

Folkehelse Sandnes 2020

Helsetilstand og påvirkningsfaktorer



FOTO: TOM HAGA

Innhold

Forord.....	5
1. Innledning.....	5
Definisjoner	6
Kunnskapsgrunnlaget.....	7
1.1 Levekårsundersøkelsen	7
1.2 Ungdataundersøkelsen.....	8
1.3 Elevundersøkelsen.....	9
2. Oversikt over helsetilstanden i Sandnes.....	10
2.1 Befolkningssammensetning.....	10
2.1.1 Alderssammensetning – Flere eldre og færre yngre.....	11
2.1.2 Aleneboende	12
2.1.3 Barn med enslige foreldre.....	13
2.1.4 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.....	13
2.1.5 Flytting og flyttetrender.....	14
2.2. Oppvekst og levekårsforhold	16
2.2.1 Sosial ulikhet i helse.....	16
2.2.2 Barnehagedeltakelse	22
2.2.3 Deltakelse i skolefritidsordning (SFO).....	23
2.2.4 Skole.....	23
2.2.5 Barn og unges deltakelse i demokratiet	26
2.3. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	26
2.3.1 Nærmiljø og lokalsamfunn.....	26
2.3.2 Drikkevann	29
2.3.3 Støy	29
2.3.4 Luftkvalitet	29
2.3.5 Radon.....	29
2.4 Skader og ulykker	30
2.4.1 Lårhalsbrudd	30
2.4.2 Trafikkulykker.....	30
2.5. Helserelatert atferd.....	31
2.5.1 Vaksinasjonsdekning.....	31
2.5.2 Fysisk aktivitet	31
2.5.3 Kosthold	32
2.5.4 Røyk og snus.....	33
2.5.5 Alkohol og andre rusmidler.....	33
2.6 Helsetilstand	34
2.6.1 Kreft, hjerte- og karsykdom	34

2.6.2 Type 2 diabetes	35
2.6.3 KOLS og astma	35
2.6.4 Overvekt	36
2.6.5 Muskel- og skjelettsykdommer	36
2.6.6 Antibiotikaresistens	36
2.6.7 Tannhelse	36
2.6.8 Psykisk helse	37
3. Sammenhenger og hovedutfordringer	39
3.1 Sosial ulikhet	39
3.2 Likeverdige muligheter for samfunnsdeltakelse	40
3.3 Tidlig innsats og tilrettelegging for livsmestring i hele livsløpet	41
3.4 Helsefremmende perspektiv i samfunnsplanleggingen	42
3.4.1 Nærmiljøet og lokalsamfunnets betydning	42
3.4.2 Flere eldre – aldersvennlig stedsutvikling	42
Kilder	44
Vedlegg:	45
Vedlegg 1	45
Vedlegg 2	46
Vedlegg 3	47
Vedlegg 4	48
Vedlegg 5	49
Vedlegg 6	51

Figuroversikt

Figur 1 Individuelle og samfunnsmessige faktorer som påvirker helsen	6
Figur 2 Befolkningsvekst fra 2006	10
Figur 3 Relativ utvikling i ulike aldersgrupper.	11
Figur 4 viser utviklingen i ulike aldersgrupper, i absolutte tall. Kilde: SSB/Kompas	11
Figur 5 Illustrasjonen over er hentet fra Perspektivmeldingen 2017. Kilde: Finansdepartementet/SSB.	12
Figur 6 Forsørgerbyrden for Sandnes kommune i 2006 og framskrevet for 2035.	12
Figur 7 Andelen eldre aleneboere i Sandnes.	13
Figur 8 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre	14
Figur 9 Flyttehyppighet fordelt på alder	15
Figur 10 Forventet levealder, kvinner og menn	16
Figur 11 Forventet levealder etter utdanningsnivå.	17
Figur 12 Forskjeller i forventet levealder	17
Figur 13 Barn i lavinntektshusholdninger.	18
Figur 14 Medianinntekt etter aldersgrupper i Rogaland.	20
Figur 15 Sysselsatte som andel av befolkningen mellom 15-74 år (AKU)	21
Figur 16 Andel sysselsatte i befolkningen.	21
Figur 17 Registrerte arbeidsledige hos NAV	21
Figur 18 Trivsel på skolen.	23

Figur 19 Mobbing	24
Figur 20 Grunnskolepoeng	25
Figur 21 Frafall i videregående skole etter foreldrenes utdanningsnivå	25
Figur 22 Kulturtilbud i Sandnes	27
Figur 23 Ulykker med hardt skadde og drepte i Sandnes kommune 2014-2018.....	30
Figur 24. Hjerter- og karsykdommer per 1000 innbyggere.....	34
Figur 25 Nye tilfeller av kreft	35
Figur 26 KOLS og astma.....	35
Figur 27 Ungdom med psykiske plager	37
Figur 28 Sammenheng mellom utdanningsnivå og dødelighet.....	39

Forord

Våren 2020 opplever Norge, Europa og verden en pandemi med enorme konsekvenser, både menneskelig og økonomisk. I løpet av to-tre måneder har et koronavirus spredt seg fra Kina til store deler av verden, og myndighetene setter nå inn sterke tiltak for å hindre smittespredning og sørge for at presset på helsetjenestene ikke blir for stort. Alle skoler, barnehager, høgschooler og universitet er stengt, og Utenriksdepartementet fraråder nå alle reiser ut av Norge som ikke er strengt nødvendig.

Vi er nå midt i en krise ingen ante konturene av for bare få måneder siden. Konkurser truer norske bedrifter, og søknader om dagpenger øker nå i et omfang og tempo vi aldri har sett før.

Liv og helse for mange står på spill, og organisasjonen er satt i kriseberedskap.

Et samfunn vil alltid ha en grad av risiko får å bli berørt av hendelser som utfordrer beredskapsverdiene liv, helse, ytre miljø og økonomiske verdier. Dette gjelder også i Sandnes kommune. Kommune skal gjennom sin helhetlige risiko- og sårbarhetsanalyse (HROS) synliggjøre de risiko og sårbarheter som kan påvirke lokal samfunnet. I Sandnes pågår revidering av ny helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse 2020 – 2024 og beredskapsplan.

Da Sandnes kommune sist presenterte en omfattende oversikt over folkehelsen (2016), var det oljenedtur og flyktningkrise som preget oss og satte dagsorden. Dette var også kriser og hendelser ingen hadde forutsett. Er det erfaringer vi kan dra nytte av i den pågående krisen vi nå er inne i, må det være at vi alltid må være forberedt på det uforutsette.

Kommuneplanen må gjennom de store linjene i både samfunnsdel og arealdel bidra til at samfunnet kan tåle slike påkjenninger. Samfunnet, systemene, og tjenestene våre må bygges robust og ha reservekapasitet for å møte de utfordringene slike hendelser gir. Dette kan vi oppnå ved langsiktig planlegging både arealmessig, organisatorisk og økonomisk.

Beredskapsplanen og oversiktsnotatet for folkehelsen er viktige grunnlagsdokumenter for å kunne ivareta disse utfordringene i den langsiktige samfunnsplanleggingen.

1. Innledning

Folkehelseloven pålegger kommunene å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne. Oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven fastsette overordnede **mål** og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten.

Å fremme helse og å motvirke sosiale helseforskjeller er hjemlet som en oppgave og et hensyn som skal ivaretas i planlegging etter plan- og bygningsloven (hdir.no). Folkehelsearbeidet i Sandnes er forankret i kommunens overordnede styringsdokument, *Kommuneplan for Sandnes 2019-2035*. Det framkommer av gjeldende kommuneplan i Sandnes at god folkehelse og bærekraftig utvikling er verdier som skal ligge til grunn for all forvaltning, samfunnsplanlegging og tjenesteutøving i Sandnes kommune.

Oversiktsdokumentet er utarbeidet av samfunnsplan og kommunens tverrsektorielle folkehelsegruppe. Folkehelsegruppa i Forsand har kommet med innspill, og folkehelsekoordinator i Forsand har deltatt i møtene til folkehelsegruppa i Sandnes.

Forskrift om oversikt over folkehelsen stiller krav til oversiktens innhold i § 3:

Oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av

- a) Befolkningssammensetning
- b) Oppvekst- og levekårsforhold
- c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

- d) Skader og ulykker
- e) Helserelatert atferd og
- f) Helsetilstand

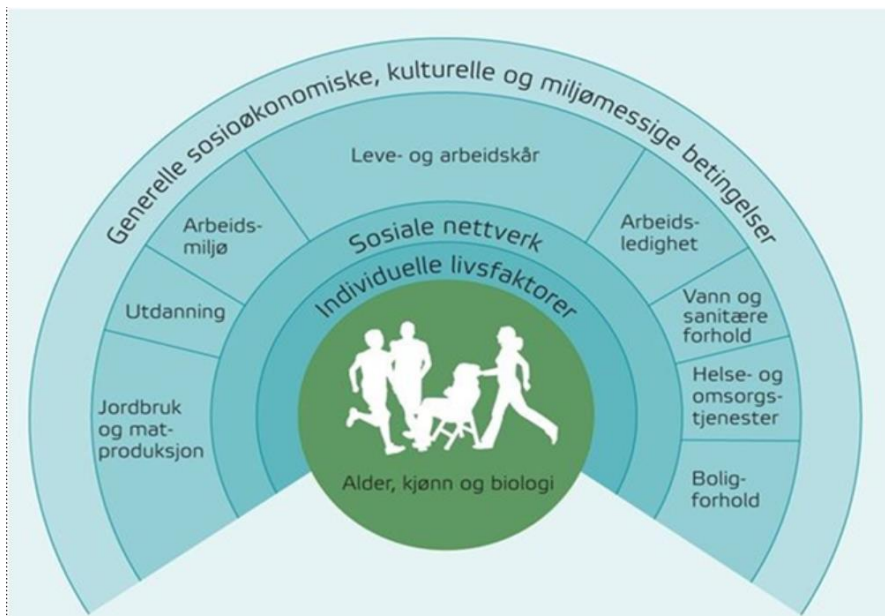
I del 2 (tittel) gis opplysninger og vurderinger av ovennevnte forhold. Folkehelsegruppa har vurdert hvilke problemstillinger og temaer som er særlig relevante utfordringer for Sandnes kommune. Dette framkommer i del 3 (tittel).

Definisjoner

Folkehelse er et vidt begrep som omfatter et bredt spekter av samfunnsmessige forhold. I folkehelseloven blir folkehelse definert som *befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning*. Videre blir **folkehelsearbeid** 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*.

Med **helsetilstand** menes befolkningens helse målt ved ulike indikatorer, for eksempel risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær o.l. Helse er mer enn fravær av sykdom, og for å kunne si noe om helsetilstanden er det dermed også nødvendig å ha informasjon om positive forhold som for eksempel trivsel, ressurser, mestring og livskvalitet (Helsedirektoratet (Hdir), 2013).

Positive og negative **påvirkningsfaktorer** består av kjente forhold som virker inn på helsen, og omfatter både helsefremmende og forebyggende faktorer, og risikofaktorer. Påvirkningsfaktorene er ofte knyttet til samfunnsforhold, levekår og miljø. Disse faktorene og deres relasjoner er framstilt i en mye brukt figur utarbeidet av Whitehead og Dahlgren i 1991:



FIGUR 1 VISER AT INDIVIDUELLE VALG PÅVIRKES AV ET SETT POSITIVE OG NEGATIVE YTRE FAKTORER, OG AT DET MÅ ARBEIDES PÅ MANGE NIVÅER OG I MANGE SEKTORER FOR Å FOREBYGGE SYKDOM OG FREMME HELSE (HELSEDIREKTORATET, 2013). FAKTORER SOM PÅVIRKER FOLKEHELSEN OMTALES NÆRMERE I KAPITTEL 2.

Sosial ulikhet i helse måles oftest ved at en studerer sammenhengen mellom helse og sosioøkonomiske faktorer som utdanning, yrke og inntekt. Ved sammenligning av ulike grupper i samfunnet, finner vi systematiske forskjeller i helse: Jo lengre utdanning, eller jo høyere inntekt, desto bedre helse. Ofte benyttes dødelighet som et mål for helse. De sosiale helseforskjellene gjelder for nesten alle sykdommer, skader og plager, og gjelder i alle aldergrupper og hos kvinner og menn (www.fhi.no).

En **bærekraftig samfunnsutvikling** betegner en samfunnsutvikling som kan vedvare over tid uten å forringe nåværende eller kommende generasjoners muligheter. Bærekraftig utvikling beskrives ofte ut fra tre dimensjoner som er gjensidig avhengig hverandre:

Økonomisk bærekraft handler om å sikre økonomisk trygghet for mennesker og samfunn.

Miljømessig bærekraft forstått som et krav om å ta vare på naturen og klimaet som en fornybar ressurs for mennesker. Måten vi bruker naturen i dag, har store konsekvenser for både natur og mennesker. Reduksjon av klimagassutslipp og et trygt, rent og giftfritt miljø er viktig for befolkningens helse, og innsats på disse områdene er viktig i et folkehelseperspektiv.

Sosial bærekraft handler om å sikre at alle mennesker får et godt og rettferdig grunnlag for et anstendig liv. Menneskerettighetene er det viktigste utgangspunktet for dette. Utdanning, anstendig arbeid, likestilling, kulturelt mangfold og et godt helsetilbud er bare noen av områdene som er sentrale.

Sammenhengen mellom bærekraftig utvikling og folkehelse henger blant annet sammen med at det er de menneskelige behovene som står i sentrum, sosial rettferdighet er en hovedmålsetting, og at menneskelig utvikling og helse må fremmes gjennom innsats på tvers av sektorer og nivåer, gjennom myndiggjøring av lokalsamfunn og gjennom medvirkning fra befolkningen. Bærekraftig utvikling har også sammenheng med **sosial ulikhet**, gjennom målene om helsefremming og sosial bærekraft, der en ønsker å rette opp disse skjevhetene og skape like muligheter for menneskelig vekst og utvikling.

Kunnskapsgrunnlaget

De viktigste kildene for data- og kunnskapsgrunnlaget er:

- Statistisk sentralbyrå (heretter SSB)
- *Levekårsundersøkelsen*, som gir informasjon om demografi, oppvekstvilkår, utdanning, inntekt, bolig, arbeid og sosiale forhold. Disse er alle faktorer som har betydning for befolkningens helse generelt og for ulikhet i helse (se nærmere beskrivelse under)
- *Folkehelseprofiler* og annen statistikk fra Folkehelseinstituttet og statistikkbanken kommunehelse
- Rapporter og faktaark om ulike temaer på www.fhi.no
- Ungdata- og elevundersøkelsen (se nærmere beskrivelse under)
- Kommunens planer og strategier
- *Oversiktsdokument – Folkehelse. Helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. Vedlegg til planstrategi 2016

Dataene er supplert med tjenesteområdenes faglige kompetanse om temaene, og om faktorer og utviklingstrekk som kan ha innvirkning på befolkningens helsetilstand.

1.1 Livekårsundersøkelsen

Sandnes kommune startet med levekårsundersøkelser i 2015. Undersøkelsen er basert på datasett fra Statistisk Sentralbyrå (SSB), og den blir gjennomført hvert andre år. Den siste kartleggingen ble gjennomført høsten 2018 (med data fra 2016) og er den tredje i rekken. Hensikten er å gi et kunnskapsgrunnlag om levekårsforhold, og hvordan levekårene er geografisk fordelt i kommunen vår.

Levekårsundersøkelsen inneholder 20 indikatorer som gir informasjon om fem levekårskomponenter i kommunen;

- Befolkningssammensetning
- Utdanning
- Inntekt
- Sosiale og helsemessige forhold
- Flytting

Kommunen er delt inn i 48 levekårssoner i undersøkelsen. Sonene er delt inn på lavest mulig geografisk nivå. Størrelsen er satt for å sikre statistisk holdbare resultater som samtidig ivareta personvern. En sone omfatter

mellom 700 og 3000 beboere. Begrunnelsen for oppdeling av bydeler i mindre levekårssoner er at dette gjør det mulig å avdekke forskjeller man ikke kan identifisere på bydelsnivå.

Alle sonene rangeres fra 1 (høyest score) til 48 (lavest score) på hver enkelt indikator i levekårsundersøkelsen. [Kartleggingen blir fremstilt i en kartløsning](#). Sonene er her gruppert i sju grupper ut ifra indikatorrangeringen. I kartet har sonene med høyest rangering lys farge, deretter mørkere og mørkere. De lavest rangerte har mørkest farge.

Det er viktig å understreke at levekårskartleggingen ikke viser hvor det er bra eller dårlig å bo. Det kommer frem av kartleggingen at det er noe opphopning av grupper med levekårsutfordringer i enkelte områder.

Resultater av levekårsundersøkelsen viser:

- Det er gode levekår i Sandnes kommune
- I hovedsak små forskjeller mellom levekårssonene
- Tendens til mindre forskjeller, men resultatene må ses i lys av nedgangen i oljebransjen
- Noen soner er preget av en kombinasjon av mange utfordringer. Dette er de samme områdene som ved kartleggingene i 2012 og 2014.

Fellestrekk ved de sonene som er lavest rangert er at barneandelen er lav og andelen aleneboere er høy. Dette er spesielt fremtredende i sentrumsområdene. Andre fellestrekk er at blokkbebyggelse er den dominerende boligtypen, men med varierende innslag av eneboliger, tomannsboliger og andre flermannsboliger med mindre enn tre etasjer. Andelen utleieboliger er også gjennomgående høyere i de sonene med flest levekårsutfordringer.

Videre er andelen årlige utflyttinger høy. Dette gjelder også barneutflyttinger, det vil si andel barn mellom null og fem som flytter ut av en sone i løpet av måleperioden på ett år. For et område kan høy grad av flytting være negativt. Sosiale bånd og godt naboskap er vanskelig å etablere eller opprettholde. Barnefamilier er trolig spesielt opptatt av oppvekstmiljø, barn er mer stedbundet og bruker nærmiljøet mer enn andre. Derfor vil høy flyttehyppighet i et område sannsynligvis ha større negativ effekt på denne gruppen. I og med at flytting ofte er et resultat av sosial mobilitet for den enkelte, vil det være de mest ressurssterke som flytter fra et område når livssituasjonen endrer seg. I områder med høy flyttehyppighet kan dette bidra til å forsterke en allerede negativ trend.

De sonene som er høyest rangert er geografisk spredt i flere bydeler. Sonene er sentralt plassert, men utenfor sentrum. Fellestrekk ved de høyest rangerte sonene er at dette er områder som er befolket av mange familier og få aleneboere. Andre fellestrekk er lav innvanderandel, lite utflytting og høyt utdanningsnivå. De høyest rangerte sonene er dominert av eneboliger, hus i kjede og rekkehus.

1.2 Ungdataundersøkelsen

Ungdata er et kvalitetssikret og standardisert system for lokale spørreskjemaundersøkelser. Undersøkelsen innebærer at skoleelever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring svarer på spørsmål om ulike sider ved livet sitt. Undersøkelsene foregår i skoletiden og gjennomføres elektronisk.

Ungdata dekker helheten i ungdoms liv og omfatter et bredt spekter av temaområder (foreldre og venner, skole, lokalmiljø, fritidsaktiviteter, helse og trivsel, rusmiddelbruk, risikoforferd og vold).

Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet – storbyuniversitetet (tidligere Høgskolen i Oslo og Akershus, HiOA) har ansvar for gjennomføringen av ungdataundersøkelsene i samarbeid med landets sju regionale kompetansesentre innen rusfeltet. For Sandnes sin del er dette KoRus Vest Stavanger, og dette samarbeidet er knyttet til gjennomføringen av de lokale ungdataundersøkelsene og utviklingen av Ungdata som et verktøy for kommuner og fylkeskommuner.

Resultatene fra Ungdata brukes som kunnskapsgrunnlag i forebyggende ungdomsarbeid, politikkutvikling og til forskning og undervisning. Ungdata gir mulighet til å analysere regionale variasjoner og trender over tid, og til å gå i dybden innenfor ulike temaer. For kommuner og fylkeskommuner er Ungdata et kartleggingsverktøy som egner seg til å til bruk i det forebyggende ungdomsarbeidet og for å få oversikt på folkehelseområdet.

1.3 Elevundersøkelsen

Elevundersøkelsen til Utdanningsdirektoratet (Udir) gir informasjon om elevenes vurdering av eget læringsmiljø. Undersøkelsen er hver høst obligatorisk for 7. og 10.trinn for alle landets skoler. Alle skolene i Sandnes gjennomfører elevundersøkelsen årlig på 5.-10. trinn. Elevene svarer på spørsmål om trivsel, motivasjon, arbeidsforhold og læring, hjem-skole-samarbeid, støtte fra lærer, vurdering for læring, medvirkning, regler på skolen, trygt miljø og rådgiving.

2. Oversikt over helsetilstanden i Sandnes

Som vist til i innledningen skal oversikten over helsetilstanden inneholde informasjon om befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Når det gjelder befolkningssammensetning og oppvekst- og levekårsforhold, er de fleste dataene hentet fra levekårsundersøkelsen som ble gjennomført i 2018. Innledningsvis i dette kapitlet, og før den tematiske gjennomgangen av oversikten over helsetilstanden i befolkningen, gis derfor en kort presentasjon over hva levekårsundersøkelsen gir oss av informasjon.

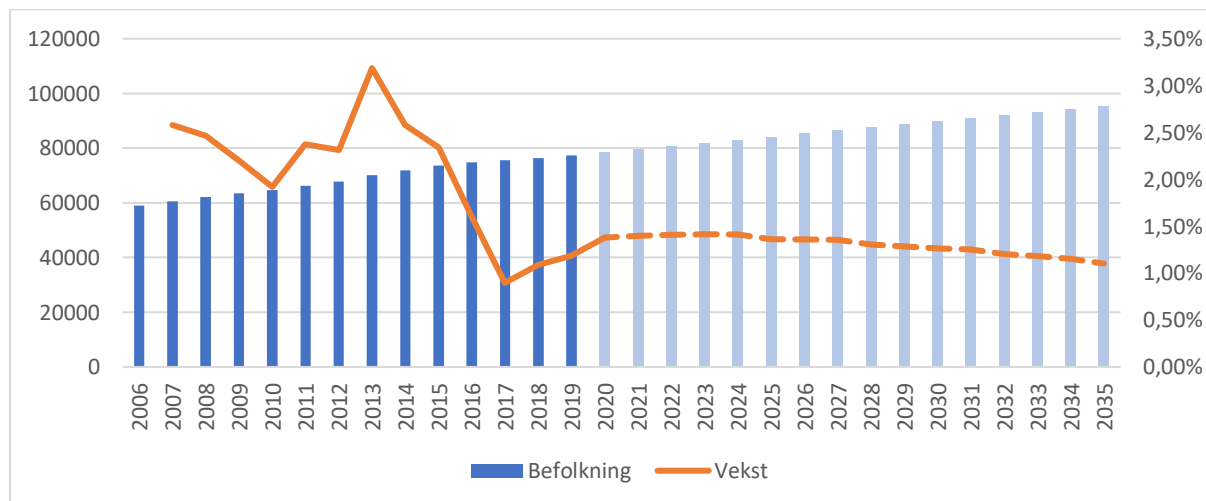
2.1 Befolkningssammensetning

Befolkningssammensetningen kan være vesentlig i seg selv som del av utfordringsbildet for folkehelsen, men denne typen informasjon er også viktig i vurderingen av øvrig informasjon. Utviklingen i befolkningsveksten vil kunne påvirke strategiske veivalg, som inkluderer folkehelse (Hdir, 2013).

Etter en periode med svært høy befolkningsvekst, er veksten i landet nå redusert. Veksten i 2017 var den svakeste siden 2005. Den reduserte veksten skyldes i hovedsak lavere innvandring, men også lavere fødselsoverskudd bidrar til at veksten går ned.

Arbeidsinnvandringen har gradvis avtatt siden 2012, og nedgangen fortsatte i 2016. Tall fra 2017 viser at innvandringen fra land med konflikter er betydelig redusert fra året før, samtidig som at innvandringen fra Norden og Øst-Europa er på samme relativt lave nivå som i 2016.

Sandnes har hatt en sterk befolkningsvekst siden 1970-tallet. Konjunkturedgang i oljeindustrien ga en nedgang i veksten fra over tre prosent årlig vekst i 2013 til under en prosent i 2016 og 2017. Veksten er nå tilbake på over en prosent i året. Veksten i 2019 var på sterke 1,7 prosent. Det er forventet at Sandnes befolkning vil fortsette å vokse med omkring 1000 innbyggere i året frem mot 2035.



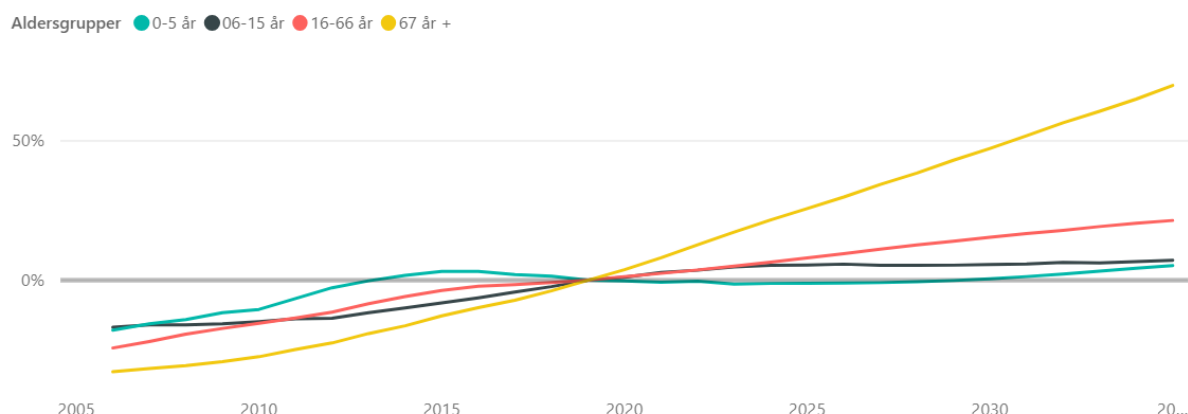
FIGUR 2 BEFOLKNINGSVEKST FRA 2006 I ABSOLUTTE TALL OG SOM PROSENTVIS VEKST. FRA 2019 FRAMSKREVET VEKST. KILDE: SSB/KOMPAS

Veksten i toppårene på begynnelsen av 2010-tallet var drevet av høy innvandring og innflytting til Sandnes, deretter hadde vi en periode hvor fødselsoverskuddet utgjorde det meste av veksten (rundt 70 prosent). Sandnes har sammen med landet som helhet hatt et fall i fruktbarhetstallene, men har ennå blant landets høyeste fruktbarhetstall. Tall fra 2019 viser at innflytting til kommunen øker igjen, og innflytting fra inn- og utland utgjør nå halvparten av veksten.

2.1.1 Alderssammensetning – Flere eldre og færre yngre

Trenden med vekst i sentrale områder og fraflytting i distriktene skaper store ulikheter i befolkningssammensetning mellom by og land. De mest sentrale områdene er kjennetegnet av mange unge og relativt sett færre eldre.

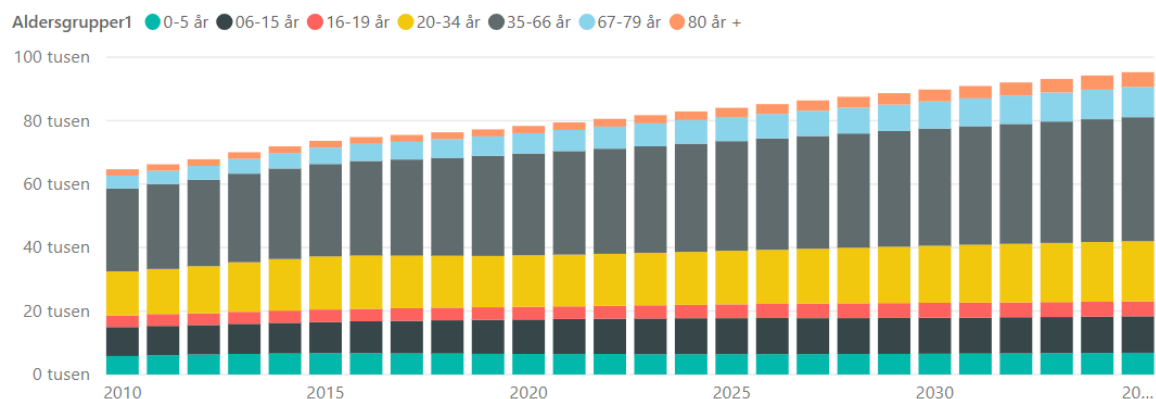
Eldreandelen øker i hele landet, men eldrebølgen vil særlig prege de minst sentrale kommunene. Sentrale kommuner rammes relativt mildt på grunn av påfyll av unge voksne og deres barn.



FIGUR 3 VISER RELATIV UTVIKLING I ULIKE ALDERSGRUPPER I SANDNES. MÅLT FRA 1.1.2019. KILDE: SSB/KOMPAS

Både gruppen 0-5 år og aldersgruppen 20-34 år har en nedgang som andel av befolkningen fra 2015 og fram mot 2019. Deretter en svak vekst fra 2019. Gruppen 20-34 år vokser relativt sett mer enn gruppen med de yngste barna.

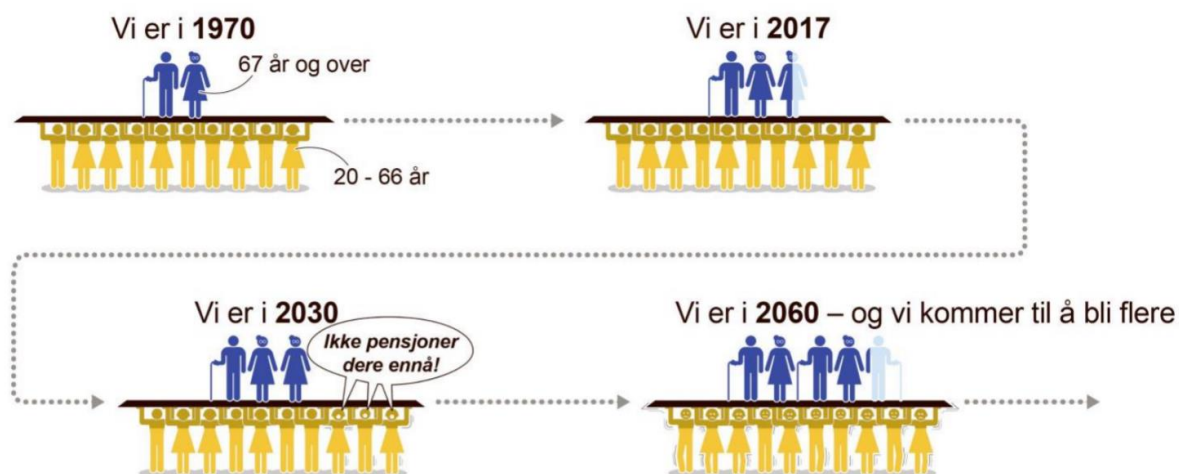
Det er viktig å understreke at selv om de eldste i Sandnes nå er gruppen som vokser raskest, er Sandnes en ung by med en stor andel barn. [På Folkehelseinstituttets folkehelseprofil for 2020](#), er Sandnes sin andel i aldersgruppen 80 år + signifikant lavere enn i landet som helhet.



FIGUR 4 VISER UTVIKLINGEN I ULIKE ALDERSGRUPPER, I ABSOLUTTE TALL. KILDE: SSB/KOMPAS

Figur 4 viser at selv om den relative veksten er sterkest i de eldste gruppene, er gruppen med befolkning under 19 år anslått til å være en større gruppe enn i gruppen 67 år+ også i 2035.

I et bærekraftsperspektiv er det viktig å se på den relative utviklingen i aldersgruppene. Forsørgerbyrde er forholdet mellom antall personer i eldre der det er vanlig å være i arbeid (20-66 år), og antallet personer der det ikke er vanlig å være i arbeid.



FIGUR 5 ILLUSTRASJONEN OVER ER HENTET FRA PERSPEKTIVMELDINGEN 2017. KILDE: FINANSDEPARTEMENTET/SSB.

For å kunne bære forsørgerbyrden, er vi avhengig av at alle som kan er i arbeid. En eldre befolkning betyr at vi blir færre til å bære byrdene dersom ikke avgangsalderen fra arbeidslivet øker. Hvis mange blir stående utenfor arbeidslivet på grunn av manglende eller feil kompetanse, vil byrden bli større. Her vil bedre integrering og redusert frafall i videregående skole stå sentralt.



FIGUR 6 VISER ALDERSSAMMENSETNINGEN/FORSØRGERBYRDEN FOR SANDNES KOMMUNE I 2006 OG FRAMSKREVET FOR 2035. DET ER IKKE FORVENTET AT DEN ALDERSFØRE GRUPPEN ENDRES FREM MOT 2035, DENNE GRUPPEN UTGJØR 61 PROSENT AV BEFOLKNINGEN BÅDE I 2006 OG I 2035. VI SER AT GRUPPEN FRA 0-19 ÅR ER FORVENTET Å UTGJØRE EN MINDRE ANDEL AV BEFOLKNINGEN, OG DETTE VIL ETTER HVERT FORPLANTE SEG TIL DEN ARBEIDSFØRE GRUPPEN. KILDE SSB/KOMPAS

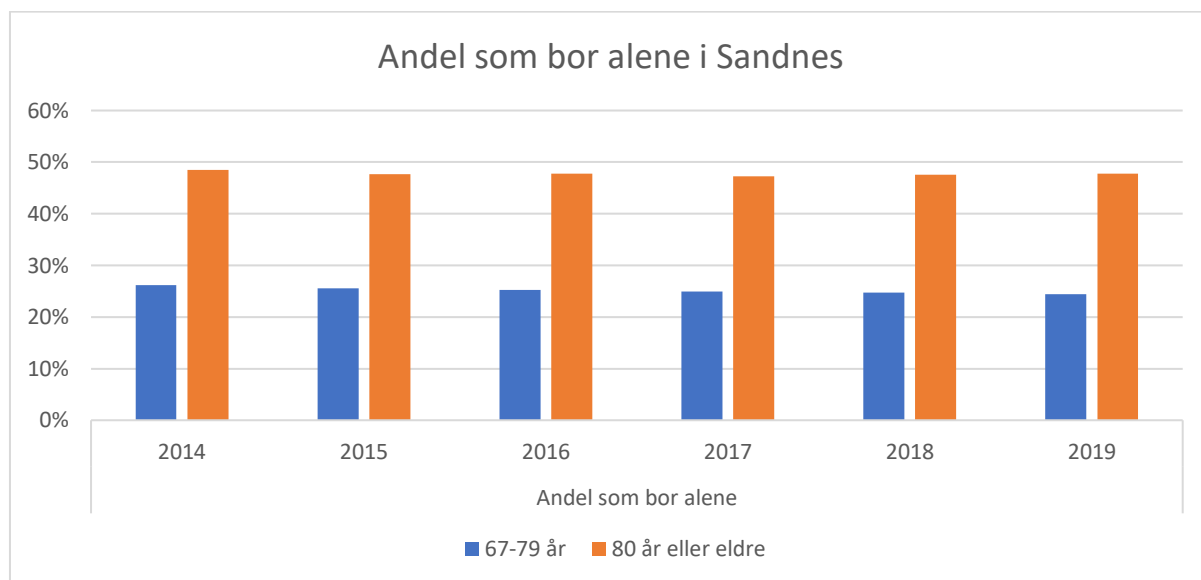
2.1.2 Aleneboende

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 landet som helhet (se [vedlegg 1](#)).

Andelen aleneboende har holdt seg stabil over tid. [Levekårsundersøkelsen i Sandnes](#) (2016-tall) viser at andel aleneboende varierer mellom geografiske områder. I sentrum er andelen aleneboere om lag 50 prosent, og i enkelte sentrumsområder er det mer enn 60 prosent som bor alene. Videre er det over 40 prosent aleneboerandel i Asperholen, Nedre Hana, Gravarslia og Bogafjell sentrer.

Det er viktig å være oppmerksom på at kommunen vil kunne påvirke befolkningssammensetningen. Politikktutforming legger føringer for hvor det skal bygges, og boligens beliggenhet vil ha betydning for type bolig som bygges og hvilke husholdninger som flytter inn i boligene. Aleneboerandelen vil ha spesielt stor betydning for den eldste delen av befolkningen. Vi vet at hjelp fra familiemedlemmer erstatter hjelp fra det offentlige apparatet, og at behovet for omsorgstjenester øker for eldre aleneboere.

I Sandnes er det om lag 25 prosent i 67-79 årene, som bor alene. For dem som er 80 år og eldre, bor om lag halvparten alene.



FIGUR 7 ANDELEN ELDERE ALENEBOERE I SANDNES. KILDE: SSB

2.1.3 Barn med enslige foreldre

Barn med enslige foreldre antas å være en mulig utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Enslige forsørgere er klart overrepresentert i gruppen med vedvarende lavinntekt sammenlignet med husholdninger med to forsørgere. I 2015 hadde familier i Rogaland med en forsørger snaut halvparten av inntekten til familier med to forsørgere (kilde: SSB, tabell 06944). Enslige forsørgere oppgir i betydelig større grad enn totalbefolkningen at det er vanskelig å få endene til å møtes. Videre oppgir de at de ikke kan håndtere en uforutsett utgift på 10 000 kroner, og at de ikke har råd til en ukes ferie i året.

Sandnes har en lavere andel barn med enslige foreldre enn for hele landet. I 2017 var om lag 15 prosent av alle barn, barn av enslige foreldre. De tilsvarende tallene for Sandnes var rett under 12 prosent (Se [vedlegg 2](#)).

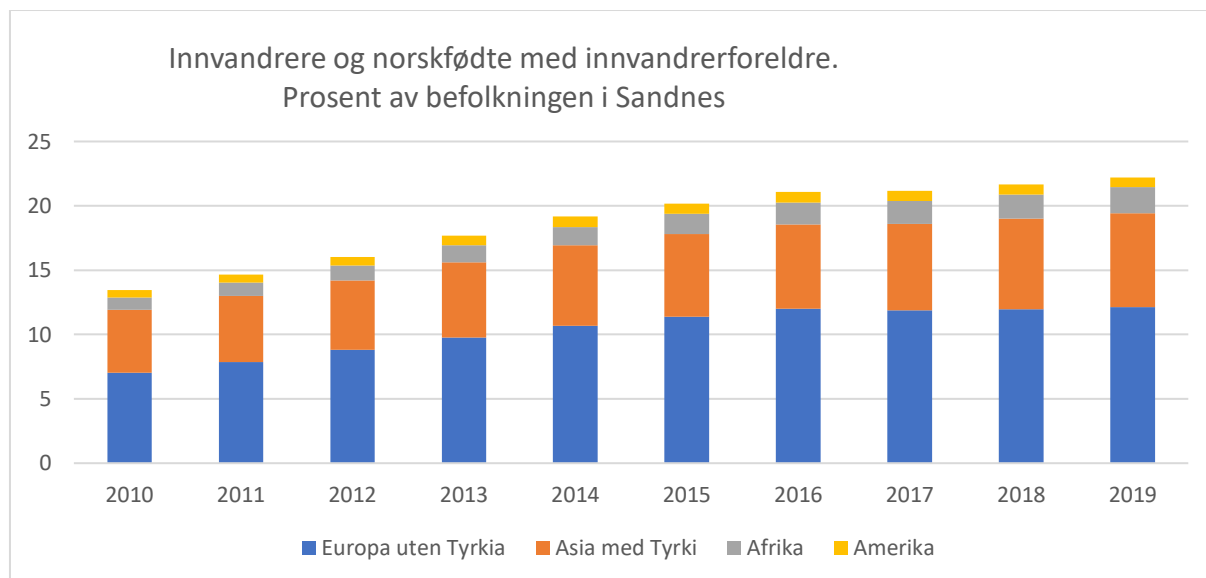
Samtidig viser [Levekårsundersøkelsen](#) i Sandnes at noen levekårssoner har en høy andel av barn med enslige foreldre. I de lavest rangerte sonene var andelen barn med enslige foreldre mellom 19,3 og 25,3 prosent. I sonene som var høyest rangert, var andelen om lag 5 Prosent. Allment tilgjengelige ressurser i nærmiljøet kan gjøre en forskjell for barn som i utgangspunktet har begrenset tilgang til ressurser.

2.1.4 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. Men innvandrere kan også ha særlige utfordringer. Dette kan være knyttet til helse på grunn av lav sosioøkonomisk status, endret kosthold eller endret aktivitetsnivå i ny kultur. Ensomhet eller utenforskap kan også medføre helseutfordringer.

Sandnes kommune har en relativt høy andel innbyggere med flerkulturell bakgrunn. I 2019 utgjorde innvandrere 17,7 prosent av befolkningen (sammenlignet med 14,4 prosent i hele landet). Norskfødte med

innvandrereforeldre utgjør 4,6 prosent av befolkningen i Sandnes. I 2019 er nesten en av fire innbyggere i Sandnes innvandrere eller norskfødte med innvandrereforeldre (totalt 22,3 prosent). Innvandrere kommer til Sandnes av ulike grunner, blant annet arbeidsinnvandring, flukt og familieinnvandring. Om lag 60 prosent av innvandrerne i Sandnes har opprinnelse fra Europa (uten Tyrkia). Arbeidsinnvandring er trolig en viktig årsak til innvandringen fra Europa.



FIGUR 8 VISER OPPRINNELSE FOR INNVANDRERE OG NORSKFØDTE MED INNVANDRERFORELDRE, SOM ANDEL AV BEFOLKNINGEN I SANDNES. KILDE: SSB

Som en av landets største kommuner der innvandrere historisk har stått for en stor del av veksten, vil kommunens rolle som samfunnsaktør og samfunnsutvikler på integreringsfeltet stå svært sentralt.

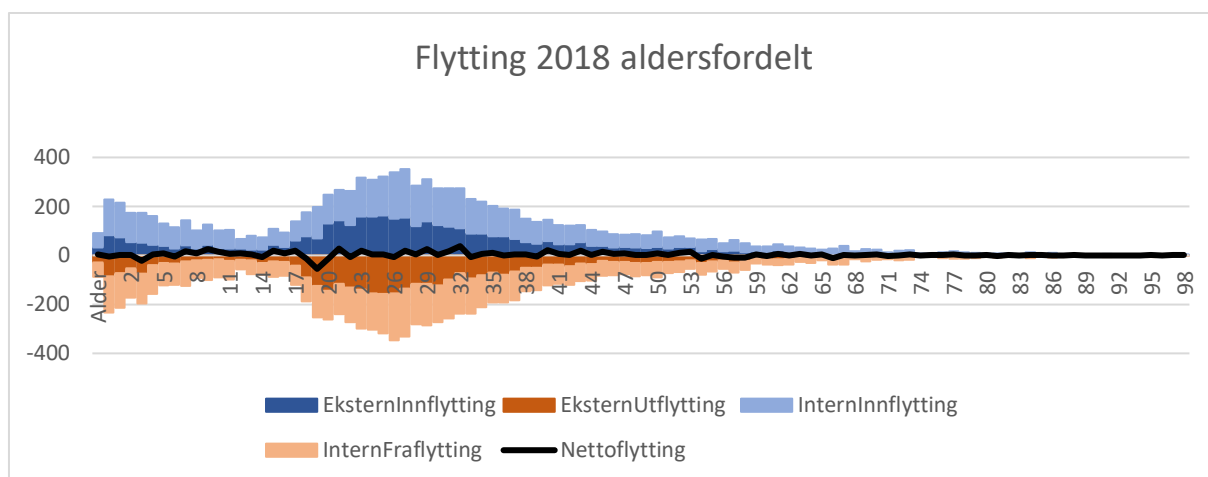
Inkludering i arbeidsmarkedet er sterkt knyttet til konjunkturer i arbeidsmarkedet. Både flyktninger og arbeidsinnvandrere er særlig sårbare grupper i et svakt arbeidsmarked. Språk og relevant kompetanse er avgjørende for arbeidsdeltakelse.

I Sandnes fullfører vel 75 % av befolkningen utenom innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn videregående opplæring innen 5 år fra oppstart og nær det samme hos 2. generasjon innvandrere (71,7 %). Blant innvandrere er dette sunket til 54 prosent og frafallet er størst blant menn. Dette er betydelig lavere gjennomføringsprosent enn Stavanger og Norge som helhet (63 %).

Sysselsettingsgraden er høyere enn landsgjennomsnittet både for befolkningen som helhet og for innvandrere. Men sysselsettingsgraden er redusert etter 2014.

2.1.5 Flytting og flyttetrender

Rapporten «Helt bakerst i køen» (FAFO, 2013) viser at de familiene som flytter oftest ikke eier sin egen bolig. Dette betyr at de som har minst ressurser flytter oftest. Likevel er flytting som regel frivillig, og dreier seg i stor grad om å oppgradere til noe som oppfattes som bedre. Flyttingen er dermed ikke nødvendigvis negativt for individene, men en 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 ut når livssituasjonen bedrer seg.



FIGUR 9 VISER FLYTTEHYPPIGHET FORDELT PÅ ALDER. KILDE: SSB/KOMPAS

Som vi ser av figuren over, er det de unge som flytter mest. I løpet av året er det om lag 6.000 som flytter internt i kommunen. I 2018 var det 4.063 personer som flytter inn i Sandnes kommune fra utlandet og andre kommuner, og 3.761 personer som flyttet ut av kommunen. Hvert år er det mye bevegelse i kommunens befolkning. Levekårsundersøkelsen viser at det også er stor geografisk variasjon i utflytting. I enkelte levekårssoner er det en svært høy andel av befolkningen som flytter i løpet av et år.

I [levekårsundersøkelsen](#) er det en indikator som gjelder barneutflytting. Det vil si andelen barn mellom 0-5 år som flytter ut av en levekårszone i løpet av året. Tall fra 2016 viser at barneutflyttinger varierer fra 0 i enkelte soner, til over halvparten i andre soner. Det er sentrumsområdene som har den høyeste andelen barneutflyttinger. Den samme tendensen ser vi når det gjelder utflyttinger generelt, men ikke like tydelig som barneutflyttinger. Her varierer det mellom 4,5 prosent utflytting i de høyest rangerte sonene, til over 30 prosent i de lavest rangerte sonene. Også her er det sentrumsområdene som har høyest andel utflyttinger, og dermed også størst utskifting av befolkningen.

Befolkningen i Sandnes nærmer seg 80.000, og man ser tendenser til demografiske trekk som kjennetegner større byer. I hovedtrekk er dette at de yngste voksne under utdanning eller i tidlig yrkesliv flytter inn til sentrum. Ved familieetablering, eller fem-seks år senere ved barns skolestart, flytter familiene ut av sentrum til forstadsområder eller omland rundt bysentrum.

De sentrale områdene i større byer har flere demografiske fellestrekk. Befolkningen er ung, dominert av de yngste voksne. Barneandelen er lav, og mange bor alene. Sentrumsområdene har også høyere innvanderandel enn omlandet. Videre vil sentrumsområdene også være preget av høy grad av utflytting. Det samme trekkene ser man i de mest sentrale delene av Sandnes kommune. I tråd med tendensene som er beskrevet ovenfor viser levekårskartleggingen at sentrumsområdene i Sandnes er lavt eller lavest rangert på alle indikatorene knyttet til «demografi» og «utflytting».

Positive ressurser og påvirkningsfaktorer i Sandnes knyttet til befolkningssammensetning:

De siste befolkningstallene for 2019 viser at Sandnes hadde en vekst på 1,7 prosent. Halvparten av denne veksten var fødselsoverskudd, mens den andre halvdel var flytting fra både inn- og utland. Vekst er positivt for en kommune. Vi får tilskudd av både nye barn og folk i arbeidsfør alder (disse flytter mest). Vi blir også flere eldre i Sandnes, men påfyll av yngre og nye barn gjør at vi beholder en høy andel av befolkningen i arbeidsfør alder.

2.2. Oppvekst og levekårsforhold

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Levekår defineres i et samspill mellom individuelle faktorer og ressurser og de muligheter en har til å realisere disse på arenaer som for eksempel skole og arbeid (Hdir, 2013).

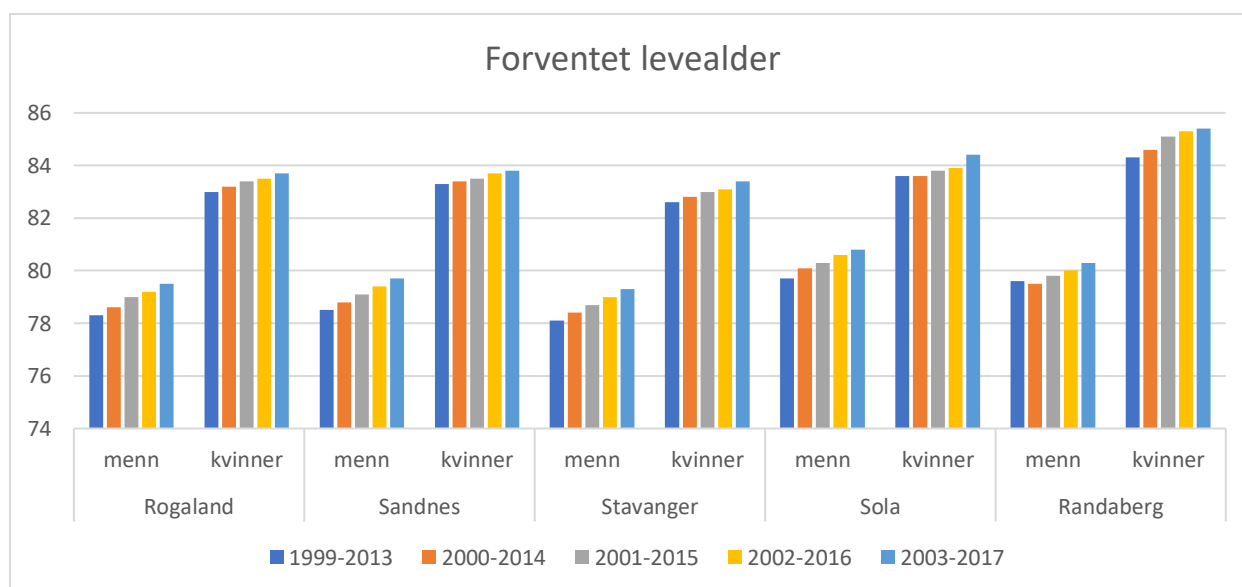
Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Med oppvekst- og levekårsforhold er det her tatt utgangspunkt i økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold, og utdanningsforhold.

2.2.1 Sosial ulikhet i helse

Samtidig som at befolkningen som helhet blir eldre og friskere, har de sosioøkonomiske forskjellene i dødelighet og sykелighet økt. De med lang utdanning og god økonomi, lever lengre og har færre helseproblemer enn de som har kortere utdanning og dårlig økonomi. Forskjellene i Norge er økende, og forskjellene er større enn i land som er naturlig å sammenligne oss med.

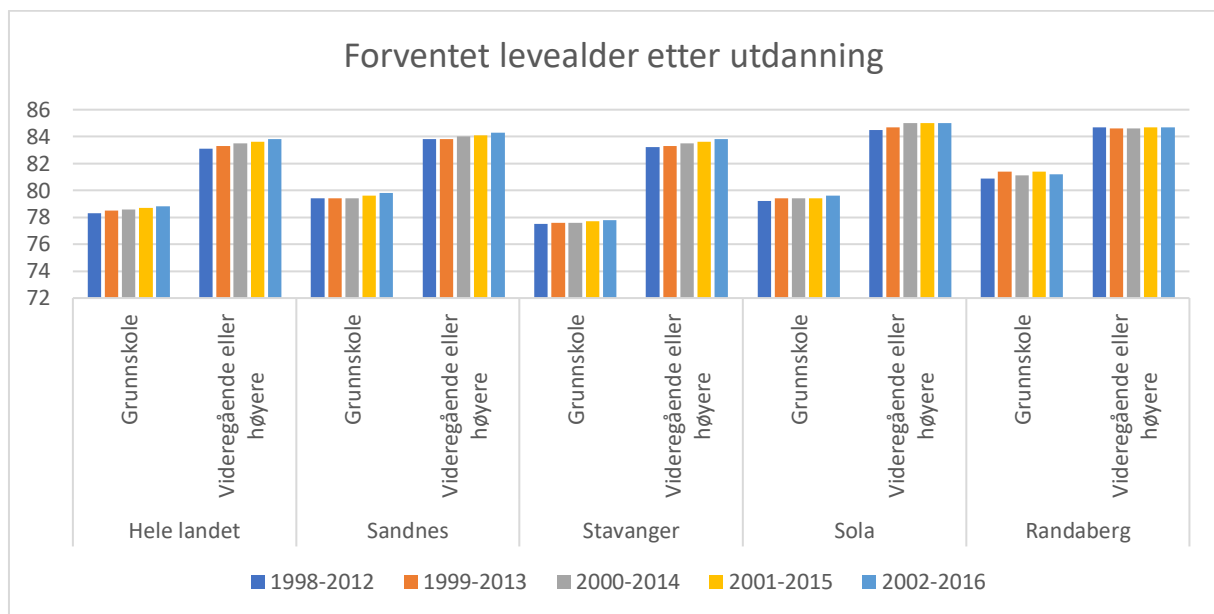
Forventet levealder

Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. På lands- og fylkesnivå er dette en stabil og pålitelig indikator som gir informasjon om endringer over tid, og om forskjeller mellom befolkningsgrupper. De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for gruppen med lang utdanning og høy inntekt. Det er store forskjeller i forventet levealder mellom kvinner og menn, men forskjellene blir mindre. Forventet levealder øker for både kvinner og menn, og økningen er størst hos menn, slik at forskjellene i forventet levealder mellom kjønnene blir mindre. Tall fra SSB viser at for landet som helhet var forskjellen på forventet levealder mellom kvinner og menn 6,8 år for om lag 30 år siden (1987). I 2017 var forskjellen falt til 3,4 år.



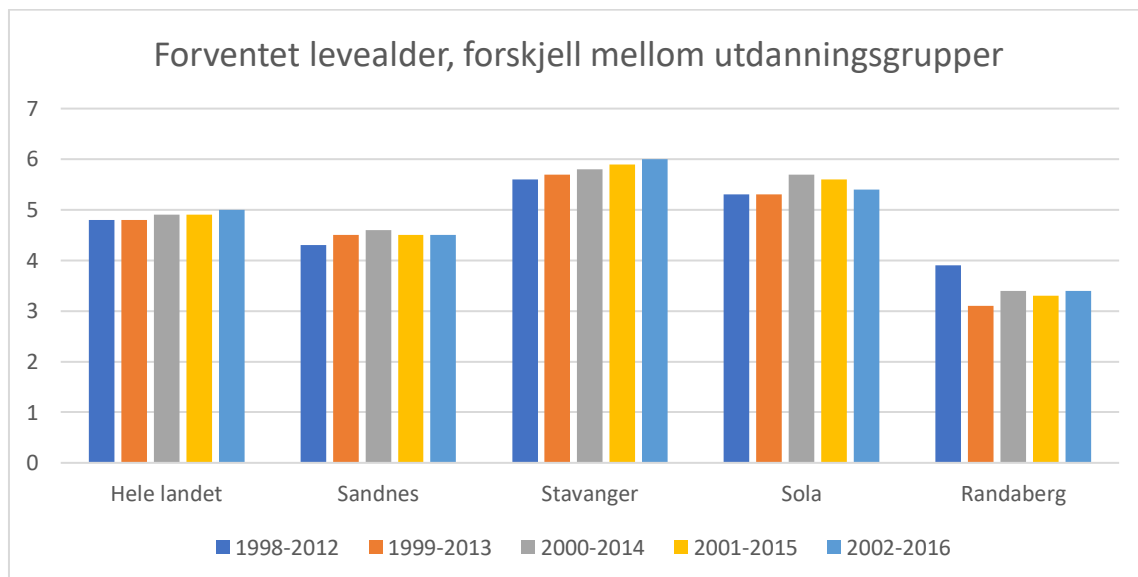
FIGUR 10 VISER FORVENTET LEVEALDER FORDELT PÅ KJØNN. KILDE: FHI, KOMMUNEHELSE STATISTIKKBANK, SSB

Når vi ser på forventet levealder etter utdanningsnivå, er det slik at personer med høyere utdanning har lengre forventet levealder enn personer med grunnskole. Forskjellene i forventet levealder er større mellom menn med grunnskole og universitets- eller høgskoleutdanning enn mellom kvinner med tilsvarende utdanningsbakgrunn. Forskning fra folkehelseinstituttet viser at «dersom man er gift, har universitets- eller høyskoleutdanning, og har ektefelle på samme utdanningsnivå, er levealderen 8-9 år høyere enn for ugifte personer med grunnskoleutdanning» (Kravdal, 2017).



FIGUR 11 VISER FORVENTET LEVEALDER ETTER UTDANNINGSNIVÅ. KILDE: FHI, KOMMUNEHELSEA STATISTIKKBANK, SSB

Det er en tendens til at forskjellene i forventet levealder mellom utdanningsgruppene øker. I figur 12 ser vi utviklingen over tid i kommunene Sandnes, Stavanger, Randaberg og Sola i tillegg til landet som helhet. Forskjellene mellom utdanningsgrupper er mindre i Sandnes enn landet som helhet, og her er det heller ikke en tydelig utvikling i retning større forskjeller slik vi ser i landet som helhet.



FIGUR 12 VISER FORSKJELLER I FORVENTET LEVEALDER MELLOM DEN DELEN AV BEFOLKNINGEN SOM HAR VIDEREGÅENDE ELLER HØYERE UTDANNING, OG DEN DELEN AV BEFOLKNINGEN SOM HAR GRUNNSKOLEUTDANNING SOM HØYESTE UTDANNINGSNIVÅ. GJENNOMSNIITT FOR 15-ÅRSPERIODER, MÅLT I ANTALL ÅR. KILDE: FHI, KOMMUNEHELSEA STATISTIKKBANK, SSB.

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. [Se vedlegg 3 for figurer over økonomisk ulikhet, Gini-koeffisient og 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.

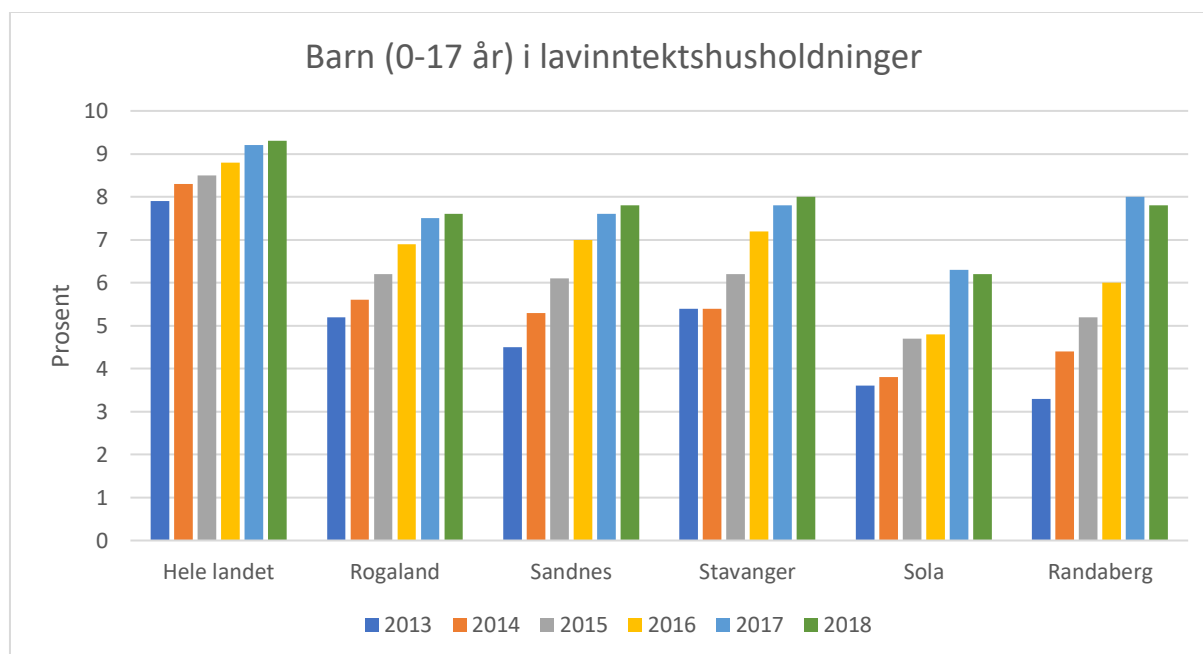
I [Levekårsundersøkelsen](#) er det en tendens til mindre geografiske forskjellene i medianinntekt. Hovedsakelig fordi medianinntekten til de høyest rangerte sonene var nærmest uendret fra 2014 til 2016, men medianinntekten til de lavest rangerte sonene økte noe i samme tidsrom. Dette må imidlertid ses i lys av nedgangen i oljebransjen.

Barn og unge i lavinntektshusholdninger

«En person er fattig dersom vedkommende mangler ressurser til å delta i samfunnets aktiviteter og å opprettholde den levestandarden som er vanlig i dette samfunnet.»
(Townsend 1979:31)

Lavinntektshusholdninger er her definert som personer som bor i husholdninger med inntekt under 60 prosent av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Studenter og studenthusholdninger er utelatt.

De siste tallene (2018) for Sandnes viser at 7,8 prosent av barna bor i lavinntektsfamilier. Som vi ser av figuren under, har andelen barn i lavinntektsfamilier økt de siste årene.



FIGUR 13 VISER ANDELEN BARN I LAVINNTKTSHUSHOLDNINGER. KILDE: FHI, KOMMUNEHELSE STATISTIKKBANK, SSB

Levekårsundersøkelsen viser at andelen lavinntektshusholdninger og barn i lavinntektshusholdninger er ujevnt fordelt. I 2016 var det opp mot 20 prosent av barna i enkelte områder (levikårssoner) som bodde i lavinntektshusholdninger.

Vedvarende lavinntekt defineres som hvor mange barn 0-17 år som bor i husholdninger med lavinntekt over en treårsperiode. Lavinntekt kan være både forbigående, eller vedvarende. Noen husholdninger kan for eksempel oppleve en kort periode med arbeidsledighet. Det er derfor vanlig å se på husholdningsinntektene over en

lengre periode, for å fange opp de som har mer varige økonomiske utfordringer. Dette kalles vedvarende lavinntekt. Selv om en treårsperiode med lavinntekt ikke nødvendigvis er lang tid for en voksen person, kan tre år utgjøre en betydelig del av barnets liv.

Vedvarende lavinntekt er et mye brukt mål for å anslå antall/andel barn som lever i risiko for fattigdom, både nasjonalt og internasjonalt. [Se vedlegg 4 for figur som viser barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt.](#) 105 000 barn i Norge bodde i husholdninger med vedvarende lavinntekt i 2017. I 2013 gjaldt dette om lag 85 000 barn. Andelen barn i lavinntektshushold holdt seg stabil i perioden 2008–2011, men har økt hvert år siden. Vel 50 prosent av barna bor i innvandrershusholdninger. Det er store regionale forskjeller i forekomsten av lavinntekt i barnefamilier. Andelen er høyest i Oslo og lavest i Rogaland og Troms.

«I Sandnes er folk veldig rike. Det gjør at mange har råd til så mye som jeg aldri engang trenger å tenke på å få. Mange har både hus og hytter og reiser på dyre ferier til utlandet.

JEG OG MAMMA HADDE ALDRI RÅD TIL FERIE. AV OG TIL VAR JEG HOS MORMOR.»

SITATET OVER ER HENTET FRA [PLAN MOT BARNEFATTIGDOM, SANDNES KOMMUNE 2017-2025](#)

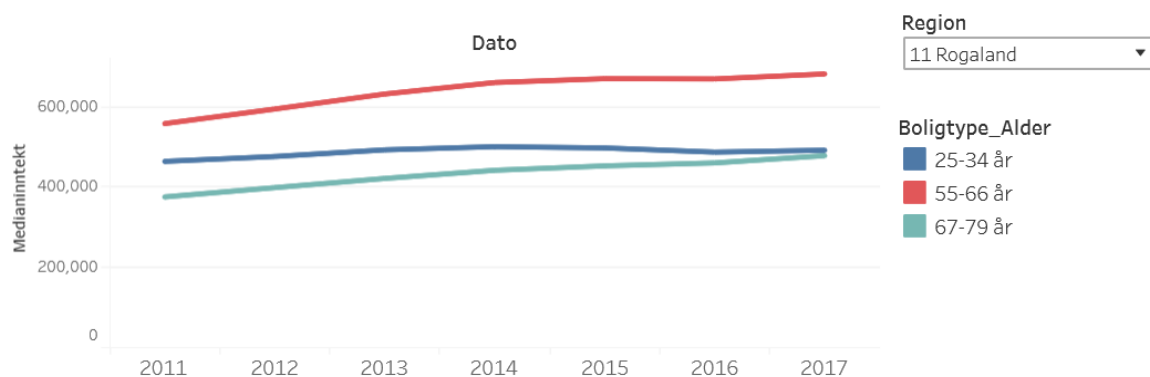
1337 barn lever i familier med vedvarende lav inntekt i Sandnes. Andelen barn i lavinntektsfamilier har steget fra 5 prosent i 2013 til 8,1 prosent i 2017. Økningen kan forklares med strukturelle samfunnsendringer der arbeidsmarkedet har vært svært stramt. Det har også hatt betydning at mange flyktninger ble bosatt i 2016 og 2017. Over halvparten av barna lever i familier uten yrkestilknyttede personer. Denne andelen har steget med 4 prosentpoeng i fra 2016. Over 60 prosent bor i husholdninger der hovedforsørger har lav utdanning.

29 prosent av barn i husholdninger der hovedforsørger har opprinnelse i Afrika, Asia, Latin-Amerika og Europa utenom EU lever i lavinntektsfamilier. Dette er litt lavere enn Stavanger og Rogaland hvor henholdsvis 32 og 35 prosent av hovedforsørgere har opprinnelse i ikke-vestlige land samt Europa utenom EU. 13 prosent av barn i familier der hovedforsørger har opprinnelse fra EU/EØS og andre vestlige land lever i lavinntekt. 1159 barn i Sandnes (6,1 prosent av alle barn) bodde i familier som mottok sosialhjelp i løpet av 2017.

Helse og sosioøkonomiske forhold henger nøye sammen. «Barn i Bergen» er en studie som har fulgt alle barn født i Bergen 1993 -95 fra tidlig skolealder til ungdomstiden. Tall fra «Barn i Bergen» viser at andelen barn med en psykisk lidelse var fem ganger høyere i lavinntektsfamilier enn i familier med gjennomsnittsinntekter. I et folkehelseperspektiv er kommunens planer og strategier mot barnefattigdom helt sentrale. Her er lenke til Sandnes kommune sin [plan mot barnefattigdom 2017-2025](#). Kommunene har et ansvar for å forebygge og redusere fattigdom, enten ved direkte tiltak i forhold til barn eller indirekte ved å bistå deres foreldre.

Inntektsulikhet mellom generasjoner

De siste årene har vi i Norge hatt en sterk prisvekst i kombinasjon med en svak nominell økning i lønningene. For mange husholdninger betyr dette en realinntektsnedgang. SSB viser til at den gruppen med størst nedgang i husholdningsinntektene er barnefamilier. Videre ser vi at oljenedturen virker inn på medianinntekt, og fra 2015 til 2016 var det Rogaland som hadde størst tap i realinntekt.



FIGUR 14 VISER UTVIKLINGEN I MEDIANINNTÉKT ETTER ALDERSGRUPPER I ROGALAND. KILDE: SSB/STAVANGERSTATISTIKKEN

Figuren over viser en økende grad av inntektsulikhet mellom generasjoner i Rogaland. Husholdninger der unge voksne mellom 25-34 år er hovedforsørger har en svakere inntektsutvikling enn eldre generasjoner. Mens inntekten til 55-66 åringene har økt jevnt fra 2011, har inntekten til 25-35 åringene i Rogaland opplevd et fall fra 2014. De unges medianinntekt nærmer seg medianinntekten til gruppen med pensjonister. Dersom trenden fortsetter, vil 25-35 åringene ha lavere inntekt enn pensjonistinntektene. Dersom man korrigerer for prisutvikling, betyr dette et solid fall i kjøpekraften til de yngste voksne i fylket.

Arbeid

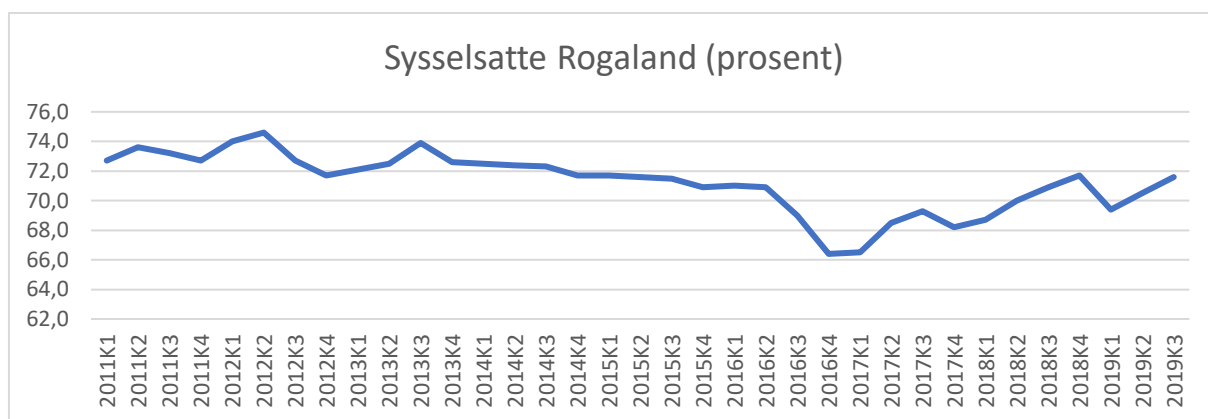
Deltakelse i arbeidslivet henger sammen med god helse. Gjennom arbeidsdeltagelse inngår man i et sosialt fellesskap og arbeidsoppgavene kan være kilde til mening, mestring og personlig utvikling. Arbeidsdeltagelse gir også ressurser (inntekt) som gjør oss i stand til å leve selvstendige og forutsigbare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

Statistikk for deltakelse i arbeidslivet kan hentes fra flere supplerende kilder. For å kartlegge befolkningens deltakelse i arbeidsmarkedet er det vanlig å benytte Arbeidskraftundersøkelsen (AKU). Dette er en kontinuerlig undersøkelse, og tallene herfra gir en indikasjon på utviklingen i arbeidsstyrken og andel sysselsatte. AKU-tall finnes på fylkesnivå.

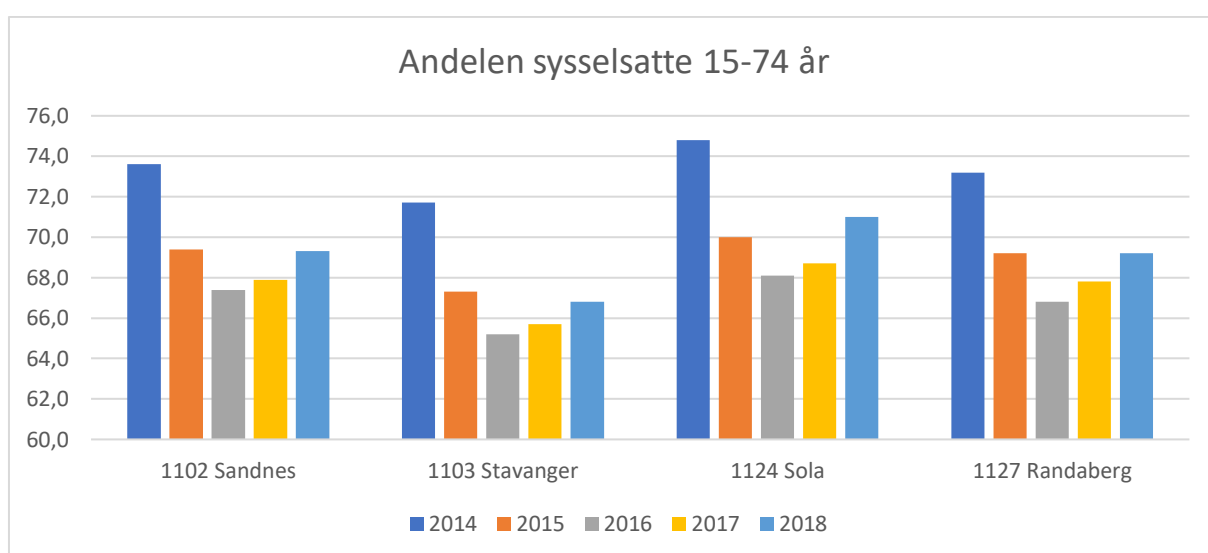
NAV har statistikk som viser registrerte ledige. Dette er tall som viser hvor mange som søker jobb via NAV, og hvor mange av disse igjen som mottar dagpenger. NAV tallene vil som hovedregel ligge på et lavere nivå enn AKU-tallene, fordi AKU-ledighet også inkluderer personer som søker arbeid uten å registrere seg hos NAV. Dette er typisk personer som er nye på arbeidsmarkedet og ikke vil ha dagpengerrettigheter. I tillegg vil alle på arbeidsmarkedstiltak holdes utenfor NAV-statistikken, mens noen av dem vil klassifisere som ledige i AKU-statistikken.

Rogalandsregionen er preget av et næringsliv hvor oljesektoren har en dominerende rolle. I 2015 fikk man et dramatisk fall i oljeprisene, som igjen førte til rekordhøy ledighet på Vestlandet. I utgangspunktet var det høykompetent arbeidskraft i oljebransjen som ble hardest rammet av ledigheten, man omtalte det som ingeniør-ledighet, men konjunkturedgangen fikk ringvirkninger også i andre sektorer.

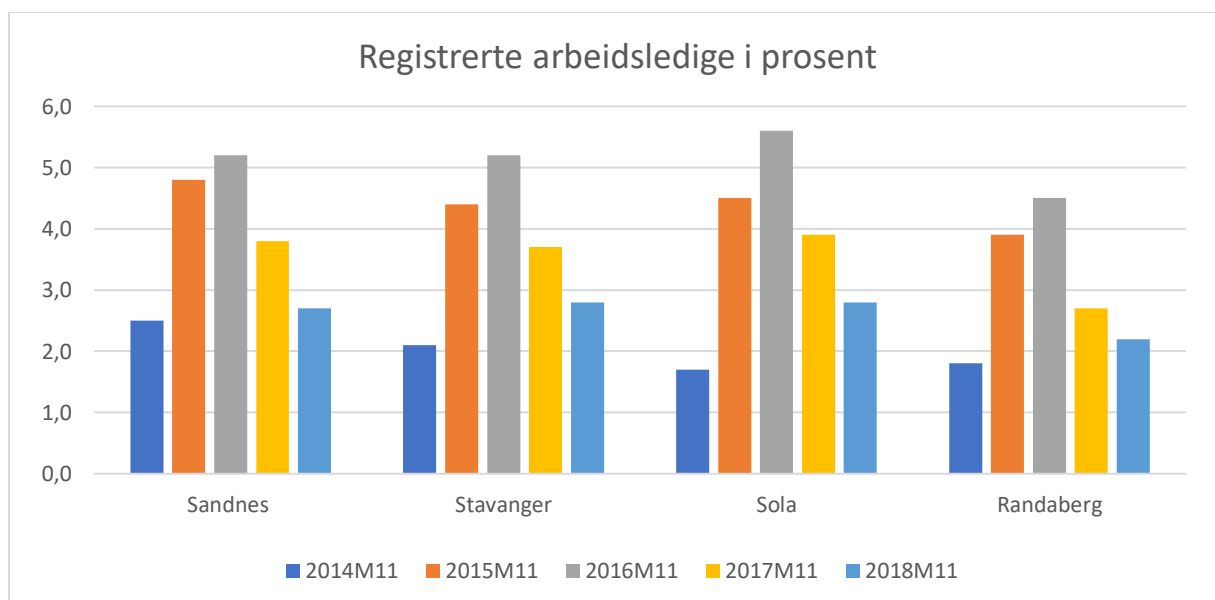
Levekårskartleggingen (med tall fra 2016) viser også at ledigheten gikk opp i alle levekårssoner, med en tendens til at økningen var størst i de sonene med opphoping av levekårsutfordringer.



FIGUR 15 VISER SYSSELSATTE SOM ANDEL AV BEFOLKNINGEN MELLOM 15-74 ÅR, HENTET FRA ARBEIDSMARKEDSUNDERSØKELSEN (AKU). KILDE: SSB (TABELL 09030)



FIGUR 16 VISER ANDEL SYSSELSATTE I BEFOLKNINGEN. BASERT PÅ RAPPORTERING VIA A-ORDNINGEN OG ANDRE OFFENTLIGE REGISTRE (IKKE AKU). KILDE: SSB (TABELL 06445)



FIGUR 17 VISER REGISTRERTE ARBEIDSLLEDIGE HOS NAV I NOVEMBER I PERIODEN 2014-2018. KILDE: SSB (TABELL 10593)

Vi ser av figur 17 at arbeidsledigheten er tilbake til det nivået den var på før konjunkturedgangen i oljebransjen. Det lavet ledighetsnivået har holdt seg stabilt en lang periode, og de siste tallene fra NAV fra desember 2019 viser at 1.116 personer var registrert helt arbeidsledige, det vil si en ledighet på 2,7 prosent i Sandnes. Hvis vi sammenligner figur 16 og figur 17 ser vi at selv om ledigheten er gått tilbake til 2014 nivå, er imidlertid ikke andel sysselsatte på samme høye nivå som før konjunkturedgangen. Den samme tendensen ser vi også i AKU-tallene. Dette betyr at det er flere personer som er utenfor arbeidslivet, men likevel ikke registrerte som arbeidsledige. Det kan være flere årsaker til at andelen sysselsatte går ned, det er imidlertid en veletablert sammenheng mellom muligheter på arbeidsmarkedet og overgang til helserelaterte ytelser som uføretrygd.

Et annet sentralt spørsmål er hvilken yrkeskompetanse som etterspørres, og hva slags arbeidspraksis og kompetanse arbeidstakerne har.

Bolig

Bolig er en forutsetning for deltagelse i utdanning og arbeidsliv, og i samfunnslivet ellers. 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. En god bolig er avgjørende for hver enkelt av oss og for vår livskvalitet, og gode boliger skaper gode lokalsamfunn og byer.

Boligprisene i Sandnes har med få unntak steget sammenhengende i snart tre tiår. Dette betyr at mange har bygd seg opp en formue gjennom å sitte på en bolig. I Norge eier åtte av ti sin egen bolig. Prisveksten betyr også at det har blitt vanskeligere å komme inn på boligmarkedet. For landet som helhet er det spesielt blant de med lavest inntekt at eierandelen går ned. Dette bildet bekreftes av levekårsundersøkelsen for Sandnes, der ser vi at andelen utleieboliger er gjennomgående høyere i de sonene med opphoping av levekårsutfordringer.

Gjennom boligsosialt handlingsprogram skal kommunen sikre bolig til grupper som vanligvis har problemer på boligmarkedet. Tilgang til boliger med tilpasset oppfølging er utfordrende, både til psykisk syke og mennesker med rusavhengighet. Gjennom boligsosialt handlingsprogram skal flere boligprosjekt for målgruppene realiseres. For å sikre at beboerne mestrer boforholdet er det også nødvendig med tilrettelagt oppfølging.

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet, er trygg og god bolig til alle er en viktig forutsetning for god folkehelse. I tillegg til det ordinære boligmarkedet, har vi en boligsosial sektor. Men prisvekst og økte krav til egenkapital for å komme inn på boligmarkedet har imidlertid skapt en «tredje-sektor». Det er også behov for boliger til folk med vanlige inntekter og lite egenkapital. Fordi det å eie sin egen bolig er en sentral målsetting i norsk boligpolitikk, er det behov for at kommunen lager strategier for hvordan vi skal kunne tilby boliger til alle.

2.2.2 Barnehagedeltakelse

Forskning viser at sosial bakgrunn er avgjørende for barns læring, og barnehagen er en viktig buffer mot sårbarhet for utvikling av vansker. Videre kan barnehagedeltakelse bidra til å utjevne sosiale forskjeller. Forskning viser at lav sosioøkonomisk status og fattigdom har en direkte påvirkning på skoleprestasjoner og leseutvikling over tid. Fattigdom påvirker utvikling av kognitive og sosiale ferdigheter, og barn som lever i fattigdom er mer utsatt for helseproblemer både i barndom og senere i livet. Barnehagedeltakelse er derfor en indikator også for folkehelsearbeid da dette er en beskyttelsesfaktor i barns oppvekstmiljø.

I følge ASSS-tall (2018) for barnehagesektoren har Sandnes en noe lavere andel barnehagedeltakelse enn kommuner de ni andre kommunene i nettverket. Vi har også en noe lavere andel minoritetsspråklige barn i Sandnes kommune som går i barnehage.

2.2.3 Deltakelse i skolefritidsordning (SFO)

Deltakelse i SFO kan ha mye å si for utviklingen av språk og sosiale ferdigheter. SFO er videre en viktig helsefremmende arena blant annet gjennom fysisk aktivitet og friluftsliv, arbeid med kosthold, kulturelle aktiviteter, etablering av vennskap og deltakelse i sosiale fellesskap.

Om lag halvparten av barna på 1. -4. trinn går på SFO, og dette er tilsvarende som landsnivået. I tillegg til det kommunale SFO-tilbudet finnes det diverse private ordninger, for eksempel fotballfritidsordning i regi av idrettslag. Her har vi ikke oversikt over deltakelsen.

Det er sammenheng mellom barns deltakelse i SFO og foreldrenes økonomi.

2.2.4 Skole

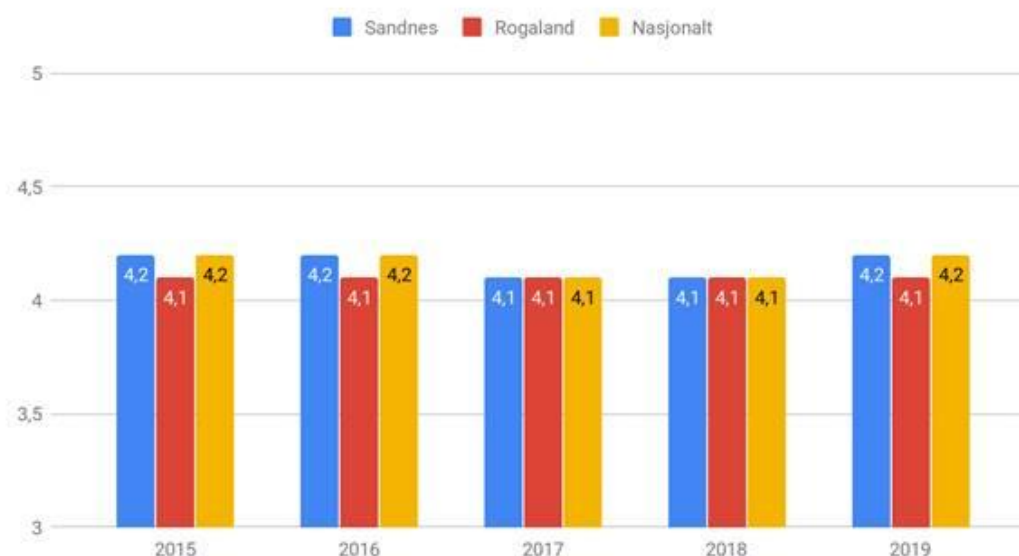
Skolen skal bidra til danning og utdanning. I tillegg er skolen viktig som en forebyggende arena. Gode lærere med solid og oppdatert kunnskap er nøkkelen til et godt opplæringsløp som gir alle elever et godt grunnlag for videre livsmestring. Nytt læreplanverk, læringsmiljøtiltak og kompetanseheving for lærere er viktige tiltak for å ta vare på den psykiske og fysiske helsen til barn og unge.

Skoletrivsel

For barn og unge er skolen en viktig sosial arena. Trivsel på skolen er en av flere faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære. Ulike trivselsskapende faktorer, som venner, gode lærere og faglig mestring virker positivt inn på den fysiske og den psykiske helsen. Motsatt vil et belastende eller stressende skolemiljø øke risikoen for psykiske helseproblemer. Mobbing, faglige vansker, negative forhold til lærere og manglende støtte fra elever og voksne gir økt risiko for skolefravær og psykiske helseplager. Skolens generelle arbeid med læringsmiljøet er vesentlig for elevenes trivsel og psykiske helse. Trivsel i grunnskolen kan på sikt påvirke frafall i videregående skole.

Resultatene fra de siste årenes elevundersøkelser viser at elevene i Sandnes sin skoletrivsel er på nivå med eller litt bedre enn snittet for hhv. Rogaland og landet som helhet. Nasjonale tall for 2019 er ikke tilgjengelige før januar 2020.

Elevundersøkelsen: Trives du på skolen? (5 er best, snitt)



FIGUR 18 VISER ELEVER PÅ 5.-10. TRINN SOM HAR SVART PÅ SPØRSMÅLET "TRIVES DU PÅ SKOLEN?". KILDE: ELEVUNDERSØKELSEN, UTDANNINGSDIREKTORATET.

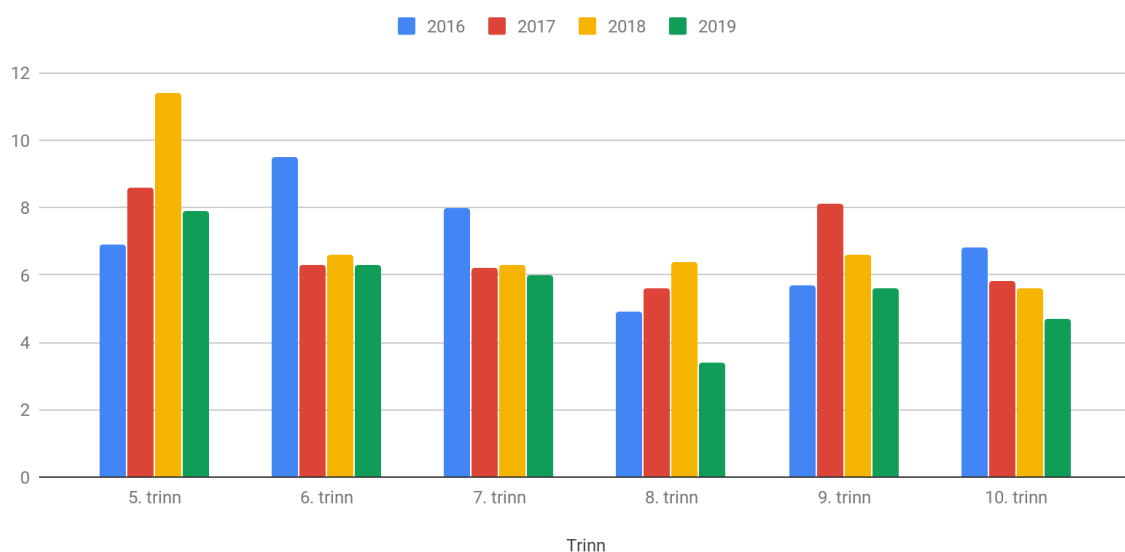
Trivselsnivået på de ulike skolene vil variere over tid, men som vi ser av tabellen over har trivselsnivået for alle skolene samlet ligget stabilt og på nivå med landsgjennomsnittet de siste årene. De skolene som til enhver tid har utfordringer med læringsmiljøet, får tett oppfølging fra rådgivere i oppvekst skole og Altona ressurscenter for å bedre situasjonen.

Mobbing, digital mobbing og selvfølelse

Definisjonen på mobbing i elevundersøkelsen: *“Med mobbing mener vi gjentatte negative handlinger fra en eller flere sammen, mot en elev som kan ha vanskelig for å forsvare seg. Mobbing kan være å kalle en annen stygge ting og erte, holde en annen utenfor, baksnakke eller slå, dytte eller holde fast.”*

Sandnesskolen har hatt en fin utvikling de siste årene, men fremdeles har vi for mange elever opplever at skolehverdagen ikke er slik den skal være.

2016-2019: Andel elever som oppgir at de i en eller annen kombinasjon er mobbet av medelever, digitalt mobbet av noen på skolen eller mobbet av voksne på skolen 2-3 ganger i måneden eller oftere (prosent)



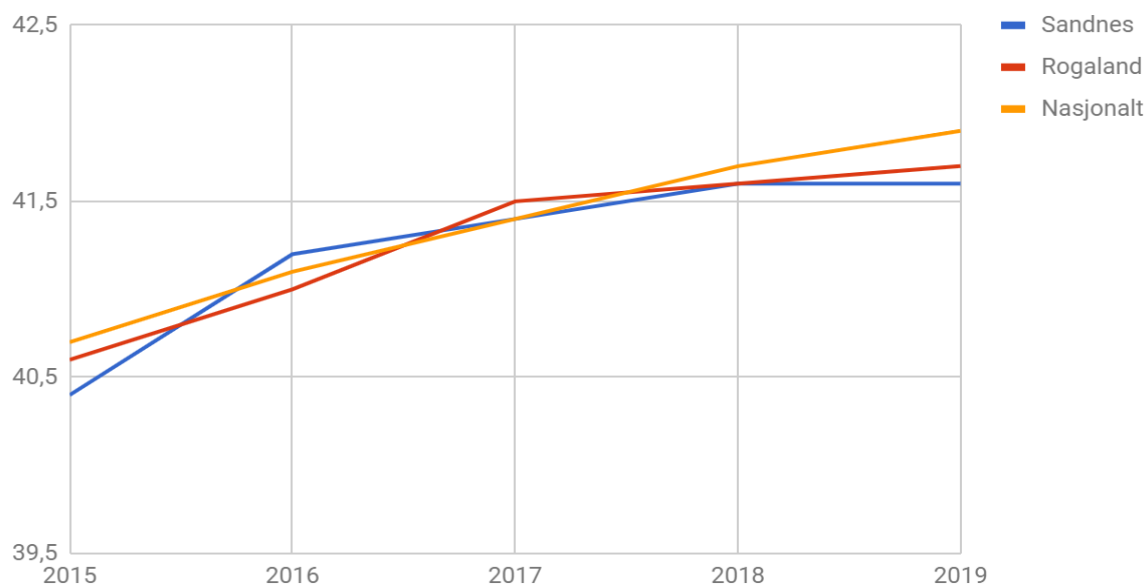
FIGUR 19 VISER ELEVER SOM OPPGIR AT DE BLIR MOBBET. KILDE: ELEVUNDERSØKELSEN, UTDANNINGSDIREKTORATET

Også i ungdataundersøkelsen stilles det spørsmål om mobbing. Ungdataundersøkelsen 2019 viser at det er en tydelig sammenheng mellom digital mobbing og selvbilde, og en nokså tydelig sammenheng mellom digital mobbing og ensomhet. Allerede i forbindelse med forholdsvis lite digital mobbing ses tydelige utslag. Blant de som rapport om nokså hyppig digital mobbing har godt over halvparten ganske dårlig eller dårlig selvbilde. Utslagene på selvbilde ved digital mobbing var ifølge KoRus større enn forventet.

Grunnskolepoeng og standpunkt

Grunnskolepoeng er et mål for det samlede læringsutbytte for elever som sluttvurderes med karakterer og benyttes som kriterium for opptak til videregående skole. Grunnskolepoeng er beregnet som summen av elevenes avsluttende karakterer, delt på antall karakterer og ganget med 10. Dersom det mangler karakterer i mer enn halvparten av fagene, skal det ikke regnes ut poeng for eleven.

Grunnskolepoeng, gjennomsnitt



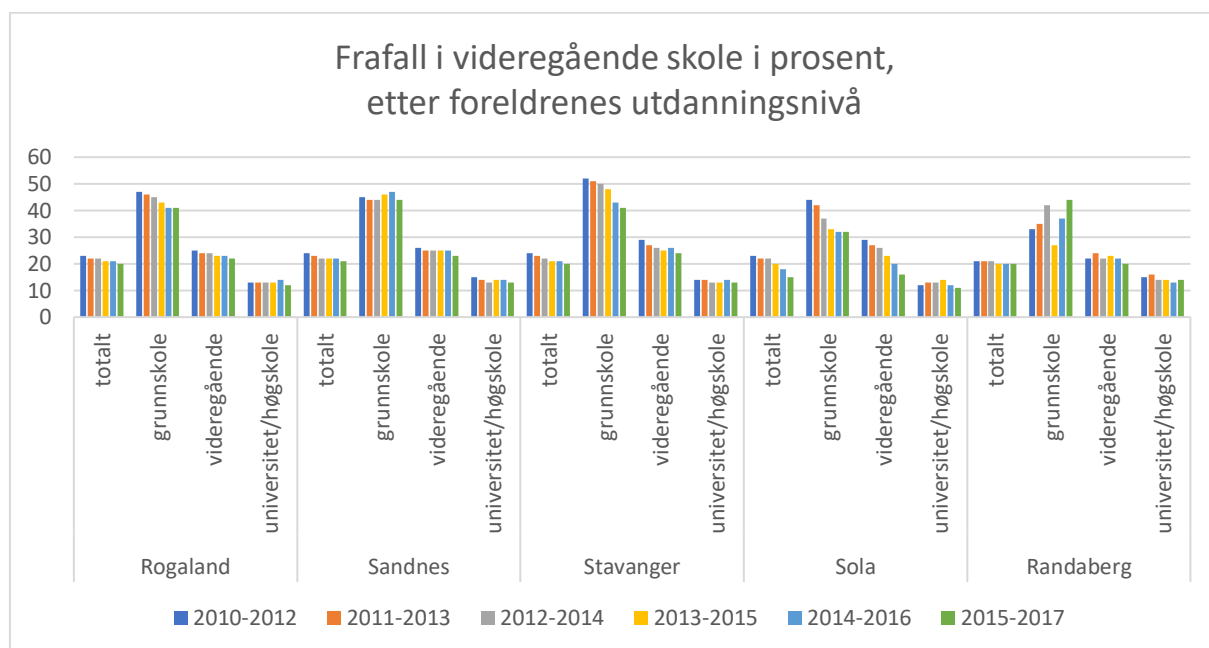
FIGUR 20 VISER GRUNNSKOLEPOENG, SNITT DE SISTE FEM ÅR. KILDE: UTDANNINGSDIREKTORATET

Det er en tydelig sammenheng mellom grunnskolepoeng og gjennomføring av videregående opplæring.

Gjennomføring av videregående opplæring og frafall etter endt opplæringsløp

I følge FHIs folkehelseprofil for Sandnes i 2020, er ikke frafallet i videregående skole signifikant forskjellig fra landsnivået. Frafall er imidlertid en viktig folkehelseutfordring i hele landet. Gjennomføring i videregående skole er en avgjørende forutsetning for muligheter videre i utdanning og arbeid. Gjennomføring i videregående opplæring måles 5 år etter påbegynt videregående skole.

Foreldrenes utdanningsnivå påvirker andelen som avbryter videregående skole. Det er høyere gjennomføring blant elever med foreldre som har høy utdanning, og det er flere som avbryter videregående skole der hvor foreldrene har grunnskole som høyeste oppgitte utdanningsnivå.



FIGUR 21 VISER FRAFALL I VIDEREgåENDE SKOLE ETTER FORELDRENEs UTDANNINGSNIVÅ. KILDE: FHI, KOMMUNEHELSE STATISTIKKBANK, SSB

På [FHIs folkehelseprofil for 2020](#) har Sandnes en signifikant høyere andel som presterer på laveste nivå i lesing på 5. trinn enn landet som helhet.

2.2.5 Barn og unges deltakelse i demokratiet

Barn og unge utøver sitt politiske medborgerskap i systemer for elevmedvirkning. Skolens elevråd, Barn og unges bystyre (BUBS), og Sandnes ungdommens kommunestyre (SUK) er organer som ivaretar barn- og unges stemme. I tillegg deltar barn i Sandnes i by – og samfunnsutvikling i Barnas by. Barnas by synliggjør barn og unges egen kultur, gir barn og unge anledning å fargelegge byen, og presentere egne ideer for byutvikling og bruk av byens uterom. Sandnes kommune jobber nå med prosjektet «Hva er planen», dette er et virkemiddel for å styrke forankring og tverrfaglig medvirkningsarbeid.

Barnetråkk inn i Sandnesskolen

Sandnes kommune ønsker å lære mer om barn og unges nærmiljø. Her er Sandnesskolen sentral og siden 2017 har nær 400 elever fått si sin mening i kartbasert verktøy kalt barnetråkk. Innspillene fra elevene ligger til grunn for flere større plansaker og vil motvirke at barn og unges oppvekstsvilkår blir forringa ved ny utbygging. Samtidig danner barnetråkk viktig bakgrunn for byromsstrategiens prioriteringer av byrom og byromsnettverk. (se kap. 2.3 for mer informasjon om byromsstrategien).

Positive påvirkningsfaktorer og ressurser i Sandnes knyttet til oppvekst og levekårsforhold:

- Kvalitetssatsingen på den utviklingsstøttende barnehagen (USB).
- Styrking av svangerskaps- og barselomsorgen, og av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Høy andel som følger barnevaksinasjonsprogrammet.
- Høy andel ungdom som vaksineres mot hjernehinnebetennelse/meningokokk.
- Oppbygging av lavterskeltilbud/tidlig innsats for ungdom med begynnende psykiske vansker/rusproblematikk.
- Pågående arbeid i hele tjenestoområdet for å sikre barn og unges involvering i eget liv og i tjenestutvikling (Mitt Liv/Forandringsfabrikken).

2.3. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Med begrepene fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø refereres det til kapittel 3 «Miljørettet helsevern» i folkehelseloven. Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

2.3.1 Nærmiljø og lokalsamfunn

Gode lokalsamfunn har stor betydning for livskvalitet, trivsel, tilhørighet og god helse, og nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling er dermed viktige faktorer for folkehelsen.

Nærmiljøet er det fysiske miljøet som omgir oss. Det inneholder boligområder, parker, plasser og friområder, og det inkluderer handel og service, kulturinstitusjoner, barnehager, skoger og helsetjenester. Nærmiljøet inkluderer også et psykososialt aspekt, blant annet i tilknytning til kulturaktiviteter, opplevelse av trygghet, sosiale møteplasser og de estetiske kvalitetenes betydning for blant annet trivsel.

Kulturtilbudet

Kultursektoren er en viktig aktør i arbeidet for god folkehelse. Sektoren forvalter kompetanse og kunnskap, legger til rette for læring, skapende og utøvende kulturaktivitet, og tilbyr et bredt spekter av opplevelser og egenaktivitet som er vesentlig for en god folkehelse (noku.no).

[Kulturundersøkelsen for Nord-Jæren](#) viser befolkningen i Sandnes i stor grad er tilfreds med kulturtilbudet i byen; i størst grad med friluftsområder, kino og biblioteker. Interessene er stabile over tid, med noen unntak: Interessen for museum/vitensenter, og dels for musikal, klassisk musikk og opera, er økende. Det er fortsatt kjønnsforskjeller når det gjelder interesser – kvinner interesserer seg i større grad for musikk, litteratur, teater og dans, menn i større grad for idrett - men kjønnsgapet er noe mindre nå. Tabellen under viser hvilke kulturtilbud befolkningen i Sandnes og de omkringliggende kommunene benytter seg av minst 1 gang i året:

Sandnes tilbyr friluftsliv, kino og kulturscene

Hvor ofte besøker du de følgende kulturtilbud i Sandnes? Andel inntil 1 gang per år. Prosent, n=.

	Bosted				
	Sandnes	Stavanger	Sola	Randaberg	Nord-Jæren
I Sandnes:					
Friluftsområder	93	56	70	56	69
Odeon Kino Sandnes	79	26	59	21	46
Sandnes kulturhus	63	20	27	15	34
Sandneshallen	34	7	12	6	16
Vitenfabrikken	44	18	24	16	26
KinoKino Sandnes	39	23	25	13	27
Sandnes bibliotek	54	4	6	3	20
n	421	692	246	246	1605

Aktiviteter benyttet av 30% eller flere, er uthevet.

Sandnes dekker, for uten friluftsområdene, regionens kino og kulturhusbehov:

- Egne innbyggere benytter i utstrakt grad alle kommunens kultur tilbud.
- Friluftsområder benyttes hyppig på tvers.
- Odeon kino besøkes også relativt hyppig fra de øvrige kommunene – særlig fra Sola.

FIGUR 22 VISER HVILKE KULTURTLBUD SOM ER MEST BESØKT I SANDNES. KILDE: KULTURUNDERSØKELSEN NORD-JÆREN 2018

Kulturundersøkelsen viser videre at det er klare sosioøkonomiske ulikheter i deltakelse i kulturaktiviteter: De lavt utdannede er generelt sett underrepresenterte blant de fleste interessene, og interessefeltet stiger med økende alder og/eller sosioøkonomisk status.

En sentral politisk målsetning er at alle skal ha like muligheter for deltakelse på alle samfunnsarenaer (Kulturdepartementet, 2018). Kultur- og fritidsarenaene skal være tilgjengelig for alle, uavhengig av funksjonsevne og sosioøkonomisk status. Unge trenger inkluderende møteplasser og mulighet for å delta i å utforme lokalmiljøet, tilbud og aktiviteter. Ungdom har ikke lik tilgang på kultur- og fritidstilbud i Sandnes. Det er store ulikheter mellom bydelene i kommunale tilbud og møteplasser. Dette gir ulikhet i oppvekstvilkår, og i mulighet til å utøve kunst og kultur.

Erfaringsmessig ser vi at kommunale planprosesser ikke alltid ivaretar godt nok det tverrfaglige perspektivet som i henhold til kommuneplanens samfunnsdel skal sikres, blant annet ved planleggingen av offentlige bygg. Det er behov for å forbedre den tverrfaglige samhandlingen, for å ivareta kulturlovens krav om offentlig tilgjengelige møteplasser i nærmiljøet. Med tilgjengelige møteplasser mener vi lokaler for kultur- og fritidsaktiviteter tilrettelagt for alle.

Det er ingen kommunalt drevne møteplasser for ungdom i bydelene Hana, Austrått, Figgjo, Høle og Sviland. Det er kommunalt drevet møteplass i Sandnes sentrum for ungdom fra 15 år. I kommuneplanen for Sandnes står

det at det skal legges til rette for møteplasser for ungdom i tilknytning til ungdomsskolene, mens det i sentrum skal legges til rette for eldre ungdom som er tilknyttet de videregående skolene. Målet om å knytte til kommunalt drevne møtesteder til ungdomsskolene har vi ikke nådd; dette er en sak som vi følger videre gjennom kulturarenaplanen og skolebehovsplanen.

Unge som lever i lavinntektsfamilier, unge som har funksjonsnedsettelse eller unge som har innvandrerbakgrunn kan møte barrierer for deltakelse. Dette er faktorer som fører til statistisk lavere deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter (Kulturdepartementet, 2011). Deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter er viktig for å ivareta sosial bærekraft. Vi vet for lite om deltakelse i Sandnes og utvikling av dette. Det er behov for å samle kunnskap om sammenhengen mellom deltakelse og sosioøkonomisk status, og endringer over tid.

Natur- og rekreasjonsområder - friluftsliv

Sandnes kommune har store grøntarealer (park, friområder, friluftsliv) hvor det anlegges nye turstier, og eksisterende turstier vedlikeholdes eller rehabiliteres. I Brukerundersøkelsen som Sandnes kommune gjennomførte i 2014 viser det seg at 95% av byens befolkning *braker friluftsområder* en eller flere ganger i måneden. Dette understreker hvor mye disse områdene betyr for byens innbyggere og hvor viktig det er at områdene er tilgjengelige for alle. Videre er det utarbeidet et utstrakt kartgrunnlag for områdene som kan bidra til økt bruk gjennom bevisstgjøring av at områdene faktisk eksisterer. Disse kartene inneholder turforslag som kan passe for alle brukergrupper. Det muliggjør turmuligheter både i nærmiljøet gjennom bydelskartene, men også i friluftsområdene gjennom kartene i «ut i det grønne».

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. Strategi for bevaring og utvikling av grønne områder i tettbebyggelsen vil være et viktig verktøy for denne delen av folkehelsearbeidet. De grønne områdene er under stadig press i en voksende kommune hvor spesielt bolig og næringsinteressene krever stadig nye arealer.

Byutviklingsstrategien

Rådmannen har utarbeidet fagnotat grønne arealer og hovedforbindelser for gående i bebygde områder i Sandnes kommune som et grunnlagsdokument for ny kommuneplan. Utredningen er en del av byutviklingsstrategien som bygger opp om helsefremmende lokalsamfunn der en ivaretar sosiale møteplasser, at det er enkelt å være i fysisk aktivitet, gå eller sykle i nærmiljøet. En viktig strategi for å realisere kommuneplanen er å utvikle prosjekter til bymiljøpakkens handlingsprogram som faller inn under sykkel- og gåstrategiene og som gir tilskudd til gjennomføring.

Aktiv transport

Det er avgjørende at kommunen planlegger for en aktiv transport, slik at flere velger å sykle eller å gå til jobb, eventuelt reise kollektivt, i stedet for å kjøre bil. Kollektiv, sykkel og gange, spesielt i byområdene er vesentlig, samtidig som bilene fortsatt har, og skal ha, en viktig rolle utenfor byområdene. Dette blir forsterket av den nylig vedtatte byveksttalen, med statlige krav og forventninger. For kommunen innebærer nullvekstmålet en betydelig satsing for å legge til rette for flere på sykkel og til fots, på kunnskap og motivasjon hos innbyggerne, utbygging av infrastruktur og et bevisst retningsvalg i forhold til arealutvikling og utbyggingsmønstre.

Aktiv transport bidrar også til økt hverdagsaktivitet for den enkelte (se mer på s. xx).

Byromsstrategien

Sandnes kommune arbeider med en byromsstrategi som har søkelys på hverdagsbyen for de delene av kommunen som er planlagt å bli tettere bebygd; altså Sandnes sentrum og byutviklingsaksen. Det planlegges et styrka byromsnettverk og 10 nye hverdagsbyrom. Lokalbefolkningen skal bli tydeligere hørt i kommunens behandling av større plansaker. Arbeidet har fått tilskudd fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet og verktøyet byromsspill fikk nasjonal oppmerksomhet på Storbykonferansen i Oslo i fjor.

Rosa sentrum i Forsand

Forsand kommune startet for flere år siden et sentrumsprosjekt, med mål om å skape aktivitet, trivsel og samlende møteplasser. Lokalbutikken, ferjekaien med venterom, toaletter, lokalet til utleie av kajaker, en kameleon (et rør med benker og bord inni som fungerer som et venterom eller spiserom) og deler av asfalten

er farget rosa for å markere sentrum i Forsand. Dette har allerede blitt en turistattraksjon, og et yndet fotoobjekt.

I [FHIs folkehelseprofil 2020 for Sandnes](#) er det spesielt på området knyttet lokalmiljø at Sandnes skiller seg signifikant fra landet som helhet. På spørsmål om ungdommen er fornøyd med lokalmiljøet i Ungdataundersøkelsen 2019, så svarer litt færre (66 prosent) ja på dette i Sandnes, mot landet (68 prosent) som helhet. Der Sandnes skiller seg mest fra både resten av Rogaland og landet, er på andelen som oppgir at det er trygt i nærmiljøet. 79 prosent av ungdommene i Sandnes oppgir at de opplever at nærmiljøet er trygt, sammenlignet med 82 prosent i Rogaland og 85 prosent i landet. Tilsvarende tall for Stavanger, en større by enn Sandnes, er at 84 prosent av ungdommene der opplever at nærmiljøet er trygt.

2.3.2 Drikkevann

Sandnes kommune leverer sikkert drikkevann via interkommunalt vannverk til 96,4% av befolkningen. Fortsatt er det noen få spredte gårdsbruk i østre deler av kommunen som har egen brønn.

2.3.3 Støy

Støy er definert som uønsket lyd og kan forårsake søvnforstyrrelser, redusert livskvalitet og redusert helse, og er definert som forurensning etter forurensningsloven. Langvarig eksponering for støy øker risikoen for søvnforstyrrelser og hjerte- og karsykdom. Om lag 2 millioner nordmenn er utsatt for støy fra vegtrafikk og annen støy som er over det anbefalte nivået ved boligen sin (FHI).

Den viktigste støykilden for befolkningen er vegtrafikkstøy. En hyppig kilde til klager på støy er i grenseområde mellom boliger og industribygg. Både tungtransport inn ut av næringsområde og arbeider med støy på seine kvelder og i helger er hyppig årsak til konflikt.

Se Handlingsplan mot støy i Sandnes kommune 2018 – 2023 for informasjon om situasjonen i Sandnes.

2.3.4 Luftkvalitet

Stoffer i uteluft, som svevestøv, nitrogendioksid og ozon, gjør at folk blir sykere og dør tidligere av luftveissykdommer og hjerte- og karlidelser. Luftforurensning kan forverre sykdommer i luftveiene, som for eksempel infeksjoner, astma og KOLS og lidelser i hjerte- og karsystemet som hjerteinfarkt og slag. Både korte (timer eller døgn) og langvarige perioder (måneder eller år) med luftforurensning kan gi dårligere helse. Personer med luftveissykdommer og hjerte- og karlidelser er spesielt utsatt for luftforurensning. Det samme er små barn som ennå ikke har ferdig utviklede luftveier.

Sandnes kommune har ikke egen målestasjon for luftkvalitet, og målinger av luftkvaliteten i Sandnes beregnes på grunnlag av etablerte målestasjoner i Stavanger kommune (Kannik og Våland), som anses å være representative også for vår kommune.

Sandnes kommune støtter seg og på ny informasjonstjeneste, Luftkvalitet i Norge. I første omgang vil nitrogendioksid (NO₂), og svevestøv (PM₁₀ og PM_{2.5}) og bakkenær ozon (O₃) være inkludert i varslingen. Denne varslingstjenesten forventes å gi bedre og mer detaljert informasjon om luftkvaliteten i Sandnes kommune.

Luftsonekart, som viser gule og røde soner som angir areal der det er utfordringer med hensyn til luftkvalitet, er vedlagt kommuneplanen.

2.3.5 Radon

Radon er en radioaktiv gass som dannes naturlig i berggrunnen. Gassen siver inn i bygninger gjennom sprekker og utettheter mellom byggegrunnen og bygningen.

Radon kan forårsake lungekreft, og risikoen øker med radonkonsentrasjonen i inneluften og med oppholdstiden. Radon forekommer i alle slags bygninger og total radonrisiko skyldes summen av opphold i ulike bygninger (jobb, fritid og privat bolig), og hvor høyt radonnivået er. Tilkjøpte masser, pukk og grus i byggegrunnen kan også bidra til problemer med radon i områder som ellers er lite utsatt.

[Norges geologiske undersøkelser \(NGU\) har publisert aktsomhetskart for radon.](#) Her vises områder med fjellgrunn som kan medføre frigjøring av radon. Som det kommer frem av kartet, er det store områder i Sandnes kommune som er radonutsatte.

Positive påvirkningsfaktorer og ressurser i Sandnes knyttet til fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø:

- Store grøntarealer
- Kart over turmuligheter i nærmiljøet og i de grønne områdene
- Turstier for rullestolbrukere

2.4 Skader og ulykker

Hvert år blir 12 % av befolkningen, om lag 600 000 personer, behandlet av lege for skader. Ulykker krever mange liv, og er den vanligste dødsårsaken for nordmenn under 45 år. Personer fra lavere sosioøkonomiske grupper er mer utsatt for skader enn personer fra høyere sosioøkonomiske grupper. Dette vises blant annet i en studie av ulykkesskader som ble behandlet ved Oslo skadelegevakt i perioden 2009-2011. Lokal forekomst av skader og ulykker blir i liten grad registrert.

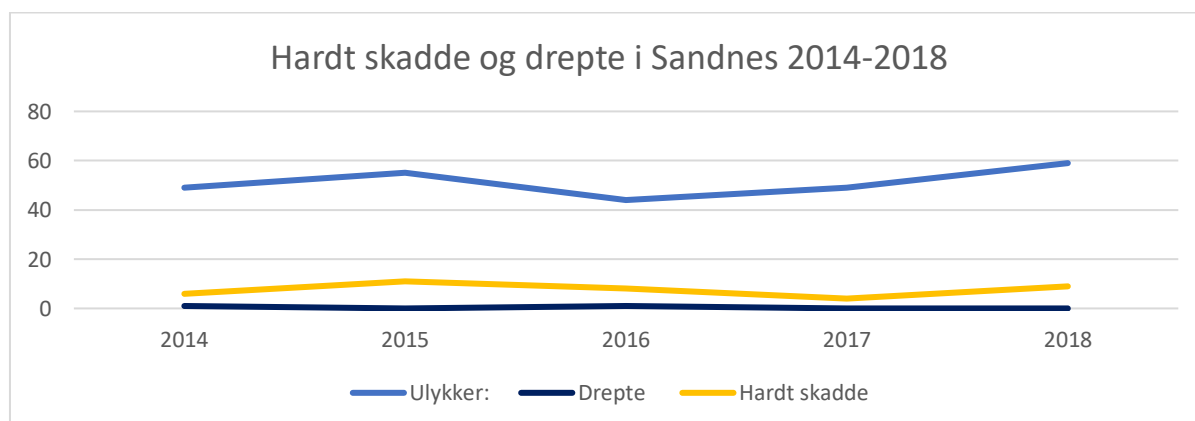
2.4.1 Lårhalsbrudd

I alt folkehelsearbeid er det viktig å rette oppmerksomheten mot det vi kan gjøre noe med. Skader og ulykker kan forebygges, og lårhalsbrudd i en befolkning er en parameter som kan si noe om forebyggende aktivitet/effekt hos eldre. Lårhalsbrudd er en indikator på eldre sin helse.

I Sandnes er det omtrent 1 lårhalsbrudd per 1000 innbygger per år – i aldersgruppen over 80 år er det nærmere 20 per 1000 innbygger. Vi ligger rett under gjennomsnittet for Rogaland fylke.

2.4.2 Trafikkulykker

Det framkommer av trafikksikkerhetsplanen for Sandnes kommune 2020 – 2030 at Rogaland fylke og Sandnes kommune har hatt en positiv ulykkesutvikling i henhold til antall skadde og skadegrader de siste 10 årene. Ulykkesutviklingen gir likevel grunn til å holde fast ved tidligere målsetninger om reduksjon i antall ulykker, uavhengig av vekst i befolkning, transportmønster eller trafikkvekst.



FIGUR 23 VISER TOTALT ANTALL ULYKKER MED HARDT SKADDE OG DREPTE I SANDNES KOMMUNE 2014-2018. KILDE: STATENS VEGVESEN

I Sandnes kommune er det, i henhold til Statens vegvesens definisjon, nå 3 ulykkespunkt¹ og 7 ulykkesstrekninger². Ulykkespunktene i Sandnes kommune er på FV 509 Oalsgata, FV 44 Elvegata og FV 344 Høylandsgata. Ulykkesstrekningene i Sandnes kommune er FV 509 Oalsgata, FV 44 Elvegata og FV 509 Sandnesveien. tiltak som både på kort og lang sikt kan korrigere for situasjonen på Rv44 og Fv509 i Sandnes.

I Sandnes er riksveiene og E39 svært viktig som tilknytning både for lokaltrafikk mellom bydeler og for trafikk ut og inn av kommunen. Svært mange av kommunens bilister må derfor benytte riksveiene til/fra E39 i sitt daglige virke. Det vil derfor være viktig for Sandnes kommune å få etablert høyverdig standard på dette systemet for å redusere eksponering mot økt ulykkesrisiko.

2.5. Helserelatert atferd

Helseatferd er livsstil og levevaner som har stor betydning for helsen, blant annet fysisk aktivitet, røyking, alkohol og kosthold. Studier viser at levevaner som røyking, kosthold og fysisk aktivitet ofte følger utdannings- og inntektsnivået. Det betyr at de som har lengre utdanning og høyere inntekt har gunstigere levevaner enn de som har kortere utdanning og lavere inntekt (fhi.no). Et unntak her er alkoholbruk, som øker med utdannings- og inntektsnivået. Selv om alkoholkonsum stiger med utdanning og inntekt, er det likevel slik at andelen alkoholavhengige er høyest blant personer med lav utdanning og inntekt.

Når det gjelder levevaner (eller risikofaktorer) ser vi også sosiale forskjeller: De med lang utdanning røyker mindre, er mer fysisk aktive, har lavere blodtrykk og har sjeldnere fedme sammenliknet med de med kort utdanning. Alkoholforbruket er høyest i høyere sosioøkonomiske grupper, men risikofylt alkoholbruk synes å være noe mer utbredt blant lavere sosioøkonomiske grupper. Utdanningsforskjeller i røykevaner er ansett som en av de viktigste årsakene til sosiale forskjeller i levealder.

2.5.1 Vaksinasjonsdekning

Vaksinedekning på barn i Sandnes er høy. Det vil si at over 98 prosent er vaksinert gjennom det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet, som inkluderer vaksine mot difteri, polio, stivkrampe, hepatitt B, meslinger og rotavirus. Vaksinasjonsnivået for meslinger har i de siste årene ligget stabilt over 95 %, som Verdens helseorganisasjon anslår at er det nødvendige nivået for å eliminere meslinger.

HPV-vaksinasjon tilbys alle gutter og jenter i 7. klasse, og det er god oppslutning. Vi har også gjennomført et tilbud til jenter som ikke fikk HPV vaksinasjon og var født i 1991 og senere

Vaksinasjon mot hjernehinnebetennelse ble tilbudt gratis til alle i videregående skolen fra høsten 2019. Det har vært en stor oppslutning; nærmere 1600 elever ble vaksinert. Dette vil bli et årlig tilbud.

2.5.2 Fysisk aktivitet

Med fysisk aktivitet menes her både trening og hverdagsaktivitet som for eksempel gåing. Mange beveger seg mindre i hverdagen enn før, og tilrettelegging for fysisk aktivitet har blitt en viktig faktor i folkehelsearbeidet (Torstveit og Olsen i Folkehelsearbeid). 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.

Redusert fysisk aktivitet i befolkningen antas å være en av årsakene til at andelen overvektige øker. For personer som er lite fysisk aktive vil selv en liten økning i aktivitetsnivå gi en betydelig helsegevinst i form av økt leveår 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.

¹ Minimum 4 politirapporterte personskadeulykker på 5 år, over en strekning på maksimalt 100m.

² Minimum 10 politirapporterte personskadeulykker på 5 år, over en strekning på maksimalt 1000m.

For å øke hverdagsaktiviteten må vi legge til rette for at dette er enklest og tryggest mulig for innbyggeren. Dette kan gjøres med å satse på tilrettelegging for gående og syklende. Det er anlagt gang- og sykkelveier fra alle bydelene til sentrum, og i noen tilfeller mellom bydelene.

Frivillige lag og foreninger legger ned et stort og viktig arbeid ved å tilrettelegge for aktivitet for alle. En aktivitet som ikke bare gir en gevinst for den enkelte gjennom bedre fysisk form, men også på det sosiale plan ved at lokalmiljø knyttes sammen og mennesker møtes.

Dersom vi deler antallet aktive i idrettslag på antall innbyggere, finner vi det vi kaller aktivitetsandelen. Sandnes har hatt en svært høy økning i aktivitetsandelen blant alle innbyggere. Aktivitetsandelen i Sandnes har økt med nærmest 18 % i hele perioden fra 2006 til 2016. Sandnes og Oslo har som eneste storbykommuner også en økning av aktivitetsandelen blant ungdom i perioden 2006 – 2016 med henholdsvis 3,5 % og 2,2 %.

Andelen av befolkningen som er med i organisert idrett er stabil. Sandens idrettsråd er en paraplyorganisasjon under Norges idrettsforbund. I 2017 hadde de ulike lagene og foreningene i Sandnes Idrettsråd rundt 20.000 medlemmer. Om lag 60 prosent av medlemmene er menn. Det er en tendens til at kjønnsforskjellene i medlemskap øker med økende alder. Blant de yngste barna (til og med 12 år) er det like mange gutter og jenter som er medlem av lag og foreninger, mens det fra 13 år og eldre er langt flere gutter som er medlem av idrettslag og -foreninger.

Svømming er en av få idretter der det er omtrent like mange menn som kvinner som er aktive. I Forsand tilbys svømmeundervisning fra og med 1. klasse, mens det i resten av Sandnes tilbys fra og med 4. klasse.

Ungdataundersøkelsen gir oss innsikt i det fysiske aktivitetsnivået blant ungdom. Her framkommer det at ca. 85 % av ungdomsskoleelevene og 75 % av elevene i videregående skole trener i et idrettslag, på egenhånd, på treningsstudio eller i annen form for organisert idrett minst en gang i uka.

Ifølge Ungdataundersøkelsen har det tradisjonelt vært klare kjønnsforskjeller i trening, og særlig har det vært flere gutter enn jenter i idrettslagene. De siste årene har de sett en tendens til at flere jenter trener på andre arenaer (utenfor idrettslagene), slik at det i dag ser ut som at det er små kjønnsforskjeller i trening samlet sett. I mange idretter stilles det store krav til utstyr og deltakelse, og det kan koste en god del å være med. Dette kan være en utfordring for å nå det overordnede målet for norsk idrett: «idrett for alle».

Ungdataundersøkelsen avdekket at elever på Høle, Riska og Forsand *i mindre grad enn Sandnes som helhet* er fornøyd med idrettsanlegg, kulturtilbud og kollektivtransport i sitt nærmiljø. På Forsand har barn og unge reduserte muligheter til å delta i organisert idrett fordi de ofte er få til å stille lag. Det er ikke kollektivtransport utenom skolerutene, hvilket innskrenker barn og unges mulighet til å delta på kultur- og fritidsaktiviteter utenfor kommunen.

2.5.3 Kosthold

Ernæring og kosthold er avgjørende når det gjelder vekst og utvikling både i fosterlivet, spedbarnsalder og barne- og ungdomsåra. Gjennom hele livet har kosthold og fysisk aktivitet betydning for god helse og forebygging av hjerte- og karsykdommer, kreft, beinskjørhet, diabetes og fedme. Kostholdet kan også ha betydning for psykisk helse, og omvendt, psykisk helse kan påvirke kosthold og fysisk aktivitet.

Det er fremdeles et for høyt forbruk av sukker og brus i den norske befolkningen, og inntaket av grove kornprodukter, grønnsaker, frukt og fisk er ofte for lavt. Mange barn og unge har et lavere D-vitamin- og jerninntak enn det som er anbefalt.

Kunnskapen om ernæringen i Sandnesbefolkningen er begrenset, men ungdataundersøkelsen kan gi oss noen indikasjoner. Flertallet av ungdom spiser fisk til middag eller som pålegg minst en gang i uka. Det samme gjelder kjøttdeigbaserte produkter, som pølser og hamburgere. De fleste spiser godteri eller snacks hver uke, men det er få som gjør dette mange ganger i uka. Det er noen flere

jenter enn gutter som jevnlig spiser godteri. Om lag halvparten av elevene på ungdomsskolen drikker sukkerholdig drikke minst to ganger i uka

Tilgjengelighet, pris og sosiale normer er av betydning for å ta sunne valg. Det må altså oppleves enkelt å velge sunt. 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.

2.5.4 Røyk og snus

I 2015 døde over 6000 mennesker av røyking i Norge. På landsbasis er det en nedgang i andelen som røyker, og en økning i andelen som snuser. I 2017 var de to gruppene like store. Til sammen 29 % i aldersgruppen 16-17 år røykte eller brukte snus i 2017. Blant unge i aldersgruppen 16-24 år og blant menn i aldersgruppen 25-44 år er snus det vanligste tobakksproduktet.

På kommunenivå er det lite tilgjengelig informasjon om røyking. I følge FHI's folkehelseprofil for Sandnes er andelen gravide som røyker i begynnelsen av svangerskapet lavere enn i landet som helhet. Gravides røykevaner kan imidlertid gi en pekepinn på hvordan kommunen ligger an når det gjelder røyking i den voksne befolkningen generelt.

Selv om stadig færre unge røyker og snuser, er bruk av tobakk et stort folkehelseproblem. Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder, og røykerelaterte sykdommer forklarer mye av dødelighetsforskjellene (fhi.no). Å redusere daglig røyking vil medføre en betydelig utjevning av sosiale helseforskjeller.

Ungdataundersøkelsen for Sandnes viser at andelen som røyker og snuser er liten, og for ungdomstrinnet og VG1 er andelen lavere enn tidligere. På VG2 er det en liten nedgang i andelen som oppgir at de ikke røyker, samtidig holder andelen som oppgir at de røyker daglig seg stabilt lav.

2.5.5 Alkohol og andre rusmidler

Bruk av alkohol og illegale rusmidler er blant de viktigste risikofaktorene for å dø før fylte 70 år i Norge, og rusbrukslidelser bidrar til betydelig helsetap (sykelighet) og tapte livsår. Alkohol og andre rusmidler fører til store kostnader for den som bruker rusmidler, for tredjeparter og for samfunnet. Omsorgssvikt, frykt, ulykker, vold og 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 forebyggings tiltak.

Det er godt forskningsmessig belegg for å hevde at det som er mest forebyggende i forhold til alkoholrelaterte skadevirkninger er strukturelle virkemidler for å begrense tilgjengelighet gjennom blant annet høy pris og begrensninger i serveringstider og antall salgs- og skjenkesteder, i tillegg til et sterkt kontrollsystem. I tillegg bør en forebygge ved å redusere risikofaktorer, særlig overfor grupper med genetisk og miljømessig sårbarhet og komme til med tidlig innsats.

Alkohol er helt klart det vanligste rusmiddelet i vår del av verden og for mange en naturlig del av det som oppfattes som «det gode liv». Det er også slik at rusproblemer i all hovedsak er knyttet til alkoholmisbruk. Alkohol er årsak til betydelig mer helsemessige og sosiale problemer i samfunnet enn narkotika. Jo høyere alkoholforbruket er i befolkningen, jo flere er det som har et risikofylt alkoholbruk. Totalforbruket er derfor en god indikator på hvor mange som har et høyt alkoholinntak, og dermed økt risiko for helsemessige og sosiale skader. I Norge har omsetningen av alkohol økt fra 3,6 liter ren alkohol per innbygger per år i 1970 til nærmere sju liter i 2017. I følge FHI er det 8 prosent menn og 3 prosent kvinner som har skadelig bruk eller er avhengig av alkohol målt over et tidsrom på 12 måneder. Rusbrukslidelser opptrer ofte sammen med andre psykiske lidelser.

Det finnes ikke sikre lokale tall for hvor mye innbyggerne i Sandnes drikker eller i hvilken grad de bruker andre rusmidler. Ungdataundersøkelsen viser at unge i Sandnes fortsatt har et relativt lavt konsum av alkohol, men i

noe større grad ser ut til å ha en aksepterende holdning til andre rusmidler, da særlig cannabis. Det er også slik at denne undersøkelsen viser at det er samvariasjon mellom rusbruk og andre normbrudd og vansker. Enkelt sagt er det hos noen en opphopning av faktorer som kan forsterke videre problemutvikling.

Ungdataundersøkelsen viser en økning i hasj/cannabisbruk og bruk av andre narkotiske stoffer, og at tilgjengeligheten til hasj og marihuana har økt noe.

2.6 Helsetilstand

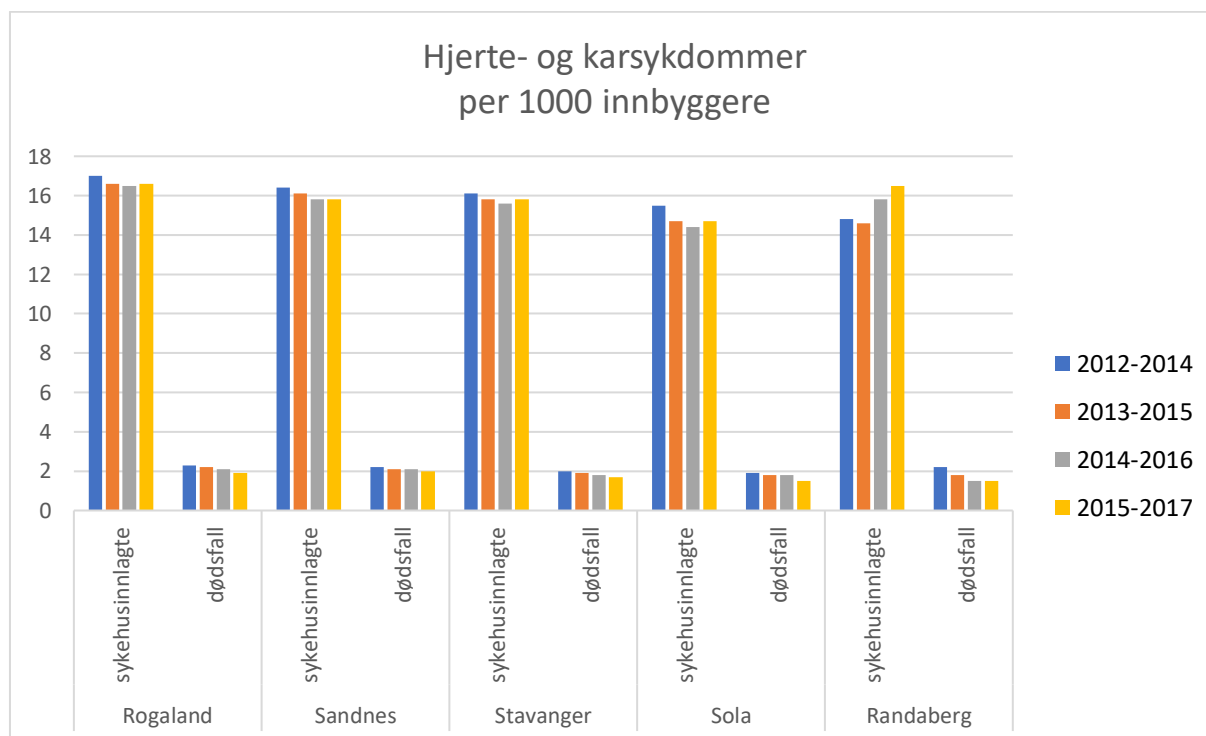
Det er tydelige sosioøkonomiske forskjeller i dødelighet og sykелighet. De med lang utdanning og god økonomi lever lengre og har færre helseproblemer enn de som har kortere utdanning og dårlig økonomi. Forskjellene i Norge er økende, og forskjellene er større enn i land som er naturlig å sammenligne oss med. De sosiale helseforskjellene gjelder for nesten alle sykdommer, skader og plager. Forskjellene forekommer i alle aldersgrupper, og hos menn og kvinner (FHI).

FHI har samlet resultater fra ulike studier, og oppgir at utdanningsnivå og/eller inntekt påvirker forekomsten av spedbarnsdødelighet, fødselsvekt, risiko for tidlig fødsel, muskel- og skjelettplager, kols, akutt hjerteinfarkt, type2 diabetes, langvarig smerte og psykiske lidelser. I grupper med kort utdanning er det en høyere andel som rapporterer om dårlig helse enn i grupper med lang utdanning.

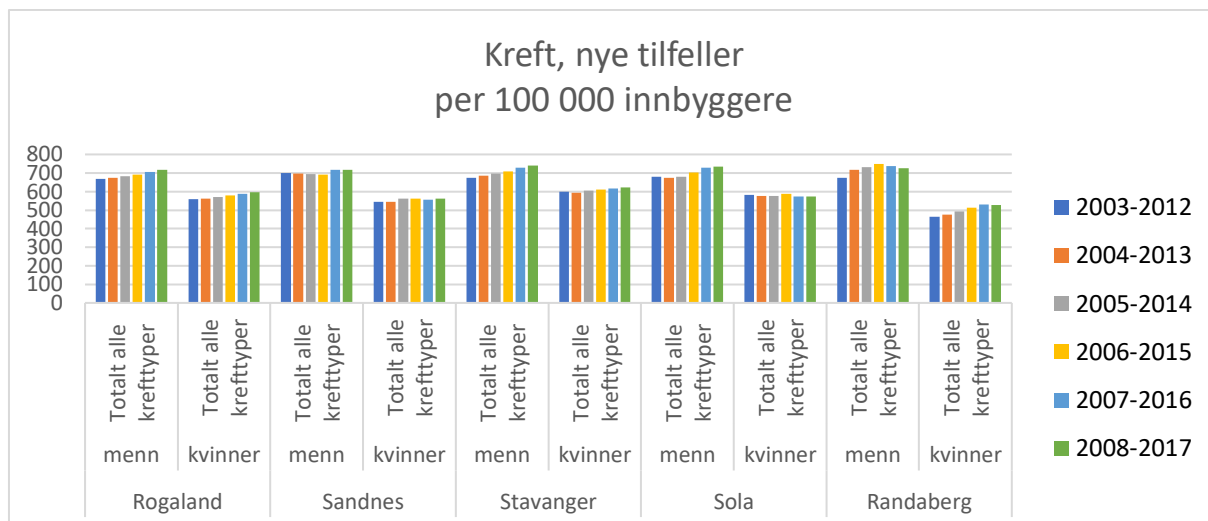
2.6.1 Kreft, hjerte- og karsykdom

Hjerte- og karsykdom og hyppighet av kreftsykdommer vil generelt øke med økende alder i en befolkning. Aldersstandardisert er Sandnes under både fylkes- og landsgjennomsnitt for hjerte- og karsykdom. Viktigste enkeltfaktor for å redusere kreftsykdommer er et godt forebyggende arbeid slik at færrest mulig begynner å røyke og flest mulig røykere slutter. Fet mat er også en viktig kreftfremkallende faktor - som også har stor innvirkning på overvekt og diabetes type 2 forekomst.

Fortsatt røyker om lag 10 prosent av befolkningen, og det er et mål å redusere røyking enda mer. Mange sykdommer er røykerrelaterte og godt forebyggende arbeid for røykeslutt er svært viktig.



FIGUR 24. HJERTE- OG KARSYKDOMMER PER 1000 INNBYGGERE. KILDE: FHI, KOMMUNEHELSE STATISTIKKBANK, SSB

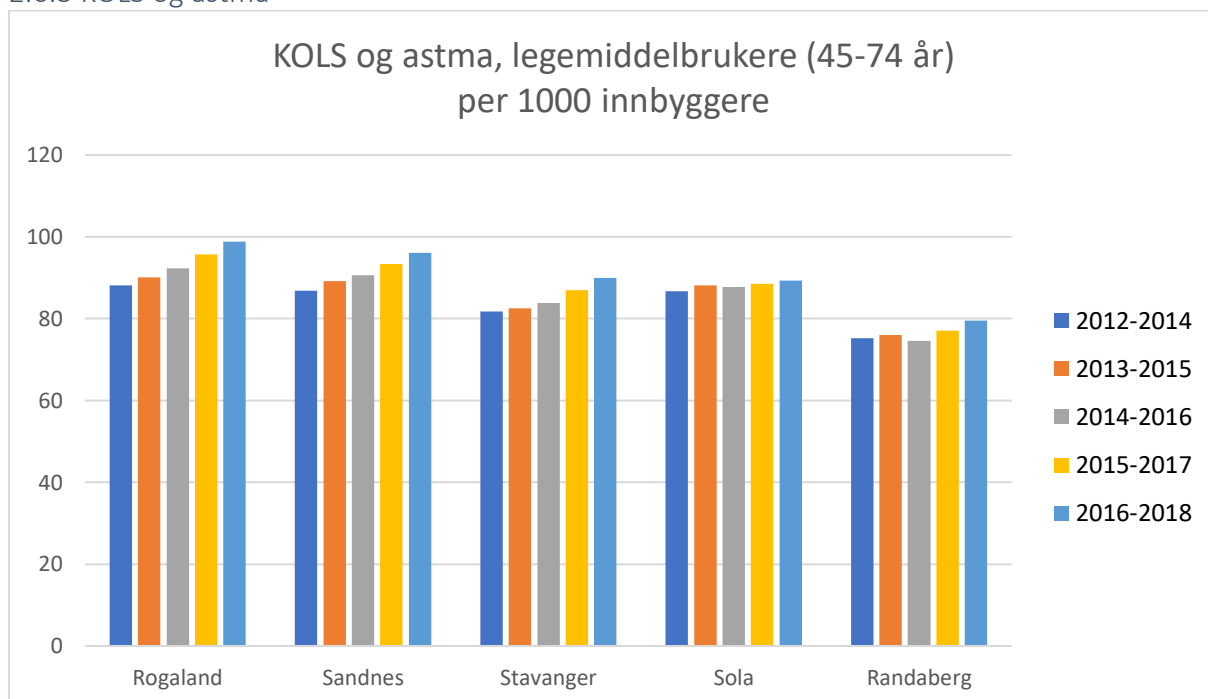


FIGUR 25. NYE TILFELLER AV KREFT. KILDE: FHI, KOMMUNEHESLA STATISTIKKBANK, SSB

2.6.2 Type 2 diabetes

Personer med diabetes type 2 har økt risiko for en rekke sykdommer som hjerte- karsykdommer, nyresykdom, øyesykdom og nerve- og blodkarskade. Type 2 diabetes kan forebygges med bedre kosthold og fysisk aktivitet. Bruk av legemidler til behandling av type 2 diabetes er økende både i landet som helhet og i Sandnes.

2.6.3 KOLS og astma



FIGUR 26. KOLS OG ASTMA. KILDE: FHI, KOMMUNEHESLA STATISTIKKBANK, SSB

Hovedårsaken til kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er røyking. Som vi ser av figur 26 er bruk av legemidler knyttet til KOLS og astma økende. Kols kan forebygges ved røykeslutt.

2.6.4 Overvekt

Kroppsmasseindeks (KMI) er det målet som vanligvis blir brukt for omtale vektforhold i befolkningen³, der KMI på 25-29,9 blir definert som overvekt, og KMI fra 30 og høyere blir definert som fedme. Det er først og fremst fedme som er forbundet med økt helserisiko. Høy KMI medvirker til ca. 2400 årlige dødsfall i Norge og trolig mange tilfeller av hjerte- og karsykdom, diabetes og andre kroniske sykdommer. Det er sosiale ulikheter i overvekt og fedme blant både voksne og barn. I rike land er det mer fedme blant de med lav utdanning, og i fattige land er det mer fedme blant de med høy utdanning.

Forskningen antyder at på landsbasis har mellom 15 og 20 prosent av barn overvekt eller fedme, noe som tyder på at utviklingen har flatet ut. Om lag 25 prosent av ungdommer har overvekt eller fedme, noe som tyder på en økning. Når det gjelder voksne tyder forskningen på at de fleste voksne har overvekt eller fedme, og andelen er størst blant menn.

I følge [FHIs folkehelseprofil for 2020](#) ligger Sandnes signifikant bedre an enn landet som helhet når det gjelder overvekt og fedme (målt ved sesjon). Helsestasjonstjenesten i Sandnes oppgir at andelen overvektige i 3. klasse i stor grad har holdt seg stabil.

2.6.5 Muskel- og skjelettsykdommer

I følge FHIs folkehelseprofil for 2019 ligger Sandnes signifikant dårligere an enn landet som helhet når det gjelder muskel- og skjelettrelaterte plager/sykdom, med 326 tilfeller pr. 1000 mot 319 i Rogaland og i landet som helhet.

Hyppighet av muskel – skjelett sykdommer er hentet fra fastlegers diagnosesetting. Her kan ulike lokale tradisjoner påvirke om symptomer og plager diagnostiseres som muskel/skjelett sykdom, psykiske plager eller kategoriseres som spesifikke organsymptomer. Dette medfører at det kan være betydelige variasjoner mellom ulike diagnosesettere.

2.6.6 Antibiotikaresistens

I følge FHIs folkehelseprofiler er antall resepter på antibiotika per 1000 innbygger per år i Sandnes rett under landsgjennomsnittet. Antibiotikaresistens er en viktig utfordring i folkehelsearbeidet. Med økt antibiotikabruk blir flere og flere bakterier motstandsdyktige mot antibiotika, og det vil true folks helse på sikt. Blant annet kan transplantasjonskirurgi og avansert kreftbehandling bli livstruende på grunn av infeksjoner. Infeksjoner som vi i dag har god kontroll på, som urinvegsinfeksjoner og lungeinfeksjoner, kan bli dødelige igjen. Det er gode nasjonale program for å redusere bruk av antibiotika som Sandnes kommune støtter opp om og som våre leger deltar i.

2.6.7 Tannhelse

Tannhelse Rogaland har statistikk for tannhersedistrikt Sandnes og på tannklinikknivå. Tannhelsen blir stadig bedre. Utfordringen i de fleste kommuner er ifølge Tannhelse Rogaland at det skjer noe med tannhelsen i alderen 12-18 år, som skyldes at barna får ansvar for å ta vare på sine egne tenner og får økt tilgang til egne penger.

[Statistikken i vedlegg 5 viser](#) andelen 5-åringer som aldri har hatt hull i tennene (karies). Videre viser statistikken en indeks for tannstatus for 12- og 18- åringer kalt DMFT-indeks. Dette er en indeks som sier noe tenner/tannflater med karies, fylling eller som er mistet på grunn av karies. SiC-indeks er gjennomsnitt DMFT på den tredjedelen av gruppen med mest karies. De fleste 12-åringer har friske tenner, men det er fortsatt

³ KMI fungerer godt som mål for overvekt og fedme i befolkningen, men brukt på enkeltpersoner kan resultatet være misvisende.

noen som har mye karies og mange hull i tennene. Tannhelse og disse indeksen kan være en god indikator på sosial ulikhet i helse.

2.6.8 Psykisk helse

FHIs folkehelseprofiler for Sandnes viser at andelen i aldersgruppen 15-29 år som har psykiske symptomer og lidelser, ikke er signifikant forskjellig fra landsnivået, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.

Alle har en psykisk helse. Det handler om hvordan du har det med deg selv og hvordan du reagerer når ting er vanskeligere enn vanlig. Omtrent halvparten av oss vil oppleve psykiske problemer i løpet av livet. I løpet av 12 måneder vil rundt 16–22 prosent av den voksne befolkningen ha en psykisk lidelse. De vanligste psykiske lidelsene blant voksne er angstlidelser, depresjon og rusbrukslidelser. Halvparten av de som får en psykisk diagnose oppfyller diagnosekriteriene for to psykiske lidelser samtidig.

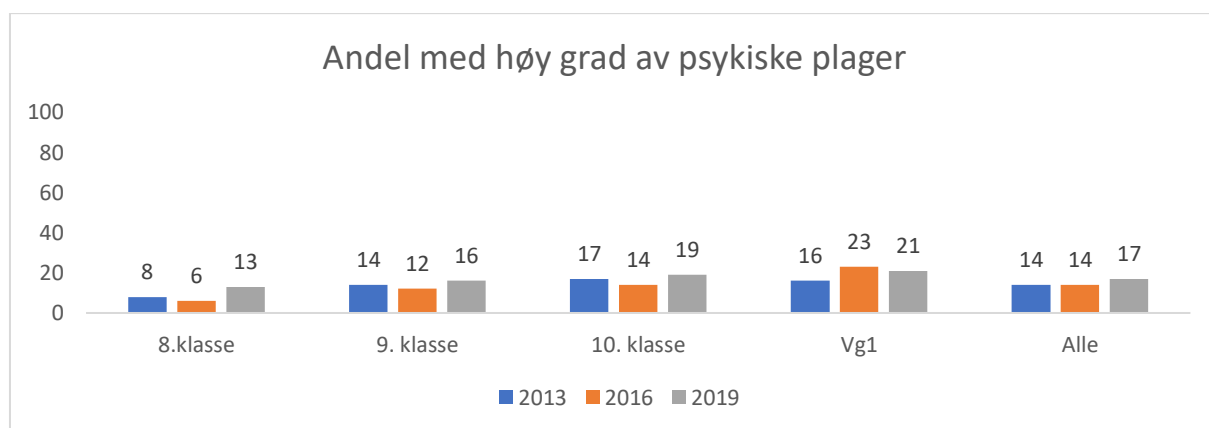
Forskning viser at det ikke ser ut til at psykiske lidelser i befolkningen generelt øker. Men det er en økning i behandling av psykiske lidelser og plager. I Sandnes har en bygd ut lavterskel tilbudet og det erfares en sterk økning i antallet personer som tar kontakt og ønsker behandling for sine psykiske plager.

Fortsatt mangler det gode forekomstdata for psykiske lidelser. Vi har ikke spesifikke tall fra Sandnes kommune, men det er ikke grunn til å tro at kommunen skiller seg fra det en ser nasjonalt.

Risikofaktorer for utvikling av psykisk plager og lidelser kan være knyttet til genetiske eller individuelle faktorer, men også til miljømessige risikofaktorer som belastninger og traumer, mellommenneskelige forhold og sosioøkonomiske forhold – og ofte samspillet mellom disse. Psykiske lidelser er viktig årsak til ikke dødelig helse-tap og står for en stor andel av sykefravær og nedsatt arbeidsevne. Blant unge utføre er psykiske vansker en stor årsaksfaktor for arbeidsuførheten. Psykiske lidelser er også forbundet med økt risiko for fysiske lidelser og tidlig død.

Psykisk helse blant ungdom

Legger vi ungdataundersøkelsen 2019 til grunn, ser vi at elever i ungdomsskolen og videregående skole i Sandnes i større grad enn tidligere rapporterer om psykiske plager. Ifølge KoRus er det ikke kun andelen elever med høy grad av psykiske plager som har økt, det er også en forskyvning av populasjonens helsetilstand – «alle» er noe mer plaget. Jenter er mer plaget og oppsøker oftere hjelp enn gutter.



FIGUR 27. ANDEL SOM OPPGIR HØY GRAD AV PSYKISKE PLAGER. KILDE: UNGDATA 2019

Det er stor pågang av både gutter og jenter som oppsøker helsesykepleier i både ungdomsskole og videregående skole og på helsestasjon for ungdom. Helsesykepleier har mange enkeltsamtaler over lang tid. Overfor ungdom er det viktig å formidle at alle har en psykisk helse, og at livet går noe opp og ned. Helsestasjonene tilbyr og snakker med den enkelte elev om hva som er normal helse og når blir det en psykisk uhelse

Ensomhet

Sosial støtte er viktig for menneskers fysiske og psykiske helse. God sosial støtte innebærer at en får kjærighet og omsorg, blir sett og verdsatt, og at en tilhører et sosialt nettverk og et fellesskap med gjensidige forpliktelser. Manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske lidelser. Det motsatte av god sosial støtte er ensomhet.

Vi har ikke statistikk som viser forekomst av ensomhet i befolkningen, men Ungdata gir oss informasjon om ensomhet blant ungdommene. I Ungdata 2019 er det signifikant flere som oppgir at de er ensomme i Sandnes (25 prosent) enn i både Rogaland (23 prosent) og landet som helhet (22 prosent).

Positive påvirkningsfaktorer og ressurser i Sandnes knyttet til helsetilstand:

- Vi har mange gode tjenester, og blir framholdt i flere sammenhenger, for eksempel rus og psykisk helsetjenester og tjenester til funksjonshemmede
- Hverdagsmestring og «Hva er viktig for deg?» som inkluderer innbyggerperspektivet
- Akuttmedisin

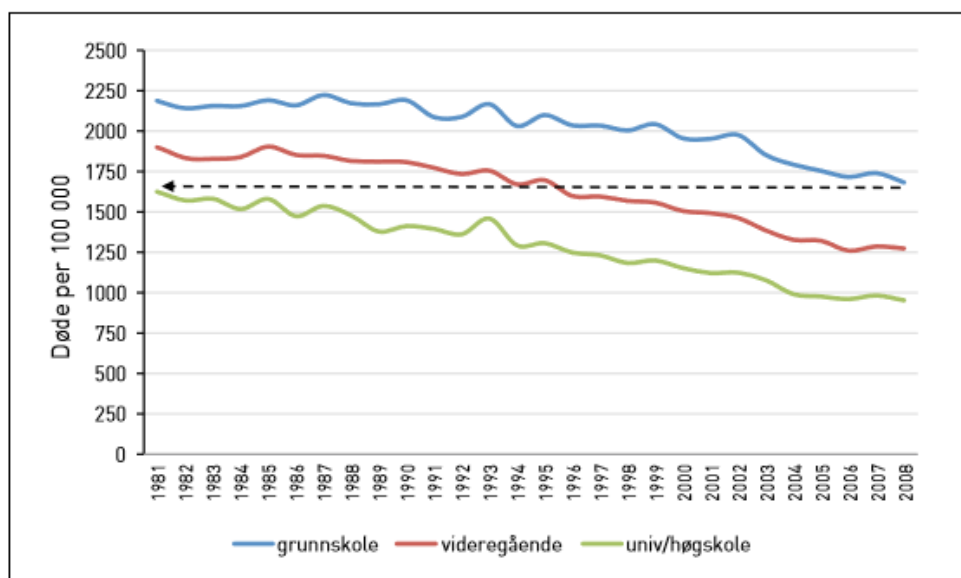
3. Sammenhenger og hovedutfordringer

I dette kapitlet presenteres identifiserte utfordringer for folkehelsen i Sandnes, med en utdypende framstilling av påvirkningsfaktorer.

3.1 Sosial ulikhet

En utjevning av sosiale ulikheter vil styrke kvaliteten i samfunnet i sin helhet. For eksempel scorer stater som har den jevneste fordelingen av ressurser i sin befolkning høyest på internasjonale rangeringer av livskvalitet og lykke. Det er også argumentert for at store inntektsulikheter har negativ effekt på helse og sosiale relasjoner, og at økende ulikhet over tid vil true den økonomiske stabiliteten og demokratiet. Vurdert i et bærekraftsperspektiv betyr dette at dersom den økonomiske og/eller den økologiske dimensjonen prioriteres for mye over den sosiale dimensjonen så kan dette skade den økonomiske og/eller økologiske bærekraften som følge av blant annet sosial uro, manglende tillit mellom de styrende og de styrte og utrygghet (Hdir, 208, folkehelse og bærekraftig utvikling).

Forskjellene i helse mellom ulike grupper er økende, spesielt blant kvinner. Forskjellene i Norge er større enn i mange andre europeiske land. Sosiale ulikheter i helse representerer et stort folkehelseproblem fordi det medfører mye unødige sykdom og lidelse, og at mange for tidlige dødsfall kunne vært unngått. Figur 28 viser utvikling i dødelighet for tre utdanningsgrupper i tidsperioden 1981-2008 i Norge. Figuren illustrerer at alle utdanningsgrupper har en nedgang i dødeligheten under denne perioden. De med lavest utdanning i 2008 har den samme dødeligheten som den høyeste utdanningsgruppen hadde om lag 30 år tidligere (stiplet linje). Dette illustrerer at potensialet for at alle kan oppnå den samme helsen er til stede (fhi.no). Sosiale ulikheter i helse er altså mulige å forebygge.



Figur 1 Døde per 100 000 i perioden 1981 til 2008 etter utdanningsnivå. Menn og kvinner samlet.

FIGUR 28. SAMMENHENG MELLOM UTDANNINGSNIVÅ OG DØDELIGHET. KILDE: WWW.FHI.NO

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.

3.2 Likeverdige muligheter for samfunnsdeltakelse

Lavinntekt og fattigdom i Norge er et relativt begrep, her innebærer det at enkelte mangler ressurser og ikke har samme muligheter sammenlignet med andre i det samfunnet en lever i. Fattigdom i norsk sammenheng handler om å ha materielle og sosiale levekår som gir en lavere standard enn andre i samfunnet. Dette fører til reduserte muligheter til å benytte de tilbudene som finnes både innenfor fritid, kultur, utdanning og arbeid. Her er barn spesielt sårbare, og det å være forhindret fra å delta på samme arenaer som andre barn kan føre til en opplevelse av utenforskap. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) skriver om fattigdom og marginalisering:

«Ulike påvirkningsfaktorer, som bolig og lokalmiljø, helse, skole, deltagelse i fritidsaktiviteter, kan påvirker barns muligheter i fremtiden. Kumulative levekårsulempen påvirker barnets oppvekst, utvikling, skoleprestasjoner og helse resten av livet. Det er en risiko for at barn i lavinntektsfamilier også havner i lavinntektsgruppen som voksne, og at egne barn vokser opp i samme situasjon.»

Gode barnehager kan bidra til at barna mestrer skolen bedre og til utjevning av sosiale forskjeller. Særlig for barn fra familier med lav sosioøkonomisk status, kan barnehagen ha stor betydning for språkutvikling og psykisk helse. Videre er barnehagen en viktig buffer mot utvikling av vansker. Barnehagedeltakelse er derfor en indikator også for folkehelsearbeid, fordi barnehagen er en beskyttelsesfaktor i barns oppvekstmiljø.

Barnehagedeltakelsen blant barn med innvandrerbakgrunn har økt de senere år, også blant de yngste barna. I gjennomsnitt går de imidlertid i barnehage mindre grad enn andre barn, og starter senere.

Frafall i videregående skole er en viktig folkehelseutfordring i hele landet. Gjennomføring i videregående skole er en avgjørende forutsetning for muligheter videre i utdanning og arbeid.

Videre øker frafall i videregående opplæring risikoen for uføretrygd og gir dårligere levekår og helse. Studier har vist sammenheng mellom frafall i skolen og psykiske helseproblemer, slik som problematisk rusmiddelbruk, angst og depresjon, samt ulike atferdsforstyrrelser. Foreldrenes utdanningsnivå har sammenheng med fullføring av videregående utdanning (FHI). I gjennomsnitt deltar unge innvandrere i mindre grad i videregående opplæring, slutter oftere og bruker lengre tid på å fullføre opplæringen enn andre elever.

Arbeid gir tilgang til sosiale relasjoner, identitet, personlig vekst, økonomisk trygghet og andre helsefremmende ressurser. Blant annet kan innvandrere og mennesker med fysisk eller psykisk funksjonsnedsettelse møte barrierer for å delta i arbeidslivet.

Innvandrere kommer til Sandnes av ulike grunner, blant annet arbeidsinnvandring, flukt og familieinnvandring. 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.

Inkludering i arbeidsmarkedet er sterkt knyttet til konjunkturer i arbeidsmarkedet. Både flyktninger og arbeidsinnvandrere er særlig sårbare grupper i et svakt arbeidsmarked. Det å ha tilstrekkelig norskspråklig kompetanse og å være i skole eller arbeid henger ofte sammen med andre viktige livsområder, som samfunnsdeltakelse og følelse av selvstendighet og tilhørighet.

Arbeidslivet er videre en av de viktigste arenaene for å fremme **psykisk helse og forebygge psykiske lidelser**. Deltakelse i arbeidslivet henger sammen med god helse. Gjennom arbeidsdeltakelse inngår man i et sosialt fellesskap, og arbeidsoppgavene kan være kilde til mening, mestring og personlig utvikling. Den psykiske helsen kan dermed forverres av å være uten arbeid (Plan for psykisk helsearbeid). Psykiske lidelser er viktig årsak til ikke dødelig helse-tap og står for en stor andel av sykefravær og nedsatt arbeidsevne. Blant unge utfører er psykiske vansker en stor årsaksfaktor for arbeidsuførheten.

Sosial støtte vil blant annet ha stor betydning for grad av mestring og beskyttelse når mennesker er utsatt for stressende livssituasjoner. Sosial støtte og deltagelse bidrar til en opplevelse av sosial tilhørighet og motvirker ensomhet. Flere undersøkelser viser at mangel på sosial støtte bidrar til usunn livsstil i form av røyking, mangel på mosjon, usunt kosthold og relativt stort alkoholforbruk. Folk som har lite sosial støtte vil ha økt risiko for

ulike stressfaktorer, som økonomiske problemer, problemer på arbeidsmarkedet og boligproblemer. Videre bidrar manglende sosial støtte til at en i mindre utstrekning søker faglig hjelp ved sykdom. Manglende sosial støtte svekker også evnen til å mestre påkjenninger og vanskelige livssituasjoner, og dette kan gi seg utslag i svekket selvtillit, redusert selvbilde, opplevelse av maktesløshet og i siste instans depresjon, angst eller andre psykiske lidelser.

Viktige arenaer for sosial støtte er gjennom venner og familie, deltakelse i skole- og arbeidsliv, men også kultur-organisasjonsliv. Gjennom aktivitet og felles opplevelser skapes tillit mellom mennesker og gode lokalsamfunn.

3.3 Tidlig innsats og tilrettelegging for livsmestring i hele livsløpet

Tidlig innsats er nødvendig for å forebygge behovet for mer inngripende tiltak på et senere tidspunkt, og legger grunnlaget for en bærekraftig samfunnsutvikling. Med tidlig innsats menes tidlig i problemutvikling eller tidlig i alder og problemutvikling.

Folkehelsearbeid er 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, og arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. For å nå bredt ut og for at effekten av arbeidet skal bli best mulig, er kvalitet i grunntjenestene som jordmortjeneste, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnehage og skole av stor betydning. For voksne vil et inkluderende samfunn med mulighet for deltakelse og tilgang til nødvendige helsetjenester være avgjørende.

For sårbare barn og familier er gode grunntjenester viktige for å fange opp utfordringer i en tidlig fase, og slik sett hindre utvikling av vansker. Her har **helsestasjonene** en helt sentral rolle. I 2017 kom [nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon- og skolehelsetjenesten](#) for denne tjenesten. Her styrkes helsestasjonenes mandat og ansvar for hele barnebefolkningen, og det legges vekt på viktigheten av å og identifisere sårbare barn og familier.

I et folkehelseperspektiv er det verdifullt at barn og unge har en **trygg og god barnehage- og skolehverdag** der de opplever at de får den støtten og hjelpen de trenger. Gode barnehager kan bidra til at barna mestrer skolen bedre og til utjevning av sosiale forskjeller. Særlig for barn fra familier med lav sosioøkonomisk status, kan barnehagen ha stor betydning for språkutvikling og psykisk helse (FHIs folkehelseprofil).

Skolen er en arena for faglig og sosial utvikling. Barn og unge har rett til et trygt og godt skolemiljø. De aller fleste trives på skolen, men noen mistrives og står i fare for å falle fra. Det å oppleve skolemiljøet som belastende eller stressende kan føre til psykiske plager og dårlige forutsetninger for læring. Å lære elevene strategier for problemløsning, samarbeid og kommunikasjon kan styrke barn og unges selvoppfatning, øke sjansene for at de opplever mestring, og bedre muligheten for læring, i tillegg til å forebygge angst og depresjon (FHIs folkehelseprofil).

Grunnlaget for den voksne befolkningens **psykiske helse og livskvalitet** legges allerede i barne- og ungdomsårene. Ved å skape lokalmiljøer der ingen barn eller ungdommer utsettes for mobbing og sosial eksklusjon og der alle inngår i et positivt sosialt miljø og får anledning til å oppleve mestring og engasjement, vil grunnlaget for en psykisk sunn voksenbefolkning bli lagt.

De viktigste arenaene for å fremme psykisk helse og forebygge ensomhet og psykiske lidelser er utenfor helsetjenestene. Dette er for eksempel i lokalsamfunnet, arbeidslivet, barnehager og skoler.

Den enkelte innbygger har ansvar for eget liv og egen helse. Dette betyr at vi som innbyggere selv kan tilrettelegge og ta grep for å fremme egen helse, og at vi som samfunn må tilrettelegge for helsefremmende samfunn og tjenester. Hverdagsmestring handler om hvordan den enkelte skal kunne håndtere hverdagen til tross for uheld. I tjenestene skal det være søkelys på styrke den enkelte brukers tro på egen mestring, og unngå at brukeren føler eller gjør seg avhengig av det offentlige hjelpeapparatet. Tjenestene bygger på brukers ressurser og uttrykte ønsker. Forskning viser at brukere som er med på å utforme tjenestene opplever et bedre pasientforløp og bedre resultater.

For å forebygge psykisk uhelse i befolkningen, redusere nivået av psykiske plager og for å fremme subjektiv livskvalitet og trivsel, bør det både gjennomføres tiltak som reduserer belastninger og sårbarhet og fremmer forhold som virker positivt på befolkningens helse.

3.4 Helsefremmende perspektiv i samfunnsplanleggingen

3.4.1 Nærmiljøet og lokalsamfunnets betydning

Opplevelse av trygghet, sosiale møteplasser og estetisk kvalitet er også egenskaper som kan påvirke folks trivsel og stedstilknytning. En studie fra Storbritannia viser at tilgang til grøntområder gir lavere sosial ulikhet i helse. 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 skillerlinjer. Et godt nærmiljø bør tilby naturopplevelse og stimulere til aktivitet, både blant barn, voksne og eldre. For at friluftsområdene fortsatt skal være attraktive for store deler av befolkningen er det svært viktig at det legges til rette for områdene kan benyttes. Da er det viktig at både turveier, adkomst og belysning prioriteres. I friluftsområdene er det også svært viktig å bekjempe at fremmede arter (for eksempel sitkagran) ikke får fotfeste og forringer/ødelegger områdene. Dette er viktig både for mennesker, dyr og planter.

Gode steder, bo- og nærmiljøer gir muligheter for aktiv, sosial og trygg livsutfoldelse for alle. Slike hensyn må ivaretas i den generelle samfunns- og arealplanleggingen, i regionalt og lokalt utviklingsarbeid og i tilrettelegging og utforming av våre bygg og fysiske omgivelser. Det framkommer av rapporten «Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen?» (NIBR, 2014) at barn er spesielt utsatt for helserisiko ved å bo i belastede boligområder (Folkehelsemeldinga 2015).

Grøntområder og gode arealer mellom bebyggelsen knytter også befolkningen sammen og bidrar til gode bomiljø, folk bryr seg og liker seg der. Dette er sosial bærekraftige områder. Her har kommunen en helt kritisk rolle. Dette er knyttet både til rollen som planmyndighet ved ny utbygging etter plan- og bygningsloven samt en oppbyggende rolle i etablerte bebygde områder, opprusting av lekeplasser og sykkelforbindelser for eksempel. I tillegg må folkene som bor og har interesser et sted få være med å utvikle stedet. Det er i kommunen og samfunnets interesse at medvirkning i planprosesser blir styrket. Dette gir de fysiske forandringene en forankring i lokalmiljøene. Flere stemmer gir bedre by, som Oslo kommune nylig meldte med sin nye veileder for medvirkning.

3.4.2 Flere eldre – aldersvennlig stedsutvikling

Andelen eldre i befolkningen øker, og dette medfører et behov for i større grad aldersvennlig stedsutvikling, og for en boligpolitikk som ivaretar differensiert boligbygging slik at eldre kan flytte etter behov. Boliger og bofellesskap må ivareta møteplasser hvor innbyggere kan møtes uformelt samtidig som det ivaretar muligheter for kulturelle arrangementer. Et aldersvennlig samfunn innebærer også å tilrettelegge for gode transportordninger, universell utforming av bygninger, teknologi, transport, informasjon og fysiske omgivelser, tilrettelegge kommunale helse- og omsorgstjenester og å ha gode tilbud som holder de eldre i aktivitet.

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. Tiltak som alle tjener på kan for eksempel være benker og god belysning, offentlige toaletter, trygge gangveier til hverdagens gjøremål, kort vei til butikken og offentlige tjenester, tilrettelagte transportløsninger, brøyting og vintervedlikehold, parker og turveier som er lette å nå, eller sosiale møteplasser i lokalmiljøet.

Å planlegge for et aldersvennlig samfunn, er det samme som å planlegge for alle. Et universelt tilrettelagt nærmiljø bidrar til at flere eldre kan ferdes trygt i sitt nærmiljø, og dette er positivt for alle. Dette vil skape muligheter for nødvendig fysisk aktivitet i nærmiljøet.

Det er også viktig å tilrettelegge for frivillig innsats som mobiliserer de som har behov for fysisk, sosial eller psykisk hjelp – i alle aldersgrupper. Ensomhet er vår tids største utfordring blant gamle, og å skape innhold og mening i hverdagen for aleneboende er et viktig helsefremmende tiltak.

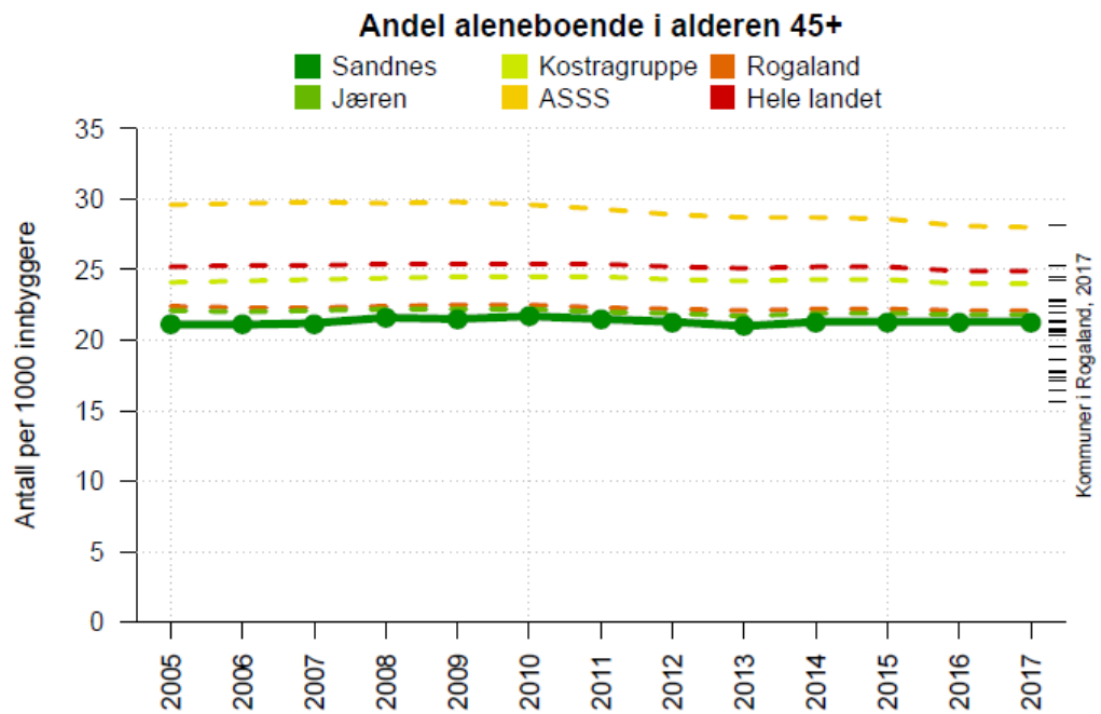
Ved en prioritering av myke trafikanter, barn og eldre vil kvaliteten ved det fysiske miljøene være bedre for alle befolkningsgrupper. Det er samfunnsøkonomisk fornuftig å prioritere annerledes enn hva som har vært tilfelle i lokalmiljøene der vi bor i dag. Målet med nærmiljøene og lokalsamfunn ut fra et folkehelseperspektiv må være at barn og unge er selvstendige og blir kjent med sine områder ut fra sine forutsetninger. Videre må det også være fokus på at den delen av befolkningen som har vært i arbeid lenge eller er pensjonert knyttes tettere til lokalmiljøet slik at de kan bli boende hjemme og selvstendig så lenge helsa tillater dette.

Kilder

- Barn i Bergen
- www.ssb.no
- Ungdataundersøkelsen 2019, KoRus
- Levekårsundersøkelsen Sandnes
- Folkehelsemeldinga 2018 – 2019 – Gode liv i eit trygt samfunn. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Folkehelsemeldinga 2015 – Mestring og muligheter
- Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken. Rapport IS-2748 (2018).
- [Kvalitetsmelding for Sandnesskolen](#), behandlet i Bystyret i juni 2019
- Ung i Rogaland – presentasjon for kommunene, KoRus 2019
- Folkehelseloven og [tilhørende elektronisk veileder til systematisk folkehelsearbeid](#).
- God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. Helsedirektoratet 2013
- www.ks.no
- www.fhi.no
- Sosiale helseforskjeller i Norge (2018). Folkehelseinstituttet.
- *Reduksjon av sosiale ulikheter i helse. Hva kan gjøres på lokalt og regionalt nivå?* Hunt forskningssenter, Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU, 2016.
- [Plan for psykisk helsearbeid - Sandnes kommune](#)
- [Byrom - En idehåndbok - Kommunal og moderniseringsdepartementet 2018](#)
- [Håndbok i aldersvennlig stedsutvikling](#) (2019) -Norske Arkitekters Landsforbund m.fl.
- [Flere stemmer, bedre by - Veileder for medvirkning i innsendte planer](#) (2019) - Oslo kommune

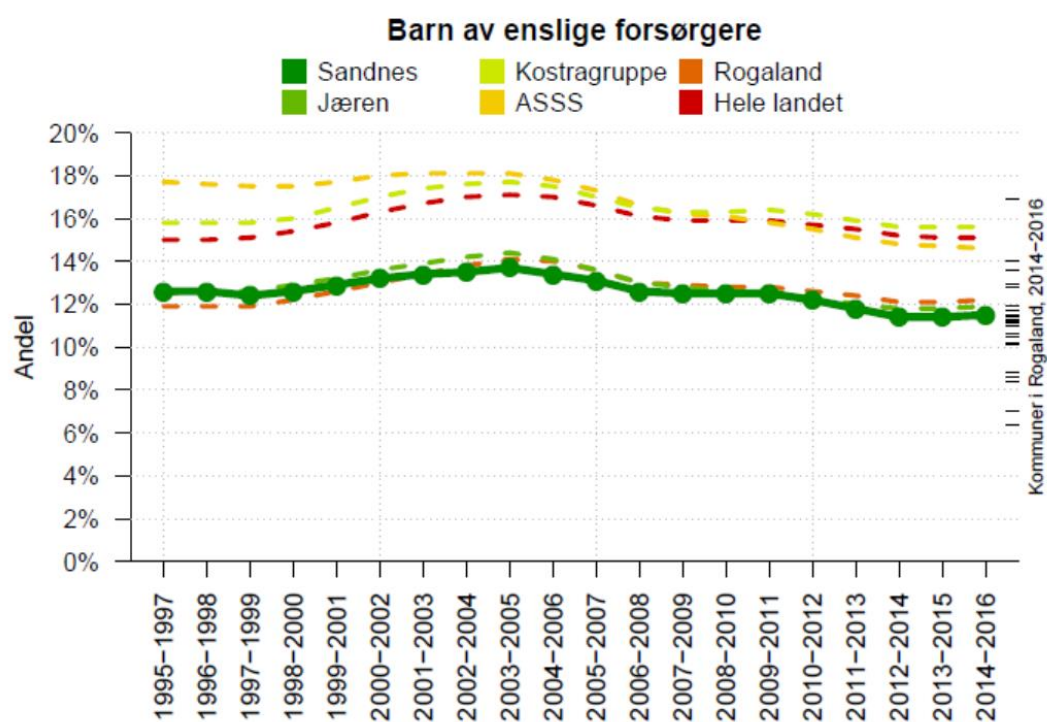
Vedlegg:

Vedlegg 1



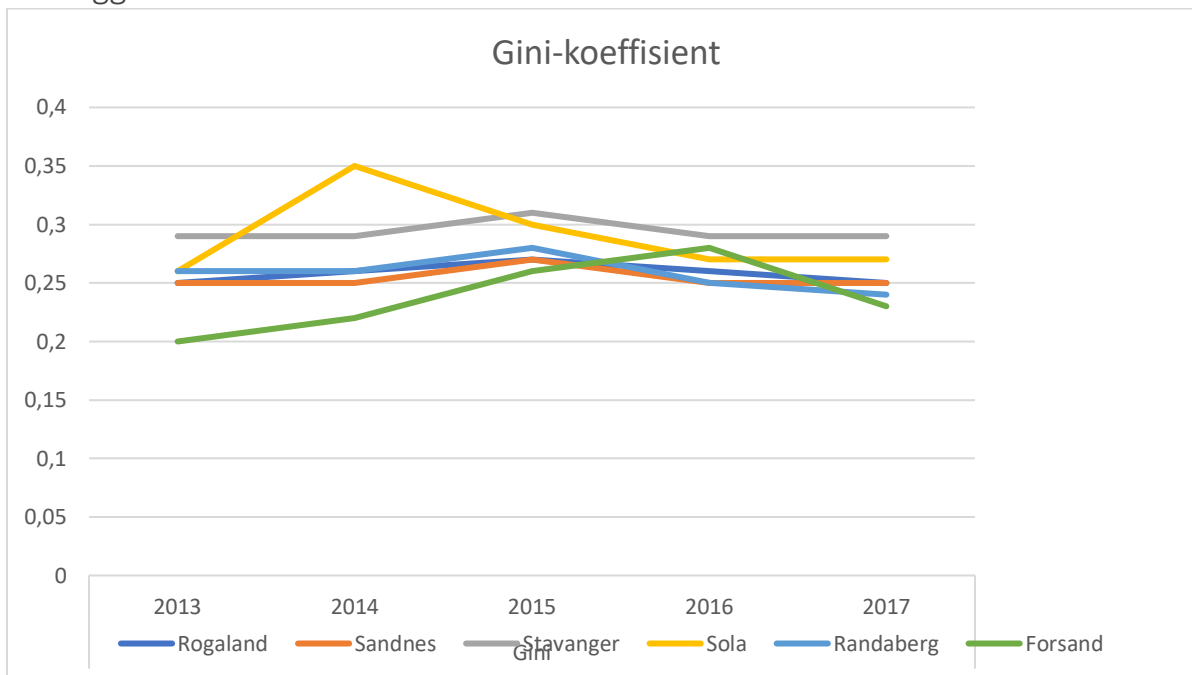
KILDE: UTVIDET FOLKEHELSEPROFIL 2018, ROGALAND FYLKESKOMMUNE, KOMMUNEHELSA STATISTIKKBANKEN/SSB

Vedlegg 2



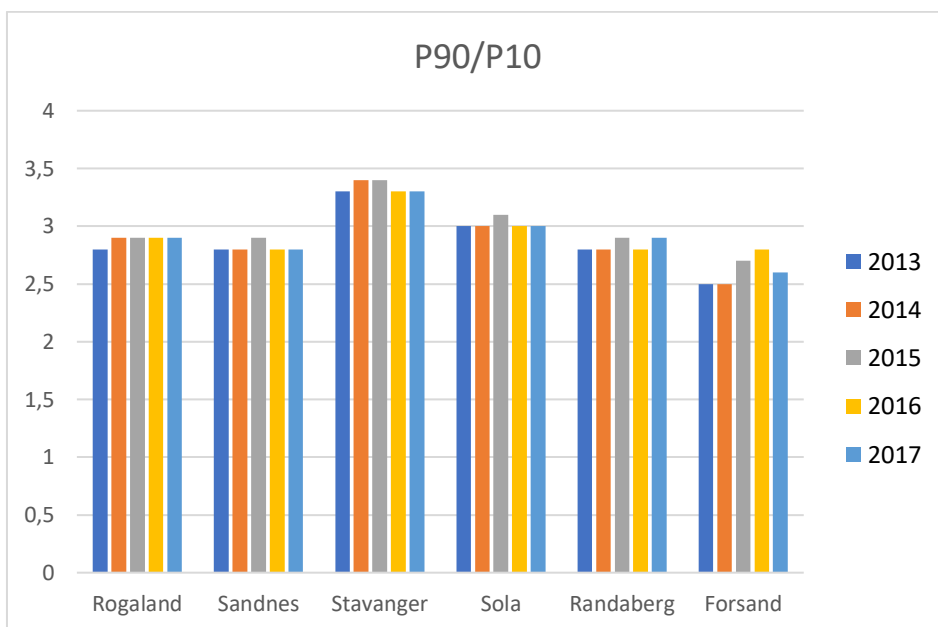
KILDE: UTVIDET FOLKEHELSEPROFIL 2018, ROGALAND FYLKESKOMMUNE, KOMMUNEHELSE STATISTIKKBANKEN/SSB

Vedlegg 3



GINI-KOEFFISIENTEN BESKRIVER INNETKTSULIKHET OG VARIERER FRA 0 TIL 1. JO STØRRE KOEFFISIENTEN ER, DESTO STØRRE ER INNETKTSULIKHETEN. KOEFFISIENTEN TAR UTGANGSPUNKT I FORHOLDET MELLOM DE KUMULATIVE ANDELNE AV BEFOLKNINGEN RANGERT ETTER STIGENDE INNETKT, OG DEN KUMULATIVE ANDELEN AV INNETKTEN SOM DE MOTTAR.

KILDE: FHI, KOMMUNEHELSE, SSB

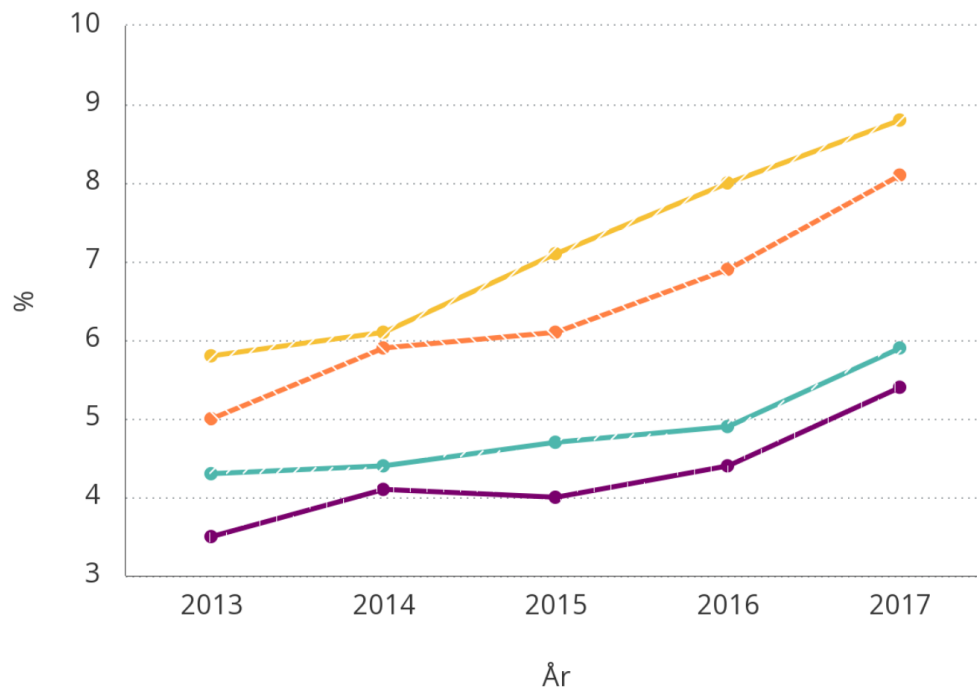


P90/P10 ER FORHOLDET MELLOM INNETKTEN TIL DEN PERSONEN SOM BEFINNER SEG PÅ 90-PROSENTILEN OG DEN SOM BEFINNER SEG PÅ 10-PROSENTILEN (ENGELSK: PERCENTILE). DETTE ER ALTSÅ INNETKTEN TIL DEN SOM HAR DEN 90 % HØYESTE INNETKTEN I BEFOLKNINGEN SAMMENLIGNET MED DEN SOM HAR DEN 10 % LAVESTE INNETKTEN. SAGT PÅ EN ANNEN MÅTE: OM MAN SORTERER 100 PERSONER STIGENDE ETTER INNETKT, ER P90/P10 FORHOLDET MELLOM INNETKTENE TIL PERSON NUMMER 90 (DEN TIENDE HØYESTE) OG PERSON NUMMER 10 (DEN TIENDE LAVESTE). KILDE: FHI, KOMMUNEHELSE, SSB

Vedlegg 4

Barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt (2017)

Sandnes Stavanger Sola Randaberg



FIGUREN VISER UTVIKLINGEN OVER TID OVER BARN HUSHOLDNINGER MED VEDVARENDE LAVINNTÉKT. KILDE: BUFDIR, SSB

Vedlegg 5

Tannhelsetall- nøkkelsårskull, Sandnes tannhelsedistrikt													
Klinikker	5 år - %dmft=0												
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Ganddal	76,3	84,5	81,2	83,8	79,8	84,7	84,4	82	87,5	85,3	85	87	
Hommersåk	83,7	84,4	81,8	78,4	72,1	70,5	90,2	85,3	89	90,2	83,2	88,3	
Lura	67,9	72,9	71,8	80,8	76,8	75,9	80,3	78,2	79,4	73,1	77,4	75,3	
Sandnes	77,2	79,4	83,8	83,9	79,3	77,2	80,6	84,9	83,6	78,8	80,7	83,3	
Ålgård	77,1	71,5	81,7	87,6	74,7	80,6	79,5	75,5	74,9	76,6	81,7	84,5	
Sandnes thd	76,4	78,5	80,1	82,9	76,5	77,8	83	81,2	82,9	80,8	82	83,7	

Klinikker	12 år - DMFT												
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Ganddal	1,7	1,3	1,4	1,2	1,2	1,2	1	1	1	0,8	0,8	0,7	
Hommersåk	1,3	1,6	2,3	1,6	1,2	1,3	1,5	1,2	1,1	1,4	0,9	1,4	
Lura	1,6	1,8	1,5	1,4	1,2	1,2	1,2	1,1	1	0,8	0,9	0,9	
Sandnes	1,7	1,6	1,5	1,4	1,6	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,8	0,8	
Ålgård	1,5	1,9	1,4	1,7	1,1	1,2	1,3	1,2	1,4	1,1	0,8	1,2	
Sandnes thd	1,6	1,6	1,6	1,5	1,3	1,2	1,2	1,1	1,0	1,0	0,8	1	

Klinikker	18 ÅR - dmft												
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Ganddal	4,9	5,1	5,2	4,7	4,6	4,6	4,9	4	4,3	3,7	3,8	3,5	
Hommersåk	6,4	5,8	5,8	6,2	5,7	6	5,1	5,1	5	3,9	3,5	4	
Lura	6,1	5,6	5,2	5,4	4,9	4,8	4,4	4,2	3,9	3,2	3,2	2,9	
Sandnes	5,4	4,7	4,8	5,2	4,7	3,9	4,1	4,5	4,2	3,5	3,8	3,1	
Ålgård	5,4	5,8	4,9	5,5	4,4	5,2	4,2	5,1	4,6	4,8	4,3	4,1	
Sandnes thd	5,6	5,4	5,2	5,4	4,9	4,9	4,5	4,6	4,4	3,8	3,7	3,5	

SIC index er gjennomsnitt DMFT i den tredjedel med høyest caries index.

SIC index
Opus> Tannhelsestatistikk
12 år

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Ganddal	3,25	3,51	3,04	3,16	3,24	2,89	2,83	2,98	2,27	2,21	1,97	
Hommersåk	3,85	5,37	3,85	3,08	3,19	3,43	3	2,94	3,36	2,62	3,78	
Lura	4,49	3,47	3,46	3,42	3,13	3,08	3,01	2,93	2,2	2,56	2,46	
Sandnes	3,8	3,54	3,41	4,15	2,78	2,88	2,64	1,96	2,18	2,22	2,17	
Ålgård	4,44	3,31	3,84	2,89	3,16	3,54	3,18	3,63	2,96	2,32	3,34	
Sandnes thd	4,0	3,8	3,5	3,3	3,1	3,2	2,9	2,888	2,6	2,4	2,7	

Klinikker	15 år, DMFT					
	2014	2015	2016	2017	2018	
Ganddal	598	433	352	343	266	
Hommersåk	209	235	244	202	183	
Lura	628	601	423	514	467	
Sandnes	780	612	551	481	531	
Ålgård	618	595	525	317	362	
Sandnes thd	566,6	495,2	419	371,4	361,8	

Klinikk	DMFT=0%												
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Gaddal	40,8	46,9	47,2	51,2	55,9	50	58,5	57,8	61,9	61,3	57,2	63,6	
Hommersåk	43,3	39	35,4	39,2	53,7	46,2	38,6	50,6	50,5	43,9	66,3	49,4	
Lura	38,6	41,2	40,9	48,6	55,6	51,5	53,6	54,2	60,7	63,2	63,2	61,2	
Sandnes	41,5	41,8	42,7	44,9	47,8	52,7	54,1	60,9	63,3	66,1	58	64,2	
Ålgård	43,9	41,3	38,9	39,1	53,6	50,5	50,9	53,3	51,8	56	63,1	56,9	
Sandnes thd	41,6	42,0	41,0	44,6	53,3	50,2	51,1	55,4	57,6	58,1	61,6	59,1	

Klinikk	DMFT=0%												
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Gaddal	12,1	11	13,4	9,6	18,3	14,2	12,7	15,6	17,9	20,9	20,4	26,6	
Hommersåk	6,7	9,1	10,9	4,1	8,3	7,8	10,5	8,9	21,7	15,2	25,6	21,6	
Lura	7,3	9,5	13,1	12,3	13,4	14,4	18,1	17,5	20,4	25,2	30,2	31,2	
Sandnes	11	14,1	12,8	12,8	17,2	21,1	19,3	17,3	19,7	21,5	23,2	25,8	
Ålgård	11,2	9,2	10	13,2	17	11,8	16,8	15,4	10,6	18,2	16,4	13,9	
Sandnes thd	9,7	10,6	12,0	10,4	14,8	13,9	15,5	14,9	18,1	20	23,2	23,8	

FOLKEHELSEPROFIL 2020

Folkehelsebarometer for kommunen

I oversikten nedenfor sammenliknes noen nøkkeltall for kommunen og fylket med landstall. I figuren og tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønnsammensetning sammenliknet med landet. Klikk på indikatornavnene for å se utvikling over tid i kommunen. I KommuneHelse statistikkbank, <http://khs.fhi.no> finnes flere indikatorer samt utfyllende informasjon om hver enkelt indikator.

Vær oppmerksom på at også «grønne» verdier kan innebære en folkehelseutfordring for kommunen, fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan være noe å strekke seg etter.

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landet som helhet
- 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

Tema	Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Sandnes
Befolkning	1 Andel over 80 år	2,9	3,5	4,2	prosent	
	2 Personer som bor alene, 45 år +	21,6	22,6	25,5	prosent	
Oppvekst og levekår	3 VGS eller høyere utdanning, 30-39 år	81	82	80	prosent	
	4 Lavinntekt (husholdninger)	6,5	6,5	7,4	prosent	
	5 Inntektsulikhhet, P90/P10	2,8	2,9	2,8	-	
	6 Barn av enslige forsargere	12	12	15	prosent	
	7 Stønad til livsopphold, 20-66 år	15	14	16	prosent (a,k)	
	8 Bor trangt, 0-17 år	15	14	19	prosent	
	9 Leier bolig, 45 år +	9,5	11	12	prosent	
	10 Trives på skolen, 10. klasse	84	84	85	prosent (k)	
	11 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	26	25	24	prosent (k)	
	12 Fratfall i videregående skole	18	17	20	prosent (k)	
	13 God drikkevannsforsyning	100	94	90	prosent	
	14 Andel tilknyttet vannverk	73	90	88	prosent	
Miljø, skader og trykkløst	15 Luftkvalitet, fint svevestøv	6	5,6	5,4	µg/m³	
	16 Skader, behandlet i sykehus	11,9	12,6	13,7	per 1000 (a,k)	
	17 Vold, anmeldte tilfeller	-	6,6	6,9	per 1000	
	18 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2019	66	66	68	prosent (a,k)	
	19 Trygt i nærmiljøet, Ungdata 2019	79	82	85	prosent (a,k)	
	20 Kollektivtilbud, Ungdata 2019	67	63	63	prosent (a,k)	
	21 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2019	63	65	65	prosent (a,k)	
	22 Ensomhet, Ungdata 2019	25	23	22	prosent (a,k)	
	23 Valgdeltakelse, 2019	63	65	65	prosent	
	24 Lite fysisk aktive, Ungd. 2019	14	14	14	prosent (a,k)	
	25 Røyking, kvinner	4,5	4,7	5	prosent (a)	
Helse og livstilstand	26 Forventet levealder, menn	80,0	79,8	79,4	år	
	27 Forventet levealder, kvinner	83,9	83,9	83,5	år	
	28 Utd.forskjeller i forventet levealder	4,6	4,8	4,9	år	
	29 Fornøyd med helse, Ungd. 2019	67	68	70	prosent (a,k)	
	30 Psykiske sympt./lidelser	148	147	154	per 1000 (a,k)	
	31 Overvekt og fedme, 17 år	21	21	23	prosent (k)	
	32 Hjerte- og karsykdom	16,5	17,3	17,4	per 1000 (a,k)	
	33 Antibiotikabruk, resepter (ny def.)	309	318	306	per 1000 (a,k)	
	34 Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år	97,6	96,7	96,0	prosent	

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

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

1. 2019. 2. 2019, i prosent av befolkningen. 3. 2018, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning). 4. 2018, alle aldre, personer som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median, og brutto finanskapital under 1G. 5. 2018, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 6. 2016-2018, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. 7. 2018, omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetsstrygd, overgangsstønad for enslige forsargere og tiltaksmottakere (individstønad). 8. 2018, trangboddhet defineres ut ifra antall rom og kvadratmeter i boligen. 9. 2018, andelen er presentert i prosent av personer i privathusholdninger. 10. Skoleårene 2014/15-2018/19. 11. Skoleårene 2016/17-2018/19. 12. 2016-2018, omfatter elever bosatt i kommunen. 13. 2018, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil levering av drikkevann. Omfatter vannverk som forsyner minst 50 personer. 14. 2018, andel av befolkningen som er tilknyttet vannverk som forsyner minst 50 personer. 15. 2018, mikrogram per kubikkmeter (µg/m³) fint svevestøv (PM2.5) som befolkningen i kommunen er utsatt for. 16. 2015-2017, inkludert forgiftninger. 17. 2017-2018, omfatter lovbrudd som politiet og påtalemyndigheten har registrert i kategorien vold og mishandling (omfatter ikke seksuallovbrudd). 18. U.skole, svært eller litt fornøyd. 19. U.skole, opplever at nærområdet er trygt på kveldstid. 20. U.skole, svært bra eller nokså bra tilbud. 21. U.skole, svarer «ja, jeg er med nå». 22. U.skole, ganske mye eller veldig mye plaget. 23. Kommunestyrevalget. 24. U.skole, fysisk aktiv (svett og andpusten) mindre enn én gang i uken. 25. 2014-2018, fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet, oppgitt i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 26./27. 2004-2018, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 28. 2003-2017, vurdert etter forskjellen i forventet levealder ved 30 år, mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 29. U.skole, svært eller litt fornøyd. 30. 2016-2018, 0-74 år, brukere av primærhelsetjenestene fastlege og legevakst. 31. 2015-2018, KMI som tilsvaret over 25 kg/m², basert på høyde og vekt oppgitt ved nettbasert sesjon 1. 32. 2016-2018, omfatter innlagte på sykehus og/eller døde. 33. 2018, 0-79 år, utleveringer av antibiotika ekskl. metenamin på resept. 34. 2014-2018. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Norsk pasientregister, Ungdataundersøkelsen fra Velferdsforskningssenteret NOVA ved OsloMet, Utdanningsdirektoratet, Vernepliktsverket, Vannverksregisteret, Medisinsk fødselsregister, Hjerte- og karregisteret, Primærhelsetjenestene fastlege og legevakst (KUHR-databasen i Helsedirektoratet), Reseptregisteret, Kreftregisteret, Meteorologisk institutt, Valgdirektoratet og Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK. For mer informasjon, se <http://khs.fhi.no>.