



Hammerfest kommune
Hámmerfeastta suohkan

Folkehelseoversikt 2020 – 2024

Grunnlagsdokument



Innholdsfortegnelse

Innledning	5
Hvorfor en folkehelseoversikt?	5
Prosessen.....	6
Kilder	7
Utenforskap	8
Vedvarende lavinntekt.....	8
Sosiale helseforskjeller	9
Kapittel 1 Befolkningssammensetning	10
1.1 Befolkningen i Hammerfest og Kvalsund.....	10
1.2 Befolkningsframskrivinger	11
Status eldre i Hammerfest og Kvalsund	14
Familieomsorgskoeffisienten.....	14
1.3 Årlige fødselsrater	15
1.4 Enpersonshusholdninger, familier og aleneforsørgere	15
1.5 Netto inn- og utflytning i Hammerfest og Kvalsund.....	17
1.6 Etnisk sammensetning og utvikling av denne.....	17
Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.....	18
Samisk befolkning.....	20
Kapittel 2 Oppvekst- og levekår	22
2.1 Andel med lavinntekt.....	22
Barn i familier med vedvarende lavinntekt.....	22
2.2 Inntektsfordeling.....	24
2.3 Boligforhold.....	24
Tilgjengelighet til boliger.....	24
Boligsosiale forhold.....	26
Boligstandard.....	26
2.4 Antall i arbeid og antall uføre i forhold til folketallet.....	27
2.5 Sykefravær	29
2.6 Andel arbeidsledige totalt.....	30
Innvandring og arbeidsledighet	30
Antall arbeidsledige under 30 år.....	30
2.7 Over- og underskudd av arbeidsplasser.....	31
2.8 Andel pendlere ut og inn av kommunen	31
2.9 Forhold mellom offentlig og privat virksomhet	32
2.10 Arbeidsmiljø og arbeidsmiljøutfordringer	33
2.11 Skolestruktur.....	34
2.12 Trekk ved læringsmiljø og elevprestasjoner	34
2.13 Antall elever som fullfører videregående skole.....	36
2.14 Barnehagedekning.....	41
2.15 Tilgjengelighet til helsestasjons og skolehelsetjeneste.....	41
Kapittel 3 Miljø	42

3.1	Omfang av smittsomme sykdommer	43
3.2	Risiko for legionella	43
3.3	Drikkevannskvalitet	44
3.4	Forekomst av radon	44
3.5	Omfang av områder utsatt for støy	45
3.6	Omfang av områder utsatt for luftforurensning.	45
3.7	Inneklima i skoler, barnehager og offentlige bygg	46
3.8	Omfanget og tilgjengelighet til områder for rekreasjon, friluftsliv, gang- og sykkelveger og turstier	46
3.9	Omfang av grøntarealer og beplantning	47
3.10	Antall frivillige organisasjoner, medlemsforhold og rekruttering	48
3.11	Omfang av sosiale risikomiljøer og kriminalitet	48
3.12	Valgdeltakelse	49
3.13	Omfang av kulturtilbud	50
3.14	Tilbud og tilgjengelighet til kollektivtransport	52
3.15	Omfang av sosiale møteplasser og lekeplasser	52
3.16	Sosiale nettverk, sosial støtte og opplevelse av tilhørighet	53
	Mobbing	55
Kapittel 4 Skader og ulykker		57
4.1	Personskader	57
4.2	Antall hoftebrudd behandlet i sykehus	58
4.3	Spesielle ulykkes punkter eller strekninger	59
4.4	Spesielt utsatte skoleveger	64
4.5	Skadeforekomst i skoler og barnehager, inkludert tannskader	64
4.6	Antall drukningsulykker	64
4.7	Omfang av hjemmeulykker	64
4.8	Antall omkomne i brann	65
4.9	Antall fallulykker i sykehjem	65
4.10	Snøskuterulykker	66
Kapittel 5 Helserelatert atferd		67
5.1	Deltagelse i organiserte og uorganisert fysisk aktivitet og andel voksne og barn som er fysisk aktive minimum 30/60 min per dag	67
	Fysisk aktivitet og stillesitting	67
	Skjermtid	70
5.2	Omfang av fysisk aktivitet i skolen	71
5.3	Tilgang til områder for aktivitet	71
5.4	Omfang av elever som går eller sykler til skolen	71
5.5	Daglig tobakksbruk	71
	Snus	74
5.6	Alkoholkonsum og annen rusmiddelbruk	75
	Alkohol blant unge	75
	Alkoholbruk blant voksne	77
	Bruk av hasj og/eller marihuana blant videregående elever	79
5.7	Antall skjenkesteder, servings- og åpningstider for alkoholsalg	79
5.8	Seksuell helse	80

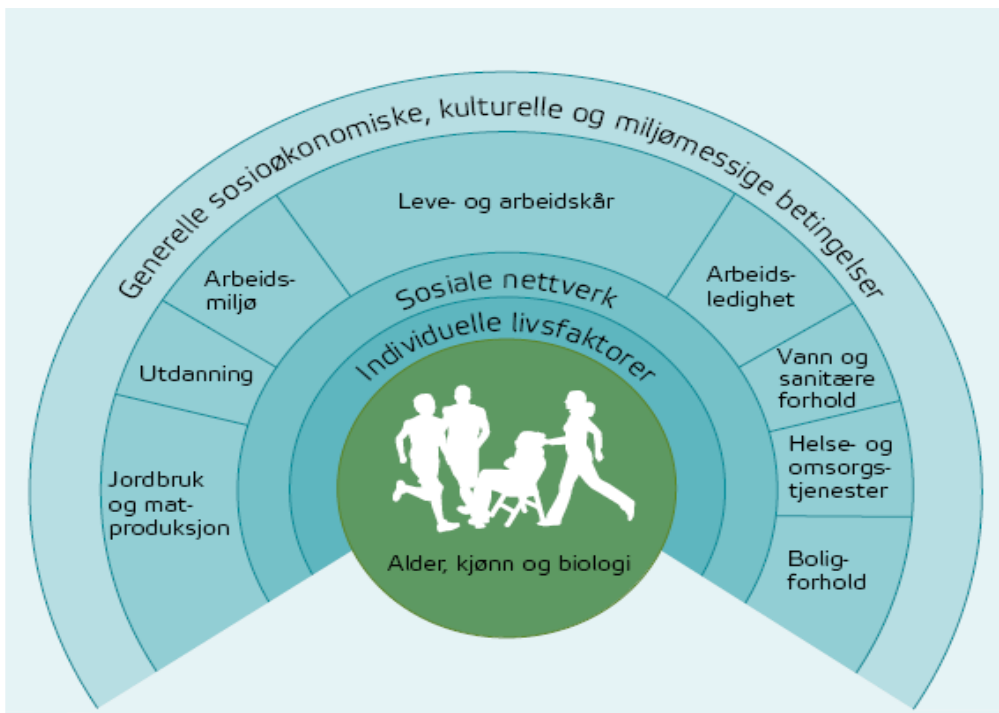
5.9	Mat og måltider i barnehager	81
5.10	Tilgang på frukt og grønnsaker på skolen	81
5.11	Måltider på skolefritidsordninger og tilbud i skolekantiner.....	81
5.12	Søvn	81
5.13	Gjeld	82
5.14	Vold og overgrep.....	83
Kapittel 6 Helsetilstand.....		86
6.1	Forventet levealder	86
6.2	Forekomst av livsstilssykdommer.....	88
	Muskel- og skjelettsykdommer og –plager	88
	Kreft.....	89
	KOLS	90
	Lungekreft.....	92
	Hjerte- og karsykdom	92
	Overvekt og fedme.....	94
	Diabetes.....	97
	Psykisk sykdom	98
	Selvmord.....	100
	Selvskading	101
6.3	Trivsel, mestringsnivå og selvpoplevd helse	101
	Meningsfullt og givende liv	104

Innledning

Hvorfor en folkehelseoversikt?

- *Folkehelse* defineres som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.
- *Folkehelsearbeid* er 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.

Folkehelsearbeid er en samfunnsoppgave med strategier rettet mot hele befolkningen. Målet med folkehelsearbeidet er flere leveår med god helse i befolkningen og å redusere sosiale helseforskjeller. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon. Folkehelsearbeid handler om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygge sykdom og skader, og utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, beskytter mot helsetrusler og fremmer felleskap, trygghet, inkludering og deltakelse. Dette arbeidet retter seg mot befolkningen eller deler av befolkningen, ikke enkeltindivider med identifisert risiko.



Figur 1. Oversikt over faktorer som påvirker helsen til individet. Kilde: Dahlgren og Whitehead, 1991.

En kommune har en sentral rolle for å fremme befolkningens helse, forpliktet gjennom Folkehelseloven og tilhørende forskrifter. Kommunen skal både ha en løpende oversikt over folkehelsen (årlig oppdatering) og utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år. Det sistnevnte legges til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Hensikten med dokumentet er å forankre folkehelsearbeidet politisk og på tvers av alle ansvarsområder i kommunen i en slik langsiktig satsing, som skal inngå som grunnlag for kommunens planstrategi.

Forskrift om oversikt over folkehelsen §3 a-f stiller krav til at kommunens fireårige oversiktsdokument skal inneholde opplysninger om og vurderinger av:

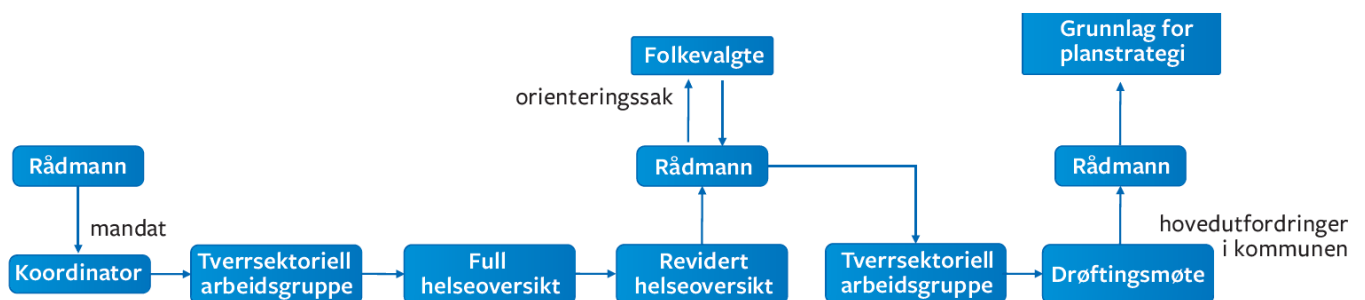
- 1) Befolkningssammensetning
- 2) Oppvekst og levekårsforhold
- 3) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- 4) Skader og ulykker
- 5) Helserelatert atferd
- 6) Helsetilstand

Nødvendig oversikt er avhengig av lokal kontekst og må derfor vurderes lokalt. Med utfordringene som fremkommer i folkehelse rapporten, eventuelt supplert med informasjon fremkommet i perioden mellom fireårsdokumentene, skal kommunen fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet (kommunens folkehelsepolitikk) (jf. Folkehelseloven §6 annet ledd). I tillegg til dette er kommunen pålagt å ha en årlig oppdatering over de mest kritiske punktene som er identifisert i Folkehelseoversikten.

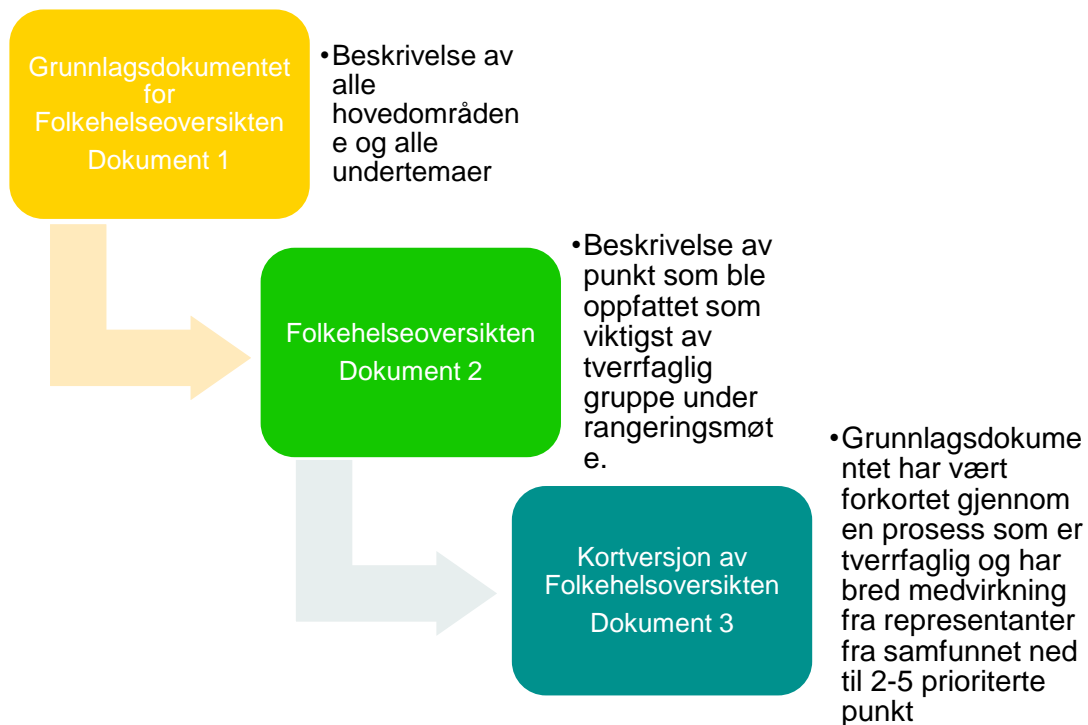
Denne oversikten vil ta for seg Hammerfest og Kvalsund, som oftest sammenlignet med landsgjennomsnittet og fylket. Dette er gjort for å bevisstgjøre forskjeller som eksisterer i disse to områder før sammenslåingen av kommunene. I senere folkehelseoversikter vil dette ikke være mulig. Det er viktig å få frem utfordringsbildet i begge områdene, da lokale forskjeller sees, sånn at man videre kan jobbe bevisst med utfordringsbildet slik som det faktisk er. Ved senere anledninger vil tallene fra Kvalsund «drukne» i tallene fra Hammerfest, da Kvalsund er et mindre område.

Prosessen

Rådmannen har hovedansvaret for folkehelsearbeidet i kommunen. Rådmann i Hammerfest og Kvalsund har gitt mandat til en koordinator som har jobbet med en tverrsektoriell arbeidsgruppe for å fremstille den fulle oversikten (grunnlagsdokumentet). Grunnlagsdokumentet består av 64 indikatorer på helsetilstand i Hammerfest og Kvalsund. Den tverrsektorielle arbeidsgruppen har halvert nummer av indikatorer til de som er viktigst lokalt. Representanter for samfunnet er invitert til å delta på et drøftingsmøte hvor nummer av indikatorer blir ytterligere redusert. Disse blir stående som fokusområder, eller hovedutfordringer i kommunen de neste fire årene. Dette vil være med å danne et grunnlag for planstrategien i kommunen. Etter fire år vil prosessen bli gjentatt.



Figur 2. Planprosessen. Kilde: KS, «Idehefte – Folkehelseplanlegging i kommunene»



Figur 3. Oversikt over dokumentene.

- 1) **Grunnlagsdokumentet for folkehelseoversikten/dokument 1:** Beskrivelse av alle hovedområdene og alle undertemaer
- 2) **Rangeringsmøte:** Tverrfaglig vurdering med representanter fra forskjellige sektorer av betydningen av de ulike undertemaene i den fulle helseoversikten. Dette resulterer i dokument 2, eller Folkehelseoversikten.
- 3) **Revidert helseoversikt/folkehelseoversikten/dokument 2:** Beskrivelse av punkt som ble oppfattet som viktigst av tverrfaglig gruppe under rangeringsmøte.
- 4) **Prioriteringsmøte:** Samling av berørte interesser, politikere og fagfolk som i fellesskap drøfter og prioriterer de viktigste utfordringene i kommunen de neste fire år. Dette resulterer i
- 5) **Kortversjon av folkehelseoversikten/dokument 3:** Folkehelseoversikten er videre kortet ned gjennom en prosess som har bred medvirkning fra representanter fra samfunnet på drøftingsmøtet og er et dokument basert på de 2-5 høyest prioriterte punktene.

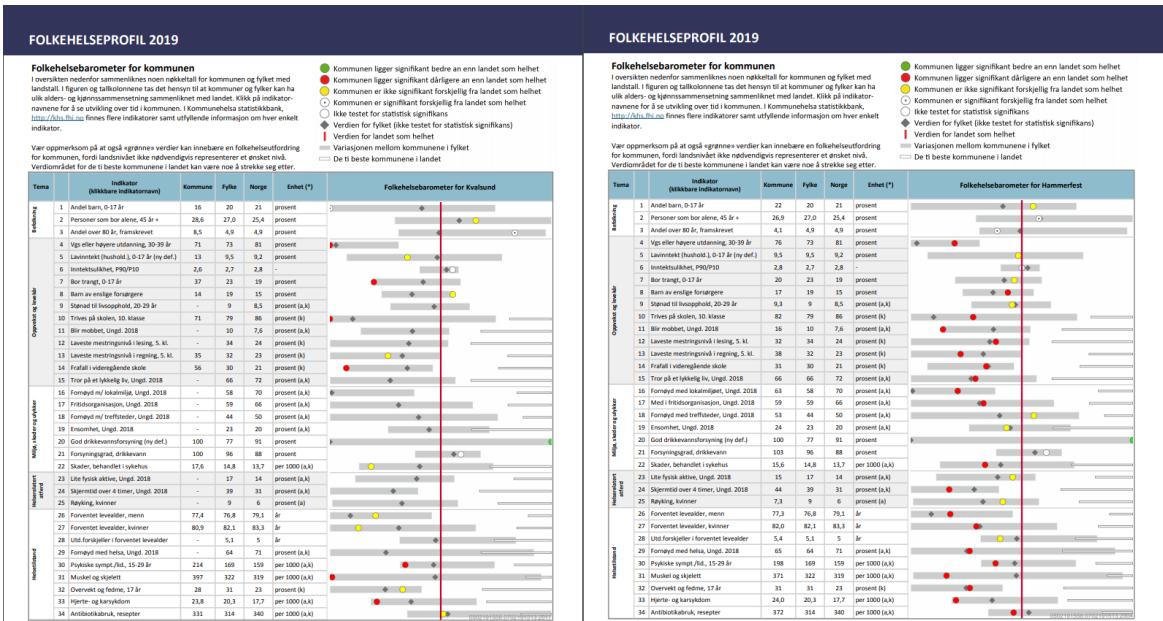
Det er opp til kommunen å ta stilling til hvorvidt det skal utformes en egen folkehelseplan, eller om mål og strategier på folkehelseområdet skal synliggjøres gjennom øvrige planer. Det er viktig med et langsiktig folkehelsearbeid fordi beslutningene som tas i dag har en betydning for samfunns- og miljøforholdene i lang tid fremover, og dermed også helsen til de neste generasjoner.

Kilder

Følgende kilder har vært mye brukt:

- **Levekårsundersøkelsen:** befolkningsundersøkelse i Hammerfest, våren 2016.
- **Ungdata:** elevundersøkelse i Hammerfest i 2018. I tall for 2018 fra ungdomstrinnet er også Kvalsund ungdomsskole inkludert i tallene for Hammerfest. Ungdom fra Kvalsund vil også være representert i tall fra videregående skole
- **Erfaringsbasert kunnskap:** lokalt
- **Statistikk:** lokal og sentral
- **Folkehelseprofiler**
- **Helsedirektoratet**
- **Folkehelseinstituttet**

Det er viktig å merke seg at mange tall fra Kvalsund ikke mulig å ekstrahere grunnet anonymisering av data, dette gjelder også kvalitative data (erfaringskunnskap). Jo høyere datagrunnlag som ligger til grunne for statistikk, dess mer pålitelig er statistikken. Kvalsund gir generelt et lavt datagrunnlag grunnet lavt innbyggertall, og tallene vil derfor være mer usikre enn tall fra Hammerfest, Finnmark og Norge. Det er derfor nyttig å lese teksten i denne konteksten.



Figur 4. Folkehelseprofiler for Hammerfest og Kvalsund. Kilde: <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>

Utenforskap

Utenforskap betegner mennesker eller grupper som står på utsiden av fellesskapet. Det kan være personer som står utenfor skole- og arbeidsliv, som har et svært begrenset sosialt nettverk eller som ikke opplever tilhørighet til storsamfunnet. Utenforskap er et strukturelt samfunnsproblem. Det har store konsekvenser som er til hinder for at mennesker kan leve gode liv. Årsakene til utenforskap er mange og sammensatte. De som står utenfor fellesskapet har gjerne flere utfordringer. Psykiske helseproblemer, rus- og alkoholmisbruk, ensomhet, fattigdom og manglende integrering er de viktigste årsakene til at personer faller utenfor. En rekke studier viser at sosial støtte i seg selv virker helsefremmende. Det lønner seg derfor å arbeide med integrering og fellesskap. At mennesker står utenfor sosiale fellesskap, arbeidsliv og utdanningssystem er sløsing med samfunnets ressurser.

Vedvarende lavinntekt

Fattigdom handler om mer enn å ha for lite penger. Fattigdom begrenser også menneskers mulighet til å leve et verdig liv. Hvert land fastsetter sin egen nasjonale fattigdomsgrense. I Norge regnes du som fattig hvis du tjener mindre enn 60% av medianinntekten. Medianinntekten er den midterste inntekten (ikke gjennomsnittsinntekten); inntektene til alle husholdninger settes ved siden av hverandre i stigende rekkefølge, deretter velger man ut den midterste, som altså er medianinntekten. For å kunne skille mellom ulike grader av fattigdom, brukes begrepene absolutt fattigdom og relativ fattigdom.

- **Absolutt fattigdom** innebærer at man ikke dekker helt grunnleggende behov (mat, klær, hus).
- **Relativ fattigdom** er fattigdom sett i forhold til størstedelen av befolkningen i et land. Hvis du er fattigere enn de fleste andre i landet ditt, opplever du relativ fattigdom (FN-Sambandet).

Fattigdom i Norge handler i all hovedsak om relativ fattigdom. Det er viktig å erkjenne at også relativ fattigdom kan ha store konsekvenser for de som er rammet. Barn og unge som lever i lavinntektsfamilier får ikke de samme mulighetene som sine jevnaldrende. De mister blant annet muligheten til å delta på viktige sosiale arenaer og kan i større grad oppleve utenforskap. En dårlig

økonomi gir også dårligere tilgang til sunne boliger, rekreasjonsmuligheter, sunt kosthold og tilgjengelighet til helsetjenester.

Sosiale helseforskjeller

Helsa i den norske befolkningen er god, men gjennomsnittstallene skjuler store, systematiske forskjeller. Befolkningens helse følger en gradient. Det vil si at mennesker med høy utdanning og gode jobber i gjennomsnitt har bedre helse. Det er derfor et langsiktig mål i folkehelsearbeidet å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse. Det finnes en sosial helsegradient for de fleste helsemål, hvilket tyder på at det finnes noen felles, bakenforliggende og strukturelle årsaker til de sosiale ulikhetene i helse. Når også risikofaktorer for uhelse – som for eksempel helsereelatert atferd – er systematisk sosialt skjevfordelt i befolkningen, må det også finnes sosialt skjevfordelte årsaker til atferden – årsakene til årsakene. Forebygging av sosiale ulikheter handler om å ta hensyn til hele denne årsakskjeden, og ikke bare de umiddelbare risikofaktorene som helseatferd, bomiljø og arbeidsmiljø. Skjevfordelingen av slike risikofaktorer skyldes fordelingen av økonomiske ressurser, utdanning og arbeid i befolkningen, og en strategi mot sosial ulikhet i helse må derfor også adressere disse strukturelle årsakene¹.

Årsakene til sosiale helseforskjeller er mange og sammensatte, noe som gjør det vanskelig å ta tak i dem. Det vi tror er utfordringen, kan simpelthen være symptomer på andre ting. De siste års utvikling viser en økning i økonomiske forskjeller i Norge. Det er ikke bare de nederste i inntektshierarkiet – «de fattige» – som sakker akterut. Forskjellene ser ut til å øke langs hele inntektsskalaen. Den mest formuende tidelen av norske husholdninger disponerer om lag halvparten av den samlede formuen. Det er de unge voksne (18-34 år) som de siste årene utgjør den største gruppen med lavinntekt. Men lavinntekt øker også blant barnefamiliene. Vi har kunnskap om at sosial ulikhet i barneårene forplanter seg til dårligere helse og livskvalitet i voksen alder². Det finnes etter hvert også gode holdepunkter for at forhold i svangerskapet og tidlig barnealder har stor betydning for barnets helse senere i livet³. Denne kunnskapen tilsier at vi i langt større grad enn i dag må ha fokus på, og prioritere, tidlig innsats. Når påvirkningsfaktorene både er mangfoldige og gjensidig virker på hverandre, er det viktig at vi i folkehelsearbeidet har et tydelig rammeverk som sikrer systematikk i møte med de folkehelsepolitiske utfordringene⁴.

¹ Helsedirektoratet

² Helsedirektoratet

³ MoBa – Den norske mor og barn-undersøkelsen

⁴ Helsedirektoratet

Kapittel 1 Befolknings sammensetning

Generelt om befolknings sammensetningen i Norge

- Befolkningen i Norge fortsetter å øke og teller 5,3 millioner ved inngangen til 2018.
- Antall og andel innvandrere har økt kraftig gjennom de siste tiårene.
- Det blir færre yrkesaktive per pensjonist. Andelen av befolkningen over 67/80 år øker.
- Flere bor i byer og tettsteder.
- Flere bor alene, det gjelder både yngre voksne og eldre.
- Flere tar lengre utdanning, og dette er en av flere årsaker til at kvinnene er eldre enn tidligere når de får sitt første barn, og til at de føder færre barn.

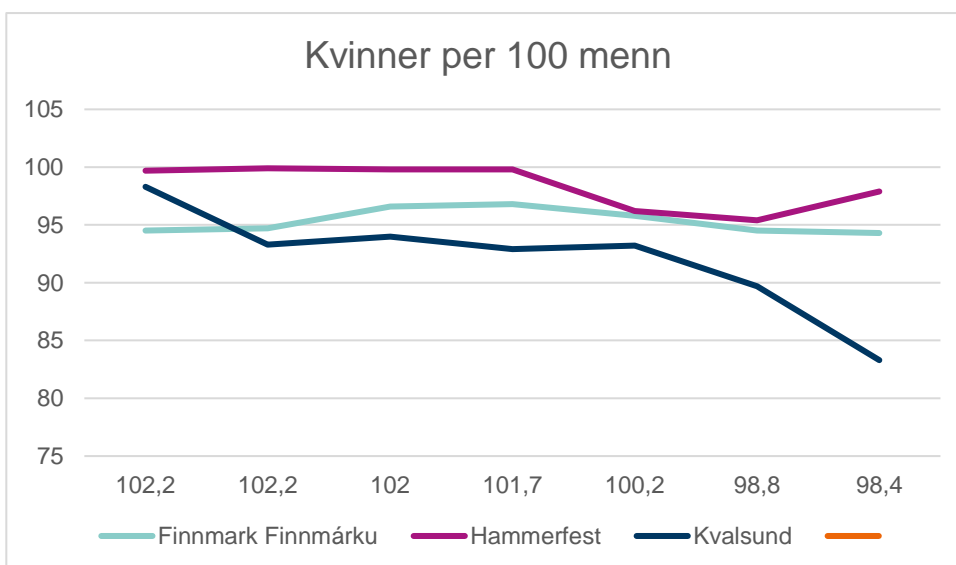
Nøkkel punkt fra Hammerfest og Kvalsund

- **Antall eldre i Hammerfest og Kvalsund vil øke kommende år.**
- **Antall yngre vil synke, særlig i Kvalsund, og antall fødte synker.**
- **Det er flere som bor alene i Hammerfest og Kvalsund enn i resten av landet**
- **Det er en sterk økning i antall innvandrere og norskfødte med foreldre med innvandrerbakgrunn i Hammerfest og Kvalsund, og det er utfordrende med integrering.**

1.1 Befolkningen i Hammerfest og Kvalsund

År	2000	2005	2010	2015	2018	2019
Hele landet	4.478.497	4.606.363	4.858.199	5.165.802	5.295.619	5.328.212
Finnmark						
Finnmárku	74.059	73.074	72.856	75.605	76.167	75.865
Hammerfest	9.213	9.261	9.724	10.417	10.533	10.536
Kvalsund	1.106	1.080	1.026	1.049	1.027	988

Tabell 1.1. Folketall som helhet for Hammerfest og Kvalsund. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>



Figur 1.1 Antall kvinner per 100 menn i Hammerfest og Kvalsund. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

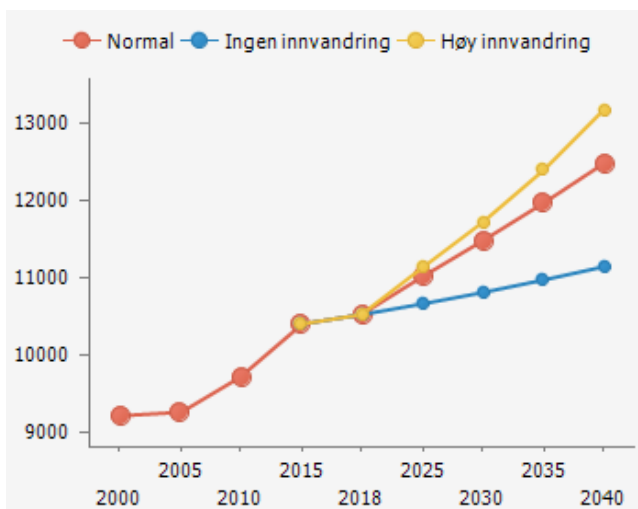
Det sees et flertall av menn i både Hammerfest og Kvalsund. I Kvalsund ser man en relativt sterk nedgang av kvinner per 100 menn i Kvalsund, hvor tallet har sunket fra 98 kvinner per 100 menn i 1990 til 83 kvinner i 2019. Dette påvirker familiesammensetning og fertiliteten i området. I Hammerfest er reduksjonen fra 100 til 98 kvinner per 100 menn i samme tidsperiode, og på landsbasis har antallet sunket fra å ha en overvekt av kvinner: 102 til 98.5 per 100 menn.

Befolkningsveksten har vært relativt stabil fra 1990 til 2018 i Hammerfest og Kvalsund.

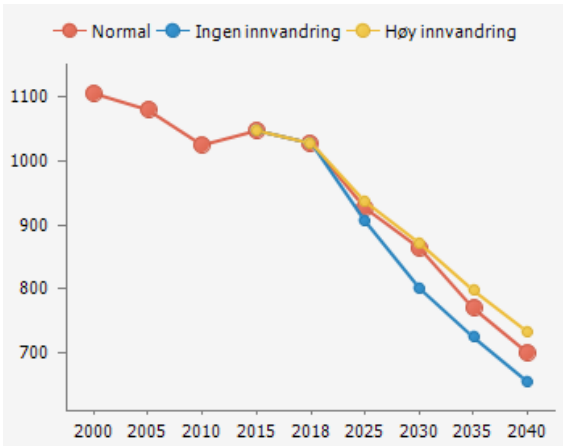
1.2 Befolkningsframskrivinger

Dette er framskrevet folkemengde for utvalgte år fra 2020 til 2040, med utgangspunkt i folketallet per 1.1.2018. Framskrivingene viser framtidig utvikling ut fra forutsetninger om fruktbarhet, levealder og netto innflytting med utgangspunkt i den observerte utviklingen, basert på middels vekst i de nevnte kriteriene. Befolkningsframskrivinger kan tjene mange formål og fungere som et nyttig verktøy for planlegging i kommunene. Det kan for eksempel danne grunnlag for planlegging av framtidige behov i hver enkelt kommune med bakgrunn i framtidig befolkningsstørrelse.

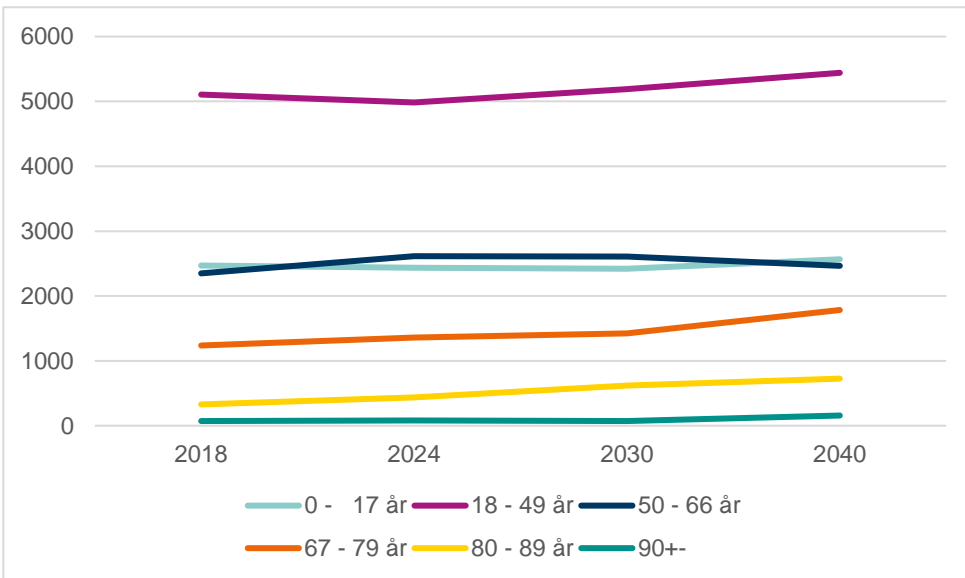
Vi lever lenger enn før. Aldersgruppen 80+ vil vokse mest og nesten fordoble seg frem mot 2040. Flere eldre medfører et endret sykdomsbilde og omsorgsmengde. Prioritering av Eldres helse og levekår gir stor gevinst i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Flere eldre medfører også at det er viktig å rette oppmerksomhet mot denne gruppen, spesielt i utformingen av sentrumsområdet hvor de fleste bor. For eldre på institusjon er det begrenset mulighet til å delta i det kulturelle liv. De har i tillegg et begrenset aktivitetstilbud. Det er viktig at folkehelsearbeidet også blant eldre dreier mot økt grad av forebygging.



Figur 1.2: Viser forskjellige mulige variasjoner i befolkningsvekst i Hammerfest frem til 2040. Kilde: <https://www.kommuneprofilen.no/>



Figur 1.3: Viser forskjellige mulige variasjoner i befolkningsvekst i Kvalsund frem til 2040. Kilde: <https://www.kommuneprofilen.no/>

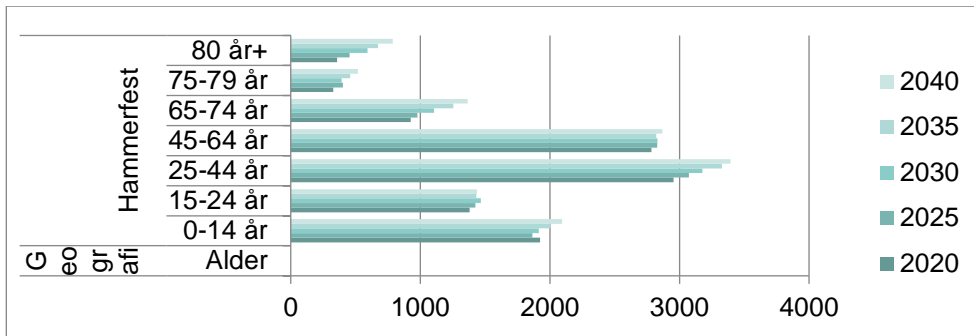


Figur 1.4: Forventet befolkningsvekst for Hammerfest og Kvalsund samlet. Kilde: Kommunehelse statistikkbank.

Hammerfest

Årstall		2020	2025	2030	2035	2040
Alder						
Hammerfest	0-14 år	1925	1865	1913	2006	2094
	15-24 år	1380	1425	1466	1433	1438
	25-44 år	2953	3072	3176	3328	3394
	45-64 år	2784	2828	2831	2822	2868
	65-74 år	926	979	1106	1255	1366
	75-79 år	327	402	393	459	519
	80 år+	358	455	592	675	788

Tabell 1.2: Befolkningsfremskriving i Hammerfest. Kjønn samlet. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

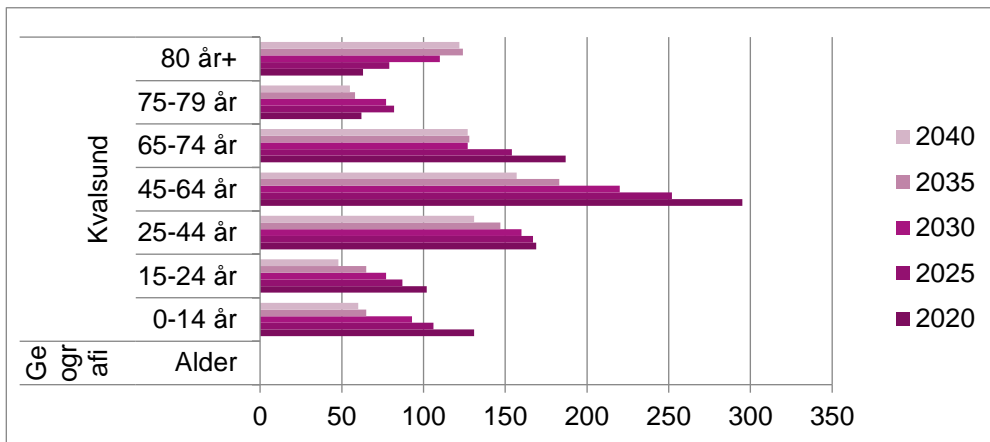


Figur 1.5: Befolkningsfremskriving i Hammerfest. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Kvalsund

Årstall	2020	2025	2030	2035	2040
Alder					
Kvalsund 0-14 år	131	106	93	65	60
15-24 år	102	87	77	65	48
25-44 år	169	167	160	147	131
45-64 år	295	252	220	183	157
65-74 år	187	154	127	128	127
75-79 år	62	82	77	58	55
80 år+	63	79	110	124	122

Tabell 1.3: Befolkningsfremskriving i Kvalsund. Kjønn samlet. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

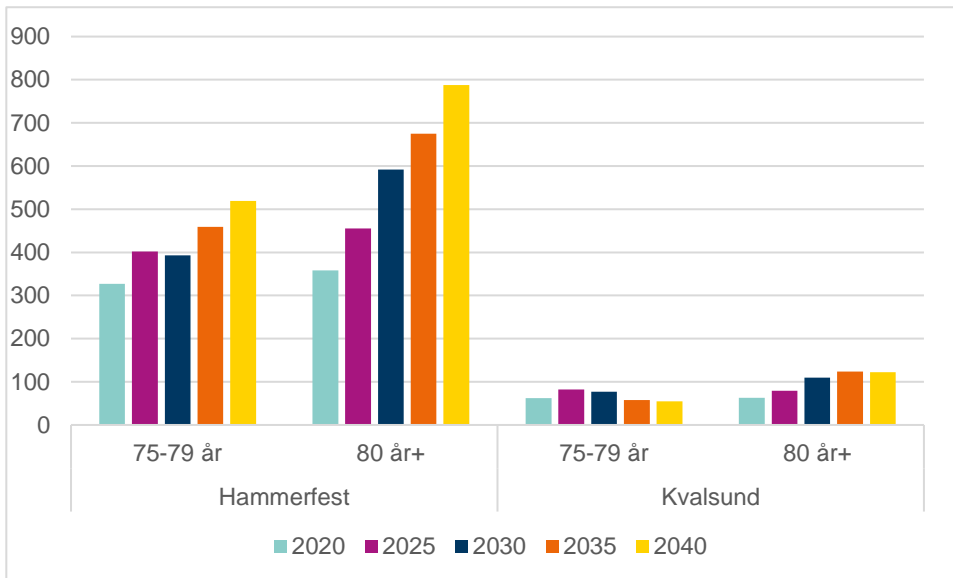


Figur 1.6: Befolkningsfremskriving i Kvalsund. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Ut fra befolkningsveksten og -tall for 2018 anslår vi at Hammerfest og Kvalsund følger kurven for lav nasjonal vekst frem mot 2025 til 12.035 personer, og i 2040 til 13.167.

Hammerfests befolkning består av en høy andel unge voksne, det vil si personer i alder 20-39 år. Dette innebærer mulighet for egenvekst i befolkningen, da mange innbyggere i fertil alder kan gi økt fødselstall. En følge av dette er at det fremover blir flere barn som trenger barnehage og senere skole- og fritidstilbud.

Status eldre i Hammerfest og Kvalsund



Figur 1.7: Befolkningsfremskriving i Hammerfest og Kvalsund i aldersgruppen 75-80+. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Figur 1.7 viser en stor økning i andelen 80+ både i Hammerfest og i Kvalsund. Vi ser her at det er en nær dobling fra 2020 til 2040 i antall individer i aldersgruppen 75-80+. Til sammenligning er det bare en lett økning antall i gruppen 0-64 år.

Kvalsund kan forvente en fordobling av individer i aldersgruppen 80+ i år 2040, samt en halvering av individer mellom 0-24 år. Det er også en stor reduksjon av antallet i yrkesaktive aldersgruppen.

Familieomsorgskoeffisienten

Det er viktig å se befolkningsframskrivingen i forbindelse med familiekoefisienten. Det viser antall personer i arbeidsfør alder (25-65 år) per eldre (over 75 år). Dette er et viktig tall, fordi vi ser at det er forventet en sterk reduksjon i antall arbeidsføre per eldre. Dette betyr igjen at langsiktig så vil vi ha færre som kan ta vare på en aldrende befolkning.

Årstall		2020	2025	2030	2035	2040
Kvalsund	25-44 år	169	167	160	147	131
	45-64 år	295	252	220	183	157
	Total arbeidsfør alder	464	419	380	330	288
Total eldre	75-79 år	62	82	77	58	55
	80 år+	63	79	110	124	122
	75+	125	161	187	182	177
Familieomsorgskoeffisient		3.7	2.6	2.0	1.8	1.6

Tabell 1.3: Familieomsorgskoeffisient Kvalsund. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Årstall		2020	2025	2030	2035	2040
Hammerfest	25-44 år	2953	3072	3176	3328	3394

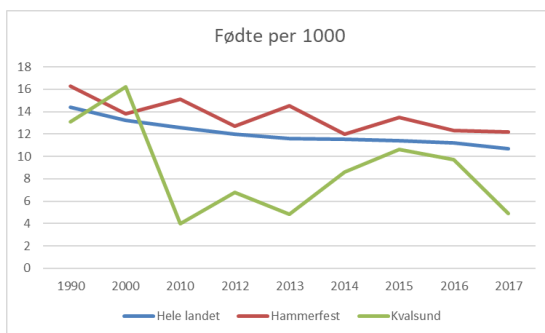
	45-64 år	2784	2828	2831	2822	2868
Total arbeidsfør alder	25-64 år	5737	5900	6007	6150	6262
	75-79 år	327	402	393	459	519
Total eldre	80 år+	358	455	592	675	788
	75+	685	857	985	1134	1307
Familieomsorgskoeffisient		8.4	6.9	6.1	5.4	4.8

Tabell 1.4: Familieomsorgskoeffisient Hammerfest. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Antall arbeidsføre per eldre kommer til å falle drastisk de neste årene både i Hammerfest og Kvalsund, men særlig i Kvalsund. Både i Hammerfest og Kvalsund halveres nesten disse tallene. I Kvalsund i 2020 ser vi at det er 3.7 person arbeidsfør per eldre, og i 2040 er det 1.6 arbeidsfør per eldre. I Hammerfest ser vi en reduksjon fra 8.4 i 2020 til 4.8 i 2040.

1.3 Årlige fødselsrater

Antall fødte er nyttig informasjon i planlegging av tjenester i kommunen og indikerer hvordan befolkningssammensetningen vil endre seg over lengre tid. Statistikken viser antall levendefødte i løpet av et år. Fødselsrate vil påvirke demografien og folkehelseutfordringen fremover i en stor grad.



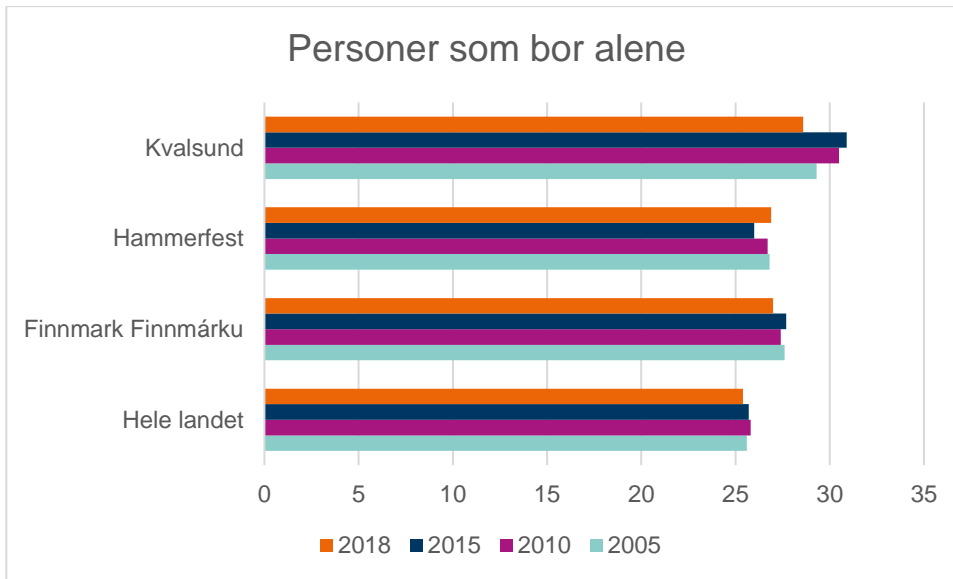
Figur 1.8: Fødselstall per 100 innbyggere og utviklingen av denne fra 1990 til år 2017. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Det er en nedadgående fødselsrate over hele landet. Hammerfest ligger litt over landsgjennomsnittet, mens Kvalsund ligger under.

1.4 Enpersonshusholdninger, familier og aleneforsørgere

Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe både økonomisk, helsemessig og sosialt. Blant aleneboende i alle aldersgrupper er det en høyere andel som sliter med psykiske plager sammenlignet med de som ikke bor alene. Aleneboende som gruppe har en høyere uføregrad og er oftere uførepensjonert enn de som ikke er aleneboende. Sammenlignet med de som bor sammen med noen, har de som er langvarig aleneboende hatt en mer uheldig utvikling i dødelighet. Det foreligger en høyere grad av helseproblemer blant kvinner og personer midtveis i livet som bor alene sammenlignet med andre⁵.

⁵ Kilde: <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa81/kap7.pdf>



Figur 1.8: Andel som bor alene over 45+. Kjønn samlet. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Hammerfest ligger nært landsgjennomsnittet over antall personer som bor i enpersonshusholdninger. Kvalsund lå i 2018 over landsgjennomsnittet med 28.6%, landet forøvrig 25.4%.

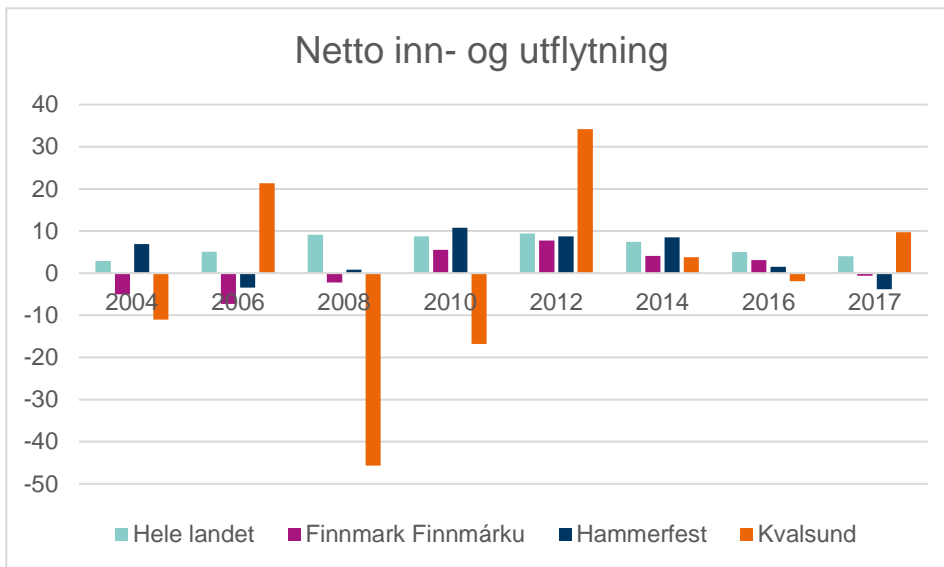
År	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Hammerfest	1306	1331	1305	1332	1343	1303
Kvalsund	101	94	96	96	89	82

Tabell 1.5: Familier totalt. Kilde: www.ssb.no

År	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Hammerfest	359	355	361	327	315	296
Kvalsund	28	25	23	22	15	19

Tabell 1.6: Familier med far eller mor som aleneforsørger. Kilde: www.ssb.no

1.5 Netto inn- og utflytning i Hammerfest og Kvalsund



Figur 1.9: Netto inn- og utflytning i Hammerfest og Kvalsund. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

I Hammerfest har det jevnt over vært en nettoinnflytting. I Kvalsund sees det store variasjoner fra år til år, det er ikke kjent hva som er årsak til disse variasjonen.

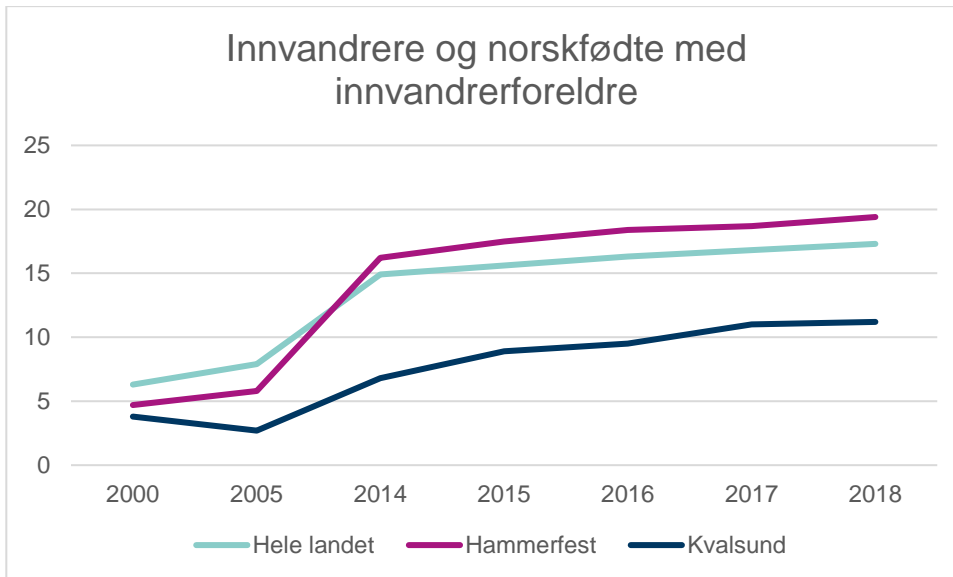
1.6 Etnisk sammensetning og utvikling av denne

De siste årene har det vært mange innvandrere med bakgrunn fra Syria, Somalia og Afghanistan i Hammerfest. Av ikke-norsk bakgrunn er majoriteten av innbyggerne (som selv har flyttet til Norge eller har to ikke-norske foreldre) fra Somalia, Litauen, Polen, Eritrea, Filipinene, Irak, Tyskland, Pakistan og Vietnam. Kvalsund har ikke tatt imot flyktninger de siste årene, og de som har ikke-norsk opprinnelse kommer fra Litauen, Filipinene, Sverige, Tyskland og Eritrea⁶.

År	2000	2005	2014	2015	2016	2017	2018
Hele landet	6,3	7,9	14,9	15,6	16,3	16,8	17,3
Hammerfest	4,7	5,8	16,2	17,5	18,4	18,7	19,4
Kvalsund	3,8	2,7	6,8	8,9	9,5	11	11,2

1.7: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i prosentandel. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

⁶ Statistisk sentralbyrå.



Figur 1.10: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i prosentandel. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

På landsbasis ser vi en tredobling av antall innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Kvalsund har også hatt en tredobling med en økning fra 3.8% til 11%, mens Hammerfest har hatt firedobling, fra 4.7% i år 2000 til 19.7% i 2019.

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre

Helse varierer mer mellom ulike innvandrergrupper, enn mellom innvandrere samlet og befolkningen for øvrig. Det er store forskjeller mellom grupper med ulik landbakgrunn, og mellom kvinner og menn. Sammenhengen mellom helse og alder er sterkere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Det vil si at mange innvandrere som har redusert helse, opplever dette tidligere i livet enn personer i den øvrige befolkningen.

Forandring over tid i helse

Tidligere studier har vist at innvandreres helse ofte er god ved innvandringstidspunktet, men forverres med tiden. Blant kvinner er andelen som røyker eller drikker alkohol høyest blant de med lang botid i Norge og de som kom til Norge som barn. Andelen menn som er fysisk aktive er høyest blant de med lang botid i Norge. Andelen røykere er høyere blant innvandrer menn enn blant menn i befolkningen for øvrig, men lavere blant innvandrer kvinner enn blant andre kvinner. Røyking varierer mye med landbakgrunn. Andelen som drikker alkohol er lavere i de aller fleste innvandrergruppene enn i befolkningen for øvrig, men i de fleste gruppene er det en betydelig andel som drikker alkohol. Blant kvinner er det en høyere andel som drikker alkohol blant de som har gode sosiale relasjoner og som er samfunnsengasjerte, enn blant andre innvandrer kvinner.

Fysisk aktivitet blant innvandrere

Det er en lavere andel som er fysisk aktive blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Blant innvandrer menn har fysisk aktivitet sammenheng med gunstige utfall på alle helseindikatorer. Blant innvandrer kvinner har fysisk aktivitet bare sammenheng med bedre psykisk helse. Det er en høyere andel som har psykiske plager blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Psykiske plager er spesielt utbredt blant kvinner fra Tyrkia og Iran, og blant menn fra Irak og Iran. Det er også verdt å merke seg at andelen med psykiske plager er dobbelt så høy blant polske innvandrere som i befolkningen for øvrig. Det er dokumentert lite psykiske problemer blant innvandrere fra Somalia og Eritrea. Det å ha opplevd diskriminering er assosiert med psykiske plager i de fleste grupper. Blant innvandrere fra Somalia og Eritrea derimot, er det en høy andel som hadde opplevd diskriminering

men med en lav andel med psykiske plager. Det å føle liten tilhørighet til både Norge og opprinnelsesland er assosiert med psykiske plager, mens det å føle tilhørighet til begge er assosiert med mindre psykiske plager.

Helse og utdanningsnivå

Blant innvandrere er sammenhengen mellom utdanning og helse mindre enn i befolkningen for øvrig. Dette kan henge sammen med at utdanning fra utlandet ofte ikke gjenspeiles i verken lønn, arbeidsoppgaver eller anseelse i Norge. Det kan også være andre bakenforliggende faktorer som påvirker både utdanning og helse blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Inntekt og sysselsetting er relatert til helse, og det å ha en fysisk krevende jobb er relatert til å ha fysiske helseplager. Å flytte for å bosette seg i et annet land representerer en stor endring i menneskers liv, både fysisk, psykisk og sosialt. Disse forandringene kan påvirke helsen på ulike måter, både positivt og negativt. Hva som utgjør de største forandringene, og hvordan den totale effekten av alle forandringene påvirker helsen, varierer fra situasjon til situasjon⁷.

Erfaringskunnskap

Fra Syria kom det tidligere ressurssterke individer med høy utdanning. Nå er det flere som kommer etter å ha sittet lenge i flyktningleir og er i større grad preget av traumer. Flyktninger som kommer nå har større utfordringer og spesielt kvoteflyktninger har ekstra utfordringer. Det er kjent at de som er selektert til kvoteflyktning er de som har størst behov for hjelp, og da gjerne har behov for mye tverrfaglig hjelp når de kommer til Norge.

Kjønnslemlestelse er utfordring i forhold til flyktninger som kommer fra land og kulturer der omskjæring praktiseres. Det er fokus både på dette både på å gi helsehjelp til de som har behov for det, ved graviditet, samt forebygging og avverging av kjønnslemlestelse.

Det er også en stor utfordring med psykisk helseproblematikk, og dette er ofte tabubelagt. I tillegg til andre kjente risikofaktorer opplever noen ekstra påkjenning grunnet fall i «status», eksempelvis ved å ikke kunne jobbe, endrede kjønnsroller, man har en annen jobb en tidligere, og mangelfull eller redusert språkforståelse. Klima er en utfordring, noen tørr ikke å gå ut i starten, mørketid og kulde er et stort sjokk for mange.

Ting blir raskt mye bedre når norsk språkforståelse bedres og man kommer seg ut i arbeid. Allikevel opplever voksne at det kan være vanskelig å få jobb, selv med norsk skole skolegang/utdanning og kan de kan språk. Det er mange med høyere utdanning som jobber i jobber som ikke krever videreutdanning som for eksempel butikkmedarbeider, fordi de ikke får jobb som tilsvarer utdanningsnivå.

Barn integreres lettere; jo yngre dess lettere er integreringen og jo bedre gjør de det på skolen.

Det er utfordring med en helt ny «digital verden» hvor en trenger mye hjelp til opplæring av bruk av tjenester, alt fra NAV, sykehus til bank.

I møte med helsevesen kan det være stor språkbarriere, som noen ganger forsterkes hvis legen har et annet morsmål enn norsk. Ved ankomst har de ofte lav terskel for å søke legehjelp, noe som endrer seg over tid, av flere årsaker som språkbarriere, kulturforskjeller i forhold til forventet behandling og mangel på autonomi i systemet.⁸

⁷ Folkehelseinstituttet, www.fhi.no.

⁸ Kilde: innvandrertjenesten og migrasjonslege.

Flyktninger og traumatiske belastninger

Hammerfest har i dag ca. 10 ungdommer tilknyttet de to bofellesskapene. Kommunen skal bosette 34 flyktninger i 2019, derav to enslige mindreårige. Utfordringsbildet har endret seg; de som bosettes nå er nesten utelukkende overføringsflyktninger. De fleste kommer direkte fra flyktningleirer i Libanon, Kongo eller Etiopia, men flere kommer nå etter å ha vært på gjennomreise eller har oppholdt seg i andre land, og det er sannsynlig at flere vil komme en mer indirekte rute etter hvert. Dette er mennesker som har levd i krigsområder, og som har levd i årevis i flyktningleirer under elendige forhold. Mange har vært direkte utsatt for krigshandlinger, tortur og misbruk gjennom seksualisert vold. Det er viktig at kommunen legger til grunn at alle disse er mer eller mindre traumatiserte og vil trenge psykososial oppfølging i større eller mindre grad. Kommunen har et stort behov for å få på plass et migrasjonshelseteam/psykososialt flyktningeteam med relevant kompetanse og tilstrekkelige ressurser. Et team som kan bistå med både forebyggende tiltak og nødvendig behandling på lavterskelnivå.

Endring i utfordringsbildet utløser behov for traumekompetanse

De som kommer fra Syria nå har levd lengre under krigsforhold enn de som flyktet for noen år siden. Det er dermed høyere risiko for at de har blitt påført større skader både fysisk og psykisk, enn de første som kom. I tillegg erfarer innvandrertjenesten at det er en betydelig sosioøkonomisk helseforskjell på de som klarte å flykte først og de som kommer nå. Bare det å være på flukt så lenge og å leve i eksil, innebærer risiko for å utvikle kroniske stresslidelser.

Yrkesrisiko for stressbelastning og slitasje på personell, tiltak og ivaretagelse

I alt traumearbeid er ivaretagelse av personell som arbeider med traumatiserte personer av vesentlig betydning. Vi må være oppmerksomme på at det foreligger yrkesrisiko ved arbeid med traumatiserte personer. Dette innebærer blant annet risiko for å utvikle sekundærtraumatisering og emosjonell slitasje. Flere hjelpere i ulike virksomheter har behov for kompetent veiledning, debriefing og relevante kurs. Hjelpere står i yrkesrisiko for å utvikle stressrelatert sykdom på grunn av belastninger gjennom sine hjelpeyrker.

Relevant lesning:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning/befolkningen/>
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>

Samisk befolkning

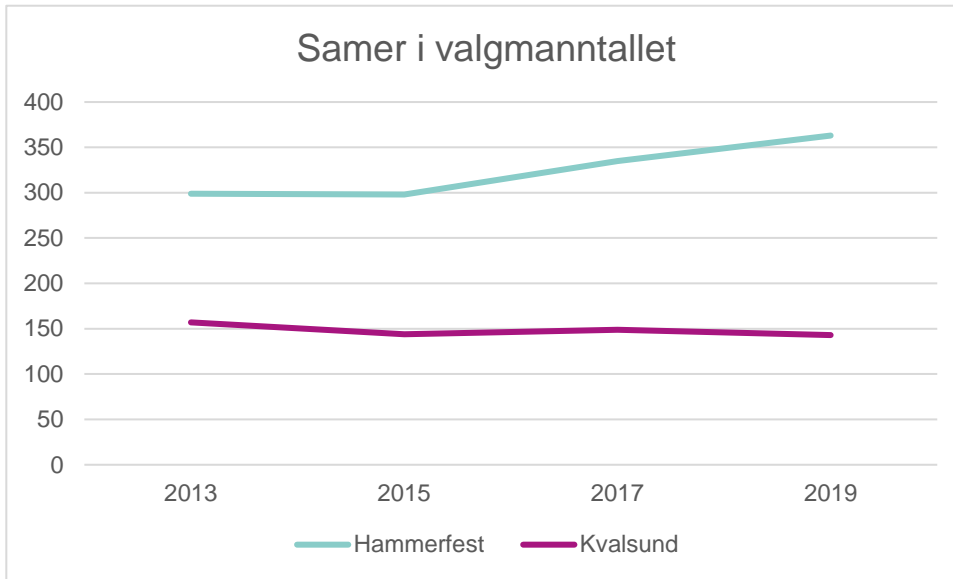
Sametingets valgmanntall gir oversikt over hvor mange samer som er innskrevet i valgmanntallet i de respektive kommunene, og som dermed har anledning til å avgi stemme ved valg til Sametinget. Vedkommende må være fylt 18 år eller fylle 18 år det året man søker om å bli innskrevet i valgmanntallet. Mantallet vil kun gi en indikasjon og ikke en helhetlig oversikt over hvor mange samer som bor i Kvalsund og Hammerfest, fordi for eksempel unge og barn ikke er registret og fordi alle samer har ikke skrevet seg inn i valgmanntallet. Sametinget har ingen andre statistikker å forholde seg til.

Kriteriene for å kunne melde seg inn til valgmanntallet:

Alle som avgir erklæring om at de oppfatter seg selv som same, og som enten

- har samisk som hjemmespråk, eller
- har eller har hatt forelder, besteforelder eller oldeforelder med samisk som hjemmespråk, eller
- er barn av person som står eller har stått i manntallet kan kreve seg innført i valgmanntallet.

Alle samer fra Norge som er over 18 år eller fyller 18 år i valgåret, har rett til å registrere seg i valgmannstallet. Samer som er statsborgere i andre nordiske land kan registrere seg i valgmannstallet dersom de den 30. juni i valgåret står innført i folkeregisteret som bosatt i Norge.



Figur 1.11: Samer i valgmannstallet. Kilde Sametinget.

I Norge er det per 30.juni 2017 totalt 16.958 innskrevet i Sametingets valgmannstall, hvorav 8.581 av disse bor i Finnmark. I 2019 i Hammerfest er det registrert 363 og i Kvalsund 143 personer.

Det er mange eldre og få unge i de samiske områdene sammenlignet med tallene for hele landet. Få unge mellom 25 og 39 år fører også til få barn i alderen 0–9 år.

I skolen i Hammerfest kommune i 2018/19 har 27 elever samisk undervisning. Dette består hovedsakelig av fjernundervisning og noe med stedlig lærer. Dette er i 2.-10. trinn og medfører en økning fra 16 elever fra året før.

I Kvalsund i skoleåret 2018/19 var det ti barn som fikk samisk undervisning i skolen. I skoleåret 2019/20 er dette tallet sunket til fem, de siste fem årene har det variert mellom fem-ti elever. Undervisningsform varierer mellom stedlig lærer og lyd-bilde-undervisning. Ingen elever i Kokelv har ønsket samisk undervisning. Per nå er det tre barn i barnehage med en eller to av foreldrene som er samiske⁹.

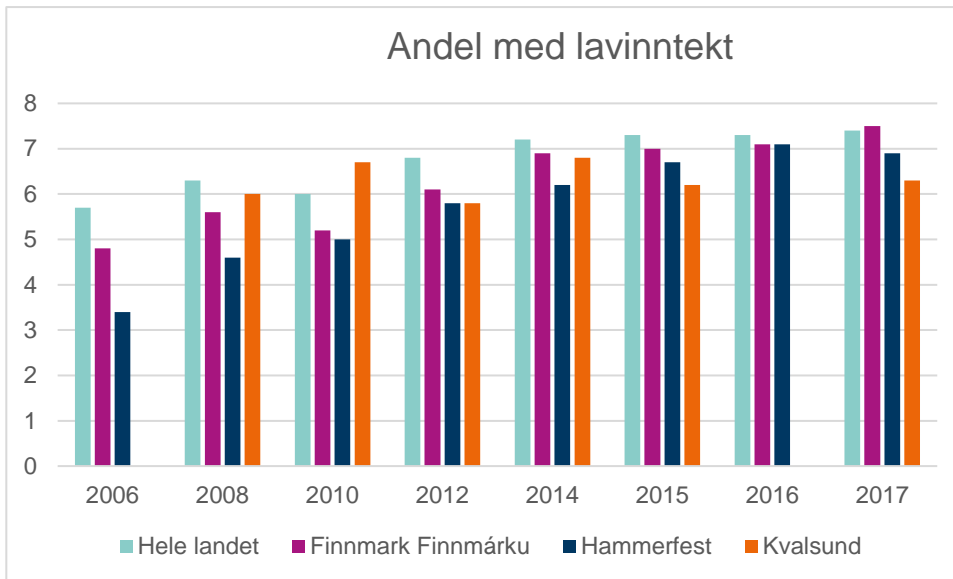
⁹ Sektor oppvekst og kultur, Kvalsund kommune. Sektor for barn og unge, Hammerfest kommune.

Kapittel 2 Oppvekst- og levekår

2.1 Andel med lavinntekt

Hva er vedvarende lavinntekt?

Et relativt fattigdomsbegrep setter vanligvis grensen for fattigdom ved at et individ har en inntekt som ligger under en gitt prosentandel av landets medianinntekt. De mest vanlige kriteriene på fattigdom, offisielt omtalt som vedvarende lavinntekt, er henholdsvis 50 prosent (OECD-skala) og 60 prosent (EU-skala) av medianinntekten¹⁰.



Figur 2.1: Lavinntektsgrense, EU60. Alle aldre, kjønn samlet. Kilde: kommunehelse statistikkbank

År	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017
Hele landet	5,7	6,3	6	6,8	7,2	7,3	7,3	7,4
Finnmark								
Finnmarku	4,8	5,6	5,2	6,1	6,9	7	7,1	7,5
Hammerfest	3,4	4,6	5	5,8	6,2	6,7	7,1	6,9
Kvalsund	:	6	6,7	5,8	6,8	6,2	:	6,3

Tabell 2.1: Lavinntektsgrense, EU60. Alle aldre, kjønn samlet. Kilde: kommunehelse statistikkbank

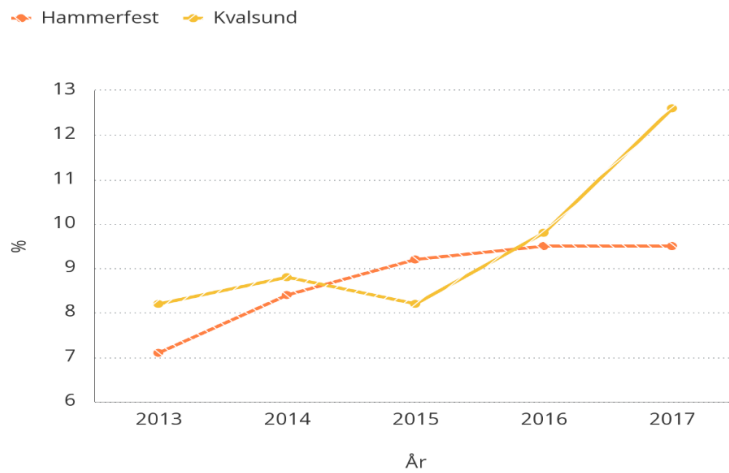
I 2017 ligger både Hammerfest og Kvalsund litt under landsgjennomsnittet når det kommer til lavinntekt i alle aldersgrupper. Andelen som lever med lavinntekt har fordoblet seg fra 2006 (3,4%) til 2017 hvor det ligger på 6,9%. I Kvalsund har det ligget relativt stabilt, i 2017 på 6,3%.

Barn i familier med vedvarende lavinntekt

I 2017 var landsgjennomsnittet for andel barn i husholdninger med vedvarende lav inntekt på 10,7%, mens Kvalsund hadde 7,9%, og Hammerfest 8,9% (økt fra 5,3% i 2013). Når det justeres for lokale lavinntektsgrenser så ligger Kvalsund på 12,6% (fra 6% i 2013), Hammerfest på 12,2% (i 2013 var dette tallet 8,2%) og landsgjennomsnittet på 9,2%.

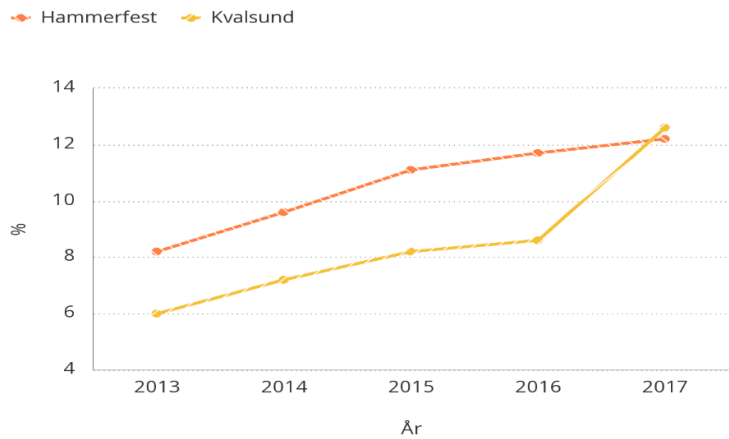
¹⁰ Kilde: <https://www.civita.no/politisk-ordbok/hva-er-fattigdom>

Barn i husholdninger med lavinntekt siste år (2017)



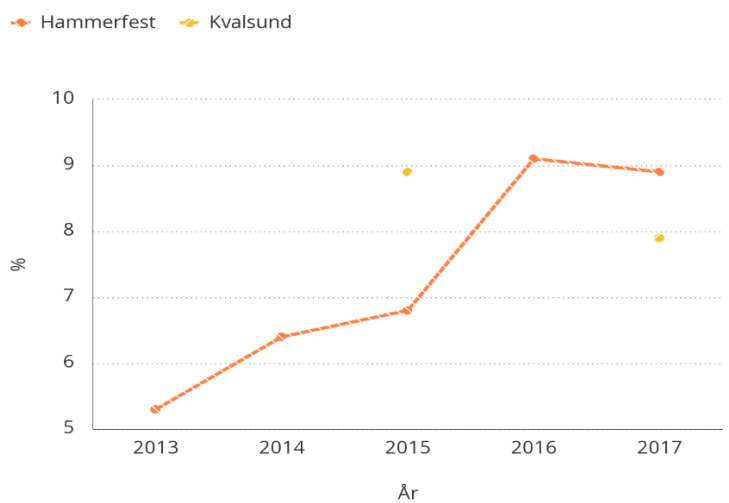
Figur 2.2: Barn i husholdninger med lavinntekt 2017. Kilde: www.bufdir.no

Barn i husholdninger med lavinntekt siste år etter lokale lavinntektsgrenser (2017)



Figur 2.3: Barn i husholdninger med lavinntekt 2017 etter lokale lavinntektsgrenser. Kilde: www.bufdir.no

Barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt (2017)



Figur 2.4: Barn i familier med vedvarende lav inntekt (2017). Kilde: www.bufdir.no

2.2 Inntektsfordeling

P90/P10 er forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. Dette er altså inntekten til den som har den 90 % høyeste inntekten i befolkningen sammenlignet med den som har den 10 % laveste inntekten. Sagt på en annen måte: Om man sorterer 100 personer stigende etter inntekt, er P90/P10 forholdet mellom inntektene til person nummer 90 (den tiende høyeste) og person nummer 10 (den tiende laveste).

År	2009	2011	2013	2015	2017
Hele landet	2,6	2,7	2,7	2,8	2,8
Finnmark					
Finnmárku	2,4	2,4	2,5	2,6	2,7
Hammerfest	2,5	2,5	2,6	2,7	2,8
Kvalsund	2,3	2,4	2,5	2,6	2,6

Tabell2.2: Inntektsfordeling beskrevet med P90/P10. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

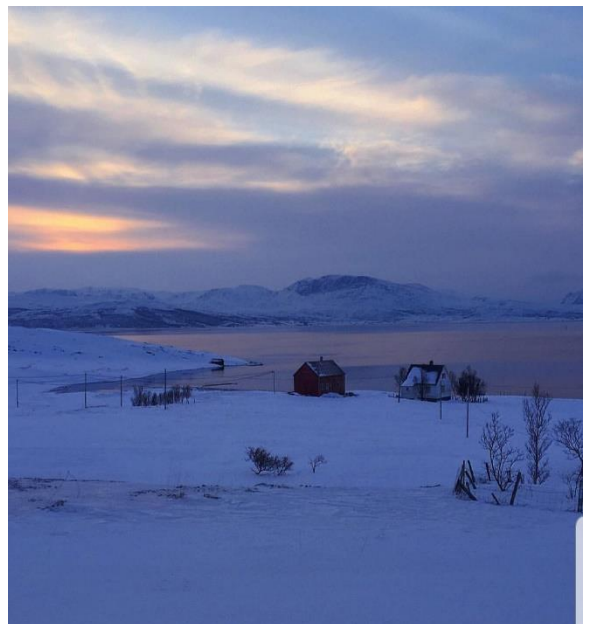
Det har vært en lett stigning mellom inntektsfordeling både Hammerfest og i Kvalsund siden 2009, det vil si at det har blitt en større forskjell mellom de som tjener mest og de som tjener minst.

2.3 Boligforhold

Tilgjengelighet til boliger

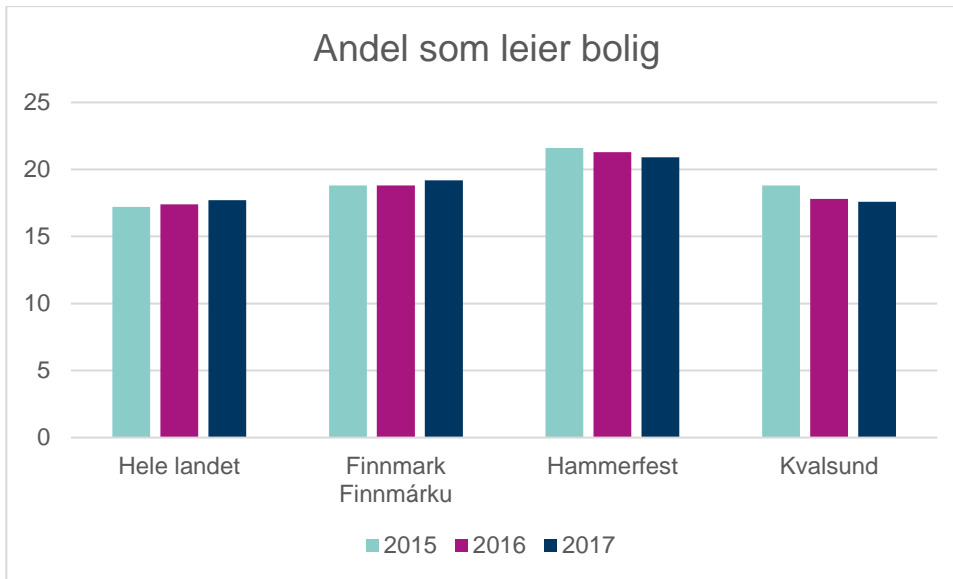
I Hammerfest er det 2.343 eneboliger, 1.009 leiligheter og 297 hytter. I Kvalsund er det registrert 526 eneboliger, ni leiligheter og 1.119 hytter.

Kvalsund kommune har de siste årene opplevd en befolkningsnedgang. Det er mange boliger ledig på boligmarkedet. Det er tidvis press på utleieboliger i kommunen. Boligprisene er økende, men det er ingen som har bygd eget hus de siste fem år. Utsatte grupper og lavinntektsfamilier har utfordringer med å skaffe seg egen bolig, men ved hjelp av Husbankmidler har flere barnefamilier klart å få seg eget hjem. Kommunen mangler boliger til ettervern for personer i rusomsorgen og psykiatrien. Det er ikke registrert noen bostedsløse i Kvalsund siste året. Boligmassen er eldre etterkrigshus, slik at de som kjøper bolig får store utbedringskostnader. Ofte selges boliger til fritidsboliger.

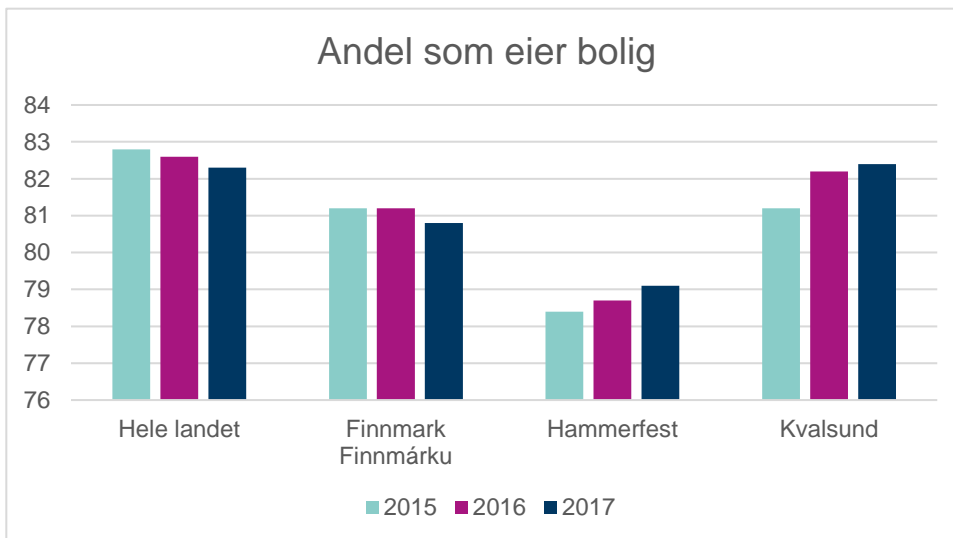


I Hammerfest er det flere som leier bolig (20.9%) enn landsgjennomsnittet (17.7%). I Kvalsund er det færre som leier bolig og det er like mange som eier bolig (82.4%) som på landsgjennomsnittet (82,2%). I Hammerfest er det færre som eier (79,1%).

Prisveksten i Hammerfest har vært på 15% fra 2012 til 2016, det vil si 4% høyere enn Finnmark forøvrig. Gapet mellom prisen på nybygg og brukte boliger blir større. Dette skaper et klasseskille i markedet som stadig blir større. For eksempel er områdene Baksalen, Storvannet, og Sætergamdalen områder hvor prisene er lav.



Figur 2.5: Andel som leier bolig. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>



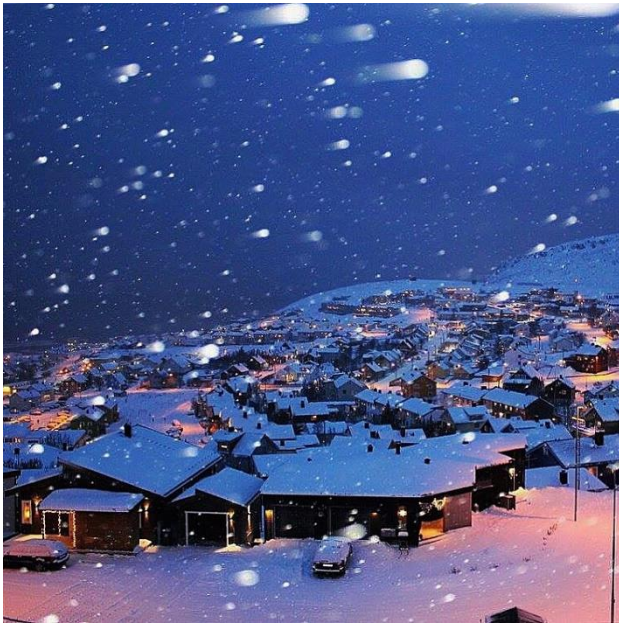
Figur 2.6: Andel som eier bolig. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

	2004 Hammerfest			
	1_Alt	2_Selveier	3_Andelseier	4_Leier
Alle husholdninger	100	58	15	27
Høyeste inntektskvartil	100	75	12	13
Inntektskvartil 50-75	100	64	18	18
Inntektskvartil 25-50	100	53	19	28
Laveste inntektskvartil	100	27	10	63
Lavinntekt (EU60)	100	23	7	70
Bostøtte mottaker	100	21	9	70
Sosialhjelp mottaker	100	30	9	61
Trygdemottaker under 67 år	100	41	19	40
Trygdemottaker 67 år og eldre	100	63	19	18
Høy gjeldsbelastning	100	75	18	7

Tabell 2.4: Boligforhold i forhold til inntektsfordeling Hammerfest 2018. Kilde: Kommuneprofilen 2018

Boligsosiale forhold

I Hammerfest opplever sosialtjenesten en økning på antall brukere som trenger sosialhjelp i 2018 sammenlignet med 2017. Det har vært en stor økning på bostedsløse som har vært innkvartert midlertidig på hotell på grunn av mangel på ledige kommunale boliger. Det er vanskelig å etablere bostedsløse på det private boligmarkedet via NAV. Både private utleiende og hoteller blitt skeptiske til å godta kommunale depositumsgarantier. Hotellene stoppet helt å godta innkvartering via NAV på grunn av en del uheldige hendelser knyttet til rusmisbruk. I løpet av høsten 2018 har kommunen frigjort fire små boenheter til nødboliger. I Hammerfest per oktober 2019 er det 14 personer som ikke har et sted å bo. Per desember 2016 var det 30 personer som var bostedsløse, det er altså store svingninger og derfor viktig å ha nok nødboliger for å ivareta endringer på kort sikt. I samme tidsperiode var det 148 brukere er det 54 brukere i rus og psykiatritjenesten som ikke hadde tilfredsstillende boliger. I 2017 var 67% av flyktningene i Hammerfest bosatt i privatmarkedet og 43%



bosatt i kommunale boliger. Barn i lavinntektsfamilier er en ekstra sårbar gruppe i forhold til boligsosial standard, og kommunen har som mål å prøve å tilrettelegge for denne gruppen¹¹.

I Kvalsund er det tilstrekkelig med boliger, alle som har lovpålagt krav om bolig har tildelt bolig. Boligene er av variabel standard, noen helt nye med høy standard, andre boliger som ikke tilfredsstillende krav. Det gjøres et fortløpende arbeid med oppussing. Kvalsund har tilsammen 46 boliger, hvorav syv-åtte som ikke når minstekrav. Noen boliger står også ledig. Boliger er spredt over hele kommunen; Neverfjord, Saraby, Kokelv og Kvalsund sentrum. Mange søkere til boligene er enslige eller små familier. Det er mange store leiligheter som det ikke er etterspørsel etter, det trengs eventuelt flere mindre enheter¹².

Boligstandard

Bokvalitet har betydning for helse på flere måter. Trangbodhet er én av flere indikatorer på redusert bokvalitet. Å bo trangt er definert som (1) antall rom i boligen er mindre enn antall personer eller én person bor på ett rom, og (2) antall kvadratmeter (p-areal) er under 25 kvm per person. I tilfeller hvor det mangler opplysninger om antall rom eller p-areal, vil husholdninger regnes som trangbodde dersom en av de to betingelsene er oppfylt. Andel personer som bor trangt er presentert i prosent av personer i privathusholdninger.

Vanskeligstilte på boligmarkedet er som regel i utgangspunktet en marginalisert gruppe med kjennetegn som lav inntekt, lav eller ingen utdanning og svak arbeidsmarkedstilknytning. I et befolkningsperspektiv er dette sammenfallende med dårligere helsetilstand. For sårbare grupper kan en vanskelig bosituasjon bidra til å forsterke og opprettholde eksisterende helseproblemer og sosiale utfordringer. En vanskelig bosituasjon kan påvirke barn og unges levekår og helse; det påvirker skoleprestasjoner og deres sosiale liv. Vedvarende lav bokvalitet og langvarig leie av bolig øker sannsynligheten for at barn ikke tar med venner hjem¹³.

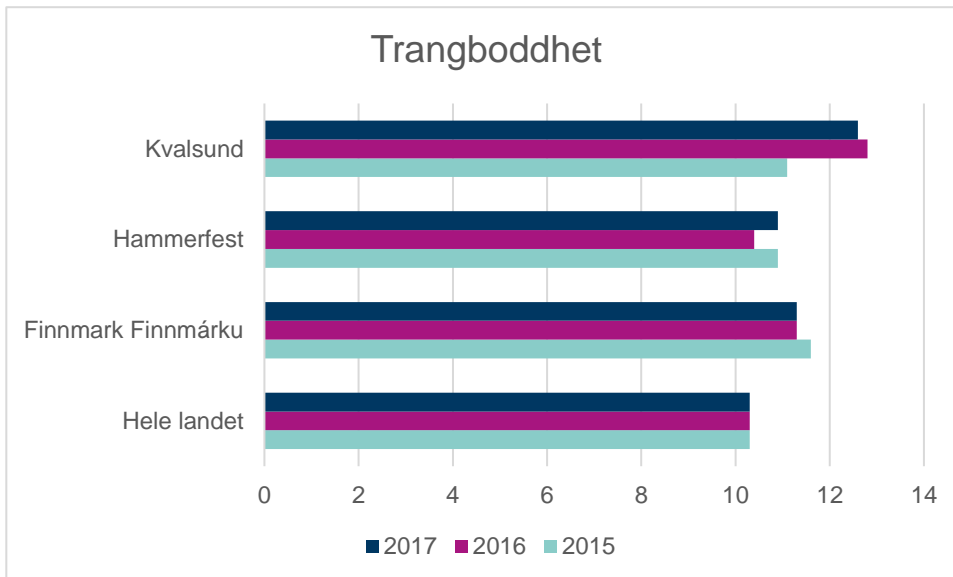
¹¹ Nav og Boligpolitisk handlingsplan 2018-2021, Hammerfest kommune.

¹² Kvalsund kommune.

¹³ Kommunehelse statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

År	2015	2016	2017
Hele landet	18,6	18,7	18,9
Finnmark Finnmark	21,9	21,9	22,5
Hammerfest	19,3	19,5	20,4
Kvalsund	31,3	33,3	37

Tabell 2.5: Andel trangboddhet under 17år. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank <http://khs.fhi.no/webview/>



Figur 2.7: Andel som bor trangt. Alle aldre. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

Vi ser av figuren at i Kvalsund ser en at det er en større andel av personer som bor trangt.

2.4 Antall i arbeid og antall uføre i forhold til folketallet

Deltagelse i arbeidslivet er viktig for levekårene; gjennom arbeid får vi brukt våre ressurser, inngår i et sosialt fellesskap og setter oss i stand til å forsørge oss selv. Det å være i arbeid er altså bra for helsen i seg selv, og arbeidsplassen er en viktig folkehelsearena for den yrkesaktive delen av befolkningen.

Bedriftshelsetjenesten Frisk i nord jobber forebyggende og rådgivende for bedrifter i Hammerfest og er en viktig folkehelseressurs. Se kapittel om arbeidsmiljø for erfaringskunnskap om arbeidsmiljø fra Frisk i Nord.

År	1990	2000	2005	2010	2015	2019
Hele landet	65,3	65,1	65,8	66,9	66,7	66,2
Finnmark						
Finnmark						
Finnmark Finnmark	68,3	66	66	67	67,5	66,9
Hammerfest	69,9	67,1	67,9	69,1	68,4	67,3
Kvalsund	68,1	67,1	65,6	62,8	61	59,6

Tabell 2.3 Andel av befolkningen i yrkesaktiv alder, 16-66 år i Hammerfest og Kvalsund. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Hammerfest har høy aktivitet i næringslivet og en høy andel av befolkningen er i yrkesaktiv alder. Kvalsund har hatt en reduksjon i yrkesaktiv befolkning fra 68.1% til 59.6% av befolkningen, men har

også hatt en meget positiv utvikling i andel arbeidsledige, hvor det har vært en reduksjon fra 7.4 % i 1990 til 1.7% i 2017.

Det er flere som mottar sosialstønning nå enn tidligere. Sosialbudsjettet har gått opp, antall som mottar sosial støtte er økt og andel unge som mottar sosialstøtte har gått opp. Det har det siste året vært en stor nedgang i arbeidsavklaringspenger (AAP). På den andre siden er det flere som har blitt uføretrygdet og flere som mottar sosialhjelp. Det er alt i alt flere som har kommet seg ut i arbeid.

Innskjerping av ordningen med arbeidsavklaringspenger (AAP) fører til at flere brukere som tidligere kunne få AAP ikke lenger fyller vilkårene og kommer over på sosialhjelp. Innskjerpingen kom i samtid med at ordningen ble redusert fra maksimalt fire til tre år. Det finnes ikke nøyaktige tall på hvor mange personer det gjelder i Hammerfest. Tilbakemeldingen fra andre NAV-kontor er at de fleste ser en økning i antall personer på sosialhjelp på grunn av innskjerpingen av vilkår for AAP¹⁴.

Uføreytelser er stønnsordninger for å sikre inntekt til livsopphold for personer 18-66 år som har fått inntektsevnen varig nedsatt på grunn av sykdom eller funksjonshemming. Stønning til livsopphold omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønning for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønning).¹⁵

År	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017
Geografi					
Hele landet	2,5	2,6	2,6	2,7	2,7
Finnmark Finnmark	2,6	2,6	2,7	2,6	2,6
Hammerfest	1,7	1,8	1,9	1,9	2
Kvalsund	:	:	:	:	:

Tabell 2.6: Andel med varig uføreytelse. Kilde:

År	2014	2015	2016	2017
Geografi				
Hele landet	8,9	9,3	9,2	8,5
Finnmark Finnmark	10,6	10,5	9,6	9
Hammerfest	8,8	8	8,8	9,3
Kvalsund	:	:	:	:

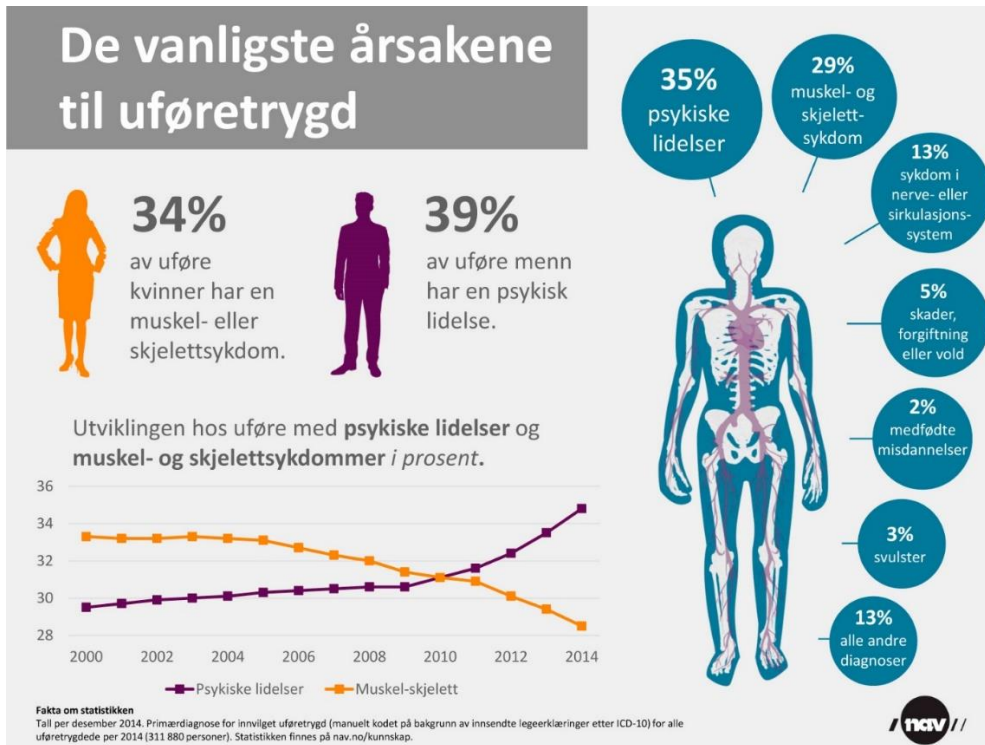
Tabell 2.7: Andelen mottakere av stønning til livsopphold. Kilde:

I Hammerfest i perioden 2015-2017 var det en litt lavere prosentandel enn resten av landet som mottok varig uføreytelse. Til sammenligning så er det totale tallet for alle som mottar stønning til livsopphold noe høyere i Hammerfest enn over fylkes- og landslandgjennomsnittet, hvor Hammerfest ligger på 9.3% og landsgjennomsnittet er på 8.5%.

¹⁴ Erfaringskunnskap NAV og

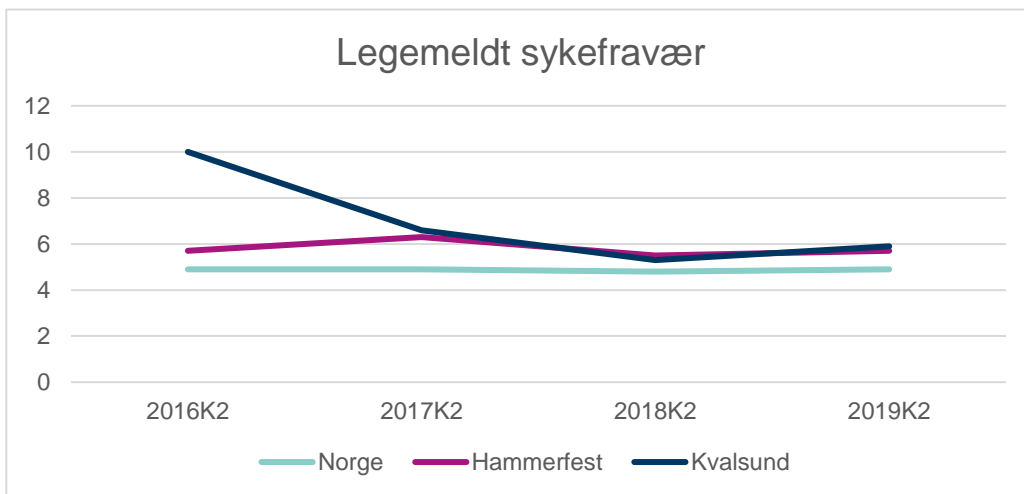
<http://postjournal.hammerfest.kommune.no/eInnsyn/Dmb/ShowDmbDocument?mId=1077&documentTypeId=MI>

¹⁵ Kommunehelse statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>



Figur 2.8: De vanligste årsakene til uføretrygd. Kilde: www.nav.no

2.5 Sykefravær



Figur 2.9: Legemeldt sykefravær i prosent. Kjønn samlet, alder 16-69 år. Kilde: www.ssb.no

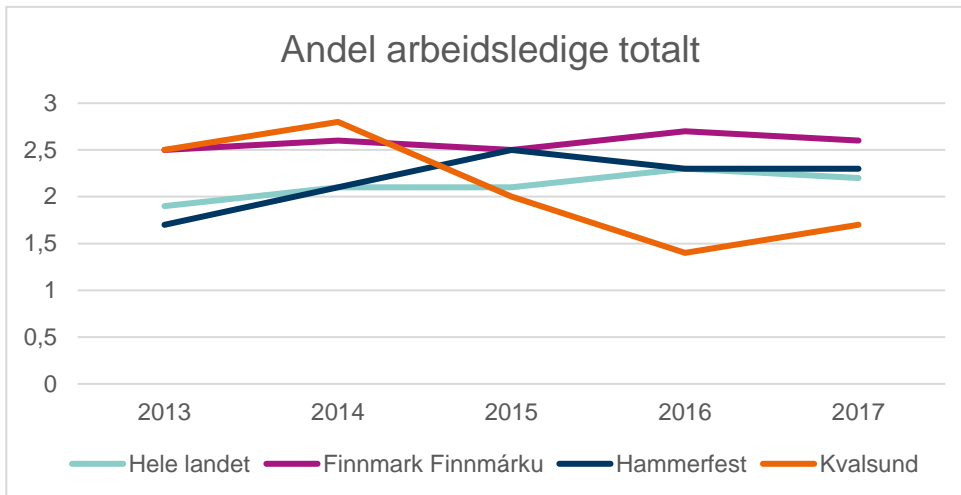
Legemeldt sykefravær har falt i Kvalsund over de siste årene. Hammerfest og Kvalsund ligger over landsgjennomsnittet, relativt stabilt over de siste årene

	2016K2	2017K2	2018K2	2019K2
Norge	4,9	4,9	4,8	4,9
Hammerfest	5,7	6,3	5,5	5,7
Kvalsund	10,0	6,6	5,3	5,9

Tabell 2.8: Legemeldt sykefravær i prosent. Kjønn samlet. Kilde: www.ssb.no

2.6 Andel arbeidsledige totalt

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe både økonomisk, helsemessig og sosialt. Personer som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn personer som er i arbeid¹⁶.



Figur 2.10: Andel som er arbeidsledige. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

Hammerfest har arbeidsledighet på lik linje med resten av landet, med en lett økning fra 1.7% til 2.3%. Kvalsund har hatt synkende arbeidsledighet fra 2.5 % til 1.7% i 2017.

Innvandring og arbeidsledighet

Det er et likt antall norske og individer med innvandrerbakgrunn som står som arbeidsledige. Det antas å være mørketall på kvinner med innvandrerbakgrunn som aldri blir registrert i systemet grunnet tradisjonelt betingete valg om å være hjemmевærende, mens mannen i husholdningen forsørger familien. Hos denne gruppen er språkutfordringene gjennomgående, og det er essensielt å heve språknivået hos alle som kommer som ny i samfunnet. Det er også store forskjeller på utdanningsbakgrunnen til de som kommer til Norge, og mange har mye ressurser som kan mobiliseres hvis norskknivået er tilstrekkelig.

Antall arbeidsledige under 30 år

År	2013	2014	2015	2016	2017
Geografi					
Hele landet	2,5	2,7	2,3	2,8	2,4
Finnmark					
Finnmarku	3,4	3,6	2,9	3,4	3,1
Hammerfest	2,7	2,8	2,6	3,1	3
Kvalsund	:	4 :	:	:	:

Tabell 2.9: Antall arbeidsledige under 30 år. Tall fra Kvalsund er anonymisert. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

På kommunehelse statistikkbank ser en at arbeidsledigheten i vår kommune er noe høyere blant menn enn kvinner og høyest blant unge voksne. Det er imidlertid en lavere andel (2%) unge uføretrygdede i kommunen enn i resten av Finnmark og landet for øvrig (2.7%).

¹⁶ Folkehelseinstituttet, <https://www.fhi.no/nettpub/hin/risiko--og-beskyttelsesfaktorer/arbeid-og-helse/>

2.7 Over- og underskudd av arbeidsplasser

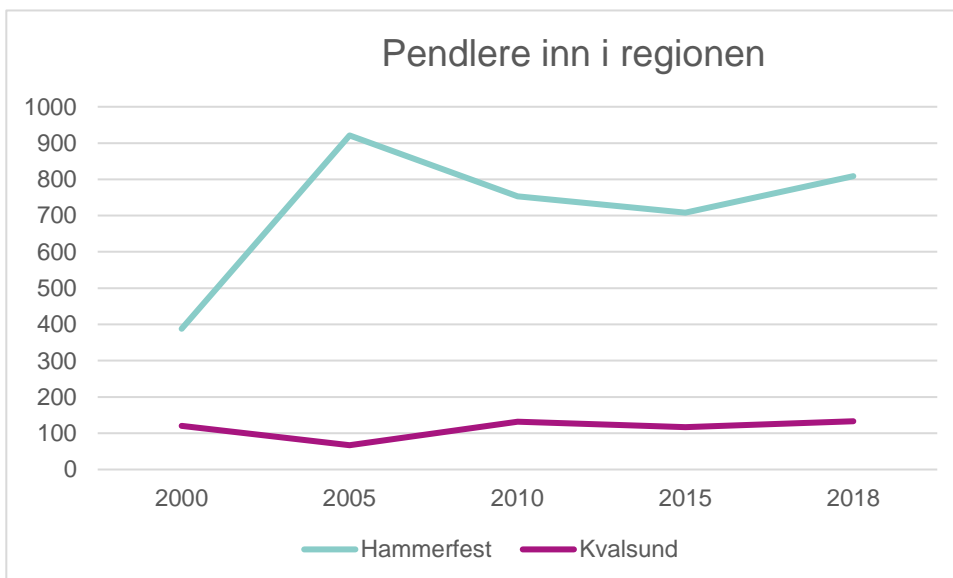
I Hammerfest er erfaringen at mange som er registrert som arbeidsledige kommer seg raskt ut i jobb igjen, da de har kompetanse og erfaring. Gruppen som er arbeidsledig over lengre tid, har gjerne utfordring med riktig kompetanse. Det er i Hammerfest store endringer når det kommer til kompetansekrav for å få jobb. Et eksempel på dette er at mye industri tidligere lå rundt Findus-fabrikken. Nå er en stor del av industrien basert på Melkøya, som krever et helt annet nivå av utdanning. Det er også økt krav om kompetanse til alle underleverandører til Melkøya, eksempelvis renhold. Det er en sprik mellom kompetansekrav og kompetanse som ligger hos de som er langtidsarbeidsledige.

Det skal også merkes at kommunens arbeidsplasser som eksempelvis barnehagen også nå stiller høyere krav til kompetanse, både i form av språk og utdanning. Det har vært en brå og stor overgang fra tidligere, hvor det ofte holdt med jobberfaring for å få ny jobb, mens det nå ofte kreves videreutdanning på et høyt nivå for å få jobb. Unge trenger fra tidlig alder oppmuntring fra flere hold (inkludert foreldre) til å ta videreutdanning, for å sikre tilgang til jobbmarkedet senere i livet.

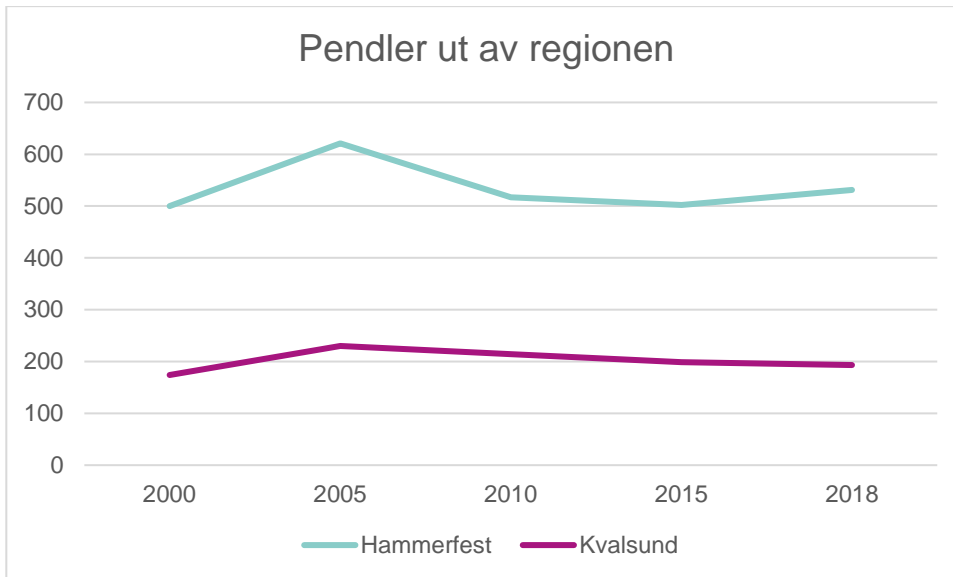
Mulige prosjekter som gruvene i Kvalsund, ny flyplass, utbygging av polarbasen, utbygging på Melkøya, nye tunneler og nytt sykehus vil i årene fremover gi muligheter for flere nye arbeidsplasser, både midlertidige og permanente. Hvis det kommer mange bedrifter utenifra, kan dette også føre til andre sosiale utfordringer som følger med.

Det er få ledige jobber i Kvalsund, det vil si det er et underskudd på ledige jobber. Det er få som er arbeidsledige over lengre tid, og når dette skjer er det ofte grunnet alvorlig kronisk sykdom. NAV jobber mye for kompetanseheving blant arbeidsledige. Dette medfører ofte at arbeidstakere må flytte til en annen kommune for å få jobb

2.8 Andel pendlere ut og inn av kommunen



Figur 2.10: Antall som pendler inn i området. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

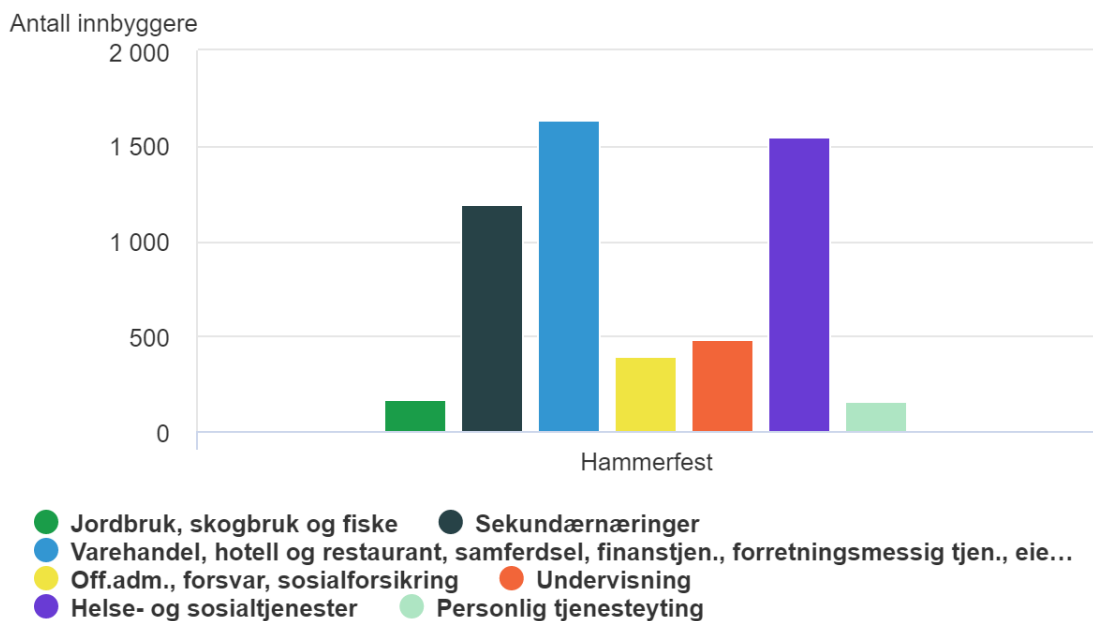


Figur 2.11: Antall som pendler ut i området. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

I Hammerfest er det flere som pendler inn i kommunen enn ut av kommunen og det har vært relativt stabilt over de siste årene. I Kvalsund i 2018 pendler flere ut (193) enn inn (133) i området.

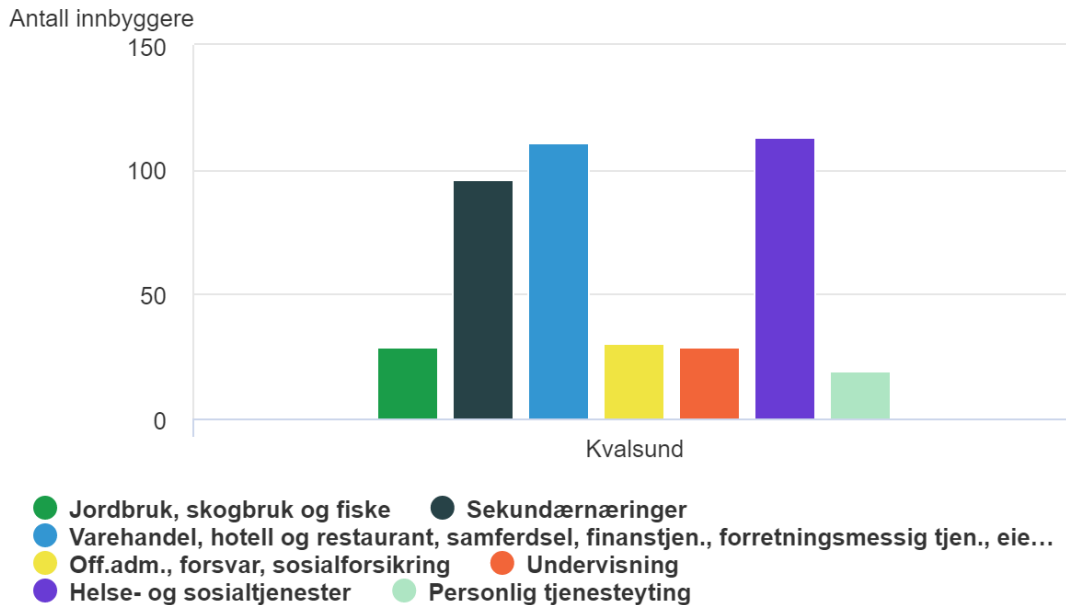
2.9 Forhold mellom offentlig og privat virksomhet

Hva innbyggerne arbeider med



Kilde: Registerbasert sysselsetting, Statistisk sentralbyrå

Hva innbyggerne arbeider med



Kilde: Registerbasert sysselsetting, Statistisk sentralbyrå

I Kvalsund er det noe privat næringsdrift, men det er mest kommunale arbeidsplasser i Kvalsund.

2.10 Arbeidsmiljø og arbeidsmiljøutfordringer

Omorganisering har stor påvirkning på hele den offentlige sektoren, en mister lokal administrasjon og lokale arbeidsplasser for å sentralisere. Dette er en stor belastning for arbeidstakere og fører til mye stress. Stress kommer av ekstra arbeidsoppgaver, redusering av bemanning, samt for mange er det ikke kjent i en omorganiseringsprosess om man har en jobb videre, om man må omplasseres enten til nytt bo- og/eller jobbsted, eventuelt om man blir satt i en ny stilling. Det er krav om økt tilgjengelighet også etter arbeidstiden er over, skillet mellom jobb og fritid sklir ut. Medvirkning har stått sterkt i mange bedrifter, med nært samarbeid mellom arbeidsgiver/-taker/tillitsvalgt. Det er en viss engstelse for at denne trepartsmodellen er truet grunnet effektivisering, da det blir mindre tid og anledninger for nære relasjoner på arbeidsplassen.

Mange fysisk tunge arbeid som fiskebruk og renhold gir økt forekomst av muskel-skjelettbelastningsskader. Det er i dag færre som har fysisk tunge jobber innenfor industrien. Samtidig er det flere som har kontorarbeid som fører til mye stillesitting, som utgjør stor helsefare. Dette ser man også hos sjåførere, det er mye dårlig fysisk form og overvekt.

Det er økt forekomst av vold og trusler på arbeidsplassene i noen bransjer, knyttet til rusbruk, helseutfordringer og psykiatri. Dette forekommer ofte i hjelpesituasjoner, ofte blant helsearbeidere, men også i andre service yrker- bibliotek, bank, flyplass, NAV, lærere.

Det er flere innvandrere, befolkningen endrer seg og det er mange bedrifter som har stor del av arbeidsstokken som er utenlandske. Det kan da oppstå kultur- og språkutfordringer. Det er økt sesongarbeid. Dette er lett vint for arbeidsgiver, som ikke har samme ansvar for en midlertidig arbeidstaker, og arbeidstaker faller mellom flere stoler. Det er mange problemstillinger knyttet til dette, for eksempel manglende trygde- og helserettigheter når de jobber i korte perioder. Det er mye Øst-europeisk arbeidskraft.

Problemer knyttet til inneklime omhandler støy, lys, for varmt eller for tørt inneklime på arbeidsplassene. Man ser en øking av fravær i åpent kontorlandskap grunnet effekt av økt støy på

arbeidsplassen. Det er generelt mer behov for å bevege seg på arbeidsplassen, men det er en utfordring å få til lavterskeltilbud. Noen arbeidststeder har muligheter for trening, men det er vanskelig å motivere de som ikke er i trening til å trene.

En positiv utvikling er at det de siste årene har blitt økt fokus på og høyere krav til arbeidsmiljø og HMS. Bedrifter har vært flinke til å ta iverksette internkontroller. Olje- og gassbransjen har også hatt en positiv effekt i den forstand at små bedrifter har måtte «strekke seg» og heve standard i forhold til kompetansekrav og HMS interkontroller¹⁷.

2.11 Skolestruktur

I Kvalsund er det to grunnskoler med 1.-10.klasse; Kokelv med 13 elever og Kvalsund med 70 elever. Etter elevene fullfører grunnskolen må de reise for å gå på videregående skole i Hammerfest, Lakselv eller Alta. Storparten fortsetter i Hammerfest og pendler mellom Hammerfest og Kvalsund daglig, noe de bruker mye tid og energi på. De som kommer fra distriktene i Kvalsund bor ofte på elevhjemmet «Heimen», og må dermed flytte hjemmefra i en relativt ung alder.

I Hammerfest kommunen er der nærskoleprinsippet som gjelder. Byen er delt opp i soner hvor elevene får tilhørighet til sin nærskole. I bykjernen er det fire barneskoler, én skole fra 1.-10. trinn og én ungdomsskole. Litt utenfor bykjernen er det to skoler fra 1.-10. trinn som kommunen vil beholde; Forsøl og Akkarfjord oppvekstsenter. Til sammen er det 1.255 elever i Hammerfestskolen.

Det er to innføringsklasser for nyankomne barn og unge med innvandrerbakgrunn; fra 7-12 år på Baksalen barneskole, og fra 12-16 år på Breilia ungdomsskole. Elevene går i innføringsklassen fra seks måneder til et år, med gradvis overføring til sin nærskole.

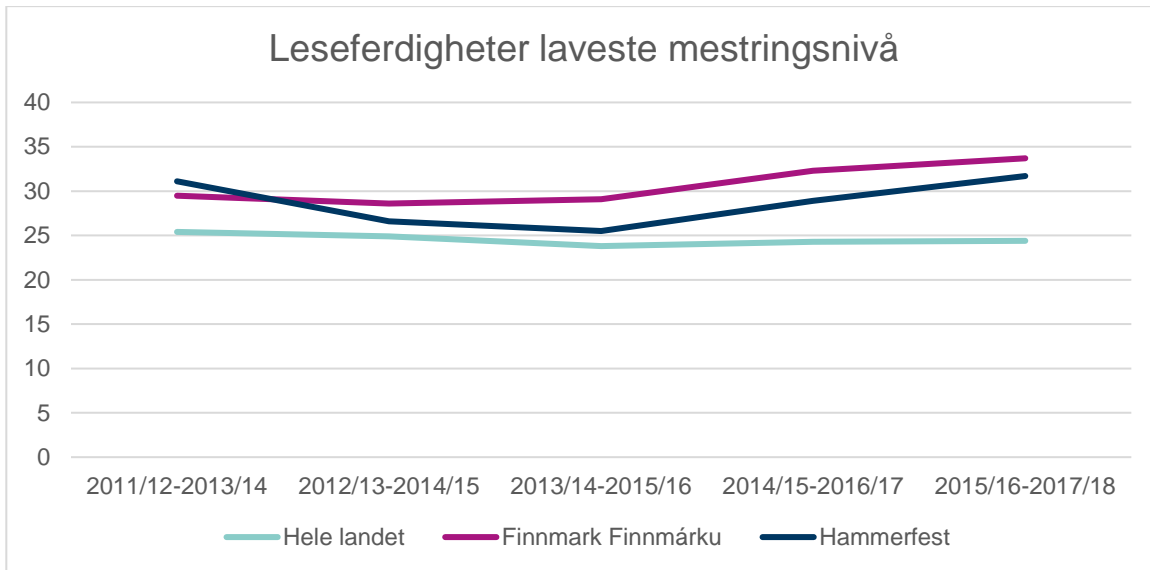
Voksenopplæringscenteret og Innvandrer-tjenesten har ansvar for kommunal voksenopplæring.

2.12 Trekk ved læringsmiljø og elevprestasjoner

En av skolens aller viktigste oppgaver er å hjelpe elevene til å bli gode lesere. Å kunne lese er en verdi i seg selv, for opplevelse, engasjement og identifikasjon. Det er også et nødvendig grunnlag for læring i de fleste fag. Lesing er en ferdighet som kan trenes opp, men for noen barn kan det kreve ekstra ressurser eller bruk av en annen metode for å holde tritt med klassekameratene i lesing. Likevel er det sånn at noen strever med lesevaner hele livet. Regning er en basisferdighet som er viktig videre i utdanningsløpet og arbeidslivet.¹⁸

¹⁷ Erfaringskunnskap Frisk i Nord

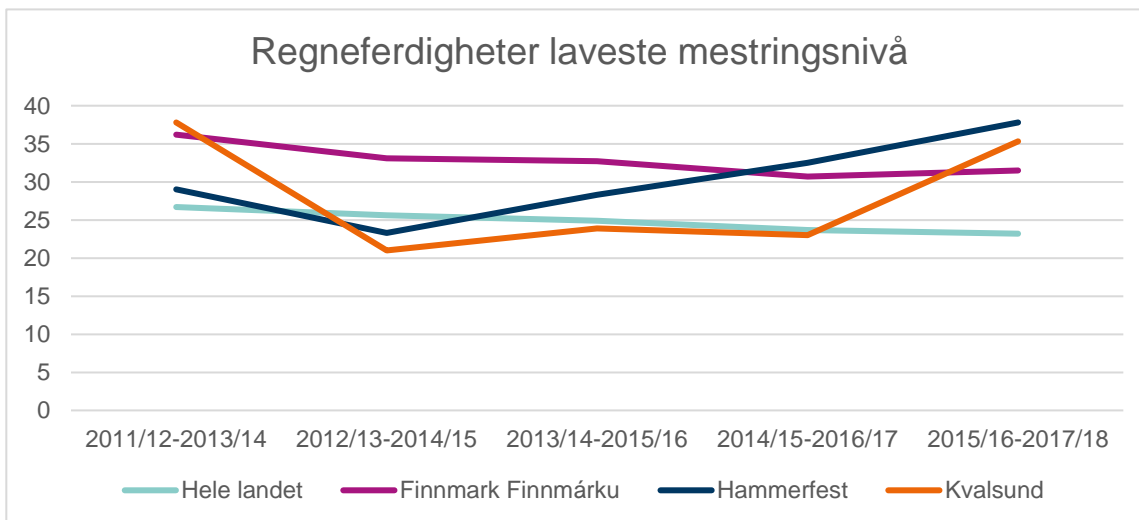
¹⁸ Kommunehelse statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>



Figur 2.11: Andel elever med laveste mestringsnivå på leseferdigheter. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Hammerfest ligger godt over landsgjennomsnittet og litt under fylkesgjennomsnittet når det kommer til laveste mestringsnivå på leseferdigheter. 31.7% av elevene på grunnskolen har laveste mestringsnivå i leseferdigheter, sammenlignet med landsgjennomsnittet på 24.4%.

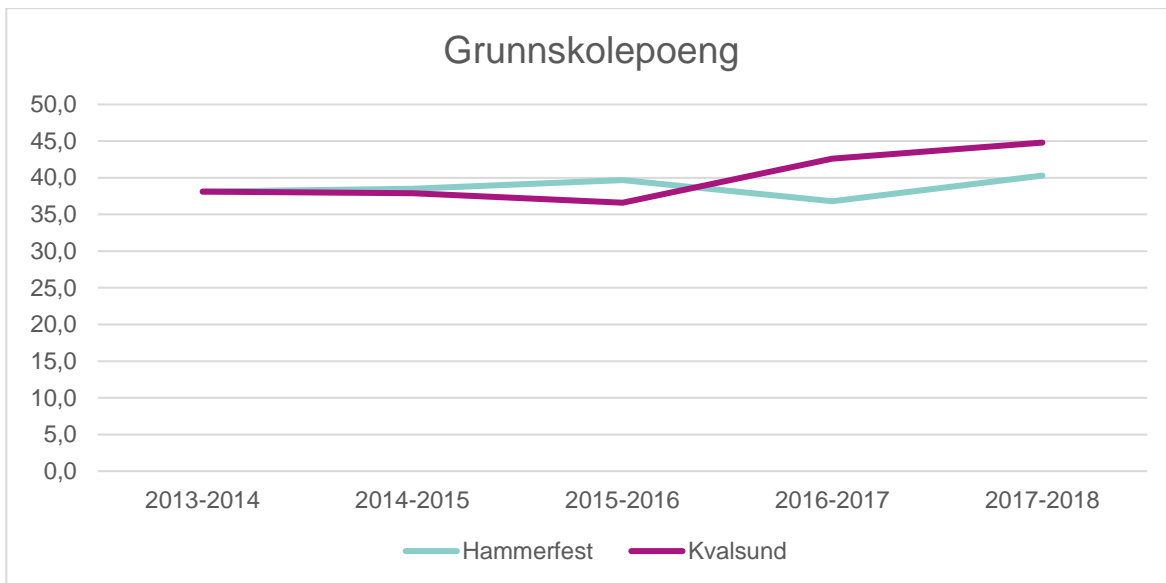
Les mer: <https://www.fhi.no/fp/barn-og-unge/barnehage-og-skole/fakta-om-leseferdigheter/>



Figur 2.12: Andel elever med laveste mestringsnivå på regneferdigheter. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Andel 5./8. klassinger på de ulike mestringsnivåene i regning, i prosent av alle 5./8.klassinger som tok nasjonale prøver. Kommunens tall omfatter elever som er bosatt i kommunen. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). 5.klassinger har tre mestringsnivåer der mestringsnivå 1 er lavest. 8.klassinger har fem mestringsnivåer der mestringsnivå 1 er lavest.

Hammerfest og Kvalsund ligger godt over gjennomsnittet med en andel av 37% og 35% elever med laveste mestringsnivå i regneferdigheter. Landsgjennomsnittet er på 23%.



Figur 2.13: Grunnskolepoeng i Hammerfest og Kvalsund. Kjønn samlet. Kilde: <https://skoleporten.udir.no/>

Grunnskolepoengene er et snitt av karakterene i fagene som elevene søker seg på videregående skole med. Det er en klar positiv utvikling for Kvalsund og Hammerfest sin del der poengene har øket over de siste årene. Landsgjennomsnittet for 2017/2018 ligger på 41.8.

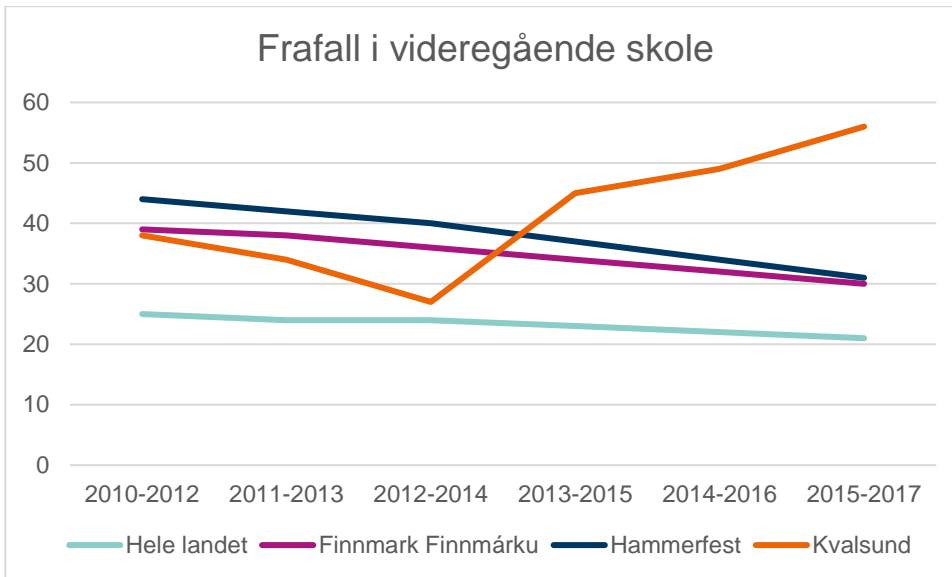
2.13 Antall elever som fullfører videregående skole

Frafallet inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført VKII eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som startet opp dette året, men som sluttet underveis. Andelen blir beregnet ut fra prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Personer som etter 5 år fortsatt er i videregående skole, regnes ikke som frafalt. Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun fylte 16 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Mye tyder på at psykiske problemer er den viktigste grunnen til at ungdom faller ut av skolen.¹⁹

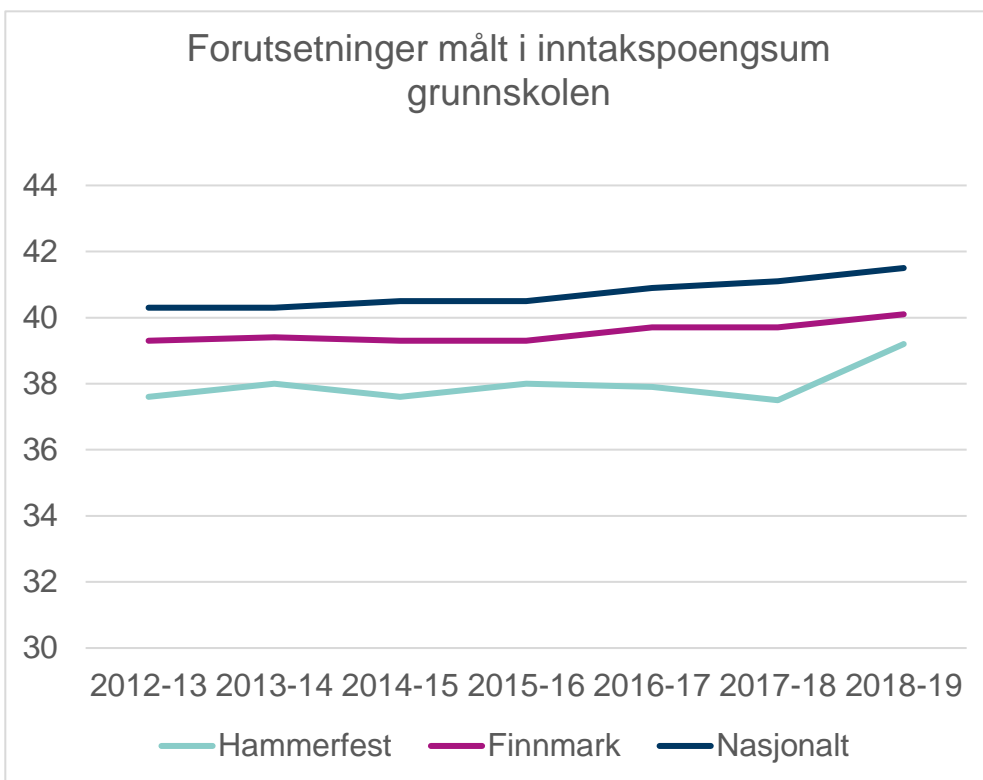
Selv om det er satt en grense for fullføring på fem år for å definere frafall, så ser man at det er mange som fullfører på lengre tid enn fem år og allikevel klarer seg godt. Det er også mange eksempler på elever som har hatt stor fremgang i livet, men som ikke klarer seg i ett fag og bidrar dermed til frafallsstatistikken. Man ser også det motsatte, altså elever som klarer seg på skolen men som vi er bekymret for ellers. Med andre ord, det er viktig å se begrensninger innenfor denne statistikken.

Det sees også i Hammerfest og Kvalsund en sterk sammenheng mellom foreldres utdanningsnivå og frafall fra videregående skole.

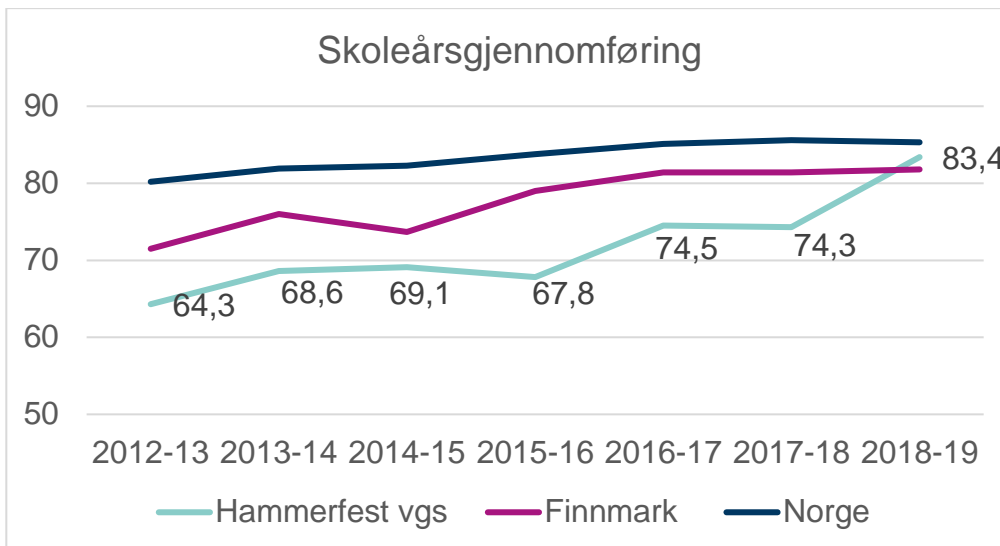
¹⁹ Kommunehelse statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>



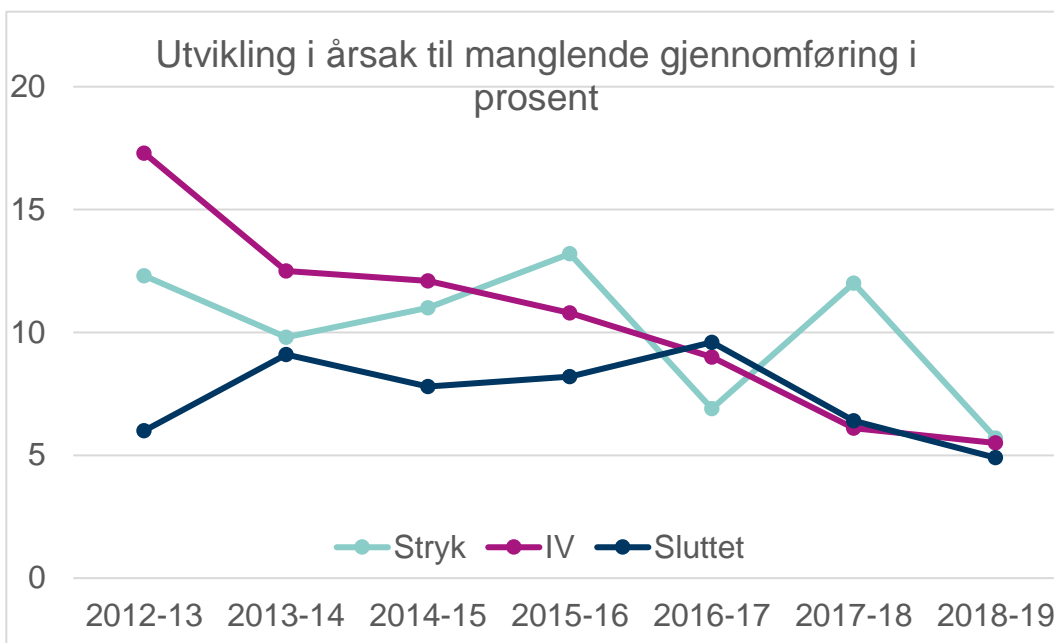
Figur 2.14: Frafall fra videregående skole. Kilde <https://www.vigo.no/vigo/servlet/vigo>



Figur 2.15 Inntakspoeng fra grunnskolen. Kilde <https://www.vigo.no/vigo/servlet/vigo>



Figur 2.16: Hvor mange som har fullført og bestått et skoleår. Kilde <https://www.vigo.no/vigo/servlet/vigo>



Figur 2.17: Årsak til manglende gjennomføring. Kilde <https://www.vigo.no/vigo/servlet/vigo>

Skoleårgjennomføring på Hammerfest videregående skole har økt over tid. De er en god utvikling, og for første gang var det høyere enn gjennomsnittet i fylket. I 2019 var det 83,4% av elevene som fullførte og besto i alle fag, og dette tallet vil sannsynligvis øke etter eksamensrunder på høsten. Elever har de siste årene kommet til Hammerfest videregående skole med litt bedre forutsetninger enn før, målt i karakterer fra ungdomsskolen, men de ligger fortsatt under snittet for fylket og landet.

Det har aldri vært færre elever som strøk, færre elever som sluttet og færre elever som var så mye borte at de ikke fikk karakter (IV). Det betyr at det er en forbedring på flere områder. Forbedringer gjelder så å si hele skolen, både yrkesfag og studiespesialisering. Det tyder på at det er noen kulturelle endringer på gang, ikke kun tilfeldigheter.

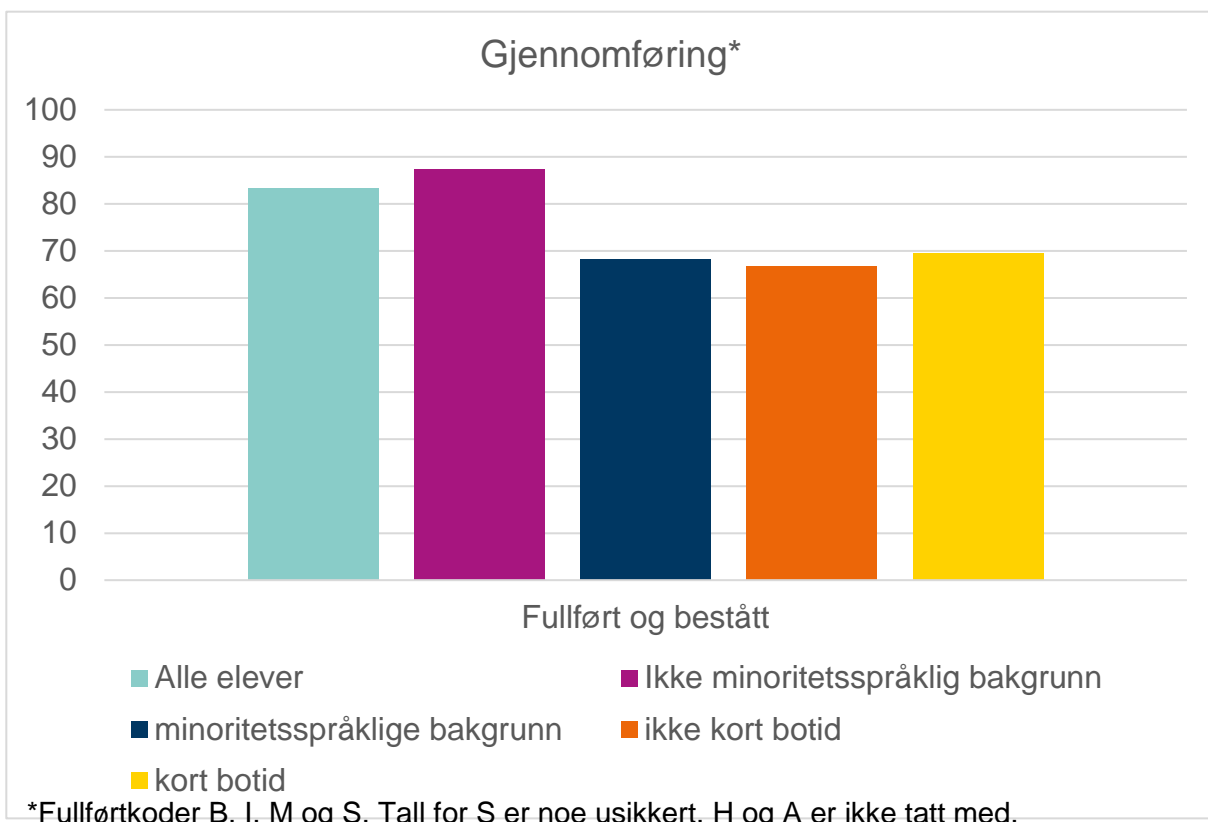
Mulig forklaring er holdninger blant elevene og foresatte om viktigheten av utdanning, noe som henger sannsynligvis sammen både med endringer i lokalsamfunnet og trender i landet for øvrig. Dette skjer samtidig som vi har fått en fraværsgrense som gjør at elevene er mer tilstede. I tillegg har

det vært fokus på relasjonsbygging og oppfølging av elevene, samt jobbe tverrfaglig med elevene. Det er et bedre og bedre samarbeid med og mellom elevtjenestene, inkludert helsesykepleierne. Det er nok også noen strukturelle endringer i tilbudet som spiller inn, samt noen tilfeldigheter.

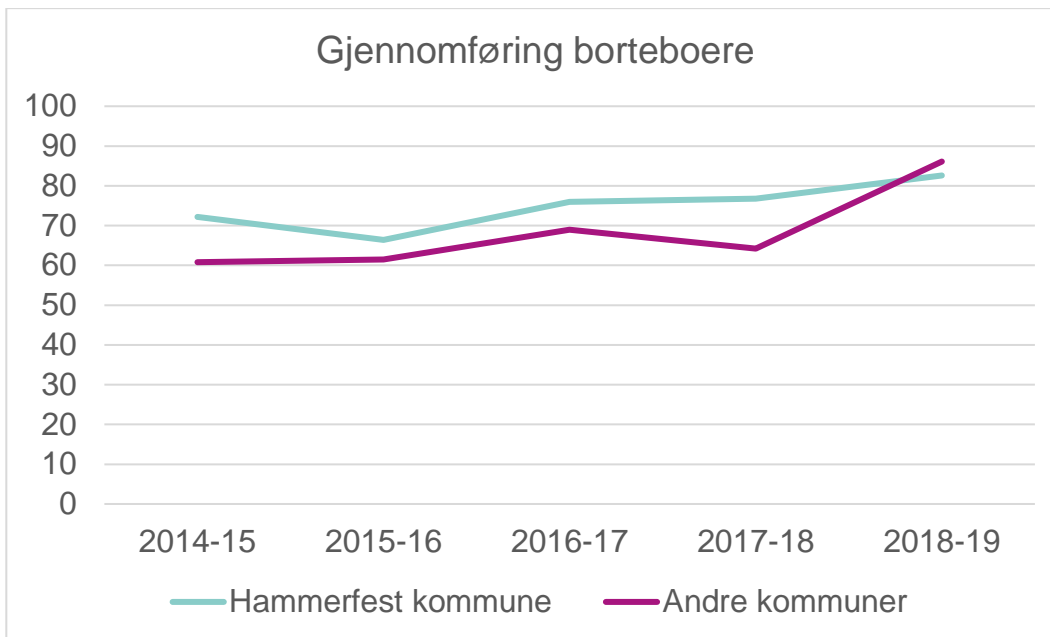
Når det gjelder elevgrupper som en er bekymret for, så skiller minoritetsspråklige elever seg ut. De har hatt en skoleårgjennomføring på ca. 19% under det andre elever har hatt. Det legges ned mye innsats for denne gruppen, blant annet er det opprettet kombinasjonsklasser sammen med kommunen, et tilbud som skal sikre at flere er klar for videregående skole før de begynner. Det er også økt samarbeidet med innvandrertjenesten og NAV, og forbedret ekstraopplæring i norsk. Utfordringene er sammensatte, og det er fortsatt lavere gjennomføring blant disse elevene.

Borteboere er også en gruppe som en ser nøye på. De har vanligvis lavere gjennomføring, men i fjor var det faktisk høyere enn for andre elever. Det er likevel en gruppe som ofte trenger mye støtte fra elevtjenestene her.

Mange av elevene som ikke fullfører og består, og som består men som vi er bekymret for, har utfordringer med psykisk helse. De utgjør imidlertid ikke en egen gruppe. Det er viktig å ha et godt samspill med helsetjenestene samt et stort hjerte for de som trenger ekstra oppfølging.



Figur 2.15 viser gjennomføring av videregående skole. Kilde <https://www.vigo.no/vigo/servlet/vigo>



Figur 2.16 viser gjennomføring av videregående blant borteboende. Kilde <https://www.vigo.no/vigo/servlet/vigo>

Ved Hammerfest videregående er det totalt syv personer som jobber i elevtjenesten ved skolen. Det er tre rådgivere, en fagopplæringskoordinator, en OT (Oppfølgingstjenesten), en PPT rådgiver, en helsesykepleier.

Elevtjenesten erfarer at de som slutter oppgir at de slutter på grunn av feilvalg, ikke fått sitt første valg av linje eller praktikere som ikke er teoretikere. Her burde det være andre alternativer til skole. Og en stor andel med helse utfordringer, da spesielt psykiske lidelser. Første års borteboere slutter på grunn av vantrivsel, det blir i mange tilfeller for langt hjemmefra.

Utfordringer elevtjenesten opplever er at de kommer noen ganger for sent inn i sak med elev. Sluttmeldinger blir skrevet før vi kommer i kontakt med elev. Dette er noe vi prøver å få gode rutiner på, slik at vi i elevtjenesten kan komme i kontakt med elev før sluttmeldingen blir iverksatt.

Ungdom får tilbud om skoleplass og takker nei. Noen årsaker er at familien har dårlig råd, og at de ikke ser at de kan koste skolegang. Bare det å starte opp på yrkesfag som for eksempel byggfag eller TIP (Teknisk industriell produksjon) koster opp mot 15 000 kr til oppstart, til utstyr, PC med mer og kun 3000 kr i støtte fra Lånekassen. Dette er alt for lite og skolen blir ikke gratis.

Elevtjenesten ser at det er mangel på praksisplasser til elever og læreplasser, selv om Hammerfest har godt tilbud om læreplasser. De ser også utfordringer i forhold til de som velger å slutte ved skolen som er i aldersgruppen 16-18 år, da de ikke kan få noen støtte i fra NAV. For to år var det tiltakspenger til denne gruppen, men det ble tatt bort, så nå er det ikke noe NAV kan tilby disse.

Andre utfordringer er at elevene på grunnskolen har fått høyere fravær, slik at de kommer over til videregående med mye fravær fra grunnskolen. Det er også utfordringer med minoritetsspråklige, med utilstrekkelige norskkunnskaper når de begynner på videregående. Her har Hammerfest kommune i samarbeid med fylkeskommunen startet opp kombinasjonsklasser, dette for at de skal komme opp på ett visst nivå i norsk. De er da bedre rustet til å starte på ett grunnkurs etterpå. I kombinasjonsklassen kan de gå i inntil tre år og de tre årene teller ikke av ungdomsretten.

Les mer: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/barn-oppvekst/#fracfall-i-videregaende-opplaering>

2.14 Barnehagedekning

I Kvalsund er det full barnehagedekning full dekning med ledige plasser. 90,2% av alle barn mellom et og fem år går i barnehage.

I Hammerfest er det åtte kommunale og fem private barnehager og det er full dekning. 91,1% av alle barn mellom et og fem år går i barnehage, totalt 580 barn i 2019.

2.15 Tilgjengelighet til helsestasjons og skolehelsetjeneste

I Kvalsund er det ansatt en helsesykepleier som jobber 60%. Det er et tilbud for alle fra 0-20 år. Helsestasjon er åpen to dager i uken, og en dag skolehelsetjeneste ukentlig. Fem-seks dager i året er helsesykepleier på skolen i Kokelv hvor det er 13 barn. Det finnes ikke helsestasjon for ungdom i Kvalsund, men helsesykepleier gjør seg tilgjengelig for alle gjennom skolehelsetjeneste. Det er en helsesykepleier tilgjengelig for alle som går på videregående skole i Hammerfest.

I Hammerfest gir helsestasjonen og skolehelsetjenesten tilbud til alle gravide, alle i alderen 0-20 år og deres foreldre, for aldersgruppen 13- 25 år ved helsestasjon for ungdom. Helsestasjonens hovedoppgave er å drive forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot enkeltindivider og grupper i befolkningen. Forebygging av barn og unges helse starter allerede i svangerskapet. Helsestasjonen har som mål i folkehelsearbeidet å følge «en rød tråd» fra før fødsel opp til voksenlivet. Tilbudet består av jordmor og helsesykepleiere, og helsestasjons- og skolelege to dager i uken. Videre er det et etablert samarbeid med kommunal fysioterapitjeneste og kommunepsykolog. Andre kommunale samarbeidsaktører er PPT, barnevern, skoler og barnehager, fastleger og kommuneleger, innvandrertjeneste, voksenopplæringscenter. I tillegg er det et samarbeid med tannhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og familievernkontoret.

Helsedirektoratet anbefaler at tjenesten skal ha et lavterskeltilbud i svangerskaps- og barselomsorg, helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Tjenesten som tilbys er blant annet hjemmebesøk av jordmor og daglig tilstedeværelse ute på skolene. Regjeringen har siden 2014 ønsket å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom frie midler til kommunene. Dette har bidratt til ukentlig tilstedeværelse i de store grunnskolene og videregående skole 1- 3 dager per uke. Dette er inkludert tverrfaglig samarbeid med skole, foresatte og overnevnte samarbeidsaktører. Tjenesten har på grunn av styrking og rekruttering/utdanning av helsesykepleiere lukket avvik på konsultasjoner, men har fortsatt avvik i form av at det i liten grad tilbys barselomsorg på grunn av dagens rammer og vanskeligheter med å rekruttere jordmor.

Kapittel 3 Miljø

Nøkkelpunkter:

- Hammerfest og Kvalsund har rent vann med høy kvalitet som når hele befolkningen.
- Distriktene i Kvalsund og Hammerfest har et lavt tilbud til kollektivtrafikk, mens det er tilfredsstillende bussavganger mellom Hammerfest og Kvalsund.
- Det er god tilgang til rekreasjon og friluftsliv i Hammerfest og Kvalsund.
- Valgdeltakelse er lavere i Hammerfest og Kvalsund enn i resten av landet.
- Fysisk sosialt samvær blant ungdom på fritiden er redusert.
- Det er et variert tilbud av fritidsaktiviteter i Hammerfest og Kvalsund.

En rekke miljøforhold rundt oss har effekt på helsen og livskvaliteten. Miljøbegrepet favner vidt og er nesten alt rundt oss, påvirker alt vi gjør, også vår helse og livskvalitet. Eksempler er drikkevann- og luftkvalitet, påvirkning av helseskadelige stoffer, støynivå, mulighetene til fysisk aktivitet og andre miljøkvaliteter som omfanget av friluftsområder, parker og sosiale møteplasser.

Biologiske faktorer kan være mikroorganismer som bakterier, virus, sopp og parasitter, som kan forårsake helseskader hos mennesker. En god forvaltning av naturgrunnlaget vil bidra til mindre tap og forringelse av biologisk mangfold i vår arealbruk, samt bidra til bedre folkehelse.

Fysiske faktorer kan innbefatte støy, vibrasjoner, støv og partikler og ulik stråling.

Grense- og eksponeringsverdier avgjør vanligvis om disse faktorene er helsefarlige eller skadelige. Klimaet og klimaendringer vil også være en del av disse faktorene.

Kjemiske faktorer vil være de helseskadelige stoffer, kjemikalieeksponeringer og miljøgifter som befolkningen utsettes eller eksponeres for i et moderne samfunn. Det å redusere lokale utslipp, samt redusere mengden av miljøfarlige stoffer som finnes i våre nærmiljøer, vil være viktig for å redusere mulige skadevirkninger.

Sosiale faktorer kan omfatte organisasjonsdeltakelse, valgdeltakelse, kulturtilbud, sosiale møteplasser og utformingen av disse, samt kriminalitet og omfanget av dette. Befolkningens deltakelse og engasjement lokalt, kan si noe om kvalitetene i et samfunn.



3.1 Omfang av smittsomme sykdommer

Data oppdatert per: 24.07.2019

Sykdom	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019
Campylobacteriose	12	21	25	31	44	34	38	18
Chlamydiainfeksjon, genital	-	608	521	537	499	497	590	-
Clostridium difficile	-	-	-	42	44	62	60	22
Gonore	2	2	3	1	4	8	5	5
Hepatitt A	4	-	-	-	1	1	1	-
Hepatitt B, akutt	1	-	1	1	-	-	-	-
Hepatitt C	-	1	34	24	28	5	13	10
Meslinger	-	-	-	1	-	-	-	-
MRSA-infeksjon	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberkulose	8	5	2	5	2	1	8	1
Totalt	27	637	586	642	622	608	715	56

Tabell 3.1 Oversikt over smittsomme sykdommer i Finnmark. Kilde: <http://www.msis.no/>

Erfaringskunnskap fra Hammerfest forteller oss at det ikke er bemerket noen signifikante trender spesifikt for Hammerfest når det kommer til smittsomme sykdommer. Folkehelseinstituttet har et eget meldesystem for smittsomme sykdommer, MSIS-meldinger. Disse meldingene kommer inn i samme hastighet som før, inneholder varierte infeksjonssykdommer, men uten noe bestemt mønster eller mistenkt smitte/utbrudd. Det har vært en periode med skabb, men dette er hverken en allmennfarlig smittsom sykdom eller gjelder spesifikt for Hammerfest. I 2016 var det registrert 19 nye tilfeller av MRSA, mot 14 tilfeller i 2017 og i 2018 var det 8. Dette vil si at det sees en nedgang i antall tilfeller. Antall registrerte tilfeller av MRSA i Finnmark er redusert fra 38 i 2010 til 27 i 2019.²⁰ Det bestilles inn flere influensavaksiner for hver sesong, stadig flere ønsker å ta vaksinen og befolkningen er mere bevisst og villige til å vaksineres. Helsestasjon er gode til å opplyse og informere befolkningen.

I Kvalsund er det ikke bemerket noen signifikante trender når det kommer til smittsomme sykdommer. Det er erfaringsmessig flere med klamydia, men det finnes muligens mørketall på dette da mange som går på videregående trinn tar i bruk helsestasjon for ungdom i Hammerfest, og dette da ikke registreres i Kvalsund. Når det kommer til smittevernsarbeid så er det økende screening av MRSA. Dette skyldes mange pensjonister som er i utlandet i lange perioder, og de må screenes når man kommer hjem hvis de har vært i kontakt med helsevesenet utenfor Norge. ESBL eksisterer og dette skyldes mulig smitte fra sykehus.

3.2 Risiko for legionella

Data oppdatert per: 24.07.2019

Sykdom	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019
Legionellose -		1	-	-	-	-		2
Totalt	0	1	0	0	0	0	0	2

Tabell 3.2 Tall for legionellose i Finnmark de siste årene. Kilde: <http://www.msis.no/DynamiskRapport.aspx>

Kriterier for melding om legionellainfeksjon er symptomer forenlig med infeksjonen (luftveissykdom) og laboratoriepåvisning av Legionella spp. Smittekilder til Legionella er stillestående varmt vann, luftkondisjoneringsanlegg og innendørs fontener. Slike anlegg finnes både i private hjem, på hoteller, i offentlige anlegg og på arbeidsplasser. Dusjer i hjemmene er sannsynligvis den viktigste årsaken til enkelttilfeller av sykdom som skyldes legionella, mens kjøletårn og boblebad har forårsaket flest utbrudd. Det er ikke påvist utbrudd av Legionella i Hammerfest og Kvalsund på mange år.

²⁰ www.msis.no

3.3 Drikkevannskvalitet

I Norge får 90 % av befolkningen vann fra overflatevannkilder og 10 % får vann fra grunnvannskilder. Tilfredsstillende vannforsyning til befolkningen omhandler nok vann, godt vann og sikker forsyning²¹.

År		2017
Geografi	Parameter	
Hele landet	hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet	91,3
Hammerfest	hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet	100
Kvalsund	hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet	100

Tabell 3.3 Drikkevannskvalitet i Hammerfest og Kvalsund. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Hygienisk kvalitet måles med tanke på E. coli (tarmbakterie) for rutineanalyser av levert vann. Leveringsstabilitet (ikke-planlagte avbrudd i vannforsyningen) er definert som timer med ikke-planlagte avbrudd i året per tilknyttet innbygger.

I Hammerfest holder kommunen på med kontinuerlig utbedring av vannettet. Det finnes en egen vannplan og det er kartlagt behov, planlagt utbedring av og bevilget ressurser til områder som trenger nye rør eller nye renseanlegg. Det har vært et par varsler til Skakkebakken på Seiland med kokevarsel i løpet av de siste årene og Mattilsynet har vært varslet i henhold til retningslinjene. Hovedvannverket i Hammerfest er nytt av det siste året. For tiden holder Sætergamdalen på å bli utbygget med fornying av rør.

I Kvalsund er det syv vannverk i kommunen. En del husholdninger har privat vannforsyning. Kommunale vannverk er stabile, og det er laget prioriteringsliste over vannledninger og avløp for Kvalsund. Det er mange gamle rør, dog ingen signifikant forurensning. Det kan være litt forurensning på vår/høst i forbindelse med reindrif, men dette er ikke signifikant og gir ikke behov for kokevarsel.

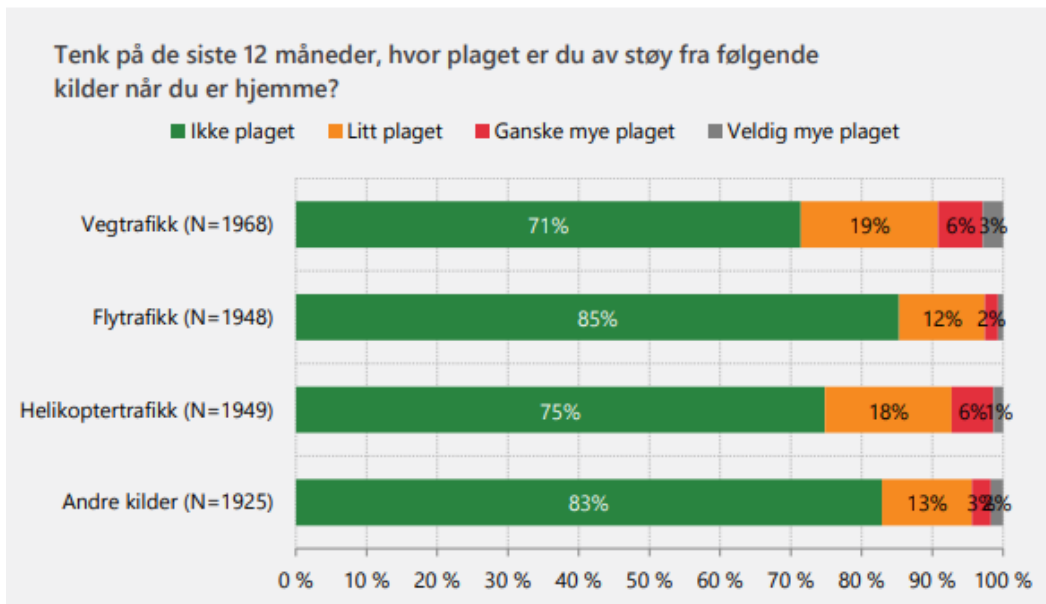
3.4 Forekomst av radon

Langvarig eksponering av for høye konsentrasjoner av radon innomhus kan bidra til lungekreft. Ifølge oversikten over geologiske grunnforhold er det generelt liten til moderat forekomst av radon (NGI, Miljøstatus i Norge, MD). Noe usikkert er det imidlertid i enkelte områder, hvor det er målt høye forekomster av radon. Eneste måten å få sikker kunnskap på er å gjennomføre måling innendørs i disse områdene.

Hammerfest kommune har ikke på plass retningslinjer for måling av radon og oppfølging av svar på prøver. I Kvalsund er det gjort radonmålinger for ca 4-5 år siden, bestilt fra teknisk etat, det ble ikke målt skadelige nivåer da.

²¹ www.fhi.no

3.5 Omfang av områder utsatt for støy



Figur3.1 Viser hvor mange som rapporterer støyplager i Hammerfest. Kilde: Levekårsundersøkelsen fra 2016

Støy fra vegtrafikk finnes i bostedsområdene Fuglenes, sentrum og Rypefjord hvor høyeste andel oppgir å være plaget av støy fra vegtrafikk når de er hjemme. Bostedsområdene Prærien og Fuglenes har de høyeste andelene av respondenter som oppgir å bli plaget av støy fra fly- og helikoptertrafikk når de er hjemme. Bostedsområdet Prærien har den høyeste andelen av respondenter som oppgir «ikke plaget» av støy fra andre kilder når de er hjemme.²²

På Rv 94 fra Skaidi til Grøtnes er det mye bil- og tungtrafikk som fører til støy, men det er usikkert om dette er i signifikant grad til å påvirker helsen til befolkningen. Det er et masseuttak ved gamle Follidal verk. Det er også et masseuttak i utløpet til Repparfjordelva.²³

I Fylkesundersøkelsen for Finnmark og Troms fra 2019 rapporteres det at 13% er plaget av støy hjemme, og 14% er plaget fra trafikkstøy hjemme. Tallene for Kvalsund er for små til å kunne siteres.

3.6 Omfang av områder utsatt for luftforurensning.

Det finnes ingen direkte data på luftforurensning og støy i kommunen. Eneste tilgang på forurensning er fra en målestasjon på Fuglenes som er satt opp i forbindelse med Melkøya. Resultatene derfra viser små mengder med luftforurensning på Fuglenes.

Les mer: <https://luftkvalitet.miljostatus.no/>

Dette er en testside med beregnet daglig oppdatert informasjon om luftforurensning i Norge, levert av Helsedirektoratet, FHI, Metrologisk institutt, Statens vegvesen og Miljødirektoratet.

²² Levekårsundersøkelsen for Hammerfest 2016.

²³ Erfaringskunnskap fra Kvalsund

3.7 Inneklima i skoler, barnehager og offentlige bygg

Per dags dato har ingenting blitt meldt til kommuneoverlegeteamet i Hammerfest, og det finnes ingen systematiske meldesystemer for dette. Hammerfest kommune har de siste årene ikke ført tilsyn med skoler og barnehager.

I Kvalsund er det gjennomgående problem med for varmt inneklima om sommeren, til tross for ventilasjonsanlegg, og problemer med solskjerming. Ny modul i Kvalsund barnehage har Airmaster-ventilasjonsanlegg, men det er ikke mulig å regulere temperatur tilstrekkelig, og det er for kaldt på gulvet når det er minusgrader ute. Samme problem finner man i forhold til solavskjerming om sommeren på skolen og i gamle avdelinger i barnehage, samt andre offentlige bygninger i Kvalsund.

3.8 Omfanget og tilgjengelighet til områder for rekreasjon, friluftsliv, gang- og sykkelveger og turstier

I Hammerfest finnes det gang- og sykkelvei langs innfartsveien gjennom Rypefjord til Hammerfest Kirke på ca 6 km og fra Melkøyveien og ca 2 km mot Forsøl. Ellers er det ca 4 km gang- og sykkelveier på Fuglenes/prærien, ca 1 km i sentrum/Baksalen (medregnet promenaden), og ca 1 km i Rypefjord (Fjordadalen). Det er i tillegg flere breie fortau som er godt egnet for at både gående og syklende kan ferdes der samtidig, uten å komme i konflikt med hverandre eller øvrig trafikk.



Anleggsveiene til Tyven, Storfjellet, Fjordadalen, Blåbærdalen og veien opp fra Sætergamdalen er alle meget populære og godt brukte turveier. Disse utgjør sammen med Gammelveien (rundt Salen) og traseen fra Rødsildreveien til Baksalen, flere mil med turveier. Traseene opp Tyvenskaret, ut til Tarhalsen, til Ytre Forsøl, inn til nasjonalparken på Seiland samt fra Forsølhøgda til Kvalfjorden er eksempler på stier som ikke er opparbeidet, men er blitt så pass mye brukt at tråkket har blitt en sti. Veldig mange flere enn ovennevnte er skiltet, merket som perleturer eller turmål i Hammerfest og omegns turkort.

Områder som er opparbeidet for rekreasjon er kommunens mange små parker, kanskje først og fremst Jansvannskogen og Nissenskogen. Ved Breidablikkvannet, Jansvannet,

Storvannet, Rompetrollvannet, Mellomvannet og Drikkevannet er det gjort tiltak for å bedre kvaliteten for de som ønsker å benytte disse stedene for rekreasjon. Videre er kommunens mange dagsturhytter, gapahuker, benker, brygger, turveier, strandpromenade eksempler på kommunale tiltak som er gjort for å øke kvaliteten på folks opplevelser av natur og nærområder.

Gang- og sykkelsti finnes i Kvalsund fra Handelsnesset til Kvalsund skole. Det er mange turstier som er delvis merket via lag og foreninger. Flere av disse er også tilgjengelig for rullestolbrukere. Eksempler på dette er veien til Kvalsunddalen, Kokelvdalen, Vesterdalen i Neverfjord, til Fiskelvvannene i Neverfjord, og veien opp til dammen i Porsa.

Det er skuterløyper og bruk av skuter er høyt, det er mange lakseelver og gode muligheter for friluftsliv både sommer og vinter.



Figur 3.2 viser demografi over hvor fornøyd befolkningen er med friluftsliv og aktivitetstilbudet i Hammerfest. Kilde: Levekårsundersøkelsen 2016

Levekårsundersøkelsen for Hammerfest gjennomført i 2016 viser at 45% av befolkningen synes at friluftsliv- og aktivitetstilbudet i Hammerfest er godt eller svært godt. Kvinner er noe mer fornøyd enn menn, og de som bor på Prærien og rundt Storvannet er mest fornøyd. 96% av Hammerfests befolkning føler at natur og friluftsområder er lett tilgjengelig. Det finnes ingen tilsvarende undersøkelse for Kvalsund.

3.9 Omfang av grøntarealer og beplantning

Hammerfest har grovt sett 10 parker som til sammen har areal på ca syv mål. Disse klippes ofte, slik at det blir lite gresspollen her. Parkene inneholder tresortene bjørk, rogn, leddved, selje, junisøtmispel, syrin, poppel og buskmure. Av stauder er det bergblom, nøkketunge, fagerfredløs, svinerot, brannlilje. I bedet ved isbjørnhallen er det marikåpe, bergblom, nøkketunge, bronseblad, toppklokke, prydsvinerot og humleblom. Hammerfest har store grøntarealer hvor det er vanskelig å anslå nøyaktig areal, gresset klippes ikke så ofte og man kan ha noe gresspollen. Det er flere typer gress (timotei, sølvbunke, engrapp, rødsvingel). Nissenskogen har et areal på ca 25 mål og inneholder mye brennesle, forskjellige lyngarter, hundekjeks, gran, bjørk, selje, rogn, sløke, kvann, poppel og lerk. Jansvannskogen er på 205 mål, og med omtrent samme type vegetasjon som overnevnte.

Grøntarealer i Kvalsund blir ivaretatt av uteseksjonen og sommerjobbende ungdom. Det er områder rundt sykehjem, rådhus, barnehage og kirkegården. Det er også noen små områder i Kokelv, alle er enkle plenområder.

3.10 Antall frivillige organisasjoner, medlemsforhold og rekruttering

I følge Brønnøysundregistrene/frivillighetsregistrene er det registrert for Hammerfest kommune 30 idrettsorganisasjoner, 12 barne- og ungdomsorganisasjoner, 19 interesseorganisasjoner og seks tros- og livssynsorganisasjoner. Til sammen med lag som ikke er oppført i frivillighetsregisteret er det registrert ca. 100 lag og foreninger i Hammerfest kommune.

De største idrettslagene i forhold til medlemstall er Hif/Stein fotball med 316 barn og 154 voksne medlemmer. Hammerfest turnforening har 533 barn og 44 voksne medlemmer. Hammerfest alpinklubb har 265 barn og 82 voksne medlemmer. Når det gjelder medlemskap i turnforeningen for barn har det over mange år vært til dels lang ventetid for å få plass.

Rekruttering foregår ved at lag og foreninger annonserer oppstart i media, det deles ut oversikt til skolestartere eller man kan ta direkte kontakt med organisasjonen. De fleste idrettslag og organisasjoner benytter en facebookside for oppmerksomhet og annonsering.

I Kvalsund var det i 2018/19 følgende aktivitet: Neverfjord idrettslag har orientering og skicup, medlemstall 21 personer under 18 år. Kvalsund Idrettslag har fotball, skicup, idrettsskole, med medlemstall 54 personer under 18 år. Kokelv Sportsklubb har volleyball og åpen gymsal for barn, med medlemstall er 20 aktive under 18 år

3.11 Omfang av sosiale risikomiljøer og kriminalitet

Ungdata viser prosentandel av unge som har blitt utsatt for vold /trusler siste året. Dette er forholdsvis stabilt fra 2011, men noe økning fra 2015 i forhold til både trusler om vold, slag uten å få merker, sår eller skade. Tidstrenden viser en prosentandel på 17% som har blitt utsatt for vold minst en gang i løpet av siste året, herav flere gutter enn jenter. Det er flest gutter på 9.trinn, her har 29% av guttene opplevd trussel om vold, mot 14% av jentene.

Tili:ut driver forebyggende, tverrfaglig arbeid i aldersgruppen 13-23 år. Hovedbekymringen som man ser de siste årene blant ungdom og unge voksne har vært i forhold til psykiske symptomer/lidelser, med hovedvekt av nedstemthet og ensomhet. Det er også et lite antall ungdom under 18 år som driver med bruk og salg av rus, hovedsakelig av hasj, amfetamin og det sees periodevis stort alkoholbruk. Det kan være mørketall, det vil si ungdommer som ikke blir fanget opp.

De siste tre årene har videregående skole tatt initiativ til at VIP-veiledning i psykisk helse blir innført første året på videregående skole. Dette har ført til mer åpenhet rundt psykisk helse. I tillegg gir det ungdommen kjennskap til hvilke ressurser og kontaktpersoner som finnes for hjelp eller samtale.²⁴

Politiet fokuserer nå mye på forebyggende arbeid. Dette skal være kunnskapsbasert, det vil si at utfordringsbildet lokalt skal tas i betraktning når man planlegger og setter opp fokusområder lokalt i distriktet. Justisdepartementet har lagt nasjonale føringer om at det skal være økt fokus på voldtekt og overgrep, vold begått av barn under 18 år, prioritert vold (grov vold) og familievold. I disse gruppene er det sannsynligvis høye mørketall. Det blir for tiden ført nasjonale kampanjer på disse områdene og dette er også et fokus lokalt. Mange saker avdekkes seint, gjerne mange år etter overgrep har blitt begått. I saker som omhandler barn er det nå krav om tilrettelagte avhør, det vil si

²⁴ Erfaringskunnskap fra Tili:ut

at barn som er vitne eller fornærmet i en sak må til Barnehuset i Tromsø eller Kirkenes, for å avhøres av ansatte som er spesielt trent til dette. Det brukes mye ressurser på dette.

Det sees en økning i antall saker. En mulig forklaring på dette er økt fokus og kompetanse på disse sakene hos politiet. I tillegg gir mer åpenhet i samfunnet om det som tidligere har vært tabubelagt, lavere terskel for å melde fra til politiet. Det er derfor ikke sikkert at det er en reell økning i forekomst. Det har også vært et økt fokus på dette internt i Hammerfest og det er nå dannet en nettpatrulje hvor folk kan melde på nett, som igjen gjør terskelen for å melde saker og bekymringsmeldinger lavere. Synlighet er viktig, også på det digitale fora.

Lokalt i Hammerfest sees en stor nedgang på vold det siste tiåret, særlig i vold blant unge. I 2006 var Hammerfest den verste byen i Norge i forhold til voldstatestikk, men ligger nå langt nede på listen. Dette skyldes til dels Trygt uteliv, et lokalt prosjekt i Finnmark, som fokuserer på å skape bedre og tryggere kultur rundt utelivet. Det er definert klare gjøremål mot uteliv, for eksempel møter med bransjen og krav om godkjente dørvakter til utesteder, dette har ført til gode resultater.

Politiet har fast oppmøte på ungdomsskole og videregående skole en gang i uken, hvor de har foredrag, er tilgjengelig og synlig for ungdommen. Dette har fått god respons. Politiet kommer tett på elevene og har lettere for å drive forebyggende arbeid både generelt og individrettet. Det er ingen ungdomsgjenger i området. Ellers er det er godt samarbeid med kommunen, barnevern, rusinstitusjoner, skoler og rektorer. Tverrfaglighet og forebygging er store fokusområder.

Antallet narkotikasaker er stabilt over mange år. Det dreier seg for det meste hasj, amfetamin og B-preparater (benzodiazepiner). Det er større tilslag av utenlandske miljø som kommer inn som distributører, særlig fra Øst-europeiske miljø. Hasjforbruket er stabilt.

Det er nesten ingen vinningskriminalitet og det som skjer har høy oppklaringsprosent (av de høyest i Norge). Det er få saker i Hammerfest og Kvalsund som er veldig gamle (definisjoner på tidsfrister på saker er forskjellige etter hvilke type sak dette er), best i Finnmark på dette. Det er stort fokus på å være effektiv i straffesaker.

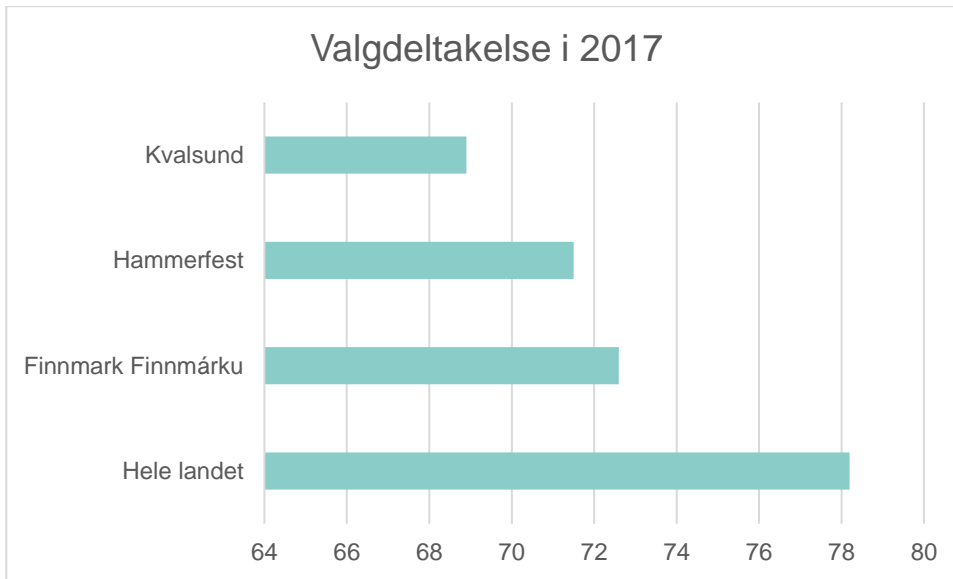
Forskjeller mellom Hammerfest og Kvalsund er små, og er mer relatert til innbyggerantall enn andre faktorer. Det er lite kriminalitet i Kvalsund, og ikke noen spesiell type kriminalitet som går igjen. Man antar at det er mørketall på vold og overgrep både i Hammerfest og Kvalsund.²⁵

Les mer om VIP : <https://vestreviken.no/skoleprogrammet-vip>

3.12 Valgdeltakelse

Valgdeltakelse kan brukes som et mål på deltagelse og engasjement i samfunnet. Dette er den beste måten å sikre alle en stemme, og det er viktig å holde valgdeltagelsen høyt for at alle skal kunne ha innflytelse på hvordan landet, fylket og kommunene blir styrt. 4,2 millioner mennesker i Norge har stemmerett.

²⁵ Erfaringskunnskap fra Politiet



Figur 3.3 Andel som har deltatt i valget i år 2017. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Landsgjennomsnittet for valgdeltakelse ligger på 78.2%, mens Hammerfest ligger på 72.6% og Kvalsund ligger på 68.9%, det vil si at begge områdene ligger godt under landsgjennomsnittet.

Ved kommunevalget i 2019 var det 59% i Hammerfest og Kvalsund som stemte, nasjonalt 64,7%.²⁶

3.13 Omfang av kulturtilbud

Organisasjoner, klubber, lag og foreninger er viktige arenaer for samvær med andre unge, og gir andre erfaringer og læringsbetingelser i mer uformelle situasjoner enn skolen. På sitt beste gir organisasjonene ungdom mulighet til å utvikle sine evner, de lærer å fungere i et fellesskap, ytre egne meninger og å jobbe målrettet. Det å være med i en fritidsorganisasjon kan ha positiv virkning på barns utvikling og psykiske helse.²⁷

Det blir arrangert klubbkvelder i Kvalsund for aldersgruppene 1.-4. klasse, 5.-7. klasse og 8. klasse til og med 18 år. Det gis leksehjelptilbud en gang ukentlig av tre timer hver gang. Kvalsund e-sport og dataforening (KED) er åpent ukentlig, antall kvelder åpent er varierende. I tillegg er det kulturskoletilbud og kunst/tegning/maling for to grupper. Det blir arrangert «Vill ungdom» en helg hvert år, som har vært veldig populært, med masse uteaktiviteter, overnatting i lavvu, fiske med mer, for ungdommene. Dette bør videreføres, spesielt når det er (og skal være) så mye fokus på klima og natur.

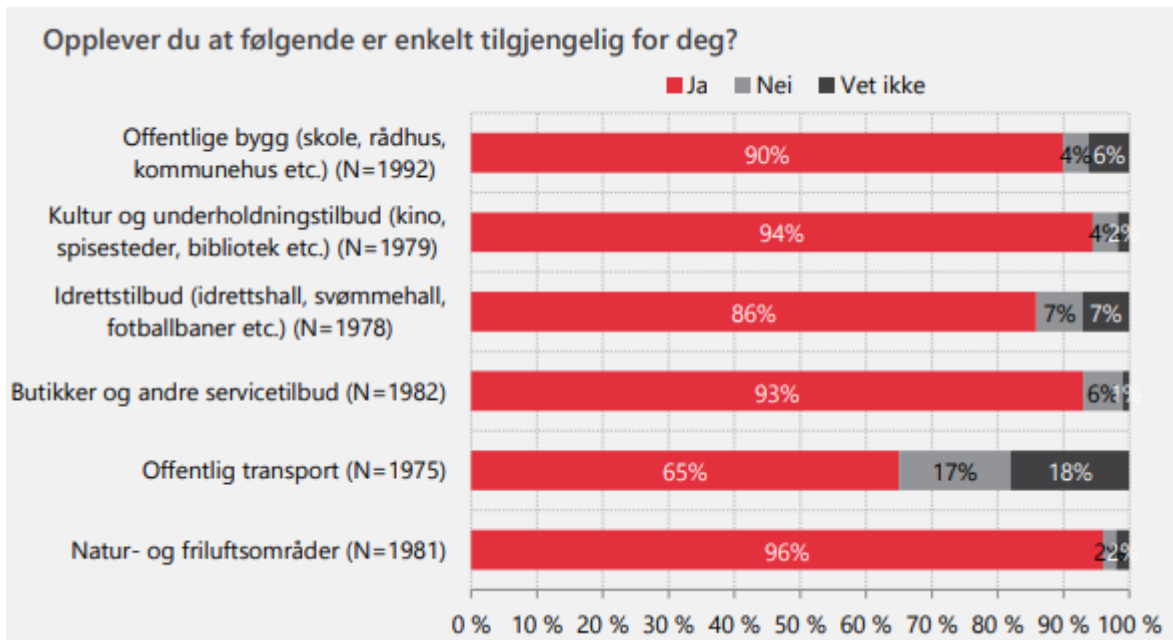
I Hammerfest er det offentlige tilbud som kulturskolen og tilbud i regi av frivillige som Mandsangen, Slagsia trommekorps og revylagene. Det finnes viseklubb og kunstforening. Man kan se og oppleve teater, opera og dans på høyt nivå på Arktisk kultursenter (AKS) eller lokale band/stand up på utestedene. AKS har to kinosaler. Det finnes de fleste typer ballspill, vinteridretter, kampsport, bueskyting, skytterlag, paint ball, turn, motocross, klatring, golf og sykling med mer.

Det finnes også flere nærmiljøanlegg for egenorganisert aktivitet, med ballbinger, tennisbane, frisbeegolfbanen, og skateboardpark. I tillegg står Hammerfest stadion åpen for fri bruk mesteparten

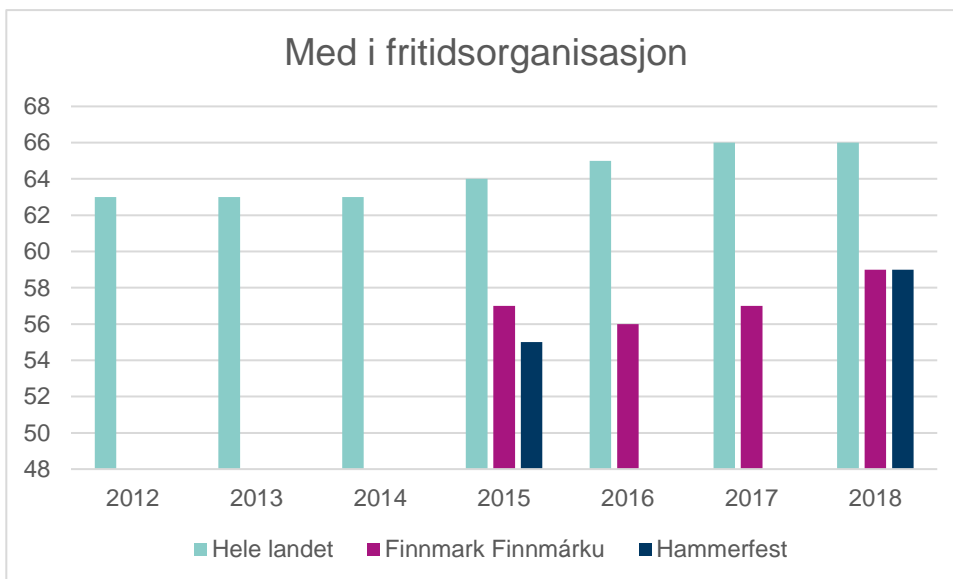
²⁶ Kilde: <https://valgresultat.no/>

²⁷ Ungdata

av tiden. Det er skistadion med lysløype, opptråkkede skispor innover fjellet, alpinbakke og skuterløyper for vintersport.



Figur 3.4 Opplevd tilgjengelighet til forskjellige aktiviteter i Hammerfest. Kilde: Levekårsundersøkelsen 2016



Figur 3.5 Andel ungdom som er med i fritidsorganisasjon. Kjønn samlet. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Andel ungdomsskoleelever som svarte "Ja, jeg er med nå" på spørsmålet "Er du, eller har du tidligere vært med i noen organisasjoner, klubber, lag eller foreninger - etter at du fylte 10 år?", i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet.

Det sees en økning i andel ungdom som er med i fritidsorganisasjoner i Hammerfest, fra 55% i 2015 til 59% i 2018. I tallene fra 2018 er også ungdom fra Kvalsund inkludert.

Det er store sosiale forskjeller i hvem som deltar i organiserte fritidsaktiviteter og da dette er en viktig arena for å redusere sosiale ulikhet, er det viktig at alle barn og unge har mulighet til å delta på organiserte fritidsaktiviteter, uansett bakgrunn, språkkompetanse eller økonomiske ressurser.

Les mer om temaet her: <http://ungdata.no/Organiserte-fritidsaktiviteter/Organisert-fritid>

3.14 Tilbud og tilgjengelighet til kollektivtransport

Det er Finnmark fylkeskommune som er ansvarlig og står som kjøper av kollektivtjenester. 1. januar 2016 ble det innført et nytt ruteopplegg for bussrutene i fylket. Det kom da buss mellom Prærien og Rypefjord (rute 130), mellom Strømsnes og Akkarfjord (rute 132), mellom Sentrum og Storvanns-/Baksalenområdet (rute 131) og mellom Hammerfest og Kvalsund (rute 133). I rushtiden er det avganger hvert kvarter på rute 130 og 131. Ellers er det avganger hver halve og hele time. Se vedlagte link til bussrutetabellene. Dette er en kraftig forbedring fra tidligere, og det har vært en stor økning i passasjerer fra 2015 til 2018. Det er fortsatt behov for forbedring i forhold til busstilbudet, blant annet er det for dårlig koordinering mellom rute 130, 131 og 132 i sentrum. Videre er det i den perioden sommerrutene blir kjørt vanskelig å komme seg til og fra jobb hvis man begynner tidlig, dette gjelder spesielt Forsøl og Strømsnes/Bekkeli men også sentrale deler av Hammerfest. I helgene og på kveldene er det dårlig tilbud til Forsøl og Strømsnes/Bekkeli. Hammerfest kommune har gitt innspill på endringer i forhold til dette til Finnmark fylkeskommune. Når det gjelder fysisk tilgjengelighet til buss så har 94 % av befolkningen i Hammerfest mindre enn 400 meter til holdeplass, og 90 % har mindre enn 300 meter, dette er akseptabel avstand.²⁸ Link til rutetabellene finnes på: <https://snelandia.no/rutetabeller>

Kollektivtransport fra Kvalsund tettsted til Hammerfest oppleves som bra, men ut til distriktene i Kvalsund er det ikke like bra og få avganger. Fra Kvalsund sentrum er det bussavgang til Hammerfest og retur åtte ganger daglig, unntatt lørdag og søndag. De som går på videregående skole har buss hver morgen og ettermiddag. Denne bussen kan også de som pendler fra Kvalsund til Hammerfest benytte seg av. Til og fra Alta er det fire bussavganger/returer daglig. I distriktene er det kun en avgang daglig. Nevefjord og Saraby bruker skolebuss, da bare en gang daglig i ukedagene, ingen buss i helgene og på helligdager. Det er mange som bruker privatbil. Transport av de som ikke har egen bil eller helse til å kjøre selv, gjerne eldre, faller derfor på venner, naboer og familie. Satsene for TT-kort (tilrettelagt transport) er altfor lave, og gjør at man ikke kan bruke mer enn en tur da avstandene er lange i Kvalsund.

3.15 Omfang av sosiale møteplasser og lekeplasser

Hammerfest kommune har over 50 lekeplasser. Møteplasser utover dette vil i stor grad være tidligere nevnt, som nærmiljøanlegg, parker, promenade, rådhusplass og tilrettelagte badeplasser. Det er høy tetthet av slike tilbud i bysentrum hvor de fleste bor.

Kvalsund har egen fotballbinge. Kvalsundhallen har treninger av alle slag, og leies ut til ulike arrangement også utover idrett. Kvalsund miljøbygg leies ut til arrangementer. Når det gjelder lekeplasser finnes det på skoler og barnehager. Det er også fotballbinge både på Skaidi, Kokelv, Neverfjord, Stallogargo og Kvalsund sentrum.



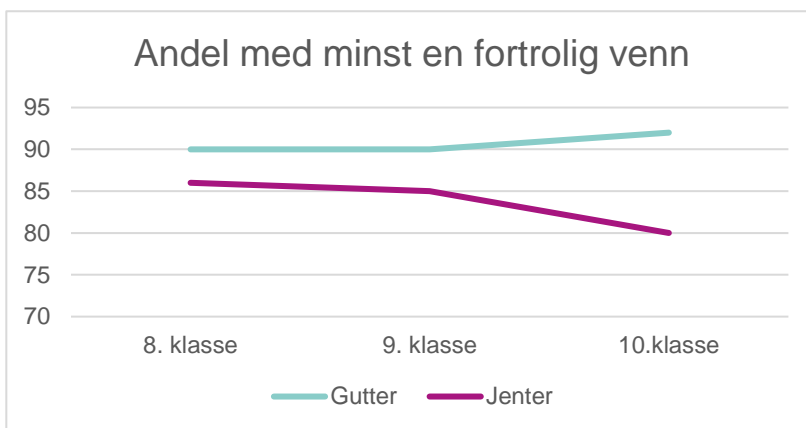
²⁸ Plan og utvikling: Hammerfest kommune

Det finnes kroer i Kvalsund og på Skaidi. Ellers av sosiale møteplasser har Kvalsund sentrum bibliotek, kro/pub/kafe, butikk, kirke og menighetshus. Kvalsund barnehage og skole, og Kokelv oppvekstsenter har barneklubb en gang i måneden, samt ungdomsklubb. KED er en dataklubb i Kvalsund.

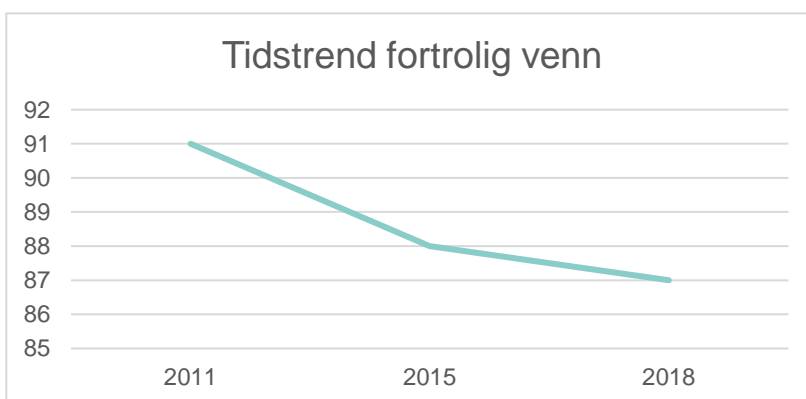
Skaidi har butikker, hotell med bar og restaurant, samt en veikro. Bygdene Kokelv, Neverfjord, Stallogargo og Klubbukt har alle grendehus som sosial møteplass. Kokelv har også butikk, bedehus og kirke.

3.16 Sosiale nettverk, sosial støtte og opplevelse av tilhørighet

Ungdata viser at det i løpet av de siste årene har blitt stadig færre ungdomsskoleelever som bruker fritiden sin ute med venner om kveldene. Med et endret fritidsmønster endres gjerne bekymringene rundt ungdommens bruk av fritiden. I dag vekker digitale aktiviteter foran skjermer av ulikt slag større uro enn det ustrukturerte samværet med jevnaldrende på gatehjørnet. Bekymringene er gjerne knyttet til manglende fysisk aktivitet og til kvaliteten på det sosiale samværet. Statistisk sentralbyrås tidsbruksundersøkelser viser at dagens unge sammenlignet med de som var unge på 1980- og 90-tallet, bruker mindre tid på idrett og friluftsliv og er mindre sammen med jevnaldrende. Generelt er det små kjønnsforskjeller i det uteorienterte fritidsmønsteret, mens det er flere av de eldste ungdomsskoleelevene som henger ute om kvelden.²⁹

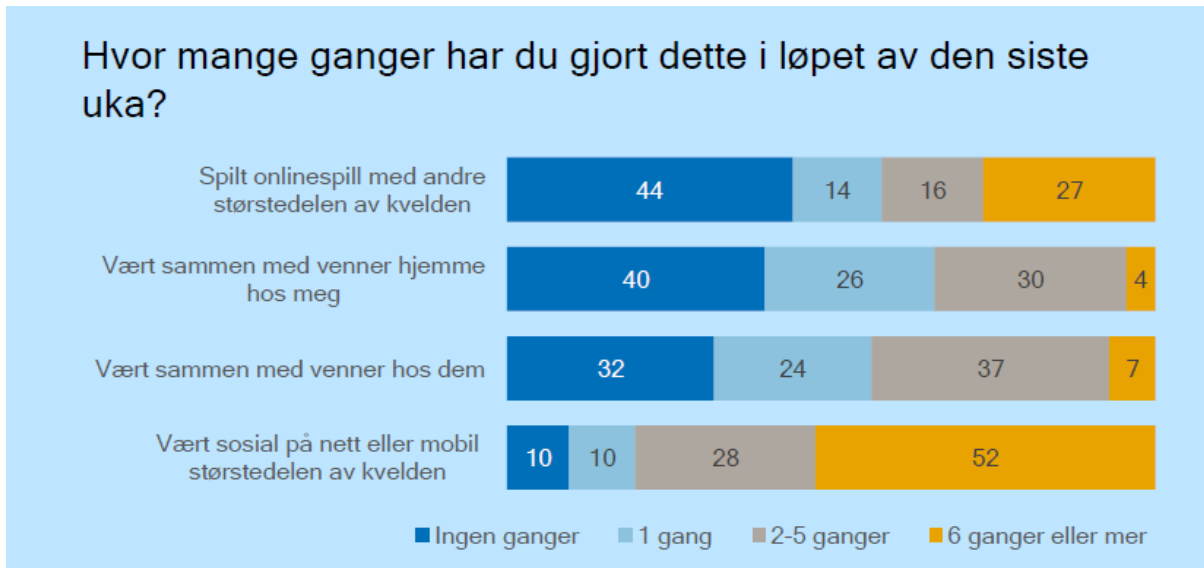


Figur 3.6: Andel ungdom som har en fortrolig venn. Kilde: Ungdata 2018

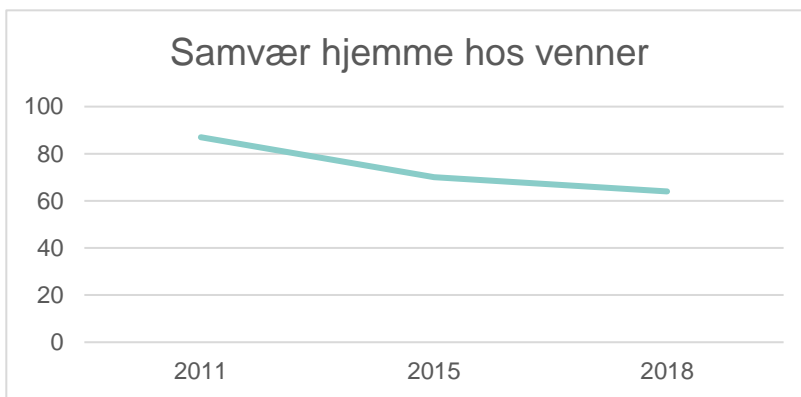


Figur 3.7: Tidstrend over andel på ungdomstrinnet som har en fortrolig venn. Kjønn samlet. Kilde: Ungdata 2018

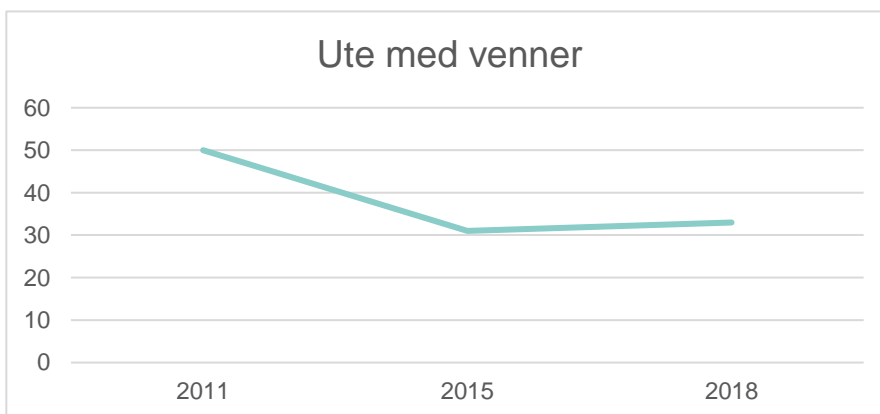
²⁹ Ungdata



Figur 3.8: Oversikt over aktiviteter siste uken blant ungdom. Kilde: Ungdata 2018



Figur 3.9: Andel ungdom som har vært hjemme hos venner minst to ganger siste uken. Kilde: Ungdata



Figur 3.10: Andel ungdom som har vært ute med venner størsteparten av kvelden minst to kvelder i uken. Kilde: Ungdata

Hammerfest følger samme trender som resten av landet, hvor man tilbringer mindre tid sammen med jevnaldrende. Det er også en nedgang i hvor mange som føler at de har en fortrolig venn de siste årene. Kvalsund ungdomsskole er med i tallene fra 2018.

Fylkesundersøkelsen Troms og Finnmark 2019 viser at 87% av befolkningen i Hammerfest opplever at de har god sosial støtte, følelse av bedre støtte er større dess lengre utdanning en har.

Ungdom i Hammerfest sammenligner seg i økende grad med andre ungdom, med en mye bredere base å sammenligne gjennom økt bruk av sosiale medier som Instagram og Snapchat. Dette kan

være sammenligninger på kropp og utseende, statussymboler som klær og elektronikk samt sosiale forhold som avbildes og gir inntrykk av suksess og lykke. Ungdom legger stort press på seg selv, og kan føle seg sosialt utenfor fordi man tror man ikke lever opp til andres forventninger.

Sosiale møtepunkt har også endret seg og ungdom kan ha gode sosiale liv gjennom sosiale media, chat og dataspill. Det er få møtepunkt for ungdommen i helgene, og de møtes da ofte på fest. I ukedagene finnes det forskjellige fritidsklubber som ungdommene deltar i. Bootleg er et gratis, kommunalt og variert tilbud for ungdom, åpent flere dager i uken. Her er det vanligvis 20-30 deltakere hver gang. Det er få ungdommer med innvandrerbakgrunn som besøker Bootleg og som oppsøker helsesykepleiertjenesten.

Det er mange ungdom som forteller at de føler seg ensom. Dette kan skyldes at ensomhet er mer synliggjort i sosiale medier og det er også økt fokus på dette. Det kan også delvis forklares av at hva man definerer som ensomt har endret seg fordi man ser urealistiske bilder på TV, film og internett. Det prates mer om psykiske symptomer og økt forekomst av nedstemthet og angstfølelse synes å forekomme. Det er usikkert om dette er en reell økning eller om det er holdningsendringer i samfunnet som gir inntrykk av dette.

Ungdata viser også at mange ungdom liker å tilbringe tid sammen med foreldrene sine. 87% rapporterer at de i varierende grad liker å tilbringe tid med foreldrene sine på videregående trinn, og 88% av elevene i ungdomskolen rapporterer det samme.

Kvalsund er en liten plass, hvor alle kjenner alle. Det er et inntrykk at befolkningen føler tilhørighet. Det er spredt bebyggelse, mye dugnadsarbeid og nabohep mellom befolkningen, eksempelvis til snømåking om vinteren. Dette har hjulpet mange eldre å bo hjemme lengre enn de ellers ville klare. Mange flytter tilbake til Kvalsund i pensjonsalder, og mange yngre generasjoner flytter ut av kommunen og sørover. Mange har hytte på Skaidi.

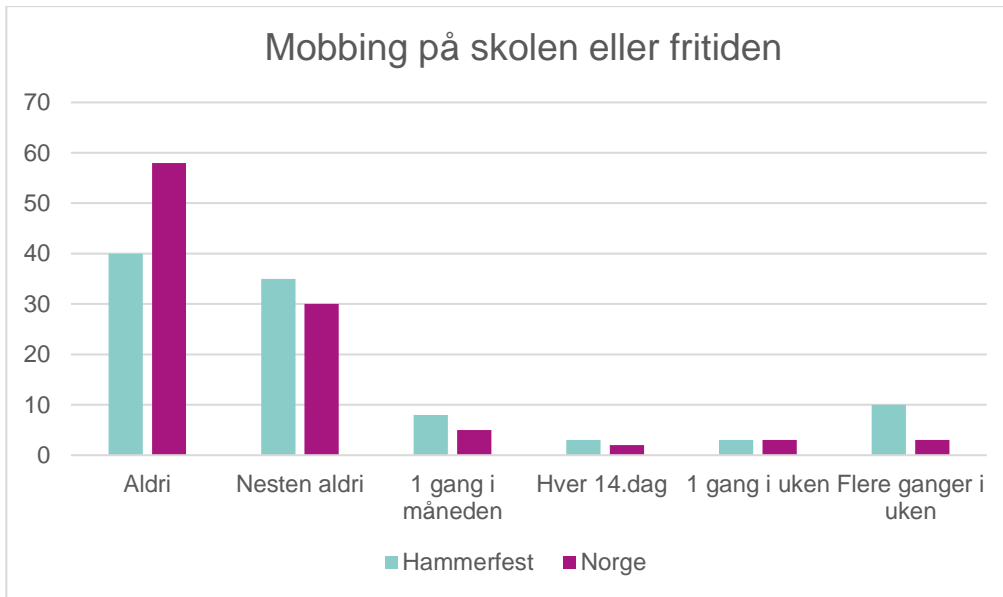
Det er en del angst og depressive lidelser og ensomhet blant eldre i Kvalsund og det er innført en 100% aktivitørstilling. Det er oppstart med ny ordning hvor ungdom ned til 13 år alder hjelper eldre ved å holde dem med selskap ved middag, snømåking, etc. Det er en aktiv pensjonistforening i Kvalsund, og det er aktive bygdelag og andre foreninger. Ensomhet som påvirker trivsel. Det er også flere som bevisst flytter til lite sted da de ikke vil bo i by. Folk som er født og vokst opp der kjenner realitetene, for eksempel at ikke alle steder har veitilgang gjennom hele året.³⁰

Mobbing

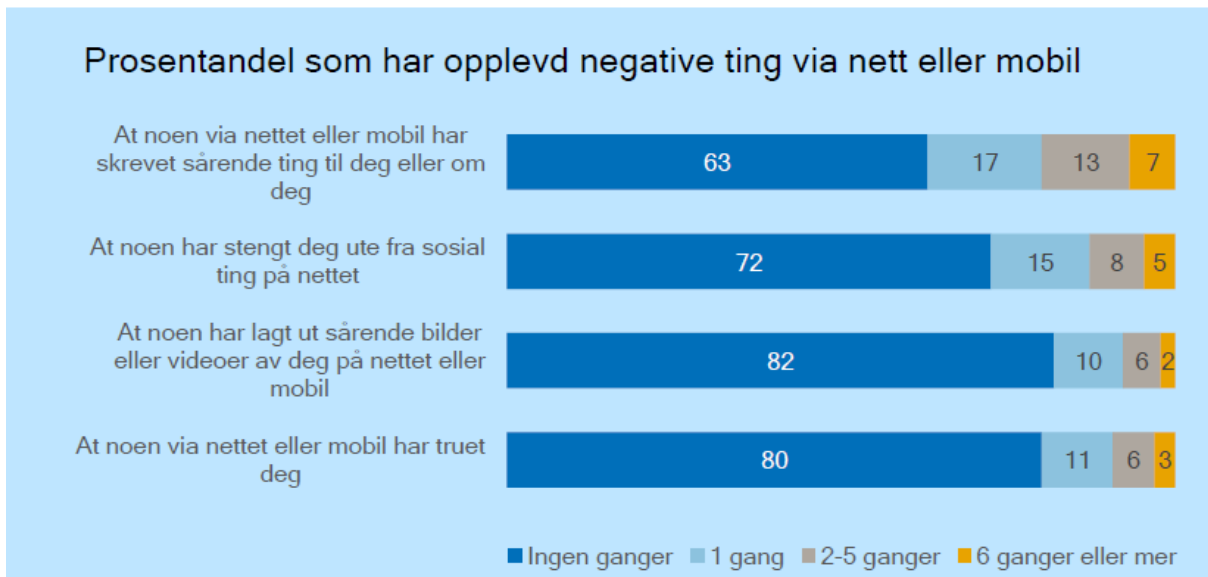
Mobbing er et alvorlig problem som rammer mange unge. Det kan defineres som gjentatte negative handlinger der én eller flere personer bevisst og med hensikt skader eller forsøker å skade eller tilføre noen ubehag. Som regel er mobbeofrene ute av stand til å ta igjen. Mobbingen kan være fysisk ved bruk av vold, eller psykisk som vedvarende utfrysing fra venneflokken. Mobbing er mest utbredt på barneskolen og avtar i løpet av tenårene. Det er likevel en del som opplever jevnlig å bli fryst ut, utstengt eller plaget også på ungdomstrinnet. Både de som mobber og de som utsettes for mobbing er risikoutsatte grupper. Ofrene er særlig utsatt for psykiske og fysiske problemer senere i livet. En ny type mobbing har blitt mer aktuell de siste årene er digital mobbing.³¹

³⁰ Erfaringskunnskap fra kommuneoverlege, helsesykepleier og utekontakt i Hammerfest og Kvalsund.

³¹ Ungdata



Figur 3.11: Andel som har opplevd plaging, trusler eller utfrysing av andre på ungdomstrinnet. Kjønn samlet. Kilde: www.unqdata.no



Figur 3.12: Andel som har opplevd negative ting via nett eller mobil på ungdomstrinnet. Kjønn samlet. Kilde: www.unqdata.no

24%, mot 13% i Norge, angir å bli utsatt for plaging, trusler, utfrysing av andre på skolen eller i fritida fra flere ganger i uka (10%) til omtrent en gang i måneden (8%). Andel som blir mobbet minst hver 14. dag er høyest for både gutter og jenter på 9.trinn, og tendensen er stigende. Andel som har negative opplevelser via nett eller mobil (skrevet sårende ting til eller om ungdommer) en til seks ganger eller mer er på 37%, opplevd utestenging 28%, sårende bilder eller videoer 18% og trusler 20%.

Kapittel 4 Skader og ulykker

Generelt

- Hvert år blir 12% av befolkningen, om lag 600 000 personer, behandlet av lege for skader.
- Hver 12. sykehusinnleggelse gjelder skadebehandling.
- Ulykker krever mange liv og er den viktigste dødsårsaken for innbyggere under 45 år.
- Dødsfall er først og fremst knyttet til fall, forgiftninger (inkludert overdoser) og trafikkulykker.
- Personer fra lavere sosioøkonomiske grupper er mer utsatt for skader.
- Internasjonalt peker Norge seg ut med høye tall for overdoser og hoftebrudd.
- Skader og ulykker kan forebygges, særlige effektivt forebyggende er strukturelle tiltak.³²

Nøkkelpunkter for Hammerfest og Kvalsund

- Vi ligger over landsgjennomsnittet for skader som trenger oppfølging på sykehus.
- Det er ikke skjedd noen drukningsulykker i området de siste to årene.
- Det har ikke vært noen dødsbranner på flere år og det har vært en 20% reduksjon på branntilløp, dette sees i sammenheng med økt tverrfaglig samarbeid.
- Scooterulykker kan få alvorlige konsekvenser og trygg bruk av scooter er viktig
- Hammerfest og Kvalsund ligger over landsgjennomsnittet når det kommer til skader som behandles i spesialisthelsetjenesten
- Hammerfest og Kvalsund ligger under landsgjennomsnittet på hoftebrudd.

4.1 Personskader

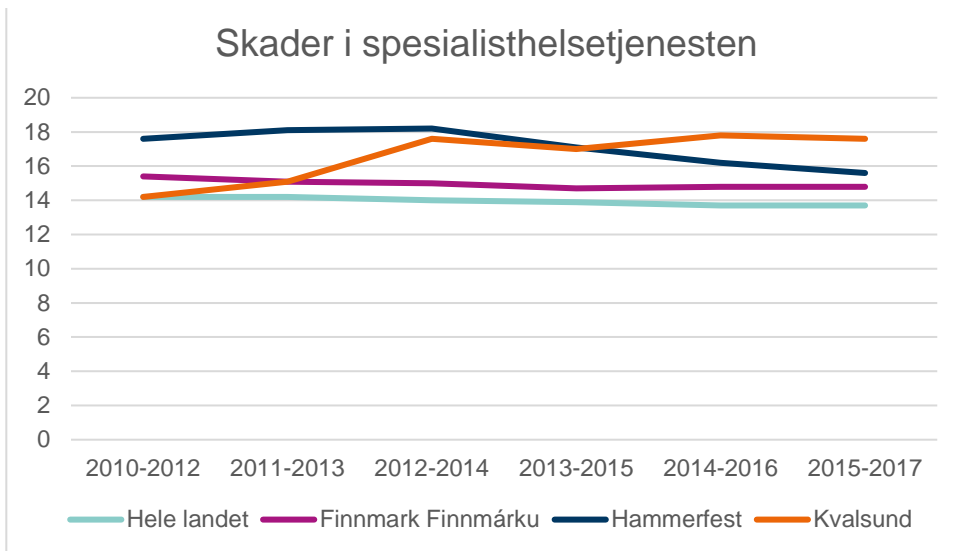
Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelser kan gi innsikt i utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen.

Selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått ned siden 1950-tallet, er ulykkesskader 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 potensial for forebygging av skader og ulykker. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste skadene og det fremkommer ikke hvilke typer skader det er snakk om i tallene.³³

Skader er den viktigste årsaken til dødsfall blant personer under 45 år i Norge og er en stor utfordring for folkehelsen. Rurale områder har flere skaderelaterte dødsfall enn urbane områder, og Nord-Norge er preget av spredt bosetning med lang avstand mellom sykehusene. Finnmark har høyest rate av skaderelaterte dødsfall i Norge uavhengig av årsak, både for kvinner og menn.

³² Folkehelseinstituttet

³³ Norsk pasientregister



Figur 4.1: Antall personskader per 1000 innbyggere (utvidet definisjon, inkluderer også forgiftninger). Kjønn og aldre samlet. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Figur 4.1 viser skader som har vært innrapportert i spesialisthelsetjenesten, inkludert forgiftninger blant begge kjønn i alle aldre. Både Hammerfest og Kvalsund ligger over landsgjennomsnittet.

I fylkesundersøkelsen for Finnmark og Troms kommer det frem at i Hammerfest er det 16% som har hatt minst en skade det siste året, dette innbefatter alle typer skader og ulykker som trafikkskader og arbeidsulykker. Dette er egenrapporterte skader som krevde behandling hos lege eller tannlege. Tallene for Kvalsund er for små til å kunne siteres.

I Finnmark er det totale tallet på egenrapporterte skader på 17,2%. Skader er en betydelig belastning for helsevesenet og mange av skadene kan forebygges. I Finnmark sees det en kjønnsforskjell hvor 15,6% av kvinner rapporterer skade, mot 19,4% hos menn. Det er liten forskjell i skader basert på utdannings nivå.

Finnmark skiller seg ut på skadestatistikken i forhold til antall barn som dør av skader. Det sees ikke spesielt høyere antall skader blant barn i Finnmark, men dødeligheten blant alvorlige skader er høyere.³⁴

4.2 Antall hoftebrudd behandlet i sykehus

Hoftebrudd er den alvorligste skaden i den eldre del av befolkningen. Kvinner er mest utsatt og utgjør ca. 70 % av totalt antall hoftebrudd. Årlig brykker cirka 9 000 voksne hoften. Et stort antall får også sammenfallsbrudd i ryggvirvlene. Beinskjørhet (osteoporose) er en medvirkende faktor ved de fleste brudd hos eldre. Et hoftebrudd kan gi store konsekvenser for den enkelte. Ca. 10% dør i forbindelse med sykehusinnleggelsen, ytterligere 30% dør i løpet av et år. Et hoftebrudd er en alvorlig skade, spesielt hos eldre, og komplikasjoner kan være livstruende.

De fleste hoftebrudd forekommer hos personer eldre enn 65 år, men risiko øker mest etter fylte 80 år. Hoftebrudd er den vanligste årsaken til innleggelse på kirurgisk-ortopediske avdelinger i Norge. Det innebærer en lang rehabiliteringsfase, hvor en funksjonell gjenvinning og livskvalitet i mange tilfeller ikke er oppnåelig. Eldre pasienter med brudd utgjør en stor pasientgruppe som i stor grad har behov for hjelp fra kommunehelsetjenesten etter opphold på sykehus. Pasienten påføres mye

³⁴ Aftenposten 27.juni.2019 ved Torben Wisborg/June A Holter.

smerte og blir avhengig av hjelp til å utføre daglige behov. Hoftebrudd blant eldre fører til at andelen eldre som legges inn på sykehjem øker med 15-30%. Kostnaden ved hoftebrudd er høy, særlig ved kompliserte hoftebrudd. Dette er utgifter som rammer både sykehus, sykehjem og kommunal rehabilitering.³⁵

År		2010-2012	2012-2014	2014-2016	2015-2017
Geografi	Sykdomsgruppe				
Hele landet	Hoftebrudd (S72.0-S72.2)	1,9	1,8	1,8	1,8
Finnmark Finnmarku	Hoftebrudd (S72.0-S72.2)	1,7	1,6	1,6	1,7
Hammerfest	Hoftebrudd (S72.0-S72.2)	1,4	1,4	1,2	1,2
Kvalsund	Hoftebrudd (S72.0-S72.2)	2,3	2,4	1,3	1,4

Tabell 4.1: Oversikt over hoftebrudd. Kjønn og alder samlet. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Hammerfest og Kvalsund ligger under landsgjennomsnittet når det kommer til lår- og hoftebrudd, hvor landsgjennomsnittet ligger på 1.8 mens Kvalsund ligger på 1.4 og Hammerfest på 1.2 per 1000 innbyggere. Hvis man ser på antall over 75 år som fikk hoftebrudd i Hammerfest så var det i perioden 2015-17 11,1 per 1000 innbyggere, sammenlignet med i perioden 2010-2012 hvor det var 13.3 per 1000 innbyggere. Det finnes ikke tall fra Kvalsund når en ser isolert på antall over 75 år.

Det er bemerkelsesverdig at tallene i Kvalsund har falt drastisk fra 2010 til perioden 2014-2017, og dette kan sees i sammenheng med økt fokus på fallforebygging i form av hjemmebesøk for vurdering av fallrisiko i hjemmet og fallforebyggende grupper som startet i 2012-2014.

4.3 Spesielle ulykkes punkter eller strekninger

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Kvalsund	6	4	10	1	1	4	3	4	4	4
Hammerfest	6	9	10	6	5	2	8	4	7	4

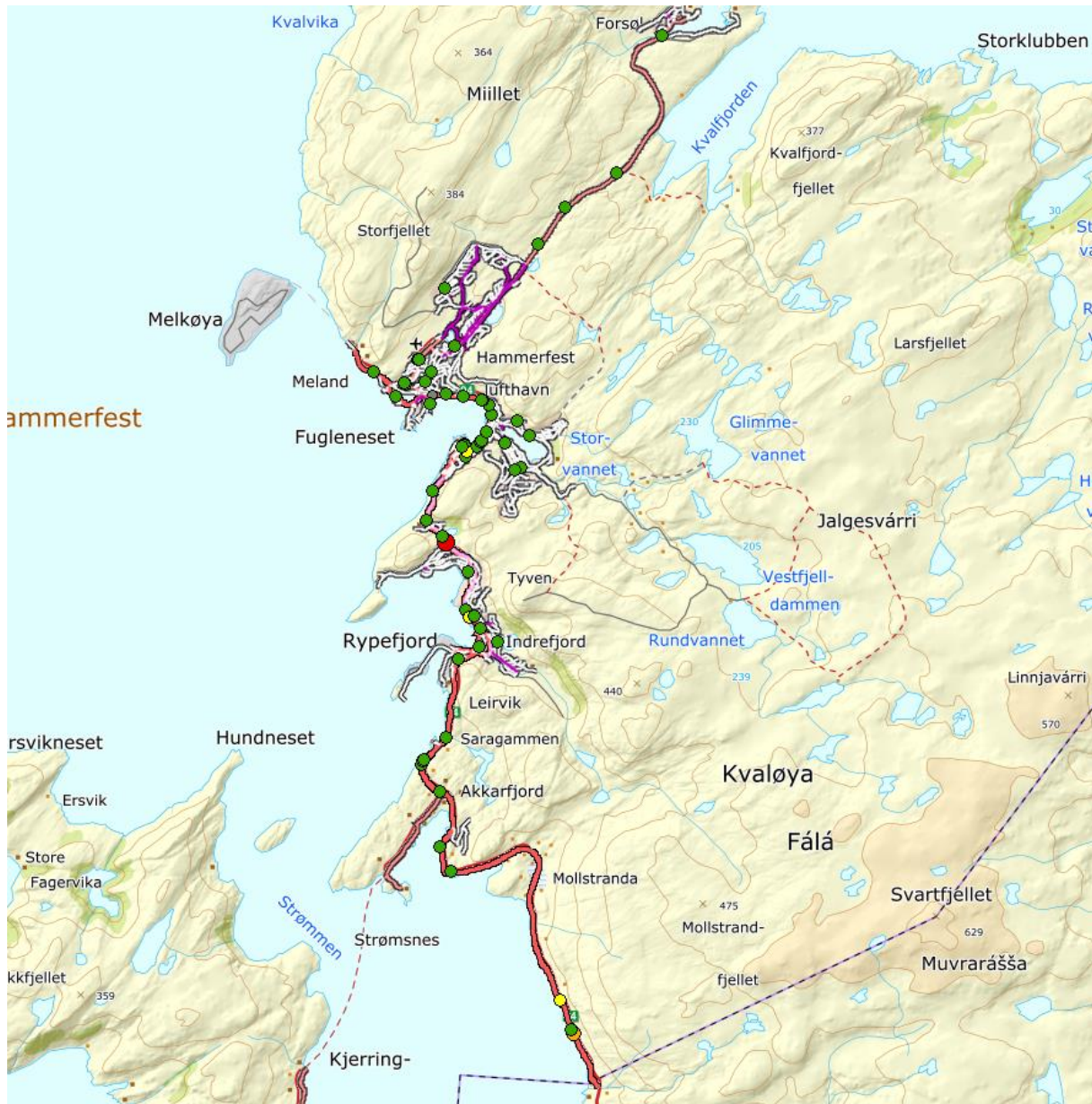
Tabell 4.2 Trafikkulykker i perioden 2009-2018 i Hammerfest og Kvalsund. Kilde: Statens vegvesen

Tallene baserer seg på politirapporterte ulykker som oversendes Statens vegvesen og legges inn i et STRAKS-register. Erfaringen er at det er store mørketall i dette registeret. Usikkerheten er størst blant de lettere skadde. Det er også svært store mørketall knyttet til fall og sykkelulykker. På nasjonalt nivå øker denne typen ulykker og man anslår at disse utgjør en svært stor andel skadde i trafikken uten at det vises i offentlig ulykkesstatistikk. Ulykker med snøscooter og ATV som skjer utenfor veg er ikke med i dette materialet.

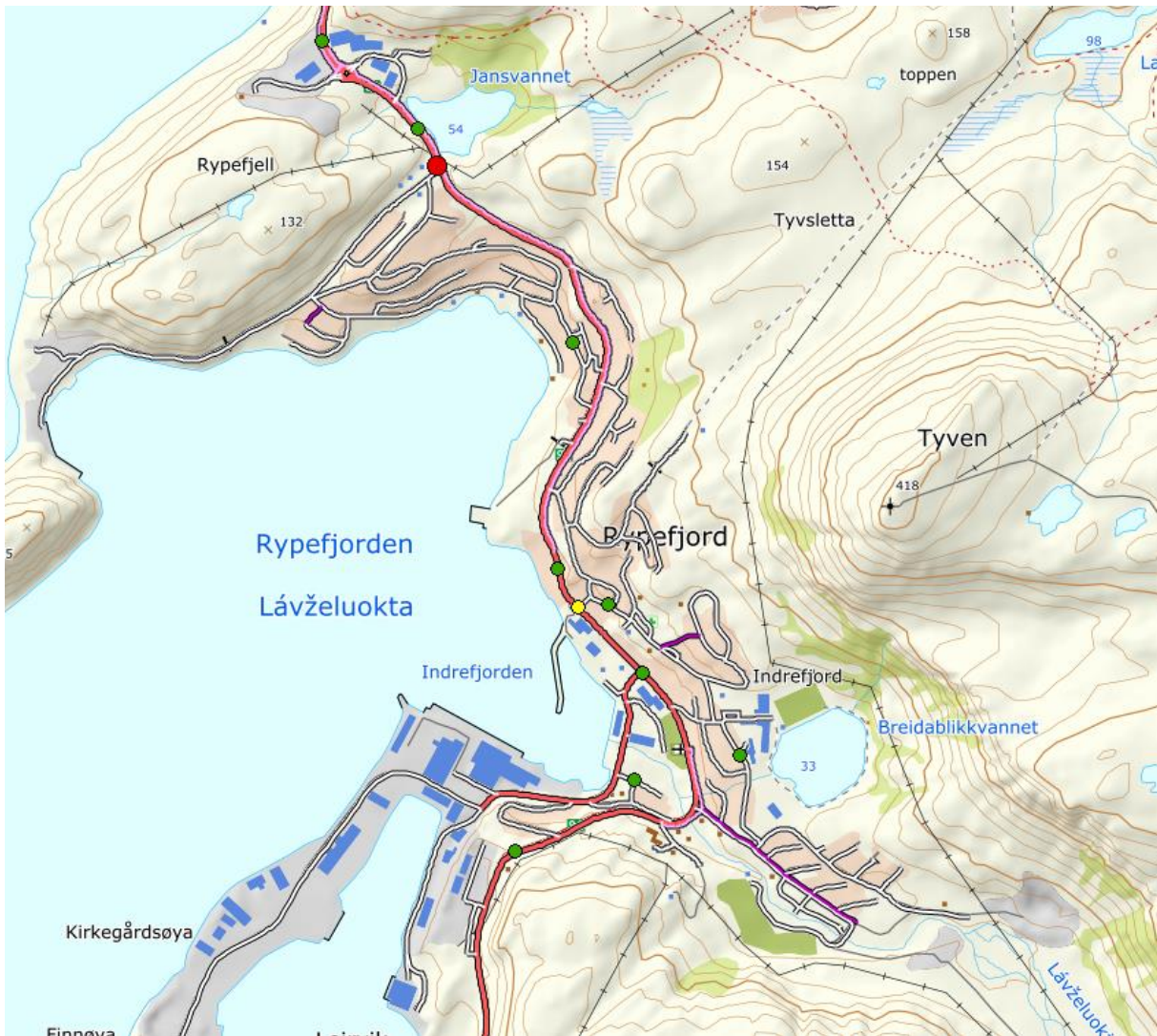
Det er i perioden 2009-2018 registrert 61 ulykker i Hammerfest kommune. Disse ulykkene har resultert i 70 lettere skadde, åtte alvorlig skadde og én drept.

Det er i perioden 2009-2018 registrert 41 ulykker i Kvalsund kommune. Disse ulykkene har resultert i 50 lettere skadde, ti alvorlig skadde og tre drepte.

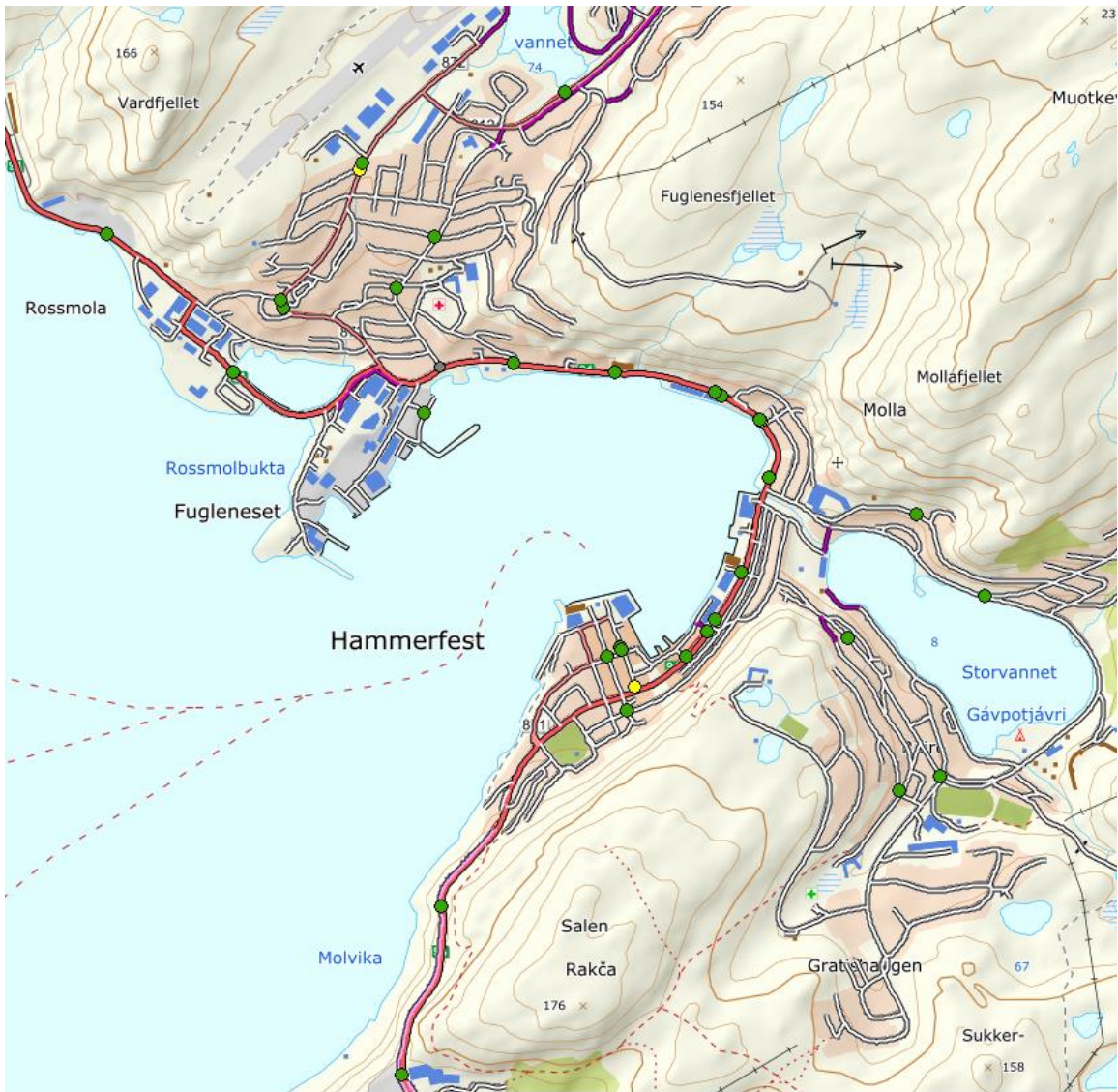
³⁵ Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Norsk pasientregister (NPR)



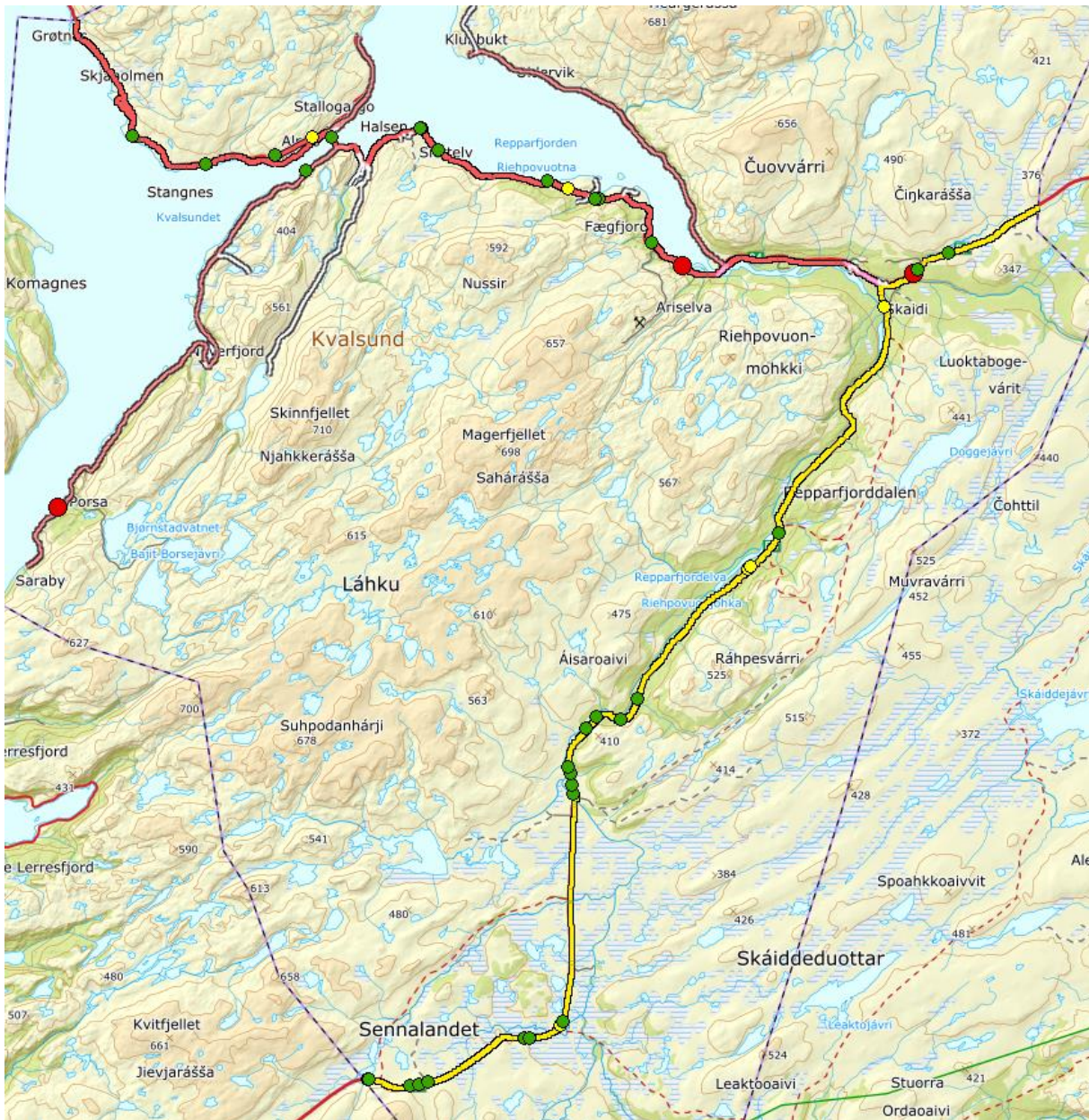
Figur 4.2 Oversikt over ulykkespunkt i Hammerfest. Grønt indikerer en ulykke med mindre skadeomfang. Gult er moderate ulykker og rødt indikerer dødsulykker. Kilde: Statens vegvesen



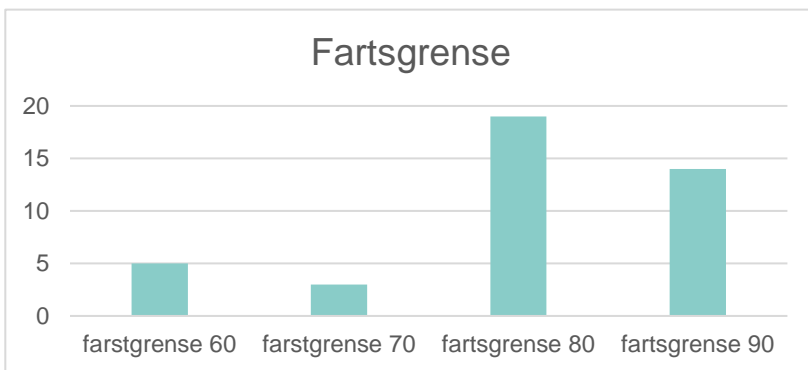
Figur 4.3 Oversikt over ulykkespunkt i Rypefjord. Grønt indikerer en ulykke med mindre skadeomfang. Gult er moderate ulykker og rødt indikerer dødsulykker. Kilde: Statens vegvesen



Figur 4.4 Oversikt over ulykkespunkt i Hammerfest. Grønt indikerer en ulykke med mindre skadeomfang. Gult er moderate ulykker og rødt indikerer dødsulykker. Kilde: Statens vegvesen



Figur 4.5 Oversikt over ulykkespunkt i Kvalsund. Grønt indikerer en ulykke med mindre skadeomfang. Gult er moderate ulykker og rødt indikerer dødsulykker. Kilde: Statens vegvesen



Figur 4.6. Viser hvilke fartsgrensesone ulykker skjer i. Kilde: Statens vegvesen

4.4 Spesielt utsatte skoleveger

Hammerfest kommune er godkjent som trafiksikker kommune av Trygg trafikk med trygge skoleveier, med ett unntak (til og fra Fuglenes skole). Erfaringskunnskap viser at det føles utrygghet i Idrettsveien på vinteren og Breidablikkveien.

Kvalsund skole har gang- og sykkelbane fra Handelsneset til skolen. Det er en sterkt trafikkert vei fra Kvalsund skole i retning Skaidi, som ikke har noen gang- og sykkelbane og som regnes å være veldig farlig. Det er en pågående sak med å få redusert fartsgrense forbi Kokelv oppvekstsenter.

4.5 Skadeforekomst i skoler og barnehager, inkludert tannskader

Skader registret i Hammerfest inneholder moderate skader, inkludert alle hode- og tannskader. Tidligere hadde forsikringsselskapene andre rammer for hva som ble registrert i registeret, rutinene ble endret for noen år siden og statistikken over lengre tid har derfor endret seg drastisk, og reflekterer ikke nødvendigvis endring i insidens. De fleste skadene på skoler og i barnehager har skjedd ved lek på skolen og i barnehagen.

År	2016	2017	2018	2019
Antall	17	16	23	11(til 01.09.2019)

Tabell 4.3: Antall skade i skole og barnehager i Hammerfest. Kilde: Skademeldinger registrert i skole og barnehagetjenesten i Hammerfest

I Kvalsund barnehage har det vært hendelser/uhell der barna har falt under lek, skader som hull i hodet og knekt arm forårsaket av uhell under lek. Det har forekommet fall blant personalet forårsaket av glatt gulv der det var sølt vann og mangel på strøing ute om vinteren. Tall er ukjent.

4.6 Antall drukningsulykker

Det er ikke registrert drukningsulykker i Kvalsund og Hammerfest fra 2017 til dags dato. Finnmark er et av fylkene med færrest antall drukningsdødsfall. Redningsselskapet overtok drukningsstatistikken fra og med 2017, så det eksisterer ikke detaljer på kommunenivå før den tid. Drukningsårsaker de siste årene var fall fra kai/land/brygge, fall gjennom is og ulykker i fritidsbåt.

År	2015	2016	2017	2018
Norge	103	91	94	102
Finnmark	6	5	3	4

Tabell 4.4 Antall drukningsulykker i Finnmark. Kilde: www.rs.no/drukning

4.7 Omfang av hjemmeulykker

I Hammerfest finnes det ikke noe statistikk på dette. Helsesykepleiere gjennomfører mye skadeforebygging i forhold til småbarn, gjennom informasjon om trygge stellerutiner av små barn for å forhindre fall fra stallebord, sikring av stikkontakter, trygg oppbevaring av giftige stoffer som rengjøringsmiddel i hjemmet.

I forhold til fall og ulykker hos de eldre drives det med fallforebygging i både Hammerfest og Kvalsund. Dette blir gjort gjennom hjemmebesøk, og deltagelse av fallforebyggende grupper i regi av ergo- og fysioterapitjenesten. I hjemmesykepleien føres det ingen statistikk på skader i hjemmet. Tidligere hadde en registrering av fall, men har ikke nok ressurser til å vedlikeholde dette. Det

brukes ressurser på fallforebygging, som kartlegging av hjem, behov for hjelpemidler og gjennomgang av medikamentlister for å redusere bruk av medikamenter som kan føre til fall.

4.8 Antall omkomne i brann

Det har de siste årene ikke omkommet noen i brann i Hammerfest og Kvalsund. Det har generelt vært en reduksjon i omkomne og i branner siste årene etter det ble opprettet en forebyggende enhet. Fra 1998 til dags dato har antall branner vært redusert med 20%. Den siste dødsbrannen i Hammerfest var i Parkgata i 2007. De siste 10 årene har det ikke vært noen dødsbranner. Godt samarbeid med pleie og omsorg og rus og psykiatri har hjulpet med dette. Spesielle risikogrupper er eldre, innvandrere, og personer med rus- og psykiatriutfordringer. Det har bare vært to skader i forbindelse med fyrverkeri siden 1998, det er strenge restriksjoner på hvilke områder det er lov til å skyte opp fyrverkeri.

Hammerfest brannvesen har samarbeidet med Kvalsund siden 2002 og driftet i Kvalsund siden i 2013. Det har vært en stor forbedring i brannstatistikken i Kvalsund siden da. Mye av brann og branntilløp der var grunnet dårlig arbeid som ble utført etter standard som var lavere enn den norske. I Kvalsund er ca 1/3 av utrykningene relatert til brann og 2/3 relatert til medisinske årsaker. I Hammerfest er 2/3 av utrykningene relatert til brann, med høysesong når elever flytter hjemmefra og steker frossenpizza i ovnen, som brenner seg. Dette er gjerne også i forbindelse med rus. 1/3 av utrykningene er i forbindelse med medisinske årsaker.

Det er registrert følgende antall branner og branntilløp i Hammerfest og Kvalsund i 2018:

2018	Hammerfest	Kvalsund
Brann annet	1	1
Brann i bygning	13	2
Brann i campingvogn/telt	1	0
Brann i personbil	3	1
Brann i søppelkasse	1	0
Brannhindrende annet i bygg	1	0
Brannhindrende tiltak annet (utgått)	6	1
Brannhindrende tiltak komfyr	6	0
Antall omkomne i brann	0	0

Tabell 4.5: Antall brann og branntilløp i Hammerfest og Kvalsund. Kilde: Departement for sikkerhet og beredskap. Brannhindrende tiltak betyr antall branntilløp som var forhindret grunnet brannhindrende tiltak.

I brannvesenet er det høyere forekomst av forskjellige typer kreft enn ellers i befolkningen.³⁶

4.9 Antall fallulykker i sykehjem

Det er ingen statistikk som føres på dette området i Hammerfest nå. Dette er i prosess og skal endres og det vil da bli lettere å hente ut statistikk.

Direkte tiltak som rutinemessig blir gjennomført for å forebygge fall er ergonomiske tiltak som plassering av møbler, individrettet fysioterapi og felles trimtimer. Det er medisingjennomgang og regelmessige helsekontroller. Det er lav terskel av en til en-oppfølging hvis man ser at beboerne har akutt økt falltendens. Ved særdeles utagerende oppførsel (utfordrende atferd) blir det gjennomført ROS-analyse på brukerne. Kommunen har hatt fast sykehjemslege i 20 år. Det er økt fokus på fagmiljø og opplæring av ansatte, og det er stort fokus på kompetanseheving og HMS.

³⁶ Erfaringskunnskap fra Hammerfest Brann og redning

Avdelingene er for store med mange brukere på hver avdeling og lite fellesareal, noe som igjen øker fallrisiko, da det er lett for brukere for eksempel å snuble i andres hjelpemidler. I tillegg er det lite lagringsplass og dette fører til at ubrukte hjelpemidler blir lagret i korridorer og fellesareal.³⁷

Heller ikke i Kvalsund føres det statistikk over fall på sykehjemmet. Fallforebyggende tiltak er ikke noe spesiell rutine ved Kvalsund sykehjem, men hver enkelt bruker vurderes og tiltak settes individuelt, eksempelvis om de må være flere ved forflytning.

4.10 Snøskuterulykker

Det er tidligere vist høy forekomst av skader og dødsfall i forbindelse med bruk av snøskuter og andre terrengkjøretøy i Nord-Norge. Det finnes ikke tilgjengelig offentlig statistikk der disse funnene kan følges over tid.

I perioden 2013-2014 var det syv dødsfall og 87 personskader med sykehusinnleggelse, hvorav 13 hendelser med ATV og 81 med snøskuter. Medianalder var 31,5 år, og 41 (44 %) var under 30 år. Alle de omkomne og 66 (76 %) av de skadede var menn. 42 (45 %) av hendelsene var i Finnmark.³⁸

Det er mye skuterbruk i området, særlig i Kvalsund. Det har vært store ulykker tidligere og kommunen er forberedt på nye skuterulykker og snøras. I Kvalsund var det tre som omkom under en skuterulykke i 2011. I Hammerfest samme år var det en som omkom. I 2017 var det en som omkom i Kvalsund.

³⁷ Erfaringskunnskap Rypefjord sykehjem

³⁸ <https://tidsskriftet.no/2019/04/originalartikkel/dodsfall-og-personskader-ved-bruk-av-atv-og-snoscooter-i-nord-norge-i-2013>

Kapittel 5 Helserelatert atferd

Nøkkelpunkt

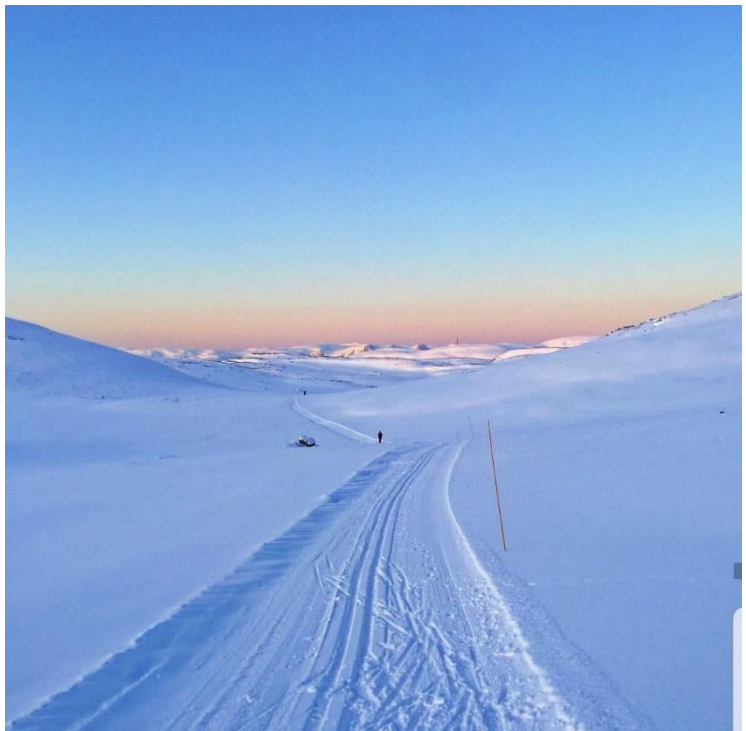
- Det er færre som røyker, færre som begynner å røyke og flere som snuser.
- 85% av Hammerfests befolkning rapporterer at de er fysisk aktiv mer enn en gang i uken.
- Hammerfest ligger litt over landsgjennomsnittet når det kommer til fysisk inaktivitet blant ungdom, og ligger over gjennomsnitt når det kommer til andel som sitter foran skjerm fire timer daglig.
- 32% av ungdom rapporterer om søvnevansker.
- Erfaringsmessig sees mer gjeldsproblematikk, og man regner med mørketall.
- Tall fra Hammerfest på vold og overgrep er synkende. Tall fra Kvalsund er varierende. Det antas at det er mørketall når det kommer til seksuelle overgrep.

5.1 Deltagelse i organiserte og uorganisert fysisk aktivitet og andel voksne og barn som er fysisk aktive minimum 30/60 min per dag

Fysisk aktivitet og stillesitting

Regelmessig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene er viktig for normal vekst og utvikling. Det virker også positivt på den psykiske helsen, konsentrasjon og læring. Regelmessig fysisk aktivitet i ungdomsårene ser også ut til å være viktig for å skape gode vaner for resten av livet.

Fysisk aktivitet er viktig i forebygging av en rekke plager og sykdommer som overvekt og fedme, type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettplager og enkelte kreftformer. Overvekt og fedme er i ferd med å bli et stort helseproblem i de fleste land, også i Norge. Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning.



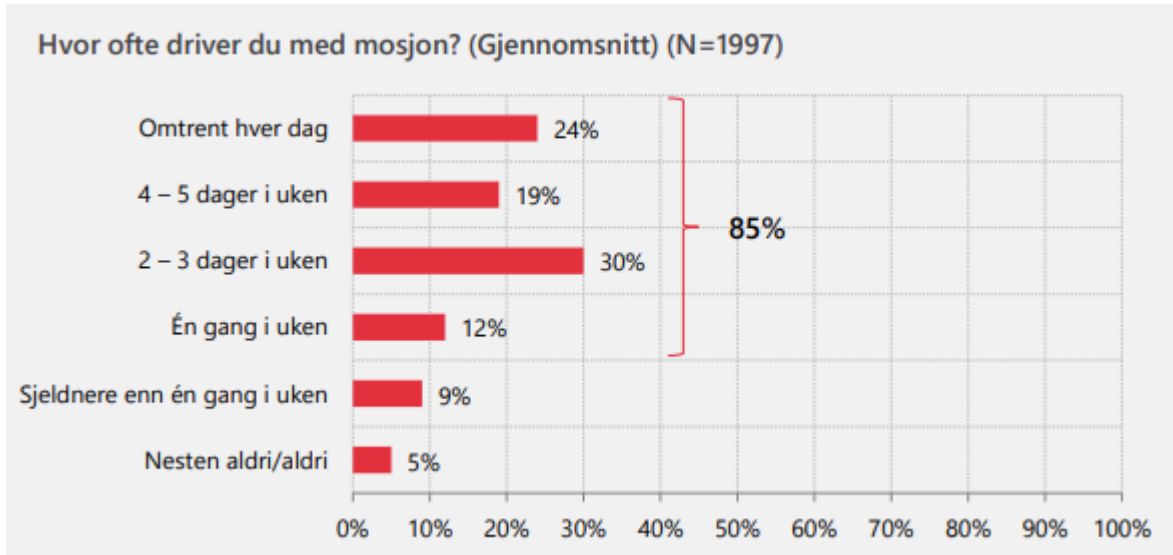
Følgende anbefalinger gjelder for barn og unge:

- Minimum 60 minutter fysisk aktivitet hver dag, alternativt fordelt utover uken. Aktiviteten bør være variert og intensiteten både moderat og hard.
- Fysisk aktivitet utover 60 minutter daglig gir ytterligere helsegevinster.
- Minst tre ganger i uka bør aktiviteten være med høy intensitet, og inkludere aktiviteter som gir økt muskelstyrke og styrker skjelettet.

Det er også utarbeidet egne anbefalinger for å redusere tiden vi sitter i ro.³⁹

³⁹ <https://helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet>

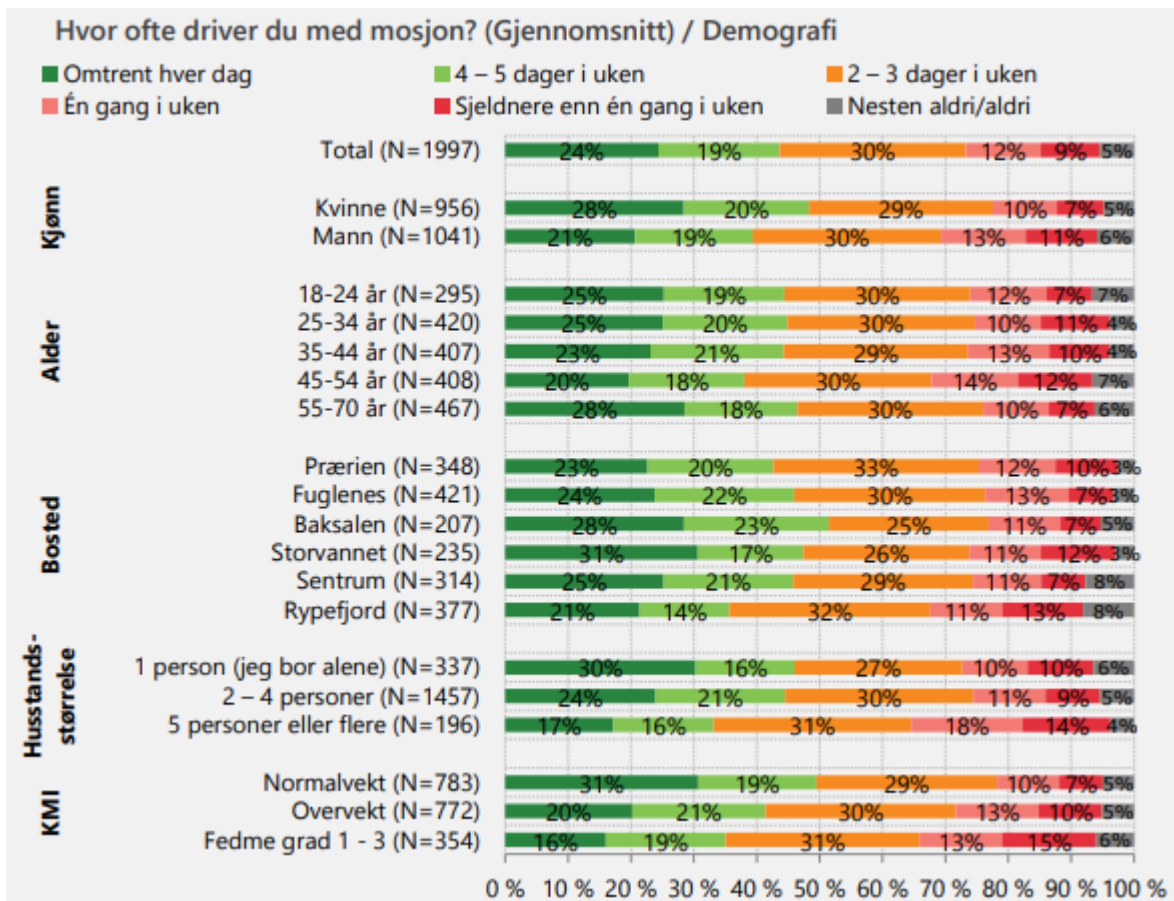
Fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd og er et viktig og veldokumentert virkemiddel i forebygging og behandling av over 30 ulike diagnoser og tilstander. Det foreligger overbevisende dokumentasjon om en rekke helsegevinster ved regelmessig fysisk aktivitet i alle aldersgrupper. All bevegelse er positiv. Ulike hverdagsaktiviteter er viktig for å redusere stillesitting. Det anbefales minst 30 minutter aktivitet for voksne og 60 minutter for barn om dagen.⁴⁰



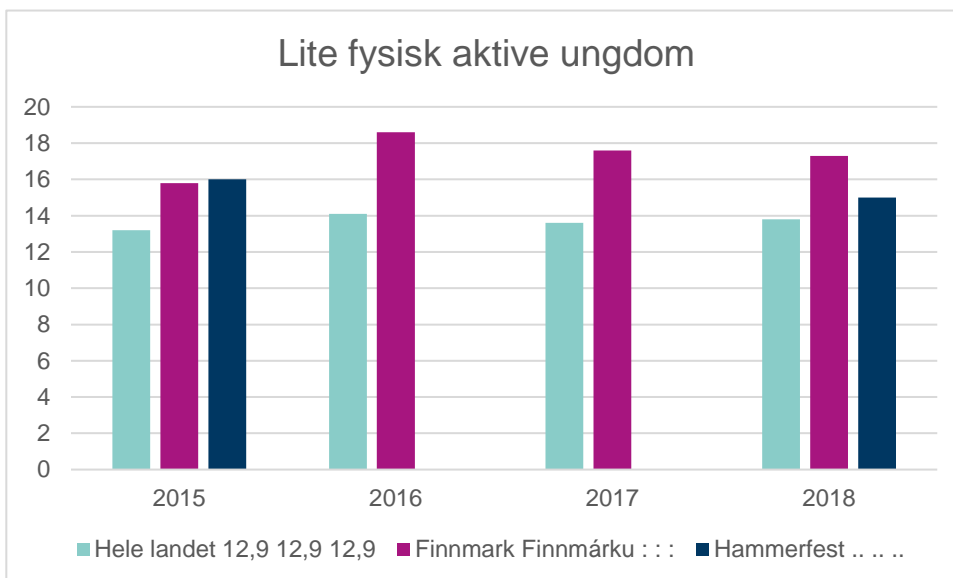
Figur 5.1: Hvor ofte voksne rapporterer å ha trent. Kilde: Levekårsundersøkelsen for Hammerfest 2016

85% av befolkningen i Hammerfest rapporterer å ha trent mer enn en gang i uken, og 43% rapporterer å være i aktivitet mer enn fire ganger i uken. 78% melder at de er i minst 30 minutter i aktivitet når de trener.

⁴⁰ Helsedirektoratet 2017



Figur 5.2: Hvor ofte voksne rapporterer å ha trent med demografi. Kilde: Levekårsundersøkelsen for Hammerfest 2016



Figur 5.3: Andel lite fysiske aktive. Tall hentet fra ungdomstrinnet. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

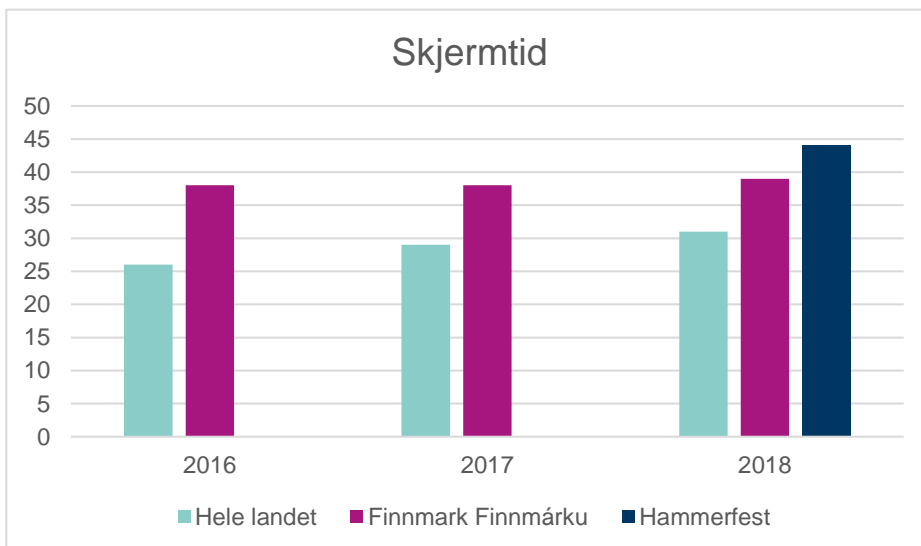
Tallene viser her andel ungdomsskoleelever som svarte et av alternativene «1-2 ganger i måneden», «sjelden» eller «aldri» på spørsmålet: "Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett?", i prosent av alle som har svart på dette spørsmålet. Hammerfest ligger litt over landsgjennomsnittet når det kommer til fysisk inaktivitet, hvor landsgjennomsnittet ligger på ca

13-14% og Hammerfest ligger på 15-16%. Kvalsund har vært med i Ungdata undersøkelsen i 2018 og ligger i samlede tall fra Hammerfest dette året.

I Hammerfest er også observert økt bruk av treningssenter og en yngre gruppe ungdommer som tar i bruk disse, av begge kjønn. Det har tidligere vært en periode hvor det har vært snakk om bruk av anabole steroider blant unge gutter, men det er økt fokus på kampanjer på dette hos treningssentrene i Hammerfest.

Skjermtid

I barne- og ungdomsårene, øker tiden som benyttes i ro foran ulike skjermer med stigende alder. Man ser sammenhenger mellom stillesitting og kroppsvækt, motoriske ferdigheter, kognitiv utvikling og risikofaktorer til hjerte- og karsykdommer blant barn og unge. Helsemyndighetene har kommet med anbefalinger til barn, unge, voksne og eldre om å redusere tiden i ro i løpet av dagen. Bruken av skjermer (mobiltelefon, nettbrett, videospill og lignende), spesielt i forkant av leggetid, henger tett sammen med søvnvansker. Lengre tidsbruk foran skjermen gir høyere risiko for kortere søvntid.



Figur 5.4. Prosentandel ungdommer med lang daglig skjermtid. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Figur 5.4 viser andel ungdomsskoleelever som svarer «4-6 timer» eller «mer enn 6 timer» på spørsmålet om hvor lang tid de vanligvis bruker på aktiviteter foran en skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) i løpet av en dag, utenom skolen. Kvalsund har ikke vært med i Ungdata-undersøkelsen og det finnes derfor ikke tall fra Kvalsund.

Tallene fra Hammerfest viser at i 2018 var det 44% av ungdomsskoleelevene som brukte fire timer eller lengre foran en skjerm, sammenlignet med 31% på landsgjennomsnittet og 39% i Finnmark fylke.

Les mer om temaet her:

<http://www.ungdata.no/Mediebruk/Skjermtid>

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelse rapporten>

<https://helsenorge.no/sykdom/sovnproblemer/ungdom-og-skjermbbruk>

5.2 Omfang av fysisk aktivitet i skolen

I Kvalsund er det vanlig kroppsøving i skolen. I tillegg finnes det en friluftsgruppe som er et tilbud for valgfag for de eldste på skolen.

I Hammerfest har elever på 5.-7.trinn rett til jevnlig fysisk aktivitet utenom kroppsøvingsfaget. Til sammen utgjør dette 76 timer. Formålet er å legge til rette for en mer variert og aktiv skoledag for alle elever uavhengig av funksjonsnivå. Aktiviteten er ikke ment å være opplæring i fag, men skal omfattes av retten og plikten til grunnskoleopplæring.

5.3 Tilgang til områder for aktivitet

I Kvalsund finnes det en idrettshall, svømmehall, fotballbinge og en kunstgressbane til bruk for barn og unge.

Hammerfest kommunes fire svømmebasseng, åtte gymsaler og tre normalhaller er fylt opp med skole- og folkebad, treninger, arrangementer og bursdagsfeiringer. Ny turnhall er bygget og det er en stor gymsal på nye Baksalen skole. Svømmeanleggene (Isbjørnhallen, for tiden ikke i bruk, Breidablikk og Sanitetsbadet) er preget av manglende vedlikehold og mangelfull universell utforming. Hver uke er de kommunale anleggene i bruk om lag 700 timer. Med en gjennomsnittlig gruppestørrelse på 15 personer betyr det 10.500 nedlagte treningstimer hver uke eller rundt 462.000 timer årlig. Fortsatt er behovet større enn tilbudet, og flere idrettslag opererer med ventelister.

De kommunale hallene leies ut gratis til treninger for grupper under 20 år. Dette for å stimulere til økt aktivitet og rimelige tilbud for de yngste. Likevel kan en anta at noen er forhindret i å delta så mye som ønskelig grunnet kontingenter og krav til dyrt utstyr. Dette har vi ingen god dokumentasjon på.

Det finnes en rekke lag og foreninger innen idrett og friluftsliv. Fra babysvømming til fotball for de over 70. Fra tradisjonelle idretter til paintball, yoga, hundetrening eller kiteing. I tillegg kommer det som skjer i de private anleggene som for eksempel treningsstudioene, squashhallen, lekeland, golfsimulatoren, golfbanen, ridehallen, alpinbakke, skytebane og crossbanen. Private aktører jobber også med å få realisert en innendørs fotball hall (Hammerfest arena) innen kort tid.

Frivilligheten er bærebjelken i arbeidet med å få befolkningen i fysisk aktivitet.

5.4 Omfang av elever som går eller sykler til skolen

Det er et fåtall av elevene som går eller sykler til skolen i Kvalsund. Årsaken til det er dels lang skolevei (fra Neverfjord og Skaidi) og dels farlig skolevei innover mot Skaidi. Dels henger det igjen at før det kom gang- og sykkelvei i Kvalsund sentrum, hadde barna gratis skoleskyss til og med 4. klasse. Nå har de ikke det lenger, men foreldre betaler for skoleskyss selv. I Kokelv har de ingen skoleskyss, der går barna til skolen. I følge SSB får 84,5% av barna skoleskyss (2018).

I følge SSB får 3.8% av barna i Hammerfest skoleskyss (2018).

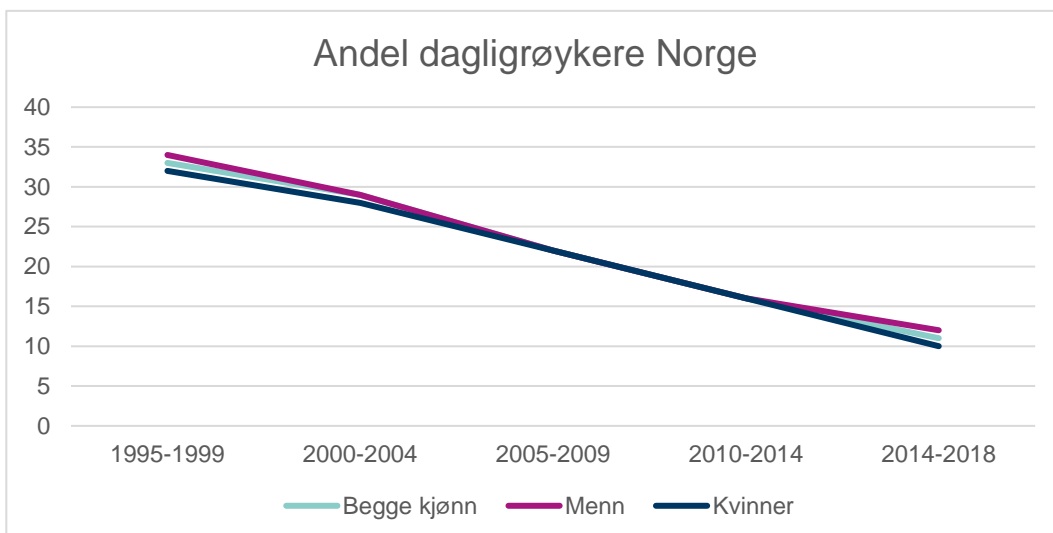
5.5 Daglig tobakksbruk

Røyking er en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Et høyt antall som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakksbruk. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at gruppen som røyker daglig, i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere, og at 25 prosent av dagligrøykerne, dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere.

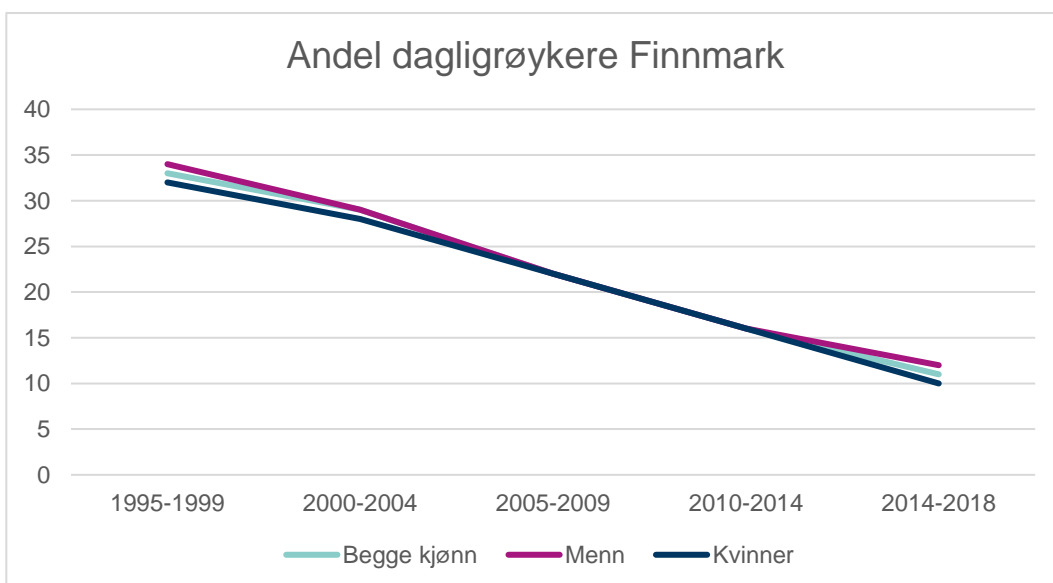
Det er svært stor forskjell mellom de ulike utdanningsgruppene når det gjelder røyking, målt i befolkningen i alderen 25-74 år. Blant de med kort utdanning (ungdomsskole) røykte om lag 25% daglig i 2018. Blant de med videregående skole røykte 14%, og blant dem med utdanning på universitets-/høgskolenivå røykte 5%. Det har blitt færre som røyker i alle gruppene de siste årene, men forskjellen er fortsatt svært stor.

Rundt 3% av ungdom 16-24 år røykte daglig i 2018, 5 % blant guttene og 2% blant jentene. Dette tilsvarer om lag 20.000 personer. I tillegg sier 14% at de røyker av og til. På ti år er andelen som røyker daglig blant unge redusert til en femdel av det den var, fra 16 til 3%. Helt siden 1970-årene har det vært en parallell nedgang hos gutter og jenter.⁴¹

Rundt 12% av befolkningen mellom 16-74 år røykte daglig i 2018, omtrent like mange kvinner som menn. Dette tilsvarer om lag om lag 520.000 personer. I tillegg sier rundt 9% at de røyker av og til. Det er flest som røyker daglig mellom 45 og 64 år, færrest blant de yngste. Både blant menn og kvinner ser det ut til at nedgangen i røyking har økt kraftig siden årtusenskiftet.

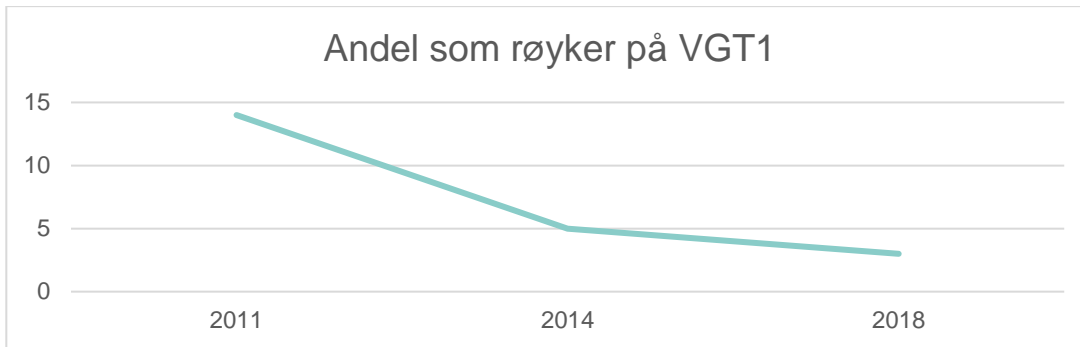


Figur 5.5 Daglige røykere i Norge. Kjønn samlet, 16-74 år. Kilde: <https://www.ssb.no/statbank/list/royk>



Figur 5.6 Daglige røykere i Finnmark. Kjønn samlet, 16-74 år. Kilde: <https://www.ssb.no/statbank/list/royk>

⁴¹ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/statistikk-om-royking-bruk-av-snus-og-e-sigaretter>

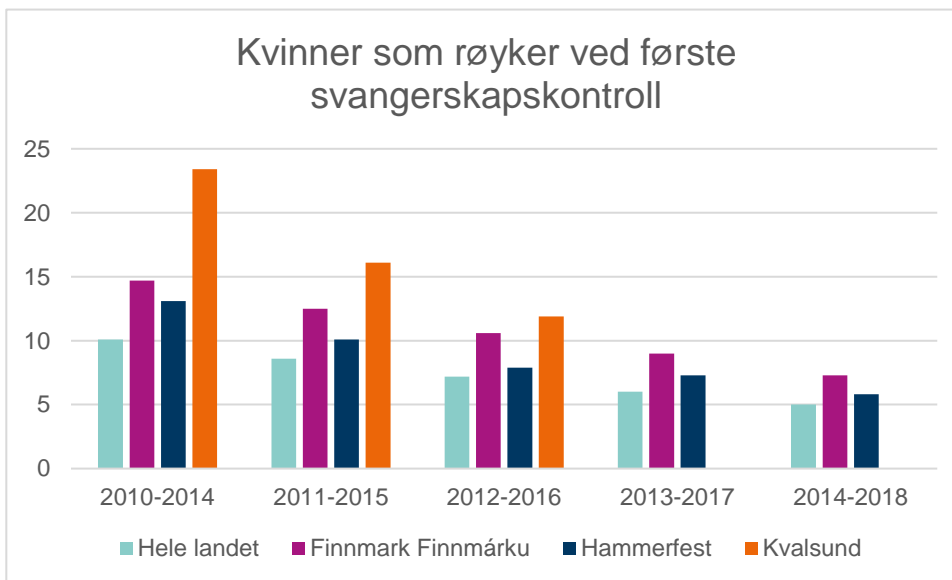


Figur 5.7: Andel ungdom på videregående 1. trinn som røyker i Hammerfest. Kjønn samlet. Kilde: Ungdata.

I Hammerfest ser vi en drastisk nedgang i antall elever som røyker daglig i perioden 2011-18. I Norge i 2018 ligger landsgjennomsnittet på 2%, i Hammerfest 3%. Ungdata har ikke gjennomført undersøkelser i Kvalsund og tall foreligger derfor ikke.

Rundt 2% av gravide røyker ved slutten av svangerskapet, viser tall for 2017 fra medisinsk fødselsregisters statistikkbank. Det er 4% av de gravide som sier de røyker daglig eller av og til ved begynnelsen av svangerskapet. Det har vært en tydelig nedgang i andelen gravide som røyker. I 1999 var det 26% av kvinnene som røykte ved begynnelsen og 18% ved slutten av svangerskapet.⁴²

Røyking i svangerskapet øker risikoen for veksthemming hos fosteret. Det er en stor sosial gradient for dagligrøyking; jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Denne gradienten gjelder også for røyking i svangerskapet. Utjevning av sosiale helseforskjeller er som nevnt flere ganger, et viktig mål i folkehelsearbeidet.⁴³



Figur 5.8: Kvinner som røyker ved første svangerskapskontroll. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

⁴² <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/statistikk-om-royking-bruk-av-snus-og-e-sigaretter>

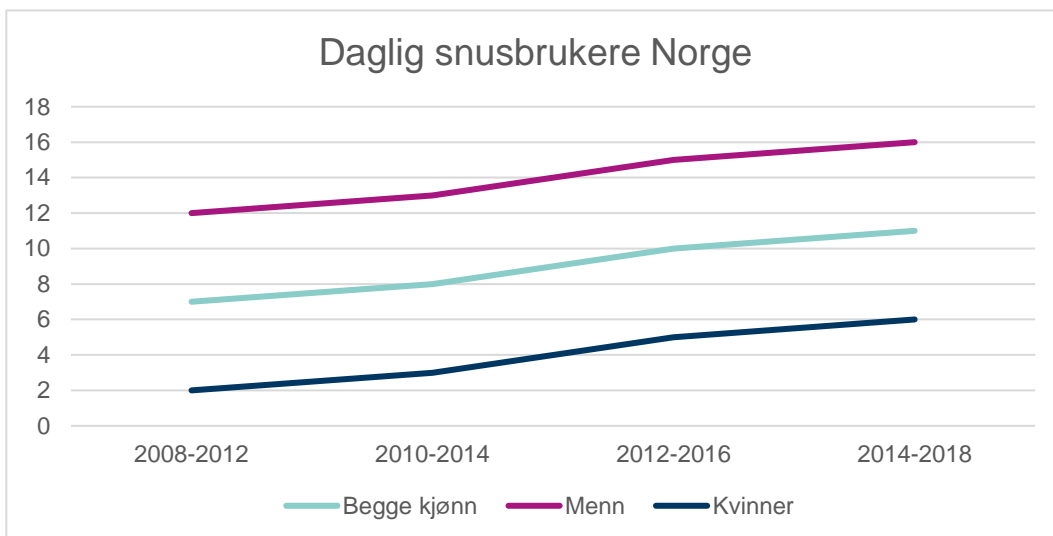
⁴³ Vikanes A, Grjibovski AM, Vangen S, Gunnes N, Samuelsen SO, Magnus P. (2010). Maternal body composition, smoking, and hyperemesis gravidarum. Ann Epidemiol. Aug;20(8):592-8.

Hammerfest og Kvalsund følger trenden i landet med at færre og færre røyker. Hammerfest og Kvalsund ligger over landsgjennomsnittet når det kommer til røyking ved første svangerskapskontroll.

Snus

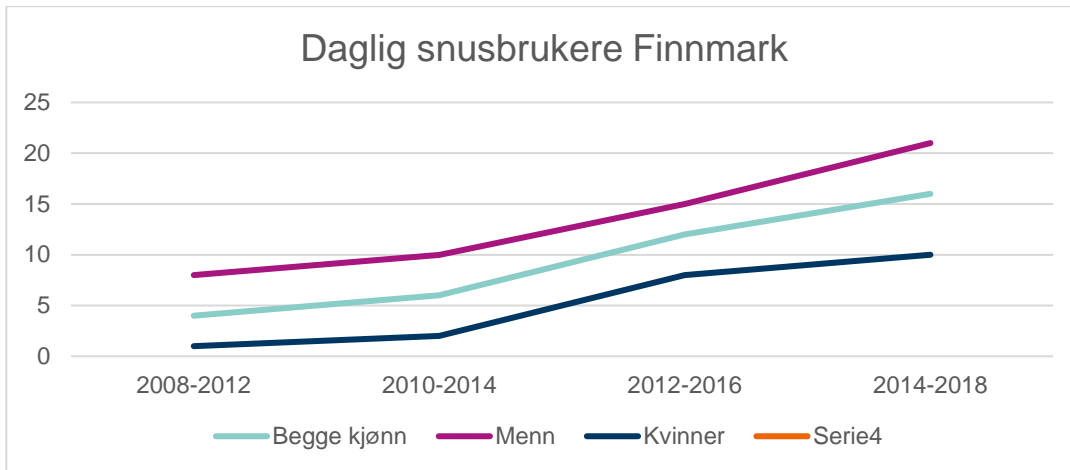
Rundt 12% av befolkningen i alder 16–74 år sier at de bruker snus daglig, som tilsvarer 520.000 personer. Om lag 4% sier de snuser av og til. Det er store kjønnsforskjeller, blant menn sier 18% at de snuser daglig, 7% blant kvinner. Det har vært en dobling i andelen som bruker snus daglig fra 6 til 12% de siste ti årene, noe som i hovedsak skyldes den kraftige økningen blant ungdom. Blant menn har andelen gått opp fra 10 til 18% og blant kvinner har gått fra 1 til 7% på ti år. Det er i Finnmark man finner flest som snuser, om lag 16%.

19% av unge i alderen 16–24 år sier at de bruker snus daglig, noe som tilsvarer nærmere 120.000 personer. I tillegg sier 6% at de bruker snus av og til. Det er fortsatt flere som snuser blant unge menn, men forskjellene har blitt mindre med årene. 22% bruker snus daglig blant unge menn, mot 16% blant unge kvinner. Det har vært en stor økning i andelen som bruker snus daglig de siste ti årene, fra 11 til 19%. På disse årene har bruken økt mest blant kvinner, fra 5 til 16%, mens økningen blant menn har vært fra 17 til 22%.⁴⁴

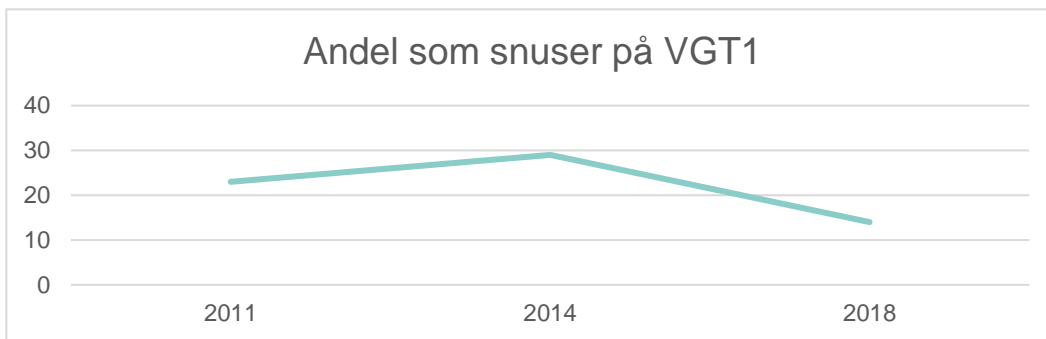


Figur 5.9: Daglige snusbrukere i Norge. Kjønn samlet, 16-74 år. Kilde: <https://www.ssb.no/statbank/list/royk>

⁴⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/statistikk-om-royking-bruk-av-snus-og-e-sigaretter>



Figur 5.10: Daglige snusbrukere i Finnmark. Kjønn samlet, 16-74 år. Kilde: <https://www.ssb.no/statbank/list/royk>



Figur 5.11: Andel ungdom på videregående 1. trinn som snuser i Hammerfest. Kjønn samlet. Kilde: Ungdata.

I Hammerfest ser vi en liten nedgang i antall elever som snuser daglig fra perioden 2011 til 2018. I Norge i 2018 ligger landsgjennomsnittet på 13%, versus Hammerfest som ligger på 14%. Ungdata har ikke gjennomført undersøkelser i Kvalsund, men tall er inkludert i 2018.

For mer informasjon se <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/statistikk-om-royking-bruk-av-snus-og-e-sigaretter>

5.6 Alkoholkonsum og annen rusmiddelbruk

Alkoholbruk er en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen, og er i tillegg årsak til sosiale problemer og skader for andre enn brukeren selv. Både et høyt alkoholinntak per gang og et høyt alkoholinntak over tid øker risiko for en lang rekke helseproblemer og sosiale problemer, også for andre enn brukeren selv. Totalkonsumet av alkohol i befolkningen henger nært sammen med andelen som har et risikofyllt høyt konsum og med omfanget av alkoholrelaterte problemer. De mest effektive tiltakene for å begrense alkoholkonsumet og skadeomfanget er høye alkoholpriser og tilgjengelighetsbegrensninger.⁴⁵

Alkohol blant unge

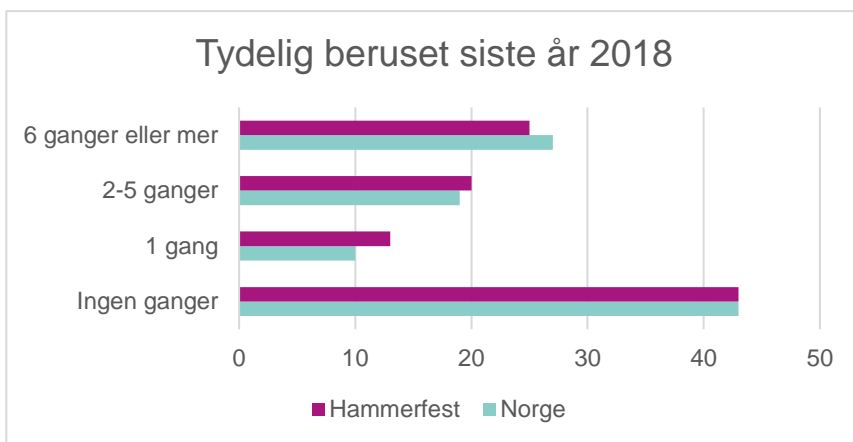
For mange innebærer eksperimentering med og bruk av alkohol en symbolsk markering av overgangen fra barn til ungdom. I løpet av videregående blir de fleste også gamle nok til selv å kjøpe

⁴⁵ www.fhi.no

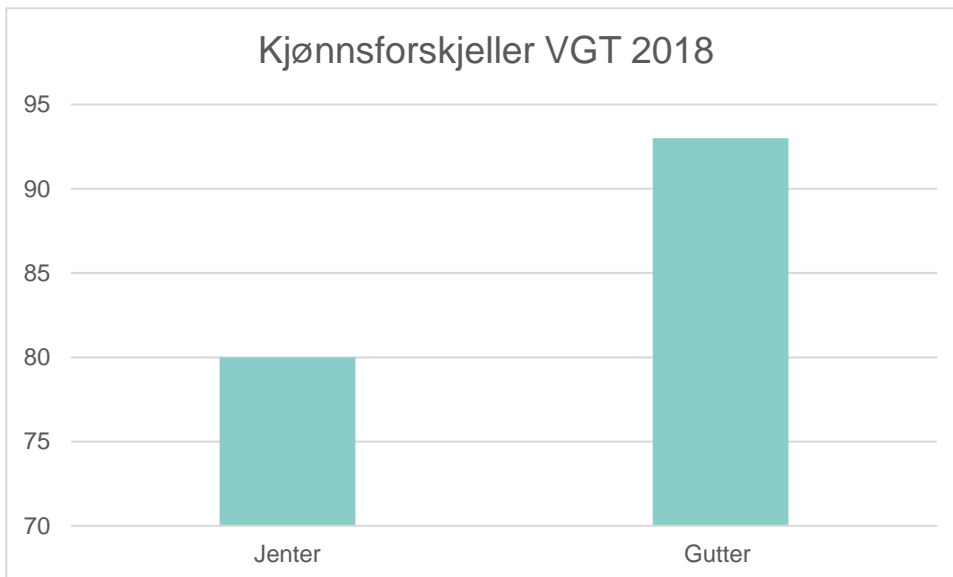
alkohol. Å drikke i ungdomsalderen er dessuten sammenvevd med vennskap, flørting og en sosial livsstil. Unge som drikker alkohol midt i tenårene, har som regel mange venner og et aktivt sosialt liv.

Samtidig vet vi at det å drikke alkohol gir risiko for akutte skader, og ungdom som begynner å drikke tidlig, har i mange tilfeller et atferdsmønster der andre typer antisosial atferd og bruk av tyngre rusmidler inngår. Ungdom i en slik situasjon har gjerne et mer trøblete forhold til skolen og til foreldrene enn andre. De begår mer kriminalitet, har dårligere psykisk helse og får oftere problemer senere i livet.

Ungdata viser at det er stor variasjon i hvor gamle ungdom er når de begynner å drikke alkohol. I første året av videregående har litt under halvparten vært tydelig beruset, men denne andelen øker til nesten åtte av ti i tredje året. Det er generelt små forskjeller i alkoholvaner mellom gutter og jenter.⁴⁶

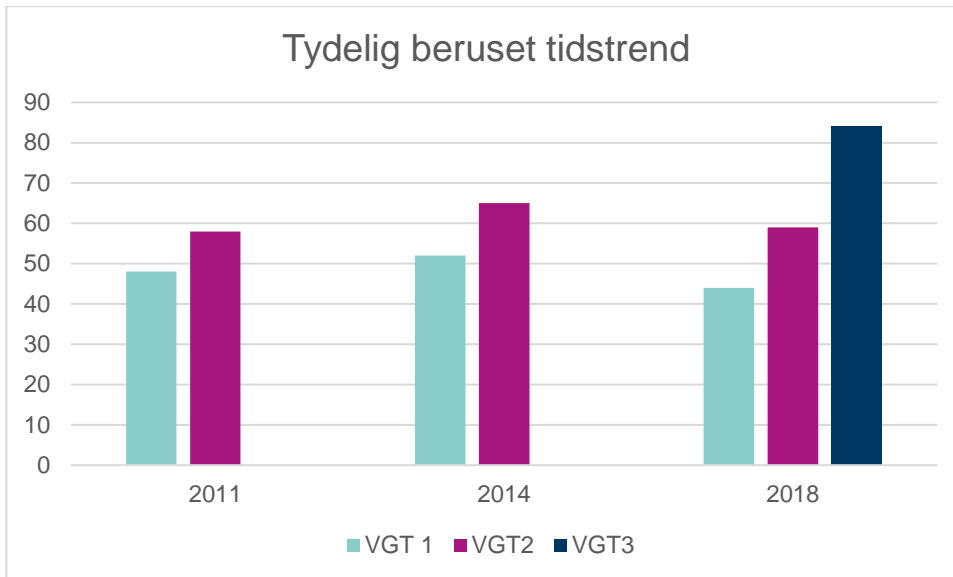


Figur 5.12: Andel som har vært tydelig beruset i Norge og Hammerfest. Kilde: Ungdata for VGT 2018



Figur 5.13: Forskjell på jenter og gutter i videregående som har vært tydelig beruset siste året. Kilde: Ungdata VGT 2018

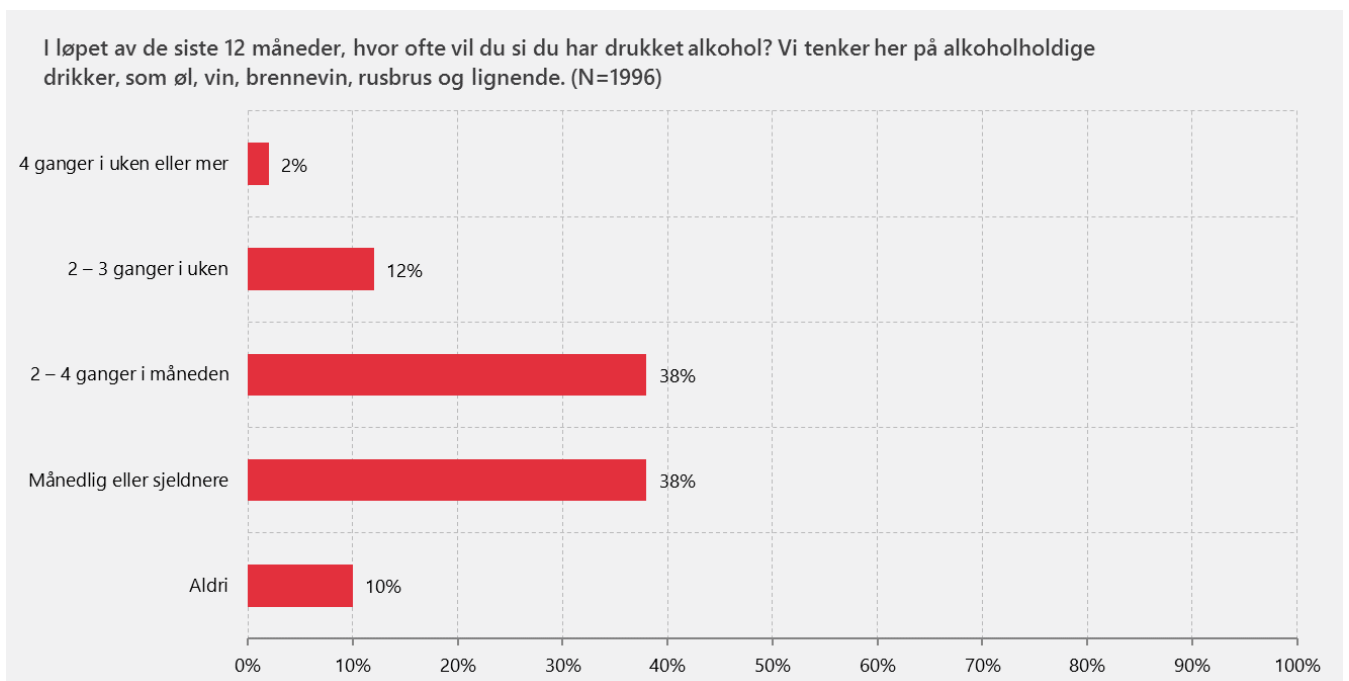
⁴⁶ Ungdata



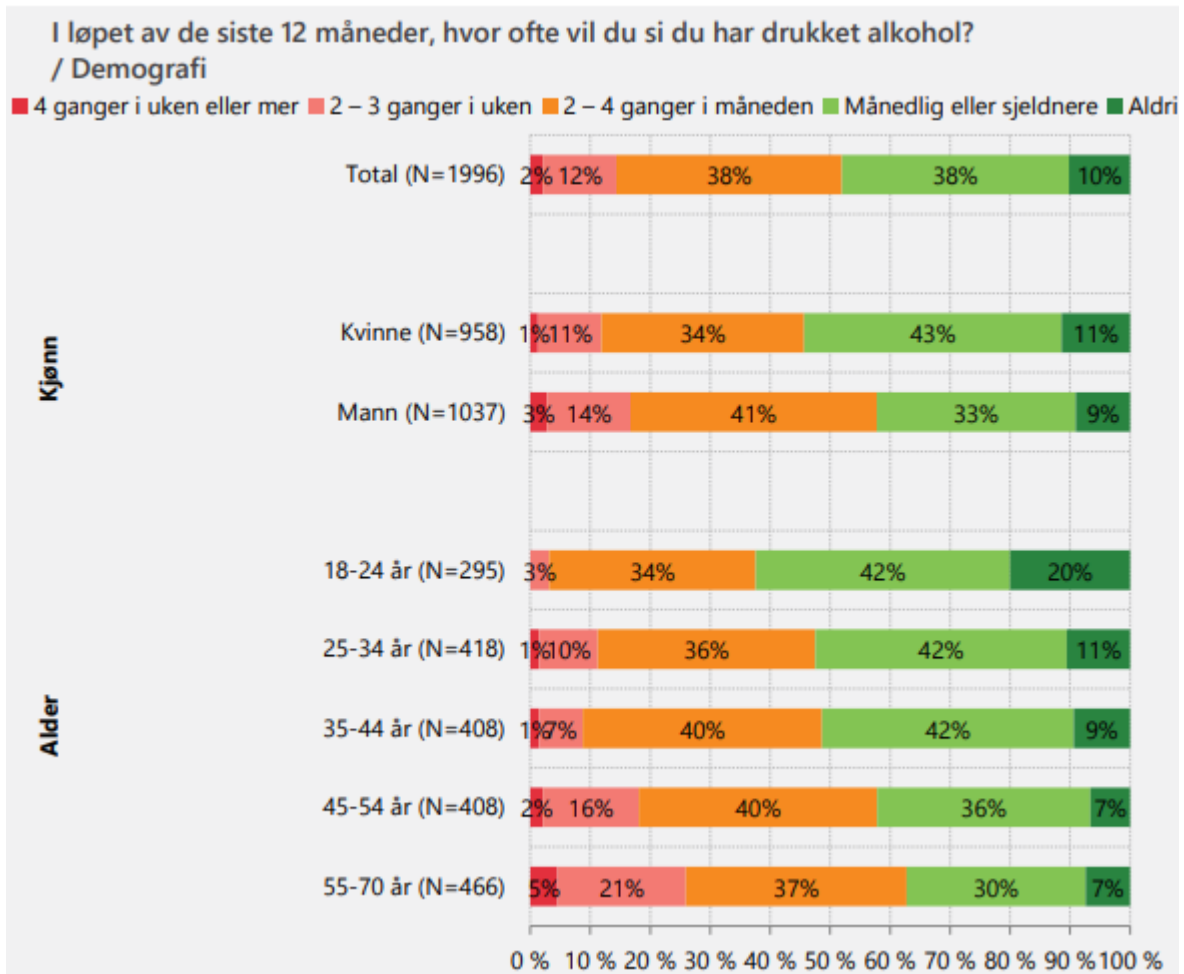
Figur 5.14: Endring av drikke vaner gjennom videregående trinn. Kilde: Ungdata for VGT 2018

Det sees likt drikkemønster hos unge i Hammerfest som unge ellers i Norge. Det er en stor økning av alkoholbruk fra første til tredje året i videregående skole. Når ungdom blir spurt om de har vært tydelig beruset siste året svarer flere gutter enn jenter ja på dette spørsmålet, men på spørsmål om det hender at de drikker alkohol svarer flere jenter at dette hender flere ganger i måneden, mens det er flere gutter som aldri har drukket, eller bare har smakt på alkohol. Det er også flere gutter som svarer at de drikker flere ganger i uken (9%) sammenlignet med jenter (3%).

Alkoholbruk blant voksne



Figur 5.15: Hyppighet på alkoholinntak. Kilde: Levekårsundersøkelsen



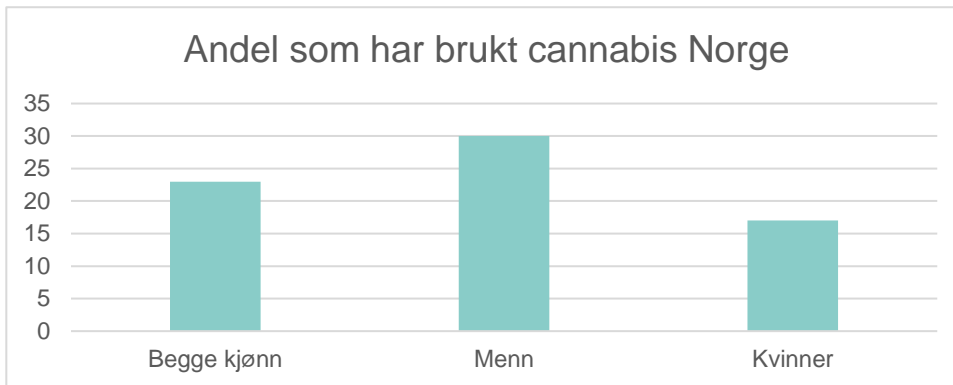
Figur 5.16: Demografi rundt alkohol inntak. Kilde: Levekårsundersøkelsen

Levekårsundersøkelsen i Hammerfest 2016 viser samme tendens som de nasjonale funn. Det er en større andel eldre (over 45 år) enn yngre (under 35 år) som oppgir at de har drukket alkohol 2-3 ganger i uken. Hyppigheten av alkoholinntak stiger med alderen. Undersøkelsen viser også at de yngste aldersgruppene (18-35 år) drikker flere enheter per typiske dag de drikker alkohol, enn den voksne del av befolkningen.

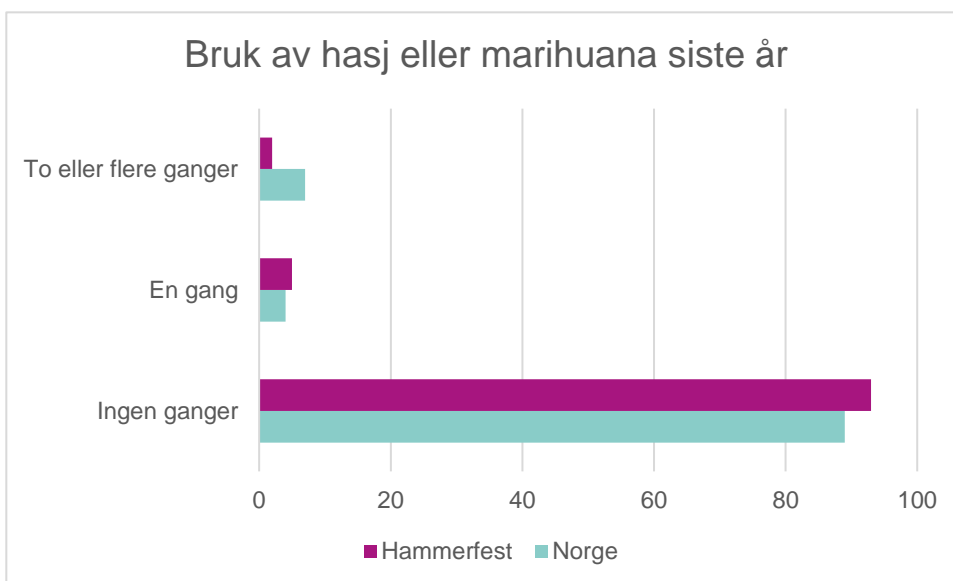
I Folkehelseundersøkelsen for Finnmark og Troms 2019 rapporterer 18% i Hammerfest at de drikker mer enn to ganger i uken, og 19% rapporterer om et episodisk høyt forbruk, det vil si mange enheter på en dag.

Det er sannsynligvis mye underrapportering når det kommer til alkoholforbruk. Desto eldre en er, desto mer alkohol. Hyppighet av alkoholinntak sees i gruppen 60-69 år, 70+ er lett under. Det sees mer alkoholforbruk dess høyere utdanning en har. Episodisk høyt inntak, mye større forskjell blant kjønn hvor kvinner rapporterer 11,5% mens menn rapporterer 27,1% i fylket. Episodisk høyt inntak høyest blant yngre, og blir lavere dess eldre en blir.

Bruk av hasj og/eller marihuana blant videregående elever



Figur 5.17: Fordeling av bruk av cannabis i Norge blant kjønn. Kilde: Ungdata 2018.



Figur 5.18: Andel som har brukt av hasj eller marihuana siste året på videregående trinn. Kjønn samlet. Kilde: Ungdata 2018.

På landsbasis viser statistikk fra 2018 at 23% har prøvd marihuana eller hasj; 30% av menn og 17% av kvinner oppgir å ha prøvd dette siste året.

I Hammerfest er det en fordobling fra 8% i 2011 til 16% i 2018 som har blitt tilbudt hasj og marihuana. I følge trendrapporten synes det å være mer tilgjengelig, da 28% har svart ja til å kunne skaffe seg det innen to-tre dager, mot 19% i 2015.

Erfaringskunnskap om rus forteller oss at det er svingninger i hvor mye rus man ser blant ungdom, periodevis mer, periodevis mindre. Dette kan skyldes svingninger i hvor mye rus som blir brukt, men kan også skyldes at bruken tidvis skjules bedre. Det er observert 8.klassinger som ruser seg. Det er da voksne som selger rus, og det er lett å få tak i rusmidler over internett og få dette tilsendt i posten. Det er snakk om hasj, marihuana og amfetamin. Gjennom samtaler med ungdom kommer det frem økt interesse for cannabis og ønsker om diskusjon rundt legalisering av dette, og dette teamet tas opp særlig blant gutter.

5.7 Antall skjenkesteder, servings- og åpningstider for alkoholsalg

Normaltiden for skjenking av øl/vin er til kl. 01.00 jamfør alkohollovgivningen. Kommunene kan imidlertid innskrenke eller utvide skjenketiden. Maksimal skjenketidsslutt er kl. 03.00. Hammerfest

hadde i 2016 skjenkesteder som er åpnet til kl. 03.00, og Kvalsund har skjenkesteder som er åpnet til kl. 02.00. I Hammerfest var det i år 2016 16 skjenkesteder, mens i Kvalsund var det tre.

Les mer: <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/beskrivelse-av-rapporten/oversikt-over-alkohol-i-norge-et-folkehelseperspektiv-pa-alkohol/>

5.8 Seksuell helse

Regjeringens strategi for seksuell helse 2017-2022, «Snakk om det!», viser til at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser, og at individets handlingskompetanse for å ivareta god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte. Positive holdninger og følelser for egen kropp sammen med god kunnskap om kropp og seksualitet bidrar til tryggere seksuell identitet og sunnere handlingsmønstre. Mål med strategien er blant annet å sikre mennesker i alle aldre god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse, å redusere antall uønskede svangerskap og aborter, samt redusere smitte av seksuelt overførbare infeksjoner.⁴⁷

Videregående trinn	Ja	Nei
Norge	54	46
Hammerfest	60	40

Tabell 5.1: Andel ungdom som har hatt samleie. Kilde: Ungdata

I følge Ungdataundersøkelsen som ble gjennomført i 2018 hadde 60% av elever i videregående i Hammerfest hatt samleie. I Hammerfest var andelen i 2018 som brukte prevensjon første gang de hadde samleie 59% blant guttene og 65% blant jentene.

Erfaringskunnskap fra helsesykepleiere på helsestasjonen viser at en av fem som tester seg for klamydia, tester positivt for sykdommen. Mange ungdommer bruker ikke kondom, unge voksne synes å bruke det i større grad enn de unge.

Helsesykepleierne og leger ved helsestasjon for ungdom foreskriver jevnlig prevensjon, både langtidsvirkende- og andre typer.

Antall aborter på grunn av uønskede svangerskap i aldersgruppene under 20 og i 20- 24 år, har i Finnmark gått ned fra tilsammen 145 i 2011 til 87 i 2018. Det oppgis ikke kommunale tall. Erfaringer fra helsestasjon for ungdom tilsier at tallene i Hammerfest også skal ha blitt lavere.

Fra erfaringskunnskap vet vi at ungdom viser lav interesse for bruk av kondom, og det fremstår som at man tenker på bruk av kondom primært som beskyttelse mot graviditet, ikke som beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer. Ungdom er generelt flinke til å sjekke seg for seksuelt overførbare sykdommer, de kan lett gjøre dette på skolen hos helsesøster, eventuelt ved helsestasjonen for ungdom som er åpen en gang i uken. Det er et inntrykk at det er manglende kunnskap om biologi rundt reproduktiv helse og dette samsvarer med tilbakemeldinger som helsesykepleier får om at ungdommen synes at seksualundervisningen er mangelfull.

Hvordan man relaterer til parforhold er i endring, og det kan ta lengre tid før man er kjæresten, og det er en lengre periode hvor man «bare holder på», det vil si har varierende grad av intimitet uten å være spesielt knyttet til en partner.

Erfaringskunnskap fra Kvalsund tilsier at situasjonen ikke er ulik situasjonen i Hammerfest.

⁴⁷ Helse- og omsorgsdepartementet

5.9 Mat og måltider i barnehager

Barnehagen i Kvalsund kjøper inn all mat og serverer frokost og lunsj hver dag. I tillegg til dette blir frukt servert. Det er fokus på sunne måltider, og man følger anbefalinger om «bra mat i barnehagen» fra Helsedirektoratet. Det serveres et varmt måltid en gang ukentlig.

I Hammerfest serverer alle barnehager måltider tilpasset retningslinjer, barnas behov og foresattes ønsker. Det serveres frokost og lunsj og mellommåltider som frukt eller knekkebrød. Det tilrettelegges for alder, religion, allergier, halal, vegetarianere etter behov.

Helsedirektoratets «Retningslinjer for mat og måltider i barnehagene» følges i alle barnehager i Hammerfest. De fleste barnehagene har servicemedarbeidere, det er ikke krav om spesiell utdanning for de, men kommunen ønsker at de skal ha interesse for matlaging og kosthold. Det bakes brød i noen barnehager, mens andre kjøper brød etter grovhetsskala og nøkkelhullsmerking. Ved feiring av for eksempel bursdager er fokus flyttet fra mat til bursdagsbarnet, og det serveres ikke lengre is, kaker eller godterier.

5.10 Tilgang på frukt og grønnsaker på skolen

I Kvalsund og i Hammerfest er det skolefruktordning.

5.11 Måltider på skolefritidsordninger og tilbud i skolekantiner

I Kvalsund serveres det vanlige brødmåltid i regi av skolefritidsordningen (SFO).

Hammerfests skolen, SFO og kantiner følger retningslinjer som er satt for kommunen i «Plan for kosthold og fysisk aktivitet». SFO serverer et måltid om dagen, de har sunn mat og fysisk aktivitet som en del av tilbudet.

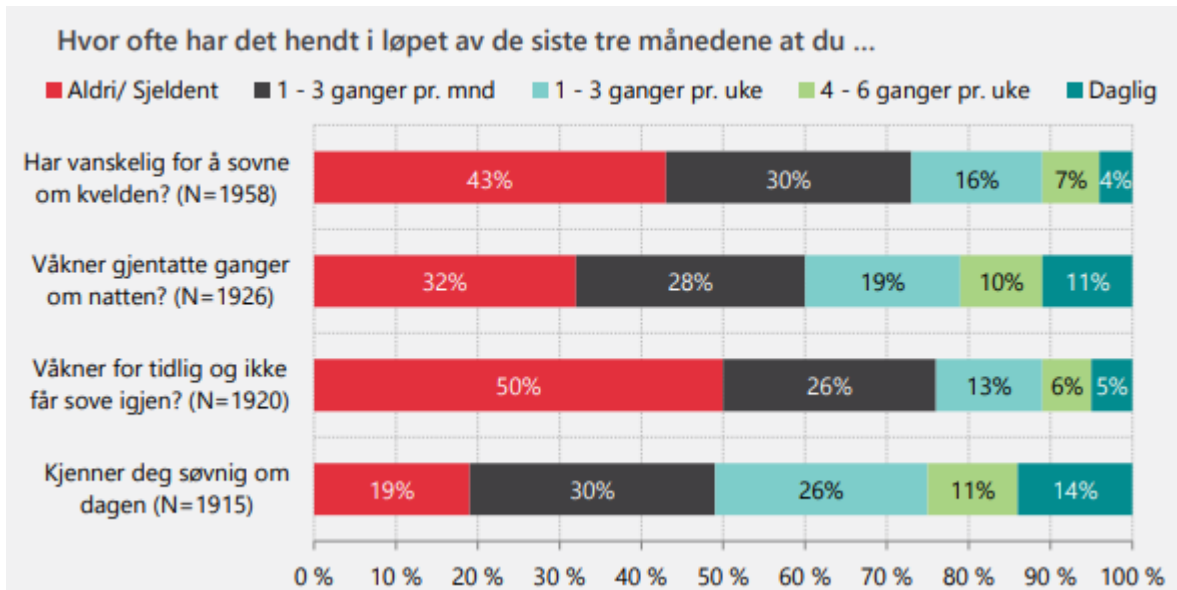
For mer informasjon se http://www.hammerfestbarnehagen.no/files/2018/11/0-plan_for_kosthold_og_fysisk_aktivitet_i_barnehager_og_skole.pdf
http://www.hammerfestbarnehagen.no/files/2019/01/bra_mat_barnehage.pdf

5.12 Søvn

Søvnproblemer er et av landets mest utbredte og undervurderte folkehelseproblem, og er også debutproblem ved en rekke psykiske lidelser⁴⁸. Fastlegene rapporterer om økende søvnproblemer hos pasientene, spesielt de unge. Mange norske ungdommer ser ut til å få for lite søvn, noe som ble vist i en stor norsk undersøkelse der ungdommer i gjennomsnitt sov to timer mindre på ukedagene enn anbefalt: 6,5 timer mot anbefalt 8-9 timer⁴⁹.

⁴⁸ Helsedirektoratet

⁴⁹ Hysing, 2013



Figur 5.19: Oversikt over hyppighet av søvnforstyrrelser. Kjønn samlet. Kilde: Levekårsundersøkelsen 2016.

Levekårsundersøkelsen fra 2016 viser at 69 % av de unge voksne føler seg trett på dagtid en til tre ganger per uke eller oftere, kun 9% kjenner seg sjelden/aldri trett på dagtid. Samme gruppe har også størst problem med å sovne om kvelden. Den eldste aldersgruppen (55-70 år) oppgir hyppigst å ha våknet gjentatte ganger om natten, samt å ha våknet for tidlig. Søvnproblemer øker risikoen for utvikling av alvorlige helseutfordringer som hjerte-/karsykdom og frafall fra arbeidslivet, og har betydelige samfunnsøkonomiske konsekvenser.

I Ungdata blant ungdomsskoleelevene er det 32% som rapporterer at de er ganske mye plaget eller veldig mye plaget med søvnproblemer. 68% rapporterer at de er lite eller ikke plaget med søvn.

I Folkehelsundersøkelsen for Troms og Finnmark fra 2019 rapporterer 15% om søvnproblemer siste uken.

Risikofaktorer for søvnforstyrrelser er bruk av elektroniske medier og blått lys før sengetid, forbundet med senere leggetid og kortere søvnlengde hos barn og ungdom. Psykiske lidelser, spesielt angst/depresjon har en sammenheng med søvnforstyrrelser. Stress og livspåkjenninger er kjent for å påvirke søvnlengde og kvalitet.

5.13 Gjeld

Erfaringskunnskap fra Hammerfest vitner om en økende gjeldssituasjon de siste årene, og da er det særlig forbruksgjeld det er snakk om. Dette danner en ond sirkel hvor forbrukslån fører til nye forbrukslån for å betale ned gamle lån. Nytt gjeldsregister som ble innført i 2019 kan føre til en periode med større problemer for noen individer før det blir bedre, da de ikke kan ta opp nye lån for å redusere gamle lån, og denne måten å «løse» problemet på vil forsvinne. Langsiktig er gjeldsregisteret et veldig viktig tiltak og har vært etterspurt i tiår.

Når individer kommer inn med økonomiske vansker er det viktig med tverrfaglig samarbeid. En ser ofte et overlapp med psykiske lidelser, særlig bipolar lidelse, hvor individer i en manisk fase kan bruke mye penger som de ellers ikke ville brukt. Økonomiske vanskeligheter kan også fremprovosere angst og depresjon, i verste fall føre til selvmord. Det er trolig mørketall rundt dette.

Det er ofte yngre menn som lider av spillavhengighet som kommer for økonomisk rådgivning. Det er også mange som har falt ut av utdanningsforløpet og har lav inntekt.

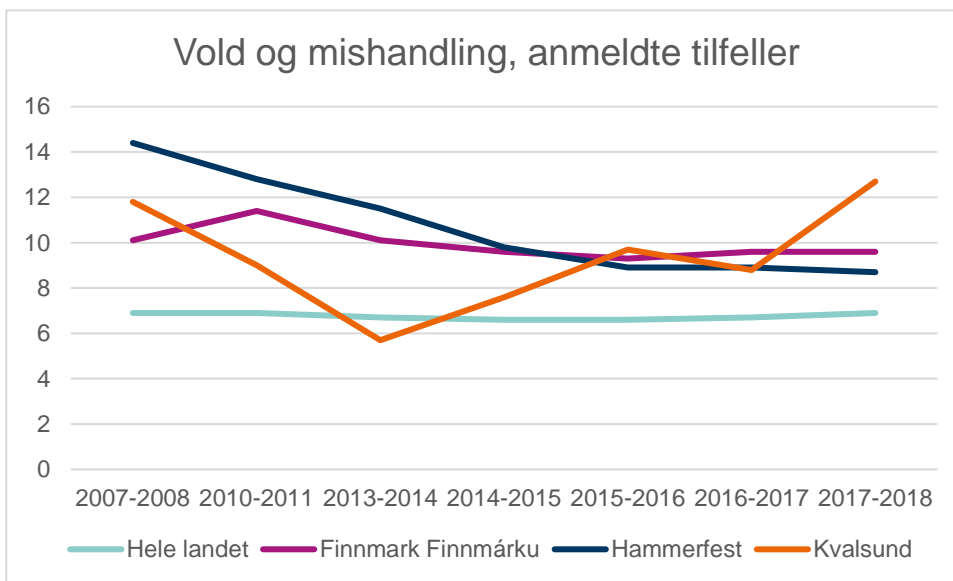
Sosiale medier skaper et falskt bilde av hva andre folk har, hva som gir lykke og hva som er forventet av materielle goder i livet. Dette kan føles som press hos noen og får folk til å ta opp lån som de ikke kan betjene.

Det er viktig å redusere stigma rundt økonomiske vanskeligheter, og det er viktig at barn i familier som har økonomiske utfordringer kan delta på aktiviteter på lik linje med andre barn, det vil si at det er viktig å redusere prisene i SFO, barnehage og fritidsaktiviteter for barn, eventuelt ha friplasser.

Det sees en økonomisk analfabetisme, og det er manglende opplæring i økonomi i skolene.

Erfaringskunnskap tilsier at situasjonen som presentert i media rundt denne utfordringen er underkommunisert.

5.14 Vold og overgrep



Figur 5.20: Oversikt over vold og mishandling, antall per 1000. Kjønn og alder samlet. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

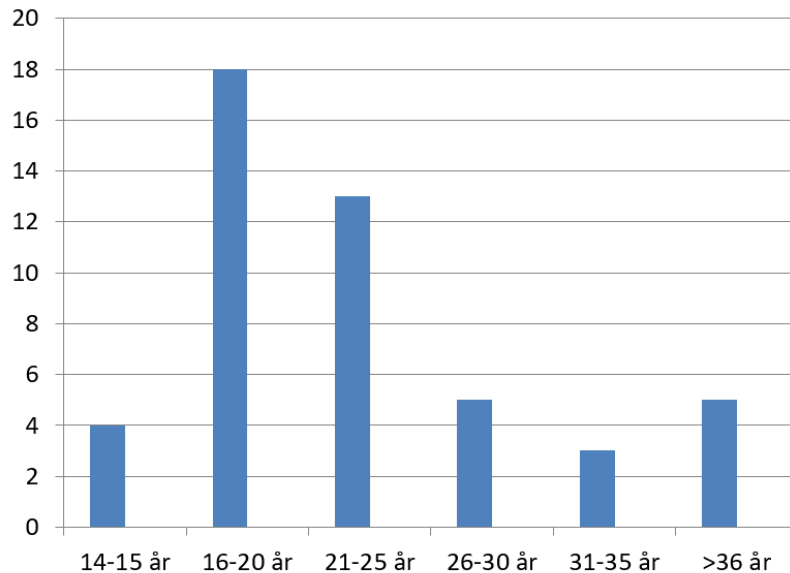
Hammerfest og Kvalsund ligger over landsgjennomsnittet når det kommer til anmeldte tilfeller av vold og mishandling. Det er store variasjoner i tallene fra Kvalsund og reflekterer muligens en mindre populasjon.

Hammerfest legevakt har mottak for vold i nære relasjoner, et tilbud for personer som har vært utsatt for vold fra ektefelle, partner eller andre personer i nær omgangskrets. Legevakten tilbyr akutt medisinsk behandling og sporsikring, fotografering/skadedokumentasjon, rådgivning og videre oppfølging av mulige reaksjoner etter voldstraumet. Ved seksuelle overgrep er det tilsvarende tilbud for hele Vest-Finnmark her i Hammerfest. Overgrepsmottaket er et tilbud for ungdom over 14 år,

kvinner og menn som nylig har vært utsatt for seksuelt overgrep eller vold i nær relasjon. Tilbudet er gratis og åpent hele døgnet. Tilbudet er uavhengig av politianmeldelse.

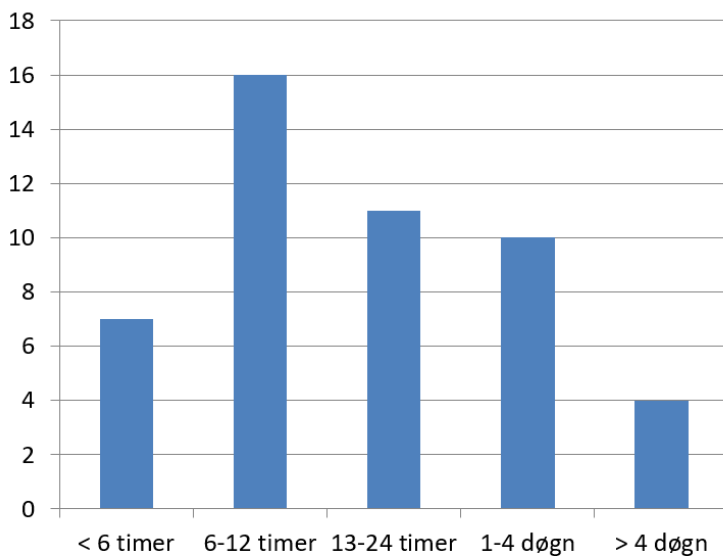
Aldersgrupper 2017-2018

n= 48



Figur 5.21: Aldersfordeling av seksuelle overgrep. Kilde: Volds- og overgrepsmottaket i Hammerfest

Tid fra overgrep til undersøkelse ved mottaket n = 48



Figur 5.22: tid fra overgrep til undersøkelse. Kilde: Volds- og overgrepsmottaket i Hammerfest.

Tallene for seksuelle overgrepssaker 2017-19 er fra hele Vest-Finnmark. Vold i nære relasjoner er fra Hammerfest og Kvalsund. Registrering av vold i nære relasjoner kom i gang i april 2019. I Hammerfest og Kvalsund er det en pool med leger som er trent til å ta imot pasienter som har opplevd vold i nære relasjoner eller seksuelle overgrep.

Pasientgruppen som kontakter vold og overgrepsmottaket for saker som omhandler seksuelle overgrep er stort sett stabil og består av ungdommer og unge voksne. Samtlige er nachspielovergrep, ofte da i forbindelse med rus, ingen overfallsovergrep.

Foreløpige tall for 2019 viser 13 seksuelle overgrep og siden april 2019 er det registrert ni tilfeller av vold i nære relasjoner.

Hammerfest kommune har en handlingsplan for vold i nære relasjoner. Det er et krisesenter i Hammerfest for hele Vest-Finnmark, med ny enhet også for menn. Erfaringskunnskap viser at det er mye overgrep som har skjedd som ikke blir snakket om. Det er et incestsenter i Alta.

Kapittel 6 Helsetilstand

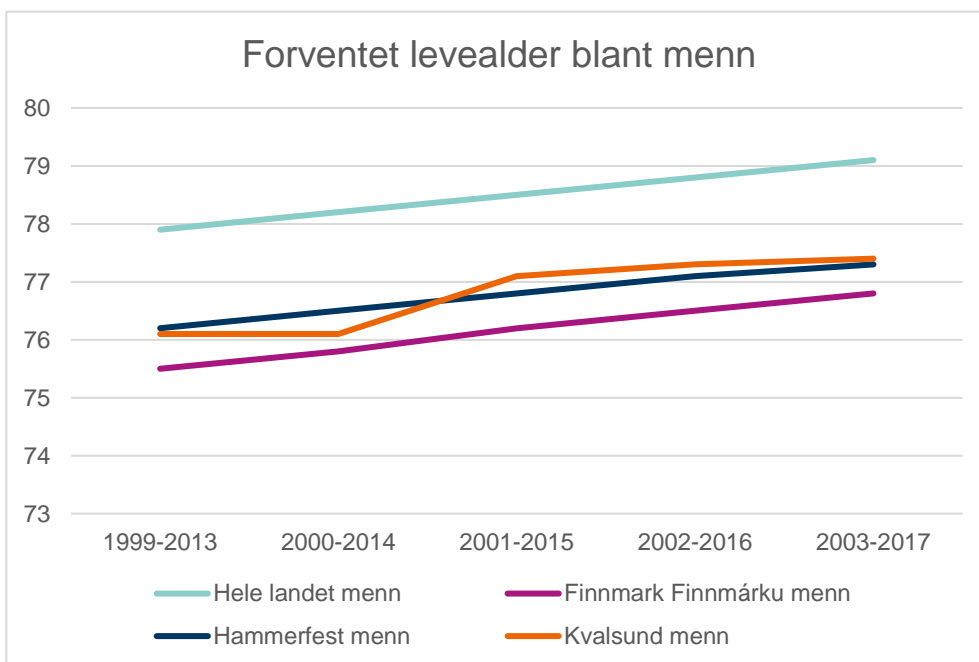
Nøkkelpunkter

- Forventet levealder er under landsgjennomsnittet.
- Levealder følger utdanningsnivå, hvor de med høyere utdanning lever signifikant lengre enn de med grunnskoleutdanning.
- Hammerfest og Kvalsund ligger over landsgjennomsnittet når det kommer til muskel- og skjelettsykdom, KOLS, lungekreft og hjerte-/karsykdom.
- Kvalsund ligger under landsgjennomsnittet når det kommer til dødelighet av kreft, men ikke når det gjelder nye tilfeller av kreft.

6.1 Forventet levealder

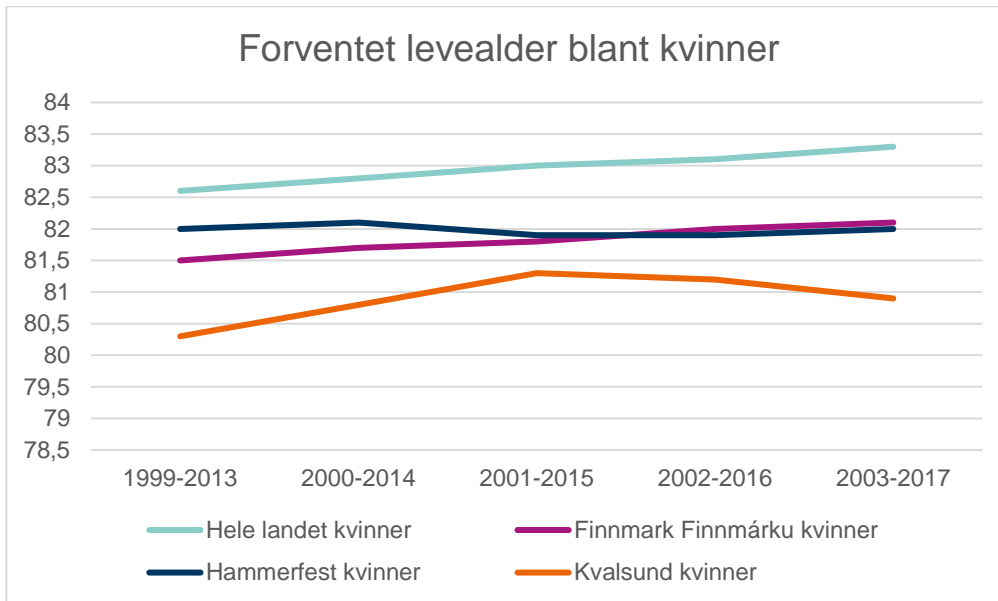
Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. På lands- og fylkesnivå er dette en stabil og pålitelig indikator som gir informasjon om endringer over tid og om forskjeller mellom befolkningsgrupper. Indikatoren er informativ også på kommunenivå, forutsatt at det tas hensyn 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 gruppen med kortere utdanning og lavere inntekt. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.⁵⁰



Figur 6.1: Forventet levealder blant menn. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

⁵⁰ SSB



Figur 6.2: Forventet levealder blant kvinner. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

År		1998-2012	1999-2013	2000-2014	2001-2015	2002-2016
Geografi	Utdanningsnivå					
	Hele landet					
Finnmark	Grunnskole	78,3	78,5	78,6	78,7	78,8
	Videregående eller høyere	83,1	83,3	83,5	83,6	83,8
Finnmarku	Grunnskole	77,5	77,6	77,6	77,8	77,8
	Videregående eller høyere	81,9	82,1	82,4	82,6	82,9
Hammerfest	Grunnskole	77,8	78,1	78,2	78,3	77,9
	Videregående eller høyere	82,7	82,6	82,8	83,1	83,3
Kvalsund	Grunnskole	:	:	:	:	:
	Videregående eller høyere	:	:	:	:	:

Tabell 6.1: Forventet levealder etter utdanning. Kjønn samlet. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Levealder for menn i Hammerfest og Kvalsund ligger under landsgjennomsnittet, men på samme nivå som Finnmark. Levealder for menn har steget i perioden 1990-2017 med ca 1 år. I perioden 2003-2017 var forventet levealder i Norge 79,1. I Hammerfest er den 77,3 år og Kvalsund 77,4 år.

Levealder for kvinner i Hammerfest og Kvalsund ligger også under landsgjennomsnittet, som i perioden 2003-2017 var 83 år, mens i Hammerfest 82 år og Kvalsund 80,9 år. Tallene hos kvinner har vært relativt stabile fra 1990.

Det er en signifikant forskjell i forventet levealder etter utdanningsnivå. I Hammerfest i perioden 2002-2016 er det en forskjell på mer enn fem år mellom de som har gjennomført grunnskole versus de som har gjennomført videregående skole. Dette er rett under landsgjennomsnittet.

Tall fra Kvalsund er anonymisert, men det er kjent at levealder stiger signifikant med høyere utdanning og det er forventet at Kvalsund også følger denne trenden.

For mer informasjon på <https://www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning/levealder/>

6.2 Forekomst av livsstilssykdommer

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 overdødelighet⁵¹. I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer den vanligste årsaken 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 overvekt. Muskel- og skjelettsykdommer er vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status. Risikofaktorene for muskel- og skjelettsykdommer varierer, men fysisk aktivitet og redusert røyking kan sannsynligvis bidra til å forebygge flere av disse tilstandene.

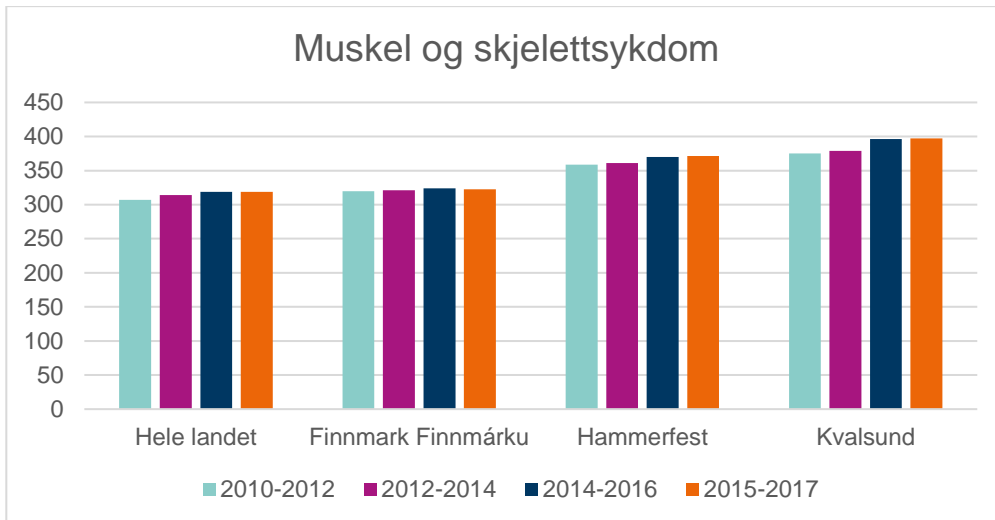
De fleste vil i løpet av livet ha plager eller sykdommer knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Muskel- og skjelettsykdommer er en viktig årsak til redusert helse og nedsatt livskvalitet, og en av de vanligste årsakene til sykefravær og uføretrygd.

Et stort antall hofte-, ryggvirvel- og håndleddsbrudd skyldes osteoporose, og antall brudd er forventet å øke ettersom det blir flere eldre i befolkningen.

År	2010-2012	2012-2014	2014-2016	2015-2017
Hele landet	307,2	314,2	319	318,9
Finnmark Finnmarku	319,8	321,1	324	322,5
Hammerfest	358,5	360,9	370,2	371,2
Kvalsund	375,3	378,7	396,3	397,3

Tabell 6.2: Oversikt over totalt antall symptomdiagnoser og diagnoser innenfor muskel- og skjelettlidelse. Kjønn samlet, aldersgruppen er 0-74år. For muskel- og skjelettsymptomer og -diagnoser er kontakt med fysioterapeut og kiropraktor inkludert. * (ekskl. brudd og skader L01-L29, L70-71 og L82-99)**. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

⁵¹ Lærum, 2013



Figur 6.3: Oversikt over utvikling av muskel- og skjelettsykdom i Hammerfest og Kvalsund. Kjønn samlet. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Muskel- og skjelettsykdom er stigende i hele landet, også i Hammerfest og Kvalsund. Hammerfest og Kvalsund ligger dog en del høyere enn både landsgjennomsnittet og fylkesgjennomsnittet, særlig Kvalsund.

For mer informasjon les <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>

Kreft

For de aller fleste kreftformene øker risikoen kraftig med alderen, og mer enn 85% av krefttilfellene hos kvinner og 90% hos menn oppstår etter 50 årsalder. Testikkelkreft og livmorhalskreft er blant de få kreftformene som opptrer hyppigst i yngre aldersgrupper. Antall krefttilfeller øker og vil fortsette å øke fram mot 2025. Hovedårsakene er økt levealder og større befolkning⁵². Den akkumulerte risiko for å utvikle en kreftform i Norge før fylte 75 år utgjør for kvinner 29,6 % og for menn 36,0%⁵³. Det var over fire ganger så høy forekomst av prostatakreft i 2016 som på 1950-tallet. Antallet tilfeller av føflekkreft øker over hele verden, og vi i Norge er på verdensstoppen. Forekomsten av brystkreft har økt betydelig de siste tiårene, og i 2016 var det dobbelt så mye brystkreft blant norske kvinner som i 1957. Overlevelsen har imidlertid blitt gradvis bedre, og nesten 9 av 10 kvinner som rammes lever fem år etter diagnosen⁵⁴.

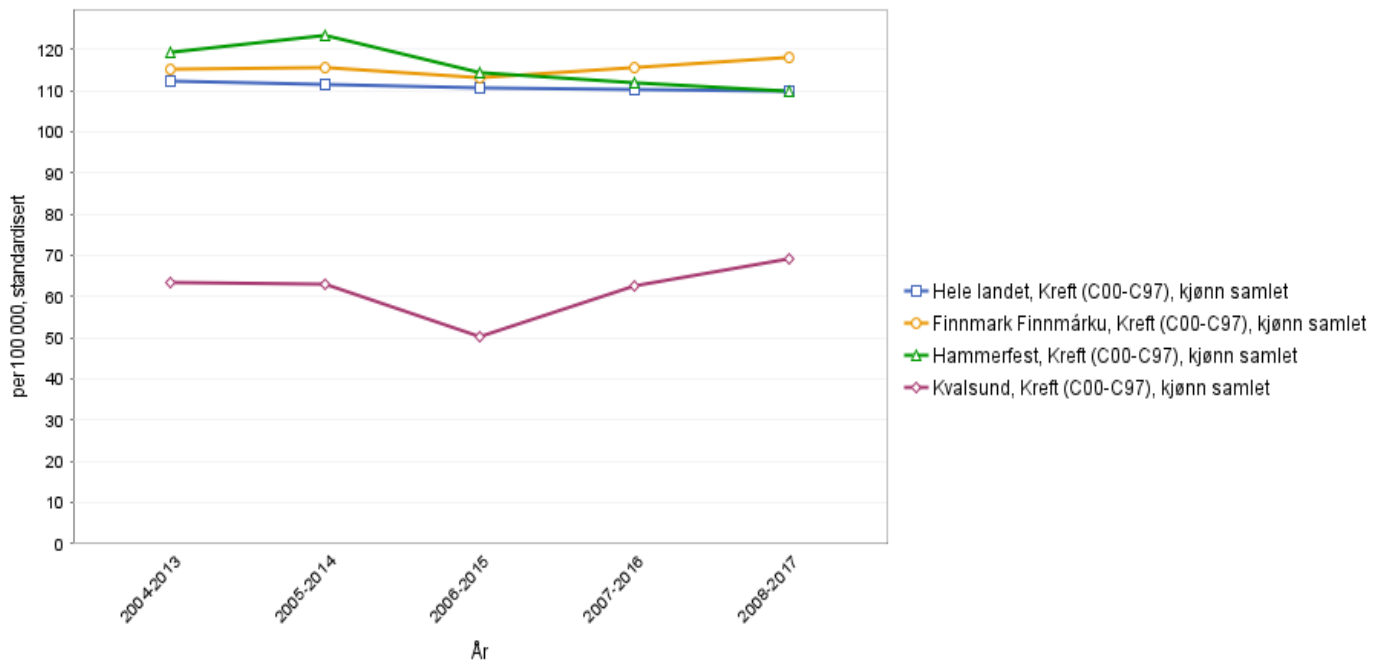
Selv om kreftrisikoen har økt, har dødeligheten av kreft samlet sett vært relativt stabil de siste tiårene. Omtrent 70% av alle kreftpasientene overlever sin kreftsykdom i minst fem år etter at de har fått diagnosen. Lungekreft er den kreftformen som tar flest liv til sammen blant kvinner og menn. For lungekreft er det fremdeles økning i dødeligheten blant kvinner. Dødeligheten er litt høyere for kvinner opp til 60-årsalderen, mye på grunn av brystkreftdødelighet. Etter dette har menn den høyeste dødeligheten, som i hovedsak skyldes prostata- og lungekreft. Totalt sett er dødeligheten av kreft nær 50% høyere blant menn enn kvinner⁵⁵.

⁵² Folkehelseinstituttet

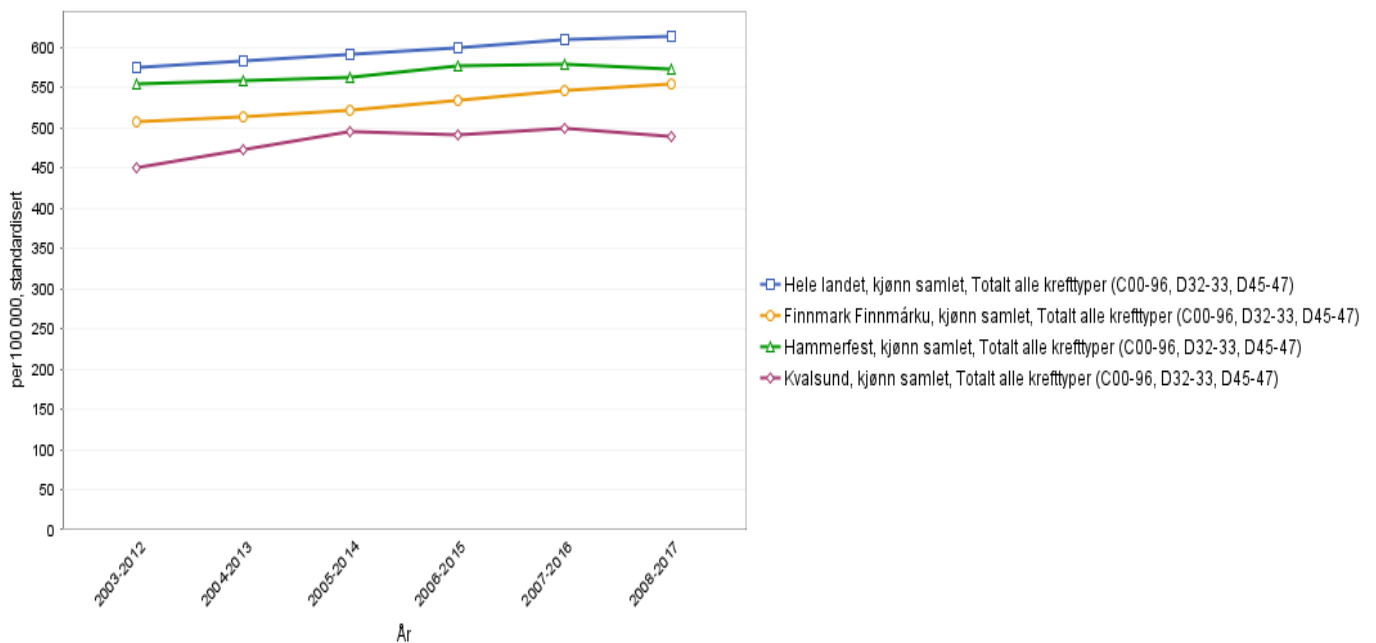
⁵³ Kreftregisteret

⁵⁴ Kreftregisteret

⁵⁵ Folkehelseinstituttet



Figur 6.4: Antall døde i aldersgruppen per 100.000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>



Figur 6.5: Nye tilfeller av kreft per 100.000 innbygger per år. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

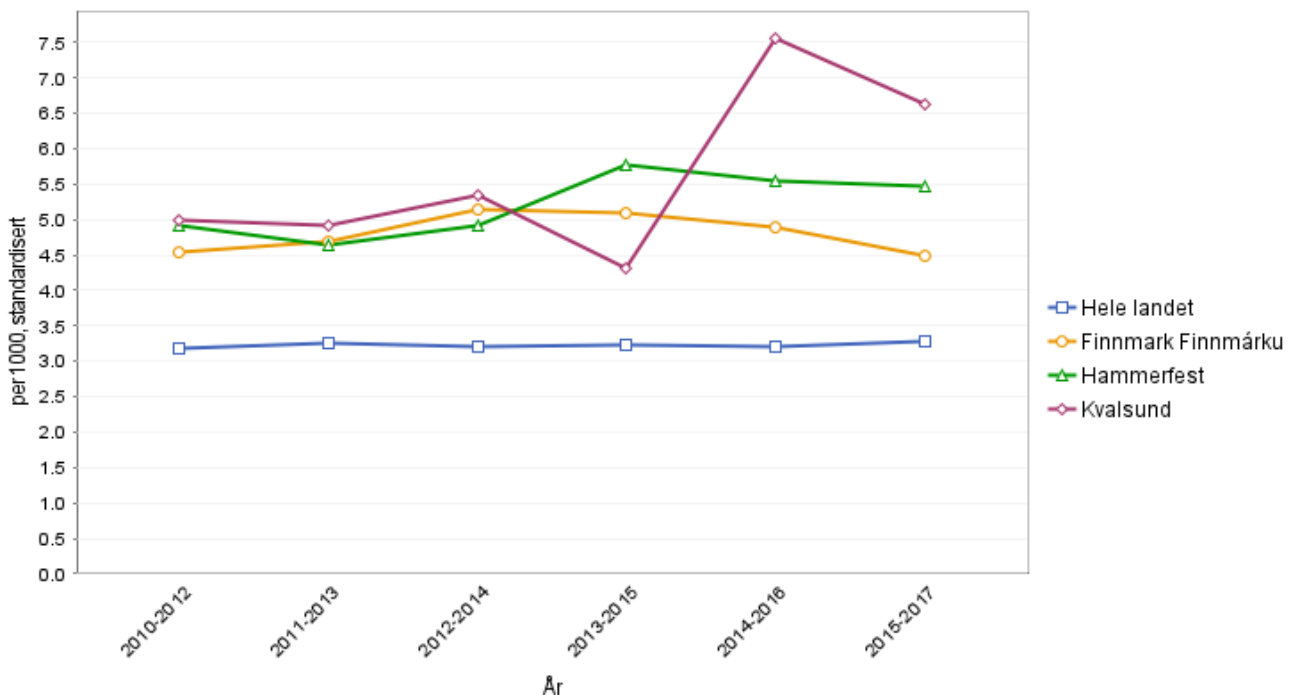
Både Hammerfest og særlig Kvalsund ligger godt under landsgjennomsnittet når det kommer til nye tilfeller av kreft. Per dags dato ligger Kvalsund langt under tilfeller med kreft. Dette kan skyldes høy forekomst av andre alvorlige sykdom som hjerte- og karsykdom og KOLS.

KOLS

Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelse kan gi innsikt i problematikken

rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Sykehusinnleggelser kan i tillegg være en indikator på potensialet for forebyggende innsats. KOLS er en sykdom som kan gi betydelig funksjonsnedsettelse. 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 blant annet kvartsstøv og metallholdige gasser, eller som arbeider i gruver og tunneler, har også økt risiko for KOLS. Det er også mulig at utendørs forurensing, fysisk inaktivitet og kostholds faktorer kan påvirke risikoen, men her er det mangelfull kunnskap⁵⁶.

KOLS-pasienter har økt risiko for å få flere andre sykdommer samtidig⁵⁷. 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^{58, 59}.



Figur 6.6: Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus på grunn av KOLS per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med KOLS, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser tre års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

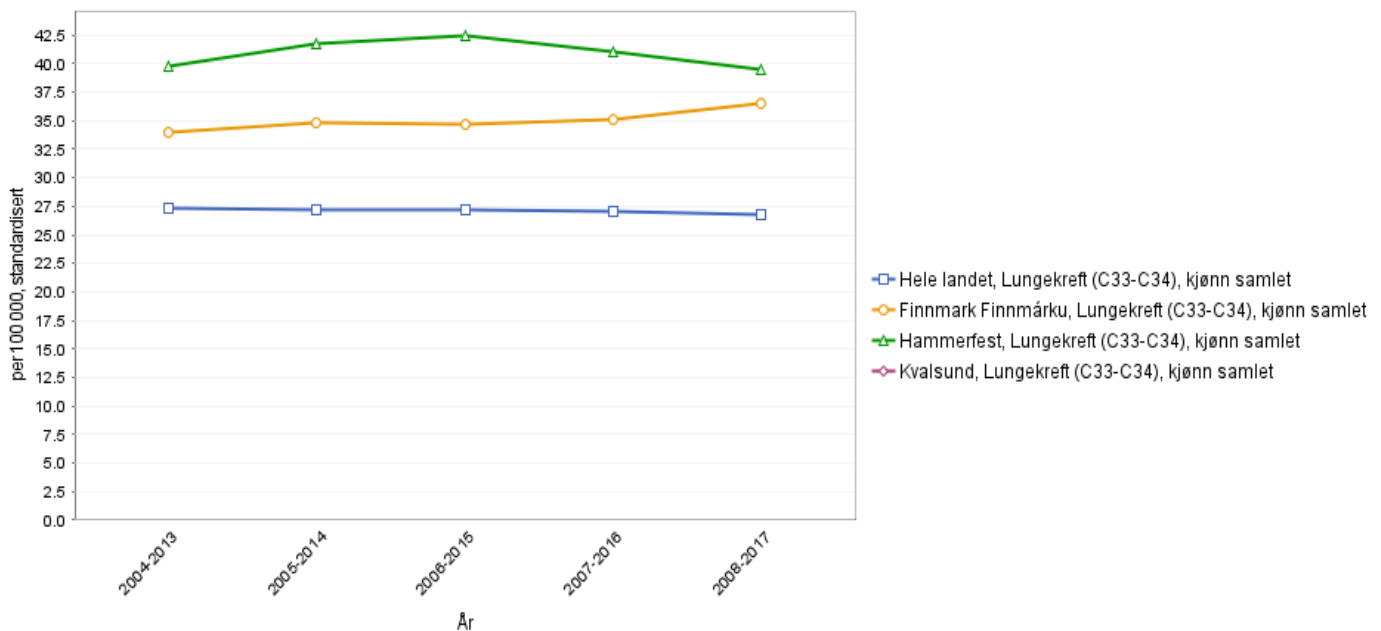
⁵⁶ Bakke, 1991

⁵⁷ Rabe, 2013

⁵⁸ Eagan, 2004

⁵⁹ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/kronisk-obstruktiv-lungesykdom-kols/>

Lungekreft



Figur 6.7 Antall individer med lungekreft, kjønn samlet. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Hammerfest ligger særdeles høyt over landsgjennomsnittet på antall med lungekreft. Kvalsund er her anonymisert. Dette er en refleksjon over tidligere røykevaner og reflekterer ikke nødvendigvis røykestatus i dagens samfunn, men røykestatus for 20-40 år siden. Det er usikkert hvor mange som dør av lungekreft i Kvalsund da tall er anonymisert.

For mer informasjon: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/kronisk-obstruktiv-lungesykdom-kols/>

Hjerte- og karsykdom

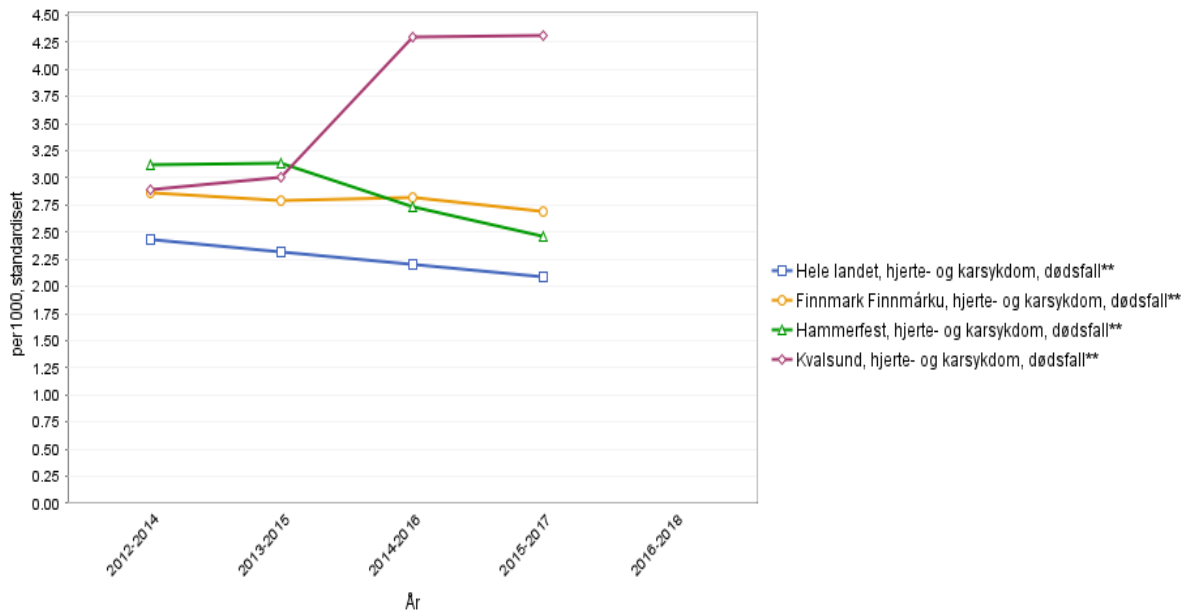
- 40.000 behandles årlig i spesialisthelsetjenesten for hjertekrampe og hjerteinfarkt, 16.000 for hjertesvikt og 11.000 for hjerneslag.
- 21% av hele befolkningen lever i dag med etablert hjerte- og karsykdom eller har høy risiko for slik sykdom. Om lag 1,1 million nordmenn bruker legemidler for å forebygge eller behandle hjerte- og karsykdom.
- Årlig antall førstegangsinfarkt per 100.000 innbyggere går ned. Av de som rammes er det færre som får et alvorlig infarkt.
- Nedgang i røyking og bedre behandling forklarer en stor del av nedgangen i antallet førstegangsinfarkter.
- I grupper med lav utdanning er det en høyere andel som rammes av hjerteinfarkt enn i grupper med høyere utdanning.
- Dødsfall som følge av hjerte- og karsykdom skjøvet til høyere aldersgrupper. Halvparten av dødsfallene blant menn er etter 83 års alder og kvinner etter 89 år.
- Antall personer med hjerte- og karsykdom vil øke i årene framover.⁶⁰

Det finnes mange hjerte-/karsykdommer med forskjellige årsaker og risikoprofiler. I Norge er hjerneslag, hjerteinfarkt, høyt blodtrykk, hjertesvikt og angina pectoris de vanligste. Dødeligheten av hjerte-/karsykdom synker, men det er fremdeles den sykdomsgruppen som fører til flest dødsfall i Norge, og forårsaker en av tre dødsfall. Med 3.100 dødelige hjerneslag og 3.100 dødelige hjerteinfarkt hvert år, betyr dette at ni nordmenn dør av hjerneslag og ni nordmenn av hjerteinfarkt

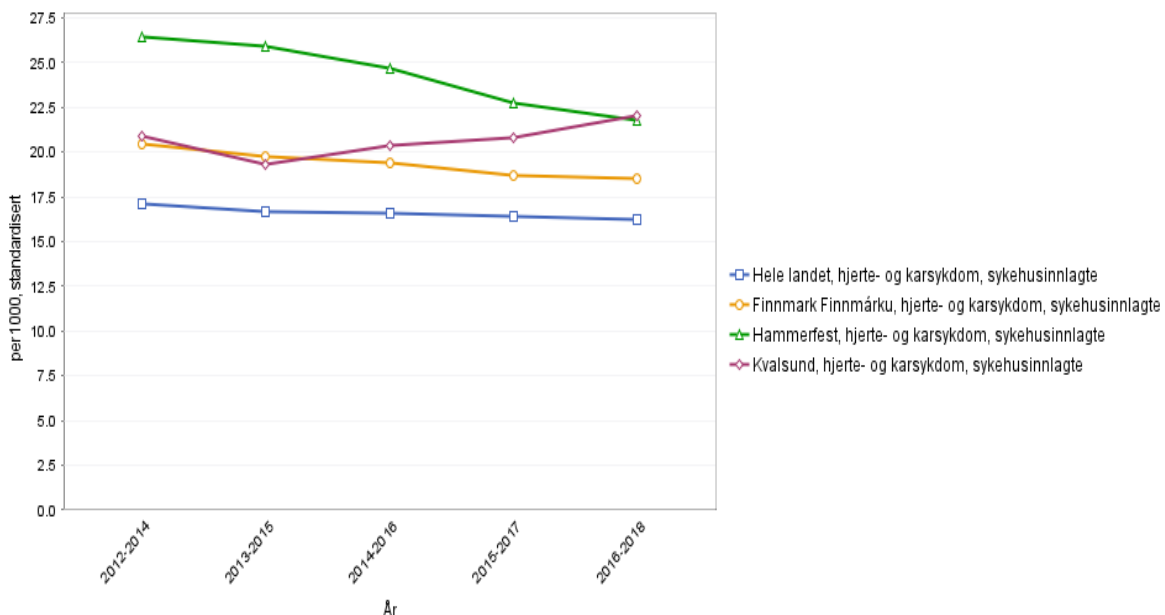
⁶⁰ www.fhi.no

hver dag⁶¹. Risikofaktorer for hjerte-/karsykdom er overvekt, mangel på fysisk aktivitet, diabetes, ugunstig kosthold, arvelig belastning, høyt kolesterol, høyt blodtrykk, røyking og alkohol.

I 2016 var om lag 515.000 personer i alderen 0–74 år i kontakt med fastlege eller legevakt grunnet hjerte- og karsykdom⁶². Samme år ble litt under 40.000 pasienter innlagt i sykehus eller mottok poliklinisk behandling med hoveddiagnosen hjerteinfarkt eller angina pectoris (hjertekrampe). Av disse hadde 11.401 pasienter akutt hjerteinfarkt, viser tall fra Hjerte- og karregisteret.



Figur 6.8: Dødelighet av hjerte- og karsykdom. Kjønn og alder samlet. Tall fra 2016-2018 mangler. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>



Figur 6.9: Antall sykehusinnleggelses grunnet hjerte og karsykdom. Kjønn og alder samlet. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

⁶¹ NTNU - Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

⁶² KUHR- Kontroll og utbetaling av helserefusjoner

Tallene over dødelighet av hjerte- og karsykdom viser at Hammerfest er over landsgjennomsnittet, men under Finnmark. Tallene over dødelighet har falt noe de siste årene. Kvalsund derimot ligger dobbelt så høyt som landsgjennomsnittet og har steget de siste årene. Da Kvalsund er en liten kommune og tallene er hentet fra en relativ kort tidsperiode kan dette være grunnet årlige variasjoner. Tall over antall sykehusinnleggelses grunnet hjerte og karsykdom i både Hammerfest og Kvalsund ligger over landsgjennomsnittet. Hammerfest har hatt en reduksjon de siste årene, mens i Kvalsund sees en lett økning.

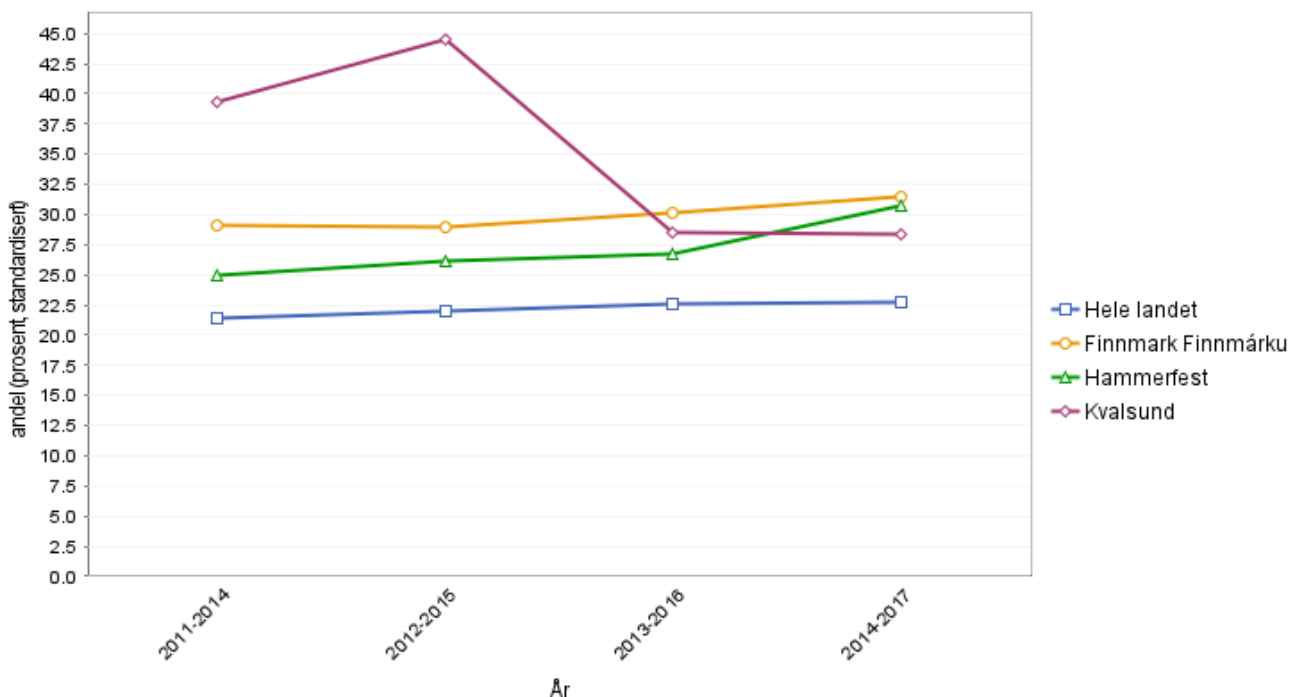
For mer informasjon: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>

Overvekt og fedme

Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser. Det er ingen klar grense for når sykdomsrisikoen øker eller faller, overgangene er glidende.

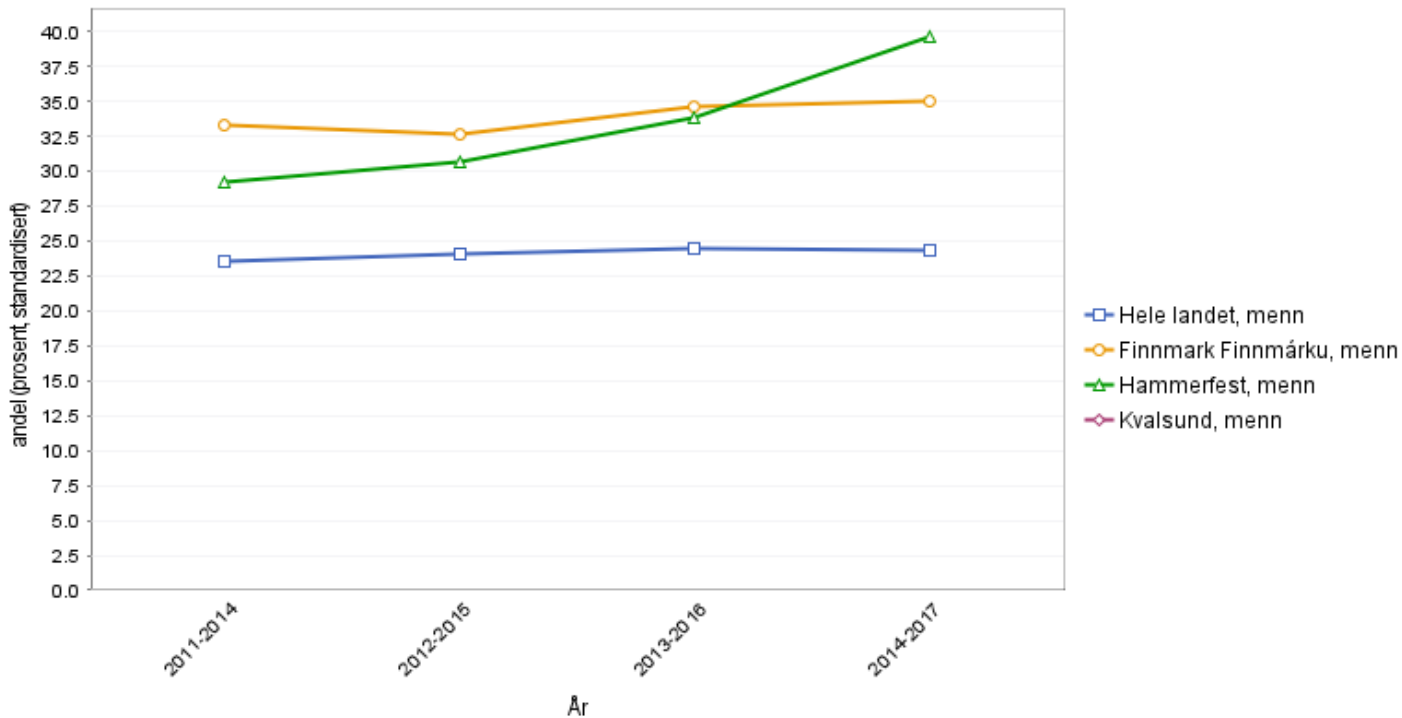
Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning. Tiltak som kan påvirke mat- og aktivitetsvaner vil være av særlig betydning. Tiltak på samfunnsnivå kan nå flere og være mer effektive enn kun å appellere til enkeltpersoner om å holde vekten under kontroll.

Fysisk aktivitet, særlig dagliglivets aktiviteter har sunket, og vi har nå et energiinntak (kaloriinntak) som ikke er tilpasset dette. I en situasjon med redusert aktivitetsnivå og stor tilgang på energitette matvarer er det lett å utvikle overvekt. Hos den enkelte personen vil også arvelige og psykiske faktorer spille en rolle.⁶³

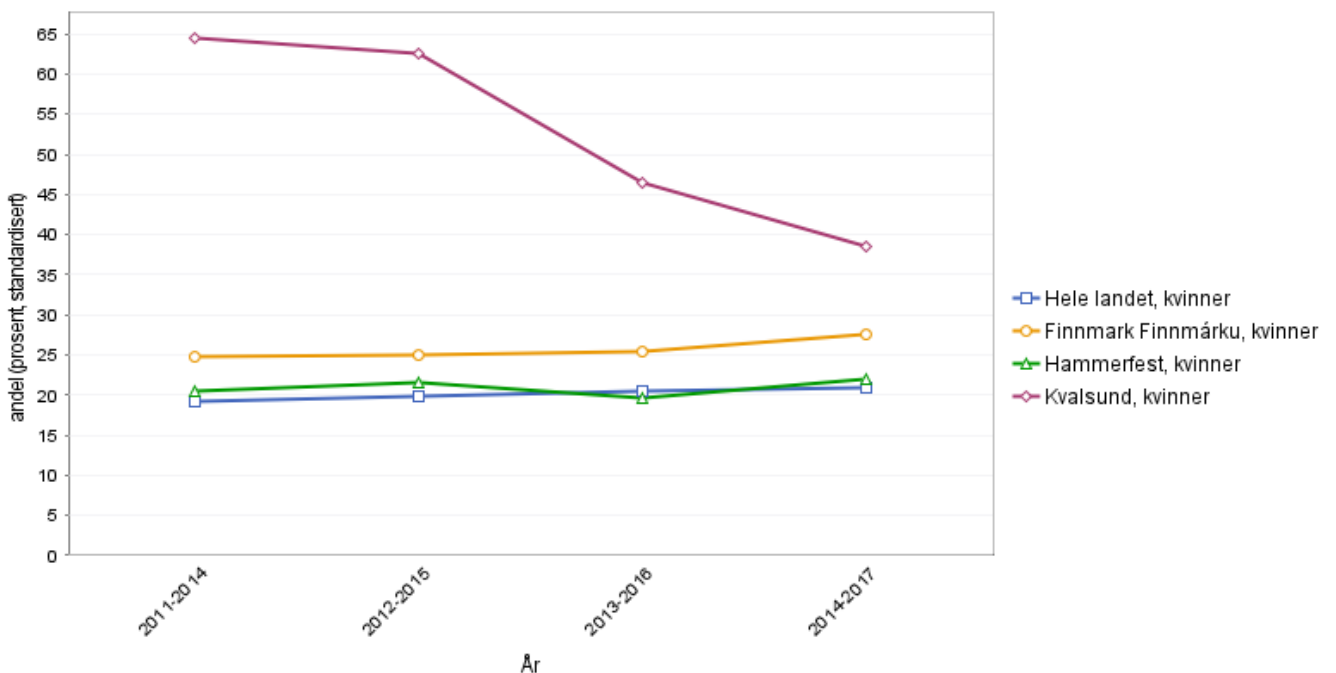


Figur 6.10: Andel gutter og jenter med overvekt (dvs. KMI tilsvarende 25-29,9 kg/m²), fedme (dvs. KMI tilsvarende over eller lik 30 kg/m²) eller overvekt inkludert fedme (dvs. KMI tilsvarende over eller lik 25 kg/m²), i prosent av alle som oppga høyde og vekt i den nettbaserte sesjon 1. Statistikken viser 4 års gjennomsnitt. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

⁶³ Kilde: www.fhi.no



Figur 6.11: overvekt og fedme hos menn ved sesjon. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

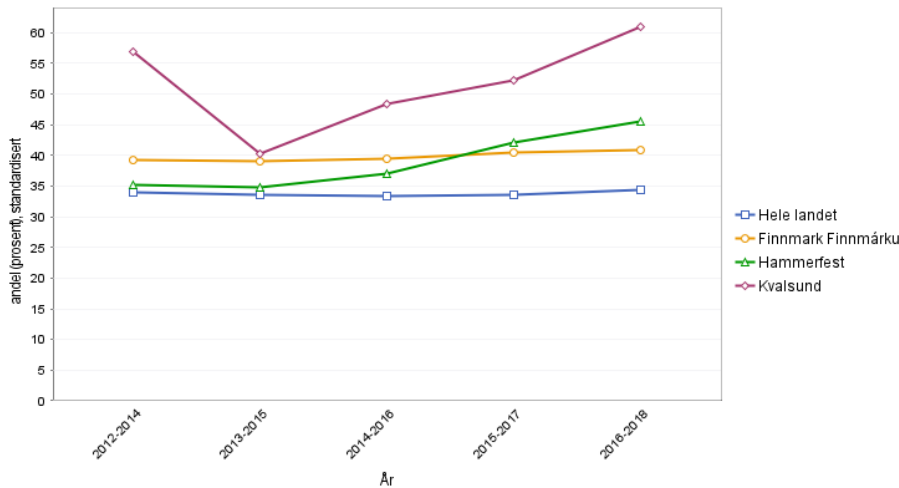


Figur 6.12: overvekt og fedme hos kvinner ved sesjon. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Samlet ser vi at kvinner og menn i Hammerfest og Kvalsund ligger godt over landsgjennomsnittet ved innveiling til sesjon. Hvis vi ser på kjønn separat ligger menn i Hammerfest høyt over gjennomsnittet, og kvinner i Kvalsund ligger veldig høyt over gjennomsnittet. Tallene for overvektige kvinner i Kvalsund ligger nesten dobbelt så høyt som i resten av landet. Kvinner i Hammerfest ligger rundt landsgjennomsnittet. Menn i Kvalsund er anonymisert grunnet lavt antall. Tallene for overvektige menn i Hammerfest ligger nesten dobbelt så høyt som i resten av landet.

For mer informasjon gå til <https://www.fhi.no/fp/overvekt/overvekt-og-fedme-hos-voksne/>

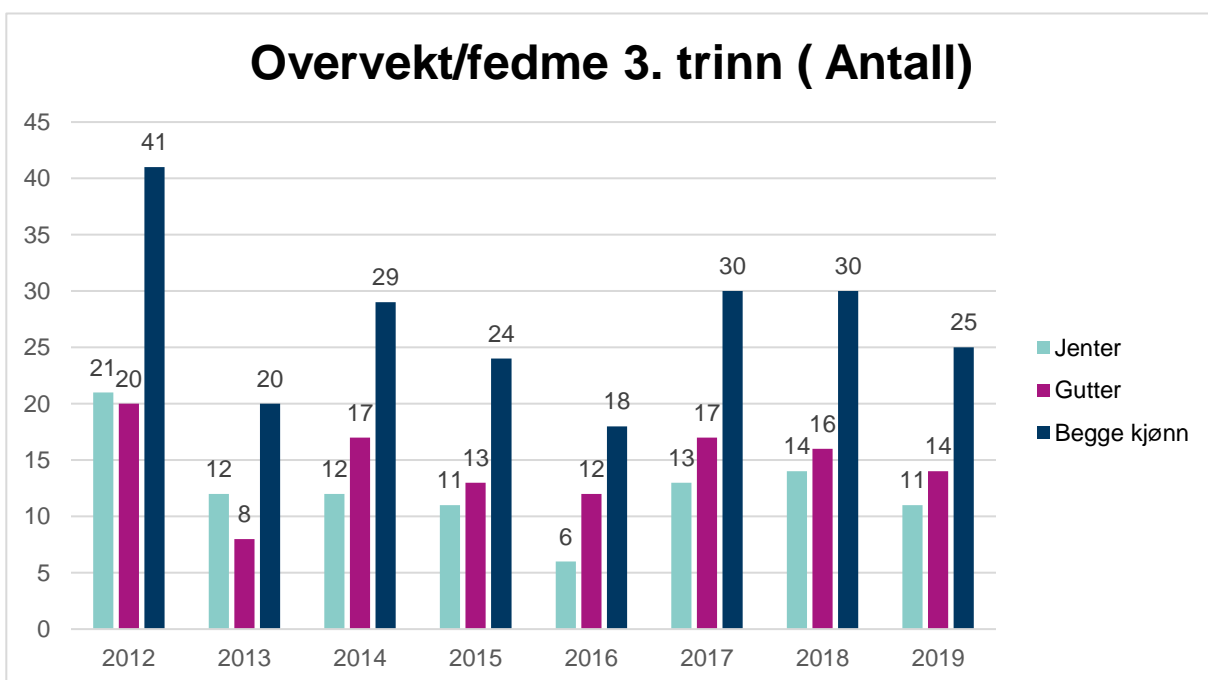
Overvekt blant gravide ved første svangerskapskontroll kan være en indikator på overvekt i befolkningen. Tallene på overvekt blant gravide brukes derfor i denne sammenhengen til å gi informasjon om overvekt generelt i befolkningen, ettersom det er begrenset med data på dette området. Overvekt og fedme blant gravide er også noe som har store helsemessige konsekvenser både kortsiktig og langsiktig for mor og barn.



Figur 6.13 Kvinner ved første svangerskapskontroll. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Tallene for Kvalsund ligger dobbelt så høyt som landsgjennomsnittet. Disse målingene viser også at kvinner i Hammerfest ligger over landsgjennomsnittet, hvor landsgjennomsnittet ligger på 34% i 2016-18, mens Hammerfest ligger på 46% og Kvalsund på 61%. Både i Hammerfest og Kvalsund har det vært en økning de siste årene.

Høyde og vekt i 3.klasse i Hammerfest



Figur 6.14 Overvekt/fedme i 3. trinn i Hammerfest. Antall elever. Kilde: Hammerfest helsestasjon

Registreringen av overvekt og fedme i 3. klasse startet i 2012, så det finnes ingen tidligere tall enn dette. Erfaringskunnskap tilsier at situasjonen var lignende som status 2012 før registreringen begynte. Helsestasjon har hatt et økt fokus på forebygging av overvekt og fedme etter at kommunen i 2005-06 var med i forprosjektet til et prosjekt kalt Aktivitetsskolen, og siden deltakerkommune i selve prosjektet.

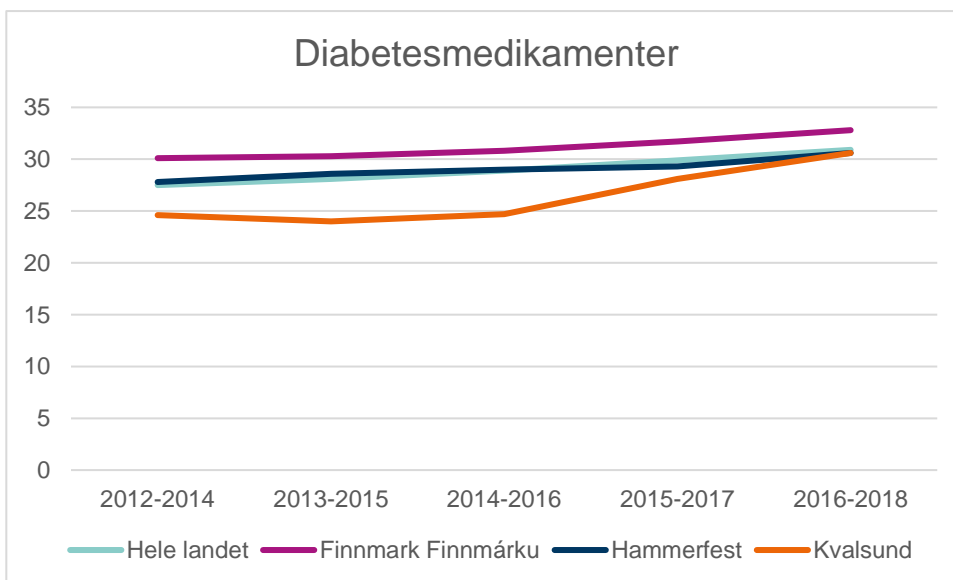
Det er ikke noen gode forklaringer på svingningene og det kan skyldes variasjoner i årskullene. Det observeres imidlertid at det er flere elever som har gått ned og/eller har stabilisert vekten sin innenfor gruppen med overvekt. Antall elever med fedme har imidlertid vært mer stabil på 6-8, mens det i år var bare to.

Erfaringskunnskap per i dag for barn under skolealder, er at det også her en viss andel barn har ekstra oppfølging på grunn høy kroppsmasseindeks (KMI). Det finnes ingen tilsvarende registrering i Kvalsund.

Diabetes

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 aktivitet⁶⁴. Røyking er også en risikofaktor for å utvikle diabetes. 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. I underkant av 230.000 har diabetes i Norge i dag. 28.000 av disse har diabetes type 1, mens rundt 200.000 er diagnostisert med diabetes type 2. I tillegg kommer et stort antall som har diabetes type 2 uten å vite om det. Det er sosioøkonomiske og geografiske forskjeller i forekomst av diabetes type 2.⁶⁵

Diabetes er en kronisk metabolsk sykdom som over lengre tid fører til komplikasjoner i hud, øye, nyre og nervesystemet. I tillegg predisponerer den for mange andre sykdommer, som for eksempel hjerte-/karsykdom, eksisterer ofte med andre sykdommer og vanskeligjør behandlingen av disse.



Figur 6.15: Oversikt over antall individer per 1000 som har tatt ut diabetesmedikamenter. Alle aldre, begge kjønn.
Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

⁶⁴ FHI, folkehelse rapporten

⁶⁵ Diabetesforbundet

Hammerfest og Kvalsund ligger på landsgjennomsnittet når det kommer til bruk av diabetesmedikamenter. Dette inkluderer bruk av insulin, som er behandling både for diabetes type 1 og langtkommet diabetes type 2. Både i Kvalsund og Hammerfest sees det en vekst i medisiner brukt til diabetesbehandling fra 2012 til 2018. Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men det kan likevel være en indikator på forekomst av enkelte sykdommer. Bruk av legemidler kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen.⁶⁶

Psykisk sykdom

Arveligheten for psykiske plager, depresjon, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser er forholdsvis moderat. Det betyr at miljøforhold samlet er 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.

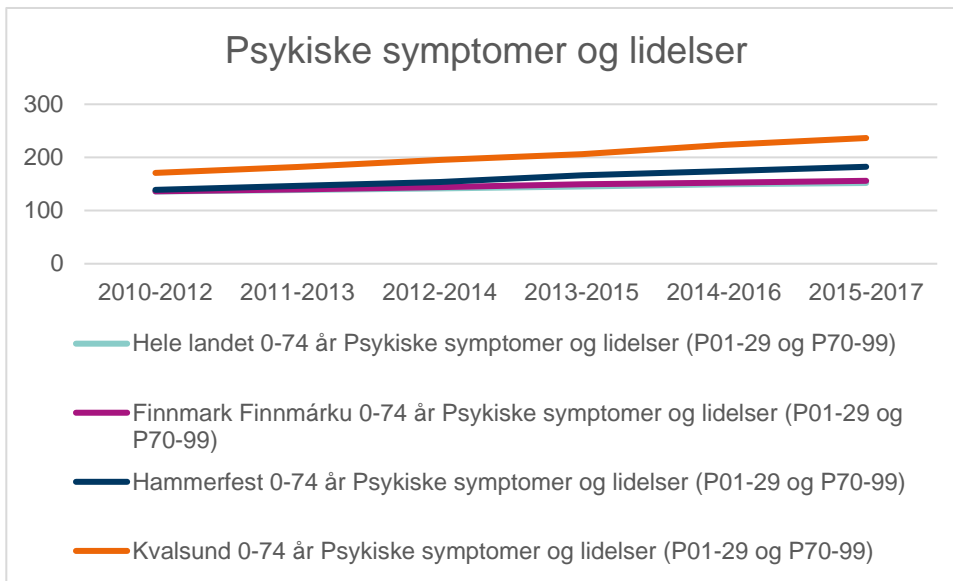
For de fleste er symptomer på psykiske lidelser forbigående, men for noen blir de varige. Om psykiske problemer øker blant unge, gir forskningen ingen entydige svar på. Det er likevel flere studier som tyder på en økning i depressive symptomer blant jenter. Det har dessuten vært en klar økning i angst- og depresjonslidelser som begrunnelse for uføretrygd blant unge. Generelt er depresjon og angst de vanligste plagene blant ungdom. Jenter er mer plaget og oppsøker oftere hjelp enn gutter. Konfliktfylte forhold i hjemmet og liten grad av sosial støtte øker risikoen for slike lidelser. Flere undersøkelser viser også en klar sammenheng mellom mobbing og dårlig psykisk helse.

Det er flere andre kjente faktorer enn de som er nevnt ovenfor. 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. I forlengelsen av dette kommer at personer som lever i et parforhold, har bedre psykisk helse enn enslige. Blant personer med en partner er det svært viktig for den psykiske helsen at forholdet til partneren oppleves som godt og nært. 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. Vanlige eksempler på vedvarende belastninger er langvarige problemer med barna, eller alvorlige økonomiske problemer. Likeledes er arbeidsledighet en viktig risikofaktor.

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. Dårlig mestring og lav selvfølelse kan som regel observeres hos mennesker med angst- eller depresjonslidelse. Det er likevel uenighet om i hvilken grad manglende opplevelse av mestring kan forstås som en sentral

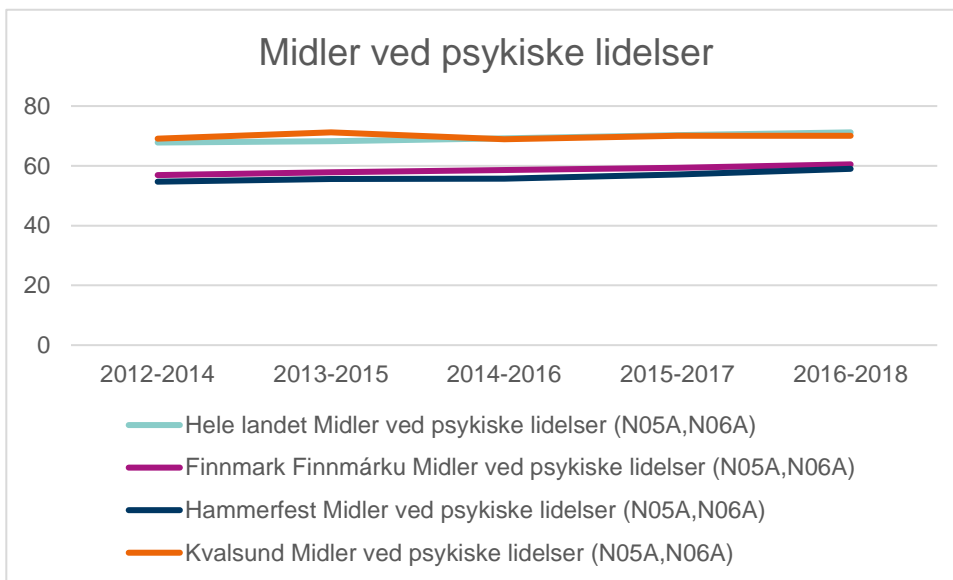
⁶⁶ <http://khs.fhi.no/webview/>

årsaksfaktor. Kanskje bør vi snarere oppfatte manglende mestring og mestringsfølelse som en viktig del av symptom bildet enn som årsaker til symptomene.⁶⁷



Figur 6.16: Antall personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år grunnet psykiske symptomer og lidelser. Alle kontakttypene er inkludert. 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/webview/>

For mer informasjon: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/risiko--og-beskyttelsesfaktorer-for/>

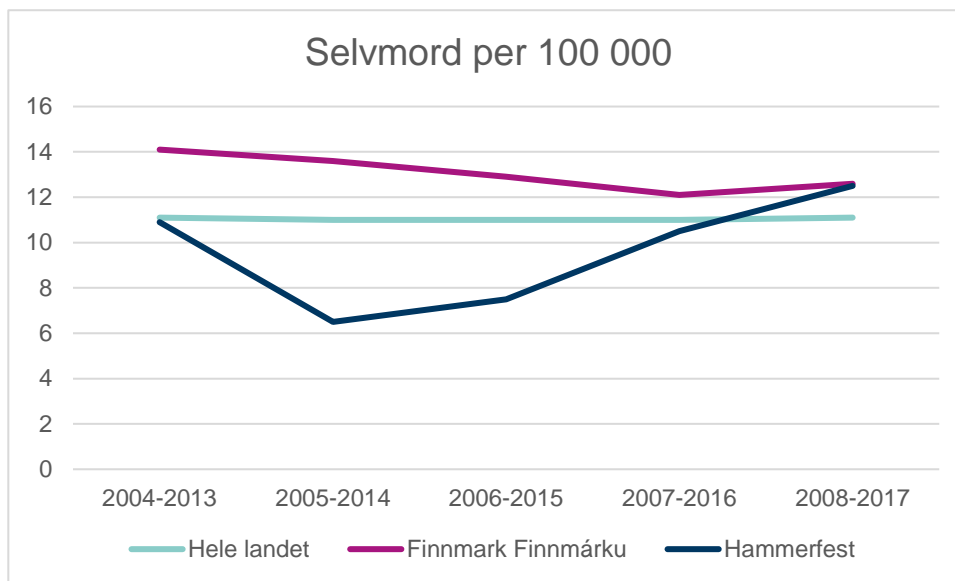


Figur 6.17: Midler ved psykiske lidelser. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

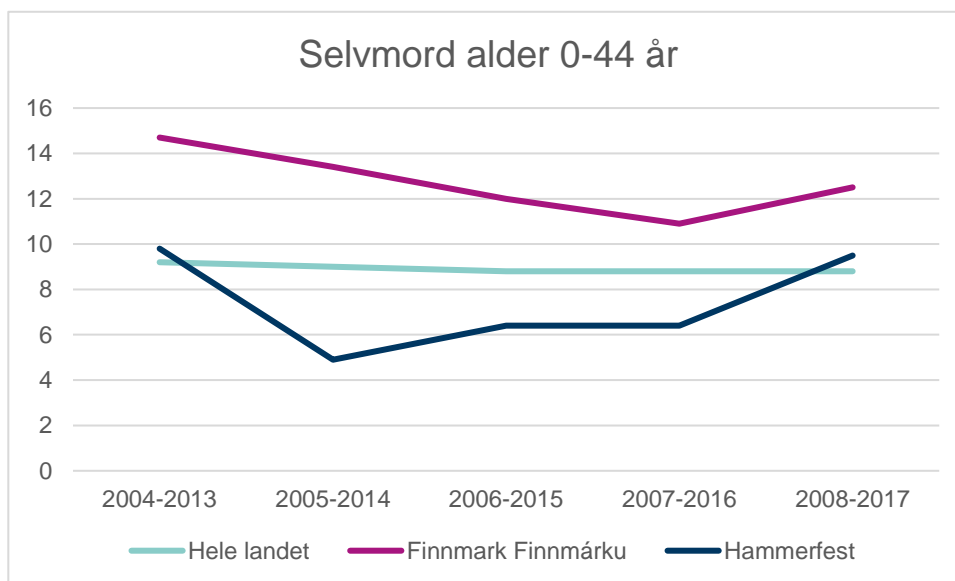
Kvalsund ligger over landsgjennomsnittet, mens Hammerfest ligger under landsgjennomsnittet. Dette til tross for at begge ligger over gjennomsnittet når det kommer til psykiske lidelser. Det er usikkert hvorfor det er sånn.

⁶⁷ www.fhi.no

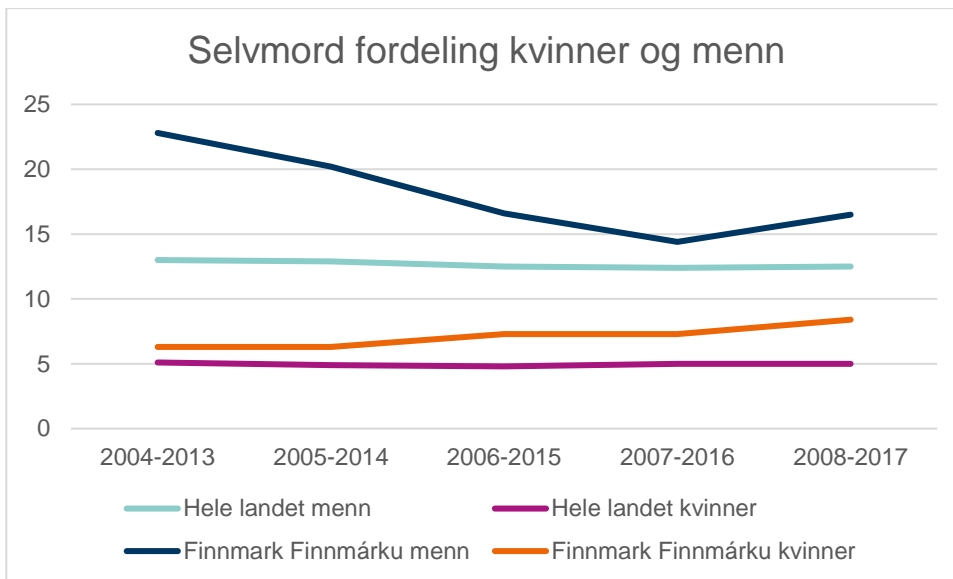
Selvord



Figur 6.18: Selvmord per 100.000. Kvalsund anonymisert. Kjønn samlet. Alder 0-74 år. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>



Figur 6.19: Selvmord per 100.000. Kvalsund anonymisert. Kjønn samlet. Alder 0-44 år. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>



Figur 6.20: Selvmord per 100.000. Kvalsund og Hammerfest anonymisert. Fordeling av kvinner og menn. Alder 0-44 år. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

Finnmark ligger høyt over landsgjennomsnittet for selvmord. Hammerfest har ligget under en stund, men har steget og ligger nå over landsgjennomsnittet både i alle aldersgrupper og aldersgruppen 0-44 år. Finnmark ligger over landsgjennomsnittet både blant kvinner og menn. Menn tar i større grad livet sitt, mens det er flere selvmordsforsøk blant kvinner.

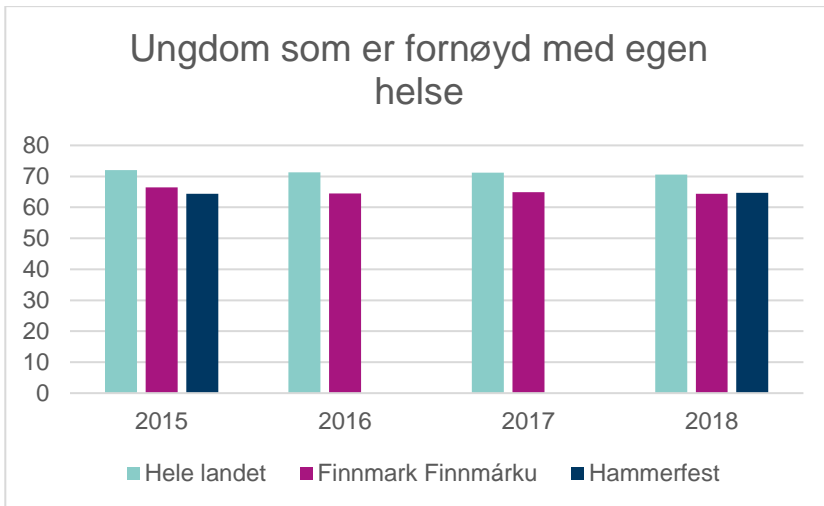
Selvskading

Erfaringskunnskap viser at helsesykepleiere og utekontakt treffer på ungdom som risper/skader seg selv, men det finnes ikke noen tall eller statistikk på det. Da blir det initiert til foreldresamarbeid, tverrfaglig samarbeid og henvisning der det er aktuelt.

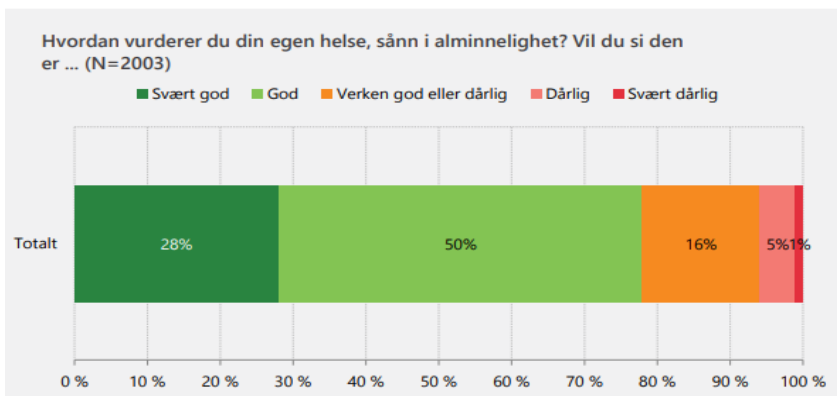
6.3 Trivsel, mestringsnivå og selvpålevd helse

Egenvurdert helse er en viktig indikator for sykkelighet og bruk av helsetjenester, og anvendes til å overvåke befolkningens helsestatus over tid. De aller fleste har en positiv innstilling til egen helse, litt flere unge enn eldre vurderer sin egen helse som god. Livsstilsvaner etableres ofte i ungdomsårene og kan ha betydning for helse både i ungdomstiden og senere i livet, det er generelt større fokus på helse i dag enn tidligere.⁶⁸

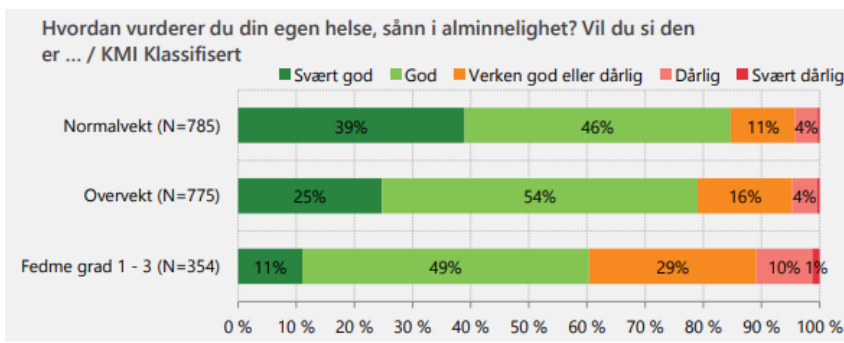
⁶⁸ <http://ungdata.no/Helse-og-trivsel/Fornoevd-med-helse>



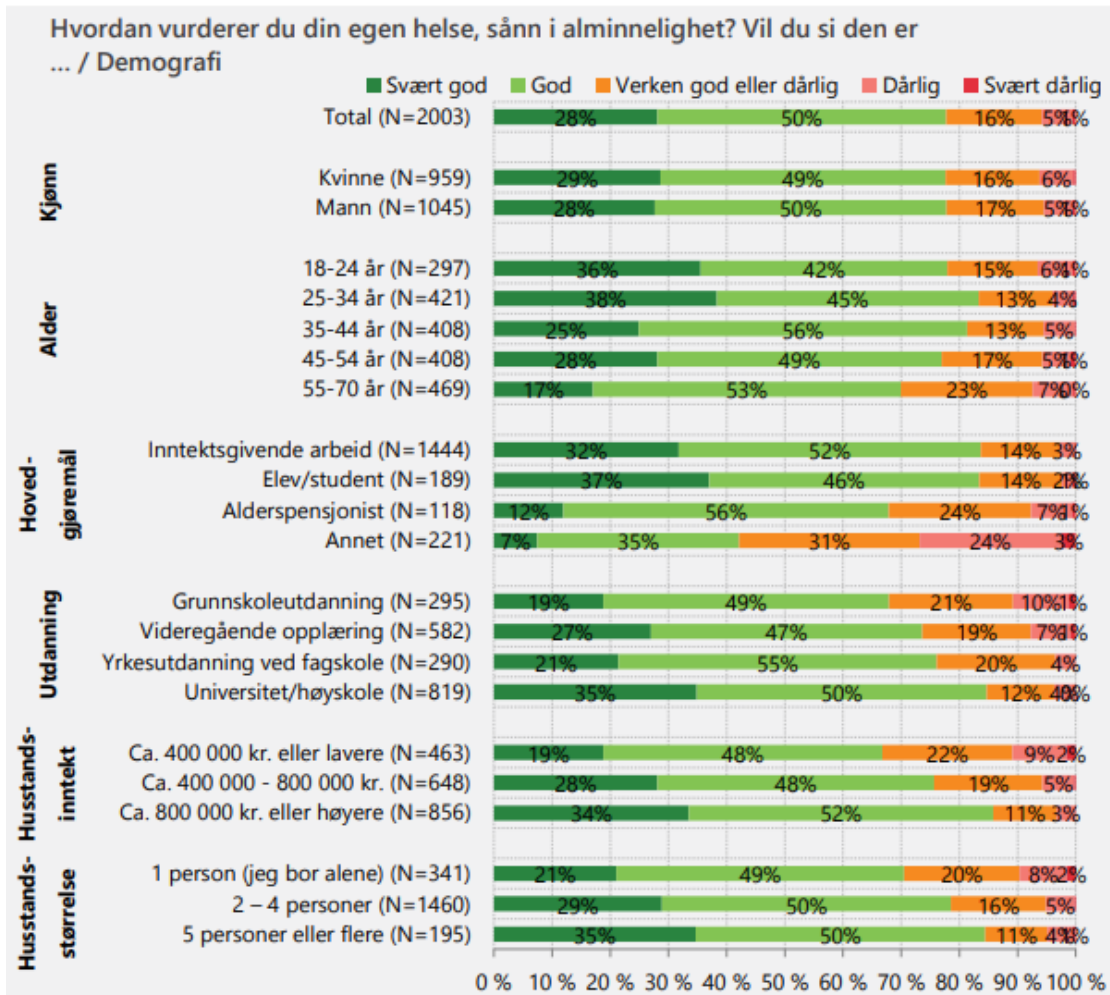
Figur 6.21: Andel ungdom som er fornøyd med egen helse. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>



Figur 6.22: Vurdering av egen helse. Kjønn samlet. Kilde: Levekårsundersøkelsen for Hammerfest 2016

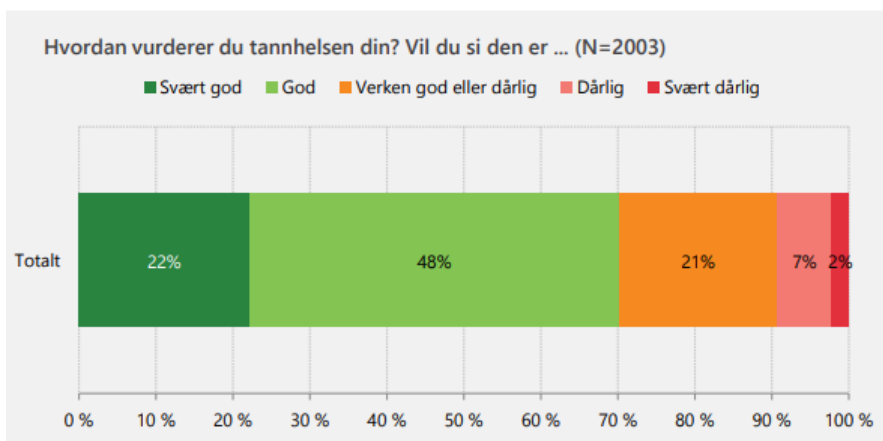


Figur 6.24: Egenvurdering av vekt. Kjønn samlet. Kilde: Levekårsundersøkelsen for Hammerfest 2016

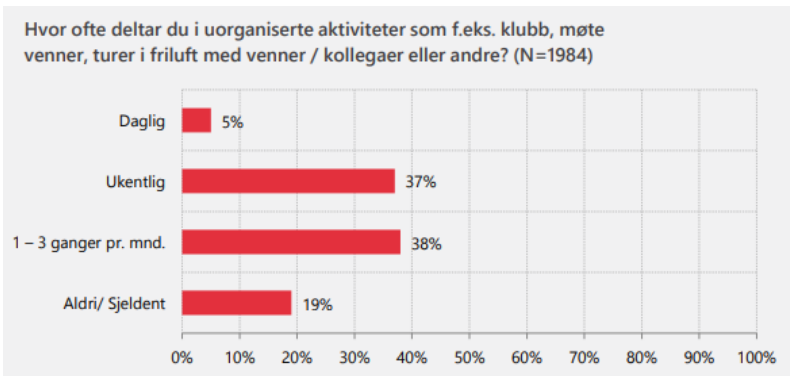


Figur 6.23: Demografi av egenvurdering av helsen. Kjønn samlet. Kilde: Levekårsundersøkelsen for Hammerfest 2016

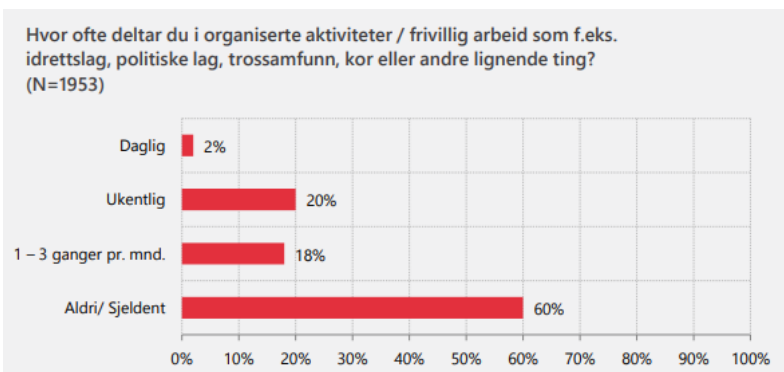
Hele 78% vurderer sin helsetilstand som god eller svært god. Landsgjennomsnittet er på 79%. De med høyest inntekt vurderer sin egen helsetilstand i signifikant større grad som god eller svært god sammenlignet med husstander med inntekt på 400.000 eller lavere. Det samme gjelder de som bor i en husstand med flere personer, mot de som bor alene. En annen viktig faktor er at de som mosjonerer minimum en gang i uken vurderer sin helsetilstand med signifikant bedre enn de som mosjonerer mindre enn en gang i uken eller nesten aldri. 68% av befolkningen vurderer tannhelsen sin til å være god eller svært god, mens 9% vurderer den til å være dårlig eller svært dårlig.



Figur 6.25: Egenvurdering av tannhelsen. Kjønn samlet. Kilde: Levekårsundersøkelsen for Hammerfest 2016



Figur 6.26: Deltagelse i uorganiserte aktiviteter. Kjønn samlet. Kilde: Levekårsundersøkelsen for Hammerfest 2016

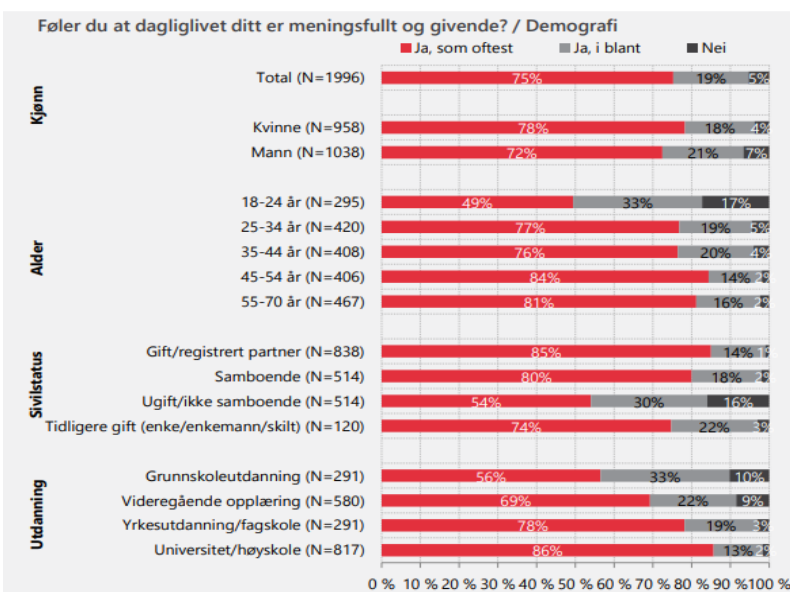


Figur 6.27: deltagelse i organiserte aktiviteter. Kjønn samlet. Kilde: Levekårsundersøkelsen for Hammerfest 2016

60% rapporterer å aldri eller sjeldent være med på organisert aktivitet, og 19% rapporterer å aldri eller sjeldent være med på uorganisert aktivitet.

Meningsfullt og givende liv

Livskvalitet synes å styrke immunforsvaret og har sammenheng med andre viktige helseindikatorer som hjerte- og karlidelser og livslengde. Livskvalitet kan trolig påvirke den fysiske helsetilstanden fordi livskvalitet har sammenheng med redusert stress og risiko for ulykker. Unge og voksne som oppgir høy livskvalitet, er oftere engasjert i sosiale, fritids- og treningsrelaterte aktiviteter, røyker mindre, drikker mindre og spiser sunnere.



Figur 6.28: Andel som føler at dagliglivet er meningsfullt. Kjønn samlet. Kilde: Levekårsundersøkelsen 2016

I Hammerfest angir majoriteten at dagliglivet er meningsfullt og givende. 96% blant kvinner og 93% blant menn opplever livet som meningsfylt ofte eller i blant. Aldersgruppen 18-24 år har imidlertid den laveste andelen som ikke føler at de har meningsfylte eller givende liv, 17% svarer her nei. Det er imidlertid positivt at så mange som 95% av befolkningen i Hammerfest føler at dagliglivet er meningsfullt og givende i blant eller som oftest.

Det sees en høyere andel som ofte synes livet er meningsfylt desto høyere utdanning en har. Det sees også en stor forskjell mellom de som er gift, er samboende eller har tidligere vært gift sammenlignet med dem som er ugift/ikke samboende, blant denne gruppen føler 16% at dagliglivet ikke er meningsfylt. Totalt føler 94% at dagliglivet som oftest eller iblant er meningsfylt/givende.

Les mer om temaet her: <http://ungdata.no/Helse-og-trivsel/Fornoeyd-med-helsa>



Fotografier: Sonni Schumacher