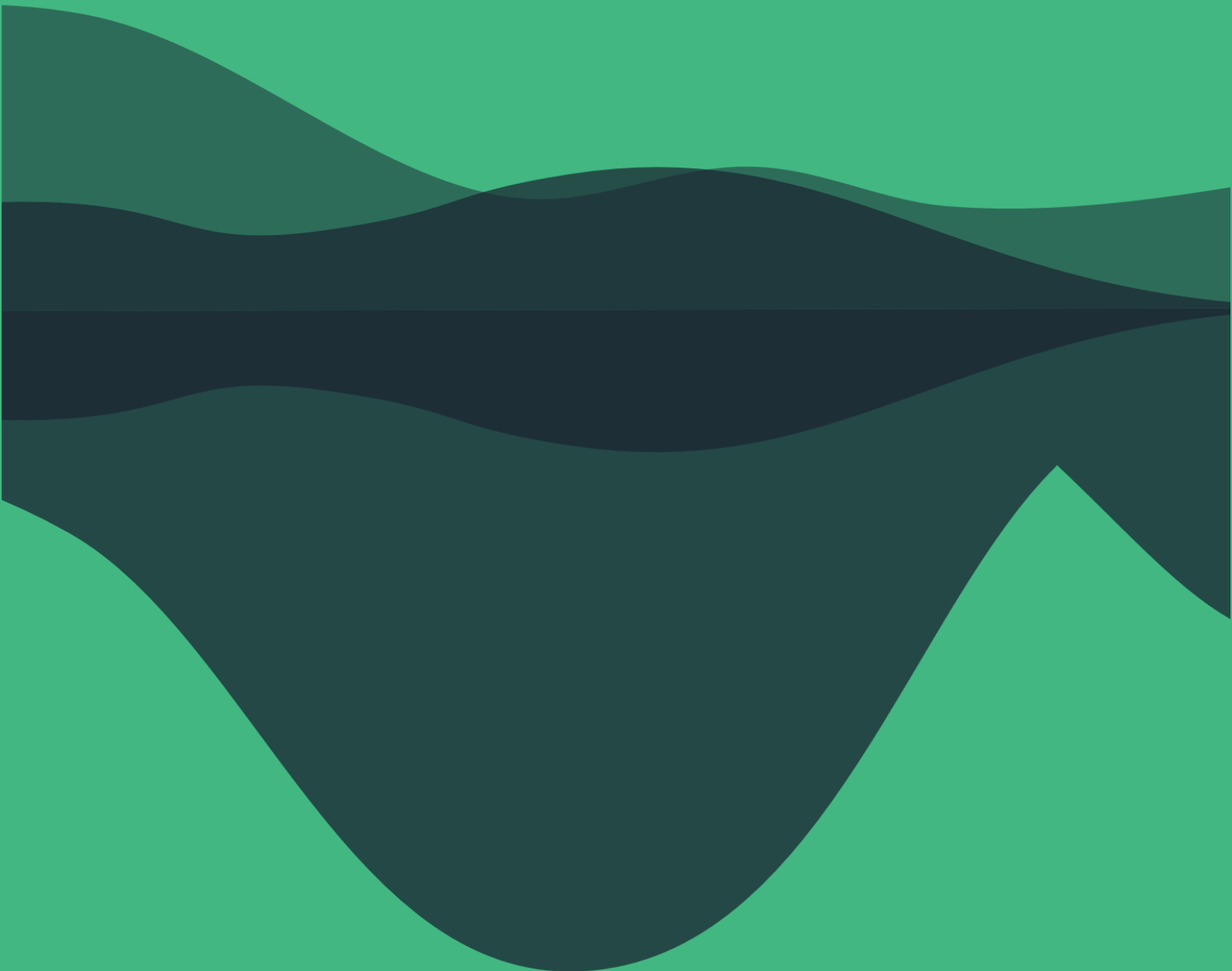


Oversikt over folkehelsen i Rogaland 2019

Kortversjon



Innhold

Oversikt over folkehelsen i Rogaland	2
Innledning	2
1 Befolkning	3
1.1 Aldersfordeling	4
2 Levekår	7
2.1 Økonomiske forhold	8
3 Miljø	13
3.1 Lokalmiljø	14
3.2 Mobbing	15
4 Skole	20
4.1 Skolebidragsindikatorer	21
4.2 Gjennomføringsgrad i videregående skole	23
5 Helserelatert adferd	28
5.1 Fysisk aktivitetsnivå	29
5.2 Røykevaner	31
6 Helse og sykdom	33
6.1 Forventet levealder	34
6.2 Psykisk helse	36
6.3 Somatisk helse	41
7 Kildehenvisninger	47

Oversikt over folkehelsen i Rogaland

Innledning

Dette dokumentet presenterer informasjon om folkehelsetilstanden i Rogaland, med bakgrunn i kravene i lov om folkehelsearbeid og forskrift om oversikt over folkehelsen. Det er skrevet for å kunne fungere som et oppslagsverk mer enn for å leses fra perm til perm. Hvilken informasjon som presenteres avhenger i stor grad av hva slags datamateriale som er tilgjengelig. I starten av hvert tema gjøres en kortfattet kunnskapsoppsummering, før tallmaterialet presenteres og årsaksforhold og konsekvenser blir vurdert.

Hva som er de viktigste folkehelseutfordringene handler i stor grad om prioriteringer og skjønn. Informasjon om ulike helseressurser og -utfordringer kan bare ta oss et stykke på veien mot svar her. Dette handler om en rekke problemstillinger som spenner fra hva vi vil med samfunnet vårt, til om tallene faktisk gir informasjon om det fenomenet vi er interesserte i. Mange viktige faktorer er vanskelige å måle, enten det er snakk om hverdagslykke, fysisk aktivitetsnivå, rusproblemer eller vanskelige oppvekstforhold.

Å presentere et dokument som systematiserer tilgjengelig tallfestet informasjon om helseressurser og -utfordringer i befolkningen i Rogaland innebærer en risiko for å overfokusere på det som er enkelt å kartlegge og de faktorene som dekkes av tilgjengelig tallmateriale. Dette er ofte konkrete ting som fødsel, utdanningsnivå, diagnoser, pensjoner og dødsfall. Hvordan vi faktisk lever livene våre kommer bare indirekte fram, og det er jo dette som til syvende og sist er det viktige. Selv om det i det følgende blir presentert en betydelig mengde tallmateriale som forsøker å gjengi befolkningens helsetilstand, er det viktig å til enhver tid søke å se menneskene bak tallene, og vurdere kritisk hva resultatene egentlig betyr.

Dette er en kortversjon av oversiktsdokumentet for Rogaland. For flere indikatorer og mer informasjon, se hoveddokumentet ([lenke](#)).

1 Befolkning

Målt etter gjennomsnittsalder har Rogaland landets nest yngste befolkning – bare Oslo er yngre. Befolkningssammensetningen har endret seg betydelig de senere tiårene, med kraftig vekst og fortetting i noen områder, og stagnasjon og rask aldring i andre. Den videre utviklingen i hvor folk bor og hvem som flytter er en viktig del av rammebetingelsene for folkehelsen i fylket.



Antall friske leveår ser ut til å øke raskere enn antall leveår totalt sett.

Befolkningssammensetningen er en viktig del av grunnlaget for folkehelsen. I tillegg kan mye leses indirekte ut fra befolkningens sammensetning og utvikling. Aldersfordelingen gir for eksempel en pekepinn på hva slags fordeling av helsetilstander det er rimelig å forvente. Stigende folketall tyder ofte på et attraktivt arbeidsmarked som får folk til å flytte inn. Siden det er unge voksne som er mest mobile, ser vi ofte sammenheng mellom stigende folketall og relativt ung befolkning.

Dette betyr ikke nødvendigvis at alle foretrekker å bo i byen, men det er der jobbene er. Fra et folkehelseperspektiv er det et interessant spørsmål hvor innbyggerne ville bo og jobbe om de fikk velge helt fritt – og hvordan helse, trivsel og velvære ville bli påvirket av dette.

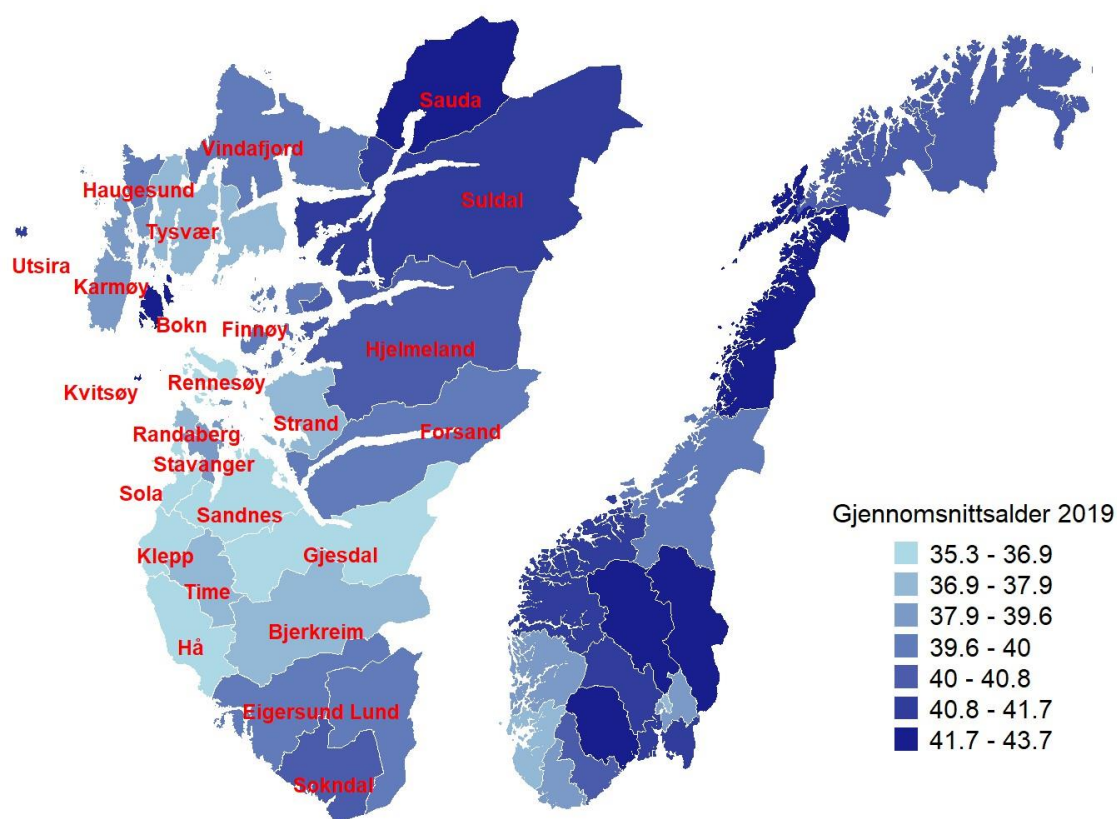
1.1 Aldersfordeling

Aldersfordelingen ligger til grunn for mye av den øvrige helsetilstanden, og er derfor viktig grunnlagsinformasjon både for å forstå situasjonen og vurdere hvordan en kan vente at den vil utvikle seg videre.

Om vi ser på gjennomsnittsalder, er Rogaland landets nest «yngste» fylke. På samme måte som i resten av landet, så stiger alderen i Rogaland. Samtidig har vi et bedre utgangspunkt enn de fleste andre fylker i forbindelse med utfordringene dette skaper.

Det er imidlertid en tydelig sammenheng mellom aldersfordelingen i norske kommuner og hvor sentralt beliggende de er. I Rogaland ser vi en tydelig tendens til at kommunene på og rundt Nord-Jæren har den yngste befolkningen. Deretter stiger befolkningens alder når en beveger seg utover i fylket.

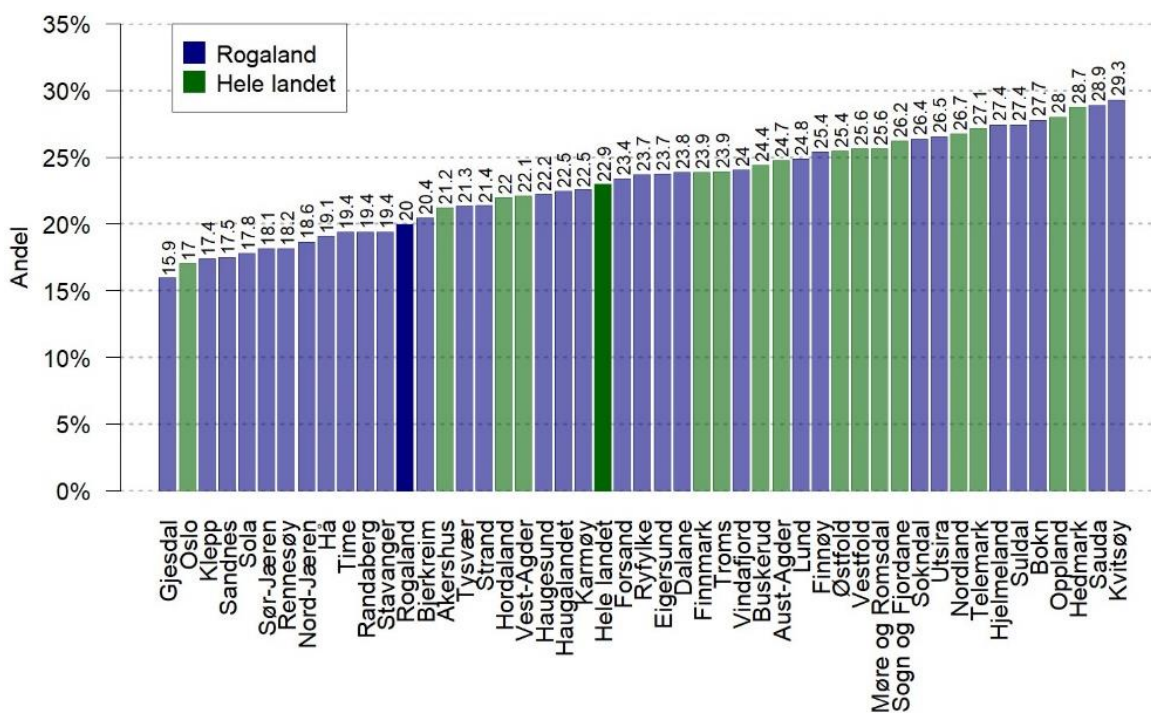
Dette innebærer at små distriktskommuner har en tendens til å ha uforholdsmessig store utfordringer knyttet til andel eldre. Når dette er sagt, ser vi en viss tendens til utjevning av gjennomsnittsalder mellom kommunene i fylket de siste ti årene. Det er også viktig å merke seg at det er ikke bare forventet levealder som stiger, men også forventet antall friske leveår. Dette innebærer at alderen hvor helseproblemer inntreffer stiger, noe som kan bidra til å dempe utfordringsbildet noe sammenlignet med hva tilsvarende aldersgrupper opplevde for noen tiår siden.



Figur 1.1. Gjennomsnittsalder per kommune i Rogaland, 2019.

En svensk studie[1] har funnet at antall gjenstående friske leveår ved 65 års alder har steget raskere enn antall gjenstående leveår. Sagt på en annen måte innebærer dette at antall år med dårlig helse mot slutten av livet har sunket, og at helseproblemene i en eldre befolkning antakelig blir overvurdert hvis vi baserer oss helt og holdent på erfaringene fra tidligere år.

Utfordringene med aldrende befolkning kommer først og er størst i distriktene.



Kilde: beregnet fra SSB tabell 07459

Figur 1.2. Andel av befolkningen som er 60 år eller eldre ved inngangen til 2019.

Aldersfordeling: konsekvenser og årsaksforhold

Aldersfordelingen er et resultat av balansen mellom fødte og døde, inn- og utvandring og inn- og utflytting. Det er unge voksne fra 18 til tidlig i 30-årene, noen med små barn, som flytter klart mest. Ofte ser vi at flyttestrømmene går fra rurale til mer sentrale strøk, noe som bidrar til at andelen eldre i befolkningen stiger raskere i distriktene – fordi de unge flytter ut. Her har vi mye av forklaringen på skjevheten vi ser i andelen eldre og yngre mellom kommuner og fylker.

En delårsak til den raske aldringen i mange distriktskommuner er med andre ord manglende muligheter for de unge – de kommunene som klarer å opprettholde og utvikle arbeidsplasser for unge, får en yngre befolkning «på kjøpet». I motsatt ende er det en del kommuner som får problemer dobbelt opp: færre i jobb og en stadig større andel pleietrengende.

I mange kommuner bidrar innvandring til å bremse de demografiske forskyvingene som utflyttingen fører til. Selv om de eldre blir friskere i forhold til alderen enn tidligere, kommer det til å bli flere pleietrengende eldre i årene som kommer. Det bør være en viktig prioritering å prøve integrere innvandrerne i arbeidslivet – både for innvandrerne egen del, og for å bidra til å løse utfordringene kommunene møter.

2 Levekår

Samtidig som Rogaland er i ferd med å komme ut av en nedgangsperiode som førte til en betydelig økning i arbeidsledigheten, ser vi at de økonomiske forskjellene fortsetter å øke. Det blir stadig flere unge i lavinntektsfamilier, noe som indikerer at forskjellene videre i livsløpet også er økende.



Oslo er det eneste fylket som har større økonomiske forskjeller enn Rogaland

2.1 Økonomiske forhold

Rogaland er et av fylkene som har lavest andel unge i lavinntektsfamilier, men andelen øker raskt. De økonomiske forskjellene i fylket er derimot blant de største i landet – bare Oslo har større forskjeller enn Rogaland.

Medianinntekt – hva er det?

Gjennomsnitt og median er to beslektede metoder for å finne hvilke verdier som ligger omtrent i midten av en tallfordeling. Ofte brukes de for å vise hva som er «vanlige» eller «typiske» verdier.

Gjennomsnitt beregnes ved å summere verdiene, og dele summen på antall verdier. Median beregnes ved å sortere verdiene, og finne den som er i midten.

Hvis tallfordelingen er «skjev», for eksempel hvis det er noen veldig høye verdier som ikke oppveies av noen veldig lave verdier, trekkes gjennomsnittet oppover. Dette er typisk når en ser på inntekt: noen tjener veldig mye, men ingen tjener mindre enn null. Dermed får vi en situasjon hvor flertallet tjener mindre enn gjennomsnittet. Medianinntekten blir derimot ikke påvirket av slike ekstremverdier – den viser fortsatt bare den verdien som er i midten.

I forhold til inntekt gir det dermed et bedre inntrykk av den typiske situasjonen når vi bruker median i stedet for gjennomsnitt.

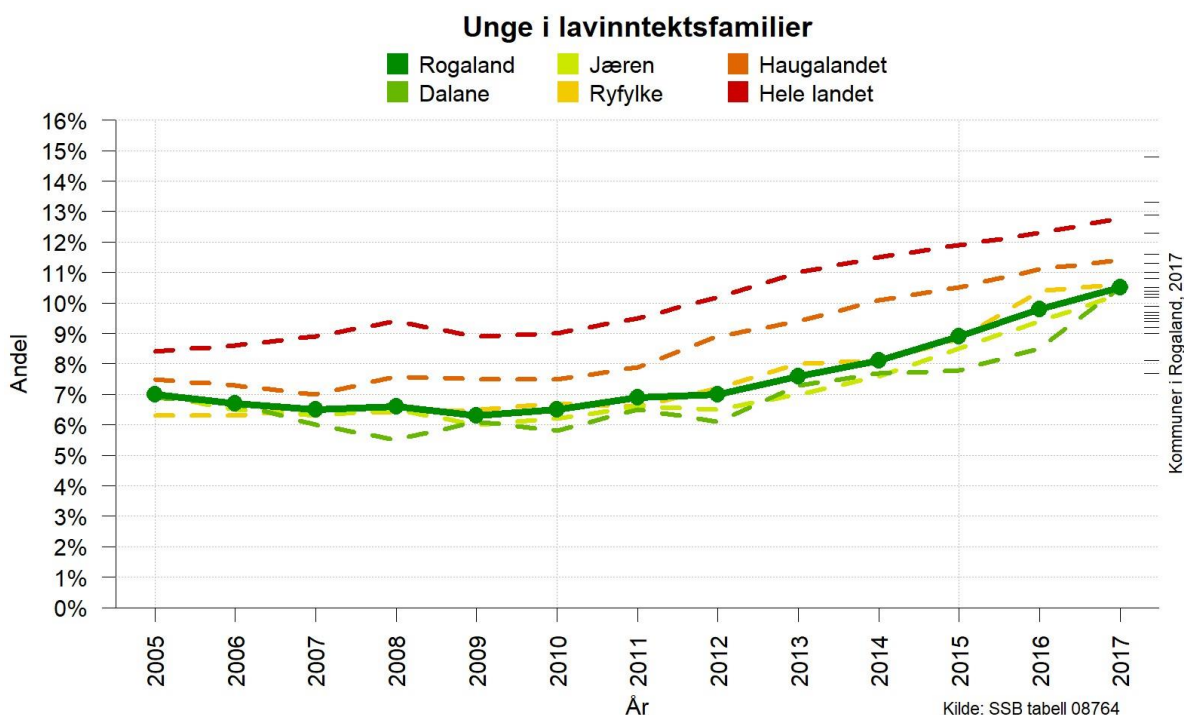
2.1.1 Unge i lavinntektsfamilier

Unge i lavinntektsfamilier er en særlig sårbar gruppe. Å vokse opp i en lavinntektssituasjon påvirker helse og velferd negativt, og det øker sannsynligheten for lav inntekt også i voksenlivet. Dette øker i sin tur risikoen for dårlig selvopplevd helse, sykdom og tidlig død.

Begrepet lavinntektsfamilier viser her til familier som har en inntekt på mindre enn 60 prosent av den nasjonale medianinntekten, justert for antall barn og voksne i husstanden.

Etter en nedadgående tendens fra 2005 til 2009 har andelen unge i lavinntektsfamilier steget fra 6,3 prosent i 2009 til 9,8 prosent i 2016 – eller fra 6800 til 11 000 personer. Dette utgjør en økning på 62 prosent i en periode hvor befolkningen bare vokste 12 prosent. Sagt på en annen måte har vi gått fra snaut to til snaut tre elever per klasse, hvis vi regner en klassestørrelse på 30 elever.

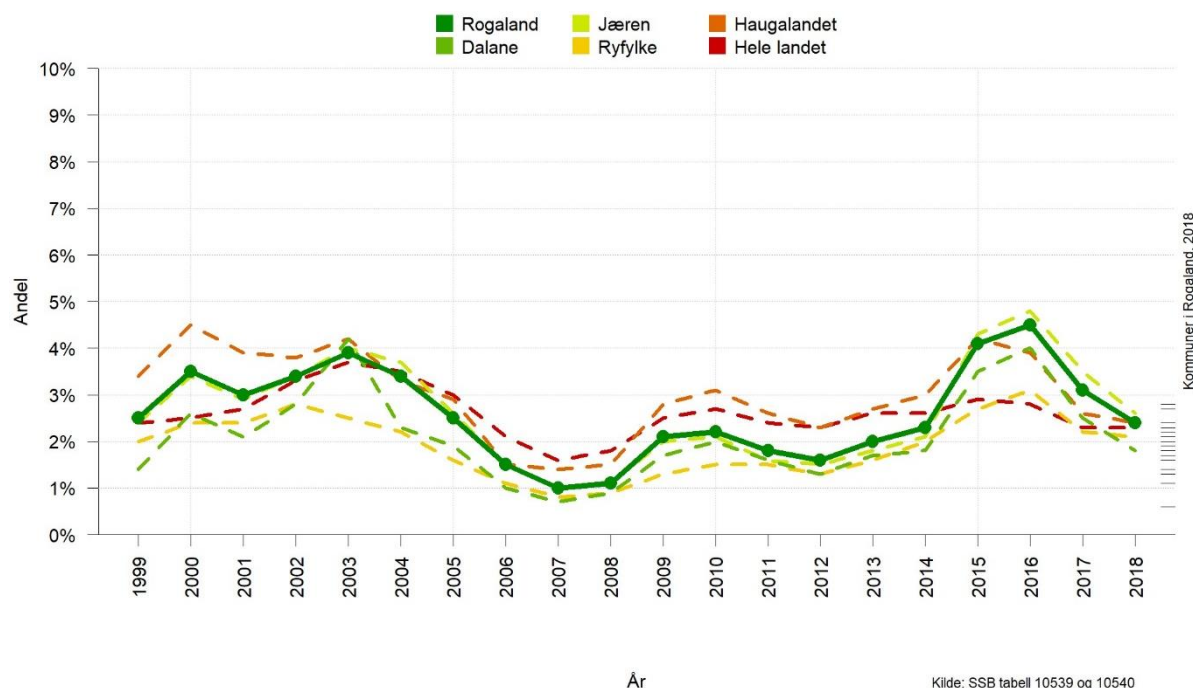
Sammenlignet med resten av fylket skiller Haugalandet seg negativt ut: Haugesund og Karmøy har henholdsvis 12,9 og 10,8 prosent av barn og unge i lavinntektsfamilier. Sauda er oppe i 15,5, men flere av de andre kommunene i Ryfylke har såpass lave nivåer at regionen som helhet ikke skiller seg ut fra fylkestotalen.



Figur 2.1. Unge i lavinntektsfamilier

2.1.2 Arbeidsledighet

Arbeidsledige har en tendens til å ha dårligere psykisk og somatisk helse enn personer som har jobb. Dette handler om både at personer med helseproblemer i større grad står utenfor arbeidslivet, og at det å miste jobben er en helsebelastning i seg selv. Det å ikke klare å få en jobb, eller bli oppsagt er hardt, og det viser seg at personer som har mistet jobben har en forhøyet risiko for alkoholproblemer og tidlig død[2].



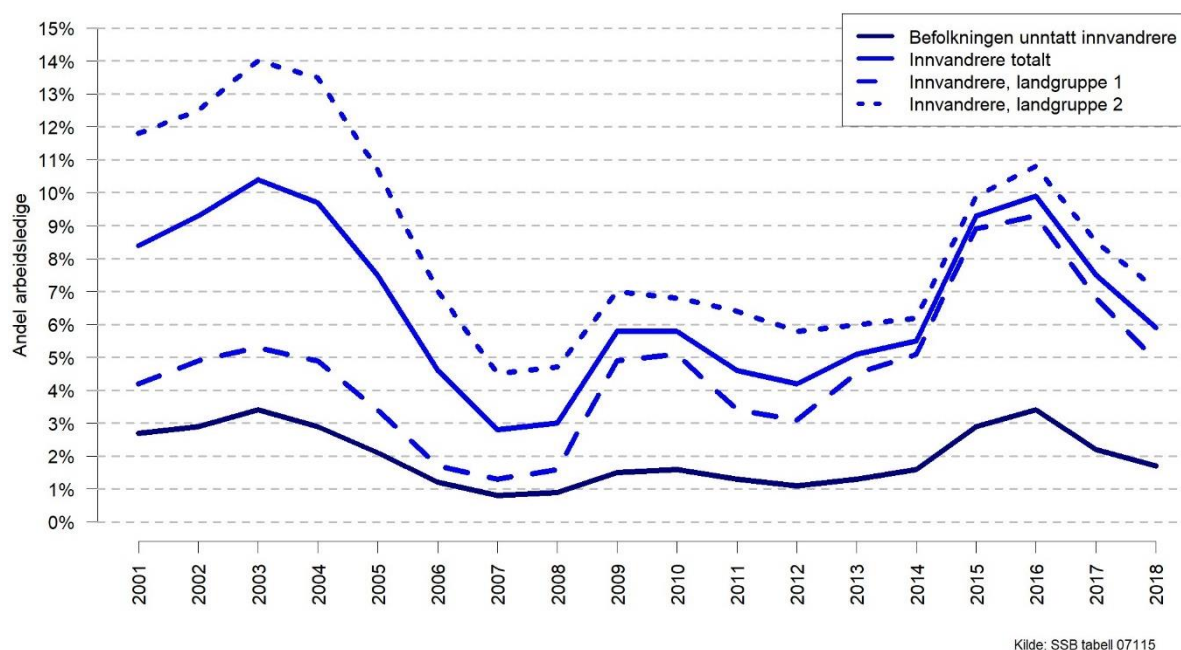
Figur 2.2. Utvikling i arbeidsledighet for aldersgruppen 15-74 år. Rogaland, regionene og landstotal.

Arbeidsledigheten for unge nådde toppen i 2015, mens veksten i ledighet fortsatte i 2016 for befolkningen totalt. Deretter har den falt raskt, og andelen ledige nærmer seg nå nivået før oppgangen. Figurene nedenfor viser situasjonen i november 2018, for landet, fylkene og kommunene i Rogaland.

Arbeidsledigheten er generelt sett høyere blant unge enn i den øvrige befolkningen, og det varierer også mellom kommunene hvem som har høyest ledighet. Totalt sett har Sola, Haugesund, Stavanger og Sandnes høyest ledighet, mens ledigheten blant unge er høyest i Forsand, Karmøy og Rennesøy.

For innvandrere (se neste figur) falt arbeidsledigheten mer i Rogaland enn for landet totalt etter 2005. En mulig forklaring på dette kan være høy tilstrømning av arbeidsinnvandrere til Rogaland. I og med at disse i all hovedsak er sysselsatt, bidrar denne tilstrømningen til å redusere andelen arbeidsledige med innvandrerbakgrunn, selv om antallet ledige kan være omtrent uendret. Hvordan arbeidsinnvandrere forholder seg til nedgangstider er dermed en viktig faktor i forhold til hvordan tap av arbeidsplasser påvirker både folkehelsen og samfunnet for øvrig.

Som figuren nedenfor illustrerer, er arbeidsledigheten langt større blant innvandrere enn i resten av befolkningen. Dette gir ringvirkninger som bidrar til å videreføre sosiale forskjeller, siden dette bidrar til systematiske forskjeller i kjøpekraft, livsmuligheter og sosial status.



Figur 2.3. Registrert arbeidsledighet etter innvandringsstatus, Rogaland, fjerde kvartal 2001-18

Den høyeste arbeidsledigheten ser vi hos innvandrere fra landgruppe 2¹, men også innvandrere med "vestlig" opphav (landgruppe 1)² har høyere arbeidsledighet enn den delen av befolkningen som ikke har innvandringsbakgrunn. Sammensetningen av hvilke land som regnes som vestlige har imidlertid endret seg i løpet av perioden. Estland, Latvia, Polen, Litauen, Slovenia, Ungarn, Slovakia, Tsjekkia, Malta og Kypros skiftet status fra "ikke-vestlig" til "vestlig" da de ble EU-medlemmer i 2004. Det samme gjelder for Bulgaria og Romania i 2007.

Figuren illustrerer at det er betydelige sosiale forskjeller mellom både etnisk norske innbyggere og innvandrere, men også mellom innvandrerne. Dette kommer til syne i både nivåforskjellene generelt, og i forhold til hvor mye hardere innvandrerne ble rammet av problemene på arbeidsmarkedet i Rogaland fra omtrent 2012-2014 og utover i årene som fulgte.

¹ Asia, Tyrkia, Afrika, Latin-Amerika, Europa utenom EU/EFTA, Oseania utenom Australia og New Zealand

² EU/EFTA, Nord-Amerika, Australia og New Zealand.

I tillegg til det som kommer fram her, er det et betydelig antall innvandrere som er uten jobb, men som ikke har registrert seg som arbeidsledige. Det samme gjelder for en del av den øvrige befolkningen, men det er langt hyppigere for innvandrere³.

³ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/to-av-tre-aku-ledige-innvandrere-er-ikke-registrert-hos-nav>

3 Miljø

Miljø omhandler omgivelsene vi oppholder oss i – både fysisk og sosialt. I dette dokumentet fokuserer vi først og fremst på det sosiale miljøet, nærmere bestemt hvor fornøyde Rogalendingene er med kommunen de bor i, og i hvilken grad skoleelever opplever mobbing.

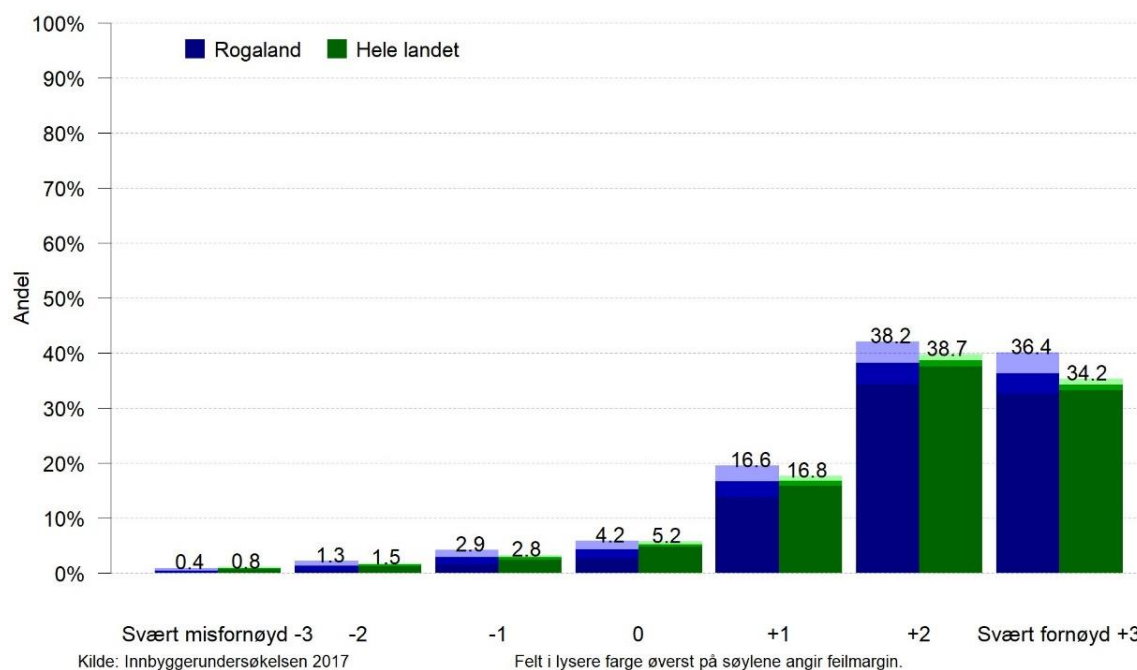


3.1 Lokalmiljø

Gode lokalmiljø er et satsingsområde i regionalplan for folkehelse i Rogaland. Å ha et godt lokalmiljø er et viktig grunnlag for trivsel og velvære. Gode lokalsamfunn er et satsingsområde i Regionalplan for folkehelse.

Tre av fire Rogalendinger svarer at de er fornøyd eller svært fornøyd⁴ med kommunen de bor i, og de omtaler den positivt. En noe lavere andel (60 prosent) vil anbefale venner og kjente å flytte til kommunen, men når de blir bedt om å sammenligne den det de anser som den ideelle kommune blir det – naturlig nok – færre svar i øverste del av skalaen.

Tallene nedenfor kommer fra en spørreundersøkelse og har vesentlige feilmarginer, særlig når en ser på enkeltgrupper innad i fylket. Det nevnes ikke ved hvert tilfelle, men ha i bakhodet at tallene som oppgis her er omtrentlige.



Figur 3.1. Svarfordeling på spørsmålet «Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med din kommune som et sted å bo og leve?», Rogaland og landstotal

Det er ikke veldig store forskjeller mellom hvordan personer i ulike typer boligstrøk i Rogaland rangerer sin kommune. 69 prosent av de som bor i småbyer har valgt ett av de to mest positive alternativene, mens 79 prosent av de som bor i storby, men utenfor sentrum har gjort det samme. Om vi ser kun på det mest positive alternativet, er det imidlertid brukt oftest av personer som bor i tettsted i landkommuner (41 prosent) eller spredtbyggd strøk (39 prosent). Det er imidlertid såpass store feilmarginer på disse tallene at det hefter en viss usikkerhet ved om forskjellene er reelle.

⁴ Dvs. at de velger et av de to mest positive svaralternativene på en skala som går fra -3 til +3.

Fordelt etter alder er det de eldste (67 år eller eldre) som er mest positive (49 prosent har valgt det mest positive alternativet).

3.2 Mobbing

Mobbing kan ha svært alvorlige konsekvenser. I tillegg til å medføre mistriksel og angst, kan mobbing bidra til å hemme videre utvikling, og dermed ha langvarige negative konsekvenser. Flere studier viser at mobbing og ensomhet øker risikoen for psykiske helseproblemer[3]–[6].

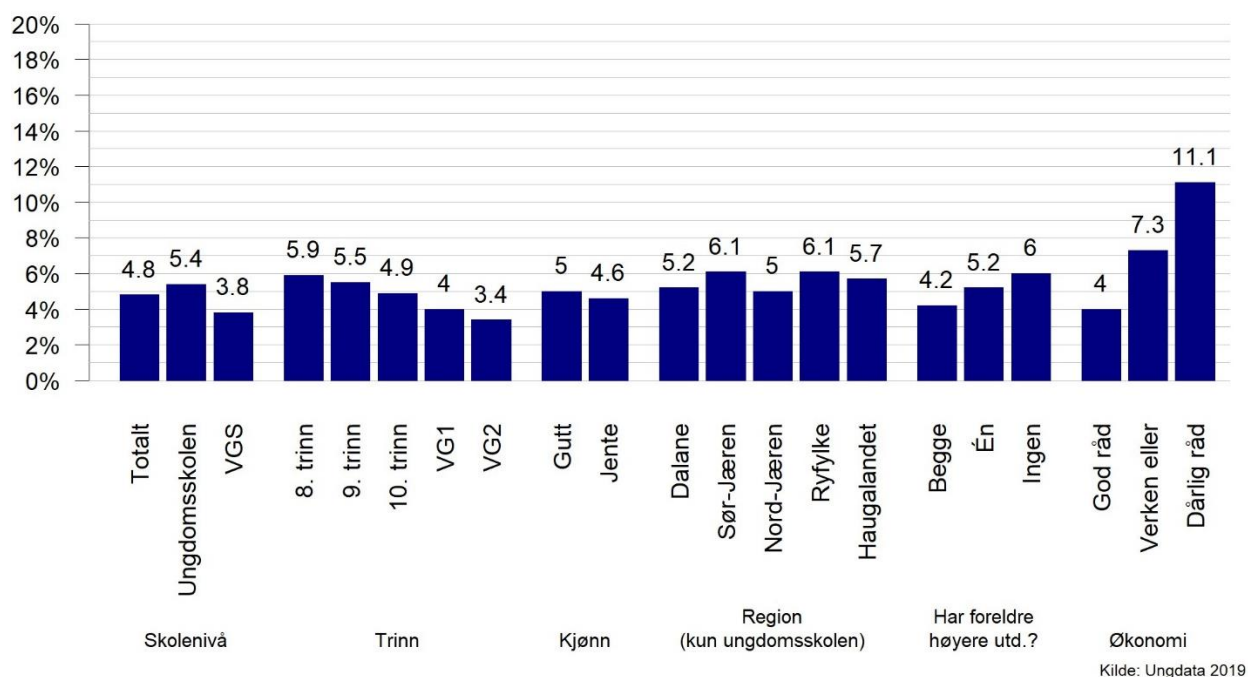
Barn med lav sosioøkonomisk status har en høyere risiko for å oppleve mobbing[7], og barn med lav sosioøkonomisk status har en høyere risiko for å utvikle psykiske helseproblemer etter mobbing enn andre[8]. Dette viser hvordan mobbing også bidrar til å videreføre og forsterke sosiale forskjeller. Resultater fra ungdataundersøkelsen i Rogaland viser at ungdom som svarer at familien har dårlig råd oftere blir mobbet enn de som har god råd.

Plaging og trakassering blant voksne

For landet som helhet oppgir SSBs levekårsundersøkelse fra 2016 at to prosent av de spurte arbeidstakerne utsettes for plaging og erting av arbeidskamerater et par ganger i måneden eller mer. En til to prosent oppgir å oppleve det samme fra overordnede. For uønsket seksuell oppmerksomhet på jobben, svarer 13 prosent av kvinnene i alderen 18-24 år at de har opplevd dette, mens åtte prosent i alderen 25-44 og fire prosent i aldersgruppen over 44 år oppgir det samme. Fordelt etter alder er de tilsvarende tallene for menn fire, to og én prosent. Vi ser også en tendens til at for kvinnene er dette et problem som har økt over tid, og ligger nå på det høyeste nivået som er registrert i levekårsundersøkelsene.

Ungdata: mobbing

Omtrent 24 300 elever har besvart spørsmålene om mobbing i Ungdataundersøkelsen i 2019 i Rogaland. Det ble spurt om både opplevd plaging, trusler og utfrysing, og utøvelse av det. Det er en definisjonssak hvor hyppig og alvorlig dette skal være for å kalles mobbing.



Figur 3.2. Andel som opplever plager, trusler eller utfrysing ukentlig, etter skolenivå, trinn, kjønn, region samt foreldres utdanningsnivå og økonomi. Figuren dekker elever i 8. trinn til VG2, unntatt for regionene, hvor bare ungdomsskolen presenteres.

Figur 3.2 er en illustrasjon av kolonnen «Ukentlig» i Tabell 3.1, nedenfor. Figuren illustrerer hvordan andelen som opplever mobbing varierer, med et særlig tydelig utslag blant elever som oppgir at foreldrene har dårlig råd.

Vi ser også en tendens til at andelen som opplever plager, trusler eller utfrysing synker med stigende klassetrinn. Tabellen, illustrerer hvor stor andel elever i ulike grupper som opplever plaging, trusler eller utfrysing ukentlig, månedlig eller sjeldnere.

Spørsmålsformuleringen gjør at det kan diskuteres hvor grensen mellom mobbing og mer sporadisk plaging, trusler eller utfrysing går, men vi anser at å oppleve dette ukentlig klart faller innenfor kategorien mobbing. Samtidig er det verdt å merke seg at nivåene i Elevundersøkelsen (presentert nedenfor) er lavere. For VG1 svarer 2,3 prosent av elevene at de har blitt mobbet de siste månedene, mens fire prosent av de som har besvart Ungdataundersøkelsen rapporterer om ukentlig plaging, trusler eller utfrysing.

Tabell 3.1. Tendens til å oppleve plager, trusler eller utfrysing

		Ukentlig	Månedlig ⁵	Sjeldnere/aldri	Antall
Totalt	Totalt	4,8	6,1	89,0	24295
	Ungdomsskolen	5,4	7,0	87,6	15716
	Videregående skole	3,8	4,6	91,6	10265
Klassetrinn	8. trinn	5,9	7,1	87,0	5295
	9. trinn	5,5	7,0	87,4	5057
	10. trinn	4,9	6,8	88,3	5170
	VG1	4,0	4,4	91,5	5451
	VG2	3,4	4,8	91,8	4757
Kjønn	Gutt	5,0	5,9	89,0	13090
	Jente	4,6	6,3	89,1	12815
Region	Dalane	5,2	7,9	86,9	812
	Sør-Jæren	6,1	7,6	86,2	2399
	Nord-Jæren	5,0	7,1	87,9	7675
	Ryfylke	6,1	7,5	86,4	1213
	Haugalandet	5,7	6,0	88,3	3410
Har foreldre høyere utdanning?	Begge	4,2	5,9	89,9	13537
	Én	5,2	6,4	88,3	4781
	Ingen	6,0	6,1	87,9	3877
Familiens økonomi	God råd	4,0	5,4	90,6	20021
	Verken eller	7,3	8,6	84,1	3896
	Dårlig råd	11,1	11,1	77,8	1117

NB: For regionene er kun ungdomsskoleelever tatt med i tabellen. Kilde: Ungdata 2019.

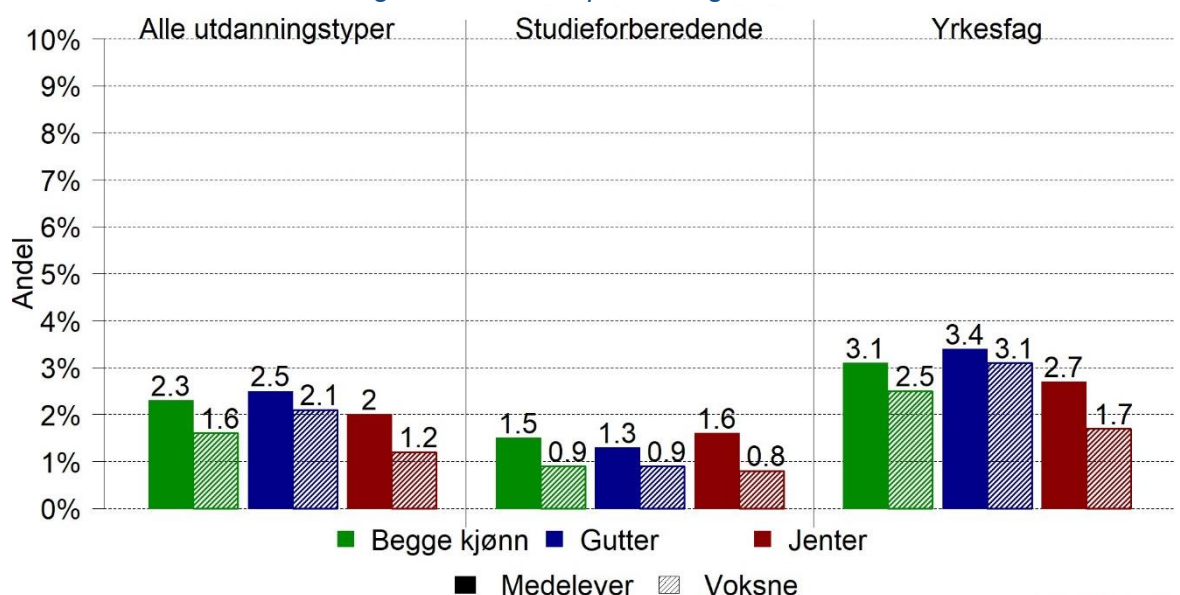
Åttendeklassingene opplever mest mobbing av klassetrinnene som er med i undersøkelsen, og nivåene synker for de påfølgende trinnene. Vi ser noe kjønns- og regionforskjeller, men utslagene er ikke særlig store.

Spørsmålene om foreldres utdanning og familiens økonomi har viser tydeligere samvariasjon med andelen som opplever mobbing, men heller ikke disse forklarer særlig mye av variasjonen i mobbetallene. Selv om, for eksempel, andelen som opplever mobbing er mye høyere blant de som har dårlig råd enn de andre, så er det fortsatt slik at det store flertallet av de som opplever mobbing kommer fra familier med god økonomi (f.eks. 757 fra familier med god råd, mot 115 fra familier med dårlig råd). Dette gjør at selv om det er betydelige sosiale forskjeller her, så er det ikke tilstrekkelig å fokusere bare på dette for å bekjempe mobbing.

⁵ Denne kategorien viser de som opplever plaging, trusler eller utfrysing månedlig, men ikke ukentlig.

Elever i videregående skole opplever mobbing fra både medelever og voksne på skolen.

Elevundersøkelsen: mobbing i første klasse på videregående



Figur 3.3. Andel elever i VG1 som svarte at de hadde opplevd mobbing de siste årene i Elevundersøkelsen 2018/19.

Figur 3.3 illustrerer andelen som har opplevd mobbing⁶ på skolen de siste månedene. I motsetning til Ungdata tar denne oversikten med mobbing fra voksne, men den utelater det som skjer på fritiden.

Totalt sett har 2,3 prosent av elevene (ca. 165 elever) i VG1 svart at de har opplevd mobbing fra andre elever de siste månedene, mens 1,6 prosent (ca. 115 elever) svarte at de har opplevd mobbing fra voksne på skolen. Andelen som opplever mobbing er betydelig høyere på yrkesfag enn studieforbereidende. Blant guttene på yrkesfag svarer 3,4 prosent (ca. 77 elever) at de opplever mobbing fra medelever, mens 3,1 prosent (ca. 70 elever) svarer at de blir mobbet av voksne⁷.

⁶ Spørsmålsformulering: «Er du blitt mobbet av andre elever/voksne på skolen de siste månedene?»

⁷ Merk at kategoriene ikke er gjensidig utelukkende: det er fullt mulig å svare at en opplever mobbing fra både medelever og voksne.

Om en regner med skoleklasser på 30 elever er det i gjennomsnitt en elev i annenhver klasse som blir mobbet av medelever på studiespesialiserende fag, og en elev per klasse på yrkesfag. I forhold til mobbing fra voksne, er det i gjennomsnitt en elev i hver tredje til fjerde klasse på studiespesialiserende fag. På yrkesfag er det gjennomsnittlig en elev som opplever mobbing fra voksne i tre av fire klasser. Her er andelene noe høyere for gutter enn jenter.

Det er svært alvorlig at skoleelever opplever mobbing fra voksne på skolen. Vi har bare sammenlignbare data for de to siste skoleårene, men disse tyder på at andelen VG1-elever som opplever mobbing fra voksne har sunket betydelig – særlig på studieforberedende fag. Blant gutter på yrkesfag ser vi imidlertid en viss økning, fra 2,6 til 3,1 prosent. Det er for tidlig å si om dette er reelle endringer eller mer tilfeldige svingninger.

4 Skole

Skolen skal bidra med kompetanse som barn og ungdom trenger videre i livet, samtidig som den skal bidra til å sikre at alle har like muligheter. Samtidig blir forskjellene elevene har med seg raskt synlige i form av ulikheter i prestasjoner og i hvem som sliter på skolen.

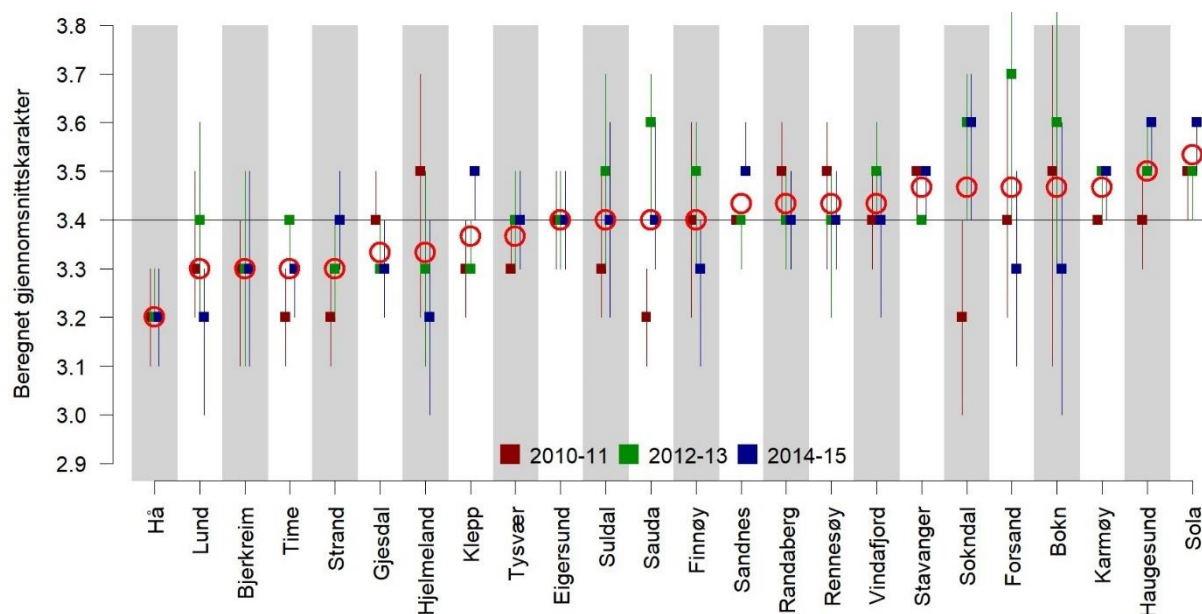


4.1 Skolebidragsindikatorer

Et viktig mål med skolegangen er at elever med svake forutsetninger skal få ekstra hjelp og dermed tilegne seg ferdigheter som er mer på nivå med elever fra en mer ressurssterk bakgrunn. Skolebidragsindikatorerne er et forsøk på å beregne hvordan en lykkes med dette.

Fordelingen av karakterer per skole avhenger av en kombinasjon av hva slags bakgrunn elevene har, og hvor mye de lærer på skolen. Skoler hvor de fleste av elevene kommer fra hjem hvor foreldrene har høy utdanning oppnår normalt bedre resultater enn skoler hvor elevenes foreldre har kortere utdanning. Høyt karakternivå tyder med andre ord ikke nødvendigvis på gode skoler – i mange tilfeller handler det vel så mye om at skolene har ressurssterke elever som har lett for å tilegne seg kompetanse.

Skolebidragsindikatorerne er en beregning av hvordan gjennomsnittskarakteren hadde blitt hvis alle skolene hadde samme elevgrunnlag⁸. Tallene er omregnet til et landsgjennomsnitt på 3,4. Høyere verdier enn dette tyder på at skolene presterer bedre enn landsgjennomsnittet, sett i forhold til elevgrunnlaget de har.



Figur 4.1. Kommunevise skolebidrag for ungdomsskolen i Rogaland, skoleårene 2010-11, 2012-13 og 2014-15.

Figur 4.1 er sortert etter gjennomsnittlig skolebidrag for de tre skoleårene, illustrert med røde ringe. I tillegg er enkeltårene illustrert med fargede firkanter og feilmarginer. Små kommuner er svært følsomme for tilfeldige svingninger, noe som gir vide feilmarginer og ofte mye variasjon fra år til år. Se for eksempel Forsand og Bokn for eksempler på dette.

⁸ For mer informasjon, se <https://www.ssb.no/utdanning/sporsmal-og-svar-om-skolebidragsindikator>

Forskjeller i elevgrunnlag handler blant annet om andel med innvandrerbakgrunn, foreldrenes utdanningsnivå og husholdningens inntekt, men også om elevenes tidligere resultater.

Andre kommuner, særlig Hå og Eigersund, har lite variasjon over tid. Det kan imidlertid være endringer innad i kommunene, og noe av stabiliteten skyldes nok også at tallgrunnlaget er rundet til første desimal.

Sola er den kommunen hvor skolen ser ut til å bidra mest med å heve ungdomsskoleelevenes prestasjoner, med Haugesund like bak. Nivået i Haugesund har steget de siste årene, så om dette fortsetter kan Haugesund komme til å overta førsteplassen.

I de tilfellene der feilmarginene til kommuner overlapper, kan vi ikke si at forskjellen er statistisk signifikant – det er ikke tilstrekkelig usannsynlig at den skyldes tilfeldigheter til at vi kan stole på den. Når vi tar med at avrunding av tallene gjør at feilmarginene har blitt litt vilkårlig forkortet eller forlenget i en del tilfeller betyr dette i praksis at vi ikke kan fastslå vesentlige forskjeller mellom de fleste av kommunene i fylket. Sola, Haugesund og Karmøy ser ut til å ha etablert seg over landsgjennomsnittet, mens Stavanger, Sandnes, Sokndal og Klepp viser lovende tendenser.

Årsaksforhold og konsekvenser

De skolene og kommunene som har høyest skolebidrag klarer å løfte både elever som statistisk sett har svakere skoleresultater, og de øvrige elevene, sett i forhold til hva man kunne forvente ut fra elevenes forutsetninger. Selv om dette ikke nødvendigvis reduserer sosiale forskjeller direkte, så hever det kompetansenivået i den gruppen som trenger det mest. Flere elever kommer ut av grunnskolen med høyere kompetanse enn de ville hatt i en gjennomsnittsskole. De er dermed bedre rustet for videre utdanning og arbeidsliv, og risikoen for frafall fra videregående skole, med de negative ringvirkningene det har, reduseres. For mer om dette temaet, se neste delkapittel.

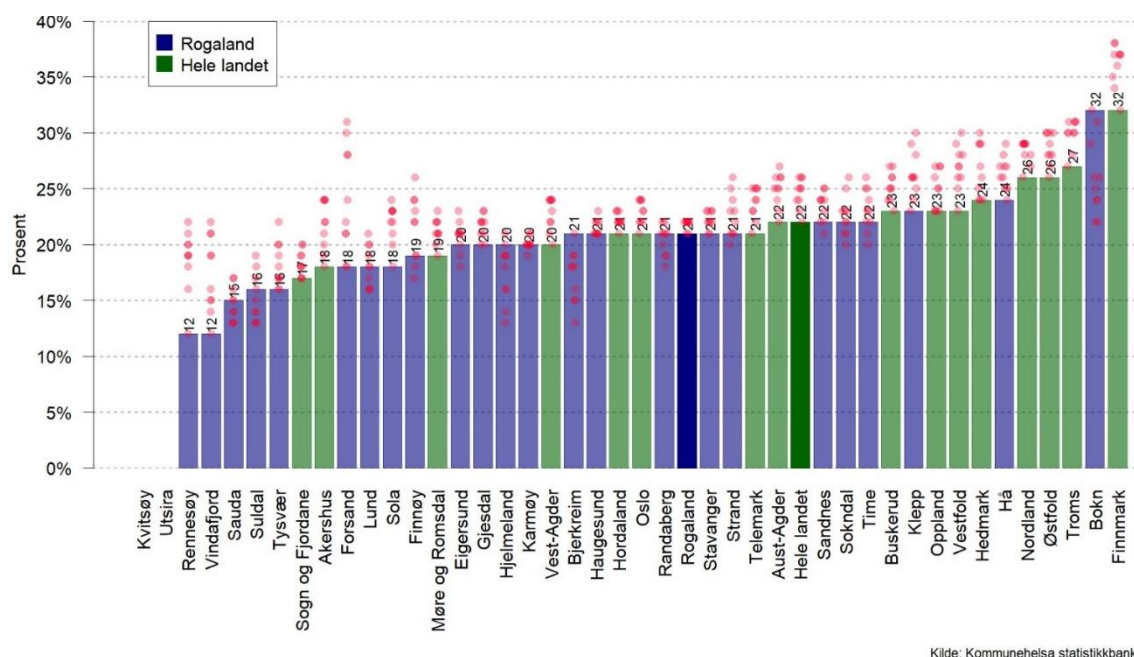
Sannsynligheten for å fullføre videregående skole henger tydelig sammen med foreldrenes utdanningsnivå.

4.2 Gjennomføringsgrad i videregående skole

Sosiale forskjeller blant barn er synlige helt fra barnehagen [9], [10], og de blir tydeligere gjennom utdanningsløpet. Elever med svake karakterer fra ungdomsskolen har en betydelig høyere risiko for å ikke fullføre videregående skole [11], noe som igjen bidrar til en negativ spiral som blant annet innebærer større risiko for arbeidsledighet og dårligere helse senere i livet. Mangel på formell utdanning er også en større begrensning på arbeidsmarkedet nå enn tidligere, på grunn av at det blir stadig færre jobber for personer uten formell utdanning. I tillegg må både disse og andre arbeidssøkende i langt større grad enn før konkurrere med utenlandske arbeidssøkere.

Tallmaterialet som presenteres her baserer seg på andel som har gjennomført videregående utdanning innen fem år. En del av de som ikke fullfører i løpet av denne perioden, får likevel vitnemål eller fagbrev på et senere tidspunkt, mens en del andre er i jobb. Gruppen som står igjen uten jobb eller utdanning er med andre ord mindre enn gruppen som ikke fullfører videregående skole innen fem år. Mange klarer seg fint uten fagbrev eller studiekompetanse, men personer i denne gruppen tenderer til å være langt mer sårbare i arbeidslivet, de havner oftere på trygd og har lavere inntekt enn de som fullfører videregående skole.

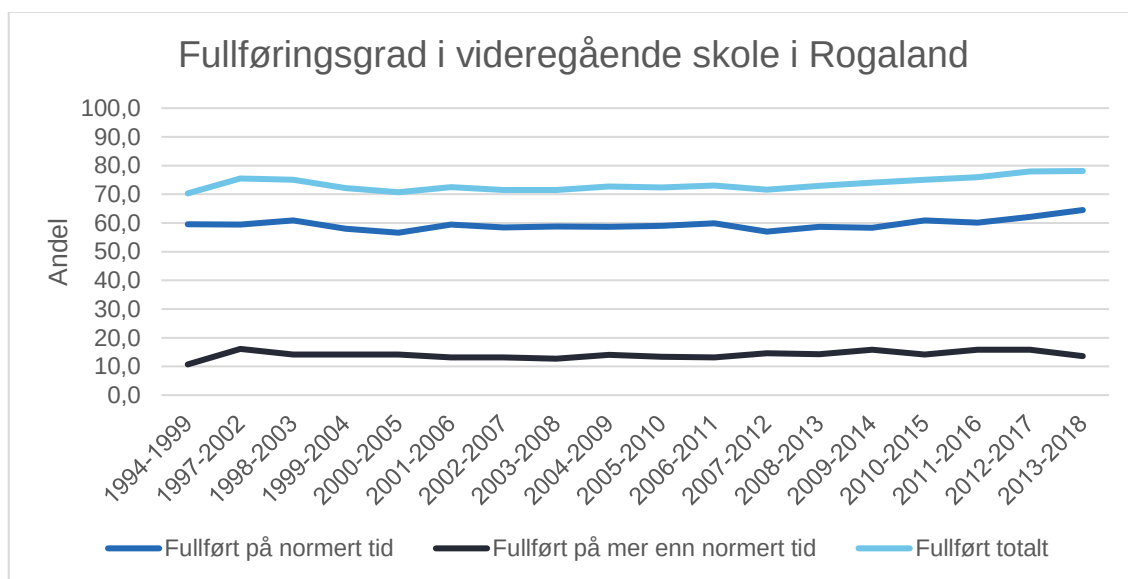
Årsakskjeden som leder fram til bestått eller ikke bestått i videregående skole begynner lenge før elevene selv begynner på videregående. Karakterene fra ungdomsskolen er en viktig indikator på sannsynligheten for at en person fullfører videregående skole [11]. Disse karakterene bygger i sin tur på kunnskap og ferdigheter som er akkumulert siden fødselen. Å sikre god kvalitet i barnehager og skoler kan derfor være et av de viktigste forebyggende tiltakene kommunene kan gjøre.



Kilde: Kommuneheilsa statistikkbank

Figur 4.2. Andel frafall fra videregående skole, gjennomsnitt for perioden 2014-16. Landstotal, fylker og kommuner i Rogaland, med illustrasjon av utvikling over tid (røde punkter – de største/mørkeste er nyest).

Figur 4.2 illustrerer andelen elever per kommune som ikke har gjennomført videregående skole etter fem år. I tillegg er det lagt på røde flekker som viser verdiene for tidligere år. Dette illustrerer at selv om tilfeldige variasjoner gattes ut ved å trekke gjennomsnitt over flere år, er det en del kommuner hvor frafallet varierer mye fra år til år. To eksempler er Forsand og Bokn, men situasjonene deres er motsatt: Bokn har sitt høyeste nivå i perioden 2014-16, mens Forsand har sitt laveste. Et oppløftende trekk er at det er langt flere prikker over dagens nivåer enn under for de fleste fylkene og kommunene i Rogaland. Hjelmeland, Bjerkreim og Bokn skiller seg fra dette mønsteret. Nivåene i Bokn har svingt mye tidligere, men har generelt sett vært høye, Hjelmeland opplevde en tydelig nedgang for noen år siden, men frafallet har økt igjen, mens Bjerkreim har hatt en grovt sett oppadgående tendens i flere år.

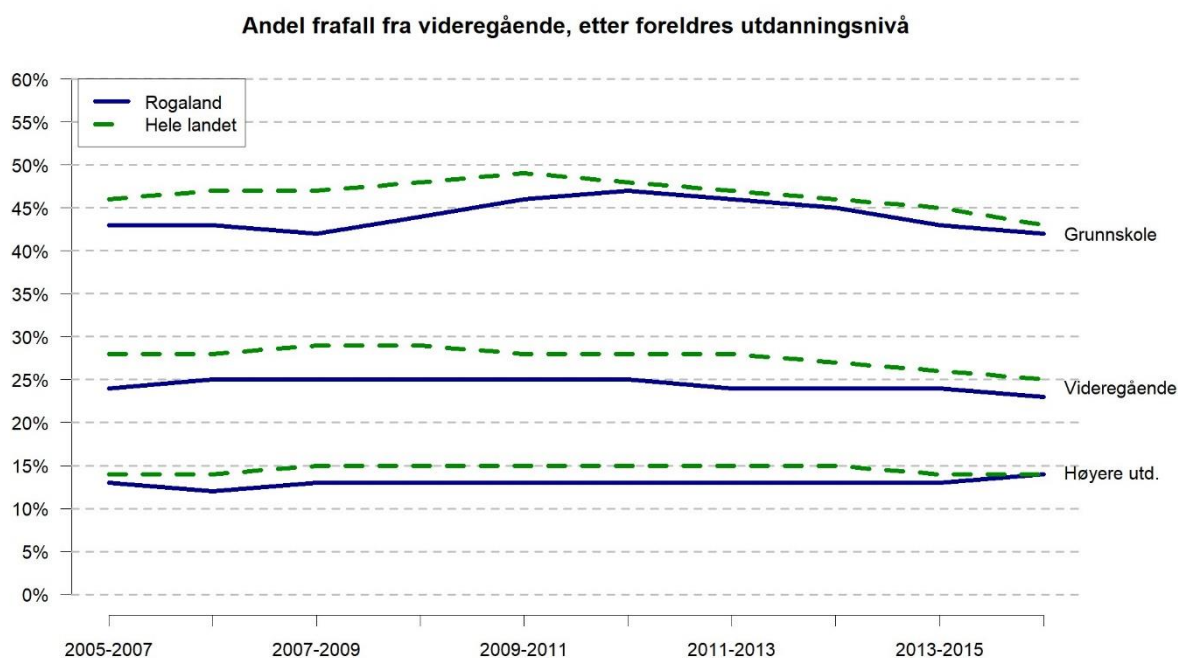


Figur 4.3. Fullføringsgrad i videregående skole i Rogaland.

Etter å ha vært stabil i lengre tid har gjennomføringsgraden i videregående skole i Rogaland steget noe de siste årene. Fullføringsgraden har nå rundt 78 prosent, hovedsakelig på grunn av en økning i andelen som fullfører på normert tid.

Det er en tydelig tendens til at ungdommer som har foreldre med grunnskole som høyeste utdanningsnivå har betydelig høyere frafall enn totalen. De som har foreldre med utdanning fra videregående skole har jevnt over et frafall som er litt høyere enn totalfordelingen, og de som har foreldre med høyere utdanning har lavere frafall.

Selv om frafallet blant elever som har foreldre med kun grunnskoleutdanning er vesentlig høyere enn de andre gruppene, så trekker det ikke totalverdiene så mye opp fordi det er ganske få elever i denne gruppen (snaut ti prosent av elevene totalt sett).



Figur 4.4. Frafall fra videregående skole i Rogaland og hele landet, etter foreldrenes utdanningsnivå

Frafallet blant elever som har foreldre med grunnskoleutdanning er svært høyt, men det har gått noe ned etter en topp rundt 2011. Nedgangen i landet totalt startet imidlertid tidligere enn i Rogaland, noe som gjør at Rogalands nivå nå er nærmest identisk med landstotalen.

Også blant elever der foreldrene har utdanning fra videregående skole, er frafallet høyt, men det viser en nedadgående tendens. For elever der foreldrene har høyere utdanning ser vi derimot det motsatte bildet: frafallet er vesentlig lavere enn de andre gruppene, men i Rogaland har det økt mellom de to siste periodene. Samtidig har det gått ned i landet totalt sett.

Årsaksforhold og konsekvenser

Som tidligere nevnt er det sammensatt hva som utløser frafall fra videregående skole. To hovedforklaringer som har blitt trukket fram er ferdighetsnivå og ensomhet. Elever med svake karakterer fra ungdomsskolen har vesentlig forhøyet risiko for å ikke gjennomføre videregående opplæring. Disse elevene har ofte slitt med skoleprestasjoner over lang tid, og for noen blir problemene så store at de bevisst eller ubevisst faller ut av utdanningsløpet. Det er ikke utenkelig at dette langt på vei er de samme elevene som forteller om ensomhet – og som i større grad har foreldre med kort utdanning.

Andre har tilstrekkelige ferdigheter, men mangler motivasjon, eller de fristes av muligheter til å gå ut i jobb i stedet. Samvariasjonen mellom foreldrenes utdanning og ungdommenes frafall viser, selv om det er mange unntak, en tydelig tendens til at

utdanningsnivå går i arv. Dette bidrar også til videreføring av sosial posisjon, arbeidsforhold, lønnsnivå og tilknytning til arbeidslivet.

Denne reproduksjonen av utdanningsforskjeller viderefører også sosiale forskjeller og helseforskjeller. En indikasjon på hvordan helsen samvarierer med utdanningsnivået er nivå og utvikling i forventet levealder for ulike utdanningsgrupper. Forskjellene er store og økende: personer med kort utdanning blir hengende stadig lenger bak.

5 Helserelatert adferd

Mye av det vi gjør her i livet påvirker helse-tilstanden gjennom å påvirke både overskudd, velvære og sannsynligheten for at vi rammes av ulike plager og sykdommer. Mosjon og et sunt kosthold er viktig, men ikke alltid enkelt å få til i praksis.



5.1 Fysisk aktivitetsnivå

Fysisk aktivitet er en av samfunnets beste medisiner, og lavt fysisk aktivitetsnivå bidrar til flere av de viktigste helseutfordringene vi har. Fysisk aktivitet bidrar til å forebygge og i en del tilfeller lindre både somatisk og psykisk sykdom[12]–[16]. Sammenlignet med stillesitting kan selv et moderat aktivitetsnivå bidra vesentlig til å bedre helsen.

Hverdagsmosjon som å rydde i hagen, leke med barna eller gå en tur kan være tilstrekkelig til å gi en reell forbedring sammenlignet med å sitte stille det meste av tiden[17], [18].

Det å gå fra å være inaktiv til i aktivitet⁹ kan gi en tilsvarende reduksjon i dødelighet som å slutte å røyke, så vi snakker her om kraftige helsegevinster. Gevinsten forsterkes ytterligere ved enda høyere aktivitetsnivå. En omfattende europeisk studie har funnet tilsvarende resultater i forhold til mosjon og fedme – å gå fra ingen til litt mosjon gir en betydelig reduksjon i dødeligheten i en befolkning[19].

Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler at barn og unge bør være i fysisk aktivitet minst 60 minutter hver dag, mens voksne bør være i fysisk aktivitet minst 150 minutter i uka ved moderat intensitet eller 75 minutter i uka ved høy intensitet[64, p. 12]. Selv et aktivitetsnivå som er under halvparten av dette (30 minutter seks dager i uken) bidrar til betydelig redusert dødelighet sammenlignet med de som er helt stillesittende. For eldre menn kan det å gå fra stillesittende til et slikt aktivitetsnivå redusere risikoen for å dø tilsvarende som om de slutter å røyke[65].

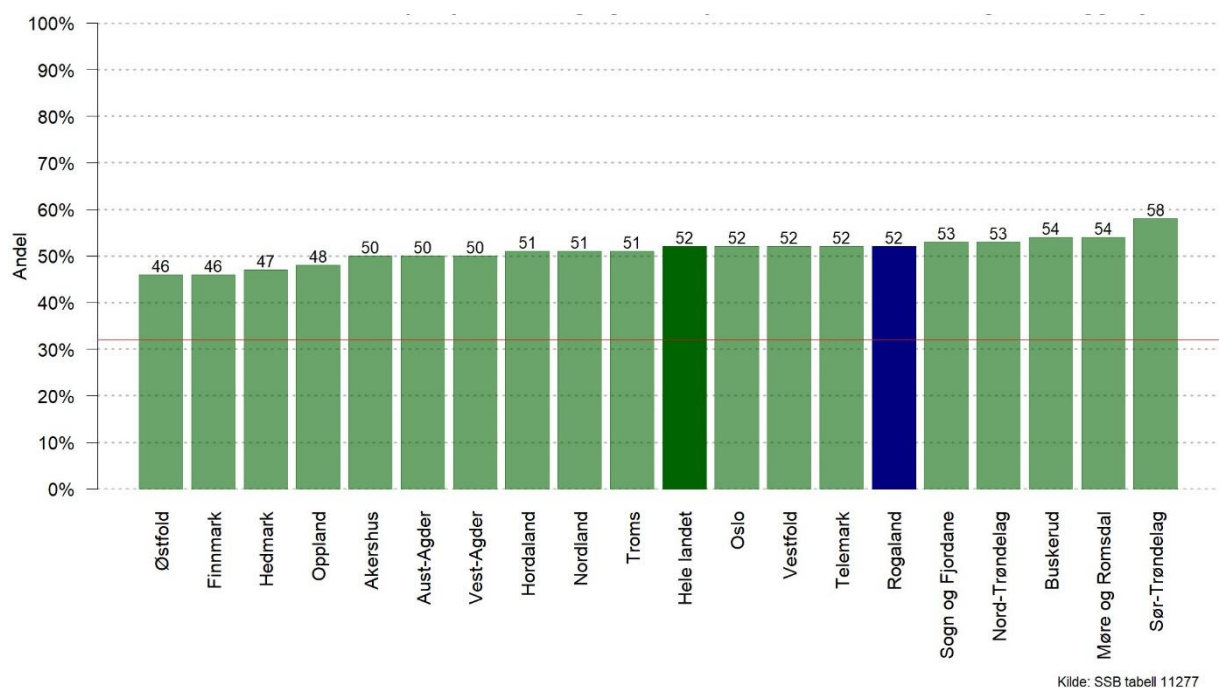
Dessverre er det betydelige problemer med datakvaliteten om fysisk aktivitetsnivå. De nyeste tallene vi har for voksne er fra SSBs levekårsundersøkelse i 2015. Her kommer det fram at 52 prosent av rogalendingene innfrir Helsedirektoratets anbefaling om fysisk aktivitet minst 2,5 time i uka. Dette er samme nivå som i landet totalt sett.

Det er imidlertid en utfordring at det ser ut til at fysisk aktivitetsnivå lett blir overdrevet i spørreundersøkelser. I en undersøkelse gjennomført av Helsedirektoratet ble det benyttet aktivitetsmålere i tillegg til spørreskjema, og her kom det fram at bare en snau tredjedel i landet totalt sett innfridde anbefalingen.

Siden svarene fra Rogaland viser samme andel som landet totalt sett i Levekårsundersøkelsen, blir derfor det mest troverdige resultatet å anta at Helsedirektoratets funn om at 32 prosent innfrir anbefalingene også gjelder for Rogaland – selv om feilmarginene er betydelige.

⁹ Definert som gange, sykling eller søndagstur minst fire timer i uken.

Selv om halvparten av Rogalendingene oppgir å innfri anbefalingene til fysisk aktivitet, er det grunn til å tro at det reelle nivået er under en tredjedel.



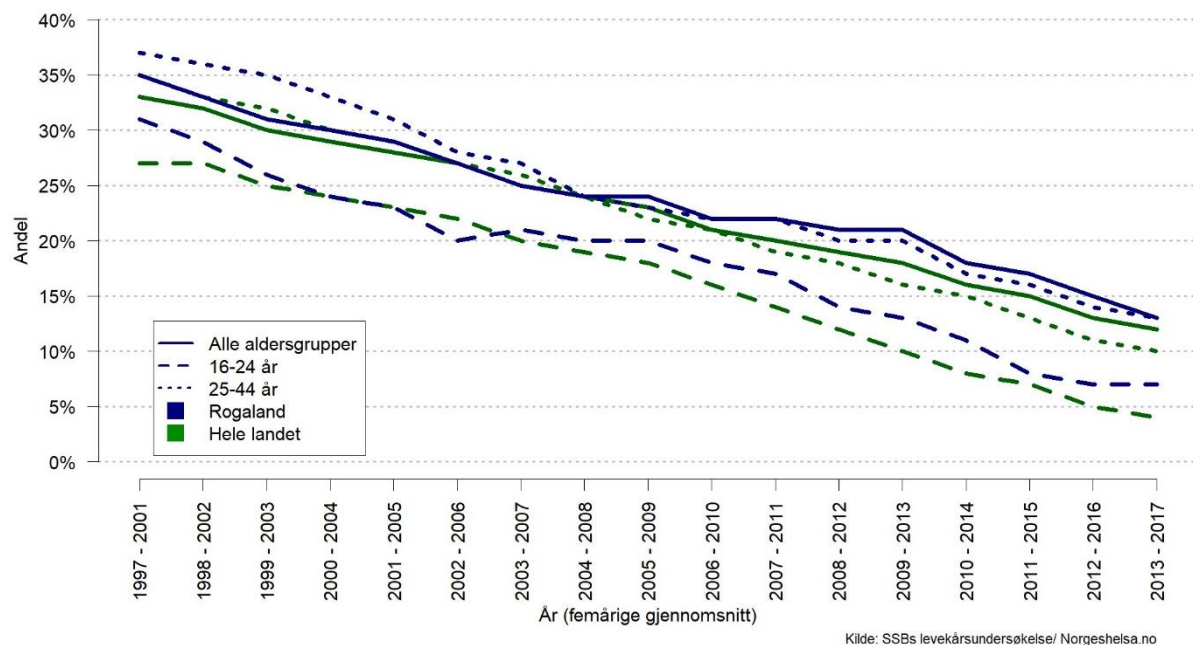
Figur 5.1. Andel som bruker minst 2,5 time per uke på sport, trening eller annen fysisk aktivitet. Fylker og landstotal, 2015.

Det er relativt små fylkesvise forskjeller i hvor store andeler som svarer at de bruker minst to og en halv time i uka på trening eller fysisk aktivitet. Den røde linjen viser nivået på 32 prosent som Helsedirektoratet har kommet fram til at innfrir dette aktivitetsnivået når de brukte aktivitetsmålere i stedet for spørreskjema. Det er derfor grunn til å ta nivåene her med en stor klype salt. Mange overvurderer eget aktivitetsnivå når de svarer på skjema, men fysisk aktivitet er også vanskelig å avgrense og måle.

Røyking er en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder i Norge, og sosiale forskjeller i røykevaner er et viktig bidrag til sosiale helseforskjeller i landet.

5.2 Røykevaner

Røyking er en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder i Norge, og sosiale forskjeller i røykevaner er et viktig bidrag til sosiale helseforskjeller i landet. Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken – og det er en markant sosial gradient i hvem som røyker. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet [20].



Figur 5.2. Andel dagligrøykere, totalt og to aldersgrupper, Rogaland og landet totalt sett.

Andelen røykere i befolkningen er på vei ned, men blant ungdom og unge voksne ser det ut til at snus har overtatt noe for røyking. Snus er ikke like helseskadelig som sigaretter, men er svært avhengighetsskapende og inneholder helseskadelige og kreftfremkallende stoffer.

Både i Rogaland og Norge totalt har andel dagligrøykere falt betydelig siden årtusenskiftet. Figuren over viser hvordan andelen dagligrøykere i både Rogaland og landet totalt har falt til drøyt en tredjedel av nivået i perioden 1997-2001 (fra 35 til 13 prosent i Rogaland). For aldersgruppen 16-24 år er nedgangen enda kraftigere, fra 31 til 7 prosent i Rogaland. Et skår i gleden er at vi henger etter landstotalen – i landet totalt sett er det bare fire prosent i denne aldersgruppen som røyker daglig.

6 Helse og sykdom

Vi lever stadig lenger og friskere liv, men forskjellene er samtidig økende. De siste 20 årene har forventet levealder hos personer med høyere utdanning har økt med fire år, mens økningen hos personer med grunnskole som høyeste utdanning er under halvparten av dette.

Nivåene av psykisk sykdom er stabile, men stadig flere unge sliter med psykiske plager. Også i forhold til psykisk sykdom ser vi tydelige sosiale forskjeller: høyere utdanning ser ut til å virke beskyttende.

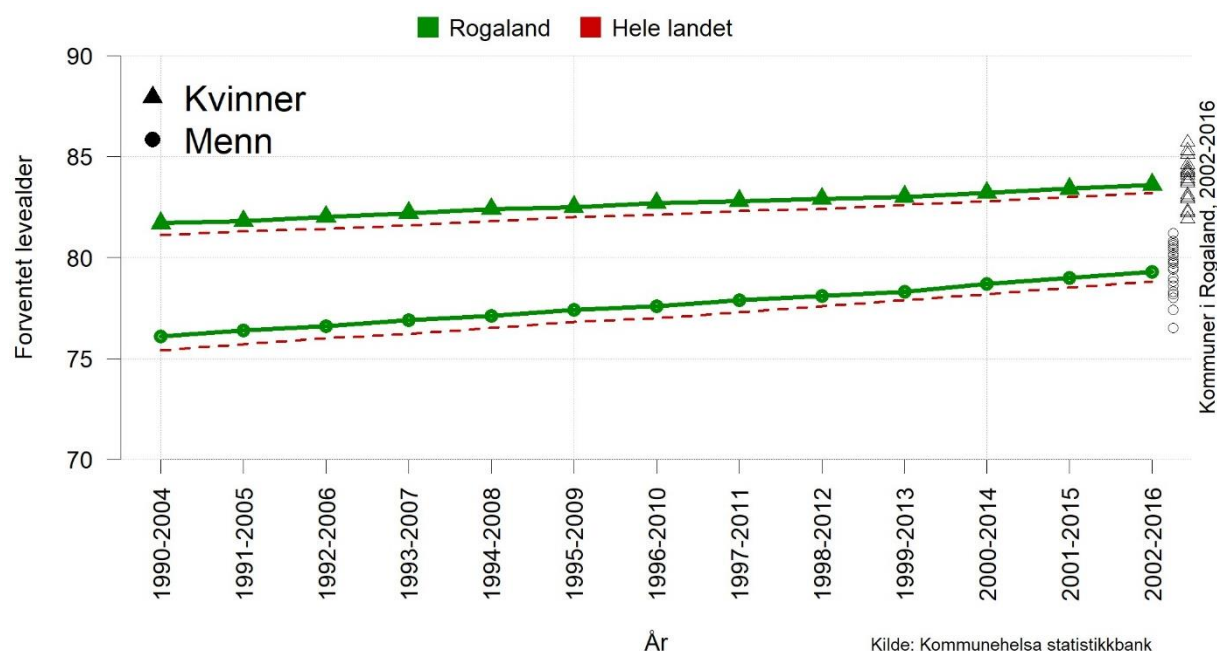


En kartlegging av sykdomsbyrden i Norge i 2016 [21]¹⁰ viser at ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdom, kreft, kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) og demens var de sykdomsgruppene som førte til flest tapte leveår i Norge i 2016. I tillegg til anslag for tapte leveår, ble det også beregnet ikke-dødelig helsetap – det vil si hvor mange som lever med ulike grader av nedsatt helse. Særlig bidrog muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og ruslidelser til ikke-dødelig helsetap.

De viktigste dødsårsakene for både menn og kvinner er hjerte- og karsykdommer, demens, karsykdom i hjernen (f.eks. hjerneslag) og kols. For kvinner er bildet omtrent det samme i forhold til dødsårsaker og tapte leveår, mens hos menn rangerer selvmord som den tredje viktigste årsaken til tapte leveår. Dette har sammenheng med at en del unge menn tar sitt eget liv, og siden de er unge er det svært mange forventede leveår som går tapt.

6.1 Forventet levealder

Helsetilstanden i befolkningen generelt sett har blitt vesentlig bedre enn for noen tiår siden, noe som blant annet illustreres av økningen i forventet levealder. Kvinner lever fortsatt lengst, men forskjellene avtar. Samtidig illustrerer utviklingen i forventet levealder betydelige sosiale forskjeller.



Figur 6.1. Utvikling i forventet levealder ved fødsel, etter kjønn.

Forventet levealder ved fødsel har totalt sett økt med 3,2 år for menn i Rogaland og 1,9 år for kvinner i perioden 1990-2004 – 2002-2016. Om en i stedet beregner forventet levealder fra 30 år, slik at en kan få med utdanningsnivå, kommer det fram at de sosioøkonomiske forskjellene er betydelig større enn kjønnsforskjellene.

¹⁰ Søk etter «sykdomsbyrde i Norge», eller følg [denne lenken](#), for å se artikkelen.

Forventet levealder for personer med høyere utdanning øker langt raskere enn for personer med kortere utdanning.

I Rogaland kan kvinner ved 30 års alder gjennomsnittlig forvente å leve 3,7 år lenger enn menn, men en person med universitets- eller høgskoleutdanning har utsikt til å leve 6,5 år lenger enn en person som kun har utdanning fra grunnskolen og 2,9 år lenger enn en person med videregående skole som høyeste utdanning. Dette er en indikasjon på betydelige sosiale forskjeller knyttet til helse.

Tabell 6.1. Forventet levealder ved 30 år, begge kjønn, etter utdanningsnivå: sammenligning av 1990-96 og 2009-15.

	Utdanningsnivå	1990-1996	2009-2015	Endring	
Rogaland	Totalt	79,2	82,5	3,3 år	4,2 %
	Grunnskole	77,7	79,5	1,8 år	2,3 %
	Videregående skole	80,1	83,1	3,0 år	3,7 %
	Høyere utdanning	82,0	86,0	4,0 år	4,9 %
Norge	Totalt	78,7	82,2	3,5 år	4,4 %
	Grunnskole	77	79,1	2,1 år	2,7 %
	Videregående skole	79,6	82,8	3,2 år	4,0 %
	Høyere utdanning	81,8	85,6	3,8 år	4,6 %

Som tabellen illustrerer, har forventet levealder økt for alle utdanningsgrupper i perioden fra 1996-96 til 2009-15. Gevinsten har imidlertid vært større for de med lengst utdanning – i Rogaland har levealderen til de med lengst utdanning økt med fire år, de som ikke har gjennomført videregående skole kun har en økning på 1,8 år. Dette tilsier en vesentlig økning i sosiale helseforskjeller.

Om en i stedet for utdanningsnivå ser på inntekt, finner vi det samme mønsteret: forskjellene mellom de høyeste og laveste inntektsgruppene er store og økende¹¹.

Årsaksforhold og konsekvenser

Helsetilstanden i befolkningen har blitt bedre og tilstander som tidligere var dødelige lar seg nå i større grad behandle. Særlig har dødeligheten fra forebyggbare sykdommer sunket, men som illustrert i Tabell 6.1 er gevinsten av dette ulikt fordelt.

¹¹ <https://www.fhi.no/nyheter/2019/rike-lever-mykje-lenger-enn-fattige/>

De viktigste grunnene til forskjellene mellom ulike utdanningsgrupper skyldes ulikheter innen røykevaner, alkoholvaner, fysisk aktivitetsnivå og kroppsvekt[22]. Grupper med høyere utdanning har i større grad endret levevaner over tid, noe som har bidratt til bedre helse. Disse ulikhetene bidrar til å forsterke eksisterende sosiale helseforskjeller. Det bør prioriteres å avklare hva som er grunnen til disse forskjellene i helsevaner, og hvordan de kan påvirkes. En sammenligning av dødelighet i norske byer viser at det er til dels store forskjeller, og at disse i betydelig grad skyldes forskjeller mellom personer med lav utdanning i ulike byer [23].

6.2 Psykisk helse

Psykiske helseproblemer spenner fra mildere plager til omfattende og alvorlige lidelser. De har til felles at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og sosial omgang med andre. Man skiller ofte mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager kan være svært belastende, men ikke omfattende nok til å gi en sykdomsdiagnose. Psykiske lidelser er tilstander som er definert som sykdom. Grensene mellom ulike tilstander kan imidlertid være flytende og symptomtrykket kan variere mye, både over tid og fra person til person. Det er mye gråsoner, både mellom psykiske plager og lidelser, og mellom ulike typer plager og lidelser. Psykisk helse er et satsingsområde i Regionalplan for folkehelse.

Det er påvist en rekke risikofaktorer (mer om dette nedenfor), men hva som ligger bak utviklingen av psykisk sykdom er fortsatt usikkert. Sannsynligvis handler det om et samspill mellom både miljømessige og genetiske risikofaktorer, og det er ofte vanskelig å fastslå hva som har ført til hva [24, p. 48ff].

Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er på omtrent samme nivå som i andre vestlige land, og den er forholdsvis stabil over tid. I løpet av livet vil anslagsvis 30 til 50 prosent av befolkningen ha minst én psykisk lidelse. Selv om forekomsten er stabil over tid, har samfunnets måte å forholde seg til psykisk sykdom endret seg betydelig – psykiske plager og lidelser blir i større grad enn tidligere behandlet, og en stadig større andel uførepensjoner innvilges med bakgrunn i en psykisk lidelse[25]. Skillet mellom psykiske plager og lidelser er basert på at den første retter seg mot symptomer og plager, mens når en snakker om psykiske lidelser, så er det basert på en sykdomsdiagnose.

Det finnes en tydelig sosioøkonomisk gradient for hyppigheten av psykiske helseproblemer[26]. Høyere utdanningsnivå ser ut til å virke beskyttende, med en effekt som blir sterkere utover i livsløpet[27].

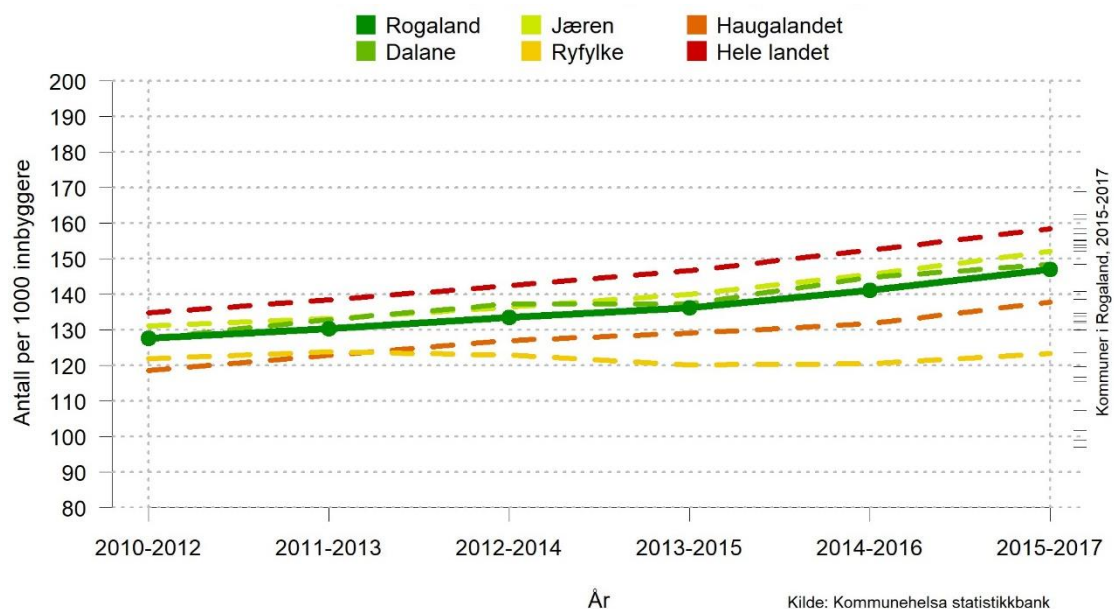
Flere studier har vist at fysisk aktivitet kan både forebygge og lindre psykiske problemer[15], [28]. I forhold til forebygging av depresjon kan selv ganske små «doser» med fysisk aktivitet være effektivt [14].

For en grundigere innføring i dette emnet, se for eksempel FHI-rapporten «[Psykisk helse i Norge](#)».

6.2.1 Psykisk helse hos barn og unge

I omtalen av psykisk helse i denne kortversjonen av folkehelseoversikten tar vi kun med psykisk helse hos barn og unge. For en mer omfattende oversikt, se fullversjonen av dokumentet.

Som nevnt innledningsvis (se innledningen om psykisk helse, side 36), ser det ikke ut til at andelen med psykiske lidelser i den voksne befolkningen øker, men det er flere unge, særlig jenter, som har et høyt nivå av psykiske plager.

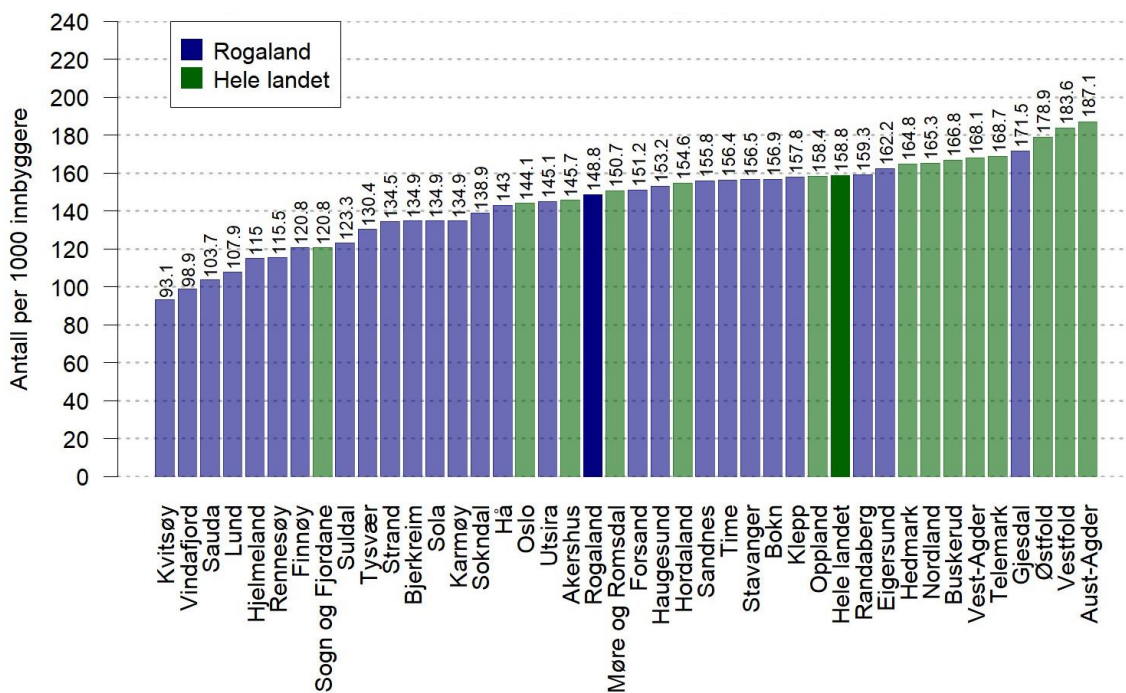


Figur 6.2. Unge brukere (15-29 år) i primærhelsetjenesten grunnet psykiske symptomer og lidelser – utvikling over tid

For Rogaland og landet totalt sett har andelen unge som har vært i kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske plager eller lidelser økt noe i perioden 2010-12 – 2015-17. Dette gjelder også for regionene innad i Rogaland, med unntak av Ryfylke, som har hatt en nedadgående tendens. Dette, men også ulike vekstrater i regionene, har bidratt til at de regionale forskjellene i Rogaland har økt noe.

Som figuren nedenfor illustrerer, er det betydelige forskjeller mellom både kommunene i Rogaland og fylkene. Denne fordelingen kan, særlig i små kommuner, være påvirket av både ulikheter i diagnosepraksis og forskjeller i hvor tilbøyelige innbyggerne er til å oppsøke helsevesenet. Følgelig kan økningen være påvirket av flere faktorer. En slik faktor er naturlig nok at flere sliter med psykiske plager og lidelser, men også økt åpenhet om psykisk sykdom kan ha bidratt gjennom å få flere til å oppsøke helsevesenet.

Videre kan det ha blitt vanligere å sette psykiske diagnoser på sammensatte problemer enn tidligere – ofte er det en vurderingssak om det er de psykiske eller somatiske komponentene i et sykdomsbilde som er viktigst. En annen sak som kan påvirke tallene er i hvilken grad helsevesenet klarer å fange opp faktisk sykdom: høye nivåer kan forklares både med flere syke, og at de som faktisk har plager eller lidelser oppdages av helsevesenet og dermed også har en større mulighet til å få hjelp.



Kilde: KommuneHelsen statistikkbank

Figur 6.3. Unge brukere (15-29 år) som har vært i kontakt med primærhelsetjenesten grunnet psykiske symptomer eller lidelser. Landstotal, fylker og kommuner i Rogaland, 2015-17

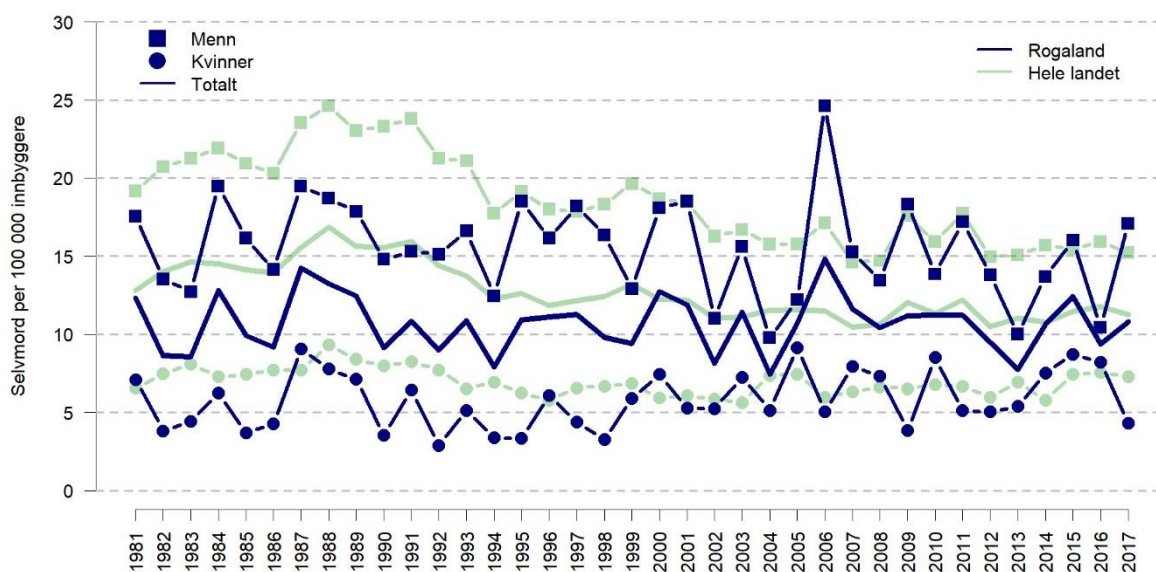
Om vi ser på gjennomsnittet for siste tilgjengelige treårsperiode, kommer forskjellene mellom ulike kommuner og fylker tydeligere frem. Særlig Bokn og Gjesdal har høye andeler i aldersgruppen 15-29 år som har vært i kontakt med fastlege eller legevakt grunnet psykiske symptomer eller lidelser. I motsatt ende finner vi Kvitsøy, Sauda og Vindafjord.

Både i Rogaland og landet totalt sett er det en tendens til at kommuner med flere innbyggere har større andeler unge som er i kontakt med helsevesenet grunnet psykiske symptomer eller lidelser, men det er vanskelig å fastslå om dette skyldes mindre problemer i små kommuner, eller om det er noe annet som ligger bak.

Selv mord er den tredje største årsaken til tap av leveår hos menn i Norge.

6.2.2 Selvmord

Selv mord er den tredje største årsaken til tap av leveår hos menn i Norge [21], og kombinasjonen av selvmord og overdoser er den viktigste årsaken til dødsfall i aldersgruppen 15 til 49 år [29, p. 5]. Samtidig skjer det heldigvis såpass sjelden at vi mangler solid tallgrunnlag for annet enn totaltallene i Rogaland. Fordeling etter alder og kjønn blir derfor basert på nasjonale tall.



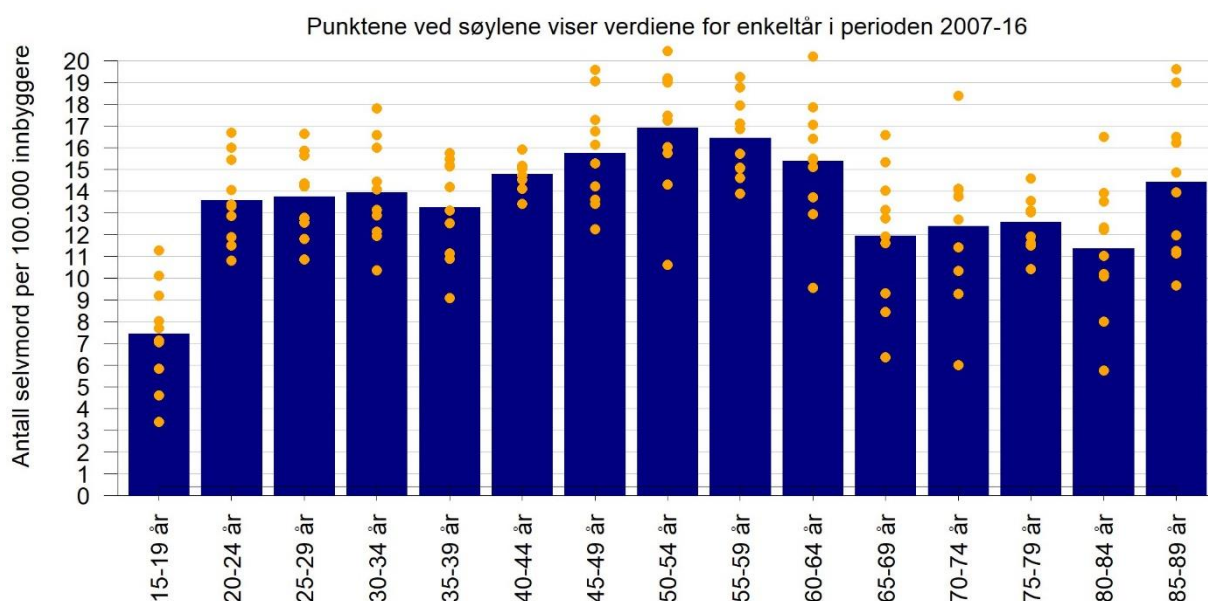
Figur 6.4. Antall selvmord per 100 000 innbyggere, Rogaland og hele landet, etter kjønn, 1981-2017

I landet totalt sett nådde selvmordsratene en topp sent på 80-tallet, før nivåene sank og stabiliserte seg på et nivå mellom 10 og 12 selvmord per 100 000 innbyggere tidlig på 2000-tallet. I Rogaland nådde vi ikke de samme høydene, men vi har heller ikke opplevd den påfølgende nedgangen.

Menn dør i vesentlig større grad enn kvinner av selvmord, men dette henger delvis sammen med at metodene menn pleier å bruke når de forsøker å ta sitt eget liv har en tendens til å være mer dødelige enn metodene kvinner velger.

Antall selvmord per aldersgruppe varierer mye fra år til år. Figuren nedenfor viser gjennomsnitt for hele landet i perioden 2007-16. Prikkene som er tegnet oppå søylene illustrerer nivåene for hvert enkelt år i denne tidsperioden. Her kommer det fram at det er vanlig med store utslag rundt gjennomsnittsverdiene. Det er nyttig å ha denne typen utslag i bakhodet når en skal vurdere om verdiene for enkeltår er utenfor normalvariasjonen eller ikke.

De høyeste nivåene finner vi i aldersgruppene 50-54 og 55-59 år, mens 15-19-åringene har de laveste nivåene. Endringen herfra til den påfølgende aldersgruppen er imidlertid dramatisk: overgangen fra tenårene til ung voksenalder innebærer en kraftig økning i andelen som tar sitt eget liv. Også blant de eldste er det en forhøyet andel som tar sitt eget liv. Her er selvmordsratene vesentlig høyere for menn enn kvinner [24, p. 120].



Figur 6.5. Gjennomsnittlig antall selvmord per 100.000 innbyggere 2007-16. Tall for hele landet, fordelt etter aldersgruppe.

For mer informasjon om dette temaet, se kapittel 6.4 i hoveddokumentet for oversikt over folkehelsen.

6.3 Somatisk helse

Rogaland er blant fylkene som har lavest nivåer av muskel- og skjelettsykdommer, hjerte og karsykdommer og lungekreft, men mye av dette skyldes at vi har en ung befolkning. Risikoen for disse sykdommene øker med alderen, og siden rogalendingene er, i gjennomsnitt, yngre enn de fleste andre fylkene bidrar dette til en lavere sykdomsforekomst. Om vi justerer tallene slik at de tilsvarer nivåene slik de ville vært hvis vi hadde samme aldersfordeling som landet totalt sett, eller ser på aldersgruppene hver for seg i stedet for befolkningen totalt sett, er ikke situasjonen like positiv.

I praksis illustrerer dette at vi har en gunstig situasjon nå, men at helseutfordringene kommer til å øke etter hvert som befolkningen blir eldre.

Muskel- og skjelettsykdom: den sykdomsgruppen som koster mest og plager flest

6.3.1 Muskel og skjelett

Sykdommer eller plager knyttet til muskler eller skjelett er vanlige. De fleste rammes i løpet av livet, noe som gjenspeiles i tallmaterialet som presenteres nedenfor. I perioden 2014-16 var i gjennomsnitt 31 prosent av innbyggerne i Rogaland i kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av slike plager. Det vanligste er plager i korsryggen, nakken og skuldrene. Plagene er ofte vanskelige å diagnostisere, og sammenfaller ofte med plager i andre deler av kroppen[30]. Korsryggs- og nakkesmerter regnes som den viktigste årsaken til ikke-dødelig helsetap i Norge [21]. Det er en tydelig sosioøkonomisk gradient i muskel- og skjelettplager[31, p. 163].

Tallene som presenteres i denne seksjonen utelater brudd og skader. Se seksjon 3.4 i hoveddokumentet for oversikt over folkehelsen for mer om dette.

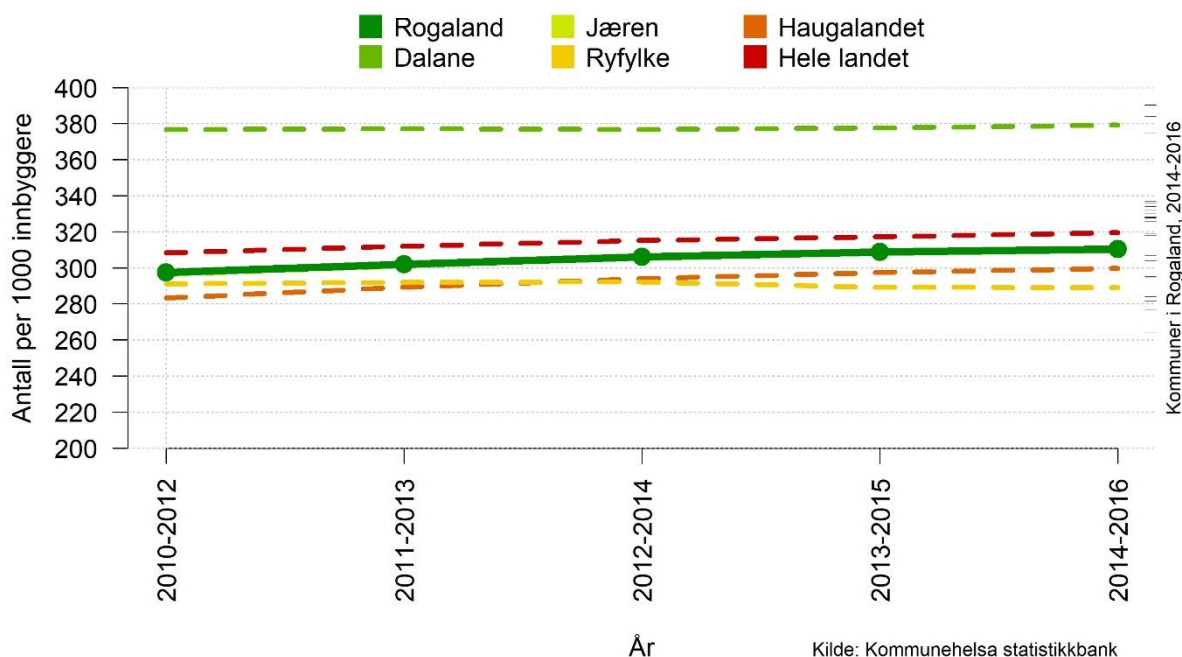
Denne typen plager ligger bak omtrent 35 prosent av legemeldt sykefravær og 30 prosent av uførepensjonene i Norge. De samfunnsøkonomiske kostnadene av denne typen plager og sykdommer ble i 2009 anslått til å være mellom 69 og 73 milliarder kroner¹². Denne typen plager framheves som den typen som plager flest og koster mest i Norge [30, p. 16]. Dette skyldes naturlig nok delvis at det er en kategori som favner

¹² Forfatterne beskriver dette som et konservativt anslag som sannsynligvis er for lavt – se side 68 i rapporten.

bredt, men det tydeliggjør samtidig et stort gevinstpotensial ved forebygging. Dette gjelder både økonomisk og, ikke minst, velferdsmessig.

Fysisk inaktivitet, sammen med feil- og overbelastning utgjør viktige risikofaktorer for muskel- og skjelettplager. Det er imidlertid dokumentert at veiledet trening og fysisk aktivitet over tid gir effektiv forebygging av tilbakefall og kronifisering av korsryggsmerter[30] – etter all sannsynlighet kan det redusere forekomsten av førstegangsutbrudd også.

Rogaland har landets tredje laveste nivåer av brukere med muskel- og skjelettplager, men med en variasjon fra 267 til 391 brukere per 1000 innbyggere mellom kommuner i fylket. Disse tallene viser faktiske nivåer, men om en korrigerer for alderssammensetningen i kommunene medfører dette bare mindre endringer. Det er imidlertid stor variasjon innad i fylket, og kommunene i Dalane (unntatt Sokndal) har nivåer av plager (men ikke sykdom) knyttet til muskel og skjelett som plasserer dem blant de høyeste i landet.



Figur 6.6. Utvikling i andel brukere i primærhelsetjenesten med muskel- og skjelettplager eller sykdommer. Landstotal, Rogaland og regionene.

Det har vært en viss økning av andelene som sliter med plager eller sykdommer knyttet til muskel og skjelett over tid i både landet totalt sett, Rogaland og regionene med unntak av Ryfylke. Nivået for Dalane trekkes opp av Eigersund, Bjerkreim og Lund, som i flere år har hatt betydelig høyere nivåer enn fylket for øvrig. Utslaget skyldes ikke alderssammensetning – om en bruker tall som er kjønns- og aldersstandardisert¹³, blir

¹³ Dette er en justering som gjør at tallene viser et anslag av hvordan nivåene ville vært hvis kjønns- og alderssammensetningen var den samme som i landet totalt sett.

Årsaksforhold og konsekvenser

Det er mange tilstander som faller innenfor sekkebetegnelsen muskel- og skjelettplager og -sykdommer. I noen tilfeller er årsaksfaktorene tydelige, andre ganger klarer man ikke påvise årsaken. Også omfanget av plagene kan variere mye ved tilsynelatende tilsvarende tilfeller.

Høy kroppsmasseindeks og lavt fysisk aktivitetsnivå er risikofaktorer for muskel- og skjelettplager/sykdommer, men også sykdommer, ulykker, feil- eller overbelastninger (for eksempel i forbindelse med fysisk krevende arbeid) kan medføre problemer med muskel og skjelett.

En del psykiske plager og lidelser kan manifestere seg blant annet gjennom muskel- og skjelettplager. Dette har bidratt til at psykiske plager til dels har blitt diagnostisert som muskel- og skjelettplager. Det er ofte et vurderingsspørsmål hva som er hva, og ulikheter i diagnosepraksis her kan bidra til variasjoner i tallgrunnlaget for både muskel og skjelettplager og psykiske plager.

De samfunnsmessige konsekvensene av muskel- og skjelettplager og sykdommer er store. En beregning fra 2013 anslo de samfunnsøkonomiske kostnadene per år til å være mellom 69 og 73 milliarder kroner. Om lag halvparten av disse utgiftene ble knyttet til sykefravær, deretter kostnader til trygdeytelser og kostnader for helsetjenesten [30, p. 16]. Rapporten konkluderer med at dette er den sykdomskategorien som «plager flest og mest» og som koster mest (her må en imidlertid ta med i beregningen av hvilke tilstander som plager flest eller koster mest i svært stor grad avhenger av hvilke kategorier¹⁴ man velger å bruke).

¹⁴ Hvis man, for eksempel, velger å se på skader, benskjørhet, revmatiske sykdommer osv. som selvstendige kategorier i stedet for å bruke sekkebetegnelsen 'muskel- og skjelettplager og sykdommer', blir bildet annerledes. Det samme gjelder naturlig nok i andre situasjoner også (f.eks. psykiske plager samlet, eller angst, depresjon, osv. hver for seg).

6.3.2 Tannhelse

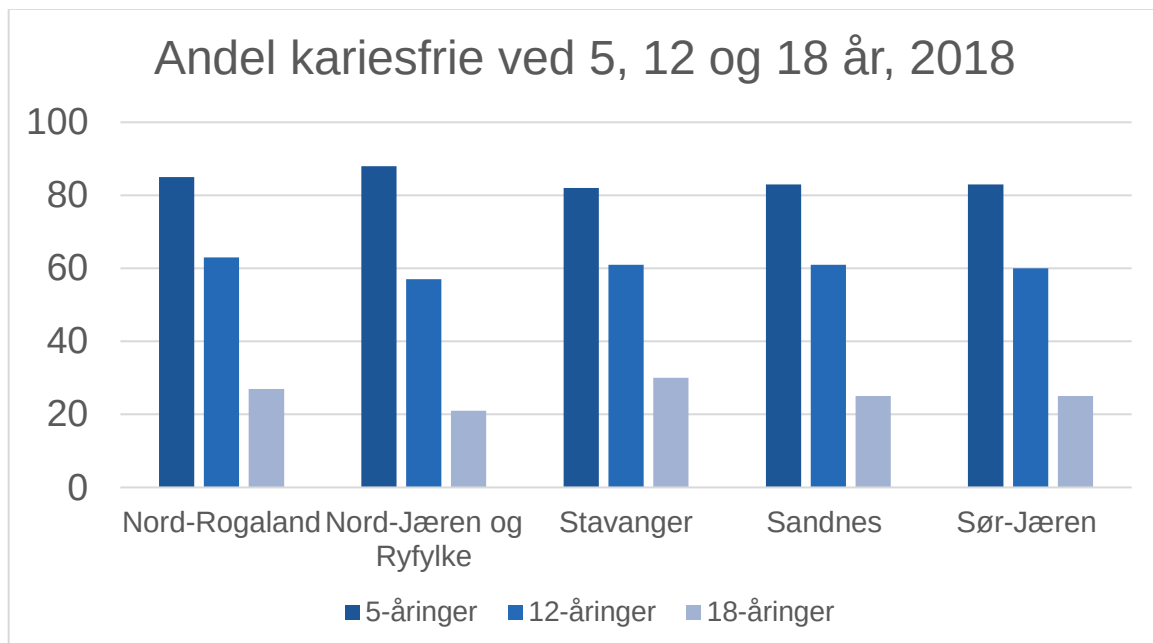
Vi ser av tallene for 2018 at tannhelsesituasjonen for 5-åringene i Rogaland har stabilisert seg på et høyt nivå. I 2018 var 85 prosent av de undersøkte 5-åringene uten hull i tennene – en økning på 11 prosentpoeng siden 2007. Andelen kariesfrie 5-åringer varierer fra 82 til 85 prosent mellom distriktene. Innenfor distriktene kan man finne større variasjoner, og det er naturlig nok betydelige individuelle forskjeller rundt disse gjennomsnittene.

Signaler fra andre fylker forteller om en mulig nedgang i kariesfrie femåringer. Dette kan være bekymringsfullt. Det kan være ulike årsaker til en slik utvikling. Ett forhold er at denne aldersgruppen oftere enn tidligere har kontakt med sukkerholdige produkter. Det være seg i dagligvarebutikker, sosiale sammenhenger og til og med i barnehager. Et annet forhold kan være at barn av innvandrerfamilier har dårligere tannhelse enn norske barn. Om så er tilfelle ligger det et håp om at disse forskjellene utjevner seg frem til 12-års alder.

Det er gledelig å observere at Tannhelse Rogaland kan rapportere den samme gode tannhelsen som for de siste fire årene når det gjelder 12-åringene. Andelen 12-åringer helt uten sykdom i permanente tenner var for Rogaland 61 prosent i 2018. I forhold til 2007-nivået på 41 prosent er dette en betydelig framgang. Landsgjennomsnittet i 2017 var på 59,4% - 2018-tallene for hele landet er i skrivende stund ikke klare.

Når det gjelder individer helt uten sykdom i permanente tenner for 18-åringene, var dette tallet i 2018 26 prosent. Dette er en forbedring på omtrent fire prosentpoeng fra 2016, og hele 25 prosentpoeng fra 2007 (da var bare 11 prosent av 18-åringene kariesfrie). Landsgjennomsnittet i 2017 var 25,1 prosent.

Tannhelseutviklingen de siste årene for Rogaland viser en stadig forbedring. Denne trenden videreføres i 2018, med svært gledelige tall for hele fylket. Mye taler for at Tannhelse Rogaland sin satsning på folkehelse og forebyggende aktivitet har gitt, og gir resultater. Likevel, som kommentert under 5-åringene foran, er det liten grunn til å lene seg tilbake og tro at «slaget om karies» er vunnet.



Figur 6.7. Andel kariesfrie 5- 12- og 18-åringer i Rogaland, 2017.

Tannhelsepersonell har plikt til å varsle barnevernet når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet eller opplever alvorlig omsorgssvikt. Denne plikten er hjemlet i lov om helsepersonell § 33.

Siden 2011 har Tannhelse Rogaland hatt samarbeidsavtale med det kommunale barnevernet og har interne rutiner for fremgangsmåte ved varsling til barnevernet. Tannhelse Rogaland samarbeider også med Statens Barnehus i Stavanger. Tannlegespesialist i barnetannpleie utfører sammen med barnelege medisinsk/odontologisk undersøkelse etter begjæring fra politiet.

1. januar 2018 fikk tannhelsetjenesteloven en ny bestemmelse § 1-3c. Bestemmelsen er knyttet til regjeringens opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021). Fylkeskommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Fylkeskommunen skal legge til rette for at den offentlige tannhelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. I Tannhelse Rogaland vil vi derfor fortsette å arbeide målrettet for å sikre at disse kravene blir ivaretatt på beste måte.

Tabell 6.2. Bekymringsmeldinger til barnevernet, 2015-17

Tannhelse-distrikt	Antall varsler sendt foresatte	Barnevernet bedt om opplysninger	Antall bekymringsmeldinger 2015	Antall bekymringsmeldinger 2016	Antall bekymringsmeldinger 2017
Nord-Rogaland	8	16	5	8	7
Kompetanse-senteret	0	0	0	0	0
Nord-Jæren & Ryfylke	17	13	11	6	15
Stavanger	11	12	4	12	9
Sandnes	35	4	10	13	11
Sør-Jæren	22	20	6	14	10
Totalt	93	65	36	53	52

7 Kildehenvisninger

Bildekreditering

Alle illustrasjonsbilder er hentet fra www.Unsplash.com

- Side 3: Ryoji Iwata
- Side 7: Max Bohme
- Side 13: Tim Marshall
- Side 20: Scott Webb
- Side 28: Alex Ciobanu
- Side 33: Sara Bakshi

Referanser

- [1] M. Lagergren, K. Johnell, P. Schön, and M. Danielsson, "Towards a postponement of activities of daily living dependence and mobility limitations: Trends in healthy life years in old age in Sweden," *Scand J Public Health*, vol. 45, no. 5, pp. 520–527, Apr. 2017.
- [2] Eliason, Marcus, "Uppsägningar och alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet," Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), Uppsala, 2014:2, 2014.
- [3] Anvik, Cecilie Høj and Gustavsen, Annelin, "Ikke slipp meg! Unge, psykiske helseproblemer, utdanning og arbeid," Nordlandsforskning, 13/2012, 2012.
- [4] E. F. Major *et al.*, "Bedre føre var... Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger.," Folkehelseinstituttet, Oslo, 2011.
- [5] T. Idsøe, A. Dyregrov, and E. Idsoe, "Bullying and PTSD Symptoms," *J Abnorm Child Psychol*, vol. 40, no. 6, pp. 901–911, Aug. 2012.
- [6] A. K. Knudsen, K. Schjeldrup-Mathiesen, and A. Mykletun, "Hvem får psykiske lidelser, og kan de forebygges?," *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 47, no. 6, pp. 536–538, 2010.
- [7] P. Due, J. Merlo, Y. Harel-Fisch, and M. T. Damsgaard, "Socioeconomic inequality in exposure to bullying during adolescence: a comparative, cross-sectional, multilevel study in 35 countries," *American Journal of Public Health*, vol. 99, no. 5, p. 907, 2009.

- [8] P. Due, M. T. Damsgaard, R. Lund, and B. E. Holstein, "Is bullying equally harmful for rich and poor children?: a study of bullying and depression from age 15 to 27," *The European Journal of Public Health*, vol. 19, no. 5, pp. 464–469, 2009.
- [9] Arntzen, Annett, "Sosial ulikhet i spedbarns og barns helse," Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo, Underlagsrapport, 2013.
- [10] Zachrisson, Henrik Daae, Dearing, Eric, Zambrana, Imac M., and Nærde, Ane, "Språkkompetanse hos 4-åringer som har gått i barnehage," Atferdssenteret-Unirand, Jan. 2014.
- [11] T. Falch, L.-E. Borge, P. Lujala, O. H. Nyhus, and B. Strøm, "Årsaker til og konsekvenser av manglende fullføring av videregående opplæring," Senter for økonomisk forskning, Trondheim, 03/10, 2010.
- [12] H. Klakk, L. B. Andersen, M. Heidemann, N. C. Møller, and N. Wedderkopp, "Six physical education lessons a week can reduce cardiovascular risk in school children aged 6–13 years: A longitudinal study," *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 42, no. 2, pp. 128–136, Mar. 2014.
- [13] P. Oja *et al.*, "Health benefits of cycling: a systematic review," *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, vol. 21, no. 4, pp. 496–509, Aug. 2011.
- [14] M. Teychenne, K. Ball, and J. Salmon, "Physical activity and likelihood of depression in adults: A review," *Preventive Medicine*, vol. 46, no. 5, pp. 397–411, May 2008.
- [15] E. Zschucke, K. Gaudlitz, and A. Ströhle, "Exercise and physical activity in mental disorders: clinical and experimental evidence," *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, vol. 46, no. Suppl 1, pp. S12–S21, 2013.
- [16] L. Østergaard, E. Kolle, J. Steene-Johannessen, S. A. Anderssen, and L. B. Andersen, "Cross sectional analysis of the association between mode of school transportation and physical fitness in children and adolescents," *Int J Behav Nutr Phys Act*, vol. 10, no. 1, p. 91, 2013.
- [17] Holme, Ingar and Anderssen, Sigmuns A., "Fysisk aktivitet, røyking og dødelighet hos menn som deltok i Oslo-undersøkelsene i 1972 og 2000," *Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 134, no. 18, pp. 1743–8, 2014.
- [18] S. C. Moore *et al.*, "Leisure time physical activity of moderate to vigorous intensity and mortality: a large pooled cohort analysis," *PLoS medicine*, vol. 9, no. 11, p. e1001335, 2012.
- [19] U. Ekelund *et al.*, "Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC)," *The American Journal of Clinical Nutrition*, Mar. 2015.

- [20] Vollset, Stein Emil, Selmer, Randi, Tverdal, Aage, and Gjessing, Håkon K., "Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking," Folkehelseinstituttet, Oslo, 2006:4, 2006.
- [21] Tollånes, Mette C., Knudsen, Ann Kristin, Vollset, Stein Emil, Kinge, Jonas Minet, Skirbekk, Vegard, and Øverland, Simon, "Sykdomsbyrden i Norge 2016," *Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 2018, no. 15, 2018.
- [22] R. Hoffmann *et al.*, "The potential impact of a social redistribution of specific risk factors on socioeconomic inequalities in mortality: illustration of a method based on population attributable fractions," *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 67, no. 1, pp. 56–62, Jan. 2013.
- [23] J. I. Elstad, "Hva er det med Arendal og Ålesund – og Oslo? Om dødelighetsforskjeller mellom norske byområder," NOVA - Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo, Notat 1/11, 2011.
- [24] Reneflot, Anne, Aarø, Leif Edvard, Aase, Heidi, Reichborn-Kjennerud, Ted, Tambs, Kristian, and Øverland, Simon, "Psykisk helse i Norge," Folkehelseinstituttet, Oslo, 2018.
- [25] A. Mykletun, A. K. Knudsen, and K. S. Mathiesen, "Psykkiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv," Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo, 2009.
- [26] T. Bøe, S. Øverland, Astri J. Lundervold, and M. Hysing, "Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study," *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 47, no. 10, pp. 1557–1566, Oct. 2012.
- [27] I. Bjelland, S. Krokstad, A. Mykletun, A. A. Dahl, G. S. Tell, and K. Tambs, "Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study," *Social science & medicine*, vol. 66, no. 6, pp. 1334–1345, 2008.
- [28] T. Josefsson, M. Lindwall, and T. Archer, "Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review," *Scand J Med Sci Sports*, vol. 24, no. 2, pp. 259–272, 2014.
- [29] Knudsen, AK, Tollånes, MC, Haaland, ØA, Kinge, JM, Skirbekk, V, and Vollset, SE, "Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)," Folkehelseinstituttet, Oslo, 2017.
- [30] Lærum, Even, Brage, Søren, Ihlebæk, Camilla, Johnsen, Kjetil, Natvig, Bård, and Aas, Eline, "Et muskel- og skjelettregnskap. Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet," Muskel- og skjelett tiåret (MST), Oslo, 1/2013, 2013.
- [31] Dahl, Espen, Bergsli, Heidi, and van der Wel, Kjetil A., "Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt," Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo, 2014.

Rogaland fylkeskommune

Postboks 130 sentrum
4001 Stavanger

Besøksadresse

Arkitekt Eckhoffs gate 1
4010 Stavanger

Telefon

51 51 66 00

E-post

firmapost@rogfk.no

www.rogfk.no



**Rogaland
fylkeskommune**

Lydbølger fra mangfoldige Rogaland – vårt vitale fylke.
Disse grafiske bølgene gjengir lyden av sauene på Jæren.