



Folkehelse i Alta 2016

Del 2: Utfordringsdokument



Alta kommune



INNHold

Innhold	2
Innledning.....	3
Sosial ulikhet i helse	5
Hvem sammenlikner vi oss med?.....	6
Utfordringsoversikt	7
1.0 Om befolkningen	9
2.0 Oppvekst- og levekår	10
3.0 Miljøfaktorer (fysisk, kjemisk, biologisk og sosialt miljø).....	21
4.0 Skader og ulykker	26
5.0 Helserelatert atferd	29
6.0 Helsetilstand.....	38
7.0 Utfordringsområder	43
7.1 Hvem skal ut?	44
7.2 Hovedutfordringer	47

INNLEDNING

En kommune har en sentral rolle for å fremme befolkningens helse. Det er vi forpliktet til gjennom Folkehelseloven og tilhørende forskrifter. Kommunen skal både ha en løpende oversikt over folkehelsen (årlig oppdatering) og utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år. Det sistnevnte legges til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Hensikten med dokumentet er å forankre folkehelsearbeidet politisk og på tvers av alle ansvarsområder i kommunen i en slik langsiktig satsing.

Folkehelse er definert som befolkningens helsetilstand og hvordan helsestatus fordeler seg i en befolkning. **Folkehelsearbeid** er samfunnets samlede innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer trivsel og helse, forebygger psykisk og kroppslig sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler. I tillegg inngår arbeid for å få til en jevnere fordeling av faktorer som påvirker helse positivt.

Her er noen krav til oversiktsarbeidet:

- Folkehelsearbeidet skal være systematisk og kunnskapsbasert
- Oversikten skal danne et faglig grunnlag for kommunenes beslutninger og prioriteringer
- Oversikten synliggjør positive og negative trekk ved kommunen
- Sammenlikner kommuner, regioner og befolkningsgrupper
- Fastsetter mål for tiltak og måler utviklingen over tid.
- En forutsetning for å ivareta innbyggernes helse.

Folkehelseperspektivet skal inngå i all planlegging og lokal samfunnsutvikling. Dette er gjort synlig i Alta kommunes Samfunnsdel «Vi vil» hvor et av fire hovedområder har stort fokus på nettopp folkehelse.

Oversiktsdokumentet, del 1 – del 3.

Arbeidet med oversiktsdokumentet ble gjennomført første gang av Alta kommune i 2012/2013 og senere politisk godkjent i juni 2013. Oversiktsdokumentet, del 1, er en rullering av 2013-dokumentet. Det inneholder all statistikk og informasjon vi har funnet frem som kan ha betydning for oss som innbyggere. Vi lister opp status på over 100 viktige indikatorer i samfunnet. De ulike temaene er delt opp i 6 kapitler. Foran hvert kapittel lister vi opp nøkkelpunkter, dvs de viktigste funnene. Etter hvert kapittel har vi laget en liten oppsummering og vurdering av hva konsekvensene av funnene kan medføre og hva de kan være årsak til. Dette er basert på andres erfaringer og forskning generelt.

«Del 2, Utfordringsdokumentet», (dette dokumentet) er en sammenstilling av de mest prekære indikatorene – som Folkehelsegruppa i Alta kommune mener man bør følge ekstra

med på. Dokumentet avslutter med hvordan prosessen foregikk – fra å gå fra ca 40 indikatorer til 5 hovedutfordringer.

«Del 3, målsettinger og strategier for Folkehelse i Alta 2016-2019» inneholder forslag på hvordan Altasamfunnet kan komme i grep med de største utfordringsområdene. Det er ikke foreslått konkrete tiltak da vi mener de innspillene må komme fra kommunale virksomheter, det private næringsliv, frivillige lag og foreninger – samt samfunnet generelt. Vi peker på hvilken retning vi bør flytte oss for å kunne oppnå mer positive resultater.

Indikatorer

Indikatorene er basert på opplysninger som er gjort tilgjengelig fra statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen (Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet, Finnmarkssykehuset, osv), kunnskap fra kommunale helse- og omsorgstjenester og generell kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse (politiet, kontor for boligstøtte i kommunen, NAV osv). Det er også tatt med uttalelser fra ledere og rådgivere der talldata ikke har vært mulig å fremskaffe.

Ansvar

Rådmannen er den overordnede ansvarlige for folkehelsearbeidet i kommunen. I Alta kommune er folkehelsearbeidet organisert med en styringsgruppe, en folkehelsegruppe og et folkehelseutvalg. Det planlegges videre å ha med en referansegruppe (rådgivende). Folkehelsekoordinator i Alta er plassert i Avdeling for Samfunnsutvikling (rådmannens stab) og har hovedansvaret for folkehelseoversikten.

- Styringsgruppen er lik rådmannens ledergruppe
- Folkehelsegruppa består av minst en person fra hvert tjenesteområde i kommunen samt avdeling for samfunnsutvikling. Gruppen møtes ca hvert kvartal
- Folkehelseutvalget består av 4 personer fra folkehelsegruppa. Utvalget har møter ca en gang per måned, oftere ved behov.

Oversikt over deltakere i Alta kommunes folkehelsegruppe:

Navn	Stilling	Arbeidssted
Gjermund Abrahamsen Wik	Folkehelsekoordinator	ASU – Samfunnsutvikling
Oddvar Konst	Kommunalleder	ASU – Samfunnsutvikling
Kristin Tørum	Helsekonsulent (Miljørettet helsevern)	HS - Helse – og sosial
Kenneth Johansen	Kommuneoverlege	HS - Helse – og sosial
Frode Øvrejord	Kommuneoverlege	HS - Helse – og sosial
Evie Einvik-Heitmann	Frisklivskoordinator	HS - Helse – og sosial
Karina Haus Steinshylla	Vikar for Einvik-Heitmann	HS – Helse - og sosial

Aase-Kristin H. Abrahamsen	Rådgiver kultur (spillemidler, barns rep)	OK - Oppvekst—og kultur
Tone Dervo	Avd.leder helsesøstertjenesten	OK - Oppvekst—og kultur
Ingeborg O. Hågensen	Kontorleder RSK Vest- Finnmark- skole	OK - Oppvekst—og kultur
Marit Wisløff	Branningeniør	DU - Drift og utbygging

Alta kommune deltok i et pilotprosjekt i regi av KS (Kommunenes Sentralforbund) i perioden mai-desember 2016 med totalt 4 samlinger. Bakgrunnen var et ønske om å lage en felles mal og arbeidsmetoder for hvordan oversiktsdokumenter kan se ut for kommuner. Gjennom veiledninger i denne prosessen har folkehelsegruppa utarbeidet dette dokumentet. Det har inneholdt 4 samlinger i 2016 med KS sammen med andre kommuner fra Finnmark. Det har i tillegg vært avholdt en rekke interne arbeidsmøter i KS-gruppa som konkret jobbet med oversiktsdokumentet (Wik, Tørum, Johansen og Einvik-Heitmann).

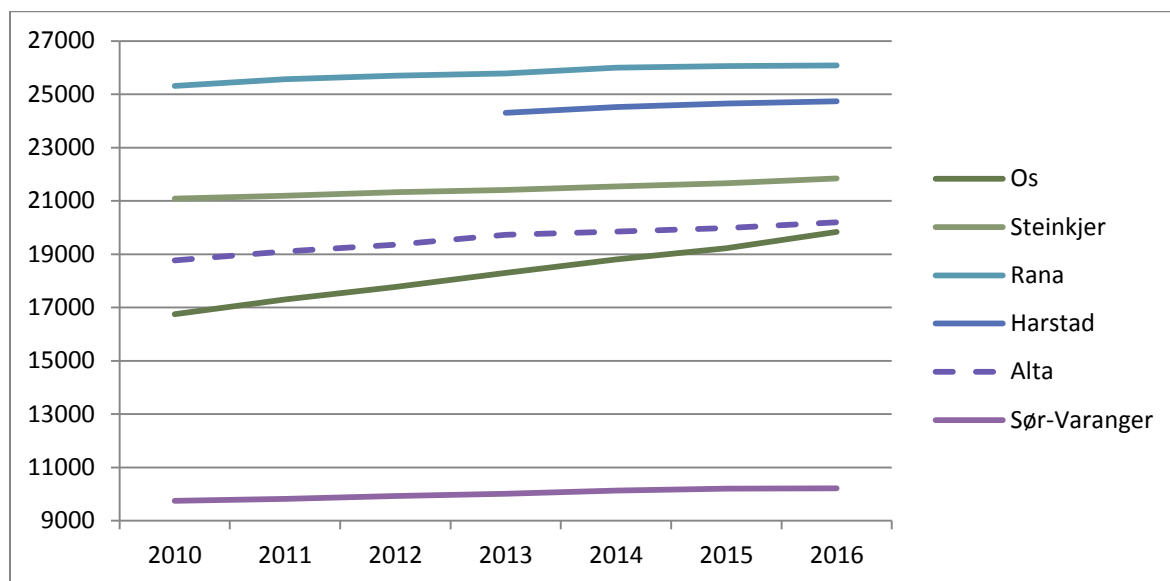
SOSIAL ULIKHET I HELSE

Folkehelseloven har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller. Dette omfatter helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, samt at arbeidet skal bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Sosial ulikhet i helse måles gruppevis etter inntekt, utdanning, yrke, kjønn og etnisk- og kulturell bakgrunn. Et stabilt mønster har avtegnet seg ved at helsestatusen blir bedre jo høyere i det sosioøkonomiske hierarkiet man befinner seg. Enkelt sagt: Dess bedre inntekt og bedre jobb man har – jo mindre syk og lengre levetid vil man statistisk kunne oppleve. Befolkningens totale helsepotensiale utnyttes ikke fullt ut. Derfor er det en viktig oppgave for kommune og samfunn å jobbe for å minske sosial ulikhet i helse.

Det er mange faktorer som spiller inn på dette og heller ikke en enkel årsak. Å ha tilgang til positive ressurser, både de materielle og psykososiale, anses likevel som essensielt. Nøkkelen til å redusere helseforskjellene ligger i å påvirke fordelingen av dem. Sosiale helseforskjeller er urettferdige og representerer et tap for både enkeltmennesker, familier og samfunnet.

HVEM SAMMENLIKNER VI OSS MED?



Figur 1, befolkningstallet samt utviklingen de siste 7 åra i utvalgte kommuner.

Alta er sammenliknet med andre kommuner for å få en bedre forståelse av data og funn som er gjort. Det er plukket ut én kommune i hvert av de 4 nordligste fylkene, samt Os i Hordaland. Alle har omtrent samme befolkningsmengde som Alta. I tillegg til de 5 kommunene har vi ofte lagt inn tall for landsgjennomsnittet. Dette til sammen utgjør det vi henviser til i dokumentet som «kommunegruppen». På dette bildet har vi latt Alta få en stiplet linje for å skille oss lettere ut fra de andre.

I det videre vil kun de indikatorene som Folkehelsegruppa har drøftet og prioritert som viktigst være beskrevet. Dokumentet vil danne grunnlaget for Folkegruppemøtet hvor deltakerne skal gi poeng til de områdene de finner er viktigst for Altasamfunnet å ha fokus på de nærmeste årene. Målet med Folkegruppemøtet er å redusere antallet viktige innsatsområder til et sted mellom 4-9. For fullstendig oversikt over alle indikatorene vises det til del 1: Oversiktsdokumentet. Indikatorene er ikke presentert utfra rangert høyeste verdi men følger kapitlene i Oversiktsdokumentet.

UTFORDRINGSOVERSIKT

Her følger en kort oversikt over alle indikatorene som er med videre. Deretter blir hver indikator ytterligere utdypet.

- 1.1.9 Alta har lavere valgdeltakelse enn landssnittet (56 %).
- 2.1.2 Barn i husholdning med vedvarende lavinntekt (4,5 %)
- 2.1.3 Barn i husholdning som har mottatt sosialhjelp i løpet av siste året (6,4 %)
- 2.1.4 Barn i husholdninger som mottar mer enn halvparten av samlet inntekt gjennom offentlige overføringer (12,4 %)
- 2.1.5 Barn i husholdning med lavinntekt, hovedforsørger har lav utdanning (55,5 %)
- 2.1.10 Høyest andel enslige forsørgere
- 2.1.11 Økt utvikling med andel sosialhjelps ordninger
- 2.2.1 Det er dyrt å anskaffe bolig i Alta
- 2.3.1 Antall i arbeid og antall uføre i forhold til folketallet
- 2.4.2 Dårligere lese- og regneferdigheter i skolen enn landssnittet
- 2.4.3 Alta har høyt frafall på videregående skole
- 2.4.4. Vi har lavest score på trivsel i skolen
- 2.4.5 Litt over landssnittet i andel som føler seg mobbet på skolen
- 3.1.5 Økt luftforurensning i trafikkerte områder
- 3.1.7 Utfordringer med inneklima på flere skoler
- 3.2.1 Lavere andel ungdom enn landssnittet er fornøyd med lokalmiljøet
- 3.2.2 Alta har litt færre som er medlem i en fritidsorganisasjon enn landssnittet
- 3.2.3 Alta har en god del flere unge som er plaget av ensomhet enn landssnittet
- 3.2.11 Kollektivtilbudet er bedre - men ikke godt nok.
- 3.3.1 Kriminalitet, Alta har en høyere andel volds- og trafikkriminalitet
- 4.4.2 Vi har høy andel fallulykker i Alta, og høyest andel voldsomme dødsfall.
- 5.1.1 Alta har høyere andel inaktive enn landssnittet.
- 5.1.2 Reisevaneundersøkelsen 2014 viser at Alta har ca 74 % bilbrukere og kun 7 % sykler.
- 5.1.4 Høyest andel stillesittere i landsdelen og høyest andel personer som aldri mosjonerer
- 5.1.5 Færre unge i Alta som trener minst en gang pr uke sammenliknet med landssnittet.
- 5.2.1 Høyere andel kvinner som røyker enn landssnittet
- 5.2.2. Finnmark har dobbelt så mange menn som røyker daglig enn landssnittet.
- 5.2.3 Andel ungdomsskoleelever i Alta som røyker er 3 ganger så høy som landssnittet.
- 5.2.4 Andel ungdomsskoleelever i Alta som bruker snus er høyere enn landssnittet

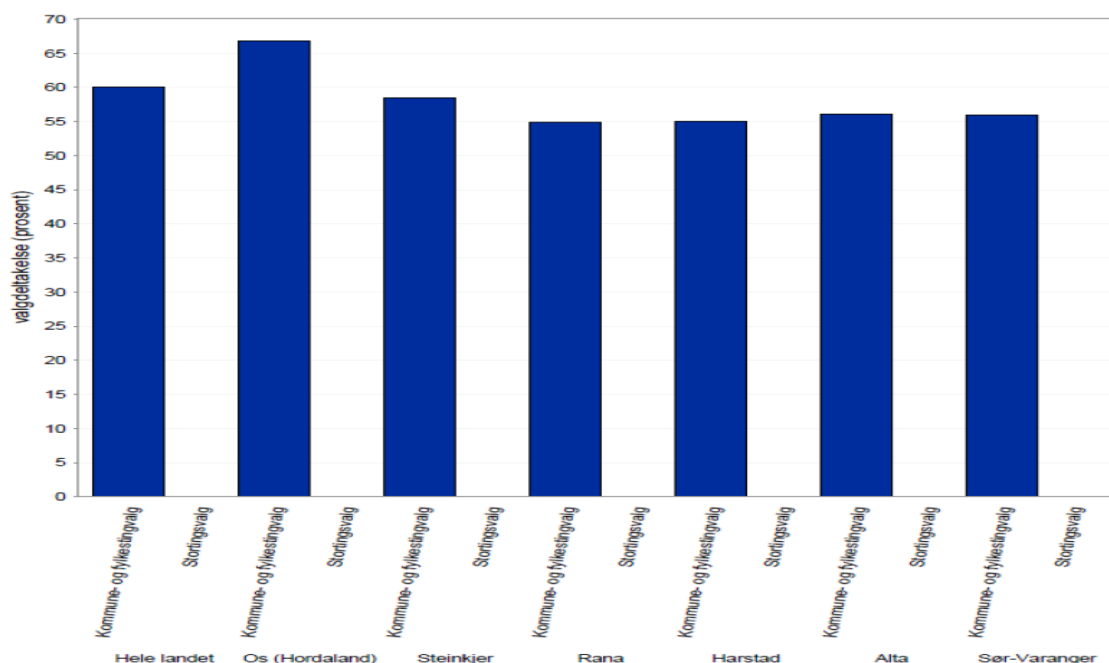
- 5.2.6 Andel ungdommer som har vært alkoholberuset siste år er høyere enn landssnittet.
- 5.3.1 Hver 3. person på sesjon er overvektig, som er nesthøyest i gruppen vår.
- 5.3.2 Gruppen «noe overvektige» blant kvinner i Finnmark er dobbelt så høy som resten av landet.
- 5.4.3 Alta er blant de kommuner med høyest andel tilfeller av Klamydia.
- 5.4.4 Aborttall for Alta viser at vi er på topp 3 i landet i antall tilfeller.
- 6.1.1 Relativ høy forekomst av psykiske symptomer og lidelser
- 6.1.2 Høyest forekomst av psykiske symptomer og lidelser blant unge (15-29 år)
- 6.2.5 Alta har nest høyest forekomst av dødsfall forårsaket av lungesykdommer (KOLS)
- 6.2.6 Alta har tredje høyest andel legemiddelbrukere for KOLS og astma.
- 6.2.8 Innen muskel og skjelettplager er Alta nesthøyest i vår gruppe.

1.0 OM BEFOLKNINGEN

Hvem er vi i Alta? Hvor gamle er vi? Hvor mange kommer opprinnelig fra andre land? Hva er familiesituasjonen vår – bor vi alene, med barn – eller med full familie? Hvor mange fødes årlig i kommunen – og hva er prognosene for befolkningsutviklingen? Dette og mer til vil kapittel 1 ta for seg.

Informasjonen i dette kapitlet er for det første viktig når de øvrige kapitlene gjennomgås. De vil også kunne påvirke strategiske avgjørelser som omhandler folkehelse.

1.1.9 Valgdeltakelse



Figur 2, valgdeltakelse i prosent, kommune- og fylkestingsvalg 2015.

Figur 2 viser at Alta har en valgdeltakelse på 56 % ved sist kommune/ fylkestingsvalg. Dette er 4 % under landssnittet.

2.0 OPPVEKST- OG LEVEKÅR

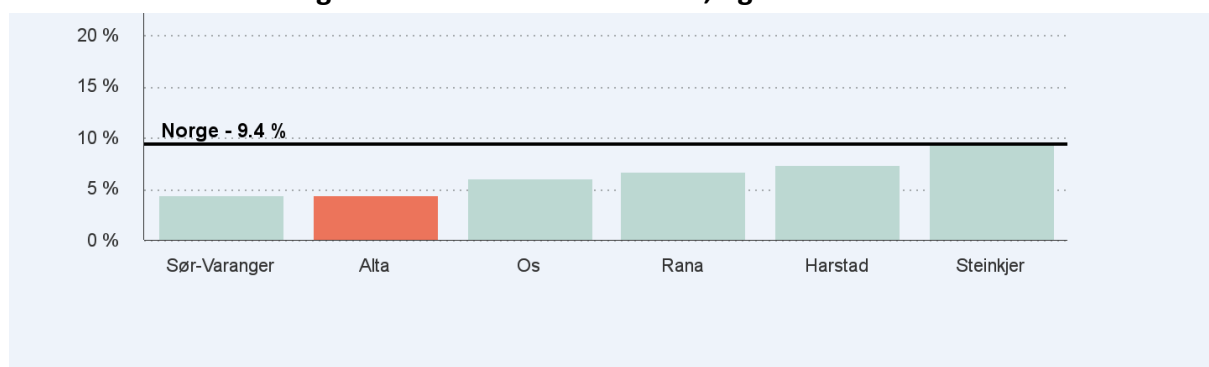
Dette kapitlet tar for seg hvordan vi har det med økonomi, bo- og arbeidsforhold samt status rundt oppvekst og utdanning. Dette er viktige premisser for helse og livskvalitet. Hvor stor andel har lavinntekt og hvor store er inntektsforskjellene? Hvor stort er sykefraværet og andel med uføretrygd? Hvordan er utviklingen med frafall i videregående skole?

Levekår defineres i et samspill mellom individuelle faktorer og ressurser og de muligheter en har til å realisere disse på arenaer som skole, arbeid osv. Inntekt og økonomi er grunnleggende faktorer som påvirker helse. Alle grupper i befolkningen har de siste ti-årene hatt en bedring av helsestatusen sin, men den har tydelig økt mest hos personer med lang utdanning og høy inntekt. Utdanning er et nøkkelgode – utdanning kan gi arbeid, som igjen gir inntekt.

Barnefattigdom

For å regnes inn i begrepet barnefattigdom i Norge er lavinntektsgrensen satt på 60 % av medianinntekt etter skatt (Median = midterste, ikke gjennomsnitt). Slik relativ fattigdom innebærer å mangle de ressursene og sosiale mulighetene som er vanlig å ha i et samfunn.

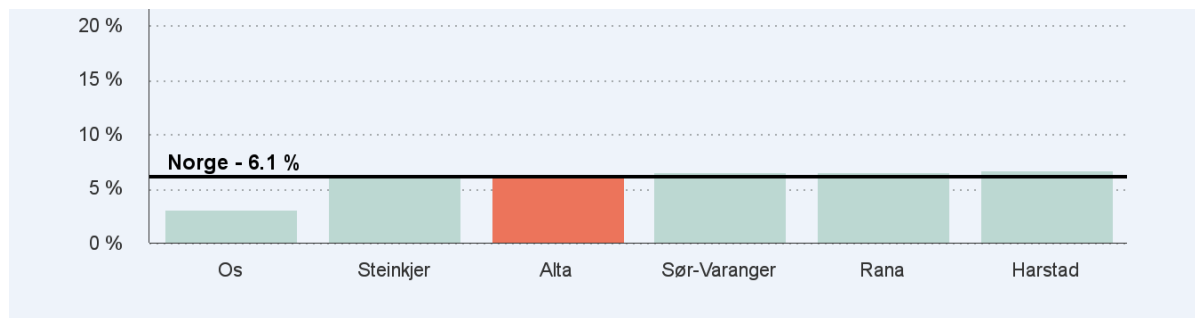
2.1.2 Barn i husholdning med vedvarende lavinntekt, figur 3.



Figur 3.

Alta: 4,5%, tilsvarer 198 barn. Dette er en lav verdi og under landsgjennomsnittet.

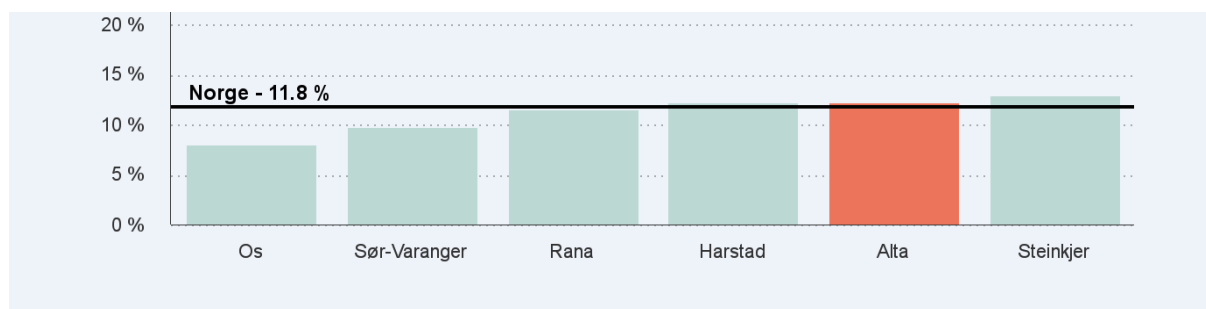
2.1.3 Barn i husholdning som har mottatt sosialhjelp i løpet av siste året, figur 4.



Figur 4.

Alta 6,4 %, tilsvarer 318 barn. Dette er omtrent på landssnittet.

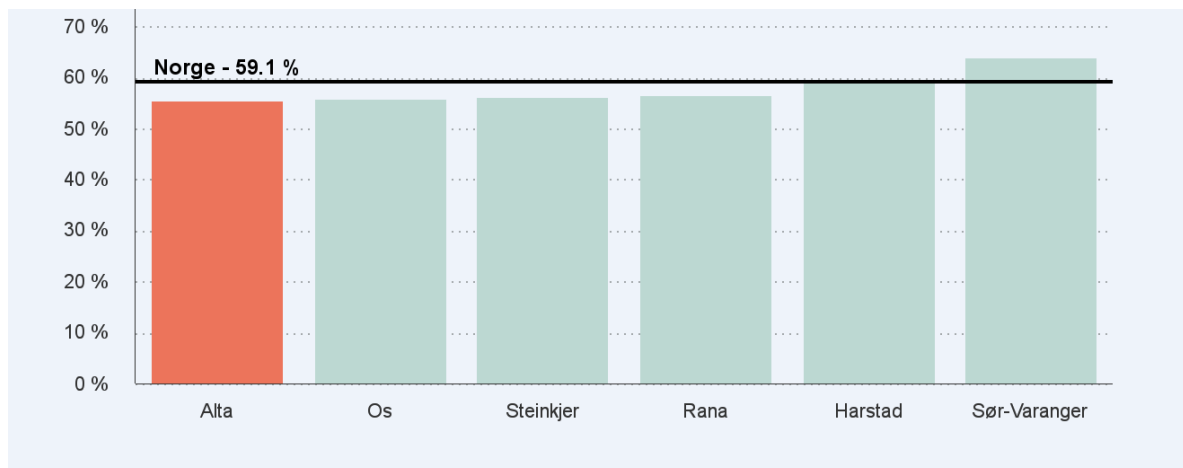
2.1.4 Barn i husholdninger som mottar mer enn halvparten av samlet inntekt gjennom offentlige overføringer, figur 5.



Figur 5.

Alta 12,4 %, tilsvarer 615 barn. Dette er like over landssnittet, men omfatter en god del barn.

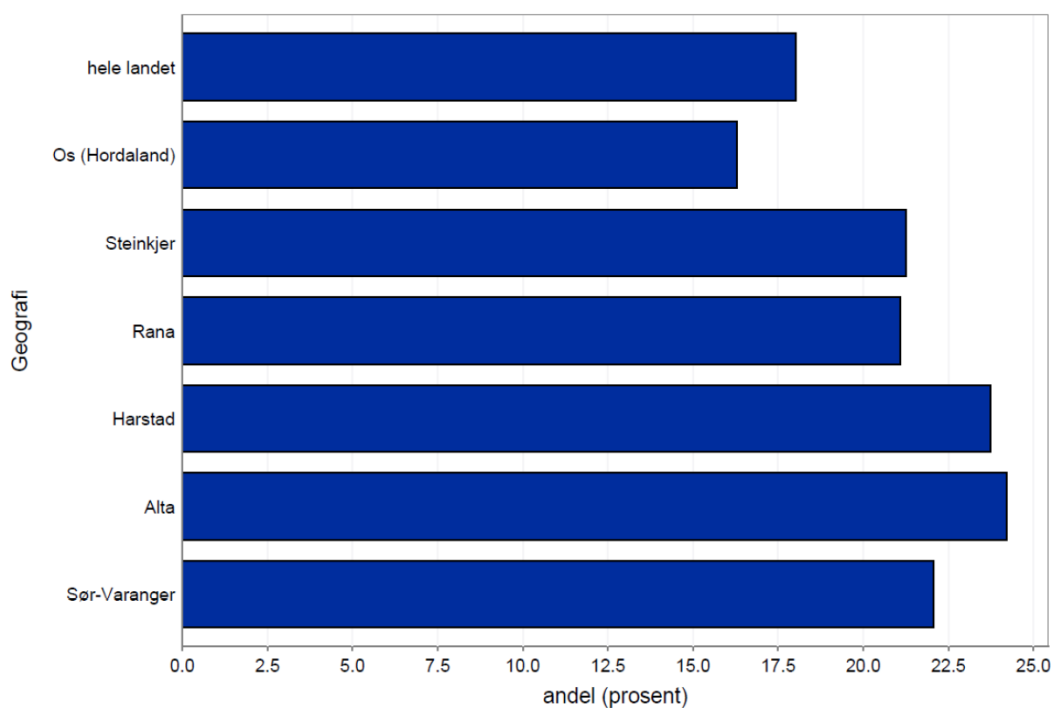
2.1.5 Barn i husholdninger med lavinntekt der hovedforsørger har lav utdanning, figur 6.



Figur 6

Alta 55,5 %, tilsvarer 142 barn. Alta er lavest blant de vi sammenlikner oss med.

2.1.10 Høy andel enslige forsørgere



Figur 7, eneforsørgere under 45 år, 2011-2013 (FHI)

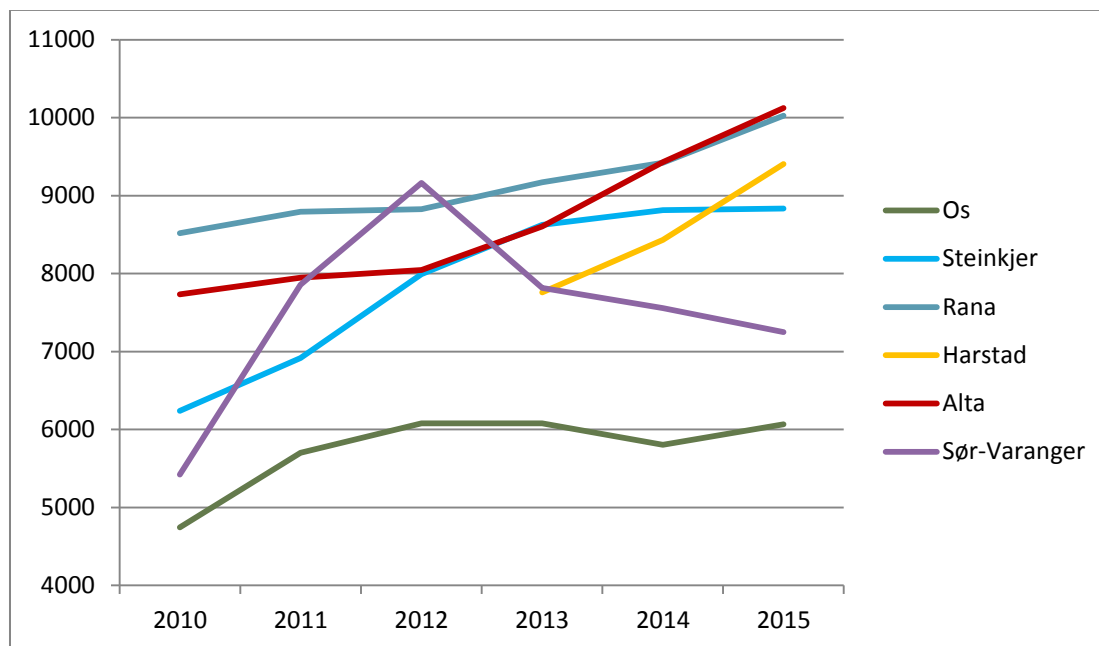
Alta ligger på topp i denne statistikken med andel på ca. 24 % enslige forsørgere under 45 år.

2.1.11 Økt utvikling med andel sosialhjelps ordninger

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Brutto utbetalt sosialhjelp (1 000 kr)	18490	19080	20008	21814	24782	29410

Tabell 1, Brutto utbetalt økonomisk sosialhjelp i Alta.

Tabell 1 og figur 8 viser at utbetalinger til sosialhjelp har økt årlig. Alta topper statistikken for 2015. Den utbetalte sosialhjelpen har økt med 59 % fra 2010 til 2015. NAV i Alta opplyser at for 2016 forventes det brukt ca 27 mill kroner på sosialhjelp. Det samme ble brukt i 2015 og forventes brukt i 2017. Andelen som mottar trygdeytelser utgjør ca. 70-80 % av totalen i sosialbudsjettet. Det meste her går til boligkostnader da boutgifter i Alta er dyrt.



Figur 8, gjennomsnittlig utbetaling pr stønadsmåned, sosialtjenesten.

2.2.1 Det er dyrt å anskaffe bolig i Alta

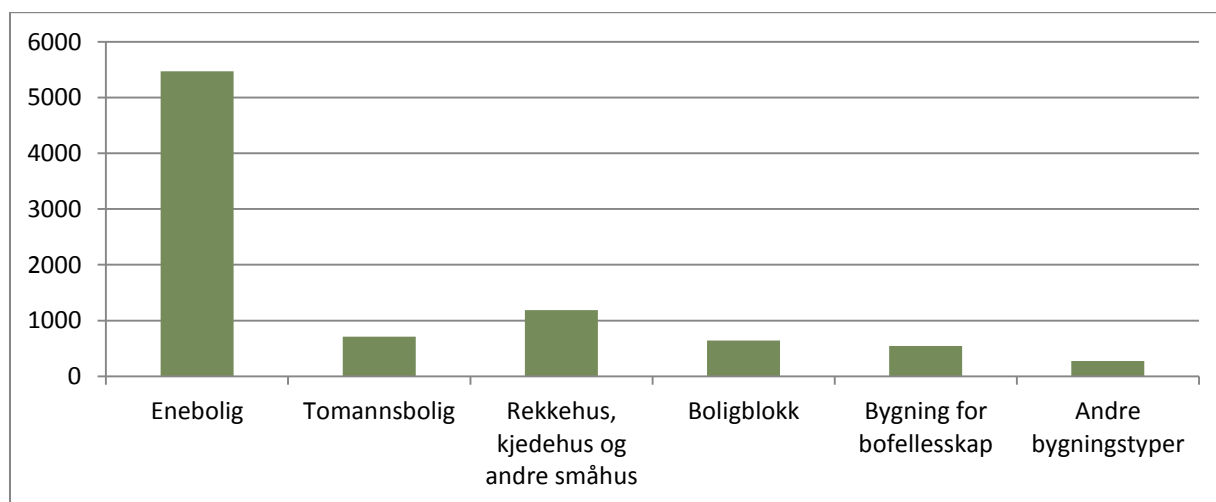
Utdrag fra planen «Tematisk kommunedelplan for sosial boligpolitikk i Alta kommune 2010-2014».<https://www.alta.kommune.no/andre-planer.109067.no.html>. Dette taes med da innholdet er aktuelt også i dag.

- Alta har i dag et boligmarked i ubalanse, der boligene har en kunstig høy pris i forhold til verdi. Det er for få kommunale eneboligtomter og for få lavinnskuddsboliger – som kan dempe prispresset.

- Alta kommune er en kommune i vekst, noe som gir ekstra utfordringer på tomte- og boligmarkedet spesielt for grupper med mindre tilgang til kapital. De nye reglene om krav til egenkapital for å få boliglån har gjort det ekstra vanskelig for unge etablerere.
- Leiepris for leiligheter kan sammenlignes med prisene i Tromsø. Husleien for en leilighet ligger i dag mellom 4.000 – 12.000 kr per måned. Husleien for enebolig ligger mellom 10.000 og 15.000 kr per måned
- De som mottar trygdeytelser i form av uføretrygd, alderspensjon eller arbeidsavklaringspenger vil ofte trenge supplerende for å kunne betale sine forpliktelser. Det gjelder også innvandrere som gjennomfører introduksjonsprogrammet. Nav Alta ser behov for flere utleieboliger i Alta.

Stiftelsen utleieboliger i Alta rår over 367 kommunale boliger. Søkermassen til disse de siste 5 åra er stigende. Boligkontoret i kommunen som forvalter tilskuddsordning til trengende melder om årlig økt pågang for økonomiske støtte, spesielt fra unge.

Tilgjengelighet for bolig



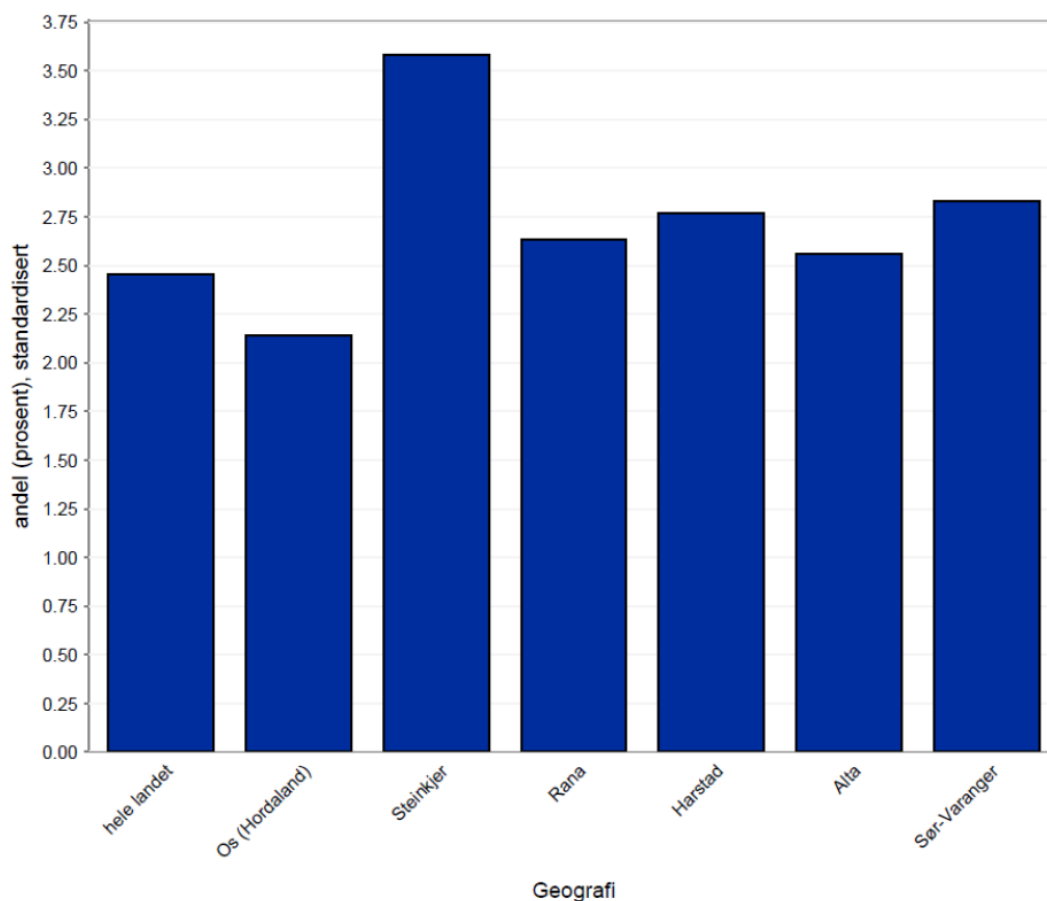
Figur 9, Boligtyper i Alta

2.3.1 Antall i arbeid og antall uføre i forhold til folketallet (prognose)

Antall mottakere av uføretrygd			Endring		Antall i prosent av befolkningen 18-67 år		
31.03.14	31.03.15	31.03.16	antall 2015-2016	prosent 2015-2016	31.03.14	31.03.15	31.03.16
1 455	1 433	1 436	3	0,2	11,4	11,2	11,1

Tabell 2, Mottakere av uføretrygd

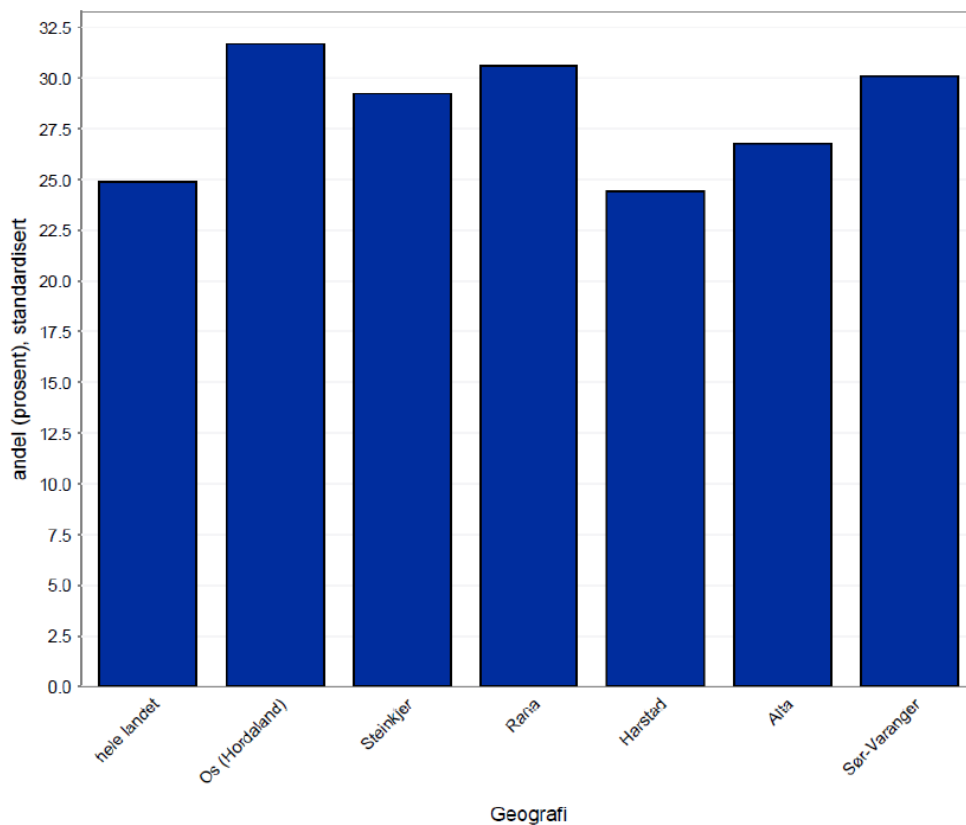
Tabell 2 viser at andel uføretrygdde er relativt stabil.



Figur 10, uføretrygdde 18-44 år, varig uførepensjon, 2011-2013.

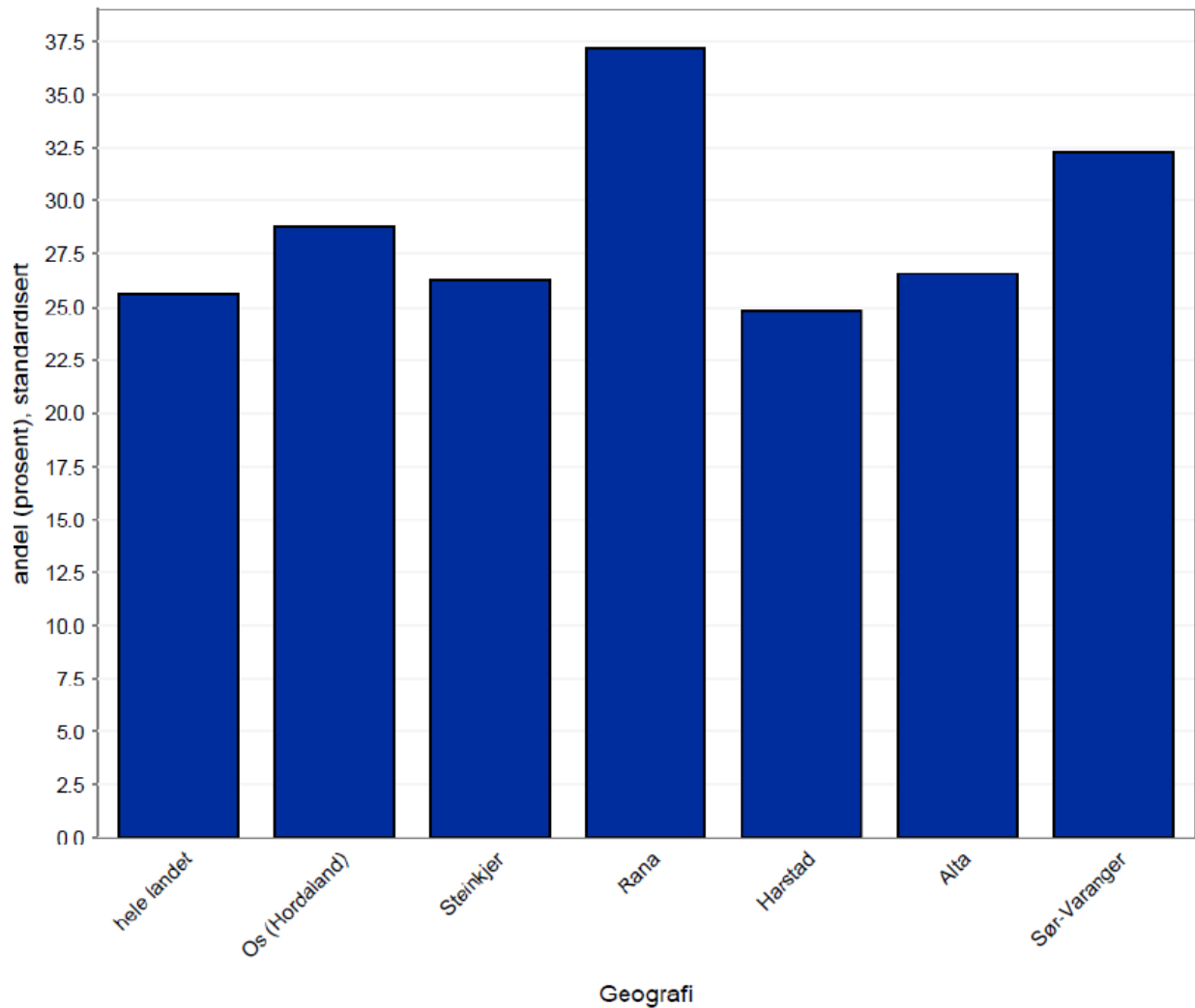
Sammenliknet med andre kommuner ligger Alta noe over landsnittet i andel yngre uføretrygdde, figur 10.

2.4.2 Lese- og regneferdigheter i skolen



Figur 11, leseferdighet 5 trinn, mestringsnivå 1 (2012/13- 2014-15)

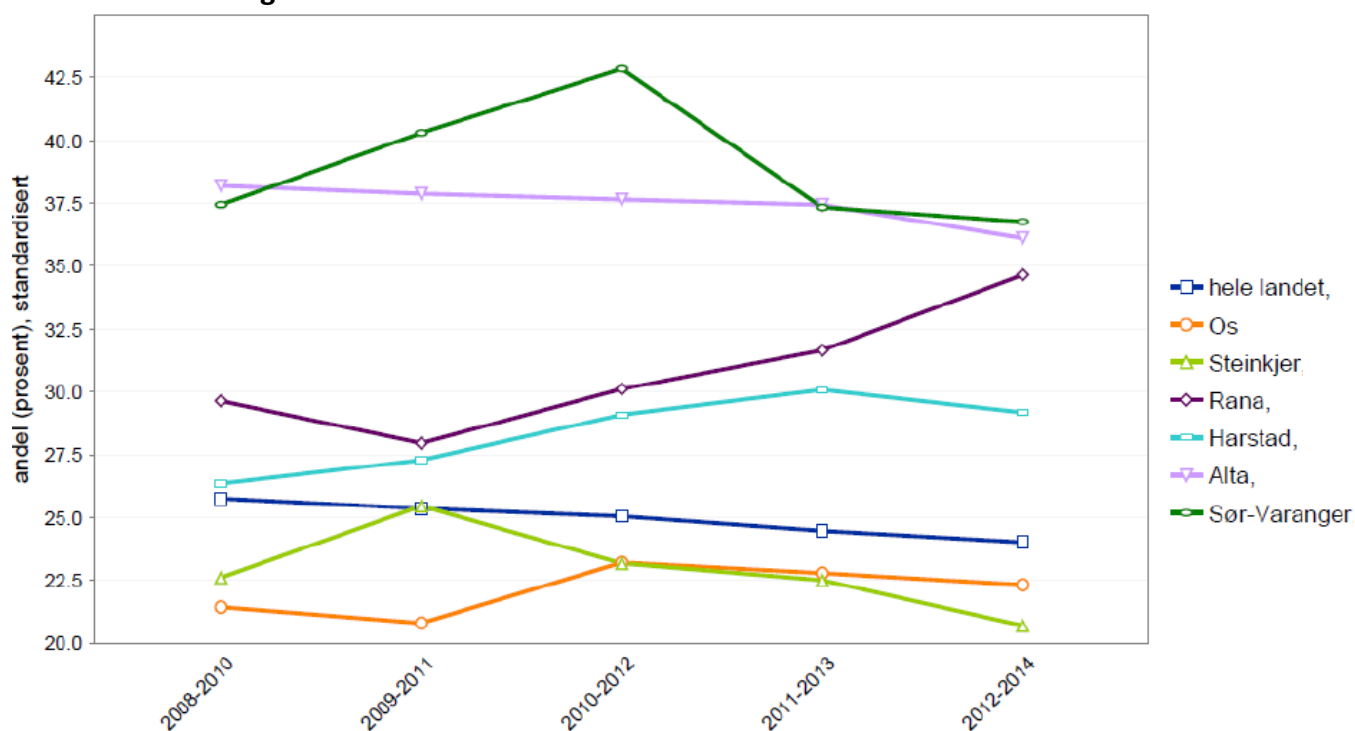
Mestringsnivåene i skolen måles fra 1 til 3 og der verdien 1 angir det laveste nivået. Det er ønskelig at andelen på denne er lavest mulig. Alta ligger her over landssnittet.



Figur 12, regneferdighet 5 trinn, mestringsnivå 1 (2012/13 – 2014/15)

Regneferdigheten scorer omtrent likt målt mot landssnittet.

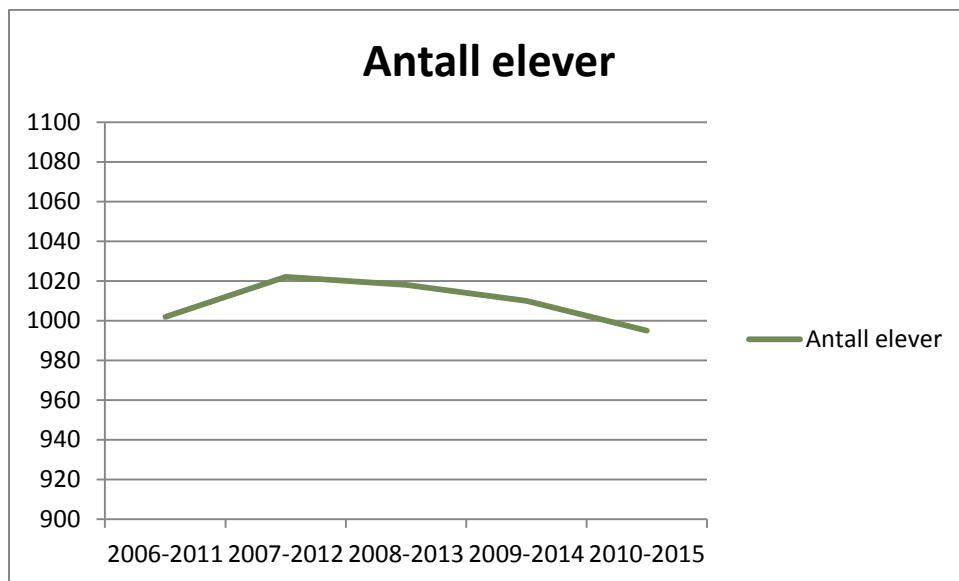
2.4.3 Frafall videregående skole



Figur 13, frafall i videregående skole, andel som ikke fullfører innen normert tid.

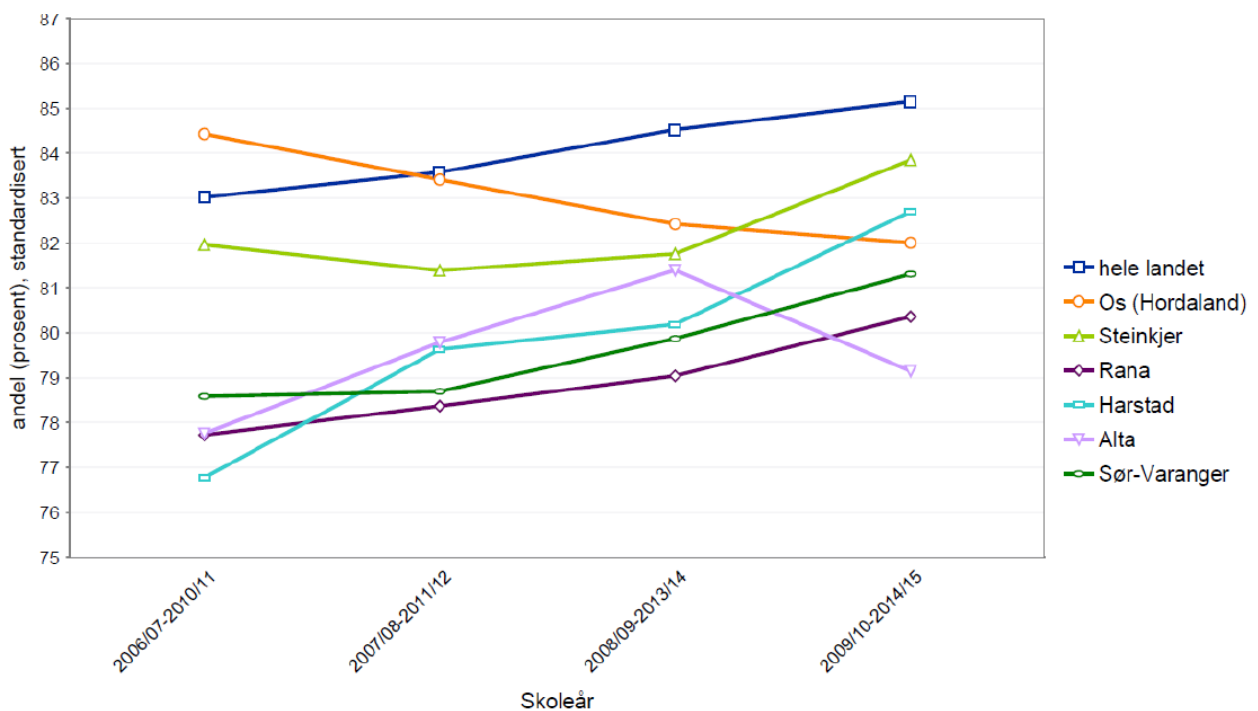
Angående frafall i videregående skole ligger Alta, sammen med Sør-Varanger, høyest i vårt sammenlikningsbilde. Tendensen er svakt positiv, men ligger fortsatt 12 % over landsgjennomsnittet.

Statistisk sentralbyrå har i en oversikt vist at Finnmark for 2016 har en gjennomføringsstrøm på 55 %. Det innebærer at 55 % av elevene fullfører sin opplæring innen 5 år. Det er en liten endring i andelen som fullfører på normert tid, den har økt med 4 %. Derimot er andelen som fullfører på mer enn 5 år gått noe ned. Finnmark har lavest andel i landet som gjennomfører på normert tid. Landsnittet er på 78 %. Figur 14 viser utviklingen de 5 siste årskullene med gjennomstrømming i videregående skoler i Finnmark. De siste par årene har andel som gjennomfører på normert tid sunket med ca. 3,6 %.



Figur 14, Gjennomstrømming av elever på videregående skoler i Finnmark, andel som har fullført skoleløpet.

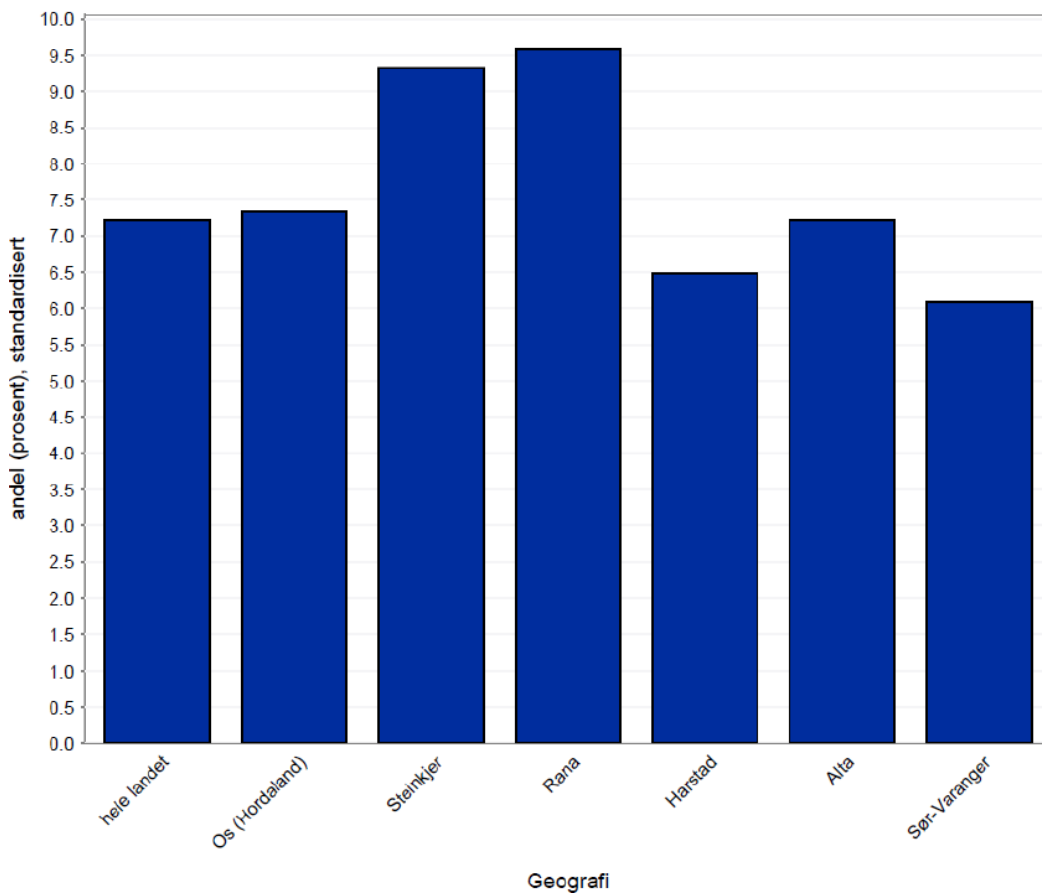
2.4.4. Trivsel



Figur 15, Trivsel 7 og 10 klasse.

Alta scorer lavest innen trivsel i skolen av de vi sammenlikner oss med og er 6 % lavere enn landssnittet. Tallene er hentet fra Ung data.

2.4.5 Mobbing



Figur 16, Mobbing 7 og 10 klasse

Alta ligger like over landssnittet i andel som har svart at de opplever mobbing på skolen.

3.0 MILJØFAKTORER (FYSISK, KJEMISK, BIOLOGISK OG SOSIALT MILJØ)

En rekke miljøforhold har effekt på helsen. Alt fra drikkevannskvalitet, luftkvalitet, støy, radon, tilgang til grøntområder, friluftsområder og trygg skolevei. Inkludert i miljøfaktorer er også sosialt miljø, som for eksempel trivsel, sosial støtte, vold og kriminalitet. Med begrepene fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø refereres det til Folkehelseloven kap. 3 om miljørettet helsevern.

Kvalitetene i miljøet vi befinner oss i til daglig legger mye av grunnlaget for helse, trivsel og livskvalitet. Miljøet kan fremme god helse og beskytte mot sykdom og ulykker, eller det kan i større eller mindre grad utgjøre en risiko.

Fysisk miljø

I følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) består sunne byer av et fysisk miljø som fremmer helse, rekreasjon, trygghet, sosiale møteplasser, god tilgjengelighet, stolthet og kulturell identitet. Utformingen av utemiljøer, bygg og offentlig rom har betydning for tilgjengelighet, fysisk aktivitet, trygghet og sikkerhet, psykisk helse og deltakelse i sosiale aktiviteter.

Nærmiljøet er en viktig gjennomføringsarena i folkehelsearbeidet. Nærmiljøet består av et fysisk rom som omfatter boligområder, parker, plasser, veier, gater, lekeplasser, natur- og friområder og kulturlandskap (*ref: rapport IS -2203, samfunnsutvikling for god folkehelse, Helsedirektoratet*). Personer i ulike aldersgrupper har ulik aksjonsradius for å komme seg til ulike områder.

3.1.5 Luftforurensning

Helserisikoen knyttet til lokal forurensning avhenger av hvor høy konsentrasjonen av de forurensede stoffene er. Det er særlig svevestøv som gir risiko for helseskader.

Luftforurensning kan påvirke befolkningens helse ved å føre til utvikling av sykdom, forverre sykdom og forkorte levetiden. Den største kilden til lokal forurensning er vegtrafikk med utslipp av eksos og asfaltstøv fra piggdekk. Andre kilder er vedfyring i boliger og industri (kilde: Miljøstatus 2016).

I Alta er det mye vegtrafikk som kan medføre dårligere luftkvalitet, spesielt på vinterstid. Dette gjelder langs hovedveger (riks- og fylkesveger) og i sentrumsområdene. Det er også utfordringer knyttet til tomgangskjøring. Fjernvarmeanlegget i Alta sentrum ga tidligere en del utfordringer enkelte dager vinterstid ved at det ble liggende et "lokk" over sentrum. Noen utsatte grupper, som astmatikere og allergikere, har større utfordringer med luftkvalitet inklusive vedfyring i enkelte områder.

3.1.7 Inneklima

Mange oppholder seg innendørs store deler av dagen og derfor er inneklima en viktig faktor. Spesielt fokus får barn og unge i skoler og barnehager.

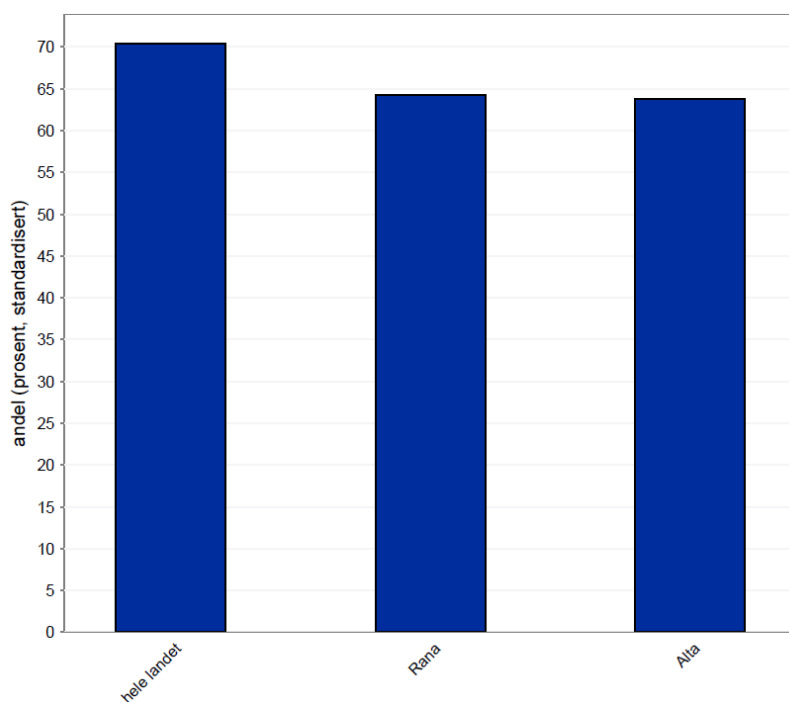
Alta kommune gjennomfører tilsyn med virksomheter i henhold til forskrift om miljørettet helsevern. Det er kommuneoverlegen som er delegert myndighet innenfor dette området. Ved funn av forhold som ikke er i tråd med regelverket kan ulike virkemidler benyttes, som retting og stansing. Alle barnehager er pr 2016 godkjente i henhold til gitt regelverk. Av 19 skoler er det ni som har fått avvik fra kravene. Fem er ikke godkjent, og ved en av skolene er deler av bygningsmassen avstengt. Mange av avvikene omhandler inneklima.

Sosialt miljø

Sosialt miljø omhandler psykososiale forhold. Aktuelle faktorer er livskvalitet, trivsel, sosial støtte og ensomhet. Barndom og unge år utgjør en særlig viktig periode, fordi god livskvalitet i denne perioden er viktig i seg selv, og fordi man legger grunnlaget for et voksenliv med god livskvalitet og helse.

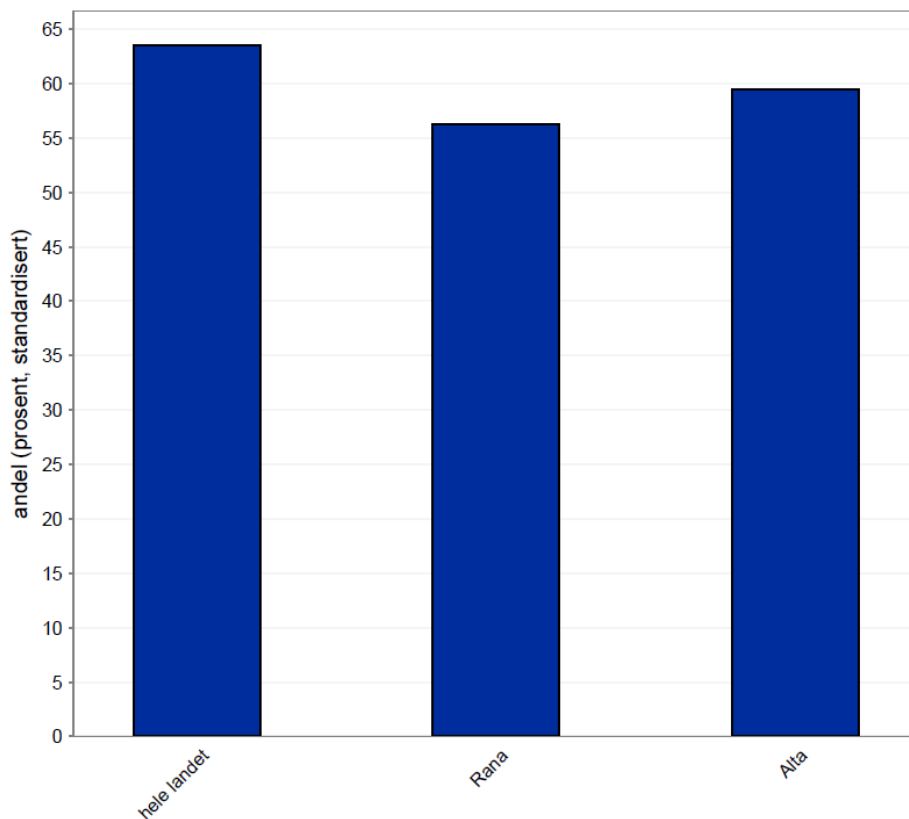
3.2.1 Fornøyd med lokalmiljøet

Ungdata er lokale ungdomsundersøkelser, der ungdom over hele landet svarer på spørsmål om ulike sider ved deres liv og livssituasjon. Ungdata gir en oversikt over den lokale oppvekstsituasjonen og er foretatt i 7 og 10 klasse. Her følger fem oversikter for Alta.



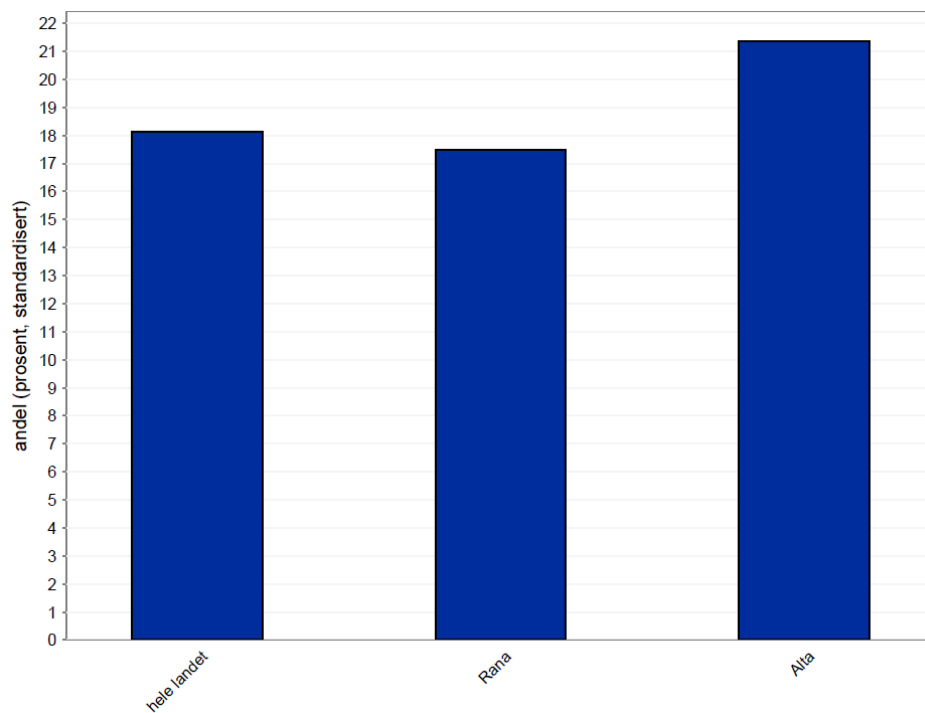
Figur 17 , Fornøyd med lokalmiljøet, Ung data. Øvrige kommuner hadde ikke registrert data.

3.2.2 Medlem i en fritidsorganisasjon



Figur 18, medlem i en fritidsorganisasjon, Ung data.

3.2.3 Plaget av ensomhet



Figur 19, Plaget av ensomhet 2012-2014, Ung data.

Lokalmiljøet får «ikke tilfredsstillende score» fra omtrent hver tredje ungdom i Alta. Det er litt urovekkende at så mange ikke er fornøyd. Omtrent like mange er heller ikke medlem i en fritidsorganisasjon. Mer enn hver femte ungdom er plaget av ensomhet. Det er en del over landssnittet. Innenfor mobbing opplyser ca. 7 % at de opplever dette. Ca. 20 % av ungdommene trives ikke på skolen, noe som også er dårligst i kommunegruppen.

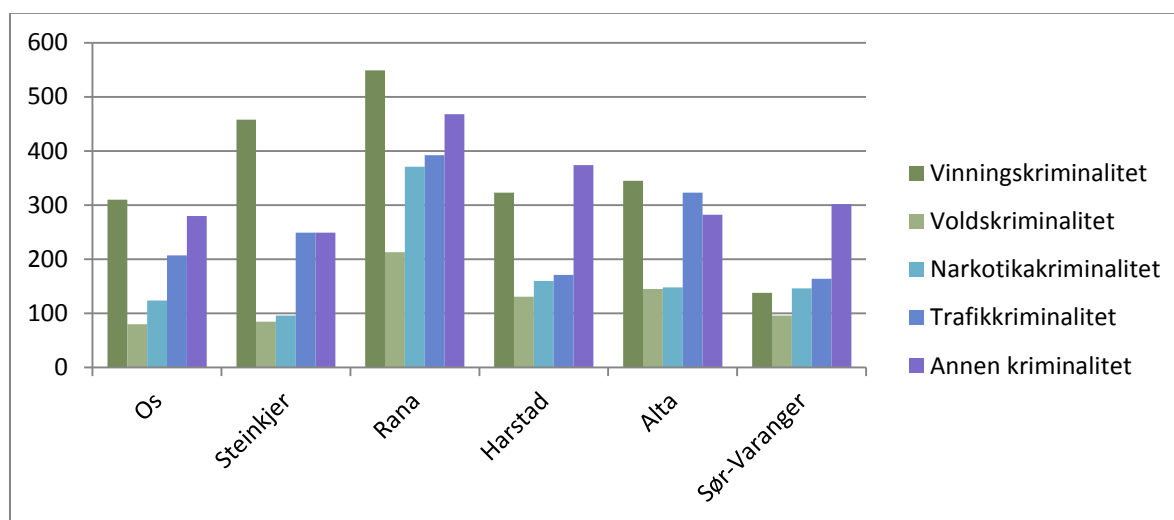
3.2.11 Kollektivtilbud - bra men ikke godt nok.

Fra 2016 ble det innført nytt kollektivtilbud i hele Finnmark, både for buss, ferger og hurtigbåter. For Alta sin del er det busstilbudet som brukes hyppigst, deretter hurtigbåt mot Hammerfest. Det nye tilbudet innebar en forbedring med innføring av 4 ringruter – som inkluderte nærbygdene rundt Alta. Sammenliknet med 2015 var det første halvår en økning på nesten 70 % i antall reisende når både bybuss og ringruter ble lagt sammen (fra ca. 52 000 reiser i 2015 til 88 000 i 2016 – kun telt 6 måneder).

Totalt for Alta, inklusive skoleruter og båter – viser fremskrevne tall for resten av 2016 at antall reisende har økt med ca. 15 %. En markedsundersøkelse som ble gjennomført i mars 2016 viser at av Altas respondenter er 73 % middels- eller godt fornøyd med busstilbudet. 94 % mente at bybussen også er middels – og godt tilgjengelig. Det som ønskes bedret er at bussene går mer dit folk bor og når folk trenger den. Mange oppgir at enklere billett kjøp via mobil/ nett er ønskelig. Flere vil vurdere buss dersom parkeringstilbudet på sentrum reduseres.

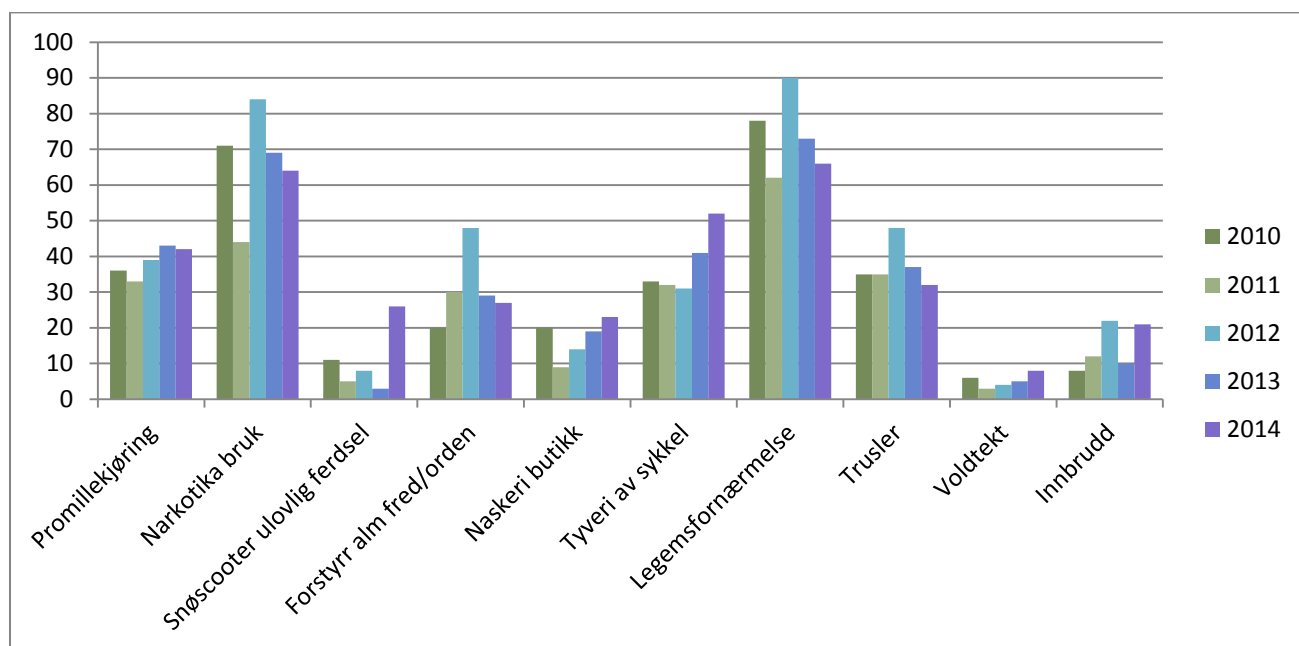
Det vises for øvrig til Nasjonal Reisevaneundersøkelse 2014 som er omhandlet i kapittel 5, helserelatert adferd.

3.3.1 Kriminalitet



Figur 20, anmeldte lovbrudd 2013-2014. Annen kriminalitet omfatter økonomisk, seksual, skadeverk, miljø og arbeidsmiljø.

Figur 20 viser Alta sammenstilt med andre kommuner i 2013-2014. Vi ligger ca. midt på treet for vinningsforbrytelser og narkotika, mens vi er nærmere toppen for volds- og trafikkriminalitet.



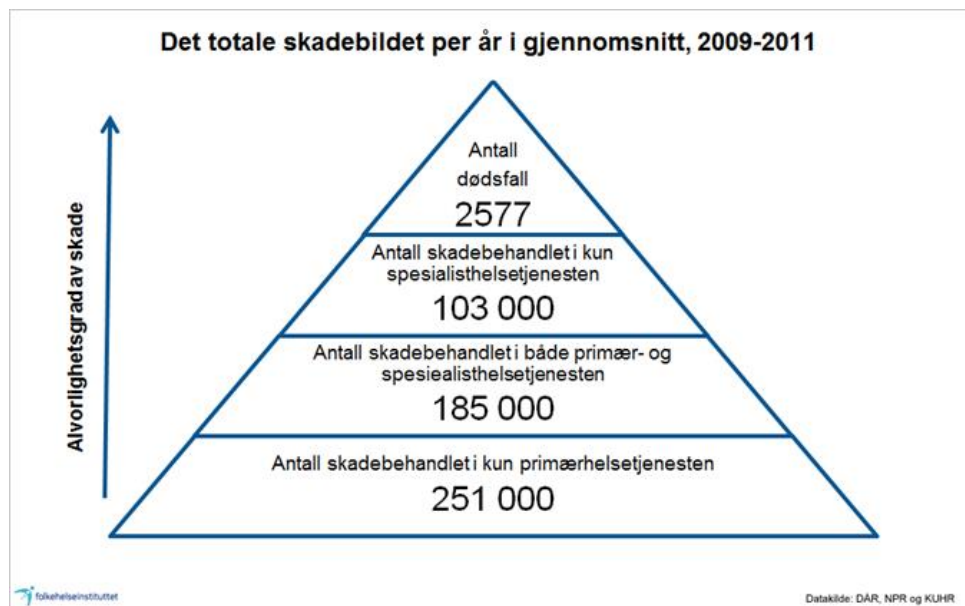
Figur 21, anmeldte lovbrudd Alta kommune.

For en del av statistikkgruppene varierer antallet etter hva politiet har ressurser til. For eksempel i narkotikaforhold er det ofte kun politiet selv som lager saker. For vinningssaker (innbrudd/ tyveri) blir forholdet ofte anmeldt av den det har gått ut over. At 2014 har en økning i antall ulovlig snøscooterferdsel kan bety at det var mer kontroll det året. Toppårene kan indikere et potensial i hva som faktisk skjer i samfunnet.

4.0 SKADER OG ULYKKER

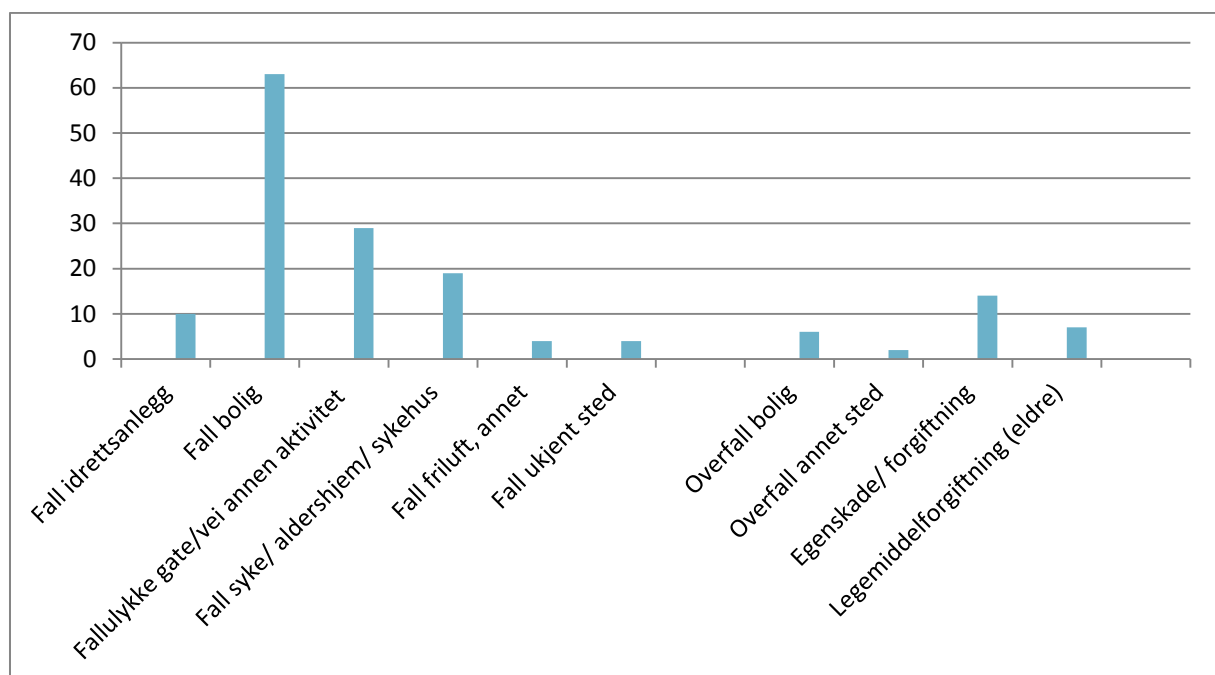
Ulykker som fører til personskade er en utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er i Norge nesten i samme størrelsesorden som kreft, målt i tapte leveår.

Alta har en høyere andel ulykker som fører til brå død enn resten av landet.



Figur 22, skadebildet pr år i Norge.

Fra Finnmarkssykehuset har vi fått tall for de personene som er oversendt sykehusetjenestene i Finnmark for ulike ulykker, se figur 23.

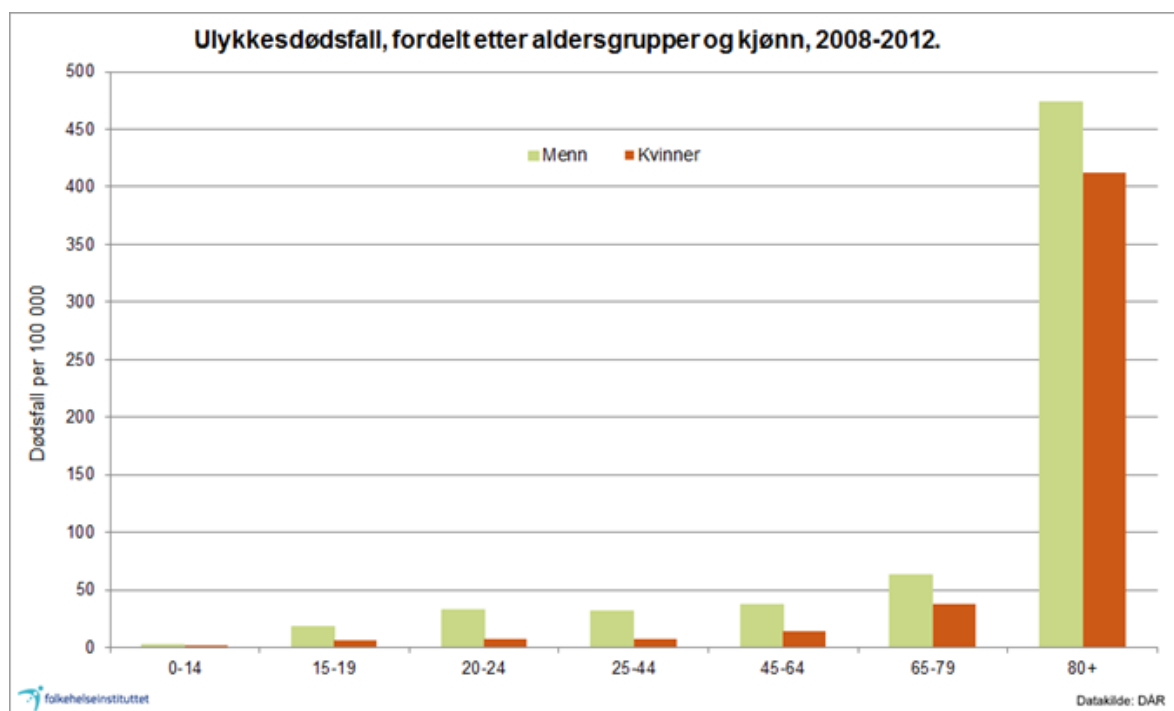


Figur 23 (4.4.2), skader og ulykker Alta kommune, fra Finnmarkssykehuset, 2015.

I gruppen «villet egenskading, herunder forgiftning» er 9 av 14 kvinner. Der kjønn ikke er spesielt definert er fordelingen relativt lik.

Det er en høy forekomst av fallulykker i Alta, se figur 50. Utendørs er det relativ lik fordeling basert på kjønn, men inne i boliger er fordelingen 6 av 10 kvinner. På institusjoner gjelder dette 7 av 10 kvinner. Derimot er det 70 % menn i fallulykker på idrettsanlegg. Innenfor alle typer fallulykker fordelt på alder er den største gruppen over 60 år - 54 %. Alle typer fall utgjør 129 tilfeller.

Ca 2000 av tidlige dødsfall i Norge skyldes ulykker, resten, ca 500, er hovedsakelig selvmord. Dødsrisiko for ulykker øker med alderen og er særlig høy for de over 80 år. Risikoen for å dø av en ulykke, for eksempel etter hoftebrudd, er over 10 ganger høyere for disse, se figur 24.

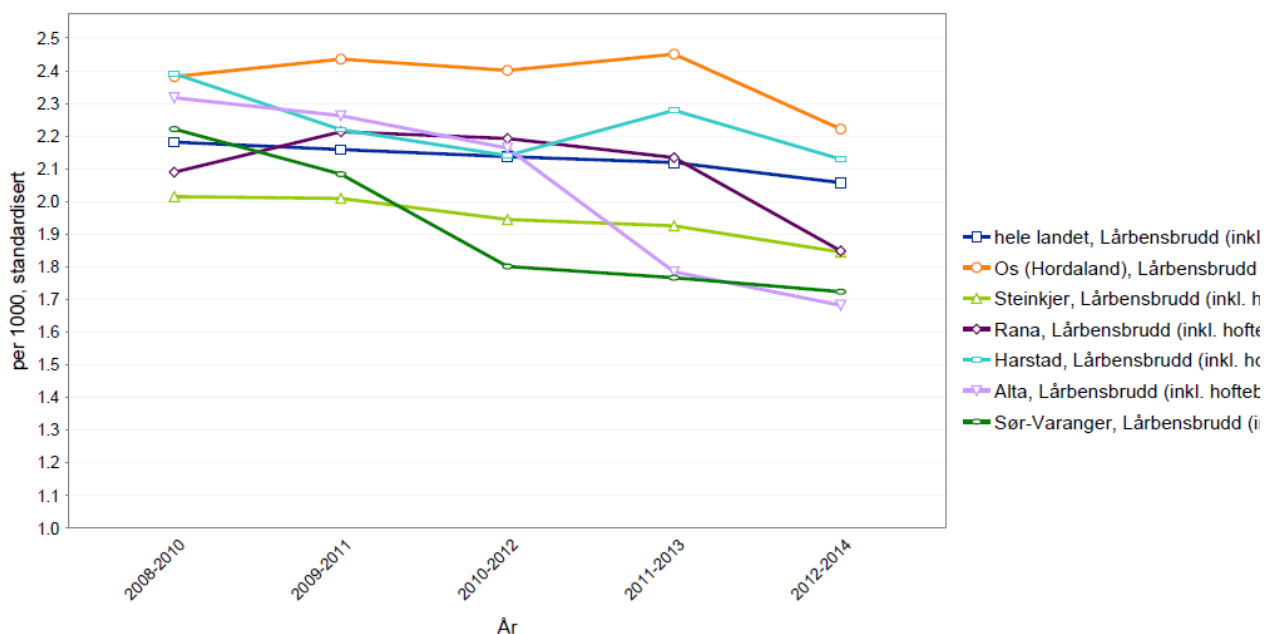


Figur 24 (4.4.3), Ulykkesdødsfall, nasjonalt, pr 100 000 innbyggere.

I Alta er det pågående et prosjekt gjennom Rehabiliteringsavdelingen som er en organisert styrketrening for forebygging av følgeskader av fall hos eldre. Dette startet i 2015 og har foreløpig ikke gitt et sammenlikningsgrunnlag. Inntrykket hittil er positivt. Tilbudet er 1 time trening 2 ganger pr uke. For noen gir dette bedre balanse og bedre bevissthet om hva som kan forårsake fall. Det er 5 brukere i gruppen kontinuerlig, og tilbudet er gitt til 29 grupper i 2015. I alder er de fleste som deltar over 75 år.

I tillegg er kommunen med i et annet tiltak – Falltek. Dette er et TV-basert treningsprogram for eldre som testes ut på Vertshuset eldresenter. Her får brukerne direkte tilbakemelding på TV skjermen angående sin utførelse, lik teknologien som brukes for noen tv-spill.

Helseadministrasjonen har også et ønske om å starte et prosjekt via Hjemmebasert omsorg der ansatte kan dra på hjemmebesøk til eldre og gjennomføre forebyggende befaringer for å hindre at typiske fallulykker oppstår.



Figur 25 (4.4.4), antall lårbensbrudd pr 1000 innbyggere

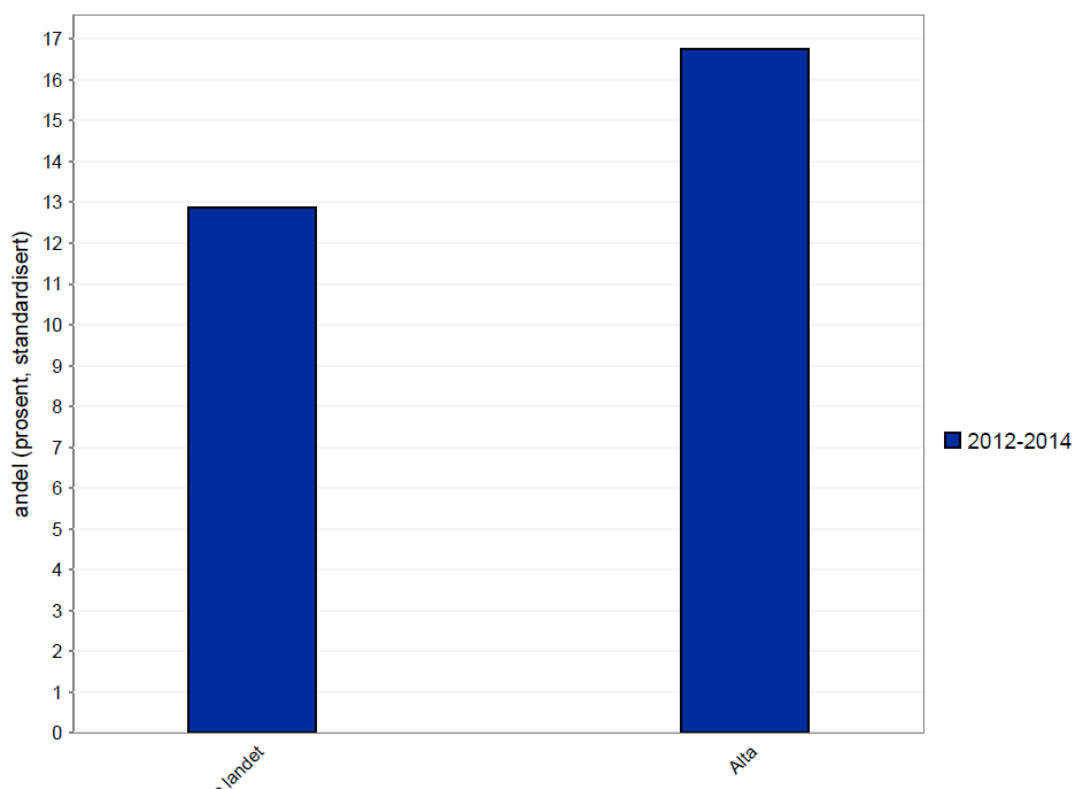
Oversikten viser at antall tilfeller av lårbensbrudd har sunket med 0,6 tilfeller pr 1000 innbyggere de siste periodene. Alta kommer best ut i gruppen.

5.0 HELSERELATERT ATFERD

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

Fysisk aktivitet

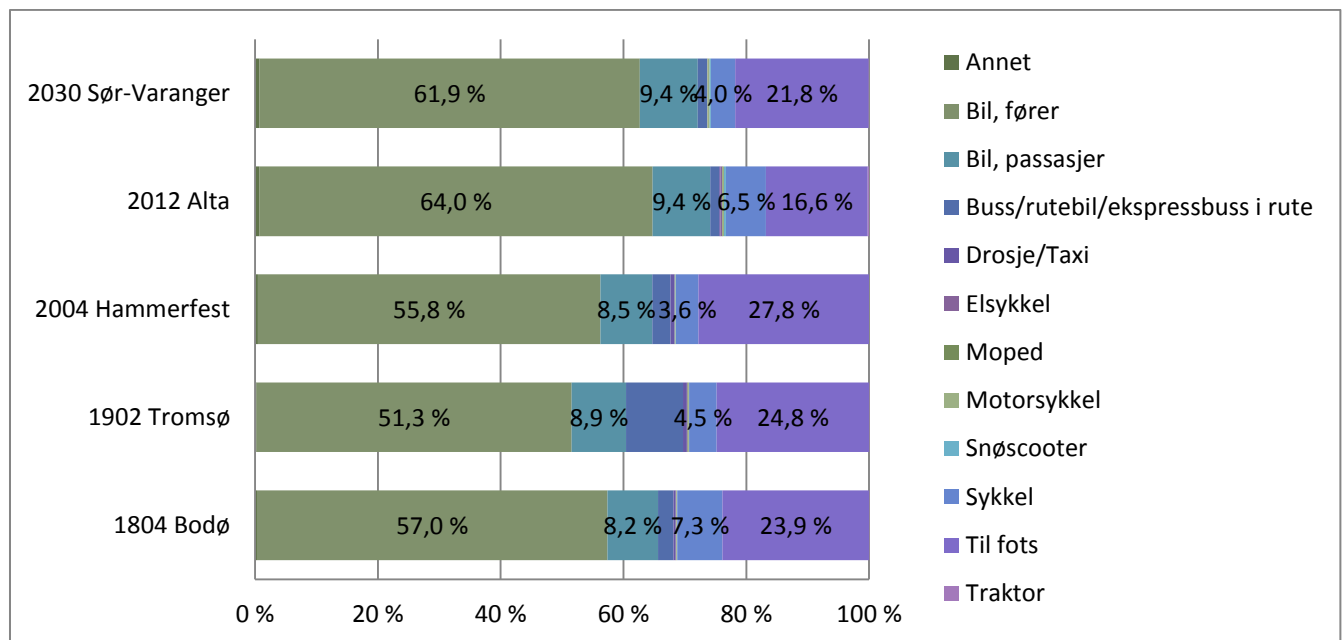
Fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd og er viktig for forebygging og behandling av ulike diagnoser og tilstander. Figur 26 viser fysisk inaktive i Alta sammenliknet med landsgjennomsnittet, jmf Ungdata undersøkelse. Det synes at Alta har en høyere andel (4 %) som er for lite aktive i hverdagen.



Figur 26 (5.1.1), andel fysisk inaktive, Alta og landsgjennomsnittet.

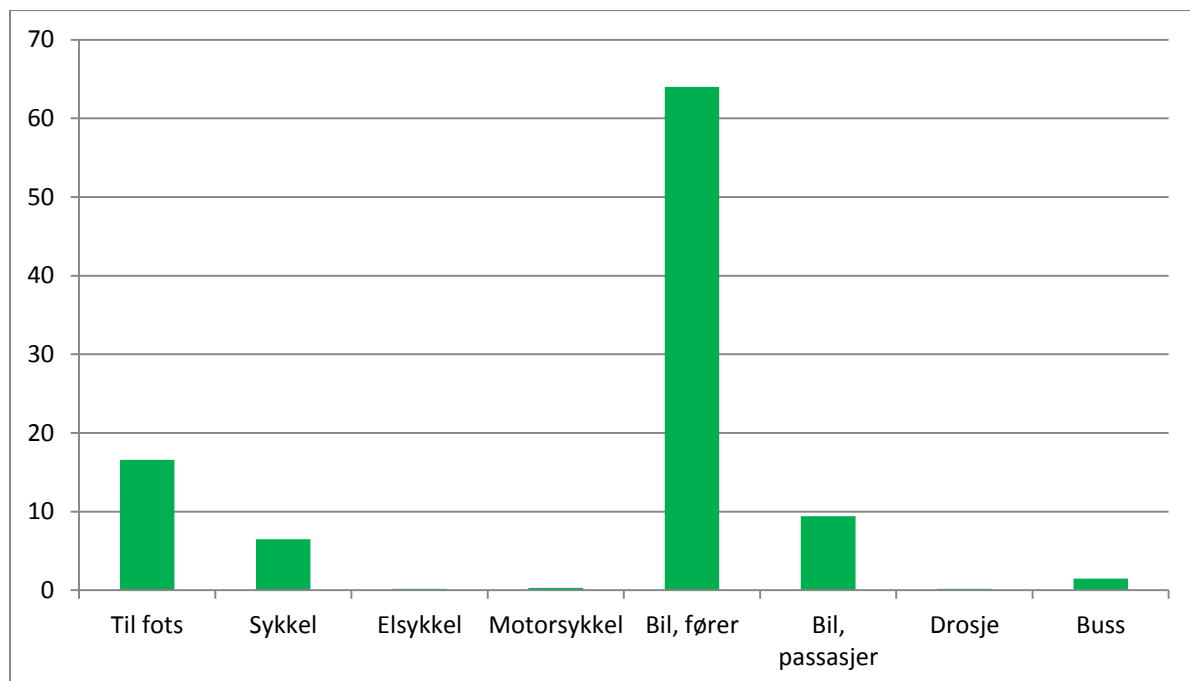
5.1.2 Reisevaneundersøkelsen 2014

Alta kommune deltok i den nasjonale reisevaneundersøkelsen i 2014. Der finner man blant annet ut andelen som reiser med ulike transportmidler.



Figur 27, Den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2014.

Alta har høyest andel som kjører bil til sine reisemål, nesten 2 av 3. Med 9 % som bilpassasjerer er bilbrukere totalt 74 %. Sykkelandelen er på ca 7 %, og personer til fots utgjør 16 %. Bussbrukere lå i 2014 på 1,5 %. I denne statistikken (figur 27) er utvalget av kommuner annerledes da hver enkelt kommune/ by må betale for å kunne delta.



Figur 28, reisevaner i Alta fordelt på transportmidler 2014, prosent.

Figur 28 viser fordelingen kun for Alta.

5.1.4 Høyest andel stillesittere i landsdelen og høyest andel personer som aldri mosjonerer

Fylkesvis oversikt fordelt på kvinner og menn, pr 100 innbyggere.

		Nordland	Troms	Finnmark	Landet
Sitter i ro 10 timer eller mer	Menn	8	6	8	9
på hverdager (jobb, fritid)	Kvinner	6	7	8	7
Aktiviteter på dagtid. Andel	Menn	37	43	34	48
som sitter eller står	Kvinner	37	41	43	44
Mosjonerer ukentlig eller	Menn	62	67	65	69
oftere	Kvinner	72	71	70	73
Mosjonerer aldri	Menn	18	19	21	17
	Kvinner	18	14	18	14
Går til/fra jobb. En halv	Menn	26	24	28	27
time/ + en typisk hverdag	Kvinner	32	27	26	29
Sykler til/fra jobb, skole, en	Menn	7	6	7	7
hverdag. En halv time/ +	Kvinner	6	5	7	5
Bruker mer enn 2,5 timer på	Menn	49	51	49	52
fysiske aktiviteter i uka	Kvinner	52	51	44	51
Trener styrke en gang i uken	Menn	27	31	31	34
eller oftere	Kvinner	35	38	27	37

Tabell 3, levevaner, fysisk aktivitet i prosent, 2015.

Det er liten grunn til å tro at Alta er svært forskjellig fra Finnmark som helhet. Samtidig har annen forskning vist at bygd og by ofte er noe ulike. Ettersom Alta har hoveddelen av sin befolkning i bynært område bør man ta med i betraktning av indikatorene.

Sammen med Nordland er det i Finnmark fylke flest menn med stillesittende arbeid. Det er også flest menn som aldri mosjonerer, mer enn hver femte person. Av de som går til og fra jobb (hverdagsaktivitet) scorer menn i Finnmark høyt, mens kvinnene scorer dårligst i landsdelen. Innen sykling er både menn og kvinner i topp med 7 % andel på vanlige hverdager.

Det er færrest av oss som bruker mer enn 2,5 time på fysiske aktiviteter pr uke, og innen styrketrening er damene i fylket representert med litt over hver fjerde person.

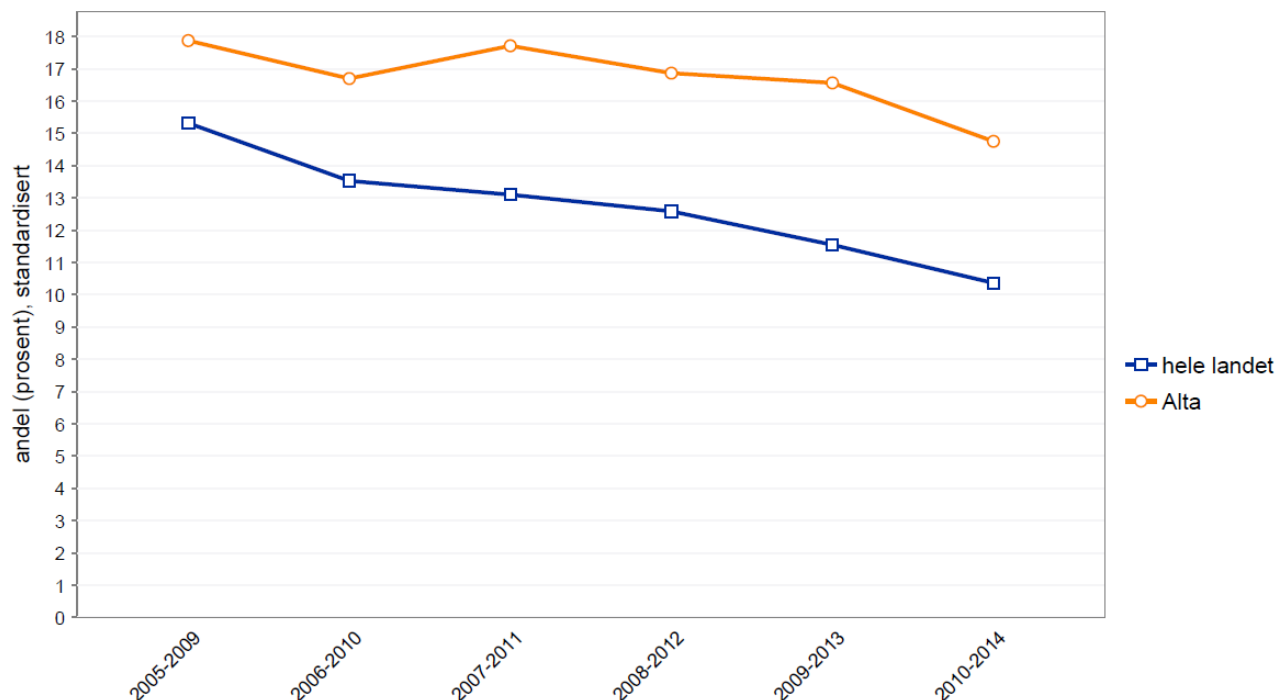
5.1.5 Færre unge i Alta som trener minst en gang pr uke sammenliknet med landssnittet.

For 6 av 10 barneskoler har 5 og 6 trinn en time ekstra fysisk aktivitet pr uke. Mange har også lært opp trivselsledere som aktiviserer de andre barna i friminuttene. En del har også ekstra satsing for småtrinnene med uteaktiviteter.

Ungdata-undersøkelsen gir informasjon om at ungdomsskoleelever som trener minst én gang i uka ligger på 77 % i Alta, mot 81 % i hele Norge. Tallene er fra 2014.

Det er ikke foretatt en egen måling for å avdekke det nøyaktige antallet elever som går eller sykler til skolen. Små- og mellomtrinnene ved skolene rapporterer om økt engasjement for å sykle og gå til skolen gjennom de siste 5 årene. Dette skyldes blant annet mer fokus og målrettede kampanjer for dette i regi av Alta kommune. Siden det ble tillatt for alle aldersgrupper å sykle fra 2015 (tidligere kun fra 4. klasse) har skolene meldt inn behov for flere sykkelstativer.

Det oppleves likevel som urovekkende at mange friske barn kjøres til skoler i vinterhalvåret. De to store ungdomsskolene og videregående skole er plassert i Skolevegen – noe som utløser krav til skoleskyss når elevene bor lenger unna enn 4 km. Mange bruker både kollektiv og blir kjørt med bil, samt at noen kjører selv.

Tobakk**5.2.1 Høyere andel kvinner som røyker enn landssnittet**

Figur 29, daglig røyking kvinner, Alta (kun målt for gravide ved 1. gangskontroll)

Sammenliknet med landssnittet ligger Alta 4 % høyere i andel røykende kvinner. Tendensen er dog synkende de siste 4 årene. Fra nasjonale statistikkbanker er det kun måling på kvinner som er gravide. Fylkesvis er det tall for levevaner som kan sammenliknes.

5.2.2. Finnmark har dobbelt så mange menn som røyker daglig enn landssnittet.

		Nordland	Troms	Finnmark	Landssnittet
Røyker daglig	Menn	12	12	25	13
	Kvinner	17	16	16	12
Røyker av og til	Menn	6	6	7	8
	Kvinner	5	7	8	7

Utsatt for passiv røyking	Menn	2	2	8	3
	Kvinner	1	3	5	2
Bruker snus daglig	Menn	19	13	15	14
	Kvinner	7	7	3	5
Bruker snus av og til	Menn	6	3	6	5
	Kvinner	2	2	3	3

Tabell 4, levevaner, bruk av tobakk, prosent.

Tabellen viser at Finnmark har over dobbelt så mange menn som røyker daglig, mens kvinner er 4 % over landssnittet. Tallene innen passiv røyking er også større i Finnmark – sannsynligvis siden forekomsten av røyking er større. Gledelig er det også å se at andelen kvinner som bruker snus daglig er langt lavere enn i både våre to andre nordnorske fylker og under landssnittet. Derimot er «av og til snus» gruppen større hos oss.

Tobakksbruk hos unge er hentet fra Ungdata-undersøkelsen.

5.2.3 Andel ungdomsskoleelever i Alta som røyker er 3 ganger så høy som landssnittet.

Alta kommune	6 %
Finnmark	4 %
Nord Norge	3 %
Norge	2 %

Tabell 5, ungdomsskoleelever som røyker daglig eller ukentlig, Ung data.

De yngste trekker opp snittet i både fylket og landsdel angående røyking.

5.2.4 Andel ungdomsskoleelever i Alta som bruker snus er høyere enn landssnittet

Alta kommune	7 %
Finnmark	7 %
Nord Norge	6 %
Norge	4 %

Tabell 6, ungdomsskoleelever som bruker snus daglig eller ukentlig, Ung data.

Det samme gjelder for snus, Alta og Finnmark trekker landssnittet opp.

5.2.6 Andel ungdommer som har vært alkoholberuset siste år er høyere enn landssnittet.

I 2015 ble det utdelt 24 skjenkebevillinger og 18 salgsbevillinger på alkohol i Alta. Det er stabilt med de 5 foregående årene.

Vinmonopolet omsatte nesten 350 000 liter alkohol i 2015 i Alta. Det er en svak nedgang fra året før, som har vært toppåret (359 000 liter). Innen salg fra butikker var toppåret i 2014 med 807 000 liter øl. Rusbrus har sunket jevnt nedover siden 2005 og omsatte 1400 liter i 2014.

For serveringsstedene ble det skjenket 102 000 liter øl, 18 000 liter vin og 4800 liter brennevin i 2014. Forbruket av øl går opp, vin er stabil, mens brennevin går noe ned sett over flere år. Totalt er 2014 et av de årene med størst omsetning med totalt 934 662 liter øl, vin og brennevin solgt.

Alkohol er risikofaktor for mange sykdommer, herunder en rekke kreftformer, og hjerte- og karsykdommer.

I 2015 ble det foretatt 113 kontroller av skjenkesteder og registrert 22 avvik. De to siste årene er det avdekket kun et avvik som var så alvorlig at det førte til inndragning av tillatelse.

De yngste (7 og 10 klassinger) har gjennom Ung data besvart som følger:

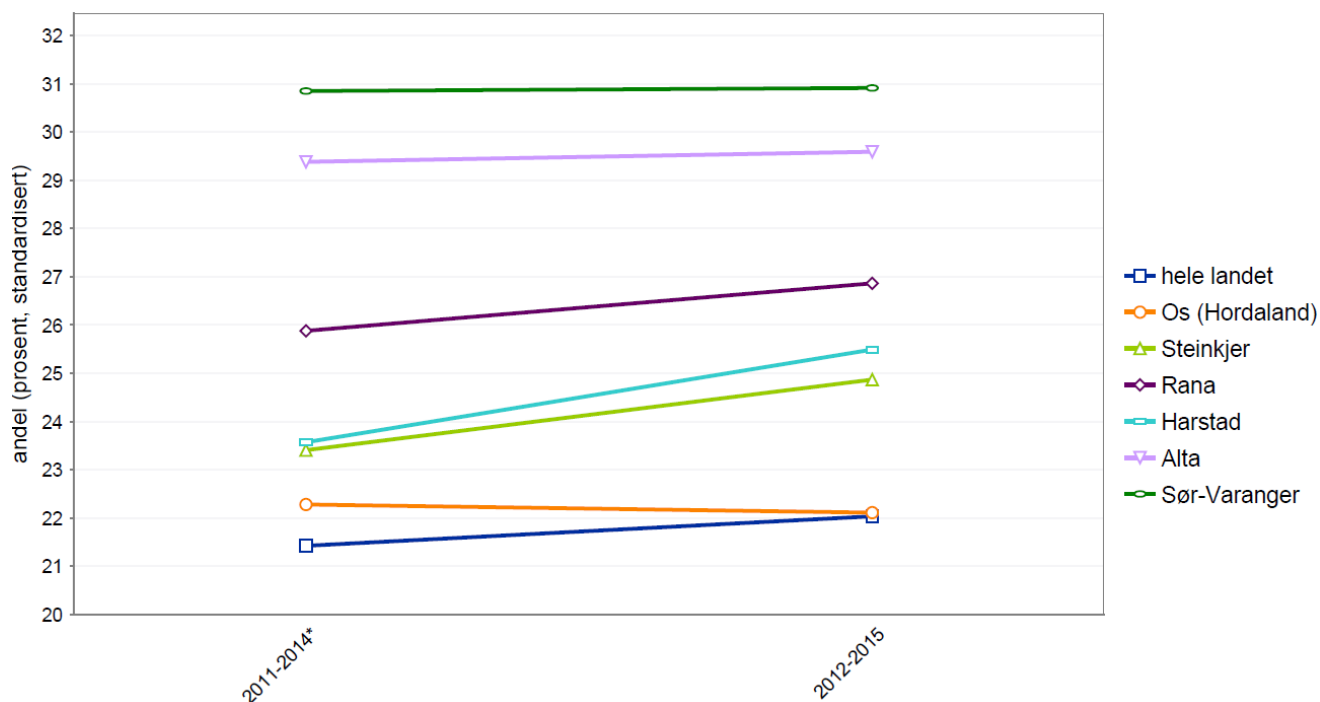
Alta kommune: 15 %
Finnmark fylke: 15 %
Region Nord-Norge: 16 %
Norge: 13 %

Tabell 7, Alkoholberuset siste år, prosentandel, Ungdata.

Spørsmålet her er hvor mange ganger man har drukket så man har følt seg tydelig beruset det siste året. 15 % ligger litt høyere enn landssnittet på 13 %.

Inntrykk fra Alta legevakt er at ungdom bruker mindre alkohol nå enn tidligere. De opplever ingen økning i antall henvendelser som er knyttet spesielt til alkohol.

5.3.1 Hver 3. person på sesjon er overvektig



Figur 30, overvekt og fedme ved sesjon, kjønn samlet.

Nesten hver tredje person fra Alta som møter på sesjon er overvektig. Det er nesten 7 % høyere enn landssnittet.

5.3.2 Gruppen «noe overvektige» blant kvinner i Finnmark er dobbelt så høy som resten av landet.

		Nordland	Troms	Finnmark	Landet
Undervektig (KMI<18,5)	Menn	3	3	1	3
	Kvinner	8	9	1	7
Noe overvektig (KMI 25-27)	Menn	21	18	19	23
	Kvinner	14	12	23	14
Overvektig (KMI 27-30)	Menn	24	21	29	20
	Kvinner	15	18	12	12
Fedme (KMI >=30)	Menn	17	14	18	13
	Kvinner	12	12	14	11
Spiser fisk/ sjømat daglig	Menn	8	4	8	5

en eller flere ganger pr uke	Kvinner	11	7	7	6
Spiser vanligvis frisk frukt og bær daglig. En/ + pr dag.	Menn	44	46	47	46
	Kvinner	54	63	63	61
Spiser vanligvis grønnsaker eller salat daglig, 1 / +	Menn	43	39	48	47
	Kvinner	63	65	59	63
Drikker sukkerholdige drikker daglig.	Menn	20	20	19	21
	Kvinner	9	13	9	10

Tabell 8, levevaner, kosthold, prosent.(KMI = kroppsmasseindeks)

Innenfor vekt har vi få undervektige i Finnmark. Innenfor kategorien *lett overvekt* har vi nesten dobbelt så mange som resten av landet Innenfor kategorien *overvekt* er det menn som ligger øverst på statistikken og kvinner i fylket nederst. Innenfor kategorien *fedme* har kvinner og menn fra Finnmark høyest andel.

Når det gjelder kosthold er vi over landssnittet på inntak av sjømat, frukt og bær. Kvinner spiser mer grønnsaker enn menn – men likevel under både landsdelen og landssnittet.

I kategorien «Daglig inntak av sukkerdrikke» skårer finnmarkingene litt lavere enn de vi sammenlikner oss med.

Seksuell helse

Offentlig statikk på dette området er landsdekkende.

5.4.3 Klamydia

I 2014 var forekomsten nesten på 500 pr 100 000 innbyggere som var 7 % økning fra året før. Unge voksne under 25 år utgjør 66 % av positive prøver, og 6 av 10 av alle tilfeller blir påvist hos kvinner. Høyest forekomst er i Finnmark (709), Troms (770) og Oslo (747) kommuner (pr 100 000 innb).

5.4.4 Abort

Det ble foretatt 14001 svangerskapsavbrudd i 2015. Finnmark, Troms og Oslo har flest tilfeller, med 15,5 – 16,0 og 13,6 pr 1000 kvinner i fertil alder. For Finnmark er dette en nedgang på 20,5 % siden 2010. Høyest forekomst er i aldersgruppen 20-24 år og 25-29 år, som begge har 21,1 svangerskapsavbrudd pr 1000 kvinner. Tendensen er at tallet blir lavere de siste årene.

6.0 HELSETILSTAND

Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål, for eksempel risikofaktorer, forebyggbare sykdommer og trivsel.

Psykisk helse

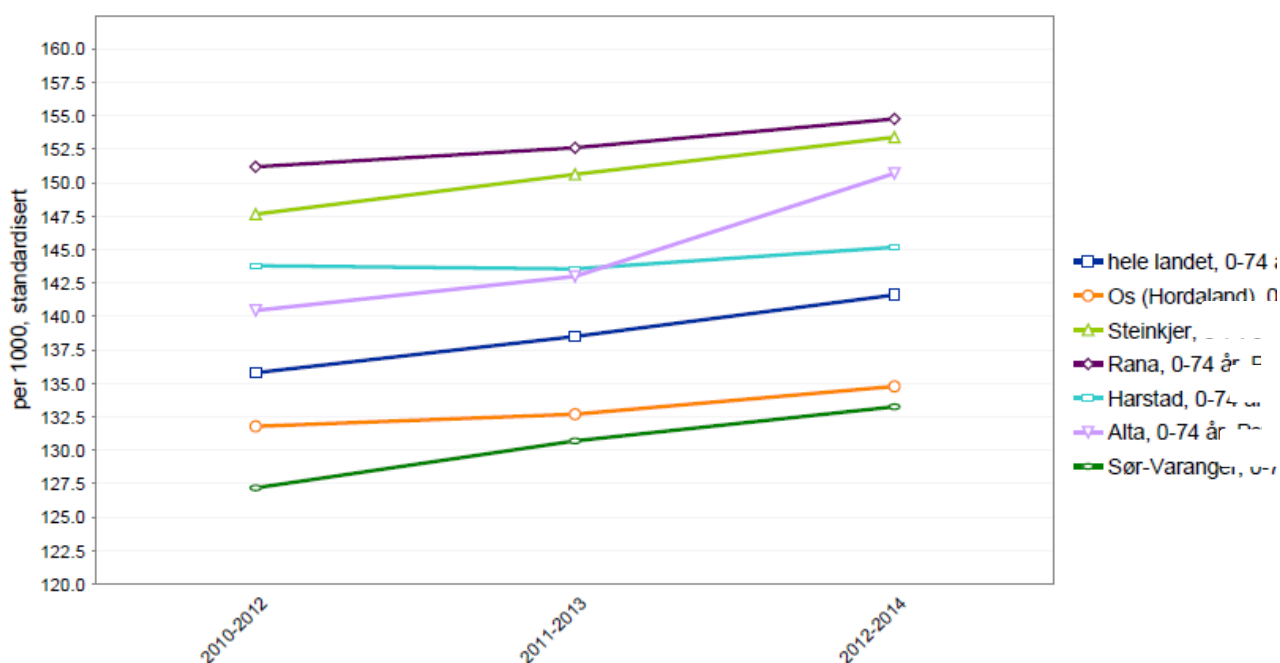
God psykisk helse kjennetegnes av trivsel, mestring av hverdagslivet og at man finner en mening i tilværelsen. Psykiske plager kan være symptomer som går ut over disse faktorene uten at kriterier for å få en diagnose nødvendigvis er til stede. Har man fått en psykisk lidelse er det et mer alvorlig tilfelle som kan kvalifisere til en diagnose.

Både psykiske plager og lidelser er en del av den totale sykdomsbyrden som øker på landsbasis. Disse kan føre til at risikoen øker for andre sykdommer og er man rammet lever man kortere enn øvrig befolkning. Årsaken kategoriseres ofte innen genetiske og sosioøkonomiske forhold, en usunn livsstil, selvmord og bruk av legemidler.

Bruk av rusmidler er vanligere blant folk med psykiske lidelser enn ellers i befolkningen. Hos 75 % av pasientene starter sykdommen i ung alder, før fylte 25 år. Angstlidelser starter ofte i tenårene, ruslidelser i 20-30 åra og stemningslidelser i 30 og 40 åra.

Det er en sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og depresjon. Har foreldre lav sosioøkonomisk status er det økt risiko for at barna også får en dårligere psykisk helse.

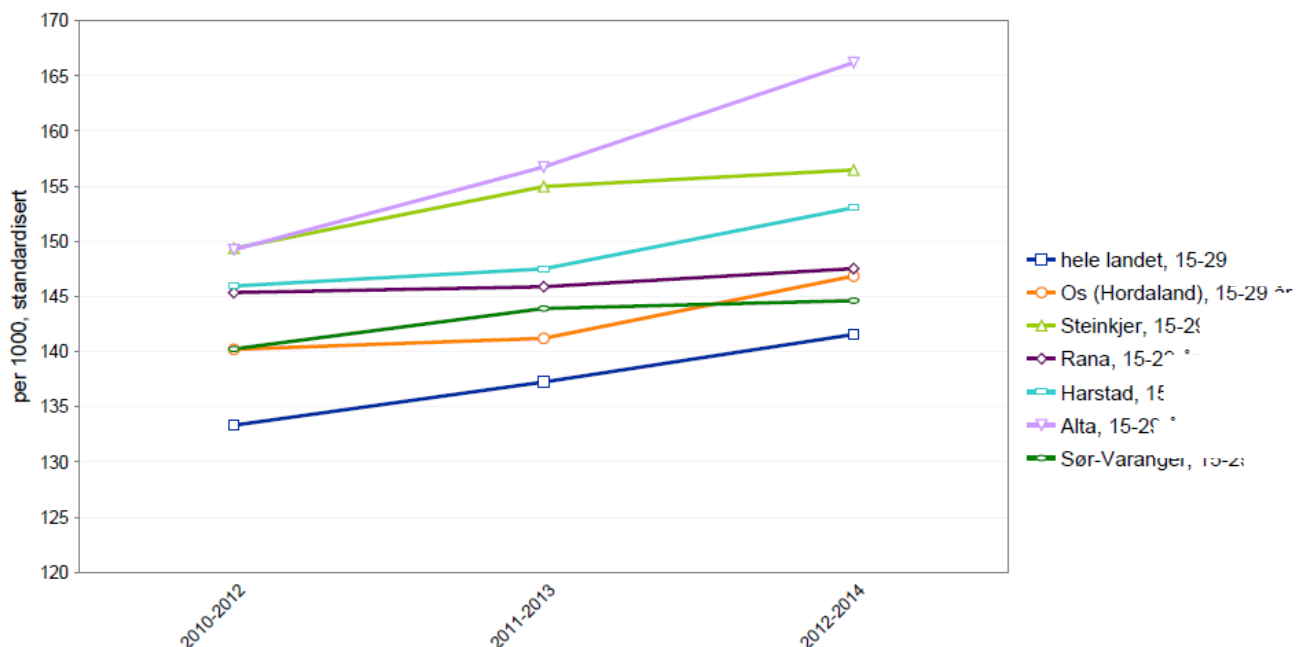
6.1.1 Relativ høy forekomst av psykiske symptomer og lidelser



Figur 31, Psykiske symptomer og lidelser, primærhelsetjenesten, 0-74 år.

Alta har 150 tilfeller pr 1000 innbygger og er blant de 3 øverste på skalaen og har steget i verdi årlig. Dette tilsvarer 2740 personer i siste periode.

6.1.2 Høyest forekomst av psykiske symptomer og lidelser blant unge

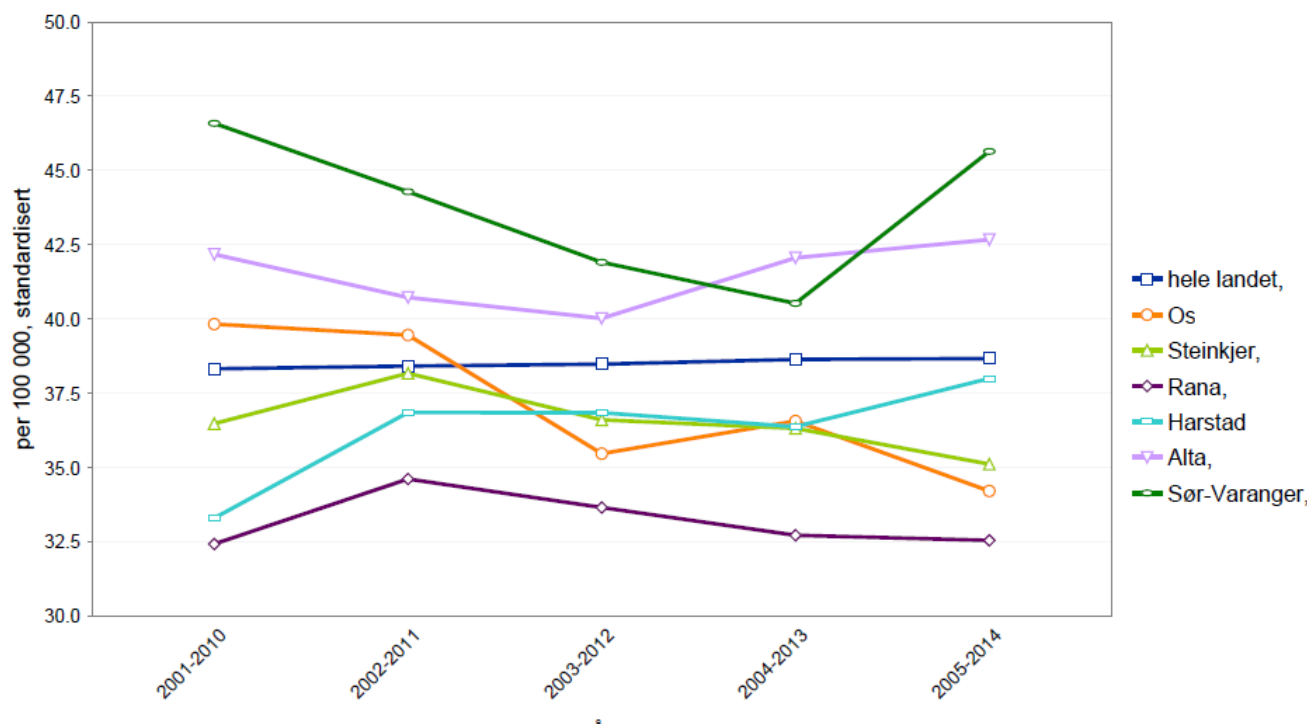


Figur 32, psykiske symptomer og lidelser 15-29 år, pr 1000, primærhelsetjenesten.

Alta har høyest forekomst av unge personer (både kvinner og menn) med psykiske symptomer og lidelser i vår sammenligningsgruppe. I faktiske tall utgjør dette ca. 733 tilfeller pr år i perioden 2012-2014.

KOLS og lungekreft

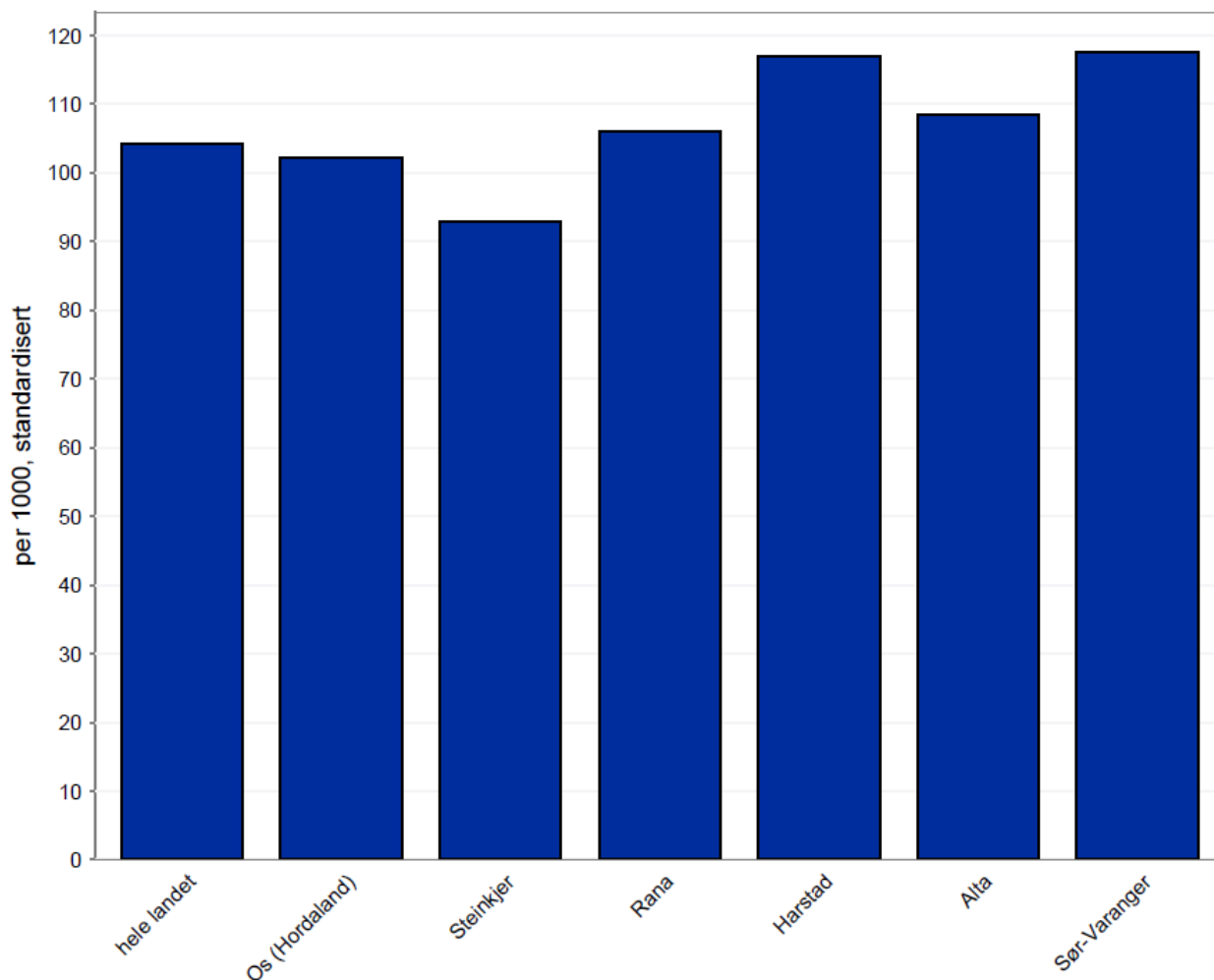
6.2.5 Alta har nest høyst forekomst av dødsfall forårsaket av lungesykdommer



Figur 33, dødelighet, KOLS og lungekreft pr 100 000, 0-74 år.

Alta er nestøverst i denne sykdomsgruppen og over landssnittet. Andelen ligger på omlag 42 tilfeller pr 100 000 innbyggere. Fordelt på kjønn ligger menn fra Alta nesten nederst i forekomst av nye tilfeller, kvinner generelt topper denne statistikken. Dette utgjør omlag 6 tilfeller i Alta pr år. Kurven har holdt seg relativt stabil her de siste 5 periodene.

6.2.6 Alta har tredje høyest andel legemiddelbrukere for KOLS og astma.

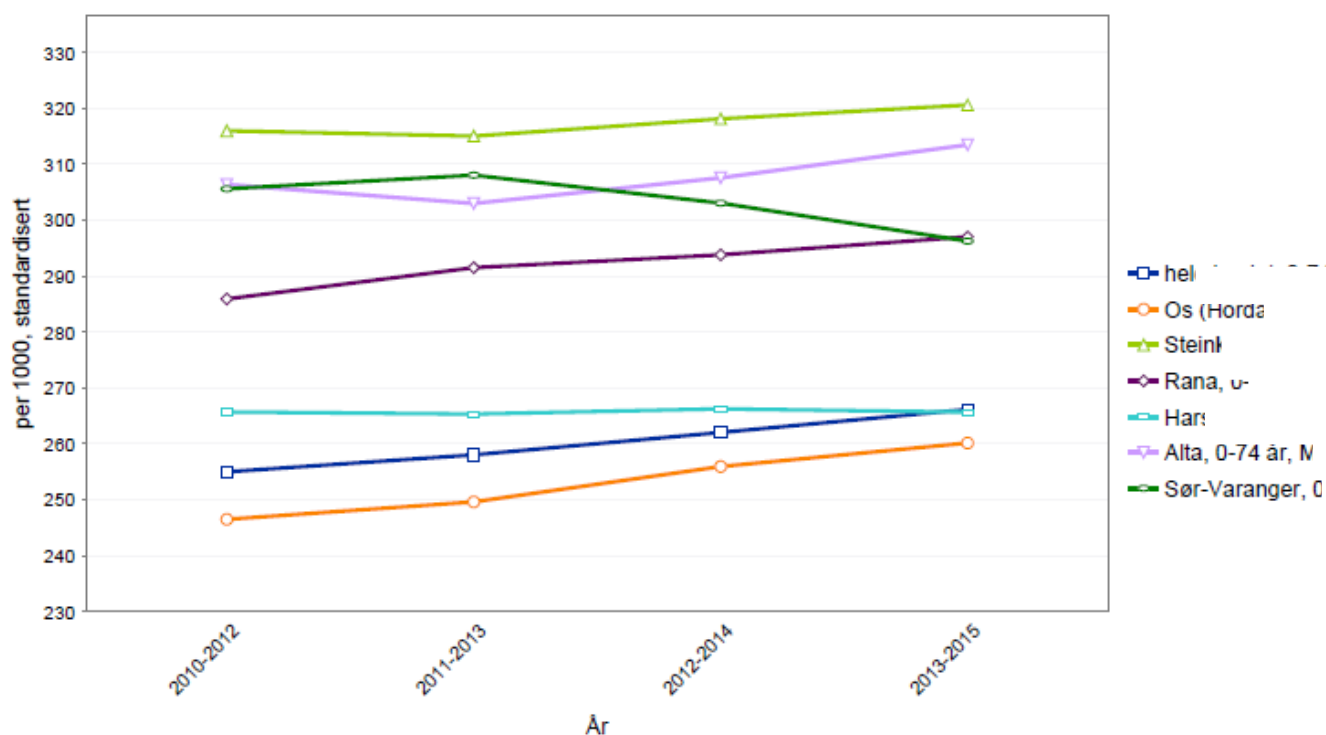


Figur 69, KOLS og astma – legemiddelbrukere 45 – 74 år, pr 1000.

Antall legemiddelbrukere innen KOLS og astma i Alta 2013-2015 var 685 personer. Det er i øvre sjikt i vårt utvalg. Kvinner utgjør 58% av totalen av disse .

6.2.8 Muskel og skjelettplager

Kronisk smerte rammer ca. 1/3 av den voksne befolkningen og er den viktigste årsaken til langtidssykefravær og uførhet. Forekomsten øker med alderen og kvinner er mer utsatt enn menn. Det mest anbefalte tiltaket for å forebygge plager er fysisk aktivitet. Da aktiviserer man smertereduserende mekanismer – og derfor er dette også en viktig del av smertebehandlingen. Deretter må man i hvert enkelt tilfelle vurdere endring av for eksempel ensformig belastning.



Figur 71, Muskel og skjelett, primærhelsetjenesten, pr 1000.

Alta ligger nest høyest i vår gruppe og har hatt en liten stigning siste periode. Aldersgruppen som måles er 0-74 år og telles når de er i kontakt med fastlege eller legevakt. Flere henvendelser telles fremdeles kun en gang. Indikatoren tar ikke med brudd og skader. Dette omfatter ca. 5500 personer i Alta. For de yngste (15-29 år) ligger nesten alle i gruppen over landssnittet, bortsett fra Harstad. De yngste fra Alta er nest øverst i forekomst. For den eldre gruppen (45-74 år) er Alta 3. øverst.

Fordelt på kjønn er kvinner høyere representert enn menn for landssnittet. For begge kjønn har Alta ca. 40 tilfeller pr 1000 over landsgjennomsnittet.

7.0 UTFORDRINGSOMRÅDER

Fredag 5 mai 2017 var det invitert til et Folkegruppemøte i Kommunestyresalen. Gruppa skulle komme frem til de hovedområdene innen folkehelse som Alta skal ha fokus på de neste årene. Gruppa bestod av følgende 14 personer:

- Mads Suhr Pettersen, Ungdomsrådet
- Simon Heitmann Olsen, Elevrådet, Alta videregående skole
- Bengt Fjellheim, kommunalleder Drift og utbygging, Alta kommune
- Målfrid Kristoffersen, assisterende rådmann, Alta kommune
- John Helland, kommunalleder Helse og sosial, Alta kommune
- Kenneth Johansen, Kommuneoverlege, Alta kommune
- Oddvar Konst, kommunalleder avdeling for samfunnsutvikling, Alta kommune
- Rikke Raknes, kommunalleder oppvekst og kultur, Alta kommune
- Odd Thomassen, Eldrerådet
- Ann Merete Solbakken, Samisk språksenter
- Roger Tobiassen, avdelingsleder Flyktningetjenesten, Alta kommune
- Siril Pettersen Hammari, Idrett i Alta
- Anita Håkegård Pedersen, varaordfører, Alta kommune
- Bjørn-Atle Hansen, rådmann, Alta kommune

Rådet for funksjonshemmede var også invitert, men møtte ikke. Prosessen ble ledet av to representanter fra KS (Kommunenes Sentralforbund) – Tor-Ivar Karlsen og John H Jakobsen.

Observatører fra Folkehelsegruppa i Alta kommune:

- Tone Dervo, leder helsesøstertjenesten
- Kristin Tørum, helsekonsulent
- Aase-Kristin Abrahamsen, Kultur
- Karina Haus Steinshylla, Frisklivssentralen
- Eva Flage Karlsen, student ved Norges Idrettshøgskole på praksis
- Gjermund Abrahamsen Wik, Folkehelsekoordinator

7.1 HVEM SKAL UT?

Gjennom prosessen i Folkegruppemøtet ble indikatorene prioritert vekk fra oversikten i Utfordringsdokumentet. Det er viktig å synliggjøre begrunnelsen på hvorfor indikatorene ble valgt vekk. Her følger kommentarer på hva diskusjonene i gruppa inneholdt rundt dette.

RUNDE NR 1 – INDIKATORER SOM IKKE FIKK NOEN POENG

- **Alta har lavere valgdeltakelse enn landssnittet**

Over tid har valgdeltakelsen vært lav – over hele landet. Dette er et generelt fenomen og det viser at folk flest er fornøyde med sin tilværelse. Det oppstår mer fokus og engasjement på enkeltsaker.

- **Barn i husholdning med lavinntekt, hovedforsørger har lav utdanning (55,5 %)**

Det er ikke nødvendigvis en sammenheng mellom lønnsinntekt og utdanningsnivå. I Alta har vi en stor entreprenørkultur som kan virke inn på dette, dvs ikke nødvendigvis lang utdanning, men gode inntekter. Dette kan utgjøre et problem på lengre sikt når markedet endrer seg. Det vil uansett fanges opp av andre indikatorer.

- **Økt utvikling med andel sosialhjelps ordninger**

Dette har sannsynligvis knytninger til boligpriser og større inkludering av flyktninger.

- **Økt luftforurensning i trafikkerte områder**

Dette vil kunne følge sesongvise variasjoner. Mye er knyttet til sand i vei- og sykkelbaner. Dette gjelder noen uker i året og det anses ikke som en veldig sterk fortetting av trafikken.

- **Alta har litt færre som er medlem i en fritidsorganisasjon enn landssnittet, jmf Ungdata.**

Det er generelt et sterkt fokus på lag og foreninger i Alta. Problemstillingen i spørsmålet som er stilt kan tolkes som noe upresis.

- **Høyere andel kvinner som røyker enn landssnittet**

Trenden er likevel nedadgående. Det anses som viktigere å ha fokus på at unge ikke skal begynne/ få de til å slutte.

- **Andel ungdommer som har vært alkoholberuset siste år er høyere enn landssnittet.**

Det vurderes som en liten forskjell egentlig. Det kommer også nye tall for 2016 og det antas at disse vil være forbedret.

- **Gruppen «noe overvektige» blant kvinner i Finnmark er dobbelt så høy som resten av landet.**

Dette skyldes sannsynlig mindre fysisk aktivitet og temaet overlappes av andre indikatorer. Her må det satses på forebygging og lavterskeltilbud samt å øke fokus på kunnskap og holdninger – spesielt mot barn.

- **Alta har nest høyest forekomst av dødsfall forårsaket av lungesykdommer (KOLS)**
Helsetjenesten har et primæransvar for behandling, i et folkehelseperspektiv er det viktigere med forebygging.
- **Alta har tredje høyest andel legemiddelbrukere for KOLS og astma.**
Samme begrunnelse som over.
- **Innen muskel og skjelettplager er Alta nest høyest i vår kommunegruppe**
Forebygging knyttet til fysisk aktivitet og fedme er viktig. Frisklivssentralen er etablert og har tilbud.

RUNDE NR 2 – INDIKATORER SOM FIKK LAVEST SCORE.

- **Aborttall for Alta viser at vi er på topp 3 i landet i antall tilfeller.**
Et viktig område. Tallene viser en nedadgående trend. Det har blitt større etterspørsel etter langtidsvirkende prevensjon (p-stav, etc).
- **Finnmark har dobbelt så mange menn som røyker daglig enn landssnittet.**
Trenden er nedadgående. Det er viktigere å ha fokus på å få ungdommer til å avstå fra å begynne eller å slutte.
- **Reisevaneundersøkelsen 2014 viser at Alta har ca 74 % bilbrukere og kun 7 % sykler.**
Trenden er oppadgående. Det er en lang vintersesong. Dette er et viktig moment som må tas videre ifht tilrettelegging av parkeringsplasser, kollektivtilbud, etc. Det er viktig å påvirke holdninger, både for bykjerne og distrikt.
- **Kriminalitet, Alta har en høyere andel volds- og trafikkriminalitet**
Dette er et viktig område. Politiet har et ansvar for trafikk saker. Voldssaker kan ha sammenheng med rus. Dette er et veldig komplekst område. Eldrerådet arbeider med vold mot eldre, og det arbeides med vold og overgrepssaker i skole og barnehager.
- **Alta har Høyest andel enslige forsørgere**
- **Barn i husholdninger som mottar mer enn halvparten av samlet inntekt gjennom offentlige overføringer**
- **Barn i husholdning som har mottatt sosialhjelp i løpet av siste året**
- **Barn i husholdning med vedvarende lavinntekt.**
Dette er viktige områder og utgjør reelle utfordringer som berører både norske og flyktninger. Kommunen har søkt statlige midler ifht barnefattigdom og det vil bli satt i gang tiltak på dette området. Kommunen har også spisset ordningen med startlån fra Husbanken og rettet dette mer inn mot personer med svak økonomi. Dette prioriteres ikke foreløpig innenfor folkehelseområdet, men fokuseres særskilt.

- **Kollektivtilbudet er bedre - men ikke godt nok.**

Fylket har primæransvar. Det er viktig å holde trykket oppe i forhold til å påvirke fylket, men også folks holdninger til å benytte kollektivtilbudet. Må også sees i sammenheng med langsiktig infrastrukturplanlegging.

- **Antall i arbeid og antall uføre i forhold til folketallet**

Tallene er kanskje verre enn det som kommer fram i statistikken (på grunn av arbeidsavklaring). Dette er kanskje også et generasjonsfenomen. Utfordringen er størst i forhold til de yngre som har fått uføretrygd, eller er i risikozonen for uførhet. Innsats må settes i gang tidlig for å forebygge dette. Kan dette være et lokalt kulturelt fenomen?

- **Alta er blant de kommuner med høyest andel tilfeller av Klamydia.**

Andre kjønnssykdommer er på fremvekst. Økt etterspørsel etter langtidsvirkende prevensjon kan øke risiko for ubeskyttet sex. Kommunelege har ansvar for å informere gjennom media. Skolehelsetjenesten har mye kontakt med ungdommer.

- **Vi har høy andel fallulykker i Alta, og høyest andel voldsomme dødsfall.**

Reell utfordring, men det er satt i gang tiltak i regi av rehabiliteringsavdelingen. Dette må evalueres videre.

- **Færre unge i Alta som trener minst en gang pr uke sammenliknet med landssnittet.**

Dette er tatt opp i andre punkt.

- **Utfordringer med inneklima på flere skoler**

Dette er en kjent sak som blir fulgt opp.

- **Hver 3. person på sesjon er overvektig, som er nest høyest i gruppen vår.**

Dette er drøftet under andre punkt om fysisk aktivitet.

- **Andel ungdomsskoleelever i Alta som bruker snus er høyere enn landssnittet**

Bruk av tobakk er diskutert tidligere.

- **Andel ungdomsskoleelever i Alta som røyker er 3 ganger så høy som landssnittet.**

Bruk av tobakk er diskutert tidligere.

- **Lavere andel ungdom enn landssnittet er fornøyd med lokalmiljøet**

Det avventes nye tall fra Ungdata 2017. Dersom dette blir en trend over tid må temaet taes opp igjen.

- **Det er dyrt å anskaffe bolig i Alta**

Den generelle boligbyggingen er høy. Kommunen samarbeider med Husbanken og har hatt en boligsosial handlingsplan som skal utvikles til en plan for helhetlig boligpolitikk. Det avventes til denne kommer.

7.2 HOVEDUTFORDRINGER

De 40 utfordringene som Folkehelsegruppa hadde tatt med i Utfordringsdokumentet ble redusert og samlet opp i følgende 5 hovedområder:

OPPVEKSTMLJØ

- Lav trivsel på skolen
- Over landssnittet i andel som føler seg mobbet på skolen

LÆRINGSMILJØ

- Høyt frafall på videregående skole
- Dårligere lese- og regneferdigheter i skolen enn landssnittet

PSYKISK HELSE

- Høyst forekomst av psykiske symptomer og lidelser blant unge (15-29 år)
- Relativ høy forekomst av psykiske symptomer og lidelser generelt
- Alta har en god del flere unge som er plaget av ensomhet enn landssnittet

INAKTIVITET

- Høyst andel stillesittere i landsdelen og høyst andel personer som aldri mosjonerer
- Alta har høyere andel inaktive enn landssnittet.
- Hver 3. person på sesjon er overvektig, som er nest høyst i sammenligningsgruppen vår.

NIKOTINAVHENGIGHET

- Andel ungdomsskoleelever i Alta som røyker er 3 ganger så høy som landssnittet.
- Andel ungdomsskoleelever i Alta som bruker snus er høyere enn landssnittet

Disse 5 hovedområdene blir fokuset i neste dokument, «del 3: Målsetting og strategier». Her vil Folkehelsegruppa foreslå veien videre for Alta kommune for å imøtekomme våre utfordringer.