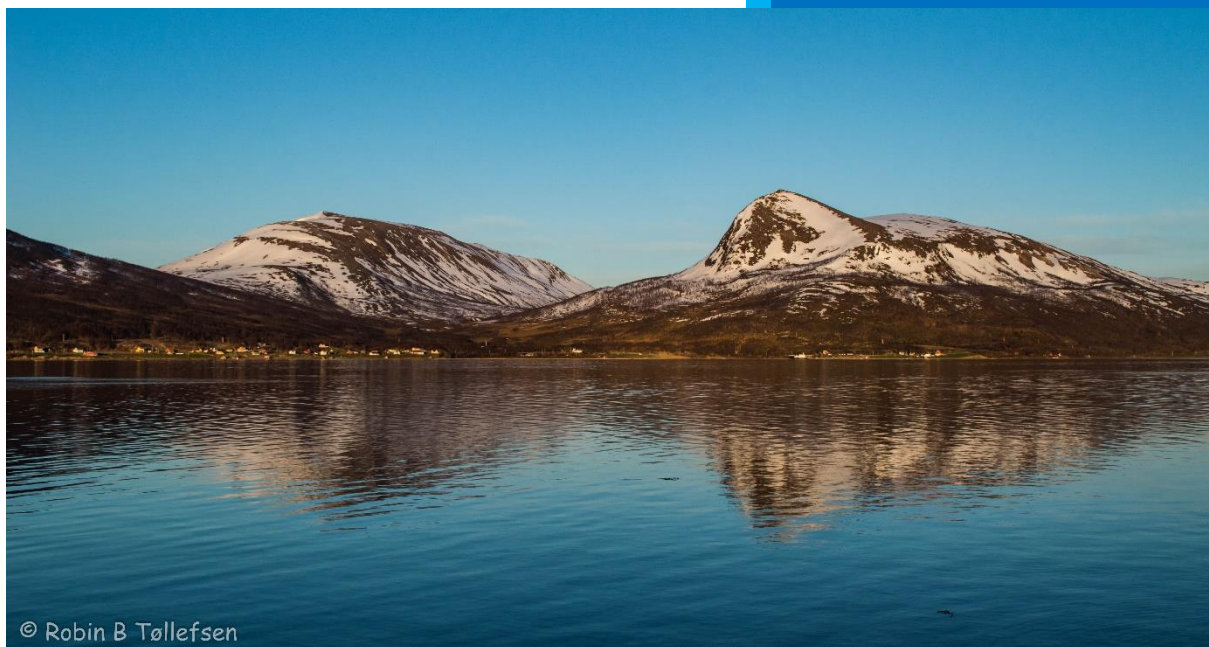




**Karlsøy
kommune**
-et levende øyrike

2018-2022

FOLKEHELSEOVERSIKT



© Robin B Tøllefsen

«Trivsel og muligheter i et levende øyrike»

Målet for folkehelsepolitikken	3
Nasjonale forventninger til kommunene	3
God helse – mer enn fravær av sykdom.....	4
Folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert.....	5
Helse er en rettighet.....	5
Kommunens arbeid	6
Sammendrag	7
Folkehelse i Karlsøy kommune – hva sier statistikken?	8
Befolkning.....	13
Befolkningssammensetning.....	13
Befolkningsendringer.....	13
Etnisitet.....	18
Flyktninger	19
Personer som bor alene.....	21
Oppvekst- og levekårsforhold	22
Lav-inntekts-husholdninger	23
Arbeidsledighet.....	23
Sykefravær	25
Uføretrygd	25
Mottakere av sosialhjelp	26
Grunnskole som høyeste utdanningsnivå	27
Frafall i videregående skole	29
Skilsmitter/eneforsørgere	31
Barnevern	32
Boligsosial situasjon.....	33
Rus og Psykiatri.....	36
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....	38
Drikkevannskvalitet	38
Geofarer.....	40
Skred og rasfare.....	40
Flom og isgang	41
Kvikkleire.....	41
Radon.....	42
Stormflo	43

Ekstremvær og havnivåstigning.....	43
Forurensning.....	44
Høyspentlinjer og trafoer	44
Støy	45
Eksplosjonsfarlig industri	47
Samferdsel	47
Trafikkhensyn.....	48
Brann og hensynet til utrykningskjøretøy	48
Transport av olje og farlig gods	49
Kulturtilbud	50
Friluftsliv	51
Skader og ulykker.....	56
Helserelatert adferd / levevaner	57
Fysisk aktivitet	57
Kosthold	57
Røyking	58
Alkohol og andre rusmidler	59
Helsetilstand.....	61
Trivsel og mestring.....	61
Psykisk helse, ensomhet og vennekontakt.....	61
Diabetes	63
Hjerte- og karsykdommer	64
KOLS og astma	64
Muskel- og skjelettlidelser	65
Demens.....	66
Kreft	66
Overvekt og fedme	68
Tannhelse.....	69
Smittsomme sykdommer	72
Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	74
Helsetilstand – innspill og vurderinger.....	77
Litteraturliste.....	78
Planer, lover, meldinger, utredninger mv.	78
Vedlegg.....	79

NASJONALE FORVENTNINGER TIL KOMMUNENE

I Meld. St. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*, heter det at målet for folkehelsearbeidet er at:

- *Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder.*
- *Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller.*
- *Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen.*

Målene bygger på St.meld. nr. 20 (2006-07) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, samt Meld. St. 34 (2012-13) *Folkehelsemeldingen, God helse – felles ansvar*.

Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven, 2011) skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevning av sosiale helseforskjeller, og som gir trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold.

Folkehelseloven gir kommunene stort ansvar:

«Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen».

Arbeidet skal skje med de virkemidler kommunen har, lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre, og legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

For å utføre dette arbeidet må kommunen ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen samt de positive og negative faktorer som har innvirkning på denne. Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Loven fastslår at kommunens oversikt skal legges til grunn for beslutninger, både på kort og lang sikt. Den skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. I arbeidet med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11, skal kommunen fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor.

Loven fastslår at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og

levestandard, levekårforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og rusmiddelbruk.

Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

I «*Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging, vedtatt ved kongelig resolusjon 24. juni 2011*» vies folkehelse stor oppmerksomhet. Kommunene får gjennom dette dokumentet både direkte og indirekte oppgaver for å ivareta befolkningens helse. De nasjonale forventningene, som er lovfestet i plan- og bygningsloven (pbl), tar for seg sider ved samfunnsutviklingen og legger inn bestillinger som eksplisitt skal brukes ved utforming av kommunens planstrategi. Det er godt samsvar mellom de nasjonale forventningene og folkehelseloven, mht. hva som forventes av kommunen.

GOD HELSE – MER ENN FRAVÆR AV SYKDOM

Folkehelsemeldingen slår fast at god helse ikke bare innebærer fravær av sykdom, men også inkluderer overskudd, trivsel og velvære. Helse er noe vi kan ha mer eller mindre av, det er ikke slik at vi enten er friske eller syke.

Det første målet i meldingen er at Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest forventet levealder. På 1950-tallet var levealderen i Norge verdens høyeste, og vi lå blant de tre beste på 70- og 80-tallet. Nå ligger vi blant de 10-11 beste, men har gode forutsetninger for å nå høyere opp gjennom å redusere tidlig død og utjevne sosiale forskjeller i dødelighet. Når en sammenlikner med mange andre land, preges det norske samfunnet av høy levestandard, små sosiale forskjeller, gode velferdsordninger og helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet. Samfunnet er i stor grad preget av trygghet og høy sosial tillit.

Det andre målet er at folkehelsepolitikken skal bidra til flere leveår med god helse og trivsel og reduserte helseforskjeller. Det er klare sammenhenger mellom sosiale og økonomiske ressurser og helse. Undersøkelser viser, i Norge så vel som i resten av verden, at jo høyere inntektsnivå eller utdanningsnivå, desto bedre helse. Samtidig viser også undersøkelser at når levealderen øker, vil en større del av leveårene være med nedsatt helse. Samtidig er de eldre i dag friskere enn folk på samme alder var før. Selv om forekomsten av sykdommer øker, er andelen eldre med hjelpebehov og nedsatt funksjonsevne redusert de siste årene. Framover vil andelen eldre øke i befolkningen.

Det tredje målet handler om å skape et samfunn som fremmer helse og reduserer sosiale helseforskjeller uten at noen grupper skal få dårligere helse. En rekke forhold i samfunnet påvirker helse og fordeling av helse i befolkningen. Helsesektoren kan ikke løse disse utfordringene alene. Viktige faktorer er for eksempel frafall fra videregående skole, miljøbelastninger, inntektsulikhet og sosiale forskjeller i levevaner. Etnisk og annen

diskriminering er også en faktor som kan føre til helseproblemer. Arbeidet for å redusere sosiale forskjeller i helse, handler derfor også om sosial utjevning gjennom å redusere forskjeller i inntekt og utdanning. Et samfunn som skal fremme helse og redusere sosiale helseforskjeller, må ta hensyn til sosiale, økonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser.

FOLKEHELSEARBEIDET SKAL VÆRE KUNNSKAPSBASERT

I arbeidet for å tilrettelegge for et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid har staten utarbeidet en forskrift som beskriver ansvar for arbeidet. Folkehelseloven bygger på 5 grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet som er vesentlige i arbeidet; utjevning av sosiale helseforskjeller, helse-i-alt-vi-gjør, bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning.

Ett av tiltakene som skal hjelpe kommunesektoren i arbeidet med å skaffe seg oversikt over helseutfordringene i kommunen, er «*Folkehelseprofilen*», hvor Folkehelseinstituttet (FHI) hvert år sammenstiller data om helsetilstanden og viktige faktorer som påvirker helsetilstanden. Hver kommune får data om seg selv, sammenliknet med resten av fylket.

Et kunnskapsbasert folkehelsearbeid betyr sterk faglig forankring og effektiv ressursbruk. En god oversikt over tilstanden i kommunen, gir bedre prioritering av innsatsen, og gjør det lettere å styrke folkehelsearbeidet på tvers av sektorene.

HELSE ER EN RETTIGHET

Helse er en grunnleggende rettighet som er forankret i flere internasjonale menneskerettskonvensjoner. Menneskerettsloven gjør slike konvensjoner gjeldende som norsk lov. Dette gjelder FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, Barnekonvensjonen og Kvinnediskrimineringskonvensjonen.

Retten til helse formuleres som retten til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk, slik det også er formulert i målene for Verdens helseorganisasjon. Statens forpliktelser omfatter tiltak for å redusere spedbarns- og barnedødelighet, forebygge sykdom, og tiltak for å hindre at folk blir syke av miljøpåvirkninger, herunder arbeidsmiljø. Helse som menneskerettighet omfatter både rett til behandling ved sykdom og rett til å bli beskyttet mot sykdom gjennom folkehelsearbeid og forebyggende arbeid.

Folkehelsearbeidet er internasjonalt. Globale forhold påvirker helseforholdene, gjennom forurensing, gjennom økt reisevirksomhet, import av mat og forbruksvarer og på andre måter. Dette gjør det nødvendig å legge større vekt på internasjonalt samarbeid i folkehelsepolitikken.

KOMMUNENS ARBEID

Et av hovedmålene i kommuneplanens planforslag til samfunnsdel 2017-2030 (høringsutkast), er at Karlsøy skal være en bærekraftig og trygg kommune, hvor det er lett å leve miljøvennlig. Underteksten beskriver til dels hvordan man skal planlegge for en bærekraftig kommune og det å leve et helsefremmende liv.

Kommuneplanens arealdel 2013-2023 for Karlsøy kommune har bestemmelser som har folkehelsebegrunnelse. I retningslinjer og bestemmelser står følgende i §4.1.5:

«Arealressursene skal forvaltes slik at befolkningens helse fremmes. I forbindelse med helsevurderinger tenkes helse i vid forstand. Det vil si at det ikke bare fokuseres på risikoforhold som må fjernes for å unngå skader, sykdommer og lidelse. Like viktig er det å vurdere forhold som fremmer helse og trivsel».

I retningslinjer og bestemmelser §6.1 heter det videre:

«Opplevelseskvaliteter kan være bekker og elver, utsiktspunkter, sammenhengende og spesiell vegetasjon, biologisk mangfold, kulturminner m.m. Disse skal ikke reduseres men forsterkes og videreføres ved utbygging».

Barn og unge er spesielt ivaretatt i §6.3 hvor det bl.a. heter:

«Reguleringsplaner og byggesaksbehandling skal redegjøre for hvordan hensynet til barn og unge er ivaretatt».

Kommuneplanens arealdel 2013-2023 har som nevnt bestemmelser for folkehelse. Foreliggende dokument er ment å supplere mht. en helhetlig oversikt over helseutfordringer, kommunens aktiviteter og virkemidler.

I tillegg til det overnevnte er folkehelse et vesentlig element i en rekke av kommunens vedtatte planer og utredninger, vist under. En rekke kommunale tiltak og aktiviteter styrker folkehelsen.

Blant de viktigste planene som angår folkehelse er:

- Planforslag kommuneplan samfunnsdel 2017 – 2030 (høringsutkast)
- Planstrategi 2016-2019
- Beredskapsplan for pandemisk influensa
- Smittevernplan for Karlsøy kommune
- Helse- og omsorgsplan 2017-2026
- Plan for bosetting og integrering av flyktninger 2015-2019
- Boligplan 2015-2019
- Økonomiplan 2017-2020
- Handlingsplan for psykisk helsearbeid 2012-2016
- Plan for kriseledelse og beredskap
- Plan for helse- og sosialberedskap

SAMMENDRAG

Karlsøy kommune har flere områder som skiller seg ut sammenlignet med landsgjennomsnittet av positiv og negativ karakter. I det følgende gjengis noen av utfordringene omkring helsetilstand som kommunen står ovenfor.

Befolkning

- Befolkningsframskrivninger viser at vi får en økende andel eldre. På sikt vil dette kunne medføre en økning mht. aldersrelaterte sykdommer samt hjelpe- og omsorgsbehov.
- Integrere og ivareta flyktninger/innvandrere med folkehelseutfordringer fysisk og psykisk uten tilstrekkelig kvalifisert personell (flyktningehelsesøster/kommunepsykolog).

Oppvekst- og levekårsforhold

- Relativ høy andel sykefraværsprosent.
- Høy andel uføretrygdede.
- Høy andel frafall fra videregående skole.
- Høy andel personer med grunnskole som høyeste utdanningsnivå.

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

- Ivareta arealplanlegging mht. fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.
- Brann- og redningstjenesten har en høy andel ukvalifisert personell.

Helserelatert adferd/levevaner

- Sosiale forskjeller i helseadferd – utfra utdanning og inntekt.
- Aktivitetsnivået i befolkningen er ikke innenfor anbefalingene.
- Data for alkoholbruk/misbruk, rusmiddelmisbruk mv. mangler.

Helsetilstand

- Økende andel sykdommer knyttet til livsstil og levevaner (spesielt muskel- og skjelettlidelser/overvekt og fedme).

FOLKEHELSE I KARLSØY KOMMUNE – HVA SIER STATISTIKKEN?

Folkehelseprofilen for Karlsøy viser folkehelseindikatorer for Karlsøys befolkning sammenlignet med befolkningen i Troms fylke og landsgjennomsnittet. Denne meldingen presenterer indikatorer for folkehelsestanden i Karlsøy, som dels bygger på data fra Folkehelseinstituttet, dels på Karlsøy kommunes egne data. Karlsøy kommune har bl.a. data om fysisk, biologisk og kjemisk miljø som folkehelseinstituttet ikke har. Folkehelseprofilen, slik Folkehelseinstituttet utarbeider den, gjengis på de neste fire sidene

Sammenlikningen her med gjennomsnittet for Troms og landet som helhet, som folkehelseprofilen har, gir begrenset informasjon om hvordan status er i Karlsøy. Det er på bakgrunn av dette også benyttet rapporter med mer som er dekkende, jf. litteraturliste.

Karlsøy



Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne, jamfør lov om folkehelsearbeid. Statistikken er fra siste tilgjengelige periode per oktober 2016 og er basert på kommunegrenser per 1.1.2017.

Nytt i 2017:

- Fortrolig venn
- Fornøyd med helsa
- Antibiotikabruk, resepter
- Vaksinasjonsdekning influensa, se figur på midtsidene
- Indikatornavnene i folkehelsebarometeret er klikkbare og går til figur som viser utvikling over tid

Utgitt av
Folkehelseinstituttet
Avdeling for helse og ulikhet
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo
E-post: kommunehelsa@fhi.no

Redaksjon:
Camilla Stoltenberg (ansv. redaktør)
Else-Karin Grøholt (fagredaktør)
I redaksjonen: Fagredaksjon for folkehelseprofiler
Idékilde: National Health Observatories, Storbritannia
Foto: Colourbox og Scanpix
Bokmål
Batch 1801171043.2001171130.1801171043.2501171813.26/01/2017
9:12

Elektronisk distribusjon:
www.fhi.no/folkehelseprofiler



Noen trekk ved kommunens folkehelse

Temaområdene i folkehelseprofilen er valgt med tanke på mulighetene for helsefremmende og forebyggende arbeid, men er også begrenset av hvilke data som er tilgjengelige på kommunenivå. Indikatorene tar høyde for kommunens alders- og kjønns sammensetning, men all statistikk må også tolkes i lys av annen kunnskap om lokale forhold.

Befolkning

- I aldersgruppen 45 år og eldre er andelen som bor alene ikke entydig forskjellig fra landsnivået.

Levekår

- Kommunen er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet når det gjelder andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt. Lav inntekt defineres her som under 60 prosent av nasjonal medianinntekt.

Miljø

- Ungdata-undersøkelsen er ikke gjennomført i kommunen i perioden 2014-2016, eller det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk på andelen ungdomsskoleelever som er fornøyd med lokalmiljøet. Utilstrekkelig betyr at tallene er for små eller at det mangler opplysninger om klassetrinn og kjønn, noe som er nødvendig for å kunne sammenlikne med landsnivået. Se Kommunehelsa statistikkbank for tall som ikke er justert for disse bakgrunnsvariablene.
- Ungdata-undersøkelsen er ikke gjennomført i kommunen i perioden 2014-2016, eller tallgrunnlaget er utilstrekkelig for å vise andelen som oppgir at de har minst én fortrolig venn.

Skole

- Det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk på andelen 5.-klassinger som er på laveste mestringsnivå i lesing.
- Frafallet i videregående skole er høyere enn i landet som helhet. I Kommunehelsa statistikkbank kan du se hvordan frafallet i kommunen varierer med foreldrenes utdanningsnivå.

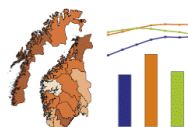
Levevaner

- Ungdata-undersøkelsen er ikke gjennomført i kommunen i perioden 2014-2016, eller det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk på andelen ungdomsskoleelever som er lite fysisk aktive (andpusten eller svett sjeldnere enn én gang i uka).
- Andelen med overvekt inkludert fedme ser ut til å være høyere enn i landet som helhet, vurdert etter resultater fra nettbasert sesjon 1 for gutter og jenter (17 år).

Helse og sykdom

- Det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise om det er forskjell i forventet levealder mellom utdanningsgrupper.
- Ungdata-undersøkelsen er ikke gjennomført i kommunen i perioden 2014-2016, eller det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk på andelen ungdomsskoleelever som er fornøyd med helsa.
- Antibiotikabruken i kommunen er lavere enn i landet som helhet, målt etter antall utleveringer av antibiotika på resept per 1000 innbyggere. På midtsidene kan du lese mer om hvorfor det er viktig at antibiotikabruken holdes lav.

For flere indikatorer og mer detaljert statistikk se
Kommunehelsa statistikkbank,
khs.fhi.no



Antibiotikaresistente bakterier – en utfordring for folkehelse

Utvikling og spredning av antibiotikaresistente bakterier er en alvorlig trussel mot vår framtidige helse. Vi kan motvirke antibiotikaresistens ved å forebygge infeksjoner og bruke antibiotika bare når det trengs.

Trolig er rundt én av ti bærere av resistente bakterier her i landet. Slike bakterier er normalt ikke mer sykdomsfremkallende enn andre bakterier. Men de gangene de forårsaker sykdom som lungebetennelse, tarminfeksjon og sårinfeksjon, er disse infeksjonene ofte vanskelige å behandle og behandlingen kan ta tid.

Utvikling av nye antibiotika har nærmest stoppet opp de siste 30 årene. Derfor er det få behandlingsalternativ når kjente antibiotika ikke virker.

Hva er antibiotikaresistens, og hvorfor er det viktig å forebygge?

Antibiotikaresistens hos bakterier innebærer at de tåler antibiotika og kan leve videre og formere seg. De kan utvikle slike egenskaper når de utsettes for antibiotika. Bakterier kalles multiresistente når de er resistente mot to eller flere antibiotika.

Problemet med antibiotikaresistens har økt fordi vi bruker for mye antibiotika.

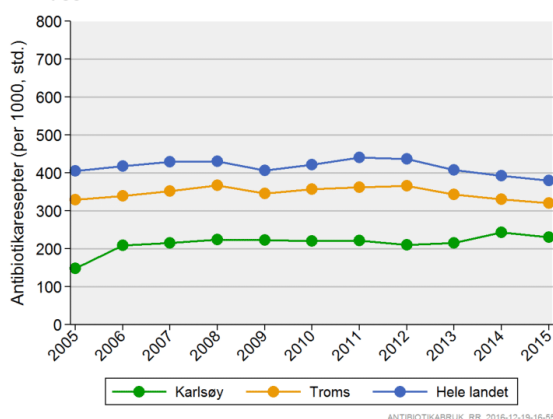
Antibiotikaresistente bakterier kan, som alle andre bakterier, spres videre i samfunnet. Det er viktig å være oppmerksom på spredning gjennom reiser, matimport og smitte fra matprodusenter og storkjøkken.

Totalt sett er problemet med antibiotikaresistens fortsatt begrenset i Norge. Forebyggende innsats kan bidra til at forekomsten av infeksjoner med resistente bakterier holdes lav også i framtiden.

De viktigste forebyggende tiltakene er å:

- redusere antibiotikabruk
- forebygge infeksjoner

Figur 1. Antall utleveringer av antibiotika på resept per 1000 innbyggere.



Antibiotika - bare når det trengs

Det er et mål å redusere antibiotikaforbruket med 30 prosent fra 2012 til 2020. Det meste av antibiotikaforbruket går i dag til mennesker, og over 85 prosent brukes utenfor sykehus og sykehjem. Når det er nødvendig med antibiotika, er det viktig å velge smalspektrede i stedet for bredspektrede. Risikoen for å utvikle resistens er mindre med smalspektrede antibiotika.

I figur 1 kan du se hvordan forbruket av antibiotika er i din kommune sammenliknet med fylket og landet. Figuren viser antall utleveringer av antibiotika per 1000 innbyggere.

Slik kan infeksjoner forebygges

Dersom det ikke oppstår en infeksjon, vil det heller ikke være behov for antibiotikabehandling. Å forebygge infeksjoner er derfor grunnleggende i kampen mot antibiotikaresistente bakterier.

Håndvask er et enkelt og effektivt tiltak både for privatpersoner og i kommunale virksomheter:

- I barnehager og skoler kan systematisk håndvask og opplæring i smittevern gi opptil 50 prosent færre tilfeller av luftveisinfeksjoner og diaré blant barna.
- For personer som arbeider med matlaging og servering i kommunen er det spesielt viktig med systematisk opplæring i smittevern og gode rutiner for håndhygiene.

Kommunen forebygger også infeksjoner ved å:

- Sørge for god vaksinasjonsdekning. Vaksiner er den beste beskyttelsen mot infeksjoner. Les om influensavaksinasjon på neste side.
- Sikre godt drikkevann, se neste side.

Figur 2. Gode rutiner for håndvask i barnehager og skoler forebygger sykdom blant barna.



Influensavaksine til risikogrupper

Å vaksinere mot influensa forebygger både selve influensasykdommen og mulige følgesykdommer. Influensa skyldes virus og kan være alvorlig for eldre og personer med kroniske sykdommer. Følgesykdommer er ofte bakterielle infeksjoner som krever antibiotikabehandling, først og fremst lungebetennelse.

Antibiotika virker ikke på influensavirus eller andre virus. Å behandle virussykdommer med antibiotika er derfor feil. Likevel skjer dette, enten fordi antibiotika brukes «for sikkerhets skyld», eller fordi man tror at pasienten har en bakteriell lungebetennelse. Færre influensatilfeller vil derfor sannsynligvis redusere overforbruk av antibiotika.

Kommunen har ansvar for å tilby influensavaksine til eldre over 65 år og andre risikogrupper. WHO og Norge har et mål om at 75 prosent i risikogruppene blir vaksinerte. Per i dag er dekningen langt lavere enn dette. Figur 3 viser andelen over 65 år som har fått influensavaksine i din kommune, sammenliknet med fylket og landet. Faktisk antall vaksinerte kan være høyere hvis ikke alle vaksinasjoner er rapportert inn til Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK.

Rent drikkevann - ingen selvfølge

Vannforsyningen i Norge er godt utbygd og har generelt høy kvalitet, men vi har utfordringer med:

- til dels utett og sårbart ledningsnett
- små vannverk som ikke desinfiserer vannet og har mangelfull oppfølging av vannkvaliteten

Med klimaendringene kommer mer ekstremvær, og risikoen for brudd og lekkasjer i ledningsnettet øker. Gode rutiner og opprusting av vannforsyningssystemene kan redusere risikoen for forurenset drikkevann og dermed risikoen for infeksjonssykdommer hos dem som drikker vannet. Figur 4 viser andelen av befolkningen i kommunen som får vann fra godkjenningspliktige vannverk sammenliknet med fylket og landet. Det er et mål at flere får vann fra slike vannverk, fordi flere da vil få kontrollert drikkevann.

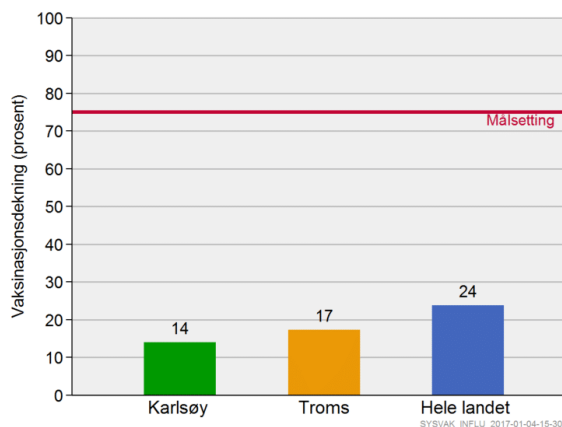
Hvis rørsystemet er utett, kan skittent avløpsvann trenge inn og forurense drikkevannet, spesielt når trykket går ned. For godkjenningspliktige vannverk er det et nasjonalt mål at det ikke skal være mer enn 30 minutter ikke-planlagte avbrudd i vannleveringen per innbygger per år (tilfredsstillende leveringsstabilitet), se figur 5. Statistikken omfatter den delen av befolkningen som er tilknyttet godkjenningspliktige vannverk.

Figur 5 viser, i tillegg til tilfredsstillende leveringsstabilitet, også andelen som får vann fra vannverk som har tilfredsstillende resultater når det gjelder hygienisk kvalitet mht. *E.coli*/koliforme bakterier, som er tegn på forurensing. Tilstrekkelig antall prøver må være analysert.

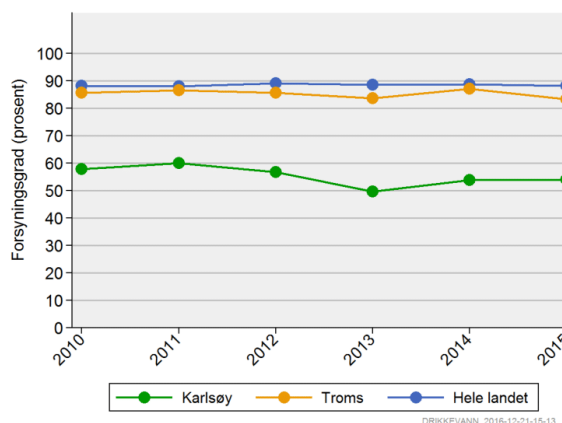
Les mer på fhi.no:

- Utvidet artikkel med referanser på www.fhi.no/folkehelsetseprofiler.
- Folkehelserapporten: Antibiotikaresistens, Mat- og vannbårne infeksjoner, Drikkevann.
- Temaside om sesonginfluensa.

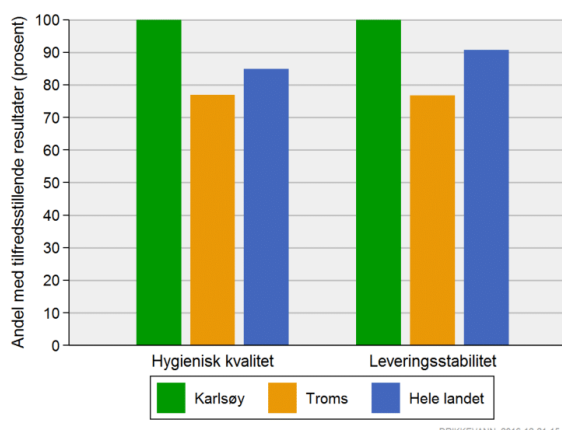
Figur 3. Andelen over 65 år som har fått influensavaksine sesongen 2015/2016. Målet er 75 % vaksinerte.



Figur 4. Andelen av befolkningen som får vann fra godkjenningspliktige vannverk (forsyningsgrad).



Figur 5. Tilfredsstillende drikkevannskvalitet – hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet (2015). Se kommunehelse statistikkbank for mer informasjon.



Folkehelsebarometer for kommunen

I oversikten nedenfor sammenliknes noen nøkkeltall i kommunen og fylket med landstall. Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans. Klikk på indikatornavnene nedenfor for å se utvikling over tid i kommunen. I figuren og tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenliknet med landet. I KommuneHelse statistikkbank, <http://khs.fhi.no> finnes statistikk uten alders- og kjønnsstandardisering samt utfyllende informasjon om indikatorene. For mer informasjon, se www.fhi.no/folkehelseprofiler

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landsnivået
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- Verdien for landet som helhet
- Variasjonen mellom kommunene i fylket
- De ti beste kommunene i landet

En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet, men vær oppmerksom på at det likevel kan innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan være noe å strekke seg etter.

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Karlsøy
Befolkning	1 Befolkningsvekst	-0,31	0,54	0,93	prosent	
	2 Personer som bor alene, 45 år +	26,6	25,5	25,3	prosent	
	3 Andel over 80 år, framskrevet	8,5	5	4,8	prosent	
Levekår	4 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	64	81	82	prosent	
	5 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	9	9,1	12	prosent	
	6 Inntektsulikhet, P90/P10	2,6	2,5	2,8	-	
	7 Barn av enslige forsørgere	17	18	15	prosent	
	8 Uføretrygdde, 18-44 år	-	2,8	2,6	prosent (a,k)	
Miljø	9 God drikkevannsforsyning	100	73	80	prosent	
	10 Forsyningsgrad, drikkevann	54	83	88	prosent	
	11 Skader, behandlet i sykehus	10,6	12,0	12,6	per 1000 (a,k)	
	12 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2014-16	-	66	70	prosent (a,k)	
	13 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2014-16	-	62	65	prosent (a,k)	
Skole	14 Fortrolig venn, Ungdata 2014-16	-	89,4	89,9	prosent (a,k)	
	15 Trives på skolen, 10. klasse	79	83	85	prosent (k)	
	16 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	-	23	24	prosent (k)	
	17 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl.	42	28	25	prosent (k)	
Levevaner	18 Frafall i videregående skole	40	28	23	prosent (k)	
	19 Lite fysisk aktiv, Ungdata 2014-16	-	14	14	prosent (a,k)	
	20 Overvekt inkl. fedme, 17 år	34	26	22	prosent (k)	
	21 Alkohol, har vært beruset, Ungd. 2014-16	-	16	12	prosent (a,k)	
Helse og sykdom	22 Røyking, kvinner	13	11	9,1	prosent (a)	
	23 Forventet levealder, menn	78,0	78,3	78,5	år	
	24 Forventet levealder, kvinner	84,6	82,9	83,0	år	
	25 Utdanningsforskjell i forventet levealder	-	4,3	4,9	år	
	26 Fornøyd med helse, Ungdata 2014-16	-	69	71	prosent (a,k)	
	27 Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 15-29 år	152	150	146	per 1000 (a,k)	
	28 Psykiske sympt./lid, primærh.tj.	127	142	146	per 1000 (a,k)	
	29 Muskel og skjelett, primærhelsetjenesten	348	294	266	per 1000 (a,k)	
	30 Hjerte- og karsykdom, beh. i sykehus	17,4	16,3	16,7	per 1000 (a,k)	
	31 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	33	37	35	per 1000 (a,k)	
	32 Lungekreft, nye tilfeller	91	58	57	per 100 000 (a,k)	
	33 Antibiotikabruk, resepter	231	320	379	per 1000 (a,k)	
	34 Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år	83,7	94,5	94,8	prosent	

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert og k = kjønnsstandardisert

1. 2015, 2. 2016, i prosent av befolkningen. 3. 2025, beregning basert på middels vekst i fruktbarhet, levealder og netto innflytting. 4. 2015, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utd.). 5. 2014, barn som bor i hushold. med inntekt under 60 % av nasjonal median. 6. 2014, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 7. 2013-2015, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. 8. 2013-2015, mottakere av varig uførepensjon. 9. 2015, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil drikkevannsforsyning. Omfatter godkjenningsspliktige vannverk. 10. 2015, befolkning tilknyttet godkjenningsspliktige vannverk i prosent av totalbefolkningen. 11. 2013-2015. 12. U.skole, svært eller litt fornøyd. 13. U.skole, ved undersøkelsestidspunktet. 14. U.skole, svarer «ja, helt sikkert»/«ja, det tror jeg» på om de har minst én fortrolig venn. 15. Skoleåret 2010/11-2015/16, skoleåret 2012/13 finnes ikke i statistikken pga. endring i tidspunkt. 16/17. Skoleåret 2013/14-2015/16. 18. 2013-2015, omfatter elever bosatt i kommunen. 19. U.skole, fysisk aktiv (svett og andpusten) mindre enn én gang i uken. 20. 2012-2015, KMI som tilsvarende over 25 kg/m², basert på høyde og vekt oppgitt ved nettbasert sesjon 1. 21. U.skole, drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset én gang eller mer i løp av siste 12 mnd. 22. 2011-2015, fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 23/24. 2001-2015, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 25. 2000-2014, vurdert etter forskjellen i forventet levealder, ved 30 år, mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 26. U.skole, svært eller litt fornøyd. 27. 2013-2015, brukere av fastlege og legevakt. 28. 2013-2015, 0-74 år, brukere av fastlege og legevakt. 29. 2013-2015, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av fastlege og legevakt. 30. 2013-2015. 31. 2013-2015, 30-74 år, brukere av blodglukosesenkende midler, ekskl. insulin. 32. 2006-2015. 33. 2015, 0-79 år, utleveringer av antibiotika på resept. 34. 2011-2015. For Ungdata-indikatorene er fylkes- og landstall gjennomsnitt over tre år. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Norsk pasientregister, Ungdata-undersøkelsen fra Velferdsforskning-instituttet NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Utdanningsdirektoratet, Vernepliktsverket, Vannverksregisteret, Medisinsk fødselsregister, Primærhelsetjenestene fastlege og legevakt (KUHR-databasen i Helsedirektoratet), Reseptregisteret, Kreftregisteret og Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSAK. For mer informasjon, se khs.fhi.no

BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

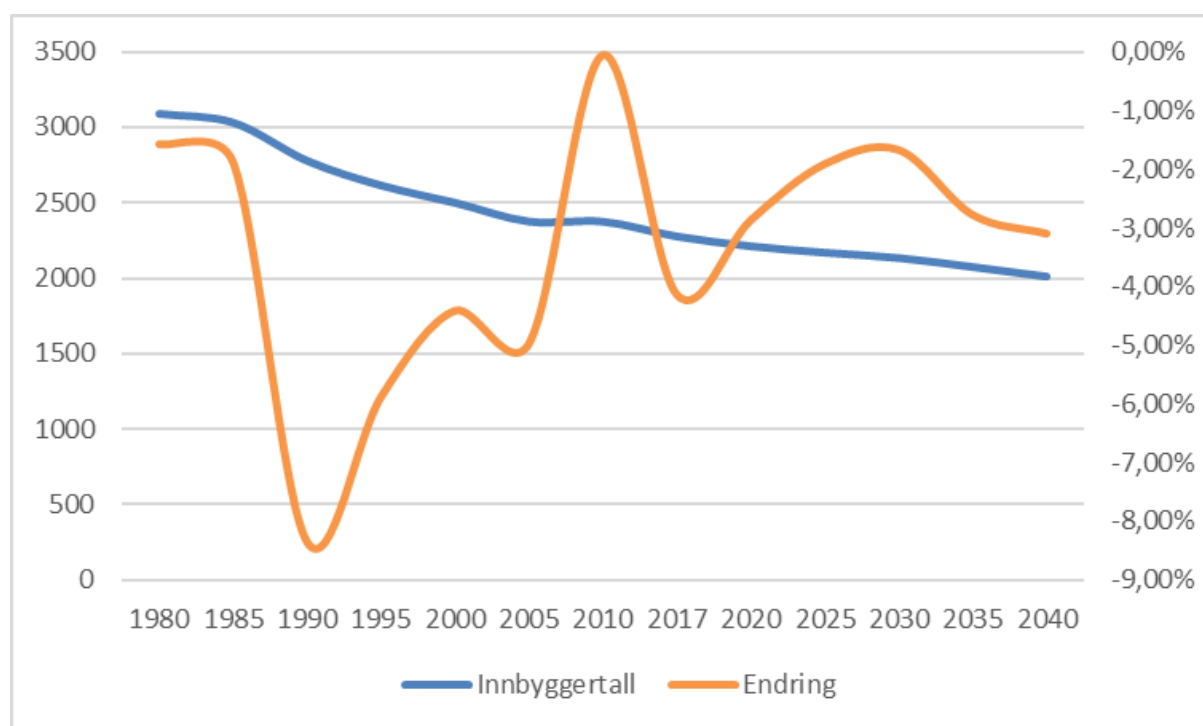
Befolkningens gjennomsnittlige alder har økt i de aller fleste kommuner og regioner etter år 2000. På landsbasis har gjennomsnittsalderen steget fra 38,2 år (2000) til 39,7 år (2016).

Bakgrunnen for den økende gjennomsnittsalderen må tilegnes til dels sterk vekst i aldersgruppen ≥ 55 år, noe som også er representativt for Karlsøy kommune. I 2017 utgjør denne aldersgruppen for Karlsøy kommune 41,4 prosent sammenlignet med landsbasis hvor denne aldersgruppen utgjorde 28,4 prosent.

Likeledes ser man en nevneverdig nedgang i kommunen mht. innbyggere i aldersgruppen 25-39 år – hvor denne gruppen har gått fra en andel på 23,1 prosent (2000) til 19,7 prosent (2017).

BEFOLKNINGSENDRINGER

Karlsøy hadde ved inngangen av januar 2017 2.273 innbyggere.

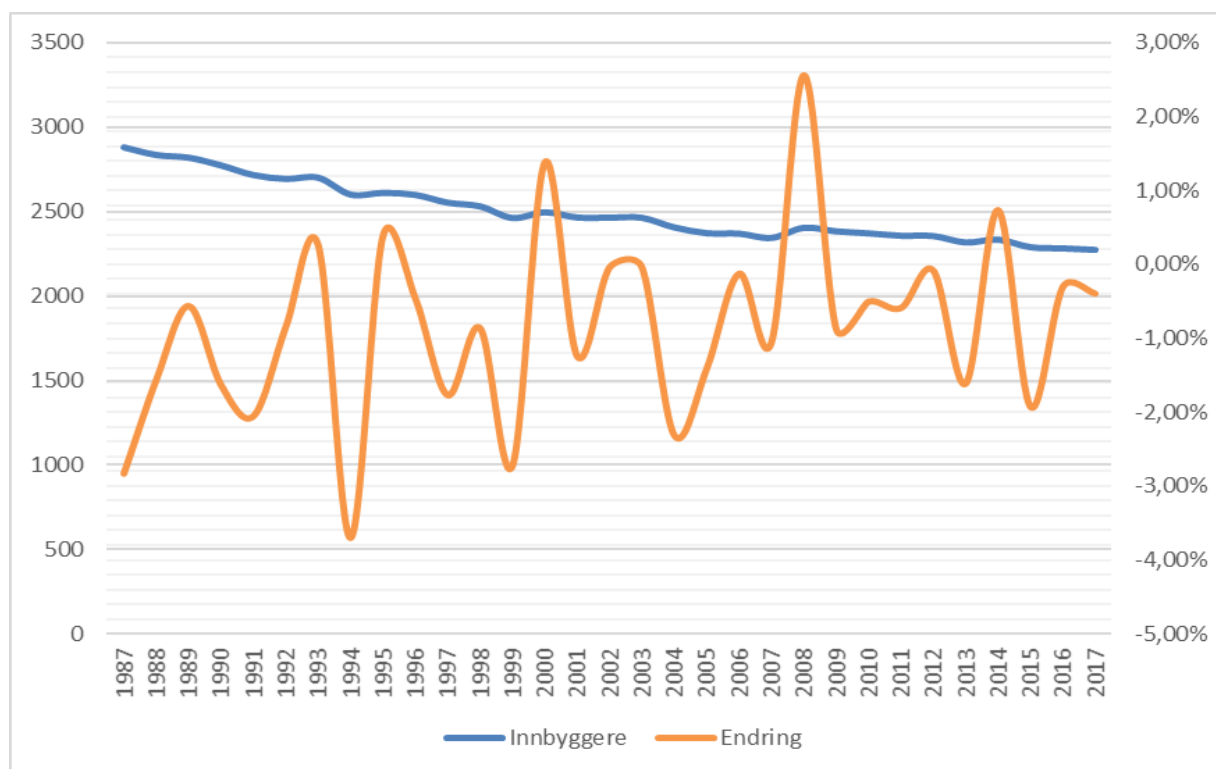


Figur 1. Innbyggertall og forventet utvikling.

(Kilde: SSB)

Befolkningsframskriving frem mot år 2040 viser en nedgang i folketall på 266 og 146 innbyggere ved alternativ for hhv. lav nasjonal vekst og sterk aldring. For begge alternativene holdes statistikken for aldersintervallene 0-19 år statisk, mens gruppene 20-66 og 67 eller eldre økes med hhv. 10 og 110 innbyggere ved alternativet for sterk aldring.

Befolkningen er fra 1980 og fram til 2017 redusert med rundt 800 innbyggere, en nedgang på 26 % (Figur 1). Nedgangen i folketall var nesten dobbelt så stor mellom 1980 og 2000 (589 innbyggere), som den er/vil være mellom 2000 og 2017/2020 (223/288 innbyggere. Selv om innbyggertallet viser en forholdsvis jevn nedadgående kurve, er befolkningsendringen i prosent fra år til år ujevn (Figur 2).

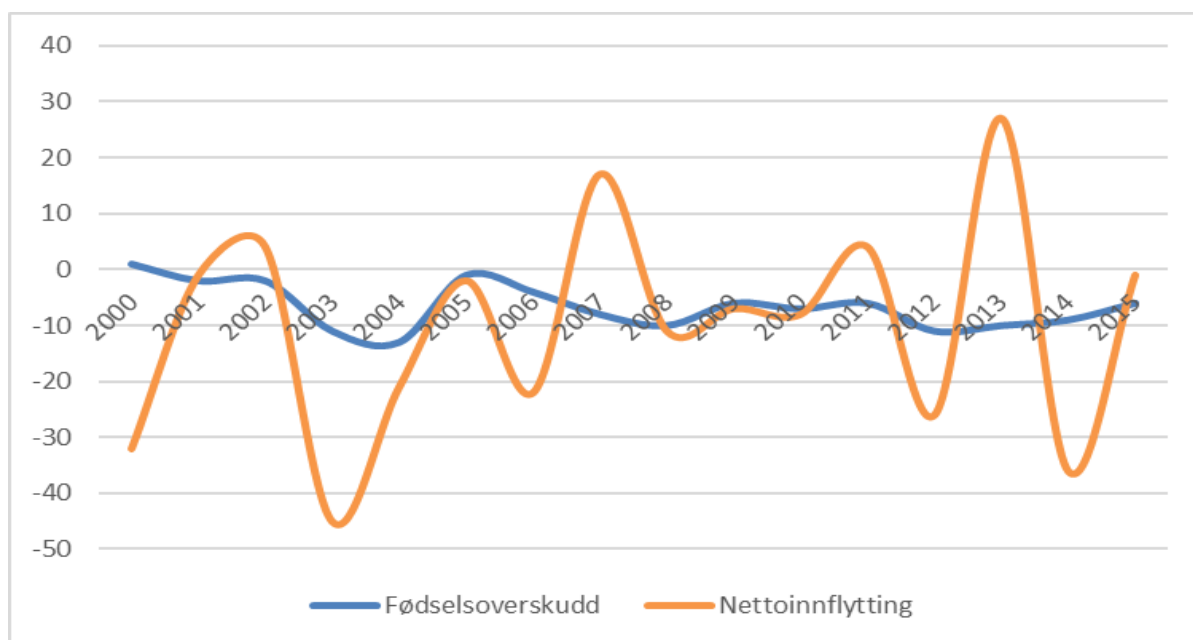


Figur 2. viser befolkningsendring i kommunen.

(Kilde: SSB)

Det er forholdet mellom inn- og utflytting som gir størst utslag i nedgangen, men også fødselsoverskuddet har innvirkning (Figur 3). Sist gang Karlsøy hadde fødselsoverskudd var i år 2000 (1 stk.), i årene 2005-2014 har tallene ligget fra -7 til -11.

Tallene for netto innflytting er bedre, med overskudd i 2007 og 2013 (for samme periode). Når fødselsunderskuddet har holdt seg stabilt siden år 2000, har netto innflytting vist stor variasjon.

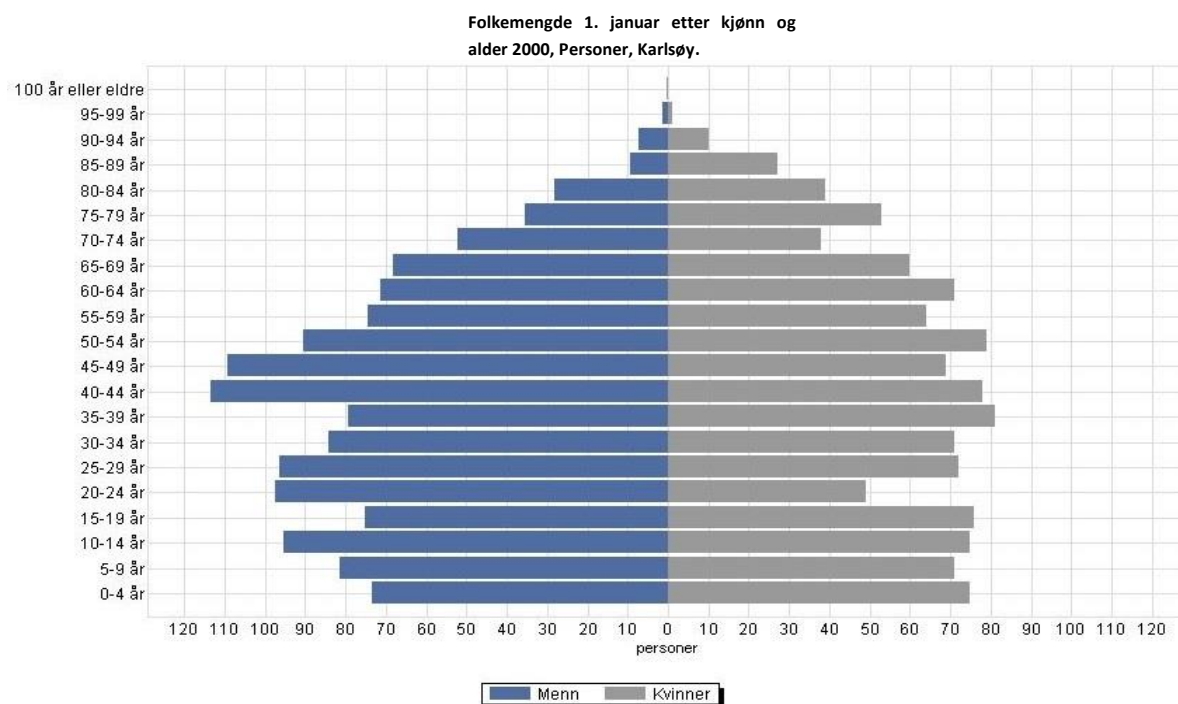


Figur 3. Fødselsoverskudd og nettoinnflytting 2000-2015 per 1. januar

(Kilde: SSB)

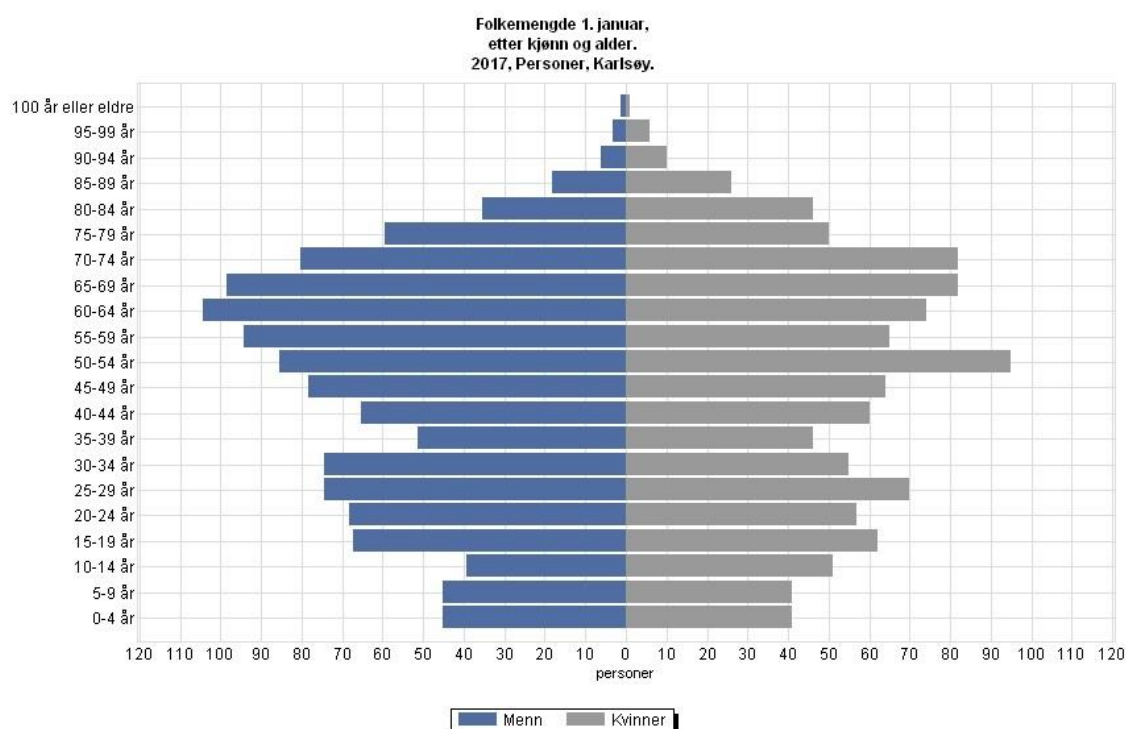
Ser vi på alderssammensetningen har det skjedd store endringer i Karlsøy, jf. figur 4 og 5. Vi hadde i år 2000 en noenlunde lik sammensetning som på landsbasis (og også Troms fylke), mens det har vokst seg til en stor overvekt av personer fra 40-50 år og eldre i 2016. Av pyramiden ser man også at kurven for aldersgruppen 15-29 peker seg ut, mens aldersgruppen 30-39 er markant mindre. Dette kan muligens forklares med at sistnevnte aldersgruppe gjerne har etablert seg andre steder – enten på grunn av studier, partner, jobb, e.l.

Kjønnsammensetninga viste betydelig kvinneunderskudd i år 2000 (53,5% menn og 46,5% kvinner), men har jevnet seg bra ut fram mot år 2015 (hhv. 51,8% og 48,2%).



Figur 4 Befolkningspyramide for Karlsøy, år 2000

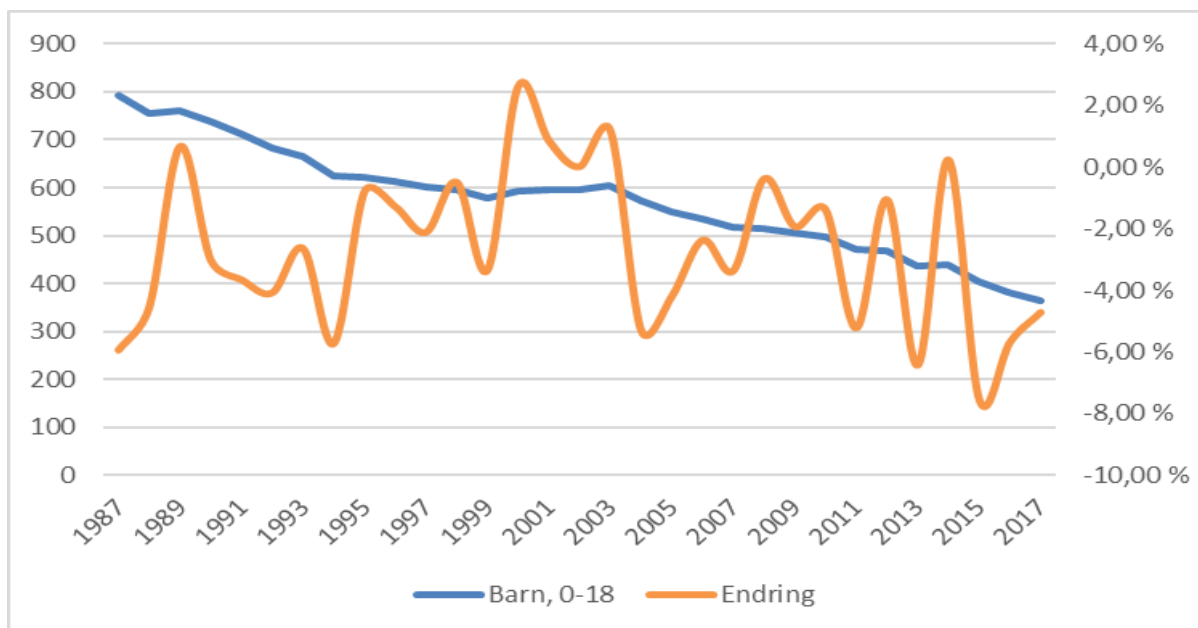
(Kilde SSB)



Figur 5. Befolkningspyramide for Karlsøy, år 2017

(Kilde: SSB)

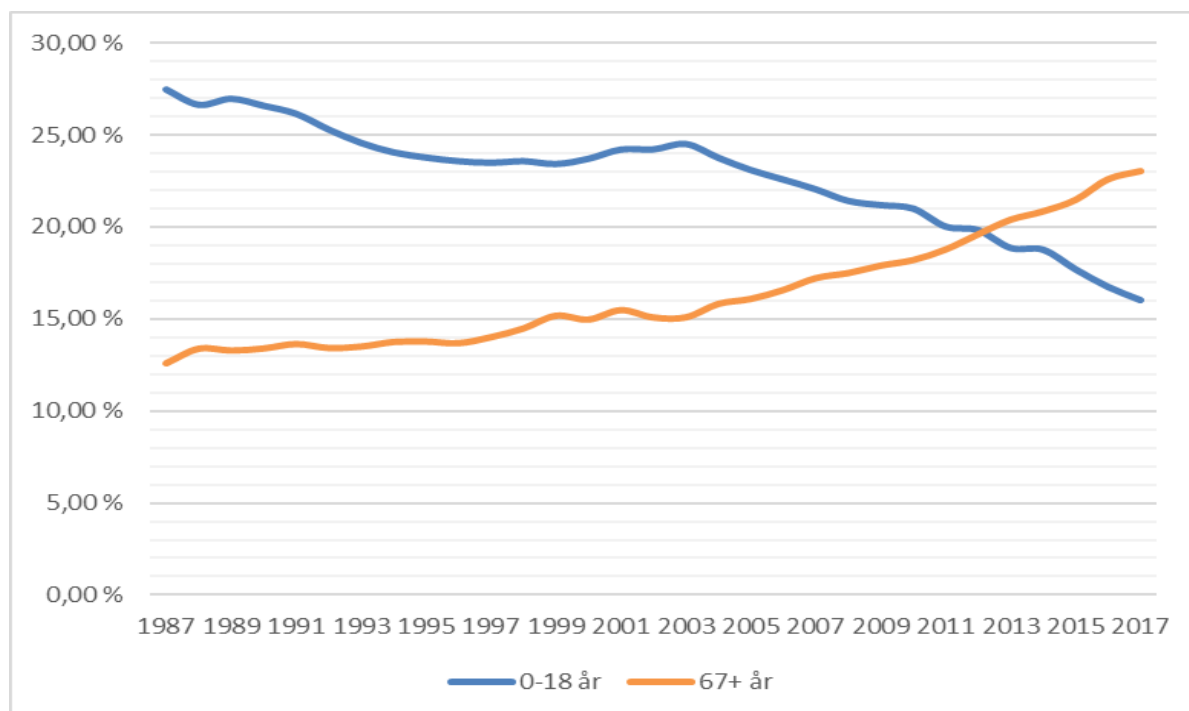
Befolkningstallene for barn, 0-18 år, viser en årlig nedgang i 24 av de 30 foregående årene. Den største nedgangen har vi hatt de siste årene, men her ser vi også størst svingning (Figur 6). Totalt sett siden 1987 har vi 54 % færre barn mellom 0 og 18 år – fra 792 til 382 barn.



Figur 6. Befolkningstall, 0-18 år

(Kilde: SSB)

Sammenlignet med kommunens totale befolkningstall disse årene, har andelen barn gått fra nærmere 30% til rundt 16%. På den andre siden av skalaen ser vi motsatt utvikling blant eldre 67 år eller mer – fra rundt 12% til nesten 23% andel av befolkningen (Figur 7).



Figur 7. Befolkningsendring barn (0-18 år) og eldre (+67 år) i prosent

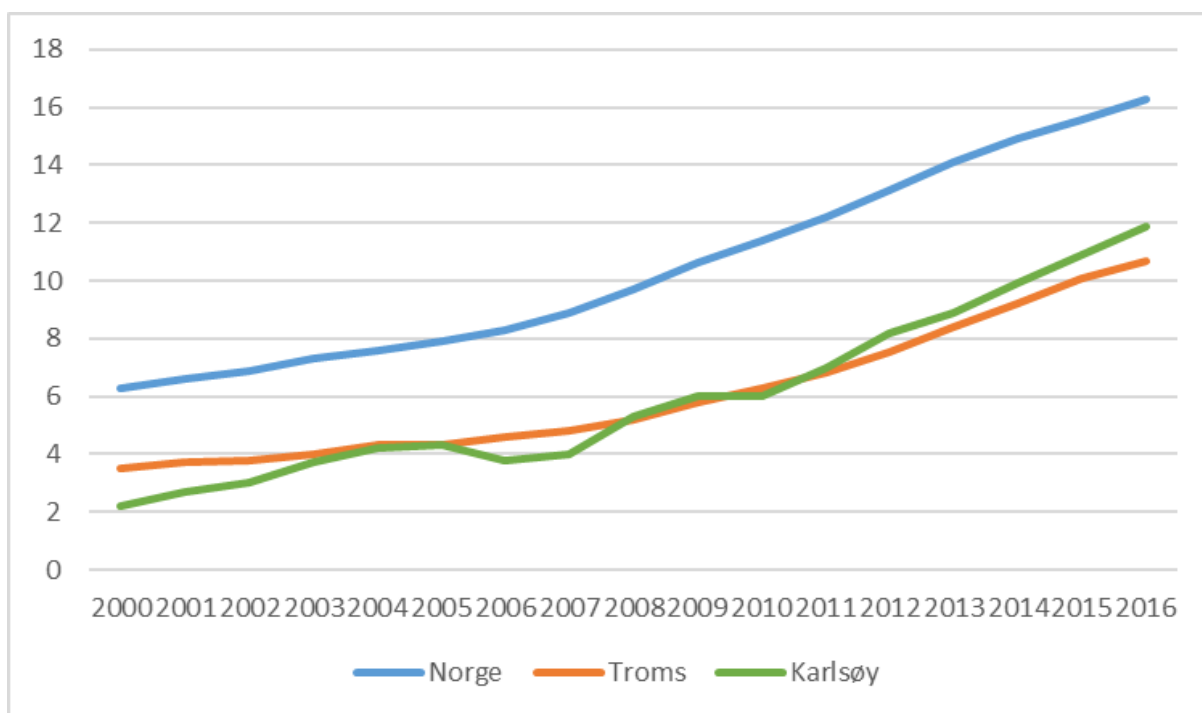
(Kilde: SSB)

ETNISITET

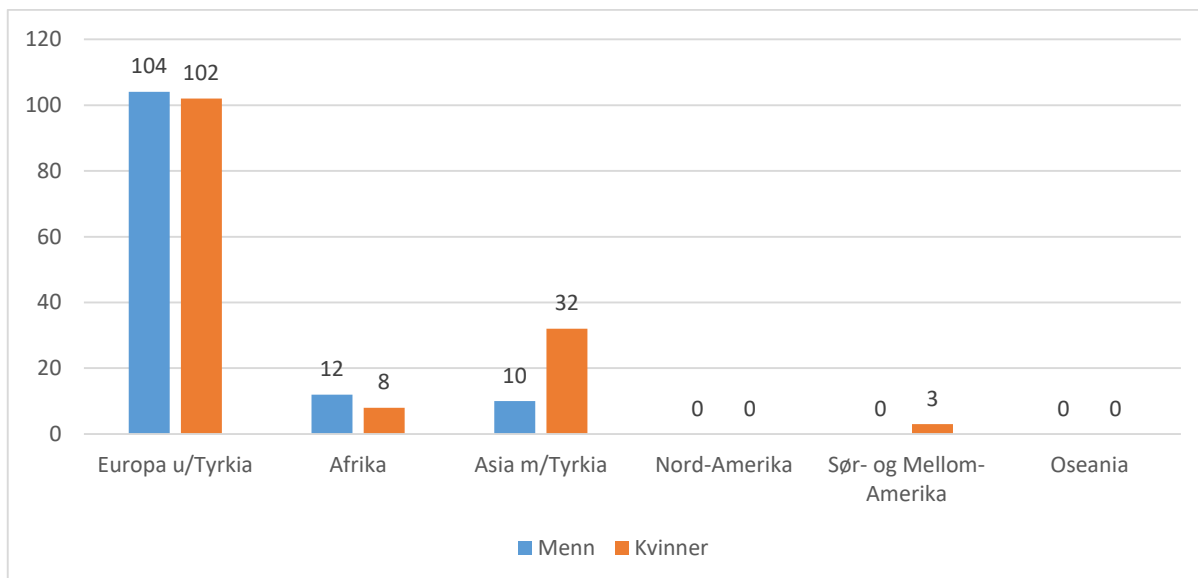
Det har vært en gradvis økning i andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Karlsøy. Innvandrere utgjør 12% av innbyggerne i kommunen pr 2016 (Figur 8), med en økning på rundt 1 prosent hvert år siden 2010.

Av innvandrere i Karlsøy mellom 15-74 år, for 2015, var 64% sysselsatt med skole og/eller jobb – både for innvandrere fra EU/EFTA (landgruppe 1) og innvandrere fra Asia, Afrika, o.l. (landgruppe 2). Til sammenligning er prosentandelen for alle innvandrere på landsbasis 63%, den øvrige befolkningen i kommunen og resten av landet hhv. 62% og 70%. Det er generelt 4-5% andel flere kvinner enn menn blant innvandrere i kommunen som er sysselsatt.

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



Figur 8. Andel personer med to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar, i prosent av befolkningen. (Kilde: FHI)



Figur 9. Innvandrere og norskfødte med innvanderforeldre, i Karlsøy, etter kjønn og landbakgrunn pr 2016 (Kilde: SSB)

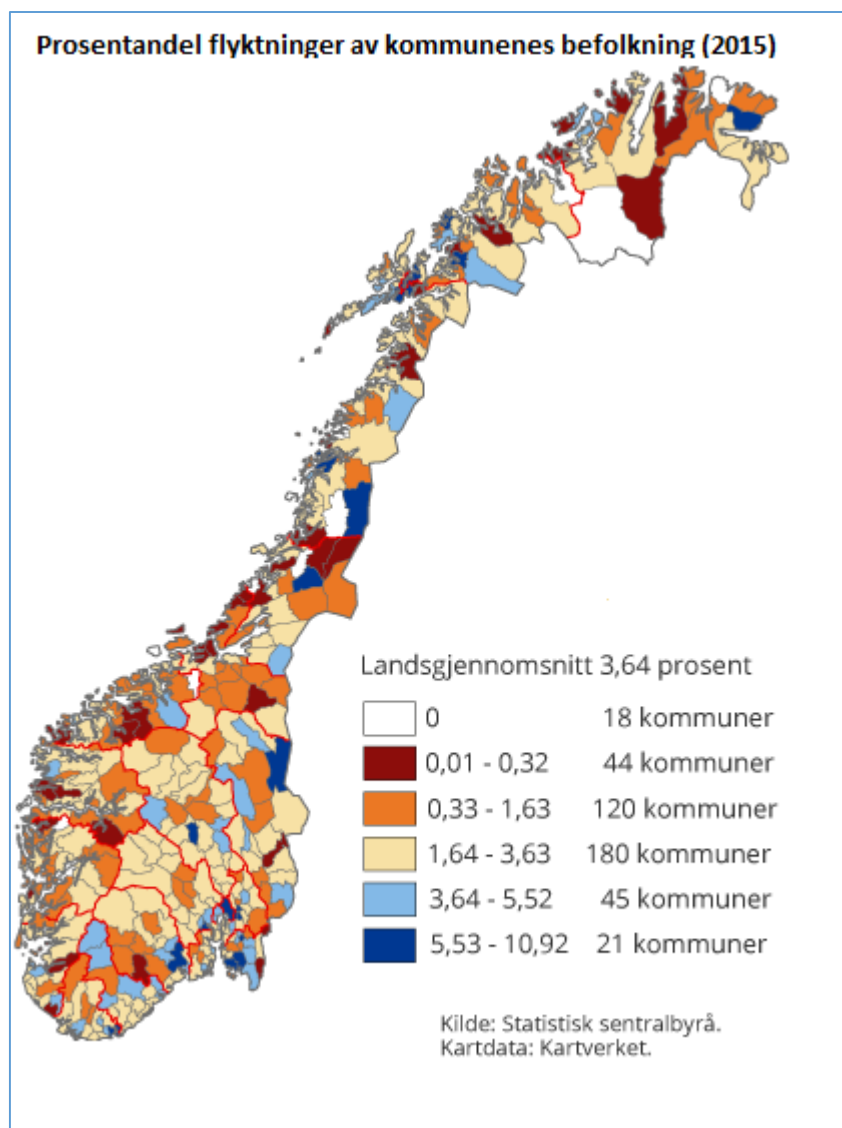
Landene som er størst representert i 2016 er Litauen (112 stk.), Latvia (22 stk.), Thailand (18 stk.) Sri Lanka (12 stk.) og Sverige (10 stk.) (figur 9). Den store gruppen europeere er i hovedsak arbeidsinnvandrere til fiskeindustrien og til helsevesenet.

FLYKTNINGER

Antallet asylsøkere til Norge pr. august 2017 er historisk lavt. Fra januar t.o.m. august har 2.865 personer søkt om beskyttelse i landet. Av disse var 1.252 søkere overført gjennom EUs relokiseringsordning og 1.613 er ordinære søkere. Karlsøy kommune har gjennom kommunestyrevedtak besluttet å bosette 10 personer hvor familiegjenforening må tillegges.

Pr. 2017 har om lag halvparten av bosatte flyktninger kjernefamilien i et annet land. Flyktningene har naturlig nok forpliktelser ovenfor familie. Familie som er gjenværende i hjemland eller flyktningeleirer gir rom for store bekymringer og kan gå utover den psykiske allmenntilstanden til flyktningene i Norge. En eventuell familiegjenforening må betales av den enkelte flyktning og kan føre til gjeldsforpliktelser.

Sammenlignet med andre kommuner må man kunne si at vi har tatt imot et vesentlig moderat antall flyktninger. Tall fra 2015 mht. prosentandel flyktninger av kommunenes befolkning tilsier et landsgjennomsnitt på 3,64% og for Karlsøy kommune utgjør dette 0,44%, jf. figur 10.



Figur 10 Illustrerer prosentandel flyktninger av kommunenes befolkning.
(Karlsøy kommune: $\text{antall flyktninger} / \text{befolkning} \times 100 = 0,44\%$)

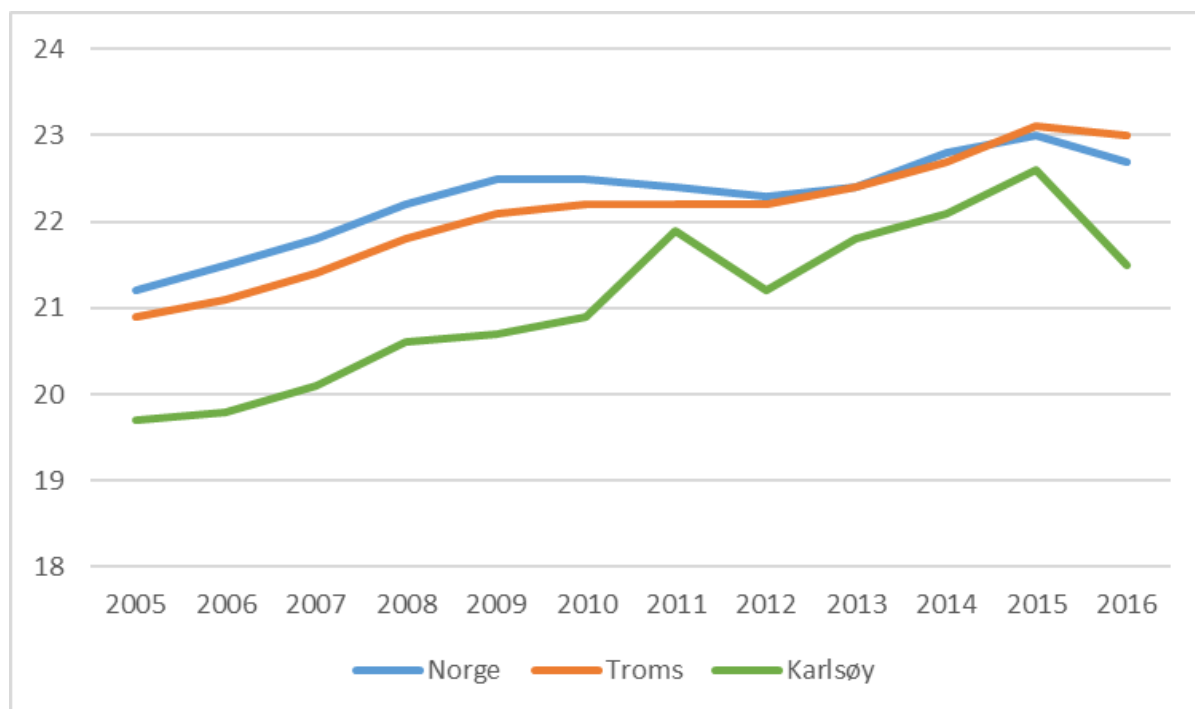
Flyktninger er en spesielt sårbar gruppe med ekstra folkehelseutfordringer. Kommunikasjonsproblemer og kulturelle forskjeller kan gjøre det vanskelig å avdekke problemer. For å diagnostisere psykiske lidelser blir dette særskilt utfordrende. Tiltak som reduserer språkvansker og letter integrering er viktig folkehelsearbeid.

Status for kommunen mht. flyktninger er at vi i 2016 mottok 12 bosatte flyktninger. Av disse har en familie (4 personer) flyttet på eget initiativ, hvor man antar at de har returnert til Syria. Videre er samtlige personer menn hvor ingen er mindreårige. I tillegg har vi 2 familiegjenforeninger som utgjør 2 voksne personer og 5 barn. Når det gjelder tiltak, utdanning mv. viser kartleggingen at samtlige personer under 30 år har fullført grunnskole e.l. Videre har 4 personer startet på videregående skoler i regionen, 2 personer er i språkpraksisplass innenfor helsesektoren i kommunen, samt at resterende 5 personer går på norskopplæringskurs.

Kommunen skal bl.a. yte helsehjelp, forebyggende smitteverntiltak, tannhelsehjelp og psykososial oppfølging. Kommunal kompetanse om helse blant flyktninger er vesentlig for å lykkes med forebyggende og helsefremmende arbeid. For Karlsøy kommunes foreligger det utfordringer mht. kvalifisert personell, hvor vi hverken har flyktningehelsesøster eller kommunepsykolog. For bosettingen utenfor Hansnes, eksempelvis på Vannvåg, kan det medføre ytterligere utfordringer mht. reisetid mv. ifm. behandling eller annen oppfølging.

PERSONER SOM BOR ALENE

Sammenlignet med Troms og resten av landet har vi en noe mindre andel av befolkningen som bor i en-personhusholdninger. Tendensen er derimot lik for alle forvaltningsnivåene – en svak stigning mellom 2005-2015 og mulig nedgang fra 2016 av (Figur 11).

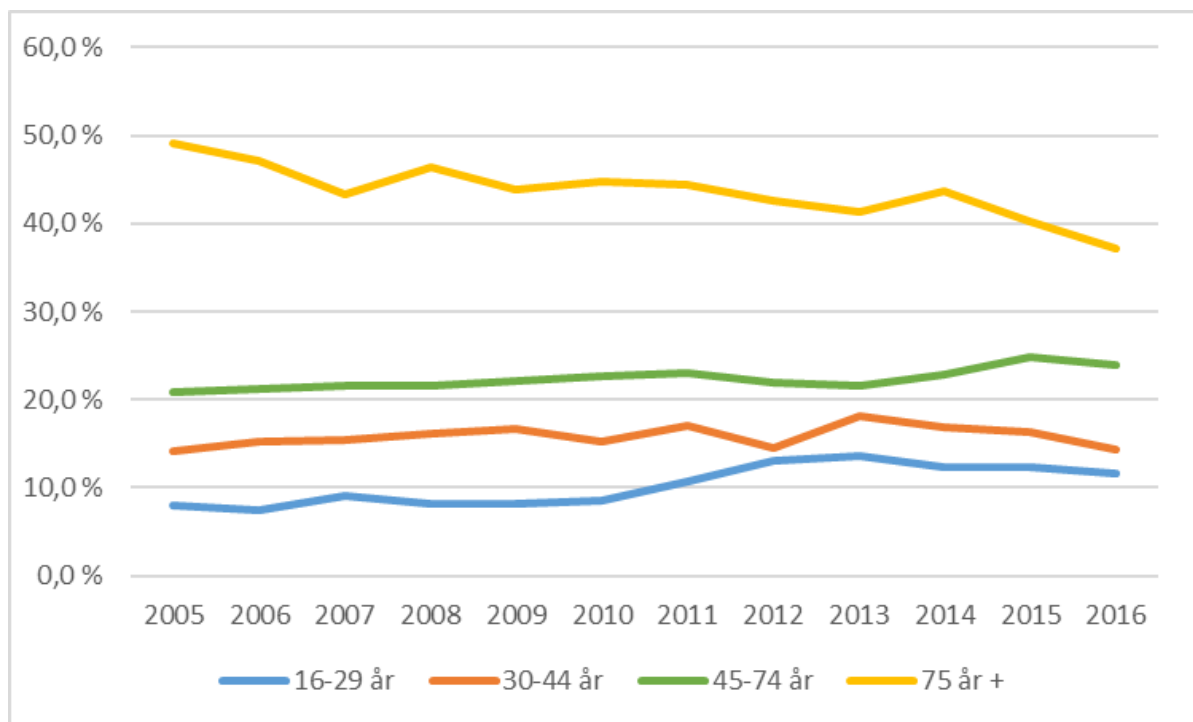


Figur 11. Prosentandel som bor i en-personhusholdninger

(Kilde: FHI)

Den største aldersgruppa som bor alene er personer over 75 år – både på landsbasis, i fylket og i kommunen. I aldersgruppen 45 år og eldre er andelen som bor alene ikke entydig forskjellig fra landsnivået. En gjennomgående trend for hele landet er en nedadgående kurve siden 2005 for aldersgruppa, men her har Karlsøys prosent sunket med 12% (mot 4,7% på landsbasis og 5,5% i fylket). Kommunen har altså færre andeler personer på 75 år eller eldre som bor alene sammenlignet med resten av landet og fylket for øvrig. De øvrige aldersgruppene synes å ha hatt en noenlunde jevn prosentstigning mellom 2005 og 2012, mens det for personer mellom 16-29 og 45-75 synes å være en nedgang etter 2013 (Figur 12).

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



Figur 12. Prosentandel som bor i en-personhusholdninger fordelt på aldersgrupper

(Kilde: FHI)

OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD

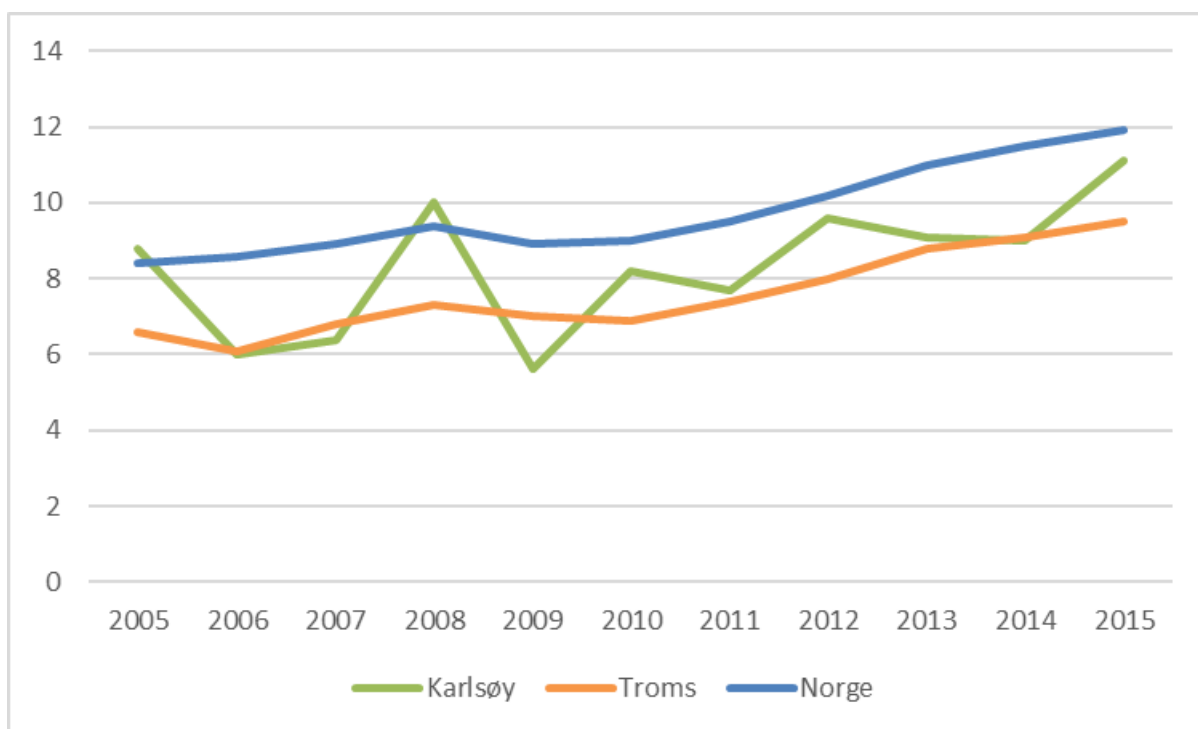
Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Levekår kan defineres som tilgang til ulike ressurser. Levekår påvirker helse og hvordan helse fordeles i befolkningen. Oppvekstforhold påvirker den enkeltes muligheter senere i livet, og legger grunnlaget for helsetilstand i voksen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

De aller fleste kommuner i landet har etablert kommunale ungdomsråd eller tilsvarende organer for at barn og unge skal kunne være med å forme lokalpolitikken. Karlsøy kommune vedtok allerede i 2003 å opprette eget ungdomsråd. Ungdomsrådet er et partipolitisk uavhengig råd som skal arbeide for at Karlsøy kommune skal være en god kommune for barn og unge og vokse opp i. Rådet skal være informasjonsgivende, rådgivende og aktivitetsskapende, hvor det arbeides opp mot politikerne i saker som angår barn og unge. Det er forskjeller mellom de ulike ungdomsrådene når det gjelder hvordan de fungerer og aktivitetsnivå. Forskjellene her går på mandat og sammensetning. Hvor godt det enkelte råd fungerer varierer sannsynligvis med tilgang på ressurser som avsettes til dette. Karlsøy

kommune har pr. definisjon hatt ungdomsråd de siste årene uten at disse har ikke fungert tilstrekkelig.

LAV-INNTEKTS-HUSHOLDNINGER

På landsbasis bor ca. 12 % av alle barn under 18 år i husholdninger definert under EUs fattigdomsgrense. I Troms er tilsvarende tall 9,5% og i Karlsøy 11,1% (Figur 13). Kommunen er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet når det gjelder andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt. Lav inntekt defineres her som 60 prosent av nasjonal medianinntekt.

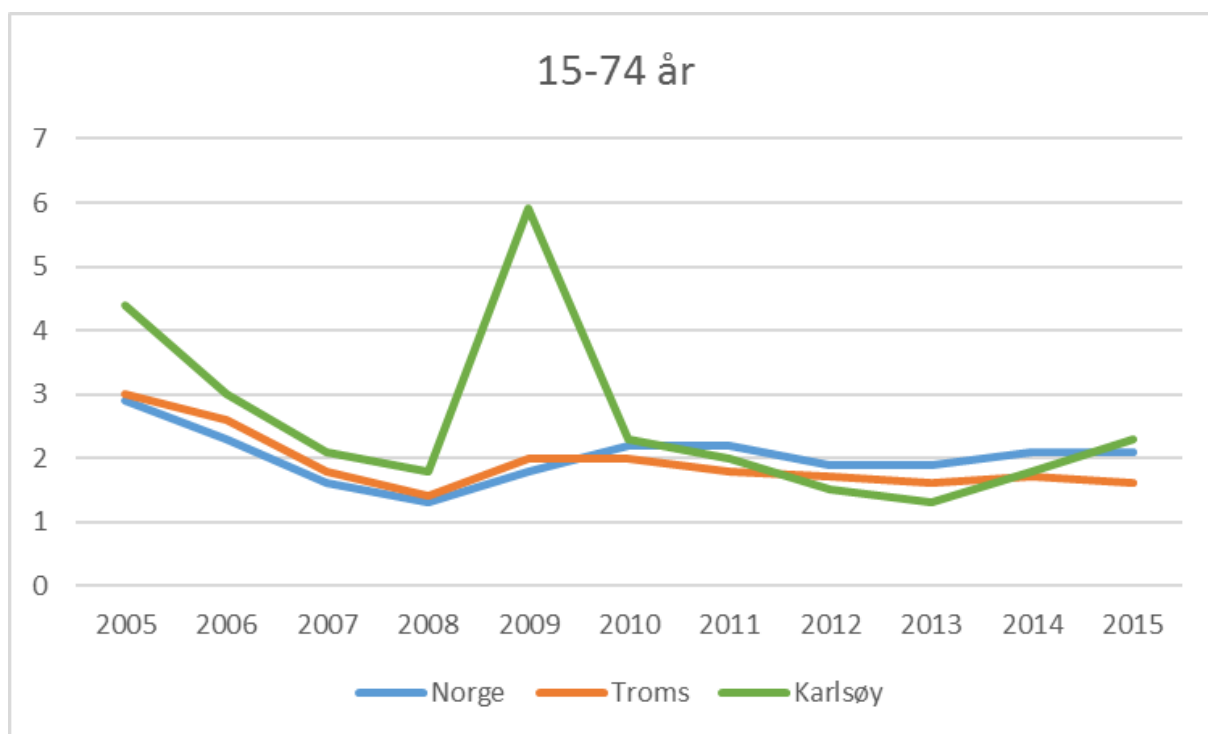


Figur 13. Prosentandel barn som bor i en husholdning der inntekten er lavere enn 60 % av nasjonal medianinntekt (Kilde: SSB)

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

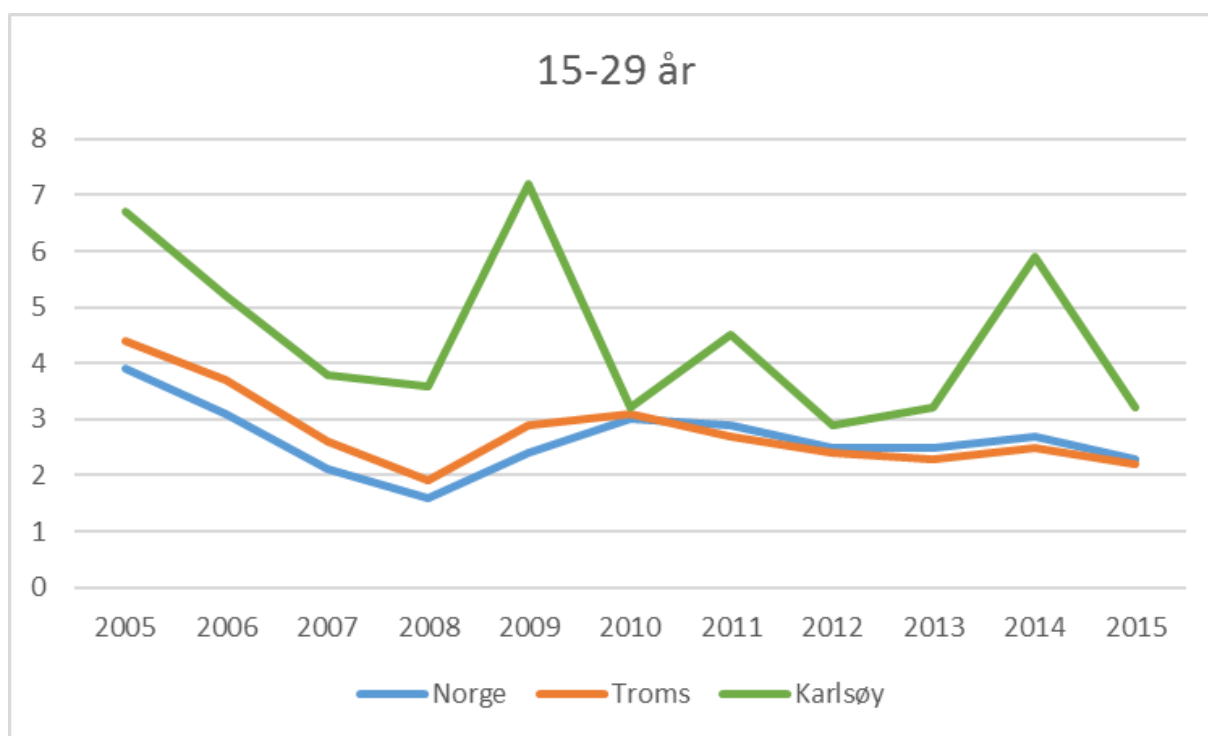
ARBEIDSLEDIGHET

Arbeidsledigheten i Karlsøy kommune har i grove trekk fulgt samme utvikling som resten av fylket og landet, med unntak av en stor arbeidsledighetstopp i 2009 (Figur 14). For aldersgruppa 15-29 er arbeidsledighetsprosenten noe ujevn, og også høyere enn aldersgruppen 30-74 (Figur 15).



Figur 14. Arbeidsledighet i prosent, 15-74 år

(Kilde: FHI)



Figur 15. Arbeidsledighet i prosent, 15-29 år

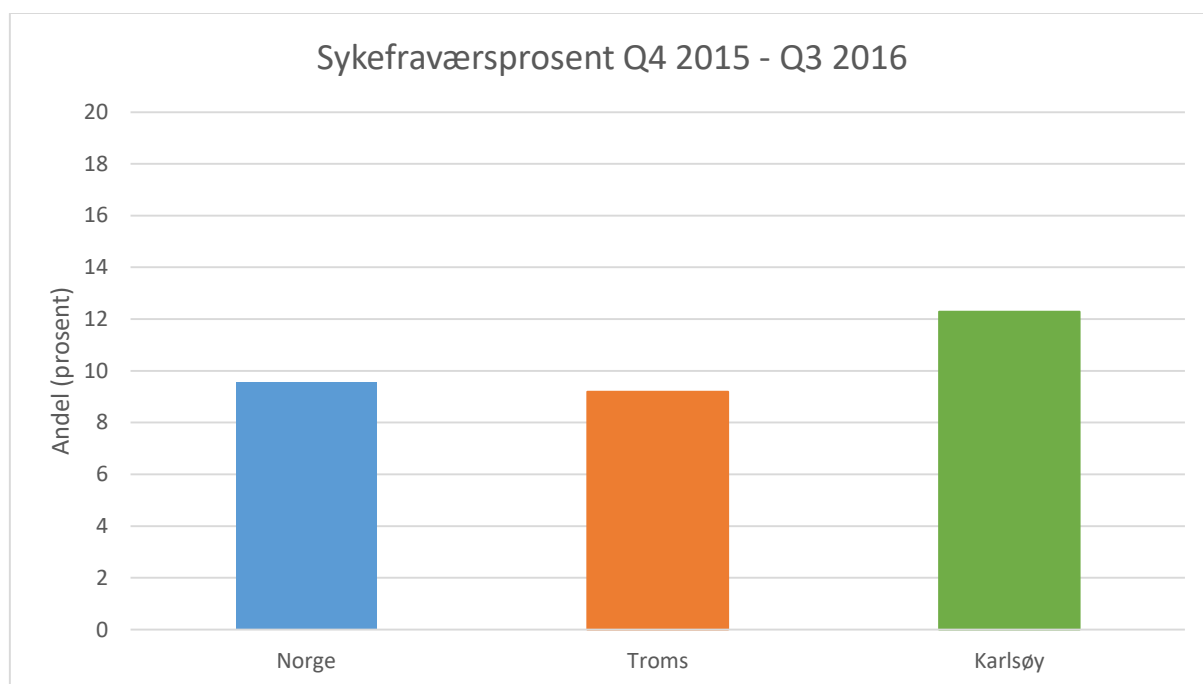
(Kilde: FHI)

SYKEFRAVÆR

Sykefravær er fravær fra lønnet arbeid grunnet sykdom eller skade. Diagnosen må dokumenteres med egenmelding eller legeerklæring. Oppfyller man visse krav har man rett til sykepenger, være seg lønnstakere eller selvstendig næringsdrivende.

Sykefraværet er et fenomen som kan beskrives og kvantifiseres på flere måter. I norsk offentlig statistikk prioriteres sykefraværsprosenten, definert som tapte dagsverk på grunn av sykefravær i prosent av avtalte dagsverk for samme periode.

Sykefraværsprosenten i Karlsøy kommune ligger noe over fylkes- og landsgjennomsnittet, jf. figur 16.



Figur 16 Viser sykefraværsprosent for 4. kvartal 2015 - 3. kvartal 2016.

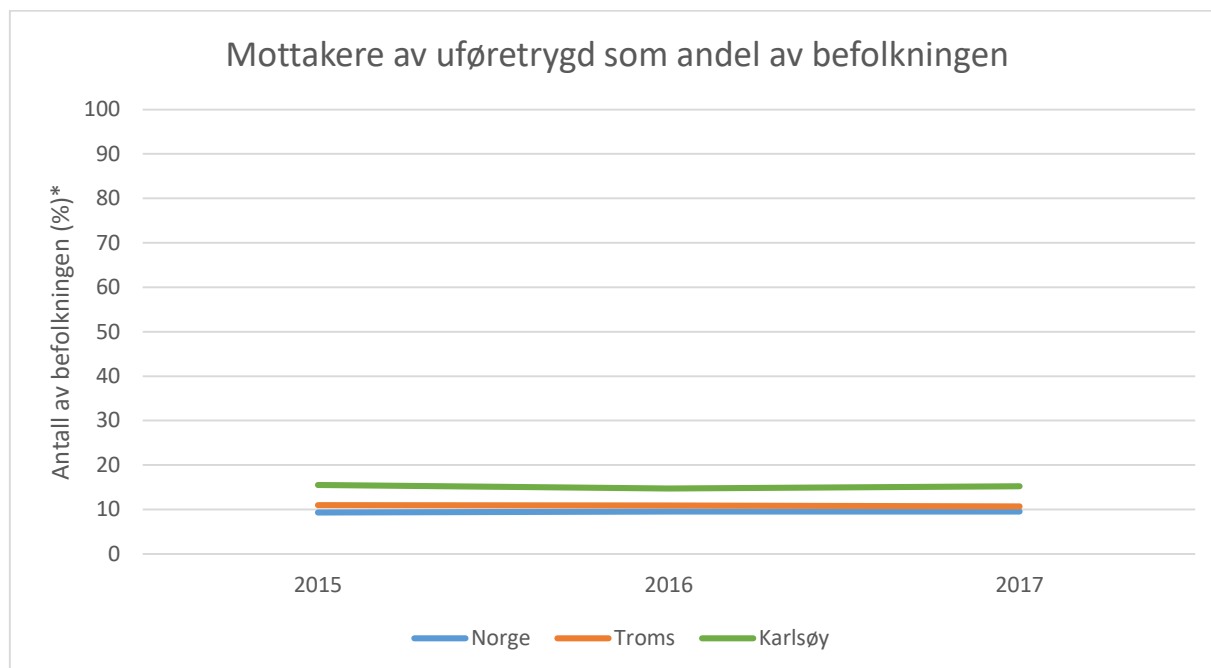
(Kilde: KS)

UFØRETRYGD

Ved utgangen av mars 2017 mottok om lag 321.300 personer uføretrygd på landsbasis, mot 317.300 personer ved utgangen av mars 2016, en økning på 1,3 prosent. Sammenlignet med desember 2016 var det økning på ca. 3 100 personer eller 1 prosent i forhold til mars 2017. Antall mottakere av uføretrygd sett i forhold til befolkningen var 9,5 prosent per 31. mars 2017, samme andel som i desember, og samme som for ett år siden.

For Karlsøy kommune har andelen mottakere av uføretrygd holdt seg på et stabilt nivå, jf. figur 17. Sammenligner vi data med fylket og landet for øvrig må andelen kunne sies å være noe høy. Alderssammensetning og geografiske forskjeller kan delvis forklare dette, da antall

uføre øker med alderen og teknologiske/markedsmessige endringer i primærnæringen har resultert i at flere ikke kommer tilbake til arbeidslivet.



Figur 17 Viser antall i prosent av befolkningen 18-67 år som mottar uføretrygd. * Befolkningen i alderen 18-67 år: 11/12 av 18-åringene og 1/12 av 67-åringene er inkludert. Dette skyldes at en person ikke kan bli uføretrygdet før måneden etter fylte 18 år, og blir alderspensjonist senest måneden etter fylte 67 år.

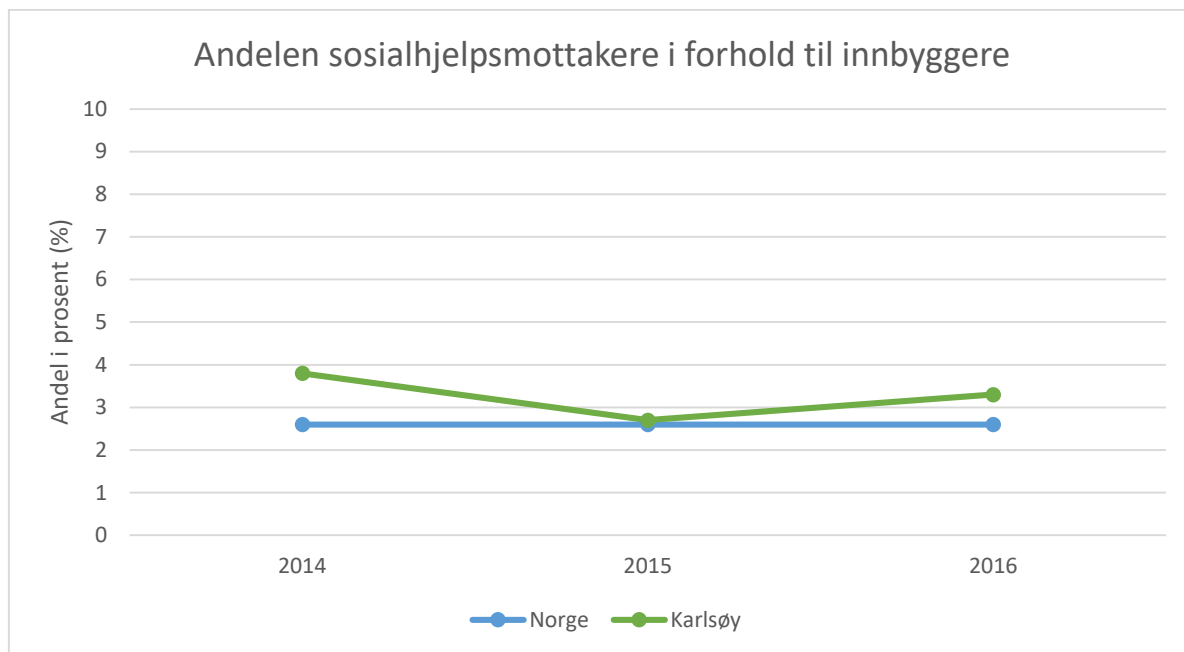
(Kilde: FHI)

MOTTAKERE AV SOSIALHJELP

Økonomisk sosialhjelp er en stønad som gis fra NAV til personer som ikke er i stand til å sørge for eget livsopphold.

Den som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller andre inntektsgivende ordninger (for eksempel trygderettigheter), har krav på økonomisk stønad. Utgangspunktet er imidlertid at hver enkelt først skal utnytte egne muligheter eller hjelpeordninger for å kunne forsørge seg selv. Når alle reelle muligheter er utnyttet fullt ut - men ikke strekker til - har den som ikke kan sørge for sitt livsopphold krav på økonomisk stønad til livsopphold.

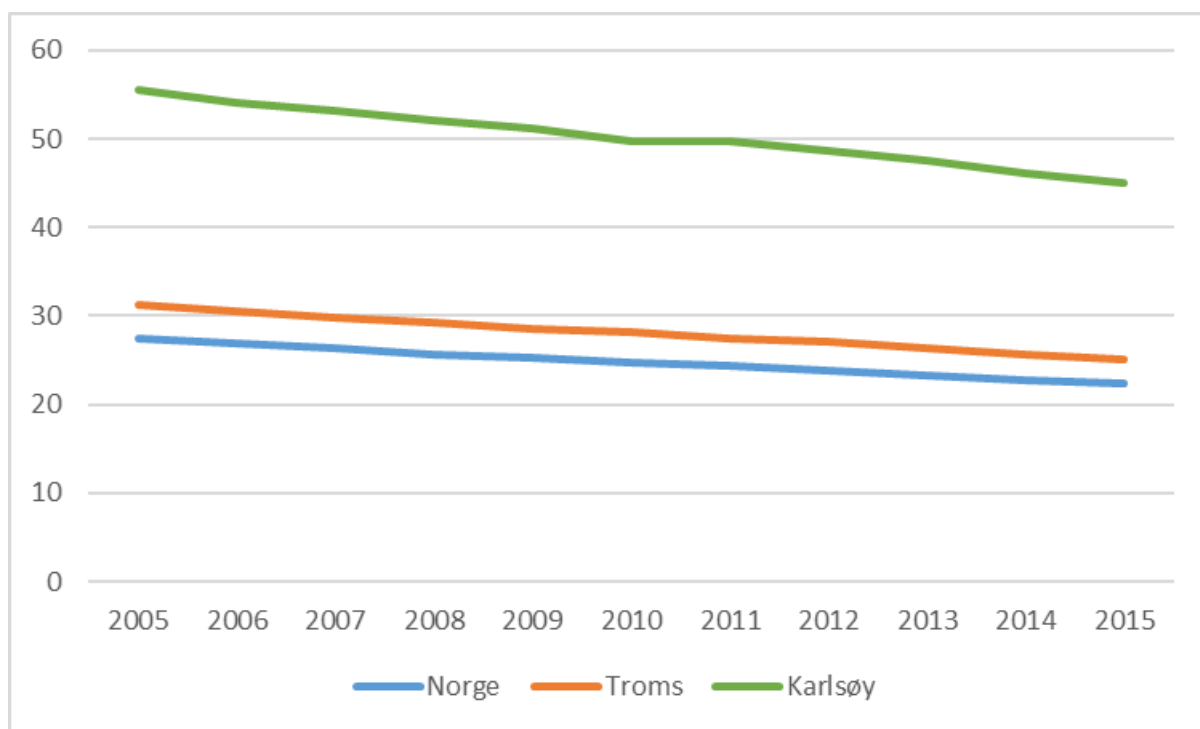
Karlsøy kommunes andel av sosialhjelpsmottakere ligger stort sett på nivå med landet for øvrig, jf. figur 18.



Figur 18 Viser andelen sosialhjelpsmottakere i forhold til innbyggere. Kilde: (SSB/Økonomisk sosialhjelp)

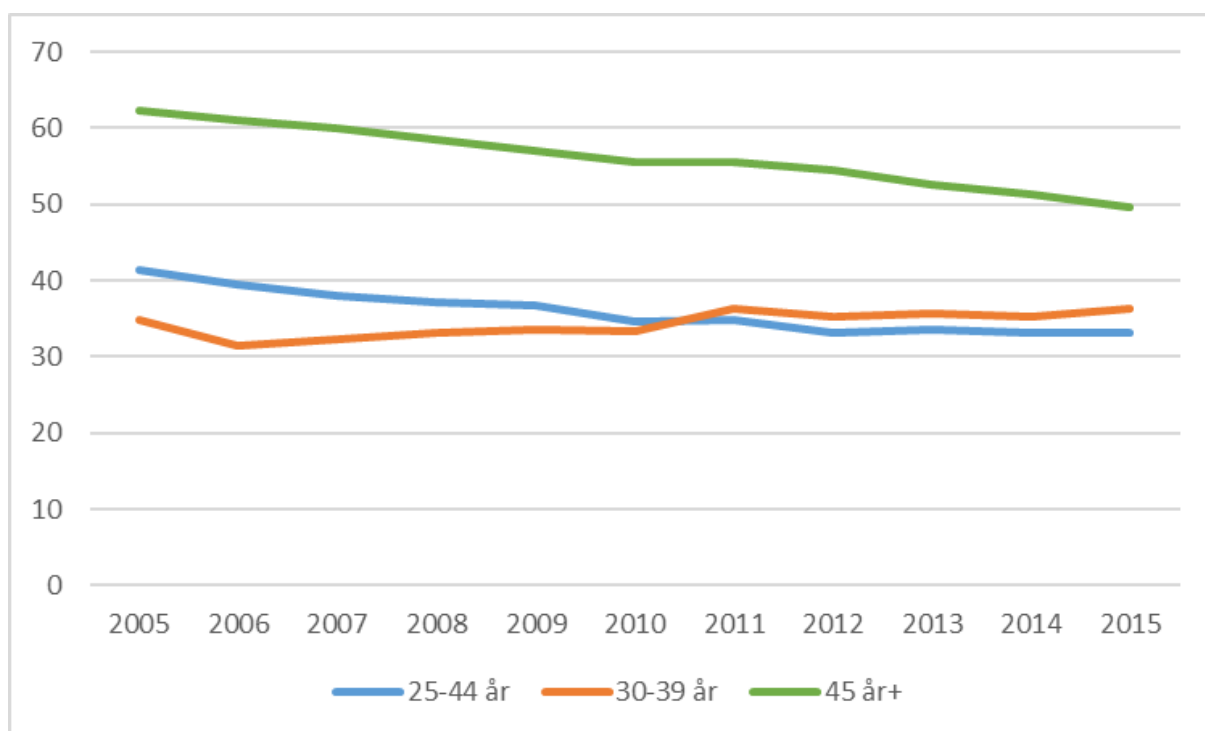
GRUNNSKOLE SOM HØYESTE UTDANNINGSNIVÅ

Andelen personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå i kommunen er synkende, på lik linje med fylket og resten av landet. Figur 19 viser dog at vi har nesten dobbelt så stor andel personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå sammenlignet med fylket og landet.



Figur 19. Prosentandel personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå (Kilde: FHI)

Aldersfordelingen viser at de mellom 30-39 år har størst svingninger, og har også vokst med noen prosent mellom 2005 og 2015 (Figur 20).



Figur 20. Prosentandel personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå i Karlsøy, fordelt på aldersgrupper (Kilde: FHI)

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

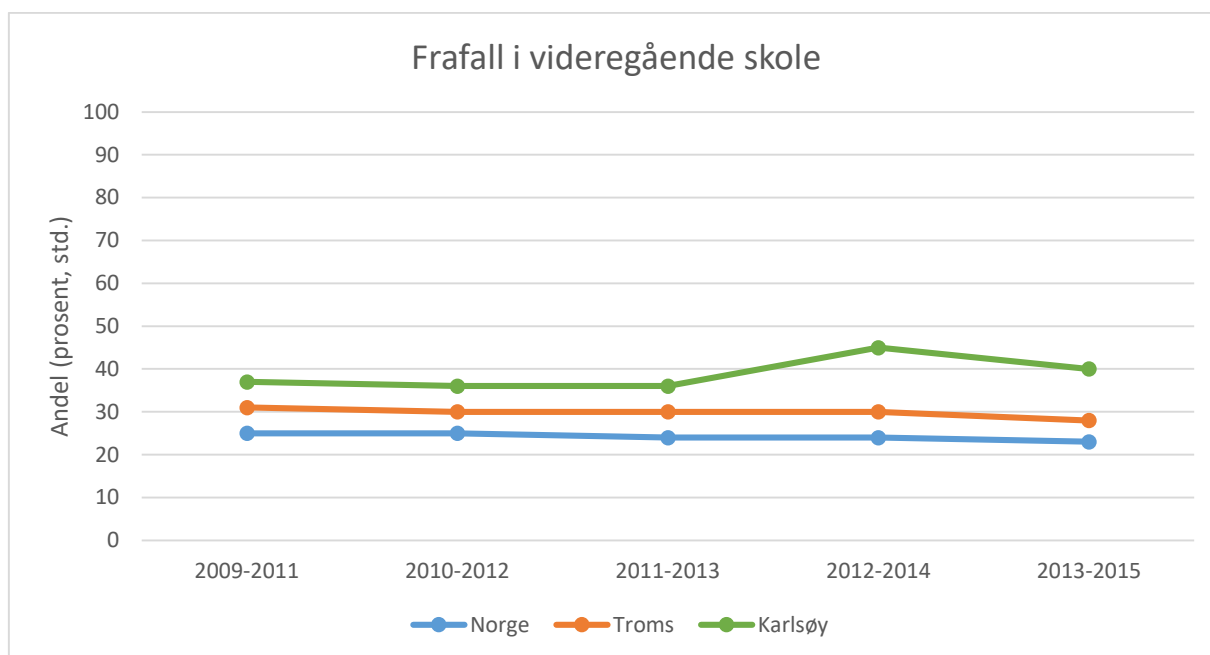
FRAFALL I VIDEREGÅENDE SKOLE

Det er et politisk mål i Norge at flest mulig skal fullføre videregående opplæring, og utdanning betraktes som stadig viktigere for å sikre arbeidsplasser i en kunnskapsbasert økonomi. Meld. St. 12 (2012-2013), *Perspektivmeldingen 2013*, anslår nåverdien av fremtidig arbeidsinnsats til 81 prosent av Norges nasjonalformue. Arbeidsmarkedet stiller høyere krav til arbeidstakerens kompetanse hvor et høyt frafall i videregående skole ansees som et ressurs- og kompetanseproblem.

Frafall regnes som et av de største problemområdene i norsk skole og får naturlig nok mye oppmerksomhet fra media og politisk hold. Selv om man har sett en svak nedgang på landsbasis de siste årene, har frafallet vært stabilt de siste 20 årene.

Frafallet er klart størst innenfor yrkesfaglige utdanningsprogrammer hvor om lag tre av ti som starter på videregående kurs innenfor yrkesfag slutter underveis i utdanningsforløpet. Forskjellene i frafall mellom ulike yrkesfagprogram er relativt store. Jenter fullfører i større grad sammenlignet med gutter, og majoritetsungdom mestrer bedre enn minoritetsungdom.

For Karlsøy kommune foreligger det ikke rutiner/planer lokalt mht. frafall i videregående skole for elever med tilhørighet til kommunen. Det finnes strategier og føringer i regi av Troms fylkeskommune (samarbeid mellom alle kommuner), herunder Oppfølgingstjenesten (OT), i den hensikt å redusere frafallet. For øvrig ligger Karlsøy kommune over fylkes- og landsgjennomsnittet, jf. figur 21.



Figur 21 Figuren viser frafall i videregående skole i prosent.

(Kilde: FHI)

På fylkeskommunalt nivå gis det tilbud om veiledning og rådgiving til ungdommer med opplæringsrett som ikke benytter seg av dette gjennom Oppfølgingstjenesten (OT). OT sørger for tilbud om opplæring, arbeid eller kompetansefremmende tiltak og sikrer tverrfaglig samarbeid med ungdom i målgruppa, jf. tabell 1. Tjenesten strekker seg ut skoleåret det året ungdommen fyller 21 år.

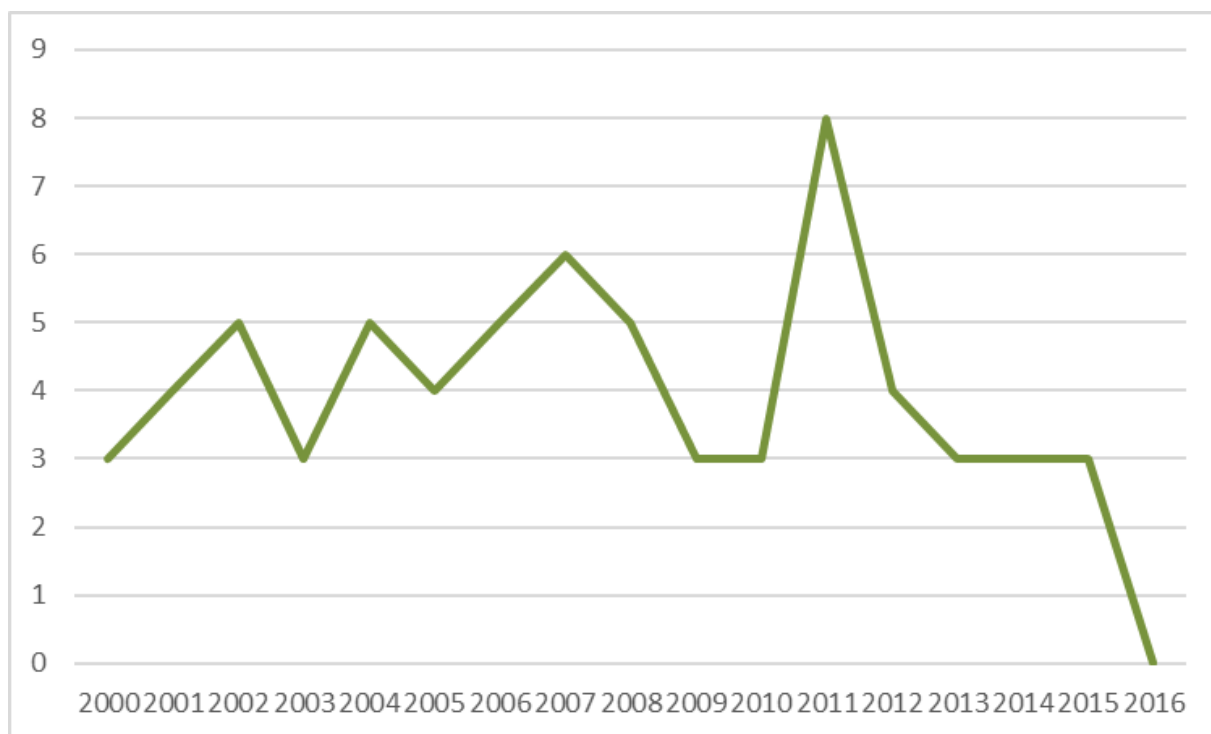
Ungdommer i Oppfølgingstjenesten (OT) 2015 - 2017		
Tiltak	2015 - 2016	2016 - 2017
Arbeidstiltak (Nav)	5	3
Arbeid (ordnet selv)	7	7
Barselpermisjon	1	0
Veiledning	0	4
Syk (ikke i jobb)	2	1
Til sammen i OT	15	15

Tabell 1 viser ungdom i ulike tiltak utenom videregående opplæring.

(Kilde: PPT/OT, avd. Tromsø)

SKILSMISSE/ENEFORSØRGERE

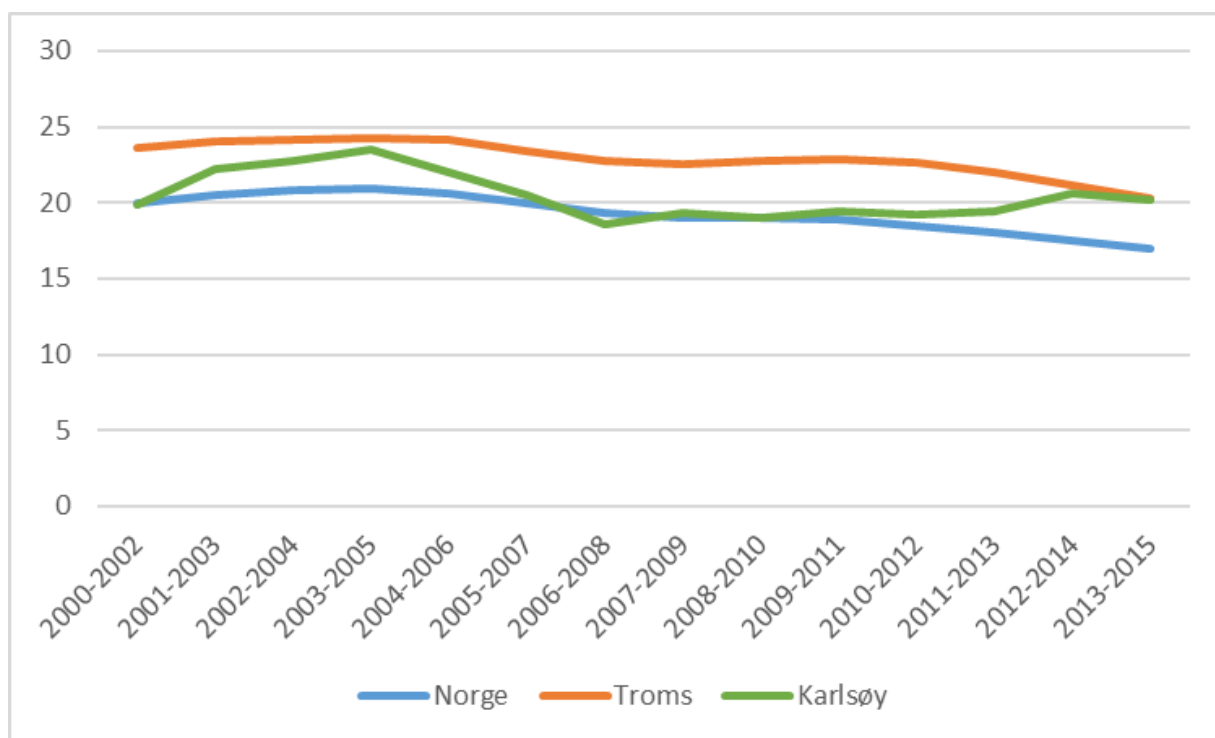
De siste 17 årene har det i gjennomsnitt vært fire skilsmisser årlig i kommunen (Figur 22).



Figur 22. Antall skilsmisser i Karlsøy

(Kilde: SSB)

Andelen eneforsørgere i kommunen ligger prosentmessig mellom fylkes- og landsbasis, med en liten økning siden 2008(Figur 23).

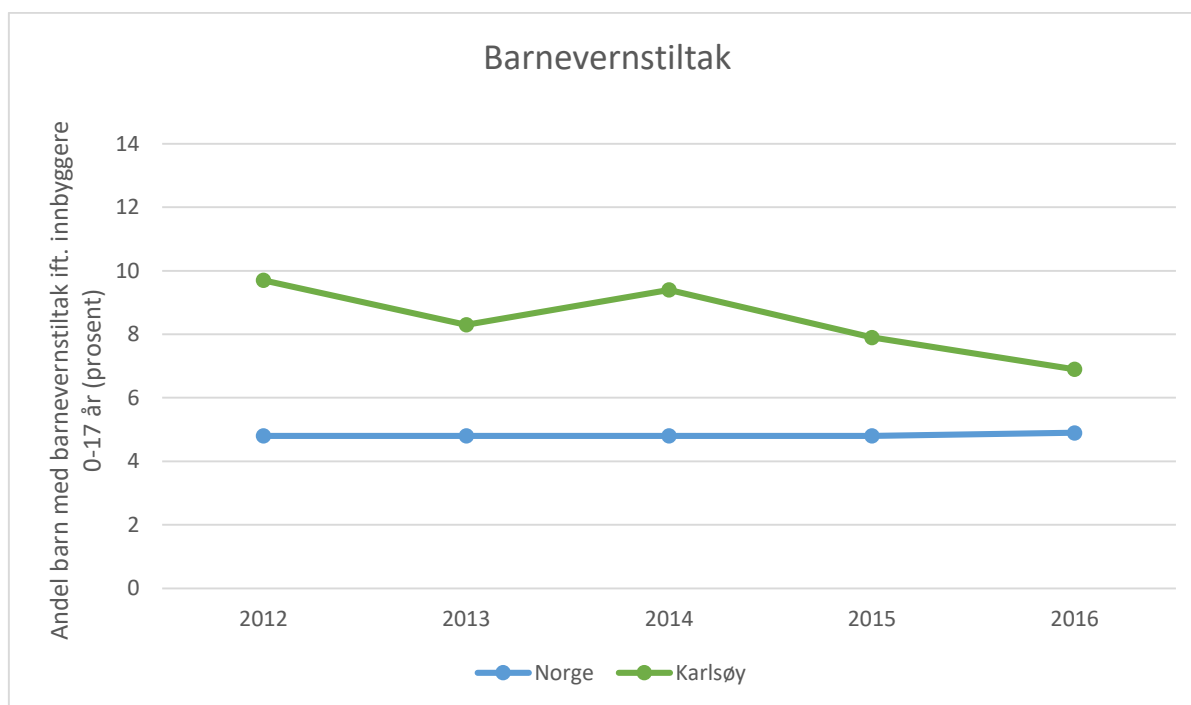


Figur 23. Andel eneforsørgere av barnetrygdmottakere, med tre års glidende gjennomsnittsintervall
(Kilde: FHI)

BARNEVERN

Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, og å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Barnevernet gir hjelp til barn og unge inntil de fyller 23 år, men etter fylte 18 år gis hjelpen som frivillige tiltak. Barnevernets oppgave er regulert i lov om barnevernstjenester.

Kommunen har en høyere andel barn (0-17 år) med barnevernstiltak ift. innbyggertallet i prosent sammenlignet med landet for øvrig, jf. figur 24.



Figur 24 Viser andel barn med barnevernstiltak i forhold til innbyggere 0-17 år (prosent) (Kilde: SSB)

BOLIGSOSIAL SITUASJON

Boligsosialt arbeid handler både om å skaffe boliger til vanskeligstilte på boligmarkedet og styrke den enkeltes mulighet til å mestre boforholdet. Arbeidet kan deles inn i operative og strategiske oppgaver.

- De operative oppgavene handler om å gi råd og veiledning, skaffe egnede boliger, tildele økonomisk støtte, iverksette bo- og nærmiljøtiltak, og å gi oppfølging og tjenester i hjemmet.
- De strategiske oppgavene handler om å sette langsiktige mål, utvikle tiltak og virkemidler for å nå disse målene, sette av økonomiske og faglige ressurser til arbeidet, og avgjøre hvor og av hvem de ulike operative oppgavene skal løses.

Målgruppene for kommunale boliger i Karlsøy kommune er:

- Sosialt/økonomisk vanskeligstilte.
- Personer som løslates fra fengsel.
- Personer som skrives ut fra rusbehandling.
- Personer med rus og/eller psykiatriproblemer.
- Eldre.
- Flyktninger.
- Kommunalt ansatte.

Karlsøy kommune innehar flere utleieboliger som er disponible for denne gruppen. I tillegg har kommunen gjennom startlånordningen bidratt til at vanskeligstilte på boligmarkedet har skaffet seg egen bolig.

Boligstrukturen i kommunen har betydning for hvilke befolkningsgrupper som etablerer seg i kommunen. Man antar at mindre boliger og en mer variert boligstruktur vil dekke et mer variert bosetningsbehov. Boligmassen på det private markedet består pr. i dag av eneboliger uten utleie. Kommunen har 34 utleieboliger (jf. tabell 2) i ulik størrelse i tillegg til spesielt tilrettelagte omsorgsboliger. Typisk for kommunale boliger er manglende vedlikehold.

Dagens kommunale boliger pr. 2015					
	Hansnes	Vannvåg	Vannareid	Stakkvik	Sum
Utleieboliger	24		8	2	34
Omsorgsbolig for eldre	19	10			29
Omsorgsbolig rus/psyk	2				2
Tunet grunnetasje	5				5
Tunet toppetasje for PU	5				5
Sum	55	10	8	2	75

Tabell 2 viser oversikt over kommunale boliger med brukergrupper.

(Kilde: Husbanken)

«Boligplan for Karlsøy kommune (2015 – 2019)» konkluderer med at noen kommunale boliger bør selges i den hensikt å skaffe til veie finansiering for nye fremtidsrettede leiligheter. Alle leietakere for kommunale boliger har fått tilbud om å kjøp av bolig, samt at fått bistand til å søke om økonomiske løsninger i denne sammenhengen. Pr. i dag er 4 enheter solgt. Salget av boliger har vært gjennomført parallelt med at det oppføres nye bygg. Kommunen har i tidsrommet vedtatt kjøp av 4 boenheter hos privat entreprenør.

Som prognosene framover viser vil vi ha flere eldre og færre yngre i yrkesaktiv alder. Karlsøy kommunes ønsker å snu trenden ved å både bygge til vanskeligstilte samt til yrkesaktive innbyggere. Noen av kommunens attraktive sjøtomter er tenkt regulert til boligformål (fortrinnsvis leiligheter som kan kjøpes innen 3 år) i den hensikt at attraktive boenheter skal være med å rekruttere fagpersoner mv.

Sett i et tiårsperspektiv (tabell 3) får kommunen økt behov for mindre boenheter for personer med rus/psykiske lidelser. Samtidig ser vi at behovet for eldreboliger vil øke. Kommunens behov for boenheter til flyktninger avhenger av hvilke vedtak mht. mottak kommunen treffer.

Boligbehov i et 10-årsperspektiv			
Målgrupper	2016	2020	2025
Mennesker med rus/psyk- lidelser	7	10	10
Mennesker med særlige behov (bl.a. økonomisk vanskeligstilte)	5	5	5
Mennesker med rett til midlertidig bolig	1	1	1
Flyktninger	4-10*	15	20
Personer med særskilt dårlig boevne	3	5	5
Kommunalt ansatte med inntil 3 års botid	15	15	15
Omsorgsboliger - eldre	29	29	29
Eldrebolig	7	10	15
PU-boliger	7	7	7
Sum behov boenheter	78-94	97	107
Økning i antall boenheter	3-9	22	35

Tabell 3 viser boligbehovet for kommunen sett i et tiårsperspektiv. *IMDi (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet) oppfordret kommunen til å ta imot minst 10 flyktninger pr. år f.o.m. 2016 t.o.m. 2019, noe som tilsvarer minimum 40 personer. I tillegg kommer familiegjennforening. Hvis kommunen vedtar mottak av enslige flyktninger har man ikke oversikt over behovet for boliger. Dette avhenger av hvor raskt og hvor mange som kommer gjennom familiegjennforening. Behovet vil da være små boenheter til enslige og større enheter til gjenforeningsfamilien.
(Kilde: Husbanken/Karlsøy kommune)

Mangel på stabil og egnet leiebolig gjør at flere ønsker å kjøpe egen bolig. Startlån og tilskudd til etablering er ment å bidra til at personer som ikke får lån i vanlige banker får en mulighet til å kjøpe egen bolig. Karlsøy kommune låner hvert år midler fra Husbanken til videre utlån, herunder startlån, jf. tabell 4.

Bostøtte for Karlsøy kommune			
Tiltak	2014	2015	2016
Antall bostøttemottakere	48	34	34
Utbetalt bostøtte	518.765	353.430	293.239
Gjennomsnittlig utbetalt bostøtte pr. mnd.	1.218	1.111	1.137
Gjennomsnitt boutgifter pr. år.	64.329	68.188	69.473
Gjennomsnitt inntekter pr. år	171.282	175.002	163.815
Antall søkere totalt	64	43	44
Andel med boutgifter over tak	58 %	65 %	59 %
Andel barnefamilier	10 %	3 %	9 %
Andel eid bolig	31 %	32 %	21 %
Andel leid bolig	69 %	68 %	79 %

Tabell 4 viser hovedtall for bostøtte fra år 2014 - 2016 for Karlsøy kommune.

(Kilde: Husbanken)

RUS OG PSYKIATRI

«Rus- og psykisk helsetjeneste i kommunen» består av psykiatrisk sykepleier, sosionomer, miljøarbeider og barnevernspedagog, hvor tjenestetilbudet består av:

- Råd og veiledning til brukere/pårørende.
- Koordinering av ulike tjenester og oppfølging av brukere.
- Etablering av ansvarsgrupper for personer med sammensatte behov.
- Bistår for å finne sosiale aktiviteter.
- Arrangering av gruppebaserte aktiviteter.
- Tilbyr hjelp til strukturering av hverdagen.
- Hjelper til ved innleggelse i institusjon og lager ettervernsopplegg til brukerne.
- Legemiddelbasert behandling (LAR).

Utbredelse, forekomst og konsekvenser

Bakgrunn for rapporteringen er samtaler med brukerne som har daglig eller fast oppfølging, på kortere eller lengre sikt.

Kontakt med tjenesten foregår ved at den enkelte og/eller familietilknyttede tar direkte kontakt. I tillegg til dette henvises det fra lege og hjemmesykepleier, barnevern, NAV, Spesialisthelsetjenesten samt Kriminalomsorg.

Det er utfordrende å si noe om generell utbredelse, forekomst og konsekvenser. Per i dag er det om lag 35 antall aktive brukere av tjenesten i alder mellom 25- 80 år. Flere av disse har sammensatte vansker knyttet til rus og psykisk helse.

F.o.m. 1. januar 2016 trådte plikten i kraft for kommunen til å sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Fra 1. januar 2017 ble denne plikten utvidet til også å gjelde for pasienter med psykiske helse- og

rusmiddelproblemer. For kommunen er det naturlig nok en stor utfordring at pasienter som tidligere fikk institusjonell behandling nå skal behandles på døgnbasis i kommunen.

Utviklingen i kommunen er:

- At vi har flere eldre.
- Alvorlig psykiske vansker uten innleggelse ved spesialisthelsetjeneste.

Det kan foreligge en underrapportering på behov for tjeneste til:

- Personer med problematisk bruk av rusmidler.
- Ungdom i aldersgruppen 18-25 år.
- Beboere fra utkanten av kommunen.

Sosial støtte, deltakelse og tilhørighet

Sosial støtte, deltakelse og tilhørighet er tre faktorer som er fremtredende når vi samarbeider med mennesker som har erfaring knyttet til rus og/eller psykiske problemer.

Med sosial støtte erfarer vi at både brukere og deres pårørende/nettverk har behov for informasjon/veiledning, følelsesmessig og praktisk støtte. Det er et flertall som gir tilbakemelding på at de opplever sosial isolasjon, de har et lite støttende sosialt nettverk, de opplever sosial ulikhet, arbeidsledighet, samt belastende bo- og arbeidsmiljø.

Brukergruppen i kommunen har selvsagt ulik erfaring og opplevelse ved faktor som deltakelse i eget nærmiljø. Sosial deltaking krever at en erfarer tillit og toleranse og at det er en sosial støtte i ens eget nettverk. Hinder for deltakelse er et klart helseproblem. Her kan nevnes at flere av våre brukere ikke har mulighet til å komme seg fra/til (dårlig offentlig transporttilbud), en har dårlig økonomi, ingen å «dra sammen med». Flere har også formidlet at de opplever en sjikanering eller mangel på toleranse i lokalmiljøet som gjør at en velger vekk mulighetene for deltakelse. Flere påpeker at de bor i bygder der det er lite organisert aktivitet. Det er heller ikke sosiale arenaer som kafe, kino, nærbutikk mv.

Tilhørighet er på lik linje med sosial støtte og deltakelse en faktor som påvirker, vedlikeholder vansker knyttet til bruk av rusmidler og/eller psykisk helse. Noen brukere av tjenesten sier at de opplever tillit, sosial støtte og samhold, mulighet for sosial integrasjon, utfoldelse, bruk av egne evner, kontroll over egen livssituasjon, sosial støtte samt aktivisering. Andre brukere forteller om faktorer som gir opplevelse av eksklusjon og isolasjon. Dette er m.a.o. opplevelse av sosial ulikhet, ikke fullført skolegang, arbeidsledighet, ressursfattig lokalsamfunn med lite sosial samhandling, mobbing, seksuelle overgrep, sosial isolasjon, negative livshendelser, lav selvfølelse, ikke opplevelse av å ha kontroll over egen livssituasjon.

Det foreligger et behov for helhetlig tilnærming med hensyn til:

- Psykisk helse
- Bruk/misbruk av legale- og illegale rusmidler
- Kosthold
- Fysisk inaktivitet
- Egen og egnet bolig
- Psykososial oppfølging i egen bolig
- Dagaktivitet og tilrettelagt arbeid
- Forebygge utenforskap, ensomhet og isolasjon

FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ

En rekke miljøforhold kan påvirke helsen, eksempelvis støy, drikkevannskvalitet og luftkvalitet. Men også tilgang på friområder, grøntområder, sykkelvei og nærmiljøkvaliteter har innvirkning.

Fysiske miljø handler om utemiljøet i form av trafikk, forurensning, tilgang til leke- og aktivitetsområder. Det handler også om det fysiske innemiljøet. Universell utforming er også en del av det fysiske miljøet.

Det biologiske og kjemiske miljøet omhandler vesentlige folkehelseiltak som vern mot smittsomme sykdommer.

Det sosiale miljøet kan være sosiale aktiviteter i nærmiljøet og tilgjengelighet for kommunens innbyggere. Eksempelvis uformelle møteplasser eller universell utformet uteområder.

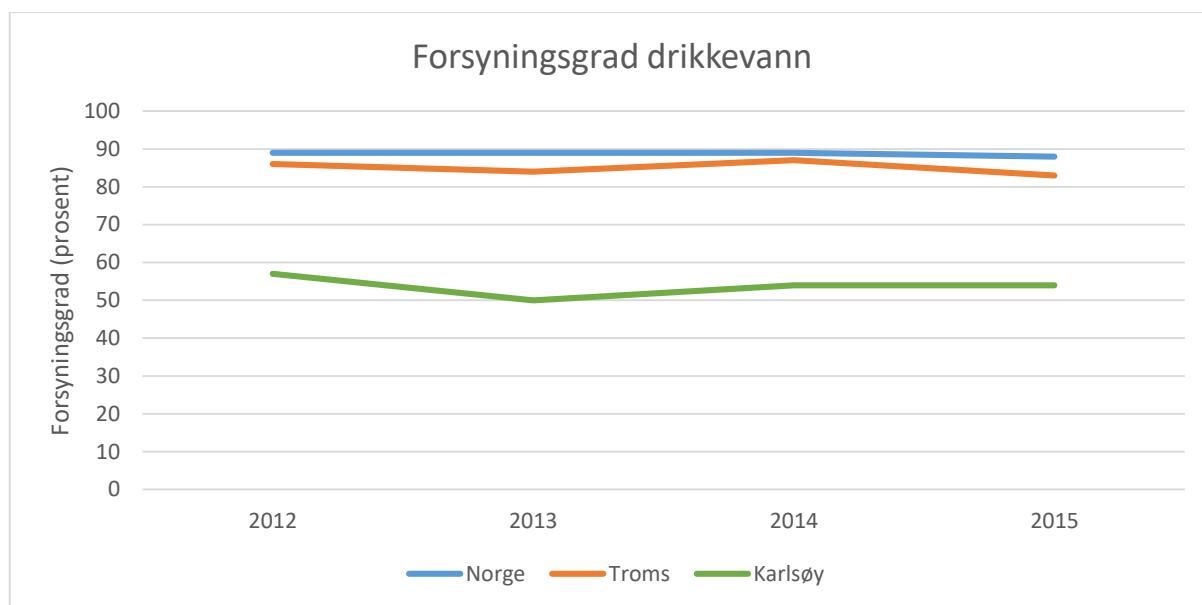
DRIKKEVANNSKVALITET

Vannforsyningen i Norge er godt utbygd og har generelt høy kvalitet, men det kan være utfordringer med:

- til dels utett og sårbart ledningsnett.
- små vannverk som ikke desinfiserer vannet og har mangelfull oppfølging av vannkvaliteten.

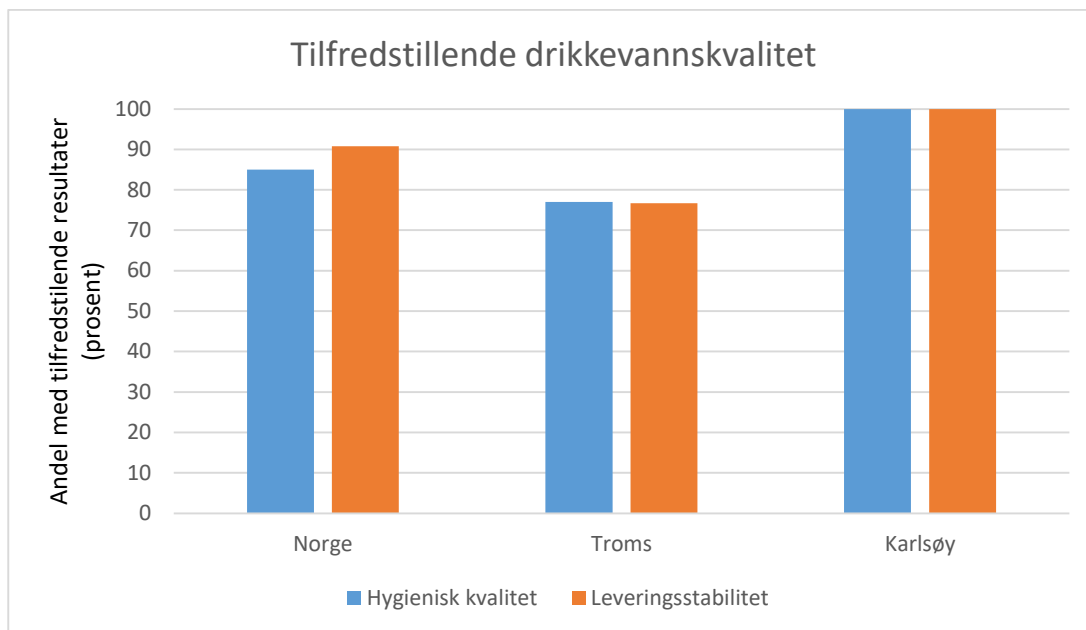
Med klimaendringene kommer mer ekstremvær, og risikoen for brudd og lekkasjer i ledningsnett øker. Gode rutiner og opprustning av vannforsyningssystemene kan redusere risikoen for forurenset drikkevann og dermed risikoen for infeksjonssykdommer hos brukerne. Figur 25 viser andelen av befolkningen i kommunen som får vann fra godkjenningspliktige

vannverk sammenlignet med fylket og landet. Det er et mål at flere av innbyggerne får vann fra tilsvarende vannverk fordi flere vil få kontrollert drikkevann.



Figur 25 Andelen av befolkningen som får vann fra godkjeningspliktige vannverk (forsyningsgrad).
(Kilde: FHI)

Hvis rørsystemet er utett, kan skittent avløpsvann trenge inn og forurenses drikkevannet, spesielt om trykket går ned. For godkjeningspliktige vannverk er det et nasjonalt mål at det ikke skal være mer enn 30 minutter ikke-planlagte avbrudd i vannleveringen per innbygger per år (tilfredsstillende leveringskvalitet), jf. figur 26.



Figur 26 Tilfredsstillende drikkevannskvalitet - hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet. (Kilde: FHI)

Figur 26 illustrerer i tillegg til tilfredsstillende leveringsstabilitet, også andelen som får vann fra vannverk som har tilfredsstillende resultater når det gjelder hygienisk kvalitet mht. E. coli/koliforme bakterier, som indikerer forurensing.

GEOFARER

Læren om geofare omhandler både hva man kan gjøre før, mens og etter at katastrofen har oppstått. Typiske geofarer som kan være relevant for Karlsøy er naturkatastrofer som snø-, jord- eller steinskred, flom, overvann, isgang, kvikkleire, radon, stormflo, ekstremvær samt havnivåstigning.

SKRED OG RASFARE

Snøskred

At et område er skredutsatt er ikke bare et resultat av terreng og helling. Også vindretninger, graden av skogtetthet m.m. kan ha betydning for risikoen. Seinvinteren 2013 viste imidlertid at under spesielle forhold kan skred oppstå i uventete områder. Karlsøy kommune har deltatt i Skredberedskap Troms, som er et regionalt overvåkingsprogram for bebygde områder med mulig skredfare. På denne måten kan man foreta evakuering i perioder hvor skredrisikoen er spesielt høy. Aktsomhetskartene til NGI er lagt til grunn for konsekvensvurderingen av nye

utbyggingsområder. Kun noen få områder er innenfor aktsomhetssonene for snøskred, med krav om nærmere undersøkelser av fagetat. Det finnes etterhvert en rekke enkeltkartlegginger av områder rundt omkring i kommunen, som følge av at man har brukt aktsomhetskartene aktivt ved regulering, dispensasjoner og fradelinger. Vannvåg er detaljkartlagt og rassikret. På Reinøya er området Fjellheim-Urelva skredfarevurdert og redegjort for i egen rapport fra 2005.

Jordskred

Enkelte områder i kommunen kan være spesielt utsatt. Dette gjelder blant annet Prestøra på Reinøy og Dåfjord Vest-veien på Ringvassøy.

Steinskred

Utløpsområder for steinskred er i noen grad sammenfallende med aktsomhetssonene for snøskred. Karlsøy har dermed en rekke potensielt utsatte områder for slike hendelser. Et dramatisk eksempel på dette er en kampestein som slo inn i en hytte med beboere tilstede på Prestøra i 2007. Det planlegges ikke utbyggingstiltak i områder spesielt utsatt for steinskred.

FLOM OG ISGANG

Flom

Det er ikke utarbeidet grunnlagsdata for Karlsøy kommune vedr. flom. De større vassdragene i kommunen er knyttet til Skogsfjordelva, Vannareidelva og Skipsfjordelva. Av disse vil Vannareidelva være mest utsatt av alle kommunale vannverk. Ved flom vil alle kommunale vannverk kunne være utsatt for forurensning og skade på grunn av nær bebyggelse.

Isgang

Isgang forekommer i utløpet til følgende vassdrag: Skogsfjordelva og Vannareidelva. Noe mindre elver med hyttebebyggelse i nærheten kan være utsatt, slik som Reinsvoldelva. Hva Skogsfjordvassdraget angår er det lagt inn forslag om ulike reiselivsanlegg ved utløpet.

KVIKKLEIRE

Karlsøy har omfattende områder med marine avsetninger. Deler av det sentrale Hansnes er utsatt, og nye tiltak, slik som boligområde Slettmo er detaljkartlagt.

RADON

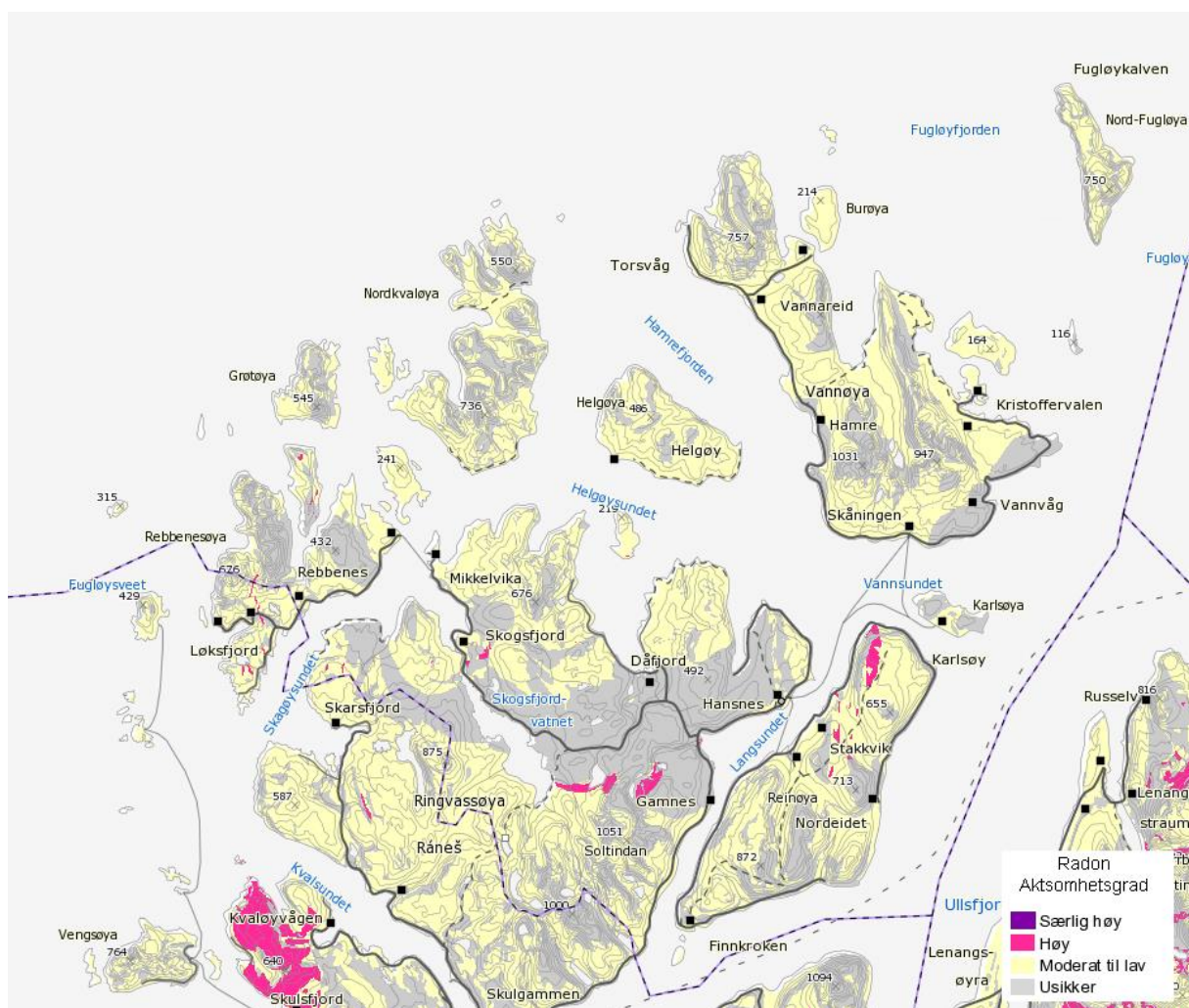
Radon (^{222}Rn) er en usynlig og luktfri gass som dannes kontinuerlig i jordskorpa. Utendørs vil radonkonsentrasjonen normal være lav. Det er når gassen siver inn og konsentreres i innemiljø at helsefare oppstår. Opphold i luftmiljø med høye radonkonsentrasjoner over mange år gir økt risiko for utvikling av lungekreft - og risikoen er høyest for røykere.

Det nasjonale aktsomhetskartet for radon viser hvilke områder i Norge som kan være mer radonutsatt enn andre. I områder markert med «høy aktsomhet», er det beregnet at minst 20 % av boligene har radonkonsentrasjoner over øvre anbefalte grenseverdi på 200 Bq/m³ i første etasje. Kartet er basert på inneluftmålinger av radon og på kunnskap om geologiske forhold. I noen områder i Norge er mange boliger målt for radon, i andre få eller ingen. Dette kartet er utviklet ved at kunnskap om andel høye radonkonsentrasjoner i boliger som ligger på kjent geologi er overført til andre områder med tilsvarende geologiske forhold.

Kommunen er planmyndighet og vedtar juridisk bindende arealplaner som ivaretar hensynet til radon. I arbeidet med risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) og i kommuneplaner og reguleringsplaner er radon ett av hensynene kommunen må ta. Å ta hensyn til radon vil si å vurdere om et planområde er radonutsatt og om nødvendig knytte krav til, eller sette begrensninger for, bruken av området.

Kommunen har også andre viktige oppgaver når det gjelder radon, blant annet i forbindelse med miljørettet helsevern i skoler og barnehager, krav til radon og forebyggende radontiltak i byggesregelverket og det å ha oversikt over helseinnvirkende faktorer i kommunen. Strålevernforskriften, som Statens strålevern forvalter, stiller også krav til radon i skoler, barnehager og utleieboliger.

Det er ikke utarbeidet grunnlagsdata fra fagmyndighet for Karlsøy kommune vedr. radon. Karlsøy kommune har heller ikke gjennomført systematiske radonmålinger. Nærmere undersøkelser må derfor gjøres på reguleringsplan- og byggesaksnivå. Norges geologiske undersøkelse (NGU) har utarbeidet aktsomhetsgrad ifm. radon jf. kart 1.



Kart 1 Viser aktsomhetsgrad ifm. radon

(Kilde: NGU)

STORMFLO

I en kommune hvor det meste av bebyggelse og vegnett ligger i det smale beltet mellom sjø og lifot, kan stormflo være et problem for infrastruktur, i tillegg til bygninger. Deler av stamvegen i Karlsøy kommune kan være utsatt for stormflo. Avløpsanlegg kan være utsatt for tilbakeslag. Kommunale anlegg med pumpestasjoner kan være utsatt for elektrisk stans. Anleggsvirksomhet kan i seg selv være et problem. For eksempel resulterte mudring av havneområdet i Vannvåg i at nærliggende naust sank ned og ble mer utsatt for stormflo.

EKSTREMVÆR OG HAVNIVÅSTIGNING

Klimatilpasning har fått økt oppmerksomhet de seinere åra. Kommunen har et ansvar for at utbygging skjer i områder som er sikre mot ekstremvær og klimaendringer. Kommunen skal

via samordnet arealplanlegging bidra til at utslipp av CO₂-ekvivalenter ikke øker unødvendig. Det er tatt høyde for disse temaene i konsekvensvurderingen av nye utbyggingsområder. I framtiden må vi regne med flere og mer voldsomme stormer og kraftigere og mer langvarig regnskyll. Karlsøy har en omfattende kystlinje. Flere bebodde områder har storhavet rett utenfor utgangsdøra, og er dermed særlig utsatt for denne utviklingen. Spesielt utsatte områder kan være sør og sørøstre del av Vannøy, samt Vannareid og Burøysund. Global oppvarming vil kunne resultere i økt havnivå, som vil kunne true arealtiltak i strandsonen. Klimatilpasning Norge har utarbeidet et estimat for samtlige kystkommuner hva angår havnivåstigning. Det er betydelige usikkerhetsmomenter knyttet til dette estimatet, men for Karlsøy er det anslått ca. 17 cm stigning fram mot 2050 og 62 cm fram mot 2100. Dette vil motvirkes av landheving på henholdsvis 14 og 29 cm. Beregnet ut fra 100 års stormflo utgjør dette 246 cm i 2050 og 296 cm i 2100. Arealplanen inneholder en rekke forslag til reiselivsbygg og næringsformål tilknyttet sjø. Disse må nødvendigvis lokaliseres opp fra flomålet. Her kan det stilles krav om dimensjonering og sikkerhetshøyde for fundament og nedre etasje over høyeste flomål. Bølgebrytere kan være et effektivt avbøtende tiltak for installasjoner i sjø og strandsonen. I øvrig er det aller meste av utbyggingstiltak avgrenset til ovenfor veg, jf. kommuneplanens arealdel.

FORURENSNING

Forurensset grunn må vurderes og gis avbøtende tiltak dersom et område skal utbygges. Eventuell forurensning som følge av tiltaket må konsekvensvurderes. Karlsøy har en rekke havneområder med stor aktivitet. Mudring av havneområder med påfølgende deponering er en effektiv måte å bli kvitt farlige stoffer. I og ved de større industriområdene i kommunen kan det være aktuelt med avbøtende tiltak, da jordsmonnet har vært utsatt for diesellekkasjer og andre uønskete kjemikalier.

HØYSPENTLINJER OG TRAFØER

Karlsøy har et omfattende høyspentnett for strømforsyning, det meste som luftlinjer tilsvarende 22 kilovolt. Mellom øyene er det også kabler i sjø som forsyner det enkelte lokalsamfunn med strøm. Det finnes 2 trafostasjoner i Karlsøy, plassert på Vannøya (Fakken)

og Ringvassøya (Hessfjord). Driftssikkerhet knyttet til elektrisitetsforsyningen er et reelt problem i Karlsøy, med et snitt på 19 lokale strømbrudd i året på ca. 2 timer hver. Som i så mange andre kommuner baserer strømforsyningen seg på en eller to hovedlinjer inn til kommunen, samlokalisert i felles traseer. Mye av linjenettet er av eldre utgave og spesielt utsatt for stormer og ekstremvær. Det nye linjenettet fra Fakken vindpark er dimensjonert for 130 kilovolt. Den nye trafostasjonen på Fakken vil øke forsyningssikkerheten betydelig. Konsekvensutredningen for nye utbyggingsområder identifiserer ett eller flere hyttefelt som krysses av høyspentlinje. For øvrig er utbyggingsområdene lagt utenom sikkerhetssonene til linjenettet. Høyspentlinjene i Karlsøy er avmerket i temakart for samfunnssikkerhet.

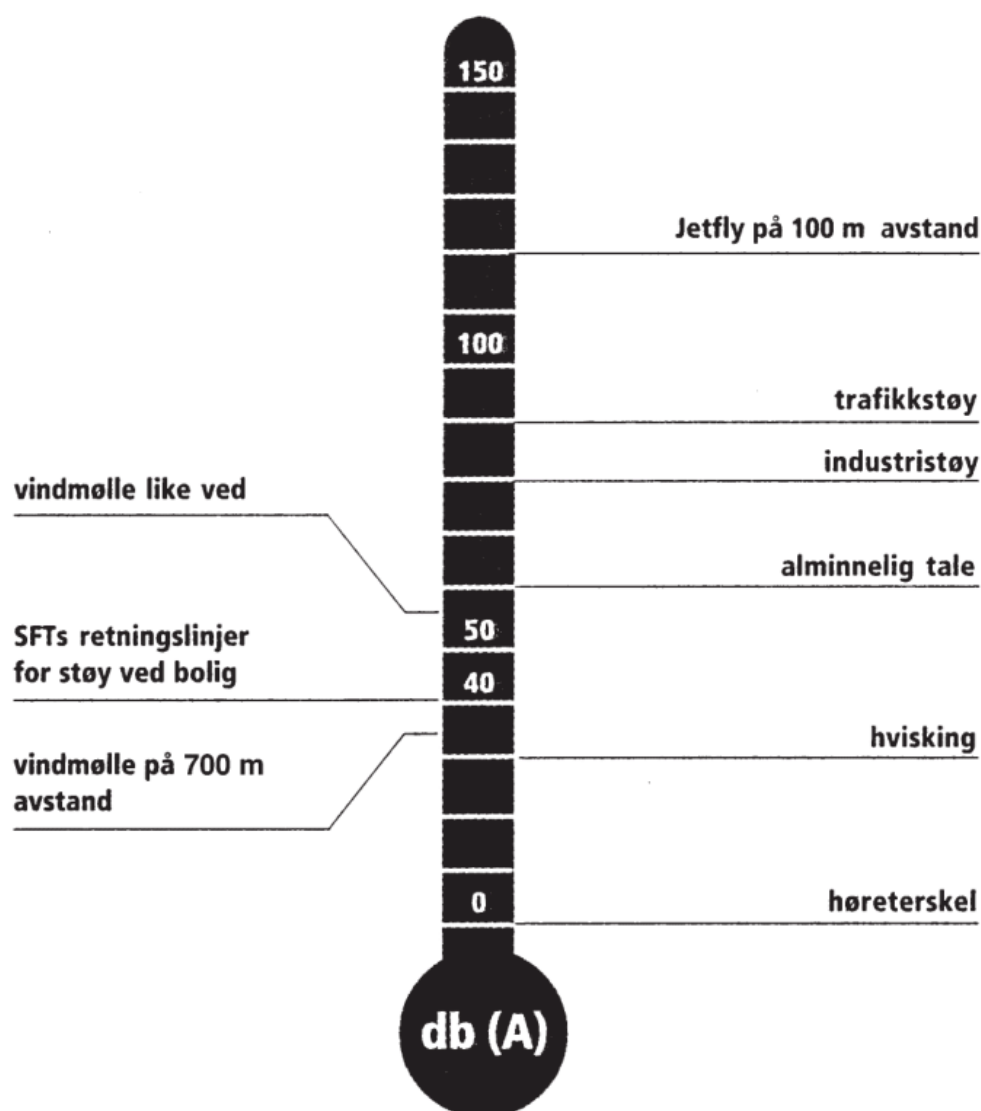
STØY

Støy er definert som forurensing i forurensingsloven, og er et miljøproblem som rammer mange. Kommunen skal sikre innbyggerne mot støyplager som kan ha negative konsekvenser for helse, ved å ta stilling til langsiktige utfordringer innen støyforurensing i kommuneplanen, i planlegginga etter plan- og bygningsloven og i godkjenning av virksomheter etter andre lovverk.

Langsiktig forebyggende arealplanlegging er det mest kostnadseffektive tiltaket for å redusere støyplager. Støy vurderes både ut fra tiltakets konsekvenser for omgivelsene og omgivelsenes innvirkning på tiltaket. Det meste av støyintensiv virksomhet vil forventes å komme fra fiskeindustri og masseuttak, slik som Kvalsberget. Tungtrafikk langs det omfattende fylkesvegnettet i kommunen kan generere støy mot boligområder. Bestemmelser er gitt i arealplanen. Alle sentraene i kommunen har i dag gjennomgangstrafikk. Problemet med støy og støv fra biltrafikk er særlig påtakelig i Vannvåg. Ved etablering av Langsundforbindelsen er planlagt å bygge en ny fylkesvegtrasé ovenfor Stakkvik.

Når det gjelder Fakken vindpark så er det ikke foretatt støymålinger, men det er foretatt beregninger som er benyttet til konsesjonssøknaden. Vindturbinprodusenten oppgir lydeffekt på 107dBA* (uten støyregulerende tiltak). Utredningen er utført iht. Miljøverndepartementets retningslinje for behandling av støy i arealplanlegging. Resultatet av beregningene tilsier at lydnivå vil være lavere enn anbefalt grense, forutsatt at 50dBA legges til grunn for bebyggelse sør for vindkraftverket. Det er ikke beregnet bidragsstøy fra

adkomstvei da denne regnes som minimal. Figur 27 sammenligner støy fra vindmøller med andre kjente støykilder.



Figur 27 viser støy fra vindmøller sammenlignet med andre kjente støykilder.

(Kilde: NVE/SFT)

Generelt sett bør det legges opp til at virksomhet som generer til dels mye støy bør legges så langt unna bebyggelse som mulig.

* En dB-skala som legger størst vekt på de frekvensene ørene våre oppfatter best, og som er mest brukt i støyregelverket. Støynivået for ulike maskiner osv. oppgis som regel i dBA og gjelder ved en bestemt avstand - ofte 1 m for mindre maskiner, varmepumper osv. - og 7 m for f.eks. store aggregater eller skipsmotorer. Frittfeltstøyen (dvs. på åpen mark, uten refleksjoner) fra en punktformet lydkilde avtar normalt med ca. 6 dBA når avstanden til kilden fordobles.

EKSPLOSJONSFARLIG INDUSTRI

I forbindelse med konsekvensvurderingen av nye utbyggingsområder er det vurdert dit hen at eksplosjonsfarlig industri ikke utgjør noen trussel mot de foreslåtte tiltakene eller omgivelsene. Den mest aktuelle risikoen er knyttet til kuldeanlegg innen fiskeindustrien. Slike anlegg benytter ammoniakk som kuldemedium. Ammoniakk er klassifisert som en giftig og etsende gass, som under gitte omstendigheter kan være eksplosiv og brennbar.

Generelt sett bør det legges opp til at virksomhet med eksplosjonsfare og lekkasje av giftige kjemikalier bør legges så langt unna bebyggelse som mulig.

Karlsøy har ikke virksomhet som kommer inn under storulykkesforskriften. For øvrig har Karlsøy en del verksteder og anleggsbedrifter plassert langs fylkesvegnettet. Det legges i liten grad opp til bebyggelse i nærheten av slik virksomhet.

SAMFERDSEL

I og med at Karlsøy kun har en stamveg ut av kommunen og til det øvrige fylket, blir kommunen sårbar mht. kommunikasjon. Hurtigruten har ikke anløp i Karlsøy og hurtigbåten har 4 ukentlige anløp i på Finnkroken i Reinøy og to anløp ukentlig i Vannvåg. Kommunikasjon i Karlsøy er avhengig av ferger. Med Langsundforbindelsen faller Hansnes og Reinskar på Reinøy bort som ordinære fergeleier. Hansnes opprettholdes som beredskapsfergeleie. Karlsøy kommune har pr i dag ingen tunnel for regulær trafikk. Kvalsundtunnelen i Tromsø kommune forbinder Ringvassøy med Kvaløy. Den planlagte Langsundforbindelsen vil forbinde Ringvassøy med Reinøy. En ny tunnel vil lette tilkomsten for biltrafikk og som sådan gjøre lokalsamfunnene i Karlsøy mer robust med henhold til utrykningskjøretøy, forsyningssikkerhet m.m. Midlertidig stengte veger rundt omkring i kommunen er ikke uvanlig. Dette kan skyldes skred eller kombinasjon av islagt veg og flomvann. Bare sjelden raser deler av vegen ut. Vegstrekningen langs Skogsfjordelva kan være utsatt for flom. Fylkesvegen til Tromsø kan være utsatt en rekke steder, for eksempel ved Glimbrua. En del av vegnettet er beliggende i rasutsatte områder. Viktige fareområder er kartfestet i forhold til aktsomhetssoner. Spesielt utsatt er vegen langs vestre del av Dåfjord hvor det har vært nærmere utredninger og vurdert avbøtende tiltak. Fylkesvegen til Tromsø, samt vegen langs Reinsvold, Sæterelva, Migarnes og

Prestøra på Reinøya er også innenfor aktsomhetssone skred sammen med en rekke øvrige strekninger.

TRAFIKKHENSYN

Karlsøy kommune har utarbeidet en egen trafiksikkerhetsplan. Planen foreslår en rekke konkrete tiltak for å øke tryggheten langs vegene. Blant annet foreslås det flere gang- og sykkelstier. Trafikkmengden i Karlsøy er liten til moderat, og det er få reguleringsproblemer knyttet til farlige vegkryss o.l.

BRANN OG HENSYNET TIL UTRYKNINGSKJØRETØY

Brann og redningstjenesten i Karlsøy kommune ivaretas gjennom et interkommunalt samarbeid med Tromsø kommune. Dette samarbeidet dekker områdene brannvesen, dykkertjeneste, feiertjeneste og forebyggende arbeid. Kommunen har 4 brannkorps med 30 ansatte på deltid fordelt med hhv. 1 korps både på Hansnes og Reinøy mens Vannøy har to korps, henholdsvis i Vannareid og Vannvåg.

Når det gjelder kompetanse i brannkorpset, jf. forskrift om organisering og dimensjonering i brannvesen, så ser man her et behov for utdanning jf. tabell 5.

Utdanning iht. forskrift om organisering og dimensjonering i brannvesenet		
Stilling	Har utdanning	Mangler utdanning
Brannsjef	1	0
Avdelingsleder	2	4
Utrykningsledere, deltid	1	4
Brannkonstabler, deltid	5	25

Tabell 5 viser status og behov for utdanning i brannvesenet for Karlsøy kommune (Kilde: DSB)

Brannkorpset i kommunen disponerer 7 kjøretøy fordelt på de ulike stasjonene, jf. tabell 6. Slukkevann generelt vil ikke være noe problem, da det er kapasitet på 20 liter i sekundet i alle sentrale strøk. Ved en større hendelse vil det likevel være muligheter for innsug på grunn av trykktap i vannledninger. Utenfor sentrale strøk benyttes pumper.

Kjøretøy per brannstasjon		
Stasjon	Årsmodell	Type
Hansnes	1992	Mannskapsbil
	2003	Kommandobil
	1992	Påhengsvogn
Vannvåg	1983	Mannskapsbil
	2012	Påhengsvogn
Vannareid	1999	Bil med slukkeutstyr
Stakkvik	2004	Bil med slukkeutstyr

Tabell 6 viser oversikt over kjøretøy pr. brannstasjon, herunder type og årsmodell. (Kilde: DSB)

Konsekvensutredning for nye utbyggingsområder viser at de aller fleste foreslåtte tiltakene er lagt til eksisterende infrastruktur og veg. Unntakene er ett eller to hyttefelt som vil kreve større tilrettelegging for atkomstveg. Samordnet arealplanlegging bidrar dermed til å redusere muligheten for at tiltaket ikke kan nås eller at det ikke er tilgjengelig slukkevann. I Karlsøy kommune hvor befolkningen er spredt på en rekke øyer er hensynet til responstid og utrykningskjøretøy en spesiell utfordring. Sårbarheten er redusert ved å legge til rette for avbøtende tiltak, slik som ambulansebåt fra Hansnes til de øvrige øyene, helikoptertransport til Tromsø ved sykdom eller ulykker, og lokale innsatsmannskaper på de enkelte øyene.

TRANSPORT AV OLJE OG FARLIG GODS

Omtrent daglig passerer oljetankere utenfor territorialgrensen. Forliset av «John R» første juledag i år 2000 viste at kystsonen i Karlsøy kan være svært utsatt for større og mindre oljeforurensning. Veggefjorden på ytre del av Ringvassøy var tidligere benyttet som skipskirkegård. Ved et eventuelt forlis med betydelige oljeutslipp kan skipet slepes inn i denne fjorden og utløpet stenges av, slik at skadeomfanget avgrenses*. For øvrig gjelder avbøtende tiltak via oljevernberedskap. Transport av farlig gods langs veg kan forekomme. Den mest

omfattende risikoen er knyttet til ulykker langs gjennomfartsårene i tettbygde strøk, slik som Hansnes og Vannvåg. Det er imidlertid vanskelig å forebygge slike ulykker via arealplanlegging.

*Dette ble gjort med «John R»

KULTURTILBUD

Det kommunale/fylkeskommunale kulturtilbudet er ikke svært omfattende, men omhandler likevel to svømmebasseng – på Hansnes og i Vannvåg (henholdsvis 25 og 12,5 meter), ungdommens hus Credo for ungdom f.o.m. 8. klasse, Ungdommens kulturmønstring (UKM), Den kulturelle skolesekken (DKS), Den kulturelle spaserstokken (DKSS), Karlsøy kulturskole, Karlsøy folkebibliotek og Hansnes kunstgressbane, Dåfjord gressbane, lysløyper på Hansnes og Vannvåg.

Private kulturaktører omhandler bl.a. *Karlsøyfestivalen*, *Dans i Karlsøy*, *Gamnesdagan*, *Gladlaksdagan*, *Boknafeskfestivalen*, *Vannøydagan*, *Ækstremsporthelga* samt skitrekk på Vannvåg. Utover dette ser man at det er positiv aktivitet i grendene hvor ulike bygde-, grende- og husflidslag mv. arrangerer konserter, julebord, kafedrift og andre sosiale arrangementer.

For øvrig gir kommunen økonomisk støtte til lag og foreninger gjennom kultur- og idrettsmidler, samt at det gis tilskudd i til lag og foreninger som driver med kulturnæring, jf. tabell 7.

Kulturnæringsmidler fra næringsfondet i Karlsøy kommune for 2017	
Aktør	Støtte
Karlsøyfestivalen	25.000,-
Dans i Karlsøy	25.000,-
Gamnesdagan	10.000,-
Gladlaksdagan	10.000,-
Boknafeskfestivalen	10.000,-
Vannøydagan	Ikke søkt
Ækstremsporthelga	Ikke søkt

Tabell 7 viser fordeling av kulturnæringsmidler fra næringsfondet for 2017 (Kilde: Karlsøy kommune)

FRILUFTSLIV

Friluftsliv er det beste lavterskeltilbudet for å få folk ut i fysisk aktivitet, og skal være en naturlig del av innbyggernes hverdag. Friluftsliv er en investering med stor avkastning i form av trivsel, livsglede, bedre psykisk helse, færre på sykehus og lavere helsekostnader. 8 av 10 nordmenn velger uorganiserte turer i skog og mark som sin foretrukne aktivitetsform for å være i fysisk aktivitet. Friluftsliv er med andre ord den vanligste formen for fysisk aktivitet. Samtidig viser tall at nordmenn stadig blir mindre aktive, så her har kommunene en viktig jobb å gjøre for å holde innbyggerne sine fysisk aktive slik at folkehelsen blir ivaretatt. Tilgang på tilgjengelige friluftsområder er viktig for at majoriteten av innbyggerne bruker nærnaturen. Tilrettelagte områder og skilta og merka turstier er veldig populære turmål, og man ser at bruken øker etter at et område er tilrettelagt. Slik tilrettelegging er viktige kommunale oppgaver, slik at friluftsliv blir en naturlig del av folks hverdag.

Karlsøy kommune har variert natur som spenner fra karrig kystlandskap med bratte fjell ytterst i kommunen til skogkledde daler og fiskerike elver og vann lenger inn mot fastlandet. Kommunen har et rikt fugle- og dyreliv med spesielt store havørnkolonier. Øyene inviterer til korte og lange turer både langs fjæren og i fjellene. Her fiskes kveite, torsk, steinbit og mange flere arter i havet, eller ørret og røye i vannene og elvene på fjellet. Topp- og skiturer er populære, eller å jakte rypen om høsten, og ikke minst å plukke molte-, blå- og tyttebær mv.

For øvrig har kommunens bosatte i tettsteder trygg tilgang til hhv. rekreasjonsareal og nærturterreng fra stuedøra si, jf. figur 28. Dette er en markant stor forskjell fra landet for øvrig. Det er satt kriterier for hva som regnes som trygg tilgang. For å nå et nærturterreng eller rekreasjonsareal trygt må en kunne ferdes langs stier, gang- og sykkelveger eller bilveger med lite trafikk og lav fartsgrense. Det er også satt krav om hvor langt man er nødt til å gå for å ha tilgang, kravet er 200 meter for rekreasjonsareal og 500 meter for nærturterreng. Gjennom samarbeid med «Ishavskysten friluftsråd», Karlsøy kommune samt uvurderlig hjelp/støtte fra ildsjeler, frivillige og grunneiere har man oppnådd gode resultater mht. tilrettelegging for friluftsliv.

Nevneverdige prosjekter er:

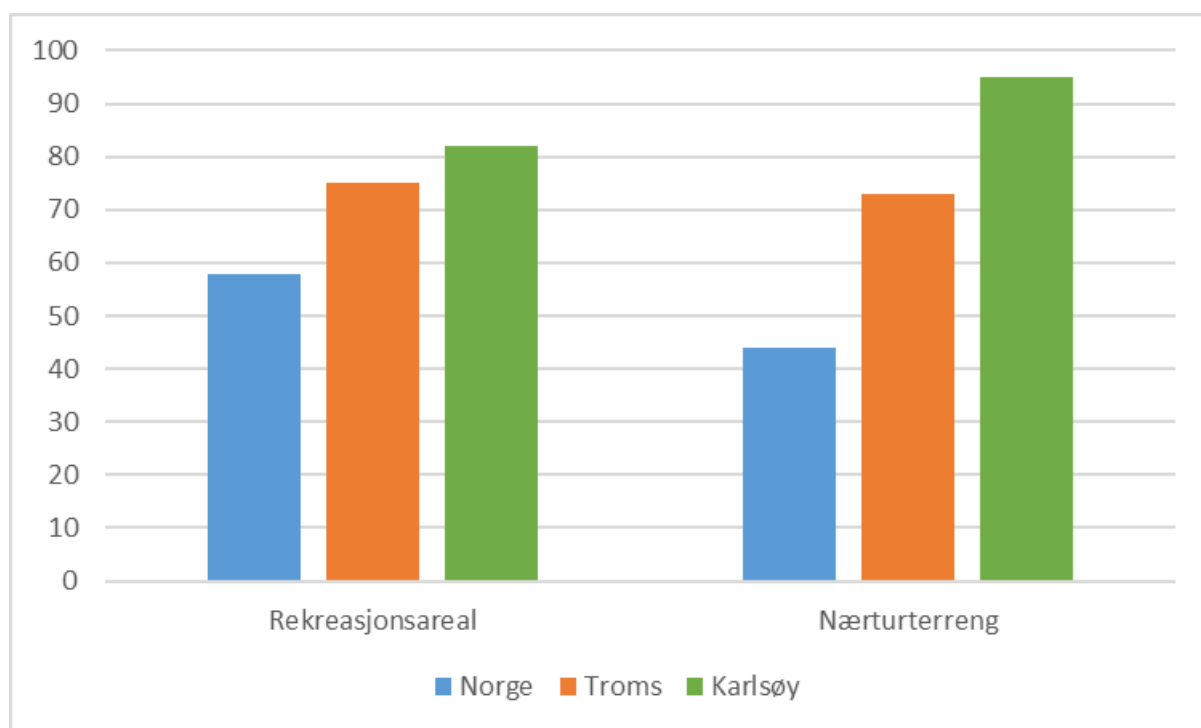
- «Ut og Plukk» (samarbeid i Nord-Norge med registrering av bærturer).
- «Ti på hjul» (friluftskonkurranse for rullestol, barnevogn og rullator).
- Kartlegging og verdsetting av friluftsområder.
- Gratis utlån av turutstyr.
- «Friluftsskolen» (tilbud til barn 10 – 13 år).
- «Turkort» (lavterskel turbeskrivelser, ferdigstilles 2018).
- «Turkart» (1:50.000 kart med samtlige stier inntegnet, ferdigstilles 2018).
- Merking/skilting/tilrettelegging av kjente stier i kommunen (pågående prosjekt).
- «Ordførertur».
- Oppføring av bålplasser, rasteplasser, vindskydd, gapahuker mv. (pågående prosjekt).
- «Turkalender».
- Tilrettelegging av kommunens eneste statlig sikra friluftsområde, Haugland gård på Hersøya
- Infotavler på p-plasser og fergeleier om service- og friluftstilbud i kommunen (ferdigstilles 2018)
- «Til topp i Karlsøy», årlig toppturkassetrim i barmarks sesongen for alle
- Kyststiene på Vannøya
- Merking og skilting av løyper (pågående prosjekt)
- Ringvassbu og Gammelhuset i Skipsfjord, DNT-hytter
- Fiske og jakt gjennom jakt- og fiskekort som forvaltes av frivillige privatpersoner eller lag og foreninger
- Lysløyper/skiløyper
- «Turkalender».

Alle skal gis mulighet til naturopplevelser, uansett funksjonsnivå og alder. Et viktig folkehelseiltak er å tilrettelegge for at flest mulig kan benytte friluftsområder i kommune, samt at man i disse områdene kan være fysisk aktiv. For personer med funksjonsnedsettelse er det avgjørende at slike områder har god tilgjengelighet og at man klarer seg selv.

Troms fylkeskommune regionale plan for friluftsliv, vilt og innlandsfisk anbefaler at det bør tilstrebes å tilrettelegge ett universelt utformet område i hver kommune i løpet av

planperioden 2016-2027. Når et område er universelt utformet, skal det kunne brukes av alle, uten særløsninger. Fordi kravene til universell utforming er høye, og kan være uoppnåelige i naturen, brukes derfor også gjerne begrepet «tilgjengelig» når en tilrettelegger friluftsområder for alle.

Karlsøy kommune har noen få områder som delvis er tilrettelagt for funksjonshemmede, primært rullestolbrukere og svaksynte. Rapporten «Kartlegging av tilgjengelighet for funksjonshemmede i tilrettelagte friluftsområder» (2017) beskriver utvalgte områder i kommunen. Områdene er «*Huldrestien*» (Gamnes), rasteplass ved Storvatnet (Vannareid) og «*Mikkelvik innfallsport*» (Mikkelvik), jf. kart 2.



Figur 28. Prosentandel av bosatte i tettsteder med trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng innenfor gangavstand til boligen sin i 2016 (Kilde: SSB)



Kart 2 viser utvalgte områder i kommunen.

(Kilde: Kartverket)

De utvalgte områdene i kommunen er delvis tilrettelagt for funksjonshemmede. Områdene følger ikke alle krav for full tilgjengelighet, men relativt små grep vil kunne øke tilgjengeligheten jf. tabell 8.

Utvalgt område	Kartlagt objekt	Status	Begrunnelse
Huldrestien, Gamnes	Parkeringsområde	Ikke tilgjengelig for manuell eller elektrisk rullestol	Ingen HC-parkering
	Turvei	Ikke tilgjengelig for manuell eller elektrisk rullestol	Ujevnt dekke
		Tilgjengelig synshemmede	Terreng med stigning over krav ($\leq 2,9^\circ / < 4,9^\circ$ pr. 3 m)
			Fri høyde opp til 225 cm
	Grillhytte	Ikke tilgjengelig for manuell eller elektrisk rullestol	Naturlig føringskant
		Terskel på 13 cm (Krav: $\leq 2,5$ cm)	
	Bålplass	Tilgjengelig synshemmede	Inngangshøyde ≥ 225 cm
		Ikke tilgjengelig for manuell eller elektrisk rullestol	Løst ujevnt dekke med helning opp til 8° (Krav: flatt, fast og jevnt dekke/helning $\leq 2,9^\circ$)
Storvatnet, Vannareid	Sittegruppe	Tilgjengelig synshemmede	Ingen absolutte krav
		Ikke tilgjengelig for manuell eller elektrisk rullestol	Dekket er ujevnt, bord er for lavt (Krav ≥ 67 cm) og utstikk bord er kun 40 cm (Krav: ≥ 50 cm)
"Mikkelvik innfallsport"	Parkeringsområde	Ikke tilgjengelig for synshemmede, manuell eller elektrisk rullestol	Ingen HC-parkering
	Toalett	Ikke tilgjengelig for manuell eller elektrisk rullestol	Inngangsbredde er 80 cm (Krav: ≥ 90 cm)
		Vanskelig tilgjengelig for synshemmede	Terskel på 16 cm (Krav: $< 2,5$ cm)
			Ingen skilting/belysning
	Sittegruppe	Ikke tilgjengelig for manuell eller elektrisk rullestol	Mindre god kontrast mellom dør - dørkarm
		Tilgjengelig synshemmede	Løst og ujevnt dekke
		Sittegruppe	Ikke tilgjengelig for manuell eller elektrisk rullestol
Tilgjengelig synshemmede			Ingen absolutte krav

Tabell 8 viser resultatene fra kartlegging i kommunen

(Kilde: Ishavskysten friluftsråd)

Allemannsretten gir alle rett til å ferdes fritt i utmark i Norge. Retten gir imidlertid ingen garanti mot omdisponering av areal til andre formål. Den gir heller ingen automatisk rett til fysisk tilrettelegging, eller rett til å bruke et område så mye at det er til betydelig ulempe for grunneier. Derfor medvirker staten til at kommuner og friluftsråd kan kjøpe eller inngå avtaler om varig eller langvarig bruksrett til viktige friluftslivsområder, slik at de sikres og kan tilrettelegges og brukes til friluftsliv for allmennheten. Omtrent 2400 slike områder er sikret siden 1958. I Karlsøy kommune finnes et sikret område, Haugland gård på Hersøya. I samarbeid med Karlsøy jeger- og fiskerforening og Ishavskysten friluftsråd har gården blitt omfattende restaurert og er i dag åpen for allmennheten etter avtale med Karlsøy JFF. Gjennom sikringsordninger har kommunen store muligheter å sikre og tilrettelegge også nye områder til friluftslivsformål, der staten kan gå inn med 50 % eller 100 % av kjøpesummen, og 100 % av tilretteleggingsmidlene.

Karlsøy kommune har 9 naturreservater, 2 landskapsvernområder og ett statlig sikret friluftsområde. Våre øyer og holmer er unike i Norge, og det er derfor knyttet vernebestemmelser til en del områder i kommunen.

SKADER OG ULYKKER

For skader behandlet på sykehus ligger vi under både lands- og fylkesgjennomsnitt. Vi har ikke data på skader som behandles lokalt.

FYSISK AKTIVITET

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

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

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

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

KOSTHOLD

Kostholdet har endret seg betydelig de siste tretti årene. Vi spiser mindre transfett og sukker, og mer grønnsaker og frukt. Likevel har mange fremdeles et kosthold som øker risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme og type 2-diabetes.

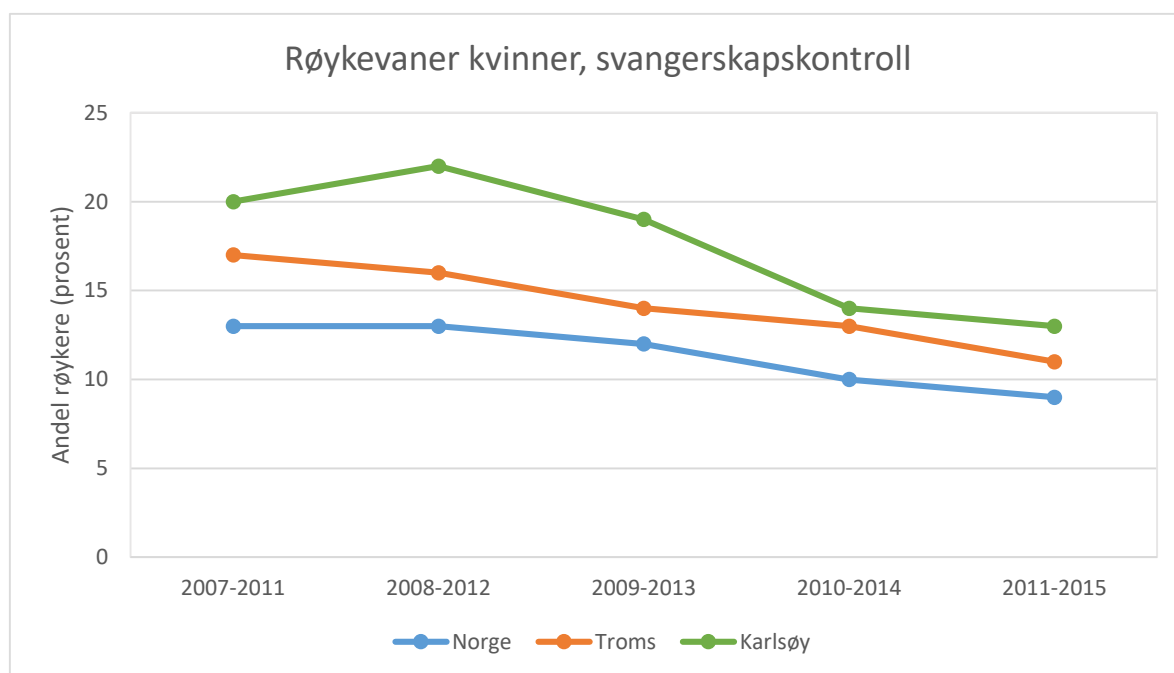
Forbruket av grønnsaker og frukt er fortsatt bare omtrent halvparten av anbefalt inntak. De med høyere utdanning spiser oftere grønnsaker og frukt og drikker sjeldnere sukkerholdig drikke enn de med lavere utdanning. Den gunstige utviklingen i kostens fettinnhold har stoppet de siste ti årene. Inntaket av mettet fett har økt noe i senere år og det er betydelig

høyere enn anbefalt. Saltinntaket er nesten dobbelt så høyt som anbefalt. Høyt saltinntak øker risikoen for høyt blodtrykk og hjerte- og karsykdommer.

Det foreligger ikke data for kommunen mht. kosthold.

RØYKING

På landsbasis var røyking årsak til 16 prosent av alle dødsfall i 1997 og 2003, og sank til 13 prosent i 2009. Om lag halvparten av de som røyker daglig over mange år dør av sykdommer som skyldes skadevirkningene av røyking. I 2012 var det 16 prosent av den voksne befolkningen som røykte daglig.

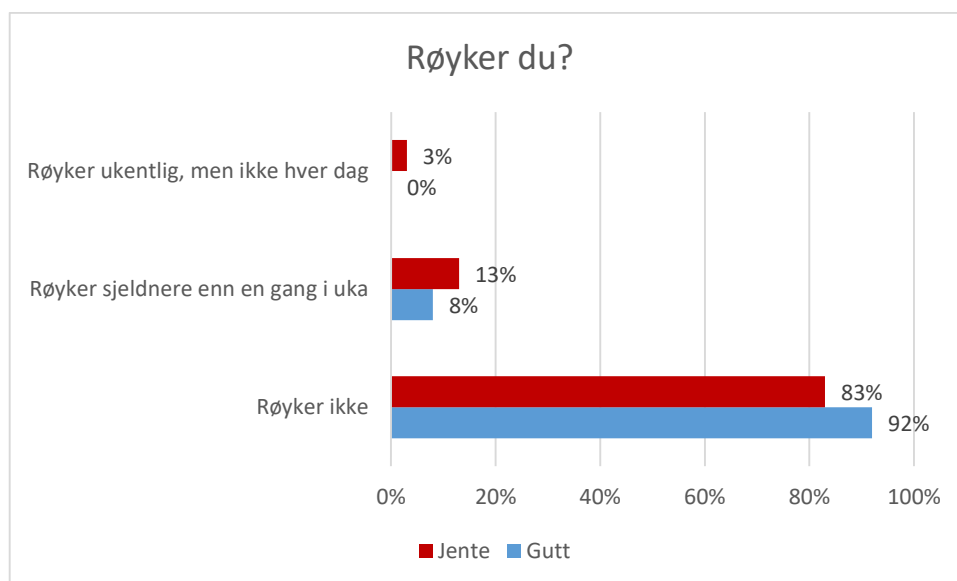


Figur 29 Viser nedgang i røyking blant kvinner fra første svangerskapskontroll.

(Kilde: FHI)

Vi har kun data hentet fra den første svangerskapskontrollen som angir røykevaner hos gravide, jf. figur 29. Dette er hos oss en liten gruppe, hvor vi ligger gjennomsnittlig an. Vi kan ikke ekstrapolere fra disse tallene om hvordan vi ligger an i andre grupper.

I «Ungdata-undersøkelsen 2017» (8. t.o.m. 10 klassetrinn) i Karlsøy kommune oppgir elevene røykevaner jf. figur 30.

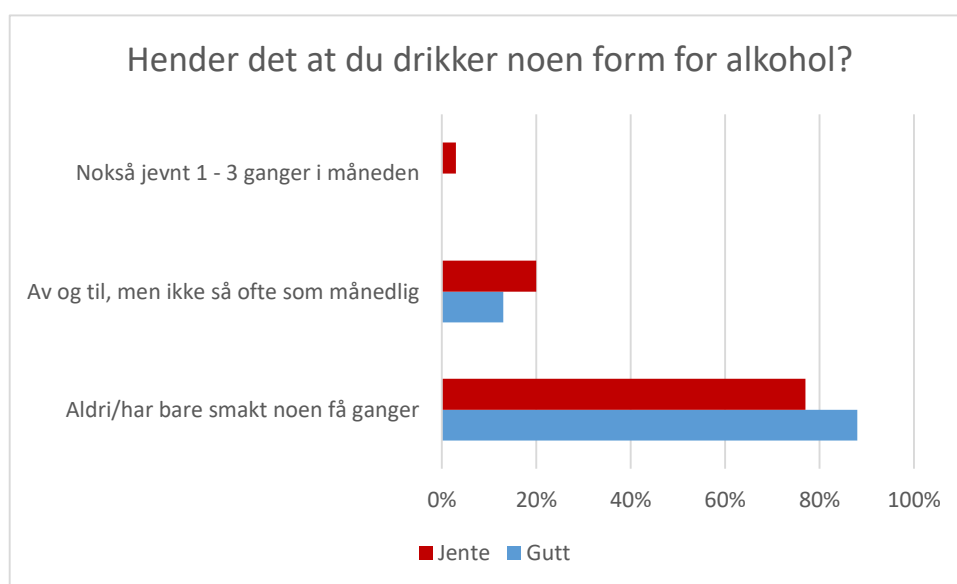


Figur 30 viser resultatene fra "Ungdata-undersøkelsen 2017" mht. røykevaner - begge kjønn. (Kilde: NOVA)

ALKOHOL OG ANDRE RUSMIDLER

Statens institutt for rusforskning (SIRUS) viser per 2014 at kvinner og menn drikker mer og oftere enn før. Ser man på de siste 20 årene har alkoholforbruket på landsbasis økt med 40 prosent.

Sammenligner man alkoholforbruk for voksne i Troms fylke med landet som helhet er dette på nivå med landsgjennomsnittet. «Ungdata-undersøkelsen 2017» gir oss et bilde av unges alkoholvaner, jf. figur 31.

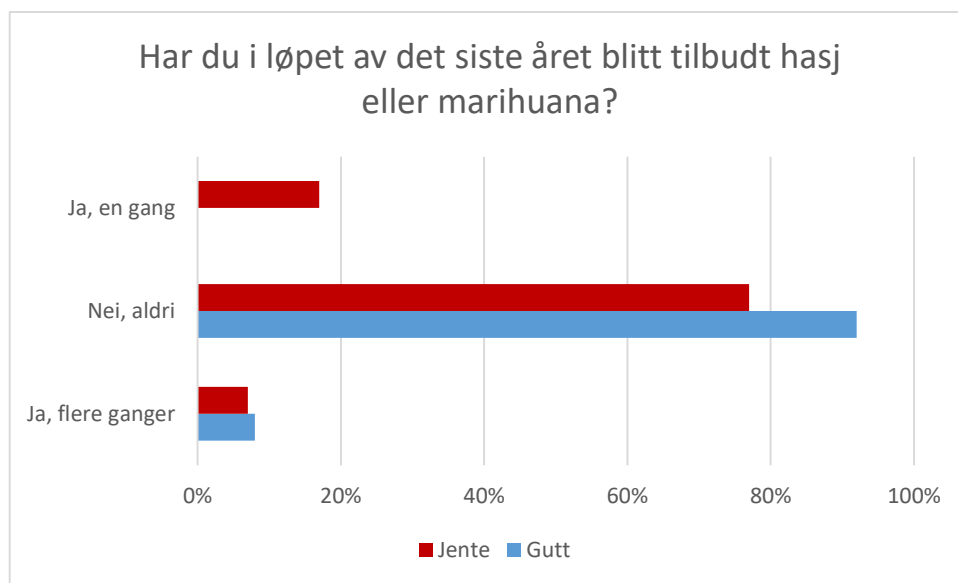


Figur 31 illustrerer alkoholvaner hos ungdom i kommunen.

(Kilde: NOVA)

Når det gjelder ungdommens bruk av andre rusmidler enn alkohol foreligger det data mht. hvor ofte ungdom blir tilbudt hasj eller marihuana, jf. figur 32. Forskning viser at unge har større risiko for å utvikle psykoser ved bruk av disse stoffene. I tillegg viser forskningen at bruk av disse rusmidlene har en sammenheng med:

- Økt fravær fra skole/arbeid.
- Konflikter i sosialt nettverk.
- Kortere utdanningsnivå.
- Lettere adgang til sterkere/hardere rusmidler.



Figur 32 viser at ungdom i kommunen blir tilbudt narkotiske stoffer som hasj eller marihuana. (Kilde: NOVA)

TRIVSEL OG MESTRING

Ungdataundersøkelsen viser at i overkant av 83% av de forespurte barna i klassetrinnene 8-10 klasse trives på skolen. Ca. 22% svarte at de hadde mer skolearbeid enn de følte at de rakk over.

PSYKISK HELSE, ENSOMHET OG VENNEKONTAKT

Statistisk sentralbyrå (SSB) publiserte i 2016 en levekårsundersøkelse som omhandlet helse, omsorg og sosial kontakt. Resultatene viser at de aller fleste har en fortrolig venn og har hyppig kontakt med venner og familie.

De fleste unge opplyser at de har kontakt med venner og svært få oppgir at de ikke har slik kontakt. Sysselsatte har mer kontakt med andre sammenlignet med resten av befolkningen. Tabell 9 viser at det å ikke ha fortrolig venn og ikke ha kontakt med gode venner øker jo eldre vi blir.

Sosial kontakt blant personer 16 år og over, etter alder i prosent				
	2015			
	16-24 år	25-44 år	45-66 år	≥ 67 år
Lite vennekontakt	2	7	10	17
Uten en fortrolig	2	3	4	4
Andel med 2 eller færre personer de kan regne med hvis personlige problemer	15	18	22	31
Vanskelig å få hjelp fra naboer	13	12	11	14
Andre viser liten eller ingen interesse for det du gjør	3	3	3	4

Tabell 9 viser sosial kontakt, 16 år og over.

(Kilde: SSB)

Kun 3 prosent oppgir å mangle en som står dem nær og som de kan snakke fortrolig med. Eldre sier oftere enn unge at de mangler en fortrolig, men aldersforskjellene er likevel små. Mens 2 prosent i aldersgruppen 16 til 24 år mangler en fortrolig, gjelder dette 4 prosent blant personer som er 67 år eller eldre. Størrelsen på nettverkene varierer også med alder. 15

prosent i alderen 16 til 24 år oppgir at de har to eller færre nære personer som de kan regne med hvis de får personlige problemer, mot 31 prosent blant personer over 66 år.

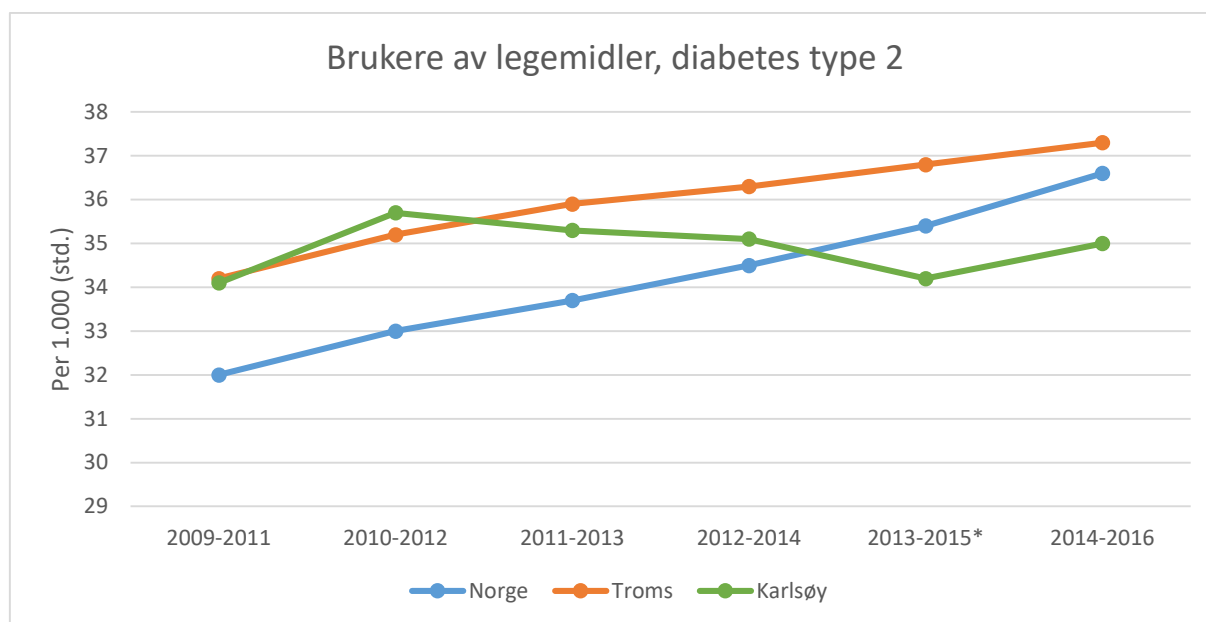
I «Ungdata-undersøkelsen 2017» ble ungdom spurt om sitt forhold til venner. Undersøkelsen viser at de aller fleste har venner som de «kan stole fullstendig på og betro seg til om alt mulig». Nokså mange ungdommer har venner som de kun har kontakt med gjennom nettet. På landsbasis ser man en trend siden 2011 hvor flere av jentene ikke har fortrolige venner. For guttene har andelen som ikke har fortrolige venner vært like lav i alle årene. Det er til dels urovekkende at så mye som henholdsvis 16% for jenter og 10% for gutter i kommunen ikke har faste venner, jf. tabell 10.

Vennskap		
Når du er sammen med venner/kamerater, er du da som oftest sammen med...	Gutt	Jente
En eller to fast	32 %	33 %
En eller to faste venner som ofte er med i en gruppe andre ungdommer	4 %	13 %
En vennegjeng som holder sammen	48 %	43 %
Ikke faste venner	16 %	10 %
Har du minst en venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?	Gutt	Jente
Ja, helt sikkert	88 %	57 %
Ja, det tror jeg	8 %	33 %
Det tror jeg ikke	4 %	7 %
Har ingen jeg vil kalle venner, nå for tida	0 %	3 %
Har du minst en nær venn som du bare har kontakt med gjennom nettet?	Gutt	Jente
Ja, helt sikkert	36 %	33 %
Ja, det tror jeg	16 %	37 %
Det tror jeg ikke	24 %	10 %
Har ingen jeg vil kalle nettvenner for tiden	24 %	20 %

Tabell 10 viser indikatorer for fortrolige venner blant ungdom i kommunen. (Kilde: NOVA)

DIABETES

Karlsøy har hatt en gradvis nedgang i bruk av legemidler til behandling av diabetes type 2 de siste årene fra 2013 til 2015, samt en minimal økning i 2016. I perioden 2009 til 2012 lå Karlsøy kommune over landsgjennomsnittet og Troms fylke for øvrig, jf. fig. 33.



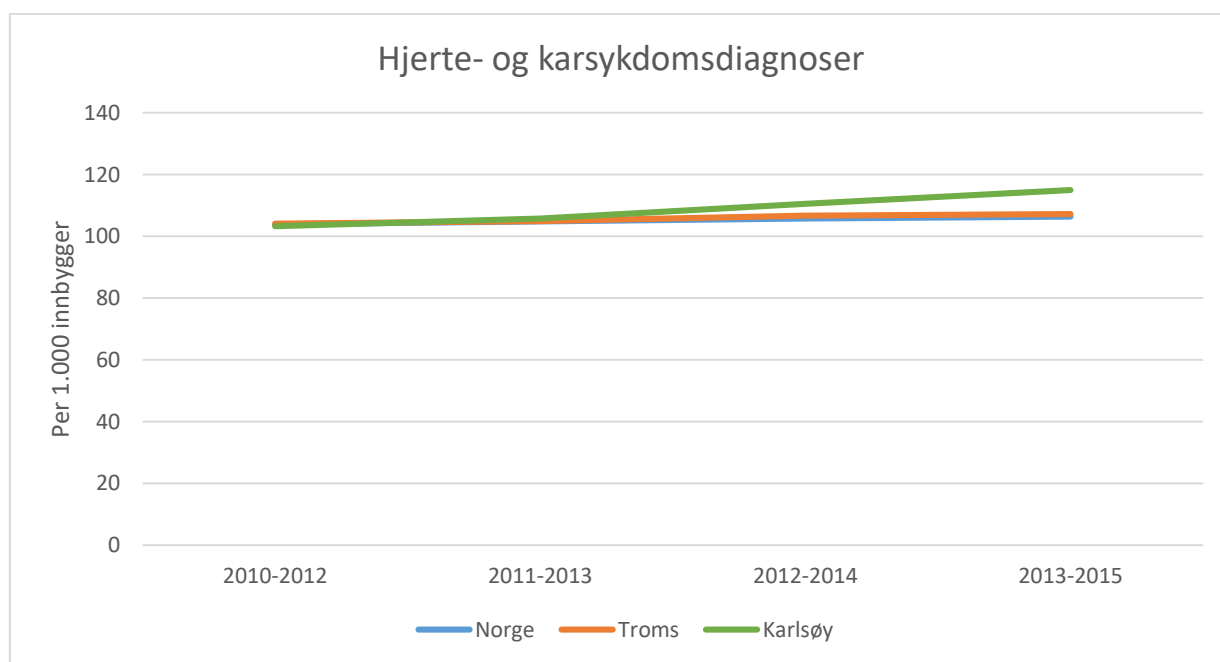
Figur 33 : Brukere av legemidler forskrevet på resept til behandling av type 2-diabetes i aldersgruppen 30-74 år. Brukere defineres som personer som i løpet av året har hentet ut minst en resept i apotek. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel, telles vedkommende bare én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. (Kilde: FHI)

Diabetes er en av de store folkesykdommene, og er forbundet med alvorlige komplikasjoner. Forekomsten av type 2 diabetes er usikker og det finnes ingen landsdekkende oversikt over antall personer (prevalens) med diagnostisert diabetes eller hvor mange nye som får diabetes hvert år (insidens). Behandling av diabetes varierer. For noen er kosthold, mosjon og vektreduksjon viktig for å holde sykdommen under kontroll. Andre trenger medikamenter for å få ned blodsukkeret. Data fra reseptregisteret viser at ca. 165.000 behandles med blodsukkersenkende legemidler. Dette tallet kan brukes som en indikator på forekomsten av type 2 diabetes i befolkningen.

HJERTE- OG KARSYKDOMMER

Hjerte- og karsykdommer er sammen med kreft de vanligste dødsårsakene om man ser hele Norges befolkning under ett. Det er hjerte- og karsykdommene som samtidig gir de største sosiale forskjellene i livslengde.

Innbyggerne i Karlsøy kommune må kunne sies å gjenspeile landet for øvrig når det gjelder viktige og vanlige årsaker til dødsfall. Figur 34 viser at kommunen har om lag like mange diagnoser grunnet hjerte- og karsykdommer som resten av landet.

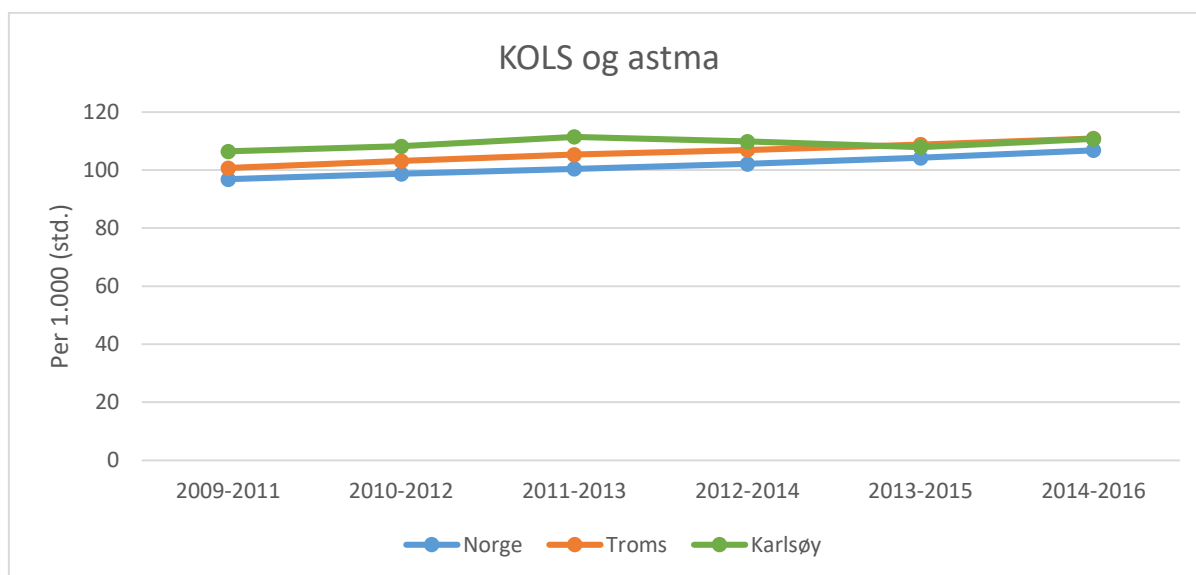


Figur 34 viser hjerte- og karsykdomsdiagnoser for alle aldersgrupper per 1.000 (std.)

(Kilde: FHI)

KOLS OG ASTMA

KOLS er en forkortelse for kronisk obstruktiv lungesykdom. Tidligere ble begrepet emfysem mest brukt. Røyking er den dominerende risikofaktoren for dødsfall som skyldes KOLS. Også arbeidsmiljø spiller en rolle. Karlsøy kommune ligger om lag likt med landsgjennomsnittet, jf. figur 35.

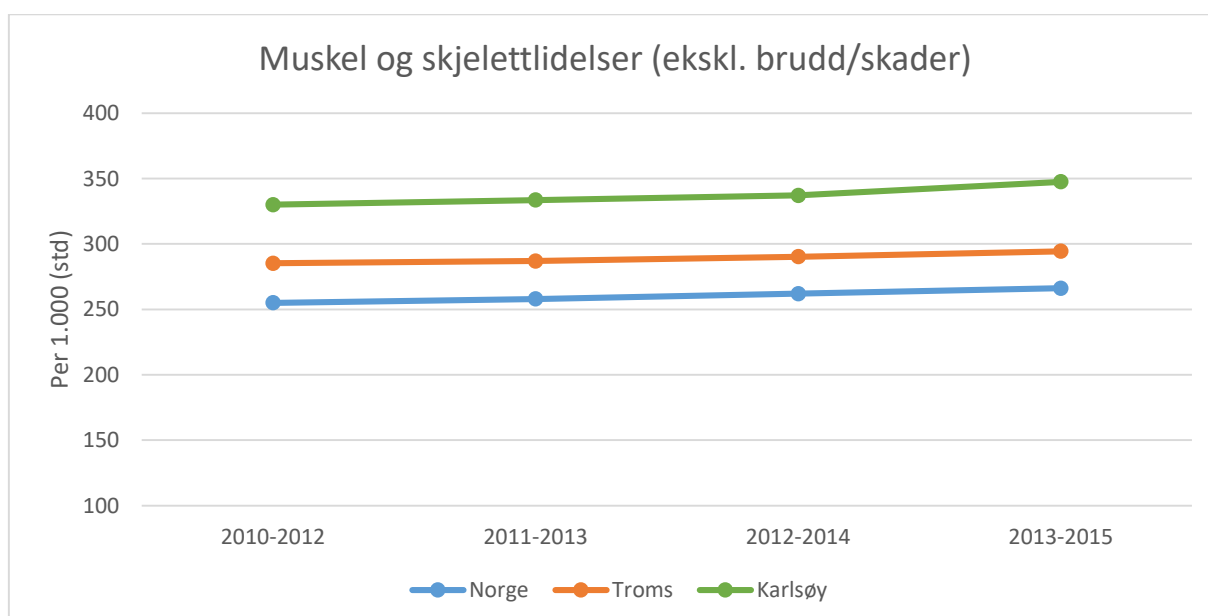


Figur 35 Viser KOLS og astma, legemiddelbrukere (45-74 år)

(Kilde: FHI)

MUSKEL- OG SKJELETTLIDELSER

Her har vi en betydelig økt forekomst sammenlignet med både fylket og landet som helhet, jf. figur 36. Det gjenspeiler at vi har en stor andel personer som har tungt manuelt virke som kan medføre belastningslidelser.



Figur 36 Viser muskel og skjelettlidelser (ekskl. brudd og skader)

(Kilde: FHI)

DEMENS

I Norge i dag har ca. 70 000 personer en demenssykdom. Av disse er halvparten av personene innlagt i sykehjem og den andre halvparten bor hjemme. Antallet personer med demens menes å fordobles innen 2040, dersom ikke framtidig forskning kan stoppe eller begrense sykdomsutviklingen.

For Karlsøy kommune tilsvarer disse tallene i befolkningen fra 2015-2025 en økning på omtrent 14 personer med demenssykdom. Fra 66 personer i 2015 til 80 personer i 2025. (som en tommelfingerregel kan en beregne at 10% av befolkningen over 70 år utvikler demens, 20% over 80 år og 30% over 90 år).

Demenssykdoms utgjør den største gruppen i vår kommune med behov for omsorgstjeneste. Demens er derfor ved siden av annen alvorlig fysisk sykdom en av de viktigste kriteriene for å få plass i sykehjem.

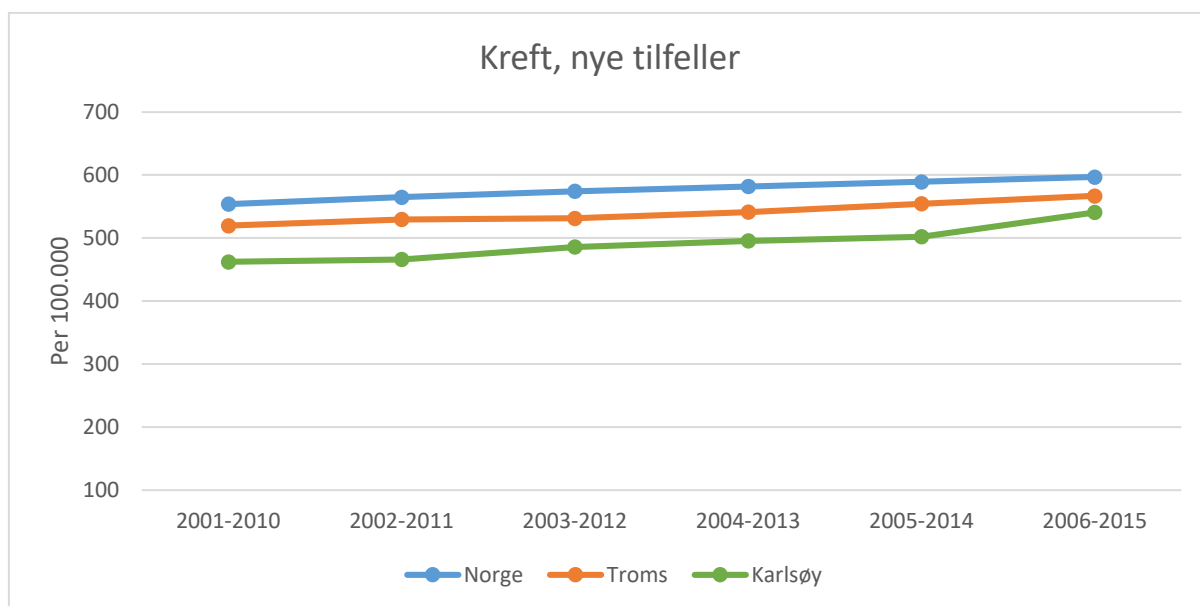
En sunn livsstil kan bidra til å forhindre demens. Levevaner ser også ut til å kunne bremse symptomene hos dem som allerede har fått en demenssykdom. Tidlig diagnostisering, informasjon, tilrettelegging og oppfølging av den demenssyke og pårørende, vil være medvirkende faktorer til at familien klarer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

KREFT

Kreft er ikke én sykdom, men en gruppe sykdommer som kjennetegnes ved ukontrollert celledeling. Kreft rammer alle aldersgrupper, men risikoen øker med alderen. De vanligste typene i Norge er prostatakreft, brystkreft og lungekreft.

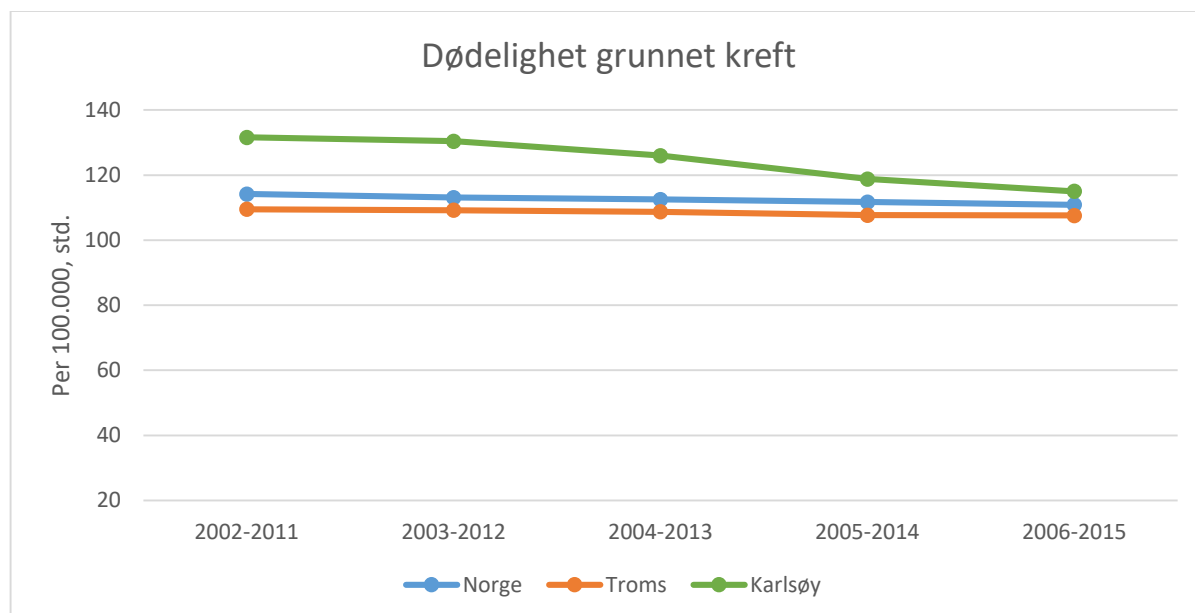
Minst ett av tre krefttilfeller har sammenheng med levemåten vår viser tall fra Verdens helseorganisasjon (WHO). Dette betyr at den enkelte av oss kan gjøre mye for å forebygge utvikling av kreftsykdom. Her nevnes for eksempel et sunt og variert kosthold, aktivitet, unngå overdreven soling, ikke røyke, samt ha et begrenset alkoholinntak.

Karlsøy ligger lavere enn gjennomsnittet i landet når det kommer til antall nye krefttilfeller pr år, jf. figur 37. Dette gjelder både menn og kvinner, alle diagnoser sett under ett. Det er årlig et gjennomsnitt på 17 nye tilfeller i perioden 2006-2015. Forekomsten har steget svakt siste 15 år, både for menn og kvinner.



Figur 37 Viser nye tilfeller av kreft per 100.000 innbyggere per år for menn og kvinner. Ti års gjennomsnitt, per 100 000 standardisert. (Kilde: FHI)

Kreftdødeligheten er svakt synkende i Karlsøy for aldersgruppen 0-74 år, jf. figur 38. Det er snakk om små variasjoner, hvor menns dødelighet har sunket mest. I perioden 2005-2014 er det et samlet gjennomsnitt for begge kjønn på 3,5 personer.



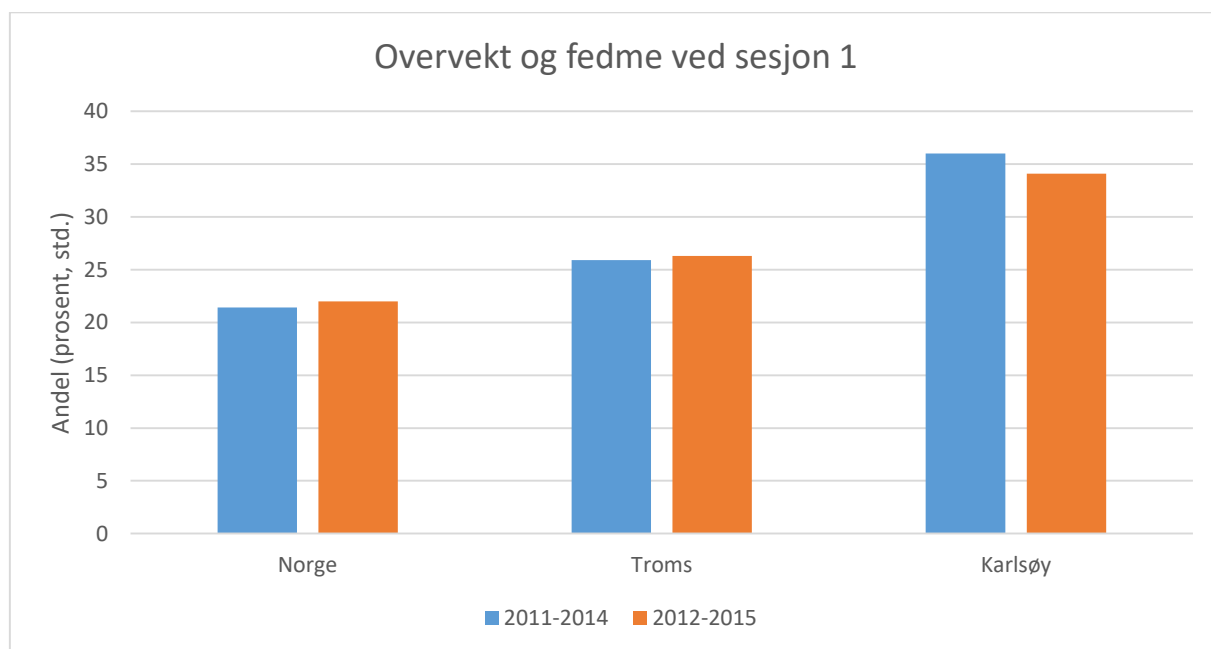
Figur 38 Viser antall døde i aldersgruppen 0-74 år, årlig antall. 10 års glidende gjennomsnitt. (Kilde: FHI)

OVERVEKT OG FEDME

Andelen barn med overvekt ser ut til å ha stabilisert seg på et høyere nivå sammenlignet med 1970-tallet. Andelen unge med overvekt og fedme har økt noe de siste årene. Målinger av høyde og vekt viser at andelen med fedme har økt fra under 10 til 20 prosent blant voksne i 40–45-årsalderen i Norge, de siste 25 årene. Det foreligger ikke tilstrekkelig datamateriale til å fastslå om denne økningen kan forklares med endringer i energiforbruk eller energiinntak i befolkningen. Sannsynligvis skyldes dette en kombinasjon av disse.

Fedme øker blant annet risikoen for hjerteinfarkt, hjerneslag, kreft, diabetes type 2, gallestein, muskel- og leddplager. Vektøkning er en følge av at energiinntaket er større enn energiforbruket. Det er lettere å forebygge enn å behandle overvekt. Det er derfor viktig å etablere gode levevaner for å forhindre uønsket vektøkning. Tiltak som kan påvirke mat- og aktivitetsvaner er svært viktig.

Resultater fra sesjon 1, begge kjønn, viser at andelen med overvekt og fedme i Karlsøy hatt en nedgang fra 36 prosent (2011-2014) til 34,1 prosent (2012-2015). For Troms og landet som helhet viser tallene en svak økning, jf. figur 39.



Figur 39 Viser overvekt og fedme for begge kjønn ved sesjon 1, andel i prosent.

(Kilde: FHI)

Barnevekststudien fra Folkehelseinstituttet viser at:

- Prosentandelen med overvekt og høyde er betydelig høyere blant barn av mødre med lav inntekt sammenlignet med barn av mødre med høy utdanning.
- Forekomsten av overvekt og fedme (herunder bukfedme) var om lag 1,5 – 2 ganger høyere blant barn i små kommuner sammenlignet med barn fra større kommuner.
- Forekomsten av overvekt og fedme blant barn av skilte foreldre var drøyt 50 prosent høyere sammenlignet med barn av gifte foreldre.

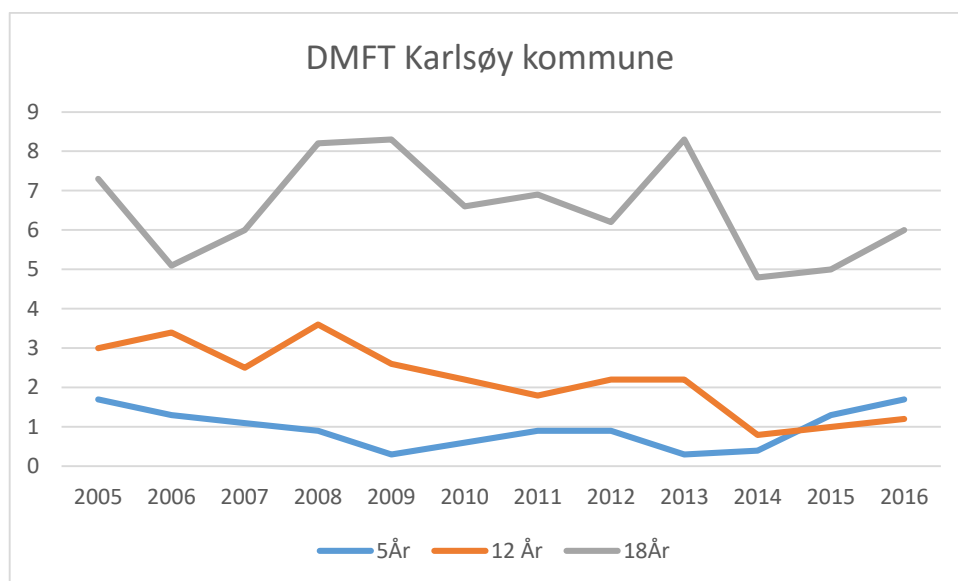
Internasjonalt er det mange barn som vokser opp i et miljø som fremmer vektøkning og utvikling av fedme, hvor Norge og Karlsøy ikke er noe unntak. Fete og søte matvarer markedsføres aktivt og barn og unge har en enkel tilgang til slike matvarer. Dette i kombinasjon med til dels mye stillesittende aktiviteter, gjerne foran en skjerm, medfører at energiinntaket lett blir høyere enn energiforbruket.

Både mors utdanning, kommunestørrelse og familiens sivilstatus har betydning for utviklingen av overvekt og fedme. Risikofaktorene for utvikling av overvekt og fedme blant barn er komplekse, og kan ikke overlates til foreldrene alene.

TANNHELSE

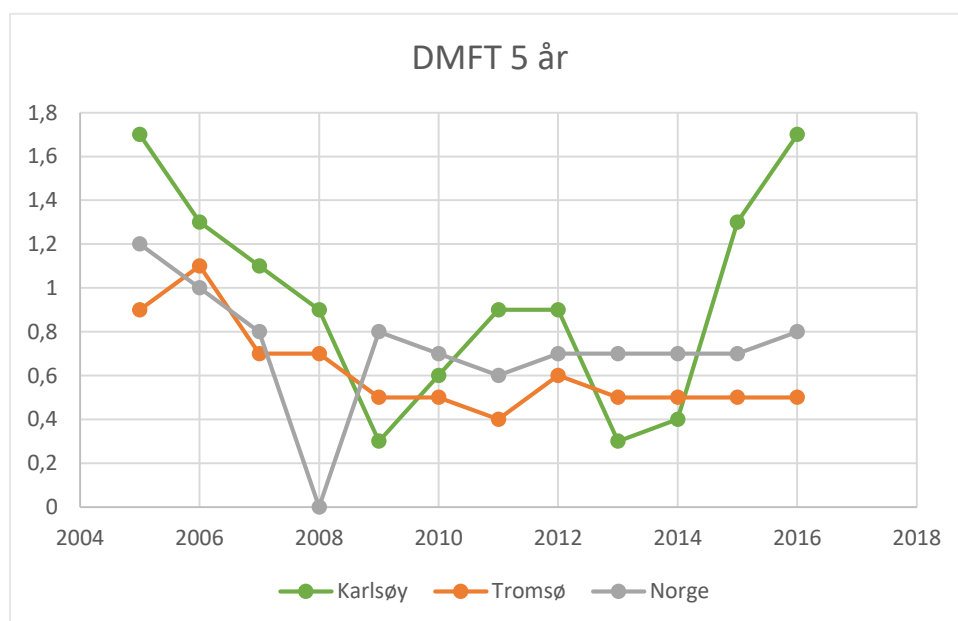
Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen.

Den vanligste årsaken til tannskade er karies. Mye har hendt med barns tannhelse siden 1985 da om lag 100 prosent av alle 18-åringer hadde ett eller flere hull i tennene. Karieserfaring er derfor benyttet som tannhelseindikator for befolkningen generelt og spesielt for barn. Årskullindikatorer er 5 år, 12 år og 18 år. Det måles i gjennomsnitt antall tenner som har hatt karieserfaring (DMFT), dvs. alle tenner som ved tidspunktet har aktiv karies (D – decayed), har tidligere hatt karies (M – missing), har blitt reparert med fylling (F – fylling) eller trukket (T – tooth), jf. figur 40. Lav DMFT indikerer god tannhelse. Det måles også prosentandel som aldri har hatt karies (DMFT = 0). Høy prosentandel uten karieserfaring indikerer god tannhelse.

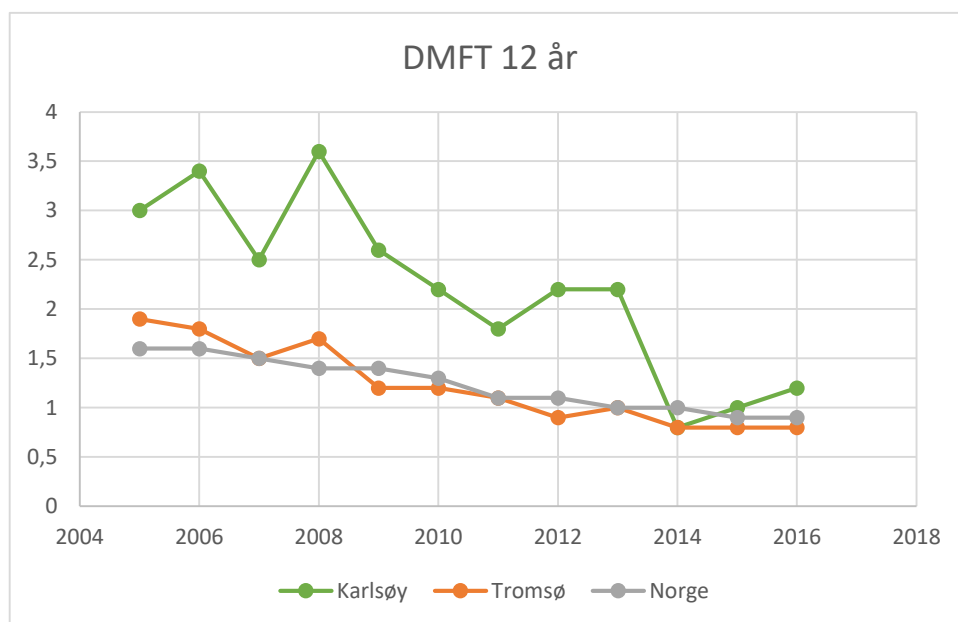


Figur 40 viser DMFT for Karlsøy kommune fordelt over tre årsklasser. (Kilde: THD)

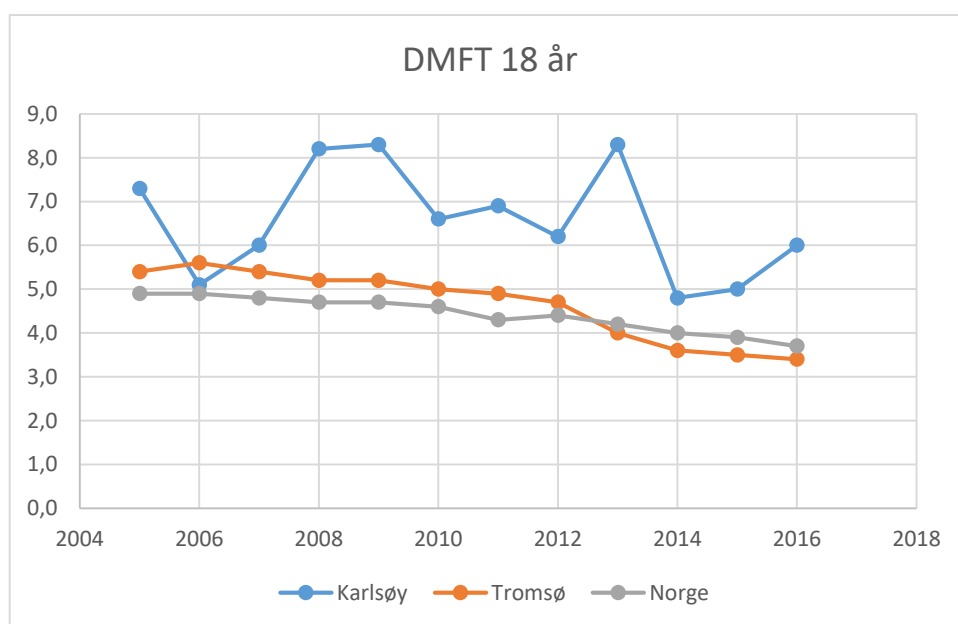
Diagram for 2005 – 2016 (figur 40 t.o.m. 43) for de ulike årskull for kommunen sammenlignet med hele Tromsø tannhelsedistrikt (THD - består av Tromsø og Karlsøy) og landsgjennomsnittet. Gjennom å sammenligne resultatene over tid får man et bilde over trenden i kariesutvikling. Antall barn og ungdom i kommunen er noe lavere sammenlignet med resten av distriktet og landet. En mindre endring hos de få som danner bakgrunnstall for kommunen gir derfor store utslag. Dette viser seg som en «dramatisk kurve» i diagrammene. Det er likevel mulig å se hovedtrenden fra statistikken.



Figur 41 viser DMFT for 5-åringer i Karlsøy kommune sammenlignet med Tromsø tannhelsedistrikt og landsgjennomsnitt. (Kilde: THD)



Figur 42 viser DMFT for 12-åringer i Karlsøy kommune sammenlignet med Tromsø tannhelse-distrikt og landsgjennomsnittet. (Kilde: THD)



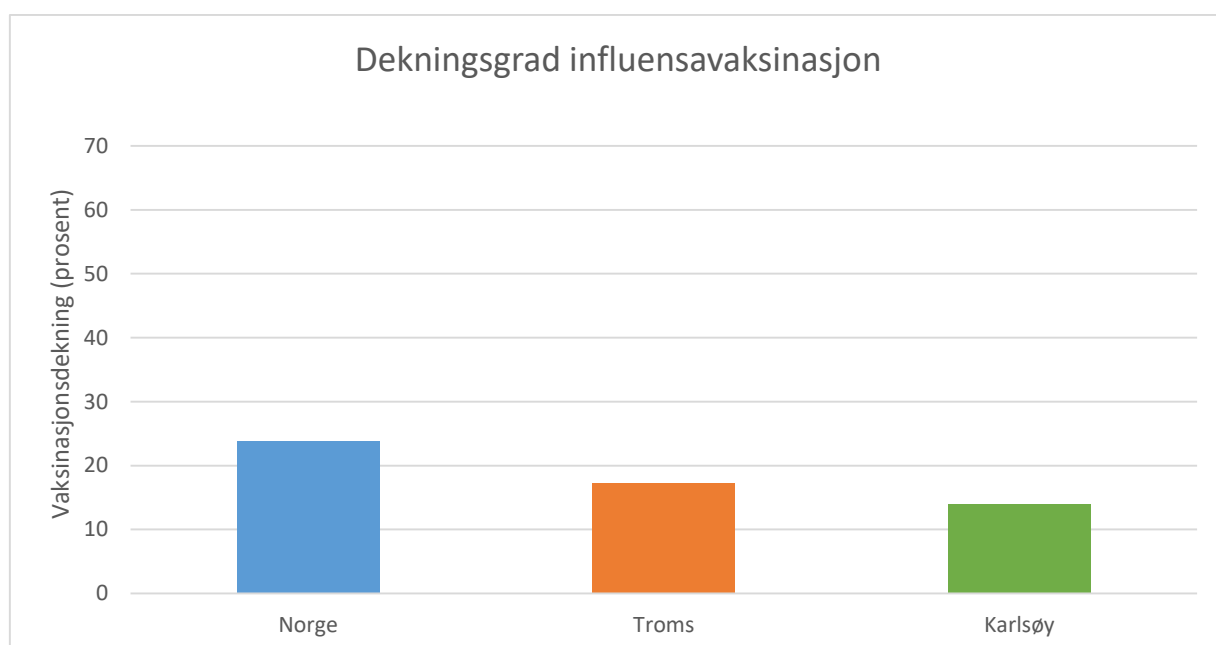
Figur 43 viser DMFT for 18-åringer i Karlsøy kommune sammenlignet med Tromsø tannhelse-distrikt og landsgjennomsnittet. (Kilde: THD)

SMITTSOMME SYKDOMMER

Influensavaksine til risikogrupper

Vaksinasjon mot influensa forebygger selve sykdommen og mulige følgesykdommer. Influensa skyldes virus og kan være alvorlig for eldre samt personer med kroniske sykdommer. Følgesykdommene er ofte bakterielle infeksjoner som krever antibiotikabehandling, eksempelvis lungebetennelse.

Kommunen har ansvar for å tilby influensavaksine til eldre over 65 år og andre risikogrupper. Verdens helseorganisasjon (WHO) og norsk helsevesens målsetting om at 75 prosent i risikogruppene blir vaksinerte. Per i dag er dekningen langt lavere enn dette. Figur 44 viser andelen over 65 år som har fått influensavaksine i kommunen sammenlignet med fylket og landet for øvrig, jf. tall fra Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK).



Figur 44 Andelen over 65 år som har fått influensavaksine sesongen 2015/16. Målsettingen er 75% vaksinerte. (Kilde: FHI)

Antibiotikaresistente bakterier – en utfordring for folkehelse

Utvikling og spredning av antibiotikaresistente bakterier er en alvorlig trussel mot vår fremtidige helse. Vi kan motvirke antibiotikaresistens ved å forebygge infeksjoner og bruke antibiotika bare ved behov.

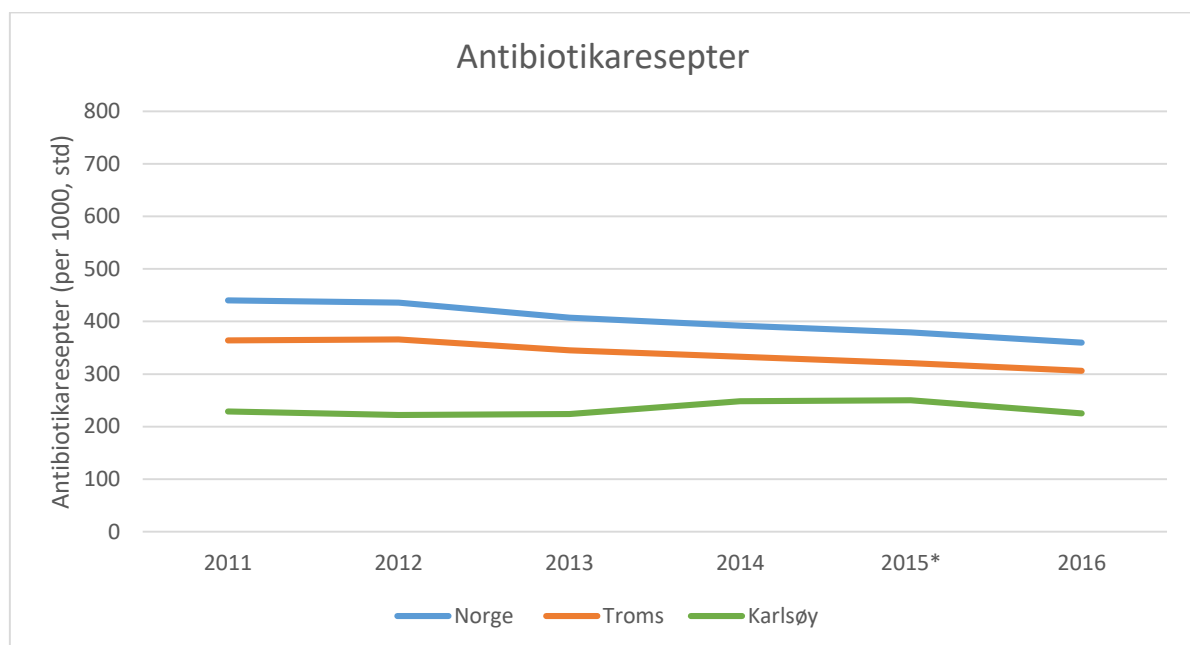
Antibiotikaresistens hos bakterier innebærer at de tåler antibiotika og kan leve videre og formere seg. utfordringene rundt antibiotikaresistens har økt på grunn av utstrakt bruk av antibiotika. Totalt sett er problemet med antibiotikaresistens fortsatt begrenset i Norge. Forebyggende innsats kan bidra til at forekomsten av infeksjoner med resistente bakterier holdes lav også i fremtiden.

De viktigste forebyggende tiltakene er å:

- redusere antibiotikabruk
- forebygge infeksjoner

Figur 45 illustrerer hvordan antibiotikaforbruket er i Karlsøy kommune sammenlignet med fylket og landet for øvrig. Figuren viser antall utleveringer av antibiotika per 1.000 innbyggere. Bruken av antibiotika i Karlsøy kommune er lavere sammenlignet med fylket og landet som helhet.

Det er et mål å redusere forbruket med 30% fra 2012 til 2020. Per i dag nyttes 85% av antibiotikaforbruket utenfor helseinstitusjoner. Ved nødvendig bruk av antibiotika er det vesentlig at det nyttes smalspektrede i stedet for bredspektrede. Dette da risikoen for å utvikle resistens er mindre ved smalspektrede antibiotika.



Figur 45 Antall utleveringer av antibiotika på resept per 1.000 innbyggere.

(Kilde: FHI)

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Levealder	Karlsøy kommunes befolkning har en gjennomsnittlig forventet levealder på henholdsvis 79,6 år (menn) og 83,9 år (kvinner). Det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise om det er forskjeller i forventet levealder mellom utdanningsgrupper.	Høyere utdanning knyttes til bedre livsstilvalg, bedre tilgang medisinsk behandling og større evne til å bruke helsetjenester.	
Trivsel og mestring	Av unge oppgir 83,5% oppgir at de trives på skolen. Kun 27,5% kunne tenke seg å bo i kommunen som voksen. Videre om nærmiljøet er kun 56,5 % fornøyd mht. fritidsklubb/ungdomshus e.l. og kun 8,5% er fornøyd med kulturtilbudet.	Manglende møteplasser lokalt/mangelfullt kulturtilbud.	• Trivsel påvirker elevers motivasjon, læringsatferd, prestasjoner (herunder frafall) og psykiske helse i skolen. • Økt fraflytting.
Psykiske lidelser	• Totalt viser tallmaterialet at Karlsøy kommune har under landsgjennomsnittet bruk av primærhelsetjenester for psykiske symptomer og lidelser. For aldergruppen 15-29 år ligger dette tallet noe over landsgjennomsnittet og på samme nivå som fylket. • Ungdom i kommunen er over landsgjennomsnittet plaget av ensomhet (31%) og depressive symptomer (20%). Alarmerende høye tall for jenter.	• Tap av relasjoner (dødsfall), konflikter, psykiske plager, rusmisbruk, voldsbruk, samlivsbrudd, mobbing/digital mobbing, ensomhet, psykologiske traumer. • Andre årsaker til belastning for barn og unge kan være at de har blitt mer konkurranseutsatt i hverdagen; likes/innlegg i sosiale medier, høyere krav til teoretisk kunnskap i skolen og mindre praksisfag.	• Redusert livskvalitet og funksjonevne hos den som rammes. • Nedsatt arbeidsevne, økning i sykefravær og uføretrygd, større dødelighet.

Diabetes	• Karlsøy kommune har hatt en gradvis nedgang i bruk av legemidler mot type 2-diabetes. • Årlig gjennomsnitt mht. brukere av legemidler til type 2-diabetes i tidsrommet 2011 - 2016 ligger på 58 personer.	Den viktigste årsaken har med livsstil og arv å gjøre, hvor overvekt p.g.a. høyt inntak av kaloririk/fet mat kombinert med lav fysisk aktivitet ansees som vesentlig.	Nedsatt blodtilførsel (bl.a. impotens) og skade på større blodårer, hjerte, nyrer og øyne. Økt risiko for å utvikle kroniske sår og infeksjoner i føttene.
Hjerte- og karsykdommer	Økning i antall legemiddelbrukere mht. hjerte- og karsykdommer, inkl. medikamenter for høyt kolesterol. For Karlsøy kommune fordeles legemiddelbrukerne jevnt mht. kjønn.	• Arv og kjønn • Høyt kolesterol og triglycider, røyking, høyt blodtrykk, stress, diabetes, mye fett i kosten, fedme, overvekt og mangel på regelmessig fysisk aktivitet	For tidlig sykdom og død. • Hjertesykdom utgjør om lag 10% av alle dødsfall i Norge. • Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken og hovedårsaken til alvorlig funksjonshemming.
Lungesykdommer	Svak økning i bruk av medikamenter i kommunen som er på nivå med fylket, og noe over landsgjennomsnittet.	• Røyk og annen luftforurensning (KOLS), allergener pustes inn (allergi/astma) • Infeksjoner forårsaket av virus og bakterier (eksempelvis bronkitt eller lungebetennelse).	Hoste, tungpustethet, brystmerter, psykiske og sosiale konsekvenser. Andre konsekvenser vil være økt sykefravær, problemer med konsentrasjon og uutholdenhet grunnet dårligere kvalitet på nattesøvn.
Muskel- og skjelettlidelser	Markant større andel sammenlignet med fylket og landsgjennomsnittet	Arv, over-, under-, og feilbelastning, skader, herunder tungt manuelt virke (eksempelvis fiske).	Redusert livskvalitet, vanligste årsak til sykefravær og uførhet.
Demens	Økende antall som forventes å øke betydelig fremover. Framskrivninger (SSB) tilsier at vi fra 2015 -2025 vil få en økning på om lag 14 personer med demenssykdom.	• Levevaner • Flere eldre	• Redusert livskvalitet • Stor belastning for pårørende • Stort pleie- og omsorgsbehov • Mangel på tilrettelagte boliger

Kreft	Svakt synkende kreftdødelighet i Karlsøy kommune.	1/3 av alle krefttilfeller har sammenheng med levemåte. Reduserer risikoen ved økt mosjon og sunt kosthold - måtehold med rusmidler (tobakk/alkohol) og soling	Plager/smerter, forbundet med store kostnader.
Overvekt	Karlsøy kommune har hatt en nedgang i andelen med overvekt og fedme av begge kjønn (målt ved sesjon 1).	• Livstil (inaktivitet) og økt inntak av kaloririk føde. • PCOS. • Stress (kortisol). • Antidepressiva, kortekosteroider og andre medisiner. • Hypoteroose. • Overgangsalder. • Søvnløshet. • Røykeslutt.	• Personlige og samfunnsmessige omkostninger. • Økt sykefravær og økt dødelighet. • Økt risiko for livstilssykdommer. • Underlagt en rekke fordommer (eksempelvis): dumme, svake, grådige mv.
Tannhelse	I aldersgruppen 5-18 år ser man en generell nedgang i antall tenner med karieserfaring.	God informasjon og oppfølging av tannhelsetjenesten.	• Dårlig tannhelse kan føre til smerter, økt bruk av smertestillende, manglende appetitt, dårlig selvbilde mv. • Økt sykefravær
Smittsomme sykdommer	• Barnevaksinasjonsprogrammet tilsier at vi har en høy og stigende andel vaksinerte som er omtrnet på landsgjennomsnittet. • Få tilfeller av smittsomme sykdommer med unntak av chlamydiainfeksjon hvor Troms fylke ligger høyt over landsgjennomsnittet.	• Flere tilfeller av smittsomme sykdommer skyldes smitte i utlandet. Risikoen øker med økt globalisering. • Kjønnssykdommer - ubeskyttet sex, manglende kunnskap.	• Generelt lite smitte i befolkningen. • Kjønnssykdommer kan bl.a. føre l problemer med graviditet.

I prosessen med folkehelsetilstanden har vi fått inn innspill og syn omkring utfordringene som beskrives, herunder også faglige vurderinger som oppleves som utfordrende. Innspillene anbefales vurdert i videre planarbeid innenfor berørte felt.

- Det kreves offensiv politikk og kreativ næringsutvikling i den hensikt å sikre og øke antall arbeidsplasser. Hvordan arbeides det for å tilrettelegge for (ny)etablering av foretak i kommunen/regionen? Hvordan skal kommunen utvikle de ressursene vi har innen fiske og sjømatnæringen, landbruk og natur?
- Karlsøy kommune har utfordringer mht. å integrere den sårbare gruppen med flyktninger som kommer hit. Man ser en trend hvor flyktningene flytter fra kommunen på sikt. Bakgrunnen for dette kan være knyttet til isolasjon (eksempelvis som følge av lokalitet hvor de innlosjeres), ønske om utdanning, integrering mv. Gruppen kan ha ulike helseproblemer som må kartlegges og som per i dag behandles primært i Tromsø. Økning i antall innvandrere/flyktninger kan øke forekomsten av smittsomme sykdommer, og det er utfordringer mht. forebygging av smitte. Mange kommuner har valgt å tilknytte seg personell som kommunepsykolog, flyktningehelsesøster o.l. som er særs godt kvalifisert for å møte utfordringene rundt denne gruppen.
- Ungdommen i kommunen er godt fornøyd med lokaler for å treffe andre unge på fritida. De savner et kulturtilbud som kino, konsertscener e.l. Hvordan kan det tilrettelegges for kulturtilbud for barn og unge?
- I Norge ser man en økende andel syke med livsstilssykdommer og Karlsøy kommune er ikke et unntak. Hva gjør kommunen for å legge til rette for sunne levevaner?
- Karlsøy kommune må stimulere til kunnskap om og økt bruk av spillemiddelordningen for nye idretts-, nærmiljø- og friluftslivsanlegg. For eksempel aktivitetsområder, nye turløyper inkl. tavler, belysning, skilting, rasteplasser etc., fiskebrygger, kano/kajakkbrygger for funksjonshemmede, sykkelløyper, parkeringsplasser til viktige utfartsområder, badeplasser inkl. baderamper for funksjonshemmede, orienteringskart, åpne dagshytter eller overnattingshytter, småbåthavner etc.

PLANER, LOVER, MELDINGER, UTREDNINGER MV.

Befolkningsutvikling og prognoser, SSB løpende
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, BRIS (DSB, 2017)
Elevundersøkelsen, Utdanningsdirektoratet
Folkehelseloven 2011
Folkehelsepolitisk rapport 2015
Folkehelseprofil Karlsøy 2017, FHI 2017
Kommunehelsa statistikkbank, FHI
Meld. St. 12 (2012-2013) *Perspektivmeldingen 2013*
Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter
Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen, God helse – felles ansvar
Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging
Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020) Bolig for velferd
Nasjonalt vaksinasjonsregister, SYSVAK
NAV Statistikk, løpende
Plan- og bygningsloven 2008
Rusmidler i Norge 2013, SIRIUS 2014
Sosialtjenesteloven 2009
St.meld. 20(2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
Strålevernforskriften 2016
Sykefravær, SSB løpende
Tannhelsetjenesten, SSB løpende
Utviklingen i norsk kosthold 2016, Helsedirektoratet
Kommuneplanens planforslag til samfunnsdel 2017-2030 (Høringsutkast)
Kommuneplanens arealdel 2013-2023

Lag og foreninger mv. Karlsøy kommune	
BL Vågheim	Ringvassøy museums lag
Blandakoret 70° kor	Ringvassøy musikkorps
Burøysund bygdemuseum	Ringvassøy pensjonistforening
Bygdelaget Fremad	Ringvassøy scooterforening
Bygdesentralen Vannøy	Ringvassøy trekkspillklubb
Dåfjord husflidslag	Samfunnshuset BL Fremad
Dåfjord utviklingslag	Skipsfjord utmarkslag
Finnkroken bygdemuseum	Skogsfjord grendelag
Finnkroken husflidslag	Skogsfjordvatn grendelag
Fjord-Vatn husflidslag	Skogsfjordvatn grunneierlag
Gamnes utmarkslag	Soltinddalen sameie
Grunnfjord grunneierlag	Soltinddalen sameie
Grøtnesdalen bygdeforening	Solvang aktivitetslag
Hamre utmarkslag	Stakkvik IL
Hessfjord sameie	Stakkvik og omegn utviklingslag
Karlsøy Jeger og fiskerforening	Stakkvik scooterklubb
Karlsøy nærradioforening	Søndre Reinøy utviklingslag
Karlsøy og Helgøy historielag	UL Blåfjell
Karlsøy paintballklubb	UL Enighet Karlsøy
Karlsøya utviklingslag	UL Fremad Helgøy
Kolvik/Hamre grunneierlag	UL Start
Kristoffervalen velforening	UL Ulabrand
Kvalshausen utmarkslag	UL Valhall
Lanesøyra grunneierlag	Ungdomsklubben Vannareid
Langsund/Grunnfjord utviklingslag	Vannareid pensjonistforening
Leirbogdalen sameielag	Vannareid speidergruppe
LHS grunneierlag	Vannareid søndagsskole
Løvslett, Hansnes og skattøra gr.lag	Vannavalen bygdelag
Menighetens Diakoni	Vannvåg pensjonistforening
Mental helse Karlsøy	Vannvåg utmarkslag
Nordeidet bedehusforening Håpet	Vannøy husflidslag
Nordeidet bygdeforening	Vannøy kirkeforening
Nordre Reinøy kulturlag	Vannøy SPK
Rebbernes UIL	Vestre Vannøy grunneierlag
Rebbernesøy utviklingslag	Vestre Vannøy scooterforening
Reinøy handarbeidslag	Vestre Vannøy utviklingslag
Reinøy kirkeforening	Ørheim bygdelag
Reinøy pensjonistforening	Ørnheim grendelag
Reinøy utmarkslag	Østre Vannøy utviklingslag
Ringvassøy idrettslag	