

Folkehelsen i Sandnes

Oversikt over helsetilstand og
påvirkningsfaktorene



Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Oppbygning av dokumentet.....	9
1.3 Kunnskapsgrunnlaget.....	10
2.0 Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene i Sandnes kommune	13
2.1 Befolkningssammensetning	13
2.1.1 Alderssammensetning	15
2.1.2 Aleneboende	17
2.1.3 Barn med enslige foreldre	18
2.1.4 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.....	19
2.1.5 Flytting og flyttetrender	21
2.1.6 Oppsummering befolkningssammensetning i Sandnes:.....	23
2.2 Oppvekst og levekårsforhold	24
2.2.1 Sosial ulikhet i helse	25
2.2.2 Folkehelse etter pandemien	35
2.2.3 Vold i nære relasjoner	36
2.2.4 Barnehagedeltakelse	37
2.2.5 Skole.....	39
2.2.6 Deltakelse i skolefritidsordning (SFO)	45
2.2.7 Barn og unges deltakelse i idrett	46
2.2.8 Barn og unges deltakelse i demokratiet	47
2.2.9 Oppsummering oppvekst og levekårsforhold i Sandnes.....	49
2.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	51
2.3.1 Nærmiljø og lokalsamfunn.....	51
2.3.2 Drikkevann.....	60
2.3.3 Støy	61
2.3.4 Luftkvalitet	61
2.3.5 Radon	62
2.3.6 Oppsummering fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø i Sandnes.....	63
2.4 Skader og ulykker.....	65
2.4.1 Innleggelse	67
2.4.2 Trafikkulykker	68
2.4.3 Drukningssulykker og svømmedyktighet	68
2.4.4 Oppsummering skader og ulykker i Sandnes	70
2.5 Helserelatert atferd	71
2.5.1 Kosthold.....	71
2.5.2 Fysisk aktivitet	75
2.5.3 Alkohol og rusmidler	78
2.5.4 Røyk og snus.....	80
2.5.5 Vaksinasjonsdekning.....	82
2.5.6 Oppsummering av helsereelatert atferd i Sandnes	84
2.6 Helsetilstand	86

2.6.1 Fastlege i Sandnes.....	87
2.6.2 Kreft, hjerte- og karsykdom	87
2.6.3 Type 2 diabetes	88
2.6.4 Kols og astma.....	89
2.6.5 Tannhelse.....	89
2.6.6 Overvekt og fedme	90
2.6.7 Muskel- og skjelettsykdommer	91
2.6.8 Antibiotikaresistens	91
2.6.9 Psykisk helse.....	91
2.6.10 Demens	94
2.6.11 Oppsummering helsetilstand i Sandnes.....	96
3.0 Sammenhenger og hovedutfordringer.....	98
3.1 Påvirkningsfaktorer for folkehelsen	98
3.2 Hovedutfordringer for folkehelsen i Sandnes.....	99
3.3 Helsefremmende perspektiv i samfunnsutviklingen.....	100
Referanseliste	102
Vedlegg 1: Levekårsundersøkelsen	105
Vedlegg 2: Tannhelsetall	108

Sammendrag

Folkehelseloven bygger på prinsippet om «helse i alt vi gjør». Det innebærer at ansvaret for befolkningens helse ikke bare ligger hos helsetjenesten, men hos kommunen som helhet. Lovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal styrke befolkningens helse, trivsel og sosiale og miljømessige forhold, samtidig som det forebygger både psykiske og fysiske sykdommer, skader og lidelser. Kommunen er pålagt å utarbeide en oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen, som skal brukes som grunnlag for all planlegging. Funnene fra denne oversikten skal danne grunnlag for å utvikle det videre folkehelsearbeidet.

Sandnes har hatt betydelig befolkningsvekst de siste årene, med en økning på 1,4 % i 2023, hovedsakelig drevet av arbeidsinnvandring. Kommune har en ung befolkning, hvor 26,6 % er under 20 år, og nettoflytting viser at Sandnes er et attraktivt bosted. En aldrende befolkning vil imidlertid føre til økt behov for tilrettelagte helse- og omsorgstjenester. Kommunen har blant annet igangsatt prosjektet «Sandnes blir eldre», som har som mål å fremme selvstendighet og aldersvennlig samfunnsutvikling.

Sandnes scorer generelt godt på levekårsindekser, men det er fortsatt inntektsforskjeller, særlig blant enslige forsørgere, hvor 29,6 % lever med lav inntekt. Det er også økende sosial ulikhet, med raskere inntektsvekst i områder med høy inntekt enn i områder med lavere inntekter. Gjennomføringsgraden i videregående opplæring er høyere i Sandnes enn landsgjennomsnittet, noe som gir gode forutsetninger for gode levekår, arbeid og inntekt. Likevel er det ulikheter, spesielt blant dem med kun grunnskoleutdanning, hvor levealderen er redusert med 5,8 år for menn og 4,1 år for kvinner sammenlignet med personer med høyere utdanning. Utenforskap blant unge i aldersgruppen 20-29 år er på 18,5 %, noe som er litt over landsgjennomsnittet.

Kostholdet i befolkningen viser sosioøkonomiske forskjeller, hvor kvinner, eldre og høyt utdannede har et sunnere kosthold enn unge voksne. Friluftsliv er den vanligste formen for fysisk aktivitet, og en stor andel av befolkningen benytter seg regelmessig av Sandnes' naturområder. Ungdom i Sandnes rapporterer om høy grad av trygghet i nærmiljøet, og befolkningen generelt er fornøyd med kultur- og fritidstilbudet. Til tross for dette uttrykker ungdommen et ønske om flere arrangementer og bedre mobilitet for å delta på aktiviteter.

Det er en generell forbedring i tannhelsen blant barn og unge, men samtidig en økning i psykiske plager, som påvirker både skolefravær og fullføring av videregående skole. Mangelen på fastleger er et nasjonalt problem som også påvirker Sandnes, og dette skaper økt press på andre helsetjenester.

Andelen med overvekt og fedme blant 17-åringene er lavere enn landsgjennomsnittet, men tilfeller av diabetes type 2 og KOLS er økende blant voksne.

Sandnes står overfor flere folkehelseutfordringer, som utenforskap, sosioøkonomiske forskjeller, psykiske helseproblemer blant unge og en aldrende befolkning. For å møte disse utfordringene er det behov for målrettede forebyggende tiltak. Kommunen må blant annet strategisk planlegge for et aldersvennlig samfunn, med fokus på helsefremmende stedsutvikling, tilpasset og universelt utformede boliger og gode transportløsninger.

De viktigste folkehelseressursene i Sandnes kommune

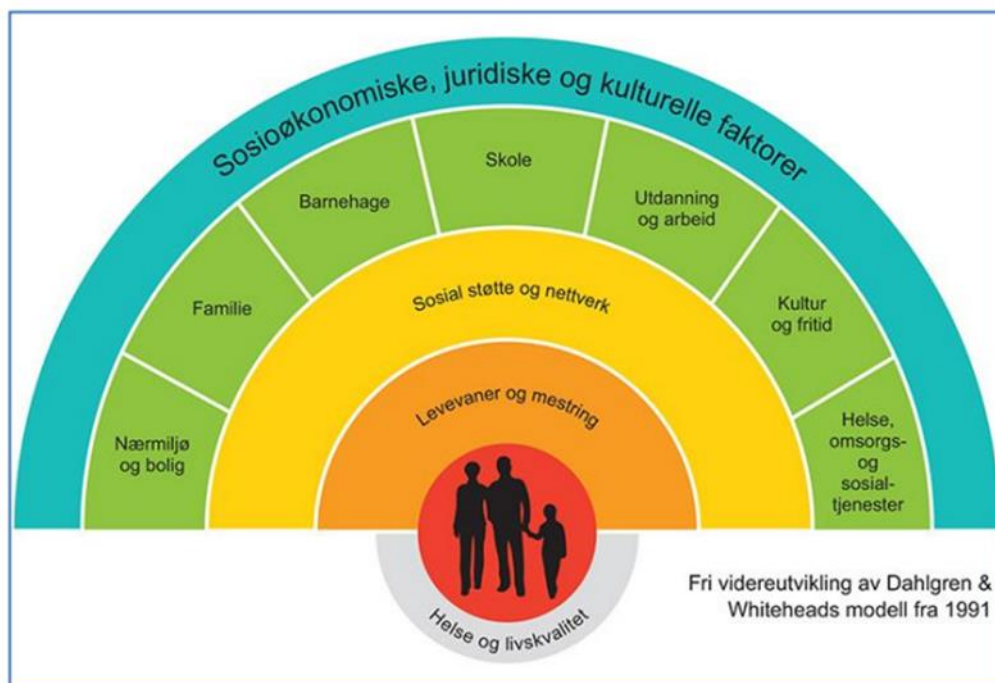
- Helsetilstanden er vesentlig god
- Høyere andel som fullfører videregående opplæring, enn resten av landet.
- God tilgang til tur og friluftsområder og kulturtilbud

De viktigste folkehelseutfordringene i Sandnes kommune

- Aldrende befolkning
- Økende sosial ulikhet
- Økende utenforskap
- Psykiske helseplager blant unge

1.0 Innledning

Den generelle helsetilstanden i befolkningen påvirkes av våre individuelle levevaner, men har også sammenheng med ytre påvirkninger som enkeltindividet ikke kan kontrollere direkte. Som boforhold, arbeidsmiljø og utdanning har innvirkning på helsen vår. I tillegg kan vi bli utsatt for helsepåvirkninger som smittsomme sykdommer, miljøgifter, og kjemikalier, enten gjennom våre omgivelser, matvarer eller forbruksprodukter. Et helhetlig folkehelsearbeid, som legger vekt på både helsefremmende og forebyggende tiltak, som krever at vi ser individet og samfunn i sammenheng, slik som figuren 1 under viser.

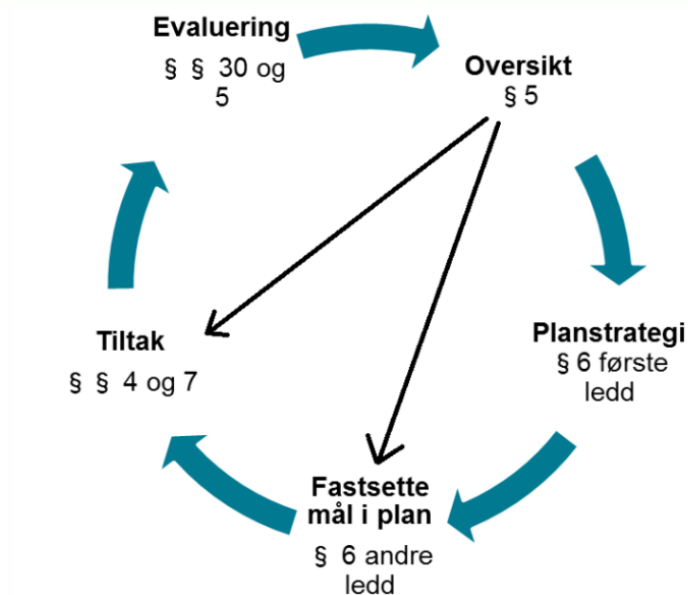


Figur 1: Illustrasjon over påvirkningsfaktorer på folkehelse, Magagaret Whitehead og Goran Dahlgren ,1991

1.1 Bakgrunn

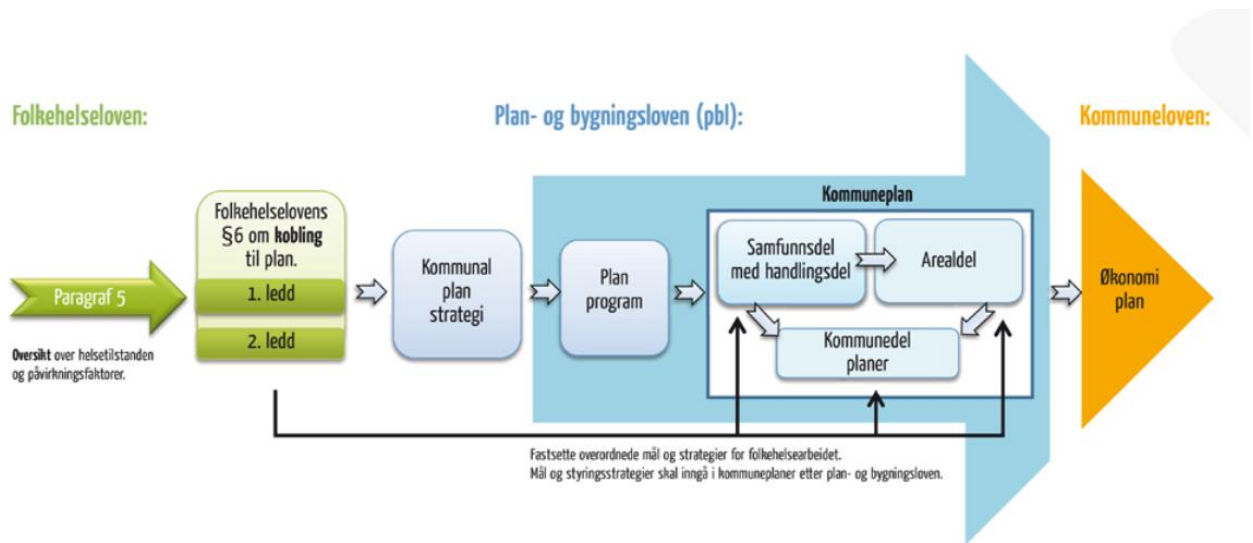
Folkehelselovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Ifølge folkehelselovens § 5 første ledd, skal kommunen ha «oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne» (Helsedirektoratet, 2019). Folkehelseloven bygger på prinsippet «helse i alt vi gjør». Det betyr at ansvaret for befolkningens helse ikke er lagt til helsetjenesten, men til kommunen som sådan. Det legges også opp til en sterkere faglig forankring av folkehelsearbeidet for å sikre bedre resultater og ressursbruk. Kommunen er derfor pålagt å utarbeide en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen. Det systematiske folkehelsearbeidet illustrert i figur 2 bygger på forskriften til loven om at kommunen skal utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år, og det skal legges til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2019).



Figur 2: Illustrasjon over det systematiske folkehelsearbeidet.

Oversiktsdokumentet etter dagens lovverk skal legges til grunn for kommunens planarbeid, slik figur 3 under viser. Dette er for å sikre at systematiske folkehelsearbeidet løftes opp på et overordnet og sektorovergripende nivå i kommunen.



Figur 3. folkehelseslovens innvirkning på kommunale planprosessen. kilde: kommunetorget.no

1.2 Oppbygning av dokumentet

Dokumentet er oppbygd etter mal for innhold i tråd med lov og forskrift og veilederen fra Helsedirektoratet (2019 Helsedirektoratet). I forskriften om oversikt over helsetilstanden skal dokumentet inneholde informasjon og vurdering om følgende tema:

- befolkningssammensetning
- oppvekst- og levekårsforhold
- fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- skader og ulykker
- helserelatert atferd
- helsetilstand

Figur 4 viser at befolkningssammensetning skal være utgangspunktet for å vurdere annen informasjon, og at oppvekst- og levekårsforhold, helserelatert atferd og fysisk- og sosialt miljø er alle eksempler på faktorer som er med på å påvirke helsetilstanden (Helsedirektoratet, 2019).



Figur 4: Hvordan temaene i oversiktsdokumentet henger sammen.

Kommunedirektøren er folkehelseansvarlig, og kommunen skal bruke alle sektorer for å fremme god folkehelse, ikke bare helsesektoren (Helsedirektoratet, 2019). I Sandnes organiseres folkehelsearbeidet gjennom en tverrfaglig folkehelsegruppe som består av representanter fra helse og velferd, kultur og oppvekst, byplan, park, idrett og vei, helsestasjon, SLT-koordinator og kommuneoverlege. Folkehelsegruppa ledes av rådgiver for folkehelse, som er plassert i avdeling for samfunnsutvikling.

1.3 Kunnskapsgrunnlaget

De viktigste kildene for data- og kunnskapsgrunnlaget til dette oversiktsdokumentet er:

- Statistisk sentralbyrå (heretter SSB).
- KOMPAS (kommunenes plan- og analysesystem), som har detaljert statistikk over samfunnsforhold for hele Norge, fylkeskommuner, kommuner og deler av kommuner.
- Levekårsundersøkelsen.
- Folkehelseprofiler, Oppvekstprofilen og annen statistikk fra Folkehelseinstituttet (heretter FHI) og kommunehelse statistikkbank.
- Folkehelseundersøkelsene i Rogaland (2020 og) 2023.
- Ungdata- og elevundersøkelsen.
- Kommunens planer og strategier.
- Folkehelse Sandnes 2020 - Helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Vedlegg til planstrategi 2020.
- Kulturundersøkelsen Nord-Jæren 2021

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

Folkehelseundersøkelsen

FHI gjennomførte folkehelseundersøkelse i Rogaland i 2020 og 2023, i samarbeid med Rogaland fylkeskommune. Det er fylkeskommunen som mottar og bearbeider dataene. Resultatene fra undersøkelsen i 2023 ble publisert 17. april 2024.

Folkehelseundersøkelsen gjennomføres for å kartlegge egenvurdert helse, livskvalitet og trivsel i fylket. Informasjonen som samles inn, er et viktig grunnlag for arbeidet innen en rekke områder i fylkeskommunen og kommunene i Rogaland. Folkevalgte og andre beslutningstakere vil få nyttig informasjon om hvordan innbyggerne opplever sin egen helse og sitt nærmiljø - og mye mer.

Hovedtemaene i undersøkelsen er:

- egenopplevde oppvekst- og levekårsforhold
- livskvalitet
- nærmiljø
- sosialt miljø
- skader og ulykker
- helserelatert adferd
- helsetilstand

Gjennomføringen er hel-elektronisk, og basert på et utvalg trukket fra folkeregisteret. Kontakten med respondentene foregår per e-post og SMS. Undersøkelsen er på bokmål og nynorsk og kan besvares fra smarttelefon, nettbrett eller PC.

[Les mer om folkehelseundersøkelser på FHI sine nettsider.](#)

Ungdataundersøkelsen

Ungdata er lokale barne- og ungdomsundersøkelser der skoleelever over hele landet svarer på spørsmål om hvordan de har det, og hva de driver med på fritiden (OsloMet, 2024).

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, risikoatferd og vold.

Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet – storbyuniversitetet har ansvar for gjennomføringen av ungdataundersøkelsene i samarbeid med landets sju regionale kompetansesentre innen rusfeltet. For Sandnes sin del er dette KORUS Stavanger.

Resultatene fra Ungdata brukes som kunnskapsgrunnlag i forebyggende ungdomsarbeid, politikktutvikling 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 bruk i det forebyggende ungdomsarbeidet og for å få oversikt på folkehelseområdet.

[Les mer om Ungdata-undersøkelsen på OsloMet sine nettsider.](#)

Elevundersøkelsen

Elevundersøkelsen til Utdanningsdirektoratet (Udir) er en årlig undersøkelse der elever får si sin mening om forhold som er viktige for å lære og trives på skolen. Undersøkelsen er 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.

[Les mer om Elevundersøkelsen på Udir sine nettsider.](#)

Levekårsundersøkelsen

Levekårsundersøkelsen 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. Sandnes kommune startet med levekårsundersøkelser i 2015. Undersøkelsen er basert på datasett fra SSB, og den blir gjennomført hvert andre år. Den siste kartleggingen ble gjennomført høsten 2023 (med data fra 2020). Hensikten er å gi et kunnskapsgrunnlag om levekårsforhold, og hvordan levekårene er geografisk fordelt i kommunen vår. Se vedlegg 1 for en oppsummering av resultatene av levekårsundersøkelsen.

Levekårsundersøkelsen inneholder sju indikatorer om befolknings sammensetning og flytting, og 13 indikatorer som gir informasjon om tre levekårskomponenter i kommunen:

- Utdanning
- inntekt
- Sosiale forhold

Kommunen er delt inn i 50 levekårssoner i undersøkelsen. Sonene er delt inn på lavest mulig geografisk nivå for å sikre statistisk holdbare resultater som samtidig ivaretar personvern. En sone omfatter alt mellom 700 og 3400 beboere. Begrunnelsen for oppdeling av bydeler i mindre levekårssoner er at dette gjør det mulig å avdekke forskjeller man ikke kan identifisere på bydelsnivå.

En oppsummering av resultatene fra levekårsundersøkelsen er presentert i vedlegg 1.

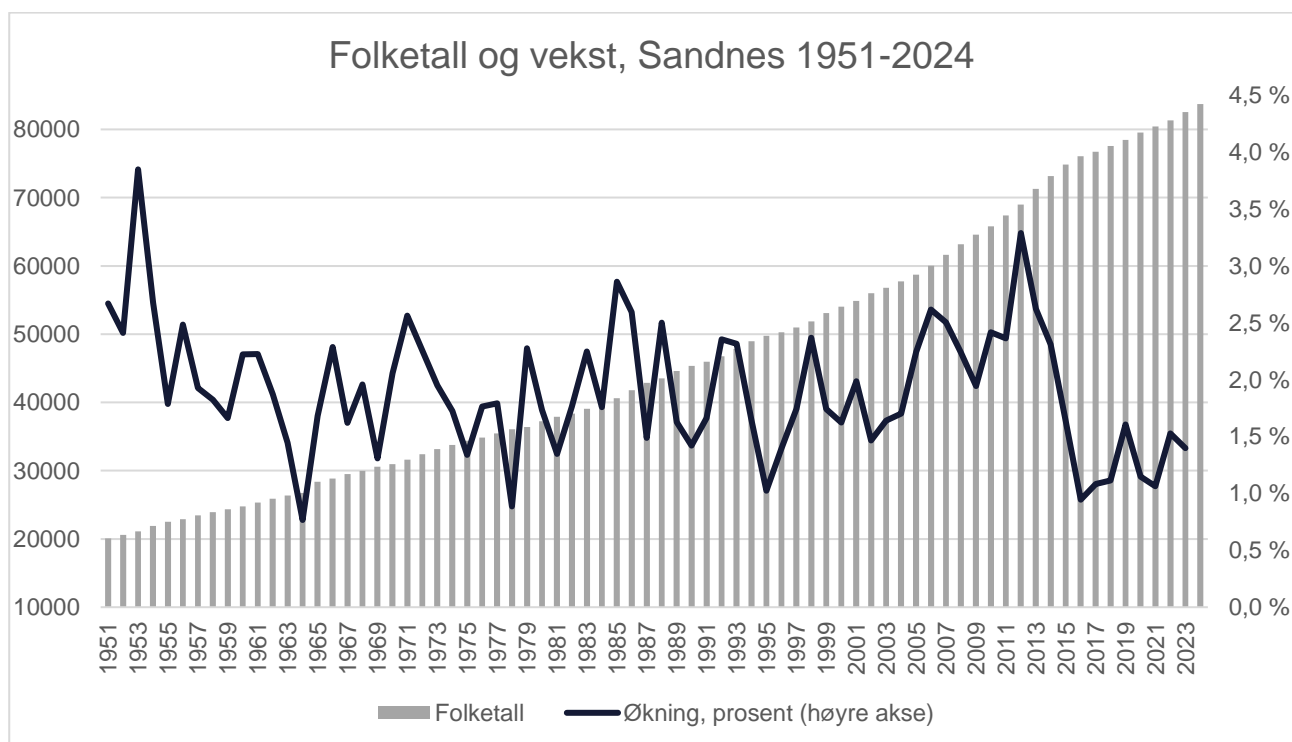
2.0 Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene i Sandnes kommune

Som vist til i innledningen skal oversikten over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene 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 KOMPAS, SSB sin statistikkbank og levekårsundersøkelsen 2022.

2.1 Befolkningssammensetning

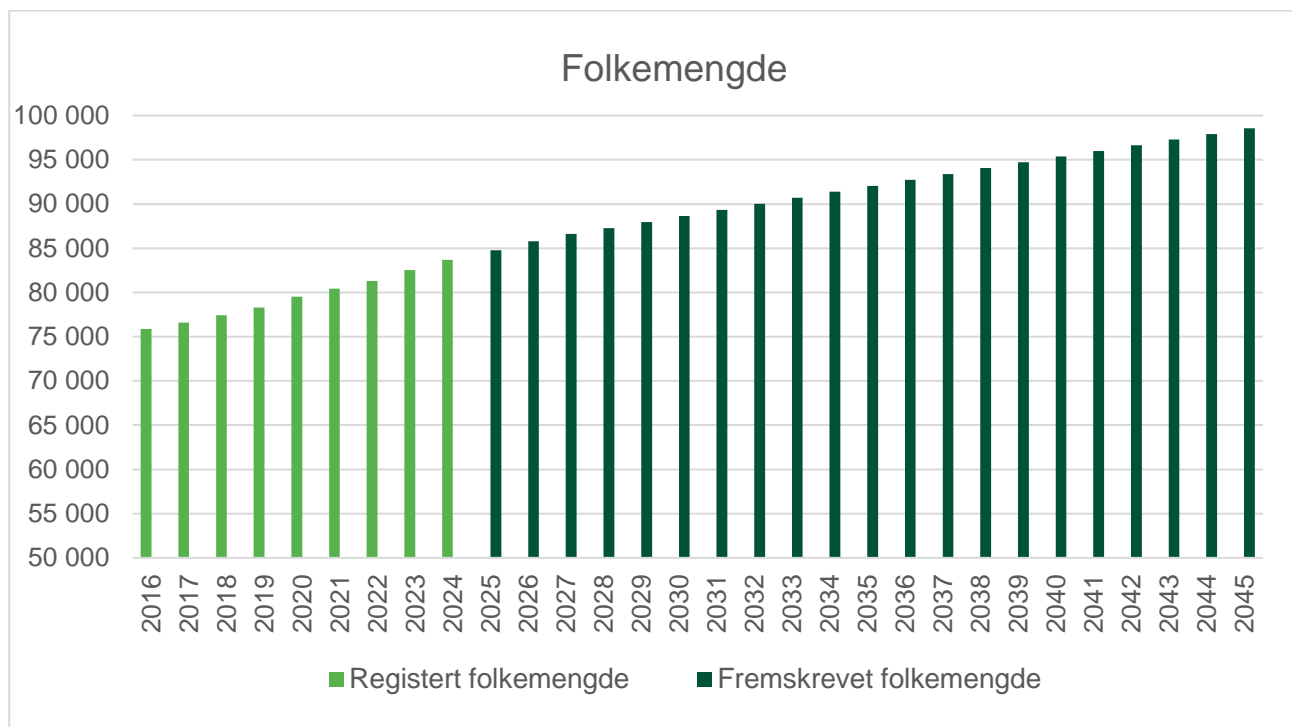
Befolkningssammensetningen kan være vesentlig i seg selv som del av utfordringsbildet for folkehelsen, men denne typen informasjon er også viktig i vurderingen av øvrig informasjon. Utviklingen i befolkningsveksten vil kunne påvirke strategiske veivalg, som inkluderer folkehelse (Helsedirektoratet, 2013).

Figur 5 viser hvordan folketallet har utviklet seg i Sandnes fra 1951 til 2024, og den årlige prosentvise økningen. Sandnes har hatt positiv vekst i hele perioden, og har kun noen få ganger hatt vekst på under 1 prosent.



Figur 5: Folketall og vekst fra 1951-2023 i Sandnes kommune. Kilde: SSB, KOMPAS.

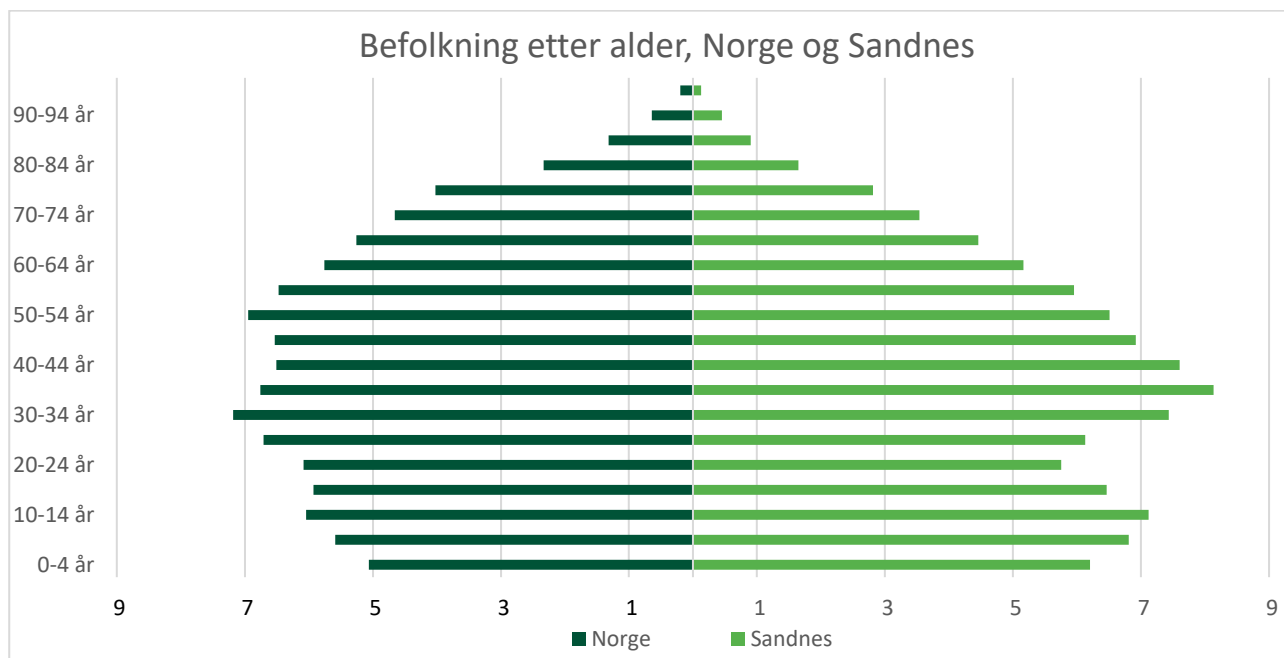
Sandnes vokste med 1,4 prosent i 2023, og 1,5 prosent i 2022. Dette er noe høyere enn forventet. Innvandring sto for mesteparten av veksten, og innvandring på grunn av krigen i Ukraina er hovedårsaken til den høye veksten (Andersen, 2023). Antall fødte i Sandnes sank i 2023 for åttende år på rad. Antall døde økte ganske markant i 2022, men gikk noe ned igjen i 2023. [Framskrivningen til Sandnes kommune legger opp til fortsatt befolkningsvekst fram mot 2045](#), men den er forventet å være på rundt 0,8 prosent i året, som er svakere enn den har vært. Grunnen til den lavere veksten er blant annet at det forventes at fødselstallene vil fortsette å være lavere enn før, og antall døde forventes å være høyere enn før. Figur 6 viser framskrivningen fra 2024.



Figur 6: Registrert folkemengde 2016-2024, framskrevet folkemengde 2025-2045 i Sandnes kommune. Kilde: SSB, KOMPAS.

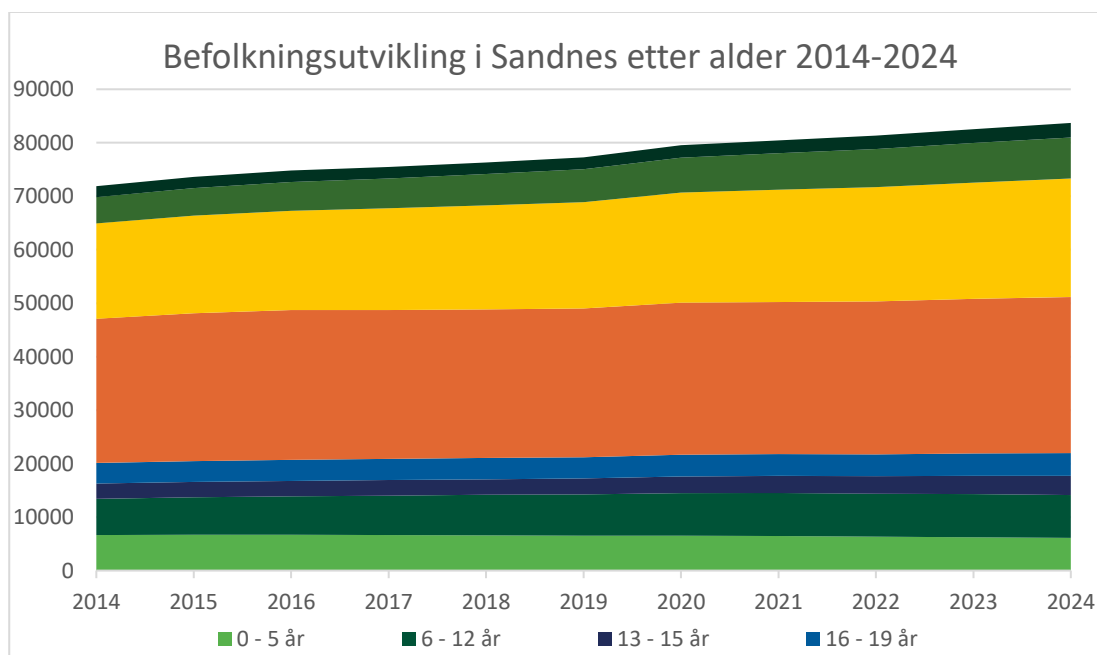
2.1.1 Alderssammensetning

Sandnes kommune har en yngre befolkning enn landet som helhet, som vist i figur 6. 26,6 prosent av Sandnes sin befolkning er under 20 år. Gjennomsnittsalderen i Sandnes er 38,1 år, mens for landet som helhet er den 41,1 år (SSB, tabell 13536).



Figur 7: Alderssammensetning i Sandnes og i Norge. 1. januar 2023. Kilde: SSB, KOMPAS.

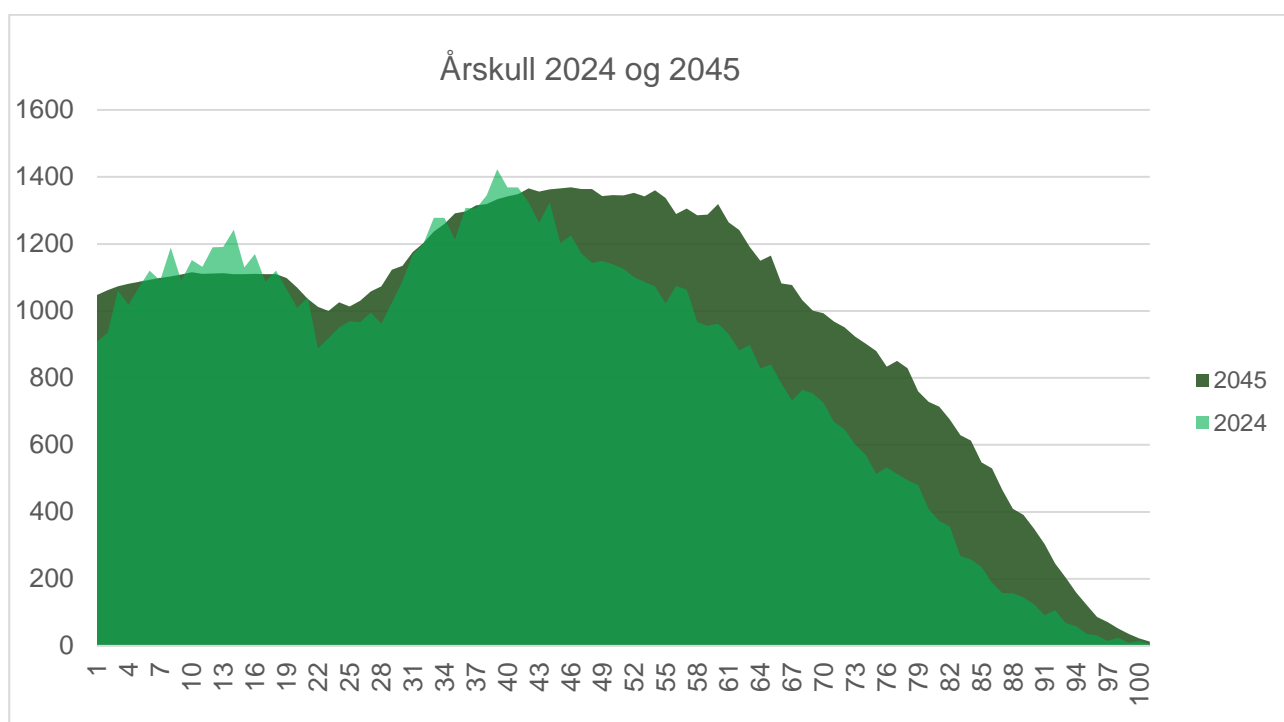
Figur 8 viser befolkningsutviklingen i Sandnes fra 2014-2024, fordelt på aldersgrupper. Selv om Sandnes har en ung befolkning, viser denne grafen at aldersgruppene fra 45 år og oppover vokser relativt mer enn de yngre aldersgruppene.



Figur 8: Befolkningsutvikling i Sandnes etter alder, 2014-2024. Kilde: KOMPAS, SSB.

Som nevnt tidligere, vil Sandnes ha folkevekst i årene som kommer. Mesteparten av denne veksten kommer sannsynlig i de eldre aldersgruppene, som betyr at Sandnes sin befolkning blir eldre. Flere og flere eldre lever gode og selvstendige liv lenge, men behovet for mer støtte vil vanligvis oppstå etter hvert. Flere eldre betyr for eksempel flere personer med demens. De vil trenge støtte både fra kommunale tjenester, og mest sannsynlig også fra familiemedlemmer. Det vil bli behov for mer arbeidskraft i helsesektoren.

Figur 9 viser befolkningen i Sandnes fordelt på årskull i 2024 og 2045. Den viser at befolkningsøkningen som er forventet fram mot 2045 vil for det meste komme i de eldre aldersgruppene. Noen av de eldste aldersgruppene kommer til å fordoble seg fra 2024 til 2045.



Figur 9: Registrert årskull i 2024 og framskrevet årskull i 2045. Kilde: SSB, KOMPAS.

Forsørgerbyrde¹ er forholdet mellom antall personer i aldre der det er vanlig å være i arbeid (20-64 år) og antallet personer som er eldre enn det. Det er et viktig mål fordi det sier noe om velferdssamfunnets bærekraft. Tabell 1 viser hvordan forsørgerbyrden forventes å utvikle seg fra 2020 til 2050 i landet som helhet og i Sandnes. Ettersom Sandnes har en ung befolkning, holder forsørgerbyrden seg noe lettere lengre i Sandnes enn i landet som helhet. Til tross for det, vil Sandnes' forsørgerbyrde være på hele 0,45 i 2050, som betyr at vi har litt mer enn to personer mellom 20-64 år for hver person 65 år og eldre.

¹ Antall personer 65 år og over/antall personer 20-64 år.

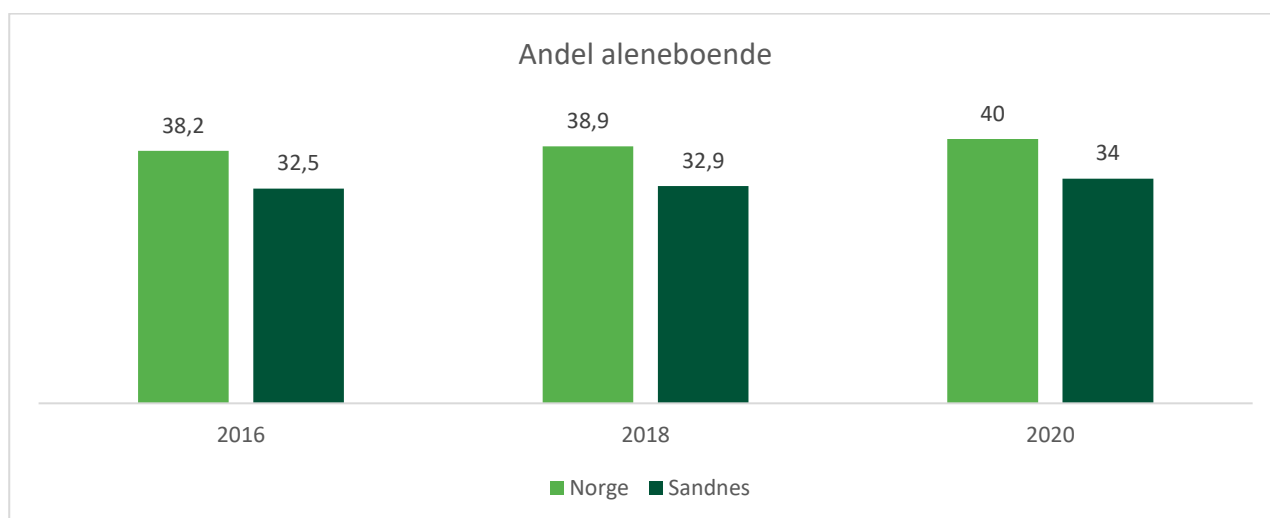
Tabell 1: Framskrevet forsørgerbyrde, hele landet og Sandnes. Kilde: SSB tabell 12981.

	2020	2030	2040	2050
Hele landet	0,30	0,37	0,45	0,51
Sandnes	0,22	0,28	0,36	0,45

For å kunne bære forsørgerbyrden, er vi avhengig av at alle som kan bidrar inn samfunnet, enten det er i arbeidslivet eller gjennom frivillig arbeid. For i fremtiden vil det være en økning i den eldre befolkningen og færre yrkesaktive. Ved at mange blir stående utenfor arbeidslivet på grunn av manglende mestring, erfaring eller riktig faglig kompetanse, vil øke forsørgerbyrden. Her må målet være tidlig innsats, inkludering i samfunnet gjennom frivilligheten og økt mestring ved å fullføre videregående skole eller høyere utdanning bli viktig i årene i fremover.

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. Ved å være aleneboende økes sannsynligheten for lavinntekt, dårligere helsetilstand og mindre sosialt samvær. Sandnes har en lavere andel aleneboende enn landet som helhet, se figur 10. Andelen aleneboende i Sandnes økte noe fra 2018 til 2020, men er fortsatt godt under andelen for landet som helhet.

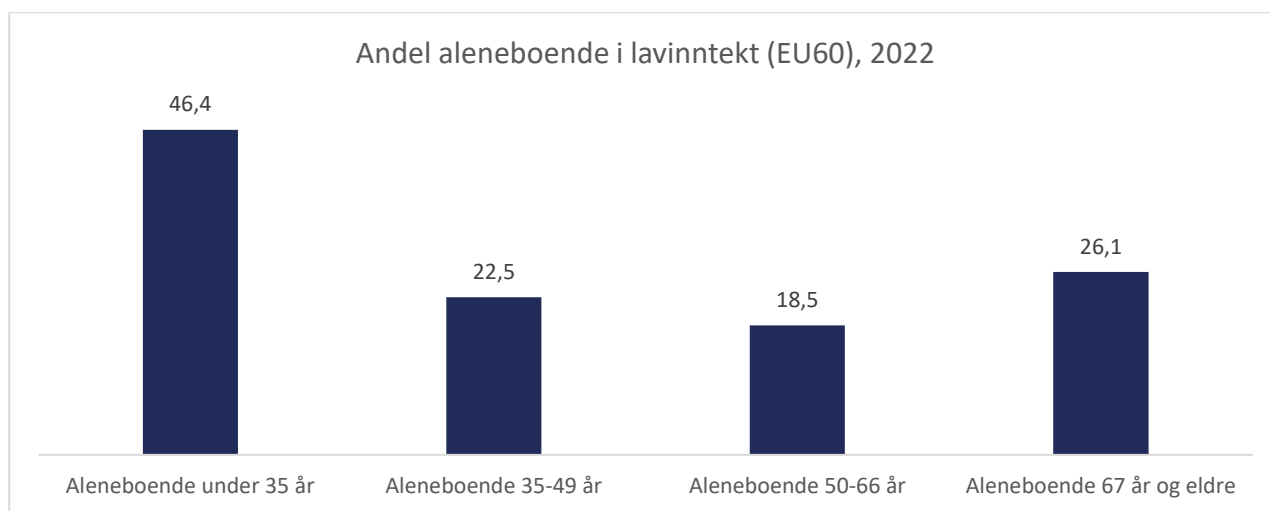


Figur 10: Andel aleneboende, Sandnes og Norge. Kilde: SSB, Levekårsundersøkelsen.

Andel aleneboende varierer mellom geografiske områder i Sandnes. Levekårsundersøkelsen viser at andelen er høyest i sentrumsområdene, i tillegg til Varatun, Nedre Hana, Aspervika og Sandvika Gramstad, og Bogafjell senter. I Langgata er hele 63,1 prosent av husholdningene aleneboende. Hommersåk er den bydelen i Sandnes med lavest andel aleneboende.

Kommunen kan påvirke befolkningssammensetningen. Politikutforming legger føringer for hvor det skal bygges, og boligens beliggenhet har 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 supplerer hjelp fra det offentlige apparatet, og at behovet for omsorgstjenester øker for eldre aleneboende.

Som nevnt over, er aleneboende mer utsatte for lavinntekt. Figur 11 viser andel aleneboende i lavinntekt (EU60)² fordelt på aldersgrupper. Aleneboende under 35 år har den høyeste andelen i lavinntekt, på nesten 50 prosent. Av de eldste aleneboende er 26,1 prosent i lavinntekt.



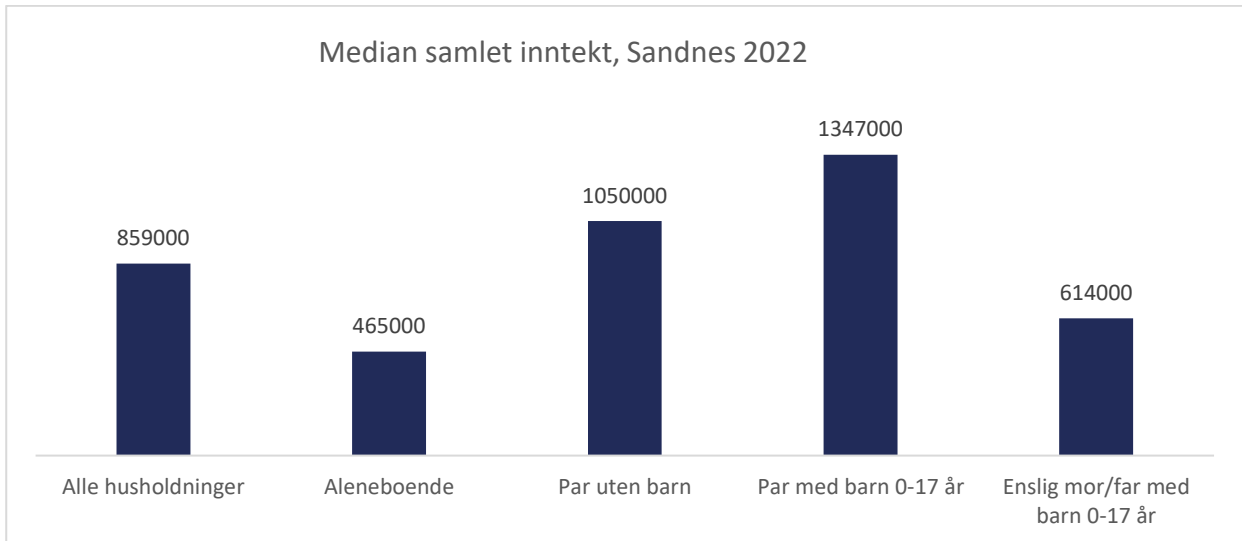
Figur 11: Andel aleneboende i lavinntekt (EU60) fordelt på aldersgrupper for landet som helhet. Aleneboende under 35 inkluderer ikke studenter som bor alene. Kilde: SSB tabell 12599.

Uføre bor oftere alene enn resten av befolkningen (Karlsen, 2023). I landet som helhet bodde rundt 21 prosent mellom 18 og 67 år alene, mens 34 prosent av uføre bodde alene. I Rogaland bor 33 prosent uføre alene, mot 17 prosent av ikke uføre. En høyere andel uføre menn bor i alene enn uføre kvinner, henholdsvis 41 prosent og 28 prosent for landet som helhet.

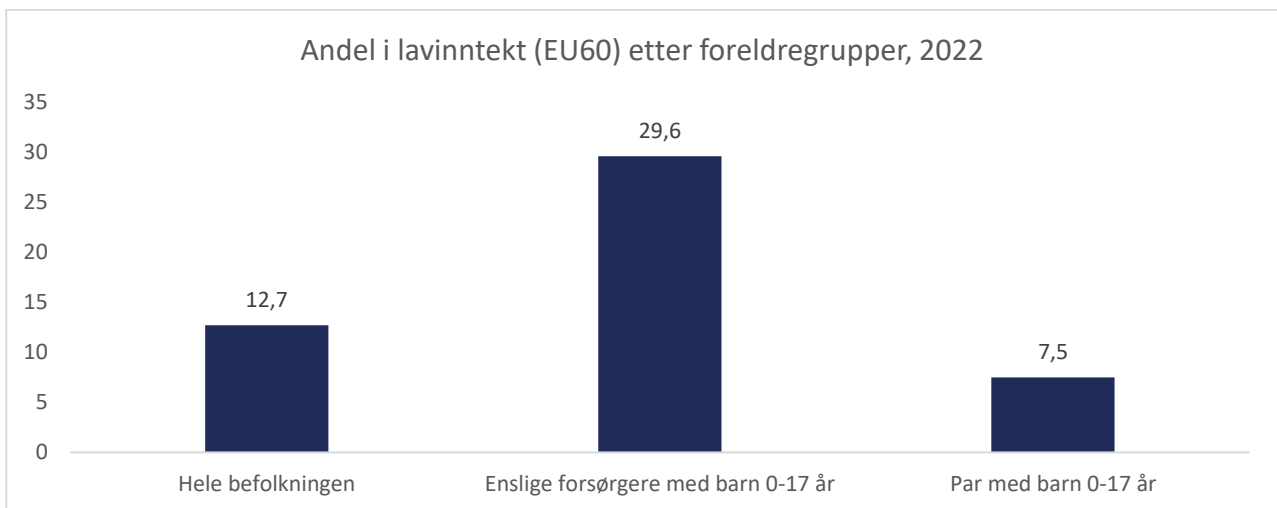
2.1.3 Barn med enslige foreldre

Barn med enslige foreldre antas å være en utsatt gruppe for sosioøkonomiske forskjeller. Enslige forsørgere er klart overrepresentert i gruppen med lavinntekt sammenlignet med husholdninger med to forsørgere. Figur 12 viser at en familie med enslig forsørger har mindre enn halvparten av inntekten til familier med to forsørgere. Figur 13 viser at 29,6 prosent av enslige forsørgere med barn mellom 0-17 år lever i lavinntekt. Til sammenligning lever 12,7 prosent av hele befolkningen i lavinntekt, og 7,5 prosent av par med barn mellom 0-17 år i lavinntekt.

² Lavinntekt (EU60) er et mål på relativ fattigdom. Husholdninger har lavinntekt dersom disponibel ekvivalensinntekt er under 60 prosent av medianinntekten (SSB).



Figur 12: Median samlet inntekt i kroner, Sandnes 2022. Kilde: SSB tabell 06944.



Figur 13: Andel i lavinntekt (EU60) fordelt på foreldregrupper for landet som helhet. Kilde: SSB tabell 12599.

Sandnes har en lavere andel barn med enslige foreldre enn for landet som helhet (Levekårsundersøkelsen, 2022). I 2020 var 16,1 prosent av alle barn, barn av enslige foreldre. I Sandnes var 13,1 prosent barn av enslige foreldre. Noen levekårssoner i Sandnes har en høy andel barn med enslige foreldre, mens andre soner har en lav andel. I sonene med høyest andel i Sandnes har nesten 1 av 4 barn enslig forsørger. I den andre enden av skalaen er færre enn 1 av 10 barn av enslig forsørger.

2.1.4 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre

Et flerkulturelt samfunn gir kommunen stort mangfold som gir 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 medfører helseutfordringer. De som nylig har innvandret mangler kanskje et sosialt nettverk. Sandnes har en høy andel innbyggere som enten har innvandret eller er barn av to foreldre som har innvandret. Som tabell 2 viser, er totalt 25,0 prosent av befolkningen i Sandnes enten innvandret, eller norskfødt barn av to foreldre som har innvandret. Til sammenligning er 18,9 prosent av befolkningen i Norge enten innvandret eller norskfødt barn av to foreldre som har innvandret.

Tabell 2: Andel av befolkningen som er innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre etter landgruppe, Sandnes, 2023. Kilde: SSB tabell 09817.

	Alle land	Norden utenom Norge, EU/EFTA, Storbritannia, USA, Canada, Australia, New Zealand	Europa utenom EU/EFTA og Storbritannia, Afrika, Asia, Amerika uten USA og Canada, Oseania utenom Australia og New Zealand, polare områder
Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre	25,0 %	10,4 %	14,6 %
Innvandrere	19,6 %	8,7 %	10,7 %

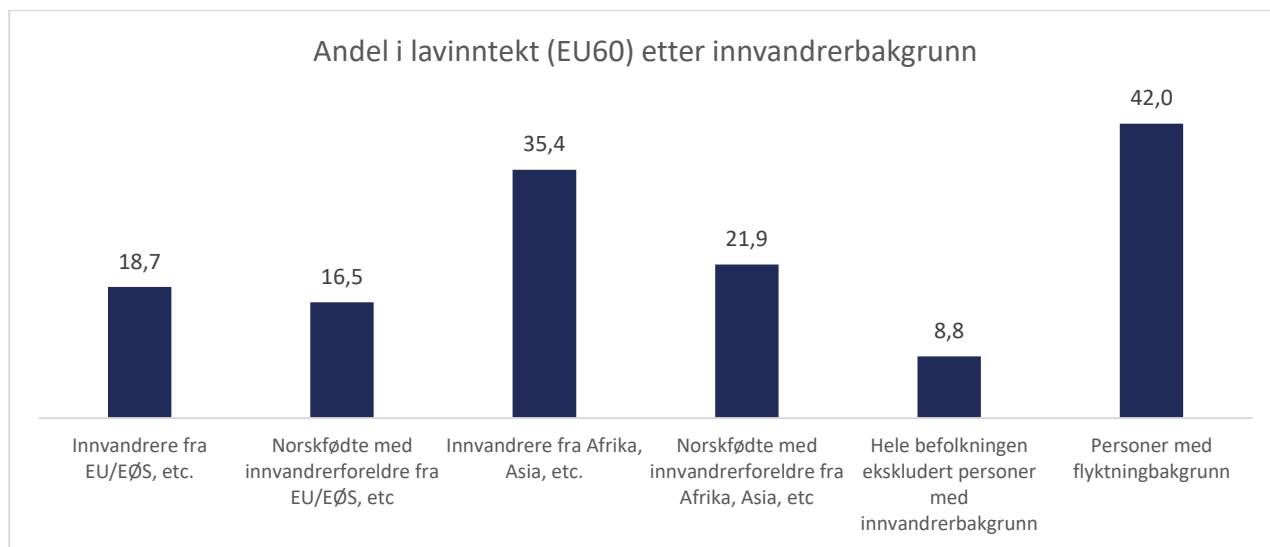
Innvandrere er overrepresentert i lavinntektsgruppen, og har statistisk sett dårligere levekår enn befolkningen som helhet innenfor områder som for eksempel sysselsetting, boligstandard og helse (Thorsen, 2019). Inkludering i arbeidsmarkedet er sterkt knyttet til konjunkturer i arbeidsmarkedet. Både flyktninger og arbeidsinnvandrere er særlig sårbare grupper i et svakt arbeidsmarked. I en pressemelding fra juni 2024, rapporterer NAV at arbeidsledigheten er på svak vei oppover, og at det er noe de forventer vil fortsette utover høsten 2024 (NAV, 2024a). I stor grad skyldes den økte ledigheten at flere Ukrainske flyktninger har registrert seg som arbeidsledige etter å ha fullført introduksjonsprogrammet. Alt i alt utgjorde personer med innvandrerbakgrunn 57 prosent av de helt ledige i Rogaland.

Figur 14 viser andel som lever i lavinntekt etter innvandrerbakgrunn i Norge. Hele 42,0 prosent av personer med flyktningbakgrunn lever i lavinntekt, og det gjør også 35,4 prosent av personer som har innvandret fra Afrika, Asia, etc.³. Selv om en lavere andel av de som har innvandret fra EU/EØS, etc.⁴ lever i lavinntekt enn personer fra Afrika, Asia etc. og personer med flyktningbakgrunn, er 18,7

³ Landbakgrunn fra Afrika, Asia, Latin-Amerika, Europa utenom EU/EØS, Sveits og Oseania utenom Australia og New Zealand.

⁴ Landbakgrunn fra EU/EØS, Sveits, USA, Canada, Australia og New Zealand.

prosent fortsatt mer enn dobbelt så høyt som for personer som ikke har innvandrerbakgrunn, hvor 8,8 prosent lever i lavinntekt. Norskfødte med innvandrerforeldre er også mer utsatt for lavinntekt enn befolkningen uten innvandrerbakgrunn, og de med innvandrerforeldre fra Afrika, Asia, etc. er mer utsatt (21,9 prosent) igjen enn de med innvandrerforeldre fra EU/EØS, etc. (16,5 prosent).

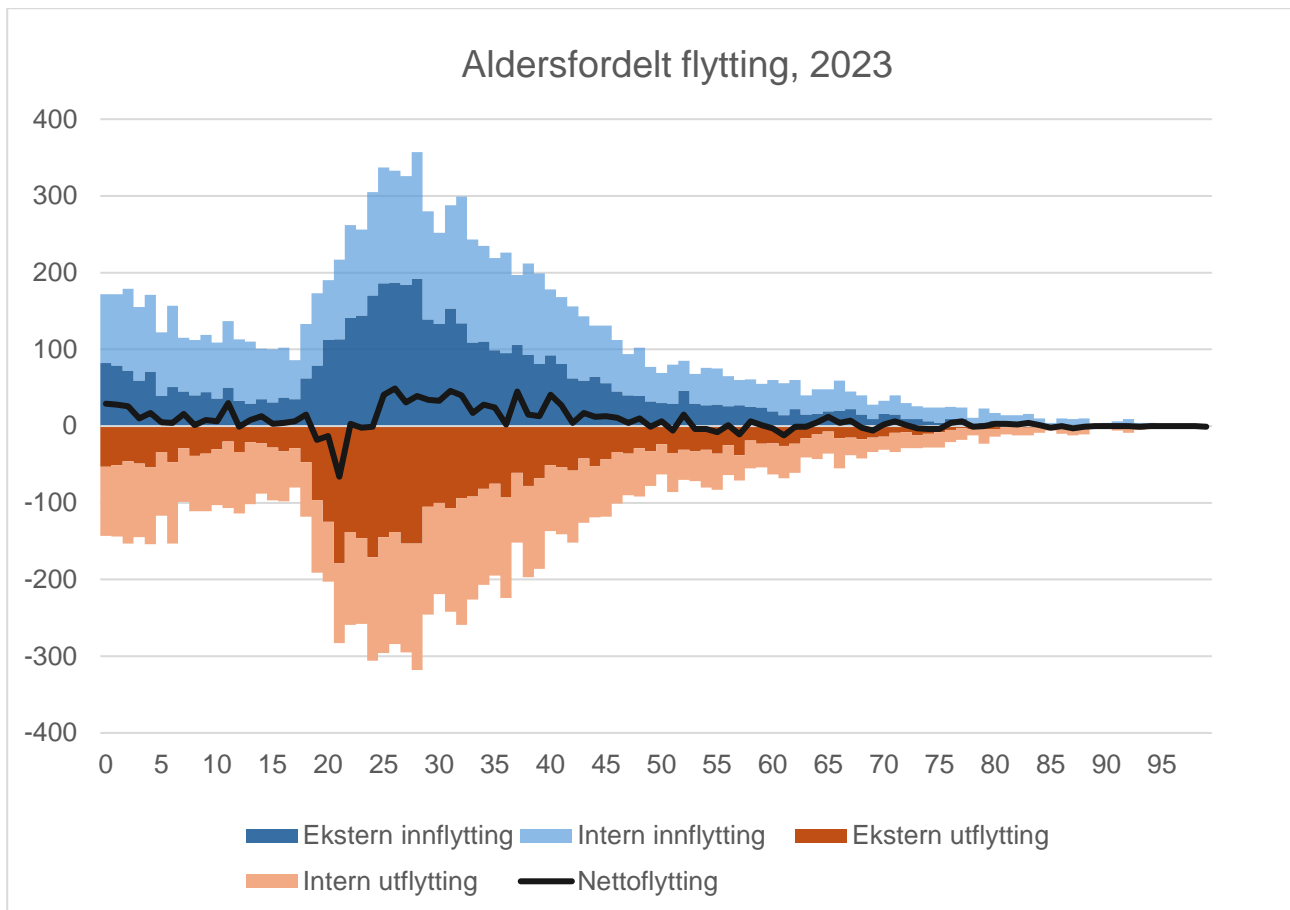


Figur 14: Andel i lavinntekt (EU60) fordelt på innvandrerbakgrunn for landet som helhet. Kilde: SSB tabell 12599.

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 15 viser aldersfordelt flytting i Sandnes i 2023. Ekstern innflytting er de som flytter til Sandnes fra andre kommuner eller utlandet, og ekstern utflytting er de som flytter fra Sandnes til en andre kommuner eller utlandet. Intern flytting er de som flytter innad i kommunen. Figuren viser hvilke aldersgrupper som flytter mest og minst. Det er vanlig at de som er i 20-årene og 30-årene flytter mest, og at flyttingen avtar etter hvert som folk blir eldre. De aller yngste flytter også en del, men gjerne mindre etter skolestart.



Figur 15: Aldersfordelt flytting, Sandnes, 2023. Kilde: KOMPAS, SSB.

I 2023 flyttet 5910 personer innad i Sandnes. 4832 personer flyttet til Sandnes fra andre kommuner eller utlandet, og 4094 personer flyttet fra Sandnes til andre kommuner eller utlandet. Det betyr at Sandnes hadde positiv nettoflytting⁵ på 738 personer i 2023. Sandnes har som regel hatt positiv nettoflytting, men nettoflyttingen påvirkes av hendelser utenfor Sandnes sin kontroll, som betyr at den er usikker. Eksempler er krig som fører til økt antall flyktninger, og oljepriser som kan føre til høy tilflytting eller utflytting av utenlandsk arbeidskraft. Nettoflyttingen er forventet å ligge på rundt 300 personer i året fra 2027 av. Fram til 2027 er den forventet å ligge på et høyere nivå.

Levekårsundersøkelsen (2022) viser at levekårssoner i eller nært sentrum har størst utflytting og barneutflytting (0-5 år). Langgata har en utflyttingsandel på hele 21,6 prosent, og en barneutflyttingsandel på 38,2 prosent. Forsand, Høle og flere levekårssoner på i Riska bydel har lav andel utflytting og barneutflytting. Dette viser et kjent mønster i større byer – det er mest flytting i de mest sentrale områdene og minst flytting i de minst sentrale områdene.

⁵ Ekstern innflytting minus ekstern utflytting.

2.1.6 Oppsummering befolknings sammensetning i Sandnes:

Befolkningsvekst:

- Sandnes har hatt høy befolkningsvekst over flere år, med en økning på 1,4 % i 2023 og 1,5 % i 2022, noe som fortsatt er over forventet nivå. Veksten er drevet av arbeidsplassetableringer som tiltrekker seg tilflyttere i arbeidsfør alder, ofte med barn.
- Kommunen har hatt en positiv nettoflytting, noe som reflekterer Sandnes' attraktivitet som bosted.
- Sandnes har en yngre befolkning enn landet for øvrig, med 26,6 % under 20 år og en gjennomsnittsalder på 38,1 år. Byen har også en mangfoldig befolkning, med innbyggere fra mange ulike land.
- Selv om fødselstallene har falt for åttende år på rad, var nedgangen fra 2022 til 2023 mindre markant enn tidligere. Den lave fødselsraten forventes imidlertid å vedvare. Samtidig økte dødsraten betydelig i 2022, men det var en liten nedgang i 2023. Antallet dødsfall forventes å øke, noe som vil påvirke befolkningsveksten fremover.

Aldrende befolkning:

- Selv om mange eldre i Sandnes lever selvstendige liv over lengre tid, vil behovet for helse- og velferdstjenester øke i årene som kommer, spesielt med tanke på den økende forekomsten av demens. Dette vil føre til et økt behov for arbeidskraft i helsesektoren, samt støtte fra andre kommunale tjenester, frivillige og pårørende. For å møte disse utfordringene må kommunen strategisk planlegge for et aldersvennlig samfunn, med fokus på tilstrekkelige boliger, arbeidskraft og helsefremmende stedsutvikling.
- Kommunen har igangsatt prosjektet «Sandnes blir eldre», som fokuserer på at eldre skal være selvstendige og bo hjemme så lenge som mulig. Kommunens innsats skal støtte dette gjennom hjelp til selvhjelp, tilpassede tjenester og en aktiv boligpolitikk.

God levekårsindeks:

- Sandnes skårer generelt godt på levekårsundersøkelser. Mange husholdninger i kommunen har stabile og trygge levekår, noe som er gunstig for den generelle folkehelsen.

Lavinntekt blant enslige forsørgere:

- Enslige forsørgere har betydelig lavere inntekt enn familier med to forsørgere. Hele 29,6 % av enslige forsørgere med barn i alderen 0-17 år lever i lavinntekt, sammenlignet med 12,7 % av hele befolkningen og 7,5 % av par med barn i samme aldersgruppe.

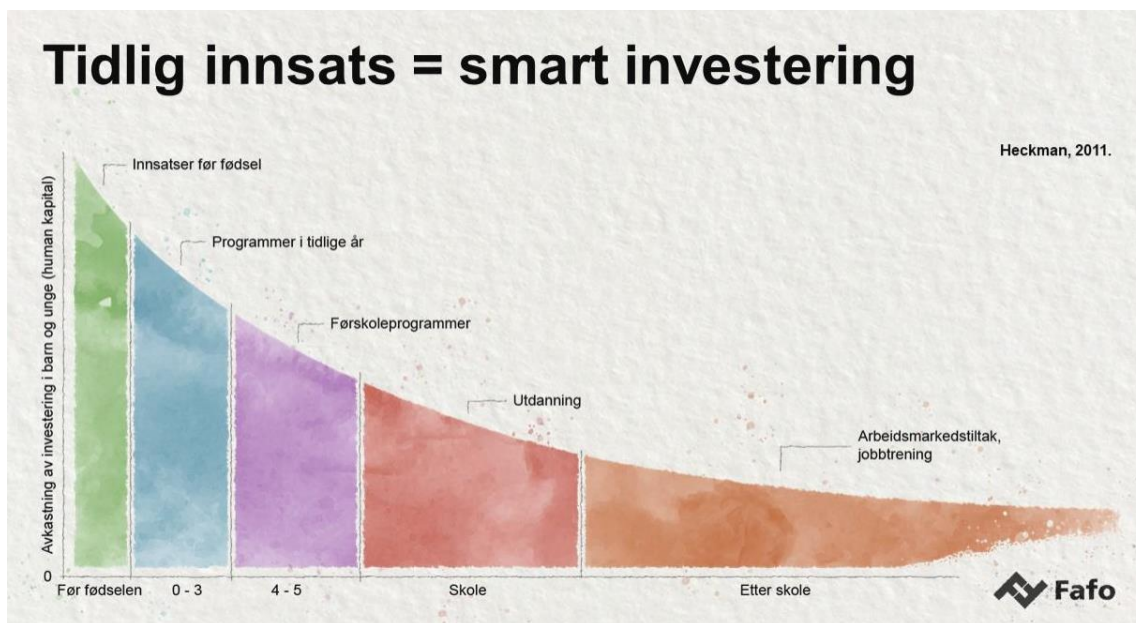
2.2 Oppvekst og levekårsforhold

Oppvekst- og levekårsforhold har stor betydning for innbyggernes helse. Gode oppvekst- og levekår er selve grobunnen for å jevne ut ulikheter i helse og sosioøkonomisk status. Det er en sterk sammenheng mellom helse og sosioøkonomiske forhold, inntekt og utdanning. Denne sammenhengen følger ofte oss fra starten av livet til slutt. Statistisk sett har personer med høy inntekt og høy utdanning bedre helse, og lever lengre, enn personer med lavere inntekt og utdanning. Å legge til rette for at alle barn i kommunen får en god og trygg oppvekst er i seg selv et mål. De fleste barn vil utvikle seg og lære i takt med egne evner og ressurser om de lever under gode levekår. Trygge omsorgspersoner vil være sentralt for at barn og unge lære seg å mestre motstand og utfordrende opplevelser. Barn med foreldre som ikke klarer å gi tilstrekkelig omsorg eller følge opp barnets behov, barn som lever med vedvarende lavinntekt i familien, barn som opplever andre belastninger som mobbing, vold og overgrep og barn som opplever dårlig miljø i barnehage og skole, har økt risiko for å utvikle psykiske plager, sosial mistilpasning og utenforskap senere i livet (KS, 2023).

Familien er den helt sentrale rammen for barn, emosjonelt og materielt. Etter hvert blir barnehage og skole viktigere arenaer for utvikling, læring og utfoldelse. Familien, barnehagen og skolen skal sørge for trygghet og gode muligheter for sosial og emosjonell utvikling og læring på ulike plan (FHI, 2024a).

Med kunnskap om risikofaktorer, omfang, hvem som rammes og hvordan, kan samfunnet bedre legge til rette for at flest mulig barn skal vokse opp med best mulige levekår og betingelser. Det er viktig å jobbe med hvordan vi kan redusere risikofaktorer og de negative virkningene av disse, og fremme betydningsfulle beskyttelsesfaktorer i barns liv (FHI, 2024a). Barn fødes inn i sosioøkonomiske risikofaktorer for utenforskap. De første årene, inkludert livet i magen, vil påvirke senere erfaringer og opplevelser. Derfor har tiltak tidlig i livet den største samfunnsøkonomiske gevinsten, som illustrert i figur 15 (KS, 2023).

Tidlig innsats = smart investering

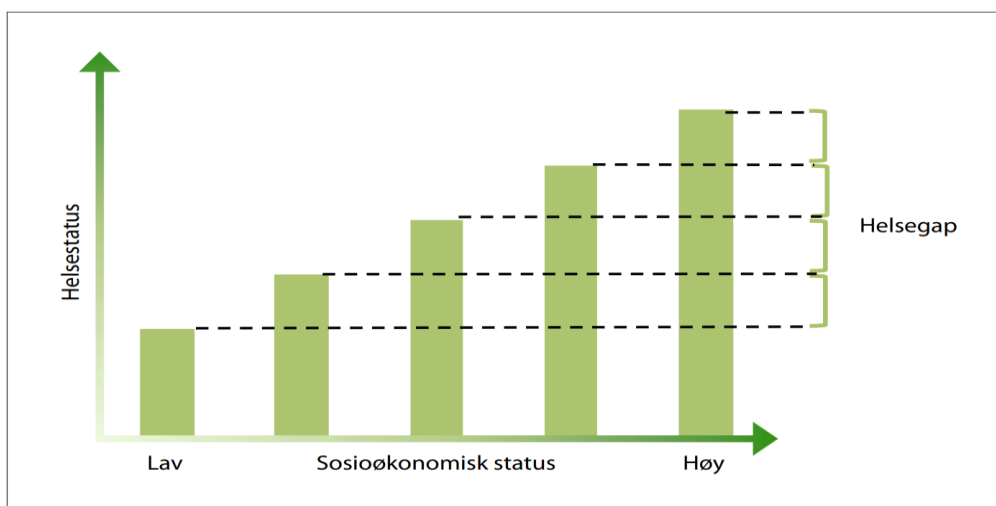


Figur 16 Tidlig innsats = smart investering (Heckman, 2011). Illustrasjon hentet fra presentasjon til Anne-Kristin Imenes for KORUS-SØR holdt på Statsforvalteren sin inspirasjonssamling om plan for forebygging av omsorgssvikt og atferdsvansker 18. april 2023.

Oppveksten kan dermed ha konsekvenser for hvilke levekårsforhold personer lever under senere i livet. Med levekår menes de ytre betingelsene mennesker lever under, og hvilke muligheter situasjonen de lever i gir til å leve et godt liv (Store norske leksikon, 2024). Eksempler på gode levekår er at man har god helse, en god bolig, og god kontakt med familie og venner. En jobb som gir en god inntekt, er et annet eksempel. På den andre siden er eksempler på dårlig levekår at man er fattig og arbeidsledig, og at man lever i et område med mye støy, luftforurensing og kriminalitet (Store norske leksikon, 2024). Andre eksempler på dårlige levekår er psykisk og fysisk uhelse (SSB, 2017).

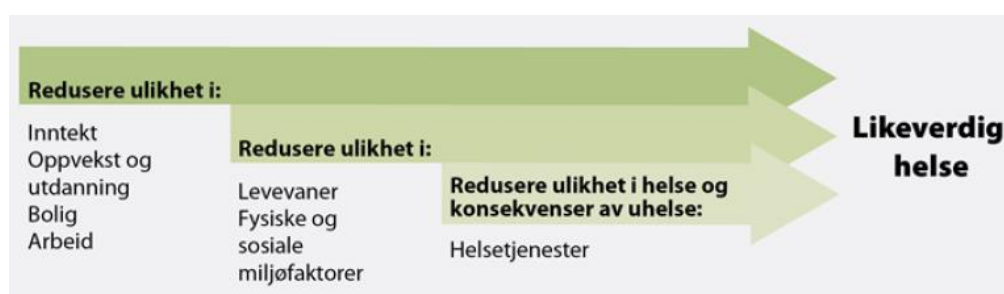
2.2.1 Sosial ulikhet i helse

Sosial ulikhet påvirker helse (Helsedirektoratet, 2018). Sosiale ulikheter i helse er systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier, særlig yrke, utdanning og inntekt. De som har lang utdanning og god økonomi, lever lenger og har færre helseproblemer enn de som har kortere utdanning og dårligere økonomi, statistisk sett. Disse forskjellene danner en gradient gjennom befolkningen, som illustrert av figur 17. Det vil si at det er en lineær sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse: litt bedre sosioøkonomisk status gir litt bedre helse, statistisk sett. Dette gjelder gjennom hele inntektsskalaen, som betyr at de nest fattigste har litt bedre helse i snitt enn de fattigste, og de aller rikeste har litt bedre helse enn de nest rikeste. Dette gjelder også for utdanningslengde. Sosial ulikhet i helse er sosialt skapt, og mulig å gjøre noe med.



Figur 17: Helsegradienten - et allment mønster. Kilde: Helsedirektoratet.

De sosioøkonomiske faktorene, som arbeid og økonomi, er et uttrykk for en tilgang til ressurser som gir bedre helse. Disse ressursene er både psykososiale og materielle. Figur 18 viser områder der innsats kan redusere sosiale helseforskjeller.



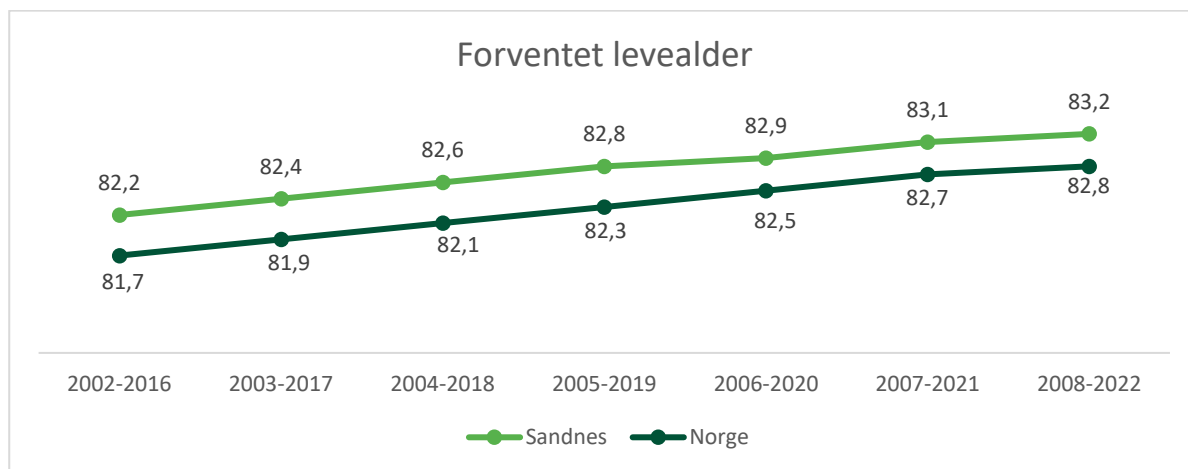
Figur 18: Årsakskjeden og eksempler på områder der innsats kan redusere sosiale helseforskjeller, lengst til venstre de grunnleggende faktorene som påvirker hele årsakskjeden. Kilde: Folkehelse rapporten 2018.

Kommunen har tilgang til flere virkemidler som har betydning for utjevning av sosial ulikhet i helse. Kommunen er planmyndighet etter plan- og bygningsloven, samfunnsutvikler, ansvarlig for helse og omsorgstjenester, eier av skoler og barnehager, og mer til. Dette gir kommunen mulighet til å utjevne sosial ulikhet i helse. Kommunen kan benytte både universelle tiltak og målrettede tiltak. Universelle tiltak er tiltak som er rettet mot hele befolkningen, mens målrettede tiltak er rettet mot utsatte grupper.

Forventet levealder

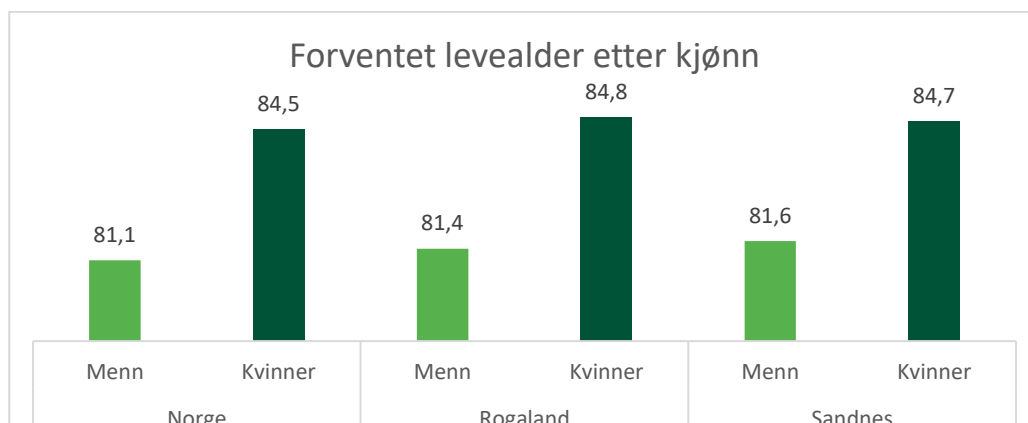
Forventet levealder kan gi informasjon om dødeligheten og helsetilstanden i befolkningen (Tønnesen, 2024). Det kan også si noe om sosial ulikhet, ettersom ulike grupper i samfunnet har ulik forventet levealder. Det er et godt mål for å følge utvikling over tid. Forventet levealder i Sandnes ved 30 års alder er 83,2 år. Som figur 19 viser, har forventet levealder i Sandnes økt over de siste årene, og den er noe høyere enn forventet levealder i landet som helhet. I Norge er forventet levealder ved 30 års alder

82,8 år. Det er forskjeller i forventet levealder mellom kvinner og menn. Forventet levealder øker for både kvinner og menn, og økningen er størst hos menn. Dermed blir forskjellene mindre.



Figur 19: Forventet levealder ved 30 års alder i Sandnes og Norge. Statistikken viser et gjennomsnitt på 15 år over tid. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank.

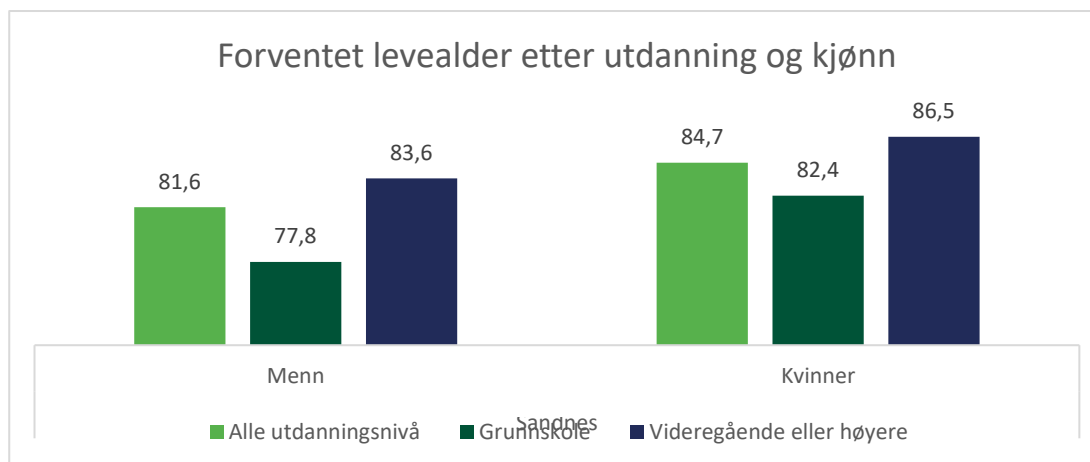
Figur 20 viser forskjellen mellom forventet levealder for kvinner og for menn, i Norge, Rogaland og Sandnes. I Sandnes er forskjellen på rett over tre år. Tall fra 2002-2016 viser en forskjell på nesten fire år mellom kvinner og menn i Sandnes. Dermed har forskjellen minsket over de siste årene, ettersom forventet levealder har økt mer for menn enn for kvinner.



Figur 20: Forventet levealder ved 30 års alder etter kjønn for Norge, Rogaland og Sandnes. Statistikken viser et gjennomsnitt på 15 år, fra 2008-2022. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank.

Forventet levealder for ulike utdanningsgrupper kan si noe om sosial ulikhet. Figur 21 viser forventet levealder etter utdanning og kjønn i Sandnes. I Sandnes er forventet levealder for menn som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå 5,8 år lavere enn menn som har fullført videregående eller høyere utdanning. Tilsvarende gap for kvinner er 4,1 år. På landsbasis er gapet i levealder 5,4 år for

menn og 4,7 år for kvinner⁶. Dette er et eksempel på at samfunnskapte forskjeller (utdanningsnivå) påvirker helse. Samfunnsskapte forskjeller kan forebygges, ettersom de oppstår som et resultat av hvordan goder fordeles i samfunnet.



Figur 21: Forventet levealder ved 30 års alder etter kjønn og utdanningsnivå i Sandnes. Statistikken viser et gjennomsnitt på 15 år, fra 2008-2022. Kilde: Kommunehelse statistikkbank.

Inntekt

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. God økonomi gir tilgang til bolig, rekreasjonsmuligheter, et næringsrikt kosthold og helsetjenester. Økonomi påvirker også psykososiale forhold som stress og mestring. Inntektsulikheten i Norge er lav sammenlignet med andre land, men det finnes fortsatt ulikhet.

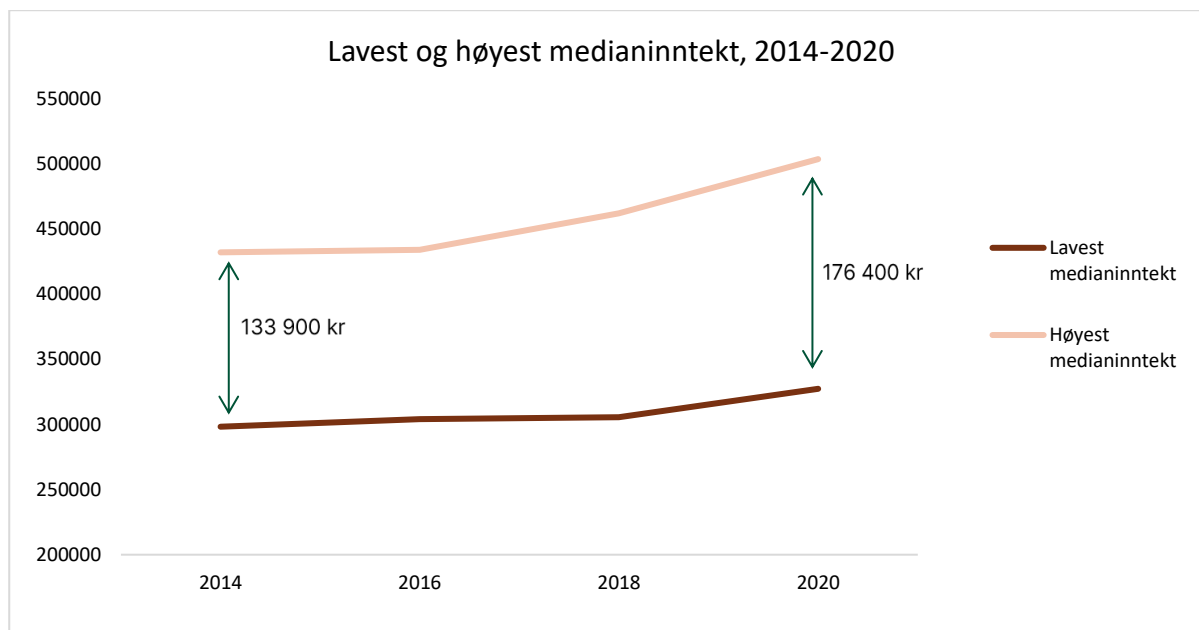
Gini-koeffisienten er et mål på ulikhet. Den varierer fra 0 (minst ulikhet) til 1 (mest ulikhet). I 2022 var Sandnes sin gini-koeffisient 0,249 (SSB tabell 09117). Til sammenligning var Norge sin gini-koeffisient 0,253, og Stavanger sin 0,288. Dermed er ulikheten noe mindre i Sandnes enn i landet som helhet.

Inntektsulikheten er større enn det offisiell inntektsstatistikk viser, ettersom statistikken tar bare med inntekt som er rapportert i de personlige skattemeldingene (SSB, 2020).

Levekårsundersøkelsen viser at inntektsulikheten øker i Sandnes. Fra 2014-2020 har den levekårssonen i Sandnes som har høyest medianinntekt⁷ hatt en større inntektsøkning enn den levekårssonen i Sandnes som har lavest medianinntekt. Førstnevnte har økt med 17 prosent, mens sistnevnte har økt med 10 prosent. Det betyr at gapet mellom de som har mest og de som har minst øker. Ifølge *Levekår i byer*, er den viktigste grunnen til at ulikheten øker at totalinntekten til de rikeste har økt (NOU 2020: 16). Det kan være at vi ser tendenser til det i Sandnes.

⁶ Forskjell i forventet levealder mellom 30-åringene. Statistikken viser et gjennomsnitt på 15 år, fra 2008-2022. [Kommunehelse \(fhi.no\)](https://www.fhi.no)

⁷ Medianinntekt er inntekten midt på skalaen av alle inntektene i Sandnes.



Figur 22: Levekårssone med lavest medianinntekt og levekårssone med høyest medianinntekt fra 2014-2020. Kilde: SSB.

Vedvarende lavinntekt

En husholdning lever i vedvarende lavinntekt om den har tjent under 60 prosent av medianinntekten i Norge i løpet av de siste tre årene (Bufdir, 2023). Forskning viser at lavinntekt over tid kan påvirke helsen negativt, og at det kan påvirke unges mentale helse negativt (SSB, 2024). I tillegg oppnår barn som har vokst opp i lavinntekt i gjennomsnitt lavere utdanningsnivå og svakere tilknytning til arbeidslivet som voksne. Lavt utdanningsnivå og svak tilknytning til arbeidslivet er faktorer som igjen kan føre til lavinntekt, som betyr at barn som vokser opp i lavinntekt er mer utsatt for lavinntekt som voksne.

I 2020 lever 11,1 prosent av befolkningen i Sandnes i vedvarende lavinntekt (Sandnes kommune, 2023). Det er omtrent det samme nivået som på landsbasis, og ikke langt fra gjennomsnittet i ASSS-kommunene⁸. Det har vært en svak økning i Sandnes fra 10,6 prosent i 2016.

Barn i vedvarende lavinntekt

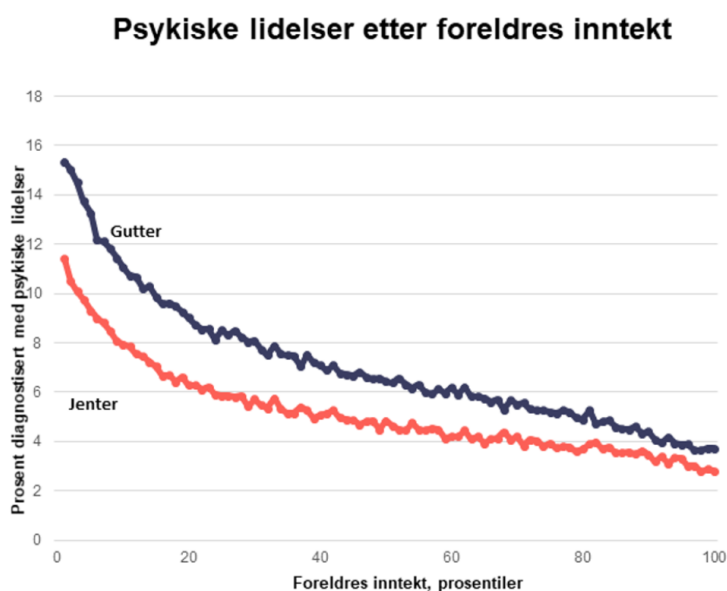
Barn som vokser opp i lavinntekt kan oppleve at økonomi begrenser mulighetene til å delta i samfunnet på lik linje med andre barn. Ungdataundersøkelsen fra 2022 viser at 17 prosent⁹ av ungdomsskoleelevene kan mangle penger til å betale for fritidsaktiviteter de ønsker å delta på i Sandnes (Ungdata, 2022). Resultatvurderingen til NAV Sandnes 2023, viser at av de som mottar

⁸ ASSS-kommunene er et samarbeid mellom de 12 største kommunene og KS (kommunesektorens organisasjon). ASSS står for aggregerte styringsdata for samarbeidende storkommuner.

⁹ 4 prosent svarer «Ja, ofte», og 13 prosent svarer «Ja, av og til».

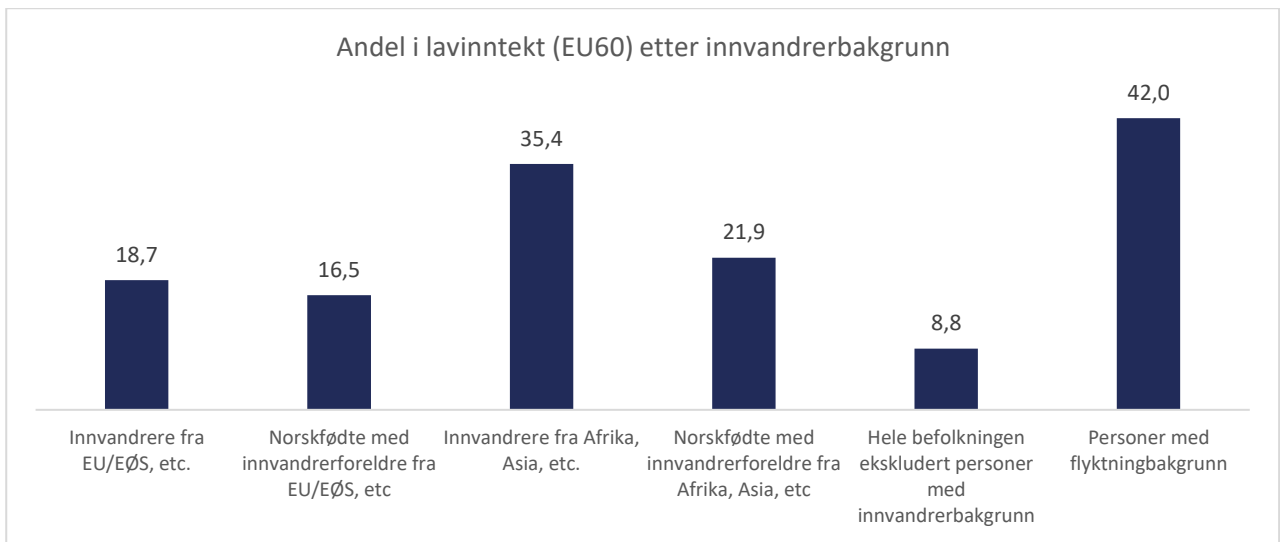
økonomisk sosialhjelp i Sandnes, har 37 prosent forsørgerplikt for barn under 18 år (Sandnes kommune, 2024c). Det er en nedgang på to prosentpoeng fra 2022.

På landsbasis har andel barn i familier med vedvarende lavinntekt økt fra 7,0 prosent i 2014 til 11,3 prosent i 2021 (Barne- og familiedepartementet, 2023). Ifølge levekårsundersøkelsen (tall fra 2020), lever 11,7 prosent av barn i vedvarende lavinntekt i Sandnes. Det er noe lavt sammenlignet med ASSS-kommunene, men Sandnes har opplevd en økning fra 11,0 prosent i 2014. Andelen barn i lavinntekt er ikke jevnt fordelt i kommunen (se tabell 3). Mens noen områder har en liten andel barn i lavinntekt, har andre områder en høy andel. Deler av sentrum har veldig høy andel barn i lavinntekt, men har til gjengjeld veldig lav barneandel.



Figur 23: Blå kurve viser andel gutter med psykiske lidelser i prosent i ulike inntektsprosentiler, og rød kurve viser jenter med psykiske lidelser i ulike inntektsprosentiler. Kilde: FHI (2021), fra studien «*Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study*» av Kinge et al. (2021).

Familier med innvandrerbakgrunn er spesielt utsatte for vedvarende lavinntekt. Figur 24 viser andel som lever i lavinntekt etter innvandrerbakgrunn for landet som helhet. Sandnes har en høy andel personer som enten har innvandret eller er barn av to foreldre som har innvandret. Det kan bety at Sandnes er spesielt utsatt for å ha en høy andel personer og barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt.



Figur 24: Andel i lavinntekt (EU60) fordelt på innvandrerbakgrunn for landet som helhet. Kilde: SSB tabell 12599.

Antall barn som vokser opp i familier med lavinntekt, øker. Helse og velferd tilrettelegger for å motvirke de negative konsekvenser av arbeidsledighet og økonomisk marginalisering gjennom blant annet oppfølging i NAV, tiltak mot barnefattigdom, lett tilgjengelige tjenester, boligsosial planlegging og gode integreringstiltak.

For å bidra til at barn i lavinntektsfamilier får bedre oppvekstvilkår og økte fremtidsmuligheter, har kommunen etablert et eget prosjekt kalt «Hele familien». Prosjektet er et samarbeid mellom NAV og Barne- og familieenheten.

Utdanning

Utdanning kan bety bedre økonomi, bedre mulighet for sosial mobilitet, og bedre levekår. (Meld. St. 15, 2022-2023). Utdanningsnivået i befolkningen øker. Ifølge SSB, har 36,9 prosent av befolkningen i aldersgruppen 16 år og eldre utdanning på universitets- og høyskolenivå (Nygård, 2023). Det er en økning på 7 prosentpoeng de siste 10 årene. Resultater fra folkehelseundersøkelsen 2023 viser at jo lengre utdanning, desto sunnere vaner (Slettebak, 2024). Det er for eksempel slik at andelen som har et sunt kosthold eller er fysisk aktive, er størst blant de med høyere utdanning. I tillegg er det slik at andelen som vurderer helsen som god eller svært god stiger for hvert trinn med utdanning, og det samme gjelder tannhelsen.

Utdanningsnivået varierer innad i kommunen. Levekårsundersøkelsen viser at i noen levekårssoner har godt over halvparten som bor der mer enn ungdomsskoleutdanning¹⁰, mens tilsvarende i andre levekårssoner er under en tredjedel. I den sistnevnte gruppen er det flere utkantsoner, som for

¹⁰ Indikatoren måler personer i alderen 30-39 år med høyere utdanning som andel av alle personer i alderen 30-39 år med oppgitt utdanning.

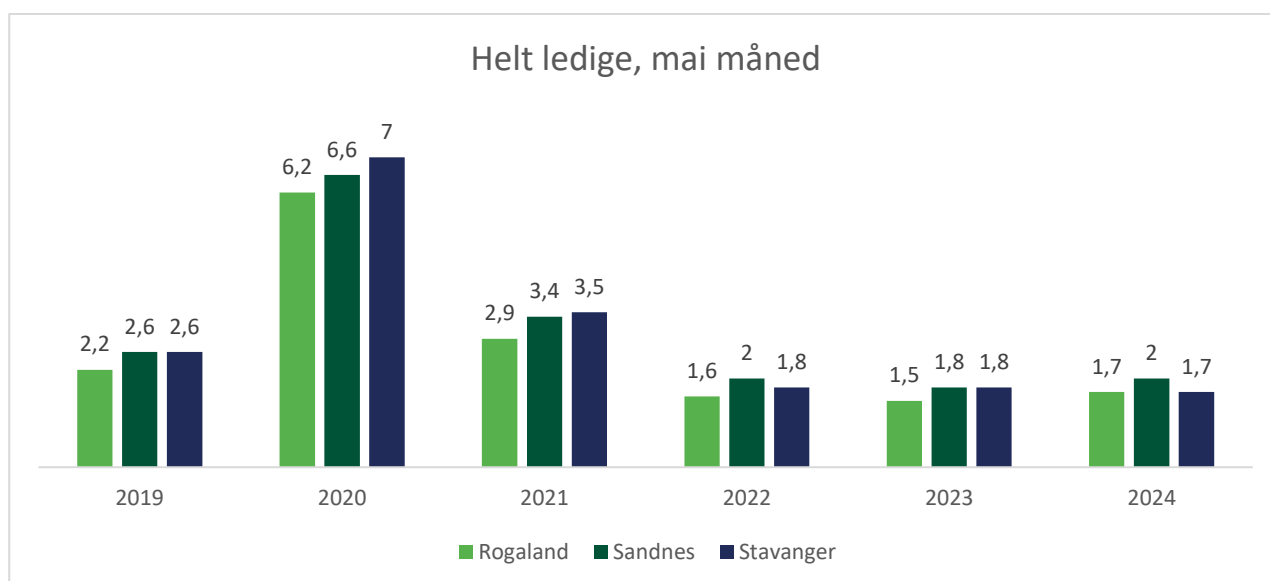
eksempel soner i Riska bydel, Høle og Figgjo. På den andre enden av skalaen er flere soner som har hatt mye utbygging over de siste årene.

Kvinneandelen blant studentene på bachelor- og masterutdanninger er 57 prosent (Fazil, 2023). I tillegg fullfører flere kvinner enn menn utdanningen. Det kan være problematisk ettersom det kan føre til en ubalanse i hvem som har utdanning i befolkningen (Fazil, 2023). I 2022 passerte andel kvinner med lang utdanning på universitets- og høyskolenivå for første gang tilsvarende andel for menn (Nygård, 2023).

Arbeid

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. Arbeidsdeltakelse gir også inntekt som gjør oss i stand til å leve selvstendige og forutsigbare liv, og sikrer tilstrekkelige materielle levekår.

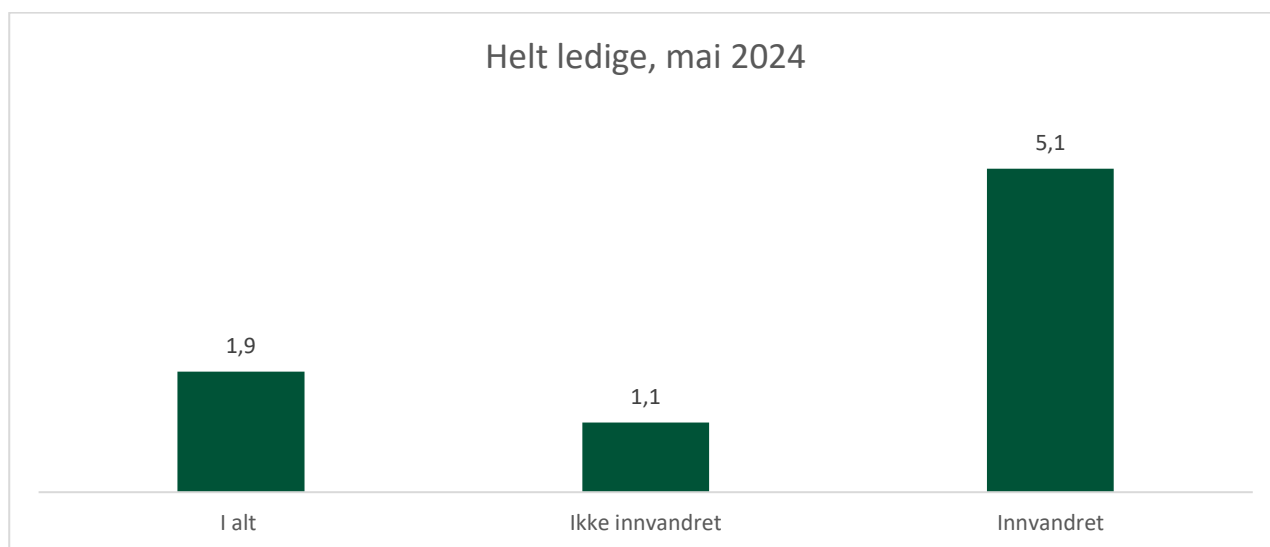
Som figur 25 viser, er andelen helt ledige¹¹ i Sandnes er i mai 2024 på 2,0 prosent. Det er noe høyere enn Rogaland og Stavanger, som begge har 1,7 prosent helt ledige i mai 2024. Ledigheten var svært høy i 2020, og ganske høy i 2021. Det er relatert til COVID-19-pandemien. NAV Rogaland rapporterer i juni 2024 at arbeidsledigheten stiger på grunn av at flere ukrainske fordrevne er ferdig med introduksjonsprogrammet, og registrerer seg som arbeidssøkere hos NAV (NAV Rogaland, 2024b). Det bidrar til at arbeidsledigheten stiger.



Figur 25: Helt ledige i mai måned i Rogaland, Sandnes og Stavanger. 2019-2024. Kilde: NAV.

¹¹ Helt ledige arbeidssøkere er personer som har vært uten arbeid de siste to ukene.

Andelen helt ledige er større blant innvandrere enn personer som ikke har innvandret til Norge. Figur 26 viser at i mai 2024 var 5,1 prosent av de som har innvandret til Norge helt ledige, mot 1,1 prosent av de som ikke har innvandret. Det er en utfordring for samfunnet generelt at en så stor andel innvandrere står utenfor arbeidslivet, og det er en utfordring for personene som står utenfor. For individene kan utenforskap bety svekket tilknytning til arbeidslivet, manglende følelse av tilhørighet og lavinntekt. For samfunnet betyr utenforskap høye utgifter til ytelser og svekket utnyttelse av arbeidskraften som finnes.



Figur 26: Helt ledige i mai 2024, innvandret og ikke innvandret for landet som helhet. Kilde: NAV.

Ved utgangen av andre kvartal 2024 mottok 9,0 prosent av befolkningen i Rogaland uføretrygd, som tilsvarer 28 068 personer mellom 18 og 67 år (NAV Rogaland, 2024c). Sammenlignet med fjor er den en økning på 1,5 %. Snittet for landet var på 10,5 prosent. Det har ikke vært store endringer i andel uføretrygdede i Rogaland siden første kvartal i 2023. Blant de uføretrygdede i Rogaland, er 1991 personer under 30 år. Det utgjør 2,6 prosent av befolkningen mellom 18 og 29 år, og er lavere enn for snittet for landet som er på 2,6 prosent.

En høyere andel av de som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå mottar uføretrygd enn de som har fullført videregående utdanning eller høyere utdanning. På landsbasis har gapet mellom utdanningsgruppene økt fra 2015 til 2022 (Normann, 2023). Tabell 4 viser at hele 24 prosent av alle 18-67-åringene med kun grunnskole mottok uføretrygd i 2022. Andelen uføretrygdede blant de med høyere utdanning er mye lavere på 4,6 prosent, og har heller ikke økt like mye fra 2015 til 2022 som andelen for de med grunnskolenivå har. Vi har ikke tilsvarende tall for Sandnes, men vi har ingen grunn til å anta at Sandnes ikke følger det nasjonale mønsteret.

Utviklingen i sosialhjelp og kvalifisering for arbeid i NAV Sandnes har vist en markant økning i

både utgifter og antall mottakere. Fra første kvartal 2023 til første kvartal 2024 har antall mottakere av sosialhjelp økt med 20%. Den største økningen finnes blant unge og flyktninger, begge med en økning på 45%.

Tabell 3: Andel uføretrygdete etter utdanningsnivå. Kilde: SSB.

	Grunnskolenivå	Videregående skolenivå	Universitets- og høghskolenivå
2015	18,9	10,2	3,8
2022	24	10,8	4,6

Utenforskap

Utenforskap innebærer å stå utenfor fellesskapet og kan ha flere årsaker. Sosiale forskjeller har en sterk sammenheng med utenforskap. Det kan også handle om manglende deltakelse i utdanning og arbeidslivet. For noen kan det skyldes språklige utfordringer, kulturforskjeller, sykdom eller funksjonshemming.

Ifølge NAV, lever 18,4 prosent av alle 20–29-åringer i utenforskap i Sandnes, som tilsvarer cirka 1800 personer. Det vil si at de verken studerer eller er i arbeid. For landet som helhet er denne andelen på nesten 16 prosent, og den har økt siden 2022. Halvparten av de unge i utenforskap mottar trygd, mens den ande halvparten ikke mottar noe fra NAV (NAV, 2024b). Dette er en bekymringsfull utvikling, ettersom en av de største utfordringene samfunnet står overfor er å ha nok arbeidskraft til å produsere tjenester vi trenger og utenforskap øker risikoen for dårligere helsetilstand og levekår.

Kjønnspektivet på helse

I 2023 kom NOU-en «Den store forskjellen» (NOU 2023: 5). Den slår fast at kjønn har betydning for helse. Kvinner og menn har ulik biologi, de lever ulike liv, og de rammes ulikt av sykdom. NOU-en peker på fire hovedutfordringer:

1. Kvinners helse har lav status
2. Mangelfull samordning gir dårligere helsetjenester
3. Sviktende kunnskapsbro
4. Kvinners stemme får lite gjennomslag

Utvalget som har skrevet rapporten sier at for å nå målet om likeverdig helsetjenester, må vi anerkjenne kjønns betydning for helse. De anbefaler at de avsettes en milliard til kvinnehelse, og legger fram flere tiltak.

Bolig

Boligen vår er noe av det viktigste vi har. Hjemme føler vi oss trygge og kan leve slik vi ønsker. Hvordan boligen ser ut, hvor den ligger, og miljøet rundt påvirker alle aspekter av livet. De aller fleste nordmenn bor i trygge og gode hjem. Samtidig finnes det fortsatt mennesker som, på grunn av livssituasjon, sykdom eller dårlig økonomi, trenger hjelp til å skaffe og beholde en egnet bolig.

Bolig er en forutsetning for deltakelse i utdanning, arbeidsliv og samfunnet ellers. Både fysisk og mental helse påvirkes av kvaliteten på boliger og boområder. Barns helse påvirkes mer enn voksnes, og dette påvirker deres skoleprestasjoner og sosiale liv. Barn fra familier med lav inntekt påvirkes sterkere av nabolaget de bor i enn barn av foreldre med høy utdanning og inntekt (Sandnes kommune, 2021). Å bo i utsatte områder kan ha en negativ effekt på barns utdanning og dermed begrense mulighetene for jobb, inntekt og sosial mobilitet. Sandnes har et presset boligmarked. I kombinasjon med flere lavinntektshusholdninger, høyere levekostnader og høye renter, har dette ført til at flere sliter med å finne seg en egnet bolig.

2.2.2 Folkehelsa etter pandemien

Helsekonsekvensene av koronapandemien er mer enn smitte, alvorlig sykdom og død forårsaket av viruset; en del av helsekonsekvensene er forårsaket av de historisk omfattende og langvarige smitteverntiltakene (Meld. St. 15, 2022-2023). Tiltakene under pandemien rammet særlig barn og unge.

Vi har begrenset kunnskap om de langsiktige konsekvensene av smitteverntiltakene, og konsekvensene kan også være vanskelige å måle og å tallfeste. Det ble avdekket store sosiale ulikheter i hvordan pandemien rammet, dette gjelder både med hensyn til smitte og negative konsekvenser av smitteverntiltakene. Det var mer smitte blant de yngre, men de ble i svært liten grad alvorlig syke. Blant eldre var det motsatt. Enkelte innvandrergupper var overrepresentert blant de med alvorlig sykdom. Det er viktig at vi følger med på de langsiktige konsekvensene av pandemien, slik at vi er bedre rustet ved neste krise.

Konsekvenser av smitte

Størstedelen av befolkningen er antatt å ha vært smittet av COVID-19. Smitte, og i noen tilfeller vaksinasjon, kan gi langvarige negative konsekvenser. Enkelte fikk utsatt behandling av andre sykdommer på grunn av pandemien og smitteverntiltakene. Vi vet lite om senfølger av sykdommen, men fordi så mange har vært smittet kan selv en liten andel senfølger utgjøre et folkehelseproblem (Meld. St. 15, 2022-2023).

Konsekvenser av smitteverntiltakene

- Mange med nedsatt funksjonsevne opplevde at stengte tilbud hadde negative helsekonsekvenser.
- Redusert livskvalitet og mer ensomhet blant unge, studenter og eldre.
- I skolen har både læring, trivsel og psykisk helse blitt påvirket av smitteverntiltak og avgrenset fysisk undervisning. Dette har rammet skjevt.
- Barn og unge rapporterer om positive effekter som mer tid til familien, økt konsentrasjon og mindre sosialt press på hjemmeskolen, mens andre rapporterer om økte symptomer på depresjon og dårligere læring og familiefunksjon.
- De mest utsatte familiene og barna har vært hardest rammet av pandemiltakene.
- Barn og unge som ikke var sårbare fra før, ble det. Redusert læringsutbytte kan få konsekvenser for skoleløpet og framtidige levekår.
- Det har vært en betydelig økning i tallet på rapporterte psykiske plager blant studenter fra 2010-2022. Hver tredje student rapporterte om alvorlige psykiske plager i 2022.
- Prosentandelen over 18 år som har oppgitt lav livskvalitet økte fra 16 før pandemien til 24-28 under pandemien.
- Prosentandel av de som var ensomme og som hadde betydelige psykiske plager var høyere blant de som var på hjemmekontor enn de som kunne møte på arbeidsplassen.
- Under pandemien økte den totale alkoholomsetningen, men dette må ses i sammenheng med nedgangen i den uregistrerte omsetningen (tax free og grensehandel). To undersøkelser fra 2020 kan tyde på en mer polarisert alkoholbruk i befolkningen, og det er viktig å følge med på utviklingen framover.
- Vi har ikke kunnskap om hvorvidt pandemien påvirket befolkningens kosthold.
- Vi trenger mer kunnskap om hvordan befolkningens fysiske aktivitetsnivå er blitt påvirket av pandemien.

2.2.3 Vold i nære relasjoner

Kjærestevold og vold i nære relasjoner er et alvorlig samfunnsproblem både ut fra et folkehelse-, likestillings-, oppvekst-, og kriminalitetsperspektiv. I ytterste konsekvens kan det føre til tap av liv. Vold i nære relasjoner kan ta mange former: fysisk, psykisk, seksuell, materiell, digital og økonomisk. Grov omsorgssvikt, æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse er også former for vold i

nære relasjoner. Voldsutsatte opplever ofte ulike former for vold, også i kombinasjon. Volden rammer den utsatte hardt og frarøver barn en trygg oppvekst.

Ungdata-undersøkelsen har noen spørsmål om vold. På spørsmål *Har en ungdom slått deg, sparklet deg, ristet deg hardt, lugget deg eller lignende?*, svarer 24 prosent av ungdomsskoleelever i Sandnes én eller flere ganger. Tilsvarende for videregående er 14 prosent. På spørsmål *Har en ungdom med gjenstander eller våpen true, angrepet eller ranet deg?*, svarer 6 prosent én eller flere ganger, og tilsvarende for videregående er 4 prosent. 5 prosent av både ungdomsskoleelever og elever i videregående svarer én eller flere ganger på spørsmål *Har en voksen i familien din slått deg med vilje?*.

I spørreundersøkelser svarer nesten 1 av fire kvinner og nesten halvparten av menn at de har vært utsatt for vold etter 18 års-alder (FHI, 2024). Over 1 av 100 eldre oppgir at de har vært utsatt for vold etter 65 års-alder.

2.2.4 Barnehagedeltakelse

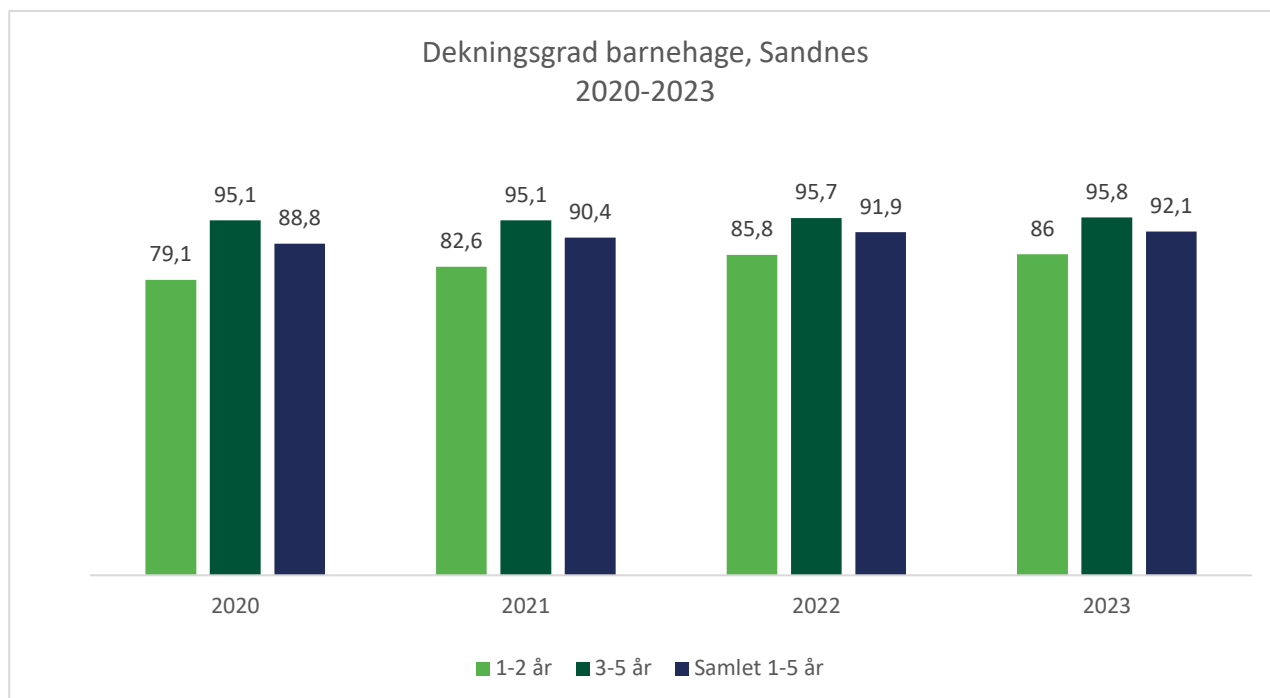
Rammeplanen for barnehagene sier at barnehagen skal ha en helsefremmende og forebyggende funksjon og bidra til å utjevne sosiale forskjeller. Videre skal barnehagen bidra til barnas trivsel, livsglede, mestring og følelse av egenverd, og forebygge krenkelser og mobbing (Utdanningsdirektoratet, 2017).

Barnehagen bidrar til barns utvikling gjennom omsorg, lek og læring. Barnehager med høy kvalitet kan påvirke barns språklige og sosiale utvikling positivt, og slik danne et godt grunnlag for skolestart og videre utvikling. Faktorer som virker inn på barna er blant annet læringsaktiviteter, personalets utdanning, relasjon til personalet og aktivitetstilbud. Videre kan en barnehage med god kvalitet forebygge utvikling av språk- og atferdsvansker over tid, særlig hos sårbare barn. For barn fra familier med innvandrerbakgrunn eller med lav sosioøkonomisk status kan barnehagen ha en spesielt stor betydning (Helsedirektoratet, 2021).

Sandnes har hatt en høy andel barn i barnehagealder, og hatt et stort behov for barnehageplasser. Barnetallet stiger ikke like mye lenger, og det er forventet å fortsette slik. I noen områder synker barnetallet så mye at det ikke vil være behov for alle barnehagene som er der i dag.

Dekningsgrad viser andelen barn som går i barnehage. Figur 27 viser dekningsgraden i Sandnes for barn 1-2 år, 3-5 år, og 1-5 år samlet fra 2020-2023. Dekningsgraden for 1-5-åringer samlet har økt fra 88,8 prosent i 2020 til 92,1 prosent i 2023. Så godt som hele økningen har kommet i aldersgruppen 1-2 år, mens dekningsgraden for barn 3-5 år er omtrent uendret fra 2020 til 2023. Sandnes ligger litt under snittet i ASSS-kommunene utenom Oslo, som er på 94,6 prosent i 2023. Sandnes ligger dermed

2,5 prosentpoeng under ASSS-snippet, som vi har som uttalt mål å komme opp på (Sandnes kommune, 2024a).



Figur 27: Dekningsgrad i barnehage, Sandnes 2020-2024. Kilde: ASSS, Kvalitetsmelding 2024 barnehagene.

Sandnes ligger også noe under snippet til ASSS-kommunene uten Oslo på andel minoritetsspråklige barn i barnehage i forhold til barn med innvandrerbakgrunn. Andelen i Sandnes har økt fra 73,6 prosent i 2020 til 82,3 prosent i 2023 etter målrettet innsats. Snippet for ASSS-kommunene uten Oslo er 86,5 prosent, og det er et uttalt mål for Sandnes å komme opp på samme nivå. Sandnes har et senter for flerspråklige barn og unge (FBU), og de leder satsningen med å rekruttere flere minoritetsspråklige barn i barnehage. Varatun barnehage har en egen mottaksavdeling for nyankomne flyktninger.

Sandnes jobber bevisst med å øke kvalitet i barnehagene i kommunen (Sandnes kommune, 2024a). Et ledd i å nå denne målsetningen er å rekruttere kvalifisert personal til barnehagene. I 2024 har over 70 prosent av ansatte i de kommunale barnehagene en formell utdanning. Fast ansatte uten formell utdanning kan søke om støtte til å ta barnehagelærerutdanningen. Ifølge FHIs oppvekstprofil for 2024, ligger Sandnes signifikant dårligere enn landet på bemanning i barnehage. 50 prosent når bemanningsnormen i Sandnes, mens 63 prosent når den for landet som helhet.

Sandnes har flere barnehager som er praksisbarnehager for Universitetet i Stavanger. Det bidrar til utvikling av barnehagelærerstudiet, og kan føre til økt rekruttering av barnehagelærere i kommunen. Et annet ledd i å nå målsetningen om å øke kvalitet i barnehagene i kommunen er satsningen [utviklingsstøttende barnehage](#). Dette er et helhetlig system for å sikre kompetanse og kvalitet i barnehagene, og er et samarbeid med Universitetet i Stavanger.

2.2.5 Skole

Skolen skal bidra til danning og utdanning. Opplæringen skal gi et godt utgangspunkt for deltakelse på alle områder innen utdanning, arbeidsliv og samfunnsliv. Skolen skal støtte og bidra til elevenes sosiale læring og utvikling gjennom arbeid med fagene og ellers i skolehverdagen (Utdanningsdirektoratet, 2024a). Videre skal skolen utvikle inkluderende fellesskap som fremmer helse, trivsel og læring (Utdanningsdirektoratet, 2024b).

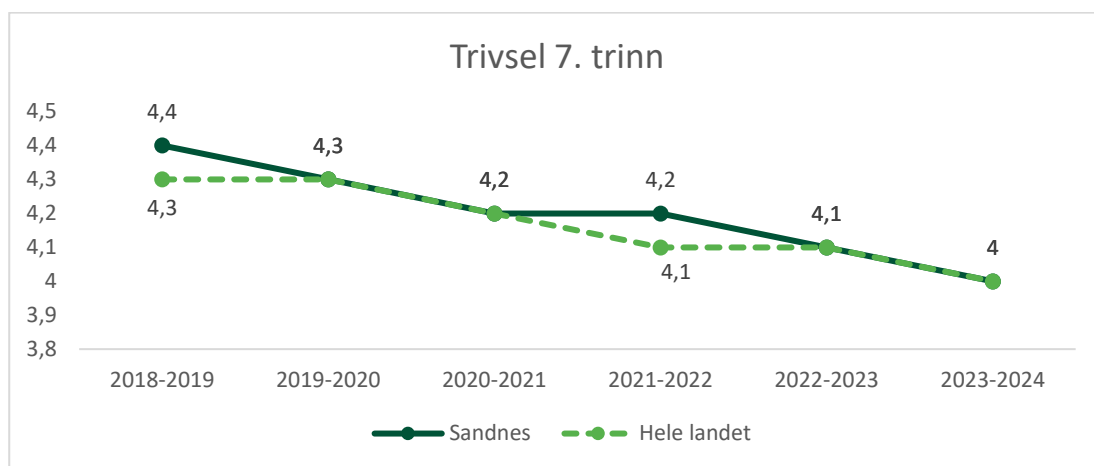
Skoletrivsel

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.

I Sandnesskolen har det vært arbeidet mye med tilpasset opplæring og inkluderende fellesskap (Sandnes kommune, 2024b). All undervisning, inkludert spesialundervisning og særskilt språkopplæring, skal hovedsakelig foregå i klasserommet. Økt tilstedeværelse fra pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og systemrettet arbeid har redusert antall henvisninger, og flere sakkyndige vurderinger konkluderer med at spesialundervisning ikke er nødvendig. Andelen elever med spesialundervisningsvedtak har gått tydelig ned, og mer av spesialundervisningen gjennomføres sammen med resten av klassen.

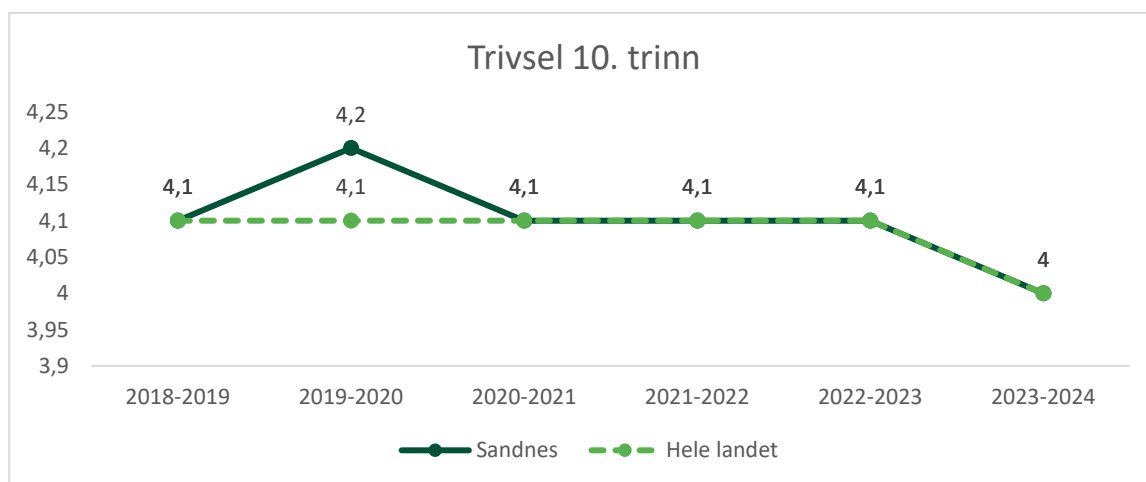
Elevundersøkelsen og læringsresultatene viser at de fleste elever i Sandnes trives på skolen og har et godt utbytte av opplæringen (Sandnes kommune 2024b). Til tross for gjennomgående høy trivsel i Sandnesskolen, er det en nedgang på alle indeksene i elevundersøkelsen. På barnetrinnet har flere av disse indeksene hatt en nedadgående kurve over flere år. Samtidig er det en markant økning i andel elever som oppgir å ha opplevd mobbing på skolen, både på barne- og ungdomstrinnet. Dette er nasjonale trender som også kommer til syne i Sandnes. Det er vanskelig peke på enkeltårsaker til disse trendene. Men når trendene er av nasjonal art, er det ikke urimelig å anta at deler av forklaringen kan henge sammen med generelle trekk i samfunnsutviklingen. De siste årene har både pandemi, økte sosiale forskjeller, et økt digitalt trykk i samfunnet, samt krevende økonomiske tider for mange, på ulikt vis påvirket omgivelsene til barn og unge. I Sandnesskolen skal fellesskapende didaktikk; traumebevisst omsorg; danning gjennom utdanning; samt mer praktisk, variert og relevant opplæring utgjøre grunnlaget for arbeidet med å snu disse trendene.

Skolene jobber på flere måter for å skape trivsel blant elevene. Dette omtales i skolenes handlingsplaner for gode og trygge skolemiljø. Arbeidet med trivsel blant elever foregår både i undervisningssituasjoner og i friminuttene. Figur 28 viser trivsel på 7. trinn i Sandnes og hele landet. Selv om elevene i Sandnes generelt trives på skolen, er det en fallende kurve i trivsel på 7. trinn (Sandnes kommune 2024b). Dette gjelder også for landet ellers. Det er vanskelig å peke på årsaken til dette, men det er naturlig å se denne utviklingen i sammenheng med andre indekser i elevundersøkelsen som også faller over tid, samt en økning i mobbetallene. Dette gjelder blant annet indeksene motivasjon, medvirkning og vurdering for læring (Sandnes kommune 2024b).



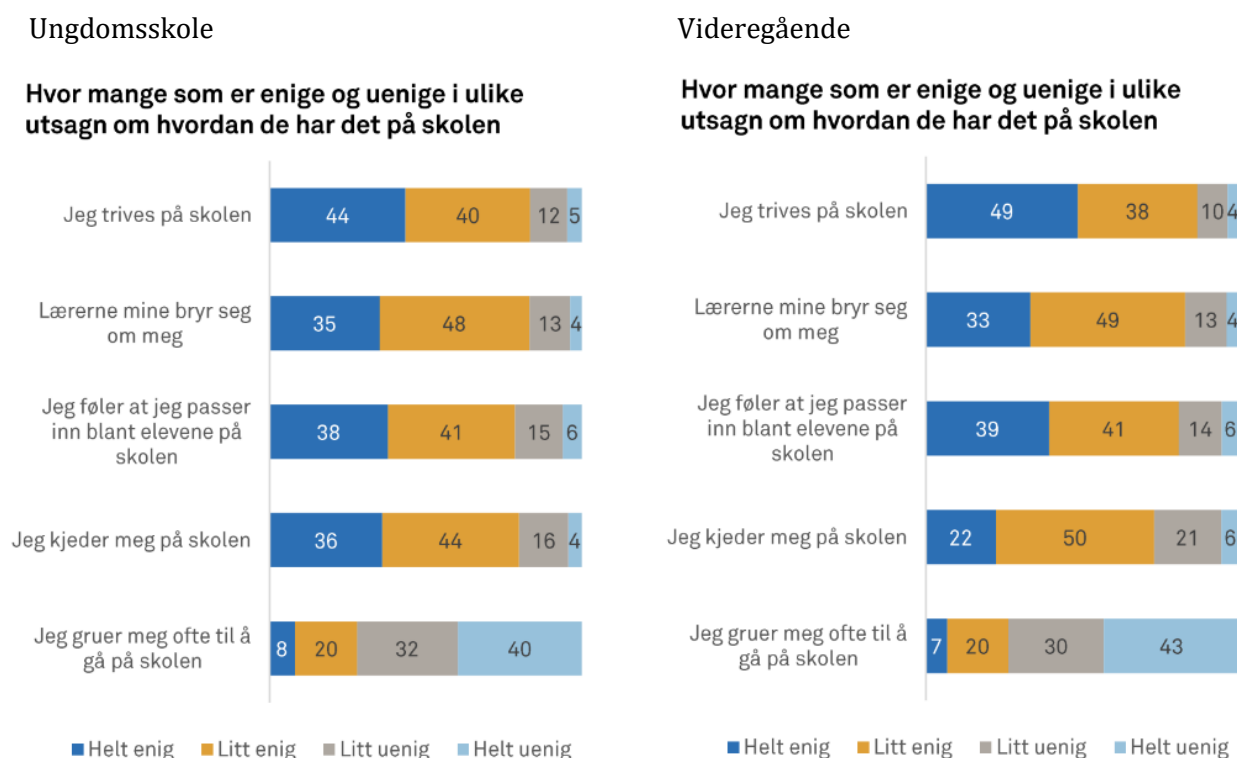
Figur 28: Trivsel 7. trinn, Sandnes og hele landet. Kilde: Elevundersøkelsen.

Figur 29 viser trivsel på 10. trinn i Sandnes og hele landet. Trivselen til elevene på 10. trinn ligger på samme nivå som på 7. trinn. Også her skårer Sandnes likt som landet ellers. Trivselen på 10. trinn har ligget stabilt i flere år.



Figur 29: Trivsel 10. trinn, Sandnes og hele landet. Kilde: Elevundersøkelsen.

Figur 30 viser hvordan ungdomsskoleelever i Sandnes og elever på Sandnes videregående svarer på utsagn om hvordan de har det på skolen gjennom Ungdataundersøkelsen. De aller fleste svarer at de enten er helt enig eller litt enig i utsagnet *jeg trives på skolen*. 17 prosent av ungdomsskoleelevne svarer at de er litt uenig eller helt uenig i utsagnet, som kan tyde på at nesten 1 av 5 ikke trives, eller ikke trives godt. Henholdsvis 28 og 27 prosent av ungdomsskoleelevne og elever på Sandnes videregående svarer at de er helt enig eller litt enig i utsagnet *jeg gruer meg ofte til å gå på skolen*.



Figur 30: Hvor stor andel som er enige og uenige i ulike utsagn om hvordan de har det på skolen. Ungdomsskole og videregående, Sandnes. Kilde: Ungdata 2022.

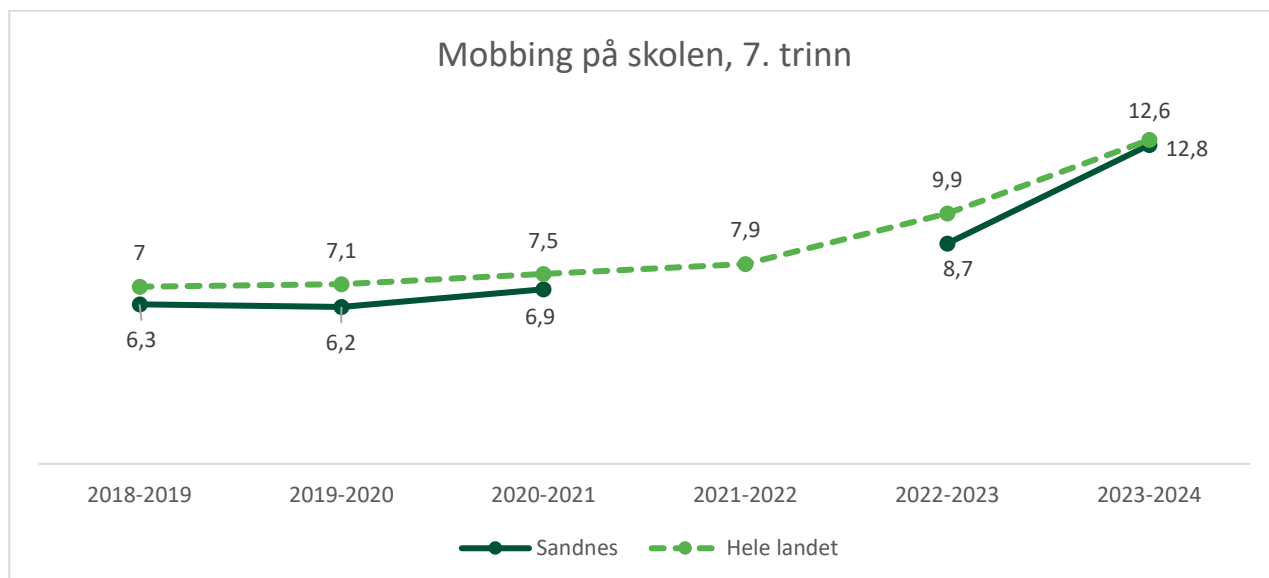
Skolefravær

Det å mestre og fullføre skolen gjennom oppveksten er viktig (Bufdir, 2024). I tillegg til at skolen er nødvendig for å sikre fremtidig arbeid og selvstendighet, er den viktig for å utvikle sosiale ferdigheter, språk og læring. PPT (Pedagogisk-psykologisk tjeneste) i Sandnes ser en stor økning i skolefraværsaker, og opplever at enkeltsaker er krevende (Sandnes kommune, 2024d). Sandnes har et tverrfaglig samarbeid om skolenærvær. Det handler om å hjelpe elever med omfattende fravær tilbake til skolen og å forebygge skolefravær gjennom foreldreskole/foreldeforedrag for foresatte med yngre barn.

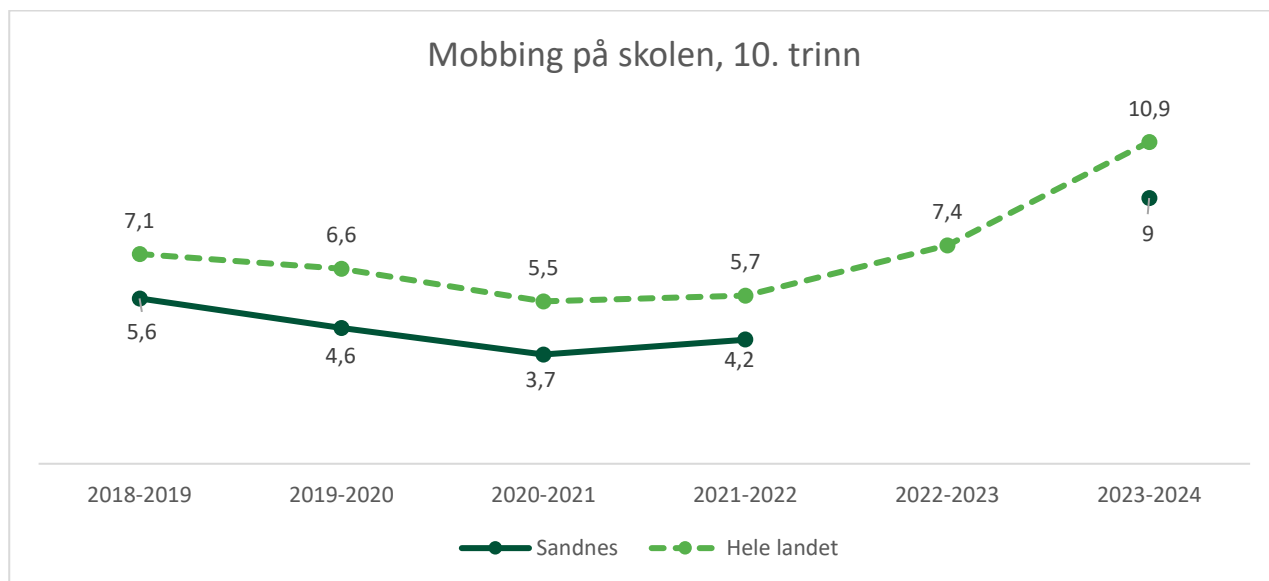
Mobbing

Ikke alle barn og unge finner venner og opplever tilhørighet på skolen. Mobbing kan gi alvorlige konsekvenser for trivsel og gjennomføring i skolen. I tillegg kan det føre til psykiske vansker, selvmordstanker og utagerende atferd (FHI, 2021b). Figur 31 og figur 32 viser andel elever som

oppgir at de har opplevd mobbing på skolen på 7. trinn og 10. trinn. Enkelte av årene er tallene unntatt offentlighet¹². Det er en bekymringsfull økning for både 7. trinn og 10. trinn, både for Sandnes og landet som helhet.



Figur 31: Mobbing på skolen 7. trinn, Sandnes og hele landet. Kilde: Elevundersøkelsen.



Figur 32: Mobbing på skolen, 7. trinn, Sandnes og hele landet. Kilde: Elevundersøkelsen.

For flere av skolene har tallene vært overraskende, da de ikke har samsvart med skolenes egne undersøkelser om læringsmiljøet som de jevnlig gjennomfører. Disse undersøkelsene har vist at elevene i det store og hele har det trygt og godt på skolen. Ulik spørsmålsformulering, og at elevundersøkelsen er anonym kan være noen av årsakene til at resultatene ikke samsvarer.

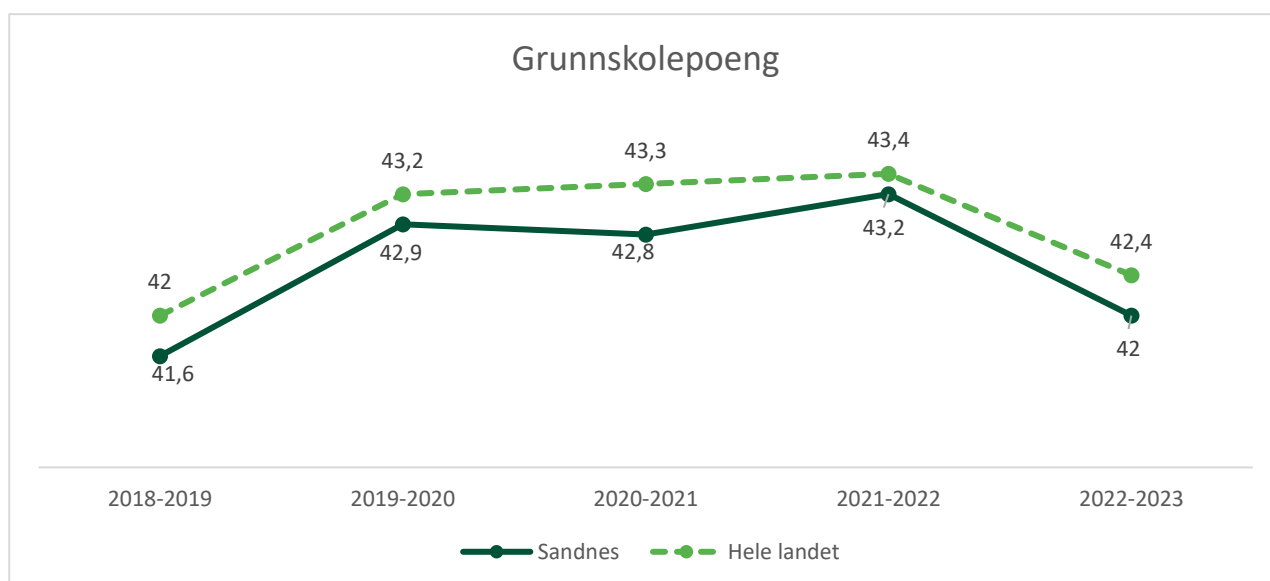
¹² [Visning av resultater og skjermingsregler.](#)

På nasjonalt nivå svarer omtrent halvparten av de som oppgir at de har opplevd mobbing på 7. trinn at de likevel trives godt på skolen. På 10. trinn er det omtrent 40 prosent som oppgir dette. I Sandnes er økningen på 7. trinn hovedsakelig drevet av en økning i mobbing blant gutter. Det er også en økning blant jentene, men denne er ikke like stor. Nasjonalt er det en høyere andel av jenter som oppgir å ha opplevd mobbing, mens det er små kjønnsforskjeller på 7. trinn i Sandnes. På 10. trinn er det nasjonalt flere gutter enn jenter som har opplevd mobbing. I Sandnes er det en klar overvekt av jenter. Mobbingen blant jenter i Sandnes ligger omtrent på landssnittet, mens det er en betydelig lavere andel gutter i Sandnes som oppgir å ha blitt mobbet enn i landet ellers.

Grunnskolepoeng og standpunkt

Grunnskolepoeng regnes ut ved at alle avsluttende karakterer som føres på vitnemålet, legges sammen og deles på antall karakterer slik at en får et gjennomsnitt. Så multipliserer snittet med 10. Elever som har færre enn halvparten gyldige karakterer, er ikke med i beregningene. Grunnskolepoengene brukes i opptak til videregående skole. Alle eksamener i grunnskolen ble avlyst på grunn av pandemien i perioden 2020-2022, og grunnskolepoengene ble i denne perioden beregnet uten eksamenskarakterer. Tallene fra 2022-2023 kan derfor ikke sammenlignes direkte med de tre foregående.

Figur 33 viser at grunnskolepoengene i Sandnes ligger noe under det nasjonale snittet. Den viser samtidig at Sandnes følger den nasjonale trenden. At grunnskolepoengene i 2022-2023 er noe lavere enn for korona-kullene, skyldes både at eksamenskarakterene inngår i beregningen igjen, og at standpunkt karakterene er litt lavere enn i fjor. Sammenligner vi grunnskolepoengene fra 2022-2023 med det siste året før pandemien, finner vi en økning på 0,4 prosentpoeng både for Sandnes og landet som helhet.



Figur 33: Grunnskolepoeng, Sandnes og hele landet. Kilde: Elevundersøkelsen.

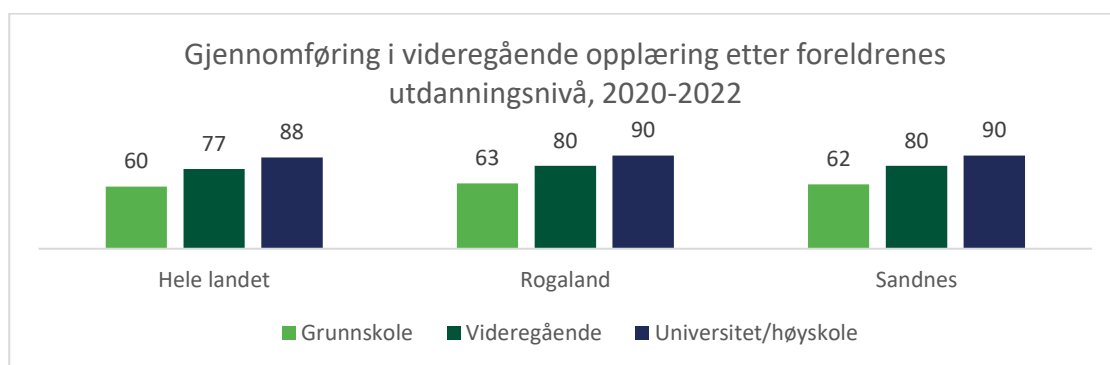
Gjennomføring videregående skole

Gjennomføring av videregående opplæring kvalifiserer for jobber og videre utdanning, og gir dermed bedre muligheter for at unge skal lykkes på arbeidsmarkedet og for aktiv deltakelse i samfunnet. Samfunnskostnadene ved at en 19-åring står utenfor arbeidslivet frem til fylte 62 år utgjør 15,9 millioner kroner. Gjennom tidlig innsats i barnehage og skole har kommunene mulighet til å bidra til at flere unge gjennomfører videregående opplæring (FHI 2021b).

Ifølge NAV Rogaland er arbeidsledigheten to til tre ganger høyere blant de som ikke har fullført videregående utdanning. Dårlig tilknytning til arbeidslivet kan igjen føre til vedvarende lavinntekt. Ifølge FHIs oppvekstprofil for Sandnes i 2024, er andelen som gjennomfører videregående opplæring signifikant bedre enn landet som helhet, 83 prosent i Sandnes mot 80 prosent for landet som helhet (FHI 2024b).

I Rogaland startet 6 268 ungdommer i videregående opplæring for første gang høsten 2016. Etter fem/seks år hadde 83,6 prosent fullført med studie- eller yrkeskompetanse (Rogaland fylkeskommune, 2023). Dette er en økning fra tidligere år, men det betyr fortsatt at 16,4 prosent ikke har fullført innen fem/seks år. I tillegg kommer de som aldri starter i videregående opplæring. Denne gruppen, og de som starter, men ikke fullfører, er spesielt utsatt for utenforskap. Ifølge NAV, lever 18,4 prosent av alle 20–29-åringene i utenforskap i Sandnes. Det vil si at de verken studerer eller er i arbeid. Andelen unge (18–29 år) i Sandnes er 2,9 prosent, som er noe høyere enn landsgjennomsnittet på 2,6 prosent (NAV Rogaland, 2024a).

Figur 34 viser hvordan gjennomføring i videregående opplæring varierer med foreldrenes utdanningsnivå. Gjennomføringen er høyest blant elever som har foreldre med universitets- eller høyskoleutdanning. I Sandnes er gjennomføringsandelen for denne gruppen 90 prosent. For elever med foreldre som har videregående som utdanningsnivå, er gjennomføringsandelen hele 10 prosentpoeng lavere, og for elever med foreldre som har grunnskole som utdanningsnivå, er gjennomføringsandelen nesten 30 prosentpoeng lavere.

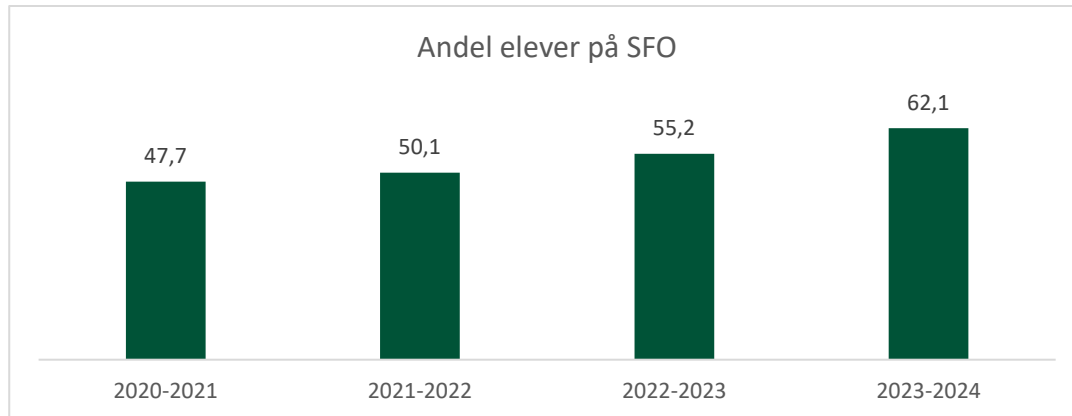


Figur 34: Gjennomføring av videregående opplæring etter foreldrenes utdanningsnivå, 2020-2022. Kilde: FHI, Kommunehelsen statistikkbank.

2.2.6 Deltakelse i skolefritidsordning (SFO)

SFO er sammen med skolen og deltakelse i frivillige organisasjoner den viktigste arenaen for barn i småskolealderen for å knytte vennskap og oppleve fellesskap. SFO er en viktig arena for lek, kultur og fritidsaktiviteter, og innholdet i og organiseringen av tilbudet skal bidra til inkludering og følelsen av å ha en betydning i fellesskapet. SFO er viktig for alle barn, og spesielt viktig for sårbare barn. Ordningen kan bidra til å redusere sosial ulikhet og til bedre inkludering av minoritetsspråklige barn. Oppholdet og aktivitetene i SFO kan hjelpe barna å utvikle sosiale ferdigheter, bedre helse og bedre språklige ferdigheter. Økonomi kan være en årsak til at foreldre velger bort SFO for barna (Meld. St. 6, 2019-2020).

Figur 35 viser andelen elever fra 1. trinn til 4. trinn på skolene i Sandnes som går på SFO fra skoleåret 2020-2021 til skoleåret 2023-2024¹³. Størsteparten av elevene på SFO er første- og andreklassinger. Det har vært en økning i andelen elever som går på SFO over de siste skoleårene, og en forklaring på det kan være at det ble innført tilbud om 12 timers gratis SFO i uken for alle førsteklassinger fra høsten 2022, og fra høsten 2023 ble tilbudet utvidet til andreklassinger. Fra høsten 2024 gjelder ordningen også tredjeklassinger (Regjeringen, 2024).



Figur 35: Andel elever fra 1. trinn til 4. trinn på skolene i Sandnes som går på SFO. 2021-2021 til 2023-2024. Kilde: Utdanningsdirektoratet, Grunnskolens informasjonssystem.

I tillegg til gratistimer for elever på 1. trinn og 2. trinn, finnes det en ordning for redusert foreldrebetaling. Husholdninger med samlet inntekt under kr. 575 483 har rett på reduksjon, og ingen familier skal betale mer enn 6 prosent av den totale årsinntekten sin for en SFO-plass. For skoleåret 2023-2024 hadde 9,2 prosent av elevene på SFO i Sandnes redusert foreldrebetaling.

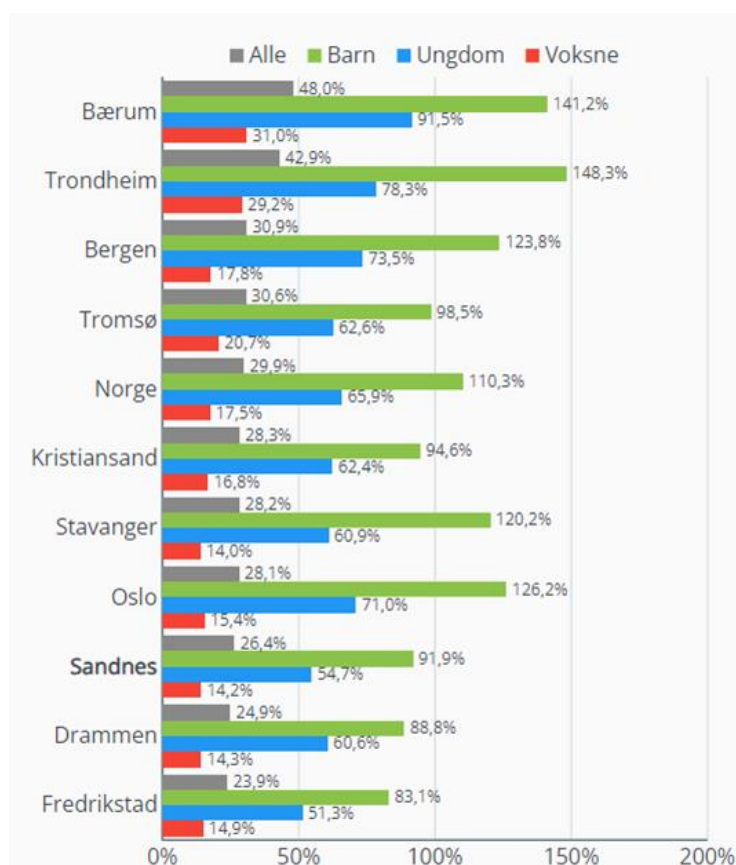
¹³ Både deltids- og fulltidsplasser

2.2.7 Barn og unges deltakelse i idrett

I følge [idrettsregistreringa](#) finner vi drøyt 1,5 millioner aktive innen ulike idretter i Norge.

Siden idrettsregistreringen ikke inneholder individdata, kan én person være registrert flere ganger dersom personen er aktiv i flere enn én idrett. I [Norsk idrettsindeks](#) beskriver vi derfor *Aktivitetsandelen* som er antall aktive delt på innbyggertallet per 1.1 i gjeldende år i den gitte aldersgruppa.

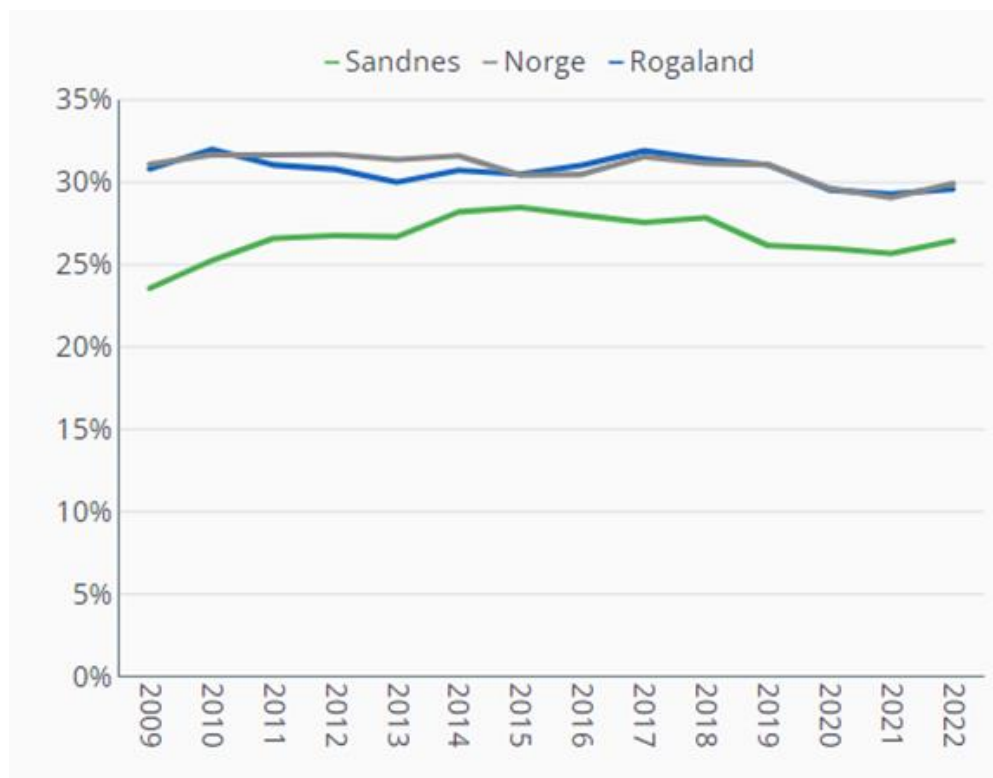
For barn (6-12 år), ser vi at denne er 110,3 % på landsbasis. Det vil si at hvert barn i snitt er med i litt mer enn en idrett. Blant ungdom (13-19 år) er aktivitetsandelen 65,9 %, mens den totalt er 29,9 %. I totaltallet har vi kun inkludert aktive over 6 år. Det samme gjelder for innbyggertallet. I Sandnes finner vi til sammen 19 819 aktive innen ulike idretter. Det gir en aktivitetsandel på 26,4 %. Blant barn er aktivitetsandelen 91,9 %, mens den hos ungdom er 54,7 %.



Figur 36: Antall aktive og aktivitetsandel innen alle idretter fordelt på alder i Sandnes, Norge og utvalgte fylker/kommuner

Aktivitetsandelen i Norge har vært stabil rundt 31 % fra 2009 til 2019. Det samlede tallet er imidlertid noe usikkert, da en mer detaljert registrering de siste årene kan ha medført flere dobbeltregistreringer.

Under pandemien sank aktivitetsandelen i Norge fra 31,1 % i 2019 til 28,8 % i 2021. I 2022 har aktivitetsandelen økt til 29,9 %. Blant barn sank aktiviteten med 6 %, men her er aktiviteten i 2022 tilbake på 2019-nivå. Blant ungdom sank aktiviteten med 7 %. Her har aktiviteten fortsatt ikke tatt seg helt opp. Det samme gjelder voksne. Nedgangen under pandemien var noe sterkere blant kvinner enn blant menn.



Figur 37: Antall aktive og aktivitetsandel innen idrett samlet i Sandnes fra 2009-2022

I Sandnes har det også vært nedgang fra 2019 til 2021, men betydelig mindre. Nedgangen fra 2018 til 2019 var for eksempel større enn under pandemien. I 2022 økte aktivitetsandelen til 26,4 %, og det var en økning i alle aldersgruppene, økningen var spesielt høy blant barn.

2.2.8 Barn og unges deltakelse i demokratiet

Barn og unge utøver sitt politiske medborgerskap i systemer for medvirkning. Skolens elevråd, barn- og unges kommunestyre (BUKS), og Sandnes unge kommunestyre (SUK) er organer som ivaretar barn- og unges stemme i Sandnes kommune. 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 til å fargelegge byen, og presentere egne ideer for byutvikling og bruk av byens uterom. Kommunen har også opprettet et ungdomspanel for kultur, der ungdommer er ansatt for å fremme økt aktivitet og engasjement blant unge i Sandnes. Kommunen har også et tverrfaglig nettverk for medskapning med barn og unge som skal sørge for at barn og unge blir inkludert i kommunens planer og gode medvirkningsprosesser.

Barnetråkk i Sandnesskolen

Barnetråkk er et undervisningsopplegg som planleggere gjennomfører i samarbeid med skolene.

Barnetråkk er et aktuelt i forbindelse med det tverrfaglige temaet *Demokrati og medborgerskap* i læreplanen. Barnetråkk viser elevene hvordan deltagelse i planprosesser fungerer, og hvordan de kan ta vare på rettighetene sine i ung alder. Resultatene sendes til myndighetene, og på denne måten kan elevene erfare hvordan de kan påvirke gjennom demokratiske prosesser.

Barnetråkk lar barn og unge vise planleggerne hvordan de bruker nærområdet sitt. Gjennom digital kartregistrering av veiene de går og klistermerker som markerer deres preferanser, gir barna planleggere nyttig informasjon om hvor de beveger seg. En tverrsektoriell arbeidsgruppe har startet planleggingen av nye barnetråkkregistreringer som kan starte fra høsten 2024. Prioriterte skoler er valgt ut etter pågående plansaker.

Tabell 4 Pågående planer og prioriterte skoler til barnetråkk

Plan	Skoler
Områdeplan for Stokkeland	Ganddal, Sørbø og Lundehaugen
Tverrforbindelsen Foss-Eikeland og Bråstein	Bogafjell og Buggeland
Bussveien	Trones
Kommuneplanens handlingsdel, lokalsenterutredninger	Forsand og Sviland
Områdeplan Kvadrat	Lura, Porsholen og Lurahammaren

2.2.9 Oppsummering oppvekst og levekårsforhold i Sandnes

Sosioøkonomiske forskjeller:

- Den forventede levealderen i Sandnes ved fylte 30 år er 83,2 år. Det er imidlertid betydelige forskjeller i levealder basert på utdanningsnivå, særlig blant menn. Menn med grunnskole som høyeste utdanning lever i gjennomsnitt 5,8 år kortere enn menn med videregående eller høyere utdanning. For kvinner er denne forskjellen 4,1 år.
- Gjennomføringsandelen i videregående opplæring i Sandnes er høyere enn landsgjennomsnittet. Foreldres utdanningsnivå har en stor påvirkning på sannsynligheten for at elever fullfører videregående skole, med en klar sammenheng mellom høyere utdanning hos foreldrene og høyere gjennomføringsgrad blant elevene.
- Inntektsforskjellene i Sandnes har økt, med raskere inntektsvekst i områder med høyere medianinntekt sammenlignet med områder med lavere inntekt. Dette viser en økende sosial ulikhet i kommunen.
- Hele 18,4 % av personer i alderen 20-29 år i Sandnes befinner seg i utenforskap, definert som personer verken i arbeid eller utdanning. Denne andelen er høyere enn landsgjennomsnittet og indikerer en utfordring med tilknytning til arbeidsmarkedet og utdanningsdeltakelse blant unge voksne.
- I 2020 levde 11,1 % av befolkningen i Sandnes i vedvarende lavinntekt, mens andelen blant barn var 11,7 %. Dette er en liten økning fra 11,0 % i 2014 og viser at lavinntekt er en vedvarende utfordring for enkelte grupper i kommunen. For å prøve å snu denne trenden har kommunen blant annet startet prosjekt «Hele familien» i samarbeid med NAV og Barne- og familieenheten, for å bedre oppvekstvilkårene og fremtidsmulighetene for barn i lavinntektsfamilier.
- I 2022 rapporterte 17 % av ungdomsskoleelevene at økonomiske barrierer hindret dem i å delta på ønskede fritidsaktiviteter.

Barn og unges deltakelse i demokratiet og fritidsaktiviteter:

- Sandnes legger til rette for barn og unges deltakelse i demokratiske prosesser gjennom initiativer som elevråd, Sandnes unge kommunestyre, Barn og unges kommunestyre, Barnas by, og Barnetråkk. Dette gir ungdommen mulighet til å påvirke samfunnsutviklingen og styrke deres medborgerkompetanse.

Fritidsaktiviteter:

- Sandnes tilbyr et mangfoldig fritidstilbud, med et bredt spekter av organiserte aktiviteter innen idrett, kunst og kultur. Dette gir barn og unge muligheter til å utvikle sine interesser.
- Byen har også gode idrettsanlegg og fasiliteter som fremmer fysisk aktivitet blant befolkningen.

Barnehage og skole:

- Barnehagene spiller en viktig rolle i barns utvikling, særlig for barn fra familier med lav sosioøkonomisk status eller innvandrerbakgrunn. I Sandnes har dekningsgraden for barn i alderen 1-5 år økt fra 88,8 % i 2020 til 92,1 % i 2023. Likevel ligger kommunen fortsatt under snittet for sammenlignbare kommuner. Det har vært økt deltakelse blant minoritetspråklige barn, men kommunen ligger fortsatt noe under gjennomsnittet.
- Fødselsraten i Sandnes er lav, noe som fører til en forventet reduksjon i behovet for barnehageplasser. Samtidig er bemanningen i barnehagene betydelig lavere enn landsgjennomsnittet, noe som kan påvirke kvaliteten på tilbudet.
- Trivsel på skolen er viktig for elevenes læring og psykiske helse. De fleste elever i Sandnes trives godt, men det har vært en nedgang i trivsel de siste årene, særlig blant elever på 7. trinn. Dette reflekterer også en økning i rapportert mobbing.
- Skolefritidsordningen (SFO) er viktig for barns lek, kultur og fritidsaktiviteter, særlig for de mest sårbare barna. Sandnes har innført gratistimer for førsteklassinger og andreklassinger, samt redusert foreldrebetaling for lavinntektsfamilier. Dette øker tilgjengeligheten og inkluderingen.
- Det har vært en økning i mobbing blant elever på både 7. og 10. trinn, noe som er en utfordring for elevenes trivsel og kan ha langvarige negative konsekvenser.
- Skolefravær er en økende utfordring i Sandnes, med flere tilfeller av omfattende fravær. Kommunen arbeider tverrfaglig for å forebygge fravær og støtte elever tilbake til skolen.

Konsekvenser av smitteverntiltakene:

- Pandemien har hatt betydelige negative konsekvenser, spesielt for personer med nedsatt funksjonsevne, unge, studenter og eldre. Redusert livskvalitet, økt ensomhet og flere psykiske plager er utfordringer som har blitt forsterket. Skoleelever har opplevd redusert læringsutbytte og økt psykisk belastning, noe som kan få langvarige negative konsekvenser for deres fremtidige levekår.

2.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Dette kapitlet handler om miljørettet helsevern. Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

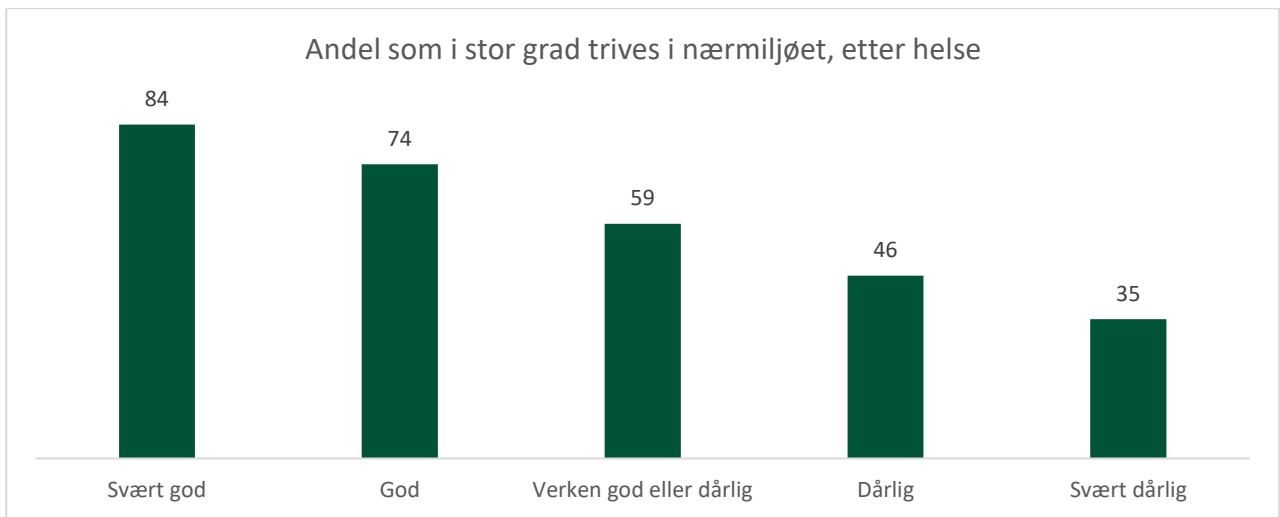
2.3.1 Nærmiljø og lokalsamfunn

Nærmiljøet vårt er viktig for helse og livskvalitet i oppveksten og gjennom hele livsløpet. Det fysiske nærmiljøet omfatter boområde, parker, plasser, veier, gater, lekeplasser, kulturlandskap og natur- og friområder, og institusjoner som skoler og barnehager. Nærmiljøet har også en psykososial dimensjon som dreier seg om opplevd trygghet, sosiale møteplasser og estetiske kvaliteter som påvirker menneskenes trivsel, stolthet og identitetsfølelse (Meld. St. 15, 2022-2023).

Ungdataundersøkelsen for 2022 viser at andelen som svarer at de opplever det som ganske eller svært trygt å ferdes i nærområdet der de bor når det er mørkt, har ligget stabilt på rundt 80 prosent siden 2010 (opp mot 90 prosent i 2016) for både ungdomstrinnet og videregående. 68 prosent av respondentene på ungdomstrinnet svarer at de er litt eller svært fornøyd med lokalmiljøet der de bor. Andelen er noe lavere på videregående (63-65 prosent).

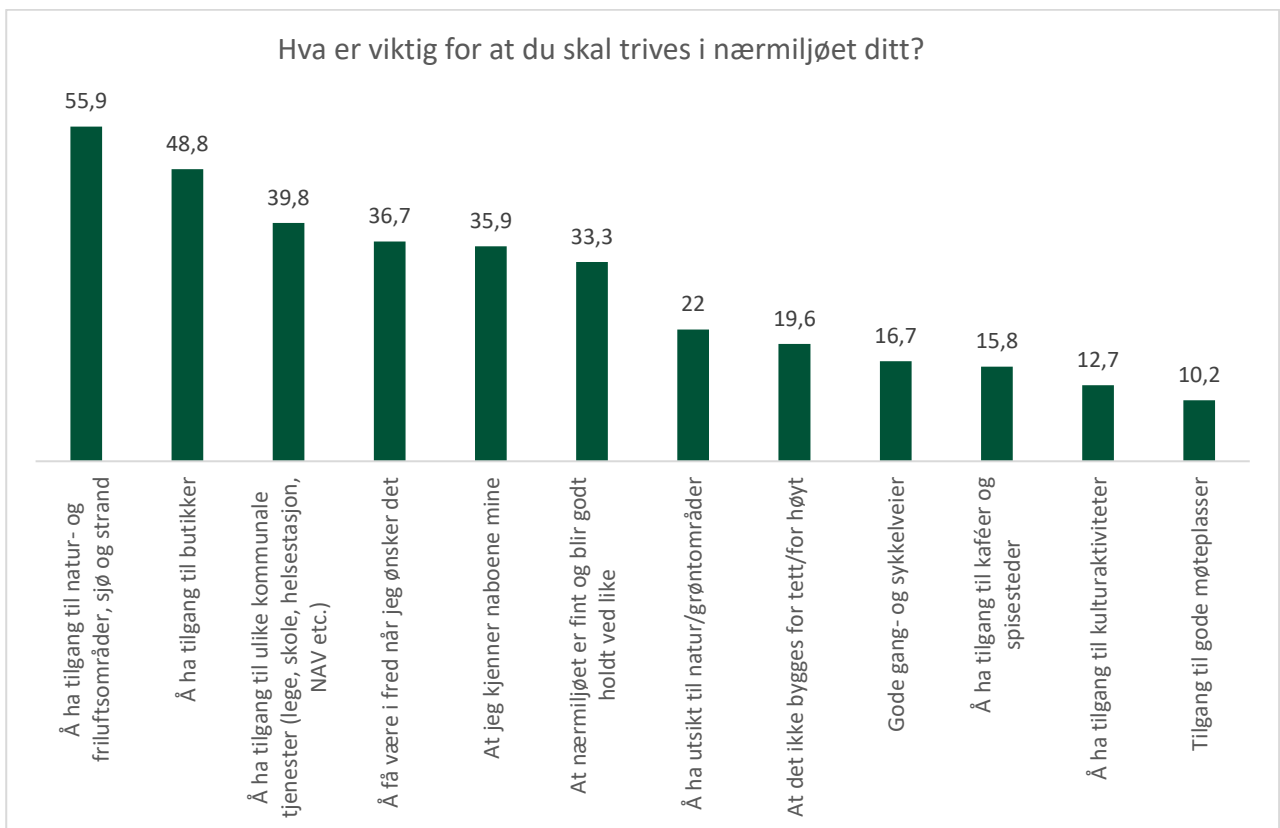
Ifølge folkehelseundersøkelsen 2023, er andelen som i stor grad trives i nærmiljøet i Sandnes 69 prosent. Det er samme andel som i Rogaland samlet sett. I 2020 svarte 75 prosent av befolkningen i Rogaland at de i stor grad trives i nærmiljøet sitt. Det betyr at det har vært en nedgang på 6 prosentpoeng fra 2020 til 2023.

Folkehelseundersøkelsen gjør det mulig å se på ulike grupper i samfunnet i Rogaland. Det er for eksempel slik at en større andel pensjonister (86 prosent) sier at de i stor grad trives i nærmiljøet enn studenter (57 prosent) og de som er arbeidsledige (35 prosent). Det er også slik at en større andel av de uten innvandrerbakgrunn enn de med innvandrerbakgrunn sier at de i stor grad trives i nærmiljøet, henholdsvis 71 prosent og 53 prosent. Figur 38 viser hvordan andelen som i stor grad trives i nærmiljøet varierer med selvrapportert opplevelse av egen helse. Jo dårligere helse, jo lavere andel svarer at de i stor grad trives i nærmiljøet.



Figur 38: Andel som i stor grad trives i nærmiljøet, etter egenvurdert helse. Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023, data bearbejdet av Rogaland fylkeskommune.

Figur 39 viser at på spørsmål om hva som er viktig for å trives i nærmiljøet¹⁴, er det vanligste svaret «Å ha tilgang til natur- og friluftsområder, sjø og strand». Det nest vanligste svaret er «Å ha tilgang til butikker».



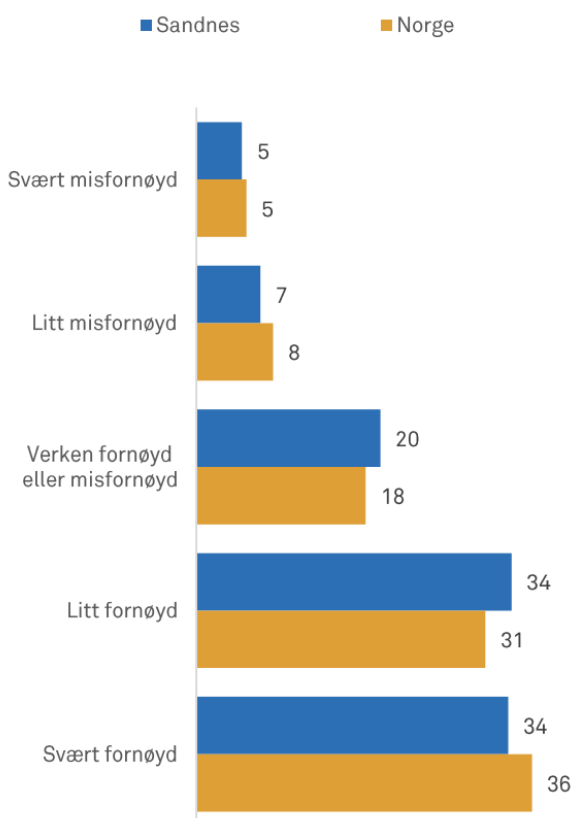
Figur 39: Hva er viktig for at du skal trives i nærmiljøet ditt? Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023, data bearbejdet av Rogaland fylkeskommune.

¹⁴ Dette var et flervalgsspørsmål der en kunne velje inntil fire svar. Søylen summerer til omtrent 350 prosent.

Ifølge ungdomsundersøkelsen, er 68 prosent av ungdomsskoleelevene i Sandnes enten litt fornøyd eller svært fornøyd med lokalmiljøet der de bor, og det samme gjelder for 64 prosent av elevene på Sandnes videregående (se figur 40). Det er nesten det samme som for landet som helhet, men forskjellen er at litt større andel svarer svært fornøyd og litt lavere andel svarer litt fornøyd.

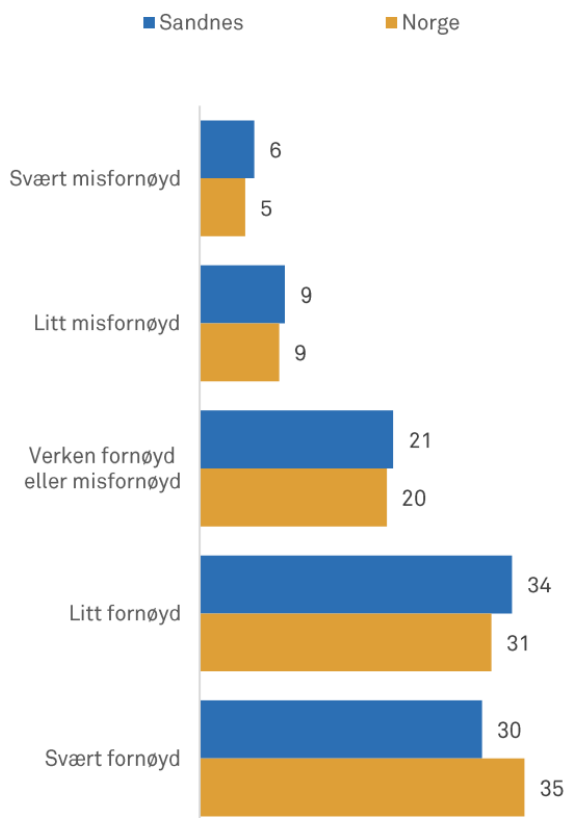
Ungdomsskole

Hvor fornøyd er du med lokalmiljøet der du bor? Prosent i Sandnes kommune og nasjonalt



Videregående

Hvor fornøyd er du med lokalmiljøet der du bor? Prosent i Sandnes videregående og nasjonalt



Figur 40: Hvor fornøyd er du med lokalmiljøet der du bor? Ungdomsskoler i Sandnes og Sandnes videregående skole. Kilde: Ungdata 2022.

Kulturtilbudet

Kultursektoren er en viktig aktør i folkehelsearbeidet. Sektoren forvalter kompetanse og kunnskap, den legger til rette for læring, den skaper og utøver kulturaktivitet, og den tilbyr et bredt spekter av opplevelser og egenaktivitet som er vesentlig for en god folkehelse.

Regjeringens kulturfrivillighetsstrategi (2023-2025) løfter frem mangfoldet av kulturfrivillighetens aktiviteter og dens egenverdi og synliggjør kulturfrivillighetens samfunnsbidrag. Regjeringens

definisjon av kulturfrivillighet er: «den frivillige virksomheten som foregår på området musikk, scenekunst, visuell kunst, litteratur, dataspill, film og kulturarv». Sandnes kommune arbeider for at kulturfrivilligheten til enhver tid skal ha gode rammebetingelser for å støtte opp om deres muligheter til aktivitet og videreutvikling. Samspill mellom kulturlivet og frivilligheten har et stort potensial for å skape byliv, innendørs og utendørs.

Resultatene fra kulturundersøkelsen for Nord-Jæren viser at befolkningen i Sandnes generelt er godt fornøyd med kulturtilbudet i byen, og særlig friluftsområdene, kulturhuset og Sandneshallen.

Rapporten viser også at graden av kulturdeltakelse øker med utdanningsnivå, noe som kan indikere at vi ikke treffer hele befolkningen med dagens kulturtilbud. I en kulturundersøkelse for Sandnes-ungdommen (gjennomført av Ungdomspanelet), viser resultatene at ungdomskulturtilbudet i Sandnes har «et forbedringspotensial», og at det er et ønske om flere kulturarrangement rettet mot ungdom.

Høsten 2022 gjennomførte LEVA Urban design en mulighetsstudie og en kartlegging av kulturområdet i Sandnes. Undersøkelsen trakk fram tre fokusområder:

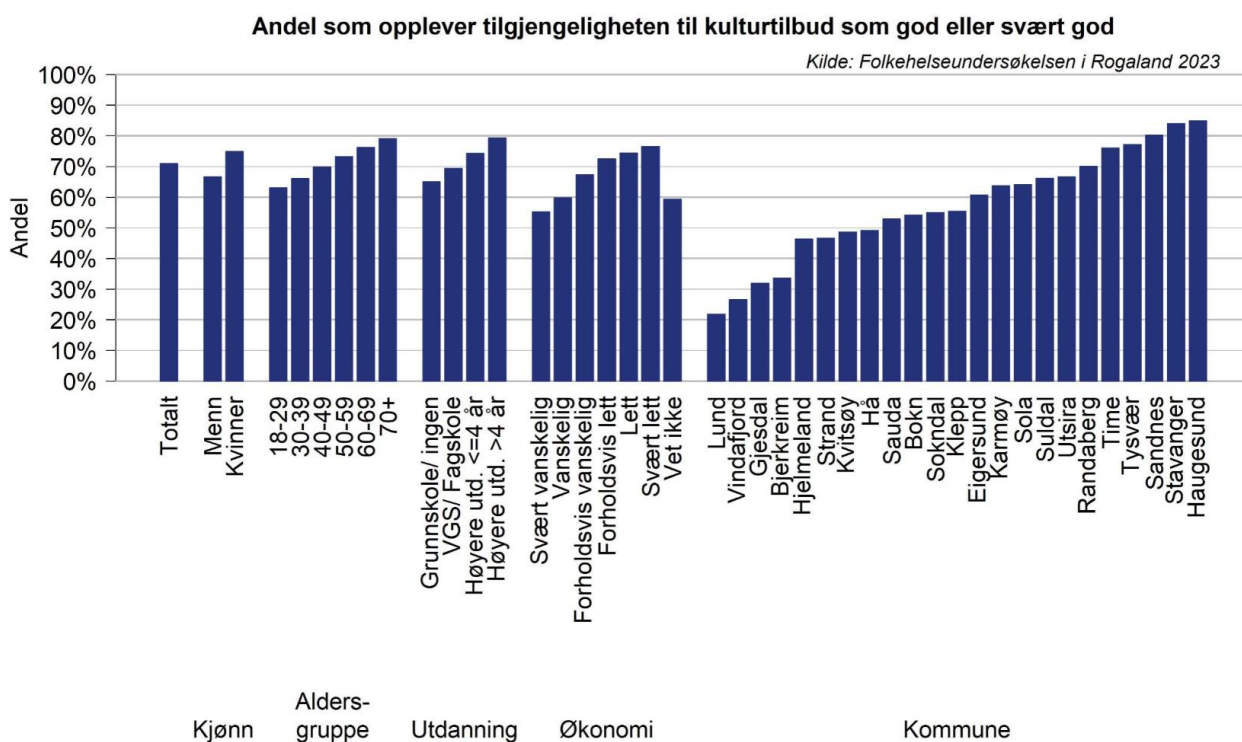
- skape gode og likeverdige livsvilkår for alle
- styrke mangfoldet og det frivillige engasjementet i befolkningen
- sikre god dialog med innbyggerne

I arbeidet med å sikre gode og likeverdige livsvilkår i befolkningen spiller kultur en sentral rolle, særlig ved å sikre tilgang og tilgjengelighet til ulike møteplasser og kulturtilbud. I

befolkningsoversikten er det estimert at andelen unge voksne og seniorer vil ha størst økning de neste tiårene. Studier har vist at et rikt kulturliv kan være særlig viktig for personer som gjennomgår store overgangsbegivenheter, som for eksempel overgangen fra ungdomstid til voksenliv, eller fra arbeidsliv til pensjonisttilværelse. Disse periodene kan for noen oppleves som preget av usikkerhet om fremtiden, på godt og vondt – enten som noe befriende, eller som stressende og utmattende. I et folkehelseperspektiv er det viktig å både se på hva som kan redusere helseutfordringer og hva som kan bidra til økt livskvalitet og velvære i befolkningen. Når det gjelder sistnevnte, er kultur en svært viktig leverandør. En investering i et rikt kulturliv vil ikke bare ha en viktig sosial funksjon, men påvirker også innbyggernes liv på et mer individuelt nivå. Det er derfor viktig å ikke bare behandle kultur som en trivselsfaktor eller som noe instrumentelt, men også som en verdi i seg selv.

Folkehelseundersøkelsen viser at 80 prosent av befolkningen i Sandnes opplever tilgjengeligheten til kulturtilbud som god eller svært god, og det er over snittet i Rogaland (68 prosent). Figur 41 viser hvordan andelen som opplever tilgjengeligheten til kulturtilbud som god eller svært god fordeler seg på kjønn, aldersgruppe, utdanning, økonomi og kommune. Andelen som vurderer tilgjengeligheten til

kulturtilbud som god eller svært god stiger med alderen, utdanningsnivået og økonomien (for Rogaland samlet).

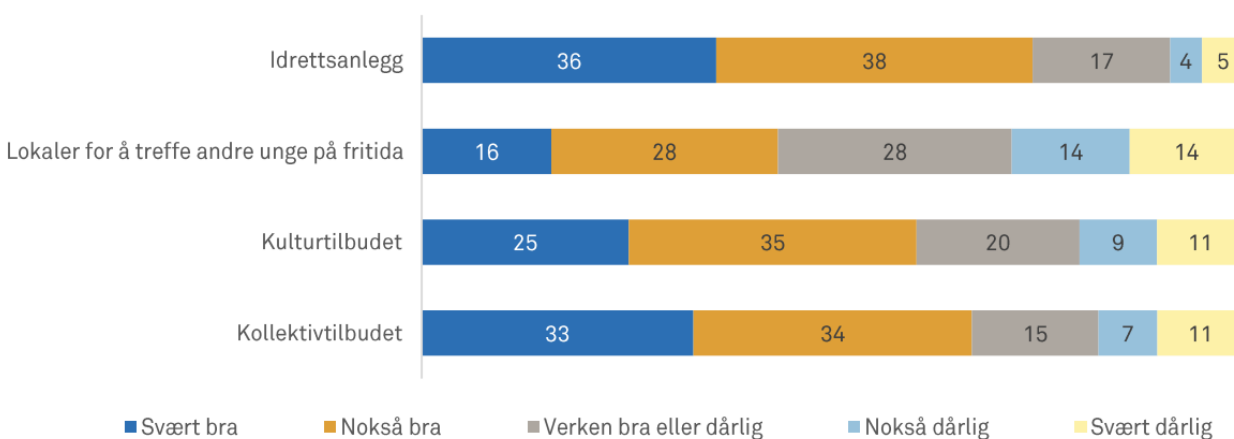


Figur 41: Andel som opplever tilgjengeligheten til kulturtilbud som god eller svært god. Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023, data bearbejdet av Rogaland fylkeskommune.

Ungdataundersøkelsen spør ungdom om hvordan de opplever ulike tilbud til ungdom. Figur 42 viser at de fleste opplever kulturtilbudet som svært bra eller nokså bra (60 prosent av elevene på Sandnes videregående skole og 61 prosent av elevene på ungdomsskoler).

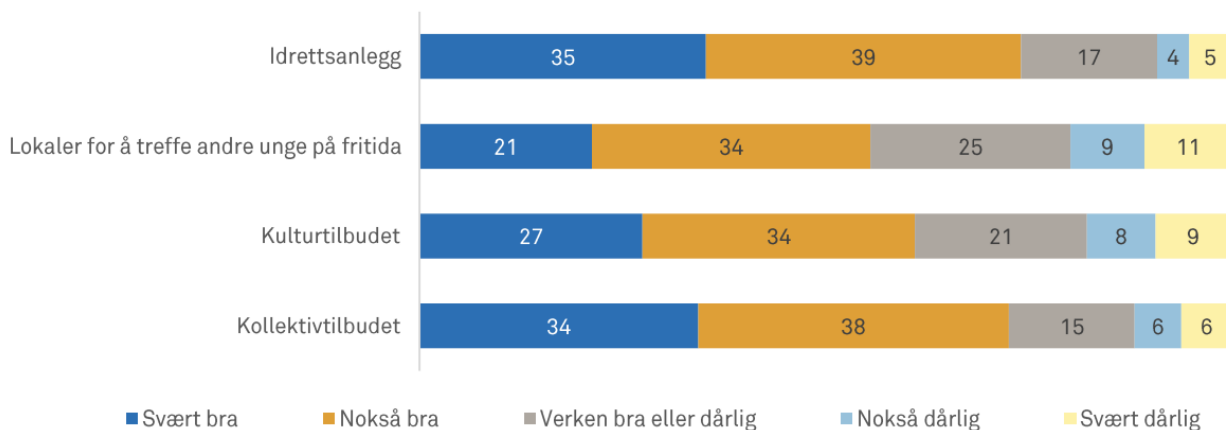
Videregående

Tenk på områdene rundt der du bor. Hvordan opplever du at tilbudet til ungdom er når det gjelder ...



Ungdomsskole

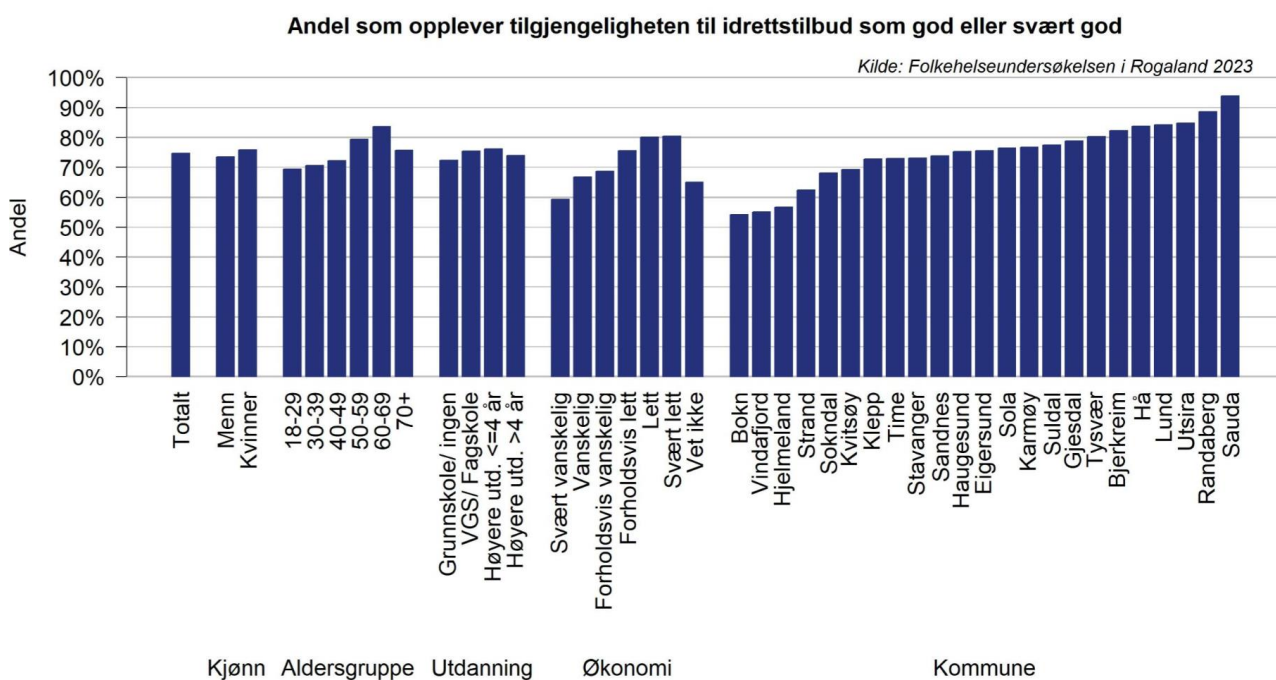
Tenk på områdene rundt der du bor. Hvordan opplever du at tilbudet til ungdom er når det gjelder ...



Figur 42: Opplevelse av tilbudet til ungdom. Ungdomsskoler i Sandnes og Sandnes videregående skole. Kilde: Ungdata 2022.

Idrett

Litt over 70 prosent opplever tilgjengeligheten til idrettstilbud som god eller svært god i Sandnes, og det er omtrent på snittet til Rogaland. Figur 43 viser hvordan andelen som opplever tilgjengeligheten til idrettstilbud som god eller svært god fordeler seg på kjønn, aldersgruppe, utdanning, økonomi og kommune. Det er mindre aldersforskjeller her enn for kulturtilbudet, men det er fortsatt en tendens til at personer som opplever økonomien som lett i større grad vurderer tilgjengeligheten som god.



Figur 43: Andel som opplever tilgjengeligheten til idrettstilbud som god eller svært god. Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023, data bearbejdet av Rogaland fylkeskommune.

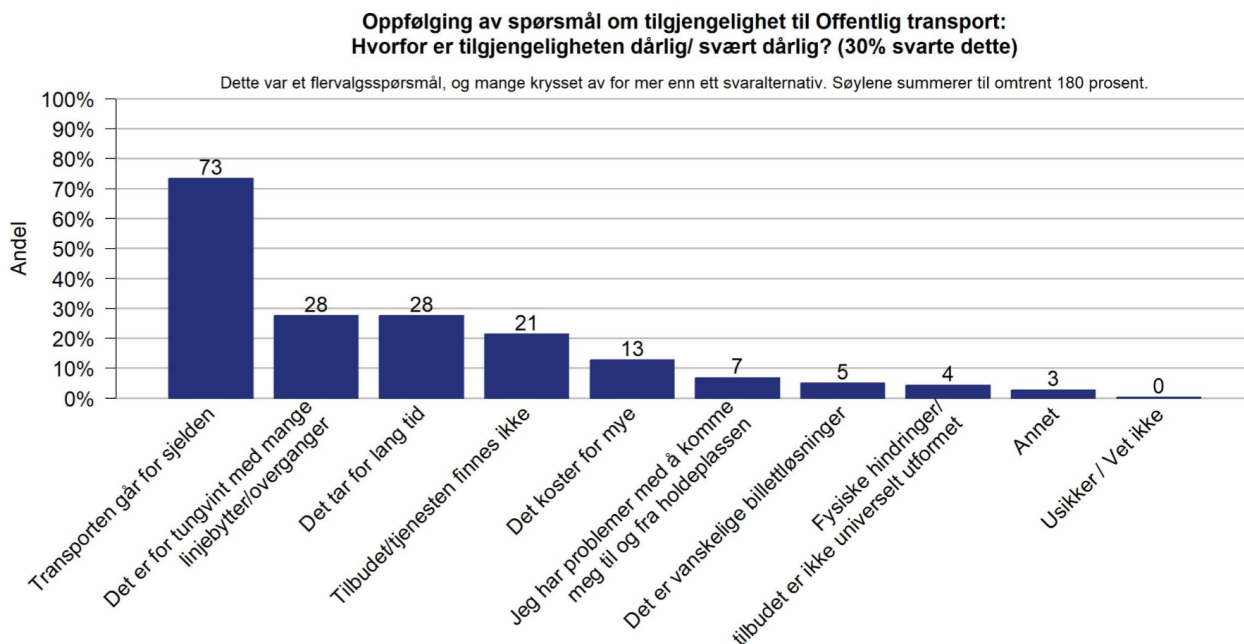
Kultur

I den regionale kulturplanen (2015 – 2025) står det: «Alle i Rogaland skal ha tilgang til et mangfold av kulturopplevelser av høy kvalitet, og ha muligheter for kulturutøvelse etter egne forutsetninger». I kulturundersøkelsen for Nord-Jæren kom det fram at kulturbruk og aktivitet skjer på tvers av kommunegrensene i regionen. For å ta del i kulturopplevelser fordrer det mobilitet og den enkeltes mulighet til å ta seg rundt på egenhånd. Både Barn og unges kommunestyre (BUKS) og Sandnes unge kommunestyre (SUK) har pekt på mobilitet som en utfordring når det kommer til deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter – både innad i egen kommune og på tvers av kommunegrensene. Dette gjelder folk i alle aldre, men særlig for ungdom. For å nå et mål om likeverdige muligheter for samfunnsdeltakelse, er det derfor viktig å ta hensyn til barrierer for deltakelse i planleggingen av kulturtilbudene.

Aktiv transport

Aktiv transport, som å reise kollektivt, gå eller sykle, bidrar til økt hverdagsaktivitet. Økt hverdagsaktivitet er bra for folkehelsen. Det bidrar også til å redusere klimautslipp, lokal luftforurensing, og det reduserer presset på veiene.

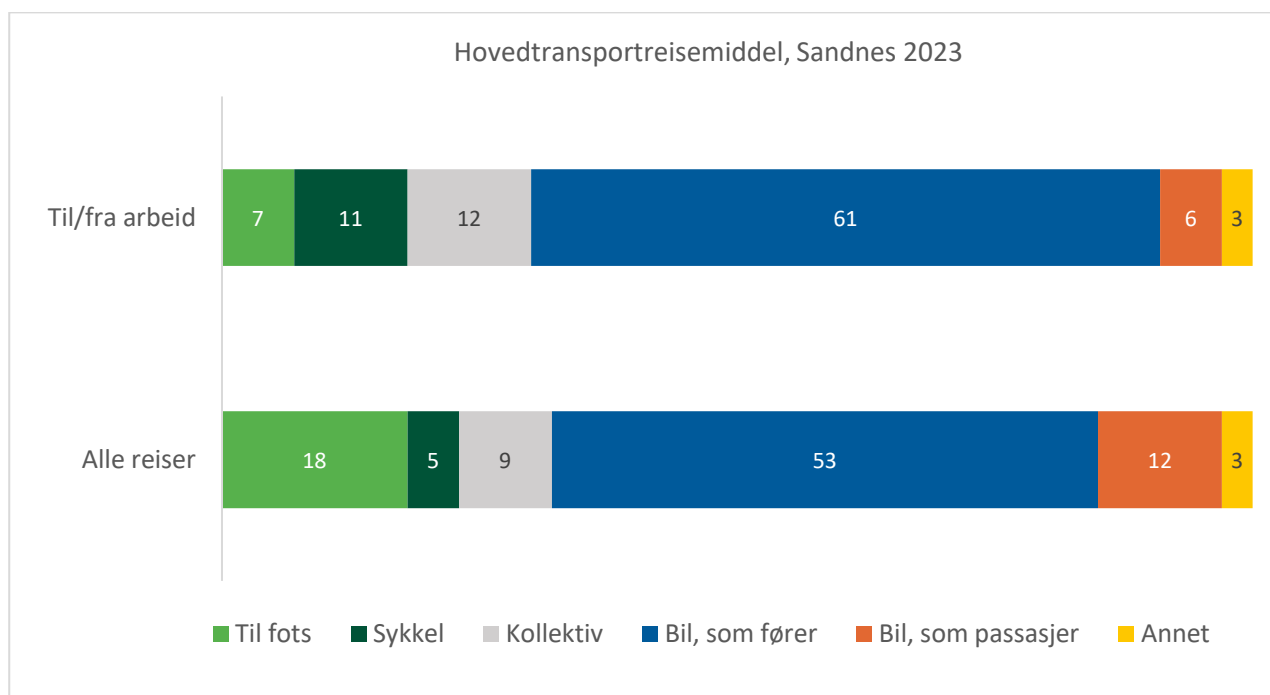
56 prosent av befolkningen i Sandnes vurderer tilgjengeligheten til offentlig transport som god eller svært god ifølge folkehelseundersøkelsen. Det er en høyere andel enn for Rogaland som helhet, som er naturlig ettersom Sandnes er en av de største byene. Av de som svarer at tilgjengeligheten til offentlig transport er dårlig eller svært dårlig for Rogaland som helhet, er det vanligste svaret på hva grunnen til dette er at transporten går for sjelden (se figur 44).



Figur 44: Oppfølging av spørsmål om tilgjengelighet til offentlig transport: Hvorfor er tilgjengeligheten dårlig/svært dårlig? (30 prosent av respondentene svarte dette). Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2020, data bearbeidet av Rogaland fylkeskommune.

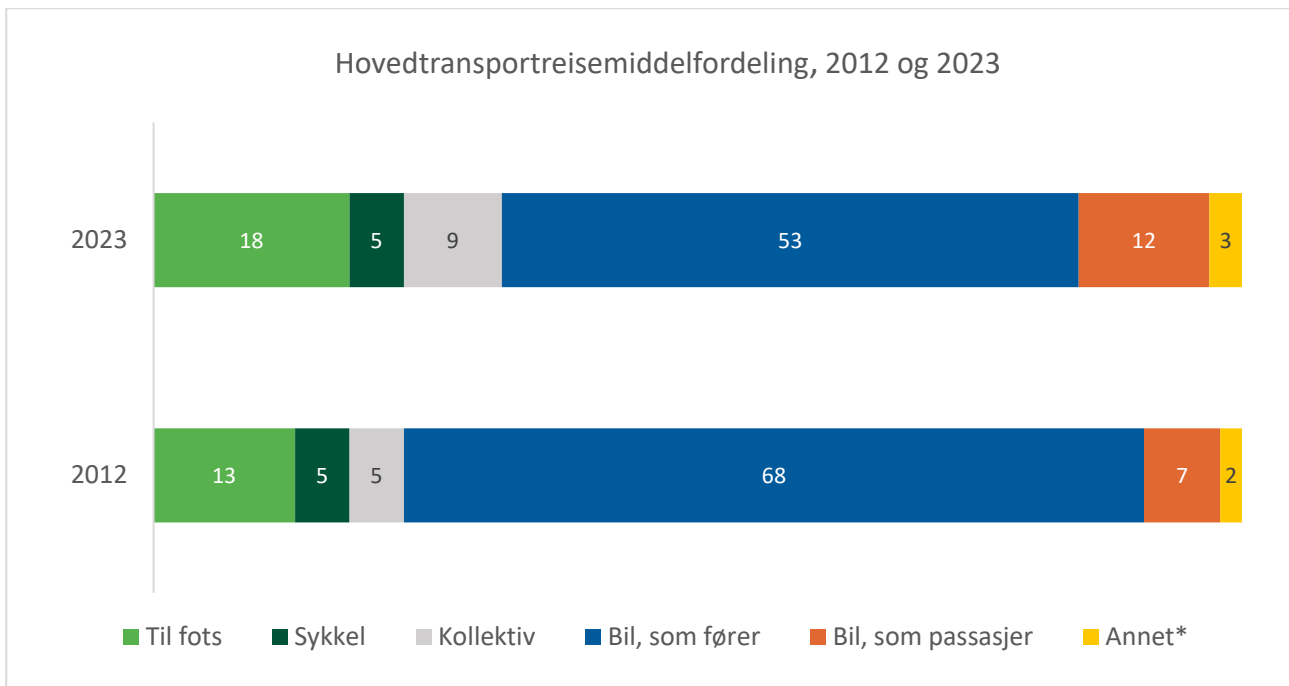
Gåing er den mest grunnleggende transportformen, og mange reiser starter og slutter med en gåtur. Da helsedirektoratet oppdaterte sine faglige råd om fysisk aktivitet i 2022, var et nytt råd at absolutt all aktivitet teller. Tidligere var rådet at aktiviteten måtte være i minst 10 minutter og være litt anstrengende for å telles, men nå all fysisk aktivitet – også kortvarig med lav intensitet – er viktig for helsen. Gåing er et godt eksempel på en slik aktivitet. Gåing følger en omvendt sosial gradient – de med lavere sosio-økonomisk status går mer enn de med høyere sosioøkonomisk status (Statens vegvesen, 2023). Det betyr at å planlegge for gange er et sosioøkonomisk utjevnende tiltak. Sykkel er på samme måte som gåing et godt og helsefremmende alternativ eller supplement til bil. Godt utbygde gang- og sykkelveier er derfor et viktig mål for å sikre attraktive og helsefremmende lokalsamfunn som samtidig bidrar til reduserte klimagassutslipp.

Ifølge folkehelseundersøkelsen vurderer 74 prosent av befolkningen i Sandnes utbyggingen av gang- og sykkelstier som god eller svært god. Det er høyere enn snittet for Rogaland. Figur 45 viser hovedtransportreisemiddelfordelingen i Sandnes, for alle reiser og for arbeidsreiser (Reisevaneundersøkelsen, 2023). For alle reiser, er gange nest vanligst etter bil som fører. Sykkelandelen er betydelig større for arbeidsreiser (11 prosent) enn for alle reiser (5 prosent).



Figur 45: Hovedtransportreisemiddelfordeling, Sandnes 2023. Kilde: Reisevaneundersøkelsen 2023.

Figur 43 viser hvordan en større andel går og en lavere andel kjører bil i 2023 sammenlignet med 2012. Det er en positiv utvikling med tanke på folkehelse og klima.



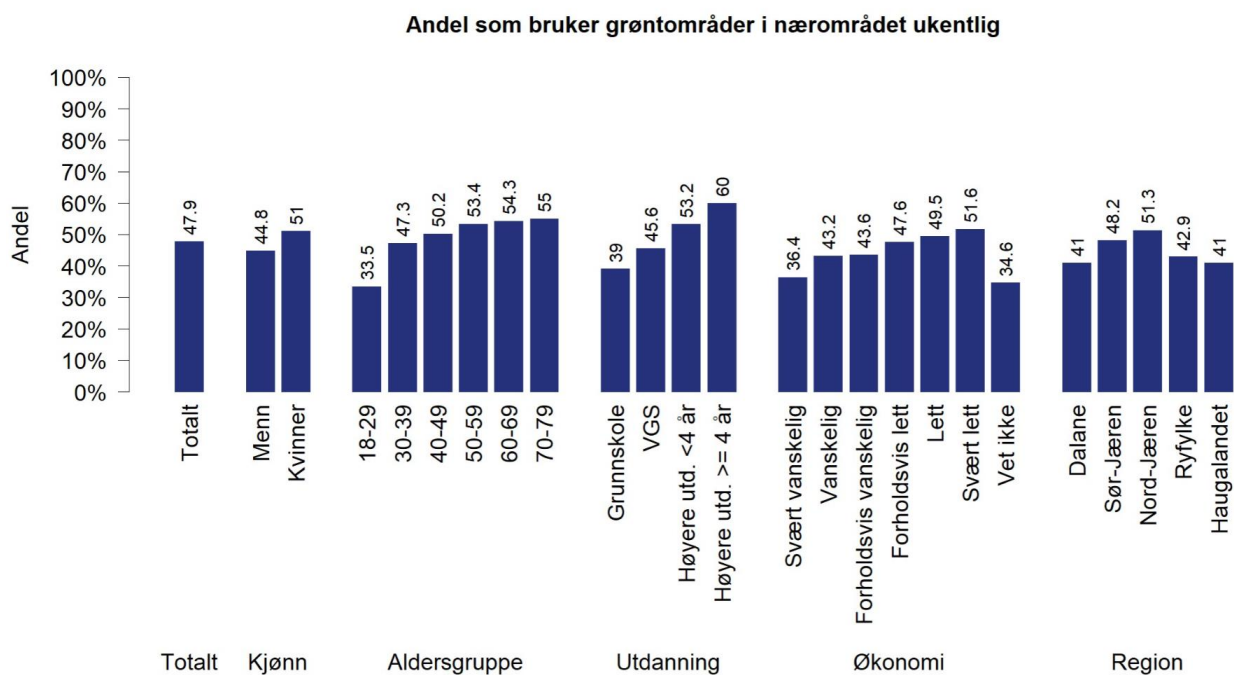
Figur 46: Hovedtransportreisemiddelfordeling, 2012 og 2023, Sandnes. Kilde: Reisevaneundersøkelsen 2023.

Natur- og rekreasjonsområder

Tilgang til parker og grøntområder er en viktig helsefremmende kvalitet i nærmiljøet. God tilgjengelighet til grøntområder assosieres med en rekke gunstige helseeffekter, som blant annet økt fysisk aktivitet og redusert stressnivå. Det samme gjelder tilgjengelighet til friluftsliv og natur (Rogaland fylkeskommune, 2024). Andelen i Sandnes som vurderer tilgjengeligheten til natur- og friluftsområder¹⁵ som god eller svært god, er 90 prosent (Rogaland fylkeskommune, 2024). Det er omtrent på nivå med Rogaland som helhet.

Sandnes kommune har store grøntarealer hvor det anlegges nye turstier, og eksisterende turstier vedlikeholdes eller rehabiliteres. I folkehelseundersøkelsen som ble gjennomført i 2020 kartla andel som bruker grøntområder i nærområdet ukentlig. Figur 47 viser at nesten 50 prosent svarte at de bruker grøntområder ukentlig i Rogaland. Det er kjønnsforskjeller, aldersforskjeller, sosiale forskjeller og regionale forskjeller i bruken. Kvinner bruker grøntområdene mer enn menn, eldre personer bruker grøntområdene mer enn yngre personer og de med høyere utdanning bruker grøntområdene mer enn de med lavere utdanning. Det er større sosiale forskjeller i bruk enn i opplevd tilgang. Det kan tolkes som at det er andre faktorer enn hvor folk bor i forhold til grøntområdene som spiller inn (Rogaland fylkeskommune, 2024).

¹⁵ Inkludert parker og andre grøntarealer



Figur 47: Andel som bruker grøntområder i nærområdet ukentlig. Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2020, data bearbejdet av Rogaland fylkeskommune.

Sandnes kommune har utarbeidet et utstrakt kartgrunnlag for turområder 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». [Aktive Sandnes](#), kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv 2024-2034, har lenker til de digitale kartene.

80 prosent av befolkningen har god tilgang til større naturområder 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. Sandnes kommune er i gang med å utarbeide en kommunedelplan for grøntområdene i Sandnes (Grøntplan).

2.3.2 Drikkevann

Sandnes kommune leverer sikkert drikkevann via interkommunalt vannverk til 96,4 prosent av befolkningen i Sandnes utenom tidligere Forsand kommune. Fortsatt er det noen få spredte gårdsbruk og fritidsboliger i østre deler av gamle Sandnes-delen av kommunen som har egen brønn eller private vannverk. På Forsand leverer Sandnes kommune vann gjennom kommunalt vannverk. Kommunen er i gang med å kartlegge hvor stor andel av befolkningen på Forsand som får vann gjennom kommunalt

vannverk, men foreløpig anslår vi at 80 prosent. Flere husholdninger på Forsand har egen brønn. Lokale vannverk blir også kontrollert og godkjent av Mattilsynet.

2.3.3 Støy

Støy er definert som uønsket lyd. Støy over anbefalte grenseverdier kan forårsake søvnforstyrrelser, redusert livskvalitet og redusert helse, og er definert som forurensing etter forurensningsloven. Langvarig eksponering for støy over anbefalte grenseverdier øker risikoen for søvnforstyrrelser og hjerte- og karsykdom. Om lag to millioner nordmenn er utsatt for støy fra veitrafikk og annen støy som er over det anbefalte nivået ved boligen sin (FHI, 2024a).

Den viktigste støykilden for befolkningen er veitrafikkstøy. Andre støykilder i Sandnes er luftfart, havnevirksomhet, banetrafikk, industri, pukkverk, uteliv og anleggsarbeid. Konflikter med støy oppstår ofte der boliger er plassert nær støyende aktiviteter.

Se [Handlingsplan mot støy for kommunale veier i Sandnes kommune 2023-2028](#) 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, Schancheholen, Vågen og Våland), som anses å være representative også for Sandnes. Sandnes kommune støtter seg også på informasjonstjenesten *Luftkvalitet i Norge*. Her utarbeides det detaljerte varsler og beregninger for nitrogendioksid (NO₂), og svevestøv (PM₁₀ og PM_{2.5}). Kommuneplanen angir gule og røde soner langs E39 som har særlige utfordringer med luftkvaliteten. Disse er vist gjennom hensynssone H390.

Luftkvaliteten i Sandnes overskrider grenseverdien i forurensingsforskriften når det gjelder svevestøv PM₁₀ på E39. Etter innstramming i luftkvalitetskriteriene i 2023 er også flere andre områder i kommunen utsatt for svevestøv PM₁₀, PM_{2,5} og NO₂ over FHI sin anbefaling. Her vil det være viktig å

ha oppmerksomhet rundt sårbare grupper. Det er ikke et lovkrav å gjøre tiltak. De viktigste lokale kildene til luftforurensningen er vegtrafikk og vedfyring.

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 radonkonsentrasjon i inneluften og med oppholdstiden. Risikoen for lungekreft øker vesentlig dersom man røyker. 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. Tilkjørte 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. Kartet viser områder med fjellgrunn som kan medføre frigjøring av radon. Som det kommer fram av kartet, er det store områder i Sandnes kommune som er radonutsatte.

2.3.6 Oppsummering fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø i Sandnes

Trygghet og trivsel i nærmiljøet:

- Ungdataundersøkelsen 2022 viser at ca. 80 % av ungdommene i Sandnes føler seg trygge i sitt nærmiljø, selv etter mørkets frembrudd. Trivselen er også høy, med 68 % av ungdomsskoleelevene og 63-65 % av videregående elever som er fornøyde med sitt lokalmiljø.
- 69 % av befolkningen i Sandnes rapporterer å trives godt i sitt nærmiljø, ifølge folkehelseundersøkelsen 2023.

Kultur- og fritidstilbud:

- Innbyggerne i Sandnes er generelt fornøyde med kulturtilbudet, særlig friluftsområdene, kulturhuset og Sandneshallene.
- Tilgjengeligheten til idrettstilbud vurderes som god eller svært god av litt over 70 % av befolkningen, noe som ligger på nivå med snittet i Rogaland.
- Ungdom i Sandnes opplever også at kulturtilbudet har forbedringspotensial og ønsker flere arrangementer rettet mot dem. Mobilitet er identifisert som en utfordring for deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter, spesielt for ungdom, noe som kan hindre likeverdige muligheter.

Barn og unges deltakelse i demokratiet:

- Sandnes kommune legger til rette for at barn og unge deltar i demokratiske prosesser gjennom elevråd, Barnas by, og initiativer som Barnetråkk. Dette gir barn og unge mulighet til å påvirke samfunnet og utvikle sine medborgerferdigheter.

Tilgjengelighet og mobilitet:

- 56 % av befolkningen i Sandnes anser tilgjengeligheten til offentlig transport som god eller svært god, og 74 % mener utbyggingen av gang- og sykkelstier er tilfredsstillende. Videre vurderer 90 % tilgjengeligheten til natur- og friluftsområder som god eller svært god.
- Sandnes kommune har utviklet digitale kart over turområder som skal øke bruken av grøntområder, og 80 % av innbyggerne har tilgang til større naturområder innen 500 meter fra hjemmet.

Mobbing og skolefravær:

- Til tross for høy generell trivsel i Sandnesskolen, er det en økning i mobbing, spesielt på 7. trinn. Økt skolefravær og mobbing kan ha langtidskonsekvenser for elevers psykiske helse og læring.

Ujevn barnehagedeltakelse og SFO-bruk:

- Selv om barnehagedeltakelsen og SFO-bruken øker, ligger Sandnes under gjennomsnittet for både dekningsgrad og andelen minoritetsspråklige barn i barnehage sammenlignet med andre kommuner. Det kreves ytterligere innsats for å sikre at alle barn har like muligheter til deltakelse.

Luftkvalitet

- Luftkvaliteten i Sandnes overskrider grenseverdien i forurensingsforskriften når det gjelder svevestøv PM_{10} på E39.

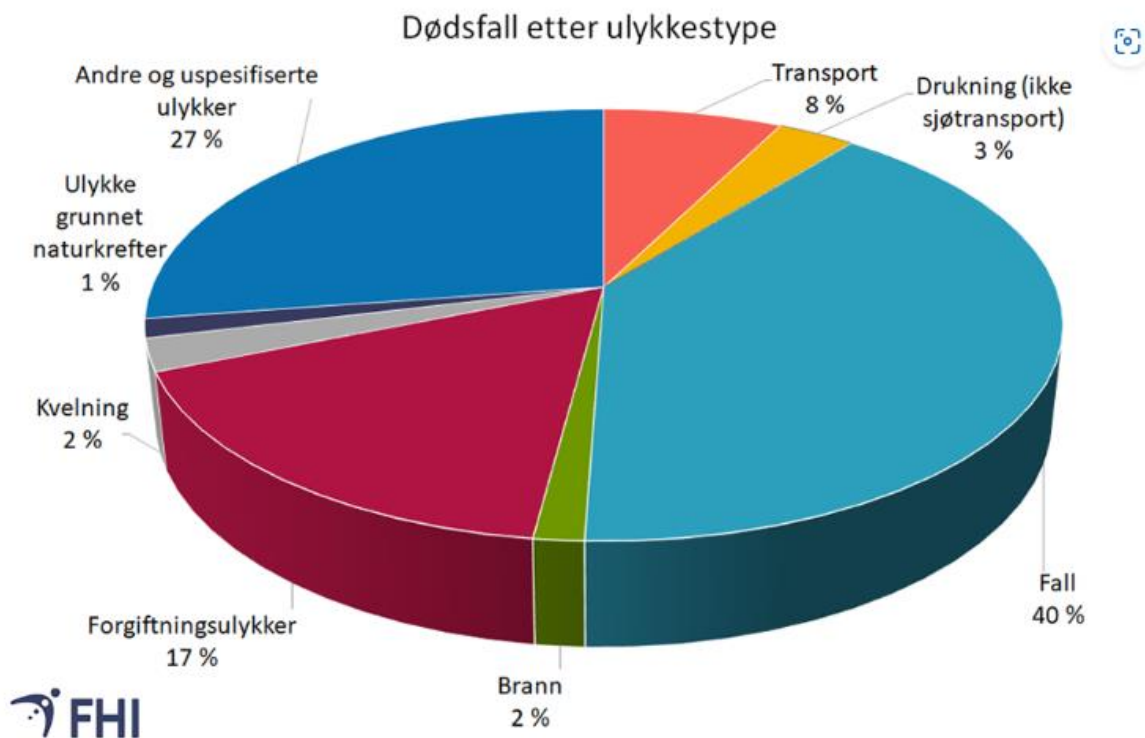
2.4 Skader og ulykker

Det har vært en nedgang i dødsulykker de siste 40-50 årene, blant annet på grunn av langt færre dødsfall i trafikken (FHI, 2024a). Blant barn har ulykkesdødeligheten falt betraktelig. Skader og ulykker er likevel fremdeles en stor utfordring for folkehelsen. Skader har stor betydning for livskvalitet og helse.

I følge FHI kan vi skille mellom skader som skjer utilsiktet (ulykkesskader) og skader som påføres med hensikt (voldsskader og villet egenskade). Statistikken FHI viser til her omfatter først og fremst ulykkesskader, men den inkluderer også voldsskader og villet egenskade. Dette skyldes at enkelte datakilder ikke skiller mellom de to typene, eller at det ikke har vært mulig å fastslå årsaken til en skade. For eksempel er et ukjent antall selvmord skjult som ulykker. En skade defineres i denne sammenhengen som en fysisk personskade (ikke psykisk eller materiell skade), og statistikken gjelder kun akutte hendelser (ikke skader som gjelder kronisk eller langvarig eksponering). Det er kun skader som overstiger en viss alvorlighetsgrad som blir registrert, det vil si at den skadde får medisinsk behandling eller at skaden utløser en kostnad (for eksempel sykefravær eller forsikringsutbetaling).

FHIs kunnskapsgrunnlag viser at:

- Hvert år dør om lag 2 500 personer av skader, rundt 2000 skyldes ulykker og resten selvmord. Disse dødsfallene utgjør om lag 6 prosent av alle dødsfall i Norge.
- Tolv prosent av befolkningen blir årlig behandlet av lege for skader, og hver tiende sykehusinnleggelse i 2021 skyldtes personskade.
- 1769 personer fikk i 2016 innvilget uføretrygd som følge av en skade, som utgjorde 6 prosent av alle nye uføremottakere det året.
- Dødsfall er først og fremst knyttet til fall, forgiftningsulykker (inkludert overdoser) og trafikkulykker. Figur 48 viser de viktigste ulykkestypene skilt ut i dødsårsaksregisteret:



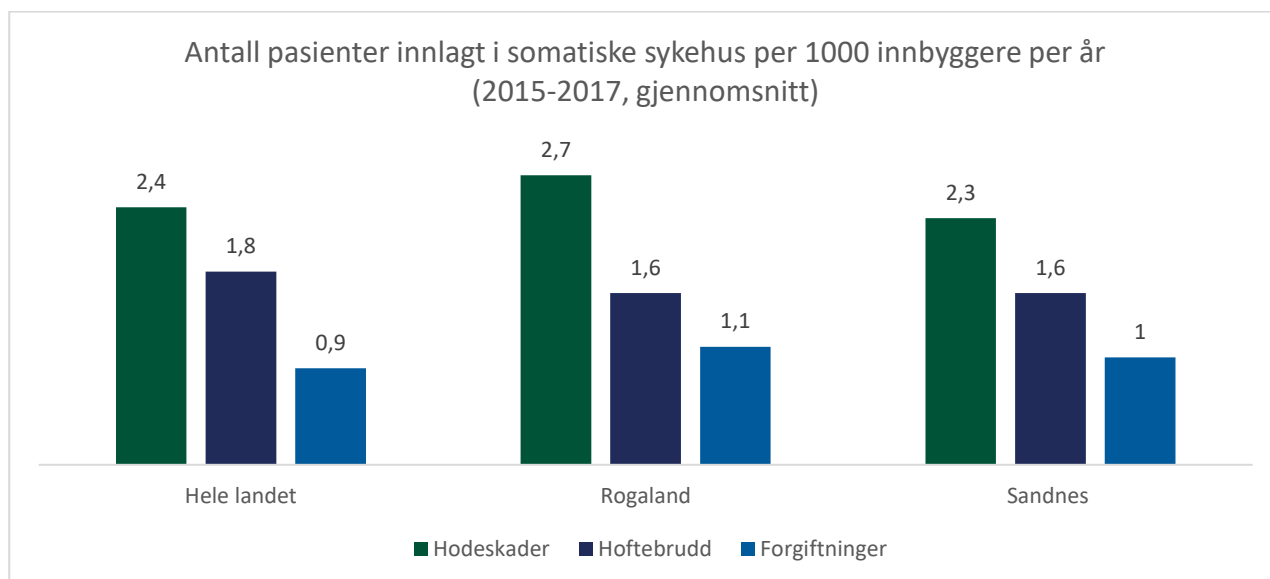
Figur 48: Ulykkesdødsfall i prosent etter ulykkestype. Gjennomsnitt for perioden 2017-2021. Ulykkestyper med få observasjoner er slått sammen og inkludert i gruppen «andre og uspesifiserte ulykker». Kilde: FHI/Dødsårsaksregisteret.

- Ulykker og selvmord er de viktigste dødsårsakene for nordmenn under 45 år. Blant menn under 25 år skyldes en av fire dødsfall ulykker.
- I alle aldersgrupper er det flere menn enn kvinner som dør i ulykker, men fra 50-års alderen behandles kvinner oftere på sykehus for skader. Dette skyldes i stor grad hoftebrudd og andre bruddskader.
- Eldre er utsatt for fallulykker, som utgjør nesten halvparten av alle ulykkesdødsfall.
- Nesten bare menn dør i arbeidsulykker. Utenlandske arbeidstakere har høyere risiko for skader enn norske arbeidstakere, og utgjør en økende andel av de som omkommer i arbeidsulykker.
- Personer fra lavere sosioøkonomiske grupper er mer utsatt for skader enn personer fra høyere sosioøkonomiske grupper.
- Rogaland er ett av fylkene som skiller seg positivt ut når det gjelder ulykkesdødelighet.

- Internasjonalt peker Norge seg ut på skadestatistikken med lave tall for trafikulykker, men høye tall for hoftebrudd.
- En stor andel av ulykker kan knyttes til ulike fritidsaktiviteter, og om lag 30 prosent av alle ulykker skjer i hjemmet (særlig eldre og de yngste barna).
- Beregninger anslår at risikoen for å bli skadd i en ulykke med elektrisk sparkesykkel er ti ganger høyere enn med vanlig sykkel.
- Alkohol og andre rusmidler er en medvirkende faktor ved mange skader, særlig i trafikken.
- Det var en kraftig nedgang i antall skader under nedstengingen i 2020. I hele 2020 var det en nedgang på om lag 10 prosent i antall skadepasienter, men det var ingen nedgang i ulykkedødeligheten totalt i 2020.

2.4.1 Innleggelser

Figur 49 viser antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus i 2015-2017¹⁶ for hodeskader, hoftebrudd og forgiftninger. Sandnes ligger ganske likt an som landet som helhet, med litt lavere tall for hoftebrudd og litt høyere tall for forgiftninger. Rogaland skiller seg ut med noe høyere antall hodeskader enn Sandnes og landet som helhet.

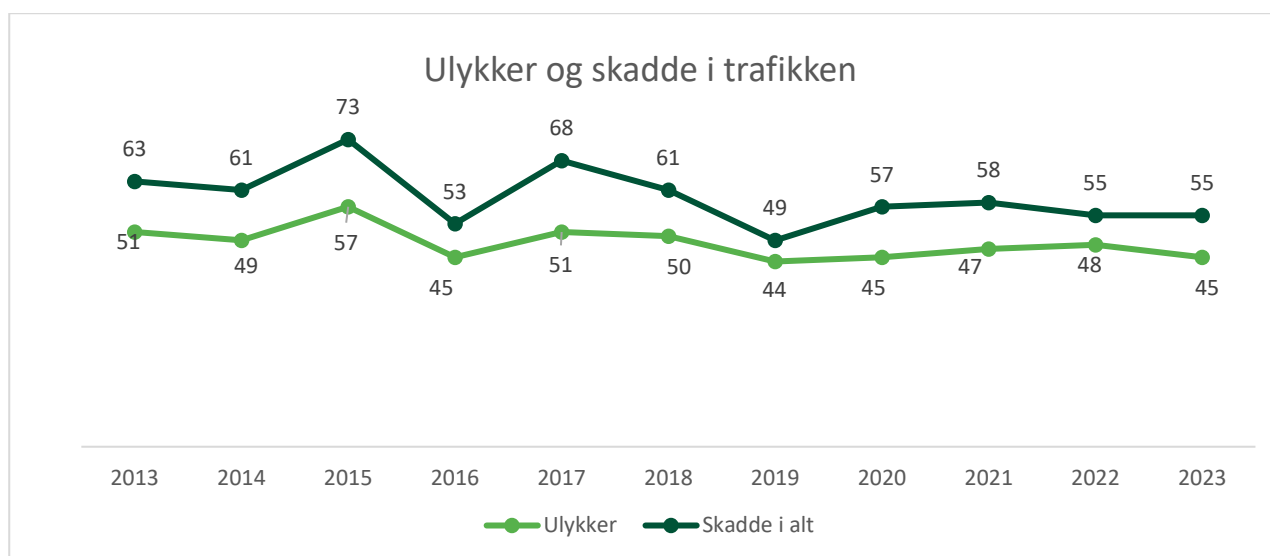


Figur 49: Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. 2015-2017. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank.

¹⁶ Kommunehelsa statistikkbank har ikke nyere tall enn gjennomsnittet fra 2015-2017.

2.4.2 Trafikkulykker

Ulykker og skader i trafikken påfører personene som rammes store lidelser, men de er også kostbare for samfunnet. Rogaland fylke hadde en positiv ulykkesutvikling med tanke på antall døde i årene fram til 2021, men har hatt høye dødstall i 2022 og 2023 (Trygg trafikk, 2024). Antall skadde i trafikken i Sandnes har siden 2013 vært mellom 49 og 73 personer, men har de siste årene stabilisert seg mellom 55 og 58 personer (se figur 47). Antall trafikkulykker har vært mellom 44 og 57 ulykker. De siste årene har det vært mellom 45 og 48 ulykker. Dette er tall for ulykker i Sandnes, og sier ikke noe om Sandnes-innbyggere som er utsatte for ulykker utenfor Sandnes, eller hvem som blir skadd i ulykkene i Sandnes.



Figur 50: Ulykker og skadde i trafikken, Sandnes 2013-2023. Kilde: SSB tabell 12044.

Ifølge Statens vegvesens definisjon er det to ulykkespunkt¹⁷ og 10 ulykkesstrekninger¹⁸ i Sandnes kommune. Ulykkespunktene er på fylkesvei 334 Oalsgata mellom jernbanen og St. Olavs gate, og der riksvei 444 møter fylkesvei 4476 Heigreveien. Siden sist oversiktsdokument i 2020, har Sandnes gått fra å ha tre ulykkespunkt til to, og fra å ha syv ulykkesstrekninger til å ha 10.

2.4.3 Drukningssulykker og svømmedyktighet

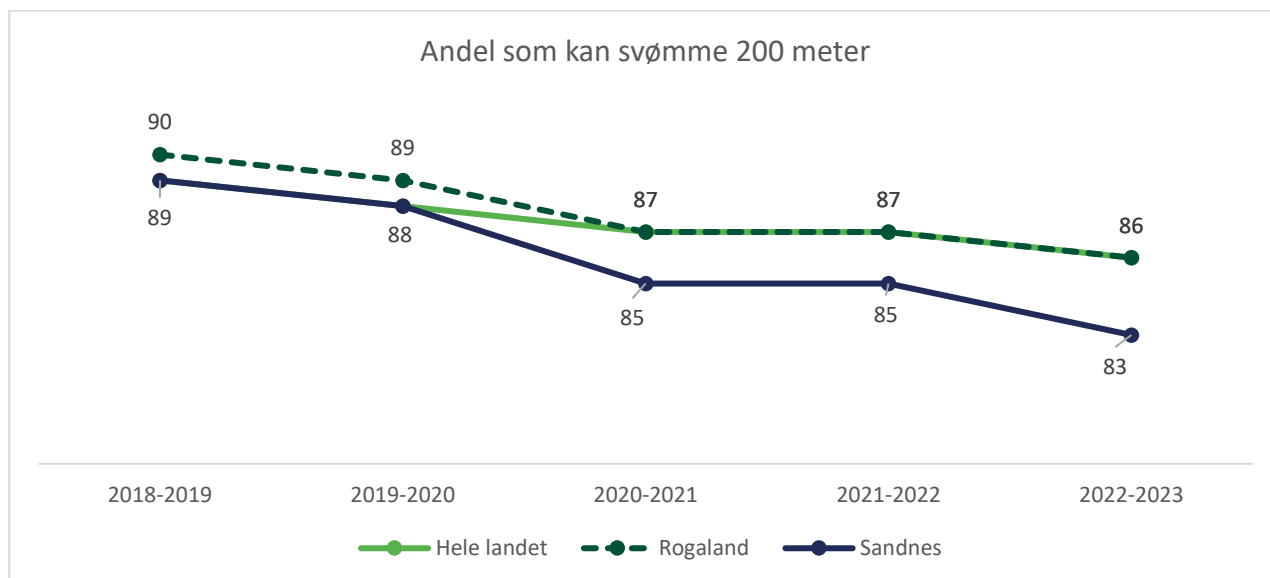
Redningsselskapets drukningsstatistikk viser at det har vært én drukningsulykke i Sandnes siden 2019 (Redningsselskapet, 2024). Samlet for Rogaland har det vært 50 drukningsulykker siden 2019.

Å kunne svømme minst 200 meter er minstekravet for svømmedyktighet. Dårlige svømmeferdigheter er en risikofaktor for å omkomme i drukningsulykker (FHI, 2024a). Figur 51 viser andelen som kan

¹⁷ Minimum fire politirapporterte personskadeulykker på fem år, over en strekning på maksimalt 10 meter.

¹⁸ Minimum 10 politirapporterte personskadeulykker på fem år, over en strekning på maksimalt 1000 meter.

svømme 200 meter i Sandnes, Rogaland og landet som helhet. Det har vært en nedgang i andelen som sier at de kan svømme 200 meter siden 2018-2019. Nedgangen er spesielt tydelig for Sandnes, der andelen som sier at de kan svømme 200 meter har gått ned fra 89 prosent til 83 prosent.



Figur 51: Andel som kan svømme 200 meter, selvrapportert. 2018-2019 til 2022-2023. Kilde: Kommunehelse statistikkbank (Datagrunnlag: svar på spørsmål om svømmeferdigheter oppgitt i den nettbaserte sesjon 1 til Forsvaret).

2.4.4 Oppsummering skader og ulykker i Sandnes

Trafikkulykker:

- Sandnes har sett en positiv utvikling når det gjelder trafikkulykker, med en stabilisering av antall skadde i trafikken de siste årene. Dette indikerer at trafikksikkerhetstiltak i regionen har hatt en positiv effekt.
- Til tross for denne stabiliseringen er det fortsatt et betydelig antall trafikkulykker i Sandnes. Økningen i antall ulykkesstrekninger og opprettholdelsen av to ulykkespunkter indikerer behovet for ytterligere trafikksikkerhetstiltak.

Nedgang i ulykkespunkter:

- Antallet ulykkespunkter i Sandnes har blitt redusert fra tre til to, noe som viser en forbedring i trafikksikkerheten på spesifikke strekninger.

Svømmedyktighet:

- Siden 2019 har det kun vært én drukningsulykke i Sandnes, noe som kan tyde på effektive forebyggingstiltak og økt bevissthet om sikkerhet ved vann.
- Det har vært en nedgang i andelen som kan svømme minst 200 meter i Sandnes, fra 89 % i 2018–2019 til 83 % nå. Dette er en viktig indikator på svømmedyktighet og en potensiell risikofaktor for drukningsulykker.
- Denne nedgangen i svømmedyktighet representerer en økt risiko for drukningsulykker. Det understreker behovet for å styrke svømmeopplæringen, spesielt blant barn og unge, for å forebygge fremtidige drukningsulykker.

Hodeskader i Rogaland:

- Rogaland, inkludert Sandnes, har høyere forekomst av hodeskader sammenlignet med resten av landet, noe som kan indikere behovet for ytterligere tiltak for å forebygge slike skader.

2.5 Helsereelatert atferd

Grunnlaget for god helse legges tidlig i livet. Det er god dokumentasjon på at levevaner og livsvalg kan gi flere friske leveår. Med «helsereelatert atferd» mener man atferd som har vist å ha innvirkning på et fremtidig helseutfall. Begrepet «helsereelatert atferd» inkluderer også risikoadferd som kan føre til skader og ulykker.

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, 2024a).

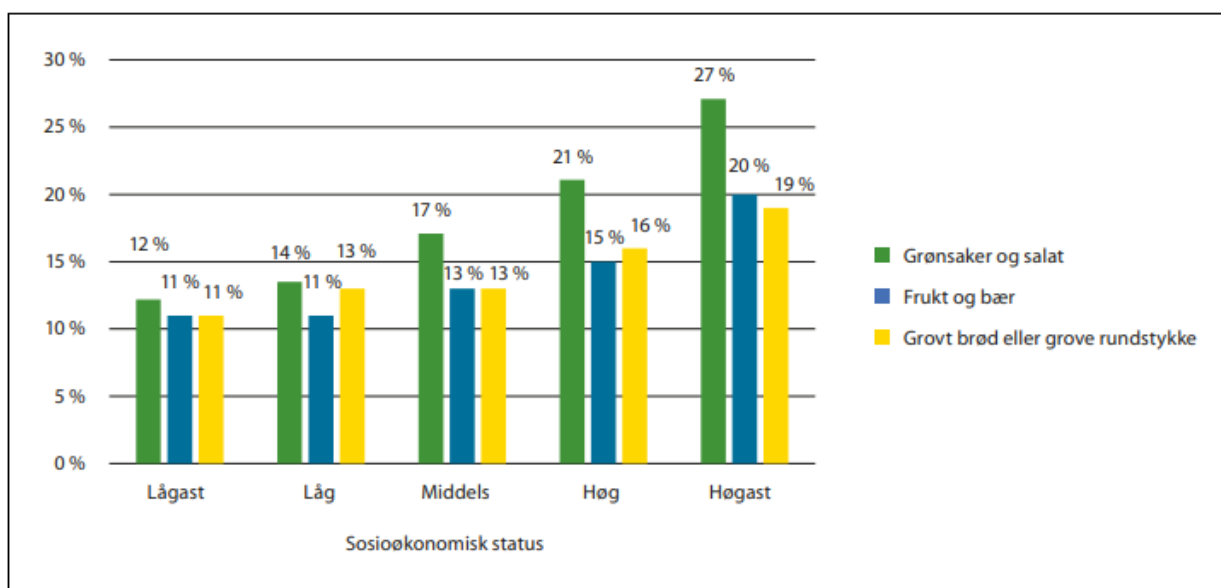
Ikke all helsereelatert atferd følger det samme mønsteret. Folkehelseundersøkelsene i fylkene viser at ukentlig antall timer med stillesitting er høyere blant de med lang utdanning. Alkoholbruken øker også med høyere utdannings- og inntektsnivå, og er høyest blant de med høyest sosioøkonomisk status. Alkoholrelatert sykkelighet og alkoholproblemer er likevel vanligere i grupper med lavere sosioøkonomisk status (FHI, 2024a).

Levevaner blir i stor grad påvirket av samfunnsforhold, og er altså ikke bare et resultat av individuelle valg. Det er derfor viktig å rette innsatsen mot de bakenforliggende faktorene, tilrettelegge for sunne vaner, begrense usunne og sikre god oppfølging i helse- og omsorgstjenestene. Ikke-smittsomme sykdommer (se kapittel 2.6) kan i stor grad utsettes og forebygges gjennom sunne levevaner (Meld. St. 15, 2022-2023).

2.5.1 Kosthold

Kostholdet har betydning for helse og trivsel. Et sunt kosthold er helsefremmende, og et usunt kosthold er blant de viktigste risikofaktorene for sykdom og for tidlig død. Det er store sosiale forskjeller i kosthold. Personer med kortere utdanning har generelt sett høyere inntak av sukkerholdig drikke og lavere inntak av frukt, bær, grønnsaker, fisk og grove kornprodukter enn personer med lengre utdanning. Kvinner spiser i gjennomsnitt mer frukt og bær og mindre kjøtt enn menn, og eldre spiser oftere fisk enn unge (Meld. St. 15, 2022-2023).

Figur 51 viser den sosiale gradienten i daglig inntak av et utvalg matvarer blant unge.



Figur 51: Inntak av et utvalg matvarer etter sosioøkonomisk status. Delen ungdommer som svarer at de daglig spiser grønnsaker og salat, frukt og bær og grovbrød eller grove rundstykker, i ulike sosioøkonomiske grupper. Kilde: Velferdsforskningsinstituttet Nova, OsloMet. Upubliserte tall fra Ungdata 2020-2022. Figur hentet fra Meld. St. 15 (2022-2023).

Det er vanskelig å lage en klar definisjon på hva som er sunt kosthold eller ikke.

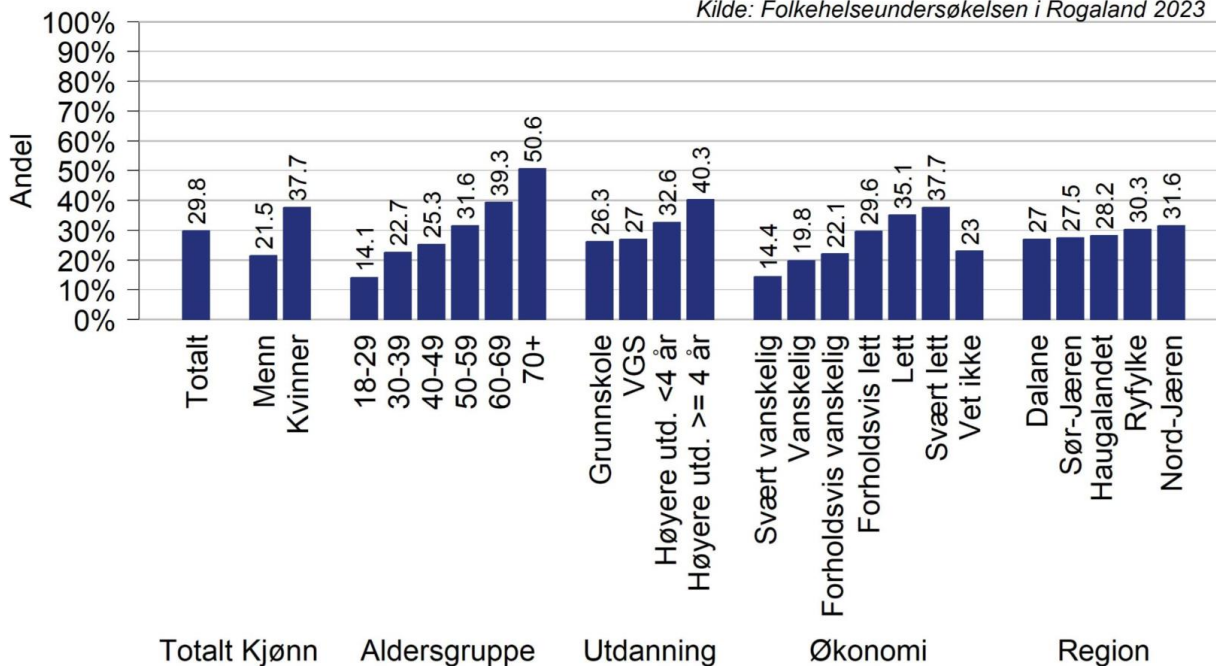
Folkehelseundersøkelsen tar utgangspunkt i fire kriterier:

- Drikker sukkerholdig brus/leskedrikk månedlig eller sjeldnere
- Spiser frukt og bær daglig
- Spiser grønnsaker daglig (unntatt poteter)
- Spiser fisk ukentlig (som pålegg, til lunsj eller middag)

Figur 52 viser andelene som oppfyller minst tre av de fire kriteriene. 30 prosent av befolkningen i Rogaland oppfyller minst tre av fire kriterier. Det er tydelige variasjoner mellom de ulike gruppene. En større andel kvinner enn menn oppfyller minst tre kriterier, og det er store forskjeller mellom aldersgruppene. Mens 14 prosent av de 18-29 år oppfyller minst tre kriterier av fire, oppfyller 51 prosent av de 70+ år tre av fire kriterier. Det er også tydelige sosioøkonomiske forskjeller. Jo lettere økonomien oppleves, eller jo lengre utdanning, jo større andel oppfyller tre av fire kriterier.

Kosthold: andel som når minst tre av fire kriterier

Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023



Figur 52: Andel som når minst tre av fire kriterier for kosthold. Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023, data bearbejdet av Rogaland fylkeskommune.

Vaner som blir innarbeidet i barne- og ungdomsårene kan være livet ut, og det er derfor av stor betydning å tilrettelegge for et sunt kosthold og gode mat- og måltidsvaner i barnehage, skole og SFO. Helsestasjonstjenesten og tannhelsetjenesten er viktige samarbeidsaktører.

Ifølge FHI kan et helsefremmende kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder bearbejdet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker gi bedre psykisk helse. Det å spise sammen med andre er undervurdert når det kommer til psykisk helse. Spesielt fellesmåltider ser ut til å ha god effekt på den psykiske helsen, særlig for personer som har måltidene som den viktigste sosiale møtearenaen. Dette er viktig i en tid der barn og foreldre har et høyt aktivitetsnivå, tidspress og bruk av sosiale medier (FHI, 2023a).

Det har den siste tiden blitt større søkelys på ultraprosessert mat og den negative påvirkningen den kan ha på både fysisk og psykisk helse (Spilde, 2024). Begrepet ultraprosessert stammer fra NOVA-systemet:

Tabell 5: NOVA-systemet

<i>Uprosessert eller minimalt prosessert mat</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ubehandlet mat som bær, frukt og grønnsaker, ferskt kjøtt, egg og melk• Minimalt prosessert mat er naturlig mat hvor man har fjernet uspiselige deler eller er utsatt for prosesser som for eksempel tørking, frysing, eller emballering.
<i>Prosesserte kulinariske ingredienser</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ingredienser basert på gruppe 1-varer og som er normale å bruke i matlaging, som salt, sukker, smør, matolje og honning.
<i>Prosessert mat</i>	<ul style="list-style-type: none">• Matvarer som er laget ved å blande matvarer fra gruppe 1 og gruppe 2, som saltede nøtter, hermetiske bær, fisk i olje, hjemmebakket brød og øl.• Prosessene inkluderer ulike metoder for koking og bevaring av kvalitet, og er ment å bedre holdbarhet og kvalitet av gruppe 1 matvarer.• Tilsetningsstoffer som antioksidanter og konserveringsmidler kan inngå.
<i>Ultraprosessert mat</i>	<ul style="list-style-type: none">• Industriprodukter med mange ingredienser og flere av disse er uvanlige i kjøkkenet, eksempler er fargestoffer, emulgatorer og fortykningsmidler• Ofte laget ved å kombinere flere prosessstrinn eller omfattende bearbeiding• Eksempler på produkter er industribakket brød, kjeks, kaker, brus, sjokolade, iskrem, pølser og burgere.

En forskningsoppsummering viser at ultraprosessert mat er koblet til større risiko for 32 ulike helseproblemer (Spilde, 2024). Det er likevel usikkerhet, ettersom kvaliteten på dokumentasjonen ikke var like god for alle disse helseproblemene, i tillegg til at dette var observasjonsstudier. Forskerne fant dokumentasjon for at ultraprosessert mat er koblet til økt risiko for hjertesykdom, diabetes type 2, angst og andre vanlige psykiske lidelser. Det er uenighet blant forskere i dag om hvor skadelig ultraprosessert mat er. Dette er et forskningsområde som er under utvikling, og det er viktig å holde seg oppdatert på den nyeste kunnskapen.

Ifølge Folkehelsemeldinga, tyder enkelte data på at stadig flere og yngre barn drikker energidrikker (Meld. St. 15, 2022-2023). Data fra 2022 viser at totalt 43 prosent av ungdom på ungdomstrinnet og videregående skole drikker energidrikk regelmessig¹⁹ (Abel et al., 2023). Salget av energidrikker har økt betydelig, og energidrikkene kommer i flere varianter enn før, og selges i større enheter. Denne økningen er bekymringsfull av flere grunner. Energidrikker inneholder koffein som kan påføre barn og unge negative helseeffekter knyttet til sentralnervesystem og hjerte- og karsystemet, dersom inntaket blir for høyt (Meld. St. 15, 2022-2023). I tillegg kan hyppig inntak av energidrikker være uheldig for tannhelsen til barn og unge. Det er en klar sosial gradient i forbruk av energidrikker blant ungdommer. De fra familier med lavere sosioøkonomisk status drikker oftere energidrikker enn de fra familier med høyere sosioøkonomisk status (Abel et al., 2023).

2.5.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er enhver aktivitet der man bruker kroppen på en måte som gir økt energiforbruk. Dette inkluderer organisert aktivitet både i og utenfor idretten, samt egenorganisert trenings- og mosjonsaktivitet, aktivitet i friluftsliv, aktivitet preget av lek og hverdagsaktivitet.

Fysisk aktivitet er viktig for å ta vare på og for å bedre den psykiske og fysiske helsen (Helsedirektoratet, 2024). Regelmessig fysisk aktivitet bedrer den fysiske formen, og gjør oss bedre rustet til å mestre krav og utfordringer i hverdagen. All fysisk aktivitet teller, også aktivitet av kort varighet og lett intensitet. Fysisk aktivitet kan (Helsedirektoratet, 2024):

- Være en kilde til glede, mestring og positive opplevelser
- Påvirke humøret positivt
- Gi energi og mer overskudd
- Redusere stress
- Gi bedre selvbilde og selvtillit
- Gi bedre søvn
- Gi sosialt fellesskap og bedre livskvalitet
- Gi gode naturopplevelser
- Dempe abstinenssymptom
- Gi bedre vektregulering
- Redusere symptom for angst og depresjon
- Redusere risikoen for demens
- Forbedre kognitiv funksjon
- Forebygge sykdom

¹⁹ Minst ukentlig.

I handlingsplan for fysisk aktivitet i 2020–2029 – Sammen om aktive liv – er hovedmålene som følger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020):

- Et mer aktivitetsvennlig samfunn der alle, uavhengig av alder, kjønn, funksjonsnivå og sosial bakgrunn, gis mulighet til bevegelse og fysisk aktivitet.
- Andelen i befolkningen som oppfyller helsemessige anbefalinger om fysisk aktivitet er økt med 10 prosentpoeng innen 2025 og 15 prosentpoeng innen 2030.

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 levealder med god helse. Det er vist positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og kognitiv funksjon hos barn og unge, og dermed forutsetninger for læring i skolen. Skolen favner alle barn og unge og kan derfor gi alle elever muligheter for fysisk aktivitet, og dermed et grunnlag for både god helse og læring.

For å øke hverdagsaktiviteten må vi legge til rette for at dette er enklest og tryggest mulig for innbyggeren. Gjennom helhetlig planlegging må det legges til rette for gående og syklende, spesielt for de som skal til og fra skole og jobb. Det må også utvikles enda flere nærturområder som senker terskelen for å komme seg ut på gå- eller sykkel tur. For at områder for gående og syklende skal oppleves som attraktive er det nødvendig at de oppleves som gode og trygge.

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.

Friluftsliv er den vanligste formen for fysisk aktivitet i Norge, og som de fleste andre i Norge er befolkningen i Sandnes aktive friluftsmennesker. Kulturundersøkelsen for Nord-Jæren 2021 viser at over 75 prosent av befolkningen benytter regionens friluftsområder ukentlig eller oftere (Kantar, 2021). Brukerne angir høy tilfredshet med tilbudet. Undersøkelsen viser også at friluftsområdene benyttes i svært stor grad på tvers av kommunegrensene i regionen.

Ifølge Natur og miljøbarometeret fra 2023, oppgir 89 prosent av befolkningen i Norge at de er svært (39 prosent) eller ganske (50 prosent) interessert i friluftsliv (Kantar, 2023). Det er en liten endring fra 2020 da 91 prosent oppga at de er svært (48 prosent) eller ganske (43 prosent) interessert i friluft.

For Sandnes kommune er det viktig å ivareta disse interessene, ikke bare for kommunens innbyggere, men for hele regionen.

I sin rapport over utviklingstrekk for idretten i Sandnes har Telemarkforskning sett på medlemskap i friluftsansjoner (Telemarkforskning, 2024). Oversikten viser at Sandnes kommune plasserer seg bak Bærum, Stavanger, Trondheim, Oslo og Bergen når det kommer til medlemskap i Den Norske Turistforening (63,9 medlemmer per 1000 innbyggere), men at Sandnes ligger foran landsgjennomsnittet for medlemskap som er 55,3 medlemmer per 1000 innbyggere. Den friluftsansjonen hvor Sandnes kommune ligger på topp blant de store kommunene, er medlemskap i speiderne. Hele 11,4 medlemmer per 1000 innbyggere, mot et landssnitt på 4,9 per 1000 innbyggere.

Andelen av befolkningen i Sandnes som er med i organisert idrett er stabil. Tabell 7 viser hvordan medlemstallene har endret seg siden 2017 (tall fra Samordnet registrering, Norges idrettsforbund).

Tabell 6: Medlemstall for organisert idrett i Sandnes

År	Antall medlemmer
2023	22383
2022	21258
2021	20208
2020	20370
2019	19990
2018	20435
2017	20274

58 prosent av medlemmene er menn. Det er en tendens til at kjønnsforskjellene i medlemskap øker med alderen. 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 54 prosent av medlemmene gutter.

Dersom vi deler antall aktive i idrettslag på innbyggertallet finner vi det som kalles aktivitetsandelen. Det gir en aktivitetsandel på 26,4 prosent. Blant barn er aktivitetsandelen på 91,9 prosent, mens den hos ungdom er 54,7 prosent (Norsk idrettsindeks, 2022). Tabell 8 viser aktivitetsandelen i Sandnes fra 2017-2022.

Tabell 7: Aktivitetsandel i Sandnes

År	Aktivitetsandel
2022	26,4
2021	25,7
2020	26,2
2019	26,2
2018	27,8
2017	27,6

I løpet av ungdomstiden er det mange som slutter i idrettslagene og på slutten av videregående er det bare en av fire som fremdeles er medlem. En god del av de som slutter i idrettslagene begynner å trene på treningssenter eller de trener på egen hånd. Det har tradisjonelt vært klare kjønnsforskjeller i trening, og særlig har det vært flere gutter enn jenter i idrettslagene. De siste årene har vi sett en tendens til at flere jenter trener på andre arenaer (utenfor idrettslagene), slik at det i dag er små kjønnsforskjeller i trening samlet sett.

Ungdataundersøkelsen fra 2022 gir oss innsikt i det fysiske aktivitetsnivået blant ungdom. Omtrent 84 prosent av ungdomsskoleelevene og 75 prosent 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.

Vi bruker stadig mer tid på stillesittende aktiviteter (FHI, 2024a). Voksne bruker i snitt 9,2 timer per dag på stillesitting, som tilsvarer omtrent 60 prosent av våken tid. Mye stillesitting øker risikoen for tidlig død, og utviklingen av hjerte- og karsykdommer samt kreft. Forskning viser at det ser ut til at fysisk aktivitet kan eliminere den økte helserisikoen ved langvarig stillesitting (FHI, 2024a).

2.5.3 Alkohol og rusmidler

Bruk av alkohol og illegale rusmidler er blant de viktigste risikofaktorene for død og tap av friske leveår i befolkningen. Alkohol er imidlertid årsak til betydelig mer helsemessige og sosiale problemer i samfunnet enn narkotika. Det er en sammenheng mellom omfanget av alkoholbruk, sykdom og dødelighet i befolkningen. Menn har i gjennomsnitt et betydelig høyere alkoholinntak enn kvinner, og forekomsten av alkoholutløste sykdommer er derfor høyest blant menn.

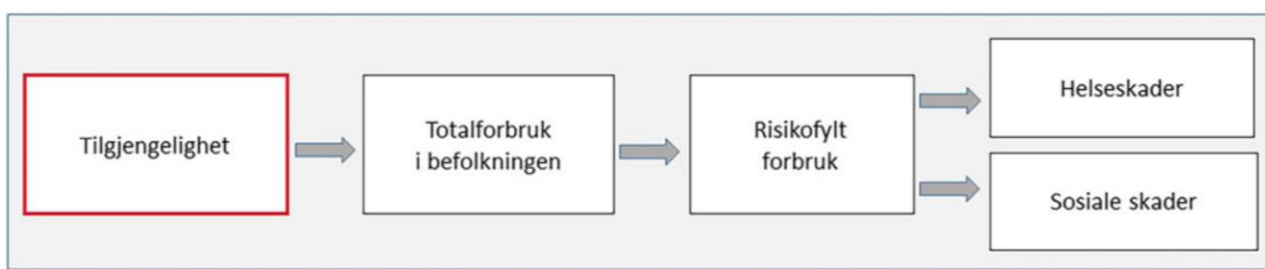
Alkohol kan gi skader og sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdom, leversykdom, høyt blodtrykk, skader etter ulykker, vold og selvmordsatferd, avhengighet og rusbrukslidelser. Misbruk av alkohol kan i tillegg medføre flere psykiske sykdommer som depresjon og angst. Dersom gravide drikker alkohol kan dette skade fosteret. For barn og unge spesielt kan alkoholbruk medføre skader og problemer som blant annet vold, selvskading og å bli seksuelt utnyttet (FHI, 2024a).

I følge FHI kan lavere forbruk av alkohol og andre rusmidler i befolkningen gi en betydelig folkehelsegevinst og bidra til å minske sosial ulikhet i helse. Alkohol- og narkotikabruk er blant de viktigste risikofaktorene for helsetap og tidlig død i befolkningen (Rossow, 2024):

- Vel 12 prosent av tapte friske leveår i den voksne befolkningen (aldersgruppa under 65 år) i Norge kan tilskrives alkoholbruk.
- Rusmiddelrelaterte helseskader er sosialt skjevfordelt, og grupper med lavere utdanning og/eller dårligere økonomi er mer utsatt enn andre.

Den sosiale ulikheten i dødelighet som vi ser i Norge, kan i noen grad tilskrives alkoholbruk. Tiltak som effektivt reduserer rusmiddelbruk i befolkningen, vil følgelig gi en betydelig folkehelsegevinst og bidra til å minske sosial ulikhet i helse. 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 svært høyt alkoholinntak, og dermed økt risiko for helsemessige og sosiale skader (Rossow, 2024).

Blant de viktigste virkemidlene for å forebygge alkoholrelaterte skader er restriksjoner på tilgjengeligheten av alkohol (FHI, 2019). Tilgjengeligheten påvirker totalforbruket i befolkningen, som igjen har betydning for omfanget av risikofylt alkoholbruk, som i sin tur påvirker omfanget av helsemessige og sosiale skader. Dette er illustrert i figur 53.



Figur 53: Forenklet modell over sammenhengen mellom tilgjengelighet, forbruk, helsemessige og sosiale konsekvenser av alkoholbruk. Kilde: FHI, 2024a.

Alkoholforbruk er skjevfordelt i befolkningen, noe som innebærer at en liten andel av befolkningen står for en stor andel av det samlede alkoholkonsumet (FHI, 2023b). Den tiendedelen av befolkningen som drikker mest, konsumerer om lag halvparten av det samlede konsumet. Menn drikker mer øl og brennevin, og mer alkohol totalt enn kvinner. Øl- og brennevinconsumet er lavere og vinkonsumet høyere i eldre aldersgrupper sammenlignet med yngre (FHI, 2023b). Alkoholforbruk varierer med

sosioøkonomisk status og sivilstand. Drikkefrekvensen er høyere med økende utdanningsnivå og høyere blant gifte/samboende enn blant ugifte, skilte og enker/enkemenn (FHI, 2023b).

Forskning viser at selv om personer med høy sosioøkonomisk status har bedre helse enn de med lav sosioøkonomisk status selv om de har høyere alkoholforbruk (Dæhlen, 2024). En av årsakene kan være at de med lav sosioøkonomisk status har et mer risikofylt drikkemønster ved at de drikker mye på en gang og oftere brennevin. I tillegg har de med lav sosioøkonomisk status dårligere helse i utgangspunktet (Dæhlen, 2024).

Ifølge Ungdata debuterer de fleste med alkohol i løpet av videregående. 67 prosent av ungdomsskoleelevene svarer at de aldri drikker noen form for alkohol. Det er høyere enn for landet som helhet, der 60 prosent svarer at de aldri drikker alkohol. For elevene på Sandnes videregående svarer 32 prosent at de aldri drikker noen form for alkohol, mot 22 prosent for landet som helhet. Det er ingen elever fra tredje trinn på Sandnes videregående som har svart på undersøkelsen, og hvis det er elever fra tredje trinn ellers i landet som har svart på undersøkelsen så kan det forklare noe av den store forskjellen i andel som sier at de ikke drikker noen form for alkohol mellom Sandnes og landet som helhet.

Rusmidler

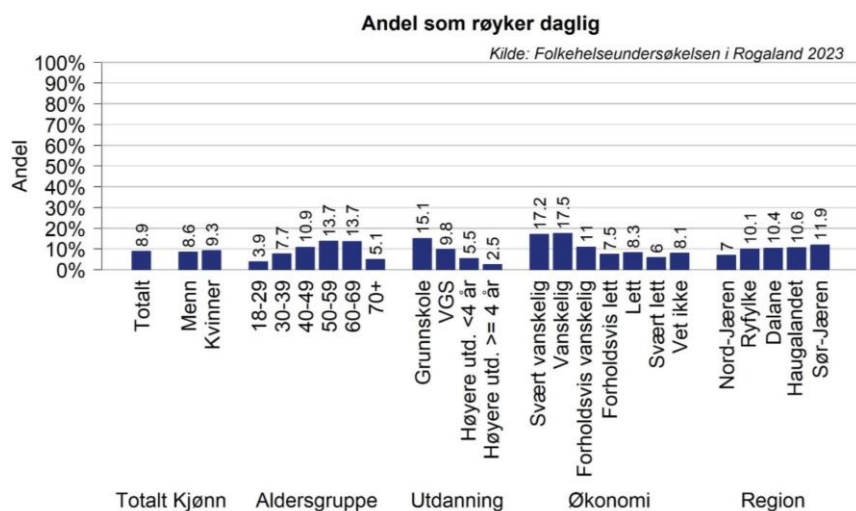
Cannabis er det mest brukte ulovlige rusmiddelet i Norge (Meld. St. 15, 2022-2023). Omtrent 5 prosent av befolkningen i aldersgruppen 16-64 år rapporterte at de hadde brukt cannabis de siste tolv månedene, og en av fire at de hadde prøvd cannabis i løpet av livet. Ifølge Ungdata, har omtrent 15 prosent av elevene på 1. trinn og 2. trinn på Sandnes videregående brukt hasj eller marihuana i løpet av det siste året. Over 35 prosent av den samme gruppen svarer at de har blitt tilbudt hasj eller marihuana i løpet av det siste året. Mange unge mangler kunnskap og informasjon om ulike aspekt ved cannabis, og en del har feilaktige oppfatninger (Meld. St. 15, 2022-2023). Det er derfor viktig at ungdom får mer informasjon om cannabis-relatert kunnskap.

Etter cannabis, er de sentralstimulerende stoffene kokain, ecstasy/MDMA og amfetamin de mest brukte illegale rusmidlene (Meld. St. 15, 2022-2023).

2.5.4 Røyk og snus

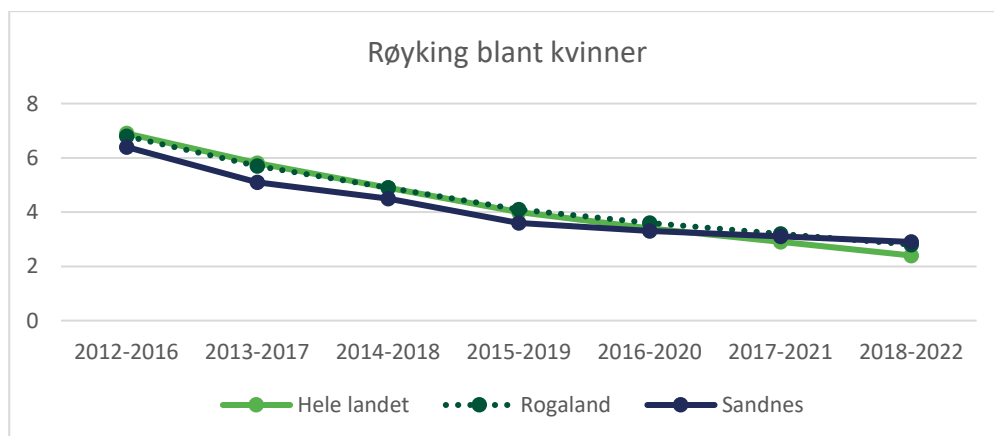
Røyking påvirker folkehelsen negativt, og er den livsstilsfaktoren som bidrar mest til tapte leveår i befolkningen (FHI 2024a). Blant unge er snusing den vanligste formen for tobakksbruk. I den voksne befolkningen bruker om lag 30 prosent tobakk, enten som røyk eller snus. Det er tydelige sosioøkonomiske forskjeller i røyking, der tobakksbruken er lavest i gruppen med lang utdanning.

Figur 54 viser andel som røyker daglig i Rogaland (8,9 prosent). Det er en høyere andel personer som røyker daglig i aldersgruppene 50-59 år og 60-69 år (13,7 prosent) enn i de andre aldersgruppene. Det er også tydelige forskjeller i grupper ut ifra hvor vanskelig de opplever økonomien – av de som opplever økonomien som svært vanskelig eller vanskelig, røyker over 17 prosent daglig. Det er forskjeller ut ifra utdanning, der en større andel av de med lavest utdanning røyker daglig enn de med mer utdanning. Forskjeller i forhold til utdanning og økonomisk situasjon indikerer betydelige sosiale forskjeller i røykevaner (Rogaland fylkeskommune, 2024).



Figur 54: Andel som røyker daglig. Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023, data bearbeidet av Rogaland fylkeskommune.

Ifølge folkehelseprofilen 2024, ligger Sandnes signifikant dårligere enn landet som helhet på røyking blant kvinner. Figur 55 viser røyking blant kvinner. Denne statistikken viser andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll, og brukes til å gi informasjon generelt om røyking i befolkningen. Det er fordi det ikke finnes gode data på resten av befolkningens røykevaner. Det har vært en tydelig nedgang i andel kvinner som røyker både for landet som helhet, Rogaland og Sandnes. I den siste tilgjengelige femårsperioden, 2018-2022, røykte 2,9 prosent av kvinnene i Sandnes.



Figur 55: Røyking blant kvinner - andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser gjennomsnitt for overlappende femårsperioder. Kilde: Kommunehelse statistikkbank.

Røyking er et eksempel på at forskjellige grupper i befolkningen utviser ulik helseatferd, ved at det er en tendens til at nye trender kommer først i grupper med høyest sosioøkonomisk status (FHI, 2024a). Tidligere var det vanligst med røyking i høystatusgruppene, mens i dag er det omvendt. Etter hvert som også de med lavest sosioøkonomisk status slutter å røyke, vil forskjellene i røykevaner mellom de ulike sosioøkonomiske gruppene bli mindre, og dette vil etter hvert bidra til å redusere de sosiale forskjellene i dødelighet og forventet levealder mellom gruppene.

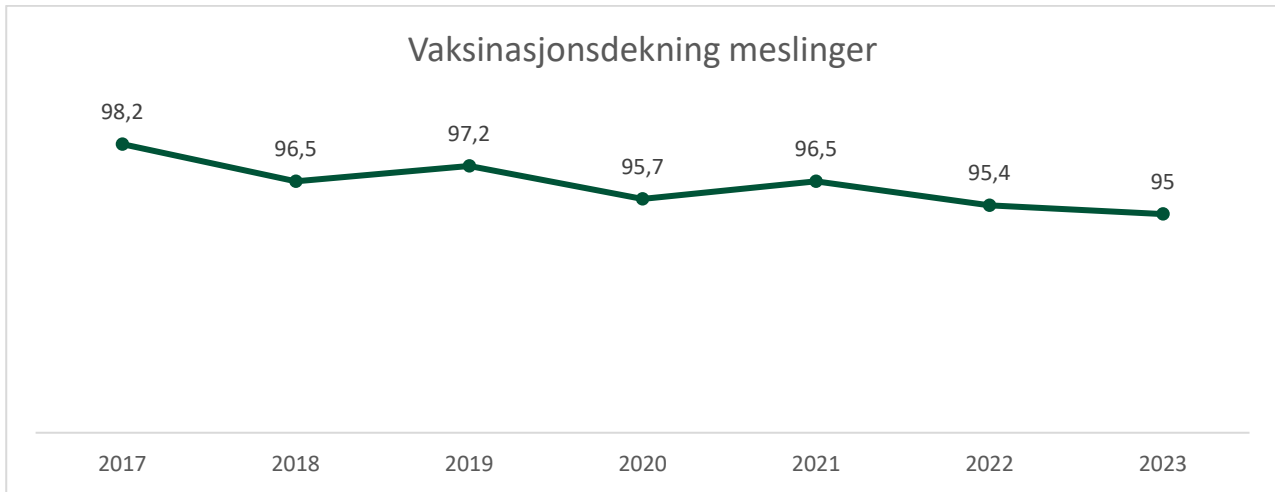
Bruken av snus har økt dramatisk siden starten av 2000-tallet, særlig blant unge (Meld. St. 15, 2022-2023). Snusbruk kan gi økt risiko for kreft, økt dødelighet ved en kreftdiagnose, høyt blodtrykk, økt dødelighet etter hjerteinfarkt og hjerneslag, skade i munnen og diabetes 2, og mulig økt risiko for psykose, vektøkning og fedme. Blant unge menn i alderen 16–24 år bruker nå totalt 37 prosent snus, og i aldersgruppa 25–34 år er andelen hele 40 prosent. Blant unge kvinner bruker nå 23 prosent snus blant de yngste kvinnene (16-24 år) og 25 prosent i aldersgruppa 25-34 år.

E-sigaretter og nikotinsnus er nyere produkter på markedet, og vi vet ikke hvordan bruken av disse vil utvikle seg i Norge (Meld. St. 15, 2022-2023). Erfaringer fra andre land viser at slike produkter raskt kan bli populære blant barn og unge. Nikotin påvirker hjernene til barn og unge mer enn det som tidligere har vært antatt (Meld. St. 15, 2022-2023). I tillegg til å skape avhengighet øker nikotin risikoen for å bli avhengig av sigaretter og rusmiddel generelt. Nikotin ser dermed ut til å ha en såkalt «gateway»-effekt.

2.5.5 Vaksinasjonsdekning

Alle barn som bor eller midlertidig oppholder seg i Norge har rett til å bli vaksinert og få den beskyttelsen vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet kan gi. Kommunehelsetjenesten har plikt til å tilby vaksinene i programmet, og det skal gjennomføres av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal informere om og tilby barnevaksinasjonsprogrammet til alle barn til og med grunnskolealder, og tilby vaksineprogrammet til ungdom mellom 16 og 20 år som tidligere har takket nei til, eller ikke har mottatt tilbud om vaksiner i programmet.

Vaksinedekningen på barn i Sandnes er høy: 98 prosent er vaksinert gjennom det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet, som inkluderer vaksine mot difteri, polio, stivkrampe, hepatitt B, meslinger og rotavirus (Kommunehelse statistikkbank). Vaksinasjonsnivået for meslinger har i de siste årene ligget stabilt over 95 prosent, som WHO anslår at er det nødvendige nivået for å eliminere meslinger. I 2023 gikk andelen meslingsvaksinerte toåringer ned til 95,0 prosent fra 95,4 i 2022 og 96,5 i 2021 (se figur 54). Det betyr ikke nødvendigvis at det er grunn til bekymring, men det er viktig å følge utviklingen over de neste årene.



Figur 56: Vaksinasjonsdekning barnevaksinasjonsprogrammet, meslinger. Toåringer. Kilde: Kommunehelse statistikkbank.

HPV-vaksinasjon tilbys alle gutter og jenter i 7. klasse, og det er god oppslutning. Vaksinasjon mot hjernehinnebetennelse ble tilbudt gratis til alle i videregående skolen fra høsten 2019. Det har vært en stor oppslutning; 1100-1200 elever vaksinerer seg årlig. Vaksinen varer i 10 år.

2.5.6 Oppsummering av helserelatert atferd i Sandnes

Kosthold og vaner:

- 30 % av befolkningen i Rogaland oppfyller minst tre av fire kriterier for et godt kosthold, med betydelige forskjeller basert på kjønn, alder og sosioøkonomisk status. Kvinner, eldre og de med høyere utdanning har generelt et bedre kosthold.
- Kun 14 % av unge voksne (18–29 år) oppfyller tre av fire kostholdskriterier, sammenlignet med 51 % av personer over 70 år.
- Økt inntak av energidrikker blant barn og unge utgjør en betydelig helseutfordring. 43 % av ungdomsskole- og videregående elever drikker energidrikker regelmessig, noe som kan medføre negative helseeffekter på sentralnervesystemet, hjerte- og karsystemet, samt tannhelse.
- Det er en sosial gradient i forbruk av energidrikker, hvor forbruket er høyere blant ungdom fra familier med lavere sosioøkonomisk status.

Fysisk aktivitet og friluftsliv:

- Friluftsliv er den vanligste formen for fysisk aktivitet i Norge. Over 75 % av befolkningen i Sandnes bruker friluftsområdene ukentlig eller oftere.
- Sandnes har en høy andel medlemmer i speideren og ligger over landsgjennomsnittet for medlemskap i friluftsansjasjoner.
- Ungdataundersøkelsen fra 2022 viser at 84 % av ungdomsskoleelevene og 75 % av videregående elevene trener minst én gang i uken.
- Selv om mange i Sandnes er aktive friluftsmennesker, er det viktig å fortsette å tilrettelegge for fysisk aktivitet, særlig for unge, gjennom gode og trygge nærmiljøtiltak.

Vaksinasjonsdekning:

- Vaksinasjonsdekningen i Sandnes er høy, med 98 % av barna vaksinert gjennom det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet. Imidlertid har dekningsgraden for meslinger sunket noe, fra 96,5 % i 2021 til 95,0 % i 2023.
- Vaksinasjonsnivået for meslinger har i de siste årene ligget stabilt over 95 %, som WHO anser som nødvendig for å eliminere meslinger. I 2023 falt andelen meslingsvaksinerte toåringere til 95,0 % fra 95,4 % i 2022 og 96,5 % i 2021. Selv om dette ikke nødvendigvis er grunn til umiddelbar bekymring, er det viktig å følge utviklingen nøye i årene som kommer.

Alkohol- og rusmiddelbruk:

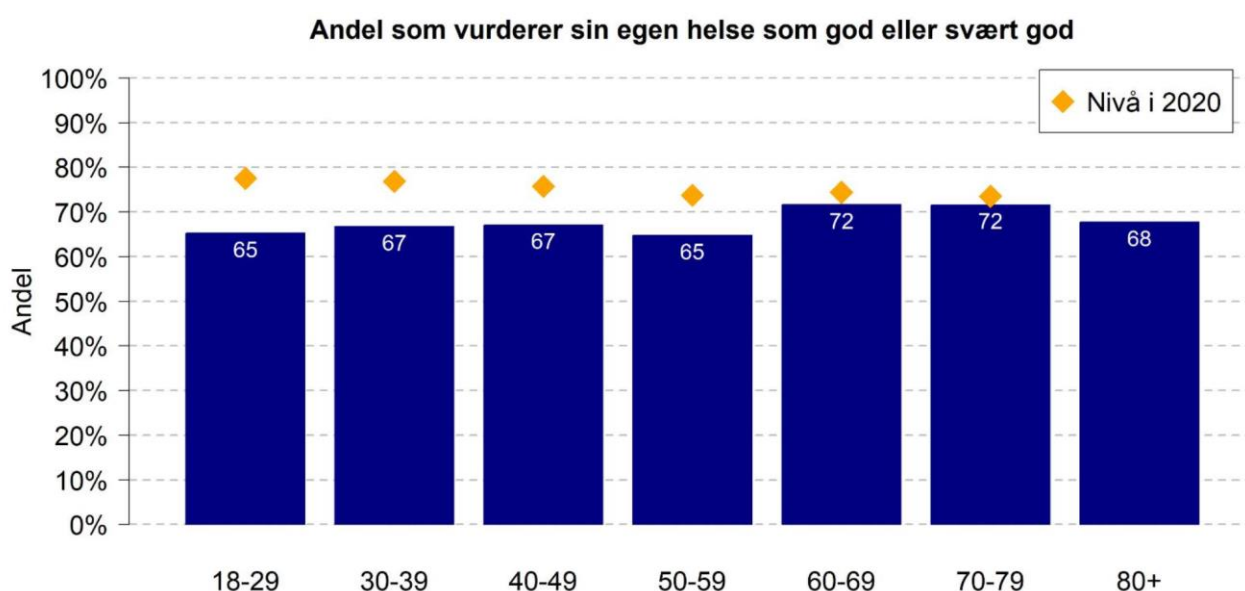
- Alkohol- og narkotikabruk er risikofaktorer for helsetap og tidlig død, spesielt blant ungdom og personer med lavere sosioøkonomisk status. Ungdata 2022 viser at 15 % av elever på videregående skole i Sandnes har brukt cannabis det siste året, og over 35 % har blitt tilbudt det.
- Røykevaner i Rogaland viser tydelige sosiale forskjeller, med høyere forekomst av dagligrøykere blant personer med lavere utdanning og dårligere økonomi.
- Ifølge folkehelseprofilen 2024 ligger Sandnes signifikant dårligere enn landet som helhet når det gjelder røyking blant kvinner.

2.6 Helsetilstand

Norge har sluttet seg til WHO's mål om å redusere antall mennesker som dør av ikke-smittsomme sykdommer med en tredjedel innen 2030, med utgangspunkt i tallene fra 2015. Det er sosiale forskjeller i risikofaktorer, sykdom og for tidlig død, og innsats for å utjevne sosial ulikhet vil derfor kunne påvirke utviklingen i riktig retning. Ikke-smittsomme sykdommer er definert som kreft, hjerte- og karsykdom, diabetes, kols og psykiske lidelser. Det er ikke fastsatt mål for reduksjon av psykiske lidelser.

WHO definerer usunt kosthold, fysisk inaktivitet, stillesittende atferd, tobakksbruk og skadelig bruk av alkohol som underliggende risikofaktorer for ikke-smittsomme sykdommer. Senere har også luftforurensning blitt inkludert som risikofaktor. Risikofaktorene har innvirkning på flere andre sykdommer og helseplager, som muskel- og skjelettlidelser, demens og andre nevrologiske lidelser, og de påvirker også munnhelsen (Meld. St. 15 (2022-2023)).

Godt og vel to av tre respondenter i folkehelseundersøkelsen vurderer egen helse som god eller svært god. Det har vært en nedgang siden undersøkelsen i 2020, da nesten tre av fire vurderte egen helse som god eller svært god (se figur 57). Det er noen små aldersforskjeller i hvordan innbyggere vurderer egen helse, der de mellom 60 og 79 har størst andel som vurderer helsen som god eller svært god. De yngre aldersgruppene har et tydelig fall i forhold til nivåene i 2020, der fallet er størst for de yngste aldersgruppene.



Figur 57: Andel som vurderer sin egen helse som god eller svært god. Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023, data bearbeidet av Rogaland fylkeskommune.

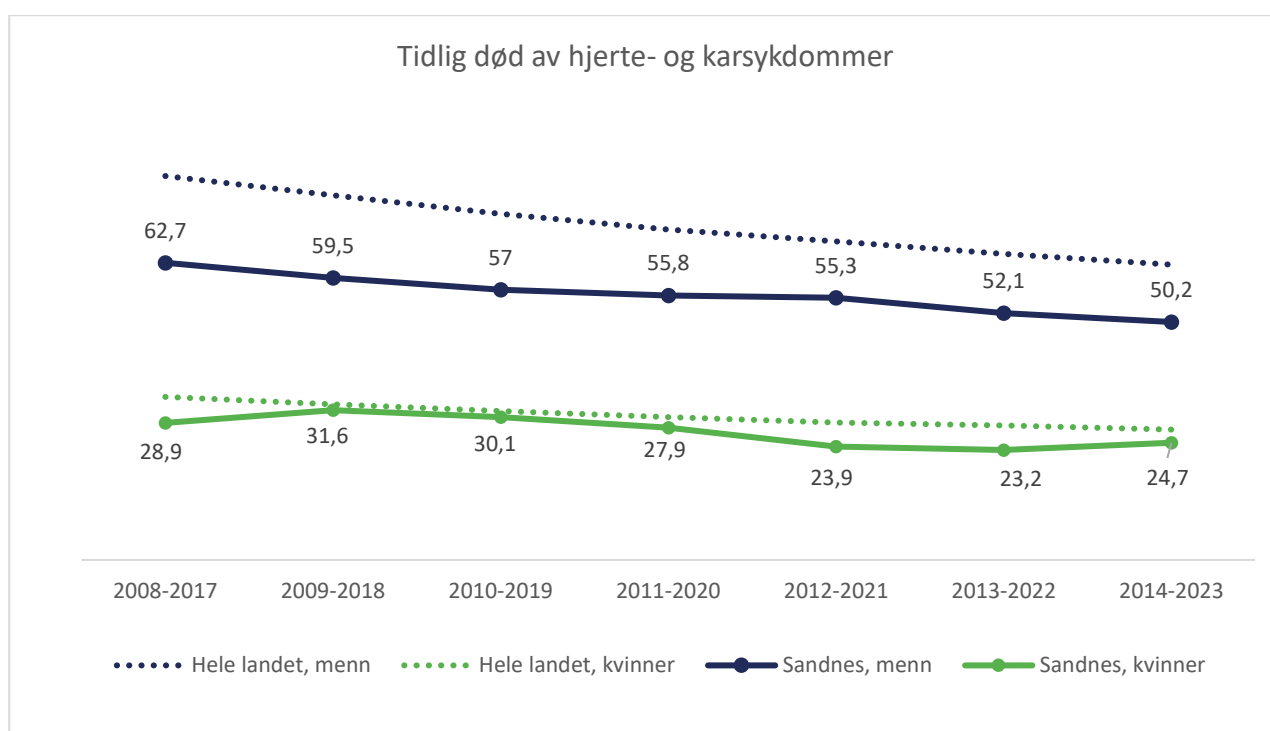
2.6.1 Fastlege i Sandnes

Alle personer som er folkeregisteret i en norsk kommune, har rett til en fastlege. Det er kommunen som har ansvar for å kunne tilby nødvendig allmennlegetjenester. I Sandnes mangler 3527 personer fastlege. Dette er et landsomfattende problem og ikke unikt for Sandnes, ved at totalt i Norge står 185 234 personer uten en fastlege per 1 august 2024 Legeforeningen (2024).

2.6.2 Kreft, hjerte- og karsykdom

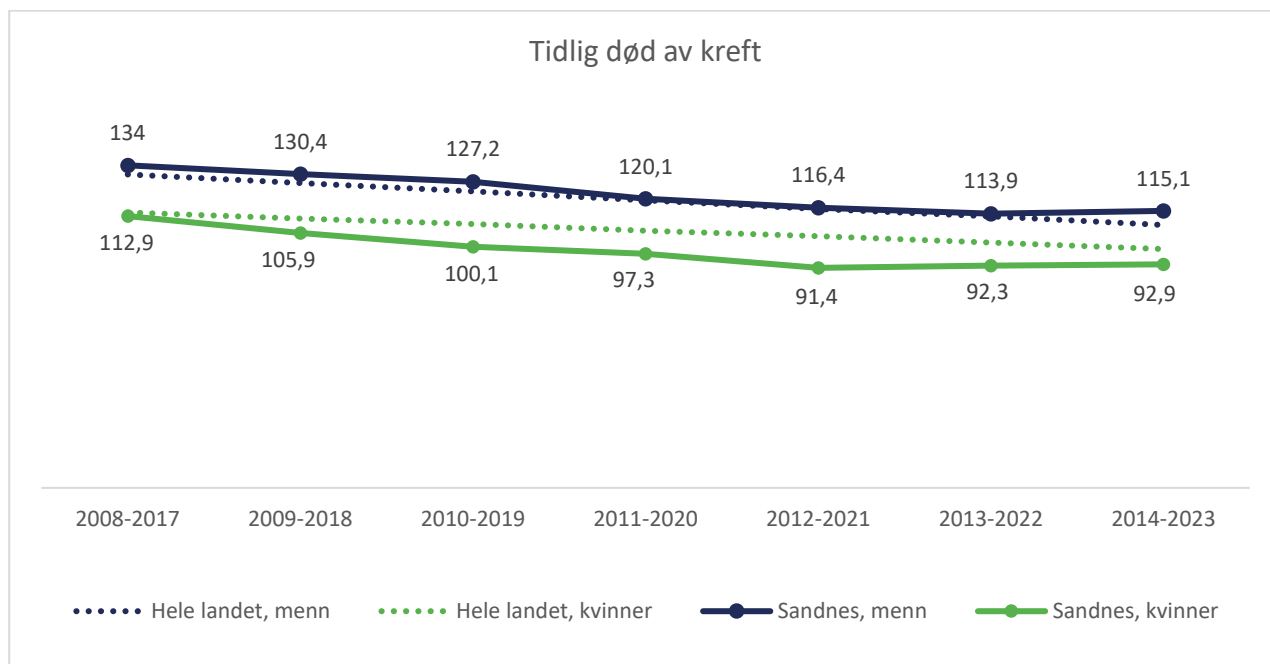
Hjerte- og karsykdom og hyppighet av kreft vil generelt øke med økende alder i en befolkning. Den viktigste enkeltfaktor for å redusere kreftsykdommer er et godt forebyggende arbeid slik at færrest mulig begynner å røyke og flest mulig røykere slutter. Fet mat er også en viktig kreftfremkallende faktor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

Figur 58 viser tidlig død (0-74 år) av hjerte- og karsykdommer i Sandnes og hele landet for kvinner og menn. Menn i Sandnes kommune som dør av hjerte- og karsykdommer er vesentlig lavere grad enn resten av landet – 50,2 mot 62,3 menn per 100 000. Kvinner i Sandnes er noe lavere enn kvinner for landet som helhet, men ikke vesentlig lavere.



Figur 58: Tidlig død av hjerte- og karsykdommer, 0-74 år, antall per 100 000 innbyggere for Sandnes og hele landet. Kilde: Kommunehelse statistikkbank.

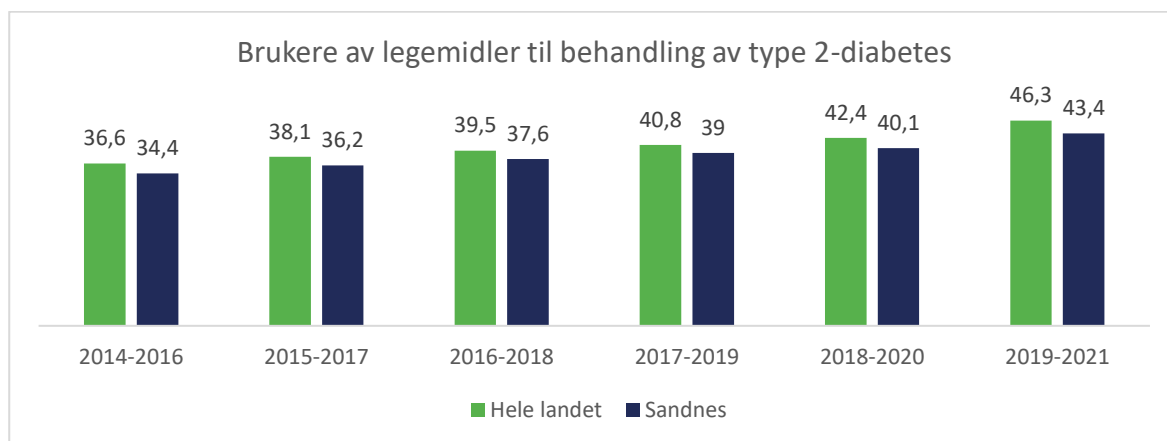
Figur 59 viser tidlig død (0-74 år) av kreft i Sandnes og hele landet for kvinner og menn. Menn i Sandnes dør noe oftere av kreft enn i landet som helhet, men følger den nasjonale trenden. Kvinner i Sandnes dør noe sjeldnere av kreft enn i landet som helhet.



Figur 59: Tidlig død av kreft, 0-74 år, antall per 100 000 innbyggere for Sandnes og hele landet. Kilde: Kommunehelse statistikkbank.

2.6.3 Type 2 diabetes

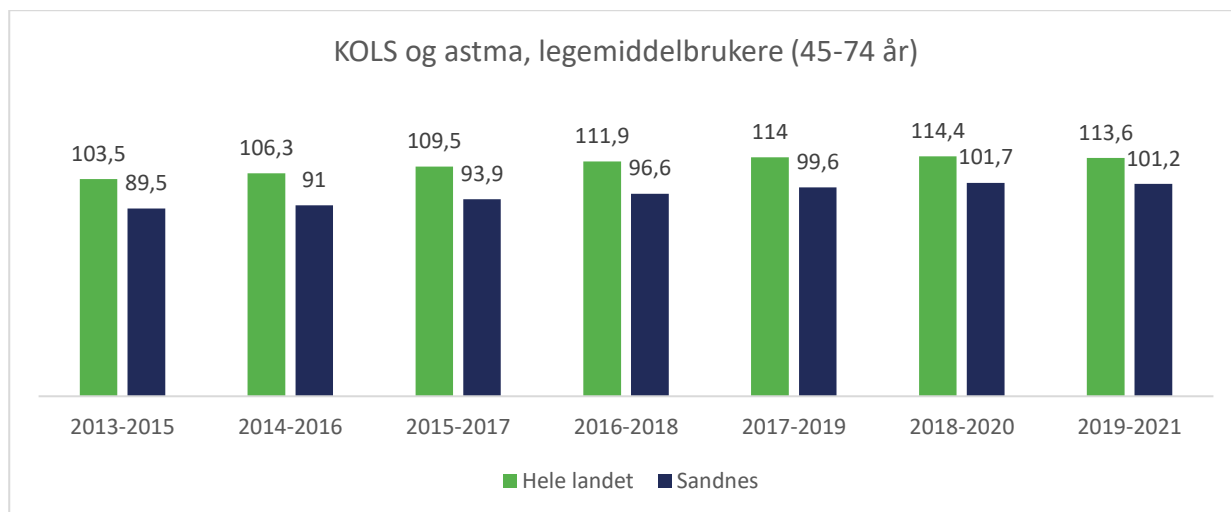
Personer med diabetes type 2 har økt risiko for en rekke sykdommer som hjerte- karsykdommer, nyresykdom, øyesykdom og nerve- og blodkarskade. Figur 60 viser at bruk av legemidler til behandling av type 2 diabetes er økende både i landet og som helhet i Sandnes. Sandnes ligger på et noe lavere nivå enn landet som helhet.



Figur 60: Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes, 30-74 år, per 1000 innbyggere per år for Sandnes og hele landet. Kilde: Kommunehelse statistikkbank.

2.6.4 Kols og astma

Hovedårsaken til kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er røyking. Figur 61 viser at bruk av legemidler til KOLS og astma er økende i både Sandnes og landet som helhet. Sandnes ligger på en noe lavere nivå enn landet som helhet.



Figur 61: KOLS og astma, legemiddelbrukere, 45-74 år, per 1000 innbyggere per år. Kilde: Kommunehelse statistikkbank.

2.6.5 Tannhelse

Tannhelse har stor betydning for den generelle helsen og livskvalitet (Evensen, 2021). Dårlig oral helse er forbundet med økt risiko for hjerte- og karsykdommer, diabetes og demens. I tillegg påvirkes selvfølelse, sosiale relasjoner og ernæring av den orale helsen. Tannhelsen Rogaland har statistikk for tannhelsedistrikt Sandnes og på tannklinikknivå. Statistikken i vedlegg 2 viser at tannhelsen blir stadig bedre. DMFT (decayed, missing, filled teeth) er summen av tenner med kariesangrep (hull), manglende tenner og tenner med fyllinger. For melketenner benyttes små bokstaver (dmft).

Barn og unge

Ifølge Tannhelse Rogaland har tannhelsesituasjonen for barn og unge i Rogaland blitt stadig bedre de siste årene, og tendensen fortsetter i 2023. Dette kan ha sammenheng med foretakets satsing på folkehelse og forebyggende aktiviteter, og Tannbarn, den nasjonale faglige retningslinjen for barn og unge 0-20 år. TannBarn inneholder anbefalinger om tjenester innenfor forebygging, diagnostikk, behandling, organisering og samhandling og ble i stor grad ferdig våren 2022. Implementeringen vil foregå over flere år. Retningslinjen medfører økt ressursbruk blant annet på kontroll av indikatorårskull (3-, 5-, 12-, 15- og 18-åringene). Vi ser at tannhelsen til 5-, 12- og 18-åringene stadig blir bedre.

Utfordringene i de fleste kommuner er at det skjer noe med tannhelsen hos unge mellom 12 år og 18 år. I dette tidsrommet er det viktig at det settes inn tiltak, og helst litt i forkant. En årsak til at det skjer noe med tannhelsen mellom 12 og 18 år, kan være at ungdommen nå har ansvar for å ta vare på sine egne tenner. De ser kanskje ikke konsekvensene av sin egen livsstil frem i tid. Økt tilgang på penger og tilgjengeligheten av sukkerholdig mat og drikke, kan også være en årsak til at flere får karies.

Syreskader hos barn og ungdom er en økende trend i hele landet (UiO, 2020), og er noe Tannhelse Rogaland også observerer. Syreskader kjennetegnes av et irreversibelt tap av tennenes emalje. Syreskader kan også innebære smerter og nedsatt funksjon for de som er rammet.

Tiltak som Tannhelse Rogaland har etablert er undervisning for barne- og ungdomsskoler (6. trinn og 9. trinn). Undervisningen er relatert til mat- og helsefaget i grunnskolen, hvor det er en teoretisk del som omhandler hva elevene selv kan gjøre for å få god munnhelse, hvordan blir det hull, hva som kan gjøres for å unngå hull, kosthold med hovedvekt på sukkerinntak og informasjon om skadene ved brus- og saftdrikking.

Eldre og syke

Tannhelse Rogaland observerer et stadig større behandlingsbehov hos eldre og syke med egne tenner. Denne gruppen krever stor innsats med tanke på både forebyggende arbeid og tannbehandling. Det forebyggende arbeidet gjøres i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten i kommunene, og fortsetter å ha høy prioritet i Tannhelse Rogaland.

2.6.6 Overvekt og fedme

Overvekt og fedme er blant de aller største helseutfordringene våre og rike økt risiko for en rekke sykdommer (Meld. St. 15, 2022-2023). Forekomsten av fedme og overvekt varierer med utdanning og familieforhold, og forsterker sosial ulikhet i helse. Det er først og fremst fedme som er forbundet med økt helserisiko. Høy kroppsmasseindeks²⁰ bidrar til anslagsvis 2800 årlige dødsfall i Norge, og er knyttet til en rekke sykdommer og plager som diabeter type 2, hjerte- og karsykdommer, flere former for kreft, søvnapné, muskel- og skjelettplager og psykiske lidelser (Meld. St. 15, 2022-2023). Det er også uheldig stigma knyttet til overvekt og fedme.

Ifølge FHI har størstedelen av den voksne befolkningen overvekt eller fedme (FHI, 2024a). Blant barn ser det ut til at den samlede andelen med overvekt og fedme har stabilisert seg, ettersom andelen har vært noenlunde lik siden 2010. Selvrapporterte tall fra sesjonsdata viser at andelen 17-åringer i

²⁰ En svakhet ved kroppsmasseindeksmålet er at den ikke skiller mellom fett- og muskelmasse. Midjemål er et annet mål for overvekt, og gir bedre informasjon om hvor fett er samlet. Fett som samles rundt de indre organene vurderes å være mer skadelig enn såkalt underhudsfett (FHI, 2024a).

Sandnes med overvekt og fedme er stabil, og lavere enn landet som helhet. 20 prosent av 17-åringene i Sandnes har overvekt og fedme, mot 22 prosent av 17-åringene i landet som helhet.

Den høye forekomsten av og sosiale ulikheten i overvekt og fedme blant norske barn gir grunn til bekymring (Meld. St. 15, 2022-2023). Overvekt og fedme blant barn og unge har sammenheng med flere helsekonsekvenser på både kort og lang sikt (FHI, 2024a). Sandnes følger nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon og skolehelsetjeneste, og i disse inngår veiing og måling i 1. klasse, 3. klasse og 8. klasse. Dette er frivillige kontroller, men i 1. klasse og i 3. klasse gjennomføres målingene på de fleste elevene, mens i 8. klasse er det flere som reserverer seg. Kommunen har dermed en oversikt over vekst og vektutviklingen til barn og unge i kommunen.

2.6.7 Muskel- og skjelettsykdommer

Muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager rammer de fleste av oss i løpet av livet (FHI, 2024a). De er en viktig årsak til dårlig helse, nedsatt livskvalitet, sykefravær og uførhet. Ifølge FHIs folkehelseprofil for 2024, ligger kommunen signifikant dårligere enn landet som helhet for muskel- og skjelettsykdommer, der Sandnes har 322 tilfeller per 1000 innbyggere mens Norge har 313 tilfeller per 1000 innbyggere.

2.6.8 Antibiotikaresistens

I følge FHIs folkehelseprofiler er antall resepter på antibiotika per 1000 innbygger per år i Sandnes det samme som 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.

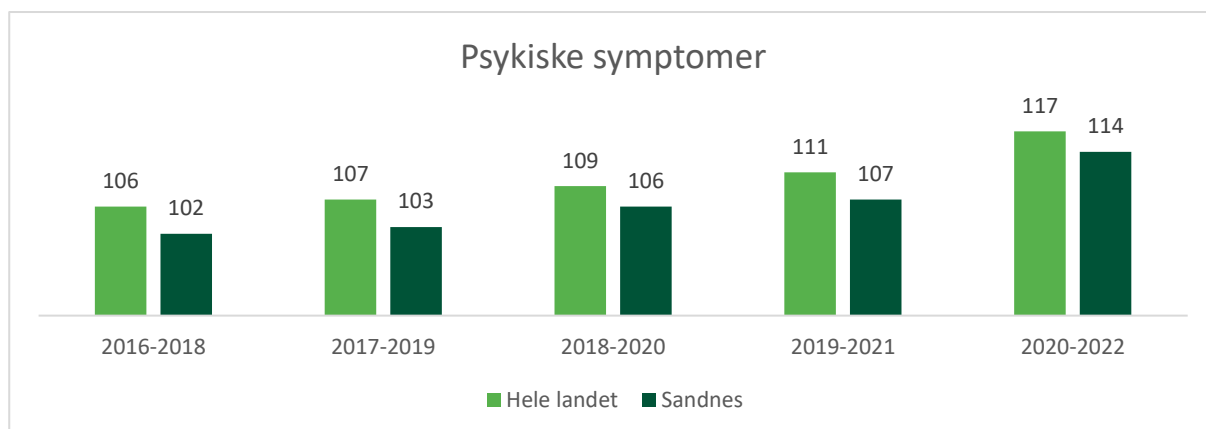
2.6.9 Psykisk helse

Psykiske plager og lidelser er vanlige i befolkningen (FHI, 2024a). Mellom en av seks og en av fire vil oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av et år. Alvorlige psykiske lidelser er forbundet med uførhet, fysiske sykdommer og redusert forventet levealder. FHIs folkehelseprofil for Sandnes 2024 viser at andelen i aldersgruppen 0-74 år som har psykiske symptomer og lidelser er litt lavere enn landsnivået, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.

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 helsetap og står for en stor andel av sykefravær og nedsatt arbeidsevne. Blant unge uføre er psykiske vansker en stor årsaksfaktor for arbeidsuførheten. Psykiske lidelser er også forbundet med økt risiko for fysiske lidelser og tidlig død.

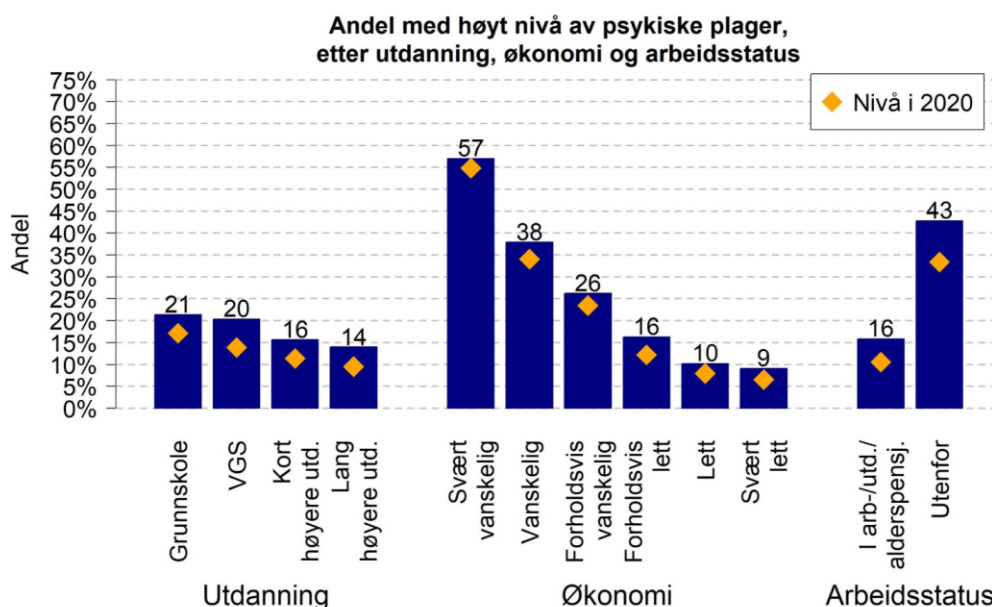
Figur 62 viser en økning i psykiske symptomer blant befolkningen 0-74 år i Sandnes og i landet som helhet. Sandnes ligger litt under nivået til landet som helhet.



Figur 62: Psykiske symptomer per 1000, 0-74 år. Kilde: Kommunehelse statistikkbank.

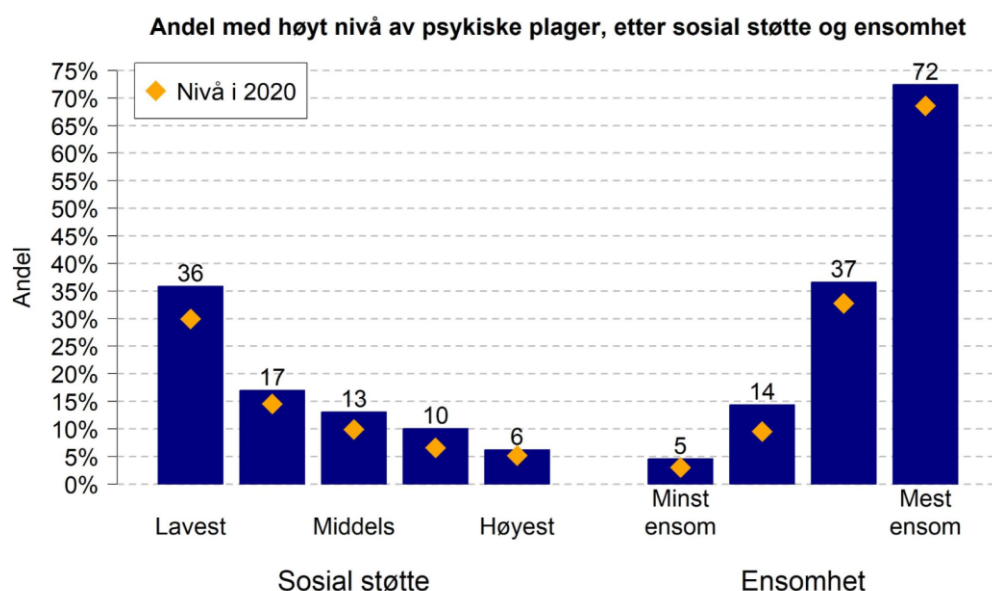
I perioden 2018-2021 økte henvendelsene i INFOhjelpen i Mestringsenheten fra om lag 1000 til om lag 2650 henvendelser per år. INFOhjelpen er mottakstjeneste for alle innbyggere i Sandnes som ønsker hjelp relatert til psykiske helseutfordringer. Det følger det samme mønsteret som vi ser i figuren over.

Figur 63 viser at andelen som sliter psykisk er langt høyere blant de som opplever økonomien som vanskelig sammenlignet med de som opplever den som lett (Rogaland fylkeskommune, 2024). Samtidig er det verdt å merke seg at flertallet av dem som har et høyt nivå av psykiske plager, vurderer sin egen økonomi som god. Selv om andelen som sliter psykisk er mye lavere blant dem med god økonomi, er det så mange flere i denne gruppen, at det totalt sett er flere personer her. De to søylene helt til høyre viser at andelen som sliter psykisk er omtrent tre ganger høyere blant de som står utenfor arbeidslivet i forhold til de som ikke gjør det.



Figur 63: Andel med høyt nivå av psykiske plager, etter utdanning, økonomi og arbeidsstatus. Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023, data bearbejdet av Rogaland fylkeskommune.

Også sosial støtte og ensomhet har mye å si for psykisk helse. Disse er langt på vei det motsatte av hverandre, noe som også illustreres i figur 64 til høyre. Sosial støtte er tydelig knyttet til både psykisk helse og livskvalitet, og vi ser en tydelig tendens til at det er vanligere å ha et høyt nivå av psykiske plager blant personer med lav sosial støtte (Rogaland fylkeskommune, 2024).



Figur 64: Andel med høyt nivå av psykiske plager, etter sosial støtte og ensomhet. Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023, data bearbejdet av Rogaland fylkeskommune.

Barn og unge

Psykiske plager og lidelser er vanlige blant barn og unge, og forekomsten av forskjellige lidelser og plager er ulik hos gutter og jenter (FHI, 2024a). Forekomsten varierer også betydelig mellom

aldersgrupper. Norske studier viser at rundt 7 prosent av barn og unge i alderen 4-14 år har en psykisk lidelse. Andelen barn og unge diagnostisert med en psykisk lidelse i spesialhelsetjenesten har økt de siste ti årene, spesielt for jenter og kvinner i alderen 12-24 år.

De fleste barn og unge i trives, og har god psykisk helse. Men de siste årene har det vært en økning i psykiske plager og lidelser blant barn og unge (2024a). Forekomsten varierer mye basert på kjønn og alder. Norske studier viser at rundt 7 prosent av barn og unge i alderen 4-14 år har en psykisk lidelse. Andelen jenter i alderen 13 til 24 år som rapporterer om psykiske plager har økt de siste ti årene. I tillegg har totalbruken av legemidler for psykiske lidelser blant barn og unge økt de siste ti årene. Ifølge Helsedirektoratet, og NAV er psykiske helseproblemer en viktig årsak til at mange ungdommer ikke fullfører videregående skole (NAV, 2023). Psykiske helseproblemer for enkeltpersoner betyr svekket livskvalitet og økt sjanse for utenforskap. For samfunnet som helhet kan det bety økte kostnader i form av trygdeytelser og tapt arbeidskraft.

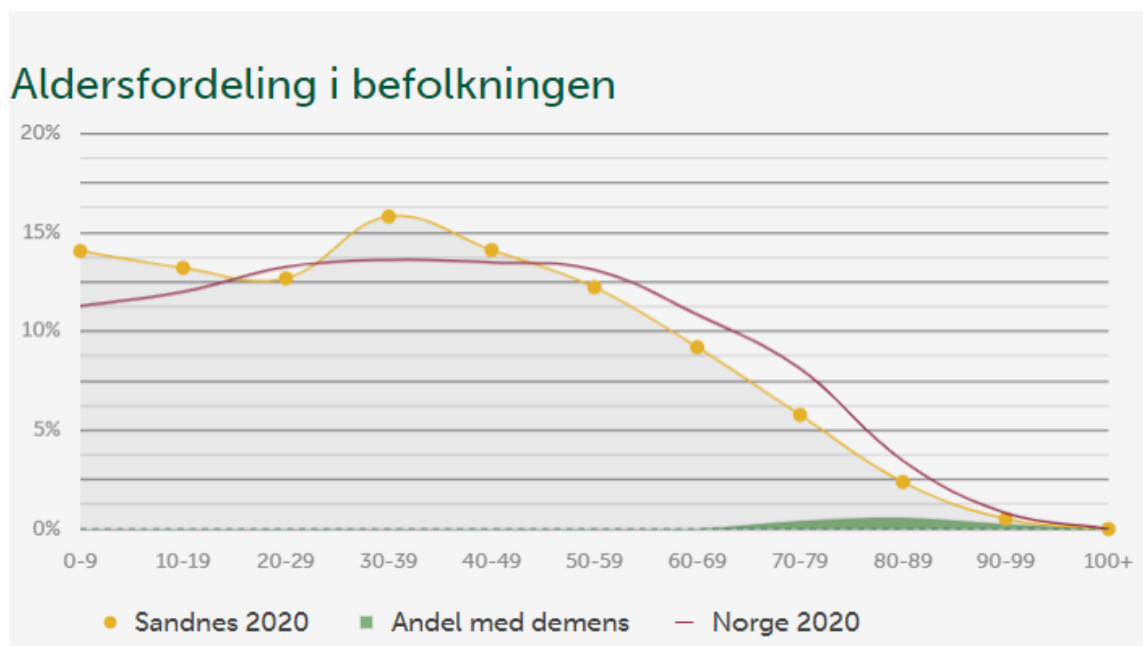
Barn og unge i dag vokser opp med skjermbruk og sosiale medier som en del av hverdagen. Ifølge Ungdata-undersøkelsen bruker to av tre ungdommer minst tre timer på skjerm daglig, og 15 prosent bruker mer enn seks timer daglig (Hjelle, 2022). Vi vet at mange bruker mye tid på skjerm, men vi har ikke nok kunnskap om hvilke konsekvenser det har. Flere studier viser at bruk av sosiale medier kan være negativt for vår mentale helse. Det kan ha sammenheng med at skjermbruk stjeler tid fra aktiviteter som er viktige for å opprettholde en god mental helse, det kan ha med at vi sammenligner oss med andre på sosiale medier som kan lede til kroppspress og annet press, og det kan også være på grunn av negative opplevelser på sosiale medier. Vi mangler kunnskap om hvordan dette påvirker barn og unges mentale helse, trivsel og relasjoner i Sandnes i dag.

2.6.10 Demens

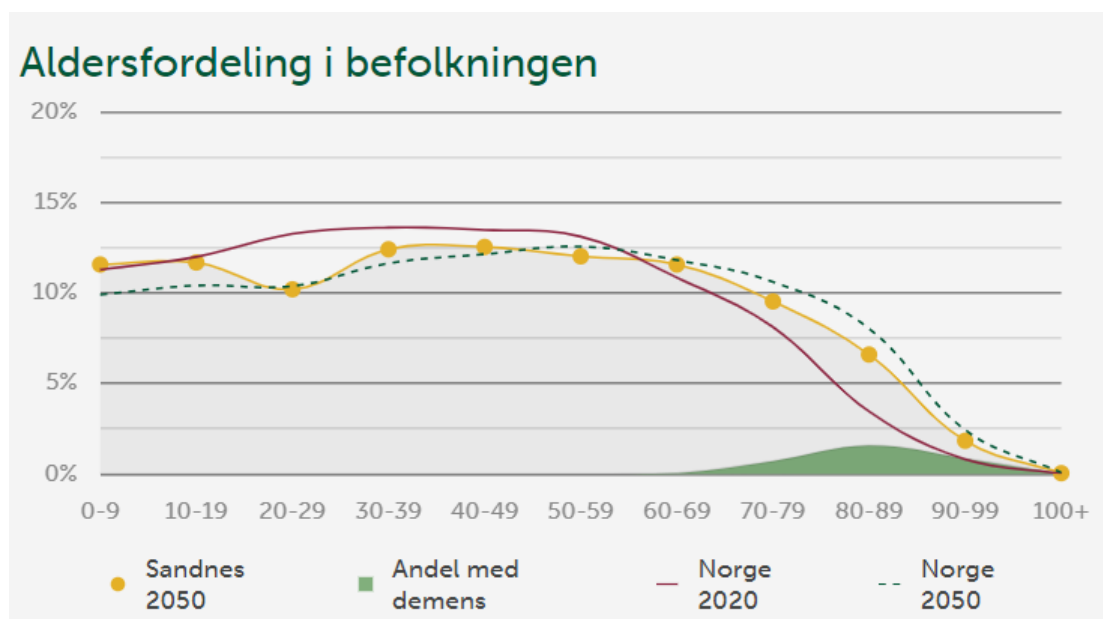
Demens er fellesbetegnelsen på flere hjernesykdommer som påvirker adferd og evnen til å huske, tenke og utføre dagligdagse aktiviteter (FHI, 2024a). Demens er i hovedsak knyttet til høy alder, men er ikke en del av den normale aldringen. Forekomsten av demens er høyere blant personer med lav utdanning enn blant personer med høy utdanning.

Nasjonalt senter for aldring og helse (2024) har utviklet et demenskart som viser andelen personer med demens i 2020, og framskriver andelen med demens fram til 2050. I 2020 var andelen med demens i Sandnes 1,31 prosent. Det er lavere enn gjennomsnittet i landet som helhet, som var 1,88 prosent i 2020. Sandnes sin andel er mest sannsynlig lavere på grunn av at befolkningen er yngre enn gjennomsnittet i landet som helhet. Figur 65 og 66 viser aldersfordeling i befolkningen i Sandnes og landet som helhet og andelen med demens i 2020 og framskrevet for 2050. Framskrivningen forventer

at 3,26 prosent av befolkningen kommer til å ha demens i Sandnes i 2050, mot 3,99 prosent i landet som helhet. Dette betyr at antall med demenssykdom vil øke fra 1245 personer i 2025 til 3200 i 2050.



Figur 65: Aldersfordeling i Sandnes og landet som helhet og andel med demens i 2020. Kilde: Nasjonalt senter for aldring og helse.



Figur 66: Aldersfordeling i Sandnes og i landet som helhet og framskrevet andel med demens i 2050. Kilde: Nasjonalt senter for aldring og helse.

2.6.11 Oppsummering helsetilstand i Sandnes

Fastlege:

- I Sandnes står 3 527 personer uten fastlege, noe som reflekterer et landsomfattende problem. Denne mangelen fører til økt belastning på akuttmottak og andre helsetjenester, ettersom mange henvender seg til disse for helseproblemer som ellers kunne vært håndtert av en fastlege. Dette skaper press på ressursene og kan resultere i lengre ventetider og dårligere pasientoppfølging.

Selvvurdert helse:

- To av tre innbyggere i Sandnes vurderer sin egen helse som god eller svært god, ifølge folkehelseundersøkelsen i Rogaland.

Tidlig død:

- Menn i Sandnes har en lavere dødsrate av hjerte- og karsykdommer enn landsgjennomsnittet. Kvinner i Sandnes har også en noe lavere dødsrate av kreft enn kvinner i resten av landet.

Tannhelse:

- Tannhelsen i Sandnes har stadig blitt bedre, spesielt blant barn og unge, som et resultat av forebyggende tiltak og nasjonale retningslinjer.
- Det er likevel en utfordring med tannhelsen blant ungdom mellom 12 og 18 år, sannsynligvis grunnet dårligere munnhygiene og økt tilgang på sukkerholdig mat og drikke.

Overvekt og fedme:

- Andelen med overvekt og fedme blant 17-åringer i Sandnes har stabilisert seg og er lavere enn landsgjennomsnittet. Denne stabile trenden har vedvart siden 2010.

Vaksinasjon:

- Sandnes ligger over landsgjennomsnittet for influensavaksinasjonsdekning i 2024, med en dekning på 66,4 % mot 62,3 % i resten av landet.

Diabetes og KOLS:

- Bruken av legemidler til behandling av diabetes type 2 og KOLS øker i Sandnes, men ligger fortsatt under landsgjennomsnittet.

Psykisk helse:

- Forekomsten av psykiske plager har økt blant barn og unge i Sandnes, og bruken av legemidler for psykiske lidelser har også økt. Psykiske helseproblemer er en viktig årsak til at mange ungdommer ikke fullfører videregående skole.

Økende demensrate:

- Andelen personer med demens i Sandnes var lavere enn landsgjennomsnittet i 2020, men forventes å øke til 3,26 % innen 2050, som tilsvare 3200 personer

3.0 Sammenhenger og hovedutfordringer

I dette kapitlet presenteres viktige påvirkningsfaktorer for folkehelsen, sammen med hovedutfordringer for folkehelsen i Sandnes.

3.1 Påvirkningsfaktorer for folkehelsen

Lavinntekt og fattigdom i Norge er et relativt begrep. 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.

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. 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 i 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 viktig forutsetning for muligheter videre i utdanning og arbeid. Frafall i videregående opplæring øker 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.

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 er 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. Psykiske lidelser er viktig årsak til ikke dødelig helsetap og står for en stor andel av sykefravær og nedsatt arbeidsevne. Blant unge uføre 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 deltakelse 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- og organisasjonsliv. Gjennom aktivitet og felles opplevelser skapes tillit mellom mennesker og gode lokalsamfunn.

3.2 Hovedutfordringer for folkehelsen i Sandnes

Befolkningsutvikling

Etter hvert som befolkningen eldes, forventes det å oppstå en mangel på arbeidskraft. Dette er en betydelig folkehelseutfordring, da det kan bli vanskelig å tilby tilfredsstillende tjenester til dem som trenger det i kommunen. Sandnes har et godt utgangspunkt med en relativt ung befolkning sammenlignet med andre kommuner. I dag er 26,6 % av befolkningen under 20 år, og kommunen har hatt en nettoflytting av personer i arbeidsfør alder, ofte med barn. Likevel er ikke Sandnes immun mot utfordringene som følger med en aldrende befolkning, og det forventes en økning i antall eldre som vil kreve mer omfattende helsetjenester i fremtiden.

Sosial ulikhet

Det er betydelige sosiale helseforskjeller i Norge, også i Sandnes. Resultatene fra folkehelseundersøkelsen i Rogaland og levekårsundersøkelsen fra Sandnes gir et godt bilde på denne

sosiale gradienten for mange ulike indikatorer for folkehelse. Høy sosioøkonomisk status gir bedre helse, mens lavere status fører til dårligere helse. I SSB andel i lavinntekt viser at enslige forsørgere i Sandnes er på 29,6 %, sammenlignet med 12,7 % av hele befolkningen og 7,5 % av par med barn. Denne sosiale gradienten påvirker mange aspekter av folkehelsen, og forskjellene er systematiske og samfunnsskapte, noe som betyr at de kan forebygges. Forebyggingsarbeid er kostbart og krevende, men avgjørende for å redusere disse helseforskjellene og styrke folkehelsen i Sandnes

Barn og unges psykiske helse

Flere barn og unge sliter med psykiske plager og lidelser enn før, og spesielt blant jenter har denne andelen økt. I ungdatabasen 2022 rapporterte 17 % av ungdomsskoleelevene at økonomiske barrierer hindrer dem i å delta i ønskede fritidsaktiviteter, noe som kan forsterke følelsen av utenforskap og bidra til psykiske helseproblemer. Psykiske plager kan føre til økt skolefravær og at flere elever ikke fullfører videregående skole, noe som igjen kan resultere i utenforskap. Ifølge NAV lever 18,4 % av alle 20-29 åringer i utenforskap i Sandnes. Barn og unge har også opplevd press gjennom sosiale medier. Vi vet fortsatt for lite om de langsiktige konsekvensene dette har for deres psykiske og fysiske helse, noe som utgjør en stor folkehelseutfordring.

Utenforskap

Utenforskap har store konsekvenser både for enkeltpersoner og samfunnet. For enkeltpersoner kan det bety svekket tilknytning til arbeidslivet, manglende følelse av tilhørighet og lav inntekt. For samfunnet medfører utenforskap høye utgifter til velferdsytelser og tap av potensialet i arbeidsstyrken. I Sandnes er 18,5 % av aldersgruppen 20-29 år utenfor arbeid eller utdanning, noe som er litt over landsgjennomsnittet. Dette er en alvorlig utfordring for folkehelsen, da utenforskap ofte starter tidlig og kan vare lenge.

3.3 Helsefremmende perspektiv i samfunnsutviklingen

Opplevelse av trygghet, sosiale møteplasser og estetisk kvalitet er egenskaper som kan påvirke folks trivsel og stedstilknytning. Mennesker er 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, bedre mental helse, trivsel og økt levetid på tvers av sosiale skillelinjer. Et godt nærmiljø bør tilby naturopplevelse og stimulere til aktivitet, både blant barn, voksne og eldre. 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 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.

Grøntområder og gode arealer mellom bebyggelsen knytter befolkningen sammen og bidrar til gode bomiljø. Dette er sosialt bærekraftige områder. Her har kommunen en helt kritisk rolle å spille. 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, som 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.

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 å prioritere myke trafikanter, barn og eldre vil kvaliteten ved det fysiske miljøene bli bedre for alle befolkningsgrupper. Dette vil være en samfunnsøkonomisk fornuftig prioritering. 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.

Referanseliste

- Abel, Marianne Hope, Kaja lund-Iversen, Liv Elin Torheim, Anne Lise Brantsæter (2023). [Bruk av energidrikker i aldersgruppen 10-18 år - FHI](#)
- Andersen, Frode (2023). [Høgaste folkevekst sidan 2012 – SSB](#).
- Barne- og familiedepartementet (2023). [En barndom for livet - regjeringen.no](#)
- Buudir (2024). [Skolefravær | Buudir](#)
- Buudir (2023). [Nye tall om barnefattigdom | Buudir](#)
- Dæhlen, Marte (2024). [De med høy utdanning drikker mer enn de med lav utdanning. Likevel får de færre alkoholskader \(forskning.no\)](#)
- Evensen, Kjersti Berge (2021). [Munnen er også en del av kroppen \(legeforeningen.no\)](#)
- FHI (2024a). [Folkehelse rapporten - FHI](#)
- FHI (2024b). [Oppvekstprofil-2024-nb-1108-Sandnes \(1\).pdf](#)
- FHI (2023a). [Kosthold og psykisk helse - FHI](#)
- FHI (2023b). [Alkoholbruk i den voksne befolkningen - FHI](#)
- FHI (2021a). [Mye større risiko for psykiske lidelser hos barn av foreldre med lav inntekt - FHI](#)
- FHI (2021b). [Trivsel, læring og gjennomføring - FHI](#)
- FHI (2019). [Forebyggende tiltak på alkoholfeltet - FHI](#)
- Helsedirektoratet (2024). [Psykisk helse og fysisk aktivitet - Helsenorge](#)
- Helsedirektoratet (2021). Sektorrapport om folkehelse 2021. [Barnehage - Helsedirektoratet](#)
- Helsedirektoratet (2019). Systematisk folkehelsearbeid. [Bakgrunn - Helsedirektoratet](#)
- Helsedirektoratet (2018). [Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd - Helsedirektoratet](#)
- Helsedirektoratet (2013). *[se om jeg kan finne dette i det gamle dokumentet]*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). [Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029. - regjeringen.no](#)
- Hjelle, Ole P. (2022). Det digitale dopet, side 48. Kagge forlag.
- Kantar (2023). [Natur- og miljøbarometeret \(njff.no\)](#)
- Kantar (2021). [Kulturundersøkelsen for Nord-Jæren | Stavanger kommune](#)
- Karlsen, Håkon Torfinn (2023). [Uføre bor oftere alene – SSB](#)
- KS (2023). [De 1000 første dagene i et individs liv - KS](#)
- Meld. St. 6 (2019-2020). [Meld. St. 6 \(2019–2020\) \(regjeringen.no\)](#)
- Meld. St. 15 (2022-2023). [Meld. St. 15 \(2022–2023\) - regjeringen.no](#)
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2022). [Vold og overgrep - Helsenorge](#)
- Nasjonalt senter for aldring og helse (2024). [DEMENSKARTET - Demenskartet](#)
- NAV (2024a). [Økt arbeidsledighet drives av innvandrere - nav.no](#)
- NAV (2024b). [1 av 5 står utenfor arbeidslivet - nav.no](#)
- NAV (2023). Presentasjon på Oppvekstkonferansen 2023. [Oppvekstkonferansen 2023 | Statsforvalteren i Rogaland \(statsforvalteren.no\)](#)

NAV Rogaland (2024a). Tall levert av NAV Rogaland.

NAV Rogaland (2024b). [Økt arbeidsledighet drives av innvandrere - nav.no](#)

NAV Rogaland (2024c). [Nedgang i uføreandelen i Rogaland - nav.no](#)

Normann, Tor M. (2023). [Flere uføre med lav utdanning – SSB](#)

Norsk idrettsindeks (2022). [Norsk idrettsindeks](#)

NOU 2024: 4. *Voldtekt – et uløst samfunnsproblem*. Justis- og beredskapsdepartementet. [NOU 2024: 4 \(regjeringen.no\)](#)

NOU 2023: 5. *Den store forskjellen*. Helse- og omsorgsdepartementet. [NOU 2023: 5 \(regjeringen.no\)](#)

NOU 2020: 16. *Levekår i byer*. Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet. [NOU 2020: 16 - regjeringen.no](#)

Nygård, Geir (2023). [Det er nå vanligere for kvinner enn menn å ha lang utdanning – SSB](#)

OsloMet (2024). [Hva er Ungdata? - Ungdata](#)

Reisevaneundersøkelsen (2023).

Rogaland fylkeskommune (2024). [Folkehelse i Rogaland \(arctis.com\)](#)

Rogaland fylkeskommune (2023). [Gjennomføring - Rogaland fylkeskommune \(rogfk.no\)](#)

Redningsselskapet (2024). [Redningsselskapets drukningsstatistikk - Redningsselskapet \(rs.no\)](#)

Regjeringen (2024). [Skolefritidsordningen \(SFO\) - regjeringen.no](#)

Rossow, Ingeborg Margrete (2024). [Alkohol, narkotika og folkehelse - FHI](#)

Sandnes kommune (2024a). Kvalitetsmelding 2024 barnehagene. Lenke til politisk sak 23.04.24: [Sandnes kommune – Saksdokumenter - Møter - Utvalg for kultur og oppvekst 23.04.2024 kl. 17.00 \(360online.com\)](#)

Sandnes kommune (2024b). Kvalitetsmelding for Sandnesskolen 2024. Lenke til politisk sak 28.05.24: [Sandnes kommune – Saksdokumenter - Møter - Utvalg for kultur og oppvekst 28.05.2024 kl. 17.00 \(360online.com\)](#)

Sandnes kommune (2024c). Resultatvurdering 2023 – NAV Sandnes. Lenke til politisk sak 13.03.24: [Sandnes kommune – Saksdokumenter - Møter - Utvalg for helse- og sosialtjenester 13.03.2024 kl. 17.00 \(360online.com\)](#)

Sandnes kommune (2024d). Resultatvurdering PPT 2023. Lenke til politisk sak 12.03.24: [Sandnes kommune – Saksdokumenter - Møter - Utvalg for kultur og oppvekst 12.03.2024 kl. 17.00 \(360online.com\)](#)

Sandnes kommune (2023). Levekårsundersøkelsen 2022.

Sandnes kommune (2021). [Fagnotat bolig del 1](#).

Slettebak, Rune (2024). PowerPoint-presentasjon med analyse av resultater fra Folkehelseundersøkelsen 2023. Presentert på partnerskapsamling 28. mai 2024. Rogaland fylkeskommune.

Spilde, Ingrid (2024). [Ultraprosessert mat er koblet til mange sykdommer, ifølge kjempeoppsummering av forskning](#)

SSB (2024). [Hva kan lavinntekt bety for barn og unges liv? – SSB](#)

SSB (2020). [Ulikheten – betydelig større enn statistikken viser - SSB](#)

SSB (2017). [Slik har vi det – om målene på livskvalitet og levekår i Norge - SSB](#)

Statens vegvesen (2023). [Lenke til opptak av Nasjonalt gåseminar 2023.](#)

Store norske leksikon (2024). [levekår – Store norske leksikon \(snl.no\)](#)

Tannhelse Rogaland (2024).

Telemarksforskning (2024). [Norsk idrettsindeks](#)

Thorsen, Lotte Rustad (2019). [Innvandrere med lav inntekt dårligere stilt enn andre med lav inntekt - SSB](#)

Trygg trafikk (2024). [Arsrapport Rogaland nett enkeltsider.pdf \(tryggtrafikk.no\)](#)

Tønnesen, Marianne (2024). [levealder – Store medisinske leksikon \(snl.no\)](#)

UiO (2020). [Stadig flere barn og unge får irreversible syreskader - Institutt for oral biologi \(uio.no\)](#)

Ungdata (2022). Sandnes kommune, nøkkeltall ungdomstrinnet. [PowerPoint-presentasjon \(ungdata.no\)](#)

Utdanningsdirektoratet (2024a). [2.2 Kompetanse i fagene | udir.no](#)

Utdanningsdirektoratet (2024b). [Skolemiljø | udir.no](#)

Utdanningsdirektoratet (2017). [Rammeplan for barnehagen \(udir.no\)](#)

Legeforeningen (2024) . [Én av 24 uten fastlege \(legeforeningen.no\)](#)

Vedlegg 1: Levekårsundersøkelsen

Oppsummering av resultatene fra levekårsundersøkelsen 2022²¹

Levekårene i Sandnes er gode, men fordeler seg ikke likt i kommunen. Sandnes kommune gjennomfører levekårsundersøkelsen for å få et kunnskapsgrunnlag om levekår i Sandnes. Det gjør Sandnes rustet til å utjevne forskjeller og legge grunnlag for en god utvikling gjennom planlegging og prioritering. Å utjevne levekårsforskjeller relaterer seg til både sosial og økonomisk bærekraft, og er derfor viktig for å oppnå FNs bærekraftsmål.

Levekårssonene deles inn i fem grupper etter hvordan levekårssonene plasserer seg i forhold til hverandre på de 13 levekårsindikatorene, og sjatteres i fem farger. Disse gruppene kalles *levékårskvintiler*. Dette gjøres for å få et inntrykk av hvilke soner som har større levekårsutfordringer enn andre. Jo dypere farge, jo mer utfordrende levekår. Resultatene oppsummeres i en analysetabell. Se tabell 1 for en forklaring av hva fargene betyr.

Tabell 1: Levekårskvintiler

Kvintil 1	Kvintil 2	Kvintil 3	Kvintil 4	Kvintil 5
Bedre levekår	Noe bedre levekår enn middels i Sandnes	Middels levekår i Sandnes	Noe dårligere enn middels i Sandnes	Dårligere levekår

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.

²¹ Tall fra 2020

Tabell 8: Oppsummerende analysetabell

	Kun grunnskole	Mer enn grunnskole	Ikke oppnådd kompetanse	Medianinntekt	Personer i lavinntektsusholdninger	Barn i lavinntektsusholdninger	Samlet gjeld over tre ganger samlet inntekt	Registrert arbeidsledighet	Mottakere av sosialhjelp	Mottakere av arbeidsavklaringspenger	Unge uføre	Barn med barnevernstiltak	Leide boliger
Sentrum vest													
Sentrum øst													
Langgata													
Myklaberget												:	
Porsholen													
Luravika													
Varatun													
Roald A.													
Trones													
Giske													
Vibemyr													
Brattholen						:						:	
Soma													
Stangeland v.													
Stangeland n.													
Stangeland s.													
Maurholen						:							
Skeiane													
Sandve													
Sentrum sør						:		:				:	
Skei													
Lunde													
Ganddal													
Åse													
Lundehaugen													
Sørbø						:							
Austrått vest													
Austrått øst													
Austrått sør													
Håbet													
Skaret													
Gravarslia													
Håbafjell						:							
Bogafjell s.													
Bogafjell													
Nedre Hana												:	
Øvre Hana													
Asperholen													
Vatne													
Sandvika G.						:							
Sviland						:							
Figgjo													
Riska ytre													
Riska													
Hommersåk s.						:						:	
Frøyland													
Maudland													
Høle						:							
Forsand						:							
Ikke tilordnet													

Analysetablellen (tabell 9) viser hvordan levekårssonene skårer på levekårsindikatorene i forhold til hverandre. De fleste levekårssonene har både lyse og mørke felt å vise til, og det understreker viktigheten av å ikke trekke konklusjoner basert på resultat på enkeltindikatorer. I tillegg er det viktig å huske på at denne tabellen kun viser hvordan levekårssoner skårer i forhold til hverandre, ikke om sonene skårer bra eller dårlig.

Analysetablellen gir oss likevel et bilde på om noen levekårssoner opplever en opphoping av levekårsutfordringer, og om det er noen sammenheng mellom disse levekårssonene. Noen levekårssoner plasseres i kvintil 4 og 5 oftere enn andre soner. Eksempler på det er noen av sentrumssonene og noen av sonene rett utenfor sentrum på vestsiden av fjorden. Videre har noen av sonene på Hommersåk flere kvintil 4- og 5-plasseringer.

Fra analysetablellen som helhet kan vi se noen trender. Tabellen kan grovt sett deles i tre grupper:

1. Sentrum vest til Stangeland sør
2. Maurholen til Bogafjell
3. Nedre Hana til Ikke tilordnet

Det ser ut til at gruppe 2, Maurholen til Bogafjell, har flest lyse felt. Denne gruppen preges av levekårssoner som ligger litt utenfor sentrum. Fellestrekk for mange av disse sonene er gjerne at de domineres av eneboliger, hus i kjede og rekkehus. Andre fellestrekk er høy barneandel og høy utdanning. Gruppe 1, Sentrum vest til Stangeland sør, preges av levekårssoner i sentrum, rett ved sentrum og vestsiden av byen. Denne gruppen har flere mørke felt enn gruppe 2. Flere av disse områdene har mye blokkbebyggelse. Fellestrekk for denne gruppen er høy andel aleneboere, høy andel innvandrere og norskfødte barn av innvandrere og høy utflytting. Gruppe 3, Nedre Hana til Ikke tilordnet, preges av levekårssoner som er noe mer perifere. Denne gruppen har også flere mørke felt enn gruppe 2. Fellestrekk for sonene i gruppe 3 er høy andel lav utdanning, og flere har lav andel innvandrere og norskfødte barn av innvandrere.

Det kan dermed se ut til at det er en tendens til at det er mest opphoping av levekårsutfordringer i sentrum av byen, og i områder som ligger relativt langt fra sentrum. Levekårssonene med minst opphoping av levekårsutfordringer ser ut til å være like utenfor sentrum. Gjeld stikker seg ut som en indikator som ikke følger dette mønsteret. På denne indikatoren har flere levekårssoner i gruppe 2 mørke felt enn på andre indikatorer, og de fleste levekårssonene i gruppe 1 har lyse felt.

[Levekårsundersøkelsen presenteres også i en nettbasert kartløsning.](#) Her deles levekårssonene inn i sju grupper i stedet for fem, slik det er beskrevet over.

Vedlegg 2: Tannhelsetall

Tannhelsetall – nøkkelsårskull, Sandnes tannhelse-distrikt

Klinikker	3 år - %dmft=0																
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ganddal	91,8	96,2	95,1	95,3	95,8	93,1	96,2	94,4	91,7	93,6	94,4	96,7	96,7	95,3	95,1	96,4	96,1
Hommersåk	100	100	81,8	100	94	96,7	97,2	96,1	96,1	95,5	97,7	93,3	94,4	100	100	97,8	95,6
Lura	91	95,5	92,6	94,3	94,6	96,7	94,6	93,1	94,5	93,3	93	94,7	94,9	93,5	90,1	91,9	94,8
Sandnes	97	96,6	98	93,8	97	97	95,3	95,9	95,1	95,1	94,9	93,4	94,7	95,2	94,1	96,2	96,3
Sola	96,7	98,2	97	95,5	95,7	95,3	94,7	96,2	93,8	92,3	93,9	95,6	95,5	96,2	95,5	96,9	97
Hjelmeland							94,9	95,2	92	90,3	84,6	95,2	100	96	96,3	100	95,8
Jørpeland	94,9	95,8	97,1	93,6	93,8	94,9	95,4	93	94,1	92,7	94,3	97	94	96,8	92,1	94,7	97,5
Sandnes thd	114,3	116,5	112,3	114,5	114,2	133,7	133,7	132,1	131,1	129,4	133	134,1	133,2	134,7			

Klinikker	5 år - %dmft=0																
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ganddal	76,3	84,5	81,2	83,8	79,8	84,7	84,4	82	87,5	85,3	85	87	85,6	81,1	88	83	85,1
Hommersåk	83,7	84,4	81,8	78,4	72,1	70,5	90,2	85,3	89	90,2	83,2	88,3	89,2	82,6	88,9	85,2	94,3
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	83,7	79,4	83,3	81,9	75
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	83,1	81,1	80,8	82,8	77,5
Sola	85,2	83,9	86	85,5	86,6	84,9	87	85	81,9	83,6	83,3	83,7	84	84,9	85,6	85,2	83,7
Hjelmeland							86,2	88,9	72	74,2	83,9	58,3	84,1	100	76,9	94,7	94,4
Jørpeland	70,8	81,8	76,5	80,6	86,4	84,3	83,8	86,1	82,7	77,5	82,1	85,5	81,3	91,4	84,9	79,1	89,1
Sandnes thd	92,2	97,4	96,2	98,6	96,2	95,5	118,5	118,1	115,2	112,5	115	112,3	118,2	120,1			

Klinikker	12 år - DMFT																
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ganddal	1,7	1,3	1,4	1,2	1,2	1,2	1	1	1	0,8	0,8	0,7	0,6	0,5	0,7	0,6	0,6
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	0,9	1	0,6	0,8	0,7
Lura	1,6	1,8	1,5	1,4	1,2	1,2	1,2	1,1	1	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	0,6	0,7
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	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7
Sola	1,3	1	1,3	1,1	0,8	1,1	1	1,1	0,9	1,2	1,1	0,9	0,8	0,9	0,8	0,8	0,7
Hjelmeland		0,7	0,7	0,2	0,3	1,1	1,1	1	0,8	1,2	0,9	0,6	0,9	0,6	1	0,9	0,7
Jørpeland	1,5	1,5	2,3	1,8	0,4	1,1	1,2	1	0,8	1,2	0,8	0,8	1	0,7	0,8	1	0,8
Sandnes thd	1,8	1,9	2,2	1,7	1,3	1,62	1,6	1,5	1,3	1,5	1,2	1,22	1,16	1,04			

DMFT = 0%																	
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
40,5	46,7	47,2	51,2	55,9	49,8	58	57,4	61,9	60,7	56,9	63,9	68	73,5	66,7	69,1	70,1	
47,2	44,4	34,4	46,5	56,3	54,3	38,1	54,3	51,8	50	66,3	52	61,8	50,5	69,6	57,9	66,1	
37,2	37,2	42,3	52,3	68,8	52,3	52,4	53,3	62,3	66,2	63,4	61,2	65	60,3	55,7	67,9	63,9	
47,9	45,9	38,8	53,2	50,4	54	54,3	62,4	66,2	68	58,8	63,8	60,8	62,9	60,3	59,6	63,6	
44,6	53,1	42,9	54,4	65,4	54,5	53,6	50	57,4	51	51,4	57,6	63,4	62,1	65,3	63,3	64,2	
						46,2	44,8	65,7	61,7	65	62,5	62,5	64,7	63	60	61,8	
40,7	41,4	13,3	48,1	87,5	53,5	46,2	52,3	61,8	51,6	61,6	58,9	58	60,1	59,6	58,8	61,4	
51,6	53,7	43,8	61,1	76,9	63,68	69,8	74,9	85,4	81,8	84,7	83,98	87,9	86,82				

Klinikker	15 år, DMFT									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ganddal	2,7	2,3	2,5	2,1	1,6	1,6	1,7	1,5	1,2	1,4
Hommersåk	3,9	3,8	3,9	2,9	2,9	2,3	1,8	2,3	1,8	2,1
Lura	1,3	1,8	1,8	1,7	2	1,4	1,7	1,5	1,5	1,2
Sandnes	3,2	2,5	2,2	2,5	2,2	1,6	1,6	1,5	1,6	1,6
Sola	2,8	3,7	4,1	4,1	2,6	2,8	2,5	1,9	1,8	1,6
Hjelmeland	2	2,5	2,5	2,3	1,1	1,9	1,5	1,6	1,2	1,8
Jørpeland	2,9	2,6	2,6	1,5	3	1,9	1,9	2	2	
Sandnes thd	3,76	3,84	3,92	3,42	3,08	2,7				

DMFT = 0%									
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
32,7	36,7	35,4	35,6	46,9	45,2	40	47,1	50	54,6
35,4	34,4	20,6	32,8	32,9	42,6	49,4	46	47,1	35,3
44,8	39,4	42,4	41,5	45,4	49,2	46,7	43,3	47,5	49,3
39,5	32,6	34,2	40	40,3	48,9	42,9	43,9	46,9	43,9
36,4	31,6	37,6	28,4	37,9	37,1	38,9	44,6	45,9	48,7
50	32,4	23,8	26,7	50	34,6	66,7	66,7	53,3	51,4
33,3	39,7	26,1	36,4	43,3	39,2	45,7	39,4	36,2	41,7
54,42	49,36	44,02	48,28	59,34	59,36	66,06			

Klinikker	18 ÅR - dmft																
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ganddal	4,9	5,1	5,2	4,7	4,6	4,6	4,9	4	4,3	3,7	3,8	3,5	2,4	2,9	2,8	2,7	2,3
Hommersåk	6,4	5,8	5,8	6,2	5,7	6	5,1	5,1	5	3,9	3,5	4	3,6	3,4	3,5	2,5	2,5
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	2,5	2,9	2,5	2,1	2,3
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	3,5	3,3	2,8	2,5	2,5
Sola	4,6	3,7	4,5	4,4	4,3	4,3	4,3	4,5	4,5	4,3	3,6	3,8	4	3,5	3	3	2,5
Hjelmeland						0,5	5,7	2,4	5,2	0,6	0,6	4	2,1	3,2	2,6	3,4	3,1
Jørpeland	5,7	9,6	5,3	7	4,7	9,7	5,9	3,9	6,8	5,1	2	3,5	3,1	3,3	3	3,7	2,4
Sandnes thd	6,6	6,9	6,2	6,58	5,8	6,76	6,9	5,7	6,78	4,9	4,1	5,0	4,2	4,5			

DMFT=0%																	
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
12,1	11	13,4	9,6	18,3	14,2	12,7	15,6	17,9	20,9	20,4	26,6	37,7	28,6	36,9	38,1	35,9	
6,7	9,1	10,9	4,1	8,3	7,8	10,5	8,9	21,7	15,2	25,6	21,6	18,3	27	26,5	37	39,5	
7,3	9,5	13,1	12,3	13,4	14,4	18,1	17,5	20,4	25,2	30,2	31,2	36	31,4	39,5	37,1	38,5	
11	14,1	12,8	12,8	17,2	21,1	19,3	17,3	19,7	21,5	23,2	25,8	28	31,7	34,1	33,9	31,6	
16,2	11,5	21,3	28	15,8	25,7	17,3	18,9	14,3	24,4	22,4	21,5	20,8	24,5	35,6	31,3	32,7	
					50	0	40	16,7	60	100	25	31	18,5	28,1	27,3	40	
20	21,4	8,3	0	14,3	0	3,4	18,5	6,3	26,9	42,9	22,2	27,2	28,3	29,1	24	36,7	
14,7	15,3	16,0	13,36	17,5	26,6	16,3	27,3	23,4	39	52,9	34,8	39,8	38,0				

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	2019	2020	2021	2022	2023	
Ganddal	3,25	3,51	3,04	3,16	3,24	2,89	2,83	2,98	2,27	2,21	1,97	1,78	1,59				
Hommersåk	3,85	5,37	3,85	3,08	3,19	3,43	3	2,94	3,36	2,62	3,78	2,5	2,45	1,77			
Lura	4,49	3,47	3,46	3,42	3,13	3,08	3,01	2,93	2,2	2,56	2,46	2,23	2,22				
Sandnes	3,8	3,54	3,41	4,15	2,78	2,88	2,64	1,96	2,18	2,22	2,17	2,17	2,06	2,26			
Sola	2,81	3,04	3	2,33	2,86	2,69	2,73	2,46	3,14	2,9	2,33	2,41	2,49	2,32			
Hjelmeland																	
Jørpeland	3,5	4,2	4,67	1	2,96	2,96	2,72	2,21	3,1	2,39	2,29	2,65	1,93	2,23			
Sandnes thd	4,3	4,6	4,3	3,4	3,6	3,6	3,4	3,096	3,3	3,0	3,0	2,7	2,5				