
Folkehelsekartlegging 2017





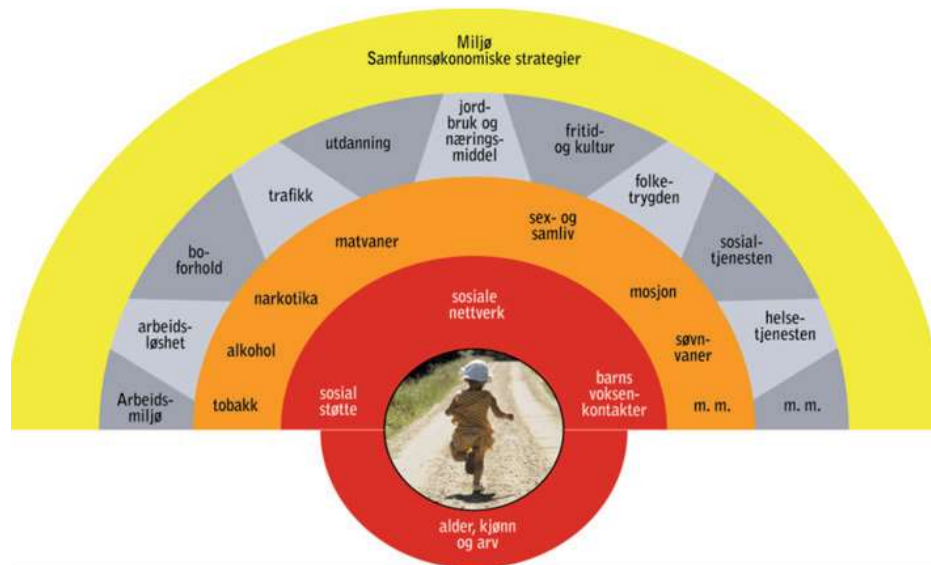
1. Innledning	3
2. utfordringer og ressurser	5
3. Befolkningssammensetning	8
4. Oppvekst- og levekårsforhold.....	16
5. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....	44
6. Helserelatert atferd.....	61
7. Skader og ulykker	77
8. Helsetilstand.....	83
9. Kilder	100

1. INNLEDNING

Kommunesektoren har en sentral rolle i å fremme befolkningens helse gjennom bredden i kommunens ansvar. Folkehelseperspektivet skal inngå i planlegging og lokal samfunnsutvikling.

Folkehelsen påvirkes av det samfunnet vi lever i. Den samlede folkehelsesituasjonen i en kommune eller landet er ikke kun summen av individuelle valg og genetiske forutsetninger. Det er store geografiske forskjeller i helse og betydelige sosiale helseforskjeller. Samfunnsmessige forhold skaper disse forskjellene, som kommunen til dels kan påvirke gjennom planlegging, forvaltning og tiltak. Kunnskap om disse samfunns- og miljømessige forhold er da en forutsetning for å ivareta innbyggernes helse.

Whitehead og Dahlgreen (1991) har utarbeidet en modell som viser at individuelle valg med unntak av faktorer som alder, kjønn og arv påvirkes gjennom ytre faktorer i samfunnet og miljøet, jfr. figuren til høyre. Faktorer som kommunen som sådan, helt eller delvis har råderett over. Faktorene kan være både positive og negative og de kan påvirkes for å bidra til bedre helse og livskvalitet i befolkningen.



I henhold til §5 i folkehelseloven skal kommunen ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene og ressursene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike indikatorer.

Forskrift om oversikt over folkehelsen §3 stiller krav til oversiktens innhold. Denne skal omfatte opplysninger om og vurderinger av

- Befolkningssammensetning
- Oppvekst- og levekårsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Helserelatert atferd
- Skader og ulykker
- Helsetilstand

Kommunen skal utarbeide løpende oversikt over helsetilstanden i befolkningen (kontinuerlig arbeid) og en skriftlig oversikt over helsetilstanden hvert 4. år (dette dokumentet). Folkehelsekartleggingen skal øke kunnskapsnivået slik at planstrategien og øvrige planer i kommunen utarbeides med utgangspunkt i et faktisk utfordringsbilde med mål om å redusere sosial ulikhet i helse. Formålet er også å forankre folkehelsearbeidet politisk, på tvers av sektorer og som en langsiktig satsing.

INFORMASJONSINNHEITING OG BRUK AV STATISTIKK

Det er første gang kommunen gjennomfører en folkehelsekartlegging i henhold til folkehelseloven. Man har derfor gått bredt ut i forhold til hvilken informasjon som er vurdert nødvendig for å si noe om folkehelsestilstanden i kommunen.

Tverrfaglig folkehelsesteam med representanter fra alle kommunalavdelinger inkludert stab har vært ansvarlig for å utarbeide oversiktsdokumentet. Nøkkel/fagpersoner er trukket inn i arbeidet ved behov. Arbeidet har vært forankret hos rådmann. I tråd med merknader til forskrift om oversikt over folkehelsen §3, er vurderingene basert på faglighet og ikke økonomi eller politikk.

Oversikten baseres blant annet på opplysninger tilgjengeliggjort av Folkehelseinstituttet, SSB og fylkeskommunen, vurderinger og kunnskap fra kommunale helse- og omsorgstjenester, samt kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse, og tilfredsstillende lovens §5.

Det er valgt å sammenligne Strand kommune med Rogaland og Norge. Det sier noe om trenden i samfunnet og hvor Strand befinner seg i forhold til regionalt og nasjonalt nivå. Der det ikke er mulig å skaffe komplett tallmateriale er det kommentert. Tallverdien i enkelte diagram begynner ikke på null. Det tydeliggjør forskjellene, men kan også skape et bilde av at forskjellene er større enn hva virkeligheten tilsier. I tillegg til sammenligning med andre må man vurdere utfordringenes totale omfang og forebyggingspotensial. Selv om kommunen i sammenligning med fylket og landet kommer gunstig ut, kan utfordringen være betydelig og forebyggbar for både kommunen og de vi sammenligner oss med.

Statistikk har stor nytteverdi, men har også mulige feilkilder. Statistikken gir et grunnlag for undring og spørsmål, snarere enn fasitsvar på utfordringer. Konklusjoner om årsaker blir ofte tolkninger.

Absolutte tall er de tallene vi får når vi teller; det vil si råttall. Eksempelvis er folkemengden et absolutt tall.

Glidende gjennomsnitt er et gjennomsnitt av målinger over flere år. Da vil det være lettere å se trender – noe som oftest er viktigere enn hvert enkelt år isolert. Samtidig er det viktig å huske at et spesielt høyt eller lavt resultat et år, kan gi store utslag i gjennomsnittsverdiene.

Standardiserte tall gjenspeiler nivået kommunen ville hatt hvis den hadde samme kjønns- og alderssammensetning som landet totalt sett. Det gjør det lettere å sammenligne på tvers av kommuner og fylker. Ulempen er at metoden ikke nødvendigvis angir hver kommunes nivå helt i tråd med den faktiske situasjonen. Ved sammenligning av datamateriell i denne oversikten, må en ta høyde for at forskjellene kan skyldes tilfeldig variasjon. For å sammenligne ulike enheter eller se på utvikling over tid, er standardiserte tall benyttet. Det er angitt der standardiserte verdier er benyttet.

Andel blir ofte beregnet ut fra størrelsen på den befolkningsgruppen som er aktuell i det gitte tilfellet. Eksempel: ved utregning av prosentandel av kvinner og menn i brukerplan er det beregnet utfra antall kartlagte i brukergruppen.

Måleproblemer, datamangel og mørketall: Mangel på informasjon og begrenset datamaterialet er en utfordring i kartlegging av helsetilstanden. I slike tilfeller er gjerne nasjonale/regionale tall vurdert. Det er omtalt hvor det gjelder. Det er ikke alltid en link mellom indikatoren og det fenomenet vi er interessert i. Eksempelvis vil ofte en høy kroppsmasseindeks medføre helseproblemer, men ikke alltid. Indikatorer gjenspeiler heller ikke alltid den faktiske situasjonen. Ulik praksis mellom leger kan gi indikasjoner på regionale forskjeller som ikke nødvendigvis innebærer ulik helsetilstand.

2. UTFORDRINGER OG RESSURSER

Kartleggingen har identifisert folkehelseutfordringer og ressurser i kommunen. Disse er oppsummert her, i uprioritert rekkefølge. For noen områder vil det være behov for å gjøre ytterligere kartlegging. Dette er områder hvor kommunen skiller seg ut i negativ retning i forhold til Rogaland og Norge, men hvor kartleggingsarbeidet ikke i tilstrekkelig grad har synliggjort konsekvenser og årsaker til situasjonen.

FOLKEHELSE UTFORDRINGER

Psykisk helse blant ungdom

Ungdataundersøkelsen gir indikasjoner på psykiske helseplager blant en del av ungdommene, spesielt jenter. Ensomhet, mobbing, bekymringer, søvnproblemer og høye forventninger/perfeksjonismekultur bidrar til psykiske helseplager og signaler på stress. Psykiske helseplager øker blant annet risikoen for frafall i skolen og uførhet.

Ung uførhet, 18-44 år, og arbeidsavklaringspenger

En viktig utfordring for folkehelsen i kommunen er utviklingen i arbeidsavklaringspenger og nivået på ung uførhet sammenlignet med landet og fylket. Sykdomsbildene er preget av psykiske lidelser, rus, livsmestring og utfordrende oppvekst- og livsvilkår.

Rus/psykiatri

Blant kommunene i Helse Stavanger har Strand kommune den høyeste andelen kartlagte rus/psykiatribrukere av befolkningen over 18 år. Forholdsvis mange av de kartlagte har et omfattende rus/psykiatriproblem. For disse og deres pårørende har dette alvorlige konsekvenser for det daglige livet. Det har betydning for tilknytningen til arbeidslivet, inkludert behovet for ytelser som sosialhjelp, arbeidsavklaringspenger og uførepensjon, samt somatisk helsetilstand. Også barnevernstjenesten er i flere av disse tilfellene involvert for å ta vare på barnets helse og velferd.

Sosialhjelp og arbeidsavklaringspenger

I kjølvannet av oljeprisfallet opplever kommunen en økning i andelen som mottar sosialhjelp, spesielt yngre sosialhjelpsmottakere, samtidig som stønadslengden og utbetalingen øker. Også for ytelsen arbeidsavklaringspenger opplever kommunen en økning i andelen mottakere. Begge disse ytelsene blir sterkt påvirket av et vanskelig arbeidsmarked som medfører at blant annet personer med behov for tilrettelegging i arbeidslivet lettere faller utenfor.

Langtidsledige

Oljeprisfallet og konkursen ved Stålverket har medført at Strand kommune de siste par år har opplevd en sterk økning i arbeidsledigheten fra 2% i 2013 til 4,2% i 2016. En sterk vekst i andelen langtidsledige, definert som arbeidsledig i 26 uker eller mer, er spesielt utfordrende. Ved utgangen av november 2016 har kommunen 280 personer som mottar dagpenger, hvor 46 har 5 måneder eller mindre igjen av dagpengeperioden. Flere vil ha utfordringer med å skaffe seg ny jobb, både som følge av alder, yrke og utdanningsnivå. Sysselsettingen reduseres mest for de yngste innbyggerne og innvandrere (bosatte flyktninger).

Lavt utdanningsnivå

En gradvis endring i samfunnet innebærer i større grad et krav om å ha fullført en grunnutdanning for å skaffe seg arbeid. Kommunens innbyggere har et forholdsvis lavt utdanningsnivå sammenlignet med fylkes- og landsgjennomsnittet og gjør dem mer sårbar i nedgangstider. I et presset arbeidsmarked vil de med lavest utdanning gjerne ha størst utfordring med å skaffe seg arbeid.

Mestringsnivå lesing og regning

For både lesing og regning har Strand en større andel barn på 5. trinn som er på laveste mestringsnivå mens det ved 8. trinn har utjevnet seg sammenlignet med Rogaland og Norge. Regning og lesing er viktige basisferdigheter i utdanningsløpet og arbeidslivet. Mestring er viktig for elevenes motivasjon for læring og for å fullføre utdanningsløpet, og er viktige predikatorer for utvikling i sosial ulikhet i helse.

Husholdningenes gjeldsbelastning

Strand opplever på kort tid en stor økning i husholdninger med høy gjeldsbelastning, hvor gjeld utgjør mer enn 3 ganger inntekten. Mye av økningen skyldes økte boligpriser. Økt arbeidsledighet kan forsterke effekten. Et betydelig inntektstap kan innebære at husholdninger står i fare for å måtte selge bolig. Det vil i stor grad påvirke den selvopplevde helsen spesielt for foreldre, men også for barn.

Lavinntektshusholdninger

Det er en nær relasjon mellom inntektsnivå og befolkningens helse. Rundt 8% av innbyggerne lever i lavinntektsfamilier med mindre enn kr 300 000 i disponible inntekt. I 2014 berørte dette rundt 300 barn under 18 år. Kommunen ligger på samme nivå som Rogaland, men under landssnittet.

Barns oppvekstvilkår

Andelen barn under 22 år hvor barnevernstjenesten i Strand har iverksatt tiltak er på nivå med landssnittet. Tiltak inkluderer både hjelpetiltak og omsorgsovertakelser. I 2015 berørte dette rundt 160 barn i kommunen. Mange av barna som mottar tiltak fra barnevernstjenesten har en vanskelig barndom som preger livene deres. De har en høyere risiko for marginalisering på en rekke livsområder.

Integrering av voksne innvandrere

Innvandrere er i folkehelsesammenheng en generell utsatt befolkningsgruppe. 11% av kommunens befolkning i 2016 er første og andregenerasjons innvandrere. Manglende arbeid synes å være den viktigste forklaringsfaktoren på manglende integrering. Etter 10 år er sysselsettingsgraden blant innvandrere på nivå med etnisk norske. Strand opplever at integrering av spesielt voksne innvandrere er utfordrende.

Sunn livsstil

Fysisk aktivitet, et sunt kosthold og overvekt/fedme er tre faktorer som henger tett sammen. Den generelle trenden i samfunnet, også Strand, er at bruk av legemidler til behandling av sykdommer som diabetes type 2 og hjerte/kar øker. Noe skyldes arv, men mye kan forebygges ved en sunn livsstil. Overvekt/fedme målt ved sesjon 1 og første svangerskapskontroll indikerer at Strand har en større utfordring på området enn fylket og landet. Aktivitetsnivået blant ungdomsskoleelevene i kommunen øker, men reduseres for elever på videregående. Et begrenset kollektivtilbud og en kultur for bilkjøring reduserer hverdagsaktiviteten. Kommunen har i liten grad universelt utformet turveger.

Radon og vannkvalitet

Faktorer i det ytre miljøet slik som radon og vannkvalitet kan være kilde til sykdommer som ellers kunne vært unngått. Store deler av kommunen er i kategori aktsomhetsgrad 2 av 3 knyttet til radon i grunnen. Det er usikkert hvordan spesielt eldre hus innvendig er sikret mot radonforurensning. I underkant av 20% av kommunens husholdninger er ikke tilknyttet rapportpliktig/kommunalt vannverk. Grunnet manglende vannprøver er vannkvaliteten usikker.

Kreft

For strand kommune er kreft den hyppigste årsaken til tidlig død før fylte 75 år. Den generelle trenden er at tidlig død som følge av kreft går ned, men Strand opplever en økning. Strand ligger også høyt i andelen nye krefttilfeller. Sunne valg kan redusere risikoen for å utvikle kreft, men kreft som skyldes arvelighet og alderdom er vanskeligere å forebygge. For kommunen vil det være viktig å identifisere risikofaktorer i det ytre miljøet som kan være årsaken til hyppigheten av kreftforekomst i kommunen.

Medikamentbruk

Muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser er de hyppigste årsakene til sykefravær og uførhet i Norge. Kommunen har et høyt antall brukere av reseptbelagte smertestillende medikamenter og antidepressiva sammenlignet med fylket og landet. Kartleggingsarbeidet har ikke i tilstrekkelig grad identifisert sammenhengene for Strand kommune. Det er derfor behov for å ytterligere kartlegge konsekvenser og årsaker for å vurdere om dette er en folkehelseutfordring for kommunen.

FOLKEHELSE RESSURSER

Ung befolkning

Strand kommune har en forholdsvis ung befolkning hvor 29% av innbyggerne er i aldersgruppen 0-19 år. For et fremtidig folkehelseperspektiv er det positivt med en ung befolkning da grunnlaget for god helse starter tidlig i livsløpet. Dette øker også viktigheten av et godt folkehelsearbeid i Strand.

Lavere inntektsulikhet og forskjell i forventet levealder

Kommunen har lavere inntektsulikhet mellom utdanningsnivå og lavere forskjell i forventet levealder mellom utdanningsnivå sammenlignet med Rogaland og Norge. Dette er viktige elementer for å redusere den sosiale ulikheten i kommunen.

Frafall fra videregående skole

Å ha fullført en grunntutdanning er en avgjørende ressurs for å sikre god helse gjennom livsløpet. Strand kommune har et gjennomsnittlig lavere formelt utdanningsnivå enn fylket og landet. Familiebakgrunn er viktig for utdanningsnivået og sosial ulikhet reproduseres ofte gjennom generasjoner. Det er derfor særs positivt at kommunen opplever et vesentlig lavere frafall fra videregående skole blant elever hvor foreldre har grunnskole som høyeste utdanning.

Friluftsliv/naturområder

Strand kommune er en friluftslivkommune med mange muligheter for å ta del i et aktivt liv og bruk av naturen. Selv om friområder som fjell, skog og sjø ikke er i umiddelbar nærhet eller gangavstand for alle, har kommunens innbyggere en nærhet til slike områder som mange andre ikke har. Dette danner et viktig grunnlag for et fysisk aktivt liv som er av stor betydning for å sikre god helse og blant annet forebygge overvekt/fedme og livsstilssykdommer.

Frivillige lag og organisasjoner

Kommunen har vel 150 lag og foreninger som tilbyr ulike aktiviteter. Rundt 20 av disse er idrettsforeninger med en bredde i aktivitetstilbudet. Dette vitner om et stort frivillig engasjement blant kommunens innbyggere. Den frivillige sektoren er hovedsakelig konsentrert blant barn/unge og seniorer. En voksende gruppe eldre, potensielt friske, vil også være positivt for frivillighetssektoren. Disse er ofte en ressurs i nærmiljøet.

Anmeldte forbrytelser/lovbrudd

Kommunen opplever en bedring i kriminalitetsstatistikken hvor anmeldte forbrytelser/lovbrudd går ned. I tillegg ligger kommunen godt under fylkes- og landsgjennomsnittet. Det er positivt at risikomiljøet reduseres, spesielt for barn og unge som vil teste grenser.

3. BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

Befolknings sammensetningen er viktig for å forstå kommunen og kan være avgjørende for hvilke strategiske valg en kommune gjør. Fordeling i forhold til alder, kjønn, befolkningsgrupper og bosetning vil blant annet danne grunnlag for planlegging av framtidige tjenestebehov og hvilke hensyn som skal ivaretas.

Innsatsområdene vil være ulike for kommuner med en ung befolkning i forhold til en kommune med en eldre befolkning. En vesentlig økning i barnefamilier vil kreve ny vurdering av kapasitet og struktur i barnehager og skoler, mens en aldrende befolkning vil innebære en vurdering av tilbudet i helse- og omsorgssektoren. Som følge av økt innvandring må kommuner ta hensyn til både språk- og kulturforskjeller i utvikling av sine tjenester og helsefremmende tiltak. Redusert fruktbarhet, økt innvandring, økning i forventet levealder og en aldrende trend i befolkningen er faktorer som påvirker befolknings sammensetningen over tid. Dette er forhold som en kommune i liten grad kan påvirke selv.

Høy befolkningsvekst kan innebære en utfordring ved å opprettholde tjenestetilbudet både når det gjelder omfang og tjenestekvalitet. Utbygging av blant annet barnehager, skoler og helse/omsorgsplasser forutsetter en langtidsplanlegging basert på forventning om fremtidig befolkningsnivå. Dette er utfordrende. Kommunen kan til en viss grad påvirke befolkningsveksten i forbindelse med ny boligbygging som det tilrettelegges for, men kommunen kan ikke styre hvilke personer som flytter til kommunen eller ut. En attraktiv skole og et variert kultur- og fritidstilbud kan tiltrekke seg unge i etableringsfasen.

En vesentlig faktor for befolkningsendringer vil være arbeidsmarkedet. Næringsutvikling som tilrettelegger for stabilitet, vekst og variert næring vil være ettertraktet blant arbeidstakere og bidra til befolkningsvekst både i form av tilflyttere og mindre utflytting fra kommunen. Boligpriser og kulturliv er også faktorer som påvirker hvor personer bosetter seg. Både næringsutvikling og kulturliv kan kommunen til en viss grad påvirke, i det minste legge til rette for.

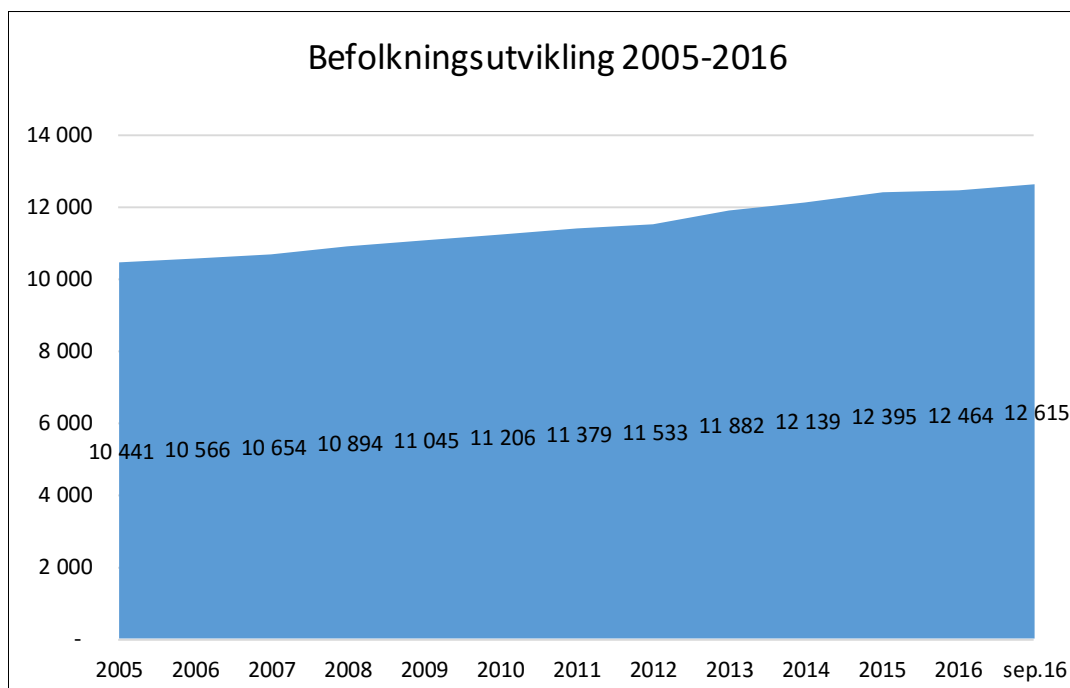
Store endringer i infrastruktur som fastlandsforbindelse til Stavanger, Ryfast, vil kunne påvirke befolknings sammensetningen og befolkningsveksten. Det er ulike meninger om i hvor stor grad Strand kommune vil oppleve en positiv befolkningsvekst som følge av Ryfast.

BEFOLKNINGSUTVIKLING

Begrunnelse for valg av indikator: *Befolkningsutvikling blir gjerne sett på som den ene store indikatoren for regional utvikling. Ønsket om befolkningsvekst har sammenheng med flere forhold bl.a. kommunens inntektsgrunnlag og tilgang på arbeidskraft. Utvikling i antall innbyggere har betydning for kommunens planer når det gjelder omfang og kvalitet av de ulike tjenestene som skal leveres til innbyggerne i fremtiden. En ung befolkning kan være fordelaktig for fortsatt å være en vekstkommune. Kilde: Folkehelseinstituttet og SSB.*

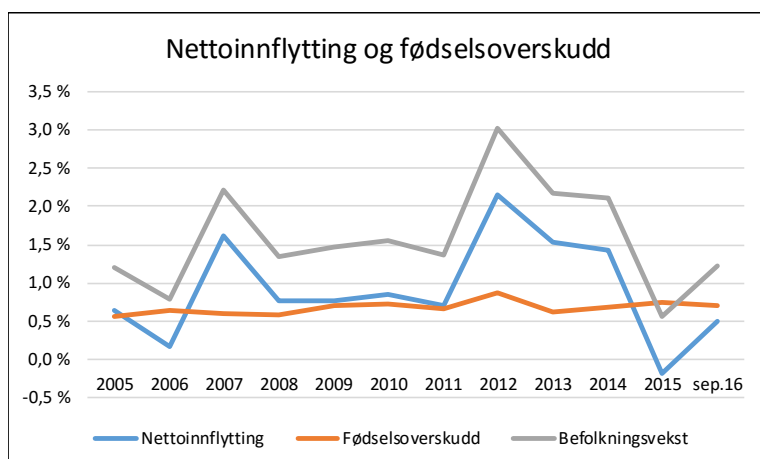
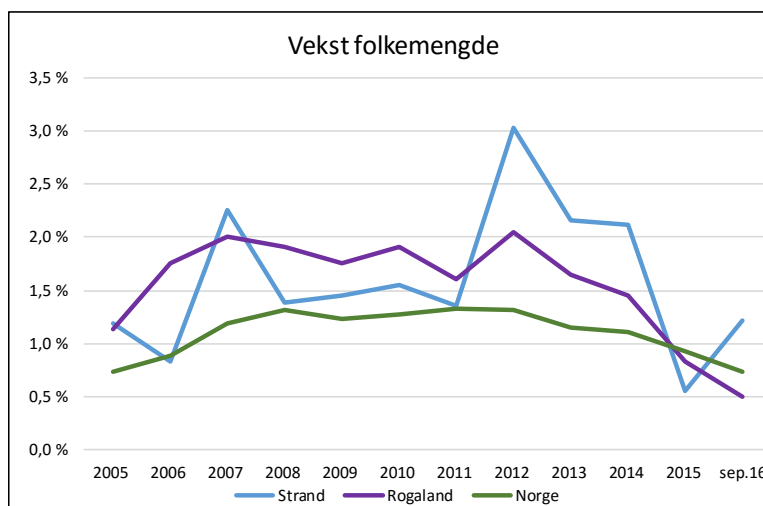
Strand kommune har vært en kommune i sterk vekst. Folketallet har i perioden januar 2005-januar 2016 hatt en gjennomsnittlig årlig vekst på 1,7%. Innbyggertallet har økt med 2 023 innbyggere. Kommunen hadde ved inngangen av 2016 12 464 innbyggere. Veksten for 2016 er ikke tilgjengelig ennå, men ved utgangen av 3. kvartal var kommunen vokst til 12 615 innbyggere. Det tilsvarer en vekst på 1,2% hittil i 2016.

En stadig større andel av kommunens innbyggere bor på Jørpeland og Tau som følge av tydelige sentraliseringsprosesser.



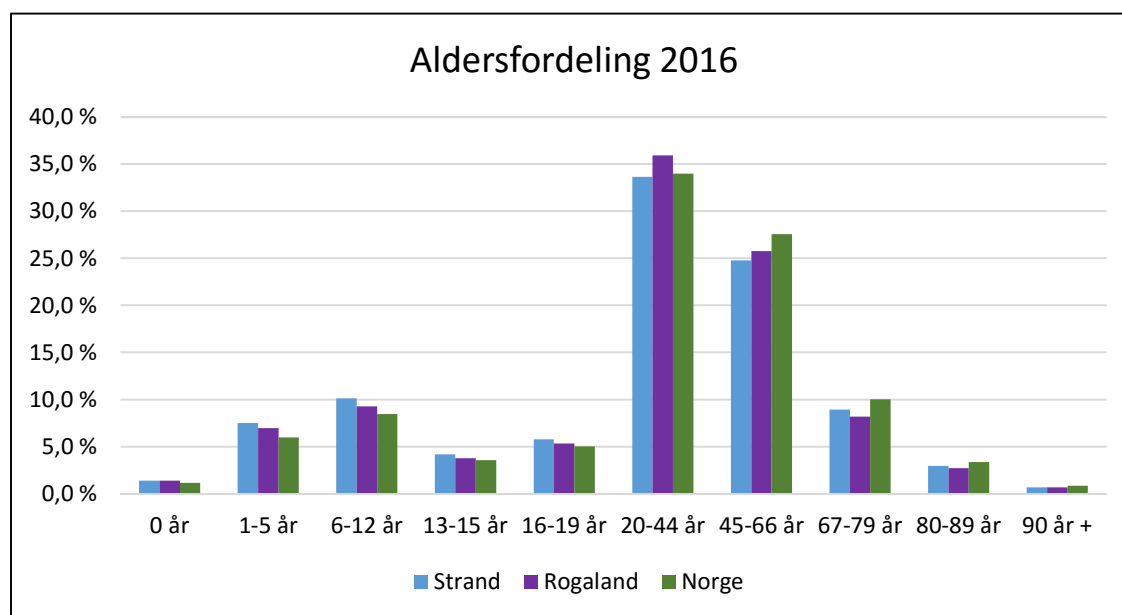
Folkemengde pr. 1. januar 2005-2016, inkl. utgangen av 3. kvartal 2016. Antall personer. Kilde: SSB.

Årlig befolkningsvekst siden 2005 er vist i figuren til høyre (Kilde: SSB). Strand har en høyere eller lik befolkningsvekst enn Norge forutenom 2015. Spesielt i 2012, 2013 og 2014 har kommunen en høy befolkningsvekst på over 2 % hvert år som følge av høy nettoinnflytting. Det er en kombinasjon av innvandring og tilflytting. Vedtak om bygging av Ryfast sommeren 2012 kan ha bidratt positivt til økt befolkningsvekst disse år. Vi ser imidlertid en nedgang i 2015 hvor kommunen hadde en nettoutflytting på 23 stk. Dette kan skyldes utflytting grunnet høy arbeidsledighet og innvandrere som bosetter seg i annen kommune/flytter hjem. I 2016 opplever kommunen i motsetning til fylket og landet en høyere vekst enn i 2015.



Variasjonene i befolkningsveksten skyldes nettoinnflytting, jfr. grafen til venstre som viser nettoinnflytting og fødselsoverskudd i perioden januar 2005- september 2016 (Kilde: SSB). Statistikken omfatter all registrert flytting mellom Strand og en annen norsk kommune eller mellom Strand og utlandet i løpet av et år. Dersom en person flytter flere ganger i løpet av et kalenderår telles hver gang som flytting. Fødselsoverskuddet, det vil si antall fødte barn i Strand fratrukket dødsfall, har i

perioden vært stabilt på rundt 0,7%. Dagens informasjon tilsier at færre dør, noe som indikerer at fødselsoverskuddet vil gå opp så fremt antall fødsler opprettholdes. Det vil resultere i en høyere befolkningsvekst frem i tid gitt at øvrige variabler for befolkningsveksten er lik.



Aldersfordeling i befolkningen (andel i prosent) for landet, fylket og Strand kommune i januar 2016. Kilde: Folkehelseinstituttet.

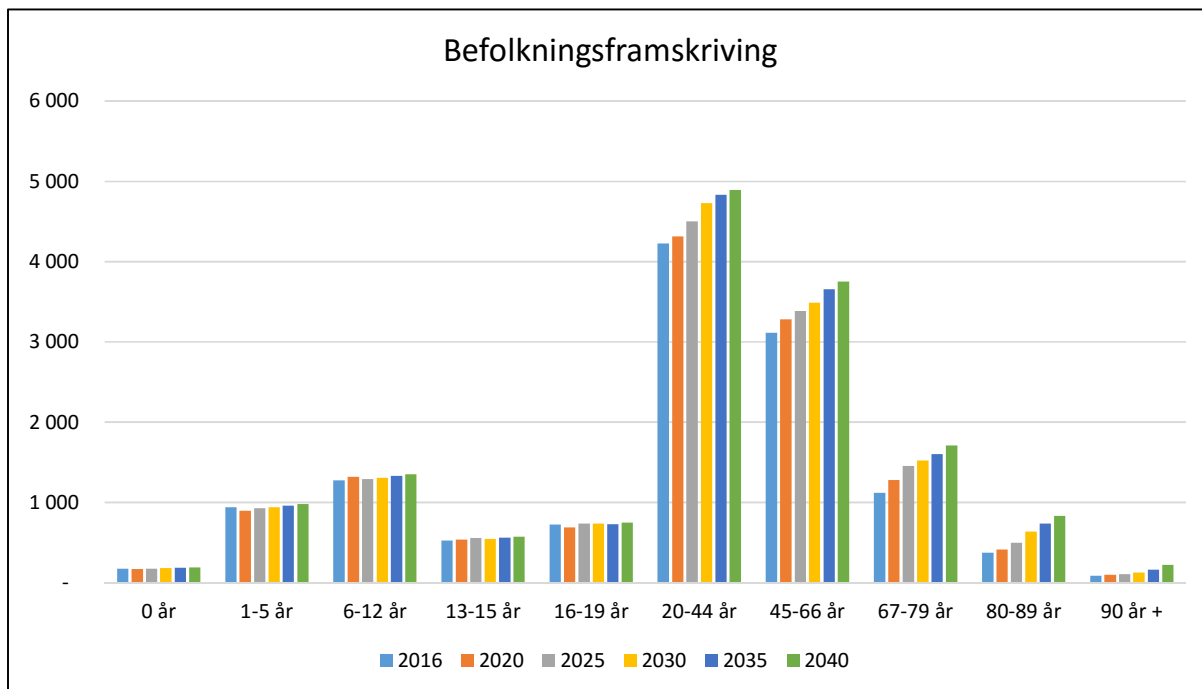
Kommunen har en forholdsvis ung befolkning hvor 29% er i aldersgruppen 0-19 år. For landet er tilsvarende tall 24% og for Rogaland 27%. Aldersgruppen 20-66 år hvor vi finner de fleste yrkesaktive, utgjør vel 58% i Strand kommune mot 62% både i Rogaland og Norge. Befolkningen i alderen 67 år plus tilsvarende 13% i Strand og 11% i Rogaland, mens for landet som helhet utgjør dette 14% av befolkningen.

BEFOLKNINGSFRAMSKRIVING

Begrunnelse for valg av indikator: Befolkningsframskriving kan tjene mange formål og fungere som er nyttig instrument for planlegging i kommunen. Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre kan også bety en økning i befolkningen som har behov for helse- og omsorgstjeneste (Kilde; St.meld. nr. 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen). Aldersfordelingen og framskrivinger gir informasjon om forventet fordeling av helsetilstand, behov for skole og barnehageplasser og etterspørsel etter helsetjenester og sykehjemsplasser. Den kan også gi et godt inntrykk av arbeidsmarkedet og attraktiviteten til ulike regioner. Unge, nyutdannede bosetter seg i stor grad der de finner jobb. Dette bidrar til at de trekker ned gjennomsnittsalderen i området. Kommuner som har lav gjennomsnittsalder oppnår dermed en bonuseffekt, gjennom flere skattebetalere i forhold til mottakere av offentlige ytelser, samt generelt bedre helsetilstand (Kilde: Slettebak, 2015).

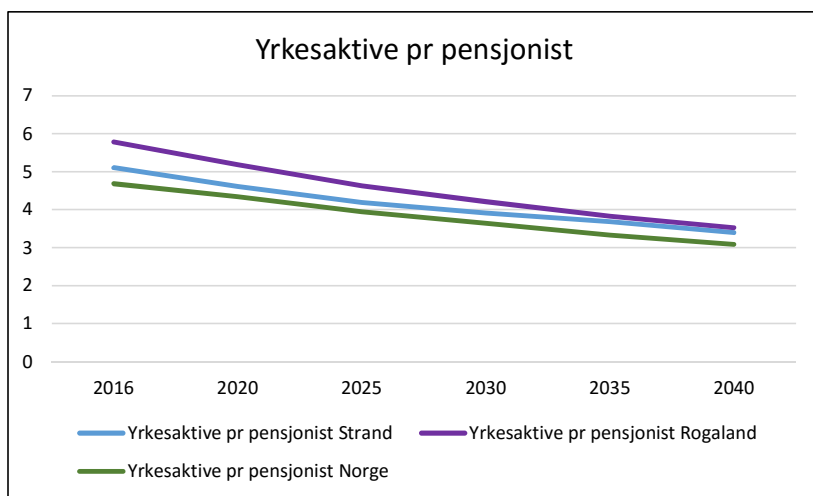
Befolkningsframskriving for Strand kommune basert på SSB sitt estimat med middels vekst antyder en gradvis økning i innbyggertallet frem til 2040. Ved utgangen av 2040 forventes det at Strand kommune er vokst til 15 249 innbyggere mot 12 464 i 2016. Dette tilsvarer ca 21% vekst for hele perioden og gjennomsnittlig årlig vekst på 0,9%. Det innebærer en halvering av befolkningsveksten sammenlignet med hva kommunen har opplevd siste 11 år.

SSB sin prognose tar ikke høyde for hvordan regionale forhold slik som Ryfast vil påvirke utviklingen. Det er usikkert hvor stor effekt dette vil ha for befolkningsutviklingen i kommunen, spesielt i begynnelsen. Rennesøy opplevde til sammenligning den største befolkningsveksten etter at Rennfast var nedbetalt.



Framsrevet folkemengde i intervall til 2040, med utgangspunkt i folketallet per 1.1.2016. Framskrivningene viser framtidig utvikling ut fra forutsetninger om fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring med utgangspunkt i den observerte utviklingen, basert på middels vekst i de nevnte kriteriene. Middels vekst tilsvarer at fruktbarheten forblir på dagens nivå med rundt 1,7 barn per kvinne, levealderen øker med rundt syv år for menn og fem år for kvinner frem mot 2060, det innenlandske flyttemønstret vi har sett de siste ti årene fortsetter og nettoinnvandringen på sikt blir liggende mellom 25 000 og 30 000. Kilde: SSB.

Så fremt SSBs antakelser stemmer vil Strand kommune få en annen befolknings sammensetning i 2040 enn i 2016. Middels nasjonal vekst tilsier at 25% av befolkningen i kommunen i 2040 vil være i aldersgruppen 0-19 år mot 29% i 2016. Andelen i aldersgruppen 20-66 år vil være tilnærmet lik i 2040 på 57% mot 58% i 2016. Mens veksten vil være blant innbyggere som er 67 år eller eldre. Denne gruppen utgjør i dag 13% av befolkningen, men er estimert å tilsvare 18% av innbyggerne i 2040. Dette har betydning for planlegging av kommunens tjenesteproduksjon. Forventningene om vekst blant de eldre aldersgruppene innebærer at kommunen i 2040 vil ha 75% flere i aldersgruppen 67 år pluss enn i 2016. Veksten vil være størst blant 80 år pluss.



I figuren til venstre vises forventet antall yrkesaktive pr pensjonist i perioden frem til 2040 (Kilde: SSB). Da befolkningen blir eldre vil antall yrkesaktive pr pensjonist reduseres fra 5,1 til 3,4 i Strand frem mot 2040. Den samme trenden gjelder for landet og fylket, men da kommunen har en yngre befolkning pr i dag, ser vi en noe slakere kurve for Strand.

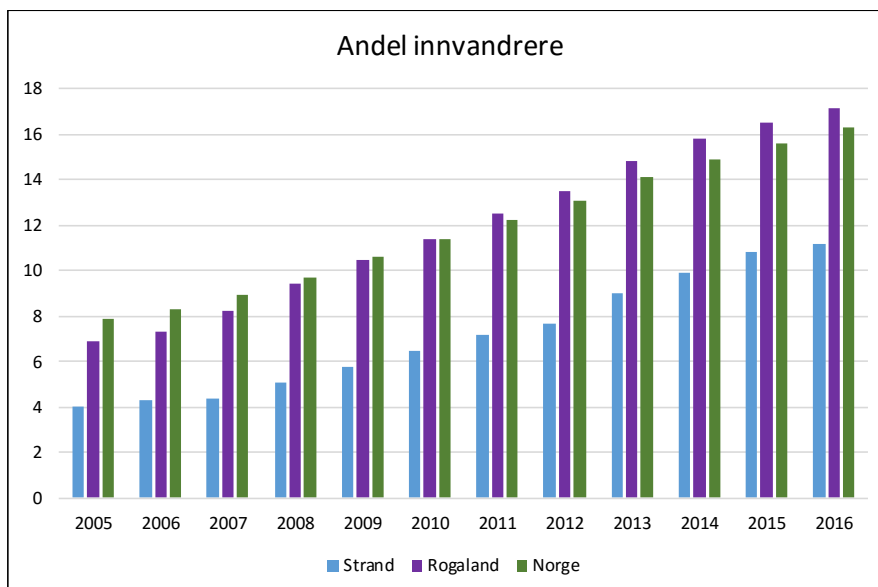
Nedgang i aldersbæreevnen vil trolig bli en utfordring både når det gjelder personellsituasjonen innen helse- og

omsorgssektoren, samt for øvrig verdiskaping og velferdsutvikling. Som følge av at Strand pr i dag har en relativt ung befolkning, vil eldrebølgen inntre noe senere/i mildere form i kommunen enn for eksempel i landet som helhet.

ETNISITET

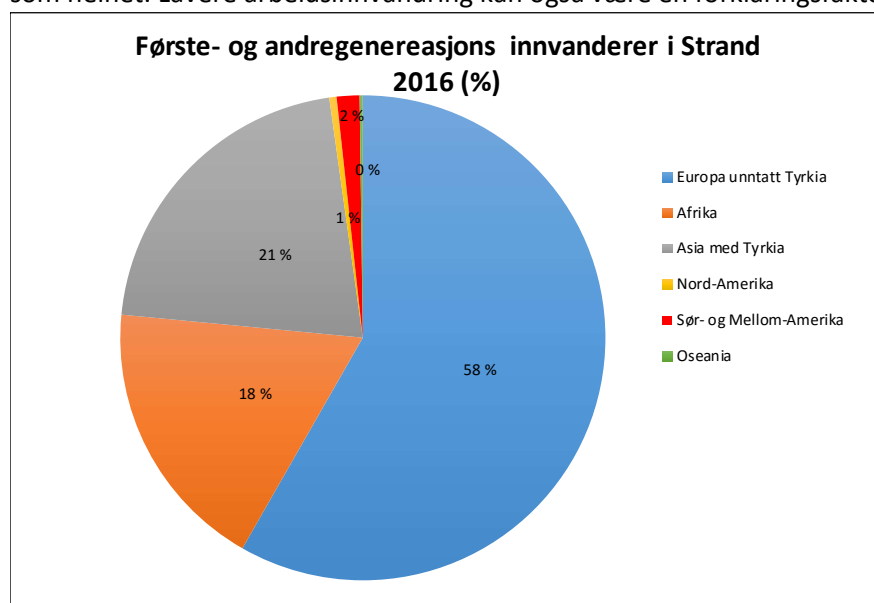
Begrunnelse for valg av indikator: Innvandrerbefolkningen er en sammensatt gruppe når det gjelder alder, kjønn, opprinnelsesland, sosioøkonomisk status, innvandringsgrunn og oppholdstid. Innvandrernes helse er derfor formet av en rekke ulike faktorer, og helsebehovene vil også endre seg med oppholdstiden. Noen av helseforskjellene mellom de ulike innvandrergroppene har sammenheng med sosioøkonomisk status (Rechel, 2011), men lav sosioøkonomisk status kan også være et resultat av å være innvandrer. Fortsatt er kunnskapen om innvandrerbefolkningens helse mangelfull. Kommunal kompetanse om helse blant flyktninger og innvandrere er en forutsetning for å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeid. Tiltak som reduserer språkproblemer og letter integreringen er viktig folkehelsearbeid. Kilde: Folkehelseinstituttet/ Folkehelse rapporten 2014.

Strand kommune har siden 2000 hatt en jevn bosetting av flyktninger. I 2009 ble det etablert asylmottak i kommunen. I tillegg har kommunen stadig større innslag av arbeidsinnvandring. Dette har bidratt til at Strand har fått en mer mangfoldig befolkning som innebærer flere muligheter, men også flere forskjeller. I 2005 var 4% av kommunens innbyggere innvandrere/ norskfødte med innvandrerbakgrunn, mens andelen i 2016 er økt til 11,2%.



Strand ligger imidlertid godt

under både landsgjennomsnittet og snittet for Rogaland fylke mht andelen innvandrere av befolkningen, jfr. grafen ovenfor som viser andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i perioden 2005-2016 (Kilde: SSB). Asylsøkere er ikke inkludert. Avstanden mellom Strand og Norge /Rogaland har i tillegg økt. Det skyldes sannsynligvis at Strand kommune har bosatt mindre flyktninger i forhold til befolkningen enn landet som helhet. Lavere arbeidsinnvandring kan også være en forklaringsfaktor.



Første og andregenerasjon innvandrere i Strand etter verdensdel, i prosent av befolkningen i 2016 er vist i figuren til venstre (Kilde SSB).

Nesten 60% av kommunens innvandrere er fra Europa unntatt Tyrkia. Dette er i all hovedsak arbeidsinnvandring. Ca 40% av innvandrerne i Strand kommer fra Afrika og Asia inkludert Tyrkia. Dette er bosatte flyktninger og deres barn (annen generasjons innvandrere). Asylsøkere kommer i tillegg.

«I perioden 2000-2014 er det bosatt 254 flyktninger i kommunen. Av disse er 67 flyttet fra Strand, mens 187 personer fortsatt bor i kommunen. De fleste som er bosatt fra 2009 bor fortsatt i kommunen, mens 52% (61 av 117) av de som er bosatt før 2009 har flyttet fra kommunen» (LEV-11/14). I 2015 bosatte kommunen 45 flyktninger og i 2016 64, inkludert familieforening. Bosettingsbehovet avhenger av hvor mange asylsøkere som kommer, andelen som får oppholdstillatelse og UDIs kapasitet til å behandle søknadene.

Bosetting av familier er prioritert siden erfaringer viser at familier i større grad etablerer seg i kommunen også etter perioden på de første 5 år/introduksjonsperioden. Kommunen har imidlertid ikke samlet oversikt over sivilstatus på bosettingstidspunktet. Hvorvidt bosatte flyktninger blir boende i kommunen avhenger av om de blir integrert i samfunnet, og den viktigste faktoren er om de får seg en jobb lokalt eller et annet sted i landet. Strand har positiv erfaring med de flyktninger som selv har funnet bolig i kommunen, i stedet for å bli tildelt kommune av IMDI. Bosettingsprosessen fra asylmottaket i kommunen hvor flyktningene selv finner bolig fremstår som mer frivillig, og bostedskommune er i mye større grad et valg personene selv har gjort.



I 2016 har Strand kommune for første gang tatt imot enslige mindreårige flyktninger hvor 4 stk i alderen 16-18 år er bosatt i kommunen. Dette er barn med tung psykisk bagasje som ikke har noen kjente omsorgspersoner i nærheten. Disse vil kreve en annen form for oppfølging enn voksne flyktninger. Kommunen bruker husverttiltaket for å bosette disse. Det innebærer at utleier/husvert får utvidede integreringsoppgaver. I tillegg kommer flyktningeveileders oppfølging av den enslige mindreårige. To av fire enslige mindreårige flyktninger er bosatt i husvertordningen, mens to er bosatt sammen med slektninger. De enslige mindreårige flyktningene har et stort behov for voksenkontakt. Kommunen har for lite grunnlag til å vurdere hvordan valgt ordning vil fungere og eventuelle utfordringer man vil støte på ved å bosette disse.

Grupper som flytter fra et land til et annet utgjør ofte en minoritet som skiller seg fra majoritetsbefolkningen

både fysisk og kulturelt. Disse gruppene vil kunne møte sosiale og økonomiske utfordringer og vanskeligheter uavhengig av årsak til migrasjonen. Mange mangler kunnskap og ressurser, språklige og kulturelle koder og annet som den etniske befolkningen tar for gitt. Som følge av dette har enkelte innvandrere lavere sosioøkonomisk status, spesielt de første årene etter ankomst til nytt land. Det gjør dem spesielt sårbare også når det gjelder helse. Den viktigste sosiale forklaringsfaktor synes å være manglende arbeid etter ankomst til Norge, og i mindre grad økonomiske problemer. Viktigste psykososiale forklaringsfaktorer på manglende integrasjon i det norske samfunnet, opplevelse som diskriminering, blant annet på boligmarkedet, og en generell opplevelse av maktesløshet. Noen innvandrere er generelt sett lite fysisk aktive (St.meld. nr 20 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller).

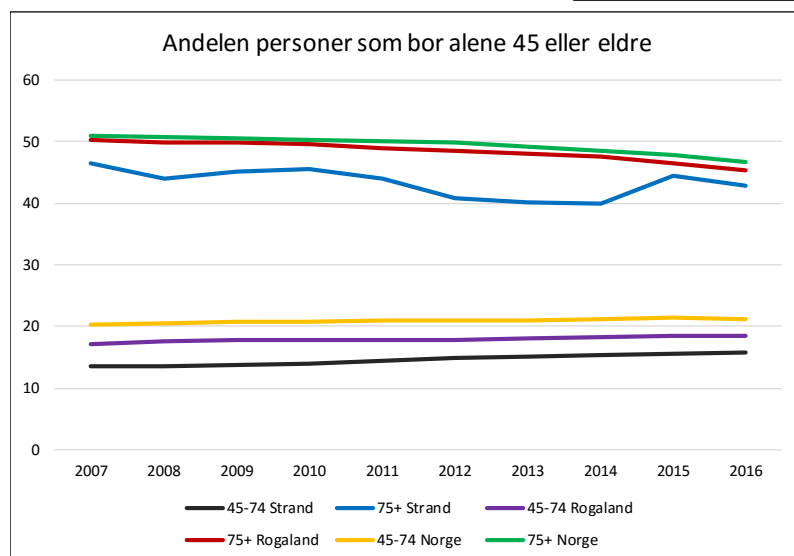
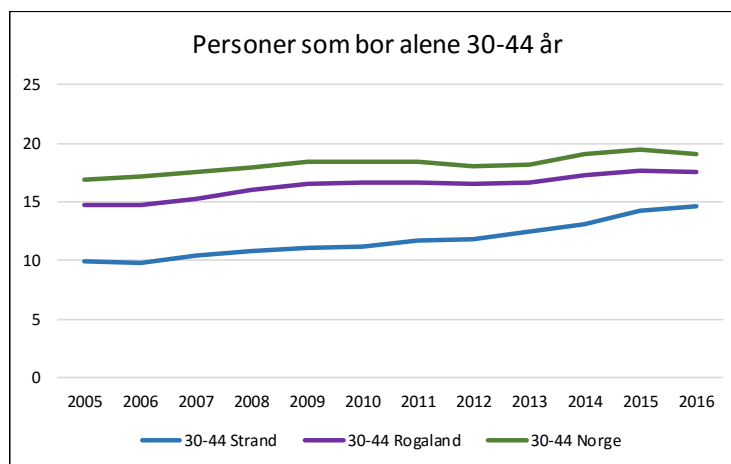
Innvandrere består av arbeidsinnvandrere og flyktninger. I tillegg kommer asylsøkere. Integrering er utfordrende og sammensatt. Både skal forholdene ligge til rette for integrering, samtidig som innvandrere selv må ha en motivasjon for å integreres i det norske samfunnet. Utenom arbeid og skole, er deltakelse i fritidsaktiviteter viktig for å sikre en god integrering av personer med minoritetsbakgrunn. Unger i skolen, spesielt gutter, oppleves å ha størst sjans for en vellykket integrering. Disse deltar i større grad på fritidsaktiviteter enn voksne. Det har også sammenheng med fritidstilbudet kommunen har til unge voksne. I hovedsak er fritidsaktiviteter i kommunen konsentrert om barn/unge og seniorer. Kommunen opplever også

at jenter og deres mødre fra enkelte minoriteter i mindre grad deltar på fritidsaktiviteter. Strand har mange tiltak rettet mot innvandrere. Dette fører ikke nødvendigvis til høyere integrering, men gir dem en aktivitet. Strandavenn er det tiltaket som oppleves å gi mest integrering. Sysselsetting av innvandrere omtales nærmere i kapittelet «Oppvekst og levekårsforhold».

PERSONER SOM BOR ALENE

Begrunnelse for valg av indikator: Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Aleneboende er i risikogruppen for å utvikle psykiske helseproblemer. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Til høyre vises utviklingen i andelen personer i aldersgruppen 30-44 år som bor i en-personshusholdning i prosent av befolkningen per 1. januar (Kilde: KommuneHelse statistikkbank). Andelen yngre aleneboende har vært stigende siden 2005, både for Strand, Rogaland og Norge. Kommunen har en høyere vekst enn fylket og landet. Ved utgangen av 2015 er nesten 15% i aldersgruppen 30-44 år i Strand aleneboende. Dette er lavere enn både Rogaland og Norge.



Andelen personer som bor i en-personshusholdning i prosent av befolkningen per 1. januar i aldersgruppene 45-74 og 75+ er vist i figuren til venstre (Kilde: KommuneHelse statistikkbank)

Andelen aleneboende i aldersgruppen 45-74 har steget siden 2005, mens aleneboende over 75 år er synkende, men fortsatt høy. Sistnevnte henger gjerne sammen med at levealderen øker og dermed blir det færre enker/enkemenn. Vi ser at Strand ligger under lands- og fylkesgjennomsnittet på

aleneboende i aldersgruppen 75+. En reduksjon i eldre aleneboende kan gjøre det enklere for flere å bli boende hjemme lengre.

Økende andel yngre aleneboende er trenden i landet som helhet, inkludert Strand. Dette forklares av flere samlivsbrudd og at folk generelt sett bor lengre alene i motsetning til tidligere. Folk er i all hovedsak eldre før de får seg partner og etablerer familie. I Strand har man tradisjonelt etablert familie i ung alder, gjerne raskt etter fullført utdanning. Et relativt sett lavt utdanningsnivå sammenlignet med fylket og landet, har da bidratt til færre yngre som bor alene. I takt med økende utdanningsnivå også i Strand, ser man at andelen aleneboende i yngre aldersgrupper øker. Denne endringen stiller andre krav til type bolig og størrelse. Strand har tradisjonelt sett vært en kommune med eneboliger med stor tomt, men i takt med økende aleneboende,

spesielt yngre aleneboende, vil det være behov for ulike typer boliger (leiligheter, rekkehus, tomannsbolig) og boliger av ulik størrelse og til ulik pris.

VURDERING AV BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

En forventet utflating av befolkningsveksten, sammen med en aldrende befolkning og forventet lav befolkningsvekst i de yngste aldersgruppene frem mot 2040 vil kunne gi Strand kommune utfordringer på sikt. Både verdiskapningen, velferdsutviklingen og opprettholdelse av tjenestetilbudet innenfor helse- og omsorgssektoren vil bli påvirket.

Vi blir eldre, men vi blir sykere. Et bedre kosthold og et høyere aktivitetsnivå bidrar til at vi holder oss friskere lengre. Den medisinske utviklingen har ført til at mange flere overlever sykdommer uten å bli helt friske. Dermed lever mange med kroniske sykdommer. Samtidig strekkes strikken lengre for hvilke sykdommer som blir behandlet. Dette stiller økte krav til helse- og omsorgshjelp. Flere eldre vil sannsynligvis kreve flere ansatte i helse- og omsorgssektoren, samtidig vil det være færre personer til å fylle disse stillingene.

Mange har et ønske om å bo lengst mulig hjemme. Dette er i mange tilfeller kostnadseffektivt for kommunen. Det er i så måte en fordel for kommunen at andelen eldre aleneboende går ned. Ofte er det enklere å bo lengre hjemme hvis man er to fremfor en. En frisk ektefelle hvis den innimellom får avlastning vil gjerne foretrekke å ha sin hjelpetrengende ektefelle hjemme fremfor på institusjon/sykehjem. Det kan frigjøre kapasitet på sykehjem/institusjon til eldre uten pårørende i nærmiljøet eller pårørende som ikke har tid/kapasitet til å gi nødvendig støtte. Utvikling av teknologi og et støtteapparat som tillater at flere bor hjemme lengre vil bli nødvendig.

En voksende gruppe med friske eldre er positivt for frivillighetskulturen. Disse er ofte en ressurs i nærmiljøet.

Strand kommune har billigere tomtepriser og boligpriser enn Stavanger og omegn. Det muliggjør at flere kan komme inn på boligmarkedet. En boligbygging bestående primært av mindre boenheter bidrar til rimeligere boligpriser og muliggjør at flere kan komme inn på boligmarkedet. Samtidig kreves det mangfold i byggingen for å tilfredsstillende ulike familiestørrelser.

Innvandrere er en utsatt befolkningsgruppe og består av arbeidsinnvandrere og flyktninger. Asylsøkere kommer i tillegg. Kommunen opplever en økende andel innvandrere i befolkningen, og da spesielt flyktninger som følge av påtrykk fra sentralt hold om å bosette flere flyktninger grunnet internasjonale forhold. 11% av kommunens innbyggere har minoritetsbakgrunn. I 2016 bosetter kommunen for første gang enslige mindreårige flyktninger med de utfordringer det har. Full integrering av innvandrere er utfordrende, men er viktig for folkehelsen og vil være ressursgivende for kommunen både i arbeidslivet og i lokalmiljøet. Manglende arbeid etter ankomst til Norge synes å være den viktigste forklaringsfaktor på manglende integrering og i mindre grad økonomi. Integrering av jenter fra enkelte minoriteter og voksne med minoritetsbakgrunn oppleves spesielt utfordrende.

4. OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Levekår blir definert i et samspill mellom individuelle faktorer og ressurser og de muligheter enkeltmennesket har til å realisere disse på ulike arenaer.

Utdanning gir barn og unge ressurser og påvirker personlige og psykologiske egenskaper, som igjen vil ha helsemessige konsekvenser (Mæland 2010). Utdanning påvirker også fremtidig levekår i bred forstand, og derfor hvilke helsefremmende og helsebelastende omstendigheter en utsettes for. Mange levekårsforhold varierer med utdanning; materiell levestandard, arbeidsforhold, livsstil og psykologiske belastninger (Elstad 2008). Både barnehagen og skolen er viktige arenaer for læring, for å etablere sosiale relasjoner og for utvikling av selvfølelse og selvtillit. Dette er igjen grunnleggende forutsetninger for motivasjon, opplevelse av mestring og troen på egne evner til å gjennomføre en utdanning. Gode barnehager og skoler kan kompensere for mangelfull stimulering i hjemmet. Barnehagens og skolens miljø påvirker barnas livskvalitet og bør derfor utformes slik at de fremmer utfoldelse, mestring og deltakelse.

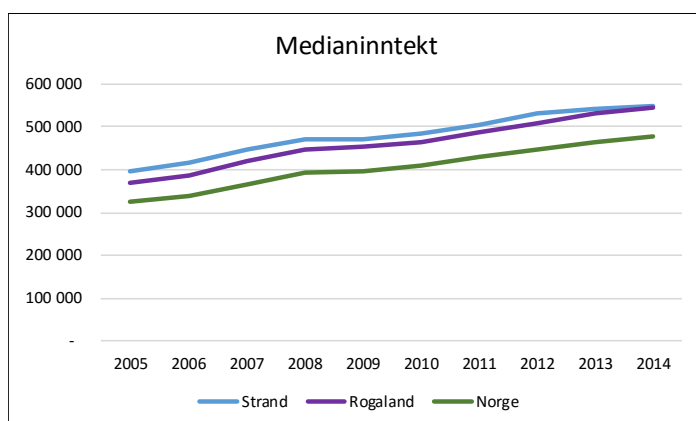
Arbeid er en bærebjelke for velferd, både for enkeltindividet og for samfunnet. En befolkning i arbeid gir skatteinntekter for kommunen og personlig inntekt gir individuell frihet for enkeltmennesket. Arbeidsplasser kan være en arena for personlig utvikling og sosialt fellesskap, men arbeidsplassen kan også være en arena for slitasje og risiko for ulykker og stress. Helse alene kan likevel ikke forklare i hvilken grad man er yrkesaktiv eller ikke. Menn med lang utdanning og langvarig lidelse er mer yrkesaktive enn friske menn med kun grunnskoleutdanning (Dahl, Harsløf og Wel, 2010).

Statistisk sett blir helsen i befolkningen gradvis bedre med økende inntekt. For eksempel synker dødeligheten med økende inntekt. Forskjellene er størst nederst i inntektsfordelingen, og avtar gradvis oppover i inntektsklassene. En liknende sammenheng finner vi for de fleste andre tilgjengelige helsemål. Det finnes flere forklaringer på sammenhengen mellom inntekt og helse. For det første påvirker personlig økonomi helsen mer eller mindre direkte, gjennom ulike sosiale mekanismer. God økonomi gir større tilgang til sunne boliger, rekreasjonsmuligheter, et sunt kosthold og helsetjenester. Noen mener at inntektsulikheter i seg selv er skadelig for folkehelsen, fordi den medfører mindre samhold og solidaritet og mer kriminalitet. Et samfunn med store inntektsulikheter vil ifølge denne hypotesen ha dårligere gjennomsnittshelse enn et samfunn med små inntektsforskjeller. Det kan også argumenteres for at det finnes bakenforliggende, felles årsaker til helse og inntektsnivå. Yrker med store arbeidsmiljøbelastninger er ofte lavtlønnsyrker. En tredje forklaring på sammenhengen mellom inntekt og helse er helserelatert sosial mobilitet; dårligere helse medfører lavere inntekt. En arbeidstaker som av helsemessige årsaker går over i uførepensjon, vil slik uførepensjonsordningen er utformet, få lavere inntekt. (Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet).

ØKONOMISKE LEVEKÅR

Begrunnelse for valg av indikator: *Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. Barn av eneforsørgere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Likhet i fordelingen av økonomiske ressurser påvirker antakelig andre samfunnsmessige forhold positivt. Man kan anta at stor økonomisk ulikhet i et samfunn kan lede til økt kriminalitet, kulturelle forskjeller 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 i kommunen. 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 høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Kilde: Folkehelseinstituttet/Kommunehelse statistikkbank*

INNETKTSFORDELING



Utviklingen i husholdningenes medianinntekt etter skatt, det vil si den midterste inntekten i en fordeling av inntekter etter størrelsen, i perioden 2005-2014 er vist i figuren til venstre (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Med inntekt menes yrkesinntekter, kapitalinntekter, skattepliktige og skattefrie overføringer fra stat/kommune i en husholdning i løpet av kalenderåret. Medianinntekten er stigende i perioden og Strand har et jevnt over høyere nivå enn både Rogaland og Norge for hele perioden, selv om Rogaland og Strand ikke er veldig ulike. I

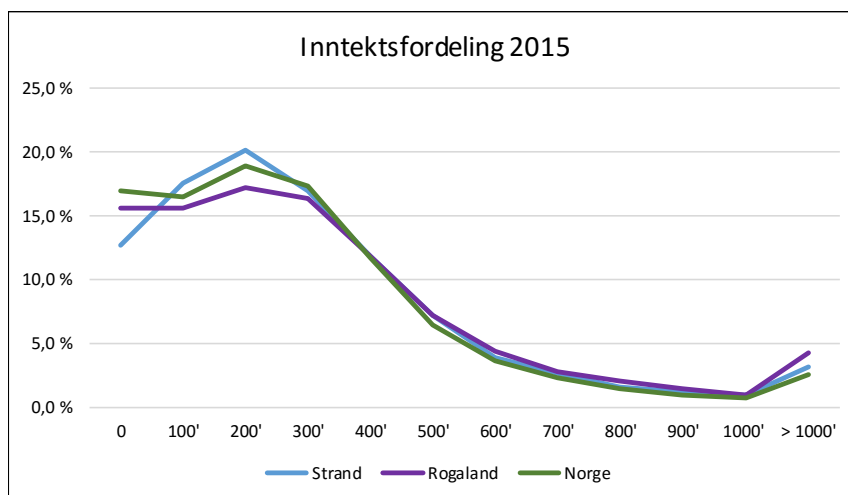
2014 var medianinntekten for alle husholdninger i Strand på 549 000 kroner, for par med barn var medianinntekten 795 000 og par uten barn hadde en medianinntekt på 616 000. For aleneboende var medianinntekten i Strand 272 000 og for husholdninger med far eller mor og barn var medianinntekten 395 000 kroner i 2014. At husholdningene i Strand kommune har høy medianinntekt kan blant annet skyldes høy grad av ansatte i oljesektoren med gode lønnsbetingelser. Det kan også indikere at husholdningene i kommunen i stor grad består av par med/uten barn og i mindre grad eneforsørgere. Dette korrelerer med informasjonen om andelen barn av eneforsørgere som omtales senere i dette kapittelet. I tillegg har kommunen en lavere andel aleneboende som ofte har lavere inntekt enn husholdninger bestående av par.

Medianinntekten sier ingenting om hvor ulikt fordelt inntekten er blant kommunens innbyggere. Nedenfor vises en oversikt over inntektsfordelingen i 2015 pr 100 000 kr i skattbar inntekt pr skattyter (Kilde: <http://www.dn.no/skattelister/#!/Norge/2015/>). Grunnlaget for fordelingen er skattelistene for 2015.

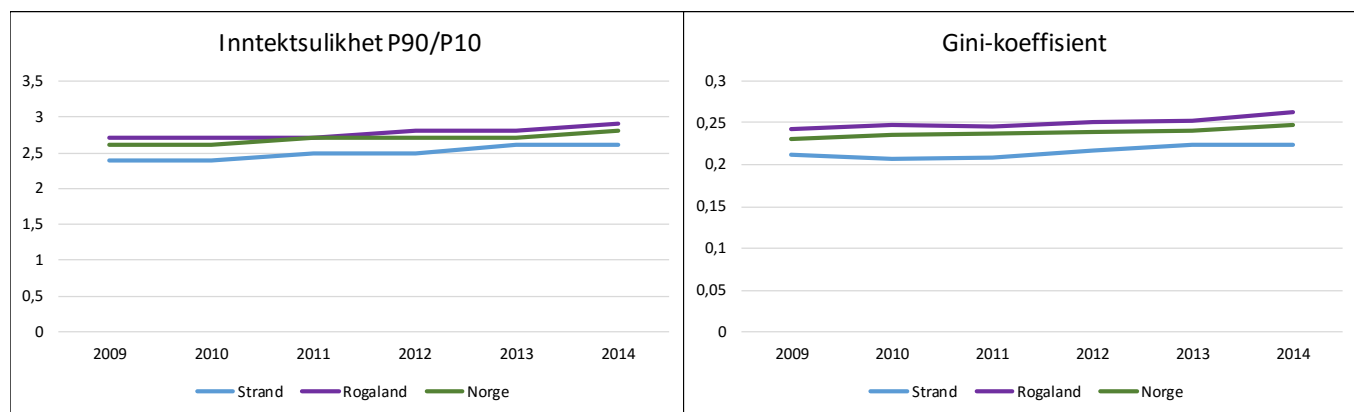
Det er spesielt blant de som har en skattbar inntekt under kr 300 000 og over 1 million kroner Strand skiller seg ut sammenlignet med Rogaland og Norge.

Selv om den totale andelen skatteyttere med en skattbar inntekt under kr 300 000 er på samme nivå for kommunen, fylket og landet, er det variasjoner i dette intervallet. Strand har en lavere andel med en skattbar inntekt på kr 0 og en høyere andel med

skattbar inntekt mellom 100 000- 200 000 kr sammenlignet med Rogaland og Norge. Kommunen har også færre skatteyttere med en skattbar inntekt på over 1 million kroner. Øvrige inntektsgrupper er stort sett likt fordelt mellom kommunen, fylket og landet.



Det er flere måter å måle inntektsulikhet på. Gini-koeffisienten viser inntektsforskjeller summert for hele befolkningen på en skala fra 0 (likhet) til 1 (ulikhet). Den responderer på alle endringer i inntektsforskjeller, uansett hvor i hierarkiet de finner sted. Dette er et summarisk mål som ikke sier så mye om hvor i inntektshierarkiet ulikhetene befinner seg. P90/P10 er forholdstallet mellom inntekten til den personen i fordelingen som har høyere inntekt enn 90% av alle (P90) og inntekten til den personen som har lavere inntekt enn 90% av alle andre (P10). Fordelen med P90/P10 er at den ekskluderer alle andre inntekter enn disse to og er derfor blind for ekstreme observasjoner.



Inntektsulikhet målt ved henholdsvis P90/P10 (venstre) og Gini-koeffisienten (høyre) for Strand, Rogaland og Norge i perioden 2009-2014. Ikke tilgjengelige data for perioder før 2009 eller etter 2014. (Kilde: SSB)

Strand kommune følger samme trend som både fylket og landet når det gjelder utviklingen av inntektsulikhet i befolkningen. Denne er i perioden 2009-2014 svakt økende. Selv om Strand har lavere inntektsulikhet enn Rogaland og Norge i perioden opplever kommunen en noe høyere vekst i inntektsulikhet målt ved P90/P10 enn det fylket og landet gjør. Dette indikerer at det blir større inntektsforskjell mellom de som tjener mest og minst i kommunen. Strand har imidlertid en lavere inntektsulikhetsvekst når det gjelder Gini-koeffisienten enn fylket og landsgjennomsnittet.

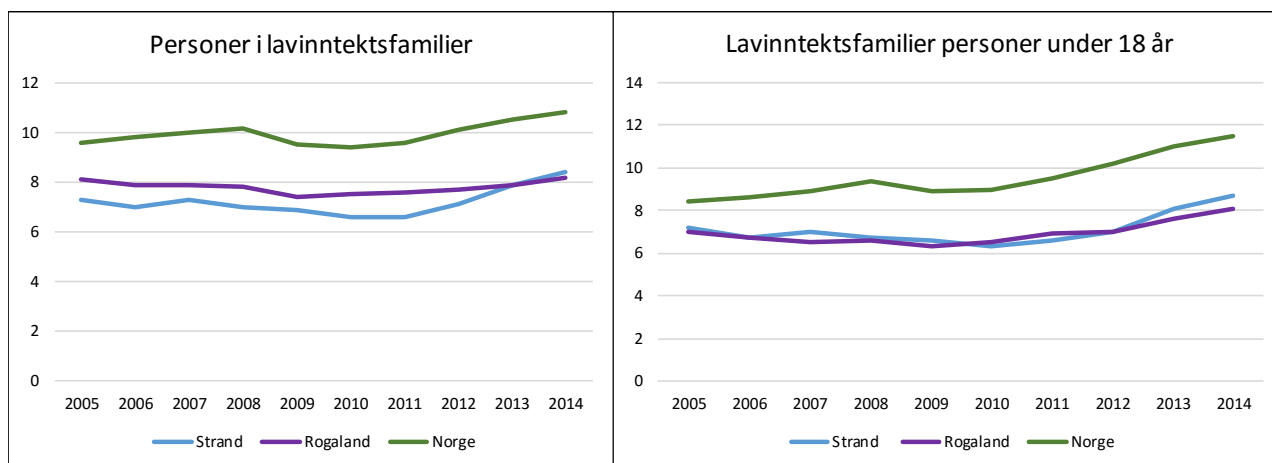
LAVINNTKTSHUSHOLDNINGER

Selv om helse blir påvirket av inntekt over hele inntektsfordelingen, er det viktig å følge med på hva som skjer nederst i fordelingen. Her er det åpenbare negative helseeffekter av lav inntekt. Et sunt liv med tilstrekkelige mengder mat, varme klær og sunne boforhold krever et minimum av materielle ressurser. Noe eksakt tall for hvor grensen for absolutt fattigdom går finnes ikke. De fleste land bruker et relativt mål for lavinntekt. EU setter grensen for lavinntekt (risiko for fattigdom) ved 60% av nasjonal medianinntekt, det vil si den midterste inntekten, der halvparten tjener mer og halvparten tjener mindre.

Å leve i vedvarende fattigdom er mer belastende enn å oppleve fattigdom i en kort periode. Det skilles derfor mellom lav inntekt i et enkelt år og varig lav inntekt, ofte kalt vedvarende lavinntekt. Når en person mottar sosialhjelp eller blir arbeidsledig, er den i utgangspunktet ikke å regne som fattig. Det er mer å regne som en indikasjon på at man er økonomisk utsatt og har en økt risiko for fattigdom. Andelen med vedvarende lavinntekt beregnes over en treårs-periode for å luke ut personer som «tilfeldigvis» har lav inntekt et gitt år. Denne informasjonen er ikke tilgjengelig i offentlige statistikker over tid, og for kartleggingsformål brukes årlige tall for å få en oversikt over lavinnteksgruppen i Strand.

Kommunen opplever en økning i andelen innbyggere som bor i lavinntektsfamilier både uavhengig av alder og de under 18 år, men veksten er noe høyere for de yngste innbyggerne. Strand ligger en del under landsgjennomsnittet, men er ikke veldig ulik fylket i perioden 2005-2014. I 2014 levde 8,4% av kommunens innbyggere uavhengig av alder og 8,7% av barn mellom 0-17 år i en husholdning med mindre enn 287 000

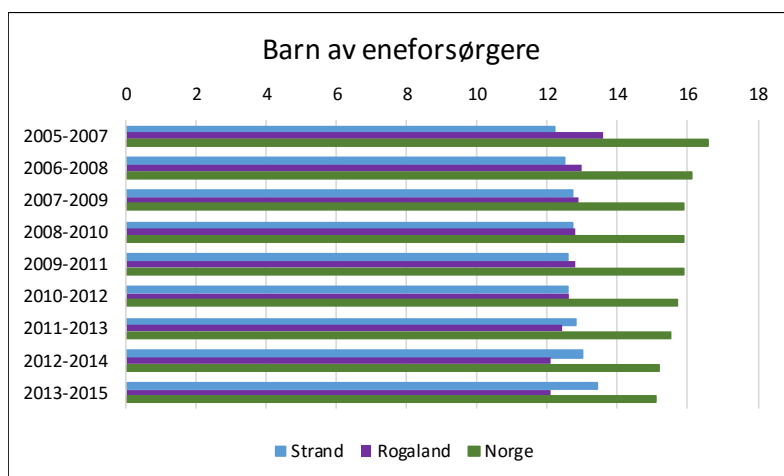
kroner, 60% av landets medianinntekt, til rådighet etter skatt. Dette utgjorde ca 1 000 innbyggere, hvorav 280 er under 18 år.



Personer i husholdninger med inntekt under henholdsvis 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Årlige tall. Studenter er ikke inkludert i statistikken. Figuren til høyre viser kun andelen personer under 18 år i lavinntektsfamilier, mens figuren til venstre er uavhengig av alder. (Kilde: SSB, Folkehelseinstituttet, ssl.no).

Det er rimelig å forvente at andelen med vedvarende lavinntekt over en treårsperiode vil være lavere enn målt ved årlig lavinntekt. For fylket utgjør andelen med vedvarende lavinntekt i perioden 2012-2014 6,3% uavhengig av alder og 6,2% for barn under 18 år. Befolkningen uten innvandrere med vedvarende lavinntekt i Strand er på 4,3% (2012), 4,6% (2013) og 4,9% (2014). For innvandrere er andelen med vedvarende lavinntekt i Strand vesentlig høyere med 18,4% (2012), 18,7% (2013) og 21,2% (2014). Innvandrere fra EU/EFTA-land, Nord-Amerika osv (gruppe 1) har lavest andel med vedvarende lavinntekt og andelen er synkende i perioden 2012-2014 (17,3%-15%). Innvandrere i gruppe 2, det vil si Øst-Europa utenom EU, Asia, Afrika etc, har vesentlig høyere og stigende andel med vedvarende lavinntekt – 19,7% (2012), 21,8% (2013) og 28,6% (2014). (Imdi)

Lavinntekt er ofte forbundet med sosialhjelpsmottakere, minstepensjonister, langtidssyke, innvandrere, enslige forsørgere og personer med lav utdanning. Dette er befolkningsgrupper som ved økende arbeidsledighet ofte vil ha større utfordringer med å få seg arbeid. Det innebærer at de svakeste gruppene i samfunnet blir enda svakere som følge av forhold de selv ikke direkte kan påvirke.



Barn av eneforsørgere er ofte en utsatt gruppe og kan måles ved andelen barn i alderen 0-17 år som det utbetales utvidet barnetrygd for, i prosent av alle barn 0-17 år som det utbetales barnetrygd for, jfr. grafen til venstre (Kilde: Kommunehelse statistikkbank).

Andelen barn av eneforsørgere er i Strand svakt økende, mens det i Rogaland og Norge er en svak nedgang. Kommunen har siden 2011-2013 hatt en høyere andel enn fylket, men ligger fortsatt godt under landsgjennomsnittet.

Inntektsforskjellene i Norge viser en økende tendens over tid, men er fortsatt mindre enn i de fleste andre OECD-land. Andelen med lavinntekt («fattige») er også forholdsvis stabil totalt sett, men sammensetningen av denne gruppen har endret seg en del de senere år. Det er nå relativt færre eldre og relativt flere yngre med lavinntekt. Om lag halvparten av alle barn med lavinntekt har innvandrerbakgrunn, men risikoen for lavinntekt varierer betydelig etter landbakgrunn. Sosialhjelpsmottakere, langtidssyke og enslige forsørgere synes i langt større grad at det er vanskelig å få endene til å møtes enn befolkningen generelt. (Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet).

Å leve med en lav inntekt er en stor påkjenning for de det gjelder, både for barn og voksne. Disse husholdningene har ofte begrensede muligheter til sunne og stabile boforhold og har ikke like stor frihet til å ta sunne valg. Muligheten for barn til å delta på fritidsaktiviteter er små. Disse barna skiller seg gjerne ut i klær og utstyr som de har. Muligheten for at barna blir mobbet er også økende. Det er en stor belastning for foreldrene og kan påvirke selvopplevd helse. Bruk av sosialhjelp er gjerne også nødvendig. I Ungdata undersøkelsen i 2016 oppgir færre elever at de føler at familien har god råd, jfr. kapittelet om «Fysisk, kjemisk, biologisk og sosialt miljø».

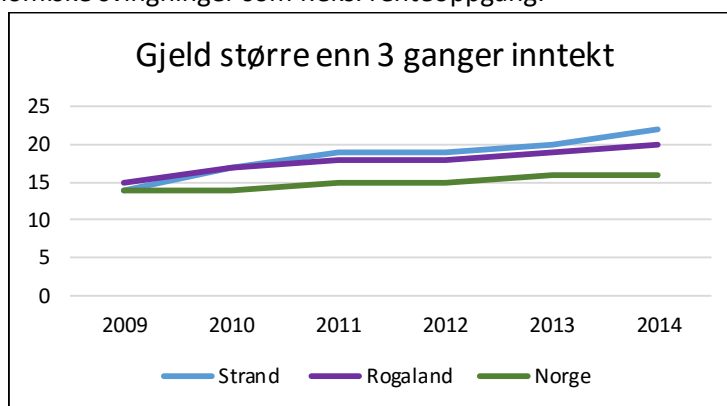
Som følge av ulike kulturer har gjerne etnisk norske barn større forventning til deltakelse på fritidsaktiviteter og kulturtilbud enn det minoritetsspråklige barn har. Kulturforskjeller kan innebære at den selvopplevde helsen for etnisk norske i større grad påvirkes i negativ retning ved lavinntekt enn den gjør for grupper av de minoritetsspråklige innbyggerne.

Det finnes ikke nyere statistikk tilgjengelig enn 2014, men både kommunen og fylket kan oppleve en økning i lavinntektsfamilier som følge av den økte arbeidsledigheten i regionen. Andelen personer som snart har brukt opp dagpengerrettighetene er stigende og det er usikkert hvordan disse skal skaffe seg en inntekt. Flere av disse vil i utgangspunktet ikke komme i målgruppen for sosialhjelp grunnet formuesverdier og at de har en ektefelle med tilstrekkelig inntekt. Den svekkelsen kommunen og regionen for tiden opplever på arbeidsmarkedet vil kunne forsterke levekårsutfordringene for flere grupper og påvirke folkehelsen negativt, både på kort og lang sikt.

HUSHOLDNINGENES GJELDSBELASTNING

En vanlig utlånspraksis i bankene har vært at husholdningenes gjeld ikke bør overstige 2-3 ganger inntekten. Større gjeld medfører større sårbarhet for økonomiske svingninger som f.eks. renteoppgang.

Strand opplever på kort tid en stor økning i husholdninger med høy gjeldsbelastning. Andelen husholdninger i kommunen med en gjeldsbelastning på mer enn 3 ganger inntekten er økt fra 14% i 2009 til 22% i 2014, jfr. grafen til høyre (Kilde: SSB). Det gir en vekst i perioden på nesten 60% (årlig vekst 11%). Den samme trenden ser vi både for Rogaland og Norge, men her er ikke den prosentvise endringen like stor som i Strand. For landet er endringen marginal, mens fylket har en økning på vel 30% i hele perioden (årlig vekst vel 6%). Det er en reduksjon i andelen husholdninger med en gjeld lik eller mindre enn 2 ganger inntekten, samtidig som husholdninger uten gjeld og med en gjeld tilsvarende 2-3 ganger inntekten er stabil i perioden 2009-2014.



Finanstilsynets boliglånsundersøkelse 2015 viste at gjeldsgraden er spesielt høy for unge låntakere. Norsk økonomi er preget av oljeprisfallet. Samtidig er rentene lave. Finanstilsynet mener at lave renter kan

medføre økt risikotaking. Gjeldsbelastningen for husholdningene fortsetter å øke. Gjelden øker mer enn inntektsveksten selv om arbeidsledigheten øker. Dette er ikke bærekraftig. Lav rente kan stimulere låneopptak og eiendomspriser til tross for omslag i økonomien. Dette gir økt risiko for senere krakk. (Finansielle utviklingstrekk 2015, Finanstilsynet).

Store deler av den økte gjeldsbelastningen kan tilskrives økte boligpriser. En økning i husholdningenes gjeldsbelastning medfører at avdrag og renter legger beslag på større deler av husholdningens disponible inntekt og mulighetsrommet begrenses. Dette kan gå på bekostning av den selvopplevde helsen. Det historisk lave rentenivået isolert sett har også bidratt til at låntaker kan betjene større gjeld og undervurderer sårbarheten knyttet til økte renter og inntektsbortfall.

Fortsatt høye boligpriser og økt arbeidsledighet kan forsterke utviklingen i gjeldsbelastningen og gi utfordringer frem i tid. I verste fall kan husholdninger som opplever arbeidsledighet og derav inntektstap stå i fare for å misligholde lån og bli tvunget til å selge bolig. Det kan påvirke den selvopplevde helsen spesielt for foreldre, men også for barn.

OPPVEKST

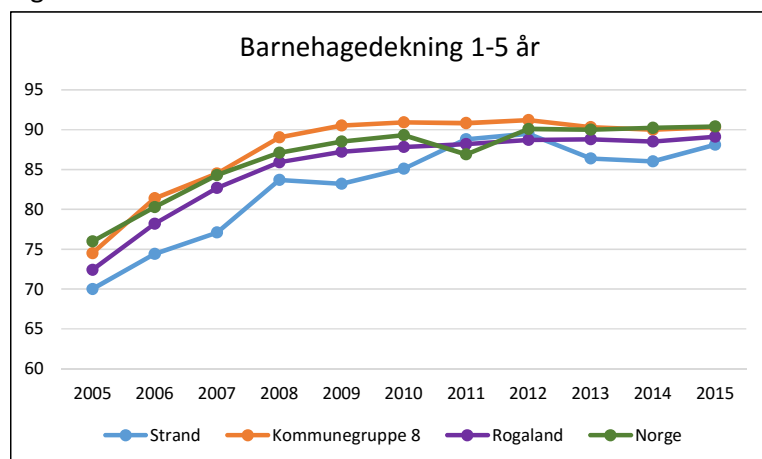
Oppvekstvilkår som et godt sosialt miljø, tilgang på gode barnehager og skoler med god kvalitet og bra læringsmiljø er et viktig utgangspunkt for å sikre utjevning av sosiale helseforskjeller i befolkningen. Her dannes i stor grad grunnlaget for viljen og evnen til å fullføre videregående skole og etablering av gode vaner for fysisk aktivitet og et sunt kosthold.

Det sosiale oppvekstmiljøet med hensyn til sosial deltakelse, støtte og tilhørighet er nærmere omtalt i kapittelet «Fysisk, kjemisk, biologisk og sosialt miljø».

BARNEHAGEDEKNING OG UTDANNEDE BARNEHAGELÆRERE I BARNEHAGEN

Begrunnelse for valg av indikator: En av barnehagens viktigste oppgaver er å gi barna omsorg og trygghet og legge forholdene til rette for barnas allsidige utvikling. Barnehagen skal møte og inkludere alle barn uansett barnets språklige, kulturelle eller sosiale bakgrunn. Deltakelse i barnehage er særlig viktig for barn med svake norskferdigheter. Mulighet til å gå i barnehage er viktig fordi barnehagen har en forebyggende og helsefremmende funksjon og kan bidra til å utjevne sosiale forskjeller. Barnehager med høy kvalitet vil også kunne bidra til å redusere senere frafall i skolen, og sørge for at barn fra ulike sosiale lag får et jevnere utgangspunkt ved overgang til skolen. Kilde: Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet.

Figuren nedenfor viser andelen barn i alderen 1-5 år med barnehageplass i kommunale, fylkeskommunale og private barnehager med statstilskudd for Strand kommune, Kommunegruppe 8, Rogaland og Norge i perioden 2005-2015 (Kilde: SSB/Kostra).

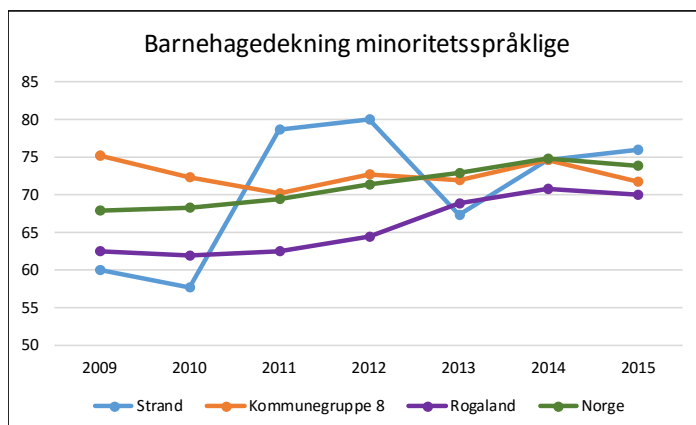
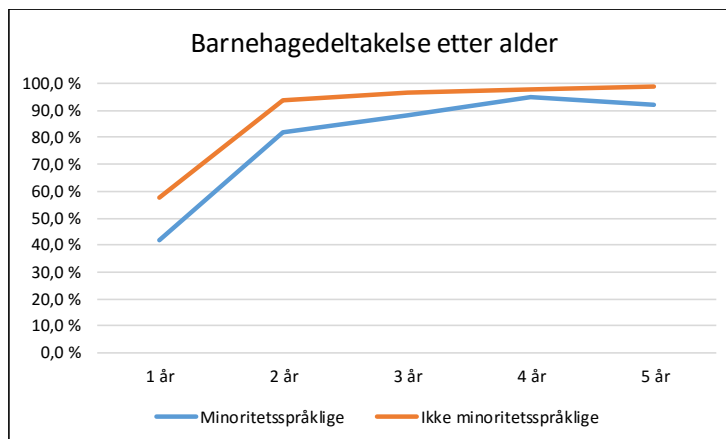


Siden 2005 har Strand kommune som resten av kommune-Norge hatt en jevn økning i andelen barn 1-5 år med barnehageplass. Dette skyldes i stor grad et stortingsvedtak om full barnehagedekning for alle barn som er 1 år før 1. september i barnehageåret. For 2016 ble dette utvidet til også å gjelde for barn som blir 1 år i september og oktober i barnehageåret. Ved utgangen av 2015 har

rundt 90% av barn i alderen 1-5 år barnehageplass. Strand er på samme nivå med andre grupper det er naturlig å sammenligne seg med. Kommunen har pr dags dato full barnehagedekning i henhold til loven, men opplever likevel at ikke alle barn går i barnehagen. Dette gjelder spesielt barn med minoritetsspråklig bakgrunn og 1 åringer. 73,4% av 1-2 åringene og 96,9% av 3-5 åringene i Strand kommune går i barnehage. Dette gjelder for alle barn i aktuell aldersgruppe, inkludert minoritetsspråklige barn.

Det kan være flere årsaker til at barn ikke går i barnehagen. Noen familier tar et aktivt valg og ønsker å ha dem hjemme lengre, mens andre ikke har råd.

Barnehagedeltakelsen i barnehagene i Strand i 2015 etter alder er vist i figuren til høyre (Kilde: Imdj). Selv om det er færre minoritetsspråklige barn i barnehagen, spesielt blant 1-2 åringer, følger disse samme trend som etnisk norske barn. Barnehagedeltakelsen øker med alderen.



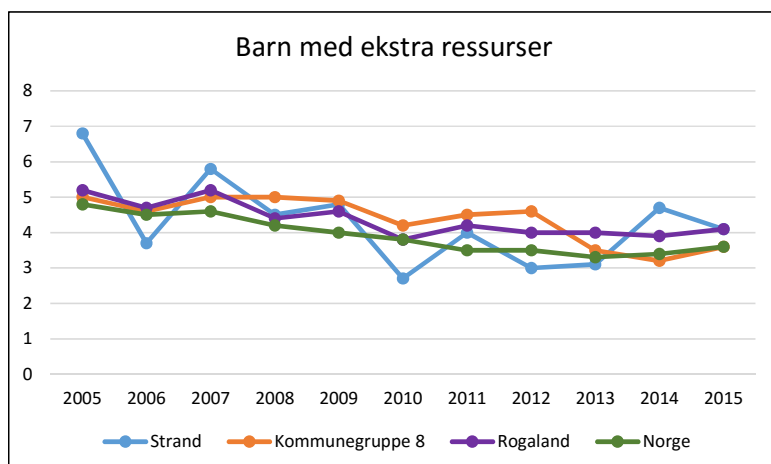
76% av minoritetsspråklige barn i alderen 1-5 år i kommunen går i barnehagen og ligger over det er naturlig å sammenligne seg med, jfr. figuren til venstre (Kilde: SSB/Kostra). Kommunegruppe 8 har 72%, mens Rogaland kun har 70%. Norge som helhet ligger på 74%.

Det er viktig at minoritetsspråklige barn går i barnehagen for å sikre at de lærer seg norsk og blir integrert i samfunnet. Også for foreldrene er det viktig at barnet går i barnehagen slik at de selv kan delta på organisert norskopplæring

ved Ryfylke læringscenter. Å lære seg norsk gir vesentlig bedre muligheter for å skaffe seg arbeid som har vist seg viktig for en vellykket integrering.

Et nasjonalt politisk virkemiddel for å sikre at flere minoritetsspråklige barn går i barnehagen er innføring av gratis kjernetid (20 timer i uken) i barnehagen for 4- og 5-åringene i familier med lav inntekt. Etter en forsøksordning ble dette innført som en nasjonal ordning fra 1. august 2015. Formålet er å forberede barna på skolestart, å bidra til sosialiseringen generelt og å bedre norskkunnskapene for barn som har annet morsmål. Evalueringen av forsøksordningen viser at barnehagebruken blant 4-5 åringer med innvandrerbakgrunn i Groruddalen i Oslo har økt med ca 15%. Tilbudet om gratis kjernetid har også hatt effekt på skolerisultatene til barn med innvandrerbakgrunn, målt på kartleggingsprøver i lesing og regning på 1. og 2. trinn. Effekten er sterkest blant jenter (Kilde: Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet). Ordningen med gratis kjernetid ble utvidet til også å gjelde 3-åringene fra 1. august 2016. Strand opplever dette som et positivt bidrag for at flere minoritetsspråklige barn går i barnehagen.

I tillegg til gratis kjernetid for de med lav inntekt er det innført en nasjonal ordning hvor husstander maksimalt skal betale 6% av inntekten for barnehage. Dette for å sikre at barn uavhengig av familiens inntekt kan gå i barnehage. Også dette kan bidra til å øke barnehagedeltakelsen.



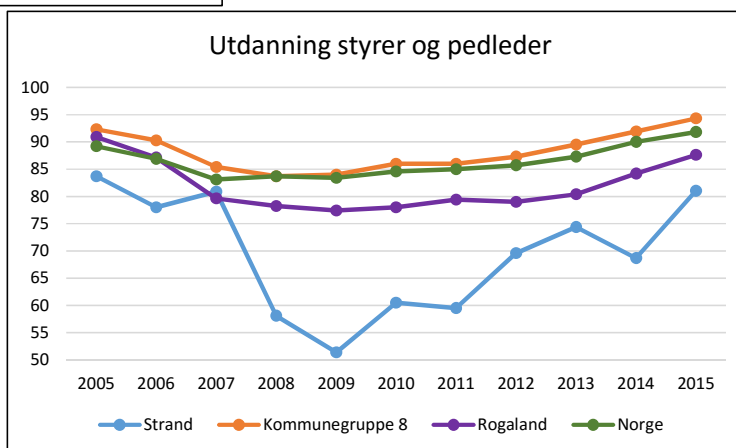
I perioden 2005-2015 opplever Strand kommune en reduksjon i andel barn med ekstra ressurser i barnehagen, jfr. figuren til venstre (Kilde: SSB/Kostra). Minoritetsspråklige barn er ekskludert fra statistikken.

En økning av de ansattes kompetansenivå målt ved andelen styrere og pedagogiske ledere som har godkjent barnehagelærer utdanning er en viktig bidragsyter for utviklingen, jfr. figuren nedenfor

Ved utgangen av 2015 hadde 80% av styrere/pedagogiske ledere i barnehagene i kommunen godkjent

barnehagelærerutdanning, jfr. figuren til høyre (Kilde: SSB/Kostra). Kommunegruppe 8 ligger på 94%, Rogaland på 88% og Norge på 92%. Det er spesielt de ikke-kommunale barnehagene i kommunen som har styrer/pedleder med dispensasjon fra utdanningskravet. Store deler av barns læring i alderen 1-5 år skjer i barnehagen. Det er derfor viktig at ansatte i barnehagene har nødvendig utdanning og kompetanse.

Utvidet åpningstid og et lavere lønnsnivå sammenlignet med Stavanger og Sandnes har gjort det vanskelig å rekruttere barnehagelærere til Strand. De siste år har kommunen imidlertid hatt en positiv utvikling som følge av at barnehagene har utdannet assistenter med lang fartstid til barnehagelærere via desentralisert utdanning. Kommunen nærmer seg derfor både regionalt og nasjonalt nivå, men ligger fortsatt litt under.

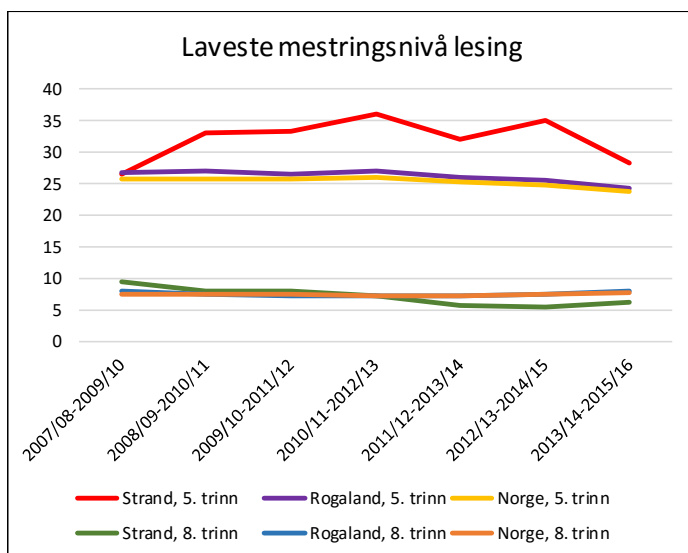


omsorg, lek og læring som foregår i barnehagene hver dag (Kilde: Helsedirektoratet).

God kvalitet i barnehagene ser ut til å forebygge utvikling av språk- og atferdsvansker over tid, særlig hos sårbare barn. Faktorene som synes å virke inn på barna er blant annet plass til læringsaktiviteter, utdanning hos personalet, relasjon til personalet, tilbud av aktiviteter, tid i barnehagen og gruppestørrelse (Brandlistuen m.fl. 2015). De ansatte og deres kompetanse er en av de viktigste kvalitetsfaktorene i barnehagen. Dette har en klar sammenheng med den

NIVÅ I LESING OG MATEMATIKK

Begrunnelse for valg av indikator: En av skolens aller viktigste oppgaver 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 nødvendig grunnlag for læring i de fleste fag og forteller noe om hvor godt elevene mestrer leseferdigheter og tekstforståelse. Regning og lesing er en basisferdighet som er viktig i videre utdanningsløp og arbeidslivet. Denne kunnskapen er en viktig predikator for utvikling av sosial ulikhet i helse. Kilde: Folkehelseinstituttet.



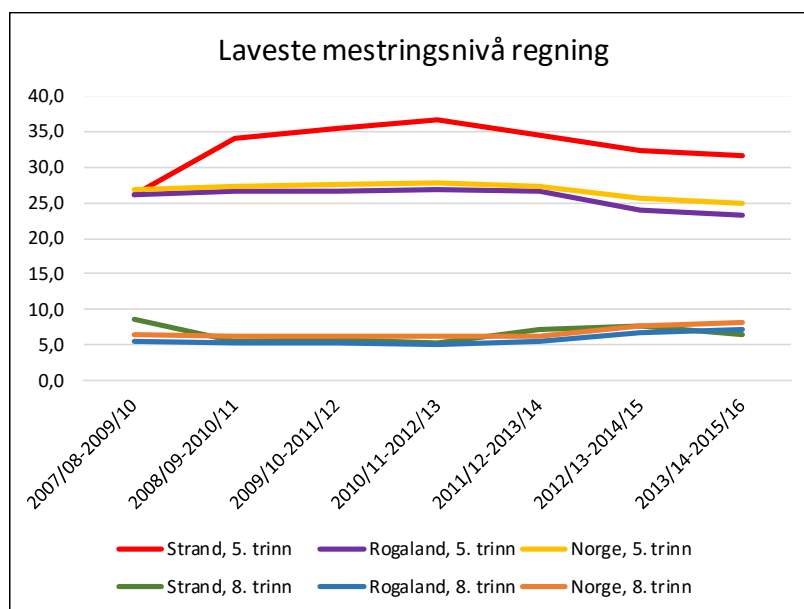
Figuren til venstre viser andelen 5. og 8. klassinger på laveste mestringsnivå i lesing i prosent av alle 5./8. klassinger som tok nasjonale prøver i perioden 2008/09-2015/16 (kommunehelse statistikkbank). Kommunens tall omfatter elever som går på skole i kommunen, uavhengig av folkeregistret adresse. Statistikken viser 3-års glidende gjennomsnitt.

For 5. klassingene ligger Rogaland og Norge på samme nivå i hele perioden og er svakt synkende. Strand har en høyere andel elever i 5. klasse på laveste mestringsnivå sammenlignet med fylket og landet, men opplever en bedring mot slutten av perioden. Årlig snitt for skoleårene 2013/14-

2015/16 er på 28% mot 24% for Rogaland og Norge. Strand har en positiv utvikling på 8. trinn hvor andelen på laveste mestringsnivå er redusert fra 10% til 6% i perioden. Nivået i slutten av perioden er bedre enn fylket og landet, som ligger på 7-8% i hele perioden.

Til høyre vises utviklingen i andelen 5. og 8. klassinger på laveste mestringsnivå i matematikk i prosent av alle 5./8. klassinger som tok nasjonale prøver (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Kommunens tall omfatter elever som går på skole i kommunen, uavhengig av folkeregistret adresse. Statistikken viser 3-års glidende gjennomsnitt.

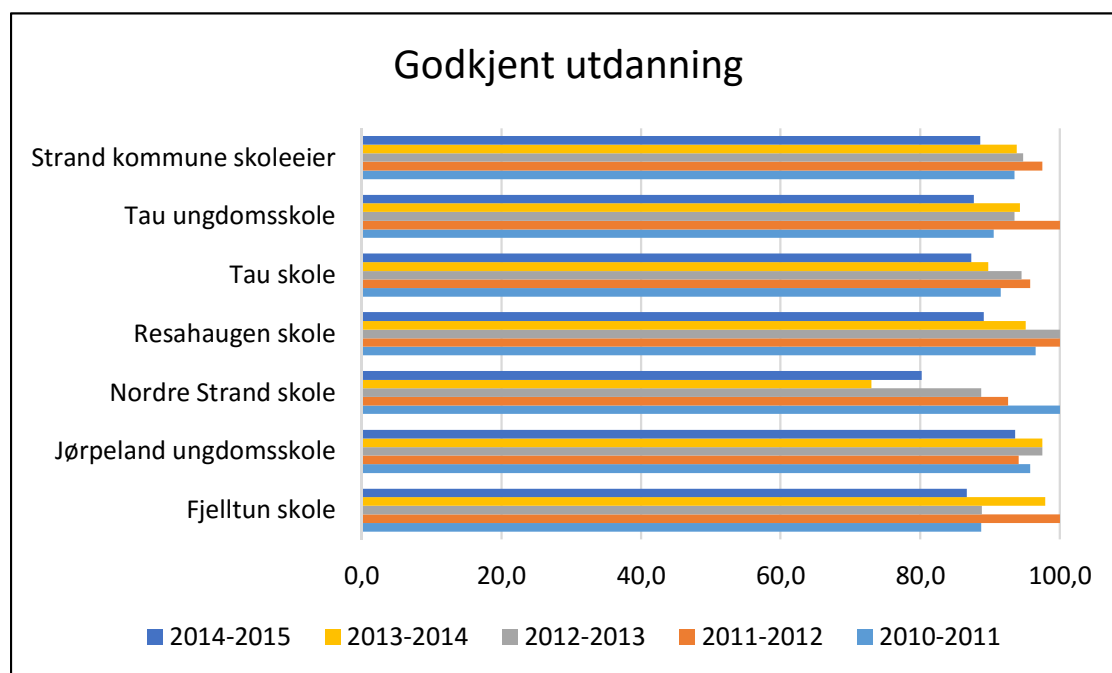
For matematikk har kommunen en økning i andelen barn på laveste mestringsnivå i 5. trinn i perioden 2007/08-2015/16. Endringen er fra 26% til 32%. Fylket og landet ligger på samme nivå i hele perioden og er svakt synkende. På 8. trinn er Strand på nivå med Rogaland og Norge, hvor rundt 6-8% av elevene er på laveste nivå i matematikk.



Faktorer som lærerens kompetanse, lærertetthet/klassestørrelse, hyppige lærerbytter og skoleledelsens oppfølging kan påvirke hvor godt læringsmiljøet er og hvor stort elevenes læringsutbytte er. En del elever begynner på skolen med et lavt ordforråd som det tar tid å bygge opp. Dette henger sammen med familiekulturen til barna og foreldrenes utdanningsnivå. Variasjoner i mestringsnivå for de enkelte skoleår

kan også skyldes elevene det aktuelle året. Strand gir kun fritak for nasjonale prøver for de elever som har individuell læreplan som avviker fra sitt klassetrinn.

Lærernes kompetansenivå er gjerne den viktigste bidragsyter for å øke det gjennomsnittlige mestringsnivået til elevene. Andel årstimer til undervisning gitt av undervisningspersonale med godkjent utdanning i aktuelt fag kan brukes som mål på undervisningspersonalets kompetanse. De siste skoleår opplever kommunen en reduksjon i andelen undervisningstimer gitt av personale med godkjent utdanning. For skoleåret 2014/2015 var andelen 89%. Det er noe variasjoner mellom skolene, jfr. grafen nedenfor.



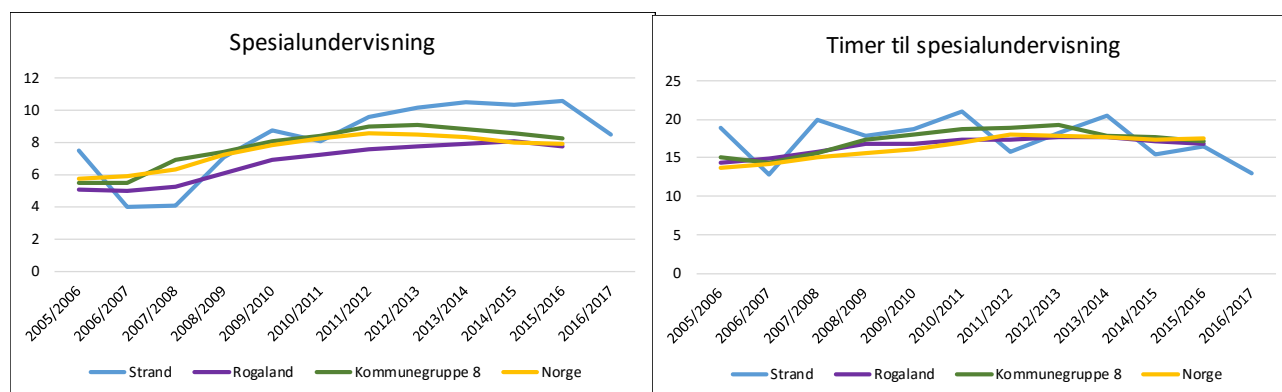
Andelen årstimer til undervisning gitt av undervisningspersonale med godkjent utdanning i perioden 2010-2015 for skolene i Strand kommune i prosent av alle undervisningstimer (Kilde: Skoleporten).

Generelt har kommunen hatt lavere lærertetthet/større gruppestørrelse enn fylket, kommunegruppe 8 og landet som helhet. For skoleåret 2015/2016 har Strand en gjennomsnittlig gruppestørrelse på 14,6 elever, mens kommunegruppe 8 har 14,1, fylket 13,8 og landsgjennomsnittet er på 13,7.

Strand har som mål å øke lærertettheten i 1.-4. trinn slik at kommunen får en gjennomsnittlig gruppestørrelse på maksimalt 13,5 elever. Dette oppnås for skoleåret 2016/2017 hvor gruppestørrelsen for 1.-4. trinn er 13 elever. Historisk har det vært en kultur for å ansette assistenter i stedet for å bruke styrkingsressurser i 1.-4. trinn til økt lærertetthet. En bevisst satsing for å endre denne innebærer at både lærertettheten og undervisningskompetansen er økt. Kommunen har således styrket styrkingen på småbarns trinn og lagt til rette for tilpasset opplæring etter klassen/klassetrinnets behov. Behovet for spesialundervisning går naturlig ned og den ordinære undervisningen blir mer fleksibel. Dette gjenspeiles også i andelen elever med spesialundervisning og andelen undervisningstimer som går med til spesialundervisning for skoleåret 2016/2017, jfr. grafene øverst på neste side.

Kommunen har de siste år hatt samme andel elever som får spesialundervisning (vel 10%), men opplever en nedgang til 8,5% for inneværende skoleår (2016/2017). Dette er på nivå med Kommunegruppe 8, Rogaland og Norge for skoleåret 2015/2016. Andelen timer som går til spesialundervisning har også gått ned og er for skoleåret 2016/2017 13% som er bedre enn andre det er naturlig å sammenligne seg med hvis vi ser på deres nivå for skoleåret 2015/2016 hvor 17% av lærertimene går til spesialundervisning. Foreløpig er ikke

statistikk for skoleåret 2016/2017 offentlig tilgjengelig og det er derfor ikke mulig å si hvilket nivå kommunegruppe 8, Rogaland eller landet ligger på for dette skoleåret.



Andelen elever i grunnskolen som mottar spesialundervisning (venstre) og andelen lærertimer som går til spesialundervisning (høyre) for Strand, Rogaland, Kommunegruppe 8 og Norge i perioden 2005-2015 (Kilde: SSB/Kostra).

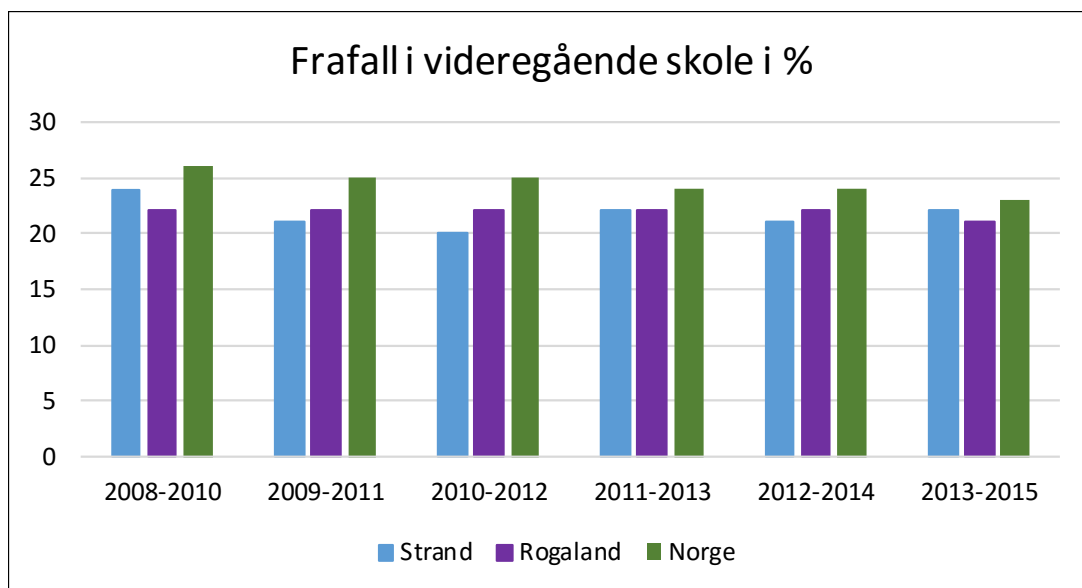
Det er generelt en økning i spesialundervisning ved økende klassetrinn blant annet grunnet økte kompetansekrav. Det gjelder både for Strand, Rogaland og Norge.

Grunnskolen er en av de viktigste arenaene for utjevning av sosiale forskjeller. Elevene skal utrustes med kompetanse til å ta sunne valg og ta vare på seg selv og de rundt seg. Samtidig ser en at sosiale forskjeller vedvarer gjennom skoleløpet og tydeliggjøres av karakternivået i ungdomsskolen. Det er en tydelig sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og resultatet på nasjonale prøver i 8. klasse (Keatley, French, McKillop, 2009). Resultatene henger sammen med karakterene som igjen henger sammen med sannsynligheten for å fullføre videregående skole. En gjennomgang av hva som kjennetegner skoler som skårer høyt på nasjonale prøver viser at skolene har stort undervisningsomfang, et høyere timetall enn det som er fastsatt av skolemyndighetene og en godt utbygd informasjonsteknologisk infrastruktur (målt som pc tetthet i skolen) (Grøgaard J.N, 2012). Høyt utdannede foreldre med stabile hjemmeforhold bidrar også positivt (Slettebak, 2015).

FRAFALL FRA VIDEREGÅENDE SKOLE OG UTDANNINGSNIVÅ

Begrunnelse for valg av indikator: Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Utdanning, og særlig det å fullføre en grunnutdanning, er en avgjørende ressurs for å sikre god helse gjennom livsløpet. Undersøkelser har vist at det er sosial ulikhet i frafall fra videregående skoler i Norge. Frafallet er generelt større for yrkesfaglige enn studiespesialiserende videregående utdanninger. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole. Kilde: Helsedirektoratet/Folkehelseinstituttet.

Frafallet i videregående skole for innbyggerne i Strand er redusert fra 2008 og årlig snitt for 2013-2015 er på 22%. Norge har i samme treårsperiode et frafall på 23%, mens Rogaland har 21%. Årsaken til fremgangen kan være sterkere fokus på høyere utdanning og større vanskeligheter med å få seg jobb uten utdanning. Strand har en ungdoms los som aktivt jobber for å motivere ungdom, spesielt de som ser ut til å falle fra på ungdomsskolen og videregående skole, til å fullføre skoleløpet.



Frafallet i videregående opplæring. Frafallet inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført Vk2 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 startet på grunnkurs i videregående opplæring. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet/Kommunehelsa statistikkbank

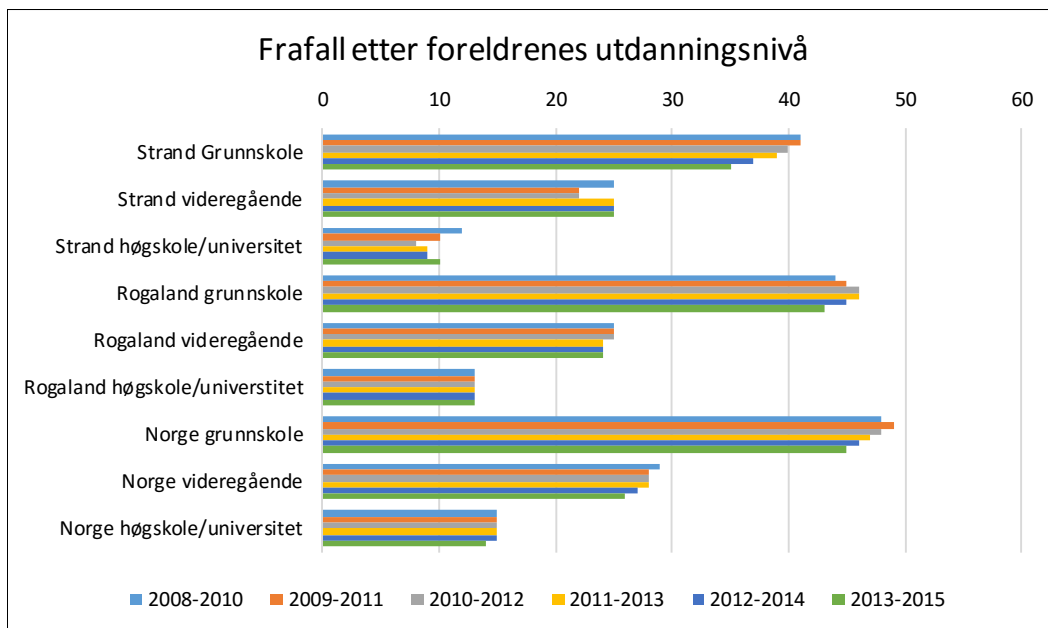
En svakhet med tallene ovenfor er at de inkluderer elever som får grunnkompetanse og kompetansebevis. Disse har ikke fagbrev eller studiekompetanse som mål, men kan ha gjennomført fem år med spesialundervisning i videregående skole og mottatt kompetansebevis. De vil regnes som sluttet underveis. Dette gjelder i hovedsak personer med psykisk utviklingshemming. For skoleåret 2015/2016 utgjør dette 9,7% av elevene fra Strand som går på VG1 og 6,5% for Rogaland. Er disse inkludert i beregningene fullfører 79,4% av elevene i Strand VG1. Trekket de ut er fullføringsgraden 87,9%. Til sammenligning har Rogaland en fullføringsgrad på 75,4% når de er inkludert og 80,7% når de er trukket ut.

Selv om evnene betyr mest for utdanningsnivået viser det seg at familiebakgrunn betyr nesten like mye for utdanningsnivået. Sosial ulikhet i helse reproduseres ofte over generasjoner. Det vil si at foreldrenes utdanningsnivå har betydning for å fullføre videregående opplæring. Ulikhet i utdanningsnivået skaper også andre sterke ulikheter, for eksempel i helse, inntekt og miljø (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2009).

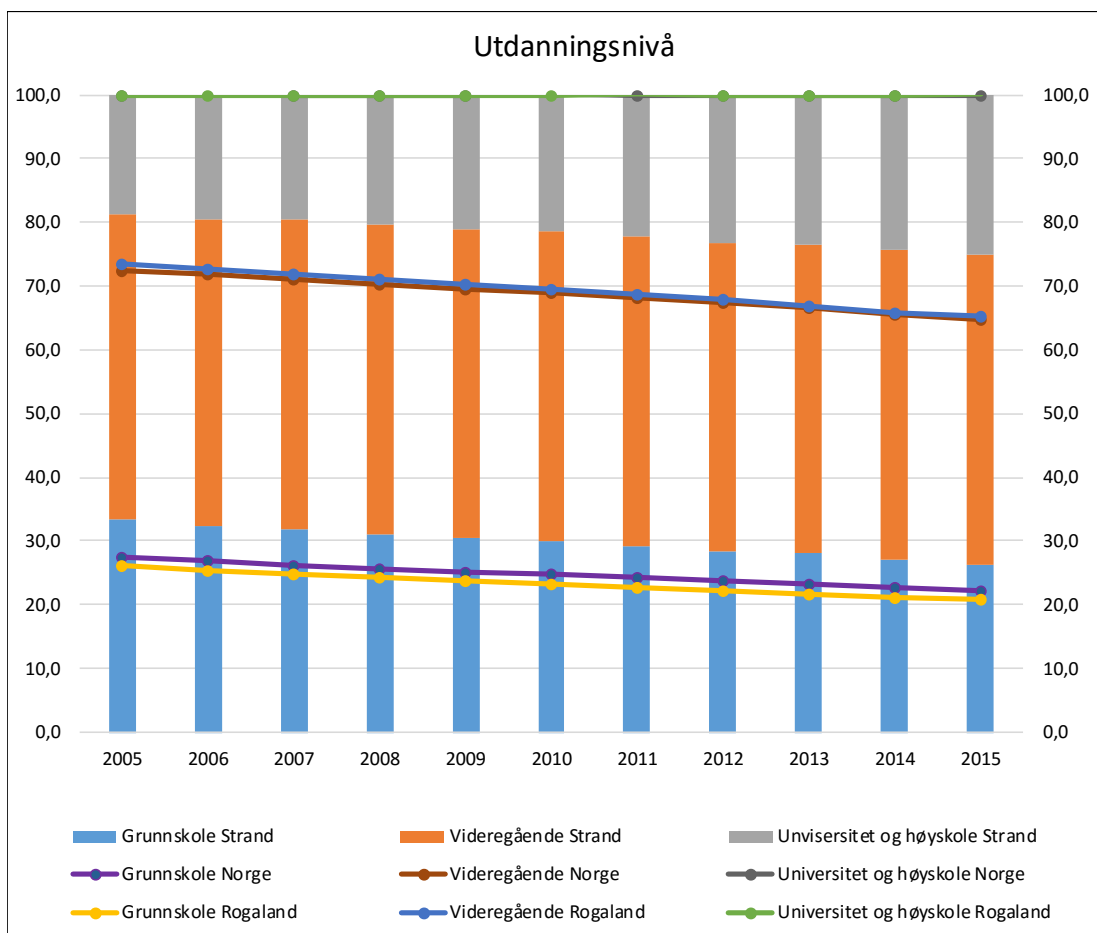
I kvalitetsmeldingen fra Rogaland fylkeskommune (2015) påpekes følgende om gjennomføring av skoleløpet:

- Elever med lave prestasjoner i grunnskolen har lavere gjennomføring enn elever med høye prestasjoner
- Elever med høyt utdannede foreldre, har høyere gjennomføring enn elever med lavt utdannede foreldre
- Jenter fullfører i større grad enn gutter

Frafallet i videregående skole er størst blant elever som har foreldre med grunnskole som høyeste fullførte utdanning, jfr. figuren øverst på neste side. Deretter videregående skole og til sist høgskole/universitet. Dette er gjennomgående både for Strand, Rogaland og Norge. Kommunen har sammenlignet med fylket og landet lavere frafall blant elever hvor foreldre har grunnskole som høyeste utdanning. Her har kommunen også en positiv utvikling hvor frafallet i perioden 2008-2010 var på 41% mot 35% i 2013-2015. Til sammenligning er tilsvarende tall for Rogaland 43% og Norge 45% i 2013-2015. Dette er positivt for å redusere sosial ulikhet i kommunen.



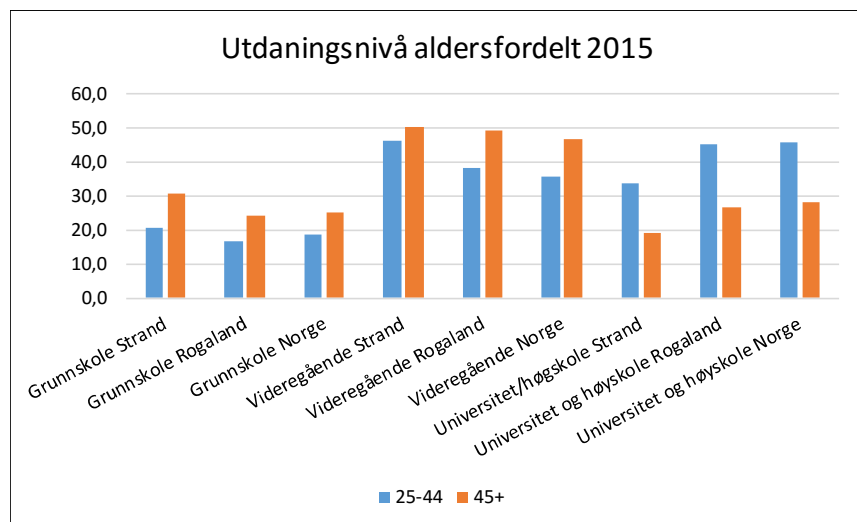
Frafall i videregående skole etter foreldrenes utdanningsnivå. Frafallet inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført Vk2 eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- 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 startet på grunnkurs i videregående opplæring. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt, standardisert. Kilde: Kommunehelse statistikkbank



Andel personer i alderen 25 år pluss med et gitt utdanningsnivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå. Årlig tall. Kilde: Kommunehelse statistikkbank

Sammenlignet med Rogaland og Norge har innbyggerne i Strand kommune i alderen 25 år pluss et lavere utdanningsnivå. Kommunen opplever en økning i andelen innbyggere med høgskole/universitet som høyeste fullførte utdanning (17,3% til 22,4%), samtidig som færre har grunnskole som høyeste fullførte utdanning (37,4% til 31,7%). I perioden 2005-2015 har kommunen et stabilt antall innbyggere med videregående skole som høyeste fullførte utdanning, på 46%. Det er spesielt andelen med høgskole/universitetsutdannede som er lavt for Strand kommune sammenlignet med fylket og landet. For Rogaland og Norge har 35% av de over 25 år høgskole/universitetsutdanning.

Innvandrere bosatt i Strand har generelt et høyt utdanningsnivå, men har utfordringer med å få denne godkjent i Norge.



Utdanningsnivå fordelt på aldersgruppene 25-44 år og 45 år pluss for Strand, Rogaland og Norge for 2015 er vist i figuren til venstre (Kilde: KommuneHelse statistikkbank). Blant innbyggere i aldersgruppen 45 år pluss har kommunen flere med grunnskole og færre med høgskole/universitetsutdanning enn fylket og landet. For aldersgruppen 25-44 år øker utdanningsnivået. Flere går på høgskole/universitet, samtidig som færre har grunnskole som høyeste fullførte utdanning.

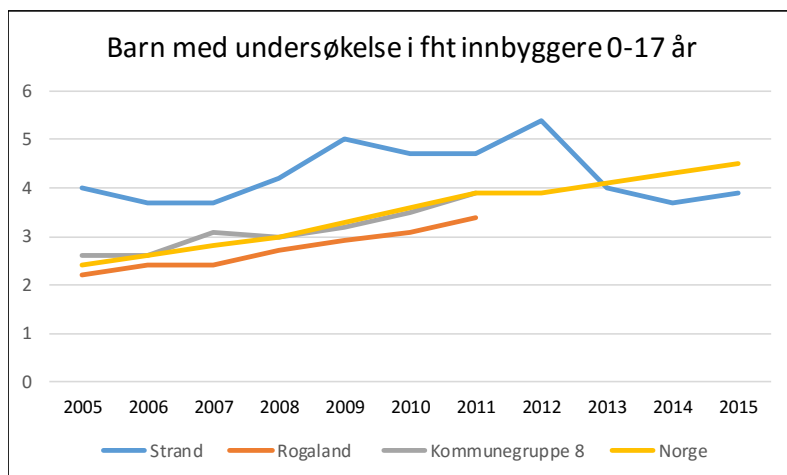
Strand ligger fortsatt høyt sammenlignet med fylket og landet på andelen med videregående som høyeste fullførte utdanning.

Den generelle trenden i samfunnet er at flere tar høyere utdanning enn tidligere. Dette gjelder også for Strand. Regionen har i en lag periode hatt god tilgang på godt betalt arbeid i oljesektoren som ikke har krevd formell utdanning. I denne perioden har utdanning i Strand samfunnet ikke vært tilstrekkelig anerkjent. Foreldrenes holdninger til utdanning og utdanningsnivå er viktig når ungdommer gjør sine skolevalg. Det tar tid å endre dette.

BARNEVERNSTJENESTEN

Begrunnelse for valg av indikatorer: Jo tidligere en klarer å identifisere barn som er utsatt for risikofaktorer og iverksett tiltak, jo større er sannsynligheten for at barnet klarer seg bra. Risikofaktorer kan være foreldres psykiske sykdom eller rusmiddelmisbruk, vold i hjemmet, foreldre som er langtidsledige/trygdemottakere og fattigdom i familien. En indikasjon på tidlig identifisering kan være at helsestasjon, barnehage, skole eller NAV melder sin bekymring om et barn til barnevernstjenesten. Kilde: Folkehelsepolitisk rapport 2011, Helsedirektoratet.

Barnevernstjenestens hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg. Barnevernstjenesten bistår foreldre i tilfeller hvor de har behov for hjelp i kortere eller lengre perioder. Tjenesten tilbyr foreldretrening og andre familie- og nærmiljøbaserte tiltak og metoder for å hjelpe barn og ungdom. (Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet).

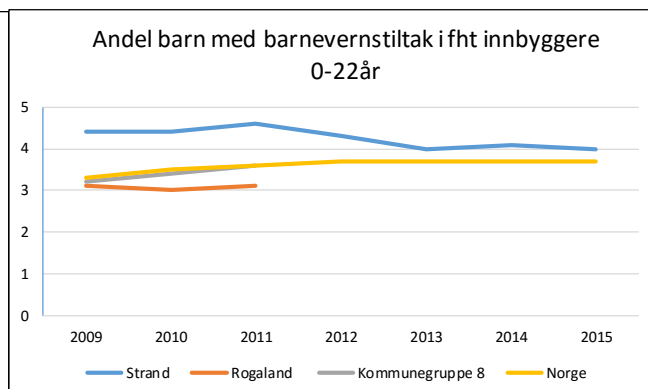
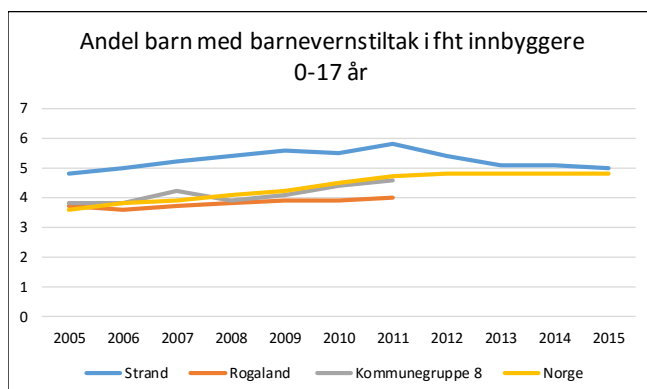
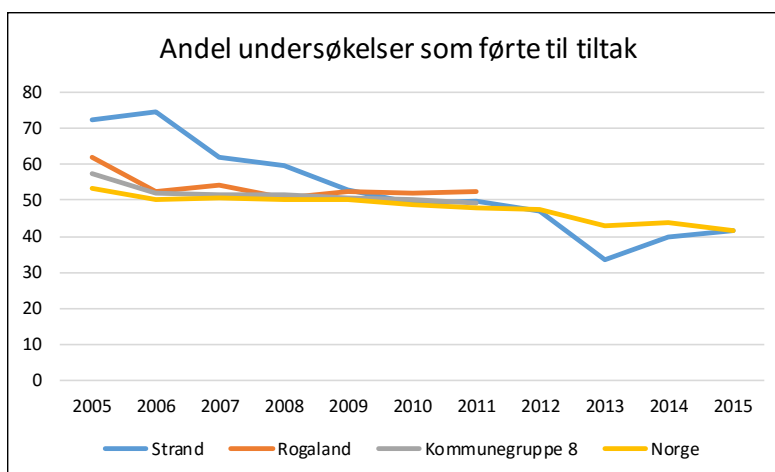


Figuren til venstre viser andelen barn hvor barnevernstjenesten har gjennomført undersøkelse i forhold til alle innbyggere i aldersgruppen 0-17 år i perioden 2005-2015 for Strand, Rogaland, Kommunegruppe 8 og Norge (Kilde: SSB/Kostra). For Rogaland og kommunegruppe 8 finnes det ikke data etter 2011 tilgjengelig på SSB sine sider (dette er gjennomgående i forbindelse med barnevernstjenesten).

Strand har historisk ligget høyere enn andre når det gjelder andelen barn hvor barnevernstjenesten har gjennomført

undersøkelse. Siden 2013 har kommunen imidlertid vært under landsgjennomsnittet. I landet ser vi en økende andel barn med undersøkelser, mens Strand kommune er på samme nivå i 2005 som i 2015, det vil si ca 4%. Det er ingen signaler som tilsier at kommunen vil få færre barn med undersøkelser fremover.

Kommunen opplever i samme periode en reduksjon i andelen undersøkelser som medfører tiltak fra barnevernstjenesten, jfr. figuren til høyre (Kilde: SSB/Kostra). I 2005 medførte 72% av alle gjennomførte undersøkelser at det ble iverksatt tiltak. I 2015 er dette redusert til 42%. Landsgjennomsnittet i 2005 var 53% mot 42% i 2015. Det innebærer at Strand følger samme trend som landet, men på samme tid opplever vi en større reduksjon på området. I 2013 hadde kommunen en nedgang i andel undersøkelser som medførte tiltak. Dette er i all hovedsak som følge av mindre kapasitet ved barnevernstjenesten dette året, og vi ser at nivået normaliseres i 2015 og er da på landssnittet.



Andelen barn med barnevernstiltak i forhold til innbyggere i alderen 0-17 år og 0-22 år i perioden 2005-2015 (2009-2015) for Strand kommune, Rogaland, Kommunegruppe 8 og Norge. For Rogaland og Kommunegruppe 8 er det ikke tilgjengelig data på SSB etter 2011. Kilde: SSB/Kostra

Strand har historisk ligget høyere enn de det er naturlig å sammenligne seg med når det gjelder andelen barn med barnevernstiltak, både i aldersgruppen 0-17 år og 0-22 år. Samtidig med at landet opplever en

svak økning siden 2005 har kommunen en forholdsvis stabil andel barn med tiltak i 2005 og 2015 på 5% i aldersgruppen 0-17år. For aldersgruppen 0-22år har landet en svak økning fra vel 3% i 2009 til knappe 4% i 2015. Strand kommune opplever her en svak nedgang fra 4,4 til 4% i samme periode.

Barnevernstjenesten i Strand har et godt samarbeid med barnehagene og skolene hvor disse har meldt bekymring til barnevernstjenesten ved behov. Det kan bidra til at kommunen har gjennomført mange undersøkelser i forhold til andre det er naturlig å sammenligne seg med. Fylkesmannen gjennomførte tilsyn ved barnevernstjenesten i kommunen i 2011. Tilsynet har medført at barnevernstjenesten endret arbeidsmetode og har økt sakbehandlingsskapiteten. Endringen har også medført en opphopning av omsorgsovertakelser de siste år. Dette er i all hovedsak barn hvor barnevernstjenesten allerede har iverksatt tiltak, men som er vurdert ikke å fungere tilstrekkelig for barnets velferd.

Det kan være flere årsaker til at et barn mottar tiltak. Manglende foreldreferdigheter, foreldres psykiske lidelser, høy grad av konflikt hjemme og andre forhold ved familien eller foreldrene er de vanligste oppgitte årsakene til tiltak. Historisk sett er det stadig færre barn som mottar tiltak på grunn av egne atferdsproblemer, mens andelen som mottar tiltak på grunn av psykiske problemer har økt. Det er også mange som mottar tiltak fra barnevernstjenesten på grunn av forhold som vold i hjemmet, fysisk og psykisk mishandling, seksuelle overgrep og vanskjøtsel. (Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet).

I henhold til Folkehelsepolitisk rapport 2015 (Helsedirektoratet) er barn og unge med minoritetsbakgrunn overrepresentert i barnevernstjenesten. I Strand kommune er disse statistisk sett ikke høyere representert enn etnisk norske barn. Kommunen har imidlertid en høy andel barn hvor rus/psykiatri er grunnlaget for igangsatte undersøkelser/tiltak. Brukerplankartleggingen rus/psykiatri, jfr. «helsereelatert atferd», avdekker at 57 barn enten bor sammen helt eller delvis med en av de kartlagte brukerne, eller den kartlagte brukeren har avtalt samvær/noe kontakt med barnet. Barnevernstjenesten i kommunen har oppfølging av samtlige barn.

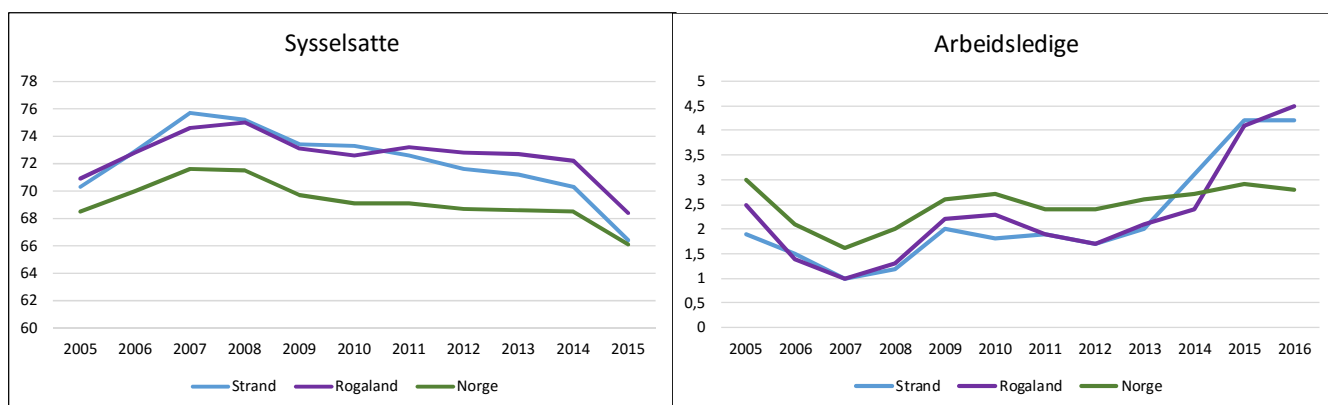
Mange av barna som mottar tiltak fra barnevernstjenesten har en vanskelig barndom og dette preger livene deres videre. Unge voksne med erfaring fra barnevernstjenesten har en høyere risiko for marginalisering på en rekke livsområder. De har blant annet en forhøyet risiko for psykiske problemer, ustabile arbeidsforhold, rusmisbruk og kriminalitet (Backe Hansen m.fl. 2014).

Det er vanskelig å si om dagens nivå på andel barn med tiltak og undersøkelser er positivt eller negativt. Det er viktig at barnevernstjenesten når de barn/familier som trenger hjelp.

ARBEIDSLIV

Begrunnelse for valg av indikator: Det å være i arbeid kan være helsefremmende i seg selv; gjennom arbeidsdeltakelse inngår man i et sosialt fellesskap og arbeidsoppgavene kan være kilde til mening, mestring og personlig utvikling. Indirekte genererer arbeidsdeltakelse ressurser som gjør oss i stand til å leve selvstendig og forutsigbare liv, og sikrer tilstrekkelige materielle levekår. Alt dette er viktige faktorer for et liv med god helse og trivsel. Personer som står utenfor arbeidslivet har dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn personer som er i arbeid. Arbeidsledige, uføretrygdede og sosialhjelpsmottakere antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt. Kilde: Folkehelsepolitisk rapport 2015/Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet.

SYSSELSETTING OG ARBEIDSLEDIGHET

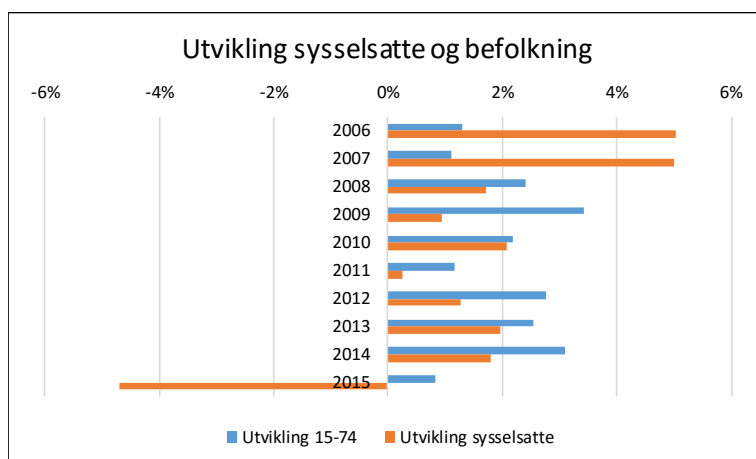


Figuren til venstre viser andelen sysselsatte 4. kvartal i aldersgruppen 15-74 år i perioden 2005-2015 og figuren til høyre viser andelen registrerte helt arbeidsledige (årlige tall) i samme aldersgruppe for perioden 2005-2016 for Strand, Rogaland og Norge. Dette inkluderer også personer som identifiseres med såkalte D-nr i stedet for fødselsnummer, dvs. utenlandske personer uten oppholdstillatelse som er på korttidsopphold i Norge. Registrerte arbeidsledige omfatter i utgangspunktet alle aldre, men det er svært få under 16 år eller over 66 år. (Kilde: SSB, Kommunehelse statistikkbank).

Det er en nær sammenheng mellom andelen sysselsatte i befolkningen og andelen arbeidsledige. Strand har historisk hatt høy sysselsetting og lav arbeidsledighet sammenlignet med landsgjennomsnittet, men hovedsakelig på samme nivå som Rogaland. Strand opplever fra 2013 en økning i andelen arbeidsledige og passerer landsnittet i 2014. Ved utgangen av 2016 var 4,2% helt ledige i kommunen, mot 4,5% i Rogaland og 2,8% i landet. Dette er på nivå med 2015. Brutto arbeidsledigheten inkluderer helt ledige og personer på arbeidsrettede tiltak. Ved utgangen av 2016 er denne på 5,2% for Strand, 5,4% i Rogaland og 3,5% i Norge.

I Rogaland er det en oppgang i brutto arbeidsledigheten blant aldersgruppen 25-29 år med mange på arbeidsrettede tiltak. Brutto arbeidsledigheten i fylket er høyest blant menn under 30 år (Kilde: NAV).

Fra 2007 er det en gradvis reduksjon i andelen sysselsatte i aldersgruppen 15-74 år. I 2007 var 75,7% av innbyggerne sysselsatt, mens dette var redusert til 66,4% i 2015. Også fylket og landet opplever samme trend, men Strand har et høyere fall i sysselsettingen i perioden 2007-2015.



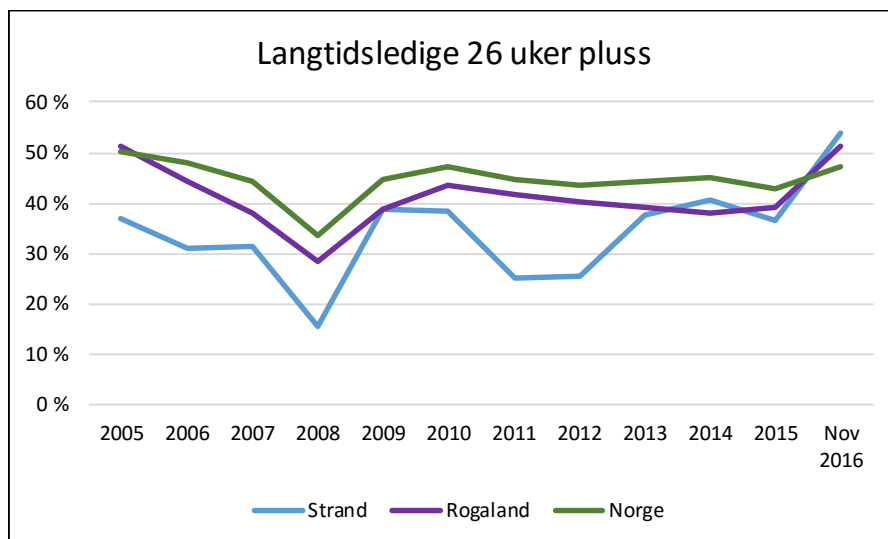
Reduksjon i sysselsettingen kan blant annet forklares av en høyere befolkningsvekst enn sysselsetningsvekst i perioden 2008-2015, jfr. graden til venstre (Kilde: SSB). Dette bidrar til en økning i arbeidsledigheten. Sammenlignet med 2005 har sysselsettingen i befolkningen i 2015 falt med 5,5% i Strand, mens både Rogaland og Norge ligger på 3,5% fall i sysselsettingen. Fallet i sysselsettingen fra 2014 til 2015 isolert sett er på hele 4,7% for Strand. Hadde det ikke vært for sterk avtakende befolkningsvekst i

aldersgruppen 15-74 år i samme periode ville fallet i sysselsettingen i Strand sannsynligvis vært vesentlig høyere.

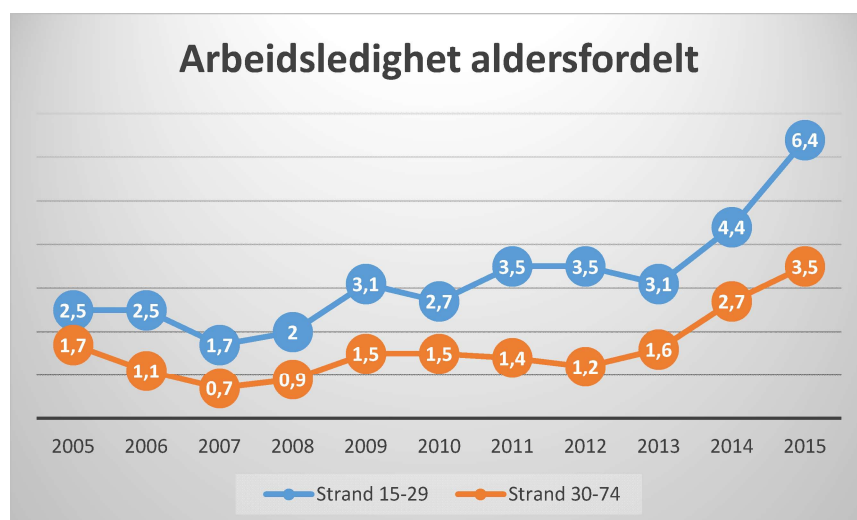
Den sterke økningen i arbeidsledighet fra 2013 og frem til i dag skyldes også konkursen ved Stålverket og oljeprisfallet. Kommunen har en forholdsvis høy andel ansatte i oljesektoren og har blitt sterkt påvirket av Sistnevnte. Også Rogaland er sterkt påvirket. Nomac ble erklært konkurs medio januar 2017 og rundt 70 ansatte mister jobben. Dette kan ytterligere øke arbeidsledigheten i kommunen.

«Arbeidsledigheten øker og flere går uten jobb lenge. På tross av vekst i ledige stillinger den siste tiden er ikke omfanget tilstrekkelig sett opp mot alle som nå ser etter ny jobb. Mange arbeidsplasser har forsvunnet fra fylket og vi erfarer at flere søker arbeid utenfor Rogaland. Det er størst arbeidsledighet innen yrkesgruppene ingeniør- og ikt-fag, industri, bygg- og anlegg og kontorarbeid» (kilde: NAV Rogaland).

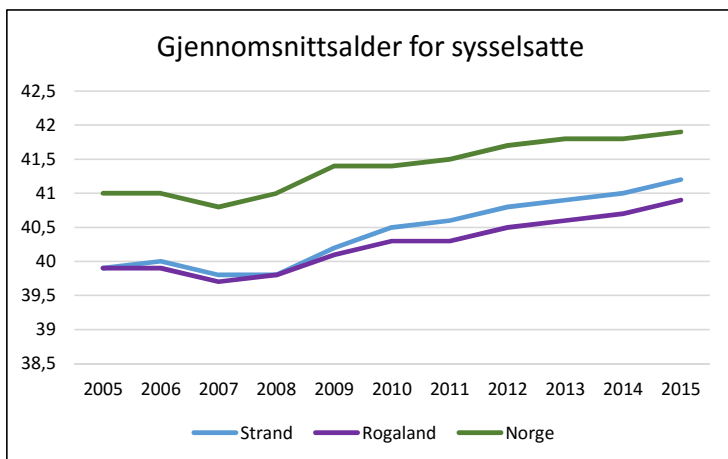
Figuren til høyre viser utviklingen i andelen langtidsledige av de som er registret som arbeidsledig/ arbeidssøker (kilde: NAV). Langtidsledig er definert som registrert arbeidssøker 26 uker eller mer. Av erfaring begynner arbeidssøkere å miste motivasjonen i takt med økende lengde på arbeidsledigheten, spesielt gjelder de som har vært ledig i 26 uker eller lengre. Det blir også vanskeligere å få dem tilbake i jobb jo lengre arbeidsledigheten varer. Langtidsledige i Strand har variert en del siden 2005, men har opplevd en generell økning siden 2008. Når vi vet at befolkningsveksten har vært høyere enn sysselsettingsveksten i perioden er det ikke unaturlig at også andelen langtidsledige øker. Ved utgangen av november 2016 har kommunen 280 personer som mottar dagpenger, hvor 46 har 5 måneder eller mindre igjen av dagpengeperioden. Dette inkluderer helt ledige, delvis ledige og personer på arbeidsrettede tiltak.



Arbeidsledige som mister retten til dagpenger vil så sant ektefellen har en inntekt eller husholdningen har en formue, ikke være i målgruppen for å motta sosialhjelp. Det innebærer at husholdningen må tilpasse forbruket etter en inntekt/tilgjengelige midler og dermed må ned i levestandard.



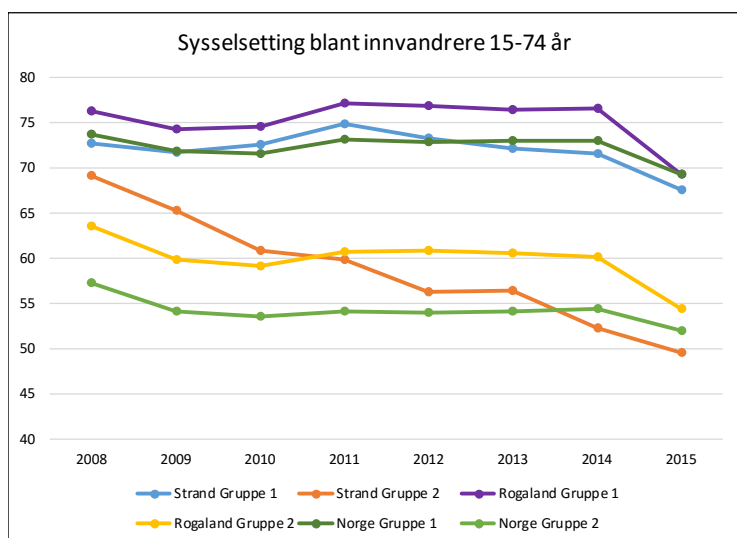
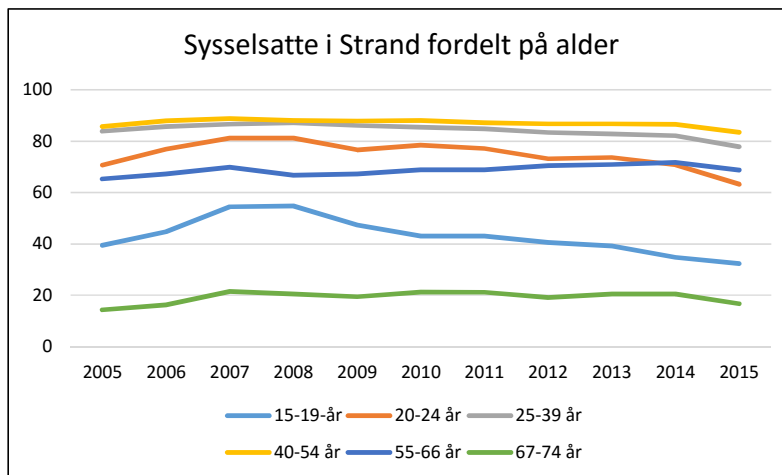
Jevnt over har aldersgruppen 15-29 år flere arbeidsledige enn aldersgruppen 30-74 år. Ved utgangen av 2015 var 6,4% av befolkningen i Strand mellom 15 og 29 år arbeidsledige, mens 3,5% mellom 30 og 74 år var arbeidsledige, jfr. figuren til venstre som viser utviklingen i aldersfordelt arbeidsledighet i Strand (kilde: SSB).



Figuren til venstre gir en oversikt over gjennomsnittsalderen for sysselsatte i Strand, Rogaland og Norge i perioden 2005-2015 (Kilde: SSB). I takt med økende arbeidsledighet og fall i sysselsettingen ser vi at gjennomsnittsalder for sysselsatte øker noe, både for kommunen, fylket og landet som helhet. I en situasjon med sterk nedbemanning ser man ofte at ansiennitet er en viktig faktor for å beholde jobben. Her stiller yngre arbeidstakere i andre rekke og det vil være naturlig at gjennomsnittsalderen blant sysselsatte øker noe.

Nedenfor er utviklingen i andelen sysselsatte i Strand fordelt på aldersgruppene 15-19 år, 20-24 år, 25-39 år, 40-54 år, 55-66 år og 67-74 år presentert (Kilde: SSB). Siden 2005 har sysselsetting i aldersgruppene 15-19 år og 20-24 år hatt en sterk prosentvis nedgang på henholdsvis 18 og 10% for hele perioden. Aldersgruppen 67-74 år har derimot hatt en prosentvis fremgang på 17% for samme periode. Sett i lys av at det er ønskelig at flere står lengre i arbeid er dette positivt, men samtidig kan det se ut til at det går på bekostning av at langt flere unge som står utenfor arbeidslivet.

Dette blir forsterket av arbeidsledigheten som følge av oljeprisfallet. En annen forklaringsfaktor på nedgangen i sysselsettingen i de yngre aldersgruppene er at flere av kommunens innbyggere tar høyere utdanning og derav kommer senere ut i arbeidslivet. Den generelle nedgangen i sysselsetting som oppleves blant alle aldersgrupper i kommunen siden 2013 skyldes i all hovedsak konkursen ved Stålverket og oljeprisfallet som nevnt tidligere. Sistnevnte har også fått ringvirkninger til andre sektorer som byggebransjen som opplever en nedgang i byggeaktiviteten både for privat bolig og næringsbygg.

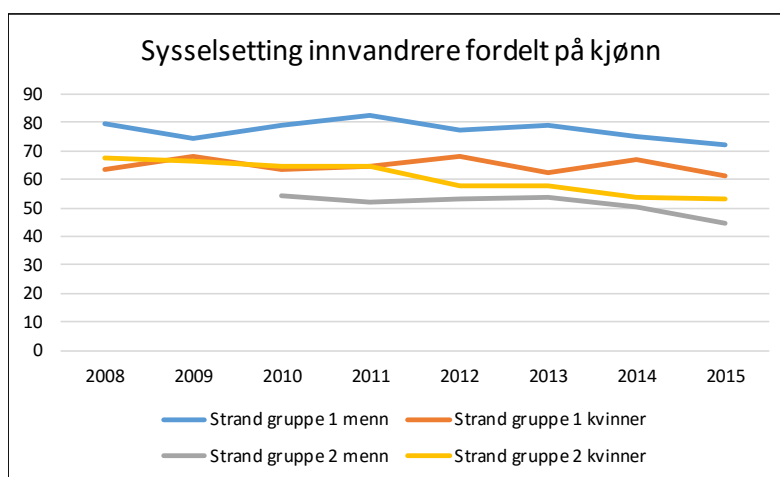


Figuren på til venstre viser utviklingen i sysselsettingen blant innvandrere i aldersgruppen 15-74 år fordelt på gruppe 1 og gruppe 2, for Strand, Rogaland og Norge i perioden 2008-2015 (Kilde: SSB). Gruppe 1 omfatter innvandrere fra EU/EFTA, Nord-Amerika, Australia og New Zealand. Gruppe 2 er innvandrere fra Asia, Tyrkia, Latin-Amerika, Europa utenom EU/EFTA og Oseania utenom Australia og New Zealand. Sysselsettingen blant innvandrere er høyere for gruppe 1 enn gruppe 2. Det er ikke unaturlig da innvandrere fra land i gruppe 1 i stor grad er arbeidsinnvandrere.

Innvandrere i gruppe 1 har en forholdsvis stabil sysselsetting frem til 2014 hvor de opplever en dropp. I 2015 er sysselsettingen i gruppe 1 på 67,5% for Strand kommune, noe lavere enn fylket og landet med rundt 69%. Sysselsettingen blant innvandrere i gruppe 1 er relativt lik sysselsettingen i befolkningen generelt som for kommunen i 2015 ligger på 66,4%, og fylket på 68,4% og landet 66,1%.

Det er sysselsettingen blant innvandrere i gruppe 2 som bidrar til å trekke ned den generelle sysselsettingen i befolkningen. Her opplever Strand en kraftig nedgang fra 2008 hvor 69,1% var sysselsatt, mens det i 2015 kun er sysselsatt 49,6% i gruppe 2. Også Rogaland og landet opplever en nedgang i sysselsettingen blant innvandrere i gruppe 2, men nedgangen er ikke like stor som i Strand. I takt med økt innvandring, spesielt gruppe 2, blir det vanskeligere å finne arbeidsmarkedstiltak til alle. Det er lettere å plassere få på arbeidsmarkedstiltak enn mange. Dette påvirker nedgangen i sysselsettingen for disse innvandrerne.

Flere kvinner enn menn i gruppe 2 bosatt i Strand kommune er sysselsatt, men begge er synkende, jfr. figuren til høyre som viser utviklingen i sysselsetting av innvandrere fordelt på kjønn (kilde: SSB). I 2015 er 53% av kvinnene i gruppe 2 sysselsatt, mens kun 45% av menn i samme gruppe er sysselsatt. I gruppe 1 er det motsatt, her er en høyere andel menn sysselsatt enn kvinner. For innvandrere i gruppe 1 i Strand er 72% menn og 61% kvinner sysselsatt i 2015. Menn opplever her en nedgang i sysselsettingen siden 2008, mens kvinner er på ca samme nivå i hele perioden.



For innvandrere øker sysselsettingsgraden med botiden. I 2015 var 54% av innvandrere i Strand med en botid i Norge på inntil 4 år sysselsatt. For de som hadde bodd i Norge i 5-9 år var 67% sysselsatt, mens 70% av de som har bodd i Norge i over 10 år var sysselsatt. Det er spesielt innvandrere fra gruppe 2 som har lavest sysselsettingsgrad, og blant innvandrere fra Afrika er kun 39% sysselsatt i 2014 (IMDI). Med lengre botid høynes sysselsettingsnivået i de fleste innvandrergrupper, men forskjellen gruppene imellom utjevnes likevel ikke helt (SSB). Først ved en botid på minimum 10 år har gruppe 1 og gruppe 2 forholdsvis likt sysselsettingsnivå i Strand. 5% av alle innvandrere i Strand er i 2014 registrert som arbeidsledig. Samtidig var 30% av alle innvandrere i 2014 ikke i arbeid eller under utdanning (IMDI). Strand opplever at de fleste innvandrere kommer ut i arbeid, men det tar tid. Sysselsettingsnivået blant innvandrere med en botid på mer enn 10 år tilsvarer sysselsettingsnivået til resten av kommunens innbyggere. Selv om de fleste innvandrere kommer ut i arbeid har de behov for supplerende sosialhjelp grunnet arbeid med lav inntekt og en stor familie med mange barn.

I takt med en økende andel innvandrere i befolkningen synes det vanskeligere å få dem sysselsatt. Mye av innvandringsveksten i kommunen er knyttet til flyktninger/asylsøkere. Disse har en utdanning som ikke formelt sett blir anerkjent i Norge. Manglende norsk/engelskkunnskaper er også en utfordring, spesielt i starten av botiden i Norge. Dårlig arbeidsmarked de siste år gjør det også vanskeligere å få dem i arbeid, samtidig som det er vanskeligere å plassere mange på arbeidsmarkedstiltak enn få. Det kan bli en utfordring på sikt hvis mange innvandrere er utenfor arbeidslivet. Dette stiller større krav for å få dem integrert i samfunnet og kan bli ressurskrevende for kommunen. Bruk av sosialhjelp og andre stønadsordninger fra NAV vil være aktuelt for å sikre midler til et basis livsopphold.

Arbeidsledighet har betydning for både helse og levekår. Personer som står utenfor arbeidslivet og skole/utdanning har dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn personer som er i arbeid/under utdanning. Arbeidsledige har en tendens til dårligere psykisk og somatisk helse enn personer som er i jobb. Men det er uklart i hvor stor grad det er personen med svekket helse som blir arbeidsledig og hvor stor grad det er tilstanden som arbeidsledig som svekker helsen. Forskning konkluderer midlertidig med at arbeidsledige har større problemer med den psykiske helsen og at forverring i den psykiske helsen pleier å inntreffe etter at en er blitt arbeidsledig (Folkehelseinstituttet).

Dagens høye arbeidsledighet er i denne regionen hovedsakelig drevet av et sterkt oljeprisfall. Det innebærer at det kan være tilfeldigheter som avgjør hvem som blir/er arbeidsledig og ikke, og at personlige forhold/egenskaper har vært mindre avgjørende. Ansiennitet er en viktig faktor for å bli værende og kommunen opplever naturlig nok en høyere arbeidsledighet blant yngre innbyggere. I et vanskelig/trangt arbeidsmarked kan det være spesielt krevende for nyutdannede å skaffe seg jobb. Også svake grupper som innvandrere, personer med nedsatt arbeidsevne og funksjonshemmede vil bli påvirket. I et vanskelig marked stiller bedriftene større krav til leveranse og produksjon. Aktivitet som ikke er en del av primæroppgavene blir nedprioritert. Dette innebærer at færre bedrifter åpner opp for arbeidsmarkedstiltak. Personer som trenger ekstra støtte eller tilrettelegging for å stå i arbeid, vil i større grad falle utenfor.

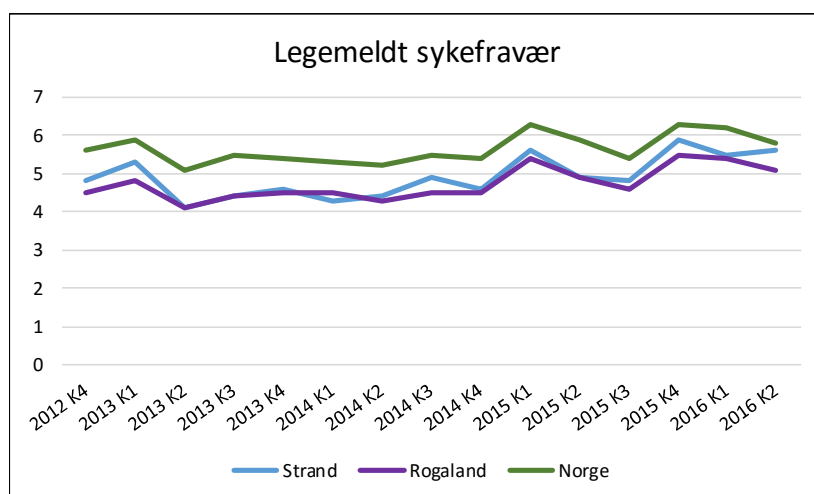
Vedvarende arbeidsledighet vil få betydning for den enkeltes levekår, og kan påvirke både helse og trivsel. Gjennom arbeidsdeltakelse inngår man i et sosialt fellesskap og arbeidsoppgavene kan være kilde til mening, mestring og personlig utvikling. Indirekte genererer arbeidsdeltakelse ressurser som gjør oss i stand til å leve selvstendige og forutsigbare liv, og sikrer tilstrekkelige materielle levekår.

Næringslivet i kommunen er to-delt. Den ene delen av næringslivet er en del av regionale verdikjeder. Dette gjelder særlig bedrifter som leverer tjenester og produkter til oljesektoren. Samtidig er deler av næringslivet som byggsektoren indirekte påvirket av investeringene i oljesektoren. 30% av arbeidsstyrken pendler ut av kommunen, fortrinnsvis til olje- og energiklyngen på Nord-Jæren inkludert offshore. Det betyr at store deler av næringslivet og sysselsettingen er avhengig av den regionale utviklingen. Oljeprisen er i stor grad driver for utviklingen på Nord-Jæren. Det er ikke ventet en økning på oljeinvesteringene og påfølgende aktivitet det nærmeste året.

Den andre delen av næringslivet i kommunen er sektorer som er motstykke i forhold til utviklingen i oljesektoren. Dette er tradisjonell industri, reiseliv og til dels handel. Lavere oljepris betyr svakere kronekurs og således blir produktene relativt billigere å eksportere. Det blir også billigere å feriere i Norge. Det siste året har en sett at den delen av næringslivet har gjort det bra. Deler av tradisjonell industri som Comrod, har gjennomført omstilling og gjør det bra med økt omsetning og overskudd. 2016 har også vært en bra sesong for reiselivet i kommunen.

I lys av oljekonjunktturnedgangen vil det være en fordel for kommunens næringsliv å utvide horisonten og tenke nytt. Både kompetansen og produktene til flere av kommunens bedrifter kan være relevant for andre marked enn oljesektoren. Etablering av nye arbeidsplasser vil være vesentlig for å få flest mulig tilbake i arbeid innen kort tid.

LEGEMELDT SYKEFRAVÆR



Legemeldt sykefravær pr kvartal i perioden 4. kvartal 2012 til 2. kvartal 2016 er vist i figuren til venstre (Kilde: SSB). Det er et skifte i datagrunnlaget mellom 2014 og 2015 som innebærer noe høyere sykefraværspersent fra 2015 enn tidligere. Dette skyldes ikke nødvendigvis faktisk flere reelt sykemeldte, men mer spesifikk og korrekt rapportering.

Kommunen har i perioden 4. kvartal 2012 til 4. kvartal 2014 hatt en sykefraværspersent på rundt 4,5%. Samme nivå som Rogaland og under

landssnittet på knappe 5,4%. I 2015-2016 ligger kommunens sykefravær i snitt på 5,4% (Rogaland 5,1% og Norge 5,9%). Det er vanskelig å si om økningen skyldes flere sykemeldte eller om endring i datagrunnlaget er årsaken til økningen.

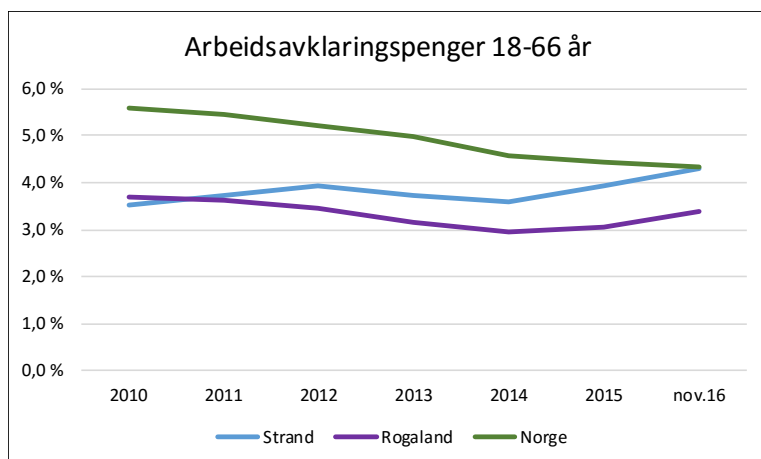
Tradisjonelt sett opplever man at sykefraværet går ned når ledigheten øker. For Strand kommune opplever vi en liten nedgang i sykefraværet rundt 1. og 2. kvartal 2015, men siden har det gått opp igjen. Vi har ikke informasjon om årsaken til det legemeldte sykefraværet, men det kan hende at frykten for en eventuell permittering/oppsigelse har medført at flere har blitt sykemeldt.

I forbindelse med sykefravær er det spesielt utviklingen i langtidssyke det er viktig å observere. Historisk har disse minst sannsynlighet for å komme tilbake i jobb, og vil i større grad på sikt gå over på uførepensjon. Offentlig tilgjengelig statistikk gir ingen informasjon om andelen langtidssyke på kommunenivå. Utviklingen i andelen som mottar uførepensjon og arbeidsavklaringspenger (AAP) kan indirekte si noe om andelen langtidssyke. Hvis kommunen opplever en stor økning i mottakere av AAP og varig uførepensjon, er det rimelig å anta at kommunen har eller har hatt mange langtidssyke. Det er imidlertid for sent å iverksette tiltak på dette tidspunktet. Det må allerede gjøres tidlig, aller helst i starten av sykemeldingsperioden.

ARBEIDSAVKLARINGSPENGER

Arbeidsavklaringspenger (AAP) er en ordning som er ment å sikre personer inntekt i en periode de trenger bistand fra NAV for å komme i arbeid. Slik bistand kan være medisinsk behandling, arbeidsrettede tiltak eller annen oppfølging fra NAV. En typisk mottaker av AAP er personer som har gått sykemeldt i mer enn 12 måneder slik at de ikke lenger har krav på tradisjonelle sykepenger tilsvarende lønnsinntekten. Man kan normalt ikke kunne motta AAP i mer enn 4 år. Det må være en viss utsikt til å forbedre arbeidsevnen og målet er at mottakeren skal skaffe eller beholde arbeid i løpet av perioden med AAP.

Utvikling i andelen mottakere av AAP i aldersgruppen 18-66 år for Strand, Rogaland og Norge siden ordningen var ny i 2010 og frem til november 2016 er vist i figuren øverst på neste side (Kilde: NAV). Strand



kommune har frem til utgangen av 2014 et forholdsvis stabilt nivå på andelen mottakere på rundt 3,5%. Mot slutten av 2016 er andelen som mottar AAP økt til 4,3% og er nå på nivå med landsgjennomsnittet. Rogaland opplever også en liten økning siden 2014, men ligger fortsatt under landsgjennomsnittet.

Intensjonen med AAP er å få flere langtidssyke i jobb igjen og færre over i varig uførepensjon. Utviklingen i mottakere av AAP kan blant annet si noe om andelen

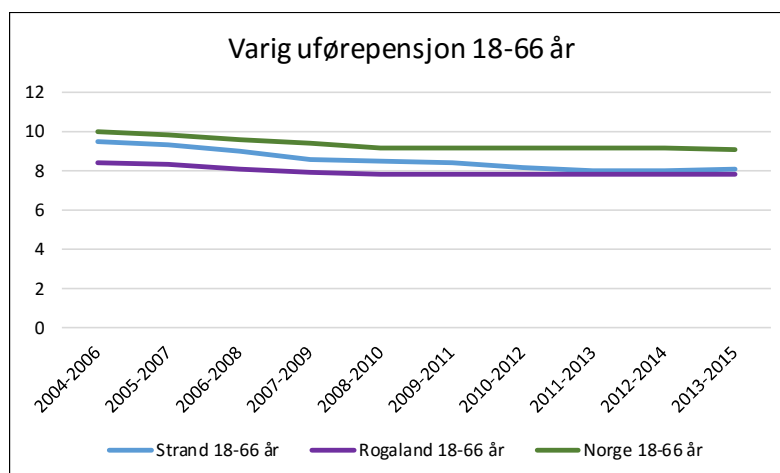
som er/har vært langtidssyke og hvordan regelverket praktiseres. Somatisk sykdom som innebærer langtidssykemelding på 12 måneder og deretter AAP er ikke normalen. Mottakere av AAP har i større grad komplekse sykdomsbilder med kombinasjoner av og sin opprinnelse i psykiske lidelser, det å mestre livet, rus, familiesituasjon, livsvilkår og oppvekstvilkår. Det er behov for mer kartlegging og oppfølging av mottakeren. I stedet for at denne gruppen tidligere mottok sosialhjelp, får de nå i større grad innvilget AAP. Det innebærer at antall mottakere av sosialhjelp går ned. Om denne brukergruppen mottar sosialhjelp eller AAP får kommunen utfordringen uansett. Blant annet generere disse behov for sosial boliger i kommunen.

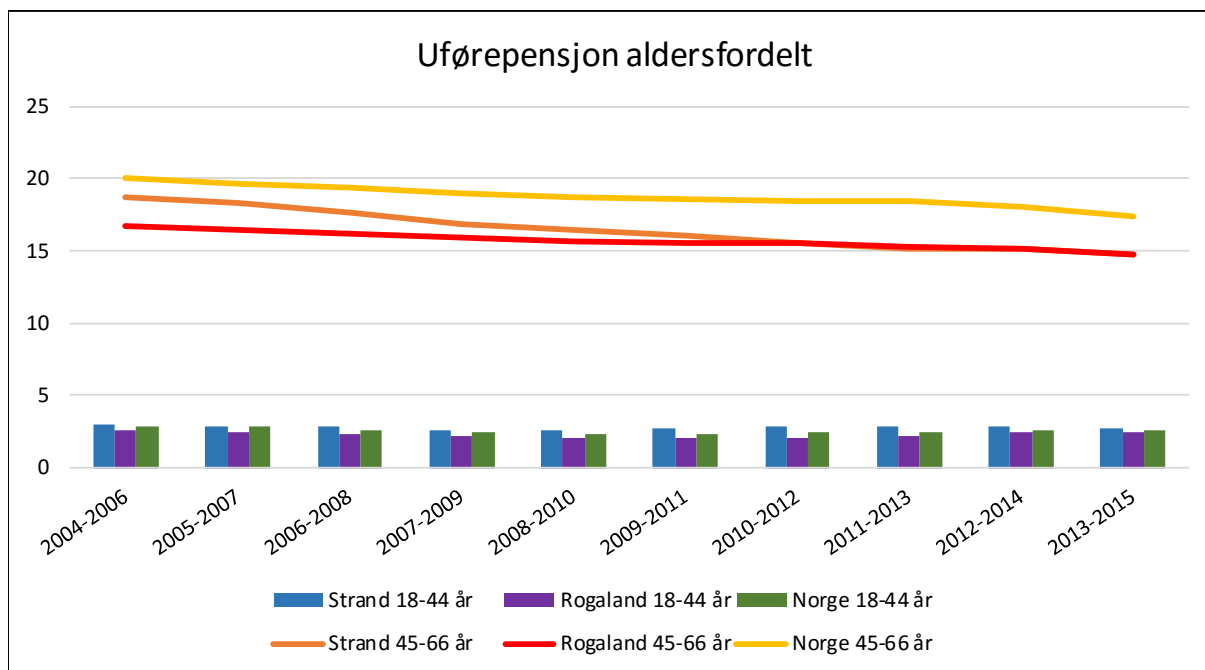
Økningen Strand opplever de siste år har gjerne også sammenheng med utviklingen i arbeidsmarkedet i regionen. Når markedet blir tøffere stiller arbeidsgiver større krav og forventninger til leveranse av den enkelte ansatte. Ansatte som tidligere har fungert og/eller allerede var sykemeldet, kan ha utfordringer med å tilpasse seg. Sykemeldte returnerer gjerne ikke til jobb grunnet nedbemanning og går over i AAP i stedet for.

UFØREPENSJON

Uføretrygd kan innvilges til personer som har fått inntjeningsnivået redusert med minst 50 % på grunn av langvarig skade eller sykdom. De fleste som blir uføretrygdede forblir permanent utenfor arbeidslivet. Helseproblemer blir vanligere med økende alder og medfører at andelen uføretrygdede stiger kraftig jo nærmere pensjonsalder man kommer. Som hovedtendens er det en større andel kvinner enn menn som blir uføretrygdede og kjønnsforskjellene blir også større med økende alder (Slettebak, 2015).

Grafen til venstre viser andelen med varig uførepensjon i alderen 18-66 år i Strand, Rogaland og Norge i perioden 2004-2015 (Kilde: SSB). Strand opplever i denne perioden en bedring i andelen som har varig uførepensjon i aldersgruppen 18-66 år. I treårsperioden 2004-2006 var det årlige snittet 9,5%, mens det årlige snittet i 2013-2015 var redusert til 8,1%. Også landet og fylket opplever en reduksjon i andelen med varig uførepensjon i samme periode, men ikke like stor fremgang som Strand kommune. Nedgangen i mottakere av uførepensjon i aldersgruppen 45-66 år er hovedårsaken til at Strand opplever en bedring på området, jfr. neste side.





Andel uføretrygdede i prosent av befolkningen i alderen fra 18 t.o.m. 66 år som mottar uføretrygd i prosent av befolkningen. Andel (prosent), standardisert, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder, standardisert for alders- og kjønnsammensetning. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: *Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.*

Andelen som mottar uførepensjon er økende med alder. I perioden 2013-2015 mottar 2,7% i aldersgruppen 18-44 år uførepensjon i Strand. For aldersgruppen 45-66 år er andelen 14,8%. For aldersgruppen 45-66 år er det større forskjell mellom kommunen, fylket og landet. Strand har en sterkere reduksjon på andelen som mottar varig uførepensjon i aldersgruppen 45-66 år. I 2004-2006 var det årlige snittet 18,7%. Dette er redusert til 14,8% i 2013-2015. En kombinasjon av opprettelse av eget NAV kontor i Strand i 2006 og innføring av AAP i 2010 har sannsynligvis bidratt til den positive utviklingen i andelen som mottar uførepensjon, spesielt i aldersgruppen 45-66 år.

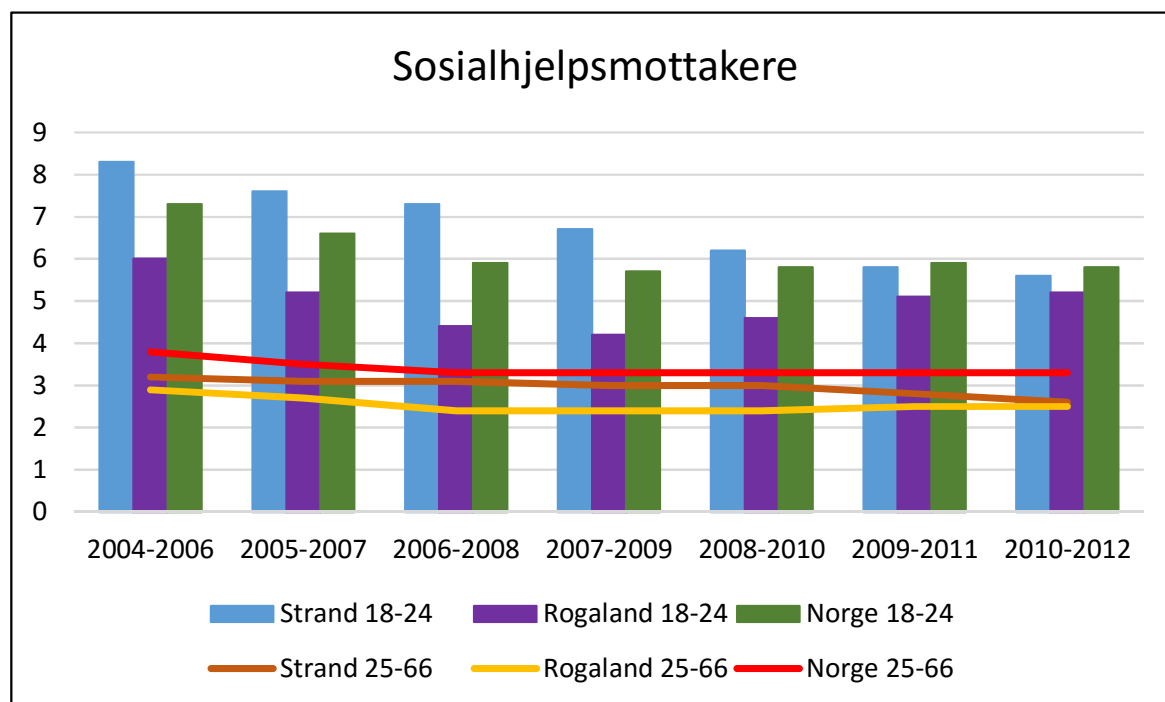
Andelen unge uføre i aldersgruppen 18-44 år er stabil i hele analyseperioden. Strand ligger over både fylket og landet. I 2013-2015 var det årlige snittet 2,7% i Strand, 2,4% i Rogaland og 2,6% i Norge. Selv om dette gjelder en liten andel av innbyggerne i kommunen har det store helsemessige konsekvenser for de det gjelder. Komplekse og nye sykdomsbilder påvirker også her på lik linje som i forbindelse med AAP. Tunge rusmisbrukere er ofte uføretrygdede fra mot slutten av 30 årene. Basert på Brukerplan-kartleggingen, jfr. «helsereelatert atferd», har Strand kommune en høyere andel kartlagte rus/psykiatribrukere i forhold til øvrige kommuner i Helse Stavanger. Også psykiske lidelser og utfordrende livssituasjoner, i kombinasjon med utfordringer med å mestre livet, er i stor grad årsaken til ung uførhet. Faktorer som lav utdanning, mobbing og utfordrende oppvekstvilkår går igjen ved kartlegging og oppfølging av disse brukerne.

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, livsstilsfaktorer og andre sosiale faktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker uførepensjon (Folkehelseinstituttet).

MOTTAKERE AV SOSIALHJELP

Sosialhjelp ytes av kommunen til personer som ikke kan sørge for eget livsopphold, og skal fungere som et sikkerhetsnett og er i utgangspunktet en kortvarig ytelse. Det er et mål at flest mulig av mottakerne kommer

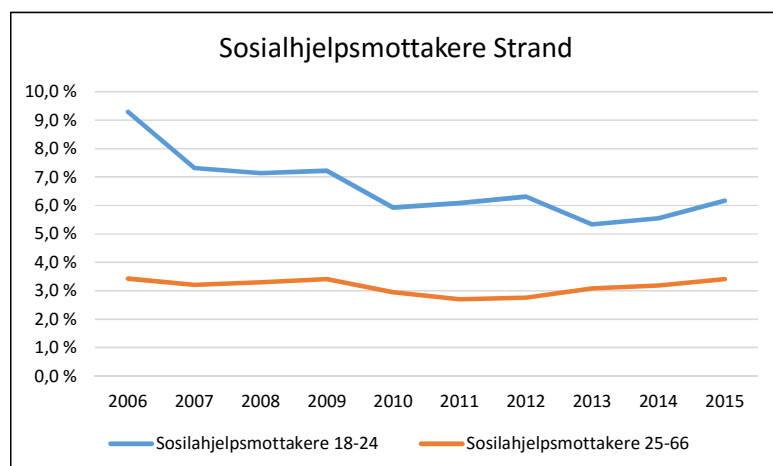
i arbeid og ikke blir værende for lenge på denne ytelsen. Sosialhjelp brukes ofte i kombinasjon med andre ytelser.



Andel sosialhjelpsmottakere i alderen 18-24 år og 25-66 år i forhold til folkemengden. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder), standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Kommunen opplever en nedgang i andelen sosialhjelpsmottakere i alderen 18-24 år i perioden 2004-2012. Reduksjonen er på rundt 3%. I perioden 2010-2012 mottok årlig i underkant av 6% av befolkningen i Strand mellom 18-24 år sosialhjelp mot 8,3% i 2004-2006. Strand har litt høyere andel som mottar sosialhjelp enn Rogaland, men på nivå med Norge i slutten av analyseperioden. Andelen som mottar sosialhjelp i aldersgruppen 25-66 år i Strand er ikke vesentlig forskjellig fra Norge og Rogaland. Og ligger i perioden 2004-2012 på rundt 3%.

I 2015 mottok 8,9% av innvandrere i Strand økonomisk sosialhjelp. Dette har gått kraftig opp fra 2013 hvor 4,7% av innvandrere mottok sosialhjelp (Imdi).

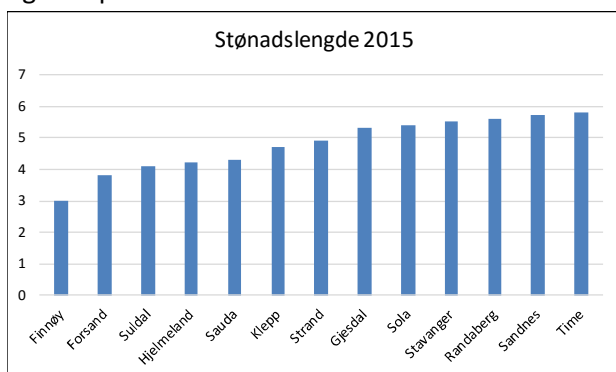
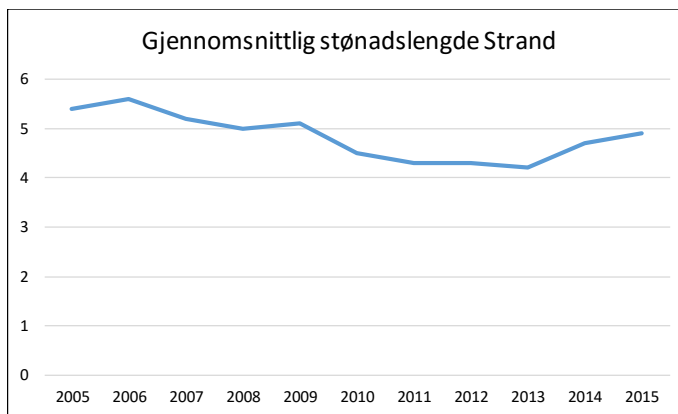


Det kan være flere årsaker til at andelen som mottar sosialhjelp synker med alderen. Ofte har man bedre råd ved økt alder som følge av jobb og høyere inntekt. Flere lever i et parforhold og er derfor ikke så utsatt for korte/små svingninger i økonomien. Eldre vegrer seg muligens mer for å be om sosialhjelp.

For Strand vises årlige data for andelen sosialhjelpsmottakere for perioden 2006-2015 i grafen til venstre (Kilde: SSB). Her ser vi først en reduksjon i andelen

sosialhjelpsmottakere i alderen 18-24, for deretter i 2015 å ende opp på samme nivå som i 2012 på 6,2%. Aldersgruppen 25-66 år er på tilsvarende nivå både i 2006 og 2015 på vel 3%.

Figuren til høyre viser gjennomsnittlig stønadslengde i måneder for sosialhjelpsmottakerne i Strand kommune i perioden 2005-2015 (Kilde: SSB). Kommunen opplever en svak positiv utvikling i hvor lenge gjennomsnittet mottar sosialhjelp. Imidlertid er det en liten oppgang i stønadslengden fra 2013 og frem til 2015. I 2015 var gjennomsnittlig stønadslengde 4,9 måneder. Det er ikke offentlig tilgjengelig statistikk på fylkes og nasjonalt nivå. En analyse av gjennomsnittlig stønadslengde for flere kommuner i Rogaland for 2015 er vist i figuren på neste side.

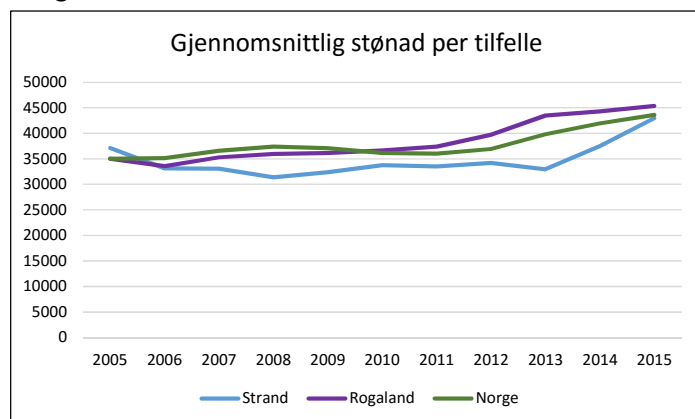
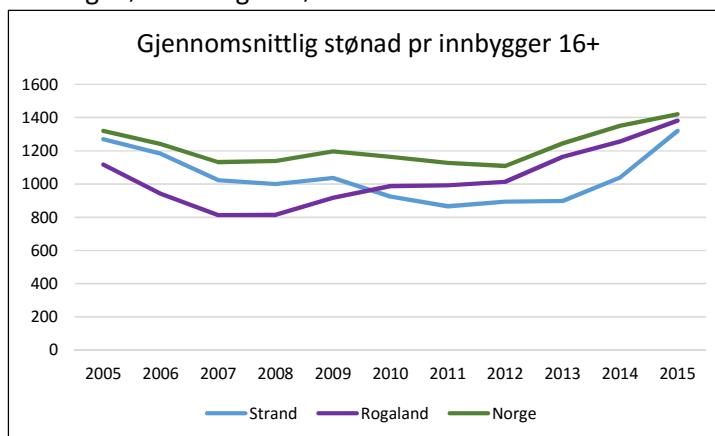


Gjennomsnittlig stønadslengde for kommuner vist i grafen til venstre er 4,8 måneder for 2015 (Kilde: SSB). Det plasserer Strand midt på treet med 4,9 mnd gjennomsnittlig stønadslengde.

Dagens arbeidsmarked gjør det vanskeligere for sosialhjelpsmottakere å komme seg ut i arbeid og det innebærer at stønadslengden går opp. Dette påvirker også andelen som mottar sosialhjelp. I et normalt arbeidsmarked ville flere klart å skaffe seg arbeid og dermed ville behovet for økonomisk sosialhjelp falt

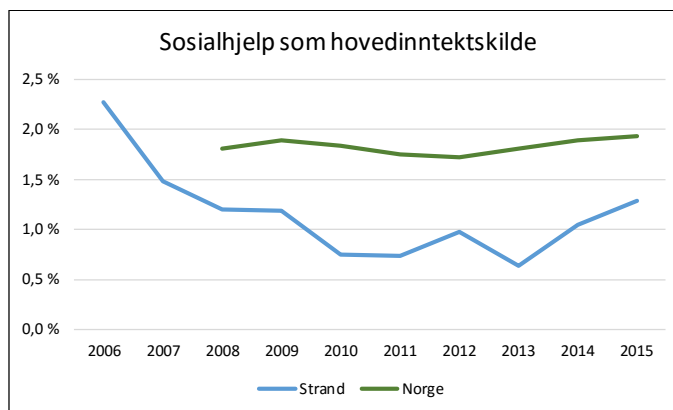
bort. Innvandrere fra Afrika, Asia etc (gruppe 2) er blant gruppene mennesker som er mest avhengig av sosialhjelp (SSB). En kombinasjon av økt innvandring og et presset arbeidsmarked vil sannsynligvis medføre at kommunen vil oppleve at både andelen mottakere og stønadslengden øker.

Figuren til høyre viser gjennomsnittlig stønad pr innbygger i 18-66 i perioden 2005-2015 for Strand, Rogaland og Norge (Kilde: SSB). Gjennomsnittlig stønad pr innbygger har variert en del siden 2005 og frem til 2015, men for Strand er nivået i 2005 på 1 271 kr ikke vesentlig forskjellig fra 2015 med 1 319 kr. Vi ser en kraftig økning fra 2013, spesielt i 2015 hvor økningen var på hele 300 kr. Strand har ligget under nivået i både Rogaland og Norge siden 2010.



Gjennomsnittlig stønad per tilfelle har vist en markant økning fra 2013 og frem til 2015, jfr. figuren til venstre (Kilde: SSB). I 2013 var utbetaling per tilfelle kr 32 931, mens det i 2015 var 43 000kr. Som nevnt tidligere skyldes dette i stor grad økt arbeidsledighet. Strand har siden 2006 hatt et lavere nivå på utbetalt stønad pr tilfelle enn både Rogaland og Norge. Rogaland har siden 2010 hatt en jevn økning i stønadsstørrelsen.

Strand har siden 2006 hatt en positiv utvikling i andelen som mottar sosialhjelp som sin hovedinntektskilde, men har en liten økning i 2014/2015, jfr. figuren til høyre (Kilde: SSB) (data for fylket er ikke tilgjengelig på SSB sine sider). I 2006 gjaldt dette 2,3% av befolkningen mellom 18-66 år og er redusert til 1,3% i 2015. Strand ligger godt under det nasjonale snittet på i underkant av 2%.



Mottakerne av sosialhjelp har ofte en mer marginal tilknytning til arbeidsmarkedet, kortere utdanning og lavere bostandard enn befolkningen ellers. Det er også vist at det er langt større innslag av helseproblemer blant sosialhjelpsmottakere enn i befolkningen ellers, og særlig er det en stor andel med psykiske plager og lidelser. Utbredelsen av sosialhjelp i totalbefolkningen er et uttrykk for pågangen på det kommunale hjelpeapparatet fra personer som for kortere eller lengre tid er avhengig av økonomisk støtte til livsopphold. Lang tids avhengighet av sosialhjelp kan bl.a. gjenspeile et lokalt vanskelig arbeidsmarked, men også at sosialtjenesten legger ulik vekt på aktivisering av den enkelte og på tverrfaglig samarbeid (Folkehelseinstituttet).

VURDERING AV OPPVEKST OG LEVEKÅRSFORHOLD

Selv om kommunen har en lavere andel lavinntektsfamilier enn landet vurderes dette å være en utfordring for kommunen. I 2014 bor knappe 300 barn i en husholdning med en samlet inntekt etter skatt på i underkant av kr 300 000. Det er utfordrende for disse husholdningene å få endene til å møtes.

Andelen barn under 22 år hvor barnevernstjenesten har iverksatt tiltak er på nivå med landssnittet. I 2015 berørte dette rundt 160 barn i kommunen. Mange av barna som mottar tiltak fra barnevernstjenesten har en vanskelig barndom som preger livene deres og har en høyere risiko for marginalisering på en rekke livsområder. I Strand peker rus/psykiatri seg ut som en viktig faktor da 57 barn relatert til kartlagte brukere innen rus/psykiatri er under oppfølging ved barnevernstjenesten i kommunen.

Kommunen opplever en positiv utvikling i barnehagedekningen samtidig som kvaliteten i barnehagene i kommunen målt ved andelen ansatte med godkjent barnehagelærerutdanning er økende. Det er en viktig utvikling for at kommunen på et tidlig tidspunkt kan bidra til å utjevne sosiale forskjeller og at flere barn ved overgangen til skolen har et jevnere utgangspunkt, uavhengig av familiebakgrunn.

Kunnskap i lesing og regning er viktige prediktorer for utvikling av sosial ulikhet i helse. For både lesing og regning har Strand en høyere andel barn på 5. trinn på laveste mestringsnivå, mens det ved 8. trinn har utjevnet seg sammenlignet med Rogaland og Norge. En generell økning av gjennomsnittlig mestringsnivå blant elevene kan bidra til at flere i fremtiden gjennomfører videregående skole/annen høyere utdanning. Et langsiktig systematisk fokus på kvalitet i Strandaskolen blant annet gjennom kompetanseheving for lærere, økt lærertetthet på 1.-4. trinn og felles utviklingsplaner for skolesektoren er viktige tiltak.

Strand kommune opplever ikke større frafall i videregående skole enn fylket og landet. Sannsynligvis har kommunen en høyere gjennomføringsgrad enn Rogaland og det som fremkommer i offentlig statistikk. Frafall i videregående skole er synkende med foreldrenes utdanningsnivå. Kommunen har sammenlignet med fylket og landet vesentlig lavere frafall blant elever hvor foreldre har grunnskole som høyeste utdanning. Sosial ulikhet i helse reproduseres ofte over generasjoner. Å bryte et mønster slik at flere gjennomfører minimum videregående utdanning er viktig for å endre dette og bidra til å redusere sosial ulikhet blant innbyggerne.

Frem til for et par år siden har kommunen opplevd gode tider som har bidratt til lav arbeidsledighet, stabilt sykefravær, nedgang i sosialhjelpsmottakere og nedgang i uførepensjonister/uføretrygdede. Også andelen som har hatt sosialhjelp som hovedinntektskilde har vært synkende og godt under landssnittet. Stort behov for arbeidskraft har medført at personer som ville falt utenfor arbeidslivet har vært sysselsatt eller engasjert på arbeidsmarkedstiltak. Innbyggere med lav utdanning har hatt arbeid med god inntekt.

Oljeprisfallet innebærer et skifte i de makroøkonomiske rammebetingelsene og regionen opplever en vekst i arbeidsledigheten, inkludert langtidsledige. Grunnet et gjennomsnittlig lavt formelt utdanningsnivå har Strand kommune noe dårligere forutsetninger for å komme igjennom oljeprisfallet uten langvarige konsekvenser. I et presset arbeidsmarked vil de med lavest formell utdanning gjerne ha størst utfordring med å skaffe seg arbeid. Vekst i arbeidsledigheten kan på kort og lengre sikt bidra til å forsterke levekårsutfordringene for flere grupper av kommunens innbyggere. Dette kan også bli forsterket av en økt gjeldsbelastning.

Kommunen opplever blant annet en økning i andelen som mottar sosialhjelp, samtidig som stønadslengden og utbetalingen øker. Det er utfordrende for folkehelse at flere yngre (18-24 år) har behov for sosialhjelp til livsopphold. Det er usikkert hvordan aktivitetsplikten for mottakere av sosialhjelp under 30 år vil slå inn på utviklingen i andelen yngre sosialhjelpsmottakere. En generell bedring i innbyggernes utdanningsnivå vil sannsynligvis bidra til å redusere sosialhjelpsutbetalingene. Også for ytelsen arbeidsavklaringspenger har kommunen en økning i andelen mottakere. Begge disse ytelsene blir sterkt påvirket av et vanskelig arbeidsmarked som medfører at blant annet personer med behov for tilrettelegging i arbeidslivet faller utenfor.

En viktig utfordring for folkehelsen i kommunen er utviklingen i arbeidsavklaringspenger og nivået på ung uførhet sammenlignet med landet og fylket. Begge ytelsene er preget av nye og komplekse sykdomsbilder og faller i stor grad utenfor somatisk sykdom. Sykdomsbildene er i større grad preget av psykiske lidelser, rus, livsmestring og utfordrende oppvekst- og livsvilkår. Dette gir kommunen organisatoriske utfordringer med behov for i større grad å tilby tjenestene samlet. I dag har Nav fokus på å skaffe dem arbeid, mens helsetjenesten jobber for å bedre helsen. Andre enheter har ansvar for det sosiale miljøet. Det kan være behov for oppfølgingstiltak på tvers og oppsøkende/ambulerende helsearbeid.

For innvandrere øker sysselsettingsgraden med botiden, men forskjellene mellom gruppene utjevnes ikke helt. Først ved en botid på minimum 10 år har gruppe 1 og gruppe 2 forholdsvis likt sysselsettingsnivå i Strand. I 2015 var 54% av innvandrere i Strand med en botid i Norge på inntil 4 år sysselsatt, mens 70% av de som har bodd i Norge i over 10 år var sysselsatt. Det tar tid å integrere innvandrere. Dårlig arbeidsmarked de siste år gjør det vanskeligere å få dem i arbeid, samtidig som det er vanskeligere å plassere mange på arbeidsmarkedstiltak enn få. Selv om de fleste innvandrere kommer ut i arbeid har de behov for supplerende sosialhjelp grunnet arbeid med lav inntekt og en stor familie med mange barn.

5. FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ

En rekke miljøforhold kan påvirke helsen. Det fysiske miljøet som omgir oss, enten det er menneskeskapt eller naturskapt, er grunnleggende for helse, trivsel og livskvalitet, og for menneskelig utfoldelse, vekst og utvikling. Innsats skal rettes mot miljø- og samfunnsforhold som bidrar til god helse eller hindrer at sykdom og skade oppstår. Som kvaliteter i trygge og helsefremmende miljø kan nevnes tilgjengelighet, deltakelse og universell utforming, infrastruktur for aktiv transport, sunne og grønne nærmiljø og trygge omgivelser. Det å kunne leve i trygge omgivelser med tilgang til rekreasjons- og grøntområder, støyfrie områder og ren luft, er av stor betydning for folkehelsen.

For å sikre trygge og helsefremmende miljø er forhold knyttet til miljørettet helsevern og annet miljørettet helsearbeid viktig. Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Luft, støy, innemiljø, strålevern, vannkvalitet og forurensning er eksempler på element i miljørettet helsevern.

Det sosiale miljøet kan forstås som den sosiale aktiviteten som foregår og er tilgjengelig for innbyggerne. Faktorer som spiller inn er kulturtilbudet og organisasjonsdeltakelse i/omfanget av frivillige lag og organisasjoner. Det sosiale miljøet handler også om tilgjengelige arenaer for uformelle møteplasser.

Psykososiale påvirkningsfaktorer som sosial støtte, deltakelse og medvirkning har også vesentlig betydning for folkehelsen. Flere studier (Barstad 2014, Folkehelseinstituttet 2014b og Helsedirektoratet 2014 og 2015b) har sett en klar sammenheng mellom sosial støtte og helse. Disse har vist både en direkte helseeffekt av sosial støtte, det vil si at sosial støtte i seg selv virker helsefremmende, og en mer indirekte effekt som betyr at sosial støtte virker beskyttende på helsen når mennesker er utsatt for stressende livshendelser. Disse effektene skyldes at sosial støtte i form av følelsesmessig støtte, bekreftende støtte, informerende støtte og instrumentell/praktisk støtte er viktig for menneskers livskvalitet samt at slik støtte øker mestringen av de utfordringene livet gir. Manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske lidelser. Både personlige og sosiale forhold påvirker graden av sosial støtte. Deltakelse på ulike arenaer, i skole/utdanning, arbeidslivet eller lokalmiljøet er en viktig forutsetning for å etablere og vedlikeholde et sosialt nettverk. Et levende demokrati med bred deltakelse er av betydning og er et grunnleggende samfunns mål.

Kommunen kan bidra ved å legge forholdene til rette for aktivitet og deltakelse. En velfungerende og aktiv frivillig sektor og et yrende kulturliv vitner om stor deltakelse og medvirkning fra innbyggerne. Ved å legge til rette for idrett og friluftsliv bidrar kommunen til et helsefremmende miljø. I arealplanlegging er det viktig at plassering av bolig/skole/barnehage vurderes opp mot plassering av næring/industri. Ved bygging langs hovedveier/høyt trafikkerte veier må støy og luftforurensning hensyntas.

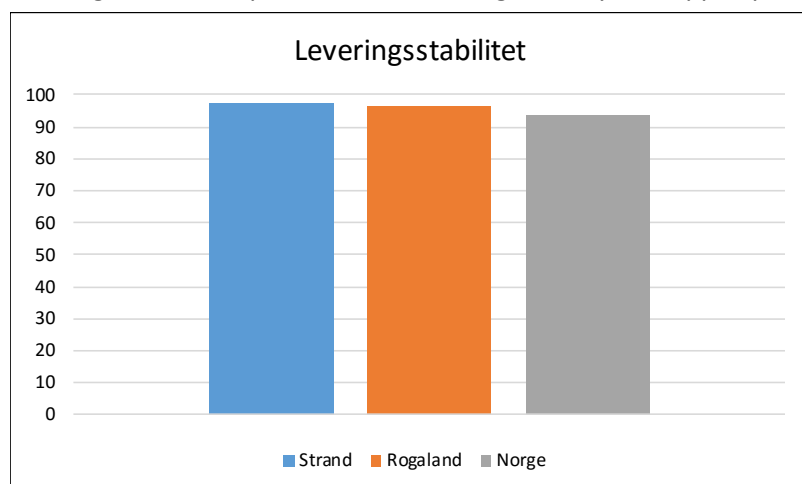
DRIKKEVANSKVALITET

Begrunnelse for valg av indikator: Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og tarmbakterien *E.coli* er en av de mest sentrale parametere for kontroll. Trygg vannforsyning er avhengig av en sikker desinfeksjon og gode beredskapsrutiner for å sikre kontinuerlig tilfredsstillende vann til forbrukeren. Sikker drift og gode beredskapsrutiner er begge verktøy kommunen har for å hindre avbrudd i vannforsyningen. Et ikke-planlagt avbrudd vil innebære at trykket på ledningsnett faller og vannforsyningssystemet ikke lenger er beskyttet mot innsug av forurenset vann fra grøften ledningen ligger i. Brudd på ledningsnett representerer en risiko for at befolkningen kan bli utsatt for vann som ikke er helsemessig betryggende. Leveringsstabilitet er et mål på hvor godt organisert vannverket er til å raskt ivareta trykkløse hendelser. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Kommunalt vann i Strand kommune er av svært god kvalitet, og kontinuerlige vannprøver viser resultater godt under gjeldende grenseverdier. Drøyt 80% av husstandene inkludert hytter er tilkoblet det kommunale

vannet. Områdene nord for Nordmarka (eks Nordre Strand oppvekstsenter) og sør for Notvik (eks Preikestolen Fjellestue) har privat vannforsyning. Det samme gjelder strekningen Grønnevoll-Tau (eks Heia og Heiabakkane som har kommunal vannforsyning). Innover Bjørheimsbygd og videre har Lynghaug boligfelt kommunalt vann, mens øvrige har privat vannforsyning. Husstander som ikke er tilkoblet det kommunale vannverket har varierende vannkvalitet, men kommunen er ikke pålagt og gjennomfører ikke kontroll av disse. Idse har privat vannverk som innebærer krav om rapportering til Mattilsynet.

Figuren nedenfor viser andelen av befolkningen som er tilknyttet vannverk med tilfredsstillende leveringsstabilitet, i prosent av befolkningen tilknyttet rapportpliktige vannverk (vannverk som forsyner



minst 50 fastboende personer og/eller 20 husstander) (Kilde: KommuneHelse statistikkbank). Leveringsstabilitet er definert som under 30 minutter ikke-planlagte avbrudd i året. Leveringsstabiliteten for husstander tilkoblet rapportpliktige vannverk i Strand var i 2014 på hele 97,4%. Fylket hadde til sammenligning en leveringsstabilitet på 96,5%. Landet som helhet hadde en forholdsvis lav leveringsstabilitet på 93,8% i 2014.

Kommunen ønsker å tilby alle innbyggere kommunal vannforsyning der det ligger til rette for en økonomisk forsvarlig utbygging. Det er vedtatt å legge kommunalt vann fra Nordmarka til Fiskå. Det vil øke dekningsgraden for kommunalt vann. Vannledningen er planlagt påbegynt i 2017. Deretter kommer tilkobling til ledningsnettet. Det er usikkert når husstandene i området vil være tilkoblet kommunalt vann. Ved behandling av «Hovedplan vann» i kommunestyret i juni 2015 ble vannledning til Idse innarbeidet i planen. Det er foreløpig ikke tatt stilling når ledningen skal legges.

STØY- OG LUFTFORURENSNING

Begrunnelse for valg av indikator: Støy defineres ofte som uønsket lyd. Støy er det miljøproblemet som rammer flest mennesker i Norge. Forstyrrelse av søvn regnes blant de mer alvorlige virkningene av støy, og i Norge har 200 000 problemer med nattesøvn på grunn av støy. Forskning viser at støy kan gi psykisk stress, og helseplager som muskelspenninger og muskelsmerter. Støy kan også være en medvirkende årsak til høyt blodtrykk og utvikling av hjertesykdom. Støyproblemet øker med økende botetthet. Omfanget av støyproblemer er derfor størst i byer og tettbygde strøk. En hovedkilde til lokal luftforurensning er trafikk, men også utslipp fra industri, oppvarming og forurensning transportert langveisfra kan gi betydelige bidrag. Helsefaren knyttet til lokal luftforurensning avhenger av hvor høy konsentrasjonen av de forurensede stoffene er, og hvor lenge vi blir utsatt for dem. Det er særlig svevestøv som gir risiko for helseskader. Det er i hovedsak astmatikere og personer med luftveislidelser eller hjerte- og karsykdommer som opplever helseeffekter fra luftforurensning i Norge. I tillegg er barn og unge, gravide og eldre spesielt følsomme. Kilde: Folkehelseinstituttet

Støy

I Strand kommune har vi hovedsakelig to støykilder som skaper utfordringer, trafikkstøy og støy fra næringsvirksomhet. Økt boligbygging og generell økning i trafikken medfører økte utfordringer med trafikkstøy, særlig eldre boliger nært opp til hovedveisystemet opplever økte støyplager. Støy fra næringsvirksomhet oppstår ved at en gjennom arealplanlegging tillater at næring og bolig blir plassert nært opp til hverandre. I tillegg har kommunen noen støyutfordringer knyttet til ballbinger og

ventilasjonsanlegg. Støyplager kan være vanskelig å dokumentere, og grad av sjenanse kan være subjektiv. Støy kan være en stor helseplage, og støy som er innenfor lovlige grenseverdier kan i mange tilfeller oppleves som plagsom. Det er derfor viktig at kommunen legger seg på et føre var prinsipp.



Bildet til venstre viser støykartet for kommunen (Kilde: Strand kommune).

Kommunen har mange boliger som ligger nært opp til trafikkerte hovedveier, som eksempel Riksveg 13 og Hellandsvegen / Førlandsringen. Strand kommune mottar jevnlig henvendelser på støyplager fra trafikk. Hovedansvaret ligger på veieier som er ansvarlig å foreta skjermingstiltak dersom en overskrider lovlige grense. Veieier er også ansvarlig for å dokumentere at en ligger innenfor grenseverdiene. Grensen for eksisterende boliger ligger imidlertid høyt over hva som oppleves som plagsomt, og gjelder kun støy i selve boligen. Det betyr at i de fleste tilfeller må huseier selv foreta støyskjerming. Når det gjelder nyere boliger er det strengere krav, og her må utbygger dokumentere at bygget og deler av uteområdet ligger innenfor regelverket for støy. Ved utvidelse av eksisterende veier må ofte veibygger foreta støyskjerming.

I forbindelse med opparbeidelse av fortau langs Dalaveien er det gjennomført støytiltak på eksisterende bebyggelse.

Det er fortsatt en del eldre bebyggelse i gul støysone, og også noe i rød sone som ikke har tilstrekkelig støyskjerming. Dette gjelder spesielt langs Riksveg 13. Økende biltrafikk forsterker støyproblematikken for de det gjelder langs Riksveg 13.

Det er flere områder i kommunen hvor næring og bolig ligger tett. Støy fra næringsvirksomhet reduserer bokvaliteten, og selv om næringsvirksomheten drives i henhold til gjeldende regler og konsesjoner vil det kunne medføre betydelig ulempe for de som bor i nærheten. Strand kommune bør derfor ha en restriktiv holdning til å tillate utbygging som medfører konflikt knyttet til støy mellom næring og bolig. Gjennom planprosesser må utbygger dokumentere at virksomheten vil ligge innenfor regelverket.

Luftforurensning

Det har ikke blitt gjennomført målinger av luftforurensning i kommunal regi. Kommunen har relativt spredt bebyggelse og dermed også begrenset konsentrasjon av biltrafikk. Det er imidlertid en utvikling med stadig økende biltrafikk, spesielt på Jørpeland. Det bør vurderes om det nå vil være fornuftig å gjennomføre målinger.

Når det gjelder luftforurensning fra industri har antakeligvis stålverket på Jørpeland gitt størst belastning. Det er Miljødirektoratet som gir utslippstillatelse til industrien og som fører kontroll med at utslippstillatelsen blir overholdt.

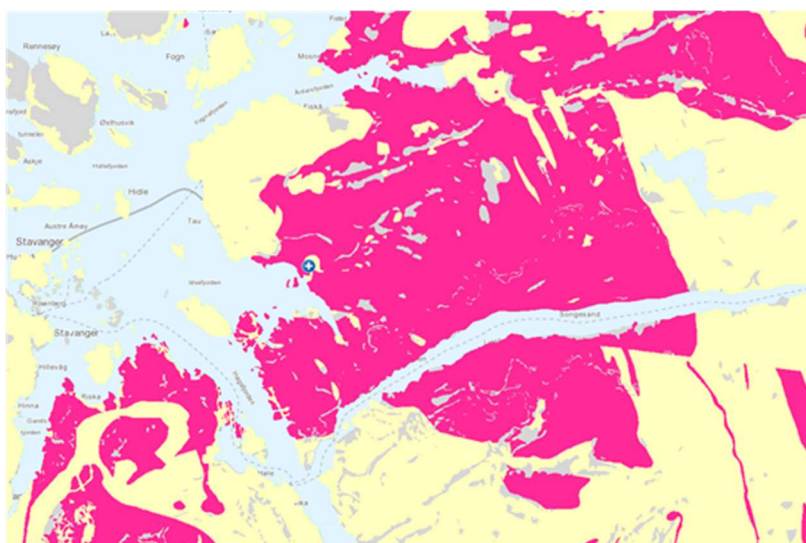
Det viktigste området for fremtidig industri er plassert i Nordmarka nord for Tau. Dette området ligger langt fra boligbebyggelse, noe som er en fordel både med hensyn til luft- og støyforurensning. I forbindelse med

steinbruddet i Nordmarka har det imidlertid vært problemer med støvflukt der steinstøv har spredt seg til omkringliggende boligområder.

RADON

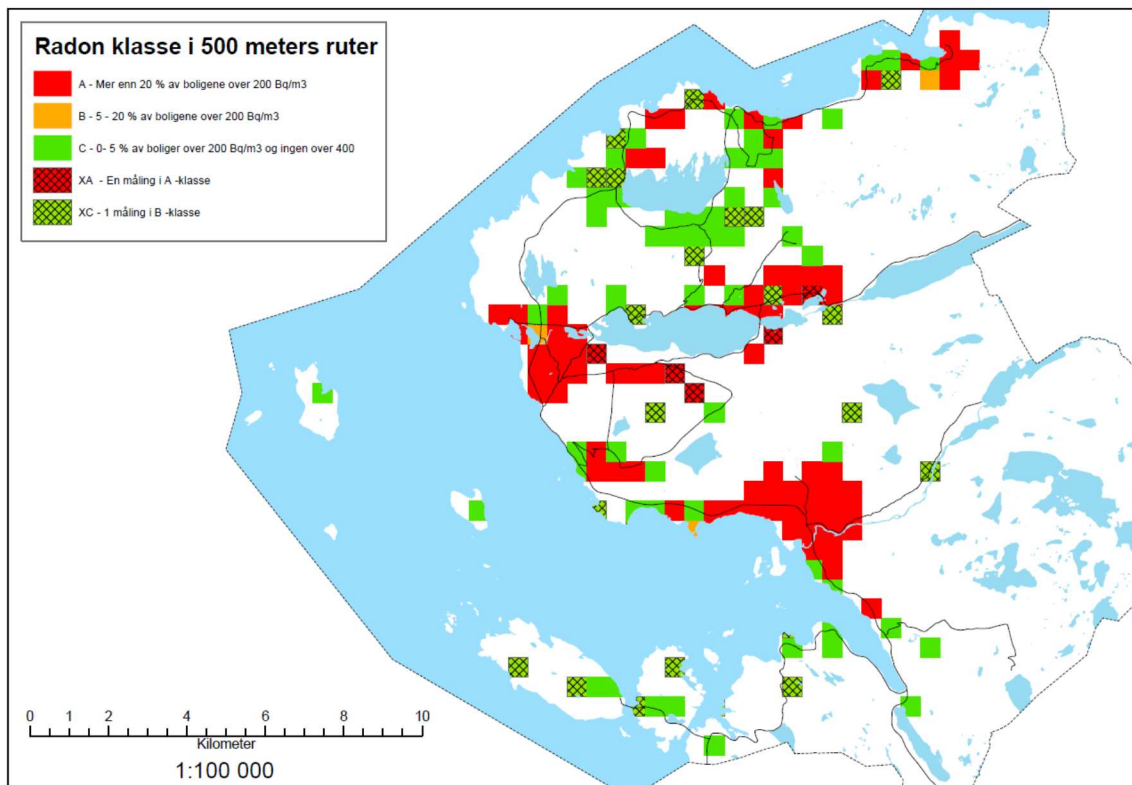
Begrunnelse for valg av indikator: Radon er en usynlig og luktfri gass som dannes kontinuerlig nede i bakken, særlig i områder med granitt og alunskifer. Både jordluft og grunnvann kan inneholde radon. Radon i borebrønnvann kan gi økte radonnivåer i inneluft, for eksempel i dusjområdet. Radon er en kilde til radioaktiv stråling og utgjør en risiko for lungekreft ved innånding. Kreftrisikoen øker med radonkonsentrasjonen og med tiden man oppholder seg i en radonutsatt bygning. Nivåene av radongass i innemiljøet er ofte høyere om vinteren fordi vi varmer opp husene og lufter mindre. Utendørs vil radonkonsentrasjonen normalt være lav. For en gjennomsnittsperson i Norge, utgjør radon nesten halvparten av den samlede årlige stråledosen vi eksponeres for, men dette varierer betydelig. Kilde: Folkehelseinstituttet
Anbefalte grenseverdi for tiltaksgrensen er 100 Bq/m³ og maksimumsgrensen er 200 Bq/m³. Kilde: Statens strålevern.

Til venstre vises nasjonalt aktsomhetskart for radon, utsnitt Strand kommune (Kilde: Norges Geologiske undersøkelse). Rosa felter er aktsomhetsgrad 2/høy med RGB-verdier på 225,0,130. Gule felter er aktsomhetsgrad 1/moderat til lav med RGB-verdier 255,255,190. Store deler av Strand kommune er merket med aktsomhetsgrad høy/2, hvor 3 er høyeste aktsomhetsgrad. Dette er områder hvor store deler av boligbebyggelsen i kommunen er plassert.



Det nasjonale aktsomhetskravet for radon gir en første vurdering av aktsomhet for radon, og kan brukes som hjelpemiddel for kommunen for å vurdere behovet for nye målinger i boliger og ved planlegging av nybygging av boliger. Kartet kan ikke brukes på enkelttomter eller mindre boligfelt. Kartet viser sannsynlighet for at det kan være eller er et radonproblem, og derfor er kartet mest interessant for styring av oppfølgingskartlegginger og utvikling av retningslinjer for ny boligbygging.

Ser vi på radon-oversikten for Strand kommune basert på gjennomførte målinger er store deler av befolkningstygndepunktene i kommunen plassert hvor radonforekomstene er høyest, jfr. figuren nedenfor. Dette gjelder områder markert med rødt (hvor mer enn 20% av boligene har målinger med verdi over 200 Bq/m³) og grønt (hvor 0-5% av boligene har målinger med verdi mellom 200-400 Bq/m³). Kartet ble sist oppdatert i 2003 og viser områder hvor kommunen har informasjon om utførte målinger og resultatet av disse. Huseier kan ha gjennomført tiltak som utbedrer radonforekomsten i huset uten at kommunen har fått informasjon om dette.



Radonoversikt i Strand kommune basert på gjennomførte målinger. Sist oppdatert i 2003. Kilde: Strand kommune

Strand kommune forutsetter at byggeforskriften TEK10 ivaretar hensynet til radon ved nybygg. Det gjøres i byggetillatelsen oppmerksom på at kommunen er spesielt utsatt for radon. I perioder har kommunen krevd radontesting av alle nye hus.

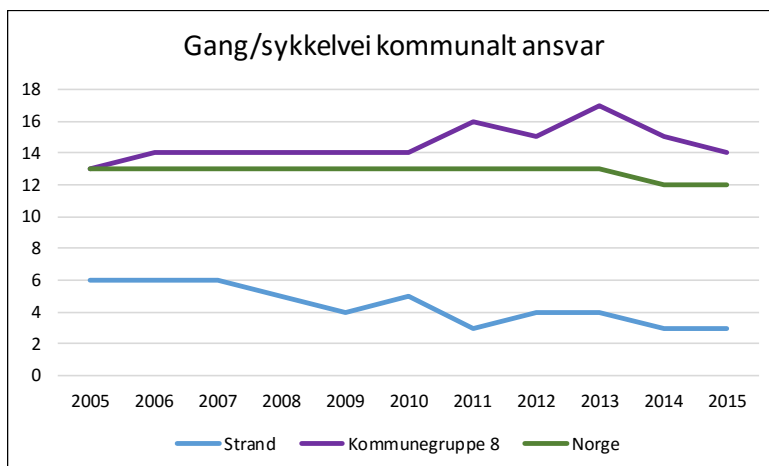
Utfordringen ligger i den gamle bebyggelsen hvor byggeforskriftene ikke hadde samme krav til sikring mot radon. Disse husene er potensielt utsatt for radon i innklimaet. Det er allment kjent at Strand er spesielt utsatt for radon, og det burde de aller fleste i området kjenne til. Kommunen har flere innflyttere som ikke nødvendigvis er kjent med forholdet. Generell opplysning til alle husstander fra kommunens side kan bidra til økt kunnskap på området og at flere gjennomfører radontesting av egen bolig. I Strandbuen fredag 07.10.2016 ble det for eksempel oppfordret til radontesting av hus i Strand. En påminnelse på kommunens hjemmeside kan også bidra til bedre opplysning for folk flest.

Strålevernforskriften stiller krav til radonnivået i utleieboliger og i skoler og barnehager. Kommunen er dermed pålagt å gjennomføre radonmålinger i egne bygg. 90% av kommunalt eide bygg er målt for radon. Det er utført tiltak og bygg skal måles på ny for å sikre at tiltak har hatt ønsket effekt. Det gjennomføres tiltak på Strandahallen og Tautunet høsten 2016. Alle kommunalt eide boliger skal måles første kvartal 2017.

GANG OG SYKKELVEI

Begrunnelse for valg av indikator: Antall km med gang/sykkelvegnett kan gi et visst inntrykk av hvor godt kommunen er tilrettelagt for fotgjengere og syklende. Vanligvis brukes sykkel som transportmiddel over korte avstander.

Antall km gang/sykkelvei (G/SV) som er et kommunalt ansvar pr 10 000 innbygger er vist i figuren til høyre (Kilde: SSB). Som følge av feil i innrapporteringen fremkommer Strand med en veldig lav andel G/SV. I 2015 er det reelle antallet km G/SV som er et kommunalt ansvar på 5,1 km. I tillegg kommer 3,1 km med fortau. Gjennomsnittet i kommunegruppe 8 har til sammenligning 14 km G/SV som er et kommunalt ansvar, mens landssnittet er på 12 km.



Utover G/SV som er et kommunalt ansvar har kommunen G/SV i områdene Tungland, Jørpeland, Tau og Bjørheimsbygd langs Riksvei 13.

De fleste befolkningstygndepunkter i Strand har tilgang på gang- og sykkelveinettet i form av G/SV og fortau. Det er likevel deler av kommunen hvor dette ikke er tilstrekkelig utbygd. Innenfor Jørpeland og Tau er det i stor grad korte avstander og til dels tilrettelagt for gående og syklende. Flere forholdsvis høyt trafikkerte gater mangler G/SV/fortau. Mellom Jørpeland/Tau og på småsteder i kommunen ellers er det begrenset tilrettelagt for G/SV/fortau. Det bygger opp om økt bilbruk i disse områdene. Strand kommune har også en tradisjon for bilbruk fremfor å gå/sykle, selv korte avstander. God parkeringsdekning tilrettelegger også for bilbruk.

Når reguleringsplaner blir vedtatt blir det regulert undergang, G/SV/fortau og krysningspunkter. Fra vedtak til gjennomføring kan det gå lang tid avhengig av utbygging i området, finansiering og prioritering. For å finansiere tiltak blir det blant annet krevd inn anleggsbidrag ved boligbygging på Jørpeland og Tau. Kommunen må i stor grad forskuttere finansieringen ved hjelp av lån for å kunne gjennomføre nødvendige tiltak. Det er blant annet regulert G/SV hvor det mangler mellom Jørpeland og Tau. Fra Strandastø til Solbakk blir dette opparbeidet i forbindelse med Ryfast. Det er usikkert når tilsvarende er på plass mellom Solbakk og Grønnevoll.

Barn som har særlig farlig eller vanskelig skolevei har i henhold til opplæringsloven §7-1 rett til gratis skoleskysst uavhengig av avstand til skolen. For skoleåret 2016/17 er følgende veistrekninger definert som farlig skolevei i kommunen:

- fylkesvei 523 Høyland – Nordre Strand oppvekstsenter (alle trinn hele året)
- fylkesvei 523 Krogevoll – Nordre Strand oppvekstsenter (alle trinn hele året)
- fylkesvei 530 Voster- Nordre Strand oppvekstsenter (alle trinn hele året)
- fylkesvei 512 Veland – Nordre Strand oppvekstsenter (alle trinn hele året)
- fylkesvei 525 Monane – Tau skole (1.-4. trinn hele året, 5.-7. trinn vinterhalvåret)
- fylkesvei 528 Tjøstheim – Tau skole (1.-4. trinn hele året, 5.-7. trinn vinterhalvåret)

Pr dags dato berører dette totalt 10 barn på Tau og 50 barn på Nordre Strand. Kommunen legger Trygg Trafikk sin veileder «Veileder for særlig farlig eller vanskelig skolevei» til grunn for sine vurderinger. Farlig eller vanskelig skolevei skal være noe utenom den vanlige risikoen barn blir utsatt for ved å ferdes i trafikken, samtidig skal vurderingene gjøres basert på det enkelte barns forutsetninger. Det innebærer at kommunen må gjøre vurderingene pr barn og ikke kun på vegstrekninger. Barnets alder vil blant annet være viktig for vurderingen. Kommunens veier definert som farlig skolevei er svingete og uoversiktlige uten fortau og belysning. I tillegg er det ofte høy fart og en trafikk bestående av tungtransport/landbruksmaskiner. Gratis skoleskysst for de med definert særlig farlig eller vanskelig skolevei er viktig for å unngå unødvendige

farlige situasjoner. For kommunen er det en avveining mellom å utbedre vei versus å gi gratis skoleskys i slike tilfeller.

Ved manglende G/SV/fortau kjører vi til skole, arbeid og aktiviteter i stedet for å gå/sykle. Det gir mindre muligheter for fysisk aktivitet i hverdagen. Økt bilbruk innebærer også høyere forurensning og en trafikksikkerhetsrisiko. Samtidig kan gående/syklende bli utsatt for en økt trafikksikkerhetsrisiko hvis de ferdes på veier uten tilfredsstillende G/SV.

MILJØRETTET HELSEVERN I BARNEHAGER OG SKOLER

Begrunnelse for valg av indikator: Kommunen er pålagt å bidra til at både det fysiske og psykososiale miljøet i barnehager og skoler fremmer helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold samt forebygger sykdom og skade. Dette skal bidra til et bedre oppvekst- og læringsmiljø for barn i barnehager og skoler. Alle barnehager og skoler skal være godkjent i henhold til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Kilde: Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler.

Strand har 9 barnehager, 8 barne- og ungdomsskoler og 1 videregående skole. Pr dags dato er det 3 skoler og 4 barnehager som ikke er godkjent i henhold til forskriften om miljørettet helsevern. Dette gjelder Fjelltun skole, Jørpeland ungdomsskole og KF-skolen. I tillegg kommer barnehagene Espira Tau, Barnas Kulturhage, Bekkevegen barnehage og Jørpeland barnehage.

For KF-skolen, Espira Tau og Bekkevegen barnehage vil godkjenning gis når dokumentasjon på gjennomførte målinger med akseptable resultat foreligger. Barnas Kulturhage mangler heis og byggets universelle tilgjengelighet begrenses, derav mangler bygget godkjenning. Jørpeland barnehage må oppdatere internkontrollsystemet og utbedre fuktskader i vindu før godkjenning kan gis.

Jørpeland ungdomsskole har avvik etter tilsyn i oktober 2010 som grunnlag for at den ikke er godkjent i henhold til forskriften. Avvik er knyttet til pålegg om å undersøke eventuell fuktinntrengning som følge av tidligere lekkasjer, utskiftning av gulvbelegg i klasserom og innføring av en rutine om at elever skal være ute i friminuttene for å bøte på et inneløst klima som ikke oppleves som godt. Skoleeier utbedrer forholdene i 2016/2017.

Deler av Fjelltun skole har utfordringer med hensyn til det fysiske miljøet, og er ikke godkjent i henhold til forskriften. Bygningene mot bekken og Strandahallen (administrasjonsbygget og bygget med heimkunnskap/musikkrom) har en teknisk standard som ikke er tilfredsstillende. Det er ikke godkjent ventilasjon i underetasje i administrasjonsbygget og 2. etasje på bygget med heimkunnskap/musikkrom. Det kan påvirke konsentrasjon og læringseffekt for elevene. Arbeidsmiljøet for lærerne er heller ikke optimalt. De øvrige bygningene har en tilfredsstillende teknisk standard. I påvente av ny skole er vedlikehold inntil videre satt på vent. Det er blant annet behov for tilleggisolering og universell utforming av bygg. Disse forhold, med unntak av de to bygningene nevnt ovenfor, er ikke vurdert avgjørende for lærere og elevers trivsel og helse. Det er ikke klarlagt hvilke vedlikeholdstiltak en bør prioritere for å sikre at både elever og lærere får et bedre arbeidsmiljø i påvente av ny skole med planlagt byggestart i 2019.

Selv om godkjenningen i seg selv ikke er målet, er dette den beste indikatoren på om skolen og barnehagen arbeider for et miljø som fremmer helse, trivsel og læring hos barna.

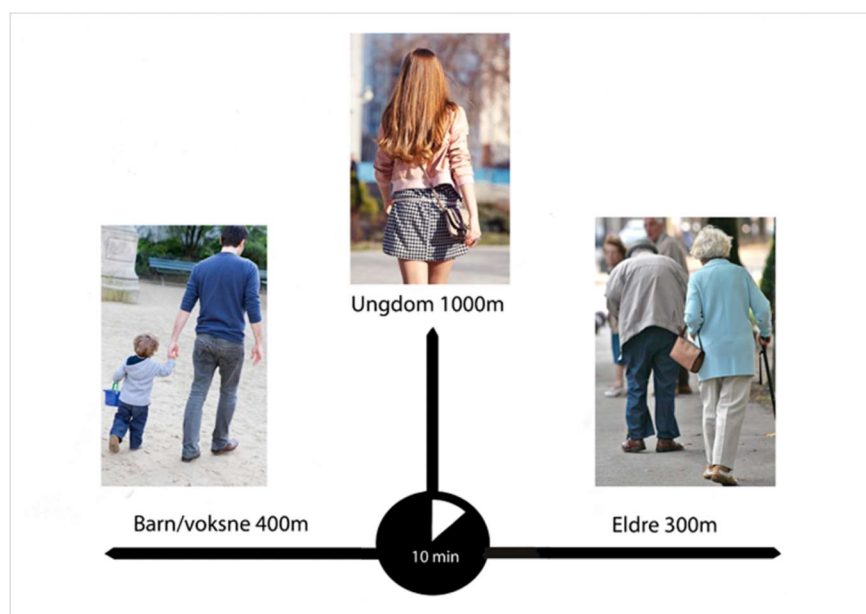
TILGANG PÅ FRIOMRÅDER, NÆROMRÅDER OG IDRETTSANLEGG

Begrunnelse for valg av indikator: Å bevare eller skape grønne nærområder er et viktig tiltak innen folkehelse. Slike områder bidrar til økt trivsel og livskvalitet, tilbyr sosiale møteplasser, stimulerer til fysisk aktivitet, virker stressreducerende samt demper negative effekter av luftforurensning og trafikkstøy. Bruken av grøntområder avtar raskt med avstanden fra hjemmet. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Friluftsliv og grøntområde

Strand kommune er en friluftslivkommune med mange muligheter for å ta del i et aktivt liv og bruk av naturen. Innbyggerne har muligheter både ved sjøen og i skog og fjell. Friluftsliv med aktiv utfoldelse i fjell, fjord og nærområder har vært en del av Ryfylkeidentiteten, men dette er ikke selvsagt. Også Strand merker at det er mer krevende å overlevere en genuin entusiasme for friluftsliv til nye generasjoner.

Et tilgjengelig grøntområde bør kunne nås på maksimalt 10 minutter. Hvor langt man går på 10 minutter varierer med alderen. Figuren nedenfor illustrerer at dersom grøntområdene skal være tilgjengelig for barn



og eldre bør de ligge maksimum 400 meter fra hjemmet (basert på tall fra «planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder», Direktoratet for naturforvaltning 6-1994).

Strand kommune har høyt fokus på tilrettelegging av nærfriluftsområder. Dette er et viktig element i satsingen på å nå bredden i befolkningen. Tilgang til friområder sikres gjennom kommuneplan og reguleringsplaner.

På Jørpeland satses det spesielt på tilrettelegging av badeplasser,

Jørpelandsholmen og Jørpelandsvassdraget. Jørpelandsvassdraget knytter byen med fjellområdet i kommunen. Jørpelandsholmen er et friluftslivsområde med høy grad av universelt utformet (uu-) tilrettelegging. Gangbro til holmen vil stå klar juni 2017 og et areal på ca. 180 daa friområde med 2,2 km strandlinje blir da tilgjengelig for alle. Det er etablert en 2 km uu- turveg på holmen.

På Tau satses det på tilrettelegging av turveg langs sjøen mellom Tauvågen og Strandastøa, samt turveg rundt Krossvatnet. Mølleparken er den største parken på Tau. Mølleparken eies av Strand kommune og driftes av Mølleparkens venner. Parken er velholdt og er en viktig møteplass på Tau.

Kommunen har mange turløyper og stier med ulike kvaliteter. Vedlikehold av turstier gjøres i samarbeid med frivillige lag og organisasjoner. Ca. 10 - 15 eksisterende stier ryddes, skiltes og merkes på nytt hvert år. 4 skogstier er oppgradert i 2016 (Selemork, Longaneset, Fiskå og Bjørheimsbygd).

Aktiv tilrettelegging fører til større engasjement og større deltakelse. «10 på tur» og «7-toppsturen» er gode eksempler. Tilbudet er en motivasjon for mange til å komme seg ut i skog og fjell - alene eller sammen med andre, og samtidig får man oppleve nye turstier/områder.

Nærmiljøanlegg og lekeplasser

Lekeplasser er viktige for barn, særlig de minste. I Strand er det etablert ca. 40 offentlige lekeplasser i boligområder, 4 lekeplasser på badestrender, samt lekeplasser tilknyttet offentlige skoler og barnehager. Disse blir nyttet til lek og sosialt samvær utenom åpningstiden. Det er også vel 20 private felles lekeplasser som alle kan benytte. En stor del av lekeplassene i boligfeltene er ikke i forskriftsmessig stand og bærer preg av et stort driftsmessig etterslep. Registreringsarbeid, kontroll, sanering og oppgradering av lekeplassene er påbegynt.

Kommunen har 15 offentlige balløkker og 5 offentlige ballbinger. Det er varierende kvalitet på balløkkene da de bærer preg av forfall og lite bruk. Barn og unge benytter i større grad sentralidrettsanlegget og ballbinger på Jørpeland og Tau i stedet for lokale balløkker. I tillegg til lys har sentralidrettsanlegg bedre kvalitet og blir derfor foretrukket fremfor balløkkene.

Nærmiljøanleggene er viktige møteplasser for barn og ungdom, både når det gjelder som sosiale møteplasser, men også for utøving av uorganisert idrettsaktivitet.

Idrettsanlegg

Det er de frivillige organisasjonene som har vært og er hoveddrivkraften bak de fleste former for idrett i Strand. Idrettslagene er en svært viktig arena for å skape lokale sosiale nettverk som også bidrar til gode og trygge lokalsamfunn. Kommunen er en viktig bidragsyter ved å investere i idrettsanlegg og ved å yte tilskudd til investeringer og drift av idrettsanlegg. Likevel er det idrettslagene selv som må skaffe en stor andel av investeringsmidlene. Kommunen har hatt fokus på å legge til rette for at frivillige lag kan søke om midler via «Tilskuddsportalen».

På Jørpeland sentralidrettsanlegg er det i dag 2 kunstgressbaner og 2 grasbaner. Det er planer om oppgradering av Jørpeland stadion med kunstgressbane, ny tribune og et mindre friidrettsanlegg enn det som er i dag. Friidrett er planlagt flyttet inn i ny flerbrukshall som er under planlegging. Det er usikkert når dette blir realisert. På sikt vil det bli 3 kunstgressbaner og 1 grasbane på Jørpeland.

Tau har i dag 1 kunstgressbane og 2 grasbaner. Arbeidet med ny kunstgressbane og nytt friidrettsanlegg på Tau har startet opp og vil stå ferdig våren 2017. Tettstedet vil da ha 2 kunstgressbaner og 1 grasbane (Rødlandsmyrå).

I Strand er det en kommunal idrettshall på Jørpeland (Strandahallen), en privat idrettshall på Tau (Tau aktivitetshus), samt 3 gymsaler på Jørpeland, Tau og Fiskå som er i offentlig drift. I tillegg er det gymsaler på Heia skole og Bjørheimsbygd skole som disponeres av grendelag. Kommunen har et svømmebasseng på Jørpeland ungdomsskole.

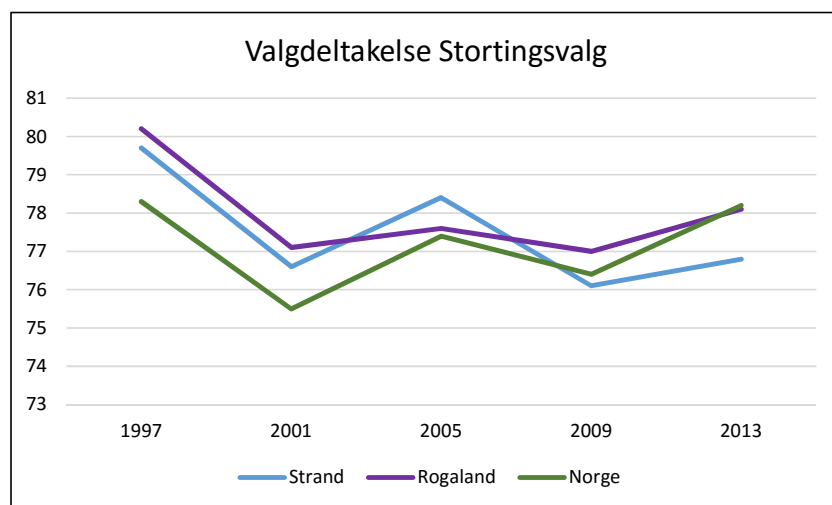
Pr i dag er kapasiteten i idrettsanleggene i kommunen sprengt, spesielt hallkapasiteten. Kunstgressbaner kan benyttes hele året, mens grasbaner kun kan benyttes deler av året. Ved å øke andelen kunstgressbaner til fordel for grasbaner vil brukstiden økes betraktelig. Det er avsatt planleggingsmidler til stadionanlegget på Jørpeland, men det er ikke bestemt når utbygging skal skje.

Tilrettelegging av anlegg for idrett og fysisk aktivitet er viktige bidrag i kommunens folkehelsearbeid. I årene som kommer vil det være behov for å bygge ut større idrettsanlegg i kommunen. Det vil gi bedre forhold for lovfestet idrettsaktivitet i skoleregi og endre standarden på tilbudet organisasjoner og lag kan gi kommunens innbyggere. Slike anlegg kan være fotballbaner, svømmehaller, flerbrukshaller/idrettshaller og friidrettsanlegg. Utbygging av denne typen anlegg vil ikke bare gi betydelige bidrag til etablerte idretter, men kan også gi muligheter for at mindre etablerte idretter kan få treningstider og dermed bedre vekstvilkår, samt gi rom for oppstart av nye aktivitetstilbud. Universell utforming av nye anlegg er viktig for å sikre tilgjengelighet for alle.

Ved å etablere møteplasser der deltakerne kan engasjere seg i natur, friluftsliv og idrettsaktiviteter, kan opplevelser og et godt og inkluderende fellesskap styrke mestringsfølelsen, bedre livskvaliteten og slik sett gjøre kommunens innbyggere bedre rustet til å møte hverdagen. Dette vil også bidra til å øke den sosiale deltakelsen som er viktig for å etablere sosial støtte og tilhørighet blant kommunens innbyggere, noe som er spesielt viktig for barn og unge.

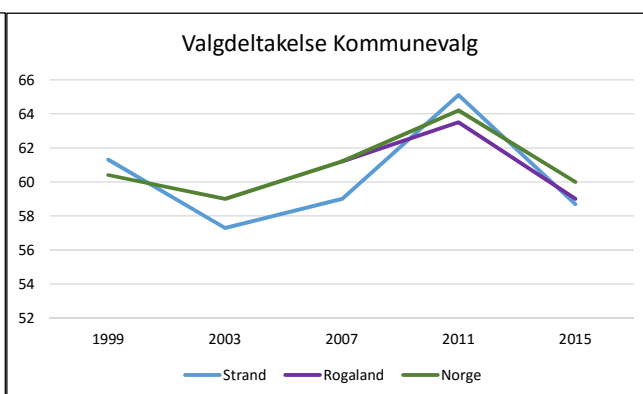
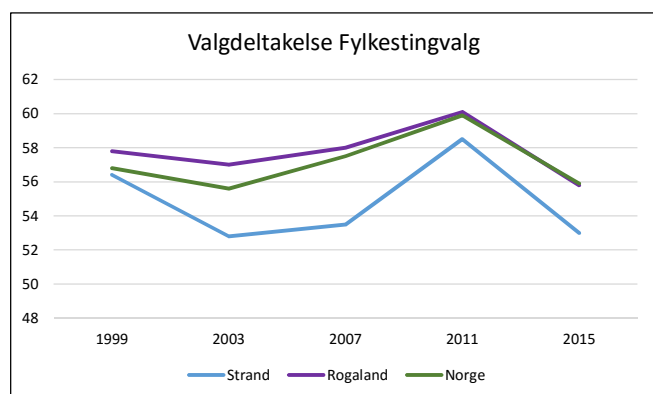
DEMOKRATISK MEDVIRKNING

Begrunnelse for valg av indikator: En undersøkelse fra 2008 viser at valgdeltakelse hadde en sterk positiv assosiasjon med egenvurdert helse. Jo høyere valgdeltakelse, jo bedre egenvurdert helse blant befolkningen. Kilde: Iversen 2008



Andelen av de stemmeberettigede som har stemt ved Stortingsvalget i perioden 1997-2013 (Kilde: SSB) er vist i figuren til venstre. Ved stortingsvalg har Strand kommune en valgdeltakelse på nivå med Rogaland og Norge, men vi ser et noe sterkere fall i valgdeltakelsen i Strand sammenlignet med fylket og landet i perioden 1997-2013. Rundt 75-80% av de som er stemmeberettiget har i perioden 1997-2013 stemt ved stortingsvalg.

Valgdeltakelsen ved fylkestingsvalg er noe lavere for Strand enn fylket og landet, men følger samme trenden. Her ligger valgdeltakelsen på 58-65%. Ved kommunevalg ser vi en deltakelse på rundt 53-60%. Også her følger Strand samme trenden som fylket og landet. Kommunen har en kraftigere vekst i deltakelsen fra valget i 2007 til 2011. Den generelle økningen i valgdeltakelsen i 2011 har sannsynligvis sammenheng med terrorhandlingen i Oslo/Utøya 22. juli samme året. For Strand kommune var også Ryfastutbyggingen som ble vedtatt i stortinget juni 2012 viktig for den økte valgdeltakelsen. I forkant av vedtaket var det stor interesse for og mobilisering av krefter for å isteden bygge bru over Høgsfjorden. Det påvirket spesielt valgdeltakelsen i kommunevalget i Strand kommune i 2011.



Andelen av de stemmeberettigede som har stemt ved fylkestingsvalget og kommunevalget i perioden 1999-2015. Det finnes ikke data på fylkesnivå for kommunevalg før 2007 Kilde: SSB

Demokratisk medvirkning vil av de fleste bli ansett som et gode i seg selv, men har også sannsynlige konsekvenser for helse og livskvalitet, både direkte og indirekte. Muligheten til å påvirke og forme samfunnet rundt seg og kunne gi uttrykk for sine synspunkt og meninger er med på å styrke individets følelse av autonomi, noe som anses som et grunnleggende behov hos mennesket.

Det er en høyere valgdeltakelse ved Stortingsvalg enn ved Fylkesting- og Kommunevalg. Dette er gjennomgående både for Strand, Rogaland og Norge. Opplevelsen av at de viktige avgjørelsene fattes av Stortinget kan bidra til en høyere deltagelse ved dette valget enn ved kommune- og fylkestingsvalg.

SOSIAL DELTAKELSE, STØTTE OG TILHØRIGHET BLANT BARN OG UNGE

Begrunnelse for valg av indikator: For barn og unge anser vi den emosjonelle sosiale støtten som mest sentral; nære vennskap og fravær av mobbing er viktige betingelser for god helse og trivsel i barne- og ungdomsårene. Sosial deltagelse og støtte bidrar til en opplevelse av sosial tilhørighet og motvirker ensomhet. God sosial støtte innebærer at en får kjærlighet og omsorg, blir sett og verdsatt, og at en tilhører et sosialt nettverk og et fellesskap med gjensidige forpliktelser. Manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske lidelser. Medlemskap i fritidsorganisasjon kan være en indikator på sosial deltagelse i lokalsamfunnet. Ved å delta i organisasjoner kan man danne seg et nettverk som igjen kan virke positivt på psykisk helse. Det finnes barrierer som kan hindre sosial deltagelse, blant annet helsemessige, religiøse, kulturelle og økonomiske forhold. Trivsel kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Kilde: Folkehelseinstituttet

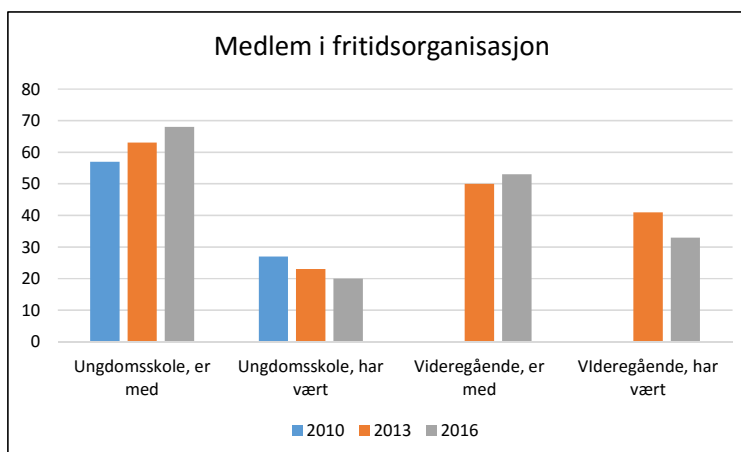
De viktigste arenaene for sosial deltagelse blant barn og unge er skolen og lokalmiljøet, samt lag og foreninger.

Andelen elever i kommunen som oppgir at de er fornøyd med lokalmiljøet er økende fra 2010 til 2016. Det er imidlertid flere på ungdomsskolen som oppgir at de er svært eller litt fornøyd med lokalmiljøet (69%) enn på 1. trinn på Strand videregående skole (60%). (Hovedvekten av ungdommene i kommunen går på Strand videregående skole. Kommunen bruker derfor resultatene i UNGdata undersøkelsen fra denne skolen som grunnlag for hva elevene på videregående skole bosatt i kommunen mener). Også nasjonalt er det en markert nedgang fra ungdomsskolen til videregående skole. Årsaken til nedgangen kan skyldes at elevene forventer mer når de blir eldre og har startet på videregående skole. På ungdomsskolen er det flere gutter (73%) enn jenter (66%) som er fornøyd med lokalmiljøet i Strand. Ungdommen opplever nærmiljøet som trygt med et bra tilbud av idrettsanlegg og et godt kollektivtilbud og kulturtilbud. Nok lokaler for å treffe andre unge kommer dårligst ut når det gjelder lokalmiljøet og her er det en reduksjon i andelen elever som svarer at dette er bra. På ungdomsskolen sier 48% av elevene at dette er bra, mens kun 35% av elevene på 1. trinn på videregående mener det samme.

For barn representerer også lag og foreninger viktige arenaer for sosialt samvær, opplevelse av tilhørighet og mening, og gir en annen type læring og erfaring enn den skolen representerer. Deltakelse i fritidsorganisasjoner kan i tillegg ha en forebyggende effekt blant annet i forhold til rusbruk. Deltakelsen i frivillige organisasjoner har vært synkende de siste tiår, og det er de mer tradisjonelle organisasjonene som speider, korps og kor som har opplevd størst medlemssvikt. Idrettslag ser imidlertid ut til å ha beholdt sin oppslutning (Kilde: Ungdata 2014).

Kommunen har vel 150 lag og foreninger som tilbyr ulike aktiviteter. Rundt 20 av disse er idrettsforeninger med en viss bredde i aktivitetstilbudet. Den frivillige sektoren er hovedsakelig konsentrert blant barn/unge og seniorer.

Andelen elever på ungdomsskolen i Strand og på 1. trinn på Strand videregående skole som oppgir at de er eller har vært med i en organisasjon, klubb, lag eller forening etter fylte 10 år ved Ungdataundersøkelsen i 2010, 2013 og 2016 vises i figuren til høyre (Kilde: Ungdata). I 2010 ble det ikke Ungdataundersøkelsen gjennomført ved videregående i kommunen.



Kommunen opplever en positiv fremgang i andelen elever på ungdomsskolen som nå er medlem i en fritidsorganisasjon. I 2010 var 57% medlem og dette har økt til 68% i 2016. Nasjonalt nivå blant ungdomsskoleelevene for deltakelse i en fritidsorganisasjon var 63,5% som nå er medlem. Summen av de som har vært medlem og de som er medlem er svakt stigende i kommunen med 4% siden 2010. Det innebærer at det blir færre i Strand som ikke er eller har vært medlem i en fritidsorganisasjon etter fylte 10 år. Dette er bra for å etablere sosial støtte og inkludering i samfunnet.

Økende alder innebærer i stor grad mindre organisasjonsdeltakelse. Selv om det er en fremgang i deltakelsen i lag og foreninger blant elevene på 1. trinn på Strand videregående skole, er det kun 53% av disse som er medlem mot 68% på ungdomsskolen. Dette kan ha sammenheng med høyere forventninger til deltakelse hvis man vil være medlem, det blir mer alvor/konkurransse innen idretten og flere har istedenfor mer fokus på skolen.

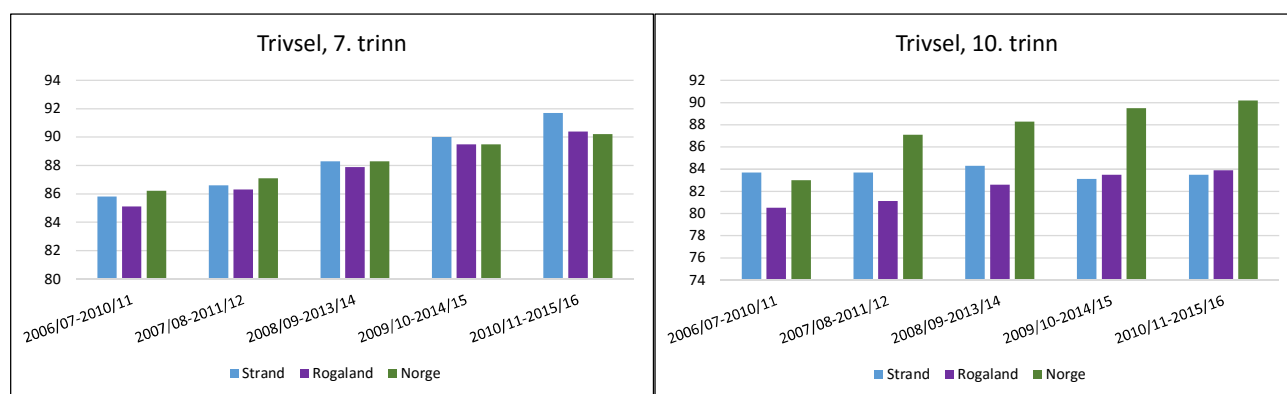
Det er viktig å være klar over hvilke faktorer som påvirker den sosiale deltakelsen og i hvilket omfang ulike barrierer hindrer deltakelse. Betrakter vi deltakelse i frivillige lag og organisasjon som en ressurs – i form av blant annet nettverksbygging, læring og personlig utvikling, er det relevant å følge med på hvordan ulike deler av befolkningen tar del i denne ressursen. I den voksne befolkningen er det klare sosiale skiller i organisasjonsdeltakelse: det er en underrepresentasjon av personer med minoritetsbakgrunn i alle organisasjonstyper bortsett fra religiøse foreninger og innvandrereforeninger. Sosial ulikhet finner vi også i organisasjonsdeltakelse: jo høyere inntekt og utdanning, jo flere medlemskap per person. (Kilde: Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet).

Flere forhold kan oppleves som barrierer for deltakelse blant barn og unge; helsemessige, religiøse, kulturelle, fysiske årsaker som fremkomstmiddel og opplevelsen av ensomhet/mangel på nære relasjoner versus tilhørighet. Barrierene kan være knyttet til kapasitet og ressurser i familien. Det kan være strukturelle barrierer i samfunnet som hindrer deltakelse for alle, slik som avgifter knyttet til deltakelse, mangel på universell utforming og fysisk tilgjengelighet.

Økonomi kan også være en viktig barriere for sosial deltakelse. Kommunen opplever i 2016 at færre elever mener at familien har god råd sammenlignet med i 2010 og 2013. Dette gjelder både for elever på ungdomsskolen og på videregående skole. På ungdomsskolen svarer 78% av elevene i 2016 at familien har god råd mot 82% i 2010/2013. Positivt er det likevel at færre ungdomsskoleelever mener at familien har dårlig råd – 3% i 2016 mot 6% i 2010. For 1. trinn på Strand videregående mente 81% av elevene familien hadde god råd i 2013. Dette har falt til 75% i 2016. Det er viktig å merke seg at færre på videregående skole mener at familien har god råd sammenlignet med ungdomsskolen. Det kan ha sammenheng med at ungdommen blir eldre og dermed forstår mer, foreldrene kan ha en annen dialog med dem og gjerne i større grad forklarer hvordan det faktisk ligger an. Økningen i arbeidsledighet som kommunen har opplevd de siste år, spiller sannsynligvis inn på ungdommens opplevelse av hvor god råd familien har. Det er usikkert i hvilken grad dette faktisk er en barriere for sosial deltakelse blant ungdommen i kommunen.

For barn og unge er skolen gjerne den viktigste sosiale arenaen. Trivsel på skolen er en av mange faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir.

Nasjonale tall indikerer at trivselen er best i 7. klasse, at den synker i 10. klasse for deretter å øke på 1. trinnet på videregående skole (Samfunnspeilet 2012/3, SSB). Dette samsvarer med resultatene av Elevundersøkelsen på ungdomskolen i Strand, jfr. grafene under. Trivselen blant elever på 7. trinnet er stigende fra 2006/07 og frem til i dag. Strand har mot slutten av perioden litt høyere trivsel enn Rogaland og Norge. Årlig snitt i perioden 2006/07-2010/11 som oppgir at de trives godt/svært godt var 86% mot 92% for 2010/11-2015/16. For 10. trinnet er årlig snitt i hele perioden 84%. Her er kommunen imidlertid vesentlig lavere enn landet som helhet, spesielt mot slutten av perioden hvor årlig snitt for Norge er 90%.

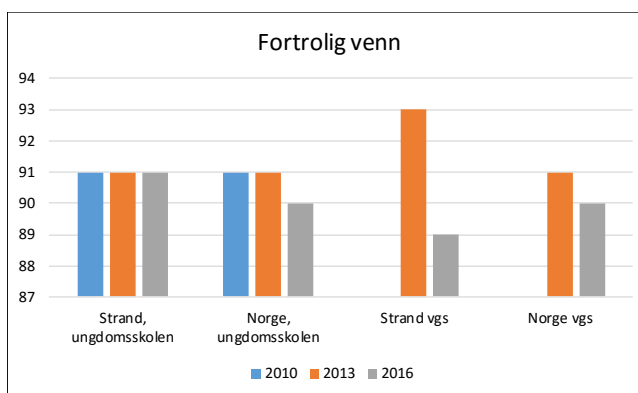


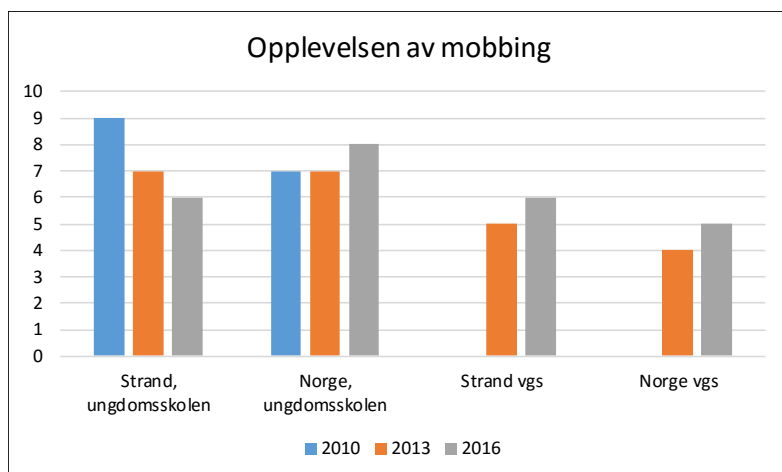
Andel elever på 7. og 10. trinn i grunnskolen som trives godt eller svært godt på skolen av alle som deltok i Elevundersøkelsen, standardiserte tall. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelse statistikkbank

Trivsel på skolen er også et tema i undersøkelsen Ungdata som kommunen gjennomfører hvert tredje år. I 2016 oppga 93% av ungdomsskoleelevene i Strand at de trives godt eller svært godt på skolen, mens det på 1. trinn på videregående skole var 97% som trives på skolen. Videregående opplæring er i større grad et aktivt valg for den enkelte, både med hensyn til skole og fag, og dette kan påvirke trivselen.

Det å etablere nære relasjoner er viktig for den opplevde trivselen blant elevene. I hvilken grad elevene har en fortrolig venn som de kan stole fullstendig på og betro seg til kan være en indikator på en nær relasjon som blant annet gir grunnlag for sosial støtte. Det samme kan fravær av mobbing.

Til høyre vises andelen elever som oppgir at de har minst en venn de kan stole fullstendig på og kan betro seg til om alt de. Både elever som svarer «helt sikkert» og «det tror jeg» er inkludert. (Kilde: Ungdata). På ungdomskolen i Strand oppgir 91% i 2016 at de har en fortrolig venn (64% helt sikkert og 28% det tror jeg). Dette er på linje med resultatene fra 2010 og 2013, og tilsvarende det nasjonale nivået på 90%. Det er imidlertid en markant endring fra 2013 til 2016 på 1. trinnet på Strand videregående skole hvor 89% i 2016 oppgir de har en fortrolig venn mot 93% i 2013. Det er usikkert hva som er årsaken til nedgangen her.





Fravær av mobbing er også et eksempel på sosial støtte og tilhørighet blant barn og unge. Figuren til venstre viser andelen elever på ungdomsskolen og 1. trinn på videregående skole som oppgir at de minst hver 14. dag blir utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritiden. Digital mobbing er inkludert (Kilde: UNGdata 2016)

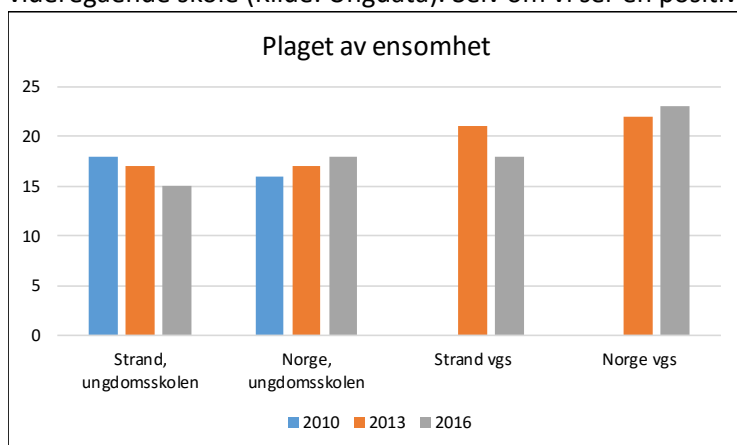
Strand opplever en positiv fremgang i andelen elever på ungdomsskolen som opplever at de blir mobbet. I 2010 oppga

9% at de hadde blitt mobbet minst hver 14. dag mot 6% i 2016. På videregående er det imidlertid en økning hvor 6% i 2016 oppgir de opplevde mobbing minst hver 14. dag mot 5% i 2013. Dette inkluderer også digital mobbing. Basert på at 486 ungdomsskoleelever har svart på undersøkelsen vil det si at rundt 30 elever opplever at de blir mobbet minst hver 14. dag. På videregående vil det si 9 elever. Kommunen er noe bedre enn det nasjonale snittet på ungdomsskolen, og litt høyere på videregående skole.

Digital mobbing er en forholdsvis ny og alvorlig form for mobbing som foregår via internett eller mobiltelefon. Mobbingen kan foregå via blant annet blogger, hjemmesider, e-post, SMS, MMS og sosiale medier. Bilder, videoer og kommentarer om personer blir lagt ut på nett eller sendt ut til flere personer uten at personvern blir tatt hensyn til. Informasjon som legges ut på nett er offentlig og hvem som helst har tilgang til dette. Informasjonen kan også legges ut i lukkede samfunn. Det som blir lagt ut på nett kan bli sett av svært mange og det kan være vanskelig å bli kvitt det krenkende materialet også fordi noen kan ha tatt kopi av det. Mobberen kan i stor grad være anonym, og flere får tilgang til å se hvem som er mobbeofferet. I en periode kan det foregå mobbing uten at mobbeofferet selv er klar over det (www.wikipedia.no). 98% av guttene og 94% av jentene oppgir at de aldri/nesten aldri har opplevd digital mobbing. Til tross for at noen har opplevd digital mobbing, er det ingen av elevene som oppgir at de har gjennomført digital mobbing. Det kan være et signal om manglende bevissthet knyttet til hva som er å anse som mobbing på digital medier og hvor grensen går.

En studie fra Sør Trøndelag finner at ensomhet er den faktoren som henger tettest sammen med tanker om å slutte på skolen (Kilde: Mjaavatn og Forestad 2014).

Figuren nedenfor viser andelen som oppgir at de er ganske mye plaget eller veldig mye plaget av ensomhet i løpet av siste uke i Ungdataundersøkelsen i 2010, 2013 og 2016 på ungdomsskolen og 1. trinn på videregående skole (Kilde: Ungdata). Selv om vi ser en positiv fremgang når det gjelder andelen som er mye plaget av ensomhet er det fortsatt 15% (6% gutter og 24% jenter) av elevene på ungdomsskolen som er plaget av ensomhet.



På 1. trinn på Strand videregående er 18% plaget av ensomhet i 2016. Kommunen ligger litt bedre an enn landsgjennomsnittet. Fremgangen henger sannsynligvis sammen med andelen som oppgir at de trives godt eller svært godt på skolen. Allikevel er det en for stor andel av elevene i kommunen som er plaget av ensomhet.

Til tross for at kommunen opplever en bedring i elevenes trivsel, redusert mobbing og en høy andel med minst en fortrolig venn, er det mange av elevene på ungdomsskolen som i 2016 gruer seg til å gå på skolen (30% av jentene, 20% av guttene). Det er usikkert hvordan dette henger sammen, men en forklaringsfaktor kan være høyt forventningsnivå som ungdommen er redd for å ikke leve opptil. 89% av elevene på ungdomsskolen oppgir at det er mange som forventer at de skal gjøre det godt på skolen.

Det kan se ut til at ungdommen også stiller store krav til seg selv og hverandre. For å oppnå status i vennemiljøet skal man prestere på alle fronter. Ikke bare skal ungdommen være til å stole på, de skal prestere på skolen, ha et bra utseende, være flink i idrett og ha moteriktige klær. 40% av jentene og 16% av guttene på ungdomsskolen er ofte skuffet over seg selv. Ungdommens selvbilde/selvtillit påvirker også her. Gutter er stort sett mer fornøyd med seg selv enn jenter, ca 90% mot 70%. Det innebærer at rundt 30% av jentene ikke er fornøyd med seg selv. I tillegg oppgir rundt 30% av jentene at de ikke er fornøyd med hvordan de lever livet sitt på. Dette er mye likt blant elevene på 1. trinn på Strand videregående skole.

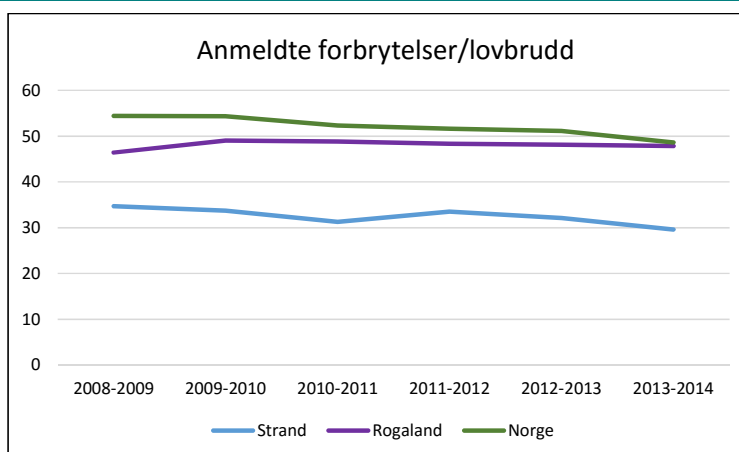
Mange av jentene på ungdomsskolen oppgir signaler på stress; 47% føler at alt er et slit, 50% bekymrer seg for mye om ting og 38% har søvnproblemer. Guttene opplever det ikke slik. Også her ser vi samme trend på 1. trinn på Strand videregående skole.

I dag opplever barn og unge en perfeksjonismekultur skapt av omgivelsene og hverandre. De skal hevde seg på alle felt, og sosial anerkjennelse blir viktigere og viktigere. Dette i kombinasjon med opplevelsen av mobbing, mangel på trivsel, samt opplevelsen av ensomhet kan gi ungdommen både fysiske og psykiske helseplager. Det kan også påvirke motivasjonen til å fullføre skolen og kan forsterke sosioøkonomisk ulikhet. Spesielt jenter i kommunen oppgir allerede flere signal på stress og tegn på en psykisk uhelse som er viktig å følge opp.

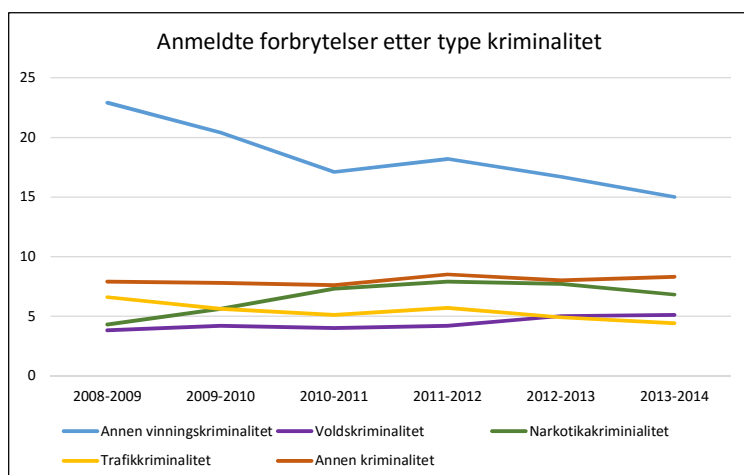
KRIMINALITETSSTATISTIKK

Begrunnelse for valg av indikator: KRÅD (det kriminalitetsforebyggende råd) poengterer blant annet at særlig ved gjentatt og alvorlig kriminalitet er det viktig at man følger opp reaksjonene med nødvendige tiltak for å fjerne eller begrense de bakenforliggende årsakene. Kilde: KRÅD/ politiet. En oversikt over omfanget av kriminalitet og type kriminell handling i kommunen er en forutsetning for å drive forebyggende arbeid. Omfanget av kriminalitet i kommunen har også betydning for hvor stort risikomiljø dette utgjør for kommunens innbyggere, både som offer og som rekruttering av nye inn i miljøet.

Strand kommune ligger godt under nivået for både Rogaland og Norge når det gjelder anmeldte forbrytelser i perioden 2008-2014, jfr. figuren til høyre som viser anmeldte forbrytelser/lovbrudd pr 1 000 innbygger (Kilde: SSB). Årlig anmeldte forbrytelser per 1 000 innbyggere i 2013-2014 var 29,6. Dette tilsvarer rundt 359 anmeldte forbrytelser i 2014. For 2008-2009 var snittet 34,7 anmeldte forbrytelser per 1 000 innbyggere som tilsvarer 378 forbrytelser i 2008. I 2013-2014 var tilsvarende snitt for Rogaland 47,8 lovbrudd



per 1 000 innbyggere og for Norge 48,6 lovbrudd per 1 000 innbyggere. Strand har til sammenligning et relativt lavt antall anmeldte lovbrudd. Om det skyldes at Strand kommune har lavere kriminalitet enn fylket og landet eller om det er større mørketall i Strand er usikkert. Også for Norge har anmeldte lovbrudd gått ned siden 2008. I Rogaland ser vi derimot en svak økning.



Vinningskriminalitet utgjør hovedvekten av kriminaliteten, jfr. figuren til venstre (anmeldte lovbrudd/forbrytelser i Strand pr 1 000 innbygger fordelt på type kriminalitet. Kilde. SSB). Dette gjelder både for Strand, Rogaland og Norge. For Strand ser vi en sterk nedgang for vinningskriminalitet fra 22,9 per 1 000 innbyggere i årlig snitt 2008-2009 til 15 per 1 000 innbyggere i årlig snitt 2013-2014. Trafikkriminalitet har også hatt en positiv fremgang i Strand. Her kan kommunen muligens oppleve en tilbakegang som følge av opprettelsen av en UP enhet stasjonert i kommunen. Strand har en

økning i volds- og narkotikakriminalitet. Narkotikakriminalitet har også økt for fylket og landet. Narkotikakriminaliteten i Strand er den typen kriminalitet som har hatt høyest vekst i perioden 2008-2014. En økning i narkotikakriminalitet er ikke uventet med tanke på BrukerPlan-kartleggingen på rus/psykiatri som viser at kommunen har en utfordring knyttet til andelen kartlagte brukere med et tungt rusmisbruk og en uryddig økonomi delvis finansiert av illegale handlinger, jfr. kapitlet «Helserelatert atferd».

I Ungdata-undersøkelsen blir ungdom blant annet spurt om vold og risikoførelse. I 2016 oppgir 17% av ungdomsskoleelevene i Strand at de det siste året har vært i slåsskamp uten og med våpen mot 5% på 1. trinn på videregående. 5% av ungdommen oppgir at de det siste har tatt med seg varer fra butikk uten å betale. Hovedsakelig gjelder begge disse forhold gutter. Kommunen er på linje med eller bedre enn landet på disse punktene. Spesielt når det slåsning blant elever som går på 1. trinn videregående er kommunen bedre enn landsnittet på 13%.

Ungdomstida er en periode for utprøving på nye arenaer. I denne fasen deltar mange i handlinger som er på kant med loven, eller på kant med det som er alminnelig sosialt akseptert. Innen kriminologisk forskning er det et etablert funn at lovbrudd forekommer hyppigst blant ungdom og unge voksne. Å debutere tidlig med kriminalitet og å begå lovbrudd av alvorlig karakter øker risikoen for en kriminell løpebane senere i livet. Det er ikke helt tilfeldig hvem som havner i denne gruppen. Ofte har ungdom som begår kriminelle handlinger tilleggproblemer som ustabile hjemmeliv, svak psykisk helse, dårlig skoletilpasning, svakt sosialt nettverk og rusproblemer (Ungdata 2016).

VURDERING AV FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ

Det kommunale vannverket har både god kvalitet og stabilitet som sikrer tilkoblede husstander vann fritt for bakterier. Dagens forsyningsgrad på vel 80% sammen med utvidelse av ledningsnett fra Nordmarka til Fiskå, tilsier at kommunen om noen år oppnår en veldig god forsyningsgrad, spesielt med hensyn til kommunestørrelse og til dels spredt bosetting. Forurenset drikkevann kan forårsake sykdommer som ellers kunne vært unngått, jfr. kapitlet «Helsetilstand». Det er usikkert om dette er tilfelle i Strand kommune.

Strand kommune har en generell utfordring knyttet til radon hvor store deler av kommunen er i kategori aktsomhetsgrad 2 av 3 knyttet til nivå på RGB-verdier i grunnen. Radonforurensning, spesielt i kombinasjon med røyking, kan gi røkt risiko for å utvikle lungekreft, jfr. kapitlet «Helsetilstand». Boliger bygget før byggeforskrift TEK10 er spesielt utsatt for å ha for høye verdier av radon i innemiljøet. Eventuell måling og utbedring er opp til boligeier. Kommunen kan påpeke viktigheten av å sjekke egen bolig for radonverdier. Strand er godt i gang med måling og tiltak på kommunalt eide bygg og boliger.

Når det gjelder støy er det hovedsakelig trafikkstøy og støy fra næring som oppleves plagsomt for kommunens innbyggere. Toleransegrensen for når støyen er plagsom er ofte lavere enn lovlig grense. I forbindelse med støy er kommunens arealplanlegging viktig. Ny industri er regulert til Nordmarka nord for Tau for å unngå å skape unødig støy i boligområder. Trafikkstøy og –forurensning kan bli et viktigere tema fremover som følge av en økning i biltrafikken. Dette grunnet en kombinasjon av at kommunen blir flere innbyggere, har et begrenset kollektivtilbud og bil tradisjonelt sett har vært et foretrukket transportmiddel for kommunens innbyggere. Hvordan Ryfast vil påvirke trafikkmengden er usikkert, men det er rimelig å forvente en vekst langs Riksveg 13 til Solbakk.

De fleste befolkningstygdepunkter i Strand har tilgang på gang- og sykkelveinettet i form av gang/sykelsti og fortau. Det er likevel store deler av kommunen hvor dette ikke er tilstrekkelig utbygd. Det gjelder i stor grad alle områder utenom Tau og Jørpeland. Dette bidrar ikke til hverdagsaktivitet i aktuelle områder, spesielt ikke blant barn og unge grunnet trafiksikkerheten. I stedet får elever gratis skoleskys som følge svært farlig skolevei.

Strand har generelt lav kriminalitet sammenlignet med fylket og landet, og opplever også en bedring i kriminalitetsstatistikken hvor anmeldte forbrytelser/lovbrudd går ned. Det er positivt at risikomiljøet reduseres, spesielt for barn og unge som vil teste grenser.

Det kan påvirke konsentrasjon og læringseffekt for elevene. Arbeidsmiljøet for lærerne er heller ikke optimalt. De øvrige bygningene har en tilfredsstillende teknisk standard. I påvente av ny skole er vedlikehold inntil videre satt på vent. Det er blant annet behov for tilleggisolering og universell utforming av bygg. Disse forhold, med unntak av de to bygningene nevnt ovenfor, er ikke vurdert avgjørende for lærere og elevers trivsel og helse.

Kommunen har en utfordring knyttet til miljørettet helsevern spesielt for en barneskole, Fjelltun skole, hvor to bygg ikke er godkjent i henhold til forskriften grunnet mangler ved ventilasjonsanlegget. Dette har betydning både for ansattes arbeidsmiljø og elevenes læringsmiljø. Det er ikke klarlagt hvilke vedlikeholdstiltak en bør prioritere for å sikre at både elever og lærere får tilfredsstillende lokaler med tanke på helse, trivsel og læring i påvente av ny skole med planlagt byggestart i 2019.

Ungdataundersøkelsen viser over tid positive utviklingstrekk på flere områder, men et område gir særlig grunn til bekymring, både lokalt og nasjonalt. Et økende antall ungdommer, og da først og fremst unge jenter, rapporterer om psykiske helseplager i hverdagen og signaler på stress. Dette er blant annet knyttet til ensomhet, mobbing, bekymringer, søvnproblemer og høye forventninger. Barn og unge opplever i dag en perfeksjonismekultur skapt av omgivelsene og hverandre. Det er viktig å hevde seg på alle felt og den sosiale anerkjennelsen blir viktigere. Forholdene som Ungdata undersøkelsen viser kan innebære store folkehelseutfordringer for kommunen hvis de ikke blir håndtert. Psykiske helseplager kan påvirke elevenes kunnskapsgrunnlag som igjen har betydning for elevenes frafall i skolen.

En av kommunens ressurser på folkehelseområdet er tilgang på friområder som fjell, skog og sjø. Selv om disse ikke er i umiddelbar nærhet eller gangavstand for alle, har kommunens innbyggere en nærhet til slike områder som mange andre ikke har. Bedre tilrettelegging for alle av de grøntområdene kommunen har vil bidra positivt til folkehelsen ved å gi innbyggerne bedre tilgang på områder for rekreasjon. Det samme vil etablering av nærområder i større grad enn i dag.

Kommunen har sprengt hallkapasitet på dagens idrettsanlegg som vil kunne medføre en knapphetsfaktor for idrettslagene i kommunen og begrense deres vekst, både i størrelse og aktivitetstilbud. I takt med en befolkningsvekst kan dette resultere i ventelister hos idrettslagene. Det vil være negativt for folkehelsen for kommunens innbyggere både i form av en barriere for sosial deltakelse blant de som ikke får plass og ved at kommunen ikke tilrettelegger for fysisk aktivitet i stor nok grad.

6. HELSERELATERT ATFERD

Helserelatert atferd som røyking, fysisk aktivitet, kosthold og alkohol har stor betydning for forekomsten av en rekke ikke-smittsomme sykdommer, som hjerte- og karsykdommer, type 2 diabetes, kreft og kroniske luftveissykdommer og rus/alkoholrelaterte skader. Bakenforliggende årsaker som utdanning, inntekt og sosial posisjon har betydning for befolkningens helseatferd. I tillegg påvirkes vi at tilgjengelige valgalternativer og hvorvidt de sunneste alternativene er gjort lett tilgjengelig. Den globale sykdomsbyrdestudien viser at ikke-smittsomme sykdommer utgjør den største sykdomsbyrden globalt målt i kvalitetsjusterte leveår. Norske beregninger viser blant annet at hjerte- og karsykdommer, lungekreft og kronisk lungesykdom står for nær 60% av forskjellen i dødelighet før 67 års alder mellom de med kort og lang utdanning (Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet).

Innsatsen for å påvirke befolkningens helserelaterte atferd er bred og involverer ulike tiltak og virkemidler innenfor flere samfunnssektorer. Målet er å styrke befolkningens muligheter til å ta informerte valg og legge forholdene til rette for å gjøre de sunne valgene enkle.

Kommunen kan bidra med tilrettelegging for hverdagsaktivitet både gjennom et velutbygd gang/sykkelveinnettverk og områder for fysisk aktivitet og uformelle møteplasser i nærmiljøet. Ved å støtte opp om en frivillig sektor og tilby areal for frivillige lag og organisasjoner kan kommunen også bidra til å øke den fysiske aktiviteten blant innbyggerne. Gode levevaner etableres tidlig. Det er derfor viktig allerede i barnehagen og barneskolen å få på plass grunnlaget for et godt kosthold.

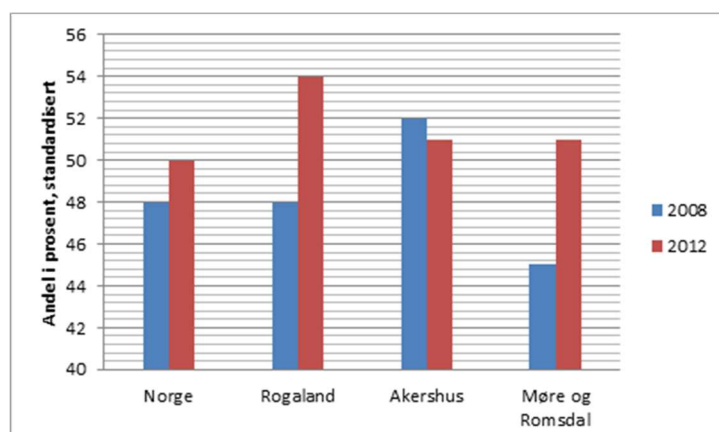
Kommunen kan ikke hindre alt alkoholsalg eller –konsum, men kan ved en gjennomtenkt og forsvarlig alkoholpolitikk legge til rette for et sunt forbruk. En identifikasjon av risikomiljø hva angår rus vil kunne hjelpe kommunen med å planlegge sine tiltak bedre.

Til syvende og sist er det den enkelte selv som bestemmer hvordan den ønsker å leve sitt eget liv. Kommunen kan kun legge til rette for sunne levevaner.

KOSTHOLD

Begrunnelse for valg av indikator: Det er en sammenheng mellom kosthold og helsetilstand og mellom sosioøkonomisk status og kosthold. Barn av foreldre med lav utdanning har for eksempel oftere overvekts problemer. Matvaner etableres tidlig i livet og går i stor grad i arv fra foreldrene. Kilde: Slettebak 2015.

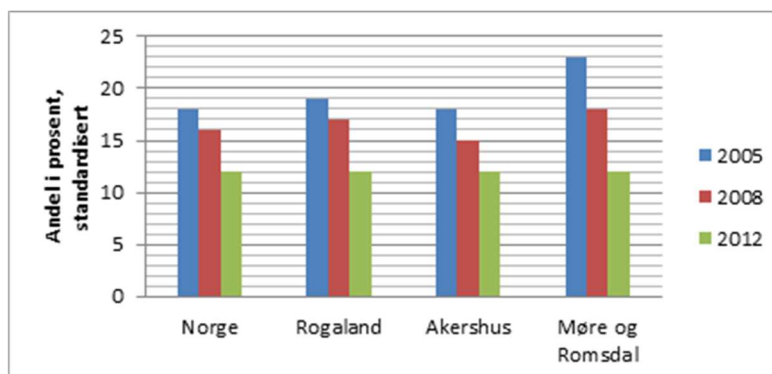
Det er begrenset tallmateriale på kommunenivå vedrørende kosthold. Det er derfor innhentet data på fylkes og nasjonalt nivå. Strand følger etter all sannsynlighet de store linjene på nasjonalt nivå.



Det er en økning i andelen voksne (16-79år) som spiser frukt og grønt daglig fra 2008 til 2012, jfr. figuren til venstre (Kilde: Norgeshelse statistikkbank). Standardiserte tall. Rogaland har en økning fra 48% til 54%, samtidig som landsnittet øker fra 48% til 50%.

Også blant andelen som drikker brus og saft daglig ser vi en bedring i perioden 2005-2012, jfr. figuren til høyre (Kilde: Norgeshelsa Statistikkbank).

Standardiserte tall. På landsbasis er andelen redusert fra 18% til 12% i perioden 2005-2012. For Rogaland er andelen i 2012 på 12% mot 19% i 2005.



Folk er mer opplyste på grunn av informasjon og kampanjer om

bevisstgjøring av riktig og sunt kosthold. Butikkjeder har blitt mer bevisste på å kjøre kampanjer på sunn mat og presser prisene her. Flere og flere produkter blir nøkkelhullmerket. Nøkkelhullmerkede matvarer inneholder mindre fett, salt, sukker og mer fiber sammenlignet med matvarer innenfor samme gruppe. Det gjør det lettere for forbrukeren å velge sunn mat. Et kosthold med høy andel frukt og grønt bidrar til å forebygge en rekke sykdommer og helseplager til sammenligning med et kosthold med mye brus som bidrar til dårligere tannhelse og på sikt overvekt/fedme og ulike livsstilssykdommer.

FYSISK AKTIVITET

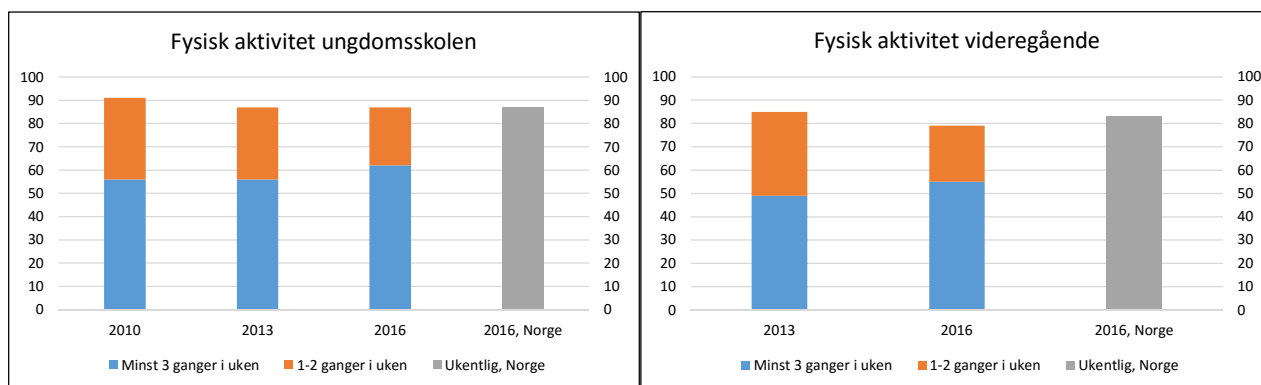
Begrunnelse for valg av indikator: Fysisk aktivitet forebygger blant annet type 2 diabetes, hjerte-karsykdommer, muskel-skjelettplager og enkelte former for kreft. Jevnlig fysisk aktivitet kan også gi bedre psykisk helse. Overvekt og fedme er i ferd med å bli et stort helseproblem i de fleste land, også i Norge. Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning. Fysisk aktivitet er av særlig betydning i forebygging av overvekt og fedme (bør sees i sammenheng med kapitlet overvekt og fedme) (Kilde: Folkehelseinstituttet). Kartlegging av fysisk aktivitet viser at befolkningen har et lavere aktivitetsnivå enn antatt selv om aktivitetsnivået har økt den siste tiden. Forskning viser at de med høy utdanning og inntekt er overrepresentert blant de aktive. Igjen ser en at sosioøkonomisk status spiller inn. De mest populære aktivitetene er friluftaktiviteter og egenorganisert utholdenhets- og styrketrening. Derfor er det hensiktsmessig å legge til rette for og videreutvikle lavterskelaktiviteter og private treningssentre (Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet, 2012. Helsedirektoratet).

Grunnet begrenset statistikk på kommunenivå, er det også her hentet inn data på fylkes og nasjonalt nivå for å kunne si noe om aktivitetsnivået til befolkningen generelt. Det er rimelig å forvente at innbyggerne i Strand følger de store linjene på nasjonalt nivå hva angår fysisk aktivitet.

Alder (år)	Jenter	Gutter
6	87	96
9	70	86
15	43	58

Objektivt registrert fysisk aktivitet og andelen (%) 6-, 9- og 15 årige jenter og gutter som tilfredsstillende anbefalingene om i gjennomsnitt minst 60 minutters daglig moderat fysisk aktivitet. Nasjonale tall. Kilde: Helsedirektoratet.

Hva barn og unge angår er det et gjennomgående trekk at gutter har et høyere aktivitetsnivå enn jenter. Videre ser man at det fysiske aktivitetsnivået synker jevnt fra 6 til 15 års alderen.



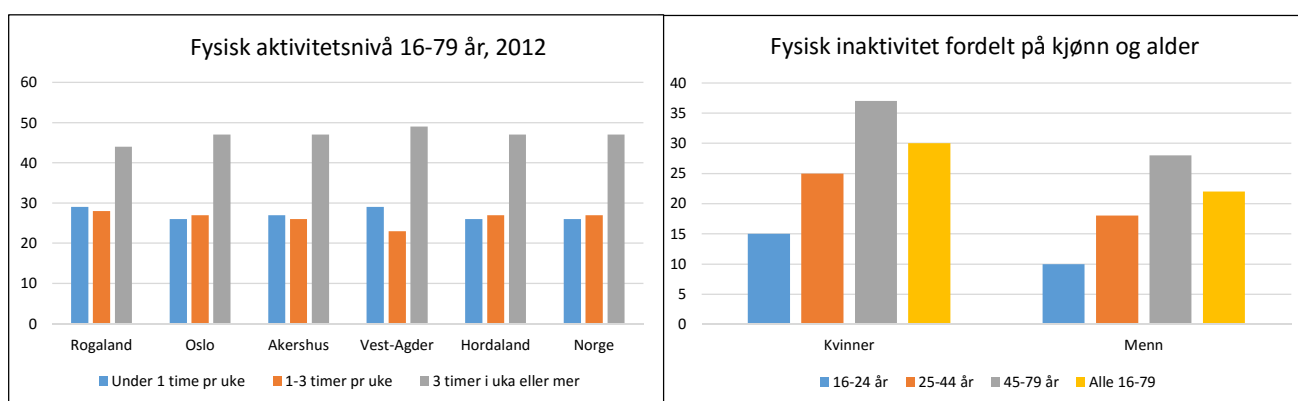
Andelen som oppgir de er så fysisk aktive at de blir svett/andpusten minst 3 ganger i uken eller 1-2 ganger i uken, på henholdsvis ungdomsskolen og videregående skole i Strand. Kilde: Ungdata-undersøkelsen

Ungdata undersøkelsen gjennomført i 2016 viser en økning i aktivitetsnivået blant ungdomsskoleelevene i Strand kommune sammenlignet med 2013. 62% oppgir at de er så fysisk aktive at de blir svett/andpusten minst 3 ganger i uken. Tilsvarende for 2010 og 2013 var 56%. Andelen som oppgir «sjelden eller aldri» er noe økende. Når elevene går på videregående skole går aktivitetsnivået noe ned, men også her opplever kommunen en økning i aktivitetsnivået sammenlignet med 2013. I 2016 oppgir 55% at de minst 3 ganger i uken er så fysisk aktiv at de blir svett/andpusten, i 2013 var dette 49%.

Samtidig som flere trener mer, trener også flere mindre. Blant ungdomssolelvne er det i 2016 totalt 13% som oppgir de trener sjeldnere enn ukentlig mot 10% i 2010. På videregående har andelen som trener sjeldnere enn ukentlig økt til 21% i 2016 mot 15% i 2013.

Treningsformen endres med alder. På ungdomsskolen oppgir 68% i 2016 at de trener på egenhånd (sykler, går, jogger, svømmer) og 57% at de deltar i idrettslag. Kun 18% trener på studio. I overgangen til videregående skole skjer det en endring hvor 51% oppgir at de trener på studio eller på egenhånd, samtidig som andelen som trener i idrettslag er redusert til 42%.

Rogalendingene i alderen 16-79 år har en lavere andel som er fysisk aktive 3 timer eller mer i uken enn Norge. Ser en på de som er fysisk aktive 1-3 timer pr uke er andelen i Rogaland høyere enn på landsbasis. Andelen som er fysisk aktive under en time pr uke er også høyere for Rogaland enn landet.



Figur til venstre: Andelen som oppgir at de utfører fysisk aktivitet slik at de blir svette og andpustne 1) under 1 time per uke, 2) 1-2 timer per uke og 3) 3 timer eller mer per uke de siste 12 månedene i alderen 16 – 79 år, 2012. Standardiserte tall, det foreligger ikke data på kommunenivå. Kilde: Folkehelseinstituttet. Norgeshelsa. **Figur til høyre:** Andelen som oppgir at de utfører fysisk aktivitet slik at de blir svette og andpustne under 1 time per uke, de siste 12 månedene, fordelt på kjønn og alder. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, Levekårsundersøkelser om helse, omsorg og sosial kontakt 2012/ SSB.

Det er stor variasjon mellom de ulike aldersgrupper når det gjelder i hvor stor grad de oppnår anbefalt aktivitetsnivå. Voksne og eldre anbefales å være i fysisk aktivitet i minst 30 minutter daglig, mens barn og unge anbefales minst 60 minutter daglig fysisk aktivitet. Om lag en av fem voksne når opp til minimumsanbefalingen med minst 30 minutter fysisk aktivitet per dag i gjennomsnitt. Generelt ser man et synkende aktivitetsnivå med økende aldre, samtidig som gutter stort sett er mer aktive enn jenter.

Den generelle trenden i samfunnet er å etterstrebe perfektjonisme og vise for allmenheten hvor flink man er. Man skal prestere på alle områder og gjerne vise dette på sosial medier. Ved økende alder blir idretten mer konkurransepreget og ønske om å være best gjør seg mer gjeldende for ungdommer. I denne fasen dropper flere ut av idretten. Dette kan være et hinder for at flere deltar i organisert idrett. Ungdommer må lære seg å tolerere at de ikke er best på alle arenaer. Hvordan perfektjonismekulturen påvirket spesielt ungdom i kommunen omtales nærmere i kapittelet om «Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø».



Mindre hverdagsaktivitet og mer organiserte aktiviteter i kombinasjon med mer tid foran pc/TV bidrar til et mindre fysisk aktivitetsnivå. I

Ungdataundersøkelsen i 2016 oppgir blant annet 75% av ungdomsskoleelevene at de utenom skolen benytter mer enn to timer hver dag foran en skjerm. Det kan være PC, nettbrett, TV og mobil. Det nasjonale nivået er 73%. 27% i Strand oppgir at de bruker mer enn to

timer foran dataskjermen hver dag utenom skolen. Her er det nasjonale nivået 36%. Økt antall km med G S/V/fortau er positivt for aktivitetsnivået. Ved mer enn 10 minutters gange benyttes ofte bil. Strand kommune har til dels spredt bosetting og store avstander i noen områder. Dette bygger opp om bil som fremkomstmiddel. Det er også en kultur for bilkjøring i kommunen samtidig som gode parkeringsmuligheter tilrettelegger for bilkjøring. Flere ungdommer er vant til at foreldre kjører dem på aktiviteter istedenfor at de selv går/sykler selv om det er kort avstand.

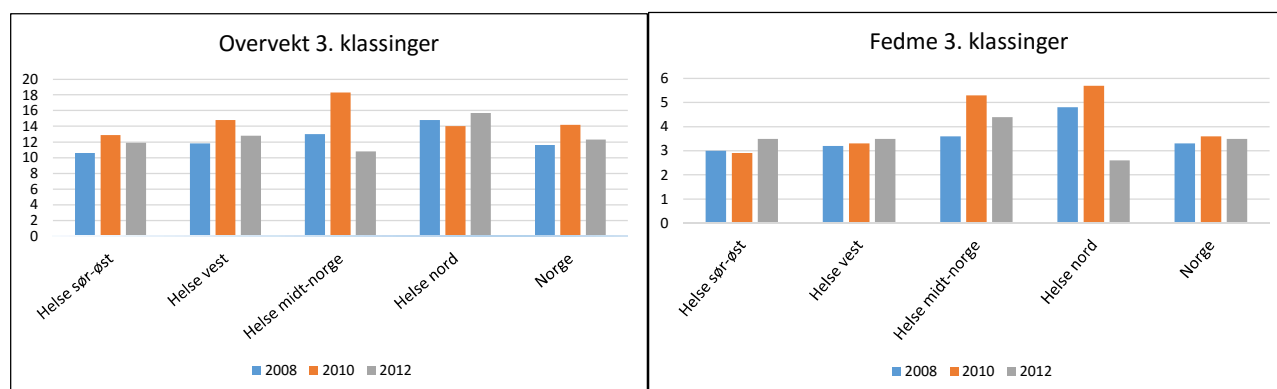
Kommunen har 163 frivillige lav og organisasjoner fordelt på ulike type aktiviteter. Tilbudet kan oppleves lite variert. Fotball og håndball er de største aktivitetene. Hovedvekten av aktivitetene er rettet inn mot barn og unge, samt seniorer.

Folk er mer opplyste på grunn av informasjon og kampanjer om bevisstgjøring av riktig og sunt kosthold. Butikkjeder har blitt mer bevisste på å kjøre kampanjer på sunn mat og presser prisene her. Flere og flere produkter blir nøkkelhullmerket. Nøkkelhullmerkede matvarer inneholder mindre fett, salt, sukker og mer fiber sammenlignet med matvarer innenfor samme gruppe. Det gjør det lettere for forbrukeren å velge sunn mat. Et kosthold med høy andel frukt og grønt bidrar til å forebygge en rekke sykdommer og helseplager til sammenligning med et kosthold med mye brus som bidrar til dårligere tannhelse og på sikt overvekt/fedme og ulike livsstilssykdommer.

OVERVEKT OG FEDME

Begrunnelse for valg av indikator: 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. Spesielt fedme har også betydning for helse og livskvalitet i barne- og ungdomsårene. Det er ingen klar KMI-grense for når sykdomsrisikoen øker eller faller, overgangene er glidende. Noe manifesterer seg i barneårene, men hovedtyngden ved alvorlig fedme debuterer hos unge eller voksne (Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, 2010). Forskning viser at personer med overvekt/fedme oftere dropper ut av videregående skole, er mer utsatt for mobbing og har et lavere selvbilde. Erfaringer viser at for de fleste er det vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Å fange opp tidlig og forebygge overvekt og fedme, er derfor viktig. Tiltak som kan påvirke mat- og aktivitetsvaner vil være av særlig betydning. Kilde: Folkehelseinstituttet.

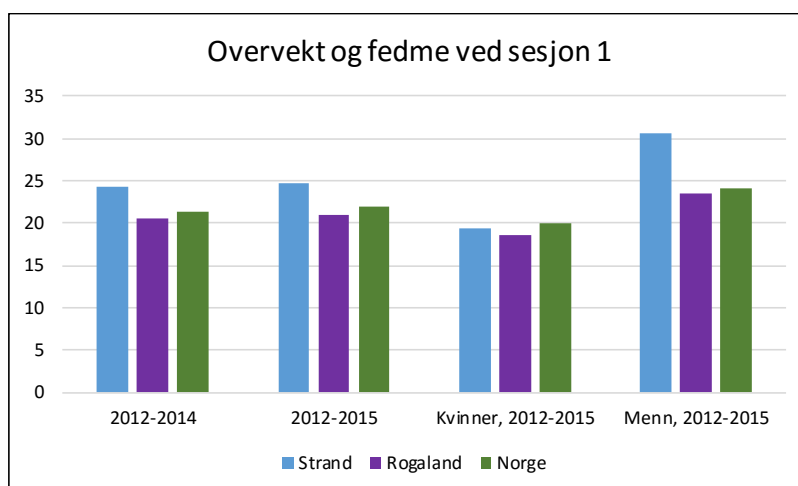
Undersøkelsen Barns vekst i Norge (Barnevekststudien) er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Nasjonalt Folkehelseinstitutt (FHI) og skolehelsetjenesten ved 127 skoler fordelt på alle helseregioner i Norge. Resahaugen skole i Strand har deltatt i studien. Målet med undersøkelsen er å dokumentere status for høyde, vekt, kroppsmasseindeks (KMI) og livvidde blant norske 3.-klassinger, samt å overvåke vekstutviklingen i denne aldersgruppen over tid nasjonalt og regionalt. I studien er det foretatt målinger av 3.-klassinger i 2008, 2010, 2012 og 2015.



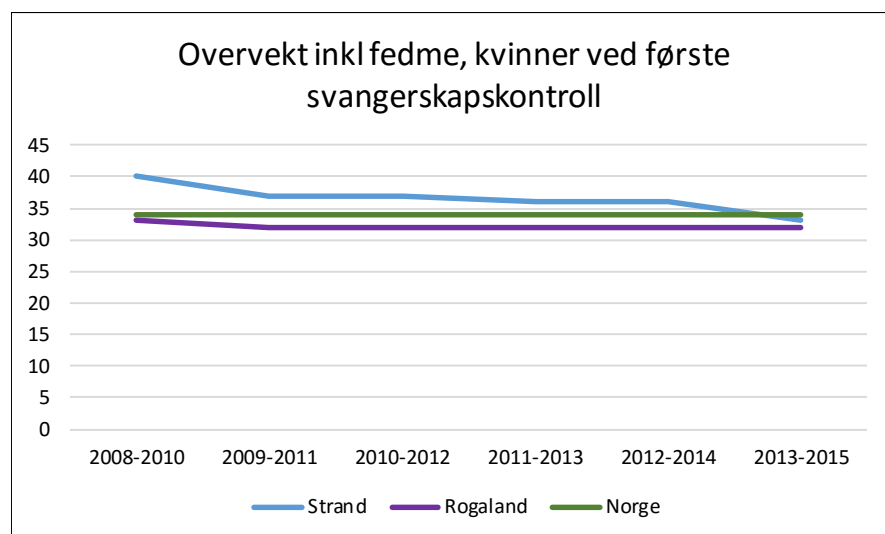
Andelen åtteåringer med henholdsvis overvekt og fedme fordelt på helse-region og landet, for årene 2008, 2010 og 2012. Detaljert tallgrunnlag for 2015-undersøkelsen er ikke offentlig enda, og presenteres derfor ikke her. Kilde: Folkehelseinstituttet, Barnevekststudien.

Studien viser at andelen åtteåringer med overvekt og fedme ser ut til å være stabilt fra 2008-2015. I underkant av 1 av 7 gutter og 1 av 6 jenter i åtteårsalderen er overvektige eller har fedme, henholdsvis 13 og 17%. Dataene er ikke tilgjengelige på kommunenivå, men Helse Vest er på nivå med landet som helhet.

Til høyre vises andelen jenter/gutter på sesjon 1 med overvekt/fedme i prosent av alle som oppga høyde og vekt i den nettbaserte sesjon 1 (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Statistikken viser 4 års gjennomsnitt. Overvekt inkl. fedme regnes som KMI over eller lik 25kg/m². Tall fra sesjonsdata viser at rundt 21-22% av 17 åringene har overvekt eller fedme i gjennomsnitt for årene 2012-2015 på nasjonalt nivå. Strand ligger over landsgjennomsnittet med 24%. Nå er



overvekt og fedme høyest blant menn. Barnevekststudien viste det motsatte. For Strand har 31% av guttene overvekt eller fedme ved sesjon 1. Dette er vesentlig høyere enn for Rogaland og Norge som ligger på rundt 23/24%.



Til venstre vises utviklingen i andelen kvinner med overvekt inkludert fedme i prosent av alle fødende kvinner med høyde- og vekttopplysninger fra første svangerskapskontroll i perioden 2008-2015 (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt.

Det nasjonale nivået tilsier at rundt 34% av alle gravide kvinner er overvektige ved første svangerskapskontroll. Historisk

har Strand ligget høyere enn landssnittet, men i treårsperioden 2013-2015 er kommunen under landssnittet.

Resultatene fra Barnevekststudien kan være et forvarsel om at andelen overvektige i befolkningen er på vei ned. Mye tyder på at generasjonen som vokser opp nå har levevaner som gjør dem sunnere. Det er nedgang i rusmisbruk, tobakksrøyk og kanskje også snus (Folkehelseinstituttet).

Barn og unges helse er god, men det er sosiale ulikheter hvor barn av foreldre med høy utdanning og høy inntekt kommer bedre ut. I henhold til barnevekststudien er andelen barn med overvekt og fedme lavest i familier der foresatte har videregående eller høyskoleutdanning. Noe av forklaringen er knyttet til at dårligere mat, mat med mer fett og sukker, ofte er billigere og lettere tilgjengelig enn sunn mat.

Barn som har en hurtig vekst de første 9 månedene og høy KMI ved 2 års alderen har en betydelig høyere risiko for overvekt eller fedme ved 8 års alder (Barnevekststudien).

Studien viser også at mindre kommuner har en høyere andel overvektige barn. 9 av 10 seksåringer oppfyller anbefalingene om daglig fysisk aktivitet, mens bare halvparten av 15 åringene gjør det. Rike foreldre kompenserer gjerne med fritidsaktiviteter, men hverdagsaktiviteten er viktigst for å unngå overvekt og fedme. Mindre kommuner har ofte ikke lagt så godt til rette for gang- og sykkelveier. Det innebærer at forholdene for hverdagsaktivitet ikke er like godt tilrettelagt for. Avstandene er også ofte større. Dette innebærer at færre barn går/sykler til skolen og på fritiden. Isteden blir de kjørt (Barnevekststudien).

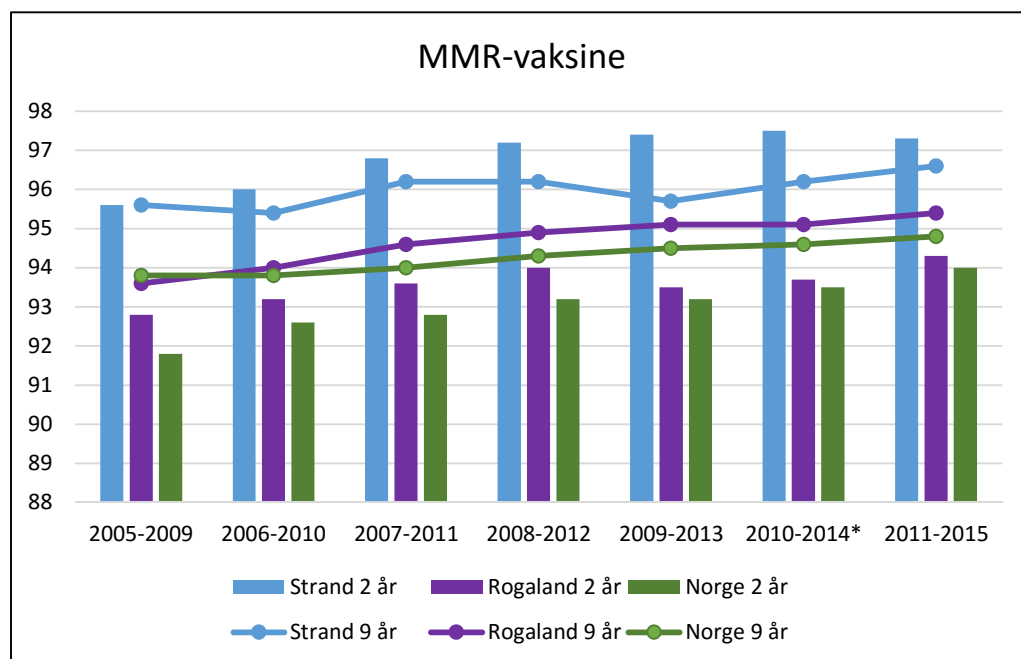
Til tross for et økende utdanningsnivå i Strand kommune har kommunen pr dags dato et lavere utdanningsnivå enn landsgjennomsnittet. Dette sammen med informasjon fra sesjon og svangerskapskontroll kan indikere at Strand kan ha en større fedme/overvektsituasjon enn landssnittet.

Overvekt og fedme forårsaker ofte store helseutfordringer, livsstilssykdommer, inkludert følgetilstander av psykisk og fysisk art. Et sunt kosthold og fysisk aktivitet er elementært i arbeidet for å redusere overvekt og fedme. Det er en fare for at utviklingen av overvekt og fedme i deler av befolkningen vil kunne bidra til å opprettholde og øke sosiale helseforskjeller fremover. Allmenne helsefremmende tiltak i barnehage, skole og nærmiljø bør rettes mot å forebygge overvekt og fedme blant barn med mål om å utjevne sosiale helseforskjeller fra tidlig barndom.

VAKSINASJONSDEKNING

Begrunnelse for valg av indikator: 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. Dette kalles flokkimmunitet. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Strand ligger jevnt over både fylket og landet når det gjelder alle vaksiner. Ved rapportering av vaksinasjonsdata får kommunen positiv tilbakemelding på vaksinasjonsdekningen blant innbyggerne.



Andelen barn som er fullvaksinerte mot henholdsvis meslinger, kuma, røde hunder (MMR ved henholdsvis 2 og 9 års alder), i prosent av alle barn i aldersgruppen 2 år og 9 år. Kilde: Folkehelseinstituttet.

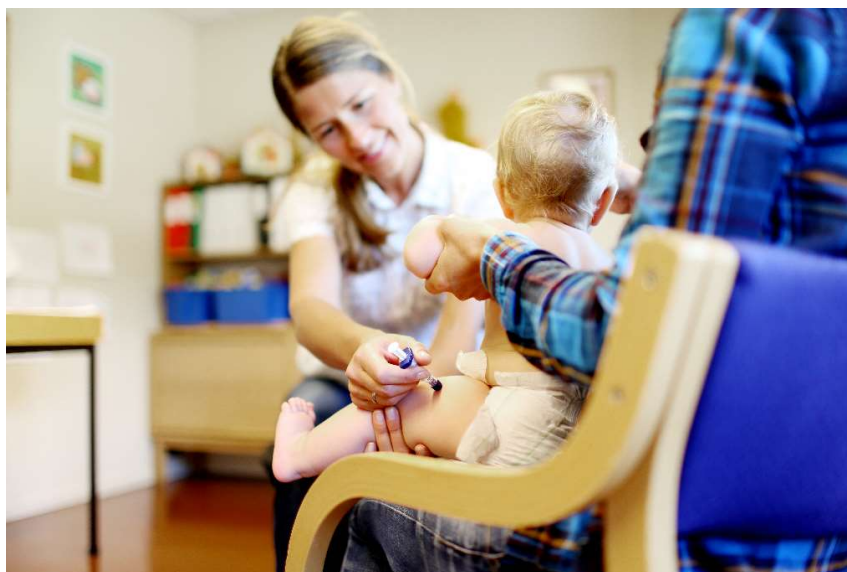
Vaksinasjonsdekning	2005-2009	2006-2010	2007-2011	2008-2012	2009-2013	2010-2014	2011-2015
2 år Difteri-vaksine	97,6	97,4	97,8	97,7	97,3	96,7	96,6
Kikhoste-vaksine	97,6	97,4	97,8	97,8	97,5	97	96,9
Stivkrampe-vaksine	97,6	97,4	97,8	97,7	97,3	96,7	96,6
Polio-vaksine	97,8	97,4	97,8	97,7	97,4	96,9	96,8
Hib-vaksine	98	97,8	98	97,7	97,4	97,4	97,4
Pneumokokk				96,1	96,1	95,8	95,3
9 år Difteri-vaksine	96,1	96,1	96,8	96,5	95,8	96,8	96,3
Polio-vaksine	96,2	96,2	96,8	96,4	95,9	96,6	96,2
Stivkrampe-vaksine	96,3	96,3	97	96,7	96	96,8	96,3
Kikhoste-vaksine	96,1	96,1	96,8	96,5	96,1	97	96,6

Andelen barn fullvaksinert ved 2 og 9 årsalderen i prosent av alle barn i aktuell aldersgruppe. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Vel 97% av 2 åringene i Strand var i perioden 2011-2015 vaksinert mot MMR (meslinger, kuma og røde hunder), mens dette er redusert til vel 96% av 9 åringene. For Rogaland og Norge ser vi motsatt tendens; her

er fleste 9 åringer vaksinert, rundt 95% mens rundt 94% av 2 åringerne var vaksinert i samme periode. Det er en økning siden 2005 for alle aldersgrupper og uavhengig av geografi.

Strand har også en høyere vaksinasjonsdekning for øvrige vaksiner omfattet av barnevaksinasjonsprogrammet enn det Rogaland og Norge har. Strand ligger på 96-98% for alle vaksiner og begge aldersgrupper. Til sammenligning har fylket og landet en vaksinasjonsdekning på 93-95% ved 2 års alder og 92-93% ved 9 års alder.

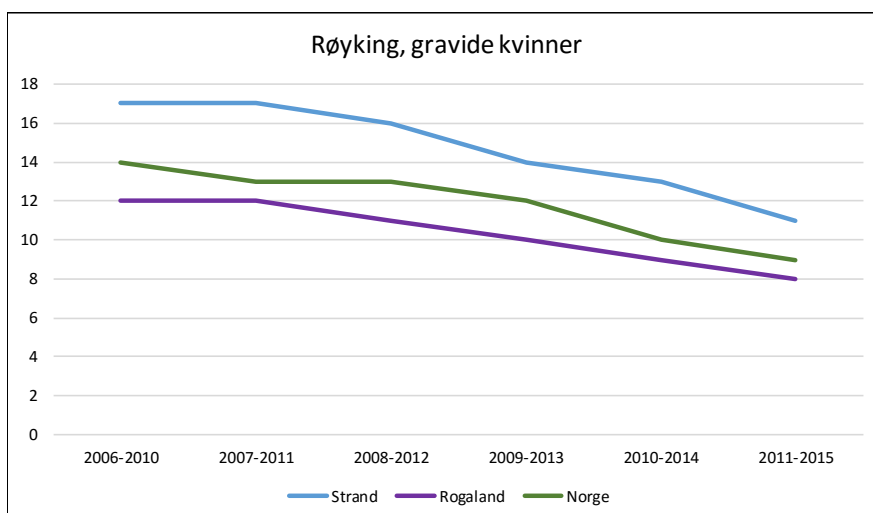


Hva som er årsak til ulik vaksinasjonsdekning blant de ulike aldersgruppene er usikkert. En forklaringsfaktor kan være innvandring.

Høy vaksinasjonsdekning blir viktigere som følge av økt innvandring. Andre land har ikke samme vaksinasjonsprogrammet som Norge og enkelte sykdommer er utryddet i Norge som følge av barnevaksinasjon. Innvandrere vil ved høy vaksinasjonsdekning i Norge være dekket av flokkimmunitet og vi kan dermed hindre spredning av disse sykdommene.

RØYKING

Begrunnelse for valg av indikator: Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. 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 25 prosent av dagligrøykerne dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere. En rekke kvinner slutter å røyke når de blir gravide. Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler bl.a. arbeid med familien som en enhet, fordi det ser ut til at farens røykemønster påvirker morens, og at de kvinnene som får støtte av barnefaren til å redusere forbruket, klarer det bedre. Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Kilde: Slettebak, 2015.



Strand opplever en positiv nedgang i andelen kvinner som oppgir at de røyker ved første svangerskapskontroll i perioden 2005 til 2015, jfr. figuren til venstre (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt. I 2005-2009 var det årlige snittet 19% mens det i 2011-2015 var 11%. Vi ser at Strand fortsatt ligger over både Norge og Rogaland hvor snittet i 2011-2015 var henholdsvis 9% og 8%. Bedre

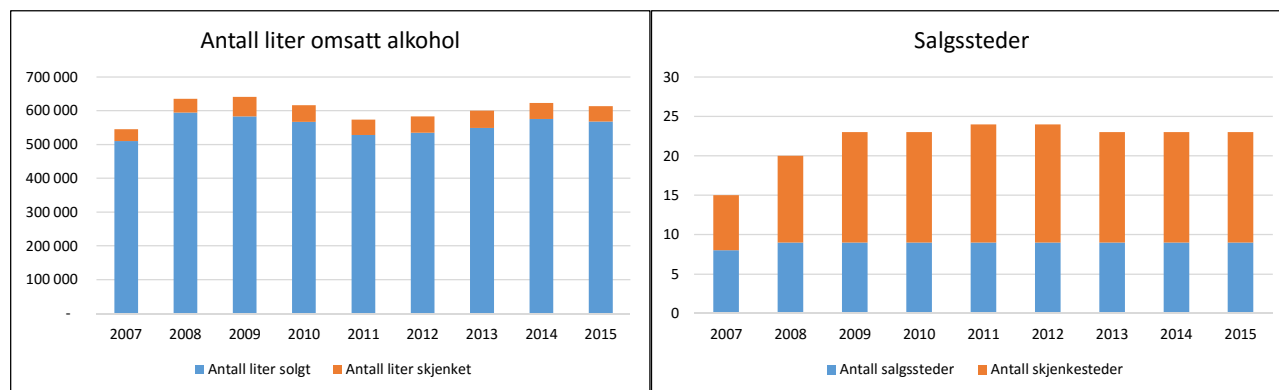
folkeopplysning, røykeloven og bevissthet knyttet til røyking i svangerskapet kan være faktorer som spiller inn på bedringen.

Også blant ungdom har Strand en reduksjon i andelen som røyker. I 2010 oppga 88% av ungdomsskoleelevene at de ikke røykte. Ved Ungdata-undersøkelsen i 2016 er tilsvarende 97% ikke røykere. Ved Strand videregående 1. trinn svarte 84% at de ikke røykte i 2013. Dette var økt til 95% i 2016. Noen flere snuser, men også her er det en positiv trend. Det kan se ut til at flere starter å snuse tidlig på videregående. I 2016 svarte 96% på ungdomsskole at de ikke snuste, mens 87% av 1. trinn på Strand videregående skole snuser ikke.

Røyking og snus er tradisjonelt sett mer utbredt blant de med lavere utdanning. Bruk av alkohol kan også ha sammenheng med røyking. Etter at røykeloven som gjør det ulovlig å røyke innendørs på restauranter, kafeer og utesteder, ble innført i 2004 ser man en positiv nedgang i andelen som røyker. Blant ungdom fremstår røyking nå som ukult mot tidligere hvor det var tøft å røyke. Dette henger nok sammen med røykeloven og kampanjer knyttet til hvor helseskadelig røyking er.

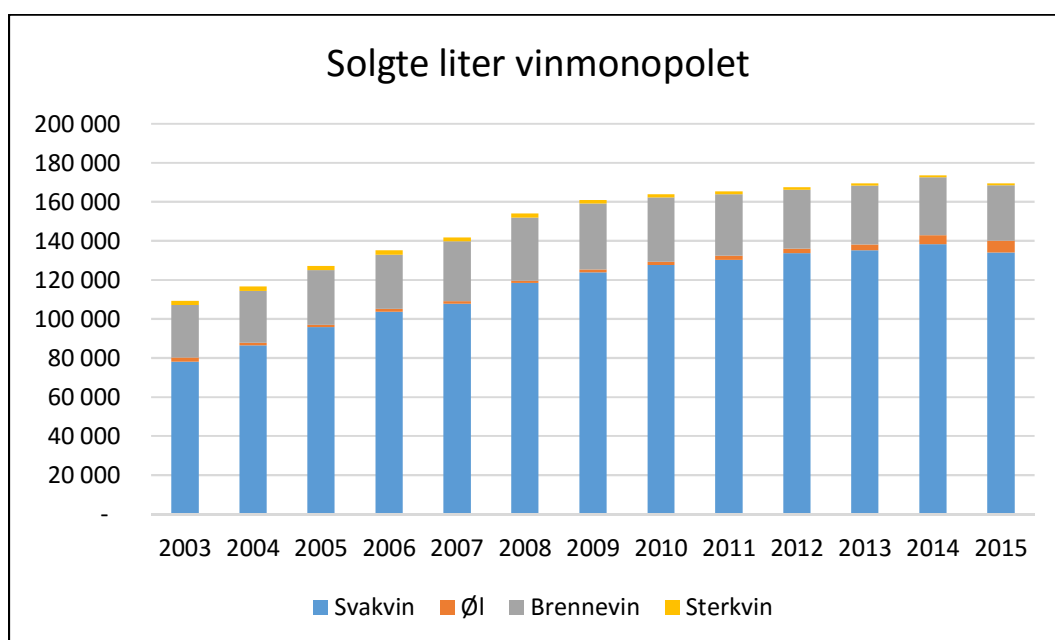
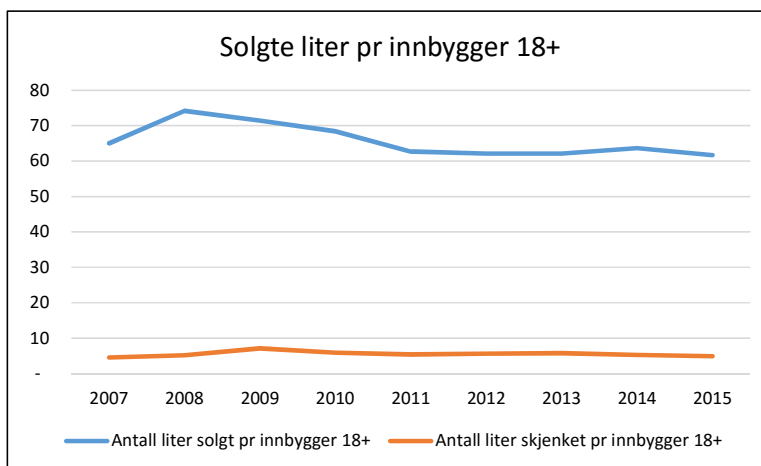
ALKOHOLOMSETNING OG ALKOHOLVANER

Begrunnelse for valg av indikator: Rammene for de regulatoriske virkemidlene er fastsatt i alkoholloven, men det er kommunen som har ansvar for å utforme alkoholpolitikken lokalt. Skjenking og salg av alkohol kan gi viktige inntekter og arbeidsplasser i kommunen, og en godt fungerende utelivsnæring kan være en viktig del av et lokalmiljø. Samtidig kan et høyt alkoholforbruk medføre store kostnader og menneskelige lidelser - ulykker, skader og andre helsekonsekvenser - i tillegg til betydelige negative konsekvenser for samfunnet. Det er derfor viktig at kommunen ser folkehelseperspektivet i sammenheng med sin alkoholpolitikk. Gjennomsnittlig alkoholforbruk pr. person i den voksne befolkningen sier noe om utbredelsen av storforbruk som igjen er knyttet til forekomsten av skader. Totalforbruk av alkohol i befolkningen er derfor en viktig indikator. Forholdet mellom gjennomsnittsforbruket og skadeomfanget påvirkes også av hvor stor del av befolkningen som drikker, og måten man drikker på. Kilde: Helsedirektoratet.



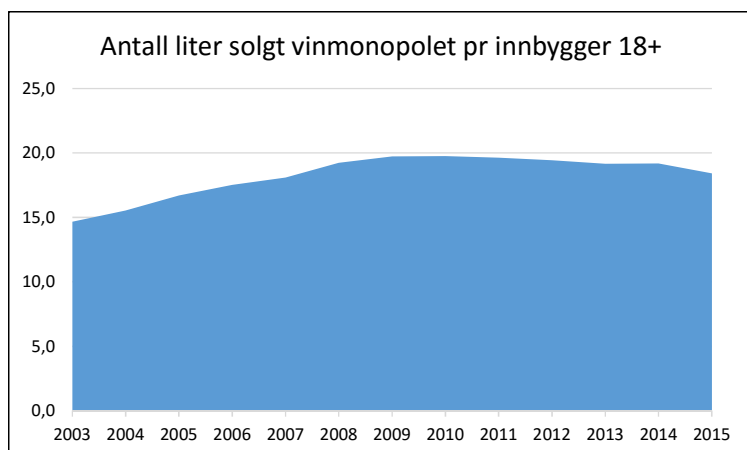
Figur til venstre: Antall liter solgt alkohol i dagligvareforretninger og antall liter skjenket alkohol ved skjenkesteder i Strand kommune i perioden 2007 – 2015. Figur til høyre: Antall salgssteder/dagligvareforretninger og antall skjenkesteder i Strand kommune i perioden 2007-2015. Kilde: Strand kommune.

Siden 2007 og frem til utgangen av 2015 har kommunen doblet antall skjenkesteder fra 7 til 14, samtidig som antall dagligvareforretninger med alkoholsalg har økt fra 8 til 9. Totalt antall liter solgt og skjenket alkohol har siden 2007 økt med 12% som gir en årlig vekst på 1,5%. Til tross for at antall liter solgt alkohol har økt, er antall liter solgt alkohol pr innbygger 18 år pluss redusert fra 65 liter til 62 liter i samme periode, jfr. grafen til høyre (Kilde: Strand kommune). For skjenkestedene observerer vi like mange solgte liter i 2007 som i 2015 på 5 liter pr innbygger 18 år pluss.



Årlig antall liter solgt alkohol ved Vinmonopolet på Jørpeland fordelt på svakvin, øl, brennevin og sterkvin i perioden 2003-2015. Kilde: Vinmonopolet Jørpeland

Vinmonopolet på Jørpeland åpnet høsten 2002. Det har vært en jevn økning i antall solgte liter alkohol ved polet frem til og med 2014. 2015 er første året Vinmonopolet på Strand har opplevd en nedgang i antall solgte liter alkohol siden åpningen. Svakvin selges det desidert mest av, deretter brennevin. Salg av svakvin har også den største veksten siden 2003.



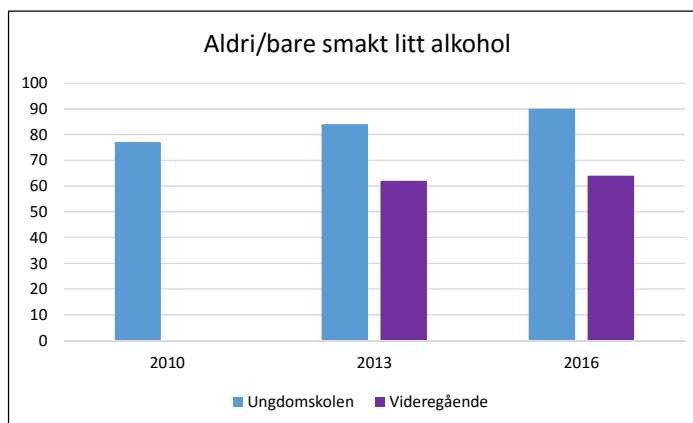
Selv om antall solgte liter ved Vinmonopolet øker, ser vi at antall liter solgt pr innbygger 18 år pluss er på samme nivå i 2015 som i 2007, rundt 18 liter, jfr. grafen til venstre (Kilde: Vinmonopolet Jørpeland). Vi opplever også en nedgang fra toppårene 2009/2010 hvor antall liter solgt pr innbygger 18 år pluss var på nesten 20 liter. Nedgangen fra 2014 til 2015 er på 0,8 liter.

En nedgang i alkoholomsetningen pr innbygger 18 år pluss både ved polet og dagligvareforretninger innebærer ikke

nødvendigvis at «strandbuen» drikker mindre alkohol. Alkohol kjøpt på taxfree/i utlandet er ikke inkludert i statistikken. Stadig flere reiser til utlandet og gjerne flere ganger i året. I følge «SIRUS rapport 6/2015. Avgiftsfritt salg av alkohol og tobakk ved norske lufthavner» utgjorde dutyfreesalget omregnet i ren alkohol 8,6% av den samlede alkoholomsetningen i Norge. I 2014 var dutyfreesalget pr innbygger 15 år og eldre 0,57 liter ren alkohol, mens det avgiftsbelagte salget var på 6 liter. Avgiftsfritt salg av øl på lufthavnene er beskjedent sammenlignet med alt avgiftsbelagt salg og skjenking av øl. Dutyfree-andelen av vin og brennevin er derimot høyere. Omsetningen av ikke avgiftsbelagt alkohol på taxfree i Norge følger ellers stort sett de samme trendene som det avgiftsbelagte salget. Det vil si at øl og vin har økt i perioden 2010-2014, mens brennevin har falt noe. Salgstrendene henger sammen med antall passasjerer, som har økt i løpet av perioden, endring i preferanser og endring i kvoteregler for øl/vin//tobakk innført juli 2014.

Fortsatt er Vinmonopolet, dagligvareforretninger og skjenkesteder hovedkilden til befolkningens alkoholkonsum. Alkoholkonsumeringen er ikke lik blant kommunens innbyggere. Det finnes ikke tilgjengelig informasjon som kan underbygge en påstand om at færre drikker mer alkohol eller at det er flere som drikker alkohol.

Figuren til venstre viser utviklingen i andelen elever på ungdomskolen i Strand og 1. trinn på Strand videregående skole oppgir at de aldri har smakt alkohol eller bare har smakt litt alkohol noen ganger (Kilde: Ungdata). Undersøkelsen ble ikke gjennomført ved Strand videregående skole i 2010.



I 2010 svarte 77% av ungdomsskoleelevene at de aldri har drukket alkohol eller bare smakt litt. I 2016 var dette økt til 90%. Dette endres ved 1. trinn på videregående hvor kun 64% aldri har smakt alkohol eller bare har smakt litt alkohol i

2016. På ungdomsskolen oppgir flest at de ikke har drukket alkohol da de ikke er interessert, det er skadelig, foreldrene er strenge og det skaper store problemer for mange. I 2016 oppgir 90% av elevene på ungdomsskolen at de ikke har lov av foreldrene til å drikke alkohol, mens 3% har lov og 7% vet ikke om de har lov. Ved overgangen fra ungdomsskolen til videregående får flere lov av foreldrene til å drikke alkohol (18%), men hele 28% på 1. trinn på videregående vet ikke om de har lov av foreldrene til å drikke alkohol eller ikke. Dette er viktige signal foreldrene sender, ikke minst der hvor barna er usikre. Foreldrene er oppgitt som en av de viktigste rollemodellene for ungdommen. Deres grensesetting er viktig for å påvirke ungdommen til avhold lengst mulig.

Kommunen har de senere år opplevd en endring i kultur for alkohol. Historisk var kommunens innbyggere todelt med hensyn til om man drakk alkohol eller ikke. Religiøse miljø var i stor grad avholds. Her har det skjedd en vridning hvor det også i disse miljø er større aksept for å drikke alkohol. En ny tid med vinklubber og egen produsert øl gjør alkohol til en hobby for flere.

Det er positivt at kommunen ikke opplever en økning i alkoholsalget spesielt i tilknytning til den høye arbeidsledigheten som har vist seg de siste år som følge av nedkonjunktur i oljesektoren. Mulig dette ikke har vist seg enda eller at flere kjøper alkohol utenfor kommunens grenser for ikke å synliggjøre at de drikker mer.

Et høyt alkoholforbruk kan medføre store kostnader, menneskelige lidelser, ulykker og betydelige negative konsekvenser for samfunnet. Rusavhengighet og psykiske lidelser henger ofte sammen. Strand kommune har et rus- og psykiatriproblem, jfr. omtale under «Brukerplan Rus/psykiatri».

For å redusere helseskader og sosiale skader av alkoholbruk er det nødvendig å redusere det generelle forbruket blant befolkningen. Stordrikkere er mest utsatt, men de fleste skader, voldstilfeller og ulykker oppstår blant det store flertallet som drikker moderat. Alkoholpolitiske retningslinjer rettet mot befolkningen er svært viktig og innsatsen må skje der folk bor i kommunen. En forsvarlig alkoholpolitikk bør innlemmes i planlegging og drift i alle kommunens sektorer.

BRUKERPLAN RUS/PYSKIATRI

Begrunnelse for valg av indikator: Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer forekommer i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen. En del klarer å håndtere situasjonen ved egen innsats og med støtte fra familie og nettverk. Andre har behov for hjelp av helsetjenesten. Rus/psykiatri påvirker ikke bare den aktuelle bruker, men også dennes pårørende.

Kommunen bruker verktøyet BrukerPlan for å kartlegge omfanget og karakteren av rusmiddelmisbruk og psykisk helse blant brukerne av kommunens helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Verktøyet kan brukes til kartlegging, kvalitetssikring, utvikling og planlegging av tjenester. Strand kommune har kartlagt personer med rusproblematikk og rus/psykisk helseproblematikk siden 2011. Fra 2015 var det mulig å kartlegge brukere med kun psykisk helseproblematikk. Kommunen valgte å ikke kartlegge disse brukerne.

Brukerplankartlegging	2011	2012	2013	2014	2015
Antall kartlagte	93	118	96	120	130
Andel i fht folketall 18 år og eldre	1,1 %	1,4 %	1,1 %	1,3 %	1,4 %
Andel menn	65 %	61 %	59 %	68 %	65 %
Andel kvinner	35 %	39 %	41 %	32 %	35 %
Rusproblem	31 %	16 %	34 %	28 %	28 %
Rusproblem og psykisk lidelse	69 %	84 %	66 %	73 %	72 %
Andelen kartlagte brukere under 25år	10 %	15,3 %	17 %	13 %	15 %

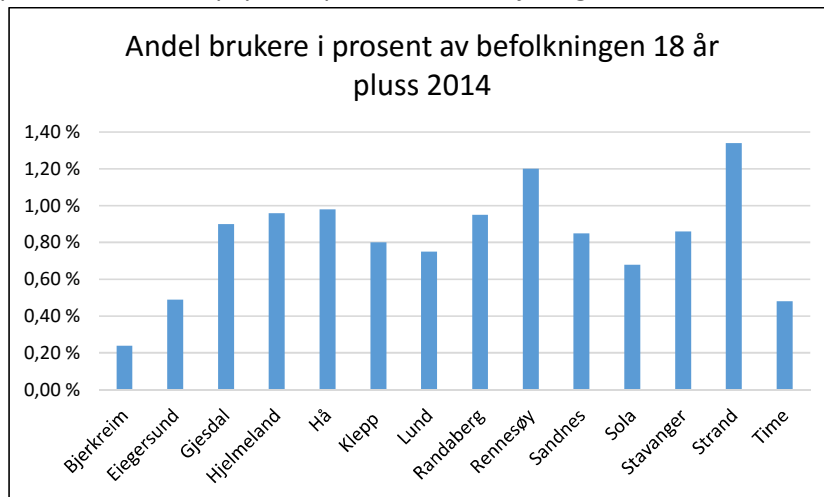
I 2013 var det utfordringer med innrapporteringen som gir feilaktige tall på antall kartlagte brukere. Antall kartlagte skulle vært på linje med 2012 og 2014. 2013 gir derfor ikke riktig bilde av den kartlagte situasjonen. Kilde: BrukePlan

I perioden 2011 til 2015 er antall kartlagte brukere gått fra 93 til 130 i Strand kommune. Det utgjør 1,4% av innbyggerne i kommunen som er over 18 år. Fordelingen mellom menn og kvinner har stort sett vært på samme nivå, 65% menn og 35% kvinner. Det er en økning i andelen med både rusproblem og psykiske lidelser hvor det ved kartleggingen i 2015 var 72% mot 66% i 2011. Kun 2 av kartlagte brukere i 2015 er innvandrere med opprinnelse utenfor Vest Europa, øvrige har norsk opprinnelse. Andelen kartlagte brukere reduseres med utdanningsnivået. Kun 1,5% av kartlagte brukere har utdanning utover videregående skole.

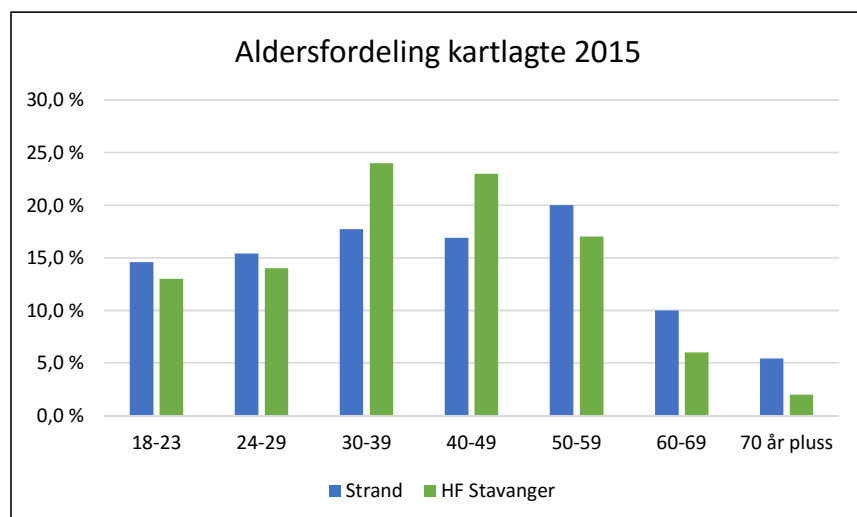
Vel 40% av de kartlagte har grunnskolen som høyeste fullførte utdanning. For 25% er utdanningsnivået ukjent.

Strand kommune har i hele kartleggingsperioden hatt høyest andel kartlagte brukere i prosent av befolkningen over 18 år blant kommunene i Helse Stavanger. I Strand kommune var 1,34% av befolkningen over 18 år kartlagt og definert å ha et rusproblem eller rus/psykiatri problem i 2014, jfr. figuren nedenfor (Kilde: BrukerPlan).

Øvrige kommuner ligger hovedsakelig mellom 0,5 og 1%. En mulig forklaringsfaktor kan være at Strand har vært et industrisamfunn som ofte kjennetegnes med høyere bruk av rusmidler. Kommunen har også forholdsvis mange ansatte i offshoresektoren som kan leve et dobbeltliv med rus når de har friperiode. Strand har sammenlignet med andre et lavt utdanningsnivå, jfr. kapitlet om «oppvekst og levekårsforhold». Dette øker også risikoen for rus. Jo flere rusmisbrukere i kommunen, jo større blir risikomiljøet og tilgang på rusmidler.



Spesielt for Strand er at 75% av de kartlagte brukerne er kartlagt av NAV. I andre kommuner blir en høy andel brukere kartlagt av fastlegen. Brukerne NAV kartlegger er i kontakt med NAV blant annet i forbindelse med sykemelding, dagpenger, behov for bolig og ønsker om henvisning til behandling. Pensjonister, de som er i arbeid og de som forsørges av partner er ikke i kontakt med NAV og blir ikke fanget opp av BrukerPlan-kartleggingen da fåtall av brukerne blir kartlagt av andre enn NAV. Det innebærer stor sannsynlighet for mørketall i Strand kommune.



Aldersfordelingen av kartlagte brukere via BrukerPlan i Strand og Helse Stavanger i 2015 er vist i figuren til venstre (Kilde: BrukerPlan Helse Stavanger).

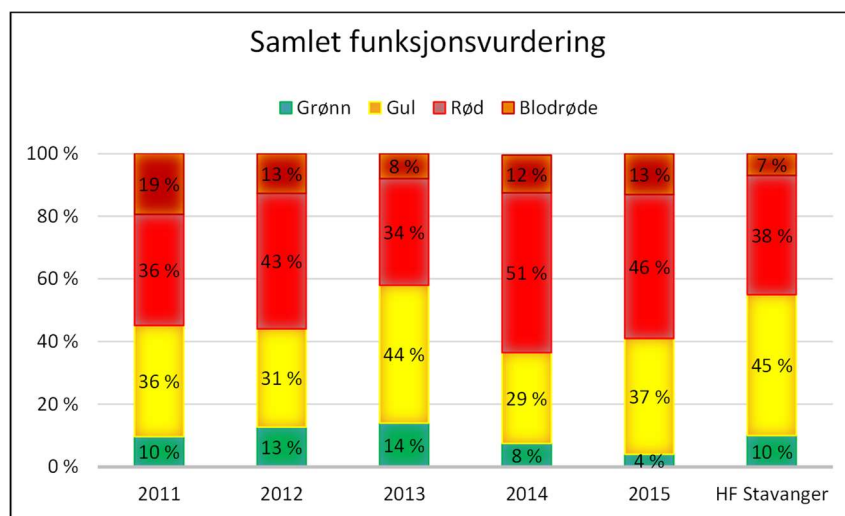
Strand kommune har kartlagt mange unge brukere i alderen 18-29 år, og disse har ofte allerede et tungt rusmisbruk som det er vanskelig å komme ut av og som får store konsekvenser knyttet til utdanning, arbeid og helse. De fullfører gjerne ikke videregående skole, har ingen jobb og forsørges

av foreldre til de blir sosialhjelpsmottakere. Det er stor sannsynlighet for at de på sikt vil ha behov for andre av kommunens tjenester. Kommunen er kjent med at det unge misbrukere under 18 år som ikke fanges opp av systemet da de forsørges av foreldre. Disse har gjerne allerede droppet ut av skolen og hvis misbruket fortsetter vil også disse ha behov for kommunale tjenester.

Strand har også en stor andel brukere i aldersgruppen 50 pluss. En rusmisbruker i alderen 45 år kan tillegges en alder på 20 år hva gjelder geriatrisk tilstand/fysisk helsetilstand. Det medfører at Strand kommune har i

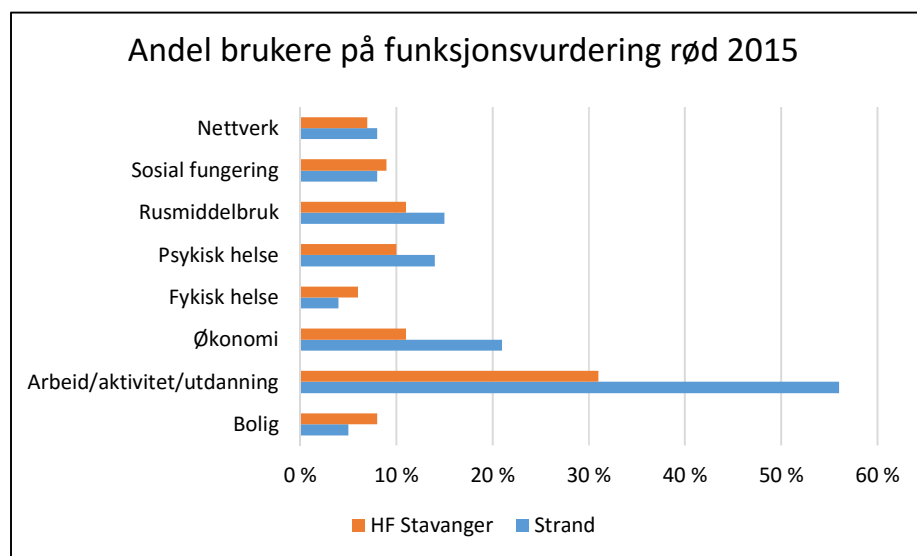
overkant av 60 rusmiddelavhengige som grunnet tungt rusmisbruk har en fysisk helsetilstand som tilsier at de er 65+ og derav er i tidlig alderdom hvor kommunen kan forvente behov for betydelig helse- og omsorgshjelp. Det er allerede vurdert at 15 av de kartlagte brukerne har behov for bolig med bemanning. Disse brukerne passer ikke inn i eksisterende boligtilbud kommunen har.

Til høyre vises andelen kartlagte brukere med funksjonsvurdering grønn (et godt funksjonsnivå), gul (middels funksjonsnivå), rød (svært dårlig funksjonsnivå) og blodrød (kritisk dårlig funksjonsnivå) i Strand i perioden 2011-2015 og Helse Stavanger i 2015 (Kilde: BrukerPlan Helse Stavanger).



En samlet funksjonsvurdering viser at Strand kommune sammenlignet med Helse Stavanger har en høyere andel kartlagte med rød/blodrød funksjonsvurdering. Totalt utgjør disse i 2015 59% av de kartlagte i Strand, mens de i Helse Stavanger utgjør 45%. I tillegg ser vi en liten økning i Strand blant rød/blodrød funksjonsvurdering siden 2011. Dette innebærer at Strand kommune har flere tunge misbrukere hvor den daglige fungeringen i stor grad blir påvirket i negativ retning.

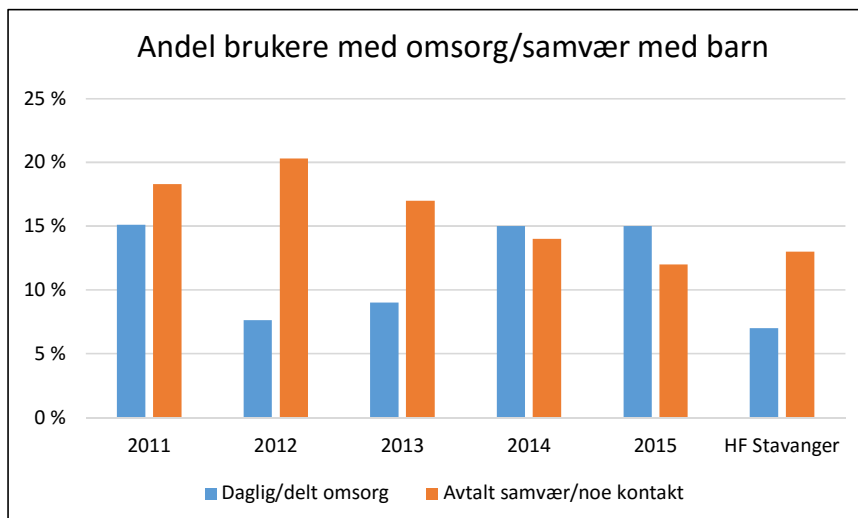
Andelen kartlagte brukere med funksjonsvurdering rød på områdene nettverk, sosial fungering, rusmiddelbruk, psykisk helse, fysisk helse, økonomi, arbeid/aktivitet/utdanning og bolig i Strand og Helse Stavanger i 2015 vises i figuren nedenfor (Kilde: BrukerPlan Helse Stavanger).



I 2015 er 7 av de kartlagte i Strand bostedsløse. Videre er 73 av de kartlagte uten meningsfullt arbeid eller aktivitet (56% mot 31% i Helse Stavanger). 27 av de kartlagte har stor uorden i økonomien og/eller er helt avhengig av midlertidige stønader og/eller illegale inntekter (21% mot 11% i Helse Stavanger). Svært omfattende bruk av rusmidler innebærer alvorlige konsekvenser for den daglige fungeringen for 20 av de

kartlagte i Strand. Et slikt rusmisbruk vil i stor grad sette en stopper for å gjennomføre en utdanning, ha en jobb eller delta på et fast aktivitetstilbud. 18 kartlagte er vurdert å ha alvorlige og langvarige psykiske problemstillinger med store påkjenninger for den enkelte og de nærmeste, inkludert funksjonstap på sentrale livsområder. At 73 av 130 av kartlagte i kommunen ikke er i noen form for meningsfull aktivitet sier også noe om hvor begrenset aktivitetstilbud kommunen har til denne gruppen.

Pårørende til de kartlagte er også påvirket og skal opprettholde egen helse i den situasjonen de lever i. Strand opplever en økning i andelen kartlagte brukere som har daglig/delt omsorg for barn, samtidig som andelen brukere med avtalt samvær/noe kontakt med barn går ned, jfr. grafen til høyre som viser utviklingen fra 2011-2015 inkludert Helse Stavanger i 2015 (Kilde: Brukerplan Helse Stavanger). I 2015 påvirker dette 57 barn som enten bor sammen helt eller



delvis med en av de kartlagte brukerne, eller har avtalt samvær/noe kontakt. I tillegg kommer 5 barn av kartlagte brukere som har ingen kontakt med aktuell forelder. For Helse Stavanger har 7% av kartlagte brukere i 2015 daglig/delt omsorg med barn mot 15% i Strand. Andelen med noe kontakt ligger på 12-13% for både Helse Stavanger og Strand. I Strand har barnevernstjenesten oppfølging av samtlige berørte barn. Det er usikkert hvorfor andelen som har daglig/delt omsorg for barn er så høyt i Strand sammenlignet med Helse Stavanger.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) kjennetegnes av tung problematikk og oftest har rusmiddelmissbruket vart i mange år. Det er dermed stort tap av mestring og en lang rehabiliteringsprosess. Strand har 22 personer i LAR, et forholdsvis høyt antall basert på kommunens størrelse. Dette utgjør 0,18% av befolkningen mot 0,1% i Sandnes og 0,06% i Time kommune.

Brukere med rusmiddelmissbruk er svært ressurskrevende brukere med omfattende og sammensatte tjenestebehov. Disse mottar gjerne flere kommunale tjenester på tvers av tjenesteproduksjonen og fra spesialisthelsetjenesten. Ansvar for behandling av rusmiddelavhengighet ligger hos Helse Stavanger, men på grunn av lange ventetider, ligger tyngden av ansvaret på kommunen. Kommunens oppfølging består blant annet av motivering for og henvisning til behandling, vurdering av bistandsbehov, oppfølging av miljøarbeider, hjemmebaserte tjenester, behandling fra ROP team, boligoppfølging, koordinering av Individuell Plan og ettervern. Brukere med rusmiddelmissbruk er i liten grad selvforsørget og fyller ikke vilkåret for statlige ytelser før de eventuelt er i behandling. Deres inntektskilde er i stor grad sosialhjelp. Eldre tyngre misbrukere har i stor grad uførepensjon.

Kommunen er kjent med en hasjproblematikk hos en gruppe eldre ungdommer 20 år pluss som blir forsørget av foreldre. I Ungdataundersøkelsen 2016 oppgir 2% av ungdomsskoleelevene at de det siste året har brukt hasj eller marihuana mot 3% i Norge. For videregående, 1. trinn, er det 0% i Strand og 11% i Norge som oppgir at de det siste året har prøvd hasj eller marihuana. Det oppleves at det i større grad er på videregående de unge utforsker alkohol og rus. Det er usikkert hvorfor ingen ved Strand videregående på 1. trinn oppgir at de det siste året har prøvd hasj eller marihuana. Med en svarprosent på kun 75% blant elever på 1. trinn på Strand videregående skole er det mulig at de aktuelle ikke svarte på undersøkelsen eller at de allerede har droppet ut av skolen.

Et rusmisbruk som kan skyldes tilfeldigheter som nysgjerrighet og at man havner i feil miljø, kan få store konsekvenser for den enkeltes og pårørendes helse. Et vedvarende tungt rusmisbruk vil kunne medføre omfattende og sammensatte hjelpebehov fra kommunen. Det er viktig å være proaktiv og identifisere risikomiljø for å unngå at flere innbyggere utvikler rusproblem i kombinasjon med psykiske lidelser. Det er særs viktig at flere får et meningsfullt arbeid/aktivitet å gå til for å skape daglige rutiner/faste rammer og en følelse av mestring, samt tilhørighetsfølelse.

VURDERING AV HELSERELATERT ATFERD

Forholdene skulle ligge godt til rette for å ha et fysisk aktivt liv som innbygger i Strand kommune. Det er nærhet til både sjø, fjell og skog. Kommunen har treningsstudio både på Tau og Jørpeland. I tillegg kommer vel 150 lag og foreninger som tilbyr ulike aktiviteter. Rundt 20 av disse er idrettsforeninger med en viss bredde i aktivitetstilbudet. Den frivillige sektoren er konsentrert blant barn/unge og seniorer. Andelen som benytter idrettslag som kilde til fysisk aktivitet er synkende med alder. Bynære grøntområder finnes i begrenset grad. Til dels store avstander og mangel på gang/sykelsti i enkelte områder favoriserer bil fremfor hverdagsaktivitet når man skal på skole, jobb og fritidsaktiviteter. I tillegg er det en kultur for kjøring blant innbyggerne samtidig som mye parkering legger til rette for bilkjøring. En utvidelse av busstilbudet både i geografi og hyppighet kan bidra til økt hverdagsaktivitet da en busstur ofte innebærer en gå-etappe i start og slutt.

Selv om vi ikke direkte kan påstå at kommunens innbyggere har et generelt sett dårligere kosthold eller er i mindre fysisk aktivitet enn andre kommuner og landsgjennomsnittet, indikerer i hvert fall målt overvekt ved sesjon 1 og første svangerskapskontroll at Strand har en større utfordring knyttet til disse områdene enn andre. Fysisk aktivitet, et sunt kosthold og overvekt/fedme er tre faktorer som henger tett sammen. Kosthold og fysisk aktivitet danner grunnlaget for eventuell vektproblematikk og grunnlaget etableres i ung alder. Tilrettelegging for fysisk aktivitet i nærmiljøet, breddeidrett for å fange flest mulig og tidlig opplæring i og etablering av et sunt kosthold er faktorer som vil påvirke positivt. Hovedformålet bør være på forebygging blant barn og unge. Kommunen kan legge til rette for fornuftige og sunne valg, men den enkelte må selv ta et aktivt valg for sunne levevaner.

Kommunen har en høy vaksinasjonsdekning som er viktig å opprettholde for å sikre befolkningen mot aktuelle sykdommer. En økende andel innvandrere kan påvirke vaksinasjonsdekningen i negativ retning. En jevnlig oppfølging av vaksinasjonsdekningen er viktig for å sikre at den opprettholdes.

Selv om det fortsatt er røykere i Strand kommune, vurderes det ikke å være en utfordring for kommunen. Det er stadig færre nye, unge røykere og røyk oppleves som ukult blant ungdommen. Rekrutteringsmiljøet for nye røykere er dermed begrenset, blant annet som følge av ny røykelov og bevisste nasjonale røykekampanjer.

Strand opplever et stabilt alkoholsalg blant dagligvareforretninger, Vinmonopolet og skjenkestedene i kommunen. Generelt alkoholkonsum kan kommunen ikke stoppe. Spesielt blant ungdom er det viktig å påvirke til avhold lengst mulig ved å synliggjøre mulige effekter og konsekvenser av alkoholkonsum. For tiden opplever kommunen en økning i arbeidsledigheten noe som kan påvirke til økt alkoholforbruk. Foreløpig kan vi ikke basert på tilgjengelig informasjon si at dette har inntruffet.

Kommunen har utfordringer knyttet til rus og psykiatri. Selv om det er en forholdsvis beskjeden andel av innbyggerne som er kartlagt via BrukerPlan, har Strand den høyeste andelen kartlagte brukere av befolkningen over 18 år blant kommunene i Helse Stavanger. Kommunen har også forholdsvis mange med et omfattende rus/psykiatriproblem blant de kartlagte. For disse og deres pårørende har dette alvorlige konsekvenser for det daglige livet. Også samfunnsøkonomien blir sterkt påvirket da kartlagte brukere har et omfattende og sammensatt hjelpebehov. Denne gruppen utgjør også et risikomiljø for øvrige innbyggere, både i form av kriminalitet og rekruttering av nye misbrukere.

7. SKADER OG ULYKKER

Skader og ulykker med personskader er den største dødsårsaken for personer under 45 år, og utgjør et generelt folkehelseproblem som medfører lidelse, død, uførhet, sykemelding, redusert funksjon og livskvalitet.

Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Eldre over 70 år rammes særlig av fall- og bruddskader, noe som medfører høy overdødelighet blant de som rammes. Det er et betydelig potensial for forebygging av skader og ulykker.

Hvilke skader og ulykker blir innbyggerne i kommunen utsatt for? Hvor og hvordan skjer ulykkene? Hvem blir rammet? Denne informasjonen er viktig knyttet til økt oppmerksomhet mot forebygging og treffsikkerhet av tiltaksarbeidet.

Uansett nivå på tiltak og forebygging vil det være umulig å redusere skader og ulykker til 0. Uheldige situasjoner vil oppstå. I generell forebygging av skader og ulykker vil økt trafikkikkerhet i form av utbedring og etablering av gang/sykkelvei (G/SV) og sikker skolevei være viktige elementer. Opplæring i trafikkferdsel for skoleelever er også mulige angrepsvinkler. Ved å sikre at lekeapparater i kommunalt eie er i forskriftsmessig stand kan kommunen legge bedre til rette for at ulykker unngås. I kommunalt eide boliger/institusjoner vil universelt utformet lokale muligens bidra til mindre fallulykker.

SYKEHUSINNLEGGELSER ETTER ULYKKER/SKADER

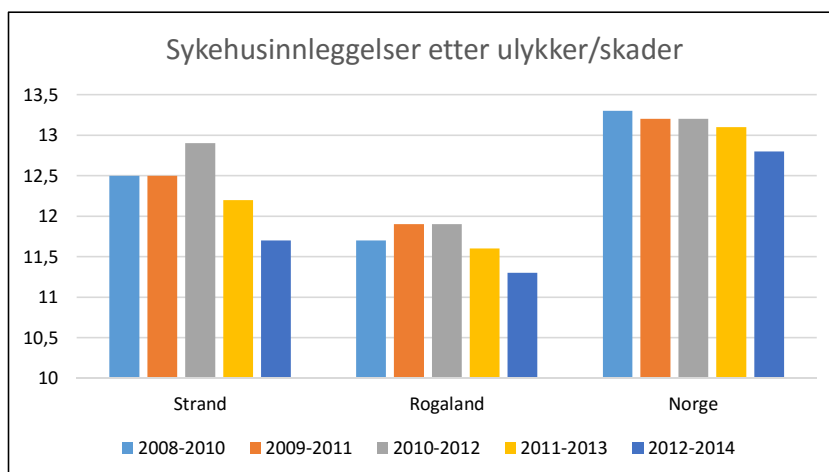
Begrunnelse for valg av indikator: Selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkeskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og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

Store kostnader ved hoftebrudd (studie gjort i Trondheim – 396 pasienter)

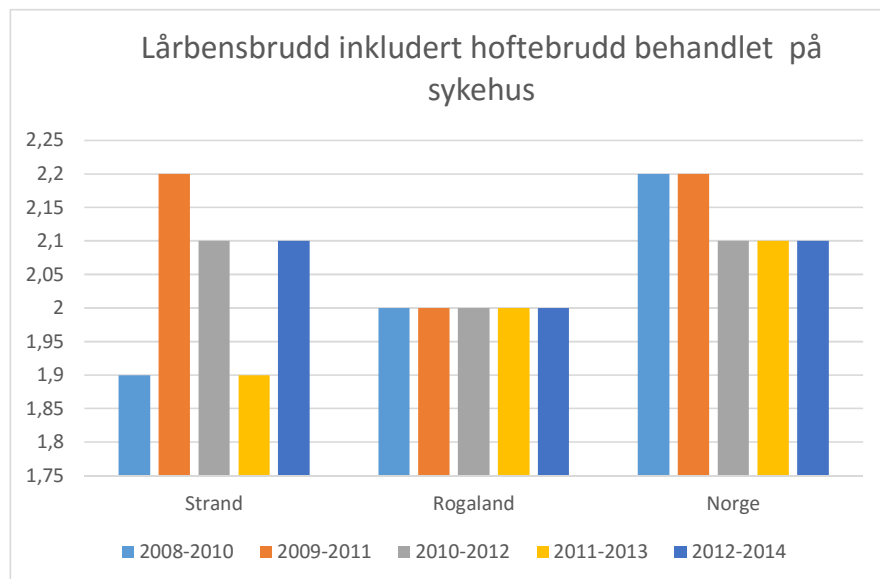
Allerede ett år etter hoftebruddet er 17 % av de 396 hjemmeboende pasientene døde, og om lag 24 % har endret bosted til sykehjem. I det første året utgjør gjennomsnittskostnaden vel 500.000 kroner hvorav 38 % er statens kostnader, 50 % dekkes av kommunen og resterende 12 % delte kostnader stat/kommune (rehabilitering). Etter to år er 32 % av pasientene døde og for de gjenlevende øker totalkostnaden som følge av hoftebrudd til 800.000 – 1 000 000 kroner. I tillegg til direkte helsetjenestekostnader kommer pasientens personlige «kostnader» i form av smerter, lidelse, funksjonssvikt, redsel for nye fall, avhengighet og tap av helse relatert livskvalitet, samt bidrag og støtte fra familie og venner. Kilde Helsedirektoratet/ høgskolen Oslo og Akershus

Det er en svak nedgang i antall personer per 1 000 innbyggere behandlet på sykehus etter ulykker/skader, ekskludert hofte/lårbensbrudd, siden 2008, jfr. figuren til høyre

(Kilde: Kommunehelse Statistikkbank). Statistikken viser 3-års glidende gjennomsnitt. Landet som helhet har noe høyere skader enn Strand, mens fylket har marginalt færre skader. I 2012-2014 var det årlige snittet i Strand 11,7 per 1 000 innbygger, som tilsvarer 142 personer i 2014. Det årlige snittet i 2008-2010 var 12,5 per 1 000 innbygger. Det tilsvarer 136 personer i 2008. Som følge av



befolkningsveksten ser vi at til tross for en relativ nedgang i antall behandlete er det absolutte tallet høyere i 2014 enn i 2008.



Figuren til venstre gir en oversikt over antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med lårbensbrudd inkl. hoftebrudd per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelse statistikkbank.

Strand kommune har hatt en marginal økning i andelen personer behandlet på sykehus for lårbens- og hoftebrudd. I perioden 2008-2010 var det årlige snittet 1,9 per 1 000 innbyggere, mens det i 2012-

2014 var 2,1 per 1 000 innbyggere. Det tilsvarer 26 personer i 2014 mot 21 personer i 2008. Også for Rogaland og Norge ligger verdiene på rundt 2 pr 1 000 innbyggere.

Det finnes lite tilgjengelig informasjon på kommunenivå knyttet til ulykkes/skadested eller årsak. Rapporten «Personskadedata 2015» utarbeidet av Helsedirektoratet peker på at vel 90% av innmeldte personskader til Norsk personskaderegister skyldes ulykker. Det er også noe tilfeller av vold/overfall og egenskade. Vold/overfall og egenskade er høyest i aldersgruppen 20-39 år, mens personskader er lavest for denne aldersgruppen og deretter økende med alder. Også barn og unge under 20 er godt representert under personskader forårsaket av ulykker. De fleste skadene er av liten alvorlighetsgrad, men eldre mennesker har oftere mer alvorlige ulykker. Også egenskadene har gjennomgående høyere alvorlighetsgrad enn andre skader.

Nesten 1/3 av rapporterte skader skjedde i bolig, boligområde. Også vei, gate, fortau, gang- og sykkelvei, samt sports- og idrettsområde har mange rapporterte skader som skadested. De yngste aldersgruppene ble oftere skadet på skoler og idrettsområde, mens de eldste oftere ble skadet i bolig og på institusjon. Menn fikk i større grad skader på sports- og idrettsområde, mens for kvinner var bolig et betydelig større skadested.

Fallskader og sammenstøt/påkjørsel er oppgitt som de dominerende ulykkesårsaker med til sammen 70% av tilfellene. Det er betydelige forskjeller mellom aldersgruppene hvor fall var årsak til 85% av skadene hos eldre over 80 år, mens tilsvarende andel for aldersgruppen 20-39 år var 35%. Kutt, bitt, stikk og skudd peker seg ut i aldersgruppen 20-39 år. Også sammenstøt/påkjørsel er høyest representert i de yngste aldersgruppene opp til 39 år. Kvinner var klart overrepresentert i fallkategorien, mens menn oftere fikk skader etter sammenstøt og påkjørsel og kutt, bitt, stikk og skudd.

Det er rimelig å anta at de store linjene på nasjonalt nivå fremkommet i «Personskadedata 2015» også er tilsvarende i Strand.

Skader blant barn i kommunalt eide barnehager og skoler rapporteres fortløpende internt i kommunen. I barnehagene i Strand kommune er 10 skader rapportert siden 2014 og til medio 2016. På barneskolene er det rapportert totalt 122 skader i samme periode. Rapporterte skader går betydelig ned fra barneskolen til

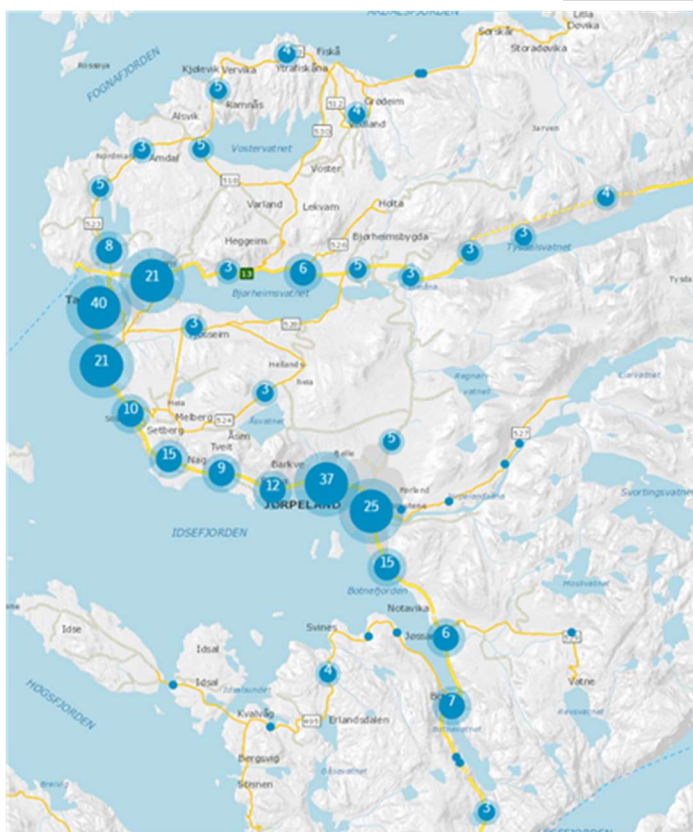
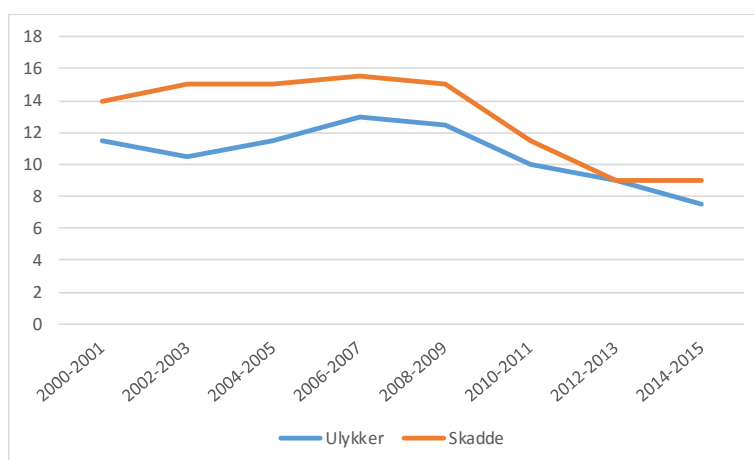
ungdomsskolen hvor det til sammenligning er rapportert 38 skader i aktuell periode. Mulige årsaker til det kan være forskjeller i aktiviteten som utspiller seg på barneskolen versus ungdomsskolen. På barneskolen er friminuttene preget av frilek og bruk av lekeapparater. Små barn er også gjerne mer uforsiktlige i sin lek da de ikke har lært å tenke konsekvenser ennå. På ungdomsskolen er det mindre fysisk aktivitet i friminuttene.

TRAFIKKULYKKER OG -SIKKERHET

Begrunnelse for valg av indikator: Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft i Norge målt i tapte leveår. Spesielt for ulykker med personskader er at det tar relativt mange unge liv, og det er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Men våre muligheter for å forebygge ulykker er gode hvis det legges til rette for det, og effekten av tiltak kommer raskt. Kilde: Ulykker i Norge, 2009–2014. 75 % av ulykkene skyldes manglende førerdyktighet. Men også fartsnivå, rus, trøtthet og feil på bilen og dårlig skilting er medvirkende årsaker. De fleste dødsulykkene skjer i stor fart ved stor trafikk tetthet. De fleste ulykkene skjer på stamveiene og ikke motorveiene. Kilde: Statens vegvesen

Til høyre vises gjennomsnittlig antall skadde og ulykker i trafikken i Strand kommune i perioden 2000-2015 (Kilde: SSB). En ser på 2-årige intervall for å få et bedre overblikk over trenden.

Siden 2000 har det vært en positiv utvikling i både antall ulykker og antall skadde i Strand kommune. Årlig snitt 2000-2001 var 11,5 ulykker og 14 skadde. Dette er redusert til 7,5 ulykker og 9 skadde i perioden 2014-2015.



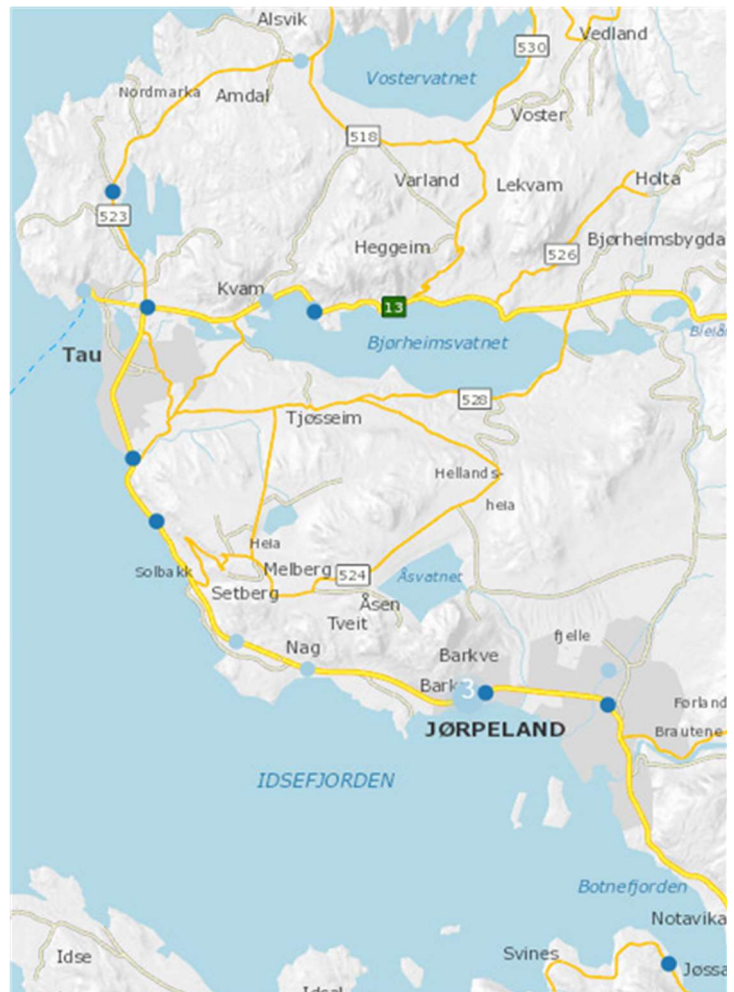
Kartet til venstre gir en oversikt over ulykker og skader i veitrafikken i Strand kommune, uavhengig av ulykkens alvorlighetsgrad (Kilde: Statens vegvesen).

Hovedvekten av ulykkene skjer langs Riksvei 13 på strekningen mellom Tau og Jørpeland, med en foretting av ulykker på begge steder hvor trafikkmengden/trafikkbelastningen er størst. I disse områdene er det også en opphopning av myke trafikanter (gående/syklende).

Kartet til høyre gir en oversikt over alvorlige trafikkulykker med dødsfall markert med lyseblå prikker og meget alvorlig skadde markert med mørkeblå prikker i Strand kommune, i perioden 1979-2016 (Kilde: Statens vegvesen).

I Strand kommune har 11 personer mistet livet i bilulykker siden 1979. Siste dødsulykke var i 2012. Totalt 9 mennesker er meget alvorlig skadd i bilulykke i samme periode, hvor siste ulykke var i 2016. Brorparten av disse ulykkene skjer også langs Riksvei 13, men forekommer også på mindre veistrekninger, blant annet mot Fiskå, jfr. figuren nedenfor.

Riksvei 13 går fra Sandnes i sør til Førde i nord gjennom 10 kommuner, og er hovedferdselsåren mellom Stavanger/Strand og Hjelmeland. Strekningen tilhører rute 5A på det norske stamvegnettet og har status som turistveg. Strekningen er viktig for gjennomgangstrafikk, men også for lokaltrafikk internt i Strand og Hjelmeland. En gjenstående strekning langs Tysdalsvatnet (Tysdal III) er skredutsatt, av delvis dårlig standard og er høyt prioritert som skredsikringsprosjekt i Region vest. Det er hyppige hendelser og potensial for mer alvorlige ulykker på strekningen. (Kilde: Statens vegvesen).



Årsdøgnetrafikk, ÅDT, er et gjennomsnittstall for daglig trafikkmengde som passerer et punkt på en vegstrekning (for begge retninger sammenlagt). For Strand kommune er denne vist i kartet øverst på neste side. Strekningen på R13 mellom Rådhusgaten og Barka har høyest ÅDT i kommunen med over 6000 kjøretøy (lilla farge i kartet på neste side). Denne strekningen samsvarer med lokalisering av hovedbebyggelsen på Jørpeland. Deretter kommer R13 fra sørøstsiden på Tau/Strandastø og ned til ferjekaien. Her er ÅDT mellom 5000 og 6000 kjøretøy (mørkeblå). Dette samsvarer også med plassering av bebyggelsen i området. Resten av strekningen langs R13 fra Tau til Tunglund har en ÅDT på 4000-5000 kjøretøy (gul).

R13 fra Tau langs Bjørheimsvatnet og fra Tunglund mot Botne har en ÅDT på 2000-4000 kjøretøy (grønn). Videre er trafikkbelastningen mellom 500-2000 kjøretøy i områder markert med rødt og mindre enn 500 i områder markert med blågrønn. Sistnevnte er områder som Heia, Dalavegen, Idse, Preikestolen og Alsvik-Døvik.



Årsdøgntrafikken i Strand kommune i 2015. Kilde: Statens vegvesen

Politiet opprettet en UP-patrulje med base i Strand sommeren 2016. Utrykningspolitiet forholder seg primært til statistikk for antall ulykker med drepte og hardt skadde. Strand kommune ligger midt på treet hva angår slike ulykker. De siste tre år har R13 i Rogaland hatt 11 slike ulykker hvor 4 har skjedd i Strand/Hjelmeland, mens Sandnes og Suldal har resten. I tillegg til trafikksikkerhetsarbeid er beredskap og bistand viktige elementer for valg av plassering av den nye UP-enheten. (Kilde: Distriktsleder Terje Oksnes, Politiet).

Etablering av en UP-patrulje i kommunen kan være en viktig forebyggende faktor for trafikksikkerheten i kommunen. Risikoen for blant annet farts-, bilbelte- og promillekontroller kan bidra positivt slik at flere følger regelverket og ikke unødvendig skaper farlige situasjoner.

Viktig forebygging starter allerede ved fødsel og fortsetter i barnehagen og skolen. Riktig bruk av bilstol og bruk av bilbelte er holdninger som foreldre overfører til sine barn. Det samme gjelder bruk av reflekser og etterlevelse av trafikkreglene som myke trafikanter. At barn lærer seg å ferdes i trafikkbildet blant motorkjøretøy og sykler, er også et viktig tiltak for å øke trafikksikkerheten og forebygge ulykker i kommunen. Kommunens skoler har opplæring i trafikksikkerhet i henhold til læreplanen med gitte kompetansemål for aktuelle klassetrinn.

For nærmere omtale om G/SV og trygge skoleveier henvises det til kapittelet «Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø».

VURDERING SKADER OG ULYKKER

Det vurderes ikke at kommunen har en stor utfordring knyttet til trafikkulykker og skader som følge av dette. Det er ikke påvist noen ulykkestrekninger eller ulykkepunkter blant veiene i kommunen. Strand har siden 2000 opplevd en bedring på trafikkulykker, både på antall ulykker og skadde. Bedre tilrettelegging for myke trafikanter vil bidra forebyggende på trafikkulykker. Det vises til kapittelet «Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø» for nærmere omtale om fortau/gang- og sykkelsti. Informasjon om årsdøgntrafikken er viktig i forbindelse med veiplanlegging og etablering av tiltak for forebygging av trafikkulykker.

Når det gjelder andre ulykker og skader ser vi at kommunen ligger under nasjonalt nivå knyttet til sykehusinnleggelser, og på nasjonalt nivå for sykehusinnleggelser ved hoftebrudd, inkludert lårhalsbrudd. Dette er heller ikke vurdert til en utfordring for kommunen rent folkehelsemessig, men generell forebygging på området er viktig.

8. HELSETILSTAND

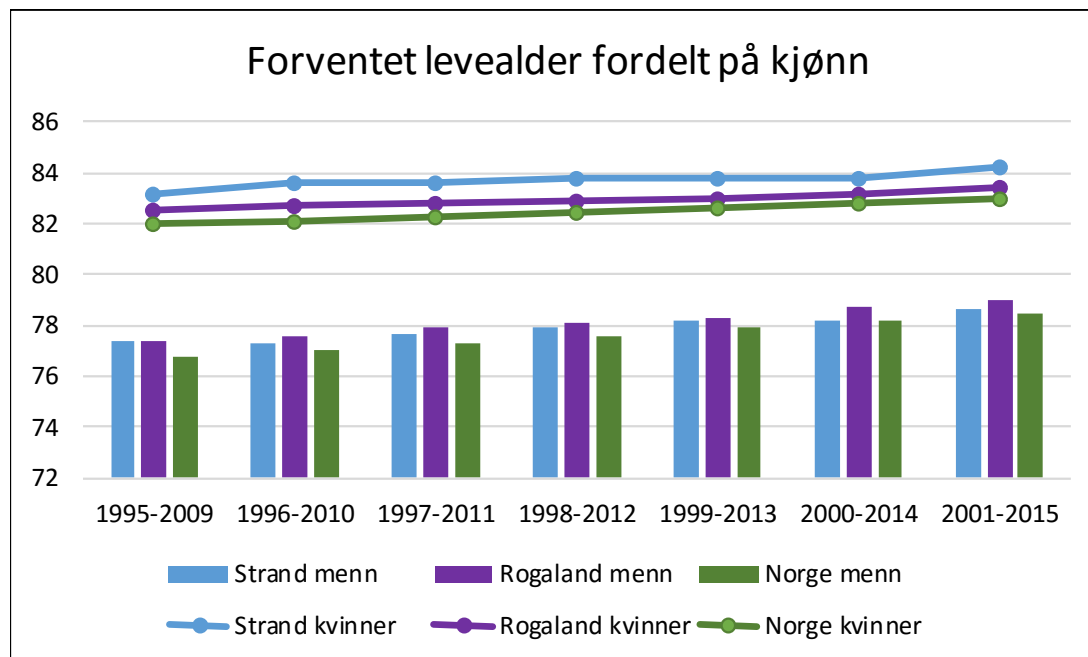
Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål, for eksempel gjennom forebyggbare sykdommer som psykiske lidelser, hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes og kreft. Disse sykdommene har ofte en sammensatt årsakskjede som involverer flere elementer fra de andre temaene/kapitlene i dette oversiktsdokumentet.

Indikatorer som levealder, selvpoplevd helse, dødelighet og forekomsten av forebyggbare sykdommer forteller noe om befolkningens tidligere levevaner og at forebyggingspotensiale er betydelig. Faktorer som påvirker befolkningens helsetilstand er skjevfordelt. Både levealder og andre indikatorer samvarierer betydelig med sosioøkonomisk status i befolkningen. Indikatorer på helsetilstand varierer også mellom kvinner og menn.

Legemiddelstatistikken kan indirekte si noe om forekomsten av sykdommer, men bruk av legemidler på resept påvirkes av flere faktorer utenom sykdomsforekomst. Blant annet påvirker tilgang til lege og forskrivningspraksis som kan variere mellom leger/kommuner. Et legemiddel brukes også ofte mot flere ulike sykdommer.

FORVENTET LEVEALDER

Begrunnelse for valg av indikator: Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. På lands- og fylkesnivå er dette en stabil og pålitelig indikator som gir informasjon om endringer over tid og om forskjeller mellom befolkningsgrupper. Indikatoren er også informativ på kommunenivå, forutsatt at det tas hensyn til betydningen av tilfeldige svingninger. Kilde: Folkehelseinstituttet



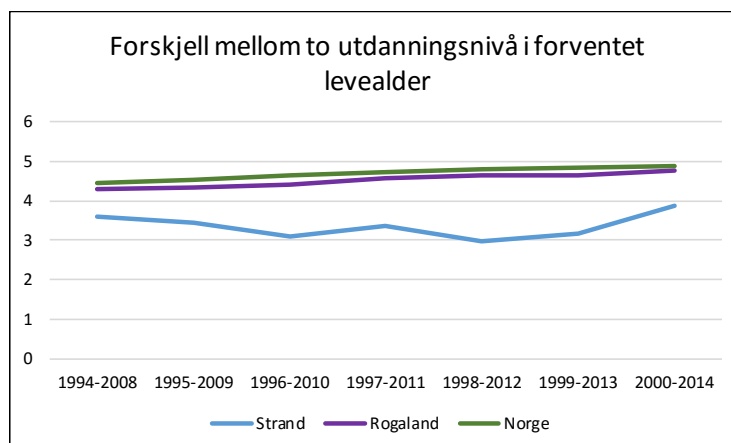
Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank).

Siden 1995 har det vært en jevn økning i forventet levealder. Kvinner i Strand har den høyeste forventede levealderen på rundt 84 år for perioden 2001-2015, mens menn i kommunen har vel 5 års kortere forventet levealder. Dette korrelerer med tall både på fylkes og nasjonalt nivå. Kvinner i Strand har høyere forventet levealder enn både lands- og fylkesgjennomsnittet, mens menn i Strand ligger på nivå med landsnittet, men litt under Rogaland.

I henhold til Folkehelseinstituttet er reduksjon i hjerte- og kardødeligheten hovedårsaken til at forventet levealder i Norge er økt med fem år siden 1990.

Økningen i levealder kan være en utfordring for det norske samfunnet. Flere vil leve med kroniske sykdommer. Flere vil leve med kreft, og færre vil dø av hjertesykdom. Flere vil få demens. Forekomsten av benbrudd er spesielt høy i Norge. Utdanning og økonomi er også viktig for eldres helse. Både arv og miljø er viktig for å kunne være frisk og aktiv i eldre år. Fire nøkkelfaktorer er viktige for helse i eldre år: Høy kognitiv aktivitet, høy fysisk aktivitet, et aktivt sosialt liv og et godt kosthold (Folkehelse rapporten (nettutgaven)- Helsetilstanden i Norge).

I grafen til høyre vises 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, målt i antall år og 15 års gjennomsnitt (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Strand har lavere forskjell i forventet levealder mellom disse utdanningsgruppene enn det vi ser at Rogaland og Norge har. I perioden 1994-2014 øker forskjellen i levealder for disse befolkningsgruppene gradvis for fylket og landet. Strand kommune opplever en marginal økning fra 3,6 år i forventet levealder i perioden 1994-2008 til 3,87 år for perioden 2004-2014.

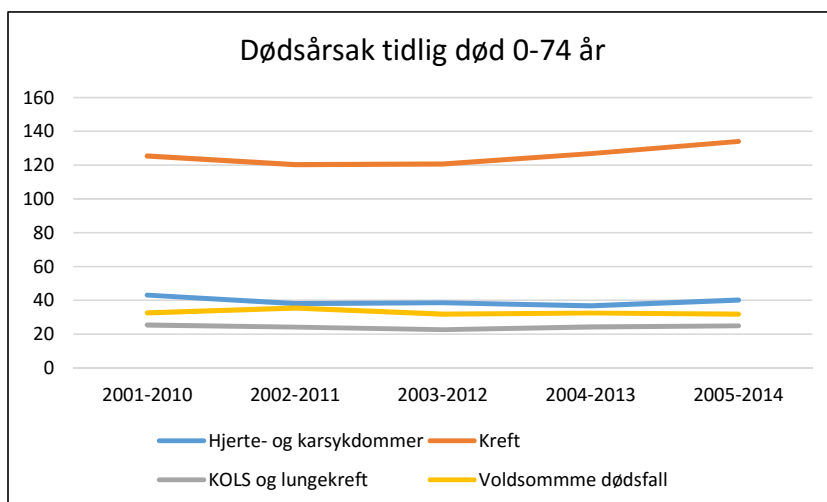


Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting for folkehelsearbeidet. I henhold til Folkehelseinstituttet har helsegevinsten i alle befolkningsgrupper i landet blitt bedre de siste 30 år, spesielt har gevinsten vært størst blant personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lav inntekt.

Det er vanskelig å si hvorfor Strand har lavere forskjell i forventet levealder mellom kort og lang utdanning, men det kan skyldes høy medianinntekt i kommunen og en lavere inntektsulikhet for Strand enn fylket og landet, jfr. kapittelet «Oppvekst og levekår». Strand har i 2015 færre 0-skatteyttere enn Rogaland og Norge, samt færre med inntekt over 1 million enn fylket. Dette bidrar til lavere inntektsulikhet i befolkningen og er positivt for å redusere sosial ulikhet i helse i kommunen. Det faktum at husholdningene i Strand har en høyere medianinntekt indikerer at kommunen har flere husholdninger bestående av par med/uten barn, og i mindre grad enslige forsørgere eller aleneboende. Sist nevnte grupper er i et folkehelseperspektiv vurdert å være mer risikoutsatt økonomisk, sosialt og helsemessig. Høy inntekt gir bedre muligheter for å ta sunne valg og sikre basisbehov. Dette kan danne grunnlaget for en bedre selvopplevd helse. For kommunen er mindre sammenheng mellom forventet levealder og utdanningsnivå, samt mindre inntektsulikhet mellom utdanningsnivå positivt i et folkehelseperspektiv da det kan bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller.

DØDSÅRSÅK TIDLIG DØD

Begrunnelse for valg av indikator: Informasjon om tidlig død (her definert som død før 75 års alder) av gitte sykdomsgrupper gir viktig informasjon om hvor en bør sette inn forebyggende tiltak. Dagens dødsårsaksmonster gjenspeiler ikke nødvendigvis befolkningens levevaner de siste årene. Kilde: Folkehelseinstituttet.



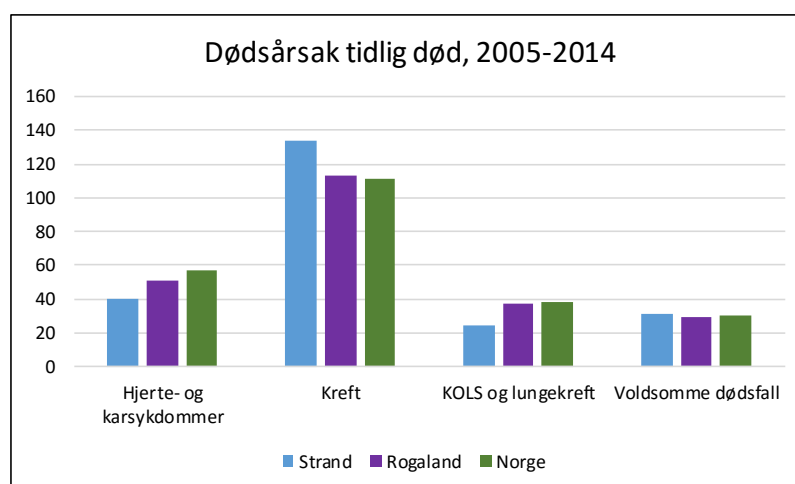
Grafen til venstre viser antall døde i aldersgruppen 0-74 år per 100 000 innbyggere pr år for Strand kommune, alders- og kjønnsstandardisert (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnittet for overlappende 10 årsperioder).

I Strand kommune utgjør kreft den desidert største årsaken til tidlig død, definert som død før 75 års alderen. Deretter hjerte- og karsykdommer,

voldsomme dødsfall og KOLS/lungekreft. Kreft har hatt en økning i perioden 2001-2014, mens hjerte- og karsykdommer har hatt en liten nedgang. De øvrige forklaringsfaktorene på tidlig død er på samme nivå gjennom hele perioden. Den samme trenden opplever både Rogaland og Norge, med unntak av utviklingen i kreft som dødsårsak. Denne har både for fylket og landet gått ned når vi ser på perioden 2001-2014.

Nedenfor vises oversikten over årsaker til tidlig død for Strand, Rogaland og Norge for perioden 2005-2014, ti-års gjennomsnitt. Antall døde i aldersgruppen 0-74 år er målt per 100 000 innbygger (Kilde:

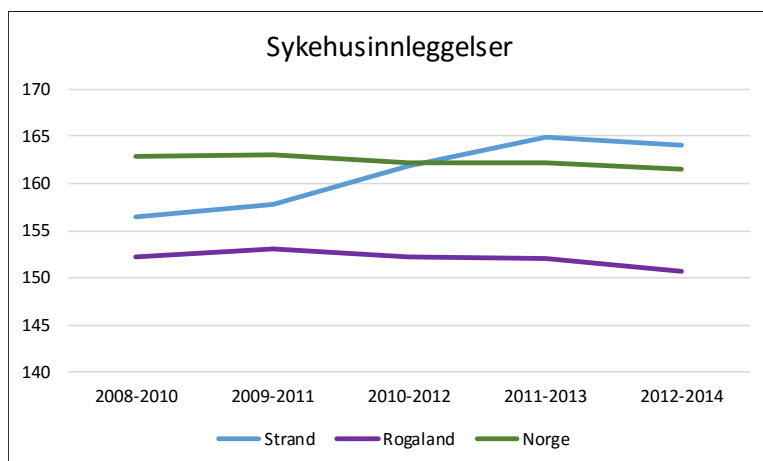
Kommunehelse statistikkbank). Som vi ser har Strand en høyere andel hvor kreft er årsaken til tidlig død sammenlignet med fylket og landet, men en lavere andel i Strand dør før fylte 75 år som følge av hjerte- og karsykdommer sammenlignet med fylkes- og landsgjennomsnittet. Det samme gjelder for KOLS og lungekreft. For gruppen KOLS/lungekreft utgjør lungekreft hovedvekten av forklaringen. For voldsomme dødsfall, inkludert ulykker er kommunen på nivå med Rogaland og Norge.



En analyse av dødsårsak fordelt på aldersgruppene 0-44 år og 45-74 år viser at tidlig død inntreffer i størst grad i aldersgruppen 45-74 år. Denne aldersgruppen står for de aller fleste tilfellene av tidlig død hvor kreft, hjerte- og karsykdommer og KOLS/Lungekreft er forklaringen til dødsfallet. Voldsomme dødsfall/ulykker har en jevnere fordeling mellom disse to aldersgruppene, men også her er det en hyppigere forekomst blant de eldste.

SYKEHUSINNLEGGELSER GENERELT

Begrunnelse for valg av indikator: Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunen. Antall sykehusinnlagte kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Kilde: Folkehelseinstituttet



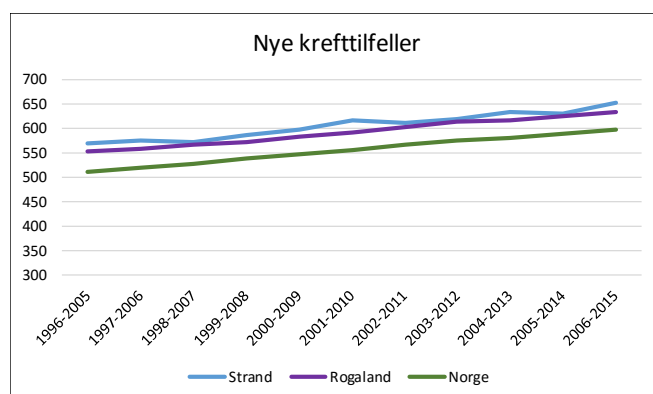
En oversikt over utviklingen i antall unike pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbygger per år er vist til venstre (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. I motsetning til fylket og landet opplever Strand en økning i antall sykehusinnleggelser i perioden 2008-2014. Det er flest kvinner som er innlagt på sykehus. Det er også her veksten er størst. Ved omtale av de ulike sykdommene nedenfor blir utviklingen i sykehusinnleggelser for disse kommentert

hvor statistikken er tilgjengelig.

Avstand til sykehuset kan være en forklaringsfaktor på hvorfor Strand opplever en økning i sykehusinnleggelser versus Rogaland og landet. Lengre reisevei, inkludert ferje, kan påvirke at innbyggerne i kommunen raskere blir innlagt på sykehus enn for eksempel innbyggerne i Stavanger. Strand har også opplevd en stor gjennomtrekk av fastleger ved et legesenter. Dette kan også medvirke til flere sykehusinnleggelser. Legene kjenner ikke til pasientgruppen godt nok, og nye leger er kanskje usikre og henviser lettere til sykehuset enn godt erfarne leger som har vært her gjennom lang tid. Hyppigere forekomst av enkelte sykdommer som blir omtalt videre i dette kapittelet kan også bidra til at Strand har høyere sykehusinnleggelser enn landet og fylket.

KREFT

Begrunnelse for valg av indikator: 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. 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. Hittil har det først og fremst vært menn som har fått lungekreft. Nå haler kvinnene innpå. Kilde: Folkehelseinstituttet

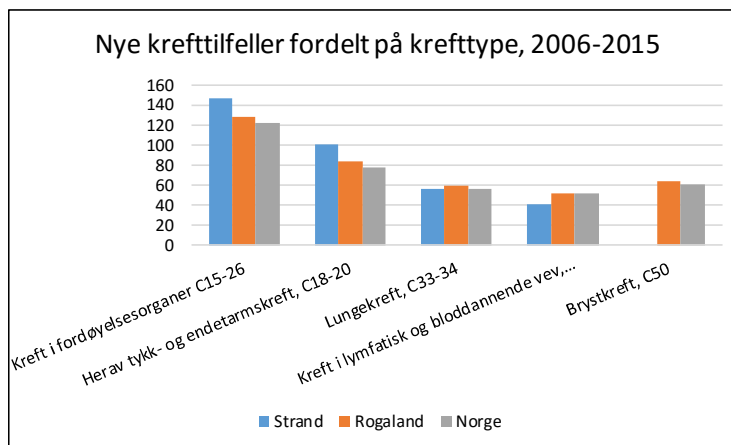


Til venstre vises utviklingen i nye krefttilfeller per 100 000 innbyggere i perioden 1996-2015 vist ved 10 års glidende gjennomsnitt (kilde: Kommunehelse statistikkbank). Følgende krefttyper er inkludert i statistikken; kreft i fordøyelsesorganer, kreft i tykk- og endetarm, lungekreft (kreft i luftrør og lunge), brystkreft, prostatakreft og kreft i lymfatisk og blodbannende vev.

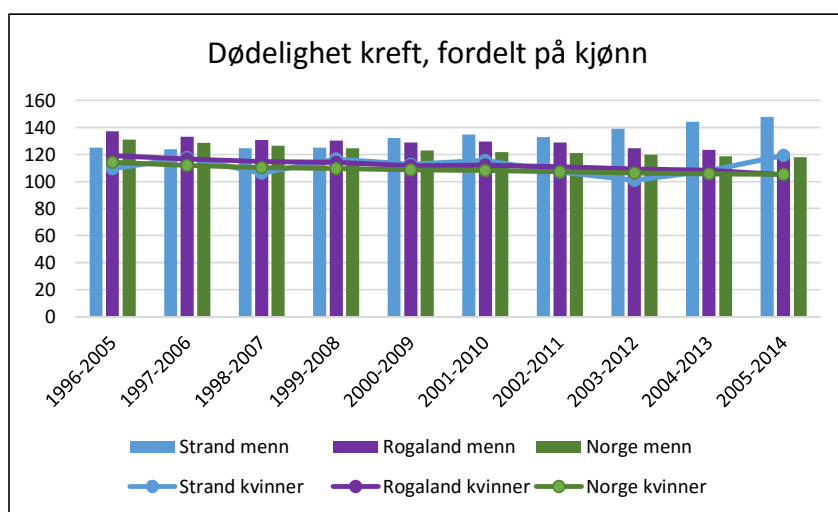
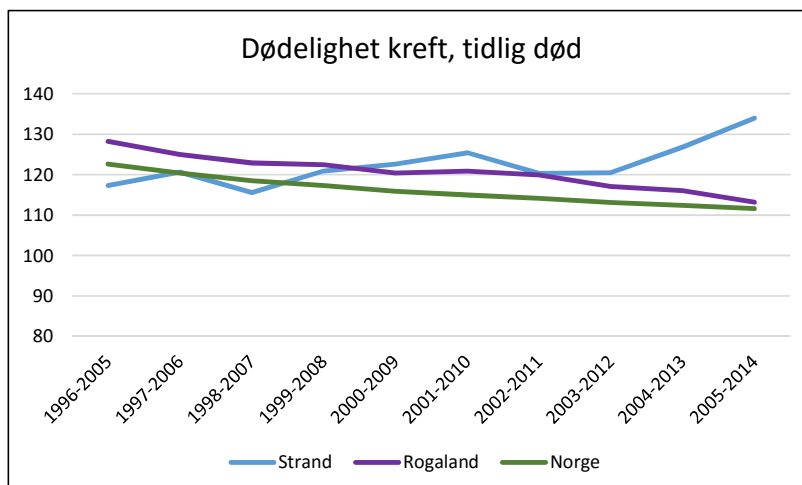
Nye tilfeller av kreft beregnet utfra 100 000 innbyggere har vært jevnt stigende i Strand på lik linje med fylket og landet siden 1996. Kommunen har imidlertid flest nye tilfeller pr år når vi legger til grunn 10 års glidende gjennomsnitt. I perioden 2006-2015 fikk årlig 654 per 100 000 innbyggere diagnosen kreft i

Strand kommune mot 597 i landet og 634 i Rogaland. Det tilsvarer at rundt 81 personer i kommunen fikk diagnosen kreft i 2015.

En oversikt over nye krefttilfeller for 10 års perioden 2006-2015 fordelt på krefttype er vist i grafen til høyre (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Hovedvekten av nye krefttilfeller er kreft i fordøyelsesorganer, inkludert tykk og endetarm. For disse krefttypene har Strand en vesentlig høyere forekomst sammenlignet med Rogaland og Norge. Den samme trenden gjelder for hele perioden 1996-2015. Nye tilfeller av lungekreft er på nivå med fylket og landet, mens kommunen har færre tilfeller av kreft i lymfatisk og bloddannende vev. Data for nye brystkrefttilfeller for Strand kommune er ikke tilgjengelig på kommunehelse statistikkbank som følge av anonymisering grunnet få tilfeller i forhold til befolkningen.

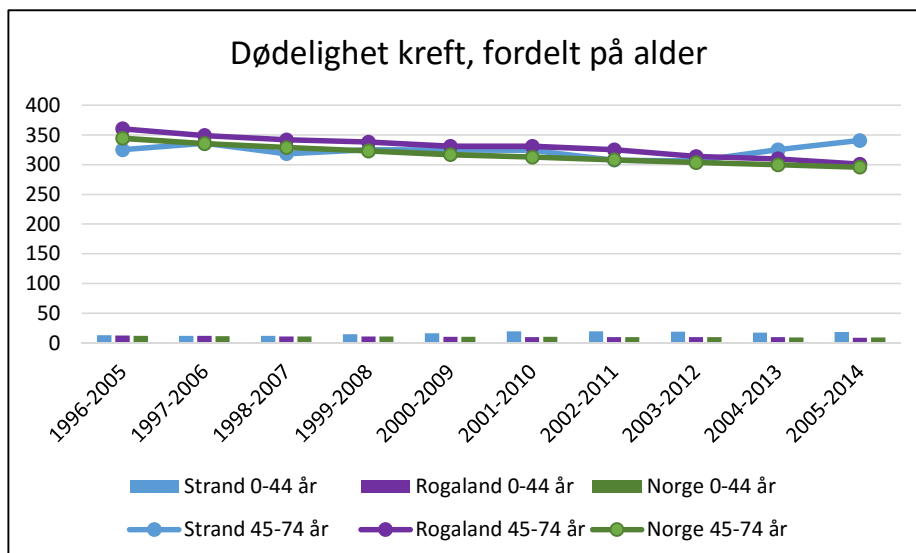


Dødeligheten av kreft, målt ved tidlig død før 75 år, øker i Strand kommune ved 10 års glidende gjennomsnitt, mens både Rogaland og Norge har en reduksjon siden 1996 og frem til 2014, jfr. figuren til høyre (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Årlig snitt i perioden 1996-2005 var i Strand på 117,3 pr 100 000 innbyggere, mens det i 2005-2014 var 134.



Færre kvinner enn menn, per 100 000 innbyggere, dør som følge av kreft før fylte 75 år, jfr. grafen til venstre (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Dødeligheten for menn øker mer i perioden enn for kvinner. Dette henger sammen med at flere menn per 100 000 innbyggere også får diagnosen kreft. Strand har en økning i dødeligheten både for menn og kvinner, mens fylket og landet har en reduksjon i dødelighet.

Dødeligheten per 100 000 innbyggere fordelt på alder er ikke overraskende vesentlig høyere for aldersgruppen 45-74 år enn 0-44 år, jfr. grafen til høyre (Kilde: Kommunehelsestatistikkbank). Dette gjelder for Strand, Rogaland og Norge. Spesielt for Strand er at dødeligheten i aldersgruppen 0-44 år er økende, i motsetning til fylket og landet hvor denne er svakt synkende. Rogaland og Norge har en markant nedgang i dødelighet blant aldersgruppen 45-74 siden 1996, mens Strand fra 10 års perioden 2003-2012 opplever en økning.



Det er verken nytt eller overraskende at det blir flere krefttilfeller her i landet. Den aller største risikofaktoren for å få kreft, er alderdom, og når det blir flere eldre, blir det flere krefttilfeller. Sånn sett er kreft et velstandstegn, fordi det betyr at vi lever lenger (Kreftregisteret).

En endring i befolkningens levevaner har et stort potensiale for å redusere risikoen for å utvikle kreft. Kreftdødeligheten i Norge har endret seg lite fra 1950 og frem til i dag (dødsfall per 100 000 innbyggere korrigerer for økt levealder), men kreftforekomsten har økt. Det er større sosioøkonomiske forskjeller i kreftdødelighet i dag enn for 40 år siden, spesielt i forhold til lungekreft (Kilde: Folkehelseinstituttet).

Strand kommune har en høy eksponering for radon hvor store deler av kommunen er innenfor aktsomhetsgrad 2, jfr. kapittelet «Fysisk, kjemisk, biologisk og sosialt miljø». Dette kan gjøres kommunens innbyggere mer risikoutsatt for utvikling av spesielt lungekreft hvis boligene har for høye radonverdier i innemiljøet.

I Folkehelseinstituttets Inneklimarapport (2015) er passiv røyking og radon oppgitt som innendørs forurensninger man skal være oppmerksom på når det gjelder kreftrisiko. Langvarig eksponering for både tobakksrøyk (egen røyking og passiv røyking) og høye radonnivåer er forhold som kan medføre økt risiko for utvikling av lungekreft. De aller fleste tilfeller av lungekreft (90 prosent) har egen røyking som årsak eller delårsak. Radon i boliger øker sannsynlighet for lungekreft. Med bakgrunn i radoneksponeringen i norske boliger og norske røykevaner, er det beregnet at ca 300 lungekreftdødsfall per år skyldes radon. Radon i inneluft er den nest viktigste årsak til utvikling av lungekreft etter aktiv røyking. Videre er sannsynligheten for å få lungekreft som følge av radoneksponering mye høyere for røykere og tidligere røykere, enn for dem som aldri har røykt. Majoriteten av de ca 300 lungekrefttilfellene skyldes derfor en samvirkeeffekt mellom røyking og radon.

Strand kommune er på nivå med fylket og landet når det gjelder nye lungekrefttilfeller per år. Det gir ingen signaler om at kommunen har en hyppigere lungekreftforekomst som følge av radon som innendørs forurensning

Utvikling av kreft er sammensatt og skyldes blant annet livsstilsfaktorer som røyking, fedme, kosthold, fysisk inaktivitet og overdreven soling. Endring i livsstil kan forebygge forekomsten av kreft noe. Dette gjelder spesielt lungekreft, føflekkreft og tarmkreft (Kreftregisteret). Også livmorhalskreft kan i stor grad forebygges

ved hjelp av nasjonalt screeningprogram og HPV-vaksine. Strand opplever en høyere andel nye krefttilfeller i fordøyelsesorgan, inkludert tykk- og endetarm, enn Rogaland og Norge. Noe av forklaringen kan skyldes livsstil. Kommunen har basert på første svangerskapskontroll og 1. sesjon en høyere andel av overvekt og fedme enn fylket og landet, jfr. kapitlet «helsereelatert atferd». I henhold til kreftregisteret er det indikasjoner på at tykk- og endetarmskreft kan skyldes livsstil og at noe forekomst kan forebygges ved redusert alkoholforbruk, sunnere kosthold og økt fysisk aktivitet.

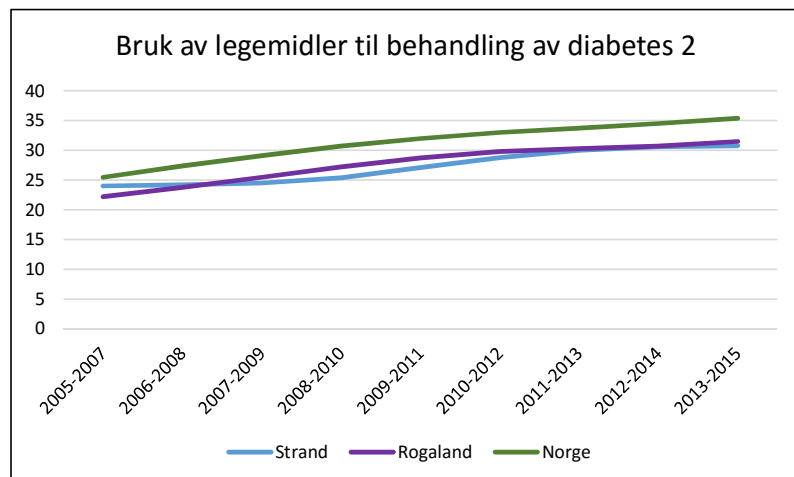
Kreft kan innebære tidlig død og lidelser for den enkelte. Bedre behandling og tidligere oppdagelse bidrar i stor grad til stabil/lavere dødelighet, men Strand opplever i stedet en økning i dødeligheten som følge av kreft. Strand har også høyere kreftdødelighet enn andre steder. Hyppig utskiftning av deler av fastlegene i kommunen kan bidra til at innbyggerne går sjeldnere til legen fordi en ikke orker forholde seg til nye leger hele tiden. Dette kan bidra til at sykdommen har fått utviklet seg for langt når de først oppsøker lege. Det kan også være tilfeldig at innbyggerne i Strand får hissigere kreftsykdommer enn andre, og at dette i større grad medfører dødelighet. Høyere kreftdødelighet i ung alder kan også skyldes risikofaktorer som røyking og alkoholforbruk som medfører at pasientene i mindre grad tåler kreftbehandlingen. Brukerplankartleggingen gjennomført til nå, jfr. kapitlet «helsereelatert atferd», avdekker at Strand har en høyere andel kartlagte med alvorlig rusproblematikk enn Helse Stavanger.

Selv om livsstilsfaktorer har en betydning for utvikling av kreft er arvelighet vel så viktig, spesielt for kreft i ung alder. Arvelig kreft kan forklare en del av årlige nye krefttilfeller i Strand. Screening kan bidra til å oppdage risikoen for arvelig kreft på et tidlig tidspunkt og muliggjør korrektiv behandling.

DIABETES

Begrunnelse for valg av indikator: Forekomsten av type 2-diabetes er usikker og behandling av sykdommen varierer. 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. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Nedenfor vises utviklingen i brukere av legemidler utlevert på resept til behandling av diabetes 2 for personer mellom 30-74 år i perioden 2005-2015 (3 års glidende gjennomsnitt), målt ved antall brukere pr 1 000 innbyggere (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). En bruker telles kun en gang, selv om vedkommende har hentet ut flere resepter samme året. Blodglukosesenkende midler, ekskl. insuliner er med i statistikken. På lik linje med Rogaland og Norge har Strand kommune siden 2005 opplevd en gradvis



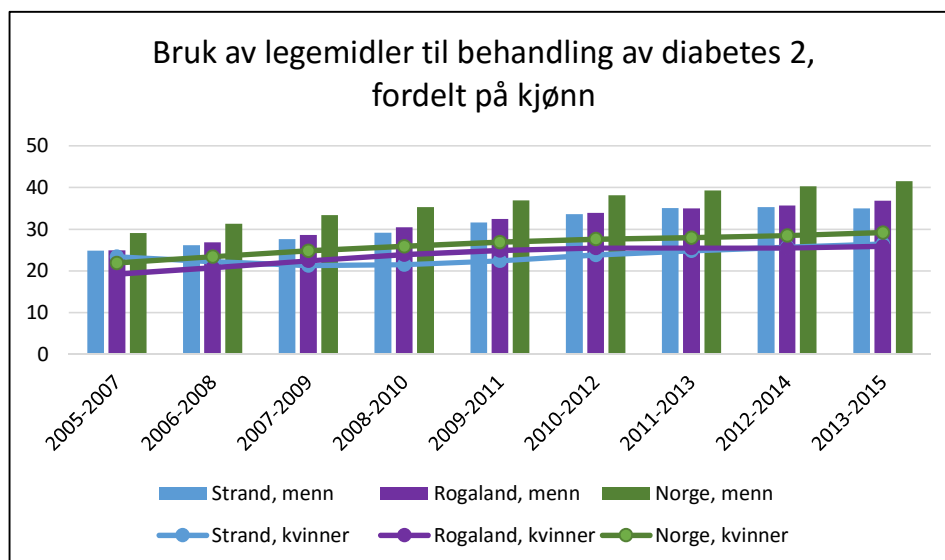
økning i bruk av legemidler til behandling av diabetes type 2. For kommunen ser økningen ut til å avta noe fra 2011-2013. I perioden 2005-2007 var det årlige gjennomsnittet 24 personer pr 1 000 innbyggere, det vil si 250 personer som brukte disse medikamentene i 2005. I perioden 2013-2015 var det årlige gjennomsnittet økt til 30,8 personer pr 1 000 innbyggere, som tilsvarer 382 personer i Strand kommune. Vi ser at det årlige gjennomsnittet i Strand er tilsvarende

som for Rogaland gjennom hele perioden, og under landsgjennomsnittet. Norge som helhet har hatt en kraftigere vekst i hele perioden.

Flere menn enn kvinner bruker medikamenter mot diabetes type 2, jfr. figuren til høyre (Kilde:

Kommunehelsa statistikkbank). Årlig gjennomsnitt i 2013-2015 for menn var 35 pr 1 000 innbygger, mens kvinner var 26,5 pr 1 000 innbygger i Strand kommune. Vi ser også at økningen i bruk av medikamentene har vært blant menn. I perioden 2005-2007 brukte 24,8

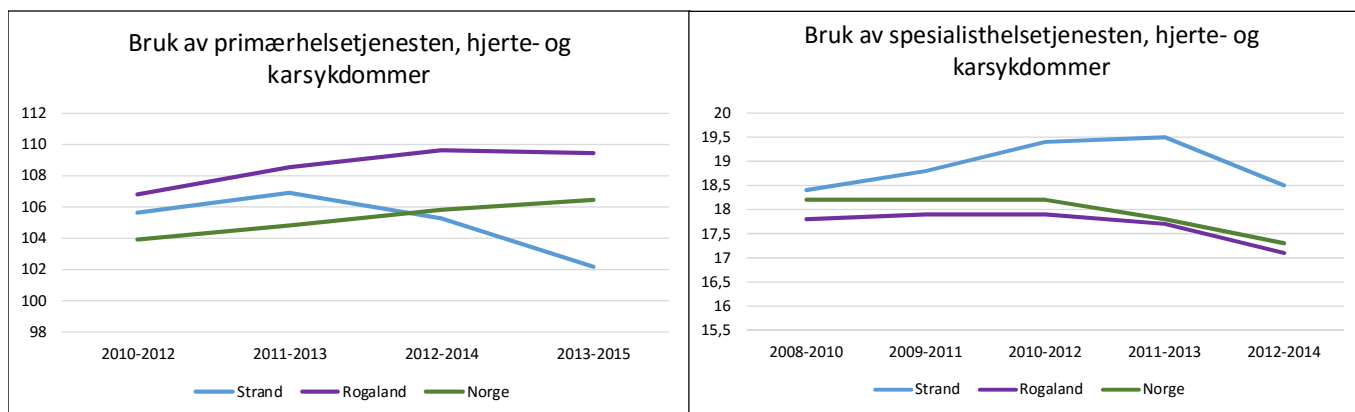
menn pr 1 000 innbygger og 23,4 kvinner pr 1 000 innbygger disse medikamentene.



Diabetes type 2 er en livsstilssykdom blant annet forårsaket av en kombinasjon av lite fysisk aktivitet, usunt kosthold, overvekt og arv. Basert på tilgjengelig informasjon har Strand flere menn som på 1. sesjon var overvektige og flere overvektige kvinner ved første svangerskapskontroll sammenlignet med fylket og landet, jfr. kapittelet «helserelatert atferd». Dette er viktige signaler for hvordan forekomsten av diabetes 2 kan utvikle seg i kommunen. For å forebygge diabetes 2 er det viktig med tidlig innsats i barneårene for å etablere sunne kostholdsvaner. Fokus på viktigheten av fysisk aktivitet og tilrettelegging for hverdagsaktivitet vil også være viktige forebyggende tiltak.

HJERTE- OG KARSYKDOMMER

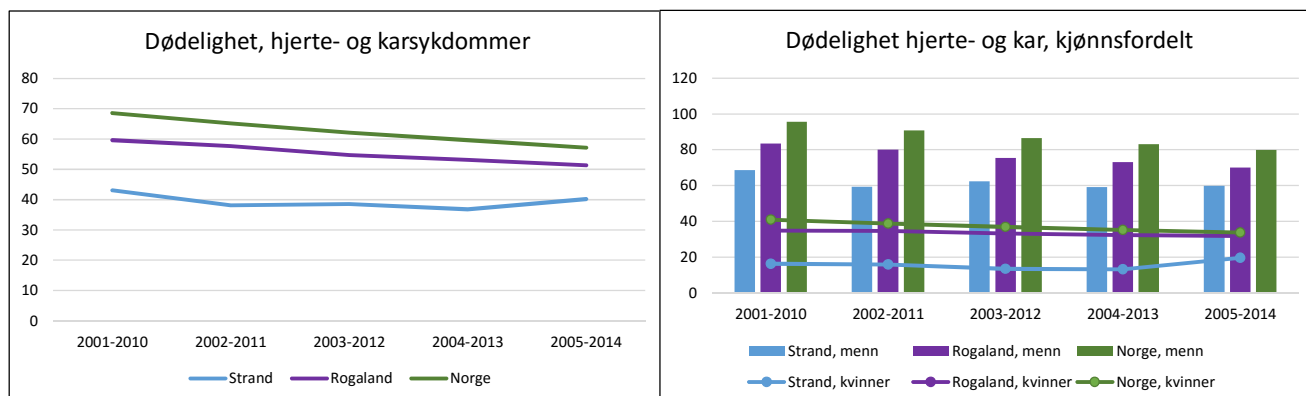
Begrunnelse for valg av indikator: Hjerte- og karsykdommer skyldes arvelige faktorer i samspill med faktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes. Sammen med kreft er hjerte- og karsykdommer de hyppigste dødsårsakene her i landet når vi ser alle aldersgrupper under ett. Mange av hjerte- og kardødsfallene skjer i høy alder. I den delen av befolkningen som har lav utdannelse og/eller lav inntekt, er hjerte- og kardødeligheten samlet sett høyere enn blant dem som har høyskole- og universitetsutdannelse. Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene fortsatt vil ramme mange. Kilde: Folkehelseinstituttet.



Antall unike personer i kontakt med fastlege/legevakt (primærhelsetjenesten, figur til venstre) og antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus (spesialisthelsetjenesten, figur til høyre) knyttet til hjerte- og karsykdomsdiagnoser per 1000 innbyggere per år. Statistikken er standardisert og viser 3 års glidende gjennomsnitt. En pasient som er i kontakt med primær- eller spesialisthelsetjenesten flere ganger telles kun en gang pr kalenderår for samme sykdom/lidelse. For primærhelsetjenesten er statistikken vist for aldersgruppen 0-74 år (Kilde: Kommunehelsa statistikkbank).

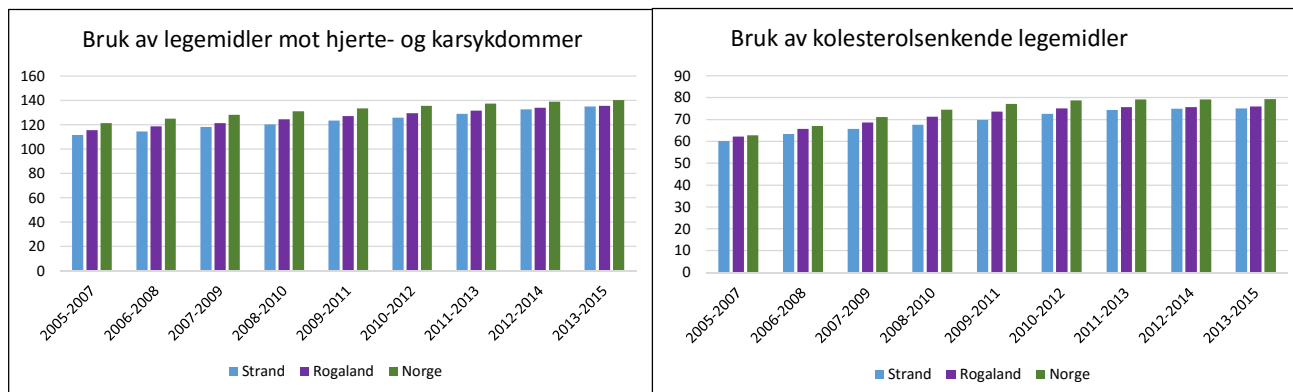
Siden 2011-2013 har Strand en nedgang både i bruk av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innenfor hjerte- og karsykdommer. Imidlertid har Strand en høyere andel som benytter spesialisthelsetjenesten innenfor disse sykdommene enn det fylket og landet gjør. Dette kan ha sammenheng med avstand til sykehuset som innebærer at eventuelle pasienter raskere blir henvist til sykehuset. Hyppigere akutte tilfeller vil også medføre en høyere bruk av spesialisthelsetjenesten.

Det er flere menn enn kvinner som oppsøker primær- og spesialisthelsetjenesten knyttet til hjerte- og karsykdommer. Det er vesentlig flere i aldersgruppen 45-74 år enn 0-44 år som er i kontakt med primærhelsetjenesten i forbindelse med hjerte- og karsykdommer. For gruppen 0-44 år er Strand på samme nivå som fylket og landet, rundt 24-25 per 1 000 innbygger. Kommunen ligger under lands- og fylkessnittet for aldersgruppen 45-74 år.



Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Til høyre vises fordelingen mellom menn og kvinner, og til venstre befolkningen samlet. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank.

Strand har en vesentlig lavere dødelighetsrate målt ved tidlig død før 75 år, men ikke jevnt synkende som Rogaland og Norge. Dødeligheten som følge av hjerte- og karsykdommer er høyest blant menn. Dette henger sammen med at flere menn enn kvinner får disse sykdommene. Kvinner er generelt sett også flinkere til å oppsøke lege enn menn. Det innebærer også en mulighet for at flere av disse kommer under behandling som i tide stabiliserer sykdommen.



Brukere av legemidler mot hjerte- og karsykdommer, eks kolesterolsenkende midler (til venstre) og brukere av kolesterolsenkende midler (til høyre) utlevert på resept til behandling av hjerte- og karsykdommer til personer i aldersgruppen 0-74 år målt per 1 000 innbygger (standardisert). Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. (Kilde: Kommunehelsa statistikkbank).

Bruk av medikamenter mot hjerte- og karsykdommer, inkludert kolesterolsenkende medikamenter har hatt en jevn økning både i Strand, Rogaland og Norge siden 2005. Vi ser at Strand kommune har en jevnt over lavere medikamentbruk mot disse sykdommene enn både fylket og landet. I 2005-2007 benyttet 111,5 pr 1 000 innbygger medikamenter mot hjerte- og karsykdommer i Strand. Dette hadde økt til 124,8 pr 1 000 innbygger i 2013-2015.

Dødeligheten som følge av hjerte- og karsykdommer er i stor grad redusert som følge av at oppdagede tilfeller blir behandlet og dermed ikke får mulighet til å utvikle seg videre. Det bidrar også til økt medikamentbruk. Årsaker til hjerte- og karsykdommer skyldes både arvelige faktorer og livsstilsfaktorer som overvekt, røyking og fysisk inaktivitet.

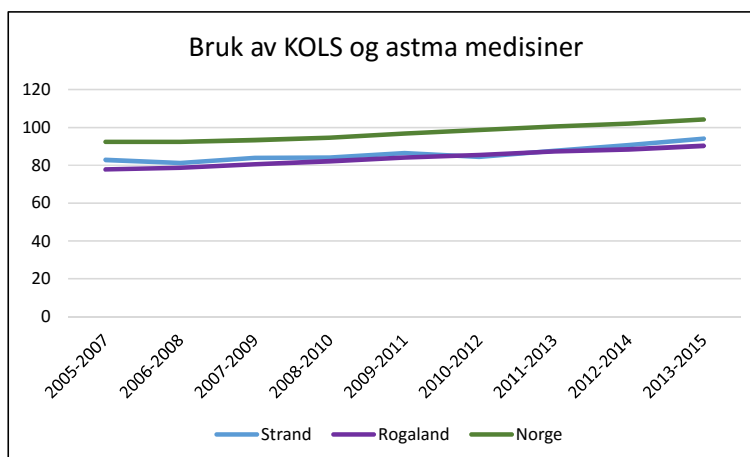
KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYKDOM (KOLS) OG ASTMA

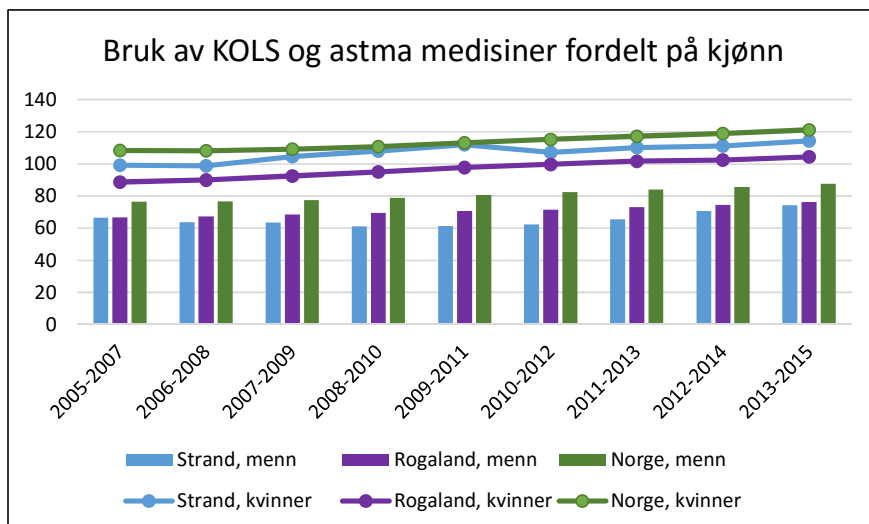
Begrunnelse for valg av indikator: Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. Forekomst av KOLS øker med økende tobakksforbruk og antall røykere, og kan si noe om røykevaner i samfunnet. Kilde: Folkehelseinstituttet

Befolkningsundersøkelser i Norge viser at forekomsten av astma har økt de siste 20 årene, spesielt hos barn. Kilde: Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer, Helse- og omsorgsdepartementet

Utviklingen i antall brukere av KOLS- og astmamedikamenter for begge kjønn i aldersgruppen 45-74 år, målt per 1 000 innbygger er vist i grafen til høyre (Kilde: Kommunehelsa statistikkbank). Tallene er vist ved 3 års glidende gjennomsnitt.

Per 1 000 innbygger har Strand kommune færre brukere av legemidler mot KOLS/astma enn landsgjennomsnittet, men på nivå med fylket. Bruken av disse medikamentene har vært jevnt stigende siden 2005.



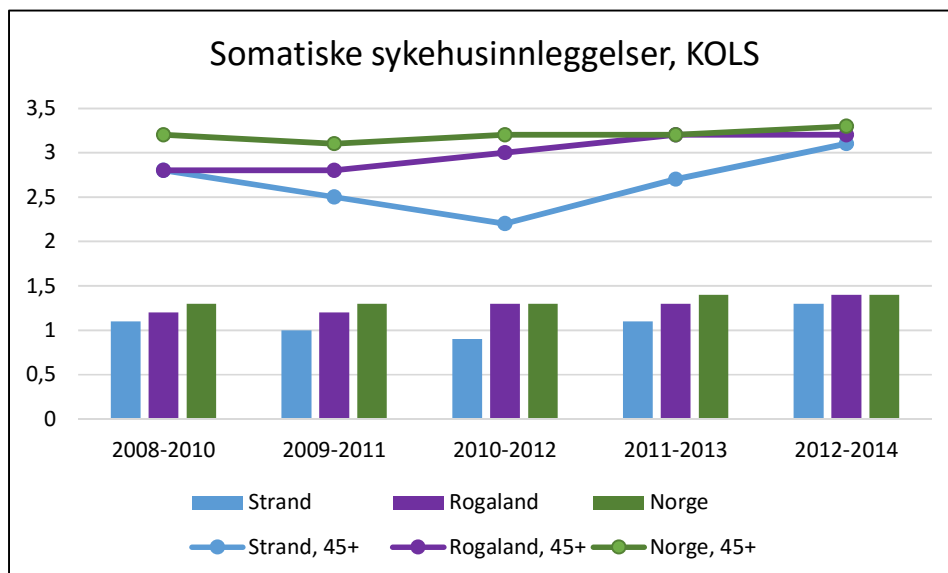


Det er flest kvinner som benytter medikamenter mot KOLS/astma, jfr. grafen til venstre. Denne viser utviklingen i brukere av disse medikamentene fordelt på menn og kvinner i aldersgruppen 45-74 år, målt per 1 000 innbygger og 3 års glidende gjennomsnitt (Kilde: Kommunehelse statistikkbank).

I offentlige statistikker er det for Strand kommune ikke tilgjengelig informasjon om hvor mange av innbyggerne som dør som følge av KOLS. Grunnet for få tilfeller i

kommunen er statistikken anonymisert.

Ser vi på sykehusinnleggelser relatert til KOLS er dette stigende i perioden 2008-2014, jfr. figuren til høyre. Denne viser utviklingen i antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus på grunn av KOLS per 1 000 innbyggere per år (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Dersom en person er innlagt flere ganger i kalenderåret med KOLS, telles

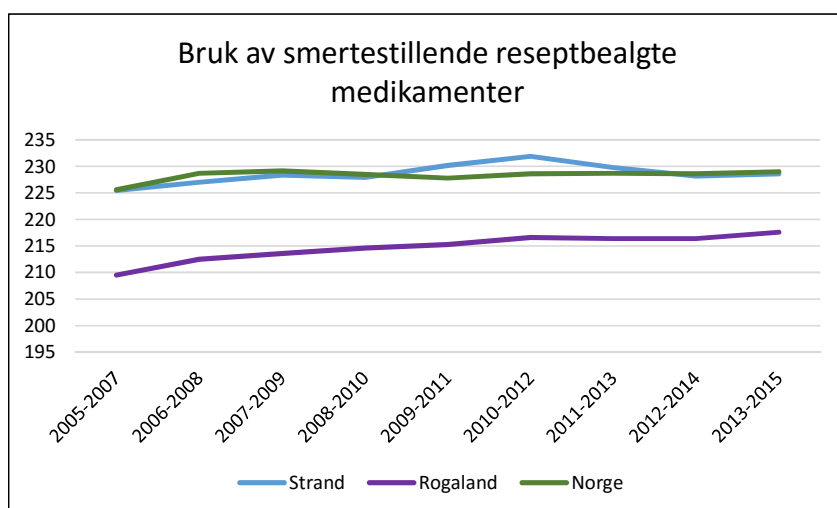


vedkommende kun en gang. Selv om det er en økning i antall personer innlagt på sykehus grunnet KOLS gjelder dette kun 1,3 per 1 000 innbygger i kommunen i 2012-2014, som tilsvarer rundt 16 personer av befolkningen i 2014. Hyppigheten er noe høyere for aldersgruppen 45 år pluss, hvor 3,1 per 1 000 innbygger var innlagt på sykehus grunnet KOLS i perioden 2012-2014. Strand opplever en markant nedgang i sykehusinnleggelser for tre års perioden 2010-2012, men er ellers på nivå med Rogaland og Norge.

Mulige årsaker til utvikling av KOLS er røyking, luftforurensning i arbeidsmiljøet eller utendørs og arvelige faktorer. Tidligere var det lite fokus på hvor skadelig røyking var. Etter røykeloven trådte i kraft har det blitt større fokus på dette. Røykeloven har bidratt til en kraftig nedgang i andelen røykere, jfr. kapittelet «Helserelatert atferd». Røyking blir i dag i stor grad sett på som ukult, mens det tidligere var kult, spesielt blant ungdom/unge voksne. På sikt kan man forvente at forekomsten av KOLS som følge av røyking reduseres.

SMERTER

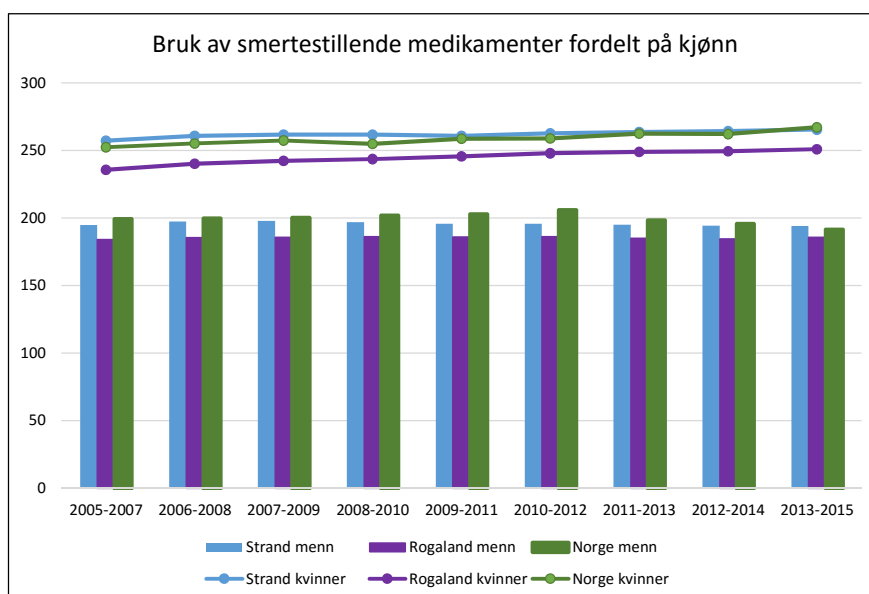
Begrunnelse for valg av indikator: Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen. Anslagsvis 30 prosent av voksne har kroniske smerter i Norge i dag. Muskel- og skjelettplager er den vanligste årsaken, men en rekke andre lidelser kan også føre til kronisk smerte. Forekomsten er høyere enn i mange andre europeiske land. Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har kroniske smerter, og kvinner er også i langt større grad enn menn sykemeldt og uføre som en følge av kronisk smerte. Kilde: Folkehelseinstituttet



Brukere av smertestillende legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år målt per 1 000 innbygger er vist til venstre (kilde: KommuneHelse statistikkbank). Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Smertestillende medisiner er her definert som

inflammasjonshemmende midler, smertestillende opioider, smertestillende migrenemidler og andre smertestillende. Strand kommune og landet som helhet har siden 2005 fulgt samme trend og nivå når det gjelder antall brukere av smertestillende reseptbelagte medikamenter målt per 1 000 innbygger. Nivået er tilsvarende likt i 2015 som i 2005. Årlig snitt i perioden 2013-2015 i Strand kommune var 228,6 personer per 1 000 innbygger i aldersgruppen 0-74 år. Rogaland ligger vesentlig lavere enn landet og Strand kommune med 217,6 personer per 1 000 innbygger, men har hatt en sterkere vekst siden 2005.

Andelen menn som benytter disse medikamentene er tilsvarende i 2005 som i 2015, mens kvinner har hatt en liten vekst. Vi ser også at vesentlig flere kvinner enn menn bruker medikamentene. I perioden 2013-2015 var det årlige snittet for kvinner 265,5 per 1 000 innbygger, mens det for menn var 194 per 1 000 innbygger i Strand, jfr. figuren til høyre som viser brukere av disse medikamentene fordelt på kjønn (Kilde: KommuneHelse statistikkbank).



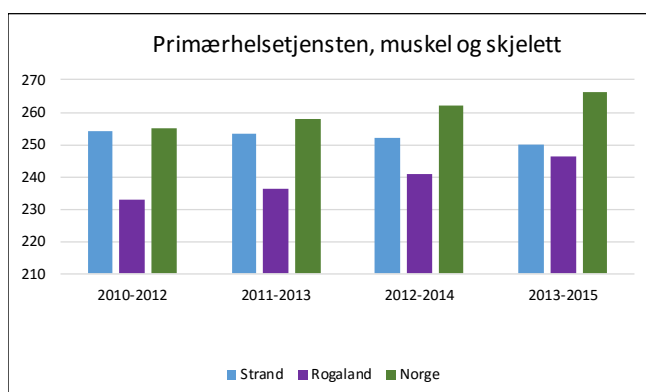
Offentlig statistikk sier ingenting om bruk av ikke-reseptbelagte smertestillende medikamenter. En undersøkelse gjengitt i «Tidsskrift for Den norske legeförening» (Lagerlöv P, Holager T, Helseth S et al.

2009) viste at ungdommens bruk av ikke-reseptbelagte medikamenter har økt. Undersøkelsen tydet på at smertestillende ble brukt mot «dagliglivets plager» som lett hodepine eller manglende væskeinntak.

Det er usikkert hvorfor Strand ligger såpass høyt på antall brukere av reseptbelagte smertestillende medikamenter. Forekomsten av muskel- og skjelettlidelser sammenlignet med Rogaland og Norge, se neste punkt, ser ikke ut til å kunne forklare dette. I tilfeller hvor pasientene har flere sykdomsdiagnoser blir ikke nødvendigvis alle Helfo-kodene for diagnosene benyttet. Det innebærer at statistikken kan gi et feil bilde av den faktiske situasjonen. Kommunen har en høyere andel nye krefttilfeller og dødelighet som følge av kreft. Dette kan være en viktig forklaring på hvorfor kommunen har såpass høyt antall brukere av reseptbelagte smertestillende medikamenter. Kreftpasienter, spesielt i den palliative fasen, har store smerter hvor slike medikamenter vil være nødvendig. Ulik forskrivningspraksis blant legene i Strand versus andre steder kan også være en faktor som spiller inn.

MUSKEL- SKJELETTLIDELSER

Begrunnelse for valg av indikator: Samlet sett er muskel- og skjelettsykdommer den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest», selv om de fleste tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet. I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer, sammen med psykiske lidelser, den hyppigste til sykefravær og uførhet i Norge. Muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager omfatter en lang rekke ulike tilstander som har det til felles at de er forbundet med smerte og eventuelt nedsatt funksjon knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Risikofaktorer, og dermed også mulighetene for forebygging, avhenger av diagnose. Sett under ett har mange typer muskel- og skjelettsykdommer og -plager sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og til dels også overvekt. Muskel- og skjelettsykdommer er vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status. Kilde: Folkehelseinstituttet. Muskel- og skjelettlidelser er en av de hyppigste årsakene til bruk av både tradisjonelle og alternative helsetjenester og -tilbud Kilde: Tidsskrift for Den norske legeförening, nr 23/2010.



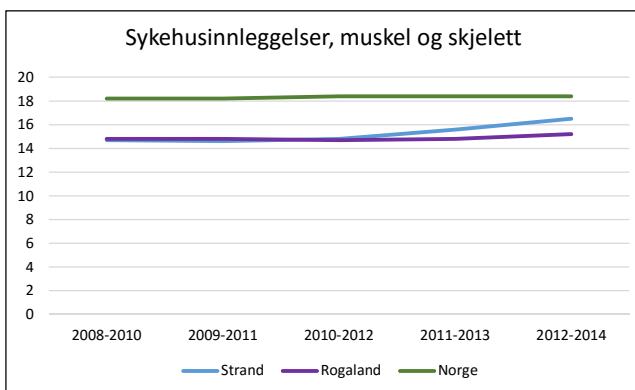
Til høyre vises utviklingen i antall unike personer i kontakt med fastlege/legevakt (primærhelsetjenesten) knyttet til muskel og skjelett, per 1 000 innbygger per år for perioden 2010-2015, vist ved glidende 3 års gjennomsnitt (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Muskel og skjelett er definert som muskel- og skjelettplager og muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser ekskludert brudd og skader. For Strand kommune har dette vært forholdsvis stabilt siden 2010. Årlig snitt for kommunen i perioden 2013-2015 var 250 personer

per 1 000 innbyggere per år. Mens kommunen har hatt et stabilt nivå i perioden 2010-2015 har nivået i fylket økt. Det samme gjelder for Norge som for øvrig ligger over Strand. Det er flere kvinner enn menn som er i kontakt med fastlege/legevakt knyttet til plager i muskel/skjelett. Antallet personer er økende med økende alder. Det innebærer at flere i aldersgruppen 45 år + er i kontakt med fastlege/legevakt knyttet til plager i muskel/skjelett enn de under 45 år.

Antall unike personer innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1 000 innbyggere per år er vist i figuren til høyre (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/lidelse, telles vedkommende en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Fylket og landet har et stabilt nivå knyttet til sykehusinnleggelser for disse sykdomsgruppene, mens Strand har en oppgang fra 2010-2012.

Kommunens nivå nærmer seg i slutten av perioden

landets nivå. Årlig gjennomsnitt i Strand i perioden 2008-2010 var på 14,7 per 1 000 innbygger per år, mens det i perioden 2012-2014 er økt til 16,5. Tilsvarende er snittet i fylket på rundt 15 og landssnittet på rundt 18 for hele perioden 2008-2014.

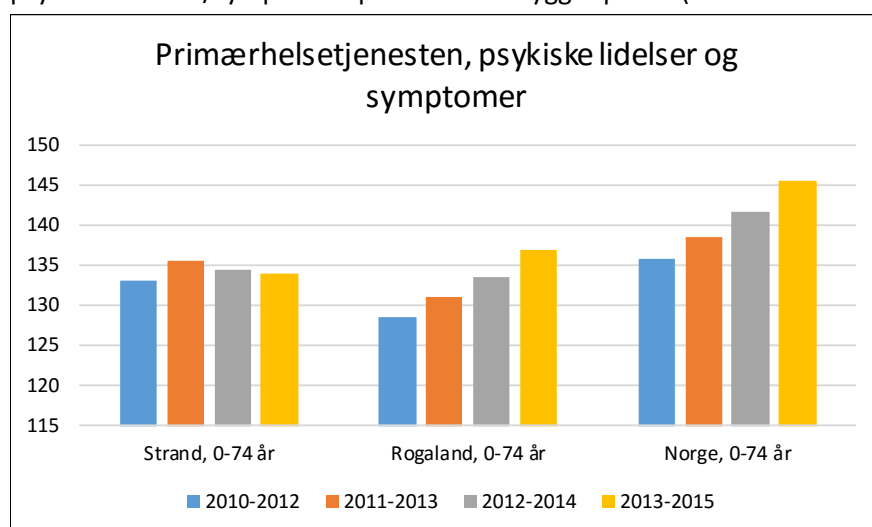


Disse helseplagene kan være forårsaket av arv, over-/feilbelastning og skader. Stress og høye krav på arbeidsplassen kan ligge til grunn. Det samme gjelder mangel på fysisk aktivitet. Dette kan også bidra til å forsterke symptomene.

PSYKISKE LIDELSER

Begrunnelse for valg av indikator: Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er stabil, og er svært vanlig i befolkningen. Ca. en tredel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år (inkludert alkoholmisbruk), mens 8 % av barn og unge til enhver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon. Økt dødelighet, sykemeldinger og uførepensjon er noen av de viktigste følgene av psykiske sykdommer. Tiltak for å utjevne sosial ulikhet vil trolig ha en effekt på utvikling av enkelte psykiske lidelser. Kilde: Folkehelseinstituttet. Sosial støtte og utviklet mestringssevne er de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser (Kilde: Stortingsproposisjon knyttet til Folkehelseloven)

Nedenfor vises utviklingen i antall unike personer som er i kontakt med fastlege/legevakt i forbindelse med psykiske lidelser/symptomer per 1 000 innbygger per år (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Følgende



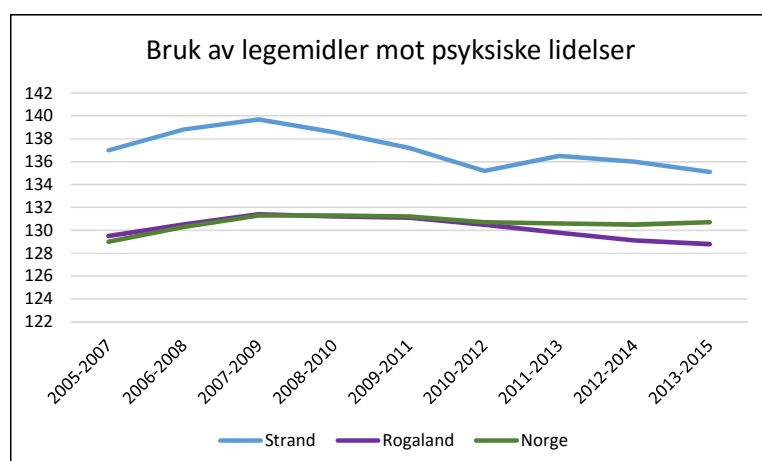
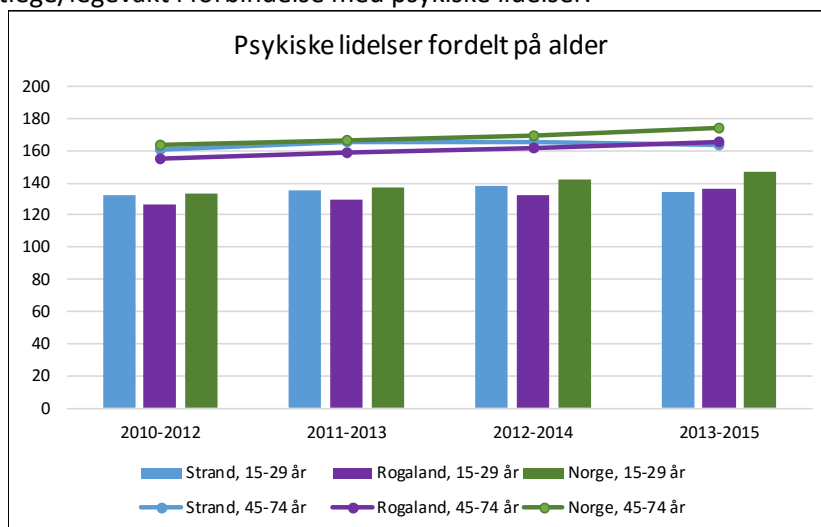
psykiske lidelser og symptomer er inkludert; psykiske symptomer, symptomer på angst og depresjon, psykiske lidelser, affektive og depressive lidelser og angstlidelser. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt.

I perioden 2010-2015 har Strand kommune en relativt stabil andel

innbyggere som er i kontakt med fastlege eller legevakt knyttet til psykiske lidelser og symptomer i aldersgruppen 0-74 år, rundt 133-135 personer per 1 000 innbygger per år. I begynnelsen av perioden ligger Strand over Rogaland, men i løpet av perioden kommer fylket på samme nivå som kommunen (136,9 per 1 000 innbyggere). Landet som helhet lå på samme nivå som Strand i begynnelsen av perioden, men har hatt

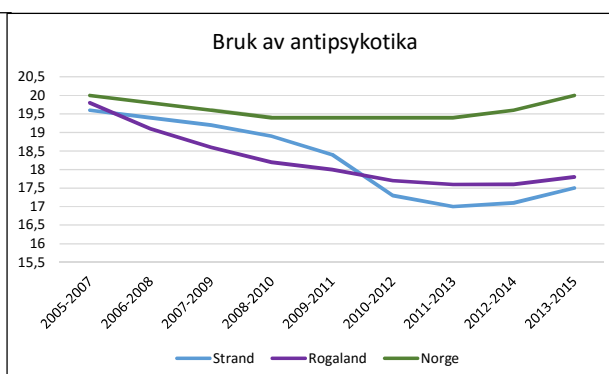
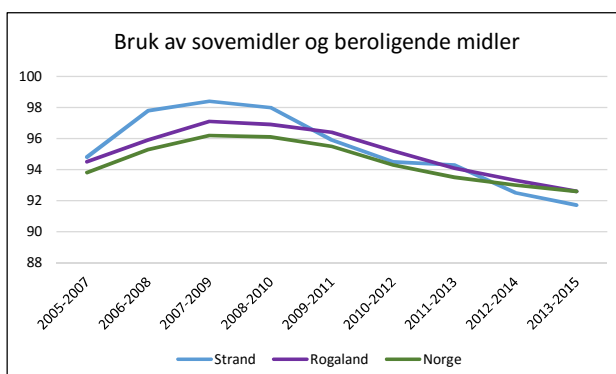
en høyere vekst og ligger en del over både kommunen og fylket ved utgangen av perioden. Her er 145,5 per 1 000 innbygger årlig i kontakt med fastlege/legevakt i forbindelse med psykiske lidelser.

Grafen til høyre viser antall unike personer i kontakt med fastlege/legevakt relatert til psykiske lidelser per 1 000 innbyggere per år, fordelt på aldersgruppene 15-29 og 45-74 (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Strand kommune har et forholdsvis stabilt nivå igjennom hele perioden, både for aldersgruppen 15-29 år og 45-74 år. Rogaland og Norge opplever noe mer økning i samme periode. Antall personer som er i kontakt med primærhelsetjenesten i forbindelse med psykiske lidelser/symptomer er økende mer alderen. For Strand var årlig 134,4 per 1 000 innbygger i aldersgruppen 15-29 år i kontakt med primærhelsetjenesten i perioden 2013-2015. Tilsvarende for aldersgruppen 45-74 år var 163,2.



Ser vi på medikamentbruken mot psykiske lidelser og symptomer, inkludert antidepressiva, antipsykotika, sovemidler, angstdempende midler og ADHD, ligger denne for Strand godt over både fylket og landet, jfr. grafen til venstre som viser brukere av reseptbelagte legemidler mot disse lidelsene/symptomene til personer mellom 0-74 år (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Strand har imidlertid en liten reduksjon i perioden, mens Rogaland og Norge er relativt stabile i medikamentbruken. I perioden 2005-2007

var årlig snitt 137 per 1 000 innbyggere i aldersgruppen 0-74 år. I 2013-2015 var tilsvarende tall 135,1 for Strand kommune.



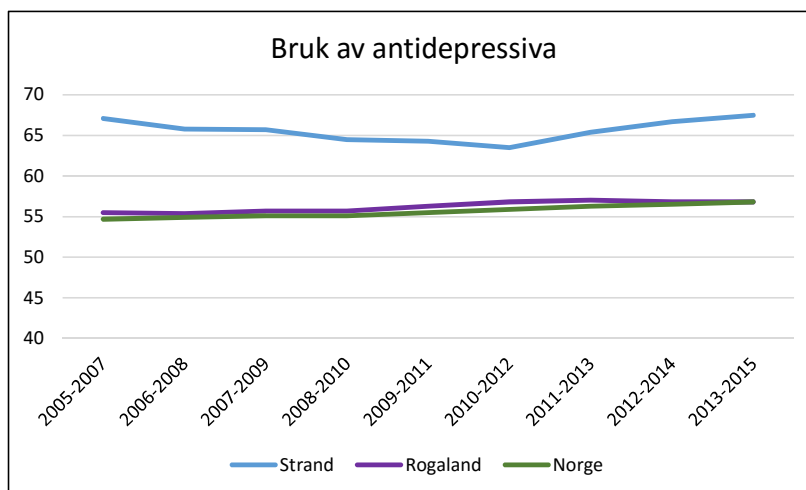
Unike brukere i aldersgruppen 0-74 år av reseptbelagte legemidler som sovemidler/beroligende midler (til venstre) og antipsykotika (til høyre) målt per 1 000 innbygger pr år ved 3 års glidende gjennomsnitt (Kilde: Kommunehelse statistikkbank).

Bruken og utviklingen av de ulike medikamenttypene varierer. Sovemidler og beroligende midler har en økning i perioden 2005 til 2010 og faller så fremover til 2015 og ender opp på et noe lavere nivå enn ved starten av perioden. Årlig snitt 2005-2007 var 94,8 per 1 000 innbygger, mens det i 2013-2015 er på 91,7 per

1 000 innbyggere i aldersgruppen 0-74 år for Strand kommune. Ved utgangen av analyseperioden er Strand på samme nivå som Rogaland og Norge.

Når det gjelder bruk av antipsykotika har Strand en nedgang i perioden fra årlig snitt på 19,6 per 1 000 innbygger i perioden 2005-2007 til 17,5 i årlig snitt for perioden 2013-2015. Rogaland fylke følger samme utvikling og har samme nivå. Ved utgangen av perioden (2013-2015) ligger Norge over med et årlig snitt på 20 per 1 000 innbygger.

For Strand kommune ligger imidlertid bruken av antidepressiva medikamenter godt over både fylket og landet, jfr. figuren til høyre som viser utviklingen i brukere av reseptbelagte antidepressiva i aldersgruppen 0-74 år per 1 000 innbygger pr år i perioden 2005-2015, vist som 3 års glidende gjennomsnitt (Kilde: Kommunehelse statistikkbank). Strand har et forholdsvis stabilt nivå gjennom hele perioden. I 2013-2015 var årlig snitt 67,5 brukere pr 1 000 innbygger, mens snittet for Rogaland



og Norge var 56,8 per 1 000 innbyggere. Strand kommune har sammenlignet med fylket og landsgjennomsnittet mange brukere i aldersgruppen 45-74 år som benytter antidepressiva (årlig snitt 116,8 per 1 000 innbygger i 2013-2015 versus 93 per 1 000 innbygger i landet for samme periode). Andelen brukere i aldersgruppen 0-45 år er på nivå tilsvarende samme nivå som Rogaland og Norge (38,2 brukere i Strand per 1 000 innbygger per år i 2013-2015 mot 35 i landet for samme periode). Det er flere kvinner enn menn som bruker disse medikamentene, både i Strand, Rogaland og Norge.

Et medikament kan bli brukt til behandling av flere ulike sykdommer. Antidepressiva blir blant annet også brukt til å forsterke effekten av smertestillende medikamenter. Da Strand kommune har en forholdsvis høy kreftforekomst kan dette forklare noe av bruken av antidepressiva, jfr. også punktet «Reseptbelagte smertestillende medikamenter». Legenes bruk av diagnosekoder i Helfo-systemet kan være misvisende, spesielt for pasienter med flere og sammensatte sykdommer/diagnoser. Legene benytter ikke nødvendigvis alle diagnosekoder i slike tilfeller. Statistikken over forekomst av sykdommer/diagnoser kan de være misvisende i forhold til det faktiske bilde. Det kan også se ut til at det er tendenser i forskrivningen av andre medisiner i Strand versus fylket og landet. Vikarleger har ikke så god kjennskap til pasientene og lokale forhold. Det kan ha betydning for hvilke medikamenter som brukes.

Arveligheten for psykiske plager, depresjon, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser er forholdsvis moderat. Det betyr at miljøforhold samlet er noe viktigere enn gener for disse lidelsene. Stort sett er det enighet om at en trygg tilknytning til omsorgspersoner i barndommen har betydning for senere psykisk helse. Gjennom hele livet gir sosial isolasjon og ensomhet økt risiko, mens sosial støtte og nærhet til andre mennesker beskytter. Traumatiske opplevelser, som alvorlige ulykker eller vold mot en selv eller ens nærmeste, kan gi varige psykiske skader. Daglige og vedvarende belastninger er vel så viktige som traumatiske hendelser. Flere belastningsfaktorer som virker sammen over lang tid, gir høy risiko, tilsynelatende høyere enn summen av risiko knyttet til hver enkelt faktor. Tilsvarende kan beskyttelsesfaktorer som for eksempel nære og trygge forhold til andre mennesker, gi ekstra beskyttelse mot hendelser eller belastninger som ellers ville ha medført høy risiko. En god selvfølelse, og spesielt følelsen av å kunne mestre utfordringer og problemer, har stor betydning for god psykisk helse (Kilde: Folkehelseinstituttet).

Strand har en høyere andel unge uføre sammenlignet med fylket og landet, jfr. kapittelet «Oppvekst- og levekårsforhold». Ung uførhet er blant annet relatert til psykiske lidelser, livsmestring og utfordrende oppvekst- og livsvilkår. Andelen unge i Strand med psykiske lidelser kan ikke alene forklare at kommunen har noe høyere andel unge uføre.

VURDERING HELSETILSTAND

Strand har mindre ulikhet i forventet levealder mellom utdanningsnivå. Da levealder i stor grad samvarierer med sosioøkonomisk status og utdanningsnivå skulle man tro at Strand kommune hadde høyere ulikhet i forventet levealder og ikke mindre grunnet lavt formelt utdanningsnivå i kommunen. Dette er et viktig bidrag for å oppnå mindre sosial ulikhet.

Alvorlig sykdom innebærer større sannsynlighet for uføretrygd og at flere står utenfor arbeidslivet. Dette påvirker i stor grad den selvopplevde helsen som gjerne blir dårligere, både som følge av å leve med en alvorlig sykdom og grunnet følelsen av å ikke bidra til fellesskapet som en naturlig konsekvens av å stå utenfor arbeidslivet. Forebygging av sykdom er derfor viktig.

Strand ligger over både Rogaland og Norge knyttet til ung uførhet. Dette er blant annet relatert til psykiske lidelser og nye sykdomsbilder knyttet til livsmestring og utfordrende oppvekst og levekår. Psykiske lidelser blant 15-29 år er lavere i Strand enn fylket og landet og kan ikke alene forklare at kommunen har en høyere andel unge uføre.

Selv om både diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer kan skyldes arv, kan mange tilfeller forebygges ved et sunnere kosthold, mindre røyking og fysisk aktivitet. Strand peker seg ikke ut i negativ retning sammenlignet med fylket og landet vedrørende forekomst av disse sykdommene. Det er positivt med tanke på at dagens gravide og unge menn (sesjon) ligger høyere på overvekt/fedme enn landet/fylket. Mange av disse sykdomstilfellene er i stor grad enkle å forebygge hvis den enkelte tar sunne valg. Kommunen kan bidra ved å legge forholdene til rette for fysisk aktivitet.

Psykiske lidelser og muskel/skjelett er de hyppigste årsakene til sykefravær og uførhet i Norge. Strand ligger høyt på antall brukere av reseptbelagte smertestillende medikamenter og antidepressiva. Forekomst av muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser alene kan ikke forklare medikamentbruken. Flere årsaker kan spille inn, men i kartleggingen har man ikke klart å identifisere sammenhengene fullt ut. Det er derfor foreløpig usikkert hvorfor flere i kommunen bruker disse medikamentene sammenlignet med fylket og landet. Det kan gi signaler om utfordringer frem i tid, men ikke nødvendigvis.

For Strand er kreft den hyppigste dødsårsaken til tidlig død før fylte 75 år. I henhold til Kreftforeningen har minst ett av tre krefttilfeller sammenheng med levemåten vår. Vi har ingen garanti mot å utvikle kreft, men vi kan ta noen valg som reduserer risikoen. Faktorer som øker risikoen for å utvikle kreft er overvekt/fedme, fysisk inaktivitet, alkoholbruk, røyking, overdreven soling, radon og nattarbeid. Ved å ta sunne valg kan man redusere risikoen. I tillegg kan HPV-vaksinen redusere risikoen for flere kreftformer. Det er også en del krefttilfeller som er vanskelige å forebygge. Dette er kreft som skyldes arvelighet og alderdom. Ved økende alder øker risikoen for å utvikle kreft uansett levemåte. Foruten om at den enkelte må ta sunne valg og endre levemåte, vil det for kommunen være viktig å identifisere risikofaktorer i ytre miljø som kan være årsak til hyppigheten av kreftforekomst i kommunen. For Strand kan radon være en slik faktor. Vannkvaliteten ved i underkant av 20% av husholdningene i kommunen er usikker da de ikke er tilknyttet rapportpliktig vannverk. Dette kan også være en risikofaktor for kommunen.

9. KILDER

- Bache Hansen m. fl. 2014. Overgang til voksenlivet for unge voksne med barnevernserfaring. Barnevern i Norge 1990-2010 – En longitudinell studie. Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA-rapport 9/2014)
- Barns vekst i Norge 2008-2010-2012, rapport 2014:3, Folkehelseinstituttet
- Barstad 2014. Levekår og livskvalitet. Vitenskapen om hvordan vi har det. Cappelen Damm Akademisk
- Brandlistuen m.fl. 2015. Sårbare barn og kvalitet i barnehagen. Folkehelseinstituttet (rapport 2015:2)
- BrukerPlan, Strand kommune og Helse Stavanger
- Dagens Næringsliv, skattelister 2015
- Dahl, Harsløf og Wel 2010. Arbeid, helse og sosial ulikhet. Helsedirektoratet (IS-1774)
- Elstad 2008. Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn. Helsedirektoratet (IS-1573)
- Finansielle utviklingstrekk 2015, Finanstilsynet
- Folkehelseinstituttet www.fhi.no
- Folkehelseinstituttet 2014b. Sosial støtte og ensomhet. Faktaark (www.fhi.no/artikler/?id=69765)
- Folkehelse rapporten 2014, Folkehelseinstituttet
- Folkehelse rapporten (nettutgaven) – Helsetilstanden i Norge. Folkehelseinstituttet
- Folkehelsepolitisk rapport 2011, Helsedirektoratet
- Folkehelsepolitisk rapport 2015, indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, Helsedirektoratet. (IS-2776)
- Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler
- Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet- en oppdatering og revisjon. Helsedirektoratet 2012. IS-0366
- Grøgaard, 2012. «Hva kjennetegner barneskoler som oppnår høy skår på nasjonale prøver?» Nordic Helsedirektoratet. God oversikt- en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Veileder IS-2110
- Helsedirektoratet www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet 2014. Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet (IS-2263)
- Helsedirektoratet 2015b. Trivsel i skolen (IS-2345)
- Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) i 2006-2008
- Inneklimarapport 2015. anbefalte faglige normer for inn klima. Revisjon av kunnskapsgrunnlag og normer – 2015. Folkehelseinstituttet. Rapport 2015:1
- Institutt for forskning og innovasjon, forskning og utdanning, Oslo, 38/12
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet www.imdi.no
- Iversen 2008
- Keatly, French, McKillop 2014. «The toxic relationship between dept and mental physical health in low income household in Northern Ireland in 2014», Eur. J. Public Health
- Kommunehelsa statistikkbank www.fhi.no/hn/statistikk/kommunehelsa-statistikkbank/
- Kreftforeningen www.kreftforeningen.no
- Kreftregisteret www.kreftregisteret.no
- Kriminalitetsforebyggende råd (KRÅD)
- Kvalitetsmelding videregående opplæring 2015, Rogaland fylkeskommune
- Lagerløv, Holager, Helseth et al. 2009. Tidsskrift for Den norske legeförening
- Levekårsundersøkelser om helse, omsorg og sosial kontakt 2012. SSB
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Mjaavatt og Forestad 2014. Tanker om å slutte på videregående skole. Er ensomhet en viktig faktor? Spesialpedagogikk 01/2014
- Mæland 2010, Forebyggende helsearbeid i teori og praksis. Universitetsforlaget
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, 2010. Helsedirektoratet. (IS-1734)
- Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer, Helse- og omsorgsdepartementet

NAV

Norges geologiske undersøkelse www.ngu.no

Norges helsestatistikkbank

Personskadedata 2015. Norsk pasientregister. Helsedirektoratet. Rapport IS-2473

Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder. Direktoratet for naturforvaltning 6-1994

Politiet, distriktsleder Terje Oksnes

Rechel 2011, Migration and health in The European Union. Berkshire; Open University Press

Samhandlingsreformen, St.meld. nr 47, 2008-2009

Slettebak 2015, Oversikt over folkehelsen i Rogaland 2015, Rogaland Fylkeskommune

Samfunnsspeilet 2012/3, SSB

Skoleporten

Statens arbeidsmiljøinstituttet (STAMI) 2009. Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015 – Status og utviklingstrekk. (STAMI-rapport Årg. 16, nr.3 (ISSN: 1502-0932))

Statens strålevern www.nrpa.no

Statens vegvesen www.vegvesen.no

Statistisk sentralbyrå www.ssb.no

St. meld. nr 20 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Stortingsproposisjon knyttet til folkehelseloven

Strålevernforskriften

Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 23/2010

Ulykker i Norge, 2009-2014

UNGdata – nasjonale og kommunale resultat av UNGData undersøkelser i perioden 2011-2016

UNGdata 2014. Ungdata. Nasjonale resultater 2014. NOVA rapport 7/15

UNGdata 2016. Ungdata 2016. Nasjonale resultater. NOVA rapport 8/16

Vinmonopolet Jørpeland

Wikipedia www.wikipedia.no