



GJØVIK KOMMUNE

Folkehelseoversikt for Gjøvik kommune - 2023

Vedtatt av kommunestyret 21/03-2024 (K-sak, 42/2024)



Innhold

1.1.1 Sammen drag og hovedbudskap	4
1.1.2 Bakgrunn og lovgrunnlag	5
1.1.3 Kilder og statistikk.....	6
1.1.4 Hovedutfordringer	6
1.1.5 Prioriterte innsatsområder	6
1.1.6 Strategier	7
1.1.7 Folkehelseundersøkelsen 2023 – Innlandet	7
2. Helsetilstand og påvirkningsfaktorer	9
2.1 Befolknings sammensetning	9
2.1.1 Befolkningsendringer.....	9
2.1.2 Folkemengde	9
2.1.3 Antall kvinner og menn i alderen 20-39 år	10
2.1.4 Fødselsoverskudd, netto innflytting og nettoinnvandring	10
2.1.5 Befolkningsframskriving	11
2.1.6 Befolkningsframskriving 2025-2050	11
2.1.7 Etnisitet.....	11
2.1.8 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre	12
2.1.9 Innvandrernes betydning for befolkningstallet i Gjøvik	12
2.1.10 Personer som bor alene.....	13
2.1.11 Personer over 16 år som bor alene	13
2.1.12 Personer som bor alene fordelt på alder.....	13
2.1.13 Inntekter og utgifter – personlig økonomi	14
2.1.14 Lavinntekt 0-17 år.....	14
2.1.15 Arbeidsledighet.....	14
2.1.16 Utenfor arbeid, utdanning og opplæring	15
2.1.17 Legemeldt sykefravær, utvalgte år	15
2.1.18 Uføretrygd	16
2.1.19 Uføretrygdede, 18-66 år	17
2.1.20 Grunnskole som høyeste utdanningsnivå	17
2.1.21 Fordeling av utdanningsnivå i Gjøvik.....	18
2.1.22 Frafall fra videregående.....	18
2.1.23 Frafall i videregående skole	19
2.1.24 Gjennomføring i videregående skole etter foreldrenes høyeste utdanningsnivå.....	19
2.1.25 Barnevern	20
2.1.26 Barn med undersøkelse og tiltak i barnevernet i Gjøvik	20
2.1.27 Barn med plassering i barnevernet i Oppland.....	21
2.2 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	21
2.2.1 Drikkevannskvalitet	21
2.2.2 Skolemiljø – opplevelse av trivsel og mobbing.....	22
2.2.3 Trivsel hos elever i ungdomsskolealder på Gjøvik.....	23
2.2.4 Trivsel på skolen, 7. og 10. trinn	24
2.2.5 Mobbing på skolen, 10. trinn.....	24
2.3 Skader og ulykker	25
2.3.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker	25
2.3.2 Sykehusinnleggelser hoftebrudd, 75 år+.....	25
2.3.3 Sykehusinnleggelser etter skader, 75 år+.....	26
2.3.4 Trafikk – utfordringer og ulykker	26
2.3.5 Dødsulykker i veitrafikken	26
2.3.6 Skadde i veitrafikken.....	27
2.3.7 Tid brukt på ulike medier.....	27

2.3.8 Ungdomsskoleelever med over 4 timer foran skjerm daglig	28
2.3.9 Fysisk aktivitet	28
2.3.10 Ungdomsskoleelever som er lite fysisk aktive	29
2.3.11 Tobakk og rusmidler	29
2.3.12 Dagligrøykere menn, på landsbasis	30
2.3.13 Dagligrøykere kvinner, på landsbasis	30
2.3.14 Daglig snusbrukere etter kjønn og utdanning, menn, på landsbasis	31
2.3.15 Daglig snusbrukere etter kjønn og utdanning, kvinner, på landsbasis.....	31
2.3.16 Ungdomsskoleelever som har vært beruset på alkohol siste året	32
2.3.17 Andel ungdomsskoleelever som har brukt hasj/marihuana/cannabis siste året.....	32
2.3.18 Bruk av sentralstimulerende stoffer, 16-30 år	33
2.4 Helsetilstand	33
2.4.1 Forventet levealder	33
2.4.2 Forventet levealder, menn og kvinner 2007-2021	34
2.4.3 Forventet levealder etter utdanning 2007-2021.....	34
2.4.4 Diabetes	35
2.4.5 Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes	35
2.4.6 Hjerne- og karsykdommer	36
2.4.7 Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer (eks. kolesterolsenkende midler).....	36
2.4.8 Bruk av kolesterolsenkende medikamenter	37
2.4.9 Dødelighet hjerte-/karsykdom	37
2.4.10 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma	38
2.4.11 Bruk av KOLS- og astmamedikamenter	38
2.4.12 Kreft	39
2.4.13 Nye krefttilfeller.....	39
2.4.14 Dødelighet kreft.....	40
2.4.15 Smerter	40
2.4.16 Bruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter	41
2.4.17 Muskel- og skjelettlidelser	41
2.4.18 Bruk av primærhelsetjenesten, muskel- og skjelettlidelser (eks. brudd/skader).....	42
2.4.19 Psykiske lidelser	42
2.4.20 Anmeldte voldstilfeller	43
2.4.21 Selvmord.....	43
2.4.22 Bruk av primærhelsetjenesten, psykisk symptomer og lidelser	44
2.4.23 Bruk av antidepressiva.....	44
2.4.24 Bruk av antipsykotika.....	45
2.4.25 Bruk av sovemidler og beroligende midler	45
2.4.26 Smittsomme sykdommer.....	46
2.4.27 Vaksinasjonsdekning meslinger ved 2 års alder	46
2.4.28 Vaksinasjonsdekning HPV-vaksine, jenter 16 år	47
2.4.29 Vaksinasjonsdekning influensavaksinerte over 65 år	47
2.4.30 Gonoré i Innlandet.....	47
2.4.31 Antibiotika-resepter.....	48
2.4.32 Tannhelse.....	48
2.4.33 Barn og unge uten behov for fyllinger	48
2.4.34 SIC – Grad av sosial ulikhet i tannhelse	49

Vedlegg

Folkehelseprofil
HKH-rapport 2023

1.1.1 Sammendrag og hovedbudskap

Målgruppen for folkehelseoversikten er kommunens administrative og politiske ledelse. Dokumentet skal inngå i grunnlaget for prioriteringer og politiske beslutninger. Frivillige lag og foreninger og gjøviksamfunnet for øvrig skal også kunne bruke folkehelseoversikten.

Gjøvik kommune har statistisk sett en positiv folkehelseprofil, og data fra Folkehelseinstituttet, Innlandet fylkeskommune og lokale undersøkelser peker i liten grad mot utpregede folkehelseutfordringer. Vi skiller oss allikevel negativt ut på noen punkter. Vi har en høyere andel barn i lavinntektsfamilier enn landsgjennomsnittet. Lav inntekt øker sannsynlighet for dårlig selvopplevd helse, sykdom og tidlig død. Det er derfor svært viktig at Gjøvik kommune søker å jevne ut de sosiale helseforskjellene ved å sette inn tiltak mot befolkningen som helhet. Tiltak kan være å sørge for at deltakelse i skolens aktiviteter ikke krever betaling eller utstyr, innføring av skolemåltider, samt å sørge for at alle barn kan delta i en organisert aktivitet på fritiden.

25 % av våre ungdomsskoleelever rapporterer at de føler seg ensomme. Ensomhet rammer unge voksne og de eldste i større grad enn andre aldersgrupper. Kommunen har også en høyere andel aleneboende som også antas å kunne være en utsatt gruppe både økonomisk, helsemessig og sosialt. Enslige forsørgere er den gruppen som har mest alvorlige økonomiske problemer. Ensomhet er en av våre største folkehelseutfordringer, det øker sannsynlighet for helseplager og tidligere død. Kommunen bør ha et større fokus på sosiale møteplasser nær hjemmet i tillegg til andre lavterskeltilbud, slik at alle kan komme seg ut og treffe andre mennesker uavhengig av økonomi.

Individfokus i samfunnet vårt er forsterket gjennom de siste årene, og mye tyder på at det også er med på å påvirke vår opplevelse av fellesskap og tilhørighet, samt endre vårt syn på samfunn og demokrati. Tilhørighet og samfunnsforståelse er verdier som må styrkes i kommunens fokus på generelle og universelle tiltak som rommer flest mulig på lavest mulig nivå.

Gjøviks befolkningsvekst har vært sikret med en nettoinnflytting og –innvandring. Fødselstallet har gått dramatisk ned, og de siste to årene har vi hatt et fødselsunderskudd. Kommunen må satse på å tiltrekke seg folk i reproduktiv alder fra andre deler av landet, og gjøre det mer attraktivt å få flere barn.

Frafallet i videregående skole har sunket fra 30 % til 23 % (én av fire) siden 2012, men ligger fortsatt over landsgjennomsnittet. Utover tidligere mestringsopplevelse i skolen har sosiale faktorer en stor betydning for elever som overveier å slutte på videregående skole. Dette gjelder både relasjoner til lærere og medelever. *Kilde: Utdanningsforskning.no*

Nyere ungdata-undersøkelser viser en økende trend i rusbruk, og en av fire gutter på videregående har forsøkt hasj minst en gang. Politiet bekrefter at dette også er et økende problem i Gjøvik, og at man nå ser økt rusbruk blant elever i alle samfunnslag. Det er en økende trend å bruke rusmidler som for eksempel kokain i rekreasjonell sammenheng, og vi ser en tydelig holdningsendring til dette blant både unge og voksne. Det er viktig med fortsatt satsing på å redusere rusbruk og doping blant ungdom, og politiets forebyggende enhet sammen med SLT-koordinator (SLT – samordning av lokale rus- og

kriminalitetsforebyggende tiltak) og Ungdommens hus er viktige aktører for å fremme det rusforebyggende arbeidet. I 2023 har det blitt gjennomført en kartlegging av ungdom, rus og vold i Gjøvik kommune. HKH-rapporten (hurtig kartlegging og handling) er vedlagt. I kommunestyret 5.10.2023 ble det vedtatt i sak 132/2023 at alle foreslåtte tiltak i rapporten skal følges opp.

Gjøviks geografiske beliggenhet gir gode muligheter for aktivitet og rekreasjon, både i skogene rundt byen, ved Mjøsa, på Fastland, ved nærmiljøanlegg og ved våre idrettsanlegg. Det er viktig at frigitte arealer ved strandsonen kommer hele befolkningen til gode, for eksempel ved utarbeidelse av større rekreasjonsområder. Det vil også kunne gjøre Gjøvik kommune mer attraktiv for potensielle nye innflyttere. Kommunen mangler gode uformelle sosiale møteplasser og nærmiljøanlegg i sentrum.

Kommunens infrastruktur er god når det gjelder vannforsyning, der nær 100% er sikret stabil vannforsyning med rent drikkevann. Det jobbes med å fornye ledningsnettene og derved minske faren for forurensning.

Når det gjelder trygge skoleveier og trygge gang- og sykkelveier er det derimot fortsatt en stor jobb å gjøre. Flere av kommunens veier der det er naturlig å gå eller sykle mangler dette, og vi har flere boligfelt som mangler en trygg skolevei.

1.1.2 Bakgrunn og lovgrunnlag

Definisjoner (Folkehelseloven §3)

Folkehelse: Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.

Folkehelsearbeid: Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

I 2012 fikk vi en ny Folkehelselov som krever at kommunene skal ha en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Plikten til å ha denne oversikten er forankret i folkehelseloven med forskrift (folkehelseforskriften), i smittevernloven, i forskrift om miljørettet helsevern og i forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene i kommunen og vurdere årsaker og konsekvenser. Kommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det daglige folkehelsearbeidet og for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Dokumentet skal foreligge når kommunestyret starter arbeidet med planstrategien og danne grunnlag for fastsettelse av mål og strategier.

1.1.3 Kilder og statistikk

Folkehelseoversikten bygger på dokumenter og informasjon fra Innlandet fylkeskommune, Folkehelseinstituttet og annen offentlig tilgjengelig statistikk, samt fra lokale undersøkelser, Ungdata og nasjonale styrende dokumenter.

Kildene til statistikken er angitt for hver enkelt tabell/diagram.

Statistikk må leses med forsiktighet. Vær oppmerksom på at tallverdien i mange av diagrammene ikke begynner på null, slik at forskjellene kan se mye større ut enn de faktisk er. En eventuell stor spredning i tallmateriale kan gjøre gjennomsnittstallet mindre relevant. Tallene kan tolkes på flere vis, for eksempel kan en økning i bruk av medisiner mot hjertesykdommer bety at flere er hjertesyke, eller det kan bety at terskelen for å behandle er lavere, slik at flere med mindre alvorlig sykdom behandles. Det kan også bety at flere tilfeller av hjertesykdom oppdages enn tidligere, eller at flere lever lenger med sykdommen – eller en kombinasjon av flere faktorer. En direkte årsakssammenheng er vanskelig å påvise, og konklusjoner om årsaker blir derfor oftest tolkninger.

Jo mindre kommunen er, jo større blir utfordringer rundt tolkning av statistikk. Tilfeldige variasjoner fra år til år kan gi store utslag og det kan bli vanskelig å se tendenser over tid. Derfor brukes ofte et glidende gjennomsnitt, en middelvei av målinger over tid, for bedre å synliggjøre trender. Statistikk gir oss et grunnlag for undring, spørsmål og gode diskusjoner framfor fasisvar og klare løsninger. Ha også i mente at det er stor forskjell på konsekvenser for den enkelte av de forskjellige helseutfordringer. Utfordringer som vi finner hos kun noen få kan ha enorme konsekvenser for den det gjelder, mens utfordringer som rammer mange, kan ha mindre betydning for deres helse og livsbetingelser.

1.1.4 Hovedutfordringer

- Sosiale helseforskjeller.
- Ensomhet og trivsel
- Rusbruk og psykisk helse blant unge.

1.1.5 Prioriterte innsatsområder

- Utjevne sosiale helseforskjeller – fysisk og psykisk helse.
- Utvikle gode offentlige tilbud og et samfunn der folk i alle aldre trives:
 - o Kommunen og frivilligheten skaper inkluderende lavterskeltilbud og sosiale møteplasser i nærmiljøet som fremmer deltakelse og en aktiv livstil.
 - o Ta vare på, vedlikeholde og utvikle uteområder i tråd med veileder for barn og unges uteområder.
 - o Barn og unge stimuleres til god kontakt med egen kropp gjennom lek, fysisk utfoldelse og økt læring gjennom alle sanser i hverdagen.
- Forebyggende rusarbeid, foreldreveiledning, holdningsskapende arbeid og universelle lavterskeltilbud til barn og unge.

1.1.6 Strategier

- Løpende oppfølging av hovedutfordringene samtidig som de prioriterte innsatsområdene i folkehelseoversikten skal følges opp i sektorenes overordnede planer/strategier.
- Folkehelsepunktet i saksframlegg skal sees opp imot hovedutfordringer og innsatsområder i folkehelseoversikten.

1.1.7 Folkehelseundersøkelsen 2023 – Innlandet

Våren 2023 ble det gjennomført en omfattende folkehelseundersøkelse i Innlandet og svarprosenten var på nesten 34 %. Resultatene presenteres på innlandsstatistikk.no.

Rapporten til Innlandsstatistikk dekker seks temaer:

- **Oppvekst og levekårsforhold** handler om opplevelse av økonomi og boligeierforhold.
- **Fysisk og sosialt miljø** viser blant annet trivsel i nærmiljøet, tilgang til gang- og sykkelvei og trygghet i nærmiljøet.
- **Skader og ulykker** viser andel utsatt for skade, årsak til skade, hvor skaden skjedde og hva man holdt på med når skaden skjedde.
- **Helserelatert atferd** viser atferd som har innvirkning på helsen. Dette er blant annet søvn, fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og alkohol.
- **Helse** viser blant annet funksjonsnedsettelse eller plage som følge av skade, langvarig sykdommer eller helseproblemer, vurdering av egen helse og vurdering av egen tannhelse.
- **Livskvalitet** viser spørsmålene i «minimumslisten» om måling av livskvalitet fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Dette er blant annet i hvor stor grad man er fornøyd med livet, i hvilken grad man opplever at det man gjør er meningsfylt og i hvilken grad man bidrar til andres lykke og livskvalitet.

Sammendrag av resultater for Gjøvik kommune:

- Oppvekst og levekårsforhold:
 - o Flere av de yngre enn de eldre synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til i det daglige.
- Fysisk og sosialt miljø:
 - o Tilgjengeligheten til idretts- og kulturtilbud, samt parker, natur- og friluftsområder scorer høyt, men de scorer høyere blant de eldre aldersgruppen enn de yngre. Det samme tendens gjelder trivsel i nærmiljøet, men den scorer ikke like høyt totalt sett.
 - o Opplevelsen av muligheten for grønn mobilitet (gange, sykkel og offentlig transport) scorer ganske lavt.
 - o De som er under 30 år deltar minst i organisert aktivitet/frivillig arbeid.
 - o Flere av de som er yngre enn de eldre savner noen å være sammen med og/eller føler seg utenfor/isolert.
 - o Noen av de under 30 år føler seg ikke trygge når de er ute og går i nærmiljøet.
 - o Omtrent 90 % er lite eller ikke plaget av støy utenfra når de er hjemme.

- Skader og ulykker:
 - De fleste skader skjer som følge av ulykke/uhell og under 1 % som følge av vold/overfall.

- Helse relatert atferd:
 - En tredjedel har hatt søvnevansker i over et år.
 - Tre av fire mosjonerer 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen blir høyere med økende alder.
 - Flere yngre enn eldre drikker sukkerholdig drikke.
 - Det er flere eldre enn yngre som drikker alkohol oftere enn månedlig, men de drikker mindre når de drikker.

- Helse:
 - 70 % vurderer sin helse som god eller svært god. Ingen markant forskjell ut ifra alder.
 - En markant større andel av de under 30 år er ganske eller veldig mye plaget av håpløshet, tanker om framtiden nervøsitet og indre uro enn de eldre aldersgruppene.

- Livskvalitet:
 - De eldste rapporterer størst grad av tilfredshet med livet.
 - De eldre scorer generelt bedre på parameterne for livskvalitet enn de yngre.

2. Helsetilstand og påvirkningsfaktorer

2.1 Befolknings sammensetning

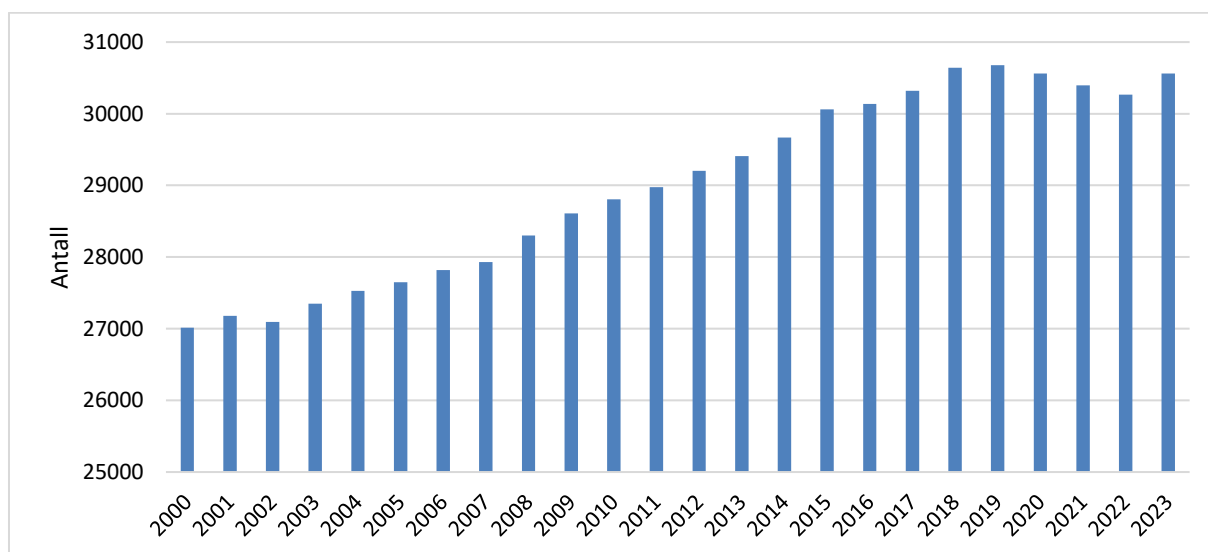
2.1.1 Befolkningsendringer

Fra 2000 til 2023 har det vært en økning i folketallet fra 27 013 til 30 563. Utviklingen har flatet ut fra og med 2019 og fram til 2023.

Vi har siden 2017 hatt et fødselsunderskudd. Antall menn og kvinner i reprodusertiv alder har hatt en svak nedgang siden 2019.

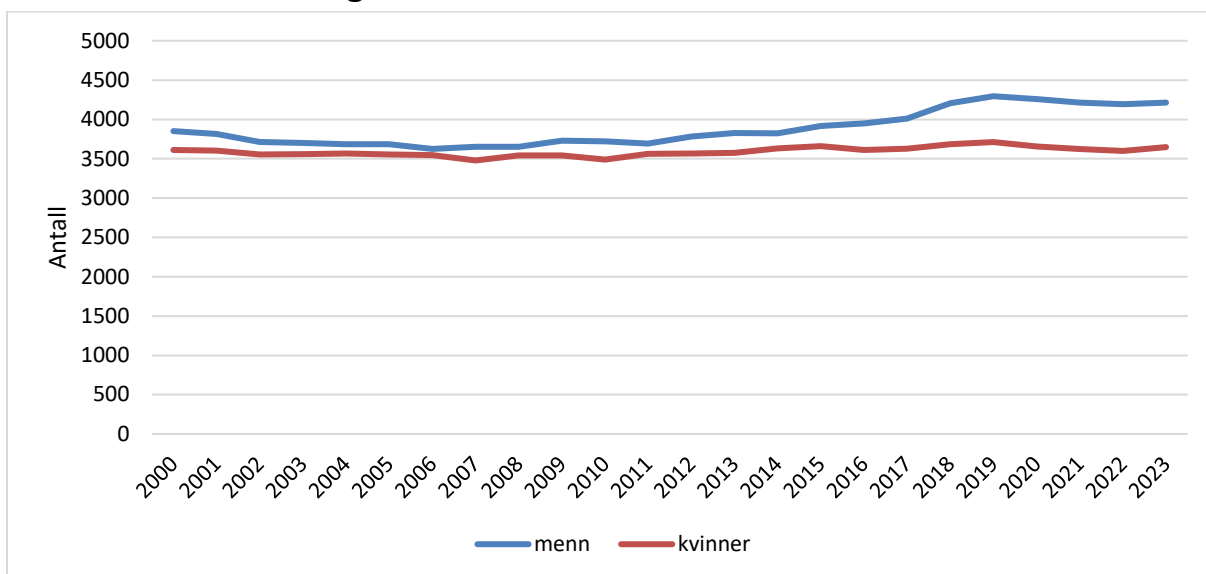
Befolkningsutvikling blir generelt sett vurdert som en viktig indikator for regional utvikling. Ønsket om befolkningsvekst har sammenheng med flere forhold bl.a. kommunens inntektsgrunnlag og tilgang på arbeidskraft. Utvikling i antall innbyggere har betydning for kommunens planer når det gjelder omfang og kvalitet av de ulike tjenestene som skal leveres til innbyggerne i fremtiden.

2.1.2 Folkemengde



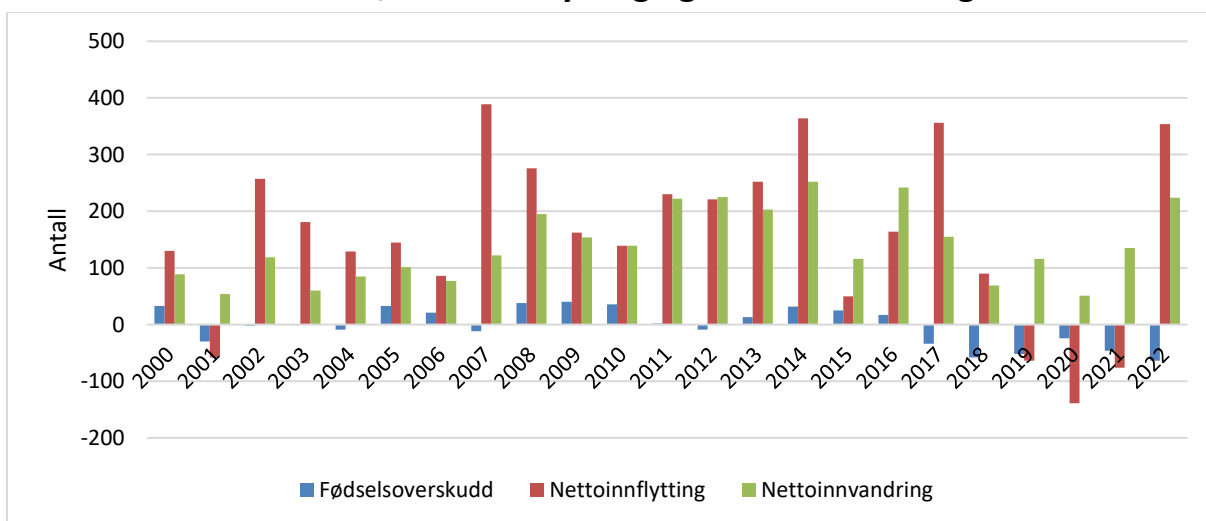
Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: [SSB](#), tabell 06913.

2.1.3 Antall kvinner og menn i alderen 20-39 år



[Kommnehelsa statistikkbank](#)

2.1.4 Fødselsoverskudd, netto innflytting og nettoinnvandring



Antall personer som har flyttet inn og ut av kommunen. Kilde: [SSB](#), tabell 06913 og 05426.

2.1.5 Befolkningsframskriving

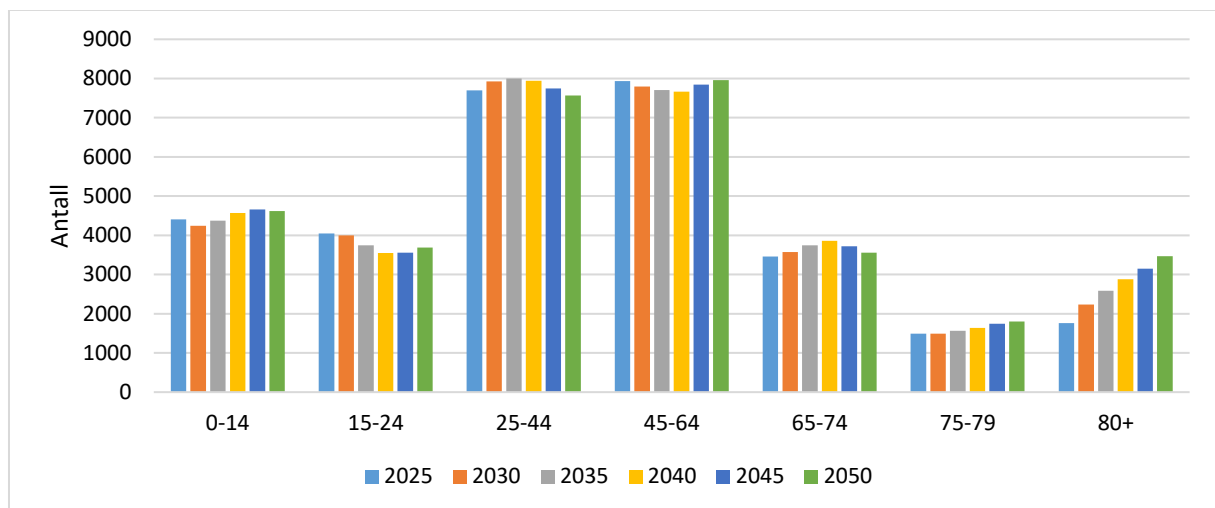
Befolkningsframskrivingen viser totalt sett en liten økning i de fleste aldersgrupper bortsett fra aldersgruppen 15-24 som det kan se ut som blir mindre. Videre viser framskrivingen at befolkningsantallet i aldersgruppen 80+ øker mest.

Framskrivingen er basert på middels vekst.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Befolkningsframskrivinger kan tjene mange formål og fungere som et nyttig instrument for planlegging i kommunene.

Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre betyr også at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester. Kilde: St.meld. nr. 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen

2.1.6 Befolkningsframskriving 2025-2050



[Kommnehelse statistikkbank](#)

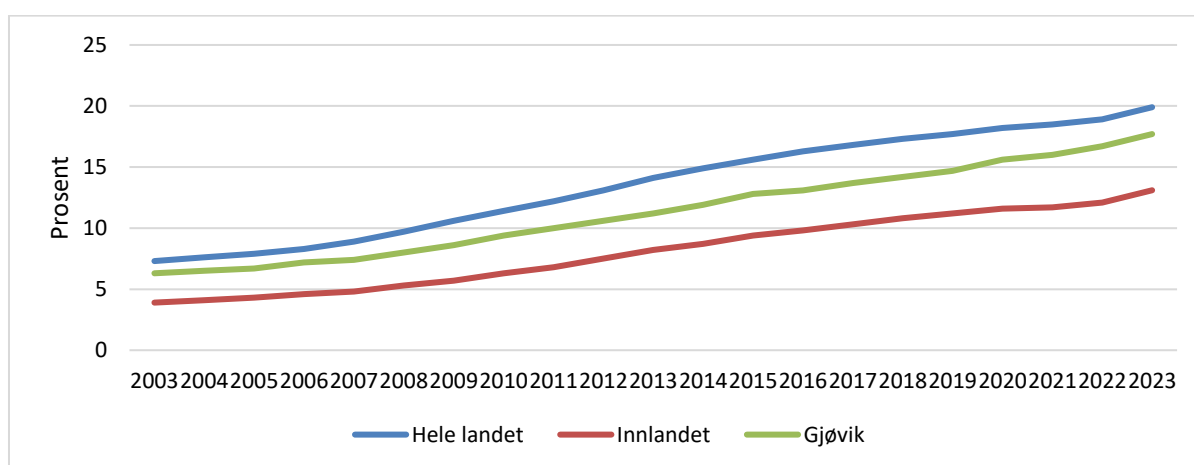
2.1.7 Etnisitet

Det har vært en gradvis økning i andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Gjøvik kommune over mange år. Økning har vært fra 5,4 % i 2000 til 17,7 % i 2023. Gjøvik kommune har hatt en høyere økningen enn fylket, men lavere enn landet som helhet.

Det er store helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske. Forskjellene omfatter både fysisk og psykisk helse i tillegg til helseatferd. Kilde: Folkehelseinstituttet.

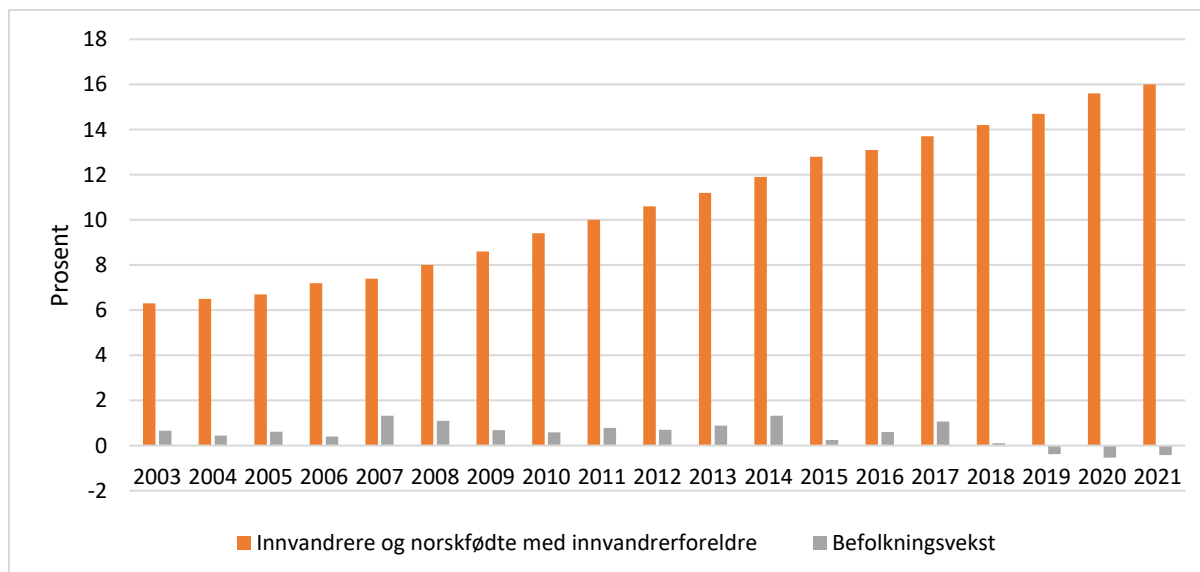
Kommunal kompetanse om helse blant flyktninger og innvandrere er en forutsetning for å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeid. Tiltak som reduserer språkproblemer og letter integreringen er viktig folkehelsearbeid.

2.1.8 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre



Andel personer med to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar hvert år, i prosent av befolkningen. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge er ikke med. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

2.1.9 Innvandrernes betydning for befolkningstallet i Gjøvik



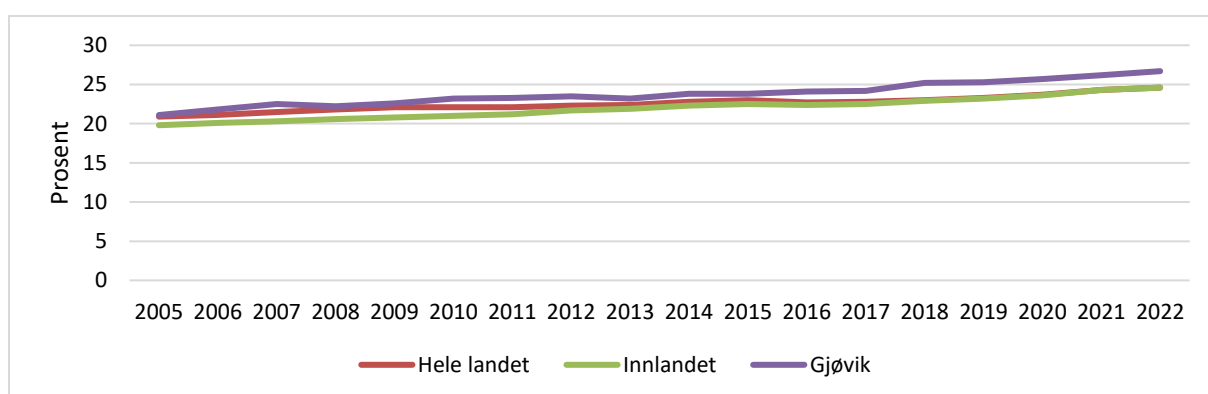
[Kommunehelsa statistikkbank](#)

2.1.10 Personer som bor alene

Andel personer som bor alene i Gjøvik ligger over landsgjennomsnittet og har vist en liten økning fra 21% i 2005 til 27% i 2022. Vi skiller oss mest ut i aldersgruppen 16-29 år, og vi vet at unge voksne angir større grad av ensomhet. Desto viktigere er det at kommunen legger til rette for sosiale møteplasser.

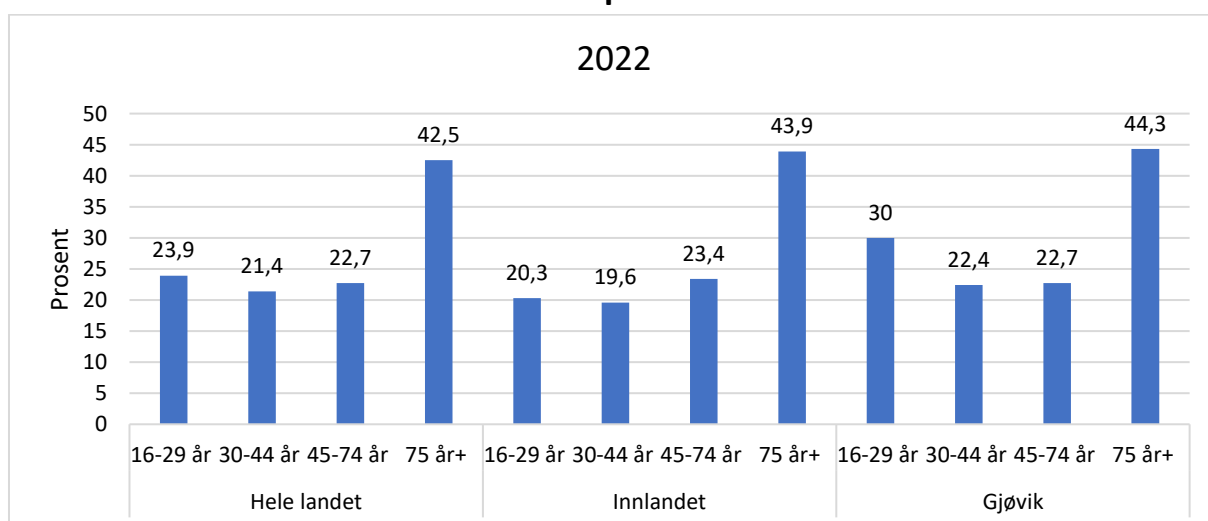
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt.

2.1.11 Personer over 16 år som bor alene



Andel personer over 16 år som bor i en-personhusholdninger i prosent av befolkningen per 1. januar. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

2.1.12 Personer som bor alene fordelt på alder



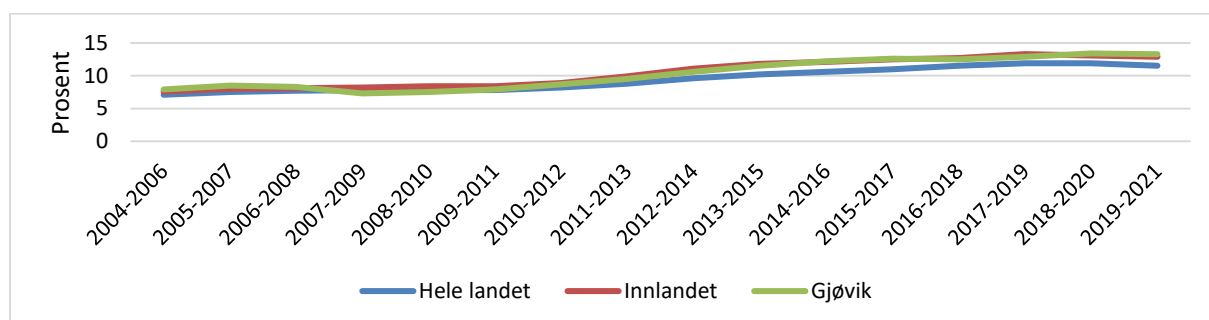
Andel personer som bor i en-personhusholdninger i prosent av befolkningen per 1. januar. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

2.1.13 Inntekter og utgifter – personlig økonomi

Lavinntekt: I aldersgruppen 0-17 år har andelen personer i husholdninger med lav inntekt vært jevnt stigende fra 7,9 % i 2006 til 13,3 % i 2021. Gjøvik kommune har høyere andel barn i husholdninger med lav inntekt enn både fylket og landet for øvrig. I landet som helhet var den 11,5 % i 2021.

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. *Kilde:* Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>
«Barn og ungdommer i lavinntektsfamilier opplever sin helse som dårligere enn barn og ungdommer flest gjør, og disse forskjellene er enda større når vi spør foreldrene,» (Sandbæk og West Pedersen, 2010)

2.1.14 Lavinntekt 0-17 år

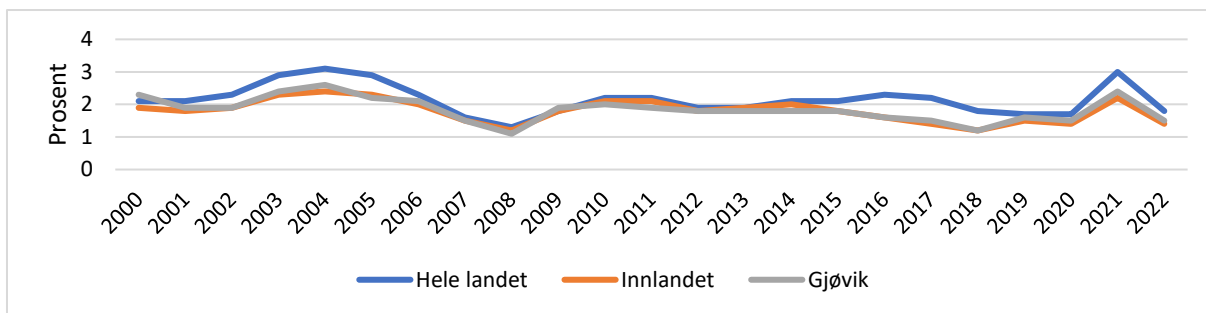


Forklaring diagrammer denne siden – for alle alder 0-17 år: Personer i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Årlige tall. EU-skala er en ekvivalensskala som benyttes for å kunne sammenligne husholdninger av forskjellig størrelse og sammensetning. Ulike ekvivalensskalaer vektlegger stordriftsfordeler ulikt. EU-skalaen er mye brukt, og ifølge den skalaen må en husholdning på to voksne ha 1,5 ganger inntekten til en enslig for å ha samme økonomiske levekår. Barn øker forbruksvektene med 0,3 slik at en husholdning på to voksne og to barn må ha en inntekt som er $(1 + 0,5 + 0,3 + 0,3)$ ganger så stor som en enslig for å ha det like bra økonomisk ifølge EU skalaen. * Årgangen er presentert i folkehelseprofilene for kommuner 2017. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](http://khs.fhi.no).

2.1.15 Arbeidsledighet

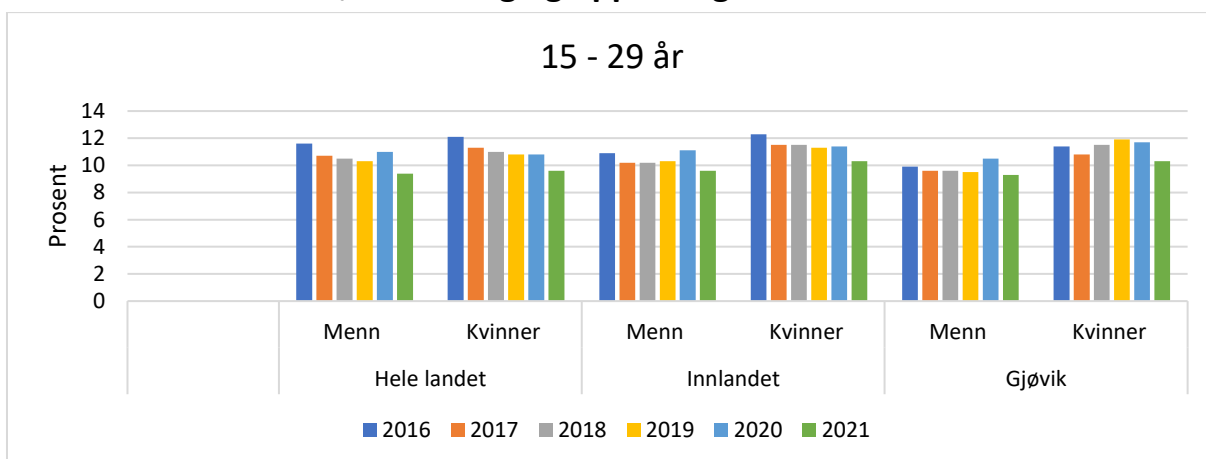
Arbeidsledigheten i Gjøvik har stort sett fulgt konjunktorene i landet som helhet de siste årene. I 2022 var den på 1,5 %. Statistikken viser ikke sesongvariasjoner.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både psykisk og materielt, og arbeidsledighet antas å kunne virke negativt inn på helsetilstanden.



Registrerte arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken. Årlige tall. Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak). Dette inkluderer også personer som identifiseres med såkalte D-nr i stedet for fødselsnummer, dvs. utenlandske personer uten oppholdstillatelse som er på korttidsopphold i Norge. Registrerte arbeidsledige omfatter i utgangspunktet alle aldre, men det er svært få under 16 år eller over 66 år. Arbeidsstyrken inkluderer personer i alderen 15-74 år. [Kommunehelse statistikkbank](#).

2.1.16 Utenfor arbeid, utdanning og opplæring

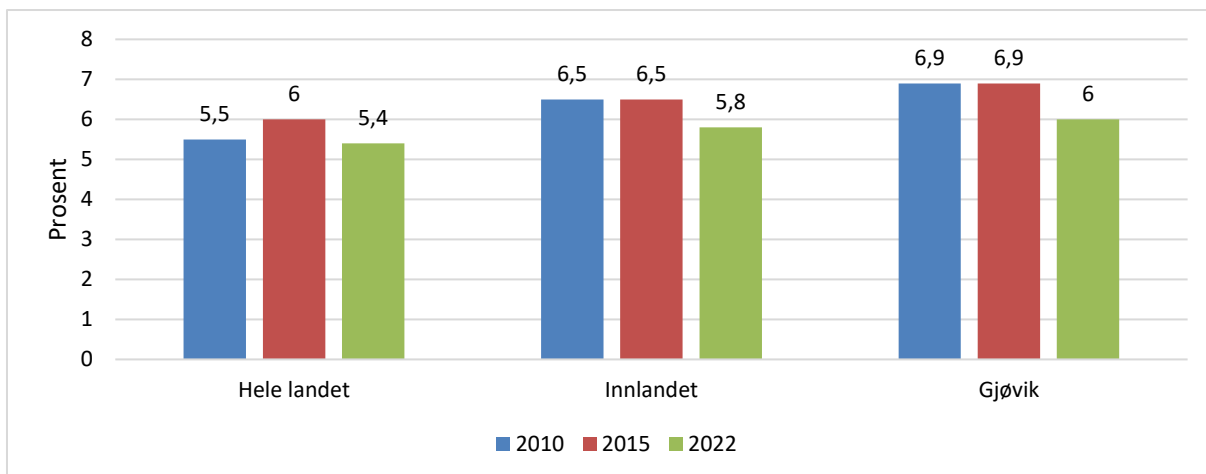


Andel personer som ikke er i arbeid, under utdanning eller i opplæring i prosent av befolkningen. [Kommunehelse statistikkbank](#)

2.1.17 Legemeldt sykefravær, utvalgte år

Legemeldt sykefravær i Gjøvik var 6 % i 2022, som er en liten nedgang siden 2015.

Muskel- og skjelettlidelser, kroniske smerter og psykiske lidelser er blant de vanligste årsakene til sykefravær i Norge. *Kilde: Folkehelseinstituttet*



Legemeldt sykefravær (prosent) for lønnstakere (16-69 år), etter næring (3 grupper) og kjønn i bostedskommuner, bostedsfylker og hele landet (K). [SSB](#), tabell 12449.

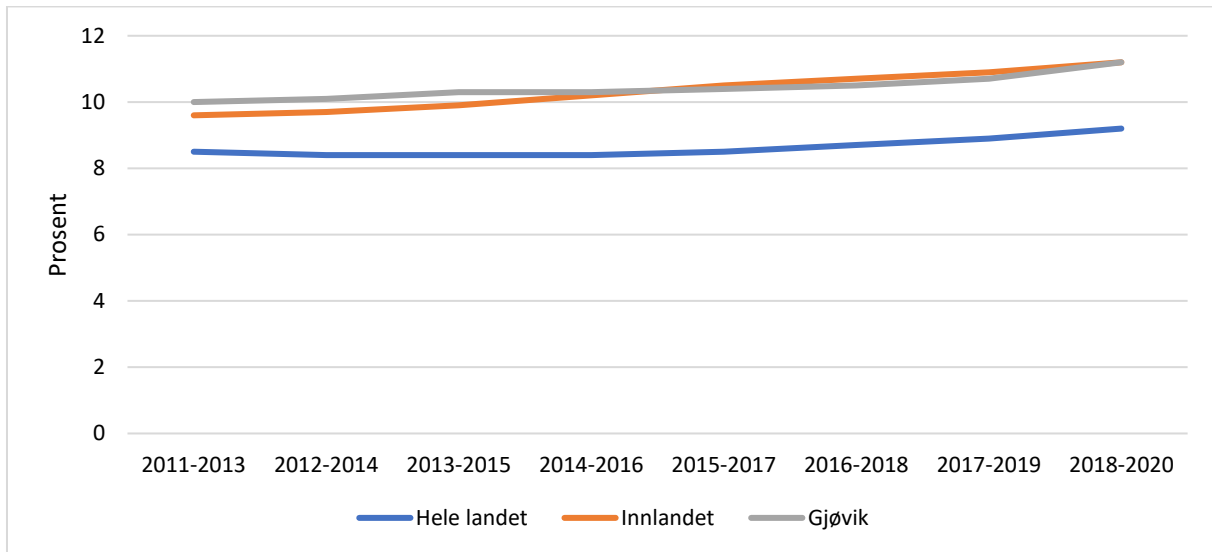
2.1.18 Uføretrygd

Andelen varig uføretrygdede i Gjøvik har stort sett fulgt svingningene i landet, men ligger noe høyere med 11% sammenliknet med 9% for hele landet i perioden 2018-2020.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Gruppen uføretrygdede er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. Omfanget av uføretrygd er en indikator på helsetilstand (fysisk eller psykisk), men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivå og jobbtilbudet i kommunen.

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning, livsstilsfaktorer og andre sosiale faktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker uføretrygd.

2.1.19 Uføretrygdede, 18-66 år



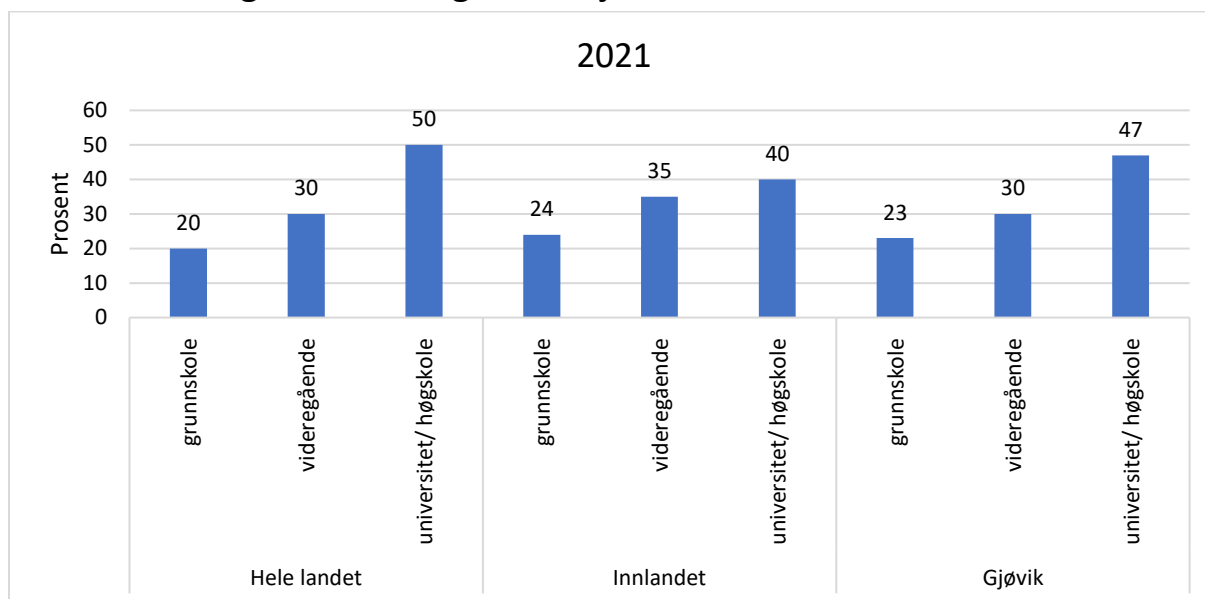
Andel uføretrygdede i prosent (standardisert) av befolkningen i alderen fra 18 t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

2.1.20 Grunnskole som høyeste utdanningsnivå

Gjøvik har hatt en reduksjon i andel personer i alder 30-39 år med kun grunnskole, fra 30% i 1990 til 23% i 2021. 47% av befolkningen i samme aldersgruppe hadde i 2021 universitets- eller høyskoleutdanning.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse er godt dokumentert. Sammenhengene mellom befolkningens utdanningsnivå og helse er komplekse, men forskere har identifisert to hovedmekanismer. For det første påvirker utdanning de levekår mennesker lever under gjennom livsløpet. For det andre bidrar læring til utvikling av en sterkere psykisk helse, som igjen påvirker menneskers fysiske helse i positiv forstand. Sagt litt enklere: læring gir mestring, mestring gir helse. (Elstad 2008) Tiltak rettet mot å redusere utdanningsforskjeller kan dermed bidra til å redusere ulikheter i folks helse. Fra et helsemessig ståsted er det viktig at utdanningssektoren lykkes med å tilrettelegge opplæringen slik at alle barn og unge kan få like gode muligheter til å lære og oppleve mestring. Kilde: *Helsedirektoratet, 2012*

2.1.21 Fordeling av utdanningsnivå i Gjøvik



Andel personer i alderen 30-39 år med et gitt utdanningsnivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå. [Kommunehelse statistikkbank](#)

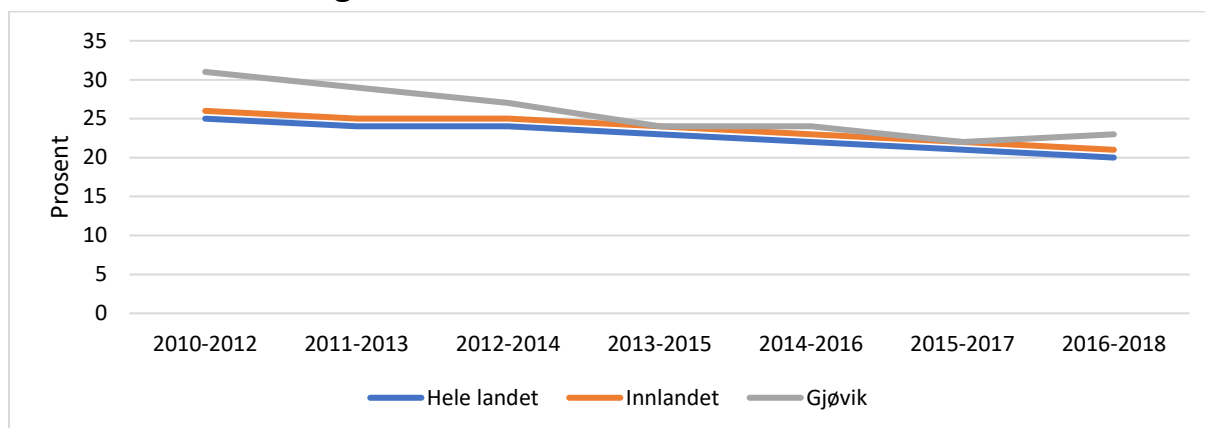
2.1.22 Frafall fra videregående

Elever fra Gjøvik i videregående skole hadde et frafall på 23% i perioden 2016-2018, landsgjennomsnittet var 20%. Frafallet har gått jevnt nedover, men det er fortsatt en nasjonal utfordring som kommunen må jobbe aktivt for å redusere ytterligere.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole.

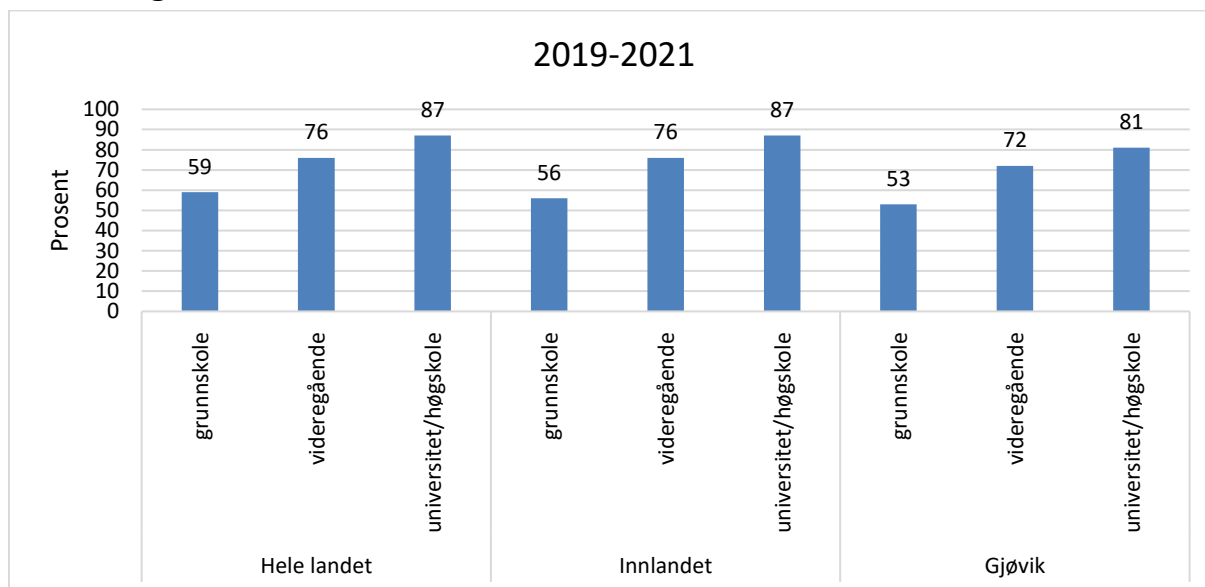
Utdanning, og særlig det å fullføre en grunnutdanning, er en avgjørende ressurs for sikre god helse gjennom livsløpet. Undersøkelser har vist at det er sosial ulikhet i frafall fra videregående skoler i Norge. Dette vises for eksempel ved at blant ungdom som har foreldre med grunnskole som lengste fullførte utdanning, er andelen som dropper ut større enn blant ungdom som har foreldre med videregående eller lengre utdanning. *Kilde: Helsedirektoratet*

2.1.23 Frafall i videregående skole



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

2.1.24 Gjennomføring i videregående skole etter foreldrenes høyeste utdanningsnivå



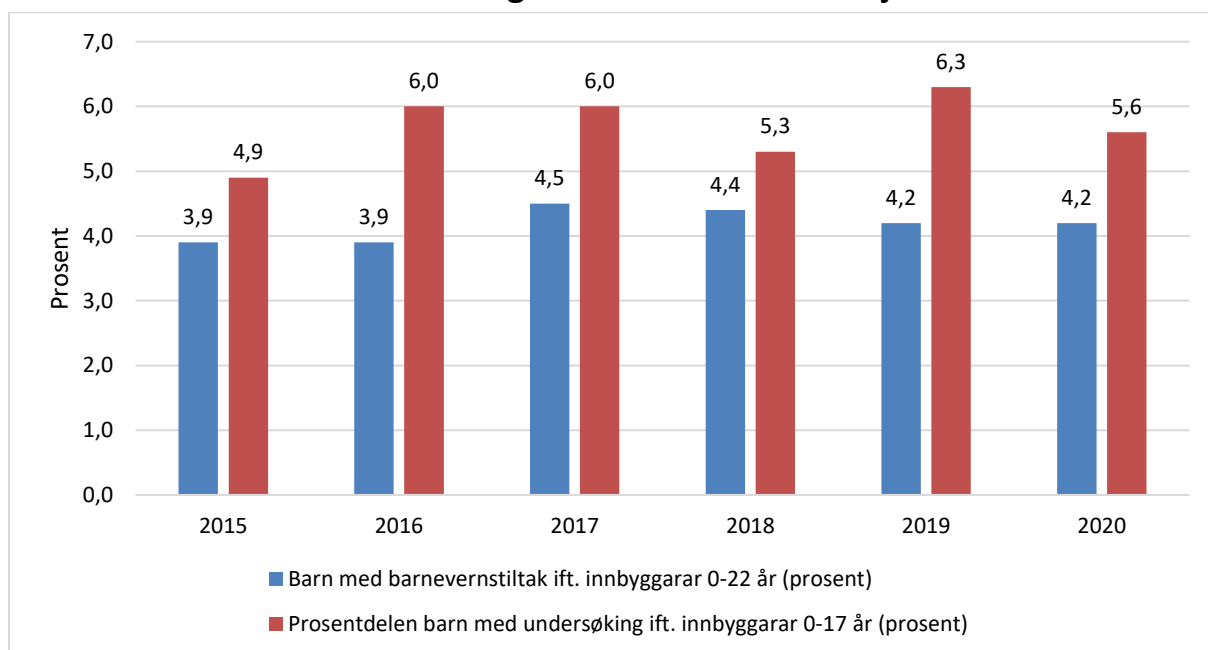
Gjennomføring i videregående opplæring totalt og etter foreldrenes høyeste fullførte utdanningsnivå. Gjennomføring inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og andelen som har fullført med studie- eller yrkeskompetanse i løpet av fem/seks år. Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020. Elever som begynte på ett av de studieforberedende utdanningsprogrammene (normert tid på tre år), følges over fem år. Elever som begynte på ett av de yrkesfaglige utdanningsprogrammene (normert tid på hovedsakelig fire år, med to år i skole og to år i lære) følges over seks år etter skolestart. Beregnet i prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Personer som etter fem/seks år fortsatt er i videregående opplæring, regnes ikke som gjennomført. Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun startet på grunnkurs i videregående opplæring. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelse statistikkbank](#).

2.1.25 Barnevern

Antall barn med undersøkelse og tiltak i barnevernet i Gjøvik er relativt stabilt. Tallgrunnlag mangler for 2021 og 2022. Tall er ikke kommet inn til SSB sin database eller er for usikre til å publiseres.

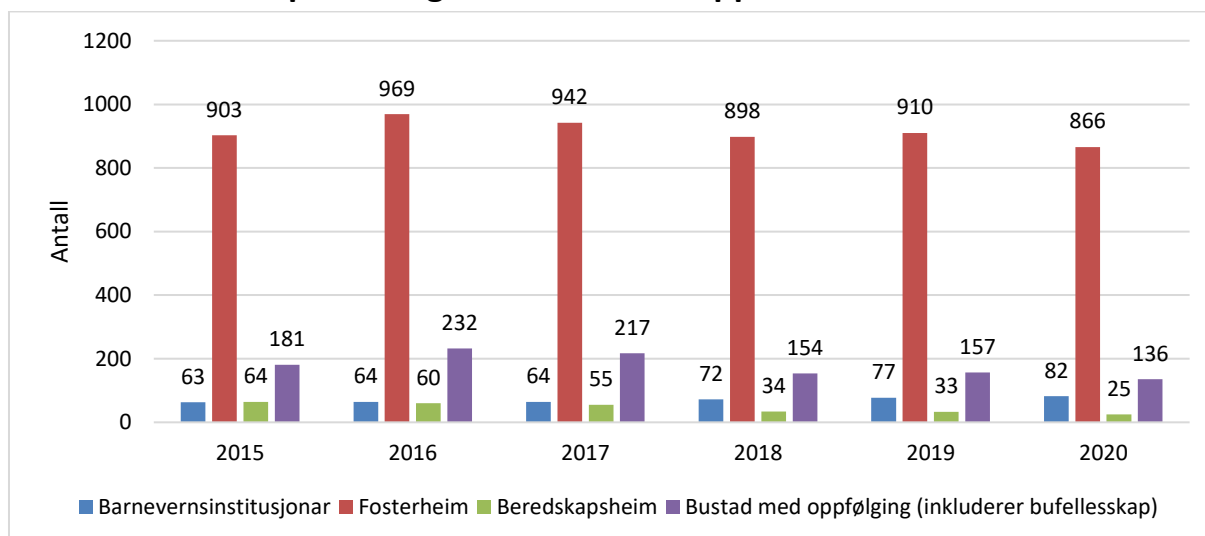
Jo tidligere en klarer å identifisere barn som er utsatt for risikofaktorer og sette i verk tiltak, jo større sannsynlighet er det for at barnet klarer seg bra. Risikofaktorer kan være foreldres psykiske sykdom eller rusmiddelmisbruk, vold i hjemmet, foreldre som er langtidsledige/trygdemottakere, fattigdom i familien osv. En indikasjon på tidlig identifisering kan være at helsestasjon, barnehage, skole eller NAV melder sin bekymring om et barn til barnevernet. *Kilde: Folkehelsepolitisk rapport 2011, Helsedirektoratet*

2.1.26 Barn med undersøkelse og tiltak i barnevernet i Gjøvik



Barn med undersøkelse og tiltak i barnevernet ift. talet på innbyggjarar (prosent):. Kilde: [SSB/Kostra](#), tabell 12280.

2.1.27 Barn med plassering i barnevernet i Oppland



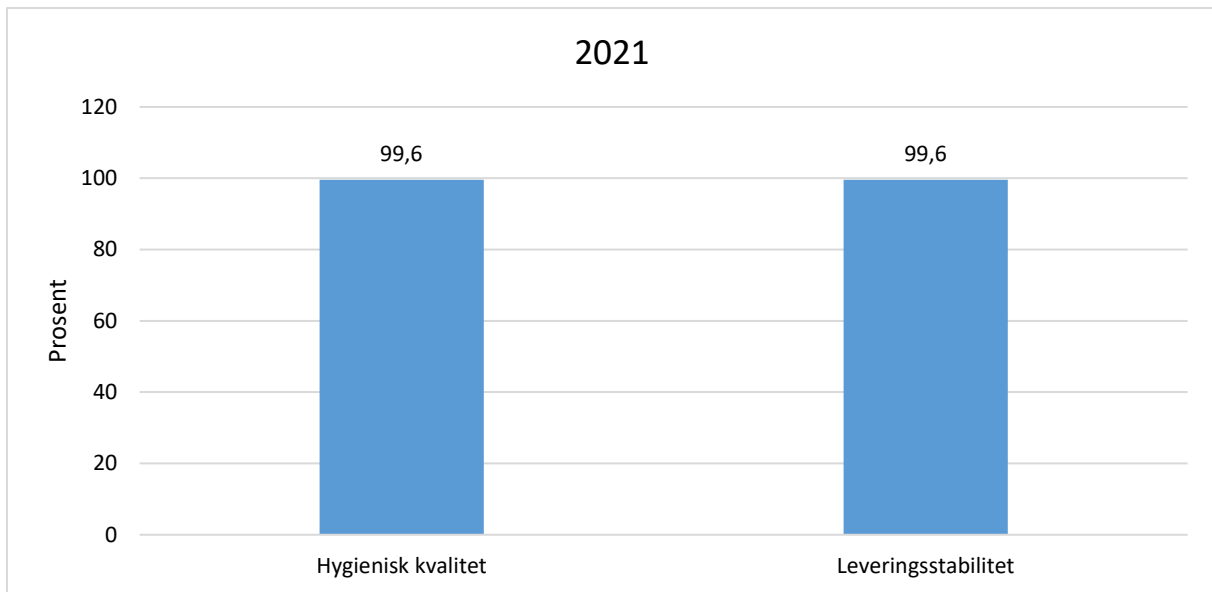
Barn 0-22 år med plasseringstiltak, etter region, plasseringstiltak, alder, statistikkvariabel og år: Kilde: [SSB/Kostra](#), tabell 11600.

2.2 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

2.2.1 Drikkevannskvalitet

I 2021 var det tilfredsstillende analyseresultater for 99,6 % av personene som var tilknyttet vannverk inkludert i statistikken i Gjøvik kommune (se tekst til diagram), mens leveringsstabiliteten var 99,6 %.

Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og E.coli er en av de mest sentrale parametere for kontroll. *Kilde: Folkehelseinstituttet*



Andelen personer tilknyttet vannverk med ulik kvalitet på drikkevannsforsyningen mtp, E. coli/ koliforme bakterier og leveringsstabilitet i prosent av befolkningen tilknyttet rapportpliktige vannverk (vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer og/eller 20 husstander). Tallene omfatter både private og kommunale vannverk. Årlige tall.

[Kommunehelsa statistikkbank.](#)

2.2.2 Skolemiljø – opplevelse av trivsel og mobbing

Det kan tyde på at elevene ikke bare i kommunen og regionen, men også på fylkes- og nasjonalt nivå trives bedre på 7. trinn enn de gjør på 10. trinn.

En høy andel av ungdomsskoleelever, 25%, angir dessuten at de plages av ensomhet.

På tross av stadig satsing på forebygging av mobbing ser det i stedet ut til å øke. Vi må parallelt med dette arbeidet jobbe med å styrke barn og ungdom, gjøre dem robuste og lære dem å respektere hverandre, tross forskjeller.

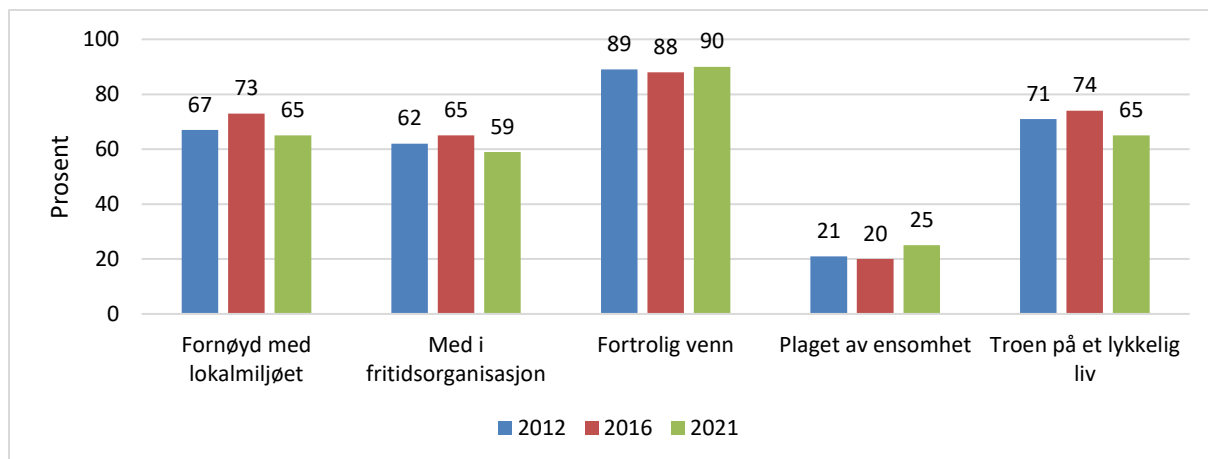
Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir (Øia 2011). Dette kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter (Danielsen m.fl, 2009). *Kilde: Folkehelseinstituttet*

[PIRLS2021](#) er en internasjonal rapport som viser at leseferdigheten blant 4.-5-klassinger er gått markant ned i Norden. *Norge scorer dårligst av de nordiske land.* De nasjonale prøvene viser at Gjøvik ligger under landsgjennomsnittet når det gjelder leseferdigheter (Kilde: [Udir.no](#)) Mestring og trivsel er viktige faktorer for videre skolegang.

Norske foreldre angir mindre negative konsekvenser etter pandemien enn internasjonale foreldre, men andelen barn som er plaget av ensomhet har økt i den siste 5 års periode.

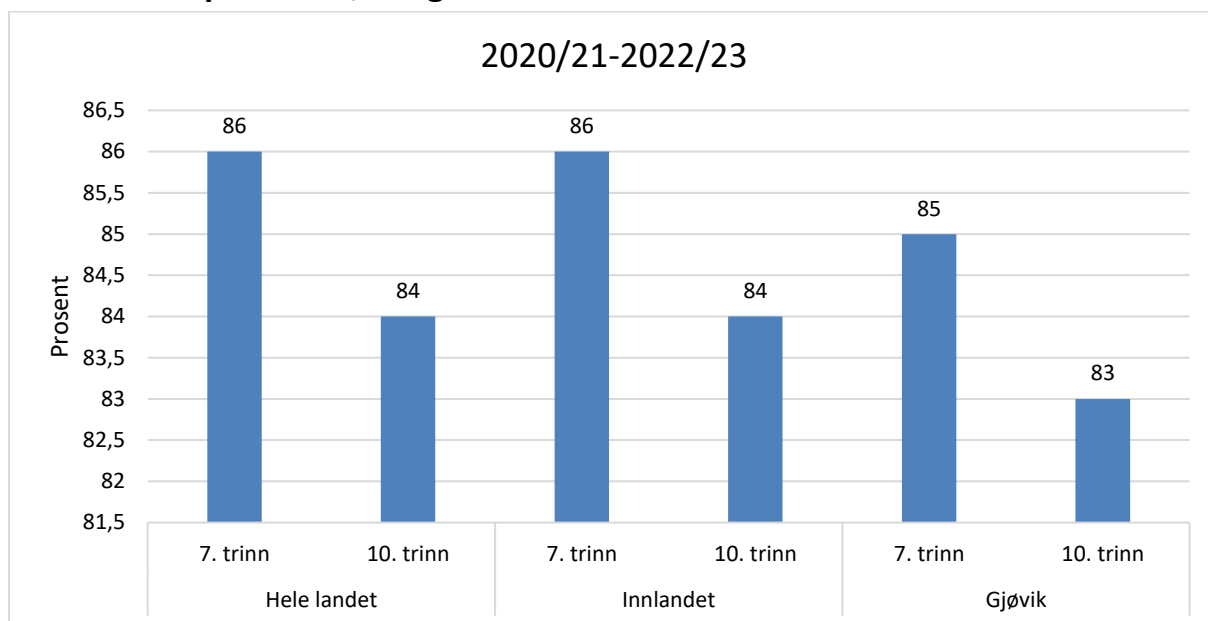
En studie i 2011 blant nærmere 9000 ungdommer og deres foreldre, peker ut problemer med skoleresultater og mobbing på skolen som viktige risikofaktorer for psykiske vansker blant ungdom. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

2.2.3 Trivsel hos elever i ungdomsskolealder på Gjøvik



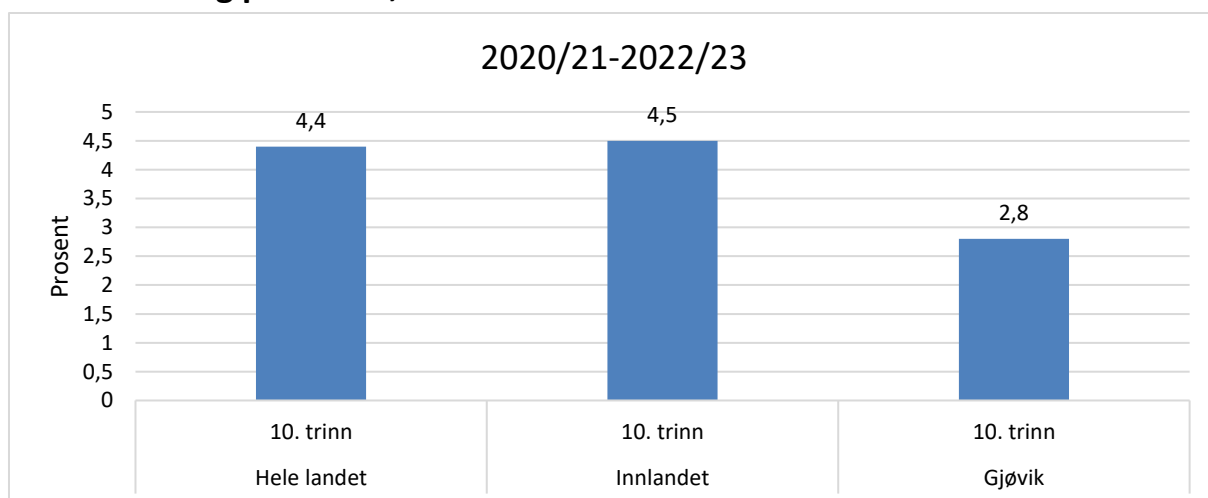
Andel ungdomsskoleelever som svarer «svært fornøyd» eller «litt fornøyd» på spørsmålene ovenfor. [Kommunehelse statistikkbank](#)

2.2.4 Trivsel på skolen, 7. og 10. trinn



Andel elever på 7. og 10. trinn som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår. Standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelse statistikkbank](#).

2.2.5 Mobbing på skolen, 10. trinn



Andel elever i 10. trinn i grunnskolen som har opplevd mobbing fra andre elever de siste månedene i prosent av alle elever som deltok i undersøkelsen. Tallene presenteres som forholdstall der Norge alltid er 100. Kommunens verdi angir forholdet mellom kommunens standardiserte andel og andelen på landsbasis et gitt år, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder. Forholdstallet egner seg til sammenlikning mellom ulike geografiske områder. Tallet på andelen som oppgir at de mobbes er påvirket av endringer i spørreskjemaet både i 2013 og i 2016. Fordi vi her presenterer tall for gjennomsnitt over fem år, vil tallet for andelen være basert på ulike definisjoner og nivået vil derfor ikke være sammenlignbart med annen statistikk på mobbing fra Elevundersøkelsen fra og med skoleåret 2016/2017. På grunn av dette presenteres kun forholdstall i denne tabellen. Andeler fra og med skoleåret 2016/2017 vises for store kommuner, se tabellen "Mobbing i 10. klasse, årlige tall for store kommuner". [Kommunehelse Statistikkbank](#).

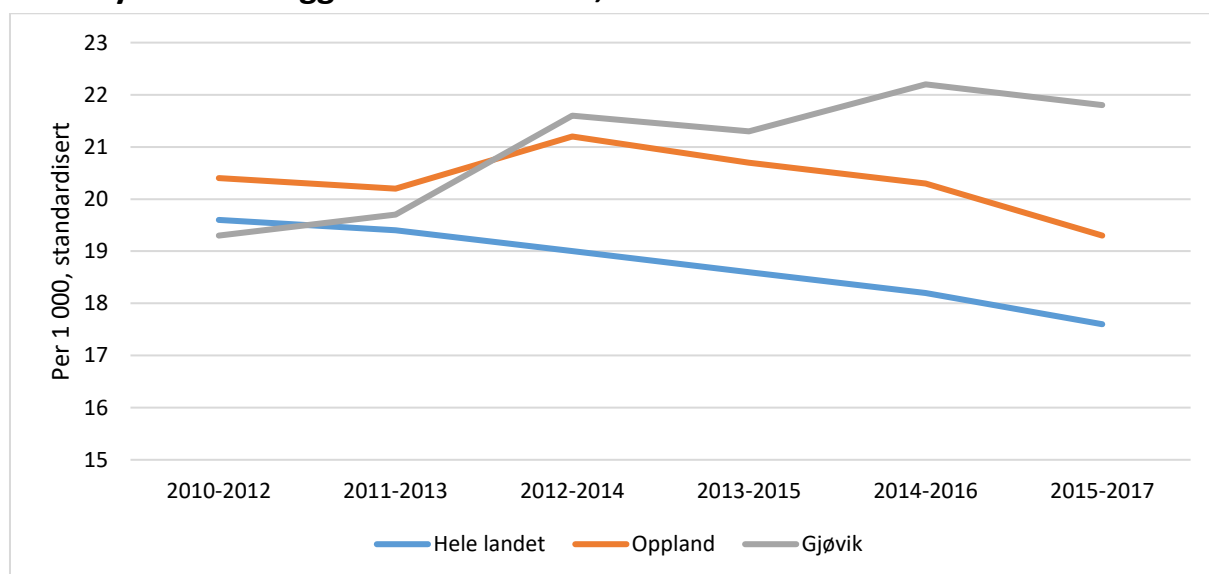
2.3 Skader og ulykker

2.3.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker

Antall hoftebrudd har økt i Gjøvik siden 2010, mens landsgjennomsnittet har gått ned. Antall innlagte på grunn av andre skader har også hatt en svak økning. Det er ikke kommet nye tall siden 2017.

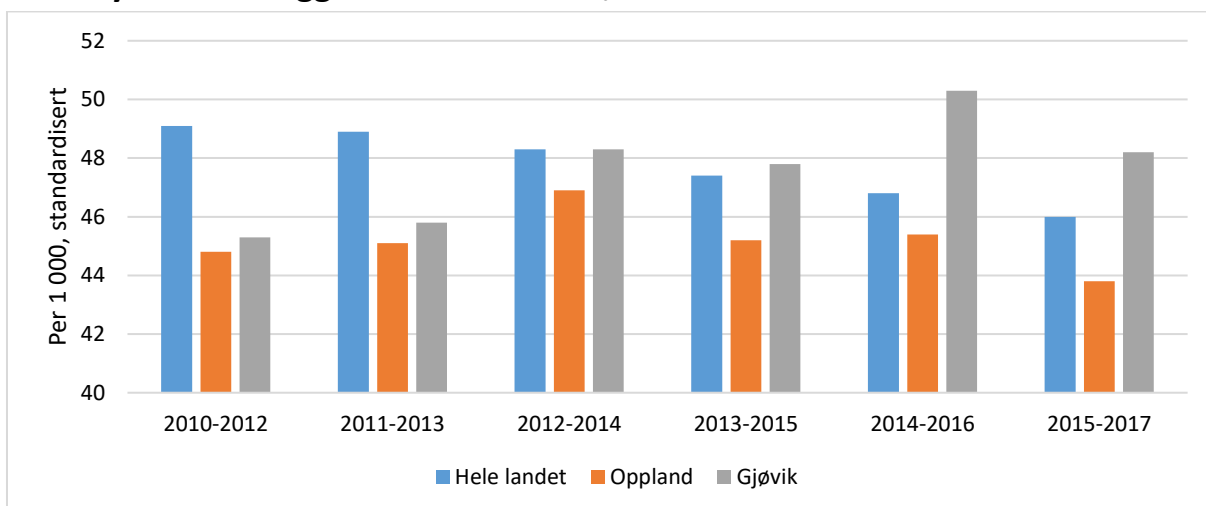
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkesskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av ulykker. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste ulykkesskadene.

2.3.2 Sykehusinnleggelser hoftebrudd, 75 år+



Antall pasienter over 75 år, begge kjønn, innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med hoftebrudd per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. 3 års gjennomsnitt. [Kommunehelsa statistikkbank](#)

2.3.3 Sykehusinnleggelser etter skader, 75 år+



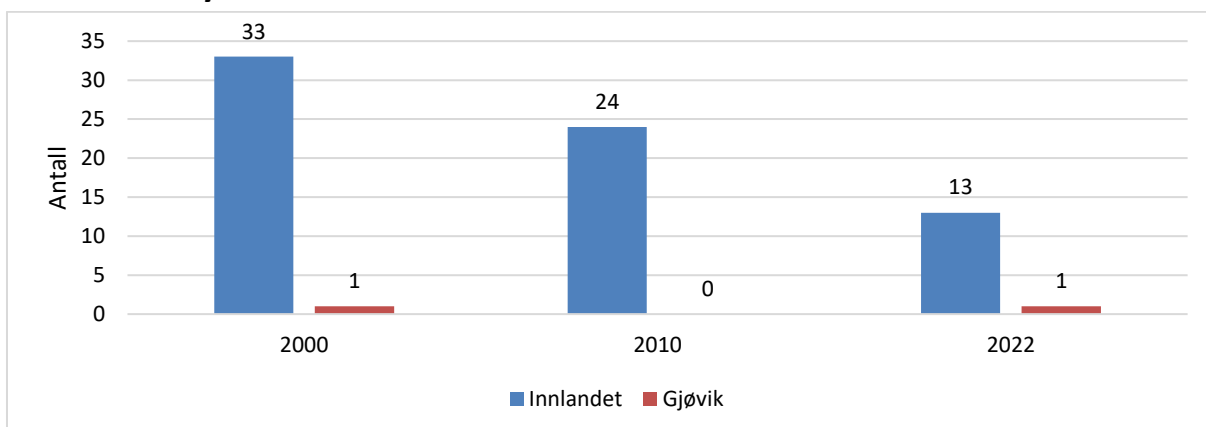
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med skader per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsestatistikkbank](#).

2.3.4 Trafikk – utfordringer og ulykker

I 2022 døde en person i trafikken i Gjøvik og 28 personer ble skadet. Tallet på skadde har gått gradvis nedover.

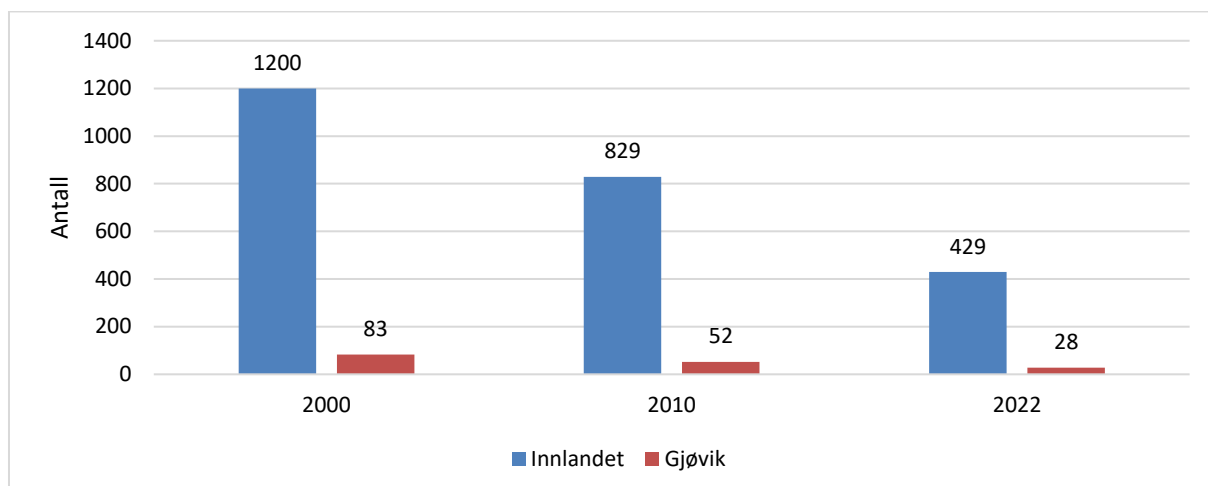
Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft i Norge målt i tapte leveår. Spesielt for ulykker med personskader er at det tar relativt mange unge liv, og det er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Men våre muligheter for å forebygge ulykker er gode hvis det legges til rette for det, og effekten av tiltak kommer raskt. Kilde: Ulykker i Norge. Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009–2014.

2.3.5 Dødsulykker i veitrafikken



Antall dødsulykker i veitrafikken. Kilde: [SSB](#), tabell 10209.

2.3.6 Skadde i veitrafikken



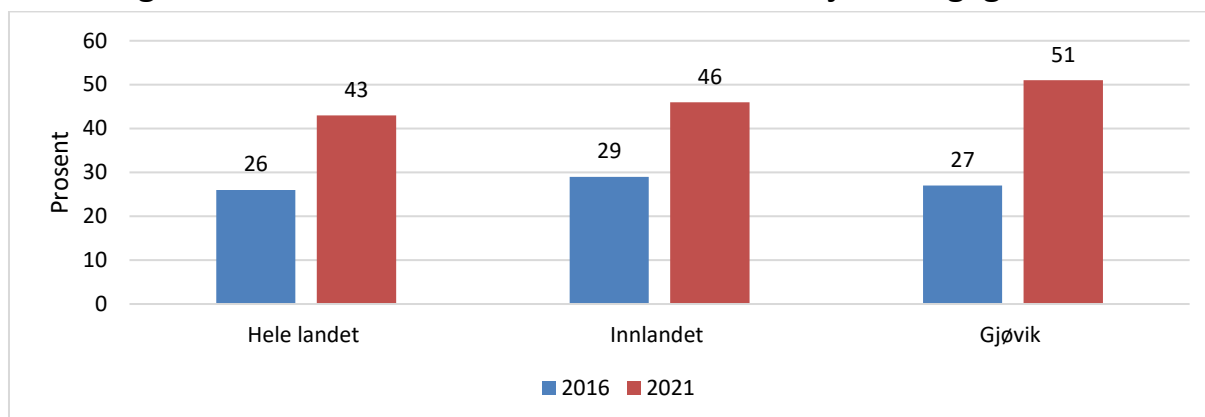
Antall skadde i veitrafikken, fordelt på år ulykkene skjedde. Kilde: [SSB](#), tabell 10209.

2.3.7 Tid brukt på ulike medier

Ungdataundersøkelsen viser at ungdom bruker mye tid foran skjerm på fritiden. I 2016 brukte 27 % av ungdomsskoleelevene i Gjøvik over 4 timer foran skjerm daglig, mens i 2021 var det økt til 51 %.

Den teknologiske utvikling har gitt oss økt tilgang på viten og kunnskap. Barn og unge har tilgang til verdifull informasjon som de ikke har hatt tilgang til uten internett og teknologiske hjelpemidler. Det muliggjør også lek og kommunikasjon, uavhengig av tid og rom. Muligheten for oppdatering av viten er uendelig, og problemet med "gamle lærebøker" hører hjemme i fortiden. Ifølge en norsk studie ([Milosevic et al 2022](#)) er skjermtid for norske barn ofte forbundet med selvrapportert økt livstilfredshet. Helsedirektoratet anbefaler å begrense skjermtid for små barn, noe som også relateres til inaktivitet og pasifisering. Begrepet skjermtid relateres til tiden brukt på skjerm, men er ikke en vurdering av hvordan tiden blir brukt. Mye tyder på at forståelsen av dette ikke kan simplifiseres, men må ekspanderes. Sosial tilhørighet, utvikling av språkkunnskaper og viten er positive effekter, men de senere år har vi også sett et økt behov for å fokusere på digital kompetanse, kildekritikk og sikkerhet. Ordet "nettvett" blir brukt både i utdanningsinstitusjoner og av politiet. Det ses en trend mot dårligere psykisk helse og dette mener mange forskere at kan korreleres til bruk av sosiale medier. ([Twenge, Haidt et al 2022](#)) En tendens til "ekkokamre" og økt fokus på forskjellene i samfunnet har delvis erstattet vår felles virkelighetsforståelse. En økt bevissthet rundt disse mekanismene vil være nødvendig i det videre arbeidet for barn og unge og forståelse av moderne teknologi og dennes effekt på samfunnet vi lever i. Alle barn, som voksne, trenger forandring og et aktivt liv, noe også Gerard Jones (2004) påpeker. Impulser fra forskjellige hold kan bidra til likevekt. Det blir viktig å gi barna kompetanse til å håndtere medie verdenen på en fornuftig måte. Kilde: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 41, nummer 11, 2004.*

2.3.8 Ungdomsskoleelever med over 4 timer foran skjerm daglig



Andel ungdomsskoleelever som svarer «4-6 timer» eller «Mer enn 6 timer» på spørsmålet om hvor lang tid de vanligvis bruker på aktiviteter foran en skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) i løpet av en dag, utenom skolen. Fargen på kolonnen viser hvilket år ungdomsundersøkelsen er gjennomført i den enkelte kommune.

[Kommunehelse statistikkbank](#)

2.3.9 Fysisk aktivitet

Andelen ungdomsskoleelever som oppgir å være i lite fysisk aktivitet i Gjøvik var 15 % i 2021.

Regelmessig fysisk aktivitet er nødvendig for at barn skal oppnå normal vekst og utvikling og for å kunne utvikle motorisk kompetanse, muskelstyrke og kondisjon.

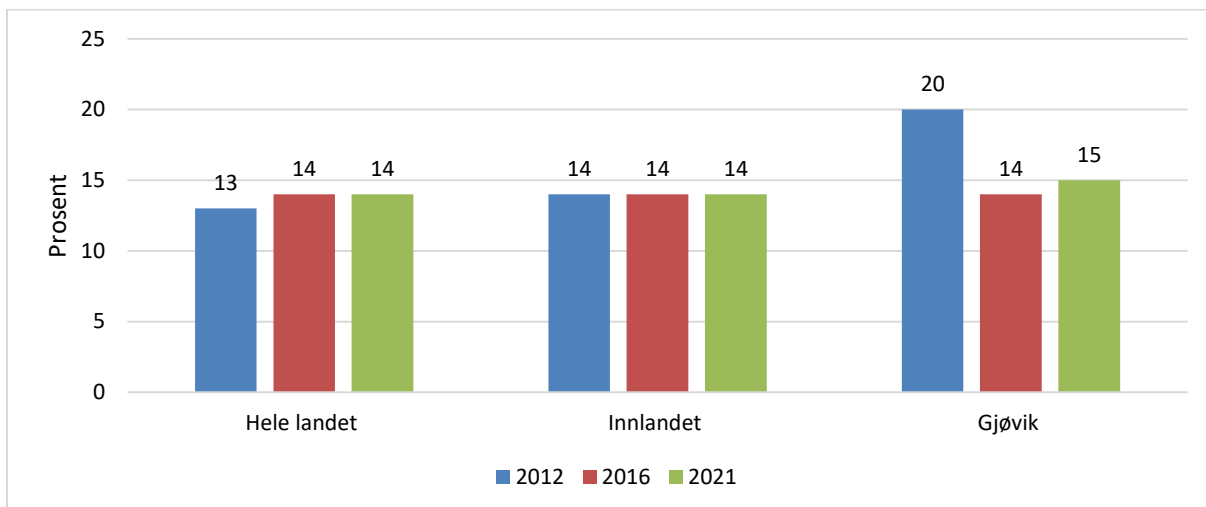
[Helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet:](#)

- Barn i alderen 1-5 år:
 - bør være i fysisk aktivitet i minst tre timer fordelt utover dagen. Legg til rette for varierte aktiviteter med ulik intensitet som barna styrer selv.
- For 3-5 åringene:
 - bør minst 60 minutter av leken i løpet av dagen gjøre dem litt andpustne. Desto mer bevegelse barnet får, jo bedre, men sørg for en balanse mellom aktivitet og hvile. Ivareta barnets behov for omsorg, lek, sosialt samvær og læring gjennom dagen.
- Barn og unge 6-17 år:
 - bør være fysisk aktive i gjennomsnitt minst 60 minutter per dag i moderat til høy intensitet.
 - bør begrense tiden i ro, særlig passiv skjermtid på fritiden.
- Alle voksne og eldre:
 - bør være regelmessig fysisk aktive. Voksne bør hver uke være fysisk aktive i minst 150 til 300 minutter med moderat intensitet, minst 75 til 150 minutter med høy intensitet eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet.
 - bør begrense sittestilling.

Tiden i ro bør begrenses og deles opp med små aktive pauser. Lang tid foran pc, tv eller annen skjerm bør unngås. Det anbefales å forsøke å inkludere minst fem minutter med å stå, gå eller drive med lett aktivitet pr. time med skjermbruk. Det gjelder også på arbeid, og også for dem som ellers er mye i aktivitet.

Kilde: [Folkehelse rapporten 2023, Fysisk aktivitet i Norge](#)

2.3.10 Ungdomsskoleelever som er lite fysisk aktive



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

[Kommunehelse statistikkbank](#)

2.3.11 Tobakk og rusmidler

Det har vært en gradvis tilbakegang i andel røykere, men en økning i snusbruk på landsbasis. Snusbruk medfører også en del helseutfordringer. Cannabisbruken blant ungdom er stabil, mens bruken av kokain har hatt en markant økning siden 2020 hos aldersgruppen 16-30 år.

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

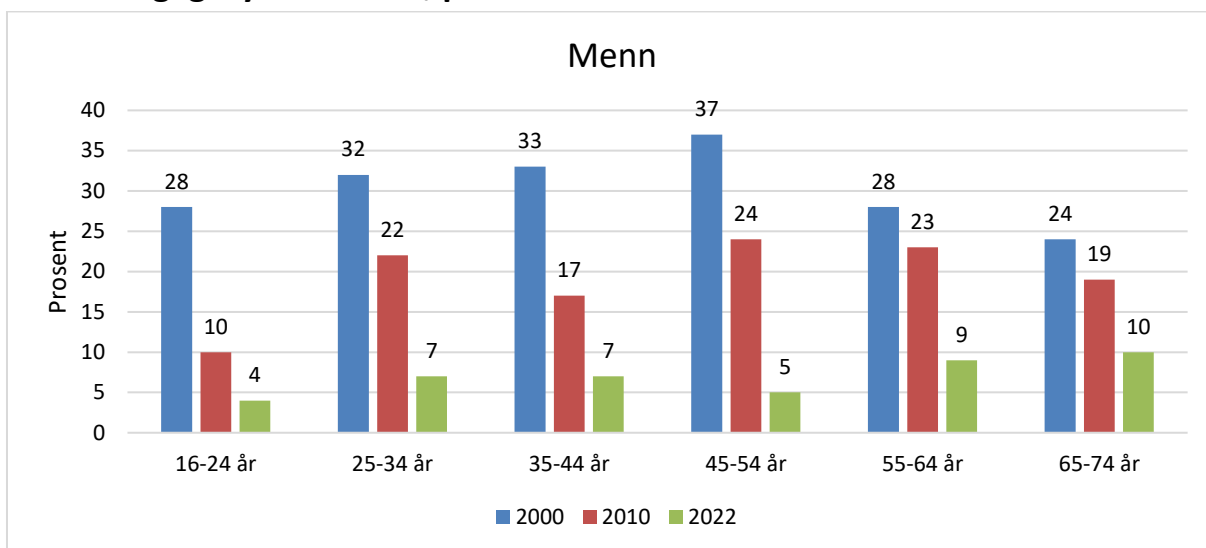
Bruk av snus øker risikoen for kreft i bukspyttkjertel, spiserør og munnhule og har flere andre negative effekter. Snus øker risikoen for dødfødsel og for tidlig fødsel.

Kilde: Helsedirektoratet. Sykdom og helseskader ved snus.

Undersøkelser i Norge har vist tydelige sosioøkonomiske forskjeller i røyking blant voksne, men ikke for bruk av snus. *Kilde: ØF-notat 13/2014*

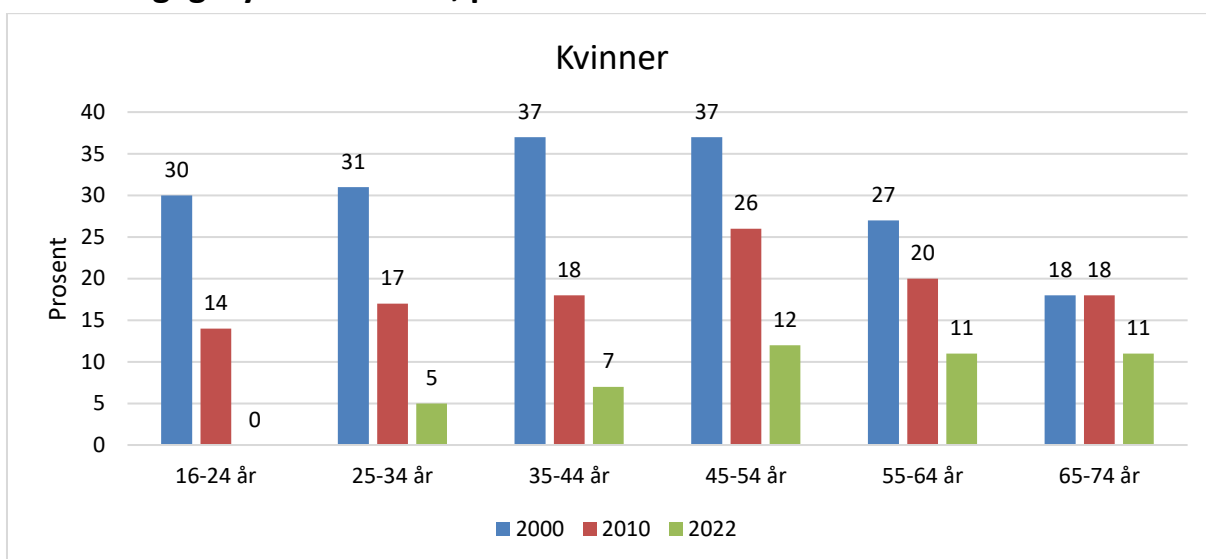
Nasjonalt og internasjonalt ses en økning i bruk av kokain. Samtidig ser vi en tydelig holdningsendring i befolkningen både blant unge og voksne hvor bruk av rusmiddel i større grad normaliseres, sammenlignet med tidligere.

2.3.12 Dagligrøykere menn, på landsbasis



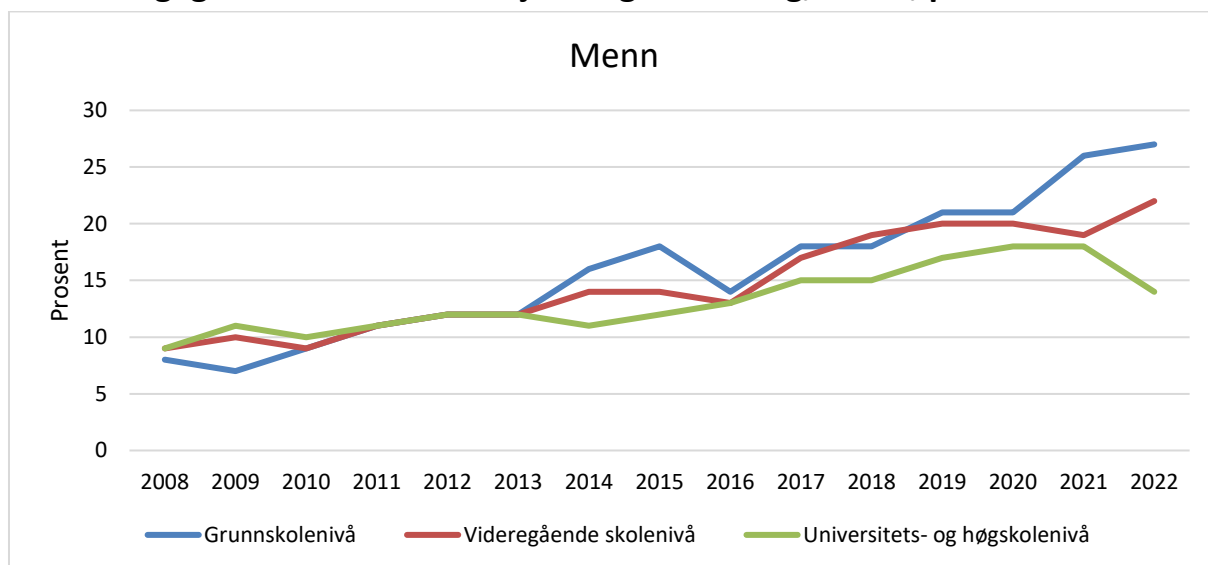
[SSB](#), tabell 05307.

2.3.13 Dagligrøykere kvinner, på landsbasis



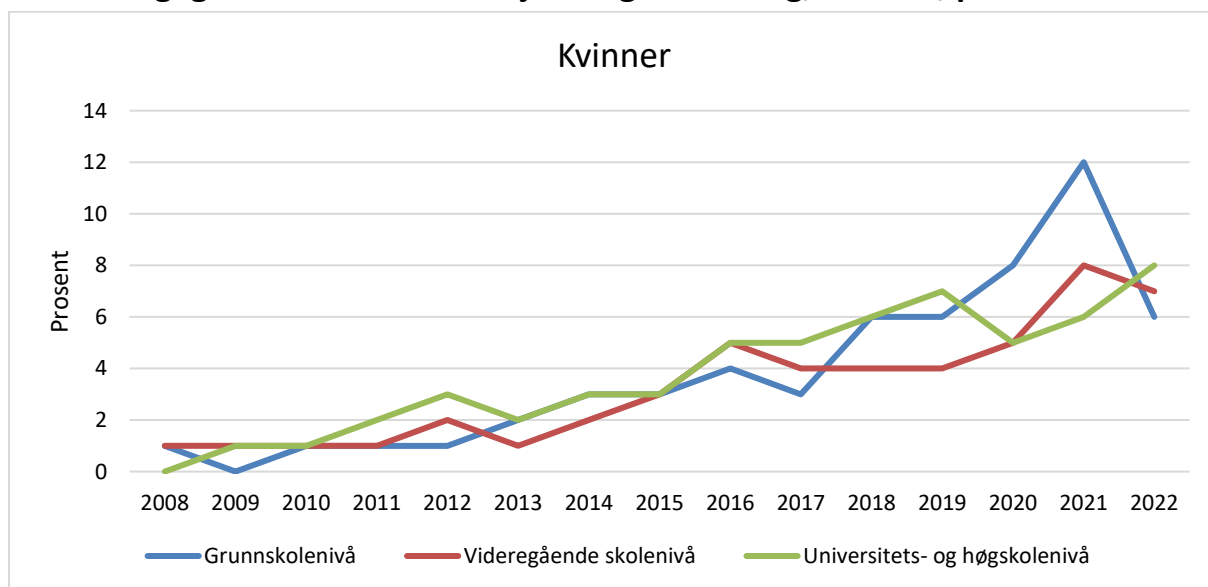
[SSB](#), tabell 05307.

2.3.14 Daglig snusbrukere etter kjønn og utdanning, menn, på landsbasis



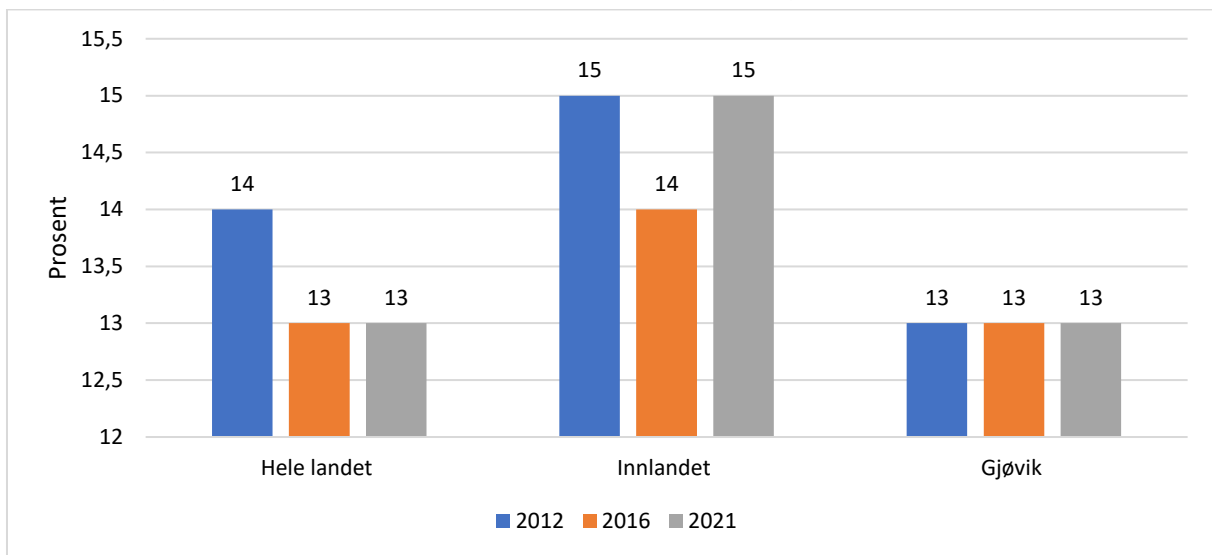
[SSB](#), tabell 11427.

2.3.15 Daglig snusbrukere etter kjønn og utdanning, kvinner, på landsbasis



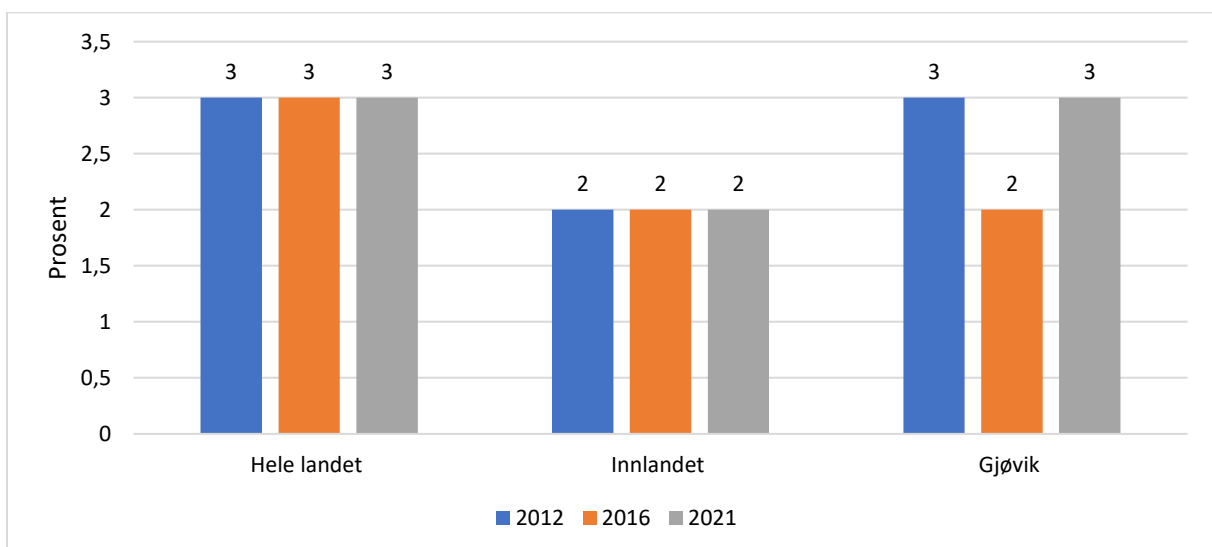
[SSB](#), tabell 11427.

2.3.16 Ungdomsskoleelever som har vært beruset på alkohol siste året



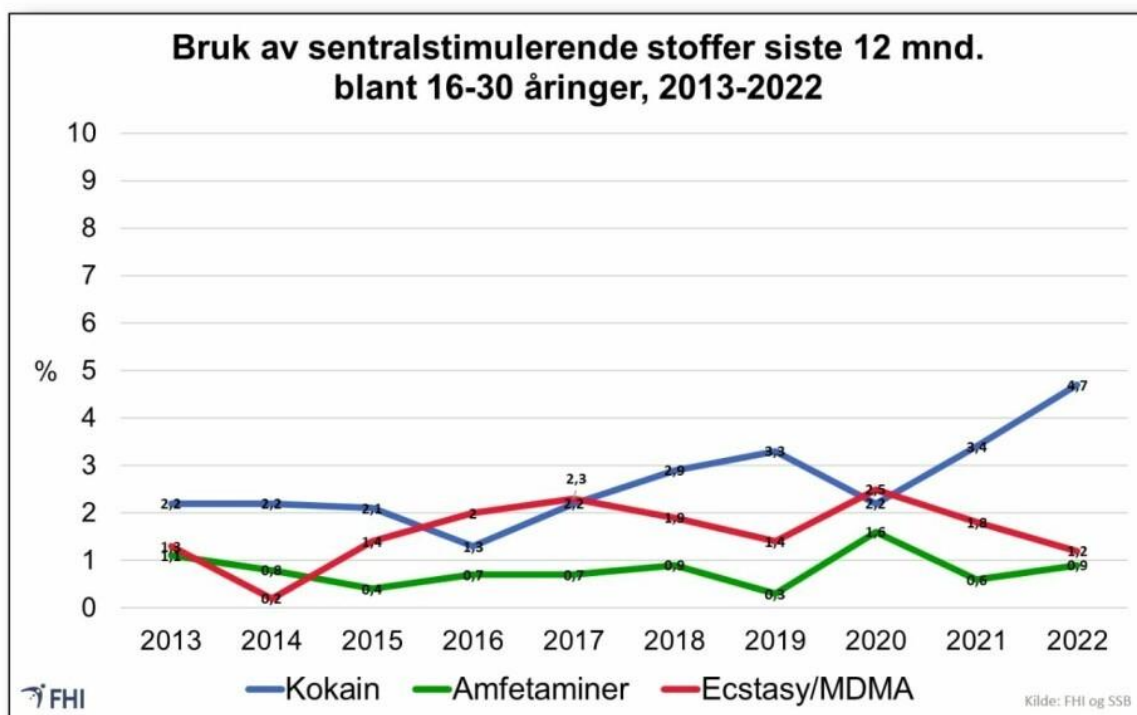
Andel ungdomsskoleelever som svarer «1 gang», «2-5 ganger», «6-10 ganger» eller «11 ganger eller mer» på spørsmålet om de det siste året (de siste 12 månedene) har «brukt hasj/marihuana/cannabis» i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet. [Kommunehelse statistikkbank](#)

2.3.17 Andel ungdomsskoleelever som har brukt hasj/marihuana/cannabis siste året



Andel ungdomsskoleelever som svarer «1 gang», «2-5 ganger», «6-10 ganger» eller «11 ganger eller mer» på spørsmålet om de det siste året (de siste 12 månedene) har «brukt hasj/marihuana/cannabis» i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet. [Kommunehelse statistikkbank](#)

2.3.18 Bruk av sentralstimulerende stoffer, 16-30 år



[Så lett blir man avhengig av kokain, og slik påvirker det kroppen \(forskning.no\)](https://forskning.no)

2.4 Helsetilstand

2.4.1 Forventet levealder

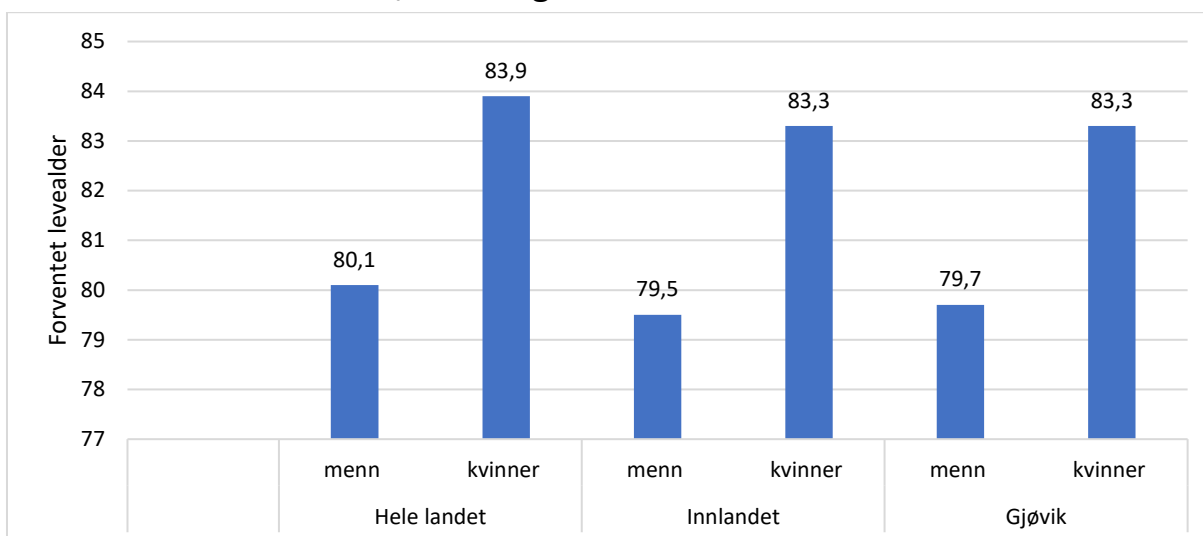
Forventet levealder i Gjøvik var 83,3 år for kvinner og 79,7 år for menn i årlig gjennomsnitt i perioden 2007-2021.

Forventet levealder for begge kjønn øker i takt med økt utdanningsnivå.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen, På lands- og fylkesnivå er dette en stabil og pålitelig indikator som gir informasjon om endringer over tid og om forskjeller mellom befolkningsgrupper. Indikatoren er informativ også på kommunenivå, forutsatt at det tas hensyn til betydningen av tilfeldige svingninger.

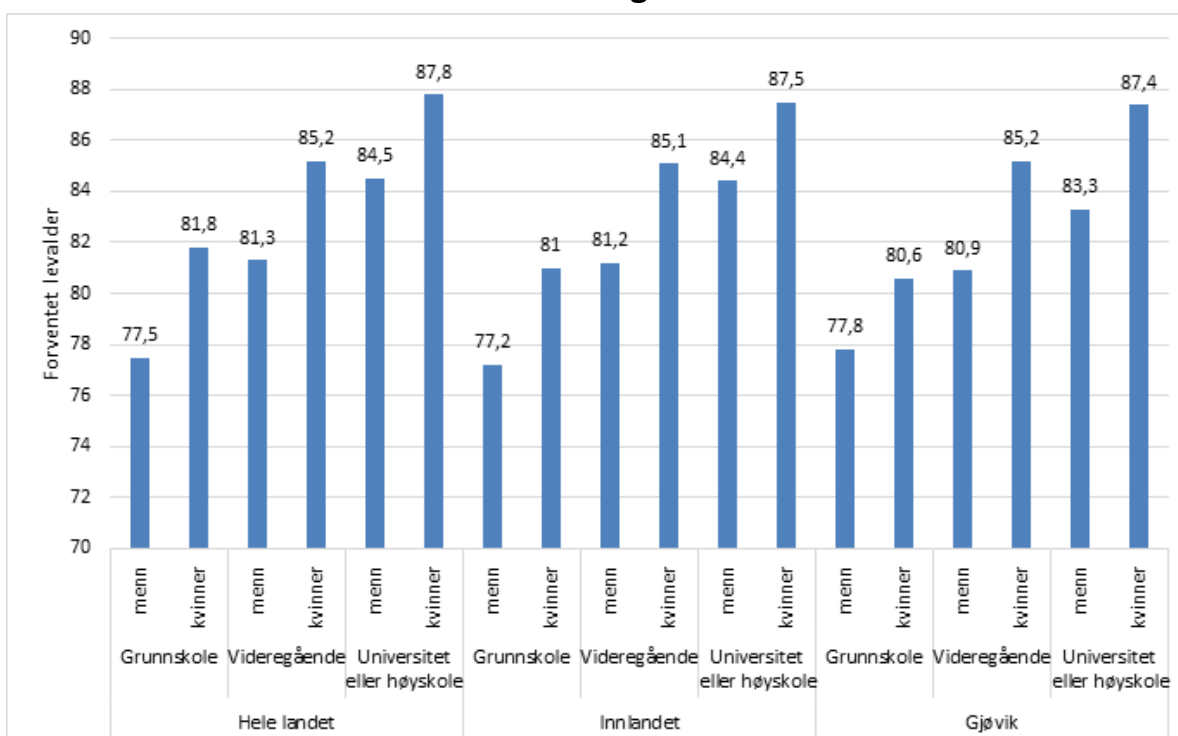
De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

2.4.2 Forventet levealder, menn og kvinner 2007-2021



Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: [Kommunehelse statistikkbank](#).

2.4.3 Forventet levealder etter utdanning 2007-2021



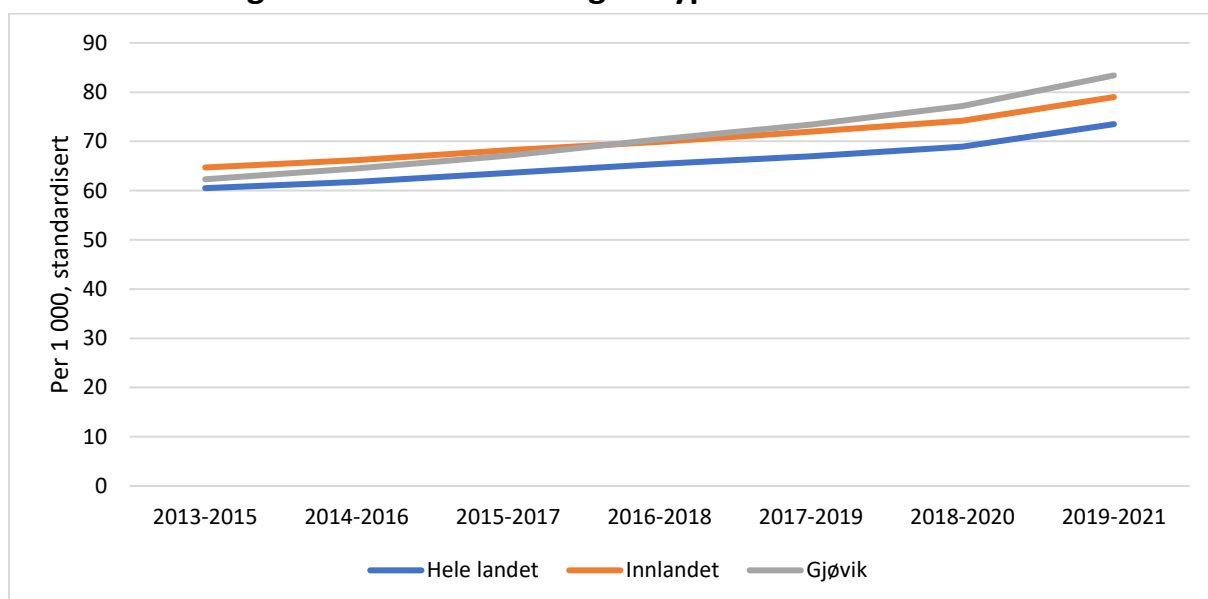
Forventet levealder kvinner og menn etter høyeste fullførte utdanningsnivå (fire ulike grupper), beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: [Kommunehelse statistikkbank](#).

2.4.4 Diabetes

Gjøvik kommune har hatt en økning i antall personer med type 2-diabetes de siste ti årene. Andelen som bruker medikamenter mot type 2-diabetes ligger over fylkes- og landsgjennomsnittet.

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

2.4.5 Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes



Brukere av legemidler forskrevet på resept til behandling av type 2-diabetes i aldersgruppen 45-74 år. Brukere defineres som personer som i løpet av året har hentet ut minst én resept i apotek. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel, telles vedkommende bare én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsestatistikkbank](#)

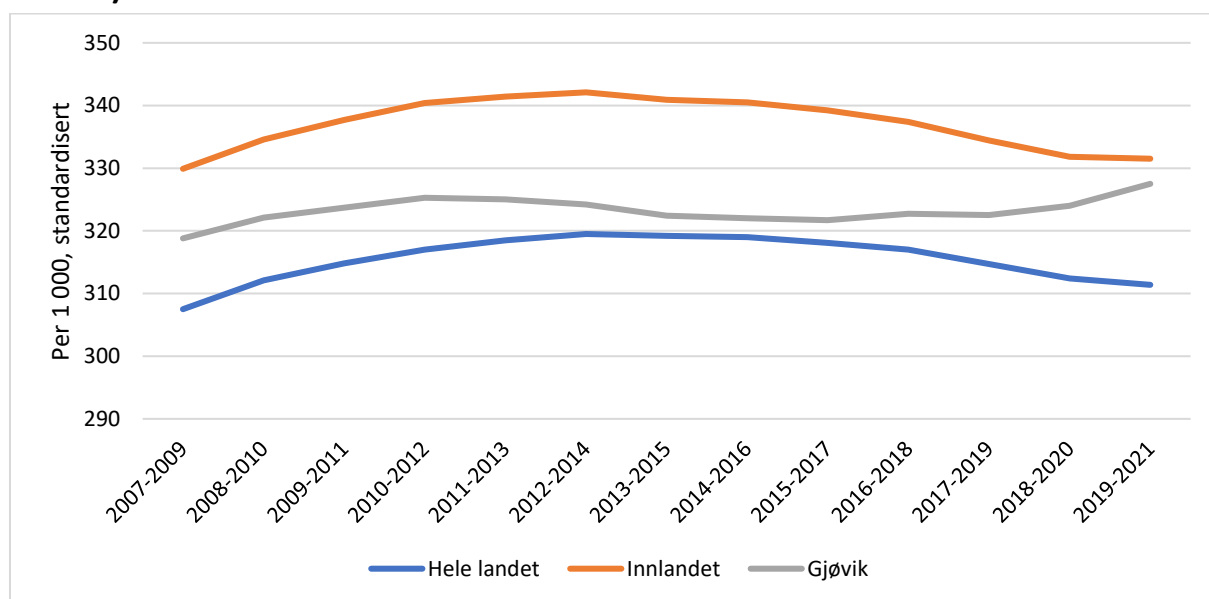
2.4.6 Hjerte- og karsykdommer

Dødelighet av hjerte-/karsykdommer har sunket jevnt siden årtusenskiftet. Det har vært en økning i andel som bruker medisiner mot hjerte-/karsykdommer, noe som kan skyldes både at terskelen for behandling har blitt lavere og at man lever lenger med sykdommene.

Hjerte- og karsykdommer omfatter blant annet hjerteinfarkt, angina pectoris (hjertekramper) og hjerneslag. Jo flere som er ikke-røykere, har et gunstig kosthold, mosjonerer daglig og har normal kroppsvekt, jo færre vil få infarkt i en befolkning. *Kilde Folkehelseinstituttet*

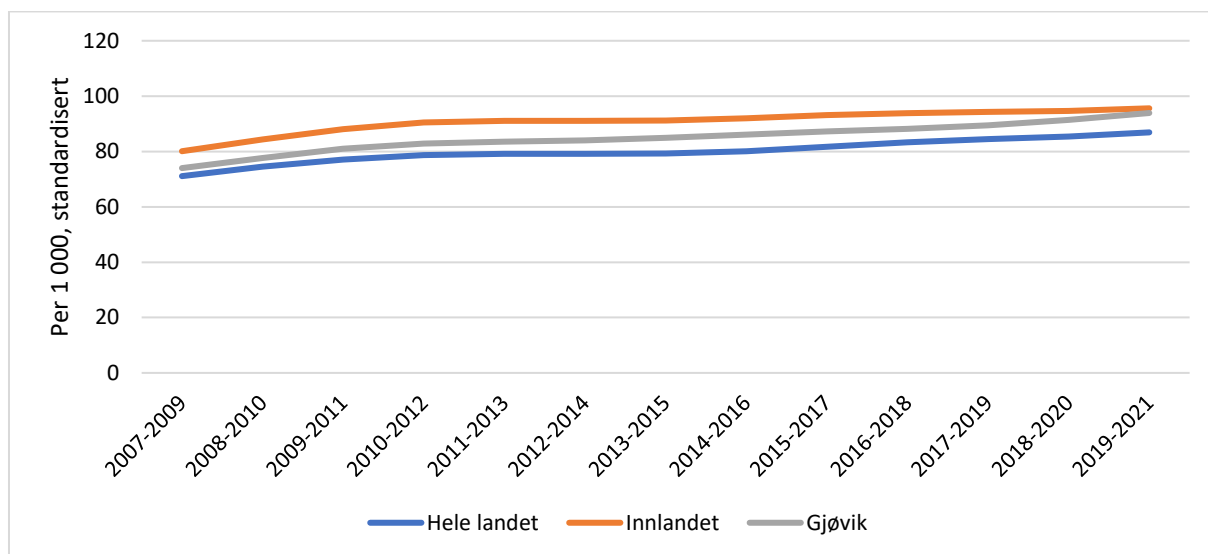
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene fortsatt vil ramme mange.

2.4.7 Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer (eks. kolesterolsenkende midler)



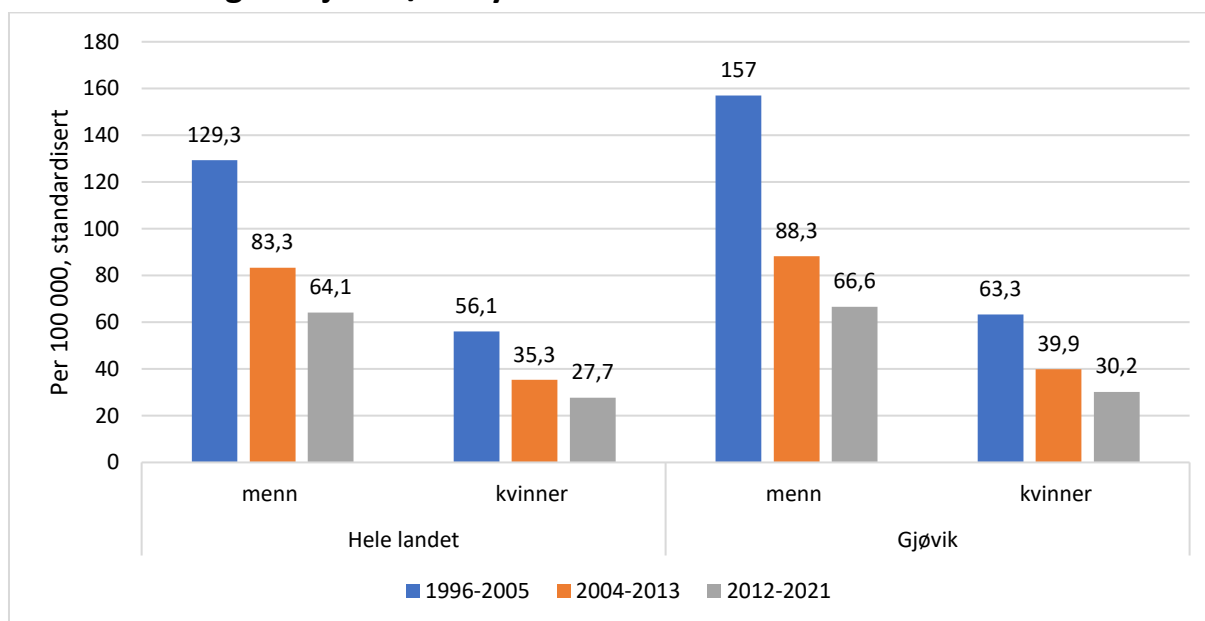
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 45-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

2.4.8 Bruk av kolesterolsenkende medikamenter



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 45-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelse statistikkbank](#).

2.4.9 Dødelighet hjerte-/karsykdom



Dødelighet hjerte- karsykdom, per 100 000 standardisert. 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelse statistikkbank](#).

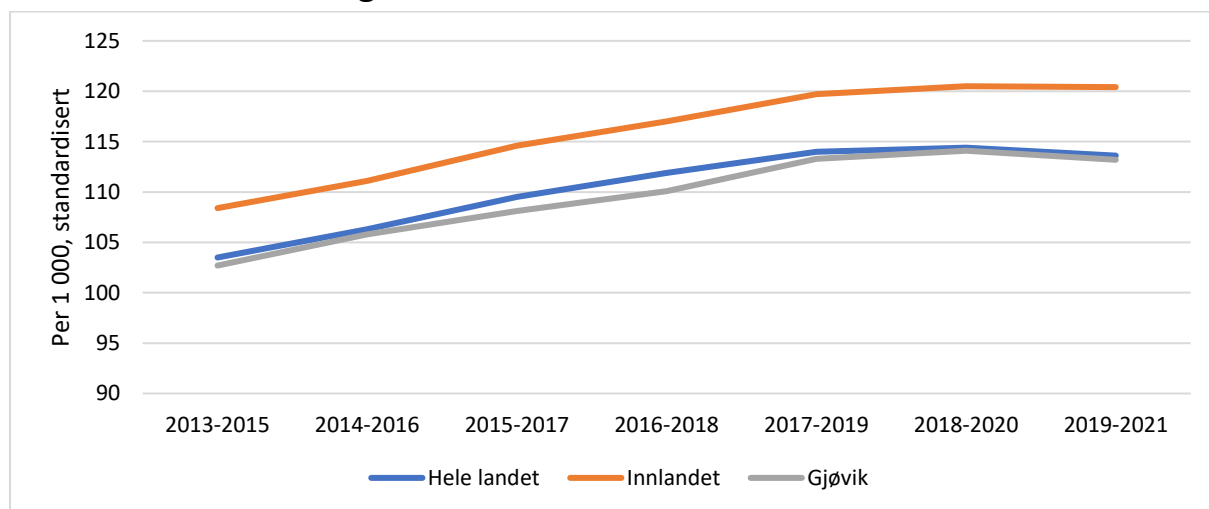
2.4.10 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

Bruken av medisiner mot KOLS og astma har hatt en jevn økning de siste åtte år, men hatt en liten nedgang siden 2020.

Befolkningsundersøkelser i Norge viser at forekomsten av astma har økt de siste 20 årene, spesielt hos barn. *Kilde: Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer, Helse- og omsorgsdepartementet 2012.* Data fra Reseptregisteret viser at andelen av befolkningen i alderen 5-44 år som har minst ett uttak av medisiner for astma i løpet av ett år, tyder på at forekomsten av astma har holdt seg stabil på omkring 5-6 prosent i perioden 2010-2020 (Reseptregisteret).

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. Forekomst av KOLS øker med økende tobakksforbruk og antall år med røyking, og kan si noe om røykevaner.

2.4.11 Bruk av KOLS- og astmamedikamenter



Bruk av KOLS- og astmamedikamenter, begge kjønn, 45-74 år, per 1000 standardisert. 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelse statistikkbank](#).

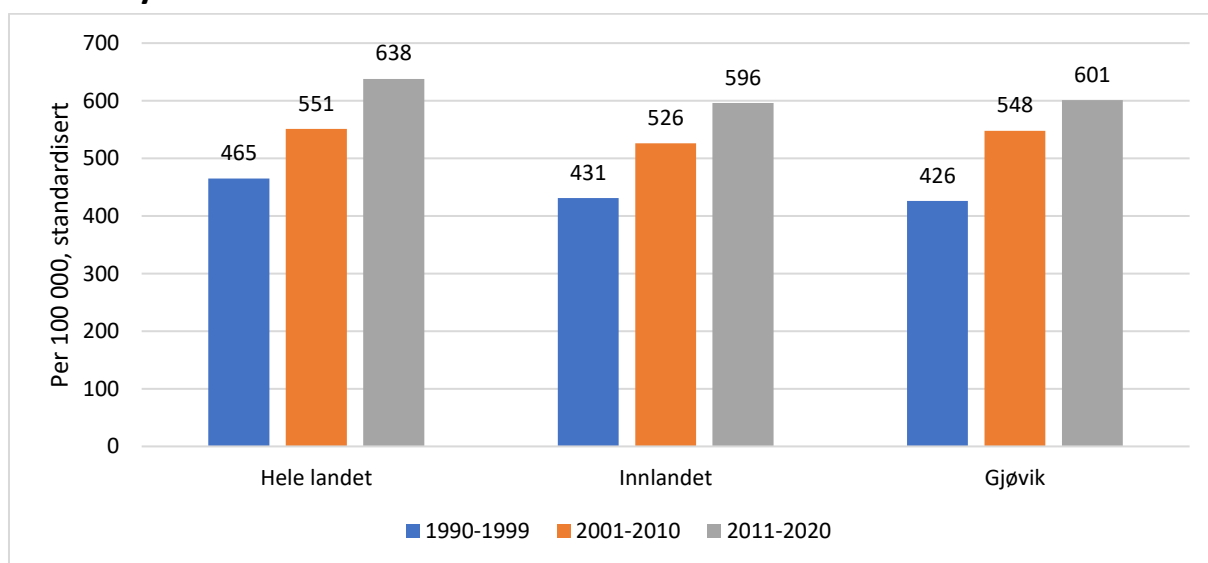
2.4.12 Kreft

Antall krefttilfeller per 100 000 i Gjøvik kommune har økt siden år 2000, men dødelighet har ikke økt tilsvarende.

Kreftdødeligheten i Norge har endret seg lite fra 1950 til i dag (dødsfall per 100 000 innbyggere korrigert for økt levealder). Kreftforekomsten har økt. Det er flere enn tidligere som overlever sin kreftsykdom i 5 år eller mer. Det er større sosioøkonomiske forskjeller i kreftdødelighet i dag enn for 40 år siden, spesielt når det gjelder lungekreft. *Kilde: Folkehelseinstituttet.*

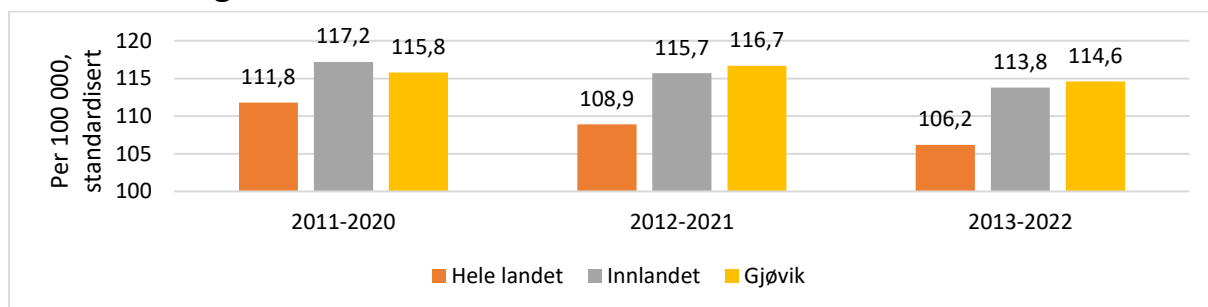
Malignt melanom er den kreftform som har økt mest de siste årene. Kilde: Kreftregisteret.no

2.4.13 Nye krefttilfeller



Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 10-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](http://Kommunehelsa.statistikbank.no).

2.4.14 Dødelighet kreft



Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelse statistikkbank](#).

2.4.15 Smerter

Den totale bruken av smertestillende medikamenter på resept fra 2008-2021 var relativt stabil i Gjøvik kommune.

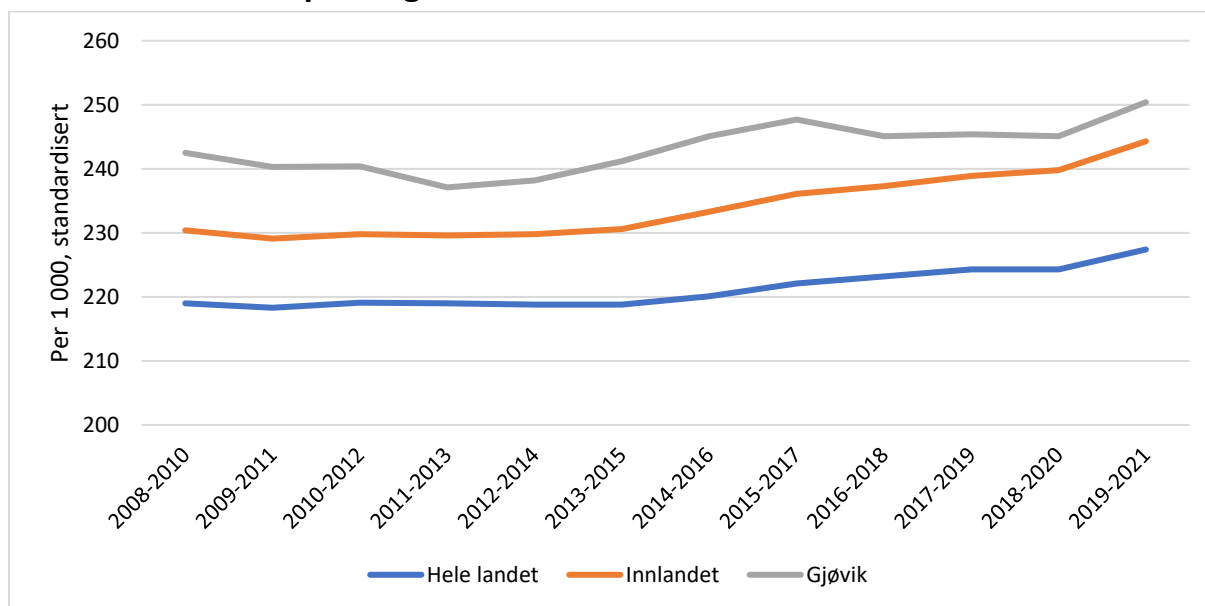
Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen. Anslagsvis 30 prosent av voksne har kroniske smerter i Norge i dag. Muskel- og skjelettplager er den vanligste årsaken, men en rekke andre lidelser kan også føre til kronisk smerte. Forekomsten er høyere enn i mange andre europeiske land. Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har kroniske smerter, og kvinner er også i langt større grad enn menn sykemeldt og uføre som en følge av kronisk smerte. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Når det gjelder ikke-reseptbelagte medikamenter, viste en undersøkelse gjengitt i Tidsskrift for Den norske legeforening (Lagerløv P, Holager T, Helseth S et al. 2009) at ungdommens bruk av disse har økt. Undersøkelsen tydet på at smertestillende ble brukt mot «dagliglivets plager» som lett hodepine eller manglende væskeinntak.

En rapport fra 2020 viser at langtidsbruken av opioider blant voksne er størst blant unge voksne og i den eldste aldersgruppen. Unge kvinner som bruker opioider har en 53% risiko for å stå i langvarig bruk. Kvinner bruker mer opioider enn menn. *Kilde:*

[Folkehelseinstituttet](#)

2.4.16 Bruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

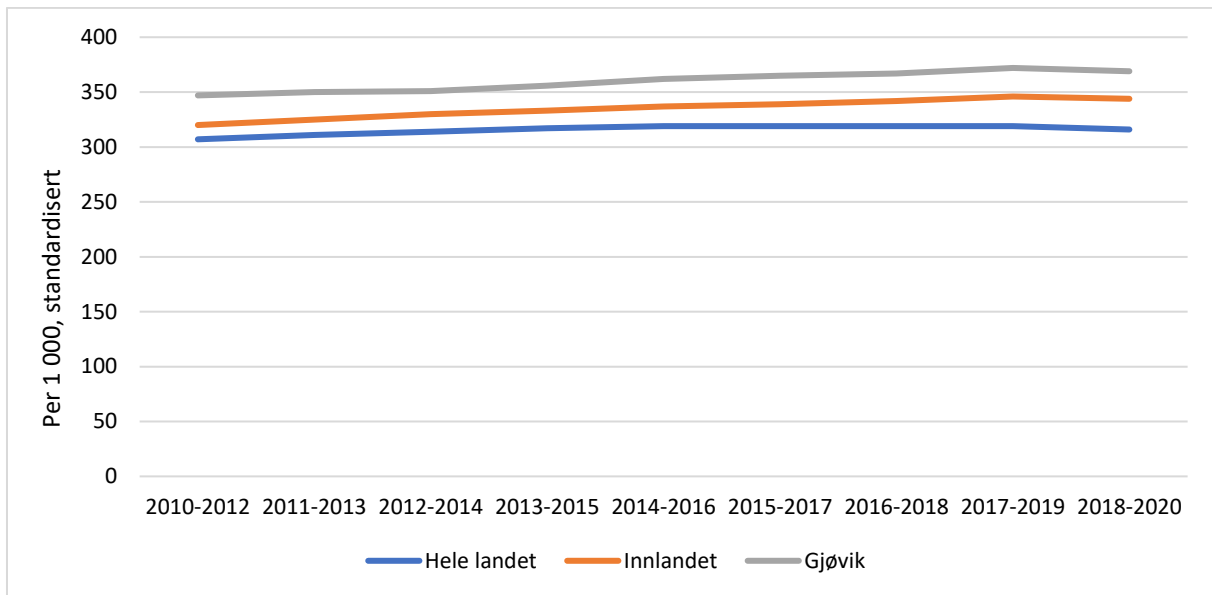
2.4.17 Muskel- og skjelettlidelser

Gjøvik kommune har en høyere andel personer med muskel- og skjelettplager eller sykdommer enn fylket og landet som helhet. Andelen er relativt stabil over tid.

Muskel- og skjelettlidelser er en av de hyppigste årsakene til bruk av både tradisjonelle og alternative helsetjenester og -tilbud. Kilde: *Tidsskrift for Den norske legeförening, nr23/2010*.

Muskel- og skjelettlidelser, sammen med psykiske lidelser, er den hyppigste årsaken til sykefravær i Norge. Fysisk aktivitet kan forebygge muskel- og skjelettlidelser. Kilde: *Folkehelseinstituttet*

2.4.18 Bruk av primærhelsetjenesten, muskel- og skjelettlidelser (eks. brudd/skader)



Antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder) Kontakter med primærhelsetjenesten er klassifisert etter ICPC-kodeverket. Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon(KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelse statistikkbank](#).

2.4.19 Psykiske lidelser

En større andel oppsøker lege pga. psykiske symptomer eller plager i Gjøvik enn i fylket og landet som helhet. Tendensen er at andelen øker.

Bruk av beroligende midler er stabil, mens bruk av antipsykotika har økt.

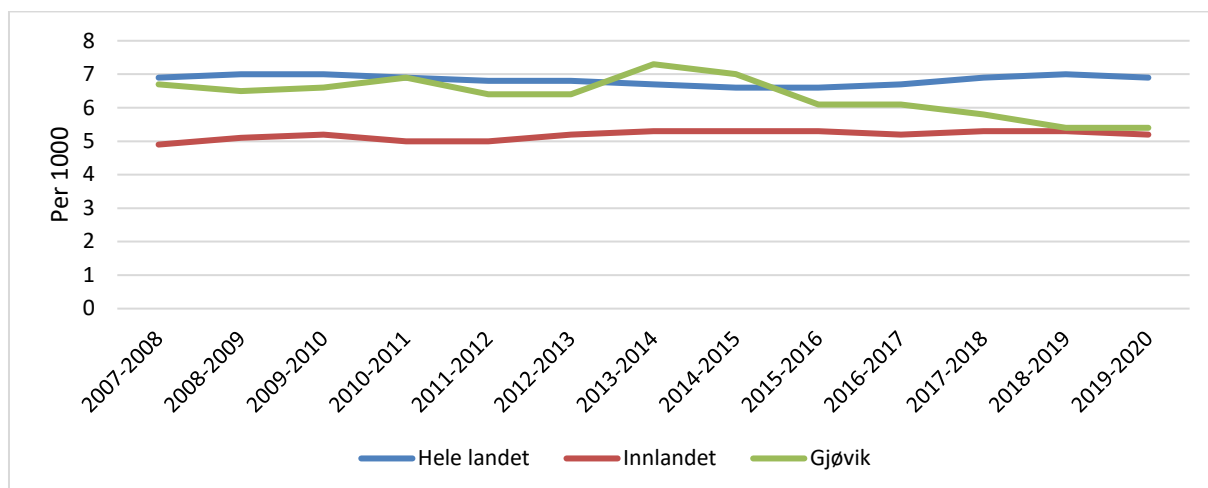
Det er en økning i antall selvmord blant menn, mens antall kvinner er relativt stabilt.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er stabil, og er svært vanlig i befolkningen. Ca. en tredel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år (inkludert alkoholmisbruk), mens 8 % av barn og unge til enhver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon. Økt dødelighet, sykmeldinger og uførepensjon er noen av de viktigste følgene av psykiske sykdommer.

Tiltak for å utjevne sosial ulikhet vil trolig ha en effekt på utvikling av enkelte psykiske lidelser. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

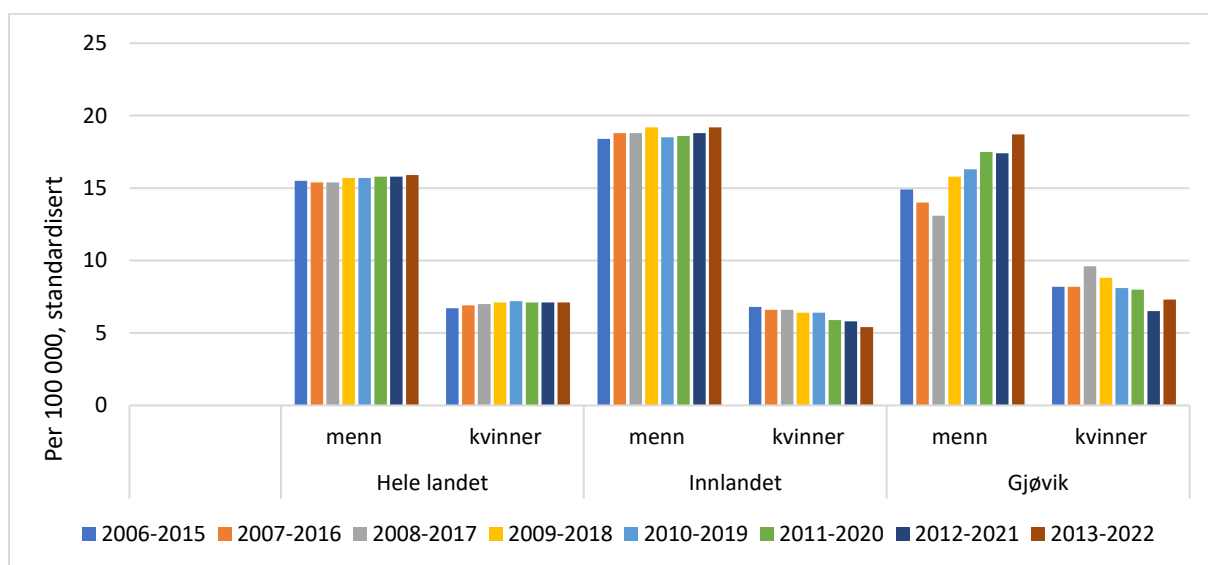
Sosial støtte og utviklet mestringssevne er de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser. *Kilde: Proposisjon til Stortinget (Folkehelseloven)*

2.4.20 Anmeldte voldstifeller



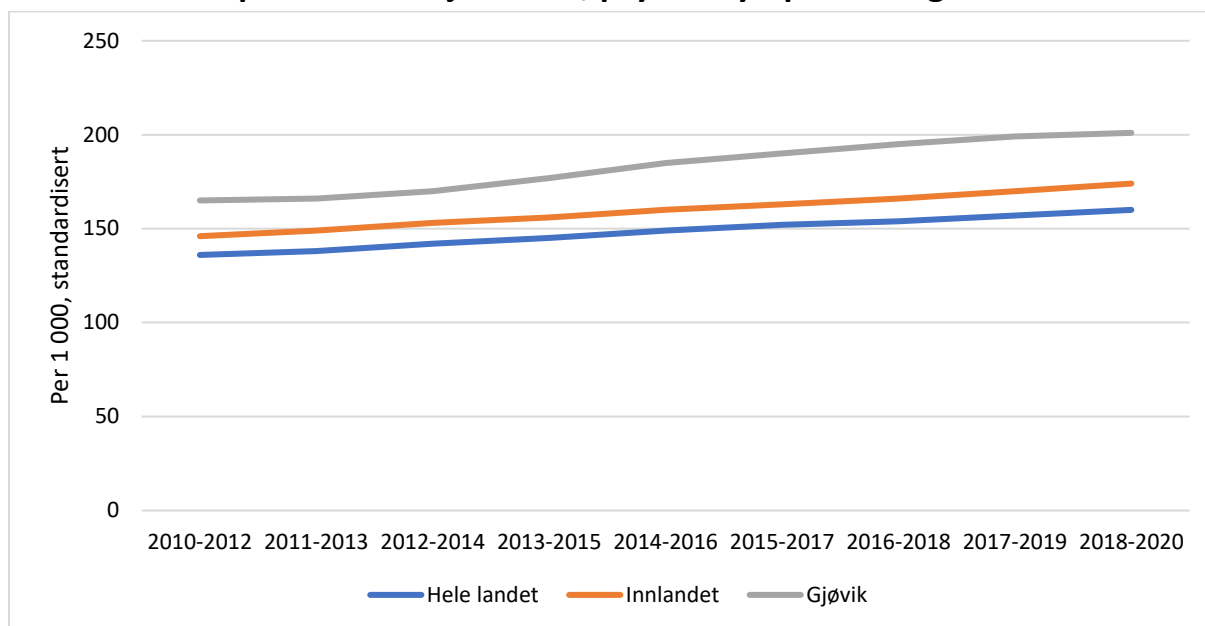
Anmeldte lovbrudd i kategorien vold og mishandling (dette omfatter ikke seksuallovbrudd) oppgitt i antall anmeldelser og per 1000 innbyggere. Statistikken omfatter alle lovbrudd registrert av politiet og påtalemyndigheten som anmeldt i løpet av statistikkåret. Statistikken omfatter anmeldte lovbrudd der gjerningssted er i den aktuelle kommunen eller fylket. Statistikken presenteres som gjennomsnitt over 2 år. [Kommunehelsa statistikkbank](#)

2.4.21 Selvmord



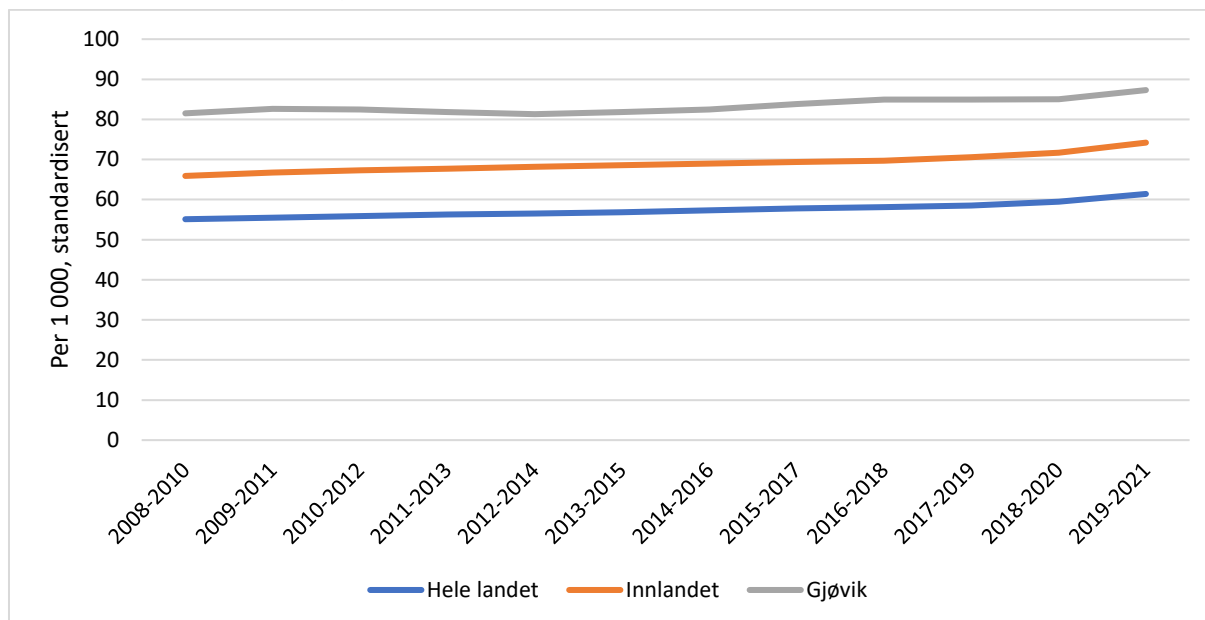
Statistikken er basert på opplysninger i Dødsårsaksregisteret og omfatter alle bosatte i Norge. Statistikken omfatter også de som er bosatte i Norge og dør i utlandet. Turister og andre som ikke er bosatte, men som dør i Norge, telles ikke med i statistikken. 1. Årlig antall = Årlig antall, angitt som gjennomsnitt over 10-årsperioder. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

2.4.22 Bruk av primærhelsetjenesten, psykisk symptomer og lidelser



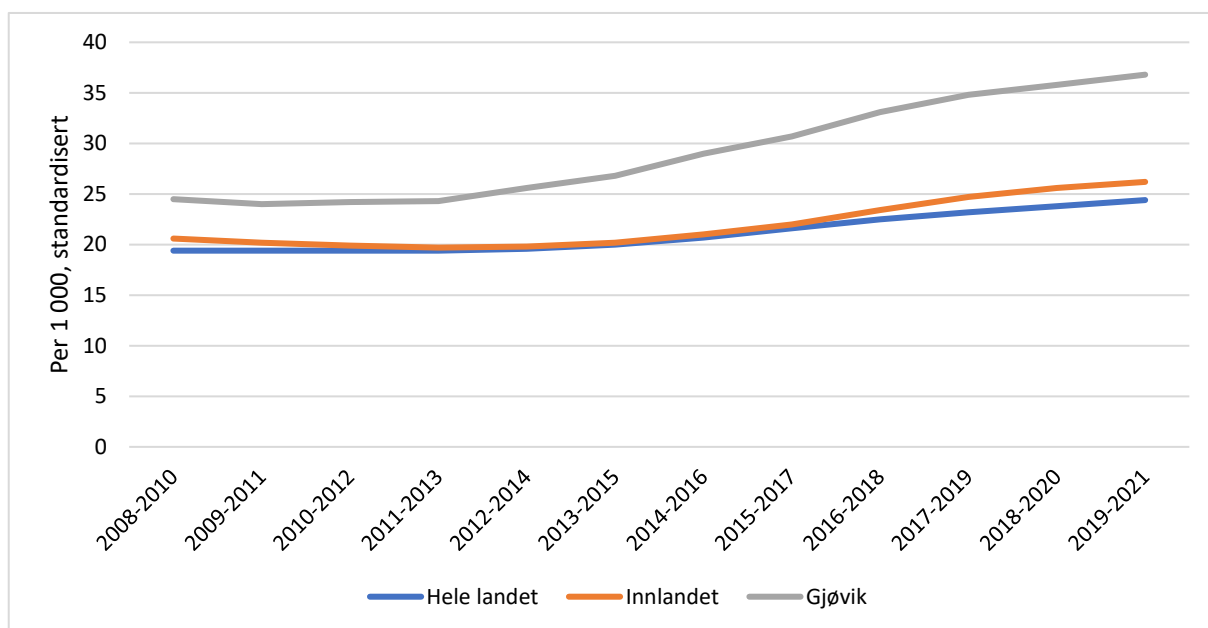
Antall unike personer i alderen 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder). Kontakter med primærhelsetjenesten er klassifisert etter ICPC-kodeverket. Dataene er hentet fra: Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon(KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelse statistikkbank](#).

2.4.23 Bruk av antidepressiva



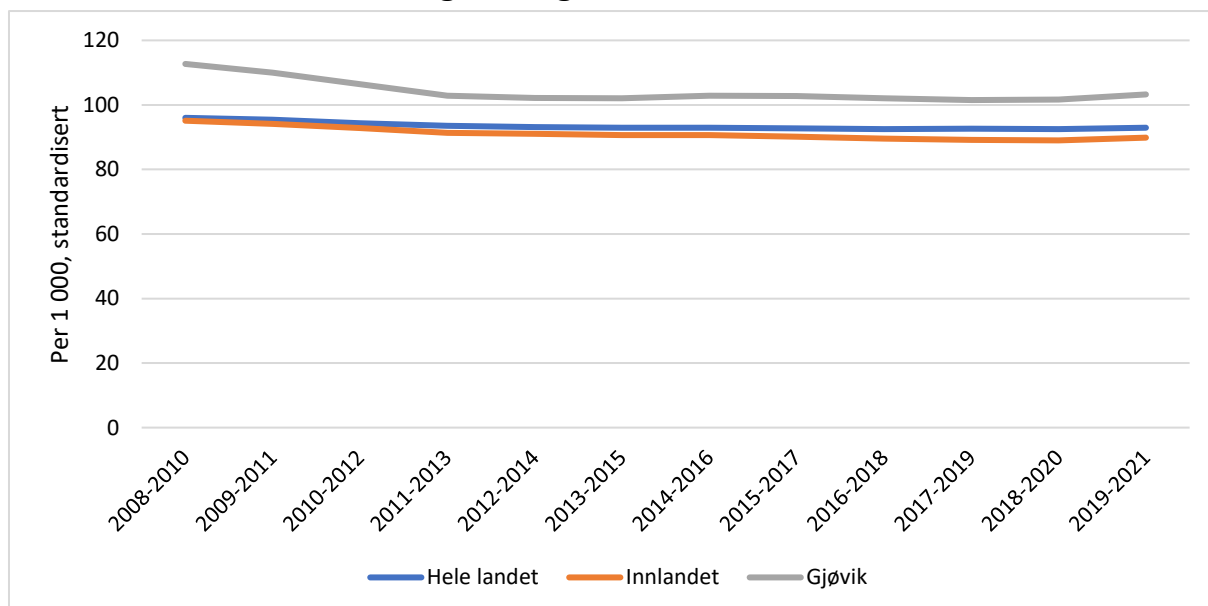
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelse statistikkbank](#).

2.4.24 Bruk av antipsykotika



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

2.4.25 Bruk av sovemidler og beroligende midler



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

2.4.26 Smittsomme sykdommer

Gjøvik kommune har nesten full vaksinasjonsdekning i barnevaksinasjonsprogrammet, og over 95 % av jenter er vaksinert mot HPV ved 16-års alder.

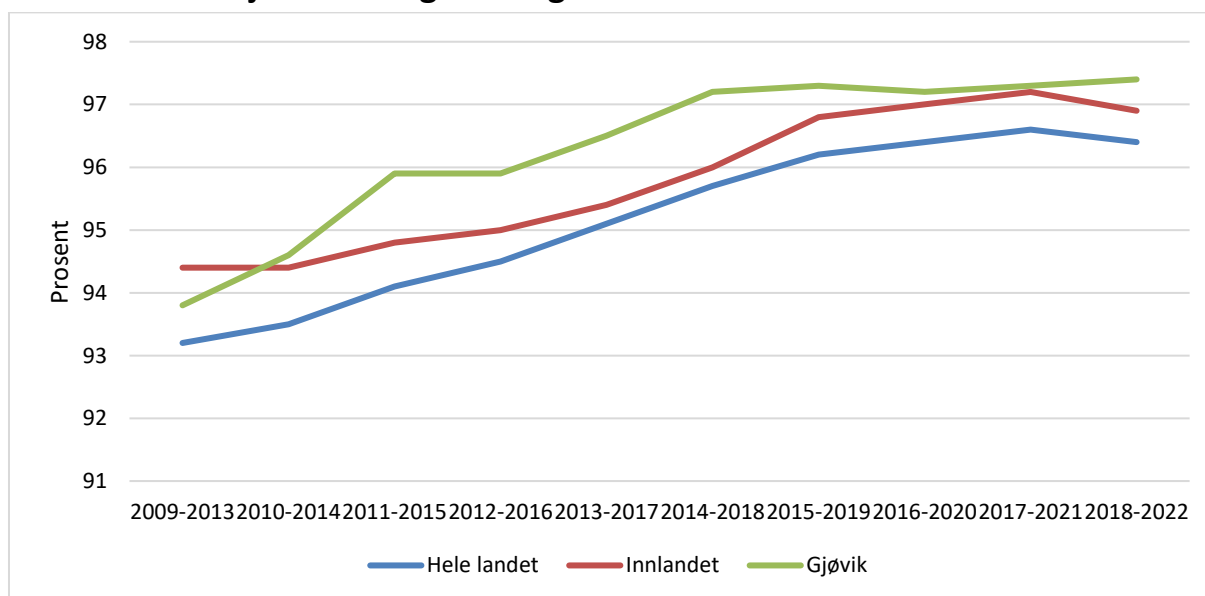
Kommunen har klart å over tredoble vaksinasjonsdekning av sesonginfluensavaksine fra 16,1 % i risikogrupper i 2015/2016 til 56,1% i 2021/2022. Vi har nå kommet opp på nivå med landsgjennomsnittet, men har fortsatt et stykke igjen til målet om 75% vaksinasjonsdekning av risikogrupper. Det samme målet gjelder for ansatte med pasientkontakt, der vi er langt fra målet om 75% dekning.

Innlandet har, som resten av landet, hatt en foruroligende økning i antall tilfeller av gonoré.

Gjøvik kommune har oppnådd over 35 % reduksjon i bruk av antibiotika siden 2010, og fortsetter det gode arbeidet med å senke forbruket ytterligere.

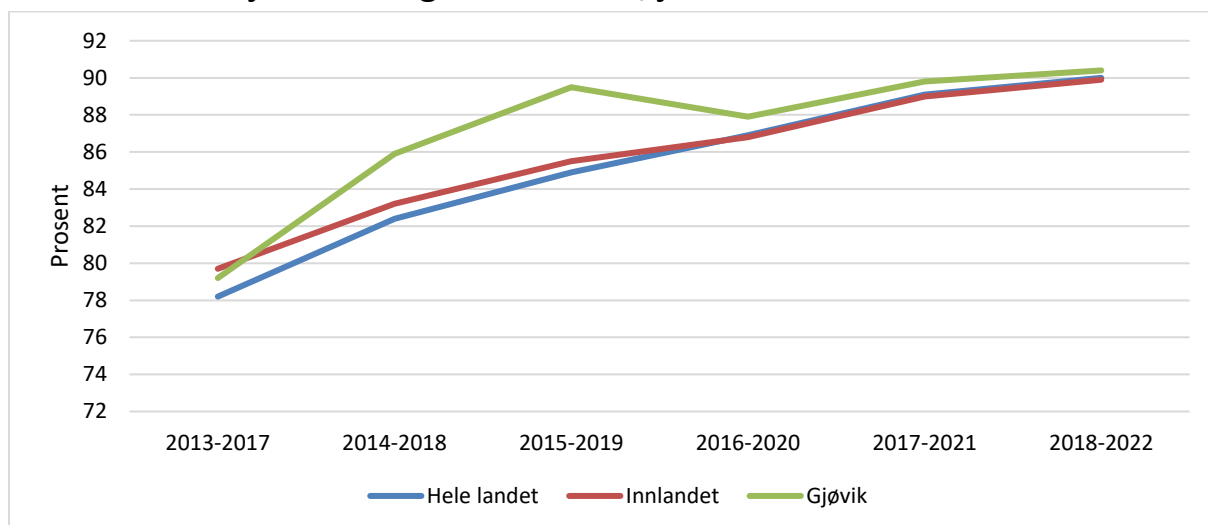
Smittsomme sykdommer er ikke lenger det største folkehelseproblemet i Norge, men for å holde disse sykdommene i sjakk, er det svært viktig å opprettholde et godt smittevern og et effektivt vaksinasjonsprogram. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

2.4.27 Vaksinasjonsdekning meslinger ved 2 års alder



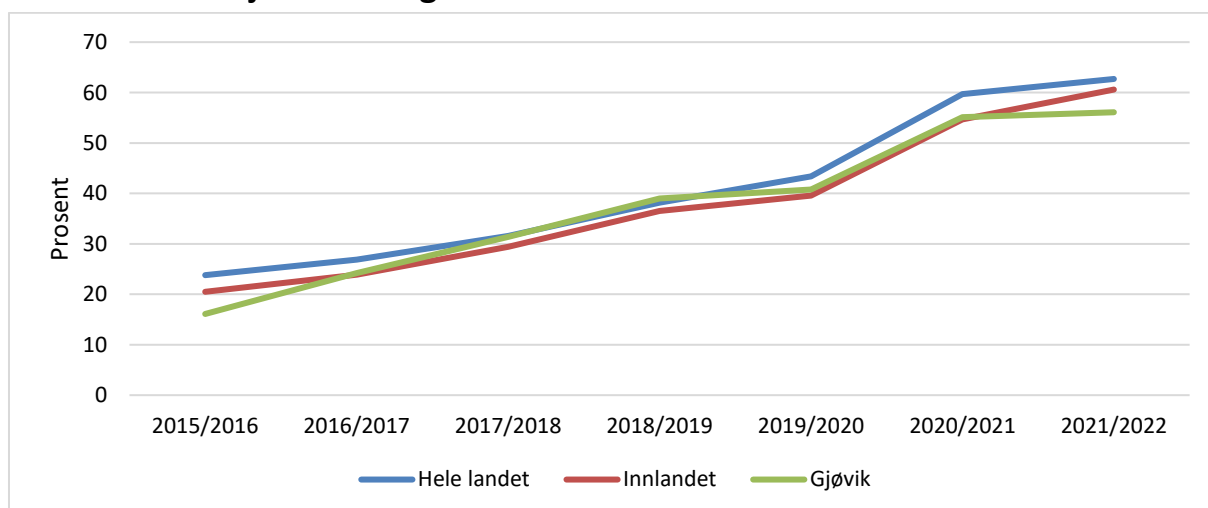
Andelen barn som er vaksinerte mot meslinger ved 2 års alder, i prosent av alle barn. Folkehelseinstituttet. [Kommunehelse statistikkbank](#).

2.4.28 Vaksinasjonsdekning HPV-vaksine, jenter 16 år



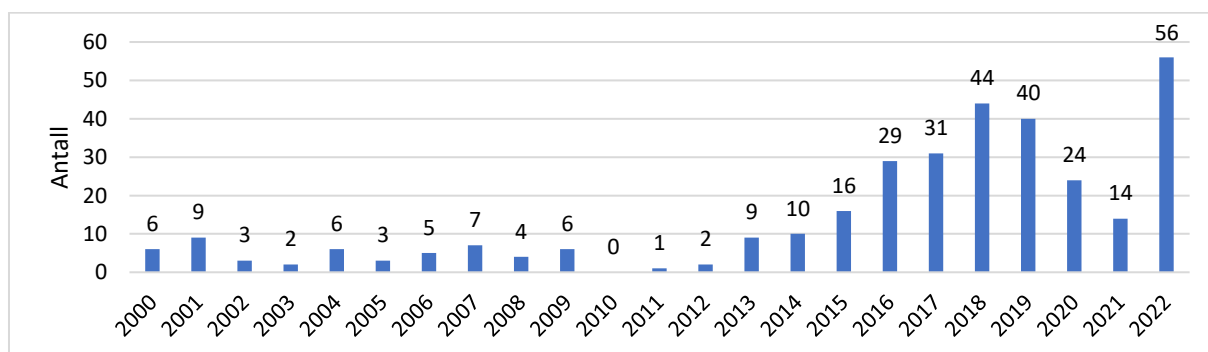
Andelen jenter som er vaksinerte mot HPV (Cervarix) ved 16 års alder, i prosent. Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

2.4.29 Vaksinasjonsdekning influensavaksinerte over 65 år



Andelen personer over 65 år registrert vaksinert mot influensa i prosent av personer over 65 år registrert i Folkeregisteret som bosatt i Norge på uttrekkstidspunkt. Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

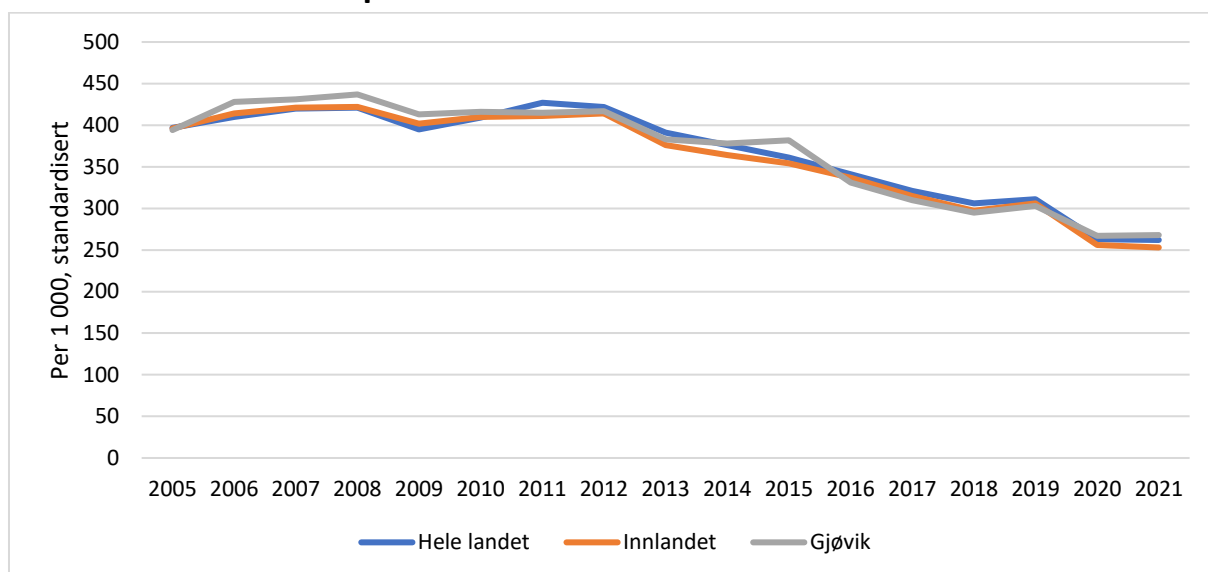
2.4.30 Gonoré i Innlandet



Det har de siste årene vært en stigning i antall tilfeller med gonoré. Andel kvinner som har fått gonoré er steget

fra 14% av tilfellene for 20 år siden, til 27% av tilfellene nå. Det er fremdeles flest menn som får gonorré, men demografien endret. [Folkehelseinstituttet. MSIS](#)

2.4.31 Antibiotika-resepter



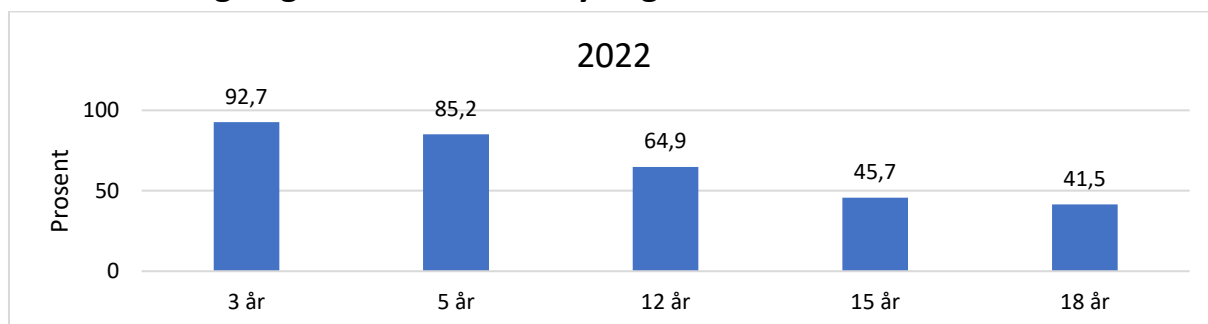
Antibiotika forskrevet på resept og utlevert fra apotek til personer i aldersgruppen 0-79 år. En resept defineres som en utlevering av et antibiotikum. [Kommunehelsa statistikkbank](#)

2.4.32 Tannhelse

I 2022 har 92,7 % av treåringene og 41,5 % av attenåringene i Gjøvik ikke hatt behov for fyllinger.

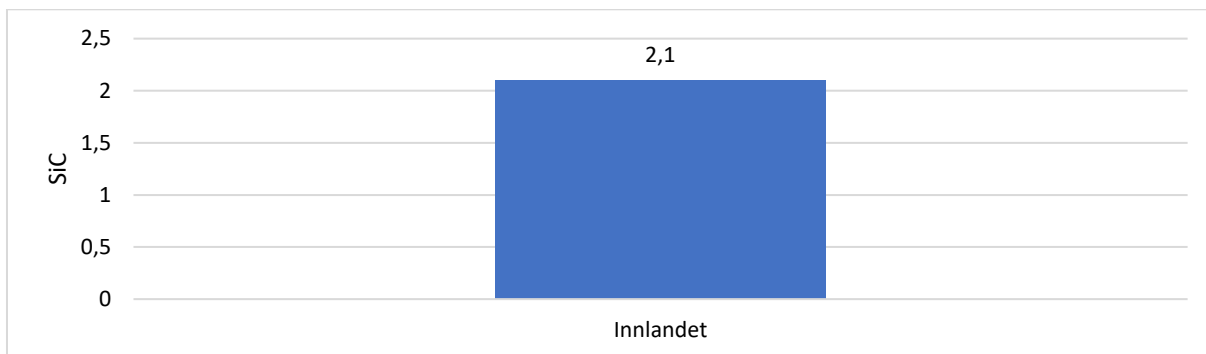
De siste 30 årene har det skjedd en betydelig bedring i tannhelsen. Flere barn og unge har ingen eller få «hull» i tennene. Blant voksne og eldre er det flere som har egne tenner i behold, og som klarer seg uten protese. Men fortsatt varierer tannhelsen med alder, økonomi, hvor i landet man bor og om man tilhører en utsatt gruppe eller ikke. Kilde: *Folkehelseinstituttet*

2.4.33 Barn og unge uten behov for fyllinger



Forklaring: Andel 3-, 5-, 12-, 15- og 18-åringene uten behov for fyllinger, i prosent. Kilde: [Innlandsstatistikk](#).

2.4.34 SiC – Grad av sosial ulikhet i tannhelse



For 12-åringer beregnes *Significant Caries index* (SiC-indeks), som et gjennomsnitt antall tenner med hull (karieserfaring) i den tredjedelen av årskullet med høyest karieserfaring. Et lavt SiC-indeks vil si at forskjellene i tannhelse er mindre, enn de stedene som har et høyere SiC-indeks. SiC-indeks ble introdusert i år 2000 for å sette søkelyset på barna som har høyest karies-score. Tannhelsetilstanden hos 12-åringer gir en indikasjon på om den offentlige tannhelsetjenesten har lyktes med det forebyggende arbeidet slik at disse pasientene oppnår så få og små fyllinger som mulig. Kilde: [Innlandsstatistikk](#).

Folkehelsebarometer for kommunen

I oversikten nedenfor sammenliknes noen nøkkeltall for kommunen og fylket med landstall. I figuren og tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenliknet med landet. Klikk på indikatornavnene for å se utvikling over tid i kommunen. I Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no> finnes flere indikatorer samt mer informasjon om hver enkelt indikator.

Vær oppmerksom på at også «grønne» verdier kan innebære en folkehelseutfordring for kommunen, fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan være noe å strekke seg etter.

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landet som helhet
- 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

Tema	Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Gjøvik
Befolkning	1 Andel barn, 0-17 år	18,4	18,2	20,4	prosent	
	2 Andel over 80 år	5,1	5,7	4,4	prosent	
	3 Andel 80 år+, framskrevet til 2040	9,2	10	8,2	prosent	
	4 Personer som bor alene, 45 år +	27,1	27,6	26,3	prosent	
	5 Befolkningsvekst	-0,42	0,18	0,63	prosent	
Oppvekst og levekår	6 VGS eller høyere utdanning, 30-39 år	77	76	81	prosent	
	7 Vedvarende lav inntekt, 0-17 år	13	13	12	prosent	
	8 Inntektsulikhet, P90/P10	2,7	2,6	2,8	-	
	9 Barn av enslige forsørgere	17,0	16,0	14,7	prosent	
	10 Unge som står utenfor, 15-29 år	9,8	9,9	9,5	prosent (a,k)	
	11 Leier bolig, 45 år +	13,9	13,8	12,2	prosent	
	12 Bor trangt, 0-17 år	16	14	18	prosent	
	13 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. tr.	26	23	23	prosent (k)	
Miljø, skader og ulykker	14 Laveste mestringsnivå i regning, 5. tr.	32	25	24	prosent (k)	
	15 Gjennomføring i vdg. opplæring	74	78	79	prosent (k)	
	16 Høy tilfredshet med livet, Ungd. 2021	52	52	49	prosent (a,k)	
	17 Drikkevann, hygienisk og stabilt	99,6	71,9	90,7	prosent	
	18 Luftkvalitet, finkornet svevestøv	4,3	3,9	4,8	µg/m³	
	19 Trygt i nærmiljøet, Ungdata 2021	85	87	85	prosent (a,k)	
	20 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2021	59	59	60	prosent (a,k)	
	21 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2021	65	68	68	prosent (a,k)	
Helse-relatert atferd	22 Fornøyd med treffsteder, Ungd. 2021	50	49	46	prosent (a,k)	
	23 Ensomhet, Ungdata 2021	25	23	25	prosent (a,k)	
	24 Trener sjeldnere enn ukentlig, 17 år	25	28	27	prosent (k)	
	25 Skjermtid over 4 timer, Ungd. 2021	51	50	49	prosent (a,k)	
Helsestatus	26 Røyking, kvinner	4,2	4,7	2,8	prosent (a)	
	27 Forventet levealder, menn	79,7	79,5	80,1	år	
	28 Forventet levealder, kvinner	83,3	83,3	83,9	år	
	29 Utd.forskjeller i forventet levealder	5	5,4	5,1	år	
	30 Psykiske sympt./lidelser, 0-74 år	201	174	160	per 1000 (a,k)	
	31 Overvekt og fedme, 17 år	25	26	22	prosent (k)	
	32 Hjerte- og karsykdom	16,2	16,5	17,2	per 1000 (a,k)	
	33 Antibiotikabruk, resepter	268	254	262	per 1000 (a,k)	
	34 Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år	98,1	97,3	97,3	prosent	

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert, k = kjønnsstandardisert og ** = tall fra Ungdataundersøkelsen mangler. Les mer om mulige årsaker til at tall fra Ungdataundersøkelsen mangler og om endringer i tall for 2021 [her](#).

1./2. 2022. 3. 2040, beregning basert på middels vekst i fruktbarhet, levealder og netto innflytting. 4. 2022, i prosent av befolkningen. 5. 2021. 6. 2021, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning). 7. 2019-2021, barn (0-17 år) som bor i husholdninger som i en treårsperiode har en gjennomsnittlig inntekt under 60 % av nasjonal median. 8. 2021, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 9. 2019-2021, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. 10. 2021, omfatter de som ikke er i arbeid, utdanning eller opplæring (NEET). 11. 2021, andelen er presentert i prosent av personer i privathusholdninger. 12. 2021, trangboddhet defineres ut ifra antall rom og kvadratmeter i boligen. 13./14. Skoleårene 2019/2020-2021/2022. 15. 2019-2021, omfatter elever bosatt i kommunen. 16. U.skole, de som angir 8-10 på en skala fra 0-10, der 0 er det verst mulige livet de kan tenke seg og 10 det best mulige. 17. 2021, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil levering av drikkevann. Omfatter vannverk som forsyner minst 50 personer. Tallene bør vurderes i lys av andelen som er tilknyttet vannverk i kommunen, se Kommunehelsa statistikkbank. 18. 2021, mikrogram per kubikkmeter (µg/m³) finkornet svevestøv (PM2,5) som befolkningen i kommunen er utsatt for. 19. U.skole, opplever at nærområdet er trygt på kveldstid. 20. U.skole, svarer «ja, jeg er med nå». 21. U.skole, svært eller litt fornøyd. 22. U.skole, svært bra eller nokså bra tilbud. 23. U.skole, ganske mye eller veldig mye plaget. 24. 2021-2022, oppgitt ved nettbasert sesjon 1. 25. U.skole, daglig utenom skolen. 26. 2017-2021, fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet, oppgitt i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 27./28. 2007-2021, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 29. 2007-2021, vurdert etter forskjellen i forventet levealder ved 30 år, mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 30. 2018-2020, brukere av primærhelsetjenestene fastlege og legevakt. 31. 2019-2022, KMI som tilsvarende over 25 kg/m², basert på høyde og vekt oppgitt ved nettbasert sesjon 1. 32. 2019-2021, omfatter innlagte på sykehus og/eller døde. 33. 2021, 0-79 år, utleveringer av antibiotika ekskl. metenamin på resept. 34. 2017-2021.

Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Ungdata-undersøkelsen fra Velferdsvetenskapssenteret NOVA ved OsloMet, Vernepliktsverket, Vannverksregisteret, Primærhelsetjenestene fastlege og legevakt (KUHR-databasen i Helsedirektoratet), Hjerte- og karregisteret, Reseptregisteret, Meteorologisk institutt, Medisinsk fødselsregister og Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK. For mer informasjon, se <http://khs.fhi.no>.



GJØVIK KOMMUNE

«Vi har ingen barn å miste»

En kartlegging om ungdom, rus og vold



Forord

Alle barn og unge i Gjøvik skal oppleve trivsel, trygghet og livsmestring. Det innebærer at barn og unge skal oppleve seg inkludert i fellesskapet og høre til. Vi har et stort lag som arbeider for at barn og unge i Gjøvik skal ha trygge, meningsfulle og gode liv. Mange av disse har bidratt inn i denne rapporten.

Gjøvik kommune har over tid fått innsikt fra ungdom, foresatte, skoler, politi og andre voksne som tyder på at rusbruken blant unge er bekymringsfull og i utvikling. Dette er også en trend vi ser nasjonalt. Det er satt inn flere tiltak for å utsette og forhindre rusdebut blant unge. Likevel har ikke bildet endret seg slik man skulle ønske. Kommunen besluttet derfor å gjennomføre en målrettet kartlegging mot rus og vold blant unge i Gjøvik våren 2023, for å identifisere mer treffsikre tiltak. Kartleggingen er forankret i lokal styringsgruppe for politiråd.

Rapporten bygger på en omfattende kartlegging hvor ungdommens medvirkning har stått sentralt. Rapporten er ment å gi kunnskap og foreslå retning på det videre arbeidet, med konkrete forslag til tiltak. Jeg vil rette en stor takk til alle ungdommer, bidragsytere fra offentlige og private tjenester, lag og foreninger, samt andre i lokalsamfunnet som har delt sin kunnskap og bidratt til innsikt. En spesiell takk går til kartleggingsteamet med god veiledning fra KORUS Øst som på kort tid har lagt til rette for kunnskapsinnhenting og analyse.

Målet med rapporten er å gi kunnskap om utfordringsområdene som gjør at vi klarer å forhindre at barn og unge i Gjøvik ruser seg og opplever vold. Vi ønsker at rapporten blir lest og brukt av ungdom og av alle som har ansvar for at ungdom har en god oppvekst i Gjøvik. Løsningene på utfordringene må skapes i et godt samarbeid mellom offentlige og private aktører, foreldre, lokalsamfunn og ikke minst barn og ungdom selv. Rapporten vil bli brukt som kunnskapsgrunnlag i videre arbeid og beslutninger internt i kommunen og vil bli lagt frem for regionalt politiråd.

Anne Mari Kind, kommunalsjef for oppvekst

Innhold

Forord	2
Kartleggingsteamet.....	5
Innledning	6
Gjøvik kommune	6
Bakgrunn for kartleggingen.....	7
Forankring	8
Kartleggingsteamet	8
Styringsgruppa.....	8
Målgruppe for kartleggingen	8
Kartleggingens mål	9
Kartleggingsprosessen: metode og kilder	9
Innledende konsultasjon	10
Intervjuer med nøkkelinformanter	10
Kartlegging av pågående innsats.....	11
Innhenting av eksisterende data	11
Avsluttende konsultasjon.....	11
Funn fra kartleggingen	12
Sosiale relasjoner	12
Familie	12
Venner, identitet og tilhørighet	14
Skole og fritid.....	15
Alder og grupperinger	16
Rusmidler.....	17
Cannabis	18
Kokain	21
Vold og trusler	21
Eksisterende tiltak	24
Rus- og voldsrelaterte hjelpetiltak i Gjøvik kommune.....	26

Handlingsplan	28
Universelt forebyggende tiltak:.....	28
Oppsøkende virksomhet	28
Natteravn/dagravn.....	29
Kompetanseheving hos både foreldre og elever	29
Tverrfaglig ressurs i skolen må økes.....	30
Selektivt forebyggende tiltak:	31
Kompetanseheving om rus og rusmidler for ansatte i skolen:	31
Redusere sosioøkonomiske utfordringer	32
Indisert forebyggende tiltak:.....	32
Tiltak rettet mot foreldre til ungdommer som ruser seg.....	32
Tiltak rettet mot ungdom som er i faresonen for å utvikle rusavhengighet	33
Kildehenvisning	34

Kartleggingsteamet

Tove Fornes, SLT koordinator - Gjøvik kommune - leder for kartleggingsteamet

Csilla Hajdu, ungdomskordinator - Ung i Gjøvik - skriver av rapporten

Trine Vatvedt, sosionom - Gjøvik videregående skole

Arvid Engevold, spesialsykepleier 1 - rustjenesten Helse og omsorg

Trine Merethe Engen, politioverbetjent - Innlandet politidistrikt, forebyggende enhet

Beate Engelstad Heiberg, familieveileder - Gjøvik og Land Barneverntjeneste

Veiledere fra KORUS Øst

Mari Finstad Evenby, Spesialrådgiver

Ellen Kyrdalen, Spesialrådgiver

Innledning

Ungdomstiden er en kritisk fase i livet, der ungdommer står overfor ulike utfordringer og muligheter. Det er derfor av stor betydning å forstå de faktorene som påvirker deres sosiale miljø, spesielt når det gjelder temaer som rus og vold. Gjøvik kommune har nylig gjennomført en omfattende kartlegging av ungdomsmiljøet i samarbeid med KORUS Øst, med mål om å få et helhetlig bilde av situasjonen og for å identifisere områder som krever spesiell oppmerksomhet.

Denne rapporten er resultatet av kartleggingen som ble gjennomført mellom januar og juni 2023 og representerer en viktig innsikt i utfordringene ungdommene i Gjøvik står overfor når det gjelder rus og vold. Rapporten tar sikte på å gi en grundig beskrivelse av funnene som er avdekket, og vil sette søkelys på viktige aspekter som sosiale relasjoner, aldersgrupper og grupperinger, rusmidler, vold og trusler.

For å sikre at rapporten er basert på troverdige metoder og verktøy, har kartleggingen benyttet seg av en metodikk utviklet av KORUS Bergen kalt "Hurtig Kartlegging og Handling". Denne tilnærmingen er anerkjent for sin pålitelighet og effektivitet i å samle inn relevante data og informasjon, og har bidratt til å danne et solid grunnlag for rapportens funn.

Målgruppen for denne rapporten er barn og unge i alderen 12-23 år. Det er nettopp deres perspektiver, erfaringer og utfordringer som står i fokus. Ved å forstå deres opplevelser og behov, kan vi utvikle målrettede og effektive tiltak som bidrar til å skape et tryggere og mer inkluderende ungdomsmiljø i Gjøvik kommune.

Rapporten vil også presentere en oversikt over eksisterende tiltak som allerede finnes i kommunen for denne målgruppen. Det er viktig å anerkjenne de positive initiativene som allerede er iverksatt, samtidig som det identifiseres potensielle områder for forbedring og utvikling av forebyggende tiltak.

Vi håper at denne rapporten vil være til nytte for både beslutningstakere, fagpersoner og andre interesserte parter som er engasjert i å fremme ungdommers trivsel og velvære i Gjøvik kommune. Ved å ta utgangspunkt i rapportens funn og anbefalinger, kan vi sammen legge grunnlaget for en tryggere og mer positiv framtid for våre unge innbyggere.

Gjøvik kommune

Gjøvik kommune er en sentralt beliggende kommune i Innlandet i Norge, som i 2022 hadde ca. 30.000 innbyggere. Kommunen har også en betydelig andel unge innbyggere, med ca. 5700 personer i alderen 10-24 år. Gjøvik kommune består av flere distrikter, noe som kan

medføre utfordringer knyttet til å skape likeverdige og individuelt tilpassede tjenester for de unge.

Kommunen legger vekt på å tilby et mangfoldig og rikt utvalg av fritidsaktiviteter og kulturtilbud for ungdommen, inkludert idrettsanlegg, kulturarenaer og arrangementer.

Byen er kjent for NTNU som har et bredt utdanningstilbud med mange ulike studieretninger. Kommunen har også et variert arbeidsmarked, med muligheter innenfor offentlig sektor, helse- og omsorgstjenester, utdanning, handel og service, samt en voksende høyteknologisk industri og innovativt næringsliv.

Gjøvik kommune legger også vekt på å bevare og beskytte sin vakre natur, med innsjøer, skog og mark som gir muligheter for friluftsliv og rekreasjon. Kommunen arbeider med å sikre likeverdige tjenester og tilbud til alle innbyggerne, uavhengig av alder, funksjonsevne eller hvor de bor i kommunen.

Bakgrunn for kartleggingen

SLT rusforum i Gjøvik, som inkluderer rustjenesten, forebyggende politi, SLT (samarbeid for lokale kriminalitetsforebyggende tiltak), elevtjenesten NTNU, HFU (Helsestasjon for Ungdom) og miljøveilederen ved Gjøvik videregående skole, fikk i løpet av 2022 inngående kunnskap om økt rusmisbruk blant ungdom i Gjøvik. Flere hendelser i ungdomsmiljøet, som voldsepisoder og utbredt bruk av rusmidler i ulike sammenhenger, samt rapporter fra flere skoler om økende rusmisbruk blant elever, var tydelige tegn på uro.

Etter en periode med pandemi og langvarig streik som Gjøvik kommune ble sterkt berørt av, dukket det opp flere symptomer på mangel på kontinuitet og rutiner blant ungdommene. Mange elever hadde en vanskelig oppstart på videregående skole hvor overgangen fra ungdomsskole til videregående skole ble ekstra krevende.

Det ble også observert at aldersgruppen 18-20 år ikke søkte hjelp hos rustjenesten, og de som gjorde det klarte ikke selv å følge opp hjelpen over tid. Erfaringsseminarer med politikere, ledere og ungdommer i november 2022 bekreftet økt bruk av narkotika i festmiljøer, større tilgjengelighet av rusmidler og endret holdning til bruken av illegale rusmidler blant ungdommen - en normalisering av rusbruken. Det ble også observert en endret tilnærming til rusmidler, der aksept for bruk av rusmidler ikke bare var blant sårbare grupper, men også blant de som drev med idrett og hadde høy grad av gjennomføringsevne på skolen.

Det er viktig for kommunen å få mer kunnskap for å kunne sette i gang effektive tiltak for å håndtere den antatte økningen i rusmisbruk blant ungdom i Gjøvik, spesielt blant de yngste aldersgruppene. Det er også nødvendig å ta hensyn til de ulike faktorene som påvirker ungdommenes bruk av rusmidler, som pandemi, streik og manglende kontinuitet og rutiner. Det er behov for en helhetlig tilnærming som tar hensyn til ulike miljøer der rusmisbruket

normaliseres, og samarbeid mellom ulike aktører som politi, skoler, helsepersonell og foreldre for å adressere problemet på en effektiv måte.

Forankring

Etter en revisjon av «Psykisk helsearbeid for unge» i 2020 ble det satt i gang en kartlegging om kommunens tjenester og tilbud i aldersgruppen 12-23 år. Kartleggingen resulterte i rapporten «Tett på 12-23» (1) som beskriver hvilke lavterskeltilbud som finnes i kommunen for denne aldersgruppen, hvorvidt samarbeid fungerer på tvers av enheter og tjenester og om tilbudene er gode nok og oppleves tilgjengelige for tjenesteyterne.

Vår kartlegging er forankret i dette forprosjektet, administrativt i kommunedirektørens ledergruppe og får støtte fra politisk nivå.

Kartleggingsteamet

Kartleggingsteamet som har arbeidet med å undersøke ungdomsmiljøet i Gjøvik bestod av seks personer. For å sikre en omfattende og helhetlig forståelse av situasjonen, ble det satt sammen et tverrfaglig team med representanter fra forskjellige instanser som hadde god oversikt over ungdom i målgruppen. Dette var viktig for å få et totalbilde av situasjonen.

KORUS Øst har bistått med to veiledere som har veiledet gjennom hele prosessen og rapportutforming. I tillegg bidro KORUS Øst med midler til bevertning både ved innledende og avsluttende konsultasjon.

Styringsgruppa

Styringsgruppa sikrer lokal forankring for kartleggingen og har bestått av personer med ansvar og styringsrett over kartleggingen. Det ble satt opp jevnlig møter mellom kartleggingsteamet og styringsgruppa under kartleggingsprosessen.

Styringsgruppa besto av følgende:

- Anne Mari Kind, kommunalsjef for oppvekst, representant for kommunedirektørens ledergruppe
- Karoline Duenger, leder for tjenesteområde barn og familie
- Mari- Anne Øyhaugen, leder for NAV ungdom
- Trine Wedum Sørlandsengen, virksomhetsleder for rustjenesten

Målgruppe for kartleggingen

Målgruppen for vårt rusforebyggende arbeid er barn og unge i aldersgruppen fra 12 til 23 år. Dette er en viktig aldersgruppe å fokusere på fordi ungdomsårene er en tid med mange endringer og utfordringer, både fysisk, psykisk og sosialt. Det er også i denne aldersgruppen mange begynner å eksperimentere med rusmidler. Det er derfor svært viktig å jobbe forebyggende for å hindre at ungdom utvikler skadelige rusvaner og rusavhengighet.

Rusforebyggende arbeid er spesielt viktig for denne målgruppen fordi ungdom som begynner å bruke rusmidler i ung alder, har større sjanse for å utvikle avhengighet og få problemer senere i livet. I tillegg gir rusmisbruk negative konsekvenser for skoleprestasjoner, arbeidsevne og sosialt liv. Derfor er det viktig at vi som samfunn tar ansvar for å gi ungdom en trygg og god oppvekst uten ruspress.

Kartleggingens mål

Gjøvik kommunes kartleggingsprosjekt har som mål å kunne sette inn riktige tiltak mot rus og vold. Følgende punkter gir en oversikt over hva kartleggingen skal fokusere på.

1. Omfang av rus blant unge i Gjøvik kommune

Vi skal undersøke hvor utbredt rusmiddelbruk er i ungdomsmiljøet i Gjøvik kommune, og hvilke typer rusmidler som er mest brukt. Vi undersøker også om det er noen særlige grupper av ungdom som har en økt risiko for bruk av rusmidler.

2. Bruk av vold blant ungdommer

Vi skal kartlegge i hvilke situasjoner eller sammenhenger det blir benyttet trusler og vold i ungdomsmiljøet, og om det er enkelte miljø hvor dette er mer utbredt.

Kartleggingsprosessen: metode og kilder

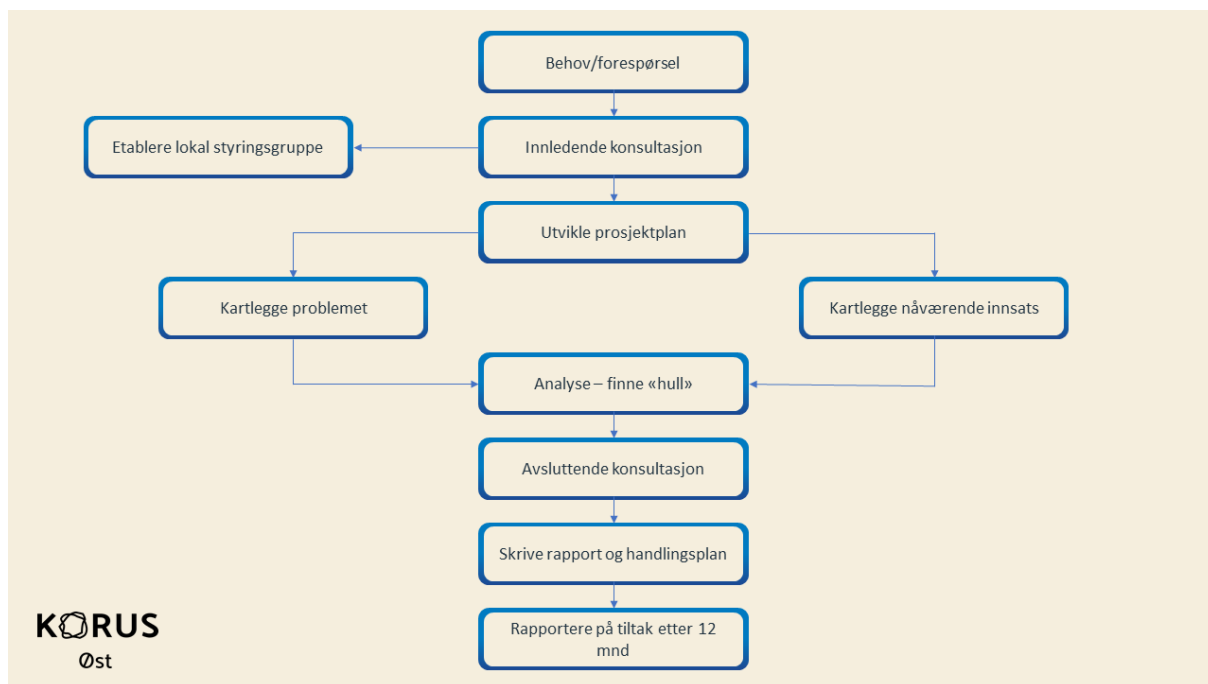
Hurtig kartlegging og handling (HKH) er en metode som relativt raskt gjør det mulig å kartlegge, rapportere og lage forslag til handlingsplan på problemstillinger på samfunnsnivå. HKH er særlig interessant i en tidlig intervensjonskontekst. Metoden bygger på en kartleggingsmetode utviklet av Verdens Helseorganisasjon som kalles «Rapid Assessment and Response» (RAR).

Kartleggingen bør gjennomføres over en periode på 3-6 måneder, og resultatet er en handlingsplan med konkrete tiltak og anbefalinger, basert på funnene man har gjort.

I kommuner som har gjennomført HKH rapporterer deltakerne at metoden er meget effektiv til å kartlegge problemstillinger, øke kompetanse, både internt og eksternt, finne hull i tjenestetilbudet, samt at den skaper mange ringvirkninger som gir muligheter for godt tverretatlig samarbeid.

Målgruppen for HKH er kommuner og andre aktører som ønsker økt kunnskap og handlingsrom rundt samfunnsrelaterte problemstillinger. KORUS Øst bistår med oppfølging og veiledning gjennom hele prosessen.

Følgende fremgangsmåte illustrerer trinnene i en HKH prosess:



Innledende konsultasjon

- Dialogmøte med relevante instanser
Kartleggingsteamet inviterte bredt til Innledende konsultasjon som er det første steget i en HKH prosess. Dette møtet ble gjennomført tidlig mars 2023 med 53 deltakere fra offentlig virksomhet, ideelle organisasjoner, samt aktuelle aktører fra det private næringsliv som er i kontakt med ungdom mellom 12-23 år. Med hjelp av gruppediskusjoner delte deltakerne informasjon om målgruppen. Gruppene presenterte hovedpunktene fra dialogen i plenum ved avslutningen av konsultasjonen. Kartleggingsteamet samlet inn det skriftlige materialet fra dialogene for å analysere og bearbeide det videre.
- Dialogmøte med ungdom og foresatte
For å få et helhetlig bilde og mest mulig informasjon om målgruppen ble også ungdom og foresatte invitert til dialogmøte. På dette møtet deltok det 10 voksne og 6 ungdommer. Invitasjonen ble delt via skolenes transponder system og markedsført via kommunens Facebook side.

Intervjuer med nøkkelinformanter

Det ble gjennomført intervjuer med 7 nøkkelinformanter som er valgt ut etter kjennskap og anbefaling fra samarbeidspartnere. Vi har valgt å intervjuer både voksne fra hjelpeapparatet

(videre kalt vokseninformanter) som er tett på ungdom på daglig basis og ungdommer som er en del av det miljøet vi undersøker (videre kalt ungdomsinformanter). Nøkkelinformanter er personer med spesiell kunnskap eller innsikt i problemområdet som blir undersøkt. De kalles også "eksperter" innenfor sitt område. Disse personene kan gi anbefalinger om andre personer som kartleggingsteamet bør snakke med. Ofte fungerer nøkkelinformanter som «portåpnere» ved å introdusere kartleggingsteamet for personer fra andre arenaer som ellers kan være vanskelige å kontakte.

Kartlegging av pågående innsats

I 2020 ble det gjort en revisjon av psykisk helsearbeid for unge på oppdrag fra kontrollutvalget i Gjøvik kommune. Revisjonen resulterte i flere anbefalinger, deriblant økt samarbeid mellom tjenester, bedre overgangsrutiner og oppfølging av ungdom som trenger hjelp fra kommunale tjenester. Kommunen ønsker å tilby mer helhetlige og tverrfaglige lavterskeltilbud til barn og unge for å forebygge psykiske lidelser og rusutfordringer. Det ble derfor gjennomført en kartlegging med tilskudd fra statsforvalteren for å undersøke om kommunen tilbyr tilstrekkelige lavterskeltilbud for aldersgruppen 12-23 år. I tillegg skulle kartleggingen vurdere hvorvidt samarbeidet på tvers av enheter og tjenester er godt organisert, og om tjenesten oppleves som tilgjengelig og god av brukerne. Forprosjektet er forankret i Kommunedirektørens ledergruppe med støtte fra politisk nivå i Gjøvik kommune. Denne kartleggingen resulterte i rapporten «Forprosjekt: Tett på 12-23» som beskriver kommunens tjenester og tilbud til målgruppen.

Innhenting av eksisterende data

For å gi bakgrunnsinformasjon til kartleggingen ble det innhentet statistikk som omhandler rus og vold fra Ungdata, Etterretningsbrief om vold fra Innlandet Politidistrikt og Gjøvik kommunes oppvekstprofil fra FHI. Kartleggingsteamet har også fått tall fra Gjøvik og Land barneverntjeneste og hentet statistikk fra Politiets Narkotika- og dopingstatistikk fra 2022, samt informasjon om rusmidler fra Rusinfo.

Avsluttende konsultasjon

Alle aktører og andre aktuelle instanser som deltok på innledende konsultasjon fikk invitasjon til den avsluttende konsultasjonen. Her ble funnene fra kartleggingen presentert og deltakerne fikk også mulighet til å komme med innspill og forslag til tiltak som vi kunne bruke i utformingen av handlingsplanen. Det var i overkant 50 deltakere som deltok og kom med nyttige tilbakemeldinger.

Funn fra kartleggingen

Allerede under den første fasen i denne kartleggingen fikk vi bekreftet at mange som jobber med, eller er tett på ungdom deler vår bekymring rundt temaet rus og vold. Deltakerne på innledende konsultasjon skisserte opp et bilde av et ungdomsmiljø med endrede holdninger til rus. Det er større aksept for bruk av tyngre rusmidler - spesielt kokain - enn hva man har sett tidligere. De opplever at både ungdom og foresatte har manglende kunnskap om symptomer, skadevirkninger og konsekvenser av rusbruk. Det er færre tilbakemeldinger om vold i deltakernes svar, men vi ser imidlertid at voldshendelser ofte er tett knyttet til oppgjør i forbindelse med kjøp og salg av rusmidler.

Bekymringen starter allerede i 10-11 års alder, men er størst i overgangen mellom barne- og ungdomsskole og ved oppstart på videregående skole. Disse overgangene er sårbare faser i livet hvor ungdom søker etter tilhørighet og utforsker identitet. Flere knytter den økende bekymringen til utbredt og mindre kontrollert bruk av sosiale medier og at innholdet ofte ikke er alderstilpasset.

Sosiale relasjoner

Det er flere kjennetegn ved relasjoner rundt ungdommene som blir trukket fram under den innledende konsultasjonen. Disse går i stor grad igjen hos vokseninformantene våre, og mye bekreftes hos ungdomsinformantene.

«Noen kan ruse seg på grunn av hendelser, fordi de har hatt det vanskelig hjemme eller liknende.»

Gutt 17 år

Familie

I Gjøvik kommunes oppvekstbarometer (2) ser man tydelige tendenser til at det er flere barn i Gjøvik, sammenlignet med landsgjennomsnittet som vokser opp i familier med lavere sosioøkonomisk status.

- Den loddrette røde streken i barometeret angir landsnivået.
- De vannrette grå søylene viser spennvidden for kommunene i fylket.
- Det mørkegrå diamanten symboliserer fylkesverdien i oppvekstprofilen for kommunene og kommuneverdien i oppvekstprofilen for bydeler.

- Røde, grønne, gule og hvite symboler angir kommunen eller bydelens nivå i forhold til landet som helhet. Røde symboler er først og fremst et signal om at dette temaet bør undersøkes nærmere.

Tema	Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Oppvekstbarometer for Gjøvik
Befolkning	1 Andel barn, 0-17 år	18,4	18,2	20,4	prosent	
	2 Innvand. og norskf. med innv. foreldre	20,7	15,5	19,8	prosent	
Levekår	3 Barn i fam. m/vedvarende lav inntekt	13	13	12	prosent	
	4 Barn i familier som mottar sosialhjelp	7,2	7,3	5,7	prosent	
	5 Bor trangt, 0-17 år	16	14	18	prosent	
	6 Barn av enslige forsørgere	17,0	16,0	14,7	prosent	
	7 Barn med barnevernstiltak, 0-17 år	4,6	4,7	3,9	prosent	
	8 Unge som står utenfor, 15-24 år	7,4	7,6	7,4	prosent (a,k)	

Informasjon vi har mottatt på innledende konsultasjon og fra nøkkelinformanter viser også at utfordringene som oppvekstbarometeret beskriver er gjenkjennbare. De forteller om ungdommer som kommer fra familier med sosioøkonomiske utfordringer oppholder seg mye ute i offentlige rom etter skoletid uten å ha et organisert tilbud å benytte seg av. Flere nevner at det ligger kulturelle utfordringer til grunn for dette. Vokseninformantene våre deler en bekymring rundt denne gruppen som de beskriver som ressurssterke og kreative ungdom, men som ikke finner seg gode og utviklingsfremmende arenaer. Dette mener de bidrar til at disse ungdommene er på kontinuerlig let etter tilhørighet og identitet.

Sammenlignet med resten av landet ser vi at det er høyere andel av barn med barnevernstiltak i kommunen. I 2022 mottok barnevernstjenesten 398 meldinger. Av disse meldingene handlet 68 om barnets rusmisbruk, barnets kriminalitet og/ eller barnets atferd. Den sistnevnte er litt generell og kan gjelde yngre barn og ikke bare ungdommer. Meldingene om rusmisbruk og kriminalitet handler om unge over 12 år som til sammen utgjorde 29 meldinger i 2022.

Med utvalgsriterier på barnets rusmisbruk, barnets atferd og barnets kriminelle handlinger har barnevernet per juli 2023 mottatt 12 bekymringsmeldinger i alderen 13 – 15, og 18 meldinger i alderen 16 – 17 år.

Når vi ser tilbake til tidligere år rapporterer barnevernet følgende innenfor samme utvalgsriterier:

- 2020: 0 meldinger i alderen 13-15 år, 8 meldinger i alderen 16-17 år
- 2021: 9 meldinger i alderen 13 – 15 år, 20 meldinger i alderen 16 – 17 år
- 2022: 23 meldinger i alderen 13-15 år, 21 meldinger i alderen 16-17 år

Vi ser en økning av antall bekymringsmeldinger de siste tre årene. Tallene oppleves fortsatt lave med tanke på bekymringene de forskjellige instansene rapporterer om i forkant av og under kartleggingen.

Ungdomsårene byr på mange utfordringer. Det er en tid hvor de søker etter identitet og tilhørighet, forsøker å løsrive seg fra foreldrene og utforske mulighetene ved å være mer uavhengig. Samtidig forteller ungdommer fra innledende konsultasjon at ungdomsgruppen i Gjøvik har et samstemt ønske om at foresatte er mer tilstede i deres liv, setter tydelige grenser og tør å stå i krevende situasjoner når ungdommen har det vanskelig.

Ungdataundersøkelsen (2) fra 2021 viser at over 80% av elevene oppgir at de er fornøyde med sine foreldre, de er de viktigste støttespillerne når det oppstår problemer av ulik art. Tilbakemeldinger fra vokseninformantene knytter utfordringene til at foreldrene ikke tørr å sette grenser, være tydelige og bry seg nok. De etterlyser tettere foreldresamarbeid i foreldregruppa slik at man kan forbedre oversikten over hvor ungdommen er, hva de holder på med og hvem de er sammen med.

Venner, identitet og tilhørighet

Det er flere på innledende konsultasjon som trekker frem at ungdommene har alt for høye forventninger til seg selv, sliter med prestasjonspress og har et veldig sterkt behov for å passe inn og være som alle andre. Dette gjør det utfordrende å finne tilhørighet og oppleve mestring på flere områder. Overganger mellom barne- og ungdomsskole og ungdoms- og videregående skole gjør at barn og unge må tilpasse seg et nytt miljø og finne ny tilhørighet. De har med seg ulike beskyttelses- og/eller risikofaktorer som vil ha en betydning for hvor godt de er rustet til å takle overganger.

Dagens ungdommer er vokst opp med enkel tilgang til smarttelefon og sosiale medier og bruker mye tid til å kommunisere med venner via disse kanalene som kan være både inkluderende, men også ekskluderende.

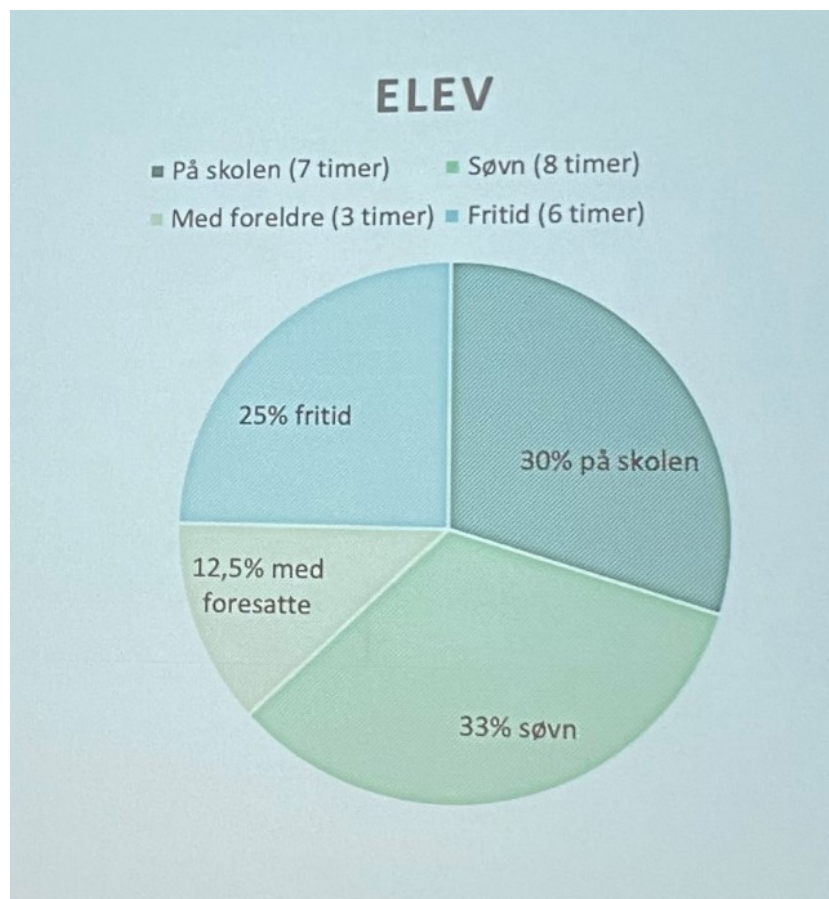
Ungdom har noen sentrale begreper som brukes for å definere om man er innenfor eller ekskluderes fra vennegjengen. Disse ordene har vært gjentakende i intervjuer både med voksen- og ungdomsinformanter.

- **«Snitche»:** Sladre, ofte brukt i sammenheng med en uønsket hendelse eller atferd. Dette ordet har blitt tatt i bruk blant foreldre også som ikke ønsker å være en «snitcher», det vil si å dele bekymringsfull informasjon med andre foreldre.
- **«Ditche»:** Svikte eller forlate en venn i en situasjon.
- **«Kept on delivered»:** Brukes i forbindelse med sosiale medier når en melding bevisst ikke blir åpnet for å utelate noen fra en sosial setting.
- **«Ghosting»:** Usynliggjøring av en venn på sosiale medier.

Skole og fritid

Skolen er en viktig forebyggende arena der barn og unge møter voksenpersoner som følger deres utvikling gjennom flere år. Norske ungdommer tilbringer rundt 6-7 timer på skolen hver dag, avhengig av alderstrinn og timeplan og dette har en innvirkning på deres relasjonsutvikling. De engasjerer seg i læringsaktiviteter, deltar i ulike faglige og sosiale sammenhenger, og etablerer viktige relasjoner med ansatte på skolen og medelever.

Våre funn knyttet til skolen viser at det er for få helse- og sosialfaglig ansatte som kan møte ungdommenes behov for oppfølging. Vokseninformanter uttrykker sin bekymring for ressursmangel på ungdomsskolen. For tiden er det maksimalt ett årsverk som er ansatt som miljøveileder på hver ungdomsskole og det dekker ikke oppfølgingsbehovet elevene har. Bildet under (3) viser gjennomsnittlig tidsbruk hos ungdommer i løpet av et døgn. Ettersom de bruker nesten halvparten av sin våkentid på skolen er det hensiktsmessig at ressursene fordeles deretter.



Søvn og fritidsaktiviteter er også sentrale elementer i en ungdoms daglige rutine. Ungdommer trenger tilstrekkelig søvn for å opprettholde sin fysiske og mentale helse. Ideelt sett anbefales det at ungdommer får mellom 8-10 timer søvn per natt. Når det gjelder fritidsaktiviteter, vil dette variere mellom ungdommer avhengig av deres interesser og engasjement. Disse aktivitetene gir en viktig kilde til trivsel, personlig utvikling og sosialt samspill utenfor skoletiden.

Alder og grupperinger

Ungdomsinformantene våre beskriver et miljø med flere grupperinger. Det beskrives et yngre miljø fra ca. 13-16 år som har et utgangspunkt med flere sårbarhetsfaktorer. Det er et hierarkisk system i miljøet hvor yngre gutter ofte starter sin karriere som «løpegutt» for de eldre. Vokseninformantene våre forteller om tidlig utenforskap og søken etter identitet og tilhørighet i denne gruppen. Flere av disse ungdommene kommer fra familier med sosioøkonomiske utfordringer, er kjent i hjelpeapparatet fra før og har etablerte tiltak som fungerer i varierende grad. Denne gruppen bruker Gjøvik sentrum som en sentral arena for å treffes og med skystasjonen tett knyttet til skateparken og kjøpesenteret blir dette et naturlig sted å oppholde seg på fritiden. Flere deltakere på innledende konsultasjon melder om at ungdommene etterspør trygge, tilgjengelige voksne tilstede der unge oppholder seg. Dette bekrefter ungdommene vi har intervjuet.

En annen gruppering er fra et festmiljø som er knyttet til aldersgruppen 15-18 år. Hovedtrekkene for dette miljøet er en liberal holdning til alkohol og narkotika som brukes på «hjemme alene fester» og forskjellige arrangement. Dette miljøet bekrefter og normaliserer bruken av flere rusmidler som fører til at disse stoffene blir ufarliggjort blant ungdommer.

«Ungdommer fremstår som om de har det greit, og det er tilfeldig hvem som bruker mer kokain enn andre. Det er ikke sånn at det er de som har en spesifikk bakgrunn som bruker mer.»

Jente 17 år

Voksenrepresentanter fra både ungdoms- og videregående skole deltok på den innledende konsultasjonen. De har en felles oppfatning om at ungdom allerede på slutten av ungdomsskolen begynner å planlegge russetiden. Dette bidrar til økt press både økonomisk og sosialt. Grupperinger bestemmes flere år i forkant av russetiden uten å vite om man faktisk skal få skoleplass samme sted. Konsekvensene som følger er ikke alltid forutsigbart, noe som kan føre til ekskludering, nye utvelgelser og tapte penger. Innad i gruppene kan det oppstå intriger som igjen fører til utenforskap. En stor utfordring flere skoleansatte gir tilbakemeldinger om er opplegget rundt russebusser. Russebussen blir et fristed for eierne som bestemmer reglene, setter premisser for hvem som får være med, hvordan de skal se ut og hva som er akseptert i gjengen. De henter inspirasjon fra russelåter med negativt kvinnesyn, seksualisering av kroppen uansett kjønn og bruk av narkotiske stoffer, spesielt kokain. Å være russ gir en identitet som fører med seg mer liberale holdninger når det

kommer til festing og ukritisk bruk av rusmidler. Russefeiringen er en opprettholdende faktor som gjør at disse trendene utvikler seg i negativ retning. Det kan også bidra til at enkelte ungdommer utvikler en identitet og avhengighet som de ikke klarer å gi slipp på når russetiden er over.

Rusmidler

På den innledende konsultasjonen var det stort fokus på at normalisering av rusmiddelbruk er et økende problem. Rusproblematikk er ofte assosiert med symptomer som depressive tanker, angst og generelt dårlig psykisk helse. Diskusjonen om hvorvidt det er en underliggende svak psykisk helse som fører til rusmisbruk, eller om rusmisbruket i seg selv fører til dårlig psykisk helse, har ingen entydige svar. Likevel rapporterer både voksne og ungdom at rusmidler ofte blir brukt som en form for selvmedisinering.

Ungdommene vi har intervjuet forteller at tilgangen til illegale rusmidler er stor og at alle som ønsker å få tak i noe kan lett gjøre det via venner, bekjente, sosiale medier og i festsammenheng. Rusmidlene informantene trekker frem som mest utbredt er kokain og cannabis. De sier at det er lettere å få tak i hasj enn alkohol og det er helt normalt å snakke om det i hverdagene også. Det er en bekreftelse på det vi fikk av informasjon på innledende konsultasjon. Arenaer for kjøp og salg av rusmidler har delvis flyttet seg fra ute i bymiljøet til inne- og uteområder på ungdoms- og videregående skole. Salget avtales via sosiale medier som for eksempel Snapchat.



Flere deltakere fra hjelpeapparatet på den innledende konsultasjonen deler sin bekymring for politiets endrede praksis i forbindelse med avdekking av rusmisbruk hos ungdommer. Forslag til ny rusreform fra 2021 har skapt diskusjoner både i hjelpeapparatet og samfunnet forøvrig.

Politiet har tidligere utøvd ransaking og kroppsvisitering av ungdommer som viser tegn til å være påvirket av rusmidler. Denne praksisen blir i dag betegnet som for inngripende, det blir derfor vanskeligere å avdekke rusmisbruk hos de unge. Det er viktig at foresatte som oppdager rusmisbruk hos sine barn selv sørger for å søke bistand fra hjelpeapparatet. I praksis legges det større ansvar på helsetjenesten som skal sørge for nødvendig helsehjelp med å tilby rådgivning og behandling så tidlig som mulig.

Alle kommuner ble pålagt å opprette en rådgivende enhet for rusrelaterte saker som en konsekvens av denne endringen. Enheten på Gjøvik rapporterer om få henvendelser etter oppstart.

Cannabis

Ungdataundersøkelsen viser at andelen unge som har prøvd eller blitt tilbudt cannabis har økt de senere årene på landsbasis. Selv om snittet for Gjøvik er lavere enn landsgjennomsnittet, finner vi den samme trenden i vår kommune både blant elever på ungdomsskole og videregående.

I grafene under ser vi andelen elever på ungdomstrinnet i Gjøvik kommune som har brukt eller blitt tilbudt hasj eller marihuana i løpet av det siste året. Undersøkelsen ble gjennomført siste gang i 2021. Den neste Ungdata undersøkelsen blir gjennomført i 2024.



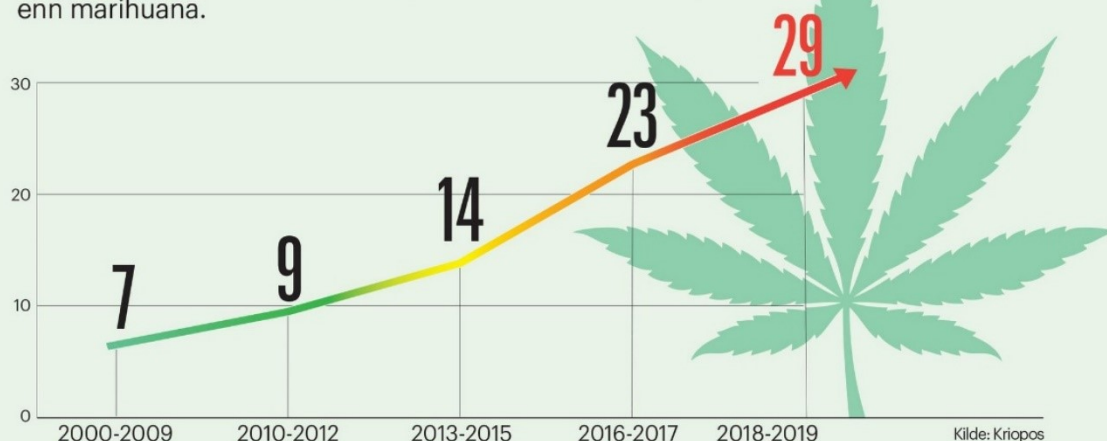
(Ungdata, Kommunerapport 2021, Ungdomsskole) (4)

Politiets Narkotika- og dopingstatistikk fra 2022 (5) forteller at i løpet av de siste årene har det vært en markant økning i styrkegraden av cannabis både i Norge og Europa generelt. I Norge har gjennomsnittlig styrkegrad i analyserte hasjbeslag økt fra 7% i 2000 til 29% i 2019. Når det gjelder marihuana, varierer styrkegraden i analyserte beslag fra 1 % til 27 %, med et gjennomsnitt på 15 % THC.

Styrkegraden i hasj

Grafen viser styrkegraden i analyserte hasjbeslag siden år 2000. Kripos har en egen analysemetode som måler innholdet av THC (Tetrahydrocannabinol) i hasj. THC er det viktigste rusmiddelet i cannabisprodukter som hasj og marihuana, og tallene i prosent er et gjennomsnitt av samtlige beslag.

I 2019 ble det tilsammen for hasj, marihuana og cannabisplanter beslaglagt **2542 kg**, fordelt på om lag **13.048 beslag**. Hasj blir beslaglagt hyppigere og i større mengder enn marihuana.



Den økte tilgjengeligheten av sterke cannabisvarianter kan ha flere implikasjoner. For det første kan det føre til økt risiko for negative helseeffekter blant brukerne. Høyere styrkegrad kan øke potensialet for uønskede psykiske reaksjoner som angst, panikk og psykotiske symptomer, spesielt blant de som er mer sårbare eller har underliggende psykiske lidelser.

Videre kan den økte styrkegraden gjøre det vanskeligere å kontrollere doseringen og dermed øke risikoen for overdoser og akutte bivirkninger. Brukere som ikke er vant til høyere konsentrasjoner av THC, kan oppleve uforutsigbare effekter som kan være skremmende og potensielt farlige.

Den økte styrkegraden kan også ha betydning for utvikling av avhengighet. Sterkere cannabis kan føre til økt toleranseutvikling og avhengighet, noe som kan gjøre det vanskeligere for brukere å kontrollere sitt cannabisforbruk og redusere risikoen for misbruk. I følge en undersøkelse gjennomført av FHI (6) har det i løpet av de siste 15 årene vært en betydelig reduksjon i andelen ungdom som oppgir at de tror det er stor risiko forbundet med bruk av cannabis (samtidig som det har vært en tredobling i styrkegraden siden 2010).

«Brukes av folk fra 14-årsalder, både gutter og jenter. Kjenner til folk til opp i 30-årene som røyker. Mest gutter, men også jenter som både røyker og bruker andre ting.»

Gutt 17 år

Kokain

Kokain (7) er et sentralstimulerende stoff som utvinnes av bladene på kokabusken. Når man bruker kokain, opplever man en rask og intens, men kortvarig rus som vanligvis varer i 15 til 60 minutter. Effekten begynner raskt etter inntak, og mange føler seg mer våkne, energiske og pratsomme. Noen opplever også en økt selvtillit og mental kapasitet. Det frarådes å blande kokain med alkohol. Dette kan øke risikoen for forvirring og angstreaksjoner. Kokain kan også føre til økt aggresjon hos noen, og alkohol reduserer impuls kontrollen. Kombinasjonen kan øke risikoen for voldsepisoder.

Ungdomsinformantene har en oppfatning av at det er mye kokain i Gjøvik. De forteller om normalisering av bruken i festmiljøet 15-18 år som vi beskriver tidligere i rapporten. Kokain blir beskrevet som «partydop» og blir for mange en del av festkulturen under russefeiringen.

«Rusbruken har økt siden andreklasse i videregående. Tidligere hørte jeg bare om det på fester, men nå er bruken av kokain blitt normalisert. Det er blitt normalt at noen drar frem en pose med kokain og drar en stripe mens andre ser på.»

Jente 17 år

Vold og trusler

Informasjon fra dialogmøtene beskriver endring av språkbruk hos ungdommene. Skjellsord og andre negative uttrykk er i bruk i daglig tale seg imellom, men også i møte med voksne. Ordets betydning har lite å si og det blir brukt på en respektløs måte. Språkbruken er grobunnen til konflikter som kan utvikle seg til trusler og vold når det ikke blir regulert.



Måten ungdommene snakker med hverandre på er påvirket av tekster fra musikkvideoer, og holdningene deres får negativ påvirkning fra sosiale medier. Mye av medieinnholdet som er rettet mot unge har et innhold som sårbare ungdommer lett tar til seg og viderefører det i hverdagene. De søker etter forbilder med et image som preges av høyt pengeforbruk, dyre merkeklær og objektivisering av kvinner. Filmer fra USA som viser forherligelse av bruk av rusmidler og «gangster image» er populær underholdning for denne gruppen. Å bære med seg våpen som for eksempel kniv, knokejern eller machete blir sett på som en del av denne imagen de søker etter.

En vokseninformant beskriver fenomenet fornedringsvold som er i oppblomstring i miljøet rundt Mjøsområdet. Voldshendelser blir filmet og spredd på sosiale medier for å skape en frykttkultur og å få makt over andre i miljøet.

«Ungdom har vist meg en video hvor en person blir tvunget til å kysse skoene til den som utfører volden. Om han ikke gjorde det skulle han bli sparket gjentatte ganger.»

Vokseninformant

Vokseninformanter forteller om at flere voldsepisoder de kjenner til har et utgangspunkt i en konflikt som handler om kjøp og salg av narkotika. Forebyggende politi i Innlandet oppfatter at en høy andel av sakene som opprettes om vold er rusrelatert.

De fleste voldssakene lokale medier skriver om utføres i hovedsak av en liten gruppe ungdommer. Dette bekreftes i Etterretningsbrief fra Innlandet politidistrikt i 2021-2022:

Politiet i Innlandet har gjennomgått alle anmeldelser av vold begått av personer under 18 år i 2021 og 2022, med det formål å karakterisere hva som kjennetegner ungdommene som blir anmeldt for vold. Under ser vi et utsnitt av en tabell fra Etterretningbriefen. Det påpekes en usikkerhet rundt uttrekk av statistikk og mulige feilkilder i rapporten.

Her ser vi en kategorisering av risikofaktorer og relevante forhold som er fremhevet i forskningsbaserte rapporter om ungdomskriminalitet.

Vold utøvd av personer under 18 år i Innlandet 2021-2022

	Alle aktører	Aktører med 3 saker eller flere
Antall	180	17
Kjønn	90% gutter	94% gutter
Alder ved gjerning	14-17	13-15
Gjennomsnitt antall saker	1,4	4
Offer for kriminalitet	32%	53%

Funnene viser at gutter er overrepresentert i kriminalstatistikken. De har også funnet ut at ungdommer som anmeldes for flere lovbrudd før og rundt 15-årsalderen, har større risiko for å begå gjentatt kriminalitet senere i livet.

De fremhever at familierelasjoner kan fungere både som en beskyttelsesfaktor og en risikofaktor, avhengig av om de er positive eller negative. Videre peker politiet på at de har funnet en sammenheng mellom de ungdommene som begår gjentatt kriminalitet og de som selv har vært utsatt for kriminalitet.

Disse funnene er viktig informasjon for å kunne forstå hva som kan bidra til å forebygge ungdomskriminalitet og hvilke faktorer som bør tas hensyn til når man skal jobbe med ungdom som har blitt anmeldt for vold.

Eksisterende tiltak

I rapporten kalt «Tett På 12-23» er det gjort en kartlegging av kommunens tjenester og tilbud for barn og unge i aldersgruppen 12-23. Kartleggingen avdekker en rekke tjenester og tilbud, men avdekker også at Gjøvik kommune ikke har konkrete tiltak og oppfølging for ungdom mellom 12-23 år som sliter med rusproblematikk. Revisjonsrapporten om psykisk helsearbeid for unge viser at det er behov for et samarbeid på systemnivå mellom kommunale tjenester og BUP når det kommer til psykisk helse, men fokuset ligger nettopp på psykisk helse og ikke rus- eller voldsproblematikk. Disse kan ses i sammenheng, men bør også forstås som separate fenomener. Barnevernstjenesten i Gjøvik melder om utfordringer med å få på plass gode hjelpe- og støttetiltak i saker med store atferdsutfordringer, psykiatri eller rus. I tillegg er det mangel på metodisk tilnærming mot denne målgruppen og deres foresatte.

Videre viser «Tett På 12-23» at det er ingen ansatte i Gjøvik kommune som jobber systematisk med unge i aldersgruppen 12-18 år som har lette til moderate vansker med psykisk helse og/eller rus. Tjenester som Ung i Gjøvik, skolehelsetjenesten, HFU, miljøterapeuter/veiledere i skolen samt frivillige organisasjoner tilbyr samtaler og veiledning om rus og psykisk helse til ungdom i denne aldersgruppen. Rapporten forteller oss at det oppleves utfordrende for de forskjellige tjenesteytende instansene å vite hvilke tilbud det er i kommunen. I tillegg er det få møteplasser for unge i kommunen i lavterskel regi. Ung i Gjøvik har et tilbud, men de oppgir at det krever stadig søking og tildeling av eksterne midler for å kunne tilby aktiviteter som er behovsprøvd. I sum mangler Gjøvik kommune konkrete tiltak og oppfølging for ungdom som sliter med rus- og/eller voldsproblematikk.

Som et resultat av forprosjektet er Gjøvik kommune under omorganisering med formål å utvide og forbedre forebyggende tjenester for barn og unge i alderen 12-23 år.

Et viktig mål med prosjektet er å etablere et behandlingsteam med et tilbud for barn og unge i alderen 12-23 år som opplever milde til moderate psykiske lidelser og/eller begynnende rusproblemer. Dette behandlingstilbudet vil være tilgjengelig lokalt i kommunen, og det vil være enkelt å få tilgang til for de som trenger det.

I tillegg til å styrke behandlingstilbudet, fokuserer prosjektet også på å forbedre samarbeidet mellom ulike tjenester og sektorer. Dette innebærer å jobbe sammen på tvers av ulike tjenestenivåer for å sikre en helhetlig og koordinert tilnærming til barn og unges psykiske helse og rusproblematikk. Gjennom bedre samarbeid kan man sikre at barn og unge får riktig hjelp og støtte på rett tidspunkt.

Omorganiseringen har en klar og logisk struktur med fokus på forebyggende tjenester, etablering av behandlingstilbud og forbedring av samarbeidet mellom tjenester og sektorer.

Målet er å bidra til bedre psykisk helse og redusere risikoen for rusproblematikk blant barn og unge i Gjøvik kommune.



Rus- og voldsrelaterte hjelpetiltak i Gjøvik kommune

SLT – Samordning av lokale rus – og kriminalitetsforebyggende tiltak: SLT modellen må forankres på øverste nivå i kommunen og i politiet. I Gjøvik er koordinator plassert under kommunalsjef for Oppvekst og utgjør en del av det regionale politirådet. Koordinator er pådriver og inspirator, som sammen med styrende nivå informerer, koordinerer og følger opp det kriminalitetsforebyggende arbeidet i kommunen.

Rådgivende enhet for russaker: En lovpålagt tjeneste fra 01.07.22 som skal ha ansvaret for å møte personer når oppmøte for enheten er satt som vilkår for en bestemt strafferettslig reaksjon, dette inkluderer også gjennomføring av ruskontroll. SLT-koordinator er politiets kontaktledd inn mot kommunen, og enhetens/funksjonens primære oppgave vil være å gi oppfølging, råd og veiledning til personer som ilegges møteplikt.

Rustjenesten: Denne tjenesten er organisert under tilrettelagte tjenester og gir oppfølgingstjenester til personer med rusutfordringer fra etter fylte 18 år. Her jobber det helse og sosialfaglig helsepersonell, med videreutdanninger innenfor fagfeltet psykiatri og/eller rus. De jobber etter vedtak etter helse – og omsorgstjenesteloven fattet av tildeling- og koordineringstjenesten i kommunen. Vedtakene har ulikt omfang og varighet avhengig av behov for tjenester kartlagt av tildeling og koordinering. Vedtaket blir førende for den videre oppfølgingen.

Politiets forebyggende tjeneste: Politiet er ikke en kommunal tjeneste, men en tett samarbeidspartner i rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid. Det er systematisk og planlagt arbeid, alene eller sammen med andre, for å redusere eller hindre kriminalitet og uønskede handlinger, samt opprettholde eller skape trygghet i befolkningen. Hensikten med arbeidet er primært å ivareta ungdom.

Blå Kors/Kampen: Blå kors er en stor ideell aktør innen alkohol, rus og spillavhengighet i Norge. En felleskristen, diakonal organisasjon som fremmer rusfrihet i samfunnet. På Gjøvik finnes Blå Kors kafe Kampen som har sin gatenære rusomsorg. Aldersgruppe 18 år og oppover.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB): TSB er et poliklinisk behandlingstilbud for personer med utfordringer knyttet til alle typer rusmidler, anabole androgene steroider og spillavhengighet. De er organisert som en del av DPS Gjøvik og tilbyr behandling for innbyggere i GLT kommunene. Tjenesten prioriterer de yngste og har ingen nedre aldersgrense. De yngste har kortere frister inn i behandlingen enn de over 23 år.

Denne prioriteringen er lite kjent for resten av hjelpeapparatet i kommunen, og det blir derfor henvist få ungdommer under 18 år.

FACT-team: Helse og omsorg har etablert et interkommunalt, tverrfaglig oppfølgingsteam i samarbeid med DPS Gjøvik og NAV. Tjenesten skal sikre at de som har fyllet kriteriene for å få helsehjelp fra begge instanser på grunn av sin nedsatte funksjonsevne grunnet en moderat eller alvorlig psykisk lidelse og/eller rusutfordring, skal få en helhetlig og koordinert oppfølging.

Konfliktrådet: Konfliktrådet er en statlig tjeneste som tilbyr mekling som metode for å håndtere konflikter. Meklerne i konfliktrådet legger til rette for møtene mellom partene i en konflikt. Det er gratis å bruke konfliktråd. Et møte i konfliktrådet kan være meklingsmøte, ungdomsstormøte, tilrettelagt møte, oppfølgingsmøte eller andre møter i regi av konfliktrådet. Hensikten er at partene gjennom dialog kan finne fram til gode løsninger enten det gjelder å gjøre opp for konkrete lovbrudd, eller gjenopprette mellommenneskelige relasjoner. Metoden som brukes, kalles gjenopprettende prosess.

MST: MST er et behandlingstilbud for familier med ungdom i alderen 12-18 år som har alvorlige utfordringer. MST skreddersyr et behandlingstilbud etter henvisning fra den lokale barneverntjenesten til hver enkelt familie. Utfordringene kan dreie seg om rus, kriminalitet, fysisk eller verbal aggresjon, uheldig innflytelse fra venner, konflikter hjemme, skole/ skolefravær. Hovedmålet med MST er å redusere de alvorlige utfordringene hos ungdommen ved å blant annet styrke familiens samhold og omsorg for hverandre, endre og styrke foreldrenes oppdragelsespraksis, styrke kontakten mellom familien, det sosiale nettverket, fritidsaktiviteter og det offentlige tjenestetilbudet.

ROM for påfyll: ROM er et møtested der pårørende, berørte, foreldre og fagpersoner har likeverdig dialog. Hvert møte har et spesifikt tema og har som mål å være et rom for erfaringsdeling, ny kunnskap, læring, påfyll og endring. Målet med ROM er å kunne tilby best mulige tjenester og samarbeid for de som opplever utfordrende livssituasjoner. ROM fungerer også som et støttende miljø der man kan møte andre i lignende situasjoner. På ROM ønsker fagpersoner å lytte, dele sine erfaringer og lære av hverandre. Fagpersonene kommer fra ulike tjenestesteder, og deres deltakelse bidrar til en bred og mangfoldig kompetanse i møtene. Tjenesten er gratis.

Utsett: I følge intensjonsavtalen mellom skole, SLT og politi skal «Utsett» presenteres i alle ungdomsskolene i Gjøvik kommune. «Utsett» er et rusforebyggende foreldreprogram utarbeidet av KORUS Øst og er rettet mot alle foreldre i ungdomsskolen. Dette er et tilbud for alle trinn på kommunens ungdomsskoler inkludert Steinerskolen og Gjøvik Internasjonale skole.

Handlingsplan

Rundskriv Q-16/2013 om Forebyggende innsats for barn og unge beskriver kommunenes rolle i det forebyggende arbeid. Godt forebyggende arbeid kjennetegnes av tidlig innsats og langsiktig tenkning. For å skape et inkluderende oppvekstmiljø er det viktig med gode fellesskapsløsninger, tenke helhetlig og samordne innsatsen på tvers av fagområder.

Nyere forskning deler inn forebyggende arbeid på tre nivåer: universell, selektiv og indisert forebygging.

Universell forebygging er rettet mot hele befolkningen og har fokus på å fremme gode relasjoner, arbeide mot mobbing og bygge fellesskapsfølelse.

Selektiv forebygging fokuserer på tiltak rettet mot grupper som har en forhøyet risiko for å utvikle problemer.

Indisert forebygging retter seg mot individer med høy risiko og klare tegn på problemer.

Vi presenterer våre forslag til tiltak delt inn i disse tre nivåene uten at de rangeres. Disse tiltakene må sees i sammenheng med eksisterende tiltak og i forbindelse med omorganiseringsprosessen som er godt i gang i Gjøvik kommune.

Universelt forebyggende tiltak:

Oppsøkende virksomhet

Flere funn viser at det etterlyses voksne ute i bybildet og på kjøpesenteret. Foreldre og ungdommer har også sagt at de ønsker at det skal være flere voksne synlige ute der ungdommene er.

Gjøvik kommune har pr. i dag ingen oppsøkende virksomhet/utekontakt. Det vil være viktig at det er faste voksne og kontinuitet i denne type tjeneste for å skape tillitt og trygghet for ungdommene.

Forslag til tiltak:

Gjøvik kommune oppretter oppsøkende virksomhet kveldstid ukedager og helg. Det bør også være oppsøkende ved store ungdomsarrangement i byen, og på kvelder som natt til 1. og 17. mai. De må bli synlige i bybildet sammen med forebyggende politi og Nattravn.

Natteravn/dagravn

Natteravnordningen må gjenopptas etter å ha vært nede siden sommeren- 2022. Dette er viktig for å gjøre byen til et tryggere sted å være for alle, og etablere naturlig kontakt mellom barn, ungdom og edrue voksne. I tillegg vil Frivilligsentralen opprette en ordning med dagravn gjennom sommerferien for å skape et tryggere bymiljø for ungdommene.

Forslag til tiltak:

I samarbeid med Frivilligsentralen blir det opprettet en ansvarlig for dag- og natteravnene, som vil ha som oppgave å koordinere listene over de frivillige som går. Vi opprettholder ordningen med minimum 2-3 personer ute fredag og lørdag natt. De frivillige rekrutteres via FAU på skolene. Den ansvarlige skriver en årlig avtale med kommunen og mottar en godtgjørelse for oppgaven.

Kompetanseheving hos både foreldre og elever

Foreldrene etterlyser kunnskap om temaer knyttet til det å være tenåringsforeldre, utfordringer til rus og psykisk helse.

UTSETT- forebyggende foreldreprogram i ungdomsskolen:

SLT koordinatør har ansvaret for å få gjennomført dette på alle trinn på alle ungdomskoler i kommunen. Gjennomføres med forebyggende politi og miljøveileder/helsesykepleier på skolene. Presentasjonen er lokalt tilpasset med resultater fra siste Ungdataundersøkelsen. Det er ett foreldremøte pr. trinn pr. skoleår, og målet er at foreldrene utarbeider felles rammer/holdninger rundt tema barn og bruk av rusmidler. Dette gjøres i et gruppearbeid etter at faktadelen er presentert.

UTSETT elevrettet i første omgang for 9. trinn er under utarbeidelse av KORUS Øst. Planen er at det skal tas i bruk skoleåret 2024/2025.

Erfaringen viser at det er opp til rektor på skolen om de gir plass for «Utsett». Dette gjør at noen skoler følger opp avtalen, mens noen velger det bort av ulike årsaker.

Forslag til tiltak:

Skoleledelsen forplikter seg til å inkludere dette programmet i foreldremøter allerede ved oppstart av skoleåret. Det utarbeides en plan i samarbeid med skolesjefen slik at dette blir gjennomført likt på alle ungdomsskoler.

For å sikre høy deltakelse på foreldremøter skal det utarbeides rutiner som gir mulighet for at så mange som mulig kan delta. Dette kan være ordninger som barnepass/SFO, tolketjenesten og/eller invitasjon via digital melding på flere språk.

Tverrfaglig ressurs i skolen må økes

Flere miljøveiledere i skolen

Funn viser til at det er en økende negativ språkbruk blant elever, krenkende atferd og trusler mot hverandre og de ansatte. Salg av narkotika har forflyttet seg fra det offentlige rom til skolens arena. Dette gjør at det kreves mye og godt samarbeid med foreldrene.

Miljøveilederne vil ha en sentral oppgave her.

På slutten av ungdomsskolen og ved starten av videregående skole ser vi at utfordringene blir mere synlig, både i forhold til bruk av rusmidler og voldshandlinger. Denne overgangen innebærer store endringer for mange og for de med flere sårbarhetsfaktorer er denne overgangen svært avgjørende. Viser til Oppfølgingstjenesten og Ungdata.

Forslag til tiltak:

Antall miljøveiledere bør økes i forhold til elevtallet på hver skole, det gjelder både barne- og ungdomsskole. Dette for å oppfylle krav til Opplæringsloven § 9A, som sier at alle har rett på et trygt og godt psykososialt skolemiljø. Flere miljøveiledere i skolen gir mulighet for å avdekke psykisk uhelse og rus på et tidligere tidspunkt og fange opp flere som er i faresonen for høyt skolefravær på grunn av dette.

Folkehelse og livsmestringstema i skolen

Trygg oppvekst er et etablert modningsprogram i flere av Gjøvikskolene. Programmet er utarbeidet av Junior- og barneorganisasjonen (Juba) og har et forebyggende perspektiv. Dette programmet retter seg primært mot 5. – 10.trinn.

Forslag til tiltak:

Programmet bør evalueres for å vurdere nytteverdien. Samtidig må det sees på muligheter for å tilby et livsmestringsprogram gjennom hele oppveksten fra barnehage til videregående skole. Dette for å ha en rød tråd som kan gi trygghet i sårbare overganger.

Selektivt forebyggende tiltak:

Kompetanseheving om rus og rusmidler for ansatte i skolen:

Det kommer fram fra funn at det mangler kunnskap om rusmidler/skadevirkninger hos ansatte i skolen. KORUS Øst tilbyr gratis opplæring til ansatte i skolen, kalt kjentmann. Denne kompetansen kan gjerne ligge hos miljøveilederne eller andre aktuelle ansatte på skolen.

Ulik eller tilfeldig håndtering av rusbruk ved skolen er uheldig både for elever og skolens ansatte. Derfor tilbyr Kjentmann-opplæringen i regi KORUS Øst å spisse kompetansen på temaet. Formålet er å gi kunnskap om hva skolen kan tilby av hjelp og støtte til elever med rusutfordringer.

En kjentmann skal ha oppdatert kunnskap om rus og rusmidler, tidlig identifisering og hva man kan gjøre når elever sliter med rus. Skolen skal være trygg, presis og treffsikker i arbeid med elever som har en problematisk/skadelig bruk av rusmidler. Det er viktig å ikke overse elever med en problematisk rusmiddelbruk, men det er like viktig å ikke overreagere. En kjentmann skal ha oversikt over når det er hensiktsmessig å iverksette tiltak.

Erfaringer gjort med Kjentmannordningen viser at det kan være flere aktuelle fagpersoner som kan inneha denne funksjonen; lærer, rådgiver, miljøarbeider osv.

Forslag til tiltak:

Utvalgte ansatte ved ungdomsskole og videregående skole gjennomfører Kjentmann-opplæringen. Deltagerne gjennomgår en 50-timers seminarrekke fordelt på 4 samlinger. Den inneholder en generell innføring i ungdom og rusproblematikk, kommunikasjon og samtalemetodikk knyttet til rus (grunnkurs i Motiverende samtale), oversikt over aktuelle samarbeidspartnere og arbeid med å implementere ordningen i skolen. Seminarrekken er bygget opp omkring forelesninger, refleksjoner, øvelser og erfaringsutveksling. For å få best mulig effekt av en slik kjentmannordning bør man sikre at minimum to personer på hver skole innehar denne kompetansen.

Redusere sosioøkonomiske utfordringer

Tilstrekkelig og tilpasset informasjon til foresatte

Funn viser at man bør ha fokus på tilstrekkelig informasjon om den norske velferdsstaten og hjelpetilbud som finnes. Dette for at alle skal tørre å be om hjelp i tide. Informasjonen må formidles på flere språk og ulike kommunikasjonskanaler.

Forslag til tiltak:

Introduksjonsprogrammet bør inneholde tema om utfordringer barn og unge kan komme ut for som rus/vold og andre sosiale utfordringer. Det bør opplyses om mulighet for å delta på mindre uorganiserte idretter/aktiviteter som ikke koster så mye.

Aktivitetsfremmende tiltak for barn og unge

Funn viser økt frafall fra organisert lagidrett på grunn av sosioøkonomiske utfordringer i familier med vedvarende lav inntekt. Det er viktig å sørge for at informasjon om eksisterende støtteordninger formidles til alle idrettslag. Samtidig sikre gode alternative fritidstilbud og individuelle idretter som ikke krever store krav til prestasjoner og dyrt utstyr.

Forslag til tiltak:

Det opprettes løkkeidrettstilbud eller tilsvarende aktiviteter som er kostnadsfrie og lett tilgjengelige. Kommunen må sørge for at slike arenaer vedlikeholdes og fremstår attraktive for barn og unge å benytte seg av.

Indisert forebyggende tiltak:

Tiltak rettet mot foreldre til ungdommer som ruser seg

Foreldregruppene som deltok på innledende konsultasjon etterlyser hjelp og støtte for pårørende med ungdom som har et rusproblem.

Programmet Parenthood Rus er et pusterom for foreldre til unge med rusutfordringer. Her møtes foresatte med tilsvarende eller lignende opplevelser. Ved å delta i gruppe kan de dele

egne og lytte til andres erfaringer. Det vil hele veien være med en gruppeleder og en fagperson som kan gi faglig påfyll og støtte.

Målet med prosjektet er å undersøke om foreldre til unge med rusutfordringer opplever det meningsfullt å møte andre foreldre i samme situasjon. De inviterte vil være de som er forelder til en med rusutfordring i aldersgruppen 15 – 25 år. Erfaring som mor eller far vil kunne være en ressurs for andre foreldre i lignende situasjon. De vil også være med på å utvikle et tilbud til foreldre. Det har blitt gjennomført pilotprosjekt i 5 kommuner, Nordre Follo, Ringsaker, Hamar, Stange og Løten. Programmet lanseres i september 2023.

Forslag til tiltak:

Gjøvik kommune søker KORUS Øst for å få opplæring på dette programmet. Aktuelle tjenester kan være rus- og psykiatritjenesten eller Ung i Gjøvik.

Tiltak rettet mot ungdom som er i faresonen for å utvikle rusavhengighet

Forprosjekt «Tett på 12-23» har avdekket et hull i tjenestetilbudet for ungdom i alderen 15-18 år som har en påbegynt utfordring knyttet til rus. 1.juli 2022 ble Rådgivende enhet for russaker opprettet i alle kommuner. Siden oppstart har ikke denne enheten mottatt saker fra politiet.

Forslag til tiltak:

Vi anbefaler at det sees på muligheter for å videreutvikle dette tilbudet til å gjelde også ungdommer som har et behov for helsehjelp og rådgivning uten at det er et vilkår i en påtaleunntatelse.

Kildehenvisning

1. [https://www.gjovik.kommune.no/f/p2/i7be3c1cd-bc6d-4efa-95fd-129d2267e161/rapport_forprosjektet Tett på 123.pdf](https://www.gjovik.kommune.no/f/p2/i7be3c1cd-bc6d-4efa-95fd-129d2267e161/rapport_forprosjektet_Tett_p%C3%A5_123.pdf)
2. <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>
3. Presentasjon fra Lofsrud skole ved rektor Trond Nilsen på Jubileumsseminaret til Actis 07.06.2023
4. <https://www.ungdata.no/rapporter/>
5. <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/narkotika/narkotikastatistikk-2022.pdf>
6. [bruk-av-cannabis-og-andre-ulovlige-rusmidler-espada-2019.pdf \(fhi.no\)](#)
7. [Brosjyre om kokain - Rusinfo](#)