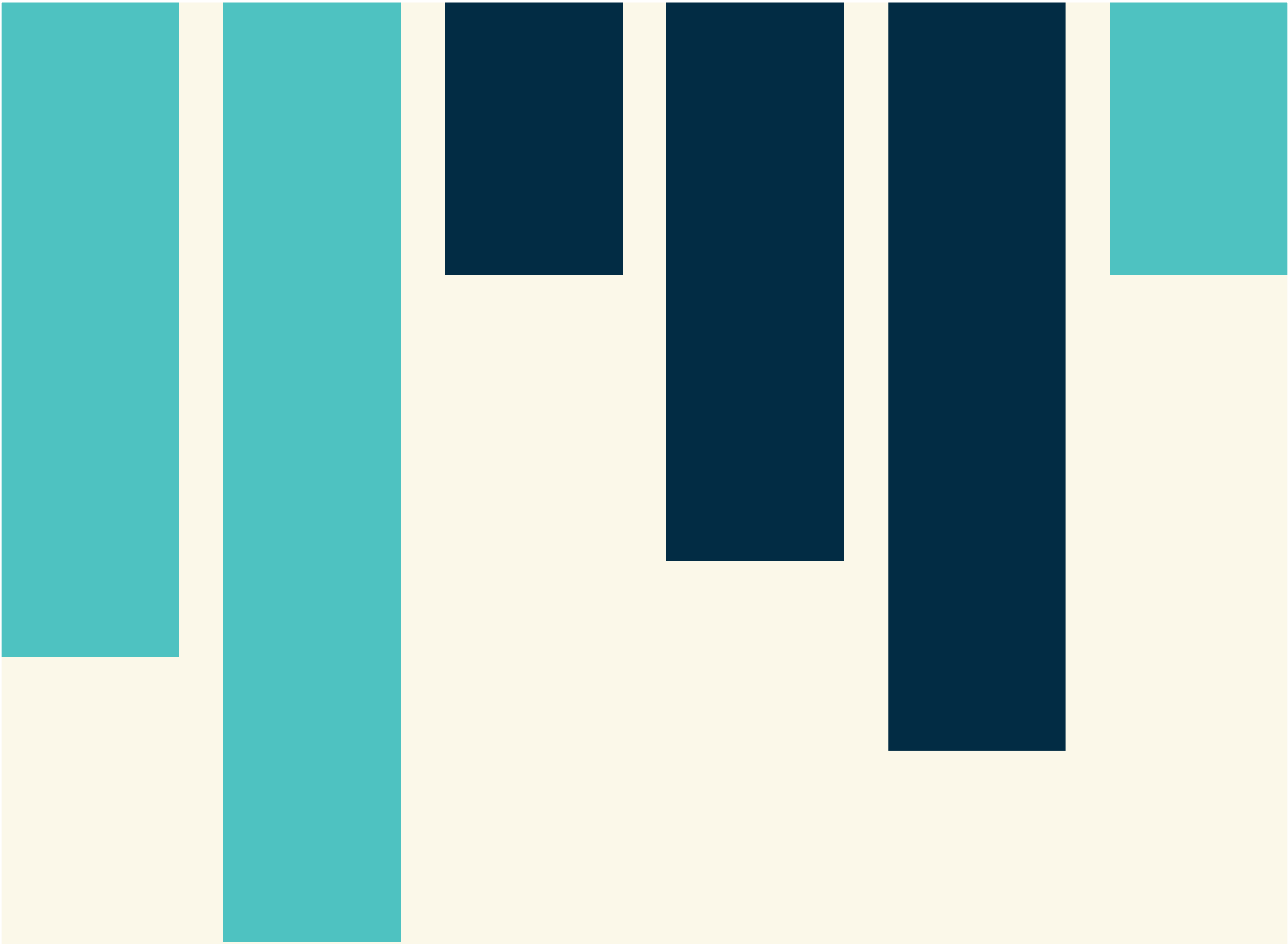




Folkehelsa i Finnmark - Kunnskapsgrunnlaget

Finnmark fylkeskommune 2023-2027



Finnmark fylkeskommune
Finnmárkku fylkkagielda
Finmarkun fylkinkomuuni

Innhold

Innhold	1
Forord.....	4
1.0 Innledning.....	5
1.1 Forsoning i et folkehelseperspektiv.....	6
Hovedinntrykk fra kunnskapsgrunnlaget	7
Kapittel 2: Befolkningssammensetning.....	7
Kapittel 3: Oppvekst- og levekårsforhold	8
Kapittel 4: Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	8
Kapittel 5: Skader og ulykker	8
Kapittel 6: Helserelatert adferd	9
Kapittel 7: Helsetilstand	10
Kapittel 8: Sosial ulikhet i helse	10
2.0 Befolkningen.....	12
Hovedinntrykk	12
2.1 Folketall som helhet	13
2.1.1 Andel kvinner og menn i ulike aldre	14
2.1.2 Fremskrevet folketall.....	15
2.2 Barnefødsler	16
2.3 Antall enpersonshushold	16
2.4 Etnisk sammensetning.....	17
2.5 Inn og utflytting.....	19
3.0 Oppvekst- og levekårsforhold.....	21
Hovedinntrykk	21
3.1 Økonomi og levekår	22
3.1.1 Lavinntektsfamilier	22
3.1.2 Inntektsfordeling	23
3.2 Arbeidsliv og sysselsetting	24
3.2.1 Sysselsetting for ungdom:.....	25
3.2.2 Sykefravær	27
3.2.3 Mottakere av uføreytelser	27
3.2.4 Arbeidsledighet	28
3.2.5 Arbeidsmarkedet	30
3.2.6 Sysselsatte fordelt på arbeidsområder.....	31
3.2.7 Andel pendlere ut eller inn av kommuner i Finnmark.....	31

3.3 Utdanning	35
3.3.1 Utdanningsnivå i Finnmark	35
3.3.2 Videregående skoler i Finnmark.....	37
3.3.3 Gjennomføring i videregående opplæring	38
4.0 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	41
Hovedinntrykk	41
4.1 Omfang av smittsomme sykdommer	42
4.2 Drikkevannskvalitet	44
4.3 Forekomst av radon	45
4.4 Risiko for legionella	45
4.5 Omfang av områder utsatt for støy.....	46
4.6 Omfang av områder utsatt av luftforurensning.....	47
4.7 Omfang av områder utsatt for annen forurensning	48
4.9 Trygge skoleveier, sykkel- og gangstier:	48
4.11 Omfanget av områder for rekreasjon og friluftsliv	49
4.11.1 Tilgjengeligheten til områder for rekreasjon og friluftsliv	49
4.12 Tilbud og tilgjengelighet til kollektivtransport	49
4.13 Antall frivillige organisasjoner.....	50
4.14 Omfang av sosiale risikomiljøer som rusmiljøer og kriminalitet	51
4.15 Valgdeltakelse	54
4.16 Omfang av kulturtilbud.....	55
4.17 Sosial støtte.....	58
5.0 Skader og ulykker	60
Hovedinntrykk	60
5.1 Antall personskader behandlet i sykehus.....	61
5.1.1 Hodeskader	61
5.1.2 Antall hoftebrudd behandlet i sykehus	61
5.1.3 Forgiftninger.....	62
5.2 Spesielle ulykkespunkter eller -strekninger.....	62
5.2.1 Spesielt utsatte skoleveger	63
5.3 Skadeforekomst i videregående skoler	63
5.4 Antall drukningsulykker	63
5.5 Omfang av arbeidsulykker	64
5.6 Oppdrag for brannetaten	66
6.0 Helse relatert atferd.....	67
Hovedinntrykk	67

6.1 Fysisk aktivitet.....	68
6.1.1 Deltakelse i organisert fysisk aktivitet	69
6.2 Fysisk aktivitet blant barn og voksne	71
6.3 Tobakksbruk, alkoholkonsum og annen rusmiddelbruk	73
6.3.1 Alkoholkonsum.....	76
6.3.2 Ulovlig rusbruk blant unge.....	78
6.4 Overvekt og fedme.....	79
6.5 Trender omkring ungdommens seksualatferd.....	80
7.0 Helsetilstand	83
Hovedinntrykk	83
7.1 Forventet levealder	84
7.1.1 Forventet levealder etter utdanning	84
7.2 Dødelighet og tapte leveår	86
.....	87
7.2.1 Selvmord	87
7.3 Ungdommens selvopplevde helse	89
7.4 Befolkningens livsmestring	89
7.5 Psykisk helse	90
7.5.1 Psykisk helse blant ungdom	90
7.5.2 Psykisk helse hos voksne.....	90
7.6 Hjerter- og karsykdom	91
7.7 Kreft.....	92
7.8 Diabetes mellitus.....	93
7.9 KOLS og astma.....	94
7.10 Muskel og skjelett	96
7.11 Narkotikautløste dødsfall	98
7.12 Fødselsvekt	99
7.13 Vaksinasjon	99
7.14 Antibiotikabruk	101
7.15 Tannhelse.....	101
8.0 Sosial ulikhet i helse	103
9.0 Kilder	105

Forord

Kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorene skal være med å identifisere folkehelseutfordringer og ressurser, og kunnskapsgrunnlaget er en utredning over faktorer som påvirker folkehelsen i Finnmark. Denne utredningen er sammenfattet i dokumentet «Folkehelseoversikt Finnmark 2024-2025», som gir grunnlag for videre systematisk arbeid og politiske beslutninger, og skal inngå som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningsloven.

Etter folkehelseloven skal fylkeskommunen legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid, og bidra til en samfunnsutvikling som fremmer helse og jevner ut sosiale helseforskjeller. Det forrige kunnskapsgrunnlaget for folkehelsen i Finnmark ble laget i 2017.

I løpet av arbeidet med å ferdigstille kunnskapsgrunnlaget, har en del av de sentrale statistikkbankene data som er felles for Finnmark og Troms. En del av statistikken i kunnskapsgrunnlaget er derfor for tidligere Troms og Finnmark fylke, der det ofte har vært umulig å få data for kun Finnmark. Allikevel vil kunnskapsgrunnlaget si noe om folkehelsen i fylket, og om de positive og negative påvirkningsfaktorenes betydning.

Dette kunnskapsgrunnlaget gir fylkeskommunen, kommunene og andre aktører et nyttig verktøy for å arbeide kunnskapsbasert og systematisk for å bedre folkehelsen og utjevne sosiale forskjeller i fylket. Fylkeskommunen skal være spesielt oppmerksom på trekk ved utviklinga som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige utfordringer og sosiale ulikheter i helse.

Et bærekraftig lokalsamfunn skal sette menneskelige behov i sentrum, og et målrettet folkehelsearbeid understøtter begreper om bærekraftig utvikling og helsefremming både nasjonalt, regionalt og lokalt.

Det er viktig å følge med på indikatorer og utvalgte data om folkehelse og påvirkningsfaktorer over tid. Det vil gi en pekepinn på om vi er på rett vei og om vi lykkes i arbeidet med å forbedre folkehelsen i Finnmark og utjevne helseforskjellene. En slik oversikt kan si noe om hvorfor Finnmark scorer høyt eller lavt på ulike områder.

Finnmark har en del utfordringer på en rekke områder, men det er fullt mulig å snu denne trenden. Siden forrige kunnskapsgrunnlag, ser vi nå at forventet levealder øker og at det er stadig flere som fullfører videregående skole innen normal tid.

I arbeidet med å utarbeide kunnskapsgrunnlaget har Finnmark fylkeskommune leid inn konsulentene John H. Jakobsen (John H. Jakobsen Consult) og Tor-Ivar Karlsen (Tor-Ivar Karlsen Enk.) for å bistå i innhenting, analyse og fremstilling av data.

Marianne Pedersen

Avdelingsleder kultur og miljø

1.0 Innledning

Bakgrunnen for kunnskapsgrunnlaget er forankret i folkehelseloven og folkehelsemelding, [Meld. St. 15 \(2022–2023\)](#) – «Folkehelsemeldinga: Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar». I tillegg har Regjeringen lansert [Meld. St 12 \(2023-2024\)](#) – Samisk språk, kultur og samfunnsliv, som handler om folkehelse og levekår i den samiske befolkningen. De nasjonale folkehelsemålene går ut på at Norge skal være blant de tre landa i verda som har høyest levealder. Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og redusere sosiale forskjeller i helse og vi skal skape et samfunn som fremmer god helse for alle.

Kunnskapsgrunnlaget ble sist oppdatert i 2017, og det ble ikke utarbeidet et felles kunnskapsgrunnlag for Troms og Finnmark de årene vi var sammenslått. Formålet med kunnskapsgrunnlaget er:

- a) Kunnskapsgrunnlaget skal gi fylkeskommunen, kommuner og andre aktører et nyttig verktøy for å arbeide kunnskapsbasert for å bedre folkehelsen og utjevne sosiale helseforskjeller
- b) Kunnskapsgrunnalet er grunnlaget for å fatte gode politiske beslutninger.

Kunnskapsgrunnlaget skal identifisere utfordringene, og påvirkningsfaktorer som kan virke inn på folkehelsen. Kunnskapsgrunnlaget skal inneholde opplysninger om befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Den skal inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser og identifisere ressurser og folkehelseutfordringer.

Kunnskapsgrunnlaget skal oppsummeres i dokumentet «Oversiktsbildet over folkehelsa i Finnmark», og de viktigste satsningsområdene vil bli beskrevet i dokumentet. De viktigste satsningsområdene vil danne grunnlag for arbeidet med Utviklingsplan Finnmark og en drøfting av utfordringene skal være med i Utviklingsplanen (jf. plan- og bygningsloven § 7-1).

Kunnskapsgrunnlaget over folkehelsen i Finnmark er et samarbeidsprodukt på tvers av avdelingene i fylkeskommunen. Styringsgruppen har bestått av fagpersoner fra seksjonen for plan, miljø og levekår, og som har vært ansvarlig for dialogen mellom avdelingene og innleide konsulenter. Arbeidsgruppen har bestått av fagpersoner fra tannhelse, samferdsel, næring, opplæring, med flere. Det tverrfaglige arbeidet har vært forankret via ledergruppen, og arbeidet har vært løftet frem i ulike sammenhenger, som for eksempel #snakkFinnmark. Ledergruppen har vært informert om arbeidet, og styringsgruppen har sendt ut konkrete spørsmål og ønsker om statistikk til de ulike avdelingene. I arbeidet med å utarbeide kunnskapsgrunnlaget har Finnmark fylkeskommune leid inn konsulentene John H. Jakobsen (John H. Jakobsen Consult) og Tor-Ivar Karlsen (Tor-Ivar Karlsen Enk.) for å bistå i innhenting, analyse og fremstilling av data.

Statistikk er blitt hentet inn fra sentrale statistikkbanker, som Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå. I tillegg har egne data blitt brukt, som for eksempel tannhelse, videregående opplæring, integrering og samferdsel. Det finnes ikke databaser med egne uttrekk for samisk, kvensk og norskfinsk befolkning, men disse gruppene er med i datagrunnlaget i «Folkehelsa i Finnmark».

Det er for tiden flere planlagte undersøkelser og forskningsprosjekter. I 2025 vil Senter for samisk helseforskning gjennomføre SAMINOR 3 i alle de 18 kommunene i Finnmark. I 2026 er det planlagt å gjennomføre en ny fylkeshelseundersøkelse i samarbeid med FHI. I tillegg har Finnmarkssykehuset en rekke pågående prosjekter, som «*vår helse – vår forskning*» og «*FETCH – Finnmark Epidemiological survey of Teen and Child Health*». Alle disse informasjonskildene vil bli nyttiggjort i det videre systematiske folkehelsearbeidet og i det neste kunnskapsgrunnlaget.

Les mer

Pågående forskningsprosjekter ved [Finnmarkssykehuset HF](#)

Samisk helseforskning og SAMINOR og SAMINOR 2: [Korsen e det med helse di?](#)

Arbeidet med [SAMINOR 3](#)

Generelt er folkehelsen i Finnmark god, men det er store sosioøkonomiske forskjeller i levealder, sykdommer, skader, helseatferd og i levevaner og levekår. Disse forskjellene er økende og innsats for å redusere sosial ulikskap i helse er derfor et viktig innsatsområde. Dette forutsetter sammensatte løsninger og at det blir gjort konsekvensanalyser knyttet til en rettferdig fordeling ved planlegging og gjennomføring av alle tiltak. Folkehelseundersøkelsen i Finnmark fra 2019 viser at de fleste i fylket har det godt, men at fylket skårer dårlig på områder knyttet til overvekt og fedme, en rekke sykdommer som i større grad kan forebygges, andel som nyter alkohol flere ganger i uken, og hvor fornøyd man er med kultur- og idrettstilbudet.

Det gode liv bygges der folk lever livene sine; i hjemmet, på skolen, på arbeidsplassen og i nærmiljøet. Arbeidet med å fremme livskvalitet og forebygge sykdom må foregå på andre arenaer enn kun helsesystemet. Planarbeidet skal legge til rette for god livskvalitet, gjennom å fremme gode oppvekst- og levekår, og meningsfulle aktiviteter og fellesskap for innbyggerne. God livskvalitet er en viktig verdi og et ønsket mål for de fleste av oss. De fleste i Norge har generelt en høy livskvalitet, men den er skjevfordelt. Et fellestrekk for mange av de som opplever dårlig livskvalitet er at de står utenfor viktige samfunnsarenaer, som for eksempel arbeidslivet. Regjeringen har forankret arbeidet med livskvalitet i den nye folkehelsemeldinga og vil i løpet av 2024 lansere en livskvalitetsstrategi.

1.1 Forsoning i et folkehelseperspektiv

Sannhets- og forsoningskommisjonen leverte sin rapport i juni 2023. Kommisjonen gransket fornorskningspolitikken og uretten som samer, kvener og skogfinner har blitt utsatt for. Fornorskningen har blitt omtalt som et historisk traume, som gjennom vedvarende belastning kan ha bidratt til at helsetilstanden er noe redusert hos samer, kvener og skogfinner sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Mange eldre samers, kvener/norskfinner og skogfinners er fortsatt preget av fornorskings- og assimileringssprossene som de ble utsatt for.

Det har vært gjort lite undersøkelser på hvordan virkningen fornorsking har hatt for samers, kvener/norskfinner og skogfinners livsvilkår og helse, særlig virkningen av fornorskingen i et langtidsperspektiv. Det har også blitt påpekt fra Helse- og omsorgsdepartementet at det er lite kunnskap om helsetilstanden og helsetjenestebehovet til nasjonale minoriteter. Det ikke er anledning til å registrere pasienters etnisitet, og det er da vanskelig å vite hvem som tilhører en nasjonal minoritet.

Senter for samisk helseforskning (SSHF) ved UiT – Norges arktiske universitet, gjennomfører helse- og levekårsundersøkelsen SAMINOR, som har et spesielt fokus på helse og levekår i den samiske befolkningen. SAMINOR sitt urfolksperspektiv gjør databanken unik både nasjonalt og internasjonalt. Samtidig inkluderes den kvenske og norskfinske befolkningen.

SSHF er inne i sin tredje undersøkelse, SAMINOR 3, der et av temaene er hvordan historiske traumer og langvarig forforskning har påvirket folks mentale og kroppslige helse over generasjoner. SAMINOR 3 vil etter planen bli gjennomført i Finnmark i løpet av 2025, og alle Finnmarks 18 kommuner er inkludert i undersøkelsen.

Les mer

[Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport](#)

Hovedinntrykk fra kunnskapsgrunnlaget

Kapittel 2: Befolkningssammensetning

Befolkningssammensetningen i Finnmark er et viktig grunnlag for vurderingen av folkehelseutfordringer og ressurser. Endring i befolkningsstrukturen kan påvirke strategiske valg innen folkehelse, utdanning, arbeid og bærekraftig utvikling. Det er derfor viktig at kommuner og fylkeskommunen tar hensyn til disse demografiske endringene i planlegging og tilrettelegging av tjenester.

Befolkningsutviklingen i Finnmark var nedadgående frem til 2023. Fylket har opplevd en netto befolkningsreduksjon på omtrent 4000 personer fra 2017 til 2021. Denne nedgangen kan skyldes både fraflytting og færre fødsler, da fruktbarhetstallene var lave i 2022. Befolkningsvekst i 2023 skyldes flyktninger fra Ukraina.

Kommunene i Finnmark har varierende nettoinnflytting, der noen kommuner har positiv nettoinnflytting mens andre har negativ. Samtidig blir Finnmarks befolkning stadig eldre, med en økende andel innbyggere over 75 år. I 2023 utgjorde denne aldersgruppen omtrent ni prosent av befolkningen. Ved inngangen til 2023 bodde det 1280 flere i aldersgruppen 75 år og eldre enn i 2016. I samme periode sank antallet mennesker i alderen 0-24 år med 2795 personer.

Utviklingen med færre barn/unge og flere eldre er karakteristisk for befolkningsutviklingen i Finnmark og store deler av Norge. I 2023 vil det være flere innbyggere over 65 år enn barn og unge under 19 år i Nord-Norge, og i 2030 vil dette være tilfellet også i resten av Norge. Den demografiske endringen kan få konsekvenser for planlegging og tilrettelegging av tjenester.

Antall aleneboende over 45 år i Finnmark er markant høyere enn landsgjennomsnittet, og trenden har vært økende de siste seks årene. Det kan indikere utfordringer knyttet til ensomhet og sosial isolasjon, som er viktige folkehelseutfordringer.

Fruktbarhetstallene i Finnmark var lave i 2022, og det er store sosiale forskjeller i forventet levealder i fylket. Utviklingen kan få konsekvenser for planlegging og tilrettelegging av tjenester rettet mot ulike aldersgrupper.

Samlet sett viser kapittel 2 at Finnmark opplever en nedadgående befolkningsutvikling, med færre unge og flere eldre. Kommunene har varierende nettoinnflytting, og andelen aleneboende over 45 år er høy. De demografiske endringene kan få konsekvenser for planlegging og tilrettelegging av tjenester i fylket.

Kapittel 3: Oppvekst- og levekårsforhold

Det er stor variasjon mellom kommunene om andelen lavinntektsfamilier, der flere av Finnmark sine kommuner ligger under landssnittet. Det har vært en økning av andel lavinntektsfamilier i mange kommuner fra perioden 2013-2015 til 2019-2021. Dette er en trend som man ser ellers i Norge også. Det er mindre lønnsulikhet innad i kommunene enn landet ellers.

Det er en positiv utvikling på hvor mange som fullfører VGS og hvor mange som tar høyere utdanning. Det er flere kvinner enn menn i Finnmark som tar høyere utdanning, og prosentandel kvinner som tar høyere utdanning er tilnærmet likt mellom Finnmark og landet som helhet.

Det er et kjønnsdelt arbeidsliv i Troms og Finnmark. Det var overvekt av menn i primærnæringen og håndverksyrker, mens det var flest kvinner som arbeidet innen utdanning- og helse og omsorgsyrker. Det er flere kvinner enn menn som tar høyere utdanning.

Det er en nedgang i antall ungdom og unge voksne som står utenfor utdanning, arbeid eller arbeidsmarkedstiltak i Finnmark. Det er en lik prosentandel av befolkningen i alderen 15 til 29 år som ikke er i utdanning, arbeid eller arbeidsmarkedstiltak i Finnmark og i landet som helhet.

I Finnmark var det omtrent 12,6 prosent av innbyggerne i alderen 18 til 67 år som mottok uføreytelser. Andelen som mottar uføreytelser samlet for Troms og Finnmark har vært stabil de siste ti årene, og andelen i de to nordligste fylkene er over landet som helhet.

Kapittel 4: Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Finnmark har generelt god tilgang til friluftsområder, men det er variasjon mellom kommunene når det gjelder kvalitet og tilgjengelighet på gang- og sykkelveier. Luftkvaliteten i Finnmark er relativt god sammenlignet med andre deler av landet, men enkelte kommuner har utfordringer knyttet til partikkelforurensning fra vedfyring og veitrafikk. Drikkevannskvaliteten er også generelt tilfredsstillende, men en større andel av ledningsnettene er utdatert, noe som medfører tap av rensedrikkevann og økt risiko for forurensning.

Når det gjelder biologiske miljøfaktorer, har Finnmark hatt utfordringer med smittsomme kjønns sykdommer som klamydia og gonoré, særlig blant unge. Antallet klamydiainfeksjoner har økt de siste årene særlig i aldersgruppen 20-29 år. Forekomsten av andre smittsomme sykdommer som influensa, covid-19 og meslinger har også vært relativt lav i Finnmark sammenlignet med resten av landet.

Det sosiale miljøet i Finnmark preges av varierende deltakelse i organisasjoner, valgdeltakelse og kulturtilbud. Fylkeshelseundersøkelsen fra 2019 og ungdomdata viser at Finnmark skårer dårlig på områder som antall timer stillesitting i hverdagen, å være med gode venner hver uke, hvor fornøyd en er med livet, om livet er meningsfylt, positive følelser, om en har støttende sosiale relasjoner og tilgang på kultur- og idrettstilbud.

Kapittel 5: Skader og ulykker

Ulykker som fører til personskader, er en utfordring for folkehelsen i Finnmark. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft, målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tar relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Muligheten for å forebygge er gode, og effekter av tiltak kan komme raskt.

Selv om det har vært en nedgang i dødsulykker de siste 40-50 årene i Norge, blant annet på grunn av færre dødsfall i trafikken, er skader og ulykker fremdeles en stor utfordring for folkehelsen. Generelt for Norge ser man at personer fra lavere sosioøkonomiske grupper er mer utsatt for skader enn personer fra høyere sosioøkonomiske grupper.

Når det gjelder antall personskader behandlet i sykehus, viser tallmaterialet at noen kommuner i Finnmark ligger over gjennomsnittet for landet og Troms og Finnmark, mens andre ligger lavere. For Troms og Finnmark sett under ett har tallene for behandlede hodeskader vært stabile i de tre siste periodene, og ligger under landsgjennomsnittet.

Finnmark ligger omtrent på samme nivå som landet når det gjelder årlig forekomst av hoftebrudd. En betydelig andel av de som rammes, gjenvinner ikke funksjonsnivået de hadde før fallet og dødeligheten er høy. Forverret funksjonsnivå og høy dødelighet etter operasjon kan knyttes til skrøpelighet, følgesykdommer og komplikasjoner. Hoftebrudd rammer flere kvinner enn menn, og sannsynligheten øker jo eldre man blir.

Når det gjelder trafikkulykker er det en stor utfordring særlig blant ungdom og unge menn. Mange veistrekninger i Finnmark er utrygge, enten fordi de er rasutsatt, farlige og svingete, har farlige veikryss eller mangler gul midtlinje eller midtdeler.

Samlet sett viser kapittel 5 at skader og ulykker fortsatt er en stor utfordring for folkehelsen i Finnmark. Selv om det har vært en nedgang i dødsulykker de siste tiårene, er personskader som følge av ulykker fortsatt et folkehelseproblem, særlig blant barn, unge og eldre. Forebygging av skader og ulykker er et viktig innsatsområde for å bedre folkehelsen i fylket.

Kapittel 6: Helserelatert adferd

Helserelatert atferd har stor betydning for folkehelsen i Finnmark. Faktorer som fysisk aktivitet, kosthold, bruk av tobakk og alkohol påvirker både fysisk og psykisk helse.

Når det gjelder mengden fysisk aktivitet, viser tall fra Fylkeshelseundersøkelsen i 2019 at Finnmark ligger under landsgjennomsnittet. Kun 65 prosent av befolkningen oppgir at de er fysisk aktive i minst 150 minutter per uke, sammenlignet med 72 prosent på landsbasis. Særlig blant eldre er det lav andel fysisk aktive. Manglende fysisk aktivitet øker risikoen for en rekke sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes og kreft.

Kostholdet i Finnmark preges av høyt inntak av mettet fett og sukker, og lavt inntak av frukt, grønnsaker og fullkornsprodukter. Bare 17 prosent av befolkningen spiser anbefalt mengde frukt og grønnsaker, sammenlignet med 22 prosent på landsbasis. Et usunt kosthold øker risikoen for overvekt, fedme og livsstilssykdommer.

Når det gjelder tobakksbruk, har Finnmark en høyere andel dagligrøykere enn landsgjennomsnittet. I 2019 var 16 prosent av befolkningen dagligrøykere, mot 11 prosent på landsbasis. Røyking er en av de største risikofaktorene for utvikling av hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og kreft.

Alkoholforbruket i Finnmark ligger over landsgjennomsnittet. I 2019 oppga 22 prosent av befolkningen at de drakk alkohol ukentlig eller oftere, sammenlignet med 18 prosent på landsbasis. Høyt alkoholforbruk øker risikoen for en rekke helseplager, både fysiske og psykiske.

Helserelatert atferd varierer mellom ulike sosioøkonomiske grupper i Finnmark. Generelt har personer med lav utdanning og inntekt dårligere helsevaner enn dem med høy utdanning og inntekt. Dette bidrar til å opprettholde sosiale helseforskjeller i fylket.

Samlet sett viser kapittel 6 at helserelatert atferd som fysisk inaktivitet, usunt kosthold, røyking og høyt alkoholforbruk er utfordringer for folkehelsen i Finnmark. Disse faktorene henger tett sammen med utvikling av livsstilssykdommer og sosiale helseforskjeller. Arbeidet med å fremme sunne levevaner og utjevne sosiale forskjeller i helseatferd er derfor svært viktig i folkehelsearbeidet i fylket.

Kapittel 7: Helsetilstand

Helsetilstanden i Finnmark er generelt god, men det er store sosioøkonomiske forskjeller når det gjelder sykdommer, plager og levealder. Disse forskjellene er økende, og en innsats for å redusere sosial ulikhet i helse er derfor et viktig innsatsområde.

Når det gjelder forventet levealder, har Finnmark lavere levealder enn landsgjennomsnittet. I 2021 var forventet levealder for menn 77,5 år og for kvinner 82,6 år, sammenlignet med 80,4 år for menn og 84,4 år for kvinner på landsbasis. Det er også store forskjeller i forventet levealder mellom kommunene i Finnmark.

Hjerte- og karsykdommer er den nest vanligste dødsårsaken i Finnmark, og utgjør en større andel av dødsfallene enn i resten av landet. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer har imidlertid gått ned de siste årene, både i Finnmark og på landsbasis. Kreft er den nest vanligste dødsårsaken i fylket.

Når det gjelder psykisk helse, viser tall fra Fylkeshelseundersøkelsen at Finnmark har en høyere andel av befolkningen som opplever psykiske plager sammenlignet med landsgjennomsnittet. Særlig blant unge kvinner er andelen høy. Selvmord er også et alvorlig folkehelseproblem i Finnmark, med en høyere forekomst enn i resten av landet, spesielt blant menn.

Finnmark har en høyere forekomst av enkelte kroniske sykdommer som diabetes mellitus og KOLS sammenlignet med landsgjennomsnittet. Forekomsten av diabetes har økt de siste årene, noe som kan knyttes til utfordringer knyttet til overvekt og fysisk inaktivitet i befolkningen.

Når det gjelder smittsomme sykdommer, har Finnmark hatt utfordringer med høy forekomst av enkelte infeksjoner som chlamydia, særlig blant unge. Situasjonen har imidlertid bedret seg de siste årene. Forekomsten av andre smittsomme sykdommer som influensa, covid-19 og meslinger har vært relativt lav i Finnmark sammenlignet med resten av landet.

Samlet sett viser kapittel 7 at Finnmark har en generelt god helsetilstand, men med store sosioøkonomiske forskjeller. Lavere forventet levealder, høyere forekomst av hjerte- og karsykdommer, psykiske plager og enkelte kroniske sykdommer er utfordringer som må adresseres. Arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller er derfor svært viktig for å bedre folkehelsen i fylket.

Kapittel 8: Sosial ulikhet i helse

Rapporten om folkehelsen i Finnmark viser at det er store sosioøkonomiske forskjeller i helse i fylket. Personer med lav utdanning og inntekt har generelt dårligere helse, høyere forekomst av sykdommer og plager, og lavere forventet levealder enn dem med høy utdanning og inntekt. Disse sosiale helseforskjellene er økende, og utjevning av ulikhet i helse er derfor et svært viktig innsatsområde for folkehelsearbeidet i Finnmark.

Når det gjelder forventet levealder, har Finnmark lavere levealder enn landsgjennomsnittet. I 2021 var forventet levealder for menn 77,5 år og for kvinner 82,6 år, sammenlignet med 80,4 år for menn og 84,4 år for kvinner på landsbasis. Det er også store forskjeller i forventet levealder mellom kommunene i Finnmark, noe som tyder på at sosioøkonomiske faktorer spiller en stor rolle.

Kreft er den vanligste dødsårsaken i Finnmark, mens hjerte- og karsykdommer er den nest vanligste. Hjerte- og karsykdommer utgjør en større andel av dødsfallene enn i resten av landet. Finnmark har også en høyere forekomst av enkelte kroniske sykdommer som diabetes mellitus og KOLS sammenlignet med landsgjennomsnittet. Disse sykdommene har en klar sosioøkonomisk gradient, der de med lavere sosioøkonomisk status har høyere risiko.

Tannhelse følger den samme sosioøkonomiske gradienten, der de med høyest inntekt og utdanning har bedre tannhelse enn de med lavere inntekt og utdanning. Forskjellen mellom de med høyest og de med lavest utdanning er på omtrent 13 prosentpoeng blant menn og 10 prosentpoeng blant kvinner.

Når det gjelder psykisk helse, viser tall fra Fylkehelseundersøkelsen at Finnmark har en høyere andel av befolkningen som opplever psykiske plager sammenlignet med landsgjennomsnittet. Særlig blant unge kvinner er andelen høy. Selvmord er også et alvorlig folkehelseproblem i Finnmark, med en høyere forekomst enn i resten av landet. Psykiske lidelser har en klar sammenheng med sosioøkonomisk status, der de med lavere utdanning og inntekt har høyere risiko for psykisk uhelse.

Rapporten viser at helserelatert atferd som fysisk inaktivitet, et usunt kosthold og høyt tobakks- og alkoholforbruk er mer utbredt blant personer med lav sosioøkonomisk status i Finnmark. Bare 65 prosent av befolkningen oppgir at de er fysisk aktive i minst 150 minutter per uke, sammenlignet med 72 prosent på landsbasis. Andelen dagligrøykere og ukentlige alkoholbrukere er også høyere enn landsgjennomsnittet.

Når det gjelder skader og ulykker, er dette fortsatt en stor utfordring for folkehelsen i Finnmark. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft, målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tar relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Trafikkulykker, særlig blant ungdom og unge menn, er en betydelig utfordring. Generelt for Norge ser man at personer fra lavere sosioøkonomiske grupper er mer utsatt for skader enn personer fra høyere sosioøkonomiske grupper.

Rapporten viser at det sosiale miljøet i Finnmark preges av varierende deltakelse i organisasjoner, valgdeltakelse og kulturtilbud. Fylkehelseundersøkelsen viser at fylket skårer dårlig på områder som antall timer stillesitting, sosiale relasjoner og tilgang på kultur- og idrettstilbud. Dette tyder på at det sosiale miljøet i Finnmark kan være en utfordring for folkehelsen, og at det er sosioøkonomiske forskjeller i tilgang til et helsefremmende sosialt miljø.

Samlet sett viser rapporten at Finnmark har både styrker og utfordringer når det gjelder folkehelsen, men at de sosiale helseforskjellene er en gjennomgående utfordring. Personer med lav sosioøkonomisk status har generelt dårligere helse, høyere forekomst av sykdommer og plager, og lavere forventet levealder enn dem med høy sosioøkonomisk status. Disse forskjellene er økende, og utjevning av ulikhet i helse må derfor være et sentralt mål for folkehelsearbeidet i fylket.

2.0 Befolkningen

Med befolkningssammensetning menes grunnlagsdata om befolkningen som kan omfatte antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster osv. Denne type informasjon er viktig i vurdering av øvrig informasjon, men kan også være vesentlig i seg selv som del av utfordringsbildet for folkehelsen i fylket. Ikke minst vil utviklingen i befolkningssammensetningen kunne påvirke strategiske veivalg, som inkluderer folkehelse.



Kapitlet om befolkning og befolkningssammensetning er viktig for flere av FN sine 17 bærekraftsmål. Særlig relevante er mål 3: god helse og livskvalitet, mål 4: god utdanning, mål 8: anstendig arbeid og økonomisk vekst, mål 10: mindre ulikhet, og mål 11: bærekraftige byer og lokalsamfunn.

Hovedinntrykk

Befolkningssammensetningen i Finnmark er et viktig grunnlag for vurderingen av folkehelseutfordringer og ressurser. Endringer i befolkningsstrukturen kan påvirke strategiske valg innen folkehelse, utdanning, arbeid og bærekraftig utvikling. Det er derfor viktig at kommuner og fylkeskommunen tar hensyn til de demografiske endringene i planlegging og tilrettelegging av tjenester.

Befolkningsutviklingen i Finnmark var nedadgående frem til 2023. Fylket har opplevd en netto befolkningsreduksjon på omtrent 4000 personer fra 2017 til 2021. Denne nedgangen kan skyldes både fraflytting og færre fødsler, da fruktbarhetstallene var lave i 2022. Befolkningsvekst i 2023 skyltes flyktninger fra Ukraina.

Kommunene i Finnmark har varierende nettoinnflytting, der noen kommuner har positiv nettoinnflytting mens andre har negativ. Samtidig blir Finnmarks befolkning stadig eldre, med en økende andel innbyggere over 75 år. I 2023 utgjorde denne aldersgruppen omtrent ni prosent av befolkningen. Ved inngangen til 2023 bodde det 1280 flere i aldersgruppen 75 år og eldre enn i 2016. I samme periode sank antallet mennesker i alderen 0-24 år med 2795 personer. Denne utviklingen med færre barn/unge og flere eldre er karakteristisk for befolkningsutviklingen i Finnmark og store deler av Norge. I 2023 vil det være flere innbyggere over 65 år enn barn og unge under 19 år i Nord-Norge, og i 2030 vil dette være tilfellet også i resten av Norge. Denne demografiske endringen kan få konsekvenser for planlegging og tilrettelegging av tjenester.

Antall aleneboende over 45 år i Finnmark er markant høyere enn landsgjennomsnittet, og trenden har vært økende de siste seks årene. Det kan indikere utfordringer knyttet til ensomhet og sosial isolasjon, som er viktige folkehelseutfordringer.

Fruktbarhetstallene i Finnmark var lave i 2022, og det er store sosiale forskjeller i forventet levealder i fylket. Utviklingen kan få konsekvenser for planlegging og tilrettelegging av tjenester rettet mot ulike aldersgrupper.

Samlet sett viser kapittel 2 at Finnmark opplever en nedadgående befolkningsutvikling, med færre unge og flere eldre. Kommunene har varierende nettoinnflytting, og andelen aleneboende over 45 år er høy. Disse demografiske endringene kan få konsekvenser for planlegging og tilrettelegging av tjenester i fylket.

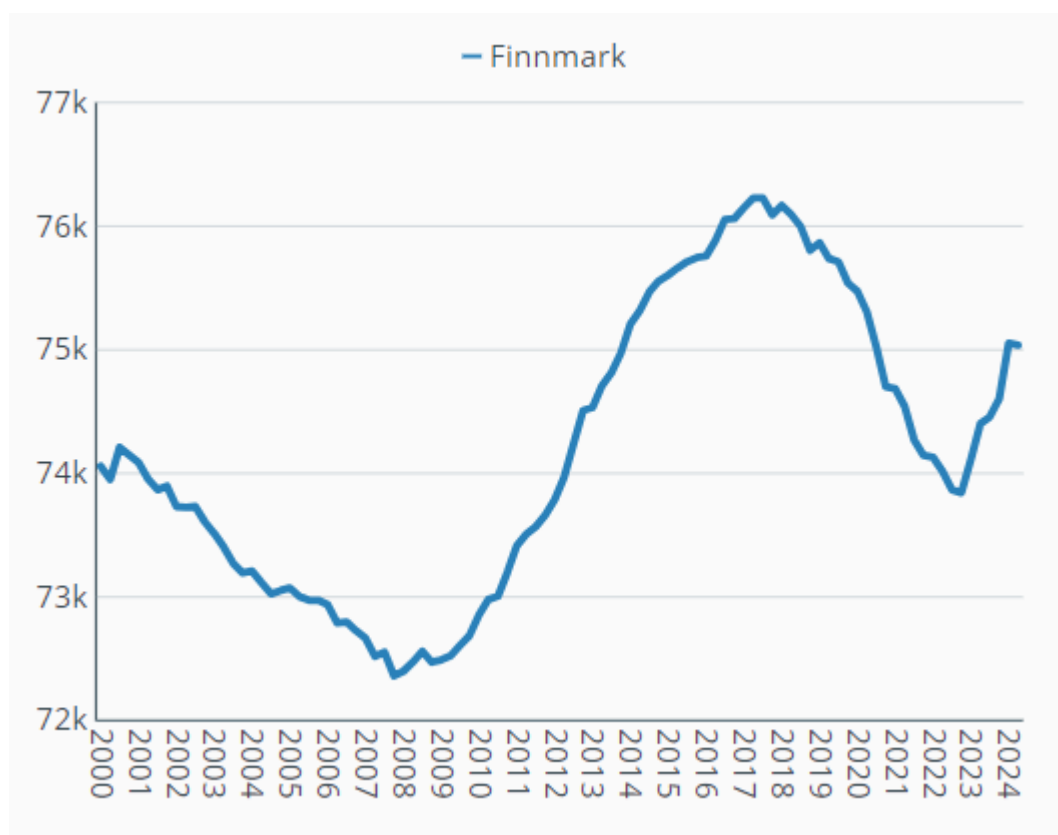
2.1 Folketall som helhet

Ved inngangen til 2023 bodde det 2795 færre i alderen null til 24 år i Finnmark enn i 2016. I samme periode økte antall mennesker i alderen 75 år og eldre med 1280. Det har lenge vært høy oppmerksomhet på den økende andelen eldre. Økt levealder sammen med høye fødselskull etter andre verdenskrig vil gi svært store kull av eldre. Denne økningen faller nå sammen med en nedgang i fødselstall og relativt små kull av barn og unge, på grunn av fall i samlet fruktbarhetstall. Dette er karakteristisk for befolkningsutviklingen i fylket, og for store deler av Norge. I 2023 vil det være flere innbyggere over 65 år enn barn og unge under 19 år i Nord-Norge (Finnmark, Troms og Nordland). I 2030 vil dette være tilfellet også i resten av Norge ([HelseNord](#)).

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
0-14 år	12761	12737	12602	12311	12051	11740	11514	11404
15-24 år	10477	10486	10394	10081	9820	9381	9162	9039
25-44 år	19133	19079	18903	18852	18712	18557	18471	18651
45-74 år	27869	28234	28505	28705	28809	28720	28458	28221
75-79 år	2581	2625	2750	2831	2921	3043	3220	3416
80-84 år	1540	1561	1573	1634	1699	1735	1775	1866
85-89 år	970	972	998	1002	986	979	1004	997
90 år +	451	476	468	470	500	549	540	543
Totalt innbyggere	75782	76170	76193	75886	75498	74704	74144	74137

Tabell 2.1 Befolkning, antall og andel siste åtte år i Finnmark. Kilde: [FHI](#)

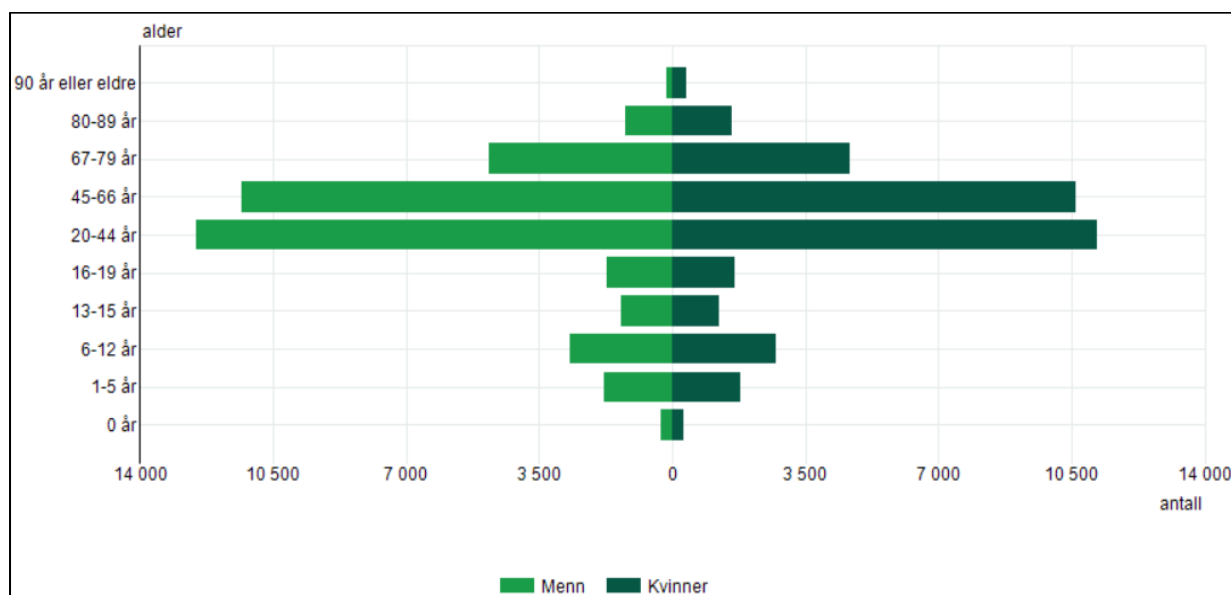
Figur 2.1 viser utviklingen av folketallet i Finnmark i absolutte tall siden begynnelsen av år 2000. Folketallet i Finnmark var 75 037 ved inngangen til andre kvartal 2024. Det har blitt vekst i folketallet etter fjerde kvartal 2022 etter en nedgang som startet i 2017. Det er 1,3 prosent flere innbyggere nå enn i starten av år 2000 ([telemarksforskning](#))



Figur 2.1 Utvikling i folketallet i Finnmark, målt i starten av hvert kvartal. Kilde: Telemarksforskning

2.1.1 Andel kvinner og menn i ulike aldre

Generelt bor det flere menn enn kvinner i fylket. Spesielt i aldersgruppen 20 til 66 år er det flere menn. Det er motsatt for de over 90 år, der det er dobbelt så mange kvinner som menn.



Figur 2.1.1 Antall kvinner og menn i ulike aldre i 2023 i Finnmark. Kilde: SSB

2.1.2 Fremskrevet folketall

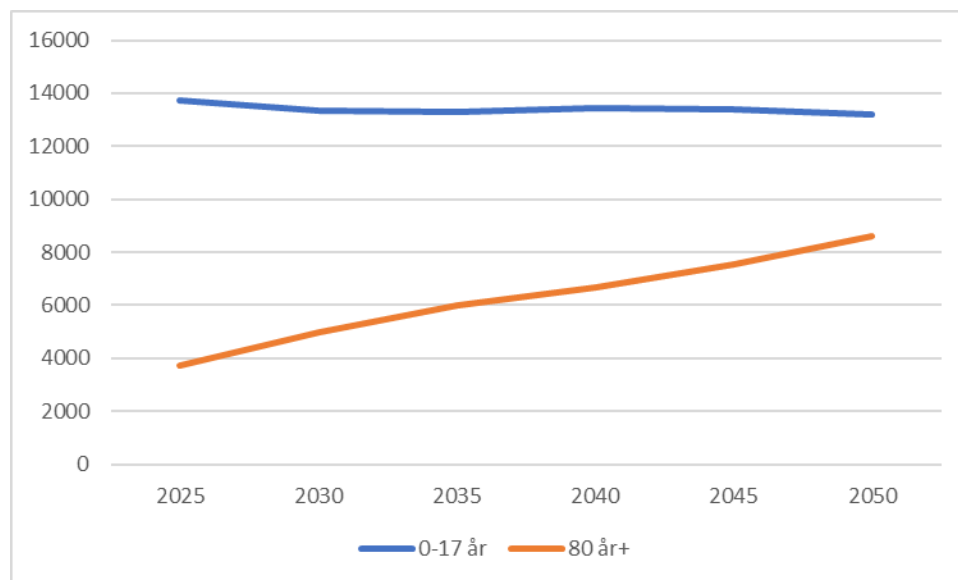
Det at andelen eldre øker er den sikreste trenden i befolkningsutviklingen fremover. Trenden skyldes at levealderen stadig øker, og at det er store fødselskull som blir en del av den eldre befolkningen i årene som kommer.

Som vist i tabell 2.1.2 (hovedalternativet¹ for befolkningsframskrivingen i Finnmark) vil innbyggertallet antas å øke mellom 2025 og 2050 med 1,5 prosent (1108 innbyggere). På samme måte beregnes utviklingen for barn 0 til 17 år å utgjøre en reduksjon på 4.1 prosent (-538 innbyggere) og for aldersgruppen 80+ er det beregnet en økning på 56,7 prosent (4879 innbyggere).

Basert på dagens forbruk av tjenester, vil en økende andel eldre kunne føre til et større press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som igjen utfordrer bærekraften i velferdsordningene. Selv om alle kommunene i Finnmark vil merke dette, gjelder det særlig distriktskommunene. Dersom sentraliseringen fortsetter, med høy utflytting av unge voksne, vil også stadig færre eldre bo nær voksne barn, med den betydningen dette har for tilgang på uformell omsorg.

	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Alle aldre	74268	74593	75095	75450	75522	75376
0-17 år	13740	13349	13305	13442	13396	13202
80 år+	3726	4999	5986	6688	7541	8605

Tabell 2.1.2 Hovedalternativet i fremskrevet folketall i Finnmark (antall) frem mot 2050. Kilde: FHI



Figur 2.1.2 Hovedalternativet i fremskrevet befolkning (antall), frem mot 2050, i alderen 0-17 år og over 80 år. Kilde: FHI

¹ SSB benytter ni ulike senarioer i befolkningsframskrivingen

2.2 Barnefødsler

Antall fødte varierer over tid. Det kan forklares ved at antall kvinner i fødedyktig alder varierer, og fordi det kan være perioder der mange kvinner utsetter eller «tar igjen» barnefødsler. Uavhengig av det er fruktbarhet en usikkerhetsfaktor når det gjelder å beregne folkemengden i årene framover. Det lave fruktbarhetstallet er et resultat av en trend som har vart i mange år. En viktig årsak til nedgangen i fruktbarhet er at stadig flere kvinner utsetter å få sitt første barn. Gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende i Norge er nå 30,1 år for mødre. Fedre er i gjennomsnitt 32,1 år når de får sitt første barn (ssb.no). En annen årsak til nedgang i fruktbarhet er at færre kvinner føder mer enn to barn. Det er også en nedgang i antall flerfødsler. Økonomisk usikkerhet regnes også som en faktor som påvirker antall førstefødsler (ssb.no). De siste ti årene har det vært en markant økning i andelen som ikke får barn. Av kvinnene som fylte 30 år i 2022, altså 1992-kohorten, var det 54 prosent som ikke hadde fått barn. For ti år siden var tilsvarende andel 42 prosent (ssb.no).

Antall fødte i Finnmark ligger markert lavere enn landet for øvrig, og denne trenden har vart over tid.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Alta	12,1	12,5	13,5	12,1	10,7	11
Vardø	8,5	10,3	6,1	6,6	5,2	5,8
Vadsø	8,2	8,9	11,5	8,5	8,2	8,6
Hammerfest	11,7	13,2	12,1	11,5	12,4	10,4
Guovdageaidnu Kautokeino	12,3	14,3	11,5	10,2	10,6	9,9
Loppa	5	8,2	6,3	7,3	7,5	2,2
Hasvik	5,8	6,7	8,6	9,7	4,8	3,9
Måsøy	6,4	13,8	3,3	6,6	4,1	5,7
Nordkapp	8	7,6	7,3	4,6	7,7	8,2
Porsanger Porsángu Porsanki	8,4	9,4	8,1	10,1	6,1	10,6
Kárášjohka Karasjok	7,8	8,6	7,8	8,2	8,2	9,1
Lebesby	8,9	6	6	7,5	8,2	8,4
Gamvik	6,3	8,9	7,9	8,7	6,9	5,2
Berlevåg	5,8	8,9	9	7,1	5,1	8,3
Deatnu Tana	8,3	9,9	9,3	7,2	7,6	9,3
Unjárga Nesseby	7,6	5,3	5,2	8,4	4,2	7,5
Båtsfjord	7,7	8,5	10,7	9,3	7,1	11,1
Sør-Varanger	10,5	8,1	8,9	9,3	9,9	9,7
Finnmark fylke	8,3	9,4	8,5	8,5	7,5	8,1
Landet	11,5	11,4	11,2	10,7	10,4	10,2

Tabell 2.2 Antall fødte per 1000 i perioden 2014 til 2019 for kommuner i fylket, Finnmark og landet som helhet. Kilde: FHI

2.3 Antall enpersonshushold

Man antar at aleneboende er en mulig utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt. Det er en høyere andel som sliter med psykiske plager sammenlignet med de som bor med andre. Dette gjelder i alle aldersgrupper. Aleneboende som gruppe har en høyere uføregrad og er oftere uførepensjonert enn de som ikke er aleneboende. De som er langvarig aleneboende har hatt en mer uheldig utvikling i dødelighet, sammenlignet med de som bor sammen med noen. Blant annet er det

en høyere grad av helseproblemer blant kvinner og personer midtveis i livet som bor alene sammenlignet med andre (ssb.no).

Antall aleneboende over 45 år i Finnmark er markant høyere enn landet for øvrig, og dette har vært stabilt de siste seks årene.

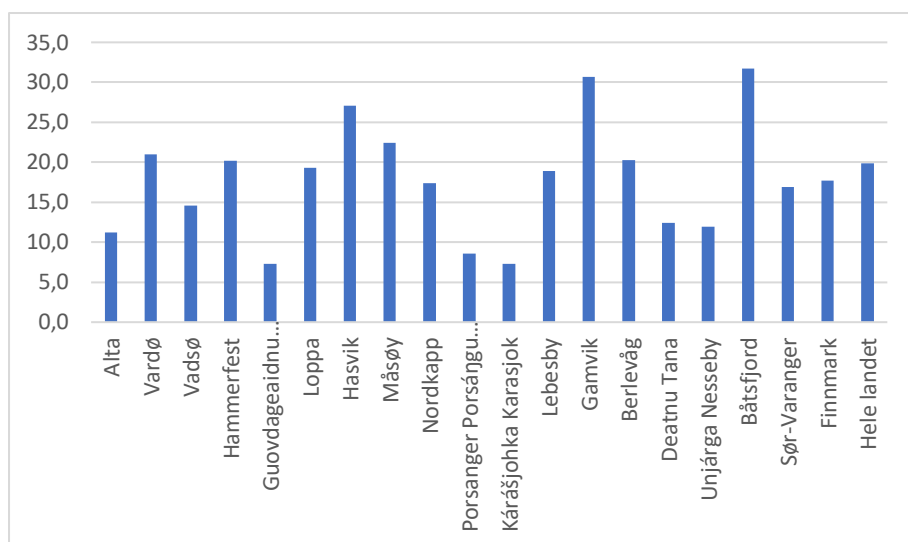
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Alta	21,9	22,4	22,8	23,3	23,7	24,1
Vardø	36,2	36,8	37,1	36,3	38,2	38,3
Vadsø	26,2	26,1	26,8	27,6	28,0	29,2
Hammerfest	26,9	27,1	27,6	27,7	28,8	28,9
Guovdageaidnu Kautokeino	20,9	21,7	22,2	22,2	22,7	22,5
Loppa	35,1	37,0	35,2	36,0	34,0	35,6
Hasvik	32,3	32,6	34,5	34,9	36,7	35,2
Måsøy	34,6	33,2	34,3	34,8	35,0	34,9
Nordkapp	31,0	30,5	31,7	32,6	33,1	34,8
Porsanger Porsáŋgu Porsanki	28,7	29,0	29,2	29,8	30,6	31,4
Kárášjohka Karasjok	23,0	23,8	23,7	24,0	24,0	24,6
Lebesby	33,7	34,1	35,8	34,5	34,2	35,4
Gamvik	34,8	34,6	35,1	36,1	37,3	41,0
Berlevåg	35,5	33,5	33,5	33,1	32,7	34,3
Deatnu Tana	28,6	28,4	29,0	29,3	30,3	29,9
Unjárga Nesseby	33,4	30,7	31,9	33,9	34,4	35,6
Båtsfjord	29,3	28,6	29,8	29,2	30,2	30,7
Sør-Varanger	27,1	27,0	26,9	27,3	28,0	27,3
Finnmark	30,0	29,8	30,4	30,7	31,2	31,9
Hele landet	25,3	25,4	25,5	25,7	26,1	26,3

Tabell 2.3 Prosentandel aleneboende over 45 år i kommunene i fylket, Finnmark og landet som helhet. Kilde: FHI

2.4 Etnisk sammensetning

I et folkehelseperspektiv er det relevant å vite om kjennetegn ved innvandrerbefolkningen. Særlig har innvandringsgrunn, landbakgrunn og botid i Norge betydning for helse og sykdom. Flyktninger har dårligere helse enn de som kommer til Norge på grunn av familiegjenforening, arbeid eller utdanning. Arbeidsinnvandrere har i utgangspunktet god helse, men arbeidsforhold, livssituasjon og barrierer, slik som begrensede norskkunnskaper, kan medføre lavere tilgang til helsetjenester, og dårligere helse over tid. Asylsøkere og flyktninger kan ha særlige helseutfordringer knyttet til forhold før og under migrasjon.

I Finnmark (2023) er 15,3 prosent av innbyggerne innvandrere eller barn av innvandrere. Andelen skiller seg fra kommune til kommune, hvor Båtsfjord ligger høyest med 31,8 prosent og Karasjok ligger lavest med 7,2 prosent

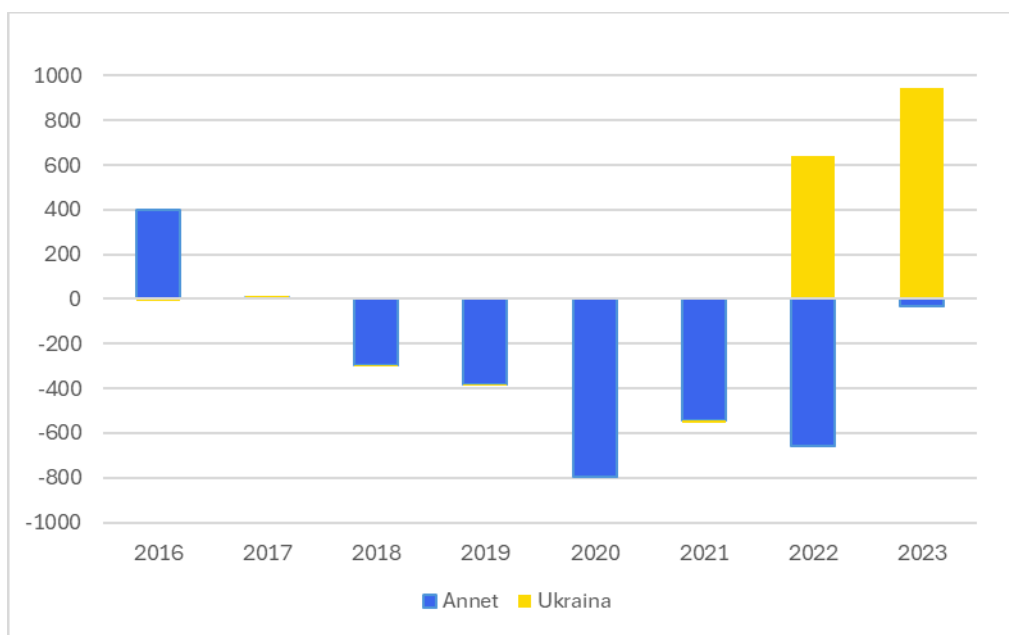


Figur 2.4 Prosentandel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i kommuner i fylket, Finnmark og landet som helhet 2023. Prosentandel av befolkningen. Kilde: [SSB](#)

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre							
	Andel av innvandrere i prosent fra opprinnelsessted						
	Antall	Andel totalt innvandrere	Europa	Afrika	Asia	Nord- Amerika	Latin- Amerika, Karibia og Oseania
Alta	2384	11,2	58,4	10,3	29,1	0,8	1,4
Vardø	404	20,9	85,1	0,7	13,4	0,7	0,0
Vadsø	816	14,6	47,9	18,0	30,5	0,4	3,2
Hammerfest	2289	20,2	52,8	19,1	25,7	0,5	1,9
Guovdageaidnu - Kautokeino	209	7,3	81,8	1,4	16,7	0,0	0,0
Loppa	166	19,3	62,7	1,8	33,7	1,8	0,0
Hasvik	264	27,2	78,8	1,1	18,9	0,0	1,1
Måsøy	251	22,4	83,7	4,4	10,8	0,0	1,2
Nordkapp	512	17,5	68,4	9,0	20,9	0,6	1,2
Porsanger - Porsángu - Porsanki	331	8,6	66,2	11,5	21,5	0,0	0,9
Kárášjohka - Karasjok	184	7,2	72,8	6,5	17,4	0,0	3,3
Lebesby	233	19,0	73,8	1,3	22,3	0,0	2,6
Gamvik	323	30,6	89,5	0,0	9,6	0,9	0,0
Berlevåg	183	20,2	95,1	0,0	4,9	0,0	0,0
Deatnu - Tana	349	12,4	76,5	7,2	13,2	0,9	2,3
Unjárga - Nesseby	102	11,8	65,7	3,9	30,4	0,0	0,0
Båtsfjord	673	31,8	80,8	2,7	15,6	0,0	0,9
Sør-Varanger	1663	16,9	68,4	8,5	21,5	0,4	1,1
Finnmark	11336	15,3	65,1	10,1	22,9	0,5	1,4

Tabell 2.4 Antall innvandrere og norsk fødte med innvandrerforeldre etter verdensdel 2023. Kilde: [SSB](#)

Den høye innvandringen fra Ukraina gjorde at de fleste stedene fikk en høyere befolkningsvekst enn forventet i 2022 og 2023. Figur 2.4b viser endringene i folketallet med og uten ukrainere. Antallet ukrainere økte med 639 i 2022 og 974 i 2023. Innvandringen fra Ukraina stoppet befolkningsnedgangen i 2022 og skapte vekst i 2023. I 2023 var det omtrent fødselsbalanse, men med en netto innflytting på 1,2 prosent av folketallet. Finnmark hadde den fjerde høyeste befolkningsveksten av fylkene dette året. Tilveksten av ukrainere tilsvarte 1,3 prosent av folketallet dette året, og uten ukrainerne ville det blitt en nedgang i folketallet ([Telemarksforskning](#)).



Figur 2.4b Befolkningsendringer i Finnmark dekomponert i endringer i antall ukrainske statsborgere og andre. Absolutte tall. Kilde: [Telemarksforskning](#).

2.5 Inn og utflytting

Nettoinnflytting er differansen mellom innflyttinger og utflyttinger. I femårsperioden 2014 til 2019 opplevde Finnmark en netto befolkningsreduksjon på omtrentlig 4000 personer ([ssb.no](#)). Statistikken som vist i tabell 2.5 omfatter alle registrerte flyttinger mellom to norske kommuner eller mellom en norsk kommune og utlandet i løpet av et år² ([FHI, 2022](#)).

² Hvis en person flytter flere ganger i det samme kalenderåret, teller hver gang som én flytting

	2017	2018	2019	2020	2021
Alta	4,4	-2,7	1,5	-2,9	7,7
Vardø	10,4	-3,8	-18,5	-29,6	-22,8
Vadsø	-22,5	-25,2	-19,5	-24,8	-11,4
Hammerfest	-2,6	-7,6	-8,9	-11,9	-4,3
Guovdageaidnu Kautokeino	2	-12,3	-5,1	1,4	-10
Loppa	-16,8	-7,5	-17,7	-24	7
Hasvik	-12,6	23,2	-35,1	-13,1	-6,2
Måsøy	27,9	13,8	-1,6	-16,5	-32,2
Nordkapp	-8,9	0,3	-14,4	-22,1	-37,9
Porsanger Porsángu Porsanki	-3	-1,5	13,9	-11,9	0,3
Karášjohka Karasjok	2,6	-10	-18,5	4,6	-17,6
Lebesby	17,9	-14,9	-21,4	-10,2	-38,5
Gamvik	17,5	13,8	-20,9	-30,5	-34,4
Berlevåg	0	2	-17,5	-21,2	-14,2
Deatnu Tana	8,6	-2,7	8,9	-30,6	-1,4
Unjárga Nesseby	-2,1	7,4	-15	-38,8	-30
Båtsfjord	-2,6	2,2	-24	-13,1	-13,7
Sør-Varanger	-2,6	-3,3	-0,5	-7,2	-18,5
Hele landet	4	3,4	4,7	2,1	3,6

Tabell 2.5 Nettoinnflytting pr 1000 i perioden 2017-2021 for kommunene i fylket og landet som helhet. Kilde: [FHI](#)

3.0 Oppvekst- og levekårsforhold

Kapitlet handler om flere av FNs bærekraftsmål, og oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Med oppvekst- og levekårsforhold menes for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold, og utdanningsforhold. Økonomiske forhold kan omfatte andel med lavinntekt og inntektsforskjeller. Arbeid omfatter bl.a. tilknytning til arbeidslivet, sykefravær og uføretrygd. Utdanningsforhold omfatter f.eks. andel med høyere utdanning og frafall fra videregående skole. Levekår defineres i et samspill mellom individuelle faktorer og ressurser og de muligheter en har til å realisere disse på arenaer som skole, arbeid osv. (Helsedirektoratet)



Kapitlet om oppvekst og levekår er viktig for flere av FN sine 17 bærekraftsmål. Særlig relevante er mål 1 om å utrydde fattigdom, mål 3 om god helse og livskvalitet, mål 4 om god utdanning, mål 6 om rent vann og gode sanitærforhold, mål 10 om mindre ulikskap, mål 11 om bærekraftige byer og lokalsamfunn og mål 13 om å stoppe klimaendringene.

Hovedinntrykk

Det er stor variasjon mellom kommunene om andelen lavinntektsfamilier, der flere av Finnmark sine kommuner ligger under landssnittet. Det har vært en økning av andel lavinntektsfamilier i mange kommuner fra perioden 2013-2015 til 2019-2021. Dette er en trend som man ser ellers i Norge også.

Det er mindre lønnsulikhet innad i kommunene enn landet ellers.

Det er en positiv utvikling på hvor mange som fullfører VGS og hvor mange som tar høyere utdanning. Det er flere kvinner enn menn i Finnmark som tar høyere utdanning, og prosentandel kvinner som tar høyere utdanning er tilnærmet lik mellom Finnmark og landet som helhet. Det er et kjønnsdelt arbeidsliv i Finnmark og Troms. Det var overvekt av menn i primærnæringer og håndverksyrker, mens det var flest kvinner som arbeidet innen utdanning- og helse og omsorgsyrker.

Det er en nedgang i antall ungdom og unge voksne som står utenfor utdanning, arbeid eller arbeidsmarkedstiltak i Finnmark. Det er en lik prosentandel av befolkningen i alderen 15 til 29 år som ikke er i utdanning, arbeid eller arbeidsmarkedstiltak i Finnmark og i landet som helhet.

I Finnmark var det omtrent 12,6 prosent av innbyggerne i alderen 18 til 67 år som mottok uføreytelser. Andelen som mottar uføreytelser samlet for Finnmark og Troms har vært stabil de siste ti årene, og andelen i de to nordligste fylkene er over landet som helhet.

3.1 Økonomi og levekår

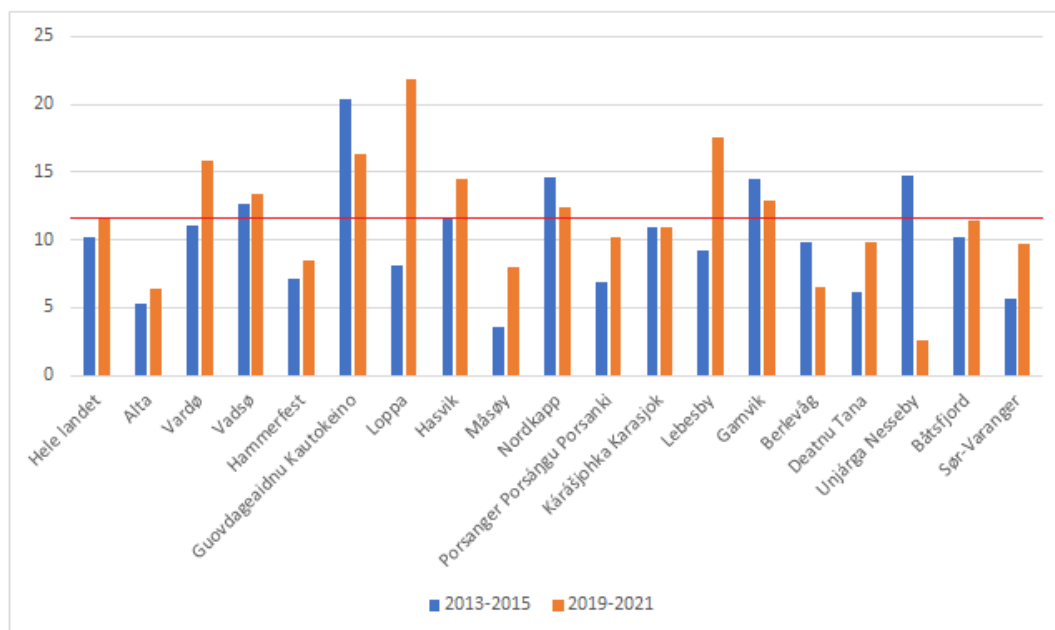
Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Levekår har stor betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avholdenhet eller måtehold i bruk av alkohol, tobakk og andre rusmidler ([FHI](#)).

3.1.1 Lavinntektsfamilier

Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvpoplevd helse, sykdom og for tidlig død. I tillegg har det å vokse opp i familier som over tid har lavinntekt, potensielt stor betydning for barnas helse og velferd. I løpet av de siste ti årene har helseforskjellene økt i Norge, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet ([FHI](#)). I perioden 2019 til 2021 var ca. 1200 unge under 17 år bosatt i familier med vedvarende lavinntekt³ i Finnmark ([FHI](#)). I Norge (2022) var medianinntekt etter skatt for alle husholdninger beregnet til 590 000 kroner. Grensen for lavinntekt (EU 60) var derfor i 2022 beregnet til 354 000 kroner ([ssb.no](#)).

Figuren under viser at det er stor forskjell på kommunene i Finnmark, hva angår lavinntektsfamilier med barn i alderen 0 til 17 år. Noen ligger høyt over gjennomsnittet for landet, mens andre ligger godt under landsgjennomsnittet. Det har vært en økning i mange kommuner fra perioden 2013 til 2015 til perioden 2019 til 2021. Det er viktig å gjøre oppmerksom på at enkelte av kommunene har lave befolkningstall og derfor kan *andelene* variere sterkt fra periode til periode, uten at dette nødvendigvis berører mange personer.

³ Vedvarende lavinntekt er beregnet ved å slå sammen inntektene til husholdningene over en treårsperiode og dele denne summen på tre. Dette er den gjennomsnittlige husholdningsinntekten i treårsperioden. Man måler den samlede inntekten til husholdningen, etter at skatt er trukket fra. Inntekten inkluderer også offentlige overføringer som sosialhjelp, samt kapitalinntekter som aksjeutbytte. Lavinntektsgrensen er i dette tilfellet 60 % av medianinntekten. Husholdningene som har en gjennomsnittlig samlet inntekt under den gjennomsnittlige lavinntektsgrensen for de samme årene, har vedvarende lavinntekt.



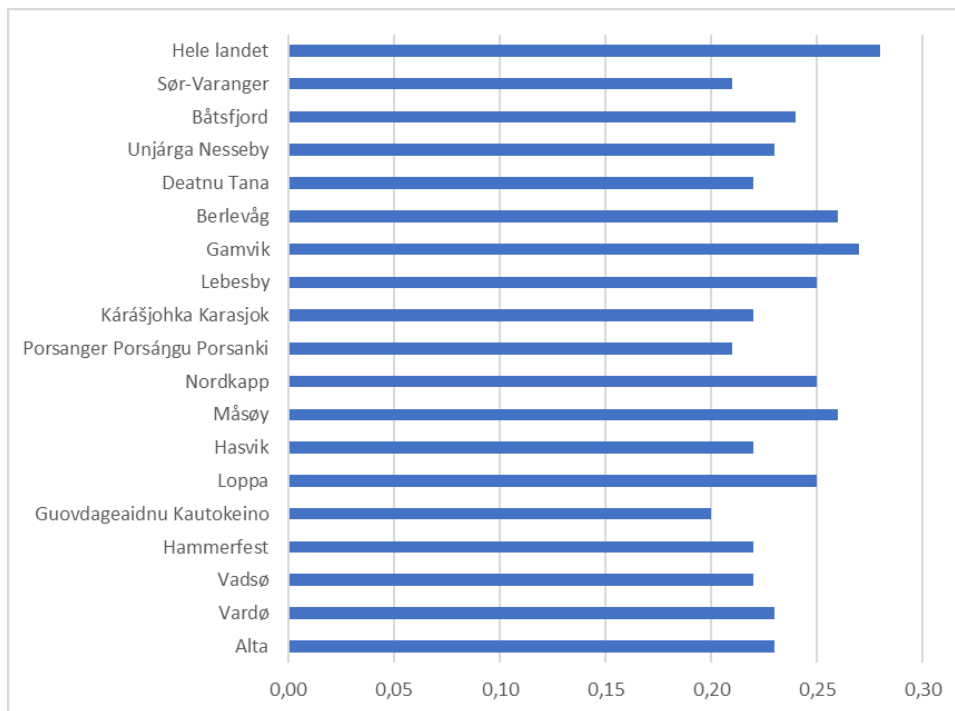
Figur 3.1.1 Familier med barn i alder 0 til 17 år, med vedvarende lavinntekt. Målt over to treårsperioder fra 2013 til 2015 og fra 2019 til 2021. Rød linje markerer gjennomsnitt i perioden 2019-2021. Husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt. Kilde: [FHI](#)

3.1.2 Inntektsfordeling

Vi antar at det er positivt for flere samfunnsmessige forhold at det er likhet i fordeling av økonomiske ressurser. Store økonomiske ulikheter kan lede til økt kriminalitet, kulturelle forskjeller og politiske konflikter mellom ulike grupper i samfunnet ([FHI](#)).

Gini-koeffisienten beskriver inntektsulikheter og varierer fra 0 til 1. Jo større koeffisienten er, desto større er inntektsulikheten. Koeffisienten beskriver forholdet mellom de kumulative andelen av befolkningen rangert etter stigende inntekt, og den kumulative andelen av inntekten som de mottar ([FHI](#)).

For kommunene i Finnmark er ulikhetene mindre enn i landet som helhet. Det er variasjon fra kommune til kommune på hvor stor inntektsulikhetene er. I Kautokeino var det lavest koeffisient i 2021, mens den var størst i Gamvik.



Figur 3.1.2 Inntektsulikhet i 2021, Gini-koeffisient. For kommunene i Finnmark og landet som helhet. Kilde: [FHI](#)

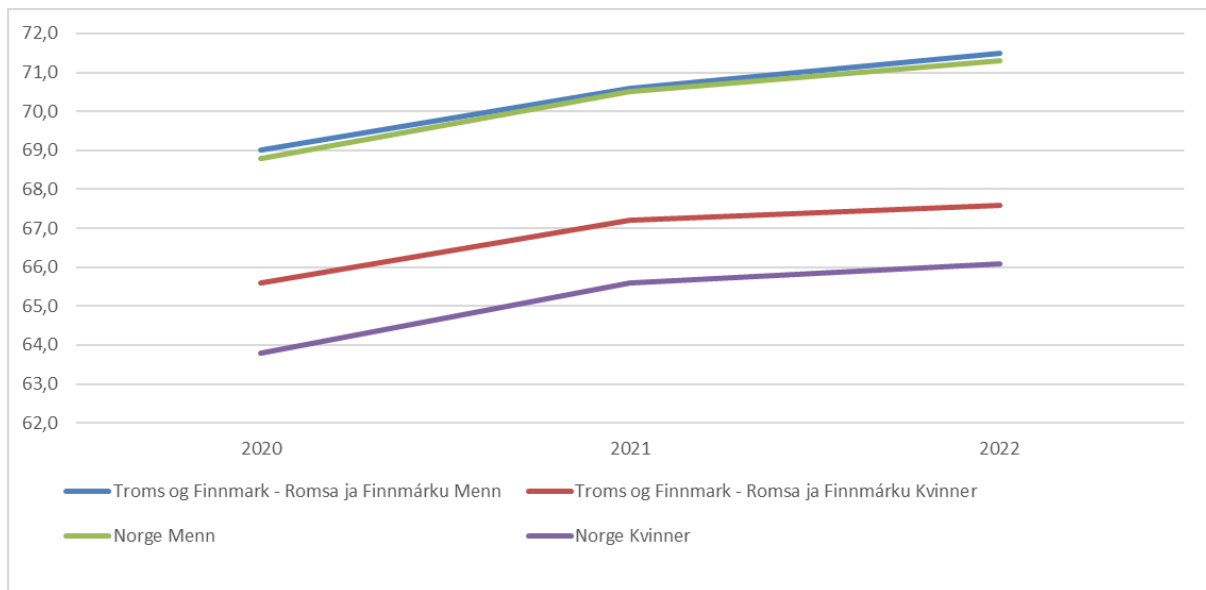
3.2 Arbeidsliv og sysselsetting

Deltakelse i arbeidslivet måles ved prosentvis andel av befolkningen som er sysselsatt.

Sysselsettingsgraden i Norge har økt i perioden 2015 til 2022. Dette er også tilfellet i Troms og Finnmark. Det er noe høyere prosentandel sysselsatte kvinner i Troms og Finnmark enn Norge som helhet.

Det er et kjønnsdelt arbeidsliv i Troms og Finnmark. Det var overvekt av menn i primærnæringer og håndverksyrker, mens det er flest kvinner som arbeidet innen utdannings- og helse og omsorgsyrker. Fordelingen er omtrentlig lik som landet som helhet.

Historisk har arbeidsmarkedet i Finnmark vært preget av sesongsvingninger, særlig innen fiske/fiskeindustri, slakteri og reiseliv. Det har påvirket ulike næringers bruk av permitteringer og ansattes tilgang til stabilt arbeid og et levelig inntektsnivå. Det finnes ingen statistikk over utbredelsen av sesongarbeid, men man vet litt om utviklingen i næringer som er preget av slike sesongsvingninger, og som er viktige for sysselsettingen i Finnmark. Endringene har særlig vært markante i fiskeindustrien der andelen fast ansatte og sesongansatte med norsk statsborgerskap er kraftig redusert mens utenlandsk arbeidskraft har tatt over mange viktige funksjoner. En rapport om arbeidskraft i fiskeindustrien ([Henriksen, Pettersen og Zhang, 2017](#)) viser at antallet permitteringer er sterkt redusert, og at utenlandsk arbeidskraft er villig til å akseptere sesongkarakter.



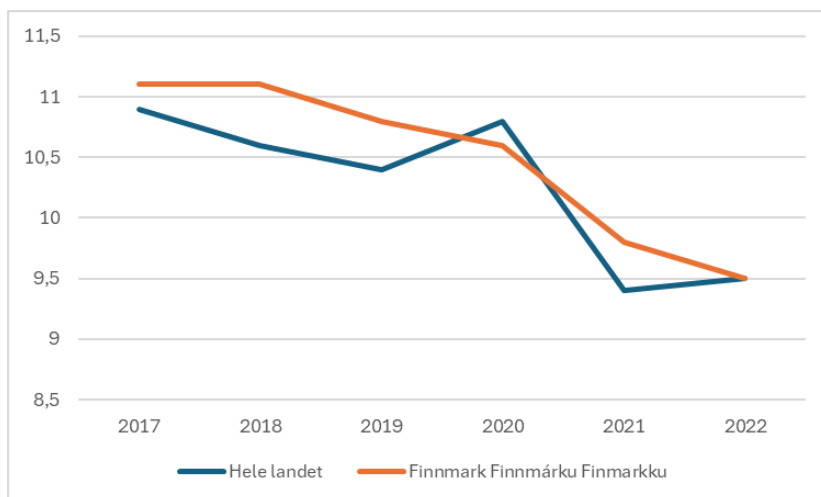
Figur 3.2 Prosentandel sysselsatte, kvinner og menn, Norge og Troms og Finnmark for årene 2020, 2021 og 2022. Kilde [SSB](#)

3.2.1 Sysselsetting for ungdom:

SSB definerer utenforskap som verken sysselsatt, under ordinær utdanning eller deltaker på arbeidsmarkedstiltak ([SSB](#)). Noen former for utenforskap er mer midlertidige enn andre. De som er registrerte arbeidsledige beveger seg raskere over i aktivitet enn mottakere av uføretrygd, da dette er en mer varig ytelse.

Andel personer som ikke er i arbeid, under utdanning eller i opplæring i prosent av befolkningen. Statistikken viser de som et gitt tidspunkt står utenfor arbeid og/eller utdanning. Gruppen er sammensatt av personer i ulike livssituasjoner.

Av figuren 3.2.1a ser man at det er en positiv utvikling i Norge og i Finnmark, i andelen som ikke var i arbeid, utdanning eller arbeidsmarkedstiltak fra 2016 til 2022. Finnmark har like lav prosentandel av befolkningen i alderen 15 til 29 år, som er uten arbeid og ikke under utdanning eller arbeidsmarkettiltak, som landet som helet.



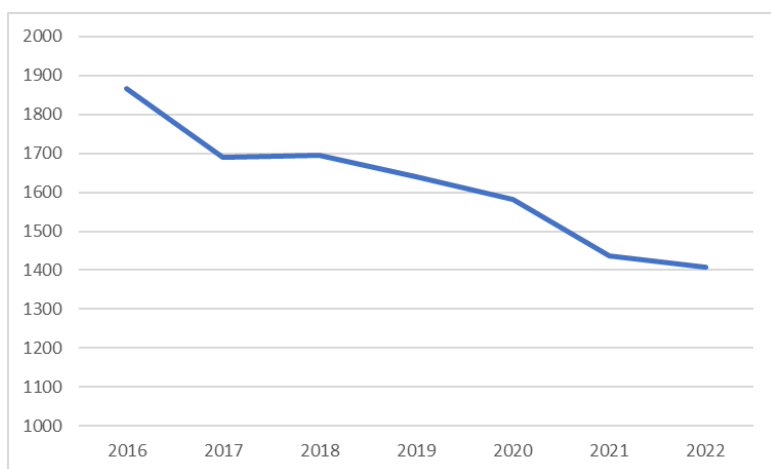
Figur 3.2.1a Andel (prosent) personer som ikke er i arbeid, utdanning eller i opplæring i prosent av befolkningen i alderen 15 til 29 år. Kjønn samlet. Landet som helhet og Finnmark. Kilde: FHI

Av tabell 3.2.1 ser man at i 2022 var det i aldersgruppene 15-19 år, 20-24 år og 25-29 år henholdsvis 4,6 prosent, 9,5 prosent og 11,5 prosent som var utenfor utdanning, arbeid eller arbeidsmarkedstiltak. Det er en svak nedgang for de to eldste aldersgruppene fra 2020.

	2020	2021	2022
15-19 år	4,5	4,2	4,6
20-24 år	11,5	9,7	9,5
25-29 år	13,6	11,9	11,8

Tabell 3.2.1 andel av befolkningen i aldersgruppene mellom 15 og 29 år som var utenfor utdanning, arbeid eller arbeidsmarkedstiltak, 2020-2022. For Troms og Finnmark. Kilde: ssb.no

Akkumulerte tall fra kommunene i Finnmark viser en nedgang i antallet ungdom og unge voksne som står utenfor utdanning, arbeid og arbeidsmarkedstiltak, fra 1866 personer i 2016 til 1408 personer i 2022.

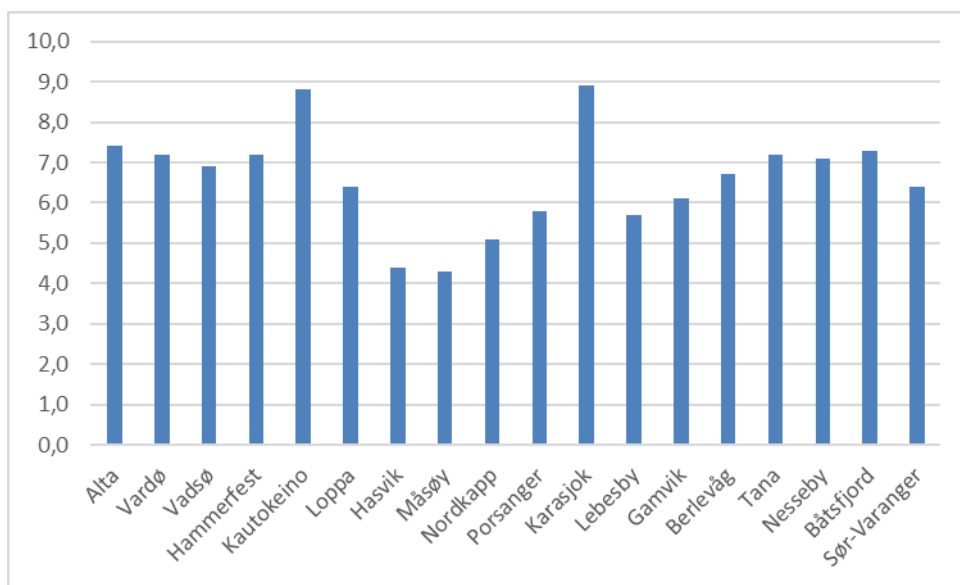


Figur 3.2.1b antall personer i alderen 15 til 29 år som står utenfor utdanning, arbeid og arbeidsmarkedstiltak i perioden 2016 til 2022 i Finnmark. Kilde: [FHI](https://fhi.no) 2016-2021 og [SSB](https://ssb.no) 2022

3.2.2 Sykefravær

Helsefremmende arbeid og arbeid med å redusere sykefraværet og skape et mer inkluderende arbeidsliv vil ha positiv effekt på befolkningens helse og trivsel.

Det er store forskjeller på legemeldt sykefravær i Finnmarkskommunene, med Karasjok med høyest fravær og Måsøy med lavest fravær. Det er flere kvinner enn menn som er sykemeldt i første kvartal av 2023 i Troms og Finnmark. Tallene for sykemeldinger har vært stabil siden 2020, for begge kjønn. For første kvartal 2023, var det legemeldte sykefraværet på 6,1 prosent for kjønn samlet ([SSB](#)).



Figur 3.2.2 Legemeldt sykefravær i prosent blant lønnstakere 16 til 69 år, første kvartal 2023 for kommuner i Finnmark. Kilde: [SSB](#)

3.2.3 Mottakere av uføreytelser

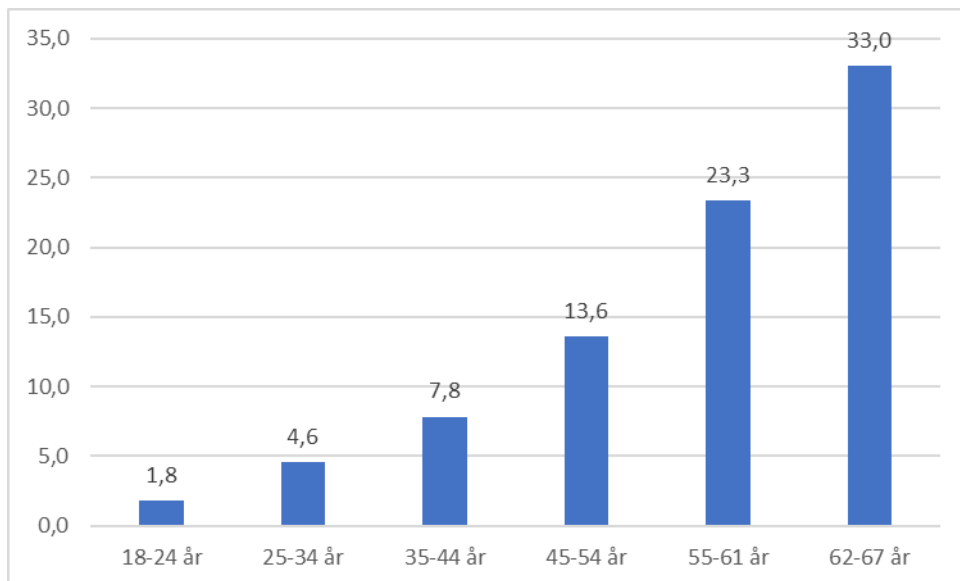
Arbeid gir tilgang til flere helsefremmende ressurser som sosiale relasjoner, personlig vekst og identitet, og økonomisk trygghet. En høy sysselsetting, der også personer med redusert arbeidsevne har tilgang til arbeid, er positivt for folkehelsen. Gruppen som mottar uføreytelser utgjør en sårbar gruppe, både når det gjelder fysisk og psykisk helse og med tanke på materielle ressurser. Antall som mottar uføreytelser er en indikator på helsetilstanden, men det må sees i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbudene i kommunen/fylket ([FHI](#)).

Av tabell 3.2.3 ser man at andelen som mottar uføreytelser samlet for Troms og Finnmark er stabile. Tabellen viser statistikk for tre års glidende gjennomsnitt, og kjønn er samlet. Det er ikke mulig å hente tall ut for kun Finnmark, da flere av kommunene er anonymisert.

	2014-2016	2015-2017	2016-2018	2017-2019	2018-2020
Hele landet	8,4	8,5	8,7	8,9	9,2
Troms og Finnmark	10,2	10,1	9,9	9,9	10,2

Tabell 3.2.3 Prosentandel som mottar uføreytelser i alderen 18 til 66 år i Troms og Finnmark og landet som helhet. Kilde: [FHI](#)

Akkumulert data for kommunene i Finnmark viser at det i 2022 var registrert omtrent 6000 personer som mottok uføreytelser. Dette utgjorde 12,6 prosent av befolkningen mellom 18 og 67 år (ssb.no). Som vist i figur 3.2.3 er det en betydelig økning av andel med uføreytelser i ulike aldersgrupper.



Figur 3.2.3 Andel i prosent av personer i ulike aldersgrupper som mottok uføreytelser i 2022. Akkumulerte tall for kommuner i Finnmark. Kilde: ssb.no

3.2.4 Arbeidsledighet

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt. Personer som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn personer som er i arbeid. Arbeidsledigheten er noe høyere blant menn enn kvinner, og høyest blant unge voksne.

De fleste kommunene i Finnmark ligger på landsgjennomsnittet, mens noen ligger over dobbelt så høyt som landsgjennomsnittet. For tidligere Troms og Finnmark ligger tallene relativt stabilt i femårsperioden, og lavere enn landet som helhet.

	2018	2019	2020	2021	2022
Hele landet	1,8	1,7	1,7	3	1,8
Troms og Finnmark	1,5	1,5	1,5	2,3	1,4
Alta	1,2	1,7	1,5	2,6	1,6
Vardø	3,9	3,2	2,8	3	1,7
Vadsø	2,4	1,8	1,8	2,2	2,1
Hammerfest Hámmerfeasta	1,9	1,8	1,8	2	1,8
Guovdageaidnu Kautokeino	3,7	3	3,1	3,6	3,9
Loppa	2,1	1,7	2,2	3,4	1,4
Hasvik	6,2	4	2,8	3,9	3,5
Måsøy	2,5	3,2	4,9	3,9	2,6
Nordkapp	2,8	2,5	2,2	5	3,1
Porsanger Porsáŋgu Porsanki	1,7	2,1	2,1	1,9	1,6
Karášjohka Karasjok	2,1	1,8	2,3	2,4	2
Lebesby	2,2	2,1	1,8	2,7	2,3
Gamvik	3,2	2,6	5,3	3,7	4,1
Berlevåg	2,4	1,3	3,3	3,9	3,8
Deatnu Tana	1,6	1,9	2,1	2,6	1,7
Unjárga Nesseby	1,4	1,7	1,9	2,1	1,8
Båtsfjord	3,4	3,7	5,1	2,7	2,1
Sør-Varanger	2,1	1,5	2	2,8	1,6

Tabell 3.2.4a Prosentandel arbeidsledighet i kommunene i fylket, Troms og Finnmark og landet som til helhet, i årene 2018 til 2022. Kilde: [FHI](#)

Deltakelse i arbeidslivet har sammenheng med unngåelse av isolasjon, dårlig økonomi og problemer med å etablere seg i samfunnet. For unge som ikke tar utdanning er det viktig å legge til rette for at de kommer i arbeid. På grunn av kommunestørrelse er det en del anonymiserte tall. For de kommunene der det er data på andel unge arbeidsledige, er det store forskjeller mellom kommunene i Finnmark. Tana og Sør-Varanger har lavest andel på 1,7 prosent, mens det er høyest prosentandel i Hasvik med 5,8 prosent.

	2018	2019	2020	2021	2022
Hele landet	1,9	2	1,9	3,5	2
Troms og Finnmark	1,6	2	1,9	3	1,7
Alta	1,3	2,3	1,7	3,5	1,9
Vardø	4	3,4	3,6	1,5	2
Vadsø	2,9	2	2,6	2,7	2,8
Hammerfest Hámmerfeasta	2,7	2,1	2,8	2,5	2
Guovdageaidnu Kautokeino	4,9	2,8	4,6	4,3	3,9
Loppa	:	:	:	6,4	:
Hasvik	7,4	7,9	3,1	3,5	5,8
Måsøy	2	3,1	5,5	4	:
Nordkapp	3,5	2	1,5	5,9	3,2
Porsanger Porsángu Porsanki	1,5	2,6	2,7	3,1	2,1
Karášjohka Karasjok	1,9	2,8	2,7	3,1	3,2
Lebesby	1,6	3,1	1,9	3,8	3,8
Gamvik	3,3	1,9	6,1	3,4	3,1
Berlevåg	:	:	3,5	4,4	3,8
Deatnu Tana	2,3	3,2	2,9	4,2	1,7
Unjárga Nesseby	:	:	:	:	:
Båtsfjord	4,5	5,7	4	3,2	2,3
Sør-Varanger	2,3	1,7	2,5	3,1	1,7

Tabell 3.2.4b Prosentandel arbeidsledige i alderen 15 til 29 år for kommunene i fylket, Troms og Finnmark fylke og landet som helhet. : = anonymisert for å hindre identifisering. Kilde: [FHI](#)

3.2.5 Arbeidsmarkedet

Samfunns- og næringsutviklingen i Finnmark blir påvirket av den globale utviklingen. Internasjonalt er det særlig koronapandemi, krig i Europa og klima og naturkrisen som legger føringer for samfunns- og næringsutvikling i Finnmark. På regionalt nivå er det særlig befolkningsutviklingen og behovet for kompetanse som kan få stor betydning for muligheten for utvikling. Arbeidsledigheten i Norge er i dag på et lavt nivå, og det påvirker muligheten for å skaffe arbeidskraft. I tillegg opplever distriktene i Norge en netto utflytting av arbeidskraft (Strategi for næringsutvikling i Finnmark 2023-2028).

Finnmark har et lite allsidig næringsliv, og begrenset tilgang på kompetent arbeidskraft. Kartlegging av kompetansebehov i næringslivet i henhold til [NHOs](#) kompetansebarometer viser at nordnorske bedrifter i størst grad opplever udekket kompetansebehov. Særlig er behovet stort innen yrkesfag og innen IKT-kompetanse.

I kontakt med kommunene i fylket, oppgir de aller fleste kommunene at de har vansker med å rekruttere helsepersonell. Dette er en kjent problemstilling på landsbasis ([Helsedirektoratet](#)).

3.2.6 Sysselsatte fordelt på arbeidsområder

I petroleumsindustrien var det i 2020 utgjorde sysselsettingen innen oljeutvinning og relaterte petroleumsleveranser ca. 1340 sysselsatte med arbeidssted i Finnmark, hvorav 900 årsverk i leverandørnæringene og 442 sysselsatte innen direkte utvinning av olje- og gass (ekskl. sokkelansatte). Petroleumsnæringen i Finnmark har hatt en høy og økende aktivitet de siste 5-7 årene. Næringen er primært lokalisert i Vest-Finnmark, med en klynge i Hammerfest. Noe leverandørindustri holder til i Øst-Finnmark. Barentshavet sees fortsatt på som Norges potensielt viktigste vekstområde fremover innen olje og gass; særlig gass, ifølge Oljedirektoratet.

I bygg- og anleggsnæringen var det ved utgangen av 2021 var det 3466 personer sysselsatt i bygg- og anleggsnæringen. Bedriftspopulasjonen i Finnmark preges av bedrifter med svært få ansatte. Dette gir utfordringer ved samarbeid bedriftene imellom og krever samhandlingskompetanse. Et økende antall aktører i næringen er konkurransedyktig og vinner oppdrag også utenfor eget fylke og Nord-Norge.

I mineralnæringen var det i 2017 var det 213 sysselsatte i mineralnæringen. De fleste mineralske ressursene i Norge finnes i Nord-Norge, og utvinning av disse bidrar til å dekke både nasjonale og internasjonale behov. Mineralnæringens bidrag til økt sysselsetting og verdiskaping i Finnmark er helt avhengig av at de to større industriprosjektene Nussir og Sydvaranger blir realisert. Det er imidlertid flere barrierer for disse (som alle andre aktører), blant annet naturavtrykk, disponering av overskuddsmasser, og samiske interesser.

Innen arktisk bioøkonomi var 1213 personer registrert i fiskermanntallet i 2021; fiskeriindustrien sysselsetter om lag 1000 personer, dette har vært relativt uendret siden 2015; oppdrettsnæringen sysselsetter om lag 650 i 2021; i 2019 var det registrert 309 aktive gårdsbruk i Finnmark som hadde søkt produksjonstilskudd, mer enn en halvering på de siste 20 årene; reindriften utgjorde i 2020 655 årsverk. De viktigste råvarene i Finnmark er villfanget fisk, oppdrettsfisk, samt andre marine arter, og landbruksproduksjon, inklusive reinkjøtt. Sjømat utgjør den viktigste delen av bioøkonomien i Finnmark. Nordkapp er kommunen med klart flest fiskere som hovedyrke, dernest Gamvik, Måsøy, Vardø og Hammerfest.

I reiselivsnæringen var det omtrent 3600 sysselsatte i reiselivsnæringen i Finnmark. Næringen kjennetegnes av få og små aktører med få ansatte og begrenset omsetning. Aktørene tar utgangspunkt i Finnmarks uberørte og ville natur. Næringen er sesongbetont med en stor andel sesongsysselsatte og delvis ukvalifisert arbeidskraft i høysesongen.

3.2.7 Andel pendlere ut eller inn av kommuner i Finnmark

Differansen mellom bo- og arbeidssted viser forholdet mellom sysselsatte som pendler inn og ut av kommunen. Tallene kan si noe om kommunen har et stort bo- og arbeidsmarked innenfor egne grenser, eller om kommunen har behov for arbeidskraft fra markeder utenfor egen kommune.

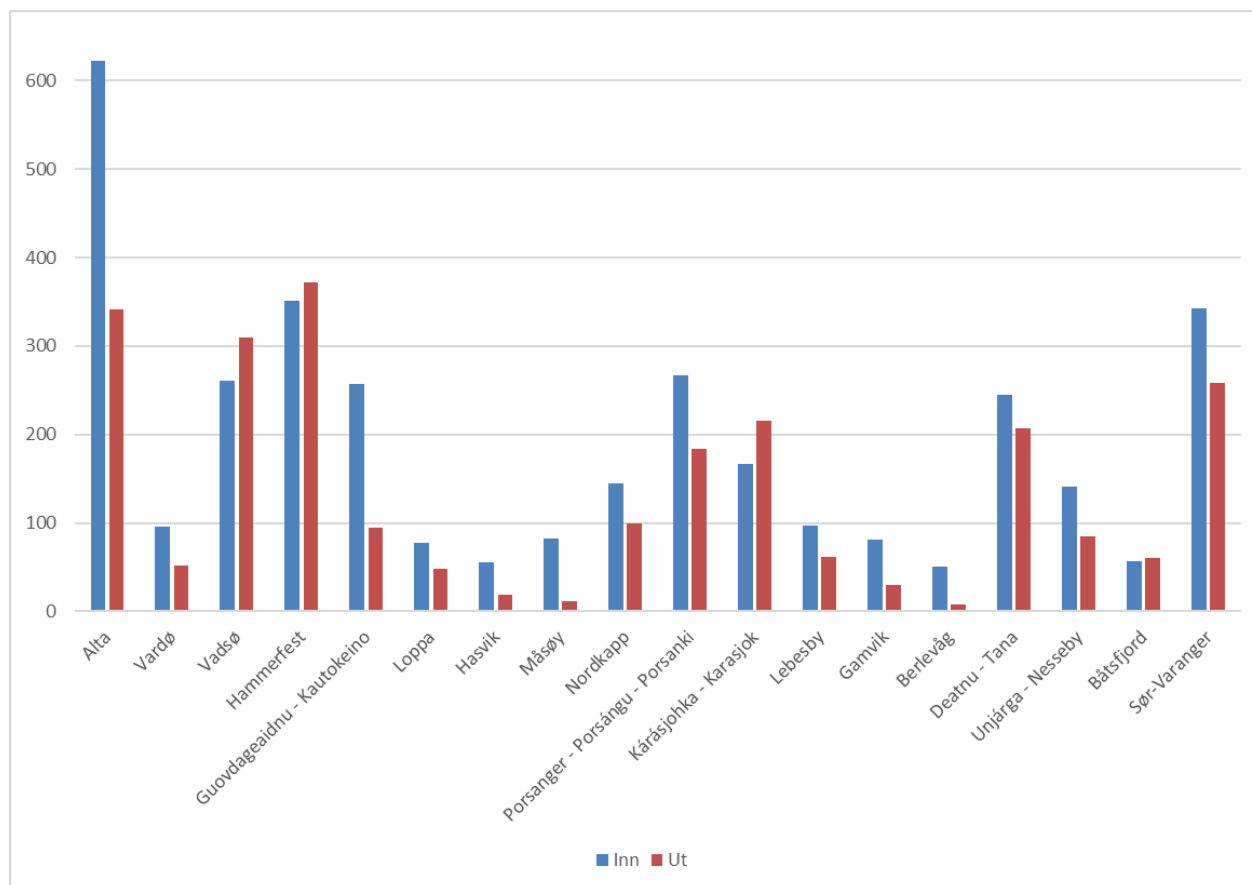
Med pendling menes det at man arbeider i en kommune, men har bosted i en annen. Tabell 3.2.6 viser forholdet mellom hvor mange som pendler inn og ut av kommunen. Tallene sier noe om de som pendler på arbeidsreiser, men ikke hvor stor andel som arbeider i samme kommune som der de bor. Det tallene ikke sier noe om er reisetid eller -måte, eller omfang av hjemmekontor eller at man har arbeidssted et annet sted enn der man er ansatt.

	Inn	Ut
Alta	1126	1033
Vardø	65	107
Vadsø	331	341
Hammerfest	583	556
Guovdageaidnu - Kautokeino	116	268
Loppa	48	89
Hasvik	30	51
Måsøy	24	85
Nordkapp	113	175
Porsanger - Porsángu - Porsanki	190	306
Kárásjohka - Karasjok	241	201
Lebesby	67	100
Gamvik	40	82
Berlevåg	17	73
Deatnu - Tana	228	276
Unjárga - Nesseby	83	142
Båtsfjord	68	70
Sør-Varanger	463	517

Tabell 3.2.7 Andel pendlere inn eller ut av kommuner i Finnmark i 2022, i alderen 20-66 år. Kjønn samlet. Kilde: [SSB](#)

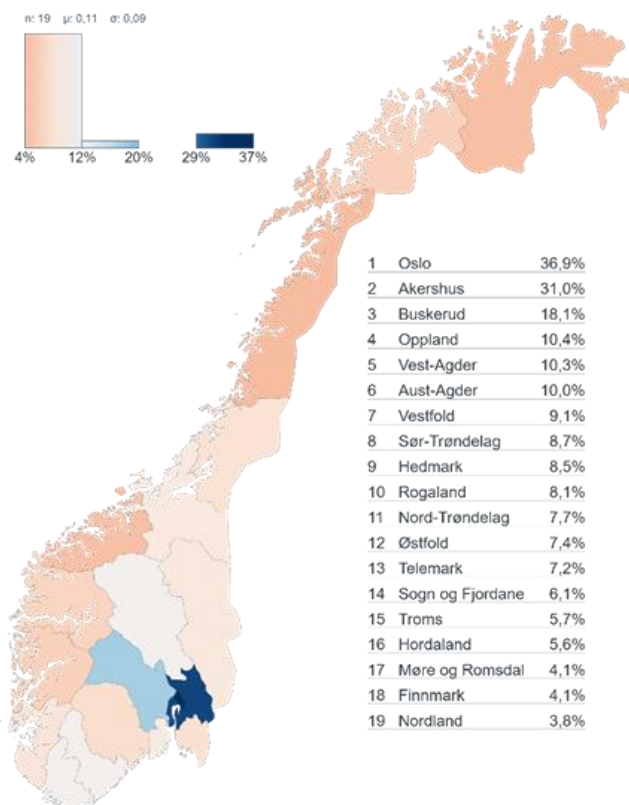
Som figur 3.2.7 viser så er pendlerstrøm⁴ inn og ut av kommunene er i stor grad lik, med noen unntak hvor pendlerstrømmen inn i kommunene er markant høyere; Alta, Kautokeino, Måsøy, Berlevåg og Gamvik. Det er kun tre kommuner hvor pendlerstrømmen ut er høyere enn inn; Vadsø, Hammerfest og Karasjok. Det er imidlertid liten differanse inn/ut på disse.

⁴ For videre fordypning i pendling: [Pendlingsstrømmer \(shinyapps.io\)](https://shinyapps.io/pendlingsstrommer/)

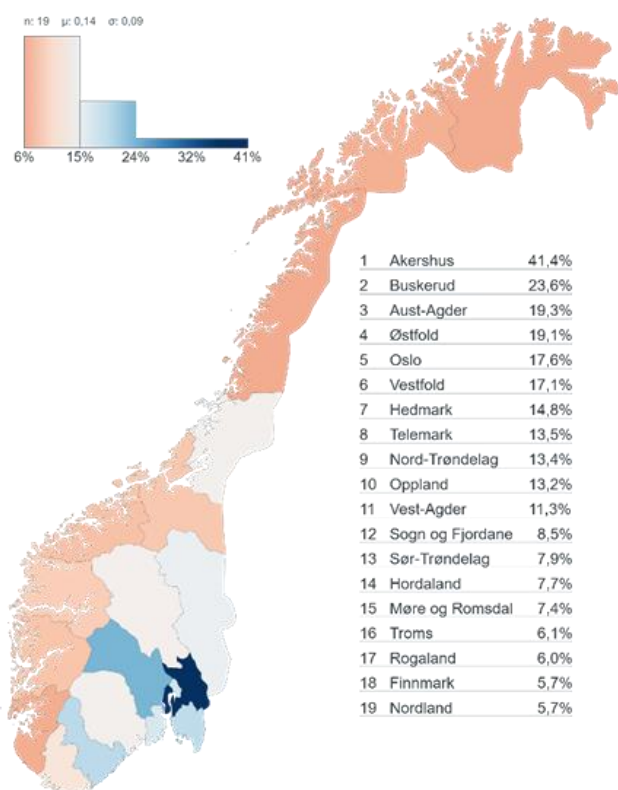


Figur 3.2.7 Pendlerstrøm inn og ut av kommunene av sysselsatte i alderen 15 til 74 år, per fjerde kvartal i 2022. Kilde: ssb.no

Av figurene 3.2.7 b og c vises det at kun 4,1 prosent av fylkets sysselsatte pendler inn til fylket, mens 5,7 prosent pendler ut. Pendlerstrømmen inn og ut av Finnmark er relativt sett lav i forhold til resten av landets kommuner, og gir da en netto pendlerstrøm av fylkets sysselsatte på kun 1,6 prosent ut av fylket.



Figur 3.2.7b Innpendlere fylkesvis. Tall for 2020. Kilde: Regionalplananalyse.no



Figur 3.2.7c Utpendlere fylkesvis. Tall for 2020. Kilde: Regionalplananalyse.no

3.3 Utdanning

I løpet av de siste 30 årene har de fleste gruppene i samfunnet fått bedre helse. Helsegevinsten har vært størst for dem som allerede hadde den beste helsen, altså gruppen med flere års utdanning, god inntekt og som lever i parforhold. Helsegevinsten har ikke økt like mye for gruppen med lav utdanning og inntekt. På grunn av dette har forskjellene i helse økt, spesielt de siste ti årene. Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse ([FHI](#)).

Utdanningsnivå har sammenheng med helseatferd og risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer: røyking, forhøyet BMI, høyt blodtrykk og kolesterol. Forskjellene er uavhengig alder. Helseadferden blir påvirket av levekår, som påvirker motivasjonen for å opprettholde helsebringende levevaner ([FHI](#)).

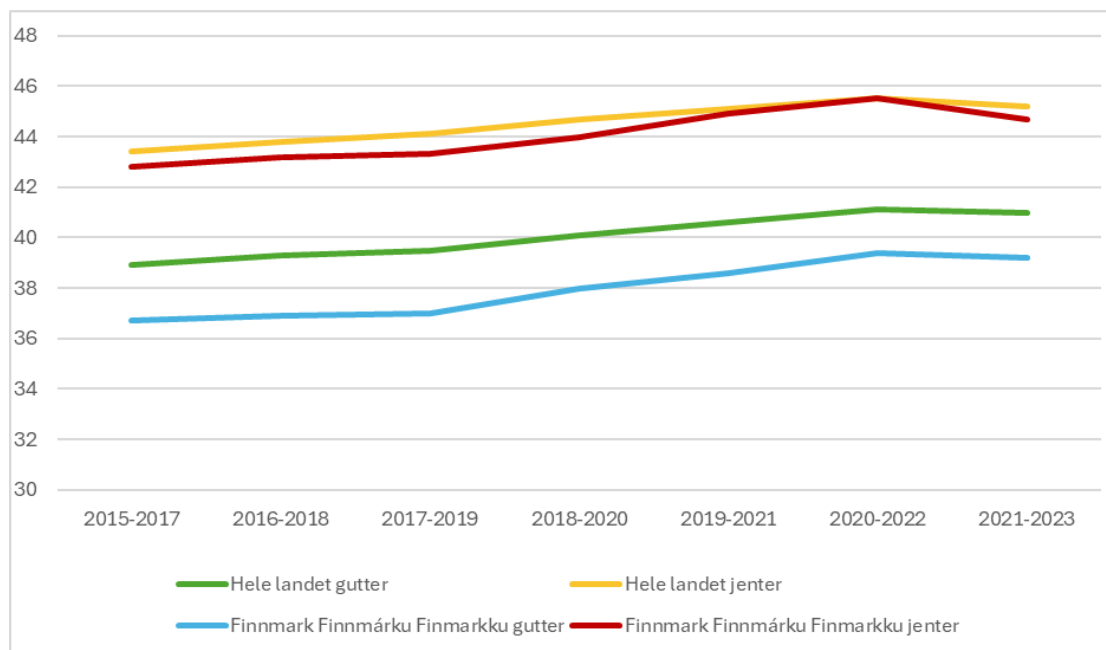
Befolkningens formelle kompetanse kan måles ved å se på utdanningsnivået målt ved høyeste gjennomførte utdanning. Med økt krav til formell kompetanse i arbeidslivet har utdanningsnivået i Norge økt. Historisk har befolkningen i Finnmark hatt landets laveste utdanningsnivå. Det var arbeid i fiskeindustrien, med reindrift og på anlegg uten store krav til utdanning. Slik er det ikke lengre, og selv finnmarkingene har det laveste utdanningsnivået, har nivået jevnet seg mer og mer ut.

3.3.1 Utdanningsnivå i Finnmark

I 2022 var det 26,3 prosent i Finnmark som hadde grunnskole som sin høyeste utdanning. Da forrige kunnskapsgrunnlag for Finnmark ble laget i 2016, var andelen på 29,4 prosent. I 2022 var det blant menn 29,4 prosent, og blant kvinner var andelen 23 prosent, som hadde grunnskole som sin høyeste utdanning. Dette er en positiv utvikling, selv om Finnmark har en større andel innbyggere med grunnskole som høyest fullført utdanningsnivå enn resten av landet.

Grunnlaget for videre utdannings- og yrkesvalg legges i grunnskolen. Det er derfor viktig at elever gjennom grunnskoleløpet har like muligheter til læring og kunnskapstilegnelse. Det er mange måter å måle elevenes skoleferdigheter på gjennom nasjonale prøver, eksamenskarakter og standpunktskarakterer. Grunnskolepoeng er samlet antall karakterpoeng ved avsluttet grunnskole på 10. trinn, og kan være et godt mål på hvilke skoleferdigheter elevene har tilegnet seg etter ti års skolegang. Grunnskolepoeng sier noe om karakternivået og indirekte noe om forutsetningene elevene har når de skal starte på videregående opplæring. Merk at fordi eksamen for alle grunnskoleelever ble avlyst skoleårene 2019/2020, 2020/2021 og 2021/2022 på grunn av pandemien, er grunnskolepoengene for disse skoleårene kun basert på standpunktskarakterene, i motsetning til de andre årene der også eksamen er inkludert ([FHI](#)).

Av figur 3.3.1 ser man at jentene i Finnmark har grunnskolepoeng som ligger nær opp mot snittet blant jenter i landet. Finnmarksguttene har derimot en del lavere poeng enn gutter på landsnivå, men siden forrige kunnskapsgrunnlag i 2016, har denne forskjellen blitt redusert. Det har vært satt inn en rekke tiltak for å få Finnmarksguttenes grunnskolepoeng høyere, og figuren viser at forskjellene har blitt mindre. Det er enda kjønnsforskjeller i grunnskolepoeng på både nasjonalt- og fylkesnivå.

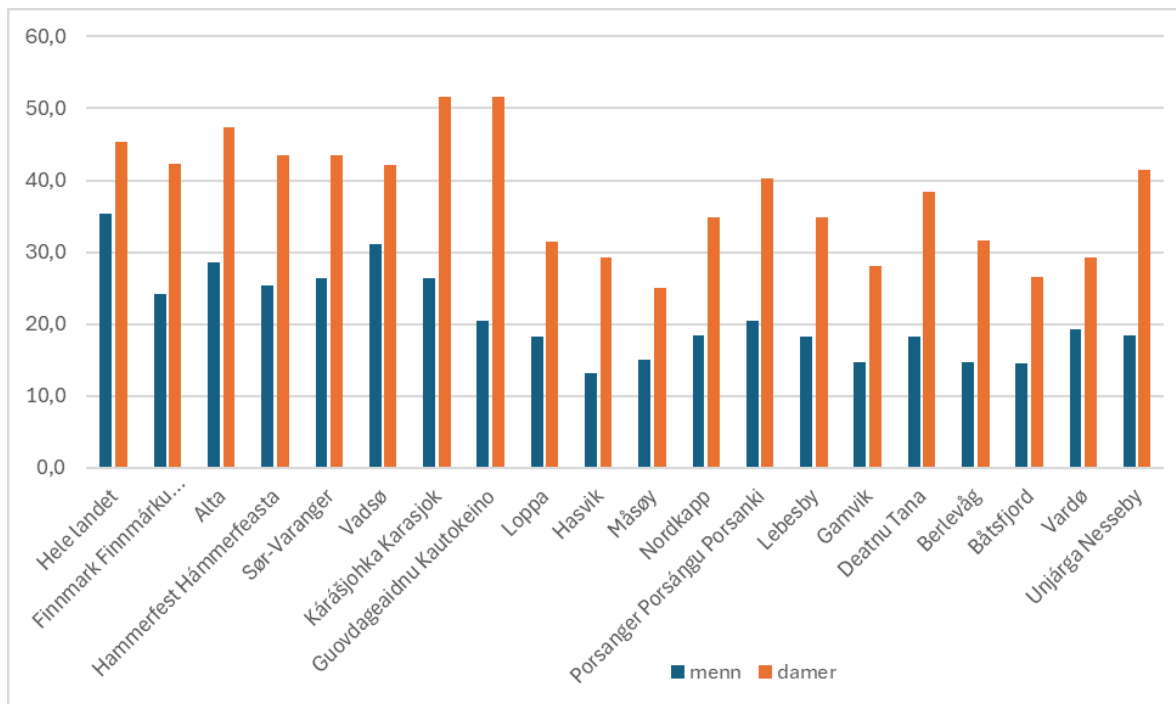


Figur 3.3.1 Grunnskolepoeng delt i jenter og gutter i Finnmark og Norge. Kilde: FHI

Siden 2006 har prosentandelen av voksne over 25 år i Finnmark som har videregående opplæring/fagskole som høyeste fullførte utdanningsnivå vært relativt stabilt. Det er en noe større nedgang for kvinner, der andelen i 2006 var 37 prosent og i 2022 34,7 prosent. For menn var det i 2006 45,4 prosent mens i 2022 var den 46,3 prosent.

Alle kommunene i Finnmark har hatt en økning av andel voksne over 25 år som har gjennomført høyere utdanning, det vil si at de har gjennomført en universitets- eller høgskoleutdanning, eller har 120 studiepoeng eller mer. Finnmark som helhet ligger enda under landsgjennomsnittet for kjønn samlet. For kvinner i Finnmark har utviklingen blitt tilnærmet lik tallet for kvinner i Norge generelt. Utviklingen for menn i Finnmark har ikke vært like stor og prosentandelen er betydelig lavere enn menn i landet som helhet.

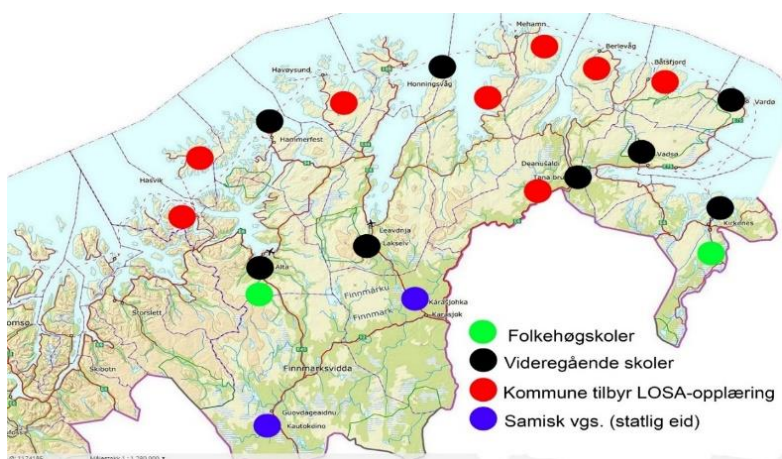
Det er høyere andel kvinner enn menn som tar høyere utdanning, og det er i Kautokeino og Karasjok som har høyest andel kvinner som tar høyere utdanning, med 51,6 prosent i hver av kommunene. Det er gjennomgående for alle kommunene i Finnmark at det er kvinner som tar høyere utdanning.



Figur 3.3.1 Viser prosentandel i 2022 av befolkningen over 25 år som har fullført høyere utdanning, i landet som helhet, Finnmark og kommunene i fylket. Delt for menn og kvinner. Kilde: [FHI](#)

3.3.2 Videregående skoler i Finnmark

Det er åtte videregående skoler i Finnmark, i tillegg er det åtte kommuner som tilbyr LOSA-opplæring⁵.



Figur 3.3.2 kart over folkehøgskoler, videregående skoler, LOSA-opplæring og samisk videregående skoler i Finnmark. Kilde: egen figur

⁵ LOSA er en forkortelse for Lokal Opplæring i Samarbeid med Arbeidslivet, og er et opplæringsprosjekt i Finnmark med tilbud for elever på VG1 som ønsker å ta første år på videregående skole i sin hjemkommune.

	Lakselv	Kirkenes	Nordkapp	Hammerfest	Vardø	Tana	Vadsø	Alta
Antall ansatte/årsverk*	33/25,6	87/83	49/30,5	64/53	17/17,6	13/10,5	61	150/138
Antall elever	131	414	174	340	61	47	207	829

Tabell 3.3.2 Videregående skoler i Finnmark, antall ansatte, antall årsverk og antall elever 2023. * skoleledere, miljøarbeidere, fagarbeidere og vedlikeholdsarbeidere m.m. er ikke med i denne oversikten). Kilde: egne data

Antall ansatte/årsverk	6
Antall elever	41

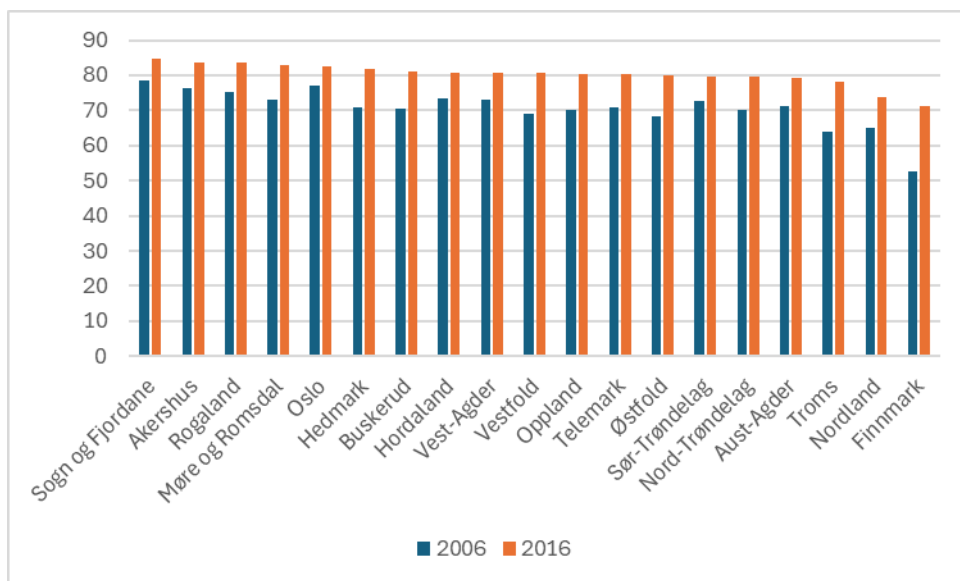
Tabell 3.3.2b Pasvik folkehøgskole antall årsverk og ansatte, og antall elever i 2023. Kilde: egne data

3.3.3 Gjennomføring i videregående opplæring

Det er en sterk sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå, resultater på grunnskole og gjennomføring av videregående opplæring. I tillegg spiller gener og miljø inn på hvorvidt elever gjennomfører videregående skole ([FHI](#)). Man ser at elever som har foreldre med høyere utdanning i gjennomsnitt får bedre karakterer gjennom hele skoleløpet, det vil si både i grunnskolen og videregående opplæring ([helsedirektoratet](#)). Disse elevene har i tillegg større forutsetninger for å gjennomføre videregående skole.

Betydningen av å gjennomføre videregående skole blir stadig større. Frafall fra utdanning og arbeidsliv blir forbundet med økt risiko for dårlige levekår og helseplager ([FHI](#)). Annenhver elev som ikke fullfører og består videregående opplæring blir avhengig av langvarige offentlige ytelser. Det koster NAV 12–13 millioner kroner hvis en skoleungdom ikke fullfører skolen og blir gående på trygd hele livet ([Innlandsstatistikk](#)). Svakt læringsutbytte i grunn- og videregående skole kan derfor få store konsekvenser for videre muligheter innen utdanning og yrkesliv. Det betyr at kunnskap og evne til omstilling blir stadig viktigere, både for arbeidslivet som helhet og for den enkelte.

Gjennomføringen måles fem år etter påbegynt vg1 for studieforberedende og seks år etter påbegynt vg1 for yrkesfag. Statistikken er beregnet i prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring et gitt år. Personer som etter fem og seks år fortsatt er i videregående opplæring, regnes ikke som gjennomført ([FHI](#)). Gjennomføringen i landet er lavest i Finnmark med ca. 71 prosent. Finnmark har imidlertid hatt en svært god utvikling de seneste årene. Siden kullet som startet i 2006 og til kullet som fullførte i 2022, har gjennomføringsandelen økt med 19 prosentpoeng ([udir](#)). Finnmark har hatt den største endringen på disse årene (figur 3.3.3a).



Figur 3.3.3a Elever som har fullført og bestått i løpet av fem og seks år, fordelt på fylke. Tall for kullet som startet i 2006 og kullet som startet i 2016. Kilde: [udir](#)

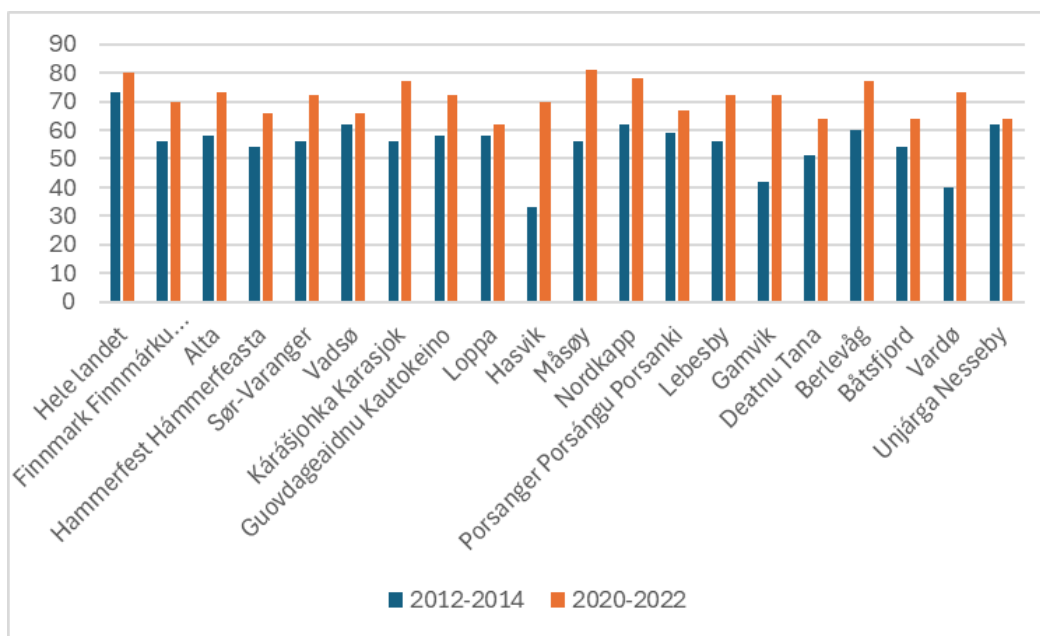
Som tabell 3.3.3 viser så er landsgjennomsnittet for gjennomføring av videregående opplæring innen forventet tid på 80 prosent. Finnmark er ti prosentpoeng under landsgjennomsnittet. Det er en større andel jenter enn gutter som fullfører videregående opplæring innen gitt tid. Dette er en trend man ser i de andre fylkene også. Gjennomføringen i hele landet er lavere på yrkesfag enn på studieforberedende utdanningsprogram. Skoleeier i Finnmark og de videregående skolene har satt i gang mange tiltak som samlet sett over tid har ført til en svært positiv utvikling. Mange av tiltakene er basert på kunnskapsbasert forskning.

Finnmark Finnmarkku Finmarkku	70
Nordland Nordlândia	76
Troms Romsa Tromssa	77
Østfold	79
Telemark	79
Agder	79
Trøndelag Tröndelage	79
Hele landet	80
Buskerud	80
Innlandet	80
Vestfold	80
Oslo	81
Vestland	81
Møre og Romsdal	82
Akershus	83
Rogaland	83

Tabell 3.3.3 Gjennomføring av videregående opplæring innen forventet tid (fem og seks år etter påbegynt) i perioden 2020 til 2022. Fylkesoversikt sortert fra lavest til høyest, Finnmark og landet som helhet er uthevet. Kilde: [FHI](#)

Av figur 3.3.3b ser man at alle kommunene i Finnmark har hatt en positiv utvikling i andel som gjennomfører videregående opplæring innen gitt tid fra perioden 2012 til 2014 og til perioden 2020 til 2022, som er siste tilgjengelige tidsserie. Selv om Finnmark skårer lavere på gjennomføring av videregående skole, er trenden positiv. Det er en økning av gjennomføringsgrad de siste årene

sammenlignet med tidligere (figur 3.3.3b) med en økning av gjennomføringsandelen i gjennomsnitt på omtrent ti prosent.



Figur 3.3.3b Gjennomføring av videregående opplæring innen forventet tid (fem og seks år etter påbegynt) i perioden 2012 til 2014 og fra 2020 til 2022. Oversikt over kommuner, Finnmark fylke og landet som helhet. Kilde: [FHI](#)

4.0 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

En rekke miljøforhold har effekt på helsen. Eksempler er drikkevannskvalitet, luftkvalitet, grad av støy, sykkelvegnett og kvaliteter ved nærmiljøet som tilgang til friområder, friluftsområder osv. Oversikt over infeksjonsepidemiologiske forhold i fylkeskommune etter smittevernloven §§ 7-1 og 7-2 bør samordnes med oversikt etter folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen og komme inn under biologiske faktorer. Sosialt miljø kan omfatte organisasjonsdeltakelse, valgdeltakelse, kulturtilbud, sosiale møteplasser osv. Med begrepene fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø refereres det til kap. 3 i folkehelseloven.



Kapitlet om miljø er viktig for flere av FN sine 17 bærekraftsmål. Særlig relevant er mål 1 om å utrydde fattigdom, mål 3 om god helse og livskvalitet, mål 4 om god utdanning, mål 6 om rent vann og gode sanitærforhold, mål 10 om mindre ulikskap, mål 11 om bærekraftige byer og lokalsamfunn og mål 13 om å stoppe klimaendringene.

Hovedinntrykk

Finnmark har generelt god tilgang til friluftsområder, men det er variasjon mellom kommunene når det gjelder kvalitet og tilgjengelighet på gang- og sykkelveier. Luftkvaliteten i Finnmark er relativt god sammenlignet med andre deler av landet, men enkelte kommuner har utfordringer knyttet til partikkelforurensning fra vedfyring og veitrafikk. Drikkevannskvaliteten er også generelt tilfredsstillende, men en større andel av ledningsnettet er utdatert, noe som medfører tap av renset drikkevann og økt risiko for forurensning.

Når det gjelder biologiske miljøfaktorer, har Finnmark hatt utfordringer med smittsomme kjønnssykdommer som klamydia og gonoré, særlig blant unge. Antallet klamydiainfeksjoner har økt de siste årene særlig i aldersgruppen 20-29 år. Forekomsten av andre smittsomme sykdommer som influensa, covid-19 og meslinger har også vært relativt lav i Finnmark sammenlignet med resten av landet.

Det sosiale miljøet i Finnmark preges av varierende deltakelse i organisasjoner, valgdeltakelse og kulturtilbud. Folkehelseundersøkelsen fra 2019 og ungdata viser at Finnmark skårer dårlig på områder som timer stillesitting i hverdagen, å være med gode venner hver uke, hvor fornøyd en er med livet, om livet er meningsfylt, positive følelser, om en har støttende sosiale relasjoner og tilgang på kultur- og idrettstilbud.

4.1 Omfang av smittsomme sykdommer

En smittsom sykdom er en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av mikroorganismer (bakterier, virus, sopp eller parasitter) eller andre smittestoff som kan overføres fra, til eller mellom mennesker.

Frem til for cirka 100 år siden var epidemier og ulike typer infeksjonssykdommer de dominerende folkesykdommene i Norge. Mange døde av meslinger, difteri, tuberkulose, influensa og andre infeksjoner. Etter hvert ble folkehelsen bedre, og vi fikk betydelig lavere forekomst av flere infeksjonssykdommer. Det var særlig fire forhold som bidro til at infeksjoner ble et mindre folkehelseproblem i løpet av 1900-tallet:

- Høyere levestandard med innføring av moderne kloakksystemer, trygg drikkevannsforsyning, bedre ernæring og boligforhold
- Bedret smittevern
- Vaksiner
- Antibiotika og andre antimikrobielle midler

I dag ser vi imidlertid at internasjonal handel, migrasjon og klimaendringer bidrar til spredning av infeksjonssykdommer til nye områder. Utfordringer som vaksineskepsis og utvikling av antibiotika resistens viser at kampen mot infeksjonssykdommer på ingen måte er vunnet, og at målrettet innsats fortsatt er nødvendig for å holde infeksjonssykdommene under kontroll.

Infeksjonssykdommer rammer et stort antall mennesker i Norge hvert år, men for de fleste er de ikke livstruende. De gir først og fremst akutt sykdom med lite helsetap over tid. Den store majoriteten av infeksjonsdødsfallene er forårsaket av nedre luftveisinfeksjoner hos personer over 70 år. Det globale sykdomsbyrdeprosjektet har beregnet at nedre luftveisinfeksjoner var årsaken til om lag syv prosent av dødsfallene i denne aldersgruppen i Norge i 2019 ([FHI - folkehelse rapporten](#)). Blant beboere i sykehjem er infeksjoner en relativt vanlig årsak til sykehusinnleggelser og død.

Campylobacteriose	123
Clostridium difficile	89
Cryptosporidose	17
Denguefeber	1
E. coli EHEC	17
E. coli-enteritt	74
Ekinokkose	1
Giardiasis	9
Gonore	74
Hepatitt B, akutt	1
Hepatitt B, kronisk	24
Hepatitt C	54
HIV-infeksjon	12
Kikhoste	5
Koronavirus med utbruddspotensial	680
Legionellose	2
Listeriose	3
Lyme borreliose	5
Malaria	6
MRSA	81
Nephropathia epidemica	2
Resistent enterokokk	2
Resistent gram negativ stav	13
Rotavirus sykdom	53
Salmonellose	19
Shewanellainfeksjon	1
Shigellose	4
Syfilis	3
Syst. gr. A streptokokksykdom	17
Syst. gr. B streptokokksykdom	7
Syst. H. influenzae-sykdom	5
Syst. pneumokokksykdom	24
Tuberkulose	7
Virale infeksjoner i sentralnervesystemet	6
Yersiniose	2

Tabell 4.1a Smittsomme sykdommer i perioden 01.01.2023 til 19.10.2023 i Troms og Finnmark. Kilde: [MSIS](#)

Som vist i tabell 4.1b er forekomsten av klamydia økende i Finnmark i perioden 2019-2023. Økningen utgjør 21 prosent og er markant høyere enn i landet for øvrig. Selv om tallgrunnlaget er svakt for de øvrige kjønnssykdommene gonoré, HIV og syfilis, viser også disse en økning i femårsperioden. Denne økningen sammenfaller med en generell trend i landet. Samlet sett ser vi for landet en økning i disse fire kjønnssykdommene en økning på fire prosent mens det i Finnmark har vært en økning på 23 prosent.

Sykdom	2019	2020	2021	2022	2023	Finnmark endring 2019- 2023 (prosent)	Landet endring 2019- 2023 (prosent)
Klamydiainfeksjon	513	565	603	571	613	19	-1
Gonoré	7	5	3	6	21	*	75
HIV-infeksjon	2	1	1	7	8	*	92
Syfilis	2	-	1	3	5	*	0
Totalt	524	571	608	587	647	23	4

Tabell 4.1b Smittsomme kjønnssykdommer i perioden 2019-2023 Finnmark. Kilde: [MSIS](#)

Som vist i tabell 4.1c er økningen av forekomst av meldte tilfeller av klamydiainfeksjon høyest i aldersgruppene mellom 20-39 år, med en økning på henholdsvis 33 og 53 prosent. Antallet klamydiatilfeller er høyest i aldersgruppen 20-29 år.

Klamydiainfeksjon	2019	2020	2021	2022	2023	Finnmark endring 2019- 2023 (prosent)	Landet endring 2019- 2023 (prosent)
<20 år	177	200	193	164	175	-1	-9
20-29 år	278	313	344	356	370	33	-1
30-39 år	36	41	54	35	55	53	8
40-49 år	16	8	5	11	8	*	5
50-59	4	3	7	4	3	*	1
>60 år	2	0	0	1	2	*	54

Tabell 4.1c Aldersfordelt Klamydiainfeksjon i perioden 2019-2023 Finnmark. Kilde: [MSIS](#)

4.2 Drikkevannskvalitet

Sikker leveranse og trygt drikkevann er viktig for folkehelsen. Sykdomsutbrudd som skyldes dårlig drikkevann, forekommer med jevne mellomrom i Norge. Store vannbårne utbrudd er sjeldne, men de siste 20 årene er det registrert 78 drikkevannsbårne utbrudd med til sammen 17 000 sykdomstilfeller nasjonalt. I tillegg kommer alle de sporadiske smittetilfellene som ikke blir registrert ([FHI](#)).

Drikkevannskvalitet er et nasjonalt satsningsområde. Regjeringen vil fastsette nye mål for vann og helse med en tverrsektoriell gjennomføringsplan som skal gjøre vannforsyningen mer robust i hele landet ([Folkehelsemeldinga](#)).

Drikkevannskvaliteten blant kommunene i Finnmark er generelt tilfredsstillende.

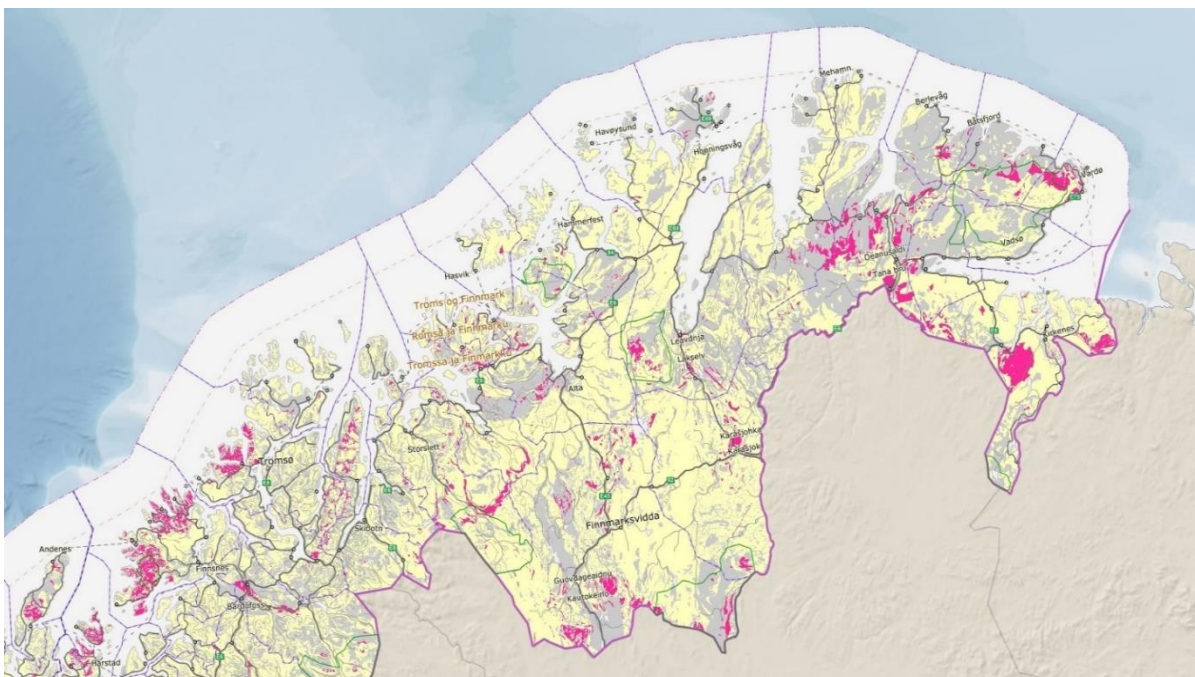
Drikkevannsforsyningen har imidlertid lavere hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet enn landsgjennomsnittet. I [Mattilsynet](#) sin rapport om «status for drikkevannsområdet i landets kommuner» fra 2019, hadde kommunene i Finnmark fylke nasjonalt sett det største avviket i forhold til nivåene av bakterien *E. coli* i drikkevann.

En større andel av ledningsnettet er utdatert, noe som medfører tap av rensedrikkevann grunnet lekkasjer, samt økt risiko for innblanding av forurensende stoffer før drikkevannet når abonnenter. Om lag lekker 30 prosent av drikkevannet ut av ledningene på landsbasis ([Folkehelsemeldinga](#)). De fleste vannverkene er forholdsvis små med enkle renseløsninger. Det gjør vannverkene mer sårbare og avhengige av god råvannskvalitet og beskyttelse av drikkevannskilden med tilhørende nedslagsfelt. Klimaendringene kan føre til endring i temperatur og nedbørsmønster, gjerne i form av styrtregn og mer omfattende snøsmeltning. Økt avrenning og erosjon fra bakken vil øke risikoen for at organisk materiale og annen forurensning blir fraktet til drikkevannskilder. Oversikt over utviklinga av råvannskvalitetene viser at dette er en trend for drikkevann som hentes fra overflatevann. Dette kan redusere drikkevannskvaliteten og medføre at enkle renseløsninger ikke fungerer like godt

4.3 Forekomst av radon

Radon er en usynlig og luktfri gass, som dannes kontinuerlig i jordskorpa. Utendørs vil konsentrasjonen av radon normalt være lav, og helsefare oppstår når gassen siver inn og oppkonsentreres i vårt innemiljø. Ifølge WHO (referert av Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, DSA, 2020) er radon den viktigste årsaken til utvikling av lungekreft etter aktiv røyking. I to store kartleggingsprosjekter i perioden 2000 til 2003 ble det gjennomført radonmålinger i 158 kommuner i Norge. I Finnmark ble slike målinger gjennomført i Alta, Berlevåg, Hasvik, Karasjok, Måsøy, Porsanger, Tana og Vardø. Det varierer både innad i og mellom kommunene om hvor stor radonmengden er. Mange områder ble heller ikke kartlagt tilstrekkelig ([Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet](#)).

Man kan finne radon i alle typer bygninger, derfor bør alle bygninger ha så lave nivåer som mulig og innenfor de anbefalte grenseverdiene. Langtidsmålingene innendørs gjøres på vinterhalvåret, og blir målt i becquerel per kubikkmeter (Bq/m³).



Figur 4.3 – Aktsomhetskart for radon i Finnmark. Kartet er laget av Norges Geologiske Undersøkelse og DSA. Kartutsnitt hentet fra Norges Geologiske Undersøkelse 06.10.2023. Lilla = Særlig høy, Rosa = Høy, Lys gul = moderat til lav, Grå = Usikker. Kilde: Radonkart

4.4 Risiko for legionella

Legionellose er en sykdom som forårsakes av legionellabakterien. Legionellabakterier er vanlig forekommende i naturen og finnes i overflatevann og i jordsmonn. Bakterien overføres ved å puste inn aerosoler fra varmt- eller kaldtvannsystemer ofte forbundet med kjøletårn, dusjanlegg, boblebad og andre innretninger som avgir aerosoler (f.eks. sprinkleranlegg, innendørs fontener, befuktningsanlegg for frukt og grønnsaker, bilvaskemaskiner og luftfuktere som lager vanntåke uten temperaturheving).

I perioden fra 2019 til 2023 er det registrert tre tilfeller av legionella i Finnmark ([MSIS](#)). Til sammenligning hadde Troms fem og Nordland elleve tilfeller i samme periode.

4.5 Omfang av områder utsatt for støy

Støy er uønsket lyd ([miljødirektoratet](#)). Støy kan virke sjenerende, det kan påvirke søvnkvalitet og være medvirkende årsak til forhøyet blodtrykk og stress ([SSB](#)). Støy er ifølge SSB et av de store gjenværende miljøproblemene som rammer flest mennesker i Norge.

Av tabell 4.5 ser man at det har blitt færre i Finnmark som oppgir støy ved bolig som følge av veitrafikk eller luftfart. Tallene er regnet ut etter en støymodell og brukes til overvåkning av nasjonale miljømål. Tallene tar ikke hensyn til befolkningsutvikling, økende antall biler, tiltak som er iverksatt for å redusere støy eller utbygging av nye områder som tidligere ikke var plaget av støy. Uavhengig av dette er støyforurensning et lite problem i Finnmark, sammenlignet med resten av Norge.

	Veitrafikk		Luftfart	
	1999	2019	1999	2019
Hele landet	388800	372200	29300	23100
Østfold	23000	22100	5100 ..	
Akershus	52300	49500	2600	2600
Oslo	85000	85400 ..	..	
Hedmark	9800	8900	0 ..	
Oppland	11200	10100	0 ..	
Buskerud	16100	15100 ..	..	
Vestfold	16700	15900	1200	900
Telemark	11600	10900 ..	..	
Aust-Agder	7500	7100 ..	..	
Vest-Agder	14000	13500	600	600
Rogaland	42300	40700	6100	5000
Hordaland	48800	46800	2900	2900
Sogn og Fjord	5000	4700	0	0
Møre og Roms	14300	13500	300	400
Sør-Trøndela	13400	12400	1100	1000
Nord-Trønde	5200	4500	1500	1600
Nordland	6000	5300	5100	5500
Troms	4000	3600	1500	1500
Finnmark	2400	2300	1300	1000

Tabell 4.5 Antall som oppgir å være utsatt for støy fra vegtrafikk og luftfart ved bolig, for årene 1999 og 2019. Veitrafikk beregnes fra 55dB, og tallene fra 1999 er en forenklet beregning for veitrafikkstøy. Kilde: [SSB](#)

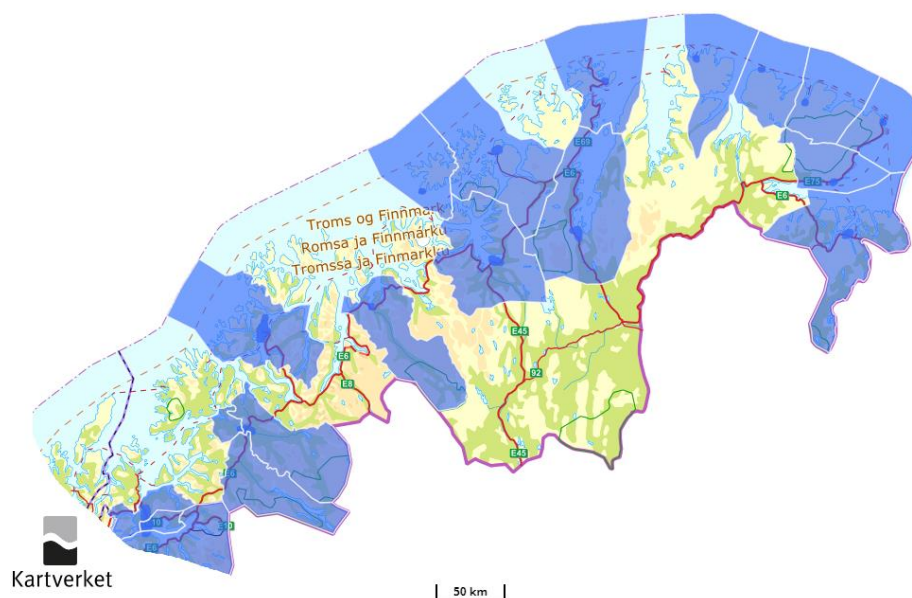
I 2019, var det flest i Vest-Finnmark som opplevde støy i Finnmark ([Fylkeshelseundersøkelsen i Troms og Finnmark](#)). I Vest-Finnmark oppga 11,7 prosent at de var plaget av støy fra trafikk hjemme, mens det var 8,2 prosent i Øst-Finnmark og 5,4 prosent i Indre-Finnmark. Undersøkelsen så også på om hvordan opplevelsen av støy ble påvirket av kjønn og utdanningsnivå. Tallene er sammenslått for Finnmark og Troms på dette området. Det er kun små forskjeller mellom utdanningsgruppene. Lavest andel som er plaget av støy fra trafikk når de er hjemme finner vi blant menn med høgskole- eller universitetsutdannelse. Det er de yngre i aldersgruppene 18 til 29 og 30 til 39 som oppgir å være mest plaget av støy i Finnmark og Troms ([Fylkeshelseundersøkelsen i Troms og Finnmark](#)).

Statens vegvesen og Nye Veier har ansvar for å kartlegge støy fra riksveg. Fylkeskommunen har ansvar for å kartlegge støy fra fylkesvei. Kommunen har ansvar for å kartlegge støy fra kommunal veg. I 2023 gjennomførte Statens vegvesen og Troms og Finnmark fylkeskommune en kartlegging av innendørs støynivå i bygninger langs riks- og fylkesveger i Troms og Finnmark fylke. Kartleggingen viser at flere bygninger med støyfølsom bruk i Hammerfest, Alta og Vadsø kommuner kan ha et

gjennomsnittlig innendørs 24-timers støynivå over 42 dB. Disse blir nå gjenstand for en mer detaljert kvalitetssikring av støynivået. En tiltaksplan for resterende bygninger etter kvalitetssikringen skal være ferdig innen 30.06.2024 (Støykartlegging 2023).

I kommunenes oversiktsbilder har tre av kommunene kommentert støy; Sør-Varanger, Tana og Alta. Sør-Varanger kommenterer at steintransport i forbindelse med gruvedrift ga støy, men at det i dag ikke er et problem og at det ikke er registrerte klager på støy fra innbyggerne (Oversiktsbilde over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, Sør-Varanger 2020-2024, s. 48). I Tana kommunes oversiktsbilde er det ingen av områdene som ligger i «rød» sone, men støysonekartlegging har vist at bebyggelse inntil 100 meter fra hovedveinettet kan ligge i «gul» sone (Kossen går det? Oversikt folkehelse 2018, Tana kommune, s 57). Alta kommunes oversiktsbilde viser at det er mest støy langs E6 og fylkesveger i sentrale områder. Det er gjort støymålinger fra Alta lufthavn, som er «rød» sone (Grunnlagsdokument Folkehelse Alta kommune 2019, s. 62).

Av figur 4.5 ser man at store deler av Finnmark opplever støy fra Avinors flyplasser. Det er mørkere markering nærmest flyplassene, men store deler rundt er avmerket som områder som opplever støy fra luftfarten.



Figur 4.5 Støysoner rundt Avinor sine flyplasser. Mørk blå og mer gjennomsiktig blå markerer støysoner, der det mørkeste markerer høyest forekomst av støyforurensning. Hentet fra geonorge.no. Kilde: [Miljødirektoratet](https://miljodirektoratet.no/)

For videre lesning:

[Vegvesen.no - Støysoner for riks- og fylkesveger](https://vegvesen.no/Stoysoner-for-riks-og-fylkesveger)

4.6 Omfang av områder utsatt av luftforurensning

Luftforurensning utløser og forverrer sykdommer, først og fremst i luftveiene og hjerte- og karsystemet. De mest sårbare for luftforurensning er barn, eldre og personer med underliggende sykdommer som luftveissykdommer (astma, KOLS) og hjerte-karlidelser. Luftforurensning blir av WHO vurdert som en av de viktigste årsakene til for tidlig død og uønskede helseeffekter i verden. Disse effektene synes å inntre ved relativt lave konsentrasjoner, og er derfor også relevante for norske byer og tettsteder ([FHI](https://www.fhi.no/)).

Vedfyring og forbrenning er en viktigste lokale kildene til luftforurensning i Norge. Sammenlignet med resten av landet har kommune i Finnmark god luftkvalitet, med en lav konsentrasjon av svevestøv ([FHI](#)).

Industri med utslipp til luft være en vesentlig kilde til lokal luftforurensning. I Pasvik i Sør-Varanger kommune har luftkvaliteten vært påvirket av utslipp fra smelteverksindustrien i Nikkel i flere tiår, og det har vært episoder der luftforurensningen har oversteget fastsatte grenseverdier for utendørs luftkvalitet. Etter at smelteverket ble lagt ned i 2020, har luftkvaliteten blitt betydelig bedre. Målinger gjennomført av norsk institutt for luftforskning ([NILU](#)) i 2021 viser at nivåene av forurensning er lave og at grenseverdier og målsettingsverdier er overholdt med klar margin.

4.7 Omfang av områder utsatt for annen forurensning

I Honningsvåg og Sør-Varanger har Mattilsynet kommet med advarsler om å begrense eller ikke spise visse typer sjømat. I Honningsvåg blir man frarådet å spise skjell fanget i Honningsvåg havn, da de har høye nivåer av PAH (polysykliske aromatiske hydrokarboner). I Sør-Varanger frarådes innbyggerne å spise fisk fanget i Førstevatn, Langdammen og Prestevatn, da vannene inneholder høye verdier av dioksin. I begge disse tilfellene er vurderingene gjort henholdsvis i 2000 og i 2004 (mattilsynet, 2023).

4.9 Trygge skoleveier, sykkel- og gangstier:

I Finnmark bor 22 prosent av befolkningen i områder med spredt bebyggelse. De fleste av veiene i disse områdene er ikke tilrettelagt for myke trafikanter. Fylkeskommunen eier og drifter omtrent seks kilometer gang- og sykkelvei, og noen få kilometer med fortau (Regional transportplan for Finnmark, 2024-2036). At barn og foresatte opplever skoleveien som sikker er et viktig virkemiddel for å få flere skal gå og sykle. Tilbakemeldinger fra innbyggerne viser at mange opplever skoleveien som utrygg (Regional transportplan for Finnmark, 2024-2036). Mer om spesielt utsatte skoleveier er å lese om i kapittel «5.2.1 Spesielt utsatte skoleveier».

Alta er fylkets eneste sykkelby. Kommunen samarbeider med stat og fylkeskommune med å tilrettelegge for et sammenhengende sykkelnett som driftes sommer og vinter. Satsningen har økt andelen gående og syklende i Alta betraktelig. Et suksesskriterium har vært enkle snarveier og lavkostnads gang- og sykkelveiløsninger som binder sammen byen på en annen måte enn det etablerte veinettet. Alta er den eneste kommunen i Finnmark som har en vedtatt plan om sammenhengende sykkelnett (Regional transportplan for Finnmark, 2024-2036).

[Fylkeshelseundersøkelsen](#) (FHUS) som ble gjennomført i både Finnmark og Troms i 2019, viste at det er en vesentlig høyere andel som rapporterer om godt utbygde gang- og sykkelveger i Vest-Finnmark enn i de øvrige områdene i Troms og Finnmark. I Vest-Finnmark er rapporterer rundt 60 prosent at det er godt utbygde gang- og sykkelveger. I Øst-Finnmark er denne andelen på 40 prosent. Indre Finnmark har den laveste andelen der bare 33 prosent rapporterer om godt utbygde gang- og sykkelveger.

4.11 Omfanget av områder for rekreasjon og friluftsliv

Finnmark har store områder tilgjengelig for friluftsliv og rekreasjon, men ikke alle områder er verken tilgjengelig eller relevante områder for allmenn bruk til tradisjonelt friluftsliv eller andre former for aktivitet. Kartlegging og verdisetting er et kommunalt virkemiddel for å identifisere, utvikle og ivareta arealer for friluftslivet. Metoden som brukes i dette arbeidet er utarbeidet i Miljødirektoratets veileder M98-2013. I Finnmark har tilnærmet alle kommuner utført en slik kartlegging og verdisetting av egne områder. En del kommuner har kartlagt hele kommunens arealer, mens andre kommuner har konsentrert som om avgrensede områder ulike steder. Felles for arbeidet er at de har skaffet oversikt over hvilke friluftslivsområder de har, hvilke som benyttes og hvilke verdi de vurderes til å ha både lokalt, regionalt og til ulike typer formål. En slik kartlegging er viktig for kommunen videre planleggingsarbeid, på tiltaksnivå og for å ivareta gode og viktige lokalområder for befolkningen.

4.11.1 Tilgjengeligheten til områder for rekreasjon og friluftsliv

Grøntområder har stor betydning for både den fysiske og mentale helsen gjennom å gi muligheter til å oppleve naturen, være aktiv og rekreasjon. Når det er snakk om grønntområder og naturområder som er viktig for rekreasjon og befolkningens trivsel er det langt i fra kun verneområder som nasjonalparker og naturreservater som er viktige. De viktigste områdene for den daglige bruken er de vi har tilgjengelig i kort avstand fra bo- og leveområdene. Grøntområder i byområder er viktig for alle i befolkningen, men spesielt for de grupper som har mindre bevegelsesradius enn funksjonsfriske voksne slik som barn, eldre og personer med ulike grad av funksjonsnivå.

Plan for friluftslivets ferdselsårer er et prosjekt som er forankret i [Meld. St. 18 \(2015-2016\) Friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet](#). En slik plan skal identifisere, ivareta og utvikle friluftslivets ferdselsårer for å sikre et attraktivt tilbud med tanke på tilgjengelighet for å være fysisk aktiv, livskvalitet, bolyst og reiseliv. I Finnmark er prosjektet etablert i alle 18 kommuner med utgangspunkt i Miljødirektoratets veileder (miljodirektoratet.no). Samtlige av Finnmark sine 18 kommuner har lagt inn kjente turruter i databasen rettikartet.no i 2023.

Som et lavterskel- og lokalt tiltak for å øke andel som er fysisk aktive i Finnmark, har Finnmark friluftsråd i ni år arrangert Perletur. Dette er korte og lange turer rundt om i alle kommunene i Finnmark. I 2024 er det nærmere 600 turmål. I 2023 var det 7703 registrerte deltakere, med 157 981 registrerte turmål. Dette er en økning fra 2022. Tiltaket er i stor grad basert på frivillighet ([Perletur](#)).

4.12 Tilbud og tilgjengelighet til kollektivtransport

Av de som betaler for egen bussbillett, er det i hovedsak bybuss som benyttes. Distriktsruter er mer kostbare, da det er færre som benytter seg av tilbudet, men det har vært en økning de siste årene. Fra høsten 2023 ble det innført bybuss i fem av de seks byene i Finnmark. Mer enn halvparten av de som bruker fylkeskommunens kollektivtilbud er skoleelever.

På sjørutene (hurtigbåt) var det kraftig lokal motstand mot endringer av rutetilbudet tilbake i 2013/2014, som gjorde at Fylkestinget gjorde mange tilpasninger i rutene slik at de mindre bygdene fikk et bedret tilbud. Det er anløpssteder med få innbyggere og fylkeskommunen dekker kostnadene ved omtrent 200 til 300 anløp årlig. I gjennomsnitt i Norge subsidieres en båtbillett med ca. 300 kroner, mens i Finnmark dekker fylkeskommunen 3129 kroner i subsidie for hver reisende båtpassasjer.

Alle transportmidlene, altså buss, hurtigbåt og ferje, har vært universelt utformet siden 2016. Utfordringen er at som regel er ikke holdeplasser og kaier tilrettelagt, da dette er vegeiers ansvar, og ikke en fylkeskommunal oppgave.

4.13 Antall frivillige organisasjoner

I Finnmark 1540 frivillige lag og foreninger, ifølge [frivillighetsregisteret](#). Dette innebærer tros- og livssynsorganisasjoner, barne- og ungdomsorganisasjoner, interesseorganisasjoner, kultur og kunst, rekreasjons og sosiale foreninger, idrettslag, med mer.

Frivillig arbeid har betydelige positive effekter for barn, unge og voksne. La oss se nærmere på hvordan det påvirker ulike aldersgrupper:

1. Barn og unge:
 - **Bedre fysisk helse:** Ungdom som deltar i frivillig arbeid har bedre fysisk helse sammenlignet med jevnaldrende som ikke jobber frivillig. Dette kan bidra til å styrke immunforsvaret og fremme generell velvære.
 - **Positivt syn på livet:** Å engasjere seg i frivillig arbeid gir en følelse av formål og tilhørighet. Dette kan bidra til et mer positivt syn på livet og økt livstilfredshet.
 - **Redusert risiko for psykiske utfordringer:** Ungdom som er aktive frivillige har mindre risiko for å utvikle angst, depresjon eller atferdsproblemer. Dette kan skyldes den sosiale støtten og meningsfulle aktiviteter som frivillig arbeid gir ([NHI](#)).
2. Voksne:
 - **God mental helse:** Frivillig arbeid blant voksne er kjent for å være forbundet med god mental helse og velvære. Det gir en følelse av formål og tilhørighet, og kan bidra til å forebygge ensomhet og depresjon.
 - **Sosiale bånd og fellesskap:** Voksne som deltar i frivillig arbeid bygger sterke sosiale bånd og bidrar til å skape fellesskap. Dette har en positiv innvirkning på deres egen trivsel og livskvalitet ([NHI](#)).

I sum fremmer frivillig arbeid folkehelsen ved å gi en meningsfull måte å bidra til samfunnet og samtidig styrke ens egen helse og velvære ([NHI](#)).

Hvis du ønsker å bli frivillig?

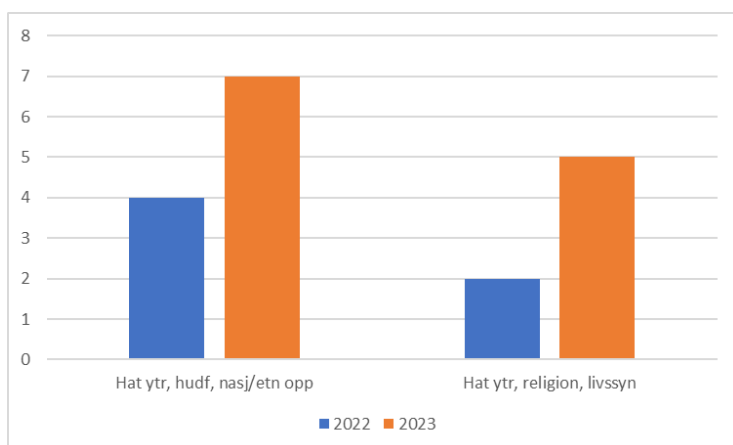
Du kan finne informasjon om ulike muligheter i Norge på [ung.no](#) og [frivillig.no](#).

4.14 Omfang av sosiale risikomiljøer som rusmiljøer og kriminalitet

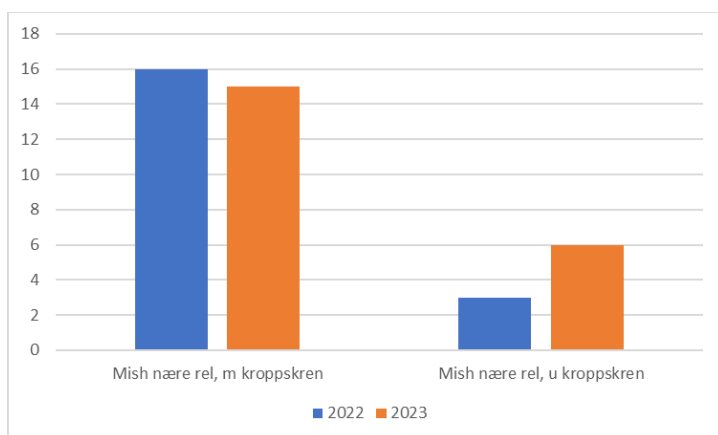
Folkehelse handler om å forebygge sykdom, skade, forlenge liv og fremme helse. I arbeidet mer å fremme folkehelse, er det viktig å ha fokus på å forebygge kriminalitet både hos barn, unge og voksne. I dette oversiktsdokumentet har fylkeskommunen innhentet data fra Finnmark politidistrikt for å gi et bilde av følgende områder:

- Hatkriminalitet
- Vold i nære relasjoner
- Seksuell omgang og seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd overfor barn under 16 år
- Seksuell omgang med barn 14-16 år
- Seksuell omgang og voldtekt av barn under 14 år
- Ungdomssaker (gjerningsalder under 18 år)
- Vold med særskilt saksbehandlingsfrist
- Voldtekt

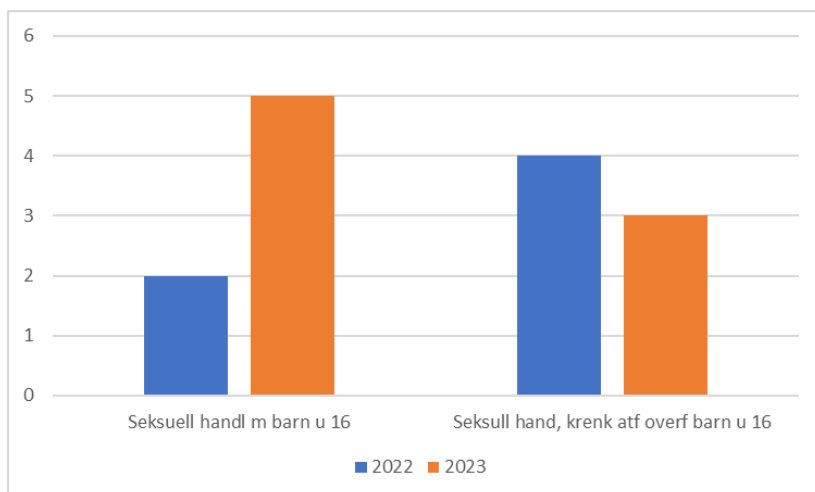
Det er kun utgitt data for 2022 og 2023 som ikke gir mulighet til å se de lange linjene over tid, men sier noe om utviklingen det har vært de siste to årene. Dette er områder som må følges med på videre.



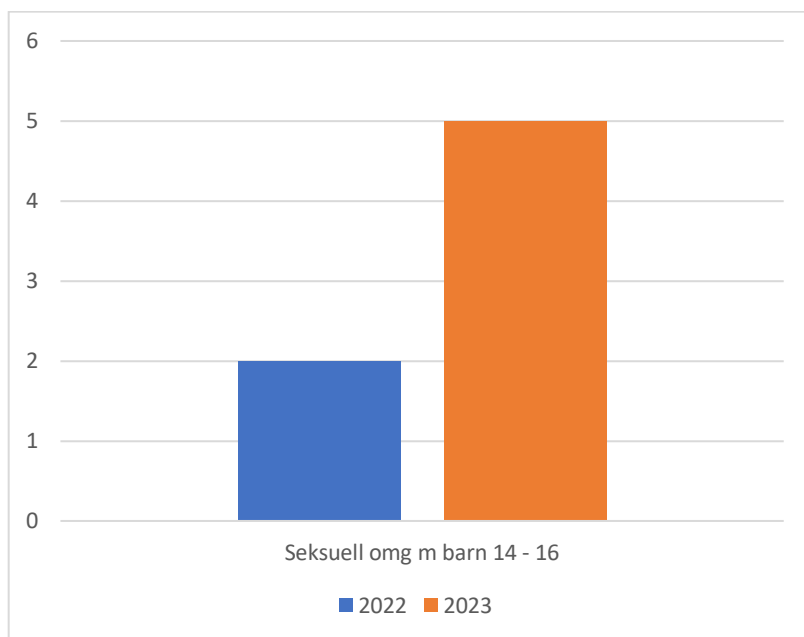
Figur 4.14.a Hatefulle ytringer Finnmark fylke 2022 og 2023 (Januar til oktober 2023) (Antall)



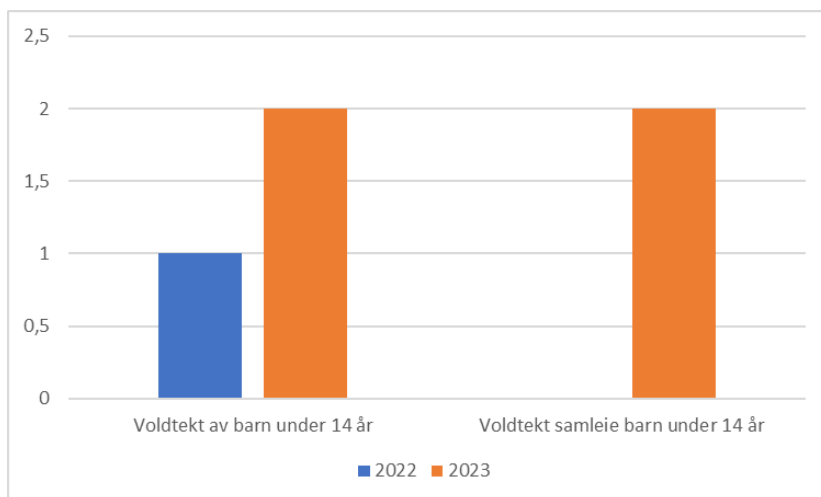
Figur 4.14.b Vold i nære relasjoner Finnmark fylke 2022 og 2023 (Januar til oktober 2023) (Antall)



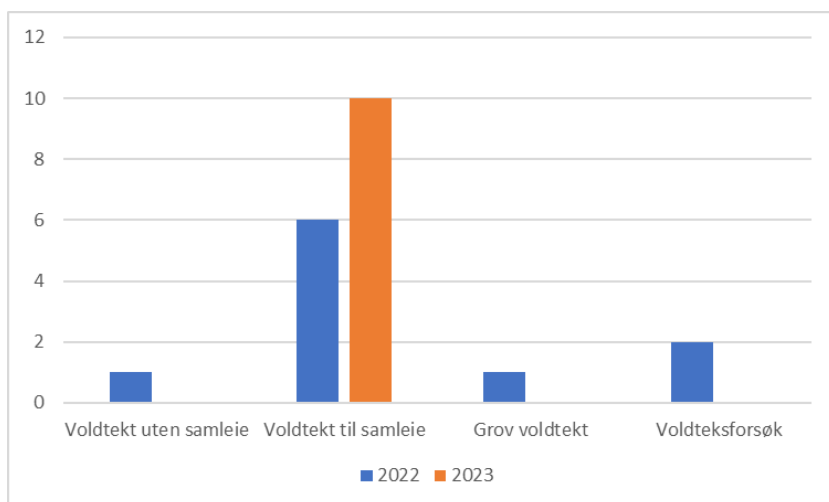
Figur 4.14.c Seksuell omgang og seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd overfor barn under 16 år 2022 og 2023 i Finnmark (januar til oktober 2023) (Antall)



Figur 4.14.d Seksuell omgang med barn 14-16 år 2022 og 2023 (januar til oktober 2023) (Antall)



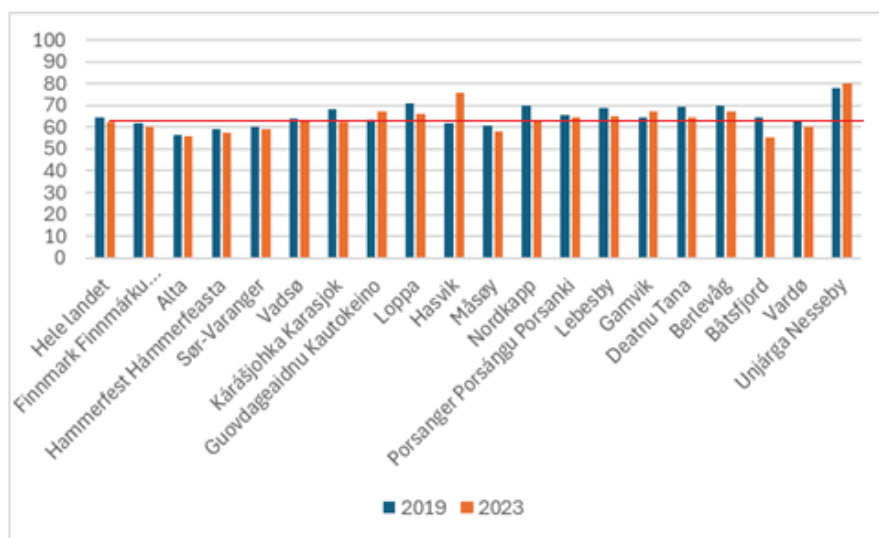
Figur 4.14.e Seksuell omgang og voldtekt av barn under 14 år 2022 og 2023 i Finnmark (januar til oktober 2023) (Antall)



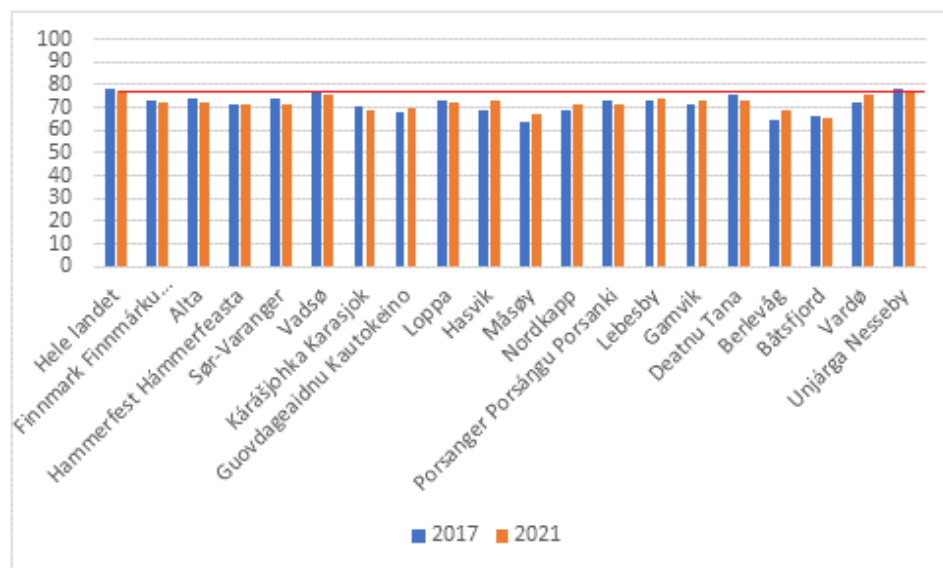
Figur 4.14.f Voldtekt 2022 og 2023 i Finnmark (januar til oktober 2023) (Antall)

4.15 Valgdeltakelse

Valgdeltakelse kan brukes som et mål på deltakelse og engasjement i samfunnet. Generelt er det lavere valgdeltakelse ved lokalvalg enn ved Stortingsvalg. Valgdeltakelsen er lik mellom menn og kvinner, men det er større forskjeller mellom norskfødte og innvandrere, og unge og eldre ([store norske leksikon](#)). Det finnes ikke tall for fylket som viser disse demografiske forskjellene, men det er noe man må være oppmerksom på. [SSB](#) viser at det er stor forskjell i valgdeltakelse på landsbasis mellom de med grunnskoleutdanning og de med høyere utdanning. Av figur 4.15a og 4.15b ser man at Finnmarkskommunene følger den nasjonale trenden, der det er større valgdeltakelse ved Stortingsvalg enn ved kommunevalg.



Figur 4.15a Prosentandel som stemte ved kommunestyrevalgene i 2019 og 2023. Figuren viser landet som helhet, Finnmark, og hver av de 18 kommunene i Finnmark. Rød linje markerer landet som helhet i 2023. Kilde: [FHI](#)



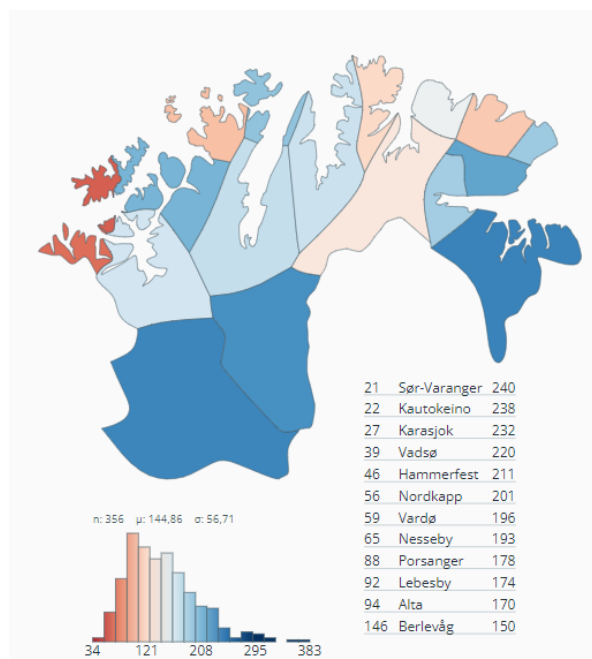
Figur 4.15b Prosentandel som stemte ved stortingsvalget i 2017 og 2021. Figuren viser landet som helhet, Finnmark, og hver av de 18 kommunene i Finnmark. Prosentandel. Rød linje viser landet som helhet i 2021. Kilde: [FHI](#)

	Stortingsvalg	Kommunestyre- og fylkestingsvalg		
	2017	2021	2019	2023
Begge kjønn	78,2	77,2	64,7	62,4
Menn	76,7	75,6	62,3	60,3
Kvinner	79,7	78,7	67,2	64,6
Alder				
18-19 år	72,7	71,7	58,3	55,6
20-24 år	64,3	65,4	47	45,5
25-44 år	74,3	72	56,4	52,5
45-66 år	83,6	82,3	71,9	69,1
67-79 år	85,9	85	78,6	77,4
80 år eller eldre	69,1	70,3	61,8	64,4
Utdanningsnivå				
Grunnskolenivå	64,5	61,1	50,5	45,9
Videregående skolenivå	79,5	77,5	66,5	62,7
Universitets- og høghskolenivå	89,6	88	78,9	75,1

Tabell 4.15 Valgdeltakelse basert på kjønn, alder, utdanningsnivå og kommune-/fylkesvalg og Stortingsvalg. Tall for landet som helhet. Kilde: [SSB](#)

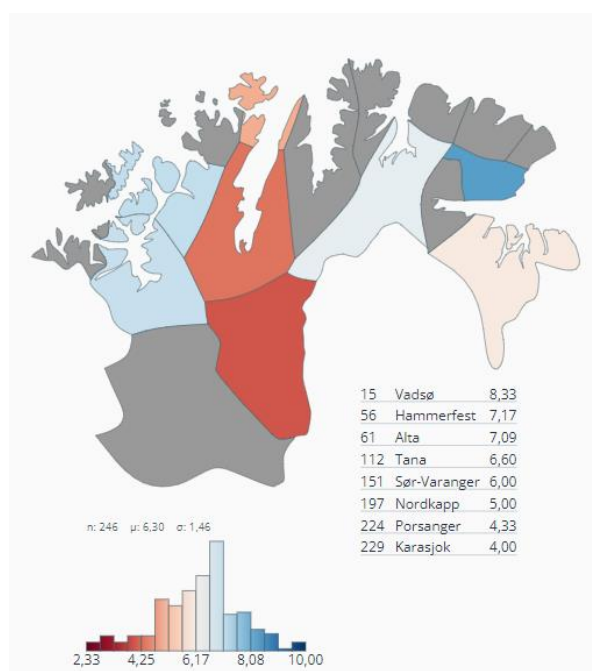
4.16 Omfang av kulturtilbud

Tall fra Norsk kulturindeks kan si noe om statusen for kulturlivet i Finnmark, og er en årlig oversikt over kulturtilbud og kulturaktiviteter i norske kommuner, regioner og fylker. Det baserer seg på faktorer som tilgjengelig, tilbud og bruk. Den tar utgangspunkt i ti kategorier: kunstnere, kulturarbeidere, museum, konserter, kino, bibliotek, scenekunst, kultur for barn og unge (kulturskole og Den kulturelle skolesekken), sentrale tildelinger og frivillighet. Rangeringen baserer seg på en verdi i ulike kategorier, og utregningen tar utgangspunkt i avstanden til gjennomsnittskommunen i de ulike indikatorene. Det er store variasjoner mellom kommunene i de ulike kategoriene. I 2022 var det elleve av Finnmarks 18 kommuner som lå på Norsk kulturindeks topp 100 liste over kommunene i Norge. Sør-Varanger, Kautokeino og Karasjok er de tre kommunene i Finnmark som rangerer høyest (figur 4.16a). I 2023 var det de nordligste fylkeskommunene som brukte mest penger på kultur per innbygger. Tall for Troms og Finnmark viser at den daværende fylkeskommunen brukte mest på bibliotekstjenester per innbygger ([Norsk kulturindeks](#)).



Figur 4.16a Verdier og rangeringer i Norsk kulturindeks for alle kommuner i Finnmark i 2022. Kilde: [Norsk kulturindeks](#)

Figur 4.16b viser tilfredsheten med ulike deler av kulturtilbudet for kommunene i Finnmark. Kun kommuner med flere enn fem respondenter er inkludert. Respondentene ga en scoren fra 1 til 10, og kartet viser gjennomsnittet gjennomsnittscoren som ble gitt. Tilfredsheten med å kunne delta på kulturaktiviteter er størst blant innbyggerne i Vadsø, etterfulgt av innbyggerne i Hammerfest, Alta og Tana. Vadsø, Hammerfest og Alta er de tre kommunene der innbyggerne oppgir størst tilfredshet på de ulike variablene i 2021, som er de nyeste tallene som er tilgjengelig.



Figur 4.16b Tilfredshet med ulike deler av kulturtilbudet for kommunene i Finnmark. Innbyggernes svar på spørsmål om mulighet til å delta i ulike kulturaktiviteter. Gjennomsnitt av score på en skala fra 1 til 10. kilde: [Norsk kulturindeks](#).

Det er viktig å være oppmerksom på at det i større grad er barn i familier med høy sosioøkonomisk status som deltar i idrett, musikk og andre kulturelle aktiviteter enn barn fra lavere sosioøkonomisk bakgrunn. Barn fra lavere sosioøkonomisk bakgrunn har større sannsynlighet for å besøke ungdomsklubber og tilsvarende organisasjoner ([Helsedirektoratet](#)). Flere kommuner har egne ordninger, der det er mulig å søke om å få dekket utgifter eller økonomisk støtte, slik at økonomi ikke skal være en barriere for at barn og unge skal kunne delta på fritidsaktiviteter⁶. Disse ordningene er organisert på ulike måter, men ofte er det samarbeid med næringsforening, frivilligheten og kommune. Enkelte kommuner har ingen egenandel på deltakelse på organisert fritidsaktiviteter, sånn som Vardø kommune.

I ungdataundersøkelsene er det spørsmål barn og unge er fornøyd med kulturtilbudet i kommunene de bor i. Hvor mange som svarer «svært bra» eller «nokså bra» varierer mellom kommunene. Vadsø har høyest prosentandel i 2021 (80 prosent) som synes at kulturtilbudet er bra der de bor, mens det var 15 prosent som var like fornøyd i Karasjok. For Troms og Finnmark var det likt mellom kjønnene om hvor fornøyd de var med kulturtilbudet der de bor, på 56 prosent på videregående nivå ([ungdata](#)).

I ungdataundersøkelsene er det også spørsmål om hvor tilfreds barn og unge er med tilbud på idrettsanlegg der de bor. Det var 63 prosent på både ungdomsskole- og videregående nivå som oppga at de opplevde tilbudet som «svært bra» eller «nokså bra». Tall fra ungdataundersøkelsen i 2021 viser at det varierer veldig mellom kommunene om hvor fornøyd de unge er. Hele Norge ligger på omtrent 71 prosent. I Finnmark er det Alta som har flest fornøyde unge, med 72 prosent som svarer at de er fornøyde.

Alta	72
Kautokeino	50
Karasjok	46
Porsanger	68
Hammerfest	65
Nordkapp	68
Lebesby	59
Tana	57
Båtsfjord	48
Vadsø	70
Sør-Varanger	67
Vardø	63
Berlevåg (2018)	57

Tabell 4.16 Prosentandel som svarte «svært bra» eller «nokså bra» om hvordan de opplevde tilbudet av idrettsanlegg der de bor. Tall fra 2021, bortsett fra Berlevåg der tallene er fra 2018. Kilde: [ungdata](#)

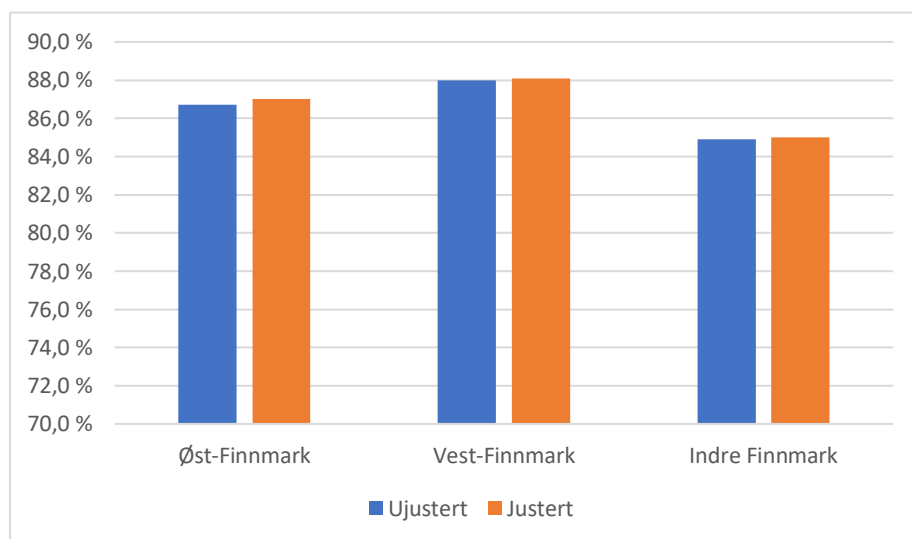
⁶ Eksempel på dette er [Fritidsfondet](#) i Vadsø og Isbjørnfondet i Hammerfest.

4.17 Sosial støtte

En god sosial støtte innebærer at man opplever kjærlighet og omsorg, at man blir aktet og verdsatt, og opplever at man er en del av et sosialt nettverk og et fellesskap med gjensidige forpliktelser. Ensomhet er det motsatte av god sosial støtte. Ensomhet øker faren for flere fysiske og psykiske lidelser. Graden av opplevd sosial støtte påvirker blant annet risikoen for både hjerte- og kar sykdommer, infeksjoner og depresjon.

Forebyggende tiltak rettet mot individer og grupper som står i særlig belastende livssituasjoner, for eksempel dødsfall i nærmeste familie eller tap av arbeid. Tiltak kan også rettes mot nærmiljø i form av tiltak som utvikler og styrker den sosiale integrasjonen.

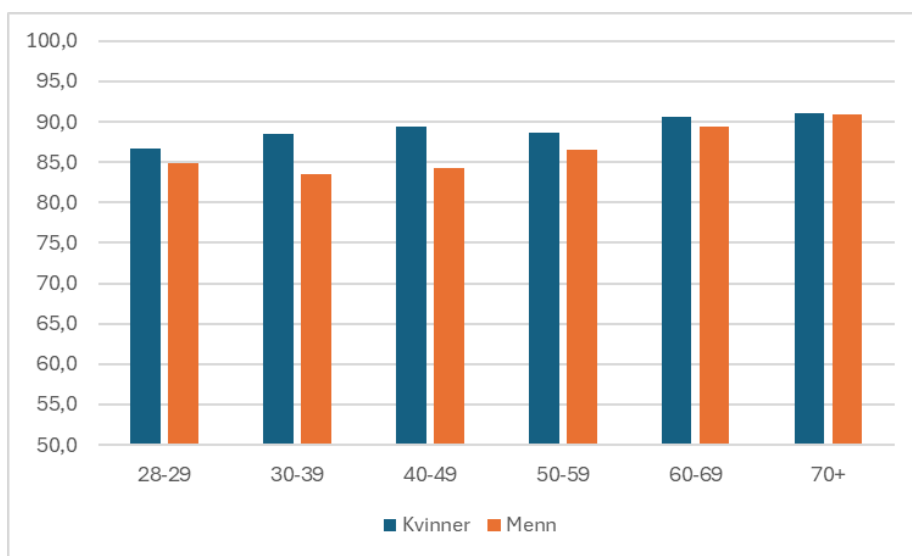
[Fylkeshelseundersøkelsen](#) viser andelen som rapporterer å oppleve høy grad av sosial støtte, samlet og på tvers av regioner i Troms og Finnmark (figur 4.17a). Der er ubetydelige forskjeller mellom de fleste regionene, med unntak av Indre Finnmark, der andelen som rapporterer høy grad av sosial støtte er signifikant lavere enn gjennomsnittet for regionene.



Figur 4.17a Rapportert «høy grad» av sosial støtte, viser ulike regioner i Finnmark. Kilde: [Folkeshelseundersøkelsen](#) i Troms og Finnmark 2019.

[Fylkeshelseundersøkelsen](#) så på om det var ulikhet i grad av opplevd god sosial støtte fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn økte andelen som opplevde høy grad av sosial støtte med økende utdanningsnivå. Det er sammenslåtte tall fra både Finnmark og Troms. Blant de som hadde grunnskole som høyest utdanningsnivå, oppga 84,6 prosent av kvinnene og 83 prosent av mennene at de opplevde god sosial støtte. Blant de som hadde fire år eller mer med høyere utdanning svarte 92,4 prosent av kvinnene og 90,1 prosent av mennene at de opplevde god sosial støtte.

Opplevelsen av god sosial støtte økte med alderen, ifølge fylkeshelseundersøkelsen, og kvinner oppga i noe høyere grad at de opplevde god sosial støtte sammenlignet med menn. Statistikken er felles for Finnmark og Troms. Det var de i alderen 60 til 69 år og de over 70 år som i størst grad oppga at de opplevde god sosial støtte. Blant disse aldersgruppene var ulikheten mellom kjønn minimal.



Figur 4.17b Andel som har rapportert «høy grad» av sosial støtte. Delt på kjønn og i ulike aldre. Tall for Finnmark og Troms.
Kilde: [Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark 2019](#).

5.0 Skader og ulykker

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

Det har vært en nedgang i dødsulykker de siste 40-50 årene i Norge, blant annet på grunn av langt færre dødsfall i trafikken. Likevel er skader og ulykker fremdeles en stor utfordring for folkehelsen. Generelt for Norge så ser man at personer fra lavere sosioøkonomiske grupper er mer utsatt for skader enn personer fra høyere sosioøkonomiske grupper ([FHI](#)).



Dette kapittelet henger sammen med bærekraftsmål 3 om god helse og livskvalitet, 10 om mindre ulikskap og 11 om bærekraftige byer og lokalsamfunn.

Hovedinntrykk

Ulykker som fører til personskade, er en utfordring for folkehelsen i Finnmark. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft, målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tar relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Muligheten for å forebygge er gode, og effekter av tiltak kan komme raskt.

Selv om det har vært en nedgang i dødsulykker de siste 40-50 årene i Norge, blant annet på grunn av færre dødsfall i trafikken, er skader og ulykker fremdeles en stor utfordring for folkehelsen. Generelt for Norge ser man at personer fra lavere sosioøkonomiske grupper er mer utsatt for skader enn personer fra høyere sosioøkonomiske grupper.

Når det gjelder antall personskader behandlet i sykehus, viser tallmaterialet at noen kommuner i Finnmark ligger over gjennomsnittet for landet og Troms og Finnmark, mens andre ligger lavere. For Troms og Finnmark sett under ett har tallene for behandlede hodeskader vært stabile i de tre siste periodene, og ligger under landsgjennomsnittet.

Finnmark ligger omtrent på samme nivå som landet når det gjelder årlig forekomst av hoftebrudd. En betydelig andel av de som rammes, gjenvinner ikke funksjonsnivået de hadde før fallet, og dødeligheten er høy. Forverret funksjonsnivå og høy dødelighet etter operasjon kan knyttes til skrøpelighet, følgesykdommer og komplikasjoner. Hoftebrudd rammer flere kvinner enn menn, og sannsynligheten øker jo eldre man blir.

Når det gjelder trafikkulykker, er dette en stor utfordring særlig blant ungdom og unge menn. Mange veistrekninger i Finnmark er utrygge, enten fordi de er rasutsatt, farlige og svingete, har farlige veikryss eller mangler gul midtlinje eller midtdeler.

Samlet sett viser kapittel 5 at skader og ulykker fortsatt er en stor utfordring for folkehelsen i Finnmark. Selv om det har vært en nedgang i dødsulykker de siste tiårene, er personskader som følge av ulykker fortsatt et folkehelseproblem, særlig blant barn, unge og eldre. Forebygging av skader og ulykker er et viktig innsatsområde for å bedre folkehelsen i fylket.

5.1 Antall personskader behandlet i sykehus

Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på trekk ved både helsetjenester og helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelser kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon over helsetilstanden i befolkningen.

Ulykkesskader er fortsatt et helseproblem, selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått ned de siste 70 årene. Ulykkesskader er hyppigst blant barn og unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig da det ofte medfører redusert funksjonsevne og økt hjelpebehov, og dermed redusert livskvalitet. Bland ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av skader og ulykker ([FHI](#)).

5.1.1 Hodeskader

På grunn av flere kommuner med lave innbyggertall i Finnmark, er mye av statistikken anonymisert på kommunenivå. Det har ikke vært mulig å lage en tabell som kun viser tall for Finnmarkskommunene. Av tallmaterialet har man sett at noen kommuner i Finnmark ligger over gjennomsnittet for landet og Troms og Finnmark, mens andre ligger lavere. Av tabell 5.1.1 ser man at tallene for Troms og Finnmark sett under ett har vært stabile i de tre periodene, og ligger under landsgjennomsnittet.

	2013-2015	2014-2016	2015-2017
Hele landet	2,4	2,3	2,4
Troms og Finnmark	2,2	2,2	2,2

Tabell 5.1.1 Behandlede hodeskader pr. 1000 Troms og Finnmark i periodene 2013-2015, 2014-2016 og 2015-2017. Siste tilgjengelige periode er 2015-2017. Kilde: FHI

5.1.2 Antall hoftebrudd behandlet i sykehus

Skandinavia har den høyeste forekomsten av hoftebrudd i verden. En betydelig andel gjenvinner ikke funksjonsnivået de hadde før fallet, og dødeligheten er forhøyet. Forverret funksjonsnivå og høy dødelighet etter operasjon kan knyttes til skrøpelighet, følgesykdommer og komplikasjoner ([Kirkevold 2022](#)). Hoftebrudd rammer flere kvinner enn menn, og sannsynligheten øker jo eldre man blir. Det er i gjennomsnitt 413 hoftebrudd i Troms og Finnmark hvert år. Hoftebruddene koster omtrent fem milliarder kroner årlig i helse og rehabilitering. Noe av kostnaden dekkes av staten, mens deler må kommunen dekke selv. Hvis en kommune forebygger to hoftebrudd hvert år, spares kommunen for én million kroner ([fallbarometer](#)).

Tabell 5.1.2 viser at forekomst av hoftebrudd har vært stabil for landet som helhet og i Troms og Finnmark sett under ett. Det er en liten økning fra perioden 2014-2016 til 2015-2017 fra 1,7 per 1000 til 1,8 per 1000.

	2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017
Hele landet	1,8	1,8	1,8	1,8
Troms og Finnmark	1,7	1,7	1,7	1,8

Tabell 5.1.2 Behandlede hoftebrudd pr. 1000 Troms og Finnmark og hele landet, for periodene 2012-2014, 2013-2015, 2014-2016 og 2015-2017. Siste tilgjengelige periode er 2015-2017. Kilde: FHI

5.1.3 Forgiftninger

Forgiftninger kan komme av ulike kilder. Det kan være på grunn av medisiner, alkohol, rusmiddelbruk, virus og bakterier, kjemikalier etc. Av tabell 5.1.3 ser man at tallene for Troms og Finnmark er lavere enn landsgjennomsnittet. Tallene for både Troms og Finnmark og landet som helhet har vært stabil de siste årene.

	2013-2015	2014-2016	2015-2017
Hele landet	1,0	0,9	0,9
Troms og Finnmark	0,8	0,8	0,8

Tabell 5.1.3 Behandlede forgiftninger pr. 1000 Troms og Finnmark og i hele landet, i periodene 2013-2015, 2014-2016 og 2015-2017. Siste tilgjengelige periode er 2015-2017. Kilde: FHI

5.2 Spesielle ulykkespunkter eller -strekninger

Det siste året har vi vært vitne til at trafikken har kostet flere menneskeliv. Nullvisjonen – null drepte og hardt skadde i trafikken – er fortsatt langt frem, men nærmere nå enn for bare få år siden. Alvorlige ulykker i trafikken skyldes mange ulike forhold, ofte sammensatt av flere forhold knyttet til både fører, vei og kjøretøy. God veistandard, økt vedlikehold og bra vinterdrift er avgjørende, sammen med modernisering av kjøretøyparken og holdningsskapende arbeid overfor trafikantene. Mange veistrekninger er utrygge, enten fordi de er rasutsatt, farlige og svingete, har farlige veikryss eller mangler gul midtlinje eller midtdeler. I 2022 mistet 116 personer livet på veiene i Norge ([Statens vegvesen](#)). Møteulykker og utforkjøringer er hovedårsakene til dødsulykkene.

År	Drept	Hardt skadd	Lettere skadd	Sum
2022	2	12	71	85
2021	6	13	54	73
2020	1	7	68	76
2019	1	13	60	74
2018	2	11	54	67

Tabell 5.2 Drepte og skadde i trafikken Finnmark 2018 – 2022 (Antall). Kilde: [Vegvesenet](#)

5.2.1 Spesielt utsatte skoleveger

Kommunen definerer hva som er farlige skoleveier, og det er kommunen har ansvar for skyss av grunnskoleelever som ikke oppfyller avstandskravet til gratis skoleskyss, men som har en skolevei som defineres som særlig farlig eller vanskelig. I tillegg har Finnmark fylkeskommune vedtatt at både første- og andreklassinger, som bor mer enn to kilometer unna skolen, skal få skoleskyss på grunn av værforhold i fylket. Andre fylkeskommuner har kun skoleskyss til førsteklassinger som bor mer enn to kilometer unna skole.

Det varierer fra kommune til kommune om hvor mange elever som har vedtak på skoleskyss grunnet farlig skolevei. Skoleveiene i Finnmark blir gjerne definert som farlig hvis det er mye tungtransport i området, høy fartsgrense og manglende lys eller fortau/gangsti. Det er også lokale tilpasninger av tilbudet, der blant annet grunnskoleelevene i Honningsvåg får «vinterskyss» i månedene november til april, på grunn av fare for skred og strengt vintervær.

Tabellen under viser fire kommuner i Finnmarks omtrentlige antall elever som har kommunalt vedtak på skoleskyss grunnet skolevei. Tallene er omtrentlig siden databasen ikke skiller på hvilke vedtak som er gitt på grunn av farlig skolevei og hvilke elever som går annen skole enn nærscole.

Kommune	Antall
Alta	76
Sør-Varanger	47
Hammerfest	10
Nordkapp	57

Tabell 5.2.1 Omtrentlig antall elever som har kommunalt vedtak på skoleskyss grunnet farlig skolevei, tall for april 2024. Kilde: Finnmark fylkeskommunes egne databaser.

5.3 Skadeforekomst i videregående skoler

Innenfor videregående opplæring i Finnmark er det svært sjelden at det oppstår skader hos våre elever. særlig når de er innenfor skolens vegger. På yrkesfag er det stort søkelys på HMS for å forebygge dette, siden elevene arbeider med maskiner og annet utstyr som potensielt kan medføre personskader.

Innenfor studieføreberedende utdanningsprogram er det også høyt fokus innenfor naturfag og kjemi fag på farlige vesker og gasser, og alle klasserom hvor det arbeides med slikt er betegnet som spesialrom med egne krav til håndtering av dette materialet (Utdanningsavdelingen i Finnmark fylkeskommune).

5.4 Antall drukningsulykker

I 2022 var det totalt 89 drukningsulykker i Norge med dødelig utfall, Finnmark hadde tre drukningsulykker med dødelig utfall. Av disse var det to personer i alderen 41-60 år og en person over 61 år, alle menn.

Det har vært en øning i antall drukningsulykker med dødelig utfall på 17 prosent fra 2021 til 2022 på landsbasis. De fleste ulykkene skjer etter fall fra land, fra fritidsbåt og bading ([Redningsselskapet](#)).

5.5 Omfang av arbeidsulykker

En arbeidsulykke er en plutselig eller uventet ytre hendelse som arbeidstakeren har vært utsatt for i arbeidstiden eller på reise i forbindelse med jobb, men ikke til og fra jobb utenfor arbeidstid. Som arbeidsulykke regnes også en konkret tidsbegrenset ytre hending som medfører en påkjenning eller belastning som er usedvanlig i forhold til det som er normalt i vedkommende arbeid (ssb.no).

Tabellen under viser antall arbeidsulykker i Norge fordelt på næringer, antall rapporterte ulykker og antall ulykker med dødelig utfall i 2022. På landsbasis er det bygge- og anleggsvirksomhet og transport og lagring, som hadde høyest antall ulykker med dødelig utfall i 2022.

	Rapporterte arbeidsulykker pr 1000 ansatte	Antall arbeidsulykker med dødelig utfall
Elektrisitet, vann og renovasjon	6,2	1
Bygge- og anleggsvirksomhet	4,9	8
Industri	4,8	7
Transport og lagring	7,6	8
Jordbruk, skogbruk og fiske	6	3
Alle næringer	3,6	31

Tabell 5.5a Arbeidsulykker i Norge for ulike næringer, antall rapporterte ulykker og antall ulykker med dødelig utfall. Tall for 2022. Kilde: SSB

Tabell 5.5b viser at antallet arbeidsskadedødsfall i landbasert arbeidsliv har vært stabilt i perioden 2018 til 2022. Finnmark fylke har ett arbeidsskadedødsfall årlig i denne perioden utenom i 2020 da det ikke døde noen.

	2018	2019	2020	2021	2022	Totalt
Oslo	0	0	1	2	1	4
Rogaland	1	3	3	5	2	14
Møre og Romsdal	0	1	0	2	1	4
Nordland	1	8	4	5	3	21
Svalbard	0	0	1	0	0	1
Østfold	1	0	0	1	2	4
Akershus	1	2	2	2	1	8
Buskerud	3	1	0	3	2	9
Innlandet	5	2	5	2	4	18
Vestfold	0	0	1	0	0	1
Telemark	2	1	1	1	3	8
Agder	5	1	1	0	1	8
Vestland	1	1	4	6	2	14
Trøndelag	6	7	3	1	2	19
Troms	0	0	1	0	2	3
Finnmark	1	1	0	1	1	4
Utland	0	0	1	0	0	1
Ukjent	0	1	0	0	0	1
Totalt	27	29	28	31	27	142

Tabell 5.5b Antall arbeidsskadedødsfall fylkesoversikt fra 2018 til 2022, landbasert arbeidsliv. Kilde: [arbeidstilsynet](https://arbeidstilsynet.no)

Arbeidstilsynet mottar meldinger fra leger om arbeidsrelatert sykdom i det landbaserte arbeidslivet i Norge. Av tabell 5.5c fremkommer det at i perioden 2018 til 2021 var det 83 tilfeller av arbeidsrelatert sykdom i det landbaserte arbeidslivet i Finnmark.

	2018	2019	2020	2021	2021	Totalt
Oslo	141	166	112	123	160	702
Rogaland	152	183	138	174	189	836
Møre og Romsdal	97	87	87	111	122	504
Nordland	193	198	116	75	78	660
Østfold	124	89	128	179	222	742
Akershus	139	102	84	110	97	532
Buskerud	73	75	45	62	53	308
Innlandet	109	67	78	77	59	390
Vestfold	56	51	23	40	49	219
Telemark	85	80	83	103	139	490
Agder	51	82	54	79	77	343
Vestland	312	302	266	344	291	1515
Trøndelag	196	235	221	181	180	1013
Troms	68	48	56	65	86	323
Finnmark	11	24	16	19	13	83
Ukjent/kan ikke oppgis	15	21	8		2	46
Totalt	1822	1810	1515	1742	1817	8706

Tabell 5.5c Antall meldinger om arbeidsrelatert sykdom fordelt på fylke fra 2018 til 2021. Tall for «ukjent/kan ikke oppgis» for året 2021 er ikke opplyst fra kilden. Landbasert arbeidsliv. Kilde: [arbeidstilsynet](#)

5.6 Oppdrag for brannetaten

De siste tall for oppdrag brann er fra 2017. Her fremkommer ikke skadede eller døde i brann, men tallene gir et bilde av de hendelser som er registrert i Finnmark og landet dette året.

Hendelsestype	FINNMARK	Hele landet
Brann annet	32	1178
Brann gjenoppblussing	1	28
Brann i andre båter eller skip	2	20
Brann i annet kjøretøy	2	127
Brann i bobil	0	17
Brann i buss	1	26
Brann i bygning	81	3061
Brann i campingvogn/telt	1	51
Brann i el installasjon u/bygning	2	136
Brann i fiskefartøy	4	14
Brann i fritidsbåt	0	54
Brann i gjenvinningsanlegg	1	36
Brann i gress- eller innmark	7	770
Brann i kjemikalier/olje	0	2
Brann i lastebil	6	120
Brann i lasteskip	1	3
Brann i motorredskap og maskiner	1	73
Brann i passasjerfartøy	0	3
Brann i personbil	29	842
Brann i skog- eller utmark	1	301
Brann i skorstein	12	1139
Brann i søppelcontainer	1	280
Brann i søppelkasse	3	465
Brann i tog	0	4
Brann i trikk/bybane	0	1
Brann i tunell	0	5
Brannforebyggende oppdrag	2	644
Brannhindrende tiltak annet	28	2237
Brannhindrende tiltak komfyr	18	1767
Bålbrenning varslet	165	6684
Totalt antall	401	20088

Tabell 5.6 Hendelser knyttet til brannetaten i 2017. Viser Finnmark og landet som helhet. Kilde: [DSB](#)

6.0 Helserelatert atferd

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



Kapittel 6 henger sammen med mål 2 om å utrydde sult, mål 3 om god helse og livskvalitet, mål 4 om god utdanning, mål 10 om mindre ulikskap og mål 11 om bærekraftige byer og lokalsamfunn.

Hovedinntrykk

Helsereelatert atferd har stor betydning for folkehelsen i Finnmark. Faktorer som fysisk aktivitet, kosthold, bruk av tobakk og alkohol påvirker både fysisk og psykisk helse.

Når det gjelder mengden fysisk aktivitet, viser tall fra Folkehelseundersøkelsen i 2019 at Finnmark ligger under landsgjennomsnittet. Kun 65 prosent av befolkningen oppgir at de er fysisk aktive i minst 150 minutter per uke, sammenlignet med 72 prosent på landsbasis. Særlig blant eldre er det lav andel fysisk aktive. Manglende fysisk aktivitet øker risikoen for en rekke sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes og kreft.

Kostholdet i Finnmark preges av høyt inntak av mettet fett og sukker, og lavt inntak av frukt, grønnsaker og fullkornsprodukter. Bare 17 prosent av befolkningen spiser anbefalt mengde frukt og grønnsaker, sammenlignet med 22 prosent på landsbasis. Et usunt kosthold øker risikoen for overvekt, fedme og livsstilssykdommer.

Når det gjelder tobakksbruk, har Finnmark en høyere andel dagligrøykere enn landsgjennomsnittet. I 2019 var 16 prosent av befolkningen dagligrøykere, mot 11 prosent på landsbasis. Røyking er en av de største risikofaktorene for utvikling av hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og kreft.

Alkoholforbruket i Finnmark ligger over landsgjennomsnittet. I 2019 oppga 22 prosent av befolkningen at de drakk alkohol ukentlig eller oftere, sammenlignet med 18 prosent på landsbasis. Høyt alkoholforbruk øker risikoen for en rekke helseplager, både fysiske og psykiske.

Helsereelatert atferd varierer mellom ulike sosioøkonomiske grupper i Finnmark. Generelt har personer med lav utdanning og inntekt dårligere helsevaner enn dem med høy utdanning og inntekt. Dette bidrar til å opprettholde sosiale helseforskjeller i fylket.

Samlet sett viser kapittel 6 at helsereelatert atferd som fysisk inaktivitet, usunt kosthold, røyking og høyt alkoholforbruk er utfordringer for folkehelsen i Finnmark. Disse faktorene henger tett sammen med utvikling av livsstilssykdommer og sosiale helseforskjeller. Arbeidet med å fremme sunne levevaner og utjevne sosiale forskjeller i helseatferd er derfor svært viktig i folkehelsearbeidet i fylket.

6.1 Fysisk aktivitet

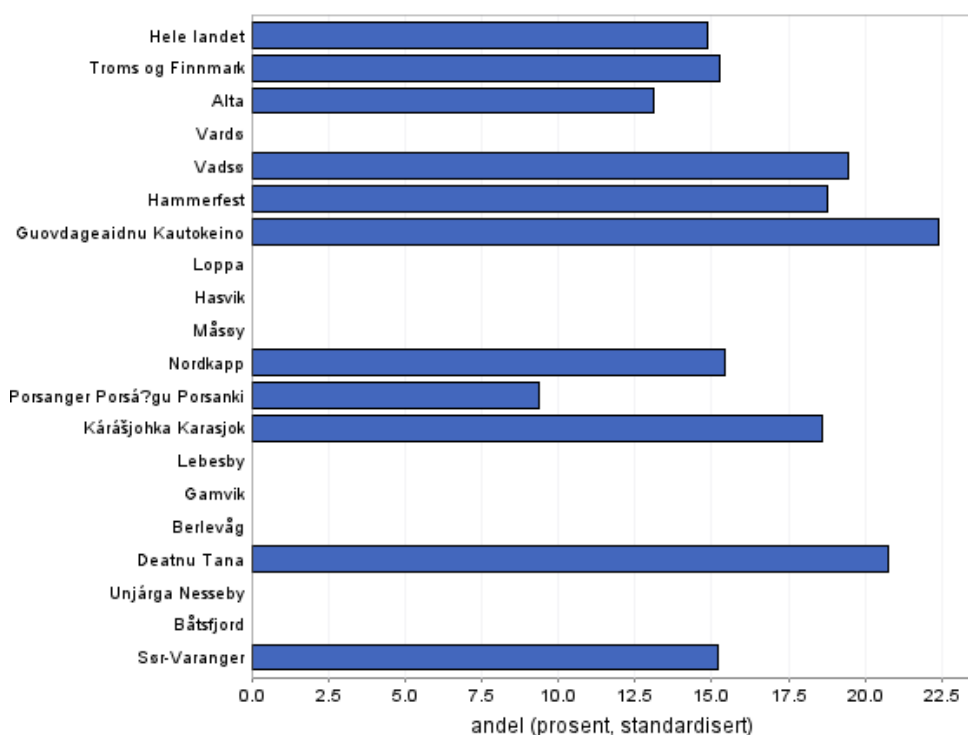
Regelmessig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene er viktig for normal vekst og utvikling. Det virker også positivt på den psykiske helsen, konsentrasjon og læring. Regelmessig fysisk aktivitet i ungdomsårene ser også ut til å være viktig for å skape gode vaner for resten av livet.

Fysisk aktivitet er viktig i forebygging av en rekke plager og sykdommer som overvekt og fedme, type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettplager og enkelte kreftformer. Overvekt og fedme er i ferd med å bli et stort helseproblem i de fleste land, også i Norge. Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning. Fysisk aktivitet kan være en kilde til glede, livsutfoldelse og positive mestringsopplevelser påvirker humøret positivt og gir mer overskudd i hverdagen. Fysisk aktivitet kan redusere stress, gi bedre selvbilde, selvtillit og bedre søvn for alle mennesker i alle aldre.

Følgende anbefalinger gjelder for barn og unge:

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

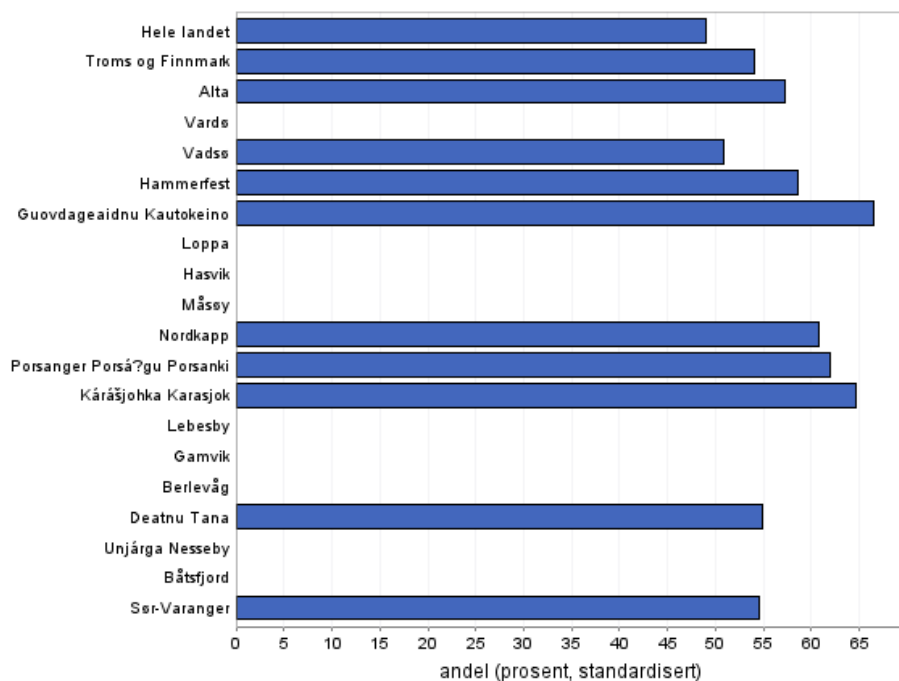
Som man ser av tabellen rapporterer de fleste ungdommer i Finnmarkskommunene, men unntak av Alta og Porsanger at de er *mindre* fysisk aktive enn landsgjennomsnittet.



Figur 6.1 Lite fysisk aktiv 2021 - Ungdata (andel prosent). De kommunene som ikke har tall, gjennomførte ikke Ungdataundersøkelse i 2021. Kilde: FHI

Alle kommuner i Finnmark som har deltatt på ungdata undersøkelse i 2021, med unntak av Alta og Porsanger, ligger høyere enn landsgjennomsnittet i bruk av skjermtid. I barne- og ungdomsårene,

øker tiden som benyttes i passivt 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. Helsemyndighetene har kommet med anbefalinger til barn, unge, voksne og eldre om å redusere tiden i ro i løpet av dagen. Bruken av skjermer (mobiltelefon, nettbrett, datamaskin, videospill og lignende), spesielt i forkant av leggetid, henger tett sammen med søvnvansker. Jo lengre tidsbruk foran skjermen, desto høyere risiko for kortere søvntid ([Helsedirektoratet](#)).



Figur 6.2 Bruk av skjermtid mer enn 4 timer pr. dag 2021 - Ungdata (andel prosent). Kilde: [FHI](#)

6.1.1 Deltakelse i organisert fysisk aktivitet

Det er 18 idrettsråd i Finnmark. Det er flere menn enn kvinner som er medlem av ett eller flere idrettslag, bortsett fra i de to yngste kategoriene. På landsbasis deltar tre av fire barn i organisert idrett på fritiden, men andelen idrettsaktive barn synker jo eldre de blir ([SSB](#)). Det er ikke tilgjengelig statistikk for fylket, men av tabellene under viser at det er flest medlemmer på aktiviteter for aldersgruppen 6-12 år.

Kvinner					
	0-5	6-12	13-19	20-25	26+
Idrettsråd	Aktivitet	Aktivitet	Aktivitet	Aktivitet	Aktivitet
Alta Idrettsråd	105	1303	855	200	949
Berlevåg Idrettsråd	0	4	8	8	31
Båtsfjord Idrettsråd	23	90	31	13	34
Gamvik Idrettsråd	4	11	6	0	5
Hammerfest Idrettsråd	75	474	264	98	779
Hasvik Idrettsråd	11	32	12	7	41
Karasjok Idrettsråd	12	53	39	66	590
Kautokeino Idrettsråd	26	133	80	7	55
Lebesby Idrettsråd	10	51	16	8	37
Loppa Idrettsråd	0	0	7	2	84
Måsøy Idrettsråd	7	40	17	0	4
Nesseby Idrettsråd	1	26	10	0	6
Nordkapp Idrettsråd	47	199	45	5	69
Porsanger Idrettsråd	53	263	113	33	358
Sør-Varanger Idrettsråd	14	124	103	89	340
Tana Idrettsråd	7	98	113	42	322
Vadsø Idrettsråd	17	208	141	34	206
Vardø Idrettsråd	7	67	42	10	68
Totalt	419	3176	1902	622	3978

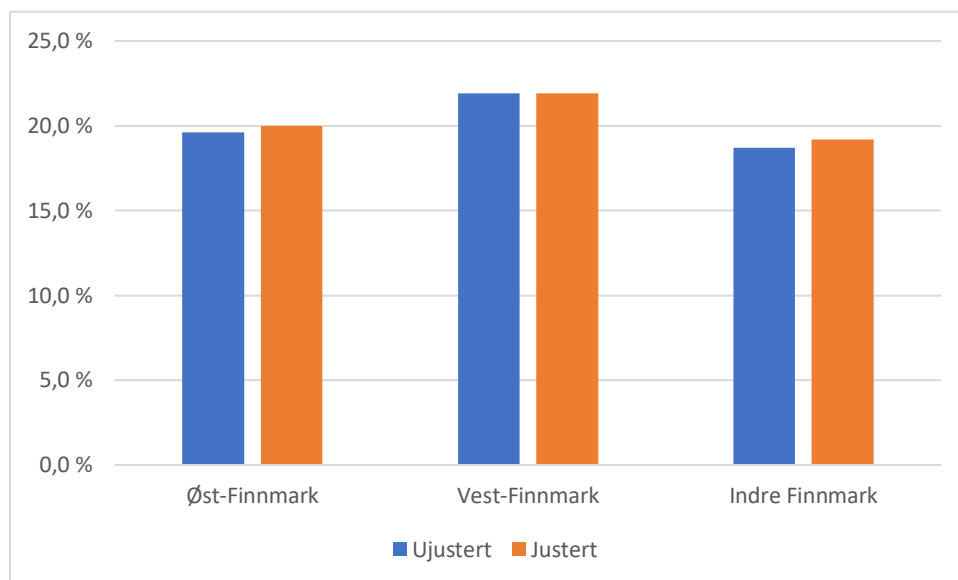
Tabell 6.1.1a Oversikt over idrettsrådene i Finnmark i 2021, med antall kvinnelige deltakere fordelt på alder. Kilde: Troms og Finnmark idrettskrets

Menn					
	0-5	6-12	13-19	20-25	26+
Idrettsråd	Aktivitet	Aktivitet	Aktivitet	Aktivitet	Aktivitet
Alta Idrettsråd	103	1251	966	309	1513
Berlevåg Idrettsråd	0	15	7	13	49
Båtsfjord Idrettsråd	16	89	20	8	38
Gamvik Idrettsråd	4	13	6	1	6
Hammerfest Idrettsråd	73	514	291	151	2202
Hasvik Idrettsråd	15	36	16	18	25
Karasjok Idrettsråd	15	67	133	188	2345
Kautokeino Idrettsråd	22	85	80	7	86
Lebesby Idrettsråd	9	54	14	11	34
Loppa Idrettsråd	0	0	12	3	117
Måsøy Idrettsråd	4	60	18	2	13
Nesseby Idrettsråd	1	22	16	1	21
Nordkapp Idrettsråd	49	70	74	7	63
Porsanger Idrettsråd	26	198	113	66	462
Sør-Varanger Idrettsråd	6	208	115	99	634
Tana Idrettsråd	15	188	68	49	296
Vadsø Idrettsråd	10	226	115	44	317
Vardø Idrettsråd	9	75	40	15	58
Totalt	377	3171	2104	992	8279

Tabell 6.1.1b Oversikt over idrettsrådene i Finnmark i 2021, med antall mannlige deltakere fordelt på alder. Kilde: Troms og Finnmark idrettskrets

6.2 Fysisk aktivitet blant barn og voksne

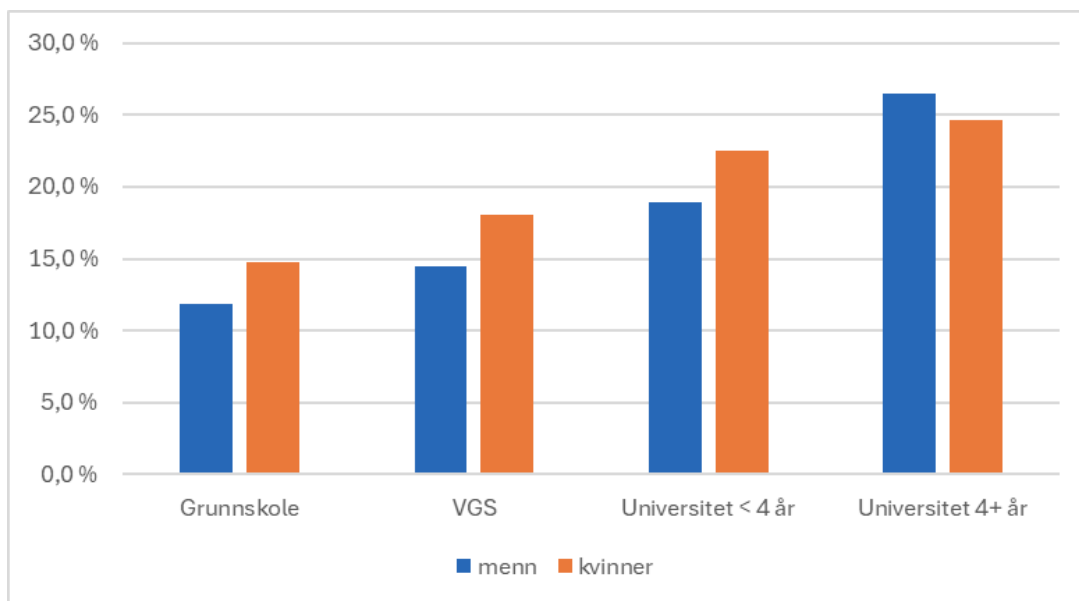
[Fylkeshelseundersøkelsen](#) viser at i 2019 var det kun er mindre variasjon i andelen som rapporterer at de var i moderat fysisk aktive i minst en halv time hver dag, fem dager i uken på tvers av regionene⁷.



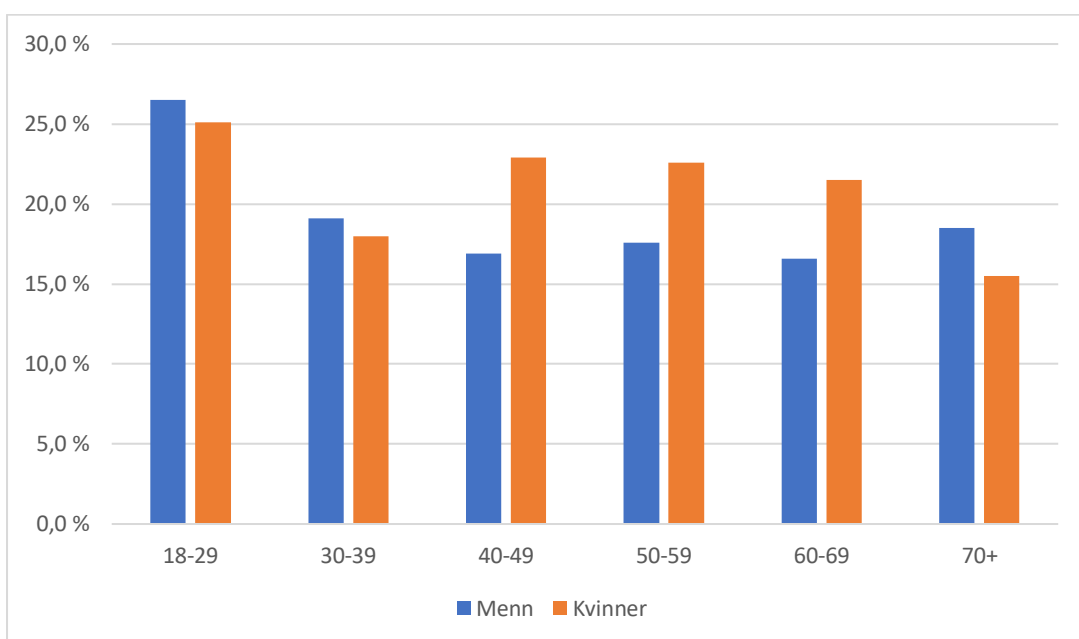
Figur 6.2 Andel voksne som er minst 30 minutter i moderat fysisk aktivitet fem dager i uken på tvers av regioner i Finnmark.
Kilde: [Fylkeshelseundersøkelsen](#) i Troms og Finnmark 2019, side 89

Figur 6.2b viser andel som rapporterer at de er i moderat fysisk aktivitet minst en halv time hver dag, fem dager i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen med utdanningsnivå, med en noe brattere stigning for menn enn for kvinner. Det er dobbelt så mange menn, som har mer enn fire år universitet- eller høyskoleutdanning, sammenlignet med menn med grunnskoleutdanning, som rapporterer at de daglig er i moderat fysisk aktivitet fem dager i uken.

⁷ Regionene i fylkeshelseundersøkelsen er Øst-Finnmark, Vest-Finnmark og Indre Finnmark, i tillegg til Tromsø-området, Sør-Troms, Midt-Troms og Nord-Troms. Øst-Finnmark er Berlevåg, Båtsfjord, Gamvik, Lebesby, Sør-Varanger, Vadsø og Vardø. Vest-Finnmark: Alta, Hammerfest, Hasvik, Kvalsund, Loppa, Måsøy, Nordkapp. Indre Finnmark: Karasjok, Kautokeino, Nesseby, Porsanger og Tana.



Figur 6.2b Prosentandel som oppgir at de minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet fem dager i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Finnmark og Troms sett under ett. Kilde: Fylkeshelseundersøkelsen 2019, side 90.



Figur 6.2c Prosentandel som er minst 30 minutter i moderat fysisk aktivitet fem dager i uken, fordelt på kjønn og alder. Tall for Finnmark og Troms sett under ett. Kilde: fylkeshelseundersøkelsen 2019, side 91

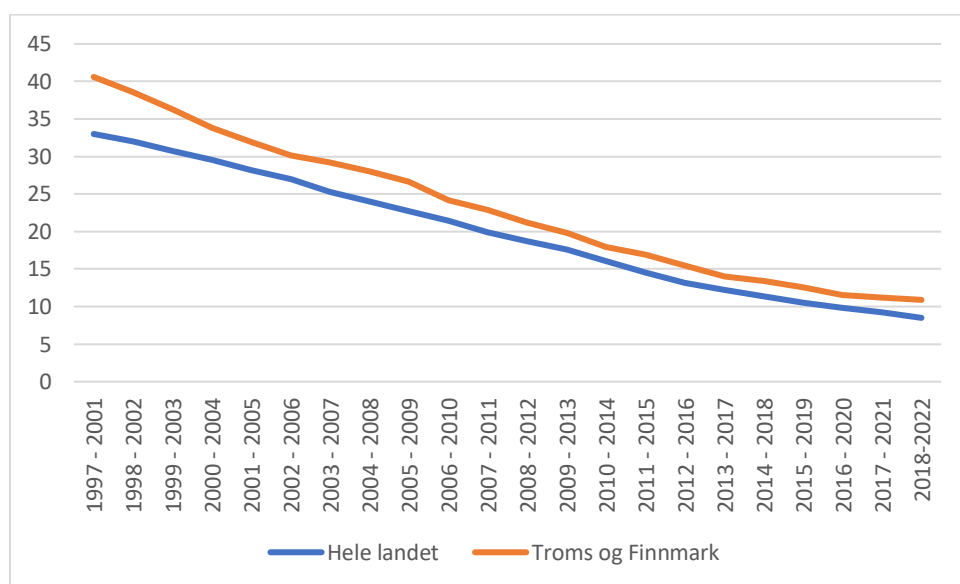
6.3 Tobakksbruk, alkoholkonsum og annen rusmiddelbruk

Røyking er vurdert til å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av gruppen 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 gruppen som røyker daglig, i snitt dør ti år tidligere enn ikke-røykere, og at 25 prosent av dagligrøykerne dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere.

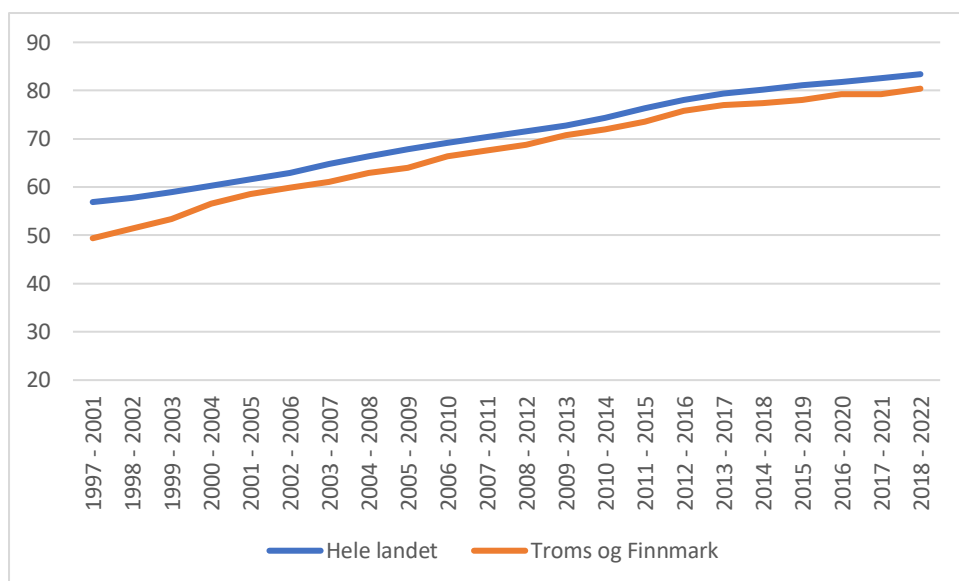
Av figur 6.3b ser man at andelen røykere i befolkningen er på vei ned. Blant ungdom og unge voksne ser det ut til at snus har overtatt noe for røyking. Snus er ikke like helseskadelig som sigaretter, men er svært avhengighetsskapende og inneholder helseskadelige og kreftfremkallende stoffer.

Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Det er en stor utfordring i folkehelsearbeidet å påvirke denne forskjellen.

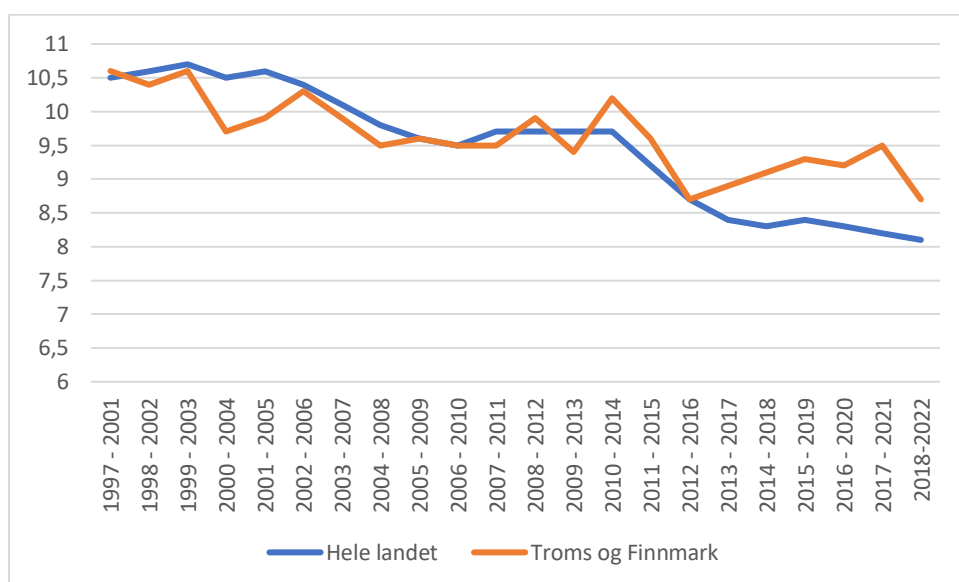
Figur 6.3a og figur 6.3c viser at andelen som røyker daglig og av og til er noe høyere for Troms og Finnmark enn resten av landet. Andel gravide som røyker i løpet av svangerskapet er høyere i Troms og Finnmark enn i landet som helhet, men trenden er synkende (figur 6.3d).



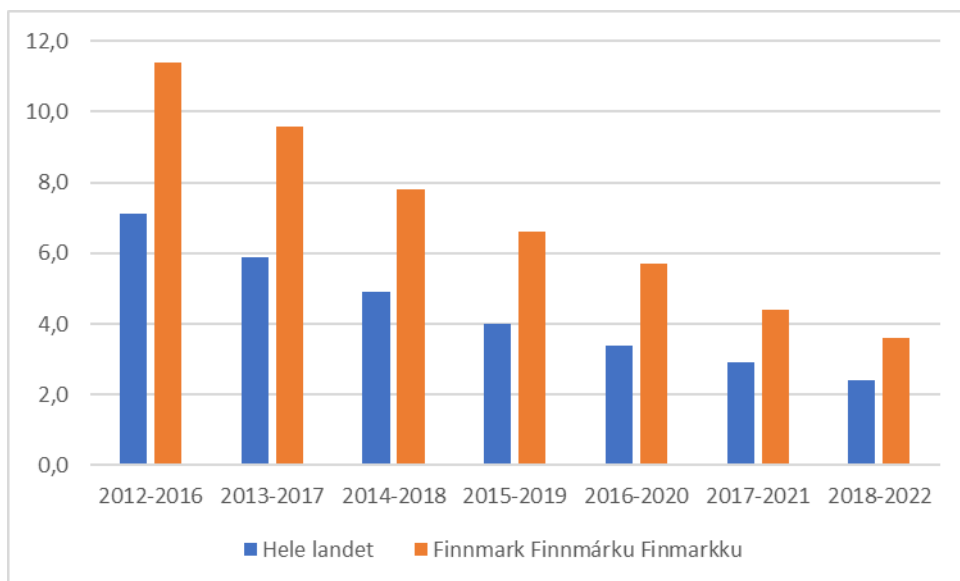
Figur 6.3a Andel som røyker daglig i prosent i alderen 16 til 74 år 1997-2022. Statistikken viser fem års glidende gjennomsnitt. Statistikken vises for fylkes- og helseregionsinndeling per 1.1.2020. Kilde: [FHI](#)



Figur 6.3b prosentandel i alderen 16 til 74 år som ikke røyker. Statistikken viser fem års glidende gjennomsnitt, for perioden 1997 til 2022. Statistikken vises for fylkes- og helseregionsinndeling per 1.1.2020. Kilde: FHI

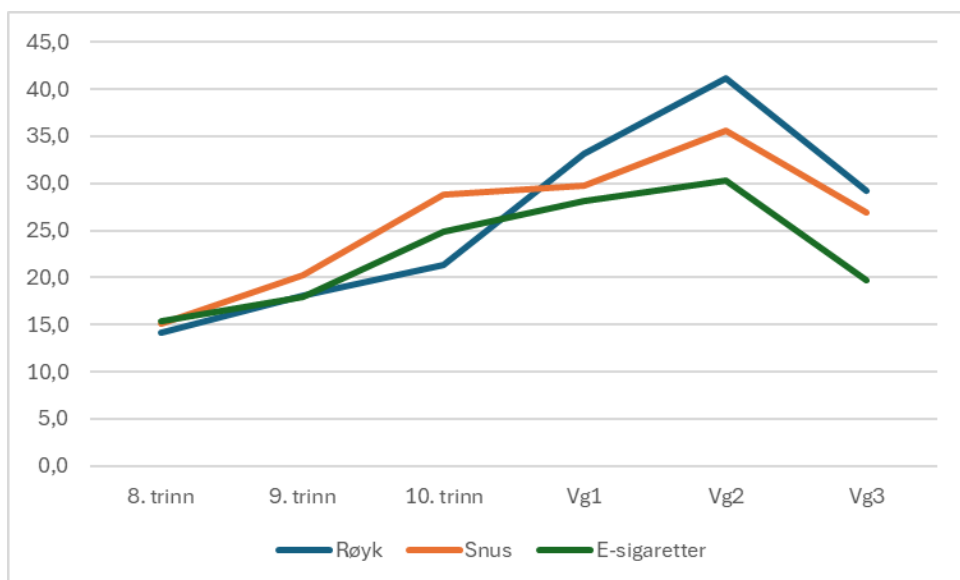


Figur 6.3c prosentandel i alderen 16 til 74 år som røyker av og til. Statistikken viser fem års glidende gjennomsnitt, for perioden 1997 til 2022. Statistikken vises for fylkes- og helseregionsinndeling per 1.1.2020. Kilde: FHI



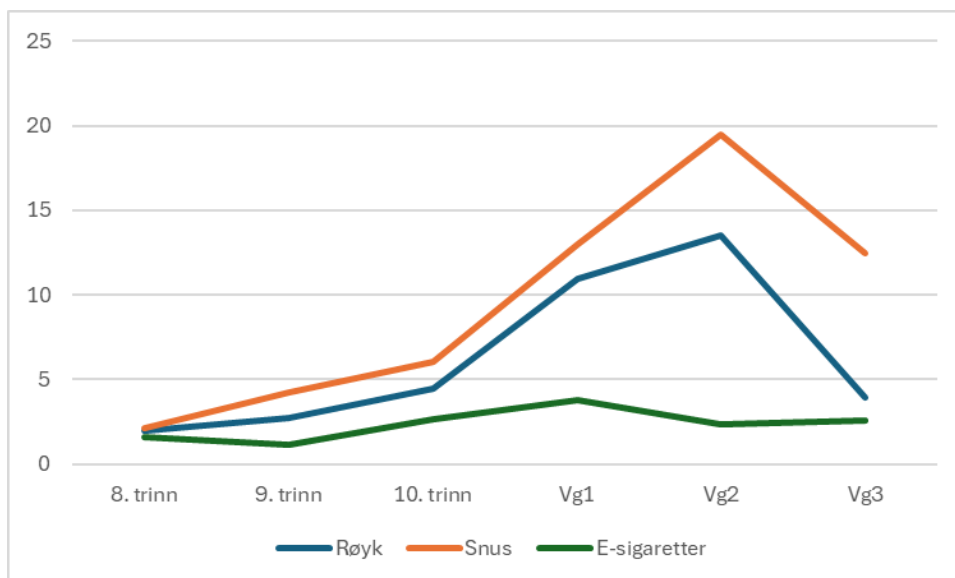
Figur 6.3d Andel kvinner (prosent) som røyker ved første svangerskapskontroll, hele landet og Finnmark. . Kilde: [FHI](#)

Fylkeskommunen har mottatt grunnlagsdata fra 2141 ungdommer som svarte på Ungdataundersøkelsen i 2021 (1270 elever i ungdomsskolen og 871 i videregående skole) i kommunene Alta, Hammerfest og Sør-Varanger. På spørsmål om nikotinbruk viser det seg, som forventet, at andelen som har prøvd nikotinholdige produkter (røyk, snus og e-sigaretter) er økende med økende alder (figur 6.3e). Særlig bekymringsfullt er at ca. 15 prosent av elevene på 8. trinn rapporterer å ha erfaring med slike produkter.



Figur 6.3e. Andel ungdommer som har prøvd røyk, snus og e-sigaretter fordelt på klassetrinn i Alta, Hammerfest og Sør-Varanger (Ungdata 2021).

Det samme mønsteret vises for andelen av ungdommer som rapporterer å bruke nikotinprodukter på daglig eller ukentlig basis. Andelen øker med økende alder og vi ser en markert økning mellom ungdomsskolen og videregående skole (figur 6.3f).



Figur 6.3f. Andel ungdommer som daglig/ukentlig bruker røyk, snus og/eller e-sigaretter fordelt på klassetrinn i Alta, Hammerfest og Sør-Varanger (Ungdata 2021).

6.3.1 Alkoholkonsum

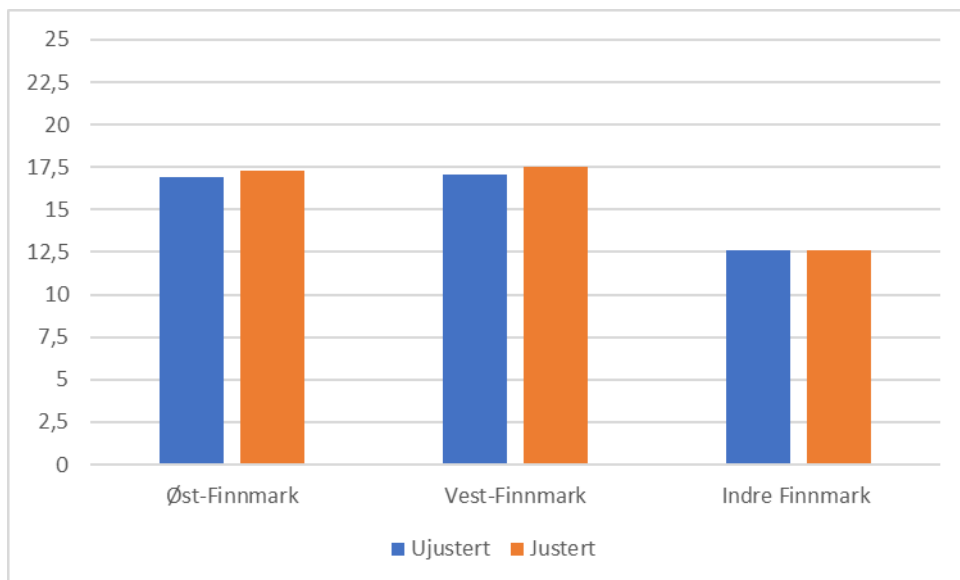
Alkohol er det mest utbredte rusmidlet i vårt samfunn. Alkohol er en selvfølgelig del av mange festlige anledninger, måltider og sosiale samvær, og for mange en kilde til nytelse og glede. Men alkoholbruk forårsaker også betydelige folkehelseproblemer. Effektive tiltak som begrenser alkoholbruken og omfanget av alkoholproblemer er derfor en viktig del av folkehelsearbeidet.

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

I publikasjonen «[Oversikt over Alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol](#)» fra FHI, kommer det frem seks hovedpunkter for alkoholbruk for den voksne befolkningen i Norge:

- Åtte av ti har drukket alkohol siste år, og halvparten har drukket seks eller flere alkoholenheter ved samme anledning. Disse målene har vært stabile i perioden 2012-2022.
- Selvrapportert alkoholkonsum gikk noe ned under pandemien. Men er nå tilbake til samme nivå som før pandemitiden.
- Menn drikker mer, oftere og mer risikofylt enn kvinner.
- Eldre drikker oftere enn yngre, men de har et mindre risikofylt drikkemønster.
- Høyt utdanningsnivå og høy inntekt er forbundet med høyere drikkefrekvens, men lavere omfang av risikofylt drikking.
- Tre av fire drikker kun i helgene.

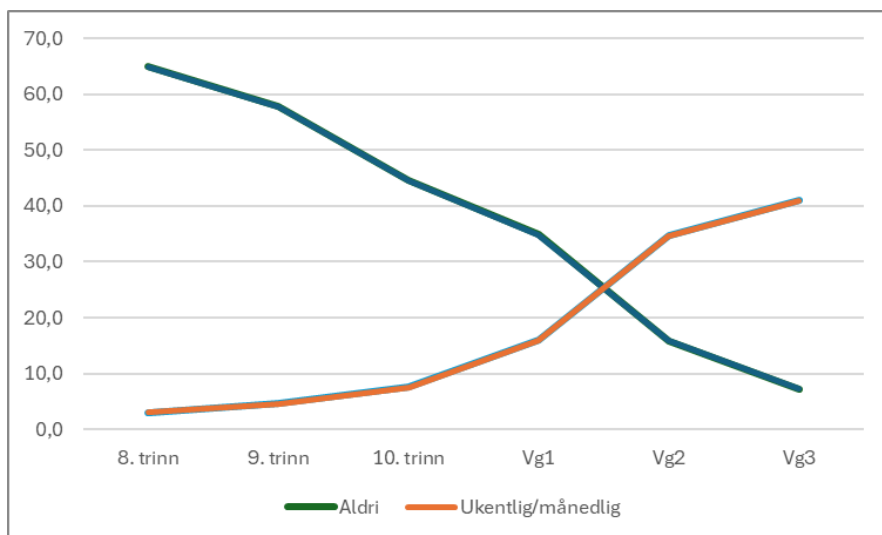
Figur 6.3.1a viser at i 2019 var det omtrent én av fem voksne i Finnmark som oppga at de drakk alkohol to eller flere ganger i uken. Det er regionale forskjeller der det var færrest i Indre-Finnmark som oppga at de drakk alkohol to eller flere ganger per uke. Vest-Finnmark og Øst-Finnmark hadde tilnærmet samme forekomst.



Figur 6.3.1 a Alkoholkonsum hos voksne. Prosentandel som drikker alkohol to ganger i uken eller mer. Kilde: [fylkeshelseundersøkelsen](#) i Troms og Finnmark i 2019, side 80.

Forskning viser at tidlig alkoholdebut er forbundet med økt risiko for et uheldig forhold til alkohol senere i livet ([Nordic studies on alcohol and drugs](#)). I følge alkovettorganisasjon [Av-og-til](#), hører ungdommen mest på foreldrene angående alkohol. Foreldres holdninger kan være med på å redusere sjansen for tidlig alkoholdebut.

Ungdataundersøkelsen fra 2021 viser, som for nikotinbruk, at andelen som introduseres for alkohol stiger med økende alder (figur 6.3.1b). Ca. 35 prosent av elevene på 8. trinn rapporterer å ha vært introdusert for alkohol. Andelen som har vært introdusert for alkohol øker til ca. 55 prosent i 10. trinn. Ved 1. trinn på videregående har ca. 65 prosent vært introdusert for alkohol. Andelen som drikker ukentlig/månedlig (mer enn 1-3 ganger i måneden) øker fra 1,4 prosent i 8. trinn til ca. åtte prosent i 10 trinn. I videregående skole øker andelen som drikker ukentlig/månedlig fra ca. 16 prosent i 1. trinn til ca. 41 prosent i tredje trinn.



Figur 6.3.1b Andel ungdommer som aldri har vært introdusert for alkohol og som bruker alkohol ukentlig/månedlig fordelt på klassetrinn i Alta, Hammerfest og Sør-Varanger (Ungdata 2021).

6.3.2 Ulovlig rusbruk blant unge

Cannabis er det mest utbredte illegale rusmidlet blant norske ungdommer. Etter nesten ti år med stabile trender, var det i 2019 en økning i andelen ungdommer som oppga cannabisbruk. Sammenlignet med andre land i den europeiske skoleundersøkelsen, er Norge blant landene med de laveste andelen rapportert cannabisbruk.

	2017	2018	2019	2020	2021
Hele landet	3	3	4	4	3
Troms og Finnmark	2	3	3	3	3

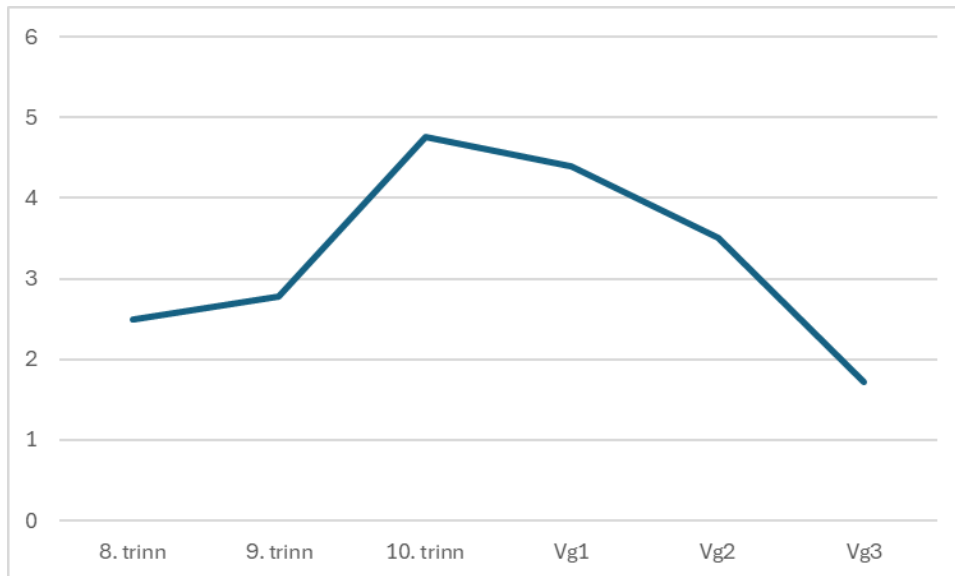
Tabell 6.3.2a Bruk av cannabis ungdomsskoleelever (andel prosent). Kilde: FHI

Ungdataundersøkelsen fra 2021 viser at de aller fleste ungdommene ikke har prøvd cannabisstoffer som hasj eller marijuana (tabell 6.3.2). Det er likevel slik at i underkant av ti prosent av elevene i 8. trinn (Alta, Hammerfest og Sør-Varanger) rapporterte å ha prøvd cannabis en eller flere ganger siste året. Andelen som har brukt cannabis en eller flere ganger siste år, øker med økende alder og i andre trinn på videregående rapporterte 26 prosent av ungdommene dette.

	Aldri	En eller flere ganger
8. trinn	90,4	9,6
9. trinn	89,4	10,6
10. trinn	83,8	16,2
Vg1	81,6	18,4
Vg2	73,3	26,7
Vg3	83,1	16,9

Tabell 6.3.2b. Andel ungdommer som aldri har vært introdusert for cannabis og andel som har brukt cannabisstoffer en eller flere ganger siste året fordelt på klassetrinn i Alta, Hammerfest og Sør-Varanger (Ungdata 2021).

Ungdataundersøkelsen fra 2021 viser at det da var cannabisstoffer som ble benyttet, men det ble også rapportert at andre rusmidler var tilgjengelig. Dette gjelder psykoaktive stoffer, og i særdeleshet kokain og amfetamin. Som figur 6.3.2 viser var det en økning i rapporteringen av slik bruk i 10. trinn og 1. og 2. trinn på videregående, men relativt lavt i andre skoletrinn. Dette er trender som må følges med på i kommende undersøkelser.



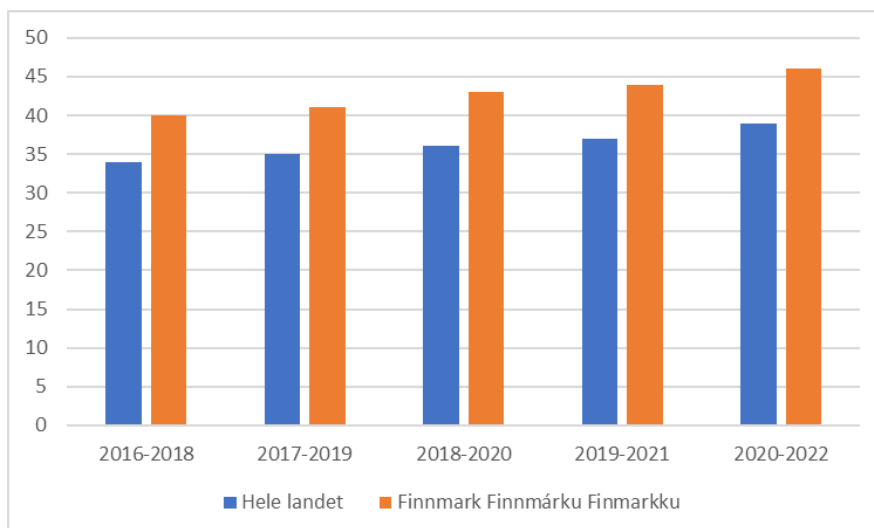
Figur 6.3.2. Andel ungdommer som har brukt andre stoffer enn cannabis en eller flere ganger siste året fordelt på klasstrinn i Alta, Hammerfest og Sør-Varanger (Ungdata 2021).

6.4 Overvekt og fedme

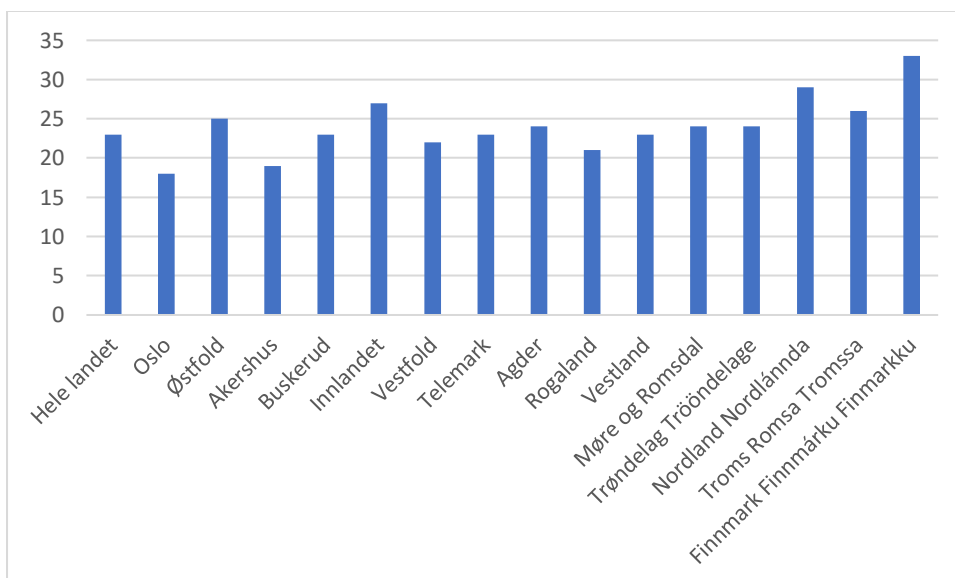
Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser. Det er ingen klar KMI-grense for når sykdomsrisikoen øker eller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

Fysisk aktivitet, særlig dagliglivets aktiviteter, har sunket, og vi har nå et energiinntak (kaloriinntak) som ikke er tilpasset dette. I en situasjon med redusert aktivitetsnivå og stor tilgang på energitette matvarer, er det lett å utvikle overvekt. Hos den enkelte personen vil også arvelige og psykiske faktorer spille en rolle. Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning ([FHI](#)).

Overvekt blant gravide ved første svangerskapskontroll kan være en indikator på overvekt i befolkningen. Tallene på overvekt blant gravide brukes derfor i denne sammenhengen til å gi informasjon om overvekt i befolkningen generelt, ettersom det er begrenset med data på dette området.



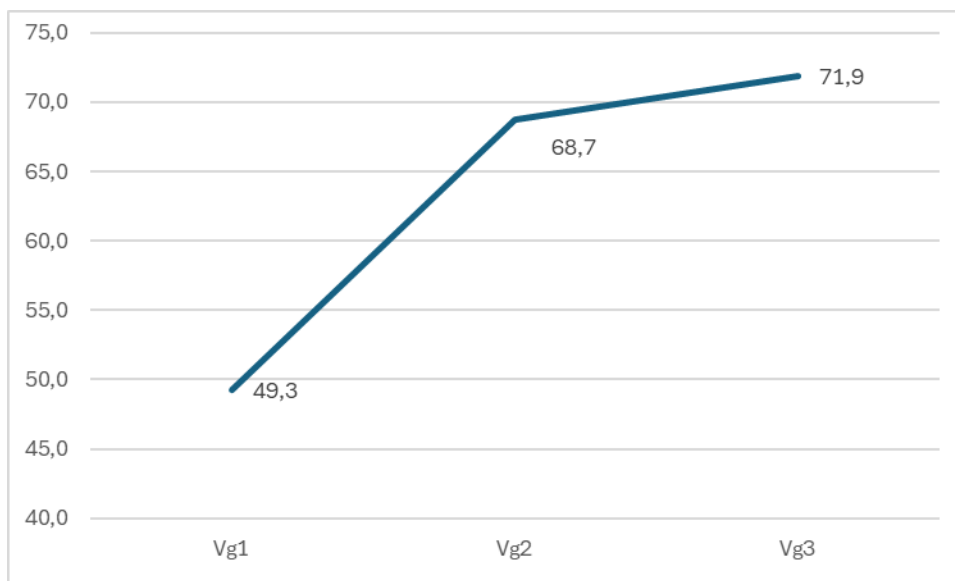
Figur 6.4.1 Prosentandel med overvekt og fedme (KMI over 25) ved første svangerskapskontroll, hele landet og Finnmark, for årene 2016-2018, 2017-2019, 2018-2020, 2019-2021 og 2020-2022. Kilde: FHI



Figur 6.4.2 Overvekt og fedme (KMI over 25) ved sesjon 1 – 2022. Fylkesvis oversikt. Prosentvis. Kilde: FHI

6.5 Trender omkring ungdommens seksualatferd

Ungdataundersøkelsen fra 2021 inkluderte spørsmål til elevene i videregående skole om de hadde hatt samleie. Som vist i figur 6.5 hadde nær halvparten av ungdommene i 1. trinn (VG 1) hatt samleie og dette økte til nær 72 prosent i VG 3.



Figur 6.5 Andel ungdommer som har hatt seksuelt samleie fordelt på klassetrinn i videregående skole (Alta, Hammerfest og Sør-Varanger) (Ungdata 2021).

Elevene i videregående skole ble også spurt om hvor gamle de var første gang de hadde hatt samleie, og 9,2 prosent av elevene rapporterte alder på første samleie til 13 år eller yngre. En femtedel (21,8 prosent) rapporterte seksuell debutalder til 14 år og 28,7 prosent rapporterte debutalderen til 15 år. Den seksuelle lavalderen er i Norge 16 år og 40,3 prosent rapporterte seksuell debutalder til 16 år eller eldre.

	Gutter		Jenter	
	2018	2021	2018	2021
13 år eller yngre	10,2	11,4	7,6	8,0
14 år	16,4	16,6	19,1	20,0
15 år	26,9	25,6	26,5	30,2
16 år eller eldre	46,5	46,5	46,8	41,8

Tabell 6.5a. Seksuell debutalder (prosent) for gutter og jenter i 2018 og 2021 (Alta, Hammerfest og Sør-Varanger) (Ungdataundersøkelsene 2018 og 2021).

Av tabell 6.5a ser vi at svært tidlig debutalder (14 år eller yngre) kan synes å være svakt økende i de to datapunktene vi har (2018 og 2021). Denne økningen kan være et utslag av tilfeldige feil, og må observeres videre i de neste ungdataundersøkelsene.

Kampanjen *#metoo* har bidratt til økt oppmerksomhet omkring seksuell trakassering. Seksuell trakassering er gjerne definert som uønsket seksuell oppmerksomhet, og handler om oppførsel og handlinger som spiller på kjønn, kropp og seksualitet, og der den ene parten opplever det som ubehagelig eller truende.

Ungdomstiden er en tid for utforskning, men er også en sårbar tid for mange – kanskje spesielt når det gjelder seksualitet. Det er en høy forekomst av seksuell trakassering i Finnmark og tabell 6.5b viser forekomsten (andel av ungdommene) av rapporterte seksuell trakassering. I

ungdataundersøkelsen fra 2021 er ungdommene i ungdomsskolen og videregående skole spurt om de har opplevd: a) uønsket seksuell beføling, b) om de er kalt homo eller hore, c) om de har opplevd negativ seksuell ryktespredning og d) om de har opplevd at andre, mot sin vilje, har delt nakenbilder eller bilder/filmer av seg selv under seksuell aktivitet. Slike opplevelser kan sette sterke spor i ungdommer og som også potensielt kan virke negativt inn på den psykiske helsen.

En fjerdedel av elevene på videregående rapporterte å ha opplevd uønsket seksuell beføling og tendensen viser en økning fra ungdomsskole til videregående. Å bli kalt homo eller hore og å oppleve negativ seksuell ryktespredning synes å være vanlig gjennom hele skoleløpet, fra ungdomsskole til videregående. Relativt mange har opplevd at andre har delt nakenbilder eller bilder/film av seg selv under seksuell aktivitet. Dette er kanskje det mest inngripende form for seksuell trakassering og er straffeverdig i henhold til straffeloven.

	Seksuell beføling	Kalt homo eller hore	Negative seksuell ryktespredning	Andre mot din vilje delte bilder av deg naken eller seksuelt
8. trinn	8,9	26,8	19,2	1,5
9. trinn	12,3	32,0	22,3	7,7
10. trinn	16,1	28,5	22,8	7,0
Vg1	16,3	18,4	19,0	7,0
Vg2	19,3	20,3	18,3	6,9
Vg3	26,1	20,9	20,5	5,7

Tabell 6.5b Andel ungdommer somr rapporterer seksuell trakassering fordelt på klassetrinn i Alta, Hammerfest og Sør-Varanger (Ungdata 2021).

(Les mer om seksuelt overførbare sykdommer blant unge i kapittel 4.1)

7.0 Helsetilstand

Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål, for eksempel risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær og lignende. Det er viktig å ha kunnskap om befolkningens helsetilstand, eventuelle opphopninger av sykdommer eller tilstander, og om hvordan denne fordelingen er i samfunnet. Kunnskapen er avgjørende for å i størst mulig grad peke ut en retning for tiltak innen folkehelsearbeidet videre.



Kapitlet henger sammen med bærekraftsmål 3 om god helse og livskvalitet, mål 4 om god utdanning, mål 8 om anstendig arbeid og økonomisk vekst, mål 10 om mindre ulikhet og mål 11 om bærekraftige byer og lokalsamfunn

Flere av trendene som kommer frem i kapitlet er sannsynligvis påvirket av koronaviruspandemien. Den samfunnsmessige sårbarheten ble tydelig, og det kom frem hva dette betyr for helsetilstand og sykdomsbyrde. Dette fordi det er økt risiko for å bli alvorlig syk av en infeksjonssykdom dersom man har andre underliggende sykdommer, som for eksempel kreft, hjerte- og karsykdommer og lungesykdommer ([FHI](#)).

Hovedinntrykk

Helsetilstanden i Finnmark er generelt god, men det er store sosioøkonomiske forskjeller når det gjelder sykdommer, plager og levealder. Disse forskjellene er økende, og innsats for å redusere sosial ulikhet i helse er derfor et viktig innsatsområde.

Når det gjelder forventet levealder, har Finnmark lavere levealder enn landsgjennomsnittet. I 2021 var forventet levealder for menn 77,5 år og for kvinner 82,6 år, sammenlignet med 80,4 år for menn og 84,4 år for kvinner på landsbasis. Det er også store forskjeller i forventet levealder mellom kommunene i Finnmark.

Hjerte- og karsykdommer er den vanligste dødsårsaken i Finnmark, og utgjør en større andel av dødsfallene enn i resten av landet. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer har imidlertid gått ned de siste årene, både i Finnmark og på landsbasis. Kreft er den nest vanligste dødsårsaken i fylket.

Når det gjelder psykisk helse, viser tall fra Folkehelseundersøkelsen at Finnmark har en høyere andel av befolkningen som opplever psykiske plager sammenlignet med landsgjennomsnittet. Særlig blant unge kvinner er andelen høy. Selvmord er også et alvorlig folkehelseproblem i Finnmark, med en høyere forekomst enn i resten av landet, spesielt blant menn.

Finnmark har en høyere forekomst av enkelte kroniske sykdommer som diabetes mellitus og KOLS sammenlignet med landsgjennomsnittet. Forekomsten av diabetes har økt de siste årene, noe som kan knyttes til utfordringer knyttet til overvekt og fysisk inaktivitet i befolkningen.

Når det gjelder smittsomme sykdommer, har Finnmark hatt utfordringer med høy forekomst av enkelte infeksjoner som chlamydia, særlig blant unge. Situasjonen har imidlertid bedret seg de siste årene. Forekomsten av andre smittsomme sykdommer som influensa, covid-19 og meslinger har vært relativt lav i Finnmark sammenlignet med resten av landet.

Samlet sett viser kapittel 7 at Finnmark har en generelt god helsetilstand, men med store sosioøkonomiske forskjeller. Lavere forventet levealder, høyere forekomst av hjerte- og karsykdommer, psykiske plager og enkelte kroniske sykdommer er utfordringer som må adresseres. Arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller er derfor svært viktig for å bedre folkehelsen i fylket.

7.1 Forventet levealder

Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. På lands- og fylkesnivå er dette en stabil og pålitelig indikator som gir informasjon om endringer over tid og om forskjeller mellom befolkningsgrupper. Indikatoren er informativ på kommunenivå, men her må det tas hensyn til betydningen av tilfeldige svingninger ([FHI](#)).

Lav forventet levealder er et signal om at mange dør tidlig, mens høy forventet levealder er et tegn på at mange lever lenge. En endring i forventet levealder, kan fortelle om forholdene endrer seg til det verre eller bedre for befolkningen. Redusert levealder kan indikere ulike sosiale og økonomiske utfordringer. Sosiale forskjeller, som utdanningsnivå og inntekt, har sammenheng med forventet levealder. Endringer mellom grupper i samfunnet kan tyde på økende forskjeller ([FHI](#)).

De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men gevinsten er størst for de med lang utdanning og høy inntekt. Denne gruppen har høyere forventet levealder enn den gruppen som har lavere utdanning og lavere inntekt. De siste ti årene har forskjellene i både fysisk og psykisk helse økt. Et viktig mål for folkehelsearbeidet er å utjevne sosial ulikhet i helse ([FHI](#)).

Fra 1990 til 2021 har forventet levealder for menn i Finnmark økt fra 71,1 år til 76,9 år, og for kvinner har det økt fra 79,3 år til 81,9 år. Gjennomsnittlig forventet levealder har økt i hele landet, og selv Finnmark er enda noe under landsgjennomsnittet, har forskjellen blitt mindre.

		1990-2004	2003-2017	2004-2018	2005-2019	2006-2020	2007-2021
Hele landet	menn	75,4	79,1	79,4	79,6	79,9	80,1
	kvinner	81,1	83,3	83,5	83,7	83,8	83,9
Finnmark	menn	71,7	75,5	76	76,3	76,6	76,9
	kvinner	79,3	81,6	81,7	81,9	81,9	81,9

Tabell 7.1 Forventet levealder ved fødsel for menn og kvinner, fra 1990-2021 i hele landet og i Finnmark. Kilde: FHI

7.1.1 Forventet levealder etter utdanning

Ifølge [folkehelse rapporten](#) lever de som har god utdanning og økonomi lengre og har mindre helseplager enn de som har kortere utdanning og dårligere økonomi. De med lengst utdanning lever i snitt fem til seks år lengre, og har bedre helse enn de med kortest utdanning og dårligere økonomi. Det er sosiale helseforskjeller i Norge, både for landet som helhet og i fylker og kommuner. Man ser også sammenheng mellom utdanning- og inntektsnivå og spesifikke dødsårsaker. Personer med kort

utdanning og lav inntekt hadde høyere risiko for alkoholrelatert død enn personer med lengre utdanning og høy inntekt. Ulykkesdødsfall er hyppigere blant personer med lav sosioøkonomisk status.

Som tabell 7.1.1 viser, har forventet levealder økt i Norge de siste 30 årene. Det gjelder både for de med grunnskoleutdanning, videregående og for de med høyere utdanning. Det er størst endring for de med universitets- eller høyskoleutdanning, både for hele landet og spesielt for Finnmark. Endringene for de med universitets- eller høyskoleutdanning er på 3,5 år for landet og 4,6 år for Finnmark.

		1990-2004	2008-2022
Hele landet	Grunnskole	77,4	79,7
	Videregående	80,3	83,3
	Universitet eller høyskole	82,7	86,2
Finnmark Finnmarkku	Grunnskole	76,1	78,8
	Videregående	79	81,9
	Universitet eller høyskole	80,9	85,5

Tabell 7.1.1. Forventet levealder etter utdanning ved 30 års alder, etter høyeste fullførte utdanningsnivå, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt i periodene fra 1990 til 2004 og fra 2008 til 2022. Kilde: FHI

For menn i Troms og Finnmark var det i perioden 2007 til 2021 over syv års forskjell i forventet levealder hos de som har grunnskoleutdanning mot de som har høyere utdanning fra universitet eller høyskole. For kvinner i Troms og Finnmark var forskjellen på over fem år. Sammenlignet med landet som helhet var forventet levealder hos menn med høyere utdanning syv år høyere enn for de med grunnskoleutdanning, mens for kvinner var tallet seks år. På grunn av personvern så var det ikke mulig å lage en tabell som viser kun tall for kommunene i Finnmark, da det er flere små kommuner og det da ville bli mulig å identifisere menneskene bak tallene.

	Grunnskole	Videregående	Høyere utdanning
Hele landet	77,5	81,3	84,5
Vestfold og Telemark	77,2	80,9	84,3
Møre og Romsdal	78,8	82,1	84,6
Nordland	77,8	81,3	84,0
Troms og Finnmark	77,2	80,8	84,3

Tabell 7.1.2. Forventet levealder etter utdanning ved 30 års alder hos menn, etter høyeste fullførte utdanningsnivå, gjennomsnitt 2007 – 2021. Kilde: FHI

	Grunnskole	Videregående	Høyere utdanning
Hele landet	81,8	85,2	87,8
Vestfold og Telemark	81,2	84,9	87,8
Møre og Romsdal	83,0	85,8	88,0
Nordland	82,1	85,2	87,3
Troms og Finnmark	82,0	84,9	87,3

Tabell 7.1.3. Forventet levealder etter utdanning ved 30 års alder hos kvinner, etter høyeste fullførte utdanningsnivå, gjennomsnitt 2007 – 2021. Kilde: FHI

7.2 Dødelighet og tapte leveår

«Tapte leveår» er et mål på dødelighet hvor et dødsfall tillegges større vekt jo tidligere i livet det skjer ([FHI](#)). Dødsfall som skjer «for tidlig» kan ses på som tap av leveår som kunne ha blitt levd, altså tap av potensielle leveår ([Nasjonalforeningen for folkehelsen](#)). Informasjon om tidlig død, definert som død før 75 års alder, av ulike sykdomsgrupper gir viktig informasjon om hvor man må sette inn forebyggende tiltak. Det er viktig å merke at dagens dødsårsaksmønster ikke nødvendigvis gjenspeiler befolkningens levevaner siste årene. De viktigste dødsårsakene i dag er hjerte- og karsykdommer og kreft.

Av FHI sin sykdomsbyrde-profil for Troms og Finnmark fylke fra 2019, kommer det frem at i 2019 døde 1.968 mennesker i Troms og Finnmark, med tilsvarende 32.060 tapte leveår. Dette var den fjerde høyeste raten av tapte leveår blant de elleve fylkene i landet. Raten av tapte leveår i Troms og Finnmark var ni prosent over den nasjonale raten ([FHI](#)).

Iskemisk hjertesykdom, både hjerteinfarkt og hjertekrampe, var den største årsaken til tapte leveår hos både menn og kvinner, etterfulgt av lungekreft, slag og KOLS.

Ifølge tall fra kommunehelsa er det store regionale forskjeller i Finnmark når det kommer til for tidlig død hos både menn og kvinner (tabell 7.2a og b). Den standardiserte raten for fylket er 17 prosent høyere enn for kvinner, og 33 prosent høyere for menn enn for hele landet sett under ett – Finnmark har en betydelig høyere forekomst av for tidlig død blant både kvinner og menn.

	2014-2023
Hele landet	100
Finnmark Finnmárku Finmarkku	117
Alta	108
Hammerfest Hámmerfeasta	125
Sør-Varanger	113
Vadsø	82
Kárášjohka Karasjok	67
Guovdageaidnu Kautokeino	93
Loppa	152
Hasvik	149
Måsøy	177
Nordkapp	155
Porsanger Porsáŋgu Porsanki	146
Lebesby	125
Gamvik	122
Deatnu Tana	128
Berlevåg	161
Båtsfjord	100
Vardø	150
Unjárga Nesseby	94

Tabell 7.2a antall døde i aldersgruppen 0-74 år blant kvinner, alle dødsårsaker, i perioden 2014-2023. Forholdstall der Norge er 100. Kilde: [FHI](#)

	2014-2023
Hele landet	100
Finnmark Finnmarkku Finmarkku	133
Alta	119
Hammerfest Hámmerfeasta	121
Sør-Varanger	119
Vadsø	124
Kárášjohka Karasjok	148
Guovdageaidnu Kautokeino	165
Loppa	159
Hasvik	151
Måsøy	138
Nordkapp	142
Porsanger Porsángu Porsanki	130
Lebesby	157
Gamvik	182
Deatnu Tana	153
Berlevåg	122
Båtsfjord	126
Vardø	214
Unjárga Nesseby	147

Tabell 7.2b antall døde i aldersgruppen 0-74 år blant menn, alle dødsårsaker i perioden 2014-2023. Forholdstall der Norge er 100. Kilde: [FHI](#)

Les mer om sosial ulikhet i dødelighet:

[Nasjonalforeningen for folkehelsen](#)

7.2.1 Selvmord

Selvord som en aktiv, villet handling som fører til døden ([FHI](#)). Årsakene til selvmord er komplekse og er et resultat av flere ulike faktorer. Internasjonal forskning viser at de viktigste risikofaktorene for selvmord er tidligere selvmordsforsøk og psykiske lidelser som for eksempel depresjon ([NHI](#)).

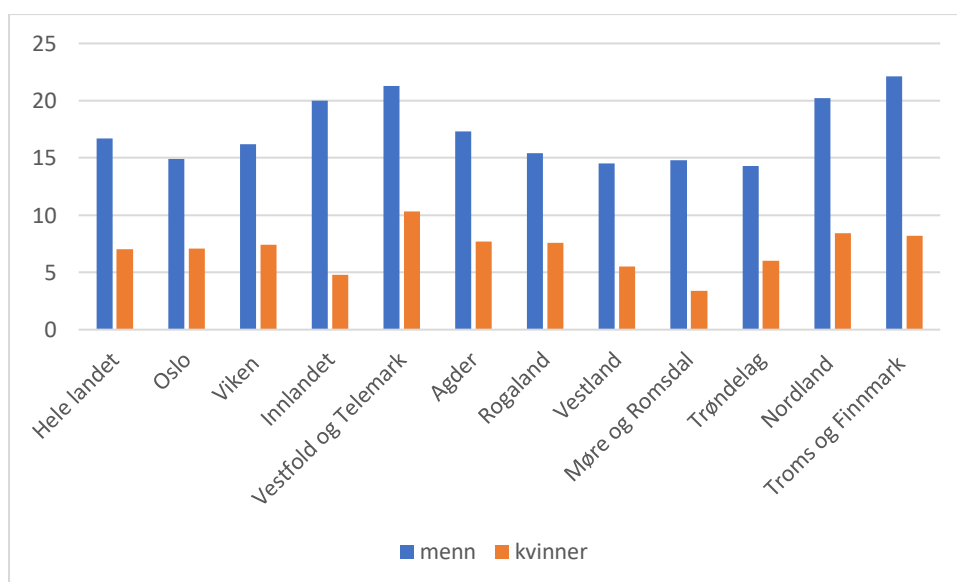
Selvord er et stort samfunns- og folkehelseproblem, der mange er berørt av selvmord og selvmordsforsøk. Menn er overrepresentert på selvmordsstatistikken, i både Norge og i Finnmark ([Meld. St. 12 \(2023-2024\)](#)) Man beregner at hver person som tar selvmord har ti nære pårørende, dermed blir det en stor andel etterlatte etter selvmord hvert år.

Det er ikke noen registrering i folkehelseregisteret eller i helseregistrene av hvem som er samer, kvener eller norskfinske. Det er heller ingen nyere forskning på antall selvmord i den samiske befolkningen. I samiske samfunn er det ofte mange etterlatte og berørte ved selvmord. [Sannhet- og forsoningskommisjonens rapport](#) trekker fram samiske slektskapsbånd, arbeidsfellesskap, eller små og tette lokalsamfunn som noen av årsakene.

Tabellen under viser at det var en større andel menn i Troms og Finnmark som tok selvmord, sammenlignet med resten av landet. Tallet på antall menn som tar selvmord har økt de siste årene. Dette er en nasjonal trend, men økningen er størst for menn i Troms og Finnmark. Selvmord blant kvinner er sjeldnere, og antall kvinner i Troms og Finnmark som tok selvmord er litt høyere enn landsgjennomsnittet, men lavere enn Nordland (figur 7.2.1).

		2012-2016	2013-2017	2014-2018	2015-2019	2016-2020	2017-2021	2018-2022
Hele landet	menn	100	100	100	100	100	100	100
	kvinner	100	100	100	100	100	100	100
Oslo	menn	94	97	96	95	89	88	89
	kvinner	108	107	105	111	109	104	101
Viken	menn	93	90	86	90	91	94	97
	kvinner	105	104	103	105	109	105	105
Innlandet	menn	123	123	124	114	117	115	119
	kvinner	91	84	79	78	70	74	68
Vestfold og Telemark	menn	135	127	120	120	127	131	127
	kvinner	115	122	137	126	124	147	144
Agder	menn	106	109	105	102	104	110	104
	kvinner	97	104	101	107	111	109	110
Rogaland	menn	84	87	95	88	85	91	92
	kvinner	103	97	106	102	97	95	109
Vestland	menn	88	91	93	91	92	86	87
	kvinner	113	106	105	94	90	80	79
Møre og Romsdal	menn	93	97	107	107	100	93	89
	kvinner	74	79	66	66	58	50	49
Trøndelag	menn	102	101	97	95	91	87	85
	kvinner	85	86	89	88	84	89	85
Nordland	menn	113	113	116	128	124	125	120
	kvinner	78	87	83	78	102	110	119
Troms og Finnmark	menn	84	85	91	104	120	126	132
	kvinner	59	64	65	96	108	123	117

Tabell 7.2.1. Selvmord for personer i alderen 0-74 år delt etter kjønn, femårs glidende gjennomsnitt, forholdstall hvor landet er 100. Kilde: FHI



Figur 7.2.1 Tidlig død for befolkningen i alderen 0-74 år i perioden 2018-2023, grunnet selvmord, fordelt på kjønn. Per 100.000 standardisert. Kilde: FHI

7.3 Ungdommens selvopplevde helse

Egenvurdert helse er en viktig indikator for sykkelighet og bruk av helsetjenester, og anvendes til å overvåke befolkningens helsestatus over tid. De aller fleste har en positiv innstilling til egen helse, og litt flere unge enn eldre vurderer sin egen helse som god.

Som vist i tabell 7.3 er andelen av elever som rapporterer å være misfornøyd med egen helse økende i perioden 2017 til 2021 blant elever på ungdomsskolen. I 2021 var én av fem elever på ungdomsskolen misfornøyd med egen helse. For elever på videregående er det en noe høyere andel som er misfornøyd med egen helse.

	2017	2018	2019	2021
Litt eller svært fornøyd	91	91	92	94
Verken eller	122	122	119	114
Litt eller svært misfornøyd	122	119	118	110

Tabell 7.3. Andel av elever på ungdomsskole og videregående som er misfornøyd (svært misfornøyd eller litt misfornøyd) med egen helse (2017-2021) (Forholdstall sammenlignet med Norge =100). Kilde: [FHI](#)

7.4 Befolkningens livsmestring

Statistisk Sentralbyrå har siden 2020 gjennomført kartlegginger av folks egenrapporterte trivsel og livsmestring. Utvalget til denne undersøkelsen er trukket for å være representativt for den norske befolkningen 18 år og over, og består av omtrent 40 000 personer hvert år. I Troms og Finnmark har omtrent 700 personer deltatt i årene 2020 til 2023.

Tabellene 7.4a og 7.4b indikerer at den voksne befolkningen i Troms og Finnmark i årene 2020 til 2023 rapporterer relativt høy livskvalitet. Rapporteringen fra Troms og Finnmark avviker lite fra landsgjennomsnittet.

	2020	2021	2022	2023
Livet alt i alt	7,0	6,7	6,7	6,9
Fysisk helse	6,4	6,3	6,3	6,1
Psykisk helse	7,2	7,1	7,0	6,8
Stedet man bor	7,6	7,8	7,9	7,7
Økonomisk situasjon	6,2	6,3	6,3	6,2

Tabell 7.4a Gjennomsnittlig skåre på SSB-undersøkelsen om befolkningens livskvalitet. Troms og Finnmark 2020-2023. Skala går fra 0 (verst tenkelige skåre) til 10 (best tenkelige skåre). Kilde: SSB

	2020	2021	2022	2023
Hele landet	3,3	3,1	2,9	3,1
Troms og Finnmark	3,4	3,2	3,1	3,3

Tabell 7.4b. Gjennomsnittlig skåre på SSB-undersøkelsen om befolkningens opplevelse av positive og negative følelser. Troms og Finnmark 2020-2023. Skala går fra -10 (verst tenkelige skåre) til +10 (best tenkelige skåre). Positive verdier indikerer gjennomsnittlig positive følelser (affekt). Kilde: SSB

7.5 Psykisk helse

Miljøforhold er samlet sett viktigere enn gener for flere psykiske lidelser. Arveligheten for psykiske plager, depresjon, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser er relativt moderat. Det er enighet i at trygghet i barndom og trygghet til omsorgspersonene har betydning for den psykiske helsen i voksen alder. Sosial støtte, meningsfull hverdag og nærhet til andre mennesker er beskyttende faktorer. Traumatiske opplevelse, som for eksempel vold mot en selv eller vitne til vold mot andre, kan gi varige psykiske skader. Som med andre lidelser, vil flere belastningsfaktorer som virker sammen over tid føre til økt risiko. En god selvfølelse og mestringstro har stor betydning for god psykisk helse ([FHI](#)).

7.5.1 Psykisk helse blant ungdom

Det har blitt kjent gjennom ungdataundersøkelsene at elever på ungdomsskolen, og særlig jenter, sliter med psykiske plager og symptomer. Ungdata har siden 2013 benyttet et standardiserte spørsmål knyttet til opplevelse av depressive plager (jfr. tabell 7.5.1). Det er fire svarkategorier; 1 = *Ikke plaget i det hele tatt*, 2 = *Lite plaget*, 3 = *Ganske mye plaget*, 4 = *Veldig mye plaget*.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2021
Følt at alt er et slit	31,0	31,0	31,0	37,7	37,1	37,0	42,3
Hatt søvnproblemer	30,7	25,8	29,1	25,0	27,1	30,2	34,9
Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert	23,5	23,1	22,9	24,8	27,1	28,3	32,3
Følt håpløshet med tanke på framtida	20,2	21,4	20,7	25,1	26,8	26,5	29,8
Følt deg stiv eller anspent	17,6	19,9	17,0	20,6	21,6	23,0	31,7
Bekymret deg for mye om ting	32,8	30,6	33,3	36,3	40,1	41,6	47,9
Følt deg ensom	23,3	21,6	23,6	24,1	23,7	24,2	30,0

Tabell 7.5.1. Andel av elever på ungdomsskolen som oppgir at de er "ganske mye plaget" eller "veldig mye plaget" av ulike plager som er assosiert med depresjon (2013-2021), for Sør-Varanger, Alta og Hammerfest kommuner. Kilde: Ungdata.

Som en kan se av tabell 7.5.1 har andelen av elever i ungdomsskolen som rapporterer å være plaget av ulike tanker og følelser som er assosiert med depresjon økt i perioden 2013-2021. Dette er i tråd med funn på nasjonalt nivå.

7.5.2 Psykisk helse hos voksne

Statistikk på bruk av primærhelsetjenesten kan gi informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom i befolkningen. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner ([FHI](#)).

Av tabell 7.5.2a kommer det frem at Finnmark ligger noe høyere på andel personer som er i kontakt med primærhelsetjenesten grunnet psykiske plager og/eller lidelser, enn resten av landet. For landet som helhet og Finnmark, ser man at trenden har vært stigende de siste årene.

I aldersgruppen 15-24 år er det en økning på antall som har vært i kontakt med primærhelsetjenesten økt fra perioden 2016-2018 til 2020-2022, for begge kjønn. For både Norge som helhet og for Finnmark så er det flere unge kvinner enn menn som har vært i kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske symptomer og lidelser (tabell 7.5.2a og b).

	2016-2018	2017-2019	2018-2020	2019-2021	2020-2022
Hele landet	155	158	161	162	168
Finnmark Finnmarkku	160	164	168	170	177

Tabell 7.5.2a Personer i kontakt med primærhelsetjenesten for psykiske symptomer og lidelser (pr. 1000). 2021-årgangen mangler pga. utilstrekkelig tallgrunnlag. Kilde: FHI

	2016-2018	2017-2019	2018-2020	2019-2021	2020-2022
Hele landet	181	189	193	195	211
Finnmark Finnmarkku	196	209	217	221	233

Tabell 7.5.2b Andel unge **kvinner** i alderen 15-24 år som har vært i kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske symptomer og lidelser (pr 1000). Kilde: FHI

	2016-2018	2017-2019	2018-2020	2019-2021	2020-2022
Hele landet	132	138	140	141	144
Finnmark Finnmarkku	137	145	147	144	147

Tabell 7.5.2c Andel unge **menn** i alderen 15-24 år som har vært i kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske symptomer og lidelser (pr 1000). Kilde: FHI

Av tabell 7.5.2d kommer det frem at befolkningen i Troms og Finnmark bruker mindre legemidler for psykiske plager sammenlignet med Norge og de andre fylkene. Det er en økning i antall per 1000 som bruker legemidler i de tre periodene.

	2017-2019	2018-2020	2019-2021
Hele landet	72,2	73,6	75,9
Oslo	66,5	67,3	69
Viken	74,6	76	78,2
Innlandet	83,9	85,6	88,4
Vestfold og Telemark	77,3	78,4	80,5
Agder	74,3	76	78,3
Rogaland	72,4	74	76,8
Vestland	72,5	73,8	76,1
Møre og Romsdal	69,9	72,3	75,4
Trøndelag	68,2	69,4	71,9
Nordland	70,7	73,2	76,2
Troms og Finnmark	57,4	58,6	60,3

Tabell 7.5.2d Brukere av legemidler for psykiske plager 0 – 74 år (pr. 1000). Viser landet som helhet, og fylket etter sammenslåing i 2020. Kilde: FHI

7.6 Hjerte- og karsykdom

Hjerte- og karsykdommer er en felles betegnelse på sykdommer som rammer kroppens blodårer og hjertet. Omtrent en femtedel av den norske befolkningen lever i dag med en etablert hjerte- og karsykdom, eller har høy risiko for å utvikle en slik sykdom. Antallet førstegangs hjerteinfarkt per 100.000 innbyggere går ned, og færre av de som rammes får et alvorlig infarkt. Alkohol- og røykevaner, kosthold, mengden fysisk aktivitet og kroppsvekt er faktorer som virker inn på risikoen for å utvikle sykdom. I tillegg er enkelte arvelig belastet. I gruppen med lav utdanning er det en

høyere andel som rammes av hjerteinfarkt enn i grupper med høyere utdanning ([folkehelserapporten](#)).

Av tabell 7.6 ser man at det var 10,3 prosent av befolkningen i alderen null til 74 år i denne perioden som var i kontakt med legevakt eller fastlege på grunn av hjerte- og karproblemer. Landet som helet hadde en prosent på 9,8. Finnmark ligger ganske likt med de andre nordlige fylkene.

	2020-2022
Hele landet	9,8
Oslo	8,5
Østfold	11,4
Akershus	9,8
Buskerud	10,9
Innlandet	10,8
Vestfold	10,4
Telemark	8,4
Agder	9,1
Rogaland	10,1
Vestland	9,3
Møre og Romsdal	9,5
Trøndelag Tröndelage	9,4
Nordland Nordlännda	10
Troms Romsa Tromssa	10,1
Finnmark Finnmárku Finmarkku	10,3

Tabell 7.6 Brukere i kontakt med fastlege/legevakt for hjerte- og karproblemer (prosent). Kjønn samlet, i alderen 0 til 74 år. Viser landet som helhet og hvert fylke etter oppdeling i 2024. 2021-årgang mangler pga. utilstrekkelig tallgrunnlag. Kilde: FHI

7.7 Kreft

Kreft er ikke én sykdom, men en fellesbetegnelse på sykdommer med ulik årsaksbakgrunn og prognose. Kreft er en av de hyppigste dødsårsakene før fylte 74 år ([FHI](#)). Det tar ofte lang tid fra man er eksponert til kreften utvikler seg, og derfor kan mange ulike faktorer medvirke til at sykdommen oppstår ([FHI](#)).

Selv om kreft er en rekke ulike sykdommer, anslås det at ett av tre krefttilfeller har sammenheng med levevaner. Kosthold, fysisk aktivitet, røyke- og alkoholvaner er faktorer som virker inn på kreftforekomsten. En endring av befolkningens levevaner har stort potensiale for å redusere risikoen for å utvikle kreft ([FHI](#)).

Sosial ulikhet i helse viser seg også når det gjelder kreftforekomst og -dødelighet. Om lag 20 prosent av kreftdødsfallene hos menn og 30 prosent blant kvinner kunne vært unngått dersom alle hadde hatt samme dødelighet som den gruppen med høyere universitetsutdanning har ([FHI](#)).

I perioden 2013 til 2022 var det 612 per 100.000 (standardisert) nye krefttilfeller i Finnmark. Av tabell 7.7a ser man Finnmark har færrest (registrerte) nye krefttilfeller årlig. Tall fra kommunehelse viser at Finnmark har lavere forekomst per 100.000 av blant annet brystkreft, lymfekreft, prostatakreft og hudkreft enn landet som helhet. Kreft i tarmer og lungekreft har vi høyere forekomst av, og da spesielt lungekreft.

Av tabell 7.7b kommer det frem at Finnmark ligger høyere for tidlig død knyttet til kreft for personer i alderen 0 til 74 år, per 100.000. Finnmark har færre tilfeller av nyopptaget kreft i perioden 2013 til 2022, samtidig som Finnmark i samme periode har høyest forekomst av for tidlig død knyttet til kreft.

Hele landet	656
Oslo	637
Østfold	695
Akershus	651
Buskerud	633
Innlandet	617
Vestfold	689
Telemark	660
Agder	674
Rogaland	709
Vestland	676
Møre og Romsdal	632
Trøndelag Tröndelage	631
Nordland Nordlânnda	639
Troms Romsa Tromssa	656
Finnmark Finnmárku Finmarkku	612

Tabell 7.7a Antall nye tilfeller av kreft per 100.000, standardisert i perioden 2013-2022. Hele landet og alle fylkene. Kilde: FHI

Hele landet	107,5
Oslo	104,6
Østfold	115,4
Akershus	99,0
Buskerud	106,1
Innlandet	114,9
Vestfold	115,2
Telemark	112,4
Agder	113,9
Rogaland	108,3
Vestland	104,3
Møre og Romsdal	100,9
Trøndelag Tröndelage	102,6
Nordland Nordlânnda	106,1
Troms Romsa Tromssa	106,6
Finnmark Finnmárku Finmarkku	120,5

Tabell 7.7b Tidlig død knyttet til kreft i alderen 0-74 år, kjønn samlet. Per 100.000, i perioden 2013-2022. Kilde: FHI

7.8 Diabetes mellitus

På landsbasis anslås det at omtrent 190 000 nordmenn har diagnosen diabetes mellitus, eller diabetes type 2. Dette er en sykdom som har sosioøkonomiske og geografiske forskjeller i forekomsten ([FHI](#)). Det er en kronisk sykdom som skyldes nedsatt funksjon av hormonet insulin som har en sentral rolle i regulering av sukkeromsetningen i kroppen ([NHI](#)). Kosthold, mosjon og vektreduksjon kan for noen være nok for å normalisere blodsukkeret og holde sykdommen under kontroll. Om lag 70 prosent av pasientene må behandles med legemidler for å regulere blodsukkeret. Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes kan brukes som en indikator for forekomsten av

sykdommen i befolkningen, selv om legemiddelbruk er ikke synonymt med forekomst av en sykdom ([FHI](#)).

En viktig risikofaktor for å utvikle type 2-diabetes er overvekt, og forekomst av type 2-diabetes kan dermed si noe om befolkningens kosthold og fysiske aktivitet. Røyking er også en risikofaktor for å utvikle diabetes ([FHI](#)). I tillegg har personer med diabetes høyere risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer, samt andre helseproblemer som følge av for dårlig blodsirkulasjon. Eksempler på dette er svekket syn, sår som ikke vil gro og nyresvikt ([NHI](#)).

Av tabell 7.8a ser man hvordan brukere av legemidler for behandling av type 2-diabetes i kommunene i Finnmark. Det er stor ulikhet i andel av innbyggere som bruker legemidler til behandling av 2-diabetes. I Troms og Finnmark er det 4,7 prosent av innbyggerne i alderen 30 til 74 år, som bruker legemidler til behandling av diabetes type 2. Lavest prosentandel som bruker legemidler i fylket er Karasjok på 3,8 prosent, mens Nesseby ligger øverst med 9,1 prosent.

Karášjohka Karasjok	3,9
Alta	4,4
Hele landet	4,6
Berlevåg	4,6
Måsøy	4,7
Porsanger Porsángu Porsanki	4,7
Troms og Finnmark	4,7
Sør-Varanger	5,1
Hammerfest	5,1
Lebesby	5,3
Loppa	5,3
Nordkapp	5,5
Vadsø	5,5
Deatnu Tana	5,6
Hasvik	6,1
Gamvik	6,2
Guovdageaidnu Kautokeino	6,5
Båtsfjord	6,6
Vardø	6,9
Unjárga Nesseby	9,1

Tabell 7.8a Brukere av legemidler til behandling av diabetes type 2, i alderen 30-74 år, kjønn samlet, prosent (2019 – 2021).

Kilde: FHI

7.9 KOLS og astma

Ifølge [Folkehelserapporten](#) har om lag seks til syv prosent av befolkningen over 40 år KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Dette er tall hentet fra HUNT og Tromsø-undersøkelsen. Andelen som lever med sykdommen vil trolig holde seg høyt i årene som kommer, ettersom antallet eldre øker. Mange har milde symptomer, og flere vet ikke at de har sykdommen. Ifølge Dødsårsaksregistret var lungesykdommer, inkludert KOLS, den fjerde hyppigste registrerte dødsårsaken i 2021 ([folkehelserapporten](#)). Røyking er den viktigste årsaken til at personer utvikler KOLS, og det er færre tilfeller nå enn før som utvikler KOLS på grunn av eksponering av støv og gasser gjennom arbeid. Forekomsten av KOLS øker med økende tobakksforbruk og antall røykeår, og kan si noe om befolkningen røykevaner.

Legemiddelbruk kan være en indikator på sykdomsforekomsten i befolkningen, selv om legemiddelbruk ikke er synonymt med forekomsten. Noen sykdomsgrupper er det manglende oversikt over utbredelsen, og derfor kan bruk av legemidler til behandling gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer. Dette kan bidra med verdifull informasjon til å danne en oversikt over befolkningens helsetilstand. Bruk av reseptbelagte legemidler påvirkes av flere faktorer utenom sykdomsforekomst, for eksempel tilgang til lege og legenes forskrivningspraksis ([FHI](#)).

	2015-2017	2016-2018	2017-2019	2018-2020	2019-2021
Hele landet	109,5	111,9	114	114,4	113,6
Finnmark	120,7	123	124,8	125,6	126,8

Tabell 7.9a Astma og kols, antall legemiddelbrukere, alderen 45-74 år, kjønn samlet, viser treårs glidende gjennomsnitt, per 1000. Kilde: FHI

Antallet som bruker legemidler knyttet til KOLS og astma er høyere i Finnmark enn landet som helet og for Troms og Finnmark fylke.

		2003-2012	2011-2020	2012-2021	2013-2022
Hele landet	kjønn samlet	14,1	13,1	12,9	12,7
	menn	14,7	12,9	12,5	12,2
	kvinner	13,6	13,3	13,3	13,3
Troms og Finnmark	kjønn samlet	15,3	14,5	14,3	14
	menn	16,1	15,5	15,2	14,1
	kvinner	14,5	13,3	13,3	13,7

Tabell 7.9b Tidlig død (før 75 år) av KOLS, befolkning 0-74 år, per 100.000 standardisert, tiårs glidende gjennomsnitt. Kilde: FHI

Informasjon om tidlig død, altså at man dør før 75 år, gir viktig informasjon om hvor man bør sette inn forebyggende tiltak, selv om dagens dødsårsaksmønster ikke nødvendigvis gjenspeiler befolkningens levevaner de siste årene ([FHI](#)).

Av tabell 7.9b ser man at tidlig død knyttet til KOLS, er høyere i Troms og Finnmark for kjønn samlet over alle tidsseriene, men at tallene er synkende for begge kjønn. Dette er en nasjonal trend.

Av tabell 7.9c ser man at færre pasienter har vært innlagt på dag- og døgnopphold ved somatiske sykehus på grunn av KOLS de siste årene i Troms og Finnmark. Dersom denne utviklingen har fortsatt fra 2017 er dette positivt, dersom det betyr at nedgangen skyldes at pasientene har mindre behov og at det ikke skyldes manglende henvisning/plass ved sykehus.

	2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017
Hele landet	3,2	3,2	3,2	3,3
Troms og Finnmark	3,8	3,7	3,5	3,3

Tabell 7.9c Antall pasienter innlagt på dag- og døgnopphold i somatiske sykehus på grunn av KOLS, per 1000 innbyggere per år. Kilde: FHI

7.10 Muskel og skjelett

Muskel- og skjelettsykdommer er den diagnosegruppen de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet. Muskel- og skjelettskader, -sykdommer og -plager omfatter en lang rekke ulike tilstander som har til felles at de er forbundet med smerte og eventuelt nedsatt funksjon knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Dette er den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest», selv om de fleste tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet. Muligheter for forebygging er avhengig av diagnose. Sett under ett så har mange muskel- og skjelettsykdommer og -plager sammenheng med økende alder, inaktiv livsstil og til dels overvekt. Denne typen plager er mer vanlig hos personer med lav sosioøkonomisk status ([FHI](#)).

Ifølge tall fra FHI ligger Finnmark noe over resten av landet angående kontakt med primærhelsetjenesten om muskel- og skjelettplager (tabell 7.10a). I denne kategorien er ikke brudd og skader inkludert, kun plager og sykdomsdiagnoser. Det varierer mellom kommunene om hvor mange personer som er i kontakt med primærhelsetjenesten. I perioden 2020 til 2022 var det færrest personer i Måsøy kommune og flest i Alta kommune som tok kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av muskel- og skjelettplager. Det er 13 av finnmarkskommunene som har færre personer i kontakt med primærhelsetjenesten enn landet som helhet.

	2018-2020	2019-2021	2020-2022
Hele landet	318	316	313
Finnmark Finnmarkku Finmarkku	322	320	320
Alta	353	353	356
Hammerfest Hámmerfeasta	361	356	351
Sør-Varanger	309	309	310
Vadsø	282	287	276
Kárášjohka Karasjok	265	261	258
Guovdageaidnu Kautokeino	302	301	281
Loppa	311	311	300
Hasvik	291	282	261
Måsøy	258	249	255
Nordkapp	282	279	286
Porsanger Porsángu Porsanki	304	292	301
Lebesby	302	298	303
Gamvik	318	320	316
Deatnu Tana	306	298	296
Berlevåg	285	288	280
Båtsfjord	282	279	290
Vardø	333	336	342
Unjárga Nesseby	335	330	332

Tabell 7.10a Antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt, fysioterapeut eller kiropraktor angående muskel- og skjelettplager, per 1000 innbyggere, tre års gjennomsnitt, alder 0-74 år, kjønn samlet. Kilde: [FHI](#)

Av tabell 7.10b ser man at for de fleste kommunene, fylket og landet som helhet er trenden noe synkende på antall personer pr 1000 som er innlagt dag- eller døgnopphold ved sykehus på grunn av sykdom eller lidelse i muskel- og/eller skjelettapparatet. For kommunene i Finnmark er det stor forskjell i antall pasienter som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten, i perioden 2015 til 2017. Nesseby hadde færrest innbyggere som var i kontakt med spesialisthelsetjenesten, med 1,4 prosent. Hammerfest var den kommunen med flest, med 2,3 prosent.

	2013-2015	2014-2016	2015-2017
Hele landet	18,1	17,5	16,8
Troms og Finnmark	17,9	17,7	17,4
Alta	20,5	20,5	20,9
Vardø	12,2	13,9	15,8
Vadsø	15,6	15,8	15,3
Hammerfest	25,7	24,7	23,4
Guovdageaidnu Kautokeino	18,1	17,4	16,7
Loppa	24,7	20,5	17,4
Hasvik	21,2	19,9	18,2
Måsøy	20,3	19,5	20,7
Nordkapp	17,9	19,1	17,8
Porsanger Porsángu Porsanki	21,6	21,6	19,4
Kárášjohka Karasjok	15,0	15,0	15,8
Lebesby	15,3	14,8	14,1
Gamvik	20,3	20,2	19,1
Berlevåg	17,2	17,3	15,7
Deatnu Tana	18,0	17,9	15,9
Unjárga Nesseby	12,9	13,4	13,9
Båtsfjord	15,9	15,9	14,7
Sør-Varanger	16,7	17,0	17,7

Tabell 7.10b Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år, på grunn av sykdom/lidelse i muskel- og skjelettsystemet, kjønn samlet og alle aldre. Kilde: FHI

Tabellen under viser antall pasienter på sykehus grunnet hoftebrudd per 1000 innbyggere.

Hele landet	1,8
Troms og Finnmark	1,8
Alta	1,9
Vardø	2,2
Vadsø	1,1
Hammerfest	1,2
Guovdageaidnu Kautokeino	1,7
Loppa	2
Hasvik	x
Måsøy	1,6
Nordkapp	1,3
Porsanger Porsángu Porsanki	2
Kárášjohka Karasjok	1,5
Lebesby	2,8
Gamvik	x
Berlevåg	2,5
Deatnu Tana	1,2
Unjárga Nesseby	x
Båtsfjord	1,3
Sør-Varanger	2,1

Tabell 7.10.1 Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus på grunn av hoftebrudd, per 1000 innbyggere i perioden 2015 til 2017. Kjønn samlet. Tre av kommunene er anonymisert med «x». Kilde: FHI

Tabellen under viser andel hoftebrudd med forholdstall, der Norge er 100. Det viser forhold mellom kommunenes standardiserte andel og landsverdien et gitt år og angitt som gjennomsnitt over en treårs periode. Tabellen visualiserer forskjellene på en annen måte enn tabell 7.10c. Vadsø kommunes standardiserte andel er 38 prosent lavere enn landsnivået, mens Lebesby kommune er 60 prosent høyere enn landsnivået. Hasvik, Gamvik og Nesseby kommune er anonymisert.

Vadsø	62
Hammerfest	68
Deatnu Tana	70
Nordkapp	72
Båtsfjord	72
Karášjohka Karasjok	85
Måsøy	89
Guovdageaidnu Kautokeino	96
Hele landet	100
Troms og Finnmark	100
Alta	111
Loppa	113
Porsanger Porsáŋgu Porsanki	114
Sør-Varanger	121
Vardø	128
Berlevåg	143
Lebesby	160
Hasvik	x
Gamvik	x
Unjárga Nesseby	x

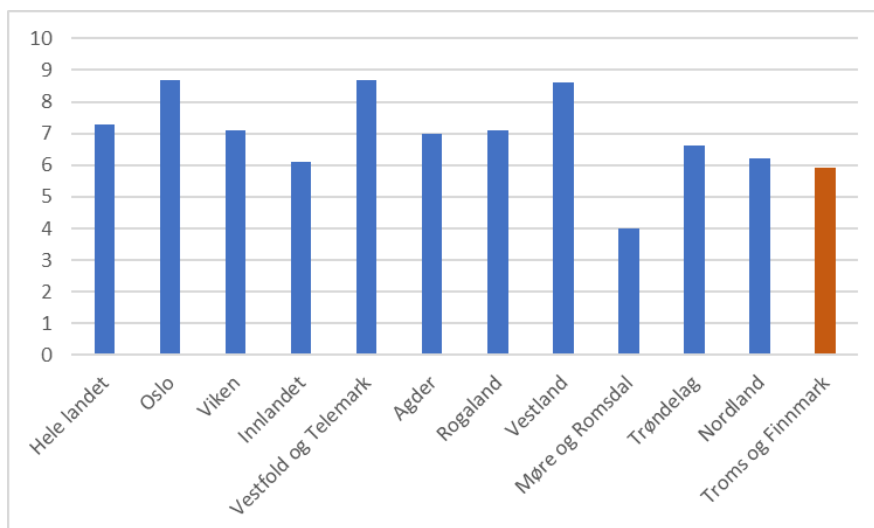
Tabell 7.10d Pasienter innlagt sykehus på grunn av hoftebrudd. Forholdstall der Norge er 100. I perioden 2015 til 2017, kjønn samlet, alle aldre. Kilde: [FHI](#)

Les mer om hoftebrudd i kapittel «5.1.2 Antall hoftebrudd behandlet i sykehus».

7.11 Narkotikautløste dødsfall

I 2015 var de to viktigste dødsårsakene blant unge og voksne i alderen 15 til 49 år i Norge selvmord og overdoser ([FHI](#)). De som dør av overdoser av narkotikabruk, har som regel inntatt stoffene i en årrekke, noe som får helsemessige og sosiale konsekvenser. Helse- og sosialhjelpen kan til dels kreve store økonomiske ressurser fra kommunens side. Dersom det er narkotikautløste dødsfall i en kommune, betyr det at det er et lokalt brukermiljø der. Dette medfører at det bli lettere å få tilgang til narkotiske stoffer også for personer som ikke tilhører miljøet. Å tilby hjelp til de personene som allerede er i brukermiljøet er et viktig tiltak for å hindre rekruttering til og økning av narkotikabruk i en befolkning ([FHI](#)).

Av figur 7.11 kommer det frem at Troms og Finnmark har det nest laveste tallet på narkotikautløste dødsfall av alle landets fylker og landet som helhet i perioden 2016-2018. Tallet for Troms og Finnmark har holdt seg relativt stabilt og ligget under landsgjennomsnittet.



Figur 7.11 Narkotikautløste dødsfall i perioden 2016-2018, per 100.000. Figuren viser landet som helhet, og fylker etter sammenslåing. Kilde: FHI

7.12 Fødselsvekt

En høy fødselsvekt er assosiert med økt risiko knyttet til selve fødselen. Flere faktorer påvirker barnets fødselsvekt, blant annet svangerskapets lengde, mors røykevaner, helsetilstand og leveforhold, arv og etnisitet. Barnets fødselsvekt alene og i forhold til svangerskapets lengde har sammenheng med barnets helse ([FHI](#))

Andelen store barn og gjennomsnittlig fødselsvekt økte frem mot 2000, før det gikk litt ned igjen. Mødrenes helsetilstand, røykevaner og andre livsstilsvaner kan ha bidratt til denne endringen. Det er ikke bare høy fødselsvekt som kan ha betydning for barnets helse. Lav fødselsvekt utgjør en betydelig risikofaktor for barnets utvikling og helse. Internasjonalt brukes andelen barn med lav fødselsvekt som en indikator på helsetilstanden i en befolkning ([Folkehelserapporten](#)).

Av tabell 7.12.1. ser man at andelen barn med høy eller lav fødselsvekt i Troms og Finnmark har vært høyere enn landsgjennomsnittet generelt. Siste årene har forskjellen økt mellom Troms og Finnmark og landet som helhet. Høy fødselsvekt er 4500 gram eller høyere, mens lav fødselsvekt er 500 til 2499 gram

	2007-2016	2008-2017	2009-2018	2010-2019	2011-2020	2012-2021	2013-2022
Hele landet	3,2	3,1	3,1	3,1	3	3	3
Finmark Finnmarkku Finmarkku	3	3	3	3,1	3,1	3,2	3,1

Tabell 7.12.1. Antall og andel fødte med høy eller lav fødselsvekt, ekskludert flerfødsler. Andelen er beregnet i prosent av alle fødte med fødselsvekt minst 500 gram eller svangerskapslengde minst 22 uker (eller som har levd så lenge at de har blitt tildelt fødselsnummer). Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: [FHI](#)

7.13 Vaksinasjon

For en rekke potensielt farlige sykdommer er vaksinasjon det mest effektive forebyggende tiltaket man kjenner til i dag. Tall på vaksinasjonsdekning kan være til hjelp i vurdering av smittevernet i befolkningen samt om vaksinasjonsprogrammet er effektivt. I et samfunn med effektive

vaksinasjonsprogram og høy vaksinasjonsdekning, vil det være lite smitte i befolkningen, og det fører til at den uvaksinerte delen av befolkningen indirekte blir beskyttet.

Det er kommunene som har ansvar for ha et vaksinasjonstilbud til sine innbyggere.

Finnmarkskommunene ligger noe under det prosentvise gjennomsnittet for resten av landet som helhet når det kommer til barnevaksinasjonsprogrammet.

Influenza kan gi alvorlig sykdom og er potensielt livstruende for personer i risikogrupper.

Influensavaksinen forebygger både selve influensaen og mulige følgesykdommer. Følgesykdommer er ofte bakterielle infeksjoner som krever antibiotika behandling, som for eksempel lungebetennelse. Derfor vil færre influensatilfeller sannsynligvis redusere overforbruk av antibiotika ([FHI](#)).

Tall fra kommunehelse viser at Finnmarkskommunene spriker i antall eldre over 65 år som tar influensavaksine. Variasjon mellom disse tre årene kan skyldes at det generelt var lite «vanlig» sesonginfluensa i omløp og at det generelle fokuset i samfunnet stort sett var på koronavaksinene. Generelt ligger kommunene under landsgjennomsnittet for andel som tar influensavaksinen.

	2020/2021	2021/2022	2022/2023
Hele landet	59,7	62,7	62,3
Troms og Finnmark	49,3	52,4	53,9
Alta	49,2	50,8	48,8
Vardø	48,0	50,3	38,4
Vadsø	36,3	44,3	49,2
Hammerfest	39,9	52,3	55,4
Guovdageaidnu Kautokeino	51,9	49,2	48,2
Loppa	52,2	48,8	48,1
Hasvik	43,8	42,3	46,0
Måsøy	38,5	45,5	48,1
Nordkapp	48,4	44,3	48,9
Porsanger Porsáŋgu Porsanki	44,3	47,6	48,2
Kárášjohka Karasjok	45,4	45,1	37,0
Lebesby	45,9	41,1	42,6
Gamvik	52,7	51,9	58,3
Berlevåg	43,5	47,1	45,1
Deatnu Tana	38,9	37,3	39,1
Unjárga Nesseby	52,6	71,3	63,8
Båtsfjord	40,5	39,0	35,0
Sør-Varanger	54,6	52,0	51,0

Tabell 7.13.1. Vaksinasjonsgrad influensavaksine for de over 65 år, prosent. Kilde: [FHI](#)

Influensavaksinasjonsdekningen av personer over 65 år er generelt lavere i kommunene i Finnmark enn landet som helhet. Unntaket er Nesseby kommune, som de to siste periodene i tabell 7.13.1, har høyere vaksinasjonsdekning enn landet sett under ett.

Barnevaksinasjonsprogrammet er det anbefalte vaksinasjonsprogrammet for norske barn og ungdommer, som er fastsatt av Helse- og Omsorgsdepartementet. Alle barn skal få tilbud om vaksinasjon etter programmet, men alle vaksinasjoner frivillig. Det tilbys vaksinasjon mot tolv ulike infeksjoner, i tillegg anbefales det at barn med foreldre fra land med høy forekomst av tuberkulose også vaksineres mot. Programmet foregår i spe- og småbarnsalderen, med påfyllingsdoser i skolealder ([SNL](#)).

Prosentandelen av alle barn og unge i Troms og Finnmark som har blitt vaksinert mot ulike infeksjoner i barnevaksinasjonsprogrammet, er tilnærmet lik landet som helhet i perioden 2016 til 2022 ([FHI](#)).

7.14 Antibiotikabruk

Antibiotika er rekke effektive og viktige medisiner i behandling av bakterielle infeksjoner. Dersom antibiotika brukes feil, kan det føre til en utvikling av resistente bakterier og dermed står man uten effektiv medisin mot bakterielle infeksjoner. Antibiotikaresistente bakterier er et alvorlig og økende problem i verden ([FHI](#)). Dette er enda et begrenset problem i Norge, men man ser allikevel at antibiotikabruken øker mer enn det omfanget av infeksjonssykdommer skal tilsi. Et viktig tiltak for å unngå unødvendig antibiotikabruk, er å forebygge infeksjonene. Både god hånd- og kjøkkenhygiene er viktig. I tillegg er vaksinasjon så er dette effektive tiltak for å forebygge infeksjoner og dermed antibiotikabruk ([antibiotika.no](#)).

Av tabell 7.14 ser man at antall resepter per 1000 innbyggere pr år er lavere for Finnmark enn resten av landet. For både landet som helhet og Finnmark, har trenden vært synkende de siste årene.

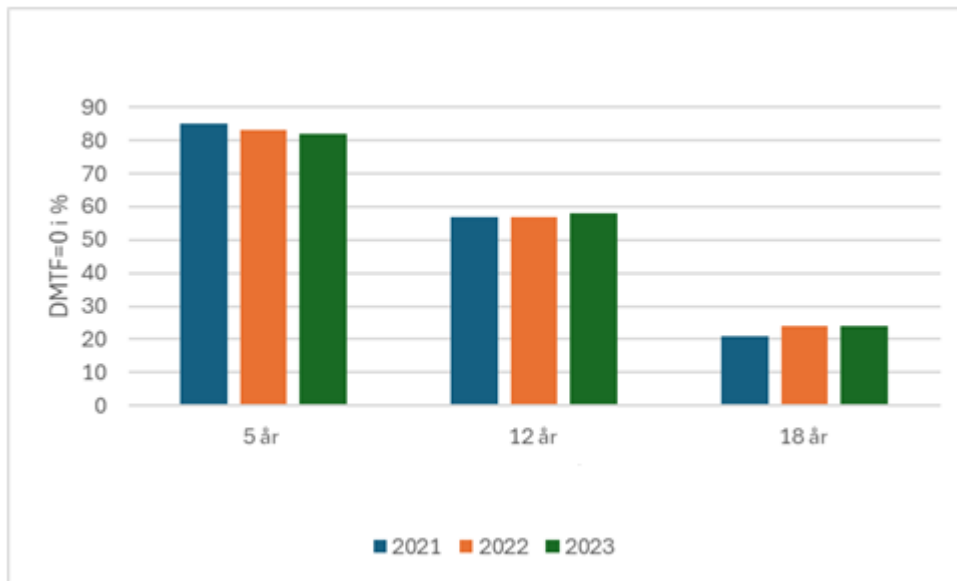
	2005	2019	2020	2021
Hele landet	413	313	264	262
Troms og Finnmark	344	274	238	237
Finnmark	360	283	240	244

Tabell 7.14 Antall antibiotika resepter per 1000 innbyggere per år, i alderen 0-79 år. Kilde: [FHI](#)

7.15 Tannhelse

Betydningen av tannhelse og tannhelsetjenester har blitt gradvis tydeligere i løpet av de siste ti årene, og blir nå i større grad inkludert som en del av det totale helsebegrepet. Denne utviklingen har skjedd parallelt med økt forskning, og den økende forståelsen av hvordan ulike medisinske tilstander kan påvirke den orale helsen og omvendt. Det er derfor viktig å tydeliggjøre tannhelsens betydning i det totale helsebegrepet, for den enkelte pasient, og for samfunnet som helhet. Det er tilsvarende gode argumenter for å integrere tannhelse i det generelle folkehelsearbeidet. Tannhelsetjenesten har en betydelig rolle i et folkehelseperspektiv, og er en tjeneste som kan vise til gode resultater gjennom systematisk forebyggende arbeid helt siden den første folketannrøkta ble etablert i Norge; i Vadsø i 1950.

Tannhelsestatistikk viser at tannhelsen blant befolkninga i Finnmark fylke har blitt bedre de siste ti årene. Demografiske endringer i distriktene antas å medføre et skifte i behandlingsbehov fra unge til eldre, da også eldre i vår region i økende grad bevarer sine egne tenner i et livsløpsperspektiv. Kariessituasjon utvikler seg i riktig retning, bortsett fra en svak nedgang blant 5-åringene. Denne utviklingen sees også på landsbasis. Null hull-tallene for 12- åringer og 18-åringer ligger stabilt, men tallene ligger allikevel under de gjennomsnittlige tallene i landet.



Figur 7.15 Andel fem, tolv og 18-åringer uten hull i Finnmark i 2021, 2022 og 2023. DMTF står for «Decayed, missing, filled teeth». Kilde: tannhelsetjenesten i Finnmark

Forskjellene i kariessykdom i Finnmark sammenliknet med gjennomsnittet for landet, skyldes flere faktorer, men sosioøkonomiske forhold som generelle levekår og utdanningsnivå er assosiert med tannhelse. Både den generelle helsetilstanden og tannhelsetilstanden følger det samme fordelingsmønsteret i befolkningen: Jo dårligere sosioøkonomiske betingelser man lever under, desto dårligere er tannhelsen. SSB-undersøkelser viser at det er sosial ulikhet i oral helse i befolkningen, og at det er grupper i samfunnet som ikke har råd til tannlegebesøk og dermed blir tannhelseutfordringene større. Erfaringer fra fagmiljøene tyder på at befolkningens generelle økonomiske situasjon knyttet til blant annet renteøkning og prisstigning har forsterket disse ulikhetene.

I Folkehelseundersøkelsen 2019 er andelen som rapporterer at de ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene i Finnmark 15,9 prosent. Høyest er andelen som ikke har vært hos tannlege eller tannpleier i Indre Finnmark, med ca. 20 prosent. For begge kjønn ser det ut til at andelen som ikke har vært til tannlege i løpet av de siste to årene synker med økende utdanning. Forskjellen mellom de med høyest og de med lavest utdanning er på omtrent 13 prosentpoeng blant mennene og omtrent 10 prosentpoeng blant kvinnene. Innen alle utdanningsgruppene er andelen som ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene klart høyere blant menn enn blant kvinner.

Andelen som ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene, er høyest blant de yngste, synker så med alderen (fra aldersgruppen 30-39 hos mennene) og stiger litt igjen hos de aller eldste. Andelen som ikke har vært hos tannlegen i løpet av de siste to årene er dobbelt så høy blant de yngste (kvinner: 19,5 %, menn: 26,8 %) som blant de i aldersgruppen 60-69 (kvinner: 7,5 %, menn: 12,3 %). I alle aldersgruppene er det en høyere andel menn enn kvinner som ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene (signifikant i alle gruppene, bort sett fra i den eldste). Tall fra 2023 viser at Tannhelsetjenesten hadde i underkant av 30 000 pasienter under tilsyn ved utgangen av året og av disse hadde 21 500 vært til konsultasjon i løpet av året.

8.0 Sosial ulikhet i helse

Sosiale helseforskjeller henger sammen med grunnleggende sosiale og økonomiske forskjeller i samfunnet. De sosiale ulikhetene i helse danner en gradient gjennom alle sosioøkonomiske grupper i befolkningen, og er dermed et problem som berører alle, ikke bare de relativt få som er fattige. Sosiale ulikheter i helse beskrives som systematiske forskjeller i helsetilstand og som følger av sosiale og økonomiske kategorier (særlig yrke, utdanning og inntekt). Dette er helseforskjeller som er sosialt skapt og mulig å gjøre noe med ([Helsedirektoratet](#)).

Rapporten om folkehelsen i Finnmark viser at det er store sosioøkonomiske forskjeller i helse i fylket. Personer med lav utdanning og inntekt har generelt dårligere helse, høyere forekomst av sykdommer og plager, og lavere forventet levealder enn dem med høy utdanning og inntekt. Disse sosiale helseforskjellene er økende, og utjevning av ulikhet i helse er derfor et svært viktig innsatsområde for folkehelsearbeidet i Finnmark.

Når det gjelder forventet levealder, har Finnmark lavere levealder enn landsgjennomsnittet. I 2021 var forventet levealder for menn 77,5 år og for kvinner 82,6 år, sammenlignet med 80,4 år for menn og 84,4 år for kvinner på landsbasis. Det er også store forskjeller i forventet levealder mellom kommunene i Finnmark, noe som tyder på at sosioøkonomiske faktorer spiller en stor rolle.

Hjerte- og karsykdommer er den vanligste dødsårsaken i Finnmark, og utgjør en større andel av dødsfallene enn i resten av landet. Kreft er den nest vanligste dødsårsaken. Finnmark har også en høyere forekomst av enkelte kroniske sykdommer som diabetes mellitus og KOLS sammenlignet med landsgjennomsnittet. Disse sykdommene har en klar sosioøkonomisk gradient, der de med lavere sosioøkonomisk status har høyere risiko.

Tannhelse følger den samme sosioøkonomiske gradienten, der de med høyest inntekt og utdannelse har bedre tannhelse enn de med lavere inntekt og utdannelse. Forskjellen mellom de med høyest og de med lavest utdannelse er på omtrent 13 prosentpoeng blant menn og 10 prosentpoeng blant kvinner.

Når det gjelder psykisk helse, viser tall fra Folkehelseundersøkelsen at Finnmark har en høyere andel av befolkningen som opplever psykiske plager sammenlignet med landsgjennomsnittet. Særlig blant unge kvinner er andelen høy. Selvmord er også et alvorlig folkehelseproblem i Finnmark, med en høyere forekomst enn i resten av landet. Psykiske lidelser har en klar sammenheng med sosioøkonomisk status, der de med lavere utdanning og inntekt har høyere risiko for psykisk uhelse.

Rapporten viser at helserelatert atferd som fysisk inaktivitet, usunt kosthold, høyt tobakks- og alkoholforbruk er mer utbredt blant personer med lav sosioøkonomisk status i Finnmark. Bare 65 prosent av befolkningen oppgir at de er fysisk aktive i minst 150 minutter per uke, sammenlignet med 72 prosent på landsbasis. Andelen dagligrykere og ukentlige alkoholbrukere er også høyere enn landsgjennomsnittet.

Når det gjelder skader og ulykker, er dette fortsatt en stor utfordring for folkehelsen i Finnmark. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft, målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tar relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Trafikkulykker, særlig blant ungdom og unge menn, er en betydelig utfordring. Generelt for Norge ser man at personer fra lavere sosioøkonomiske grupper er mer utsatt for skader enn personer fra høyere sosioøkonomiske grupper.

Rapporten viser at det sosiale miljøet i Finnmark preges av varierende deltakelse i organisasjoner, valgdeltakelse og kulturtilbud. Folkehelseundersøkelsen viser at fylket skårer dårlig på områder som

antall timer stillesitting, sosiale relasjoner og tilgang på kultur- og idrettstilbud. Dette tyder på at det sosiale miljøet i Finnmark kan være en utfordring for folkehelsen, og at det er sosioøkonomiske forskjeller i tilgang til et helsefremmende sosialt miljø.

Samlet sett viser rapporten at Finnmark har både styrker og utfordringer når det gjelder folkehelsen, men at de sosiale helseforskjellene er en gjennomgående utfordring. Personer med lav sosioøkonomisk status har generelt dårligere helse, høyere forekomst av sykdommer og plager, og lavere forventet levealder enn dem med høy sosioøkonomisk status. Disse forskjellene er økende, og utjevning av ulikhet i helse må derfor være et sentralt mål for folkehelsearbeidet i fylket.

For å bedre folkehelsen i Finnmark og utjevne de sosiale helseforskjellene, kreves det et tverrsektorielt samarbeid og langsiktige, helhetlige tiltak. Dette inkluderer blant annet å fremme sunne levevaner, skape et helsefremmende fysisk og sosialt miljø, forebygge skader og ulykker, og sikre likeverdig tilgang til helsetjenester. Videre er det avgjørende å ha god kunnskap om befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer, slik at innsatsen kan målrettes og tilpasses de lokale utfordringene.

Arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller og skape gode oppvekst- og levekår for alle innbyggere er en sentral del av folkehelsearbeidet i Finnmark. Dette krever en langsiktig, tverrsektorielt og kunnskapsbasert innsats for å bedre folkehelsen og livskvaliteten i fylket. Ved å adressere de sosiale ulikhetene i helse, kan Finnmark legge til rette for at alle innbyggere får mulighet til å leve et langt og friskt liv, uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn.

Les mer om sosial ulikhet i helse:

[Helsedirektoratet - sosial ulikhet påvirker helse](#)

[Helsedirektoratet – sosial ulikhet i helse](#)

[Nasjonalforeningen for folkehelsen – Sosial ulikhet tar liv](#)

[FHI - Sosial ulikhet i helse – en fakta](#)

9.0 Kilder

Ariansen, I. K. H., Olsen, K., Selmer, R. M. (2021, 26. november). Hjerte- og karsykdommer i Norge. *Folkehelse rapporten*. Hentet 26.07.2023 fra [Hjerte- og karsykdommer - FHI](#)

Berglen, T. F., Nilsen, A.-C., Vadset, M., Uggerud, H. T., Hak, C., og Andersen, E. (2021). *Grenseområdene Norge – Russland, luft- og nedbørskvalitet 2021*. Norsk institutt for luftforskning. Hentet fra [NILU-rapport-22-2022.pdf \(unit.no\)](#)

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (2020, 11. juni) *Radon og helserisiko*. Hentet 06.10.2023 fra [Radon og helserisiko - DSA](#)

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (2023, 20. juni). *Nasjonalt aktsomhetskart for radon*. Hentet 06.10.2023 fra [Nasjonalt aktsomhetskart for radon - DSA](#)

Dahl, E. og Elstad, J. I. (2022, september). Sosial ulikhet tar liv. *Nasjonalforeningen for folkehelsen*. Kan lastes ned fra foreningens hjemmeside

Dommermuth, L. og Tappegård, T. (2017) *Nedgangen i fruktbarheten fra 2010 - Betydningen av utdanning, økonomisk aktivitet og økonomiske ressurser for førstefødsler og tredjefødsler* (rapport 2017/12) Statistisk sentralbyrå. Hentet 19.01.2024 fra [Nedgangen i fruktbarheten fra 2010. Betydningen av utdanning, økonomisk aktivitet og økonomiske ressurser for førstefødsler og tredjefødsler \(ssb.no\)](#)

Folkehelseinstituttet (u.å). Tiltak for å forebygge ensomhet blant eldre. Hentet 07.07.23 fra [Tiltak for å forebygge ensomhet blant eldre - FHI](#)

Folkehelseinstituttet (2021). *Sykdomsbyrde i Troms og Finnmark*. Hentet 07.07.2023 fra [Fylkesvise resultater om sykdomsbyrde - FHI](#)

Folkehelseinstituttet (2019, 19. juni) *Vannhygiene – veileder for helsepersonell*. Hentet 06.10.23 fra [Vannhygiene - FHI](#) a

Folkehelseinstituttet (2019, 18. oktober). *Hvordan beskrives sykdomsbyrde?*. Hentet 20.07.23 fra [Hvordan beskrives sykdomsbyrde? - FHI b](#)

Folkehelseinstituttet (2018, 13. februar). *Håndbok for uteluft – luftkvalitetskriterier*, sammendrag. Hentet 01.10.2023 fra <https://www.fhi.no/nettpub/luftkvalitet/sammendrag-og-bakgrunnsinformasjon/sammendrag/>

Folkehelseinstituttet (2015, 21.mai). *Om antibiotikaresistens*. Hentet 19.07.2023 fra [Om antibiotikaresistens - FHI](#)

Geonorge (u. å.) *Støysoner Avinors lufthavner*. Hentet 09.10.2023 fra [Støysoner Avinors lufthavner - Kartkatalogen \(geonorge.no\)](#)

Johannessen, Terje (red). (u.å). *Hoftebrudd, Norsk helseinformatikk*. Hentet 07.07.2023 fra [Lårhalsbrudd - NHI.no](#)

Kommunehelsa statistikkbank (2019, 28. november). *Narkotikautløste dødsfall (B, inndeling per 1.1.2020)*. Hentet 19.07.2023 fra http://khs.fhi.no/webview/index.jsp?headers=AAR&AARslice=2003_2005&stubs=GEO&stubs=virtual&measure=common&virtuallslice=DODE_value&ALDRslice=15_64&GEOslice=0&GEOsubset=0%2C03+-+54&layers=ALDER&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfStudy%2Fnrkodaar2020&A

Kommunehelsa statistikkbank (2023, 5. juni). *Dødelighet, tidlig død (B)*. KOLS/Lungesykdom, indikatorer. Hentet 12.07.2023

http://khs.fhi.no/webview/index.jsp?v=2&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fstudy%2Fkols-daar2020&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fcube%2Fkols-daar2020_C1&mode=documentation&top=yes (b)

Kommunehelsa statistikkbank (2023, 12. januar). *Forventet levealder*. Hentet 11.07.23 fra http://khs.fhi.no/webview/index.jsp?v=2&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fstudy%2Fforventetlevealder2020&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fcube%2Fforventetlevealder2020_C1&mode=documentation&top=yes (c)

Macsal, F., Trogstad, L.-I. S., Lund, I. O., Meltzer, H. M., Stangenes, K. M., Villanger, G. D., Frøen, J. F., Klungsøyr, K. (2023, 1. februar). Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtpperioden. *Folkehelseinstituttet*. Hentet 19.07.2023 fra [Helse under svangerskap og fødsel - FHI](#)

Mattilsynet (2019). Status for drikkevannsområdet i landets kommuner. Hentet 06.10.2023 fra https://www.mattilsynet.no/mat_og_vann/drikkevann/opplysninger_om_vannforsyningsystemer/status_for_drikkevannsomraadet_i_landets_kommuner.36692/binary/Status%20for%20drikkevannsomr%C3%A5det%20i%20landets%20kommuner

Miljødirektoratet (ukjent år). Fakta om støy. Hentet 09.10.2023 fra [Fakta om støy - Miljødirektoratet \(miljodirektoratet.no\)](#)

Mæland, John Gunnar (2016). *Forebyggende helsearbeid – Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg), Universitetsforlaget

Mattilsynet.no (2023, 31. oktober). *Oversikt over havner, fjorder og innsjøer med forurensning*. Hentet 22.01.2024 fra [Unngå fisk og skalldyr fra forurensede havner, fjorder og innsjøer | Mattilsynet](#)

Norsk helseinformatikk (u.å). *Diabetes type 2*. Hentet 25.07.2023 fra [Diabetes type 2 – NHI.no](#)

Nystad, Wenche og redaksjonen Folkehelse rapporten (2022, 9. november). Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge. *Folkehelse rapporten*. Hentet 19.07.2023 fra [Kols - FHI](#)

Statistisk sentralbyrå (2019, 23. mars). *Støyplage i Norge*. Hentet 09.10.2023 fra [Støyplage i Norge - SSB](#)

Statistisk sentralbyrå (2022, 16. november). Personer i utenforskap 2015-2020. Hentet 15.01.24 fra [Personer i utenforskap 2015–2020 – SSB](#)

Thorsen, Dag Einar. (2022, 01. mars). Valgdeltakelse, *Store norske leksikon*. Hentet 10.07.2023 fra [valgdeltakelse – Store norske leksikon \(snl.no\)](#)