

Helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Stavanger kommune

Oversiktsdokument

Mai 2017



Innhold

1 Innledning	7
1.1 Mål og strategier for Stavanger kommunes folkehelsearbeid.....	7
1.2 Organisering av oversiktsarbeidet.....	9
1.2 Metode og datakilder	10
1.3 Begrepsdefinisjoner	11
1.4 Rapportens oppbygging	13
2 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer	14
2.1 Befolkningens sammensetning og utvikling	14
2.1.1 Redusert befolkningsvekst	14
2.1.2 Stabilitet i andel aleneboende	15
2.1.3 Innvandrerbefolkning i vekst	16
2.2 Oppvekstforhold – barnehage, skole og utdanning.....	17
2.2.1 Stavanger-barnehagen.....	18
2.2.2 Stavanger-skolen.....	20
2.2.3 Frafall i videregående skole og utdanningsnivå.....	23
2.3 Levekårsforhold – arbeidsledighet, inntekt og sosial situasjon.....	27
2.3.1 Tilknytning til arbeidslivet.....	27
2.3.2 Inntektsforskjeller og «barnefattigdom»	30
2.3.3 Enslige med barn og unge uføre	33
2.3.4 Boligbygging og -sammensetning	34
2.4 Fysisk og sosialt miljø	36
2.4.1 Støy	37
2.4.2 Luftkvalitet.....	38
2.4.3 Radon	38
2.4.4 Vannkvalitet.....	38
2.4.5 Sosialt miljø	40
2.4.6 Skader og ulykker	44
2.5 Levevaner.....	45
2.5.1 Fysisk aktivitet.....	45
2.5.2 Ernæring og overvekt/ fedme.....	46
2.5.3 Alkohol og ulovlige rusmidler	48
2.5.4 Røyking.....	49
2.6 Helsetilstand.....	51

2.6.1 Levealder.....	51
2.6.2 Forekomst av forebyggbare sykdommer.....	53
Kilder	63
Folkehelseprofil for Stavanger 2017.....	64
Vedlegg - Folkehelseprofilene 2015-17 for bydelene i Stavanger.	66

Sammendrag og utfordringsbilde

Denne rapporten presenterer statistikk og informasjon om folkehelsen i Stavanger kommune.

Folkehelseloven pålegger kommunene å ha oversikt over innbyggernes helsetilstand og de påvirkningsfaktorer som har betydning for folks helse. Hvert fjerde år skal kommunene utarbeide et skriftlig oversiktsdokument som grunnlag for kommunens planstrategi, kommuneplan og styring.

I Stavanger er levekårsundersøkelsene bærebjelken i det skriftlige oversiktsarbeidet. Denne rapporten supplerer levekårsundersøkelsene på områder som sosialt/ fysisk miljø, skole og barnehager, levevaner og helse og sykdommer. Oppvekstvilkår, utdanning, inntekt, bolig, arbeid og arbeidsmiljø og sosial støtte er alle faktorer som har betydning for befolkningens helse generelt og for ulikhet i helse.

Følgende tema kartlegges i rapporten: Befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk og sosialt miljø, skader og ulykker, levevaner og helsetilstand. Tilgangen på statistikk varierer mye mellom temaene, og på noen områder, som folks levevaner, er det lite tall på kommunenivå. Dermed varierer det naturlig nok hvor grundig kartleggingen er av de ulike temaene.

Statistikken er hentet fra Folkehelseinstituttets statistikkbanker – *Kommunehelsa og Norgeshelsa* – og er supplert med tall fra Stavangers Ungdata-undersøkelser og kommunens egen statistikk, *Stavangerstatistikken*. Rogaland fylkeskommune har bidratt med en utvidet folkehelseprofil for Stavanger, noe som har vært viktig og nyttig i utarbeidelsen av denne rapporten.

Helsetilstanden og levekårene er i hovedsak gode i Stavanger. I folkehelseprofilen for 2017 får Stavanger «grønt lys» i forhold til 22 av 34 måleindikatorer som Folkehelseinstituttet bruker. Levealderen er høy, og vil med all sannsynlighet fortsette å øke i årene som kommer. En velutdannet befolkning, høyt inntektsnivå og en høy andel av befolkningen i yrkesaktiv alder, plasserer det store flertallet av Stavangers innbyggere høyt oppe på den sosiale gradienten. Forskning dokumenterer at en slik plassering – i forhold til sosioøkonomiske forhold som utdanning og inntekt - gir bedre beskyttelse mot sykdom, uhelse og tidlig død enn om folk skårer lavt på den sosiale gradienten.

For noen av de forebyggbare livsstilssykdommene ser forekomsten ut til å være litt lavere i Stavanger enn det vi finner i andre bykommuner, i Rogaland og i landet. Det gjelder blant annet muskel- og skjelettplager, diabetes 2 og hjerte- og karsykdommer. Særlig i forhold til muskel- og skjelettplager kommer Stavanger godt ut. Bruken av antibiotika ser også ut til å være på veg nedover. Selv om forekomsten av «gamle» folkesykdommer som hjerte- og kar viser en fallende tendens, er de nye folkesykdommene som Kols, diabetes 2 og muskel og skjelettplager i Stavanger på veg oppover. Også psykiske plager og lidelser ser ut til å øke i omfang. Dessuten er befolkningen i Stavanger overrepresentert når det gjelder nye tilfeller av lungekreft.

Barn og unges helse i Stavanger er i hovedsak god. Drøyt 74 prosent av ungdomsskoleelevene i Stavanger er fornøyd med egen helse mot 71 prosent på landsbasis. Ungdata-undersøkelsene viser en veltilpasset ungdomsgenerasjon: de har tette bånd til sine foreldre, høy skoletrivsel og få har erfaring med rus og kriminalitet. Undersøkelsene viser også at mange ungdommer sliter med prestasjonskrav. Andelen som rapporterer om psykiske plager er relativt stor. 11 prosent av ungdommene i Stavanger svarer at de er ganske eller veldig mye plaget av symptomer på depressive plager og lidelser.

Innvandrerbefolkningens andel av Stavangers befolkning har økt fra drøyt 16 prosent i 2010 til 22 prosent i 2016. I likhet med befolkningen for øvrig, er ikke innvandrerbefolkningen en homogen gruppe. Innvandreres helse varierer, men enkelte sykdommer har en høyere forekomst i innvandrerbefolkningen enn i befolkningen for øvrig. Det gjelder spesielt diabetes og psykiske plager.

Kombinasjonen av økt levealder og store fødselskull etter andre verdenskrig, medfører at eldre vil utgjøre en større andel av Stavangers befolkning de kommende årene. SSBs prognose er at andelen over 80 år vil mer enn fordobles i Stavanger fram mot 2040. Nedgang i befolkningsveksten og fraflytting av innbyggere i yrkesaktiv alder kan bidra til å forsterke eldrebølgen. Samtidig som befolkningen blir eldre, blir den også friskere. Det betyr flere friske leveår uten særlige hjelpebehov. En aldrende befolkning vil imidlertid også føre til at det blir flere kronisk syke. Diabetes type 2, kreft og hjerte- og karsykdommer som tidligere innebar tidlig død, vil i økende grad bli kroniske sykdommer som øker med en aldrende befolkning.

Utviklingen i helsetilstanden i ulike befolkningsgrupper er for flere typer sykdommer forbundet med folks levevaner og er dermed forebyggbare. Fysisk aktivitet, variert kosthold, røykfrihet og måtehold med alkohol gir god beskyttelse og redusert risiko for utvikling av kroniske sykdommer.

Med unntak av de yngste barna, viser nasjonale undersøkelser at det fysiske aktivitetsnivået er urovekkende lavt. Halvparten av befolkningen oppfyller ikke de helsemessige anbefalingene om fysisk aktivitet. Overført på Stavanger, kan det bety at kun halvparten av innbyggerne oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet. Ungdata-undersøkelsene viser at litt færre Stavanger-ungdommer er helt fysisk inaktive enn det vi finner på landsbasis, men forskjellene er små. Forskning viser at fysisk inaktivitet er en selvstendig risikofaktor for sykdom og helseplager. Det betyr at det finnes et stort forebyggingspotensiale gjennom å tilrettelegge og motivere folk til mer fysisk aktivitet.

Når det gjelder kosthold og ernæring, vet vi lite om utviklingen i Stavanger. Men det er nærliggende å tro at Stavanger i hovedsak følger de nasjonale trendene med en positiv utvikling i kostholdet. Forbruket av frukt og grønt øker, mens kostens innhold av fett og sukker går ned. Samtidig har inntaket av mettet fett igjen økt, og saltinntaket er dobbelt så høyt som de helsemessige anbefalingene. Tall for Stavanger viser at 13,2 prosent av 17-åringene som møter til sesjon, er overvektige inkludert fedme. For kvinner som møter til svangerskapskontroll i Stavanger, er 26 prosent overvektige inkludert fedme. Utviklingen over tid viser imidlertid en klar nedgang i overvekt/fedme for kvinnenens del.

For røyking og alkoholbruk, er det lite tall på kommunenivå. Nasjonalt har det vært en økning på 40 prosent i alkoholkonsumet siste 20 år. Blant Stavanger-ungdommen er det nesten 11 prosent som svarer at de minst en gang de siste 12 måneder har drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset. Det er lavere enn gjennomsnittet for Norge, men høyere enn for Rogaland for øvrig.

Andelen som røyker går nedover, selv om 17 prosent fortsatt røyker daglig. Kvinner som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll, var kun 6 prosent i Stavanger ved siste måling. Blant ungdom er den enda lavere. Kun 2 prosent i den siste Ungdata-undersøkelsen i 2016 oppga at de røykte ukentlig.

Helsefremmende nærmiljøer skal beskytte folk mot fysiske miljøfarer som støy, luftforurensing, miljøgifter, stråling, dårlig inneluft og risiko for ulykker og skader. En kartlegging viser at 10 414

personer i Stavanger er utsatt for skadelig utendørs vegtrafikkstøy. Kvaliteten på lufta er i hovedsak god, men kuldeperioder med stillestående luft fører til økt forurensing fra biltrafikken og vedfyring. Kvaliteten på folks drikkevann er høy, og det gjennomføres jevnlig kontroll med vannkvaliteten i sjøen og i vann/vassdrag. Når det gjelder sosialt miljø, er 3 av 4 ungdommer i Stavanger fornøyde med sitt nærmiljø, høyere enn det vi finner ellers i Rogaland og på landsbasis. Nesten like mange i den voksne befolkningen har svært/ganske stor tilhørighet til nærmiljøet sitt. 2 av 3 ungdommer i Stavanger er medlemmer i en fritidsorganisasjon, høyere enn det vi finner på landsbasis.

Et fellestrekk både når det gjelder sosialt/fysisk miljø, folks levevaner og helsetilstand, er en sosial skjevfordeling som følge av bakenforliggende faktorer som påvirker folks livssituasjon. Folk som skårer lavt på oppvekstforhold, levekår, inntekt, utdanning og arbeid bor i dårligere fysiske/sosiale miljøer, de har mer usunne levevaner og de er mer utsatt for uhelse og sykdommer. I Stavanger er det større forskjell i forventet levealder etter utdanningsnivå enn det vi finner ellers i fylket og på landsbasis. I Hillevåg bydel er forskjellen i levealder mellom de med lav og høy utdanning, 6,9 år.

Levekårsundersøkelsene viser at Stavanger har lappeteppesstruktur uten en klar øst-vest deling når det gjelder levekår, noe som gir oss et fortrinn i forhold til andre storbyer. Men denne strukturen utfordres, og utviklingen går i retning av mer geografisk sammenhengende områder med levekårsutfordringer. De to siste levekårsundersøkelsene avdekket et sammenhengende, sentrumsnært område med levekårsutfordringer. Området har form av en omvendt U fra nordøstlige deler av Storhaug, via sentrum og videre sørover mot sentrale deler av Hillevåg bydel.

For det store flertall av barn og unge er oppvekstforholdene i Stavanger gode. Barnehager og skoler med høy kvalitet har stor betydning for utjevning av sosiale forskjeller og videre utsikter i livet. Barnehagene i Stavanger har høy kvalitet, men rekrutterer litt færre barn både i alderen 1-2 år og i alderen 3-5 år og blant minoritetsspråklige enn gjennomsnittet for Norge. Stavanger-skolen oppnår høy skår når det gjelder barns trivsel, lite mobbing og faglige resultater basert på de utvalgte måleindikatorerne som benyttes i folkehelseprofilene. Frafaller i videregående skole viser også en synkende tendens, men fortsatt fullfører ikke 1 av 5 ungdommer videregående skole i Stavanger.

Et bekymringsfullt utviklingstrekk er økning i barn og unge (0-17 år) som vokser opp i fattige familier. I 2015 vokste 9,3 prosent av barn og unge i Stavanger opp i familier under EUs lavinntekts-grense, en økning på nesten 3 prosent de siste sju årene. På Storhaug er andelen 13 prosent. Disse barna er sårbare fordi de lett faller utenfor sosiale arenaer og vokser opp under dårlige boforhold.

Utviklingen i barnefattigdom har til dels sammenheng med utviklingen på arbeidsmarkedet. Arbeid er ikke bare viktig for inntekt og bruk av evner, det er også en viktig inngang til sosiale relasjoner. I Stavanger doblet arbeidsledigheten seg i 2015-2016 for så å flate ut i 2017. I innvandrerbefolkningen har imidlertid ledigheten tredoblet seg. Det er også slik at de med lav utdanning er overrepresentert blant de arbeidsledige. Ungdomsledigheten har også vist en stigende tendens, men ser ut til å flate ut. Konsekvensen av økt arbeidsledighet er økning i antall mottakere av sosialhjelp, også for de under 25 år.

Denne rapporten viser at skal vi redusere de sosiale forskjellene i helse er det behov for tiltak rettet inn mot hele årsakskjeden, fra tiltak rettet direkte mot folks levevaner, til tiltak rettet mot bakenforliggende faktorer som påvirker levevaner og folks helse. Opphopning av dårlige levekår i bestemte geografiske områder eller befolkningsgrupper, kan ha store negative helsekonsekvenser for de som rammes av et bredt spekter av risikofaktorer. Det er behov for generelle befolkningsrettede tiltak, og mer spesifikke tiltak som bidrar til å løfte utsatte grupper og områder i kommunen.

Utfordringsbildet på folkehelseområdet er sammensatt. Følgende utfordringer bør følges nøye:

- **Utviklingen i sosiale forskjeller i oppvekst og levekår.** Det omfatter opphopningen av levekårsutfordringer i bestemte geografiske deler av kommunen og utviklingen i bestemte grupper av befolkningen som flere barn og unge som vokser opp i fattige familier.
- **Utviklingen på arbeidsmarkedet.** Det gjelder generelt og mer spesifikt hvordan ledigheten utvikler seg i innvandrerbefolkningen, for ungdommer og blant lavt utdannede.
- **Frafallet i videregående skole.** Når det fortsatt er slik at 1 av 5 av dagens unge i Stavanger ikke kommer seg gjennom videregående utdanning, er dette et område som bør følges nøye. Det er tydelige sammenhenger mellom det å komme seg gjennom videregående skole, senere tilknytning til arbeidslivet, sunne levevaner og framtidig helsetilstand.
- **Fysisk aktivitet.** Selv om vi ikke har eksakte mål på det fysiske aktivitetsnivået i Stavangers befolkning, er det indikasjoner på at nivået både lokalt, og nasjonalt, er urovekkende lavt i forhold til det helsemessige potensialet som ligger i økt fysisk aktivitet.
- **Psykisk helse blant unge.** Økt forekomst av psykiske plager og lidelser blant unge, er en stor folkehelseutfordring. Denne type plager og lidelser kan ha store konsekvenser for mulighetene på arbeidsmarkedet, for sosial utstøting/ ensomhet og for framtidige levevaner.

1 Innledning

God folkehelse skapes gjennom å utvikle en helsefremmende by. En rekke faktorer lokalt i Stavanger påvirker folkehelsen, som bolig, utdanning, arbeid og fysiske og sosiale miljøer.

I følge folkehelseloven er kommunenes oppgave å ha oversikt over folkehelsen på følgende måte:

1. Å utarbeide et oversiktsdokument hvert fjerde år som grunnlag for kommunens planstrategi, kommuneplan og styring.
2. Å ha løpende oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer som grunnlag for kommunens ivaretagelse av helsehensyn i planlegging, tiltak, aktiviteter m.m.

Folkehelseloven pålegger dermed kommunene å ha nødvendig oversikt over innbyggernes helsetilstand og de påvirkningsfaktorer som har betydning for folks helse. En slik kunnskapsbasert oversikt er en forutsetning for å identifisere de viktigste folkehelseutfordringene i kommunen, og for å kunne sette inn treffsikre tiltak. Oversikt er også en forutsetning for å kunne måle utviklingen over tid, fastsette mål for utviklingen og for å kunne måle og evaluere effekten av iverksatte folkehelse tiltak.

Bærebjelken i Stavangers *skriftlige oversiktsarbeid*, er kommunens levekårsundersøkelser (<http://statistikk.stavanger.kommune.no/generelt>).¹ Denne rapporten supplerer levekårsundersøkelsen på områder som sosialt/ fysisk miljø, skole og barnehager og helse og sykdommer. Dette er statistikk som presenteres på kommune- og bydelsnivå, ikke levekårssoner som i levekårsundersøkelsen.

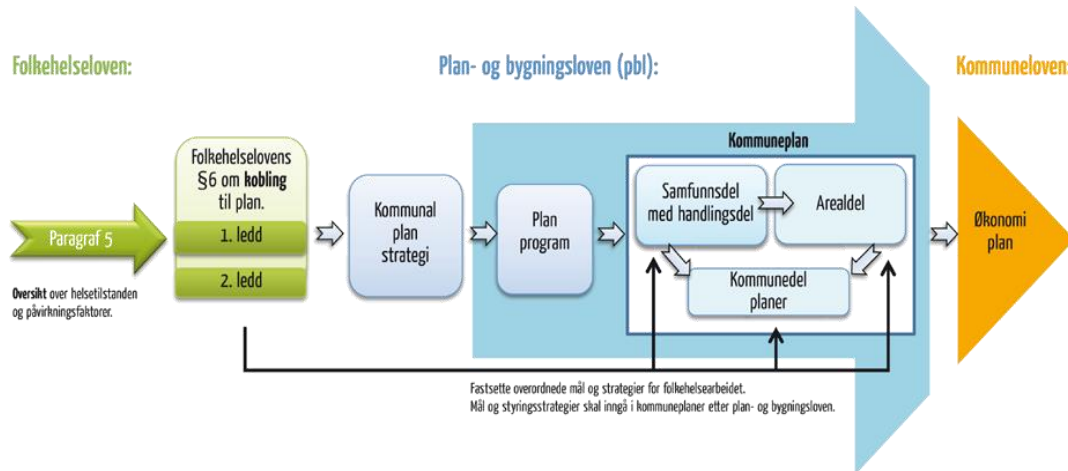
I Stavanger kommunes *løpende oversiktsarbeidet* inngår statistikk som går på tvers av kommunens ulike avdelinger og tjenesteområder, som levekårsundersøkelsene, folkehelseprofilene for Stavanger, Stavanger-statistikken og Ungdataundersøkelsene. Mer enn 60 måleindikatorer inngår i det løpende oversiktsarbeidet, og det rapporteres på 8-10 utvalgte nøkkelindikatorer i tertialrapportene.

Denne rapporten – sammen med den sjuende levekårsundersøkelsen - svarer på kravene i folkehelseloven om å utarbeide et oversiktsdokument hvert fjerde år (§ 5 i folkehelseloven).

1.1 Mål og strategier for Stavanger kommunes folkehelsearbeid

Oversikten over innbyggernes levekår og helse skal inngå som grunnlag for kommunenes arbeid med planstrategien og kommuneplanen (§ 6 i folkehelseloven). Forholdet mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven kan illustreres på følgende måte:

¹ Stavanger kommune gjennomfører ny levekårsundersøkelse hvert 2. år. Siden 2002 er det gjennomført sju levekårsundersøkelser. Den siste ble utarbeidet høsten 2016.



Figur 1. Forholdet mellom folkehelsesloven og plan- og bygningsloven.

I forbindelse med Stavanger kommunes forrige planstrategi – vedtatt høsten 2012 – ble det besluttet at folkehelse skulle være rød tråd ved revisjonen av kommuneplanen. I den forbindelse ble det gjennomført en grundig prosess for å identifisere kommunens folkehelseutfordringer. Disse ble fulgt opp i gjennomgangen av mål og strategier i gjeldende kommuneplans samfunnsdel. Gjeldende kommuneplan for 2014-2029 synliggjør hvordan politikken på alle områder av kommunens virksomhet påvirker innbyggernes helse – og planen konkretiserer dermed prinsippet om *helse-i-alt-vi-gjør*.²

I tråd med gjeldende kommuneplan har Stavanger et grunnleggende ønske om å bidra til god helse og livskvalitet for byens innbyggere. Befolkningens helse og livskvalitet begrunner mange av de oppgavene kommunen har ansvaret for. Gjennom å arbeide for en by- og nærmiljøutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller, skal Stavanger kommune bidra til å sikre innbyggernes livskvalitet og realisere visjonen om en levende by.

Stavanger kommunes folkehelsepolitikk framgår av strategiplan for folkehelsearbeidet 2013-2029 – *Det gode liv i Stavanger*.³ Folkehelseplanens mål er å utvikle en by som fremmer helse og utjevner sosiale helseforskjeller uten at noen grupper skal få dårligere helse. Planen har gjennomgående oppmerksomhet på å utjevne sosiale helseforskjeller og sikre en rettferdig fordeling av levekår og helse. Framdriften i implementeringen av planen rapporteres årlig som del av «folkehelsemeldingen» til bystyret.

Ved utformingen av ny planstrategi 2016-2020, er satsingen på folkehelse videreført.⁴ I planstrategien drøftes de folkehelseutfordringene som Stavanger vil stå overfor i årene som kommer og bygger på kunnskap bygget opp gjennom det løpende oversiktsarbeidet og levekårsundersøkelsene. Utfordringene følges opp i forbindelse med ny rullering av kommuneplanen. For øvrig inngår folkehelse som ett av fem utfordrings- og innsatsområder i handlings- og økonomiplanen for 2017-2020.

² Gjeldende kommuneplan 2014-2029 finnes her... <http://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Samfunnsutvikling/Kommuneplan/NY-Kommuneplan-for-2014---2029/Ny-kommuneplan/>

³ Stavanger kommunes folkehelseplan finnes her... <http://www.stavanger.kommune.no/PageFiles/3248/Strategiplan%20folkehelse%202013-2029.pdf>

⁴ Stavanger kommunes planstrategi for 2016-2020 ble vedtatt av bystyret 27. mars 2017. <http://opengov.cloudapp.net/Meetings/STAVANGER/Meetings/Details/399939>

1.2 Organisering av oversiktsarbeidet

Høsten 2015 foretok Stavanger kommune en kartlegging av statistikk som kommunen per i dag innhenter for å ha oversikt over de temaer som forskriften til folkehelseloven fastsetter. Den viser som nevnt at kommunen følger utviklingen i levekår og helse ved hjelp av flere enn 60 måleindikatorer.

Stavanger kommune dokumenterer og orienterer om sitt *løpende* oversiktsarbeid på følgende måte:

- **Årlig «folkehelsemelding» til politisk behandling.** Her inngår blant annet omtale og oppsummering av Folkehelseinstituttets folkehelseprofil for Stavanger som publiseres i januar/februar hvert år og årsrapportering om implementering av Stavangers folkehelseplan.
- **Tertialrapportering.** Rapport om innbyggernes helse og levekår inngår i tertialrapportene basert på statistikk om 8-10 utvalgte nøkkelindikatorer. Her inngår blant annet statistikk om arbeidsløshet, barn i lavinntektsfamilier, frafall i videregående skole, luftkvalitet mv.

Fylkesmannen i Rogaland gjennomførte høsten 2015 et tilsyn av Stavanger kommunes opplegg for det løpende oversiktsarbeidet. Det ble etterlyst bedre systematikk og rutiner for å forankre oversiktsarbeidet og folkehelseutfordringer i kommunens ledelse. På bakgrunn av rapport fra Stavanger kommune 1. april 2016, godkjente fylkesmannen Stavanger kommunes opplegg basert på følgende hovedelementer:

- **Levekårsundersøkelse.** Kartleggingen gjennomføres om høsten og behandles som egen sak i politiske styrever, råd og utvalg.
- **Rapport om helsetilstand og påvirkningsfaktorer.** Hvert 4. år, før ny planstrategi, utarbeides det en skriftlig rapport om innbyggernes helsetilstand og de påvirkningsfaktorer som påvirker innbyggernes helse. Loven krever at kommunene skal gjennomføre en grundig og systematisk informasjonsinnhenting og gjøre en helhetlig vurdering av konsekvenser og årsaksforhold.

I en stor organisasjon som Stavanger kommune har avdelinger og fagstaber et ansvar for å følge med på relevant statistikk på sine respektive områder. Det er et linjelederansvar å påse at dette blir gjort. Pådriver- og koordinatorfunksjonen er lagt til kommunens folkehelseforum og til folkehelseadgiverne.

I forbindelse med årlig «folkehelsemelding» og skriftlig oversiktsrapport, drøfter rådmannens lederteam utfordringsbildet på folkehelseområdet.

Tabellen nedenfor oppsummerer hvordan Stavanger kommune har organisert sitt oversiktsarbeid.

Tabell 1: Organisering av Stavanger kommunes oversiktsarbeid.

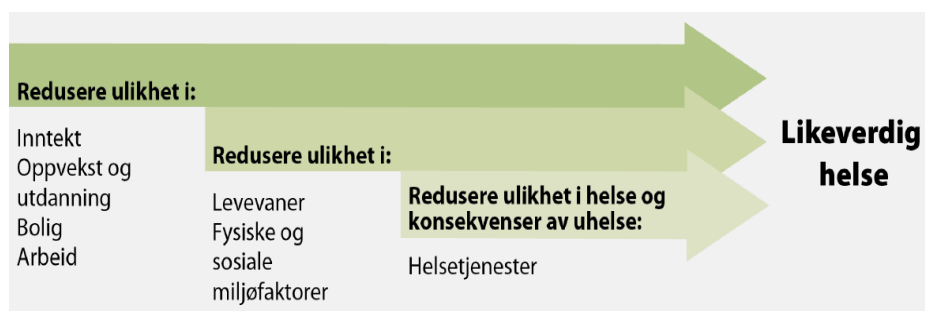
	Sikre løpende oversikt over innbyggernes levekår og helse	Lage rapport hvert 4. år med oversikt over innbyggernes levekår og helsetilstand
Koordinering	Folkehelseadgiverne	Folkehelseadgiverne
Bidragstere	Hver fagstab/avdeling har ansvar for å framskaffe datamaterialet.	Leveranser fra instanser i Stavanger kommune med relevant statistikk til felles dokument.
Leveranse	Rapporterer på 8-10 utvalgte nøkkelindikatorer som følges nøye.	Utarbeide rapport basert på tilgjengelig statistikk for å identifisere Stavangers utfordringsbilde.

Prosess/ vedtak	Rapportering i tertialrapportene. Årlig «folkehelsemelding». Levekårsundersøkelse hvert 2. år. Årlig drøfting i folkehelseforum og i rådmannens lederteam.	Legge fram utkast til rapport for folkehelseforum og presentere rapporten for rådmannens lederteam. Rapporten vedlegges «folkehelsemeldingen» det aktuelle året.
Framdrift	Tertialrapportering i mai og desember, fast årshjulsrutine.	Rapport hvert 4. år. Første rapport sommeren 2017.
Referansegruppe	Folkehelseforum	Folkehelseforum

1.2 Metode og datakilder

Befolkningens helse påvirkes av en rekke faktorer som biologiske forhold (vekt, blodtrykk, kolesterolnivå, blodsukkernivå), livsstilsfaktorer (kosthold, fysisk aktivitet, røykevaner, alkoholbruk og annen rusbruk), nærmiljøfaktorer (støy, helsefarlige stoffer, negative livshendelser, stress, liten sosial støtte) og faktorer på samfunnsnivå (sosial ulikhet, lav utdanning og inntekt, arbeidsledighet).

Sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak kan settes inn på alle trinn i årsakskjedene som virker inn på helsetilstanden og ulikheter i helse (jf. figur 1 nedenfor).



Figur 2. Oversikt over ulike årsakskjeder av betydning for helsetilstand og ulikheter i helse.⁵

De samfunnsmessige tiltakene på befolkningsnivå har konsekvenser for folk flest og vil ofte ha stor betydning. Men tiltak på befolkningsnivå er gjerne de som er vanskeligst å evaluere. En viktig utfordring er derfor å utvikle og ta i bruk evalueringsmetoder som kan si noe om effektene av slike tiltak.

Denne rapporten bygger på tilgjengelig kunnskap om hva som er viktige *beskyttelsesfaktorer* og *risikofaktorer* og kartlegger hvordan disse fordeler seg for Stavangers del. Et viktig kunnskapsgrunnlag er Folkehelseinstituttets (FHI) Folkehelse rapport (2014) som beskriver helsetilstanden i Norge ved hjelp av data og analyser fra mange ulike kilder.⁶ Datagrunnlaget er for det meste registre og helseundersøkelser. Temaene omfatter blant annet psykisk og fysisk helse, ikke-smittsomme og smittsomme sykdommer, sosial ulikhet i helse, trivsel og helsefremmende forhold, og kjente påvirkningsfaktorer som kosthold, tobakk, fysisk aktivitet, alkohol og andre rusmidler.

⁵ Jf. rapporten «Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt» utarbeidet av et forskerpanel i 2014 og ledet av prof. Espen Dahl ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Her anbefales kommunene å utvikle «tiltaks pakker» for å rette innsats mot flere levekårsutfordringer samtidig og i forhold til flere ledd i årsakskjeden vist til i figuren over.

Forskerpanelet innfører også begrepet «differensiert universalisme» for å synliggjøre at universelle og befolkningsrettede tiltak må kombineres med tilpassede og kompensierende tiltak for utsatte grupper.

⁶ Rapporten finnes både som pdf-versjon og som en nettbasert versjon som oppdateres fortløpende <https://fhi.no/nettpub/hin/>

Selv om det utvikles stadig ny kunnskap om påvirkningsfaktorer på folks helsetilstand, er det fortsatt områder hvor vi på kommunenivå mangler tilstrekkelig kunnskap. Vi mangler kunnskap om ulike gruppers fysiske aktivitet, folks kosthold, ulike gruppers alkohol- og rusbruk, omfanget av mobbing i arbeidslivet, innvandrerbefolkningens helse og betydningen av kommunens ulike tjenester for folks helse.

Dette er områder som vi fra et folkehelseperspektiv er svært interesserte i. Statistikk om oppvekstproblemer for barn og unge har blitt bedre, blant annet gjennom Ungdata-undersøkelsene som nesten alle kommuner nå deltar i, men det er fortsatt mye vi ikke vet om barn og unges oppvekstmiljø.⁷

Datamangel er med andre ord en utfordring i oversiktsarbeidet. Når vi skal identifisere hva som er status og utfordringer for folkehelsearbeidet i Stavanger, er vi overlatt til å bruke de data som finnes, og for øvrig basere oss på de erfaringer som kommunens ansatte sitter med på folkehelseområdet.

For det andre er det en utfordring å gjøre gode analyser av årsaksforhold på kommunenivå. Å identifisere positive og negative påvirkningsfaktorer på folks helse i Stavanger, krever statistiske analyser som de fleste kommuner ikke har kompetanse og kapasitet til. Eksempler kan være å analysere alle de faktorer i oppveksten som øker sannsynligheten for frafall i videregående skole eller som øker sannsynligheten for psykiske plager og lidelser senere i livet. I drøftingen av påvirkningsfaktorer, har vi i denne rapporten basert oss på nasjonale analyser av årsaksforhold, blant annet i FHI's folkehelse rapport 2014.

Det meste av datamaterialet som er brukt i denne rapporten kommer fra Folkehelseinstituttets database Kommunehelse.⁸ Stavanger er sammenlignet med 1) de 10 storbykommunene/ASSS-kommunene, 2) gjennomsnittet for Rogaland og 3) gjennomsnittet for Norge. Der det har vært mulig, er det laget tidsserier. I noen figurer inngår også andre sammenligninger som kategorien «Jæren» (alle kommunene på Jæren) og KOSTRA-gruppe 14 som består av Bergen og Trondheim foruten Stavanger.

Rogaland fylkeskommune ved Rune T. Slettebak har bidratt med en utvidet folkehelseprofil for Stavanger kommune. Denne rapporten er i stor grad bygget opp rundt den utvidede folkehelseprofilen som Rogaland fylkeskommune har bidratt med, og som har vært særdeles nyttig i utarbeidelsen av rapporten.

1.3 Begrepsdefinisjoner

Nedenfor gjennomgås innholdet i ulike begreper av relevans for oversiktsarbeidet.

Folkehelse: Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.⁹

Folkehelsearbeid: Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Et overordnet mål for folkehelsearbeidet er flere leveår med god helse for den enkelte og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.

⁷ For å bøte på dette, planlegger Oppvekst og levekår å gjennomføre en levekårsundersøkelse for barn og unge 0-13 år fra høsten 2017. Fagstab barn og unge er prosjektansvarlig i et tverrfaglig kartleggingsprosjekt.

⁸ Mye av denne statistikken presenteres i Folkehelseprofilen for Stavanger. Siden 2012 har FHI utarbeidet folkehelseprofiler for alle norske kommuner. Den siste for Stavanger for 2017 kan lastes ned her...

<https://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1103&sp=1&PDFaar=2017>

⁹ Jf. begrepsomtale i Bærum kommunes oversiktsrapport (2015): *Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Bærum kommune pr januar 2015 - grunnlagsdokument*. Bærum kommune 2015.

Miljørettet helsevern: Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske eller sosiale miljøfaktorer. Folkehelseloven med forskrifter gir kommunen en rekke verktøy i arbeidet med å sikre at ikke miljøet rundt oss gjør at folk blir syke. Miljørettet helsevern har både et forebyggende og «gjenopprettende» aspekt, ved at tiltak har som formål å forhindre, redusere og/eller fjerne miljøfaktorer som har eller kan ha helseskadelig effekt.

Helse: Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte». Denne definisjonen blir ofte kritisert fordi den gjør alle mennesker syke.¹⁰ En mindre streng definisjon er professor Peter F Hjorths definisjon av helse: «God helse har den som har evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav.» En slik definisjon tar høyde for at mennesker med ulike funksjonsnedsettelse eller diagnoser likevel fungerer i hverdagen og er fornøyd med helsen sin.

Helseatferd: Atferd og levevaner med særlige helsemessige følger. I videste forstand har all menneskelig atferd konsekvenser for vår helse, men med helseatferd menes som regel de vaner og handlinger som har størst betydning for sykdomsrisiko, som f eks fysisk aktivitet, kosthold og bruk av tobakk og alkohol.

Helsefremmende arbeid: Styrke de positive påvirkningsfaktorene på helse (beskyttelsesfaktorene) som hjelper oss til å mestre sykdom, problemer, motgang og følger av alderdom, og svekke risikofaktorene som øker sannsynligheten for uhelse og tapte leveår.

Forebyggende arbeid / forebyggende helsearbeid: Arbeid for å hindre forekomsten og utviklingen av sykdom, skader og funksjonshemminger, og å minske konsekvensene når de først har oppstått. Arbeidet overfor risikogrupper og de som allerede har et helseproblem foregår innenfor helsevesenet, som forebyggende helsearbeid, mens det primærforebyggende arbeidet ut mot befolkningen i hovedsak foregår i andre sektorer. Det er bare anslagsvis 10% av folks helseproblemer helsetjenesten kan gjøre noe med selv. De resterende 90% må løses utenfor helsetjenesten ved at folk får bedre livsstil og ved bedring av de generelle livsvilkårene (Wildavsky 1977).

Fattigdom: Kan forstås som *absolutt* fattigdom; mangel på økonomiske ressurser til å dekke grunnleggende behov, eller som *relativ* fattigdom; når inntekt og levekår ligger betydelig lavere enn andre i samfunnet der en bor. I Norge brukes både OECDs skala for å beregne hvor mange som har lavere inntekt enn halvparten av medianinntekten (den midterste) inntekten i befolkningen og EUs 60-regel, det vil si hvor mange som har lavere inntekt enn 60% av medianinntekten.

Sosioøkonomisk status: Et samle mål for utdanning, yrke og inntekt. Den sosiale gradienten viser at jo høyere sosioøkonomisk status befolkningen har, jo større er sannsynligheten for god helse og et langt liv.

Sosial kapital: Ressurser som er tilgjengelig for folk gjennom deltagelse i sosiale nettverk. Sosial kapital kan beskrives som samlebegrep for flere ressurser: Sosial støtte, sosiale nettverk, sosiale bånd, tillit, trygghet, deltagelse i det sivile samfunn og medborgerskap. Inkluderende nærmiljøer og høy deltagelse i frivillige lag og foreninger er to måleindikatorer på sosial kapital.

Sosial ulikhet i helse: Dreier seg om systematiske forskjeller i helsetilstand og påvirkningsfaktorer som følger sosiale og økonomiske faktorer, særlig utdanning og inntekt. De som har lang utdanning og god økonomi, lever lengre og har færre helseproblemer enn de som har kortere utdanning og dårligere økonomi. Sosial ulikhet kan følge geografiske grenser eller oppstå innenfor bestemte befolkningsgrupper.

¹⁰ For en drøfting av begrepet «helse», se Geir Sverre Brauts (UiS) omtale av helsebegrepet i Medisinsk leksikon <https://sml.snl.no/helse>

Opphopning av dårlige levekår i bestemte geografiske områder eller befolkningsgrupper, kan ha store negative helsekonsekvenser for de som rammes av et bredt spekter av risikofaktorer. I utgangspunktet vil alle forhold som 1) påvirker folkehelse og 2) er sosioøkonomisk skjevt fordelt, bidra til å skape og opprettholde sosial ulikhet i helse. En bred kunnskapsbasert gjennomgang av sosial ulikhet finnes i rapporten til Dahl, Bergsli og van der Wel (2014).

Levekår: Ressurser og rammebetingelser som gir mulighet til å delta og realisere seg selv på ulike områder. (Fløtten m.fl. 2008, Fyhn og Dahl 2000 og Ringen 1995). Hva som defineres som gode levekår vil variere over tid og mellom nasjoner og kulturer. Det har utviklet seg en enighet i nordisk levekårsforskning om noen komponenter som er med på å definere den enkeltes levekår:

- Helse og tilgang på medisinsk behandling
- Sysselsetting og arbeidsvilkår
- Økonomiske ressurser
- Kompetanse og utdanningsmuligheter
- Familie og sosiale relasjoner
- Boligforhold og tilgang på tjenester og sosialt liv i nærmiljøet
- Rekreasjon og kultur
- Sikkerhet for liv og eiendom
- Politiske ressurser og demokratiske rettigheter

I et livsløpsperspektiv kan dårlige oppvekst- og levekår tidlig i livet for noen bety at de pensler inn på et spor preget av «utenforskap» i forhold til samfunnet for øvrig og høyere risiko for sykdom og tidlig død.

Ulikheter i levekår behøver imidlertid ikke å være påtvungne og skjebnetunge. De kan også være utslag av aktive verdivalg som nettopp gir det gode liv for den enkelte. Å velge bort stort hus, dyr bil og høyt forbruk kan være et bevisst ønske om en mindre materialistisk livsstil. Selv om det åpenbart er rom for selvstendige og individuelle valg i forhold til levekår, levevaner og helse, er det også en kjensgjerning at det krever møysommelig og langsiktig arbeid fra det offentliges side for å bedre folks levekår og helse.

1.4 Rapportens oppbygging

Tematisk følger rapporten forskriften til folkehelseloven.¹¹ Helsedirektoratets veileder for oversiktsarbeidet etter folkehelseloven «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse» er brukt som sjekklister for den tematiske gjennomgangen. Det betyr at rapporten tar for seg følgende tema i nevnte rekkefølge:

- a) Befolkningssammensetning
- b) Oppvekst- og levekårsforhold
- c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) Skader og ulykker
- e) Levevaner
- f) Helsetilstand

I sammendraget er det gitt en oppsummering av hovedfunn og en kort drøfting av ulike påvirkningsfaktorer. Her identifiseres også hvilke folkehelseutfordringer som Stavanger står overfor.

I vedlegg er det foretatt en bydelssammenligning med utgangspunkt i FHI's folkehelseprofiler for hver av de sju bydelene i Stavanger. Siden 2015 har FHI utarbeidet folkehelseprofiler på bydelnivå.

¹¹ https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1

2 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

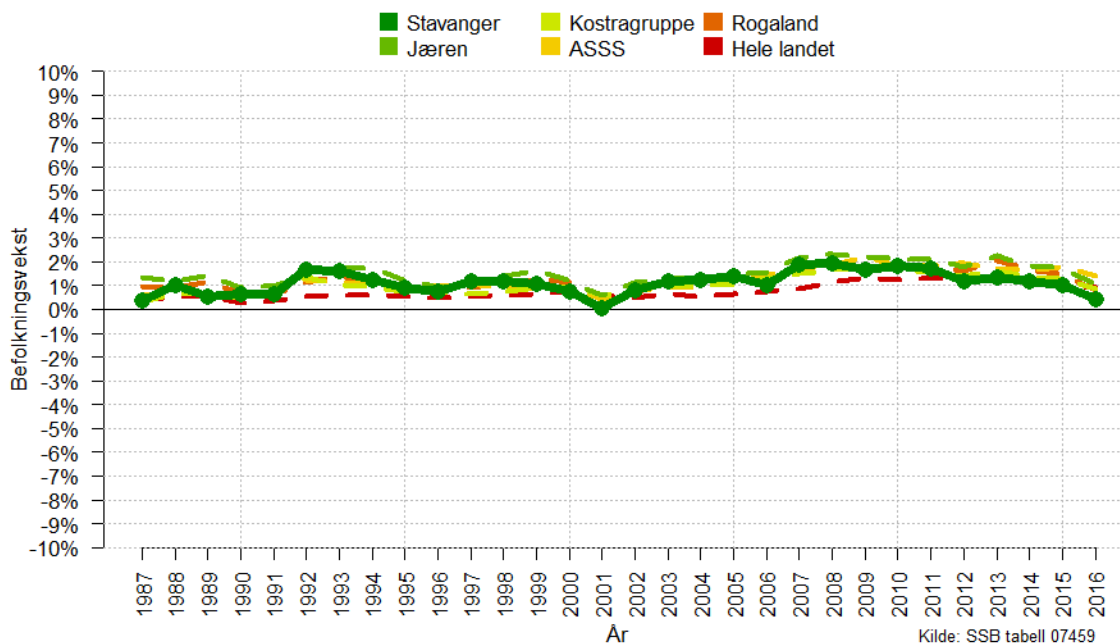
2.1 Befolkningens sammensetning og utvikling

Stavanger kommune hadde 1.1.2017 132 728 innbyggere. Utviklingen i befolkningen har betydning for helse, levekår og behov for kommunale tjenester og dermed også for folkehelsa.

2.1.1 Redusert befolkningsvekst

Grunnlaget for dagens befolkningsstørrelse i Stavanger, er en jevn folkevekst på i underkant av en prosent per år helt fra 1965. Men i perioden fra 2005 til 2010 doblet folkeveksten i Stavanger seg. Årsaken var høy aktivitet i petroleumsvirksomheten sammen med åpning for arbeidsinnvandring fra nye EU-land i Øst-Europa. Fra 2010 til i dag er folkeveksten redusert. I 2015 var folkeveksten mindre enn halvparten av den årlige veksten i førtiårsperioden før 2005. I 2016 var reduksjonen enda større.

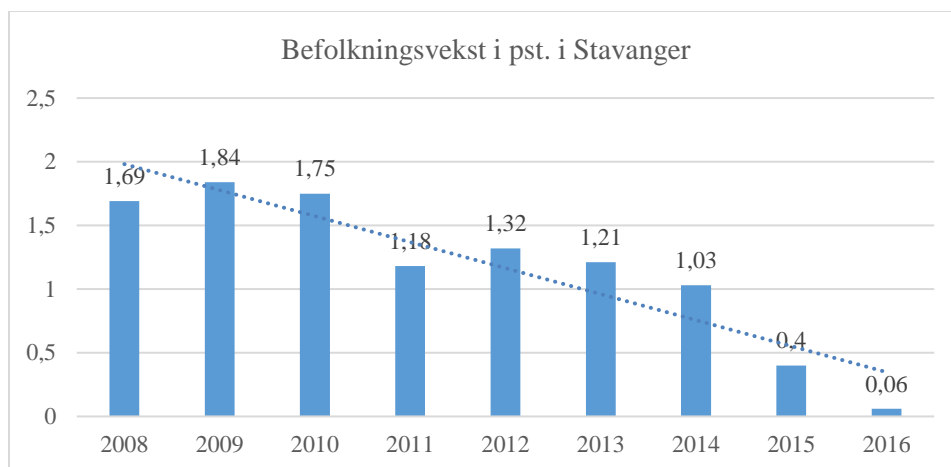
Figur 3 viser at Stavanger har hatt en sterkere nedgang i befolkningsveksten enn andre kommuner.



Figur 3. Befolkningsvekst i Stavanger sammenlignet med andre kommuner, fylket og landet.

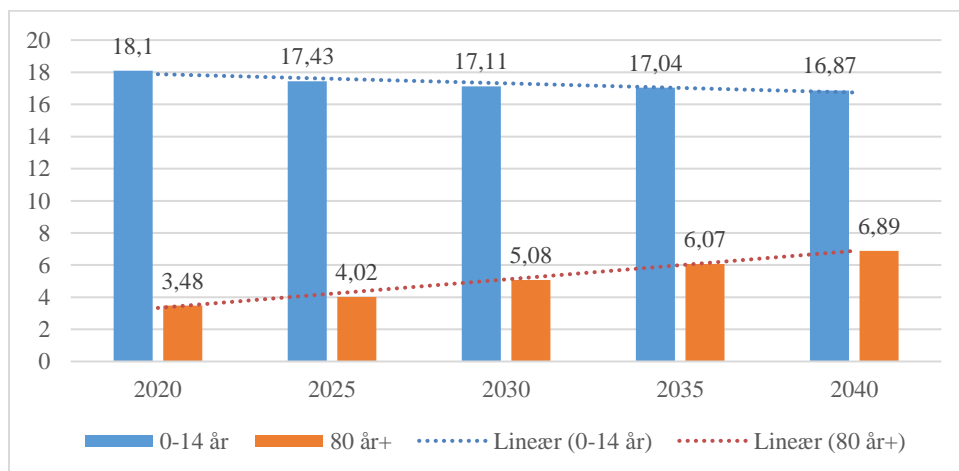
Den reduserte befolkningsveksten skyldes først og fremst en sterk nedgang i nettoinnflytting til Stavanger inklusive inn- og utvandring. Fødselsoverskuddet har i større grad vist stabilitet, selv om det har vært en nedgang også her. Eksempelvis hadde Stavanger et fødselsoverskudd på 854 i 4. kvartal 2016 og en negativ netto innflytting på 766 personer, noe som ga en befolkningsvekst på bare 84 personer.

Figur 4 viser reduksjonen i Stavangers befolkningsvekst fra 2010 fram til i dag.



Figur 4. Befolkningsveksten i Stavanger de siste åtte årene (i prosent).

I 2016 var 69,1 prosent av innbyggerne i Stavanger i yrkesaktiv alder. Av de 10 bykommunene (ASSS) var det kun Oslo, Tromsø og Trondheim som hadde en høyere andel. Det er også høyere enn snittet for Rogaland og landet. Samme år var andel unge under 18 år 22,1 prosent og andel eldre over 80 år 3,4 prosent. De neste tiårene vil imidlertid andelen unge bli redusert, mens andelen eldre vil doubles.

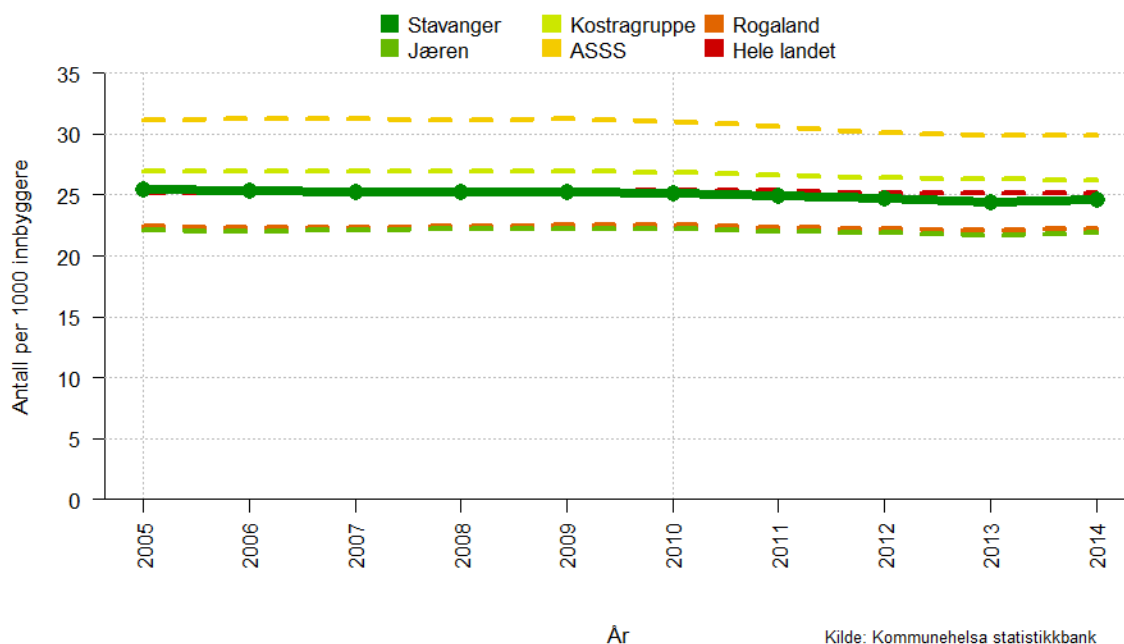


Figur 5. Utviklingen i andel unge under 14 år og eldre over 80 år fram mot 2040 (i prosent).

I følge SSBs middelalternativ vil andelen eldre over 80 år i 2040 være 6,89 prosent mot 3,4 prosent i dag. I aldergruppen 0-14 år vil andelen synke fra ca. 18 prosent i dag til 16,87 prosent i 2040.

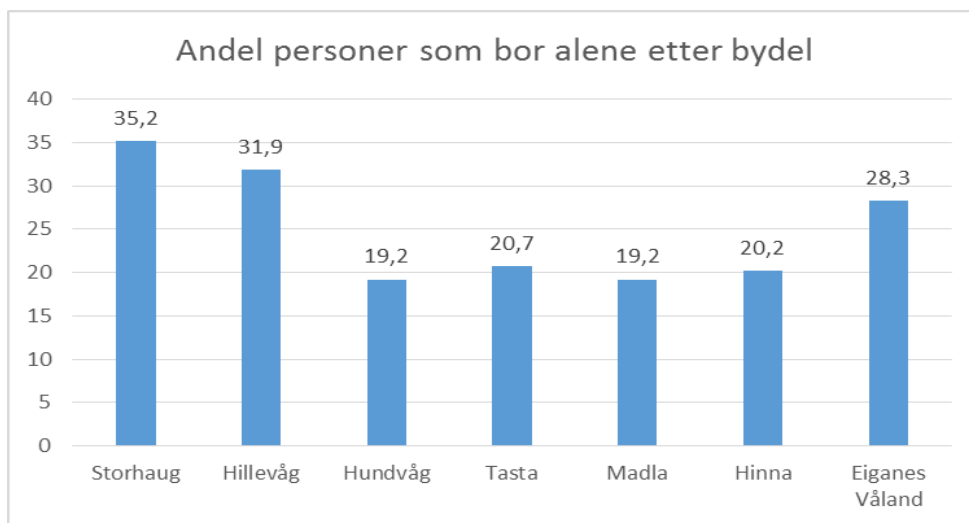
2.1.2 Stabilitet i andel aleneboende

Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe - både økonomisk, helsemessig og sosialt. I 2016 var andelen aleneboende over 45 år i Stavanger 24,7 prosent, noe som er litt under landsgjennomsnittet (25,3 prosent) og litt over snittet for Rogaland (22,4 prosent). Utviklingen over tid viser høy grad av stabilitet (jf. figur 6), med en svak økning i andelen aleneboende de siste årene.



Figur 6. Utviklingen i andel aleneboende over 45 år i Stavanger sammenlignet (i prosent).

Andelen aleneboende varierer betydelig mellom Stavangers bydeler. Personer over 45 år som bor alene, er relativt lav på Hundvåg og Tasta mens den er betydelig høyere i Hillevåg og særlig på Storhaug. Også Eiganes og Våland har en relativt høy andel aleneboende over 45 år.

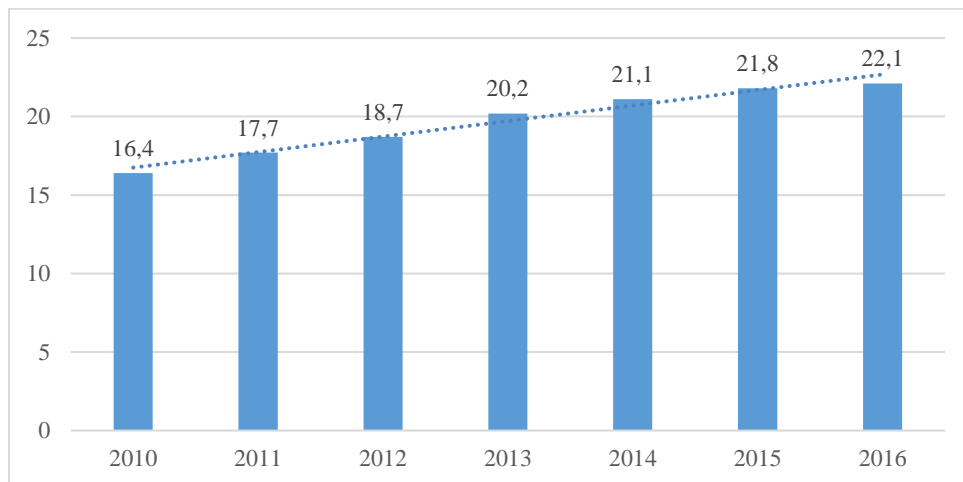


Figur 6. Utviklingen i andel aleneboende over 45 år i bydelene i Stavanger (i prosent).

2.1.3 Innvandrerbefolkning i vekst

I 2016 var innvandrerbefolkningen i Stavanger 29 422 innbyggere, eller 22,1 prosent av den samlede befolkningen. Kun Oslo (32,5 prosent) og Drammen (27,6 prosent) har en høyere innvandrerandel enn Stavanger blant de 10 største bykommunene (ASSS). Det er også klart over gjennomsnittet for Rogaland (17,1 prosent) og Norge (16,3 prosent).

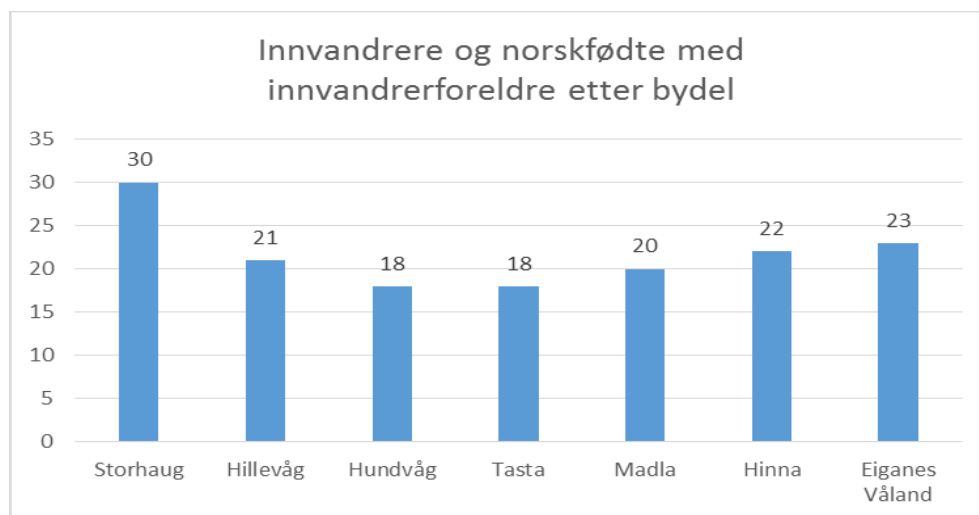
Innvandrerbefolkningen i Stavanger har økt jevnt og trutt over flere år, noe som framgår av figur 7.



Figur 7. Andel innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn i Stavanger (i prosent)

Fra 2010 til 2016 har innvandrerbefolkningen i Stavanger økt med nærmere 6 prosent og mer enn 180 ulike land er representert i byen. Polakker er den største gruppen med 11,8 prosent av innvandrerbefolkningen. Deretter følger Storbritannia (4,5 prosent), Tyrkia (4,3 prosent) og Somalia (3,9 prosent).

Innvandrerbefolkningen er geografisk noe ujevnt fordelt noe som framgår av figur 8.



Figur 8. Andel innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn etter bydel i Stavanger (i prosent)

Størst er andelen innvandrere på Storhaug og Eiganes og Våland, mens den er minst i Tasta og Hundvåg.

2.2 Oppvekstforhold – barnehage, skole og utdanning

Generelt kan vi si at oppvekst- og levekårsforholdene i Stavanger er gode. Stavanger har på den siste folkehelseprofilen til Folkehelseinstituttet for 2017 positiv skår på hele 22 måleindikatorer av totalt 34. Men vi vet fra levekårsundersøkelsene at det er til dels store sosiale ulikheter mellom geografiske områder og befolkningsgrupper.

Barnehager og skoler når barn uavhengig av sosiale skillelinjer, og er derfor sentrale arenaer for utjevning av sosial ulikhet. Barnehagene og skolene skal bidra til å gi barn og unge den kompetansen den enkelte og samfunnet trenger i framtiden. Gode grunntjenester innen barnehage- og skoleområdet er derfor svært viktige i forhold til forebygging, tidlig innsats og morgendagens verdiskapning.

I det følgende ses det først nærmere på enkelte oppvekstforhold (barnehage, skole, utdanning).

2.2.1 Stavanger-barnehagen

Norge har en av de høyeste gradene av barnehagedekning i verden. De aller fleste barn under skolealder går i barnehage, og barnehagen sees på som den første delen av utdanningsløpet. Barnehagene bidrar til både mestring, språk, utjevning av sosiale forskjeller og forbereder ungene på fremtidig skolegang. I et folkehelseperspektiv er derfor høy rekruttering av barn til kvalitativt gode barnehager et positivt trekk.

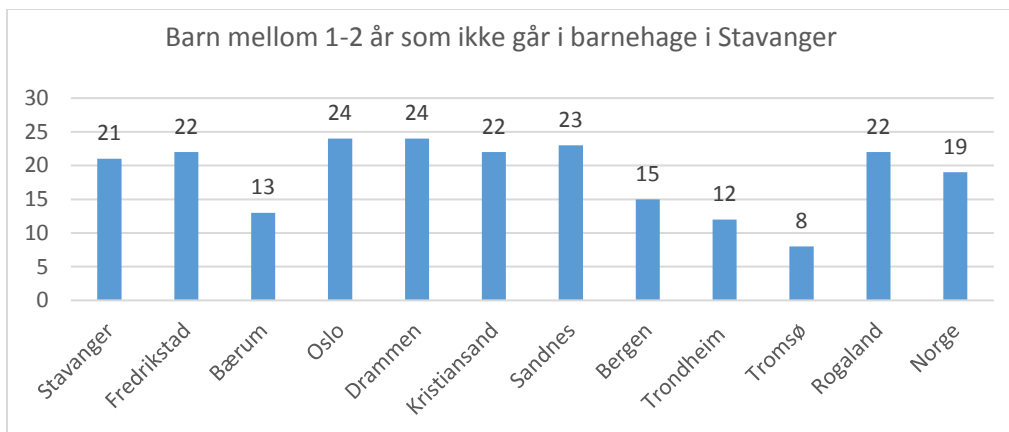
Stavanger-barnehagen har en felles kvalitetsplattform som er gjeldende for alle barnehagene i Stavanger. Barn i Stavanger-barnehagen skal bli sett og møtt av kompetente voksne som legger til rette for barns helhetlige utvikling. Personalets pedagogiske kompetanse er en av de viktigste kvalitetsfaktorene for innholdet i barnehagen. Det viktigste i dette arbeidet er at kvaliteten sikres i alle ledd og når helt frem til alle barn. Stavanger-barnehagens kvalitetsplattform er et viktig virkemiddel for å styrke kvaliteten i barnehagene, og redusere kvalitetsvariasjoner mellom barnehager. Den felles kvalitetsplattformen for alle barnehagene i kommunen innebærer at alle ansatte skal inneha en gjennomgående basiskompetanse innen fire kvalitetssøyler: Språkkompetanse, relasjonskompetanse, interkulturell kompetanse og kompetanse om tidlig innsats. Kvalitetsplattformen er lagt til grunn for kvalitetsplanen for barnehagene «Stadig bedre».¹²

I perioden 2012 til 2016 har det vært en økning i antall barn som får et styrket barnehagetilbud og i antall barn som mottar spesialpedagogisk hjelp fra ressurscenteret. For nærmere opplysninger om utviklingen i Stavanger-barnehagen, se blant annet årsrapport for 2016 (<http://arsrapport2016.stavanger.kommune.no/>).

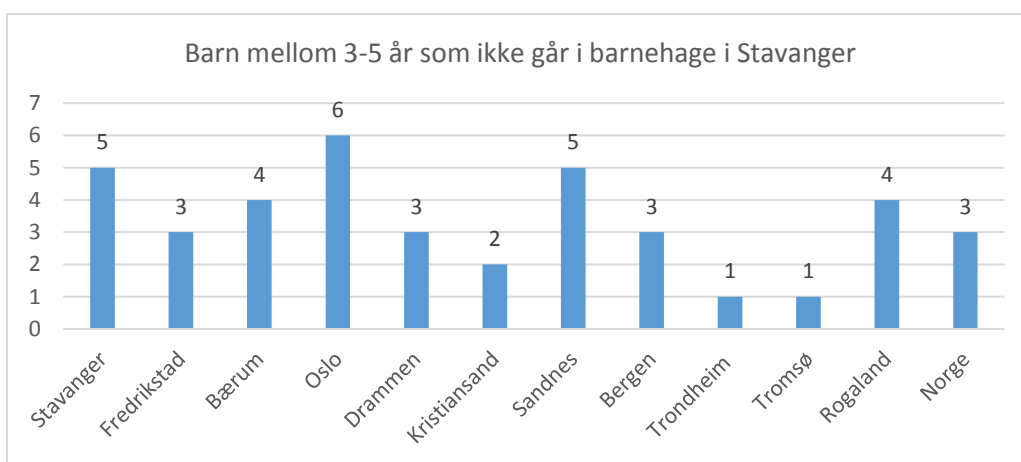
Barnehagene gjennomførte brukerundersøkelse i november 2016 i regi av Utdanningsdirektoratet. Både kommunale og private barnehager var med i utvalget og svarprosenten har økt fra 62 % i 2015 til 74,6 % i 2016. Resultatene fra undersøkelsen indikerer at de foresatte er fornøyde med tilbudet og tilfredshet ble målt til 4,5 på en skala fra 1-5. Dette er samme resultat som målingen for 2015.

De tre neste figurene viser hvor godt Stavanger-barnehagene rekrutterer i ulike aldersgrupper og blant minoritetsspråklige.

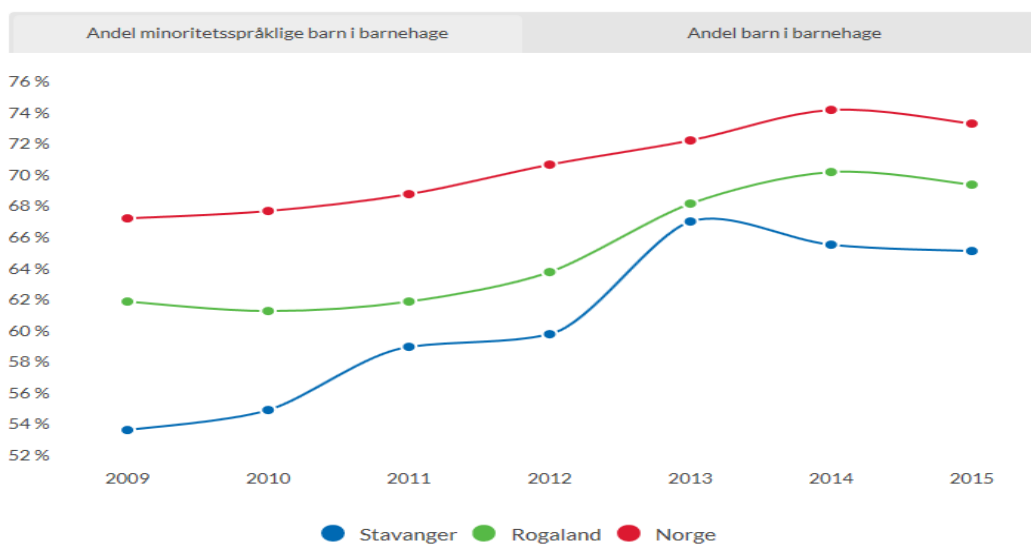
¹² Kvalitetsplanen for barnehagene finnes her <http://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Barn-og-familie/barnehage/Stavangerbarnehagen/>



Figur 9. Andel barn mellom 1-2 år som ikke går i barnehage (i prosent, 2014 tall fra Bufdir)



Figur 10. Andel barn mellom 3-5 år som ikke går i barnehage (i prosent, 2014 tall fra Bufdir)



Figur 3.2 Utvikling i andel barn fra 1 til 5 år med barnehageplass i Stavanger og Norge fra 2009 til 2015

Figur 11. Andel minoritetsspråklige i barnehage i Stavanger sammenlignet (i prosent, Barnehagebruksplanen)

Sammenlignet med gjennomsnittet for Norge, rekrutterer Stavanger-barnehagene litt færre barn både i alderen 1-2 år og i alderen 3-5 år og blant minoritetsspråklige. Det er imidlertid betydelig variasjon om vi sammenligner Stavanger med de 10 andre bykommunene i Norge. Eksempelvis rekrutterer både Oslo og Drammen færre barn i alderen 1-2 år enn det Stavanger-barnehagene gjør.

2.2.2 Stavanger-skolen

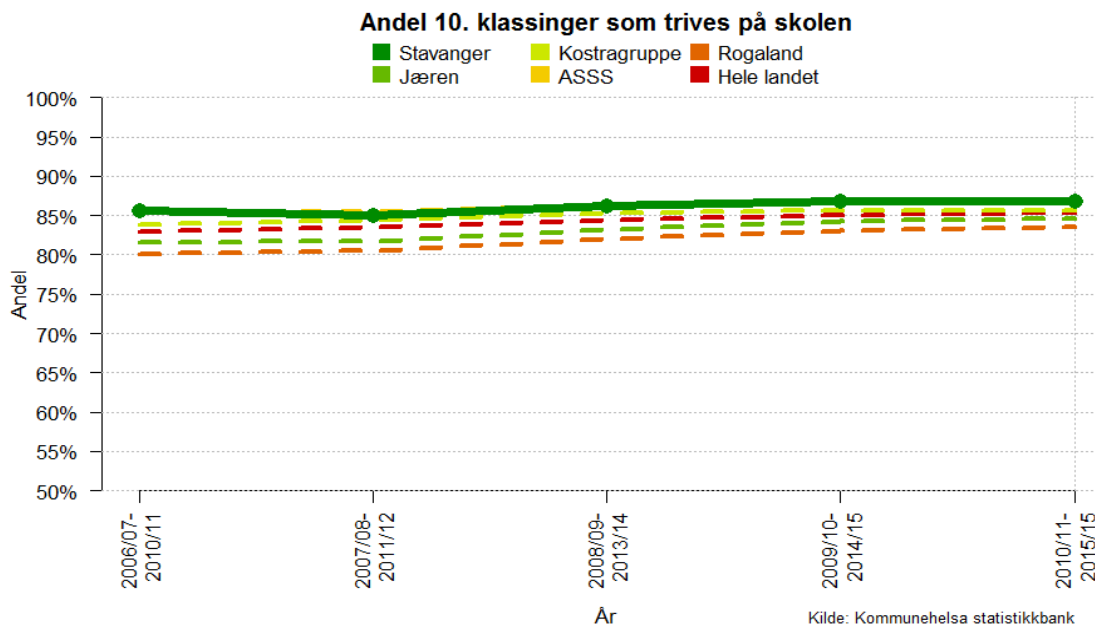
Grunnskolen er en viktig folkehelseaktør. Hvordan det går med barna i grunnskolen har stor betydning for hvordan det går med dem senere i livet. Elevenes læring og mestring skal gi trivsel, og elevene skal gå ut av grunnskolen med en god basiskompetanse i de grunnleggende ferdighetene: å kunne lese, skrive, regne, og ha gode muntlige og digitale ferdigheter. Dette gir grunnlag for økte kunnskaper og ferdigheter i skolefagene og er en forutsetning for å motvirke sosiale og helsemessige ulikheter i samfunnet.

Like viktig er det at skolen bidrar til å utvikle elevenes evne til å se seg selv og andre som medansvarlige for et godt fellesskap og en positiv samfunnsutvikling. I skolen skal elevene lære å sette pris på fysisk aktivitet, samt møte og lære å verdsette mangfoldet slik det uttrykkes blant annet gjennom kunst og kultur, i ulike livssyn, ulik etnisk bakgrunn og ulike familiemønstre.

Arbeidet med å implementere Kvalitetsplan 2016 – 2020 for skole og SFO har pågått i 2016. Skolene har utarbeidet egne tiltaksplaner med utgangspunkt i de kommunalt vedtatte utviklingsområdene medborgerkompetanse og sosialt medansvar, lese- og skrivekompetanse og matematisk kompetanse. Noen av de tiltakene og satsingene det er jobbet med siste år, framgår av årsrapporten for 2016.¹³

Nedenfor er det valgt ut noen få måleindikatorer for å belyse utviklingen i Stavanger-skolen. Dette er de indikatorene som inngår i Folkehelseinstituttets folkehelseprofiler for kommunene.

Økt trivsel er et sentralt mål for folkehelsearbeidet. For barn og unge er skolen en svært viktig sosial arena. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir.



Figur 12. Andel 10-lassinger i Stavanger-skolen som trives på skolen (i prosent)

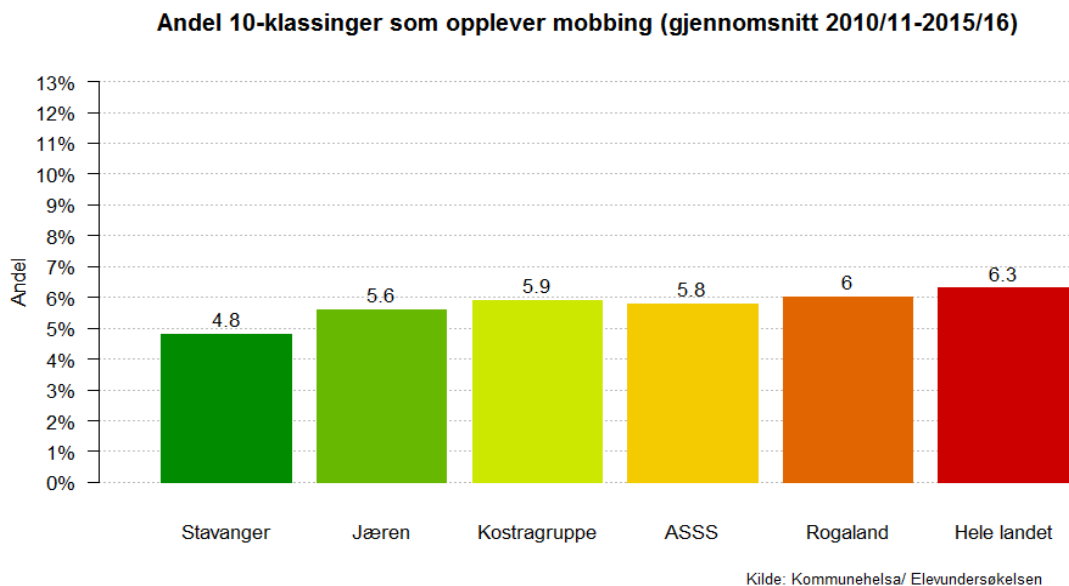
¹³ <http://arsrapport2016.stavanger.kommune.no/5-oppvekst-og-levekar/5-3-skole/5-3-1-skole-og-sfo/>

Figuren viser at ungene i 10-klasse har høyere trivsel sammenlignet med andre bykommuner, fylket og landet. Det har også vært en svak økning i trivselen blant disse elevene i Stavanger over tid.

Mobbing er en vesentlig risikofaktor for psykiske plager og lidelser og for frafall i videregående skole. Barn og unge som mobbes har opptil sju ganger høyere risiko for psykiske plager som engstelse, depresjon, ensomhet og rastløshet, enn barn som ikke mobbes. Blant barn og unge som mobbes er også kroppslige helseplager som hodepine, ryggsmertesmerter, "vondt i magen" og svimmelhet, dobbelt så vanlig som blant andre barn. Jo oftere et barn blir mobbet jo større er risikoen for helseplager.

Sammenhengen mellom mobbing og helseplager understreker at det er viktig å forebygge mobbing i skolen. Det er dessuten viktig å følge med på statistikk over andelen som har vært utsatt for mobbing for å si noe om hvordan iverksatte tiltak fungerer, og for å kunne drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

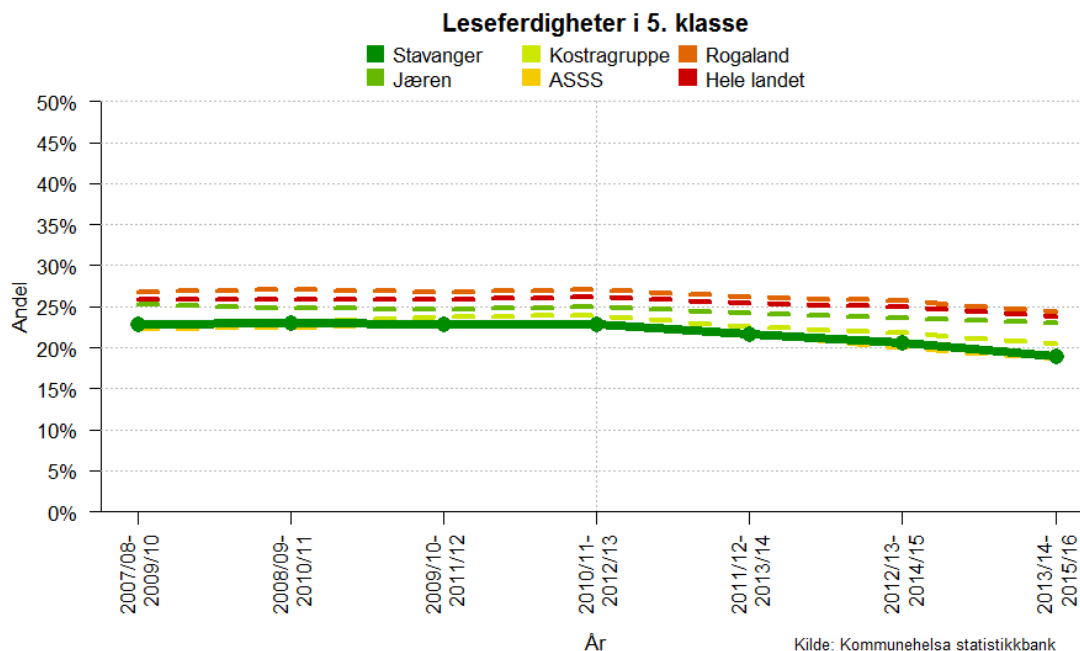
For mer informasjon om mobbing og psykisk helse, se Folkehelseinstituttets rapport nr. 1/2011 om helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger (<http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>)



Figur 13. Andel 10-klassinger i Stavanger-skolen som trives på skolen (i prosent)

Figur 13 viser andel elever i 10. trinn i grunnskolen som har opplevd mobbing de siste månedene i prosent av alle elever som deltok i undersøkelsen (jf. Elevundersøkelsene). Stavanger-skolen kommer bedre ut i forhold til alle de sammenligninger som er foretatt. Det gjelder de 10 største bykommunene (ASSS), fylket og landsgjennomsnittet. Av bykommunene er det kun Bærum som har lavere skår (4,7). Lav andel hjelper selvsagt ikke de som faktisk blir mobbet, men Stavangerskolen har klart å gripe tak i et alvorlig fenomen bedre enn de fleste andre kommuner i landet.

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

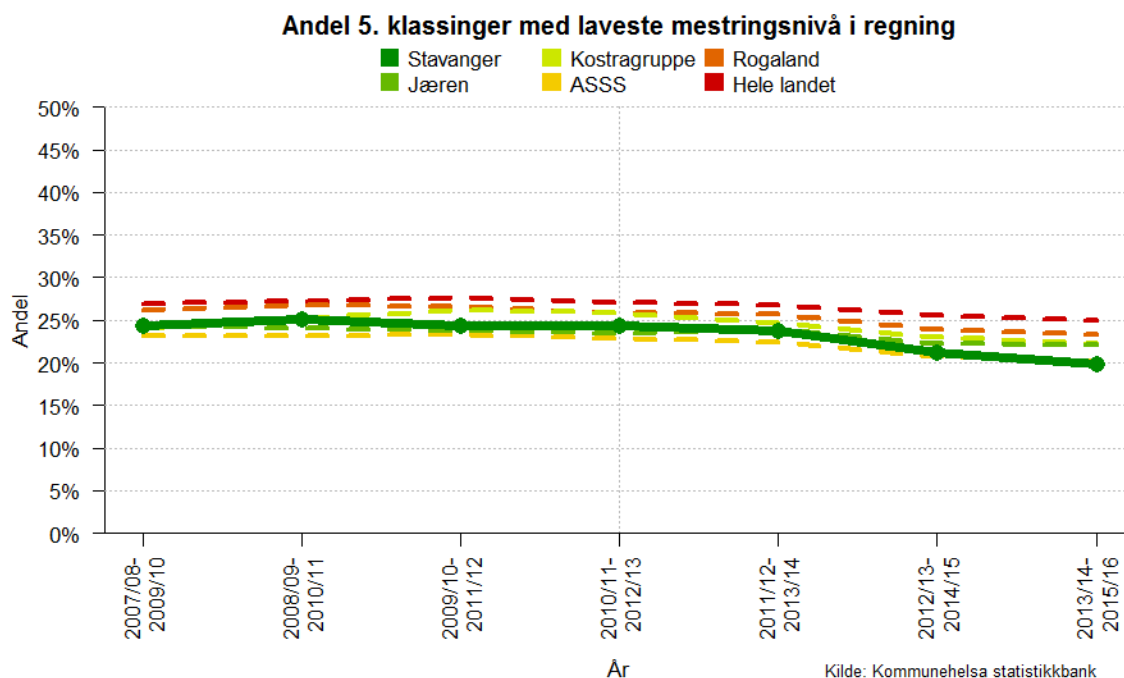


Figur 14. Andel av 5. klassingene i Stavanger-skolen som er på laveste mestringsnivå i lesing (i prosent)

Et gjennomsnitt av skoleårene 2013/14-2015/16 viser at 19 prosent av elevene i 5.klasse var på laveste mestringsnivå i *lesing*. Sammenlignet med fylket (24,4 prosent) og landet (23,8 prosent) har Stavanger en klart lavere andel i denne kategorien. Blant bykommunene er det kun Bærum (13,8 prosent) og Oslo (16,4 prosent) som har lavere andeler. Utviklingen over tid er også mer positiv for Stavangers del sammenlignet med fylket, landet og de 10 bykommunene samlet (ASSS).

Regning er en basisferdighet som er viktig for utdanningsløpet og arbeidslivet. Neste figur viser utviklingen for Stavanger-skolen sammenlignet med fylket, landet mv. Et gjennomsnitt av skoleårene 2013/14-2015/16 viser at 19,8 prosent av elevene i 5.klasse var på laveste mestringsnivå i regning.

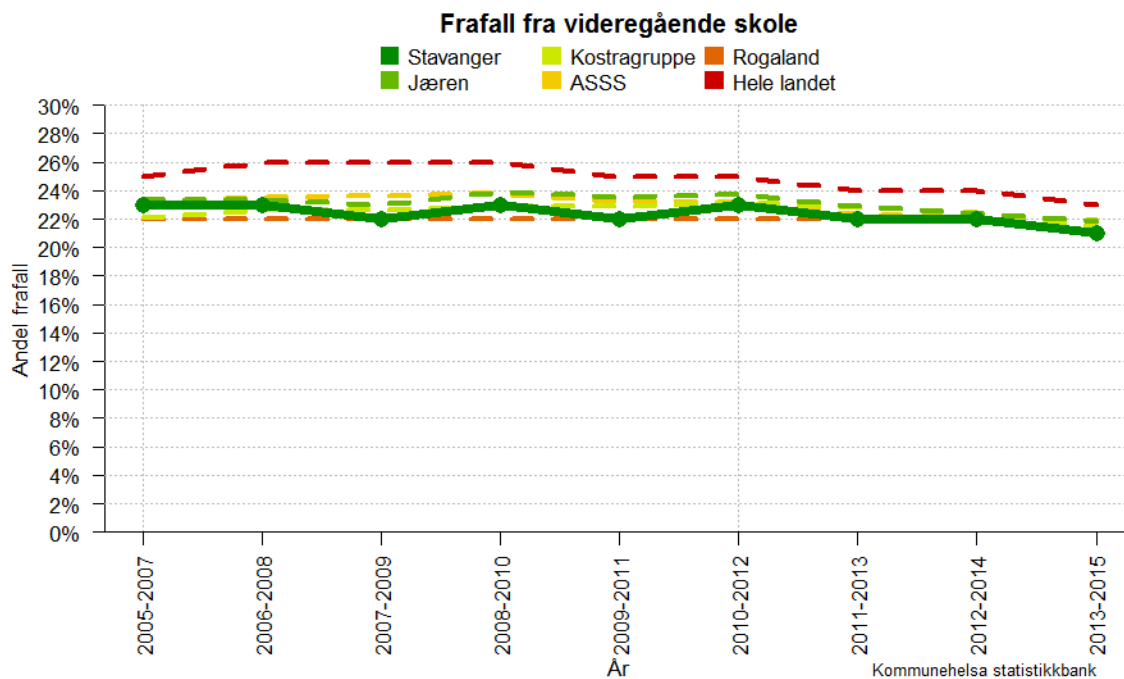
Sammenlignet med fylket (23,3 prosent) og landet (24,9 prosent) har Stavanger en klart lavere andel i denne kategorien. Blant bykommunene er det kun Bærum (13,9 prosent) og Oslo (18 prosent) som har lavere andeler. Utviklingen over tid er også mer positiv for Stavangers del sammenlignet med både fylket, landet og de 10 bykommunene samlet (ASSS).



Figur 15. Andel av 5. klassingene i Stavanger-skolen som er på laveste mestringsnivå i regning (i prosent)

2.2.3 Frafall i videregående skole og utdanningsnivå

Trivsel i skolen og fravær av mobbing er viktig for å unngå frafall i videregående skole. Det samme er gode faglige resultater i grunnskolen. Hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter.



Figur 16. Frafall i videregående skole (i prosent)

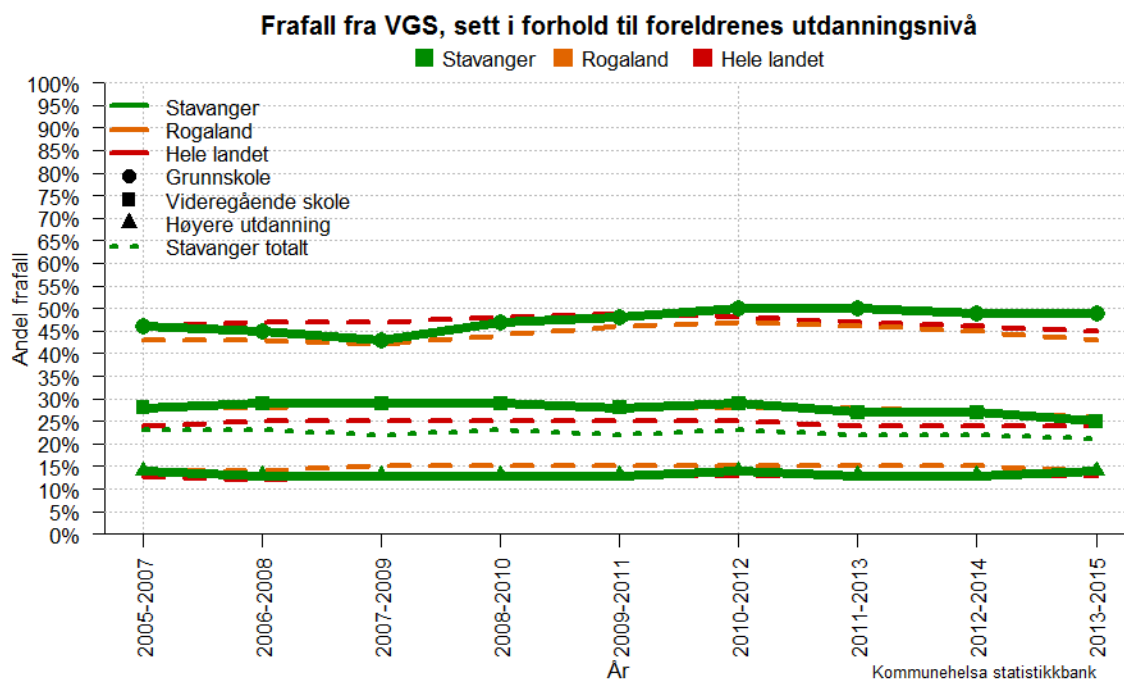
Elever regnes som å ikke ha fullført videregående skole når de ikke har oppnådd fagbrev eller studiekompetanse fem år etter at de startet på videregående utdanning.

I Stavanger var frafallet i perioden 2013-2015 21 prosent, en nedgang fra 23 prosent i perioden 2010-2012. Det er på linje med gjennomsnittet for Rogaland og for byer som Trondheim og Kristiansand og litt lavere enn landsgjennomsnittet (23 prosent). Blant bykommunene (ASSS), er det faktisk kun Bærum som har et lavere frafall enn Stavanger (13 prosent).

Selv om 4 av 5 elever gjennomfører videregående skole, er det færre enn 6 av 10 som fullfører videregående på normert tid. Kun halvparten av guttene fullfører videregående opplæring på normert tid, mens 65 prosent av jentene gjør det. Det er imidlertid slik at mange fullfører i løpet av 5-6 år, og kommer altså gjennom selv om de bruker mer enn normert tid.

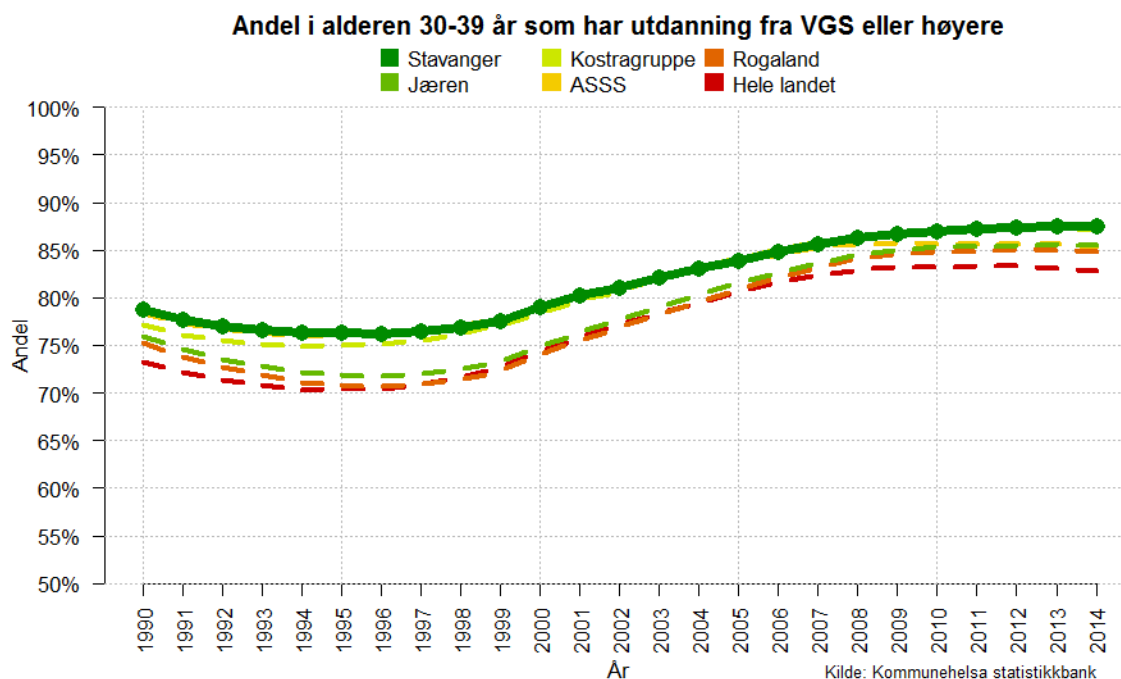
Å komme seg gjennom videregående skole er viktig for folkehelsen. Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning er mer utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som kommer seg i gjennom og eventuelt tar høyere utdanning.

En stor utfordring i folkehelsearbeidet, er at foreldrenes utdanningsnivå i så stor grad påvirker hvorvidt ungene kommer seg gjennom videregående skole og eventuelt tar høyere utdanning. Foreldrenes utdanningsnivå påvirker også karakterene ungene får. Elever som har foreldre med lang høyere utdanning har i gjennomsnitt drøyt en hel karakter bedre resultater enn elever som har foreldre med grunnskoleutdanning. Samtidig har jenter en tendens til å ha bedre karakterer enn gutter. Neste figur viser hvor sterk sammenheng det er mellom foreldrenes utdanningsnivå og sannsynligheten for at ungene fullfører videregående opplæring. Samvariasjonen mellom foreldrenes utdanningsnivå og ungdommens sannsynlighet til å fullføre videregående skole illustrerer også hvordan sosiale ulikheter kan gå i arv.



Figur 17. Frafall i videregående skole sett i sammenheng med foreldrenes utdanningsnivå (i prosent)

Andelen i befolkningen med kun grunnskole som høyeste utdanning, har imidlertid gått jevnt og trutt nedover. Det påvirker også hvor mange som klarer å fullføre videregående og ta høyere utdanning.



Figur 18. Andel i alderen 30-39 år som har videregående utdanning eller høyere (i prosent).

Figuren viser en tendens til utflating i forhold til utdanningsnivå i befolkningen, men på et høyt nivå. I 2014 hadde 87,5 prosent av innbyggerne i Stavanger videregående utdanning eller høyere. Blant bykommunene (ASSS) var det faktisk bare Bærum (89,1 prosent) og Trondheim (87,9) som hadde et høyere utdanningsnivå i befolkningen enn Stavanger.

I Stavanger gjennomføres en rekke spørreundersøkelser både blant elevene selv og foresatte. Elevundersøkelsene i regi av Utdanningsdirektoratet gir elever muligheten til å si sin mening om læring og trivsel på skolen. Resultatene for Stavanger gir et overordnet bilde av at elevene i Stavanger trives på skolen, opplever støtte fra lærerne og opplever miljøet som trygt. Man ser ellers at elevene opplever mindre støtte fra lærere og fra hjemmet i 10. klasse enn de gjør i 7. klasse. Dette er også en nasjonal trend, og er en viktig del av utfordringsbildet i ungdomsskolen.¹⁴

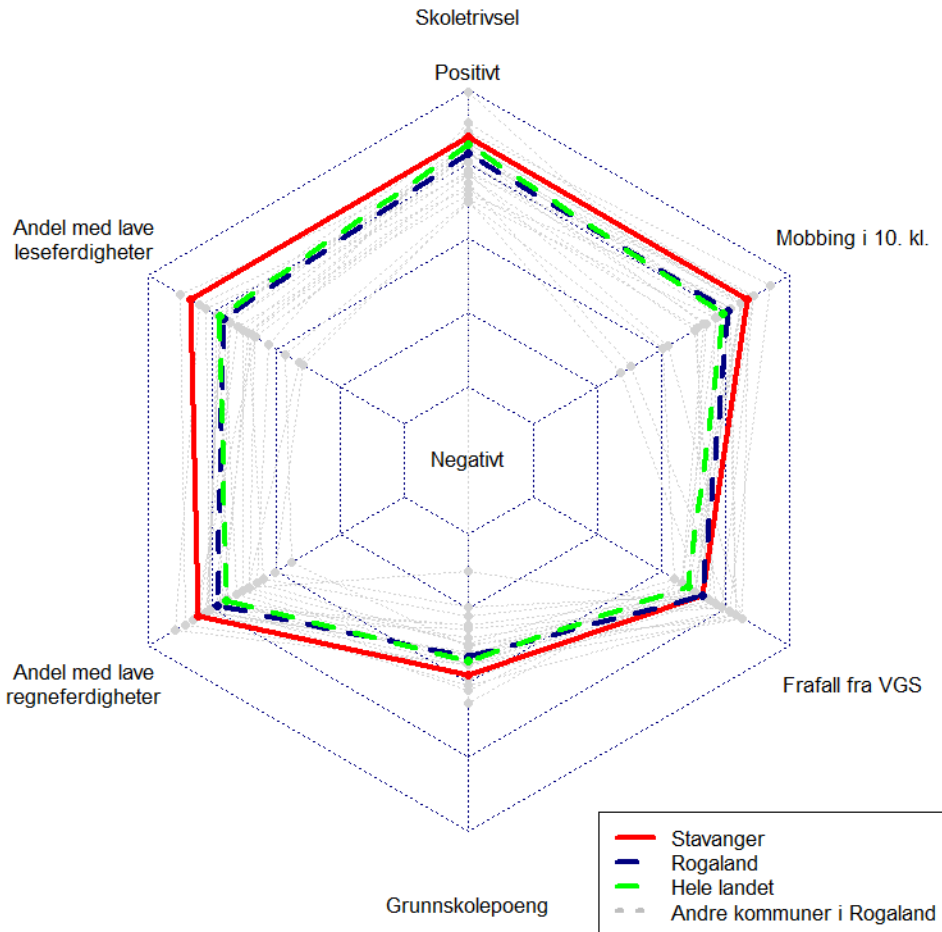
En foreldreundersøkelse høsten 2016 blant foresatte med barn på 3., 6., og 9. trinn i grunnskolen i Stavanger viser at foresatte opplever at deres barn trives og har lærere som gir elevene god støtte. Tilbakemeldingen viser at det er en god kultur for tilbakemelding og dialog mellom hjem og skole.

I 2016 ble det også foretatt en undersøkelse blant foresatte til barn i 2. trinn om SFO-tilbudet. Resultatene er jevnt over gode og gir et hovedbilde av at foreldrene i Stavanger er fornøyde med SFO-tilbudet. Resultatene ligger over nasjonalt nivå på de tre målte indeksene for SFO (trivsel, personal og aktivitetstilbud), informasjon og samarbeid og måltid.

¹⁴ Mer kan leses om dette i Stavanger kommunes årsrapport for 2016
<http://arsrapport2016.stavanger.kommune.no/5-oppvekst-og-levekar/5-3-skole/5-3-1-skole-og-sfo/>

I Stavanger får mange barn spesialundervisning tidlig i skoleløpet sammenliknet med de andre storbyene. Det er imidlertid fortsatt begrenset informasjon om effekten av spesialundervisningen som settes inn.¹⁵

Neste figur oppsummerer resultater for Stavanger-skolen basert på de utvalgte måleindikatorene.



Figuren er ment å gi en oppsummering av nivået på flere indikatorer som kan sees i sammenheng og som et hjelpemiddel for å identifisere hvor kommunens styrker og svakheter er på dette området. Aksene er sortert slik at det er mest positivt å være ytterst, mens det er mest negativt å være innerst.

Basert på denne tilnærmingen, skårer Stavanger best på alle de utvalgte måleindikatorerne. Det utelukker selvsagt ikke at det går an å bli enda bedre, men i et folkehelseperspektiv er resultatene særdeles positive.

¹⁵ Jf. forskningsprosjektet Spesialundervisning i storby i regi av KS Storbyforskning som ble avsluttet høsten 2016. Prosjektet har studert sammenhengen mellom spesialundervisning og finansiering av spesialundervisning i de fire storbyene Stavanger, Bergen, Trondheim og Kristiansand.

2.3 Levekårsforhold – arbeidsledighet, inntekt og sosial situasjon

Generelt skårer Stavanger høyt på ulike levekårsindikatorer, men det er til dels store skjevheter i fordelingen av levekår mellom ulike deler av byen og i ulike befolkningsgrupper. Disse forholdene er grundig dokumentert i Stavangers levekårsundersøkelser på et lavt geografisk nivå.

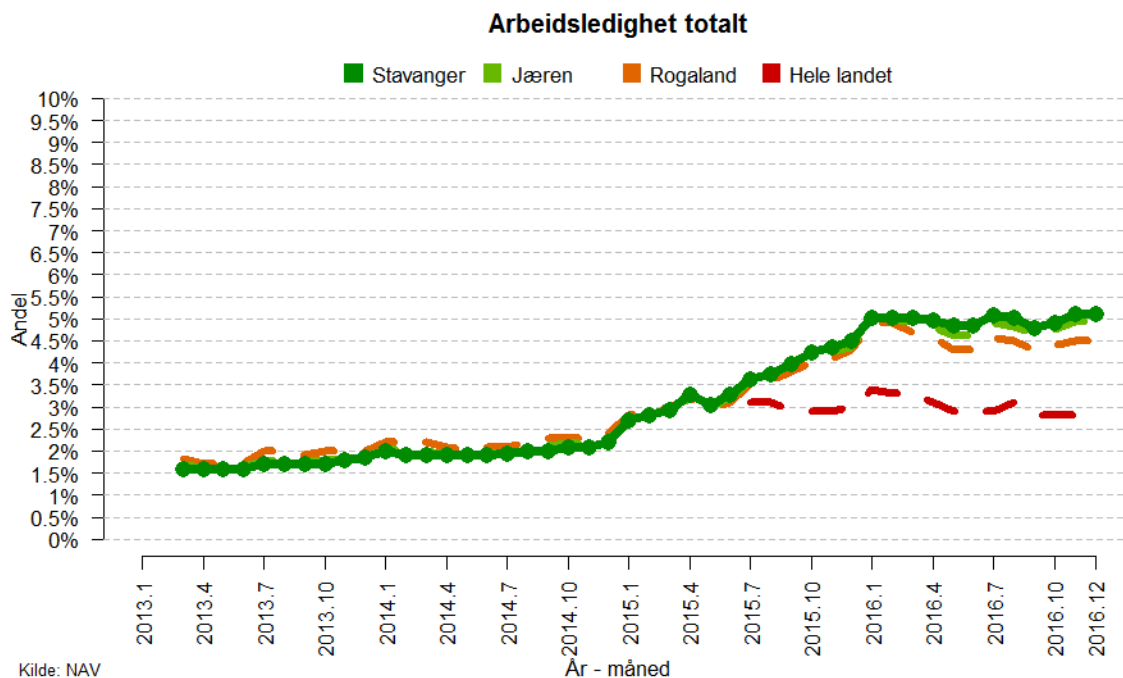
I det følgende belyses noen utvalgte indikatorer som sier noe om levekårene på kommune- og bydelsnivå. Det gjelder arbeidsledighet, inntektsforskjeller og lavinntekt og andel enslige forsørgere og unge uføre.

2.3.1 Tilknytning til arbeidslivet

Stavanger er spesielt sårbar overfor konjunktursvingninger, siden næringslivet over tid har vært relativt ensidig og relatert til olje og gass. Olje- og gassnæringen har vært stor og lønnsom, og gitt ringvirkninger i form av aktivitet og næringsutvikling i fastlandsøkonomien.

Stavanger utfordres til omstilling når synkende oljepris og kostnadsreduksjoner i olje- og gassnæringen gir stigende arbeidsledighet. Når dette sammenfaller med økte forventninger om et grønt skifte, utfordres både næringslivet og offentlig sektor til omstilling. I omstillingsprosessen har det de senere år oppstått en arbeidsledighet på et nivå Stavanger ikke er vant til.

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt.

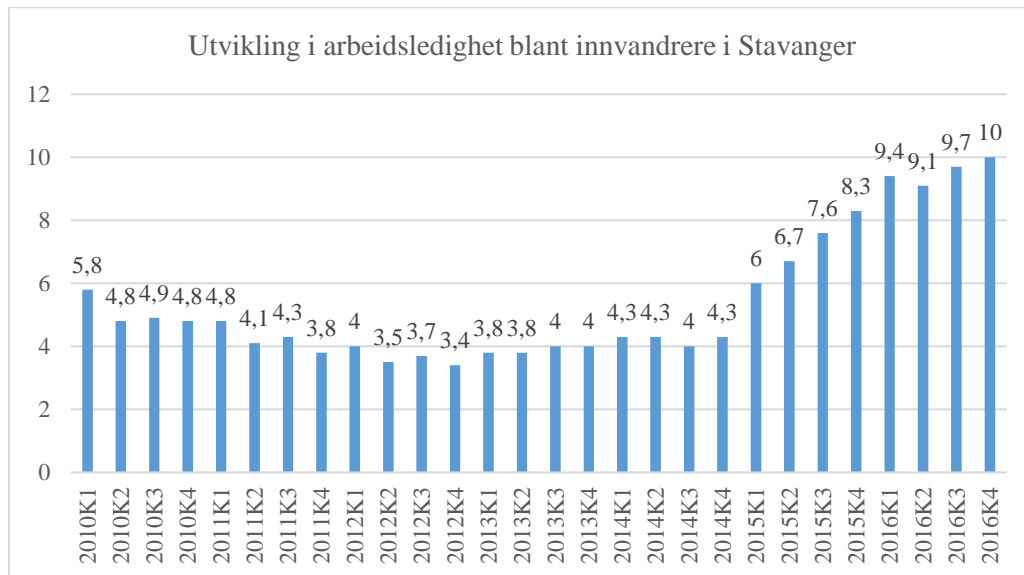


Figur 19. Utviklingen i registrert arbeidsledighet i Stavanger sammenlignet (i prosent).

Stavanger hadde svært lav ledighet ut 2014, men opplevde så en markert økning fra 2015 til 2016, for å så å flate ut igjen på et relativt høyt nivå. Figur 19 viser hvor regional arbeidsledigheten er i den forstand at Stavanger – sammen med Jæren og fylket – skiller lag med den generelle utviklingen i Norge i 2015.

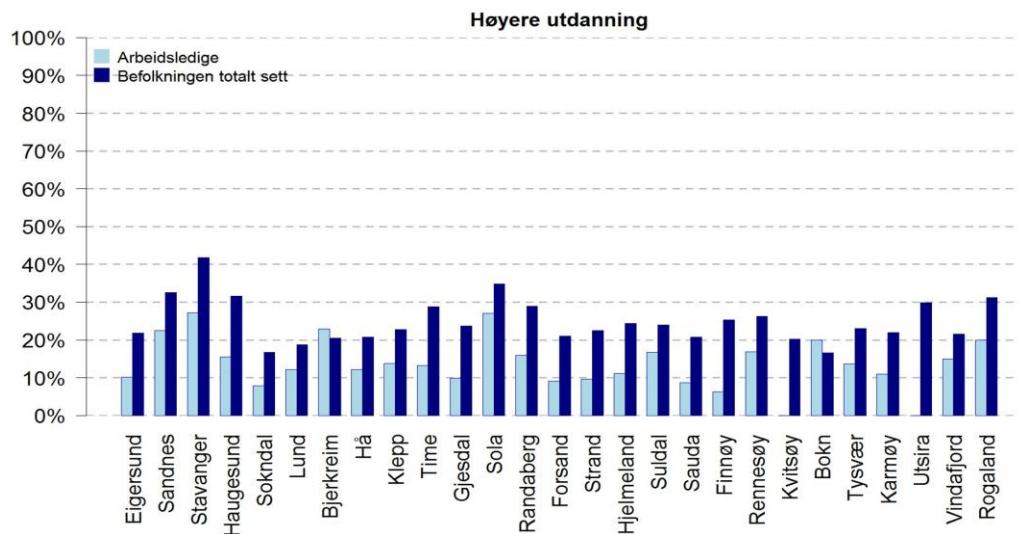
I mars 2017 var 3615 registrert som helt arbeidsløse i Stavanger. Det utgjorde 4,8 prosent av arbeidsstyrken. Til sammenlikning var kun 1962 helt arbeidsledige i januar 2015.

Mens arbeidsledigheten i Stavanger nesten har doblet seg i befolkningen generelt, har den tredoblet seg blant innvandrere i Stavanger. Hele 10 prosent av innvandrerne var ledige 4. kvartal i 2016 (figur 20).



Figur 20. Utviklingen i registrert arbeidsledighet blant innvandrere i Stavanger (i prosent).

Det har vært en utbredt oppfatning at «oljekrisen» i Rogaland har ført høyt utdannede ut i arbeidsledighet. En undersøkelse av dette utført av Rogaland fylkeskommune viser imidlertid at lavt utdannede er overrepresentert i ledighetsstatistikken.¹⁶ Også i «oljefylket» Rogaland er det slik at de lavt utdannede er mer utsatt for arbeidsledighet enn høyt utdannede (jf. figur 21).

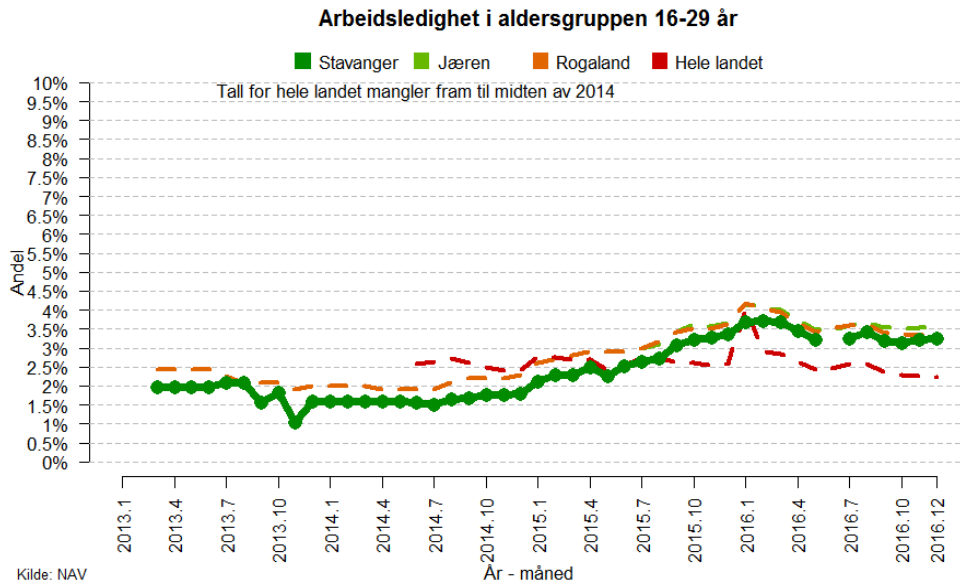


Figur 21. Arbeidsledige blant innbyggere med høyt utdanningsnivå (i prosent).

Lav ungdomsledighet er viktig i et folkehelseperspektiv. Manglende tilknytning til arbeidslivet i ung alder kan i verste fall være starten på et livslangt «utenforskap» i forhold til arbeidsmarkedet.

¹⁶ Opplysningene baserer seg på et innlegg Rune T. Slettebak holdt i Epidemiologisk forum 18. januar 2017.

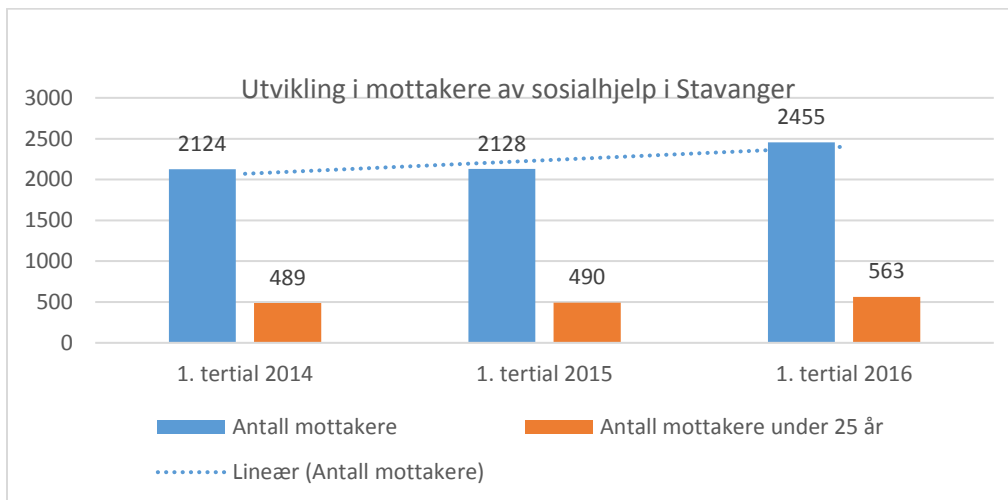
Neste figur viser utviklingen i ungdomsledigheten i Stavanger de senere år.



Figur 22. Arbeidsledige i aldersgruppen 16-29 år (i prosent).

I utgangspunktet har ungdomsledigheten vært svært lav i Stavanger, men har vist en stigende tendens for å så å synke svakt igjen den siste tiden. Fortsatt en den lavere enn den generelle ledigheten.

Med høyere arbeidsledighet, har det vært en kraftig økning i utgiftene til sosialhjelp. Det gjelder både antallet mottakere totalt sett og blant mottakere under 25 år (jf. 23).



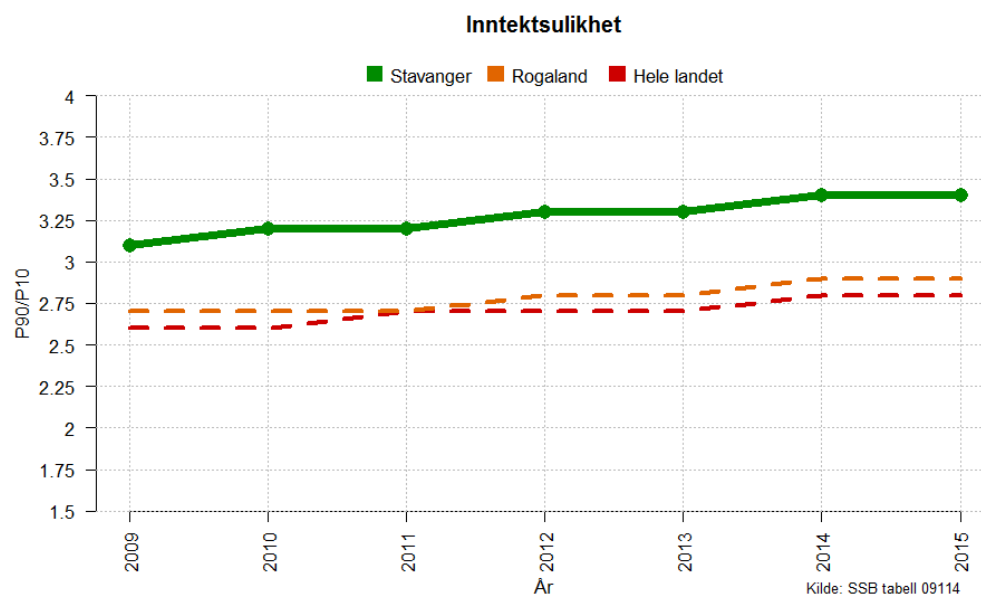
Figur 23. Utviklingen i antall mottakere av sosialhjelp i Stavanger (absolutte tall).¹⁷

¹⁷ Basert på tall fra NAV og fagstab levekår. Se også Stavanger kommunes årsrapport for 2016 <http://arsrapport2016.stavanger.kommune.no/5-oppvekst-og-levekar/5-5-levekar/5-5-10-nav-kontorene/>

2.3.2 Inntektsforskjeller og «barnefattigdom»

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. Likhet i fordelingen av økonomiske ressurser er et grunnleggende trekk ved de nordiske landene. Man kan anta at stor økonomisk ulikhet kan lede til økt kriminalitet, sosiale spenninger og politiske konflikter mellom ulike grupper i samfunnet.

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



Figur 24. Utviklingen i inntektsforskjeller i Stavanger sammenliknet).¹⁸

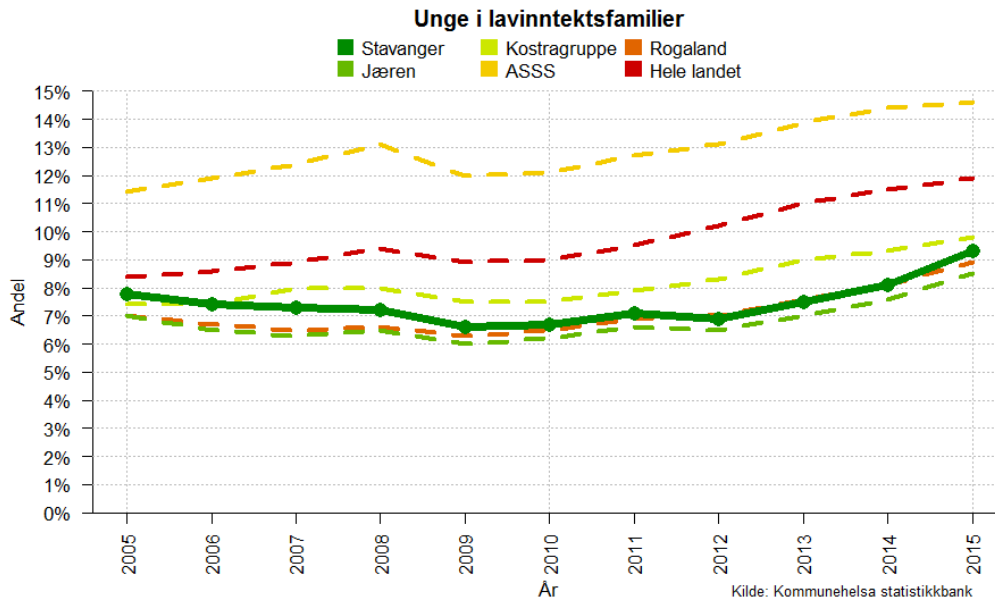
Stavanger er preget av relativt store inntektsforskjeller – en utvikling som har holdt seg over tid. I både Stavanger, i fylket og i Norge har det vært en økning i inntektsforskjellene de senere årene. Blant de 10 største bykommunene er det bare Bærum og Oslo som har større inntektsforskjeller enn Stavanger.

Inntekt og økonomi er som nevnt grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse og levetid, og forskning har vist at det er en signifikant sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Levekår har stor betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold og avhold/ måtehold i bruk av tobakk og andre rusmidler. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. I tillegg har det å vokse opp i familier som over tid har lavinntekt stor betydning for barnas helse og velferd.

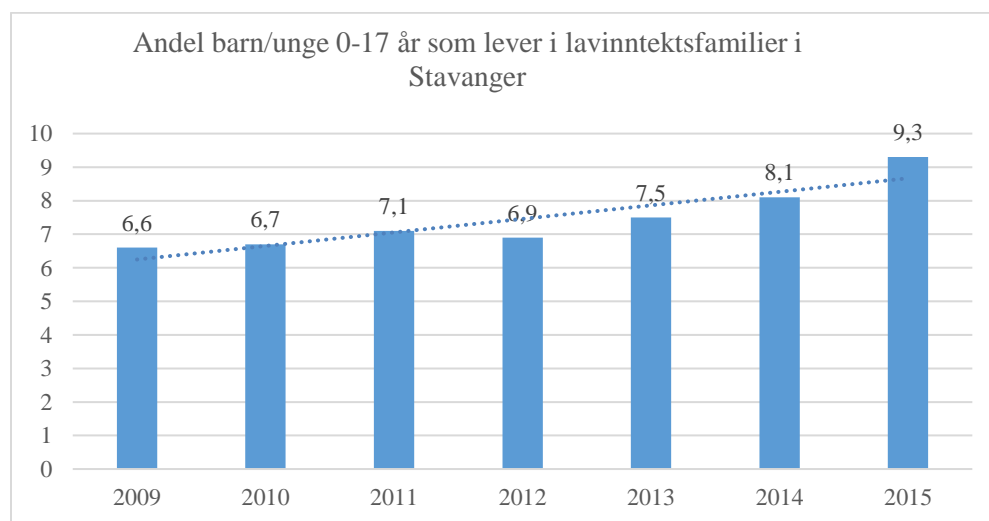
¹⁸ Indikatoren på inntektsulikhet angir forskjellen mellom de som befinner seg i det øverste inntektssjiktet og de som befinner seg i det laveste. Desto høyere forholdstall, jo høyere inntektsforskjell, men det måles ikke i prosent. Matematisk korrekt er inntektsulikhet målt ved P90/P10 formelen, som angir avviket til den personen som befinner seg på 90 prosentilen og personen som befinner seg på 10 prosentilen på inntektsskalaen. Se forklaring her.. <http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler/ord-og-uttrykk>.

Nasjonale tall fra 2015 viser at 10 prosent av alle barn og unge under 17 år i Norge vokser opp i lavinntektsfamilier. Det utgjør totalt 98 175 barn og unge, en økning på 31 000 fra 2006 (Bufdir 2017). Dette er barn i husholdninger med lavere inntekt enn 60 prosent av den nasjonale medianinntekten.

I Stavanger var det fram til ca. 2010 en nedgang i andel barn og unge som vokste opp i lavinntektsfamilier (jf. figur 25). Denne trenden har siden snudd, og særlig fra 2012 har det vært en tydelig økning i «barnefattigdom» i Stavanger. Som figuren viser er nivået fortsatt relativt lavt i Stavanger, men det er en tendens til at «barnefattigdommen» øker kraftigere i Stavanger enn i andre bykommuner, fylket og i landet. Drammen, Oslo og Fredrikstad har langt høyere «barnefattigdom» enn Stavanger, mens Bærum, Sandnes og Tromsø har lavere andel barn og unge som vokser opp i lavinntektsfamilier.



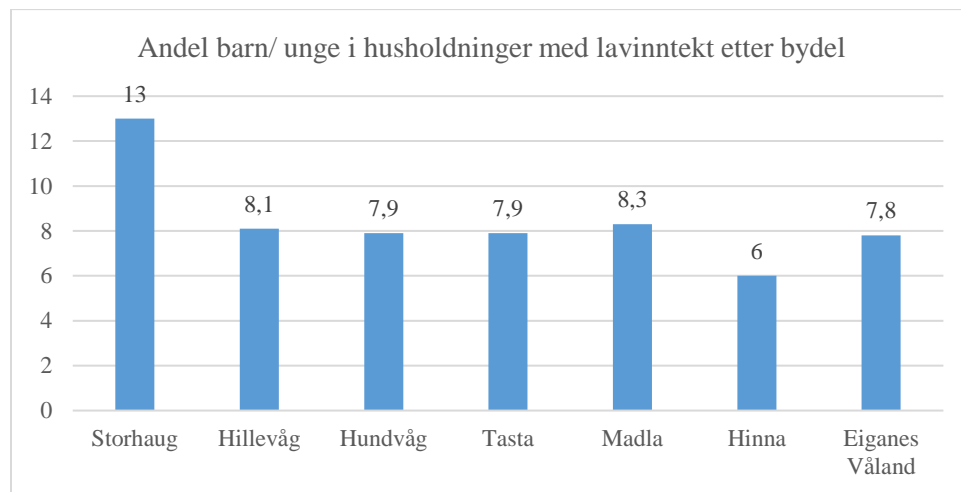
Figur 25. Utvikling i «barnefattigdom» i Stavanger sammenliknet (i prosent).



Figur 26. Utvikling i «barnefattigdom» i Stavanger 2009 -2015 (i prosent).

Økningen i «barnefattigdom» i Stavanger er på 2,7 prosent over en seksårs periode.¹⁹ Det er ingen kraftig økning, og Stavanger startet på en relativt lavt nivå. Økningen er imidlertid et bekymringsfullt trekk i et folkehelseperspektiv noe som tilsier at denne utviklingen bør følges nøye i årene som kommer.

Omfanget av barn og unge i lavinntektshusholdninger er høyest i Storhaug bydel. Deretter følger Madla og Hillevåg. Minst er andelen i Hinna bydel (figur 27).



Figur 27. Omfanget av «barnefattigdom» i Stavanger etter bydel (i prosent).

Levekårsundersøkelsene dokumenterer at det er nødvendig å bruke et lavere geografisk nivå enn bydel. Den sjuende levekårsundersøkelsen viser at følgende levekårssoner har mest «barnefattigdom»:

Sentrum -	28,7 %
Kvalaberg -	24,4 %
Badedammen -	23,9 %
Emmaus -	18,8 %
Skeie -	17,4 %
Kvernevik -	15,5 %

¹⁹ Det mest vanlige er å sette fattigdomsgrensen ved en gitt andel av medianinntekten. Medianinntekten er den inntekten som deler befolkningen i to, slik at halvparten tjener over medianinntekten og halvparten tjener under medianinntekten. Tallene er basert på EU 60 og nasjonal medianinntekt. Tallene ville vært enda høyere om vi baserte oss på medianinntekten for Stavanger siden denne er høyere enn nasjonal medianinntekt. Med fattigdom forstås at personer har så lav inntekt, eventuelt i kombinasjon med høye nødvendige utgifter i forbindelse med sykdom, funksjonshemming mv., at de over lengre tid ikke får dekket grunnleggende velferdsbehov.

OECD definerer fattigdomsgrensen ved 50 prosent av medianinntekten, mens EU definerer fattigdomsgrensen som 60 prosent av medianinntekten. OECD og EU vektet i tillegg husholdningsmedlemmene ulikt i sine utregningsmetoder. I sum gir EUs metode høyere fattigdomsgrense enn OECDs metode.

Fordelingsutvalget (NOU 2009:10) har valgt å legge hovedvekten på EUs lavinntektsmål. Ved å velge det mest sjenerøse målet har utvalget ønsket å være på den sikre siden i den forstand at beskrivelsen omfatter grupper som kan hevdes å ligge i grenselandet for lavinntekt. Utvalget tar ikke stilling til om ett lavinntektsmål gir et mer treffende bilde enn et annet i levekårsmessig betydning.

Følgende forhold er med på å beskrive hvem lavinntektshusholdningene i Stavanger er:

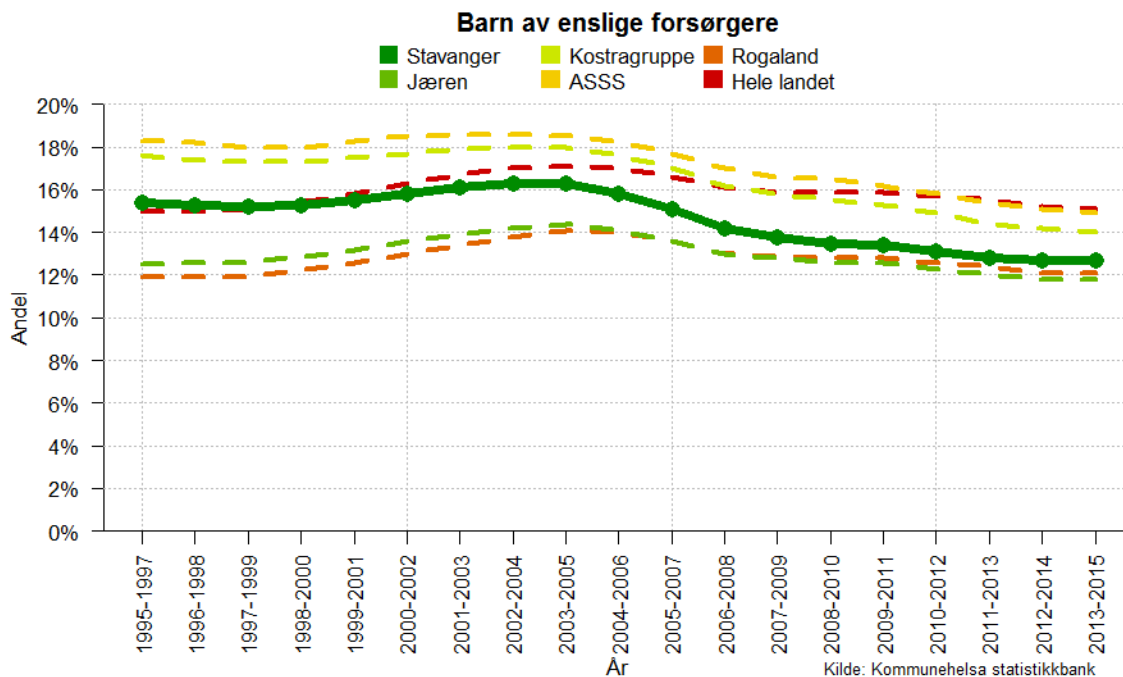
- Foreldrene har lav utdanning – omfatter 6 av 10 barn som opplever lavinntekt i Stavanger
- Foreldrene er arbeidsledige – omfatter 1 av 2 barn som opplever lavinntekt i Stavanger
- Enslig forsørger – omfatter 1 av 3 barn som opplever lavinntekt i Stavanger
- Foreldrene er innvandrere fra Afrika, Asia, Latin-Amerika – omfatter 1 av 4 barn som opplever lavinntekt i Stavanger

Et annet kjennetegn er at lavinntektsfamiliene bor trangbodd, i boliger med færre rom enn antallet i husholdningen og at de oftere leier bolig. Her ligger Stavanger dårligere an enn landsgjennomsnittet. Det har sannsynligvis sammenheng med kostnadsnivået for kjøp og leie av bolig.

Ungdata-undersøkelsene i 2013 og i 2016 viser en nedgang i andelen som svarer at de «hele tiden» eller «stort sett har hatt god råd» og en økning av andelen ungdommer som rapporterer om «verken god eller dårlig råd». Det er imidlertid ingen økning for svarsalternativene «hele tiden» eller «stort sett dårlig råd». De som rapporterer om dårlig råd kommer stort sett dårligere ut på alle andre spørsmål i undersøkelsene, fra skoletrivsel til matvaner.

2.3.3 Enslige med barn og unge uføre

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



Figur 28. Barn av enslige forsørgere i Stavanger sammenlignet og over tid (i prosent).²⁰

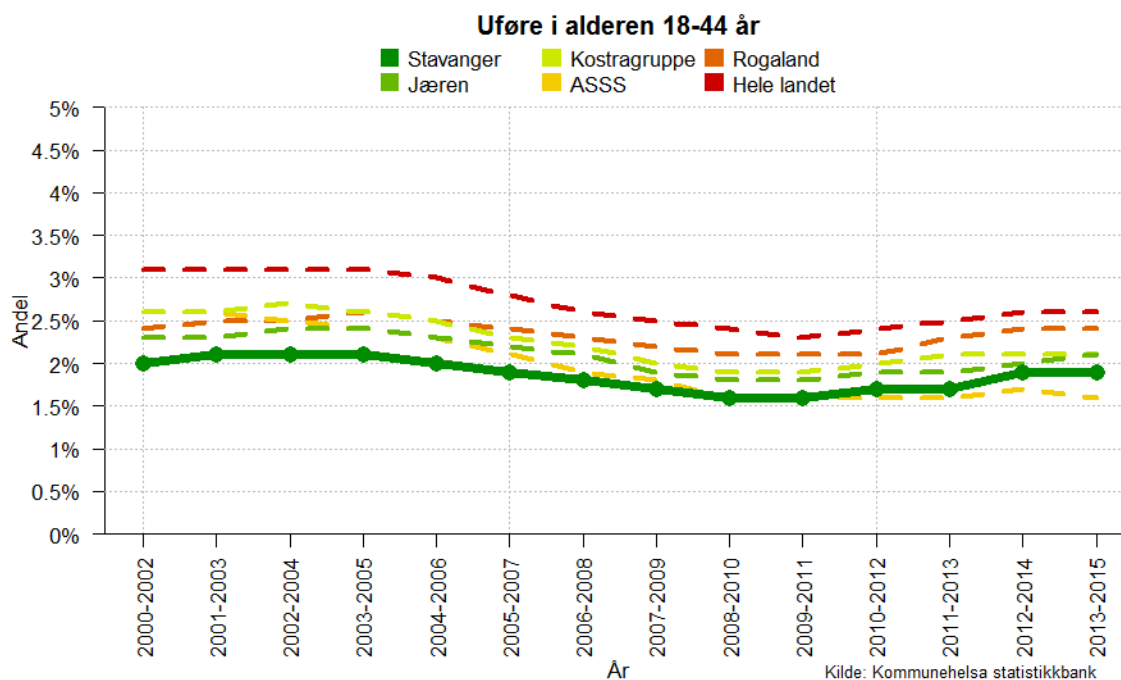
²⁰ Gjelder andelen barn 0-17 år som det betales utvidet barnetrygd for. 3 års glidende gjennomsnitt for årene 2013-2015. Hentet fra folkehelseprofil for 2017.

Utviklingen for Stavangers del er en reduksjon i antall barn av enslige forsørgere, spesielt etter 2005. Blant de 10 største bykommunene er det bare Bærum (10,9 prosent) og Sandnes (11,4 prosent) som har færre enslige forsørgere med barn.

Gruppen som mottar uføreytelser er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Hvor mange som mottar uføreytelser er en indikator på helsetilstand, men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbudet i kommunen.

Unge som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette.

Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser.



Figur 29. Andel «unge» uføre i alderen 18-44 år i Stavanger over tid og sammenlignet (i prosent).

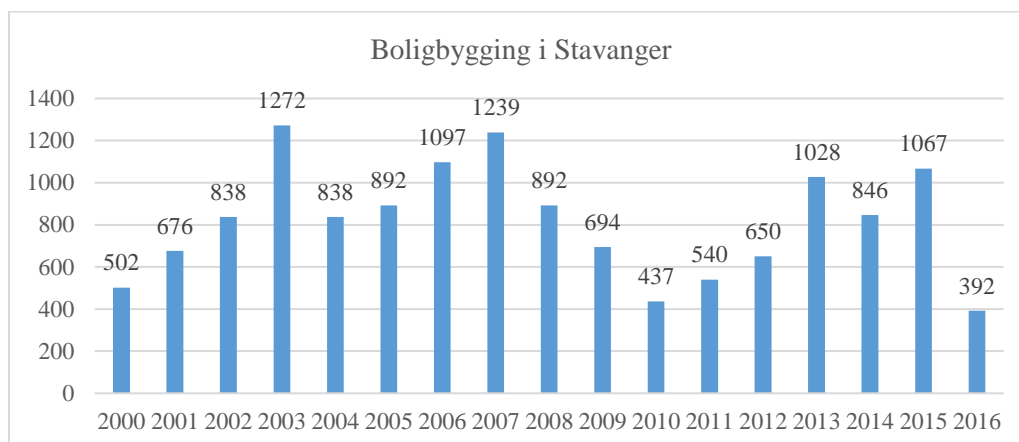
I Stavanger var det i perioden 2002-2010 en nedgang i andel unge uføretrygdede. Fra 2010 har det på ny vært en svak stigning. Sammenlignet har imidlertid Stavanger fortsatt en lav andel unge uføre.

2.3.4 Boligbygging og -sammensetning

Tilgang på bolig er grunnleggende i et levekårsperspektiv. Stavanger har en høyere andel store, frittliggende boliger enn andre større byer i Norge. Nesten 50 prosent er eneboliger mens eksempelvis Oslos andel er lavere enn 10 prosent. De siste ti årene er 83 prosent av fullførte boliger blitt bygd som fortetting av den utbygde by. Nær 60 prosent av boligene ble fullført som blokkbebyggelse.²¹

²¹ Jf. Stavanger kommunes nye planstrategi for 2017-2020.

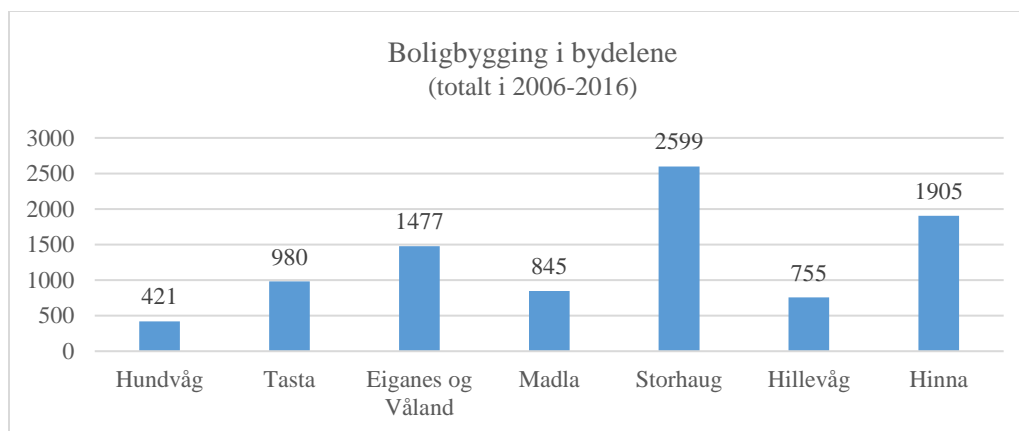
Neste figur viser boligbyggingen i Stavanger over tid.²²



Figur 30. Boligbygging i Stavanger i perioden 2000-2016.

Boligbyggingen viser betydelig variasjon over tid – fra bunnår som 2016 med 392 nye boliger til toppårene 2003 og 2007 med flere enn 1200 nybygde boliger.

Boligbyggingen varierer betydelig mellom bydelene noe neste figur illustrerer. Byomformingen i nordøstlige deler av Storhaug (Urban sjøfront), i Jåttåvågen og til dels på Eiganes og Våland har resultert i en stor tilgang på nye boliger i disse områdene sammenlignet med de andre bydelene.



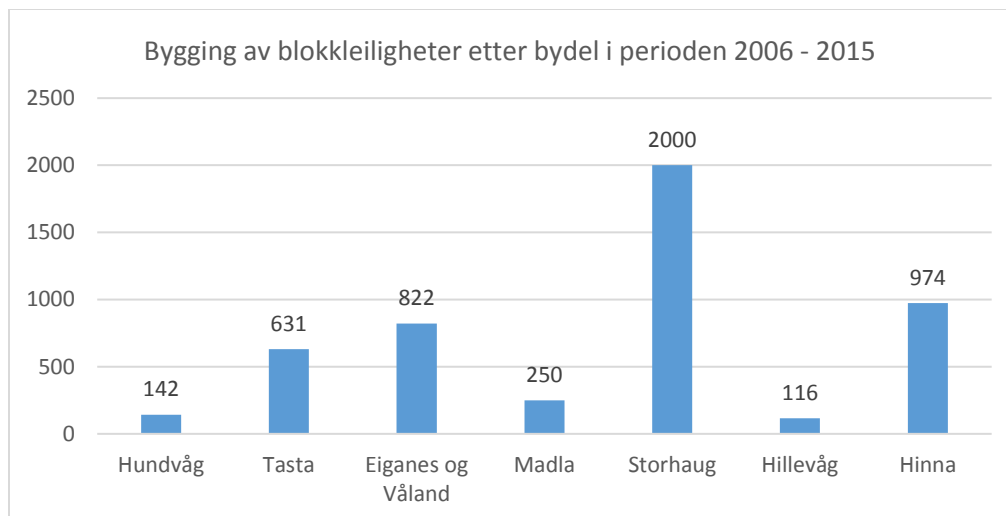
Figur 31. Boligbygging i Stavanger i perioden 2006-2016 etter bydel.

Boligpolitikken har stor betydning for den lappeteppestrukturen Stavanger har når det gjelder geografisk fordeling av levekår og helse.²³ En variert boligsammensetning har i stor grad forhindret en utvikling av øst-vest-skiller som vi finner i byer som Oslo. Samtidig er det mer avgrensede områder i Stavanger hvor boligsammensetningen er ensidig, enten i den forstand at den nesten utelukkende består av eneboliger, alternativt av den nesten bare består av små boliger. Tendensen over tid er en utvikling i Stavanger i retning av mer sammenhengende områder med levekårsutfordringer.

Neste figur viser hvilke boligtyper som er bygget i de ulike bydelene.

²² Alt statistikk om boligbygging og boligtyper er hentet fra Stavanger-statistikken.

²³ Jf. funn i Stavangers levekårsundersøkelser.



Figur 32. Bygging av blokkleiligheter etter bydel i perioden 2006-2015.

Byggingen av blokkleiligheter har vært langt større i Storhaug bydel enn i Hinna og Eiganes og Våland hvor det også har vært betydelig boligbygging. For de nordøstlige delene av Storhaug har dette betydd en utvikling av en ensidig boligsammensetning dominert av små boenheter som ikke nødvendigvis appellerer til de brede lag i befolkningen. Eksempelvis har de nye småboligområdene i nordøstre del av Storhaug bydel kommunens laveste eldreandeler. Opphopningen av små boenheter hindrer også mer utstrakt tilflytting av småbarnsfamilier ganske enkelt fordi boligene blir for små.

I en levekårsperspektiv kan en ensidig befolknings sammensetning i seg selv ha utfordrende sider, men de blir påtrengende om bestemte geografiske områder ensidig tiltrekker seg folk med levekårsutfordringer. Faren er ustabile nærmiljøer, høy flyttefrekvens (gjennomtrekk) og uheldige konsekvenser for det sosiale samspillet i disse områdene som følge av lav tilhørighet. Disse utfordringene forsterkes om disse områdene har store innslag av kommunale boliger.

For å sikre geografisk fordeling av levekår og helse, er det vesentlig å utvikle en boligstruktur som appellere til ulike grupper, noe som i neste omgang skaper et mangfold i nærmiljøet og i bybildet. Eldre, funksjonshemmede, barnefamilier, unge voksne/studenter, ulike etnisiteter og voksne og barn har alle en plass i et mangfoldig og spennende by. Da er det nødvendig å utvikle en variert boligsammensetning som legger til rette for en viss sirkulasjon i boligmassen, men ikke på en slik måte at det oppstår ustabilitet, gjennomtrekk og liten tilhørighet til nærmiljøet.

2.4 Fysisk og sosialt miljø

Med begrepene, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø refereres det til kap. 3 om Miljørettet helsevern i Folkehelse-loven. Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Oversikt over infeksjonsepidemiologiske forhold etter smittevernloven §§ 7-1 og 7-2 kommer inn under biologiske forhold.

Et godt miljø kan fremme helse, for eksempel ved å oppmuntre til fysisk aktivitet og sosial kontakt. Motsatt kan omgivelsene begrense mulighetene for aktivitet og opplevelse, samt påføre oss ulike fysiske belastninger. Sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og allergiske lidelser kan bli utløst eller forverret som følge av uheldig påvirkning fra miljøet. Svangerskapet og tidlig barndom er særlig sårbare perioder.

Helsesjefen har myndigheten innen miljørettet helsevern. Avdeling for miljørettet helsevern er rådgivere/saksbehandlere for helsesjefen. Miljørettet helsevern er et tverrsektorielt saksfelt, og tiltak inngår bl.a. i Stavanger kommunes folkehelseplan 2013-2029²⁴ og i Klima- og miljøplanen 2010-2025.²⁵

I løpet av 2016 gjennomførte miljørettet helsevern 64 tilsyn, 43 i barnehager og 21 i skoler. I de fleste barnehager og skoler ble det gitt anbefalinger. I skolene gjaldt anbefalingene først og fremst mangler i internkontrollsystemet, sikkerhet og helsemessig beredskap, lydforhold, inneklime og renholdsrutiner. I barnehagene gjaldt anbefalingene først og fremst mangler i internkontrollsystemet, mangler på utforming og innredning, mangler i renholdsrutiner og mangler på sikkerhet.

2.4.1 Støy

Om lag 1,5 millioner nordmenn er utsatt for støy over 55 desibel utenfor boligen. Støy på dette nivået er høyeste anbefalte grense for å unngå alvorlig støyplage. Veitrafikken står for over 80 prosent av støyplagene i Norge. Støy kan forstyrre samtaler, hvile og søvn. Utilstrekkelig søvn påvirker både psykisk og fysisk helse. Blant annet er det funnet sammenhenger mellom for lite søvn og angst, depresjon, fedme og hjerte- og karsykdom.

Støy kan komme fra anleggsarbeid, bedrifter og næringsvirksomhet. Det kan også dreie seg om fritids- og underholdningsstøy, trafikk- og viftestøy. I Stavanger er veitrafikk den største kilden til støy, særlig ved E39 og andre hovedveier.

Stavanger kommune vedtok en handlingsplan mot støy i 2013.²⁶ Den beskriver blant annet hvilke barnehager, skoler, boligområder og friområder som er mest støyutsatt. Kartleggingen viser at Stavanger kommune har 10 414 personer som er utsatt for skadelig utendørs vegtrafikkstøy Lden over 65 dB (rød sone etter T-1442). I tillegg til E39 Motorveien er det en del riks- og fylkesveger og noen kommunale veger som peker seg ut som støybelastet.

Stavanger kommune jobber sammen med bl.a. Statens vegvesen, Jernbaneverket og Avinor for å bedre situasjonen. Flere hundre hus har eksempelvis fått redusert støy gjennom forbedrede husfasader de siste årene. Statens vegvesen er veieier for de fleste veiene med støyutsatte boliger. Støytiltak er utført i noen boligområder, bl.a. Saxemarka med utskifting av vinduer. Også bevaring av "stille områder" er en del av planen. Miljørettet helsevern gir innspill til nye reguleringsplaner for å sette fokus på bygge- og anleggsstøy. Ved større byggeprosjekter, som Ryfast, er det ønskelig å komme tidlig i dialog med utbygger for å redusere støyplagene for omgivelsene. Både i 2015 og i 2016 har det vært mange henvendelser om støy fra innbyggere i Hundvåg, Buøy og Eiganes om Ryfast-utbyggingen.

Veitrafikkstøy er et stadig økende problem. På noe sikt er det et mål at støyen skal bli mindre ved at flere reiser med sykkel, buss eller tog framfor privatbil, og at både bilene og veidekket blir mindre støyende. Ved planlegging av nye veianlegg eller nye boliger må planen avklare hvilke støyskjermingstiltak som eventuelt er nødvendige.

²⁴ Strategiplan for folkehelsearbeidet 2013-2029... <http://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Helse/Folkehelse/>

²⁵ Lenke til klima- og miljøplanen...

http://www.stavanger.kommune.no/Documents/Natur%20og%20milj%c3%b8/Aktuelt/Klima-ogmiljoplan2010-2025_190510_rev_zip.pdf. Planen revideres i 2017 og skal gjelde for perioden 2017-2030.

²⁶ Lenke til Handlingsplan mot støy 2013...

http://www.stavanger.kommune.no/Global/KBU/Kommuneplan%202014%20-%202029/HANDLPL_ST%c3%98Y_ENDELIG_MAI2013STAV.PDF

2.4.2 Luftkvalitet

Kvaliteten på luften er av stor betydning for folks helse. Mange mennesker får helseproblemer av dårlig luftkvalitet. Folk med astma, kroniske luftveislidelser og hjerte-/karsykdommer rådes til å unngå å oppholde seg utendørs i de mest forurensede områdene i periodene med dårlig luftkvalitet. Også barn og unge, gravide og eldre er sårbare grupper.

I Stavanger vil kuldeperioder kombinert med stillestående luft føre til økt forurensing. Hovedkilden til forurensning er biltrafikken med eksos og støv. Vedfyring bidrar også.

Statens vegvesen og Stavanger kommune samarbeider om måling av luftforurensningen i Stavanger. To målestasjoner overvåker luftkvalitet, en ved Madlaveien (Kannik) og en ved Rektor Steens plass på Våland. Plasseringene er valgt ut fra EUs retningslinjer - ved en av de mest trafikkerte veistrekningene og en i et sentrumsnært boligområde. Begge måler svevestøv og nitrøse gasser.

Dataene publiseres på internett.²⁷ Her vises luftkvaliteten her og nå, samtidig som det varsles om beregnet luftkvalitet for neste dag. På info-siden er det også informasjon om den helsemessige betydningen luftforurensningen kan ha for utsatte grupper.

Vinteren 2016 var det fem perioder med dårlig luftkvalitet i Stavanger mot to perioder i 2015. Helsejefen gikk ut fem ganger med informasjon til innbyggerne om dårlig luftkvalitet for å advare utsatte grupper.

For å redusere svevestøvet har Stavanger kommune gjennomført kampanje, kalt «pig free» og informasjonstiltak for å øke andelen piggfrie dekk fra 72 % piggfritt, som var andelen ved oppstart av kampanjen for vel tre år siden, til et mål om 85-90 % piggfri-andel.

For årets sesong (2016) er piggfri-andelen for Nord-Jæren 76% (kilde: Veidirektoratet), og det viser at målsettingen fortsatt ikke er oppnådd. Parallelt med kampanjearbeidet er det utarbeidet forslag til en lokal forskrift med tanke på innføring av piggdekkgebyr. Forskrift om piggdekkgebyr er godkjent i bystyret (13.02.2017). Gebyr skal etter planen innføres fra høsten 2017.

2.4.3 Radon

Radongass dannes fra uran i jordgrunnen og siver inn i hus. Når gassen trekkes ned i lungene, bestråles lungevevet av de radioaktive partiklene. Radon i innemiljøet fører til økt risiko for lungekreft. Omtrent 300 tilfeller av lungekreft hvert år skyldes radoneksponering. Statens strålevern og Norges geologiske undersøkelse (NGU) har foretatt kartlegginger i flere kommuner og laget aktsomhetskart for radonforekomster. Slike kart over Stavanger finnes på NGUs og Strålevernets nettsider. Stavanger kommune har en avtale med Radonassistanse AS som gir innbyggerne radonmåling til reduserte priser.

Stavanger kommune gjennomfører oppfølgende radonmålinger på skoler og i barnehager ca. hvert femte år. Alle skoler ble målt i 2013 både døgkontinuerlig og med langtidsmålinger. Alle barnehager ble målt i 2011. Radonmengden identifiseres i brukertiden. Der det ble funnet for store konsentrasjoner ble driftstiden på ventilasjonen endret for å oppnå tilfredsstillende resultat i brukertiden. Kommunen gjennomfører også oppfølgende radonmålinger i kommunale boliger ca. hvert femte år. 1200 boliger er målt. En del boliger med for store konsentrasjoner, har fått flere ventiler.

2.4.4 Vannkvalitet

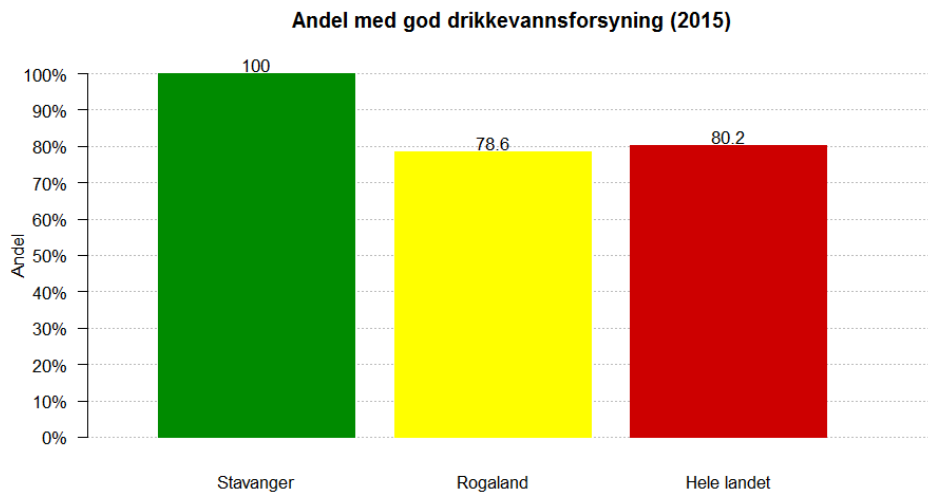
Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og E.coli er en av de mest sentrale parametere for kontroll. E. coli er en tarmbakterie som indikerer fersk fekal forurensing.

²⁷ <http://www.luftkvalitet.info/home.aspx?type=Area&id=%7ba7b4e3e6-38cd-418d-a607-6933e5d79a3f%7d>

Ikke-planlagte avbrudd er brudd i vannforsyningen som oppstår uten varsel. Et ikke-planlagt avbrudd vil innebære at trykket på ledningsnettets faller og vannforsyningssystemet ikke lenger er beskyttet mot innsug av forurenset vann fra grøften ledningen ligger i. Brudd på ledningsnettets (trykløse forhold) er en hendelse som kan føre til at folk blir utsatt for vann som ikke er helsemessig betryggende.

Leveringsstabilitet er et mål på hvor godt organisert vannverket er til å sørge for at trykløse hendelser blir raskt ivaretatt. Her er det valgt å se på hvor lenge (i tid) de enkelte vannverk har ikke-planlagte avbrudd som et uttrykk for leveringsstabiliteten til kommunen. Ikke-planlagte avbrudd er beregnet som kundetimer, dvs. lengden totalt hver forbruker er berørt av avbruddet/avbruddene. Prinsipielt ligger det til grunn at jo kortere tid ikke-planlagte avbrudd varer, jo mindre er forbrukerne eksponert for forurenset vann i ledningsnettets.

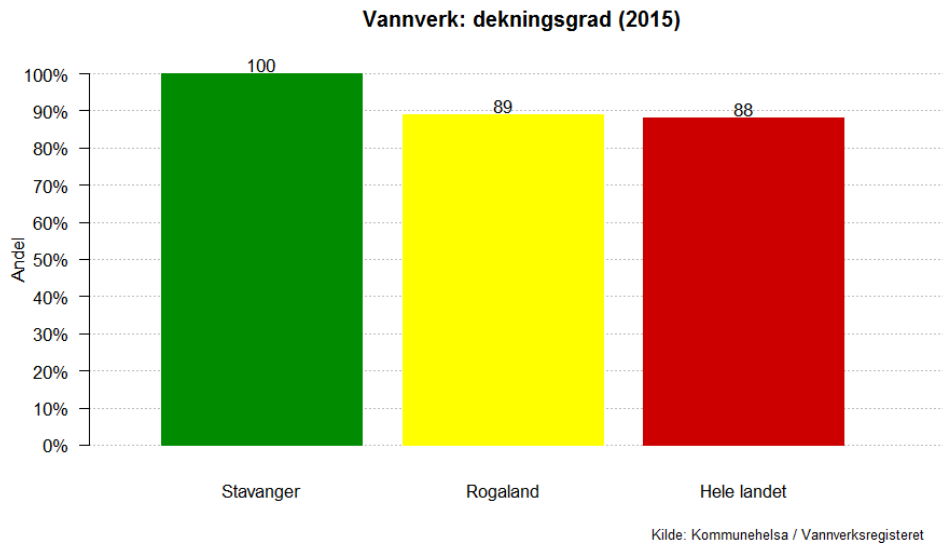
Trygg vannforsyning er avhengig av en sikker desinfeksjon og gode beredskapsrutiner for å sikre kontinuerlig tilfredsstillende vann til forbrukeren. Sikker drift og gode beredskapsrutiner er begge verktøy kommunen har for å hindre avbrudd i vannforsyningen. Dette utgjør et forebyggende aspekt som er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



Kilde: Kommunehelse / Vannverksregisteret

Figur 33. Andel av befolkningen med god vannkvalitet i Stavanger sammenlignet (i prosent).

Andel med god drikkevannsforsyning (både god hygienisk kvalitet og god leveringsstabilitet) er 100 prosent i Stavanger, og kommunen kommer derfor godt ut i sammenligning med fylket og landet.



Figur 34. Vannverkets dekningsgrad i Stavanger sammenlignet (i prosent).

I Stavanger er vannverkene dekningsgrad 100 prosent, og er dermed klart over dekningsgraden i fylket og i Norge. For den øvrige befolkningen uten vannverk, er drikkevannskvaliteten ukjent.

Stavanger kommune fører kontroll med vannkvaliteten i sjøen og i vann/vassdrag som ligger i kommunen. Undersøkelsene foretas ca. hvert 10 år i sjø, hvert år i Hålandsvatnet og annet hvert år i Mosvatnet. Stavanger kommune tar vannprøver som analyseres for tarmbakterier fem ganger gjennom badesesongen på 22 små og store badeplasser. Det ble i 2016 foretatt en reduksjon i antall prøvesteder i samarbeid med avdeling Park. Reduksjonen er foretatt på bakgrunn av at vannkvaliteten over lengre tid har vist stabilt god eller dårlig kvalitet. Totalt ble 21 plasser i 2016 kontrollert mot 27 steder i 2015. I tillegg ble det tatt noen oppfølgingsprøver ved dårlig vannkvalitet.

I havnebassenget finnes det miljøgifter, blant annet fra tidligere industriaktivitet, som kommunen jobber for å redusere skadevirkningene av. Resipientundersøkelse i sjø gjennomføres i 2017.

2.4.5 Sosialt miljø

Stavanger kommune har ikke gjennomført innbyggerundersøkelse om folks trivsel, livskvalitet og levevaner slik eksempelvis Bærum kommune har gjort. Det ble imidlertid gjennomført en innbyggerundersøkelse i forbindelse med samtalene mellom Sola, Sandnes og Stavanger om kommunesammenslåing 2015-2016. Den viser blant annet at 73 prosent av innbyggerne føler svært/ ganske stor tilhørighet til nærmiljøet sitt - over det som var resultatene for Sola og Sandnes.²⁸ Flere enn 2 av 3 i Stavanger føler også svært/ ganske stor tilhørighet til den bydelen de bor i.

Stavanger kommune gjennomfører NOVAs ungdomsundersøkelse hvert tredje år, sist gang i 2016. Den viser som tidligere undersøkelser en positiv utvikling i unges levekår. De fleste melder at de er fornøyde med livet sitt, har et godt forhold til sine foreldre og venner de trives sammen med.

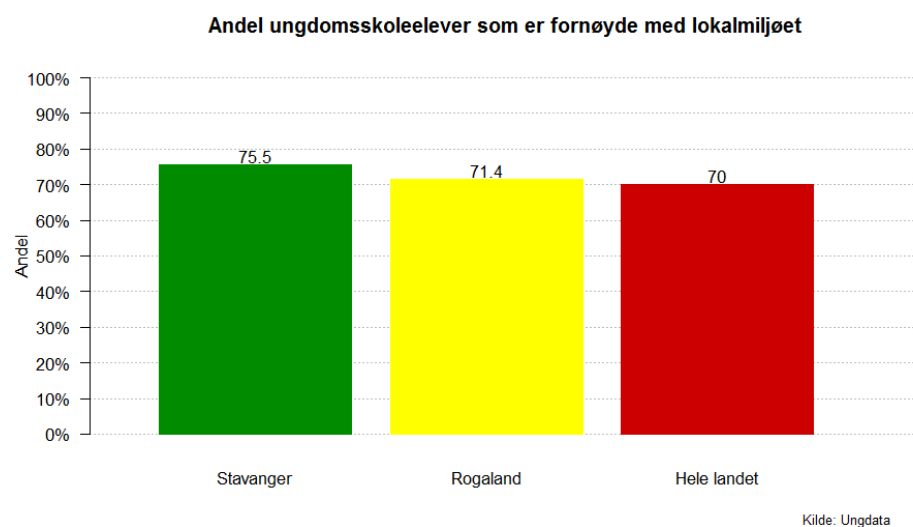
Tilbudet av organisasjoner, fritidstilbud og kulturtilbud påvirker individuell utfoldelse og bidrar samtidig til å skape identitet og tilhørighet til lokalmiljøet. Det samme gjelder tilgangen på åpne møteplasser,

²⁸ Befolkningsundersøkelsen kan lastes ned her... <http://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Samfunnsutvikling/Kommunereformen/Innbyggerundersokelsen/>

rekreasjonsområder og urørt natur. Sosiale møteplasser kan oppmuntre til at folk treffes og knytter kontakt. Dersom kommunen legger til rette for slike møteplasser, kan man styrke sosiale nettverk og dermed fremme helse og forebygge sykdom.

Trygge uteområder og uformelle møteplasser som frister til opphold og sosial kontakt, kan øke følelsen av tilhørighet til nærmiljøet. Eksempler på møteplasser er aktivitetssentre for unge og eldre, kultur- og samfunnshus, parker, turstier og lekeplasser. Flere undersøkelser finner mindre psykiske og fysiske helseproblemer i lokalsamfunn som er preget av tillit, sosial støtte og samhold. Støtte fra familie, naboer, venner og bekjente i lokalsamfunnet er positivt i seg selv, og vil i tillegg virke som en buffer ved negative livshendelser.

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



Figur 35. Andel av ungdomsskoleelevene i Stavanger som er fornøyd med lokalmiljøet (i prosent).

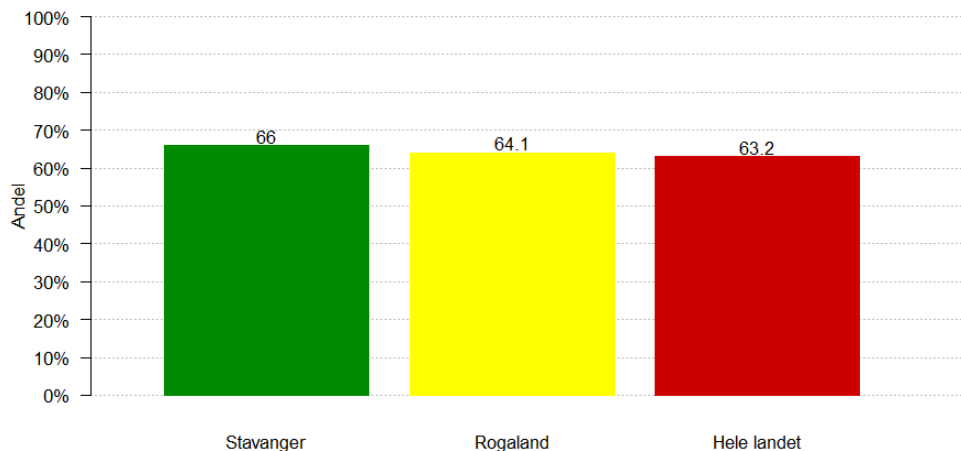
3 av 4 av ungdomsskoleelevene i Stavanger-skolen svarer at de er «svært fornøyd» eller «litt fornøyd» på spørsmålet: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med lokalmiljøet der du bor? Det er høyere enn gjennomsnittet for Rogaland og Norge. Blant bykommunene er det bare Bærum og Bergen som har høyere skår enn Stavanger.

I samme undersøkelse ble det også stilt et spørsmål om de opplever nærmiljøet som trygt i Stavanger. Hele 9 av 10 opplever at det er trygt i det nærmiljøet de tilhører.

Klubber, lag og foreninger er viktige arenaer for samvær med andre unge, og gir andre erfaringer og læringsbetingelser enn eksempelvis skolen. På sitt beste gir organisasjonene ungdom mulighet til å utvikle sine evner, de lærer å fungere i et fellesskap, ytre egne meninger og å jobbe målrettet.

Det å være med i en fritidsorganisasjon kan ha positiv virkning på unges utvikling og psykiske helse.

Andel ungdomsskoleelever medlemmer i en fritidsorganisasjon



Kilde: Ungdata

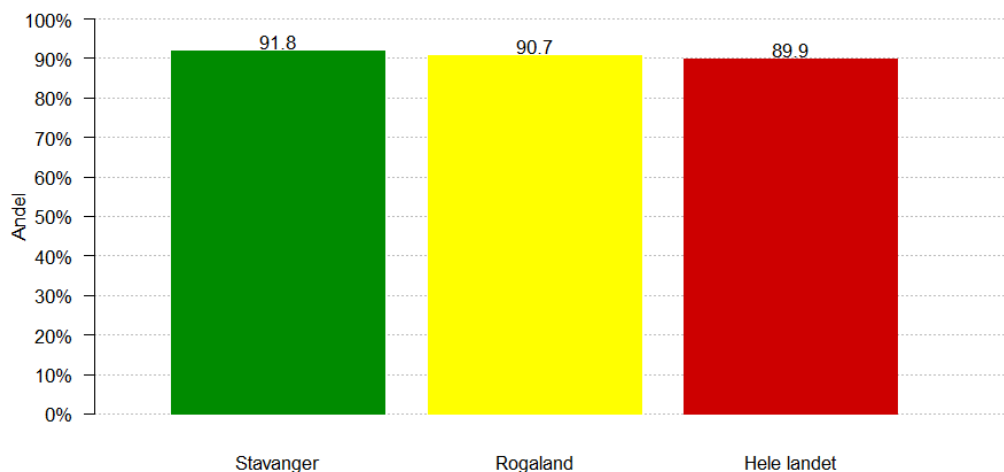
Figur 36. Andel av ungdomsskoleelevene i Stavanger som er medlemmer i en fritidsorganisasjon (i prosent).

2 av 3 av elevene i ungdomsskolen i Stavanger er medlem av (minst) en fritidsorganisasjon. Det er høyere andel enn gjennomsnittet for Rogaland og Norge.

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

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

Andel ungdomsskoleelever som har minst én fortrolig venn



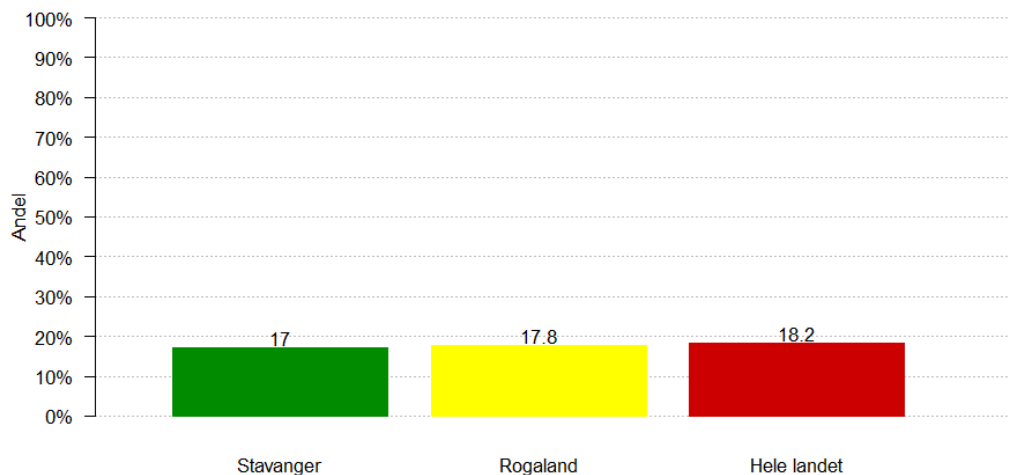
Kilde: Ungdata

Figur 37. Andel av ungdomsskoleelevene i Stavanger som minst har en fortrolig venn (i prosent).

Flere enn 9 av 10 av ungdomsskoleelevene sier at de minst en fortrolig venn. Også her skårer Stavanger høyere enn andelene i Rogaland og i Norge selv om forskjellene er nokså små. Andelen ungdomsskoleelever er de som svarte et av alternativene "Ja, helt sikkert" eller "Ja, det tror jeg" på spørsmålet: "Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?".

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

Ungdommer som plages av ensomhet



Kilde: Ungdata

Figur 38. Andel av ungdomsskoleelevene i Stavanger som plages av ensomhet (i prosent).

17 prosent av ungdomsskoleelevene i Stavanger-skolen sier de plages av ensomhet. Det er en litt lavere andel enn gjennomsnittet for Rogaland og Norge.

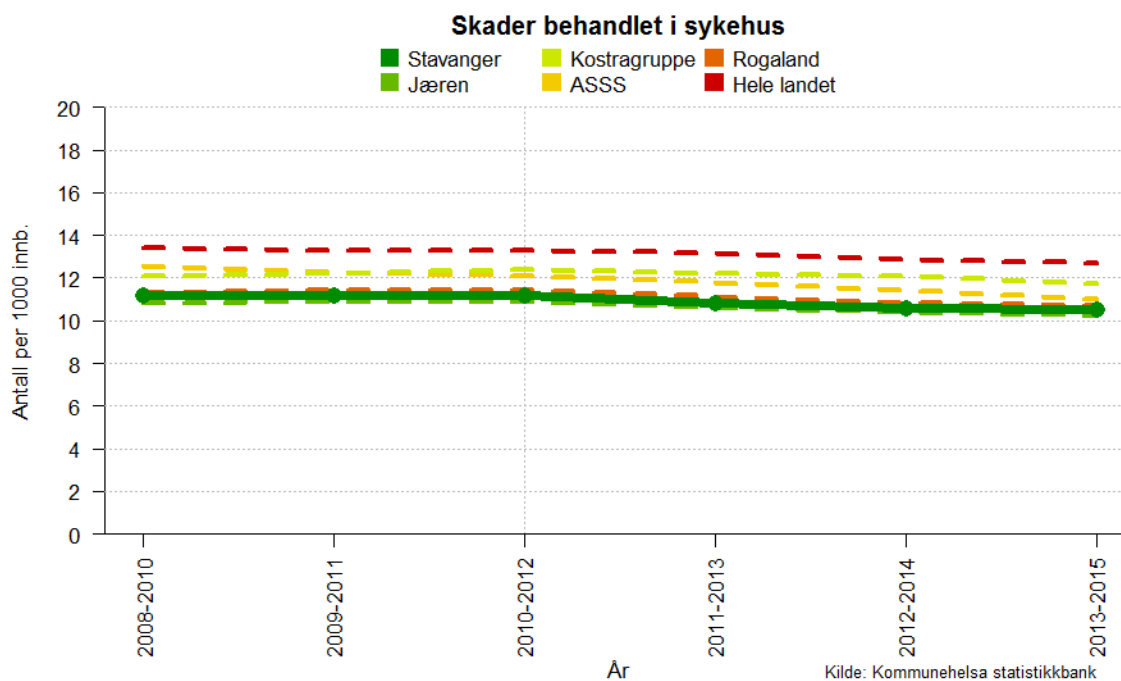
For andre aldersgrupper har vi begrenset kunnskap. På nasjonalt nivå er problemene størst blant de eldste, samt hos ungdom. Kvinner sliter mer med ensomhet enn menn, og det er mye som tyder på en sosial gradient (jf. Rogaland fylkeskommunes oversikt over folkehelsen for mer informasjon).²⁹

Politisk deltakelse er en indikasjon på tillit til det politiske systemet og forteller noe om det politiske engasjementet i befolkningen. Stavanger hadde ved lokalvalget i 2011 en valgdeltakelse på 62,7 prosent, en økning fra de to foregående lokalvalgene.³⁰ I 2015 sank imidlertid valgdeltakelsen til 58,3 prosent. Ved både valgene i 2011 og i 2015 lå valgdeltakelsen i Stavanger lavere enn snittet for Rogaland og Norge.

2.4.6 Skader og ulykker

Selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkeskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet.

Blant ungdom og spesielt unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Ulykker er den viktigste årsaken til dødsfall blant unge personer. Blant menn under 25 år skyldes 1 av 5 dødsfall ulykker. Det er et betydelig potensial for forebygging av skader og ulykker. Sykehusbehandlede personsaker viser kun omfanget av de alvorligste skadene.



Figur 39. Skader oppstått i Stavanger som er behandlet på sykehus (i prosent).

²⁹ Rogaland fylkeskommunes oversiktsrapport for Rogaland.. <http://www.rogfk.no/Vaare-tjenester/Folkehelse>

³⁰ Jf. felles utredningsrapport om kommunereform – 8 kommuners samarbeidet på Jæren... <http://opengov.cloudapp.net/Meetings/STAVANGER/AgendaItems/Details/204146>

I Stavanger behandles drøyt 10 av hver 1000 innbyggere for skade på sykehus årlig. Langtidstendensen er svakt synkende og Stavanger ligger lavest ved sammenligning med andre bykommuner (ASSS) og landet.

Stavanger kommune har utarbeidet en trafikksikkerhetsplan 2014-2017.³¹ I tidsrommet 2003-2012 ble det registrert 1513 skadde og drepte i trafikken. De fleste pådro seg lettere skader. Ulykkesutviklingen har svingninger fra år til år, men trenden for antall ulykker er positiv. I 2003 ble det registrert 133 politirapporterte ulykker, mens det var 109 ulykker i 2012. Tall på kommunenivå etter 2012 foreligger ikke.

Stavanger kommune får årsrapport fra Trygg trafikk hvert år, men det er store mørketall da små ulykker ikke blir meldt, kun ulykker der politiet er involvert. Arbeid med å få bedre ulykkesrapportering er ikke igangsatt. Dette bør inngå i arbeidet med neste revisjon av trafikksikkerhetsplanen. Hvert år blir trafikksikkerheten omkring 5 – 8 skoler vurdert.

2.5 Levevaner

Grunnlaget for god helse legges tidlig i livsløpet. Fysisk inaktivitet, usunt kosthold, høy BMI, røyking og rusmisbruk er de viktigste risikofaktorene for sykdom og tidlig død.³² Morgendagens innbyggere vil i større grad oppleve utfordringer forbundet med livsstilssykdommer. Lengre levealder og flere eldre, betyr at flere vil leve med kroniske og sammensatte sykdommer. En økende innvandrerbefolkning stiller Stavanger overfor utfordringen med å tilpasse tjenestene til andre typer behov og risikofaktorer for sykdom. Studier viser at levevaner ofte følger utdannings- og inntektsnivå. Det betyr at grupper med lengre utdanning og høyere inntekt i gjennomsnitt har gunstigere levevaner og bedre helse enn grupper som har kortere utdanning og lavere inntekt.

I dag finnes det ikke nasjonale registre med gode data om levevaner. I folkehelseprofilen finnes det derfor mest statistikk knyttet til helsemål som sykdommer og dødsårsaker.

2.5.1 Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene er viktig for normal vekst og utvikling. Det virker også positivt på den psykiske helsen, konsentrasjon og læring. Regelmessig fysisk aktivitet i ungdomsårene ser også ut til å være viktig for å skape gode vaner for resten av livet.

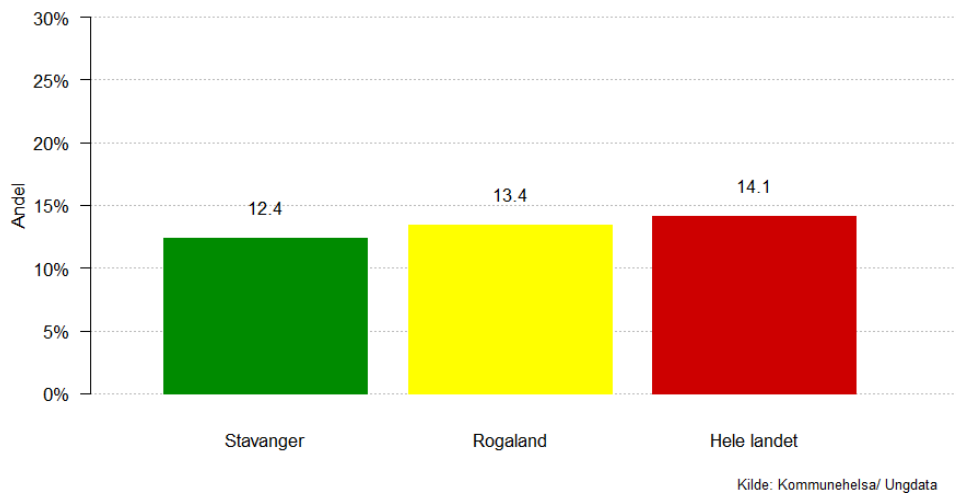
I Stavanger har 99 prosent av befolkningen tilgang til turvei og friområde mindre enn 500 meter fra boligen sin. Vi har imidlertid begrenset med statistikk på kommunenivå som forteller hvor fysisk aktive innbyggerne i Stavanger er. Reisevaneundersøkelsene viser at det har vært en økning i andel fritidsreiser som skjer til fots (fra 32 prosent i 1998 til 42 prosent i 2014), mens sykling ikke har hatt tilsvarende økning når det gjelder fritidsreiser. Sykkelbruken har imidlertid økt i forhold til hverdagsreiser (til jobb/skole) fra 11 prosent i 1998 til 15 prosent i 2014.

Stavanger kommune har plassert ut en rekke målestasjoner for å måle hvor mye folk sykler og går. 1. tertial 2017 ble det registrert totalt 569 000 syklende ved de 14 målestasjonene. Tallene viser en sterk økning fra 107 000 syklende i januar 2017 til 237 000 syklende i april samme år. I samme periode registrerte de fire målestasjonene som måler antall gående, hele 374 000 gående. Også disse tallene viser en klar økning fra januar (91 000 gående) til 143 000 gående i april 2017. Etter hvert som det bygges opp tidsserier vil disse målingene gi en god indikasjon på utviklingen i innbyggernes fysiske aktivitetsnivå.

³¹ Stavangers trafikksikkerhetsplan.. <http://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Vei-og-trafikk/Trafikk/Trafikksikkerhet/Trafikksikkerhetsplan-2014-2017/>

³² Jf. Folkehelse rapporten for 2014. Med levevaner tenker vi her på kosthold, fysisk aktivitet, røyking og annen helsesrelatert atferd.

Fysisk inaktive ungdomsskoleelever, 2016



Figur 40. Fysisk inaktive ungdomsskoleelever i Stavanger og sammenlignet (i prosent).

Andelen fysisk inaktive ungdommer er litt lavere i Stavanger enn gjennomsnittet for Rogaland og Norge. Blant bykommunene er det bare Bærum (10,6 prosent) og Trondheim (10,8 prosent) som har lavere andel. 88 prosent av Stavanger-ungdommene trener minst en gang ukentlig mot 87 prosent på landsbasis.

Det er enkelte forskjeller i andelen fysisk inaktive ungdommer mellom bydelene i Stavanger. Høyest andel fysisk inaktive er det på Storhaug (16 prosent) og i Tasta og Hundvåg (begge 15 prosent inaktive). Lavest er andelen i Hinna (9,5 prosent) og Eiganes og Våland (9,9 prosent).

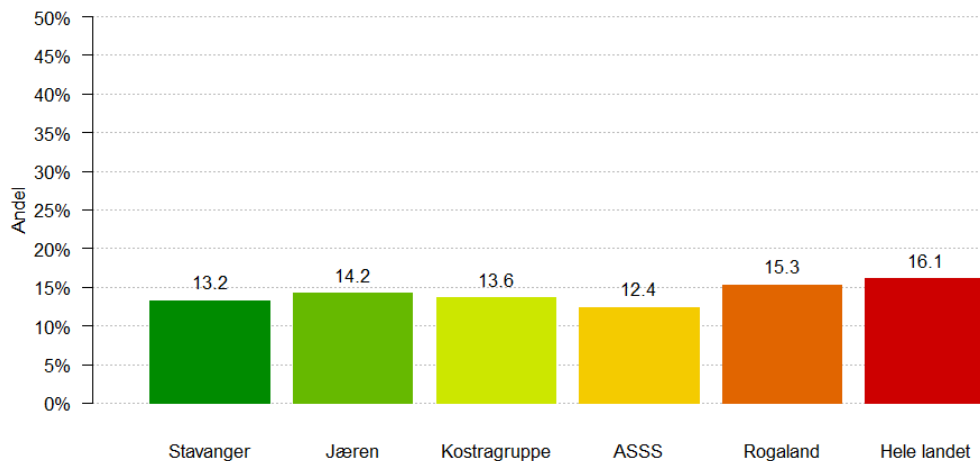
Ungdataundersøkelsen for 2016 viser at 80 prosent av Stavanger-ungdommene mener at tilbudet av idrettsanlegg i nærområdet er bra mot 70 prosent på landsnivå. Dette omfatter de som har svart «svært bra» eller «nokså bra» på spørsmålet: Hvordan opplever du at tilbudet til ungdom er når det gjelder idrettsanlegg?

Fra nasjonale studier vet vi at fysisk aktivitetsnivå reduseres i ungdomsårene, og bare halvparten av 15-åringene tilfredsstillter rådet om minst 60 minutters daglig fysisk aktivitet. Kun 20 prosent av voksne og eldre oppfyller rådet om minst 30 minutter daglig fysisk aktivitet. Bare én av tre (32 prosent) oppfyller Helsedirektoratets minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet om minst 150 minutter moderat fysisk aktivitet per uke eller 75 minutter med høy intensitet. Dette er imidlertid en økning av andelen som oppfyller anbefalingene med fire prosentpoeng siden 2008–2009, men fortsatt er avstanden stor til de nasjonale anbefalingene. Stavangers innbyggere avviker neppe i stor grad fra det vi ser på nasjonalt nivå, men dette vil vi ikke vite sikkert med mindre det gjennomføres egne befolkningsundersøkelser.

2.5.2 Ernæring og overvekt/ fedme

Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser. Det er ingen klar KMI-grense for når sykdomsrisikoen øker eller faller, overgangene er glidende. Overvekt er definert som en kroppsmasseindeks (KMI) på mellom 25 og 29,9, fedme er KMI på 30 eller høyere. KMI beregnes ved å dele kroppsvekt på høyde * høyde.

17-åring med overvekt/fedme på sesjon 1, gjennomsnitt 2012-15

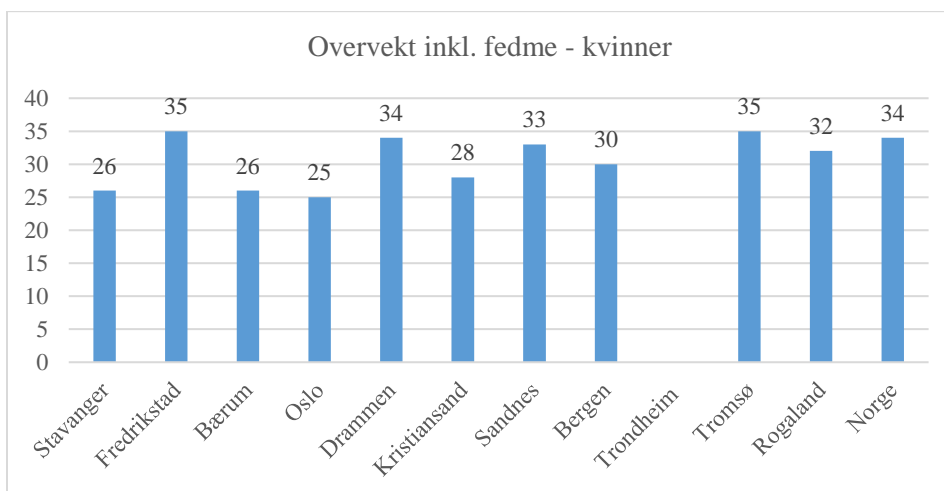


Kilde: Kommnehelsa/ Vernepliktsverket

Figur 41. 17-åring med overvekt/fedme på sesjon 1 – gjennomsnitt 2012-2015 (i prosent).

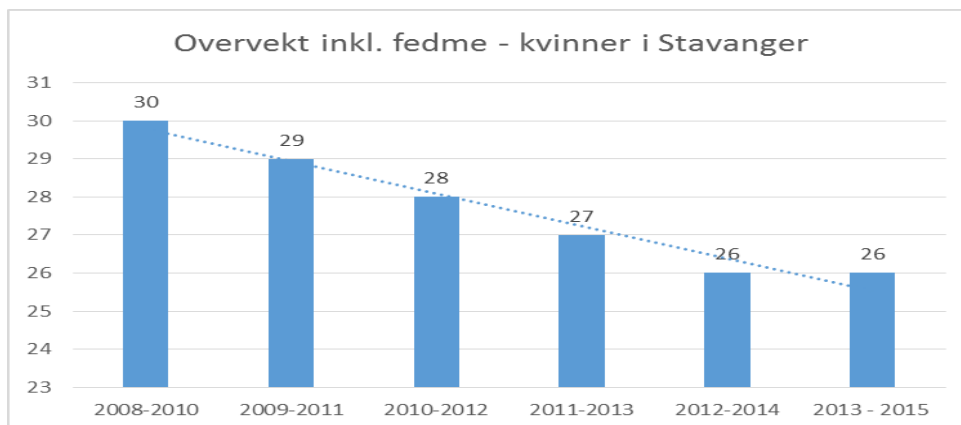
Resultatene viser at 13,2 prosent av 17-åringene på sesjon er overvektige inkl. fedme. Det er lavere enn gjennomsnittet for Rogaland og landet, men litt høyere enn gjennomsnittet for bykommunene (ASSS).

Blant kvinner har vi statistikk på kommunenivå fra helsestasjonskontroller. Den siste statistikken fra Folkehelseinstituttet er en sammenslått tidsserie for årene 2013-2015 (jf. figur 42).



Figur 42. Overvekt inkl. fedme blant kvinner - gjennomsnitt 2013-2015 (i prosent).

Resultatene for Stavanger viser at 1 av 4 kvinner er overvektige inkl. fedme. Kun Oslo har en lavere andel. Det er også en betydelig lavere andel enn gjennomsnittet for Rogaland (32 prosent) og Norge (34 prosent). Sammenholder vi figur 41 og 42 har vi indikasjoner på at en høyere andel kvinner er overvektige enn gutter/menn. Utviklingen for kvinner er imidlertid positiv over tid (jf. figur 43).



Figur 43. Utvikling i overvekt inkl. fedme for kvinner i Stavanger (i prosent).

Andelen overvektige kvinner har gått ned fra 30 prosent i 2008-2010 til 26 prosent i 2013-2015.³³

Det finnes lite statistikk om kosthold på kommunenivå. Nasjonale undersøkelser viser at det over lang tid har skjedd en positiv utvikling i kostholdet i Norge, som økt forbruk av frukt og grønnsaker over tid og nedgang i sukkerforbruket.³⁴ Forbruket av sukker har minsket fra 43 til 27 kilo per innbygger de 10 siste årene og forbruket av grønnsaker økt med drøyt 20 prosent og forbruket av frukt og bær økt med nesten 10 prosent. Fra 2014 til 2015 har det vært noe økning for grønnsaker og noe reduksjon for frukt og bær.

Det har også vært en overgang fra fete til magrere melketyper siden 1980-årene. Forbruket av helmelk og fløte som har gått mye ned over lang tid, gikk også noe ned i 2015. Kjøttforbruket øker over tid – og det er lite endring i fiskeforbruket. I de siste ti årene har kjøttforbruket økt med ca. 7 prosent, fra 71 kg til 76 kg per innbygger per år. Kjøttforbruket gikk noe ned i 2014, men økte noe igjen i 2015. Fiskeforbruket er vesentlig lavere enn kjøttforbruket. Regnet som hel urensset fisk (rund vekt) har forbruket holdt seg rundt 50 kg per innbygger de siste ti årene. Fra midten av 1970-årene til begynnelsen av 1990-årene gikk kostens fettinnhold ned fra om lag 40 til 35 prosent av kostens energiinnhold. Andelen mettede fettsyrer gikk ned fra 16 til 14 energiprosent i samme tidsrom. I perioden 2000–2015 har kostens fettinnhold økt etter å ha vært relativt uforandret i over ti år. Over tid har det vært en vridning mot fete ostetyper. Og folks saltinntak er fortsatt dobbelt så høyt som anbefalt. Alt i alt er det fortsatt en del ernæringsmessige utfordringer som gir seg utslag i økt forekomst av livsstilssykdommer i årene som kommer.

2.5.3 Alkohol og ulovlige rusmidler

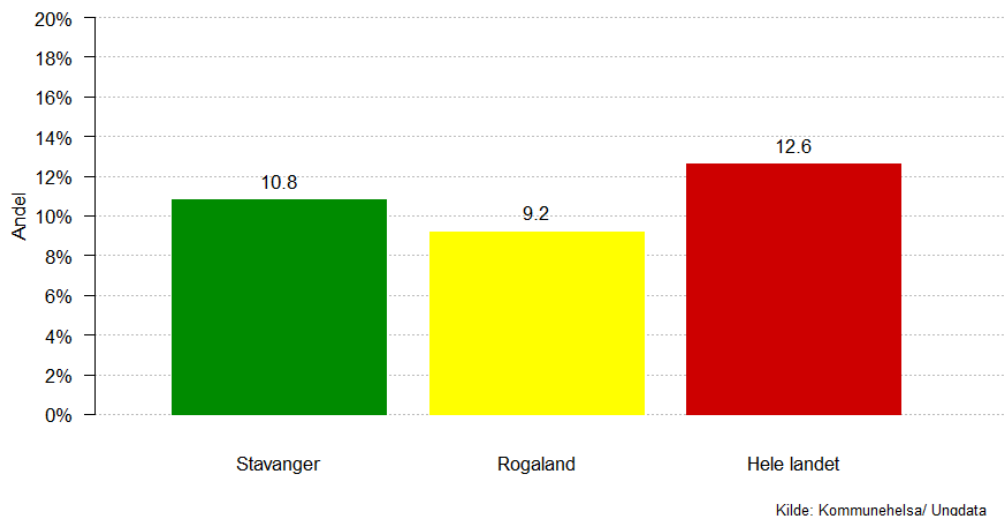
Konsekvensene for helsa av å drikke alkohol henger sammen med mengde og over hvor lang tid inntaket har vært høyt. Heller ikke på dette området finnes god statistikk på kommunenivå. På nasjonalt nivå gjøres imidlertid grundige studier av alkohol- og annen rusbruk.³⁵ Vi drikker nesten 8 liter ren alkohol i året per voksen og forbruket har økt med 40 prosent de siste 20 årene. Alkoholbruk blant ungdom har imidlertid gått ned, mens flere kvinner drikker alkohol. Alkoholbruk øker med økende utdanning og inntekt, men færre i denne gruppen blir avhengige. 10 – 20 prosent får problemer med alkohol eller andre rusmidler i en kortere eller lengre periode i løpet av livet.

³³ Når det gjelder barn viser nasjonale undersøkelser at ett av seks barn har overvekt eller fedme, men at økningen i andelen med overvekt og fedme ser ut til å ha stoppet opp hos barn (Jf. Folkehelse rapporten 2014).

³⁴ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1257/Utviklingen-i-norsk-kosthold-2016-IS-2558.pdf>

³⁵ https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rusmidler_i_norge_2016.pdf

Andel ungdomsskoleelever som har vært beruset, 2016



Figur 44. Andel ungdomsskoleelever som har vært beruset i Stavanger (i prosent).

Blant Stavanger-ungdommen er det 10,8 prosent som svarer at de minst én gang siste 12 måneder har «drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset». Det er lavere enn landsgjennomsnittet, men litt høyere enn gjennomsnittet for Rogaland. Blant bykommunene har Fredrikstad, Drammen, Kristiansand og Sandnes lavere andel av ungdomsskoleelever som har vært beruset. Mellom bydelene i Stavanger er det også forskjeller – mellom Tasta (15 prosent) og Storhaug (14 prosent) som ligger høyest og Hillevåg (7,8 prosent) og Hinna (8,4 prosent) som har laveste andeler blant ungdommene.

Ungdata-undersøkelsen for 2016 viser videre at 12 prosent av Stavanger-ungdommene har svart «ja, flere ganger» eller «ja, én gang» på spørsmålet: Har du i løpet av det siste året blitt tilbudt hasj eller marihuana? Landsgjennomsnittet er 10 prosent. Det er imidlertid bare 3 prosent som svarer at de minst én gang siste 12 måneder har «brukt hasj eller marihuana». Det er det samme som landsgjennomsnittet.

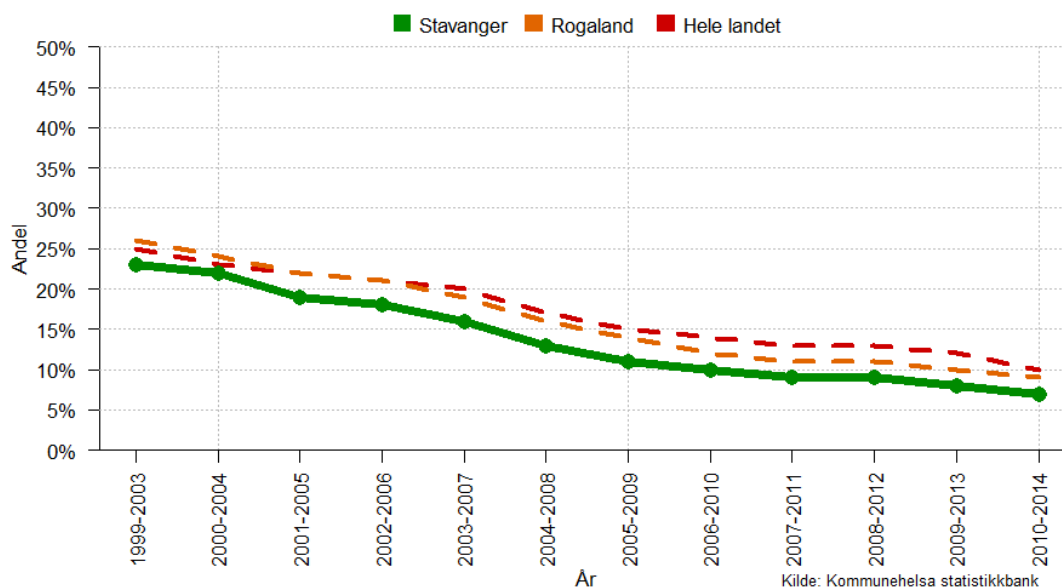
2.5.4 Røyking

Andelen som røyker i den norske befolkningen har gått jevnt og trutt nedover, men fortsatt røyker så mange som 17 prosent daglig. Røyking er den levevanen som har størst negativ betydning for folkehelsen. Forekomst av røykerelaterte sykdommer som KOLS, lungekreft og hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens røykevaner over tid.

Det er store sosiale forskjeller i røykeatferd. Dagligrøyking varierer sterkt mellom ulike utdanningsgrupper. Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at de som røyker daglig, i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere, og at 25 prosent av dagligrøykerne, dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere.

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

Andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll



Figur 45. Andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll (i prosent).

Andel fødende i Stavanger som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll har gått klart nedover de siste 15 årene. Kun drøyt 6 prosent røykte ved første svangerskapskontroll i 2010-2014. Ungdata-undersøkelsen for 2016 viser at kun 2 prosent av Stavanger-ungdommene røyker «minst ukentlig».

Andelen røykere i befolkningen er på vei ned, men blant ungdom og unge voksne ser det ut til at snus har overtatt noe for røyking. Snus er ikke like helseskadelig som sigaretter, men er avhengighetsskapende og inneholder enkelte helseskadelige og kreftfremkallende stoffer. Ungdata-undersøkelsen for 2016 viser imidlertid at kun 3 prosent av Stavanger-ungdommene snuser «minst ukentlig» mot 5 prosent på landsnivå. Hvordan det er i voksen-befolkningen i Stavanger vet vi lite om.

2.6 Helsetilstand

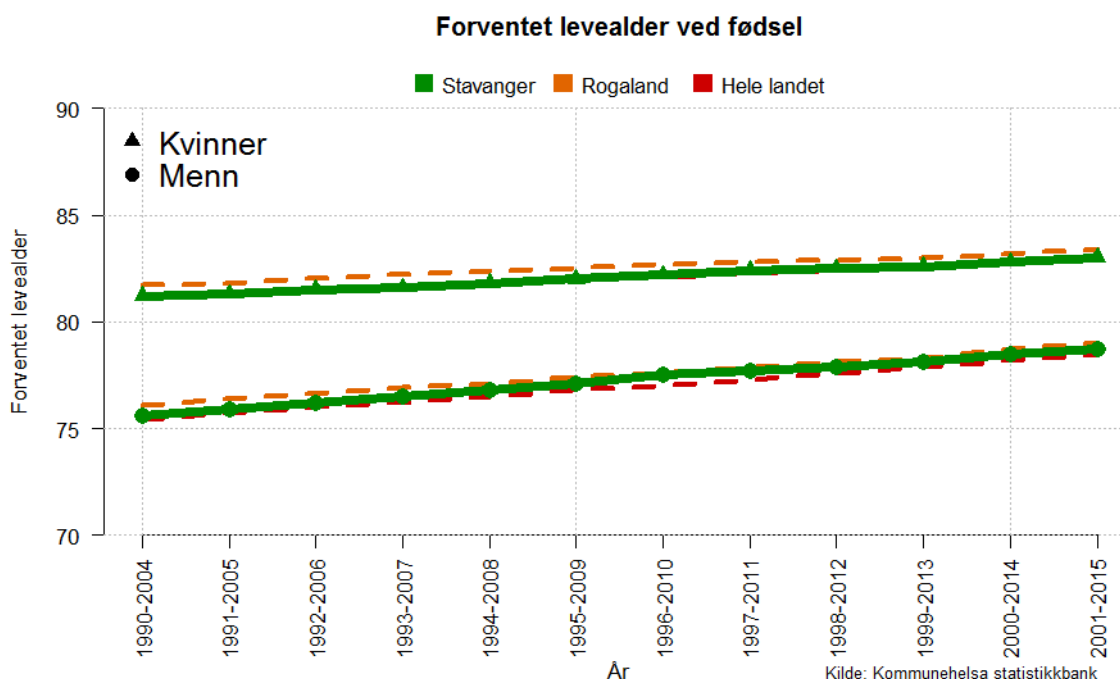
Historisk har levealderen blitt stadig lengre og folk har gjennomgående fått bedre helse. På 100 år har levealderen for kvinner økt med 25 år og for menn med 24 år i Norge. Norge ligger på 12 plass for kvinner i verden og på 9 plass for menn når det gjelder levealder.

De smittsomme sykdommene har fått mindre betydning, mens livsstilsrelaterte sykdommer får stadig større utbredelse. Per i dag er de viktigste årsakene til tapte leveår hjerteinfarkt, lungkreft, hjerneslag, demens, tykktarm/endetarmkreft og KOLS. Mange av disse sykdommene er mulige å forebygge gjennom utjevning av sosiale forskjeller og gjennom valg av sunne levevaner.³⁶

Det er også slik at befolkningen i større utstrekning lever med sine sykdommer selv om de medfører helsetap. De viktigste eksemplene på slike «leve-med-sykdommer» er rygglidelser, angst, depresjon, hudsykdommer, sykdommer i syn og hørsel, fallskader og diabetes.

2.6.1 Levealder

Figur 46 viser at levealderen i Stavanger har økt for både kvinner og menn, men at avstanden mellom kvinner og menn har blitt litt mindre over tid. Tallmaterialet for denne figuren er hentet fra SSB og avviker noe fra folkehelseprofilene på grunn av at det her oppgis verdier for hvert år, mens FHI opererer med løpende gjennomsnitt for lengre perioder (Rogaland fylkeskommunes utvidede folkehelseprofil for Stavanger 2017).

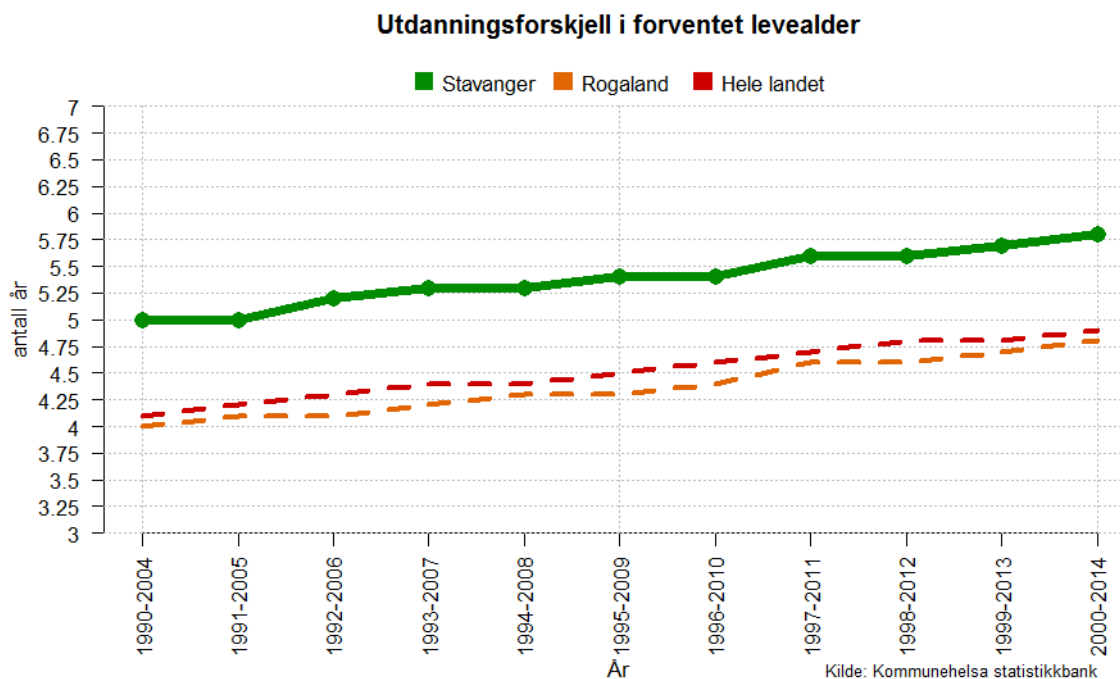


Figur 46. Forventet levealder ved fødsel i Stavanger (absolutte tall).

De siste 10-årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Kvinner med lav utdanning har dårligst utvikling i levealder. Utjevning av sosiale helseforskjeller er derfor en viktig målsetting i Stavanger kommunes folkehelsearbeid.

³⁶ Jf. rapporten *Sykdomsbyrde i Norge 1990–2013*. Rapporten gir en detaljert oversikt over dødelighet og sykkelighet (helsetap) i den norske befolkningen, og endringer som har skjedd siden 1990. <https://fhi.no/publ/2016/sykdomsbyrde-i-norge-1990-2013/>

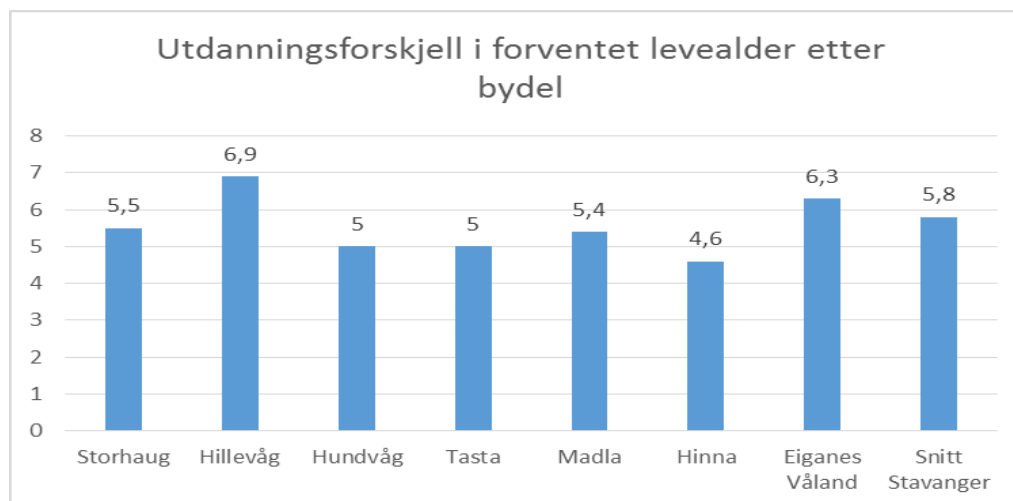
Neste figur viser hvordan levealder varierer med utdanningsnivå.



Figur 47. Forventet levealder etter utdanningsnivå (absolutte tall).

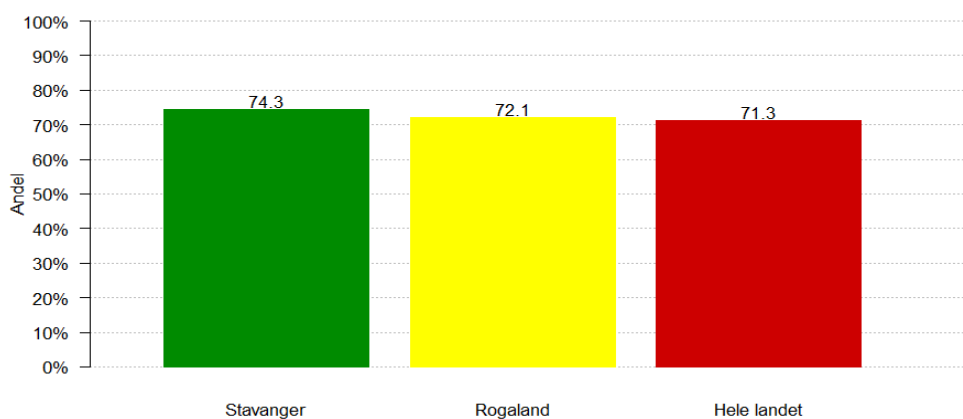
I Stavanger er det betydelig større forskjell i forventet levealder etter utdanningsnivå sammenlignet med tallene for Rogaland og hele landet. Over tid er det en økning i denne forskjellen. Forskjellen var 5,6 år i 1998-2012, i 1999-2013 var den 5,7 for så å øke til 5,8 i 2000-2014. I figuren er antall år forventet levealder for en person med høyere utdanning, sett i forhold til en person med kun grunnskoleutdanning.

Det er forskjeller mellom bydelene i forhold til hvor mye utdanning betyr for levealder. I Hillevåg er forskjellen hele 6,9 år og i Eiganes og Våland 6,3 år, mens den er 4,6 år i Hinna bydel.



Egenvurdert helse er en viktig indikator for sykkelighet og bruk av helsetjenester, og anvendes til å overvåke befolkningens helsestatus over tid. Nasjonale undersøkelser viser at de aller fleste har en positiv innstilling til egen helse, og litt flere unge enn eldre vurderer sin egen helse som god.

Andel ungdomsskoleelever som er fornøyde med egen helse, 2016



Kilde: Ungdata/ Kommunehelse statistikkbank

Figur 48. Andel ungdomsskoleelever i Stavanger som er fornøyd med egen helse (i prosent).

74,3 prosent av ungdomsskoleelevene i Stavanger er fornøyd med egen helse. Dette er andel ungdomsskoleelever som svarte et av alternativene «svært fornøyd» eller «litt fornøyd» på spørsmålet: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med helsa di? Dette er litt høyere enn snittet for Rogaland og Norge.

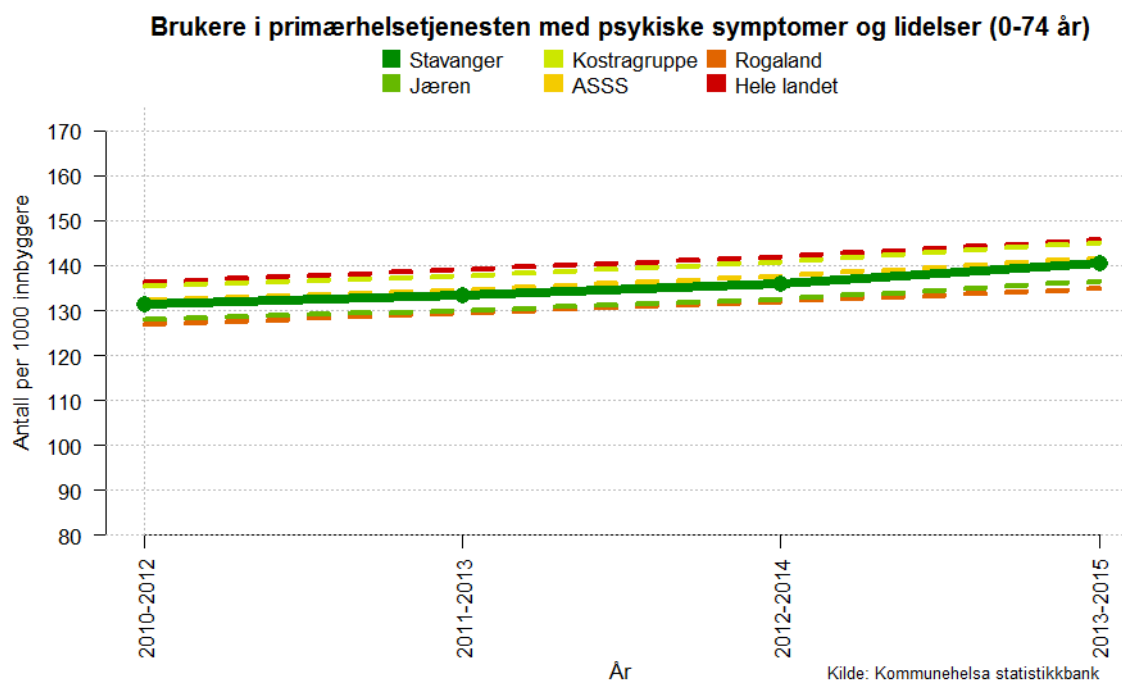
I Ungdata-undersøkelsen i 2016 ble det stilt et spørsmål til elevene om de «daglig plages av minst én av følgende helseplager: Hodepine, nakke- og skuldersmerter, ledd- og muskelsmerter, magesmerter, kvalme, hjertebank». 11 prosent av Stavanger-ungdommene svarte bekreftende på dette spørsmålet mot 12 prosent på landsbasis.

2.6.2 Forekomst av forebyggbare sykdommer

Psykiske plager og lidelser

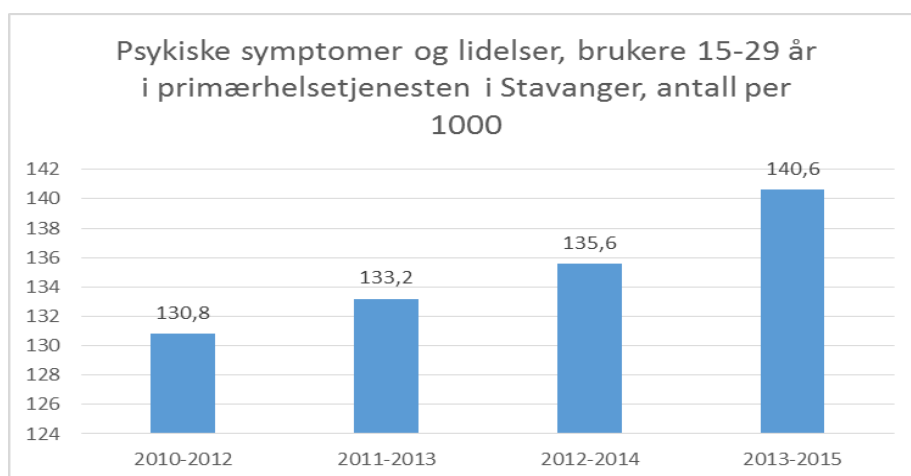
Norge er på verdenstoppen i livskvalitet og lykke, men psykisk helse er likevel et stort folkehelseproblem. 8 prosent av barn og unge har i Norge en psykisk lidelse. I løpet av ett år vil 10-30 prosent av den voksne befolkningen få en eller flere psykiske lidelser.

Bruk av primærhelsetjenesten gir informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom. Bruken kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner i befolkningen som påvirker helsa.



Figur 49. Brukere av primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser 0-74 år (antall per 1000 innb.).

Figuren over viser at det har vært en økning over tid av brukere i primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser. Det gjelder både i Stavanger, i andre bykommuner (ASSS), fylket og Norge. Stavanger ligger litt høyere enn gjennomsnittet for Rogaland.



Figur 50. Brukere av primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser 15-29 år (antall per 1000 innb.).

Fra 2010-2012 til 2013-2015 (treårige gjennomsnitt) har antall unge brukere i Stavanger med psykiske symptomer og lidelser økt fra ca. 130 personer per 1000 til over 140.

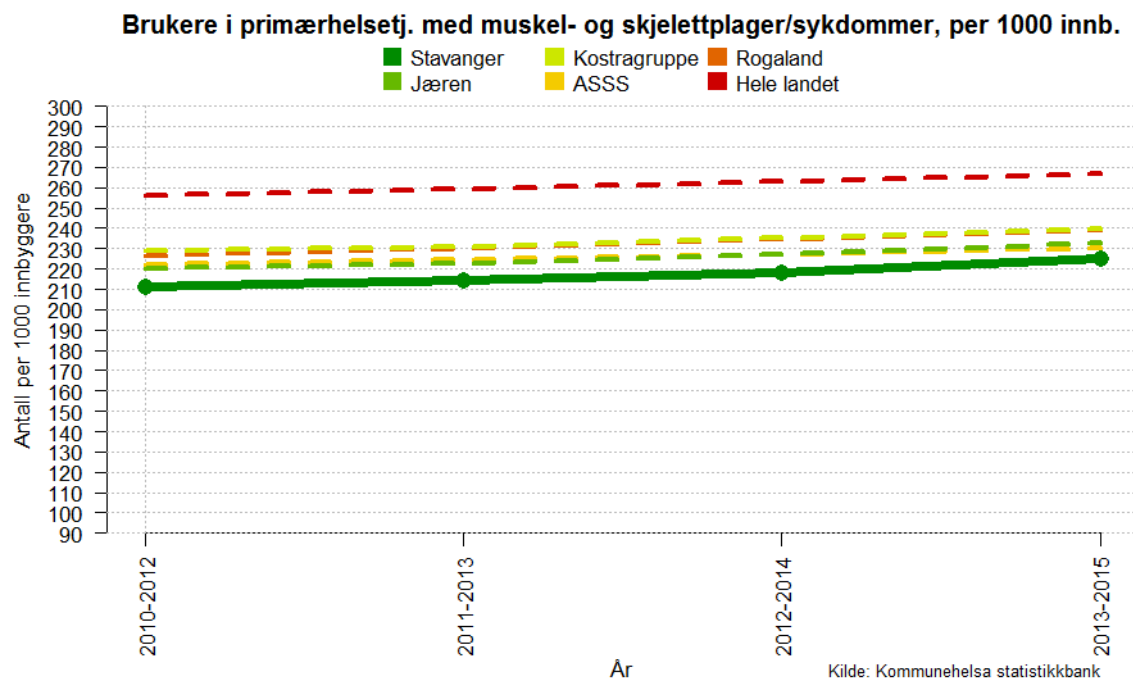
Stavanger gjennomførte i 2016 en ny Ungdata-undersøkelse blant ungdomsskoleelevene i Stavanger-skolen. Undersøkelsen viser at 11 prosent av ungdomsskoleelevene i Stavanger har et deprimert stemningsleie mot 12 prosent på landsbasis. Dette er andelen som i gjennomsnitt har vært «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av følgende ting sist uke: Følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt deg ulykkelig, trist eller deprimert, følt håpløshet med tanke på framtida, følt deg stiv eller ansent og bekymret deg for mye om ting. 19 prosent av jentene og seks prosent av guttene rapporterer om depressive plager og symptomer. Både utviklingen i antall unge brukere i

primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser og Ungdata-undersøkelsene tilsier at dette er et utfordringsområde som bør følges nøye i årene som kommer.

Muskel- og skjelettplager

Psykiske plager og lidelser og muskel- og skjelettlidelser er de to viktigste årsakene til lengre sykefravær og uførhet (Samdata 2017). Folkehelseprofilen for Stavanger for 2017 viser at forekomsten av muskel- og skjelettplager er relativt lav i Stavanger sammenlignet med andre kommuner. Faktisk er Stavanger blant de 10 kommunene i Norge med lavest forekomst av muskel- og skjelettplager.³⁷

Neste figur viser utviklingen i muskel og skjelettplager for Stavanger 2010-2012 - 2013-2015.



Figur 51. Brukere av primærhelsetjenesten med muskel- og skjelettplager (antall per 1000 innb.).

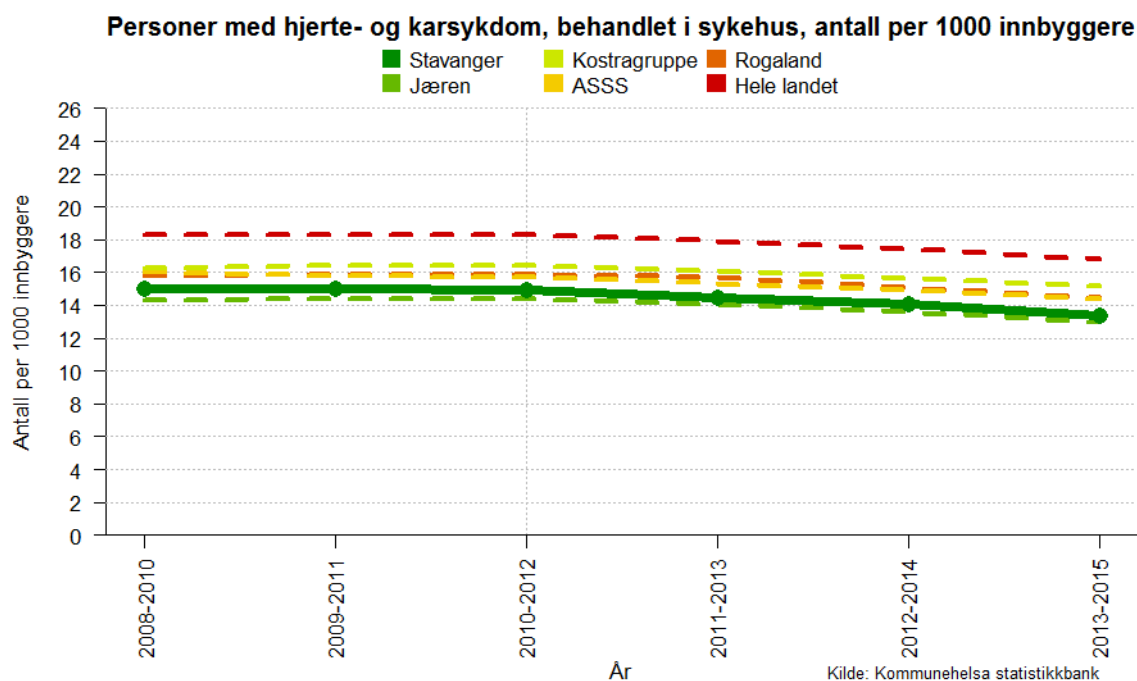
Utviklingen i antall brukere i primærhelsetjenesten med muskel- og skjelettplager og -sykdommer, per 1000 innbyggere, er økende i Stavanger i likhet med andre bykommuner (ASSS), Rogaland og Norge. Fortsatt er imidlertid forekomsten lavere enn de kommunegrupper det er sammenlignet med.

Hjerte- og karsykdommer

Nasjonale undersøkelser viser at det har vært en formidabel nedgang i dødelighet de siste 40 årene som skyldes hjerte- og karsykdommer (Folkehelseinstituttet 2016, Samdata 2017). Hjertesykdom utgjør 15% av tapte leveår, redusert med 54% siden 1990, mens hjerneslag utgjør 7% av tapte leveår, redusert med 42% siden 1990. Fortsatt er det imidlertid slik at omtrent 25 prosent av tapte leveår i Norge i 2015 skyldes ulike hjerte- og karsykdommer. Det er også store sosiale forskjeller forbundet med hjerte- og karsykdommer, der de med lavest sosioøkonomisk status er langt mer utsatt for sykdom enn de høyere opp på den sosiale gradienten. Utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene fortsatt vil ramme mange og at det derfor finnes et stort forebyggingspotensiale.

Neste figur viser utviklingen i hjerte- og karsykdom i Stavanger 2008-2010 - 2013-2015.

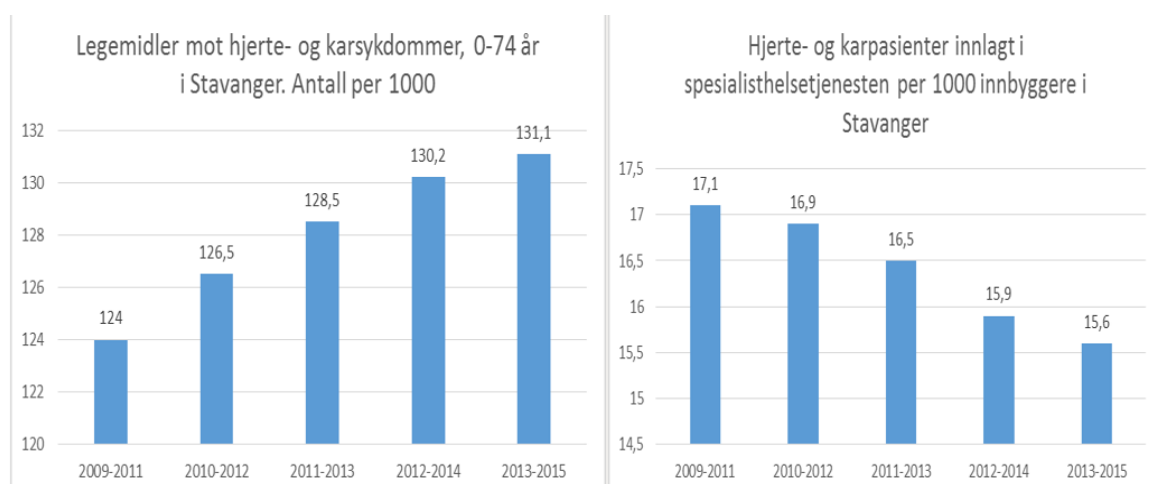
³⁷ Folkehelseprofilen for Stavanger 2017 <https://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1103&sp=1&PDFaar=2017>



Figur 52. Personer med hjerte- og karsykdom, behandlet i sykehus (antall per 1000 innb.).

Utviklingen i Stavanger er som for landet for øvrig nedadgående. Stavanger har lavere forekomst av hjerte- og karsykdommer enn gjennomsnittet for bykommunene (ASSS), fylket og landet.

Neste figur viser at bruken av legemidler mot hjerte- og karsykdommer har økt de senere år, samtidig som vi i samme periode har hatt en nedgang i hjerte- og karpasienter per 1000 innbyggere i Stavanger.



Figur 53. Utviklingen i legemidler mot hjerte- og karsykdommer 0-74 år i Stavanger sammenlignet med antall personer med hjerte- og karsykdom, behandlet i sykehus (antall per 1000 innb.).

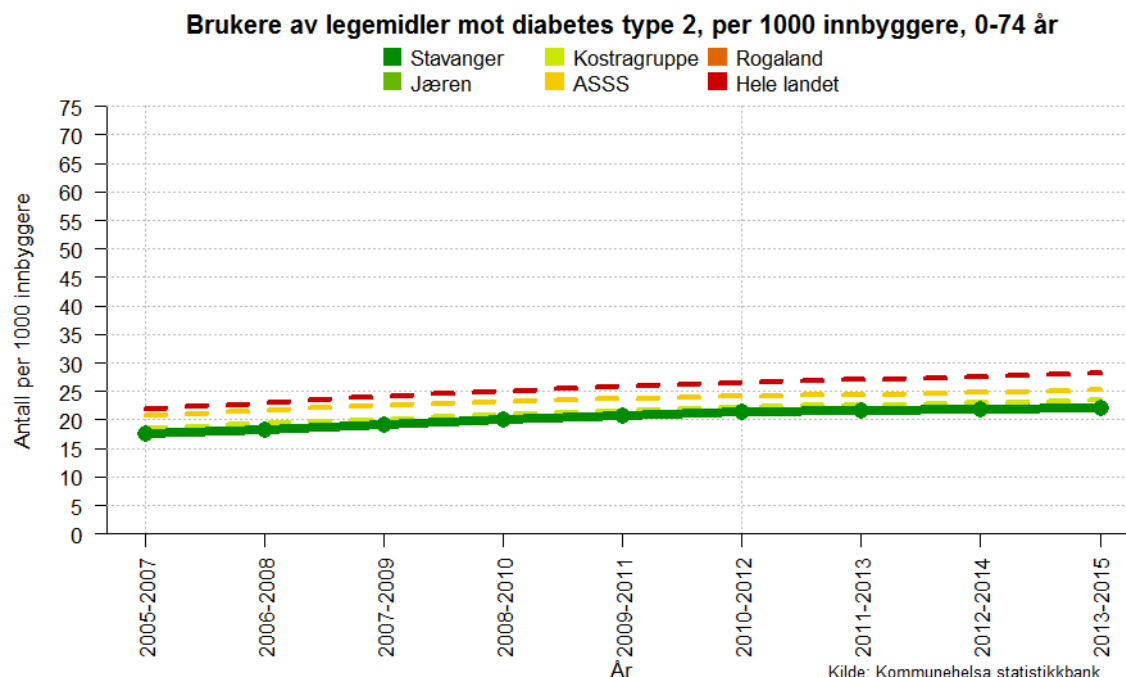
Diabetes type 2

Diabetes type 2 er en gruppe sykdommer som defineres ved høyt blodsukker. Flere menn enn kvinner har diabetes og forekomsten øker med alder (Samdata 2017). Usunn livsstil er risikofaktorer for å utvikle diabetes type 2, og kosthold, mosjon og vektreduksjon kan for noen normalisere blodsukkeret og holde sykdommen under kontroll. Andre trenger medikamenter for å få ned blodsukkeret og bruk av midler til behandling av type 2-diabetes kan brukes som en indikator på forekomst av type 2-diabetes i befolkningen. Med årene kan imidlertid insulinproduksjonen reduseres, og det blir nødvendig med insulinsprøyter på samme måte som ved type 1-diabetes. Overvekt er en viktig

risikofaktor for utvikling av type 2-diabetes og forekomst av type 2-diabetes kan derfor gjenspeile befolkningens levevaner.

Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men kan være en indikator på forekomst i befolkningen. For flere sykdomsgrupper har vi manglende oversikt over utbredelsen. Bruk av legemidler til behandling kan si noen om utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. For type 2-diabetes kan legemiddelbruk gi en pekepinn på potensialet for forebyggende innsats.

Neste figur viser brukere av legemidler mot diabetes type 2 for Stavanger 2005-2007 - 2013-2015.



Figur 54. Brukere av legemidler mot diabetes type 2 per 1000 innbyggere.

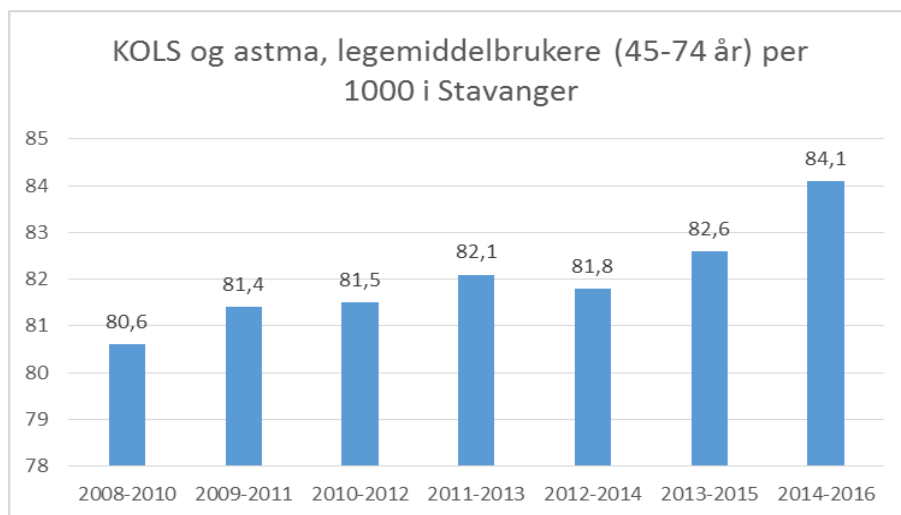
Antallet brukere viser en svak økning over tid for Stavangers del. Selv om det er økning over tid, har Stavanger relativt færre brukere av denne type legemidler enn andre bykommuner og snittet for Norge.³⁸

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

Forekomsten av KOLS øker med alder og røyking er den viktigste risikofaktoren for å utvikle KOLS. Symptomene varierer fra lett hoste til invalidiserende tung pust selv ved hvile. I Norge er forekomsten usikker, og mange går trolig udiagnostisert. Tall fra Dødsårsaksregisteret viser at KOLS var årsak til 2 100 dødsfall i 2015.

Statistikken i Kommunehelse gjelder legemiddelbrukere 45-74 år i forhold til KOLS og astma. Det finnes dermed ikke tall på kommunenivå som alene sier noe om utviklingen i KOLS.

³⁸ I figuren er benyttet tall for gruppen 0-74 år, mens tallene i FHIs folkehelseprofiler er for gruppen 30-74 år.



Figur 55. Brukere av legemidler mot KOLS og astma (45-74 år) per 1000 innbyggere.

Utviklingen over tid viser en liten økning i legemiddelbrukere for Stavangers del når vi legger disse tallene om KOLS og astma til grunn.

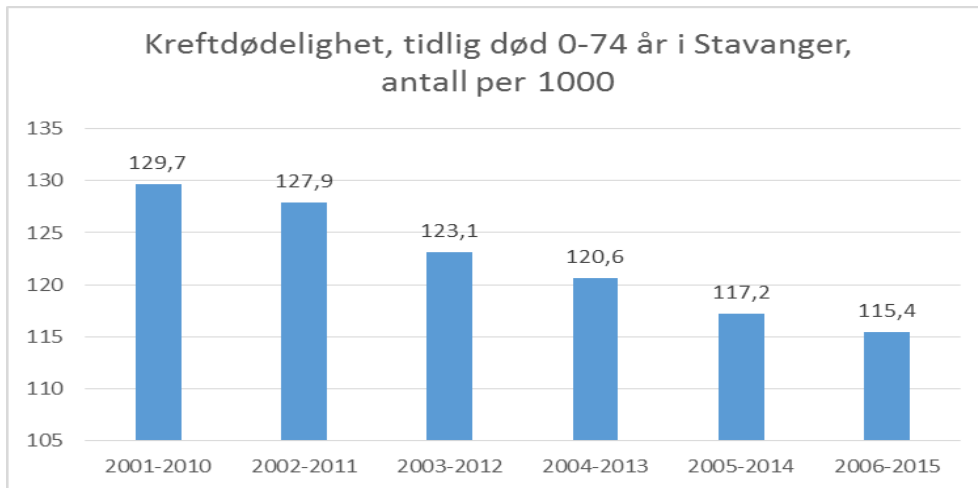
Kreft

Kreft er ikke én enkelt sykdom, men en fellesbetegnelse for en rekke sykdommer som kan ha forskjellige risikofaktorer og ulik sykdomsutvikling. Det tar ofte lang tid fra eksponering til man utvikler kreft, og mange faktorer kan derfor medvirke til at sykdommen oppstår.

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

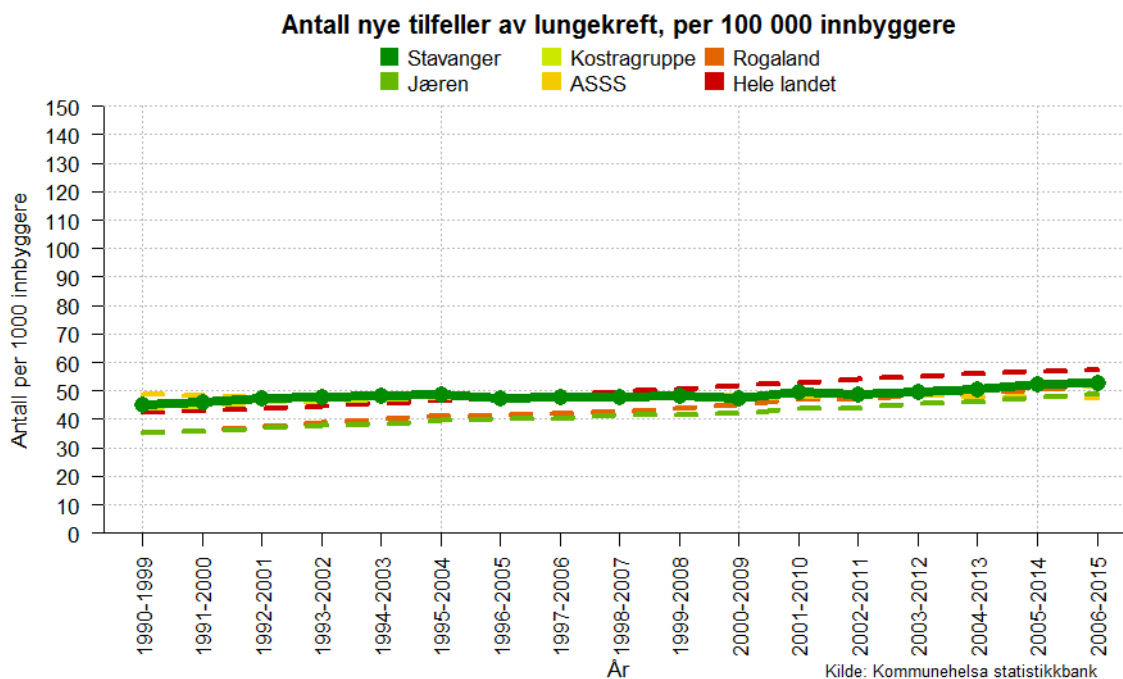
Utviklingen på nasjonalt nivå viser flere krefttilfeller. I perioden 2011-2016 var det en økning på 10-20 prosent avhengig av type kreft. Økning i levealder gir flere eldre og flere krefttilfeller.

Flere lever imidlertid lengre med kreft noe neste figur viser for Stavangers del. Dette er statistikk hentet fra KommuneHelsa som omfatter lungekreft, brystkreft og prostatakreft.



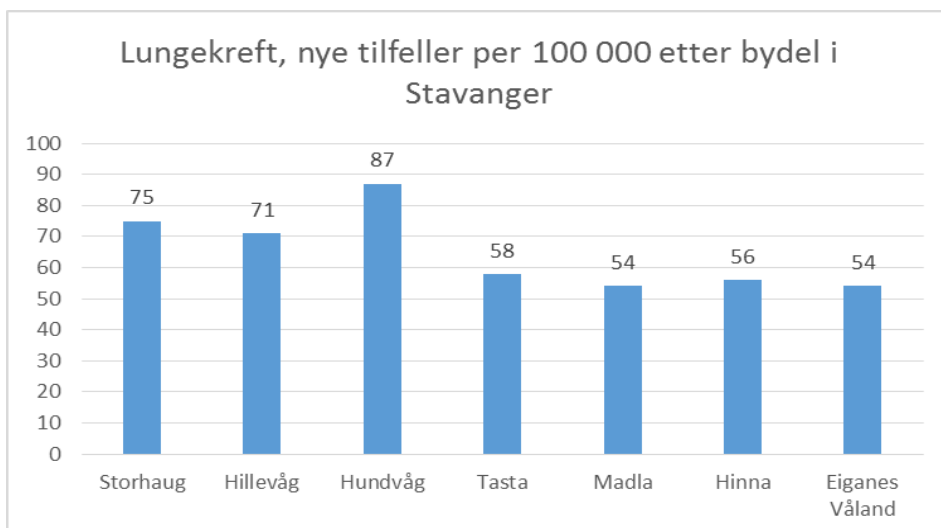
Figur 56. Kreftdødelighet, tidlig død 0-74 år i Stavanger, antall per 1000 innbyggere.

Stavanger har historisk ligget relativt høyt når det gjelder nye tilfeller av lungekreft og Folkehelseprofilen for 2017 viser at Stavanger fortsatt skårer høyere enn gjennomsnittet for Rogaland og landsgjennomsnittet. Trenden vil trolig fortsette enda en tid fordi forekomsten av lungekreft er nøye forbundet med hvor mange som begynte å røyke de første 10-årene etter 2. verdenskrig.



Figur 54. Antall nye tilfeller av lungekreft i Stavanger, antall per 100 000 innbyggere.

Neste figur viser fordelingen av nye tilfeller av lungekreft på bydel. Hundvåg og Storhaug har klart høyere forekomst av nye tilfeller av lungekreft enn den Madla og Eiganes og Våland har.

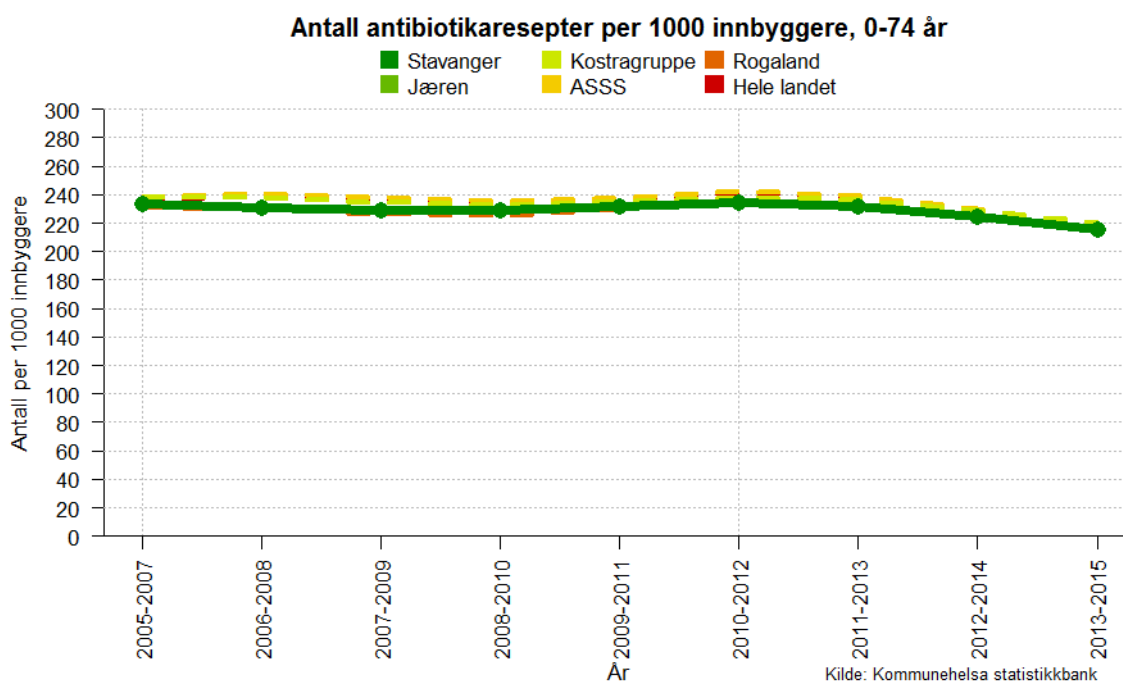


Figur 57. Antall nye tilfeller av lungekreft i Stavanger etter bydel, antall per 100 000 innbyggere (gjennomsnitt for 2006-2015).

Bruk av antibiotika

Antibiotika er effektive medisiner i behandling av infeksjoner som skyldes bakterier. Antibiotika har gjennom historien revolusjonert behandlingen av infeksjonssykdommer. Feil bruk av antibiotika kan føre til utvikling av antibiotikaresistente bakterier. Det betyr at antibiotika ikke lenger har effekt på disse bakteriene. Det er en helsepolitisk målsetting å redusere bruken av antibiotika.

Neste figur viser utviklingen i antall antibiotikaresepter i Stavanger 2005-2007 - 2013-2015



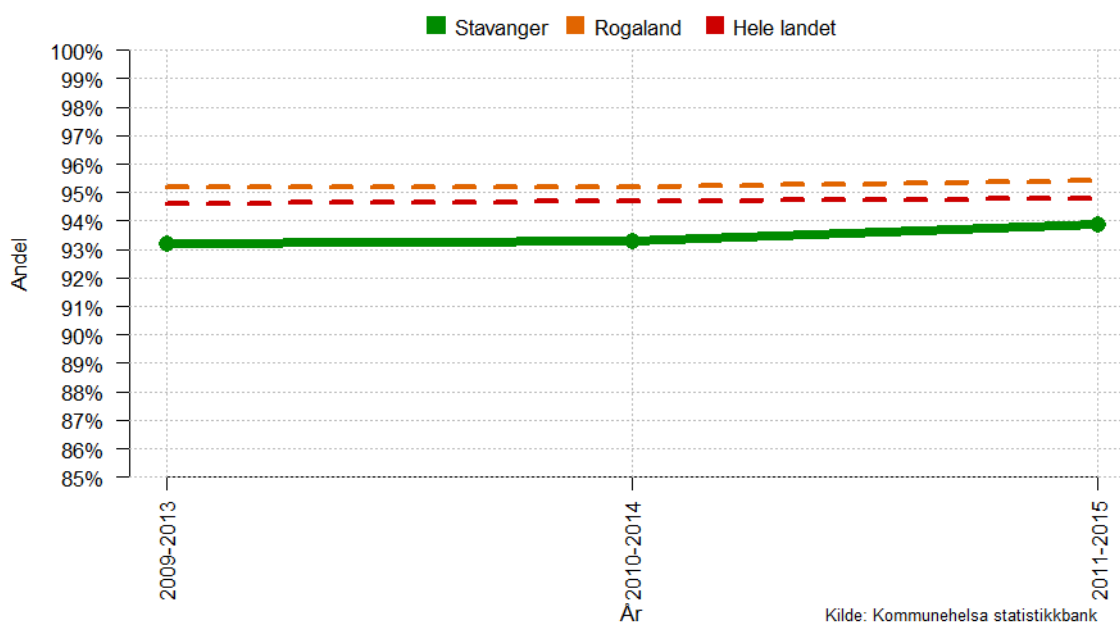
Figur 58. Utviklingen i antall antibiotikaresepter i Stavanger, antall per 100 000 innbyggere 0-74 år.

Fra 2010-2012 har det vært en nedgang i antall antibiotikaresepter i Stavanger. Her følger Stavanger i all hovedsak utviklingen i Rogaland for øvrig og i utviklingen generelt i Norge.

Vaksinasjonsdekning mot meslinger

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

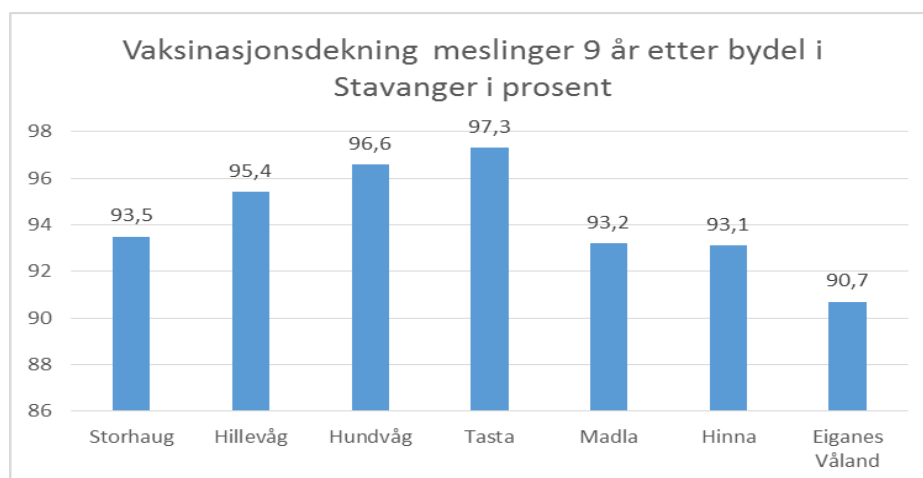
Neste figur viser utviklingen i vaksinasjonsdekning mot meslinger for 9-åringene i Stavanger for 2009-2013 - 2011-2015.



Figur 59. Utviklingen i vaksinasjonsdekningen mot meslinger i Stavanger (prosentandel)

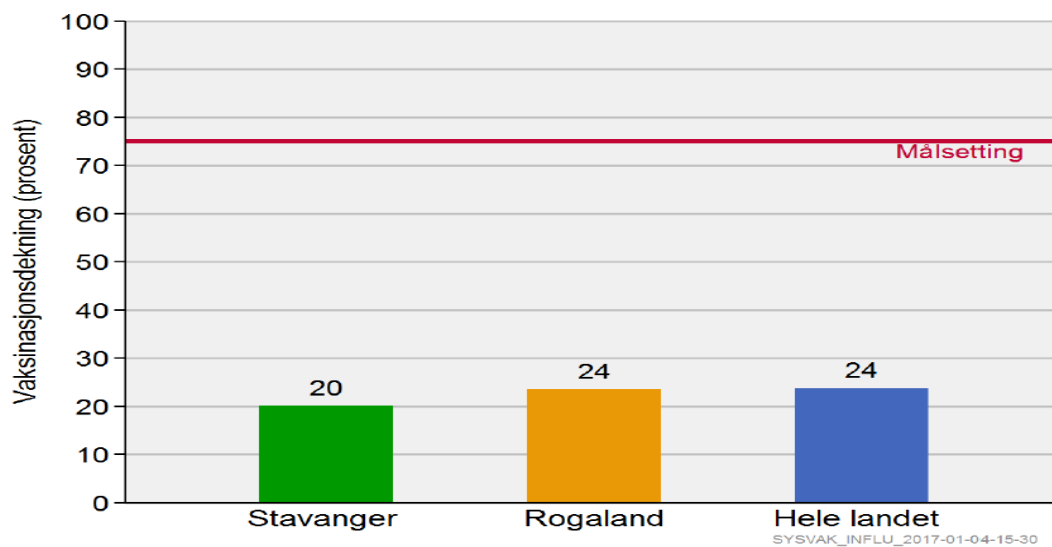
Over tid har det vært en liten økning i vaksinasjonsdekningen i Stavanger, mens det har vært større grad av stabilitet når det gjelder utviklingen i Rogaland for øvrig og i landet. Stavanger ligger imidlertid fortsatt lavere enn dekningen i fylket for øvrig og i Norge.

Det er også bydelsvise forskjeller i vaksinasjonsdekningen, noe neste figur viser. Tasta og Hundvåg har høyere vaksinasjonsdekning enn Eiganes og Våland og til dels Hinna og Madla.



Figur 60. Utviklingen i vaksinasjonsdekningen mot meslinger i Stavanger etter bydel (prosentandel).

Den neste og siste figuren viser andel av befolkningen over 65 år som får influensavaksine. Her er vaksinasjonsgraden i Stavanger lavere enn gjennomsnittet for fylket for øvrig og i forhold til landsgjennomsnittet. Alle ligger betydelig unna det nasjonale målet om 75 prosents vaksinerings.



Figur 61. Andel av befolkningen over 65 år som får influensavaksine (prosentandel).

Kilder

Bergsli (2013): *Helse og frafall i videregående opplæring. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt* (Sosialforsk, Høgskolen i Oslo og Akershus).

Dahl, Bergsli, van der Wel (2014): *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm 1991.

Folkehelseprofil for Stavanger kommune. Folkehelseinstituttet.

Folkehelse rapport 2014. Folkehelseinstituttet.

Fysisk aktivitet blant 6-, 9- og 15-åringer i Norge. Resultater fra en kartlegging 2011, Helsedirektoratet (2012)

Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2008-2009. Hdir; 2009.

Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Handlingsplan mot støy i Stavanger, 2013.

Klima- og miljøplanen for Stavanger kommune 2010-2025.

Kommunehelse statistikkbank. Folkehelseinstituttet.

Kommuneplan for Stavanger kommune 2014-2029.

Kvalitetsplan for skole og SFO i Stavanger 2016-2020.

Kvalitetsplan for barnehagene i Stavanger.

Levekårsundersøkelsene til Stavanger kommune.

Meld. St. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Planstrategi for Stavanger kommune 2017-2020.

Rogaland fylkeskommunes oversikt over folkehelsen

https://wiki.rogfk.no/groups/folkehelserogaland/wiki/ab2db/Oversikt_over_folkehelsen

Samdata 2017. Helsedirektoratet.

Strategiplan for folkehelsearbeidet 2013-2029 – *Det gode liv i Stavanger*.

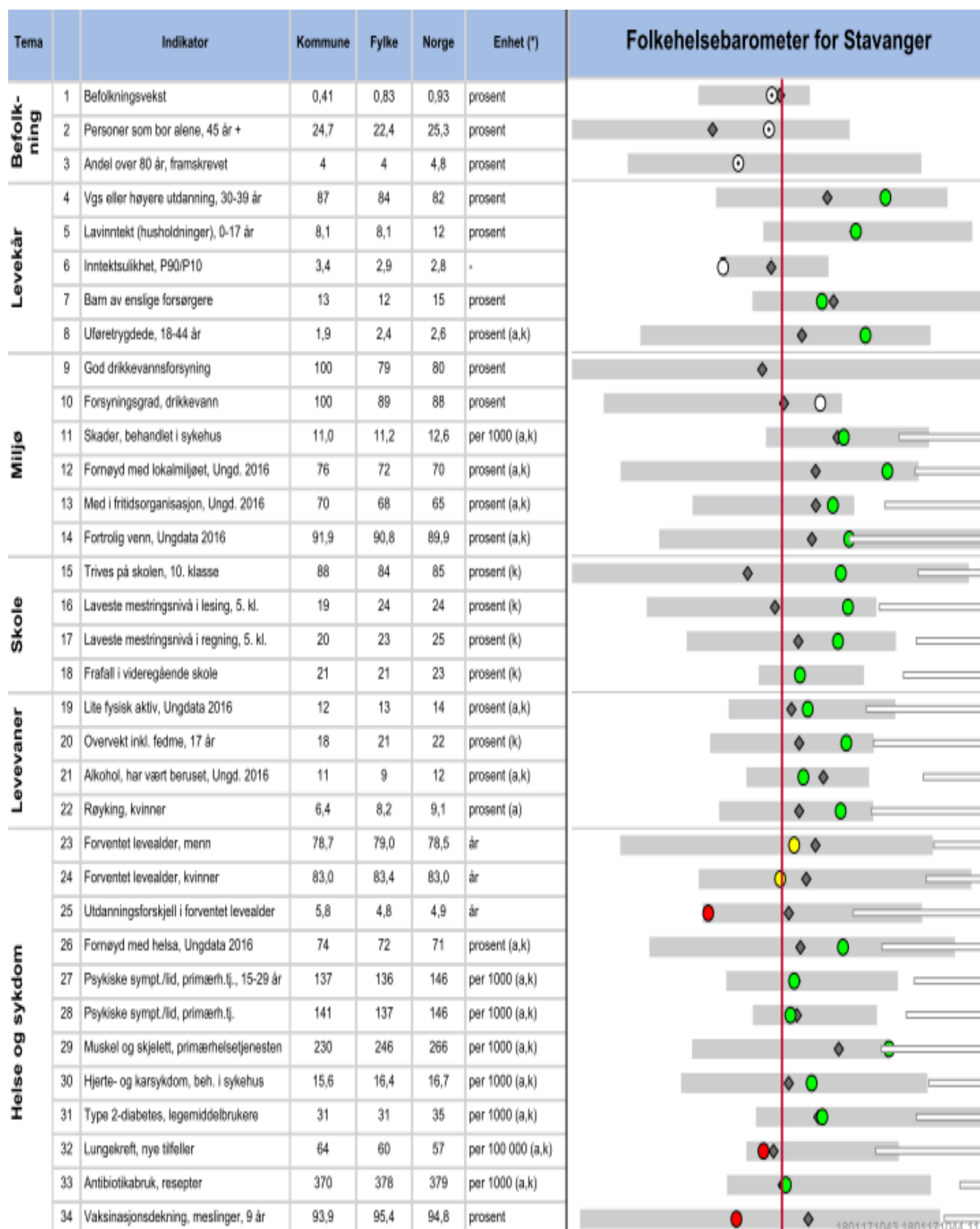
Trafikksikkerhetsplan for Stavanger 2014-2017.

Ungdata-undersøkelsene for Stavanger i 2013 og 2016.

Årsrapport 2016, Stavanger kommune.

Årsrapport 2016, Miljørettet helsevern for Stavanger.

Folkehelseprofil for Stavanger 2017



Vedlegg - Folkehelseprofilene 2015-17 for bydelene i Stavanger.

Befolknings- og levekårsindikatorer fordelt etter bydel.³⁹

Tabell 1. Befolkning.

	Storhaug			Hillevåg			Hinna			Madla			Eiganes og Våland			Tasta			Hundvåg		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Befolkningsvekst	3,7	2,5	1,3	0,28	1,2	-0,42	1,2	1,2	0,38	0,15	0,28	0,04	0,52	0,03	1,2	2,7	2,7	1,4	0,99	0,19	-0,04
Befolkning under 18 år	17	-	16	22	-	22	25	-	25	25	-	24	20	-	20	25	-	24	26	-	25
Innvandrere og norskf. med innv. foreldre	-	31	30	-	20	21	-	21	22	-	20	20	-	23	23	-	17	18	-	17	18
Personer som bor alene, 45 år +	36	35,8	35,2	33	33,4	31,9	20	19,9	20,2	20	19,7	19,2	28	28,5	28,3	21	20,9	20,7	19	18,6	19,2

	Stavanger		
	2015	2016	2017
Befolkningsvekst	1,2	1	0,41
Befolkning under 18 år	22	-	22
Innvandrere og norskf. med innv. foreldre	-	22	22
Personer som bor alene, 45 år +	25	25	24,7

Befolkningsveksten er de siste årene redusert for kommunen samlet og i alle bydelene unntatt Eiganes og Våland.

Andelen barn og unge under 18 år er nokså jevnt fordelt på bydelene, med unntak av Storhaug og til dels Eiganes og Våland hvor andelen er lavere.

Innvandrerbefolkningen er relativt lav på Tasta og Hundvåg og klart høyest på Storhaug der nær en tredjedel av innbyggerne er innvandrere (1. og 2. generasjonsinnvandrere).

Personer over 45 år som bor alene, er relativt lav på Hundvåg og Tasta mens den er betydelig høyere i Hillevåg og særlig på Storhaug. Også Eiganes og Våland har en relativt høy andel aleneboende over 45 år.

³⁹ Årstallene vist i tabellene viser hvilket år Folkehelseprofilene er publisert av Folkehelseinstituttet. Tallene som er brukt i tabellene, ligger imidlertid 1-2 år tilbake i tid avhengig av når tid det foreligger statistikk fra SSB og andre statistikkleverandører.

Tabell 2. Levekår.

	Storhaug			Hillevåg			Hinna			Madla			Eiganes og Våland			Tasta			Hundvåg		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Videreg. eller høyere utd. 30-39 år.	88	87	87	87	87	87	89	89	89	87	87	87	90	90	89	86	87	86	83	83	82
Lavinntekt (husholdn.) 0-17 år	10	11	13	7,7	8	8,1	5,1	5,8	6	6,4	7,1	8,3	7,5	7,8	7,8	6,3	7	7,9	7,1	7,2	7,9
Inntektsulikhet	3,3	3,4	3,5	2,9	2,9	2,9	3,2	3,2	3,3	3,3	3,3	3,5	3,8	3,9	3,9	2,9	2,9	2,9	2,9	3	3
Arbeidsledige 15-29 år	1,4	1,9	-	0,97	1,1	-	1,1	1,4	-	1,3	1,3	-	1	1,4	-	1,4	1,8	-	2	2,1	-
Uføretrygdete 18- 44 år	1,7	1,7	1,7	2,3	2,4	2,3	1,8	2	2	1,6	1,8	2	1,4	1,4	1,5	1,6	1,7	1,9	2	2,2	2,3

	Stavanger		
	2015	2016	2017
Videreg. eller høyere utd. 30-39 år.	88	87	87
Lavinntekt (husholdn.) 0-17 år	6,9	7,5	8,1
Inntektsulikhet	3,3	3,3	3,4
Arbeidsledige 15-29 år	1,3	1,5	-
Uføretrygdete 18- 44 år	1,8	1,9	1,9

Andelen av befolkningen mellom 30-39 år med videregående eller høyere utdanning er høy i alle bydelene, med et visst unntak for Hundvåg. Høyest er andelen på Eiganes og Våland.

Andelen barn og unge som vokser opp i lavinntektsfamilier øker i Stavanger. Andelen er lavest i Hinna bydel og klart høyest på Storhaug. Et fellestrekk for alle bydelene er at andelen barn og unge som vokser opp i lavinntektsfamilier øker. Økningen er størst på Storhaug og i Madla bydel.

Inntektsforskjellene er størst på Eiganes og Våland og til dels på Storhaug. I fem av sju bydeler øker inntektsforskjellene over tid.

Ungdomsarbeidsledigheten er relativt lav i alle bydeler. Høyest er den på Hundvåg og til dels Storhaug.

Andelen uføretrygdete 18-44 år er relativt lav i alle bydeler. Høyest er den i Hillevåg og på Hundvåg.

Tabell 3. Miljø.

	Storhaug			Hillevåg			Hinna			Madla			Eiganes og Våland			Tasta			Hundvåg		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Fornøyd med nærmiljøet (ungdata)	-	75	-	-	76	77	-	77	78	-	78	77	-	77	79	-	80	73	-	69	72
Med i fritidsorg. (ungdata)	-	64	-	-	66	68	-	71	74	-	71	70	-	70	78	-	68	65	-	57	65
Fortrolig venn (ungdata)	-	-	-	-	-	93,6	-	-	92,8	-	-	89,5	-	-	92,1	-	-	93,1	-	-	91,3

	Stavanger		
	2015	2016	2017
Fornøyd med nærmiljøet (ungdata)	-	76	76
Med i fritidsorg. (ungdata)	-	67	70
Fortrolig venn (ungdata)	-	-	91,9

For Stavangers del inngår tall fra Ungdata-undersøkelsene i 2013 og 2016.

Jevnt over er tre fjerdedeler av ungdomsskoleelevene fornøyde med nærmiljøet der de bor. Hundvåg og Tasta har litt lavere skår enn de øvrige bydelene.

Mer enn to tredjedeler av ungdomsskoleelevene er med i en fritidsorganisasjon. Lavest andeler finner vi på Storhaug, Hundvåg og Tasta, men forskjellene er små.

De aller fleste har en fortrolig venn. Med unntak av Madla, her flere enn 90 prosent en fortrolig venn.

Tabell 4. Skole.

	Storhaug			Hillevåg			Hinna			Madla			Eiganes og Våland			Tasta			Hundvåg		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Trives med skolen, 10. klasse	84	84	82	88	88	88	87	87	89	90	90	89	91	91	90	87	87	87	87	87	87
Mobbes på skolen, 10. klasse	3,4	-	-	6	-	-	5,7	-	-	6,6	-	-	4,2	-	-	6,4	-	-	4,4	-	-
Laveste mestringsnivå, lesing, 5. kl.	25	24	21	20	20	20	21	19	18	21	21	20	19	18	17	21	20	19	28	24	19
Laveste mestringsnivå, regning, 5. kl.	34	27	25	25	22	23	21	21	19	22	18	17	21	16	16	21	16	18	33	32	25
Frafall i videreg.	29	26	23	25	24	23	19	18	18	22	23	22	20	18	17	25	25	23	22	24	23

	Stavanger		
	2015	2016	2017
Trives med skolen, 10. klasse	88	88	88
Mobbes på skolen, 10. kl.	5,5	-	-
Laveste mestringsnivå, lesing, 5. kl.	22	21	19
Laveste mestringsnivå, regning, 5. kl.	24	21	20
Frafall i videreg.	22	22	21

Trivselen blant elevene på 10. trinn i ungdomsskolen er jevnt over høy. Høyest er den på Eiganes og Våland og i Madla bydel, mens den er lavest på Storhaug. Forskjellene mellom bydelene er imidlertid små.

Andelen som mobbes på 10. trinnet er kun rapportert i folkehelseprofilen for 2015. Da var andelen som ble mobbet, høyest i Madla bydel, etterfulgt av Tasta og Hillevåg. Lavest var den på Storhaug.

Andelen av 5. klassingene som er på laveste mestringsnivå i lesing, er i gjennomsnitt ca. 20 prosent i Stavanger-skolen. Høyest andel var det for 2-3 år siden på Storhaug og på Hundvåg. I alle bydelene – unntatt Hillevåg - har det imidlertid vært en nedgang i denne andelen. Aller størst har nedgangen vært på Storhaug og på Hundvåg.

Andelen av femteklassingene som er på laveste mestringsnivå i regning, er jevnt over høyere enn for lesing. Lavest er den i Madla bydel, Eiganes og Våland og Tasta. Høyest er den på Storhaug og Hundvåg, men det har vært en klar nedgang i denne andelen i disse to bydelene.

Frafallet i videregående er i snitt drøyt 20 prosent. I utgangspunktet var den klart høyest på Storhaug. I de fleste bydeler har det vært en nedgang over tid, og aller mest på Storhaug.

Tabell 5. Levevaner.

	Storhaug			Hillevåg			Hinna			Madla			Eiganes og Våland			Tasta			Hundvåg		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Lite fysisk aktive, ungdata	-	16	-	-	12	11	-	8,1	9,5	-	11	13	-	14	9,9	-	8,9	15	-	12	15
Alkohol, vært beruset, ungdata	-	14	-	-	11	7,8	-	9,6	8,4	-	11	12	-	19	12	-	10	15	-	16	8,8
Overvekt, inkl. fedme, kvinner	23	24	23	28	27	26	30	28	27	25	26	28	24	23	22	31	30	29	35	32	31
Røyking, kvinner	12	7,3	6,5	9	5,6	4,7	9,3	6,4	5	11	8,6	8,2	8,2	6	5,5	9,9	7,1	6,9	15	12	10

	Stavanger		
	2015	2016	2017
Lite fysisk aktive, ungdata	-	11	12
Alkohol, vært beruset, ungdata	-	13	11
Overvekt, inkl. fedme, kvinner	27	26	26
Røyking, kvinner	10	7,2	6,4

Andelen ungdomsskoleelever som er lite fysisk aktive, er høyest på Storhaug (kun data for ett år), Tasta og Hundvåg. Lavest er den i Hinna bydel og Eiganes og Våland (siste året i tidsserien).

Andelen av ungdomsskoleelevene som har vært beruset, er høyest på Eiganes og Våland (2016), Hundvåg (2016) og Tasta (2017). Lavest er andelen på Hinna.

Overvekt for kvinners del er høyest på Hundvåg og Tasta, Minst overvekt er det på Eiganes og Våland og Storhaug. I seks av sju bydeler av andelen overvektige kvinner gått ned de siste årene.

Andelen kvinner som røyker er i siste folkehelseprofil høyest på Hundvåg og i Madla bydel. I alle bydelene har det vært en klar nedgang i andelen kvinner som røyker.

Tabell 6. Levealder.

	Storhaug			Hillevåg			Hinna			Madla			Eiganes og Våland			Tasta			Hundvåg		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Forventet levealder, menn	75,8	76,5	76,4	76,9	77,2	77,5	79,5	79,5	79,9	79,3	79,7	80	78,7	78,8	78,9	78,6	78,6	78,7	78,1	78,8	79,1
Forventet levealder, kvinner	80,8	81	81,1	81,6	81,6	81,9	83,3	83,6	83,8	83,3	83,2	83,3	83,6	83,5	83,8	83,3	83,9	83,9	82,3	82,3	82,3
Utdanningsforskjell i forventet levealder	5,3	5,4	5,5	6,6	6,8	6,9	3,9	4,2	4,6	5,8	5,3	5,4	6,8	6,4	6,3	3,7	4,7	5	5	4,6	5

	Stavanger		
	2015	2016	2017
Forventet levealder, menn	78,2	78,5	78,7
Forventet levealder, kvinner	82,7	82,8	83
Utdanningsforskjell i forventet levealder	5,6	5,7	5,8

Forventet levealder for både menn og kvinner er lavest på Storhaug og på Hillevåg. Høyest er forventet levealder i bydelene Hinna og Madla.

I alle bydelene stiger forventet levealder svakt i perioden, og understøtter en lang trend i retning høyere forventet levealder. Når forventet levealder øker i alle bydelene, betyr det også at levealdersforskjellene mellom bydelene i stor grad opprettholdes.

Utdanningsforskjell i forventet levealder sier noe om betydningen av utdanning for levealder (sosial gradient). Størst forskjell i forventet levealder, mellom de med høy og lav utdanning, er det i Hillevåg og Eiganes og Våland. Minst er forskjellen i Hinna bydel.

I fire av sju bydeler øker utdanningsforskjellen i forventet levealder (Storhaug, Hillevåg, Hinna, Tasta). Aller mest har den økt i Tasta bydel. I Madla og Eiganes og Våland bydeler er det en nedgang i utdanningsforskjell knyttet til forventet levealder.

Tabell 7. Helse og sykdommer.

	Storhaug			Hillevåg			Hinna			Madla			Eiganes og Våland			Tasta			Hundvåg		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Fornøyd med helsa, ungdatab	-	-	-	-	-	74	-	-	78	-	-	75	-	-	77	-	-	70	-	-	72
Lungekreft, nye tilfeller per 100 000	-	81	75	-	66	71	-	50	56	-	49	54	-	53	54	-	57	58	-	83	87
Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller per 100 000	-	85	95	-	92	91	-	81	85	-	89	86	-	80	82	-	83	81	-	73	77
Vaksinasjonsdekning, meslinger 9 år.	93,5	93,5	93,5	95,1	95,1	95,4	92,5	92,5	93,1	92,5	92,5	93,2	90	90	90,7	97,2	97,2	97,3	96	96	96,6

	Stavanger		
	2015	2016	2017
Fornøyd med helsa, ungdatab	-	-	74
Lungekreft, nye tilfeller per 100 000	59	61	64
Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller per 100 000	86	84	85
Antibiotika, legemiddelbrukere	233	-	-
Vaksinasjonsdekning, meslinger 9 år.	93,3	93,3	93,9

Om lag tre fjerdedeler av ungdomsskoleelevene i Stavanger er fornøyd med helsa slik de selv bedømmer den. Mest fornøyd er ungdommene i Hinna bydel og på Eiganes og Våland. Minst fornøyd er de på Tasta og på Hundvåg, men forskjellene er nokså små.

I perioden er det en økning i forekomsten av nye tilfeller av lungekreft i Stavanger. En del av de som startet å røyke på femti- og sekstitallet – mens det fortsatt var populært å begynne å røyke - er nå kommet i en alder med økt sannsynlighet for å utvikle kreft.

Forekomsten av nye lungekrefttilfeller er høyest på Hundvåg, Storhaug og til dels også Hillevåg. Lavest er den i Madla bydel og på Eiganes og Våland.

Forekomsten av nye tilfeller av tykk- og endetarmsskreft viser stabilitet over tid. Det er ikke store forskjeller mellom bydelene, med et unntak for Hundvåg hvor forekomsten er lavere enn gjennomsnittet og Storhaug og Hillevåg hvor den er høyere enn gjennomsnittet (2017).

Vaksinasjonsdekningen for meslinger viser en svak økning i perioden. Eiganes og Våland har lavest dekning i perioden (om lag 90 %), mens Tasta og Hundvåg har en dekning rundt 97 %.