Harstad kommune
Attraktiv hele livet

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer Harstad 2019

Innhold

1.0 BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG 4
2.0 INFORMASJON OM OVERSIKTSDOKUMENTET 5
2.1 Kilder og statistikk 5
2.2. Årsaksforhold, konsekvenser og utfordringer 6
2.3 Definisjoner 6
2.4 Oppdatering 6
3.0 SAMMENDRAG 7
4.0 HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER 9
4.1 Befolkningssammensetning 9
4.1.1 Befolkningsendringer 9
4.1.2 Etnisitet 11
4.1.3 Personer som bor alene 12
4.1.4 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser 13
4.1.5 Befolkningssammensetning – innspill i prosessen 13
4.2 Oppvekst- og levekårsforhold 14
4.2.1 Lavinntektshusholdninger 14
4.2.2 Arbeidsledighet 15
4.2.3 Uføretrygd 16
4.2.4 Mottakere av stønad til livsopphold 18
4.2.5 Grunnskole som høyeste utdanningsnivå 18
4.2.6 Frafall videregående skole 19
4.2.7 Skilsmisser/eneforsørgere 20
4.2.8 Barnevern 22
4.2.9 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser 23
4.2.10 Oppvekst og levekår – innspill i prosessen 24
4.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø 25
4.3.1 Drikkevannskvalitet 25
4.3.2 Geofarer 26
4.3.3 Luftforurensing 26
4.3.4 Radon 27
4.3.5 Støy 29
4.3.6 Friluftsliv 32
4.3.7 Kulturtilbud 32
4.3.8 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser 33

4.3.9 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø – innspill i prosessen 34
4.4 Skader og ulykker 34
4.4.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker 35
4.4.2 Personskader registrert ved UNN Harstad 36
4.4.3 Skader i aldersgruppen 13-24 år 37
4.4.4 Skader i aldersgruppen 65 år og eldre 38
4.4.5 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser 40
4.4.6 Skader og ulykker – innspill i prosessen 40
4.5 Helserelatert atferd / levevaner 41
4.5.1 Fysisk aktivitet 41
4.5.2 Stillesitting 43
4.5.3 Røyking 44
4.5.4 Cannabisbruk 45
4.5.5 Alkohol 46
4.5.6 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser 47
4.5.7 Helserelatert atferd – innspill og vurderinger 48
4.6 Helsetilstand 49
4.6.1 Levealder 49
4.6.2 Psykiske lidelser og psykisk helse 50
4.6.3 Diabetes 52
4.6.4 Hjerte- og karsykdommer 53
4.6.5 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma 54
4.6.6 Muskel- og skjelettlidelser (ekskl. brudd og skader) 55
4.6.7 Demens 56
4.6.8 Kreft 57
4.6.9 Overvekt og fedme 58
4.6.10 Tannhelse 59
4.6.11 Smittsomme sykdommer 60
4.6.12 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser 61
4.6.13 Helsetilstand – innspill og vurderinger 63
KILDER: 65

1.0 BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), §5, pålegger kommunen å ha skriftlig oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer. Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringer i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Utfordringsbildet skal legges til grunn for mål og strategier for folkehelsearbeidet, som igjen skal forankres i planprosesser etter plan- og bygningsloven. Kommunen skal altså legge til rette for et målrettet og systematisk folkehelsearbeid basert på lokale folkehelseutfordringer.

I oversikten skal det særlig vektlegges trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale ulikheter i helse. Det skal foreligge en samlet oversikt hvert fjerde år, som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet og være et av grunnlagene i utarbeidelsen av kommunens planstrategi.

Forskrift om oversikt over folkehelsen skal bidra til standardisering av arbeidet og stiller krav til belysning og vurdering av følgende punkter:

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

Dette dokumentet er den skriftlige oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Harstad kommune. Det ivaretar kravet til å ha et samlet oversiktsdokument over folkehelseutfordringene som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Oversikten skal i tillegg til å ligge til grunn for kommunens planstrategi, også være et sentralt dokument i utarbeidelsen av andre planer og strategier i kommunen. De utfordringene som presenteres i dette dokumentet skal vurderes i planleggingen av kommunens fremtidige innsats.

Oversikten er tilgjengelig på kommunes hjemmeside.

Sist revidert: 8. november 2019

2.0 INFORMASJON OM OVERSIKTSDOKUMENTET

2.1 Kilder og statistikk

Folkehelseloven angir noen bestemte kilder til kunnskap som oversikten skal baseres på:

a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig
b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene
c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse

Statistikk, tabeller og informasjon er blant annet hentet fra – eller basert på – tall fra:

- Folkehelseinstituttets helsestatistikk
- Statistisk sentralbyrå (SSB)
- NAV
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
- Skaderegisteret ved UNN Harstad
- Norges geologiske undersøkelse
- Kommunes årsrapporter og dokumenter
- Tannhelsetjenestens årsrapporter
- Ungdata-undersøkelsen
- Oppfølgingstjenesten, Troms Fylkeskommune
- Intervju/samtaler med interne og eksterne personer med god kjennskap og erfaring fra feltet.

Kilden er angitt i de enkelte tabellene/diagrammene. Fullstendig kildeliste vedlegges dokumentet.

Helsestatistikk og oversikter kan ha stor nytteverdi i folkehelsearbeidet, det er samtidig viktig å være klar over begrensningene disse har. Statistikk viser som regel et bilde på situasjonen ut fra gitte forutsetninger og sier lite eller ingenting om årsaksforhold. De årsakene og konsekvensene som er beskrevet i dette dokumentet er basert på tolkninger av statistikk og farget av erfaringer, kompetanse, kunnskap, holdninger og referanser til personene som har bidratt.

Harstad kommune ble en ny kommune 1.1.2013. Det er forsøkt å innhente likeverdige statistikker fra tidligere Harstad og Bjarkøy kommuner, slik at utviklingen frem til dagens situasjon kan fremstilles så reell som mulig. I de tabeller og diagrammer hvor både tall fra tidligere Harstad og Bjarkøy kommuner ikke er benyttet, vil det fremkomme av underteksten.

2.2. Årsaksforhold, konsekvenser og utfordringer

Ved vurdering av årsaker er det tatt utgangspunkt i den kunnskapen som eksisterer om hvilke bakenforliggende forhold som kan ha ført til den situasjonen som foreligger. Det er i tillegg gjennomført lokale vurderinger på en del parameter.

Årsaker, konsekvenser og utfordringer beskrives på slutten av hvert kapittel, og kan i stor grad oppsummere hver av de seks områdene; befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Mange av utfordringene kunne vært plassert under flere områder. En utvikling som for eksempel endrer helseatferden, vil på sikt påvirke helsetilstanden i befolkningen. For enkelhets skyld er utfordringene stort sett bare nevnt under ett område.

2.3 Definisjoner

I dette dokumentet menes med

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

2.4 Oppdatering

Enhetsleder for Helse og mestring er ansvarlig for oppdatering av dokumentet.

Utarbeidelse av nytt hoveddokument hvert fjerde år, neste gang i 2023, vil omfatte en bred prosess i kommunen med ny vurdering av årsaker og konsekvenser. Rådmann/Kommunalsjef Helse og omsorg er ansvarlig for igangsetting og delegering av dette ansvaret.

3.0 SAMMENDRAG

Harstad kommune har en del områder som skiller seg ut fra landsgjennomsnittet, både positive og negative. Under er det kort nevnt noen av de største utfordringene Harstad står ovenfor når det gjelder helsetilstand i befolkningen. Det betyr ikke at innsatsen som gjøres på andre områder er mindre viktig, eller nødvendigvis kan nedprioriteres fremover. Det er lagt spesielt vekt på «nye» utfordringer som mulig krever større innsats i årene fremover.

Befolkningssammensetning

Noen av de største utfordringene:

- Framskrivinger om økende andel eldre, spesielt over 80 år. Vil sannsynlig medføre økning i aldersrelaterte sykdommer og hjelpe- og omsorgsbehov.
- Forventet nedgang i befolkningstallene for personer i arbeidsdyktig alder.

Oppvekst- og levekår

Noen av de største utfordringene:

- Høy og økende andel uføretrygdede, eneforsørgere og mottakere stønad til livsopphold
- Frafall fra videregående skole og økende andel med lavt utdanningsnivå

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Noen av de største utfordringene:

- Høy andel som bruker bil som transportmiddel
- Nedgang i antall innbyggere med tilgjengelig rekreasjonsareal og nærmiljøterreng
- Vektlegge faktorer som påvirker fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø i arealplanleggingen.

Skader og ulykker

Noen av de største utfordringene:

- Høyt antall innleggelser på sykehus etter ulykke, spesielt høye tall for hodeskader.
- System for skaderegistrering for bedre oversikt over utfordringsbildet.

Helserelatert atferd

Noen av de største utfordringene:

- Inaktivitet og stillesitting.
- Store sosiale ulikheter i helseatferd, ut fra utdanning og inntekt.

Helsetilstand

Noen av de største utfordringene:

- Høy andel med psykiske symptomer, også blant ungdom.
- Økende antall mennesker med sykdommer og lidelser knyttet til livsstil og levevaner.
- Store sosiale ulikheter.
- Forekomst av demens, overvekt/fedme og ensomhet er lidelser som vokser hurtig og som kommunen ikke har gode nok tilbud/tiltak for å imøtekomme eller forebygge.

4.0 HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER

4.1 Befolkningssammensetning

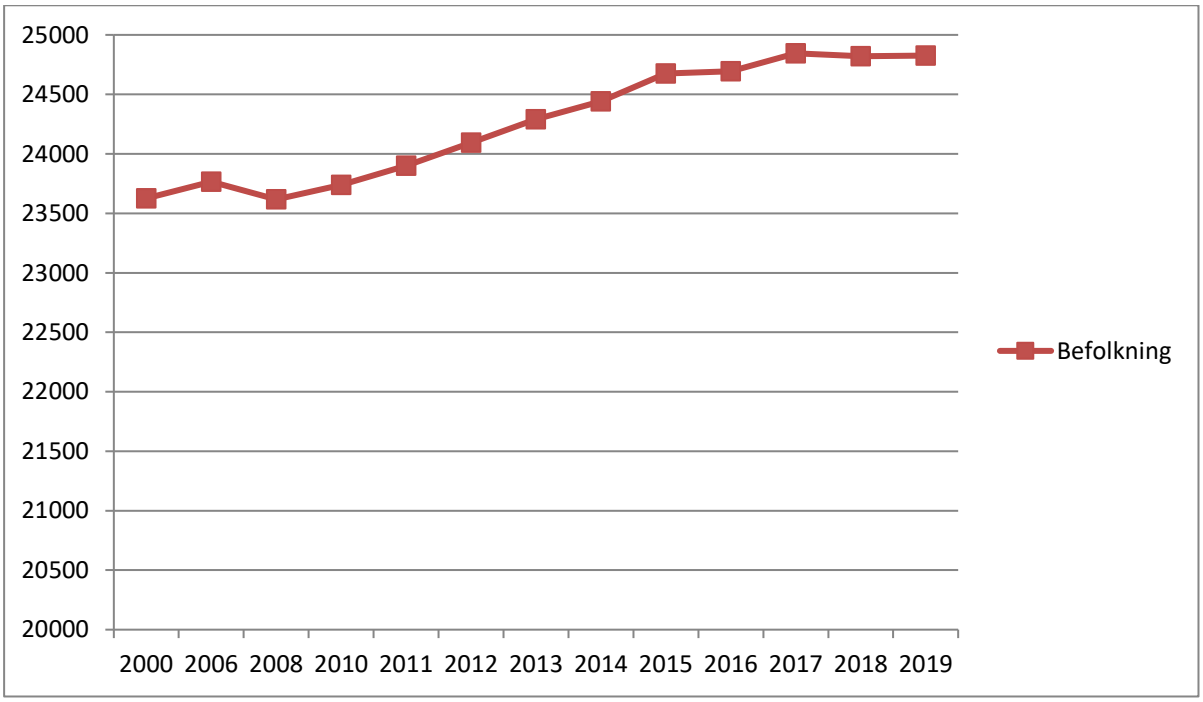
Befolkningens sammensetning og fordeling i alder, kjønn, befolkningsgrupper og bosetning er viktig i vurderingen av øvrig informasjon, men kan også være vesentlig i seg selv som del av utfordringsbildet for folkehelsen i kommunen. Utvikling i befolkningssammensetning vil kunne påvirke strategiske veivalg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

4.1.1 Befolkningsendringer

Befolkningsutviklingen fra 2000 til 2019 i Harstad har vært relativt stabilt, med svak vekst de siste årene. Årsaken til befolkningsvekst er i hovedsak økt innvandring. Befolkningsfremskrivinger viser en antatt økning i befolkningen generelt, med størst økning på andelen over 67 år. Beregninger viser at antall personer over 80 år er den gruppen som øker mest, og det fremskrives en dobling i antall over 80 år frem til 2040. Økningen forventes å være litt mindre i Harstad enn nasjonalt, hvor gruppen over 80 år fremskrives en økning på 127 prosent til 2040 og 360 prosent frem til 2100.

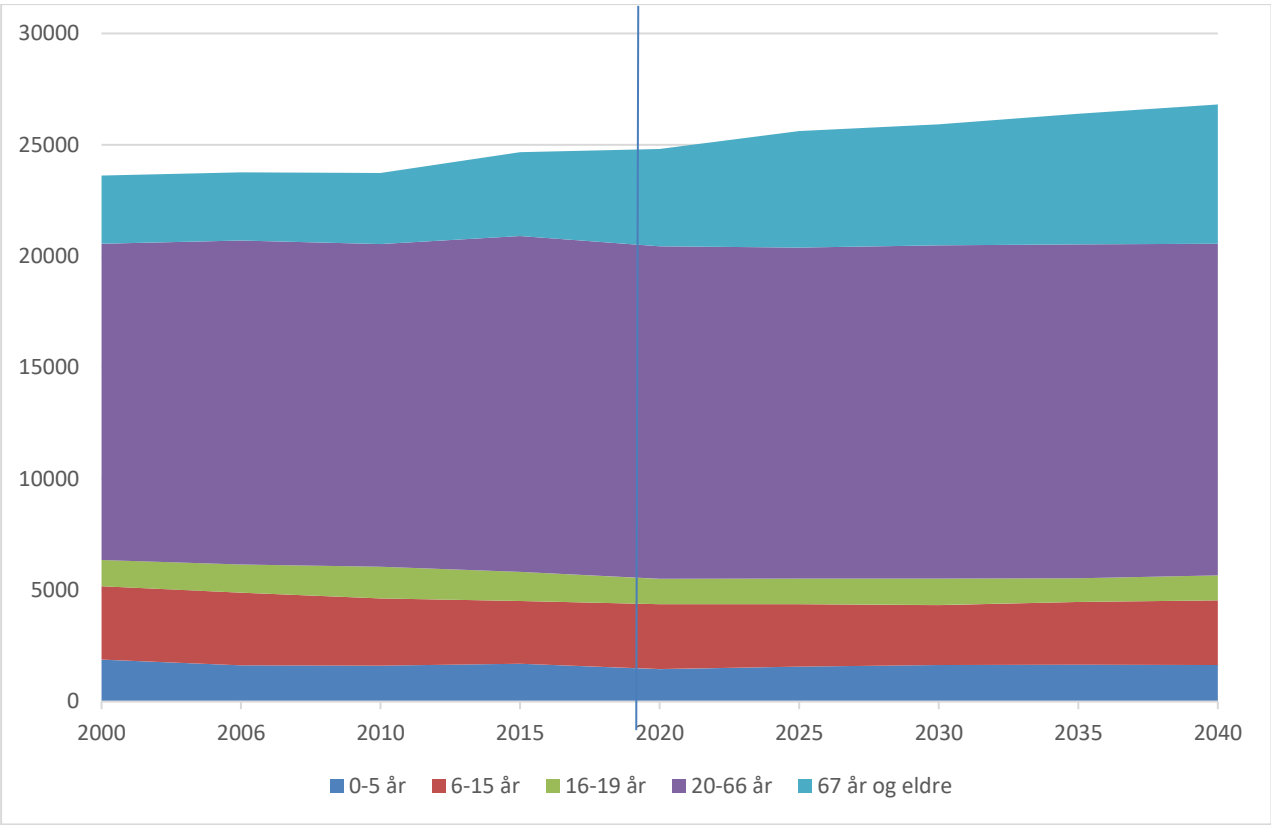
Befolkningsvekst blir gjerne sett på som en forutsetning for lokal og regional positiv samfunnsutvikling. Ønsket om vekst har sammenheng med flere faktorer, blant annet kommunens inntekstgrunnlag og tilgang på arbeidskraft. Utvikling i befolkningen har betydning for kommunens planer når det gjelder omfang og kvalitet av de ulike tjenestene som skal leveres til innbyggerne i fremtiden.

Folkemengde Harstad 2000-2019



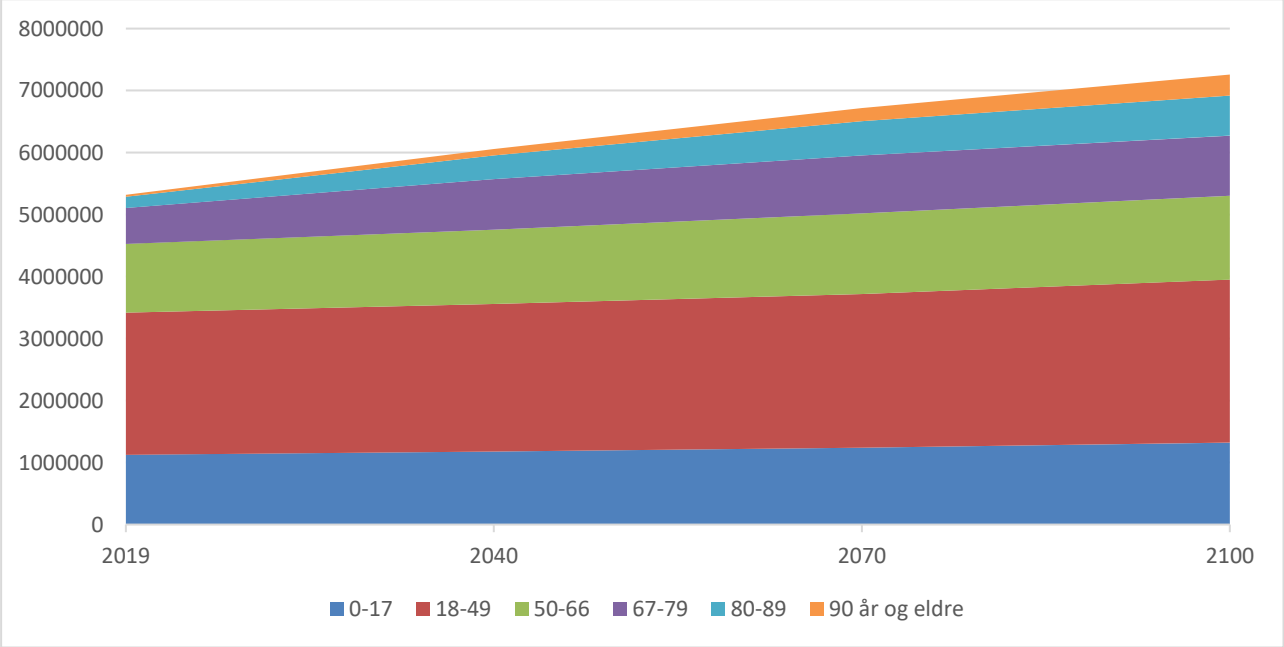
Figur 1: Folkemengde per 1. januar. Antall. Tallene er sammenlagte tall fra tidligere Harstad og Bjarkøy kommuner. Kilde: SSB

Befolkningsstruktur og framskrivinger Harstad 2000-2040



Figur 2: Befolkningsstruktur per 1. januar og befolkningsframskrivinger, basert på middels vekst. Kilde: SSB

Befolkningsstruktur og framskrivinger Norge 2019-2100



Figur 3: Fremskrevet folkemengde per 1. januar, basert på middels vekst. Nasjonale tall. Kilde: SSB

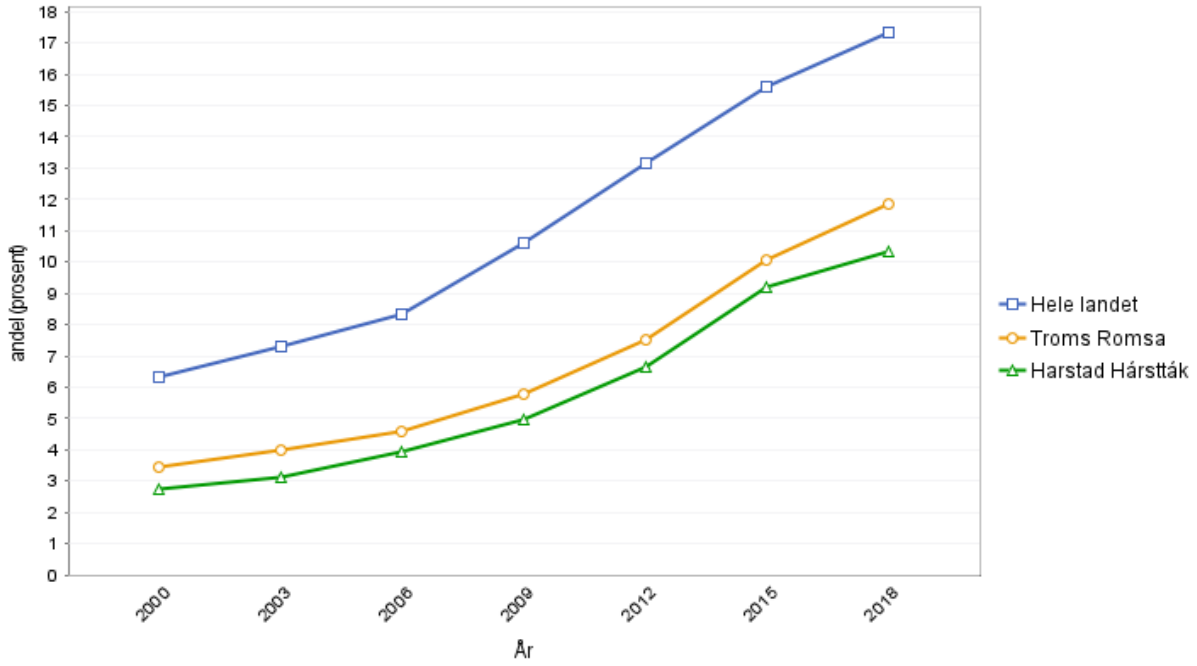
4.1.2 Etnisitet

Det har vært en gradvis økning i andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Harstad. I 2018 var 2569 personer fra denne kategorien registrert bosatt i kommunen. Innvandrere utgjør 10,4 % av befolkningen i kommunen. Økningen er i hovedsak personer under 45 år.

Av innvandrere i Harstad kommune mellom 15-74 år, var i 2018, 64 % sysselsatt med skole og/jobb. For befolkningen ellers var sysselsettingsandelen 66,3 %. Innvandrere fra EU/EØS etc. (landgruppe 1) hadde en sysselsettingsprosent på 72 % (nedgang fra 74,2 i 2014, oppgang fra 70,3 % i 2017), mens innvandrere fra Asia, Afrika etc. (landgruppe 2) lå på 57,8 % (opp 7,8 % fra 2014).

Det er store helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske. Forskjellene omfatter både fysisk og psykisk helse, samt helseatferd. Helsefremmende og forebyggende arbeid må tilpasses denne gruppen, noe som krever kunnskap og kompetanse på kulturelle, sosiale og helsemessige forskjeller. Tiltak som reduserer språkproblemer, deriblant også analfabetisme, og fremmer integrering er viktig i folkehelsearbeidet.

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 2000-2018



Figur 4: Andel personer med to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar, i prosent av befolkningen. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

Flyktninger

Harstad bosatte 41 flyktninger i 2018, med 6 registrerte familieinnvandrere i tillegg. Tilsvarende tall for 2017 var 53 + 35. I 2016 ble det totalt registrert 133 bosettinger, hvorav ca. 100 antas og fortsatt bo i kommunen. Ved utgangen av 2020 beregnes det at ca. 315 personer med fluktbakgrunn er bosatt i kommunen, dvs. fem år fra bosetting i 2016 og fremover. De øvrige foreligger det ikke datamateriale på.

Flytninger har ofte levd lang tid under dårlige forhold, preget av frykt, usikkerhet og dårlige levekår. De har ofte store forpliktelser overfor familien og mange blir syke av bekymring hvis familiemedlemmer er gjenværende i hjemland eller flyktningeleir. I tillegg skaper familiegjenforeninger utfordringer med å skaffe egnede boliger i kommunen og mange må leve under uverdige forhold i det private boligmarkedet.

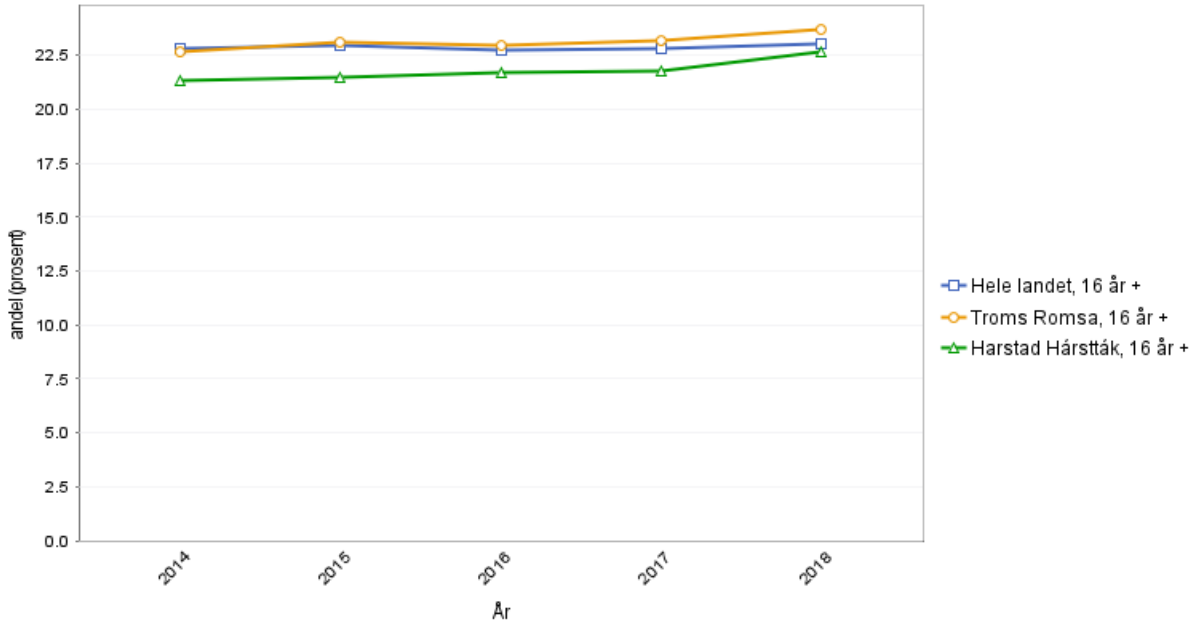
Familiegjenforening må betales av den enkelte, noe som medfører årelange gjeldsforpliktelser ovenfor private aktører. Mange sender også penger til familie i hjemlandet og lever selv på et absolutt minimum. Det er kun i de tilfeller familieinnvandrere trenger økonomisk bistand NAV kontaktes og innvandringen registreres. Det reelle antall familieinnvandrere kan være høyere enn det som er registrert.

4.1.3 Personer som bor alene

Det er en liten, men jevn økning i andelen personer som bor alene. Økningen stiger jevnt med gjennomsnittet for Troms fylke. For befolkningen over 75 år i Harstad, bor 45,3 % alene. Tallet er det laveste på over 10 år og en nedgang fra toppen på 52 % i 2013.

Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt.

Personer som bor alene, 2014-2018



Figur 5: Andel personer som bor i en-personhusholdninger, i prosent av befolkningen. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

4.1.4 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Folkemengde	Per 1.1.19 24827 innbygger. Økt med 1200 siden år 2000. Pluss 7 fra 2018.	Tilflytting: Økt innvandring, tilknytning, gode oppvekstsvilkår, attraktive arbeidsplasser, god kommunikasjon, natur og friluftsliv, trygg og oversiktlig kommune, sentralisering, godt tjenestetilbud bl.a. innen helse. Lavere dødelighet.	Redusert/endret tjenestetilbud. Manglende/dårlig integrering. Sosiale nettverk. Nye utfordringer og større press på bl.a. helse- og omsorgstjenester. Sykdomsbilde preget av kroniske og sammensatte helseproblemer. Utfordringer med tilrettelagte/egnede boliger.
Befolkningssammensetning og framskrivinger	Det forventes en betydelig økning av andel eldre frem mot 2040.		
Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre	Økning fra 644 personer i 2000 til 2569 i 2018. Sysselsettingsprosent på 64.		
Personer som bor alene	En liten økning, lavere tall enn gjennomsnittet for Troms fylke og landet. Nedgang i aldersgruppen 75+.	Skilsmisser. Eldre med tap av ektefelle, eller ektefelle i institusjon. Flere velger å bo alene. Økt antall eldre.	Kan være en utsatt gruppe. Økonomisk, sosialt og helsemessig.

4.1.5 Befolkningssammensetning – innspill i prosessen

Under utarbeidelsen av dette dokumentet har det kommet inn innspill og tanker rundt de problemstillingene som beskrives. Det kan også være utfordringer som oppleves blant fagpersoner som jobber innenfor feltet. Det anbefales at innspill tas med og vurderes i det videre planarbeidet innenfor det/de tema det berører.

- Antall barn, unge og eldre vokser raskere enn personer i arbeidsdyktig alder. Forsørgerbyrden øker med færre skattebetalere, og det blir færre hender til å utføre pleie og omsorg. Hvordan skal kommunen møte de utfordringer som kommer med tanke på befolkningsframskrivingen? Hvordan skal tilbudet se ut i fremtiden, og hvordan kommer man frem til en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste?

- Det finnes per i dag ingen oversikt over det totale arbeidsmarkedet i Harstad. Det antydes til dels store endringer på enkelte historisk viktige arbeidsplasser, eksempelvis innen forsvaret og oljenæringen. Hvilke arbeidsplasser trenger Harstad i fremtiden, og hvordan skal vi tilrettelegge for en videre utvikling som tiltrekker seg kompetanse og som åpner for et mangfold innen arbeidsmarkedet?

4.2 Oppvekst- og levekårsforhold

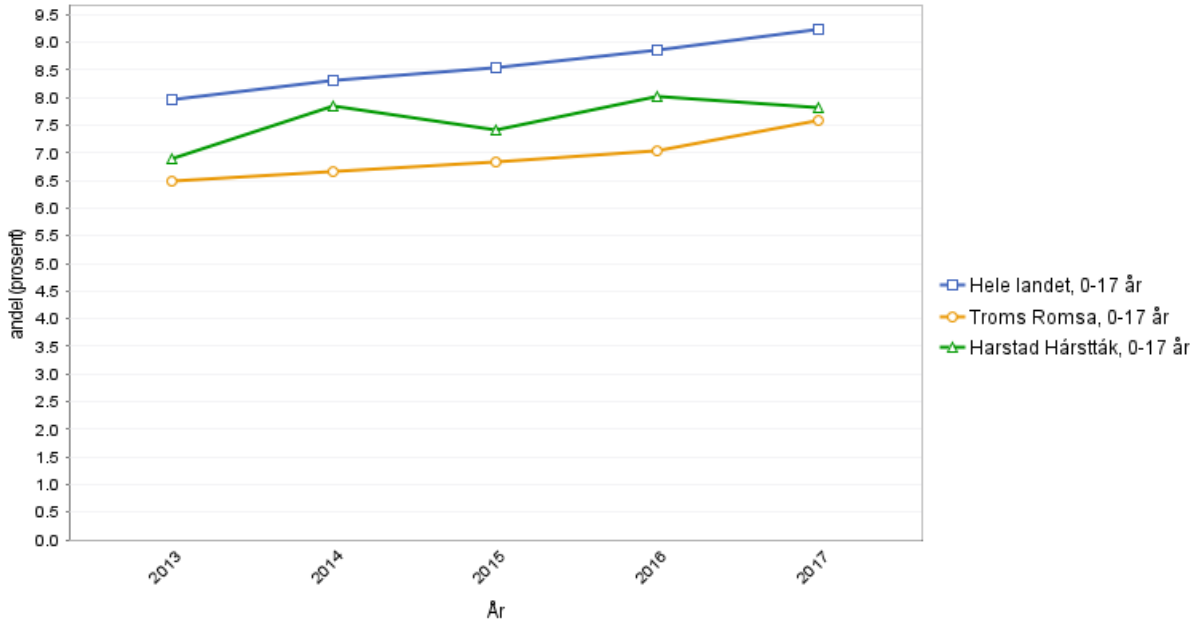
Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Levekår kan defineres som tilgang til ulike ressurser. Levekår påvirker helse og hvordan helse fordeles i befolkningen. Oppvekstforhold påvirker den enkeltes muligheter senere i livet, og legger grunnlaget for helsetilstand i voksen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

4.2.1 Lavinntektshusholdninger

På landsbasis bor 9,2 % av alle barn under 18 år i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt (husholdninger med en brutto finanskapital på 1G eller mer regnes ikke som lavinntekshusholdning i henhold til ny beregning). I Harstad er tilsvarende tall for 2017 7,8 %, tilsvarende 393 barn. Av barna i lavinntekshusholdninger i Harstad bor 63,6 % i husholdning uten yrkestilknyttede personer, og 64,4 % har hovedforsørger med lav utdanning.

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død.

Andel barn under 18 år som i lavinnteksthusholdninger, 2013-2017



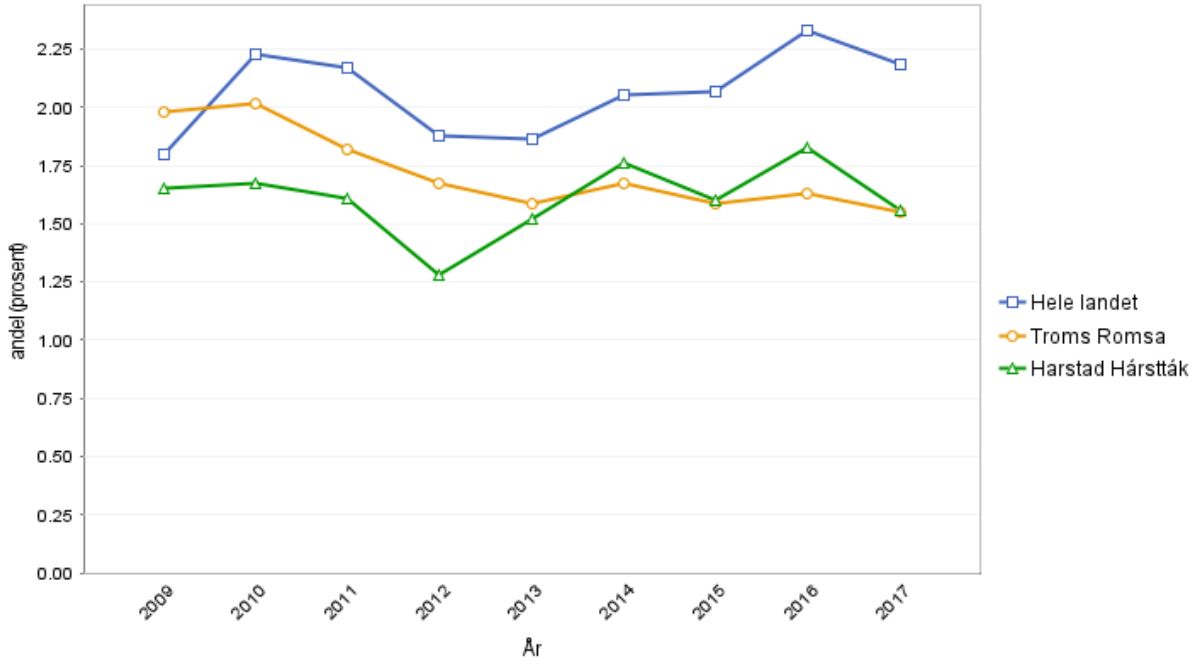
Figur 6: Barn som bor i en husholdning der inntekten er lavere enn 60 % av medianinntekten, beregnet etter EU-skala. Kilde: Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk.

4.2.2 Arbeidsledighet

Arbeidsledigheten i Harstad kommune har de siste 15 år, i grove trekk fulgt utviklingen i landet for øvrig og i Troms fylke. Siden 2008 har den totale arbeidsledigheten i Harstad vært litt lavere enn landsgjennomsnittet, og lå i januar 2017 på 1,6 prosent. Det er høyest arbeidsledighet i aldersgruppen 15-29 år. Arbeidsledigheten i denne aldersgruppen var 3,0 % i 2016, og 0,6 % lavere; 2,4 i 2017.

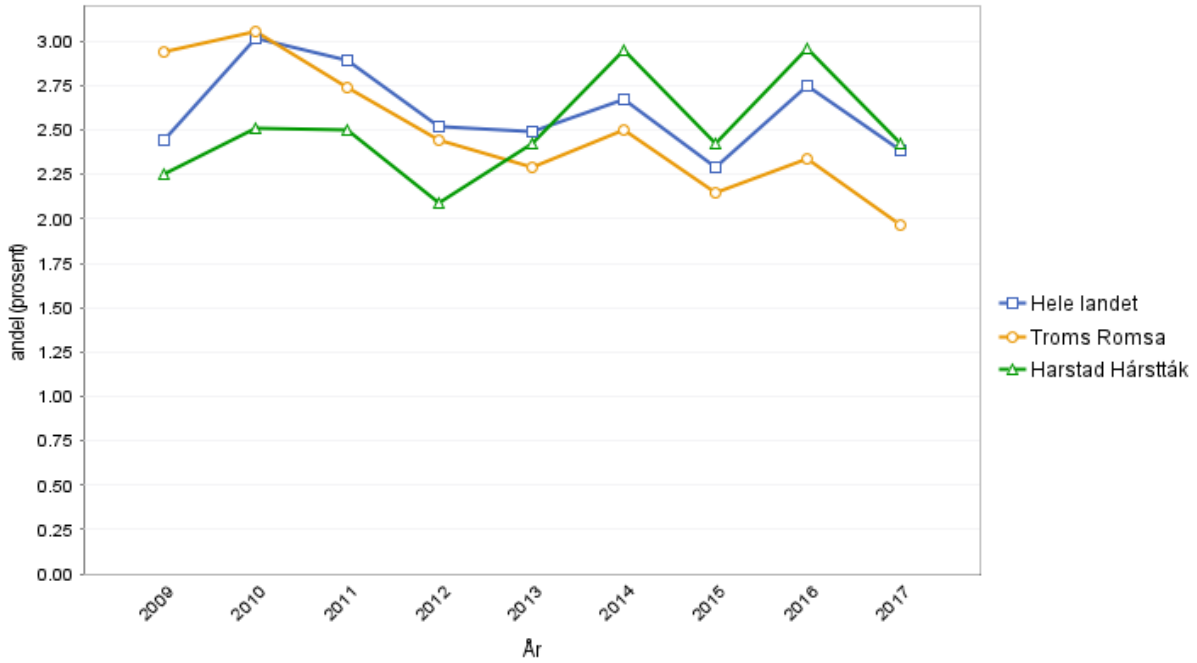
Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, sosialt og helsemessig.

Arbeidsledighet 15-74 år, 2009-2017



Figur 7: Registrerte arbeidsledige i prosent av befolkningen. Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak). Dette inkluderer også personer som identifiseres med såkalte D-nr i stedet for fødselsnummer, dvs. utenlandske personer uten oppholdstillatelse som er på korttidsopphold i Norge. Statistikkgrunnlaget er personer mellom 15 og 74 år. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk.

Arbeidsledighet 15-29 år, 2009-2017



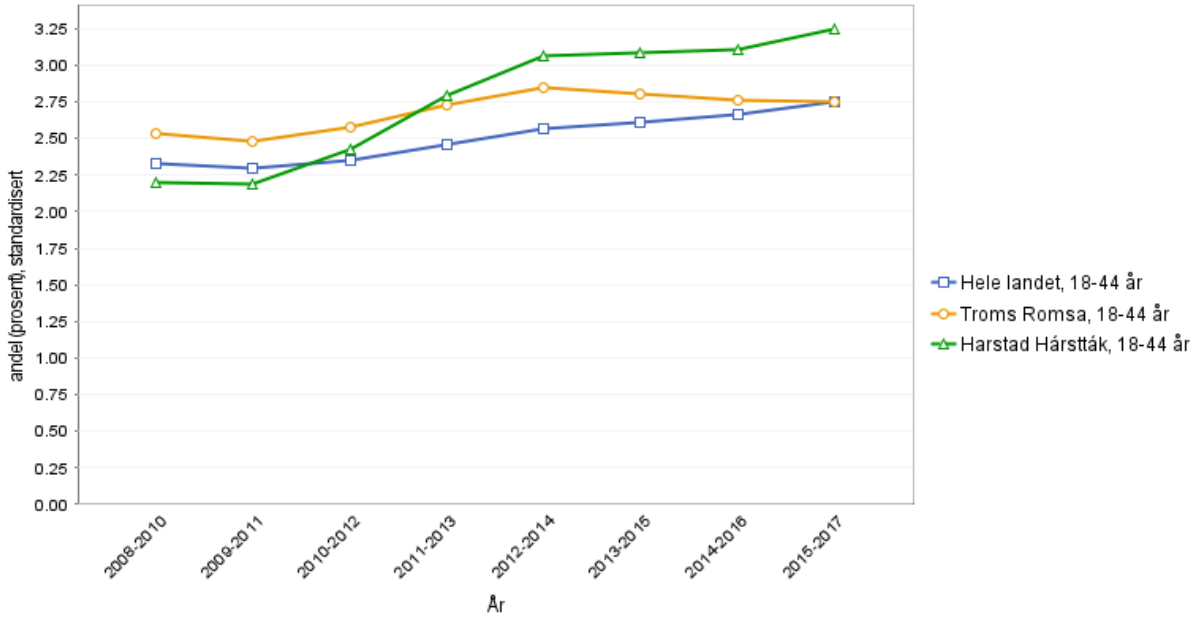
Figur 8: Registrerte arbeidsledige i prosent av befolkningen. Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak). Dette inkluderer også personer som identifiseres med såkalte D-nr i stedet for fødselsnummer, dvs. utenlandske personer uten oppholdstillatelse som er på korttidsopphold i Norge. Statistikkgrunnlaget er personer mellom 15 og 29 år. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk.

4.2.3 Uføretrygd

Andel personer som mottar uføreytelser (varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger) i Norge har totalt sett gått svakt nedover de siste årene. Harstad kommune ligger over landsgjennomsnittet. Gjennomsnittet i perioden 2015-2017 viser at 10,7 prosent av befolkningen i alderen 18-66 år mottar uføreytelser. Utviklingen er ikke like positiv for aldersgruppen 18 – 44 år, som viser at vi har en økende andel unge med uføretrygd som de siste årene utgjør 3,3 % av befolkningen mellom 18-66 år.

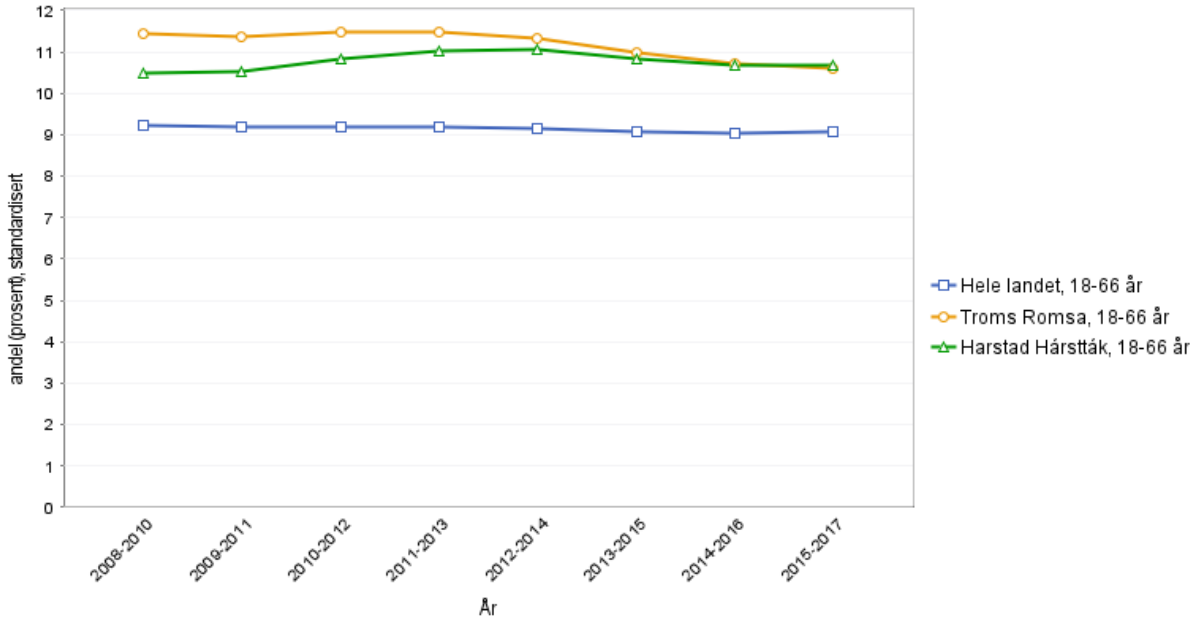
Uføreytelser er stønadsordninger for å sikre inntekt til livsopphold for personer 18-66 år som har fått inntektsevnen varig nedsatt på grunn av sykdom eller funksjonshemning. Gruppen som mottar uføreytelser er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanninger og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser.

Uføretrygd 18-44 år, 2008–2017. Tre års glidende gjennomsnitt.



Figur 9: Andel uføretrygdede i aldersgruppen 18-44 år, i prosent av befolkningen fra 18-66 år. Statistikken viser tre års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder), standardisert for alders- og kjønnssammensetning. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk.

Uføretrygd 18-66 år, 2008–2017. Tre års glidende gjennomsnitt.



Figur 10: Andel uføretrygdede i aldersgruppen 18-66 år, i prosent av befolkningen (i samme aldersgruppe). Statistikken viser tre års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder), standardisert for alders- og kjønnssammensetning. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk.

4.2.4 Mottakere av stønad til livsopphold

Mottakere av stønad til livsopphold omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere. Harstad har en vesentlig større andel stønadsmottakere enn både resten av landet og Troms fylke. Dette gjelder hele aldersgruppen 20-44 år, og omfatter vel 1000 personer i kommunen.

Mottakerne av stønad til livsopphold er en utsatt gruppe psykososialt og materielt.

Utbredelsen av stønadshjelp i totalbefolkningen er et uttrykk for pågangen på det kommunale hjelpeapparatet fra personer som for kortere eller lengre tid er avhengig av økonomisk støtte til livsopphold. Lang tids avhengighet av stønad kan bl.a. gjenspeile et lokalt vanskelig arbeidsmarked, enten i form av manglende arbeidsplasser eller manglende tilrettelagte arbeidsplasser eller aktiviteter.

Mottakere av stønad til livsopphold, 20-29 år og 30-44 år. 2014-2018

År			2014	2015	2016	2017	2018
Geografi	Måltall	Alder					
Hele landet	andel (prosent), standardisert	20-29 år	8,9	9,3	9,2	8,5	8,1
		30-44 år	12,1	12,5	12,6	11,9	11,3
Troms Romsa	andel (prosent), standardisert	20-29 år	9,1	9,3	9,0	8,5	8,0
		30-44 år	12,8	12,9	12,7	12,2	11,4
Harstad Hárstták	andel (prosent), standardisert	20-29 år	10,6	11,6	12,0	11,3	11,4
		30-44 år	14,8	15,0	14,9	15,0	14,2

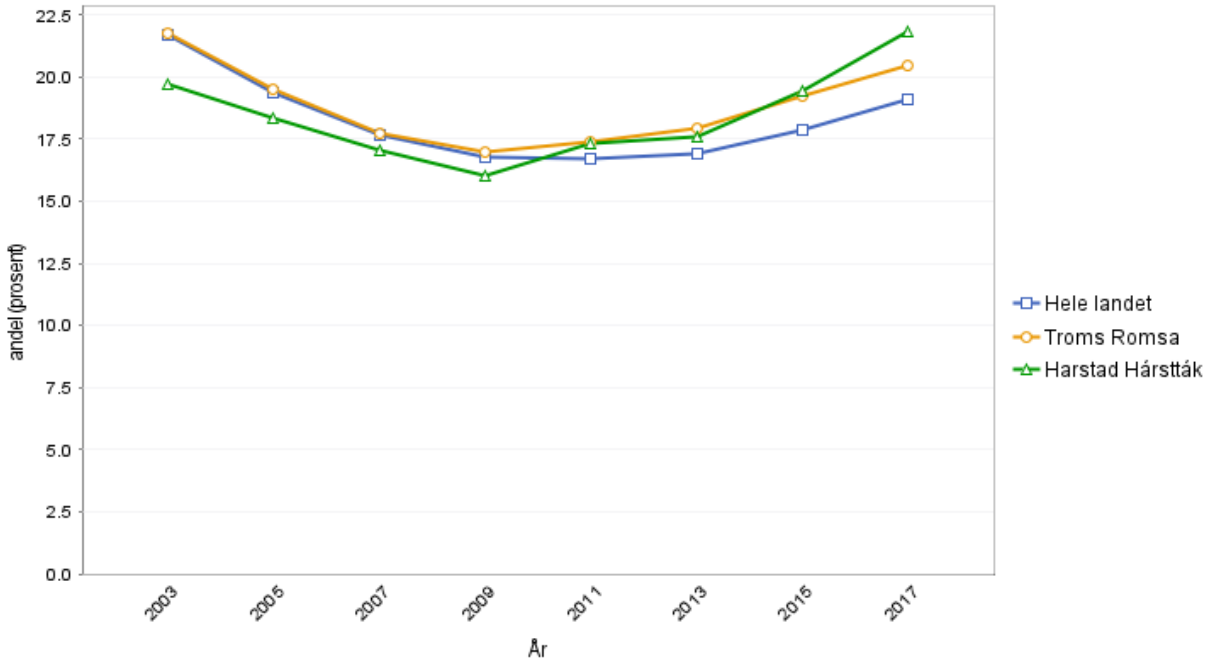
Figur 11: Andel (prosent) mottakere av stønad til livsopphold fordelt i to aldersgrupper. Statistikken er standardiserte for alders- og kjønnssammensetning. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk.

4.2.5 Grunnskole som høyeste utdanningsnivå

Andelen av befolkningen mellom 30-39 år, med grunnskole som høyeste fullførte utdanning har vært synkende, men er nå på tur opp igjen. Laveste registrerte tall for Harstad er på 16 % i 2009, mot 22 % i 2017. Sist Harstad var oppe på 22 % var i 2001. Gjennomsnittet for resten av landet ligger på 19 %.

Sammenhengen mellom befolkningens utdanningsnivå og helse er kompleks, men det er likevel en veldokumentert og tydelig sammenheng. Utdanning påvirker levekårene vi lever under, gjennom hele livet. Det er også dokumentert at læring påvirker menneskets psykiske helse, som igjen påvirker den fysiske helsen. Utdanningsforskjeller bidrar til sosial ulikhet i helse.

Grunnskole som høyest utdanningsnivå, 30-39 år, 2003-2017



Figur 12: Andel personer med grunnskolenivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

4.2.6 Frafall videregående skole

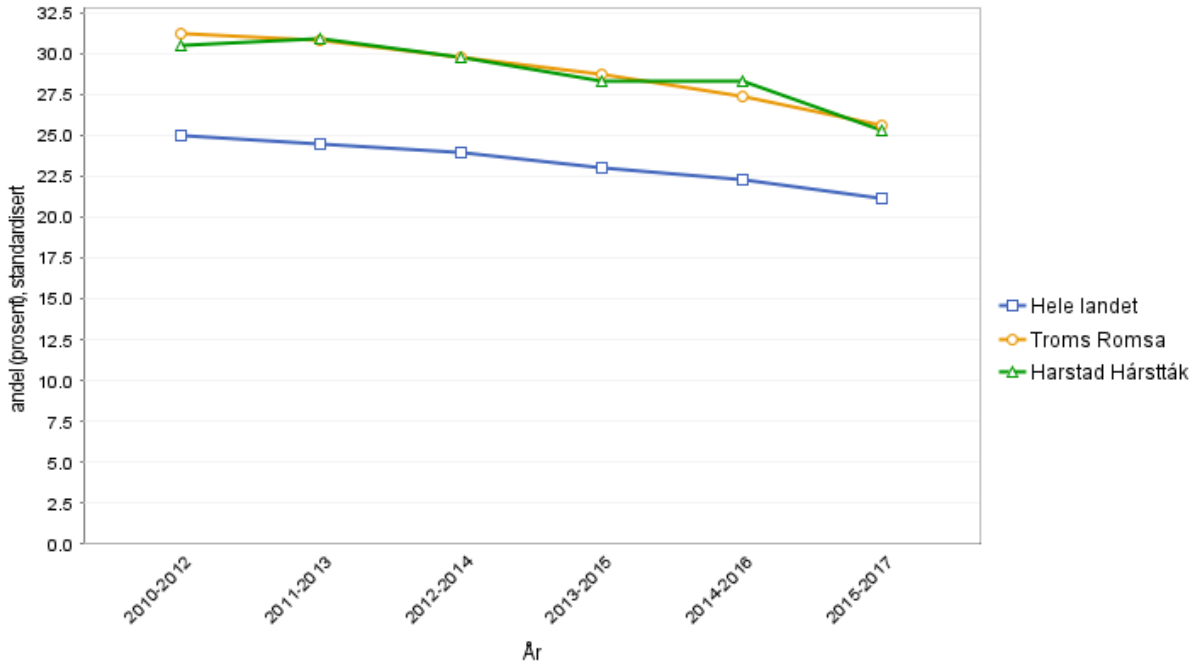
Frafall i videregående skole er et omfattende problem i hele landet. Det er langt flere elever fra familier med lavt utdanningsnivå som faller fra, sammenliknet med elever fra familier med høyt utdanningsnivå. Frafallet er størst blant elever på yrkesfagene.

Skoleåret 2018/2019 var det 46 elever med bostedsadresse Harstad som avbrøt skolegang etter å ha startet. 11 takket nei til skoleplass eller unnlot å møte til første skoledag. I tillegg er det registrert i overkant av 40 ungdommer med ungdomsrett[1] som ikke har søkt om videregående opplæring.

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

[1] Ungdomsrett er den lovfestede retten til tre års videregående opplæring for ungdom som har gjennomgått grunnskolen eller tilsvarende opplæring. Du må bruke retten i løpet av en sammenhengende periode på fem år når hele opplæringen skjer i skole, og innen seks år når hele eller deler av opplæringen skjer i lærebedrift. Hele retten må brukes innen utgangen av det året du fyller 24 år.

Frafall i videregående skole, 2010 –2017. Tre års glidende gjennomsnitt



Figur 13: Frafallet inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført VKII eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som startet opp dette året, men som sluttet underveis. Andelen blir beregnet ut fra prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Personer som etter 5 år fortsatt er i videregående skole, regnes ikke som frafalt. Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun startet på grunnkurs i videregående opplæring. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk.

4.2.7 Skilsmisser/eneforsørgere

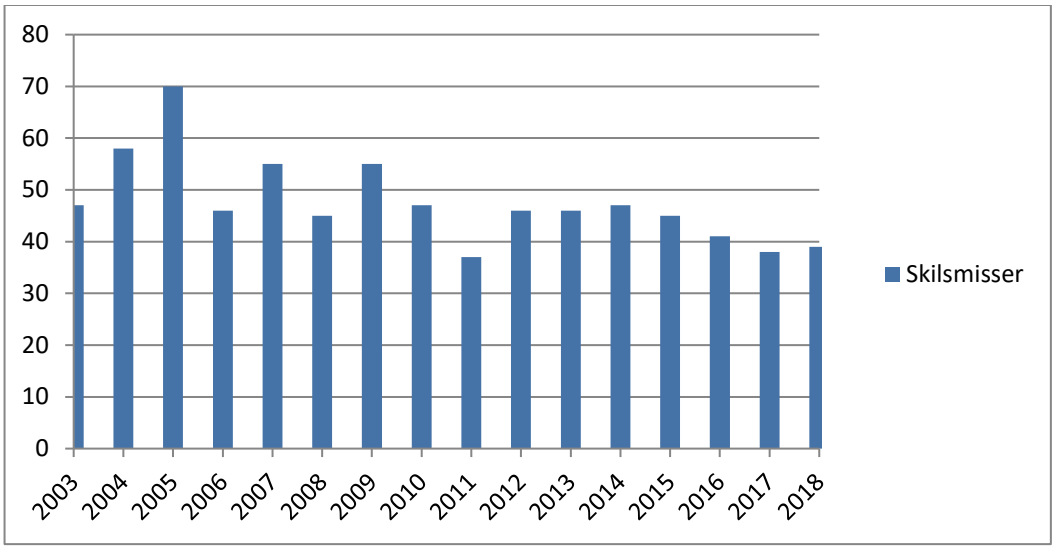
Siden år 2003 er det i gjennomsnitt 48 skilsmisser hvert år i Harstad. Av alle skilsmisser skjer 1/3 mellom 5-9 år etter giftemål, og 55 % fra 5-14 år etter inngått ekteskap. De fleste skilsmisser rammer felles barn.

Andelen eneforsørgere er vesentlig større i Troms fylke og Harstad kommune enn ellers i landet. I Harstad er ca. 20 % av alle barnetrygdmottakere eneforsørgere med utvidet rett til barnetrygd, mot 15,9 % for hele landet.

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

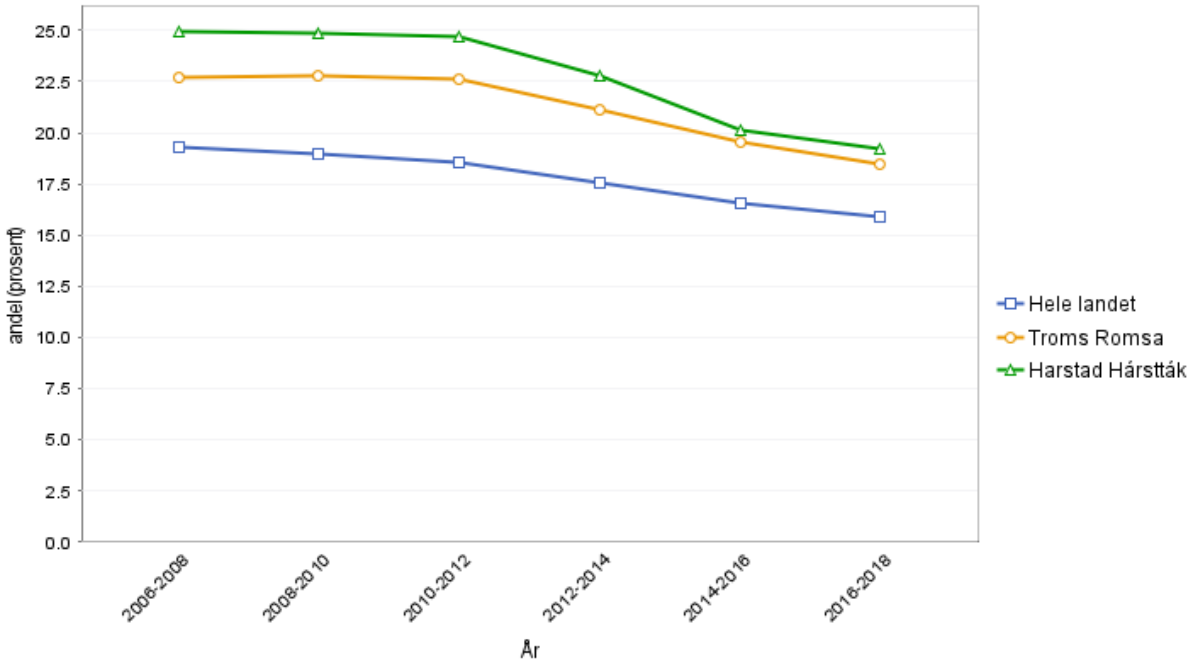
Eneforsørgere har oftere lav inntekt enn husholdninger med flere voksne medlemmer. Tap av forsørger gjennom samlivsbrudd eller død fører for mange til økonomiske problemer.

Antall skilsmisser i kommunen, 2003-2018



Figur 14: Skilsmisser etter mannens bosted ved hendelsen. Tallene fra tidligere Bjarkøy kommune er usikker, da alle ett- og to tall er satt til null eller tre for å ivareta personvernet. Tallene er likevel tatt med i statistikkene for best mulig sammenlignbare data. Kilde: SSB

Andel eneforsørgere, 2006-2018. Tre års glidende gjennomsnitt.



Figur 15: Andel eneforsørgere av alle barnetrygdmottakere, pr. 31/12 i statistikkåret. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Som eneforsørger regnes personer som mottar utvidet barnetrygd etter lov om barnetrygd. Dette inkluderer også noen samboere. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

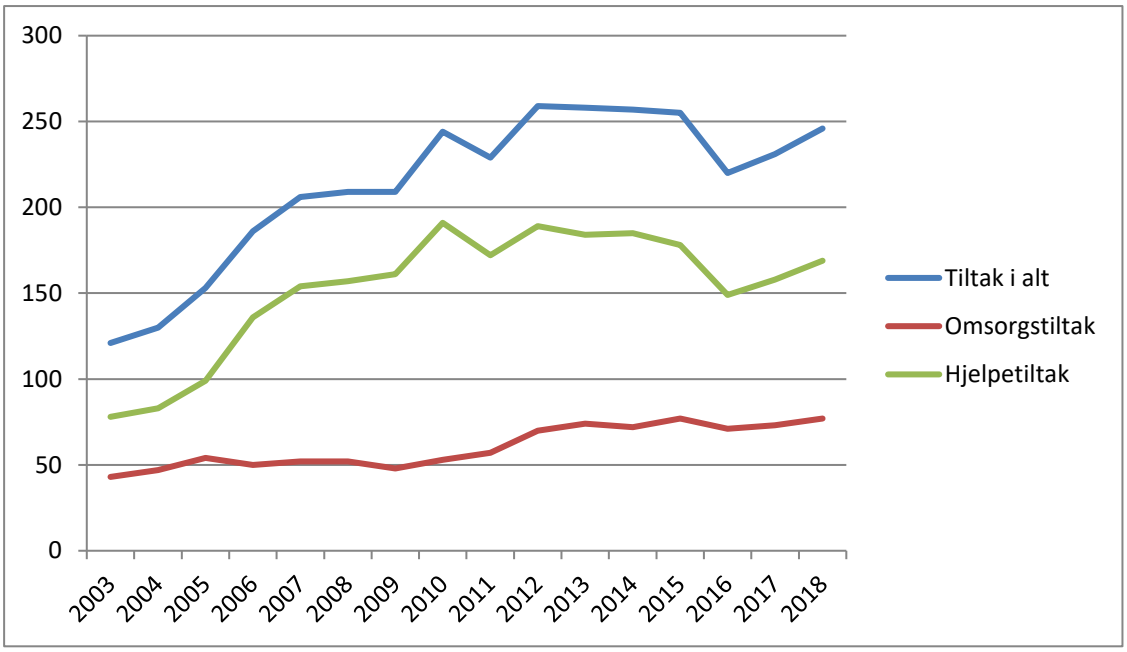
4.2.8 Barnevern

Fra 2003 til 2018 har det vært en gradvis økning i antall barn som har hatt omsorgs- eller hjelpetiltak fra barnevernet. Det er mer enn en dobling i antallet som mottar barnevernstiltak fra 2003 til 2018.

Definisjoner:

- Omsorgstiltak er etter lov om barneverntjenester grunngitti § 4-12 (og § 4-8). Alle vedtak om å ta omsorgen for et barn og plassere det til oppfostring borte fra hjemmet blir avgjort i fylkesnemnda. Et barn kan være under omsorg til det er 18 år.
- Hjelpetiltak er etter lov om barneverntjenester § 4-4. Barnevernstjenesten skal, når barnet på grunn av tilhøva i heimen eller av andre grunnar har særleg behov for det, sørgje for å sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien, for eksempel støttekontakt, besøksheim, barnehageplass, avlasting. Eit barn kan òg plasserast utanfor heimen som eit hjelpetiltak.

Barn (0-22 år) med barnevernstiltak i løpet av året, 2003-2018



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	Barn (0-22 år) med barnevernstiltak i løpet av året.												
Tiltak i alt	186	206	209	209	244	229	259	258	257	255	220	231	246
Omsorgstiltak	50	52	52	48	53	57	70	74	72	77	71	73	77
Hjelpetiltak	136	154	157	161	191	172	189	184	185	178	149	158	169

Figur 16: Antall barn med barnevernstiltak i løpet av året. Kilde: SSB

4.2.9 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

<table>
<tr><th></th><th>Status</th><th>Mulige årsaker</th><th>Mulige konsekvenser</th></tr>
<tr><td>Lav inntekt husholdninger</td><td>393 barn (7,8 %) lever under EUs fattigdomsgrense</td><td>Arbeidsledighet. Enslig forsørger i lavtlønnet yrke.</td><td rowspan="5">Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død.

Arbeidsledighet kan ha en negativ innvirkning på helsetilstanden.

Ved nedsatt arbeidsevne, øker risikoen for langvarig sykefravær og tidlig tilbaketrekking fra arbeidslivet.

Sosiale helseforskjeller.

Kostnader for kommunen / Samfunnet.</td></tr>
<tr><td>Arbeidsledighet</td><td>Har i grove trekk fulgt utviklingen i landet for øvrig. Litt lavere enn landsgjennomsnittet siden 2008, og var i 2017 på 1,6 prosent.</td><td>Andel med nedsatt arbeidsevne og uføretrygdede påvirkere arbeidsledigheten. Flere store arbeidsplasser for personer med høyere utdanning.</td></tr>
<tr><td>Uføretrygd</td><td>Ligger over landsgjennomsnittet. 2015-2017 viser at 10,7 % av kommunens innbyggere i alderen 18-66 år mottar uføreytelser.</td><td rowspan="2">Årsakene er komplekse og sammensatte: fysisk og psykisk sykdom, belastninger i livssituasjon, livsstilsfaktorer, utdanningsnivå, mulighet for tilrettelagt arbeid området og bortfall av arbeid for innbyggere uten høyere utdanning.</td></tr>
<tr><td>Mottakere av sosialhjelp</td><td>Over landsgjennomsnittet for hele aldersgruppen 20-44 år. Omfatter vel 1000 personer.</td></tr>
<tr><td>Grunnskole som høyeste utdanningsnivå</td><td>Økende siden 2009. I 2017 har 22 % grunnskole som høyeste utdanning i Harstad. Gjennomsnittet for resten av landet ligger på 19 %.</td><td rowspan="2">Generelle årsaker til frafall: psykiske eller psykososiale problemer, manglende motivasjon, dårlige grunnleggende ferdigheter, skoletretthet, feilvalg, fysisk sykdom, vanskelige hjemmeforhold, graviditet/barn og rusproblemer.</td><td rowspan="2">Redusert mulighet for å få jobb. Økt risiko for uføretrygd og dårligere levekår gjennom hele livet.

Økt risiko for psykiske lidelser og andre helseproblemer.

Utdanningsforskjeller bidrar til sosial ulikhet i helse.</td></tr>
<tr><td>Frafall fra videregående skole</td><td>Harstad ligger på 25 % frafall og over landsgjennomsnittet på 21 %. Ca. 45 elever bosatt i Harstad slutter på vgs hvert år.</td></tr>
</table>

Skilsmisse/eneforsørgere	I gjennomsnitt 48 skilsmisser hvert år i Harstad. Andelen eneforsørgere er ca. 20 % av alle barnetrygdmottakere.		Redusert funksjon og psykiske plager blant voksne og barn.
Barnevern	Fra 2003 til 2018 har det vært en gradvis økning i antall barn som har hatt omsorgs- eller hjelpetiltak fra barnevernet. Det er en dobling i antallet som mottar barnevernstiltak fra 2003 til 2018.	Risikofaktorer for barn: foreldres psykiske sykdom eller rusmiddelmisbruk, vold i hjemmet, foreldre som er langtidsarbeidsledige eller trygdemottakere eller fattigdom.	Tidlig identifisering og iverksettelse av tiltak ved risikofaktorer øker sannsynligheten for at barna klarer seg bra.

4.2.10 Oppvekst og levekår – innspill i prosessen

Under utarbeidelsen av dette dokumentet har det kommet inn innspill og tanker rundt de problemstillingene som beskrives. Det kan også være utfordringer som oppleves blant fagpersoner som jobber innenfor feltet. Det anbefales at innspill tas med og vurderes i det videre planarbeidet innenfor det/de tema det berører.

- Det er en økende andel i befolkningen med nedsatt arbeidsevne. Det er samtidig en interesse for å finne tiltak som kan aktivisere mennesker på det nivået de er. Det vil i tiden fremover sannsynligvis bli behov for nye tiltak/aktiviteter og alternative metoder for tilrettelegging i arbeidslivet. Det er mangel på tilrettelagte arbeidsplasser og etterspørres andre tiltak for å beholde personer med nedsatt arbeidsevne i jobb. Hvordan finne løsninger som er økonomisk og helsemessig lønnsomme for alle parter?

- Hvor stor er problematikken med svart arbeid i Harstad?

- Utdanning og fremtidig jobb/inntekt er de største parameterne på fremtidig helse og sykdomsrisiko. Å fullføre videregående skole er noe av det viktigste en ungdom kan gjøre for å sikre god livskvalitet og levekår. Hvilke endringer må til for at flere skal fullføre en utdanning?

- Antall lærlingeplasser har økt de siste årene, men bør fortsette å øke, samt ha et kvalitetsmessig høyt nivå for å ivareta ungdom under utdanning.

- Personer og husholdninger med lav sosioøkonomisk status har økt risiko for uheldige levevaner og livsstilsrelatert sykdom. Hvordan nå denne gruppen og igangsette tiltak for personer som ikke har et definert hjelpebehov?

- Levealder og medisinsk utvikling gjør at flere lever lengre med sykdom. Flere har et sammensatt/komplekst sykdomsbilde og flere bor lengre hjemme. Hjelp i egen bolig kan bedre livskvalitet, men kan også føre til økt ensomhet og alkoholinntak.

- Flere samfunnsoppgaver må mulig løses med frivillighet i fremtiden. Samtidig vil frivillig arbeid kunne bidra til mestring, inkludering og forbedret helse for den frivillige.

4.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Mennesker eksponeres til stadighet for fysiske, biologiske og kjemiske faktorer fra omgivelsene. Blant annet eksponeres vi gjennom luften vi puster inn, i form av utendørs og innendørs luftforurensninger, passiv røyking og mikrobiologiske faktorer fra fukt i bygg; vi eksponeres for stråling i form av UV, radon og annen elektromagnetisk stråling; det kan forekomme mikrobiologiske faktorer i vannet vi drikker og i maten vi spiser; og vi omgir oss med en rekke forskjellige kjemikalier og gasser. Videre kan spesielle sanseorganer påvirkes som det er tilfelle med støy, og kroppen kan skades ved fysisk påvirkning som for eksempel ved trafikkulykker. Man ønsker å forebygge tap av god helse på grunn av uakseptabelt høy eksponering for en miljøfaktor.

Sosiale miljøfaktorer er vidt og kan omfavne mye. Det kan for eksempel være sosiale møteplasser, organisasjonsdeltakelse, kulturtilbud og sosialt nettverk. En del sosiale miljøfaktorer omtales under andre tema.

Oftest er eksponering for miljøfaktorer lavgradig og langvarig. Det er derfor mulig at det kan ta lang tid før negative helsebelastninger opptrer. En enkelt miljøfaktor alene fører som oftest ikke til sykdom eller død, men kan være en medvirkende årsak sammen med andre faktorer. Generelt kan det sies at påvirkning fra miljøfaktorer kan tenkes å øke antallet av allerede utbredte sykdommer, samtidig som de antakeligvis oftest er medvirkende årsak til dødsfall av utbredte sykdommer, eller at miljøfaktorer fører til en forverring av allerede eksisterende sykdom.

4.3.1 Drikkevannskvalitet

I Harstad hadde 97,8 % av befolkningen som er tilknyttet rapportpliktig vannverk (både kommunale og private) tilfredsstillende analyseresultater i 2017. 99,4 % hadde tilfredsstillende hygienisk kvalitet mht. E.coli/ koliforme bakterier og 97,8 % hadde tilfredsstillende leveringsstabilitet. Tall fra SSB viser at 99,6 % av befolkningen tilknyttet kommunalt vannverk hadde tilfredsstillende hygienisk kvalitet i 2017 og 2018.

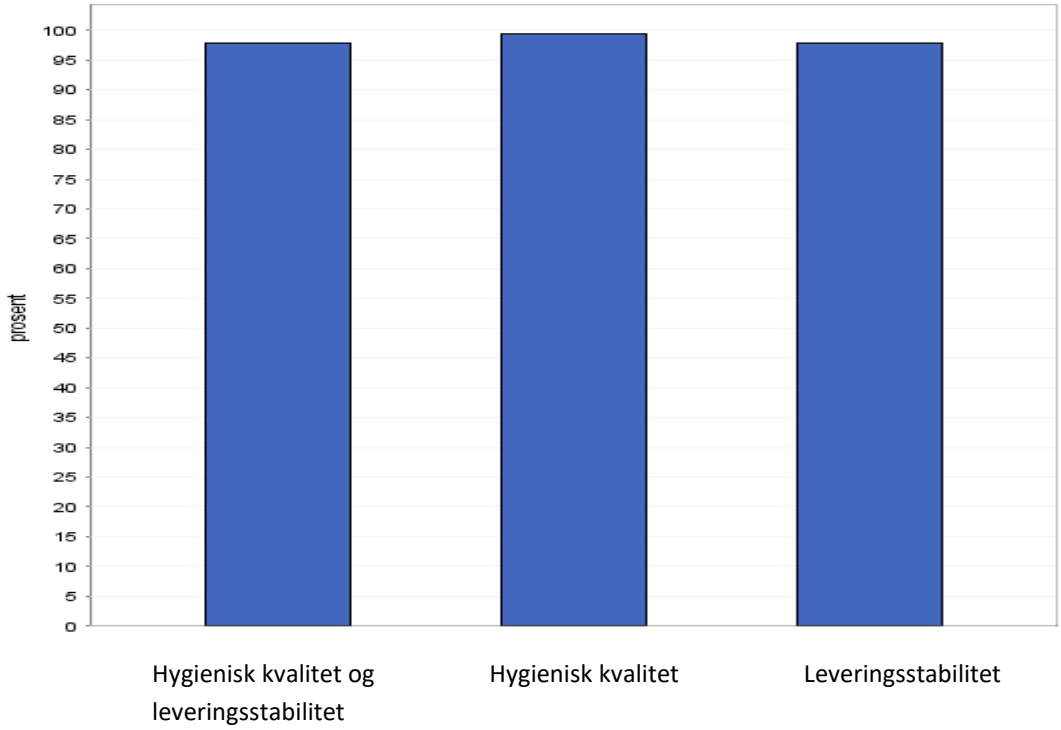
Definisjoner på tilfredsstillende analyseresultater:

- For hygienisk kvalitet er kriteriene at minst 4 (tidligere 12) prøver må være analysert og minst 95 % av disse må være tilfredsstillende.
- For leveringsstabilitet er tilfredsstillende her definert som under 30 minutter ikke-planlagte avbrudd i året per tilknyttet innbygger.
- For samlekategorien må begge parameterne, både hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet, være tilfredsstillende.

Informasjon om drikkevannskvalitet finnes kun for den delen av befolkningen som er tilknyttet rapportpliktig vannverk. I Harstad kommune er over 99 % av befolkningen tilknyttet rapportpliktig private eller kommunale vannverk. Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for

folkehelsen, og E.coli er en av de mest sentrale parametere for kontroll.

Drikkevannskvalitet, 2017



Figur 17: Andelen personer tilknyttet vannverk med tilfredsstillende analyser på drikkevannsforsyningen mtp, E. coli/ koliforme bakterier og leveringsstabilitet. Målt i prosent av befolkningen tilknyttet rapportpliktige vannverk. Tallene omfatter både private og kommunale vannverk. Årlige tall. Kilde. Folkehelseinstituttets helsestatistikk

4.3.2 Geofarer

Geofarer er begivenheter som skyldes geologiske egenskaper og prosesser som representerer alvorlige trusler mot mennesker, eiendommer og miljø.

Jord- og flom- og snøskred

Aktsomhetskart for jord- og flomskred og snøskred er først og fremst utarbeidet som et hjelpemiddel ved arealplanlegging og utbygging. Det sier ingenting om sannsynlighet, men viser området som potensielt kan bli rammet av disse skredtyper. Harstad kommune har en del fjellområder som kan rammes, og spesielt har Grytøya mange merkede områder. For mer detaljert og utfyllende informasjon vises det til www.ngu.no.

4.3.3 Luftforurensing

Harstad kommune, Statens vegvesen, Harstad Havn og Statkraft samarbeider om å måle luftforurensningen i Harstad. Målingene omfatter partikkelforurensning (PM10, og PM 2,5) og nitrogendioksid (NO_2).
Veitrafikk er den største kilden til grovt svevestøv (PM10) på grunn av slitasje av dekk og asfalt. Spesielt fører bruk av piggdekk til dannelse av svevestøv. Vedfyring og eksosutslipp er viktige kilder til de mindre støvpartiklene ($PM_{2,5}$).

Viktigste kilde til utslipp av NO_2 er eksosutslipp fra vegtrafikk, men utslipp fra skipstrafikk og industri er også relevante kilder.

Målingene som startet opp i januar 2018 viser at Harstad har utfordringer med mye svevestøv (PM 10), særlig om våren og om høsten ved bar veibane og kaldt, klart vær.
For høye konsentrasjoner av svevestøv kan være helseskadelig for alle mennesker, men barn, eldre og folk med luftveisproblemer er spesielt sårbare.

Eksponering for svevestøv kan føre til forverring av symptomer hos mennesker med luftveis- og hjerte- og karsykdommer, men også til utvikling av sykdom og forsterking av allergi.

Helseskadelige effekter av nitrogenoksider er først og fremst knyttet til NO2, hvor svekket lungefunksjon og forverring av astma og bronkitt er de viktigste helseeffektene. Nivåene av NO_2 i Harstad har i måleperioden ligget på konsentrasjoner som ikke innebærer helserisiko. Nivåene vil kunne påvirkes av meteorologiske variasjoner fra år til år, og det er derfor besluttet at målingene skal gjennomføres i minimum 5 år.

Gjennom den nasjonale portalen www.luftkvalitet.info gis befolkningen tilgang til sanntidsmålinger av luftkvaliteten i Harstad.

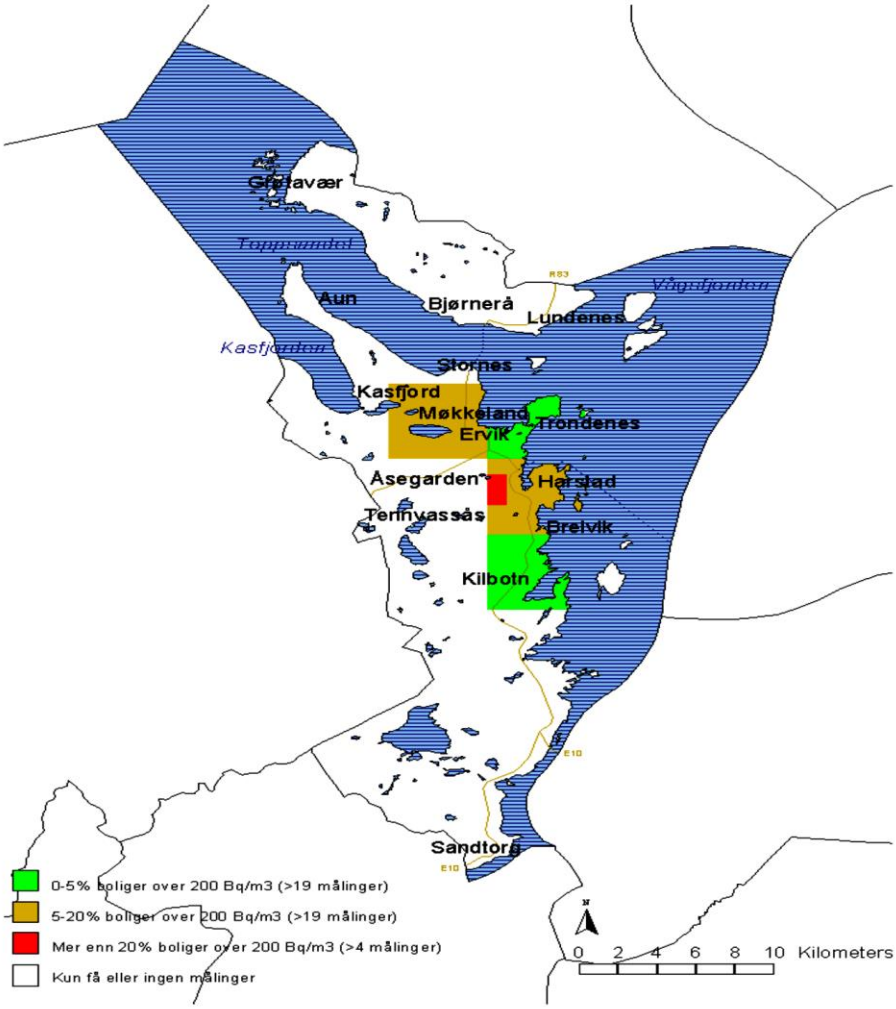
4.3.4 Radon

På grunnlag av fase 1-kartleggingen som ble gjennomført i 2000/2001 kan Harstad kommune klassifiseres som en kommune med stedvis radonproblem. Lengst sørvest i Harstad sentrum (langs og vest for St. Olavsgate) er det funnet at over 20 % av målingene som er foretatt overstiger 200 Bq/m^3. Dette indikerer høy sannsynlighet for forhøyet radonkonsentrasjon i inneluft i dette området.

Et større område av Harstad sentrum, samt områdene rundt Kasfjord, Møkkeland og Ervik er skravert gult og innebærer at mellom 5 % og 20 % av målingene viser mer enn 200 Bq/m^3. Boliger med oppholdsrom i kjeller/sokkeletasje og boliger med vannforsyning fra privat borebrønn har en noe høyre andel målinger over 200 Bq/m^3. I tillegg har Harstad kommune en del områder hvor grunnforholdene gjør at man bør være spesielt oppmerksom på radon og forebygging av radongass i boliger.

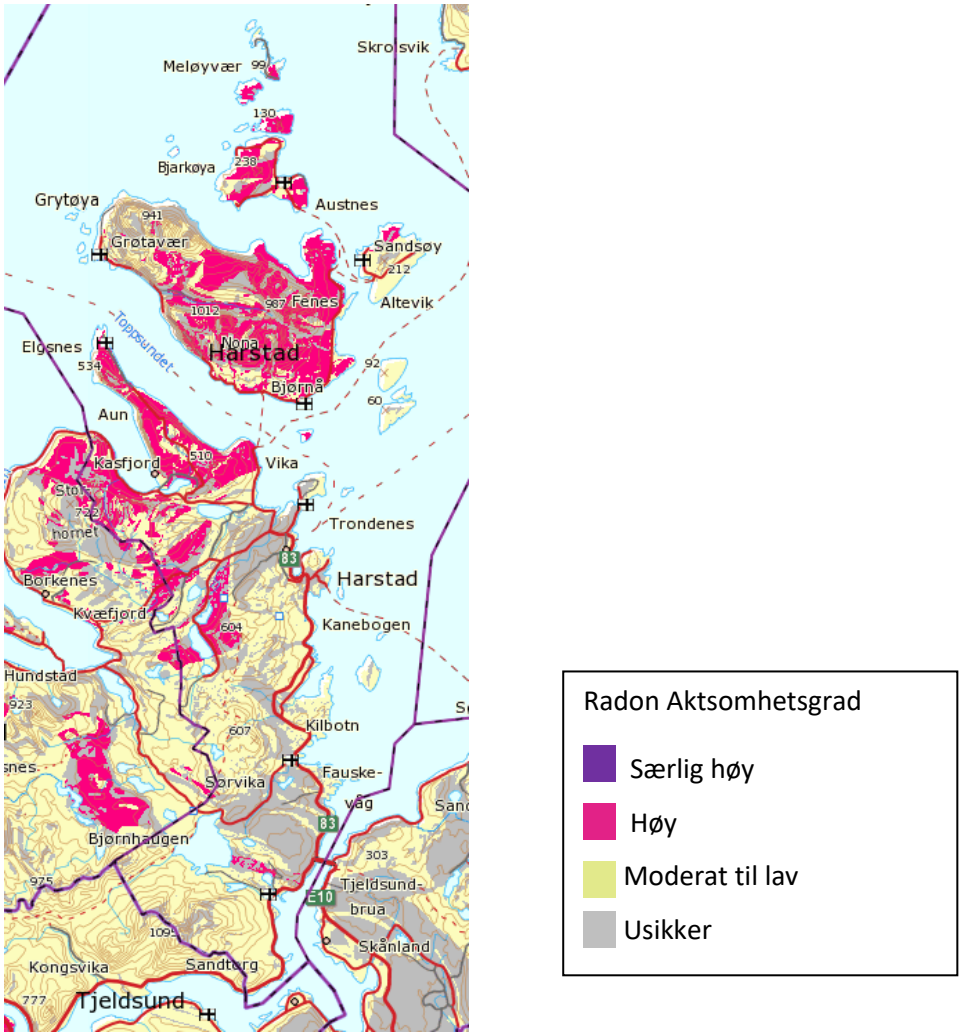
Radon er medvirkende årsak til om lag 300 lungekreftdødsfall årlig i Norge. I følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) er radon den viktigste årsaken til utvikling av lungekreft etter aktiv røyking. Risikoen for lungekreft forårsaket av radon er spesielt stor for røykere og tidligere røykere. Grunnforholdene er den klart viktigste kilden til forhøyde radonkonsentrasjoner i bygninger.

Radonkonsentrasjon i boliger i Harstad, 2000/2001



Figur 18: Områdekart for Harstad kommune. Oversikt over måleresultater fra «Radon 2000/2001», der radonkonsentrasjonen i inneluft ble målt i 7 % av boligmassen i kommunen. Kilde: www.harstad.kommune.no

Aktsomhetskart over radon, 2014

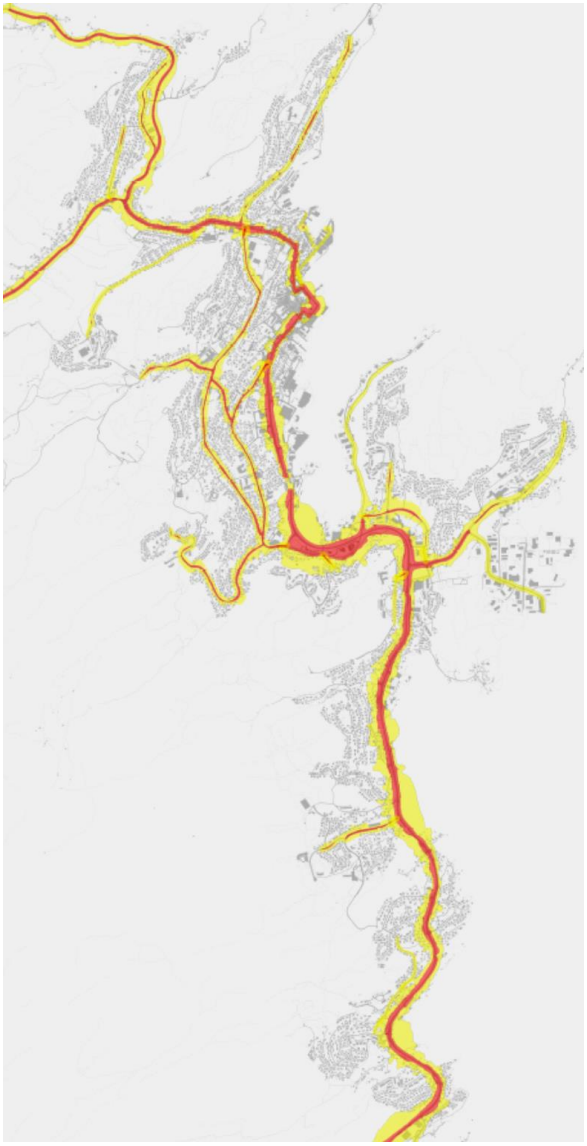


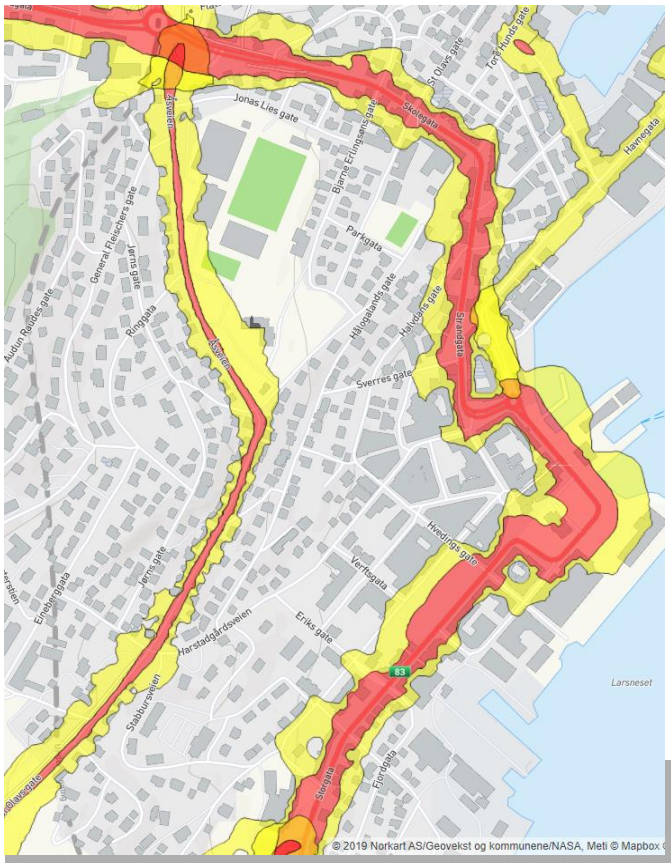
Figur 19: Nasjonalt aktsomhetskart for radon viser hvilke områder i Norge som kan være mer radonutsatt enn andre. Kartet er basert på inneluftmålinger og kunnskap om geologiske forhold. Kilde: ngu.no

4.3.5 Støy

Støy defineres ofte som uønsket lyd. I Harstad har vi kjente utfordringer med trafikkstøy, samt fra ulike verksteder/anleggsvirksomhet. Støyberegninger er omfattende og det foreligger kun oversikt over beregnet vegstøy i Harstad kommune. Rød sone, nærmest støykilden, angir e et område som ikke er egnet til støyfølsomme bruksformål, og etablering av ny støyfølsom bebyggelse skal unngås. Gul sone er en vurderingssone, hvor støyfølsom bebyggelse kan oppføres dersom avbøtende tiltak gir tilfredsstillende støyforhold.

Støy er det miljøproblemet som rammer flest mennesker i Norge. Forstyrrelse av søvn regnes blant de mer alvorlige virkningene av støy, og i Norge har 200 000 problemer med nattesøvnen på grunn av støy. Forskning viser at støy kan gi psykisk stress, og helseplager som muskelspenninger og muskelsmerter. Støy kan også være en medvirkende årsak til høyt blodtrykk og utvikling av hjertesykdom.




Jonas Lies gate
Skolegata
St Olavs gate
Torg Rundes gate
Havnegata
Parkgata
Sverres gate
Kvedlings gate
Verftsgata
Eriks gate
Harstadgårdsveien
Stadionveien
Jernbanegata
Ringgata
General Fleischers gate
Audun Ruddes gate
Sjøgata
Fjordgata
Larsneset
© 2019 Norkart AS/Geovekst og kommunene/NASA, Meti © Mapbox

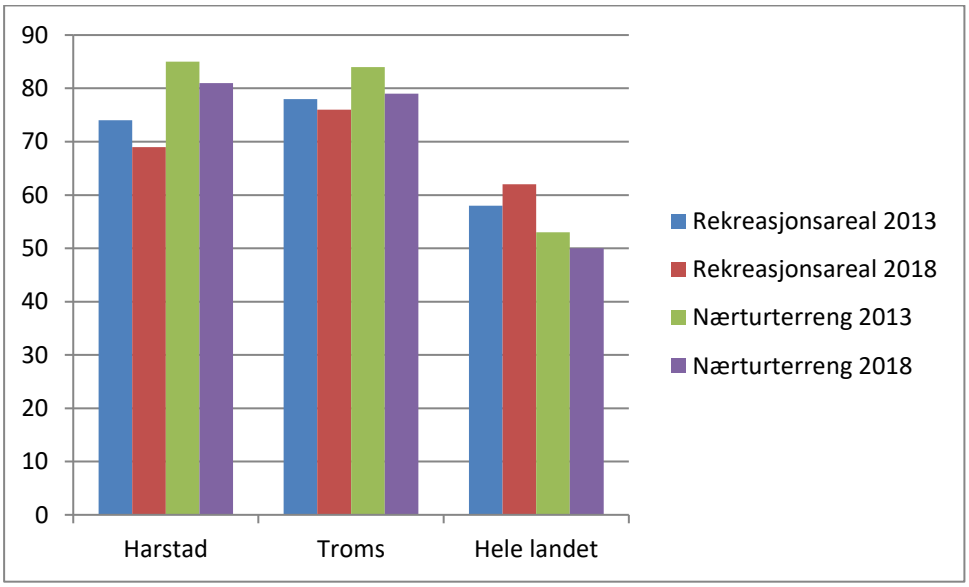
Figur 20: Rød sone har utendørs støynivå under 65 $L_{den.}$ Gul sone har utendørs støynivå under 55$L_{den.}$ Kilde: kommunekart.com og gisline

4.3.6 Friluftsliv

Tall viser at 66 % av Harstads befolkning har trygg tilgang til rekreasjonsareal, mens 76 % har trygg tilgang til nærturterreng. For befolkningen under 20 år har i 2018 69 % trygg tilgang til rekreasjonsareal, mens 81 % har trygg tilgang til nærturterreng. Tallene er synkende fra henholdsvis 74 og 85 % i 2013. Landsgjennomsnittet for folk i byer og tettsteder på størrelse med Harstad er henholdsvis 58 % og 50 %.

Det er satt kriterier for hva som regnes som trygg tilgang. For å nå et nærturterreng eller rekreasjonsareal trygt må en kunne ferdes langs stier, gang- og sykkelveger eller bilveger med lite trafikk og lav fartsgrense. Det er også satt krav om hvor langt man er nødt til å gå for å ha tilgang, kravet er 200 meter for rekreasjonsareal og 500 meter for nærturterreng.

Andel bosatte i tettsteder med trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng, 2013 og 2018



Figur 21: Andel bosatte under 20 år med trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng. Tall fra 2013 og 2018. Kilde: ssb.no

4.3.7 Kulturtilbud

Det er ved inngangen til 2017 55 lag/klubber tilknyttet Harstad Idrettsråd. Den totale medlemsmassen er omtrent 6000 medlemmer. I tillegg kommer bedriftsidretten med sine bedriftsidrettslag, aktiviteter og ca. 2400 medlemmer.

Harstad har et rikelig utvalg av lag og foreninger i tillegg til idretten og dens miljø. Harstad er for eksempel kjent for sine mange kor. Frivillighetsregisteret (Brønnøysundregisteret) har 329 registrerte frivillige enheter i Harstad.

Harstad omtaler seg som kulturby, med Festspillene i Nord-Norge og Kulturhuset som de store trekkplastrene. Også arrangement som Bakgården og et mangfold av festivaler bidrar til positiv omtale av kulturlivet i Harstad.

4.3.8 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Drikkevann	99,6 % tilknyttet kommunale vannverk hadde tilfredsstillende hygienisk kvalitet i 2018	Nytt anlegg, gode rutiner	Risiko for smitte av koliforme bakterier hvis ikke tilfredsstillende vannkvalitet.
Geofarer	Store fjellområder med potensiell fare for jord-, flom- og snøskred.		Naturkatastrofer med risiko for skader og tapte menneskeliv. Store samfunnskostnader.
Luftforurensing	Ny målestasjon i 2018. Noe utfordring med svevestøv.	Økende andel transport/forflytning skjer med bil.	Forverring av symptomer hos mennesker med luftveis- og hjerte- og karsykdommer. Utvikling av sykdom og forsterking av allergi. Menneskelige lidelser og tapt arbeidskraft.
Radon	Store deler av kommunen har påvist eller beregnede høye verdier av radon.	Grunnforhold. Manglede forebyggende tiltak i boliger og offentlige bygg.	Økt risiko for lungekreft. Tapt livskvalitet og leveår.
Støy	Hele RV83 ligger i rød sone. Også enkelte tilknytningsveier.	Økt trafikkmengde. Mye trafikk gjennom sentrum. Liten bruk av kollektive transportmidler og få avbøtende tiltak.	Langvarig opphold i støyutsatt sone uten tilstrekkelige støydempende tiltak kan gi alvorlige helseplager.
Friluftsliv	76 % har trygg tilgang til nærturterreng under 500 m fra eget hjem.	Spredt boligbebyggelse, liten andel av befolkningen bor i sentrumskjernen.	Trygg tilgang er viktig for fokus på økt fysisk aktivitet. Å opprettholde nærhet til rekreasjon og turterreng gir økt livskvalitet.

Kulturtilbud	329 registrerte frivillige enheter.		Økt livskvalitet, tilhørighet. Varierende tilbud vil kunne forebygge inaktivitet, ensomhet og psykiske lidelser.

4.3.9 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø – innspill i prosessen

Under utarbeidelsen av dette dokumentet har det kommet inn innspill og tanker rundt de problemstillingene som beskrives. Det kan også være utfordringer som oppleves blant fagpersoner som jobber innenfor feltet. Det anbefales at innspill tas med og vurderes i det videre planarbeidet innenfor det/de tema det berører.

- Forurensing av drikkevann kan få enorme helsemessige konsekvenser. Restriksjoner rundt drikkevannskilde og vannbehandlingsanlegg må opprettholdes og følges for å opprettholde god kvalitet.

- Geofarer, radon, støy, luftkvalitet og klimautfordringer må vektlegges i arealplanleggingen.

- Harstad har natur egnet for friluftsliv – fjell, skog, hav, merkede turstier, oppkjørte skiløyper. I et folkehelseperspektiv er det viktig å ivareta og vedlikeholde friluftsområder, samt hindre konflikter med andre aktører. Friluftsområder og friområder nært boligbebyggelse og lett tilgjengelige områder bør prioriteres, dette omfatter også grøntarealer i sentrum og sentrumsnære strøk.

- Harstad mangler oversikt over avsatte lekeareal og tilstanden på disse. Hvordan sikre at alle bomiljøer har tilgang til tilrettelagte friområder og friluftsområder?

- Er innsatsen for å sikre gode kultur- og aktivitetstilbud tilstrekkelig? Forutsigbarhet er viktig for mange aktører, kan denne forbedres?

- For å ivareta miljøet, naturen og samfunnet i vår kommune vil det i tillegg til fysiske tiltak, kreves store holdningsendringer og en betydelig frivillig innsats. Hvordan øke frivilligheten og viljen til frivillig arbeid for fellesskapet?

4.4 Skader og ulykker

Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i sammen størrelsesorden som kreft, mål t i tapte leveår. Ulykker med personskader tar relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken til personer under 45 år. Muligheten for å forebygge er gode og effekter av tiltak kan komme raskt. Oversikt over hvor og når ulykker inntreffer, kan blant annet bidra til økt oppmerksomhet mot forebygging og mer treffsikre tiltak.

Skaderegistrering ved UNN Harstad, etablert og utviklet siden 1985, er lagt ned og kommunen har ikke tilgang på detaljerte skadedata av nyere dato fra dette registeret. Vi har per i dag kun nasjonale

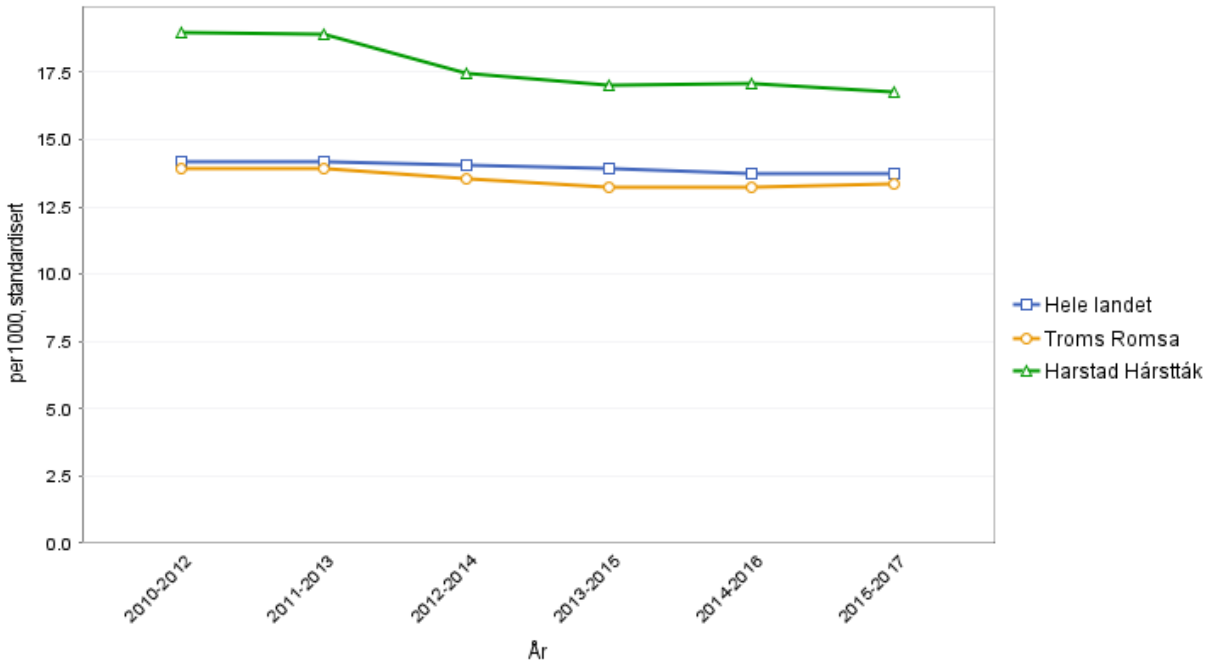
registre og begrenset mulighet til å hente ut lokale tall utover det folkehelseinstituttet publiserer. I denne utgaven av helseoversikten, har vi valgt å ta inn noe av tallmaterialet fra det lokale skaderegisteret som ble brukt i dokumentet for 2015, da de fortsatt antas å kunne vise et reelt bilde av skadeomfanget i kommunen.

4.4.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker

I perioden 2010-2017 ble det i årlig gjennomsnitt innlagt 441 personer fra Harstad på sykehus etter ulykker. I gjennomsnitt ble 48 av disse innlagt med hoftebrudd, 85 med hodeskader. Antall hoftebrudd er omtrent som landsgjennomsnittet, mens tallene for hodeskader er betydelig over landsgjennomsnittet. I overkant av 70 % av hodeskadene registrert i Harstad er på personer under 44 år og menn er overrepresentert. Det totale antall innleggelser etter ulykker er synkende, men fortsatt vesentlig høyere per 1000 innbyggere enn både landsgjennomsnittet og for Troms fylke.

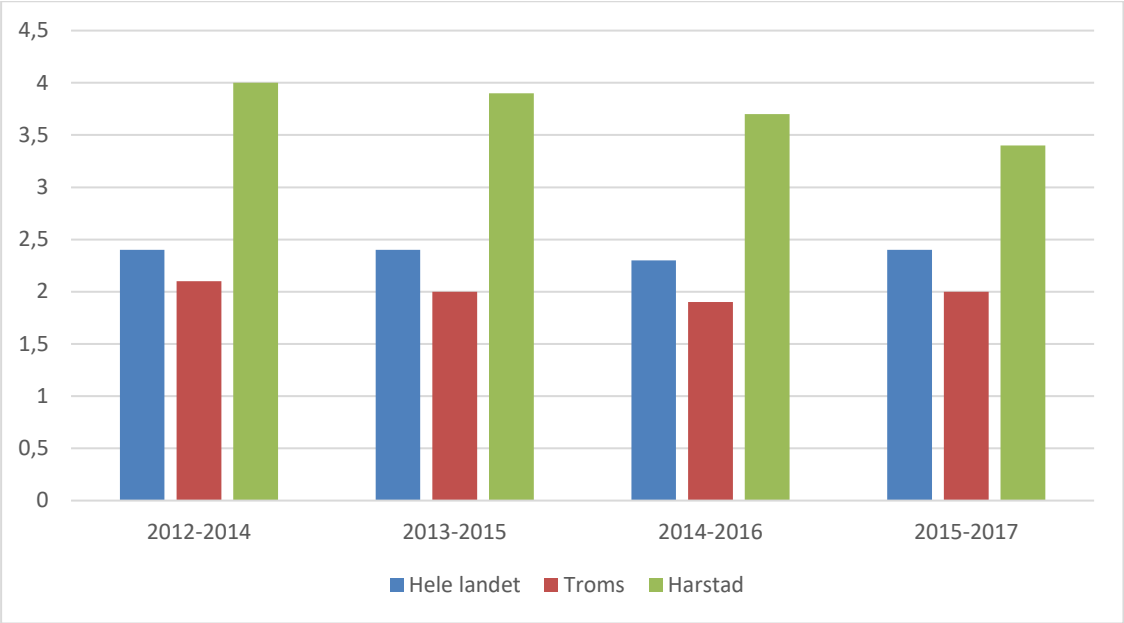
Selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkesskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Det er et betydelig potensial for forebygging av skader og ulykker. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste skadene.

Sykehusinnleggelser etter ulykker, 2010-2017, 3 års glidende gjennomsnitt.



Figur 22: Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i sykehus med skader per 1000 innbyggere per år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

Sykehusinnleggelser hodeskader, 2011-2017, 3 års glidende gjennomsnitt.



Figur 23: Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i sykehus med hodeskader per 1000 innbyggere per år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Datagrunnlaget for statistikken er endret fra desember 2017 og data er ikke sammenlignbar med tidligere publiserte utgaver av diagrammet. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

4.4.2 Personskader registrert ved UNN Harstad

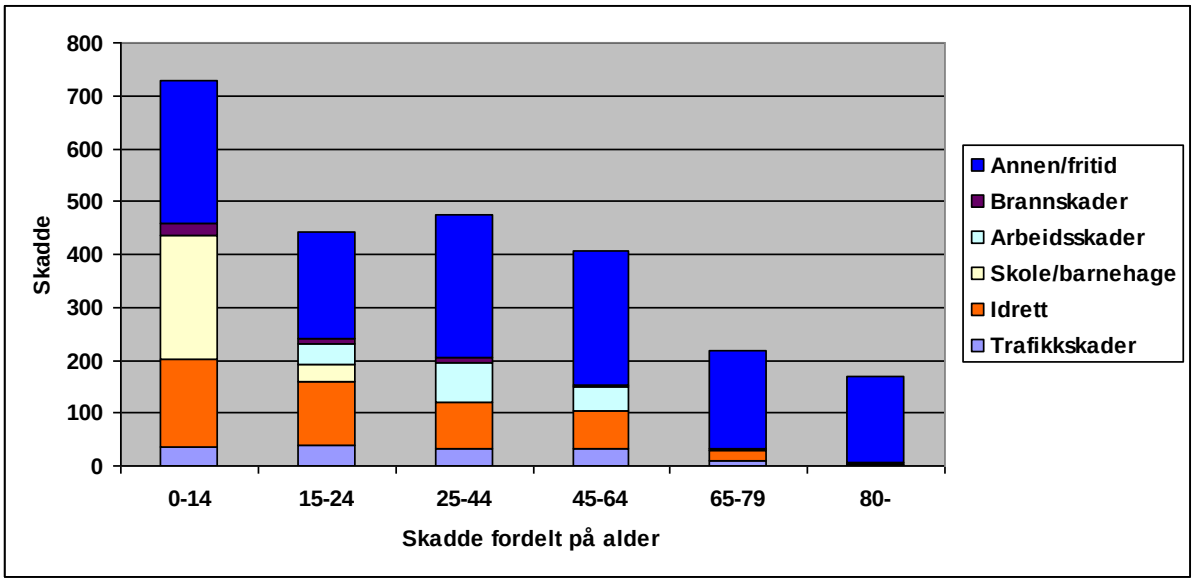
Det er registrert totalt 2439 skadde ved UNN Harstad, med registrert bosted Harstad, i 2015. Av disse er 354 (14,5 %) innlagt på sykehus. Skadealvor: ca. 82 % har liten skade, ca. 15 % moderat, ca. 3,2 % har en alvorlig skade og én omkom.

Trafikkskader: I aldersgruppen 0-14 år er 85 % syklistskader. I aldersgruppen 15-24 år er det flest skader med mc/moped.

Brannskader: Det er ingen innlagte med brannskader i alderen 0-4 år. Av totalt 6 innlagt med brannskade er 5 strømskader.

Eldre: For skadde over 80 år utgjør fallskader 85 %. For skadde over 65 år, utgjør skader i sykehjem 16 %, mens over 40 % skjer i eller ved hjemmet.

Skadde fordelt på skadetype og aldersgruppe, 2015



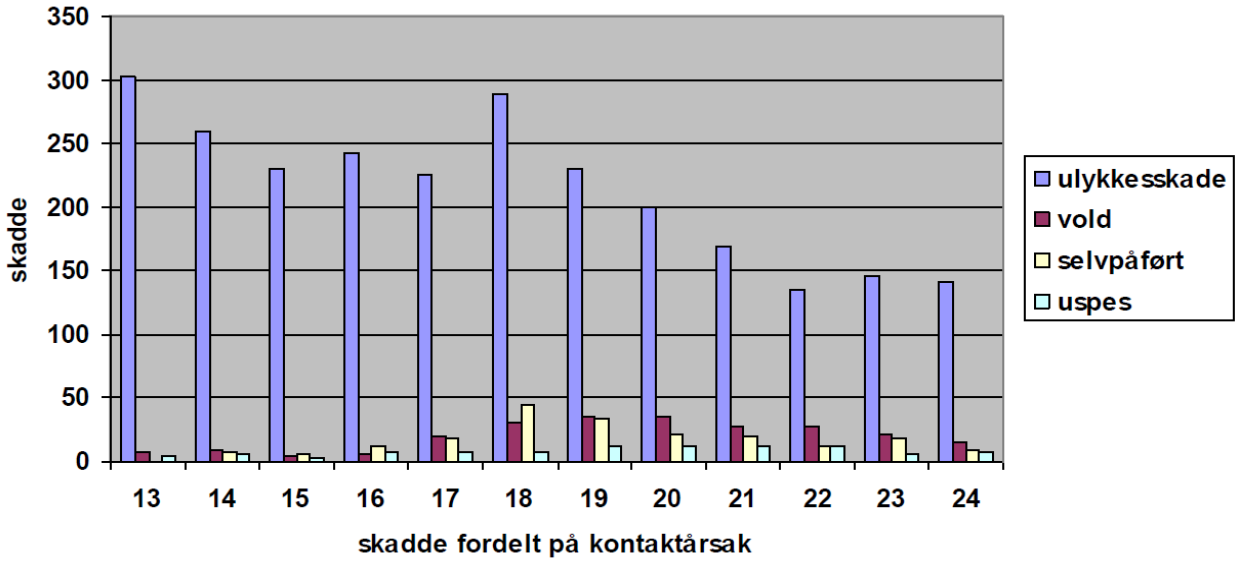
Figur 24: Alle registrerte ved legevakten UNN Harstad, fordelt på 6 kategorier. Diagrammet er ikke justert etter det totale antall befolkning i hver aldersgruppe, og viser kun antall skadde. Kilde: Skaderegisteret UNN Harstad

4.4.3 Skader i aldersgruppen 13-24 år

I perioden 2009-2013 er det i denne aldersgruppen registrert 3115 skadde, eller ca. 623 per år. Det gir en insidens/skaderate på 15,5 %. For befolkningen generelt med bosted i Harstad er skaderaten ca. 10 %. I 2015 hadde aldersgruppen 15-24 år en skaderate på 13, en nedgang fra de siste 5 årene. Tross reduksjon i skader, er det en økning av vold og selvpåført skade i aldersgruppen 18-24 år.

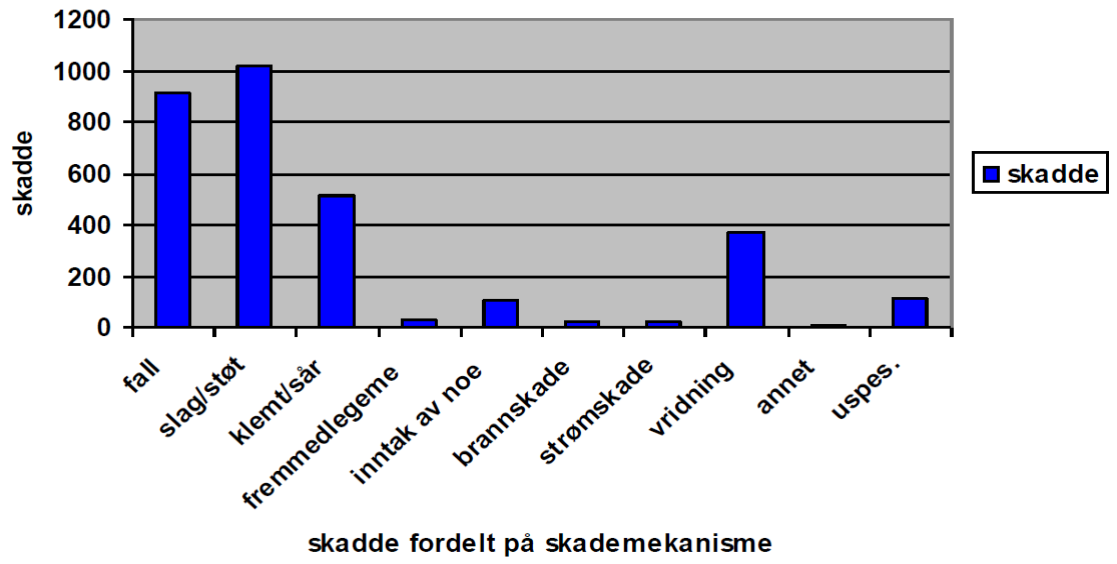
Skaderisikoen er høyest blant unge personer, da særlig unge menn. Selv mindre skader, uten sykehusinnleggelser kan medføre redusert livskvalitet, samt utløse sykemeldinger og hjelpebehov.

Personskader fordelt på kontaktårsak, 2009-2013.



Figur 25: Antall personer i aldersgruppen 13-24 år med bosted Harstad, registrert i skaderegisteret ved UNN Harstad i perioden 2009-2013. Kilde: Skaderegisteret UNN Harstad

Personskader fordelt på skademekanisme, 2009-2013.



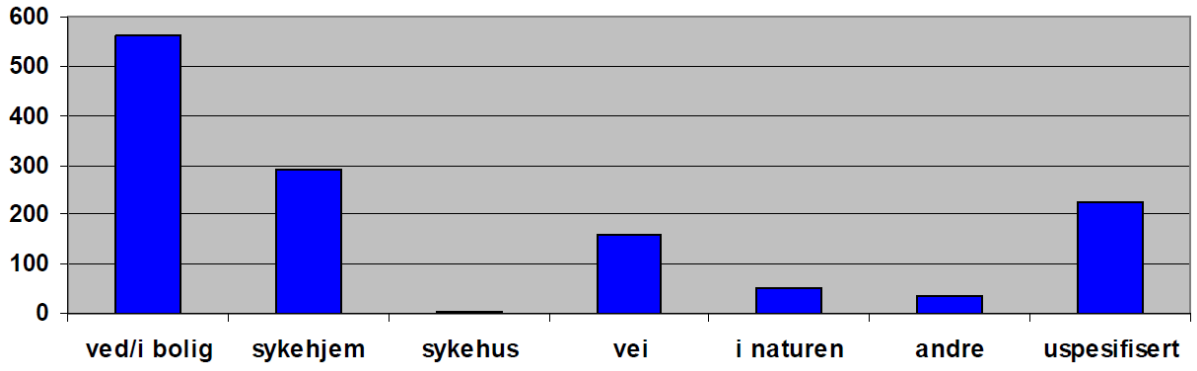
Figur 26: Antall personer i aldersgruppen 13-24 år med bosted Harstad, registrert ved UNN Harstad i perioden 2009-2013. Kilde: Skaderegisteret UNN Harstad

4.4.4 Skader i aldersgruppen 65 år og eldre

Eldre utgjorde i 2012 ca. 16 % av befolkningen i Harstad kommune og skadde i denne aldersgruppen står for ca. 15 % av det totale antall registrerte skader. I perioden 2008-2012 er det i denne aldersgruppen registrert totalt 1812 skader. 74 % av skadetilfellene for personer over 65 år, er fallskader.

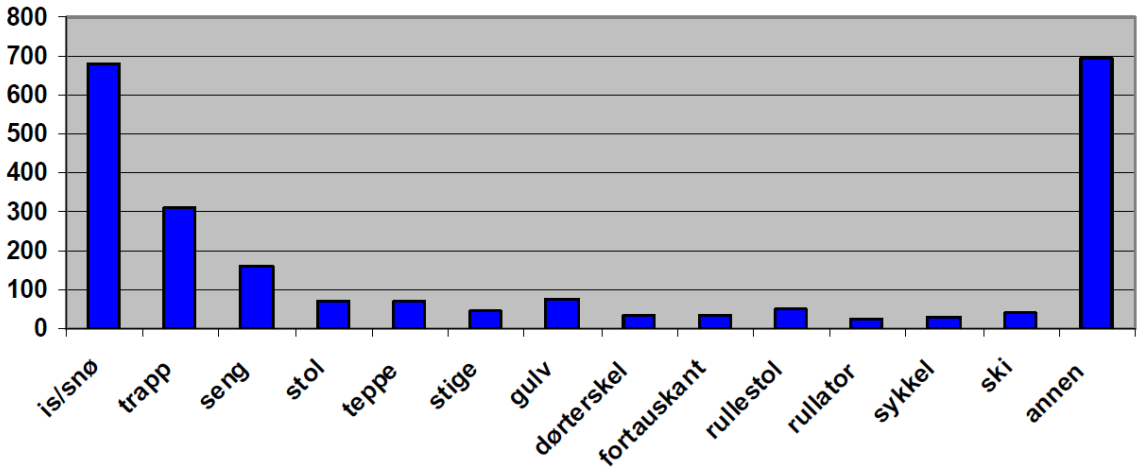
Eldre er generelt mer utsatt for alvorlige skader enn yngre fordi kroniske sykdommer og aldersforandringer nedsetter fysiologisk reserve og skaden undervurderes.

Skadested for fallskader, 2008-2012



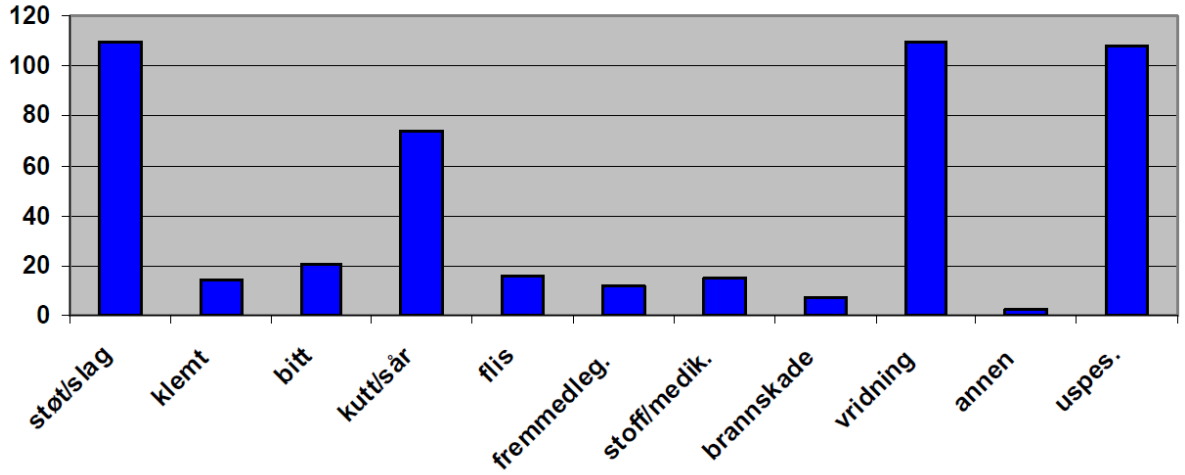
Figur 27: Skadested for fallskader i aldersgruppen 65 år og eldre med bosted Harstad. Registrert ved UNN Harstad i perioden 2008-2012. Kilde: Skaderegisteret UNN Harstad

Ulykkesutløsende faktor for fallskader, 1994-2012



Figur 28: Ulykkesutløsende faktor for fallskader i aldersgruppen 65 år og eldre med bosted Harstad. Figuren viser kun de 53 % med registrert utløsningsfaktor, 47 % av fallskadene er uspesifiserte og er ikke medregnet her. Registrert ved UNN Harstad i perioden 1994-2012. Kilde: Skaderegisteret UNN Harstad

Skademekanismer; inkludert trafikkskader – unntatt fallskader, 2008-2012



Figur 29: Skademekanismer for aldersgruppen 65 år og eldre med bosted Harstad. Registrert ved UNN Harstad. Kilde: Skaderegisteret UNN Harstad

4.4.5 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Sykehusinnleggelser etter ulykker	Gjennomsnitt 441 personer hvert år. Liten økning.	Det er mange ulike årsaker til ulykker i kommunen. Fysiske forhold. Manglende forebyggende tiltak. Vurderingsevne. Uhell.	Redusert funksjon og livskvalitet. Økt hjelpebehov. Samfunnsøkonomiske konsekvenser.
	Ca. 48 skyltes hoftebrudd. Ca. 85 skyltes hodeskader		
Personskader	Registrert 12665 skadde fra 2010-2014. Ca. 28 % blant aldersgruppen 0-14 år.		Samfunnsøkonomiske konsekvenser. Inaktivitet.
Skader i alderen 13-24 år	Det registreres i overkant av 600 skader per år. Ca. 440 i 2015 i alderen 15-24 år.	De største skadegruppene er fall, slag/støt, klem/sår og vridning.	
	Aldersgruppen 18-20 år er den mest utsatte gruppen for vold og selvpåført skade.		
Skader i aldersgruppen 65 år og eldre	Økning fra 644 personer i 2000 til 1883 i 2013. 74 % av skadene er fallskader.	Føreforhold (is og snø) er årsaken til mange fallulykker for eldre. Risikofaktorer: Kroniske sykdommer, aldersforandringer, fysisk inaktivitet, egeninnsikt og risikovurdering.	Redusert funksjon og livskvalitet. Økt hjelpebehov. For tidlig død. Samfunnsøkonomiske konsekvenser.

4.4.6 Skader og ulykker – innspill i prosessen

Under utarbeidelsen av dette dokumentet har det kommet inn innspill og tanker rundt de problemstillingene som beskrives. Det kan også være utfordringer som oppleves blant fagpersoner

som jobber innenfor feltet. Det anbefales at innspill tas med og vurderes i det videre planarbeidet innenfor det/de tema det berører.

- Fysisk aktivitet og sunne levevaner er med på å forebygge skader og ulykker. Skadeforebygging kan gjøres på mange nivå, blant annet vil tilrettelegging for en trygg skolevei hvor barn og unge kan gå til skolen gi både fysisk aktivitet og redusert trafikkmengde rundt utsatte områder. Kjennskap til skade- og ulykkesrisiko er en forutsetning for å igangsette effektive tiltak.

- Skaderegisteret ved UNN Harstad ga informasjon om utvikling av skader og ulykker over tid og var et sært nyttig verktøy for kommunen. Hvordan kan Harstad kommune og UNN Harstad fremover samarbeide om registrering og nyttegjøring av datamaterialet til kartlegging, tiltak og evalueringsarbeid?

- Informasjon ut til befolkningen er tradisjonelt mye brukt til opplysning om skaderisiko. Blir informasjon forstått og rådene fulgt av mottaker? Hvordan sikre at informasjon når ut til riktig målgruppe? Er det andre aktører/kanaler enn de som brukes i dag, som bør brukes i det skadeforebyggende arbeidet?

4.5 Helserelatert atferd / levevaner

Med helserelatert atferd menes levevaner som har vist seg å ha innvirkning på et helseutfall. Dette kan for eksempel være fysisk aktivitet, ernæring og bruk av tobakk og rusmidler. Helserelatert atferd kan også omfatte seksualatferd og risikoatferd som kan føre til skader og ulykker.

Folkehelsearbeidet var tidligere en kamp mot smittsomme sykdommer. I dag er kampen snudd til de ikke-smittsomme livsstilsykdommene. Usunt kosthold, inaktivitet og misbruk av tobakk og rusmidler går igjen i alle sektorer av samfunnet. Det finnes lite datamateriale for levevaner på kommune- og fylkesnivå, men det er naturlig å anta at Harstad kommune og Troms fylke har de samme utfordringene som på nasjonalt nivå. Det er store sosiale ulikheter og grupper med lang utdanning og høy inntekt har generelt sunnere levevaner enn grupper med kort utdanning og lav inntekt.

4.5.1 Fysisk aktivitet

Nasjonale tall viser at kun én av tre av den voksne befolkningen har et aktivitetsnivå som er innenfor anbefalingene. Barn under 9 år er i mye aktivitet, men det er en betydelig nedgang i aktivitetsnivået frem til tilsvarende undersøkelser gjort ved 15-årsalderen.

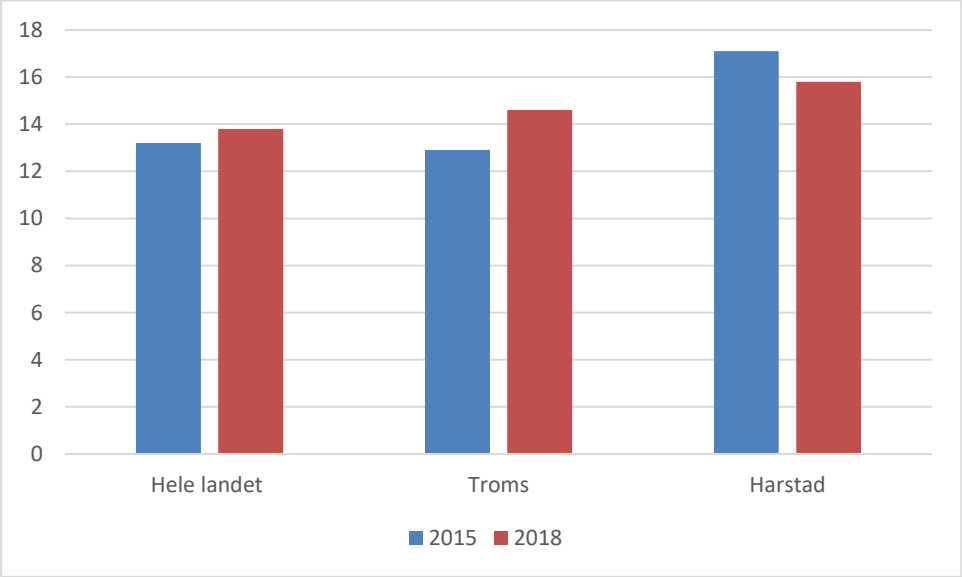
I aldersgruppen 16-79 år er det blitt mer vanlig å trene og mosjonere de siste årene. Innvandrere fra EU, USA og Canada har et treningsmønster som ligner resten av den norske befolkningen, mens innvandrere fra Asia, Afrika og Latin-Amerika har størst prosentandel inaktive.

Ungdata viser at 15,8 % av ungdomsskoleelever i Harstad var fysisk aktiv 2 ganger i måneden eller sjeldnere i 2018. I 2015 var tilsvarende tall 17,1 %.

Fysisk aktivitet er nødvendig for normal vekst og utvikling hos barn og unge. Faglige anbefalinger for barn og unge er minst 60 minutter daglig fysisk aktivitet fra moderat til intensiv aktivitet. For voksne gjelder anbefalingen om minst 150 minutter ukentlig fysisk aktivitet med moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet. Anbefalingene omfatter også å redusere stillesitting for alle aldersgrupper.

Fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd og er et viktig og veldokumentert virkemiddel i forebygging og behandling av over 30 ulike diagnoser og tilstander. Det foreligger overbevisende dokumentasjon om en rekke helsegevinster ved regelmessig fysisk aktivitet i alle aldersgrupper.

Lite fysisk aktive, 2015 og 2018



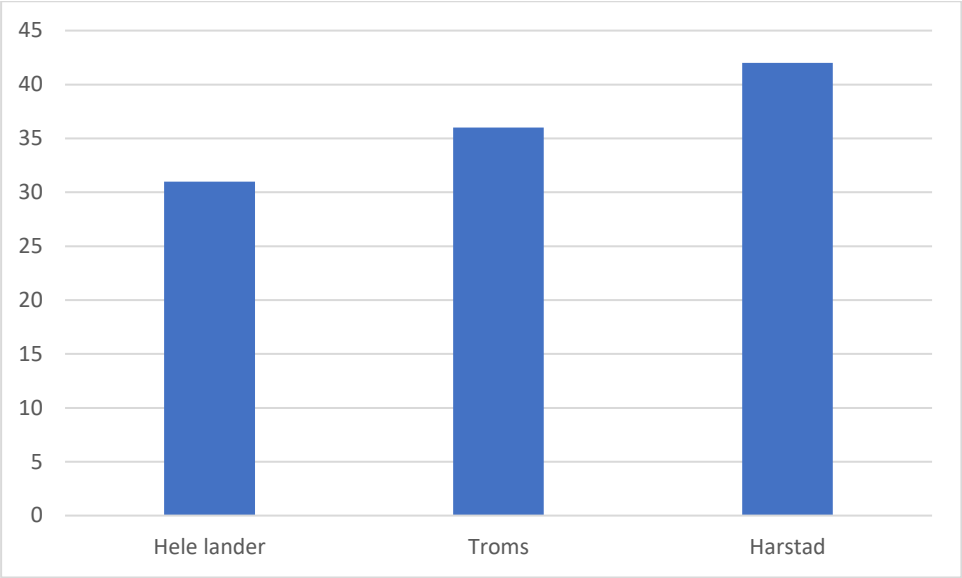
Figur 30: Andel ungdomsskoleelever som svarte et av alternativene «1-2 ganger i måneden», «sjelden» eller «aldri» på spørsmålet: "Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett?", i prosent av alle som har svart på dette spørsmålet. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

4.5.2 Stillesitting

Mens 31 % av landets ungdommer vanligvis bruker mer enn fire timer foran skjerm utenom skolen, er tilsvarende tall for Harstad 42 %.

I barne- og ungdomsårene, øker tiden som benyttes i ro foran ulike skjermer med stigende alder. Man ser sammenhenger mellom stillesitting og kroppsvekt, motoriske ferdigheter, kognitiv utvikling og risikofaktorer til hjerte- og karsykdommer blant barn og unge. Bruken av skjermer (mobiltelefon, nettbrett, videospill og lignende), spesielt i forkant av leggetid, henger tett sammen med søvnvansker.

Skjermtid, mer enn fire timer daglig, 2018



Figur 31: Andel ungdomsskoleelever som svarer at de vanligvis bruker mer enn 4 timer på foran en skjerm (tv, data, nettbrett, mobil) i løpet av en dag, utenom skolen, i prosent av alle som har svart på dette spørsmålet. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

4.5.3 Røyking

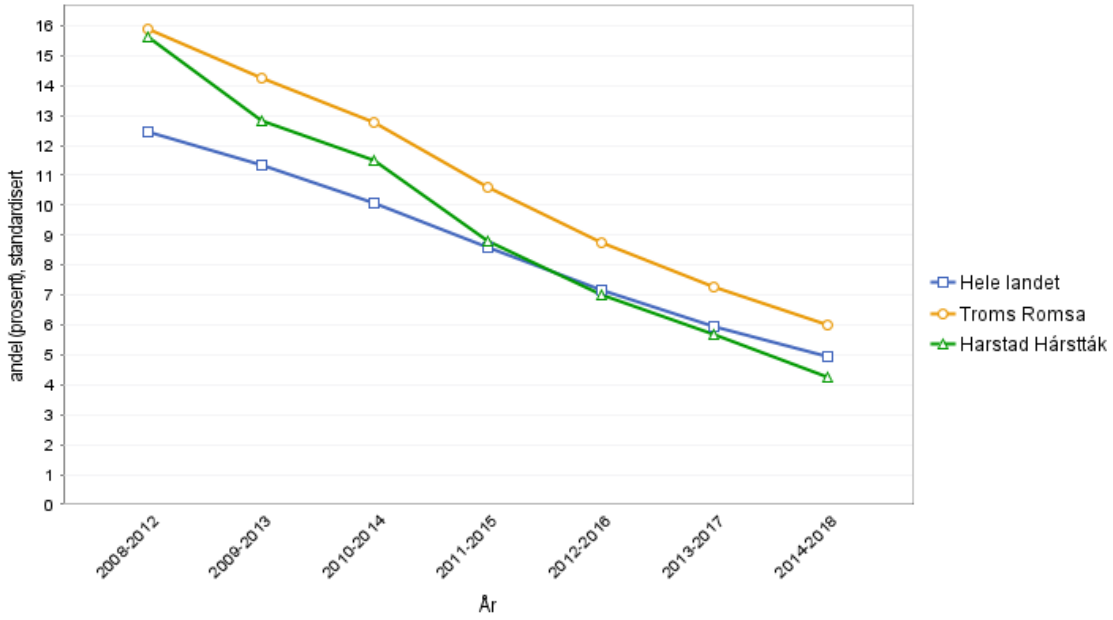
Andelen gravide kvinner som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll er synkende. Andelen i Harstad kommune synker noe raskere enn landsgjennomsnittet og ligger lavere enn gjennomsnittet for hele landet.

Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at de som røyker daglig, i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere, og at 25 prosent av dagligrøykerne, dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere.

Røyking i svangerskapet kan si noe om røyking hos kvinner i fertil alder. For resten av befolkningen er datagrunnlaget på røykevaner dessverre svært dårlig. Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Denne gradienten gjelder også for røyking i svangerskapet. Det er en stor utfordring i folkehelsearbeidet å påvirke denne forskjellen.

Andelen røykere i befolkningen er på vei ned, men blant ungdom og unge voksne ser det ut til at snus har overtatt noe for røyking. Snus er ikke like helseskadelig som sigaretter, men er svært avhengighetsskapende og inneholder helseskadelige og kreftfremkallende stoffer. Vi har foreløpig ikke tall på snusbruken i kommuner. Medisinsk fødselsregister har tall på snusbruk, men disse opplysningene er underrapportert og derfor ikke egnet til statistikkformål.

Røyking, gravide kvinner, 2008-2018, 5 års glidende gjennomsnitt



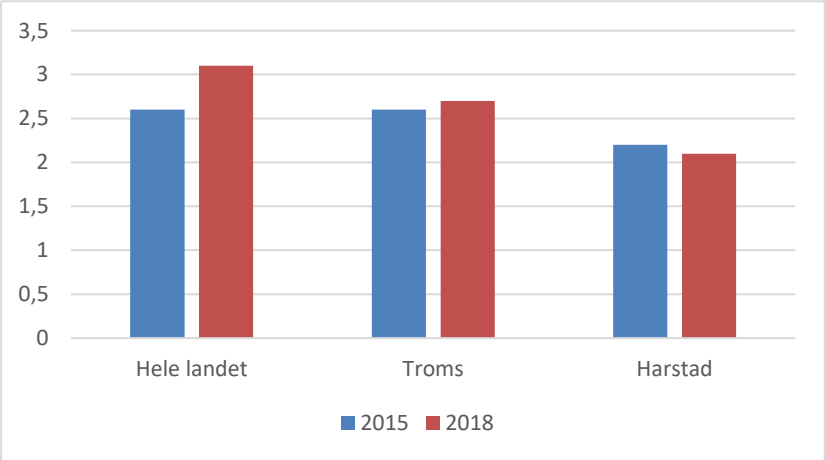
Figur 32: Andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk.

4.5.4 Cannabisbruk

Mens bruken av cannabis blant ungdom de siste årene har økt på landsbasis, viser tallene en svak nedgang i Harstad. I 2018 svarer 2,1 % av ungdomsskoleelevene i Ungdata-undersøkelsen i Harstad at de har brukt denne type narkotiske stoffer minst én gang siste året.

Cannabis er det vanligste narkotiske stoffet. Om det å prøve hasj eller marihuana - isolert sett - er farligere enn å debutere tidlig med alkohol er i dag omdiskutert. Det at alkohol er et legalt og sosialt akseptert rusmiddel, mens hasj er forbudt, utgjør uansett en viktig forskjell. Både rusmiddelbrukerens egen forståelse og omverdenens fortolkning og reaksjon, påvirkes av om stoffet er lovlig eller ikke.

Cannabisbruk, 2015/2018



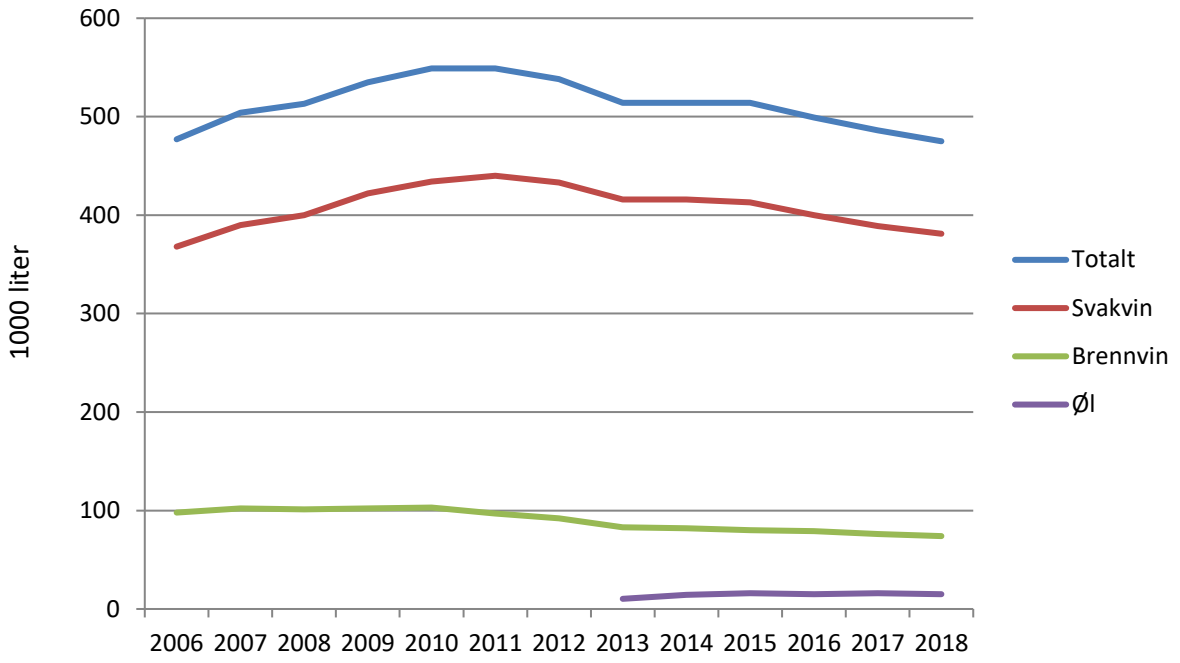
Figur 33: Andel ungdomsskoleelever som svarer at de i løpet av siste året har brukt hasj/marihuana/cannabis, i prosent av aller som svarte på dette spørsmålet. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk.

4.5.5 Alkohol

Salgstall fra vinmonopolet viser en nedgang i salget siden 2010. Kun ølsalget, som er registrert siden 2013 har en økning, men også det synker med 5,7 % fra 2017 til 2018. Vinmonopolet i Harstad solgte i 2018 475.000 liter. På landsbasis utgjør alkoholfrie varer ca. 0,5 % av det totale salget. I tillegg til salgstallene fra vinmonopolet kjøpes mye alkohol i utlandet. Grunnet økt reisevirksomhet antas en økning i mengde alkohol kjøpt i utlandet.

Inntak av alkohol øker risikoen for ulykker og skader. Hyppig alkoholinntak over tid vil kunne medføre uheldige endringer i nervesystemet og en opplevd avhengighet. Utøvelse av, og risiko for å bli utsatt for, vold og kriminalitet øker også ved økt alkoholinntak.

Salg av alkohol ved vinmonopolet i Harstad, 2006-2018



Figur 34: Oversikt over antall liter solgt alkoholholdig drikke ved kommunens vinmonopol. Øl er ikke registrert før i 2013. Kilde: Vinmonopolet.

4.5.6 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Fysisk aktivitet	Nedgang i andel ungdommer med lite fysisk aktivitet. Kun 1 av 3 oppnår anbefalingene.	Transport skjer med bil. Lite hverdagsaktivitet og mer organisert.	Dårligere motorikk, dårligere læringsevne. Økt risiko for skader og ulykker. Utvikling av livsstilssykdommer på sikt.
Inaktivitet	42 % av ungdom oppgir å vanligvis bruke mer enn fire timer på skjerm utenom skolen.	Attraktive alternativer. Sosiale møteplasser.	Stillesitting. Økt risiko for skader, ulykker og livsstilssykdommer.
Røyking	Synkende tall. I perioden 2014-2018 er gjennomsnittlig 4,2 % av gravide kvinner røykere på første svangerskapskontroll.	Miljøfaktorer. Avhengighet.	Nedgang gir mindre risiko for luftveisykdommer (astma, emfyserm, bronkitt, kronisk obstruktiv lungesykdom), kreft og hjerte- og karsykdommer og redusert dødelighet. Røyking under graviditet kan bl.a. føre til lav fødselsvekt og større risiko for luftveisinfeksjoner hos barna.
Cannabisbruk	Liten nedgang fra 2015. Lavere enn landsgjennomsnittet	Kultur.	Bruk av cannabis i tidlig alder kan medføre avhengighet og vedvarende helseskade. «Normalisering» av ulovlige stoffer kan gi større samfunnsutfordringer.
Alkohol	Synkende salgstall fra vinmonopolet. Liten oversikt over import og egenproduksjon.	Økonomi. Reisevirksomhet.	Alkoholinntak øker risiko for skader, ulykker, vold og kriminalitet. Skader nervesystemet.

4.5.7 Helserelatert atferd – innspill og vurderinger

Under utarbeidelsen av dette dokumentet har det kommet inn innspill og tanker rundt de problemstillingene som beskrives. Det kan også være utfordringer som oppleves blant fagpersoner som jobber innenfor feltet. Det anbefales at innspill tas med og vurderes i det videre planarbeidet innenfor det/de tema det berører.

- Aktiviteter i regi av lokale lag og foreninger, ideelle- og interesseorganisasjoner er viktig for å opprettholde/øke fysisk aktivitet. Tilgjengelige og tilrettelagte arealer og områder for å bedrive ulike former for fysisk aktivitet er også en forutsetning. Behov for anlegg og arealer er vanskelig å forutse. Hvordan sikre gode arealer for fysisk aktivitet i fremtiden? Hva skal til for å øke aktivitetsnivået blant utsatte grupper i befolkningen, som for eksempel personer med lav sosioøkonomisk status?
- Det er den siste tiden etablert flere lavterskelarenaer for både sosial og fysisk aktivitet, blant annet skatepark, pumptrack (sykkelbane) og fritidsklubber. Hvordan opprettholde og sikre aktivitet på disse arenaene for å redusere andelen stillesitting og inaktivtet?

- Hvordan kan barnehage/skole/arbeidslivet bidra til å redusere sosiale ulikheter når det gjelder kosthold og annen helserelatert atferd?

- Det er liten oversikt over trender og endringer i seksuell atferd i befolkningen? Er dette et helseproblem i Harstad?

- Levevaner følger i grove trekk sosioøkonomisk status, og det viser seg vanskelig å endre levevaner i voksen alder. Forebygging før et definert hjelpebehov oppstår er definitivt det mest økonomiske og minst krevende, men hvordan kan det gjennomføres i praksis?
  På tross at et flerårig fokus på sosial ulikhet i helse, er problemet større enn noen gang. Sosioøkonomisk status kan i stor grad si noe om sykdomsrisiko, levevaner og levealder. Kommunen jobber både gjennom lovpålagte og ikke lovpålagte oppgaver med å redusere ulikhet og risiko for sykdom og skader, blant annet jordmortjenesten, helsestasjon og skolehelsetjenesten, barnehager, skoler, frisklivssentralen, aktivitetssentrene osv. Hvordan jobbe kontinuerlig for å bedre kvalitet i tjenestene/tilbudene og nå ut til flest mulig i målgruppene?

- Undersøkelser viser at det er store ulikheter i valg av livsstil mellom personer med høy og lav utdanning, som igjen gjenspeiles tydelig på sykdomsstatistikken. Hvorfor er det slik, og kan kommunen gjøre noe for å påvirke i positiv retning?

4.6 Helsetilstand

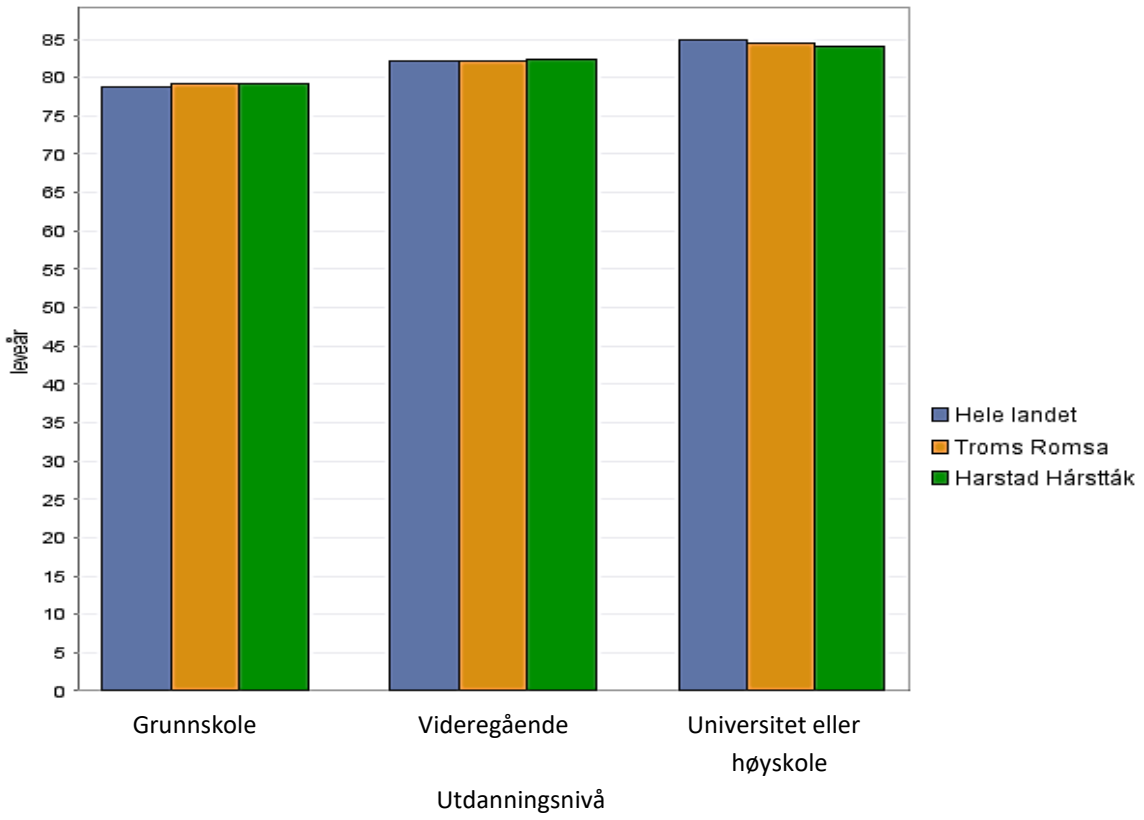
Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål, for eksempel risikofaktorer og forekomst av forebyggbare sykdommer. Disse helseutfallene har ofte en sammensatt årsakskjede som involverer elementer fra flere av de andre temaene som tidligere er beskrevet.

4.6.1 Levealder

Det er små geografiske forskjeller i forventet levealder ut fra høyeste fullførte utdanningsnivå. De største forskjellene er på utdanningsnivå, og for Harstad må dette settes i sammenheng med andelen av befolkningen med kun grunnskole- og videregåendeutdanning.

Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. De siste 35 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti-femten årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

Forventet levealder etter høyeste fullført utdanningsnivå.



Figur 35: Forventet levealder etter høyeste fullførte utdanningsnivå, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

4.6.2 Psykiske lidelser og psykisk helse

Bruk av primærhelsetjenesten: Harstad har en høyere og økende bruk av primærtjenesten for psykiske symptomer, sammenliknet med landsgjennomsnittet. Kommunen ligger derimot under når det kommer til psykiske lidelser. Angst og depresjon er de vanligste psykiske lidelsene.

Bruk av legemidler: Det brukes mindre reseptbelagte legemidler mot psykiske lidelser i Harstad enn gjennomsnittet for landet for øvrig. Dette gjelder den totale bruken av legemidler, samt antipsykotika, antidepressiva, sovemidler og angstdempende medisiner.

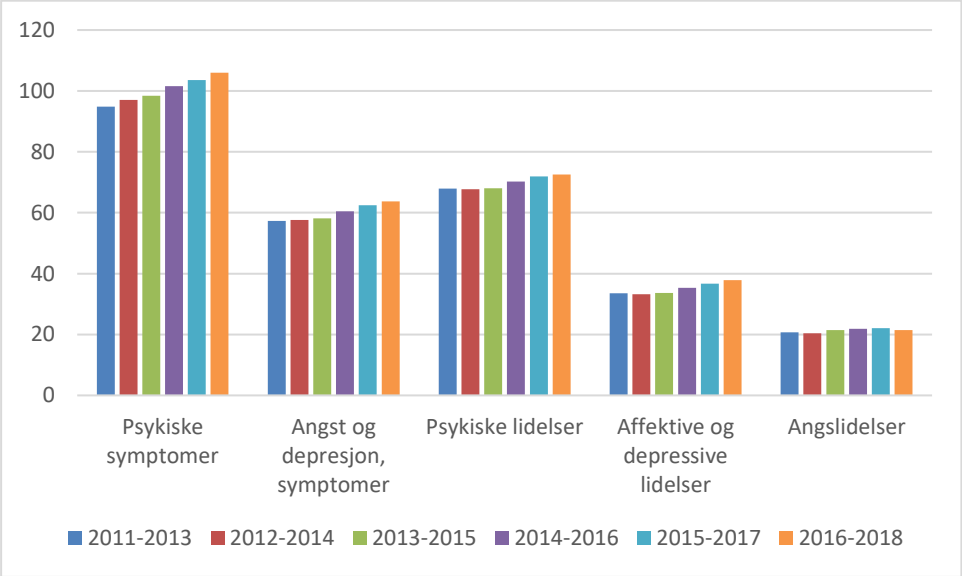
Depressive symptomer: Harstad har en større andel ungdommer som er mye plaget depressive symptomer enn landsgjennomsnittet. Mer enn 1 av 5 oppgir å ha vært mye plaget med ensomhet. Jenter er spesielt utsatt.

Psykiske lidelser er svært vanlig i befolkningen, men forekomsten er stabil. Ca. en tredel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år (inkludert alkoholmisbruk), mens 8 % av barn og unge til en hver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon. Sykmeldinger, uførepensjon og økt dødelighet er noen av de viktigste følgene av psykiske sykdommer.

Generelt er depresjon og angst de vanligste plagene blant ungdom. Jenter er mer plaget og oppsøker oftere hjelp enn gutter. Konfliktfylte forhold i hjemmet og liten grad av sosial støtte, øker risikoen for slike lidelser. Flere undersøkelser viser også en klar sammenheng mellom mobbing og dårlig psykisk helse.

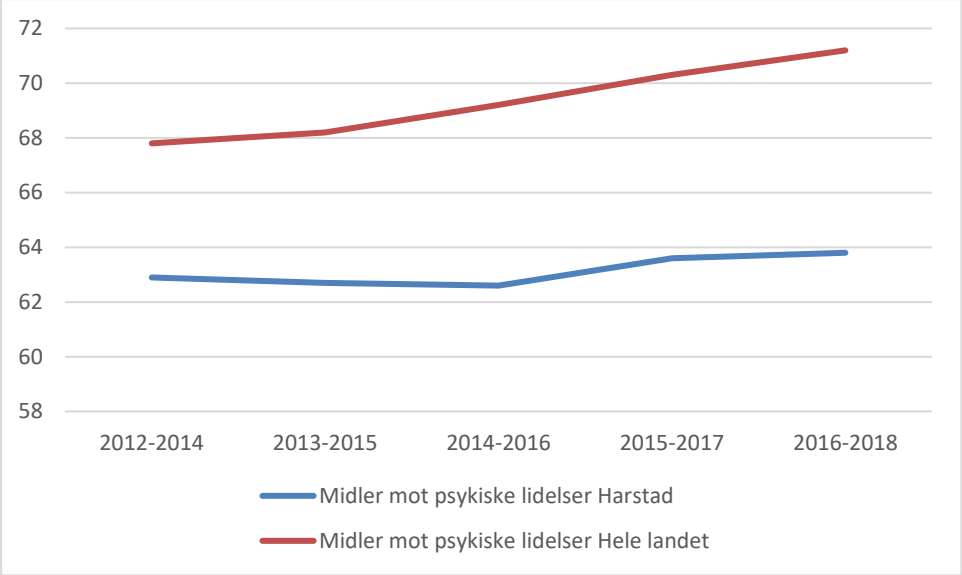
Bruk av primærhelsetjenesten, psykiske symptomer og lidelser, 2011-2018, 3 års glidende gjennomsnitt.

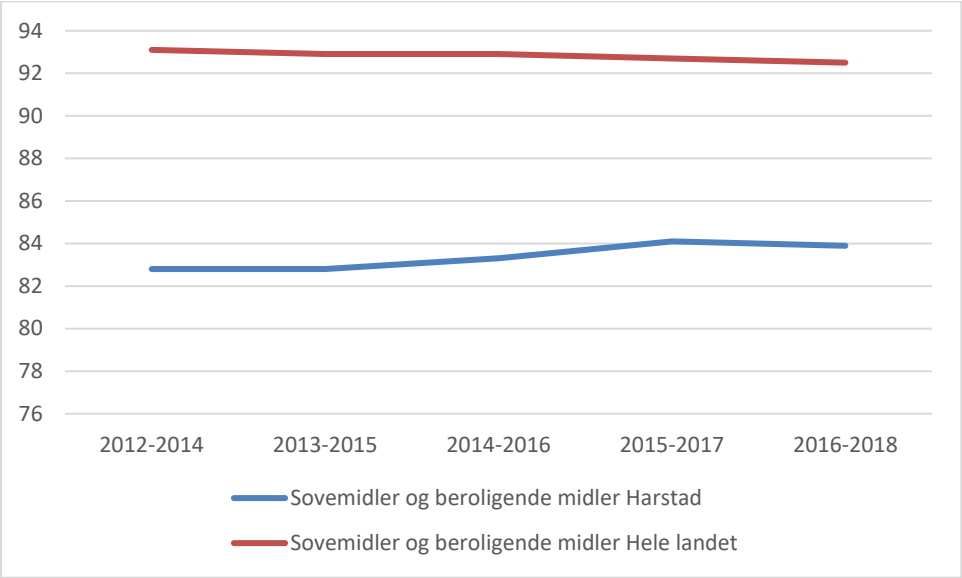
Psykiske symptomer og psykiske lidelser er hovedkategorier, de tre andre utgjør de største undergruppene innen hovedkategoriene.



Figur 36: Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

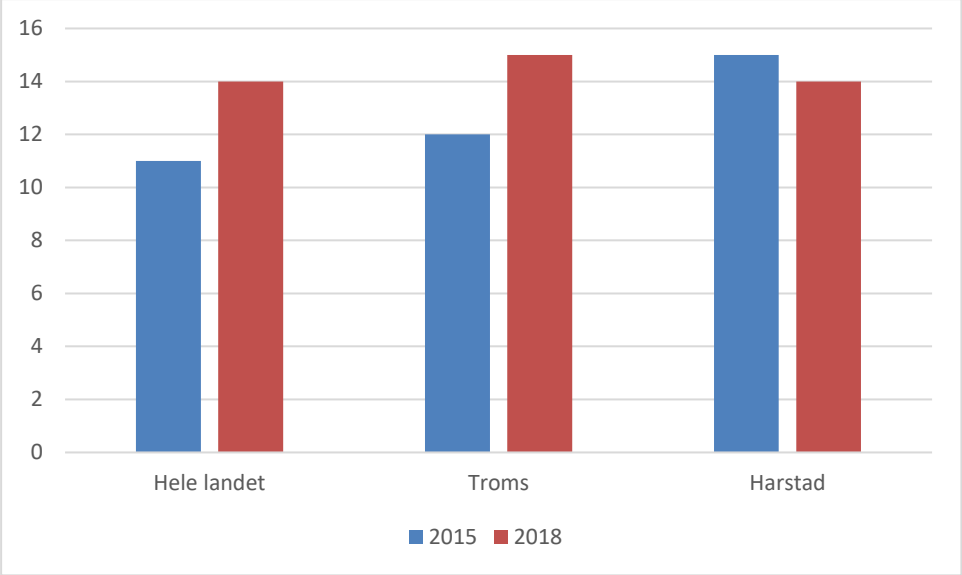
Legemiddelbrukere mot psykiske lidelser, 0-74 år





Figur 37: Brukere av legemidler utlevert på resept per 1000 innbyggere per år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt, 2012-2018. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

Depressive symptomer, 2015/2018



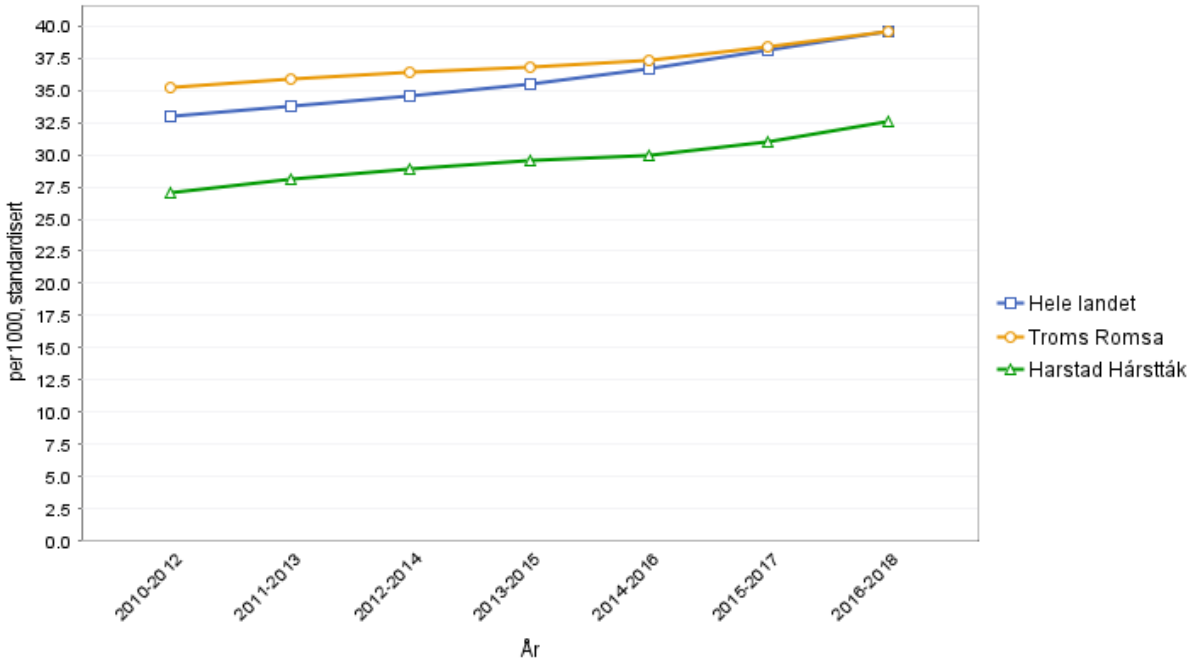
Figur 38: Andel ungdomsskoleelever som er mye plaget av depressive symptomer, målt gjennom flere spørsmål om tilstand siste uka før undersøkelsen. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk.

4.6.3 Diabetes

Harstad har hatt en gradvis økning i bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes fra 2005 til 2018. Troms fylke ligger på landsgjennomsnittet, mens Harstad kommune ligger noe under.

Forekomsten av type 2 diabetes er usikker og behandlingen av sykdommen varierer. Kosthold, mosjon og vektreduksjon kan for noen normalisere blodsukkeret og holde sykdommen under kontroll. Andre trenger medikamenter for å få ned blodsukkeret og bruk av midler til behandling av type 2-diabetes kan brukes som en indikator på forekomst av type 2-diabetes i befolkningen. Med årene kan imidlertid insulinproduksjonen reduseres, og det blir nødvendig med insulinsprøyter på samme måte som ved type 1-diabetes. Overvekt er en viktig risikofaktor for utvikling av type 2-diabetes og forekomst av type 2-diabetes kan derfor gjenspeile befolkningens levevaner. Samtidig kan mange tilfeller forebygges med livsstilsendringer for personer med påvist forhøyet risiko.

Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes, 2010-2018, 3 års glidende gjennomsnitt



Figur 39: Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 30-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: folkehelseinstituttets helsestatistikk

4.6.4 Hjerte- og karsykdommer

Medikamenter mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterolsenkende midler), brukere 0-74 år: Harstad kommune har hatt en svak økning i bruk at medikamenter mot hjerte- og karsykdommer siden denne datainnsamlingen startet i 2005. Årlig gjennomsnitt fra 2016 til 2018 viser at 3350 personer hvert år hentet ut minst en resept på legemidler i denne kategorien. Det er flere menn enn kvinner som bruker denne type legemidler.

Kolesterolsenkende medikamenter, brukere 0-74 år: Til tross for at bruken av kolesterolsenkende medikamenter i Harstad er lavere enn landsgjennomsnittet, er det en årlig økning, også i Harstad. Det er en betydelig høyere andel menn enn kvinner som bruker denne type legemidler. I Harstad kommune var det i perioden 2016-2018 et årlig gjennomsnitt på 1129 menn og 811 kvinner som hentet ut minst en resept på kolesterolsenkende medikament.

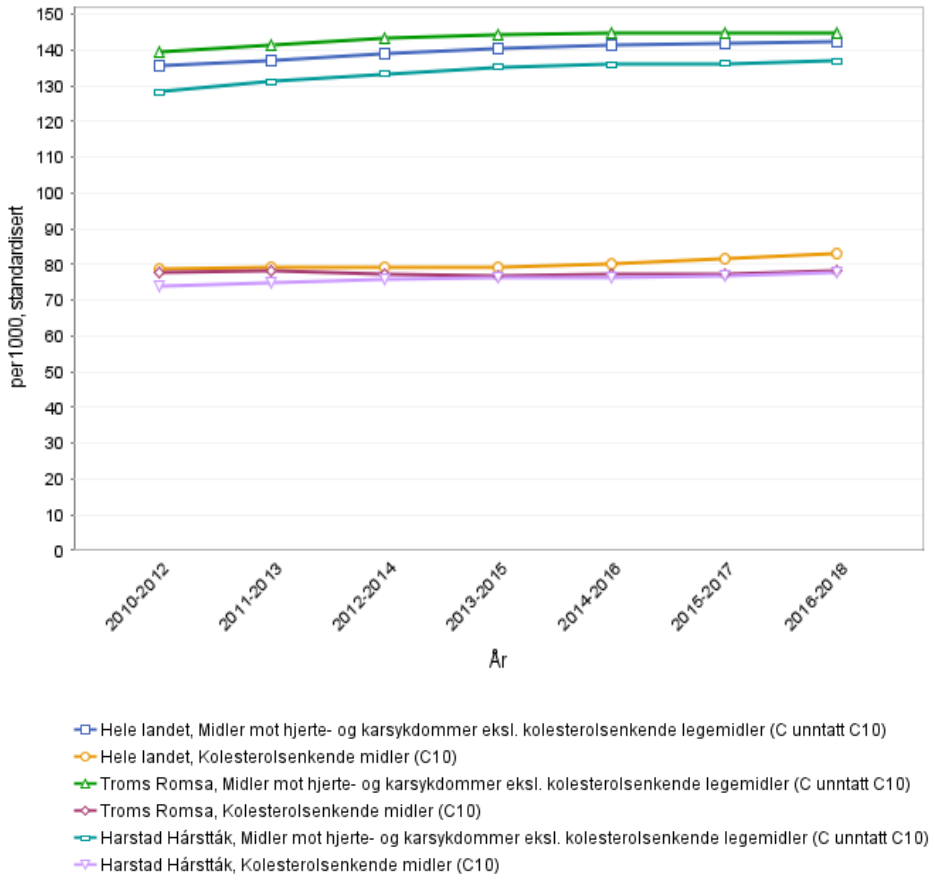
Bruk av primærhelsetjenesten:

Antall brukere av primærhelsetjenesten har vært stabilt de siste årene. Årlig gjennomsnitt i perioden 2016-2018 var på 2578 brukere av primærhelsetjenesten for pasienter med hjerte- og karsykdomsdiagnoser.

Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Hjerte- og karsykdommer omfatter blant annet hjerteinfarkt, angina pectoris (hjertekramper) og hjerneslag. For å redusere antall infarkt må vi øke andelen ikke-røykere som har et gunstig kosthold, mosjonerer daglig og har normal kroppsvekt. Det har vært nedgang i forekomsten av hjerte- og karsykdom de

siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorene nevnt ovenfor tyder på at lidelsen vil fortsette å ramme mange.

Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer, 2010-2018, 3 års glidende gjennomsnitt



Figur 40: Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000 standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

4.6.5 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

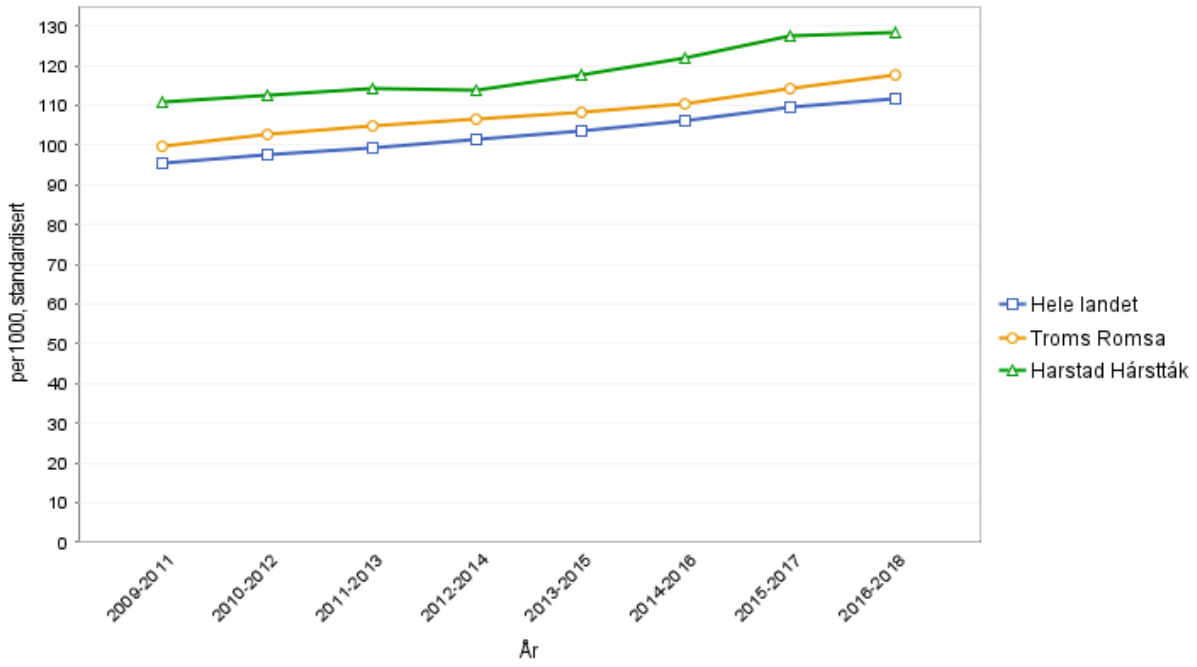
Medikamenter mot KOLS og astma: Bruken av medikamentet mot KOLS og astma i Harstad kommune ligger over landsgjennomsnittet. Det er i årlig gjennomsnitt 1226 personer, bosatt i Harstad som henter ut minst en resept på legemidler til denne sykdomskategorien årlig. Av disse er 719 kvinner.

Bruk av spesialisthelsetjenesten: Det har de siste årene vært en liten økning i antall personer med dag- eller døgnopphold i spesialisthelsetjenesten med diagnose KOLS. I Harstad var det i perioden 2016-2018 et årlig gjennomsnitt på 37 personer (opp fra 30 i perioden 2010-2012 og ned fra 41 i perioden 2013-2015).

Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, og av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av

tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. Forekomst av KOLS øker med økende tobakksforbruk og antall røykeår, og kan si noe om befolkningens røykevaner.

Bruk av KOLS og astma medikamenter, 45-74 år, 2009-2018, 3 års glidende gjennomsnitt



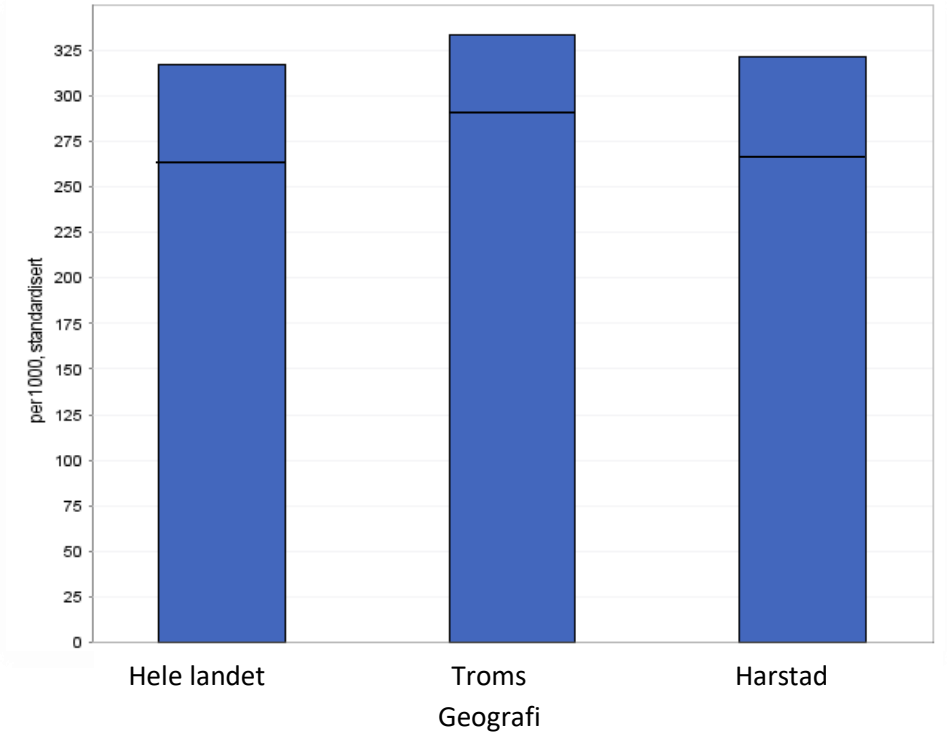
Figur 41: Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 45-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk.

4.6.6 Muskel- og skjelettlidelser (ekskl. brudd og skader)

Bruken av primærhelsetjenesten for muskel- og skjelettlidelser er litt større i Harstad enn landsgjennomsnittet. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner i befolkningen. Et årlig gjennomsnitt på 7580 brukere, hvorav 1265 er fra 15-29 år. Ca. 60 % av brukerne er kvinner.

Samlet sett er muskel- og skjelettsykdommer den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest», selv om de fleste tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet. I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet. Risikofaktorer, og dermed også mulighetene for forebygging, avhenger av diagnose. Sett under ett har mange typer muskel- og skjelettsykdommer og -plager sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og til dels også overvekt. Muskel- og skjelettsykdommer er vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status.

Bruk av primærhelsetjenesten, muskel- og skjelettlidelser, 2016-2018, 3 års glidende gjennomsnitt.



Figur 42: Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Markering viser nivået i 2013-2015. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

4.6.7 Demens

Demens er en stor og økende utfordring i Harstad kommune som i store deler av Norge. I dag lever mellom 80 000 og 100 000 mennesker i Norge med demens. Antallet vil øke med antall eldre. Det finnes ikke tall på antall dementsyke i Harstad, men pågangen med personer i denne kategorien som søker hjelp, pleie og avlastning er sterkt økende.

En sunn livsstil kan bidra til å forhindre demens. Levevaner ser også ut til å kunne bremse symptomene hos dem som allerede har fått en demenssykdom. Tidlig diagnostisering, informasjon, tilrettelegging og oppfølging av den demenssyke og pårørende, vil være medvirkende faktorer til at familien klarer å mestre utfordringene knyttet til demenssykdommen.

Hver demente person har i gjennomsnitt 4 nære pårørende. Å være pårørende til demente er en krevende og mange opplever redusert livskvalitet og dårlig helse grunnet omsorgsforpliktelsen.

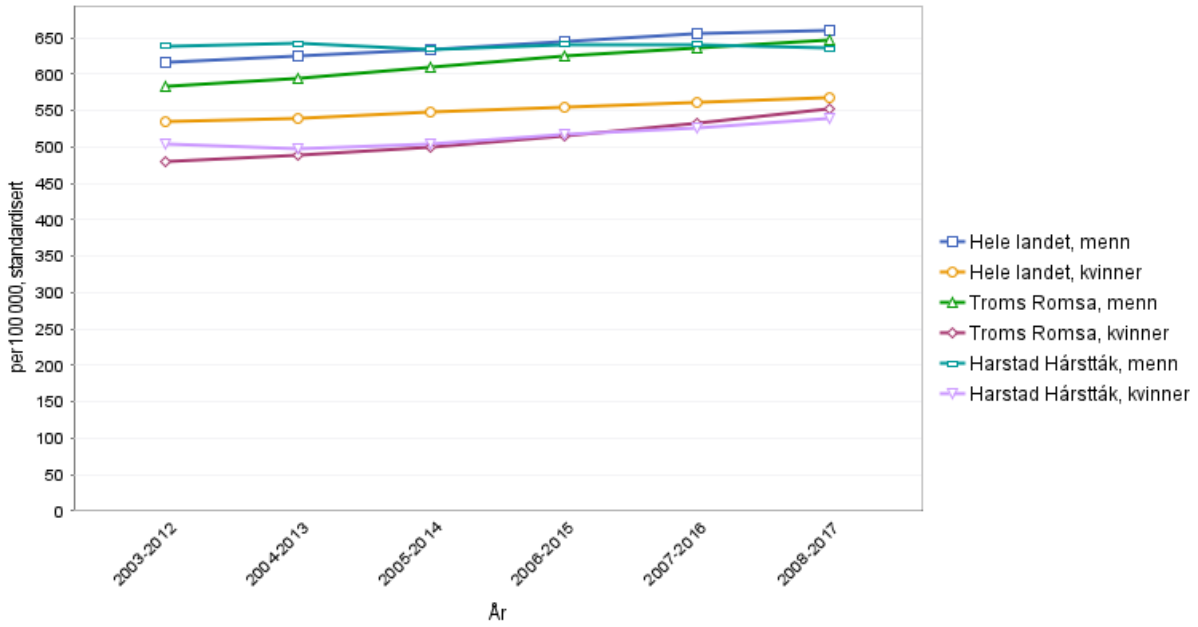
4.6.8 Kreft

Nye tilfeller av kreft: Det er årlig litt færre nye krefttilfeller, både blant menn og kvinner i Harstad enn landsgjennomsnittet. Harstad har er årlig gjennomsnitt på 152 nye tilfeller.

Kreftdødelighet, 0-74 år: Kreftdødeligheten er svakt økende for kvinner og synkende for menn i denne aldersgruppen. Det er snakk om små tall og ikke så store variasjoner som kan fremkomme av grafikken. I perioden 2008-2017 er det er årlig gjennomsnitt, totalt for begge kjønn, på 24 personer.

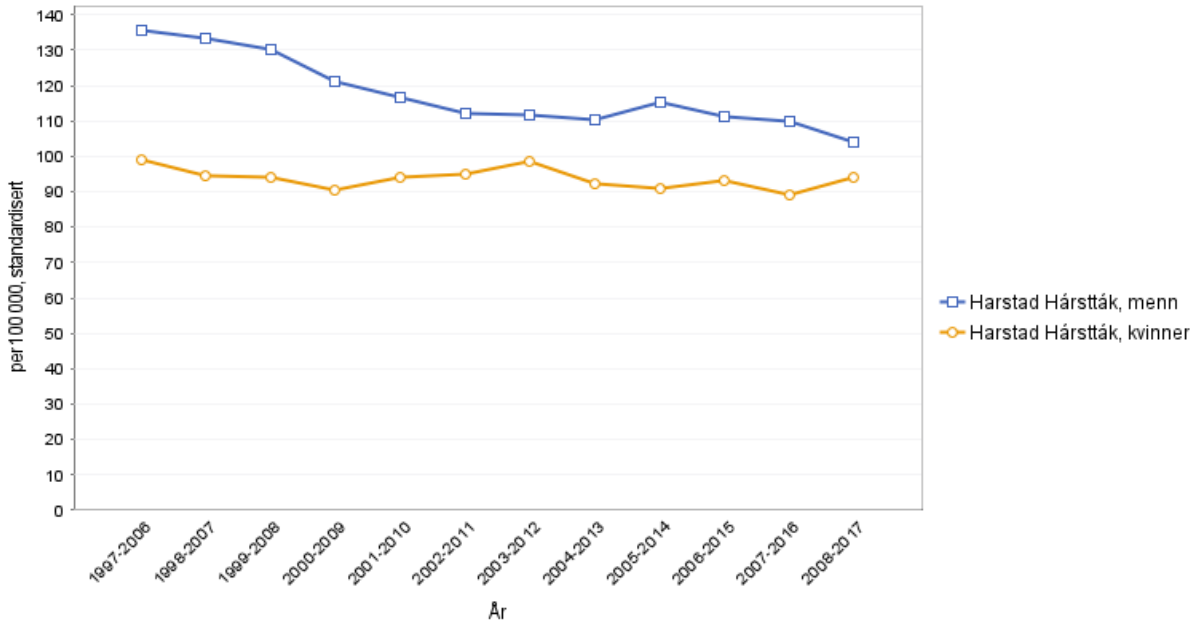
Kreft er ikke én enkelt sykdom, men en fellesbetegnelse for en rekke sykdommer som kan ha forskjellige risikofaktorer og ulik sykdomsutvikling. Det tar ofte lang tid fra eksponering til man utvikler kreft, og mange faktorer kan derfor medvirke til at sykdommen oppstår.
Kosthold, fysisk aktivitet, røyke- og alkoholvaner er faktorer som har betydning for kreftforekomsten. Det anslås at ett av tre krefttilfeller henger sammen med levevaner. En endring i befolkningens levevaner har derfor et stort potensiale til å redusere risikoen for å utvikle kreft.

Nye krefttilfeller, 2003-2017, 10 års glidende gjennomsnitt



Figur 43: Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt. Per 100.000 standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

Dødelighet kreft, 0-74 år, 1997-2017, 10 års glidende gjennomsnitt



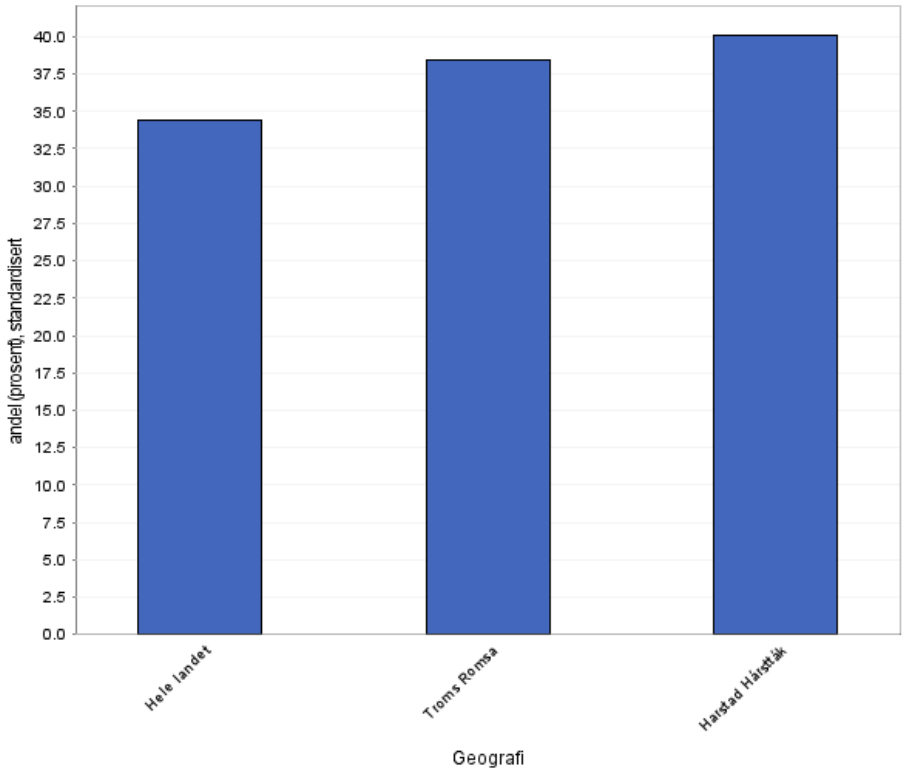
Figur 44: Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, årlig antall. 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

4.6.9 Overvekt og fedme

Ca. hver femte voksne person i Norge har en kroppsmasseindeks (KMI) på mer enn 30, som er definisjon på fedme. Statistikken viser at 40 % av gravide kvinner i Harstad er overvektige ved første svangerskapskontroll. Overvektsproblematikken er økende ved økende alder og størst for aldersgruppen 50 – 60 år. Over halvparten av 40-45 åringene i Norge har KMI over 25, som er definert som overvektig.

Overvektige er i risiko for å få en lang rekke sykdommer, først og fremst økt risiko for hjerte- og karsykdommer og diabetes (type 2). I tillegg er det kjent at overvekt er knytte til økt risiko for noen kreftformer og øker sannsynligheten for muskel- og skjelettlidelser. Overvekt kan føre til søvnvansker og psykiske vansker. Helsegevinsten av å redusere vekten er større jo yngre man er.

Overvekt inkl. fedme, kvinner, 2016-2018, 3 års glidende gjennomsnitt



Figur 45: Andel kvinner med overvekt inkludert fedme i prosent av alle fødende kvinner med høyde- og vektopplysninger fra første svangerskapskontroll. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk

4.6.10 Tannhelse

Andelen 5- og 12-åringer med DMFT/dmft[2] er synkende de siste årene, mens tallene er ganske stabile for 18-åringer. 18-åringene ligger også stabilt med i gjennomsnitt 4,8 tenner med karies eller tenner som er fylt/fjernet grunnet karies. 5- og 12-åringer har i gjennomsnitt svakt synkende antall tenner med samme problematikk.

Tradisjonelt viser tallene at barn bosatt i Finnmark og Troms, samt barn med innvandrerbakgrunn har mer karies i tennene enn andre norske barn. Aldersgruppene 50-60 år og eldre har i likhet med andre aldersgrupper fått bedre tannhelse. I dag går de fleste over i pensjonisttilværelsen med egne tenner i behold.

Tannhelse er en viktig del av den totale helsa. Det er som regel de samme faktorene som gir god helse som gir god tannhelse. På samme måte gjenspeiler tannhelsen helseulikhetene vi finner i andre diagnoser som er knyttet til levevaner.

[2] DMFT = summen av tenner med kariesangrep, manglende tenner eller tenner med fyllinger. For melketenner benyttes små bokstaver - dmft

4.6.11 Smittsomme sykdommer

Harstad har i årlig gjennomsnitt 14.753 legemiddelbrukere av reseptbelagte medisiner. Det er god vaksinasjonsdekning og lite av de alvorlige smittsomme sykdomstilfeller hvert år. Vaksinasjonsdekningen i Harstad ligger omtrent på landsgjennomsnittet på de anbefalte vaksinene både blant 2-åringer og 9-åringer. Den største andelen smittsomme sykdommer i Harstad er kjønnssykdommer av typen klamydia. Smitte er mest utbredt blant befolkningen under 25 år. Smittespredning kan forebygges ved bruk av kondom ved seksuelt samleie.

Å være fullvaksinert mot en gitt sykdom ved en gitt alder, vil si at barnet har fått de vaksinedosene som barnets alder tilsier til anbefalt tid. Vaksine mot Hib følger 3-dose regime og skal gis i første leveår. Dekningstall for Hib oppgis derfor kun for 2-åringer da disse vaksinene ikke følger anbefalt vaksinasjonsregime dersom vaksinering starter etter fylte 2 år.

For mange potensielt farlige sykdommer er vaksinasjon det mest effektive forebyggende tiltaket man kjenner. Tall på vaksinasjonsdekning kan være til hjelp i vurdering av smittevernet i befolkningen samt vaksinasjonsprogrammets effektivitet. Ved et effektivt vaksinasjonsprogram med høy vaksinasjonsdekning vil det sirkulere lite smitte i befolkningen, og vil føre til at de uvaksinerte indirekte blir beskyttet. Dette kalles flokkimmunitet.

Vaksinasjonsdekning i Harstad kommune, 2017-2018

Alder	Vaksine	2017	2018
2 år	Difteri, kikhoste, stivkrampe, polio	98,2	94,6
	MMR	98,2	97,1
	Hib	96,0	93,7
	Rotavirusinfeksjon	89,0	90,8
9 år	Difteri, kikhoste, stivkrampe, polio	93,6	97,0
	MMR	96,5	98,7

Tabell 1: Andelen barn i Harstad kommune som er fullvaksinerte mot henholdsvis meslinger, kusma, røde hunder (MMR), kikhoste, difteri, stivkrampe, polio og Haemophilus influenzae type B (Hib) og rotavirusinfeksjon ved henholdsvis 2 og 9 års alder, i prosent av alle barn i aldersgruppen 2 år og 9 år. Kilde: Folkehelseinstituttets helsestatistikk.

4.6.12 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Levealder	Harstads befolkning har en forventet levealder på 78 år (grunnskole), 81 år (videregående skole) og 84 år (høyere utdanning). Gjennomsnittlig forventet levealder for menn er 78 år og for kvinner 83 år.		
Psykiske lidelser	Totalt viser tallmaterialet at Harstad har over gjennomsnittet bruk av primærhelsetjenesten for psykiske symptomer og lidelser. Tallene er økende. Det er årlig gjennomsnitt på 1489 brukere av reseptbelagte midler mot psykisk lidelser. Lavere enn landsgjennomsnittet.	Tap av nære relasjoner, samlivsbrudd, konflikter, psykiske plager, rusmisbruk eller vold i familien, mobbing på skolen, digital mobbing, ensomhet, traumatiske opplevelser, arvelige faktorer. Et høyere krav til teoretisk kunnskap kan også være belastende i tillegg til mer konkurranse og krav til prestasjon i hverdagen.	Nedsatt arbeidsevne, sykefravær, uføretrygd, større dødelighet. Konsekvenser for barndom og ungdomstid.
Diabetes	Gradvis økning i bruk av legemidler mot diabetes type 2 fra 2005 til 2018. Årlig gjennomsnitt 2016-2018 på 636 personer.	Arv, overvekt, for lite fysisk aktivitet.	Skader av blodårer og indre organer, økt risiko for hjerteinfarkt, hjerneslag og amputasjon, nyresvikt, nedsatt syn, nedsatt følsomhet i beina, impotens hos menn.
Hjerte- og karsykdommer	Svak økning i bruk av legemidler mot hjerte- og karsykdommer, inkl. medikamenter for høyt kolesterol. Flere menn enn kvinner er utsatt.	Arvelige faktorer i samspill med miljøfaktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes	For tidlig sykdom og død.

Lungesykdommer	Økende bruk av medikamenter, spesielt blant kvinner. Årlig gjennomsnitt, 2016-2018, er 1226 personer. Trolig mange udiagnostiserte syke.	Røyking, luftforurensning i arbeidsmiljø eller utendørs, arvelige faktorer, allergi og overfølsomhet.	Pustebesvær, hoste, tretthet, psykiske og sosiale konsekvenser.
Muskel- og skjelettlidelser	I gjennomsnitt 7580 årlige brukere av primærhelsetjenesten 2016-2018. 17 % er mellom 15 og 29 år.	Arv, over-, under- og feilbelastning, skader.	Redusert livskvalitet, sykefravær, uføretrygd.
Demens	Økende antall som forventes å øke betydelig fremover.	Flere eldre. Levevaner.	Stort pleie- og omsorgsbehov. Mangel på tilrettelagte boliger. Redusert livskvalitet. Stor belastning for mange pårørende.
Kreft	Årlig gjennomsnitt, 2008-2017, på 152 nye krefttilfeller hvert år. Kreftdødelighet er ca. 24 personer årlig.	Utvikling av kreft: Livsstilsfaktorer som røyking, stoffer i miljøet, fedme, kosthold, alkohol, infeksjoner og fysisk aktivitet påvirker kreftrisiko.	Lidelser og kostnader
Overvekt	40 % av gravide kvinner er overvektige ved første svangerskapskontroll.	Livsstil. Inaktivitet og stillesitting. Økt tilbud og inntak av kaloririke matsorter og drikke. Hormonforstyrrelser.	Økt risiko for blant annet hjerte- og karsykdommer, diabetes, kreft, muskel- og skjelettplager, søvnvansker og psykiske vansker. Redusert livskvalitet. Sykefravær.
Tannhelse	Forbedring blant 5- og 12-åringer, mens lite endring blant 18-åringer.	God oppfølging av tannhelsetjenesten. Bedre informasjon.	Konsekvenser av dårlig tannhelse: Smerter. Dårlig selvbilde. Manglende appetitt. Økt bruk av smertestillende medisiner. Fravær

			fra skole, jobb og fritidsaktiviteter.
Smittsomme sykdommer	Høy vaksinasjonsdekning blant barn. Få tilfeller av smittsomme sykdommer, med unntak av chlamydia. For få tilfeller til å se trender eller utvikling.	Helsestasjon når nesten alle barn i kommunen. Mange tilfeller med smittsomme sykdommer er smittet i utlandet. Større risiko ved at flere reiser mer. Chlamydia – ubeskyttet sex, manglende kunnskap.	Generelt lite smitte i befolkningen. Chlamydia: problemer med å bli gravid og større risiko for graviditet utenfor livmoren.

4.6.13 Helsetilstand – innspill og vurderinger

Under utarbeidelsen av dette dokumentet har det kommet inn innspill og tanker rundt de problemstillingene som beskrives. Det kan også være utfordringer som oppleves blant fagpersoner som jobber innenfor feltet. Det anbefales at innspill tas med og vurderes i det videre planarbeidet innenfor det/de tema det berører.

- Flere eldre bor lengre hjemme og har et mer komplekst sykdomsbilde enn tidligere. Flere opplever ensomhet, som får negative konsekvenser på blant annet psykisk helse og alkoholbruk. Er det store mørketall på alkoholbruk for eldre? Friske eldre er friskere enn tidligere, og kan være store ressurser for samfunnet. Hvordan utnytte denne ressursen til det beste for enkeltpersoner og samfunnet?

- Mange pårørende, blant annet til demenssyke, sliter seg ut og ofrer egen helse og livskvalitet for å hjelpe sine nære. Hvordan verdsettes og ivaretas pårørende og den ressursen de er? Har kommunen gode nok avlastningsordninger for å forebygge at pårørende blir syke og hjelpetrengende?

- Harstad har i likhet med landet for øvrig en økende andel syke med livsstilssykdommer, sykdommer som kan relateres til levevaner. Sykdom som koster samfunnet store penger i behandling. Hvordan skal kommunen og eventuelt andre jobbe sammen for å forebygge flere tilfeller av livsstilssykdommene?

- Personer med kroniske- og langvarige lidelser kan oppleve å bli en byrde for samfunnet Mange med langvarige lidelser som faller ut fra skole/arbeid og kanskje det sosiale livet vil ha en betydelig økt risiko for psykiske lidelser og ensomhet. Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsakene til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalder. Hvordan redusere ytterligere helserisiko for denne gruppen? Hvilke

tiltak/tilbud trengs for å opprettholde livsmot, mestring og livskvalitet, samt minimere hjelpebehovet for personer som opplever kroniske eller langvarige sykdommer og lidelser?

- Overvekt og fedme er et sterkt økende problem i hele landet. Overvekt er stort sett et resultat av usunne levevaner over tid, og gir en betydelig økt risiko for en rekke sykdommer og lidelser. Både overvekten i seg selv og levevanene utgjør en risikofaktor, og må ses i sammenheng. Hvordan endre en uheldig utvikling av overvekt og fedme i befolkningen? Hvilke tiltak kan gjøres for å redusere sykdomsrisiko for personer med overvekt og fedme?

- Større reisevirksomhet og flere innvandrere/flyktninger øker forekomsten av smittsomme sykdommer. Hvordan være i forkant og forebygge uønsket smitte?

- Det er betydelige forskjeller i sykdomsrisiko etter utdanningsnivå. Personer som kun har fullført grunnskole, har tre ganger så høy risiko for lungekreft som de med høyere utdanning. Undersøkelser viser at hele 11 kreftformer forekommer langt oftere blant gruppen med lavt utdanningsnivå. Alle de aktuelle kreftformene kan knyttes til livsstil og levevaner.

KILDER:

Brønnøysundregisteret: http://w2.brreg.no/frivillighetsregisteret/

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

Folkehelseinstituttets helsestatistikk: http://khs.fhi.no/webview/

Helsedirektoratet: https://helsedirektoratet.no/

Helseoversikter i Nord-Gudbrandsdalen: http://www.nglms.no/folkehelseoversikter.243428.no.html

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet: http://www.imdi.no/no/Fakta-og-statistikk/

Kommunekart: https://kommunekart.com/

Luftkvalitet: www.luftkvalitet.info

Meldingssystem for smittsomme sykdommer: http://www.msis.no/

Miljørettet helsevern – kjemiske, fysiske og biologiske miljøforholds betydning for helse i vårt land og fordeling av disse: http://www.fhi.no/dokumenter/16d776644a.pdf

NAV: https://www.nav.no/Forsiden

Norges geologiske undersøkelse: http://geo.ngu.no/kart/minkommune/?kommunenr=1901

NRK: http://www.nrk.no/fordypning/barndommens-pris-1.12535756#dataset-plugin

https://www.nrk.no/livsstil/lavt-utdannede-har-hoyere-kreftrisiko-1.14751590

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/50/God-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse-IS-2110.pdf

Skaderegisteret UNN Harstad (lagt ned)

Statistisk sentralbyrå (SSB): https://ssb.no/statistikkbanken

Ungdataundersøkelsen: http://www.ungdata.no/id/28073.0

Salgsstatistikk fra vinmonopolet: http://www.vinmonopolet.no/artikkel/om-vinmonopolet/salgstall

I tillegg er det innhentet kunnskap, kompetanse og faglige vurderinger fra flere enheter i Harstad kommune.