

# Folkehelseoversikt 2023



## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1. <b>Formål og datakilder</b> .....	<b>1</b>
1.2. <b>Oppsummering av funn</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Befolkning</b> .....	<b>4</b>
2.1. <b>Befolkningsutvikling og husholdningstyper</b> .....	<b>4</b>
2.2. <b>Sysselsetting, arbeidsledighet og uføretrygd</b> .....	<b>7</b>
Sysselsetting.....	7
Sysselsatte etter hovednæringsområder.....	9
Arbeidsledighet.....	10
Uføre og personer med arbeidsavklaringspenger.....	11
2.3. <b>Migrasjon og innvandrerbefolkning</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Levekår og sosiale helse forskjeller</b> .....	<b>16</b>
Sosiale helseforskjeller.....	20
Sosial ulikhet i helse i Tromsø.....	20
<b>4. Fysiske, biologiske og kjemiske miljøfaktorer</b> .....	<b>24</b>
4.1. <b>Luftkvalitet og svevestøv</b> .....	<b>24</b>
Svevestøv i Tromsø.....	24
4.2. <b>Radon</b> .....	<b>26</b>
Radon i Tromsø.....	26
4.3. <b>Støy</b> .....	<b>29</b>
Støy i Tromsø.....	29
4.4. <b>Drikkevann</b> .....	<b>31</b>
4.5. <b>Forurenset grunn</b> .....	<b>31</b>
<b>5. Psykososialt miljø</b> .....	<b>33</b>
5.1. <b>Livskvalitet</b> .....	<b>33</b>
Livskvalitet i Norge.....	33
Livskvalitet i Tromsø.....	33
5.2. <b>Ensomhet og sosial støtte</b> .....	<b>37</b>
Ensomhet og sosial støtte i Tromsø.....	37
5.3. <b>Frafall i videregående skole</b> .....	<b>40</b>
Frafall i videregående skole i Tromsø.....	40
5.4. <b>Mobbing</b> .....	<b>43</b>
Mobbing i Tromsø.....	43
<b>6. Helserelatert atferd</b> .....	<b>45</b>
6.1. <b>Friluftsliv og tilgang til grøntarealer</b> .....	<b>45</b>
Friluft.....	45
Friluft i Tromsø.....	46
Framstilling av kartet.....	46
6.2. <b>Fysisk aktivitet</b> .....	<b>47</b>
Fysisk aktivitet i Tromsø.....	47
6.3. <b>Alkohol og andre rusmidler</b> .....	<b>49</b>
Alkohol og rusmiddelbruk i Tromsø.....	50
6.4. <b>Tobakk</b> .....	<b>54</b>
6.5. <b>Kosthold</b> .....	<b>55</b>
Kosthold i Tromsø.....	55
6.6. <b>Seksuell og reproduktiv helse</b> .....	<b>56</b>
Seksuell og reproduktiv helse i Tromsø.....	56
<b>7. Helsetilstand</b> .....	<b>59</b>
7.1. <b>Overvekt og fedme</b> .....	<b>59</b>
Overvekt og fedme i Tromsø.....	60

<b>7.2. Psykisk helse</b> .....	<b>63</b>
Psykisk helse i Tromsø .....	63
<b>7.3. Muskel skjelettlidelser</b> .....	<b>67</b>
Muskel- og skjelettlidelser i Tromsø.....	67
<b>7.4. Demens</b> .....	<b>69</b>
Demens i Tromsø .....	69
<b>8. Skader, ulykker og voldelig dødsfall</b> .....	<b>70</b>
<b>8.1. Hoftebrudd</b> .....	<b>70</b>
<b>8.2. Vold anmeldelser og voldsomme dødsfall</b> .....	<b>70</b>
<b>9. Helsetjeneste</b> .....	<b>70</b>
<b>Ordforklaring</b> .....	<b>72</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>73</b>

## Figurliste

Figur 1: Befolkningstallet i Tromsø kommune 1990-2023.....	4
Figur 2: Befolkningsframskriving fra SSB etter tiårige aldersgrupper, SSB hovedalternativet 2022. ....	6
Figur 3: Prosentvis fordeling av ulike husholdningstyper i Tromsø i 2022. ....	7
Figur 4: Prosentvis andel sysselsatte i Tromsø per 4. kvartal hvert år, 15-74 år.....	8
Figur 5: Sysselsettingen i % av befolkning 15-74 år fordelt på ulike aldersgrupper. ....	8
Figur 6: Sysselsatte i Tromsø etter arbeidsted og sektor, prosentvis endring fra 2021-2022. ....	10
Figur 7: Arbeidsledige i % av arbeidsstyrken i Tromsø og Norge.....	10
Figur 8: Uføretrygdede i perioden 2015-2021.....	11
Figur 9: Uføretrygdede etter alder i perioden 2015-2021. ....	11
Figur 10: Mottakere av arbeidsavklaringspenger. ....	12
Figur 11: Andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i forhold til samlet befolkning i Tromsø kommune.....	13
Figur 12: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre etter landbakgrunn. ....	14
Figur 13: Innvandrere etter innvandringsgrunn.....	15
Figur 14: Bakenforliggende faktorer for sosiale helseforskjeller.....	21
Figur 15: Andel røykere, fysisk inaktive og personer med høyere alkoholforbruk i henhold til sosioøkonomiske nivå. ....	22
Figur 16: Andel personer med høyt blodtrykk og fedme i henhold til sosioøkonomiske nivå. ....	22
Figur 17: Livskvalitetsindikatorer etter opplevde samlet inntekt (skala 0-10).....	34
Figur 18: Livskvalitetsindikatorer etter opplevde samlet inntekt (skala 0-10).....	34
Figur 19: Livskvalitetsindikatorer gjennom livsløpet (fornøyd, mening og glad). ....	35
Figur 20: Livskvalitetsindikatorer gjennom livsløpet (ensom, bekymret, trist og irritert).....	35
Figur 21: Livskvalitetsindikatorer gjennom livsløpet (trygg og tilhørighet).....	36
Figur 22: Andeler som opplever sterk sosial støtte. ....	38
Figur 23: Andeler som oppgir ulike former for ensomhet. ....	38
Figur 24: Andel frafall i videregående skole.....	41
Figur 25: Gjennomføring av videregående opplæring. ....	41
Figur 26: Gjennomføring av videregående opplæring etter foreldrenes utdanningsnivå, Tromsø kommune. ....	42
Figur 27: Mobbing på skolen, 5.-10. trinn, Tromsø kommune og hele landet.....	44
Figur 28: Hvor befolkningen ønsker å drive fysisk aktivitet (2014). ....	48
Figur 29: Typer fysisk aktivitet som folk vil drive med, sett ut fra sosial bakgrunn (2014).....	48
Figur 30: Totalomsetning av alkohol i Tromsø kommune. ....	51
Figur 31: Alkoholliter per innbygger over 15 år i Tromsø.....	51
Figur 32: Antall ganger beruset, elever i videregående skole. ....	52
Figur 33: Beruselse av alkohol – ungdomsskole.....	52
Figur 34: Beruselse av alkohol – videregående skole. ....	53
Figur 35: Legemiddelbruk; sove og beroligende midler. ....	54

Figur 36: Svangerskapsavbrudd blant kvinner i aldersgruppen 15-49 år i Troms og Finnmark fylke (pr 1 000 kvinner).....	58
Figur 37: Antall og andel med undervekt, normalvekt, overvekt og fedme blant kvinner. ....	60
Figur 38: Antall og andel med undervekt, normalvekt, overvekt og fedme blant menn.....	61
Figur 39: Faktorer som medvirker til psykisk og fysisk velvære. ....	63
Figur 40: Psykiske plager i ungdomsskole og videregående skole (%-andel som opplever ganske eller veldig mye plager). ....	64
Figur 41: Primærhelsetjenesten – pasienter med muskel- og skjelettlidelser i Tromsø. ....	67
Figur 42: Primærhelsetjenesten - muskel- og skjelettlidelser for pasienter mellom 0-74 år i Norge og Tromsø.....	68
Figur 43: Primærhelsetjenesten - muskel- og skjelettlidelser for pasienter mellom 15-24 år i Norge og Tromsø.....	68
Figur 44: Hoftebrudd per 1 000 innbyggere 70+ år. ....	70

## Tabelliste

Tabell 1: Oppsummering av enkeltfaktorer som påvirke folkehelse i Tromsø kommune. ....	3
Tabell 2: Sysselsatte i 2022 fordelt på 17 næringsgrupper.....	9
Tabell 3: Andel innvandrere i Tromsø i 2023. ....	13
Tabell 4: Folkehelseprofil 2023 for Tromsø kommune. ....	16
Tabell 5: Levekår i distriktene i Tromsø, 2020. ....	18
Tabell 6: Levekår i byområdet i Tromsø, 2020. ....	19
Tabell 7: Geografiske soner i Tromsø fordelt på fire sosioøkonomiske nivåer. ....	21
Tabell 8: Andeler som oppgir ulike former for ensomhet. ....	39
Tabell 9: Andeler som opplever sterk sosial støtte.....	39
Tabell 10: Andel som oppgir ulike former for sosial støtte.....	39
Tabell 11: Helsedirektoratets råd om fysisk aktivitet. ....	47
Tabell 12: Tilfeller av seksuelt overførbare sykdommer (SOS). ....	57
Tabell 13: Tilfeller av seksuelt overførbare sykdommer (SOS) i Tromsø. ....	57
Tabell 14: Andel med undervekt, normalvekt, overvekt og fedme. Tromsøundersøkelsen 2015-2016. ....	61
Tabell 15: Utvalg indikatorer i oppvekstprofil som er signifikant dårligere enn landet som helhet. ....	65
Tabell 16: Faktorer som påvirker psykisk helse. ....	65
Tabell 17: Antall personer med demens i Tromsø 2020, 2030 og 2050. ....	69



# 1. Innledning

## 1.1. Formål og datakilder

God folkehelse er en prioritert satsning for Tromsø kommune. Vi vil fremme folkehelse og gode hverdagsliv for alle innbyggere i Tromsø. God folkehelse er grunnleggende for et bærekraftig samfunn, og bidrar til en langsiktig, positiv samfunnsutvikling.

For å gjøre et godt folkehelsearbeid, er det nødvendig med god kunnskap. Denne folkehelseoversikten gir en beskrivelse og status over folkehelsestanden til innbyggerne i Tromsø kommune, og de positive og negative faktorene sin påvirker denne. Den setter også fokus på utviklingstrekk.

Folkehelseoversikten er et lovpålagt dokument for alle kommuner slik at kommunen får et oversiktsbilde over de lokale helseutfordringene i den enkelte kommune. Folkehelsearbeidet utøves gjennom påvirkning av faktorer som har positive eller negative effekter på helsen, og omfatter hele samfunnet.

For å skape et grunnlag for dette krever folkehelselovens § 5 at kommunene skal ha løpende skriftlig oversikt over befolkningens helsetilstand. I plan- og bygningsloven er også helseperspektivet tydelig, jf. § 3-1, f): «... fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet.»

Folkehelsearbeidet i Tromsø kommune skjer tverrsektorielt med ansvar i mange deler av organisasjonen. I henhold til delegasjonsreglementet er folkehelseloven forankret i avdeling for helse og omsorg. Seksjon for samfunn, innovasjon og næring jobber strategisk og på tvers av fag og seksjoner, og har koordinert arbeidet med folkehelseoversikten.

Folkehelseoversikten kan brukes til:

- Å styrke kunnskapen om folkehelse og sosial bærekraft i Tromsø.
- Ha strategiske, faglige diskusjoner om folkehelse i Tromsø, og hvilke tiltak og organisering vi bør ha for å best mulig utøve folkehelsearbeidet.
- Folkehelseoversikten er et sentralt grunnlag for planlegging og beslutningstaking.

I utarbeidelsen av folkehelseoversikten er følgende datakilder brukt:

- Folkehelse rapporten UiT 2019.
- Levekårsanalyse 2012, 2019.
- UngData-undersøkelsen 2014, 2018 og 2021.
- Folkehelseundersøkelsen i Tromsø og Finnmark 2019: datasett fra Tromsø (7 072 deltagere).
- Andre datakilder slik som Statistisk Sentralbyrå (SSB), Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet (FHI), Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV), ASSS<sup>1</sup> - og KOSTRA<sup>2</sup> Ungsinn, Folkehelseprofil, og åpne vitenskapelige artikler.

I tillegg har vi hatt samarbeid med Tromsøundersøkelsen på UiT på temaene knyttet til:

- Overvekt og fedme.
- Ensomhet og sosial støtte.

---

<sup>1</sup> Aggregerte styringsdata for samarbeidende storkommuner (ASSS) er et samarbeid mellom Asker, Bergen, Bærum, Drammen, Fredrikstad, Kristiansand, Lillestrøm, Oslo, Sandnes, Stavanger, Trondheim, Tromsø og kommunesektorens organisasjon (KS).

<sup>2</sup> KOSTRA er forkortelse for kommune-stat rapportering. Gjennom KOSTRA sender alle norske kommuner og fylkeskommuner inn tall fra sine tjenesteområder til Statistisk sentralbyrå (SSB).

- Sosiale helseforskjeller.

Videre har vi samarbeid med Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Nord (RKBU-Nord) om temaene:

- Alkohol og rusmidler
- Mobbing
- Frafall fra videregående skole

## 1.2. Oppsummering av funn

I dette delkapittelet oppsummeres sentrale funn fra folkehelseoversikten. Av positive trekk er den høye graden av livskvalitet, trivsel og trygghet blant Tromsøs befolkning. Det er et svært viktig og positivt fundament når man skal jobbe med mer utfordrende trender som bør endres. Utfordringene i Tromsø er derfor også et mulighetsvindu for positiv utvikling, ved å bruke helsefremmende tenking på alle områder som påvirker folkehelsen: «*Folkehelse i alt vi gjør!*».

Tromsø er den største kommunen i Nord-Norge. Her bor hoveddelen av befolkningen i byområdet, mens vel syv % bor i distriktene. Kommunen skiller seg ut på flere indikatorer sammenlignet med landsgjennomsnittet, noe som viser både sterke sider og utfordringer. Folkehelseoversikten viser at Tromsø ligger bra an på mange av indikatorene som har betydning for folkehelsen og den sosiale bærekraften. Det ser imidlertid ut til å være en forverring/negativ trend for flere av faktorene.

I vedlagte tabell 1 er det 99 indikatorer som beskrives i folkehelseoversikten. Det er 48 indikatorer som viser styrke og 51 som viser utfordringer, og som kan påvirke folkehelsestatusen i Tromsø.

I tabellen under nevnes noen av disse.

Tabell 1: Oppsummering av enkeltfaktorer som påvirke folkehelse i Tromsø kommune.

<b>Befolkning, styrker</b>	<b>Befolkning, utfordringer</b>
Tromsø har en ung befolkning med høy forventet levealder*. En stor andel av befolkningen har høyt utdanningsnivå*.	Framtidig befolkningsvekst kan avta, med reduksjon i yrkesaktive aldersgrupper. Det kan gi mangel på arbeidskraft og mindre skatteinntekter til bruk på velferdsoppgavene. Vi får en økende andel eldre, som gir flere med aldersrelaterte sykdommer og økt behov for omsorg.
<b>Levekår, styrker</b>	<b>Levekår, utfordringer</b>
Lav inntekstulikhet. Lav arbeidsledighet for personer 15-74 år. Få husholdninger med vedvarende lavinntekt.	Høy trangboddhet. Andel personer som bor alene over 45 år er på 27 % Høy andel enslige forsørgere 16 %, Høy andel med gjeld over tre ganger årsinntekt Geografisk ulikhet i levekår. Sykefravær økt med 1,25 % fra 2020 til 2022.
<b>Psykososialt miljø, styrker</b>	<b>Psykososialt miljø, utfordringer</b>
Høy trivsel i befolkningen*. Stor grad av trygghet i nærmiljøet. Høy andel som er fornøyd med livet*. Opplevelse av sosial støtte %*.	Ensomheten øker i befolkningen**. Lav deltagelse i organiserte aktiviteter**. Høy skjermtid blant barn. Frafall i videregående skole. Antall voldsanmeldelser øker.
<b>Fysisk miljø, styrker</b>	<b>Fysisk miljø, utfordringer</b>
Vannforsyning med god kvalitet.  God tilgang til natur og friluftsområder.	Perioder med dårlig luftkvalitet i byområder. Trafikkstøy plager 12 % av befolkningen i egne hjem.
<b>Helseatferd, styrker</b>	<b>Helseatferd, utfordringer</b>
Andel røykere synker*.  Andel 17 åringer som trener sjeldnere er mindre enn landet som øvrig.	Sosioøkonomiske forskjeller i helseatferd (aktivitetsnivå, alkohol og tobakk) **. Aktivitetsnivået i befolkningen er ikke innenfor anbefalingene fra Helsedirektoratet. Høyt alkoholforbruk i befolkningen. Kosthold med lavt inntak av frukt og grønt.
<b>Helsetilstand, styrker</b>	<b>Helsetilstand, utfordringer</b>
Høy andel rapporterer god helse blant unge og voksne*.  Gjennomsnitt skår for befolkning over 18 år for psykisk helse er 1,52 av 4. Hvor 1 = god psykisk helse og verdi over 2 = psykisk lidelse tilstand.	Sosial ulikhet i helse**, overvekt og fedme, psykisk helse og muskel- og skjelettlidelser og demens. Høy forekomst av psykisk plager blant unge og unge voksne. Søvnplager. Ungdommene med selvmordstanker og selvskading Økning i seksuelt overførbare infeksjoner som chlamydia og gonore.

\* Positiv faktor som med forbehold kan slå dårlig ut på sosioøkonomisk status, kjønn eller bostedsområde.

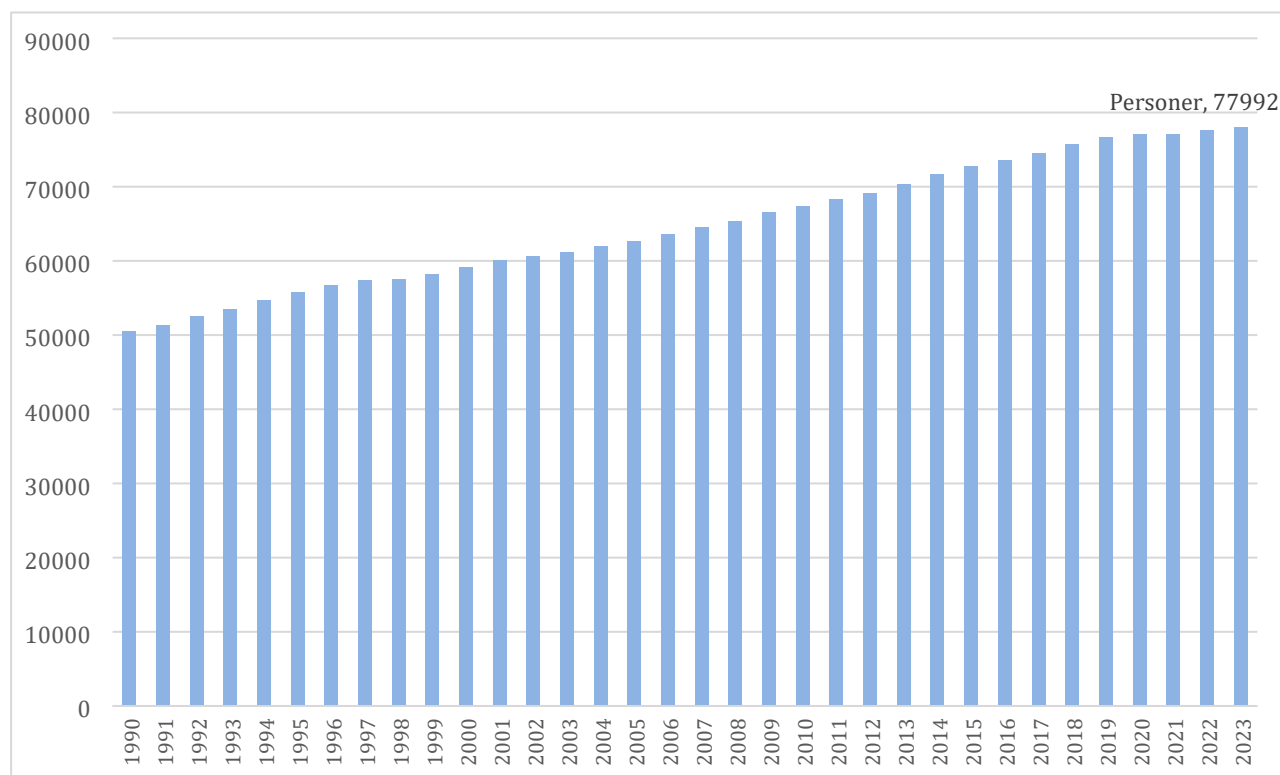
\*\* Negativ faktor som rammer noen grupper i samfunnet sterkere; sosioøkonomisk status, kjønn eller bostedsområde.

## 2. Befolkning

### 2.1. Befolkningsutvikling og husholdningstyper

I løpet av det siste århundret har forventet levealder nesten fordoblet seg globalt og nasjonalt. Store fremskritt i medisinsk vitenskap, utdanning, velferdsutvikling samt bedre helsevesen, har gitt gevinster. Likevel gir denne demografiske utviklingen utfordringer, så vel som muligheter. Den demografiske overgangen til økt andel eldre, kombinert med noe fallende fruktbarhet gir utfordringer. Samfunnet har behov for en ung, arbeidsdyktig befolkning for å møte framtidens utfordringer. Tromsø er i en gunstig situasjon, sammenlignet med mange andre kommuner, siden vi har en god aldersfordeling med mange i yrkesaktiv alder.

Ifølge SSB hadde Tromsø kommune per 1.1.2023 et folketall på 77 992 personer. Kommunen har hatt en stabil vekst i folketallet, med et årlig gjennomsnitt de siste ti årene på 760 personer. Befolkningsveksten var svak i pandemiperioden, men de to siste årene har veksten økt noe til i gjennomsnitt 449 personer per år. Diagrammet under viser befolkningsveksten fra 1990 til 2023.



Figur 1: Befolkningstallet i Tromsø kommune 1990-2023.

Hoveddelen av befolkningen i Tromsø bor i byområdet og vel syv % i distriktene (her målt med avgrensning til skolekretser i by og distrikt). Veksten i folketallet har kommet i byområdet. Den samlede befolkningen i Tromsø har en jevn kjønnsfordeling med 50,4 % menn og 49,6 % kvinner. I aldersgruppene mellom 25 og 49 år er det flere menn enn kvinner, noe som skyldes blant annet arbeidsinnvandring. Grunnet ulikhet i levealder mellom kjønn, har vi en økende andel kvinner i aldersgruppene over 75 år.

Tromsø kommune har en ung befolkning med et jevnt fødselsoverskudd, noe som bidrar til en stabil vekst i folketallet. De siste ti årene har det vært et årlig gjennomsnittlig fødselstall på 870 personer. Fødselstallene har vært noe avtagende de siste tre årene, i likhet med den nasjonale trenden. Fødselstallet i 2022 var historisk lavt med 777 fødte. Det har vært født noe færre barn



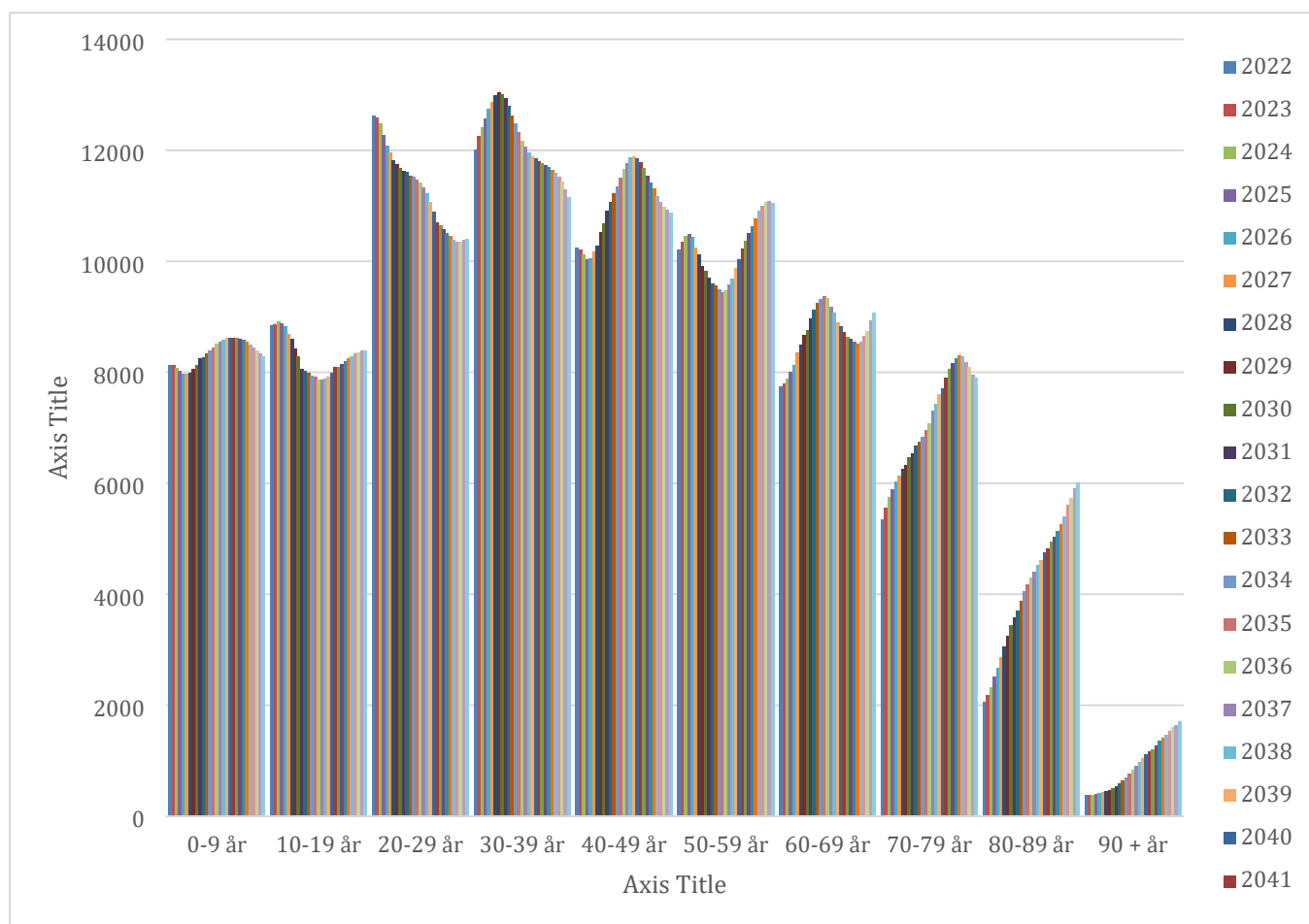
per kvinne de siste årene og i 2022 var det rekordlav fruktbarhet i Norge. Det samlede fruktbarhetstallet (SFT) ble målt til kun 1,41 barn per kvinne, mens det året før var 1,55. Nedgangen i fruktbarheten var særlig stor for kvinner i alderen 25-34 år.

Tromsø kommune har en forholdsvis ung befolkning sammenlignet med våre omlandskommuner. Vi har fått mange unge innflyttere som har bidratt til å opprettholde en slik profil. Den høye nettoinnflyttingen fra utlandet har bidratt til svært mye av innflyttingsoverskuddet i Tromsø. Den innenlandske flyttingen har gitt mange år med flyttetap, og det er særlig hovedstadsregionen som mange flytter til.

Etter SSB sin befolkningsframskriving fra 2022 viser hovedalternativet at den årlige veksten i Tromsø kommune forventes å avta utover i perioden, og gå ned mot 0,3 % i årlig vekst i 2040 (noe som betyr rundt 200 personer i årlig tilvekst). Til sammenligning kan det nevnes at fra 2021 til 2022 hadde Tromsø kommune en vekst på 0,6 %, mens det i siste tiårsperiode var et årlig gjennomsnitt på en %. I tiårsperioden før var det en årlig gjennomsnittlig vekst på 1,4 %.

Tromsø kommune har store årlige variasjoner i folketilveksten. Vi har hatt tiårsgjennomsnitt målt fra 1990 på nærmere 860 personer i årlig vekst, fra 2000 vel 800 og fra 2010 til 2022 har snittet vært 822. Etter SSBs framskriving i hovedalternativet fra 2022 anslås tiårssnitt fra 2023 til 2032 på opp mot 390 og deretter et tiårsgjennomsnitt på kun 290 fram mot 2042.

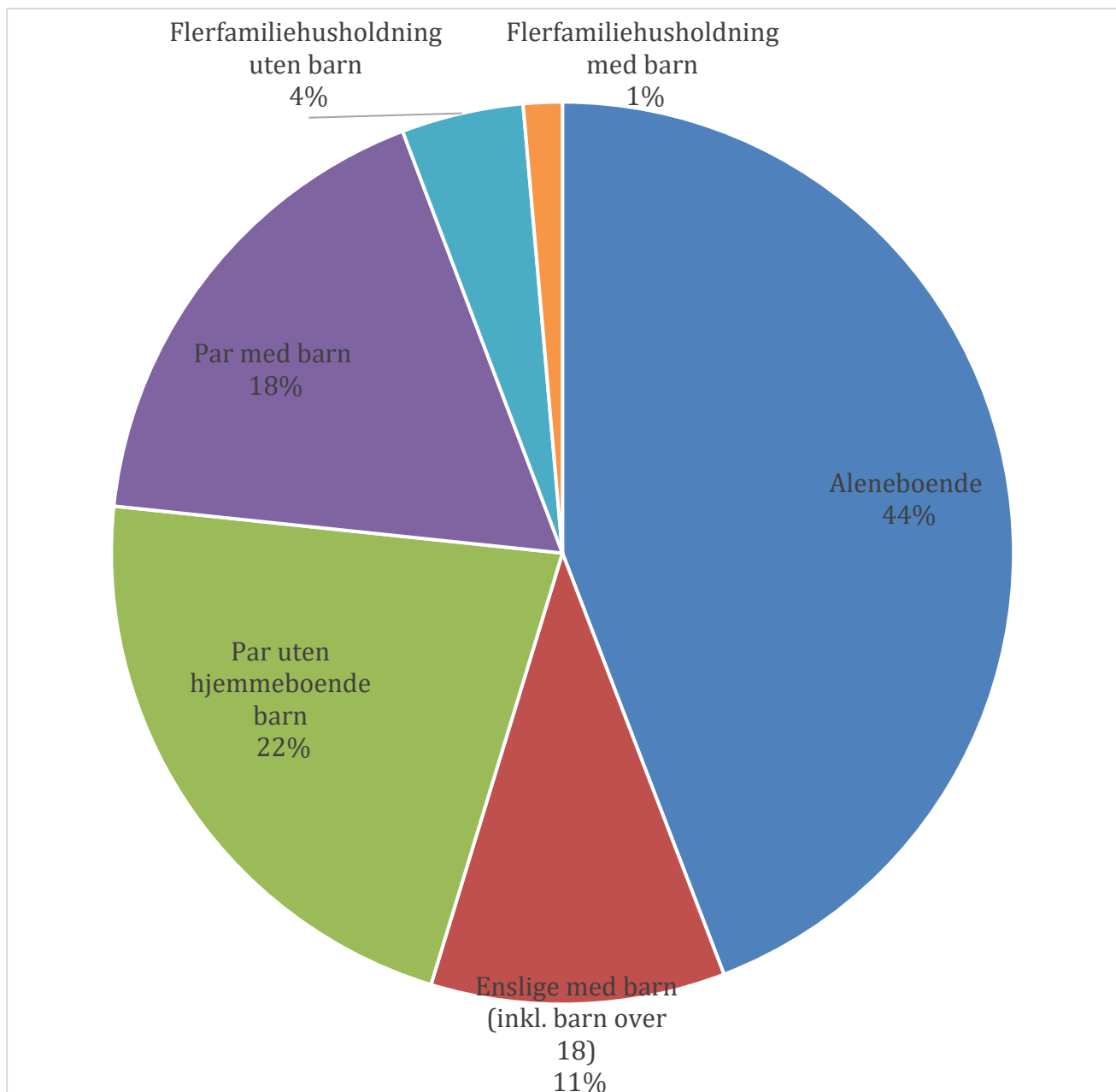
Det kan bli lavere andel unge i yrkesaktiv alder og høyere andel i de eldste aldersgruppene grunnet den store etterkrigsgenerasjonen. SSB forventer at fødselstallene kommer til å øke svakt fra dagens lave nivå slik at antall barn blir på omtrent samme nivå både i 2030 og 2040.



Figur 2: Befolkningsframskriving fra SSB etter tiårige aldersgrupper, SSB hovedalternativet 2022<sup>3</sup>.

I Tromsø kommune er det per 1. januar 2022 registrert 39 591 privathusholdninger. Diagrammet under viser den prosentvise fordelingen på ulike husholdningstyper. De to største endringene fra 2015 til 2022 er at andelen aleneboende har økt med 3,7 %, mens andel par med barn har gått ned med 2,6 %.

<sup>3</sup> Kilde: SSB, Regionale befolkningsframskrivinger, tabell nr. 13600.



Figur 3: Prosentvis fordeling av ulike husholdningstyper i Tromsø i 2022<sup>4</sup>.

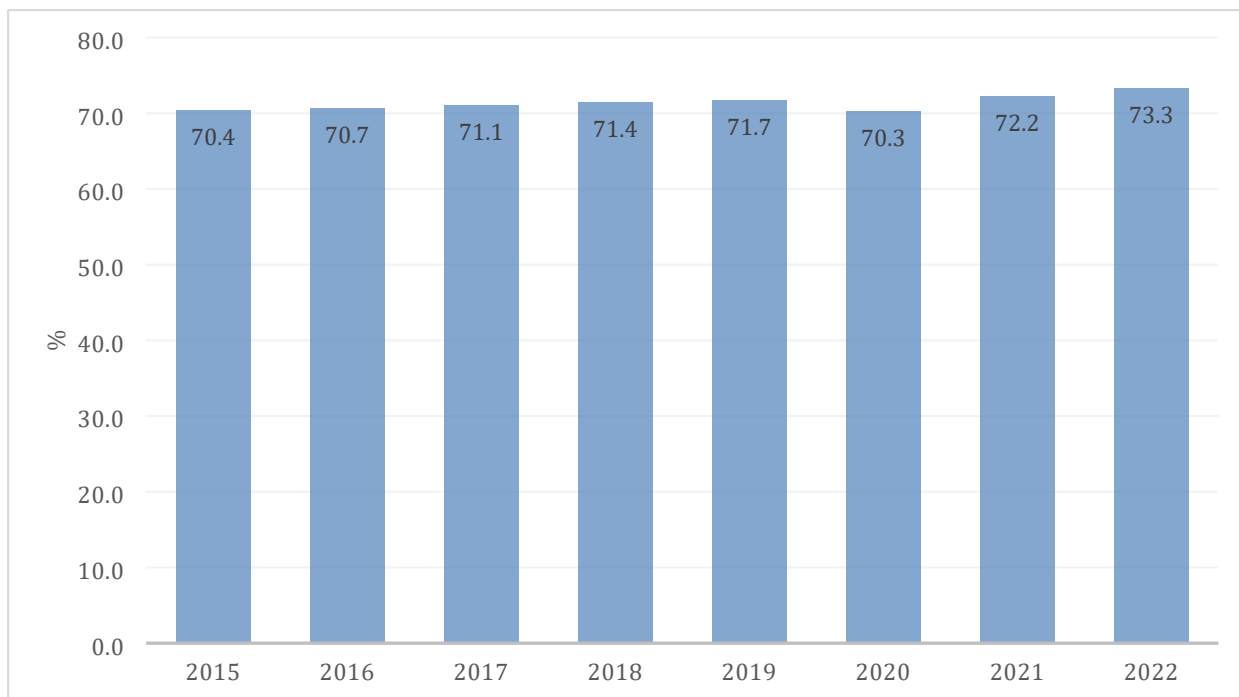
## 2.2. Sysselsetting, arbeidsledighet og uføretrygd

### Sysselsetting

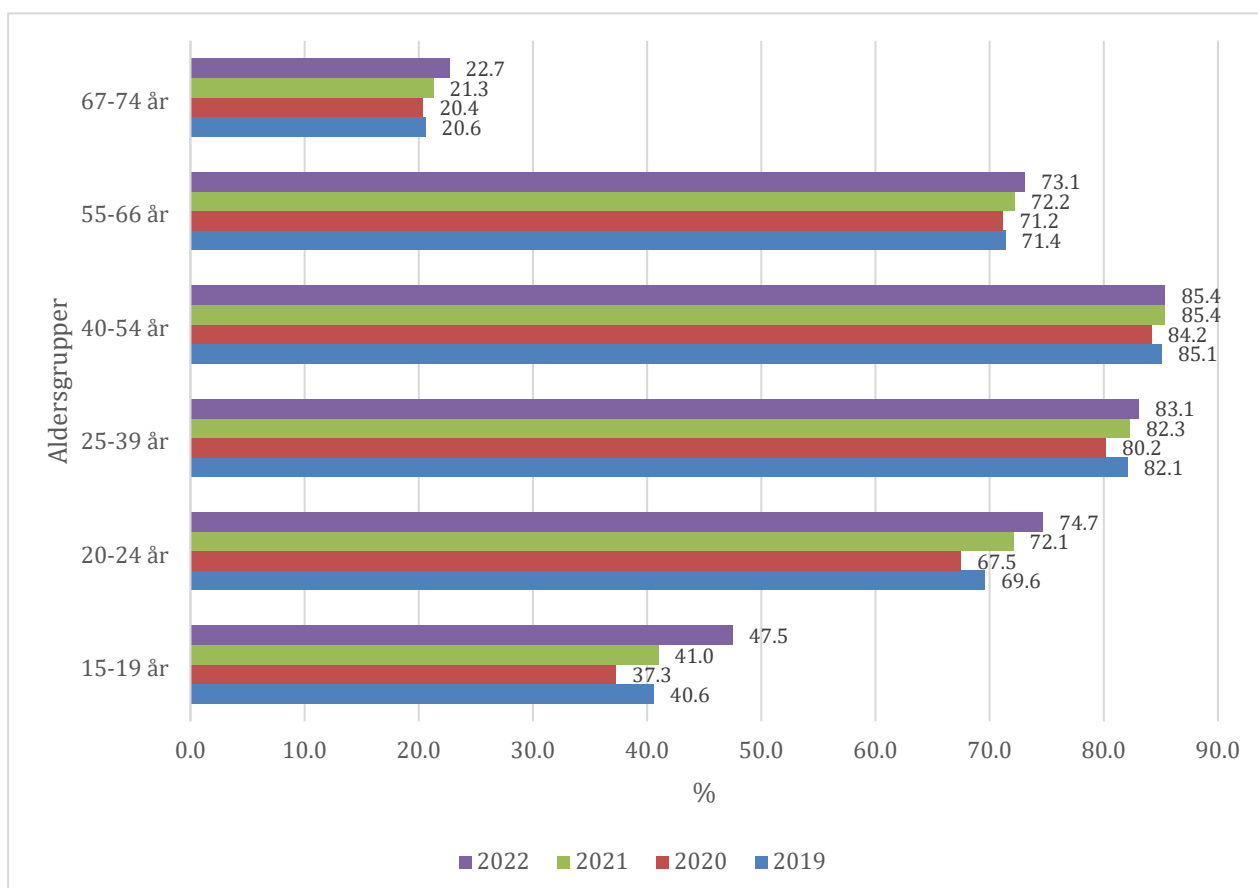
Tromsø har vel 44 300 sysselsatte som bor og arbeider i kommunen. (Tall for 2022.) Tromsø har i lang tid hatt en høy andel sysselsatte, som i 2022 var på 73 % av befolkningen i alderen 15-74 år. Tabellen under viser sysselsettingsutviklingen siden 2005.

Andel sysselsatte endret seg mye i 2020 på grunn av pandemien, og det var særlig sysselsettingen blant de yngste som gikk ned. Andelen sysselsatte er i 2022 på et høyere nivå enn i 2019 for alle aldersgruppene.

<sup>4</sup> Kilde: SSB, tabell nr. 06070.



Figur 4: Prosentvis andel sysselsatte i Tromsø per 4. kvartal hvert år, 15-74 år<sup>5</sup>.



Figur 5: Sysselsettingen i % av befolkning 15-74 år fordelt på ulike aldersgrupper<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Kilde: SSB, tabell nr. 06445.

<sup>6</sup> Kilde: SSB, tabell nr. 06455.

### Sysselsatte etter hovednæringsområder

De fem siste årene har vi hatt vel 5 000 personer som pendler inn til Tromsø kommune fra andre kommuner. Utpendlingen har i samme periode vært på rundt 3 000 personer per år. Mange pendler til/fra kommuner i regionen, men det er også stor pendling mellom Tromsø og Oslo. Tabellen under viser derfor sysselsatte både etter bosted og arbeidssted (inkludert pendlere), for å få et best mulig bilde av sysselsettingen i kommunen. Ut fra inndelingen i 17 kategorier er det størst andel sysselsatte<sup>7</sup> innen helse- og sosialtjenester med 26 %. Siden 2017 har antall sysselsatte (etter arbeidssted) økt med 2 500 personer.

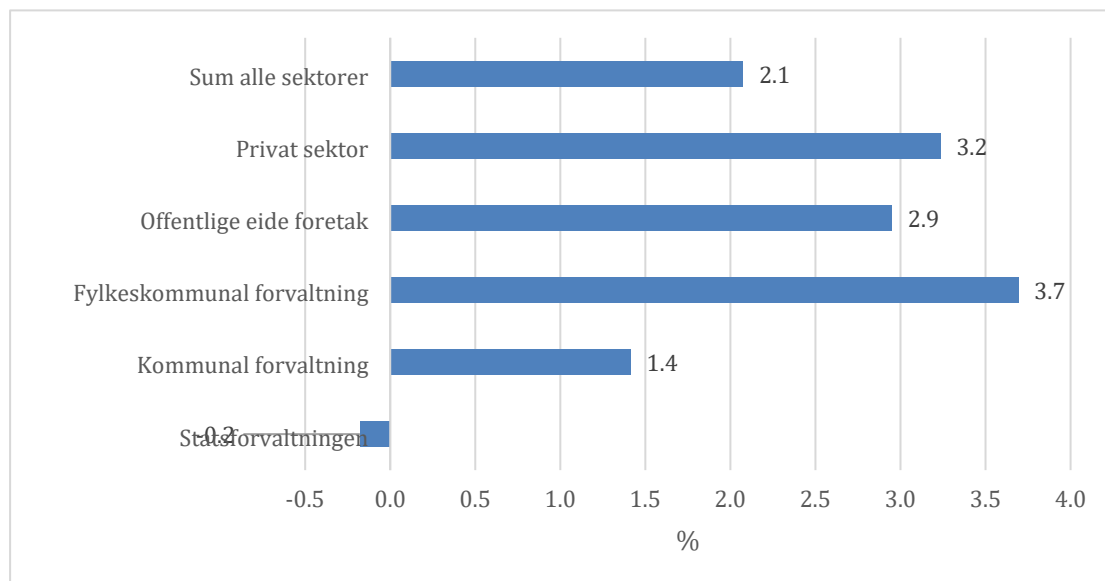
Tabell 2: Sysselsatte i 2022 fordelt på 17 næringsgrupper<sup>8</sup>.

Næringsgrupper	Sysselsatte som bor og arbeider i Tromsø	Sysselsatte som arbeider i Tromsø
Jordbruk, skogbruk og fiske	704	549
Bergverksdrift og utvinning	208	14
Industri	1 443	1 448
Elektrisitet, vann og renovasjon	438	466
Bygge- og anleggsvirksomhet	3 413	3 612
Varehandel, reparasjon av motorvogner	5 040	5 501
Transport og lagring	2 362	2 511
Overnattings- og serveringsvirksomhet	2 088	2 189
Informasjon og kommunikasjon	1 377	1 402
Finansiering og forsikring	626	676
Teknisk tjenesteyting, eiendomsdrift	2 763	2 790
Forretningsmessig tjenesteyting	1 916	2 016
Offentlig administrasjon, forsvar, sosialforsikring	2 833	2 912
Undervisning	5 599	5 973
Helse- og sosialtjenester	11 538	12 244
Personlig tjenesteyting	1 829	1 874
Uoppgitt	181	186
<b>Sum</b>	<b>44 358</b>	<b>46 363</b>

<sup>7</sup> Sysselsatte er definert som personer som utførte inntektsgivende arbeid av minst en times varighet i referanseuka/-dagen, samt personer som har et slikt arbeid, men som var midlertidig fraværende.

<sup>8</sup> Kilde: SSB, tabell nr. 12539.

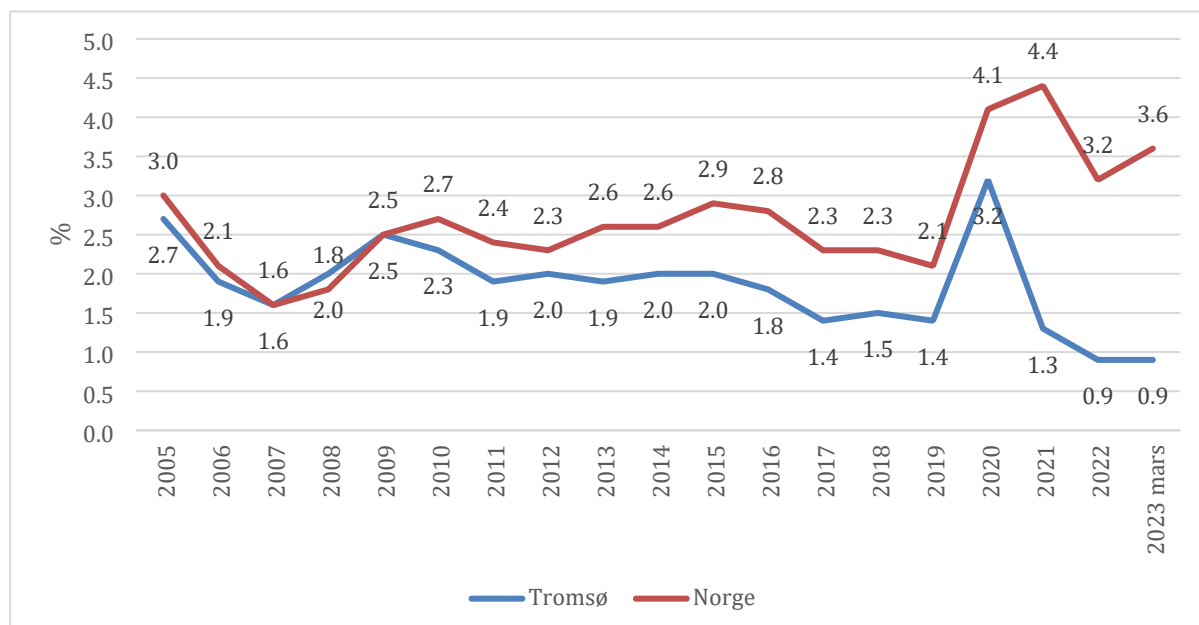
Fra 2021 til 2022 er det sysselsettingen i fylkeskommunal forvaltning som har økt mest. Privat sektor hadde en markert nedgang i sysselsettingen i 2020 som følge av pandemien.



Figur 6: Sysselsatte i Tromsø etter arbeidsted og sektor, prosentvis endring fra 2021-2022<sup>9</sup>.

### Arbeidsledighet

Tromsø har og har hatt lav arbeidsledighet sammenlignet med landet for øvrig. Pandemisituasjonen førte til en sterk økning i ledigheten i 2020 også i Tromsø. Diagrammet viser at per mars 2023 er kommunen tilbake på et nivå på kun 0,9 % helt ledige, mens det for hele Norge er en ledighet på 3,6 %. For Tromsø utgjør antall helt arbeidsledige 407 personer.



Figur 7: Arbeidsledige i % av arbeidsstyrken i Tromsø og Norge<sup>10</sup>.

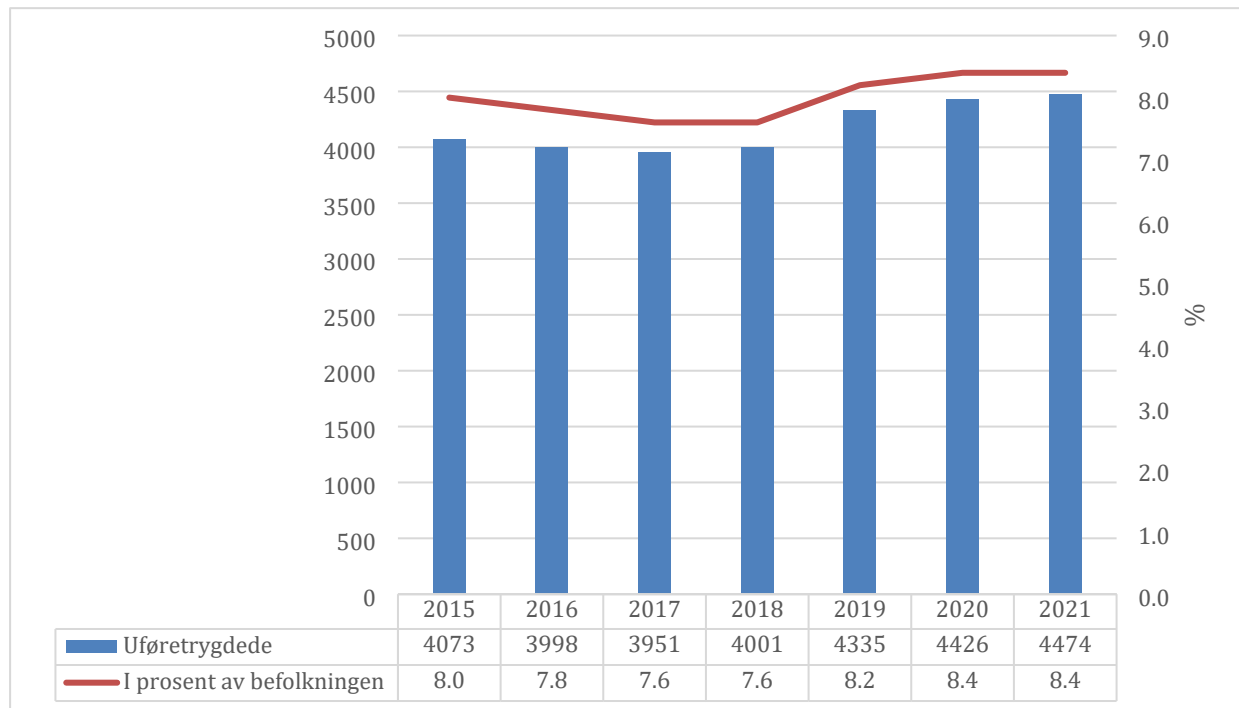
<sup>9</sup> Kilde: SSB, tabell nr. 13472.

<sup>10</sup> Kilde: Tall for Norge SSB tabell nr. 08517 / Kommunetall NAV. Årstillene er målt per november hvert år, mens siste månedstall er fra mars 2023.



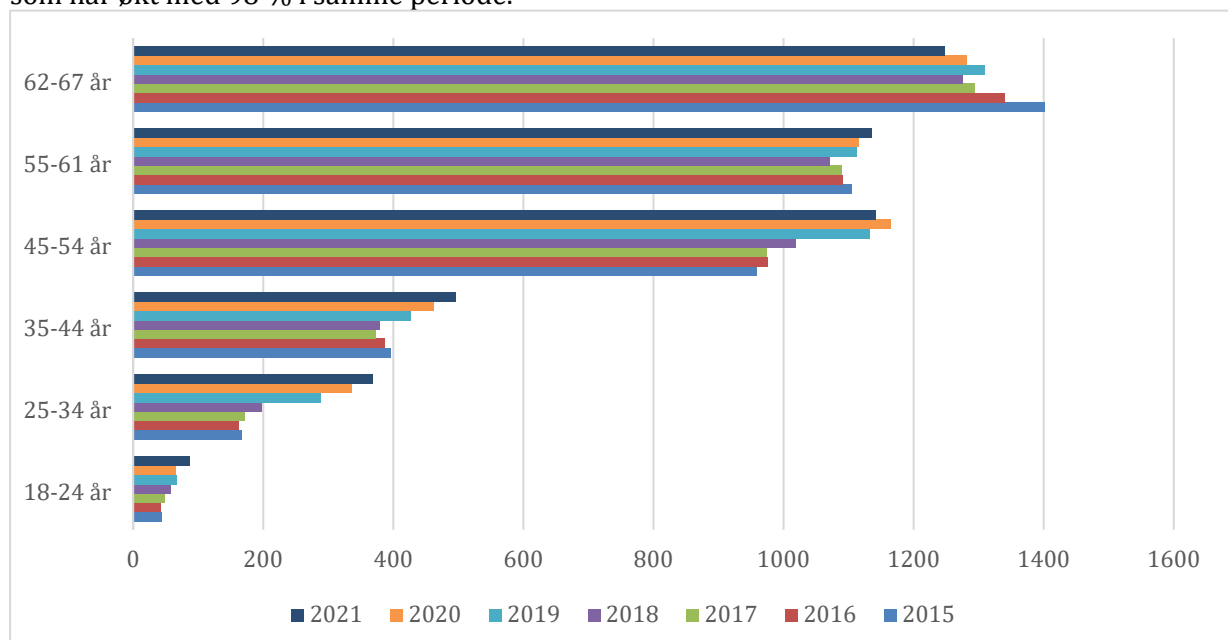
### Uføre og personer med arbeidsavklaringspenger

Tabellen under viser at antall uføretrygdede har økt med nær ti % fra 2015 til 2021, til et antall på 4474 personer. Det utgjør 8,4 % av befolkningen.



Figur 8: Uføretrygdede i perioden 2015-2021<sup>11</sup>.

Andelen uføre i den eldste aldersgruppen 62-67 år har gått ned med 11 % fra 2015 til 2021. Andelen uføre i aldersgruppen 25-34 år har økt med hele 120 %, dernest aldersgruppen 18-24 år som har økt med 98 % i samme periode.

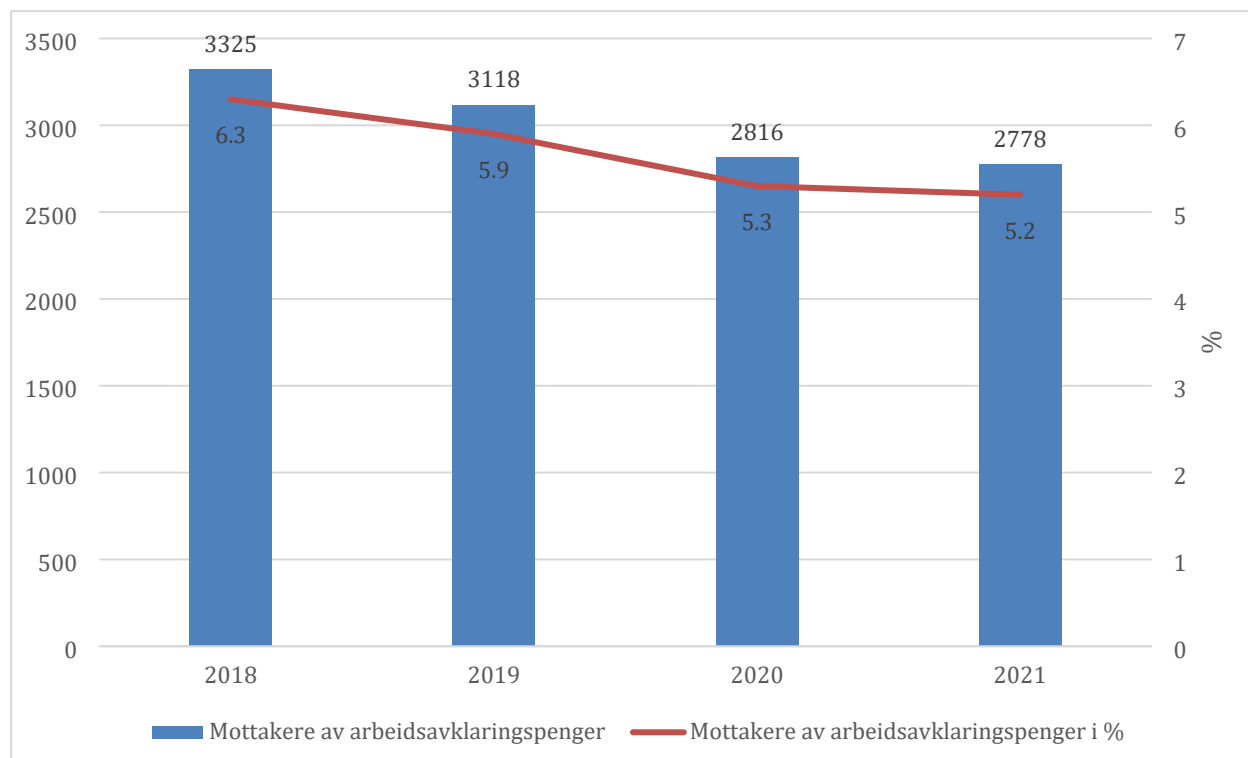


Figur 9: Uføretrygdede etter alder i perioden 2015-2021<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Kilde: SSB tabell nr. 11715.

<sup>12</sup> Kilde: SSB tabell nr. 11715.

I 2021 var det 2 778 personer som fikk arbeidsavklaringspenger fra NAV, en nedgang på nær 550 personer siden 2018. Over halvparten av personene i aldersgruppen 18-67 år som mottar arbeidsavklaringspenger, er i aldersgruppen 35-54 år.



Figur 10: Mottakere av arbeidsavklaringspenger<sup>13</sup>.

Tromsø kommune har en høy sysselsettingsandel og derav lav arbeidsledighet sammenlignet med landet for øvrig. Pandemien ga utfordringer også i Tromsø, men målt i arbeidsledighet er kommunen per mars 2023 på et svært lavt nivå på kun 0,9 %. Det har vært en økning i antall sysselsatte etter pandemien. Det er en stor offentlig sektor i Tromsø innen helse- og omsorg, undervisning og offentlig administrasjon, som bidrar til stabilitet i sysselsettingen. Det er en styrke for en kommune å ha en variert nærings-sammensetning, slik at utviklinger av andre næringer er viktig. Økningen i antall uføretrygdede er svak, men det er samtidig uheldig med en økning spesielt i de yngre aldersgruppene. Det er færre på arbeidsavklaringspenger de siste årene.

Levekårsundersøkelsen for Tromsø viste at det er ulikhet mellom geografiske områder når det gjelder andel arbeidsledige i befolkningen. Forskjellene mellom by- og distriktsområder var størst for unge arbeidsledige (15-29 år) (1).

### 2.3. Migrasjon og innvandrerbefolkning

Migrasjon er ikke et nytt fenomen, men migrasjonens årsak og dynamikk er varierende. Bakgrunnen for migrasjon kan være arbeid, utdanning, familiejenforening, asylsøkere og flyktninger. Migranter til Norge og Tromsø er derfor en svært sammensatt gruppe (1).

I offentlig statistikk er innvandrere definert som personer som er født i utlandet av to utenlandskfødte foreldre og som selv har innvandret til Norge (tidligere kalt førstegenerasjonsinnvandrere). Det kan også tas med personer som er født i Norge, men som har to foreldre født i utlandet (tidligere kalt andregenerasjonsinnvandrere).

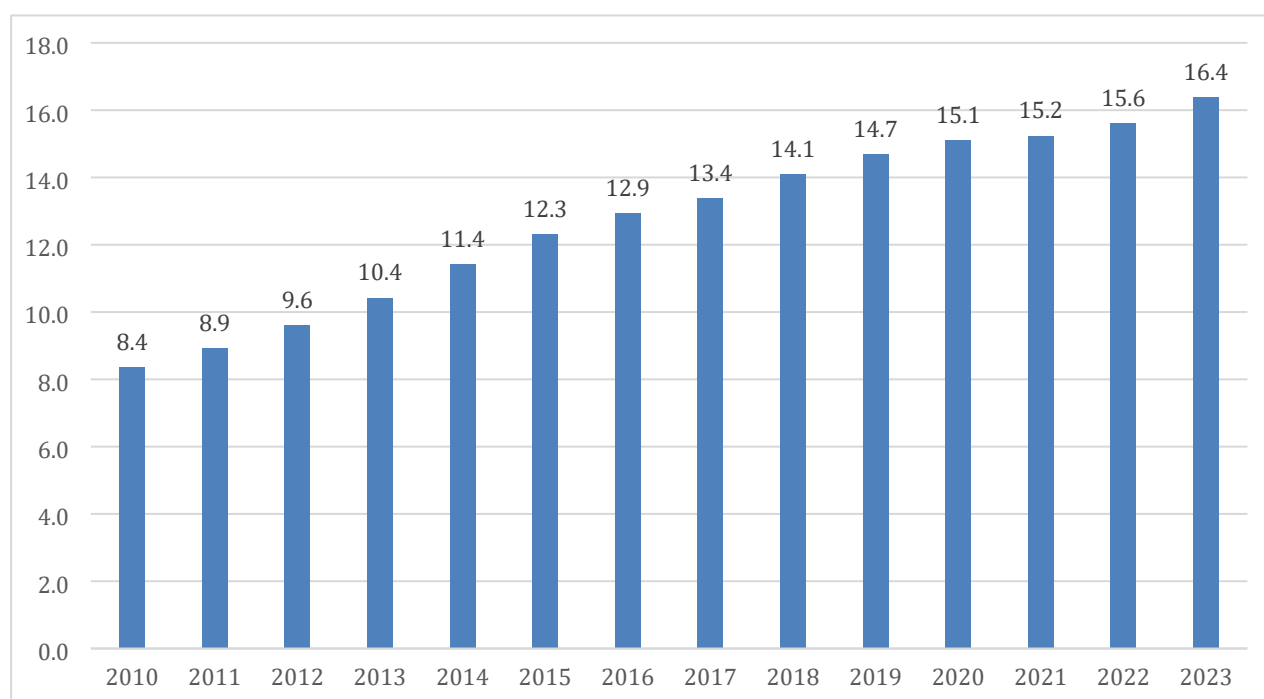
<sup>13</sup> Kilde: SSB tabell nr. 13061.

Per 1.1. 2023 var det registrert at det bor personer fra 139 land i Tromsø. Innvandrerbefolkningen er på 12 775 personer. Både innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre er med i dette tallet. Det er flest med bakgrunn fra Polen, Tyskland, Russland og Sverige. Innvandring fra Ukraina har økt mest fra 2022 til 2023. Den største nedgangen var for Syria og Sverige. Disse tallene sier kun om de har flyttet fra Tromsø, ikke om de har flyttet til andre kommuner eller ut av Norge.

Innvandrerbefolkningens andel av den totale befolkningen i Tromsø kommune har økt fra 8,4 % i 2010 til 16,4 % i 2023.

Tabell 3: Andel innvandrere i Tromsø i 2023.

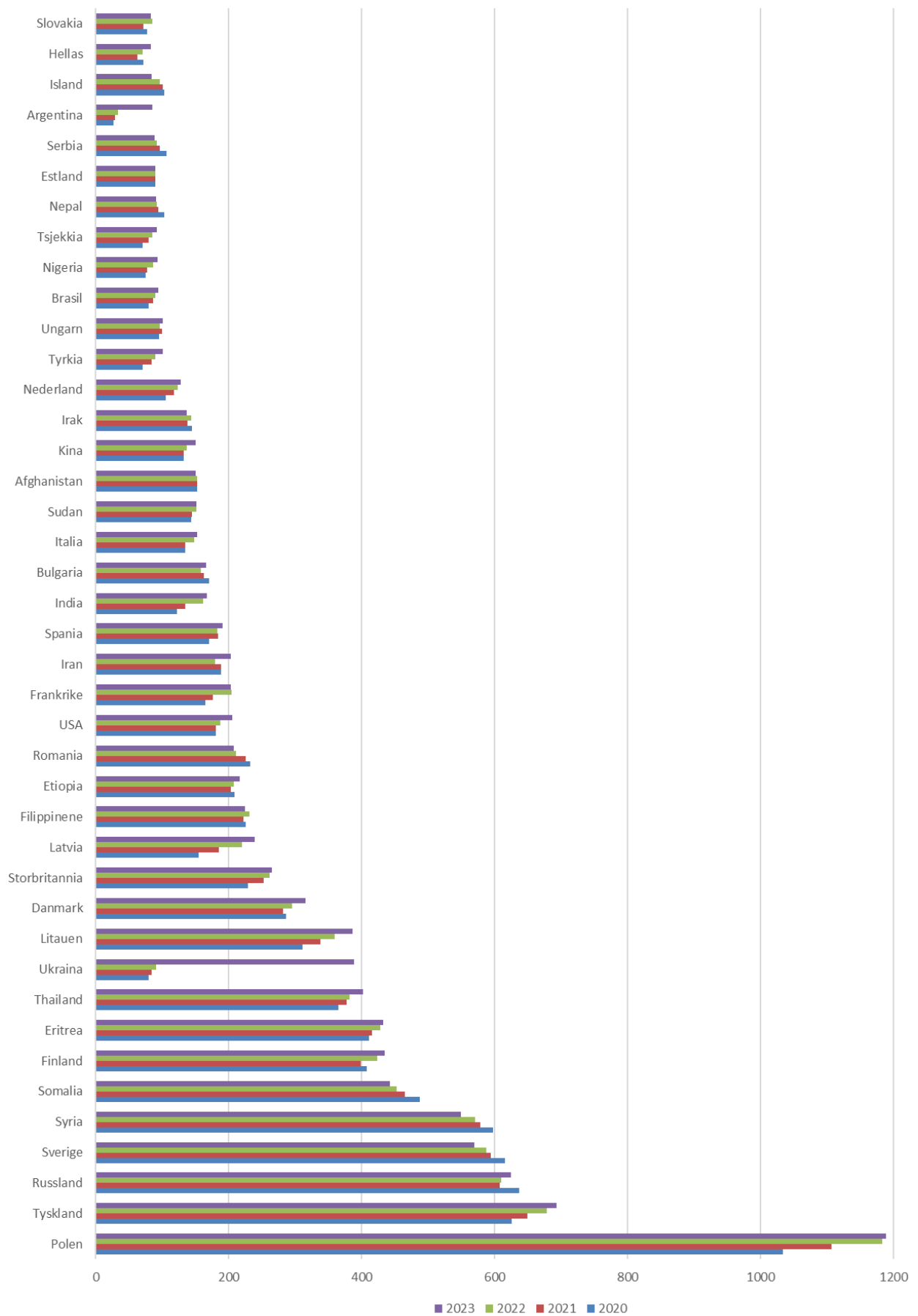
2023	Personer	Andel av befolkningen
Innvandrere	11 294	14,5 %
Norskfødte med innvandrereforeldre	1 480	1,9 %
<b>Sum</b>	<b>12 775</b>	<b>16,4 %</b>



Figur 11: Andel innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre i forhold til samlet befolkning i Tromsø kommune<sup>14</sup>.

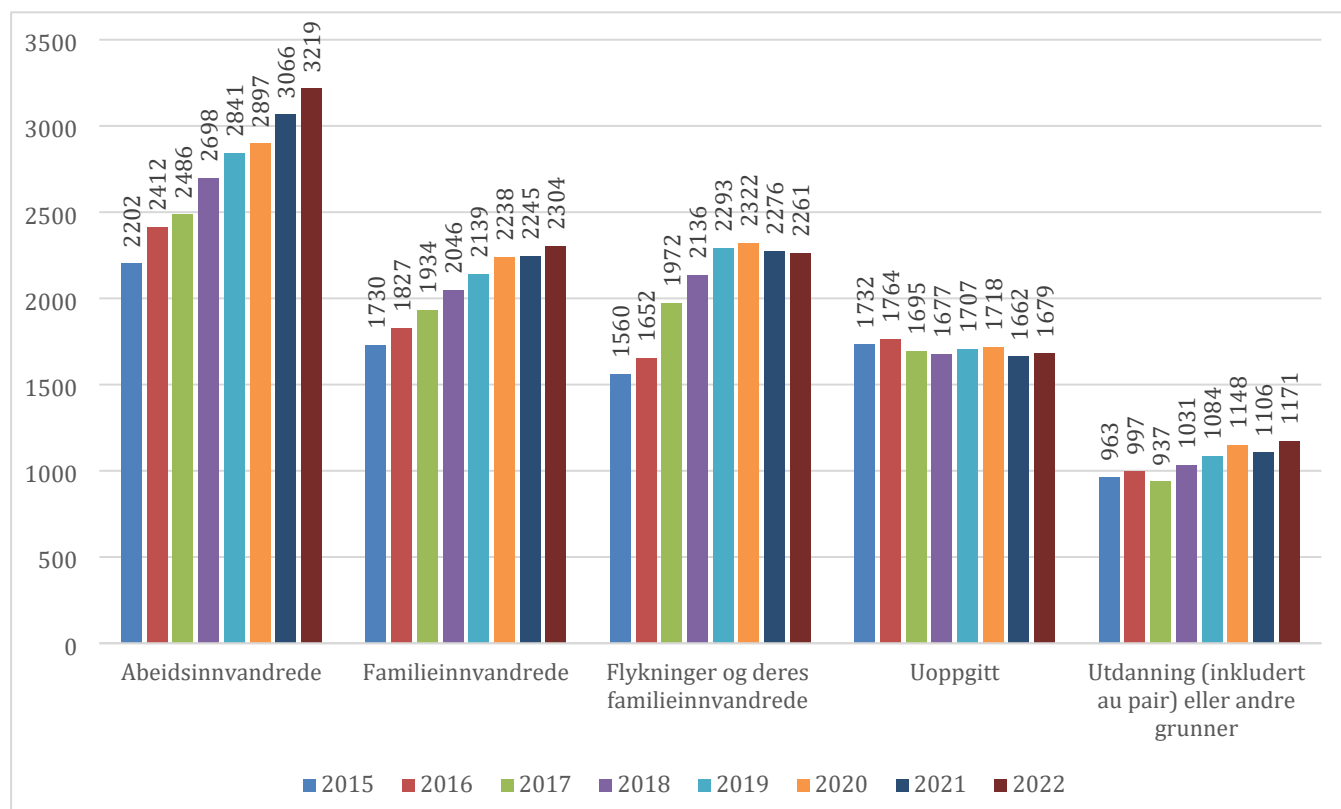
Fra 2022 til 2022 var det en økning på vel 350 personer med utenlandsk landbakgrunn, mens det fra 2022 til 2023 var en økning på vel 660 personer. Det gir et årlig gjennomsnitt de siste fem årene på 420 personer. Da er både innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre tatt med.

<sup>14</sup> Kilde: SSB tabell nr. 09817.



Figur 12: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre etter landbakgrunn.

I 2022 var den største gruppen innvandring grunnet i arbeidsinnvandring (30 %), dernest familieinnvandrede (21,7 %) og flyktninger og deres familieinnvandrede (21,2 %).



Figur 13: Innvandrere etter innvandringsgrunn<sup>15</sup>.

Den gjensidige avhengigheten i det globale arbeidsmarked kom merkbart frem under Covid19-pandemien. Det viste at Norge hadde store utfordringer med å oppretholde ønsket framdrift og produksjon i enkelte næringer uten utenlandsk arbeidskraft (2). Da det er økende andel personer som bor i Tromsø med annen landsbakgrunn, er det viktig å styrke mulighetene for god integrering i samfunnet.

<sup>15</sup> Kilde: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi)

### 3. Levekår og sosiale helse forskjeller

Tromsø kommune har i 2012 og 2019 lagt frem kunnskapsgrunnlag om levekår. Arbeidet med levekårsanalysene har forankring både etter nasjonale, regionale og lokale målsettinger. Kommunene skal ifølge folkehelseloven ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Gjennom folkehelseloven påpekes viktigheten av en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. I plan- og bygningsloven er også helseperspektivet tydelig, jf. § 3.1 f) «... fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet.»

Folkehelseinstituttet (FHI) presenterer årlig folkehelseprofiler for kommunene og vi viser utviklingen de siste årene i vedlegg 1.

Tabell 4: Folkehelseprofil 2023 for Tromsø kommune.

Tema	Nr.	Indikator	Tromsø kommune	Fylke	Norge	Enhet
Befolkning	1	Andel barn, 0-17 år	19,7	19,0	20,4	Prosent
	2	Andel 80+ år	3,1	4,6	4,4	Prosent
	3	Andel 80+, framskrevet til 2040	7	8,9	8,2	Prosent
	4	Personer som bor alene, 45+ år	27,0	27,7	26,3	Prosent
	5	Befolkningsvekst	0,58	-0,18	0,63	Prosent
Oppvekst og levekår	6	VGS eller høyere utdanning, 30-39 år	83	77	81	Prosent
	7	Vedvarende lav inntekt, 0-17 år	7,3	8,8	12	Prosent
	8	Inntektsulikhet, P90/P10	2,7	2,6	2,8	-
	9	Barn av enslige forsørgere	16,0	17,1	14,7	Prosent
	10	Unge som står utenfor, 15-29 år	7,5	8,7	9,5	Prosent (a,k)
	11	Leier bolig, 45+ år	12,2	12,9	12,2	Prosent
	12	Bor trangt, 0-17 år	22	20	18	Prosent
	13	Laveste mestringsnivå i lesing, 5. tr.	21	25	23	Prosent (k)
	14	Laveste mestringsnivå i regning, 5. tr.	22	27	24	Prosent (k)
	15	Gjennomføring vdg. Opplæring	78	73	79	Prosent (k)
	16	Høy tilfredshet med livet, Ungd. 2021	49	49	49	Prosent (a,k)
Miljø, skader og ulykker	17	Drikkevann, hygienisk og stabilt	98,6	78,6	90,7	Prosent
	18	Luftkvalitet, finkornet svevestøv	2,9	2,3	4,8	µg/m <sup>3</sup>
	19	Trygt i nærmiljøet, Ungdata 2021	87	88	85	Prosent (a,k)
	20	Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2021	57	56	60	Prosent (a,k)
	21	Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2021	69	63	68	Prosent (a,k)
	22	Fornøyd med treffsteder, Ungd. 2021	38	38	46	Prosent (a,k)
	23	Ensomhet, Ungdata 2021	27	28	25	Prosent (a,k)



Tema	Nr.	Indikator	Tromsø kommune	Fylke	Norge	Enhet
Helserelatert atferd	24	Trener sjeldnere enn ukentlig, 17 år	22	29	27	Prosent (k)
	25	Skjermtid over 4 timer, Ungd. 2021	53	54	49	Prosent (a,k)
	26	Røyking, kvinner	2,5	3,9	2,8	Prosent (a)
Helsestilstand	27	Forventet levealder, menn	80,6	79,3	80,1	År
	28	Forventet levealder, kvinner	84,5	83,5	83,9	År
	29	Utd. forskjeller i forventet levealder	4,5	4,7	5,1	År
	30	Psykkiske symptomer/ lidelser, 0-74 år	158	162	160	Per 1 000 (a,k)
	31	Overvekt og fedme, 17 år	24	28	22	Prosent (k)
	32	Hjerte- og karsykdom	17,7	18,5	17,2	Per 1 000 (a,k)
	33	Antibiotikabruk, resepter	246	237	262	Per 1 000 (a,k)
	34	Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år	96,8	97,0	97,3	Prosent

Profilen for 2023 (3) viser at i forhold til resten av landet kommer Tromsø bedre ut på bl.a.:

- Andel med høyere utdanning.
- Færre med vedvarende lavinntekt (0-17 år).
- Færre unge som står utenfor.
- Forventet levealder.

I forhold til resten av landet har vi bl.a.:

- Flere barn av enslige forsørgere.
- Flere barn og unge bor trangt.
- Flere unge som opplever ensomhet.

Kommunens levekårsundersøkelse (1) presenterer data på områdenivå. Den viser at det er geografiske ulikheter i levekår innad i kommunen. Sammenlignet med andre storbykommuner er forskjellene relativt små.

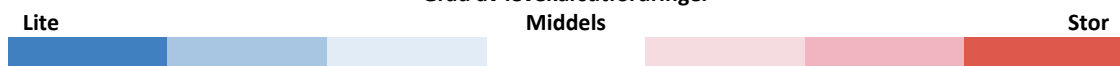
Formålet med levekårsundersøkelsen er å avdekke områder med opphopning av levekårsproblemer, slik at tiltak kan vurderes for å forebygge eller forhindre at uønskede forhold utvikles. Det er ikke enkeltpersoners opplevelse av levekår som fremkommer, men indikatorer som kan gi et bilde av de ressursene som befolkningen på gruppenivå har til å styre sine liv. Områder som fremstår med flere utfordringer, kan likevel oppleves som gode områder å bo i av mange.

Levekårsundersøkelsen (1) presenterer data fra Statistisk sentralbyrå fra følgende hovedgrupper: Folketall, flytting, utdanning, inntekt, og sosiale- og helsemessige forhold. I tabellen under er det laget en illustrasjon over i hvor stor grad levekårssonene har utfordringer, med datasett fra 2020. I levekårsrapportene fra 2012 og 2019 ble det laget enkeltvis kart hvor utfordringene illustreres for alle levekårsfaktorene. Tabellen under viser åtte utvalgte faktorer og hvordan sonene scorer innenfor disse, målt i forhold til andelen personer i sonen. Mørk rød farge indikerer størst utfordringer, mørk blå farge minst og lys farge middels utfordringer.

Tabell 5: Levekår i distriktene i Tromsø, 2020.

	Helse		Inntekt		Sosiale forhold		Utdanning	
	Mottakere av AAP, 18-66 år	Uførepensjonister, 18-44 år	Barn i lavinntektsusholdninger, EU-60	Median inntekt etter skatt per forbrukenhet	Barn med barnevernstiltak	Registrert arbeidsledighet, 15-74 år	Lav utdanning, 30-39 år	Ikke oppnådd kompetanse, 21-29 år
<b>Levekårssoner distriktene</b>								
Ersfjord-Tromvik-Skulsfjord	4,1	2,3	7,8	434300	:	2,3	19	35,1
Finnvik-Kvaløyvågen-øyene nord	4,2	5,7	2,8	409000	3,3	2,3	29,6	30,2
Håkøya-Håkøybotn-Vikran	5,6	4,7	7,8	410400	4,5	1,5	24,8	33
Mjelde-Sommarøy-Kattfjord	5,9	3,7	9,8	396200	4,9	3,5	28,4	24,1
Ullsfjorden-Sørfjorden	7,2	4,5	11,3	366600	:	1,5	30,4	32,4
Ramfjord-Andersdal	5,4	5,9	7,4	406300	5	1,6	29,8	39
Skjelnan-Snarby	4,7	4,7	5,6	415400	3,7	1,3	23,6	40,4


Grad av levekårsutfordringer



Tabell 6: Levekår i byområdet i Tromsø, 2020.

Levekårssoner byområdet	Helse		Inntekt		Sosiale forhold		Utdanning	
	Mottakere av AAP, 18-66 år	Uførepensjonister, 18-44 år	Barn i lavinntektsusholdninger, EU-60	Median inntekt etter skatt per forbruksenhet	Barn med barnevernstiltak	Registrert arbeidsledighet, 15-74 år	Lav utdanning, 30-39 år	Ikke oppnådd kompetanse, 21-29 år
Bjerkaker-Kveldro	3,4	1,8	7,8	432600	1,8	2,3	12,5	21
Dramsveien	3	0,8	7,3	369200	2	2,5	15,3	17,8
Elverhøy	3,5	1,9	7,5	452200	2,8	2,3	10,3	24,7
Fagereng	4	1,3	5,9	442600	4,5	1,3	11,8	21,2
Gimle	4,3	1,8	7,9	379400	3,1	2,1	20	23,4
Gyllenborg	3,1	1,3	5,7	423400	2,9	2,4	12,6	24,1
Hamna	3,4	2,4	6,3	431600	1,4	1,6	14,6	28,4
Hungeren	4	0,9	7,3	441600	2,9	2,1	21,3	25,3
Håpet-Langnes	3,3	6,3	27,4	358700	2,3	2,1	22,2	23,1
Kaldfjord-Eidkjosen	3,2	5	8	409500	6,2	1,2	15,4	30,2
Kaldsletta-Sandvika	4,4	2	6,5	425700	:	1,7	15,4	23,6
Kroken	4,7	4,9	10,2	392300	3,6	1,2	19,3	31,9
Krokenstranda	5,2	3,6	6,7	438400	:	2,5	16,7	34,1
Kvaløysletta	4,6	3,4	9,7	439800	2,2	2	12,8	34,7
Lunheim-Tomasjordnes	3,9	3	10,6	394500	5,1	2,2	20	24,7
Norrøna-Elverhøy	3,6	2,6	14,6	414300	1,6	1,8	11,9	25
Prestvannet	4,5	0,9	13,1	423700	2,8	1,2	13,4	22,2
Reinelva-Sollielva	4,8	3,5	5,1	434200	2	1,6	13,8	24,6
Sentrum	4,4	2,7	33,3	333300	4,4	4,3	22,8	23,1
Sjømannsbyen	2,9	1,6	5	464000	1,8	1,5	14,6	21,3
Slettaelva	3,1	1,6	3,8	466100	1,6	1,4	11,9	29,1
Solneset	4,4	1,2	7,7	448600	2,3	1,6	11,4	25,5
Stakkevollan	4,4	3,3	19,2	373300	2,3	1,3	18,4	23,1
Stakkevollveien	4,1	2,2	13,6	368700	3,5	2,5	19,7	24,9
Storelva	4,1	2,8	3,7	431600	2,2	1,7	13,8	26,7
Strandveien	2,8	4,7	14,8	387900	3,2	2,1	13,9	18,5
Tomasjord	5,2	2,3	12,5	424600	1,4	2,3	23,8	29
Tromsdalen	4,3	1,9	7,6	421100	2,9	2,5	21,1	30,9
Workinnmarka	3,4	1,8	3,2	478300	2,5	1,1	9,8	18,3

Grad av levekårsutfordringer

Lite

Stor

## Sosiale helseforskjeller

Norge er flere ganger kåret til et av verdens beste land å bo i og det norske velferdssystemet er blant de beste i verden. Likevel ser vi også i Norge en tydelig sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse, og at de sosiale helseforskjellene er økende. Det betyr at forhold som inntekt, bo- og nærmiljø og utdanningsnivå har noe å si for den enkeltes helse (4), og at helseforskjellene mellom fattige og rike blir større. Helsen blir bedre for hvert trinn på den sosioøkonomiske stigen. Det er ikke bare store forskjeller mellom fattige og rike, men det er også forskjeller mellom de fattigste og de nest fattigste, og de rikeste har litt bedre helse enn de nest rikeste (5). Sosiale helseforskjeller representerer en utfordring for de gruppene som kommer dårligst ut, men også for helsetjenestene og dermed for samfunnsøkonomien (6; 7).

Tromsøundersøkelsen har dokumentert sammenhengen mellom sosioøkonomisk status, levevaner og risikofaktorer for hjerte- og karsykdom i Tromsø kommune. Hjerte- og karsykdom er en ledende årsak til sykkelighet og tidlig død i Norge. Rapporter fra Folkehelseinstituttet har tidligere vist at hjerte- og karsykdom og forventet levealder varierer etter bosted, utdanningsnivå, levekår og inntekt (8; 5). Det samme finner vi i Tromsø.

## Sosial ulikhet i helse i Tromsø

Sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse i Tromsø kommune er kartlagt ved hjelp av data fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og Tromsøundersøkelsen.

**Sosioøkonomisk status, både individuelt og for områder i Tromsø kommune:** Det er innhentet data fra SSB om enkeltpersoners sosioøkonomiske status i form av utdanning, inntekt, husholdningens samlede inntekt og boligeierskap. Disse dataene er satt sammen til en sosioøkonomisk profil for Tromsøs befolkning over 40 år, fordelt på 36 geografiske soner. De geografiske sonene har blitt rangert fra lavest til høyest og deretter gruppert i fire grupper etter sosioøkonomisk nivå, fra laveste (1. nivå) til høyeste nivå (4. nivå).

**Individuelle data om levevaner og risiko for hjerte- og karsykdom:** Dataene er hentet fra Tromsøundersøkelsens sjuende innsamling i 2015-2016 som henvendte seg til den voksne befolkningen over 40 år i Tromsø kommune. Tromsøundersøkelsen har omfattende data fra spørreskjema, undersøkelser og målinger (blant annet blodtrykk, kolesterol i blodet og kroppsmasseindeks, som er et mål på kroppsvekt i forhold til kroppshøyde). Se detaljert informasjon i tema om overvekt og fedme.

Folkehelse rapporten etter den sjuende Tromsøundersøkelsen 2015-2016 dokumenterer forskjeller i helse- og risikofaktorer i ulike geografiske soner i Tromsø kommune (9). Med utgangspunkt i dette, viser den første studien (10) at det er en sammenheng mellom risikoen for hjerte- og karsykdom og det sosioøkonomiske nivået i de geografiske områdene. Innbyggere i områder med lavere sosioøkonomisk nivå har høyere forekomst av røyking, fysisk inaktivitet usunt kosthold og skadelig alkoholbruk, uavhengig av den enkelte innbyggeres sosioøkonomiske status. Slike levevaner kan igjen bidra til andre risikofaktorer som høyt blodtrykk, forhøyet kolesterol i blodet, fedme og diabetes og videre utvikling av hjerte- og karsykdom.



Figur 14: Bakenforliggende faktorer for sosiale helseforskjeller.

Studien viser at (10):

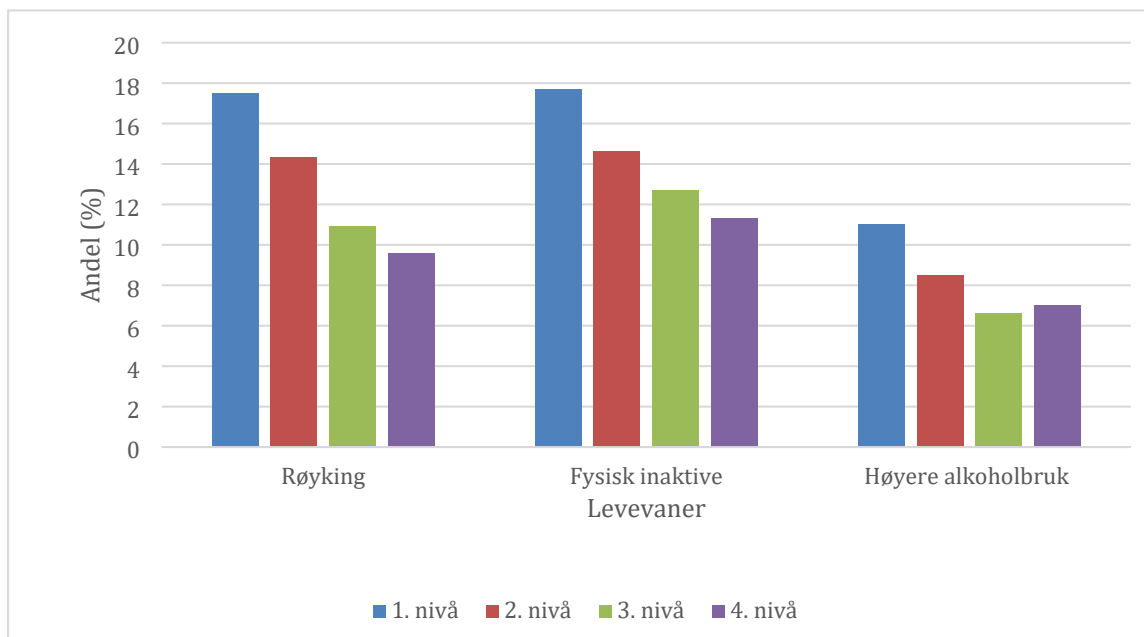
- I områder med lavere sosioøkonomisk nivå, er det større andel av innbyggerne som røyker, har høyere alkoholforbruk, er fysisk inaktive og spiser mindre sunn mat. Dette øker risikoen for høyere kroppsmasseindeks, høyere kolesterol, høyt blodtrykk og diabetes (jfr. figur 2, 3).
- Personer som bor i et område med lavere sosioøkonomisk nivå, har høyere kroppsmasseindeks og høyere kolesterol, uavhengig av individuell sosioøkonomisk status.
- Kvinner som bor i et område med høyere sosioøkonomisk nivå, har 32 % lavere risiko for diabetes og 21 % lavere risiko for høyt blodtrykk enn de som bor i områder med lavere sosioøkonomisk profil, uavhengig av individuell sosioøkonomisk status.
- Menn som bor i områder med høyere sosioøkonomisk nivå, har 17 % lavere risiko for diabetes og ni % lavere risiko for høyt blodtrykk enn de som bor i områder med lavere sosioøkonomisk profil, uavhengig av individuell sosioøkonomisk status.

En annen studie fra Tromsøundersøkelsen viser en sterk sammenheng mellom lavere nivå av fysisk aktivitet i fritiden og høyere kroppsmasseindeks for beboere i samme nabolag (11).

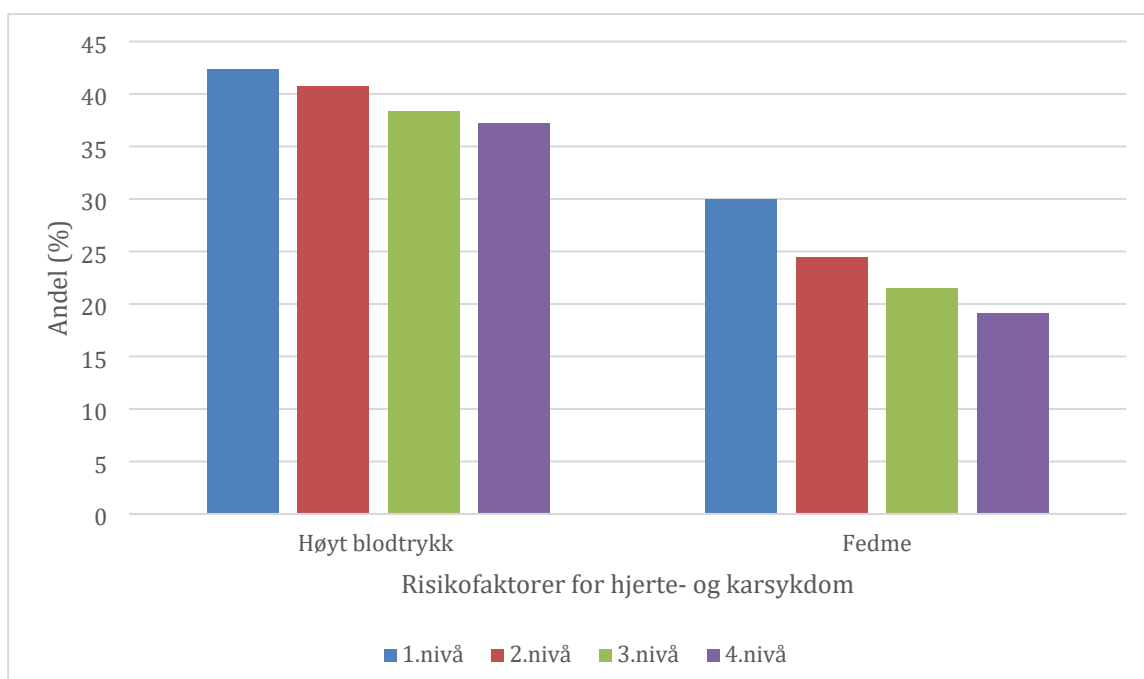
Tabell 7: Geografiske soner i Tromsø fordelt på fire sosioøkonomiske nivåer.

Nivå 1 (lav)	Nivå 2	Nivå 3	Nivå 4 (høy)
Ersfjord-Tromvik-Skulsfjord, Finnvik-Kvaløyvågen-øyene, Håkøya-Håkøybotn-Vikran, Håpet-Langnes, Kroken, Lunheim-Tomasjordnes, Mjelde-Sommarøy-Kattfjord, Ramfjord-Andersdal, Sentrum, Skjelnan-Snarby, Strandveien, Ullsfjorden-Sørfjorden	Gimle, Kaldfjord-Eidkjosen, Kaldsletta-Sandvika, Reinelva-Sollielva, Stakkevollan, Stakkevollveien, Tomasjord, Tromsdalen	Dramsveien, Fagereng, Gyllenborg, Hamna, Hungeren, Krokenstranda, Kvaløysletta, Sjømannsbyen, Storelva	Bjerkaker-Kveldro, Elverhøy, Norrøna-Elverhøy, Prestvannet, Slettaelva, Solneset, Workinnmarka

Fordeling av utvalgte risikofaktorer for helse over de fire sosioøkonomiske nivåene i Tromsø vises i Figur 15 og Figur 16.



Figur 15: Andel røykere, fysisk inaktive og personer med høyere alkoholforbruk i henhold til sosioøkonomiske nivå.



Figur 16: Andel personer med høyt blodtrykk og fedme i henhold til sosioøkonomiske nivå.

Funnene fra levekårsundersøkelsen (1) viser hvilke utfordringer som er mest vanlige i ulike soner i Tromsø kommune. De levekårsutfordringene som er spesifikk for sonene kan delvis bidra til forståelse av sosioøkonomiske ulikheter i Tromsø.

Levekårssonene Sentrum, Strandveien, Stakkevollveien og Lunheim-Tomasjordnes er preget av lav inntekt og høy gjeldsandel sammenlignet med andre deler av kommunen. De samme områdene har også høy flytteandel og stor andel aleneboende. Høye boligpriser i Tromsø bidrar til utfordringene.



Levekårssonene Mjelde-Sommarøy-Kattfjord, Lunheim-Tomasjordnes, Håpet-Langnes, Sentrum og Ramfjord-Andersdal har høyere andel arbeidsledighet og innbyggere som mottar barnevernstjenester, sosialhjelp, arbeidsavklaringspenger og unge uførepensjonister.

Levekårssonene Ullsfjord-Sørfjorden, Finnvik-Kvaløyvåg, Skjelnan-Snarby og Kroken har en høy andel innbyggere som har gjennomført kun grunnskoleutdanning. De har også mange som startet på videregående opplæring, men som ikke gjennomførte i løpet av fem år. Frafall i videregående skole er blant annet høyest blant unge som har foreldre med lav utdanning. Man skal være ekstra oppmerksom på forhold mellom utdanning, barns mestring og tilegnelse av ferdigheter i områder der det er mange levekårsutfordringer.

Levekårene i Tromsø kommune er generelt gode, men kan forbedres. Funnene gir ikke grunnlag for å karakterisere områder som gode eller dårlige å bo i, vet vi at befolkning (over 40 år) som bor i områder med lavere sosioøkonomisk nivå har tendens å ha negativ helse atferd og større statistisk risiko for uhelse og hjerte- og karsykdom.

Helsedirektoratet anbefaler kommuner å redusere sosiale ulikheter i helse, i kraft av å være planmyndighet etter plan- og bygningsloven, samfunnsutvikler og eier av skoler, barnehager mv., og som ansvarlig for kommunale helse- og omsorgstjenester.

## 4. Fysiske, biologiske og kjemiske miljøfaktorer

Luft, vann, mat er livsviktige faktorer. Et sunt og rent miljø er grunnleggende for helse, trivsel og livskvalitet. I dette tema beskriver vi negative miljøfaktorer som svevestøv, støy, radon, forurenset drikkevann og forurenset grunn. Andre viktige indikatorer er inkludert som vedlegg 1. Tilrettelegging av sykkelveinett, friområder og grønnstruktur er en del av det fysiske miljøet, og er beskrevet som faktorer som påvirker helseatferd (side 45).

### 4.1. Luftkvalitet og svevestøv

Luftkvaliteten i Tromsø er generelt god, men med årstidsvariasjoner. I vinterhalvåret kan det være perioder med høyere nivåer av luftforurensning. Hovedkildene til luftforurensning er utslipp fra transport og vedfyring. Høy piggdekkandel, strøing av veier om vinteren samt perioder med lite nedbør og vind, bidrar til overskridelser av svevestøvkonsentrasjonen. Dette gjelder spesielt i perioder på høsten og våren når asfalten er bar mot piggdekk.

Støvparkler med diameter mindre enn 2,5 mikrometer ( $\mu\text{m}$ ) inngår i finkornet svevestøv partikler ( $\text{PM}_{2,5}$  fraksjonen), og grovfraksjonen partikler ( $\text{PM}_{10}$ ) har partikler mindre enn ti mikrometer. Jo mindre partiklene er, jo lengre ned i lungene kan de følge med lufta som pustes inn. Eksponering for svevestøv kan føre til betennelse i luftveiene og utvikling eller forverring av lunge- og hjerte- og karsykdommer. Spesielt sårbare individer er de med luftveissykdommer, hjerte- og karsykdommer, barn og gravide.

Luftkvalitetskriterier fastsatt av Folkehelseinstituttet og Miljødirektoratet, er kriterier som er satt så lavt at de aller fleste kan usettes for disse nivåene uten at det oppstår skadevirkninger på helsen. For svevestøv har de satt følgende luftkvalitetskriterier for døgngjennomsnitt:

- Finfraksjonen  $\text{PM}_{2,5}$  15  $\mu\text{g}/\text{m}^3$
- Grovfraksjonen  $\text{PM}_{10}$  30  $\mu\text{g}/\text{m}^3$

Eksponering for svevestøv er en av de viktigste miljøårsakene til for tidlig død (12). Av miljøhensyn er det ønskelig at flere sykler og går i stedet for å bruke bil. Når flere sykler og går, betyr det samtidig at man får en økning i antallet som utsettes for svevestøv, fordi man som regel går og sykler langs hovedferdselsårene hvor svevestøvkonsentrasjonen er høyest.

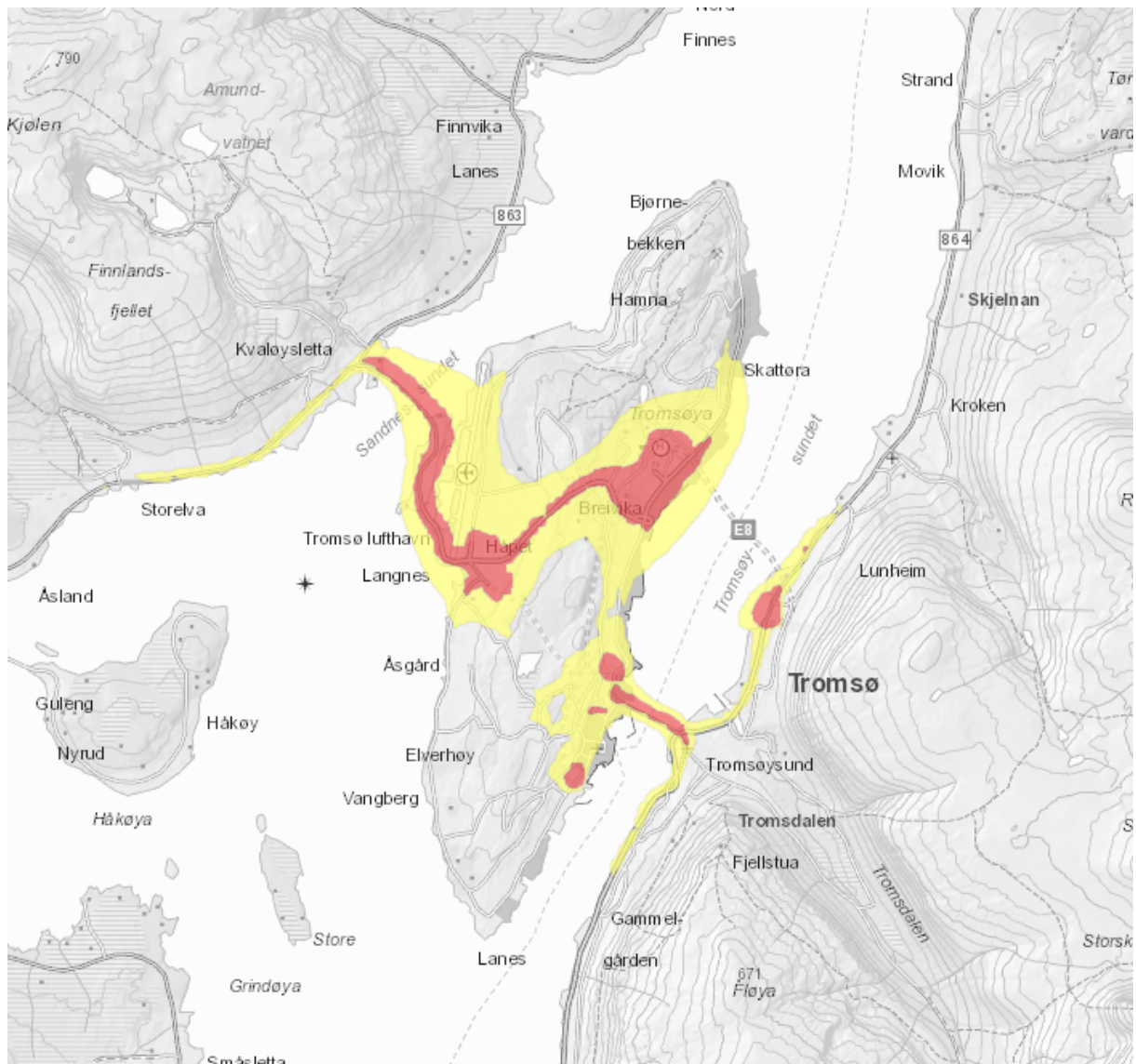
Høy svevestøvkonsentrasjon er i stor grad sammenfallende med støysonene for veg, og samvirkning av støy og støv kan gi forsterket negativ helsepåvirkning.

#### Svevestøv i Tromsø

Luftkvaliteten måles ved to lokaliteter i Tromsø kommune: Hansjordnesbukta og Rambergan. Det er periodiske døgnoverskridelser for svevestøv, typisk på vår og høst når det er barmark og piggdekkbruk.

Det ble i 2019 utarbeidet en tiltaksutredning for lokal luftkvalitet i Tromsø. I den forbindelse er det laget et luftsonekart etter kriterier gitt i T-1520 (Retningslinje for behandling av luftkvalitet i arealplanlegging). Kartet er basert på meteorologi og utslipp for 2016. Kartet viser en kombinasjon av Nitrogendioksid  $\text{NO}_2$ , svevestøv partikler ( $\text{PM}_{10}$ ) og fint svevestøv partikler ( $\text{PM}_{2,5}$ ), men det er i hovedsak  $\text{PM}_{10}$ -nivåene som avgjør om det blir gule og røde områder i Tromsø. Kartet på neste side viser forskjeller i støvbelastningen. Røde områder er i hovedsak langs de mest trafikkerte veiene og områdene rundt tunnelmunningene (med grenseverdiene gjengitt under kartet).

- Kartet viser at det er relativt store områder som ligger i gulsone. Det vil si områder hvor beregningene gir flere enn syv døgn over 35  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . Rød sone, som er områder med mer enn syv døgn over 50  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ , er konsentrert om de mest trafikkerte veiene og områdene rundt tunnelmunningene.



Kart 1: Luftkvalitet i byområdet.

Luftsonekartet er i sin helhet basert på beregninger for 2016. Beregningene tar ikke høyde for at viftene i tunnelsystemet normalt trekker inn luften fra Hansjordnesbukta og ut til de andre tunnelmunningene. Det kan bemerkes at luftsonekartet er basert på kun ett meteorologisk år og at et annet år vil kunne gi en noe annen fordeling av gule og røde soner. Sammenligning av målinger indikerer at beregningene stemmer overens med det generelle nivået.

I de mest støvutsatte områdene er det vanskelig å skjerme mot støv i uteoppholdsareal. Det er også en utfordring at støv- og støvutsatte områder i noen tilfeller er sammenfallende med områder der det er levekårsutfordringer. Dette kan være med på å bidra til sosial ulikhet innen helse.

## 4.2. Radon

Radon er en naturlig radioaktiv gass uten farge og lukt. Radon i bygninger kommer hovedsakelig fra byggegrunnen i form av jordluft fra uranholdige bergarter, som siver inn i bygget gjennom utettheter mot grunnen. Radon kan også komme inn i bygninger fra borevannsbrønner i fast fjell gjennom ørsmå partikler eller dråper (aerosoler) fra dusj og oppvaskmaskin. Tilkjøpte masser/pukk/grus i byggegrunnen fra uranholdige bergarter kan i visse tilfeller bidra til problemer med radon i områder som ellers er lite utsatt.

Radon kan ha negativ helsepåvirkning i form av økt fare for lungekreft (langtidseffekt). Ca. 300 dødsfall årlig i Norge skyldes radon (13). Risikoen for lungekreft øker med radonkonsentrasjonen i inneluften, og med oppholdstiden. Risikoen er høyest for de som aktivt røyker eller har røkt.

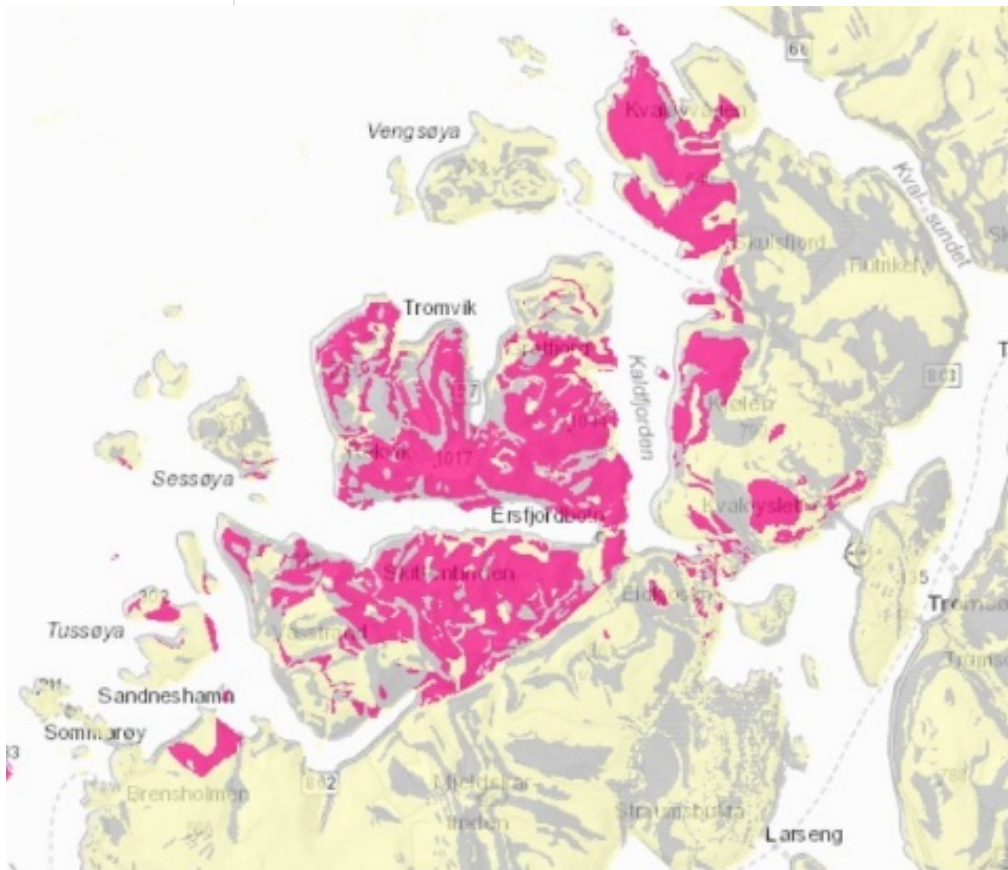
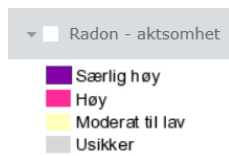
Tiltaksgrensen for radon er  $100 \text{ Bq/m}^3$ , men det finnes ingen nedre terskelverdi for når radon kan gjøre skade. Anbefalingen fra Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet er derfor at man holder strålingen så lav som mulig ved å gjøre nødvendige tiltak (14).

Det er kun gjennom måling i egen bolig man kan få vite radonkonsentrasjonen i boligen. Bortsett fra i utleieboliger er det ikke lovpålagt å måle radonkonsentrasjonen i boliger. Gjennom kommunale eller nasjonale kampanjer kan man få flere til å måle sin bolig og iverksette tiltak. Det er ikke en ensartet type tiltak som kan iverksettes for å utbedre for høy radonkonsentrasjon, det må vurderes byggeteknisk i hvert tilfelle. De fleste må leie inn fagfolk til denne jobben, og det kan være kostnadskrevende.

### Radon i Tromsø

Kommunen har blant annet gjennom tidligere kampanjer for radonmåling i private boliger, fått god oversikt over hvor radonforekomsten er størst. Skjerpede krav til radon i byggeteknisk forskrift, gjør at hensynet til radon i nye boliger blir bedre ivaretatt enn tidligere. Det er likevel viktig at eiere av både nye og eksisterende boliger måler radon for å avdekke om det er behov for tiltak. Alle som leier ut bolig må kunne dokumentere radonkonsentrasjonen overfor leietaker.

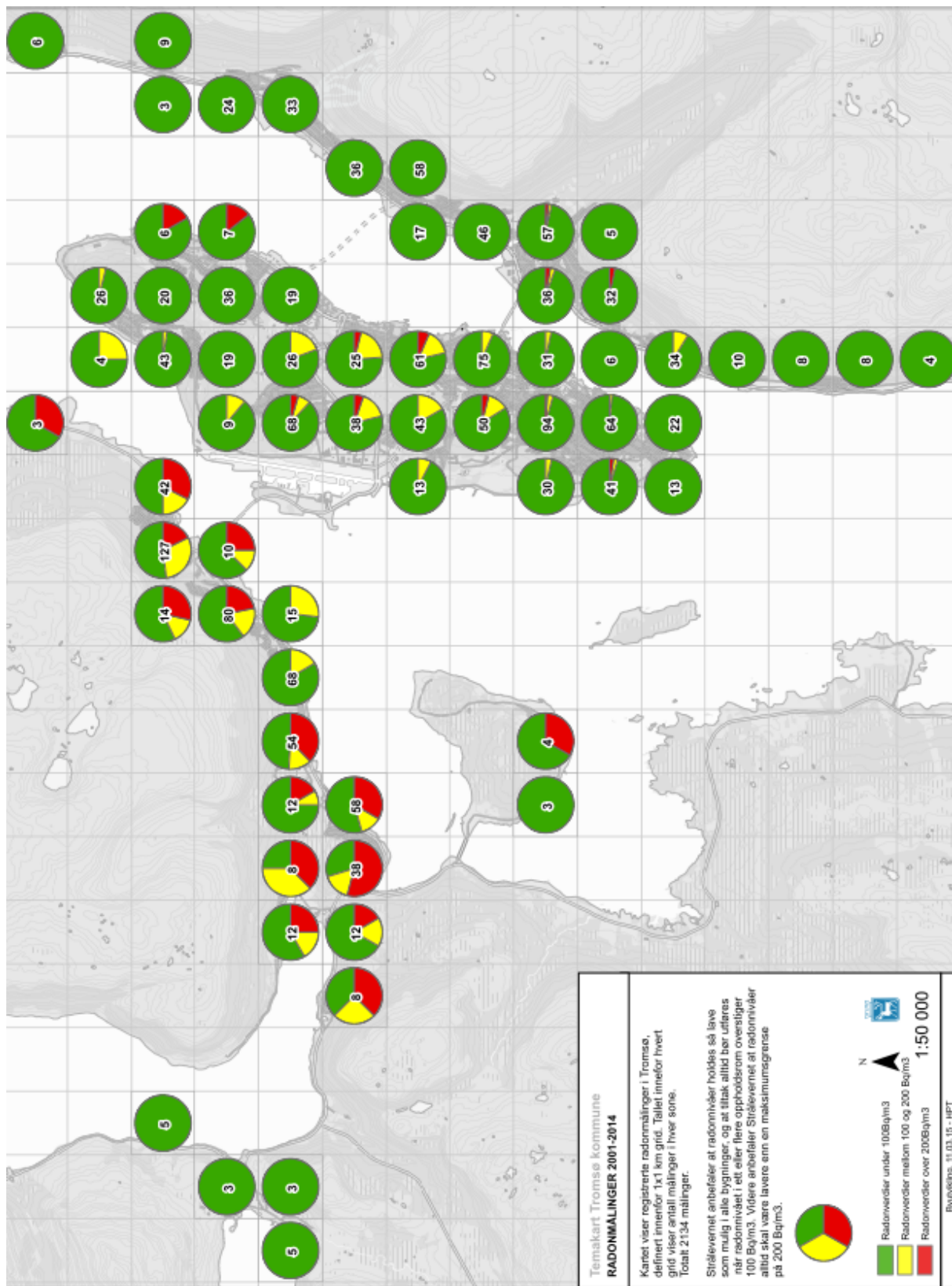
Tromsø kommune er som skole- og barnehageeier, arbeidsgiver samt boligutleier, pliktig å sørge for at radonnivåene er tilfredsstillende i disse byggene. Det er målt radon i alle kommunale skoler og barnehager, samt en del utleieboliger. Det er gjort utbedringer i skoler og barnehager med for høyt radonnivå. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet anbefaler radonmålinger ca. hvert femte år, eventuelt hvert tiende år der tidligere målinger viser stabilt lave radonnivåer under tiltaksgrensen på  $100 \text{ bequerel (Bq)/m}^3$  (14).



Kart 2: Aktsomhetsområder for radon i Tromsø.

Kart 2 viser at det i all hovedsak er områder på Kvaløya som har forhøyet risiko for radonforekomst.





Kart 3: Radonmålinger i Tromsø<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> Kilde: Temakart fra arbeidet med kommuneplanens arealdel i 2015/2016.

Temakartet viser faktiske målinger i boliger. Temakartet gjenspeiler det som aktsomhetskartet viser, at det i hovedsak er på Kvaløya at radonforekomsten er høyest. Rød farge viser andel boliger med grenseverdien over 200 Bq/m<sup>3</sup>. Tallet i hver rute viser antallet målinger.

### 4.3. Støy

Støy er et folkehelseproblem og ett av miljøproblemene som rammer flest mennesker i Norge. Ifølge Miljødirektoratet er 2,1 millioner mennesker utsatt for et støynivå utenfor boligen sin som overskrider anbefalt grenseverdi på 55 desibel (dB) (15). Vegtrafikk er den største kilden til støy i Norge, og 200 000 mennesker har problemer med nattesøvnen på grunn av støy (15). Mange støyproblemer er knyttet opp mot arealbruk, urbanisering og fortettingsproblematikk, spesielt når boliger etableres i områder med kollektivknutepunkter og mye trafikk.

Det er estimert over 10 000 tapte friske leveår hvert år i Norge, som følge av sterk grad av søvnforstyrrelser på grunn av vegtrafikkstøy (16). En rapport fra Statistisk sentralbyrå om barn og unges miljø og helse viser at en høyere andel av barn i familier med lav utdanning bor i støyutsatte områder, sammenlignet med barn i familier med høy utdanning (17). Dette kan være med på å skape sosial ulikhet i helse. Støy kan føre til søvnforstyrrelser, redusert livskvalitet, redusert helse og økt risiko for hjerte- og karsykdom (18). Ikke-viljestyrte stressreaksjoner som økt puls, blodtrykksøkning og utskillelse av stresshormoner kan også skje, selv om en person ikke selv mener å være plaget av støy (15). Tilstrekkelig og uforstyrret søvn er avgjørende for god fysisk og psykisk helse.

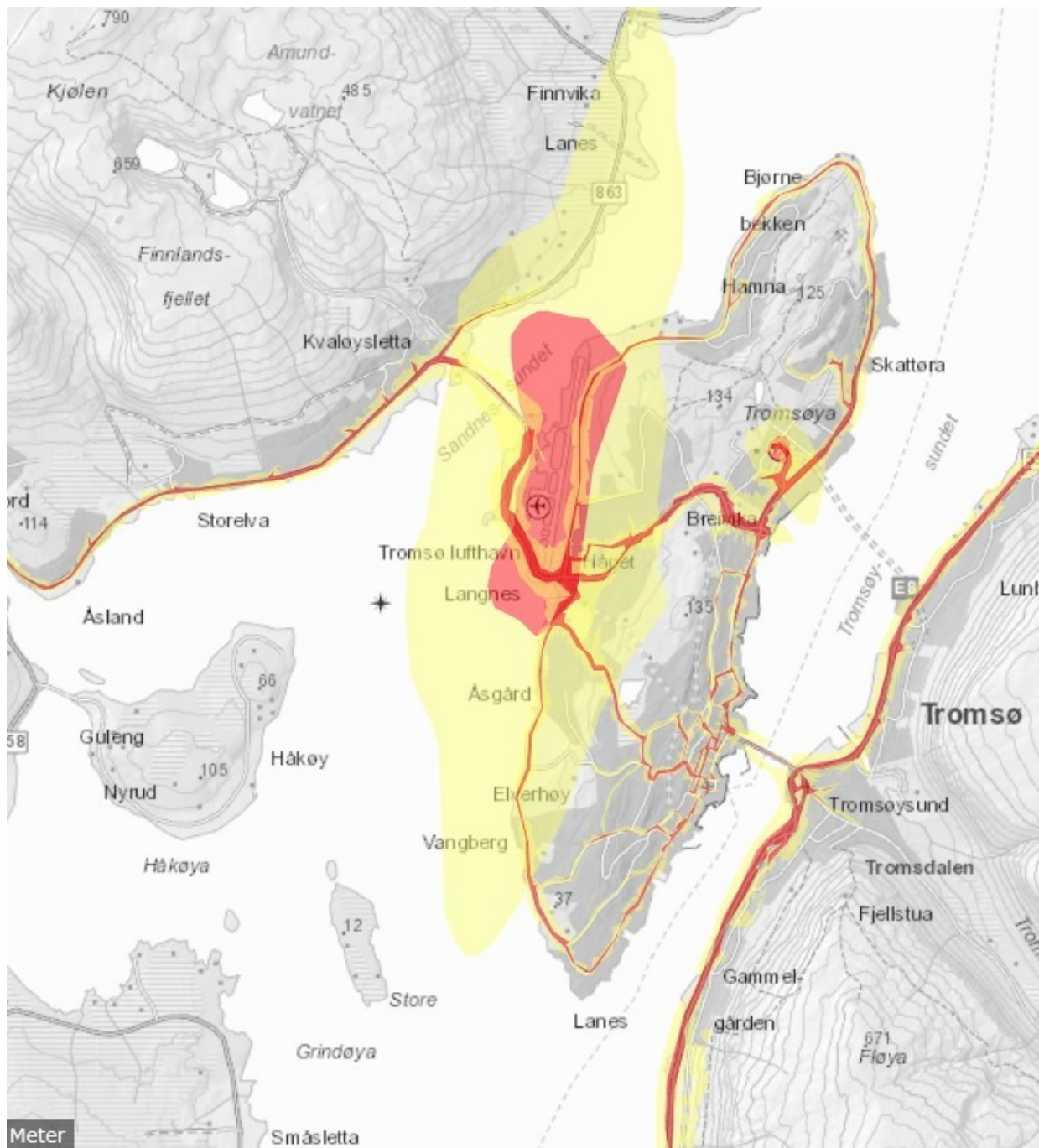
#### Støy i Tromsø

En kartlegging av støy fra kommunale-, fylkeskommunale- og statlige veger i 2015, viste at antall støyfølsom bebyggelse i gul støysone (55-65 dB) er beregnet til 1717 bygg og 475 bygg i rød støysone (65 dB og oppover). Støyfølsom bebyggelse er definert som boliger, fritidsboliger, helsebygg, skoler og barnehager. Det er anslått at ca. 15 000 personer bor i gul støysone, og ca. 5 500 bor i rød støysone. Fremtidig situasjon rundt år 2030, med stipulert trafikkøkning på ti %, viser at antallet støyfølsom bebyggelse i gul støysone øker til 1743 og 546 i rød støysone. Det betyr at det blir cirka 1300 flere personer som bor i gul støysone og ca. 1 100 flere i rød støysone. Kommunen har gjennom Byvekstavtalen forpliktet seg til et nullvekstmål når det gjelder biltrafikk. Selv om kommunen er forpliktet til å jobbe for dette målet, vil det ta tid. Det betyr at det i realiteten fremdeles vil være noe økning i biltrafikken fremover (19).

Tromsø kommune er som vegeier pliktig å oppdatere støykartleggingen for kommunale veger hvert 5.år (krav i forurensningsforskriften). Siste oppdatering er fra april 2023 som viser støy kun fra kommunale veger (19). For en helhetlig vurdering av støy situasjon for Tromsø innbyggerne er det nødvendig å ha en samlende oversikt over både kommunale og fylkesveier. Det jobbes videre med å sammenstille kartlegginger.

I den sjuende Tromsøundersøkelsen, ble det gjennom et prosjekt i regi av Folkehelseinstituttet kartlagt støyspesifikke plager hos deltakerne. Resultatet fra undersøkelsen viser at for Tromsøs befolkning over 40 år, så er det støy fra veitrafikk, fly, bygge- og anleggsstøy og nabostøy som plager flest. I Tromsø kommune er 4,6 % av befolkningen over 40 år moderat til svært plaget, forstyrret eller irritert av støy fra veitrafikk og 3,75 % av støy fra bygg- og anleggsarbeid. I Tromsø er en del boliger utsatt for støy både fra veg og fly, og er dermed ekstra støyutsatt.

I Kommuneplanens arealdel (KPA) er det egne støybestemmelser og temakart med støysoner for veitrafikk og flystøy. Det er ulike grenseverdier for de to støykildene.



Kart 4: Kartet viser røde og gule støysoner for veg- og flystøy i byområdet i Tromsø<sup>17</sup>.

De mest støybelastede områdene er ofte også belastet med andre negative miljøfaktorer som f.eks. svevestøv. Samvirkning av støy og støv kan gi negativ synergieffekt på helse og livskvalitet.

<sup>17</sup> Kilde: Tromsø kommune, kartportalen, temakart støy og forurensning.



#### 4.4. Drikkevann

Forurensing av drikkevannet medfører fare for liv og helse. Kilder fra overflatevann har stor risiko for forurensing med avføring, noe som øker ved kraftig nedbør, flom eller andre klimarelaterte utfordringer. Samfunnskonsekvenser på grunn av forurensing av drikkevann er stort. Det gjelder fra fare for vannbåren epidemi til alvorlig sykdom med dødsfall eller langvarige helsekonsekvenser. I Norge måles kvaliteten på drikkevann fra godkjenningspliktige vannverk. Drikkevannsforsyningen er reelt sårbar for mikrobiologiske agens – bioterror. Vannkvaliteten måles i forekomsten av E. coli-bakterier i vannet og leveringsstabiliteten. Drikkevannet i Tromsø har høy kvalitet og er trygt å drikke. Vannet tilfredsstiller krav i Forskrift om vannforsyning og drikkevann.

Kommunens byvannverk består av Simavik vannverk på Ringvassøya og Kvaløya vannverk. Simavik vannverk bruker Øvre Langvann som hovedkilde og Damsvann som reservekilde. Kvaløya vannverk bruker Mellomvatnet (Nedre Svarthammervannet) og Amundvannet som hovedkilder samt Øvre Svarthammervannet som reservekilde. I tillegg har kommunen vannverk på følgende steder: Balsnes/Vikran, Breivikeidet, Buktelia, Fagernes, i Kattfjord, Kvaløyvågen, Lakselvbukt, Olderbakken, Oldervik, Sjursnes, Skulsfjord, Trondjord og Vengsøya.

Informasjon om drikkevannskvalitet finnes kun for den delen av befolkningen som er tilknyttet vannverk som forsyner minst 50 personer. For Tromsø kommune var denne andelen på 84 % i 2021 (Troms og Finnmark fylkeskommune 87 % og Norge 88 %). Av disse har 98,9 % (fylket 96 %, Norge 90,7 %) god hygienisk kvalitet, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli. 98,7 % (fylket 81,5 %, Norge 91,3 %) har tilfredsstillende leveringsstabilitet (19).

#### 4.5. Forurenset grunn

Jord i byer er brukt og gjenbrukt mange ganger. Den kan bestå av bygningsrester, brannrester, tilkjørte gravemasser, avfall av ulik opprinnelse og lokal naturlig jord. Dette kalles byjord. Byjord er løsmasser preget av menneskelig aktivitet i lang tid, og regnes som svakt forurenset masse. På grunn av ulike aktiviteter kan byjord inneholde helse- og miljøfarlige stoffer. Mulige forureningskilder kan være bybranner, vedlikehold av bygninger, ulike typer avfall, aktivitet fra industri og verksted og biltrafikk (20).

Østsiden av Tromsøya og deler av fastlandssiden er preget av utfyllinger i sjø. Områdene er utfylt på ulike tidspunkt. Gjennom historien har avfallshåndteringen variert, og det finnes flere områder som tidligere ble benyttet som avfallsfyllinger (21).

I forbindelse med bygge- og gravearbeid og andre kartlegginger, oppdateres den nasjonale databasen for grunnforurensning; Grunnforureningsdatabasen (22). Det er kommunen som er forureningsmyndighet ved opprydding i forurenset grunn ved bygge- og gravearbeid, jf. forureningsforskriften kapittel 2 (23). Statsforvalteren registrerer lokaliteter i deres forvaltningsområde; eksempelvis deponi og annen industrivirksomhet.

I 2008 ble det gjennomført en kartlegging av forurenset grunn i kommunale barnehager og skoler, samt enkelte lekearealer. I etterkant ble det gjort utbedringer der grenseverdiene var overskredet (24).

Utfordringene med forurenset grunn er mange. Byer vokser, og arealer som tidligere ble sett på som avsidesliggende er nå sentrale og attraktive utbyggingsområder. Det gjør at områder som tidligere ble benyttet til eksempelvis industrivirksomhet, nå omreguleres til annen arealbruk. Når bygge- og anleggsarbeid settes i gang på slike arealer, kan det øke faren for spredning av forurensing.

Det er en utfordring å vite utstrekning på de gamle avfallsdeponiene og hva som er deponert der. I Tromsø kommune finnes det ikke et register over nedgravde oljetanker. Det er

utfordrende siden bruken av tankene ofte er faset ut, uten at de er sanert og tatt opp av grunnen. Nedgravde oljetanker har begrenset levetid og representerer en fare for forurensning. Forbud mot bruk av mineralolje til oppvarming av bygg trådte i kraft 1.1.2020. Nedgravde oljetanker som tas permanent ut av bruk skal saneres.

Kunnskapen om miljøgifter og bransjer som kan være med på å spre miljøgifter øker, dette gjør at det avdekkes flere områder med grunnforurensning.

## 5. Psykososialt miljø

Livskvalitet, levekår, oppvekstvilkår og psykisk helse henger tett sammen og utformer psykososialt miljø i samfunnet. Folkehelse skapes også av gode relasjoner og det starter i barndommen. Tilhørighet og trygghet i lokalsamfunn er viktig, der også barnehage og skole er viktige arena. Ferdigheter i lesing og skriving er grunnleggende for trivsel og deltakelse i samfunnet og arbeidsliv. Tromsø ligger på gjennomsnittet i Norge for mestring i å lese og skrive på 5. trinn.

Det er en økning i mobbetilfeller både i Norge og Tromsø, men det er mindre mobbing i Tromsø enn for gjennomsnittet i Norge. Trivsel på skolen er en utfordring for 14 % av barna i Tromsø (12 % i 2018). Skoletrivsel blant ungdomsskoleelevene synker fra 2018 til 2021 (25; 26) der 13 % av ungdomsskoleelevene sier at de ikke trives på skolen, mot åtte % i 2015 og 2018. Ungdommer i Tromsø er mindre fornøyd med treffsteder enn gjennomsnittet i Norge. Lokale møteplasser er viktig for å skape et godt oppvekstmiljø for barn og unge. Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter halveres etter ungdomsskolestart

Tromsø kommune har 98 % barnehagedekning (27) og 81 % bemanning i barnehage er oppfylt mens gjennomsnittet i fylket er 62 % og Norge 59 %. Gode og trygge barnehager, skole og nærmiljø er en del av å skape gode oppvekstvilkår.

### 5.1. Livskvalitet

God livskvalitet er et viktig mål for folkehelsearbeidet og for en bærekraftig samfunnsutvikling, som Tromsø kommune har ambisjon om å nå. Jf. delmål 1.1 i kommuneplanens samfunnsdel: "Tromsø vil ha aktive innbyggere som har mulighet til å ivareta egen helse, trivsel og livskvalitet gjennom hele livet". Livskvalitet er lykkefølelse og langsiktig tilfredshet med livet. Det omfatter både objektive faktorer som økonomi, boforhold og deltakelse i samfunnet, og subjektive faktorer som glede, mening, engasjement, tilfredshet, opplevelse av trygghet, fellesskap, utvikling og påvirkningsmuligheter.

#### Livskvalitet i Norge

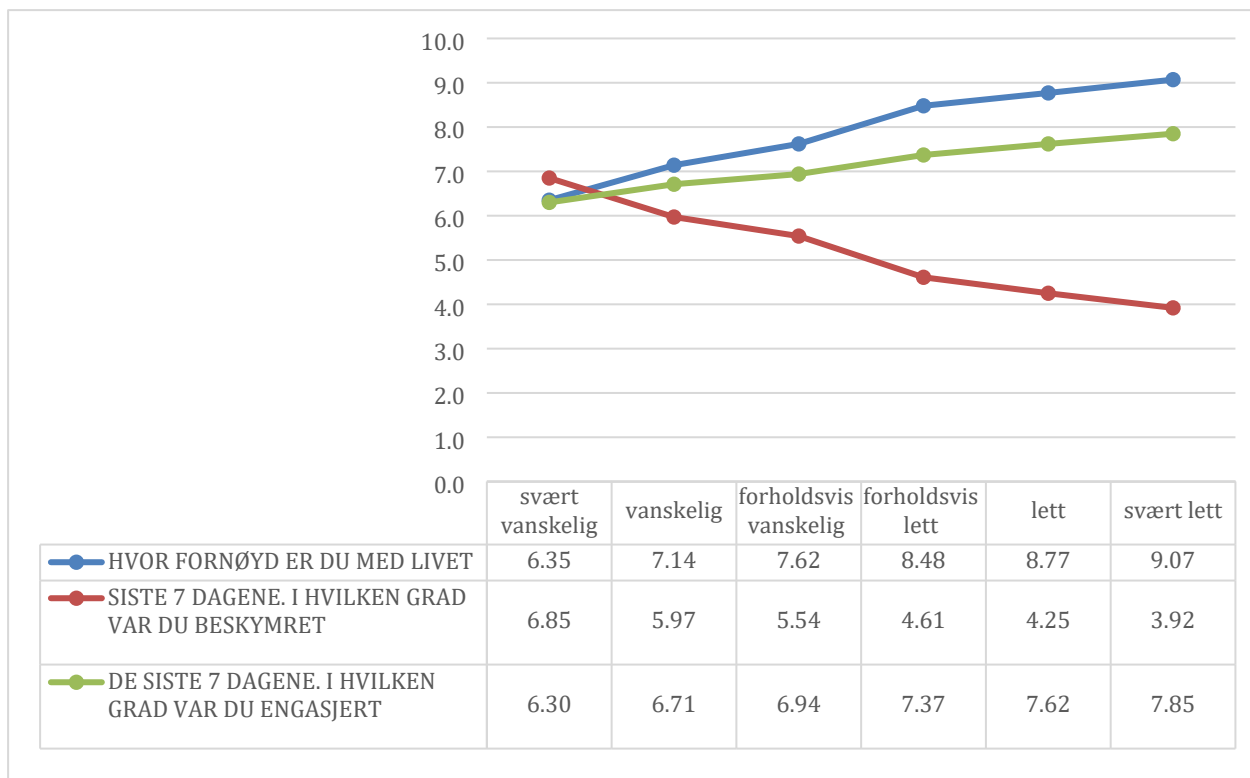
Folkehelseundersøkelser i fylkene fra 2021 viser at Norge er et land med høy livskvalitet, men det er skjevt fordelt i samfunnet. Landsgjennomsnittet er på 7,5, på en skala fra 0 til 10. De unge er mindre fornøyde, mer ensomme og mer bekymret enn de eldre. Personer med universitets- og høgskoleutdanning, personer med høy inntekt og yrkesaktive er blant gruppene som er mest fornøyd med livet og oftere enn andre oppgir god livskvalitet (28).

Grupper som har økonomiske vansker, står utenfor arbeidslivet, har dårlig helse, er enslige eller opplever å ha få å støtte seg til, har også dårligere livskvalitet enn andre (29).

#### Livskvalitet i Tromsø

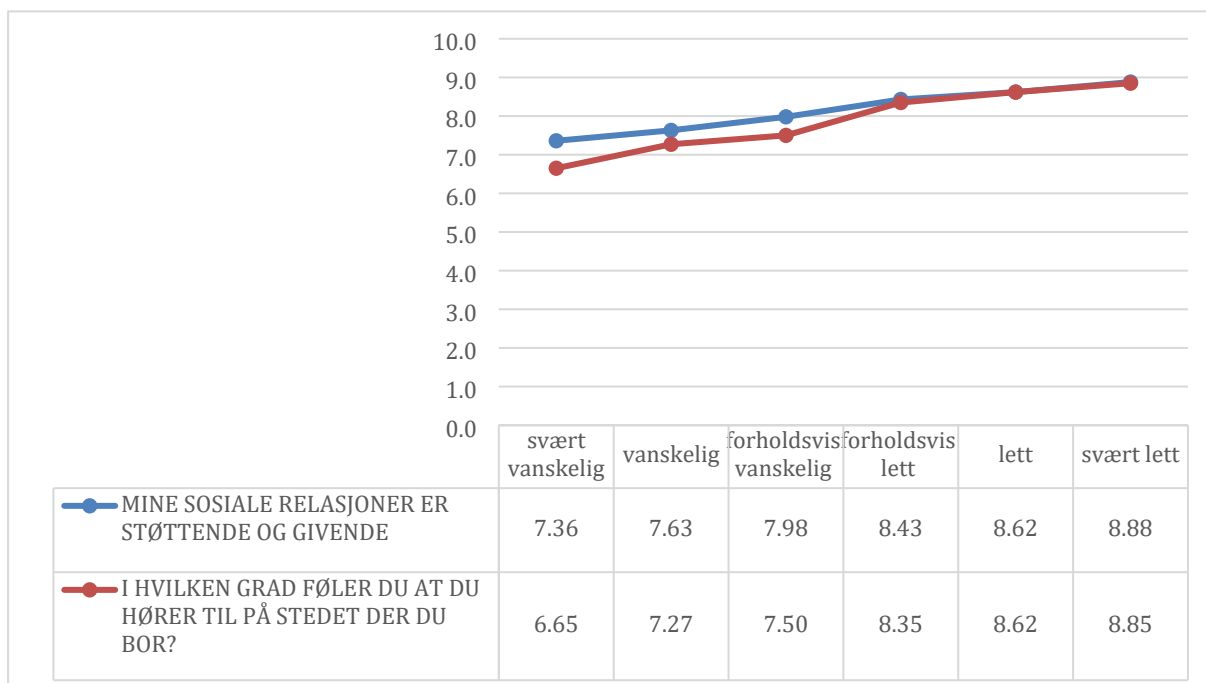
Folkehelseinstituttet har, på vegne av Troms og Finnmark fylkeskommune, bearbeidet en undersøkelse om livskvalitet fra 2019. Tromsø kommune analyserte et utvalg av 7057 svar fra innbyggere i Tromsø, som var tilfeldig valgt. I gjennomsnitt, på en skala fra 0-10, skåret befolkningen i Tromsø 7,46 på fornøyd med livet, 7,45 opplever livet meningsfylt, 6,44 engasjement, 7,09 lykke og optimisme og 7,46 givende sosiale relasjoner.

På spørsmål om man er fornøyd med ulike områder i livet svarte 73 % at de var fornøyde med egen helse, mens 21 % svarte at de hadde økonomiske vansker. Tilgang til natur og friluftsområder og høy grad av trygghet er de indikatorene som får høyest % (henholdsvis 93 og 89 %). Når det gjelder daglig inntak av frukt/bær og grønnsaker er det lavest % på henholdsvis 27 % og 35 %.



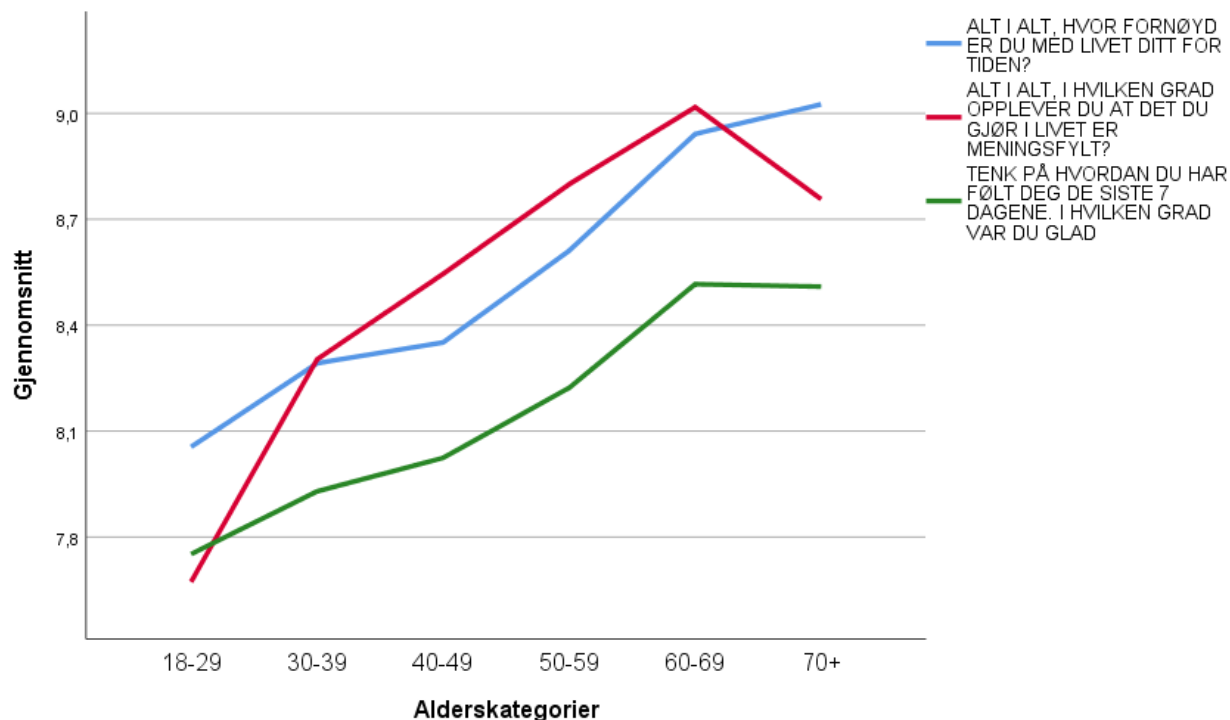
Figur 17: Livskvalitetsindikatorer etter opplevde samlet inntekt (skala 0-10).

Figur 17 viser at livskvalitets faktorer som benytter en skala fra 0-10. Å engasjere seg og være fornøyd med livet øker med god opplevelse av inntekten, mens bekymringen som er en risiko faktor for psykisk helse senker med økende husholdningens inntekt.

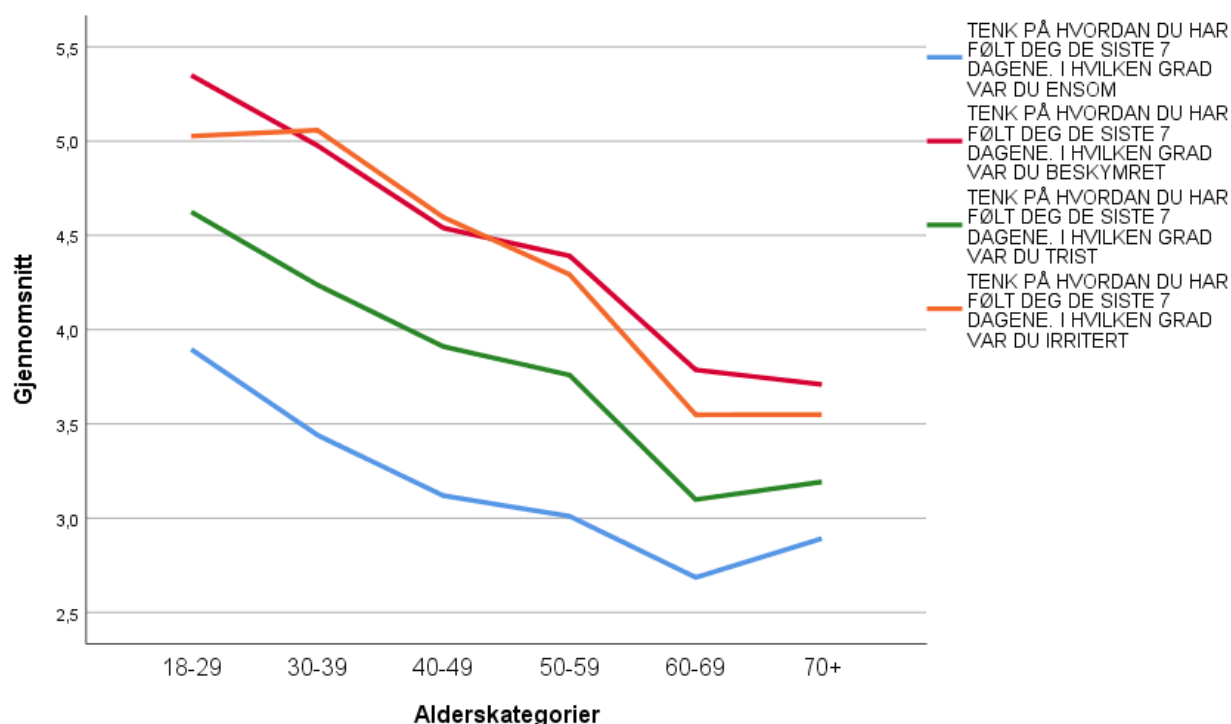


Figur 18: Livskvalitetsindikatorer etter opplevde samlet inntekt (skala 0-10).

Figur 18 viser at livskvalitetsfaktorer som sosiale relasjoner og tilhørighet øker med selv husholdningens inntekt mens risiko faktorer for god psykisk helse som ensomhet, senker med bedre økonomi i husholdningen.

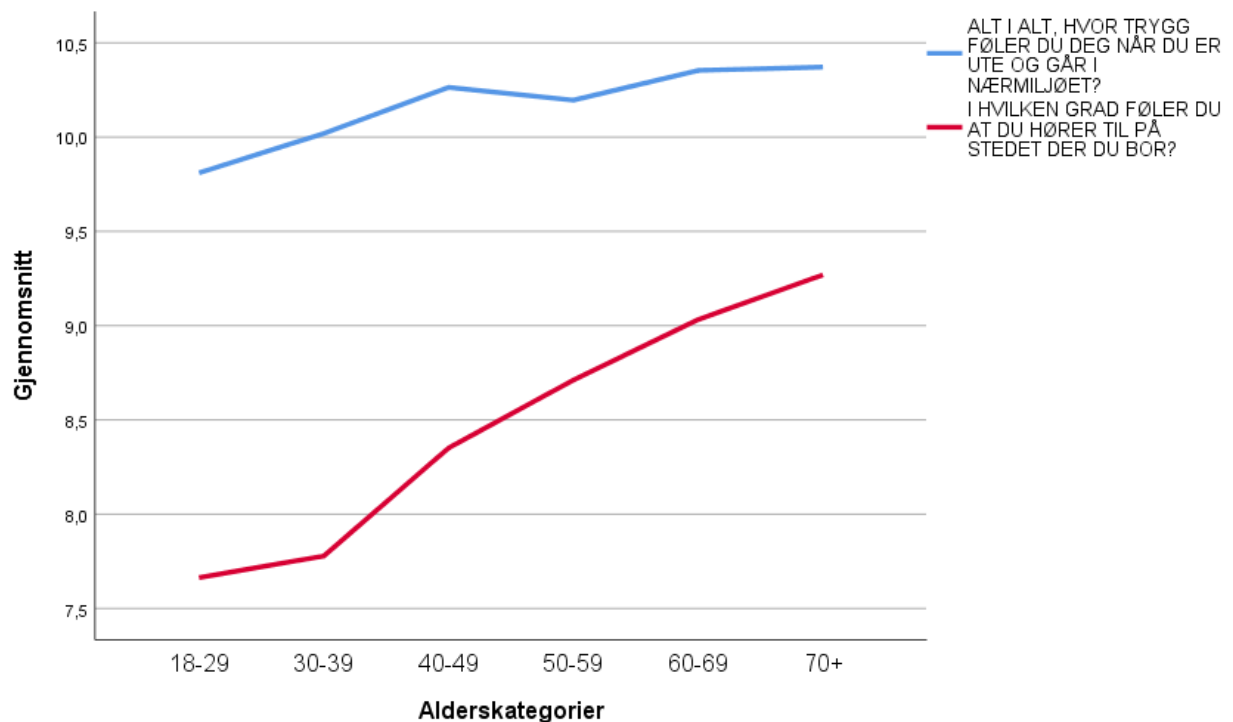


Figur 19: Livskvalitetsindikatorer gjennom livsløpet (fornøyd, mening og glad).



Figur 20: Livskvalitetsindikatorer gjennom livsløpet (ensom, bekymret, trist og irritert).

Figur 21 viser at trygghet og fornøydhet med livet øker med aldersgruppe, mens ensomhet (Figur 20) synker til aldersgruppe 60-69.



Figur 21: Livskvalitetsindikatorer gjennom livsløpet (trygg og tilhørighet).

Figur 21 viser at livskvalitetsfaktorer blir påvirket i løpet av livsløpet. Det å være fornøyd med livet og trygghet i nærmiljøet øker med alder. Ulike erfaringer og livssituasjonen kan påvirke livskvaliteten til den enkelte både positivt og negativt. Økte belastninger over lengre tid bidrar til dårligere livskvalitet. Subjektive opplevelser av trygghet, deltagelse og mestring avgjør hvordan livskvaliteten er. Livskvalitet blir også påvirket objektivt av strukturelle forhold i samfunnet. Personers økonomi og levekår, dårlige oppvekst- og levekårsforhold, helseproblemer, traumer, utenforskap og negativ sosial evaluering er særlig stressende. Fellesskap og gode opplevelser bidrar til å beskytte mot slike belastninger.

Livskvalitet kan påvirkes av levekår, sosial støtte, psykisk og fysisk helse og dermed påvirke generelle livsstilsvalg. Livskvalitet og trivsel har en positiv effekt på sosiale relasjoner, livsstil og helseatferd og motvirker stress og mestring. For den voksne befolkningen er arbeid en av de viktigste arenaene for kontakt, mening og mestringsopplevelser. Det å stå utenfor arbeidslivet gir betydelig risiko for dårlig livskvalitet, men arbeidslivet kan også påvirke livskvaliteten i negativ retning. Gode arbeidsvilkår, påvirkningsmuligheter og forutsigbarhet er viktig for arbeidstakere (29).

God oppvekst, gjennomføring av skolegang og levekårsforhold som trygg økonomi og gunstige boforhold legger grunnlaget for god livskvalitet. Livskvalitetsbegrep har fått oppmerksomhet som mål på samfunnsutvikling globalt og i Norge (30).

## 5.2. Ensomhet og sosial støtte

Ensomhet er en følelse av savn etter kontakt med andre. God sosial støtte kan reversere ensomhet og betyr at en får kjærlighet og omsorg, blir verdsatt og tilhører et sosialt nettverk og fellesskap (31). Ensomhet og manglende sosial støtte øker faren for helseproblemer. Sosial støtte kan deles inn i strukturell støtte og funksjonell støtte. Strukturell støtte handler om nettverkets størrelse, type og hyppighet av kontakt, det vil si om slike forhold eksisterer. Funksjonell støtte omhandler opplevelse av å få støtte fra familie, venner eller naboer når det trengs, det vil si om slike forhold har en funksjon og er en ressurs (32).

Ensomhet og sosial støtte kan måles på ulike måter. I spørreskjema fra Tromsøundersøkelsen 2015-2016 (9) er det spørsmål om å ha nok venner: *“Har du nok venner som kan gi hjelp når du trenger det? Har du nok venner å snakke fortrolig med?”*

I Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark 2019 (33) er det spørsmål fra Oslo-3 «Social Support Scale»(OSS-3): *Nære personer som en kan regne med dersom en har store personlige problemer, hvor stor interesse andre viser for det en gjør, hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer hvis en skulle trenge det* (34). Videre brukes også Three-Item «Loneliness Scale» (T-ILS) (35): *“Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med? Hvor ofte føler du deg utenfor? Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?”*.

### Ensomhet og sosial støtte i Tromsø

Nøkkeltall fra folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark fra 2019<sup>18</sup> (33) viser at:

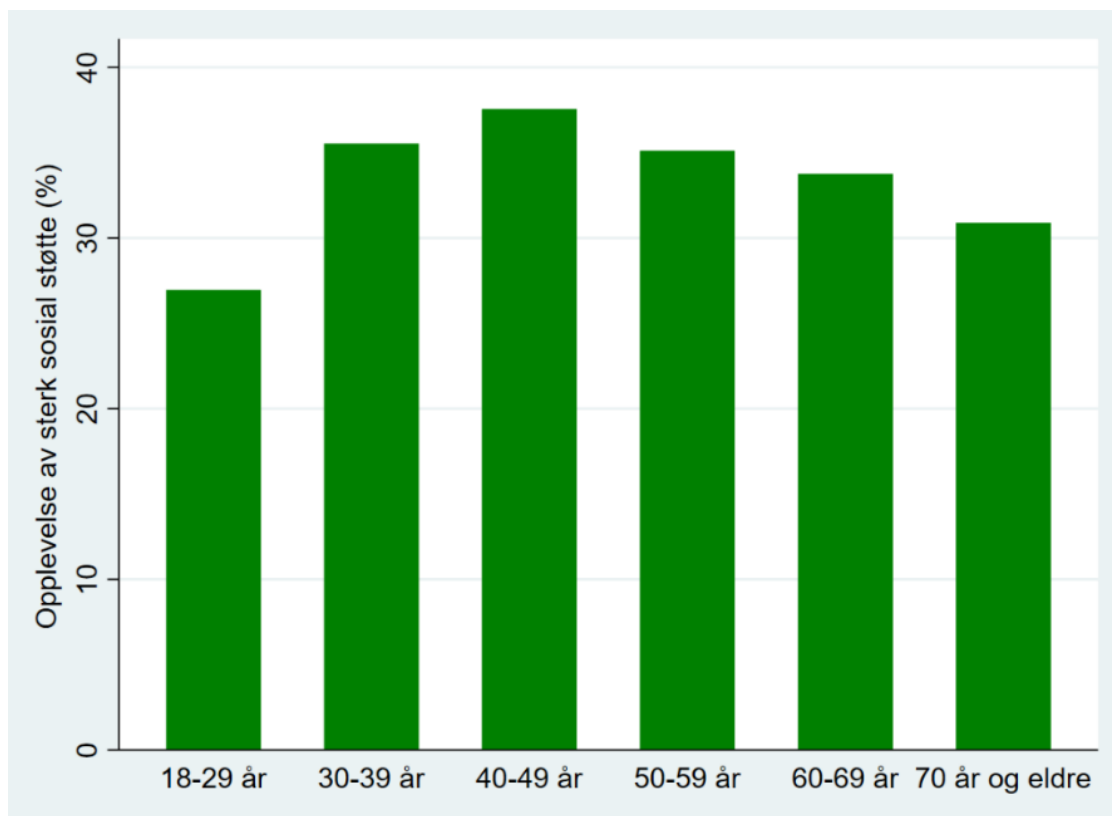
- 10 % oppga at de ofte eller svært ofte savnet noen å være sammen med.
- 7,8 % oppga at de ofte eller svært ofte følte seg utenfor.
- 6,9 % oppga at de ofte eller svært ofte følte seg isolert fra andre.
- 88,5 % opplevde sterk sosial støtte.
- Færre menn enn kvinner opplevde sterk sosial støtte.
- De yngste og eldste hadde lavest andel som opplevde sterk sosial støtte.
- Å savne noen å være sammen med, føle seg utenfor og føle seg isolert fra andre var oftest rapportert blant de yngste og sank med alder.

Nøkkeltall fra den sjuende Tromsøundersøkelsen fra 2015-2016 viser at (9):

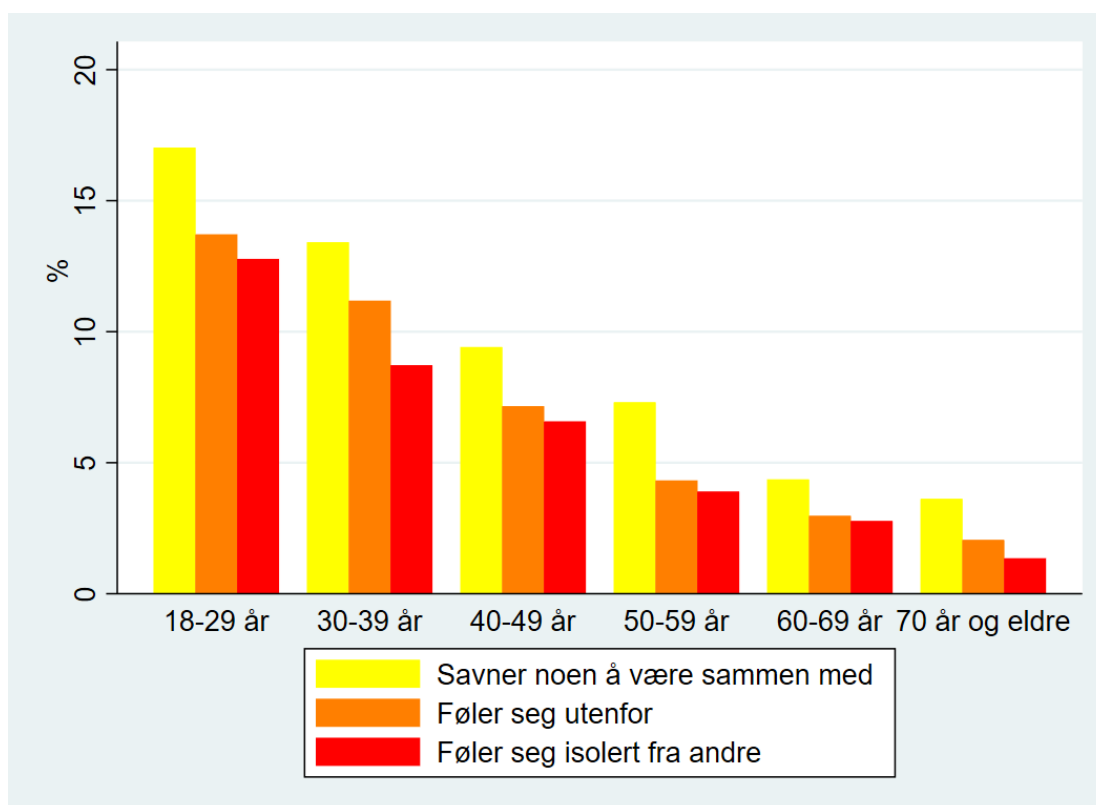
- 11 % oppga ikke å ha nok venner som kan gi hjelp når det trengs.
- 10 % kvinner og 17 % menn oppga ikke å ha nok venner å snakke fortrolig med.

---

<sup>18</sup> 7 072 innbyggerne i Tromsø kommune 18+ år deltok i undersøkelsen (deltakelse 48.6%). 21.083 innbyggerne i Tromsø kommune 40+ år deltok i undersøkelsen (deltakelse 65%).



Figur 22: Andeler som opplever sterk sosial støtte<sup>19</sup>.



Figur 23: Andeler som oppgir ulike former for ensomhet<sup>20</sup>.

<sup>19</sup> Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark 2019, Tromsø kommune.

<sup>20</sup> Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark 2019, Tromsø kommune.



Tabell 8: Andeler som oppgir ulike former for ensomhet<sup>21</sup>.

	Savner noen å være sammen med	Antall svar	Føler seg utenfor	Antall svar	Føler seg isolert fra andre	Antall svar
<b>Alle</b>	10,3 %	7 057	7,8 %	7 057	6,9 %	7 064
<b>Kvinner</b>	10,4 %	3 907	8,8 %	3 906	8,8 %	3 906
<b>Menn</b>	10,6 %	3 150	6,5 %	3 151	6,5 %	3 151
<b>18-29 år</b>	17,0 %	1 486	13,7 %	1 488	12,8 %	1 487
<b>30-39 år</b>	13,4 %	1 297	11,2 %	1 297	8,7 %	1 296
<b>40-49 år</b>	9,4 %	1 413	7,2 %	1 411	6,6 %	1 415
<b>50-59 år</b>	7,3 %	1 410	4,3 %	1 412	3,9 %	1 412
<b>60-69 år</b>	4,3 %	1 009	3,0 %	1 010	2,8 %	1 010
<b>70+ år</b>	3,6 %	1 009	2,0 %	439	1,4 %	444

Tabell 9: Andeler som opplever sterk sosial støtte<sup>22</sup>.

	Sterk sosial støtte	Antall svar
<b>Kvinner</b>	36,2 %	3 900
<b>18-29 år</b>	28,6 %	882
<b>30-39 år</b>	38,8 %	742
<b>40-49 år</b>	41,6 %	770
<b>50-59 år</b>	37,5 %	758
<b>60-69 år</b>	38,1 %	541
<b>70+ år</b>	29,0 %	207
<b>Menn</b>	30,2 %	3 145
<b>18-29 år</b>	24,4 %	606
<b>30-39 år</b>	31,1 %	550
<b>40-49 år</b>	32,8 %	644
<b>50-59 år</b>	32,4 %	652
<b>60-69 år</b>	28,7 %	463
<b>70+ år</b>	32,6 %	230

Tabell 10: Andel som oppgir ulike former for sosial støtte.

<sup>21</sup> Kilde: Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark 2019, Tromsø kommune.

<sup>22</sup> Kilde: Folkehelse rapport: Tromsøundersøkelsen 2015-2016.

	Nok venner som kan gi hjelp		Nok venner å snakke fortrolig med	
	Nei	Antall svar	Nei	Antall svar
<b>Alle</b>	11 %	20 247	14 %	20 235
<b>&lt;67 år</b>	10 %	15 724	13 %	15 724
<b>≥67 år</b>	12 %	4 523	14 %	4 511
<b>Kvinner</b>	10 %	10 603	10 %	10 626
<b>&lt;67 år</b>	9 %	8 285	10 %	8 294
<b>≥67 år</b>	13 %	2 318	12 %	2 332
<b>Menn</b>	11 %	9 644	17 %	9 609
<b>&lt;67 år</b>	11 %	7 439	17 %	7 430
<b>≥67 år</b>	11 %	2 205	17 %	2 179

Årsaker til ensomhet er sammensatt og kan ramme alle i alle livsfaser. Noen grupper er mer utsatt for å oppleve ensomhet enn andre. Ensomhet er mer vanlig blant unge og eldre, de utenfor arbeidslivet (studenter, arbeidsledige, uføre, pensjonister) og de med lavest inntekt (36).

Konsekvenser av ensomhet og manglende sosial støtte er økt risiko for fysiske og psykiske lidelser som hjerte- og karsykdom, depresjon og infeksjonssykdommer. Det kan komme via faktorer som usunn livsstil, ytre påkjenninger som økonomiske problemer, mindre hjelp-søking og økt psykologisk og fysiologisk stress (31). Korte perioder med ensomhet kan alle oppleve, og de fleste mestrer det<sup>23</sup>.

### 5.3. Frafall i videregående skole

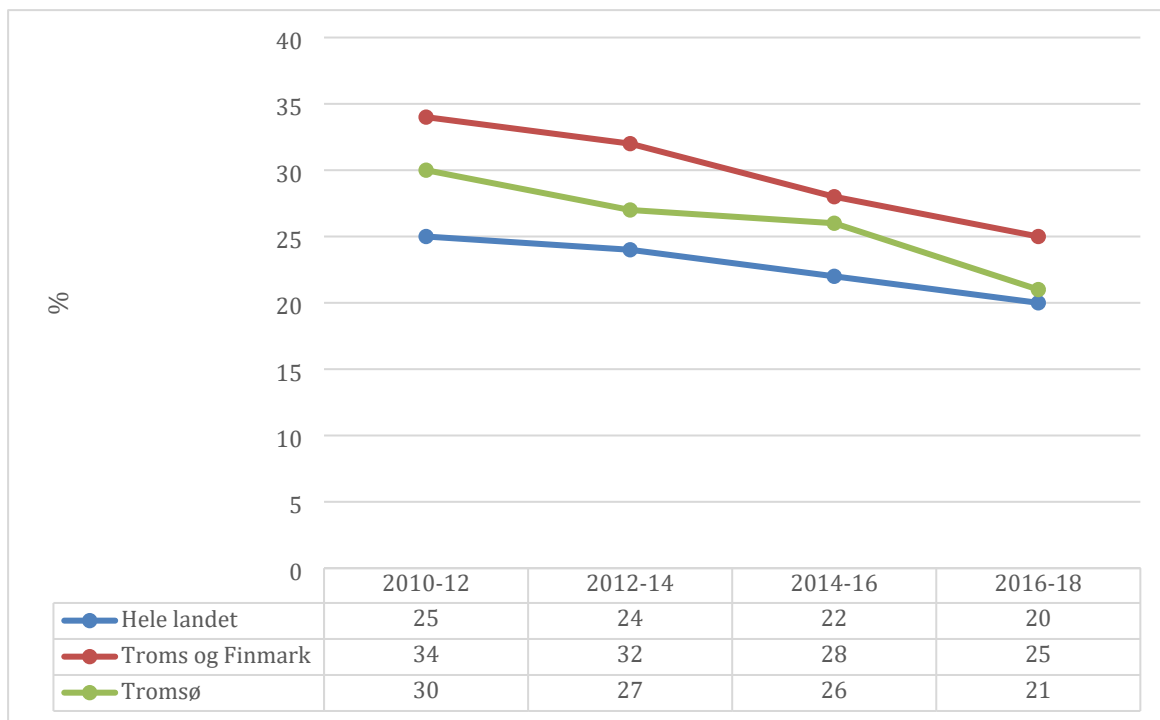
Utdanning kan påvirke helsestatusen til individer og helsestatusen i samfunnet. Unge har rett til tre år med videregående opplæring frem til fylte 24 år, jf. opplæringslovens § 3-1. I Tromsø kommune søker majoriteten av elevene seg til videregående opplæring. Frafall er definert som andelen som har sluttet på eller ikke bestått videregående skole fem-seks år etter påbegynt opplæring (19). Frafall i videregående skole har en sterk sammenheng med andre sosiale og samfunnsmessige konsekvenser i folkehelsesammenheng, som for eksempel utenforskap med risiko for svak tilknytning til arbeidsmarkedet (se Figur 24).

Selv om de fleste starter på videregående skole, er det mange som faller ut av skolen før de har fullført. Frafall i videregående skole er ansett som et stort samfunnsproblem, fordi elever som faller ut av videregående skole vil ha dårligere forutsetninger for videre utdanningsløp og muligheter i arbeidslivet. Dette er en utfordring som kan påvirke sosial mobilitet (forbedring av levekår) på en negativ måte.

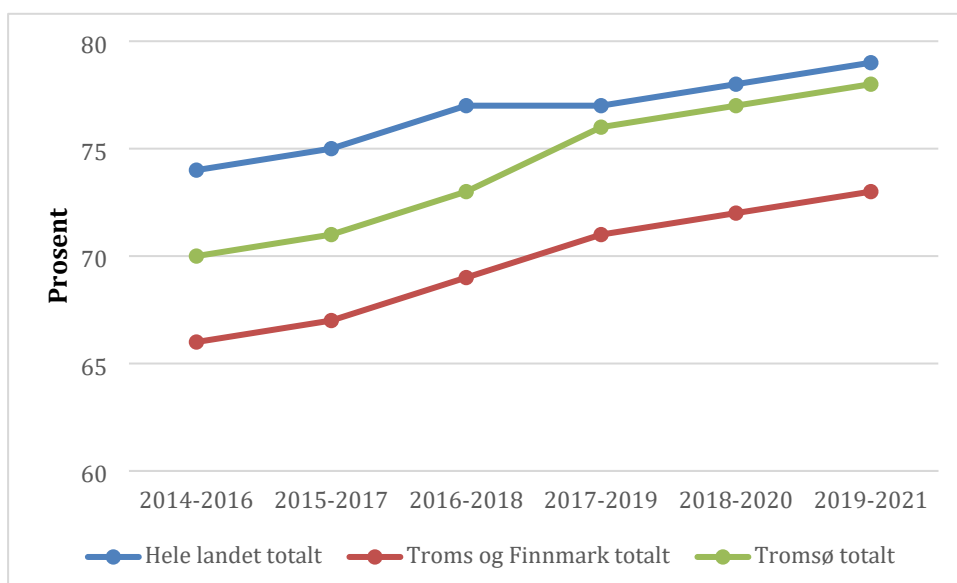
#### Frafall i videregående skole i Tromsø

Det er en synkende tendens for frafall i videregående skole (VGS) i hele landet. Andelen elever som faller ut har gått ned fra 30 % i perioden 2010-2012 til 20 % i 2020 (19). Tromsø har mindre frafall i videregående skole enn resten av fylket, men har like høyt frafall som resten av landet. Gutter er mer utsatt for frafall i VGS enn jenter. Risikoen er høyere for frafall blant yrkesfagelever (19).

<sup>23</sup> Forfatter av dette tema er: Laila A. Hopstock, UiT Norges arktiske universitet, 2021.

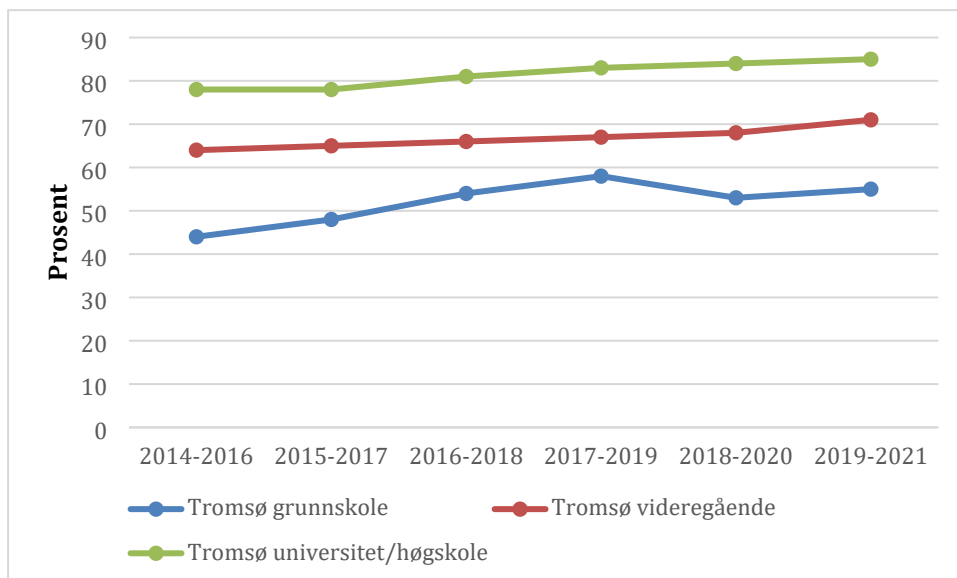


Figur 24: Andel frafall i videregående skole.



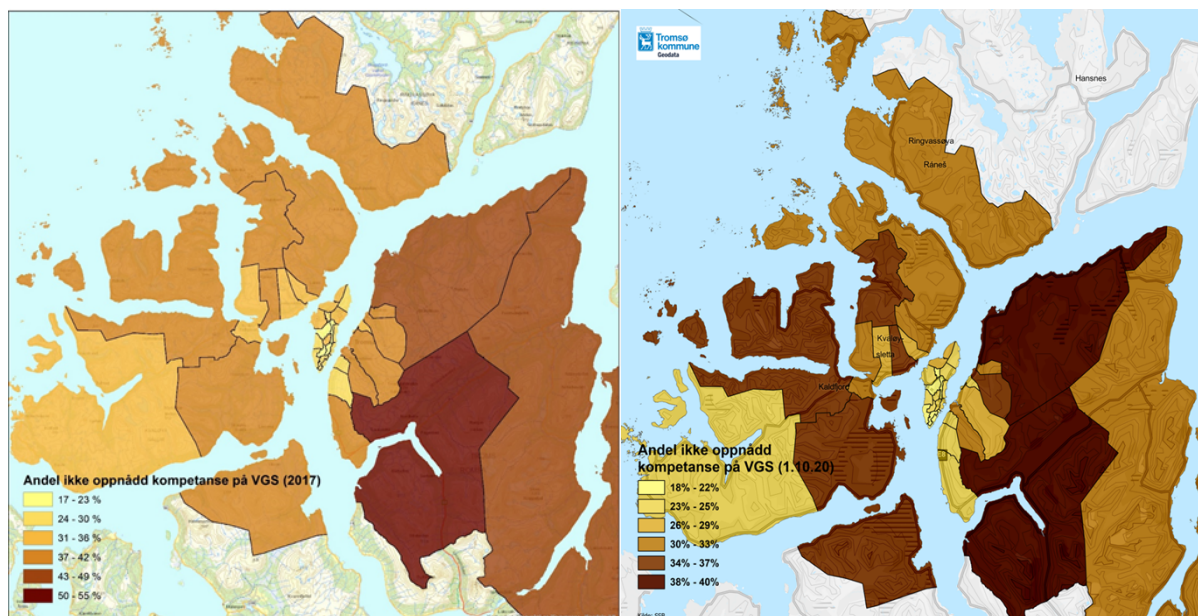
Figur 25: Gjennomføring av videregående opplæring.

Sosial mobilitet for unge er ofte knyttet til foreldres utdanningsnivå. Elever av foreldre med universitets- eller høyskoleutdanning har klart mindre sannsynlighet for å slutte i videregående skole enn elever med foreldre som kun har grunnskoleutdanning. Dette er en risikofaktor for å opprettholde en dårlig sirkel med manglende sosial mobilitet i samfunnet (19).



Figur 26: Gjennomføring av videregående opplæring etter foreldrenes utdanningsnivå, Tromsø kommune<sup>24</sup>.

Data fra Levekårsundersøkelsen fra 2019 (1) viser for året 2017 at det er høyest andel frafall i distriktene på fastlandet. I deler av dette området er det også høy andel med lavt utdanningsnivå. Vi vet ikke årsak til tendensen, men trenden fra Ungdata viser en svak nedgang på trivsel i skoler i Tromsø (fra 92 % av 1 871 elever til 87 % av 2 066 elever) (37).



Kart 5: Andel ikke oppnådd kompetanse på videregående skole 2017 og 2020.

Frafall i videregående skole går nedover i de siste årene. Kartet ovenfor viser at fordeling av frafall i Tromsø er ujevn. Jo mørkere farge i kartet jo større andel har ikke fullført videregående opplæring. Kartet viser at frafallet var høyest i noen av distriktsområdene.

Frafall i videregående opplæring reduserer mulighetene i videre studieliv og i arbeidsmarkedet. Dette øker risikoen for varig frafall i arbeidslivet og risiko for dårligere levekår og helse (8) (38).

<sup>24</sup> Kilde: Kommunehelsa, FHI 2022

## 5.4. Mobbing

Mobbing er en viktig risikofaktor for psykiske lidelser. Barn og unge som mobbes har høyere risiko for psykiske plager som engstelse, depresjon, ensomhet og rastløshet (39). Årsaken til mobbing er kompleks og sammensatt. Det er derfor vanskelig å peke på bare én årsak. Det kan knyttes til mobberes personlighetstrekk, atferdsmønstre, følelser som misunnelse, irritasjon, frustrasjon eller behov for å vise makt (40). Miljøet omkring kan forsterke eller dempe omfanget av mobbeatferden.

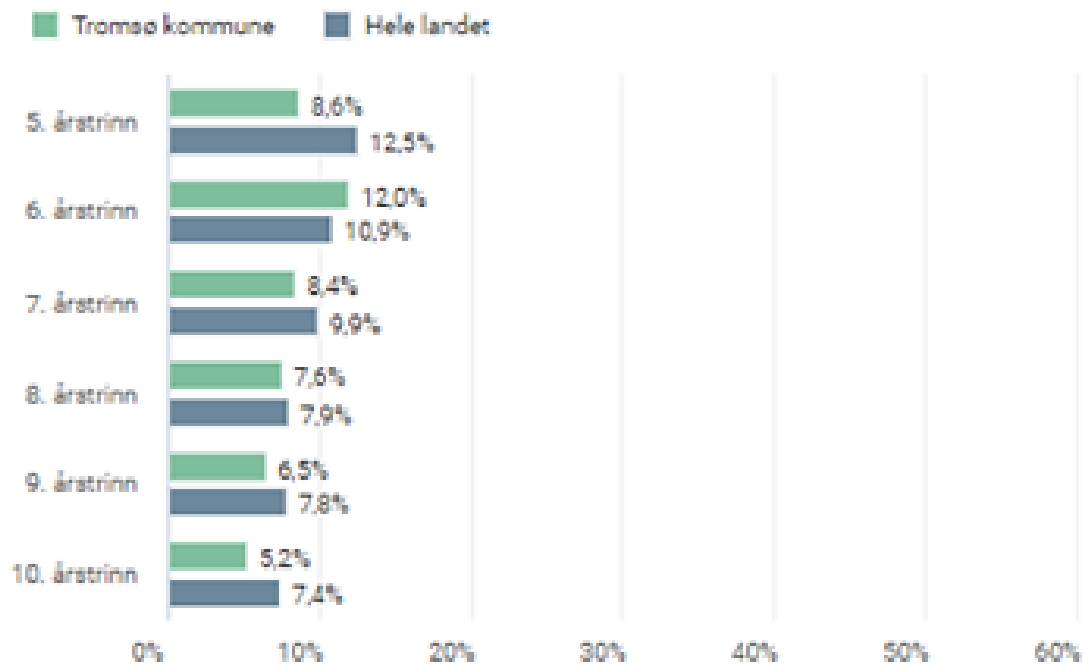
I barnehage må atferd sees i relasjon til barnas modenhet og konteksten. Hvis det ikke gripes tidlig inn kan mobbing etableres (41). Tromsø kommune har anerkjent utfordringene og vedtatt at Omni-modellen skal implementeres i alle læringsmiljø. Det skal bidra til at barn og unge opplever et trygt, godt og inkluderende miljø som gir god helse, læring og trivsel. I oppvekstplanen er ambisjonen å nå nulltoleranse mot mobbing i alle barnehager og skoler (42).

Mobbing kan defineres slik: «En person blir mobbet eller plaget når han eller hun gjentatte ganger og over en viss tid blir utsatt for negative handlinger fra en eller flere andre personer og det kan være vanskelig for den som blir utsatt å forsvare seg» (43). Det er en negativ eller ondsinnet atferd, som gjentas og foregår over tid, i en relasjon som er preget av ubalanse i styrkeforholdet mellom partene. Det vil si at den som blir utsatt for plagingen har vanskelig for å forsvare seg. Mobbing kan være fysisk – som slag, spark, dytting og lignende, den kan være psykisk – som isolering, utestengning, stygge kommentarer og det kan også skje på sosiale medier eller gjennom digitale kanaler. Dette gjør at utfordringene er komplekse og mangfoldige (44).

### Mobbing i Tromsø

Analysen av elevundersøkelsen i 2022 viser at mobbing på skolene i Tromsø øker. Økningen er noe større på 6. trinn enn de øvrige trinnene. På 6. trinn opplyser 12 % at de har blitt mobbet. Dette er en økning på 2,9 % fra året før. Det er færre elever som opplever mobbing på skolen de tre siste årene på 10.trinn, med en nedgang på 1,3 % fra 2021. Undersøkelsen viser at andelen mobbing avtar med stigende årstrinn, da det er nesten dobbelt så mange elever som oppgir at de har blitt mobbet på 5. trinn sammenlignet med 10. trinn. Det er 0,2 % færre elever som opplever å ha blitt mobbet av en voksen på skolen de siste månedene sammenlignet med året før på 10. trinn (45).

Ungdata spør ikke direkte om mobbing, men de spør om unge opplever å bli utsatt for plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller i fritiden. Samlet sett viser Ungdata 2021 at syv % opplever dette ukentlig.



Figur 27: Mobbing på skolen, 5.-10. trinn, Tromsø kommune og hele landet.

## 6. Helserelatert atferd

Befolkningens livsstil når det gjelder fysisk aktivitet, kosthold, bruk av tobakk og alkoholkonsum er relatert til risiko for flere kroniske sykdommer. For eksempel hjerte og karsykdommer, type 2 diabetes, kroniske lungelidelser, kreft og alkohol og voldsrelaterte skader. Norge forpliktet seg til å redusere dødelighet forårsaket av ikke smittsomme sykdommer, noe som er forankret i FN bærekrafts mål 3.4.

Livsstil er ikke bare individuelle valg, men er i stor grad påvirket av forholdene i miljøet og samfunnet. Det er sosiale forskjeller i levekår som ofte er årsak til usunn livsstil og som videre påvirker helsetilstanden.

### 6.1. Friluftsliv og tilgang til grøntarealer

#### Friluft

Det fysiske miljøet som omgir oss, enten det er naturskapt eller menneskeskapt, er grunnleggende for helse, trivsel og livskvalitet. Både det nære friluftslivet og det friluftslivet som foregår lengre unna der folk bor/oppholder seg, er viktig av rekreasjonshensyn, men også for å være i aktivitet. En høy tetthet av parker og grøntområder bidrar til en høy grad av daglig, fysisk aktivitet, samt bedre folkehelse (46).

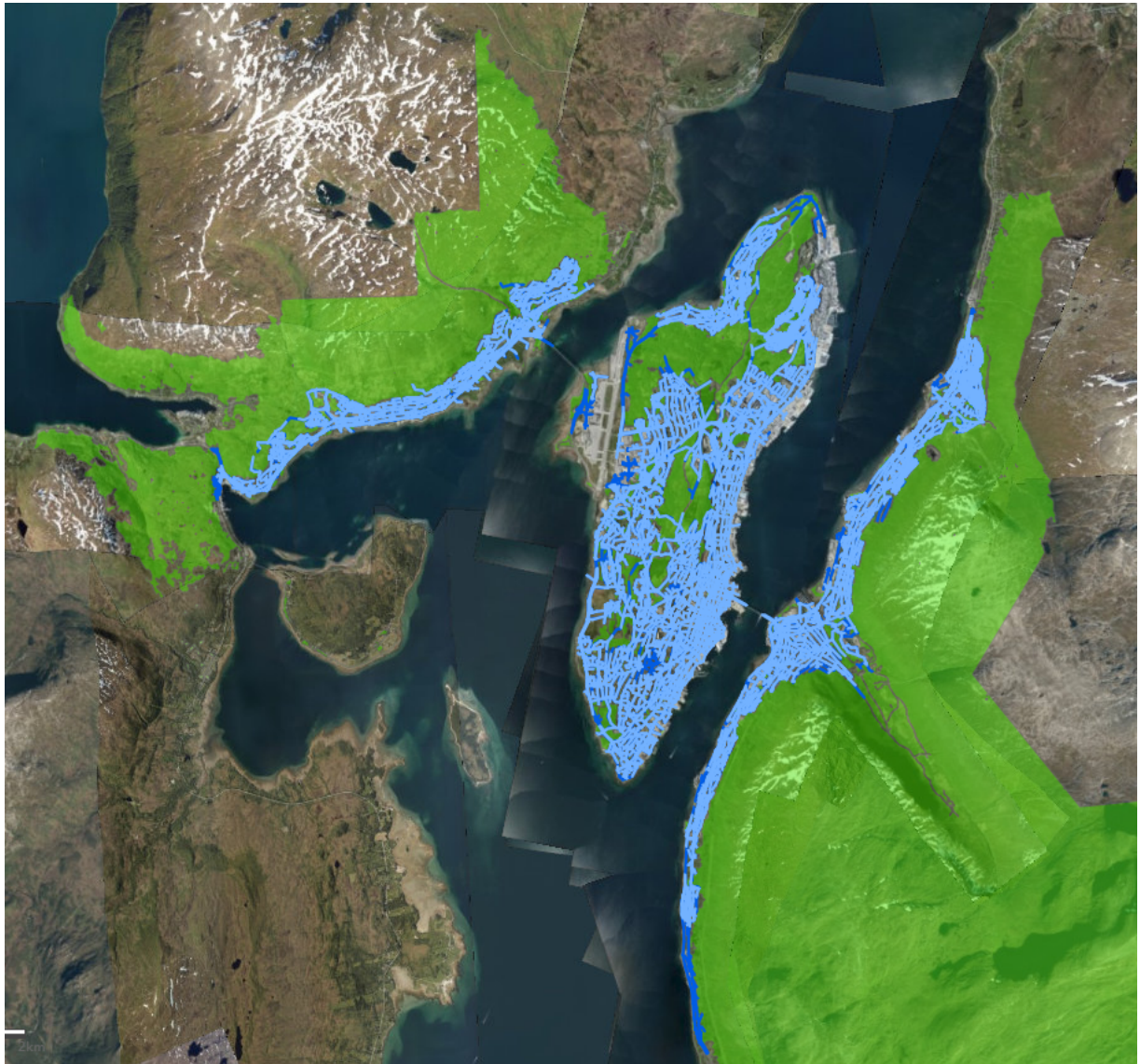
Bruken av grøntområder avtar raskt med avstanden fra hjemmet. Det er vist at de som bor under ti minutter fra en turvei er 10 % mer aktive enn de som bor 30 minutter unna (47). Dette viser viktigheten av å ha god tilgang til grøntarealer i nærområdet som innbyr til fysisk aktivitet. Grønne områder er i denne sammenhengen marka, grønne korridorer, naturområder, kulturlandskap i og rundt byen samt leke- og rekreasjonsområder. Arealene kan være små eller store, sammenhengende eller mer fragmenterte og/eller i nær tilknytning til byggesonen. Det er påvist at tilgang til natur og grønnstruktur påvirker vår fysiske og mentale helse i positivt. Ved å bevege seg i naturmiljø reduseres stress og en får lavere blodtrykk. Utsyn til natur vil også gjøre at man blir raskere frisk fra et sykehusopphold (48).

Når byen vokser og fortettes, blir det konkurranse om arealene. Hvordan man skal bruke arealene som per nå ikke er bebygd og hvordan man skal tilrettelegge for fysisk aktivitet og rekreasjon, er et viktig tema.

Ved fortetting må en vurdere hvor og hvordan det skal fortettes for å bevare grøntareal. Fortetting kan føre til utfordringer som slitasje og samtidig gi økt behov for tilrettelegging på de arealene som er tilgjengelige. Tilrettelegging er viktig for at arealene skal benyttes, men graden av tilrettelegging og hvordan det skal gjøres må vurderes. I tillegg må kvaliteten på grøntarealene og hva disse er omgitt av inn i vurderingene. Det må unngås støv og støy i forbindelse med areal tilrettelagt for friluftsliv, se tema om svevestøv og støy. Når vi vet hvor viktig det er med fysisk aktivitet for innbyggernes helse, er det viktig med arealer som kan benyttes av flest mulig til fysisk aktivitet og rekreasjon.

Barn, eldre og mennesker med funksjonsnedsettelse har kortere aksjonsradius enn voksne. Det kan skyldes fysisk form, manglende eller lite tilrettelagt infrastruktur, eller risiko for skade eller ulykke. Det betyr at tilrettelegging av, kort avstand til og utforming av nærrområder som gir mulighet for fysisk aktivitet og naturopplevelse, må vektlegges.





Kart 6: Tilgang til grøntarealer i Tromsø kommunes byområde.

Som kart 6 viser er det store grønne områder i Tromsø med generelt god tilgang for befolkningen. Dette gir også gode muligheter til å være i fysisk aktivitet. De lyseblå veiene viser 400 meter til mindre grøntområder under fem dekar, mens de mørkere blå veiene viser en avstand på 400 meter til større grøntområder over fem dekar. Grøntområdene varierer både i størrelse og kvalitet, gjennom hvor godt egnet eller opparbeidet de er og hvilken form de har. En tilgang innenfor 400 meter kan både bety at man innenfor denne strekningen har tilgang til flere areal av ulik størrelse og kvalitet, eller at man bare har tilgang til ett lite areal av varierende kvalitet.

Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark viser at Tromsøområdet har god tilgang til grøntarealer (33). Når det gjelder natur- og friluftsområder viser undersøkelsen at tilgangen er god eller svært god. I sum oppleves tilgangen som bedre sammenlignet med tilgangen til parker og grøntarealer (33).

### Framstilling av kartet

Ved framstilling av kartet over er det valgt å ta utgangspunkt i følgende kartgrunnlag: Skog, våtmark, bart fjell, grus- og blokkmark samt park- og idrettsområder. I tillegg inngår også



innsjøer og tjern, som er mindre enn ett dekar. Disse kartgrunnlagene er valgt på bakgrunn av at de inngår i SSBs standard for klassifisering av arealer til statistikkformål (49). Åpen fastmark er ikke tatt med fordi det var vanskelig å fastslå om arealet var landbruksareal eller friareal.

I kartene er grøntarealene delt inn i større og mindre areal – over og under fem dekar. I arealene under fem dekar er lekeplasser (private og offentlige) inkludert, samt parker, utendørs idrettsanlegg og utearealer til skoler og barnehager.

Områdeavgrensningen for kartet er byområdet og etter området for bybuss. Bybussene går fra Eidkjosen til Slettaelva på Kvaløya og over til Kroken og nord til Skjelnan (der det er planlagt utvidelse av bybussområdet) og videre til Solligården på fastlandet. Området er valgt med tanke på at dette område er tettest befolket. I tillegg vil avstanden til større grøntområder utenfor det valgte området være innenfor 400 meter.

## 6.2. Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet styrker muskel- og skjeletthelsen og bidrar til vektregulering. Daglig fysisk aktivitet bidrar til sunn oppvekst for barn og unge både fysisk, psykisk, sosialt og kognitivt. Helsedirektoratet anbefaler fysisk aktivitet av moderat til høy intensitet minst tre ganger i uka, samt at aktivitetene varierer slik aktiviteten bidrar til å forbedre kondisjon og styrker muskler og skjelett. Tabellen nedenfor viser nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet for barn og voksne.

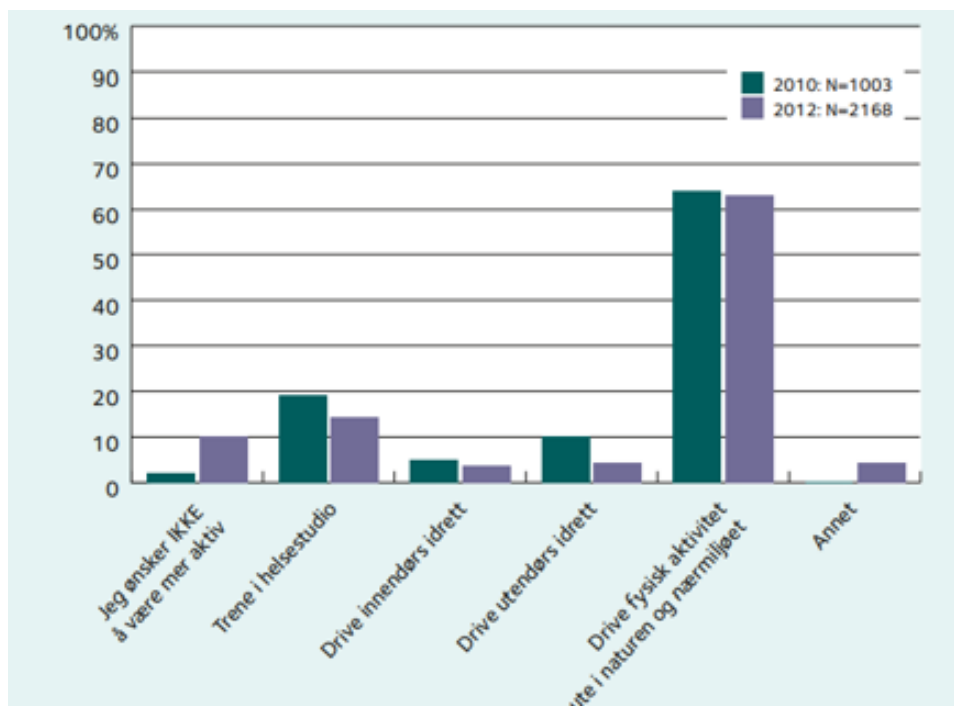
Tabell 11: Helsedirektoratets råd om fysisk aktivitet.

Alder	Type fysisk aktivitet	Tid
<b>1-5 år</b>	Variert aktiviteter	180 min per dag
<b>6-17 år</b>	Moderat til høy intensitet	60 min. per dag
<b>18-64 år</b>	Moderat intensitet	150-300 min. per uke
	Høy eller kombinert med moderat intensitet	75-150 min. per uke
<b>18-64 år med 8-10 timer sittende jobb</b>	Moderat intensitet	45 min. per dag / 5 dager
<b>65+ år</b>	Se anbefaling for voksne 18-64 år	Se anbefaling ovenfor
	Balanse og styrketrening	2-3 ganger per uke

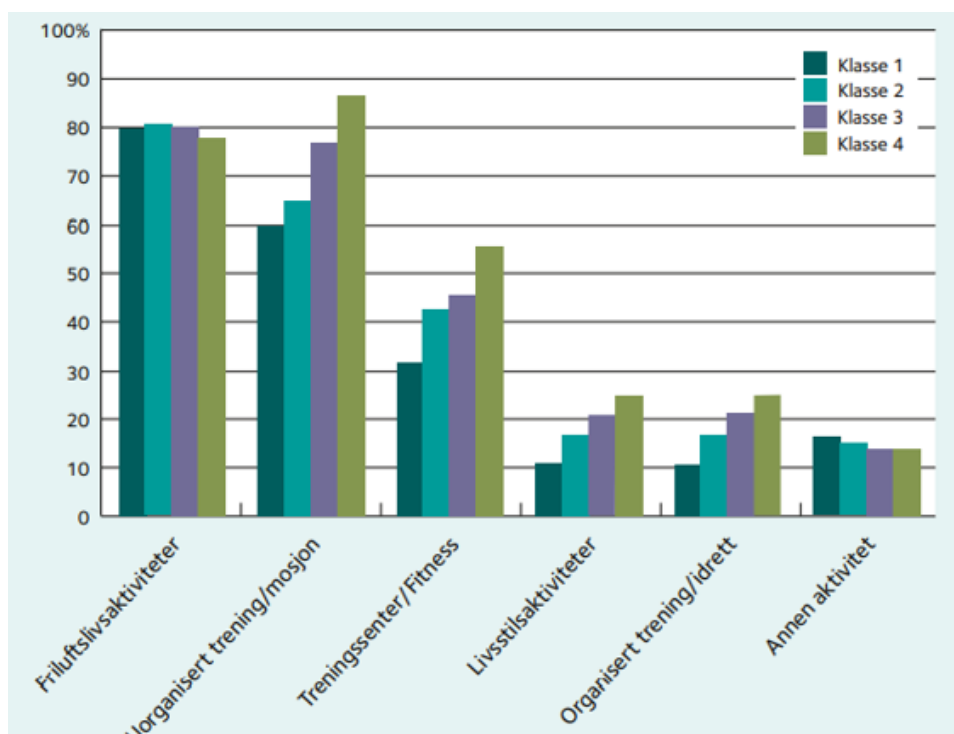
### Fysisk aktivitet i Tromsø

Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark fra 2019, viser at de fleste i Tromsøområdet foretrekker å bruke uteareal til fysisk aktivitet. Det understreker viktigheten av å legge til rette for friluftsliv og utendørs fysisk aktivitet. I samme undersøkelse viste det seg at kun 22 % av de 7072 innbyggerne over 18 år i Tromsø, hadde fulgt helsedirektoratet anbefaling om minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet fem dager i uken.

Ungdata for ungdomstrinnet viser fra 2014 til 2021 at det er en økning på en % (2014- 64 % av 1778; 2021 65 % av 2016 barn i ungdomstrinnet), som er fysisk aktiv minst tre ganger i uken (blir andpusten eller svett). Tall fra videregående skole viser en økning på ni % (i 2014 -50 % av 696; 2021- 59 % av 1 582 ungdommer). Selv om det er en økende trend til fysisk aktivitet i Tromsø, møter cirka 40 % av ungdommene ikke minimumsnivået i den nasjonale anbefalingen. Fysisk aktivitet går ifølge undersøkelsene nedover med alder (33; 37).



Figur 28: Hvor befolkningen ønsker å drive fysisk aktivitet (2014)<sup>25</sup>.



Figur 29: Typer fysisk aktivitet som folk vil drive med, sett ut fra sosial bakgrunn (2014)<sup>26</sup>.

Data fra Tromsø viser at fysisk inaktivitet har en sosial gradient i Tromsø (10). Les mere i kapittel levekår og sosiale ulikheter i helse. Figur 29 viser at friluftslivsaktivitet er den formen for fysisk aktivitet der det er mest lik deltakelse i befolkningen uavhengig av sosial bakgrunn (48). Denne formen for fysisk aktivitet har samlet sett høyest deltakelse fra alle sosiale lag. Det kan skyldes at det er en aktivitet som det er lett å få til og som kan gjøres i nærmiljøet uten store

<sup>25</sup> Miljødirektoratet, 2014. Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder.

<sup>26</sup> Miljødirektoratet, 2014. Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder.

kostnader. Til tross for at disse dataene er fra 2014, er de relevant for Tromsø siden befolkningen har god tilgang på friluftsområder, og gir mulighet for aktiviteter med lavere sosial ulikhet.

### 6.3. Alkohol og andre rusmidler

Det finnes mange årsaker til bruk av alkohol og rusmidler, som kan være individuelle eller knyttet til miljø, lover og regelverk, kunnskap og sosiale normer (50). Felles for de kjemiske stoffene vi kaller rusmidler er at de påvirker hjernens belønningssystem. Det kan gi ønske om gjentatt inntak av rusmidlet. Ulike rusmidler kan også virke dempende eller stimulerende og kan påvirke stemningsleie, sanseopplevelser og adferd. Rusmiddelet kan derfor oppleves å ha en positiv effekt, og brukes for å roe seg ned eller for å slippe å tenke på det som er vanskelig og strevsomt i livet. Ved å ruse seg ofte vil kroppen utvikle toleranse for rusmidlet, noe som gir behov for mer av stoffet for å oppnå samme effekt. Dette endrer grunnleggende hjernefunksjoner og skaper avhengighet både fysisk og mentalt. Å stoppe med rus og alkohol i en avhengighetssituasjon kan derfor føre til abstinens. Det kan være plager som rastløshet, nervøsitet, søvnproblemer og kraftigere kroppslige og psykiske symptomer.

Rusmiddelforebygging bør være en integrert del av folkehelsearbeidet (51) (52). Lavere forbruk av alkohol og andre rusmidler i befolkningen kan gi en folkehelsegevinst og bidra til å minske sosial ulikhet i helse. Det gjelder både lovlige rusmidler som alkohol og illegale rusmidler. Økt bruk av såkalte vanedannende legemidler kan også sees som en del av dette. Det vil likevel være slik at alkohol er det klart viktigste rusmiddelet når vi snakker om folkehelse (53). På verdensbasis er alkohol- og narkotikabruk en ledende risikofaktor for sykelighet og død før forventet levealder (54).

Kommuneplanen for Tromsø (KPS) bygger på FNs bærekraftsmål (55). Reduksjon av spesielt skadelig bruk av alkohol vil på verdensbasis være en viktig faktor for å fremme ulike bærekraftsmål. Det vil også være relevant i Norge og Tromsø. Verdens helseorganisasjon (WHO) angir at alkohol og narkotikaforbruk gir helsetap også ved bruk av lave mengder per dag (54). Norge har forpliktet seg til Verdens helseorganisasjon sitt mål om å redusere omfanget av skadelig alkoholbruk med ti % innen 2025 (56) (57).

Gjennomsnittlig årlig alkoholforbruk per person over 15 år i Norge er noe over syv liter ren alkohol. Menn drikker mer enn kvinner, men relativt sett er det nå flere kvinner og flere eldre som drikker alkohol enn tidligere. Eldre drikker oftere, men mindre hver gang enn yngre. Blant ungdom har alkoholforbruket siden årtusenskiftet hatt en nedadgående trend med noe utflating de siste årene (58) (59). Det norske forbruket er relativt lavt om vi sammenlikner oss med andre europeiske land.

I et folkehelseperspektiv er pris- og tilgjengelighetsreguleringer ansett som de mest effektive virkemidlene for å begrense omfanget av alkoholrelaterte skader (51). I en studie av 30 OECD land ble Norge vurdert som 'best i klassen' på bruk av ulike virkemidler som effektivt forebygger alkoholrelaterte problemer på befolkningsnivå. <sup>3</sup> Her vil også kommunen ha virkemiddel gjennom bruk av alkoholloven. Selv om forbruket av alkohol i Norge er lavere enn de fleste andre europeiske land er det allikevel høyt nok til å ha negative samfunnsmessige konsekvenser (54).

Når det gjelder andre rusmidler så vil cannabis være det mest brukte rusmiddelet i Norge. I befolkningsundersøkelser oppgir omtrent en av fire i aldersgruppen 16 – 64 år at de har brukt cannabis i løpet av livet. Ca. fem % oppgir å ha brukt cannabis i løpet av siste tolv måneder. Nyelig cannabisbruk er vanligst i de yngste aldersgruppene (16-20 år). Etter nesten ti år med stabile trender fant man i 2019 en økning i andel ungdommer som oppga å ha brukt cannabis. Dette gikk noe ned igjen i pandemiårene, men ser nå ut til å øke litt igjen. Totalt for gruppen 16 – 30 år

har det vært en stabil trend de seinere år. I tallene fra 2022 fant man ikke statistiske kjønnsforskjeller på cannabisbruk, noe som er en ny trend. Etter cannabis vil sentralstimulerende stoffer som kokain, amfetamin og 3,4-metylendioksymetamfetamin mest utbredt i tablettform ecstasy er de vanligste brukte rusmidlene i befolkningen. De siste undersøkelsene viser en noe økende trend av kokainbruk i aldersgruppen 16 -30 år (58).

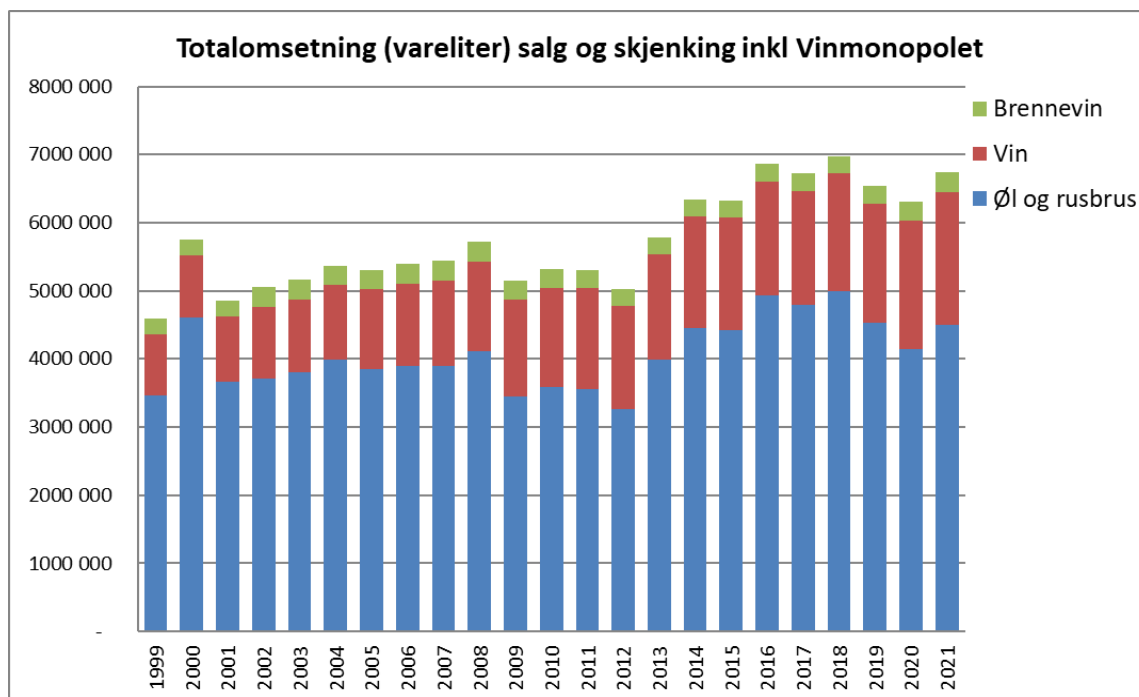
Bruk av vanedannende legemidler kan også være en utfordring knyttet til folkehelsen. Det er medikamenter som brukes som legemidler. Anbefalingen er korttidsbruk på grunn av avhengighetspotensialet og negative effekter av langtidsbruk. Legemidlene kan også brukes som rusmidler (60). En nasjonal bekymring er spesielt økning i forskrivning av opioider, som er sterke smertestillende medikamenter. I andre land har denne type medikamenter vært knyttet til økning i antall overdoser og vi ser også en økende tendens til at denne type medikamenter knyttets til overdoser her i Norge (61). Dette er tema som diskuteres i forhold til ny nasjonal overdosestrategi.

Bruk av alkohol og rusmidler kan gi helseskader for enkeltindivider, men har også samfunnsmessig betydning i form av sosiale skader og skader på tredjepart. Eksempler på dette kan være vold, kjøring i ruspåvirket tilstand, fosterskader og negative konsekvenser for barn, familie og arbeidsliv. I tillegg vil bruk av rusmidler i ung alder kunne ha innvirkning på faktorer som psykososial utvikling, utdanning osv.

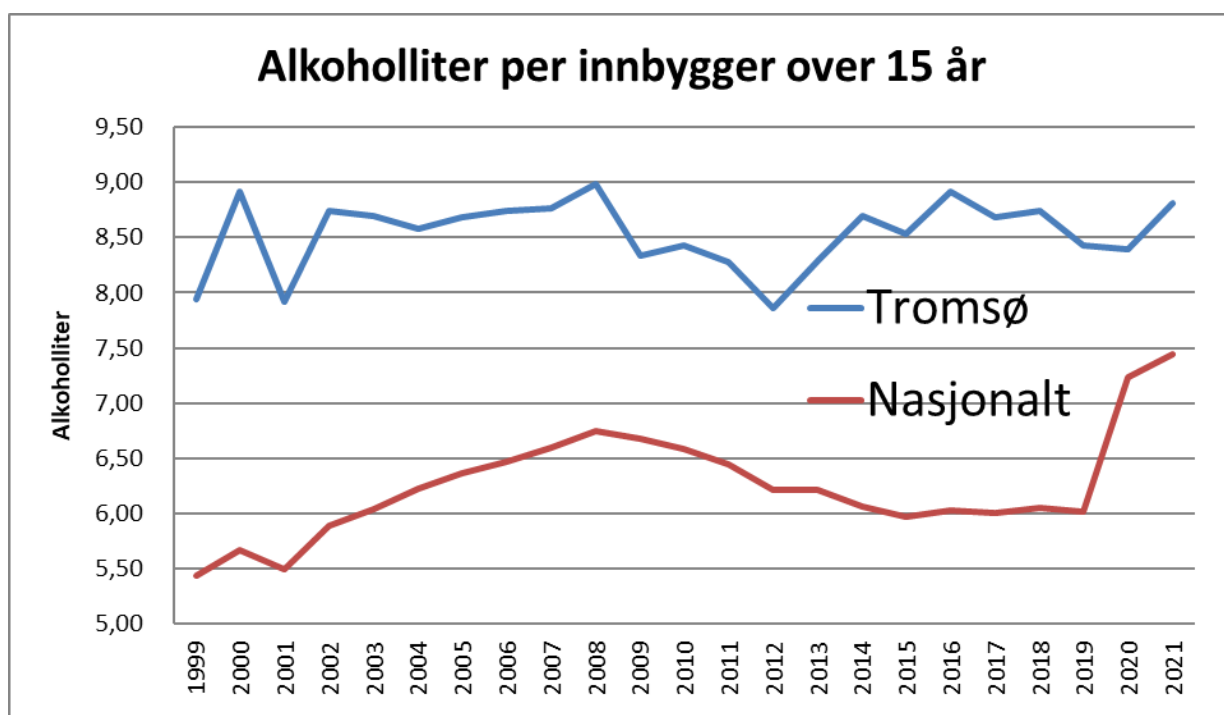
Rusmiddelbruk blant eldre er en økende samfunnsutfordring. Det gjelder spesielt bruk av alkohol og vanedannende legemidler. Bruken av reseptbelagte vanedannende legemidler øker med alderen og er særlig høy hos eldre kvinner. Rus- og avhengighetsproblemer hos eldre kan ha alvorlige individuelle og samfunnsøkonomiske omkostninger i form av økt forekomst av ulike sykdommer, skader og ulykker. Det bidrar også til å øke kostnadene til helsetjenester, inkludert sykehusinnleggelse, og vil være en utfordring med en eldre befolkning (62) (63).

#### **Alkohol og rusmiddelbruk i Tromsø**

Omsetningen av alkohol i Tromsø har hatt en jevn økning dersom en ser forbruket over tid, men med noe forandring av bildet i pandemiårene. I disse årene hadde man en økning av salg av alkohol både i butikk og på Vinmonopolet. Tromsø kommune ligger over landsgjennomsnittet for alkoholbruk dersom vi regner totalomsetning per innbygger over 15 år.

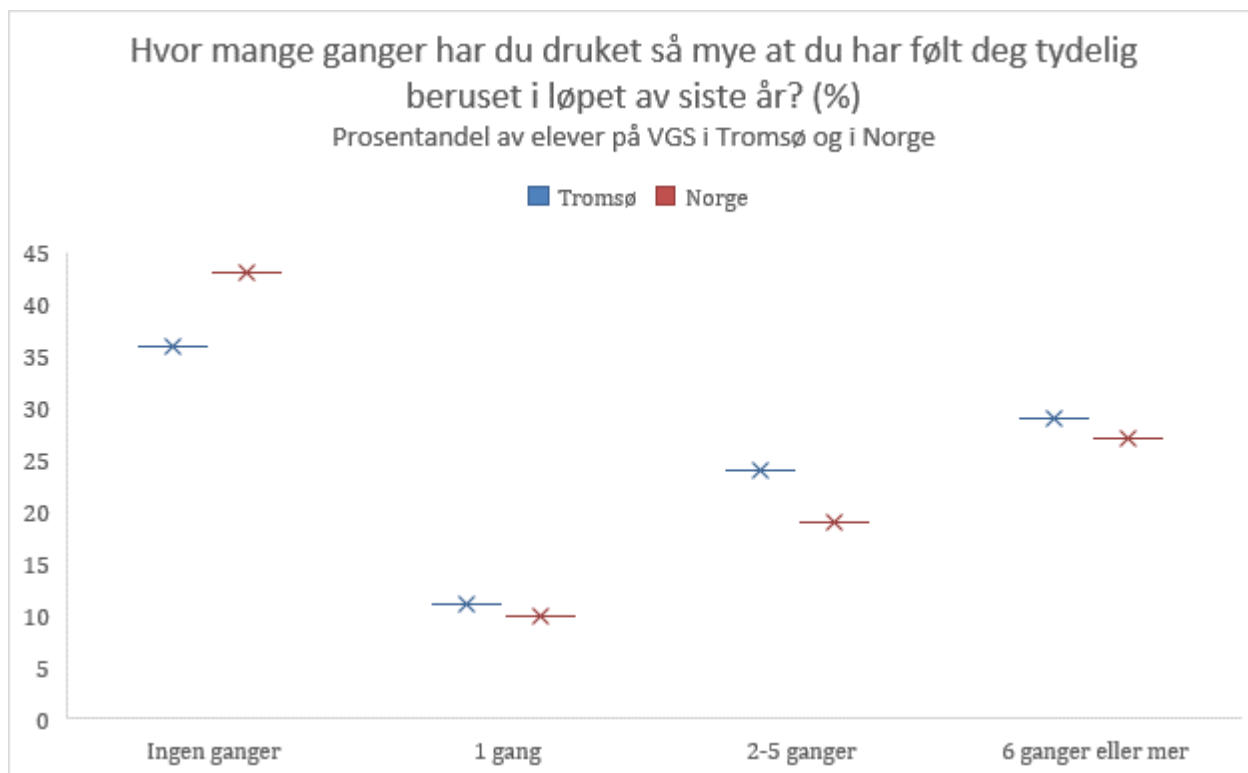


Figur 30: Totalomsetning av alkohol i Tromsø kommune.

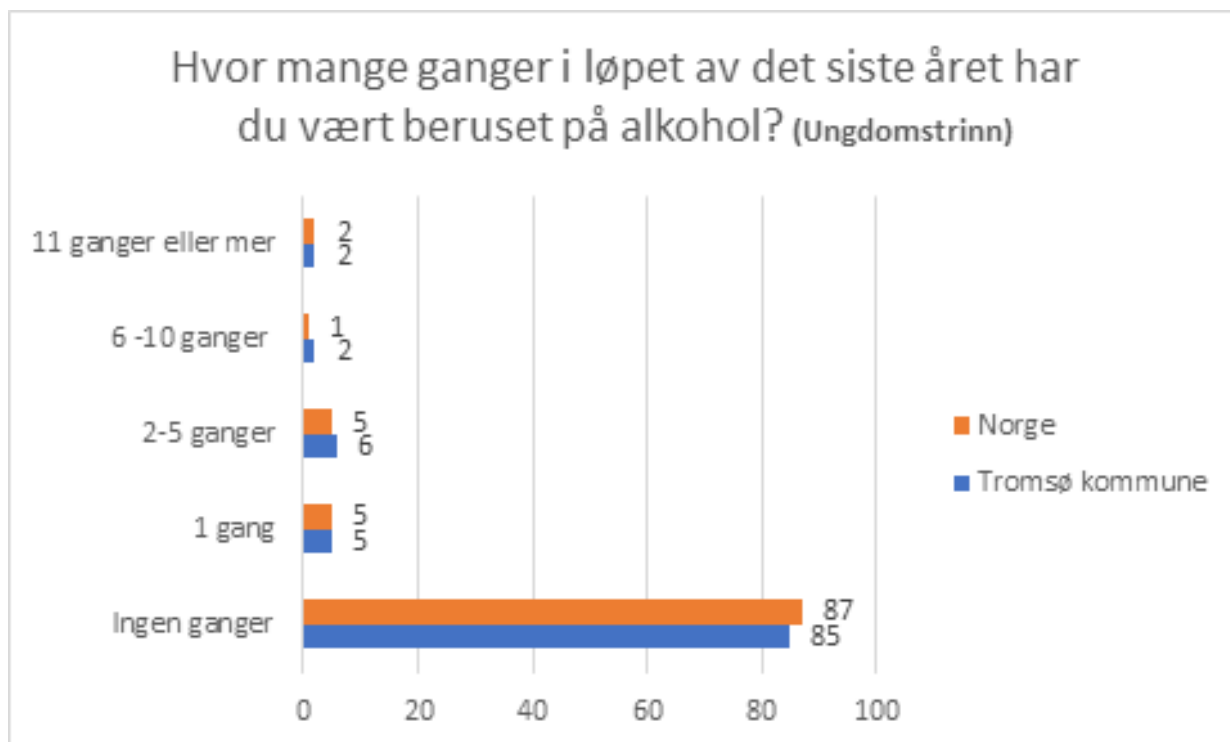


Figur 31: Alkoholliter per innbygger over 15 år i Tromsø.

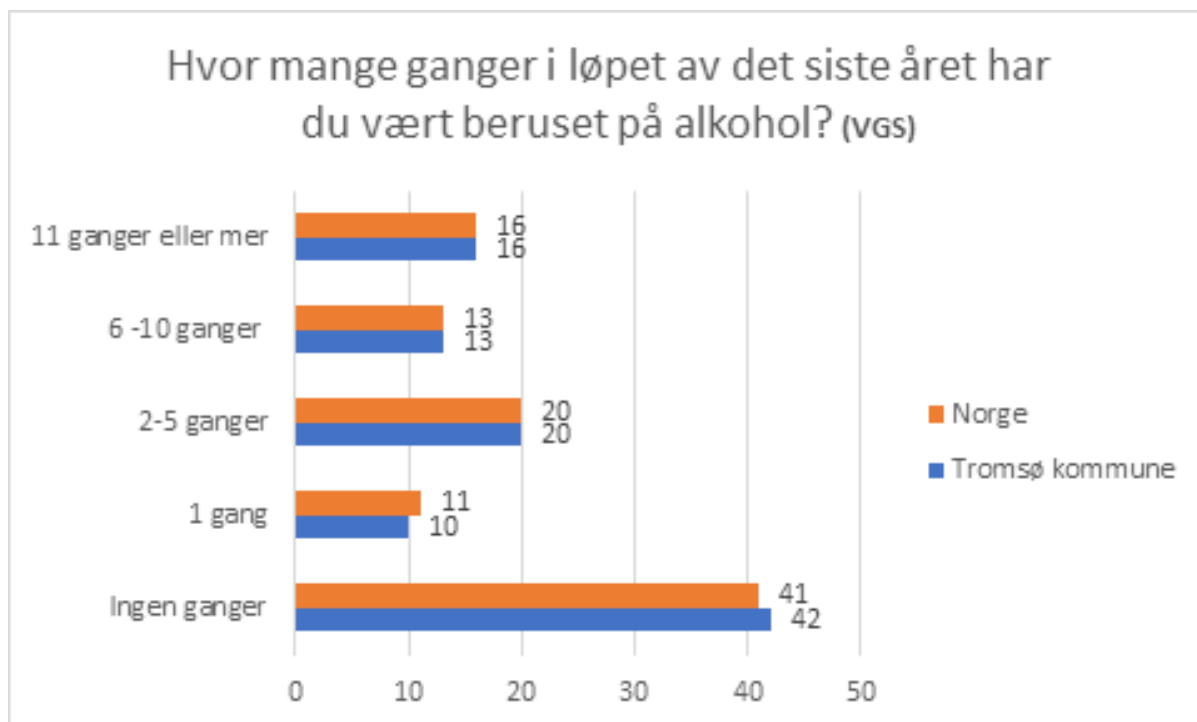
Data fra Tromsø viser at høyt forbruk av alkohol blant befolkning over 40 år har en sosial gradient i Tromsø (10). Les mere i kapittel levekår og sosiale ulikheter i helse. Tall fra Ungdata 2021 viser at det er stor variasjon i alder for alkoholdebut. Andel av de som har drukket alkohol og har vært beruset øker åtte til ti ganger per klassesrinn fra ungdomsskole (gjennomsnitt på 15 %) til videregående skole (gjennomsnitt på 43 %). Det er noe høyere forekomst av å ha drukket seg beruset blant jenter sammenlignet med gutter i videregående skole.



Figur 32: Antall ganger beruset, elever i videregående skole.



Figur 33: Beruselse av alkohol – ungdomsskole.



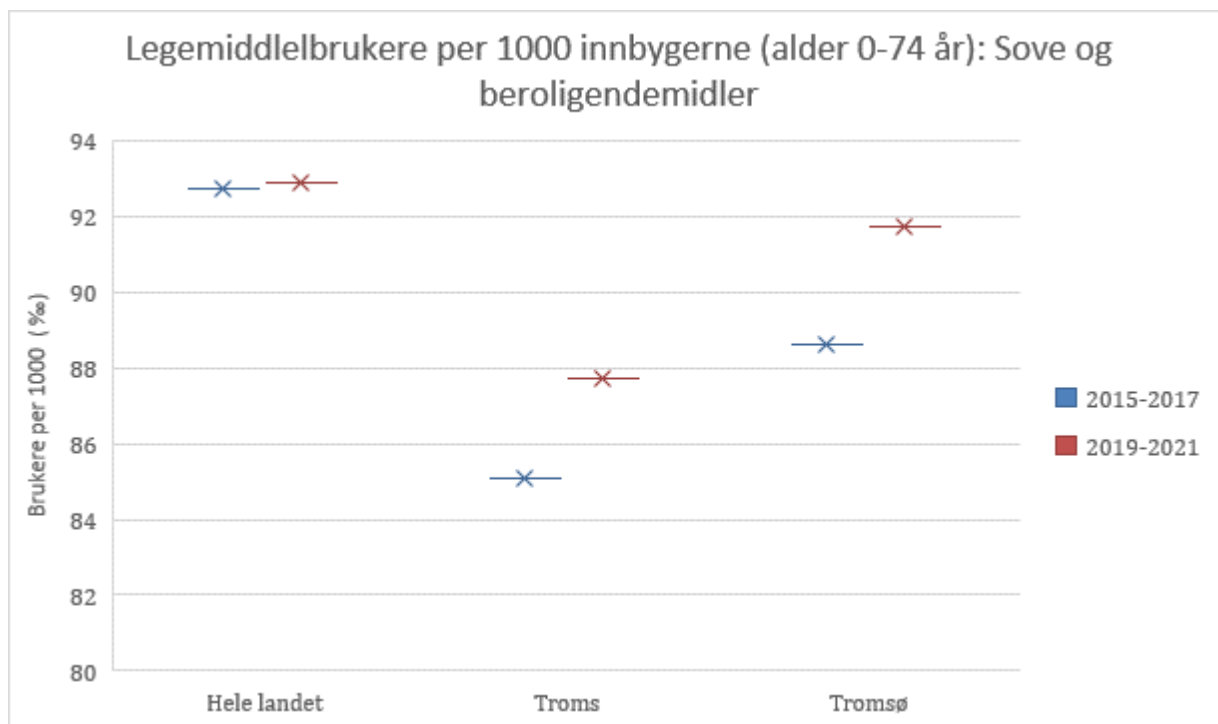
Figur 34: Beruselse av alkohol – videregående skole<sup>27</sup>.

Ungdata har også kartlagt bruk av narkotika blant ungdommer i Norge og Tromsø. Det er betydelig kjønnsforskjell i bruken av hasj, hvor gutter er brukere i større grad enn jenter og det er økende i løpet av årene i videregående skole. Det er en økende andel av elever som har blitt tilbudt hasj (6 % av 1 794 elever i 2014, 9 % av 2 029 elever i 2021). Andelen som brukte hasj, er lavere enn de som blir tilbudt (3 % av 1 796 i 2014 til 4 % av 2 029 i 2021).

Bruk av sovemidler og beroligende/angstdempende midler er reseptbelagte og derfor har vi god oversikt over det som utskrives på resept. Bruk av sovemidler og beroligende midler er vanedannende og det anbefales derfor at denne type medikamenter brukes over kortere perioder.

Figuren nedenfor definerer brukere som personer som i løpet av året har hentet ut minst én resept fra apotek. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende bare én gang. Statistikken viser gjennomsnitt på tre år. Det er økende bruk av sove- og beroligende midler i Norge. I Tromsø er det en økning på 3 % i gjennomsnitt i perioden 2015-2017 til 2019-2021.

<sup>27</sup> Kilde: Ungdata 2021, elever på videregående skoler i Tromsø kommune.



Figur 35: Legemiddelbruk; sove og beroligende midler<sup>28</sup>.

De helsemessige og sosiale problemene knyttet til rusmiddelbruk er omfattende og kan skape negativ samfunnsutvikling i form av sosiale problemer, vold, kriminalitet, ulykker, utenforskap osv. Dette kan også gi sosiale og økonomiske tap for samfunnet. Samfunnskostnader er alt fra tapt arbeidsproduktivitet, arbeidsledighet og kostnader knyttet til behandling og oppfølging av sykdom og lidelser (53). De samfunnsmessige skadevirkningene tenderer også til å være høyere med et drikkemønster der en har enkeltepisoder med høyt forbruk, som er vanlig i Norge (59).

Rusmidler vil også kunne gi tap av friske leveår i befolkningen. En betydelig andel av leversykdommer, kreft, dårlig søvn og psykisk helse, selvmordstanker, selvskader og seksuell utnyttelse kan knyttes til bruk av rusmidler (50). Bruk av rusmidler i svangerskap kan ha negative konsekvenser for fosteret (64).

På befolkningsnivå vil konsekvensene være størst knyttet til alkohol, og det er godt dokumentert at konsekvensene ikke bare kan knyttes til de som har et høyt og skadelig forbruk (65). Alkohol er blitt fremhevet som beskyttende mot hjerte- og karsykdommer, men det er vanskelig å angi et trygt alkoholforbruk når det gjelder å beskytte seg mot tidlig sykdom og død (66).

#### 6.4. Tobakk

Bruk av tobakk er den viktigste risikofaktoren knyttet til sykdom og tidlig død. Tobakk inneholder nikotin og mange andre ulike stoffer som arsenikk, bly, kvikksølv, asbest, karbonmonoksid, svovel, sprøytemiddelrester osv. Bruk av tobakk øker risiko for en rekke kreftformer, hjerte-karsykdom og KOLS. FNs bærekrafts mål som Norge og KPS i Tromsø forplikter seg til er knyttet til delmål 3.4. Å redusere tobakksbruk er viktig for å kunne nå mål 3, God helse.

Andel røykere i Tromsø har sunket betydelig. Men andelen som snuser øker betraktelig, særlig blant unge voksne. Bruk av nikotin, som er i sigaretter og snus, påvirker hjerne-kognitive funksjoner og forårsaker avhengighet. Bruk av snus medfører også risiko for alvorlig helseskade som kreft, økt dødelighet med en kreftdiagnose, høyt blodtrykk, økt dødelighet etter

<sup>28</sup> Kilde: KommuneHelse statistiskbank



hjerteinfarkt og hjerneslag, skader i munnen og diabetes type 2. I tillegg gir det muligens økt risiko for psykose, vektøkning og overvekt. Snusbruk blant gravide gir risiko for tidlig fødsel og mulig økt risiko for lav fødselsvekt, keisersnitt, leppe/gane defekter, dødfødsel og senere atferdsforstyrrelser hos barnet (30).

Tromsøundersøkelsen viser at 14 % av befolkningen over 40 år i Tromsø røykte i 2016. Det er tydelige geografiske forskjeller på andel røykere over 40 år, med en klar tendens til høyere andel i distriktssoner. I sonene Mjelde-Sommarøy-Kattfjord, Ramfjord-Andersdal-Ullsfjord-Sørfjord og Kaldsletta-Sandvika er det over 20 % røykere blant deltakere under 67 år. Sonen Mjelde-Sommarøy-Kattfjord peker seg ut med 31 % deltakere under 67 år som oppgir daglig røyking. Resultatene viser også forskjeller mellom de sentrumsnære sonene. I sonene Workinnmarka, Sjømannsbyen og Slettaelva er mindre enn ti % av deltakerne under 67 år røykere. I sonene Kroken, Stakkevollveien og Sentrum er mer enn 20 % av deltakerne under 67 år røykere. For deltakere over eller likt 67 år peker de sentrumsnære sonene Kroken-Krokenstranda og Strandveien Sentrum-Stakkevollveien seg ut med en høyere andel daglig røykere sammenlignet med andre sentrumsnære soner og distriktssoner (1).

I fylkesundersøkelsen fra 2019 for befolkning over 18 år svarte syv % av de deltagende 7057 personene i Tromsø at de røykte daglig. I samme befolkning brukte 15 % snus daglig. Mens data fra røyking for befolkning over 18 år ikke viser forskjell i kjønn, er snusing mere vanlig blant menn (menn 21 %, kvinner 11 %) (33).

## 6.5. Kosthold

Riktig kosthold er viktig for helse og livskvalitet. Folkehelsemelding 2023 viser at det er sosiale forskjeller i kosthold i Norge, og regjeringen vil legge til rette for å velge sunt (30).

Helsedirektoratet anbefaler et variert og sunt kosthold kombinert med fysisk aktivitet i hverdagen. Det reduserer risikoen for blant annet hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes, høyt blodtrykk, flere former for kreft, beinskjørhet, tannråte, overvekt og fedme.

Kostråd fra Helsedirektoratet anbefaler en god balanse mellom hvor mye energi vi får gjennom mat og drikke, og hvor mye vi forbruker gjennom aktivitet (150 min. per uke). For å nå det anbefalte nivå, må det velges et daglig inntak av minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær, daglig begrensning av sukker til mindre enn ti % av det totale energi inntaket. Et fiskemåltid to til tre ganger i uken (300–450 gram per uke). I tillegg anbefales inntak av grovt korn produkt (70-90 gram per dag), en grense på 500 gram rødt og bearbeidet kjøtt, bruk av umettet fett som planteolje og magre meieriprodukter, og begrensning av salt til maks fem gram per dag. Kostholdsrådene fra helsedirektoratet blir oppdatert i løpet av nær fremtid.

### Kosthold i Tromsø

I fylkesundersøkelsen for befolkningen over 18 år (33) svarte 43 % av 7 064 personer i Tromsø at de drikker sjelden/aldri og fire % svarte at de drikker daglig sukkerholdige drikke. Tallene viser at andel kvinner som avholder seg fra sukkerdrikke er høyere enn menn (kvinner 51 %, menn 35 %). Størst andel svarte at de spiste frukt og bær 2-3 ganger i uken, 27 % svarte at de spiste det daglig (kvinner 33 % og menn 19 %) og tre % svarte at de sjelden/aldri spiste det. På spørsmålet om hvor ofte en spiste grønnsaker, potet var ikke inkludert, svarte 35 % av 7 053 innbyggerne over 18 år i Tromsø (kvinner 44 % og menn 24 %) at de spiste grønnsaker daglig. På spørsmålet hvor ofte de spiste fisk, svarte 81 % av 7 063 personer over 18 år at de spiser fisk en gang i uken eller mer. Bruk av fisk i kostholdet i Tromsø viser ikke kjønnsforskjell blant befolkningen over 18 år.

Tromsø kommune har mangelfull data for å vurdere om befolkningens kosthold i helhet mot de anbefalte nasjonale råd. Folkehelsemelding viser til kunnskap om variasjon i kosthold med sosioøkonomisk status og utdanningsnivå (30). Fylkesundersøkelsen viser kjønnsforskjeller i kostholdet, men mangler analyse på sosioøkonomiske parametre (33).

## 6.6. Seksuell og reproduktiv helse

Et godt seksualliv påvirker positivt både fysisk og mental helse, og bidrar dermed til bedre folkehelse. I 2016 lanserte regjeringen for første gang en samlet strategi for seksuell helse. Strategien tydeliggjør betydningen av seksuell helse i folkehelsearbeidet og legger grunnlaget for en helhetlig innsats for å styrke denne dimensjonen av befolkningens helse. Seksuell helse er definert som fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til seksualitet (52). Det kreves en kombinasjon av fysiske, mentale, sosiale og politiske faktorer for å muliggjøre en vellykket seksuell helse. I strategi for seksuell helse oppgis det at en forutsetning for god seksuell helse er en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner. Positive holdninger og følelser for egen kropp, samt kunnskap om kropp og seksualitet bidrar til en trygg seksuell identitet og sunne handlingsmønstre (67).

Det strategiske arbeidet for å fremme seksuell og reproduktiv helse bør ta utgangspunkt i at det er en menneskerettighet (52). Tromsø kommune har forankret FNs bærekraftsmål i kommuneplanens samfunnsdel 2020-2032 (55), hvor bærekraftsmål nr. 3 handler om god helse og delmål 3.7 handler om å sikre allmenn tilgang til tjenester knyttet til seksuell og reproduktiv helse (68).

Kunnskap om seksuell helse er relevant for alle mennesker i alle livsfaser. Tromsø kommune har en ung befolkning (69) og er regional klynge for videregående skoler og universitetsutdanning. Dette inviterer til en viktig satsing på helsefremmende arbeid knyttet til seksuell helse. Forståelse kan variere fra å være en fornøyelse eller uttrykk for kjærlighet, seksuell tiltrekning, kjønnsidentitet og rettigheter eller mer sykdomsorienterte som seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) eller abort. En dårlig seksuell helse kan påvirke reproduktive helse, men også reproduktive helse kan påvirke seksuell helse. Dette har negativt påvirkningspotensial for enkelte individer og samfunn for øvrig.

Seksuell og reproduktiv helse er komplekst og omfattende. Seksualitet og seksuell helse er fortsatt et underkommunisert tema i samfunnet. Samtidig kan og bør det ikke skilles fra fysisk eller psykisk helse. I strategien «Snakk om det» skrev tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie i forordet: *“Vi snakker fortsatt for lite og for sjelden om at seksualitet er en fantastisk kraft som kan gi god helse og høy livskvalitet. Når du er ung eller gammel. Når du er frisk eller syk. Denne strategien handler om alt dette. Den handler om at vi må snakke mer om seksualiteten vår”* (67). I strategien vises det til fremskritt i arbeidet for bedre seksuell helse. På ulike områder, som kan tallfestes, ser man en positiv utvikling. Det er en økende oppmerksomhet om seksualitetens betydning for et godt liv og det er en økende åpenhet knyttet til seksuell orientering og mangfold. Samtidig ser en at når offentligheten i større grad omtaler og vektlegger seksuell helse som en del av folks generelle helse, blir det samtidig synlig at tjenestene i varierende grad fanger opp og imøtekommer dette (67).

### Seksuell og reproduktiv helse i Tromsø

Informasjonen om seksuell og reproduktiv helse i Tromsø er begrenset. Ungdata 2021 viser at 58 % av ungdommer i første trinn i videregående skole (VGS1), hadde hatt seksuelt debut (gutter 48 %; jenter 60 %) (37). Kun 59 % brukte prevensjon under første samleie.

Tall fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) viser at seksuelt overførbare sykdommer økt til nivå som vi hadde i 2019. Genital chlamydia infeksjoner utgjør en stor del av de seksuelt overførbare sykdommene som rapporteres til MSIS (70).

Tabell 12: Tilfeller av seksuelt overførbare sykdommer (SOS).

	Fylke					Tromsø
	SOS	Chlamydia	Gonore	Hepatitt B, kronisk	HIV- ny infeksjon	SOS uten chlamydia
<b>2018</b>	1 877	1 845	21	2	8	11
<b>2019</b>	1 762	1 703	49	11	4	30
<b>2020</b>	1 614	1 574	31	9	5	23
<b>2021</b>	1 546	1 521	18	7	2	10
<b>2022</b>	1 710	1 640	48	24	13	42

På grunn av små tall av SOS i Tromsø viser ikke MSIS-statistikk antall tilfeller per sykdom. Tabell 12 viser en økning av SOS på fylkesnivå på 7,5 % fra 2021 til 2022. Økningen er mest markant i kronisk hepatitt B på 70,8 %; Gonore på 37,5 %, nye infeksjoner av HIV på 15,3 % og 7,25 % i chlamydia infeksjoner.

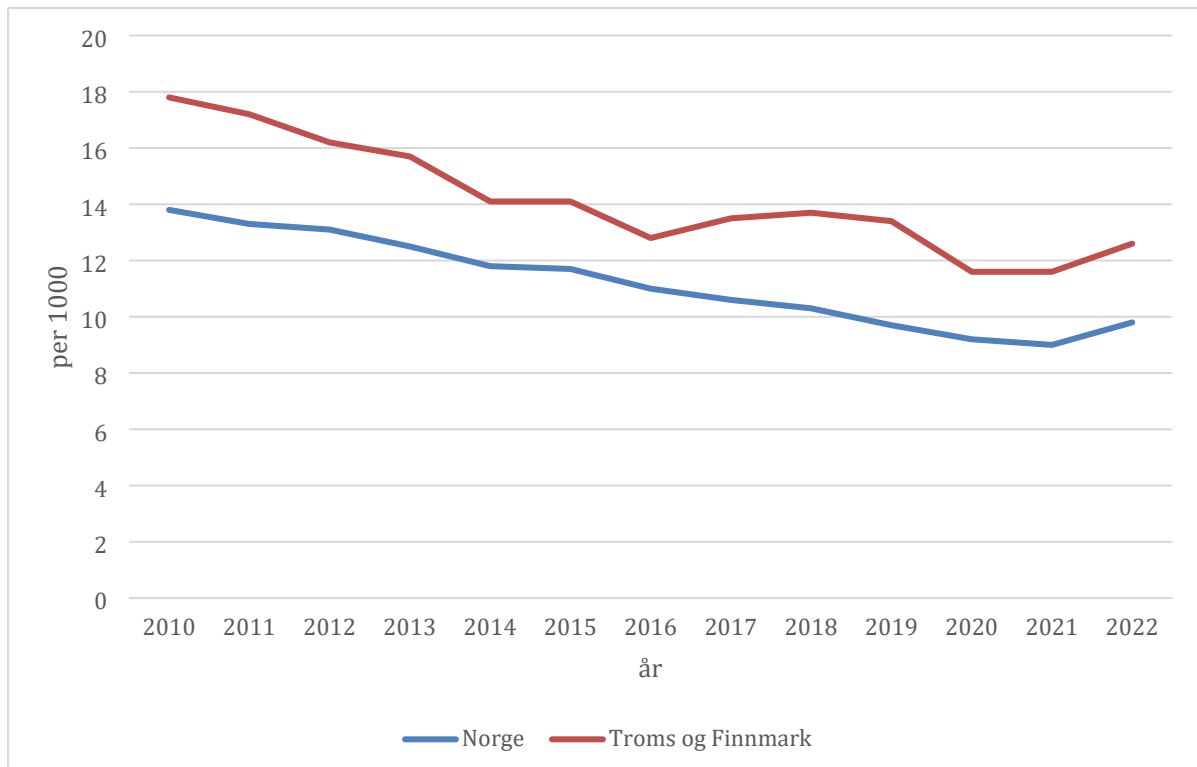
Tabell 13 viser antall tilfeller med SOS i Tromsø. SOS har økt også i Tromsø i 12,4 % fra året 2021 til 2022. Chlamydia infeksjoner var 97,7 % av total byrde av SOS i Tromsø i 2021 og 92,8 % i 2023, med en økning i 7,87 %. I 2022 vi observerte en økning på 71,4 % av gonore tilfelle i Tromsø.

Tabell 13: Tilfeller av seksuelt overførbare sykdommer (SOS) i Tromsø.

	Chlamydia	Gonore	Hepatitt B, kronisk	HIV- ny infeksjon
<b>2019</b>	682	26	0	2
<b>2020</b>	532	19	3	2
<b>2021</b>	515	10	2	0
<b>2022</b>	559	35	6	2

Antall aborter mellom 15-49 år per 1 000 kvinner går ned i Norge, og samme nedgang ses i Troms. Troms og Finnmark har høyere forekomst av abort sammenlignet med landet for øvrig (11,6 mot 9,2 per 1 000 kvinner). Nedgangen i aborttall er markant for aldersgruppen 15-19 år, fra 12,4 til 6,3 per 1 000 kvinne siden 2014. Det er en økning av aborter i aldergruppen 30-34 år, fra 17,6 til 19,9 per 1 000 kvinne (71).

Bruk av kondomer og ulike hormonelle prevensjonsmidler er viktig for kontroll og ansvar for reproduktiv helse. Helsesykepleiers og jordmors rett til foreskrivning og administrering av langtidsvirkende prevensjon som hormonspiral og p-stav har hatt positiv betydning for aborttall. Statlige subsidieringsordninger for prevensjonsmidler bidrar til økt tilgjengelighet med gratis/lave priser på prevensjonsmidler for jenter mellom 16 og 22 år. Figur 36 viser nedgang i aborttallene fra 2006 til 2020. Tromsø kommune er blant de kommunene som har høyst forekomst av aborter. Unge kvinner mellom 20-30 år rammes høyst blant alle kvinner i reproduktiv alder (opp til 49 år).



Figur 36: Svangerskapsavbrudd blant kvinner i aldersgruppen 15-49 år i Troms og Finnmark fylke (pr 1 000 kvinner)<sup>29</sup>.

Årsaker til utfordringer knyttet til seksualitet er komplekse. Det kan være utfordringer knyttet til en taus kultur om det å samtale om seksualitet, samt usikkerhet om tilbud som finnes og tilgjengelighet til fagpersoner, eller at tilbud ikke er kjent for befolkningen.

Fra statlig hold er det et økt fokus på rettigheter i lov og politikk som bereder grunnen for bedre og sunn seksualitet. Åpenhet og kunnskap er nødvendig for at det skal bli tryggere for alle å snakke om sex og seksualitet. Slik kan handlingskompetansen hos den enkelte styrkes. Konsekvenser av manglende åpenhet og kunnskap rundt seksualitet, kjønn og mangfold er mange og uheldige. Det kan handle om uønskede svangerskap, svangerskapsavbrudd, infeksjoner som fører til økt bruk av antibiotika og mulig resistens for behandling, ubehandlet klamydia kan gi infertilitet eller svangerskap utenfor livmor. Videre kan det være en påkjenning på den psykiske helsen på grunn av vold og overgrep, krenkelser, opplevelse av utenforskap ved kjønnsinkongruens, feilaktig kvinnesyn og oppfatning av sex fra porno som viktigste kunnskapskilde. Mye av dette er knyttet til den unge delen av befolkningen, men også til voksne og eldre.

<sup>29</sup> Kilde: <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa>

## 7. Helsetilstand

Egenvurdering av helse er kartlagt i flere nasjonale undersøkelser og gir god oversikt over psykisk og fysiske helse. Egenvurdert helse viser også livskvaliteten i befolkningen, bruk av helsetjenester, uførepensjon eller dødelighet. I Norge er egenvurdert helse knyttet til sosioøkonomisk gradient etter økonomi og utdanningsnivå. 69 % av ungdomsskoleelevene er fornøyd med egen helse (25) og 73 % av befolkningen over 18 år har god eller svært god helse (33). God helsetilstand gir livskvalitet og overskudd til å mestre hverdagsliv.

Sykdomsbildet i Norge preges av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, muskel og skjelettlidelse, fedme med mer. Risikofaktorer knyttet til disse kroniske sykdommene er tobakksforbruk, høyt alkoholkonsum, usunne matvarer og fysisk inaktivitet. Dødelighet er et indirekte mål på helse; jo lavere dødelighet, desto bedre er den allmenne helsetilstanden. Dødsårsakene gir en sykdomsoversikt som kan legges til grunn for helsefremmende arbeid. Tromsø har mindre tidlig død enn gjennomsnittet for landet (483 per 100 000 innbyggerne mot 515 per 100 000 innbyggerne i Norge fra år 2012 til 2021). Menn har høyre andel tidlig død enn kvinner (19). Både kols, hjerte- og karsykdommer samt voldsomme dødsfall er høyre blant menn i Tromsø, mens kreft bidrar til for tidlig dødelighet blant kvinner.

### 7.1. Overvekt og fedme

Overvekt og fedme er et stadig økende folkehelseproblem, globalt og nasjonalt (72) (73), med en tredobling av den globale forekomsten av fedme de siste fire tiår (72). I Norge er det i dag vanligere å ha overvekt eller fedme enn å være normalvektig (74). Årsaker til overvekt og fedme er sammensatt. Viktige faktorer er individets energibalanse, det vil si balansen mellom energiinntak (mat og drikke) og energiforbruk (fysisk aktivitet), genetisk sårbarhet for overvekt og fedme (arvelighet), samt miljø og levekår (75). Overvekt og fedme reduserer livskvaliteten til befolkningen.

Forsøk for å hindre fortsatt økning i fedme i befolkningen har hittil ikke ført fram. Det er bekymringsfullt ettersom overvekt har en sterk sammenheng med andre kroniske sykdommer, som diabetes og hjerte- og karsykdom, muskel og skjelett plager, sovneapne og psykisk lidelse. Økningen av overvekt og fedme sees i alle grupper av alder, kjønn og sosioøkonomisk status, men det er høyere forekomst av overvekt og fedme i grupper med kortere utdanning (74). Forebygging av overvekt og fedme bør prioriteres høyt, da etablert overvekt og fedme er utfordrende å behandle.

Overvekt og fedme er overskudd av kroppsfett, ofte sammen med metabolske forstyrrelser som forhøyet blodsukker, blodtrykk og kolesterol og andre blodfettstoffer (72).

Kroppsmasseindeks (KMI) er det vanligste målet relatert til helserisiko. KMI er et mål på kroppsvekt i forhold til kroppshøyde, dvs. vekt i kilogram dividert med høyde i meter i andre ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer KMI i grupper av risiko for sykdom (73) som undervekt (KMI mindre enn  $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), normalvekt (KMI  $18,5\text{-}24,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), overvekt (KMI  $25,0\text{-}29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), og fedme (KMI større eller lik  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ). Fedme deles videre inn i fedme grad I (KMI  $30\text{-}34 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), grad II (KMI  $35\text{-}39 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) og grad III (KMI større eller lik  $40 \text{ kg}/\text{m}^2$ ). Fedme grad II og III med tilhørende sykdom, defineres som sykkelig overvekt.

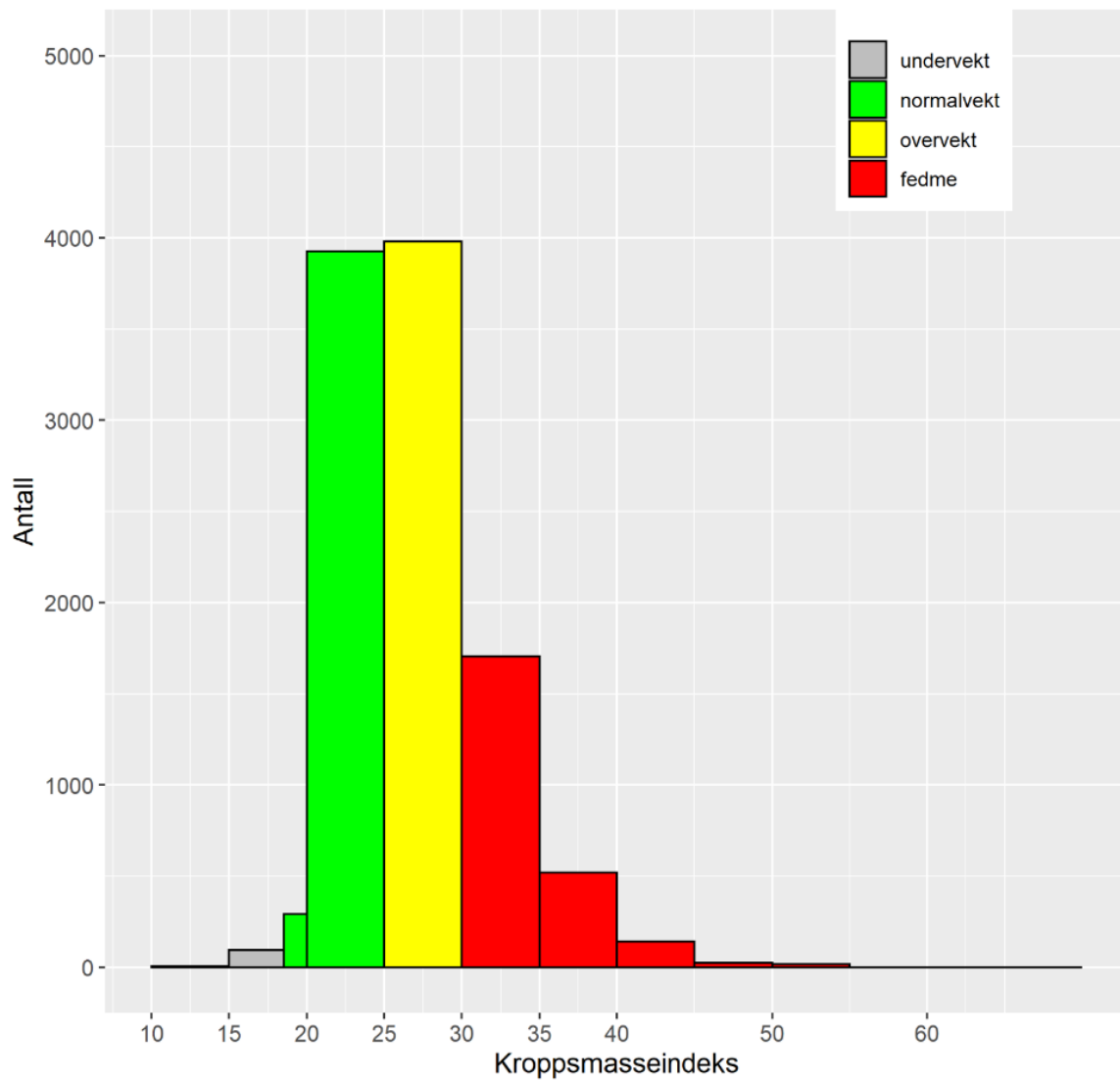
Midjeomkrets målt som livvidde i centimeter (cm) er et annet vanlig mål på overvekt. Et økt midjemål (88 cm hos kvinner, 102 cm hos menn) er forbundet med forhøyet helserisiko. KMI og midjemål er enkle og lett tilgjengelige mål på overvekt og fedme. KMI og midjemål gir ikke alltid et reelt mål på overvektstatus hos enkeltpersoner, da målene ikke kan skille på fett- og muskelmasse. På befolkningsnivå er det likevel høy sammenheng mellom disse målene og mer nøyaktige kroppssammensetningsmål (76).

### Overvekt og fedme i Tromsø

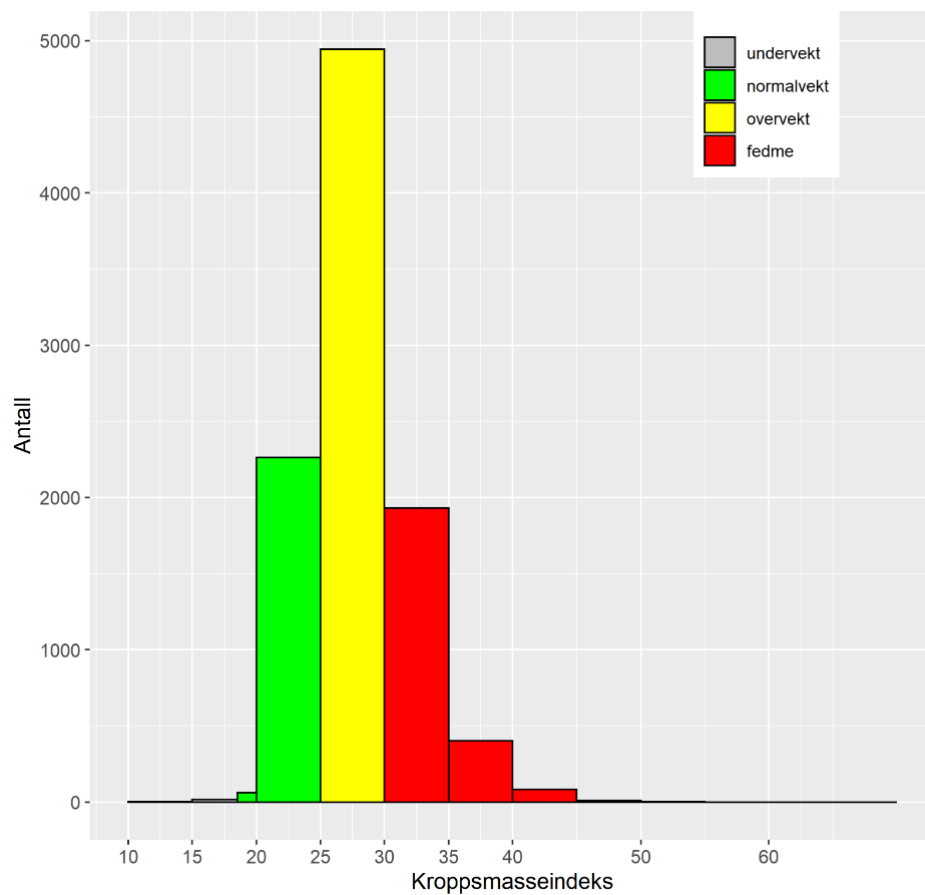
Nøkkeltall fra den sjuende Tromsøundersøkelsen (9) viser at:

- 68 % av deltakerne hadde overvekt eller fedme, hvor 24% hadde fedme.
- Flere menn enn kvinner var overvektige, men det var ikke kjønnsforskjell i fedme.
- Distriktonene hadde høyere forekomst av fedme enn bysonene.
- Ulike bysoner hadde ulik forekomst av fedme.

21 083 innbyggerne i Tromsø kommune i alderen 40 år og eldre, deltok i undersøkelsen (65 % deltakelse).



Figur 37: Antall og andel med undervekt, normalvekt, overvekt og fedme blant kvinner.



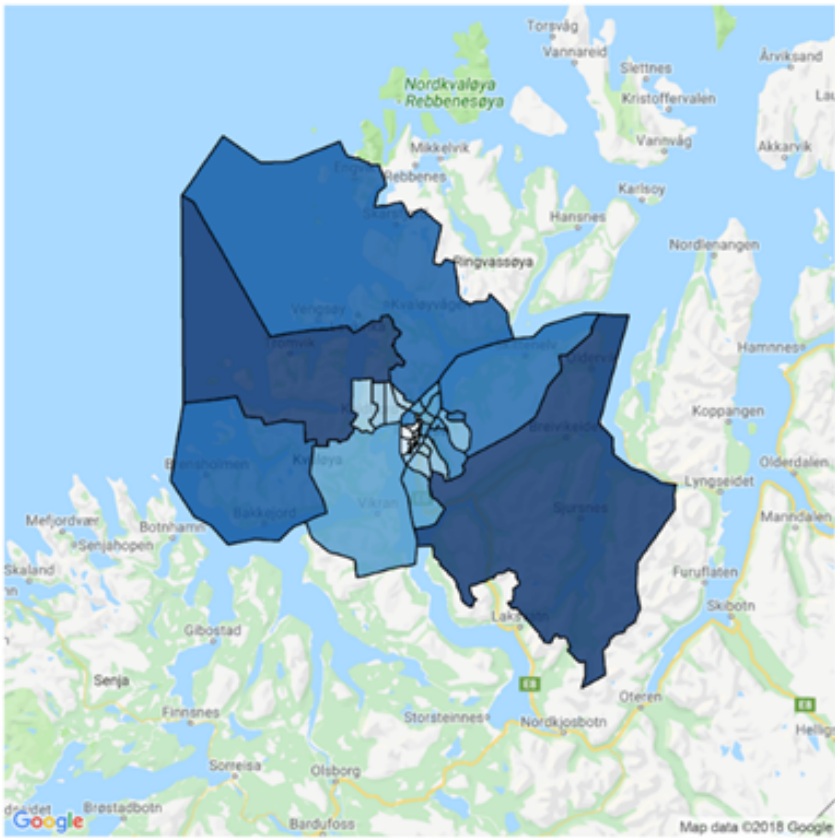
Figur 38: Antall og andel med undervekt, normalvekt, overvekt og fedme blant menn.

Tabell 14: Andel med undervekt, normalvekt, overvekt og fedme. Tromsøundersøkelsen 2015-2016<sup>30</sup>.

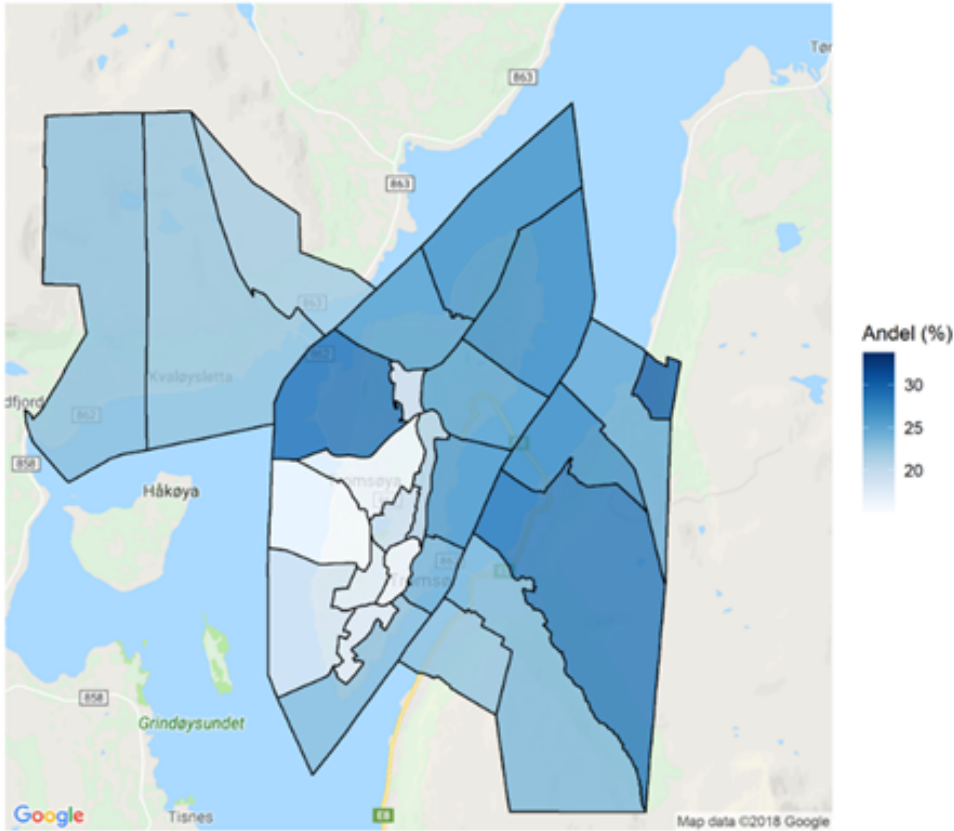
Alder	Undervekt	Normalvekt	Overvekt	Fedme	Antall
<b>Totalt</b>	0,6 %	32 %	44 %	24 %	20 586
Under 67 år	0,5 %	33 %	43 %	24 %	15 894
67 år og over	0,9 %	29 %	46 %	24 %	4 692
<b>Kvinner</b>	0,9 %	39 %	37 %	23 %	10 814
Under 67 år	1,0 %	42 %	36 %	22 %	8 386
67 år og over	2,0 %	31 %	42 %	25 %	2 428
<b>Menn</b>	0,2 %	24 %	51 %	25 %	9 772
Under 67 år	0,2 %	23 %	51 %	26 %	7 508
67 år og over	0,2 %	26 %	51 %	23 %	2 264

<sup>30</sup> WHO-definerte grupper av kroppsmasseindeks.





Kart 7: Andel med fedme i distriktssoner (A) i aldersgruppen under 67 år.



Kart 8: Andel med fedme i bysoner i aldersgruppen under 67 år.

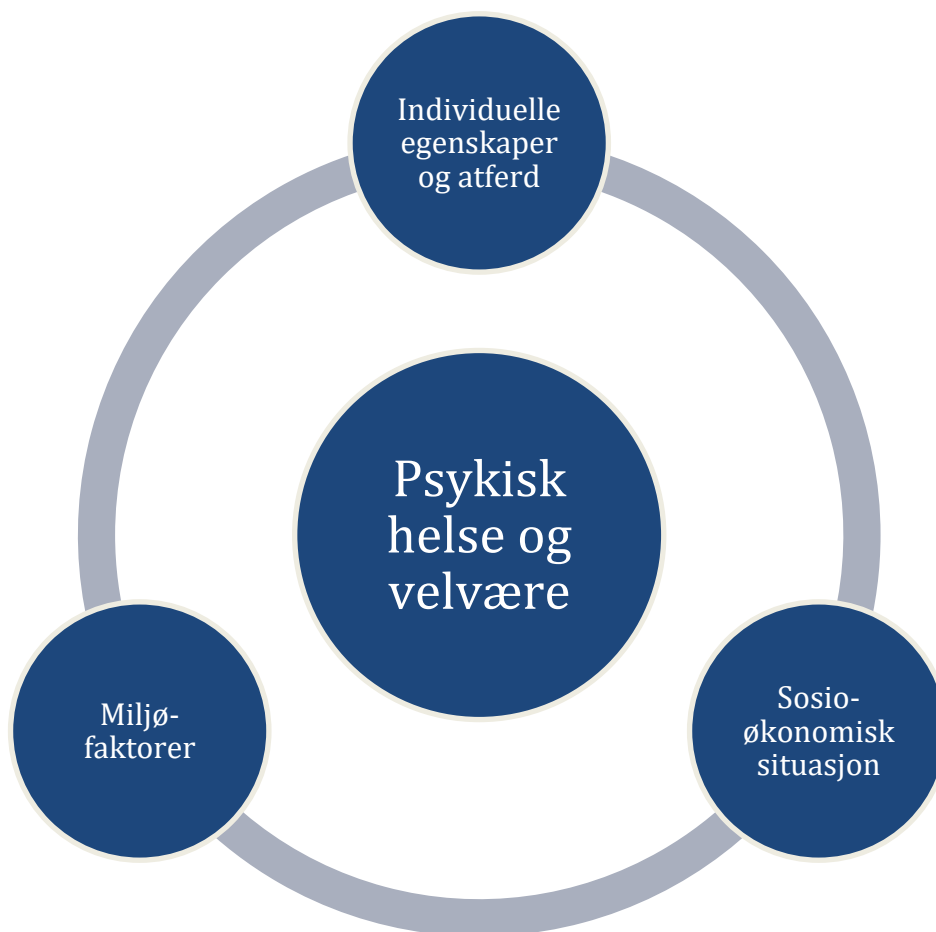


Overvekt og fedme er en viktig risiko for uhelse som må ses i sammenheng med andre livsstilsfaktorer, som lar seg reversere på individ nivå og har god positiv effekt på samfunnsnivå.

## 7.2. Psykisk helse

For å opprettholde en god folkehelse over tid, må vi anerkjenne verdien av god psykisk helse. Vi trenger alle god psykisk helse for å trives, ta vare på oss selv og samhandle med andre. Psykisk helse bør sees på som velvære i samfunnet. Det er viktig å beskytte og fremme den mentale eller psykiske helsen til alle mennesker. Vi må også møte behovene til mennesker med psykiske lidelser, som i stor grad er reversible. Psykiske lidelser, inkludert rusbrukslidelser, er den klart største årsaken til tap av helse blant barn, unge og voksne i arbeidsfør alder.

Individuell psykisk helse påvirker den generelle helsetilstanden og kan ha konsekvenser både for det sosiale miljøet vi lever i og hvilke økonomiske ressurser vi har. Figuren under viser de tre dimensjonene (determinantene) som samhandler kontinuerlig, og som kan true eller beskytte en persons mentale tilstand.



Figur 39: Faktorer som medvirker til psykisk og fysisk velvære.

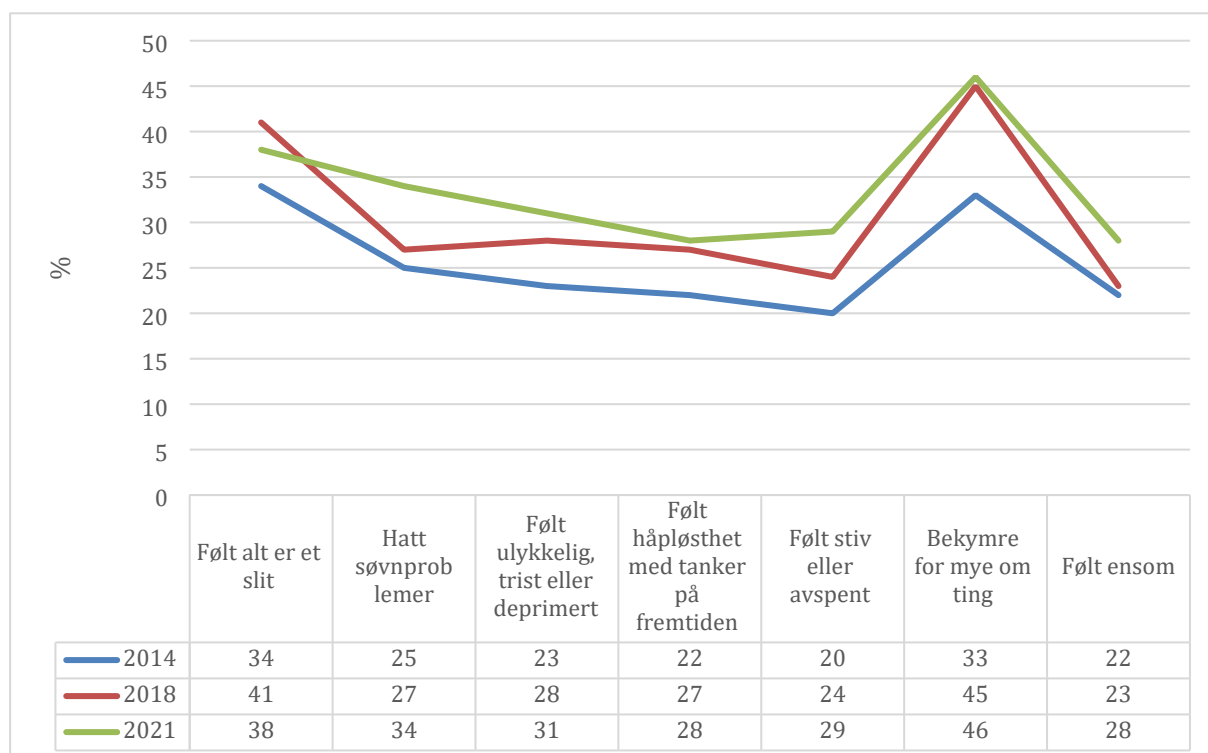
Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet (77).

### Psykisk helse i Tromsø

Tromsø kommune har begrenset med data om den psykiske helsetilstanden blant voksne. Kartlegging av psykisk helse blant barn og unge i skoler ble gjort i 2021 (25).

Ungdata for Tromsø viser følgende:

- Har minst en fortrolig venn: Nasjonalt 90 %, Troms og Finnmark fylkeskommune 86 % og Tromsø 89 %.
- Ensomhet: Nasjonalt ti %, Troms og Finnmark fylkeskommune 14 og Tromsø 12 %.
- Foreldre med dårlig råd: Nasjonalt 4 %, Tromsø 5 %.
- Fornøyd med helsa: Nasjonalt 70 %, Troms og Finnmark fylkeskommune 65 % og Tromsø 69 %.
- Tro på et lykkelig liv: Nasjonalt 68 %, Troms og Finnmark fylkeskommune 64 % og Tromsø 64 %.
- Mange psykiske plager: Nasjonalt 15 %, Troms og Finnmark fylkeskommune 19 % og Tromsø 19 %.



Figur 40: Psykiske plager i ungdomsskole og videregående skole (%-andel som opplever ganske eller veldig mye plager).

Figuren ovenfor viser en negativ utvikling fra 2014 til 2021 i nesten alle faktorer som påvirke psykisk helse og dermed livskvalitet blant ungdommer i Tromsø

Barn og unge trenger å bli sett, hørt og tatt vare på av både jevnaldrende og voksne rundt seg for å opprettholde en god psykisk helse. Ungdomsundersøkelsen 2021 (78) viser nasjonalt en veltilpasset ungdomsgenerasjon. De unge er fornøyd med sine foreldre. Samtidig har en over år sett tendenser til at flere unge sliter psykisk. Det handler om stress, prestasjonspress, bekymringer eller følelsen av at alt er et slit.

I skolehelsetjenesten i Tromsø ser man en økning i antall henvendelser knyttet til psykisk helse. Det har vært en økning på 200 samtaler fra 2018 til 2019 med tema psykisk helse. Totalt antall samtaler har også økt. Det er en økende trend at barn og unge har behov for å ha noen å snakke med. Unge mellom 15-24 år i Tromsø, som har hatt kontakt med primærhelsetjenestene fastlege og legevakt med psykiske symptomer/lidelser, har økt i perioden 2018-2020 med syv per 1000 mer enn for landet forøvrig (nasjonalt 166 per 1000 - i Tromsø 173 per 1000) (79). Mønstret er

likt voksne i alderen 45-74 år, som var i kontakt med primærhelsetjenestene fastlege og legevakt med psykiske symptomer/lidelser fra 2018-2020. (nasjonalt 179 per 1000 - i Tromsø 174 per 1000.)

Tabell 15 viser oppvekstprofilen for Tromsø for barn 0-17 år per 1. januar 2022 (80). Verdi for fylket er i parentes.

Tabell 15: Utvalg indikatorer i oppvekstprofil som er signifikant dårligere enn landet som helhet.

Indikator	Tromsø (fylke) 2020	Tromsø (fylke) 2021	Tromsø (fylke) 2022	Tromsø (fylke) 2023	Norge 2020	Norge 2021	Norge 2022	Norge 2023
Fornøyd med helsa, i %	68 (67)	69 (66)			71	69		
Trives på 7. trinn %	88 (86)		86 (84)		89		88	
Skjermtid over 4 timer %			52 (54)	53 (54)			43	49
Depressive symptomer, i %	17 (15)				14			
Psykiske symptomer/lidelser	161‰ (165)	173 ‰ (158)	173 ‰ (175)		156 ‰	166 ‰	166	
Lite fysisk aktive, i %	13 (16)	24 (30)			14	27		
Med fritidsorganisasjon			57 (56)	57 (56)			62	60
Overvekt og fedme, 17 år, i %	24 (29)	23 (29)		24 (28)	22	22		22
Muskel og skjelett	253 ‰ (254)	319 ‰ (331)			238 ‰	319 ‰		
Reseptfrie smertestillende, ukentlig, 2018 og 2021, i %	17 (18)	24 (30)			17	27		
Alkohol, har vært beruset, i %	13 (14)	15 (15)			12	13		
Fornøyd med treffsteder, i %	41 (38)	38 (38)		38 (38)	50	49		46
Søvnproblemer, i %		33 (33)	33 (33)			29		31
Ensomhet %			28 (28)	27 (28)			24	25

Årsakene til psykiske helseplager er komplekse og mangfoldige. Samfunnet og enkeltindividers livssituasjon kan påvirke psykisk helsestatus. Det er likevel relativt bred enighet om at noen av de viktigste risikofaktorene for psykiske lidelser, utover de genetiske og de mest individnære, er knyttet til vanskelige oppvekstsvilkår, sosial avvising eller mobbing fra jevnaldrende, akutte livshendelser/påkjenninger og sosiale forhold i lokalsamfunnet (77). De som allerede før pandemien hadde psykiske vansker kan være ekstra utsatt for stressreaksjoner, og kan derfor oppleve en forverring av sin psykiske helse (81) (82).

Tabell 16: Faktorer som påvirker psykisk helse.

Nivå	Risikofaktorer	Positive faktorer
Individuelle egenskaper og atferd	Lav selvtillit Kognitiv/emosjonell umodenhet	Selvtillit

	Vansker med å kommunisere Dårlig helse og sykdom Rusmiddelbruk	Evne til å løse problemer og håndtere stress/motgang Gode kommunikasjonsevner God fysisk helse og kondisjon
Sosiale omstendigheter	Ensomhet, sorg, forsømmelse, familiekonflikt, sosial eksponering for vold/overgrep, lav inntekt og fattigdom. Mestringsvansker på skolen - lav skoleprestasjon. Arbeidsstress Arbeidsledighet	Sosial støtte fra familie og venner Godt foreldre-/familiesamspill Sosial og økonomisk trygghet Trivsel og suksess på jobb
Miljøfaktorer	Dårlig tilgang til grunnleggende tjenester Miljømessig urettferdighet og diskriminering Sosiale ulikheter og kjønnsforskjeller Eksponering for krig eller katastrofer	Lik tilgang til grunnleggende tjenester Sosial rettferdighet Toleranse/integrering Likestilling Sikkerhet og fred

Dårlig psykisk helse kan belaste individ, familie og samfunnet både økonomisk og sikkerhetsmessig. I ung alder det kan også medføre lav trivsel og ytelse i skolen, mobbing eller ofre av mobbing, frafall i videregående skole, dårlig klassemiljø og øke risiko for alkohol og rusavhengighet (77). Selv om dårlig psykisk helse kan være reversibel, kan konsekvensene være så store at de påvirker hele livet i negativ retning.

Kommuneanalyser fra UNICEF belyser hvilke økonomiske, så vel som tjenesteytende prioriteringer kommunene gjør for barn under 18 år. Kommuneanalysen rangerer 320 kommuner basert på flere indikatorer fra Kostra SSB. Kommunenes resultater viser økonomiske rammeverk og pengebruk i tjenester til barn. Analysene for 2020, 2021 og 2022 viser at Tromsø falt fra 171 til 249 i 2021 og er i 222 plass i rangering av 320 kommuner, med en score på 2,51 i 2020 til 2,19 på en maks av 5 poeng (82; 83; 81). Dette viser at Tromsø kommune scorer lavt på prioritering av forebyggende tjenester for barn og unge. Innsats i barne- og ungdomsårene gir gevinst for samfunnet og helse hos den enkelte, og dette understøttes av ny kunnskap (77).

### 7.3. Muskel skjelettlidelser

Muskel- og skjelettlidelser er en av de største folkehelseutfordringene, og gir store helse- og samfunnsøkonomiske konsekvenser. Muskel- og skjelettlidelser omfatter mange ulike lidelser, som har ulike årsaker og risikofaktorer. Samlet er lidelsene vanligere blant kvinner, eldre og personer med lav sosioøkonomisk status. Mange sykdommer og plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet har sammenheng med stillesittende livsstil og overvekt, røyking og arbeidsrelaterte faktorer (84).

Det finnes en rekke kjente risikofaktorer for osteoporose <sup>31</sup>, blant annet høy alder, undervekt, inaktivitet og røyking (85). Tilstrekkelig inntak av kalsium og vitamin D, samt vektbærende fysisk aktivitet, har betydning både for å oppnå ens potensiale for maksimal beintetthet i ung alder (86) og for å vedlikeholde beintetthet og forebygge beintap etter overgangsalderen og i alderdommen (85). Tromsø har en lang mørketid hvor D-vitamintilskudd er viktig for å styrke skjeletthelse.

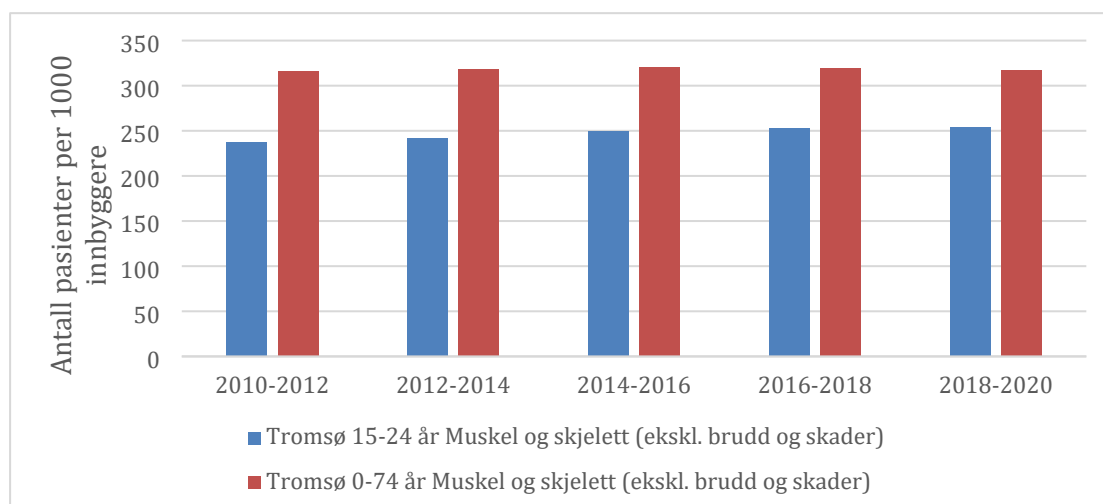
Muskel- og skjelettlidelser er regnet som plagen som rammer flest og koster mest. Forekomsten er høyest hos eldre, men rammer også mange yrkesaktive. Den er også vanligste årsak til sykefravær, og den nest mest hyppigste årsaken til uførhet. Den største andelen av pasienter i primærhelsetjenesten med muskel- og skjelettlidelser er middelaldrende menn og eldre kvinner.

Spekteret av muskel- og skjelettlidelser er stort og omfatter blant annet revmatiske lidelser, ryggsmertor, nakkesmerter, artrose, benskjørhet m.fl. Artrose er den revmatiske sykdommen som øker mest. Osteoporose er en alvorlig tilstand som medfører betydelig risiko for brudd, og har store individuelle og helseøkonomiske kostnader.

Stillesittende livsstil/fysisk inaktivitet, røyking, overvekt og undervekt er risikofaktorer for muskel- og skjelettlidelser.

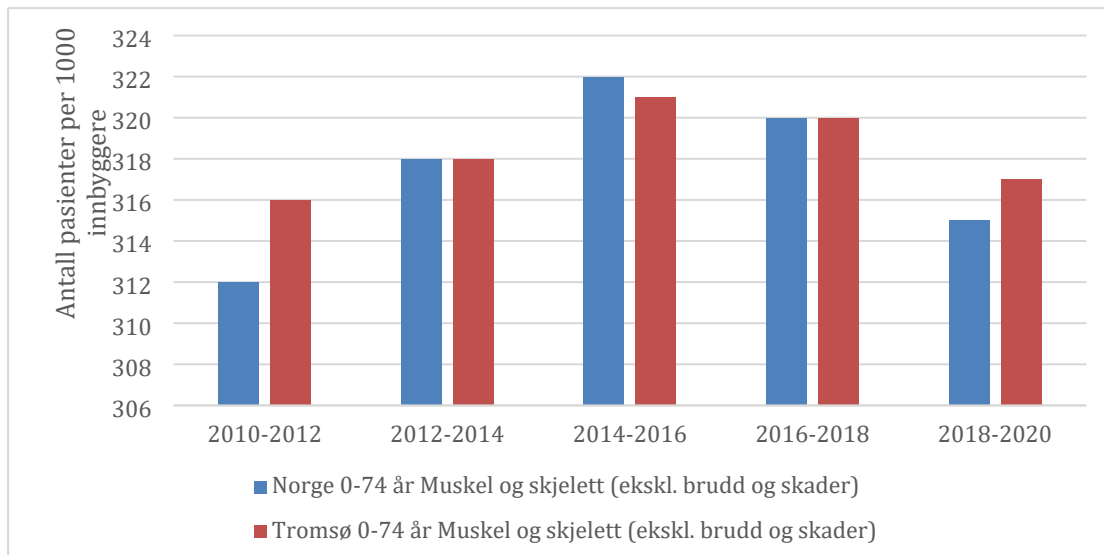
#### Muskel- og skjelettlidelser i Tromsø

Statistikk om brukere av primærhelsetjenesten for muskel- og skjelettlidelser (unntatt brudd og skader) viser at Tromsø kommune ligger over landssnittet i aldersgruppene 15-29 år og 0-79 år (87).

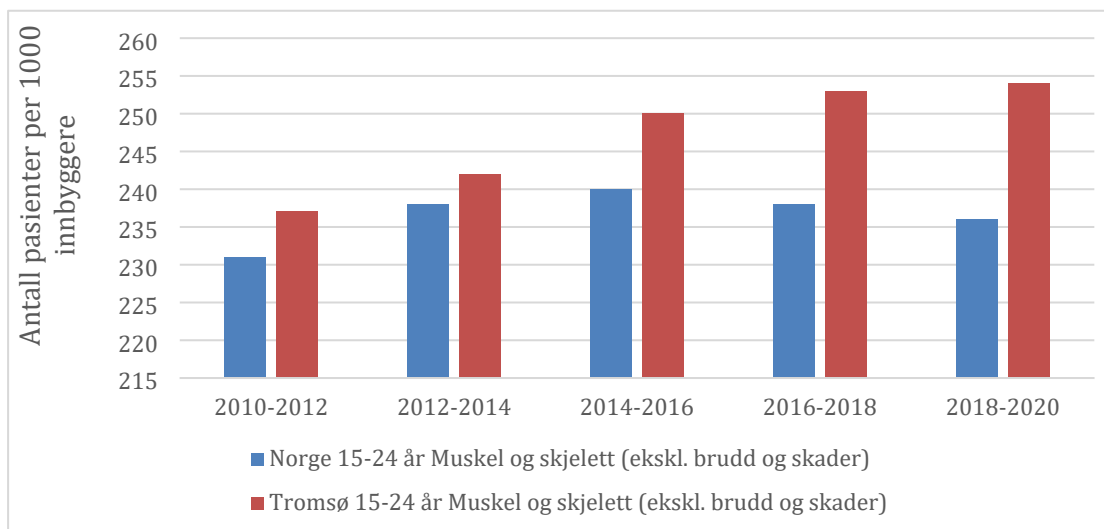


Figur 41: Primærhelsetjenesten – pasienter med muskel- og skjelettlidelser i Tromsø.

<sup>31</sup> Benskjørhet



Figur 42: Primærhelsetjenesten - muskel- og skjelettlidelser for pasienter mellom 0-74 år i Norge og Tromsø.



Figur 43: Primærhelsetjenesten - muskel- og skjelettlidelser for pasienter mellom 15-24 år i Norge og Tromsø<sup>32</sup>.

Muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager er blant de viktigste årsakene til redusert helse og nedsatt livskvalitet, og er en dominerende årsak til sykefravær og nedsatt arbeidsevne/uførhet (88).

Når det gjelder bruddskader utgjør benskjørhet (osteoporose) en viktig risikofaktor.

Forekomsten av osteoporotiske brudd er høyere i Skandinavia enn i verden for øvrig. De fleste bruddskader skjer innendørs, og det er beskjeden årstidsvariasjon (89). Analyser av danske forhold tilsier at osteoporotiske brudd sammenlagt koster det norske samfunnet om lag 10 milliarder kroner i året (90). Det er ventet at kostnadene vil øke betydelig i årene som kommer, ettersom framskrivninger har antydnet at sykdomsbyrden (helsetapsjusterte leveår) av hoftebrudd vil fordobles fra 2020 til 2040.

For pasienter som trenger behandling og rehabilitering etter skader og for sykdommer, påvirker lange ventetider livskvalitet og funksjonsevne, og kan øke risikoen for at det utvikles irreversible skader og funksjonstap.

<sup>32</sup> Kilde: Kommunehelse statistikkbank

## 7.4. Demens

Demens er en gruppe hjernesykdommer som rammer befolkningen i høy alder, og medfører blant annet symptomer på hukommelsessvikt, nedsatt handlingsevne, sviktende språkfunksjon og endret atferd. Demens utvikler seg langsomt over tid og kan ikke helbredes. Forekomst av demens øker med alder over 80 år og det er hyppigst blant kvinner, men det er ikke en del av normale aldringen. Med et økende antall eldre forventes det at demens blir en av fremtidens store folkehelseutfordring.

Folkehelseinstituttet sier at de faktorer som beskytter mot demens er sosiale aktiviteter, fysisk aktivitet, ikke-røyking og god kontroll av høyt blodtrykk. På andre siden er risikofaktorer lav utdanning, fedme, diabetes, nedsatt hørsel, depresjon, høyt alkoholforbruk, hodeskader og luftforurensing (91).

Forekomst av demens er høyere blant de med lav utdanning. Det kan skyldes ulikhet i atferd og forekomst av ikke smittsomme sykdommer som hjerte og karsykdommer og diabetes. Alder og gener spiller en vesentlig rolle for utvikling av demens, men man antar at så mye som 40 % av all demens kunne vært unngått ved forebygging.

### Demens i Tromsø

SSB sin befolkningsframskriving for Tromsø fra 2020 (hovedalternativet) viser kraftig vekst i antall innbyggere over 80 år frem mot 2050. Andel med demens i Tromsø er 1,33% i 2020 (Norge 1,88 %) og forventes å øke til 3,56 % (Norge 3,99 %) i 2050. Dette tilsvarer 2 988 personer rammet av demens i 2050. Demensandelen i Tromsø beregnes til å øke med 167,67 % de neste 27 årene (92).

Tabell 17: Antall personer med demens i Tromsø 2020, 2030 og 2050<sup>33</sup>.

Aldersgruppe	2020	2030	2050
30-64 år	31	32	32
65-69 år	26	29	30
70-74 år	167	196	212
75-79 år	194	290	385
80-84 år	212	414	639
85-89 år	216	407	816
90 år eller eldre	181	258	874
<b>Totalt</b>	1 027	1 626	2 988
	Menn 430, kvinner 597	Menn 719, kvinner 907	Menn 1287, kvinner 1701

Denne framskrivningen skal ramme hele samfunnet hvis vi beregner at ett tilfelle har fire pårørende som kan berøres. Demens er en lidelse på individnivå, som medfører store belastninger på familienivå samt for kommunal helse- og omsorgstjenestene og samfunnet ellers. Demens kan forebygges og med god kvalitet på støtte og omsorg kan personer med demens leve godt.

<sup>33</sup> Kilde: Framskrivningen i demenskartet.no

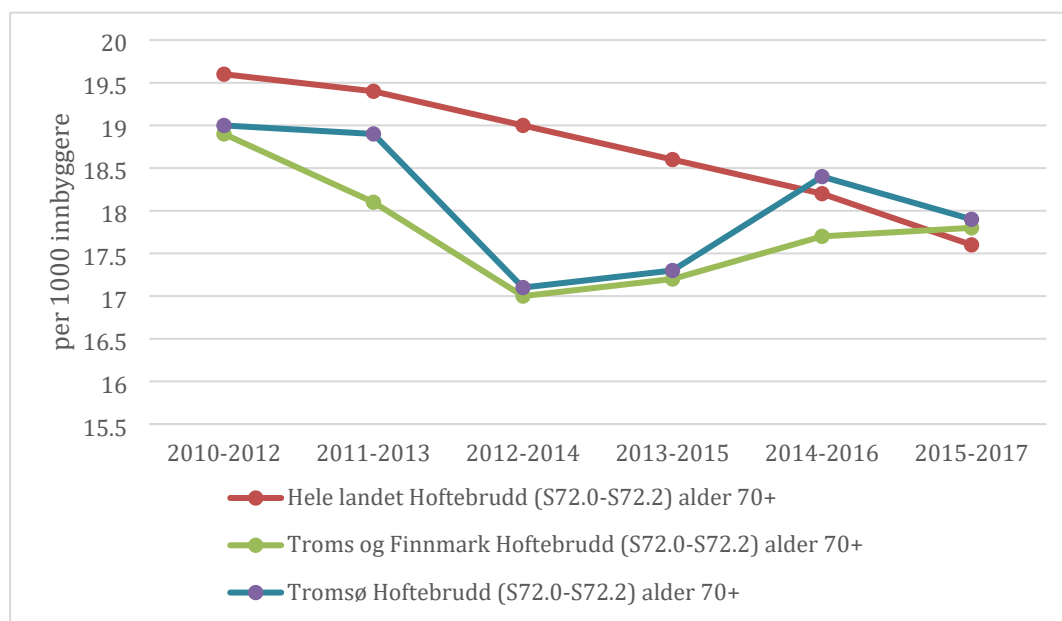
## 8. Skader, ulykker og voldelig dødsfall

Skader og ulykker har en stor betydning for folkehelsen og kan føre til store kostnader for samfunnet. Ulykker med personskade tar relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken for personer under 45 år.

### 8.1. Hoftebrudd

De fleste hoftebrudd rammer eldre og skyldes redusert beinmasse (beinskjørhet) kombinert med et fall eller ulykke. Brudd kan medføre redusert funksjonsevne og behov for langvarig omsorgshjelp. Smerter og redusert bevegelsesevne påvirker livskvaliteten. Det har store økonomiske konsekvenser for samfunnet. Forekomsten av hoftebrudd synker både i Norge og Tromsø, både for kvinner og menn. Samtidig forventes det en økning i det totale årlig antallet fordi andelen eldre i befolkningen vil øke. Forekomst av hoftebrudd er stabilt på 17,9 per 1 000 innbyggere i Tromsø, det øker med alder og befolkning over 70 år har en forekomst av 17,9 per tusen i Tromsø (fylke 17,8 og Norge 17,6 per 1 000).

I Tromsø var forekomsten av hoftebrudd i 2015-2017 på 17,9 hoftebrudd per 1 000 innbygger 70 år og over. Det er under landsnivået og nivået i Troms. Kvinner har to ganger mer risiko for hoftebrudd enn menn.



Figur 44: Hoftebrudd per 1 000 innbyggere 70+ år.

### 8.2. Vold anmeldelser og voldsomme dødsfall

Antall voldsanmeldelser per 1 000 innbygger er på 8,4 per 1 000 innbygger, noe som er høyere sammenlignet med Troms og resten av landet (Troms 8,2 og Norge 6,9 per 1 000 innbyggere). I gjennomsnitt var antall voldsomme dødsfall (ikke knyttet til sykdom) i Tromsø 31 per 100 000 (fylke 32,8 og Norge 28,2 per 100 000 innbyggere).

Antall narkotikautløste dødsfall per 100 000 innbygger i Tromsø var i gjennomsnitt fra 2016 til 2018 på 7,7 per 100 000 innbyggere mellom 15-64 år (Fylke 5,9, Norge 7,3 per 100 000 innbyggere). Tallet var i gjennomsnitt på 9,1 per 100 000 i Tromsø 2014-2016.

## 9. Helsetjeneste

Prinsippet om en likeverdig helsetjeneste i Norge er basert på at tilbudet skal være uavhengig av bosted, økonomi, kjønn eller sosial status. Dekningsgraden av personell i helsetjenester viser at



Tromsø har et antall årsverk av leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter per 10 000 innbyggere som ligger over gjennomsnittet for andre ASSS kommuner. Mens antall årsverk i helsestasjon (0-20 år) og skolehelsetjeneste er likt som gjennomsnittet for ASSS kommunene. Antall årsverk på helsestasjon (0-5 år), og andel nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst ligger lavere enn snittet for ASSS kommunene (27).

Nedenfor vises noe av statistikken over bruk av primærhelsetjeneste, dvs. personer i kontakt med fastlege eller legevakt (for muskel- og skjelettrelaterte plager/sykdomsdiagnoser inkludere kontakt med fysioterapeut og kiropraktor) per 1 000 innbyggere per år.

Antall brukere av sovemidler og beroligende midler per 1000 innbygger er lavere i Tromsø enn landet som helhet (92 per 1 000 i Tromsø/93 per 1000 i Norge).

Høyere andel av befolkningen i Tromsø oppsøker fastlege eller kommunal legevakt for psykiske symptomer og lidelser sammenlignet med landet som helhet (19).

Brukere av primærhelsetjenesten for muskel- og skjelettplager/sykdommer per 1 000 innbygger øker i Tromsø og er noe høyere enn landsgjennomsnittet (511 per 1 000 innbyggere i Tromsø mot 473 per 1 000 innbyggere i Norge).

## Ordforklaring

**Indikator:** En objektiv måling som viser en tilstand eller endring i tilstand.

**Folkehelse:** Helsetilstanden og hvordan helse er fordelt i befolkningen.

**Folkehelsearbeid:** Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer helse og trivsel i befolkningen. Det omfatter forebygging av psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, beskyttelse mot helsetrusler samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

**Forebyggende arbeid** er tiltak som skal redusere sykdom, skade og for tidlig død. Det blir delt i tre områder:

1. Universell forebygging retter seg mot hele befolkningen for å hindre at friske mennesker utvikler sykdom (primærforebygging).
2. Selektiv forebygging retter seg mot definerte risikogrupper. Det tar sikte på å identifisere risikofaktorer og hindre at problemer får utvikle seg videre (sekundærforebygging).
3. Indikativ forebygging (individrettet forebygging) retter seg mot personer som allerede har utviklet vansker. Her gis hjelp for at individet kan leve best mulig med de begrensninger vanskene gir og å hindre forverring (tertiærforebygging).

Både universell og selektiv forebygging er folkehelsearbeid, mens indikativ forebygging er å definere som behandling og faller derfor utenfor folkehelsearbeidet (regjeringen.no).

**Fattigdom:** Husholdning som har en årlig inntekt etter skatt som er under 60 % av medianinntekt i landet (SSB).

**Helsefremmende arbeid:** Tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og fremme trivsel, velvære og mestring av utfordringer i hverdagen.

**Sosial ulikhet i helse:** Det er en årsaktrend som viser at mennesker med høy utdanning og høy inntekt har bedre helse enn personer fra lavere sosiale lag. Hovedindikatorer som brukes er utdanning, yrke og inntekt. Disse er brukt som mål for sosial og økonomisk status - også kalt sosioøkonomisk status.

**Sosial gradient:** Det er en skala i befolkningen som peker i en retning til den største verdi og viser sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse.

## Referanser

1. Tromsø kommune. *Levekår i Tromsø, geografisk fordeling*. 2019.
2. Næringslivets Hovedorganisasjon. *Nøkkeltall for norsk næringsliv*. 2022.
3. Folkehelseinstituttet. *Folkehelseprofil: Bomiljø og folkehelse*. 2023.
4. Dahl E, Bergsli H, van der Wel K. *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus. 2014.
5. Folkehelseinstituttet. *Helsetilstand i Norge*. 2014.
6. Olsen F. *Geographic and socioeconomic variation in the utilisation of specialist health care services in Norway – Three selected health care services. Dissertation for the degree of Philosophie Doctor*. s.l. : Faculty of Health Sciences, Norges Arktiske Universitet (UiT), 2022.
7. Eikemo TA, Øversveen E. Social Inequalities in health: Challenges, knowledge gaps, key debates and the need for new data. *Scand J Public Health*. 2019, Vol. 47, Aug, pp. 593-597.
8. Folkehelseinstituttet. *Helsetilstand i Norge*. 2018.
9. Hopstock LA, Løvsletten O, Johansen H, Tiwari S, Njølstad I, Løchen ML. *Folkehelse rapport: Den sjunde tromsøundersøkelse*. s.l. : Norges Arktiske Universitet (UiT), 2019.
10. Tiwari S, Cerin E, Wilsgaard T, Løvsletten O, Njølstad I, Grimsgaard S, Hopstock LA, Schirmer H, Rosengren A, Kristoffersen K, Løchen M-L. Lifestyle factors as mediators of area-level socio-economic differentials in cardiovascular disease risk factors. The Tromsø Study. *SSM Popul Health*. 2022, Vol. 19, Sep 24.
11. Sari E, Moilanen M, Bambra C, Grimsgaard S, Njølstad I. Association between neighborhood health behaviors and body mass index in Northern Norway: evidence from the Tromsø Study. *Scand J Public Health*. 2021, Dec 13.
12. Folkehelseinstituttet. *Håndbok for uteluft-luftkvalitetskriterier*. 2017. <https://www.fhi.no/nettpub/luftkvalitet/>.
13. Direktoratet for Strålevern og atomsikkerhet. *Radon og helserisiko*. 2022. <https://dsa.no/radon/helserisiko> .
14. —. *Hva er Radon*. 2022. <https://dsa.no/radon/hva-er-radon>.
15. Miljø-direktoratet. *Støy og helse – Miljøstatus*. 2022. Tilgjengelig via: <https://miljostatus.miljodirektoratet.no/tema/forurensning/stoy/>.
16. Aasvang GM. *Helsebelastning som skyldes veitrafikkstøy i Norge*. s.l. : Folkehelseinstituttet, 2012. ISBN 978-82-8082-492-9.
17. Statistisk sentralbyrå. *Barn og unges miljø og helse 2011: Utvalgte indikatorer om fysiske sosiale miljøfaktorer*. 2012. ISBN 978-82-537-8346-8.
18. Folkehelseinstituttet. *Folkehelsen etter covid-19: Pandemiens konsekvenser i ulike grupper i befolkning*. 2021. ISBN: 978-82-8406-244-0.
19. —. *Kommunehelse statistikkbank*. 2023.

20. Jartun M, Ottesen RT, Volden T. *Forebyggende arbeid - Jordforurensning i små barns utelekemiljø i Tromsø*. s.l. : Norges geologiske undersøkelse, 2002. ISSN 0800-3416.
21. Banks D, Pedersen YJ og Øystein. *Kartlegging av spesialavfall i deponier og forurenset grunn i Troms fylke*. s.l. : Norges geologiske undersøkelse, 1990. ISSN 0800-3416.
22. Miljødirektoratet.no/. *Grunnforurensning*. 2023. <https://grunnforurensning.miljodirektoratet.no/>.
23. Klima- og miljødepartementet. *Forskrift om begrensning av forurensning (forurensningsforskriften)*. s.l. : LOVDATA, 2004 og oppdatert i 2022.
24. Aschwanden F, Stenshøj M, Heide F. *Ren barnehagejord*. s.l. : Tromsø kommune, 2004.
25. KoRus Nord. *Nøkkeltallsrapport fra Ungdata Tromsø kommune*. 2021.
26. —. *Nøkkeltallsrapport fra Ungdata i Tromsø kommune*. 2018.
27. Aggregerte styringsdata for samarbeidende storkommuner (ASSS). 2022.
28. Engvik M. *Hvor fornøyd er vi med livet i Norge?* s.l. : Statistisk sentralbyrå.
29. Folkehelseinstituttet. *Folkehelseprofil: Hvordan legge til rette for god livskvalitet*. 2022.
30. Helse -og omsorgsdepartementet. *Folkehelsemeldinga: Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. 2023.
31. Folkehelseinstituttet. *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. 2015.
32. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 2, 1985, Vol. 98, ss. 310-357.
33. Skogen JC, Nilsen TS, Nes RB, Aarø LE. *Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark*. s.l. : Folkehelseinstituttet, 2019.
34. Meltzer H. *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys*. s.l. : World Health Organization Regional office for Europe, 2005.
35. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. 2004, Vol. 26, 6.
36. Statistisk sentralbyrå. *Levekårundersøkelse om helse*. 2017. ISBN 978-82-537-9491-4.
37. KoRus Nord. *Ungdata Trendrapport 2014-2021 Tromsø kommune*. 2021.
38. De Ridder KA, Pape K, Johnsen R, Westin S, Holmen TL, Bjørngaard JH. School dropout: a major public health challenge: a 10-year prospective study on medical and non-medical social insurance benefits in young adulthood, the Young-HUNT 1 Study (Norway). *J Epidemiol Community Health*. 2012, Vol. 66, 11, ss. 995-1000.
39. Universitetet i Stavanger. *Hva er mobbing? Læringsmiljø senteret*. [Internett] 2022. Tilgjengelig i <https://www.uis.no/nb/laringsmiljosenteret/forskning/hva-er-mobbing>.
40. Lommelegen. *Mobbing*. 2020. Tilgjengelig i <https://www.lommelegen.no/psykisk-helse/artikkel/mobbing/71059424>.

41. Aaseth HMS, Elvethon E, Løkken IM, Nilsen TR, Moser T. *Mobbing i norske barnehager- en kunnskapoversikt*. s.l. : Nasjonal kunnskapssenter for barnehager og Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning, 2021. ISBN 978-82-303-4936-6.
42. Tromsø kommune. *Strategisk Oppvekstplan 2019-2026, "Vil du være Lamme"*. 2019.
43. Havik S, Ertesvåg T. Kunnskapsoppsummering og Klassifisering av tiltak Olweus programmet (OBPP) – et skoleomfattende program mot mobbing og antisosial atferd (2. utg.). *Ungsinn*. 2020, ss. 1-3.
44. Wendelborg C. *Mobbing og arbeidsro i skolen- Analyse av Elevundersøkelse*. s.l. : NTNU Samfunnsforskning, 2022. ISBN 978-82-7570-675-9.
45. Tromsø kommune, seksjon skole. *Kvalitets-og utviklingsmelding*. 2022.
46. Tennøy A, Øksenholt KV, Tønnesen A, Hagen OH. *Kunnskapsgrunnlag: Areal- og transportutvikling for klimavennlige og attraktive byer*. s.l. : Transportøkonomisk institutt, 2017. ISBN 978-82-480-2093-6.
47. Helsedirektoratet. *Folkehelsepolitisk rapport 2017, Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet*. 2018. ss. 181- side 50. IS-2698.
48. Miljødirektoratet. *Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder*. 2014.
49. Engelién E. *Tilgang Til Rekreasjonsareal Og Nærturterreng: Dokumentasjon Av Metode*. s.l. : Statistisk sentralbyrå, 2012. s. 36. ISBN 9788253783413 (h.).
50. Oslo universitetssykehus. *Fakta om rusmidler*. 2023. viser i <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/fakta-om-rusmidler>.
51. Rossow, IM. *Alkohol, narkotika og Folkehelse*. Oslo : s.n., 2018. tilgjengelig via <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/alkohol-og-narkotika/>.
52. Helsedirektoratet. *Lokale folkehelseiltak- veiviser for kommunen*. 2021. via <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/hva-er-veivisere-i-lokale-folkehelseiltak>.
53. Rossow, IM. *Oversikt over Alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol*. s.l. : Folkehelseinstituttet, 2022.
54. Bryazka D, Reitsma MB, Griswold MG, et al. Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. *Lancet*. 2022, Vol. 400 (10347), doi:10.1016/S0140-67362, ss. 185-235.
55. Tromsø kommune. *kommuneplanens samfunnsdel med arealstrategi 2020-2032*. 2020.
56. World Health Organization. World Health Organization. Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases. 2022, Vol. 49777, doi:10.1007/BF03038934.
57. Helse -og omsorgsdepartement. *Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025). En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk*. s.l. : Regjering, 2021.

58. Lund IO, Bye KE. *Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Noreg*. s.l. : Folkehelseinstituttet, 2022.
59. Bye KE, Rossow IM. *Alkoholbruk i den voksne befolkningen*. s.l. : Folkehelseinstituttet, 2022.
60. Oslo universitetssykehus. *Fakta om rusmidler: Benzodiazepiner og Z-hypnotika*. 2023.
61. Gjering L, Amundsen E. Increasing trend in accidental pharmaceutical opioid overdose deaths and diverging overdose death correlates following the opioid prescription policy liberalization in Norway 2010–2018. *Int Journal of drug policy*. Oct, 2022, Vol. 108, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103785>.
62. Lunde LH. Rusproblemer hos eldre. *Tidsskr Den Norske Legeforening*. 3, 2013, Vol. 133, ss. 318-319.
63. Tevik K, Selbæk G, Engedal K, Seim A, Krokstad S, Helvik AS. Use of alcohol and drugs with addiction potential among older women and men in a population-based study. The Nord-Trøndelag Health Study 2006-2008 (HUNT3). *PLoS One*. 9, 2017, Vol. 12, doi:10.1371/journal.pone.0184428.
64. Moan IS. *Negative konsekvenser av alkoholbruk for andre enn brukerne*. s.l. : Folkehelseinstituttet, 2019.
65. Baklien B, Rossow I. Alkoholpolitikk og folkehelse. *Tidsskriftet forebygging.no*. 2022, <https://doi.org/10.21340/xqe9-js69>.
66. Thelle DS. Er alkohol sunt for hjertet? *Tidsskr Den Norske Legeforening*. 9, 2020, Vol. 140, doi:10.4045/tidsskr.20.0187, ss. 1-7.
67. Brean A. Snakk Om Det! Strategi for Seksuell Helse (2017-2022). *Tidsskr Den Norske Legeforening*. 2022, Vol. 142, DOI 104045.
68. Tromsø kommunestyret. *Tromsørklæringa: Politisk Plattfor for Tromsø AP, Tromsø SV og MDG for periode 2019-2023*. 2019.
69. Folkehelseinstituttet. *Folkehelseprofil: Kommunen kan legge til rette for mer fysisk aktivitet*. s.l. : Folkehelseinstituttet, 2021.
70. —. *Smittevernveilederen: Chlamydiainfeksjon, Genital (Klamydia) - Veileder for Helsepersonell*. 2019.
71. Løkeland-Stai M. *Aborttall for Norge*. s.l. : Folkehelseinstituttet, 2022.
72. The global burden of disease 2015 Obesity Collaborators, . Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 Years. *New Engl J Med*. 2017, Vol. 377, 2017;377:13–27., ss. 13-17.
73. World Health Organization. *Obesity and Overweight*. 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
74. Meyer EH, Bergh IH. *Overvekt og fedme i Noreg*. Folkehelseinstituttet : s.n., 2017.
75. Hruby A et al. The Epidemiology og obesity: A big picture. *Pharmacoeconomics*. 7, 2015, Vol. 33, Jul, ss. 673-689.

76. Lundblad MW et al. Anthropometric measures are satisfactory substitutes for the DXA-derived visceral adipose tissue in the association with cardiometabolic risk. The Tromsø Study 2015–2016. *Obes Sci Pract.* 2021, Vol. 7, Mai 3, ss. 525- 534.
77. Skogen JC, Smith ORF, Aarø LE, Siqveland J, Øverland S. *Barn Og Unges Psykiske Helse: Forebyggende Og Helsefremmende Folkehelseiltak. En Kunnskapsoversikt;* 2018. s.l. : Folkehelseinstituttet, 2018. ISBN 978-82-8082-925-2.
78. Bakken A. *Ungdata 2020- Nasjonale Resultater.* s.l. : NOVA-Rapport, 2020.
79. Folkehelseinstituttet. *Oppvekstprofil Tromsø: Trivsel, læring og gjennomføring i skolen.* 2021.
80. —. *Oppvekstprofil Tromsø: Betydningen av sosial ulikhet for barns helse og oppvekst.* 2022.
81. Unicef. *Kommune analyse 2020: Alle barn har rett til å oppleve gleden.* 2020.
82. —. *Kommune analyse 2022: Hva betyr kommunegrensene for barn og unges oppvekst?* 2022.
83. —. *Kommune analyse 2021: Alle barn har rett til god og trygg oppvekst.* 2021.
84. Hulshof CTJ et al. The effect of occupational exposure to ergonomic risk factors on osteoarthritis of hip or knee and selected other musculoskeletal diseases: A systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and In. *Environ Int.* 2021, Vol. 150, May, s. 106349.
85. Lewiecki EM. Osteoporotic fracture risk assessment. *UpToDate.* 2015.
86. Weaver CM, Gordon CM, Janz KF, Kalkwarf H.J, Lappe J.M, Lewis R, Zemel BS. The National Osteoporosis Foundation's position statement on peak bone mass development and lifestyle factors: a systematic review and implementation recommendations. *Osteoporos Int.* April, 2016, Vol. 27, 4.
87. Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistiskbank: Primærhelsetjeneste . [Internett] tilgjengelig fra <https://khs.fhi.no/webview/>.
88. Clarsen BM, Steingrimsdottir OA, Holvik K, Ørstavik RE. *Muskel- og skjeletthelse i Norge.* s.l. : Folkehelseinstituttet, 2022.
89. Solbakken SM, Magnus JH, Meyer HE et al. Impact of comorbidity, age, and gender on seasonal variation in hip fracture incidence. A NOREPOS study. 2014, Vol. 9, Aug 19, s. 191.
90. Hansen L, Mathiesen AS, Vestergaard P, Petersen KD, Ehlers LH. Den økonomiske byrde af osteoporotiske frakturer ligger primært i kommunerne. 2013.
91. Livingston G, Huntley J, Sommerland A, Ames D, Ballard C, Banerjee S et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet.* 2020, Vol. 396 issue 10248, Auf 08, ss. 413-446.
92. Nasjonal senter for aldring og helse. Demenskartet. [Internett] 2023. <https://demenskartet.no/>.