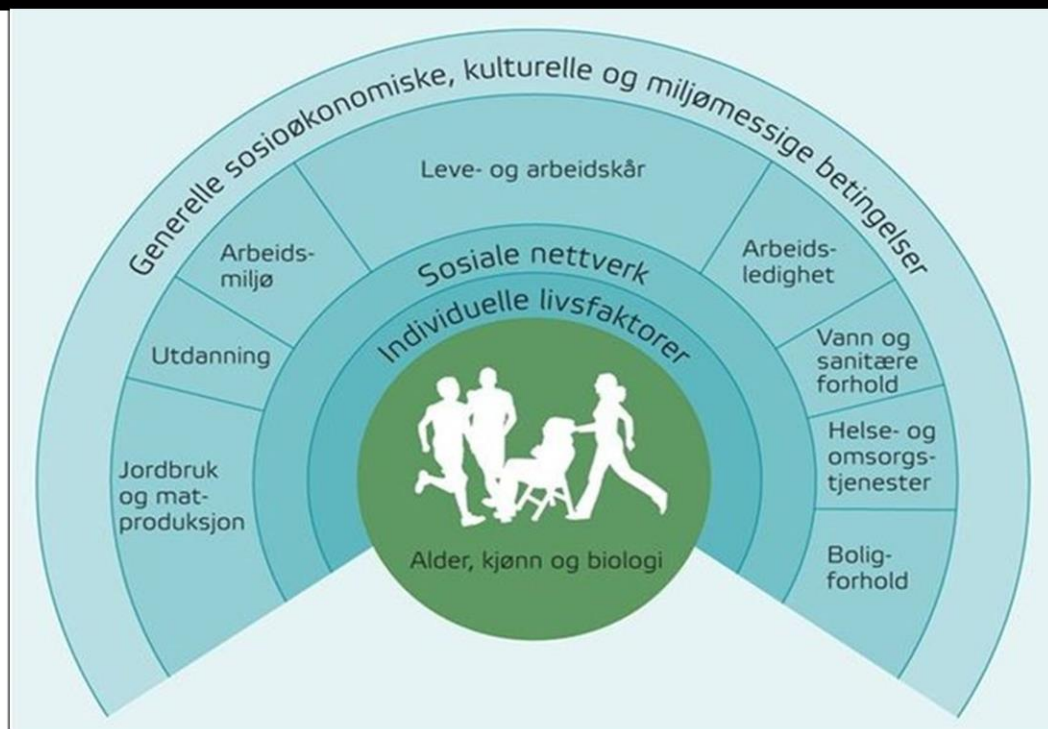




Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer



**Kvænanen kommune
2018**

Lagt fram for Kommunestyret
27.06.18

Figur forside: Påvirkningsfaktorer på folkehelsen (Whitehead and Dahlgren, 1991)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	5
2. Hovedutfordringer.....	7
3. Befolknings sammensetning	9
3.1 Befolkningsutvikling	9
3.2 Samisk og kvensk befolkning.....	11
3.3 Innvandrere	12
3.4 Spredt bosetning	12
3.5 Husholdninger	13
3.6 Valgdeltakelse	14
3.7 Vurderinger av årsaker og konsekvenser	15
4. Oppvekst- og levekår.....	16
4.1 Boligforhold	16
4.2 Utdanningsnivå	18
4.3 Inntektsnivå	18
4.4 Skilsmisser /Enslige forsørgere	19
4.5 Barnefattigdom.....	21
4.6 Barnevern	22
4.7 Trivsel i oppvekstårene	22
4.8 Frafall fra videregående skole.....	23
4.9 Arbeidsplasser.....	24
4.10 Arbeidsledighet.....	25
4.11 Sykefravær	25
4.12 Uføretrygdede	26
4.13 Mottakere av sosialhjelp.....	27
4.14 Vurderinger av årsaker og konsekvenser	27
5. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	29
5.1 Drikkevannskvalitet.....	29
5.2 Forekomst av radon	29
5.3 Forurensing /forsøpling	29
5.4 Støy	30
5.5 Inneklima i kommunale bygg	30
5.6 Trafikk	30
5.7 Friluftsliv og utearealer	31
5.8 Kulturtilbud	31

5.9	Vurderinger av årsaker og konsekvenser	32
6.	Ulykker og skader	34
6.1	Det totale skadebildet	34
6.2	Færre som dør av ulykker.....	35
6.3	Skader	36
6.3.1	Pasienter innlagt på somatiske sykehus for personskader	36
6.3.2	Skadested	37
6.3.3	Hoftebrudd, behandlet i sykehus	38
6.3.4	Skader i primærhelsetjenesten	39
6.4	Vurderinger av årsaker og konsekvenser	40
7.	Helserelatert atferd / levevaner.....	41
7.1	Fysisk aktivitet	41
7.2	Kosthold.....	42
7.3	Tobakk/Røyking.....	43
7.4	Alkohol.....	44
7.5	Nærmere om rusmisbruk	45
7.6	Vurderinger av årsaker og konsekvenser	46
8.	Helsetilstand.....	47
8.1	Forventet levealder	47
8.2	Muskel- og skjelettsykdommer og -plager:.....	48
8.3	Hjerte- og karsykdom	49
8.4	Type 2-diabetes	50
8.5	Kreft.....	51
8.6	KOLS.....	53
8.7	Psykiske symptomer og lidelser	53
8.8	Smittsomme sykdommer	55
8.9	Tannhelse	55
8.10	Vurderinger av årsaker og konsekvenser	55
9.	Tabeller og figurer	56
10.	Kilder.....	58

1. Innledning

Kommunene er gjennom folkehelseloven § 5 pålagt å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som påvirker helsen.¹ Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.



Oversikten skal danne grunnlag for kommunal planstrategi og kommuneplaner etter plan og bygningsloven.

I tillegg til folkehelseloven, er det vedtatt en forskrift som skal legge til rette for systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunene.² §§ 4-5 fastsetter at kommunene skal ha både

- en løpende oversikt over folkehelsen, og
- et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet.

Dette dokumentet er Kvæangen kommune sin første samlede oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Oversikten bør oppdateres før ny planstrategi skal vedtas, slik at det kommer inn i samme 4-års intervall som arbeidet med planstrategien.

Innhold

Forskriftens § 3 oppstiller krav til hva oversikten over helsetilstanden skal inneholde. Dette omfatter opplysninger om og vurderinger av følgende faktorer:

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

Hovedutfordringer, mulige årsaker og konsekvenser beskrives kort på slutten av hvert temaområde.

Kilder

Folkehelseloven § 5 angir noen kilder til kunnskap som oversikten blant annet skal basere seg på: statlige helsemyndigheter, fylkeskommunen og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt kunnskap om faktorer i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på folks helse.

Kilder for statistikk og informasjon er blant annet:

- Folkehelseinstituttets (FHI) helse-, kommunehelse- og miljøstatistikk
- Statistisk sentralbyrå (SSB)
- NAV
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BUFDIR)

¹ Lov av 24.06.2011 om folkehelsearbeid

² Forskrift av 28. juni 2012 om oversikt over folkehelsen

- Skaderegistre og dødsårsaksregisteret, via FHI
- Informasjon fra kommunale tjenesteområder
- Ungdata-undersøkelsen. Ungdata er et nasjonalt spørreskjemabasert verktøy, som gir et bredt bilde av hvordan ungdom har det og hva de driver med i fritida. Undersøkelsen ble siste gang gjennomført blant ungdomsskoleelever i Kvæningen våren 2017. 34 elever deltok i undersøkelsen (som gir en svarprosent på 85).

Definisjoner

Folkehelse og folkehelsearbeid er to sentrale begreper i sammenheng med oversikten.

Folkehelseloven § 3 definerer begrepene slik:

- Folkehelse: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning
- Folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Grunnlag for tiltak

Folkehelseloven (§7) fastsetter at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte de folkehelseutfordringer som er avdekket gjennom oversiktsarbeidet. Vi håper oversikten vil utgjøre et godt kunnskapsgrunnlag for de satsninger og tiltak som planlegges iverksatt.

2. Hovedutfordringer

Befolknings sammensetning – Noen av de største utfordringene:

- Befolkningsnedgang – At befolkningsgrunnlaget opprettholdes er viktig for at Kvæningen fortsatt skal kunne bestå som et fullverdig samfunn og demokrati.
- Økende andel og antall eldre, særlig over 80 år. Flere eldre vil sannsynligvis føre til en økning i aldersrelaterte sykdommer og økt behov for HO-tjenester.
- Færre i yrkesaktiv alder. Få barnefamilier (kun ca. 20 prosent av husholdningene har barn under 18 år) og få ungdommer.
- Stor andel sesong-innbyggere knyttet til reindrift og fritidsboliger.
- Spredt bosetting er en utfordring med tanke på kommunale tjenester og sosialt fellesskap.

Oppvekst og levekår – Noen av de største utfordringene:

- Stor andel lavinntekts-husholdninger. Andelen barn som lever i lavinntekts-familier er større enn landet og fylket. Aleneboende er den vanligste husholdningsformen.
- Generelt lavt utdanningsnivå. Dette gir utfordringer for den enkelte med hensyn til å få seg jobb, og kan virke begrensende på etablering av arbeidsplasser.
- En betydelig lavere andel av elevene i Kvæningen er fornøyd med lokalmiljøet, skolen og helse, enn landsgjennomsnittet
- Få arbeidsplasser i private sektor.
- Manglende universell utforming av omsorgsboliger, for få tilrettelagte boliger til boligsosiale målgrupper, og et svært lite privat boligutleie-marked

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø – Noen av de største utfordringene:

- Veldig få gang- og sykkelstier. Svært få tilrettelagte turstier/-veier for funksjonshemmede/barnevogner.
- Forsøpling i utfartsområder. Manglende søppelbokser og toalett ved parkeringsplasser og utfarts-/turområder.
- Lite tilrettelagt sentrumsområde og manglende infrastruktur for uteaktiviteter i sentrum. Det finnes ingen lekeplasser i boområder.
- Få kulturtilbud og sosiale møteplasser.

Skader og ulykker – Noen av de største utfordringene:

- Fallskader hos eldre – Trenger helse- og omsorgstjenester en lang periode. Hvert hoftebrudd koster samfunnet i snitt ca. 500 000.
- Selv om færre dør i ulykker, er ulykker med personskader den største dødsårsaken blant personer under 45 år.

Helserelatert atferd/levevaner – Noen av de største utfordringene:

- 84% av ungdommene i Kvæningen bruker mer enn to timer foran en skjerm hver dag.
- En betydelig andel av befolkningen er ikke aktive nok.
- Overspising og dårlig kosthold.
- Inaktivitet og overvekt gjør folk etter hvert mer utsatt for uhelse og psykisk og fysisk sykdom. Mindre mulighet til å oppleve mestring ifm. fysisk aktivitet.

Helsetilstand – Noen av de største utfordringene:

- Høy andel med livsstilssykdommer som type 2-diabetes, hjerte-/kar-sykdommer, og muskel- og skjelett-relaterte diagnoser.
- Lavere forventet levealder (enn landsgjennomsnittet)

3. Befolknings sammensetning

Befolkningens sammensetning og fordeling i alder, kjønn, befolkningsgrupper og bosetning er viktig i vurderingen av øvrig informasjon, men kan også være vesentlig i seg selv som del av utfordringsbildet for folkehelsen i kommunen. Utvikling i befolknings sammensetning vil kunne påvirke strategiske veivalg og satsningsområder, og ligge til grunn for blant annet planlegging av fremtidig tjenestebehov.

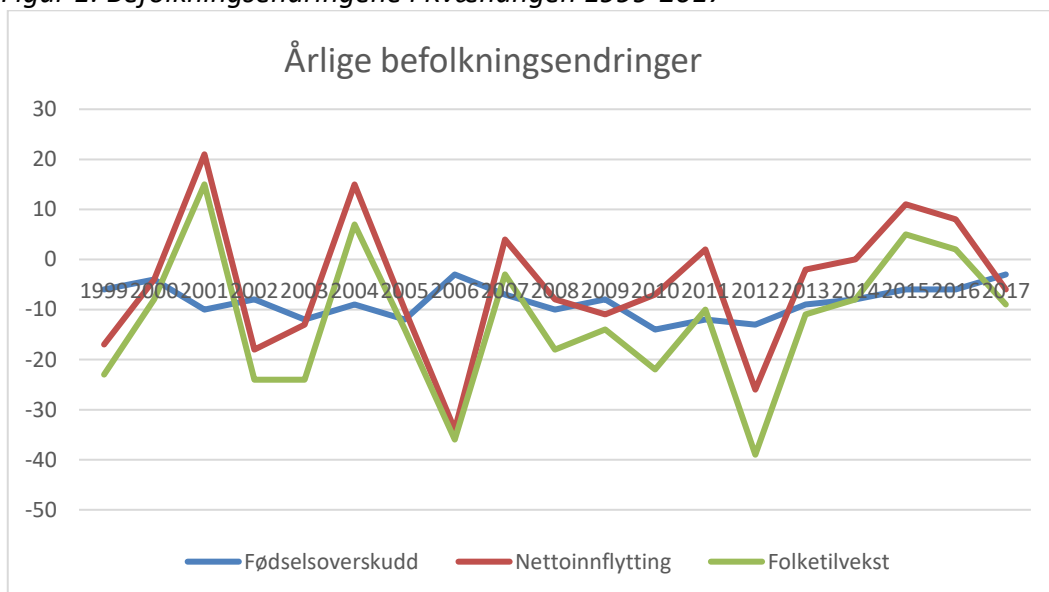
Folkehelsebarometeret (2018) har 3 indikatorer knyttet til befolkning. Kun på valgdeltakelse i Stortingsvalg, ligger Kvæningen signifikant dårligere an enn landet som helhet.

Befolkningsutviklingen i Kvæningen er ikke entydig forskjellig fra landsnivået. Når det gjelder aleneboende over 45 år er det ikke det ikke entydig forskjellig fra landsnivået. Det er derimot en betydelig økning i antall aleneboende i de yngste aldersgruppen (18-44 år) i Kvæningen.

3.1 Befolkningsutvikling

Innbyggertallet i Kvæningen kommune er pr. 1. kvartal 2018 1224 innbyggere. Kommunen har over år hatt negativ befolkningsutvikling og tilvekst. Figuren nedenfor viser befolkningstilveksten de siste 20 årene. I en tiårsperiode mellom 2004-2014 var det relativ stor nedgang i innbyggertallet, mens fra 2014 til 2016 var det en liten oppgang som skyldtes både positiv nettoinnflytting og at fødselsunderskuddet ble mindre. Fødselsoverskuddet har vært stabilt negativ i mange år. De siste årene er det født mellom 7-14 barn i året, i 2017 ble det født 10 barn. Innflytting og utflytting har variert mer. Innvandring har ført til at befolkningsnedgangen ikke har vært så stor de to siste årene.

Figur 1: Befolkningsendringene i Kvæningen 1999-2017

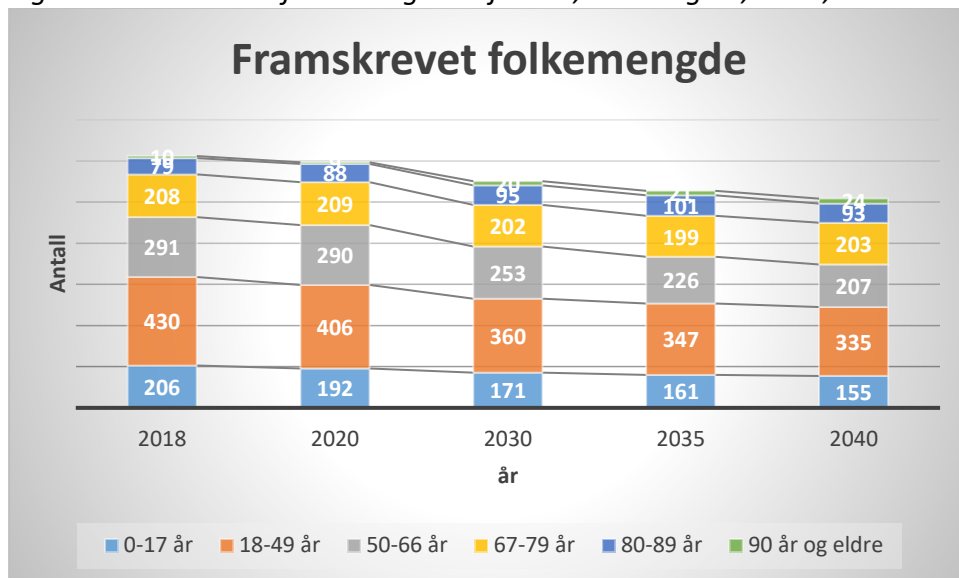


Kilde: Statistikkbanken, SSB

Kvæningen har en stor andel sesongbeboere i forhold til innbyggertallet. I følge tall fra Landbruksdirektoratet, har rundt 400 personer tilknyttet reindriften sommerboplass i kommunen. I tillegg til det 378 registrerte fritidsboliger i kommunen, og det utgjør bortimot 800 personer. Disse anslagene kan tyde på at kommunen kan ha et tilskudd av innbyggere på inntil 1200 personer. Disse oppholder seg i kommunen og tar del i lokalsamfunnet, men er ikke registret som kommunens innbyggere.

Framskrevet befolkningstall viser at det er forventet nedgang i innbyggertallet frem mot 2040. Tallene viser en forventet nedgang i innbyggertallet i Kvænangen frem mot 2040 på 0,9%.

Figur 2: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter region, alder, statistikkvariabel og år

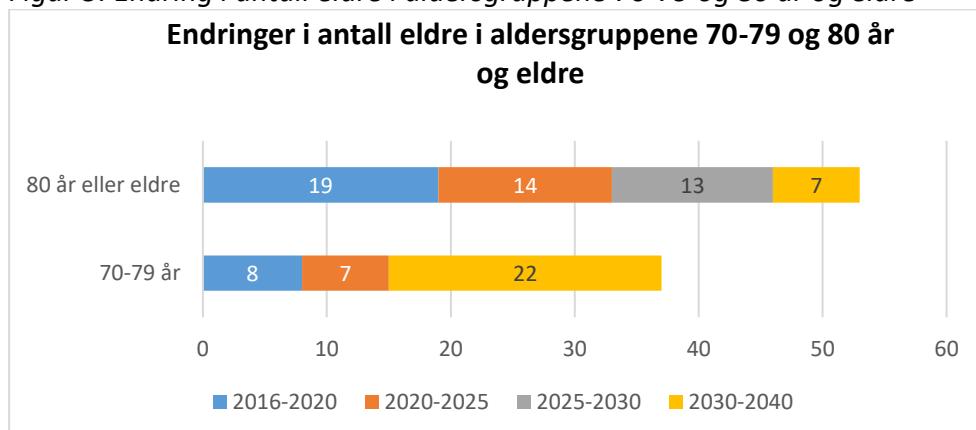


Kilde: Statistikkbanken, SSB

Denne figuren viser befolkningsstruktur pr. 1.1.2018, og framskrevet befolkningstall på alder. Tallene tyder på at andelen eldre innbyggere (+ 67 år) øker, og andelen innbyggere i aldersgruppen 0 - 66 år synker. Det er størst nedgang i aldersgruppen 18-66 år.

I Kvænangen er det ventet størst økning i aldersgruppen 80 år eller eldre frem mot 2040, men også andelen innbyggere i alderen 70-79 år er økende. Antall personer i den eldste aldersgruppen vil sannsynligvis øke mest de nærmeste fire årene.

Figur 3: Endring i antall eldre i aldersgruppene 70-79 og 80 år og eldre



Kilde: SSB

Endret befolknings sammensetning gir et endret sykdomsbilde og endrede behov. Indikatoren på befolkningsutviklingen kan gi en pekepinn på hvilke tjenester som forventes å bli etterspurt og hvilke behov som melder seg. Nærhet til butikk og helsetilbud er viktig for mange eldre. Eldreomsorgen og

helsetjenestene står derfor i mange tilfeller over en økt etterspørsel. Det samme kan komme til gjelde institusjoner.

Når andelen eldre er økende og tendensen viser at andelen yrkesaktive innbyggere reduseres kan det også gi utfordringer med å gi de eldre et godt tilbud. Med en aldrende befolkning synes kommunen å være avhengig av tilflytting for rekruttering av arbeidskraft, og spesielt til omsorgsarbeid.

3.2 Samisk og kvensk befolkning

Omdømmeprosjektet (Karlsen, 2014) har definert «tre stammers møte» som en viktig steds kvalitet i regionen. Begrepet brukes som en beskrivelse av regionens kultur, som gjenspeiles de tre stammers møte, møtet mellom nordmenn, kvener og samer. I bygdeboka for Kvæningen slår Ivar Bjørklund fast at det har bodd forskjellige etniske grupper i Kvæningen i mange generasjoner (Bjørklund, 1985). Folketellinger fra 1930 viser at 44 % (863) av folket anså seg som samer, 17 % (325) som kvener og 39 % (785) som norske. I følge folketellingen i 1950 viser var det 2501 norske (99 %), 5 samer og 2 kvener i Kvæningen. Bjørklund skriver i bygdeboka om kulturskifte og assimilering i Kvæningen. I boka skildres historiske hendelser som viser hvordan statlig politikk og tiltak i allerede på 1800 tallet hadde fornorskning som hovedmålsetning. Ketil Lennart Hansen (201) skriver at siktemålet var å assimilere samer og kvener i den norske kulturen, og det ble annet forbudt å snakke samisk og kvensk på skolen. «Evakueringen og gjenreisningen ble selve tidsskillet også når det gjaldt etnisk tilhørighet. Det ble den norske delen av Kvæningen som sto opp av asken. De to andre kulturene farget kanskje daglig livet ennå i et par tiår framover, men da århundret lakket ut, var vi alle kvæningssværing og gode nordmenn» (Isaksen, 2000).

Kvæningen kommune ble innlemmet i forvaltningsområdet for samisk utviklingsfond i 1990. Dette var en viktig anerkjennelse av kommunen som et samisk bosettingsområde. Det samiske og kvenske miljøet er veldig begrenset i Kvæningen, og har vært basert på innsatsen til enkeltpersoner og frivillighet. Kvæningen kommune har opprettet Kvæningen språksenter i 2017 for å revitalisere og i varete det samiske og kvenske språket og kulturen, og gi tilbud om språkopplæring og etablere språkarenaer til barn, unge og voksne.

Til sametingsvalget i 2017 var det 125 stemmeberettigede i samemantallet i Kvæningen.

På Kvæningen barne- og ungdomsskole er det 16 elever (skoleåret 2017/2018) som får undervisning i samisk som 2. Språk eller samisk som fremmedspråk, og 4 elever som får undervisning i finsk. Skolen samarbeider med Kvæningen språksenter.

Barnehagen har fortiden ikke organisert språkopplæring i samisk eller finsk/kvensk. Samisk og kvensk kultur blir implementert barnehagens årshjul i henhold til krav i rammeplanen.

Fem reinbeitedistrikter har vår-, sommer- og høstbeiter i kommunen. Reindriftens beiterettigheter på fastlandet er lovfestet i særlov for reindrift, og Kvæningen kommune fungerer som vertskap for reindriften. Reindrift en er samisk næring, som preger i Kvæningen. En sosiokulturell undersøkelse viser at hegemoniet om at reindrift representerer det samiske, kan være med på å påvirke synligheten av interessene til det kvenske og sjøsamiske miljøet i Kvæningen (Bæhr, 2016).

Hansen (2015) skriver om helsemessige konsekvenser i av å bli diskriminert og sier at en følelse av trygghet og verdighet er avgjørende for god helse, og konstant diskriminering fratår et individ denne følelsen. I tillegg er heller ikke fremmedfrykt for andre etniske grupper sunt for etniske nordmenn. Han referer til Per Fugelli som hevder at mennesket har et behov for å gjøre det rette og det gode,

noe vi ikke får gjort ved å snakke nedlatende om andre mennesker. Internasjonal forskning viser at sammenheng mellom diskriminering og negativ fokus på

3.3 Innvandrere

I kommunen bor det pr. mars 2017 85 personer med innvandrerbakgrunn og norskfødte med innvandrerfamilie i Kvæningen. Disse dekker til sammen 14 nasjonaliteter. Innvandringen skyldes flyktning og arbeidsinnvandring. Dette utgjør 6,9% av befolkningen i kommunen. Kommunestyret har vedtatt å ta imot inntil 45 flyktninger i perioden 2016-2019. Pr. 1. januar 2018 er det bosatt 19 kvoteflyktninger fra Syria. For øvrig bor det folk i Kvæningen fra følgende land: Russland 5, Tyskland 15, Spania 3, Filipinene 3, Irak 3, Thailand 8, Romania 5, Litauen 3, Argentina 3, Sverige 4, Danmark 3, Finland 7, Polen 4.³

Arbeidsinnvandrerne er bosatt spredt i kommunen, ofte i området de arbeider i. De fleste flyktningene og innvandrerne bor sentralt i Burfjord i nærhet til skole, barnehage, butikker og kulturelle tilbud. Det er i enkelte områder høy andel innbyggere med innvandrerbakgrunn, noe som kan utgjøre utfordringer med tanke på kultur, religion, faglige og miljømessige forhold.

Barnehagen samarbeider med foreldre om implementering og synliggjøring de ulike kulturene i barnehagen ved for eksempel markering av spesielle dager.

Innvandring bidrar til å opprettholde folketallet stabilt til tross for et negativt fødselsoverskudd. Det kan by på utfordringer med integrering og å legge til rette for trivsel og nødvendig oppfølging i lokalmiljøet.

3.4 Spredt bosetning

Bosettingsstruktur i Kvæningen er preget av bosetning i bygder og spredt bosetting. I kommuneplanens arealdel er det et overordnet mål om at det skal være levende bygder i Kvæningen og at det skal bo folk i hele kommunen.

Tendensen er at innbyggertallet nord for Baddereidet har stabilisert seg, med en liten oppgang i Burfjord, mens innbyggertallet sør for Baddereidet har hatt størst nedgang.

Tabell 1: Folkemengde etter grunnkrets i Kvæningen kommune

		2000	2006	2010	2013	2017	2018
Sør for Baddereidet	Spildra	42	38	35	33	26	26
	Valanhamn/Skorpa	9	10	9	5	2	2
	Nordstraum/Kjøllefjord	95	94	88	88	84	86
	Badderen	200	218	204	185	177	167
	Sørstraumen	86	82	78	73	59	62
	Navit/Sørfjord	59	57	39	32	43	39
	Kvæningsbotn	44	41	43	38	32	32
	Kjækan	46	41	42	41	40	34
Nord for	Kviteberg/Stajord	197	173	165	160	141	145
	Burfjord	399	404	394	405	433	440
	Alteidet	134	119	118	110	101	98
	Jøkelfjord	75	74	67	60	82	69
	Segelvik/Olderfjord	7	7	5	3	3	3
	Reinfjord	41	24	13	12	9	11
	Uoppgitt grunnkrets	1	5	16	0	1	10
		1435	1387	1316	1245	1233	1224

³ Kilde: Kvæningen Kommune

Kilde: Statistikkbanken tabell 04317, SSB

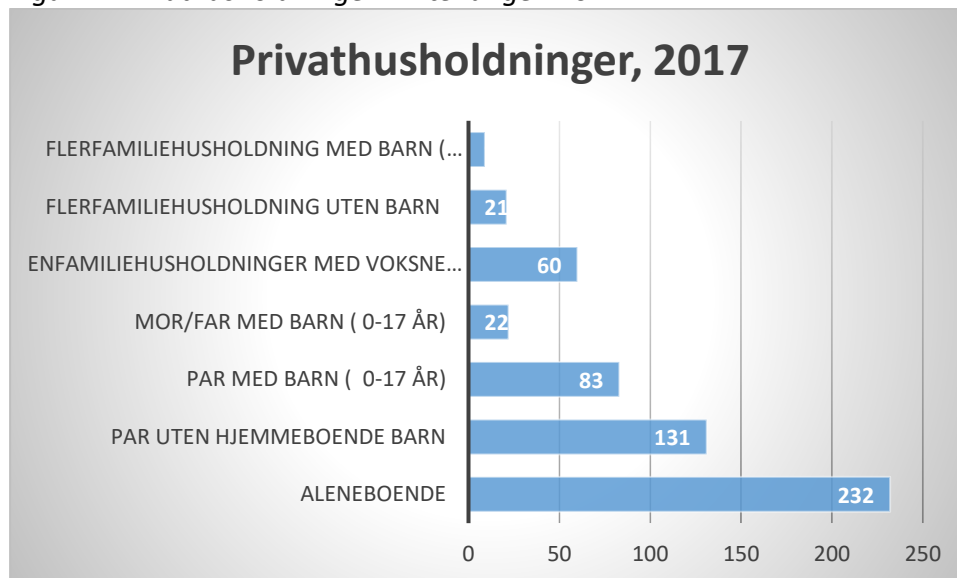
Bosetning i bygdene har tradisjonelt vært knyttet til stedbundne næringer som landbruk, skogbruk, næringskombinasjoner og utmarksnæringer som jakt, fiske, bær- og urtesanking og vedhogst. Tall fra SSB viser at det er 244 landbrukseiendommer i Kvæningen med boligbygg, og at 48% av disse er ubebodd. Erfaringen tilsier at ubebodde eiendommer blir brukt som fritidseiendommer, av etterkommere som bruker eiendommene som feriehus.

Befolkningsutviklingen legges til grunn for vurdering av utvikling i kommunen. Går folketallet ned kan det bli vanskelig å opprettholde en god infrastruktur i spredte bygder med lav befolkningstetthet. Det kan også bli kostbart å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner i det offentlige og i privat sektor.

3.5 Husholdninger

Det er 558 husholdninger i Kvæningen. Denne figuren viser en oversikt over husholdningstyper i Kvæningen.

Figur 4: Privathusholdninger i Kvæningen 2017



Kilde: Kommunefakta, SSB

I 2017 var 42 % av husholdningene aleneboende og 23 % av husholdningene var par uten barn. Kun 19 % av alle husholdningene har barn under 18 år. 10 % av husholdningene har barn over 18 år som bor hjemme. Tendensen er at det blir stadig flere aleneboende. Tabellen nedenfor viser antall personer som bor alene i de ulike aldersgruppene og hvordan utviklingen har vært de siste årene. Tendensen er at det i alle aldersgrupper blir stadig flere som bor alene. Aleneboende i aldersgruppen 30-44 år hatt betydelig økning de 5 årene.

Tabell 2: Personer som bor alene, alle aldre, antall, 2013-2017.

			År	2013	2014	2015	2016	2017
Geografi	Alder	Måltall						
Kvæningen	16 år +	antall ↕		220	231	230	244	248
	16-29 år	antall ↕		15	23	20	21	21
	30-44 år	antall ↕		18	24	33	38	46
	45 år +	antall ↕		187	184	177	185	181
	45-74 år	antall ↕		117	115	117	122	120
	75 år +	antall ↕		70	69	60	63	61

Kilde: <http://khs.fhi.no/>

3.6 Valgdeltakelse

Tabellen nedenfor viser valgdeltakelse ved Stortingsvalg og kommunevalg.

Tabell 3: Valgdeltakelse, stortingsvalg og fylkestingsvalg fra 2001- 2017

År	Stortingsvalg					Kommunevalg			
	2001	2005	2009	2013	2017	2003	2007	2011	2015
Kvæningen	72	71	70	71	70,2	61	67	63	65
Troms	72	74	73	75	75,5	0	59	64	59
Hele landet	75	77	76	78	78,2	59	61	64	60

Kilde: SSB

Tendens er at valgdeltakelsen er lavere i Kvæningen enn ellers i landet ved Stortingsvalg. Valgdeltakelsen ved stortingsvalg har vært stabil i flere år, ellers i landet og i fylket er tendens at valgdeltakelse ved stortingsvalg går opp, mens i Kvæningen har den vært stabil ved de siste valgene. I 2017 var valgdeltakelsen betydelig lavere i Kvæningen enn ellers i landet.

Ved kommunevalg har valgdeltakelsen i Kvæningen vært høyere enn landet og fylket for øvrig. Dette kan tyde på at innbyggere i Kvæningen er mer interessert i lokalpolitikk enn innbyggere ellers i fylket og landet. Sammenlignet med valgdeltakelsen ved Stortingsvalget er valgdeltakelsen ved kommunevalg noe lavere, som ellers i landet.

3.7 Vurderinger av årsaker og konsekvenser

	Status	Mulige årsaker	Konsekvenser
Befolknings- utvikling	Nedgang i folketallet. Det forventes en betydelig i andelen eldre og nedgang i den yrkesaktive befolkningen. Stor andel sesongbeboere	Større utflytting enn innflytting: Nedgang i naturbaserte næringer- småbruk ikke i drift og brukes som fritidsboliger. Unge må flytte pga. utdanning og jobb. Få private arbeidsplasser. Fødselsunderskudd	Befolkningsgrunnlaget er viktig for at Kvæningen skal kunne bestå som et fullverdig samfunn og demokrati. Reduksjon/ endret tjenestetilbud. Økende etterspørsel innen eldreomsorg og helsetjeneste. Det vil være behov for å rekruttere av arbeidskraft utenfra.
Samisk og kvensk befolkning	Lite synlig samisk og kvensk miljø.	Fornorskning	Samisk og kvensk språk og kultur lite synlig i Kvæningen. Dårligere helse og selvfølelse.
Innvandrere	Det bor 14 nasjonaliteter i kommunen. Kommunestyret har vedtatt at det skal bosettes inntil 45 flyktninger i Kvæningen.	Arbeidsinnvandring Flyktninger	Utfordringer i forhold til språkopplæring og integrering. Bidrar til å opprettholde folketallet.
Spredd bosetning	2/3 av innbyggerne bor utenfor kommune- senteret.		Vanskelig å opprettholde infrastruktur og samfunnsfunksjoner i avsidesliggende bygder. Risiko for sosial isolasjon
Husholdninger	42 % av husholdningene er aleneboende. Stor økning av aleneboende i alderen 30-44 år.	Skilsmissar. Eldre med tap av ektefelle. Familier etablerer seg ikke i Kvæningen pga. begrenset arbeidsmarked.	Lite familiefolk kan bety ytterlig nedgang i folketallet. Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe - økonomisk, helsemessig og sosialt.

4. Oppvekst- og levekår

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Levekår kan defineres som tilgang til ulike ressurser. Levekår påvirker helse og hvordan helse fordeles i befolkningen. Oppvekstforhold påvirker den enkeltes muligheter senere i livet, og legger grunnlaget for helsetilstand i voksen alder. Gode oppvekstmiljøer for barn og unge, velferdsordninger og tjenester for å fange opp barn i risikogrupper, helsestasjons- og skolehelsetjenester, barnehager og skoler er avgjørende investeringer for å kunne skape en fremtidig god folkehelse, samt reduserer de sosiale ulikhetene i helse. Et inkluderende arbeidsliv og sikker inntekt for den voksne befolkningen er også viktig for barns oppvekstvilkår.

Folkehelsebarometeret (2018) har 5 variabler knyttet til levekår. Kvæningen ligger signifikant dårligere enn landet som helhet når det gjelder trangboddhet, utdanningsnivå, og barn av enslige forsørgere.

4.1 Boligforhold

I følge tall fra SSB er 558 husstander (2017) i Kvæningen. Av disse bor 79,2 % i selveier boliger og 20,8 % i leide boliger. Andel trang boddhet i Kvæningen er høyere i Kvæningen enn i fylket og landet forøvrig.

Tabellen nedenfor viser andel trangboddhet i prosent av personer i privathusholdninger.

Tabell 4: Bor trangt (B) – bor trangt, 0-17 år, andel (prosent),

År	2015	2016
Kvæningen	28,1	24,9
Troms Romsa	20,6	20,6
Hele landet	18,9	18,5

Kilde: <http://khs.fhi.no/>

Å bo trangt er definert på følgende måte:

1. Antall rom i boligen er mindre enn antall personer eller én person bor på ett rom
2. Antall kvadratmeter (p-areal) er under 25 kvm per person.

Barne, ungdoms og familiedirektoratet (BUF) understreker at å bo trangt kan gi utfordringer for barn med tanke på muligheter til gjøre lekser og til å ha privatliv. BUF viser til undersøkelser som viser at trangboddhet, fysiske mangler ved boliger, og ustabile bomiljøer er mer utbredte i kommunale utleieboliger enn i eide boliger.

I følge tall fra SSB bor 114 husholdninger i leide boliger. Kvæningen kommune eier 78 utleieboliger, det utgjør 68 % av leiemarkedet i Kvæningen. Kvæningen er det største etterspørsel etter kommunale boliger da det private leiemarkedet er begrenset. Tall fra KOSTRA fra 2016 viser at 36 % av de som har søkt kommunal bolig fikk avslag. Dette tallet er forholdsvis høyere enn landet forøvrig, der andelen ligger på 26 %. Det private leiemarkedet i kommunen er begrenset, og består av enkeltaktører som leier ut enten sokkelleiligheter, deler av eget hus, eller leier ut ekstra hus. Undersøkelse gjort i januar 2016, viser at det er lite ledig kapasitet i det private utleiemarkedet.

I NOU 2011: 15 Rom for alle, presiseres det at kommunale boliger skal tilbys til tre målgrupper. For det første er det personer som får tildelt bolig av helse- og omsorgspolitiske årsaker, og har behov for tilrettelagt bolig. For det andre er det personer som blir tildelt en bolig på grunn av boligsosiale utfordringer og som av ulike årsaker har problemer med å skaffe seg bolig på egen hånd. For det

tredje har en del kommuner boliger for egne ansatte eller til andre som av ulike årsaker ikke behovsprøves ved tildelingen.

Tabell 5: Oversikt over kommunale boliger

Type boliger	Antall boenheter	Byggeår
Kommunale helse- og omsorgsboliger (vedtaksbasert)		
Hybelbygg for eldre	10	1981
Eldreboliger	6	70-80
Lukas	13	70-80
Furutoppen	12	2012
Sum	41	
Kommunale utleieboliger		
Alteidet	2	2015
Badderren	2	2015
Ambulansebolig	3	Før 70
Stormoveien 22,24,26	3	1989
Stormoveien 23, 25	2	1985
Stormoveien 19,21	2	1981
Stormoveien 15,17	2	70-80
Stormoveien 11,13	2	70-80
Skoleveien 2,4,6,8,10	5	1991
Skoleveien 12,14,16,18,22,24	7	Res 90
Sum	30	
Kommunale fremleieavtaler		
Burfjord (Kvænangen boligbygg)	5	2017
Burfjord (privat)	2	
Burfjord (Kvænangen bygg)	2	
Sum	9	

Kilde: Kvænangen kommune

Kartlegging viser at kommunens helse- og omsorgsboliger ikke holder mål om universell utforming. Et fåtall av boligene er individuelt tilpasset brukerne, resten av boligene oppfyller ikke krav til universell utforming og tilrettelegging. Det blir stadig flere eldre og flere med større pleietyngde som ofte forutsetter bruk av hjelpemidler i hjemmet. Dette forutsetter at boligen er tilpasset slik bruk.

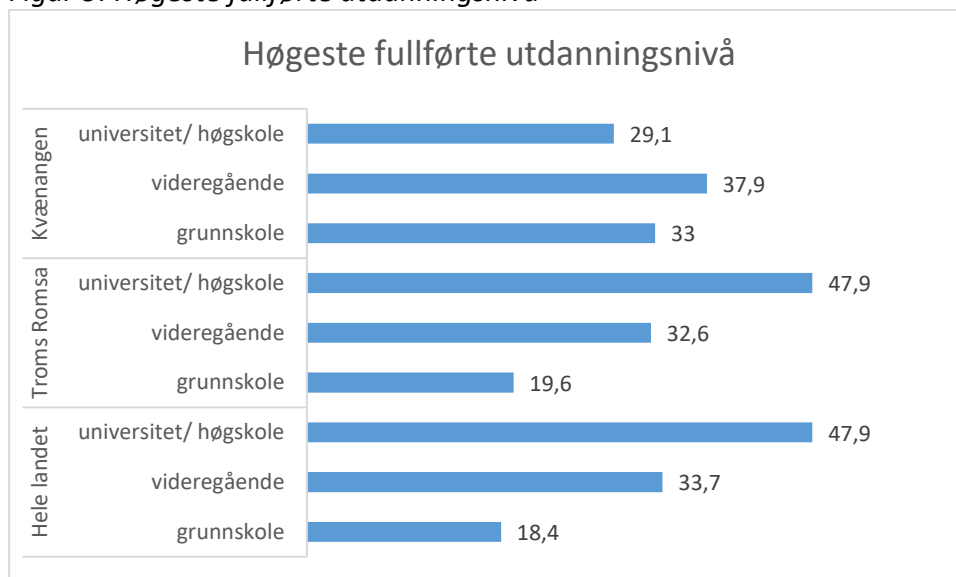
Når det gjelder den boligsosiale målgruppen mangler kommunen egnede boliger for enkelte målgrupper, som feks rus og psykiatri som etter loven er en prioritert målgruppe. I mange tilfeller har NAV brukt campingplasser som midlertidig bolig til brukere.

De kommunale boligene har generelt manglende vedlikehold og holder ikke dagens standard for boliger. Det er forholdsvis liten turnover i boligene, 36 % av nåværende leietakere i har flyttet inn i 2013 eller tidligere, og har bodd i over 5 år i boligen.

4.2 Utdanningsnivå

Utdanningsnivået i Kvæningen er betydelig lavere enn eller i fylket og landet. Kvæningen har høyeste andel av befolkningen som har grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Tendens er at andel med videregående og høyere utdanning øker i Kvæningen, men den øker i mindre grad enn i fylket og landet forøvrig.

Figur 5: Høyeste fullførte utdanningsnivå



Kilde: <http://khs.fhi.no/>

I Kvæningen finnes det ikke videregående skole eller andre muligheter for å videregående utdanning. Alle må reise ut av kommunen for å gå på videregående skole og høyere utdanning. Generelt blir utdanningsnivået i befolkningen påvirket av kultur/tradisjoner/trender når det gjelder utdanningservervelse, arbeidsmarkedet i kommunen, hvorvidt yngre flytter tilbake til hjemkommunen etter endte studier, lokale tradisjoner og kommunens generelle attraktivitet på hjemsted. Familiens sosioøkonomiske status, foreldrenes utdanningsnivå, yrke og inntekt, og oppvekstvilkår, mestringsnivå og ambisjoner hos den enkelte påvirker også utdanningsvalg.

Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse.

4.3 Inntektsnivå

Inntektsnivået i Kvæningen er lavere enn i fylket og landet ellers. Tabellen viser utviklingen av median inntekt for husholdningene landet, Troms og i Kvæningen de siste 5 årene.

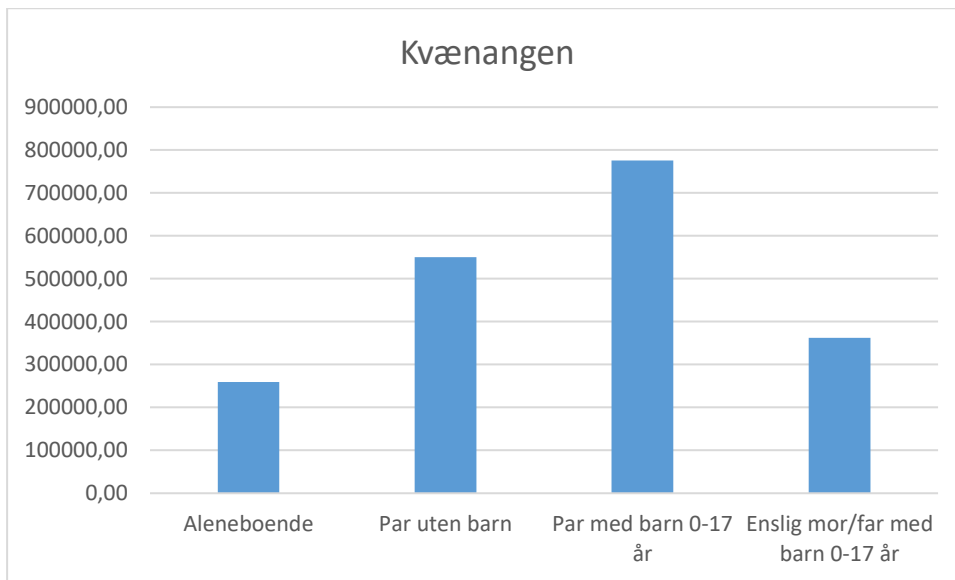
Tabell 6: Medianinntekt

År	2012	2013	2014	2015	2016
Hele landet	446000	465000	479000	491000	498000
Troms	434000	457000	472000	485000	493000
Kvæningen	408000	410000	432000	447000	458000

Kilde: SSB

Denne figuren viser inntekt etter skatt for de vanligste husholdningstypene i Kvæningen.

Figur 6: Inntekt etter skatt for husholdningene, 2017



Kilde: Kommunefakta, SSB

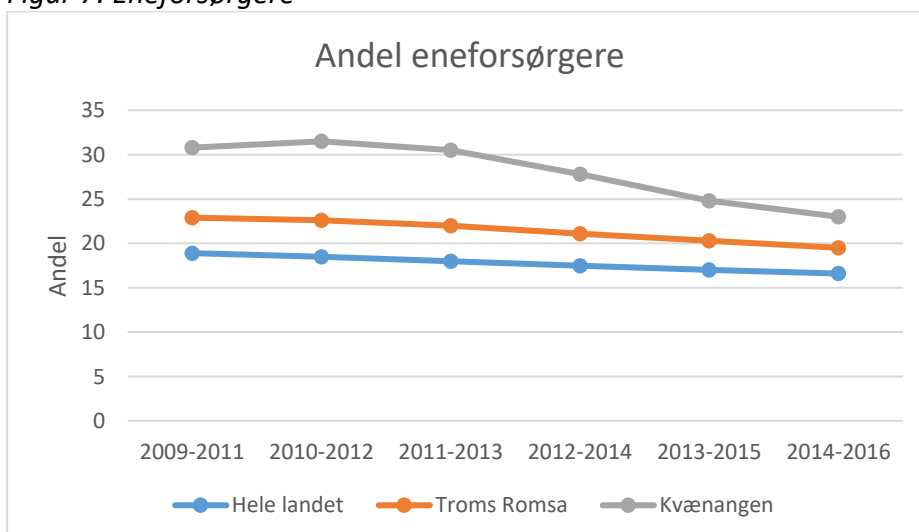
Den vanligste husholdningstypen i Kvæningen-aleneboende, har det laveste inntektsnivået. I husholdninger par med barn har par betydelig høyere inntekt enn enslige forsørgere. Det betyr at det er mange lavinntektshusholdninger i Kvæningen.

4.4 Skilsmisser /Enslige forsørgere

Antall skilsmisser i året i Kvæningen varierer mellom 0- 5 i året. Det er i gjennomsnittet 3-4 skilsmisser og separasjoner i Kvæningen i året. Av alle skilsmisser skjer 1/3 mellom 5-9 år etter giftemål, og så mye som 55 % fra 5- 14 års ekteskap. De fleste skilsmisser rammer felles barn.

Andelen eneforsørgere er vesentlig større i Kvæningen enn i landet og fylket for øvrig. I Kvæningen er 23 % av alle barnetrygdmottakere under 45 år eneforsørgere. Utviklingen er positiv, Kvæningen nærmer seg lands- og fylkesgjennomsnittet.

Figur 7: Eneforsørgere



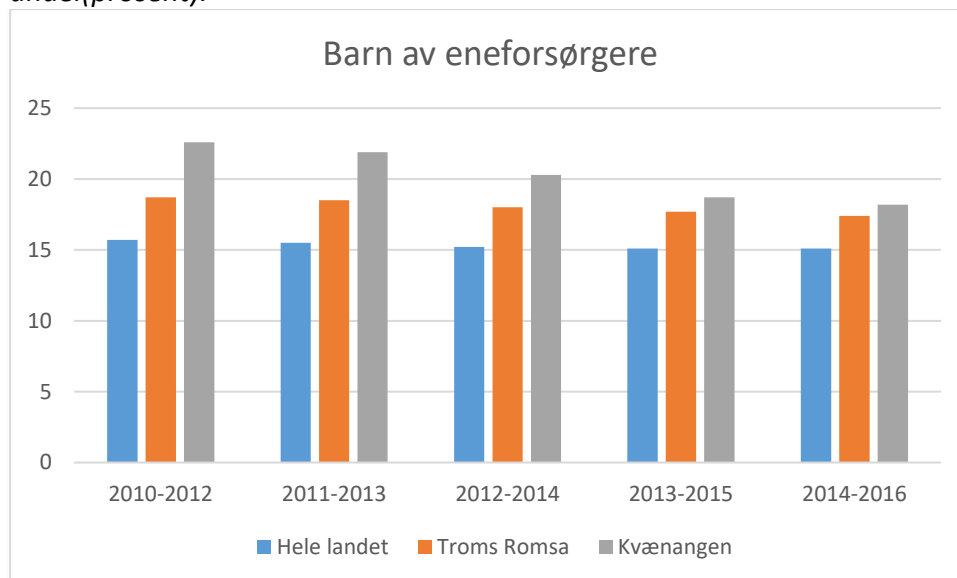
Kilde: <http://khs.fhi.no/>

Samlivsbrudd gir høy risiko for langvarig arbeidsuførhet og øker risikoen for å komme under fattigdomsgrensen i inntekt. Mange opplever angst og depresjon som følge av egen skilsmisse, samt at barn kan utvikle psykiske vansker etter foreldres samlivsbrudd.

Oversikten over medianinntekt (jmf pkt. 4.3) viser at eneforsørgere har lavere inntekt enn husholdninger med flere voksne medlemmer. Tap av forsørger gjennom samlivsbrudd eller død fører for mange til økonomiske problemer.

Nesten hvert femte barn (18, 2 %) i Kvæningen i alderen 0-17 år vokser opp med en forsørger. Tallet er vesentlig høyere enn i fylket og landet for øvrig. Landsgjennomsnittet har vært stabilt på 15 % og fylkesgjennomsnittet på 17 % de siste årene. Andelen barn av enslige forsørgere har hatt nedgang i Kvæningen siden 2010, og nærmer seg landsgjennomsnittet.

Figur 8: Barn av eneforsørgere – barn 0-17 år, 3 års glidende gjennomsnitt, kjønn samlet, andel(prosent).



Kilde: *Kommunehelse statistikkbank(fhi.no)/ Arbeids- og velferdsetaten (NAV)*

Barn av eneforsørgere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Det er en del risikofaktorer knyttet til det å vokse opp med en eneforsørger. Eneforsørgere har ofte mindre ressurser i form av dårligere økonomi og mindre tid til barna. Dette kan føre til at barna ikke kan delta i sosiale aktiviteter og at tiden med tilgang på en voksen er mindre. I tillegg er det økt forekomst av psykiske helseproblemer blant eneforsørgere, som videre kan virke inn på foreldreferdigheter og dermed barna. Forhold mellom foreldre som ikke lever sammen kan være preget av økt konfliktnivå som kan gå ut over barna og føre til emosjonelle problemer og atferdsproblemer.

Likevel kan det være vanskelig å skille effekten av det å vokse opp med eneforsørgere fra andre faktorer som kan henge sammen med dette. For eksempel er eneforsørgere - spesielt alenemødre - ofte unge og har lavere utdannelsesnivå.

4.5 Barnefattigdom

I Kvæningen er 18 % av befolkningen barn under 18 år. For å måle omfanget av barnefattigdom brukes lav inntekt som mål. Det vil si husholdninger med en inntekt som er lavere enn 60 % av medianinntekten i Norge.

For Kvæningen er tallet på barnefattigdom 14,7 %, gjennomsnittet i Norge er 8,5 %. De andre Nord-Troms kommunene ligger rundt landsgjennomsnittet.

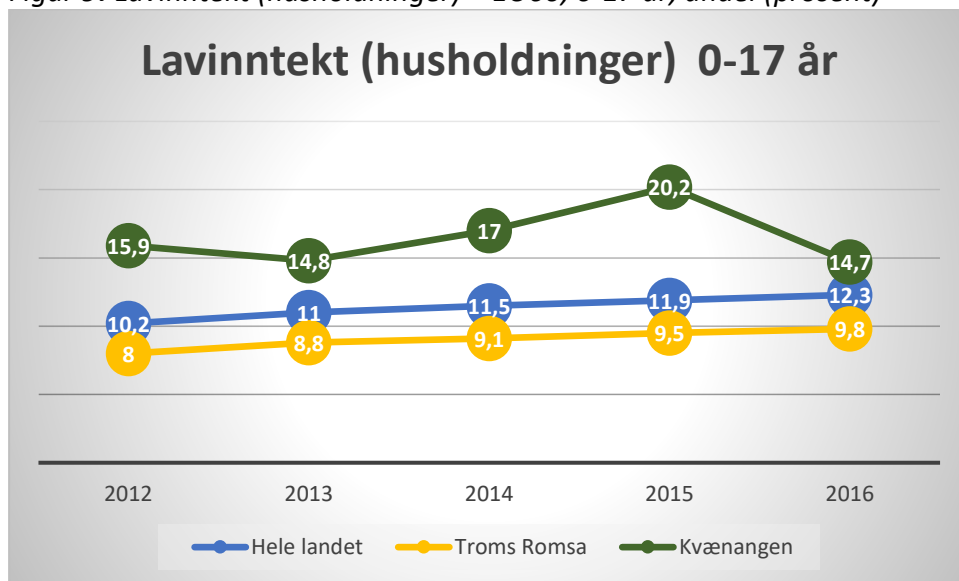
Figuren under viser andel personer 0-17 år i husholdninger med inntekt under 60% av

medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Den viser at andelen er vesentlig høyere i Kvæningen enn i fylket og landet for øvrig.

I et land som Norge, der den generelle levestandarden er høy, er det vanlig å bruke definisjoner av fattigdom som handler om mer enn fysisk overlevelse. Det betyr at fattigdom ikke bare handler om mangel på mat, klær og tak over hodet. I dag innebærer fattigdom også det å mangle muligheter for å delta sosialt, på lik linje med resten av samfunnet (Fløtten 2008:17). Denne måten å definere fattigdom på, stammer fra Townsend (1979: 31), som definerte fattigdom slik:

«En person er fattig dersom vedkommende mangler ressurser til å delta i samfunnets aktiviteter og å opprettholde den levestandarden som er vanlig i dette samfunnet.»

Figur 9: Lavinntekt (husholdninger) – EU60, 0-17 år, andel (prosent)



Kilde: Kommunehelse statistikkbank(fhi.no)/SSB

Husholdninger med barn i risiko for fattigdom, kjennetegnes ofte av å tilhøre minst én av gruppene: barn i husholdninger med innvandrerbakgrunn, barn i husholdninger med enslige forsørgere, og barn i husholdninger hvor hovedinntektstaker har lav utdanning.

Grunnet en relativt stor andel lavinntektsfamilier er det flere barn i Kvæningen enn ellers i landet som lever i barnefattigdom.

Det å leve i fattigdom som barn kan påvirke barnets nåværende livskvalitet, og fremtidige muligheter i liv. Det begrenser muligheter å delta på aktiviteter og kan føre til ensomhet. Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvpålevd helse, sykdom og for tidlig død.

4.6 Barnevern

Kvæningen og Nordreisa har felles barneverntjeneste og derfor sammenlignes tjenesten i Kvæningen med Nordreisa, fylket og landet. Fra 2006 til 2016 har det vært en liten økning i antall barn som har hatt omsorgs- eller hjelpetiltak fra barnevernet.

I Kvæningen er det forholdsvis stor andel barn som er på barnevernstiltak, sammenlignet med lands- og fylkesgjennomsnittet. Andelen barn som bor utenfor hjemmet er større i Kvæningen enn i Nordreisa, landet og fylket, samtidig er det en lavere andel barn som får hjelpetiltak i hjemmet.

Når det gjelder ressursbruk, er utgiftene pr. barn som bor utenfor hjemmet i Kvæningen betydelige lavere enn både i Nordreisa og landet forøvrig. For tiltak i hjemmet er utgiftene det dobbelte eller tredobbelte sammenlignet med Nordreisa, fylket og landsgjennomsnittet.

I Kvæningen er det færre fosterhjem som har fått oppfølging i tråd med lovkrav, færre barn i hjelpetiltak har tiltaksplan og ingen barn i hjelpetiltak har fått evaluering i 2017 enn i Nordreisa, fylket og landet.

Tabell 7: Nøkkeltall fra barnevernstjenesten i Kvæningen, Nordreisa, Troms og landet

	Landet	Kvæningen	Nordreisa	Troms
Dekningsgrad og kapasitet				
Andel barn med barnevernstiltak i forhold til innbyggere i aldersgruppen 0-17 år	4,9	8,7	6,3	5,6
Andel barn med undersøkelse i forhold til antall innbyggere i aldersgruppen 0-17 år	4,8	6,4	6,4	4,9
Andel barn som bor utenfor hjemmet i løpet av året i forhold til antall innbyggere i aldersgruppen 0-17 år	1,7	3,7	2,4	2,0
Andel barn med hjelpetiltak i hjemmet av alle barn med tiltak	65,4	57,9	62,7	64,3
Antall barn med undersøkelser eller tiltak per årsverk	19,8	14,0	15,3	15,0
Kvalitet				
Andel barn i fosterhjem som har fått oppfølging i tråd med lovkrav	84,4	50,0	60,0	84,0
Andel fristbrudd i undersøkelsessaker	8,0	18,2	45,7	11,6
Andel barn i hjelpetiltak med tiltaksplan	90,6	35,0	52,4	79,9
Andel barn i hjelpetiltak med evaluert tiltaksplan	71,5	0,0	25,0	61,2
Antall barn med akuttvedtak per 1000 i barnebefolkningen	1,4	1,8
Antall stillinger i barneverntjenesten med fagutdanning per 1000 barn 0-17 år	4,6	4,6	6,6	5,9
Økonomi				
Utgifter til barnevern per barn i befolkningen 0-17 år	8 925	13 023	10 596	10 198
Utgifter per barn i barnevernet	113 210	101 857	99 115	121 032
Utgifter per barn som bor utenfor hjemmet	298 469	167 625	240 440	285 849
Utgifter per barn som får tiltak i hjemmet	31 849	95 672	44 533	25 251
Andel av barnevernsutgiftene som går til saksbehandling	32,0	16,1	29,7	35,3
Andel av kommunens totale utgifter som brukes på barnevern	3,5	2,4	4,0	3,6

Kilde: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern_kommunemonitor/#/1943&1942

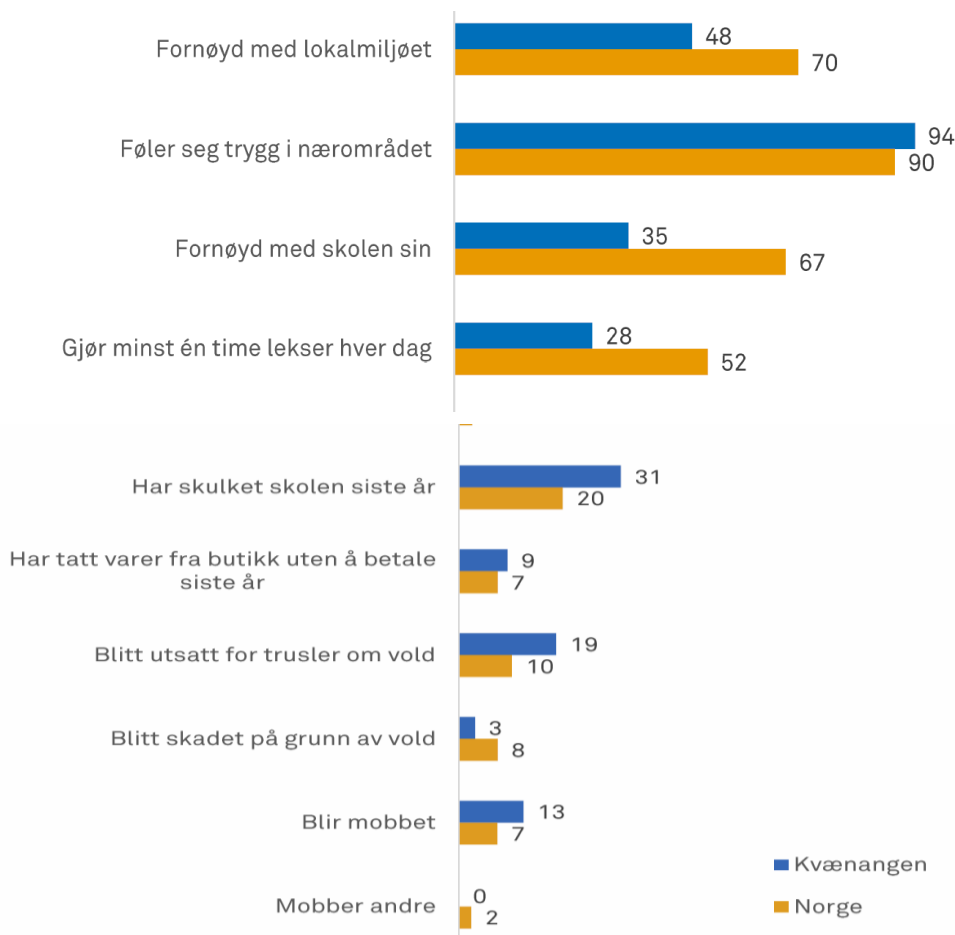
4.7 Trivsel i oppvekstårene

I Ungdata-undersøkelsen skiller ungdommene i Kvæningen seg ut på følgende områder, hvor forskjellen til landsgjennomsnittet er stort: En betydelig mindre andel av Kvæningselevne enn av landsgjennomsnittet er fornøyd med lokalmiljøet, med skolen sin og med helsa si. I tillegg er andel

som gjør lekser minst én time hver dag, mindre i Kvæningen. Samtidig er det en større andel som bruker mer enn to timer foran en skjerm hver dag. Det er forholdsvis flere elever i Kvæningen som sier at de har skulket skolen siste år, enn landsgjennomsnittet.

Det er betydelig større andel av Kvæningselevne enn landsgjennomsnittet, som svarer at de blir mobbet og utsatt for trussel om vold. Kvæningselevne svarer de at de ikke mobber selv.

Figur 10: Nøkkeltall fra UngData-undersøkelsen i Kvæningen, mai 2017



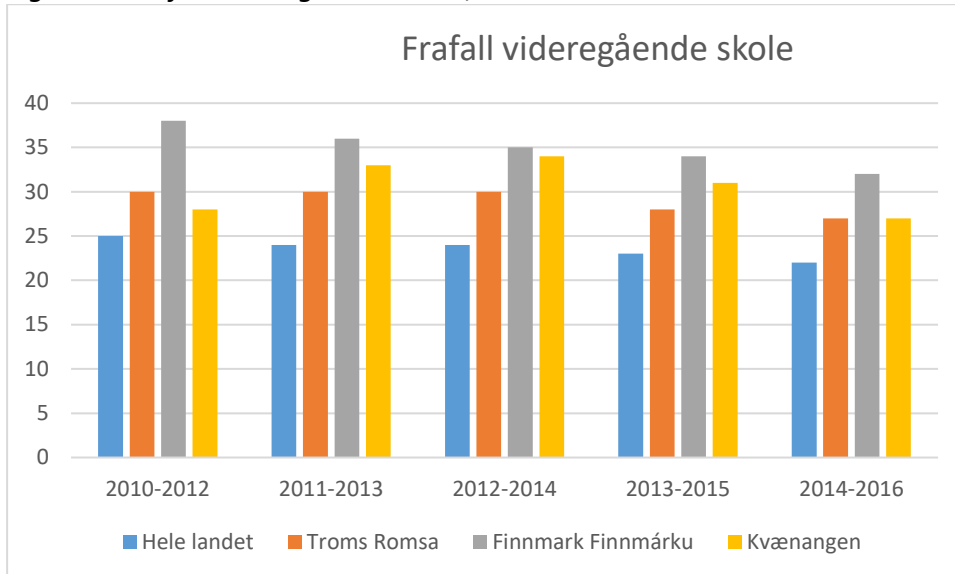
Kilde: Ungdata 2017, Kvæningen

4.8 Frafall fra videregående skole

Frafallsprosenten i Kvæningen er nå på 27 %, som er det som i Troms fylke (2014-2016). Landsgjennomsnittet er på 22 %, og frafallet i Finnmark er noe høyere. Det har vært positiv utvikling i hele landet de siste årene. Frafall i videregående skole er et omfattende problem i hele landet. Nasjonalt er det langt flere elever fra familier med lavt utdanningsnivå som faller fra, sammenlignet med elever fra familier med høyt utdanningsnivå. Frafallet er størst i blant elever på yrkesfagene.

Elever med bostedsadresse i Kvæningen går på Alta videregående skole og Nord- Troms videregående skole. De siste årene har det vært ganske jevn fordelingen av elevene, mellom det to skolestedene. Kvæningen kommune har de siste årene hatt tett oppfølging av elevene fra Kvæningen og har vært på besøk både i Alta og på Storslett.

Figur 11: Frafall videregående skole, 2010-2016



Kilde: <http://khs.fhi.no/>

Frafall i videregående skole reduserer mulighetene i arbeidsmarkedet og øker risikoen for uføretrygd og dårligere levekår og helse. Både norsk og internasjonal forskning viser sammenheng mellom psykisk helse og frafall i videregående skole. Det stilles i dag høyere krav til formell kompetanse enn tidligere for å få jobb. Frafall fra videregående skole utgjør derfor større risiko for arbeidsledighet og helseutfordringer enn for noen år tilbake.

4.9 Arbeidsplasser

Sysselsettingsgraden i Kvæningen er på 61 %, og i 2015 var det netto utpendling på 90 personer, som tilsvarer 16,5 % av den yrkesaktive befolkning. I konsekvensutredning for Kvæningen kommune (Troms fylkeskommune, 2017) kommer det frem at det er over to ganger så mange som pendler ut av kommunen enn de som pendler inn.

Figuren nedenfor viser fordelingen av sysselsetting på ulike sektorer. I følge dette er overkant av 66 % av kommunens arbeidsstokk sysselsatt i offentlig sektor.

Figur 12: Registrerbar sysselsetting, 2017



Kilde: SSB

Det private næringslivet kjennetegnes av mange enkeltmannsbedrifter, og utover det er det relativt få arbeidsplasser i den private sektoren. Ser man på endringen i antall sysselsatte har Kvæningen har det vært en nedgang på omlag 11,5 % fra 2005 til 2015, den største nedgangen har vært i naturbaserte næringer, jordbruk, skogbruk og fiske.

I konsekvensutredning for Kvæningen kommune (2017), slår Troms fylkeskommune at vekst i offentlig sektor vil kunne påvirke og hemme næringsutvikling i privat sektor. Med støtte fra Troms fylkeskommune har Kvæningen kommunen igangsatt omstillingsarbeid som skal tilrettelegge for etablering av nye bedrifter og øke i antall sysselsatte i privat sektor.

Næringsstrukturen tilsier at arbeidsmarkedet er begrenset for de som ikke har fagutdanning eller høyere utdanning.

4.10 Arbeidsledighet

I 2017 var arbeidsledigheten i Kvæningen på 2,2 %, dette utgjorde 20 personer. I løpet av de siste fem årene har arbeidsledighet i Kvæningen vært høyere enn landsgjennomsnittet og kommunen har hatt høy arbeidsledighet sammenlignet med Troms for øvrig. Fra 2013 -2014 økte arbeidsledigheten med over ett prosentpoeng, dette kan ha en sammenheng med nedgangen i sysselsatte innen naturbaserte næringer.

Ytterligere analyser viser at arbeidsledigheten for ungdom i Kvæningen var på 7,32 % i 2015, det er kun én kommune i Troms som har høyere arbeidsledighet blant ungdom enn Kvæningen.

Indikatoren for arbeidsledig ungdom har variert mye de siste årene, dette kan potensielt forklares med at det er få ungdommer i kommunen, og om en eller to blir arbeidsledig kan det gi store utslag.

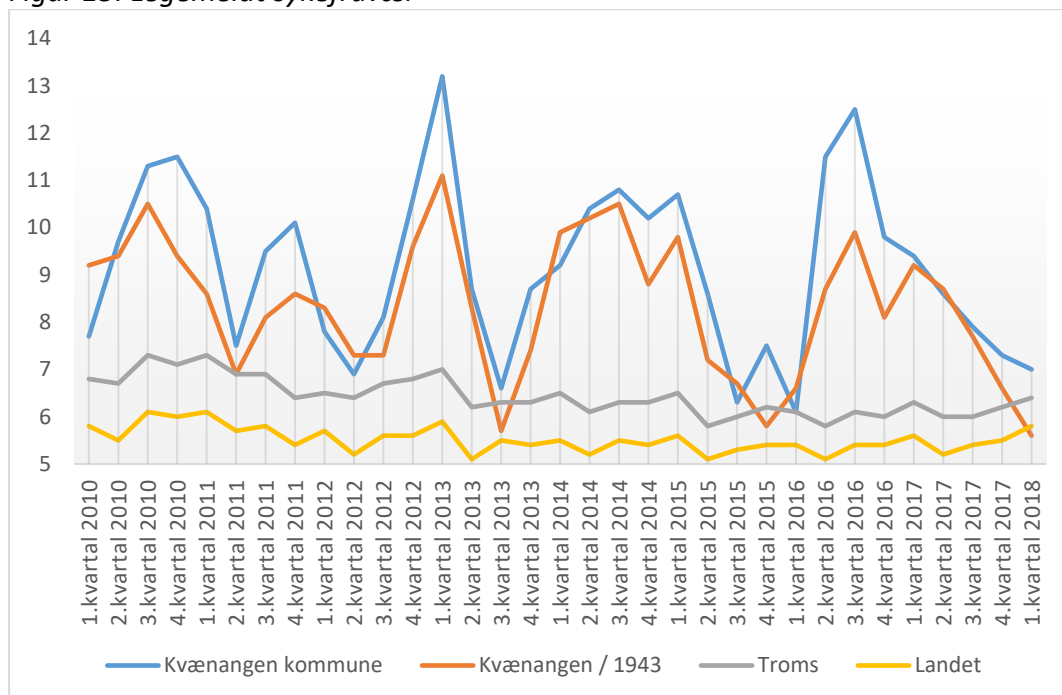
Arbeid gir tilgang til viktige helsefremmende ressurser som sosiale relasjoner, identitet, personlig vekst og økonomisk trygghet.

4.11 Sykefravær

Tall fra 8 siste år, viser at sykefraværet i Kvæningen svinger mye i løpet av et år. Fra 2010 har sykefraværet vært på topp mellom 3. og 4. kvartal hvert år.

Kvæningen har generelt ligget over lands- og fylkesgjennomsnittet i sykefravær. I 1. kvartal 2018 er sykefraværet i Kvæningen på 5,6 % som er på nivå med landsgjennomsnittet, og under fylkesgjennomsnittet. Det har vært en endring på -39,3 % fra 1. kvartal i 2017.

Figur 13: Legemeldt sykefravær



Kilde: NAV, IA-web

4.12 Uføretrygdede

Andel personer som mottar uføreytelser (varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger) i Norge har gått svakt nedover de siste årene. I Kvænangen kommune har det vært relativ stor økning og vi ligger høgt over landsgjennomsnittet. I følge Folkehelseprofilen for Kvænangen (2014) har Kvænangen nesten dobbelt så stor andel (5,7 %) med varig uføretrygd i aldersgruppen 18 -44 år enn fylket (2,7 %) og landet (2,5 %) for øvrig, i årene 2010-2012.

De nyeste tallene fra NAV, viser at Kvænangen kommune ligger relativt høgt over lands- og fylkesgjennomsnittet og det det fortsatt er en økende tendens i andel uføretrygdede i Kvænangen.

Tabell 8: Andel uføretrygdede i Kvænangen

	2016	2017	Endring
Kvænangen	16,2	16,7	+2,5
Troms	10,6	10,5	-0,6
Landet	9,4	9,6	+2,4

Kilde: NAV

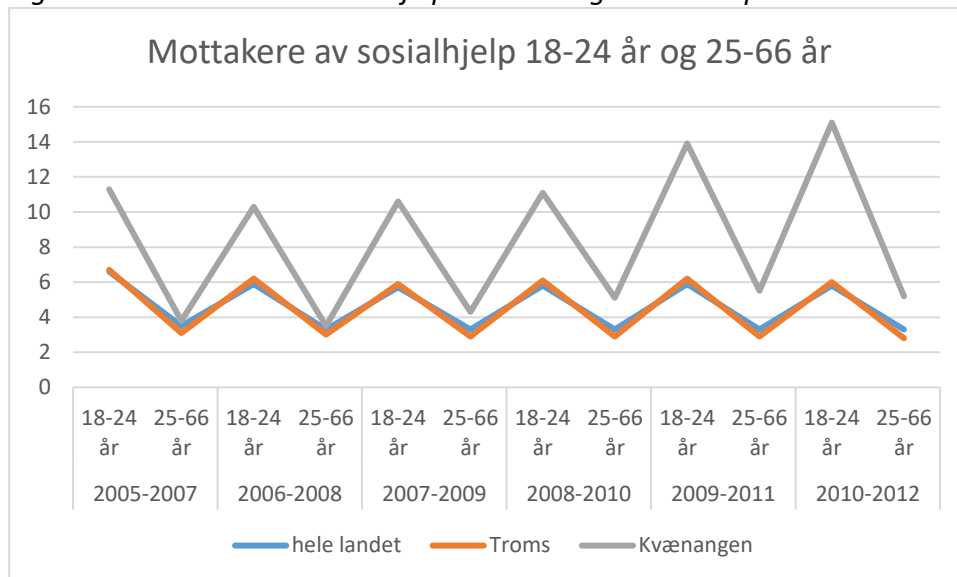
Uføreytelser er stønadsordninger for å sikre inntekt til livsopphold for personer 18-66 år som har fått inntektsevnen varig nedsatt på grunn av sykdom eller funksjonshemning. Gruppen som mottar uføreytelser er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid.

Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser.

4.13 Mottakere av sosialhjelp

Andelen mottakere av sosialhjelp har i Kvæningen stort sett vært høyere enn i landet og fylket for øvrig. Dette diagrammet viser tall fra 2005- 2012, som viser at tendensen mot slutten av perioden var at det ble stadig flere i aldersgruppen 18-24 år som fikk sosialhjelp, og med en liten minking i aldersgruppen 25-66 år.

Figur 14: Mottakere av sosialhjelp 18-24 år og 25-66 år i perioden 2005- 2012



Kilde: <http://khs.fhi.no/>

Tall fra NAV viser en liten nedgang i antall mottakere av sosialhjelp i 2017. Andelen i 2017 ligger på 10 % i aldersgruppen 18-24 år og 5 % i aldersgruppen 25-66 år. NAV presiserer at antallet har gått ned blant annet fordi det gis økonomisk råd- veiledning og individuell oppfølging. Disse personene kommer ikke med i denne statistikken, da de ikke mottar noe ytelse.

4.14 Vurderinger av årsaker og konsekvenser

Status	Mulige årsaker	Konsekvenser
<p>Boligforhold</p> <p>Det er nesten like mange fritidsboliger som boliger i Kvæningen.</p> <p>Manglende universell utforming av omsorgsboliger og få tilrettelagte boliger til boligsosiale formål.</p>	<p>Begrenset utleiemarkedet – få private utleiery på boligmarkedet.</p> <p>De kommunale boligene blir leid ut til grupper som ikke er behovsprøvd.</p>	<p>Vanskelig å finne boliger til de målgruppene som har krav på kommunale boliger.</p> <p>Når hjelpebehovet blir stort og forutsetter bruk av hjelpemidler, blir boligen ofte for trang, og de må flytte på institusjon.</p>
<p>Utdanningsnivå</p> <p>33 % har grunnskolen som høyeste utdanningsnivå. Det er betydelig lavere enn landet og fylket for øvrig.</p>	<p>Må reise ut for å ta utdanning.</p> <p>Arbeidsmarkedet.</p> <p>De som tar utdanning flytter ikke tilbake etter endt utdanning.</p>	<p>Reduserer mulighetene i arbeidsmarkedet.</p> <p>Økt risiko for uføretrygd, dårligere levekår og helseproblemer.</p>

Inntektsnivå	Lavere medianinntekt i Kvæningen enn i fylket og ellers i landet.	Mange står utenfor arbeidslivet - stor andel arbeidsledige, uføretrygdete og sosialhjelp mottakere	Utdannings- og inntektsforskjeller bidrar til sosial ulikhet i helse.
Barnefattigdom	14,7 % av barn i alderen 0-17 år lever i under fattigdomsgrensen i Kvæningen. Dette er noe høyere enn landsgjennomsnittet (8,5%).	Mange lavinntektsfamilier i Kvæningen Utsatte grupper – enslige forsørgere og lav utdanning	Påvirker barnas livskvalitet, da økonomi begrenser muligheter for å delta på aktiviteter og kan føre til ensomhet. Kan også påvirke også barnas muligheter senere i livet og deres helse.
Arbeidsplasser	Sysselsettingsgraden i Kvæningen er på 61 %, landsgjennomsnittet er på 69,5 % I Kvæningen er kun 1/3 av arbeidsstokken sysselsatt i privat sektor. Forholdet er motsatt på landsbasis. Begrenset med jobbtilbud i kommunen for innbyggere uten høyere utdanning.	Få arbeidsplasser i privat sektor. Stor nedgang i naturbaserte næringer de siste 10-15 årene.	Tilgang på arbeid er en forutsetning for fortsatt bosetting og tilflytting til Kvæningen.
Uføretrygdete	Andelen uføretrygdete i Kvæningen i aldersgruppen 18-66 år er på 16,7 %, som er langt over landsgjennomsnittet (9,6%)	Årsakene er komplekse og sammensatte: fysisk og psykisk sykdom, belastninger i livssituasjon, livstil, usikker arbeidssituasjon, utdanningsnivå, holdninger til og praksis i forbindelse med sykemeldinger og uføretrygd, jobbtilbud i området og bortfall av arbeid for innbyggere uten utdanning	Lavere inntekt øker risikoen for dårlig helse, sykdom og for tidlig død. Økt behov for helse- og sosialtjenester. Sosiale helseforskjeller. Økning i boligsosiale utfordringer. Økte kostnader for kommunen/ samfunnet.
Sosial hjelp	Andelen mottakere av sosialhjelp har i Kvæningen stort sett vært høyere enn i landet og fylket for øvrig. Andelen i 2017 ligger på 10 % i aldersgruppen 18-24 år og 5 % i aldersgruppen 25-66 år.		

5. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

En rekke miljøforhold har effekt på helsen. Gjennom utforming av det fysiske miljøet kan kommunen legge til rette for fysisk aktivitet og sosial kontakt mellom mennesker. Ved å planlegge fysiske omgivelser med tanke på helsefremming kan man bidra til bedre fysisk og psykisk helse i befolkningen.

5.1 Drikkevannskvalitet

Kvæningen kommune har som å mål at alle innbyggere og næringsliv i kommunen skal ha tilgang til nok vann av tilfredsstillende kvalitet. Kvæningen kommune har 7 vannverk, og ca 40 prosent av innbyggerne i Kvæningen drikkevann fra kommunalt vannverk. For disse er det 100 prosent tilfredsstillende leveringsstabilitet og hygienisk kvalitet. De resterende 60 prosent av innbyggerne har vann fra privat vannverk eller enkelt anlegg. Vannkvaliteten til de resterende innbyggerne er derfor ukjent. Drikkevannsforskriften stiller krav om at fra 1. juli 2018 skal alle vannforsyningssystem (som leverer vann til 2 og flere enheter) registreres hos Mattilsynet, med krav om årlige råvanns- og drikkevannsprøver.

Norge har et av de dårligste vann- og avløpsnettene i Europa, og anslagsvis 30 til 40 prosent av det rensede drikkevannet går tapt på grunn av lekkasjer i ledningsnett. På landsbasis er om lag 90 prosent av ledningsnett er kommunalt, resten er privateid.⁴ I henhold til interne målinger har det kommunale ledningsnett i Kvæningen et lekkasjenivå på ca. 70 prosent (inkl. frosttapping).

5.2 Forekomst av radon

Radonnivået er målt på alle kommunale boliger, skoler, barnehager, sykehjem, rådhus. Verdiene var innenfor akseptabel grense. Det er ikke gjort aktive tiltak for å få innbyggerne til å måle radonnivået i sin egen bolig.

5.3 Forurensing /forsøpling

Kvæningen kommune kjenner ikke til noen spesiell luftforurensning i kommunen, det er ikke forurensende industri i kommunen.

Gjengroing og gjenlagt skrot er en vesentlig miljømessig utfordring i kommunen. Gjengroing vil over tid endre kulturlandskapet. Det blir mindre åpent og mindre tilgjengelig. Nedfalls piggtråd og gjerder utgjør en risiko for både folk og dyr som kan snuble eller gå seg fast. Gamle rundballer som blir liggende med rundballeplast på er også en form for plastforsøpling.

Som ellers i landet er forurensningen i strandsonen/fjæra et problem. Plastforsøpling av strender og havområder øker, og er skadelig for mennesker og dyr. Det er nødvendig både å forebygge og rydde opp for å redusere marin forsøpling og forsøpling på land.

Utslipp av næringssalter fra oppdrettsanlegg påvirker miljøforholdene i fjorder og kystfarvann. Utslippene kommer fra fôring og fiskens ekskrementer.

Økende tilrettelegging av turområder bidrar til forsøpling i turområder, blant annet på grunn av det ikke er tilrettelagt for avfallshåndtering og sanitæranlegg i tur- og utfartsområdene. Den viktigste forebyggingen er god avfallshåndtering og tilrettelegging for avlevering av avfall.

⁴ Kilde: Meld.St. 19 (2014-2015): *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter.*

5.4 Støy

Støy defineres ofte som uønsket lyd. Generelt er vegtrafikkstøy er den største støykilden utendørs, og årsak til nesten 80 % av den totale støyplagen hos befolkningen. Både jevn støy fra høytrafikkerte veger og støytopper ved forbi passering kan være årsak til støyplage, og støy fra vegtrafikk kan påvirke både helse og trivsel. En av de alvorligste plagene er søvnforstyrrelser. Andre plager kan være hodepine og tretthetsfølelse. Stillhet har stor verdi for befolkningen, og det å bevare stille områder er i seg selv et folkehelseiltak.

I Kvæningen kommune er det først og fremst bebyggelsen inntil E6 (54 km) som er utsatt for mest støy. Det er spredt bebyggelse langs E6, samt at boligfelt i Burfjord sentrum og i Sætra er lokalisert inntil E6. Måletallet for trafikkmengden viser årsgjennsnitt (ÅDT) i 2017 på 700 biler i døgnet på E6. Andelen tungtrafikk har økt og er nå 27 %. ÅDT tallene viser at trafikkmengden er nesten dobbelt så stor i juni over Kvæningsfjellet på E6.

I tillegg er det meldt inn støy fra skuterkjøring i områder der det er etablert hyttefelt i nærheten av boligområder. Hyttefelt medfører økt skuterkjøring.

5.5 Inneklima i kommunale bygg

Godt inneklima fremmer helse og velvære. Motsatt kan dårlig inneklima gi dårlig trivsel og føre til ubehag som følelse av tørr luft, irriterte slimhinner, hodepine og trøtthet. Astma, allergi og luftveisinfeksjoner kan forverres. Dårlig inneklima kan for eksempel skyldes mye støv, luktplager, «tung luft» med høyt CO₂-nivå, tørr luft, høy luftfuktighet, fuktskader og mugg.

En tilsynsrapport fra 2014 peker på at inneklimaet i de eldre kommunale formålsbyggene ikke er tilfredsstillende, da ventilasjonsanlegg, temperaturkontroll/ varmegjenvinningsanlegg og bygningsmessige konstruksjoner ikke holder den standard som kreves i dag. Det er stort etterslep på vedlikehold i de kommunale formålsbyggene.

5.6 Trafikk

Store geografisk områder med spredt bosetting, innebærer at innbyggerne er avhengig av bil for å komme seg til skole, barnehage, lege og butikk. Statistiske tall i kapittel 3.4 viser at 2/3 av innbyggerne bor utenfor kommunesenteret. Skolebussen er det eneste kollektive transporttilbudet innad i kommunen, tilbudet er kun tilgjengelig på dagtid i ukedagene. De som er avhengig av båt har kun 3 ukentlige avganger til og fra kommunesenteret. Begrenset kollektivt transporttilbud begrenser innbyggernes mulighet til å delta i sosiale nettverk, og det kan påvirke trivsel og helse.

58 % av skoleelevene i kommunen får tilbud gratis om skoleskyss. Resten blir enten kjørt på skolen eller sykler og går. Det er dårlig tilrettelagt for sykkel – og gangsti i kommunen. Ifølge tall fra KOSTRA har Kvæningen kommune 2 km tilrettelagt for sykkelsti/gangsti.

E6 går gjennom Burfjord sentrum. Fartsgrensen er 50 km/t, og E6 må krysses for å komme til skole, barnehage og andre sentrumsplasserte tilbud. I Burfjord er det kun et fotgjengerfelt og belysningen langs veien er ikke tilfredsstillende. Det er stor trafikk, blant annet en god del tungtransport på E6. Lite tilrettelegging for myke trafikanter kan skape trafikkfarlige situasjoner.

5.7 Friluftsliv og utearealer

Tilrettelegging for bruk av naturen og uteområdene kan ha god effekt på inkludering, integrering, sosial helse og kontakt mellom ulike sosiale miljøer.

Kvæningen kommune er med i det interkommunale samarbeidet, Nord Troms Friluftsråd, med mål om et allsidig og miljøvennlig friluftsliv, til det beste for befolkningens trivsel og helse. I Kvæningen er det turløyper over hele kommunen. Turløyper er for det meste opparbeidet og vedlikeholdt av ildsjeler, turlag, bygdelag, idrettslag eller andre foreninger. Nord-Troms Friluftsråd skilter årlig rundt 20 såkalte «Ut i NORD»-turer i Kvæningen. Det er per i dag ingen tilpassede turstier for eldre og funksjonshemmede.

Det understrekes at gode felles utearealer i bomiljøet er sentral i et folkehelseperspektiv. Et bo- og nærmiljø som legger til rette for aktivitet, deltagelse og fellesskap er sentralt for innbyggernes trivsel og velferd. Særlig for eldre og andre som tilbringer mye tid i nærmiljøet. Tilrettelegging for at alle grupper av innbyggerne skal ha tilgang til grøntareal og minimum 10 min i gangavstand fra der de bor, oppfylles ikke i Kvæningen. Omsorgsboliger for eldre og funksjonshemmede er lokalisert i Burfjord, og der finnes hverken grøntareal, park eller tilrettelagte nærmiljøanlegg for utendørsaktiviteter. Eldre og funksjonshemmede som bor utenfor Burfjord har enda dårligere tilrettelagt for utendørsaktivitet enn de i sentrum.

I Kvæningen er det det tilrettelagte lekearealer for barn kun ved skolene og barnehagene i Burfjord, Kjækan og Badderden. Lekearealer på Alteidet og Sørstraumen ble borte da skolene ble nedlagt og solgt. Ellers er det ikke noen form for tilrettelegging av utearealene i nabolagene i bygdene. Kommunen har delt ut søknadsbaserte midler til nærmiljøtiltak i 2015 og 2017, for å motivere og oppmuntre til investeringer og tilrettelegging eller opprusting av sosiale møteplasser i nærheten der folk bor. Det er blitt satt opp grillhytter og gapahuker i turområder i nærmiljøet som fungerer som sosiale møteplasser, særlig ved spesielle anledninger.

Lett tilgjengelige turområder, godt merkede stier og tilrettelagte utearealer i nærmiljøet kan virke positivt på bolyst og trivsel og har gode helsegevinster.

5.8 Kulturtilbud

Det finnes en rekke lag og foreninger i Kvæningen. Tall fra Brønnøysundregister viser at det er i overkant av 50 lag og foreninger i Kvæningen kommune (2018), som omfatter både idrettslag, scooterforening, jeger- og fiskeforening, grendehus, grendelag, kirkeforening, politiske partier, rideklubb, 4H. I 2016 var det 5 foreninger (10 %) som var registrert rettet mot barn og unge.

Medlemsforhold og rekruttering til disse organisasjonene er ikke kartlagt. Lag og foreninger arrangerer og er ansvarlig for forskjellige aktiviteter, trim, swing-dans, strikkekafeer, handikap-kafe, klatrekafe.

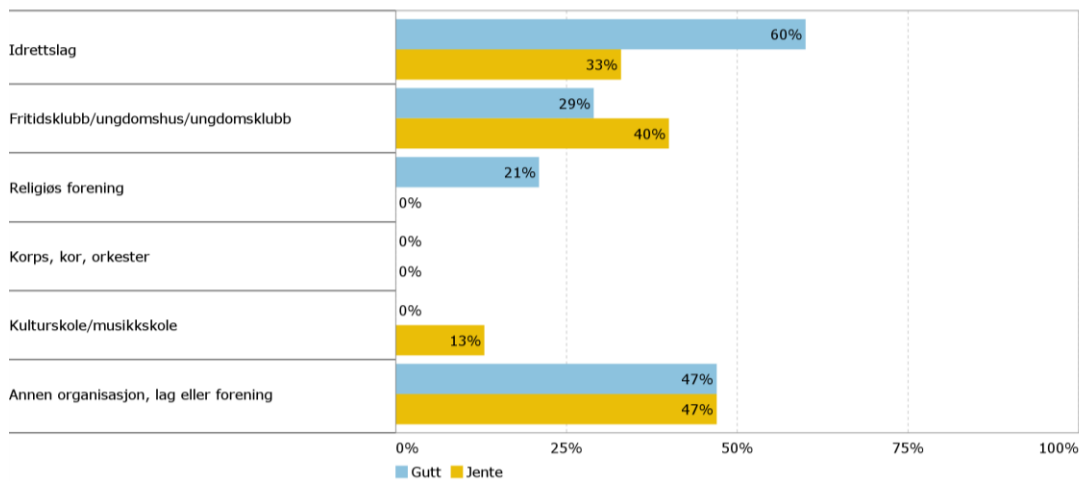
Burfjord idrettslag i Kvæningen er særlig store på fotball og ski. Sentrumsnær lysløype. Ildsjeler i idrettslaget sørger for oppkjørte løypespor gjennom hele vinteren. Aktivitetstilbudet i Kvæningen likevel begrenset. Kommunen er liten og tilbudene er avhengig av aktive ildsjeler. I Ungdata-undersøkelsen svarte 56 prosent av elevene i Kvæningen at de deltar i organiserte fritidsaktiviteter, mot 65 prosent på landsbasis.

Når det gjelder de kommunale kulturtilbudene har Kvæningen gode tall på besøk og utlån på folkebiblioteket sammenlignet med nabokommuner og landet. 28 % av barn og unge i alderen 6-17 år får tilbud i kulturskolen, det er godt over er over landsgjennomsnittet, men på samme nivå som sammenlignbare kommune.

Ungdata-undersøkelsen viser at tendensen er at stadig flere gjør sittestillende aktivitet daglig i minst 2 timer. Det har vært en økning av de som ser på tv fra 7 % til 10 %, og spiller dataspill 18 % til 32 % fra 2013 til 2017. I samme periode har det vært en nedgang av de som den siste måneden har vært på aktiviteter i regi av idrettslag fra 60 % til 47 %.

Figuren nedenfor viser fordelingen svar på "hvor mange ganger den siste måneden har du vært med på aktiviteter, møter eller øvelser i følgende organisasjoner, klubber eller lag? (Prosentandel som har svart '1 gang' eller fler)."

Figur 15: Deltakelse i organiserte aktiviteter



Kilde: Ungdata 2017

Den viser at gutter deltar idrettslag og sportslige aktiviteter i større grad enn jenter, mens jenter deltar i fritidsklubb og kulturskole.

5.9 Vurderinger av årsaker og konsekvenser

Status	Mulige årsaker	Konsekvenser
Forurensing /forsøpling	Nedlagt virksomhet har bidratt til at utstyr/skrot blir liggende igjen.	Forsøpling kan bidra til lavere trivsel og kan være skadelig både for dyr og mennesker.
Gjengroing	Økt forbruk av plast har bidratt til økt plastsøppel både på strand og land.	
Forsøpling i turområder	Økt tilrettelegging av turer har ført til økt bruk av naturområder, men manglende tilrettelegging for avfallshåndtering og toalett.	

Støy / trafikk	<p>Trafikkstøy fra E6.</p> <p>Lite kollektiv trafikk</p> <p>Få tilrettelagte gang- og sykkelstier</p>	<p>Økt trafikkmengde på E6, spesielt i sommermånedene</p>	<p>Økt støyproblematikk. Barn og ungdom er avhengig av privat skyss for å kunne delta på organiserte fritidsaktiviteter. Økt bilkjøring og fysisk inaktivitet</p> <p>Redusert trafiksikkerhet for myke trafikanter</p>
Inneklime kommunale bygg	<p>Ikke tilfredsstillende inneklime i gamle kommunale formålsbygg</p>	<p>Lite vedlikehold og oppgradering av gamle bygg</p>	<p>Dårlig inneklime kan gi dårlig trivsel og føre til ubehag som følelse av tørr luft, irriterte slimhinner, hodepine og trøtthet. Astma, allergi og luftveisinfeksjoner kan forverres.</p>
Friluftsliv og utearealer	<p>Mange stier og lett tilgjengelige turområder.</p> <p>Få tilrettelagte turområder/utearealer for funksjonshemmede.</p> <p>Mangelfulle registreringer av nærmiljøanlegg.</p> <p>Lekeområder kun ved skolene</p>	<p>Nærmiljøanlegg og utearealer har ikke vært prioritert.</p>	<p>Gode turmuligheter og fin natur virker positivt på bolyst og trivsel og har gode helsegevinster. Bidrar til attraktivitet som bosted.</p> <p>Manglende infrastruktur i sentrum/nærmiljøer som legger til rette for aktivitet, deltagelse og felleskap er sentral for innbyggernes trivsel og velferd.</p>
Kulturtilbud	<p>Få kulturtilbud.</p> <p>50 % av skoleungdom svarer at kulturtilbudet til ungdom er svært dårlig.</p> <p>28 % av barn og unge får tilbud ved kulturskolen.</p>	<p>Økt bruk av TV, nett og spill.</p>	<p>Fattig kulturliv. Passiv underholdning.</p> <p>Mindre attraktivt som bosted.</p>

6. Ulykker og skader

Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskade som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft, målt i tapte leveår. Skader har også stor betydning for livskvalitet og helse, og er en utfordring for folkehelsen.

6.1 Det totale skadebildet

Statistikken viser at hvert år blir cirka 12 prosent av befolkningen (i overkant av 600 000 personer) behandlet av lege for skader (FHI, 2014). Flertallet av de registrerte skadene er mindre alvorlige og behandles i primærhelsetjenesten, dvs. hos fastlege og kommunal legevakt. Men det er også et stort antall som sendes videre til sykehus eller behandles direkte på sykehus.

Om begrepene ulykke og skade

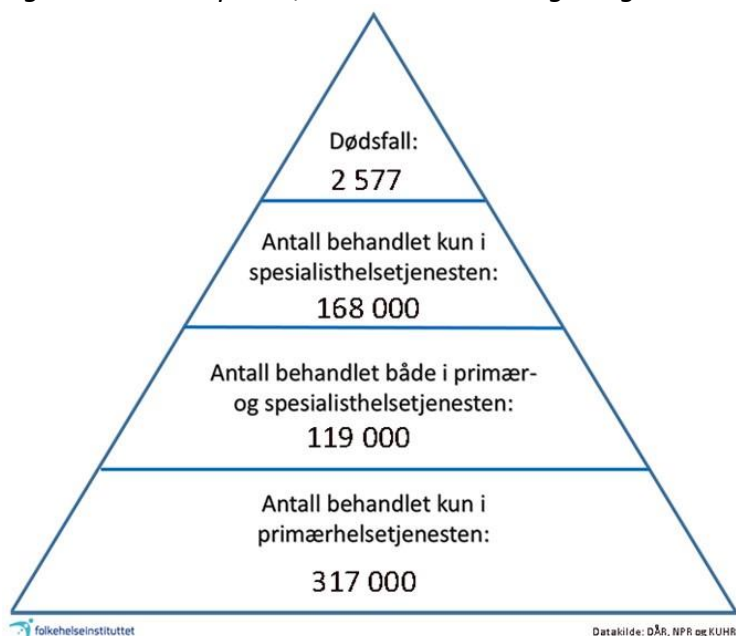
Det er vanlig å skille mellom skader som skjer utilsiktet (ulykkesskader) og skader som påføres med hensikt (voldsskader og villet egenskade).

I noen tilfeller kan det være vanskelig å fastslå årsaken til en skade. Blant annet er et ukjent antall selvmord skjult som ulykker. Enkelte datakilder skiller heller ikke mellom ulike årsaker til skader.

Skadebegrepet avgrenses her til fysiske personskader og utelater psykiske skader, materielle skader og skader på dyr. Også belastningsskader og andre skader som skyldes kronisk eller langvarig eksponering (f.eks. fra kjemikalier, stråling og støy) utelates.

Figuren under gir en oversikt over skadebildet i Norge, fordelt etter alvorlighetsgrad og ulike behandlingsnivå i helsetjenesten. Foruten ulykkesskader omfatter tallene i figuren også voldsskader og villet egenskade.

Figur 16: Skader per år, 2009-2011. Alvorlighetsgraden øker mot toppen av pyramiden.



Kilder: FHI/ Dødsårsaksregisteret, Norsk pasientregister (NPR) og Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR).

Om lag 2 500 personer dør hvert år av skader (toppen av pyramiden i fig.). Slike dødsfall utgjør cirka 6 prosent av alle dødsfall i Norge. Av disse skyldes om lag 2 000 ulykker, de øvrige er i hovedsak selvmord. I underkant av 300 000 personer får årlig skadebehandling i sykehus (de to midterste

trinnene). Av disse får 119 000 også skadebehandling i primærhelsetjenesten, enten for samme skade i form av henvisning eller etterkontroll, eller for en annen skade. Omtrent 95 prosent av disse skadene skyldes ulykker, mens de øvrige i hovedsak er voldsskader.

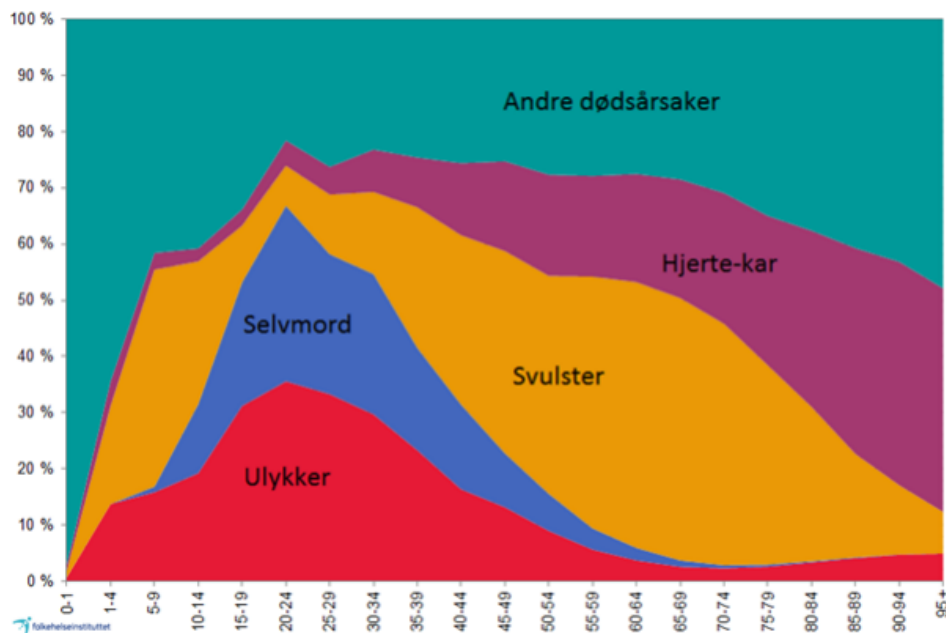
Årlig er det om lag 440 000 pasienter som får behandling hos fastlege eller legevakt (de to nederste trinnene). Flertallet av disse ferdigbehandles i primærhelsetjenesten.

6.2 Færre som dør av ulykker

Årsaken til at folk dør endrer seg med alderen. Figuren under viser at mens ulykker er den største årsaken til dødsfall for personer under 45 år, er det ikke-smittsomme sykdommer som er hovedårsak til dødsfall i aldersgruppen over ca. 50 år.

I tillegg til ulykker, utgjør selvmord en betydelig andel av dødsårsakene blant unge. I Ungdataundersøkelsen oppga 6 prosent av elevene i Kvænangen at de i løpet av den siste uka hadde vært ganske mye eller veldig mye plaget med tanker om å ta sitt eget liv.

Figur 17: Fordeling av dødsårsaker etter alder



Kilde: Dødsårsaksregisteret,⁵ Folkehelseinstituttet.

⁵ Dødsårsaksregisteret er et sentralt helseregister med opplysninger om årsak til død for bosatte i Norge (også dersom dødsfallet skjer i utlandet). Registeret har god dekningsgrad, men mangelfull utfylling av omstendigheter ved dødsulykker. Det er en høy andel «uspesifisert ulykke» – 30% av alle ulykkesdødsfall har «søppelkoden» X59 (Påvirkning fra uspesifisert faktor ved ulykke) som underliggende dødsårsak.

De siste tiårene er dødeligheten som følge av ulykker blitt betydelig redusert (FHI, 2014). Nedgangen skyldes blant annet en positiv utvikling med langt færre dødsfall i trafikkulykker og drukningsulykker.

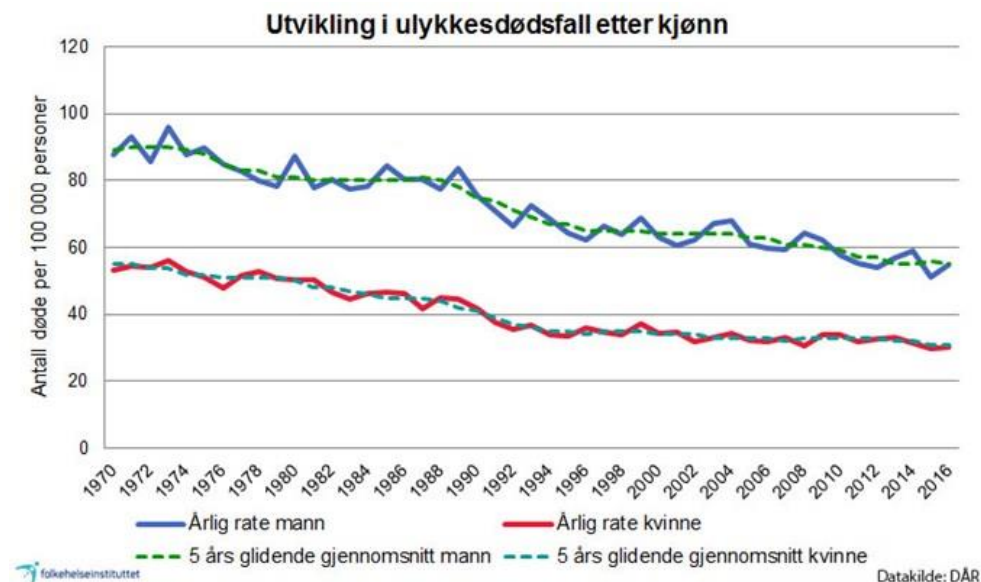
Figuren under viser en kraftig reduksjon i ulykkesdødelighet både for menn og kvinner. I 1970 var det 88 per 100 000 menn som døde på grunn av ulykker. I 2016 hadde antallet falt til 55 per 100 000 menn, en nedgang på nesten 40 prosent (FHI, 2017).

Nedgangen har vært særlig tydelig hos barn, ungdom og unge voksne, men også blant eldre har ulykkesdødeligheten falt betraktelig. For aldersgruppen 65-79 år har dødeligheten av ulykker omtrent blitt halvert fra 1970 tallet fram til i dag.

Om skaderegistre

Skaderegistre i helsetjenesten omfatter dødsårsaksregisteret, rapporteringer i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, samt medisinske kvalitetsregistre. At det i liten grad registreres opplysninger som kan kartlegge årsakskjeden bak en skadehendelse, begrenser datagrunnlagets verdi i det forebyggende arbeidet.

Figur 18: Dødsfall etter ulykker, etter kjønn, 1970-2016. 5-årig glidende gjennomsnitt (stiplet linje) og årlige rater. Aldersjusterte rater.



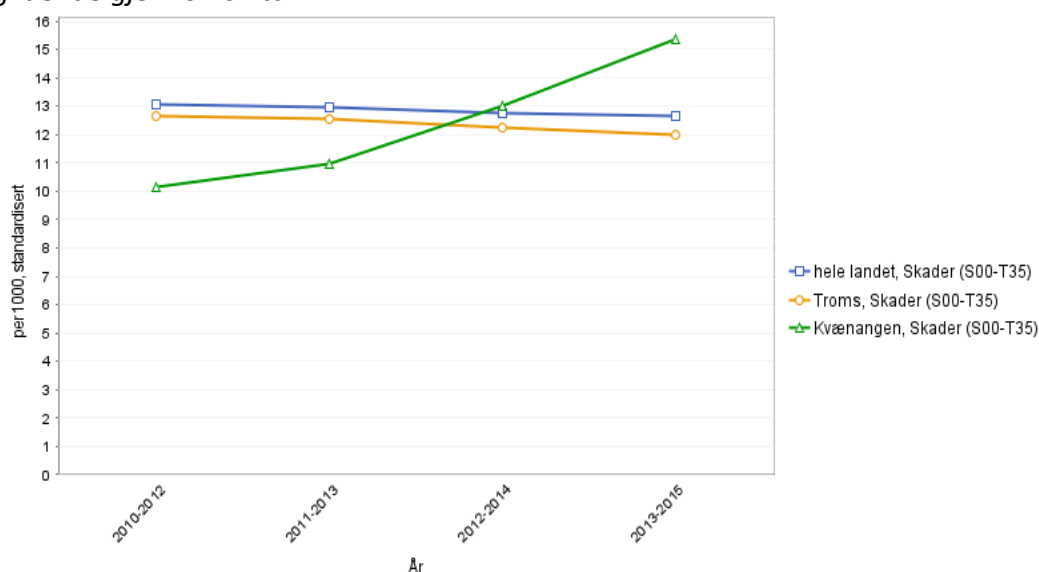
Kilde: Folkehelseinstituttet/ Dødsårsaksregisteret.

6.3 Skader

6.3.1 Pasienter innlagt på somatiske sykehus for personskader

Figuren under viser antall pasienter innlagt i somatiske sykehus for personskader etter ulykker pr. 1000 innbyggere per år. Kvæningen har hatt en kraftig økning de siste årene, sammenlignet med Troms og landet som helhet. Det er ikke tilstrekkelig tallmateriale til å skille mellom typer skader for Kvæningens del.

Figur 19: Spesialisthelsetjenesten, somatikk – personskader, per 1000, standardisert, 3 års glidende gjennomsnitt.



Kilde: kommunehelse statistikkbank(fhi.no)/ Norsk pasientregister(NPR)

Selv om dødeligheten av skade og ulykker er redusert siden 1950-tallet er ulykkeskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensiale for forebygging av skade og ulykker. Trafikkulykker har ofte sammenheng med rus. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste skadene. I tillegg kommer skader som kun behandles lokalt av fastlege/på kommunal legevakt.

6.3.2 Skadested

Figur 20: Skadested fordelt på aldersgrupper (2013). Prosent.

	<20	20-39	40-59	60-79	80<	Totalt	
						Total	Antall
Bolig, boligområde	24	24,9	28,8	39,6	54,3	28,8	31 896
Vei, gate, fortau, gang-, sykkelvei	11	22,1	25,6	25,7	12,3	18,9	21 007
Sports-, idrettsområde	21,9	16,2	6,9	1,8	0,2	13,7	15 143
Skole, høyskole, universitet, barnehage, sfo	22,3	1,3	1,1	0,6	0,2	8	8 921
Fri natur, hav, sjø og vann	5,4	7,1	11,3	10,7	2,1	7,5	8 325
Institusjon, sykehus, syke-, aldershjem, off kontor	0,8	2,1	2,1	3,2	18,6	2,8	3 055
Annet transportområde	0,5	1,6	2,2	1,8	1,1	1,4	1 499
Lekeplass	4	0,5	0,3	0,1	<0,1	1,5	1 708
Jordbruksbedrift, skogbruk	0,3	0,5	1,1	1,4	0,2	0,6	692
Annet skadested	6,7	18,9	15,1	9,8	5,9	12,3	13 679
Ukjent skadested	3,2	4,7	5,5	5,5	5,1	4,5	4 946
Totalt antall	36 478	33 377	21 819	12 733	6 464	100	110 871

Kilde: Helsedirektoratet (Rapport IS-2197): Personskadedata 2013, Norsk pasientregister.

Tabellen over viser at «bolig, boligområde» er vanligste skadested, og nesten 1/3 av de innrapporterte skadene er i denne kategorien. Mange skader rapporteres også fra vei, samt sports- og idrettsområde. Andelen skader varierer betydelig mellom de ulike aldersgruppene. De yngste aldersgruppene blir oftere skadet på skoler og idrettsområder, mens de eldste oftere blir skadet i bolig og på institusjon.

Kvinner har en betydelig større andel skader på kategorien bolig, boligområde, mens menn i større grad får skader på sports- og idrettsområder. Menn er også overrepresentert med statusen «annet skadested».

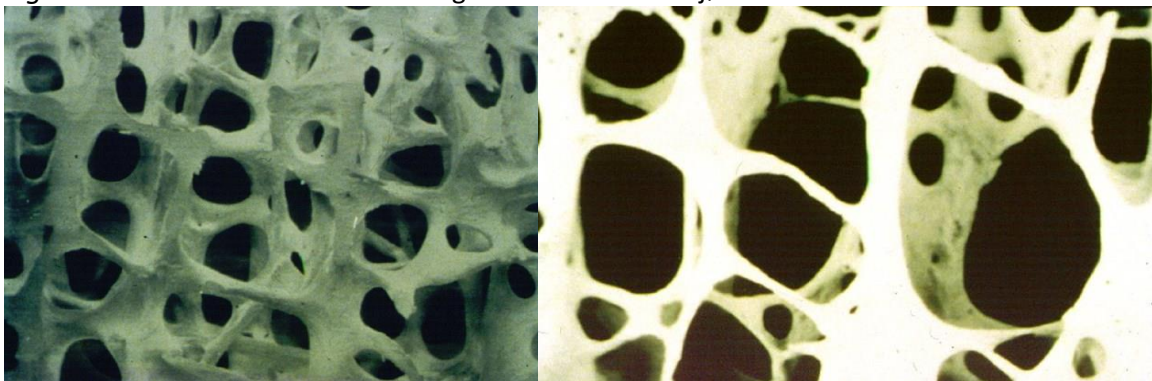
6.3.3 Beinbrudd, behandlet i sykehus

Fall er den hyppigste ulykkestypen hos eldre. Rundt 80% av alle skader og ulykker blant eldre over 65 år skyldes fall, hvor de fleste skjer i og utenfor hjemmet. Den vanligste og mest invalidiserende skaden blant eldre er hoftebrudd. Hvert år behandles på landsbasis i overkant av 9 000 personer over 50 år for hoftebrudd. Dette er en stor kostnad for kommunene, men også en belastning for den som pådrar seg skaden. Redusert livskvalitet over tid kan føre til langvarig eller permanent funksjonstap som altfor ofte blir starten på et omsorgsbehov, hjelp fra omsorgstjenesten eller langtidsopphold i sykehjem.

Beinskjørhet (osteoporose) og beinbrudd

Basert på beinmassemålinger er det på landsbasis beregnet at anslagsvis 240 000 - 300 000 nordmenn har osteoporose. Hoftebrudd er den mest alvorlige følgen av osteoporose.⁶ De fleste slike brudd hos eldre skyldes redusert beinmasse kombinert med et fall.

Figur 21: Bilder av normalt beinvev og beinvev ved beinskjørhet.



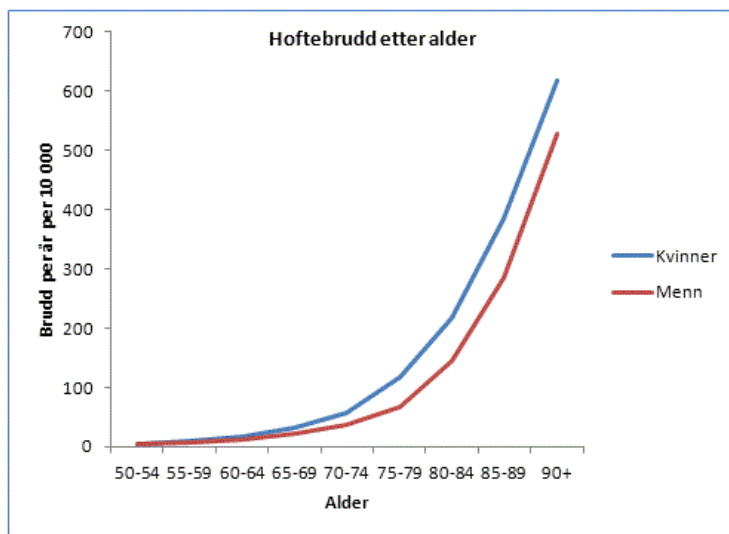
Merknad: Strukturene er tynnere og hulrommene større ved beinskjørhet (th).

Forekomst av osteoporose

I Norge rammes cirka 9000 voksne personer av hoftebrudd hvert år. Det skjer med andre ord et hoftebrudd om lag hver time. Syv av ti hoftebrudd rammer kvinner. Risikoen for brudd øker kraftig fra 70 års alder, jf. figuren under.

⁶ Hoftebruddene skjer som regel i selve lårhalsen eller like nedenfor selve lårhalsen. Den tidligere betegnelsen "lårhalsbrudd" er byttet ut med "hoftebrudd", fordi dette er mer i tråd med den betegnelsen som brukes i andre land.

Figur 22: Risikoen for hoftebrudd øker med alderen hos begge kjønn.



Kilde: <http://khs.fhi.no/>

Håndleddsbrudd og ryggvirvelbrudd

I tillegg til hoftebrudd, er håndleddsbrudd ofte også en følge av beinskjørhet kombinert med fall. Hvert år er det anslagsvis 15 000 voksne nordmenn som bryter håndleddet. (FHI; Tallene er basert på undersøkelser i Oslo og Bergen.) Videre rammes om lag 140 000 kvinner og 90 000 menn over 50 år av forandringer i ryggen som kan være forårsaket av sammenfallsbrudd i ryggvirvlene. Slike brudd er oftest en følge av osteoporose.

En rekke av risikofaktorene for osteoporose/brudd kan påvirkes, se figuren under.

Figur 23: Risikofaktorer for hoftebrudd som kan påvirkes

- **Lav beintetthet.** Risikoen for brudd øker jo lavere beintettheten er.
- **Fysisk inaktivitet** er en risikofaktor for hoftebrudd hos både kvinner og menn.
- **Vekt:** Lav vekt, vektap og muligens vektsvingninger gir økt risiko for brudd. Overvekt synes å redusere risikoen noe (upubliserte data, NOREPOS).
- **Kortisonbehandling.** Daglig tablettbehandling over lengre tid reduserer beintettheten og øker bruddrisikoen.
- **Økt risiko for fall.** Alder, svak muskelstyrke, dårlig syn, dårlig balanse, dårlig bevegelighet, urininkontinens, beroligende medisiner, sovemedisin og faktorer som løse tepper og dårlig belysning påvirker risikoen for fall
- **Røyking** reduserer beintettheten hos både kvinner og menn. Høyest risiko for hoftebrudd har tynne, røykende kvinner
- **Høyt alkoholforbruk** øker risikoen for hoftebrudd hos begge kjønn.
- **Lite sol.** Dette har trolig sammenheng med omsetningen av vitamin D.

Kilder: SBU 2003 i Sosial- og helsedirektoratet 2006.

6.3.4 Skader i primærhelsetjenesten

Mange skader blir behandlet i primærhelsetjenesten, av allmennleger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, tannleger, og på kommunale legevakter. Det kan også være kontroller/henvisninger av skader behandlet i spesialisthelsetjenesten. Denne behandlingen blir registrert i refusjonssystemet Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR). Her brukes et

kodeverk som er mindre detaljert enn kodeverket som brukes i spesialisthelsetjenesten, og det registreres ikke opplysninger om omstendighetene rundt skader.

I noen kommuner føres det lokal statistikk ved legekantor over behandlinger av skader som følge av ulykke. Dette gjøres så langt ikke i Kvæningen.

6.4 Vurderinger av årsaker og konsekvenser

	Status	Mulige årsaker	Konsekvenser
Ulykker og skader	<p>Færre dør i/av ulykker, men ulykker og selvmord er den største dødsårsaken blant personer under 45 år.</p> <p>Fall er den hyppigst forekommende ulykkestypen hos eldre, med hoftebrudd som den vanligste og mest invalidiserende skaden.</p>	<p>Ruspåvirkning og psykiske problemer; Har ikke lært å takle motgang i livet.</p> <p>Lav beintetthet, fysisk inaktivitet, langvarig kortisonbehandling, røyking og alkoholforbruk. Dårlig syn og dårlig balanse, beroligende medisiner, løse tepper og dårlig belysning påvirker risikoen for fall.</p>	<p>Ulykker med døden til følge er tragisk og et tap for pårørende og for samfunnet. Skader som følge av ulykker koster den enkelte dyrt i form av redusert livskvalitet og samfunnet enorme summer i behandling og oppfølging.</p> <p>Bruddskader innebærer redusert livskvalitet for den som rammes. Utløser behov for helse- og omsorgstjenester i lang tid, kanskje resten av livet. Koster samfunnet dyrt.</p>

7. Helsereelatert atferd / levevaner

Med helsereelatert atferd menes levevaner som har innvirkning på helsen og påvirker vår disposisjon til å få ulike sykdommer. Sykdom som har sammenheng med hvordan en person lever, kalles livsstilssykdommer. Typiske eksempler på ugunstig helsereelatert atferd som antas å være sentrale årsaksfaktorer for livsstilssykdommer senere i livet: overspising, manglende fysisk aktivitet, tobakksrøyking, overdrevet alkoholinntak og stress. Helsereelatert atferd omfatter også seksualatferd og risikoatferd som kan føre til skader og ulykker.

Forekomsten av livsstilssykdommer har økt i den vestlige del av verden. Eksempler på livsstilssykdommer er hjertesykdom, hjerneslag, høyt blodtrykk, visse typer kreft, type 2-diabetes, KOLS, benskjørhet, depresjon, medikamentmisbruk, overvekt, artrose og hiv/aids.

Folkehelsebarometeret har seks indikatorer for levevaner. På én av disse ligger Kvæningen signifikant dårligere enn landet som helhet. Det gjelder overvekt inkl. fedme, 17 år.⁷

7.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er en kilde til overskudd, helse og trivsel, og er en viktig faktor for barns utvikling og for å forebygge livsstilssykdommer. Arbeidsliv og fritid preges mer og mer av stillesitting. Ved å stimulere befolkningen til økt fysisk aktivitet, for eksempel gjennom tilrettelegging av nærområdene, kan helseproblemer/livsstilssykdommer både forebygges og behandles.

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet for ulike aldersgrupper.⁸

Ungdom

Regelmessig fysisk aktivitet er nødvendig for normal vekst og utvikling og god helse blant barn og unge. Fysisk aktivitet har positiv effekt på psykisk helse, konsentrasjon og læring. Lystbetont fysisk aktivitet i ungdomsårene legger grunnlag for livslang bevegelsesglede.

Nasjonale anbefalinger for ungdom 13-17 år:

- Ungdom bør være fysisk aktive minst 60 minutter hver dag. Aktiviteten bør være variert, allsidig og av moderat eller høy intensitet.
- Minst tre ganger i uka bør aktiviteten være med høy intensitet, og inkludere aktiviteter som gir økt muskelstyrke skjelettet.

Voksne

Regelmessig fysisk aktivitet forebygger plager og er en viktig kilde for helse, livskvalitet og overskudd i hverdagen. Aktivitet gir positive gevinster gjennom hele livsløpet, og det er aldri for seint å begynne.

Nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet og stillesitting for voksne:

- Voksne bør være fysisk aktive i minst 150 minutter hver uke. Aktiviteten bør gjøre deg lett andpusten. Økt dose, inntil det dobbelte av anbefalingen ovenfor, gir økt helsegevinst. Aktiviteten kan deles opp i økter av minst 10 minutters varighet.
- Minst to ganger i uka bør man utføre aktiviteter som styrker musklene.
- Tiden i ro bør reduseres, lange perioder i ro bør stykkes opp med avbrekk.

⁷ 2013-2016, KMI som tilsvarende over 25 kg/m², basert på høyde og vekt oppgitt ved nettbasert sesjon 1.

⁸ Kilde: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>.

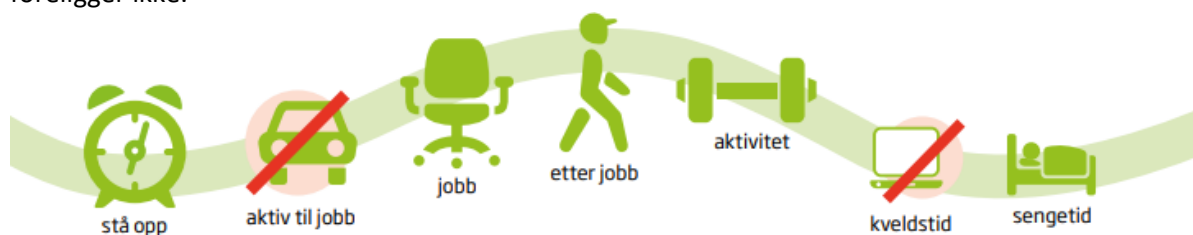
Det foreligger ikke lokal statistikk over hvor stor andel av befolkningen i Kvæningen som tilfredsstillende de nasjonale anbefalingene om fysisk aktivitet. Undersøkelser på landsbasis viser at kun en tredel av den voksne befolkningen i Norge tilfredsstillende de nasjonale anbefalingene.⁹ Kartleggingen viser at kvinner er noe mer aktiv enn menn og at det er sosiale forskjeller. Det siste er mest synlig når man sammenlikner menn med kun grunnskoleutdanning og menn med høyere utdanning. Barn under 9 år tilfredsstillende anbefalingene. Ved 15-årsalderen sees en betydelig nedgang i aktivitetsnivået hvor kun litt over halvparten av guttene og litt under halvparten av jentene tilfredsstillende helsemyndighetenes anbefalinger.

Ved Kvæningen barne- og ungdomsskole har 5.- 10.klasse tre timer gym i uka, 1. - 4. klasse har to timer. 5. - 7. klasse har i tillegg en time fysisk aktivitet i uka. Store avstander og spredt bosetting innebærer at mange skolebarn har skoleskysordning. De resterende barna blir enten kjørt av foreldrene, går eller sykler.

Det finnes en rekke lag og foreninger i Kvæningen. Burfjord idrettslag i Kvæningen er særlig store på fotball og ski. Sentrumsnær lysløype. Ildsjeler i idrettslaget sørger for oppkjørte løypespor gjennom hele vinteren. Aktivitetstilbudet i Kvæningen likevel begrenset. Kommunen er liten og tilbudene er avhengig av aktive ildsjeler. I Ungdata-undersøkelsen svarte 56 prosent av elevene i Kvæningen at de deltar i organiserte fritidsaktiviteter, mot 65 prosent på landsbasis. 84 prosent av Kvæningselevne oppga at de bruker mer enn to timer foran en skjerm hver dag, mot 74 prosent i landet som helhet.

Et av satsningsområdene i arbeidsprogrammet til Nord-Troms friluftsråd for 2018, er friluftsliv og folkehelse med delmål om økt livskvalitet og bedre fysisk og psykisk helse gjennom deltakelse i friluftsliv. Satsningen på Ut i Nord- skilting av turløyper har bidratt til at det finnes en rekke merkede turstier rundt om i Kvæningen. Merkede stier bidrar til at flere går på tur. Det er imidlertid få løyper/stier som er tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse, og få sentrumsnære. Med unntak av den såkalte «ordfører-turen», arrangeres det ikke felles turer i regi av lag/foreninger.

Det finnes treningsrom/treningsstudio på tre steder i kommunen: Sørstraumen, Burfjord (under oppføring) og i Jøkelfjord. Statistikk over hvor mange og hvem (kjønn, alder) som bruker disse foreligger ikke.



7.2 Kosthold

Et variert kosthold fremmer god helse. I Kvæningen kommune har vi lite/ingen statistikk om dette. Det antas at tilstanden i Kvæningen er tilsvarende resten av landet. Overvekt er et økende problem, hvor man ser en tendens til økende barneovervekt og fedme. Skolehelsetjenestens kontroller og målinger viser tilfeller av overvekt i alle skoleklasser, i noen tilfeller også fedme. Og i folkehelsebarometeret kom Kvæningen signifikant dårligere ut når det gjelder overvekt, registrert i forbindelse med nettbasert sesjon.

⁹ Kilde: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>

Skolen har en ordning om skolemilk hvor barna kan velge mellom helmelk, lettmelk, skummet melk, ekstra lettmelk, sjokolademelk og juice, men ikke skolefrukt. I barnehagen er det brødmåltider og frukt hver dag, samt varm lunsj 2-3 ganger i måneden.

Helsedirektoratets kostråd, kort oppsummert (<https://helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/kostrad>):

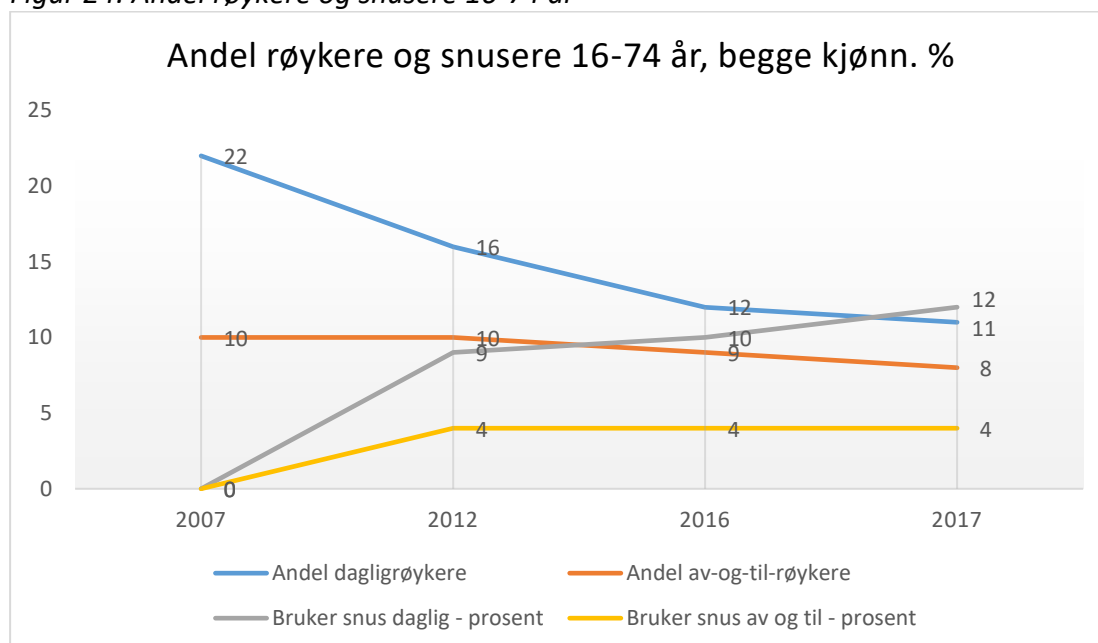
Spis mer av dette:	Spis mindre av dette:	Velg disse matvarene:
Grønnsaker Frukt Bær Fisk og fiskeprodukter	Rødt kjøtt og kjøttprodukter Salt og matvarer med mye salt Sukker, brus, saft og godteri	Grove kornprodukter Olje og myk margarin i stedet for smør Magre meieriprodukter Vann i stedet for brus og saft



7.3 Tobakk/Røyking

Figuren under viser at mens andelen av befolkningen som røyker har gått ned de siste årene, har andelen snusere økt. Siden starten av 2000-tallet er andelen som røyker daglig redusert fra 24%-11%. I 2017 var for første gang andelen som bruker snus daglig (12%) høyere enn andelen av befolkningen som røyker daglig (11%). Aldersmessig er det mest yngre menn som snuser mest, mens eldre menn røyker mest.

Figur 24: Andel røykere og snusere 16-74 år



Kilde: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/royk/aar>

Det er stadig færre som røyker i de fleste aldersgrupper, men det går et skille mellom dem over og under 45 år. Det er de eldre som røyker mest. Om lag 15 prosent av folk i alderen 45-74 år røyker daglig, mens tilsvarende andel for aldergruppen under 45 år er rundt 8 prosent. Det svært få i aldersgruppen 16-24 år som røyker daglig

Nesten 3 av 10 menn under 34 år snuser daglig, mens det er om lag 1 av 10 kvinner i samme aldersgruppe som snuser. Særlig blant menn i alderen 25-34 er det mange som snuser daglig, hele 32 prosent. Kvinner snuser mindre enn menn; av disse er det yngre kvinner som snuser mest. Blant kvinner over 34 år er det kun 2 prosent som snuser, mens det i aldersgruppen 16-34 år er 13 prosent som snuser daglig.

Folkehelseprofilen har med indikatoren røyking, kvinner. Andelen av den kvinnelige befolkningen som røyker i Kvæningen (8,4%) ligger under fylkesgjennomsnittet (9,1%), men over landsgjennomsnittet (7,8%). Det foreligger ikke tilgjengelig statistikk på andelen mannlige røykere i Kvæningen sammenlignet med landet. Det antas at den mannlige delen av Kvæningens befolkning følger landsstatistikken på dette området.

Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de ikke røyker har steget fra 78% i 2013 til 91% i 2017. Og mens 9% oppga at de røyker minst ukentlig i 2013, var denne andelen redusert til 6% i 2017. Likevel er det en større andel av ungdommene i Kvæningen som røyker, enn i landet som helhet (2%).¹⁰

Ungdata-undersøkelsen viser at 9% av ungdommene i Kvæningen snuser mist ukentlig, sammenliknet med 4% for landet. 84% oppgir at de ikke bruker snus. Dette er samme andel som i 2013.

7.4 Alkohol

I Kvæningen er det 5 alkoholutsalgs. Vinmonopol finnes ikke i kommunen, men Vinmonopolet praktiserer at kommuner uten utsalgssted kan bestille fraktfritt på deres hjemmesider. Kommunen har gitt følgende antall skjenkeløyver til enkeltanledninger de siste årene:

- 2015: 18 stk.
- 2016: 25 stk.
- 2017: 11 stk.
- Pr. 13.06.18: 7 stk.

Mye av kjøp og salg av alkoholholdig drikke finner sted i nabokommunene, i nettbutikker og i forbindelse med utenlandsreiser, og det finnes ingen oversikt over alkoholkonsumet i kommunen. Det er ikke gjennomført levekårsundersøkelse i Kvæningen, som ville kunne gitt en god pekepinn på forbruket av alkohol.

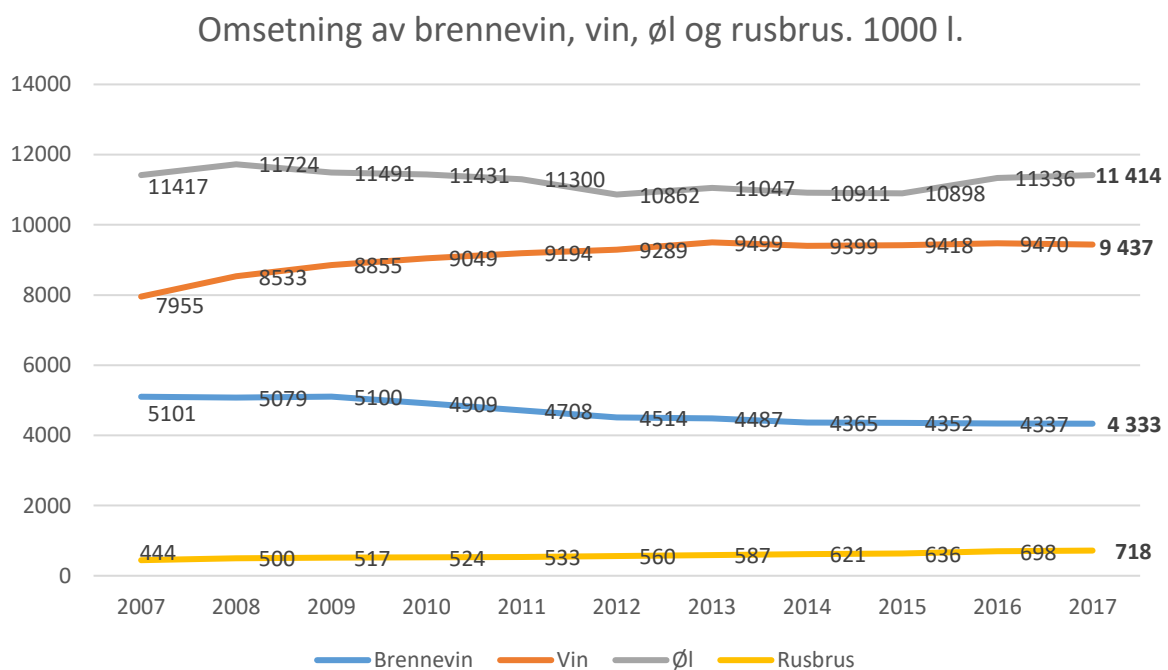
På landsbasis økte det samlede salget av brennevin, vin, øl og rusbrus med ca. 1 000 alkoholliter fra 2007-2017. Fra 2016 til 2017 økte omsetningen med 0,24% og har med 25 902 liter aldri vært høyere. Figuren under viser at salget av øl har holdt seg stabilt høyt i tiårsperioden. Omsetningen av vin har steget betraktelig, mens brennevinssalget har sunket.

¹⁰ Kilde: Ungdata-undersøkelsen. For røyking og snusing er det avvik mellom tall oppgitt i trendrapport for Kvæningen og nøkkeltall Kvæningen og Norge.

Alkohol- og narkotikabruk er blant de viktigste risikofaktorene for helsetap og tidlig død. Grupper med lavere utdanning og/eller dårligere økonomi rammes i større grad enn andre. Ifølge Folkehelseinstituttet, forårsaker alkohol mest problemer. Alkohol er årsak til betydelig mer helsemessige og sosiale problemer i samfunnet enn narkotika.

Alkoholbruk kan ha både umiddelbare og langsiktige effekter på helse og livskvalitet. Risikoen for ulykkes- og voldsskader øker i forbindelse med beruselsesdrikking. Høyt forbruk over tid øker risikoen for enkelte kreftformer, hjerte- og karsykdommer, psykiske lidelser, leverskader, selvmord og selvmordsforsøk. Ungdom er særlig sårbare for skadevirkninger av alkohol. Andelen som drikker alkohol og som drikker seg beruset, øker gjennom tenårene. I UngData-undersøkelsen oppgir en større andel av ungdomsskoleelever i Kvæningen (25%) at de har vært beruset i løpet av de siste 12 måneder, enn landsgjennomsnittet (12%). Dette kan indikere et tidlig rekrutteringspotensiale for rusmisbruk, og er også en økning fra 15% i 2013.

Figur 25: Omsetning av brennevin, vin, øl og rusbrus i landet. 2007-2017. 1 000 liter.



Kilde: <https://www.ssb.no/171008/omsetning-av-brennevin-vin-%C3%B8l-og-rusbrus.1-000-liter>

Kvartalsvis oversikt over omsetningen viser tydelige forbrukstrender gjennom året. Mens salget av vin og brennevin er høyest i 4. kvartal, er omsetningen av øl høyest i 2. kvartal.

7.5 Nærmere om rusmisbruk

Rusmisbruk i Kvæningen knytter seg til alkohol, med innslag av pillemisbruk, samt bruk av ulike narkotiske stoffer. Flere har sammensatt problematikk knyttet til rus og psykiatri. Vi har mange lette og noen tunge misbrukere. Noen søker hjelp, og de må ofte vente på tiltak, dermed mister de lett motivasjonen og ombestemmer seg. Ansatte i tjenestene har inntrykk av at rusmiddelrelaterte problemer har økt, men det er behov for en kartlegging for å få et mer nøyaktig bilde av situasjonen i Kvæningen.

En utfordring er at for mange rusmisbrukere, er misbruket knyttet til arbeidsledighet, psykiske og sosiale problemer, og dårligere helse. De blir samfunnets «tapere». Livsstilen/den sosiale «elendigheten» går ofte i arv og medfører til en viss grad også helsemessige klasseskiller. Barn i utsatte familier og andre må fanges opp allerede i skolen for å sikre at de fullfører videregående skole. Skal vi lykkes med å hjelpe disse menneskene, må det jobbes tverrfaglig og helhetlig. At vi er en liten distriktskommune med få frivillige organisasjoner og et svært begrenset fritidstilbud, innebærer at kommunen selv må ta initiativ til/drifte aktiviteter og tilbud som i større kommuner gjerne tilbys i regi av private.

Både når det gjelder alkohol og narkotika, vil risikofylt bruk øke risikoen for sosiale problemer. Eksempler er tap av arbeid og inntekt, vold og hærverk, ødelagte relasjoner til familie og venner og ekskludering fra sosiale arenaer. Risikofylt bruk kan også bidra til redusert helse og livskvalitet hos brukernes ektefeller og barn, arbeidskolleger, venner og naboer. Samfunnets kostnader knyttet til rusmiddelbruk er også store på ulike områder. Et effektivt rusforebyggende arbeid gir derfor en stor samfunnsmessig gevinst, både med hensyn til folkehelsen og bruk av samfunnets ressurser.

I ungdata-undersøkelsen er ungdommene blitt spurt om de i løpet av det siste året (12 md) har blitt tilbudt hasj eller marihuana. Andelen som har svart «ja, en gang» har steget fra 7% i 2013 til 13% i 2017.

7.6 Vurderinger av årsaker og konsekvenser

Status	Mulige årsaker	Konsekvenser
Helserelatert atferd/ levevaner	For mye bruk av smart-telefon, nettbrett og PC, samt tv-titting.	Mindre opplevelse av mestring, større risiko for fysisk og psykisk uhelse og for utvikling av alvorlige livsstilsrelaterte sykdommer.
Overspising/dårlig kosthold	Sosial isolasjon og stillesitting, dårlige kostholdsvaner hjemmefra.	Overvekt, det blir tyngre å være fysisk aktiv; ubehag. For øvrig, konsekvenser som nevnt over.
84% av ungdommene bruker mer enn to timer foran en skjerm hver dag.	For få aktiviteter og tilbud på fritiden.	Pasifisering, stillesitting og sosial isolasjon, og kan på sikt føre til dårligere syn og konsekvenser som nevnt over.

8. Helsetilstand

Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål, for eksempel risikofaktorer, forebyggende sykdommer, trivsel og mestringsressurser, osv.¹¹ Folkehelsebarometeret (2018) har 10 indikatorer vedrørende helse og sykdom. På 3 av disse ligger Kvæningen signifikant dårligere enn landet som helhet. Det gjelder forventet levealder for menn, muskel og skjelettlidelser, og hjerte- og karsykdom.

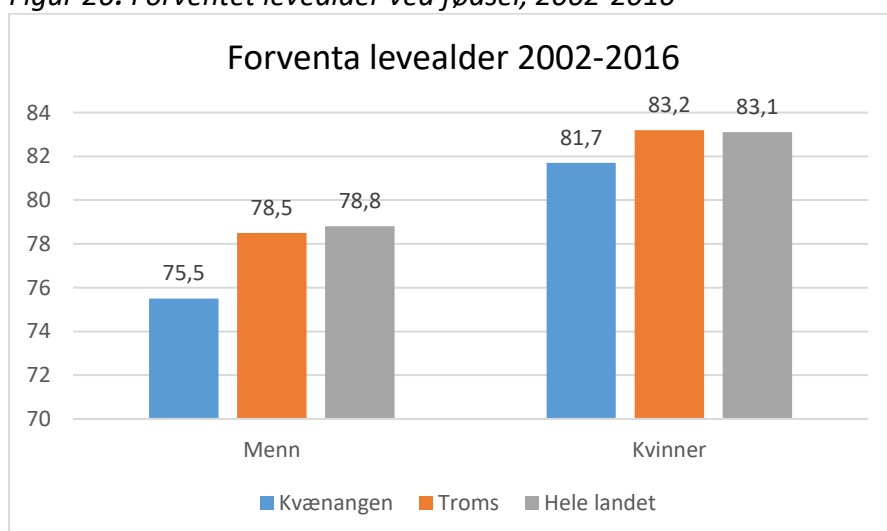
Ifølge kommunalt legesenter har Kvæningen mange multisyke med høyt blodtrykk, diabetes, hjertekar sykdom, overvekt og noen også kreft samtidig. Røyking, fysisk inaktivitet, overvekt og kosthold er her helt sentralt.

8.1 Forventet levealder

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

De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for gruppen med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn de med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet. Se egen tabell for forventet levealder i ulike utdanningsgruppe

Figur 26: Forventet levealder ved fødsel, 2002-2016

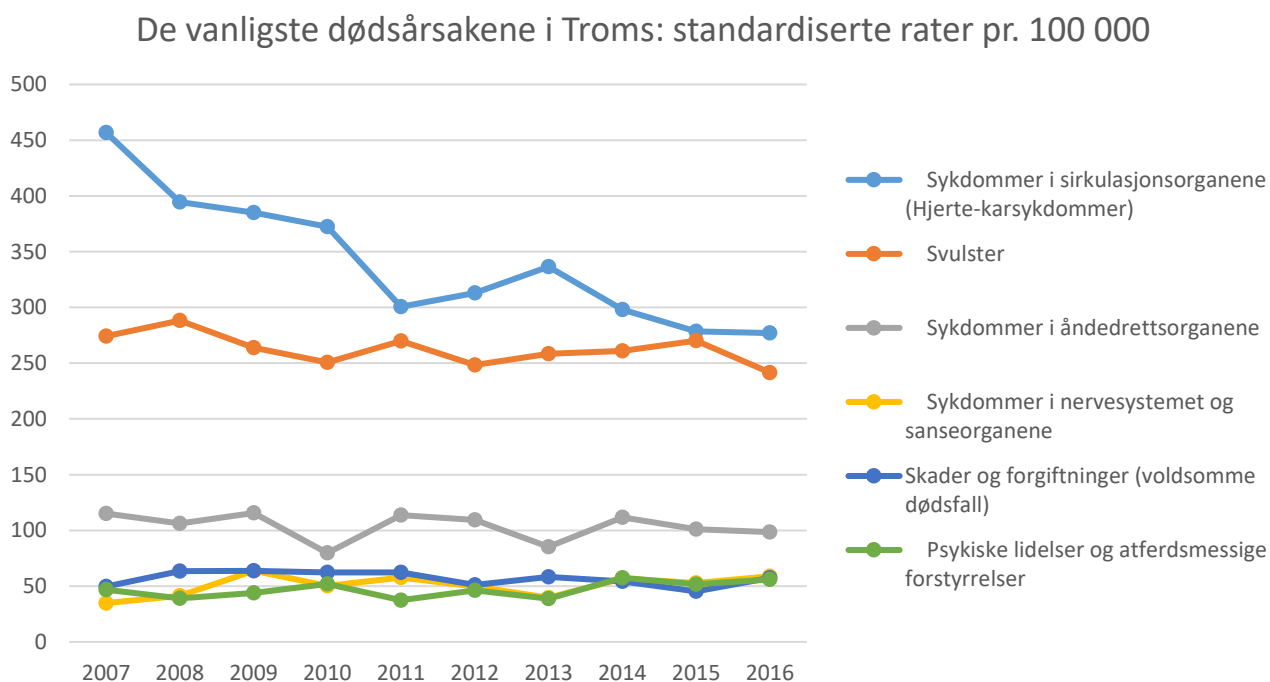


Merknad: Figuren viser forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: FHI.

¹¹ Veileder IS 2110: *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder i arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.*

Kvæningen har lavere forventet levealder enn landet som helhet og Troms. Dette gjelder for begge kjønn, dog er forskjellen størst for menn. Menn i Kvæningen har en levealder på 75,5 år, 3,3 år kortere enn for landet som helhet. Noen dødsulykker kan bidra til å trekke ned forventet levealder. Fra legehoid vises det også til at vi har forholdsvis mye hjerte-kar sykdom og tidlig død pga. kreftsykdom samt mye diabetes. Røyking, overvekt og for lite fysisk aktivitet bidrar i stor grad til dette.

Figur 27: De vanligste dødsårsakene, Troms, standardiserte rater pr. 100 000



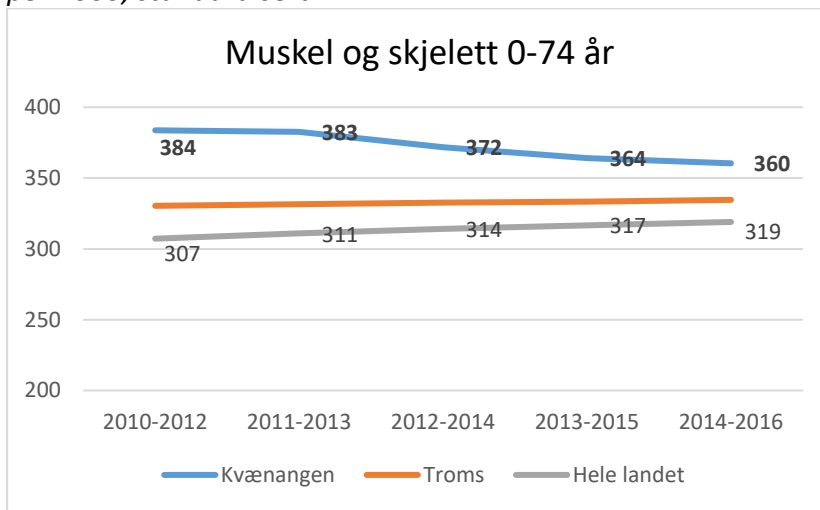
Kilde: <http://khs.fhi.no/>

Merknad: Dødsårsaker i henhold til europeisk kortliste (COD SL-2012). Aldersjusterte rater, antall og prosentandel av dødsfall med dødsmelding.

8.2 Muskel- og skjelettsykdommer og -plager:

Samlet sett er muskel- og skjelettsykdommer den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest», selv om de fleste tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet (Lærum, 2013, i FHI). I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet. Muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager omfatter en lang rekke ulike tilstander som har det til felles at de er forbundet med smerte og eventuelt nedsatt funksjon knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Risikofaktorer, og dermed også mulighetene for forebygging, avhenger av diagnose. Sett under ett har mange typer muskel- og skjelettsykdommer og -plager sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og til dels også overvekt. Muskel- og skjelettsykdommer er vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status.

Figur 28: Antall personer i kontakt med primærhelsetjenesten per 1000, standardisert



Figuren viser antall personer i kontakt med fastlege eller legevakt for muskel- og skjelettrelaterte plager/sykdomsdiagnose, (inkludert kontakt med fysioterapeut og kiropraktor) per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder).

Kilde: <http://khs.fhi.no/>

Figuren over viser at det er forholdsmessig langt flere i Kvænangen med diagnosen muskel- og skjelettrelaterte diagnoser enn i landet som helhet. Det kan tenkes at lav sosioøkonomisk status kan bidra noe til den høye forekomsten. For lite fysisk aktivitet av også betydning for den høye forekomsten.

8.3 Hjerne- og karsykdom

Hjerne- og karsykdommene omfatter hjerteinfarkt, hjertekrampe (angina pectoris), hjertesvikt, hjerneslag og andre sykdommer i hjerte og blodårer. Sykdommene skyldes arvelige faktorer i samspill med miljøfaktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes.

Sosioøkonomiske forskjeller: I den delen av befolkningen som har lav utdanning og/eller lav inntekt, er hjerte- og kardødeligheten samlet sett høyere enn blant dem som har høyskole- og universitetsutdanning. Jo høyere inntekt og utdanning, jo lavere er dødeligheten av hjerte- og karsykdommer.

FHI har fire indikatorer for hjerte- og karsykdom (brukere i primærhelsetjenesten, sykdom, legemiddelbruk og dødelighet/tidlig død med hjerte-/karsykdom som dødsårsak 0-74 år). Disse henger naturlig nok sammen, og Kvænangen ligger dårlig an på alle.



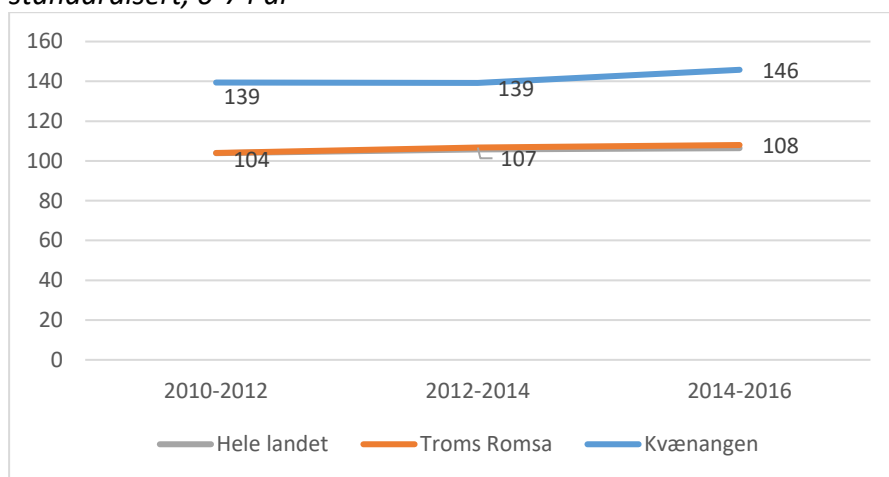
www.colourbox.com

Tabell 9: Hjerte- og karsykdom – kjønn samlet, hjerte og karsykdom, dødsfall og/eller sykehusinnlagte, alle aldre, per 1000, standardisert

År	2012-2014	2013-2015	2014-2016
Geografi			
Hele landet	18,5	18,0	17,9
Troms Romsa	18,5	17,8	17,6
Kvænanngen	22,1	22,4	23,6

Kilde: <http://khs.fhi.no/>

Figur 29: Antall personer med hjerte-/kardiagnose i primærhelsetjenesten, per 1000 standardisert, 0-74 år



Kilde: Folkehelseinstituttet (FHI). Perioden 2014-2016 omfatter innlagte på sykehus og/eller døde.

8.4 Type 2-diabetes

FHI anslår at totalt 190 000 nordmenn har diagnostisert type 2-diabetes. Det er sosioøkonomiske og geografiske forskjeller i forekomst av diabetes type 2. Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes kan benyttes som en indikator på forekomsten av type 2-diabetes i befolkningen. Tabellen under viser at forekomsten av type 2-diabetes er betydelig høyere i Kvænanngen enn i landet som helhet.

Tabell 10: Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år), per 1000, standardisert

År	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017
Geografi					
Hele landet	33,7	34,5	35,4	36,6	38,1
Troms Romsa	35,8	36,3	36,7	37,3	38,4
Kvænanngen	56,6	58,6	59,6	59,8	58,3

Kilde: <http://khs.fhi.no/>

Behandling av sykdommen varierer. Riktig kosthold, mosjon og vektreduksjon kan for noen normalisere blodsukkeret og holde sykdommen under kontroll. Rundt 70 % av pasientene må behandles med blodsukkersenkende legemidler.

Overvekt er en viktig risikofaktor for utvikling av type 2-diabetes og forekomst av type 2-diabetes kan derfor si noe om befolkningens kosthold og fysisk aktivitet. Røyking er også en risikofaktor for å utvikle diabetes. Den høye forekomsten av diabetes i Kvæningen antas å ha sammenheng nettopp med overvekt, fysisk inaktivitet og røyking.

8.5 Kreft

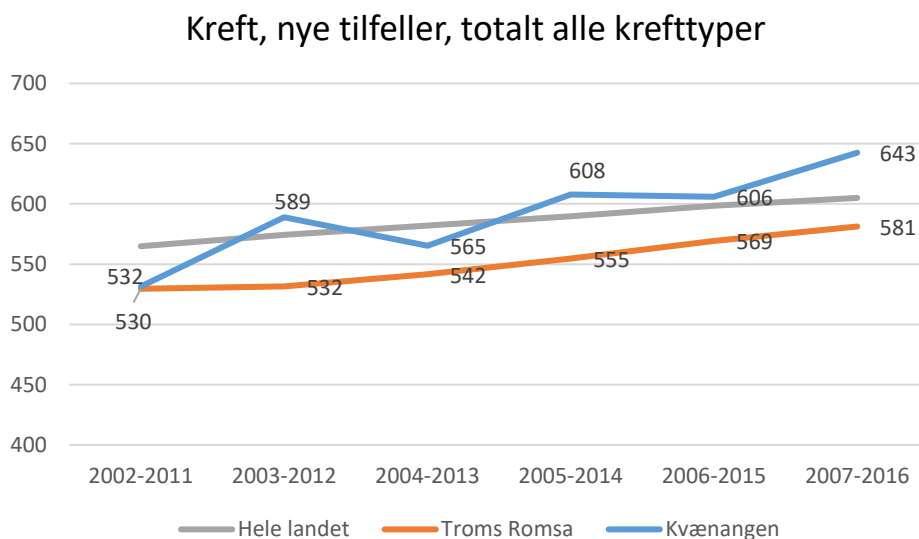
Kreft er ikke én enkelt sykdom, men en fellesbetegnelse på en rekke sykdommer som kan ha forskjellige risikofaktorer og ulik sykdomsutvikling. Det tar ofte lang tid fra eksponering til man utvikler kreft, og mange faktorer kan derfor medvirke til at sykdommen oppstår.

Kosthold, fysisk aktivitet, røyke- og alkoholvaner er faktorer som har betydning for kreftforekomsten. Det anslås at ett av tre krefttilfeller henger sammen med levevaner. En endring i befolkningens levevaner har derfor et stort potensiale til å redusere risikoen for å utvikle kreft.

Kreftforekomst og -dødelighet varierer med hvor man befinner seg på den sosiale rangstigen. Om lag 20 prosent av kreftdødsfallene blant menn og 30 prosent blant kvinner ville vært unngått dersom alle hadde hatt samme dødelighet som det gruppen med høyere universitetsutdanning har (Elstad, 2006).

Hittil har det først og fremst vært menn som har fått lungekreft. Nå haler kvinnene innpå.

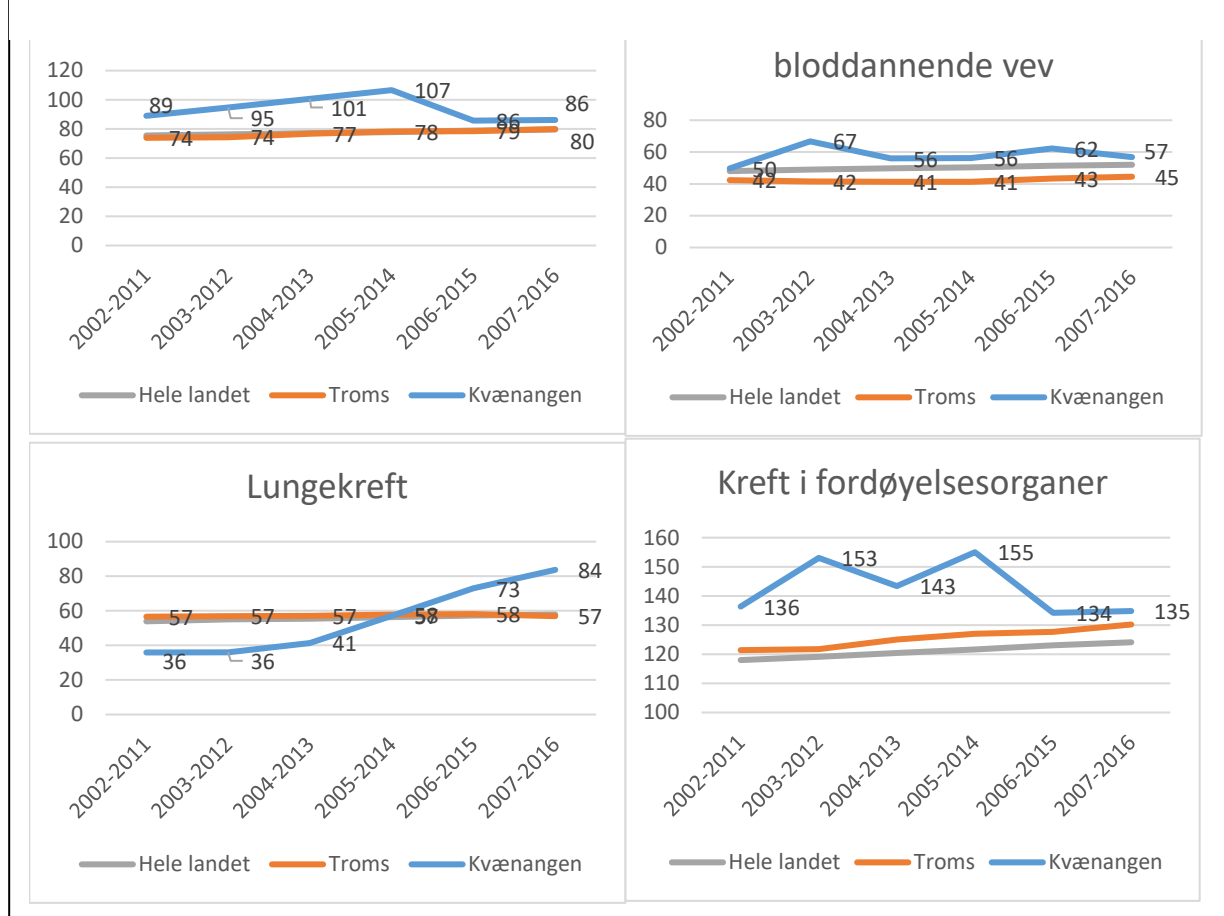
Figur 30: Kreft, nye tilfeller, totalt alle krefttyper, per 100 000, standardisert



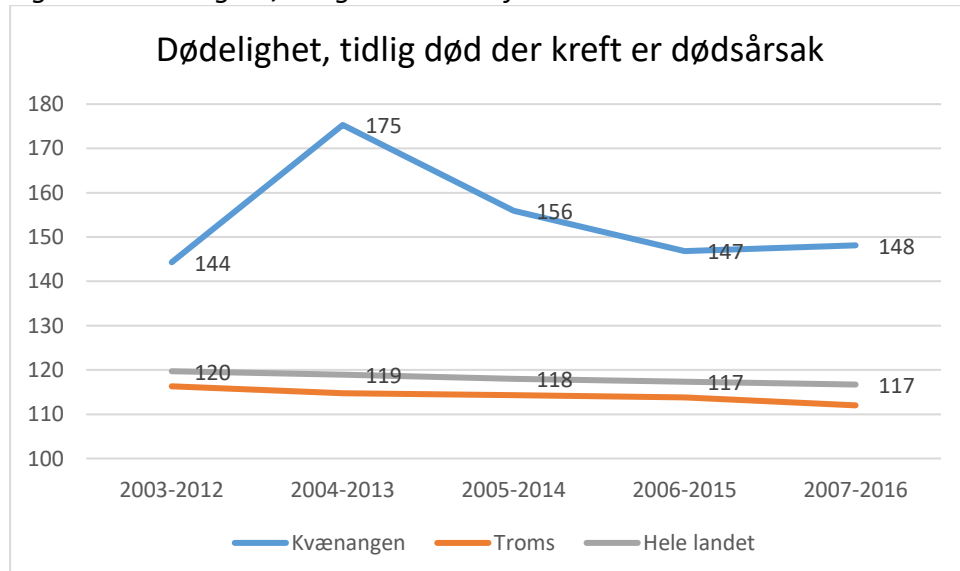
Kilde: <http://khs.fhi.no/>

Merknad: Statistikken er basert på opplysninger fra Kreftregisteret. Kreftregisteret mottar meldinger om nye krefttilfeller fra flere kilder. Alle leger har plikt til å melde kreftsykdom på fastsatt skjema, og meldinger om resultater fra vevs- og celleprøver sendes fra patologiske laboratorier

Figur 31: Forekomst av ulike krefttyper, 2002-2016



Figur 32: Dødelighet/tidlig død der kreft er dødsårsak



Kilde: <http://khs.fhi.no/>. Merk: Aksene er satt med start på 100, for at forskjellene skal komme tydeligere fram.

8.6 KOLS

KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) er en sykdom som kan gi betydelig funksjonsnedsettelse.

Tabellen under viser at Kvæningen har forholdsmessig betydelig flere som bruker legemidler mot KOLS og astma enn i landet som helhet og i Troms.

Tabell 11: KOLS og astma, legemiddelbrukere (45-74 år) – kjønn samlet, per 1000, standardisert

År	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017
Geografi					
Hele landet	100,4	102,1	104,2	106,8	109,9
Troms Romsa	105,2	106,9	108,7	110,8	114,5
Kvæningen	137,5	141,5	138,4	145,3	148,7

Kilde: <http://khs.fhi.no/>

Røyking er den vanligste årsaken til KOLS, og forklarer to av tre tilfeller. Risikoen øker med økende tobakksforbruk og antall år man har røyket. Personer som arbeider i et miljø med bl.a. kvartsstøv og metallholdige gasser, eller som arbeider i gruver og tunneler, har også økt risiko for KOLS.

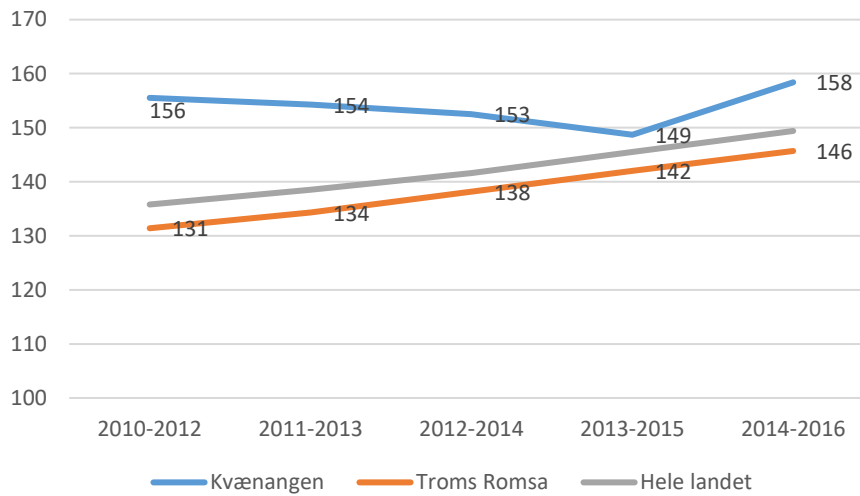
KOLS-pasienter har økt risiko for å få flere andre sykdommer samtidig (Rabe, 2013, hos FHI).

Eksempler er hjerte- og karsykdom, lungekreft, depresjon og beinskjørhet. Har man først utviklet KOLS, kan ikke behandling reparere den tapte lungefunksjonen. Røykestopp kan bremse forverring av sykdommen og ytterligere tap av lungefunksjon (Eagan, 2004, hos FHI).

8.7 Psykiske symptomer og lidelser

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

Figur 33: Antall personer i kontakt med fastlege eller legevakt med psykiske symptomer og lidelser, 0-74 år, per 1000, standardisert

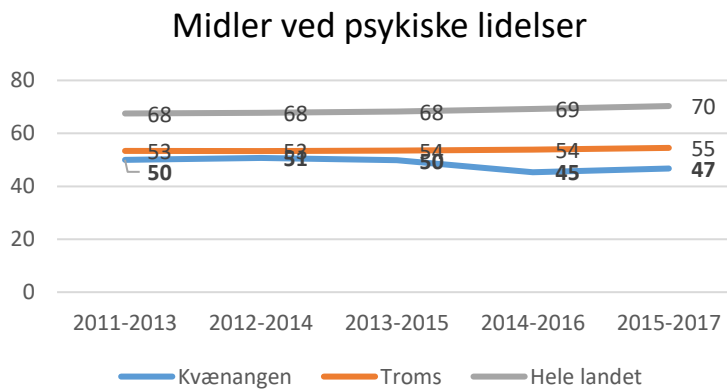


Psykiske symptomer og lidelser omfatter følgende diagnoser: psykiske symptomer, angst og depresjon, psykiske lidelser, affektive og depressive lidelser, samt angstlidelser.

Kilde: <http://khs.fhi.no/>

Figuren over viser høy forekomst for psykiske symptomer og lidelser i Kvæangen, men likevel er det mindre medisinforbruk inkl. sovemedisin her enn i landet som helhet (figur under). Dette forklares med at vi har forholdsvis lite alvorlig psykiatri i kommunen (psykose-sykdommer), men mye lettere psykiatri. Kommunens leger prøver å være tilbakeholdne med medikamenter, og heller tilby samtaler både i kommunal psykiatri tjeneste og ved DPS i Nordreisa.

Figur 34: Midler ved psykiske lidelser



Kilde: <http://khs.fhi.no/>

I Ungdata-undersøkelsen (2017) oppga kun 52 prosent av skoleelevene i Kvæangen at de var fornøyd med helsa si, mot 71 prosent i landet som helhet. En mindre andel av Kvæangungdommene enn landsgjennomsnittet tror de vil få et lykkelig liv (68 mot 75 prosent).

8.8 Smittsomme sykdommer

Tabell 12: MSIS-meldte smittsomme sykdommer, 2014-2018 (pr. 16.06.18)¹²

Sykdom	pr. 16.06.18	2017	2016	2015	2014
Campylobacteriose	1				
Clostridium difficile	1		5	3	
Kikhoste			1		
MRSA		3			
MRSA-infeksjon				1	
Salmonellose				1	1
Syst. gr. B streptokokksykdom				1	
Syst. pneumokokksykdom				1	1
	2	3	6	7	2

8.9 Tannhelse

Tannhelsen har bedret seg i Norge de siste 30 årene. Færre barn og unge får mange hull i tennene og flere eldre beholder egne tenner og har sjeldnere behov for tannprotese og gebiss. Likevel sees det stor variasjon avhengig av økonomi, alder, hvor i landet man bor og hvilken gruppe av befolkningen man tilhører. Karieserfaringen har gått ned, men syreskader og erosjonsskader på tannemaljen har økt de siste årene. Dette er basert på undersøkelser av barn og unge, unge i tjenestepliktig alder innhentet på sesjon og eldre. Også i den yrkesaktive aldersgruppen rapporteres det om bedre tannhelse. Fylkene Troms og Finnmark kommer dårligst ut på statistikk om karieserfaring. (KILDE: <https://www.fhi.no/fp/tannhelse/tannhelse-faktaark-og-helsestatis/>, 13.06.18). Denne tendensen sees også blant barn og unge.

8.10 Vurderinger av årsaker og konsekvenser

Status	Mulige årsaker	Konsekvenser
Helse-tilstand	Høy andel med livsstils-sykdommer som type 2-diabetes, hjerte-/kar-sykdommer og muskel-/skjelett-relaterte lidelser	Førtidig dødsfall, helsemessige problemer relatert til sykdommen og redusert livskvalitet. Flere som lever lenger med kronisk sykdom. Økt behov for HO-tjenester. Flere sykemeldte og uføre.
	Kun om lag 50 prosent av ungdomsskole-elevne i Kvænangen oppga at de er fornøyd med helsa si.	Dårligere fysisk og psykisk helse som etter hvert kan få konsekvenser som nevnt over.

¹² MSIS: Meldingssystem for smittsomme sykdommer

9. Tabeller og figurer

Tabeller

Tabell 1: Folkemengde etter grunnkrets i Kvæningen kommune.....	12
Tabell 2: Personer som bor alene, alle aldre, antall, 2013-2017.....	14
Tabell 3: Valgdeltakelse, stortingsvalg og fylkestingsvalg fra 2001- 2017	14
Tabell 4: Bor trangt (B) – bor trangt, 0-17 år, andel (prosent),.....	16
Tabell 5: Oversikt over kommunale boliger	17
Tabell 6: Medianinntekt	18
Tabell 7: Nøkkeltall fra barnevernstjenesten i Kvæningen, Nordreisa, Troms og landet	22
Tabell 8: Andel uføretrygdede i Kvæningen.....	26
Tabell 9: Hjerte- og karsykdom – kjønn samlet, hjerte og karsykdom, dødsfall og/eller sykehusinnlagte, alle aldre, per 1000, standardisert	50
Tabell 10: Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år), per 1000, standardisert	50
Tabell 11: KOLS og astma, legemiddelbrukere (45-74 år) – kjønn samlet, per 1000, standardisert	53
Tabell 12: MSIS-meldte smittsomme sykdommer, 2014-2018 (pr. 16.06.18).....	55

Figurer

Figur 1: Befolkningsendringene i Kvæningen 1999-2017.....	9
Figur 2: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter region, alder, statistikkvariabel og år.....	10
Figur 3: Endring i antall eldre i aldersgruppene 70-79 og 80 år og eldre.....	10
Figur 4: Privathusholdninger i Kvæningen 2017	13
Figur 5: Høgste fullførte utdanningsnivå.....	18
Figur 6: Inntekt etter skatt for husholdningene, 2017	19
Figur 7: Eneforsørgere.....	19
Figur 8: Barn av eneforsørgere – barn 0-17 år, 3 års glidende gjennomsnitt, kjønn samlet, andel(prosent).....	20
Figur 9: Lavinntekt (husholdninger) – EU60, 0-17 år, andel (prosent).....	21
Figur 10: Nøkkeltall fra UngData-undersøkelsen i Kvæningen, mai 2017.....	23
Figur 11: Frafall videregående skole, 2010-2016	24
Figur 12: Registrerbar sysselsetting, 2017	24
Figur 13: Legemeldt sykefravær	26
Figur 14: Mottakere av sosialhjelp 18-24 år og 25-66 år i perioden 2005- 2012.....	27
Figur 15: Deltakelse i organiserte aktiviteter	32
Figur 16: Skader per år, 2009-2011. Alvorlighetsgraden øker mot toppen av pyramiden.	34
Figur 17: Fordeling av dødsårsaker etter alder	35
Figur 18: Dødsfall etter ulykker, etter kjønn, 1970-2016. 5-årig glidende gjennomsnitt (stiplet linje) og årlige rater. Aldersjusterte rater.	36
Figur 19: Spesialisthelsetjenesten, somatikk – personskader, per 1000, standardisert, 3 års glidende gjennomsnitt.	37
Figur 20: Skadested fordelt på aldersgrupper (2013). Prosent.....	37
Figur 21: Bilder av normalt beinvev og beinvev ved beinskjørhet.....	38
Figur 22: Risikoen for hoftebrudd øker med alderen hos begge kjønn.	39

Figur 23: Risikofaktorer for hoftebrudd som kan påvirkes	39
Figur 24: Andel røykere og snusere 16-74 år	43
Figur 25: Omsetning av brennevin, vin, øl og rusbrus i landet. 2007-2017. 1 000 liter.....	45
Figur 26: Forventet levealder ved fødsel, 2002-2016	47
Figur 27: De vanligste dødsårsakene, Troms, standardiserte rater pr. 100 000	48
Figur 28: Antall personer i kontakt med primærhelsetjenesten per 1000, standardisert	49
Figur 29: Antall personer med hjerte-/kardiagnose i primærhelsetjenesten, per 1000 standardisert, 0-74 år.....	50
Figur 30: Kreft, nye tilfeller, totalt alle krefttyper, per 100 000, standardisert	51
Figur 31: Forekomst av ulike krefttyper, 2002-2016.....	52
Figur 32: Dødelighet/tidlig død der kreft er dødsårsak.....	52
Figur 33: Antall personer i kontakt med fastlege eller legevakt med psykiske symptomer og lidelser, 0-74 år, per 1000, standardisert.....	54
Figur 34: Midler ved psykiske lidelser	54

10. Kilder

Bjørklund, I (1985): Fjordfolket i Kvæningen, fra samisk samfunn til norsk utkant 1550-1980. Universitetsforlaget AS.

Bæhr, Anne Berit (2016): Kampen for tilværelsen- Sosiokulturell studie av utviklingsdiskurser i Kvæningen. Universitet i Tromsø.

Hansen, Ketil L (2015): Fornorskning og etnisk diskriminering blant samer i nord – konsekvenser for helse ? Korsen e det med helsa di? s. 23-29. Senter for samisk helseforskning. Universitetet i Tromsø.

Isaksen, J. (2000): Noen utviklingstrekk i Kvæningen. Mennesker og miljø i Nord Troms. 2000

Karlsen, Silja (2013): Vi er ikke sånn hardingfele- og hallingkastnorsk. Vi er nordtromsk!. Omdømmebygging i Nord- Troms. Nord Troms Regionråd DA.

Kvæningen kommune (2015): Kommuneplanens arealdel. Kvæningen kommune 2015-2027. Planbeskrivelse. Høringsutkast <http://www.kvanangen.kommune.no/hoering-paakommuneplanens-arealdel-for-kvaenangen.5805751-135911.html>

Troms fylkeskommune (2017) Konsekvensutredning for Kvæningen kommune, Troms fylkeskommune, mars 2017

Kvæningen kommune, årsplaner 2013- 2016

NOU 2011: 15 Rom for alle — En sosial boligpolitikk for fremtiden
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-15/id650426/>

Folkehelseinstituttet (2014), «Folkehelseprofil 2014, Kvæningen kommune» Folkehelseinstituttet, Oslo,

Folkehelseinstituttet (2017), «Folkehelseprofil 2017, Kvæningen kommune» Folkehelseinstituttet, Oslo,

Folkehelseinstituttet (2018), «Folkehelseprofil 2018, Kvæningen kommune» Folkehelseinstituttet, Oslo,

Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no/>.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, <https://www.bufdir.no/>

Statistisk sentralbyrå, Statistikkbanken, <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommunetall/kommunetabeller>

Statistisk sentralbyrå, kommunedata, Kostra nøkkeltall, Kvæningen 1943
<https://www.ssb.no/kommunefakta/kostra/kvaenangen>

Brønnøysundregistrene: www.brreg.no

Spørsmål kommunen bør stille som del av sitt folkehelsearbeid:

- Gjør kommunen nok for å fremme røykfrihet, sunne kostvaner og fysisk aktivitet?
- Ivaretar kommunens politikk for salg og skjenking av alkohol hensynet til de helsemessige konsekvensene hva gjelder skader, vold og utrygghet?
- Har kommunen et helsestasjons- og skolehelse-tjenestetilbud med god kvalitet og med en kapasitet som når hele målgruppen 0–20 år?
- Finnes det tilstrekkelig med egnede boliger til en overkommelig pris?
- Har vi lagt nok til rette for sosial deltakelse og sosialt støttende nettverk?
- Sørger vi for god kvalitet i barnehage og skole som fremmer mestring, læring og helse for alle barna gjennom oppveksten?
- Finnes det tilstrekkelig tilgang på jobbmuligheter i kommunen?
- Er offentlige bygg av god kvalitet (godt inneklime, universelt utformede)?
- Har vi et godt, tilgjengelig, miljøvennlig og trygt transportsystem i kommunen?
- Er nærmiljøet helsefremmende og tilrettelagt for aktivitet og sosial kontakt for forskjellige innbyggergrupper og med akseptabelt støynivå og god luftkvalitet?
- Har vi gode systemer og nivåer for vannkvalitet, renovasjon og avfallshåndtering?
- Har vi en politikk som fremmer bærekraftig utvikling og som ikke bidrar til klimaendringer?
- Gjør vi nok for å fremme rettferdig fordeling av levekår og for å bekjempe fattigdom i kommunen?

Ti helseråd fra folk til folk

1. Vær deg selv
2. Godta ufullkommenhet
3. Skap gode, nære fellesskap
4. Finn likevekt mellom arbeid, hvile og lek
5. Bruk naturen som helsekilde
6. Være raus i møte med andre
7. Vis måtehold både med nytelser og plikter
8. Se lyst på livet
9. Tro og håp er helsekilder
10. Spis sunt og gå eller løp tur, men med måte

Kilde: Per Fugelli og Benedicte Ingstad (2014): *Helse på norsk: god helse slik folk ser det.*



Kilde: Cecilie Moseng