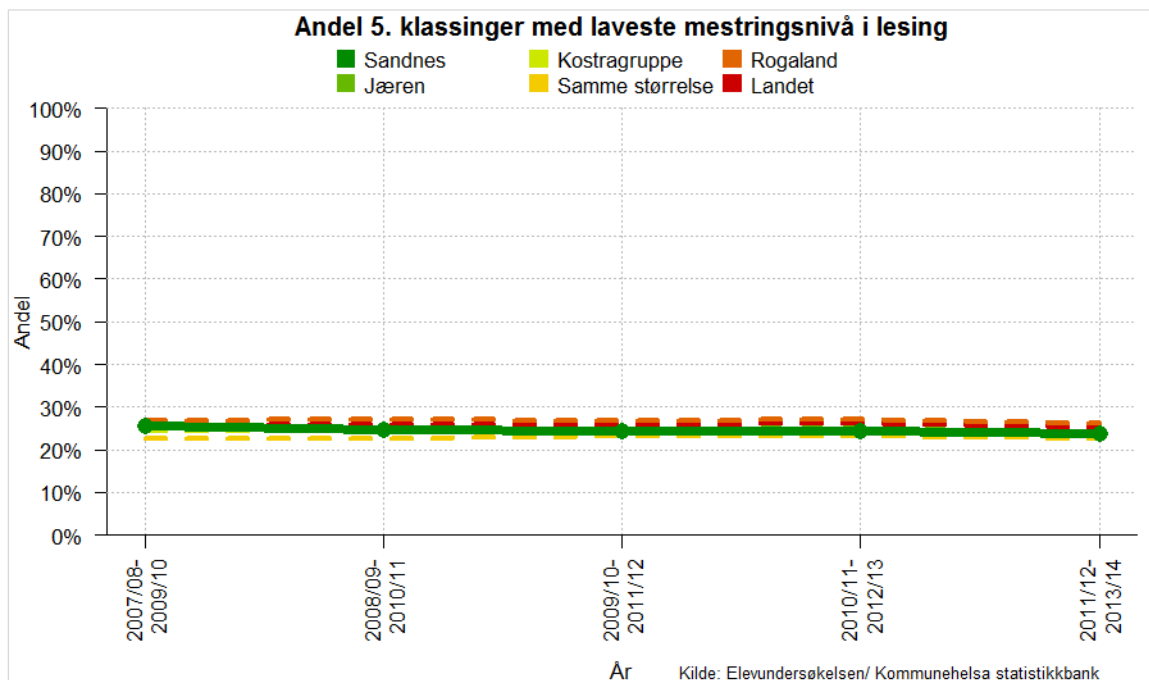
Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2015, Rogaland Fylkeskommune

Vedlegg 3 – Økonomisk ulikhet (P90/P10). 2009-2012.



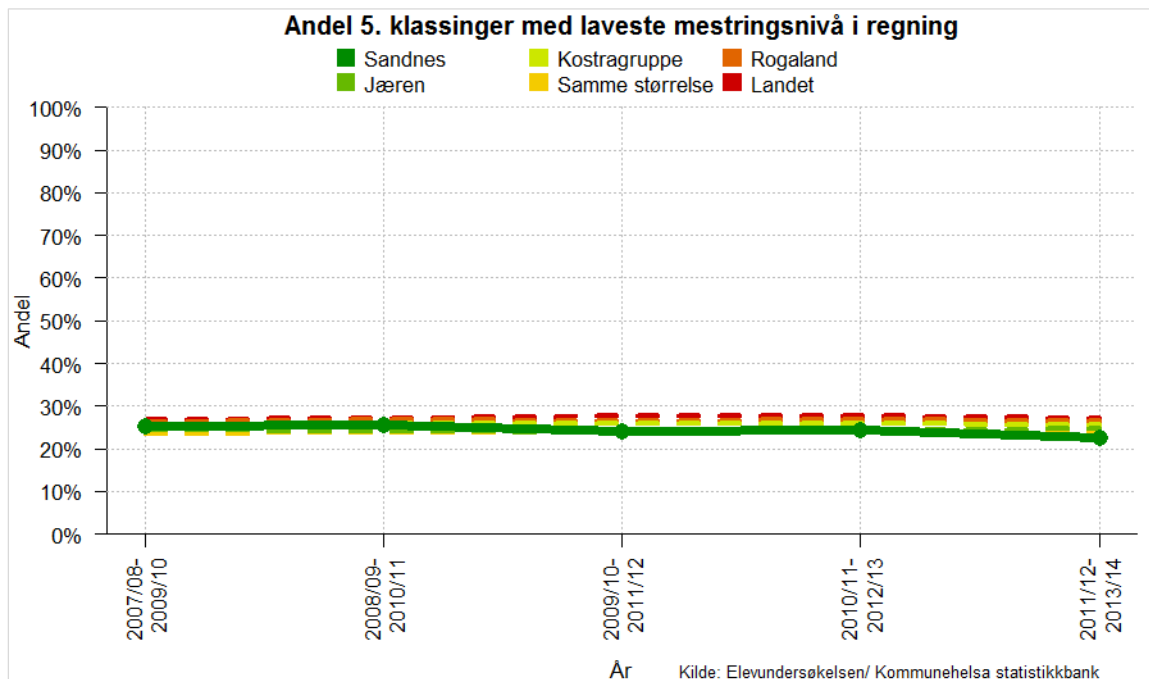
Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2015 Rogaland Fylkeskommune

Vedlegg 4 – Andel 5.klassinger med laveste mestringsnivå i lesing. Prosent



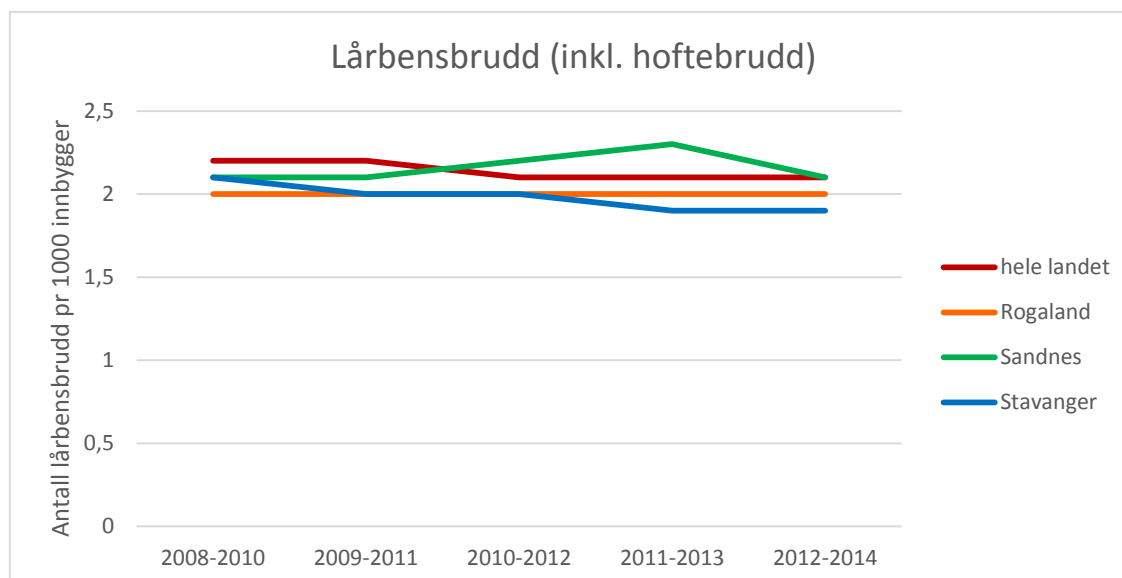
Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2015 Rogaland Fylkeskommune

Vedlegg 5 – Andel 5.klassinger med laveste mestringsnivå i regning. Prosent



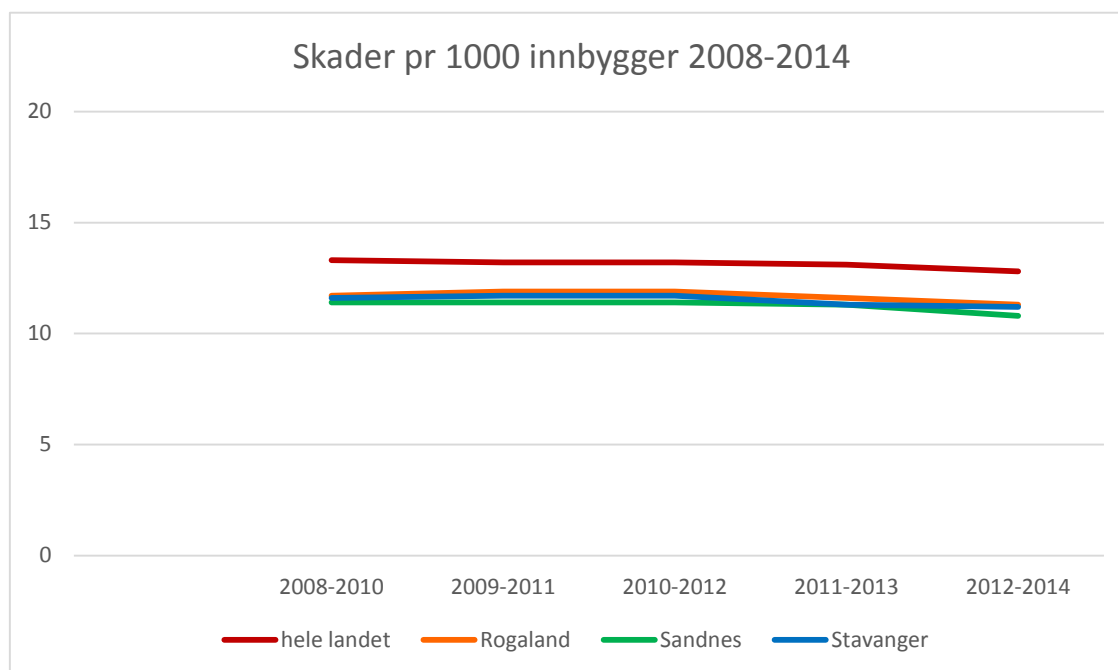
Kilde: Utvidet folkehelseprofil 2015 Rogaland Fylkeskommune

Vedlegg 6 – Antall lårbensbrudd pr 1000 innbygger



Kilde: Kommunehelsetatistikkbank

Vedlegg 7 – Antall skader pr 1000 innbygger



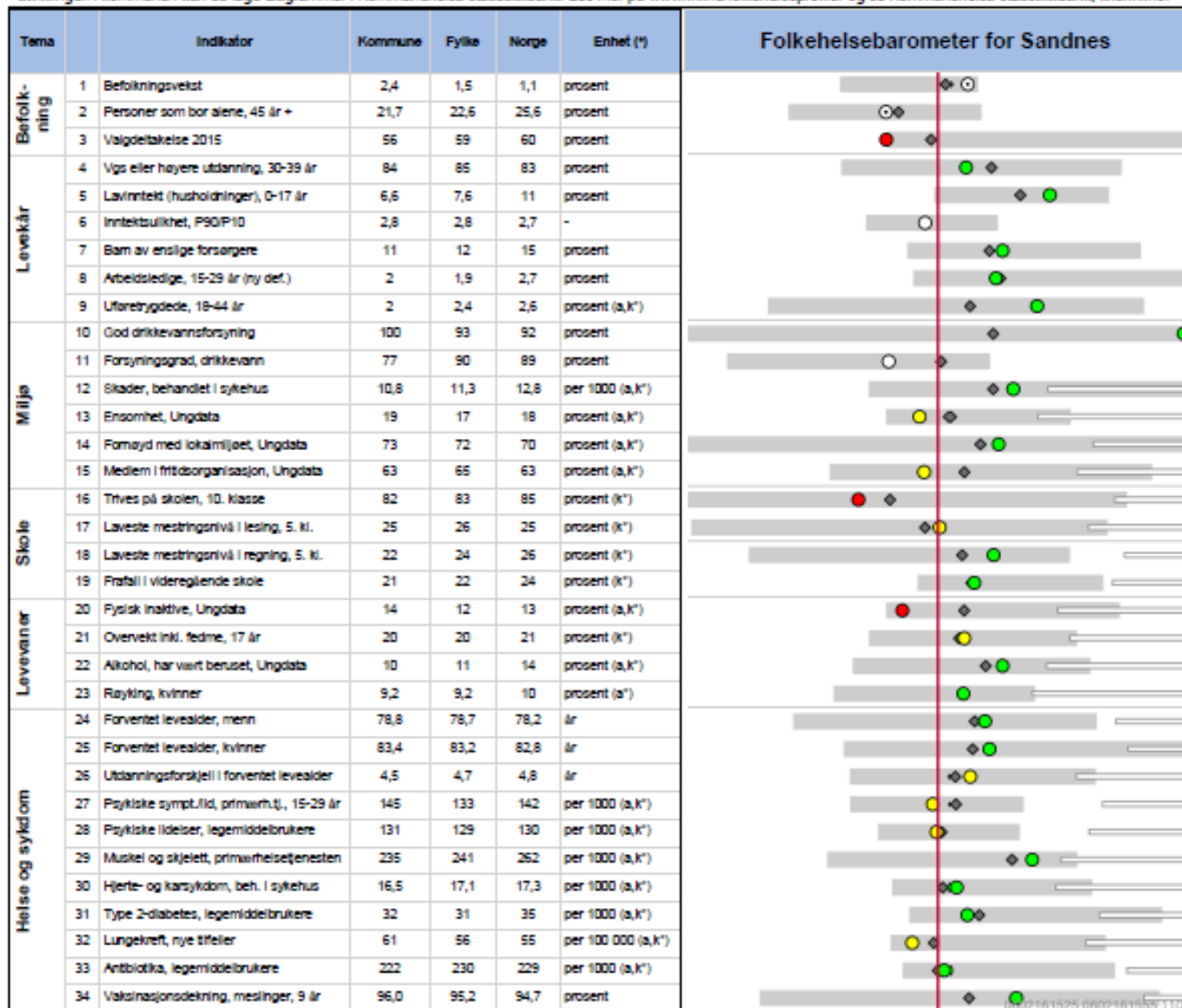
Kilde: Kommunehelse statistikkbank

Folkeshelsebarometer for din kommune

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall i kommunen og fylket med landstall. I figuren og i tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenlignet med landet. For å se på utvikling over tid, se Kommune- og fylkesstatistikkbank, khs.fhi.no. Her finnes også statistikk uten alders- og kjønnsstandardisering. Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans, se www.fhi.no/folkeshelseprofiler

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landsnivået
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- Verdien for landet som helhet
- Variasjonen mellom kommunene i fylket
- De ti beste kommunene i landet

En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet, likevel kan det innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan være noe å strekke seg etter. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i kommunen kan du lage diagrammer i Kommune- og fylkesstatistikkbank. Les mer på www.fhi.no/folkeshelseprofiler og se Kommune- og fylkesstatistikkbank, khs.fhi.no.



Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert og k = kjønnsstandardisert

1. 2014, 2. 2014, i prosent av befolkningen. 3. Avgitte stemmer i prosent av stemmeberettigede. 4. 2014, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utd.). 5. 2013, barn som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median. 6. 2013, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 7. 2012-2014, 0-17 år, av alle barn det betales barmetrygd for. 8. 2014, ledige per januar mnd. (ny def.) i prosent av befolkningen. Def. avviker fra SSBs. 9. 2012-2014, mottakere av varig uførepensjon. 10. 2014, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli (der minst 12 prøver er analysert) og stabil drikkevannsforsyning. Omfatter rapportpliktige vannverk. 11. 2014, befolkning tilknyttet rapportpliktige vannverk i prosent av totalbefolkningen. 12. 2012-2014, 13. 2012-2014, u.skole, ganske mye eller veldig mye plaget. 14. 2012-2014, u.skole, svært eller litt fornøyd. 15. 2012-2014, u.skole, medlem ved undersøkelsestidspunkt. 16. Skoleåret 2009/10-2014/15. 17/18. Skoleåret 2012/13-2014/15. 19. 2012-2014, omfatter elever bosatt i kommunen. 20. 2012-2014, u.skole, fysisk aktivt (svett og andpusten) mindre enn én gang i uken. 21. 2011-2014, KMI som tilsvarende over 25 kg/m², basert på selvrapportert høyde og vekt ved nettbasert sesjon 1. 22. 2012-2014, u.skole, drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset én gang eller mer i.a. siste 12 mnd. 23. 2010-2014, fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 24/25. 2000-2014, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 26. 1999-2013, vurdert etter forskjellen i forventet levealder ved 30 år, mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 27. 2012-2014, brukere av fastlege og legevakt. 28. 2012-2014, 0-74 år, legemidler mot psykiske lidelser, inkl. sovemedik. 29. 2012-2014, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av fastlege og legevakt. 30. 2012-2014, 31. 2012-2014, 30-74 år, brukere av blodglukosesenkende midler, ekskl. insulin. 32. 2004-2013. 33. 2012-2014, 0-74 år. 34. 2010-2014. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Utdanningsdirektoratet, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister, Primærhelsetjenestene fastlege og legevakt (KUHR-databasen som eies av Helsedirektoratet), Kreftregisteret, Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Vernepliktsverket, Vannverksregisteret, Reseptregisteret og Ungdata-undersøkelsen fra Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved HIOA. For mer informasjon, se khs.fhi.no

