



Folkehelsemelding 2019

En årlig oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som virker inn på denne.

Oversikt over helsetilstanden

Kommunen skal etter Folkehelseloven § 5 ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. **Oversikten etter § 5 skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.** En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1.

Oppgaven med å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer innebære dette:

1. En skriftlig rapport skal etter loven utarbeides hvert 4. år. Denne skal inngå som grunnlag for kommunens arbeid med planstrategien.
2. Kommunen holder løpende oversikt over helsetilstanden ved hjelp av blant annet levekårsundersøkelsen, Folkehelseinstituttets folkehelseprofil og andre datakilder. Folkehelsemeldingen er en sentral del av det løpende oversiktsarbeidet.

Levekårsundersøkelsen

Den første levekårsundersøkelsen for Stavanger ble lagt fram i 2004. Nye utgaver ble lagt fram i 2006, 2008, 2010, 2012 og 2014 og 2016. Levekårsundersøkelsen har som formål å avdekke områder med risiko for en opphopning av levekårsproblemer som kriminalitet, rusmisbruk og dårlige oppvekstvilkår for barn og unge. Levekår kartlegges på et lavt geografisk nivå for å kunne avdekke en mulig opphopning av levekårsproblemer.

Folkehelseprofil

Folkehelseinstituttet publiserer hvert år en folkehelseprofil for alle fylker og kommuner i landet. For Stavanger og de andre storbyene finnes også folkehelseprofiler på bydelsnivå. Folkehelseprofilene inneholder nøkkeltall knyttet til befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Siste side i folkehelseprofilen inneholder et folkehelsebarometer som viser 34 statistikkemner, såkalte indikatorer. Kommunen eller bydelen blir her sammenliknet med landet som helhet. Det er viktig å være klar over at en grønn verdi i folkehelseprofilen ikke nødvendigvis betyr at kommunen ikke har en folkehelseutfordring på området. Siste folkehelseprofil for Stavanger og bydelene er vedlagt denne meldingen.

Andre datakilder

Kommunehelsa, Norgeshelsa, SSB, Kostra og lokale datakilder benyttes også i kommunens oversiktsarbeid.

Sosial ulikhet i helse

Oversikten over helsetilstanden viser at hovedutfordringen for folkehelsen i Stavanger er økende sosial ulikhet i helse. Sosial ulikhet i helse betyr at jo lengre utdanning og jo høyere inntekt man har, jo større sannsynlighet er det for at man har god helse. Disse sosiale helseforskjellene er urettferdige og medfører mange tapte gode leveår.

Sosial ulikhet i helse øker. I alle de skandinaviske landene er den sosiale ulikheten i helse over dobbelt så stor som den var for 40 år siden (Københavns universitet, 2019).

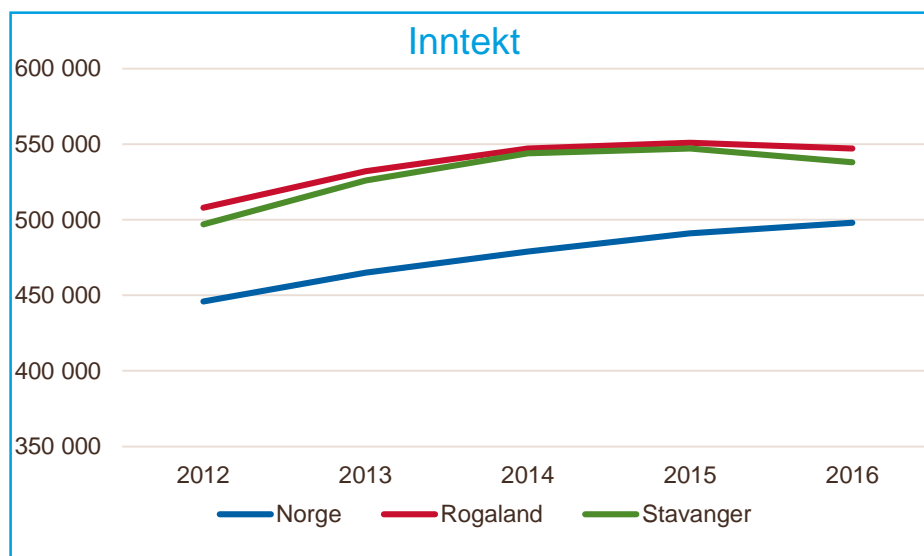
God helse er en forutsetning for et godt liv. Systemiske og påvirkelige ulikheter i helse er urettferdige, dyre og på sikt en trussel mot samfunnets bærekraft. «Malmökommissionen», en politisk uavhengig kommisjon i Malmö, har utarbeidet en rapport der de anslår at den totale kostnaden forårsaket av sosiale helseforskjeller er på tre milliarder pr år for Malmö kommune.



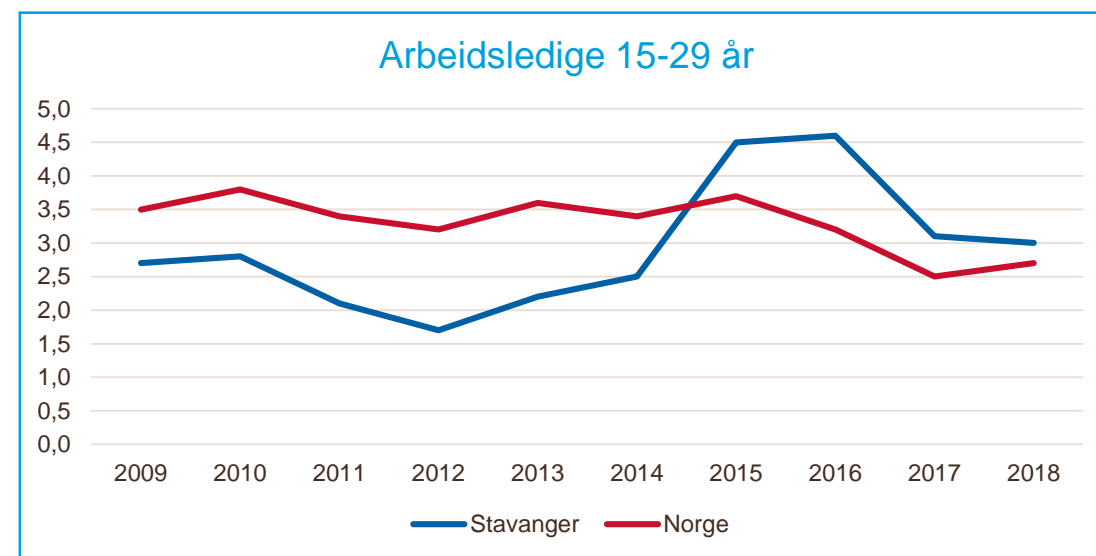
Inntekt og sysselsetting

Til tross for en liten nedgang i 2015 og 2016 er Stavanger fremdeles en av byene i Norge med høyest medianinntekt.

Arbeidsledigheten gikk bratt opp under «oljekrisen», men gikk like raskt ned igjen.



Figur 1: Median inntekt i husholdninger (etter skatt). Med inntekt menes yrkesinntekter, kapitalinntekter, skattepliktige og skattefrie overføringer i en husholdning i løpet av kalenderåret. Studenter er ikke inkludert. Medianinntekt er den inntekten som er midt i inntektsfordelingen etter at inntekten er sortert fra lav til høy. Medianinntekt må ikke forveksles med gjennomsnittsinntekt.



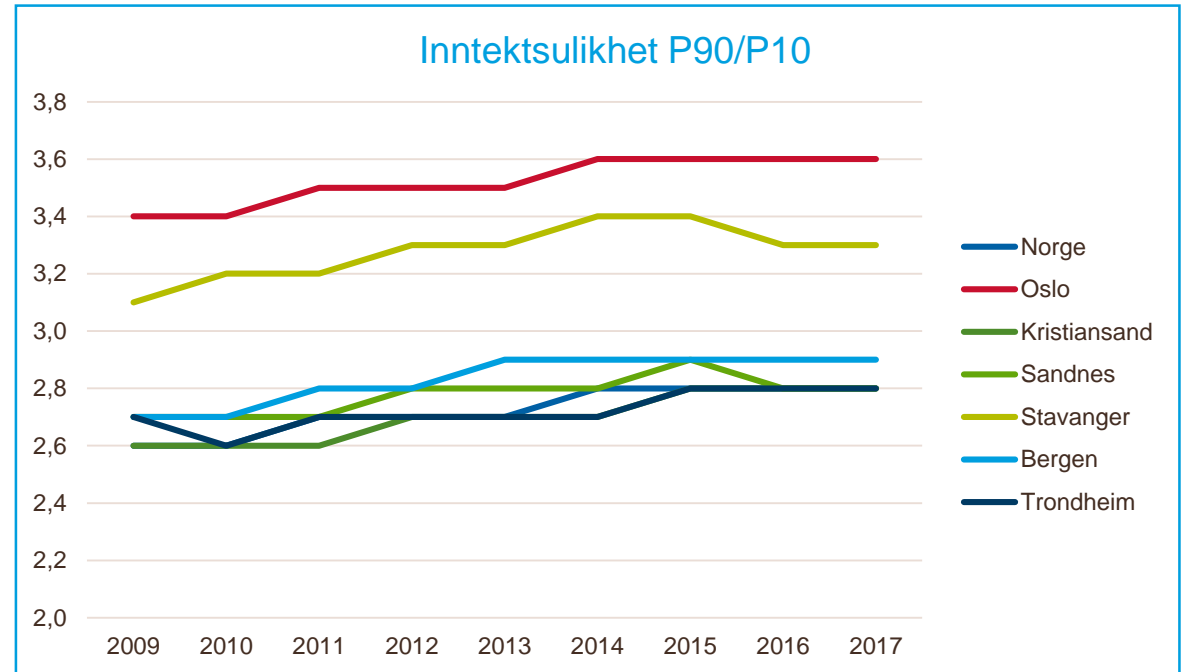
Figur 2: Registrerte arbeidsledige per januar måned i prosent av befolkningen (15-29 år)

Inntektsulikhet

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. Oslo og Stavanger er byene med størst inntektsulikhet målt etter P90/P10.

Store inntektsulikheter i en kommune kan tyde på at det også er store sosiale ulikheter i helse. De siste 30 årene har alle inntektsgrupper fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for den gruppen med lang utdanning og høy inntekt. Det er særlig de ti siste årene som de sosiale helseforskjellene har økt (SSB, 2019).

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. Likhet i fordelingen av økonomiske ressurser påvirker antakeligvis andre samfunnsmessige forhold positivt (SSB, 2019).

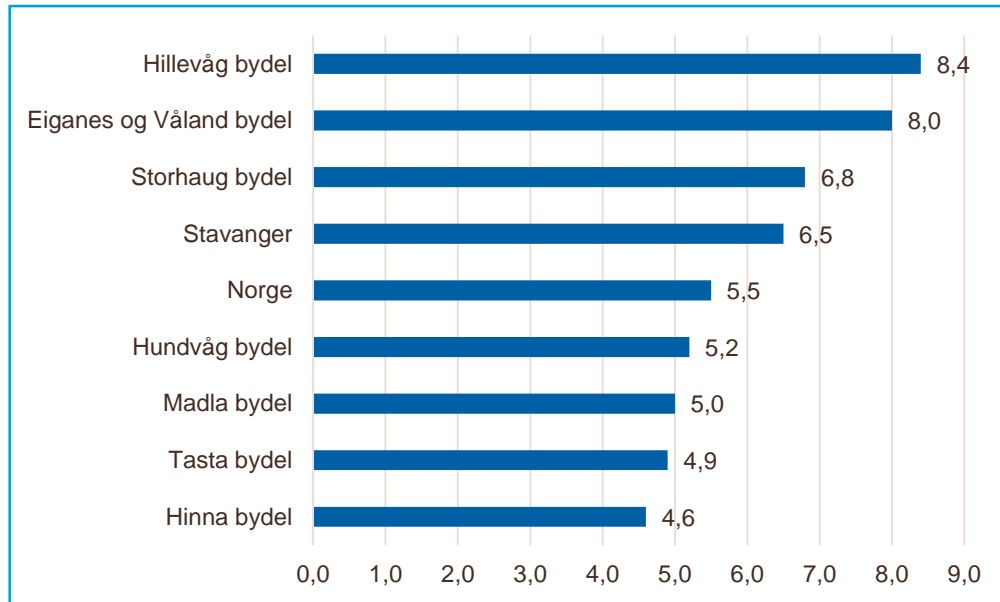


Figur 3: P90/P10 er forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. Dette er altså inntekten til den som har den 90 % høyeste inntekten i befolkningen sammenlignet med den som har den 10 % laveste inntekten. Sagt på en annen måte: Om man sorterer 100 personer stigende etter inntekt, er P90/P10 forholdet mellom inntektene til person nummer 90 (den tiende høyeste) og person nummer 10 (den tiende laveste)

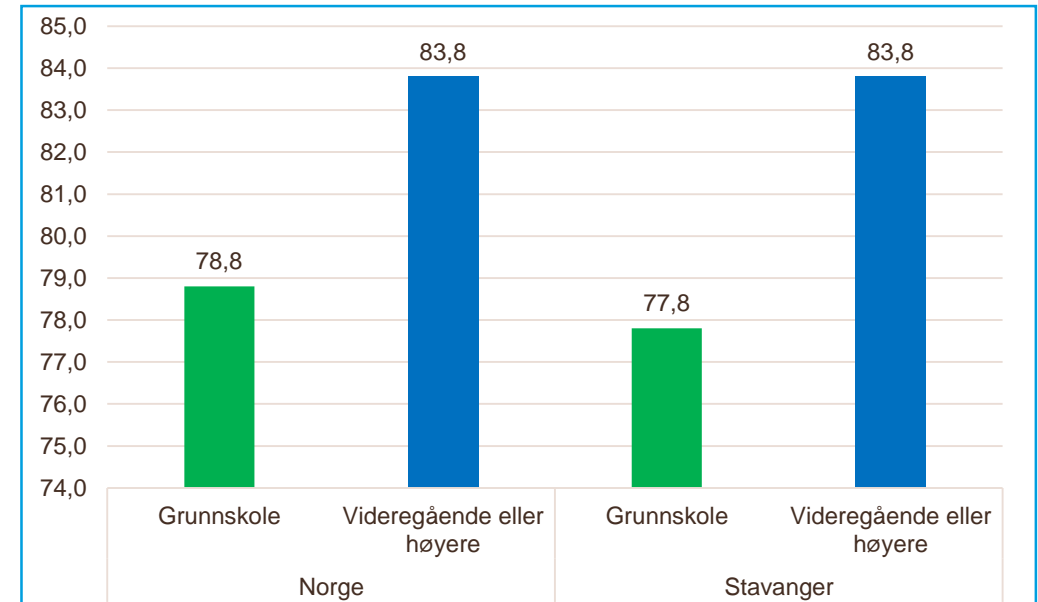
Forventet levealder etter utdanning

Personer med høyere utdanning har høyere forventet levealder enn personer med lav utdanning.

Figur 4 og 5 viser forskjell i forventet levealder mellom de som har videregående skole eller høyere utdanning og de som kun har fullført ungdomsskolen. I bydelene Hillevåg og Eiganes og Våland er denne forskjellen på over åtte år for menn.



Figur 4: Forventet levealder etter høyeste fullførte utdanningsnivå, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt 2002-2016 (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder).



Figur 5: Indikatoren viser antall år forskjell i forventet levealder mellom den delen av befolkningen som har videregående eller høyere utdanning og den delen av befolkningen som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå. Forventet levealder i gruppene er beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt.

Barn i lavinntekt

Det er et økende antall barn som lever i lavinntektsfamilier. *Lavinntekt defineres her som husstander som har en inntekt som er mindre enn 60 % av den nasjonale medianen, justert for antall personer i husholdningen, og eksklusive de som har over 1 G i brutto finanskapital.* Lavinntekt kan være både forbigående eller vedvarende. Det kan være hensiktsmessig å se på husholdningsinntektene over en lengre periode, for å fange opp de som har varige økonomiske vanskeligheter og ikke bare de som for eksempel opplever en kort periode med arbeidsledighet.

I 2014 bodde 1627 (5,6%) barn i en lavinntektsfamilie, mens dette antallet var økt til 2339 (8%) i 2017. Fra 2014 til 2017 økte antall barn i lavinntekt i Stavanger med 43,8%, mens økningen for landet som helhet var på 11,1%.

Storhaug er den bydelen som har størst andel barn som lever i lavinntektsfamilier, mens Eiganes og Våland er den bydelen der det bor flest barn i lavinntektsfamilier. Eiganes og Våland er også den bydelen som har hatt den største prosentvise veksten i barn i lavinntektsfamilier fra 2014 til 2017. Antall barn i lavinntektsfamilier økte i denne perioden med hele 86,2 %. Alle bydelene har hatt økning i andel barn i lavinntektsfamilier i perioden 2014 til 2017.

	2014	2017	Økning i %
Norge	92 886	103 230	11,1
Rogaland	6 299	8 467	34,4
Stavanger	1 627	2 339	43,8
Hundvåg	188	245	30,3
Tasta	197	266	35,0
Eiganes og Våland	232	432	86,2
Madla	303	369	21,8
Storhaug	232	331	42,7
Hillevåg	252	338	34,1
Hinna	219	358	63,5

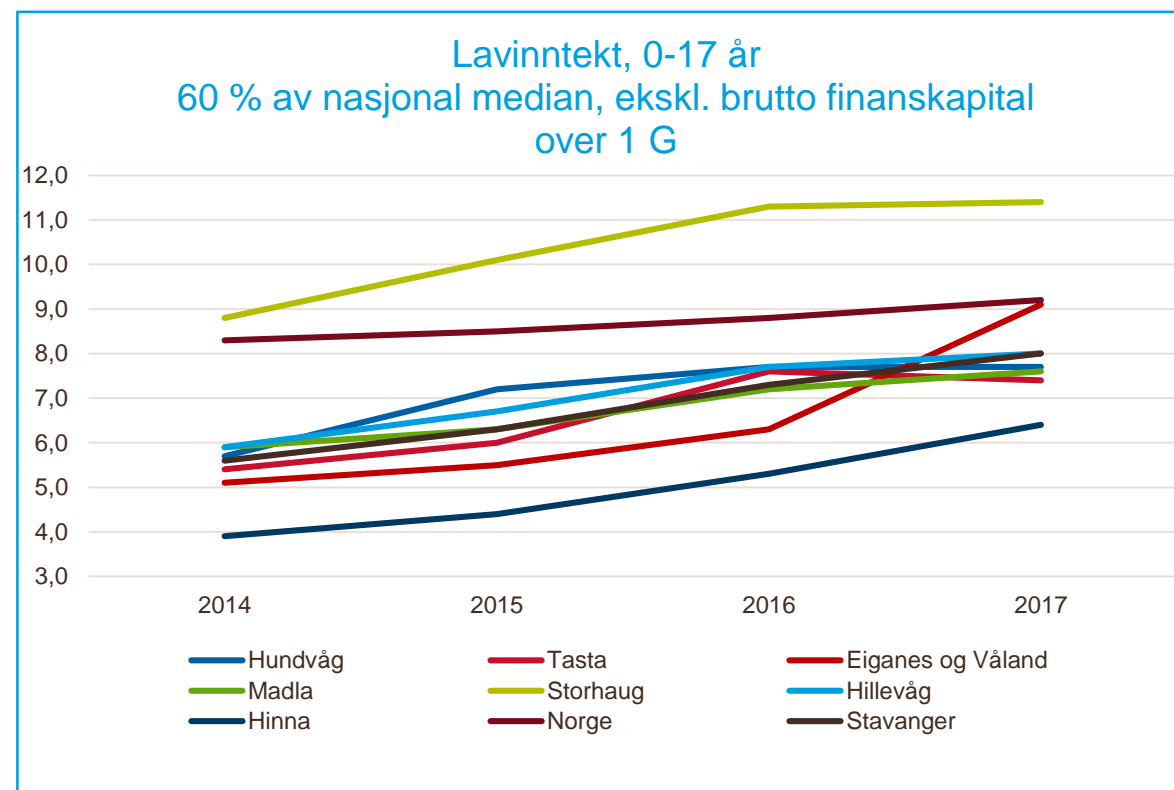
Tabell 1: Personer som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Husholdninger med en brutto finanskapital på 1 G (gjennomsnittlig grunnbeløp i året) eller mer regnes her ikke som lavinntektshusholdninger. Årlige tall.

Barn i lavinntekt

Det er mange måter å måle lavinntekt på. Man kan måle ut fra en nasjonal median og man kan måle ut fra en lokal median. Man kan bruke EU 60 % eller man kan bruke EU 50 % for å fange opp de aller mest utsatte. Noen av indikatorene ekskluderer de som har en brutto finanskapital på over 1 G, mens andre indikatorer ikke tar hensyn til kapital.

Fordi indikatoren i levekårsundersøkelsen måler lavinntekt i forhold til den kommunale medianinntekten, og heller ikke tar hensyn til brutto finanskapital, vil barnefattigdommen bli høyere. I levekårsundersøkelsen som tar utgangspunkt i situasjonen fra 2014 bodde 12 % av barna i Stavanger i en lavinntektsfamilie, mens andelen var på 13,3 % i 2016. Til tross for at medianinntekten i Stavanger gikk noe ned mellom 2014 og 2016 økte altså andelen barn som lever i lavinntektsfamilier. Fordi inntektsnivået i Stavanger generelt har vært høyere enn i landet ellers, vil terskelen for å bli betegnet som fattig være lavere her enn i andre deler av landet. Vi snakker altså om en form for «relativ fattigdom» der opplevelsen av å ha mindre enn andre er et større problem enn den absolutte fattigdommen.

I «Ung data» undersøkelsen fra 2016 svarte kun 3,2 av ungdomsskoleelevene at de opplever at familien har dårlig råd.



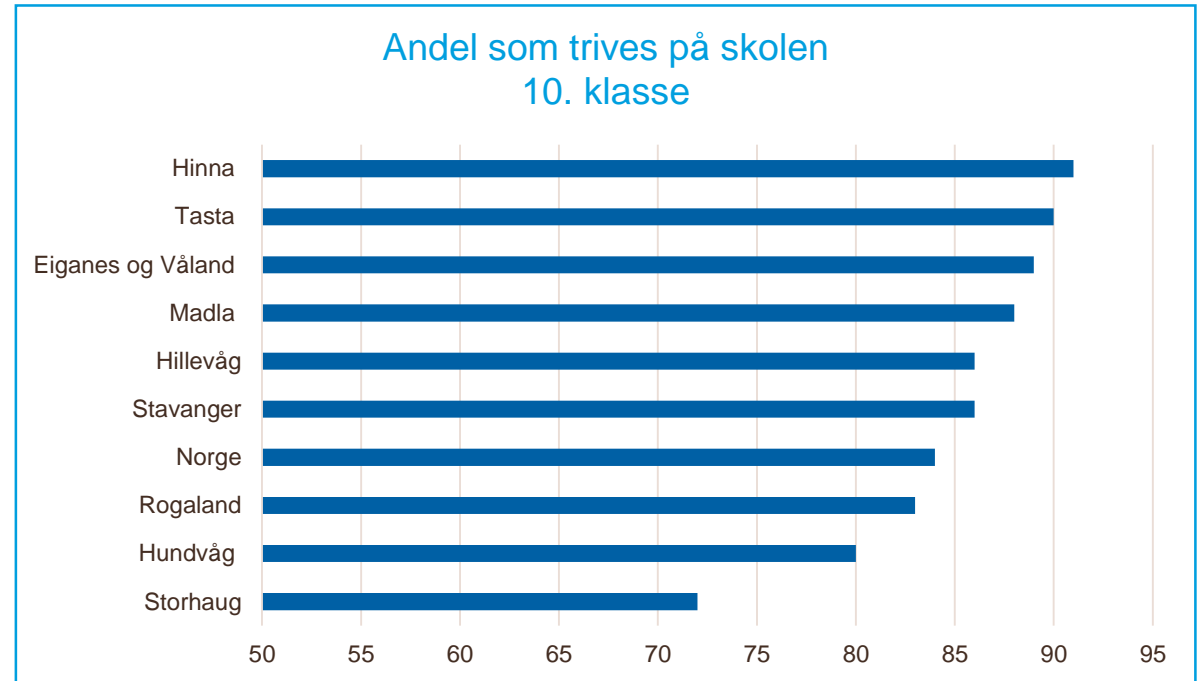
Figur 6: Personer som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Husholdninger med en brutto finanskapital på 1 G (gjennomsnittlig grunnbeløp i året) eller mer regnes her ikke som lavinntekts-husholdninger. Årlige tall. EU-skala er en ekvivalensskala som benyttes for å kunne sammenligne husholdninger av forskjellig størrelse og sammensetning. Ulike ekvivalensskalaer vektlegger stordriftsfordeler ulikt. EU-skalaen er mye brukt, og i følge den skalaen må en husholdning på to voksne ha 1,5 ganger inntekten til en enslig for å ha samme økonomiske levekår. Barn øker forbruksvektene med 0,3 slik at en husholdning på to voksne og to barn må ha en inntekt som er $(1 + 0,5 + 0,3 + 0,3)$ ganger så stor som en enslig for å ha det like bra økonomisk i følge EU skalaen. Brutto finanskapital: «Omfatter bankinnskudd, andeler i aksje-, obligasjons- og pengemarkedsfond, aksjer, obligasjoner og andre verdipapirer» (SSB)

Skoletrivsel

For barn og unge er skolen en viktig sosial arena. Trivsel på skolen er en av flere faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære.

Ulike trivselsskapende faktorer, som venner, gode lærere og faglig mestring virker positivt inn på den fysiske og den psykiske helsen. Motsatt vil et belastende eller stressende skolemiljø øke risikoen for psykiske helseproblemer. Mobbing, faglige vansker, negative forhold til lærere og manglende støtte fra elever og voksne gir økt risiko for skolefravær og psykiske helseplager. Skolens generelle arbeid med læringsmiljøet er vesentlig for elevenes trivsel og psykiske helse.

Trivsel i grunnskolen kan på sikt påvirke frafall i videregående skole.



Figur 7: Andel elever som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen, Ung Data, 2017/2018. Kommunens tall omfatter elever som går på skole i kommunen.

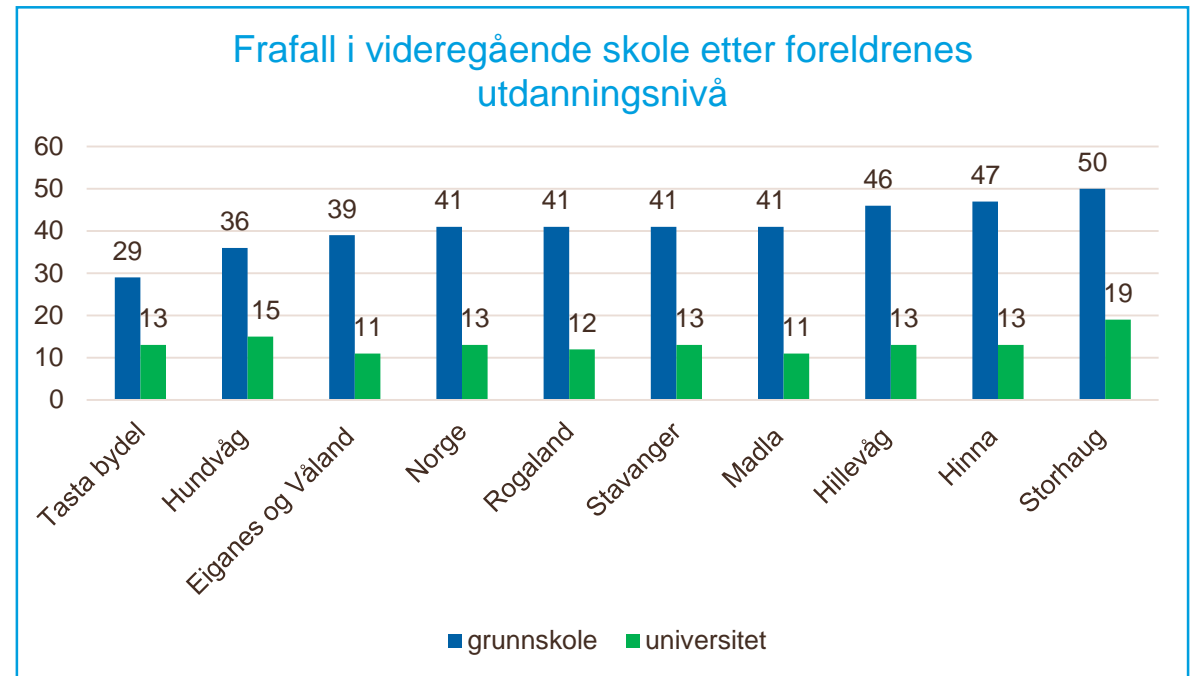
Frafall i videregående skole

Frafallet i videregående skole har gått noe ned de siste årene, men det er fortsatt ca. 20 % som ikke fullfører videregående skole, og det er store forskjeller mellom de elevene som har foreldre med høyere utdanning og de som ikke har det.

Dersom foreldrenes utdanningsnivå er lavt (kun grunnskole) har eleven omtrent tre ganger så stor risiko for å ikke fullføre videregående skole sammenlignet med de elevene som har foreldre med høyere utdanning (universitetsutdannelse).

Det er viktig å bemerke at det er mange flere som har foreldre med universitets-/høyskoleutdannelse enn som har foreldre med bare grunnskole. Denne framstillingen av tallene er likevel viktig, da den viser den urettferdige begrensningen i elevenes muligheter for å fullføre videregående skole dersom man har foreldre med lav utdanning.

Det er høyere frafall blant yrkesfagelever enn blant elever på studieforberedende fag.

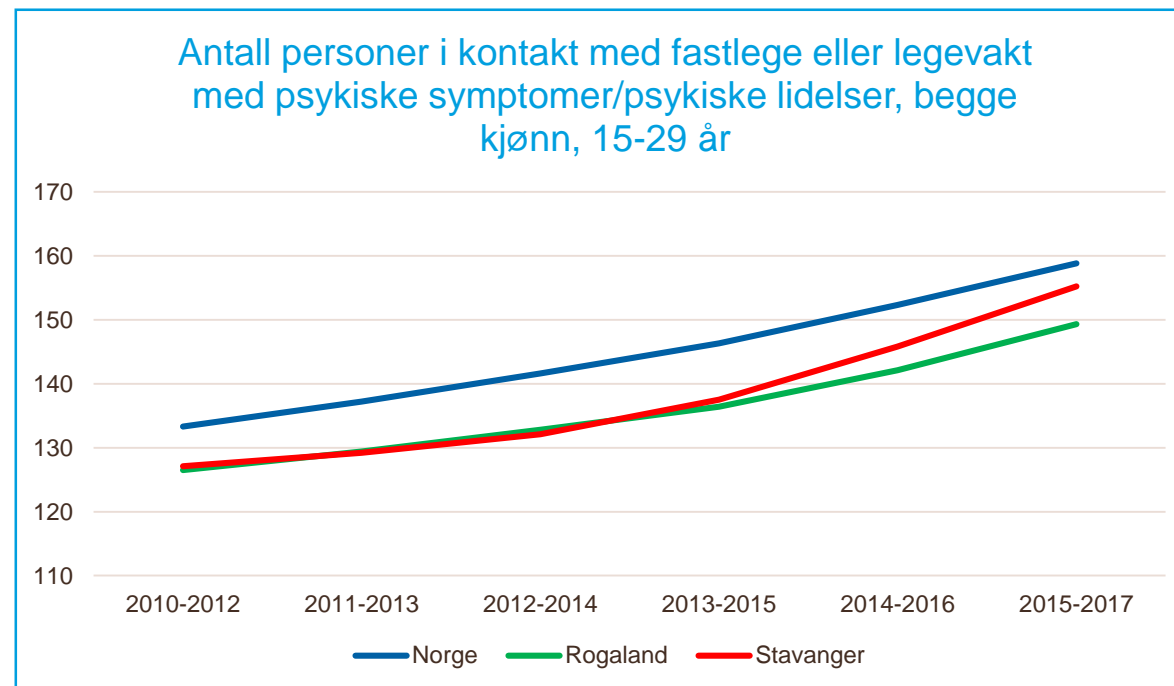


Figur 8: Fravall i videregående skole totalt og etter foreldrenes høyeste fullførte utdanningsnivå. Fravallet inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført VKII eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som startet opp dette året, men som sluttet underveis. Andelen blir beregnet ut fra prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Personer som etter 5 år fortsatt er i videregående skole, regnes ikke som frafalt. Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun fylte 16 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt.

Psykisk helse

Psykiske plager og lidelser er blant vår tids største folkehelseutfordringer. Sosial isolasjon er en av de største risikofaktorene for dårlig psykisk helse, mens sosial støtte beskytter (FHI, 2019). Det har vært en økning i antall unge mennesker som oppsøker helsetjenesten med psykiske symptomer de siste åtte årene. Dette betyr ikke nødvendigvis at forekomsten har økt, det kan også være andre forklaringsfaktorer, men dette er likevel noe man bør være oppmerksom på.

Det anslås at mellom 15 og 20 % av barn i alderen 3 til 18 år i Norge har symptomer på en psykisk lidelse som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Omtrent 25 % av disse barna vil ha vedvarende plager, med nedsatt funksjonsevne som resultat. Forebygging av psykiske lidelser blant barn og unge bør derfor være et prioriteringsområde for kommunen.



Figur 9: Antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt for psykiske symptomer/lidelser per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder).

Selvmord

I 2017 var det totalt 593 selvmord i Norge. Dette inkluderer 403 selvmord blant menn og 190 blant kvinner. Dette tilsvarer en rate på 12,8 pr 100 000 innbyggere over 10 år.

I Rogaland er raten 11,5 i 2017. I 1970 var tilsvarende rate på 10,2 for hele landet.

På 80-tallet skjedde det en økning i selvmordsraten, som senere har gått tilbake. I dag er risikoen for å dø i selvmord den samme som for femti år siden. I samme periode er risikoen for å bli drept eller hardt skadet i trafikken redusert med 95%.

Selvmord etter årstall og bostedsfylke. Utvalgte år.

Standardberegnete rater etter WHO European standard befolkning. Per 100 000 innbyggere

Fylker	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017
Totalt	13.7	15	16.4	13.1	12.7	11.8	11.8	11.8	12.0	12.0
Østfold	11.2	17.3	20.9	14.3	12.2	11.1	12.5	15.6	15.3	8.5
Akershus	15.3	18.2	15.3	11.0	10.4	10.4	10.5	9.5	9.0	9.1
Oslo	20.7	18	22.9	19.1	17.5	14.3	14.7	13.5	12.1	12.8
Hedmark	14.2	16.1	17.3	15.2	14.3	12.1	17.2	14.2	17.0	10.0
Oppland	12.3	25.2	20.0	14.9	14.1	14.5	14.8	10.8	11.8	14.4
Buskerud	14.6	19.7	23.8	15.1	16.5	16.3	12.1	9.2	12.5	12.9
Vestfold	11.4	12.4	21.2	13.3	11.4	13.5	17.5	11.7	15.0	15.0
Telemark	9.5	10.0	17.9	12.7	15.3	16.2	10.5	13.4	11.2	16.3
Aust-Agder	9.0	20.1	13.3	13.7	13.0	16.3	9.6	15.5	13.2	11.0
Vest-Agder	15.4	16.7	18.7	13.0	6.7	9.2	11.8	9.6	11.4	13.2
Rogaland	15.9	10.4	9.5	12.3	13.7	11.3	11.3	13.0	9.6	11.5
Hordaland	14.1	12.9	10.8	11.7	12.3	11.0	11.2	10.7	13.2	10.6
Sogn og Fjordane	8.9	17.4	9.8	9.7	10.7	7.2	6.6	11.6	13.3	10.0
Møre og Romsdal	8.5	4.9	6.6	11.9	10.6	6.6	9.6	11.8	10.4	9.9
Sør-Trøndelag	9.1	11.6	16.7	8.7	11.0	10.0	9.3	13.2	12.2	19.6
Nord-Trøndelag	13.1	11.9	18.2	12.4	6.7	7.6	8.7	12.2	11.3	18.0
Nordland	15.8	15.0	19.2	12.4	12.6	10.0	10.9	10.7	13.3	16.8
Troms	10.6	8.4	13.5	9.1	9.0	13.3	6.6	7.7	11.5	9.3
Finnmark	16.4	19.1	12.9	12.9	12.7	14.6	18.8	8.0	10.6	10.1

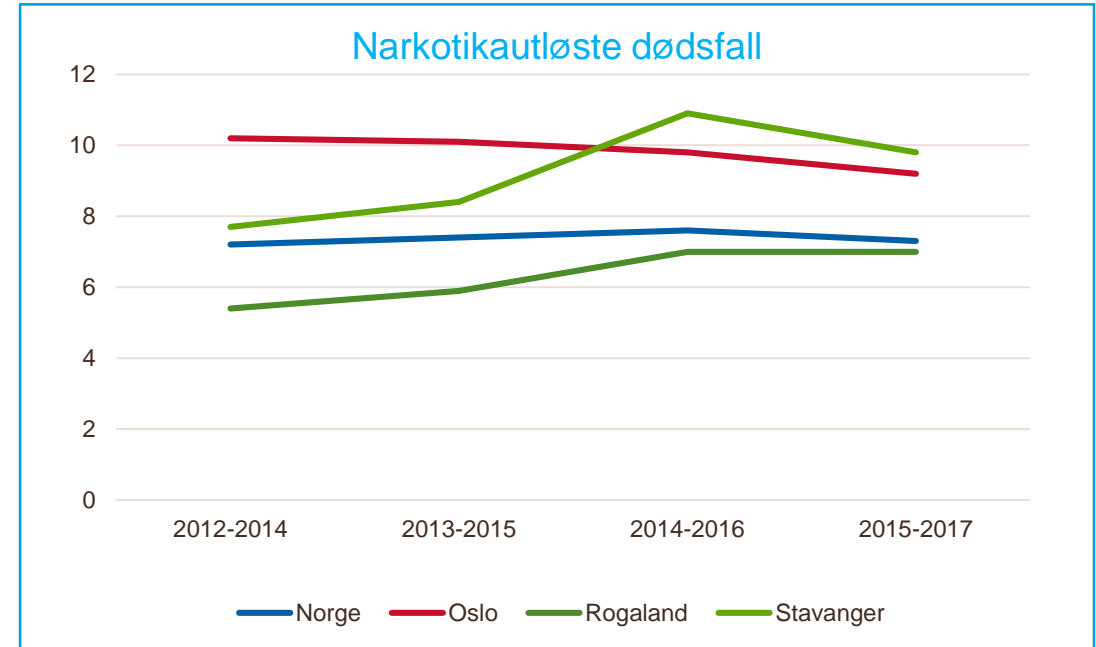
(produsert av Ping Qin ved rådata fra FHI og SSB)

Tabell 2: Selvmord etter årstall og bostedsfylke. Utvalgte år. Standardberegnete rater etter WHO European standard befolkning. Per 100 000 innbyggere.

Rusmidler

Selv mord og overdoser er de viktigste dødsårsakene blant unge og voksne i alderen 15-49 år i Norge (Sykdomsbyrde i Norge 2015). De som dør av overdoser av narkotikabruk har som regel inntatt stoffene i mange år, noe som får helsemessige og sosiale konsekvenser. Dette kan kreve til dels store økonomiske ressurser fra kommunenes side.

Narkotikautløste dødsfall i en kommune betyr at det er et lokalt brukermiljø der, noe som medfører at det blir lettere å få tilgang til narkotiske stoffer også for personer utenfor slike miljøer. For å unngå rekruttering til og økning i narkotikabruk i befolkningen er det derfor viktig å arbeide for at personer i eksisterende narkotikamiljøer får hjelp og dermed redusere det lokale brukermiljøet (SSB, 2019).



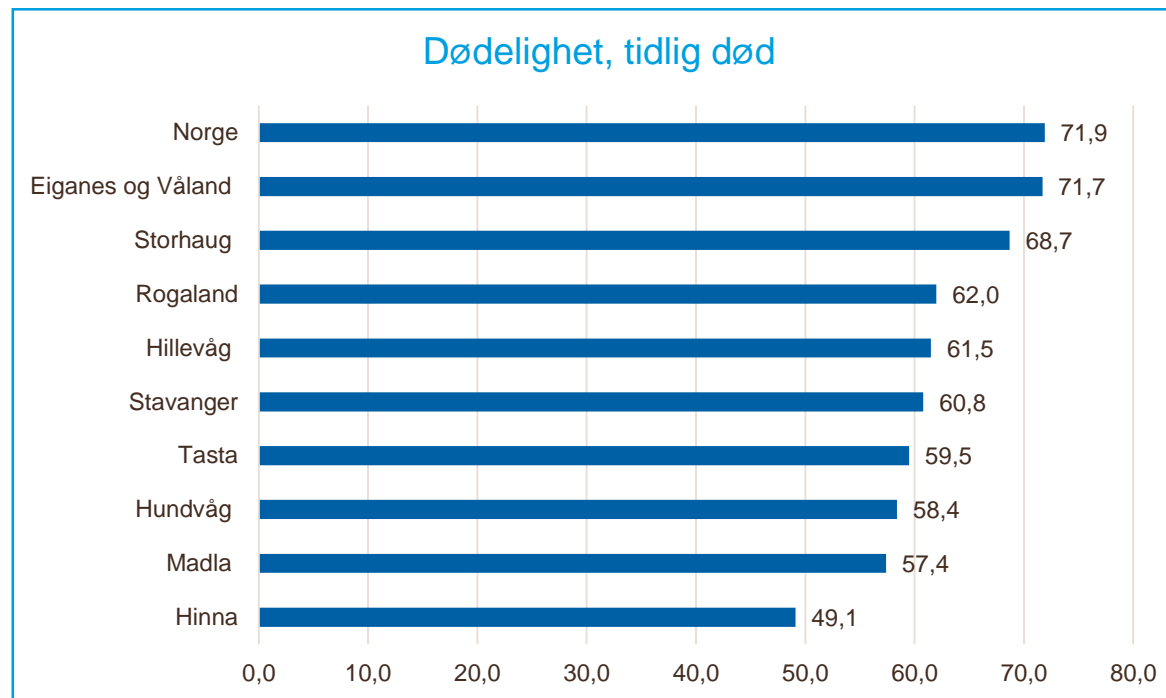
Figur 10: Antall narkotikautløste dødsfall per 100 000 innbyggere 15-64 år per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser tre års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

Levevaner

Ikke smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdom, kreft, kronisk obstruktiv lungesykdom og demens var de sykdomsgruppene som førte til flest tapte leveår i 2016.

Det er likevel det ikke-dødelige helsetapet som står for den største helsebelastningen, og utgjorde i 2016 52 % av sykdomsbyrden målt i helsetapsjusterte leveår. Muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser er hovedårsak til arbeidsuførhet og sykefravær.

I 3. kvartal, 2018 var det legemeldte sykefraværet på 4,3 % av lønnstakerne som bor i Stavanger kommune. Fraværet er dobbelt så høyt for kvinner (5,9%) som for menn (2,9%).

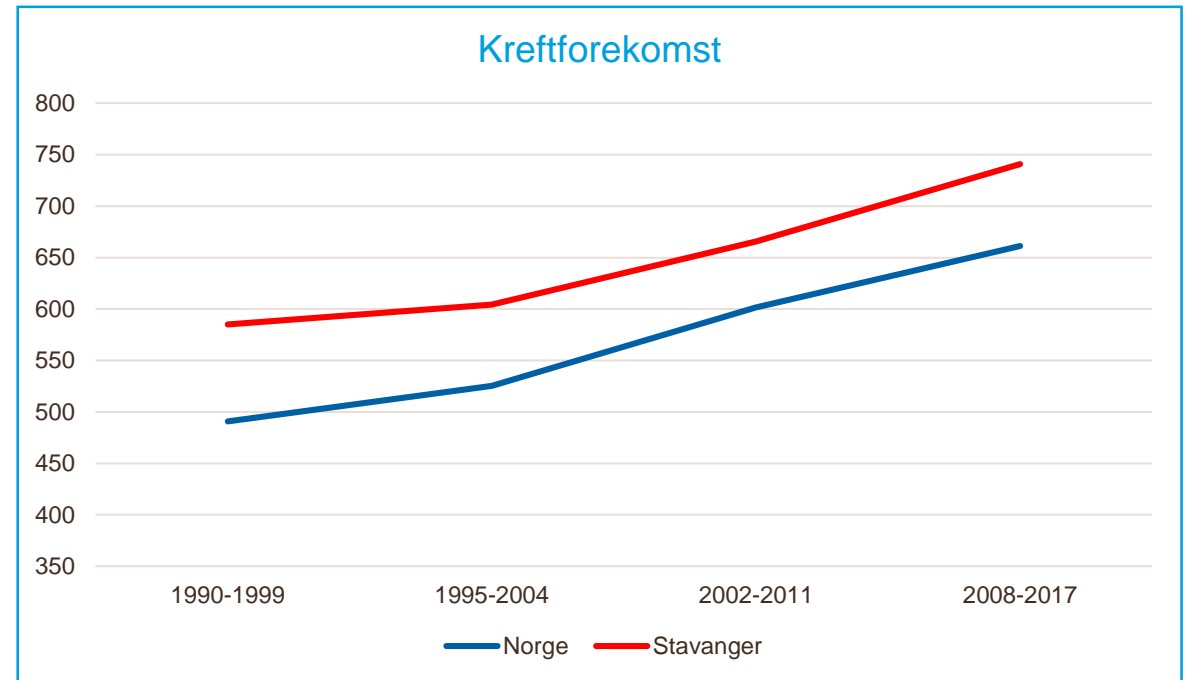


Figur 11: Antall døde menn i aldersgruppen 0-74 år per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (2008-2017).

Levevaner

Det er store sosiale forskjeller i levevaner, og studier har vist at kreftforekomst og -dødelighet varierer med hvor man befinner seg på den sosiale rangstigen. Om lag 20 prosent av kreftdødsfallene blant menn og 30 prosent blant kvinner ville vært unngått dersom alle hadde hatt samme dødelighet som det gruppen med høyere universitetsutdanning har (Elstad, 2006).

En av forklaringene til økningen i kreftforekomst er den økte gjennomsnittlige levealderen. Flere unngår/overlever hjerte- og karsykdommer, og dette øker risikoen for at de blir gamle nok til å pådra seg kreft i stedet. Det er likevel verd å merke seg at kreftforekomsten øker i alle aldersgrupper.

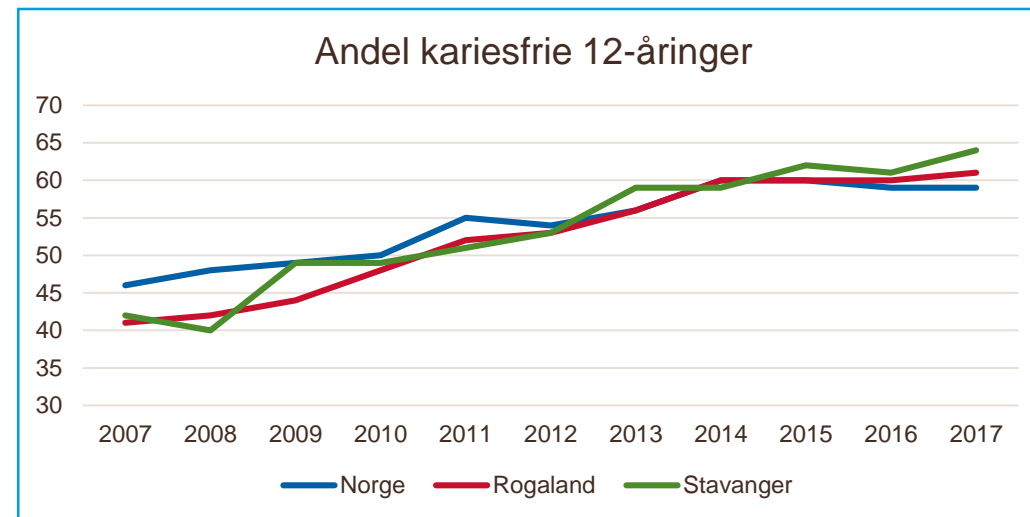


Figur 12: Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år, begge kjønn. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 10-årsperioder). Kreft i fordøyelsesorganer (C15-26), Kreft i tykk- og endetarm (C18-20), Lungekreft (kreft i luftrør og lunge) (C33-C34), Hudkreft (C43-C44), Brystkreft (C50), Prostatakreft, menn (C61), Kreft i lymfatisk og bloddannende vev (C81-96 og D45-47).

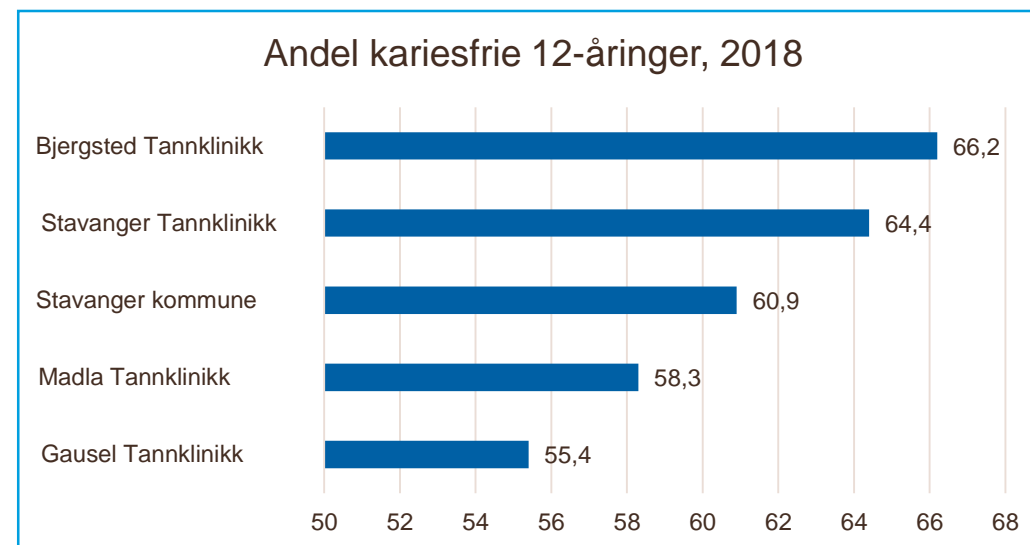
Tannhelse

Det har vært en betydelig bedring i tannhelsen de siste 30 årene. God tannhelse er viktig for den generelle helsen, for velvære og livskvalitet. I tillegg kan tannhelsen i befolkningen si noe om kosthold, munnhygiene og levevaner generelt. Uheldige kostholdsvaner, som høyt sukkerinntak, kan utgjøre en trussel mot bedringen i tannhelsen til barn og unge. Samtidig er det et potensial for forebygging, og informasjon om tannhelse kan derfor være nyttig kunnskap i det lokale folkehelsearbeidet (Norgesghelsa, 2019).

Statistikk på tannhelse presenteres ikke på bydelsnivå. Kommunen har fire offentlige tannklinikker og figur 14 viser forskjeller i tannhelsestatus mellom de ulike klinikkene.



Figur 13: Andel av de undersøkte barna som aldri har hatt hull eller mistet tann på grunn av karies.

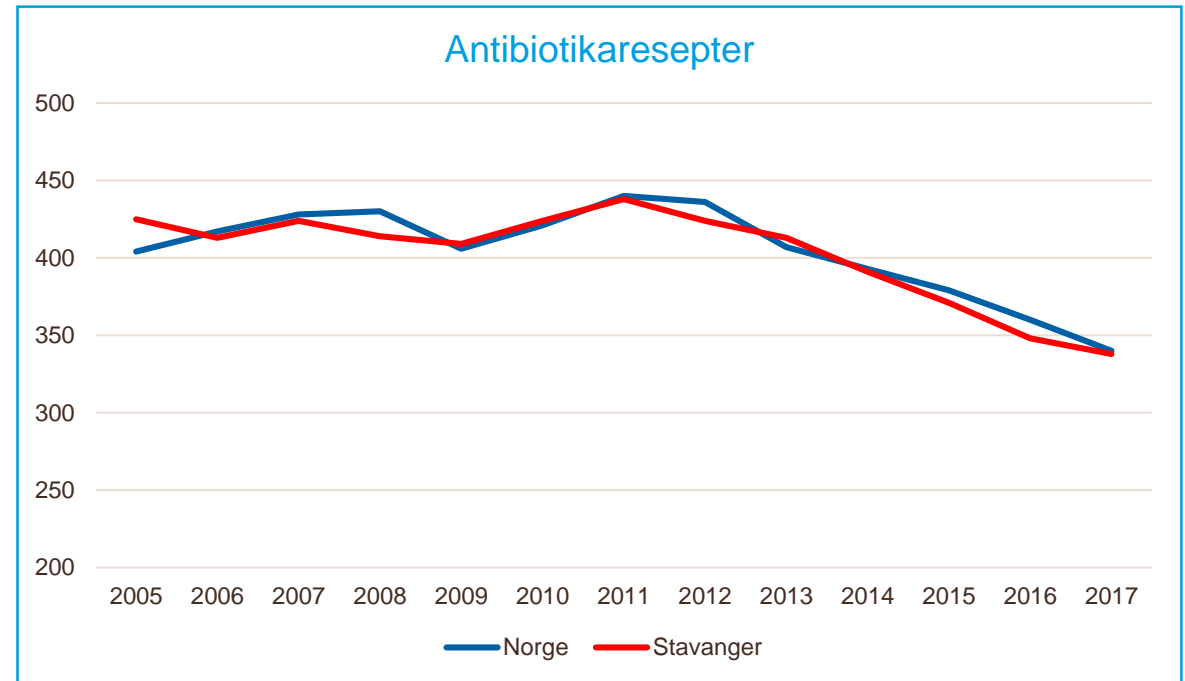


Figur 14: Andel av de undersøkte barna som aldri har hatt hull eller mistet tann på grunn av karies.

Antibiotikabruk

Bakterier som er resistente mot antibiotika er et alvorlig og økende problem i hele verden. En reduksjon i total antibiotikabruk vil bremse og sannsynligvis redusere resistensutviklingen. I nasjonal strategi mot antibiotikaresistens er målsetningen 30 % reduksjon i antibiotikabruk hos mennesker innen 2020.

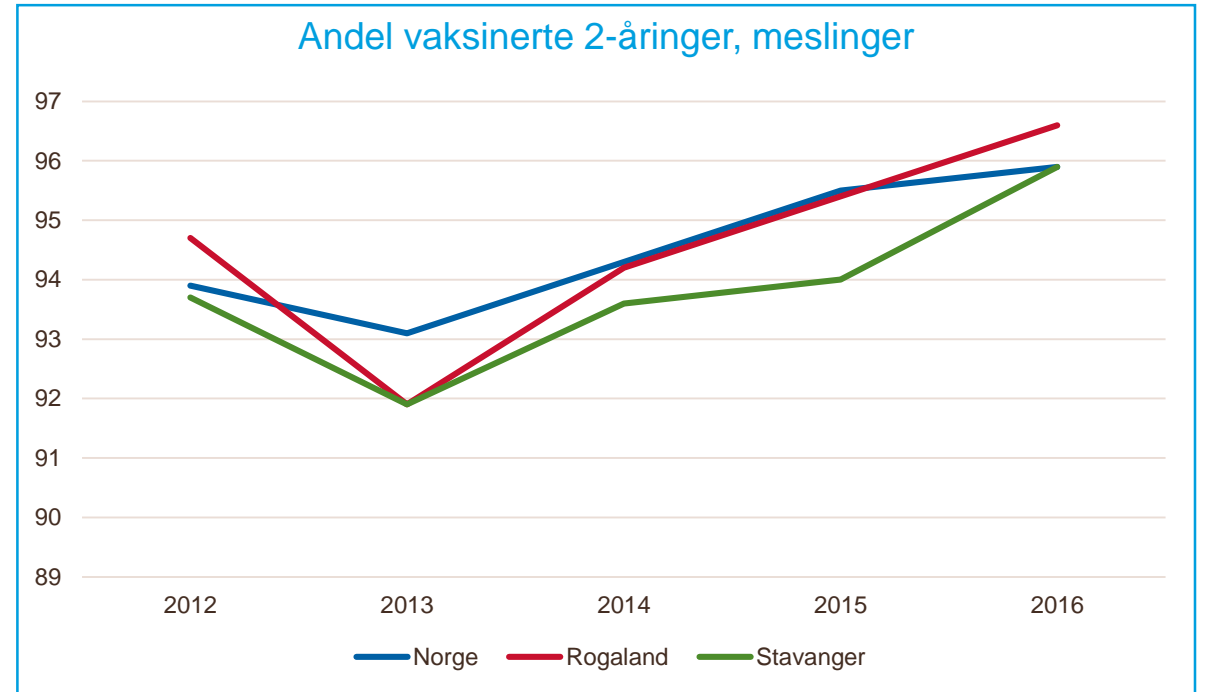
Folkehelseinstituttets komité for forebygging og bekjempelse av antibiotikaresistens har satt et langsiktig mål om 250 resepter/1000 innbyggere per år. I 2017 var dette tallet i Stavanger 338 resepter/1000 innbyggere.



Figur 15: Antibiotika forskrevet på resept og utlevert fra apotek til personer i aldersgruppen 0-79 år. En resept defineres som en utlevering av et antibiotikum. Resepter med følgende legemidler er tatt med: Antibiotika til systemisk bruk (J01) Antibiotika til bruk mot luftveisinfeksjoner (fenoksymetylpenicillin (J01CE02), doksycyklin (J01AA02), amoxicillin (J01CA04) og makrolider (J01FA))

Vaksinasjonsdekning

For at en sykdom skal være under kontroll i befolkningen, må vaksinasjonsdekningen være mellom 80 og 95 % alt etter hvor lett sykdommen smitter mellom mennesker og hvor effektiv vaksinen er. Dersom vaksinasjonsdekningen blir for lav, kan sykdommer som vi pr i dag har kontroll på, komme tilbake.

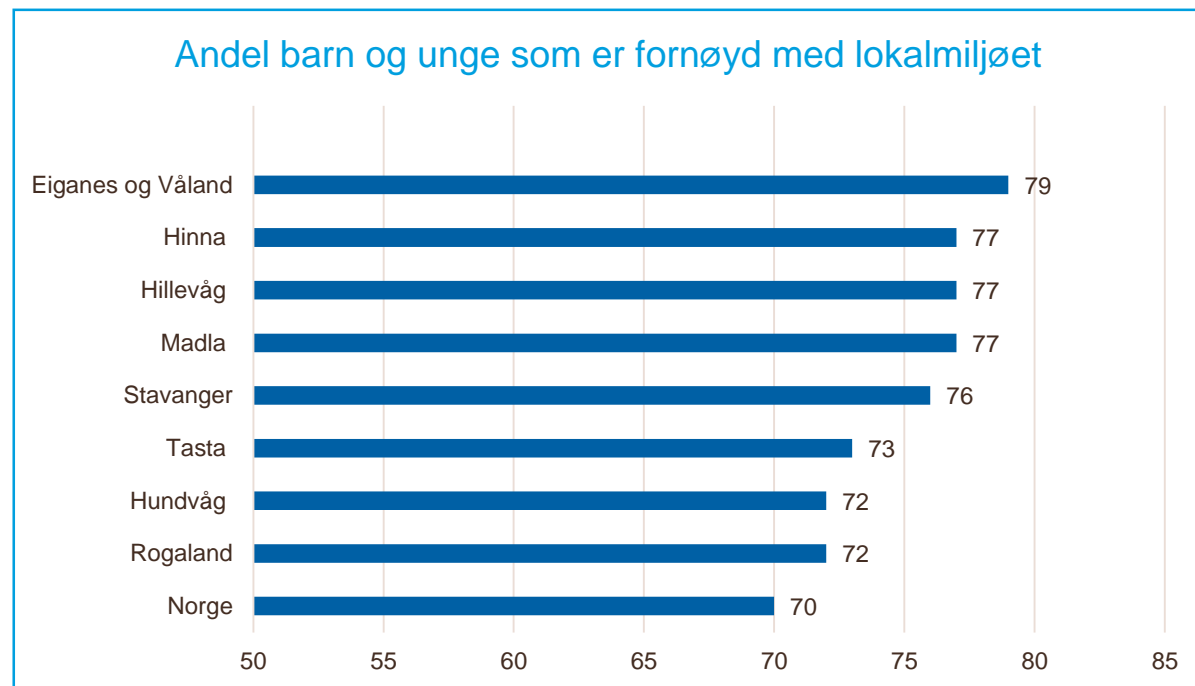


Figur 16: Fullvaksinerte barn mot meslinger 2 års alder. Andelen oppgis i prosent av alle barn i aldersgruppene 2 år.

Nærmiljø og lokalsamfunn

Lokalmiljøets utforming påvirker helsen vår. Et lokalsamfunn som er preget av fellesskap, sosial samhandling og varierte fritidsaktiviteter fremmer barn og unges trivsel og helse.

«Ung data» undersøkelsen viser at 75,8 % av ungdomsskoleelevene i Stavanger er fornøyd med lokalmiljøet der de bor. Ved nærmere studering av Ung Data materialet ser man at dette i stor grad samsvarer med hvor godt elevene trives på skolen. De som trives på skolen er også fornøyd med lokalmiljøet.

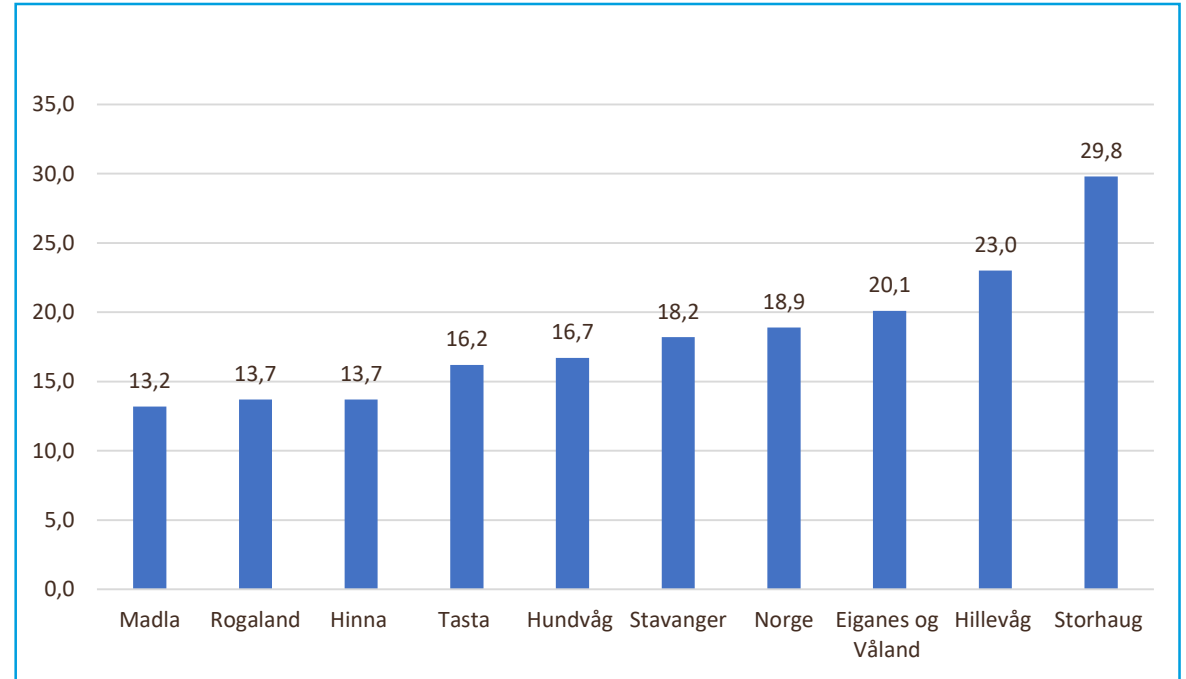


Figur 17: Andel ungdomsskoleelever som svarer «svært fornøyd» eller «litt fornøyd» på spørsmålet: "Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med lokalmiljøet der du bor?", i prosent av alle som har svart på dette spørsmålet. Det mangler tall for Storhaug bydel. Tallene er hentet fra Ung Data 2016.

Bosituasjon

Bolig blir regnet som den fjerde velferdspilaren sammen med helse, utdanning og arbeid (NOU 2011:15) Å bo trangt har sammenheng med fysiske og psykiske helseproblem. Mye tyder også på at det å bo trangt kan ha negativ påvirkning på utdanningsutfall (Goux og Maurin 2005; Bourassa et al. 2016; Blau et al. 2015; Mare og Solaro 2012). I følge Helsedirektoratet består helsefremmende nærmiljøer av; sosiale møteplasser, gode oppvekstmiljø, grøntstruktur, tilgang til natur- og friområder, sosial integrering, økt livskvalitet og deltakelse.

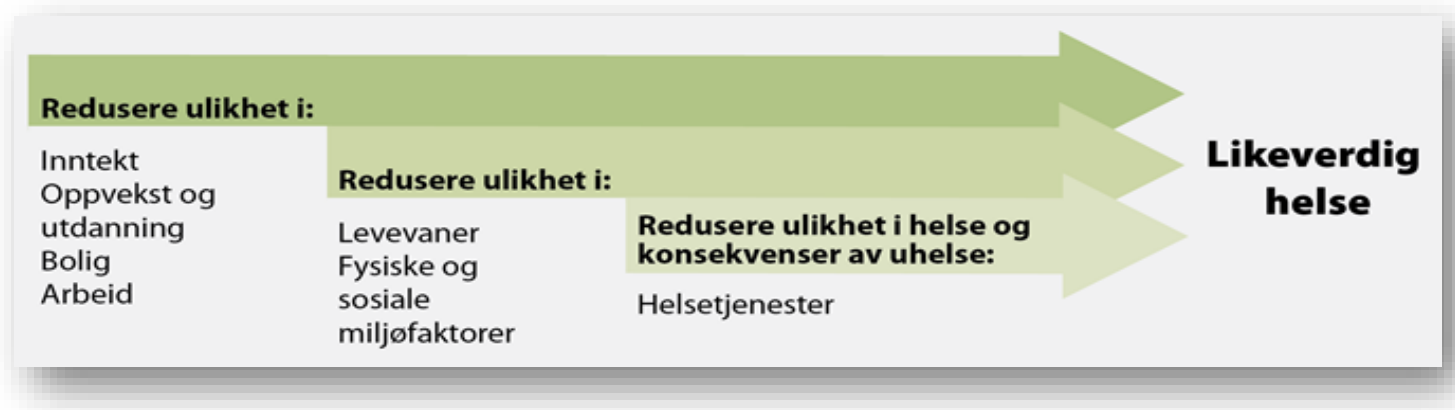
Trangboddhet er én av flere indikatorer på redusert bokvalitet. Bokvalitet har betydning for helse på flere måter. En vanskelig bosituasjon kan påvirke barn og unges levekår og helse; det påvirker skoleprestasjoner og deres sosiale liv. Vedvarende lav bokvalitet og langvarig leie av bolig øker sannsynligheten for at barn ikke tar med venner hjem.



Figur 18: Personer som bor trangt. Andeler er presentert i prosent av personer i privathusholdninger. Å bo trangt er definert som følgende: 1. Antall rom i boligen er mindre enn antall personer eller én person bor på ett rom, og 2. Antall kvadratmeter (p-areal) er under 25 kvm per person. I tilfeller hvor det mangler opplysninger om antall rom eller p-areal, vil husholdninger regnes som trangbodde dersom en av de to betingelsene er oppfylt. Årlige tall.

Statusrapport folkehelseplan

For å redusere sosial ulikhet i helse må man gjøre noe med de bakenforliggende faktorene som forårsaker sosiale forskjeller. Figuren under viser eksempler på områder der man kan gjøre en innsats for å redusere sosiale helseforskjeller. Lengst til venstre finner man de grunnleggende faktorene som påvirker hele årsakskjeden.



Gjeldende folkehelseplan inneholder en handlingsplan på 113 tiltak. Handlingsplanen har vært et verktøy for å sette fokus på «helse i alt vi gjør». Hensikten med handlingsplanen var å synliggjøre at alle tjenestoområder, avdelinger, seksjoner og alle ansatte er en del av kommunens folkehelsearbeid. Tiltakene i planen representerer alle de ulike nivåene i årsakskjeden. Årets rapport blir den siste statusoppdateringen på disse tiltakene.