

# FOLKEHELSEPROFIL 2022 – 2029

## Del 1: Kunnskapsgrunnlaget

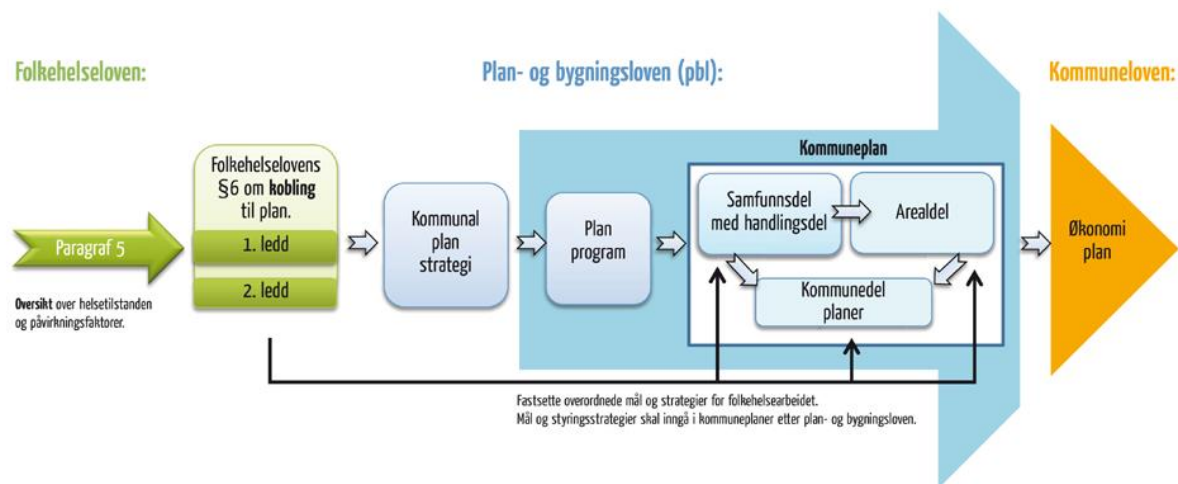
## Innhold

1.0	INNLEDNING .....	4
1.1	Definisjoner .....	5
2.0	BEFOLKNINGSSAMMENSETNING .....	6
2.1	Folketall og innvandring .....	9
3.0	OPPVEKST OG LEVEKÅR.....	10
3.1	Utdanning.....	11
3.2	Økonomi .....	13
3.2.1	Lavinntektshusholdninger .....	14
3.3	Bo- og arbeidsforhold.....	16
3.3.1	Arbeid .....	17
3.3.2	Stønadsmottakere .....	18
3.3.3	Uføretrygdede .....	19
3.4	Barnehage.....	20
3.5	Skole .....	22
3.5.1	Mobbing .....	24
3.5.2	Lese- og regneferdigheter .....	25
3.5.3	Skolevegring .....	26
3.6	Livsmestring og framtidstro .....	27
3.7	Helsetjeneste for barn og ungdom.....	27
3.8	Vold i nære relasjoner .....	27
4.0	FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ .....	28
4.1	Fysisk aktivitet .....	28
4.2	Trafikksikkerhet .....	29
4.3	Drikkevann.....	30
4.4	Støy.....	30
4.5	Luftforurensning.....	31
4.6	Sosialt miljø .....	32
4.7	Fritidsorganisasjoner .....	33
4.8	Ensomhet.....	33
5.0	SKADER OG ULYKKER.....	34
5.1	Skader behandlet i sykehus.....	34
6.0	HELSERELATERT ATFERD .....	35
6.1	Fysisk aktivitet .....	35
6.2	Overvekt og fedme.....	35

6.3 Rusmidler og tobakk.....	35
7.0 HELSETILSTAND .....	36
7.1 Forventet levealder .....	36
7.2 Muskel- og skjelettsykdommer .....	36
7.3 Hjerter- og karsykdommer.....	37
7.4 Diabetes II.....	38
7.5 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).....	38
7.6 Kreft.....	38
7.7 Antibiotikabruk.....	39
7.8 Tannhelse .....	39
7.9 Psykiske vansker .....	40
7.9.1 Psykisk helse .....	41
7.9.2 Demenssykdom .....	43
7.9.3 Selvmord.....	44
8.0 KILDER.....	45

## 1.0 INNLEDNING

God folkehelse skapes gjennom god samfunnsutvikling. Det er en rekke forhold som påvirker innbyggernes helse, som bosted, arbeid, fysisk og sosialt miljø. «Helse i alt vi gjør» er essensen i folkehelseloven. Det betyr at kommunal planlegging skal ha et tydelig helseperspektiv.



Dette dokumentet presenterer informasjon om folkehelsestatusen på Kvitsøy, med bakgrunn i kravene i Lov om folkehelsearbeid og Forskrift om oversikt over folkehelsen. Dokumentet er skrevet for å kunne fungere som et oppslagsverk mer enn for å lese fra perm til perm. Hvilken informasjon som presenteres avhenger i stor grad av hva slags datamateriale som er tilgjengelig.

Oversikten revideres hvert 4. år og inngår som grunnlag for arbeidet med kommunen sin planstrategi. Oversikten bygger på følgende:

- Statistikk fra nasjonale og regionale myndigheter
- Kunnskap og erfaringer fra ulike kommunale tjenester
- Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn

Folkehelseprofil 2022-2029, herunder del 1: kunnskapsgrunnlaget og del 2: utfordringsbildet, baserer seg på dette dokumentet som er ment å brukes som et oppslagsverk, som videre diskuteres mer inngående og skildres i utfordringsbildet. Det redegjøres for hva som er positivt i Kvitsøy kommune og hvilke utfordringer vi har, og er ment som et konkret innspill til utarbeidelse av overordnede kommunale styringsdokument, både folkehelseplan og kommende økonomiplanprosesser.

Det er viktig å påpeke at informasjonen som kommer fram i dette dokumentet i begrenset grad gir gode svar på ulike sider ved helsetilstanden. Det er vanskelig å måle det som kanskje er viktigst for folk, nemlig hvordan vi lever livene våre, opplevelsen av egen helse og hverdagslykke, eller graden av livsutfordringer som rusavhengighet og vanskelige oppvekstforhold. Tallene må vurderes kritisk, og vi må alltid huske å se enkeltmenneskene bak tallene.

## 1.1 Definisjoner

Folkehelse oppfattes gjerne som et vidt begrep, da det omfatter et bredt spekter av samfunnsmessige forhold. Folkehelseloven stiller tydelige krav til kommunens oversiktsarbeid, og det er derfor tatt utgangspunkt i lovens definisjon:

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

Folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forbygger psykiske og somatisk sykdom, skader eller lidelser, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Helsetilstand: befolkningens helse målt ved ulike indikatorer, for eksempel risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær o.l. Helsetilstand er et resultat av sammensatte årsaker, fra samfunnsforhold og levekår til individuelle risikofaktorer.

Påvirkningsfaktorer: består av kjente forhold som virker inn på helsen. Påvirkningsfaktorer omfatter både helsefremmede og forebyggende faktorer, og risikofaktorer. Påvirkningsfaktorer representerer en stor bredde, og er ofte knyttet til samfunnsforhold, levekår og miljø.

Sosial ulikhet i helse: helseforskjeller som varierer systematisk langs sosiale dimensjoner. Statistisk sett er det slik at for hvert steg man beveger seg oppover den sosialøkonomiske stige, jo bedre helse. Sosial ulikhet i helse kan beskrives som en skala (gradient) basert på utdanning, inntekt, arbeidsforhold og generelle samfunnstrekk. Utdanning er av særlig betydning. De mest effektive tiltakene mot sosial ulikhet retter seg mot hele befolkningen (sosial utjevning), og bør kombineres med mer målrettede tiltak overfor de mest utsatte gruppene. Dette skjer både gjennom overordnet samfunnsplanlegging og god tjenesteyting.

En viktig huskeregel i folkehelsearbeidet er 90/10-regelen: Bare 10 prosent av folks helseproblemer kan helsetjenesten gjøre noe med. 90 prosent må løses utenfor helsetjenesten. Det vil si at tiltak under helsetjenestens ansvarsområde bare bidrar med 10 prosent av det som skal til for å opprettholde befolkningens helsetilstand. Resten skyldes beslutninger som ligger i andre samfunnssektorer.

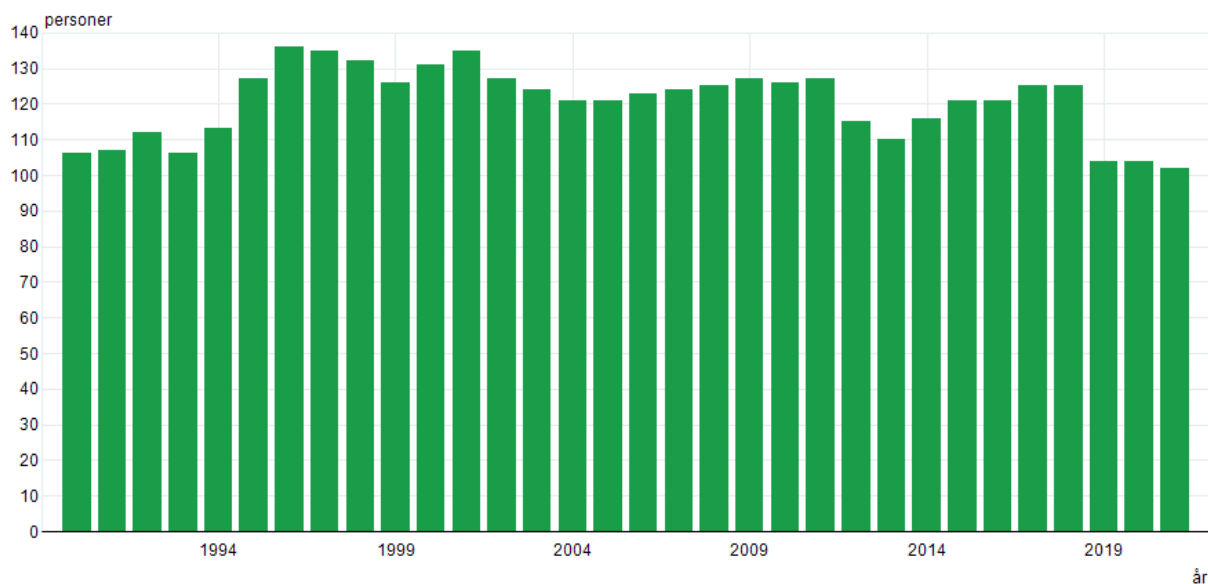
## 2.0 BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

I dette kapitlet gis det oversikt over hvordan befolkningen i kommunen er satt sammen.

Befolkningssammensetning kan fortelle noe om helsetilstanden i en kommune. En eldre befolkning vil ha dårligere helse enn en ung befolkning. En får normalt flere sykdommer og helsen skranter mer jo eldre en blir. Dette gjelder selvsagt ikke alle eldre, men flertallet eldre sammenlignet med den yngre befolkningen. Av samme årsak vil flere innbyggere i slutten av sin arbeidsføre alder motta uføretrygd sammenlignet med de yngre. Kunnskap om befolkningssammensetning er altså viktig som bakenforliggende faktorer for å forklare andre helsefaktorer. Kunnskap om befolkningsutvikling er viktig for å kunne gjøre gode strategiske veivalg for en kommune.

Kvitsøy kommune har per 25.2.2021 523 innbyggere, en oppgang på 6 innbyggere fra 2020.

07459: Befolkning, etter år. Kvitsøy, 0-17 år, Personer.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

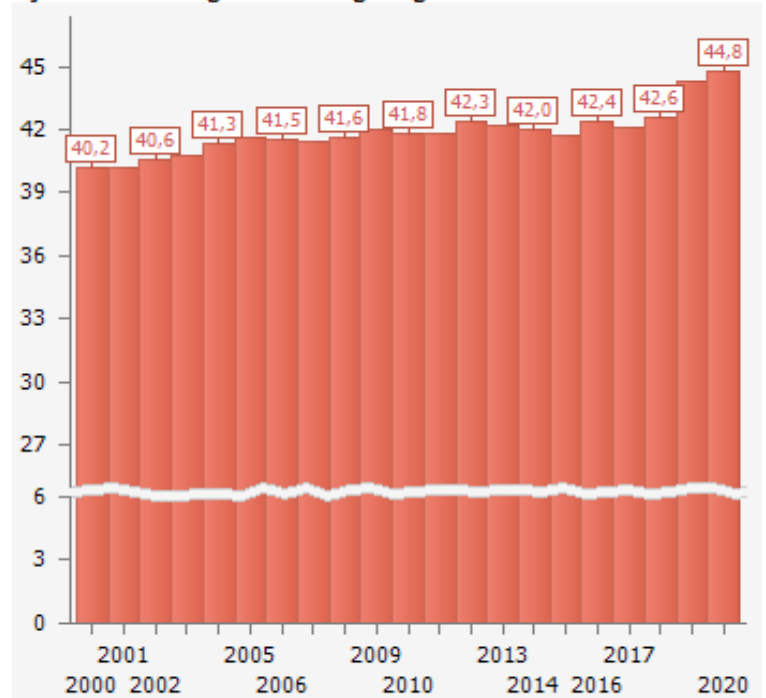
**Figur 1: Andel personer 0-17 år.**

Andelen barn og unge i en kommune gir en del indirekte informasjon - en høy andel unge antyder en relativt ung befolkning. Dette gir grunn til å forvente mindre problemer med sykdommer som blir vanligere med stigende alder.

Tallgrunnlag som er innhentet til tabell i figur 2 er fra 2020. Kvitsøy kommunes gjennomsnittlige alder var 44,77 år, høyest i Rogaland og høyere enn landsgjennomsnittet på henholdsvis 38,6 år (fylket) og 40,51 år (nasjonalt). Kvitsøy har en høy andel personer over 67 år (20,7 %), samt lav andel unge mellom 0 – 15 år (17 %). Gjesdal, som var yngste kommune i Rogaland med en gjennomsnittsalder på 36,13 år, hadde på sin side en andel eldre over 67 år på 9,9 % og 23,9 % i aldersgruppen 0 – 15 år.

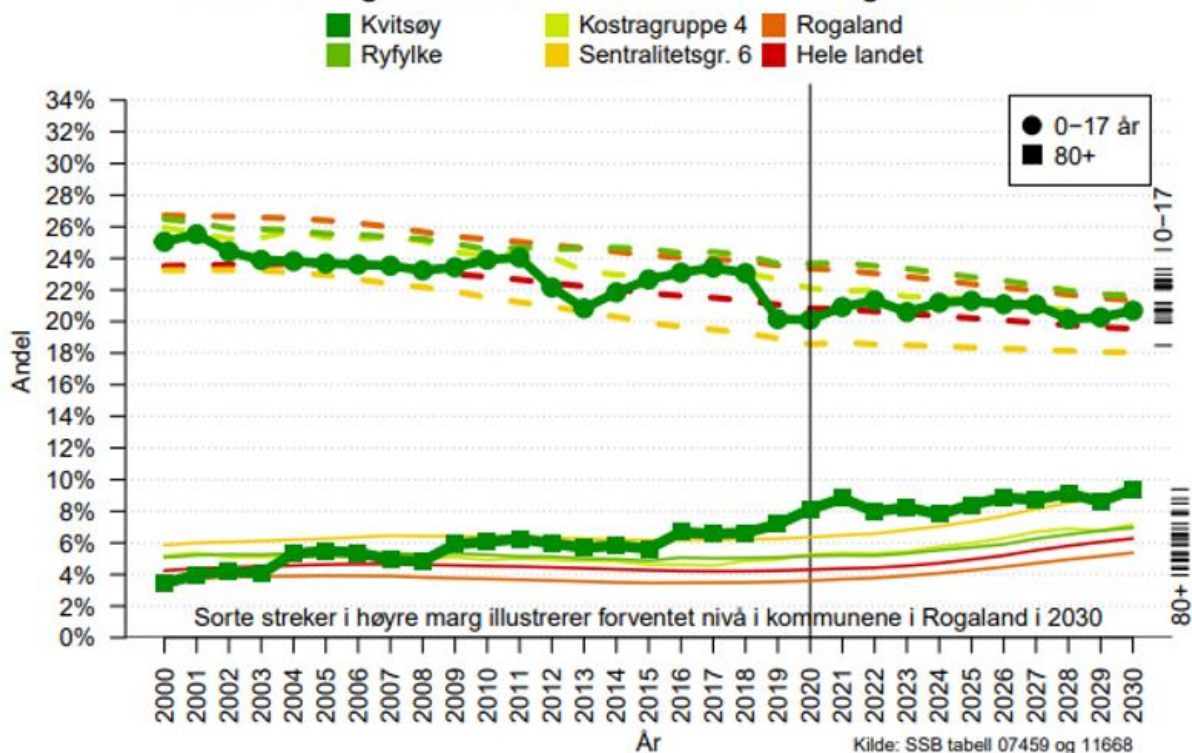
Av tabellen i figur 3 ser vi at andel innbyggere over 80 år vil øke med nesten to prosent fram mot 2030, mens aldersgruppen 0-17 år holder seg noenlunde stabil. I antall utgjør det omtrent 10 innbyggere. Andel eldre i kommunen har betydning for både hva slags helseutfordringer kommunen kan ventes å møte, og for kommunal planlegging. Det kan brukes som en indikator for bo- og arbeidsmarkedet som er tilgjengelig for kommunens innbyggere. 20-åringene er den aldersgruppen som flytter desidert mest, og de flytter i stor grad til kommuner hvor de kan finne bolig og arbeid i

**Gjennomsnittlig alder. Valgt region.**



**Figur 2: Gjennomsnittsalder Kvitsøy kommune 2000-2020**

**Observert og framskrevet andel i alderen 0-17 og 80 år eller eldre**



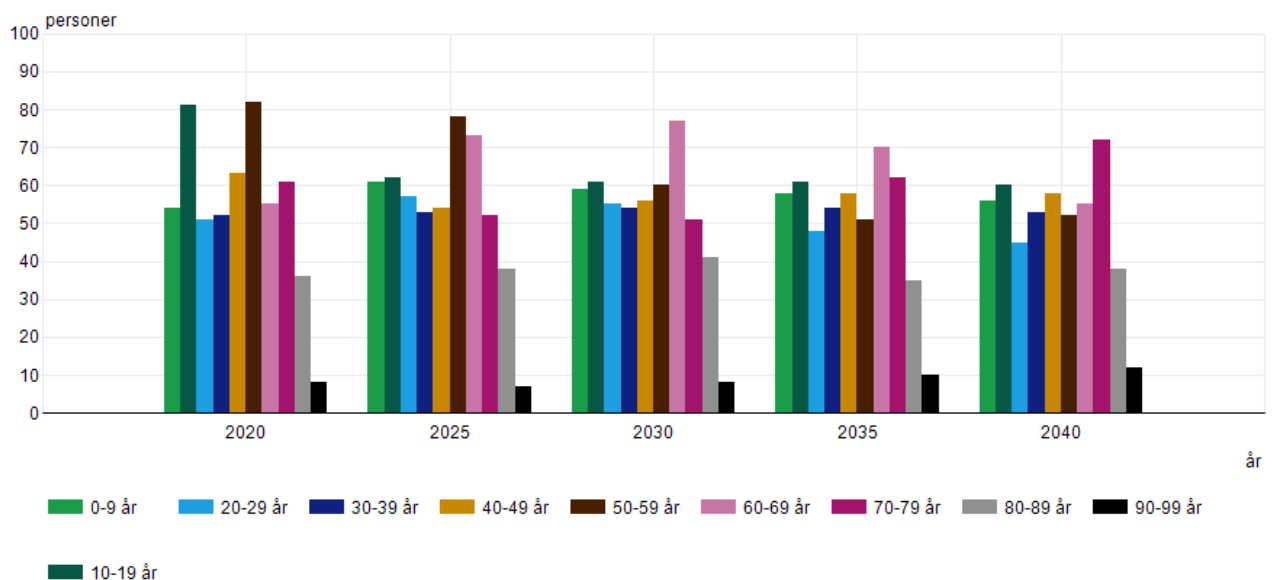
**Figur 3: Framskrevet andel i alder 0-17 og 80 år+**

eller i nærheten av kommunen. Dette bidrar til at andelen eldre stiger i de kommunene unge flytter fra, og synker i de kommunene unge flytter til.

Det er viktig å merke seg at det ikke er noe én til én-forhold mellom alder og helse. Dagens eldre er generelt sett friskere enn det personer i samme alder var for noen tiår siden. I dag utgjør mange eldre i kommunen en betydelig ressurs i den frivillige omsorgen i sivilsamfunnet. De eldre befolkningsgruppene fra 65 år er de som tydelig øker mest i antall. I dag utgjør denne gruppen en betydelig ressurs i lokalsamfunnet, samtidig som eldre statistisk sett har dårligere helse enn yngre innbyggere. Det vil vise igjen i folkehelsebildet.

Befolkningsveksten sier ikke så mye om folkehelse i seg selv, men den kan gi mye indirekte informasjon. Det er ofte unge voksne som flytter på seg, og kommuner med lav eller negativ befolkningsvekst opplever ofte at det er flere unge i reproduktiv alder som flytter ut enn inn. Dette bidrar til at andelen eldre i forhold til unge stiger, noe som i seg selv bidrar til å svekke helsetilstanden i kommunen – fordi eldre personer statistisk sett har flere helseproblemer enn yngre.

11668: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter alder og år. Kvitsøy, Hovedalternativet (MMMM).



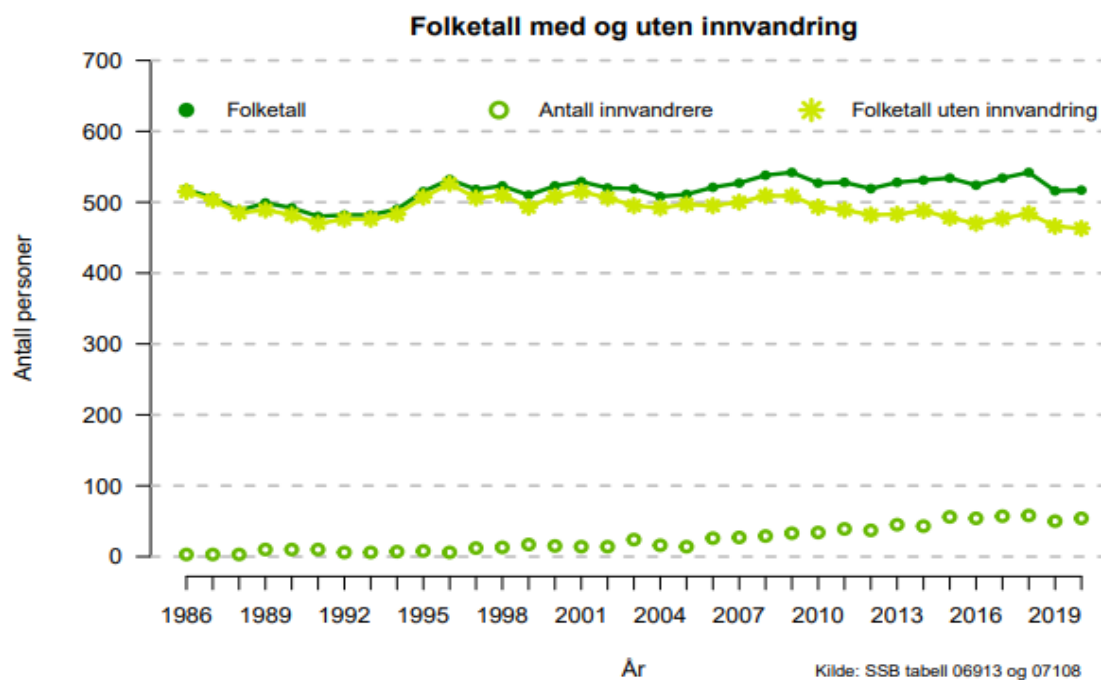
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 5: Framskrevet folkemengde Kvitsøy 2020-2040

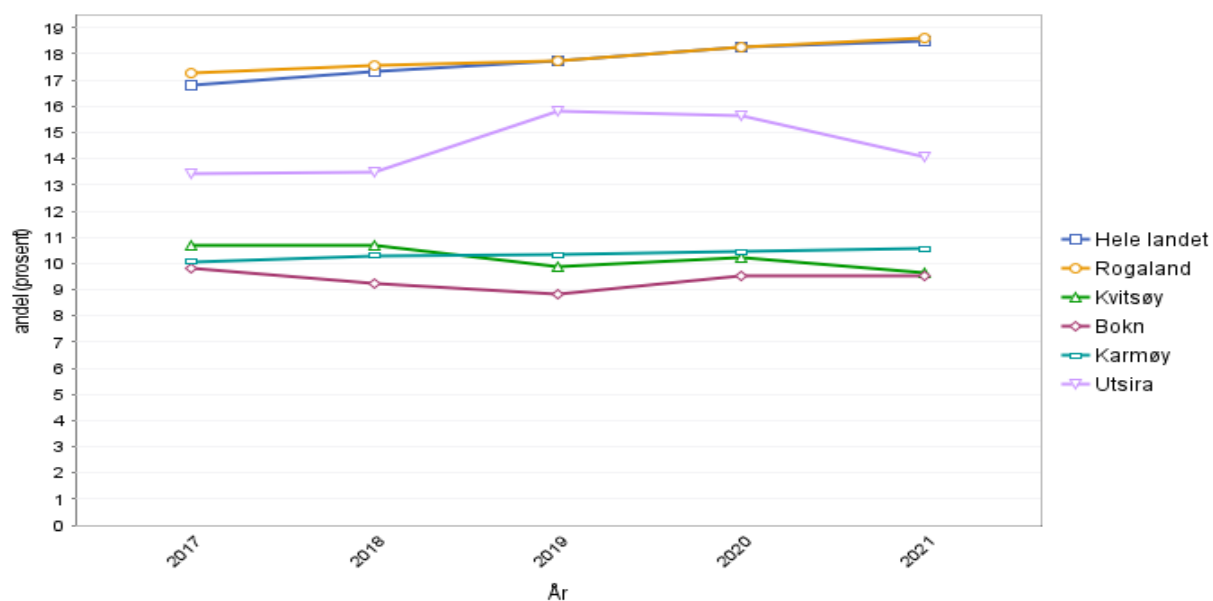


## 2.1 Folketall og innvandring

For mange kommuner har innvandring en betydelig effekt på folketallet. Figuren nedenfor viser utvikling i folketall, innvandring og hvordan folketallet ville sett ut uten innvandrere.



Figur 6: Folketall med og uten innvandring Kvitsøy, kilde: Utvidet folkehelseprofil Rogaland fylkeskommune



Figur 7: Andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, kilde: Kommunehelsas statistikkbank

Tabellen viser at Kvitsøy, sammen med Bokn og Karmøy, har lav andel innvandrere sammenlignet med landet og fylket for øvrig. Den høye innvandringen i Rogaland skyldes i størst grad stor virksomhet innen den oljebaserte næringsvirksomheten.

### 3.0 OPPVEKST OG LEVEKÅR

De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste 30 årene, men helsegevinsten har vært størst for dem som allerede hadde den beste helsen – gruppen med lang utdanning, god inntekt og som lever i parforhold. Derfor har forskjellene i helse økt, særlig de siste ti årene.

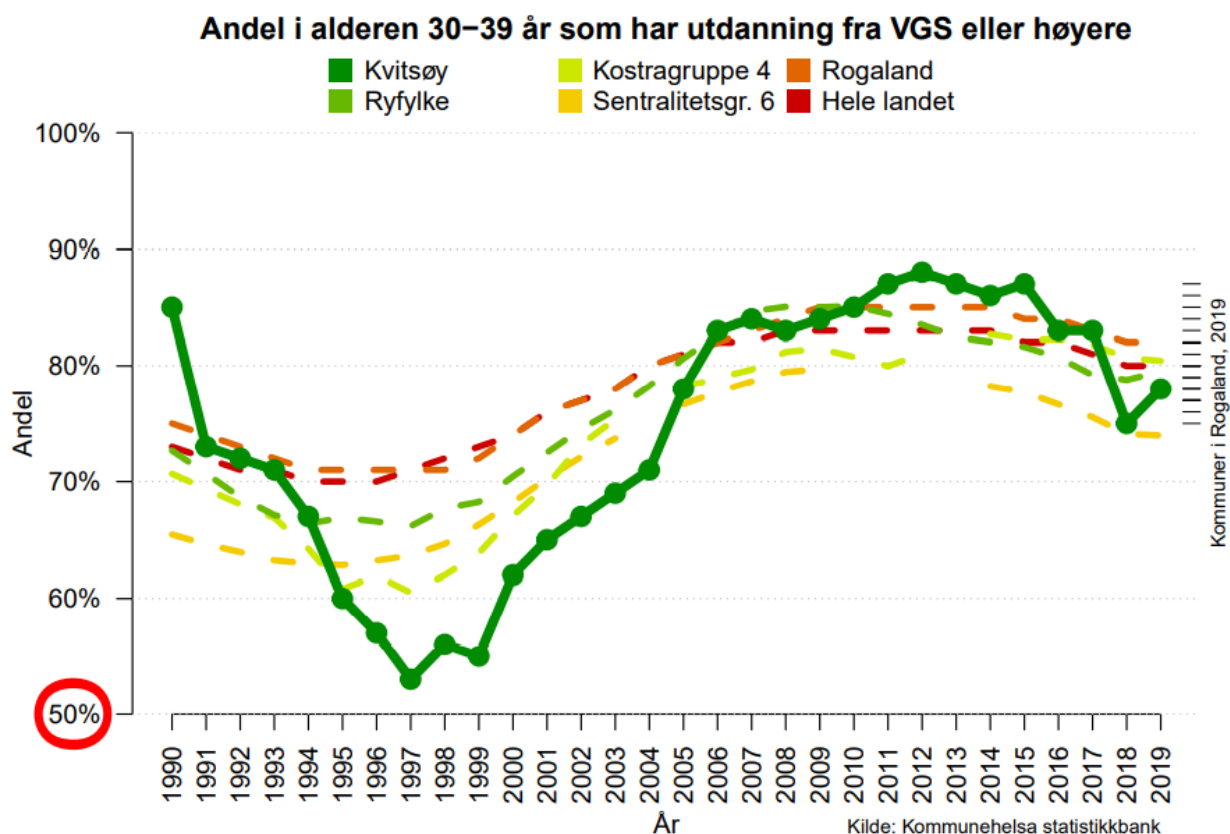
Utdanningsnivå henger sammen med risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer: røyking, BMI, blodtrykk og kolesterol. Forskjellene er uavhengig av alder.

Levekår har betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk og andre rusmidler.

### 3.1 Utdanning

Flere forskningsstudier viser at det er en betydelig sammenheng mellom utdanningsnivå og helsetilstand. En norsk kunnskapsoversikt, Sosial ulikhet i helse (E.Dahl, H.Bergsli, Kvander Weel 2014) viser en tydelig gradient, det vil si at levealder og god helse stiger jevnt med utdanningsnivået. Gradienten gjør seg gjeldende i alle livsfaser, blant begge kjønn, i de fleste sosioøkonomiske indikatorer og i alle land hvor dette er studert.

Kunnskapsoversikten viser til flere norske studier hvor forskjellen i forventet levealder for de med grunnskole som høyeste utdanning og dem med høyere universitetsutdanning er betydelig. Forskjellene i levealder varierer fra mer enn fem år til mer enn åtte år. Forskjellen i dødelighet er større blant menn enn blant kvinner.



Figur 8: Andel utdanning Kvitsøy

Merk at tall i tabell i figur 8 ikke omhandler frafall fra VGO, men andel i alderen 30-39 som har VGO eller høyere utdanning som høyeste utdanningsnivå. En må være oppmerksom på at selv om trenden tilsier at personer med kort utdanning har større og flere helseutfordringer, finnes det unntak fra tendensen.

Andelen innbyggerne på Kvitsøy som har videregående skole eller høyere utdanning er stigende sammenlignet med både fylket og landsnivået, og utdanningskompetanse avviker ikke signifikant fra fylkes- og landsgjennomsnitt.

	2017	2018	2019	2020	2021
	Begge kjønn	Begge kjønn	Begge kjønn	Begge kjønn	Begge kjønn
Nasjonalt - Fylke - Kommune	Andel overganger	Andel overganger	Andel overganger	Andel overganger	Andel overganger
- Hele landet	98,1	98,0	98,0	98,2	97,9
- Rogaland	98,4	98,6	98,5	98,5	98,8
Kvitsøy	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Figur 9: Elevundersøkelsen, andel ungdom overgang grunnskole til VGO, kilde: Utdanningsdirektoratet.**

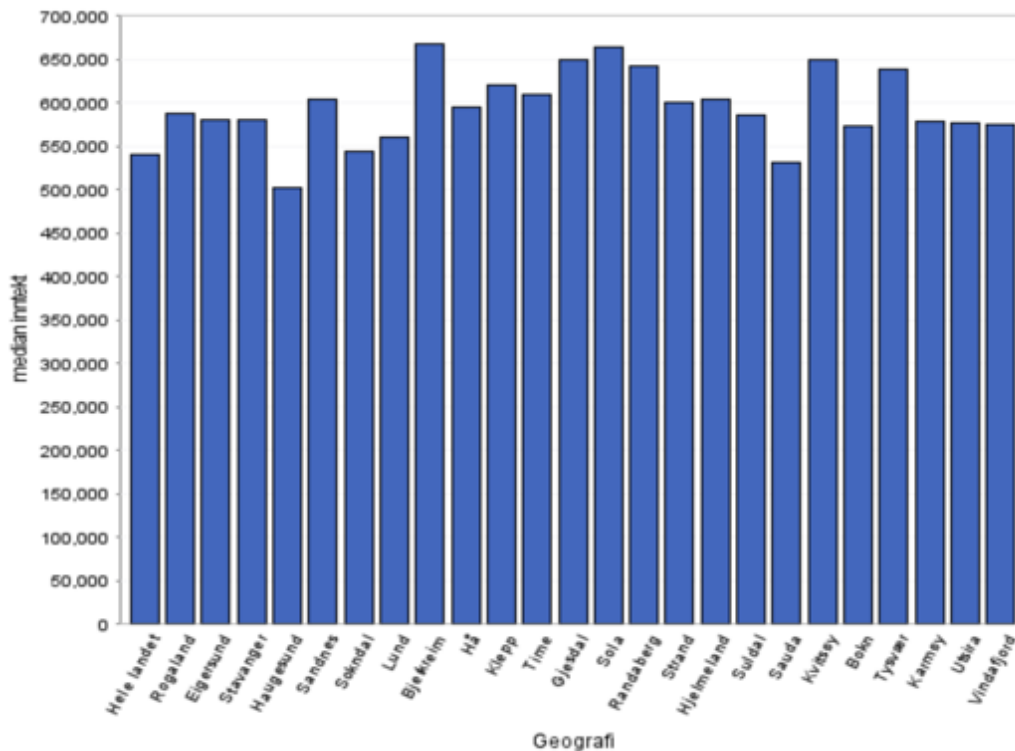
I figur 9 sees statistikk på overgang fra grunnskole til videregående opplæring. Det viser seg at samtlige går videre i utdanningsløpet direkte etter endt grunnskolegang, men det foreligger ikke tall på hvor mange som er i kontra utenfor videregående opplæring. Det foreligger heller ikke tall på hvor stort frafall er fra videregående opplæring på Kvitsøy, som igjen er forårsaket av manglende tallgrunnlag.

### 3.2 Økonomi

Økonomi er en viktig påvirkningsfaktor for helse. Dess høyere inntekt, jo lengre og høyere er forventet levealder og livskvalitet.

Kvitsøy er blant de kommunene som har høyest medianinntekt i Rogaland i 2019 (tabell i figur 10). Sammenlignet med hele landet er medianinntekten på Kvitsøy drøye kr. 100.000,- høyere.

En av årsakene til den høye medianinntekten på Kvitsøy kan henge sammen med alderssammensetningen i tillegg til et godt og aktivt næringsliv for lokale bedrifter. Kommunen har relativt mange innbyggere i yrkesaktiv alder og relativt få aleneboende. Enpersonshusholdninger har en kjent tendens til å ha lavere medianinntekt.



Figur 10: Medianinntekt husholdninger 2019, kilde: Kommunehelse statistikkbank

### 3.2.1 Lavinntektshusholdninger

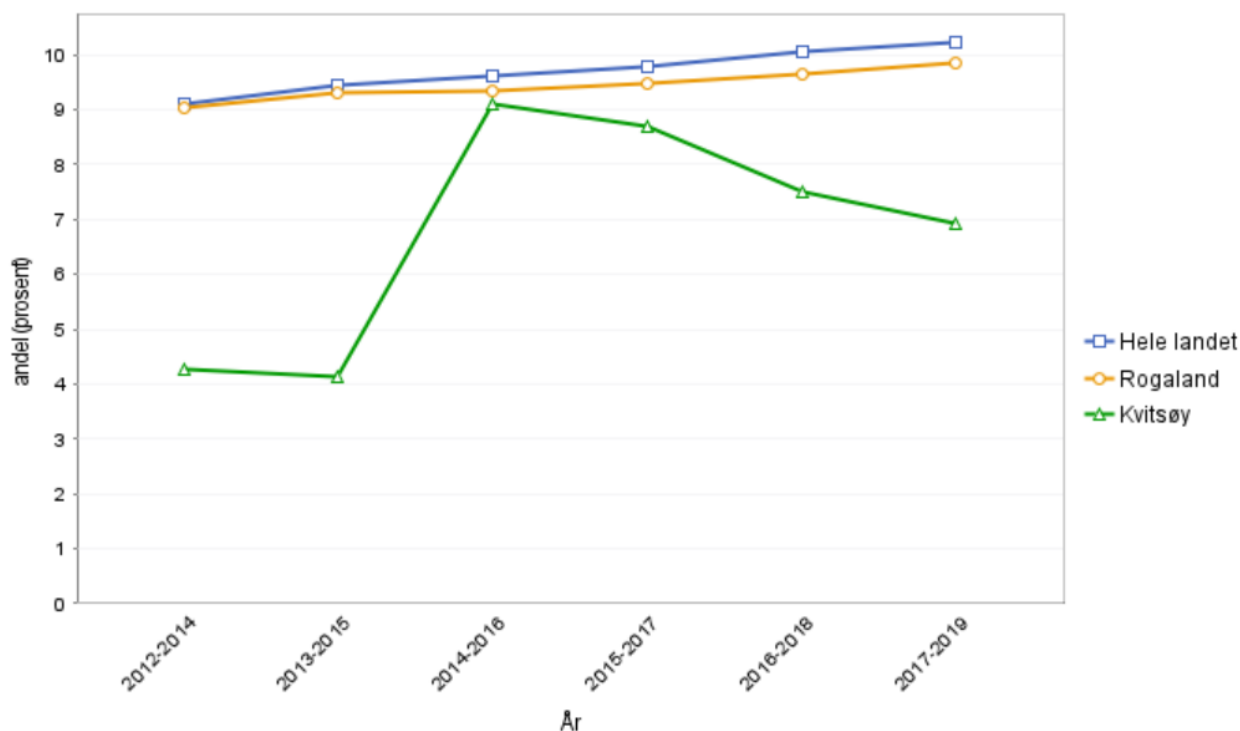
Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. Likhet i fordelingen av økonomiske ressurser påvirker antakelig andre samfunnsmessige forhold positivt. Man kan anta at stor økonomisk ulikhet i et samfunn kan lede til økt kriminalitet, kulturelle forskjeller og politiske konflikter 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. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, både for barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

År	2015	2016	2017	2018	2019
Geografi					
Hele landet	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
Rogaland	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9
Kvitøy	2,4	2,4	2,5	2,3	2,4

Figur 11: Inntektsulikhet, kilde: Kommunehelse statistikkbank.

Tabell i figur 11 viser ulikheten mellom til den som har 90 % høyeste inntekt i befolkningen delt på inntekten til den som har den 10 % laveste inntekt. Inntektsulikheten på Kvitøy har avtatt siden 2017, men er svakt stigende igjen og utviklingen må observeres.

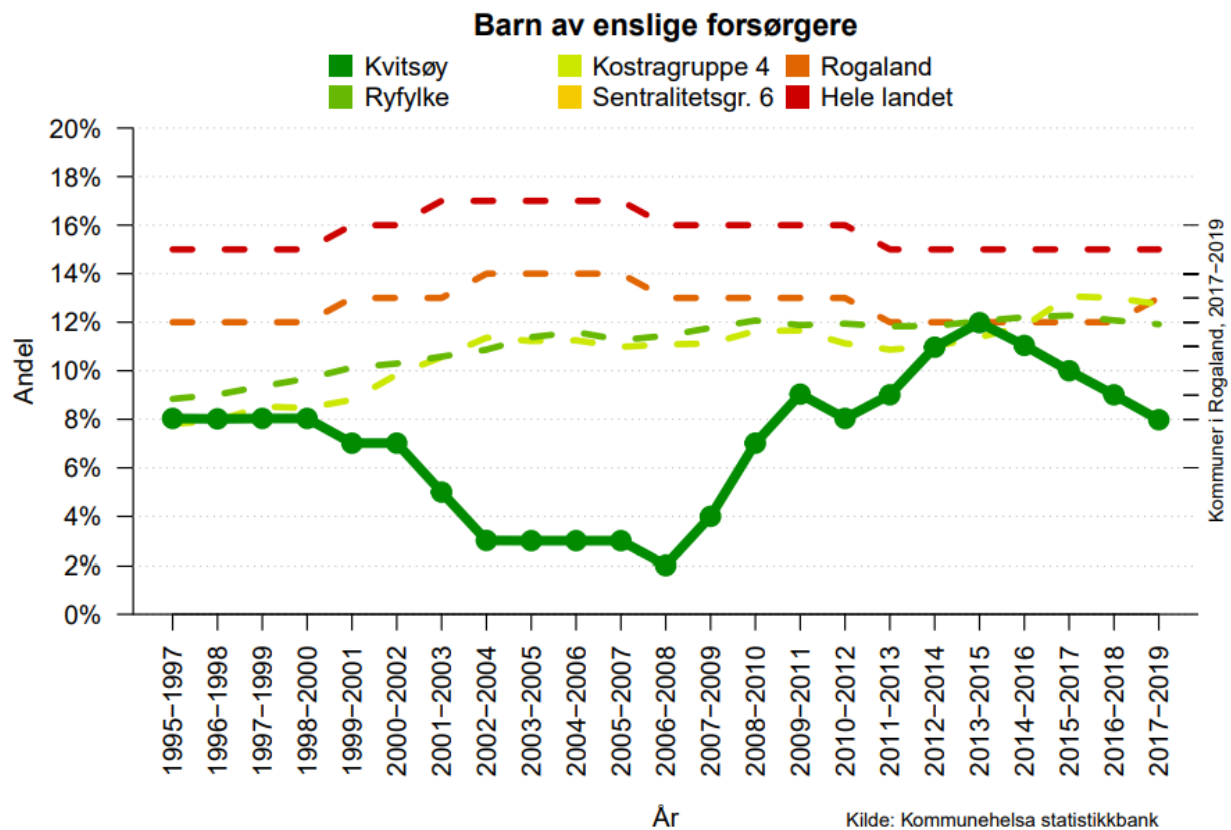


Figur 12: Personer som bor i husholdninger med vedvarende lavinntekt etter kommunale grenser for lavinntekt, kilde: Kommunehelse statistikkbank.

Lavinntektshusholdninger er her definert som husholdninger med årlig inntekt etter skatt som er lavere enn 60 prosent av den kommunale medianinntekten. Tidligere var denne indikatoren basert på den nasjonale medianen.

Graf i figur 12 viser at Kvitsøy har en mindre andel personer med vedvarende lav inntekt enn gjennomsnittet i Rogaland og i landet for øvrig, og tendensen er synkende.

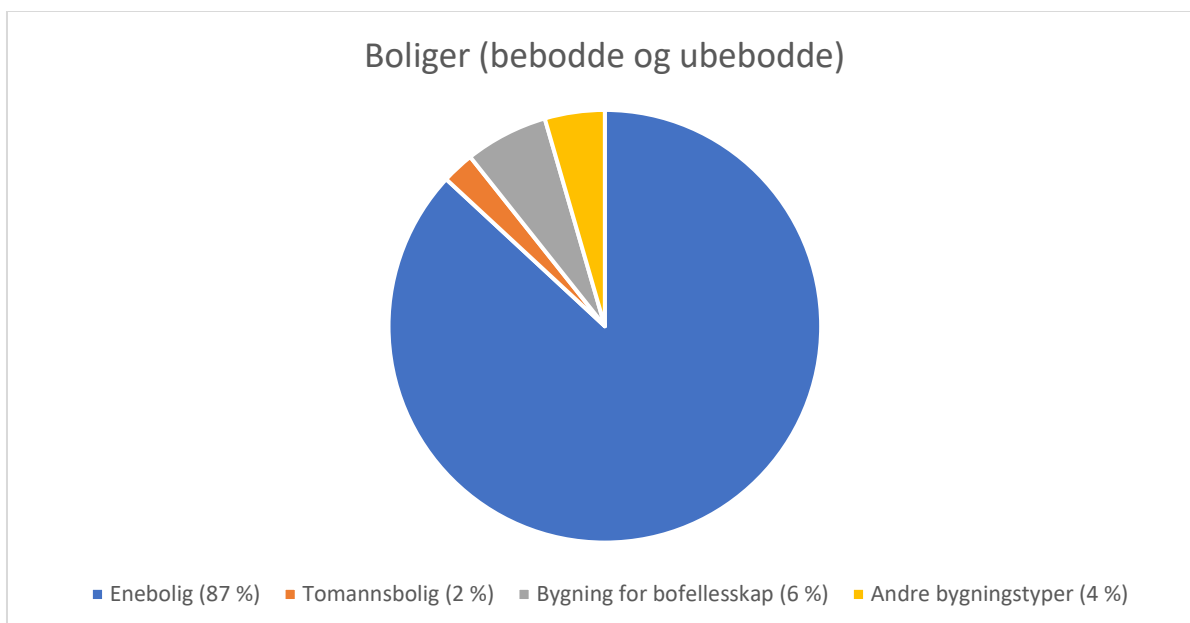
Det er dessverre ikke tilstrekkelig tallgrunnlag for å få innsikt i utbredelse av husholdninger med kortvarig lavinntekt, samt hvor vidt barnefattigdom er et problem. Selv om statistikken kan tilsi at ulikhetene er mindre, blir forskjellene imidlertid synligere i et lite samfunn som Kvitsøy. Det er av den grunn viktig å fortsette kartleggingen, og undersøke nøye omfanget av barnefattigdom. Kommunen er likevel bevisst på problematikken, og som et tiltak for å forebygge utenforskap i idrett er medlemskontingenten i Kvitsøy Idrettslag (KIL) lav, og gir ingen begrensning på antall aktiviteter den gir tilgang til.



Figur 13: Barn av enslige forsørgere, kilde: Utvidet folkehelseprofil. Rogaland fylkeskommune.

### 3.3 Bo- og arbeidsforhold

Boligforhold er grunnleggende viktig for folkehelsen. Å bo trygt og godt er viktig for at vi skal kunne ta utdanning, danne familie, være i arbeid og ta vare på helsen vår. Boligen er også en ramme for et sosialt liv og gir tilhørighet til et nærmiljø og lokalsamfunn.



Figur 14: Boligtyper på Kvitsøy 2021, kilde: SSB.

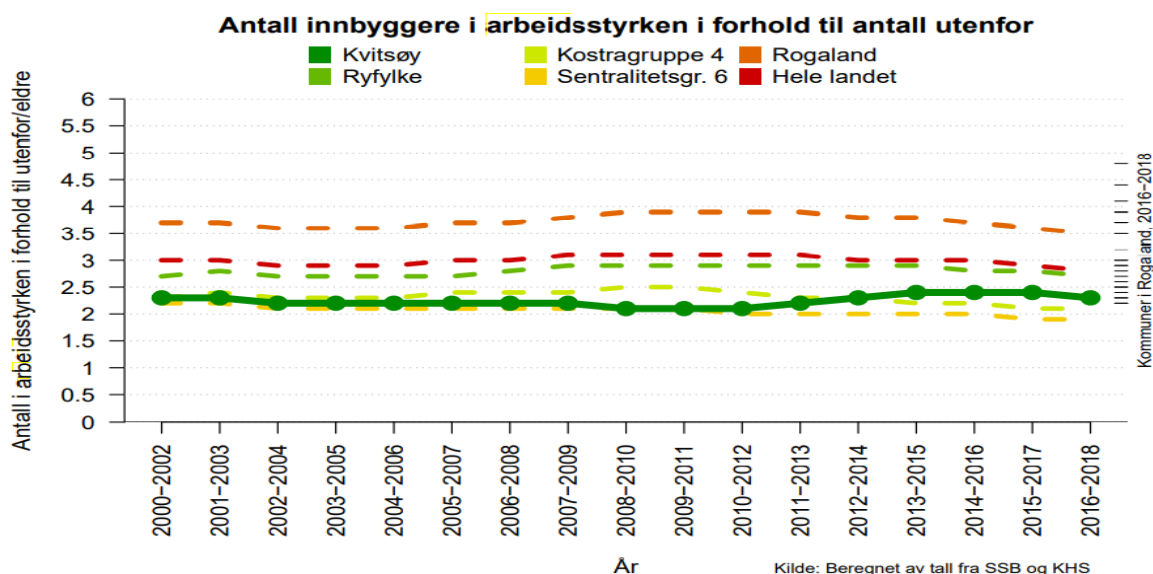
Boligmassen på Kvitsøy er fortsatt preget av eneboliger. I tillegg er det mange naust, sjøhus og løer. I 2016 ble Melinggarden ferdigstilt med 18 leiligheter, og det er planlagt for ca. 50 boenheter til i planområdet. Bebyggelsen er relativt spredt ut over øyen, med større tetthet sentrert i områdene rundt spesielt Ydstebøhavn, Leiasundet i øst og Håland i vest. Etterspørsel etter bolig (eie/leie) er på gjennomsnittlig nivå. Boligprisene oppleves som tilpasset til Kvitsøy, mye på grunn av boplikt. Flere hus er eldre og byr på utfordringer i forhold til tilrettelegging ved nye eller endrede behov, som for eksempel høy alderdom. De fleste boliger ligger ved sjø eller i umiddelbar nærhet til sjø, og har romslige tomter med hager.

Utfordringer knyttet til boligstandard er imidlertid at majoriteten av boligene er av høy alder, og byr på utfordringer med en aldrende generasjon. Med utgangspunkt i Leve hele livet, og samtidig ha fokus på et aldersvennlig samfunn byr dette på problemer om folk skal bo hjemme så lenge som mulig. Dørterskler, trapper og smal fremkommelighet er noen av utfordringene som sees her.



### 3.3.1 Arbeid

Arbeidsledighet er en viktig faktor som har negativ innvirkning på folkehelsen i vårt samfunn. Forskning viser at arbeidsledige har en tendens til å ha dårligere psykisk og somatisk helse enn folk som er i arbeid. Inntrykket er at arbeidsledighet er skadelig for den psykiske helsen.



Figur 15: Innbyggere i arbeid i forhold til utenfor 18-66 år, kilde: Utvidet folkehelseprofil. Rogaland fylkeskommune.

Graf i figur 15 illustrerer en forenkling av forholdet mellom de som er i arbeidslivet og de som står utenfor. Her er antall personer i aldersgruppen 18-66 år, minus de som mottar uføretrygd, sett i forhold til hvor mange innbyggere som enten er 67 år eller eldre, eller mottar uføretrygd. Merk imidlertid at det ikke er tatt høyde for de som er 18-66 år som ikke er i jobb - studenter, arbeidsledige, fødselspermisjon, osv. I tabellen kan det leses at nivået er svakt synkende på Kvitsøy sammenliknet med både fylket og landet. Med dette forstås det at flere innbyggere er i arbeidslivet i forhold til de som står utenfor.

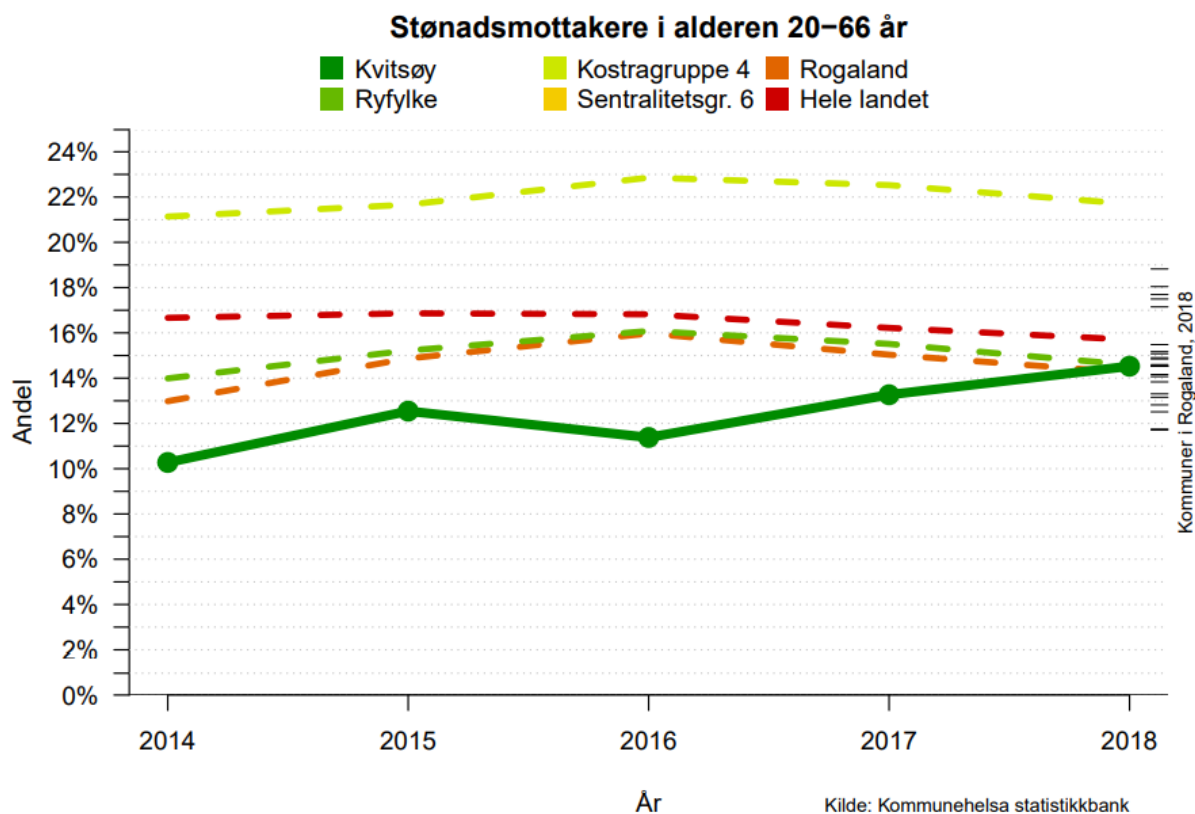
Arbeidsledigheten toppet seg i 2015. Rogalandskommunene ble hardt rammet som følge av dramatisk fall i oljeprisen, men påvirket ikke Kvitsøy i like stor grad som i andre kommuner i fylket. På det meste var det 7 arbeidsledige i kommunen i mai 2015.

Rogaland	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
I alt Rogaland	10 480	9 678	9 560	8 715	7 387	6 760	7 362	6 719	6 066	5 660	5 132	5 127
1101 Eigersund	307	258	294	290	224	179	225	187	173	163	170	169
1103 Stavanger	3 843	3 407	3 115	3 175	2 730	2 480	2 660	2 445	2 174	2 017	1 834	1 836
1106 Haugesund	802	730	1 026	760	597	533	561	533	483	472	407	405
1108 Sandnes	1 964	1 836	1 698	1 633	1 443	1 336	1 459	1 304	1 155	1 090	992	1 009
1111 Sokndal	42	33	30	32	24	25	30	24	23	18	22	24
1112 Lund	31	42	27	25	23	23	26	18	13	11	16	17
1114 Bjerkreim	37	43	38	35	25	28	27	21	20	16	20	16
1119 Hå	315	328	281	253	208	192	209	218	193	173	132	151
1120 Klepp	388	393	347	313	291	261	273	228	227	215	181	177
1121 Time	347	338	280	249	215	212	219	207	184	175	149	150
1122 Gjesdal	245	223	190	194	168	165	184	174	146	128	126	128
1124 Sola	670	619	556	503	454	441	470	404	365	340	308	304
1127 Randaberg	210	191	159	139	123	122	137	141	128	115	121	108
1130 Strand	201	206	176	174	141	131	142	130	125	131	116	106
1133 Hjelmeland	29	25	22	20	16	19	39	30	16	13	18	15
1134 Suldal	39	42	31	21	21	22	23	17	20	16	13	15
1135 Sauda	36	40	40	31	31	16	23	25	25	20	27	21
1144 Kvitsøy	*	5	*	4	4	*	5	4	*	*	*	*
1145 Bokn	8	7	5	*	*	*	4	5	4	6	7	9
1146 Tysvær	167	156	204	142	96	100	111	108	87	72	73	76
1149 Karmøy	674	623	910	619	465	391	444	415	421	377	322	321
1151 Utsira	*	*	5	4	*	*	*	*	*	*	*	*
1160 Vindafjord	119	130	123	96	83	76	89	79	80	87	74	67

Figur 16: Arbeidsledighet helt ledig Rogaland fylke, kilde: NAV. Tall markert med \* angir færre enn 4 arbeidsledige for å sikre at verdiene ikke kan føres tilbake til identitetsbare enkeltpersoner.

### 3.3.2 Stønadsmottakere

Grupper som står utenfor arbeidslivet, har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykemelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer kan ikke forklare dette. Årsaken til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser. Flertallet av sykemeldinger og langvarige trygdestønader gis for muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon.



Figur 16: Stønadsmottakere 20-66 år, kilde: Utvidet folkehelseprofil. Rogaland fylkeskommune.

Sosialhjelp er ikke vist som egen indikator i figuren over, men inngår i samlebegrepet «stønadsmottakere». En undersøkelse fra SSB viser at lavinntekt ofte går i arv. Andelen av personer som vokste opp i familier som mottok sosialhjelp på 80-tallet og hadde en inntekt i nederste femtedel i 2017, er mer enn dobbel så høy som andelen av de som ikke mottok sosialhjelp. Hvordan en kan bryte denne «arveligheten» av vanskelige levekår er en viktig utfordring i folkehelsearbeidet.

### 3.3.3 Uføretrygdede

Gruppen som mottar uføreytelser, er en utsatt gruppe helsemessig og materielt. Antallet er en indikator på helsetilstand, men må sees i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbud. Er etterspørselen stor etter arbeidskraft vil arbeidslivet lettere tilpasse arbeidsforholdene etter den enkeltes helsetilstand og en risiko for å bli uføretrygdet reduseres.

De fleste uføretrygdede står permanent utenfor arbeidslivet. En større andel kvinner enn menn blir uføretrygdet og forskjellene stiger med alderen. Det er også en tydelig sosioøkonomisk gradient. Lav utdanning og manuelle yrker gir en høyere risiko for uføretrygd. Skyldes dette at manuelle yrker har en større helsemessig belastning eller er det trekk ved personene som søker manuelle yrker? Yrker for høyere utdannede kan bedre tilpasses helsetilstanden og en kan av den grunn stå lenger i arbeidslivet.

Utenforskap fra arbeidslivet i form av uføremottaker gir et stigma som i seg selv er en negativ belastning og kan føre til ytterligere nedsatt helse.

	Uføretrygdede i prosent av befolkningen					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1144 Kvitsøy						
18-67 år	6,3	8,0	7,1	8,4	8,1	9,6

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
11 Rogaland						
18-67 år						
Uføretrygdede i prosent av befolkningen	7,8	8,0	8,3	8,8	9,0	9,2

	Uføretrygdede i prosent av befolkningen					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
0 Hele landet						
18-67 år	9,7	9,7	9,8	10,1	10,5	10,6

Figur 17: Uføretrygdede 18-67 år Kvitsøy, Rogaland og hele landet, Kilde: SSB 11715.

Andel uføretrygdede på Kvitsøy er generelt stigende siden 2015. Årsak? Det er ikke signifikant forskjell på andel uføre i fylket sammenliknet med Kvitsøy, og andel uføre er gjennomgående lavere sammenliknet med landet for øvrig. De tre dominerende aldersgruppene for uføre på Kvitsøy er imidlertid 55-61 år, 45-54 år og 25-34 år med henholdsvis 14,5 %, 11,5 % og 6,1 % av befolkningen.

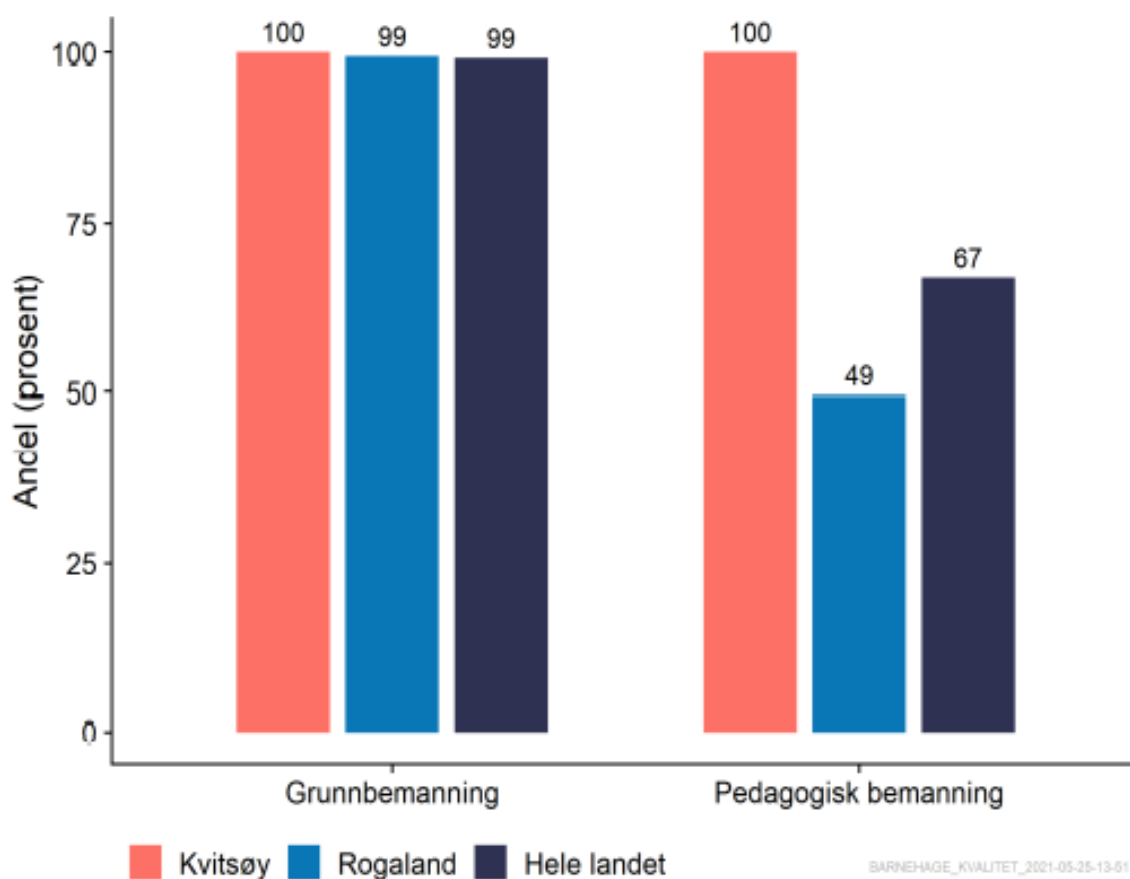
Fra tabellene i figur 17 kan det sees at Kvitsøy er lett forhøyet sammenliknet med fylket, men 1 prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnittet. Utviklingen bør imidlertid følges med på med tanke på stor økning fra 2019 til 2020.

### 3.4 Barnehage

Per mars 2022 er det 24 barn i barnehagen. Av disse barna har 2 barn halv plass (24,5 timer i uken), resten har full plass (48,75 timer per uke).

Det er 9 barn på liten avdeling og 15 barn på stor avdeling.

Høsten 2022 er det forventet å være 23 barn i barnehagen. 10 barn mellom 3-6 år, og 13 barn mellom 0-3 år.



Figur 18: Andel barn i barnehager som oppfyller kravet til grunnbemanning og pedagogisk bemanning, kilde: FHI oppvekstprofil.

Til sammen utgjør andel ansatte med utdanning (høyere utdanning og fagarbeiderutdanning) i Kvitsøy barnehage 100 %, og oppfyller UNICEF sine krav til utdanning i barnehager.

Per mars 2022 har Kvitsøy barnehage ingen ledige plasser som følge av gjeldene bemanningsnorm (antall årsverk i forhold til antall barn). Dersom barnehagen skal utvide antall plasser, må grunnbemanningen økes.

Alle barn i Kvitsøy er garantert barnehageplass innenfor de to hovedopptakene vi har i året. Dersom det søkes om plass ved hovedopptaket i november, er plass fra 1. januar garantert. Søknad ved hovedopptaket i mars, gir garantert plass fra nytt barnehageår i august. Ved ledige plasser utenom hovedopptak, er opptaket løpende.

Kvitsøy barnehage inngår i regional ordning for kompetanseutvikling. Ordningen har som mål at alle barn skal få et likeverdig barnehagetilbud av samme høye kvalitet, uavhengig av barnehagen (innenfor egen kommune, fylke og på landbasis). Kvitsøy barnehage inngår videre i et nettverk med kommunene Randaberg, Stavanger, Sola, Strand og Hjelmeland og Universitetet i Stavanger. Denne regionale ordningen skal bidra til at det utvikles pedagogisk praksis gjennom barnehagebasert kompetanseutvikling, og Universitetet får økt praksis og kunnskap som utvikler utdanningsløpene. Nettverket er i oppstartfasen med et arbeid knyttet til stortingsmeldingen «Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO (kompetanseløftet)». Kompetanseløftet for spesialpedagogikk og inkluderende praksis er en satsing på å øke kompetanse som omfatter hele laget rundt barna, og skal bidra til at den spesialpedagogiske hjelpen er tett på de barna som har behov for det.

Kvitsøy barnehage har arbeidet med implementering og forankring av rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver (2017) de siste årene, som gir klare føringer for barnehagens pedagogiske arbeid. Barnehagens årsplan gir informasjon om hvordan det arbeides med de ulike områdene i rammeplanen. Barnehagen utarbeider ny årsplan som vil være gjeldende fra høsten 2022. Nylig ble det også utarbeidet en egen handlingsplan for et trygt og godt barnehagemiljø, som gir informasjon om hvordan barnehagen arbeider for å sikre at barna har det trygt og godt i barnehagen og hvordan barnehagen skal handle ved varsl om at noen ikke har et bra (det kan omhandle krenkelser, mobbing, utestenging o.l.).

Kvitsøy barnehages satsningsområde i 2022 er Vennskap og fellesskap. Dette innebærer økt fokus på barnas sosiale kompetanse og at alle barna skal oppleve å være en betydningsfull del av fellesskapet. Ulike temaer basert på rammeplanens kjernekomponenter vektlegges – lek, læring, omsorg og danning, og rammeplanens fagområder.

Kvitsøy kommune har et interkommunalt samarbeid med Randaberg kommune, med felles helsestasjon, PP-tjeneste og barnevernstjeneste. I tillegg har Kvitsøy kommune et samarbeid med Randaberg hvor Kvitsøy barnehage deltar på fagsamlinger sammen med de andre barnehagene i Randaberg kommune. Kvitsøy og Randaberg er også fungerende barnehagemyndighet for hverandre.

Håndteringen av smitteverntiltak har krevd mye ressurser i barnehagen de siste to årene. Stadig nye og endrede smitteverntiltak, lavere terskel for når personalet skulle holde seg hjemme ved sykdom og stor mangel på vikarer har krevd mye av både personalet og ledelsen. Personalet har i flere år vært stabilt og med lavt sykefravær. Som forventet har sykefraværet vært høyere det siste året som følge av pandemien - i perioder opp mot 40 % sykefravær.

Siden Kvitsøy er en pendlerkommune, har barnehagen lengre åpningstid enn i de fleste andre kommuner, fra kl. 06:30 til kl. 16:30. Ti timers åpningstid fører til behovet for høyere grunnbemanningen enn bemanningsnormen tilsier for å sikre forsvarlig drift. Et varierende barneantall fra år til år er også ressurskrevende grunnet omorganisering av barnehageavdelingene og -hverdagen.

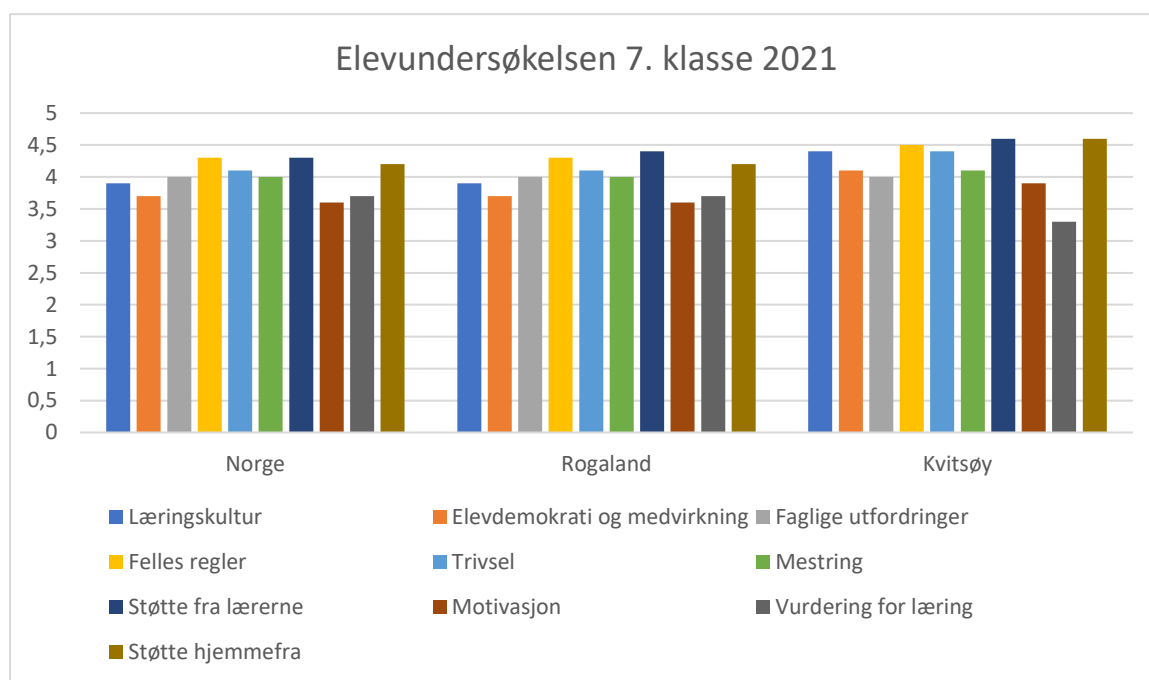
### 3.5 Skole

Grunnskolen er en av de viktigste arenaene for utjevning av sosiale forskjeller. Skolen skal gi elevene faglig kompetanse, men også utvikle gode samfunnsborgere basert på de verdiene som definerer Norge som samfunn. Skolen er også en arena for vennskap, fellesskap og følelse av tilhørighet, og opplevelsen av å mestre. Samtidig ser vi at sosiale forskjeller vedvarer gjennom skoleløpet og følger elevene videre inn i videregående skole. Elever som sliter med dårlige karakterer og med manglende mestringsopplevelse får ofte et dårlig selvbilde og reduserte psykisk helse og vil ha større risiko for å droppe ut av videregående opplæring.

Folkehelseinstituttet kom i 2018 ut med en kunnskapsrapport, «Barn og unges psykiske helse: Forebygging og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt» som gir et bredt og oppdatert kunnskapsgrunnlag for hva som kan gjøres for å fremme psykisk helse og forebygge psykisk uhelse hos barn og unge.

Rapporten anbefaler en helsefremmende skole som et av de ti viktigste tiltakene for å bedre den psykiske helsen i den norske befolkningen:

*“En helsefremmende skole er kjennetegnet ved et miljø hvor elevene ikke blir mobbet, hvor de er en del av et fellesskap med jevnaldrende og hvor de opplever å mestre skolearbeidet. Mobbing er en sterk risikofaktor for psykiske problemer hos barn og unge.”*



Figur 19: Resultater elevundersøkelsen, 7. trinn sammenliknet nasjonalt, regionalt og lokalt, kilde: Utdanningsdirektoratet.

Kvitsøy skole er en 1 - 10 skole, altså at skolen har barn og unge i alderen fra 1. til 10. trinn. I dag har skolen 57 elever og 16 ansatte, fordelt på hele og delte stillinger. Skolebygningen slik den er i dag ble bygget i to etapper. Den første delen ble ferdigstilt i 1952, mens den andre delen ble bygget ferdig i 1967. Det ble utført en vurdering av skolen slik den er i dag og det viser seg at den ikke følger krav til tekniske byggeforskrifter, universell utforming og brannsikkerhet. Med bakgrunn i dette er det vedtatt å bygge ny skole, hvor den ifølge fremdriftsplanen planlegges ferdigstilt i 2025. Elever og ansatte ved skolen vil bli involvert som en del av brukerforum i planlegging og prosjektering av den nye skolen og tilhørende uteområder.

SFO skal legge til rette for lek, kultur- og fritidsaktiviteter med utgangspunkt i alder, funksjonsnivå og interesser hos barna, og gi omsorg og tilsyn. Fra høsten 2021 skal det arbeides etter en ny nasjonal rammeplan. Rammeplanen presiserer regelverket og hva som er verdigrunnlaget for SFO, og den beskriver innhold og arbeidsmåter i SFO. Kommunen eller den kommunen bruker til å oppfylle sin plikt etter opplæringsloven § 13-7 må følge rammeplanen, men planen åpner for lokale variasjoner og satsinger.

Skoleår		2011/12-2016/17	2013/14-2017/18	2014/15-2018/19*	2015/16-2019/20
Geografi	Klassetrinn				
<a href="#">Hele landet</a>	7. trinn	91	91	91	90
	10. trinn	86	86	85	85
<a href="#">Rogaland</a>	7. trinn	91	91	91	90
	10. trinn	84	85	84	83
Kvitsøy	7. trinn	90	91	90	:
	10. trinn	76	70	68	58

Figur 20: Trivsel på skole (5-årig), kilde: kilde: Kommunehelse statistikkbank.

Når det gjelder elevundersøkelser arrangerer Kvitsøy skole utdanningsdirektoratets elevundersøkelse for 7. og 10. trinn (figur 20) årlig. Denne er obligatorisk å gjennomføre i høstsemesteret. Skolen har også deltatt i undersøkelsen som utføres i vårsemesteret. Denne er ikke obligatorisk, men gir viktig informasjon om status og eventuell utvikling. Som regel deltar også alle fra 5. trinn og oppover. Disse undersøkelsene er anonymisert.

I tillegg til utdanningsdirektoratets elevundersøkelser utfører Kvitsøy skole egne, interne undersøkelser, hvor sosiallærerne er ansvarlige. Hensikten med denne er muligheten til å følge opp resultatene undersøkelsen gir. Denne er imidlertid ikke anonymisert, og det sees kritisk på dette med tanke på begrensningene dette kan medføre.

Ifølge tabell i figur 20 sees det at trivselstrenden er nedadgående, og at 42 % av 10. klassingene tilsynelatende ikke trives på skolen. 7. klassingene har imidlertid vesentlig høyere, og tilsynelatende stabil grad av trivsel.

### 3.5.1 Mobbing

Mobbing er en vesentlig individuell risikofaktor for psykiske lidelser. Barn som mobbes har syv ganger høyere risiko for å utvikle psykiske plager som angst, depresjon, ensomhet og rastløshet enn barn som ikke mobbes. Kroppslige plager som hodepine, ryggsmarter, vondt i magen og svimmelhet er dobbelt så vanlig hos barn som mobbes som blant andre barn. Jo oftere et barn blir mobbet jo større er risikoen for helseplager.

Sammenhengen mellom mobbing og helseplager understreker at det er viktig å forbygge mobbing i skolen. Der er viktig å følge med på statistikk som andelen som ha vært utsatt for mobbing for å si noe om iverksatte tiltak virker, og for å kunne drive med kvalitetsforbedringsarbeid.

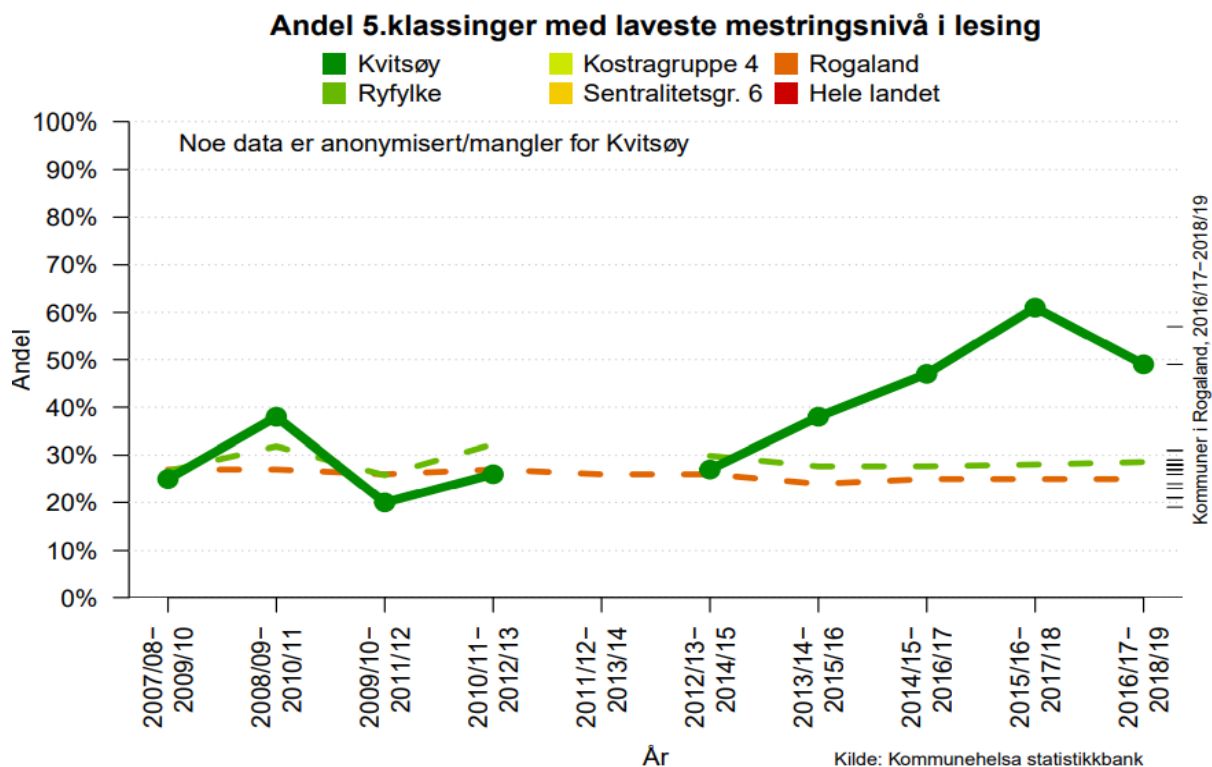
Kvitsøy skole har opprettet sosiale grupper innen ulike 4 ulike temaer; Kreativitet, brettspill og media, litteratur og idrett. Elevgruppene består av 4-5 elever og er satt sammen av skolepersonalet. Gruppene ruller på de ulike temaene og har utarbeidet grupperegler, signert kontrakt og laget egen logo.

Etter som Kvitsøy er for liten til å være med på ungdatabarn er kunnskap om barn og unges trivsel, opplevelse og hverdag ukjent. Det foreligger noe tall, men dette er ikke beskrivende nok for å danne seg et bilde av status. Skolen har imidlertid interne elevundersøkelser, som viser positive resultater. Dette er likevel ikke anonyme undersøkelser, noe som kan påvirke besvarelsen til elevene.



### 3.5.2 Lese- og regneferdigheter

En av skolen viktige oppgaver er å hjelpe elevene med 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.



Figur 22: Andel 5. klassinger med laveste mestringsnivå lesing, kilde: Utvidet folkehelseprofil. Rogaland fylkeskommune

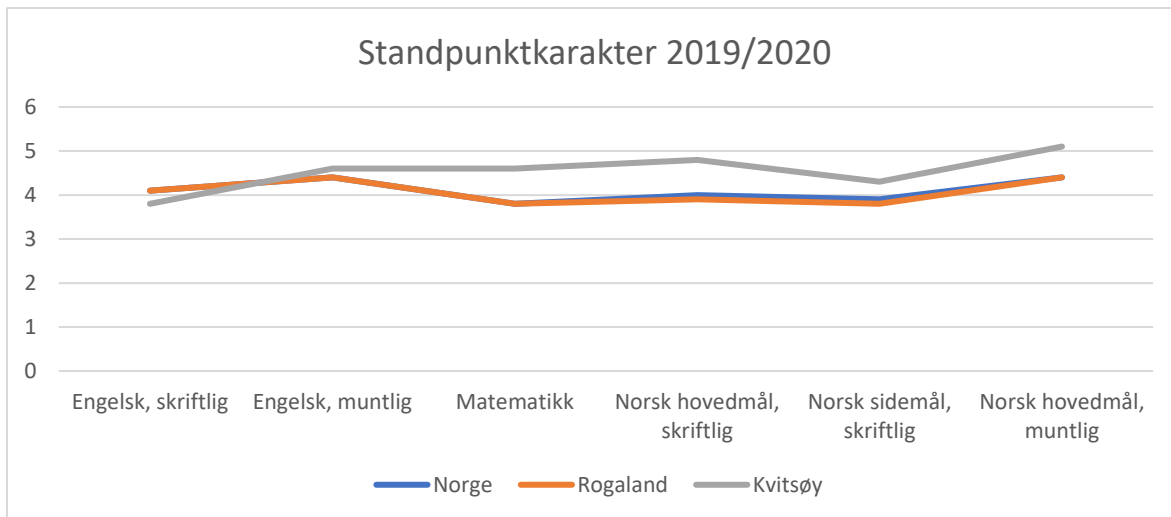
Tallgrunnlaget kommer fra nasjonale prøver og er følsomt for hvem som blir fritatt for prøver og i hvilken grad elevene forberedes på prøvene i forkant.

Grafen i figur 22 viser at det er signifikant høyere antall femteklassinger i Kvitsøy med laveste mestringsnivå i lesing i 2017 sammenliknet med 2011. Trenden er imidlertid synkende mot 2018, som viser en positiv utvikling og økning av leseferdigheter. Antall er imidlertid signifikant høyere enn i fylket for øvrig.

Skoleår	2014/15-2016/17	2015/16-2017/18	2016/17-2018/19	2017/18-2019/20	2018/19-2020/21
Geografi					
Hele landet	23,7	23,2	23,0	23,3	23,6
Rogaland	22,0	22,2	22,4	22,4	22,1
Kvitsøy	44,5	48,7	46,7	34,4	26,7

Figur 23: Andel 5. klassinger med laveste mestringsnivå regning, kilde: Kommunehelse statistikkbank

Ut fra statistikken kan det sees at Kvitsøy kommune har flere elever med laveste mestringsnivå i regning, sammenliknet med fylket og landet for øvrig.



Figur 23: Gjennomsnitt standpunktkarakter for 10. trinn sammenliknet nasjonalt, regionalt og lokalt, kilde: Utdanningsdirektoratet.

I figur 23 sees en graf over standpunktskarakter for 10.trinn ved Kvitsøy skole. Det sees at Kvitsøy jevnt over har høyere standpunktskarakter sammenliknet nasjonalt og regionalt, bortsett fra i engelsk skriftlig.

### 3.5.3 Skolevegning

Skolevegning er et økende problem, og det gjelder i økende grad jenter. Omfanget av skolevegrere er 2-3 elever hvert år på hver skole, og etter sigende skal andel skolevegning være stigende i kjølvannet av pandemien.

Som tidligere nevnt er det begrensninger for øyeblikket når det gjelder hvor utbredt skolevegning er blant Kvitsøy skoles elever. Det er imidlertid noe som er viktig å kartlegge videre i det løpende oversiktsarbeidet.

### 3.6 Livsmestring og framtidstro

Å få barn og unge til å mestre livet sitt og ha tro på seg selv er et av de viktigste mål også for opplæring i skolen. Tallene viser at flere unge, særlig gutter, har en økende bekymring for hvordan framtida vil bli, og ha som møter dem. I skolen ser vi også at flere barn i ung alder strever med hverdagen sin, og har et atferdsuttrykk som skaper utfordringer i skolemiljøet og ellers.

Dessverre er det ikke tilstrekkelig tallgrunnlag for å få et inntrykk av barn og unges livsmestring og framtidstro. Som nevnt er ikke Kvitsøy med i ungdatabasen, noe som begrenser tilgang til info om barn og unge.

### 3.7 Helsetjeneste for barn og ungdom

Helsetjenesten for barn er en av de viktigste arenaene i folkehelsearbeidet. Den gir gratis helsefremmende og forebyggende tilbud til alle barn 0 – 20 år og deres familier.

Helsetjeneste for barn på Kvitsøy innbefatter svangerskapsomsorg, helsestasjon 0-5 år, skolehelsetjeneste, fysioterapi og flyktningehelsekoordinator.

Helsestasjonen 0-5 år gir helsefremmende tilbud i form av foreldreveiledningskurs.

Helsesykepleier i kommunen har en 20 % stilling som er fordelt mellom helsestasjon og skolen. Vedkommende arbeider resterende 80 % i Randaberg kommune, og har tett tilknytning til fagmiljøet regionalt og nasjonalt.

### 3.8 Vold i nære relasjoner

Omfanget av vold og omsorgssvikt i nære relasjoner er i dag så omfattende at WHO ser på dette som et folkehelseproblem. Barneverntjenesten har ikke eksakte sammenligningstall for antall meldinger over tid som innbefatter vold i nære relasjoner, men tjenesten har en klar oppfatning av at denne type meldinger har økt de siste fem årene.

Kvitsøy kommune har et interkommunalt samarbeid med blant annet Stavanger kommune hvor det kjøpes tjenester av Krisesenteret i Stavanger. Man trenger ikke å være i akutt fare for å henvendelse, og det tilbys det blant annet samtale og veiledning med fagpersoner på vold i nære relasjoner, midlertidig bo opphold hvis nødvendig, helhetlig hjelp og kartlegging av situasjonen, bistand til å ordne praktiske utfordringer som økonomi og nytt bosted, foreldreveiledning og videreformidling til andre deler av hjelpeapparatet.

## 4.0 FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ

Det er en rekke miljøforhold som påvirker helsen vår, og de blir delt inn i fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø. Det fysiske miljøet er omgivelsene våre, naturen, bygninger, veier o.l. der vi bor, jobber og ferdes. Biologisk miljø er alt som lever i naturen rundt oss, kjemisk miljø er det som finnes av kjemiske forbindelser som vi puster inn, drikker eller på andre måter omgir oss. Sosialt miljø er samspillet mellom menneskene som bor i et samfunn, stort eller lite, og krever gode møteplasser. Tilbud om sosialt samvær gjennom kultur, idrett, organisasjonsliv og deltakelse i lokale og nasjonale valg forteller om engasjementet for det sosiale miljøet.

Kvitsøy er, i flatemål, den minste kommunen i Norge med et areal på kun 5,7 km<sup>2</sup>. Kommunen er grønn og frodig, men uten skog. Høyeste punkt ligger 25 meter over havet, og det merkes når vind og storhavet står på. Den har flere lune og gode havner og de to mest kjente havnene og tettstedene er Ydstebøhavn i vest og Leiasundet i øst. Disse er gamle og kjente fiskerihavner.

Landbruk er den største primærnæringen på Kvitsøy. Den maritime produksjonen har foruten tradisjonelt fiske og fangst av hummer og høvring, oppdrett av hummer, kamskjell og laks. I tillegg er det en rekke andre produksjonsbedrifter, blant annet innen industri og håndverk. Kommunen huser også flere små og store bedrifter innen bransjer som bygg og anlegg, handel og service.

Kvitsøy har mye historie knyttet til seg, både i form av kulturminner og tradisjoner. De største severdighetene på øya er Kvitsøy fyr, Kvitsøy kirke, Steinkorset, Kvitsøy Trafikkstasjon og Hummermuseet.

### 4.1 Fysisk aktivitet

Sammenhengen mellom god helse og fysisk aktivitet er vel kjent og dokumentert. Fysisk aktivitet er mye forskjellig fra hard trening til moderat hverdagsaktivitet. Å sykle eller gå til jobben kan være vel så gunstig for folkehelsen som hard trening. Selv rolig mosjon sammenlignet med stillesitting har stor effekt for alle. Det gjelder for begge kjønn, og i alle aldrer. Sammenlignet med stillesitting er effekten en markant nedgang i dødelighet. Det er derfor viktig at infrastrukturen planlegges og tilrettelegges slik at det er enkelt å gå eller sykle til jobb og skole, at det er kort vei til turstier og rekreasjonsområder, og god tilgang til varierte idrettstilbud. Kort sagt gjøre det enkelt for folk å velge det sunne alternativet. I sin kunnskapsoversikt viser Folkehelseinstituttet til at utnyttelsen av grøntområder faller ved økende avstand til boligen. 5-6 åringer oppholder seg mindre enn 100 meter fra egen bolig og folk er i gjennomsnitt ikke villig til å bruke mer enn 10 minutter på å gå eller sykle for å komme seg til et grøntområde.

Kvitsøys befolkning har tilgang til rekreasjonsarealer, definert som lekeplasser, ballplasser, nærmiljøanlegg, badestrender, offentlig sikrede områder, parker og lignende. Kommunen har også utarbeidet en egen plan for Idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv 2021-2027.

## 4.2 Trafikksikkerhet

Kvitsøy med sine godt og vel 520 innbyggere kan fremdeles vise til en meget bra statistikk når det gjelder trafikkuhell. Vegvesenet opplyser at siste registrerte trafikkuhell med personskade skjedde i 2003.

Kommunen har anslagsvis 6,5 km fylkesveg og 1,6 km kommunale veger. Gang- og sykkelsti nå er på plass fra ferjeleiet i Vollsøy, fram til skolen og kommunesenteret i Ydstebøhavn, totalt ca. 2,0 km. Sikring av skolevegen til Leiasundet, ca 1,5 km, hvor kommunens sist utlagde boligfelt er under etablering har prioritet i Rogfast-arbeidet.

Trafikkbildet på Kvitsøy er preget av å være er en liten kommune uten særlig høye trafikkmengder. Likevel kan det i perioder oppleves som at trafikken er høy på grunn av store konsentrasjoner omkring tidene for ankomst og avgang med ferja. Fartsnivået kan også bli høyt de siste minuttene før ferjeavgang. En positiv faktor er at ferjeavgangene i liten grad sammenfaller med tider da barn er på vei til og fra skolen. Kommunen ønsker flere ferjeanløp, noe som gjør behovet for gode trafikale løsninger viktig.

Kvitsøy kommunes trafikkbilde er også preget av en høy andel gående og syklende. Det er stort sett korte avstander og bekvemme stigningsforhold som gjør det er lett å velge sykkel fremfor bil. Dette fordrer at det tilrettelegges gode trafikale løsninger ettersom veinettet er etablert i en tid da framkommelighet for transport innenfor primærnæringene hadde hovedfokus.

### 4.3 Drikkevann

Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen. Informasjon om drikkevannskvalitet finnes kun for den del av befolkningen som er tilknyttet rapportpliktig vannverk. Drikkevannet på Kvitsøy leveres av IVAR. Vannbehandlingsanlegget ligger ved Langevatn i Gjesdal kommune, som leverer vann til cirka 250 000 innbyggere på Nord-Jæren. Vannet renses og filtreres i vannbehandlingsanlegget ved Langevatn, fraktes via hovedvannforsyningsledningen videre til Tjensvollbassengene i Stavanger. Forsyning frem til Kvitsøy kommune går via IVAR sin hovedledning fra Tjensvollbassenget til Tasta, og videre via Stavanger kommune sitt ledningsnett frem til Randaberg. Ved Sandebukta i Randaberg er det uttak til sjøledning over til Kvitsøy.

Ledningen og bassenget på Vollsøy ble anlagt av Kvitsøy kommune i 1976, men ble overtatt av IVAR IKS etter at kommunen ble medeier i selskapet i 2003.

I forbindelse med bygging av Rogfast er det nå lagt ny vannledning til Kvitsøy. Denne ledningen er lagt i felleskap mellom Statens vegvesen og IVAR IKS.

År		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Geografi	Parameter						
Hele landet	<a href="#">hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet</a>	86,8	91,0	90,6	90,3	88,5	90,4
	hygienisk kvalitet	91,5	95,5	95,2	93,8	94,4	96,8
	leveringsstabilitet	90,7	93,8	94,2	92,7	90,6	92,2
Rogaland	<a href="#">hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet</a>	78,5	95,1	84,2	93,7	92,1	87,8
	hygienisk kvalitet	80,1	95,7	87,0	95,8	92,3	97,2
	leveringsstabilitet	93,6	96,6	94,6	95,3	97,1	88,1
Kvitsøy	<a href="#">hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet</a>	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0
	hygienisk kvalitet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	leveringsstabilitet	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0

Figur 24: Tilgang til hygienisk og stabil drikkevannsforsyning, kilde: Kommunehelse statistikkbank.

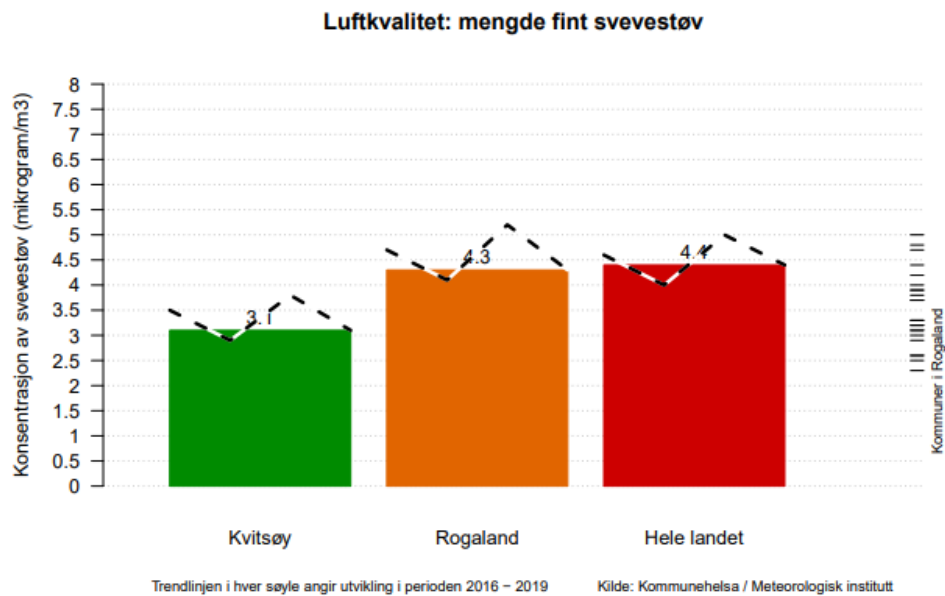
I figur 24 sees det at 100 % av Kvitsøy har tilgang til hygienisk og stabil drikkevannsforsyning, og ligger høyest både regionalt og nasjonalt.

### 4.4 Støy

Kvitsøy har med sin beliggenhet i havgapet generelt stort fravær av støy og støykilder. Det er imidlertid noe støy forbundet med Rogfastutbygging og fastlandsforbindelsen med økt trafikk, særlig av anleggstrafikk. Videre er det også utbygging i området Melingarden med både sprengningsarbeid som fører til økt støy.

## 4.5 Luftforurensning

Den viktigste kilden til luftforurensning er biltrafikk, særlig i kombinasjon med kulde og stillestående luft. Vedfyring og partikler som rives løs av piggdekk bidrar også på vinterstid. Problemene er mest gjeldene nær travle trafikårer. Luftforurensning kan forårsake og forverre helseproblemer, særlig for personer med luftveislidelser som astma og kols.



Figur 25: Luftkvalitet: Mengde fint svevestøv, kilde: Utvidet folkehelseprofil. Rogaland fylkeskommune

I figur 25 viser grafen at Kvitsøy kommer vesentlig bedre ut enn fylket og landet når det gjelder mengde fint svevestøv.

## 4.6 Sosialt miljø

Det sosiale miljøet vi er omgitt av er noe av det viktigste i livene våre og har mye å si for tilhørighet og trivsel.

Kommunen kan legge til rette for sosiale møteplasser, lekeplasser og grønne områder i nærheten av der folk bor, og på den måten bidra til gode nabolag og godt oppvekstmiljø. Trygge gode nærmiljø for barn og unge karakteriseres av god tilgang på varierte områder for lek og aktiviteter. Nærmiljøanlegg, idrettsanlegg og lokale kulturbygg er viktige brikker i det generelle folkehelsearbeidet og spesielt viktig for barn og unges muligheter for aktivitet og deltakelse. Kommunen har ansvar for å legge til rette for gode og varierte fritidsarenaer og møteplasser. Samtidig er det en oppgave som krever samarbeid med frivillige organisasjoner og private aktører. Kvitsøy er en frivillighetskommune, og frivillige lag og organisasjoner og kommunen har et godt samarbeid, hvor de frivillige har gode rammevilkår som løfter opp og frem det gode arbeidet de gjør.

Kulturlivet gjør samfunnet rikere og bidrar til livskvalitet, fellesskap og tilhørighet, som igjen er viktige faktorer for en god folkehelse. Folkehelsemeldingen peker på at det er store forskjeller i befolkningens deltagelse i kulturliv og kulturaktiviteter. Dette skyldes geografi, infrastruktur og variasjon i tilbud, men også forhold knyttet til økonomi, utdanning og sosiale forskjeller. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) har funnet flere sammenhenger mellom helse og deltagelse i kulturlivet. De som bruker kulturtilbud opplever bedre helse, er mer tilfreds med livet og har mindre angst og depresjon enn andre deler av befolkningen. Studien bruker et bredt kulturbegrep og inkludere spørsmål om konserter, dugnad, religiøse aktiviteter, idrettsarrangementer og utendørsaktiviteter.

Kvitsøy kommune har flere møteplasser. Klatrepark/lekeplass på Vollsøy som passer for store og små barn, Coop Prix, Kvitsøy bibliotek, hundeparken, humermuseet med kulturscenen, galleri stakitt, restaurant Grønningen og Slogen hotel er viktige arenaer for Kvitsøys beboere å komme sammen på.

Idrettsarenaene er viktige møteplasser hvor generasjonene møtes på tvers. Aktivitetshallen, idrettsparken og aktivitetsparken består av utendørs fotballbane, ballbinge, skatepark, tennisbane/skøytebane, amfi med scene og friområde. Kvitsøy Idrettslag (KIL) starter 2022 med medlemsrekord – årsmeldingen skriver 248 medlemmer, og det er hovedsakelig menn i aldersgruppen 26 år+ som har steget mest. Religiøse arenaer som bedehuset og kirken er også viktige møteplasser. Kvitsøy menighet har rundt 450 medlemmer.

Kommunens ungdomsråd har opprettet prosjekt for å arbeide mot ungt utenforskap for barn og ungdom fra 7. trinn til og med 17 år. Det er gitt uttrykk for at unge som ikke engasjerer seg i idrett eller bedehusmiljøet står i fare for utenforskap, og tilbakemeldingen har vært at aktivitetstilbudet ikke favner disse som faller utenfor. For å forebygge utenforskap arbeider ungdomsrådet for å igangsette et bredere spekter av aktiviteter, og gir ungdommen på øyen en mulighet til å medvirke og forme aktivitetstilbudet etter hva de ønsker.

Barnetråkk som er et verktøy som gir barn muligheten til å gi lokalpolitikere og planleggere tilbakemelding på hvordan lokalmiljøet brukes og eventuelt bør endres, er planlagt gjennomført på Kvitsøy i 2022-2023.



#### 4.7 Fritidsorganisasjoner

Organisasjoner, klubber, lag og foreninger er viktige arenaer for samvær med andre unge og gir andre erfaringer og læringsbetingelser enn skolen og mer uformelle situasjoner. På sitt beste gir organisasjonene ungdom mulighet til å utvikle sine evner, de lærer å fungere i et fellesskap, ytre egne meninger og jobbe målrettet. Det å være med i en fritidsorganisasjon kan ha positiv virkning på barns utvikling og psykiske helse.

Frivilligheten fyller viktige samfunnsfunksjoner. De skaper nettverk, gir sosial støtte, tilhørighet, varme og liv. Frivillige arenaer er kulturbærere og kunnskapsformidlere og spiller en viktig rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Gode kommunale planer har sin hovedforankring i lokale naturgitte, strukturelle, sosiale og kulturelle forutsetninger, samt engasjement og medvirkning fra kommunens innbyggere, næringslivet, frivillige organisasjoner og andre interessenter.

Kvitsøy skal være et godt og attraktivt sted å bo, arbeide og leve for alle aldersgrupper. Dette innebærer at innbyggerne på Kvitsøy også har et godt tilbud innen idrett og fritidsaktiviteter samt gode muligheter for å drive fysiske aktiviteter i friluft. Kommunen ønsker derfor å tilrettelegge for idrett og friluftsliv i størst mulig grad. Et overordnet mål er universal utforming. Det vil si fysisk tilrettelegging av anlegg og områder for idrett og friluftsliv for at alle grupper i befolkningen skal ha gode arenaer til fysisk aktivitet der hvor de bor.

#### 4.8 Ensomhet

Ensomhet er det motsatte av god sosial støtte. God sosial støtte innebærer at en får kjærlighet og omsorg, blir aktet og verdsatt, og at en tilhører et sosialt nettverk og et fellesskap med gjensidige forpliktelser. Manglende sosial støtte øker faren for fysiske og psykiske lidelser. Ensomhet er noe annet enn å være alene. Ensomhet henger sammen med forventninger og sosiale behov. En kan føle seg ensom selv om en har et rikt sosialt liv, mens andre ikke føler seg ensom selv om de har et mindre sosialt liv.

I Kvitsøy kommune er det gitt tilbakemelding fra brukere av lavterskeltilbudet innen psykisk helsearbeid på økt grad av ensomhet under pandemien.

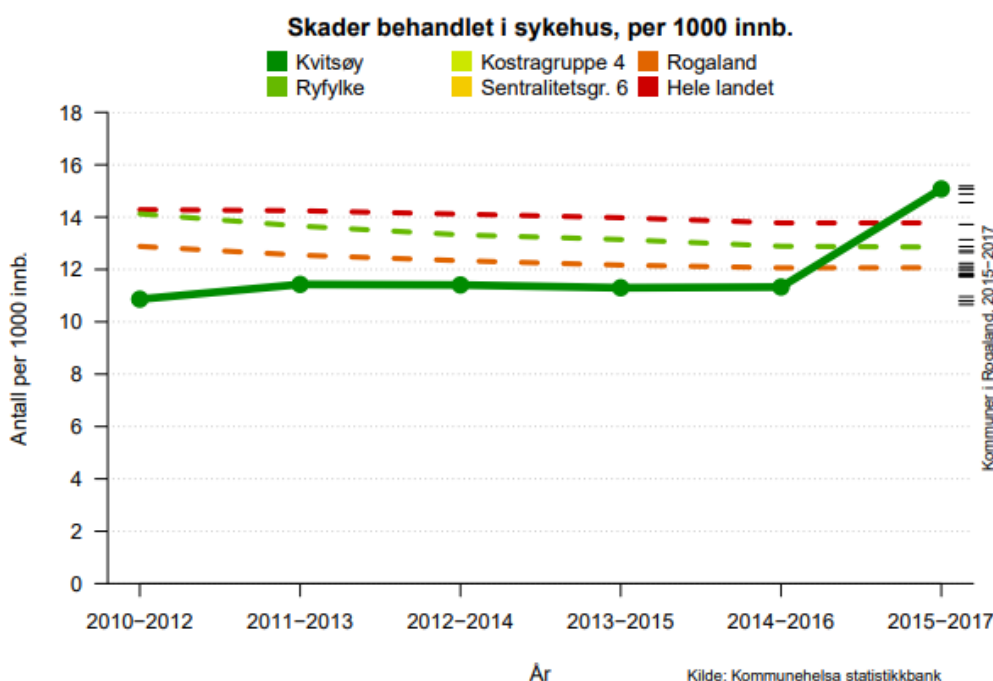
## 5.0 SKADER OG ULYKKER

### 5.1 Skader behandlet i sykehus

Selv om dødeligheten av skader har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkeskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Skader kan i stor grad forebygges, og en reduksjon av ulykker vil kunne gi en solid helsegevinst i befolkningen. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de mest alvorligste skadene. Mer enn 50 % av alle personskader blir behandlet i primærhelsetjenesten. Blant disse er det en større andel barn og eldre sammenlignet med skader behandlet i sykehus.

År		2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017
Geografi	Sykdomsgruppe						
	Hele landet						
Hele landet	Sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)	18,1	18,2	18,4	18,1	17,5	16,8
	Skader (S00-T78)	14,2	14,2	14,0	13,9	13,7	13,7
	Hodeskader (S00-S09)	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,4
	Hoftebrudd (S72.0-S72.2)	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8
	Forgiftninger (T36-T65)	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9
Rogaland	Sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)	14,8	14,9	15,3	15,6	15,5	15,3
	Skader (S00-T78)	13,4	13,0	12,8	12,7	12,6	12,6
	Hodeskader (S00-S09)	2,7	2,7	2,6	2,6	2,7	2,7
	Hoftebrudd (S72.0-S72.2)	1,8	1,8	1,8	1,7	1,6	1,6
	Forgiftninger (T36-T65)	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1
Kvitøy	Sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)	14,8	15,4	14,2	12,4	11,2	12,8
	Skader (S00-T78)	9,9	10,5	10,5	10,4	10,4	13,8
	Hodeskader (S00-S09)	:	:	:	:	:	:
	Hoftebrudd (S72.0-S72.2)	:	:	:	:	:	:
	Forgiftninger (T36-T65)	:	:	:	:	:	:

Figur 26: Brukere av spesialisthelsetjenesten somatikk, kilde: KommuneHelsa statistikkbank.



Figur 27: Skader behandlet i sykehus.

På Kvitøy er det høyere forekomst av skader og ulykker som må behandles i sykehus enn andre vi her sammenlignes med, og forekomsten øker i motsetning til mange andre kommuner og til gjennomsnittet i fylket. Det er imidlertid ikke oversikt på hvilken type skader dette gjelder.

## 6.0 HELSERELATERT ATFERD

Helserelatert atferd som fysisk aktivitet, kosthold, bruk av tobakk, snus og rusmidler har stor betydning for folkehelsen. Røyking, inaktivitet og overvekt/fedme påfører samfunnet betydelige helseutfordringer. Helserelatert atferd er ulikt fordelt i befolkningen og følger bestemte sosioøkonomiske mønstre. Røyking, fysisk inaktivitet og fedme er mer utbredt i grupper med lav utdanning. Forskjellene finner vi i alle aldersgrupper. Mangelfull eller dårlig helseatferd har en medvirkende betydning i sykdomsutviklingen. Økning i helserelatert risikoatferd i befolkningen er sentrale i kartleggingen av folkehelsen.

### 6.1 Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene er viktig for normal vekst og utvikling. Det virker også positivt på den psykiske helsen, konsentrasjon og læring. Regelmessig fysisk aktivitet i ungdomsårene ser også ut til å være viktig for å skape gode vaner for resten av livet. Fysisk aktivitet er den beste samfunnsmedisinen vi har. Inaktivitet bidrar til flere av de viktigste helseutfordringene. Fysisk aktivitet bidrar både som forebygging av sykdommer, og som lindring for mange lidelser.

Hverdagsaktivitet kan bidra til reell forbedring av helsen sammenlignet med stillesitting. Flere undersøkelser viser at å gå fra ingen mosjon til litt mosjon gir betydelige resultater i forbedret helse og reduksjon i dødelighet. Også her ser vi tydelige forskjeller i sosioøkonomiske bakgrunner. De med høyest utdanning og god inntekt mosjonerer mer enn de med lav utdanning og lav inntekt. For landet totalt sett viser SSBs levekårsundersøkelse for 2019 at andelen som trener eller mosjonerer minst en gang i uka har sunket noe for alle aldersgrupper unntatt de som er 67 år eller eldre. Samtidig øker andelen som driver med styrketrening i alle aldersgrupper. Undersøkelsen viser også at det er sosiale forskjeller i treningsvanene: Mens bare 2 % av personer med høyskole- og universitetsutdanning svarer at de aldri trener eller mosjonerer, gjelder dette 11 % av personene med kun grunnskoleutdanning. Dessverre er det ikke tilgjengelig statistikk for fysisk aktivitet hos barn, unge, voksne og eldre i Kvitsøy kommune.

### 6.2 Overvekt og fedme

Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser. Det er ingen klar KMI-grense for når sykdomsrisikoen øker eller faller, overgangene er glidende. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 2017-2019) viser at 24 % av jenter og 23 % av gutter i videregående skole var overvektige. Omtrent 23 % av både voksne kvinner og menn har nå fedme. Folkehelseinstituttet skriver i en rapport at til sammen mellom 15-20 % av alle barn i Norge har overvekt eller fedme. Kvitsøy kommune har dessverre manglende tallgrunnlag for å få statistikk på overvekt og fedme.

### 6.3 Rusmidler og tobakk

Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av de som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakksrøyking. Studier viser at dagligrøykere dør i snitt 10 år tidligere enn ikke-røykere og 25 % av dagligrøykere dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Andelen røykere både blant voksne og ungdom har gått markant ned fra årtusenskiftet til i dag. Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, jo høyere andel dagligrøykere. Denne forskjellen er ut til å ha økt etter innføring av røykeloven. Kvitsøy kommune har dessverre manglende tallgrunnlag for å få statistikk på utbredelse av rusmiddel- og tobakksbruk.

## 7.0 HELSETILSTAND

### 7.1 Forventet levealder

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

Kvitsøy kommune har dessverre manglende tallgrunnlag for å få statistikk på forventet levealder.

### 7.2 Muskel- og skjelettsykdommer

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 de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet. 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.

År			2015-2017	2016-2018	2017-2019	2018-2020
Geografi	Alder	Sykdomsgruppe				
Hele landet	0-74 år	Muskel og skjelett (ekskl. brudd og skader (L01-L29, L70-71 og L82-99))*	319	319	319	316
		Muskel- og skjelettplager (L01-29)	238	239	241	241
		Muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser (ekskl. brudd og skader (L70-71 og L82-99))	154	152	150	146
	15-24 år	Muskel og skjelett (ekskl. brudd og skader (L01-L29, L70-71 og L82-99))*	238	238	240	236
		Muskel- og skjelettplager (L01-29)	197	198	200	198
		Muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser (ekskl. brudd og skader (L70-71 og L82-99))	72	71	70	67
Rogaland	0-74 år	Muskel og skjelett (ekskl. brudd og skader (L01-L29, L70-71 og L82-99))*	319	320	321	320
		Muskel- og skjelettplager (L01-29)	244	244	246	246
		Muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser (ekskl. brudd og skader (L70-71 og L82-99))	144	144	144	144
	15-24 år	Muskel og skjelett (ekskl. brudd og skader (L01-L29, L70-71 og L82-99))*	241	240	243	240
		Muskel- og skjelettplager (L01-29)	203	202	204	202
		Muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser (ekskl. brudd og skader (L70-71 og L82-99))	68	68	69	68
Kvitsøy	0-74 år	Muskel og skjelett (ekskl. brudd og skader (L01-L29, L70-71 og L82-99))*	376	395	397	386
		Muskel- og skjelettplager (L01-29)	295	303	291	280
		Muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser (ekskl. brudd og skader (L70-71 og L82-99))	174	179	185	174
	15-24 år	Muskel og skjelett (ekskl. brudd og skader (L01-L29, L70-71 og L82-99))*	279	318	309	257
		Muskel- og skjelettplager (L01-29)	211	244	241	202
		Muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser (ekskl. brudd og skader (L70-71 og L82-99))	143	145	122	91

Figur 28: Brukere av primærhelsetjenesten (per 1000 innbygger), kilde: Kommunehelsetjenestestatistikkbank.

I Kvitsøy kommune er det flere innbyggere som er registrert med muskel og skjelettplager i primærhelsetjenesten enn ellers i fylket og landet forøvrig, og trenden er forholdsvis stabil til svakt synkende.

### 7.3 Hjerte- og karsykdommer

Utbredelse 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. De viktigste sykdommene innen denne kategorien er angina pectoris, hjerteinfarkt, hjertesvikt og hjerneslag. Disse tilstandene er i hovedsak knyttet til innsnevrede og tilstoppede blodårer (aterosklerose). Dødeligheten av disse tilstandene har avtatt de siste tiårene, men antall syke ventes å stige i takt med at det blir flere eldre i befolkningen.

År		2013-2015	2014-2016	2015-2017	2016-2018	2017-2019	2018-2020
Geografi	Legemiddelgruppe						
Hele landet	Midler mot hjerte- og karsykdommer (C)	165,0	166,6	168,1	169,4	170,1	170,6
	Midler mot hjerte- og karsykdommer ekskl. kolesterolsenkende legemidler (C unntatt C10)	140,2	141,4	141,9	142,2	142,0	141,9
	Kolesterolsenkende midler (C10)	79,3	80,1	81,7	83,3	84,5	85,4
Rogaland	Midler mot hjerte- og karsykdommer (C)	160,4	162,5	164,4	166,2	167,5	168,9
	Midler mot hjerte- og karsykdommer ekskl. kolesterolsenkende legemidler (C unntatt C10)	135,8	137,4	138,5	139,4	139,9	140,4
	Kolesterolsenkende midler (C10)	76,1	77,3	79,3	81,1	83,0	85,0
Kvitøy	Midler mot hjerte- og karsykdommer (C)	184,2	188,9	191,0	198,9	206,8	212,4
	Midler mot hjerte- og karsykdommer ekskl. kolesterolsenkende legemidler (C unntatt C10)	160,7	161,8	159,7	164,6	171,0	174,2
	Kolesterolsenkende midler (C10)	93,4	96,3	98,4	97,6	101,8	104,0

Figur 29: Legemiddelbrukere hjerte- og karsykdommer 0-74 år, kilde: Kommunehelsetjenestebank.

I figur 29 kan det leses av tabellen at Kvitøy har signifikant flere legemiddelbrukere av hjerte- og karsykdomspreparater enn i fylket og landet for øvrig.

År		2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017	2016-2018	2017-2019	2018-2020
Geografi	Indikator							
Hele landet	hjerte og karsykdom, dødsfall og/eller sykehusinnlagte	18,6	18,1	17,9	17,8	17,5	17,4	17,1
	hjerte- og karsykdom, sykehusinnlagte	17,2	16,7	16,6	16,5	16,3	16,3	16,1
	hjerte- og karsykdom, dødsfall**	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8
Rogaland	hjerte og karsykdom, dødsfall og/eller sykehusinnlagte	18,3	17,9	17,8	17,8	17,4	17,6	17,2
	hjerte- og karsykdom, sykehusinnlagte	17,0	16,7	16,6	16,7	16,3	16,6	16,2
	hjerte- og karsykdom, dødsfall**	2,3	2,2	2,1	1,9	1,8	1,7	1,7
Kvitøy	hjerte og karsykdom, dødsfall og/eller sykehusinnlagte	17,4	22,0	18,2	16,6	14,5	19,9	20,5
	hjerte- og karsykdom, sykehusinnlagte	15,4	21,0	17,7	16,6	14,4	19,4	20,1
	hjerte- og karsykdom, dødsfall**	:	:	:	:	:	:	:

Figur 30: Spesialisthelsetjenesten, hjerte- og karsykdomsdiagnoser (per 1000 innbygger), kilde: Kommunehelsetjenestebank.

I figur 30 kan det leses av tabellen at Kvitøy har høyere bruk av spesialisthelsetjenesten forbundet med hjerte- og karsykdommer enn i fylket og landet for øvrig.

År	2015-2017	2016-2018	2017-2019	2018-2020
Geografi				
Hele landet	105	103	100	99
Rogaland	108	106	103	102
Kvitøy	155	157	158	154

Figur 31: Primærhelsetjenesten, hjerte- og karsykdomsdiagnoser, kilde: Kommunehelsetjenestebank.

I figur 31 kan det leses av tabellen at Kvitøy har signifikant høyere bruk av primærhelsetjenesten forbundet med hjerte- og karsykdommer enn i fylket og landet for øvrig.

## 7.4 Diabetes II

Diabetes regnes som en av de store livsstilssykdommene. Over 200 000 innbyggere i Norge har sykdommen. Flertallet av disse har diabetes type 2 som behandles med legemidler. I tillegg er det en del som regulerer sykdommen med mosjon og kosthold. Forekomsten øker, og sammenheng med alder er tydelig. Økningen gjenspeiler også økningen av overvekt og fedme.

År	2013-2015	2014-2016	2015-2017	2016-2018	2017-2019	2018-2020
Geografi						
Hele landet	35,4	36,6	38,1	39,5	40,8	42,4
Rogaland	31,5	32,7	34,2	35,7	37,0	38,6
Kvitsøy	28,9	31,5	33,0	30,6	31,1	33,9

Figur 32: Brukere av diabetes II legemidler 30-74 år, kilde: KommuneHelse statistikkbank.

Det foreligger dessverre ikke statistikk på hvor utbredt diabetes II er blant befolkningen på Kvitsøy, men det sees i tabell av figur 32 at færre medisineres sammenliknet med fylket og landet for øvrig. Det kan likevel ikke konkluderes med at dette er ensbetydende med at det er færre caser av diabetes II etter som enkelte pasienter regulerer diabetesen med kosthold og ikke legemidler.

## 7.5 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

KOLS er en livsstilssykdom og forekomsten av KOLS og astma er økende i Norge, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. Tilstanden er underdiagnostisert og ca. halvparten av de som har KOLS vet ennå ikke om dette. Det vil si at det forekomsten er høyere tallene som vises i figuren nedenfor. KOLS er årsak til drøyt 2000 dødsfall per år i Norge. Det vil si at den er nesten like hyppig dødsårsak som lungekreft. Den sosiale ulikheten er også her tydelig. Innbyggere med kun grunnskoleutdanning har tre ganger høyere risiko for å få KOLS enn innbyggere med universitetsutdanning. Dette gjelder selv om en tar høyde for ulikhet i røykevaner og yrkeseksponering. Årsaken er ukjent.

År	2013-2015	2014-2016	2015-2017	2016-2018	2017-2019	2018-2020
Geografi						
Hele landet	103,5	106,3	109,5	111,9	114,0	114,4
Rogaland	90,1	92,3	95,7	98,8	101,6	102,9
Kvitsøy	71,4	70,1	72,4	64,6	66,4	74,9

Figur 33: Tilfeller av kronisk obstruktiv lungesykdom og astma, kilde: KommuneHelse statistikkbank.

Tabell i figur 33 viser at det er vesentlig færre personer på Kvitsøy med diagnose KOLS og astma enn regionalt og nasjonalt. Det kan imidlertid være mørketall i statistikken etter som den er underdiagnostisert.

## 7.6 Kreft

Krefthyppighet øker i hele den vestlige verden, i alle aldersgrupper. Årsaken til økningen skyldes likevel delvis økt levealder. En annen viktig årsak er røyking. Selv om forekomsten av røyking går ned, vil ettervirkningene av denne, særlig blant kvinner som startet senere å røyke, fortsette å øke. Ellers er alkohol og usunt kosthold, fedme og mangel på fysisk aktivitet viktige medvirkende årsaker til kreft.

## 7.7 Antibiotikabruk

Feilbruk av antibiotika kan føre til motstandsdyktige (resistente) bakterier. Det betyr at antibiotika ikke lenger vil ha effekt på disse. Dette er et alvorlig og økende problem i verden. Antibiotika resistente bakterier er foreløpig et begrenset problem i Norge. Likevel ser vi at bruken av antibiotika øker mer enn omfanget av infeksjonssykdommer skulle tilsi. Tiltak for å forebygge antibiotika resistens må opprettholdes.

År	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Geografi						
<u>Hele landet</u>	361	341	321	306	311	263
<u>Rogaland</u>	362	342	332	318	312	272
<u>Kvitsøy</u>	204	216	225	220	200	171

Figur 34: Antibiotikaresept 0-79 år per 1000 innbygger, kilde: Kommunehelse statistikkbank.

I figur 34 sees det av tabellen at antibiotikabruken er synkende siste tre år på Kvitsøy, og at færre antibiotikaresept skrives ut enn fylkes- og landsgjennomsnitt.

## 7.8 Tannhelse

God tannhelse er viktig for den generelle helsen, for velvære og livskvalitet. I tillegg kan tannhelsen i befolkningen si noe om kosthold, munnhygiene og levevaner generelt. Uheldige kostholdsvaner, som høyt sukkerinntak, kan utgjøre en trussel mot bedring i tannhelsen til barn og unge.

## 7.9 Psykiske vansker

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.

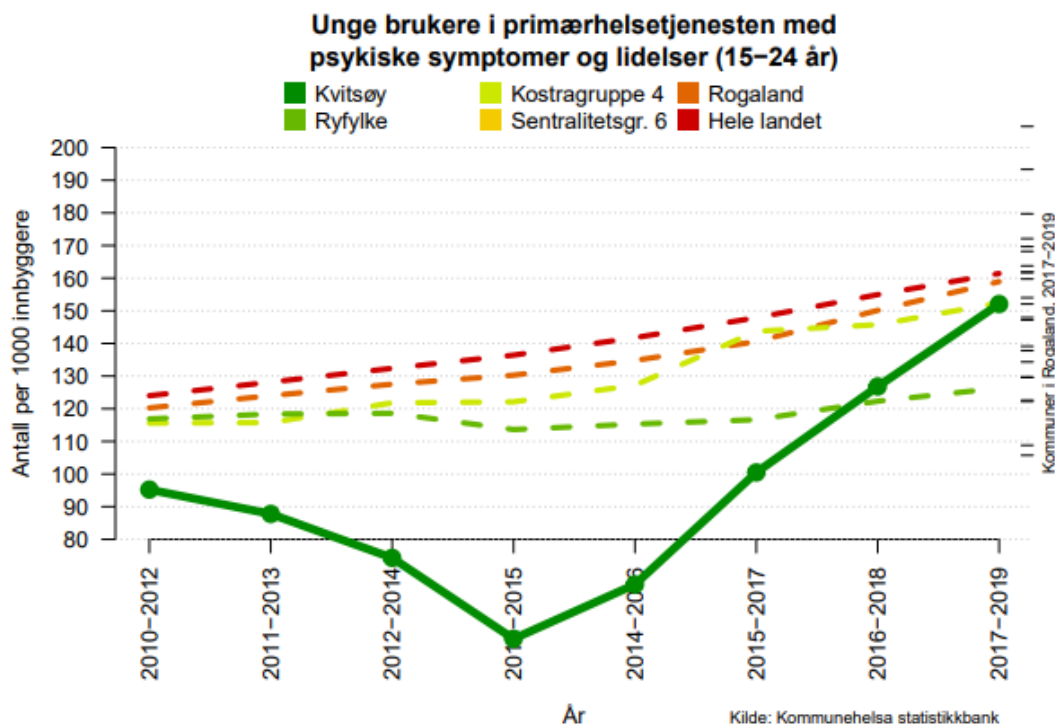
Gjennom hele livet gir sosial isolasjon og ensomhet økt risiko, mens sosial støtte og nærhet til andre mennesker beskytter. Traumatiske opplevelser, som alvorlige ulykker eller vold mot en selv eller ens nærmeste, kan gi varige psykiske skader. Daglige og vedvarende belastninger er vel så viktige som 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. Menn med høy inntekt har sjeldnere psykiske helseproblemer enn menn med lav inntekt. Det samme gjelder kvinner selv om utdanning har større innvirkning på den psykiske helsen enn inntekt. Psykiske plager og lidelser spenner over et vidt register både når det gjelder diagnoser og alvorlighetsgrad. Omtrent en tredel av befolkningen har en psykisk lidelse i løpet av et år (inkludert alkoholavhengighet), mens åtte prosent av barn har og unge til enhver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser den vanligste lidelsen hos både barn, unge og voksne. Deretter følger depresjoner. Sykemeldinger, uførepensjon og dødelighet er noen av de viktigste følgene av psykiske sykdommer. Andel brukere gir et inntrykk av sykdomsforekomsten, men forskjeller i hvem som faktisk oppsøker lege og hvordan deres vansker/lidelser kategoriseres eller diagnostiseres kan påvirke hvordan forekomsten framstår i datamaterialet. Denne problemstillingen er særlig tydelig i små kommuner.



### 7.9.1 Psykisk helse

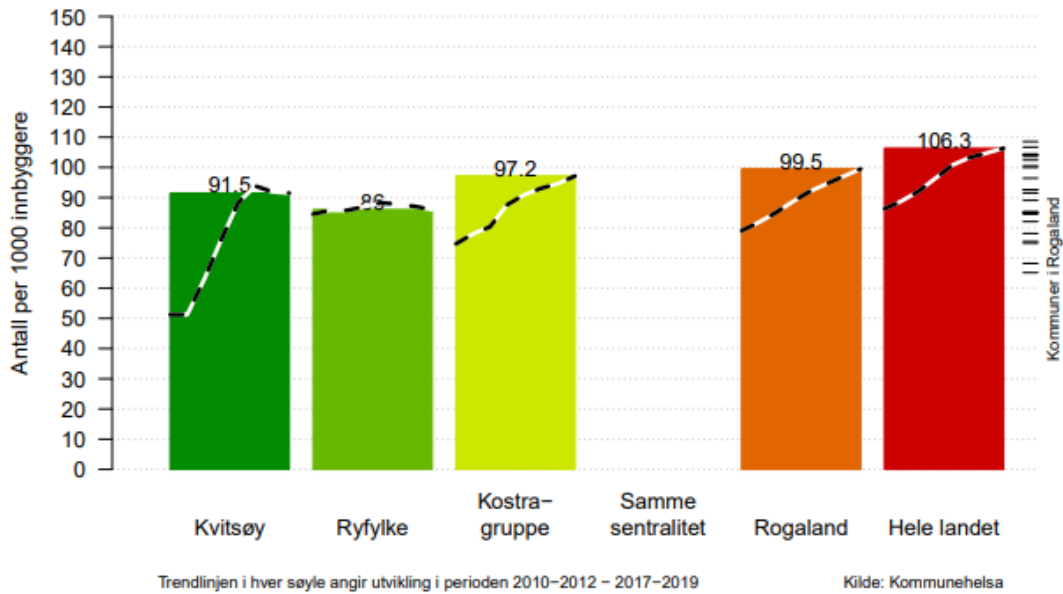
Kvitsøy skårer under både landsgjennomsnittet og fylkesgjennomsnittet på brukere i alderen 15-29 år som registreres i primærhelsetjenesten med psykiske symptomer eller lidelser. Ved sammenligning med kommuner i samme kostragruppe eller kommuner av samme størrelse så er imidlertid skåren stort sett lik. Som nevnt over så kan forskjeller i antall besøk hos legen og ulik diagnosepraksis hos legen slå skjevt ut, spesielt i mindre kommuner med færre leger. Kvitsøy har én fastlege, noe som gir en forutsigbarhet og kontinuitet i diagnosepraksisen. Tallene for Kvitsøy gir likevel grunn til bekymring ved å være stigende og må følges med på.



Figur 35: Unge brukere i primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser

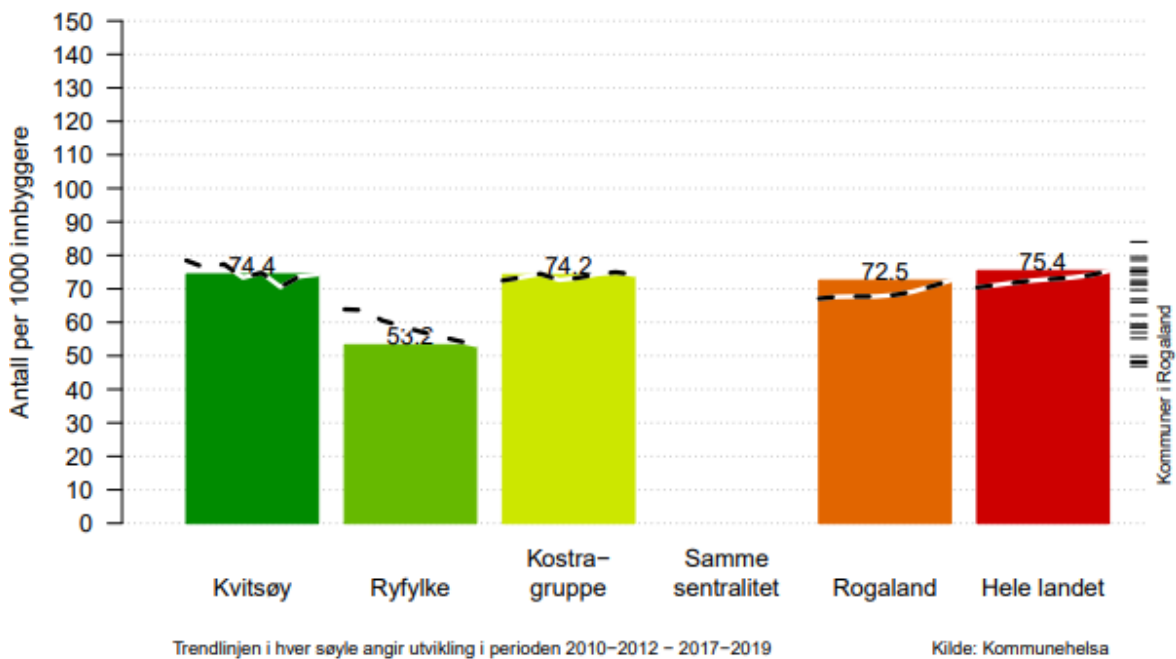
I og med at betegnelsen psykiske vansker og lidelser rommer så mye forskjellig er det interessant å skille på psykiske symptomer som innebærer lettere plager, og psykiske lidelser som innebærer sykdomsdiagnoser. Psykiske symptomer forekommer generelt i litt større grad enn psykiske lidelser. Noen mener at økt individualisering i samfunnet og et sterkere prestasjonspress i for eksempel skolen og sosiale medier har bidratt til denne utviklingen. Andre vil hevde at ungdom er mindre robuste til å tåle motstand enn tidligere. Noe som kan skyldes en forherligelse i ulike medier av hvilke verdier som gir «lykke i livet» og at ungdom ikke har lært forståelsen av «normaltilstander» med at livet går opp og ned, eksempelvis at det å være lei seg blir sykliggjort. Mange mener også at økningen kan skyldes større åpenhet og oppmerksomhet om denne typen plager. Her gir forskningen ingen klare svar. Det vi derimot vet er at depresjons- og angstsymptomer er de vanligste plagene blant ungdom. Jenter er mer plaget og oppsøker oftere hjelp enn gutter. Konfliktfylte forhold i hjemmet og liten grad av sosial støtte øker risikoen for slike plager. Flere undersøkelser viser også en klar sammenheng mellom mobbing og dårlig psykisk helse. Samtidig som det kommer frem forholdsvis høy skår på psykiske plager, viser andre svar i undersøkelsen at ungdom er godt fornøyd med livskvaliteten sin og graden av tilfredshet er økende. En kan med andre ord si at ungdommen synes å være veltilpasset i det samfunnet de lever i. Den ene sannheten utelukker ikke den andre.

### Brukere i primærhelsetjenesten med psykiske symptomer (0-74 år)



Figur 37: Brukere i primærhelsetjenesten med psykiske symptomer.

### Brukere i primærhelsetjenesten med psykiske lidelser (0-74 år)



Figur 38: Brukere i primærhelsetjenesten med psykiske lidelser.

Også når vi ser på hele gruppen 0-74 år, så er en større del av befolkningen også her registrert med psykiske vansker sammenlignet med Rogaland, men litt mindre enn landet.

År		2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017	2016-2018	2017-2019	2018-2020
Geografi	Legemiddelgruppe							
	Midler ved psykiske lidelser (N05A,N06A)	67,8	68,2	69,2	70,3	71,2	72,2	73,6
Hele landet	Antipsykotika (N05A)	19,6	20,0	20,7	21,6	22,5	23,2	23,8
	Antidepressiva (N06A)	56,5	56,8	57,3	57,8	58,1	58,5	59,5
	Sovemidler og beroligende midler (N05B,N05C)	93,1	92,9	92,9	92,7	92,5	92,6	92,5
	Sovemidler, vanedannende (N05C ekskl. N05CH01 og N05CD08)	57,7	57,0	56,4	55,3	54,2	53,0	51,9
	Midler ved psykiske lidelser (N05A,N06A)	66,7	66,8	67,9	69,6	71,0	72,4	74,0
Rogaland	Antipsykotika (N05A)	17,6	17,9	18,5	19,5	20,5	21,4	22,2
	Antidepressiva (N06A)	56,9	56,9	57,7	58,9	59,5	60,2	61,3
	Sovemidler og beroligende midler (N05B,N05C)	93,9	93,7	94,1	94,5	95,4	96,4	97,1
	Sovemidler, vanedannende (N05C ekskl. N05CH01 og N05CD08)	58,9	57,8	57,1	56,0	55,1	54,1	53,3
	Midler ved psykiske lidelser (N05A,N06A)	73,2	69,7	72,3	74,8	82,4	80,4	84,4
Kvitøy	Antipsykotika (N05A)	10,7	10,7	13,6	15,9	15,9	15,2	14,0
	Antidepressiva (N06A)	69,7	64,8	64,5	64,0	72,4	70,2	76,2
	Sovemidler og beroligende midler (N05B,N05C)	124,8	116,1	121,8	117,8	114,2	105,2	103,2
	Sovemidler, vanedannende (N05C ekskl. N05CH01 og N05CD08)	92,7	84,7	82,7	76,6	70,9	63,9	61,3

Figur 36: Legemiddelbruk 0-74 år, kilde: Kommunehelse statistikkbank.

Når det gjelder legemidler bruker innbyggere på Kvitøy mer sovemidler og beroligende midler og antidepressiva enn i Rogaland og landet for øvrig (jfr. tabell i figur 36). Kvitøy kommune tilbyr psykisk helsehjelp. Tilbudet er et forebyggende lavterskeltilbud for innbyggere om støttesamtaler ved utfordringer i det daglige som kan gå over både kort og lengre tid. Lavterskel betyr her at tilbudet er gratis og en ikke trenger henvisning for å søke om hjelp.

### 7.9.2 Demenssykdom

Demens er i diagnosesystemet kategorisert under psykiske lidelser og er en samlebetegnelse for en rekke hjernesykdommer som fører til redusert hukommelse, tap av intellektuelle evner, endret atferd og tap av evne til å fungere i det daglige. Forekomsten stiger med alderen, men det er vanskelig å finne sikre tall for hvor stor andel av befolkningen som rammes av demenssykdommer. I dag anslår en at mellom 80 000–100 000 personer i Norge lider av demens, og det forventes en fordobling av antallet mot 2050 på grunn av en aldrende befolkning.

De med høyere utdanning har sjeldnere en demensdiagnose ved slutten av livet, viser en studie fra 2014 fra Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten 2014 refererer til en metaanalyse som viser at risikoen økte med 80 prosent fra laveste til høyeste utdanningsgruppe for Alzheimer og med 60 prosent for annen demens. Det er uklart hvor mye av disse forskjellene som skyldes forskjeller i leveste sett knyttet til utdanning. Siden 1970-tallet og frem til i dag har det vært en tydelig økning av antall dødsfall som følge av demenssykdommer. Årsakene er sammensatte, men hovedårsak er antagelig at folk blir eldre og demens opptrer hyppigst ved høg alder. En annen årsak er at dødsfall som skyldes andre sykdommer går ned, spesielt hjerte- og karsykdommer. Flere kvinner enn menn får demenssykdommer, ikke kun på grunn av at kvinner lever lengre, og forskjellen øker med alderen. Det er mye usikkerhet knyttet til andre årsaker og beskyttelsesfaktorer. Siden risikoen for demens øker med økende tilstopping av blodårer, kan tiltak som tar sikte på å redusere forekomsten av hjerte- og karsykdommer også påvirke forekomsten av demens. Eksempler er økt fysisk aktivitet, redusert tobakksrøyking og «hjertevennlig» kosthold.

### 7.9.3 Selvmord

Rundt 500–600 personer begår selvmord hvert år i Norge. I 2018 ble det registrert 671 selvmord i Norge. Mer enn to tredeler er menn. Dette er en økning sammenlignet med de siste årene og er det høyeste antallet siden 2001. Selvmordsraten blant kvinner de siste 20 årene er høy i Rogaland, gjennomsnitt 7 kvinner per 100 000 per år. Det årlige gjennomsnittet for menn er 19 per 100 000 i Rogaland. For begge kjønn ser vi en viss tendens til en topp i femtiårsalderen og en for personer mellom 75 og 84 år. Det er minst selvmord blant de yngste i befolkningen. Forekomsten av selvmord i Norge er på omtrent den samme i Norge som i Europa, Nord-Amerika og Australia.

Helsedirektoratet anslår at det er omtrent ti ganger så mange selvmordsforsøk som selvmord, men det finnes ikke sikre tall på dette. Det er også i en del tilfeller – for eksempel enkelte trafikkulykker og overdosedødsfall – vanskelig å vurdere om det er en ulykke eller et selvmord. Risikofaktorene for selvmord er blant annet psykiske lidelser, misbruk av alkohol og rusmidler, tidligere selvmordsforsøk, impulsivitet, selvmord i nær familie og alvorlig somatisk sykdom. Også personlige kriser, sosial isolasjon og arbeidsledighet bidrar til en forhøyet risiko for selvmord. Blant menn er det en tydelig tendens til at personer med lavere sosioøkonomisk status i større grad både utvikler psykisk sykdom og tar sitt eget liv enn personer med høyere status. Selvmord har store konsekvenser for familie og andre nære personer. Studier viser høyere forekomst av posttraumatisk stressreaksjoner, depresjon, angst og selvmordstanker/-forsøk blant etterlatte. I tillegg rapporterer de om avvinningsfølelse, skam, stigma og behov for å skjule det som har skjedd. Mellom 5000 og 6000 etterlatte og nærstående berøres av selvmord hvert år.

Kvitsøy kommune er et lite samfunn, og som følge av dette er det ikke tallgrunnlag for tilgjengelig statistikk på området.

## 8.0 KILDER

1. Dahl Espen, Bergsli Heidi og van der Wel Kjetil A, 2014 Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt
2. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement Meld. St.19 (2018-2019: Folkehelsemeldinga Gode liv i et trygt samfunn.
3. Folkehelseinstituttet, Bedre føre var.... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1
4. Folkehelseinstituttet, Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt.
5. Folkehelseinstituttet, Folkehelseprofil 2021
6. Folkehelseinstituttet, Folkehelse rapporten 2018, Helsetilstanden i Norge
7. Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelsemeldingen 2015, Mestring og muligheter Meld.St. 19 (2014-2015)
8. Helse og omsorgsdepartementet, Forskrift om oversikt over folkehelsen, FOR-2012-06-28-692
9. Helse og omsorgsdepartementet, Lov om folkehelsearbeid (folkehelseoven) LOV-2011-06-24-29
10. Interkommunalt Kulturråd på Nord-Jæren, Kulturinteresse og kulturaktivitet på Nord-Jæren 2012.
11. Kommunal og moderniseringsdepartementet, Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan og bygningsloven) LOV-2008-06-27-71
12. Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet (FHI)
13. NOVA, Ungdata. Nasjonale resultater 2019, NOVA
14. Rogaland fylkeskommune, Oversikt over folkehelsen i Rogaland, juni 2015
15. Rogaland fylkeskommune, Utvidet folkehelseprofil for Kvitsøy 2021
16. Statistisk sentralbyrå (SSB)
- 17.