

## Innhold

Forord.....	4
1.Hvorfor en folkehelseoversikt? .....	4
2.FNs bærekraftsmål .....	5
3.Viktige bidragsyttere.....	5
4. Hovedkilder til utarbeidelse av folkehelseoversikten .....	6
5. Oppsummering av hovedfunn .....	6
6. Anbefalte prioriteringer i det regionale plan – og utviklingsarbeidet.....	9
6.a. Oppvekst.....	9
6.b. Samferdsel.....	10
6.c. Næring .....	10
6.d. Samisk.....	10
6.e. Inkluderende møteplasser.....	10
6.f. Frivillighet.....	10
6.g. Minoriteter .....	10
6.h. Tannhelse .....	10
7. Utredningsbehov .....	11
7. Befolkning.....	11
7.a. Hvor bor innbyggerne i Troms? .....	11
7.b. Befolkningsutvikling .....	12
7.c. Færre unge, flere eldre .....	13
7.d. Innvandrerbefolkning .....	13
7.e. Samisk og kvensk/norskfinsk befolkning.....	13
7.f. Lhbt+.....	14
7.g. Levealder: positive trender, men også komplekse utfordringer .....	14
7. h. Oppsummering befolkning.....	15
8. Oppvekst- og levekårsforhold .....	15
8.a.Bolig og befolkningssammensetning i en skeiv balanse.....	16
8.b. Flere barn bor trangt .....	16
8.c. God bemanning i barnehage, men varierende kompetansenivå .....	16
8.d. Minoriteter og samiske barnehager.....	17
8.e. Sosial ulikhet i regne- og leseferdigheter i grunnskolen .....	17

8.f. Trivsel blant elevene i ungdomsskolen går ned .....	18
8.g. Ungdommer med flyktningbakgrunn .....	19
8.h. Skolehelsetjenesten .....	20
8.i. Mobbing .....	20
8.j. Sosial gradient i gjennomføring av videregående utdanning.....	20
8.k. Ungdom som står utenfor arbeid og utdanning (NEETs) .....	22
8.l. Utdanningsnivå.....	23
8.m. Flest sysselsatte jobber i helse- og sosialtjenester .....	24
8.n. Pendling.....	25
8.o. Overskudd på arbeidsplasser spesielt innen helse- og sosialtjenester.....	25
8.p. Sykefravær.....	25
8.q. Samisk næring .....	27
8.r. Lave inntektsforskjeller, men sosiale og regionale forskjeller i opplevd økonomisk situasjon ..	27
8.s. Oppsummering oppvekst- og levekårsforhold .....	28
9. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø .....	28
9.a. Mer regn og overvann i framtiden .....	28
9.b. Luftkvalitet .....	29
9.c. Drikkevannskvalitet .....	30
9.d. Radon .....	30
9.e. Støy.....	30
9.f. God tilgang til natur, men få gang- og sykkelstier .....	30
9.g. Mindre fornøyd med kollektivtilbud i distriktene enn i byene.....	31
9.h. Sosial støtte og givende relasjoner varier med kjønn og alder .....	31
9.i. Unge kvinner føler seg minst trygg.....	31
9.j. Samisk og kvensk/norskfinsk språk og miljø .....	32
9.k. Deltakelse .....	32
9.l. Møteplasser.....	33
9.m. Frivillige lag og foreninger .....	34
9.n. Lovbrudd .....	34
9.o. Utfordringer rundt vold mot barn og i den samiske befolkningen .....	34
9.p. Demokratisk deltagelse .....	35
9.q. Oppsummering fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....	36
10. Skader og ulykker .....	37

10.a. Fallulykker og hoftebrudd .....	37
10.b. Flest skader skjer hjemme.....	37
10.c. Mangel på informasjon om trafikkulykker .....	38
10.d. Sykkel og sparkesykkel .....	38
10.e. Brann .....	38
10.f. Flest drukninger blant 41+ åringer på grunn av fall .....	38
10.g. Svømmedyktighet i fylke .....	39
10.h. Skred.....	39
10.i. Oppsummering skader og ulykker.....	39
11. Helsereelatert atferd.....	40
11.a. Alkohol.....	40
11.b. Røyking og snus .....	40
11.c. Cannabis.....	41
11.d Andre narkotika.....	41
11.e Doping i treningssentrene .....	41
11.f Legemiddelavhengighet .....	41
11.g. Kvinner og eldre spiser sunnere .....	41
11.h. Matsservering i skole og barnehage.....	42
11.i. Mindre stillesitting blant de med lavere utdanning, men også mindre fysisk aktivitet i fritiden .....	42
11.j. Oppsummering helsereelatert adferd.....	43
12. Helsetilstand.....	43
12.a. Egenvurdert helse.....	43
12.b. Høyere andel overvekt enn landet for øvrig .....	43
12.c. Dødsårsaker .....	44
12.d. Psykisk helse og livskvalitet .....	45
12.e. Livskvalitet – De yngste er minst fornøyd .....	46
12.f. Selvmord og selvskading .....	46
12.g. Demens.....	47
12.h. Hjerte- og karsykdom .....	47
12.i. Luftveissykdom - røykerelaterte dødsfall er de hyppigste .....	48
12.j. KOLS og astma .....	48
12.k. Diabetes.....	49

12.l. Muskel- og skjelettsykdommer .....	49
12.m. Seksuell helse .....	50
12.n. Helsetilstand hos deltakere i introduksjonsprogrammet.....	50
12.o. Tannhelse .....	50
12.p.1. Barn og ungdommens tannhelse .....	50
12.p.2. Tannhelse i den samiske befolkningen .....	51
12.p.3 Økonomi har betydning for tannlegebesøk .....	51
12.p.4. Helsekompetanse er en viktig faktor for dårlig tannhelse .....	51
12.q. Sykdomsbyrden fordeles forskjellig blant menn og kvinner .....	51
12.r. Oppsummering helsetilstand .....	54
13. Forkortelser .....	54
14. Kilder.....	56

## Forord

### 1.Hvorfor en folkehelseoversikt?

Folkehelseloven trådte i kraft i 2012 og skal revideres i 2024. Loven pålegger fylkeskommunen to ansvarsområder: Å støtte kommunene i sitt folkehelsearbeid, og å ha nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i eget fylke. Oversikten skal oppdateres skriftlig hvert fjerde år og inneholde informasjon om følgende områder:

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

Oversikten fra fylkeskommunen skal baseres på opplysninger fra statlige helsemyndigheter og relevant kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen. Kunnskap fra oversikten skal inngå i kunnskapsgrunnlaget for arbeidet med fylkeskommunens planstrategi, og er videre et viktig grunnlag i fylkeskommunens understøttende arbeid mot kommunene. I 2024 er det første gang som folkehelseoversikten for Troms utarbeides i henhold til lovkravet. Tidspunktet medfører at oppdatert statistikk for noen områder kun er tilgjengelig for Troms og Finnmark. Oversikten vil likevel gi et bilde av folkehelseområder som viser utviklingstrekk, utfordringer og muligheter i fylket. Folkehelseoversikten skal oppdateres i 2025 med tall for kun Troms.

## 2.FNs bærekraftsmål

Norge er medlem i FN og har dermed forpliktet seg til å bidra til å nå FNs bærekraftsmål innen 2030. Alle de 17 målene har på ulik måte betydning for folkehelse. Følgende mål er spesielt relevant for folkehelse og folkehelsearbeidet i Troms:

### 3 – God helse og livskvalitet

God helse og livskvalitet er grunnsteiner i folkehelsearbeidet. Tilgang til et sosialt nettverk, arbeid, helsetjenester og et trygt sted å bo er eksempler på faktorer som er utgangspunkt for, men også resultat av god helse og livskvalitet.

### 10 – Mindre ulikhet

Folkehelsemeldingen «Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller» (2022-2023) har en klar kobling til målet om mindre ulikhet. Som samfunn er mennesker knyttet til hverandre lokalt, nasjonalt og globalt. Dermed profiterer alle av at flest mulig har god helse og livskvalitet, og tilgang til et miljø som er helsefremmende.

### 11 - Bærekraftige byer og lokalsamfunn

Målet omfatter tilgang til tilfredsstillende og trygge boliger, kollektivtransport og andre trygge, tilgjengelige og bærekraftige transportsystemer.

### 14 – Livet i havet

Fiskeri som yrke og fisk som en del av kostholdet har en lang tradisjon i Troms. Bærekraftig forvaltning av fiskeri, akvakultur og turistnæring, og tilgang til ressurser og markeder for småskala fiskere har stor betydning for regionen. FN beskriver sammenhengen slik «*Livet på jorden er avhengig av havet*».

### 16 – Fred, rettferdighet og velfungerende institusjoner

Målet har betydning innenfor to områder: Trygghet og åpenhet til de som kommer fra andre land der opplevelsen av trygghet er fraværende. Å forebygge vold og diskriminering er noen av de viktigste folkehelseoppgavene innenfor dette målet.

### 17 - Samarbeid for å nå målene

Samarbeid er sentralt for å sikre forankring og gjennomføring av et godt folkehelsearbeid i regionen.

## 3.Viktige bidragsyttere

Oversiktsdokumentet er utarbeidet av plan- og kulturetaten ved avdeling folkehelse, idrett og friluftsliv. En tverretattlig samordning er ivaretatt. Fylkeskommunale råd har bidratt med innspill. Regionale aktører som har bidratt med innspill er: UiT Norges arktiske universitet, Senter for samisk helseforskning, Korus Nord, SANKS, NAV, Troms politidistrikt, Statsforvalteren i Troms og Finnmark, og Frivillighet Norge.

## 4. Hovedkilder til utarbeidelse av folkehelseoversikten

Strukturen i dokumentet baserer seg på malen fra Vestfold og Telemark fylkeskommunes oversiktdokument fra 2020. Rapporten *“Rapid Review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014”* (Michael Marmot) inneholder status og anbefalinger for å utjevne sosiale helseforskjeller i Norge. Marmotrapporten er grunnlaget for en gjennomgående integrering av sosiale helseforskjeller i dette dokumentet. Utgangspunkt for en del av statistikken i dokumentet er de årlige folkehelse- og oppvekstprofilene fra Folkehelseinstituttet (FHI). I tillegg utgjør fylkeshelseundersøkelsen (FHUS) for Troms og Finnmark fra 2019, som inkluderte en livskvalitetsmodul og en tilleggsmodul om samisk og kvensk/norskfinsk befolkning, en grunnleggende del av oversikten.

## 5. Oppsummering av hovedfunn

Tema	Beskrivelse	Vurdering og konsekvens (Hvorfor er dette viktig)
<b>BARN OG UNGE</b>		
Barnehage	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kompetansenivået blant barnehageansatte er lavere enn i andre fylker</li><li>• Høyt sykefravær i tjenesten</li></ul>	Mangel på kompetanse og høyt sykefravær svekker kvaliteten i barnehagen og dermed potensial til å utjevne sosiale forskjeller. Barnehagen er også en arena for tidlig innsats der uheldige forhold hjemme eller adferdsvansker kan avdekkes. I hvilken grad dette er mulig avhenger av bemanningstettheten og kompetansen.
Lese- og regneferdigheter	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sterke sosiale forskjeller i ferdighetene</li></ul>	Lese- og regneferdigheter skaper grunnlag for læring av andre fag og komplekse sammenheng. At barn av foreldre med grunnskoleutdanning ligger etter i disse ferdigheter skaper dårlige forutsetninger til å ta videregående og høyere utdanning, og begrenser arbeidsmuligheter som voksen.
Trivsel	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elever i ungdomstrinn trives mindre på skolen enn på de andre trinnene</li></ul>	Trivsel på skolen er viktig for lysten til å lære og skape sosiale bånd. Dårlig trivsel kan ha langvarige konsekvenser og øke risikoen for utenforskap senere i livet.

Psykisk helse og rusbruk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flest jenter oppsøker helsesykepleiere på grunn av psykiske plager</li> <li>• Ungdomsråd og kommuner uttrykker bekymringer rundt rusbruk blant ungdom</li> </ul>	Dårlig psykisk helse kan påvirke ungdommens hverdag, både med tanke på sosialt miljø og skoleprestasjon. Psykiske lidelser er også en årsak til utvikling av rusmiddelidelser. Uten tilstrekkelig hjelp og støtte kan disse ungdommer miste tilknytning til arbeids- og samfunnslivet.
Møteplasser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ungdommer på tvers av kommuner savner lokaler å møtes på</li> </ul>	Møteplasser er arenaer for vennskap og kreativitet som kan forebygge utenforskap. Møteplasser med organisert aktivitet kan ha en forebyggende effekt på uheldig rusbruk.
<b>VOKSNE</b>		
Sosiale forskjeller	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De med lavere utdanning har oftere dårligere levekår</li> <li>• Daglig røyking og overvekt er mer vanlig blant de med lavere utdanning</li> </ul>	Sosiale forskjeller går ofte i arv. Barn av foreldre med grunnskole som høyeste utdanning har en økt risiko til å avslutte skoleløpet tidlig. Dette påvirker muligheter for arbeid, lønn, levekår og god helse. Daglig røyking og overvekt er risikofaktorer for tidlig død.
Psykisk helse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykisk uhelse er hovedgrunn for uføretrygd blant unge voksne</li> </ul>	Tidlig innsats ved psykisk uhelse kan hjelpe unge voksne til å mestre hverdagen, og dermed få en bedre tilknytning til arbeidsmarkedet og lokalsamfunnet.
Sykefravær og uføretrygd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helse- og sosialtjenesten har høyest sykefravær og rekrutteringsutfordringer</li> <li>• Voksne med lavere utdanning har flere med uføretrygd enn de med høyere utdanning</li> <li>• Muskel- og skjelettplager er hovedårsak for uføretrygd blant eldre arbeidstakere</li> </ul>	Arbeidsmiljø påvirker den enkeltes psykisk og fysisk helse. Sykefravær og uføretrygd kan forebygges ved et godt arbeidsmiljø. Muskel- og skjelettplager i arbeidsfør alder fører til mindre fysisk aktivitet og tidlig skrøpeligheit som pensjonist.

<b>ELDRE</b>		
Økende andel eldre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andelen eldre kommer til å øke framover</li> </ul>	En større andel eldre setter mer press på tjenester som omsorgs- og sykehjem. Det krever at arbeidstakere står lengre i arbeid. Tilrettelagte arbeidsplasser, gode levevaner tidlig i livet og tilrettelegging av boplass og lokalmiljøet for de eldre er forutsetninger for en friskere eldre befolkning.
Mening og felleskap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mange som ikke føler at dem bidra til samfunnet</li> <li>• Flere som er ensomme både i institusjoner og hjemmeboende</li> </ul>	Ensomhet er en risikofaktor for sykdom og tidlig død. At eldre har møteplasser og et fellesskap er også et spørsmål om sosial rettferdighet.
Fall	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fall er hyppigste årsak til å miste friske leveår</li> <li>• Fall er det vanligste dødsårsak på grunn av en ulykke</li> </ul>	Hoftebrudd er en vanlig konsekvens av fall blant eldre. Et hoftebrudd koster kommunen over 500 000 kr i helse og rehabiliteringstjenester i det første året. Fall kan forebygges gjennom fysisk aktivitet og tilrettelegging av bolig og nærmiljø.
<b>SAMER OG KVENER/NORSKFINNER</b>		
Vold	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er mer vanlig blant samiske menn og kvinner å ha opplevd noen form for vold enn blant ikke-samer</li> </ul>	Det å oppleve vold kan føre til trauma og psykiske lidelser som påvirker livskvalitet. Erfaring viser at noen av de som har opplevd vold blir voldsutøvere selv.
Diskriminering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etnisk bakgrunn er hovedårsak for å bli diskriminert blant samer og kvener/norskfinner, både blant unge og voksne</li> <li>• Diskriminering skjer som oftest på skolen eller arbeidsplassen.</li> </ul>	Diskriminering svekker tilhørighet og identitet, og fører til dårligere helse.  Diskriminering motvirker innsatsen for å styrke eget språk og kultur.
Språk og kultur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unge menn blant samer, kvener/norskfinner mener at eget språk vil bli brukt</li> </ul>	Språk er en viktig del av ens kultur og identitet.



	mindre i fremtiden enn i dag.	En negativ fremtidstro er en indikator for lav tillit til myndighetene.
Lokal kunnskap	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etnisitet kan ikke registreres.</li> </ul>	Manglende oversikt over antall samer og kvener/norskfinner som bor i kommunene er en utfordring. For å nå målgruppen og bli oppmerksom på særskilte utfordringer kreves det kunnskap om størrelsen av befolkningsgruppen lokalt.
<b>Grupper vi vet for lite om</b>		
Innvandrere	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innvandrere er den befolkningsgruppen som bidra mest til befolkningsvekst i mange kommuner</li> <li>Mange er utenfor arbeid og utdanning</li> <li>Lite informasjon om levekår og livskvalitet på lokalt nivå</li> </ul>	Økt innvandring er positivt for befolkningsveksten.  Dårlig kunnskapsgrunnlag for denne gruppen står i veien for å iverksette tiltak for gode levekår og bolyst.
LHBT+	<ul style="list-style-type: none"> <li>En gruppe i Norge som ofte er utsatt for diskriminering og har høy risiko for psykiske plager.</li> <li>Lite informasjon om levekår og livskvalitet på lokalt nivå.</li> </ul>	For å kunne iverksette tiltak som gir trygghet og bidrar til inkludering til denne gruppen er regional kunnskap grunnleggende.
Funksjonshindrede	<ul style="list-style-type: none"> <li>Funksjonshindrede i Norge har dårligere tilgang til fritidsaktiviteter.</li> <li>Begrenset tilrettelegging for utdanning og arbeid.</li> </ul>	Lav tilrettelegging gjør at funksjonshindrede ikke får muligheten til å utnytte sitt potensiale. Det har konsekvenser for både individ og samfunn.

## 6. Anbefalte prioriteringer i det regionale plan – og utviklingsarbeidet

### 6.a. Oppvekst

Fremme skolebibliotekenes rolle på barne-, ungdoms- og vgs nivå som møteplass og arena der alle kan styrke sine leseferdigheter.

Øke bruken av skolelokaler etter skoletid gjennom samarbeid med lag, foreninger og lokal befolkning.

Iverksette programmer i skolen mot diskriminering av samer, kvener/norskfinner og andre minoriteter.

Vurdere tiltak rettet mot barn til å forebygge vold i nære relasjoner.

Det er behov for en stabil, tilgjengelig og nøytral kontaktperson til ungdommene. Antall helsesykepleiere i videregående skole bør derfor økes.

Elev-, lærling- og mobbeombud fyller en viktig rolle under satsingsområder innenfor oppvekst.

#### 6.b. Samferdsel

Prioritere trygg skole og arbeidsvei ved å satse på gjennomgående gang- og sykkelstier. Ifølge Helsedirektoratets beregninger vil en person i 40 årene som går fra å være fysisk inaktiv til delvis aktiv, øke livet sitt med rund 4 år.

Det er behov for økt tilgjengelighet til fritidstilbud for alle aldersgrupper. Det bør vurderes transporttilbud som kommunene og frivillige organisasjoner kan benytte.

#### 6.c. Næring

Fremme samarbeidet mellom næring, NAV, brukerrådene og frivillig sektor om fleksible arbeidsmodeller for å inkludere flere i arbeidsmarkedet.

Det er behov for et bedre kunnskapsgrunnlag av lokale forhold på arbeidsplassene for å motvirke sykefravær og beholde arbeidskraft.

#### 6.d. Samisk

Styrke lærer og helseutdanninger med samisk språk- og kulturkunnskap.

Prioritere forebyggende tiltak mot vold i nære relasjoner.

#### 6.e. Inkluderende møteplasser

Tilby flere gratis møteplasser som er trygge og attraktive for personer på tvers av aldersgrupper, nasjonalitet, etnisitet, funksjonsevne og seksuell orientering/identitet. I denne sammenheng kan folkebibliotekene spille en viktig rolle.

#### 6.f. Frivillighet

Konkretisere mål for økt involvering av frivillighet i fylkeskommunens satsinger. Rekruttering av den eldre befolkningen til frivillighet bør være fokus.

#### 6.g. Minoriteter

Det er behov for økt kunnskap om utfordringer til minoritetene, særlig innvandrere, skeive og funksjonshindrede i fylket. Innvandring vil sørge for befolkningsvekst framover og kan knyttes til demografiutfordringene i fylket. Sørge for økt medvirkning.

#### 6.h. Tannhelse

Forebyggende arbeid og økt helsekompetanse er viktige innsatsområder for å utjevne sosiale tannhelseforskjeller.

## 7. Utredningsbehov

Følgende temaområder bør utredes ytterlig:

- Gang- og sykkelstier i tettstedene og byene – Hvor finnes gang- og sykkelsti? Er disse sammenhengende og tilrettelagt som skole- eller arbeidsvei?
- Naturmangfoldet og i hvilken grad den er truet i regionen
- Antall og type møteplasser - Hvilken type møteplass finnes og hvem benytter disse?
- Frivillig aktivitet – Hvilken type frivillig aktivitet foregår og hvem er involvert?
- Skader og ulykker – Hvor skjer de fleste skader og ulykker? Hvilken type skader er mest vanlig og hvilken befolkningsgruppe er mest utsatt for skader?
- Doping på treningssentrene og andre miljøer – Hvor utbredt er det?
- Rus – Hvor stor er rusmiljøet i kommunene?

## 7. Befolkning

### 7.a. Hvor bor innbyggerne i Troms?

Ved inngangen til 2023 var det 168 340 innbyggere i Troms, hvorav nesten halvparten bodde i Tromsø med 77 992 innbyggere. I noen kommuner som Dyrøy, Målselv og Skjervøy samles befolkningen hovedsakelig rundt tettstedene. I andre kommuner som Senja bor befolkning spredt over hele kommunen. (1)



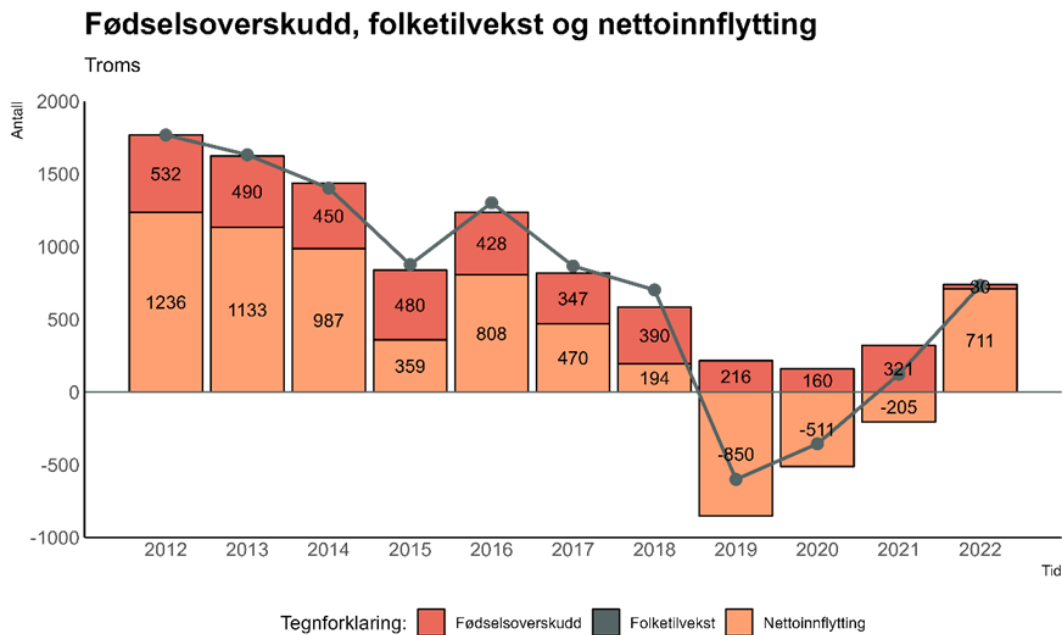
Innbyggertall og -spredning i Troms etter kommune; kilde: SSB, statistikk avdeling

## 7.b. Befolkningsutvikling

Befolkningsveksten i fylket har variert fra år til år på grunn av vekslende høy ut- og innflytting. Den høye innflyttingen mellom 2009 og 2017 er hovedsakelig grunnet innvandring, både av flyktninger og arbeidsinnvandrere.

Troms har vokst med 15 653 personer siden år 2000.

Befolkningsutviklingen har også på kommunenivå vært varierende de siste årene. I tidsrommet 2000 til 2023 har befolkningstallet enten stagnert eller gått gradvis ned i de fleste kommuner. Unntak er Tromsø og Harstad som øker i befolkning, men Harstad i noe varierende grad fra år til år.



Fylkeskommunen har utarbeidet en sårbarhetsindeks for å analysere kommunenes demografi. Denne indeksen omfavner 5 indikatorer: lave fødselstall, høye dødstall, negativ flyttebalanse, ujevn kjønnsbalanse og lav andel av yngre i forhold til eldre personer i befolkningen. Indeksen går fra 0 til 5, der en høyere score gir høyere sårbarhet for befolkningsnedgang.

Alle 21 kommuner i Troms scorer mellom 2 og 4 på sårbarhetsindeksen. Det er spesielt tre demografiske tilstander som skiller seg ut; kvinneunderskudd (18 kommuner), for lav andel av yngre personer (20 kommuner) og fraflytting (14 kommuner).

Når Statistisk sentralbyrå (SSB) skal beregne fremtidig befolkningsutvikling tar de utgangspunkt i forskjellige scenarioer for forventet fruktbarhet (antall barn per kvinne), levealder, innlands flytting og innvandring.

Både nasjonalt og regionalt har trenden de siste årene vært at fruktbarhet og innvandring har vært lav mens levealderen har vært høyt. Framskrivning basert på denne trenden kalles LHML og viser en nedgang i folketall fra 168 340 innbyggere til 159 691 innen 2050.

### 7.c. Færre unge, flere eldre

Allerede i dag bor det færre unge (0 – 19 år) enn eldre (65+) i de fleste kommuner. Noen kommuner har omtrent like mange innbyggere i begge aldersgruppene - som for eksempel Harstad og Målselv - mens Tromsø er et unntak med en større andel unge. (1) At større byer tiltrekker seg unge personer på grunn av utdannings- og jobbmuligheter er en mulig sammenheng. Tendensen er lik i flere fylker. Den forventede økningen i andelen eldre tilknyttes økt levealder og høye fødselskull etter 2.verdenskrig.

### 7.d. Innvandrerbefolkning

Andelen av innvandrere i befolkningen har økt i mange år og utgjorde i 2023 ca. 12% av befolkningen i Troms. (2) Nasjonalt er 20% av befolkningen innvandrere, ifølge tall fra SSB for 2023.

Arbeidsinnvandrere og flyktninger utgjør den største delen av innvandrere i Troms, til sammen ca. 56%. Familiegjenforening utgjør ca. 22%. I 2023 var det størst innvandring fra Polen, etterfulgt av Ukraina, Syria, Tyskland, Litauen og Thailand. (2)

God integrering må ta høyde for at ulike nasjonaliteter og innvandringsbakgrunner har forskjellige behov og forutsetninger. Mens arbeidsinnvandrere har en viss økonomisk stabilitet og sosial tilknytning til samfunnet gjennom arbeid, mangler de ofte kunnskap om rettigheter og tjenestetilbud. (3)

Flyktninger i Norge deltar i et obligatorisk introduksjonsprogram som består av opplæring i norsk og samfunnskunnskap, livsmestring i et nytt land og foreldreveiledning der det er aktuelt. I tillegg finnes det individuelt tilpasset obligatorisk arbeids- og utdanningsrettet innhold. Målet er å gi alle flyktninger tilknytning til arbeid, skole og det norske samfunnet generelt, men introduksjonsprogrammet virker ikke likt for alle deltakere. Noen grupper klarer språkopplæringen bedre og kommer seg inn i arbeidsmarkedet. (2) Årsaker til utfordringene med å gjennomføre introduksjonsprogrammet kan være helseutfordringer i tillegg til ansvar for mange barn og/eller familiemedlemmer som er traumatiserte. Risikoen for utenforskap fra både arbeidsmarkedet og samfunnet øker. Flyktninger som faller utenfor introduksjonsprogram, får oftest ikke likeverdige tilbud for å lære språket. Følgene blir dårligere arbeidslivstilknytning, og manglende rettigheter knyttet til NAV på grunn av for kort botid. (4)

Ifølge tall fra SSB forventes det at innvandring alene vil sørge for fortsatt befolkningsvekst fra 2050 i Norge. I 2022 hadde 17 av 21 kommuner i Troms positiv nettoinnflytting. I 15 av disse var innvandring fra innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn hovedårsak. Det er derfor av betydning å identifisere faktorer som bidrar til at nybosatte blir værende i fylket. Tendensen er tydelig med at bosatte flyktninger i Nord-Norge flytter sørover etter endt introduksjonsprogram. Faktorer som tilgjengelighet på arbeidsplasser, fritidstilbud og muligheter til å knytte bånd til det nye lokalsamfunnet har innvirkning på om flyktninger velger å bli i regionen. (4)

### 7.e. Samisk og kvensk/norskfinsk befolkning

I Norge registreres ikke etnisitet, religion eller livssyn. For den samiske og kvenske/norskfinsk befolkningen finnes det derfor ikke tall på hvor mange som bor i Norge eller i hvert fylke og kommune. For å få gode data i den samiske og kvenske/norskfinsk befolkningen må noen kriterier velges for hvem som kan defineres som samisk eller kvensk/norskfinsk. Fagmiljøene har delte meninger om definisjon, men forslag som egen identifisering, førstespråk, hjemmespråk og familiehistorie er mulige valg. (5)

I Troms er Kåfjord, Lavangen og Tjeldsund kommune forvaltningsområde for samisk språk: I disse kommuner er samisk språk likestilt med norsk. Den demografiske utviklingen gjelder også de samiske områdene. Stadig flere samer bosetter seg i byene. Det viser blant annet Sametingets valgmanntall, der særlig Tromsø har en stor vekst.

Kvener og norskfinner er en befolkning av kvensk/finsk ætt i Nord-Norge og er offisielt anerkjent som nasjonal minoritet. I likhet med for den samiske befolkningen finnes det ikke en offisiell registrering av kvensk/norskfinsk befolkning. Det anslås at det finnes mellom 10 000 og 15 000 personer som regner seg som kvener eller norskfinner i dag. Mange kommuner i Troms og Finnmark har begynt med trespråklig veiskilting på norsk, samisk og kvensk/norskfinsk. Dette for å anerkjenne det historiske opphavet befolkningen i området har. Det har skjedd en stor kulturell blomstring i det kvenske/norskfinske miljøet de siste årene, og stadig flere anerkjenner seg som kvensk/norskfinsk. Det kvenske språket har status som et eget språk, men det står fortsatt svakt med få brukere. (5)

Begge befolkningsgrupper har blitt rammet av fornorskningprosessen og traumaer knyttet til den. Derfor er det viktig å ha god oversikt over helse og levekår for disse gruppene. Rapporten fra Sannhets- og forsoningskommisjonen som ble offentliggjort i 2023 er et viktig bidrag i arbeidet.

#### 7.f. Lhbt+

Lhbt+ er en samlebetegnelse for personer og grupper som bryter med normer for kjønn og seksualitet. Forskning viser at denne gruppen er mer utsatt for sosiale og økonomiske utfordringer, samt psykisk uhelse. Det finnes ingen oversikt om antall som tilhører denne gruppen og hvordan de opplever lokalmiljøet og egen helse. Ungdata-undersøkelsen som gjennomføres i 2024 vil inkludere spørsmål om kjønnsidentitet og seksuell orientering, noe som kan øke kunnskapen om Lhbt+-ungdomspopulasjonen i Troms.

#### 7.g. Levealder: positive trender, men også komplekse utfordringer

I Troms ligger forventet levealder for menn på 80,8 år og for kvinner på 84,7 år. Tallene for menn ligger noe under landsgjennomsnittet, og kvinner ligger noe over. For de med grunnskoleutdanning ligger forventet levealder 5.9 år under de med høyskole utdanning i Troms. For Norge ligger forskjellen på 5.1 år. Sosiale forskjeller registreres også i økning av levealderen, spesielt blant kvinner. Mens levealderen for kvinner med grunnskole utdanning har økt med 0.5 år mellom 2001 og 2021, har levealderen blant kvinner med universitetsutdanning økt med 1.1 år. (6)

## Forventet levelader etter utdanning

Troms og Finnmark

Utdanningsnivå	Kjønn	2001-2015	2002-2016	2003-2017	2004-2018	2005-2019	2006-2020	2007-2021
Grunnskole	Begge kjønn	78,7	78,9	79,0	79,2	79,4	79,5	79,6
Grunnskole	Menn	76,0	76,1	76,3	76,6	76,8	77,0	77,2
Grunnskole	Kvinner	81,5	81,6	81,7	81,8	81,9	82,0	82,0
Videregående	Begge kjønn	81,9	82,2	82,3	82,5	82,6	82,7	82,9
Videregående	Menn	79,4	79,7	80,0	80,2	80,3	80,6	80,8
Videregående	Kvinner	84,4	84,6	84,7	84,8	84,8	84,9	84,9
Universitet eller høyskole	Begge kjønn	84,5	84,8	85,0	85,4	85,5	85,7	85,8
Universitet eller høyskole	Menn	82,8	83,0	83,3	83,6	83,9	84,1	84,3
Universitet eller høyskole	Kvinner	86,2	86,6	86,8	87,1	87,1	87,2	87,3

Kilde: Kommunehelse statistikkbank

Årsaken til disse forskjellene er kompleks. Noe henger sammen med helsereelatert atferd, oppvekst- og levekårsforhold.

Kvinner har høyere forventet levealder enn menn, men økningen over tid har vært mindre. Forskjellen kan ha flere årsaker. Nedgang i dødsulykker i trafikken påvirker menns forventede levealder mer enn kvinners fordi ofrene i de fleste tilfeller er menn. Generelt sett rapporterer kvinner om mer helsefremmende levevaner enn menn, som å spise frukt og grønt jevnlig. En bedring i levevaner i hele befolkningen vil muligens påvirke menn sterkere enn kvinner.

Tall på forventet levealder blant samer er mangelfullt, men eldre undersøkelser og statistikk peker på at samer har omtrent 1,5 år mindre forventet levealder enn resten av befolkning. (1, 7) Årsakene er uklare, men mulige faktorer er forskjeller i livsstilsykdommer, skader, ulykker og mental helse.

Det mangler statistikk på forventet levealder for kvener/norskfinner og Lhbt+ gruppen.

### 7. h. Oppsummering befolkning

- Forventet levealder øker i hele befolkningen, men det er både sosioøkonomiske- og kjønnsforskjeller i hvilken grad levealderen øker.
- Andelen eldre i befolkningen øker og utvikling av et aldersvennlig samfunn må styrkes
- Befolkningsutviklingen går mot stagnasjon eller nedgang i de fleste kommuner. Tromsø kommune er et unntak der det forventes en økning i de neste årene.
- Innvandring spiller en viktig rolle i befolkningsstabilitet og vekst.
- Polen, Ukraina og Syria er de land som står for størst innvandring.
- Samer og kvener/norskfinner er befolkningsgrupper med sterk tilhørighet til Nord-Norge. Informasjon om antall samiske og kvenske/norskfinske innbyggere er mangelfull.

### 8. Oppvekst- og levekårsforhold

At barn vokser opp i et trygt hjem er et viktig grunnlag for et liv med god livskvalitet som voksen. Å knytte sosiale bånd og å ha tilgang til god utdanning er andre faktorer som styrker grunnlaget. Samtidig er det en forutsetning at disse faktorene opprettholdes videre i livet og inkluderer tilgang til arbeid.

### 8.a. Bolig og befolkningssammensetning i en skeiv balanse.

I gjennomsnitt bor det 2,06 personer per hushold i Troms og Finnmark. Det betyr at rundt 43% av befolkningen i Troms og Finnmark bor enten alene eller i par uten hjemmeboende barn. De fleste familier har to eller tre barn. Fordelingen er lik i flere andre fylker. (1)

Over halvparten av boligene i kommunene i Troms er eneboliger. Tromsø kommune er et unntak der fordelingen er 38% eneboliger fulgt av 28% boligblokk. (1) Siden mange unge familier bor i Tromsø by kan denne boligfordelingen være en av årsakene til at andelen barn som bor trangt ligger på 20% i Troms.

Aktuelle utfordringer som beskrives av kommunene i Troms er for få boliger til innflyttende arbeidskraft og tilrettelagte boliger for de eldre. Mange eldre ønsker å bo sentrumsnært, men kostnadene for å bytte til en leilighet overstiger verdien av eneboligen. Salg av bolig og flytting er i tillegg krevende for mange eldre som er avhengig av støtte fra familien. For eldre som ønsker å bli boende i eget hus kan det kreves tilrettelegging.

Det er over 50% som eier sin bolig og mellom 20 – 30% som leier bolig i kommunene i Troms. En studie fra 2020 viser at andel boligeiere blant de med lav inntekt har gått ned i Norge de siste 20 årene. Utvikling i Troms kan forventes å være lik. Med økende huspriser og dyrere lån er det fare for at denne sosiale gradienten øker. Innvandrere er en sårbar gruppe i boligmarkedet fordi de ikke har tilgang til familieeid eiendom. For Troms og Finnmark har imidlertid andelen som eier eller andelseier bolig økt blant innvandrere og lå i 2023 på 48%. (1)

### 8.b. Flere barn bor trangt

Trangboddhet er en av flere indikatorer som gir innblikk i befolkningens bo- og livskvalitet. Voksne i aldersgruppen 45+ har det mest romslig, mens 10 – 15% av de mellom 30 – 44 år bor trangt. Prosentandelen er enda høyere blant barn under 17 år. Årsaker til disse forskjellene er mangfoldig, men endringer i husholdningssammensetning og inntekt i livsløpet er mulige påvirkningsfaktorer. Innbyggere over 45 har vanligvis flere års arbeidserfaring og har som følge en inntektsøkning og muligheter til investering i bolig. Denne aldersgruppen har også ofte barn i videregående alder som flytter til hybel i nærheten av skolen. (6)

Blant innvandrere fra ikke vestlige land bor nesten halvparten trangt. Boligkostnader og familiestørrelse er mulige årsaker. (1)

### 8.c. God bemanning i barnehage, men varierende kompetansenivå

Barnehager spiller en viktig rolle for barns psykiske helse. Det er en arena som kan bidra til å utjevne ulikheter i helse og trivsel, men kvaliteten og kompetansenivå i barnehagen er i stor grad avgjørende.

Dagens bemanningsnorm innebærer at barnehagen skal ha minst én ansatt per tre barn under tre år, og minst én ansatt per seks barn over tre år. I Troms oppfyller alle barnehagene dette kriteriet. Samtidig er sykefraværet høyt i barnehagene både lokalt og nasjonalt, slik at disse tallene muligens ikke gjenspeiler den reelle bemanningssituasjonen. Når det gjelder pedagognormen er det større forskjeller mellom kommunene. Pedagognormen stiller krav til hvor mange pedagogisk utdannede ansatte det skal finnes per barn. (6) Helse- og omsorgsdepartementet beskriver kompetanse som en av de viktigste faktorer for kvalitet i barnehage. Pedagognormen er dermed en viktig indikator på



kvalitet. Over halvparten av kommunene i Troms oppfyller pedagognormen, men variasjon mellom årene er stor i kommuner med få barnehager. (6) I disse kommuner har enkeltfrfall av personal stor prosentvis effekt på pedagognormen. Fra høsten 2023 er barnehagene i Nord-Troms gratis. Det antas at barnehagepriser og manglende kunnskap om tjenestetilbud fører til lavere bruk av barnehagen i gruppen med lavere sosioøkonomiske status. Det blir viktig å følge med på om tilbudet med gratis barnehage i Nord Troms påvirker bruken sammenlignet med de andre regionene i Troms.

#### 8.d. Minoriteter og samiske barnehager

Andelen minoritetspråklige barn i barnehagene varierer fra år til år i hver kommune, men viser en generell andel på 12%. (1) Det kan delvis knyttes til inn- og utflytting av flyktninger. Høyere andeler minoritetspråklige barn finnes hovedsakelig i små kommuner med få barn og barnehager.

I 2022 vedtok Sametinget å tilby gratis samisk barnehage til alle barn i Norge. (8) I Troms har Kåfjord, Tjeldsund og Tromsø kommune samiske barnehager. Kåfjord kommune har et generelt fokus i alle barnehager på norsk, samisk, kvensk og finsk språk- og kulturarv. Nordreisa og Lavangen kommune har en barnehage med samisk avdeling. Flere samisktalende ansatte i barnehagene er en viktig faktor for å lykkes med å løfte det samiske språket blant de yngste.

#### 8.e. Sosial ulikhet i regne- og leseferdigheter i grunnskolen

De fleste barn i Troms lærer seg å lese og regne innen 8. trinn, men ferdighetene varierer med foreldrenes utdanningsnivå. Fra 2022/23 til 2023/24 har mestringsnivået gått ned for alle utdanningsnivåer.

Skoleår			2022/23	2023/24
Geografi	Foreldrenes utdanningsnivå	Klassestrinn		
Troms Romsa Tromsø	<a href="#">alle utdanningsnivåer</a>	5. trinn	25	31
		8. trinn	9	12
	grunnskole	5. trinn	44	60
		8. trinn	25	32
	videregående skole	5. trinn	32	42
		8. trinn	13	16
	universitet/ høyskole	5. trinn	20	22
		8. trinn	5	7

*Leseferdigheter – mestringsnivå 1 (laveste), andel (prosent), Kilde: Norgeshelse*

Skoleår			2022/23	2023/24
Geografi	Foreldrenes utdanningsnivå	Klassestrinn		
Troms Romsa Tromsø	<a href="#">alle utdanningsnivåer</a>	5. trinn	25	31
		8. trinn	9	12
	grunnskole	5. trinn	44	60
		8. trinn	25	32
	videregående skole	5. trinn	32	42
		8. trinn	13	16
	universitet/ høyskole	5. trinn	20	22
		8. trinn	5	7

*Regneferdigheter – mestringsnivå 1 (laveste), andel (prosent), Kilde: Norgeshelse*

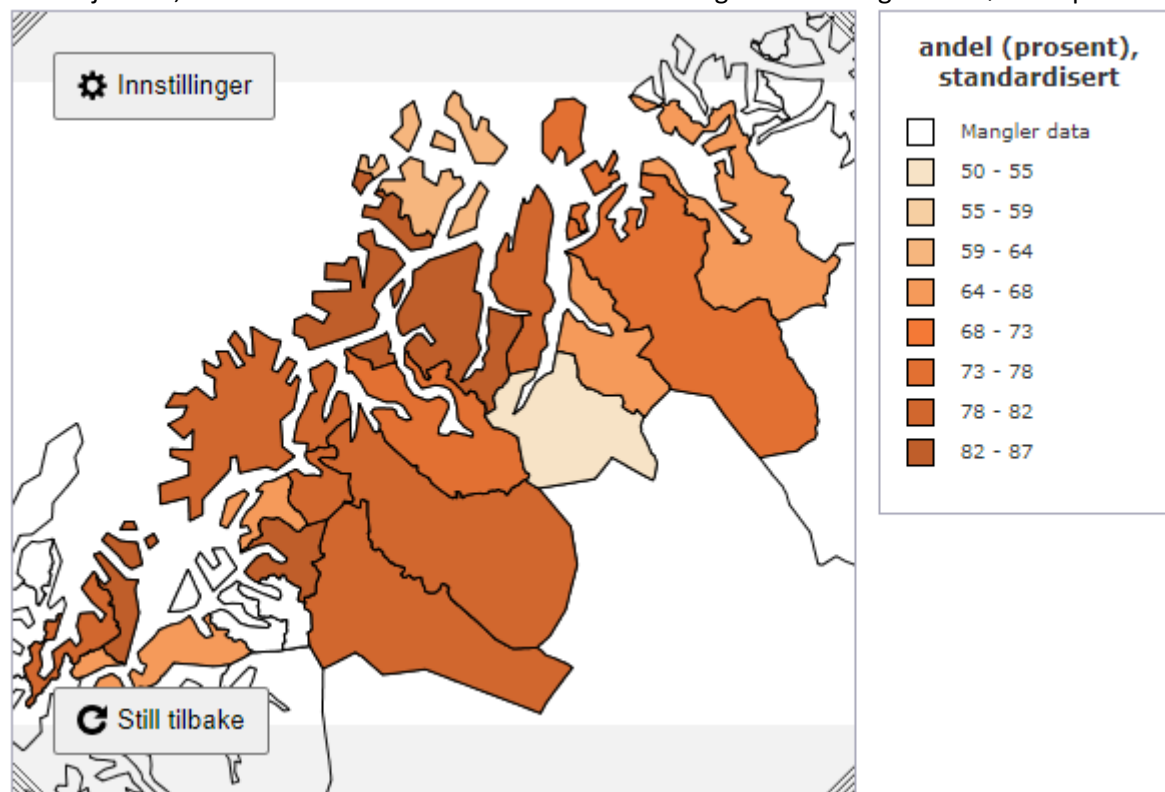
Leseferdigheter blant barn med innvandringsbakgrunn i 5. trinn varierer fra år og kommune mellom 21 og 49% av elevene som har det laveste mestringsnivå. Forskjellene vil være avhengig av faktorer som hvor lenge barnet har bodd i Norge og andelen barn med innvandringsbakgrunn i kommunen. (6)

Det mangler statistikk på leseferdigheter på norsk og regneferdigheter blant samiske og kvenske/norskfinske barn. Dette gjelder i tillegg til lese- og regneferdigheter blant funksjonshindrede elever. Generelt sett rapporteres det lave forventinger til funksjonshindredes prestasjon i skolen i Norge, noe som hindrer eleven til å nå sitt fulle potensial. Det rapporteres at funksjonshindrede elever ofte tas ut av klasserommet i stedet for at det tilrettelegges for felles undervisning i ordinære klasser, noe som også kan påvirke prestasjonen negativt. (9)

#### 8.f. Trivsel blant elevene i ungdomsskolen går ned

Faktorer som mestringsnivå og trivsel i grunnskolen påvirker fremtidige skole- og utdanningsvalg. Ungdataundersøkelsen fra 2021 viser at barn i barneskolen stort sett trives på skolen i Troms og Finnmark. Trivselen gikk noe nedover i ungdomsskolen men viste igjen høyere trivselsgrad i videregående skole. Forskjellene mellom kommuner er til dels store. I Storfjord kommune er andelen elever som trives på skolen 66% sammenlignet med lbestad kommune på 89%. Det er en generell nedadgående trend i skoletrivsel både regionalt og nasjonalt, noe som kan være en effekt av covid-19-

restriksjonene, men tendensen var nedadgående også før pandemien.



Figur: trivsel på skolen 10. trinn 2020/2021 – 2022/2023, Norgeshelse

Ungdata viser også at antall elever som er fornøyd med skolen følger samme tendens som skoletrivsel. En sammenligning mellom barneskole, ungdomsskole og videregående skole viste at ungdomstrinnet var minst fornøyd, mens barneskolen er mest fornøyd (10). Tallene om fornøydhet med skolen baserer seg på spørsmål om lærerne bryr seg og at eleven føler at den passer inn blant de andre i klassen (10, 11).

### 8.g. Ungdommer med flyktningbakgrunn

Den norske bosettingsplanen for flyktninger er i hovedsak sentrert rundt voksne (12). Kommunene er forpliktet til å gi voksne flyktninger et obligatorisk introduksjonsprogram. Når det gjelder barn og unge er det opp til hver enkelt kommune å bestemme om og hvordan det skal arrangeres aktiviteter eller språkopplæring. Ansvar ivaretas ofte av skolene som betyr at ungdommene ikke får et likeverdig integreringstilbud som voksne (12). Derfor kan denne gruppen være ekstra sårbar, og det er viktig å forstå hva som bidrar til at disse mestrer tilværelsen i det nye landet. Pågående forskning viser blant annet verdien av tilgjengelige flyktningetjenester og lærere på skolen. Ungdommer setter stor pris på å bli forberedt på å møte den norske kulturen og det norske klimaet. Det viktigste kan være at de får hjelp med å knytte sosiale relasjoner til jevnaldrende. Samtidig kan denne gruppen ha mye ansvar hjemme, noe som kan ha både positive og negative effekter på deres liv. Positivt i form av at det kjennes godt å være til stede for sin familie og å ta vare på flere enn bare seg selv. Negativt fordi oppgavene hjemme kommer i tillegg til mange andre oppgaver i nye og fremmede omgivelser.

## 8.h. Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud der barn og ungdom kan få hjelpe med generelle utfordringer i livet og psykiske og fysisk helse spørsmål. Forebyggende arbeid om seksuell helse er viktige oppgaver innenfor skolehelsetjenesten.

I Ungdata 2021 rapporterte 34 % av elevene i videregående skole i Troms og Finnmark at de har vært i kontakt med helsesykepleieren på skolen det siste året. Prosentandelen i kommunene i Troms varierer mellom 20 og 55 %. Kvaliteten på skolehelsetjenesten og tilgjengelighet til helsesykepleiere avgjør hvor mange elever som oppsøker tjenesten. Basert på tall fra Ungdata benytter elever på ungdomsskolen seg noe mer av tilbudet enn elever ved videregående skoler. Ifølge ungdommens fylkesråd er det behov for flere helsesykepleiere, skoleleger og miljøterapeuter. Ungdommene ønsker også en utvidet skolehelsetjeneste med skolepsykolog.

## 8.i. Mobbing

Definisjon av mobbing har vært *knyttet til konkrete ondskapsfulle handlinger mellom individer*. Denne definisjonen har nyere forskning prøvd å nyansere. Det settes nå sterkere fokus på en definisjon der *menneskes behov for tilhørighet og felleskap står i sentrum og der mobbing skjer i sosiale kontekster som påvirker disse behovene negativt*. Dette betyr at antimobbearbeid også i større grad endres - fra fokus på negative enkelthandlinger til fokus på arbeid med den sosiale kulturen og å bygge trygge og gode fellesskap i barnehager, skoler og organisasjoner (13).

Under skoleåret 2022/2023 ble det registrert 284 henvendelser til mobbeombudet i Troms og Finnmark. Ombudene har henvendelser fra de fleste kommunene, og har økt med nærmere 25 % fra skoleåret 2021/2022. Det er en tydelig økning i aldersgruppa 10-12 år. Tallene bidrar til å gi et statusbilde i fylket av mobbing i skole- og barnehage. Mørketallene antas å være store. Det er mange som opplever mobbing og utenforskap, men som ikke forteller det til noen (13).

Elevundersøkelsen og Ungdata kan gi informasjon om den opplevde situasjonen for elevene i skolen. Elevundersøkelsen i 2022/2023 viser at 8.5% i 7.trinn og 4.6 % i 10.trinn svarte at de hadde blitt mobbet, noe som er henholdsvis litt over og litt under gjennomsnittet i Norge (6). På grunn av lavt elevtall kan det være utfordrende å få oversikt over mobbing i de minste kommunene.

Elever oppgir at de hovedsakelig blir mobbet av andre i samme klasse og gruppe, og at det oftest skjer i klasserommet eller skolegården. Flere opplever at de voksne ikke vet om at mobbingen foregår, men dersom de allikevel kjenner til det opplever elevene manglende tiltak (11). I videregående skole rapporterer sirka 5.6% at de har blitt utsatt for mobbing i Troms, noe som er likt med nasjonale tall.

## 8.j. Sosial gradient i gjennomføring av videregående utdanning

I kapitlene 9, 11 og 12 blir det belyst hvilken rolle utdanningsnivået har for den enkelte. Ofte ligger de med lavere utdanning dårligere an. Det er sammensatte grunner til det, men å sikre at elevene gjennomfører videregående skole er et godt utgangspunkt for å forbedre situasjonen.

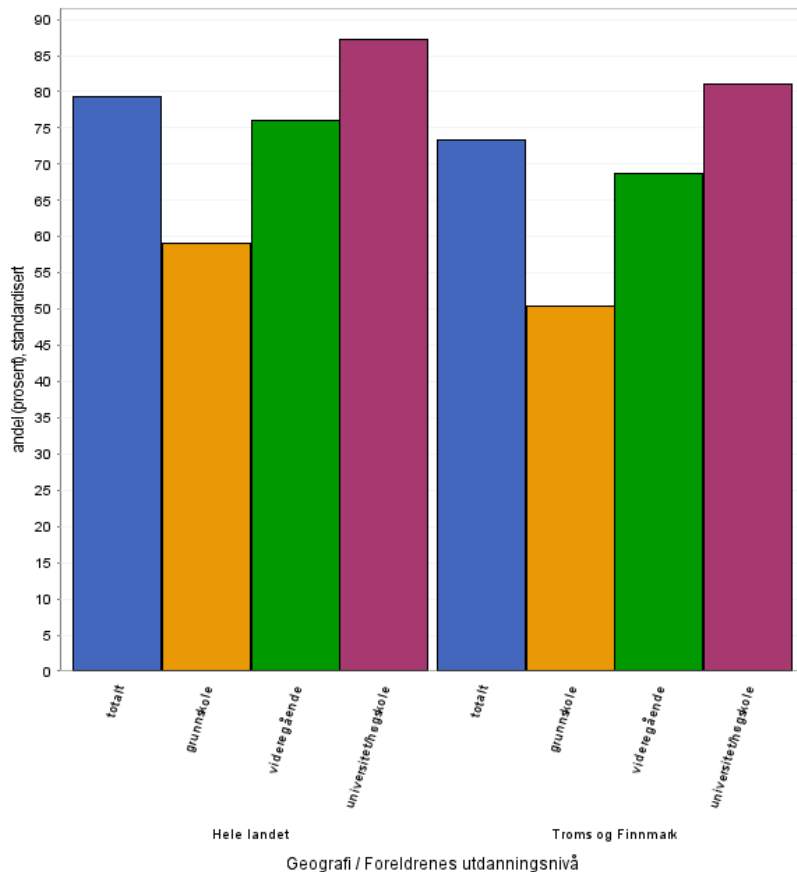
Gjennomføring av videregående opplæring har økt i Troms de siste årene på tvers av kjønn, innvandrings- og sosial bakgrunn, men er fortsatt under landsgjennomsnitt. Gutter gjennomfører i mindre grad enn jenter. Det samme gjelder for innvandrere sammenlignet med ikke-innvandrere. Både nasjonalt og på fylkesnivå er det en gradient i gjennomføring basert på foreldrenes utdanningsnivå.

Forskjellen er på nesten 30% mellom de som har foreldre med grunnskole- og universitetsutdanning i Troms. Tall som finnes på kommunenivå viser likt mønster som regionale og nasjonale tall (6).

## Gjennomføring i videregående opplæring etter foreldrenes utdanningsnivå 2021

▼ Endre utvalg av...

Geografi Foreldrenes utdanningsnivå År Kjønn Måltall

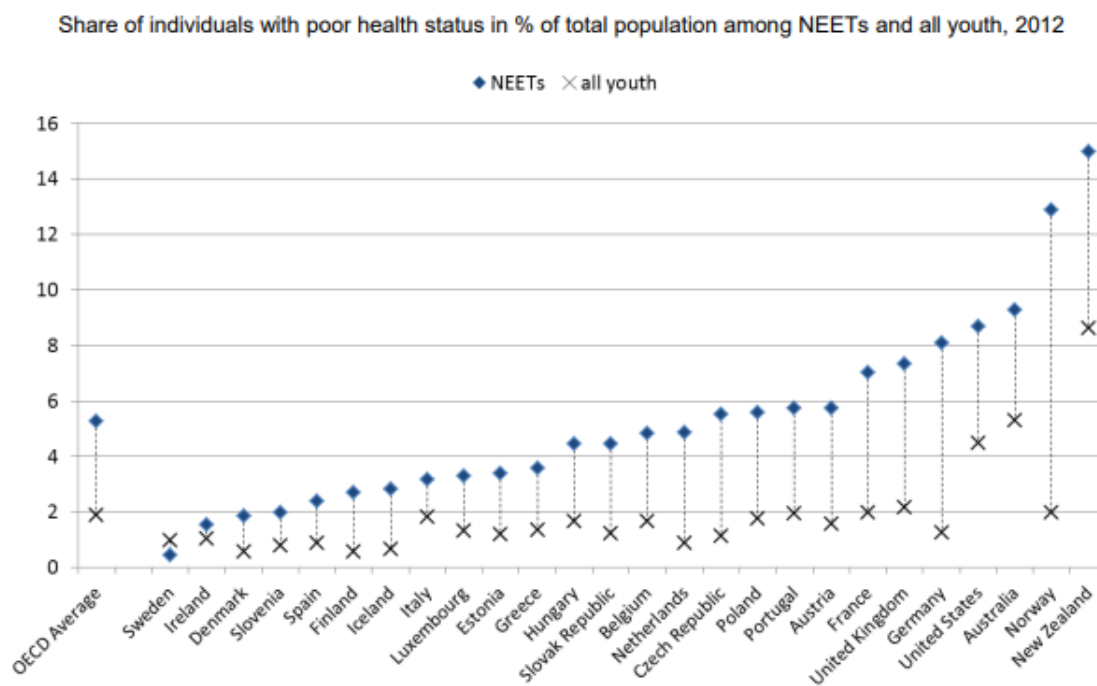


Det mangler tall på gjennomføring av videregående skole blant funksjonshindrede elever. På nasjonalt nivå er rundt 1 av 20 elever på videregående funksjonshindret, og mer enn 1 av 3 funksjonshindrede har ikke fullført videregående. Mange funksjonshindrede elever får ikke mulighet til å velge mellom alle yrkesfaglige utdanningsprogram på grunn av manglende tilrettelegging. Flere elever har også fritak fra karakterer på ungdomsskolen og videregående skole, noe som begrenser tilgangen til valgalternativer og tilgang til høyere utdanning. Mangel på karakterer fører til at elever ikke mottar fullverdige vitnemål etter gjennomført videregående skole, og dermed fratras de i hovedsak muligheten til å ta høyere utdanning. Blant funksjonshindrede som ikke har planer om å ta høyere utdanning, kan et fullverdig vitnemål være et avgjørende steg inn i arbeidslivet (9).

## 8.k. Ungdom som står utenfor arbeid og utdanning (NEETs)

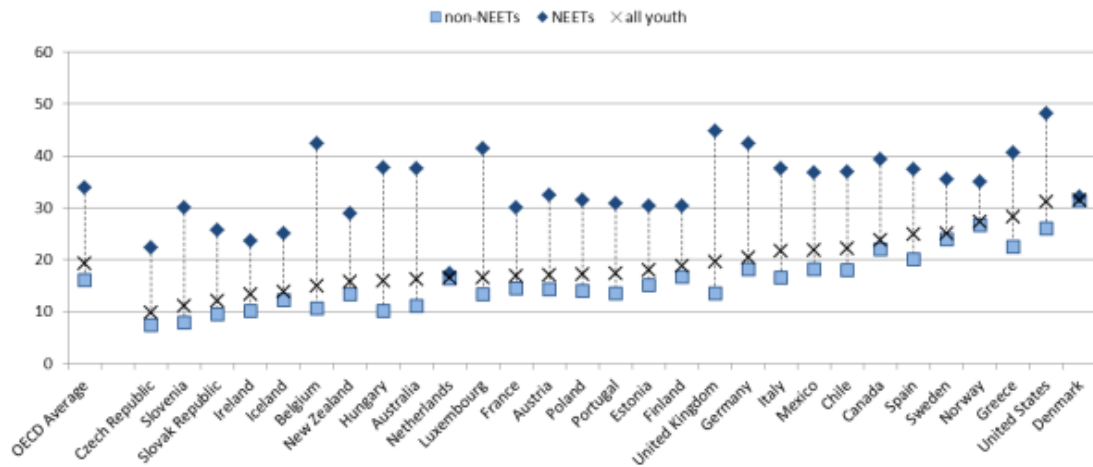
Arbeid og helse påvirker hverandre. Mens arbeidsmiljøet kan påvirke fysisk helse og sosial tilknytning, kan helsetilstand påvirke evnen til å ta utdanning og være aktiv i arbeidslivet. Ungdom i aldersgruppen 15 – 29 år som står utenfor utdanning og arbeid betegnes som NEETs (Youth Not in Employment, Education or Training). I 2022 falt 1856 personer inn under kategorien NEETs i Troms, noe som tilsvarer 5.6% av befolkningen mellom 15-29 år. Andelen er lav sammenlignet med landsgjennomsnitt på 9.5%. Nivået i kommunene varierer mellom 5,4% og 11,5%. Det er hovedsakelig de mindre kommunene som har en høy andel NEET, som Gratangen, Ibestad, Salangen og Dyrøy. Både nasjonalt og i fylke er andelen NEETs størst i aldersgruppen 25 – 29 år, og andelen er høyere blant kvinner enn blant menn i de fleste kommuner. En mulig årsak kan være at kvinner oftere blir hjemme med barna. (6)

**Figure 7. NEET are much more affected than other youth by health problems**



**Figure 19. Poverty rates for NEETs are much higher than for non-NEET youth**

Share in % of NEETs and non-NEETs living in a household with an income below the poverty line, 2012



1. The poverty line is defined as 60% of median equivalised disposable household income after taxes and social transfers.
2. Numbers are for individuals aged 16-29 years, except for the United States (16-24). No complete data are available for New Zealand.
3. Numbers are for 2012 except for Ireland (2010) and Belgium, Canada and Chile (all 2011).
4. Countries are sorted by the youth poverty rate in ascending order.
5. The OECD average is non-weighted.

Source: OECD calculations based on EU-SILC, HILDA (Australia), SLID (Canada), CASEN (Chile), ENIGH (Mexico), HES (New Zealand) and CPS (United States).

Blant Innvandrere er andelen NEETs betydelig høyere enn i befolkning for øvrig. Dette gjelder både nasjonalt og for Troms (6).

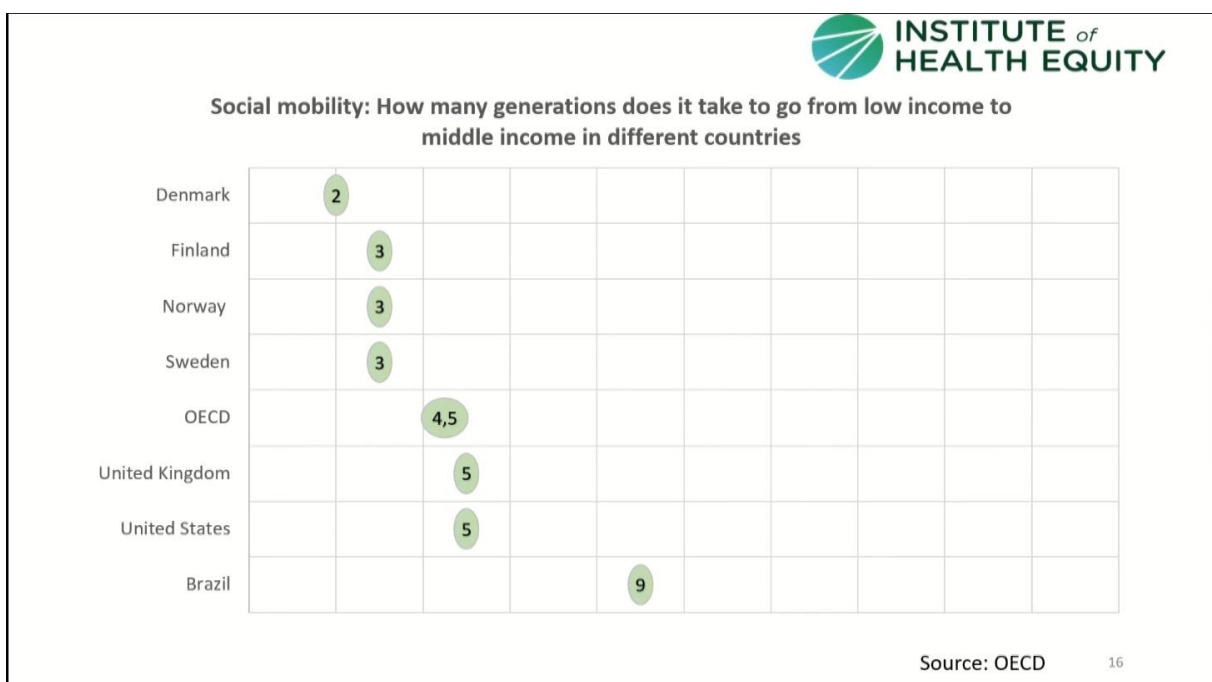
### 8.1. Utdanningsnivå

Blant kommunene i Troms har 40 – 50 % av befolkningen videregående utdanning som høyeste utdanning. Tromsø kommune er et unntak med 33% av befolkningen som har videregående og nesten 50% som har universitets- eller høyskoleutdanning. Trenden i Troms over tid viser en økning i innbyggere som har videregående eller høyskoleutdanning (6).

Basert på selvrapportert utdanningsnivå ved fylkeshelseundersøkelsen (FHUS) i 2019, har samiske og kvenske/norskfinske menn gjennomsnittlig et lavere utdanningsnivå enn ikke-samiske/kvenske/norskfinske menn. Det er lik tendens for kvinner, men i mindre grad. Kvinner rapporterer generelt et høyere utdanningsnivå enn menn. Erfaringsbasert kunnskap peker i samme retning. Menn blir oftere bosatt i sin hjemkommune og jobber i tradisjonelle yrker som reindrift, mens flere kvinner flytter til universitetsbyer og tar høyere utdanning.

Blant funksjonshindrede i Norge er det 22% som har grunnskole som høyeste utdanning. Andelen som tar høyere utdanning er betydelig lavere enn i resten av befolkningen, og det antas at situasjonen er lik i Troms (9).

I Ungdata 2021 ble elevene spurt om de tenker å fullføre videregående utdanning. Svarene varierte i kommunene mellom 78% - 88% av elevene som var positivt innstilt til å fullføre. Landsgjennomsnitt var på 85%. Forskjellen mellom Troms og resten av landet var større når elevene ble spurt om de ville ta utdanning på universitet eller høyskole. Kun Tromsø, Harstad og Salangen kommune ligger nærmere landsgjennomsnittet på 55%, mens øvrige kommuner ligger på 40 – 50%. Yrkesvalg til de unge baserer seg på mange faktorer. Et yrkesvalg som ikke krever høyere utdanning kan handle om tilknytning til regionen, tradisjon i familien og/eller egne interesser. Det viktige i denne sammenhengen er at det skal være et eget valg og ikke noe som “bare blir sånn” på grunn av samfunnsstrukturer som står i veien. Sosial mobilitet er et begrep som i denne sammenhengen handler om muligheten til å delta i utdanningsløp og yrker uavhengig av familiens utdanningsnivå og sosioøkonomisk status. En indikator på hvor god sosial mobilitet det er i Norge er inntektsklasse. I Norge tar det tre generasjoner til å gå fra lav inntekt til middels inntekt. Sammenlignet med andre land ligger Norge bra an (8).



Muligheten for desentralisert utdanning kan bidra til sosial mobilitet. I Troms har studiesentrene i Nord- og Midt-Troms i samarbeid med Uit Norges arktiske universitet og folkebibliotekene bidratt til at flere kan ta utdanning der hvor de bor.

### 8.m. Flest sysselsatte jobber i helse- og sosialtjenester

Arbeid er en viktig helsefaktor som bidrar til inntekt og trygg økonomi, i tillegg til å oppleve mening og mestring. Selve arbeidsmiljøet spiller en viktig rolle og kan påvirke den fysiske og psykiske helsen positivt eller negativt. Ved slutten av 2022 var 89890 mennesker i alderen 15+ sysselsatt i Troms. Dette tilsvarer cirka 53% av befolkningen. Næringene med størst antall sysselsatte er helse og sosialtjenester, varehandel og reparasjon, undervisning og offentlig administrasjon. Denne fordelingen varierer mellom kommunene i Troms, hvor noen har høyeste andel sysselsatte i forsvaret (15).



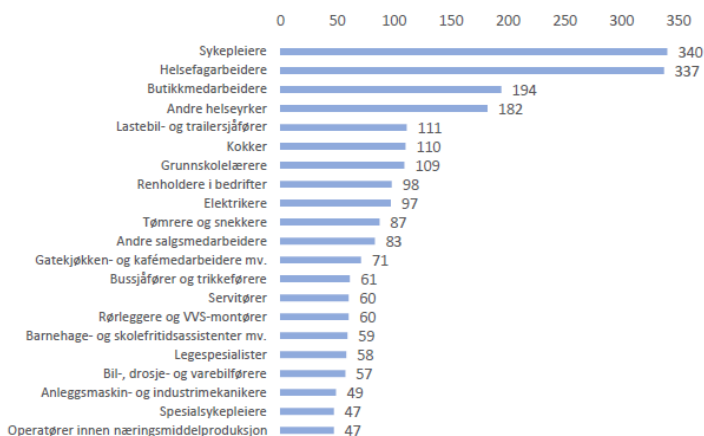
## 8.n. Pendling

Andelen pendlere i Troms varierer, men foregår i de fleste tilfeller mellom nabokommuner. Tromsø er et unntak der mange pendler til og fra Oslo (1).

## 8.o. Overskudd på arbeidsplasser spesielt innen helse- og sosialtjenester

Ifølge NAV sin bedriftsundersøkelse i 2023 er en av hovedutfordringer i Troms og Finnmark rekruttering. Helse- og sosialtjeneste, undervisning, samt overnattings- og serveringsvirksomhet er næringer med størst rekrutteringsutfordringer. Det er størst behov for sykepleiere, helsefagarbeidere, butikkmedarbeidere og andre helseyrker. Det er også stor etterspørsel etter yrkessjåførere, kokker og grunnskolelærere. Flere kommuner har iverksatt tiltak innenfor rekruttering.

Figur 10 Estimert mangel på arbeidskraft fordelt på yrker. Yrker med mangel på 45 personer eller mer. Troms og Finnmark, 2023.



(Bare til å vise)

## 8.p. Sykefravær

NAV sin sykefraværssrapport for Troms og Finnmark fra 2021 viste et høyere sykefravær i alle næringsområder i Troms sammenlignet med resten av landet. Helse- og sosialtjenester hadde høyeste sykefravær, både i Troms og Finnmark og i Norge.

Næringer/ Område	Landet	Troms og Finnmark
I alt	5,4	6,2
Jordbruk, skogbruk og fiske	4,0	5,3
Bergverksdrift og utvinning	4,0	4,7
Industri	4,6	5,5
Elektrisitet, vann og renovasjon	4,2	4,2
Bygge- og anleggsvirksomhet	5,0	5,9
Varehandel, reparasjon av motorvogner	4,9	5,5
Transport og lagring	5,9	5,9
Overnattings- og serveringsvirksomhet	4,5	4,9
Informasjon og kommunikasjon	2,6	3,2
Finansierings- og forsikringsvirksomhet	3,2	3,3
Omsetning og drift av fast eiendom	3,4	5,1
Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting	3,3	3,9
Forretningsmessig tjenesteyting	5,7	6,5
Off. adm., forsvar, sosialforsikring	4,4	4,6
Undervisning	5,6	6,0
Helse- og sosialtjenester	8,2	8,6
Private tjenester ellers	4,9	5,9
Ukjent	2,8	4,2

Tabell 2.1.8.1. Legemeldt sykefravær (%) fordelt på næringer i Norge og Troms og Finnmark 2021.

Tabell: NAV sykefravær rapport

### Troms og Finnmark 2021

Sykefraværet var generelt høyere blant kvinner enn menn og annerledes fordelt etter næringer. Høyeste sykefravær for kvinner lå på 9.6% i helse- og sosialtjenester og for menn på henholdsvis 5.8% i transport og lagring, og bygge- og anleggsvirksomhet med 5.7%.

Siden sykefraværet er spesielt høyt i helse- og sosialtjenester anbefaler NAV utvidete studier av sykefravær og yrkessammensetning helt ned på kommunenivå.

Årsakene til sykefraværet i 2020/2021 for begge kjønn tilskrives følgende diagnosegrupper: muskel- og skjelettlidelser etterfulgt av, sykdommer i luftveiene, og psykiske lidelser. Det antas at økningen av registrerte luftveissykdommer fra 2019 gjennom hele 2021 er direkte eller indirekte påvirket av Covid-19 pandemien (15).

Langtidssykefravær er en risikofaktor for å bli ufør. Det er imidlertid positivt at 80% av sykemeldinger ble avsluttet innen 8 uker i Troms og Finnmark ifølge sykefravær rapporten fra NAV i 2021. Det er likevel viktig å bemerke at ifølge forskningsresultater fra STAMI (Statens arbeidsmiljøinstitutt) kunne 40% av det legemeldte langtidssykefraværet blant norske sysselsatte ha vært forebygget dersom tiltak hadde blitt iverksatt knyttet til arbeidsmiljøet.

I Norge har andelen som mottar uførestønad på grunn av psykiske lidelser økt mens andelen med muskel- og skjelettplager har gått ned. "Denne utviklingen henger sammen med at sammensetningen av befolkningen endres over tid ved at mange av de yngre som kommer inn i uføreordningen har en psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse, mens de eldre som går ut oftere har en muskel- eller skjelettsykdom." (15).

Uføretrygd kan være forårsaket av medfødte eller langvarige lidelser fra barndommen. I tillegg kan arbeidsmiljøet føre til eller forsterke lidelse, noe som etter hvert kan føre til uføretrygd. STAMI har i

samarbeid med andre nordiske forskere gjennomført en systematisk kunnskapsoppsummering av hvilke organisatoriske og psykososiale faktorer som bidrar til frafall fra arbeidslivet grunnet uførepensjon. Hovedfunnet var at arbeidstakere som har mulighet til å påvirke sitt eget arbeid, har lavere risiko for å bli arbeidsuføre. Andre faktorer som muligens øker risiko for uførepensjonering er nedbemanning, organisasjonsendringer, mangel på opplæring og kompetanseutvikling, ensidig repeterte arbeidsoppgaver, eller manglende samsvar mellom belønning og innsats. Nedbemanning og regelmessig utskifting av personalet er kjente utfordringer i mange kommuner i Troms, spesielt i helse- og sosialtjenestene.

Endringer i kriterier for uføretrygd og AAP har medført at andelen som mottar uførepensjonen har variert de siste årene. Fordeling av uføretrygd i kommunene i Troms følger en sosial gradient. Rundt 25% av befolkningen med grunnskole utdanning mottar uføretrygd sammenlignet med 4 – 12% blant de med høyere utdanning (1). Det er flere kvinner som mottar uføretrygd sammenlignede med menn og fordelingen har vært stabil over flere år (1). Statistikk på kommunenivå viser videre at antall som mottar uføretrygd øker med alderen, hvor aldersgruppen 62 – 67 år har størst andel. Muskel- og skjelettplager er en av årsakene til denne fordelingen (1). I innvandrerguppen ligger andelen uføre på 3% i Troms og Finnmark (1, 2).

Blant funksjonshindrede er det 41% i Norge som er i arbeid. Andelen er lavere blant de som er bevegelsehemmede: Her er 1 av 5 i alderen 18 – 66 i arbeid (9). En utredning fra OsloMet i 2023 viser betydelige samfunnsøkonomiske gevinster ved å redusere barrierer for funksjonshindrede og inkludere flere i arbeidslivet.

#### 8.q. Samisk næring

De fleste samer i Troms og Finnmark velger ikke tradisjonelle yrker tilknyttet sin kultur. Det finnes allikevel noen som viderefører familiens tradisjonelle yrker som reindrift, fiskeri og arbeid med tradisjonelt håndverk (Duodji). I tillegg er samisk reiseliv et viktig næringsområde. Ifølge Statsforvalteren i Troms og Finnmark er det rundt 150 – 200 personer tilknyttet til reindrift i Troms, dette inkluderer både heltids- og deltidsaktivitet. Kommunene med størst andel driftsenheter i 2020/2021 var Sørreisa og Tromsø kommune etterfulgt av Storfjord. En del reinbeitedistrikter i Vest-Finnmark flytter flokkene til sommerbeite i Nord-Troms og er dermed en del av reindriftsaktivitet i Troms deler av året (16).

#### 8.r. Lave inntektsforskjeller, men sosiale og regionale forskjeller i opplevd økonomisk situasjon

Inntekt er viktig for tilknytning til boligmarkedet og for gode levevaner som sunt kosthold og fysisk aktivitet. Inntekt og inntektsforskjeller har dermed betydning for sosiale helseforskjeller i samfunnet.

I Troms og Finnmark har inntektsforskjellene vært relativt stabile de siste årene, og har ligget litt under landsgjennomsnittet. Når det gjelder barn som bor i husholdninger med vedvarende lavinntekt ligger kun Møre og Romsdal (8.7%) bedre enn Troms og Finnmark (8.8%). Tallene kan tolkes som positive siden Troms fylke har en forholdsvis høy andel eneforsørgere, noe som kan påvirke inntektssituasjonen (6). I Fylkehelseundersøkelsen fra 2019 rapporterte omtrent en av fem (21,4 %) at de synes det er vanskelig («svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig») å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige. Undersøkelsen viser at utdanning spiller en rolle. Blant deltakere med

grunnskole som høyeste utdanning ligger andelen på 30 % for menn og 36% for kvinner som opplever at det er vanskelig at inntekten er tilstrekkelig i det daglige. Blant de med høyskole utdanning er det forholdsvis 10% for menn og 12% for kvinner. Blant samiske deltakere ligger andelen på rundt 25%. Andelen faller kraftig med alderen for begge kjønn, først og fremst i aldersgruppene fra 30 til 69 år. I Ungdata-undersøkelsen oppgir mer enn 9% av elevene at foreldrene har dårlig råd. Det gjelder kommunene Karlsøy, Dyrøy, Lavangen, Gratangen og Kåfjord, mens i resten av kommunene ligger andelen likt med landsgjennomsnittet på 3%. Blant funksjonshindrede er det 15% i Norge som rapporterer at det er vanskelig å få endene til å møtes.

### 8.s. Oppsummering oppvekst- og levekårsforhold

- 20% av barn i Troms bor trangt.
- Blant innvandrere fra ikke vestlige land bor nesten halvparten trangt.
- Andel blant innvandrere som eier bolig har økt i de siste årene.
- Barnehager opplever utfordringer knyttet til sykefravær og rekruttering av personal med rett kompetanse.
- Det registreres store sosiale forskjeller i lese- og regneferdigheter.
- Trivsel og fornøydhet med skolen er størst i barneskolen.
- Integreringstilbud til ungdom med flyktningbakgrunn varierer i kommunene.
- Ungdomsrådet ønsker flere helsesykepleier, skoleleger og miljøterapeuter, og skolepsykolog.
- Antall henvendelse til mobbeombudet har økt, spesielt i aldersgruppen 10 – 12 år.
- Gjennomføring av videregående skole har økt de siste årene, men er fortsatt under landsgjennomsnittet.
- Flest sysselsatte og høyeste sykefravær er i helse- og sosialtjenester.
- Rekrutteringsutfordringer er størst innenfor næringene helse- og sosialtjeneste, undervisning, og overnattings- og serveringsvirksomhet.
- Psykisk helse er hovedårsaken til uføretrygd blant yngre, mens muskel- og skjelettplager er hovedårsak for at eldre arbeidstakere blir uføre.
- Rundt 150 – 200 samer er tilknyttet til reindrift i Troms.
- Lave inntektsforskjeller, men sosiale og regionale forskjeller i opplevd økonomisk situasjon.

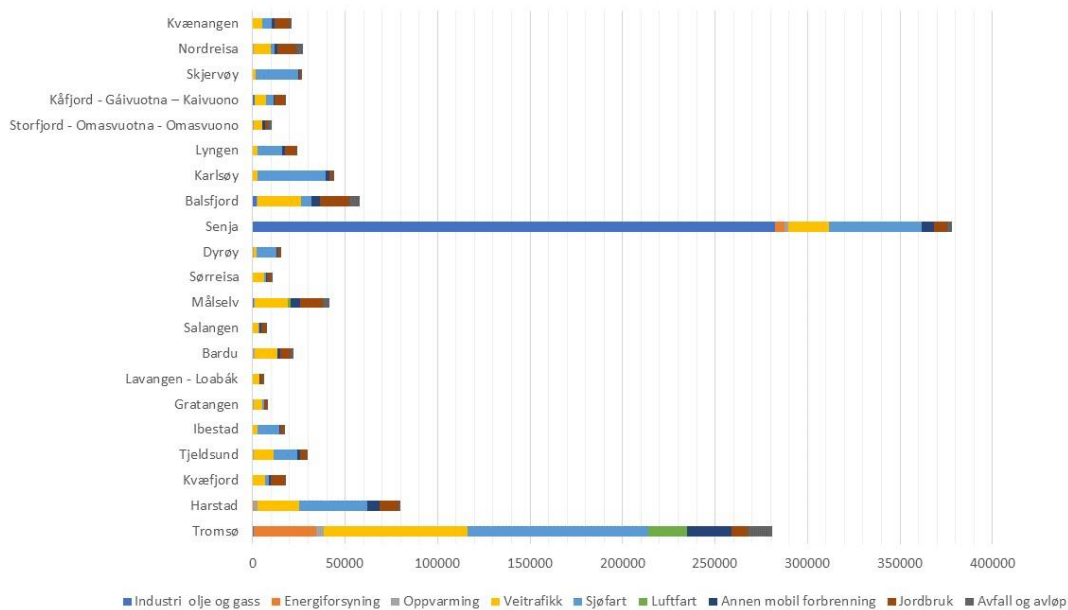
## 9. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Miljøet har en stor betydning for helse og trivsel. Å ha muligheten til å kunne bruke natur og friluftsliv i felleskap med andre er viktige faktorer knyttet til miljø. Vi har muligheter å forme både det sosiale og fysiske miljøet rundt oss mens andre faktorer er utenfor enkeltindividens påvirkning.

### 9.a. Mer regn og overvann i framtiden

CO<sub>2</sub> er den viktigste klimagassen når det gjelder påvirkning på klimaet. I Troms er størstedelen av CO<sub>2</sub>-utslipp tilknyttet industri, olje og gass etterfulgt av veitrafikk og sjøfart (17). Utslipp fra industri kommer hovedsakelig fra smelteverket i Finnfjordbotn i Senja Kommune.

Utslipp fordelt på Troms fylkes 21 kommuner (2022) - tall fra M.dir



Ifølge klimaprofilen forventes at klimaendringene i Troms hovedsakelig fører til større mengder regn, mindre snø og økte problemer med overvann; endringer i flomforhold og flomstørrelser; jordskred og flomskred, samt havnivåstigning og stormflo.

Flom, skred og overvann kan ødelegge eller blokkere veier og boligområder. Det påvirker framkomstmuligheter både for den enkelt og innenfor næringsaktivitet. Opplevd trygghet og bolyst kan i tillegg bli påvirket negativt. Å handtere klimasårbarhet er dermed en faktor for at folk blir boende eller ønsker å bosette seg i Troms.

Reindrift er en næringssektor som allerede i dag er påvirket av klimaendringene. Store temperaturvariasjoner gjennom vinteren fører til tykk is og store mengder snø som gjør viktige matkilder som mose og lav utilgjengelig for reinsdyrene. Dette truer reinsdyrenes helse og overlevelse og fører til påkjenninger for reindriftsutøvere (18). Jordbruk og andre næringssektorer forventes å møte lignende utfordringer i framtiden.

Arealkonflikter er og blir utfordringer tilknyttet til klimaendringene. Disse handler om motstridende interesser som å bevare områder versus utbygging eller nasjonal klimapolitikk versus regionale og kulturelle interesser. Naturmangfold er et annet aspekt av klimaendringene lokalt, nasjonalt og globalt. Effekter vises i form av negativ påvirkning på vann- og luftkvalitet i tillegg til matsikkerhet og -trygghet. I hvilken grad dette vil skje i Troms er vanskelig å si. Derfor bør naturmangfoldet og i hvilken grad den er truet i Troms blir kartlagt.

### 9.b.Luftkvalitet

Luftkvaliteten i Troms er bra og ligger over landsgjennomsnittet. Samtidig er det periodevis utfordringer knyttet til bruk av piggdekk. Dette gjelder spesielt i befolkningstette steder som Tromsø by. Videre er det noen industriområder i kommunene som påvirker luftkvaliteten lokalt. Dårlig luftkvalitet bidrar til luftveissykdommer og forverring av hjerte – og karsykdommer.

### 9.c. Drikkevannskvalitet

Drikkevannskvalitet kan defineres på flere måter. Ved Norgeshelsa statistikkbank er kvaliteten beregnet ut fra leveringsstabilitet og hygienisk kvalitet. Troms ligger under landsgjennomsnittet med 93% av befolkningen som har god tilgang til hygienisk og stabilt drikkevann. På kommunenivå oppleves drikkevannskvaliteten varierende mellom de ulike vannverkene. Det er viktig å bemerke at hygienisk kvalitet er kun basert på måling av E.coli og ikke andre mikroorganismer som påvirker helsen. Fugleinfluensa har blitt påvist i flere områder i Troms i 2023. Smittefare er generelt ansett som lav og smitte via drikkevann er ikke vanlig. I Norge behandles vann mot mikrober med UV-behandling som er effektiv mot fugleinfluensa (19).

### 9.d. Radon

Radon er en radioaktiv gass som i inneluft øker risiko for lungekreft (20). Både geologi og det norske kalde klimaet er årsaker til at Norge er blant landene med høyeste gjennomsnittlige radonnivå. I Troms er det hovedsakelig noen områder i Kvæfjord, Harstad og kystområder i Senja og Tromsø med høy aktsomhetsgrad for radon. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet stiller krav om grensenivåer for radon i barnehager og skoler. Tiltak må iverksettes dersom nivåene er for høye. For private boliger stilles det kun krav hvis boligen inkluderer utleie. Likevel er det anbefalt å måle radon fordi aktsomhetskartet kun gir et estimat.

### 9.e. Støy

Ifølge Folkehelseinstituttet er trafikkstøy en alvorlig helsetrussel som påvirker helsen og livskvalitet negativt. I Troms er det hovedsakelig unge voksne og innbyggere i Tromsø og Midt-Troms som rapporterer utfordringer med støy, både fra trafikk og hjemme. Tettere boligstruktur i byer som Tromsø og Harstad er en mulig årsak. Mange yngre er i en familiesituasjon med små barn og som derfor kan oppleve mer støy hjemme (21).

### 9.f. God tilgang til natur, men få gang- og sykkelstier

Troms er omgitt av fjell og hav. Flertallet av befolkningen opplever at tilgang til natur og friluftsområder er god. I de fleste regioner i Troms svarer 95 – 97% at de er fornøyd eller svært fornøyd med tilgang til naturen, uavhengig av sosial bakgrunn. Det er en liten aldersforskjell der de yngste (18- 29) og de eldste (70+) er mindre fornøyd med tilgangen (21). Årsakene kan være mangel på kollektivtransport eller for få stier som er merket.

Innbyggerne i Troms opplever tilgang til naturen stort sett som god. Ifølge statistikk har 76% av befolkningen i Troms og Finnmark trygg tilgang til natur sammenlignet med 47% i hele Norge.

I tillegg utgjør strandsoner en viktig del av tilgangen til naturen. I Troms er rundt 60 – 80% av strandsoner utilgjengelig på grunn av bratte fjellområder (1). Nedbygging av strandsoner er ytterligere en grunn til begrenset tilgang for befolkningen.

En oppdatert oversikt over eksisterende sykkelstier i fylket er ikke utarbeidet. Det er imidlertid flest gang- og sykkelstier i Tromsø og Harstad. Både i byene og i distriktene er sykkelstiene ofte avbrutt av strekninger uten sykkelsti eller fortau. Dette kan bidra til lavere motivasjon av sykkelbruk som foretrukket framkomstmiddel til jobb og skole. I FHUS rapporterte mellom 33 – 42% at de var fornøyd med gang- og sykkelsti avhengig av hvilken region de bodde i.

### 9.g. Mindre fornøyd med kollektivtilbud i distriktene enn i byene

Undersøkelser viser at befolkningen er mest fornøyd med kollektivtilbudet i Tromsø by etterfulgt av Harstad. I Tromsø er rundt 70% av ungdommene og 60% av de voksne fornøyd med tilbudet. I Midt- og Nord-Troms var kun rundt 20% fornøyd både i Ungdata og FHUS undersøkelsen.

Hovedforklaringen antas å være at kollektivtilbudet i mindre kommuner og i spredtbygde områder er ofte begrenset til skoleskuss.

Nøkkeltall fra Troms Fylkestrafikk viser en økning i antall reisende i Troms med 23.5% fra 2019 til 2022. Bybussene i Tromsø utgjør 79% av alle bussreiser i Troms.



### 9.h. Sosial støtte og givende relasjoner varier med kjønn og alder

I FHUS undersøkelsen svarte rundt 88% av befolkningen at de opplever høy grad av sosial støtte, noe som rapporteres mer i gruppen med høyere utdanningsnivå og i viss grad er knyttet til alder. I aldersgruppen 30 – 49 år er forskjellen mellom menn og kvinner signifikant. Kvinner opplever både høyere grad av sosial støtte, mer givende relasjoner og at de bidrar mer til andres lykke og livskvalitet enn menn, noe som samsvarer med tall fra undersøkelsen i den samiske befolkningen. Mange eldre opplever i mindre grad enn de yngre at de bidra til andres lykke.

I Ungdataundersøkelsen oppgir mellom 80 – 90% at de har en fortlølig venn. Likevel er det i noen kommuner mellom 20 – 30% som er veldig mye plaget av ensomhet. Hvor fornøyd barn og unge er med foreldrene varierer mellom kommunene, men ligger for de fleste mellom 80 – 90%.

### 9.i. Unge kvinner føler seg minst trygg

Å føle seg trygg er en viktig folkehelseindikator på trivsel. I Troms opplever nærmere 88% trygghet i sine omgivelser og der de bor. Yngre kvinner og de med lavere utdanningsbakgrunn rapporterer i mindre grad å føle seg trygg (21).

Tall fra Ungdata viser at trygghetsfølelsen knyttet til kveldstid blant ungdom varierer mellom 80-90 %. Den samiske befolkningen rapporterer litt under gjennomsnittet for Troms og Finnmark med rund 83% som føler seg trygg.

### 9.j. Samisk og kvensk/norskfinsk språk og miljø

Språk er en viktig del av manges identitet. For den samiske og kvenske/norskfinsk befolkningen er kunnskap om eget språk ulik, og for mange er det å lære seg samisk/kvensk/norskfinsk en del av en gjenoppdagelse av sin egen kultur etter fornorskingsprosessen. I FHUS og tilleggsmodulen som omhandlet samisk og kvensk/norskfinsk befolkning og levekår svarte 30% av de som definerte seg som samisk at de forstår samisk nokså bra eller svært bra. Mange deltakere i undersøkelsen er fra indre Finnmark som består av flere kommuner med samisk majoritet. Det kan derfor antas at andelen med nokså bra til svært bra språkkunnskap er lavere i Troms. Av de som har barn er det litt over 13% som snakker kun samisk med sine barn og 5.5% som snakker både samisk og norsk. Av de som definerte seg som kvensk/norskfinsk svarte 9% at hjemmespråket var kvensk/norskfinsk. Mellom 40 – 50% antar at samisk/kvensk/norskfinsk språk blir brukt like mye om ti år som i dag. Det er hovedsakelig den yngste aldersgruppen (18 – 39) og menn som antar at språket vil bli mindre brukt i framtiden. Opplevd tilhørighet både til oppvekstkommune og dagens bokommune er en del lavere i Troms enn i Finnmark, med unntak for Nord-Troms. Mulige årsaker er at noen kommuner har mange innflyttere mens andre har en større andel innbyggere som har bodd der hele livet. Nesten 50% av de som definerte seg som samisk og henholdsvis 63% av de som definerte seg som kvensk/norskfinsk visste lite om sin samisk/kvenske/norskfinske bakgrunn i oppveksten.

Rundt 33% av de samiske, 26% av de samisk/kvenske og 11% av de kvenske/norskfinske deltakere i FHUS-undersøkelsen rapporterte å ha opplevd diskriminering. Etnisk bakgrunn eller geografisk tilhørighet ble nevnt flest som årsak til diskrimineringen.

### 9.k. Deltakelse

Lag, foreninger og kulturelle arenaer er både møteplasser og en mulighet for utvikling og utforsking. Potensialet er stort til å oppleve mestring og tilhørighet dersom møteplassene er organisert på en inkluderende måte.

Andelen ungdom som deltar i organisert aktivitet viser en nedadgående trend i Troms og Finnmark. Det gjelder fra ungdomsskolen og helt til siste år på videregående skole. Deltakelse i organiserte idrettstilbud favner flest ungdommer, men er noe som gradvis avtar med alderen. Populariteten til annen organisert fritidsaktivitet utover idrett varierer mye mellom kommunene, men kulturaktivitet eller ungdomsklubb peker seg ut som attraktive tilbud i noen kommuner. Sammenlignet med landet for øvrig opplever flere unge mangel på lokaler der de kan treffes (10). Det skyldes sannsynligvis en sammensatt utfordring av antall lokaler, lav bemanning og at tilgjengeligheten til lokalene er dårlig.

Voksne i alle aldersgrupper og utdanningsnivå deltar flere ganger ukentlig i egenorganisert aktivitet. De yngste (18-29 år) ligger langt foran med nesten 70% som er aktiv i egenorganisert aktivitet, og det er flere aktive kvinner enn menn. Både organisert og annen aktivitet er lavere blant de med grunnskole utdanning sammenlignet med de med høyere utdanning. Forskjellen ligger rundt 13 – 19% (21).

På landsbasis deltar funksjonshindrede i like stor grad som andre i lag, foreninger og organisasjoner, men ikke i like stor grad på sosiale aktiviteter, idrettslag og kulturelle arrangementer (9).



## 9.1. Møteplasser

Flere kommuner satser på utvikling av ungdomsklubber. Det handler hovedsakelig om fysiske møteplasser, i tillegg til at digitale møteplasser har fått større betydning. Hovedutfordring med å opprette og opprettholde tilbudene er transport til og fra møteplassen, i tillegg til nok ansatte som kan ivareta tilbudet.

Kulturskolen er en viktig møteplass. Barn får utforske sine ferdigheter i mange kreative felt som dans, musikk og teater sammen med andre. Deltakelse i kulturskolen er forholdvis høy i Troms og Finnmark hvor 17% av barn mellom 6 og 15 år deltar (1).

Mange ungdommer møtes utenom de organiserte møteplassene og aktiviteter. Steder som kjøpesentre har blitt en arena hvor mange ungdommer tilbringer tiden etter skolen. Ifølge Tverga, ressurscenter for egenorganisert fysisk aktivitet, er rundt halvparten av norske ungdommer mellom 13-19 år aktive med egenorganisert fysisk aktivitet. Det kan være fotball eller ski, men også nye aktiviteter som parkour og skating.

Biblioteket fyller en viktig rolle som møteplass for alle alders- og andre befolkningsgrupper. Troms og Finnmark ligger litt under resten av landet både i antall besøkende og deltakere ved arrangementer i bibliotekene. I gjennomsnitt deltar 19% av befolkningen på arrangementer i bibliotekene sammenlignet med 22% nasjonalt (1). En forklaring kan være at flere kommuner i Troms har små, utilfredsstillende lokaler, og ikke nok ansatte i heltidsstillinger for å nå et høyere gjennomsnitt på antall arrangementer og deltakere.

Bibliotekene er videre en viktig møteplass for innvandrere og frivillighet. Arrangement som språk-kafe i bibliotek bidrar til integrering og fellesskap. Bemanning og fasiliteter i skolebibliotekene er generelt sett større og mer stabilt på videregående skole enn i grunnskolen. Med tanke på de sosiale forskjeller i leseferdighet og mangel på møteplasser for barn og unge, har skolebibliotekene et uutnyttet potensial. Fylkeskommunen har en samisk bibliotekjeneste plassert på Senter for nordlige folk i Mandalen. Bibliotek, skoler og barnehager kan bestille depoter og lån.

I FHUS utmerker Nord-Troms seg negativt med en lav andel som rapporterer om god eller svært god tilgang på kultur- og idrettstilbud og butikker, spisesteder og andre servicetilbud. I Sør-Troms er det imidlertid hele 81% som er fornøyd eller svært fornøyd med tilgangen til ovennevnte tilbud. En naturlig forklaring kan være at det ikke finnes en tilsvarende bykjerne nord i fylket som det gjør i sør med Harstad. Friluftaktivitet er attraktivt i Troms og ifølge en nasjonal undersøkelse fra 2021 er friluftsliv den foretrukne aktiviteten foran treningssentre i gruppen som ønsker å være mer aktiv. En stor del av befolkningen har deltatt i friluftaktivitet i løpet av de siste 12 månedene viser tall fra FHUS. De interkommunale friluftsrådene i Troms tilrettelegger for aktivitet i naturen basert på de fire A'ene: Allemannsrett, Areal, Aktivitet og Anlegg. Målet er å få flest mulig til å være aktivt i naturen enten på egenhånd eller i lag med en gruppe. Arbeidet har fokus på mangfold og inkludering, både når det gjelder fysisk tilrettelegging og aktivitet. I tillegg jobber andre friluftsansjoner med alle eller noen av A'ene, og frivillig innsats er en viktig felles drivkraft.

For Lhbt+ samfunnet i Troms finnes det hovedsakelig aktiviteter i Tromsø og Harstad. Begge byene har noen faste og noen tidsbegrensede møteplasser, i tillegg til Arctic Pride som er en ukelang festival i Tromsø. Det er for tiden ikke kartlagt antall trygge møteplasser utenfor byene.

Møteplasser for den samiske og kvenske/norskfinsk befolkningen i regi av språk- og kultursentrene finnes i Tromsø, Storfjord, Kåfjord, Kvænanen, Tjeldsund, Målselv, Lavangen og Nordreisa kommune. Årlige festivaler både for den samiske og kvenske/norskfinske befolkningen er viktige møteplasser, i tillegg til de nasjonale ungdomsorganisasjonene for begge grupper.

Tilgang til aktiviteter er generelt en utfordring for både funksjonshindrede og innvandringsbefolkningen. Unntak er enkelte aktiviteter tilrettelagt for funksjonshindrede innenfor idrett, teater og enkelte festivaler i de større byene.

### 9.m. Frivillige lag og foreninger

Frivillige organisasjoner har en lang tradisjon i Norge. Frivilligheten bidrar til god folkehelse gjennom møteplasser, aktiviteter og tjenester, og ivaretar ofte sårbare grupper. For barn kan deltakelse i lag og foreninger bidra til et godt grunnlag for mestring, trivsel, fellesskap og gode vaner for fysisk aktivitet i barndom og videre i voksenalder. Det å være frivillig er en givende aktivitet for mange, som kan gi mestring og mening i livet og ha positiv innvirkning på livskvaliteten, også i den eldre aldersgruppen. Det er 2 723 frivillige organisasjoner i Troms (22). Tall fra idrettskretsen viser 380 registrerte idrettslag med totalt 56.000 medlemmer i Troms.

Det er flest eldre personer og menn som stiller opp som frivillige. Det er 60% av de over 45 som oppgir at hovedmotivasjonen for å være frivillige er å være til nytte/bidra til noe. Siden tall fra FHUS viser at flere eldre oppgir at de ikke føler at de bidra til andres lykke, vil frivillighet kunne være en viktig bidragsyter til økt livskvalitet for de eldre.

### 9.n. Lovbrudd

Kriminalitetsnivået påvirker opplevelsen av trygghet og trivsel. Kriminalitetsstatistikken gir en oversikt over registrerte lovbrudd i landet, fylker og kommuner. Imidlertid blir mange lovbrudd ikke registrert og det antas at det er store mørketall spesielt ved noen type lovbrudd som vold og seksuelle overgrep.

Antall lovbrudd i 2021 - 2022 var på 42 per 1000 innbyggere i Troms. Tendensen er nedadgående, og ligger i midtfeltet blant fylkene. Trafikkovertrедelser er mest vanlig lovbrudd i de fleste kommunene, men også vold og mishandling. Unntak er Tromsø der tyveri er vanligste lovbrudd med 13,2 per 1000 innbyggere. I Storfjord og Nordreisa er rusmiddellovbrudd vanligst med rundt 10 lovbrudd per 1000 innbyggere (1).

### 9.o. utfordringer rundt vold mot barn og i den samiske befolkningen

Barn og ungdom er en sårbar gruppe som i Troms og Finnmark oftere er offer for anmeldte lovbrudd enn i resten av landet (1). Det er vold og mishandling som utgjør hovedandelen av lovbrudd mot denne aldersgruppen (1). I Ungdataundersøkelsen oppgir mesteparten av elevene at volden de blir utsatt for skjer i møte med andre ungdommer. Det er hele 30% blant elever i ungdomstrinnet som har opplevd en eller flere ganger å bli sparket eller ristet hardt av en annen ungdom. Blant videregående elever er det 16%.

Uansett aldersgruppe ligger tall i Troms og Finnmark for personer som er offer for vold og mishandling per 1000 innbyggere høyt sammenlignet med resten av landet. Kun Agder og Oslo har høyere tall. I statistikken blir i alle fylker flere menn enn kvinner registrert som offer (1). Mørketallene kan være

store, og kjønnsforskjellen hos ofrene kan muligens henge sammen med at vold mot menn skjer mer i offentlighet og/eller har høyere alvorlighetsgrad.

Samisk helse- og levekårsundersøkelsen SAMINOR har undersøkt vold i den samiske befolkningen. Nærmere 50% av samiske kvinner oppga at de har opplevd en form av vold, sammenlignet med rundt 35% av ikke-samiske kvinner. Forskjellen ses også blant menn der rundt 40% av samiske menn har opplevd vold sammenlignet med 23% av ikke-samiske menn. For alle grupper utgjør emosjonell vold den største andelen, fulgt av fysisk vold og seksuell vold.

### ***Interpersonal violence and health among Sami and non-Sami. A population-based study in mid -and northern Norway***

	Kvinner (n=6303)		Menn (n=4993)	
	Samisk n=1242 (%)	Ikke-samisk n=5061 (%)	Samisk n= 955 (%)	Ikke-samisk n=4038 (%)
<b>All type vold</b>	<b>610 (49.1)</b>	<b>1758 (34.7)</b>	<b>379 (39.7)</b>	<b>935 (23.2)</b>
- Emosjonell	479 (38.6)	1296 (25.6)	303 (31.7)	750 (18.6)
- Fysisk	297 (23.9)	863 (17.1)	180 (18.8)	385 (9.5)
- Sexuell	271 (21.8)	791 (15.6)	48 (5.0)	164 (4.1)
Mental stress	189 (15.8)	623 (13.0)	105 (11.4)	308 (8.0)
Post-Traumatic Stress	194(16.2)	598 (12.4)	112 (12.2)	353 (9.1)
Kronisk smerte	647 (52.8)	2747 (55.1)	456 (48.5)	1910 (48.0)

Eriksen A.; Thesis "Breaking the silence"

Tall fra Ungdata viser at 17% av jenter og 5% av gutter på ungdomstrinnet har opplevd at noen mot deres vilje befølte dem på en seksuell måte i løpet av det siste året, noe som i videregående øker til henholdsvis 26% for jenter og 10% for gutter.

I mange kriger og fluktsituasjoner rammes både menn og kvinner av seksualisert vold. Hvor mange flyktninger i Troms har opplevd slik trauma finnes ikke statistikk på. Likevel er det viktig at overlevende blir identifisert og får støtten de trenger (23).

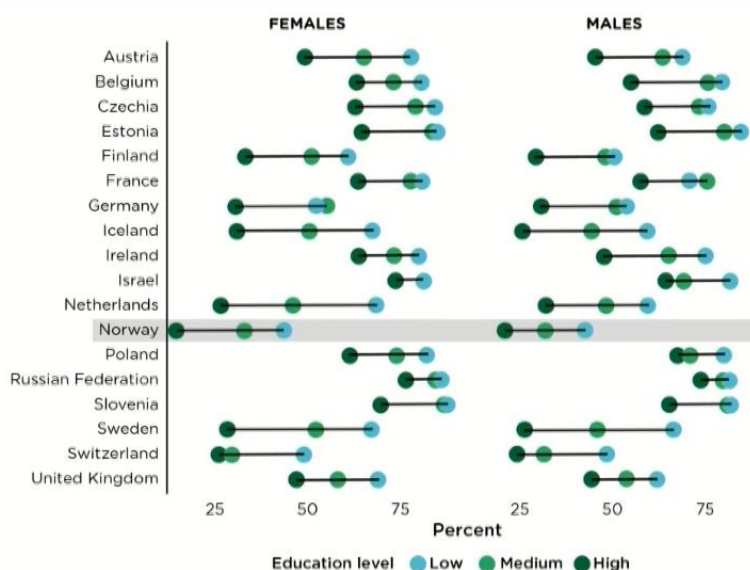
#### 9.p. Demokratisk deltakelse

Deltakelse i samfunnet er et viktig utgangspunkt for tilhørighet og trygghet. Dette gjelder på flere nivåer - fra nabolag til lokal, regional og nasjonal politikk.

Studier viser at befolkningen i Norge, i større grad enn andre land, opplever at de kan påvirke politikken i landet. I likhet med andre land finnes det en sosial gradient der de med lavere utdanning i mindre grad opplever at de kan påvirke politikken. Denne forskjellen er mindre blant menn enn blant kvinner i Norge, og den sosiale gradienten i Norge er mindre sammenlignet med de fleste andre land (8).

## THE HEALTH EQUITY SYSTEM IN NORWAY

Figure E.14 Percent reporting an inability to influence politics by level of education, 2016



Valgdeltakelsen er størst for stortingsvalget, fulgt av kommunestyrevalget og deretter fylkestingsvalget. Mens rundt 75% av befolkningen delta i stortingsvalg er det rundt 60 – 70% i kommunestyrevalg. Valgdeltakelsen for fylkestingsvalget har siden 1975 gått ned i alle kommuner i Troms fra rundt 60- 70% til rundt 50%. Med noen unntak er dette en utvikling som har skjedd i alle kommuner i landet (1, 6). Mange av de mindre kommunene har høyere valgdeltakelse enn de større.

Medvirkning er en annen mulighet for deltakelse og påvirkning i samfunnet. Det er lovpålagt at kommuner og fylkeskommuner har ungdoms-, eldreåd og råd for personer med funksjonsnedsettelse. I tillegg velger flere kommuner å organisere medvirkningsworkshop med innbyggerne når det gjelder utarbeidelse av større planer eller i vurdering og utvikling av tiltak. Hvordan medvirkningsprosesser ivaretas varierer. Under ungdomskonferansen på den nasjonale folkehelsekonferansen i Tromsø i 2023, uttrykte flere ungdommer misnøye med utformingen av medvirkningsprosessene. Sen involvering av ungdommene og manglende tilbakemeldinger om innspill var aspekter som ble nevnt.

Folkebibliotekene spiller også en rolle i demokratisk deltagelse ved å tilby et rom for offentlig samtale og debatt.

### 9.q. Oppsummering fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

- Utfordringer med luft- og drikkevannskvalitet og radon er knyttet til avgrensede geografiske områder
- For drikkevannskvalitet er leveringsstabilitet den største utfordringen. Hvilke årsaker det har bør undersøkes videre på kommunenivå.
- Utbygging av sykkelstier er for tiden ikke på et nivå som innbyggerne er fornøyd med, noe som hindrer at sykling kan være et reelt transportalternativ.
- Generelt sett oppleves tilgang til natur og friluftsområder som god, men det finnes aldersmessige og sosiale forskjeller.

- Blant barn er idrett den mest benyttede organisert aktivitet, men deltakelse går ned med alderen. Samtidig er det mange som deltar i egenorganisert fysisk aktivitet blant ungdom og unge voksne.
- Møteplasser og frivillig aktivitet bør kartlegges i forhold til antall, type og demografisk fordeling.
- Vold mot barn og unge og i den samiske befolkningen er en utfordring i Troms. Å oppleve vold, spesielt i barndommen, øker risikoen for psykiske lidelser og kan stå i veien for å oppnå høyere utdanning, arbeid og sosialt nettverk. En satsing for å motvirke utviklingen bør prioriteres.
- I den voksne samiske befolkningen er det mange som hatt lite kunnskap om sin etniske bakgrunn under oppveksten, og som har begrenset samisk språkkunnskap. Spesielt de yngre og menn oppgir at de tror at språket vil bli mindre brukt i framtiden. Dette er en mulig indikator for at den samiske kulturen oppleves som truet. Å styrke innsatsen for å bevare og styrke det samiske språket og kulturen bør prioriteres.
- Unge kvinner føler seg mindre trygge enn resten av befolkningen.
- Sosial støtte og givende relasjoner oppleves i høyere grad blant kvinner enn menn på tvers av alder, etnisitet og sosiale grupper.
- De eldste rapporterer i mindre grad at de bidra til andres lykke, noe som kan ha negativ effekt på psykisk helse. Frivillighet kan være et utgangspunkt for å øke opplevelsen av å bidra til andres lykke og følelse av tilhørighet.

## 10. Skader og ulykker

Skader og ulykkesstatistikken har over tid gått ned i Norge. Det er fortsatt et område som krever styrket innsats og nærmere 700 000 personer i Norge må hvert år få medisinsk behandling for skader og ulykker. Dette har ofte alvorlige konsekvenser for individet og samfunnet: begrensede muligheter til å jobbe og delta i samfunnet for den enkelte, og for samfunnet som står for den største delen av kostnadene og taper viktig arbeidskraft. Skader og ulykker kan i stor grad forebygges. Det er derfor viktig at fylker og kommuner kartlegger hvilke områder som er spesielt utsatt og prioriterer forebyggende tiltak.

### 10.a. Fallulykker og hoftebrudd

Fallskader er blant de fem viktigste faktorene som bidrar til tapte leveår og tapte friske leveår i befolkningen (DALY) (24). Hvert år rammes mer enn 9000 personer i Norge. For dødsårsak på grunn av ulykker er fall den hyppigste årsaken både i Troms og resten av landet. Videre er fall den vanligste årsaken til hoftebrudd hos eldre. I gjennomsnitt skjer det 413,3 hoftebrudd per år i Troms og Finnmark. Et hoftebrudd koster kommunen over 500 000 kr i helse og rehabiliteringstjenester i det første året. Fysisk aktivitet som styrke og balansetrening, forebyggende hjemmebesøk hos eldre og trygge boliger er eksempler på forebyggende tiltak (25).

### 10.b. Flest skader skjer hjemme

Ifølge Skadeforebyggende forum skjer flest skader i og utenfor boliger og på fritiden, fulgt av skader og ulykker på vei. Estimerte tall for Troms er 6 631 skader ved bolig inne og ute og 3 435 skader på vei per år. Disse estimatene er basert på nasjonale tall og innbyggertall i hver kommune. Utfordringen med et slik estimat er at det ikke tar i betraktning lokale forskjeller. En lang vinter med mye is og snø i Troms og resten av Nord Norge vil mest sannsynlig påvirke skadestatistikk negativt (26).

### 10.c. Mangel på informasjon om trafikkulykker

En stor andel av ulykker og skader skjer i trafikken, både i fylket og på nasjonalt nivå. Den offisielle statistikken er mangelfull. Ifølge en rapport fra Trygg trafikk fanger statistikken fra politiets registrering opp i underkant av 40% av de hardt skadde som behandles i helsetjenesten. Mørketallet for mindre skader kan antas å være enda høyere. I tillegg finnes det ikke en registrering av ulykker med andre kjøretøy som snøscooter og ATV. Slike kjøretøy brukes aktivt i mange kommuner i Troms.

Tilgjengelig statistikk viser at i soner med fartsgrense 80 km/t er der flest ulykker skjer i trafikken, etterfulgt av soner med 50 km/t. Utforkjøring er den vanligste ulykkestypen.

Tallene på antall trafikkulykker har variert, og viser ikke noen tydelige tendenser i økning eller nedgang. Som i resten av landet er det menn som oftest blir drept eller hardt skadet i trafikkulykker i Troms. Aldersgruppen som dør i trafikken varierer fra år til år. Det er fortsatt flest menn i 20 årene som blir drept, men også menn i høyere alder står for flest dødsulykker noen år (27).

### 10.d. Sykkel og sparkesykkel

Innsats for å fremme bruk av andre transportmåter enn bil innebærer blant annet en økning i bruk av sykkel og sparkesykkel. I hvilken grad bruk av sykkel har økt i Troms finnes det ikke tall på. Inntrykket er at flere velger motoriserte transportformer som el-sykkel og –sparkesykkel. Dette skaper en ny trafikk situasjon på vei, gang- og sykkelstier hvor nye faremomenter må hensyntas. Trygg trafikk rapporterer at *av 286 skader (i Norge) der el-sparkesyklistene fikk hodeskader, var det kun 4 som brukte hjelm*. Skader i tilknytning til disse transportformer må registreres bedre for å vurdere tiltak.

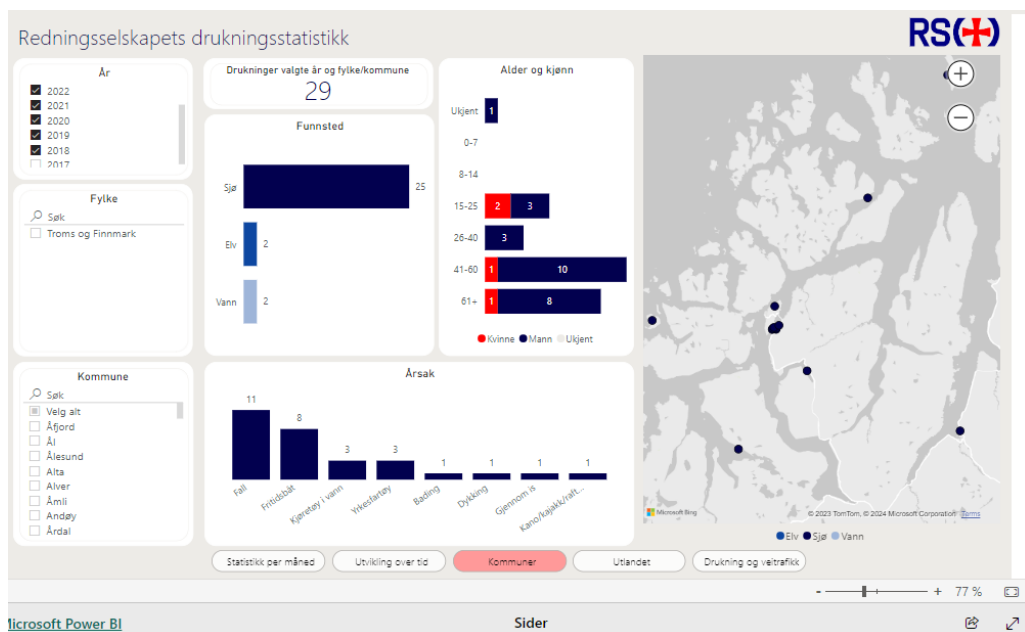
### 10.e. Brann

Eldre, pleietrengende, funksjonshindrede og rusavhengige er spesielt utsatt for brann. Informasjon om brannskader som blir behandlet på sykehus registreres samlet for sykehusene i Narvik, Harstad og Tromsø. I 2022 ble det registrert 138 brannskader og etsykader på ytre kroppsoverflater. Dette skiller seg ikke spesielt fra andre områder i landet (28). Lettere brannskader som behandles av fastlegen eller i legevakta finnes det ikke statistikk på.

Brann i bolig står for 80% av alle omkomne i brann i Norge og er det hyppigste oppdraget for brannvesenet. I snitt omkommer det 61 personer hvert år i brann i Norge (29).

### 10.f. Flest drukninger blant 41+ åringer på grunn av fall

Redningsselskapets drukningsstatistikk har siden 2018 hatt ansvar for å registrere drukninger i kommunene i Norge. Siden 2017 har det omkommet 30 personer i Troms, 12 av disse på grunn av fall og 8 i forbindelse med bruk av fritidsbåt. Menn er overrepresentert både på fylkes- og nasjonalt nivå og utgjør 26 av de 30 drukninger i Troms. Av disse var 20 i aldersgruppen 41+. Type og antall ulykker varierer mellom kommunene. Tromsø kommune med flest innbyggere har også flest drukningsulykker, hvor 6 av de 11 fallulykkene skjedde i Tromsø-området. For de fleste andre kommuner er det ca. 2 -3 drukninger per år, og disse er ofte tilknyttet til fritidsbåt (30).



### 10.g. Svømmedyktighet i fylke

Vanntemperaturen i Troms fører til at ulykker i vann fort blir livstruende, uavhengig av svømmeferdighetene til den enkelte. Likevel er svømmeferdigheter et viktig tiltak for å forebygge ulykker i vann.

Blant 17-åringene rapporterer 86% at de kan svømme 200m i Troms. Dette er på likt nivå med resten av landet (6).

Fra skoleåret 2017/18 ble det obligatorisk å gjennomføre en ferdighetsprøve i svømming for elever på 1. – 4. klassetrinn. For tiden finnes det ikke oversikt over hvor mange elever som klarer ferdighetsprøven, men det er et tiltak som kan bidra til at alle uavhengig av sosial bakgrunn får økte ferdigheter i vann.

### 10.h. Skred

Skader og dødsulykker på grunn av skred er økende i Troms. Bratte fjell, ustabile snøforhold og manglende kunnskap blant besøkende om lokale forhold i fjellene utgjør deler av utfordringsbildet. Varsom er en nettsjeneste som arbeider med både forebyggende tiltak og statistikk. Siden høsten 2008 har tjenesten notert 104 døde og 738 skredtatte i hele Norge. Nesten halvparten av dødsulykkene og en fjerdedel av alle skredtatte var hendelser i Troms. Det er særlig i Lyngen, Tromsø og Balsfjord kommune der ulykkene skjer. Kommunene har iverksatt ulike tiltak som blant annet varsling om skredfare til besøkende på eget morsmål. For lokalbefolkningen fører skredutsatte veier som må stenges flere ganger per vinter til isolasjon og utrygghet.

### 10.i. Oppsummering skader og ulykker

- Fallulykker og hoftebrudd er største utfordring blant skader og ulykker. Fallforebyggende trening og utbygging av tilrettelagte bolig bør styrkes.
- Statistikk på skader og ulykker er begrenset og bør forbedres.
- El-sykkel- og sparkesykkeltrafikk øker og innebærer nye faremomenter i trafikken.

- Flest drukninger skjer blant menn og de over 41 år. Fall er hyppigst årsak for drukning.
- Skred er en økende utfordring for både lokalbefolkningen og besøksnæringen. Å støtte kommunene og andre aktører både i forebyggende tiltak og ved skredulykker må styrkes.

## 11. Helserelatert atferd

### 11.a. Alkohol

Høyt inntak av alkohol, er en risiko for mange sykdommer som lever- og hjerte-karsykdom. I tillegg kan det å være beruset føre til skadelig adferd som vold eller ulykker, spesielt i trafikken. Alkohol er det mest utbredte rusmiddelet i Norge og knyttes til størstedelen av helsemessige og sosiale rusproblemer.

Ungdataundersøkelsen viser at de færreste ungdommer har smakt alkohol i 8.trinn. I 10.trinn har rundt 30% smakt på alkohol mens ved 3. år i videregående skole er det rundt 87%.

En av tre ungdommer i videregående skole drikker av og til, men ikke så ofte som månedlig. En av fire drikker noen ganger i måneden. Sammenlignet med Norge som helhet drikker videregående elever mindre i Troms og Finnmark (10).

Blant voksne drikker menn oftere og mer enn kvinner, uavhengig av alder og utdanningsnivå. De eldre drikker oftere, men mindre enn de yngre. Regelmessigheten øker med utdanningsnivå, men det vises ikke store forskjeller i mengden som drikkes. Resultatene samsvarer med funn i resten av landet. Blant samiske menn og kvinner er det signifikant færre som drikker alkohol ofte sammenlignet med ikke-samiske. Når det gjelder episodisk høyt inntak finner man ikke en stor etnisk forskjell (21).

Ifølge vinmonopolet var deres omsetning av alkohol i Troms på 45 608 024 liter første halvår i 2023. Omsetningen er en grov antydning på reel mengde alkohol konsumert fordi en del alkoholkjøp foregår i naboland og -fylker.

### 11.b. Røyking og snus

Hjerte- og karsykdom, kols og lungekreft er blant de alvorlige sykdommene som kan forårsakes av røyking. Videre kan røyking øke risikoen for diabetes (31). Virkningen av snus på helse er mindre kjent enn for røyking, men forskning viser økt risiko for noen type kreft og negative effekter på tannhelsen (32).

Ungdataundersøkelsen viser at både røyking og snusing øker fra ungdomstrinn til videregående. Blant videregående elevene er det både 12% som snuser daglig, og som røyker sjeldnere enn en gang i uka. Blant gutter er det mer vanlig å røyke og snuse enn blant jenter. Kjønnforskjellen fortsetter med stigende alder for snus, men ikke like mye for røyking. Blant voksne er det flest menn og kvinner mellom 40 og 59 som røyker daglig i Troms og Finnmark. Videre er det en sosial gradient der daglig røyking er vanligere blant de med lavere utdanningsnivå. Forskjellen mellom grunnskoleutdanning og universitetsutdanning ligger på 12% for menn og 15% for kvinner. Røyking er også forskjellig mellom kommunene, der Sør-Troms og Tromsø-området har laveste andel daglig røykere. Andelen som snuser ligger rundt 15% i alle regioner i Troms. Sammenlignet med andelen som røyker daglig er det høyt. Det er flere menn med grunnskole enn med høyere utdanning som snuser, men gradienten er ikke like sterk som for røyking. Blant kvinner finnes det ingen signifikant forskjell etter utdanningsnivå. Andelen som snuser følger en sterk aldersgradient som går ned med økende alder (21).



### 11.c. Cannabis

Blant elever på videregående skole oppgir 10% at de har brukt hasj eller marihuana en eller flere ganger. Bruken øker med alderen og er høyest i 3. klasse der 15% har brukt rusmidlene i løpet av det siste året. Andelen som ha blitt tilbud hasj eller marihuana øker også med alderen og er i 3. klasse på 33%. Troms og Finnmark ligger under landsgjennomsnittet i bruk og tilgang på cannabis (10). Det er flere kommuner som beskriver utfordringer med rus blant ungdom også i kommuner der Ungdata-resultatene viser lite bruk av rus. Lokalkunnskap fra kommunene er derfor viktig.

Det finnes ikke tall på fylkesnivå for bruk av cannabis i den voksne befolkningen. For Norge som helhet svarer de fleste som har brukt cannabis at de har brukt det litt, rundt 1-5 ganger. Gruppen som rapporterer mest bruk siste 12 måneder er de yngre i aldersgruppen 21-25 år (33).

### 11.d Andre narkotika

Etter cannabis som er det mest brukte narkotikamiddel i Norge er kokain, amfetaminer og ecstasy/MDMA de rusmidler som oftest rapporteres brukt i befolkningsundersøkelsen fra FHI.

Det er flest yngre som har prøvd ut rusmidler noen ganger. Kokain brukes oftest, fulgt av amfetamin og ecstasy/MDMA (33).

Alle kommuner i Troms tilbyr tiltak innenfor rusmiddelavhengighet. I tillegg gjennomføres det forebyggende tiltak i skolene i flere kommuner.

### 11.e Doping i treningssentrene

Doping er mest kjent som bruk av stoffer, medikamenter eller metoder for å øke kroppens fysiske prestasjonsevne blant toppidrettsutøvere. I de siste årene har det blitt mer vanlig at doping forekommer blant øvrig befolkning, og spesielt i tilknytning til treningssentrene. Noen kommuner i Troms har observert en utfordring med bruk og handel av dopingmidler ved sentrene. At flere ungdommer bruker treningssentrene betyr at det er behov for en bedre oversikt over utbredelsen av utfordringen og en vurdering av forebyggende tiltak.

### 11.f Legemiddelavhengighet

Medikamenter som virker effektivt på kort sikt kan føre til avhengighet ved lengre bruk. Dette gjelder spesielt opiatere som brukes ved smertelindring og benzodiazepiner som er effektive mot angst og søvnproblemer. Begge er knyttet til overdosedød. Det finnes ikke lokale tall på legemiddelavhengighet, men på landbasis er andelen som er avhengig stigende.

### 11.g. Kvinner og eldre spiser sunnere

Et godt og variert kosthold er viktig for at kroppen skal opprettholde alle funksjoner. Nasjonale anbefalinger for et sunt kosthold inkluderer fem porsjoner frukt og grønnsaker daglig og to til tre porsjoner fisk per uke.

Flere kvinner enn menn spiser frukt og grønt daglig, og andelen øker med høyere alder og utdanning. Selv om noen alders- og kjønnsgrupper ligger bedre an enn andre, er det en lav andel i befolkningen som spiser frukt og grønt daglig (21).

Når det gjelder inntak av fisk ligger menn og kvinner likt i alle alders- og utdanningsgrupper. Størst forskjell finnes mellom aldersgruppene 70+, der rundt 95% spiser fisk ukentlig eller mer sammenlignet

med aldersgruppen 18-29 år der andelen kun er 66%. Uavhengig av denne aldersforskjellen er inntak av fisk den anbefalingen som de fleste oppfyller (21). Fiskeri har en lang tradisjon i Troms og tilgangen til fisk er god. Samtidig opplever mange barnehager i distriktene at færre barn spiser fisk. At flere familier som kommer fra land der fisk er mindre vanlig er en mulig årsak.

### 11.h. Matsservering i skole og barnehage

Matsservering i skolen har positive ringvirkninger på kostholdet også utenfor skolen (8). I tillegg vil det å tilby skolemåltider være en møteplass som kan utjevne sosiale forskjeller.

Alle barnehager serverer mat daglig. Antall varme måltider som serveres varierer, men en gang per uke er vanlig. Nasjonale retningslinjer for mat og måltider fra Helsedirektoratet er gjeldende for alle barnehager i Norge. Det er likevel store forskjeller på hvilken matkvalitet som blir servert og hvor ofte barn får tilbud om godteri og andre søtsaker.

En fersk studie har kartlagt antall skolematordninger og andel skoler som tilbyr gratis mat hver dag i ungdoms- og videregående skoler i Norge. Sammenlignet med andre fylker er det få skoler i Troms og Finnmark som tilbyr gratis skolemat hver dag. Det er 70% av videregående skoler som har skolematordninger, men disse er imidlertid ikke gratis eller tilbys daglig (34).

Tabell 3. Skolematordning og tilbud av eit dagleg, gratis skulemåltid i ungdomsskular (n = 817) og vidaregåande skular (n = 298) etter fylke.

	Ungdomsskular			Vidaregåande skular		
	n	Dagleg gratis %	Skulematordning %	n	Dagleg gratis %	Skulematordning %
Agder	53	6	9	22	59	86
Innlandet	62	10	14	27	70	85
Møre og Romsdal	52	4	12	18	0	22
Nordland	83	10	28	15	80	93
Oslo	42	12	12	27	56	67
Rogaland	73	4	11	24	63	83
Troms og Finnmark	66	2	14	20	15	70
Trøndelag	73	6	27	31	13	45
Vestfold og Telemark	58	12	26	17	76	94
Vestland	106	0	14	40	50	92
Viken	149	5	12	57	37	53
TOTALT	817	6	16	298	45	70

### 11.i. Mindre stillesitting blant de med lavere utdanning, men også mindre fysisk aktivitet i fritiden

Helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet for voksne er minst 150 til 300 minutter hver uke med en intensitet som motsvarer rask gange. Det anbefales i tillegg 75 til 150 minutter med høy intensitet eller en kombinasjon av begge ukentlig. Aktivitet etter anbefalingene kan redusere risiko for hjerte- og karsykdom, hjerneslag, høyt blodtrykk, type 2-diabetes og flere former for kreft.

Tall fra FHUS undersøkelsen viser at 1 av 4 med høyere utdanning rapporterer å være 30 minutt moderat fysisk aktivt daglig. Blant de med grunnskoleutdanning er det kun 1 av 8. Samtidig svarte deltakerne med grunnskoleutdanning at de i gjennomsnitt var stillesittende en time mindre enn de

med høyere utdanning. En årsak til dette kan være at mange med grunnskole som høyeste utdanning har en fysisk krevende jobb, noe som kan gi utslag i mindre tid brukt på fysisk aktivitet på fritiden.. Dårlig økonomi kan være en annen faktor som påvirker hvordan fritiden brukes. Den yngre aldersgruppen er mer stillesittende enn de eldre, men de er også mer aktive i fritiden.

Det er rundt 60% i ungdomsbefolkningen som trener tre eller flere ganger per uke. For ungdom på ungdomstrinnet er aktiviteten i hovedsak knyttet til et idrettslag, mens elevene på videregående skole trener mest på treningsstudio (10).

### 11.j. Oppsummering helsereelatert adferd

- Røyking er vanligst i aldersgruppen 40 – 59 år og blant de med lavere utdanning
- Snusing er vanligere blant de yngre
- Det mangler tall på narkotikabruk i Troms. Samarbeid med relevante aktører som politiet og oppvekstsektoren bør styrkes.
- De eldre og de med høyere utdanning drikker oftest
- De eldre spiser fisk ukentlig eller oftere
- De med lavere utdanning og eldre arbeidstakere er mindre stillesittende, men også mindre aktive enn de med høyere utdanning og de yngre. Aktivitetsnivået er forholdsvis lavt for alle grupper.
- Det er behov for å styrke samarbeidet med FoU-miljøet i utprøving av tiltak knyttet til fysisk aktivitet og kosthold både på individ- og kommunenivå.

## 12. Helsetilstand

Norge deltar i Verdens helseorganisasjons prosjekt «Global Burden of disease». Målet er å få en geografisk oversikt over sykdomsbyrden som følge av dødelighet og/eller helsetap. Når det gjelder tap av friske leveår er det tre områder som dominerer: Muskel- og skjelettplager, psykiske lidelser og nevrologiske tilstander. Disse områdene kan i mange tilfeller påvirke hverandre. Når man kombinerer tapte leveår og tap av friske leveår, bidrar følgende tilstander mest til sykdomsbyrden: Hjerte- og karsykdom, kreft, muskel og skjelettsykdommer, nevrologiske sykdommer og psykiske lidelser.

### 12.a. Egenvurdert helse

Mens rundt 80% med høyere utdanning opplever sin egen helse som god eller svært god er det rundt 55% blant de med grunnskole utdanning som rapporterer det samme. Alder spiller også en rolle der færre eldre enn yngre opplever sin egen helse som god eller svært god. I den samiske, samisk/kvensk og kvenske/norskfinsk befolkningen ligger egenvurdert helse rundt 5% lavere enn resten av befolkningen i Troms og Finnmark (21). Blant funksjonshindrede på landsbasis oppgir 36% å ha dårlig helse. Det finnes ikke tall på fylkesnivå for denne gruppen.

### 12.b. Høyere andel overvekt enn landet for øvrig

Det er vanlig at forskere grupperer befolkningen i vektkategoriene undervekt, normalvekt, overvekt og fedme. Ofte brukes KMI (Kroppss Masse Index) som et verktøy for å beregne hvilken gruppe en person tilhører. Både undervekt og overvekt/fedme er faktorer som medfører dårlig helse. I vestlige land som Norge utgjør overvekt og fedme den største helseutfordringen. En KMI over 30 klassifiseres som fedme og er knyttet til sykdomsrisikoer som type 2 diabetes, hjerte-kar sykdom og dødelighet.

I FHUS-undersøkelsen fantes flest personer med KMI over 30 blant de med grunnskoleutdanning og i aldersgruppen 40-59 år. For de med grunnskoleutdanning var det rundt 28% i kategorien fedme, sammenlignet med rundt 14 prosent for de med høyskoleutdanning.

Resultatene fra den nasjonale folkehelseundersøkelsen viser at andelen med fedme i Troms og Finnmark ligger på 20,7% sammenlignet med landsgjennomsnitt på 16%. I Tromsøundersøkelsen ligger andelen med fedme på 24%, noe som er høyere enn det som ble rapportert i FHUS-undersøkelsen både for Tromsø regionen og Troms og Finnmark. Mens KMI i FHUS er basert på selvrapportert informasjon, er tallene i Tromsøundersøkelsen basert på målinger. Et annet funn fra Tromsøundersøkelsen er at andelen med fedme er høyere i distriktsområder sammenlignet med bynære områder. Det kan antas at dette gjelder også for andre kommuner i Troms.

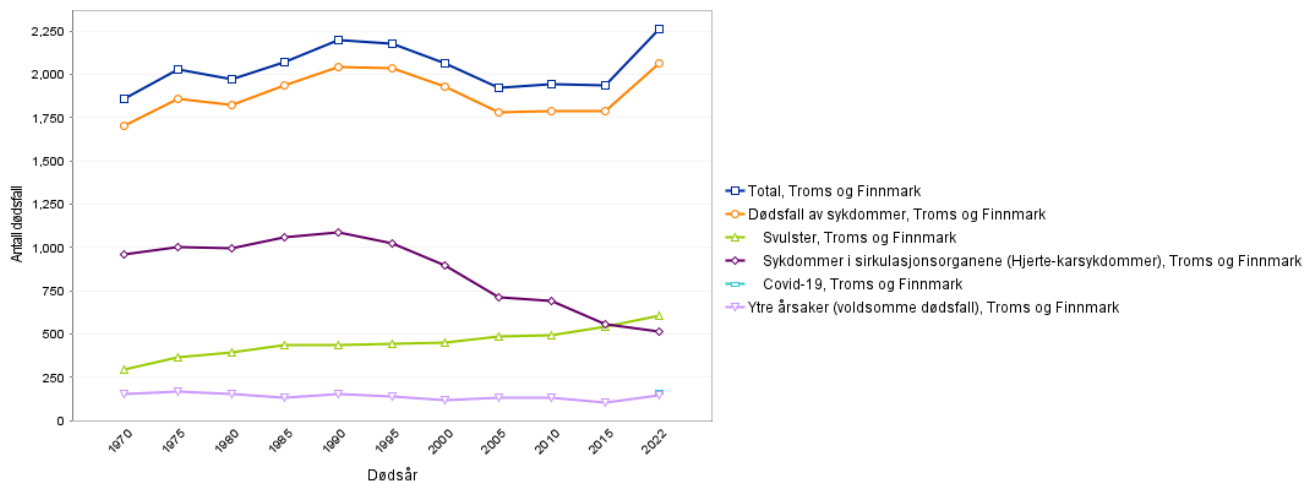
Tall fra SAMINOR studien 1 og 2 viser at fedme i den samiske befolkningen er noe høyere enn i resten av befolkningen. Artikkelforfatterne kommenterer at samene i gjennomsnitt er 6 – 7 cm lavere enn ikke-samiske deltakere i samme studie, noe KMI-beregningene ikke reflekterer proporsjonalt.

## 12.c. Dødsårsaker

Dødsårsaker og utvikling over tid gir et bilde av hvilke sykdommer eller tilstander som har størst påvirkning på befolkningens helse.

I Troms og Finnmark er ulike typer av kreft den fremste dødsårsaken etterfulgt av hjerte-karsykdommer. Blant kreftsykdommene tar lungekreft flest liv og tendensen er lik i andre fylker. Under pandemien var det 160 dødsfall i 2022 som skyldes covid-19. Når det kommer til andre årsaker enn sykdom er fall den fremste dødsårsaken (35).

Bofylke	Total	Viken	Oslo	Innlandet	Vestfold og Telemark	Agder	Rogaland	Vestland	Møre og Romsdal	Trøndelag	Nordland	Troms og Finnmark
Dødsårsak												
<b>Total</b>	45 947	10 534	4 171	4 241	4 232	2 599	3 508	5 372	2 454	4 100	2 474	2 260
<b>Dødsfall av sykdommer</b>	42 429	9 718	3 776	3 956	3 908	2 426	3 213	4 954	2 301	3 818	2 291	2 066
<b>Svulster</b>	11 537	2 594	1 032	1 016	1 093	697	927	1 357	621	955	637	608
Ondartede svulster (kreft)	11 282	2 539	1 011	1 001	1 066	686	903	1 324	608	931	620	593
Godartede svulster og svulster med uklart malignitetspotensiale	255	55	21	15	27	11	24	33	13	24	17	15
<b>Sykdommer i sirkulasjonsorganene (Hjerte-karsykdommer)</b>	10 381	2 318	901	947	951	541	795	1 237	617	985	573	516
Iskemisk hjertesykdom	3 482	807	287	269	327	172	278	410	231	319	207	175
Akutt hjerteinfarkt	1 429	335	93	120	139	70	105	158	124	114	99	72
Annen iskemisk hjertesykdom	2 053	472	194	149	188	102	173	252	107	205	108	103
Andre hjertesykdommer (ekskl. revmatiske hjertesykdommer)	2 842	605	247	259	258	163	228	391	162	267	141	121
Karsykdommer i hjernen	2 053	447	165	237	169	105	161	214	124	205	108	118
Andre hjerte-karsykdommer	2 004	459	202	182	197	101	128	222	100	194	117	102
Influenza	175	35	20	21	13	6	14	16	11	23	7	9
Lungebetennelse	1 131	254	91	115	118	80	88	150	57	86	55	37
Kroniske sykdommer i de nedre luftveier	2 438	554	199	265	245	175	177	241	107	215	137	123
Andre sykdommer i åndedretsorganene	657	147	59	57	66	31	49	85	32	79	28	24
<b>Covid-19</b>	2 858	660	252	252	281	177	209	331	166	229	140	160
<b>Ytre årsaker (voldsomme dødsfall)</b>	2 747	586	264	259	272	138	237	341	127	233	145	145
<b>Ulykker</b>	2 074	431	176	201	211	101	174	272	97	190	107	114
Transportulykker	151	34	5	-	22	6	17	14	-	19	6	-
Fällulykker	1 036	210	87	119	102	52	80	129	54	99	46	58
Drukningsulykker	81	11	7	-	7	6	7	16	-	5	7	-
Forgiftningsulykker	361	72	43	23	33	18	37	61	9	30	18	17
Andre ulykker	445	104	34	45	47	19	33	52	21	37	30	23



## 12.d. Psykisk helse og livskvalitet

HSCL er en sjekklister som måler symptomer på depresjon og angst og er mye brukt både i Norge og internasjonalt. Resultatene blir presentert som en gjennomsnittlig poengsum mellom 1 og 4. En poengsum over 2 gjør at personen kan kvalifisere for en diagnose. I FHUS-undersøkelsen ble en kortversjon av denne sjekklister brukt. Andelen med poengsum høyere enn 2 ble omtrent dobbelt så høy blant de med grunnskoleutdanning (19,1 % blant kvinner og 15,0 % blant menn) sammenlignet med de som har høyskoleutdannelsen (9,7 % blant kvinner og 7,8 % blant menn). Gjennomsnittlig poengsum er høyest blant de yngste med 1.88 for kvinner og 1.70 for menn. Poengsummen går gradvis ned med alderen der de i aldersgruppen 70+ skårer lavest med 1.33 for kvinner og 1.25 for menn. Det er ikke spesielt store forskjeller mellom regionene, men Tromsø har høyeste gjennomsnittlige HSCL-poengsum med 1.51. Samiske deltakere hadde også en høyere gjennomsnittlig poengsum, med 1.6 for menn og 1.5 for kvinner.

Levekår og opplevd vold er eksempler på faktorer som påvirker den enkeltes psykiske helse. Mange hendelse som fører til dårlig psykisk helse senere i livet er tilknyttet til oppveksten.

Det finnes ikke en HSCL-undersøkelse for ungdom i fylket. I Ungdataundersøkelsen blir ungdom spurt om de har hatt mange psykiske plager de siste sju dager. I ungdomsskolealder er det tre ganger så mange jenter sammenlignet med gutter som svarer at de har opplevd psykiske plager. I videregående skole holder andelen jenter seg ganske stabil, mens andelen gutter øker med 3%. I begge aldersgrupper er plagen som blir nevnt oftest «*Bekymret deg for mye om ting*». I videregående skole øker andelen som rapporter at de føler «*håpløshet med tanke på framtida*».

Blant funksjonshindrede i Norge har 30% betydelige psykiske vansker ifølge Bufdir. Det finnes ikke egne tall for Troms.

Andel som oppsøker hjelp i primærhelsetjenesten for psykiske lidelse og symptomer er størst i aldersgruppen 25 – 44 år. Siden folkehelseprofilen for fylker og kommuner har en annen inndeling i aldersgrupper enn FHUS er det vanskelig å sammenligne resultatene. Videre kan det antas at ikke alle som opplever psykiske plager oppsøker hjelp (6).

## 12.e. Livskvalitet – De yngste er minst fornøyd

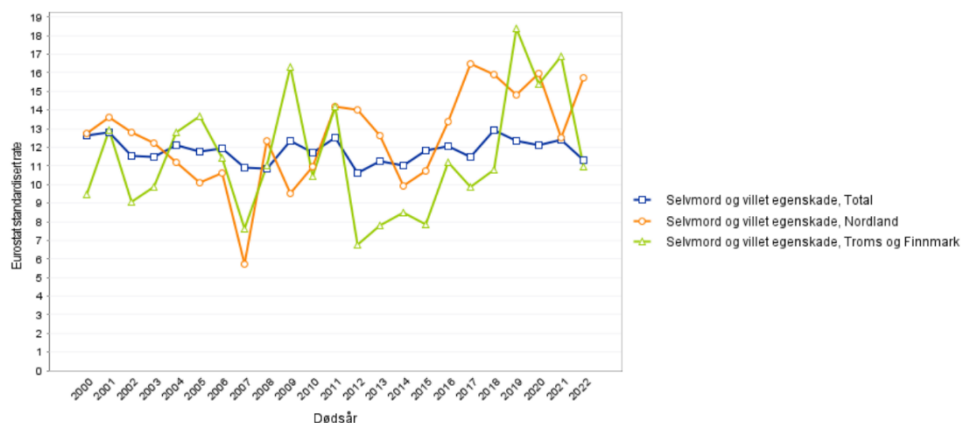
Det lanseres en nasjonal strategi om livskvalitet høsten 2024. Livskvalitet er et samlebegrep for den subjektive og objektive opplevelsen av livet. Under subjektive opplevelser menes faktorer som tilfredshet, glede, mestring og mening. Under objektive faktorer måles faktorer som inntekt og sosial deltakelse. Objektive faktorer som boforhold er beskrevet i kapitlet om levekårsforhold. Dette kapitlet vil beskrive de subjektive opplevelsene.

I FHUS undersøkelsen ble livskvalitet målt i tre deler. Del 1 handlet om fornøydhet, følelse av mening i livet, og relasjoner med andre. Del 2 handlet om følelser som å være glad, bekymret, trist eller irritert, og del 3 hadde spørsmål om ensomhet og angst. Resultatene viser en sosial gradient og en aldersgradient der de yngste og de med lavere utdanning generelt sett er mindre fornøyd med livet. Størst forskjell finner man rundt opplevelsen av å ha et meningsfylt liv, som måles på en skala fra 1 til 10 der 10 er best. Den gjennomsnittlige poengsum for de yngste er 6.6, mens aldersgruppen 60-69 år har en poengsum på 8. Gradienten er omvendt på spørsmål om man opplever at man bidrar til andres lykke og livskvalitet, der de over 60 år har en noe lavere poengsum enn de andre aldersgruppene. Den sosiale forskjellen gjelder alle spørsmål rundt livskvalitet, men er størst for spørsmålet om det å ha støttende sosiale relasjoner. Gjennomsnittet for de med grunnskoleutdanning ligger på 6.7, og på 7.8 for de med høyere utdanning.

Kvinner rapporterer om mer mening i livet og å ha flere støttende kontakter enn menn, men opplever mer bekymring og engstelse enn menn. Det er få forskjeller mellom regionene (21).

## 12.f. Selvmord og selvskading

Selv mordstallene både i fylket og nasjonalt varierer fra år til år. I 2022 var det 26 personer som tok livet sitt i Troms og Finnmark, av disse var 21 menn og 5 kvinner. Det gir fylket en rate på 11 selvmord per 100.000 innbygger. Fra år 2000 har den laveste raten vært på 6.8 og den høyeste på 18.4 selvmord. Fra 2018 har Troms og Finnmark ligget en god del høyere på selvmordsstatistikken enn resten av landet, mens i årene før var det færre registrerte selvmord enn i resten av landet (6).



Det antas at det er store mørketall når det kommer til utførte selvmord. Det kan være vanskelig å identifisere om noe har vært en ulykke eller selvmord. Mørketall på selvmordsforsøk er enda høyere. Brannvesenet fører statistikk på oppdrag tilknyttet til trussel om selvmord. Antall trusler økte under Covid-19 pandemien, og ligger fortsatt høyt.

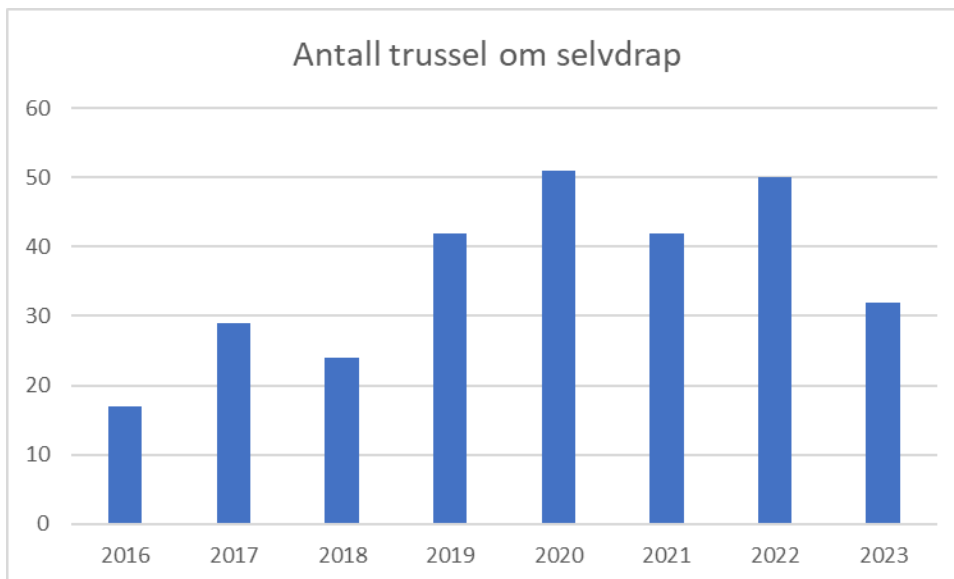


Diagram: Antall trussel om selvdrap status 08.08.2023 for hele Troms (brannstatistikk.no)

Menn er overrepresentert i selvmordsstatistikken. Det er lik tendens over hele landet og har vært stabilt over flere år. Videre viser statistikken at de fleste som tar livet sitt har vært i kontakt med helsetjenesten. Sosial støtte og gode relasjoner, noe som kvinner rapporterer å ha mer av enn menn, er eksempler på beskyttende faktorer. Det er derfor viktig at selvmordsforebyggende arbeid starter tidlig og inkluderer tiltak for økt livskvalitet, samhold og tilhørighet. I skolen er antimobbearbeid et viktig tiltak innenfor det selvmordsforebyggende arbeid.

### 12.g. Demens

Demens er en fellesbetegnelse på flere hjernesykdommer som påvirker adferd og evnen til å huske, tenke og utføre daglige aktiviteter. Sykdommen er hovedsakelig knyttet til høy alder. Gener og risikofaktorer for hjerte- og karsykdom kan også påvirke utviklingen av demens. Forskning har funnet høyere forekomst av demens i gruppene kvinner og de med lavere utdanning. Årsakssammenhengen er fortsatt uklar (36).

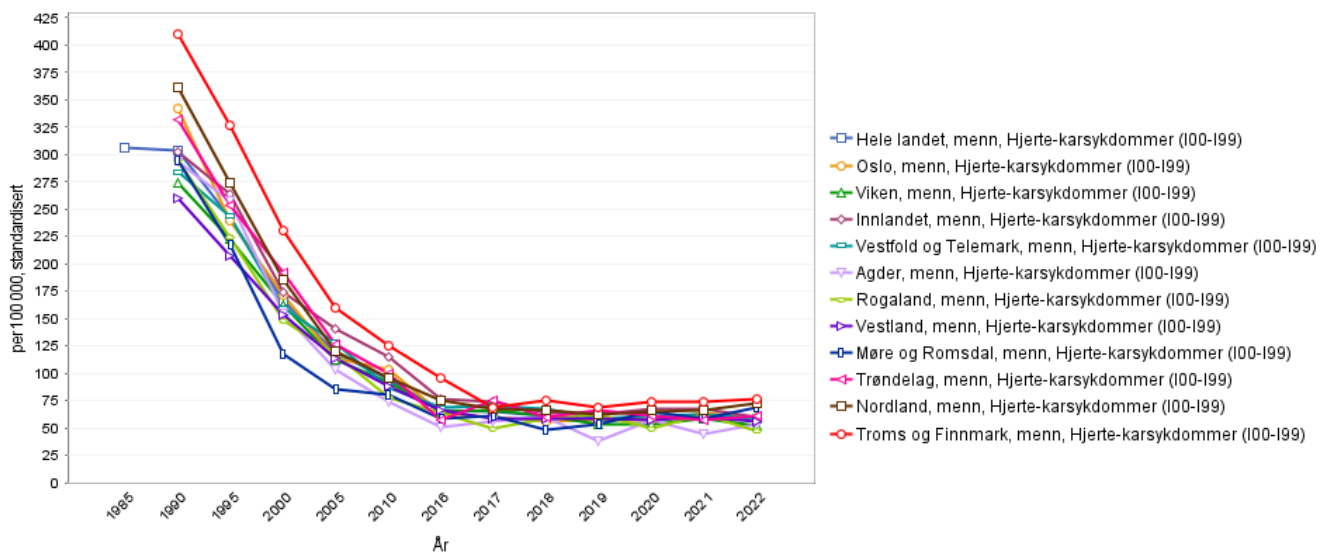
Det finnes ikke statistikk om demens på fylkesnivå. Specialisthelsetjenestene oppgir kun prevalensen av forskjellige type demens på nasjonalt nivå. Blant dødsårsaker oppføres demens under psykiske lidelser og adferdsmessige forstyrrelser, og i denne gruppen utgjør demens flest dødsfall i alle fylker i landet (35).

Med en aldrende befolkning er forebygging av demens et viktig satsingsområde både på landsbasis og i fylket.

### 12.h. Hjerte- og karsykdom

Hjerte- og karsykdommer er en fellesbetegnelse på sykdommer og tilstander som rammer kroppens blodårer eller hjerte. Det kan være sykdommer både i selve hjertemuskulaturen, og i blodårene (37). De vanligste hjerte- og karsykdommene er hjertekrampe, hjerteinfarkt, hjerneslag, atrieflimmer og hjertesvikt (38).

Siden 2016 har rundt 100 – 110 personer per år blitt diagnostisert med hjerte-karsykdom i Troms og Finnmark. Som regel ligger antall diagnoser, sykehusinnlagte og dødsfall litt over landsgjennomsnittet i regionen. Menn i Troms og Finnmark har høyeste andel dødsfall knyttet til hjerte-kar sykdom i landet (6).



En av årsakene til at det totale antallet tilfeller av hjerte-karsykdom har gått ned siden 1990 antas å være endring i levevaner. Nedgang i røyking har spilt en stor rolle i utviklingen. Å fortsette innsatsen mot røykeslutt i tillegg til å prioritere forebyggende arbeid med risikofaktorer som overvekt og type 2-diabetes er viktig for å redusere sykdomsbyrden.

### 12.i. Luftveissykdom - røykerelaterte dødsfall er de hyppigste

De vanligste kroniske luftveissykdommer er astma og KOLS - kronisk obstruktiv lungesykdom. Mens KOLS stort sett rammer den eldre delen av befolkningen, rammer astma alle aldersgrupper. Den viktigste påvirkningsfaktoren for KOLS er røyking, men også eksponering for støv eller gasser på jobb. Det finnes flere typer astma med forskjellige forårsakende eller forverrende faktorer som varierer fra allergener til fysisk aktivitet (39). Røykerelaterte dødsfall som KOLS og lungekreft er noen av de hyppigste dødsårsaker i regionen og resten av landet (35). Andelen som røyker har gått ned i de siste årene, men det er fortsatt en høy andel røykere i gruppene eldre og de med lavere utdanning (21). I Folkehelsemeldingen 2023 presenterte regjeringen en ny tobakksstrategi. Visjonen er en tobakksfri generasjon for barn født fra 2010 og senere. Disse mål skal nås gjennom røykeforbud i biler hvor barn er passasjer, på lekeplasser, idrettsområder, holdeplasser og fellesarealer i leilighetskomplekser.

### 12.j. KOLS og astma

I Norge er det gjennomsnittlig 1,3 per 100 innbyggere som diagnostiseres med KOLS. Tallet ligger litt høyere i Troms med 1.5 for menn og 1.2 for kvinner (6).

Astma er en kronisk irritasjons- eller betennelsestilstand i luftveiene. Symptomer varierer fra hoste og tung pust til hyppige luftveisinfeksjoner, dårlig søvn og nedsatt aktivitet. Flere faktorer som allergi, luftveisinfeksjoner og værforandringer (kulde, varme, regn, tåke) kan påvirke og forverre astma (39).



Det finnes ingen nyere nasjonale undersøkelser om forekomsten av astma i Norge. FHI benytter legemiddelbruk for astma fra reseptregisteret som en indikator for hvor stor andel av befolkning som blir behandlet for astma. Basert på disse tallene har forekomsten av astma over tid holdt seg på rundt 5-6 prosent i aldersgruppen 5 – 44 år. Blant barn og unge har bruk av astmamedisin gått ned siden 2010 i alle fylkene. Årsaken til det er uklar. Mens Troms og Finnmark hadde mindre bruk av astmamedisin i 2010 i forhold til andre fylker var det imidlertid enn økning i 2020.

### 12.k. Diabetes

Diabetes er en sykdom der nivået av glukose i blodet er for høyt. Sykdommen deles inn i to typer. Type 1 diabetes skyldes mangel på insulin i kroppen og må behandles med insulin. Ved type 2 diabetes produserer kroppen insulin, men cellene klarer ikke å ta det opp. Behandlingen går ut på endring av levevaner og tidsbegrenset bruk av blodsukkersenkende medisiner. Stor midjeomkrets («bukfedme») er forbundet med spesielt høy risiko for type 2-diabetes (40).

Det registreres en økning i diabetes-relatert behandling. Kategorien “andre diabetesmidler” er den som brukes mest, noe som peker på at største antall diabetespasienter har type 2-diabetes. Troms og Finnmark skiller seg ikke merkbart fra resten av landet verken i antall legemiddelbrukere per 1000 innbyggere eller i utvikling over tid (41).

Diabetes er en risikofaktor for mange andre sykdommer som hjerte- og karsykdom, og er knyttet til økt dødelighet. Diabetes er ofte underrapportert som dødsårsak og den faktiske andelen dødsfall forårsaket av diabetes er dermed vanskelig å bedømme, både nasjonalt og regionalt.

Forebyggende tiltak for type 2 diabetes er viktig både med tanke på dødelighet og forekomst av hjerte- og karsykdom. Sunt kosthold, mosjon og vektreduksjon har vist seg å redusere tilfeller av type 2-diabetes. Det finnes derimot ikke nok kunnskap om hvilke tiltak som er mest effektive for å skape en varig livsstilsendring (40).

### 12.l. Muskel- og skjelettsykdommer

Muskel- og skjelettplager omfatter skader, plager og sykdommer i muskel- og skjelettsystemet. Det finnes et mangfold diagnoser tilknyttet til denne gruppen. Tilstandene har til felles at de som oftest er forbundet med smerte, nedsatt funksjon og redusert livskvalitet. Muskel- og skjelettplager er en hovedårsak for sykefravær og uførhet. Kjønnfordelingen varierer med de ulike diagnosene, men generelt sett er det flere kvinner enn menn med muskel- og skjelettplager (42).

Troms og Finnmark er blant fylkene med høyere antall muskel og skjelettplager. I 2020 ble det registrert 307 brukere per 1000 innbyggere av primærhelsetjenesten for muskel- og skjelettplager for hele landet. I Troms og Finnmark var tallet på 321 per 1000 innbyggere. Dette gjelder samlet for alle aldersgrupper og har vært en stabil situasjon de siste årene. Personer mellom 45 - 74 år utgjør den største andelen av personer med muskel og skjelett-plager, og i 2020 hadde nesten halvparten av befolkning i denne aldersgruppen disse plager. Dette er en nedgang fra 2015 der antallet var på 447 (6).

I Troms varierer antallet med muskel- og skjelettplager med lavest antall på 284 i Storfjord sammenlignet med 392 i Gratangen som høyest. Det er uklart hva som forårsaker disse forskjeller.

## 12.m. Seksuell helse

Via meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) tilbyr FHI informasjon om registrerte seksuelt overførbare sykdommer. I 2022 sto chlamydia for 1640 av 1710 registrerte tilfeller av seksuelt overførbare sykdommer i Troms og Finnmark. Det er flest registrerte tilfeller hos personer i aldersgruppen 20 – 29 år, både for chlamydia og andre seksuelt overførbare sykdommer. Gonoré er den nest hyppigste diagnosen. Det er langt færre gonoré-infeksjoner enn chlamydiainfeksjoner, men gonoré-smitten har vært økende i de siste årene både lokalt og nasjonalt. Ubehandlet gonoré kan gi alvorlige helsekonsekvenser som infertilitet hos kvinner.

## 12.n. Helsetilstand hos deltakere i introduksjonsprogrammet

Prosjektet «Helseintro» har undersøkt hva nybosatte flyktninger som deltar i introduksjonsprogrammet oppsøker helsehjelp for. Deltakerne går oftest til lege for svangerskapskontroll, etterfulgt av psykiske symptomer, uspesifiserte symptomer og muskel- og skjelettplager. Deltakere besøker både fastlegen og legevakten oftere enn den øvrige befolkningen (1). Likevel er det en tendens til at en mindre andel av deltakerne på introduksjonsprogrammet får legemeldte diagnoser knyttet til psykiske symptomer og lidelser og muskel- og skjelettplager sammenlignet med den øvrige befolkningen (6). Flere norske og internasjonale studier har vist høyere forekomst av både psykiske symptomer og plager og muskel- og skjelettplager blant flyktninger. Det er rimelig å anta at en betydelig andel har uavdekkede helseutfordringer mens de deltar i introduksjonsprogrammet, noe som også reduserer mulighetene for tilrettelegging av programmet. Dette er funn basert på nasjonale registerdata, og det ble ikke funnet forskjeller mellom fylker i nord og sør (4).

## 12.o. Tannhelse

Sykdommer i munnhulen er blant de vanligste ikke-smittsomme sykdommer i verden. Det er en stor helsemessig og økonomisk byrde som reduserer livskvaliteten for de som rammes. Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig tilbud til barn og unge mellom 0 – 20 år, til psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjoner, grupper av eldre, langtidssyke og uføre på institusjoner og hjemmesykepleie og andre grupper som fylkeskommunen prioriterer. Fra 2023 har personer i aldersgruppen 21 – 24 år rett til 75 prosent rabatt på tannbehandling utført i den offentlige tannhelsetjenesten.

### 12.p.1. Barn og ungdommens tannhelse

Blant fem-åringene er det 82% som har friske tenner i Troms og Finnmark, noe som betyr at de ikke har hull i tennene. Tallet er likt landsgjennomsnittet. Blant 18-åringene har 71.5% hatt fire eller mindre hull i løpet av sitt liv, og det er den laveste prosentandel etter Agder og Møre og Romsdal fylke (1, 6). Tannhelsetjenesten påpeker at ungdom ofte har en mer selvstendig livsstil som også påvirker kostholdsvalgene og vaner knyttet til tannpleie. De siste årene har det blitt observert mer syreskader på tennene hos barn og unge. Syreskader betyr at kalsiumet i tannemaljen oppløser seg på grunn av etsning når tennene blir utsatt for syre. Hvor stort omfanget er blant ungdom varierer i ulike studier. To større studier fant syreskader på henholdsvis 38% av 16-åringene og 59% av 16 – 18 åringer. Årsakene til en økning av syreskader på tennene kan være drikker som brus og energidrikker.

### 12.p.2. Tannhelse i den samiske befolkningen

Funn fra studien "Tannhelse i Nord" viser at periodontitis og karies er vanlig i den samiske befolkningen. Hele fire av fem deltakere rapporterte ubehag eller problemer med tenner, proteser eller andre forhold i munnen i løpet av de siste 12 månedene. Kvinner og yngre deltakere rapporterte mer problemer enn menn og de eldre deltakerne. Selvpålevd tannhelse rapporteres generelt dårligere blant samer og kvener/norskfinner sammenlignet med ikke-samer/kvener/norskfinner.

### 12.p.3 Økonomi har betydning for tannlegebesøk

Ifølge FHUS-undersøkelsen rapporterer rundt 27% av unge menn mellom 18 - 39 år, og 28% av menn med grunnskoleutdanning at det er mer enn 2 år siden sist de var hos tannlegen. Det er store variasjoner mellom regionene, med høyeste andel på 20% i Nord-Troms sammenlignet med Sør-Troms på 13%. Blant samiske og samisk/kvenske menn er andelen rundt 25%.

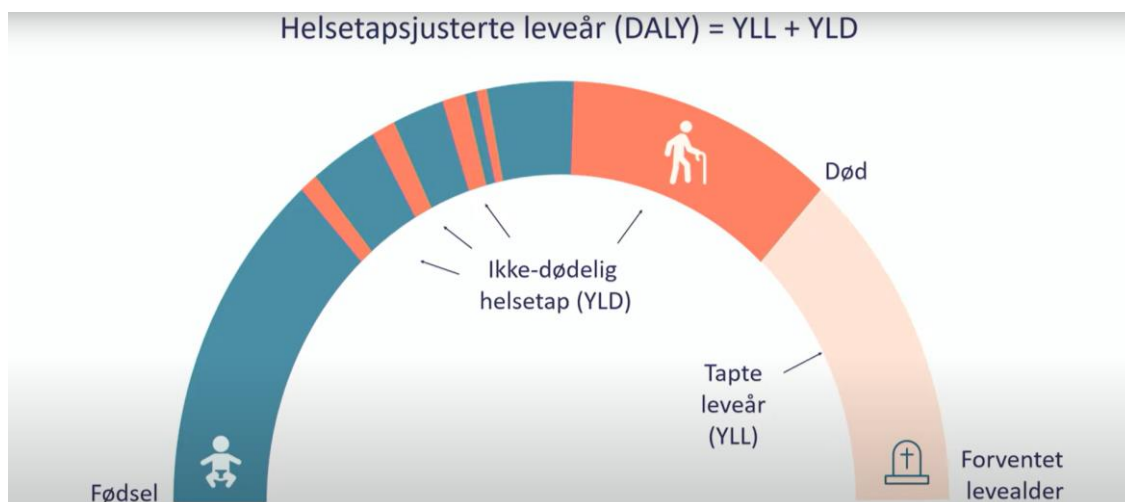
Økonomi påvirker muligheten til regelmessige tannlegebesøk. Blant de som synes det er svært lett å få pengene til å strekke til er det 10,3 % som ikke har vært hos tannlege eller tannpleier de siste to årene. Blant de som synes det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til, er andelen 35 %. Forskjellene er tydelige (21).

### 12.p.4. Helsekompetanse er en viktig faktor for dårlig tannhelse

Ifølge nyere studier kan mye av den dårlige tannhelsen i befolkningen forebygges ved å øke kunnskap om tannhelse og -pleie. Ungdommens kunnskap om forebyggende tiltak mot syreskader er dårligere enn kunnskapen om karies. Manglende kunnskap er ikke begrenset til ungdom. Ifølge nyere funn fra prosjektet "Fit Futures" ved UiT Norges arktiske universitet, har cirka 30% av den voksne befolkning manglende kunnskap om tannhelse og -pleie. Studien viser også store sosiale forskjeller.

### 12.q. Sykdomsbyrden fordeles forskjellig blant menn og kvinner

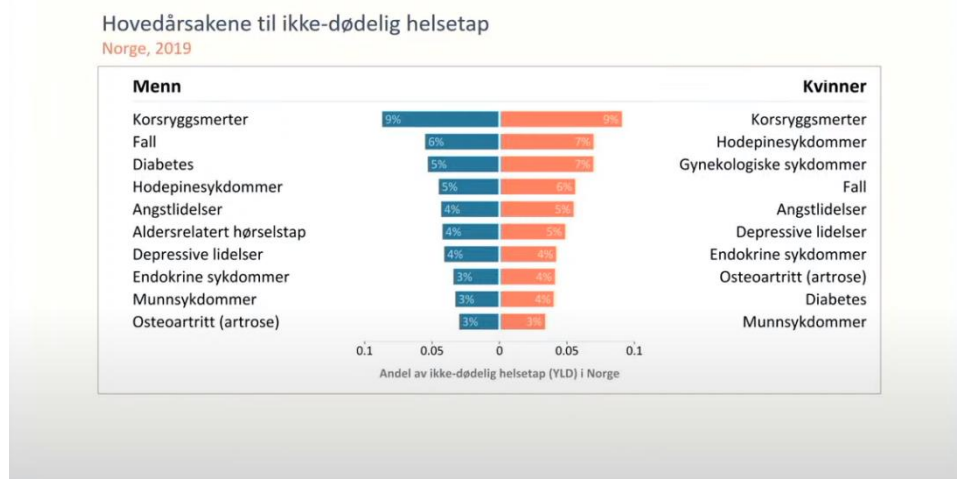
Sykdomsbyrden måles ved hjelp av helsetapsjusterte leveår (DALY). Dette beregnes ved å kombinere år med ikke-dødelig helsetap (YLD) med tapte leveår (YLL). Mens ikke-dødelig helsetap er år tilbrakt med mindre livskvalitet på grunn av sykdom eller skader, er tapte leveår basert på antall år en person har mistet ved å dø av en sykdom sammenlignet med forventet levealder (43).



Andel av ikke-dødelige og dødelige helsetap fordeles forskjellig mellom kjønnene. For kvinner ligger sykdomsbyrden mer på ikke-dødelig helsetap, omtrent 65%, mens for menn fordeler sykdomsbyrden seg nesten likt mellom ikke-dødelig og dødelig helsetap (43).

På nasjonalt nivå er iskemisk hjertesykdom og lungekreft de største årsaker til tapte leveår både for menn og kvinner. Når det gjelder andre årsaker observeres større kjønnsforskjeller. For menn er selvskada og rusbrukslidelse viktige årsaker til tapte leveår, mens det for kvinner er Alzheimers sykdom og brystkreft som tar mange liv (43).

Fordelingen forholder seg lik når det gjelder ikke-dødelig helsetap. De to hovedårsakene for begge kjønn er muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelse. For kvinner er hodepine (som migrene og spenningshodepine) og gynekologiske sykdommer, spesielt uspesifikke gynekologiske sykdommer, en stor del av ikke-dødelig helsetap. Menn er mer påvirket av fall og diabetes, men også aldersrelatert hørselstap (43).

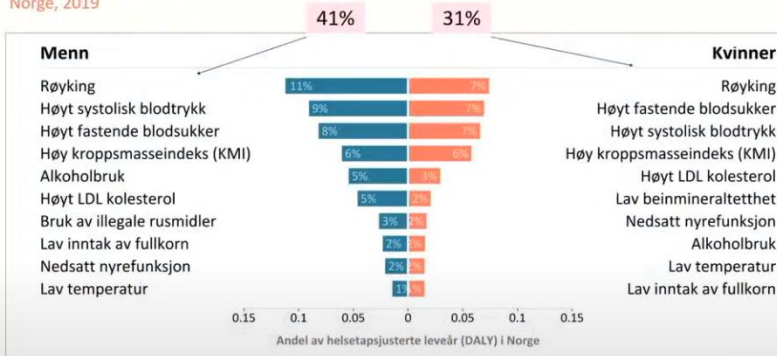


Både for ikke-dødelig helsetap og tapte leveår finnes det flere risikofaktorer. For begge kjønn er de fire ledende risikofaktorene for helsetapsjusterte leveår røyking, høyt blodtrykk, høyt blodsukker og høy KMI. Det er viktig å legge merke til at det generelt sett finnes mer kunnskap om risikofaktorer knyttet til tapte leveår enn til ikke-dødelig helsetap (43).

Sykdomsbyrdeprosjektet beregner at ca. 41% av sykdomsbyrden for menn og 31% av sykdomsbyrden for kvinner kan forklares med de nevnte fire risikofaktorene (43).

### Ledende risikofaktorer for helsetapsjusterte leveår

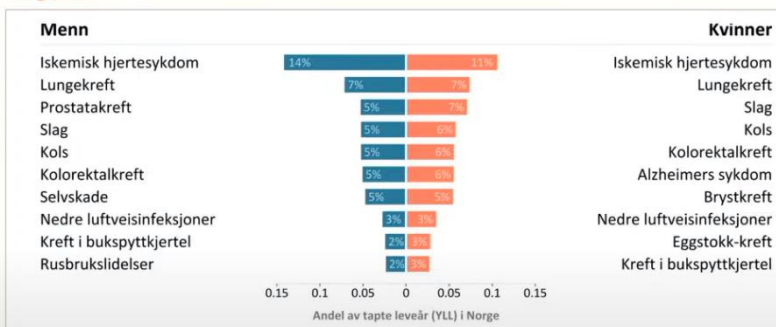
Norge, 2019

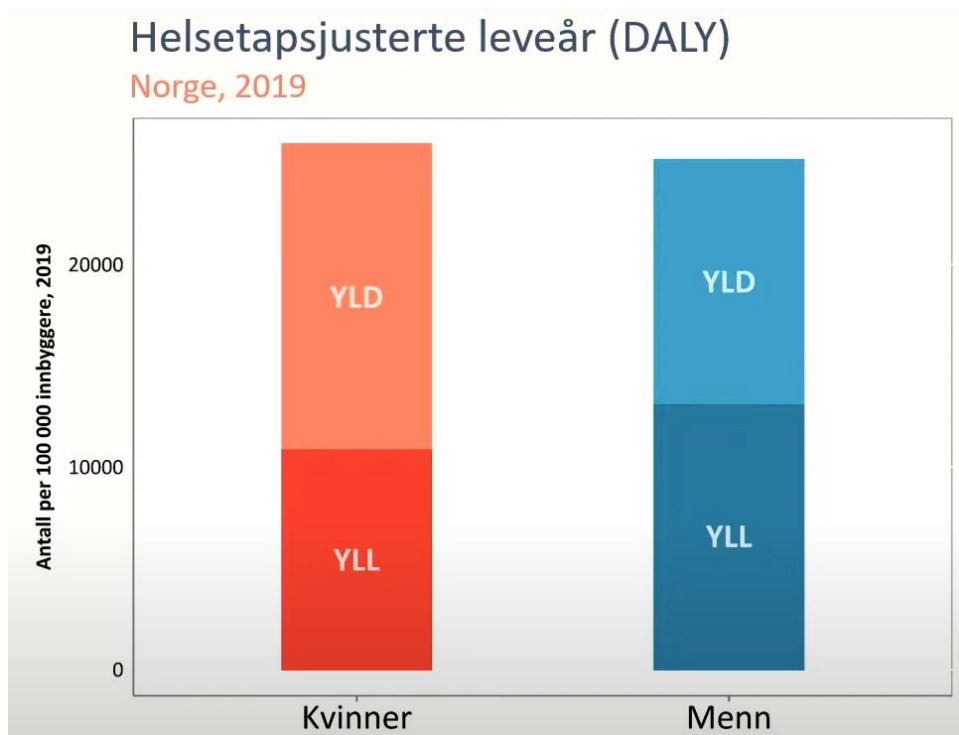


Oppsummert finner man at det er viktig med universelle forebyggende tiltak når det gjelder risikofaktorene røyking, høyt blodtrykk, høyt blodsukker og høy KMI. For å bedre kvinners helse er det nødvendig å ha en bedre kunnskap om risikofaktorene for hodepine- og gynekologiske sykdommer. For å bedre menns helse er det viktig å få en bedre kjønnsbasert forståelse av forskjeller i helseadferd som; å oppsøke hjelp, selvskading og rus (43).

### Hovedårsakene til tapte leveår

Norge, 2019





#### 12.r. Oppsummering helsetilstand

- Opplevelse av psykisk helse og livskvalitet er dårligst blant de yngre aldersgruppene og de med lave utdanning. Egen opplevd fysisk helse er dårligst blant de med lavere utdanning.
- Andel med overvekt og fedme ligger høyere i Troms og Finnmark enn i resten av landet.
- Kreft, og spesielt lungekreft, tar flest liv, etterfulgt av hjerte-karsykdommer.
- Diagnoser som demens og astma og status på tannhelse blant voksne har begrenset statistikk, noe som gjør det vanskelig å bedømme forekomsten blant befolkningen i Troms.
- Antall tannlegebesøk er sterk knyttet til egen økonomisk situasjon. Reduserte kostnader i tannhelsetjenesten vil være et viktig tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller i fylket.
- Kunnskap om tannhelse er relativt lav i befolkningen. Økt kunnskap vil bidra til å forbedre tannhelsen i befolkningen.
- Muskel- og skjelett sykdom er en stor utfordring både nasjonalt og i Troms og Finnmark. Mye av det ikke-dødelig helsetapet skyldes muskel- og skjelettplager. Tilstandene er også en av hovedårsakene til både sykemeldinger og uførestønader i Troms.
- Tiltak og innsats rettet mot røyking, høyt blodtrykk, høyt blodsukker og høy KMI vil være grunnleggende for en bedre helse for hele befolkningen.
- Sykdomsbyrden er ulik fordelt mellom kjønn.

#### 13. Forkortelser

AAP – Arbeidsavklaringspenger. AAP er en støtteordning fra NAV.

Bufdir - Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Covid-19 – Corona Virus Disease 2019.

CO2 - Karbondioxid

EU- Europeisk union

EØS- Europeisk økonomisk samarbeidsområde (EU + Norge, Liechtenstein og Island)

FHI – Folkehelseinstitutt. FHI er et statlig forvaltningsorgan som har som samfunnsoppdrag å produsere, oppsummere og kommunisere kunnskap for å bidra til godt folkehelsearbeid og gode helse- og omsorgstjenester.

FHUS - Fylkeshelseundersøkelse. En befolkningsundersøkelse på fylkesnivå med spørsmål om sosiale og fysiske påvirkningsfaktorer for trivsel, livskvalitet og fysisk og psykisk helse.

FN – De forente nasjoner. FN er en internasjonal organisasjon som ble etablert i 1945 for å stoppe krig og danne en plattform for dialog.

HSCL – Hopkins Symptom Checklist. HSCL er et generelt screeninginstrument for psykiske symptomer.

KMI – Kroppsmasseindex. KMI er en måleenhet til å vurdere kroppsvekt i forhold til høyde. KMI brukes som et verktøy for å klassifisere undervekt, normalvekt, overvekt og fedme.

KOLS – Kronisk obstruktiv lungesykdom

KORUS- Kompetansesenter rusfeltet

Lhbt+ - Et samlebegrep for lesbiske, homofile, bifile, transpersoner. “+” står for alle andre kjønnsidentiteter og seksuellorientering.

Helsekompetanse - evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. (Kilde Helsedirektoratet)

MDMA - 3,4-Methyl enedioxy methamphetamine. Kjemisk betegnelse for rusmidlet ecstasy.

NASAK – Nasjonalt samisk kompetansesenter

NAV – Arbeids- og velferdsforvaltningen

NEET – Fra engelsk “Not in Education, Employment or Training”. Begrepet beskriver unge voksne som er utenfor arbeid, opplæring og utdanning. Aldergruppen defineres forskjellig mellom land. I dette dokumentet ble det valgt aldersgruppen 15 – 29.

NMBU – Norwegian University of Life Science

Periodontitis – Sykdom der tenner løsner på grunn av at vevet rundt tennene brytes ned

SANKS- Samisk nasjonal kompetansetjeneste- psykisk helsevern og rus

STAMI – Statens arbeidsmiljøinstitutt

SSB – Statistisk sentralbyrå. SSB er en faglig uavhengig institusjon ansvarlig for å samle inn, produsere og publisere offisiell statistikk relatert til økonomi, befolkning og samfunn på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. I tillegg har SSB en omfattende forsknings- og analysevirksomhet.

## 14. Kilder

- (1) Statistisk sentralbyrå (SSB)
- (2) Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI)
- (3) Folkehelseinstituttet (FHI) – Psykisk helse blant polske innvandrere
- (4) Universitet i Tromsø (UiT) – prosjekt HelseIntro
- (5) Nasjonalt samisk kompetansesenter (NASAK)
- (6) Norgeshelsa og kommunehelsa statistikkbank
- (7) Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study - The Lancet
- (8) Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014
- (9) Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) – Likestilling av personer med funksjonsnedsettelse
- (10) Ungdata
- (11) Udir – elevundersøkelse
- (12) Archambault 2011, Mathisen og Cele, 2020
- (13) Elev-, lærling- og mobbeombud Troms fylkeskommune
- (14) NAV
- (15) Statsforvalteren
- (16) Klimaprofil fra Miljødirektoratet
- (17) Samerådets klimarapport
- (18) FHI – fugleinfluensa
- (19) Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA)
- (20) Fylkeshelseundersøkelse (FHUS)
- (21) Brønnøysundregistret
- (22) Regional ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)
- (23) Centre for Disease Burden
- (24) Skadeforebyggende forum (Skafor) – fallbarometer
- (25) Skadeforebyggende forum (Skafor) – skadebarometer
- (26) Statens vegvesen – Trine atlas
- (27) Helsedirektoratet – aktivitet i somatisk sykehus
- (28) Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)
- (29) Redningsselskapets drukningsstatistikk
- (30) Helse Norge
- (31) Norsk Helseinformatikk (NHI)
- (32) FHI – Narkotikabruk i Norge
- (33) Eit dagleg, gratis skulemåltid i ungdomsskular og vidaregåande skular – Anlaug Selstø, Elling Bere, Ingrid Marie Hovdenak, Cathrine Solheim Kolve, Arnfin Helleve
- (34) Dødsårsaksregistret
- (35) FHI – Demens
- (36) Helsedirektoratet – Hjerne- og karsykdommer
- (37) FHI – Hjerne- og karsykdommer
- (38) FHI – Astma og allergi



(39) FHI – Diabetes

(40) FHI – Reseptregistret

(41) FHI – Muskels- og skjeletthelse i Norge

(42) FHI – Åpent fagmøte: Bedre kvinnehelse i Norge – hva gjenstår? Og Mannshelse –  
et oversett felt?