



# FOLKEHELSE I ALTA 2019–2023

## **Del 2: Utfordringsdokument**



Alta kommune



Nordlysbyen Alta

## INNHold

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| Innhold .....                                                        | 2  |
| Innledning.....                                                      | 3  |
| Sosial ulikhet i helse .....                                         | 5  |
| Hvem sammenlikner vi oss med?.....                                   | 6  |
| Utfordringsoversikt .....                                            | 7  |
| 2.0 Oppvekst- og levekår .....                                       | 8  |
| 3.0 Miljøfaktorer (fysisk, kjemisk, biologisk og sosialt miljø)..... | 22 |
| 4.0 Skader og ulykker .....                                          | 32 |
| 5.0 Helserelatert atferd .....                                       | 34 |
| 6.0 Helsetilstand.....                                               | 45 |

## INNLEDNING

En kommune har en sentral rolle for å fremme befolkningens helse. Det er vi forpliktet til gjennom Folkehelseloven. 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.

Folkehelsearbeidet er et felles ansvar på tvers av sektorer og samfunnsområder. En modell for folkehelsearbeidet heter 90/ 10 regelen og angir at kun 10 prosent av innsatsen for folkehelse skjer i Helsesektoren, mens 90 prosent skjer alle andre steder der vi lever våre liv. Dette innebærer frivillig sektor, næringslivet og befolkningen generelt.

«Del 2, Utfordringsdokumentet», (dette dokumentet) er en sammenstilling av de 35 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 35 indikatorer til 5 fokusområder.

«Del 3, målsettinger og strategier for Folkehelse i Alta 2019-2023» inneholder strategier og målsettinger for hvordan Altasamfunnet kan komme i grep med de største utfordringsområdene. Det er ikke foreslått konkrete tiltak da dette må komme fra de ulike kommunale virksomheter, det private næringsliv, frivillige lag og foreninger – samt

samfunnet generelt. Vi peker i dette dokumentet på i hvilken retning vi bør bevege oss for å kunne oppnå mer positive resultater.

«Del 4, Evaluering» er en statusoversikt over alle tiltak i kommunal regi som identifiseres og følges opp av kommunalområdene jmf del 3. I tillegg er det noen områder som er adressert til andre enheter utenom kommunal virksomhet.

### **Indikatorer**

Indikatorene er data og 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. Samarbeidsaktører inngår som rådgivende referanser i arbeidet. 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  |
| Frode Øvrejord             | Kommuneoverlege                           | HS - Helse – og sosial  |
| Karina Haus Steinshylla    | Frisklivskoordinator                      | 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 |
| Ragnhild Arnesen Ernsten   | Prosjektleder Bedre tverrfaglig innsats   | OK - Oppvekst—og kultur |
| Marit Wisløff              | Branningeniør                             | DU - Drift og utbygging |

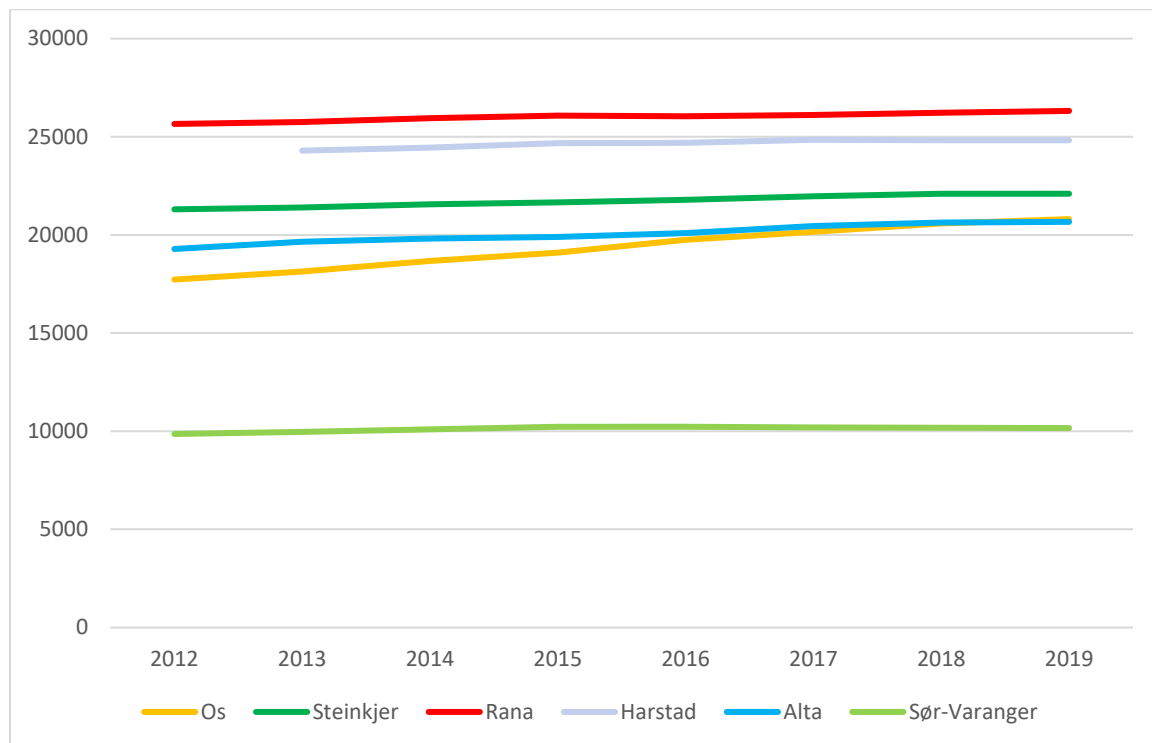
## SOSIAL ULIKHET I HELSE

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 8 åra i kommunegruppa.

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, unntatt Sør-Varanger. I tillegg til de 5 kommunene har vi som oftest lagt inn landsgjennomsnittet. Dette til sammen utgjør det vi henviser til i dokumentet som «kommunegruppen».

## UTFORDRINGSOVERSIKT

Her følger en kort oversikt over alle indikatorene som er prioritert med videre etter innspill fra folkehelsegruppa. Deretter blir hver indikator ytterligere utdypet.

- 2.1.1 Barnefattigdom
- 2.1.2 Barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt
- 2.1.3 Barn i husholdninger som har mottatt sosialhjelp i løpet av året.
- 2.1.5 Barn i husholdninger med lavinntekt der hovedforsørger har lav utdanning
- 2.1.6 Barn i husholdninger med lavinntekt som bor trangt (rom og kvm)
- 2.1.10 Andel med sosialhjelpsordninger
- 2.1.12 Økonomi som begrensning for deltakelse blant barn
- 2.4.2 Lese- og regneferdigheter
- 2.4.3 Frafall videregående skole
- 2.4.4 Trivsel
- 2.4.5 Mobbing
- 2.4.6 Høyeste fullførte utdanningsnivå
- 2.6.1 Hjemmebesøk nyfødte
- 2.6.2 Undersøkelse grunnskole 1 trinn
- 2.7.1 Andel barn med barnevernstiltak ifht innbyggere, 0-17 år
- 2.7.2 Andel fristbrudd i undersøkelsessaker
- 3.1.7 Inneklima
- 3.2.1 Fornøyd med lokalmiljøet
- 3.2.2 Med i fritidsorganisasjon
- 3.2.5 Plaget av ensomhet
- 3.3.1 Anmeldte lovbrudd
- 3.4 Vold og overgrep, samisk befolkningsgruppe
- 4.0.1 Ulykker, tidlig død
- 4.0.2 Selvmord
- 5.1.1 Lite fysisk aktive
- 5.1.3 Skoler og barnehager – fysisk aktivitet
- 5.2.1 Tobakk
- 5.2.3 Narkotiske stoffer
- 5.3.1 Overvekt og fedme
- 5.3.2 Kosthold
- 6.1.1 Psykiske symptomer og lidelser
- 6.2.1 Hjerte- og karsykdommer
- 6.2.2 Kreft
- 6.2.3 KOLS
- 6.2.5 Muskel og skjelettplager

## 2.0 OPPVEKST- OG LEVEKÅR

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.

#### 2.1.1 Barnefattigdom

| Sted         | Innbyggere |   | Hvorav barn |   | Sysselsettingsgrad |   |
|--------------|------------|---|-------------|---|--------------------|---|
| Alta         | 20 635     | ↗ | 24 %        | ↘ | 67,70 %            | ↘ |
| Steinkjer    | 22 096     | ↗ | 20 %        | ↘ | 64,70 %            | ↘ |
| Os           | 20 573     | ↗ | 25 %        | ↘ | 68,50 %            | ↘ |
| Rana         | 26 230     | ↗ | 20 %        | ↘ | 66,40 %            | ↘ |
| Harstad      | 24 820     | ↗ | 20 %        | ↘ | 66 %               | ↘ |
| Sør-Varanger | 10 171     | ↘ | 19 %        | ↘ | 67,90 %            | ↘ |

Tabell 1. Oversikt andel barn og sysselsettingsgrad. Pilene angir siste års utvikling.

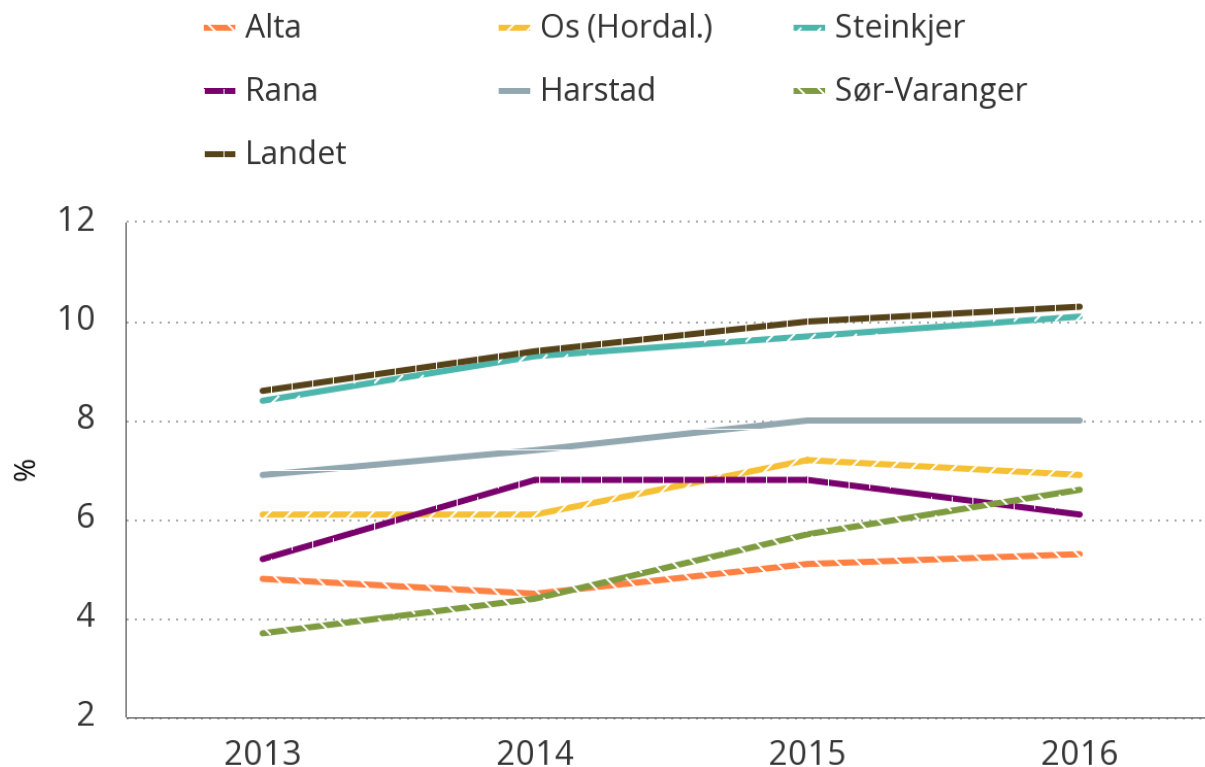
Utviklingen viser at alle kommunene vi sammenlikner oss med har en liten nedgang i andel barn og sysselsettingsgrad samtidig som det oppleves en befolkningsøkning (minus Sør-Varanger).

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. De følgende 5 tabeller er hentet fra BUF (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet).

Barn regnes her fra 0-17 år.



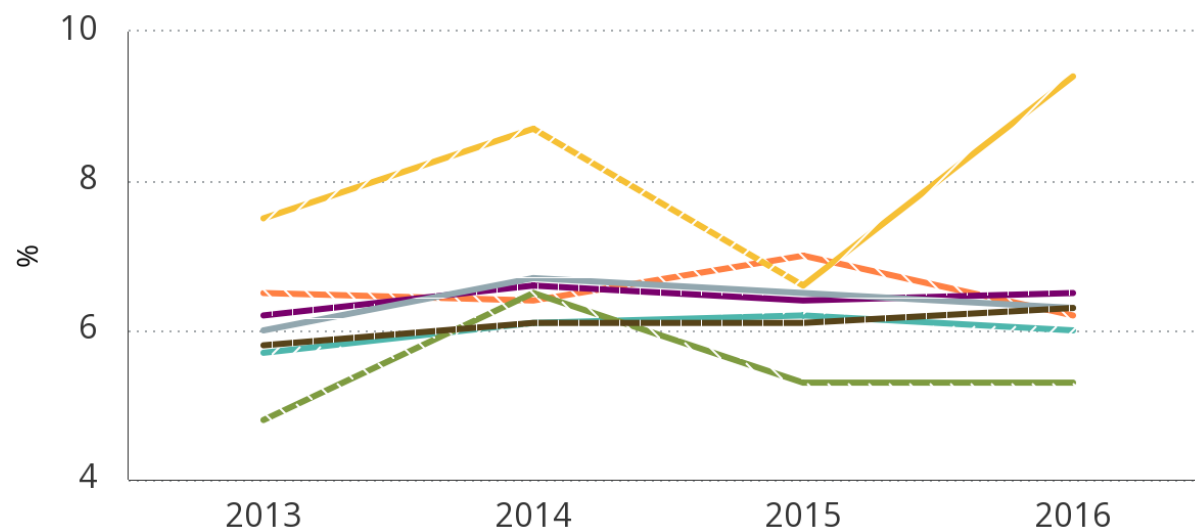
### 2.1.2 Barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt



Figur 2. Barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt.

Alta: 4,7 %, tilsvarende 231 barn. Dette er helt lavest blant de vi sammenlikner oss med.

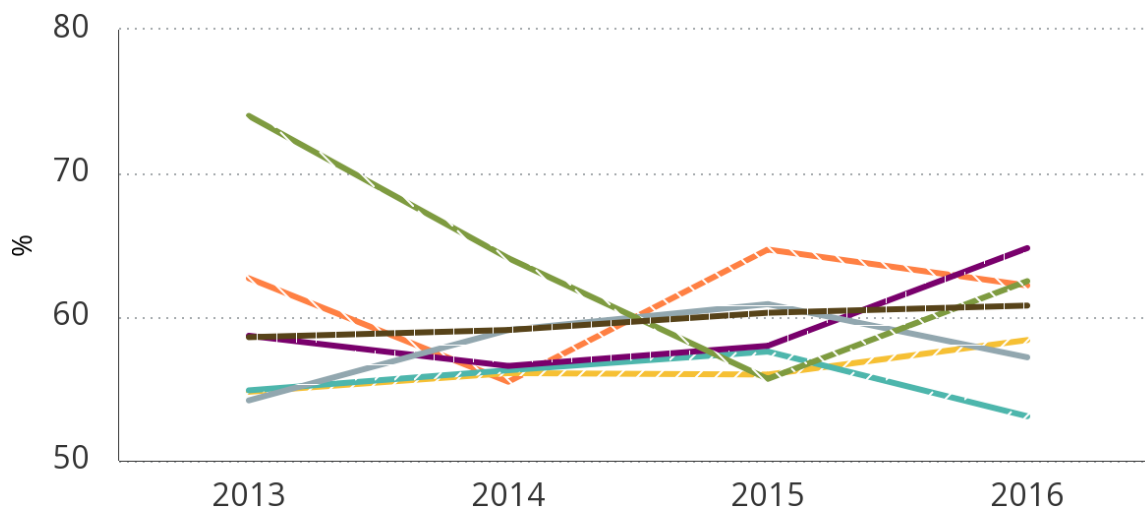
### 2.1.3 Barn i husholdninger som har mottatt sosialhjelp i løpet av året.



Figur 3. Barn i husholdninger som har mottatt sosialhjelp i løpet av året.

Alta 6,2 %, tilsvarende 307 barn. Dette er litt under landssnittet.

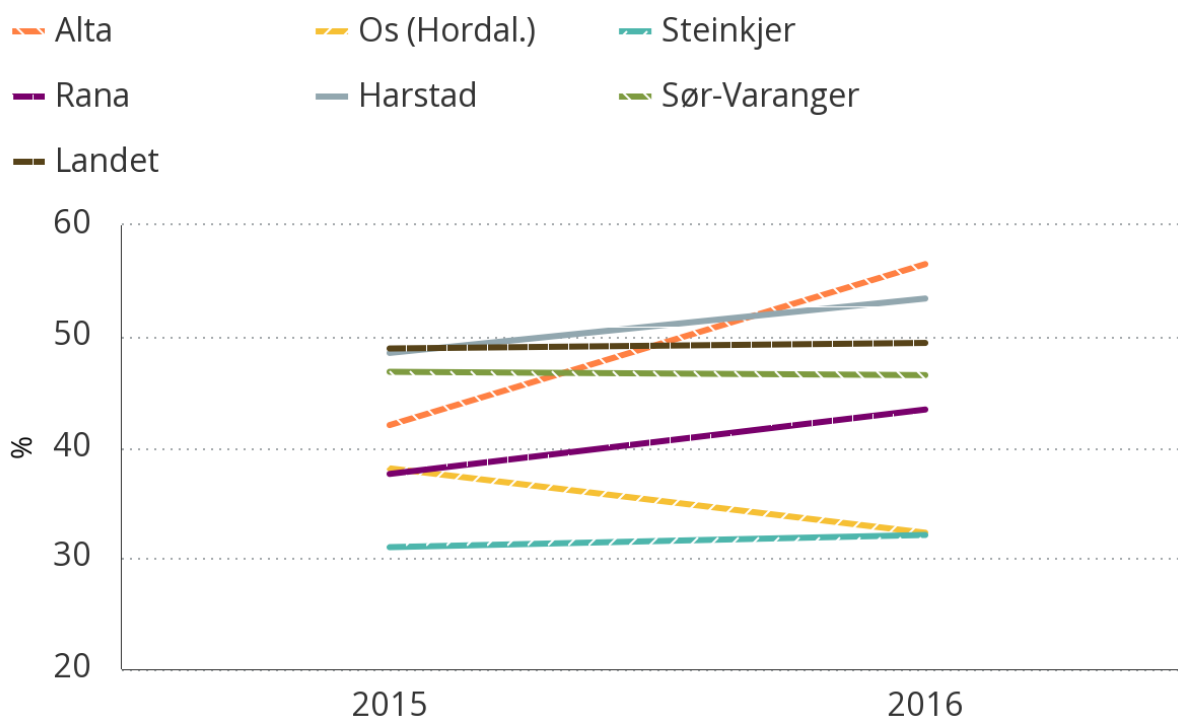
### 2.1.5 Barn i husholdninger med lavinntekt der hovedforsørger har lav utdanning



Figur 4, Barn i husholdninger med lavinntekt der hovedforsørger har lav utdanning.

Alta 62,2 %, tilsvarer 143 barn. Dette er blant de tre øverste og over landssnittet.

### 2.1.6 Barn i husholdninger med lavinntekt som bor trangt (rom og kvm)



Figur 5 Barn i husholdninger med lavinntekt som bor trangt (rom og kvm – 2016).

Alta sin andel har steget til høyeste i vår kommunegruppe og er også høyere enn landssnittet. For Alta utgjorde dette 121 barn i 2016. Trangbodd husholdning vil si at antall

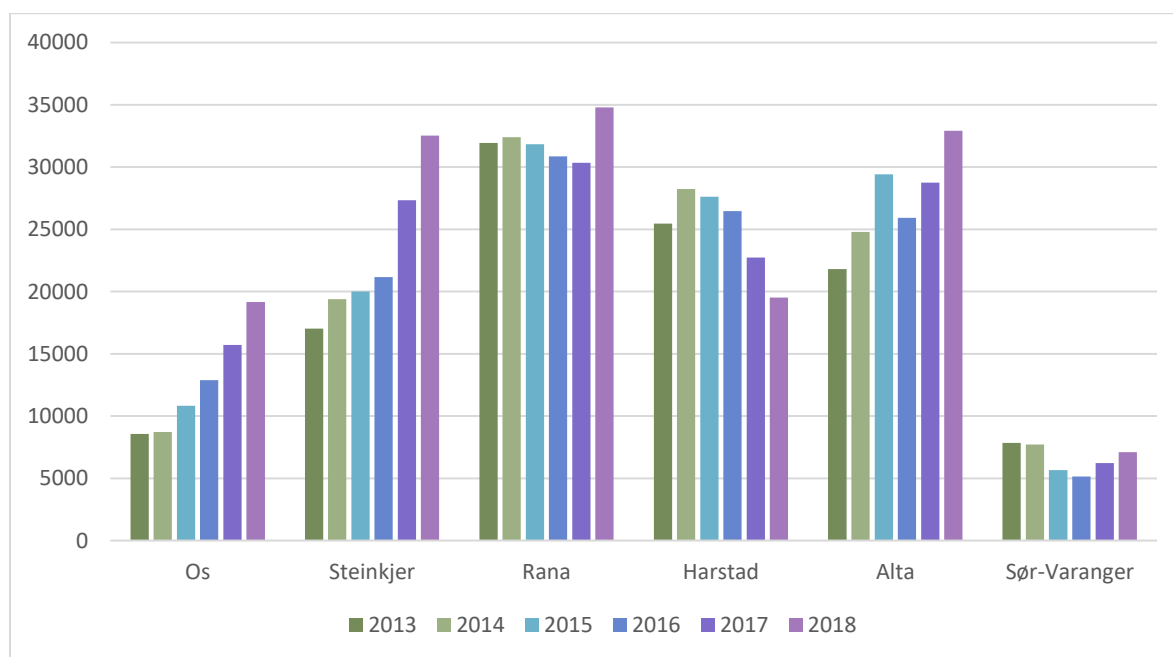
rom i boligen er mindre enn antall personer og at antall kvm pr person er under 25. Trangboddhet gir utfordringer for barn for eksempel med tanke på lekser og privatliv.

### 2.1.10 Andel med sosialhjelps ordninger

|                                        | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  |
|----------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Brutto utbetalt sosialhjelp (1 000 kr) | 21814 | 24782 | 29410 | 25918 | 28754 | 32903 |

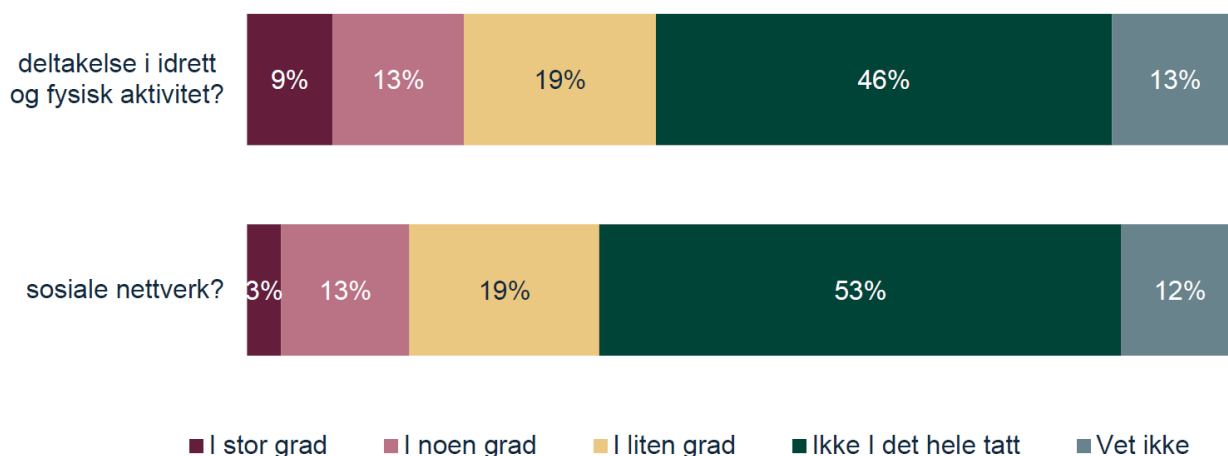
Tabell 2, Brutto utbetalt økonomisk sosialhjelp i Alta.

Tabell 6 og figur 27 viser at utbetalinger til sosialhjelp har økt årlig. Alta ligger nest øverst i 2018. Den utbetalte sosialhjelpen har økt med 50 % fra 2013 til 2018. 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 6, gjennomsnittlig utbetaling pr stønadsmåned, sosialtjenesten.

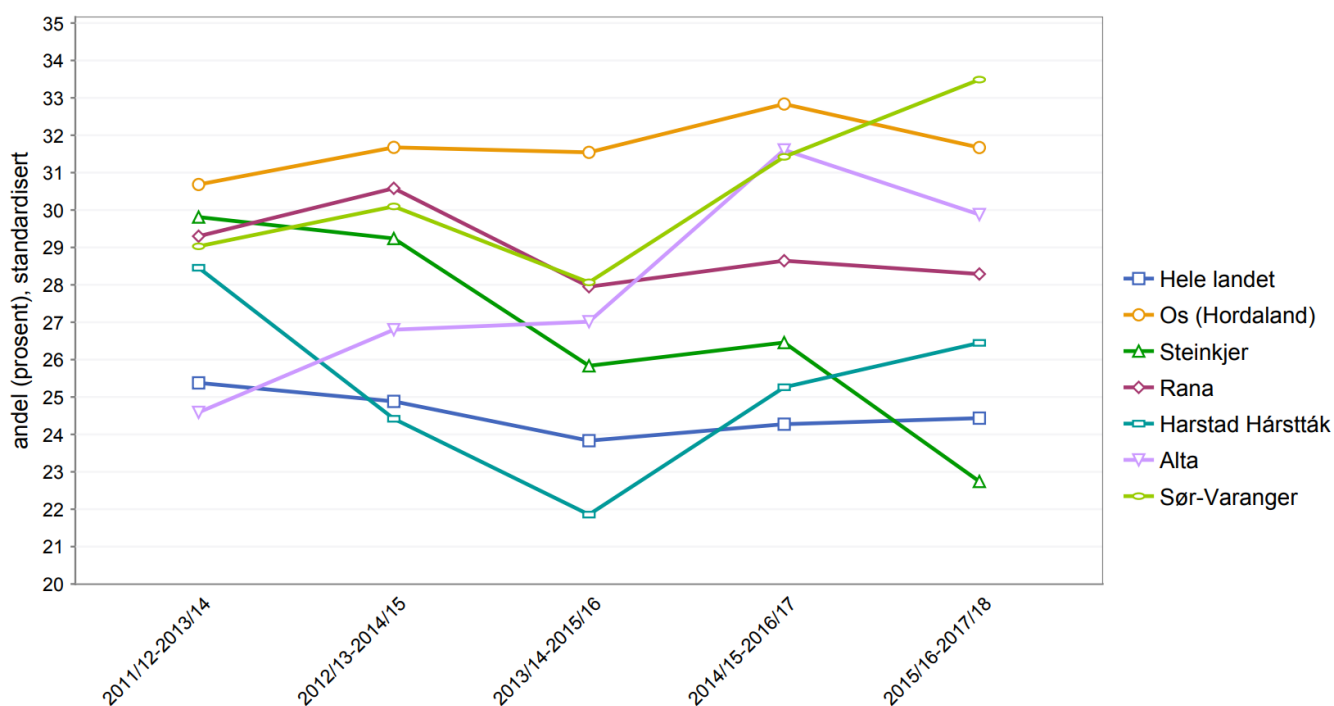
## 2.1.12 Økonomi som begrensning for deltakelse blant barn



Figur 7, «I hvilken grad opplever du som forelder at din økonomiske kapital setter begrensninger for ditt/ dine barns...», Alta 2019.

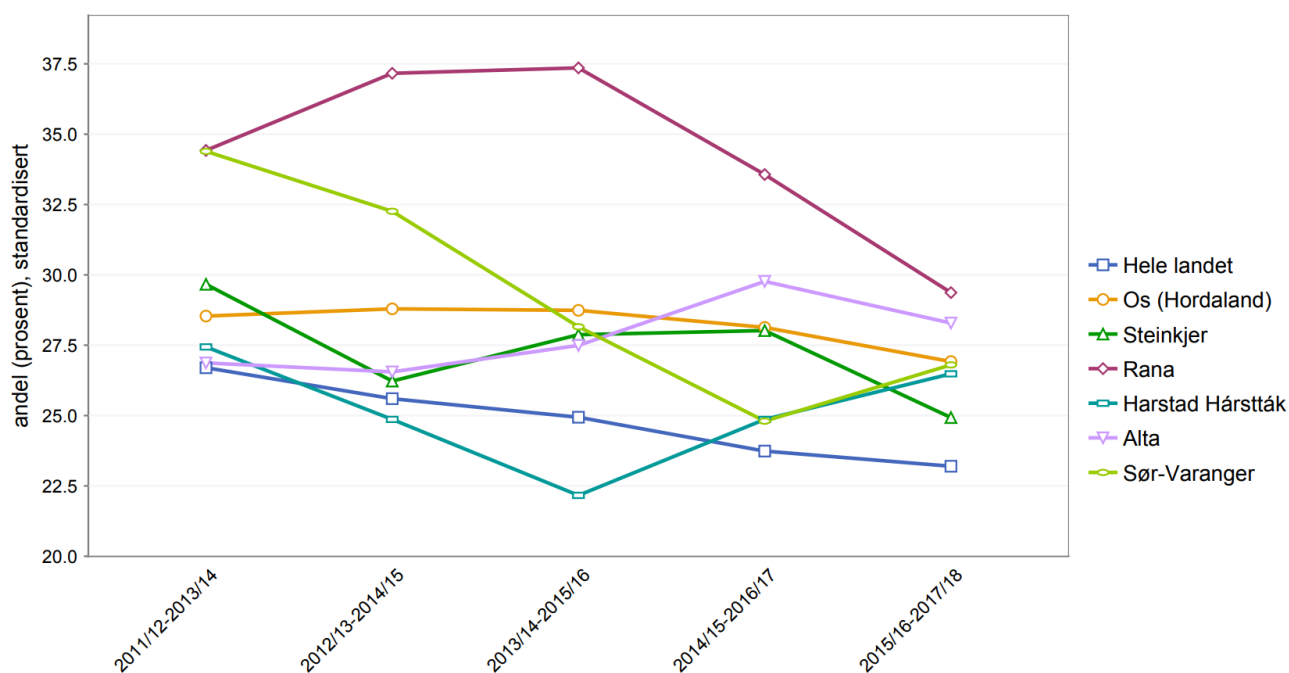
Det er 35- 41 % som oppgir at økonomi i enten liten, noen eller stor grad – har betydning for at deres barn kan delta i enten sosiale nettverk, idrett eller fysisk aktivitet.

## 2.4.2 Lese- og regneferdigheter



Figur 8, leseferdighet 5 trinn, mestringsnivå 1 (2011/12- 2017-18), andel i prosent.

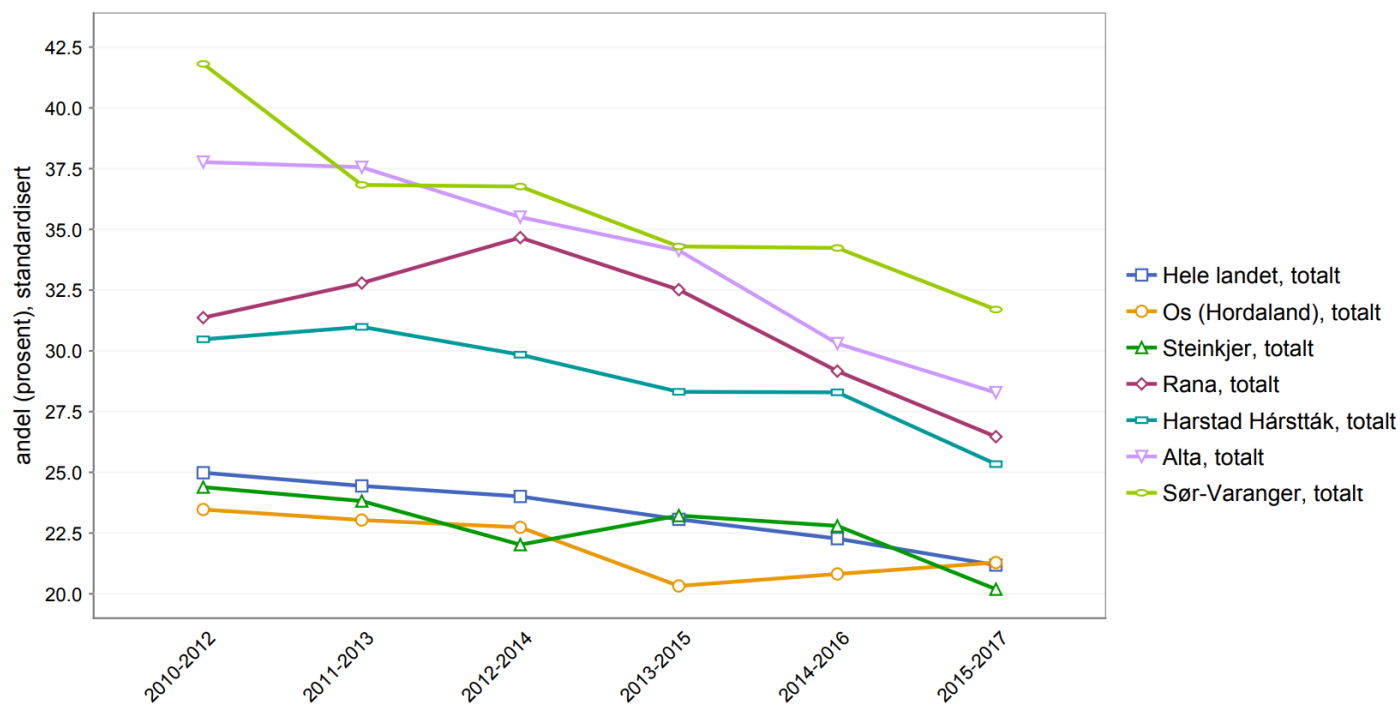
Mestringsnivåene i skolen måles inn fra 1 til 3 og der verdien 1 angir det laveste nivået. Det er ønskelig at andelen på denne er lavest mulig. Alta ligger her over landssnittet, blant de tre øverste i kommunegruppen.



Figur 9, regneferdighet 5 trinn, mestringsnivå 1 (2011/12 – 2017/2018), andel i prosent.

Andelen med lavest mestringsgrad i regning har økt de siste årene. Alta er nestøverst blant de vi sammenlikner oss med.

### 2.4.3 Frafall videregående skole



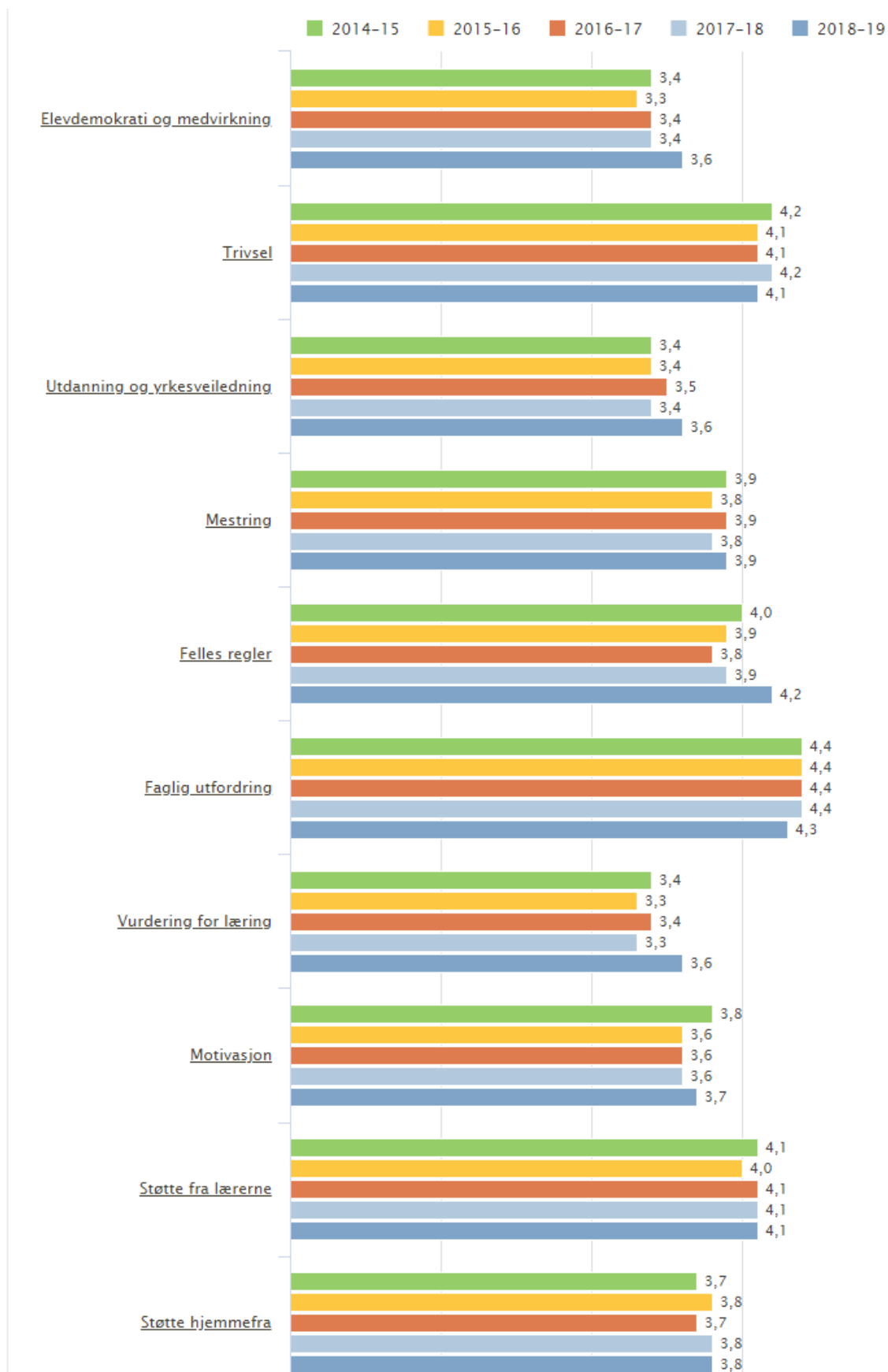
Figur 10, frafall i videregående skole, andel som ikke fullfører innen normert tid.

Angående frafall i videregående skole ligger Alta, sammen med Sør-Varanger, høyest i vårt sammenlikningsbilde. Kurven er på vei nedover som betyr at andelen som fullfører innen 5

år er på vei opp. Alta har i 2018 en andel på 28 % som er 10 % lavere enn i 2013. Landssnittet ligger på 21 %.

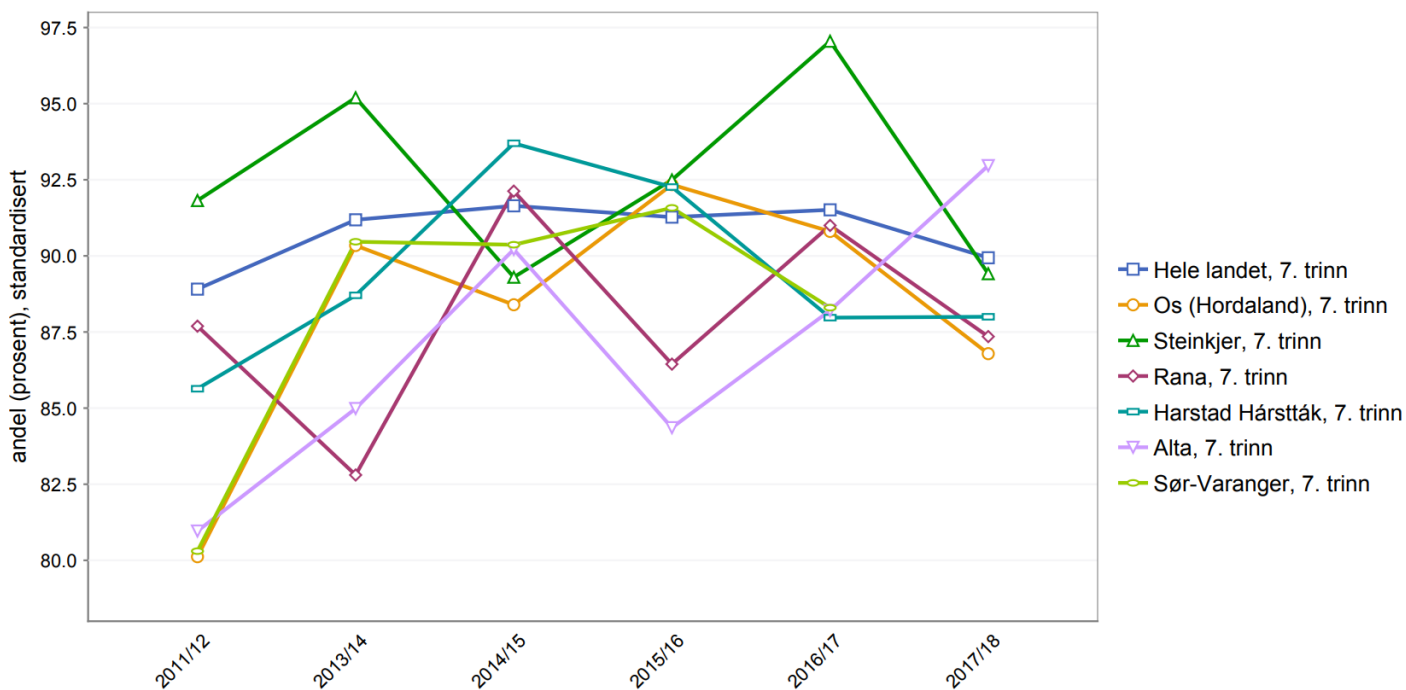
På neste sider følger elevundersøkelsen for Alta videregående skole. Den viser utviklingen for de siste 5 årene innenfor ulike tema. Sammenliknet med landssnittet ligger Alta likt på alle tema med unntak på:

- 0,2 poeng under på Trivsel
- 0,1 over på Utdanning og yrkesveiledning
- 0,1 under på Mestring
- 0,1 over på Vurdering for læring
- 0,2 under på Støtte hjemmefra.

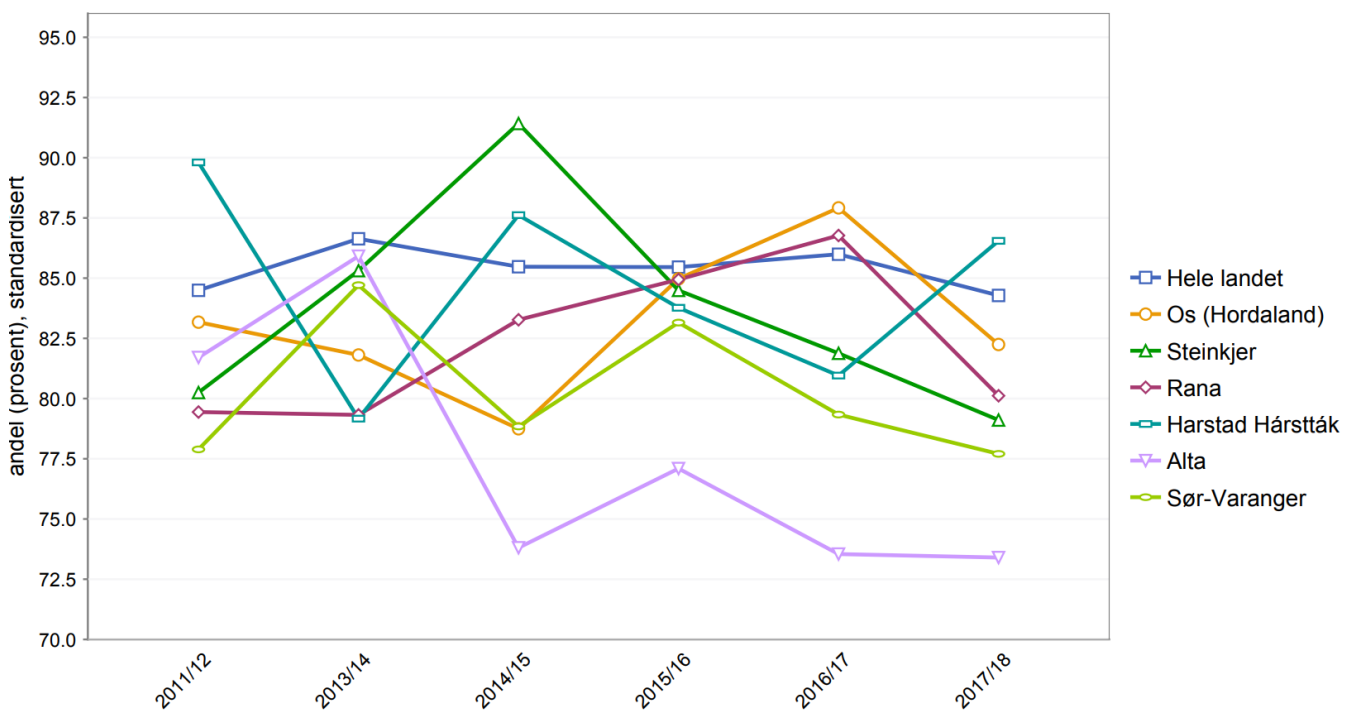


Figur 11, elevundersøkelsen Alta videregående skole 2014-2019.

## 2.4.4. Trivsel



Figur 12, Trivsel 7 klasse.



Figur 13, Trivsel 10 klasse.



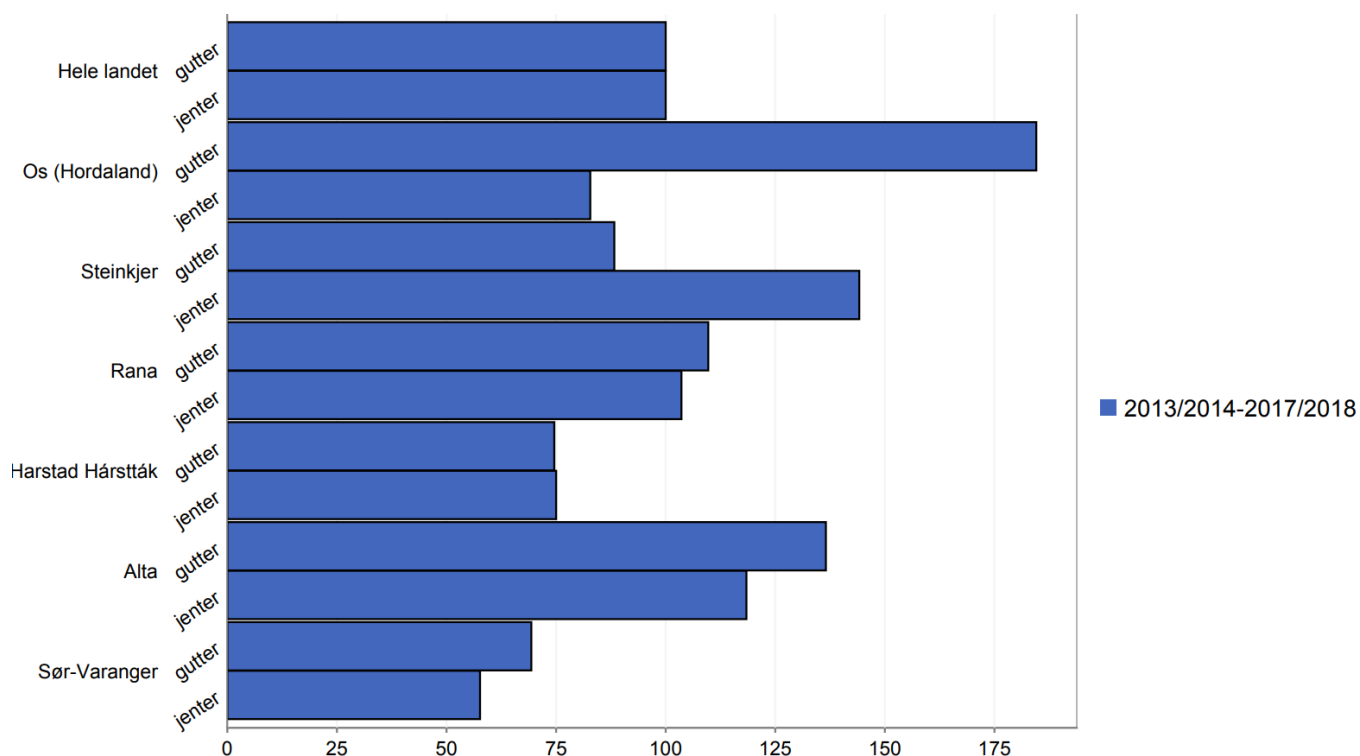
| Skoleår     |        | 2011/12 | 2013/14 | 2014/15 | 2015/16 | 2016/17 | 2017/18 |
|-------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Klassetrinn | Kjønn  |         |         |         |         |         |         |
| 7. trinn    | gutter | 75      | 82      | 86      | 88      | 86      | 95      |
|             | jenter | 87      | 88      | 94      | 81      | 91      | 91      |
| 10. trinn   | gutter | 79      | 87      | 72      | 75      | 71      | 71      |
|             | jenter | 85      | 85      | 75      | 79      | 76      | 75      |

Tabell 3, Trivsel 7 og 10 klasse, Alta kommune.

Alta scorer høyest på trivsel blant 7 klassingene, mens vi ligger lavest på 10 trinn blant de vi sammenlikner oss med, se figur 47. I 7 klasse er guttene i Alta over - mens jentene er likt med landsgjennomsnittet. I 10 klasse er guttene 14 % lavere enn landssnittet, mens jentene ligger 9 % under.

I følge tabell 13 er denne skilnaden noe som oppstod med 2014/ 2015 kullet.

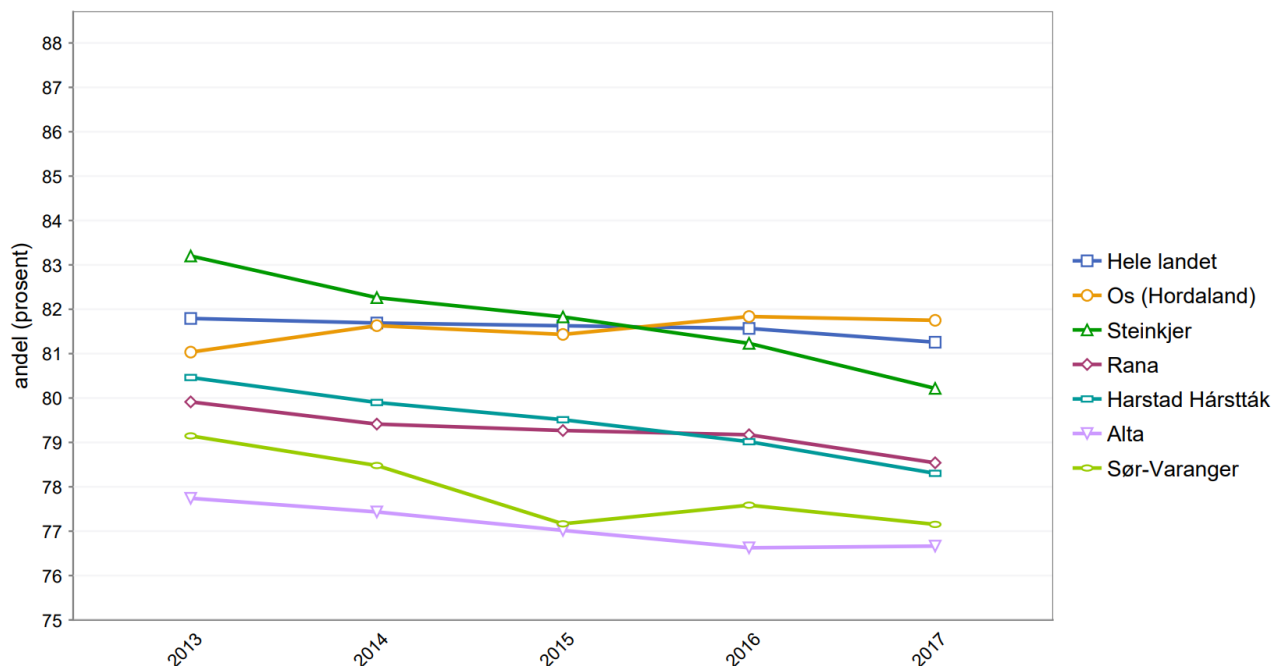
## 2.4.5 Mobbing



Figur 14, Mobbing 10 klasse, andel i prosent, kjønnsfordelt og standardisert (Landet = 100).

Alta ligger over landssnittet: Jenter 18 % over – og guttene 37 % over landssnittet. Dette er elever som har opplevd mobbing fra andre elever de siste månedene. Hyppighet omfatter alt fra 2-3 gang pr måned til flere ganger pr uke.

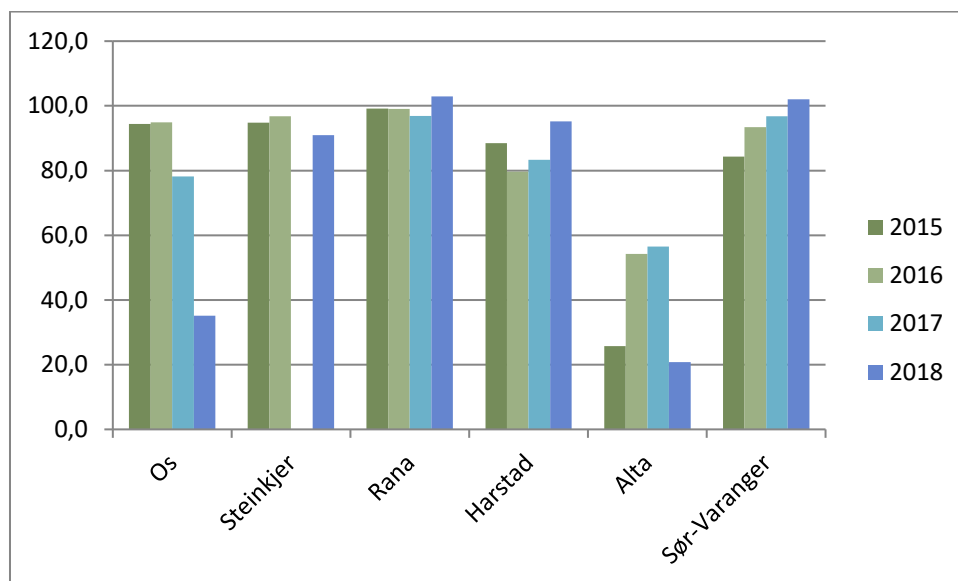
## 2.4.6 Høyeste fullførte utdanningsnivå



Figur 15, høyeste fullførte utdanningsnivå, 25-44 år, videregående eller høyere, prosentandel

Alta har lavest andel med personer som har fullført minimum videregående utdanning. Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. De siste 10 årene har forskjellene i helse økt, spesielt for gruppene med lavere utdanning og inntekt sammenliknet med de som tar ang utdanning, får god inntekt og lever i parforhold.

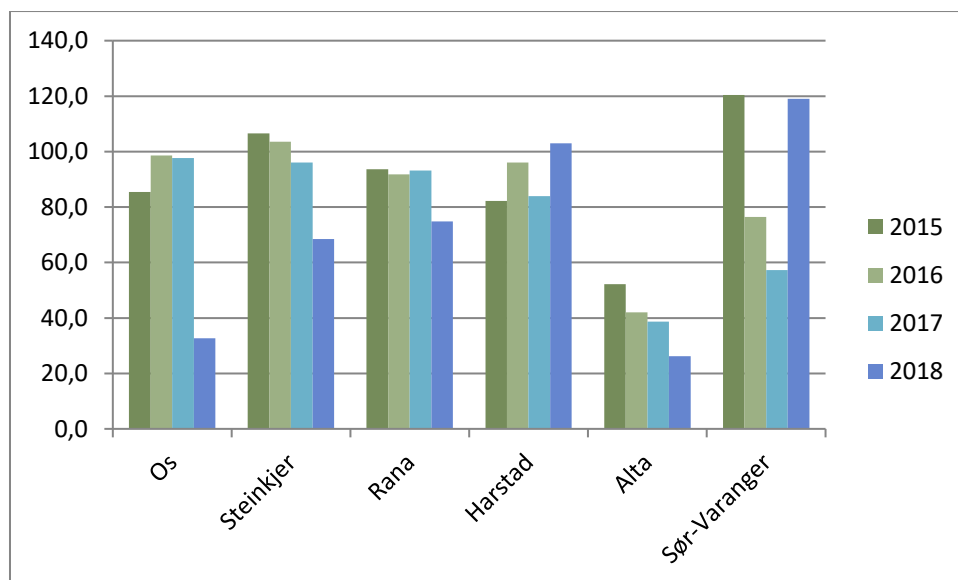
### 2.6.1 Hjemmebesøk nyfødte



Figur 16, Hjemmebesøk nyfødte utført ved helsestasjonstjenesten.

Sammenliknet med resten av kommunegruppen ligger Alta lavest på andel hjemmebesøk for nyfødte. I 2018 var andelen på ca 20 %.

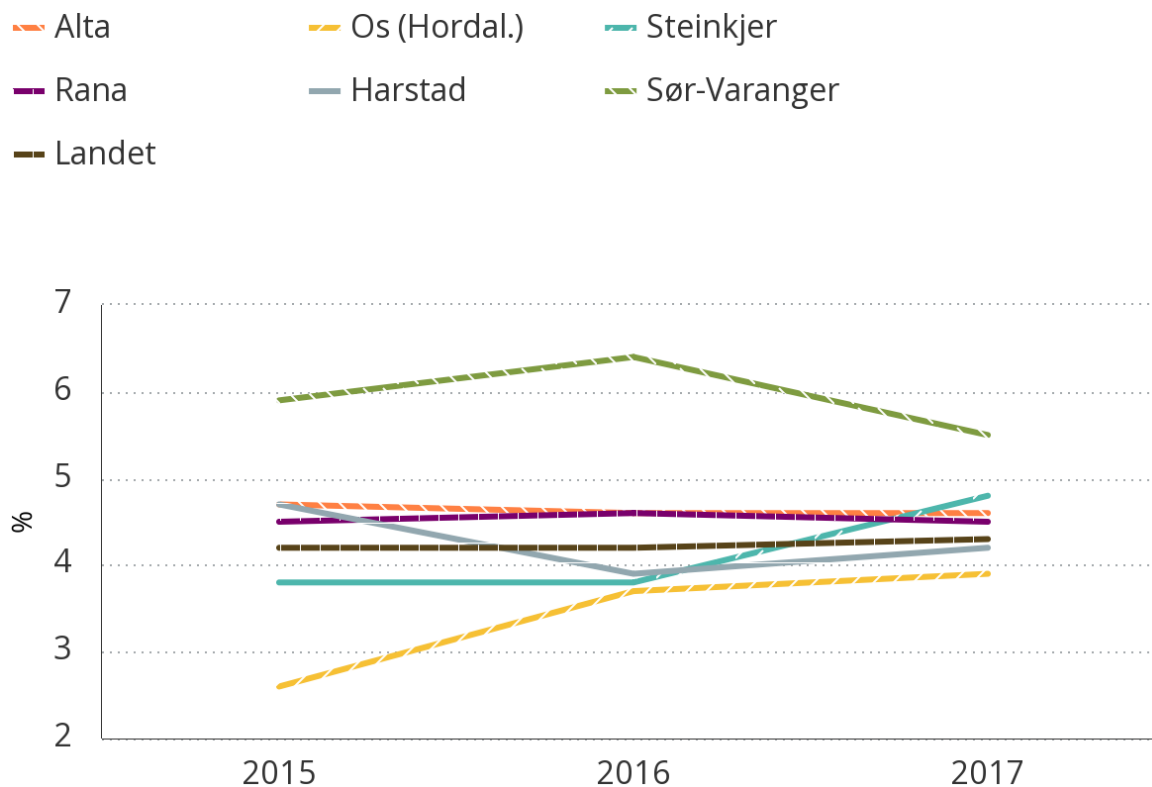
### 2.6.2 Undersøkelse grunnskole 1.trinn



Figur 17, Undersøkelse grunnskole 1.trinn, utført ved skolehelsetjenesten.

Alta scorer lavest på andel som får helsekontroll blant førsteklasinger i skolen.

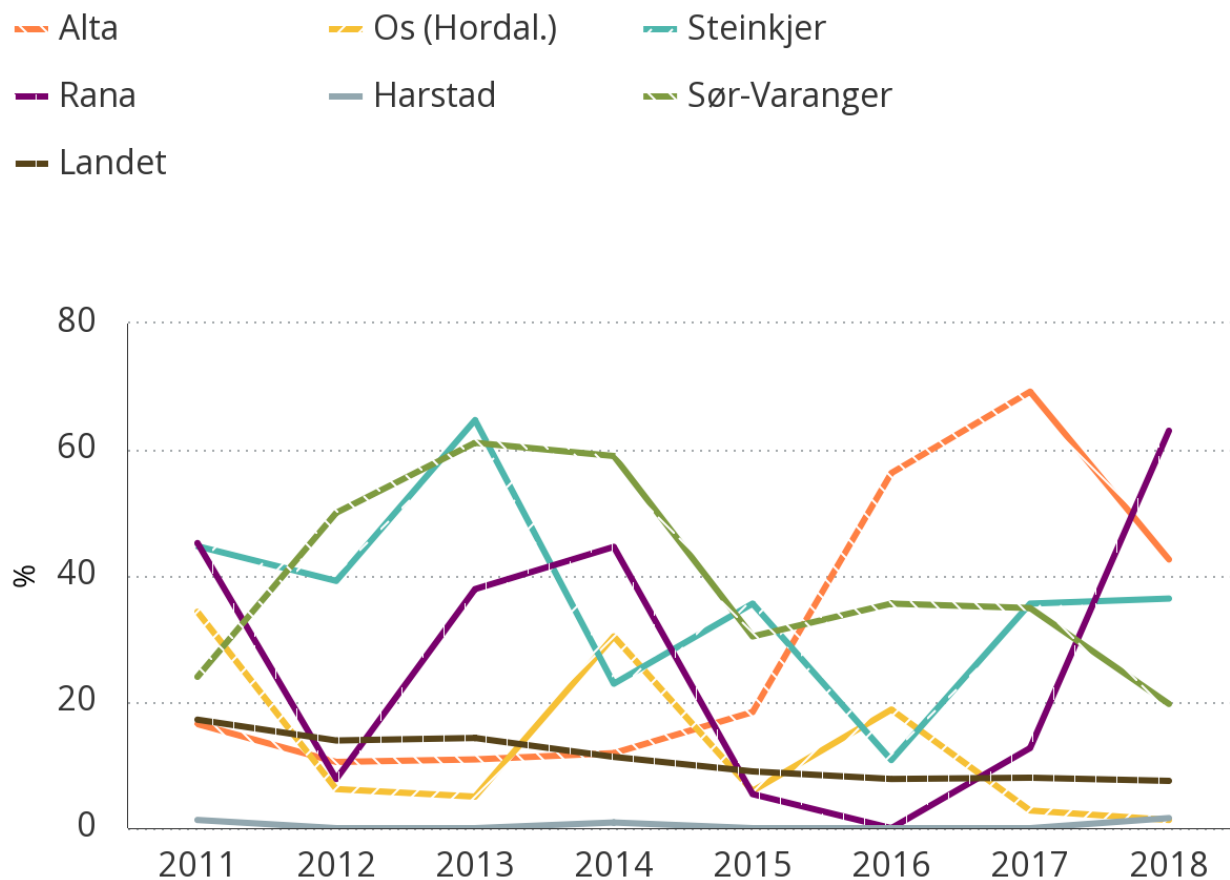
### 2.7.1 Andel barn med barnevernstiltak ifht innbyggere, 0-17 år.



Figur 18, Andel barn med barnevernstiltak ifht innbyggere 0-17 år.

Alta har 0,3 % flere barn med barnevernstiltak enn landssnittet og er tredje høyest i vår gruppe. Nivået har ligget på omtrent det samme i årene 2015-2017.

### 2.7.2 Andel fristbrudd i undersøkelsessaker.



Figur 19, Andel fristbrudd i undersøkelsessaker.

Alta har ligget lavt i flere år før det kom en topp i 2016 og 2017. Tendensen er på vei ned igjen i 2018 som da viste at Alta har nest høyest andeler med fristbrudd blant de vi sammenlikner oss med. Dette er 35 % mer enn landssnittet (Alta 42,6 %, landet 7,5 %).

### 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.

#### 3.1.7 Inneklima

Det er ingen sentral registrering av inneklima for en hel kommune angående inneklima. Mange oppholder seg innendørs store deler av dagen og derfor er inneklima en viktig faktor. Arbeidstilsynet slår fast det skal være et fullt forsvarlig inneklima på arbeidsplassen, som oftest basert på et godt ventilasjonssystem. Godt inneklima lønner seg i form av høyere funksjonsevne og økt produktivitet.

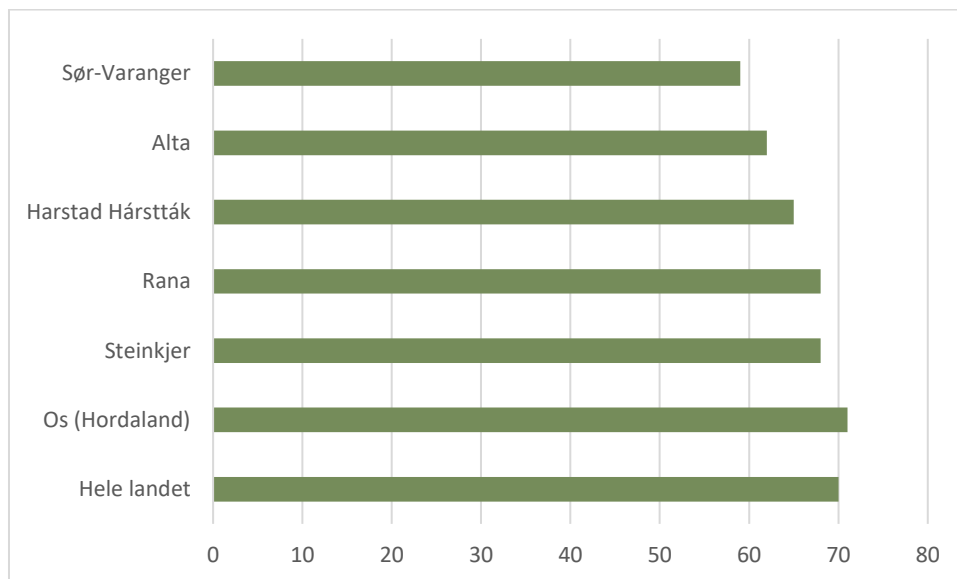
Det anbefales at man benytter byggematerialer og innredninger som gir lite forurensing og lukt og som kan rengjøres på en tilfredsstillende måte. Ethvert lokale bør ha gode driftsrutiner også angående vedlikehold og renhold av tekniske anlegg og arbeidslokaler.

Mulige helseplager kan være luftveisplager (infeksjoner), slimhinneirritasjon (øyne, nese, hals), hodepine, tretthet (som kan gi konsentrasjonsvansker og hudplager).

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.

I perioden 2016-2017 ble det gjennomført 14 tilsyn på i alt 16 grunnskoler i Alta. Så godt som alle fikk registrert avvik, hvorav de fleste høsten 2019 er rettet opp i. Tilsynsregisteret viser at 6 skoler og barnehager ikke er godkjent etter bestemmelser om miljørettet helsevern.

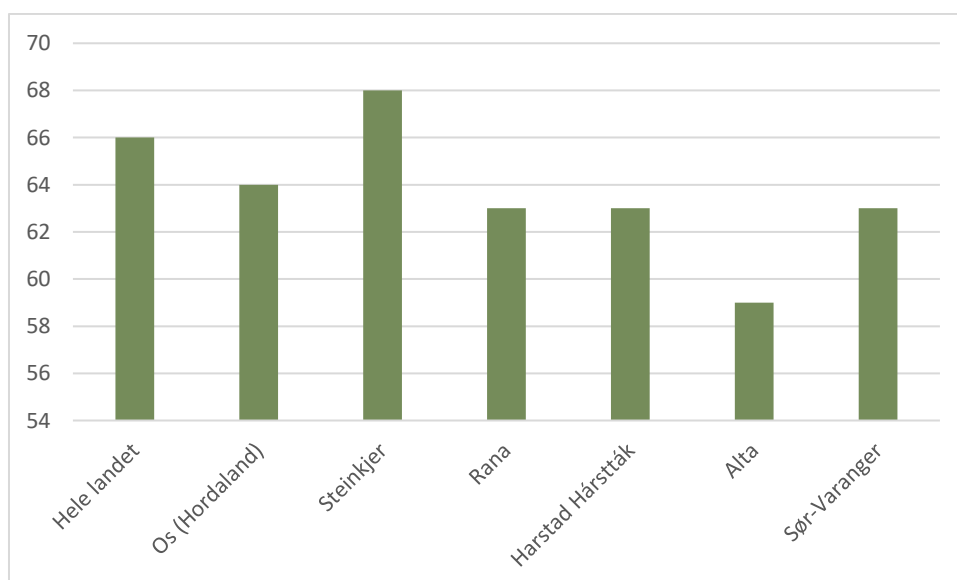
### 3.2.1 Fornøyd med lokalmiljøet



Figur 20, Fornøyd med lokalmiljøet.

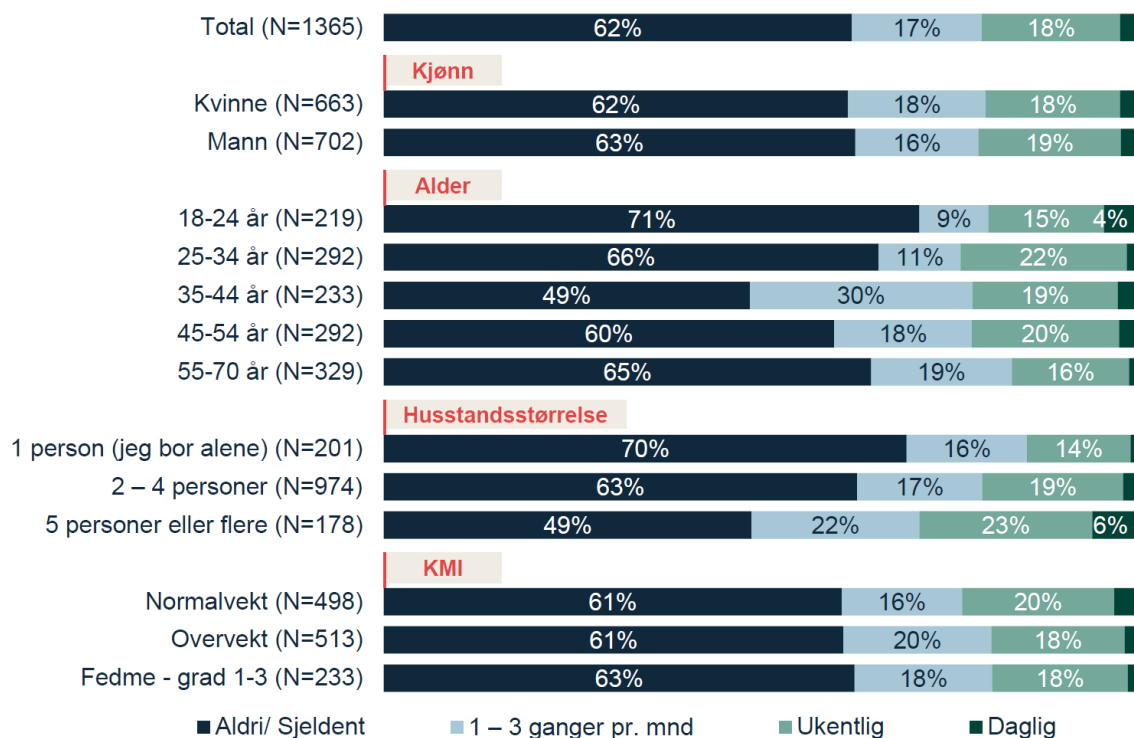
Alta har nest lavest score på hvor fornøyde ungdommene er med sitt lokalmiljø. Andelen omfatter de som svarte «svært fornøyd» og «litt fornøyd». Alta med sine 62 % er 8 % bak landsgjennomsnittet.

### 3.2.2 Med i fritidsorganisasjon



Figur 21, medlem i en fritidsorganisasjon, Ung data.

Alta har lavest andel som oppgir at de er med i en organisasjon, lag eller forening.



Figur 22, «Hvor ofte deltar du i organiserte aktiviteter? Alta 2019

Spørsmålet innebærer for eksempel idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller annet liknende. 62 % deltar aldri i denne type aktiviteter. Fordelt på alder ser man at det er flest deltakere i den midtre aldersgruppen 35-44 år. Det er ikke usannsynlig at barneforeldre har mye treff her. Angående husstandsstørrelse er det vanligere at de med flere mennesker i husstanden deltar oftere. Kroppsmasseindeks har liten betydning.

Finnmark idrettskrets har oversikt som viser at 37 lag og foreninger er registrert i Alta.

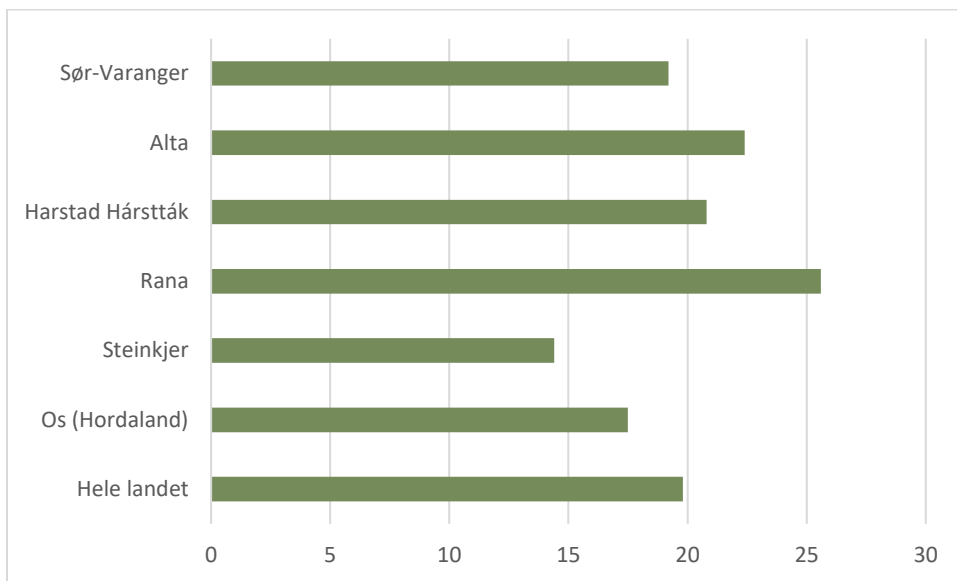
| Alder | Kvinner | Menn | Total |
|-------|---------|------|-------|
| 0-5   | 155     | 105  | 260   |
| 6-12  | 1219    | 1112 | 2331  |
| 13-19 | 722     | 851  | 1573  |
| 0-25  | 351     | 437  | 788   |
| 26-   | 1689    | 2300 | 3989  |
| Total | 4136    | 4805 | 8941  |

Tabell 4, oversikt medlemstall Alta idrettsråd 2018.



Tabellen viser at det er flest medlemmer i alderssjiktet 6-12 år samt 26 år og eldre. De idrettslagene med flest medlemmer er Bossekop ungdomslag (1936), Alta idrettsforening (1457), Nerskogen idrettslag (795) og Tverrelvdalen idrettslag (676). Oversikten skiller ikke på om personer er registrert i flere lag.

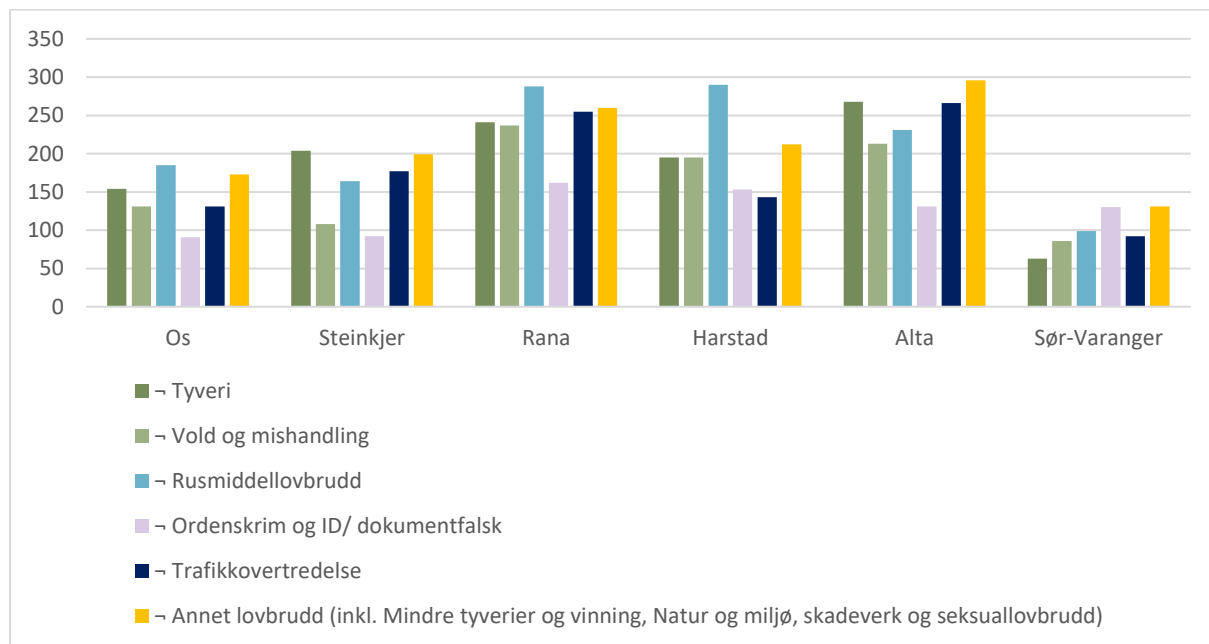
### 3.2.5 Plaget av ensomhet



Figur 23, Plaget av ensomhet.

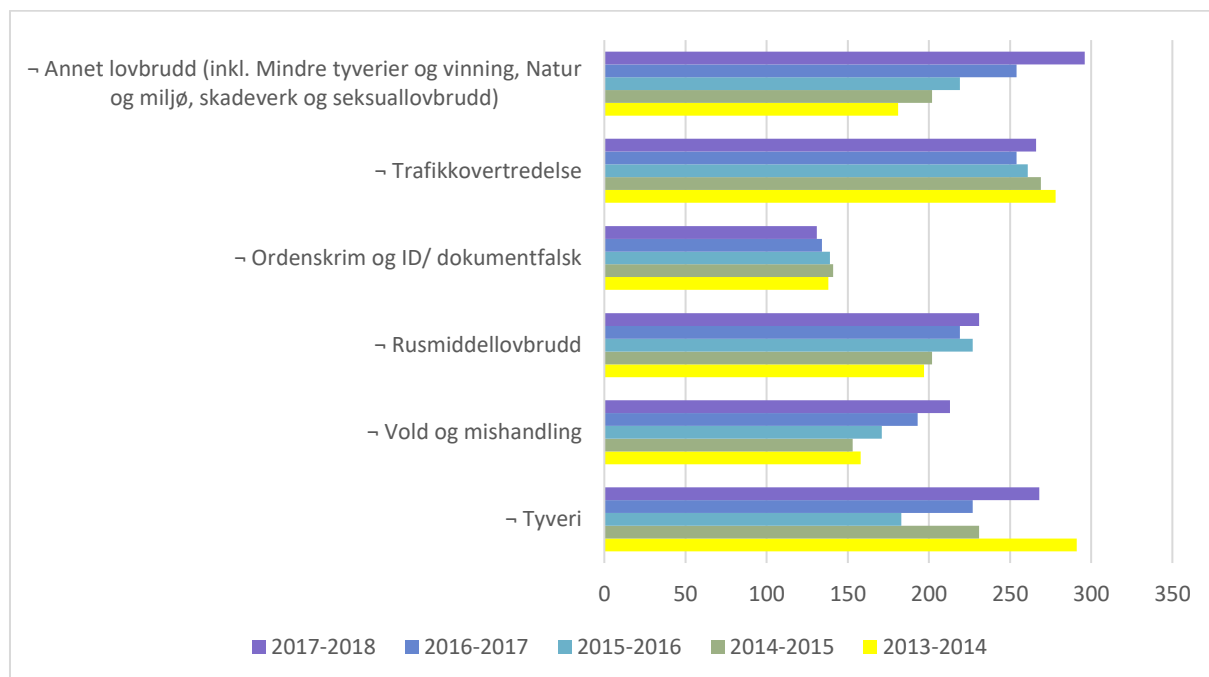
Alta har nesthøyest andel (22,4 %) som melder om at de er plaget av ensomhet.

### 3.3.1 Anmeldte lovbrudd



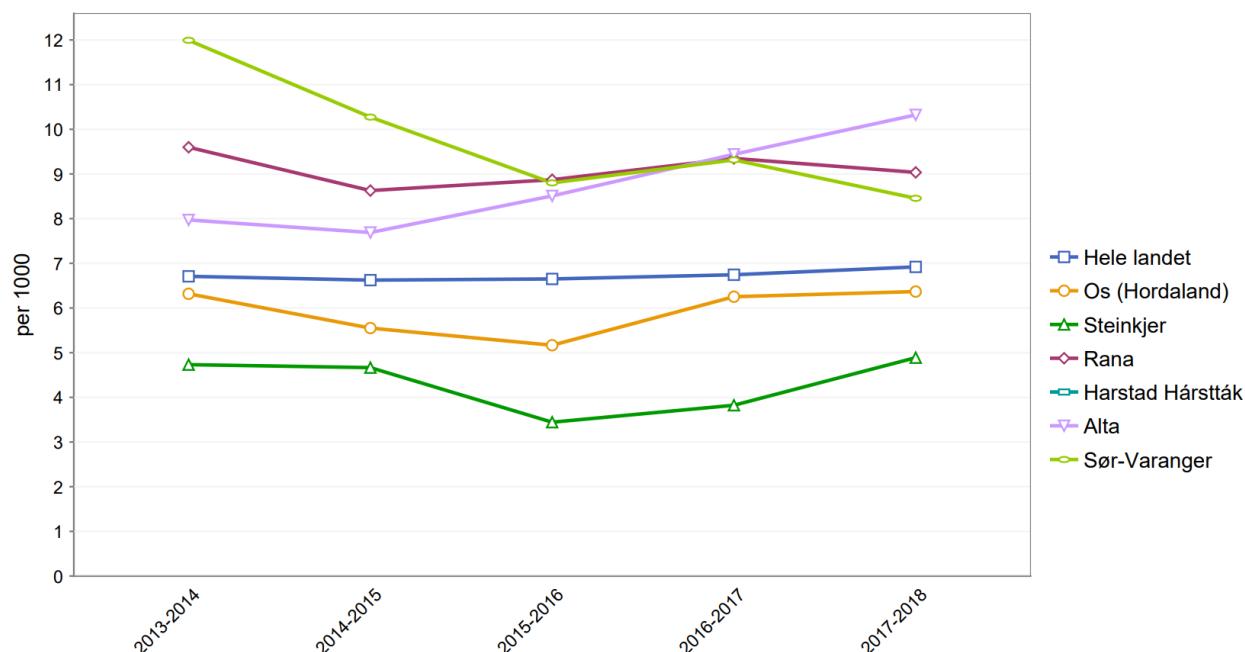
Figur 24, anmeldte lovbrudd 2017-2018. Annet lovbrudd omfatter annet vinningslovbrudd, eiendomsskade og seksuallovbrudd. Tallene er et gjennomsnitt fra de to nevnte årene.

Figur 82 viser Alta sammenstilt med andre kommuner i 2017-2018. Alta har høyest andel vinningskriminalitet, trafikkovertrerdelser og annet lovbrudd. Innen vold er vi nest høyest mens innen rus- og orden/integritetskriminalitet er vi på tredje plass i vår gruppe.



Figur 25, anmeldte lovbrudd 2013-2018, Alta kommune.

For de ulike kriminalitetsgruppene synes en økning de siste årene for Annet lovbrudd (Andre vinningssaker (f eks naskeri, underslag osv), eiendomsskade og seksuallovbrudd) rusmiddellovbrudd og vold/ mishandling.



Figur 26, vold og mishandling, anmeldte tilfeller per 1000.

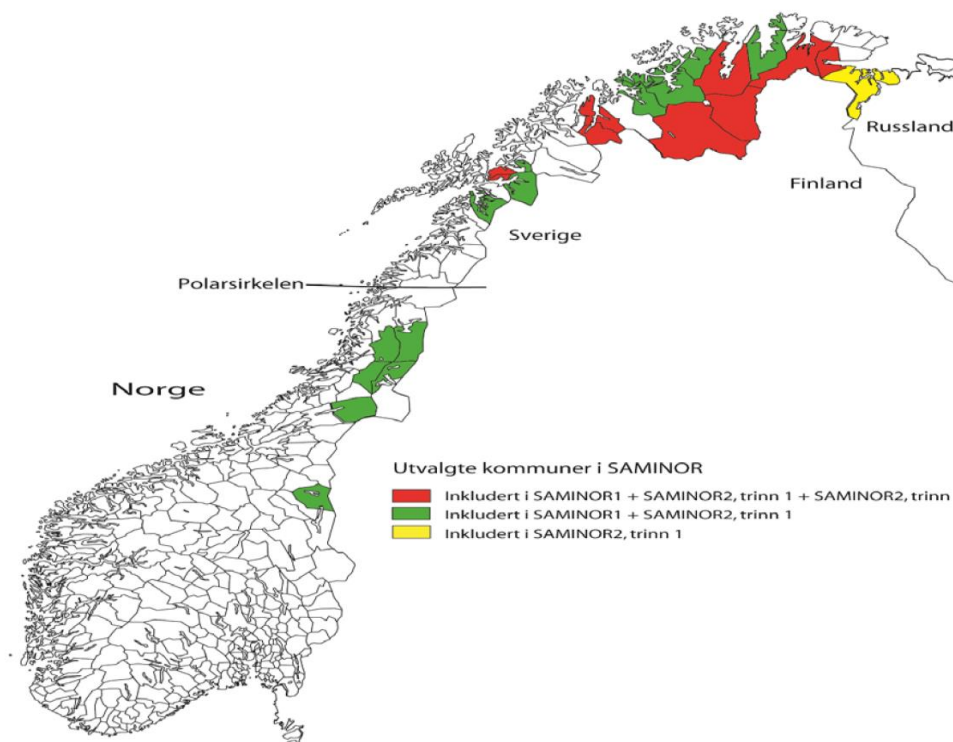
Alta ligger øverst i antall anmeldelser pr 1000 innbyggere for siste periode. Indikatoren er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. Voldsbegrepet omfatter fysisk vold, seksuelle og psykiske overgrep samt omsorgssvikt. Konsekvenser av å bli utsatt for vold utover de rent fysiske som fører til skade og verste fall død, kan også gi psykisk angst, depresjon eller post traumatisk stress lidelse. Vold øker også risiko for fall i skoleprestasjon og frafall i utdanningsløp og arbeidsliv.

### 3.4 SAMISK BEFOLKNINGSGRUPPE

#### Vold og overgrep

##### Saminorundersøkelsen

Saminor undersøkelsen er gjennomført både i 2003-2004 (Saminor 1), i 2012 (Saminor 2, trinn 1) og 2012-2014 (Saminor 2, trinn 2). Undersøkelsen har resultater fra kommuner i flere kommuner i hele Norge. Det er bevisst valgt områder med en forventet høyere andel samer, herunder Alta kommune.



Figur 27, kommuner som deltok i SAMINOR undersøkelsen.

Totalt sett er det få helseforskjeller mellom samer og ikke-samer. Det er ingen etnisk forskjell i forekomst av hjertesykdom og diabetes. Det skyldes sannsynligvis at det er ganske lik sosioøkonomisk status hos samer og ikke-samer, samt noenlunde lik tilgang til helsetjenester.

Det er likevel en stor økning av magefedme mellom Saminor 1 (2003-2004) undersøkelsen og Saminor 2 (2012) for både samer og ikke-samer, se figurer 19 og 20.

De av oss med samisk tilhørighet rapporterer langt oftere å bli diskriminert enn de med ikke-samisk tilhørighet. Det rapporteres også oftere om vold og overgrep i samme gruppe.

| n=11 296 | Samer | Ikke-samer |
|----------|-------|------------|
| Kvinner  | 49.1% | 34.7%      |
| Menn     | 39.7% | 23.2%      |

Tabell 5, andel som rapporterer om vold og overgrep – SAMINOR 2012.

Undersøkelsen viser at det er en betydelig større andel av de som regner seg som samisk befolkning som opplever vold og overgrep, sammenliknet med ikke-samiske personer. Det er i undersøkelsen også påpekt sannsynligheten for at en del plager som kroniske smerter i voksen alder kan ha sitt utspring fra vold og overgrep i barndommen.

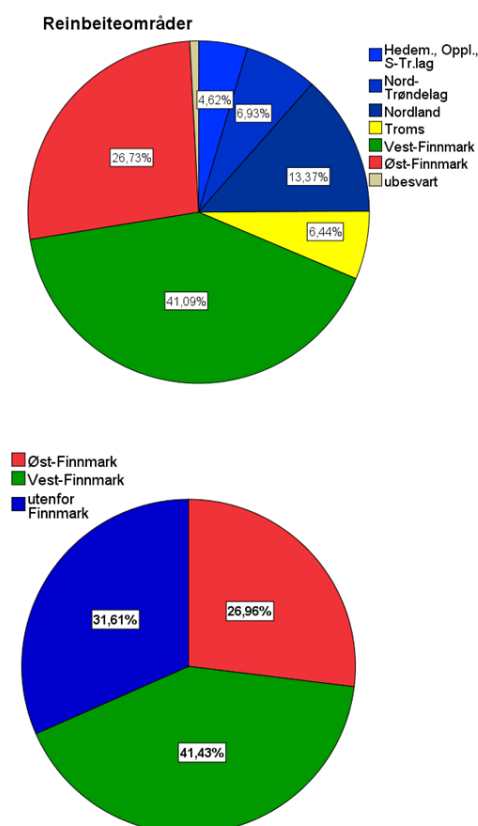
| N=11 600                 | Selvrapportert diskriminering |             |
|--------------------------|-------------------------------|-------------|
| Etnisk tilknytning       | Totalt                        | Siste to år |
| Sterk samisk tilknytning | 50,8%                         | 16,5%       |
| Selvrapportert samiskhet | 32,8%                         | 8,4%        |
| Samisk familiebakgrunn   | 19,8%                         | 4,8%        |
| Ikke-samisk              | 14,3%                         | 4,4%        |

Tabell 6, andel som rapporterer diskriminering, SAMINOR 2012

Tabellen viser at den samiske delen av befolkningen rapporterer om opptil 35 % flere tilfeller av diskriminering enn den ikke samiske befolkningen. Dette kan igjen føre til dårligere psykisk og dermed også somatisk helse for enkelte.

### Levekår i reindrifta «Reindriftras hverdag».

Undersøkelsen har foregått i samarbeid mellom Norske Reindriftsamers Landsforbund og Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus (SANKS). Målet var å kartlegge arbeidskårene som kan innvirke på den psykiske helse.



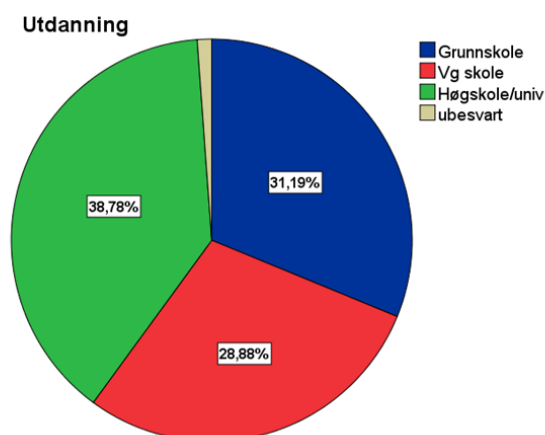
## Geografisk tilhørighet

| REINBEITEOMRÅDE         | Antall | %    | (%)    |
|-------------------------|--------|------|--------|
| Hedemark, Sør-Trøndelag | 28     | 4,7  | (4,8)  |
| Nord-Trøndelag          | 42     | 7,0  | (6,0)  |
| Nordland                | 81     | 13,5 | (7,4)  |
| Troms                   | 39     | 6,5  | (6,2)  |
| Vest-Finnmark           | 249    | 41,4 | (47,2) |
| Øst-Finnmark            | 162    | 27,0 | (28,9) |

\* Sammenlikningstall fra Reindriftsforvaltningen i ( )

Figur 28, geografisk tilhørighet på respondentene i undersøkelsen.

Vest-Finnmark har størst representasjon i utvalget, herunder Alta kommune.



En familiebasert næring drar nytte av familiens samlede formelle og erfaringsbaserte utdanning

| UTDANNELSE         | Grunnskole | Videreg. skole | (V.g. skole – reindrift) | Høgskole/ universitet |
|--------------------|------------|----------------|--------------------------|-----------------------|
| Kvinner            | 18 %       | 19 %           |                          | 64 %                  |
| Menn               | 43 %       | 38 %           | (20 %)                   | 17 %                  |
| Alle               | 32 %       | 29 %           |                          | 39 %                  |
| (Norge, 2011, SSB) | (27 %)     | (40 %)         |                          | (29 %)                |

Figur 29, Utdanningsnivå på medlemmer i reindriftsfamilier.

Tabellen viser at innad i reindriftsfamilier gjennomfører langt flere kvinner høyere utdanning på høgskole/ universitetsnivå enn menn. Det er større tradisjon innad i reindriftsfamilier å se an hele familien sin samlede kompetanse under ett.

| Mediaomtale har gitt vanskeligheter/ubehag |        |    | Trakassering |    | Trussler, skadeverk, vold |    |
|--------------------------------------------|--------|----|--------------|----|---------------------------|----|
|                                            | Antall | %  | Antall       | %  | Antall                    | %  |
| Stemmer godt                               | 273    | 50 | 185          | 34 | 108                       | 20 |
| Delvis                                     | 183    | 34 | 186          | 34 | 148                       | 27 |
| Ikke                                       | 86     | 16 | 173          | 32 | 289                       | 53 |

Tabell 7, Diskriminering og andre kriminelle overgrep.

Tabellen viser at de som deltar direkte i reindriftsarbeid har en høy andel som utsettes for diskriminering og overgrep.

## Opphopning av stress og merarbeid fordelt på antall ulike typer inngrep

| Type belastning | Antall typer inngrep |        |        |          |        |
|-----------------|----------------------|--------|--------|----------|--------|
|                 | 0                    | 1 - 3  | 4 - 6  | 7 og mer | TOTALT |
| Stress          | 5,0 %                | 24,1 % | 30,6 % | 40,3 %   | 95 %   |
| Merarbeid       | 7,7 %                | 22,5 % | 27,2 % | 42,6 %   | 92 %   |

Tabell 8, belastninger i reindrifta.

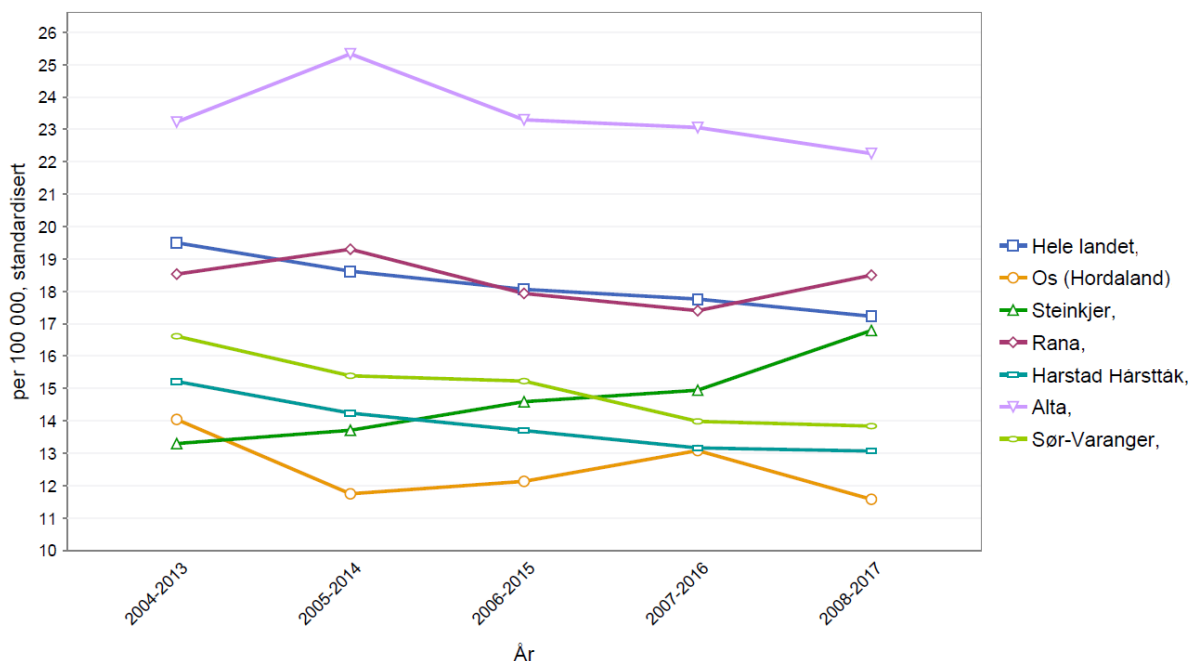
Tabellen viser at de fleste opplever mye psykisk press i arbeidet sitt. Inngrep kan for eksempel være inngrep fra rovvilt eller press på beiteområder i form av hyttebygging.

Fullstendige presentasjoner av SAMINOR og Levekår i reindrifta kan lastes ned på Finnmark fylkeskommune sin hjemmeside: <https://www.ffk.no/folkehelse/aktuelt/nettverkssamling-folkehelse-i-kirkenes-9-10-mai-2017.587882.aspx>

## 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.

### 4.0.1 Ulykker, tidlig død



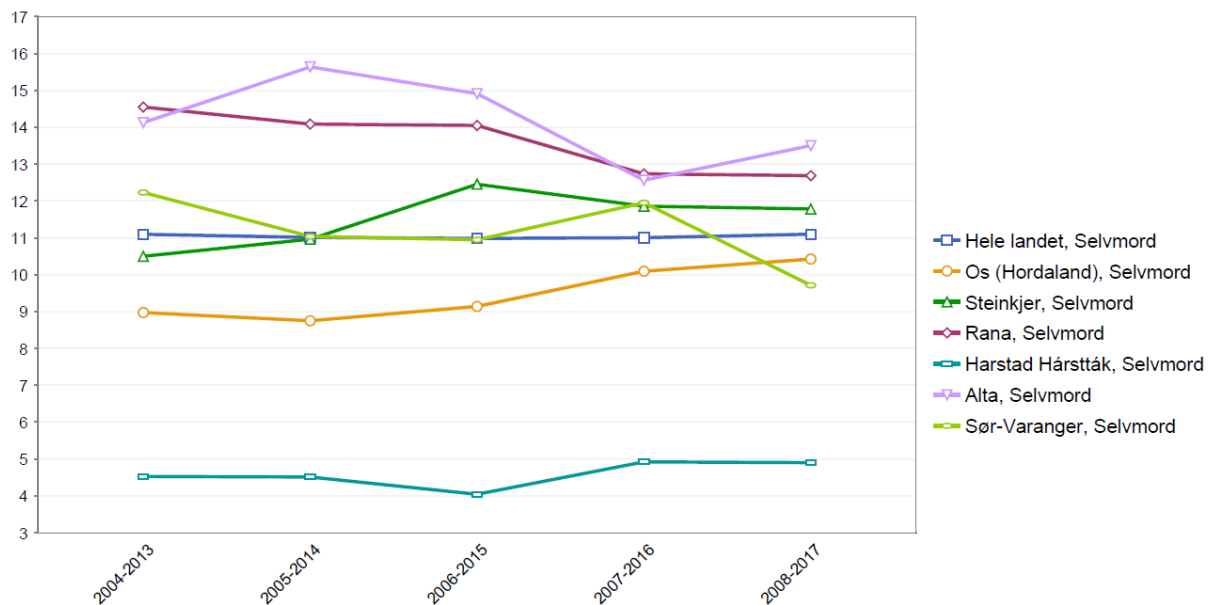
Figur 30, Ulykker, 0-74 år, pr 100 000 innbyggere.

Alta topper statistikken med de kommunene vi sammenlikner oss med. Definisjonen på tidlig død er definert som dødsfall før fylte 75 år i ulykker. Det innebærer ikke dødsårsaker relatert til levevaner som for eksempel KOLS, hjerte/ kar sykdommer og kreft. Selvmord er heller ikke inkludert i tallene.

Et gjennomsnittlig årlig antall for siste periode i Alta er ca 4 tilfeller pr år. Dette er fordelt på 2,5 menn og 1,4 kvinner.



#### 4.0.2 Selvmord



Figur 31, selvmord, 0-74 år, pr 100 000 innbyggere.

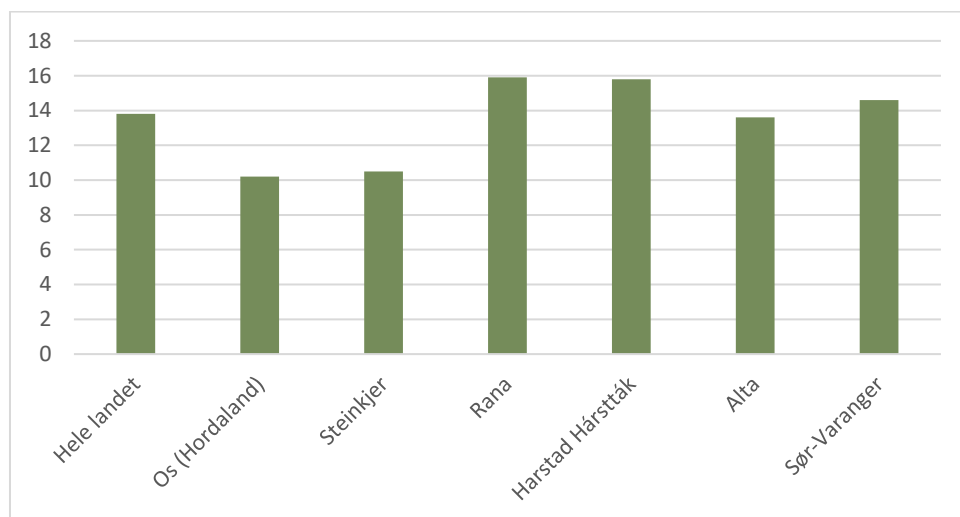
I kategorien selvmord definert som tidlig død ligger Alta også her på toppen. I faktiske tilfeller utgjør dette ca 2,5 dødsfall pr år målt ut fra siste periode. Av dette utgjør menn 1,9 og kvinner 0,6 personer pr år i gjennomsnitt.

## 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.

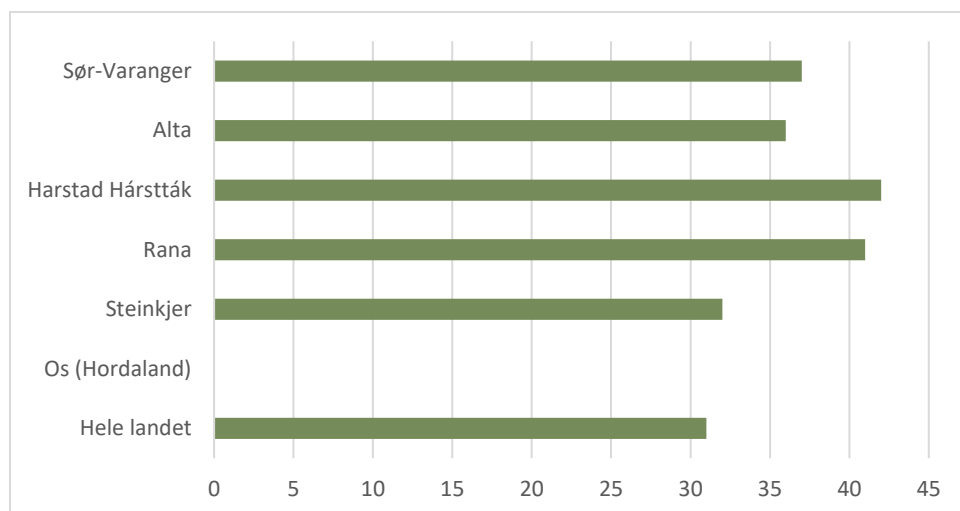
### 5.1.1 Lite fysisk aktive

Fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd og er viktig for forebygging og behandling av ulike diagnoser og tilstander. I barne- og ungdomsårene er regelmessig aktivitet viktig for normal vekt og utvikling. Det virker i tillegg positivt på den psykiske helsen, konsentrasjon og læring.



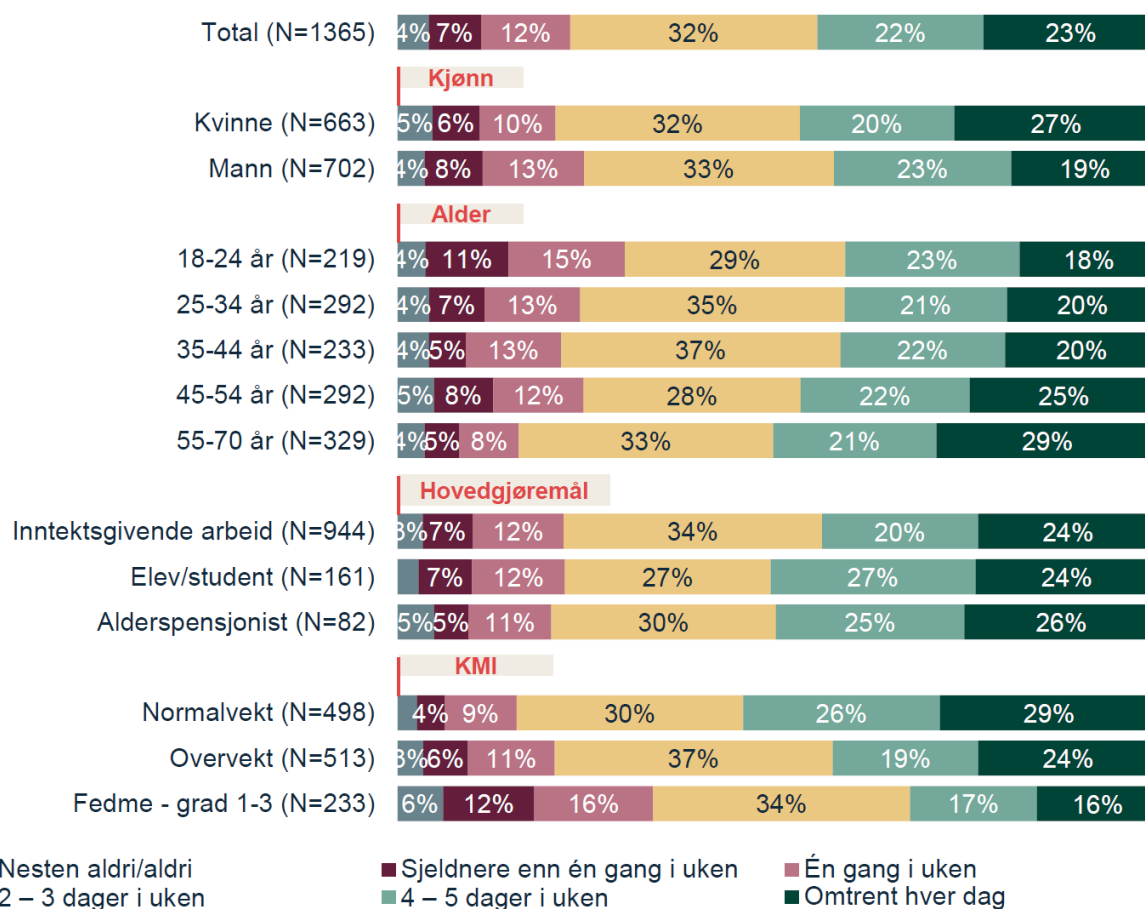
Figur 32, andel lite fysisk aktive, tall hentet fra 2015-2018.

Alta har en andel litt under landsgjennomsnittet på 13,6 %. Grensa er satt ved de nasjonale anbefalingene: barn og unge minimum 60 minutter daglig fysisk aktivitet. For voksne bør man oppnå minst halvparten av dette.



Figur 33, skjermtid, mer enn fire timer daglig, prosent. Os kommune har ikke levert data.

Tallene er hentet fra Ungdata. Det viser seg at tid i barne- og ungdomsårene som benyttes til ulike skjermer øker med stigende alder. Man ser sammenhenger mellom stillesitting, kroppsvekt, motoriske ferdigheter, kognitiv utvikling og risikofaktorer til hjerte- og karsykdommer også blant de yngste. Tiden i ro bør reduseres i løpet av dagen.



Figur 34, «Hvor ofte driver du med mosjon?», Alta 2019

Det er 45 % som oppgir fra fire til daglig mosjon gjennom uka, som vil være nærmest de anbefalinger norske helsemyndigheter har slått fast – med minst 150 minutter fysisk aktivitet pr uke (30 min om dagen i 5 dager).

Fordelt på kjønn er kvinner i Alta litt mer aktive enn menn (47% - 42 %). Fordelt på alder er de eldste litt mer ivrige enn de yngste – også sett gjennom alle aldersskikt.

Sett ut fra hovedgjøremål er studenter og pensjonister flittigere enn de som er i arbeid. Målt ut fra vekt mosjonerer de med normalvekt oftere enn de med overvekt og fedme.

### **5.1.3 Skole og barnehage – fysisk aktivitet**

For skolene i Alta blir det fortsatt satt av ressurser til en time fysisk aktivitet for 5 og 6 trinn, daglig. I tillegg medfører «Trivselsprogrammet» en viss aktivitet gjennom utdanning av trivselsledere blant elevene som inkluderer flest mulig i friminuttene.

Helsedirektoratet anbefaler at barn er fysisk aktive minst 1 time daglig. I Alta har over halvparten av barnehagene en egen satsing på fysisk aktivitet for barna. Noen deltar i egne prosjekter og noen har en egen profil som tydeliggjør ekstra dette satsingsområdet. For ca 1/3 begrenser aktiviteten seg til å ha et økt fokus på å gå turer i nærmiljøet eller til bestemte mål, som biblioteket og lignende.

Ungdata-undersøkelsen gir informasjon om at ungdomsskoleelever oppgir at de som trener minst én gang i uka eller mer ligger på 82 % i Alta, likt som landssnittet. Tallene er fra 2017.

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.

Gjennom Finnmark friluftsråd er det startet flere aktivitetstiltak som er rettet mot barnehage og skole. Både «Friluftsliv for folk med særskilte behov», «Friluftsskoler», «Strandrydding», «læring i friluft» samt «Småføtter på tur» er tiltak hvor målgruppene i stor grad er de yngste i samfunnet.

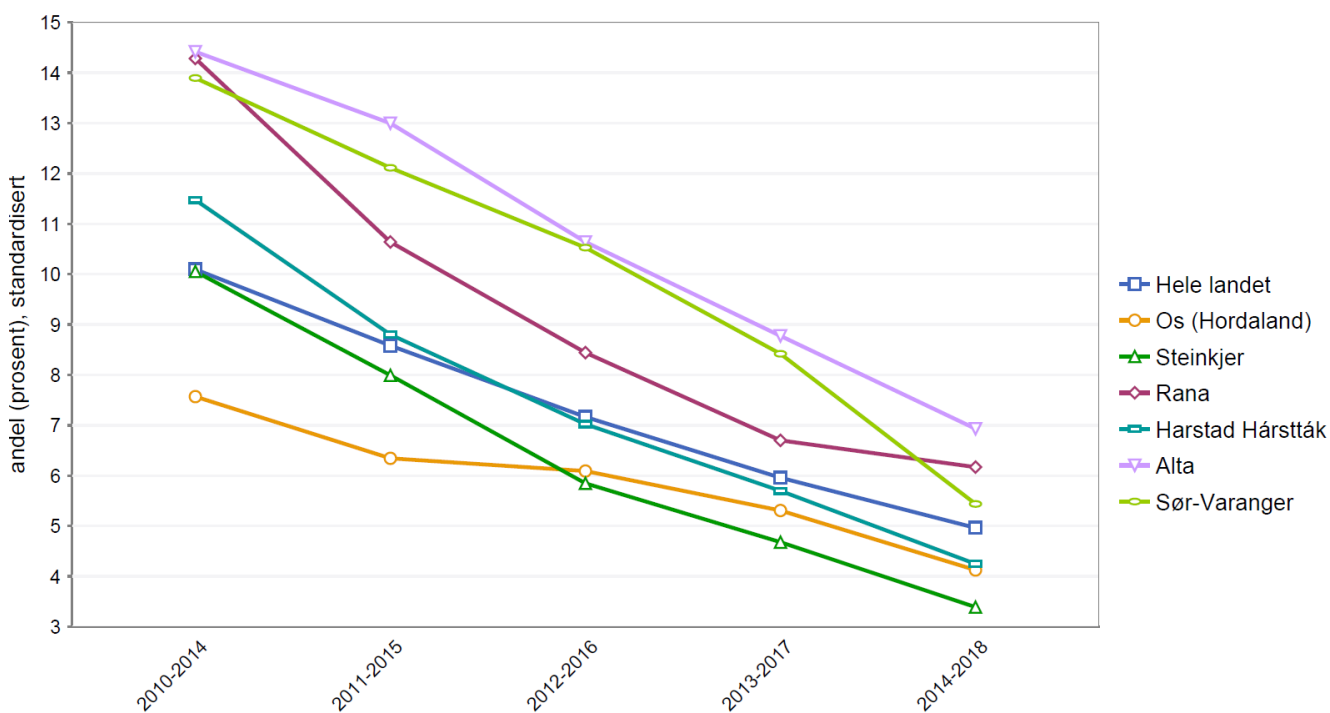
Det oppleves likevel som urovekkende at mange friske barn kjøres til skoler i vinterhalvåret. De to store ungdomsskolene og videregående skole er plassert i Skolevegen – noe som

utløser krav til skoleskyss når elevene bor lenger unna enn 4 km. Mange bruker både kollektiv og blir kjørt med bil, samt at stadig flere kjører selv, herunder bil, moped, UTV og ATV.

## 5.2.1 Tobakk

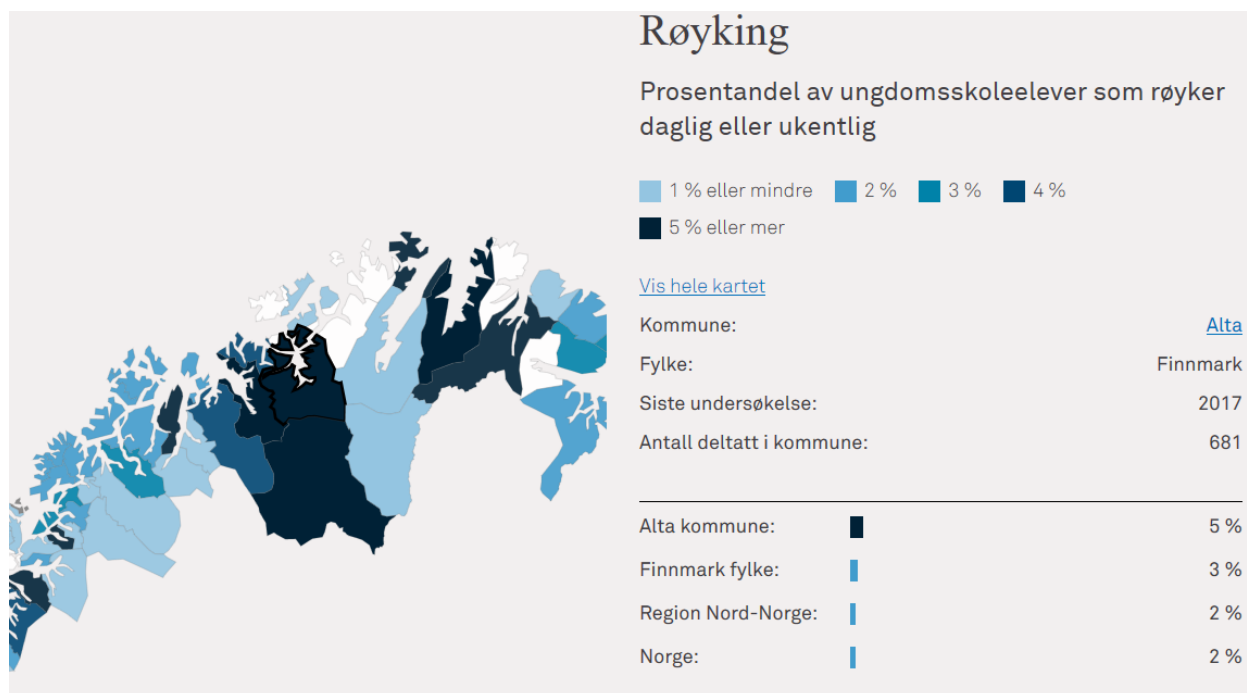
### Ungdom

Angående skoler har Alta kommune sine ungdomsskoler deltatt i Fri programmet, en ordning som forebygger bruk av tobakk. Finnmark har i 2015/ 2016 hatt best oppslutning på antall inngåtte kontrakter for elever – med en andel på nesten 50 %. Det er andre året på rad de topper dette. Kontrakten er en frivillig ordning mellom foresatte og elever hvor man forplikter seg til å avstå fra bruk av røyk og snus. Ikke alle har behov for å signere kontrakten.



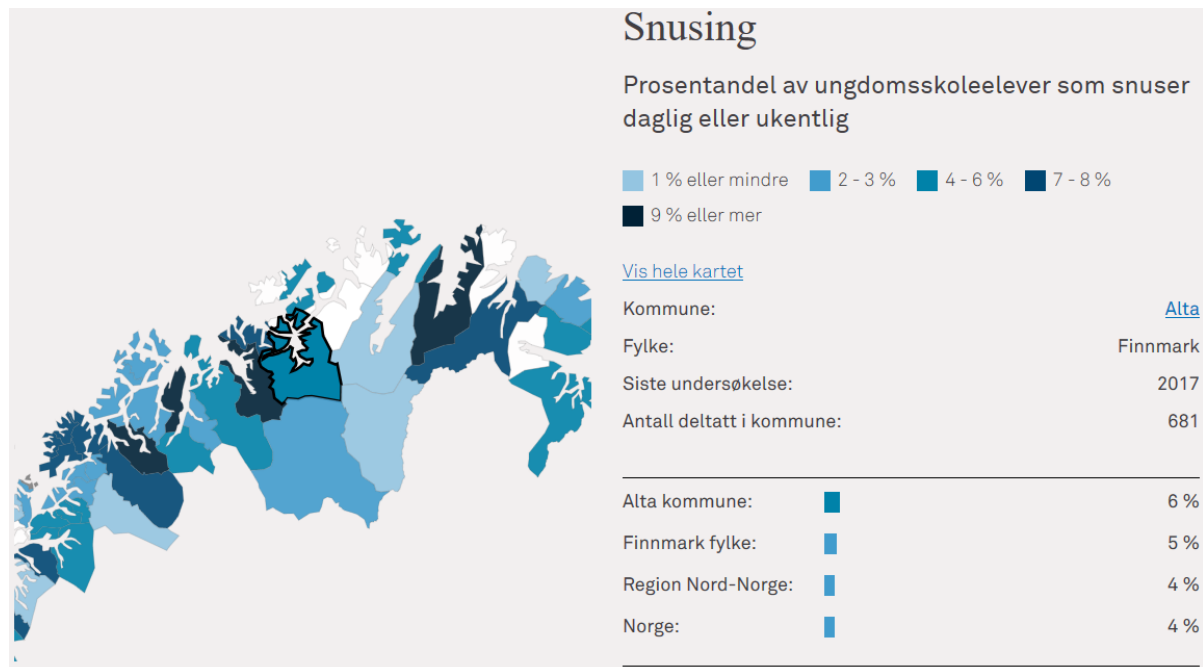
Figur 35, Røyking kvinner, Alta (målt for gravide ved 1.gangskontroll)

Jevnt over er trenden synkende med en tilnærmet halvvering for de siste 9 årene for Alta. Like fullt har vår kommune størst andel med røykere blant gravide.



Figur 36, prosentandel ungdomsskoleelever som røyker daglig eller ukentlig, 2017.

Røyking blant de yngste viser at Alta har mer enn dobbelt så mange ungdommer som røyker enn landssnittet og Nord Norge.



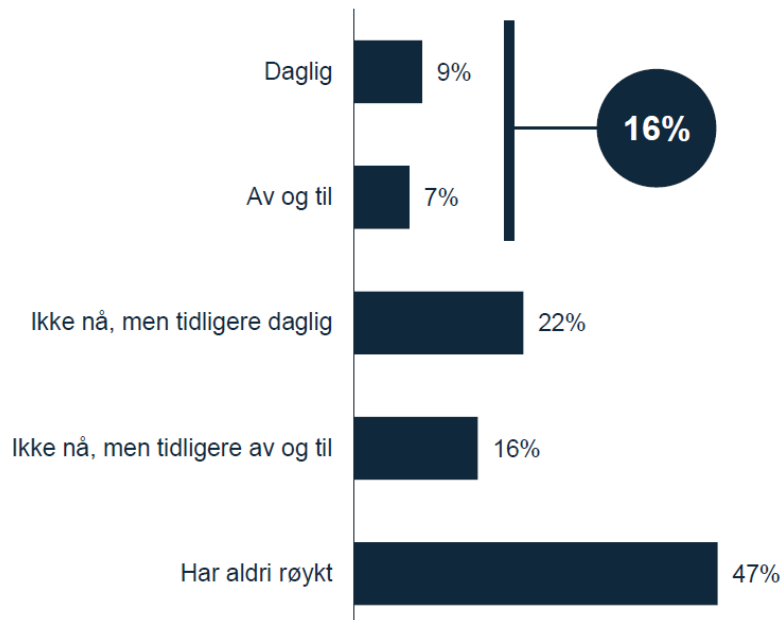
Figur 37, prosentandel ungdomsskoleelever som bruker snus daglig eller ukentlig, 2017.

Også innen bruk av snus ligger Alta høyere (1,5 gang) enn både landssnittet og Nord-Norge.

## Voksne

### Røyker du?

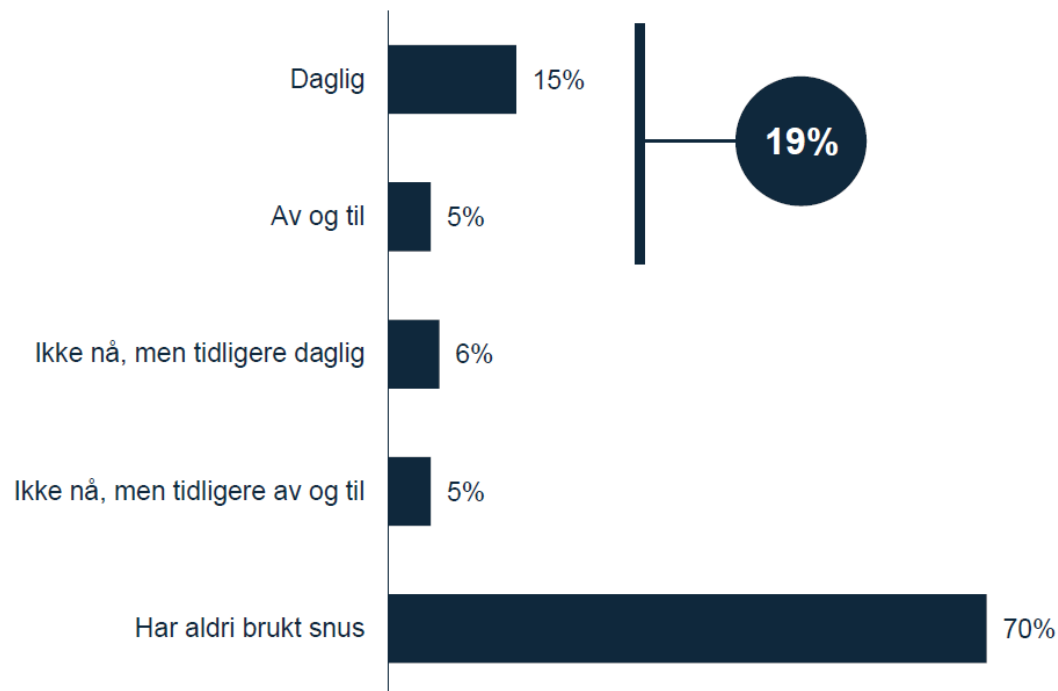
---



Figur 38, prosentandel voksne i Alta som røyker tobakk, 2019.

16 % av den voksne befolkningen røyker tobakk daglig eller av og til. Nesten halvparten oppgir at de aldri har røkt. Landsgjennomsnittet ligger på 12 % som oppgir å røyke daglig samt 9 % at de røyker av og til (2018).

### Bruker du snus?



Figur 39, prosentandel voksne i Alta som bruker snus, 2019.

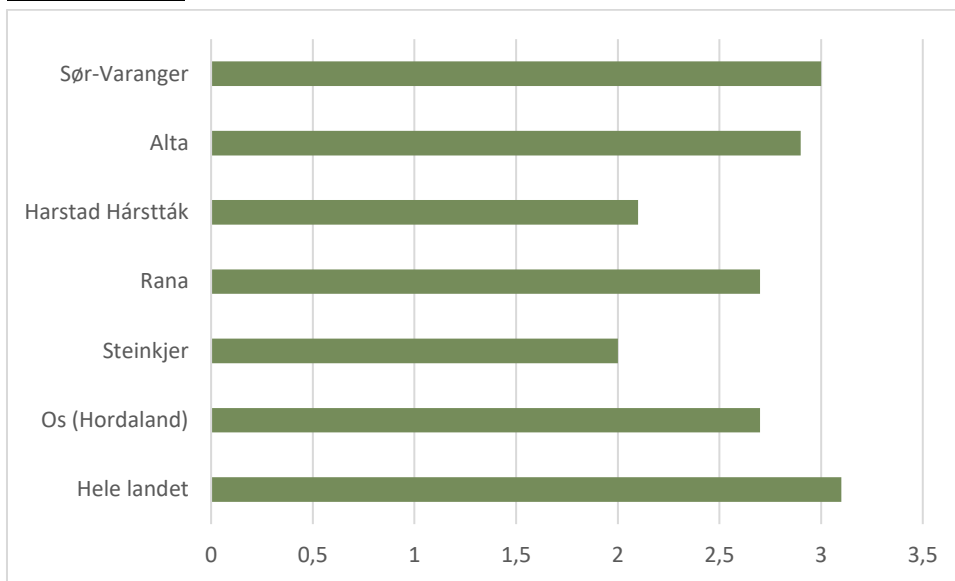
Nesten hver femte voksne i Alta oppgir å bruke snus daglig eller av og til. Litt flere enn 2 av 3 oppgir at de aldri har brukt snus. På landsbasis er daglig brukere av snus ca 12 %, de som snuser av og til 4 %.

Det er store samfunnsøkonomiske kostnader forbundet med røyking og et betydelig tap av leveår og livskvalitet for den enkelte røyker. Det er anslått at dette utgjør opp mot 80 mrd kroner på landsbasis pr år (minst 150 000 tapte kvalitetsjusterte leveår inngår i tallet).



### 5.2.3. Narkotiske stoffer

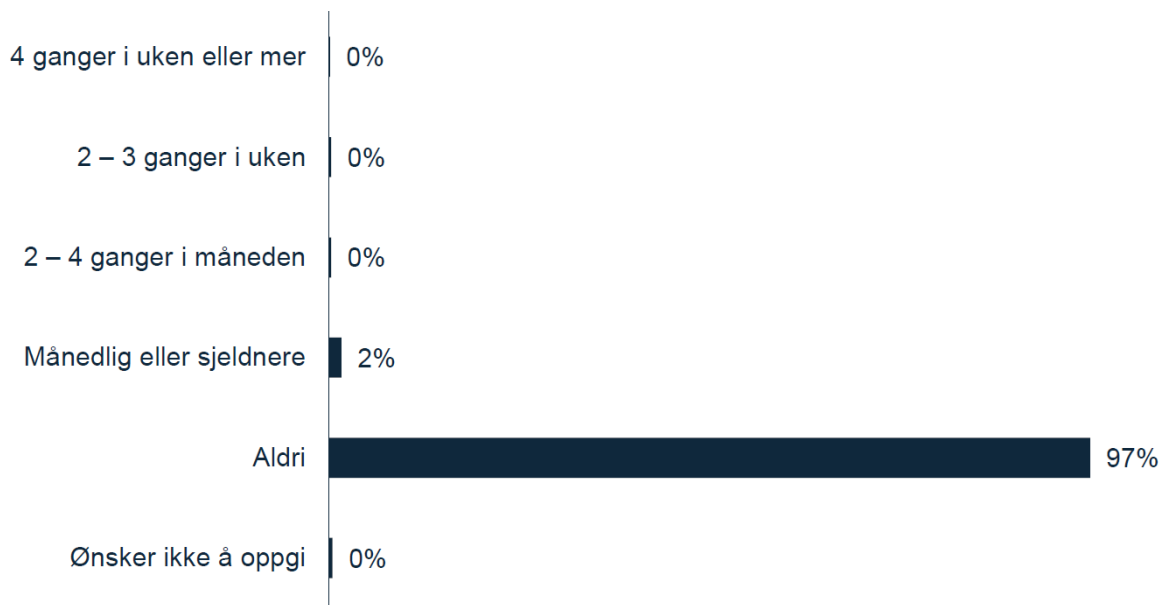
#### Cannabisbruk



Figur 40, cannabisbruk andel, prosent, siste måling (2018).

Tallene i figuren over er hentet fra Ung data. Det er ulike år hver kommune har gjennomført denne undersøkelsen, alt fra 2015 til 2018. Alta sitt tall er hentet fra 2017 og da var landsgjennomsnittet 2,6 %. Altas andel det året var 2,9 % (som vist i grafen) og altså høyere enn landssnittet.

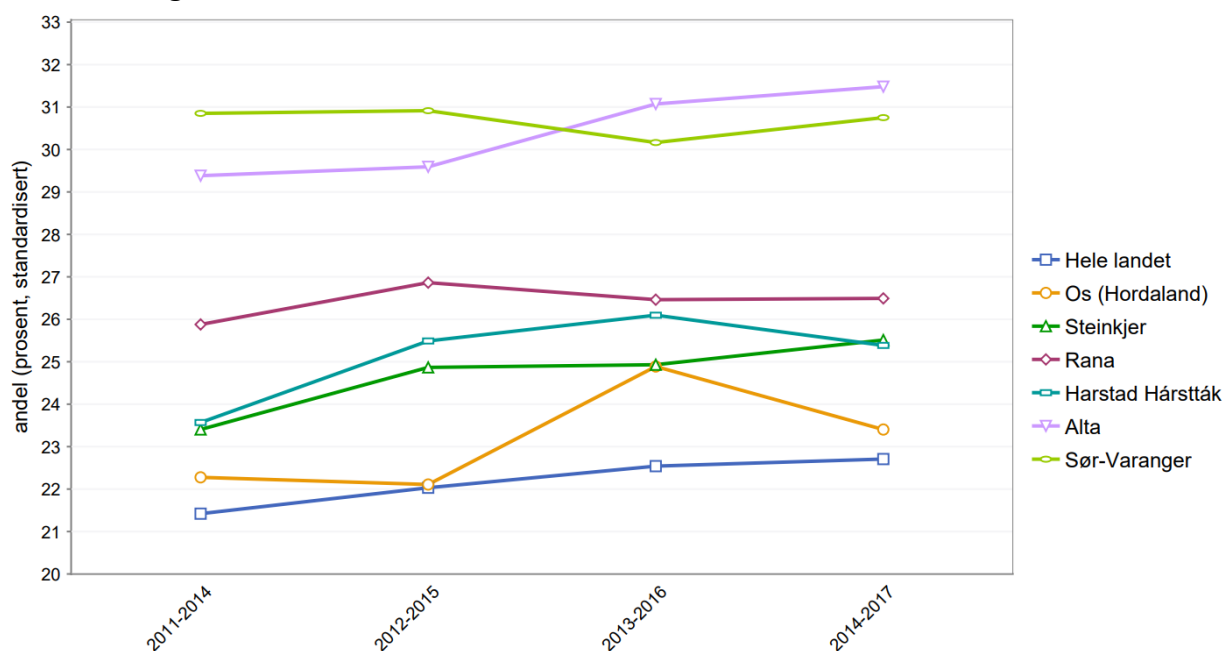
### Narkotiske stoffer/ illegale rusmidler



Figur 41, «I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte vil du si at du har inntatt/ benyttet narkotiske stoffer eller andre illegale rusmidler?», Alta 2019.

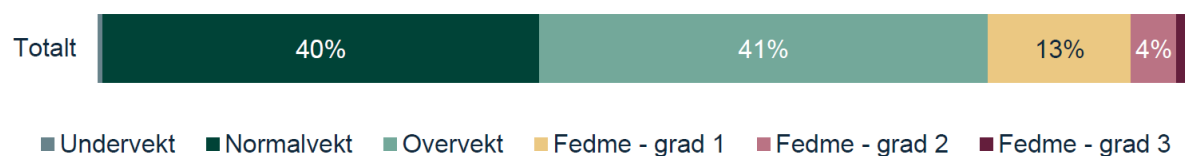
Majoriteten av den voksne befolkningen oppgir at aldri har inntatt narkotiske stoffer siste 12 måneder. Det er knyttet noe usikkerhet til svaret ettersom dette er selvrapporterte svar, selv om respondentene er anonyme.

### 5.3.1 Overvekt og fedme



Figur 42, overvekt og fedme ved sesjon, kjønn samlet (prosentandel).

En kroppsmasseindeks (KMI) mellom 25 og 29,9 regnes som overvektig. Alt over dette regnes som fedme. Alta ligger øverst i vår kommunegruppe, nesten 10 % over landsnittet og tendensen er økende. Det ble obligatorisk innkalling for jenter til sesjon fra 2015.

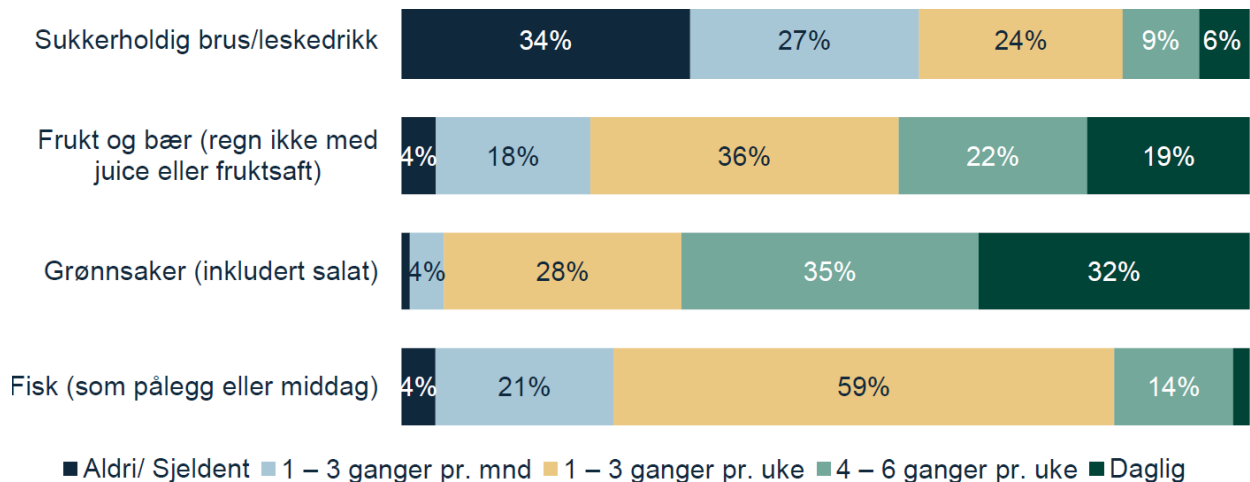


Figur 43, Innbyggernes kroppsmasseindeks (KMI), Alta 2019.

KMI regnes ut ved hjelp av selvrapportert høyde og vekt. 41 % av befolkningen anses som overvektige, 13 % har fedme 1 grad. Overvekt og fedme skyldes en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk. På landsbasis har hver femte person KMI over 30 (fedme).

Personer med overvekt har økt risiko for utvikling av diabetes. De med fedme har i tillegg økt risiko for tidligere dødelighet.

### 5.3.2 Kosthold



Figur 44, «Hvor ofte spiser eller drikker du...», Alta 2019

Grønnsaker og frukt/ bær spises oftest daglig i befolkningen, mens sukkerholdig drikke blir inntatt sjeldnest.

Når det gjelder sukkerholdig drikke kommer den yngste gruppa dårligst ut. Fordelt på kjønn drikker menn brus litt oftere enn kvinner.

Når det gjelder fisk spiser de eldste gruppene dette oftere enn de yngste.

### Skole og barnehage

Alta ungdomsskole og Alta videregående skole har egne kantiner, de øvrige har det ikke. Her har de en bevisst holdning til hva som tilbys elevene, selv om det også er mulig å kjøpe usunn mat. De fleste skolene har en form for veiledning til foreldre på kosthold, noen få er også godtefri og tilbyr heller ikke sjokomelk i skolemelkordningen. Ingen tilbyr skolefrukt da denne ordningen er opphørt i kommunen. Noen kantiner tilbyr fremdeles salg av frukt.

Noen barnehager gjennomfører matkurs for foreldrene, en del har egne kokker i deltids stillinger som både baker og lager varm mat til lunsj et par ganger i uka. Et par av barnehagene er fullkost barnehager og de kan da styre helt hvilken mat barna får. Noen barnehager har innført lunsjbuffet – hvor erfaringene viser mer harmoni blant ungene og avdelingene. De fleste tiltakene begrenser seg til å veilede foreldre på foreldremøter om hva barn bør spise.

## 6.0 HELSETILSTAND

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

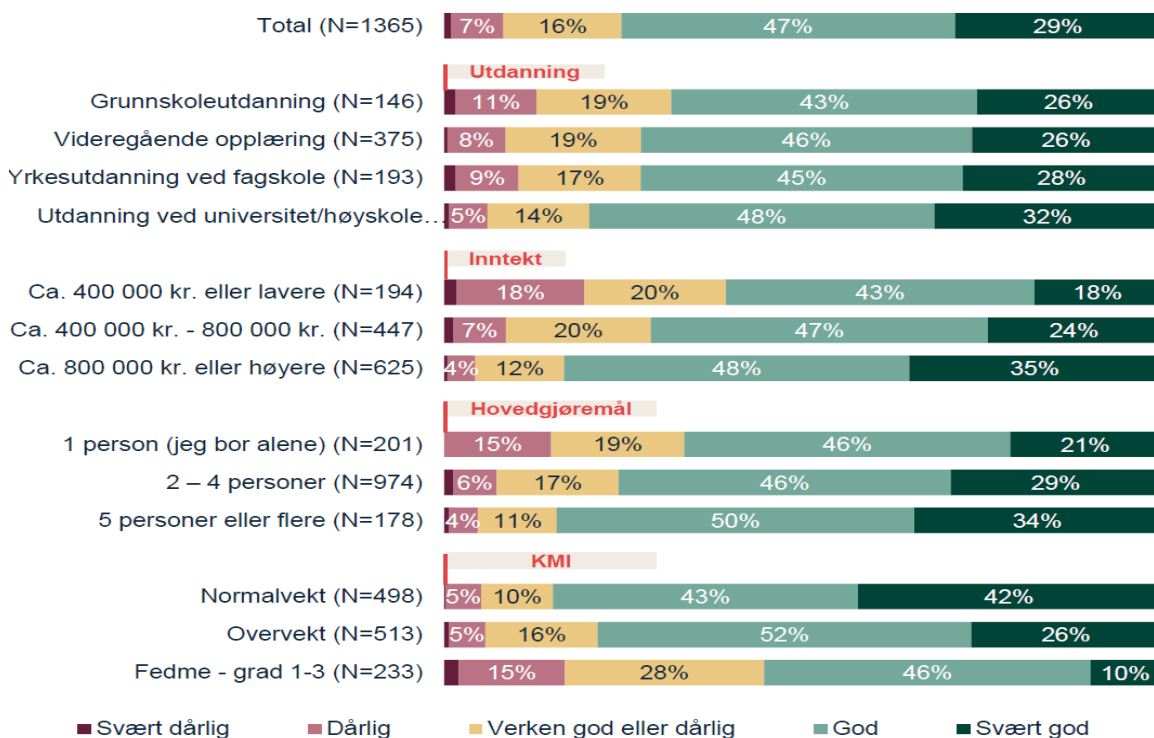
### 6.1 PSYKISK HELSE

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.

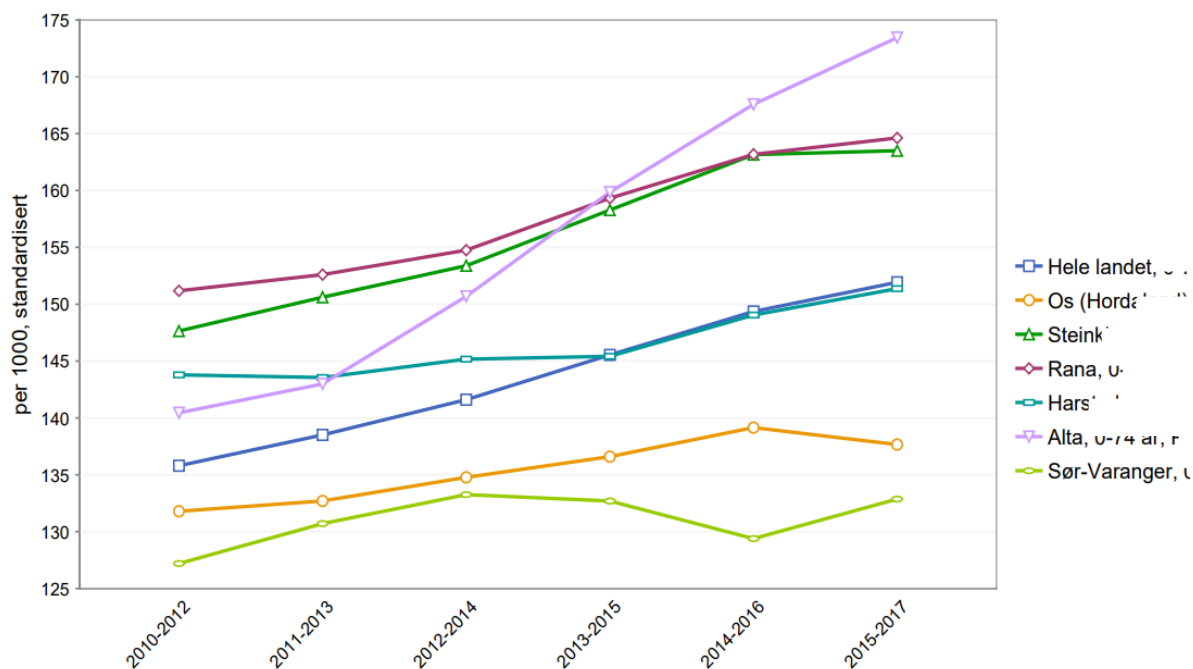
#### Egenvurdering helse



Figur 45, «Hvordan vurderer du din egen helse, sånn i alminnelighet? Vil du si den er...»

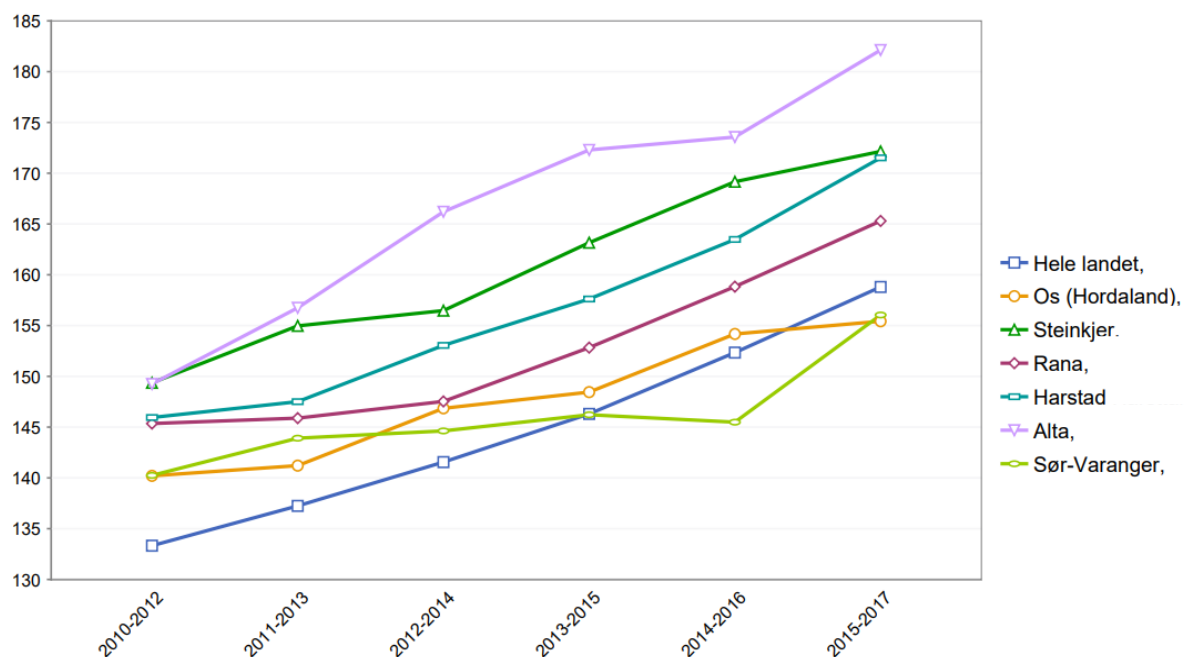
Her er helserapporteringen fordelt på utdanning, inntekt, antall personer i husholdningen og KMI. Det rapporteres litt bedre helse blant de med høyere utdanning, bedre helse blant de med høyere inntekt og likedan med jo flere personer det bor i husholdningen. Tilsvarende er det flere med god helse som er normalvektige og motsatt hos de med overvekt og fedme.

### 6.1.1 Psykiske symptomer og lidelser



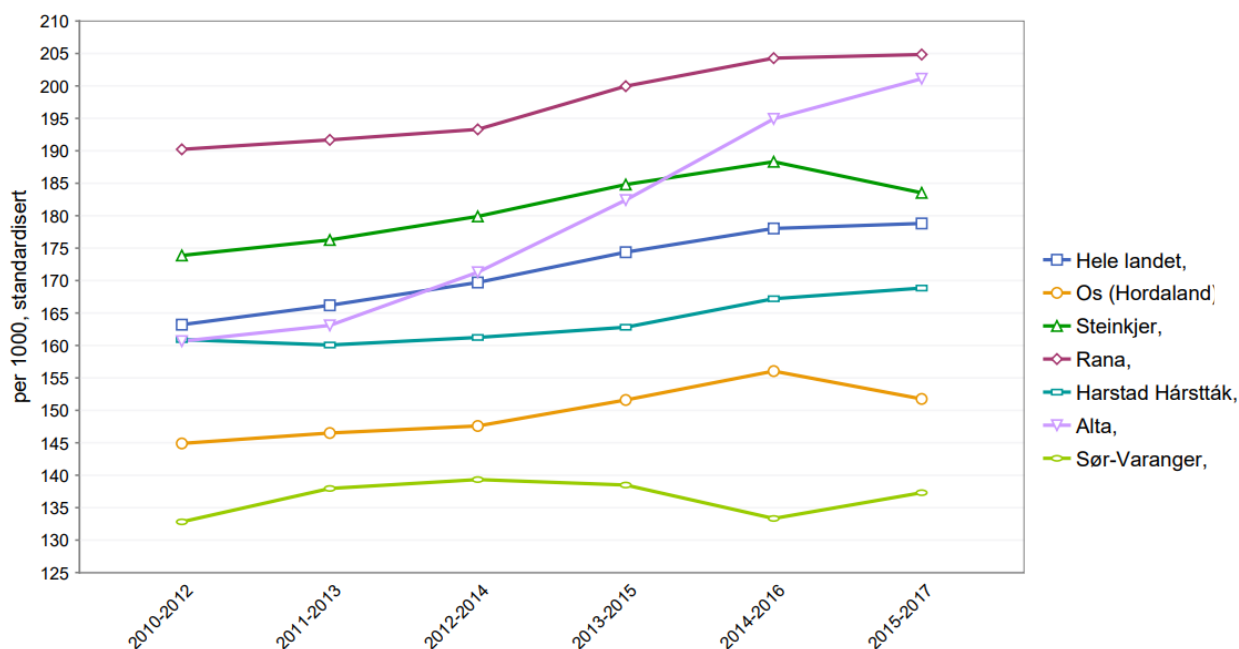
Figur 46, Psykiske symptomer og lidelser, primærhelsetjenesten, 0-74 år, pr 1000 innbyggere.

Alta har 173 tilfeller med psykiske symptomer og lidelser pr 1000 innbygger. Registreringen er basert på brukere i primærhelsetjenesten. Dette er helt øverst på skalaen og økningen har vært tydelig siden 2010. Dette tilsvarer 1274 personer i siste periode.



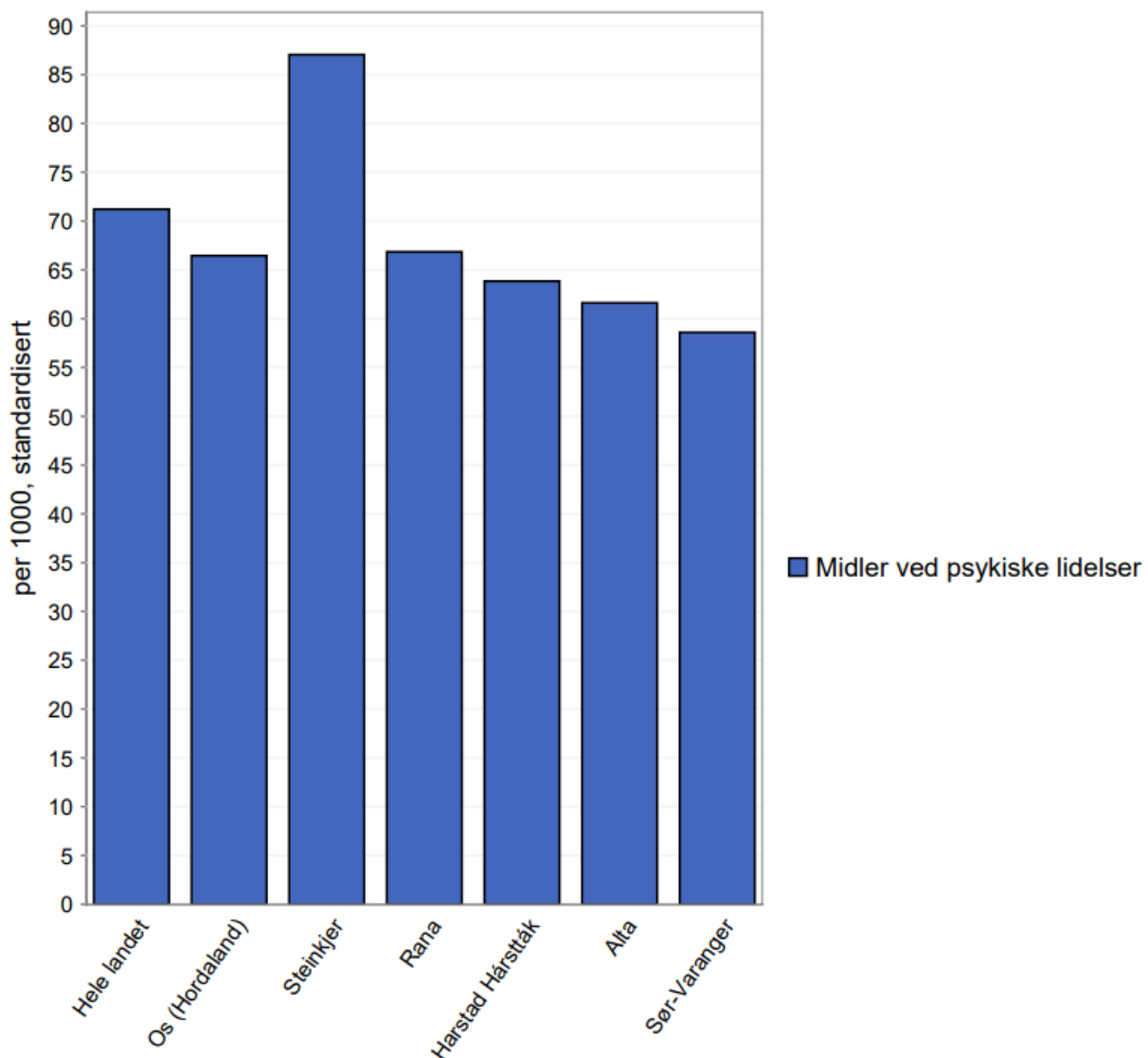
Figur 47, psykiske symptomer og lidelser 15-29 år, pr 1000, primærhelsetjenesten.

Alta har høyest forekomst av unge personer (15-29 år) med psykiske symptomer og lidelser i vår sammenligningsgruppe med 182 tilfeller pr 1000 innbyggere. Det tilsvarer 839 personer pr år siste periode.



Figur 48, psykiske symptomer og lidelser 45-74 år, pr 1000, primærhelsetjenesten.

I aldersgruppen 45-74 år har stigningen vært langt brattere enn de øvrige kommunene vi sammenlikner oss med. Pr 2017 er forekomsten nest høyest i vår gruppe, hvor faktisk antall er 1364 personer pr år i perioden.

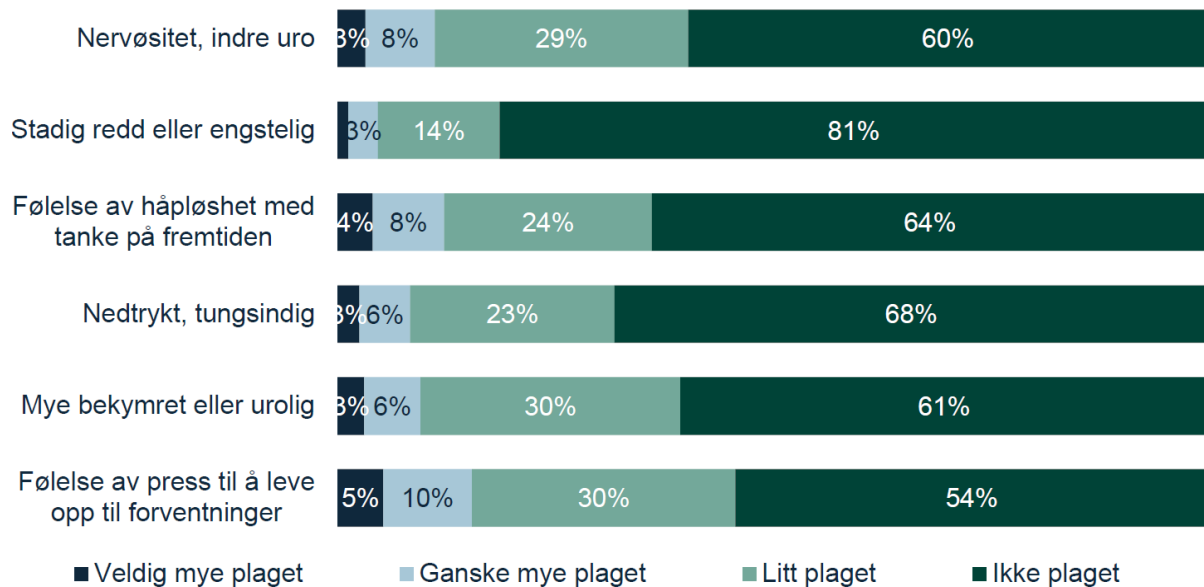


Figur 49, legemiddelbruk psykiske lidelser, 0-74 år, 2016-2018

Alta ligger nest lavest i medisinbruk for psykiske lidelser, pr 1000 innbygger, i vår kommunegruppe. Dette er også under landsgjennomsnittet.

Over 1600 brukere benytter sovemidler og beroligende midler i Alta. Innen antidepressiva er antall brukere litt over 900, antipsykotika ca 350 og medikamenter mot ADHD brukes av litt over 200 personer i perioden 2016-2018.





Figur 50, «I hvilken grad har du opplevd å ha vært plaget av følgende i løpet av siste uken?»

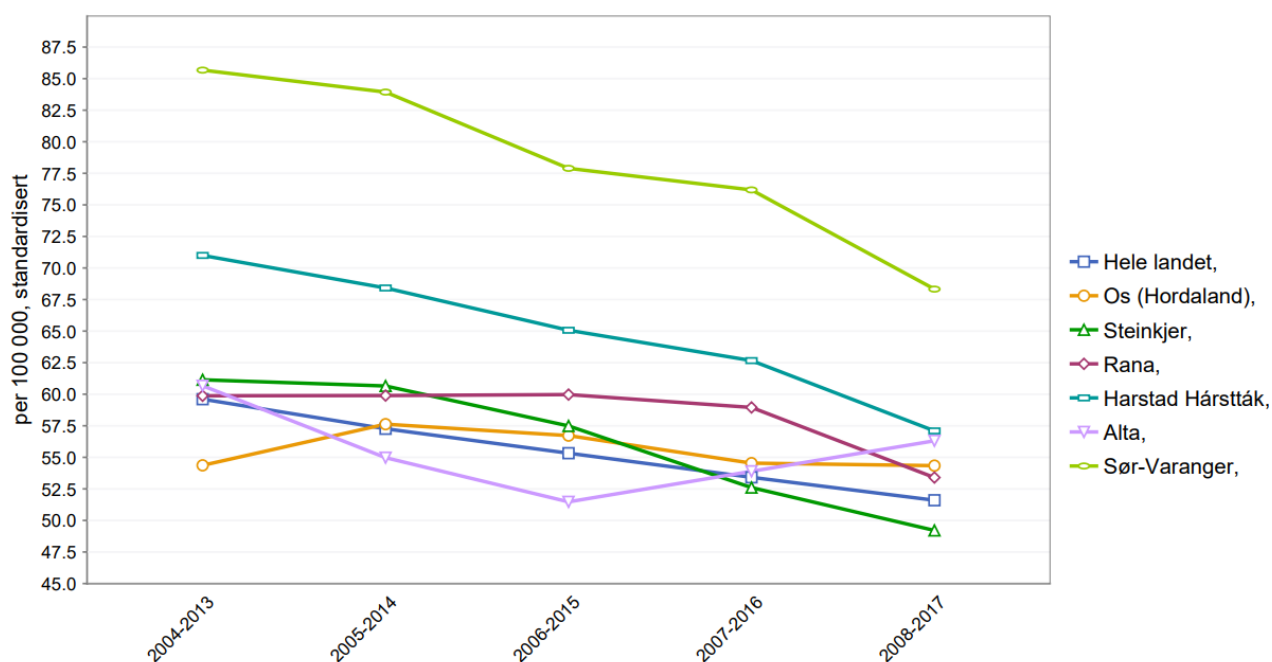
Innenfor hver kategori er det jevnt over litt flere kvinner som melder om psykiske plager enn menn. Innenfor alder er det også de yngste som rapporterer om psykiske plager i motsetning til de eldste gruppene. Personer som bor alene har også en høyere score enn husstander med flere flerhusholdninger.

## 6.2 FYSISK HELSE

### Dødsårsaker og forekomst av sykdommer

I det videre tar vi for oss hver av de store livstilssykdommene, både med tanke på forekomst totalt – og hvordan den slår ut med tanke på for tidlig død.

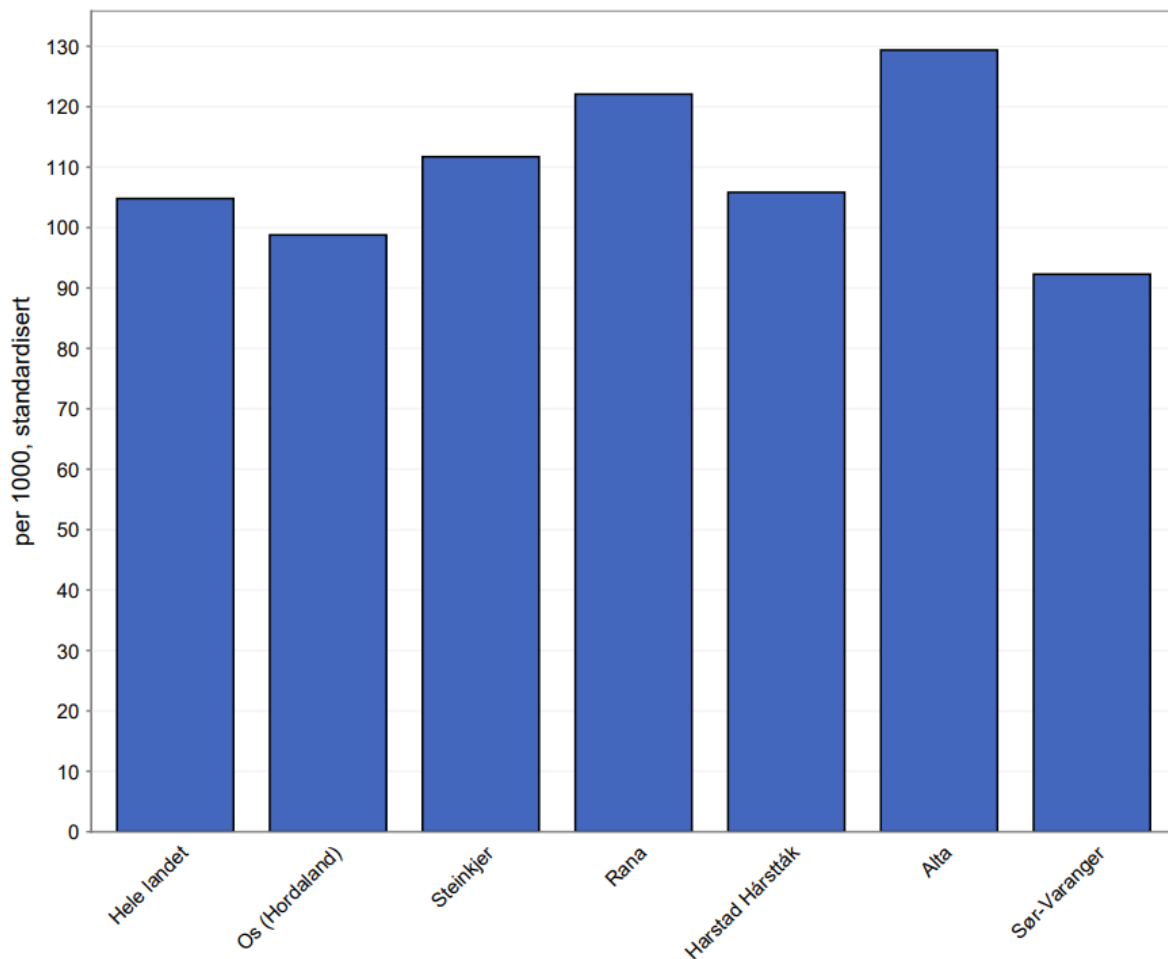
#### 6.2.1 Hjerte og karsykdommer



Figur 51, Dødelighet, hjerte- og karsykdommer pr 100 000, 0-74 år.

Alta lå lavest ved forrige gjennomgang i vårt kommuneutvalg av personer som dør av hjerte- og karsykdommer. Nå har Alta steget til tredje høyest og stigningen har tatt til de siste 3 måleperiodene.

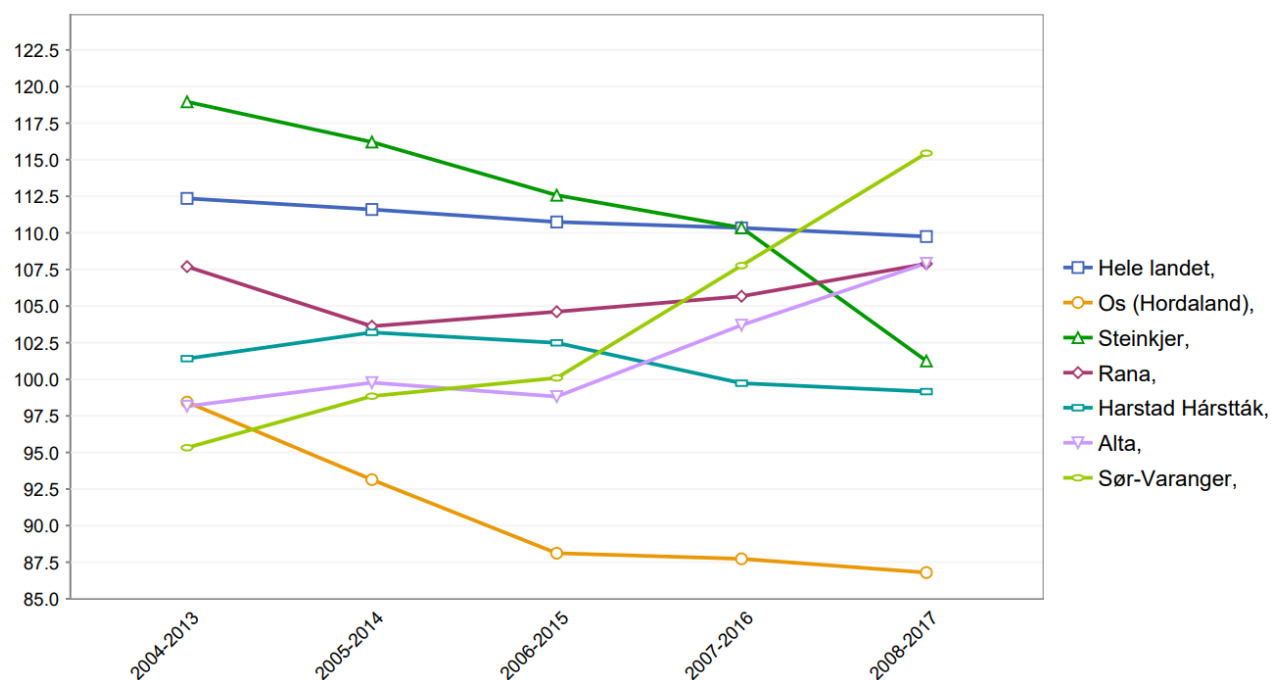
Antallet som dør av dette tilsvarer ca. 56 pr 100 000 innbyggere. Forekomsten i Alta beregnes til ca. 26 tilfeller hjertesykdom (iskemisk) og 4 tilfeller hjerneslag med dødelig utgang i siste periode på figuren. Totalt er det ca 9 tilfeller totalt pr år som dør av hjerte- og karsykdommer i Alta.



Figur 52, brukere i primærhelsetjenesten med hjerte- og karsykdomsdiagnoser, pr 1000, 0-74 år, 2015-2017.

I forekomsten av hjerte- og karsykdommer ligger Alta på topp i vårt utvalg. Både kvinner og menn i Alta er på topp i sin gruppe, innenfor alle aldersgrupper. Dette utgjør 2232 faktiske tilfeller i perioden. I alder er det gruppen 45-74 år som er høyest representert (82 %), naturlig nok - da det som oftest er i voksenalder karsykdommene utvikler seg.

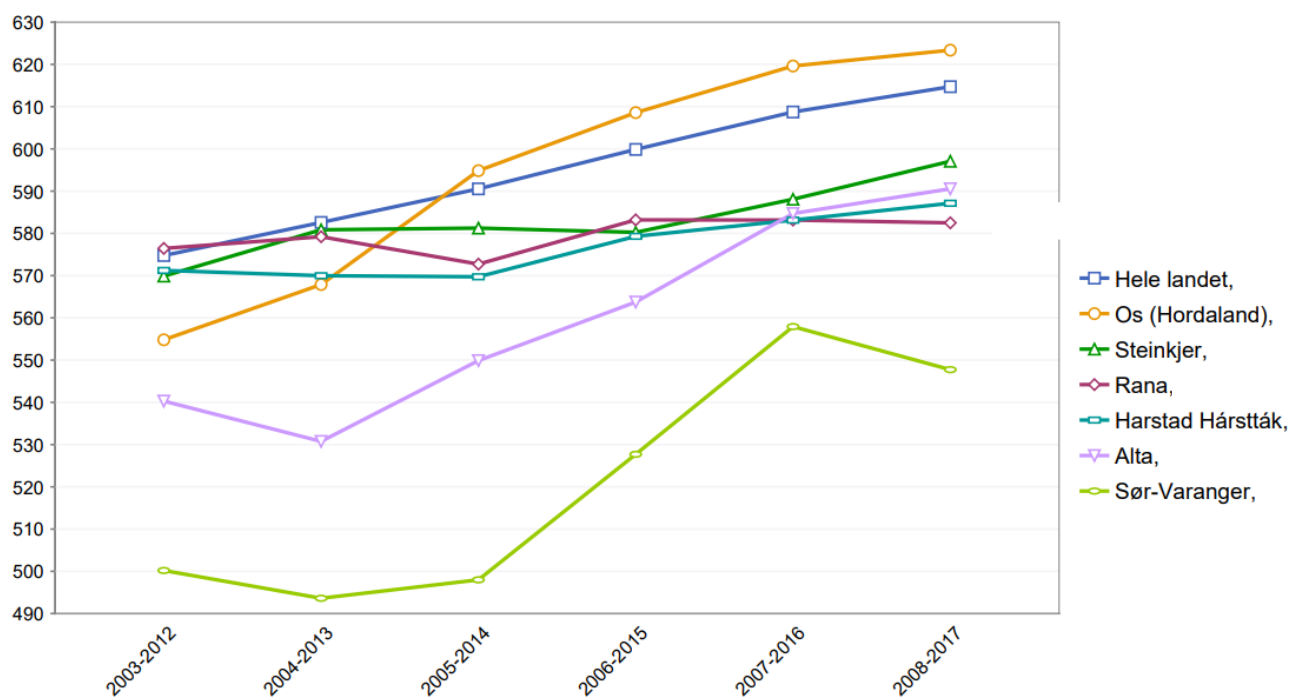
## 6.2.2 Kreft



Figur 53, dødelighet kreft, 0-74 år pr 100 000.

Innenfor dødelighet av kreft har Alta hatt en økning de siste to periodene og ligger i midtsjiktet blant de vi sammenlikner oss med. Alta ligger også under landsgjennomsnittet.

Det er ca 107 pr 100 000 innbyggere som dør av kreft i Alta (tidlig død, 0-74 år). Dette tilsvarer ca 17 personer (beregnete tall) hvor 5 av lungekreft.



Figur 54, nye tilfeller av kreft pr år, pr 100 000.

Innen forekomster av nye krefttilfeller er antallet ca. 9 pr år for tykk- og endetarmskreft – som er i laveste sjiktet i kommunegruppen.

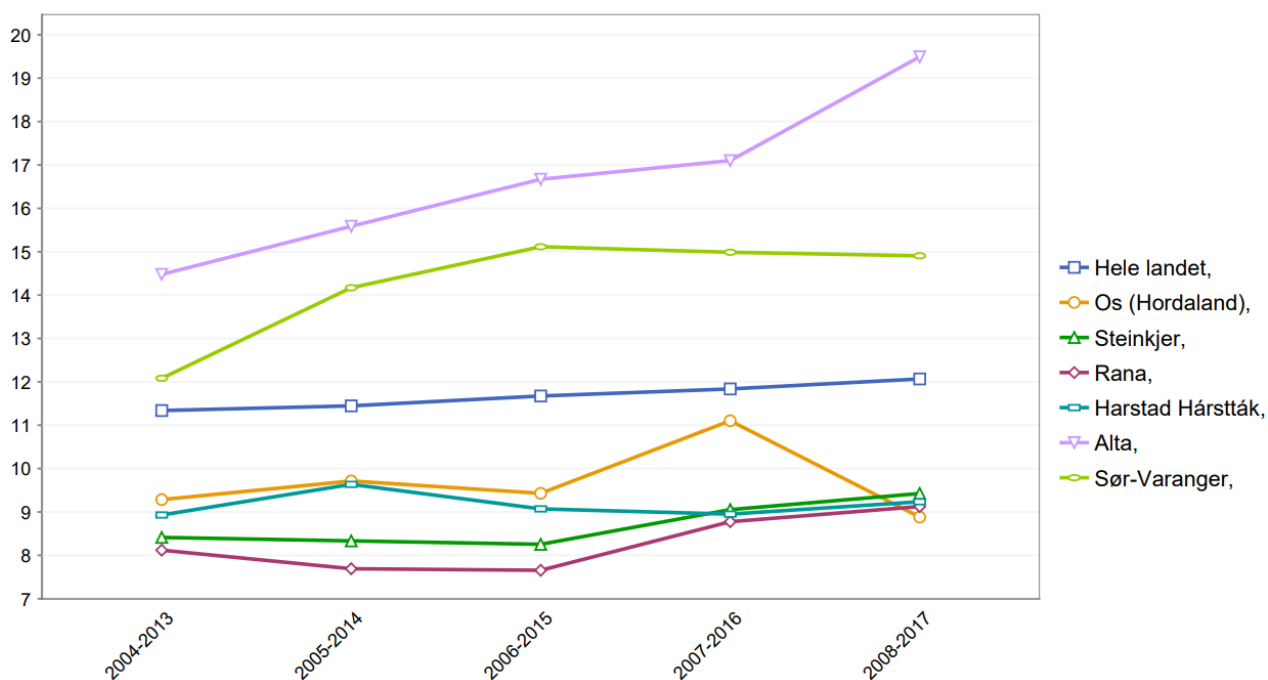
For ny forekomst av lungekreft har menn høyere forekomst enn kvinner. Alta er likevel midt på treet i forekomst totalt av lungekrefttilfeller. Totalt oppstod ca. 11 nye tilfeller i siste periode og Alta har en stigende tendens.

For lymfekreft ligger tallet på ca 10 nye beregnede tilfeller i perioden. Menn i Alta har ca dobbelt så høy forekomst som kvinner.

Innen brystkreft (kun kvinner) ligger antallet nye tilfeller under landssnittet og kvinnene er i det nedre sjiktet i gruppa vår. Det utgjør et beregnet tall på om lag 9 nye tilfeller pr år i løpet av 2008-2017.

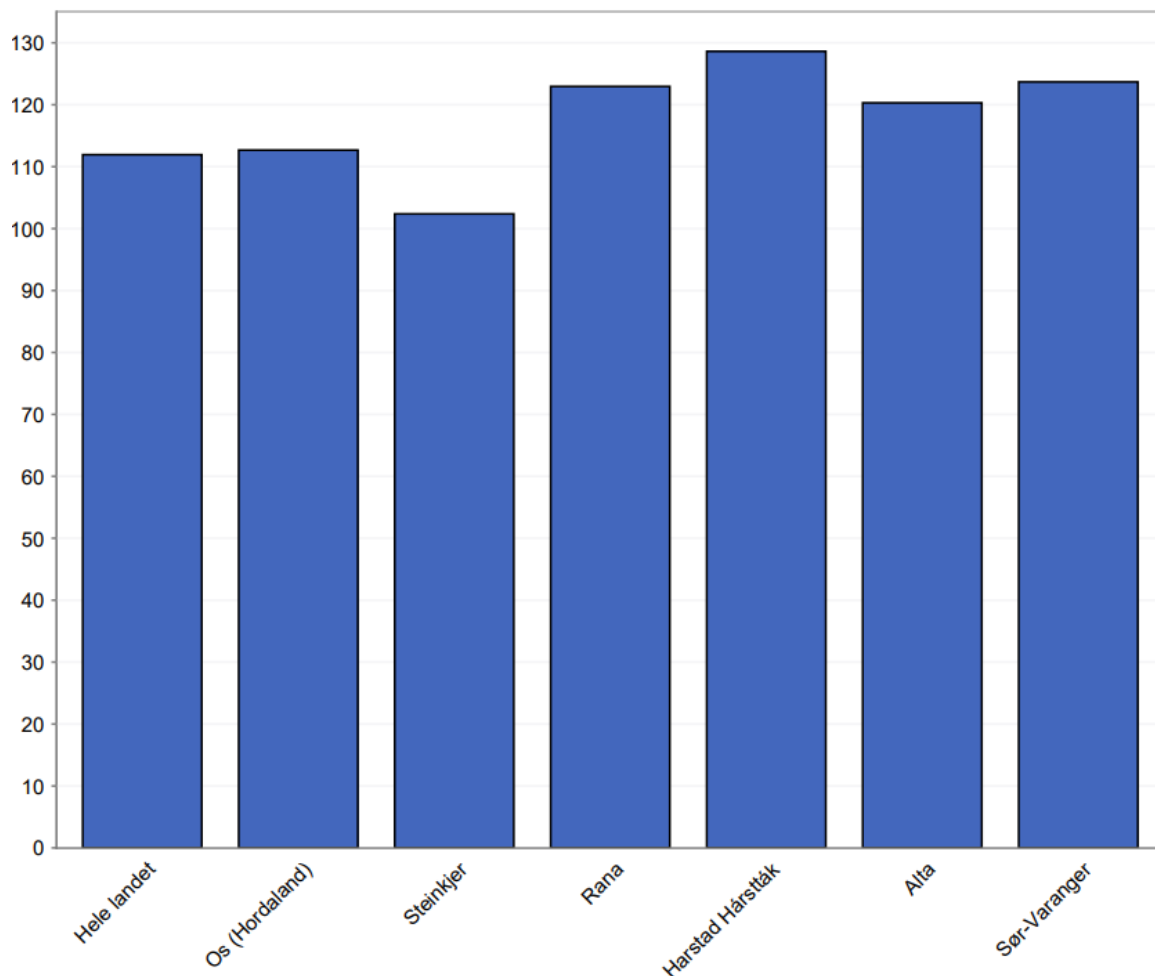
For prostatakreft (kun menn) ligger Alta under landssnittet (185 pr 100 000 innbyggere). Beregnet forekomst er ca. 15 tilfeller pr år fra 2004-2013.

### 6.2.3 KOLS



Figur 55, dødelighet, KOLS pr 100 000, 0-74 år.

Alta er øverst og har størst økning i denne sykdomsgruppen. Andelen ligger på omlag 19 tilfeller pr 100 000 innbyggere. Dette utgjør omlag 3 tilfeller i Alta pr år.

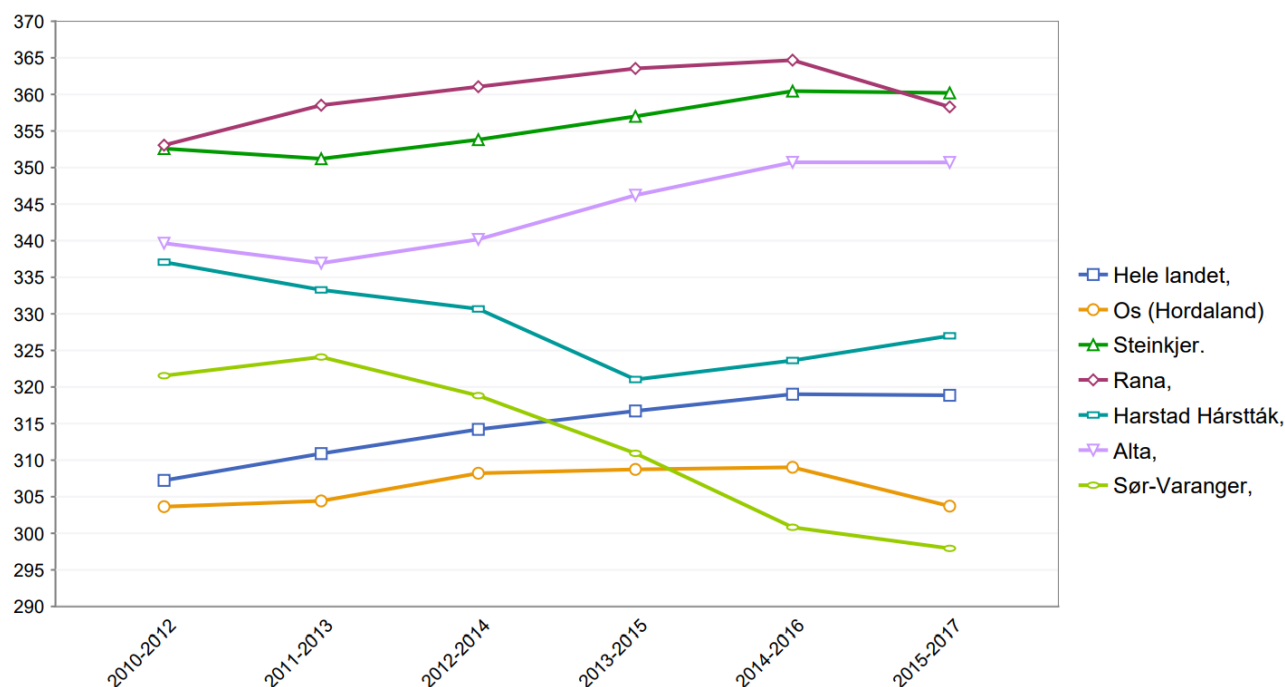


Figur 56, KOLS og astma – legemiddelbrukere 45 – 74 år, pr 1000.

Antall legemiddelbrukere innen KOLS og astma i Alta 2016-2018 var 812 personer. Det er i øvre sjikt i vårt utvalg. Kvinner utgjør 59% av totalen av disse.

### 6.2.5 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 57, Muskel og skjelett, primærhelsetjenesten, pr 1000.

Alta har høy forekomst innad i vår gruppe, mens siste periode har holdt seg stabil. 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. Perioden 2015-2017 omfatter ca. 6500 personer i Alta. For de yngste (15-29 år) har Alta nest høyest forekomst med 291 pr 1000 innbyggere. For den eldre gruppen (45-74 år) er Alta 3. høyest, med 461 tilfeller pr 1000. Fordelt på kjønn er kvinner høyere representert (+ 25 %) enn menn.

## 7.0 FOKUSOMRÅDER

Tirsdag 14 januar 2020 ble det gjennomført et folkegruppemøte ved Alta rådhus, i kommunestyresalen. De fremmøtte var som følger:

- Bjørn-Atle Hansen, rådmann
- Rikke Raknes, kommunalleder Oppvekst og kultur
- John Helland, kommunalleder Helse og sosial
- Bengt Fjellheim, kommunalleder tekniske tjenester
- Kristin Jensen, politiker
- Anita Håkegård Pedersen, politiker
- Arnfinn Sarilla, eldrerådet
- Jenny Londal, elevrådet Alta videregående skole
- Tom Vegard Andersen, elevrådet Alta videregående skole
- Sirill Pettersen Hammari, Idretten i Alta
- Lise-Lotte Lund Martnes, Idretten i Alta.
- Andreas Taksgård, flyktningetjenesten
- Astrid Lien, flyktningetjenesten
- Roger Tobiassen, flyktningetjenesten

I tillegg var samisk språksenter invitert, men ble avskjært fra å kunne stille til møtet. Ungdomsrådet var ikke konstituert på tidspunktet og kunne derfor heller ikke stille til møtet.

Prosessen ble ledet av

- Ingeborg Opgård Hågensen, Oppvekst og Kultur.

Som observatører og sekretariat stilte folkehelsegruppa med følgende personer:

- Frode Øvrejord, kommuneoverlege
- Kristin Tørum, helsekonsulent
- Ragnhild Arnesen Ernsten, prosjektleder Oppvekst
- Karina Haus Steinshylla, Frisklivssentralkoordinator
- Aase-Kristin Abrahamsen, rådgiver Kultur
- Gjermund Abrahamsen Wik, folkehelsekoordinator.



## 7.1 HVEM SKAL UT?

I møtet ble de 35 helsedeterminantene fra Utfordringsdokumentet presentert. Arbeidsgruppa ga så alle determinantene en score fra 1-3, hvor 1 var lite viktig og 3 var veldig viktig. Etter avstemmingen fra første runde ble den halvparten med lavest score sortert ut. Indikatorene fikk også begrunnet for hvorfor man valgte dem bort.

- **2.1.3 Barn i husholdninger som har mottatt sosialhjelp i løpet av året**
  - Folkehelsearbeidet bør rette fokuset mot et tidligere stadium, før husholdningen mottar sosialhjelp
  - Barnefattigdom prioriteres høyere av gruppa
  - Kommunen gjør allerede en innsats på dette området, blant annet med å søke fattigdomsmidler og midler som skal benyttes til å dekke utgift til fritidstilbud for husholdninger som trenger det
  - Sosialhjelp representerer ofte øyeblikksbildet, og gruppa prioriterer derfor andre indikatorer som kan påvirke dette på sikt
- **2.1.6 Barn i husholdninger med lavinntekt som bor trangt (rom og kvm)**
  - Ikke viktigst blant alt annet
  - Hører sammen med punkt 2.1.5
- **2.1.10 Andel med sosialhjelpsordninger**
  - Knyttet til punktene 2.1.5, 2.1.6
  - Ikke viktigst blant alt annet
  - Kommunen har nylig overtatt mange av utgiftene som staten har hatt tidligere, dette kan forklare økning i statistikken
- **2.4.6 Høyeste fullførte utdanningsnivå hos foreldre**
  - Viktigere med frafall i videregående skole. Gruppe ønsker å rette fokus på høyere utdanning for den kommende foreldregenerasjon.
- **2.6.1 Hjemmebesøk av helsesykepleier hos nyfødte**
  - Her er det allerede innvilget penger rett til jordmøtjenesten; skal gjennomføres hjemmebesøk innen tre dager
- **2.6.2 Helseundersøkelse grunnskole 1 trinn**
  - Opptrappingsplan innen helsetjenestene foreligger allerede
- **2.7.2 Andel fristbrudd i undersøkelsessaker i barnevernet**
  - Flere tiltak er allerede påbegynt og dette viser en stadig nedadgående statistikk
- **3.1.7 Inneklima, spesielt skoler og barnehager**
  - Dette følges opp med regelmessige tilsyn og målinger, og det lages pålegg om utbedringer der det er behov
  - Miljørettet helsevern jobber med hvordan dette skal følges opp, planlegges blant annet en årlig statusrapport for barnehager og skoler

- **3.2.1 Fornøyd med lokalmiljøet**

- Kommer innunder andre punkt med høyere prioritet

- **4.0.1 Ulykker, tidlig død**

- Lite valid, da statistikken viser svært lave tall
- Enkelthendelser er utenfor vårt handlingsrom
- Finnes blant annet flere fallforebyggende tiltak rettet mot eldre, som blant annet er årsaken til høye tall
- Det er på sikt ønskelig med bedre statistikk i forhold til hvilke ulykker som skjer, slik at vi kan spisse tiltakene

- **5.2.1 Tobakksbruk**

- Allerede nedadgående graf. Grunnet dagens røykevaner vil ikke tobakk være et like stort folkehelseproblem på sikt
- Store mørketall, da dette ofte er en underrapportert indikator

- **5.3.2 Levevaner, kosthold**

- Måten å nå befolkningen på er å tilby sunne alternativer i skole og på arbeidsplasser
- Et stadig økende fokus i bhg og innenfor idretten

- **6.2.1 Hjerte- og karsykdommer**

- Ressurser må brukes på forebyggende tiltak før hjerte- og karsykdom oppstår, blant annet med fokus på fysisk aktivitet
- Grunnet tidligere levevaner vil vi oppleve en økning av forekomst over lengre tid (dette er likevel eldre som dør, ikke unge som tidligere)

- **6.2.2 Kreft**

- Knyttet til økt levealder
- Røyking på 60-70-tallet påvirker forekomsten av lungekreft i dag

- **6.2.3 KOLS**

- Knyttet til økt levealder
- Røyking på 60-70-tallet påvirker forekomsten av KOLS i dag

I runde nr 2 ble det gjennomført en ny avstemming med poeng 1-3. Da var det kun de indikatorene som fikk mest poeng som til slutt endte opp med å inngå i fokusområdene. De øvrige er listet opp og begrunnet under:

- **2.1.5 Barn i husholdning med lavinntekt, der hovedforsørger har lav utdanning.**
  - Dette kommer innunder barnefattigdom
- **2.1.2 Barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt**
  - Kommer innunder andre indikatorer som skal prioriteres
- **2.1.12 Økonomi som begrensing for deltakelse blant barn**
  - Er allerede satt av midler som skal benyttes til å dekke utgift til fritidstilbud
  - Fokuset bør være å gjøre denne muligheten kjent og jobbe mot en minst mulig terskel for å nyttiggjøre seg av muligheten
- **2.7.1 Andel barn med barnevernstiltak**
  - Ikke viktigst blant andre indikatorer da barnevernstiltak nødvendigvis ikke er negativt. Dette viser også at vi ser barna som trenger hjelp/tiltak
- **3.3.1 Anmeldte lovbrudd generelt**
  - Speiler hovedsakelig politiets prioriteringer. Gruppen ønsker å fokusere på hvordan Alta kommune kan påvirke folkehelse best mulig
- **3.2.2 Medlem i en fritidsorganisasjon**
  - Ikke obligatorisk, derfor ikke viktigst blant de andre indikatorene
  - Finnes allerede mange tiltak knyttet til dette, blant annet midler som skal benyttes til å dekke utgift til fritidstilbud
- **5.2.3 Narkotiske stoffer**
  - Ingen urovekkende tall sammenlignet med resten av landet
  - Andre faktorer som alkohol o.l. er vel så viktige å forebygge
- **6.2.5 Forekomst av muskel- og skjelettplager**
  - Fokus på andre indikatorer vil forebygge forekomst av dette over tid, blant annet levevaner innenfor fysisk aktivitet og psykisk helse

## 7.2 FOKUSOMRÅDER

### Psykisk helse

- 6.1.1 Psykiske symptomer og lidelser
- 4.0.2 Selvmord
- 3.2.5 Plaget av ensomhet
- 2.4.5 Mobbing

### Oppvekst og læringsmiljø

- 2.4.2 Lav score lese- og regneferdigheter
- 2.4.3 Frafall videregående skole
- 2.4.4 Lavere trivsel

### Fysisk aktivitet

- 5.1.1 Lite fysisk aktivitet
- 5.3.1 Overvekt og fedme
- 5.1.3 Fysisk aktivitet – skoler og barnehager

### Barnefattigdom 2.1.1

### Vold og overgrep i nære relasjoner

- 3.4 Vold og overgrep – samisk befolkningsgruppe

Disse fem fokusområdene blir de prioriterte områdene i dokumentet «Målsetting og strategier – Folkehelse i Alta 2019-2023».