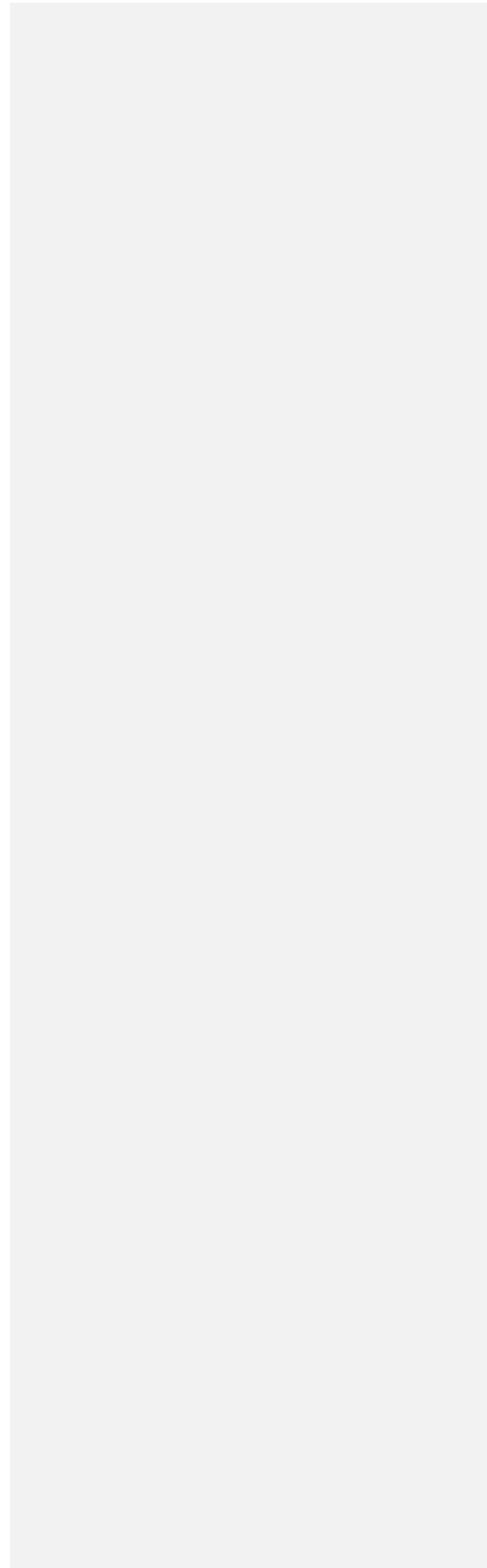


Folkehelseoversikt for Sørreisa 2019



Innhold

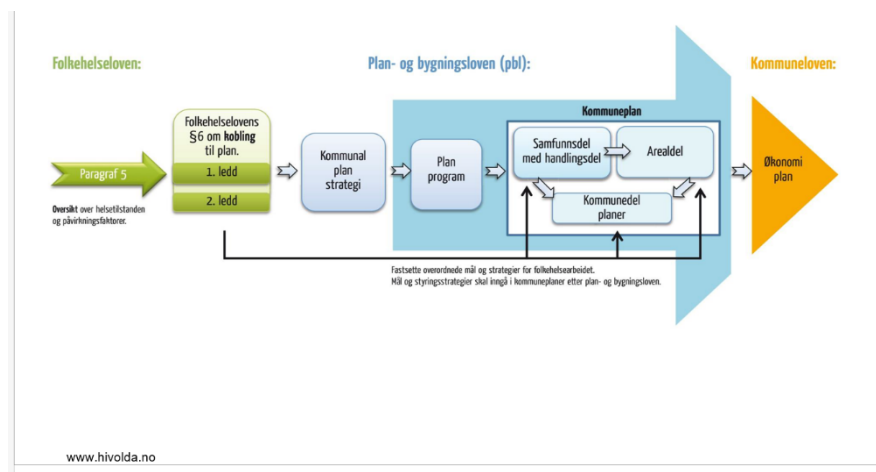
1. Bakgrunn for oversikten	5
Definisjoner	7
2. Sammendrag	7
3. Befolkningssammensetning	9
3.1. Om befolkningen	9
3.1.1. Antall innbyggere	9
3.1.2. Befolkningsgrupper	10
3.1.3. Befolkningsfremskrivinger	12
3.1.4. Etnisitet	12
3.1.5. Netto inn-/utflytting	14
3.2. Sivilstatus	15
3.2.1. Antall enpersonshusholdninger	16
3.2.2. Personer som bor alene 45 år+	16
3.3. Samisk Befolkning	16
3.4. Oppsummering og vurdering	18
4. Oppvekst- og levekårsforhold	20
4.1. Økonomiske vilkår	21
4.1.1. Inntekt i befolkningen generelt	21
4.1.2. Barnefattigdom	22
4.2. Bolig	23
4.2.1. Boligsosial situasjon	25
4.3. Arbeidsliv	26
4.3.1. Arbeidsledighet	27
4.3.2. Sykefravær	28
4.3.3. Uføretrygd	28
4.3.4. Arbeidsplasser	29
4.3.5. Arbeidsmiljø	30
4.4. Utdanningsforhold – Skole og barnehage	32
4.4.1. Barnehager	32
4.4.2. Skoler	32
4.4.4. Gjennomføring - Fullført og bestått VGO innen 5 år	35
4.5. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	36
4.5.1. Helsestasjon	36
4.5.2. Skolehelsetjeneste	36

4.5.3. Flyktninghelsetjeneste	36
4.5.4. Helsestasjon for ungdom	36
4.6. Oppsummering og vurdering	37
5. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....	39
5.1. Fysisk, kjemisk og biologisk miljø	40
5.1.1. Drikkevann.....	40
5.1.2. Radon	41
5.1.3. Klimagassutslipp og luftforurensing.....	42
5.1.4. Geofarer	44
5.1.5. Støy	45
5.1.6. Inneklima	45
5.1.7. Legionella og annen biologisk forurensing.....	45
5.1.8. Områder utsatt for annen forurensing.....	45
5.2. Sosialt miljø.....	46
5.2.1. Ungdata	46
5.2.2. Kultur	48
5.2.3. Sørreisa Bibliotek.....	49
5.2.4. Kollektivtilbud	49
5.2.5. Områder for friluftsliv og fysisk aktivitet i Sørreisa.....	50
5.2.6. Trygg skolevei	53
5.3. Kriminalitet	55
5.4. Oppsummering og vurdering	56
6. Skader og ulykker	58
6.2. Arbeidsulykker	58
6.3. Brannulykker.....	59
6.4. Drukningsulykker.....	59
6.5. Personskader.....	59
6.6. Trafikkulykker.....	61
6.7. Oppsummering og vurdering	63
7. Helserelatert atferd	64
7.1. Fysisk aktivitet	64
7.1.1. Skjermtid.....	65
7.2. Ernæring	66
7.3. Bruk av tobakk og rusmidler 7.3.1. Bruk av tobakk og snus	67
7.3.2 Bruk av rusmidler 7.3.2.1 Alkohol	69

7.4. Seksuell helse	70
7.4.1 Prevensjon	70
7.4.2 Abort	71
7.4.3 Klamydia	71
7.4.4 HPV (Humant Papillomavirus)	71
7.5. Oppsummering og vurdering	73
8. Helsetilstand	76
8.1. Psykisk helse	76
8.1.1 Psykiske lidelser	77
8.1.2 Barn og unge	78
8.2. Fysisk helse	78
8.2.1 Tannhelse	79
8.2.2 Muskel- og skjelettlidelser	79
8.2.3 Overvekt og fedme	81
8.2.4 Diabetes	82
8.2.5 Hjerte- og karsykdommer	83
8.2.6 Astma og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)	85
8.2.7 Kreft	86
8.2.8 Demens	87
8.3. Smittsomme sykdommer	88
8.3.1 Vaksinasjonsdekning	88
8.3.2 Antibiotikaresistens	88
8.3.3 MSIS-meldte smittsomme sykdommer, 2010-2019	89
8.4. Oppsummering og vurdering	90
9. Kilder	93

1. Bakgrunn for oversikten

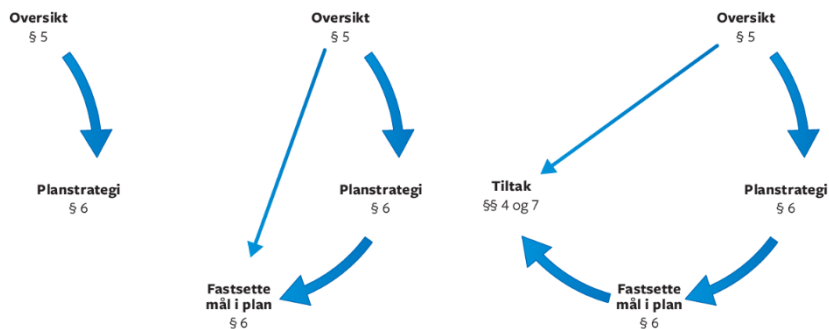
Folkehelsesloven § 5 pålegger kommunen å lage en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorene som kan påvirke denne. Den skal identifisere folkehelseutfordringene, og vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Dette arbeidet skal videre danne grunnlag for planarbeidet i kommunen i henhold til folkehelseslovens §6.



Figur 1.1. Fra Samplan 18-19, viser hvordan de ulike planverkene bygger på hverandre

Helseoversiktens betydning for planprosessen

- A. Drøfte hvilke hovedutfordringer kommunen har innen folkehelse. Inn som elementer i planstrategien.
- B. Helseoversikten er et støttedokument for å definere konkrete mål i kommuneplanens samfunnsdel, eller i delplaner.
- C. Helseoversikten er et støttedokument for å definere konkrete folkehelseiltak.



Figur 6. Trinnene i folkehelseplanleggingen.

Figur 1.2. Fra Veileder for folkehelseplanlegging i kommunene (av Tor-Ivar Karlsen)

Oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av:

- a) befolknings sammensetning
- b) oppvekst- og levekårsforhold
- c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) skader og ulykker
- e) helse relatert atferd og
- f) helsetilstand.

Med oppvekst- og levekårsforhold menes for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og utdanningsforhold. Med helse relatert atferd menes for eksempel fysisk aktivitet, ernæring, bruk av tobakk og rusmidler.

Oversikten skal inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser og identifisere ressurser og folkehelseutfordringer lokalt og regionalt. Kommunen og fylkeskommunen skal være særlig oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. I kommuner der det er grunn til å anta at det foreligger spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkning, skal disse vurderes.

Forskrift om oversikt over folkehelsen setter i §3 krav til innholdet i folkehelseoversikten

Utarbeidet på bakgrunn av følgende rapporter og undersøkelser:

- Ungdata-undersøkelsen
- Barnetrakk
- Statistikkbanken (SSB)
- Kommnehelse statistikkbank (Folkehelseinstituttet)
- Folkehelseprofil 2020 (Folkehelseinstituttet)
- Kommuneprofilen
- Statistikk fra bufdir
- Statistikk fra IMDi
- Valgmanntallet
- Befolkningsanalyse fra kommunekart proff opp mot folkeregistret.
- Kjennskap og erfaringer fra ansatte i kommunen
- Folkehelse rapporten 2014, Helsetilstanden i Norge.
- Nasjonal strategi mot antibiotika resistens 2015 – 2020.
- SSB.no (levetårsundersøkelsen 2015).
- Statistikk fra miljødirektoratet.
- Statistikk fra arbeidstilsynet

Kildene er angitt for de ulike tabellene/figurene og avsnittene, dokumentet er gjennomgått av alle enhetsledere.

Commented [WQ1]: tilbakemeldinger fås i enhetsledermøte 30 oktober hvis det er oppdaget feil, eller behov for korrigeringer.

Definisjoner

§3 i folkehelsesloven gir følgende føringer:

- folkehelse: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning
- folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

2. Sammendrag

Sørreisa kommune har en del områder som skiller seg ut fra lands- og/eller fylkes gjennomsnittet. Under er en oversikt over noen av de største utfordringene som Sørreisa står ovenfor, hvor vi må prioritere en innsats fremover

Befolkningssammensetning

- Undersøke om det er behov for å tilrettelegge bedre for barnefamilier jfr synkende fødselstall.
- Økt andel eldre over 67 år, som kan gi økt behov for kommunale tjenester
- Økt andel innvandrere med behov for oppfølging
- Behov for å ivareta og tilrettelegge for at det er- og blir attraktivt å registrere seg i samemanntall for nye generasjoner.

Oppvekst- og levekår

- Økt barnefattigdom, delvis grunnet økt medianinntekt
- Behov for mer variasjon i boligmarkedet
- Underskudd av arbeidsplasser, og økende andel pendlere.
- Arbeidsmiljø kommer dårligere ut i Troms enn i landet generelt
- Andel undervisning med godkjent kompetanse har gått ned og elevferdighetene er blitt dårligere i henhold til nasjonale tester for 5 klasse.
- Det er økning i bruk av helsestasjon

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

- Vi må fortsette å redusere klimagassutslippet i samme takt de neste 30 årene, som de 30 foregående for å nå målsettingen i 2050.
- Vi har utfordring grunnet geografien med potensielle geofarer som i forhold til utvikling av samfunnet burde vært bedre kartlagt og gradert.
- Vi har en del forsøplingssaker både i forhold til forurensningsloven og plan- og bygningsloven.
- Det er behov for bedre møteplasser for og tilbud til ungdommen
- Behov for kartlegging av og sikre nok traséer og parkeringsplasser tilknyttet friluftsområder.
- Det bør kartlegges hvorfor det er en økning i antall anmeldelser igjen

Skader og ulykker

- Vi har en del strekninger og kryss som er mer utsatt for trafikkulykker enn i kommunen generelt.

Helserelatert atferd

- Det bør jobbes med ytterligere reduksjon av antall gravide som røyker
- Det bør jobbes mer preventivt i forhold til regionens høye antall svangerskapsavbrudd
- Fylket har høyt antall klamydiatilfeller

Helsetilstand

- Det er en negativ trend på tannhelse de siste årene nasjonalt.
- Ca en tredjedel av innbyggerne sliter med muskel- og skjelttlidelser
- Vi har skårer over landsnittet i antall i faregruppe eller som har utviklet overvekt og fedme.
- Vi har et høyt antall menn med lunge- eller prostatakraft.
- Det er flere som får demens
- Vi har høyere antall som bruker legemidler til behandling for diabetes i forhold til fylket og landet.
- Vi har et høyere antall som bruker legemidler for kols og astma enn landssnittet, men færre enn fylkessnittet.

3. Befolknings sammensetning

Nøkkel punkter:

- Sørreisa er det 10. største tettstedet i Troms fylke jfr innbyggertall (1551) per 1. januar 2018, og vi har en befolkningsvekst over tid.
- Levealder for menn i Sørreisa følger ikke utviklingen i samfunnet generelt, og har ikke økt av betydning siden slutten av 90 tallet.
- I aldersgruppen 45 år og eldre er andelen som bor alene lavere enn i landet som helhet.
- Det fødes noe færre barn i Sørreisa
- Andelen eldre over 67 år øker
- Færre enpersonshusholdninger enn fylket og landet generelt
- Høyere andel eldre i den samiske befolkningen enn befolkningen generelt, med påfølgende lavere rekruttering til fremtidig registrering i samemanntallet.

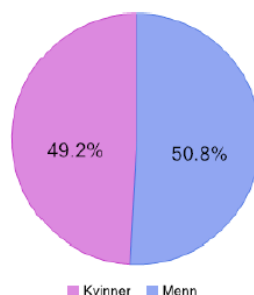
Commented [WQ2]: Nøkkel punkter sjekk og gi innspill

3.1. Om befolkningen

Dette kapittelet forsøker å oppsummere sammensetningen av befolkningen i kommunen.

Nøkkel tall

Fødselsår	1920 til 2020
Personer	3444
Kvinner	1694
Menn	1750
6-åringer	37
Personer over 70 år	495

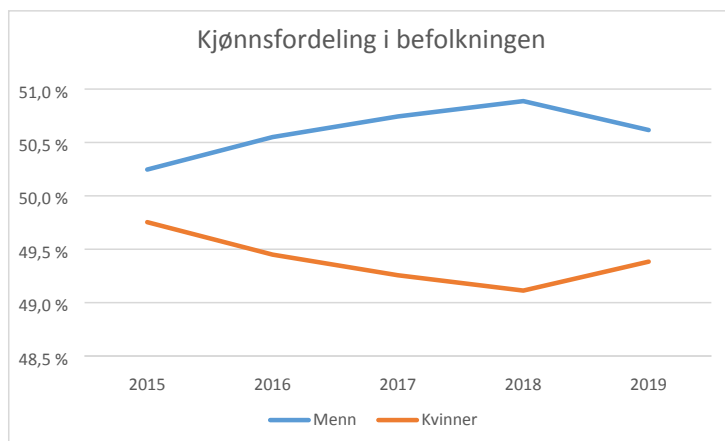


Figur 3.1. Befolkningstall per 25 mars 2020 fra befolkningsanalyse (kommunekart/proff).

3.1.1. Antall innbyggere

Sørreisa er den 8. største kommunen i Troms med i overkant av 2% av befolkningen i fylket (SSB befolkning i kommunene 2018 og 2019). Folketallet har økt siden 2015 fra 3451 til 3496 i 2017, med en liten nedgang mot 2019 hvor det var på 3489 (SSB tabell 01222). I 2019 gikk dog alle kommunene unntatt Tromsø ned i befolkningstall, og i en sammenligning kommer vi inn blant de som har mistet minst andel av befolkningen i prosent i fylket.

Kjønnsfordelingen i befolkningsgruppen er likt fordelt, men det har vært en liten økning i antall menn i forhold til kvinner de siste årene.



Figur 3.1.1. Kjønnsfordeling i befolkningen (SSB tab 07459)

3.1.2. Befolkningsgrupper

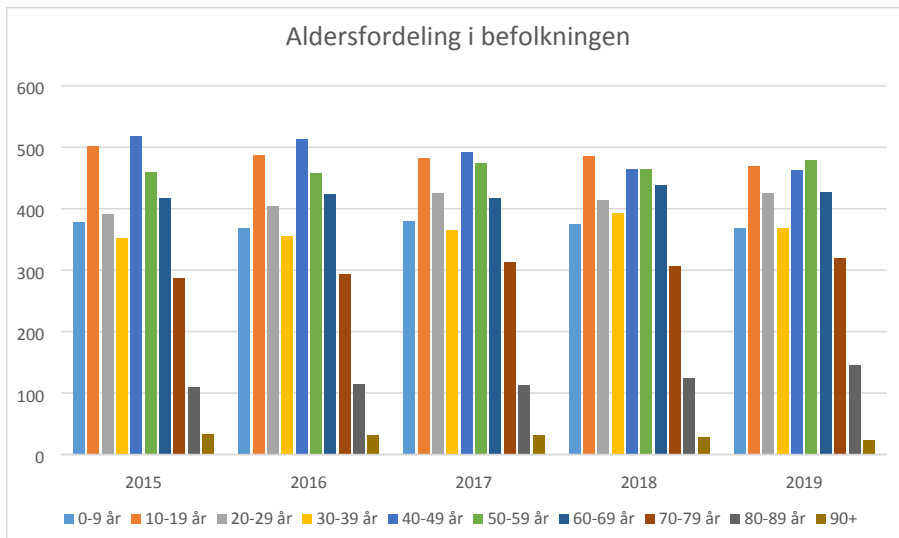
År		1999-2013	2000-2014	2001-2015	2002-2016	2003-2017
Hele landet	menn	77,9	78,2	78,5	78,8	79,1
	kvinner	82,6	82,8	83,0	83,1	83,3
Troms Romsa	menn	77,6	77,9	78,3	78,5	78,8
	kvinner	82,6	82,8	82,9	83,2	83,3
Sørreisa	menn	77,0	77,6	77,6	77,7	77,8
	kvinner	82,2	82,6	82,9	83,3	83,7

Tegnforklaring

- .. Manglende data
- . Lar seg ikke beregne
- : Anonymisert

Tabell 3.1.2. fra FHI – Forventet levealder.

Tallene for forventet levealder viser at for kvinner har det vært en positiv utvikling hvor Sørreisa ligger over fylkes- og landssnittet, mens for menn har det nesten ikke vært utvikling og gapet til fylkes- og landssnittet har økt.

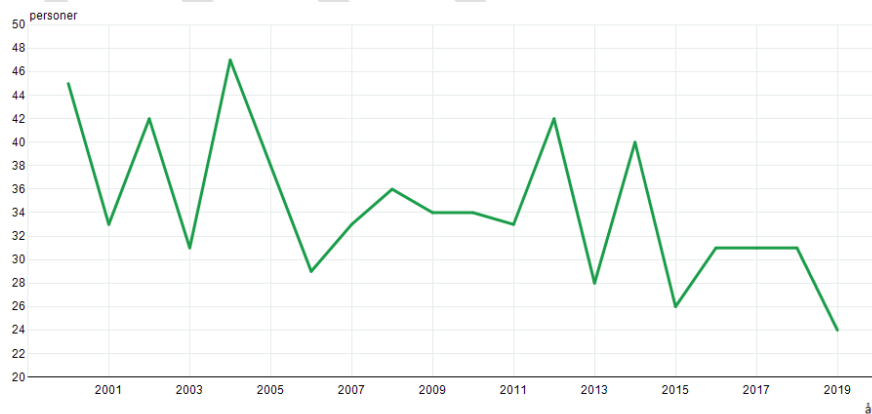


Figur 3.1.2. Folketallsutviklingen fordelt på alder 2015-2019 (SSB 07459)

I Sørreisa har vi flest tenåringer og 40-60 åringer, når sistnevnte gruppe blir eldre kan det medføre et økt behov for ansatte innen helsesektoren, hvor stort dette behovet vil bli avhenger av helsesituasjonen til gruppen når de blir eldre.

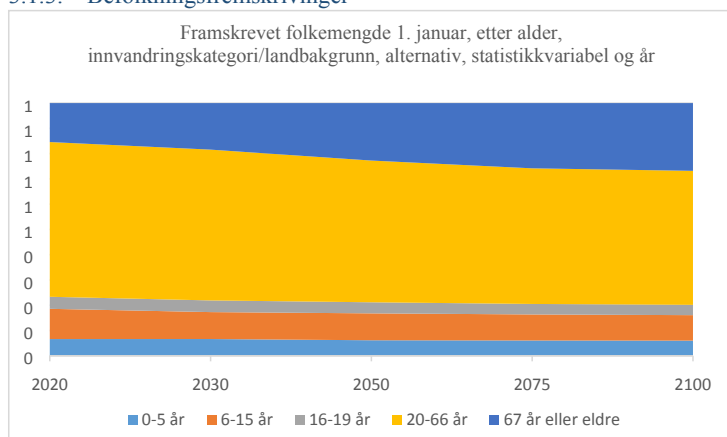
Årlige fødselsrater varierer, men er jevnt over nedadgående i hht figur 3.2.3 under.

Fra 2000- 2004 ble det født 198 barn, fra 2005-2009 ble det født 170 barn, fra 2010-2014 til 177 barn, mens fra 2015-2019 ble det født 'bare' 143 barn.

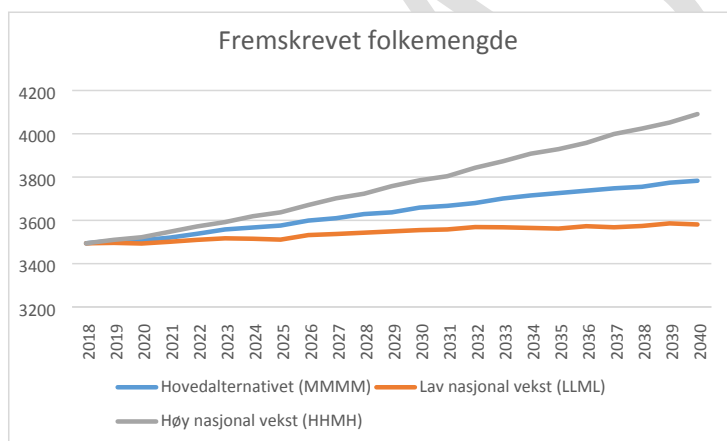


Figur 3.2.3. Levendefødte, etter år, Sørreisa (SSB 04231)

3.1.3. Befolkningsfremskrivinger



Figur 3.1.3.1 Alderssammensetning i befolkningen, hovedalternativ MMMM



Figur 3.1.3.2. Basert på tall fra SSB

3.1.4. Etnisitet

Det kan være helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere, og mellom innvandrere og etnisk norske. Disse forskjellene kan bestå av både fysisk og psykisk helse. Det vil føre til at folkehelsearbeid må tilpasses denne gruppen, slik at man tar høyde for sosial, kulturelle og helsemessige ulikheter.

I 2019 hadde Sørreisa 314 innvandrere og de utgjorde 9 % av befolkningen, dette er under landsgjennomsnittet på 14.4% jfr IMDi.

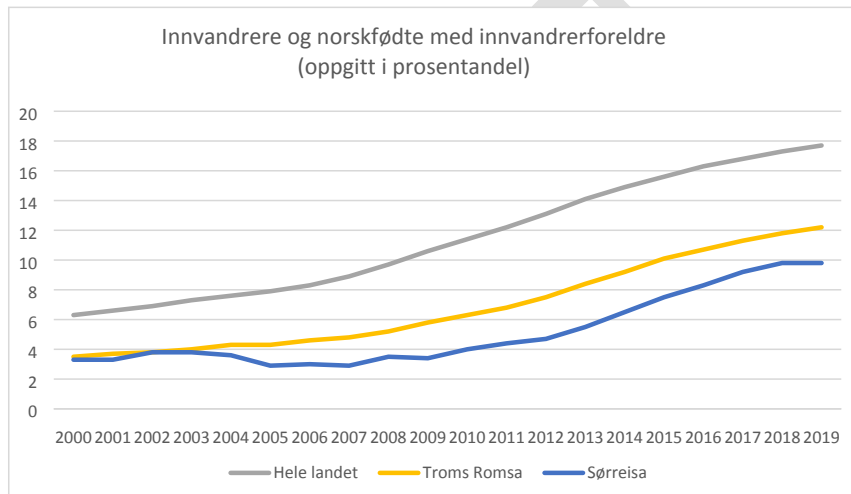
Fra 2013 -2020 bosatt 119 stk. Flyttet 34stk, 10 av 12 enslig og 6 av 20 familier. Hvorav 69 barn siden 2013. Prognosen for årene fremover er på 15 stk årlig.

Den aldersmessige fordelingen sammenlignet med befolkningen for øvrig er som følger, jfr IMDi:

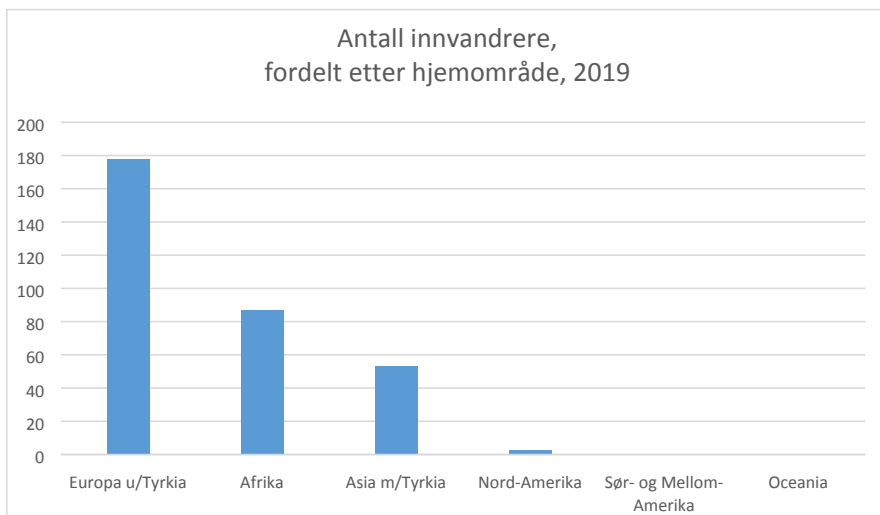
	Innvandrere	Øvrig befolkning
0-19 år	20%	24%
20-66 år	77%	57%
67+ år	3%	19%

Tabell 3.1.4. aldersmessig fordeling

Tallene fra IMDi i 2017 viser at mens 65.8% av befolkningen ellers var i arbeid, så var 61.3% av innvandrene i Sørreisa i arbeid – dette er likt med landsgjennomsnittet på 61.2%.



Figur 3.1.4.1. er basert på tall fra FHI

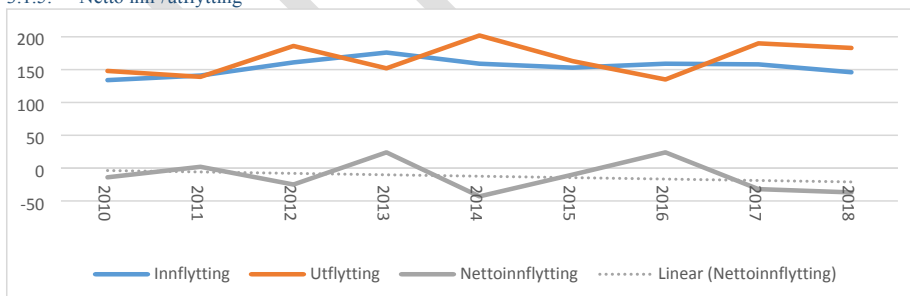


Figur 3.1.4.2. er basert på tall fra Kommuneprofilen

Bosetting fra Midtøsten og Afrika. Prognose – økt bosetting fra Afrika. Bosetting av personer som har bod i flyktingleir over lengere tid øker arbeidsmengden til kommune både når det gjelder fysisk/psykisk helse og kvalifisering/økonomisk framtid.

Integreringstiltak, herunder forebygging av språkproblemer vil være viktig i folkehelsearbeidet.

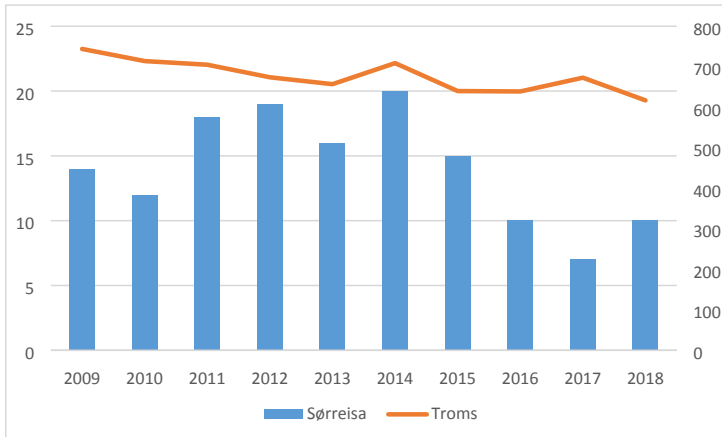
3.1.5. Netto inn-/utflytting



Figur 3.1.5. Kilde SSB 05471: Innenlands flytting

Inn- og utflyttingen i Sørreisa varierer veldig fra år til år, og ser ut til å gå i bølgedaler, men trenden er svakt negativ hvis man ser på trendlinjen for nettoinnflytting.

3.2. Sivilstatus



Figur 2.2. Kilde SSB 09659: Inngåtte ekteskap

Sørreisa har generelt hatt en motsatt utvikling med flere ekteskap i forhold til resten av fylket, hvor trenden har vært nedadgående. De siste 5 årene har man dog også her begynt å se en nedgang i antallet ekteskap.

3.2.1. Antall enpersonshusholdninger.

År	2014	2015	2016	2017	2018
Geografi					
Hele landet	22,8	23,0	22,7	22,8	23,0
Troms Romsa	22,7	23,1	23,0	23,2	23,7
Sørreisa	18,7	18,9	19,3	19,5	19,8

Tabell 3.2.1. Tabell fra FHI, angitt i prosent

Figuren viser at vi har færre enpersonshusholdninger enn fylket og landet generelt. I snitt har antallet slike husholdninger økt litt de

3.2.2. Personer som bor alene 45 år+

År	2014	2015	2016	2017	2018
Geografi					
Hele landet	25,6	25,7	25,3	25,3	25,4
Troms Romsa	25,7	25,7	25,5	25,6	25,8
Sørreisa	24,0	22,8	22,9	23,1	23,0

Tabell 3.2.2. Tabell fra FHI, angitt i prosent

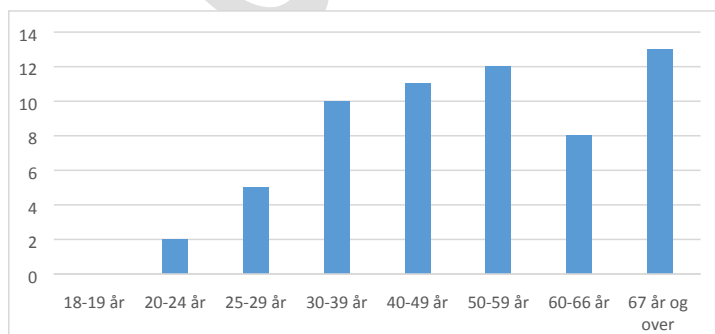
Tabellen viser at Sørreisa ligger under både lands og fylkessnittet på andel enslige over 45 år.

3.3. Samisk Befolkning

Sørreisa kommune har samisk befolkning og må derfor vurdere om det foreligger spesielle utfordringer knyttet til befolkningsgruppen i forhold til folkehelse.

Sametingets valgmanntall (2019) for Sørreisa viser en befolkning over 18 år på 61 personer. Dette utgjør 2% av de stemmeberettigede i 2019

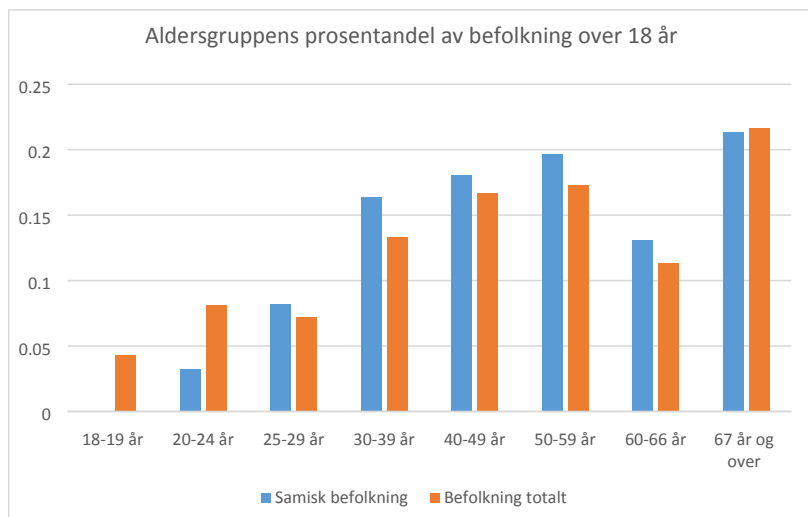
Befolkningen er fordelt som følgende i de ulike aldersgruppene:



Figur 3.3.1. Samisk befolkning i Sørreisa

Den aldersdemografiske sammensetningen av den voksne samiske befolkningen viser at den forholdsmessig største samiske innbyggerandelen finnes i aldersgruppen 25-66 år.

I aldersgruppene 18-25 år, samt over 67, år er den samiske andelen noe lavere. Videre fremkommer det at innbyggerandelen over 67 år er i den samiske befolkningen noe lavere enn i befolkningen generelt.



Figur 3.3.2. Sammenligning av aldersgruppe i samisk befolkning med befolkningen generelt

For fremtidig befolkning er det generelt slik at i samiske områder sammenlignet med tall for hele landet er det høy andel eldre befolkning, som fører at det er sannsynlig med færre barn i alderen 0-9 år som vil la seg registrere i samemanntallet.

I Sørreisa utgjør aldersgruppen 18-49 år 46% av den voksne samiske befolkningen, og 50 % av den totale voksne befolkningen. Til sammenligning på landsbasis utgjør aldersgruppen 54.5% av den voksne befolkningen.

3.4. Oppsummering og vurdering

Commented [WQ3]: sjekk og gi innspill

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Innbyggertall	Innbyggertallet holder seg godt og ser ut til å øke.	Sørreisa er en knutepunkts kommune, som ligger sentralt i forhold til reise og flere arbeidsmarkeder, med lave kommunale avgifter og vektlegging på å være en bokommune.	At befolkningen øker over tid vil føre til økt behov for utbygging av boliger og tjenester.
Befolkningsgrupper	Levealderen til kvinner har økt, mens levealderen hos menn nesten ikke har økt på 20 år.	Det kan være at mange menn i Sørreisa har jobbet i risikoutsatte yrker, som har helseproblemer og en høyere ulykkes-frekvens. De som var 77 i 1999 var yrkesaktive mellom 1939-1987, og tilnærmet for de som var 77 i 2017 jobbet mellom 1947-2007. Livsstilsvalg som røyking kan også ha spilt en rolle, kostholdsendringer som grunnet biologiske faktorer påvirker menn mer enn kvinner, og mønster for fysisk aktivitet (jfr forskning.no). Vi har mange menn som har lunge- eller prostatakrefte i Sørreisa.	Hvis helseproblemer er del av årsaken til lavere levealder, medfører dette også muligens at de har større behov for hjelp og tjenester. Dette kan også føre til at enkene får dårligere helse, høyere dødelighet, det påvirke psykologisk velvære og medføre manglende sosial kontakt. Som igjen gir større behov for hjelp og tjenester (jfr medicine.jrank.org).
	Vi har en høy andel 40-60 åringer i befolkningen.	Disse er født mellom 1960 og 1980, etter andre verdenskrig var det en stor andel fødsler helt frem til midten av 70 tallet.	En stor andel eldre i fremtiden.
	Fødselsratene går ned.	Flere og flere unge tar utdanning i dag, spesielt blant kvinner, og flytter ut, de finner noen i studietiden å stifte familie med og blir derfor værende. Nyutdannede finner ikke aktuelle jobber i området, og flytter derfor ikke tilbake for å stifte familie.	Kan medføre lavere innbygger inntekter en periode, som gjør det dyrere å opprettholde tjenestenivået i påvente av forventet befolkningsøkning i fremtiden

Befolknings- fremskriv- inger	Går mot en høyere andel av eldre over 67 år.	De store etterkrigskullene blir eldre, og levealderen øker – kombinasjonen av disse er hovedårsaken til økningen.	Økt behov for ansatte innen helsesektoren i fremtiden.
	Økende innbyggertall.	Sørreisa er en knutepunkts kommune, som ligger sentralt i forhold til reise og flere arbeidsmarkeder, med lave kommunale avgifter og vektlegging på å være en bokommune.	At befolkningen øker over tid vil føre til økt behov for utbygging av boliger og tjenester.
Etnisitet	Lavere enn landsnittet i andel innvandrere.		
	Noen færre av innvandrere har arbeid.	Manglende forutsetninger i språk og/eller utdanningsnivå til å konkurrere om aktuelle jobber kan være årsaken.	Lavere selvstendighet, lavere integrering.
	Prognose på bosetting av 15 flykninger i årene fremover, hvorav økt andel vil komme fra Afrika.	Mye uroligheter i Afrika medfører økning i flyktningsnumrene.	Økt behov for ressurser i flyktninge- og helsetjenestene til språkopplæring og oppfølging
Inn- og utflytting	Noe lavere nettoinnflytting de siste årene	En stadig økende sentraliserings- og urbaniserings tendens.	Kan medføre lavere innbygger inntekter en periode, som gjør det dyrere å opprettholde tjenestenivået i påvente av forventet befolkningsøkning i fremtiden.
Enpersons- husholdning er Personer som bor alene	Få enkeltpersons-husholdninger og enslige over 45 år.	Vi skårer lavere på en eller flere av årsakene som kan føre til at man får høyere tall i kategorien slik som: Skilsmisser. «Eldre med tap av ektefelle, eller ektefelle i institusjon. Flere velger å bo alene. Økt antall eldre.» Vi har blant annet ikke sett	Kan være en utsatt gruppe. Økonomisk, sosialt og helsemessig.

		effekten av lavere ekteskapsinngåelse like tidlig som fylket generelt.	
Samisk befolkning	De har en større andel av befolkningen sin i aldersgruppen 25-66 år enn befolkningen generelt.	De har noe lavere andel av eldre over 67, og de føder andelsmessig færre barn som registreres som samiske enn i befolkningen generelt. Dette medfører at denne gruppen blir andelsmessig større.	Lavere rekruttering til registrering i sametallet, og nedgang i antall.
	Aldersgruppen 18-49 år er lavere enn i befolkningen generelt.		

4. Oppvekst- og levekårsforhold

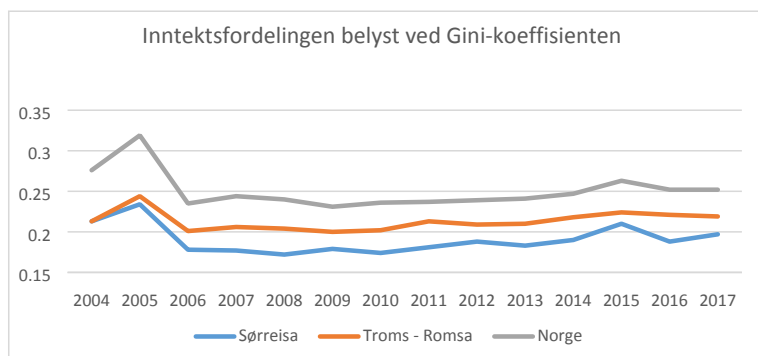
Nøkkelpunkter

- Snitt inntekten i Sørreisa har økt, og vi har færre som tjener under 300 tusen.
- Det er en tendens til økning i antall barn som lever i lavinntektsushold.
- Vi ser at hvor Sørreisa før har ligget under på statistikken for flere faktorer innenfor hvilke husholdninger barn bor i, så har vi nå kommet mer opp på et snittnivå for vår region jfr. faktorer som spiller inn på barnefattigdom som vedvarende lav inntekt, uten yrkestilknyttede personer, over 50% av inntekt kommer fra offentlige overføringer, og/eller hovedforsørger har lav utdanning.
- Høy andel uføretrygdede, men på tur ned.
- Det er et behov for mer variasjon i boligmarkedet, høy andel eneboliger
- Kommunen har behov for flere leiligheter til utleie, og dette er under planlegging.
- Kommunen har høyest andel sysselsatte innen salg og service, akademiske yrker, samt høyskoleutdannede og militære yrker.
- Kommunen har et underskudd av arbeidsplasser, det er blitt enda færre arbeidsplasser siden 2005 og andelen som pendler ut av kommunen øker.
- Det står bra til med barnehagene.
- Grunnskolen har en nedgang i antall elever. Det er en økning i andel undervisning som blir gitt av personell uten godkjent utdanning, elevferdighetene er blitt dårligere i hht nasjonale prøver for 5 trinn.
- Færre elever fullfører videregående i Troms, men andelen i Midt-Troms er litt bedre, begge er under landsnittet.
- Økt bruk av helsestasjonstjenestene

Commented [WQ4]: sjekk og gi innspill

4.1. Økonomiske vilkår

Forskning viser at det er sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helsetilstand. Lav inntekt og utdanning gjør ofte at man generelt skårer dårligere på viktige helseindikatorer (folkehelseplanlegging i kommunene – Tor-Ivar Karlsen).



Figur 4.1. Tall hentet fra SSB.

Inntektsfordelingen måles ofte i Gini-koeffisienten. Denne angir statistisk spredning på prinsippet om at 0= alle innbyggere har like stor inntekt, og 1 betyr at en person eier all inntekt.

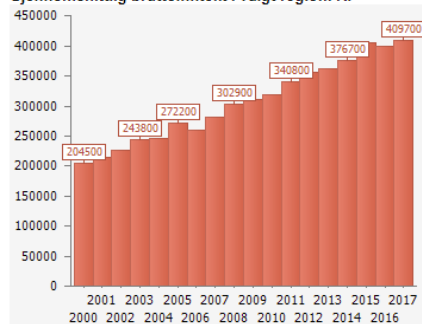
For Sørreisa sin del ser vi at trenden er den samme som for fylket og landet, dvs at ulikhetene sakte øker igjen etter nedgangen i 2006.

På tross av at vi følger trenden i utvikling i samfunnet generelt, så har vi en lavere gini-koeffisienten enn for fylket og landet, som betyr at det er mindre spredning i inntektsfordelingen i Sørreisa (nærmere 0)

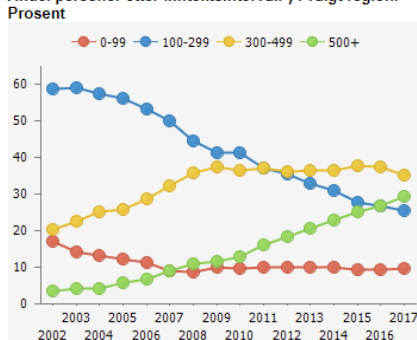
4.1.1. Inntekt i befolkningen generelt

Inntekt og formue

Gjennomsnittlig bruttoinntekt i valgt region. Kr



Andel personer etter inntektsintervall*) i valgt region. Prosent



*) Bruttoinntekt i 1000 kr

Figur 4.1.1. Snittinntekt og andel i ulike lønnskategorier (kommuneprofilen)

De økonomiske vilkårene for befolkningen i Sørreisa har bedret seg de siste 20 årene, det er flere som tjener mer, og det er en betydelig reduksjon i antall som tjener under 300 000 kr.

4.1.2. Barnefattigdom

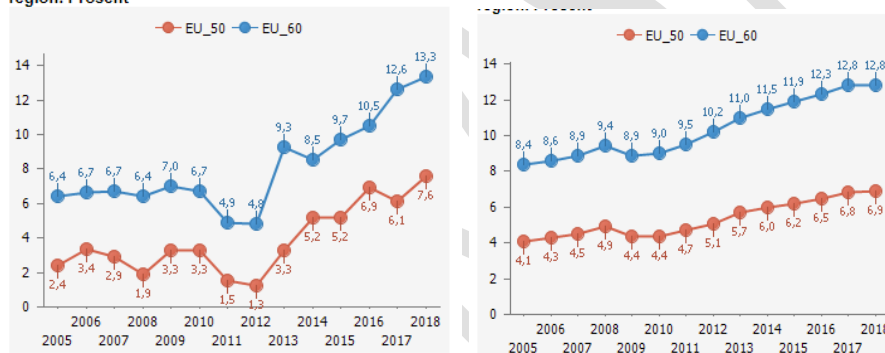
I Norge er lavinntektsgrensen satt på 60% av medianinntekt etter skatt (Median = midterste, ikke gjennomsnitt). Sørreisa har ligget lavere enn landsgjennomsnittet når det gjelder barnefattigdom som man kan se av figur 4.1.2.1, men de siste årene har gapet tettet seg, og i 2018 lå vi høyere enn landsgjennomsnittet.

Dette må dog se i sammenheng med at inntektsnivået i Sørreisa har økt betraktelig, og dermed også medianinntekten.

Det finnes ikke kommunal statistikk hos SSB for medianinntekt før 2018, men siden vi følger fylkestrendene kan de brukes som veiledende; for 2005 var medianinntekten i Troms på 407 000, mens i 2017 var den på 640 000.

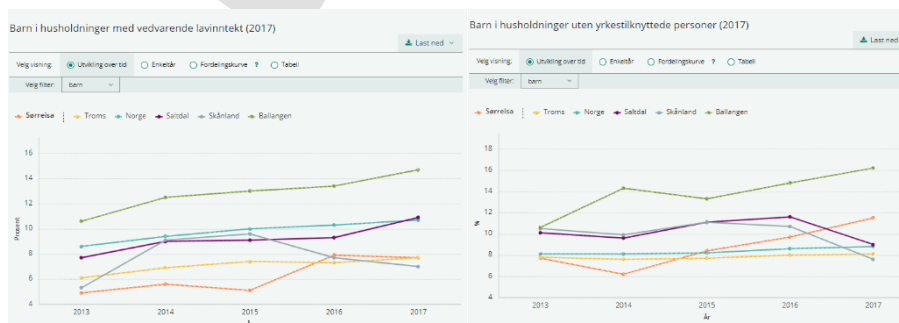
Dvs. at grensen for fattigdom i fylket har økt fra 244 200 i 2005 til 384 000 kr i 2017, på samme tid ville inflasjon av 244 200 kr i 2005 tilsvart 313 099 kr i 2017.

Andel barn under 18 år i hushold med lavinntekt. Valgt region. Prosent



Figur 4.1.2.1 Barn i lavinntekts-hushold i Sørreisa (til venstre) og landet totalt (hentet fra kommuneprofilen)

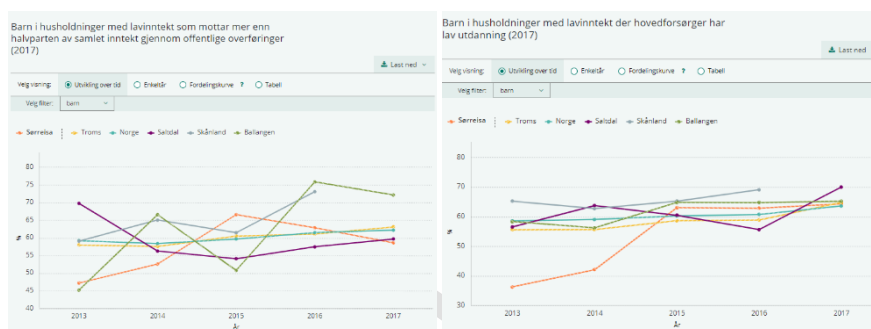
De følgende grafene er hentet fra Bufdir, de er sammenlignet med kommuner fra vår kommunegruppe i Nord-Norge og tidligere Troms fylke.



Figur 4.1.2.2 Barn i hhv. husholdninger med vedvarende lavinntekt og uten yrkestilknyttede personer

Trenden i Sørreisa viser en økning de siste årene, slik at vi nå ligger på samme nivå som Troms fylke, samtidig ligger vi lavere enn andre kommuner fra vår kommunegruppe når det gjelder vedvarende lav inntekt.

Vi har også økt i antall barn i husholdninger uten yrkestilknyttede personer slik at der vi før lå lavere, er vi nå over gjennomsnittet i Troms, og ligger midt i sjiktet jfr sammenlignbare Nord-Norske kommuner.



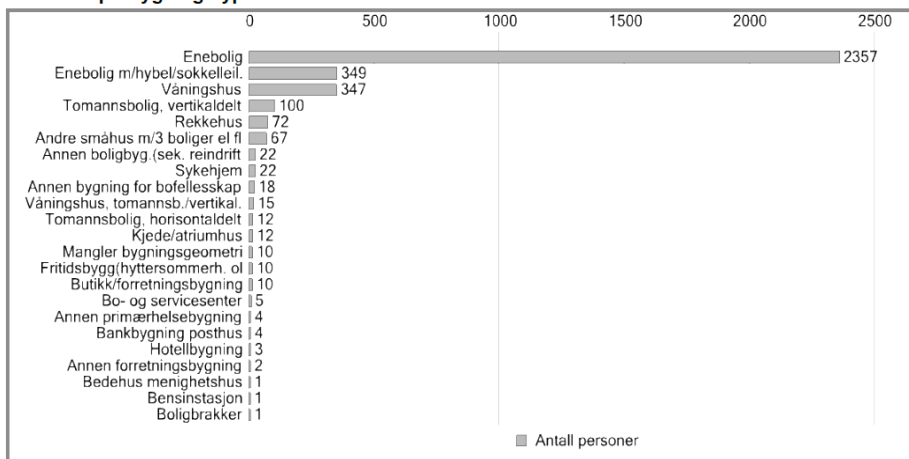
Figur 4.1.2.3. Barn i hhv hjem med mye støtte eller med lavt utdannet forsørger

Vi ser også at denne økningen henger sammen med at vi har fått en økning i antall hovedforsørgere som har lav utdanning, og at flere lavinntektsfamilier får over halvparten av samlede inntekter fra offentlige overføringer. Slik at hvor vi før har ligget lavt, ligger vi nå på et 'normal' nivå jfr Troms fylke.

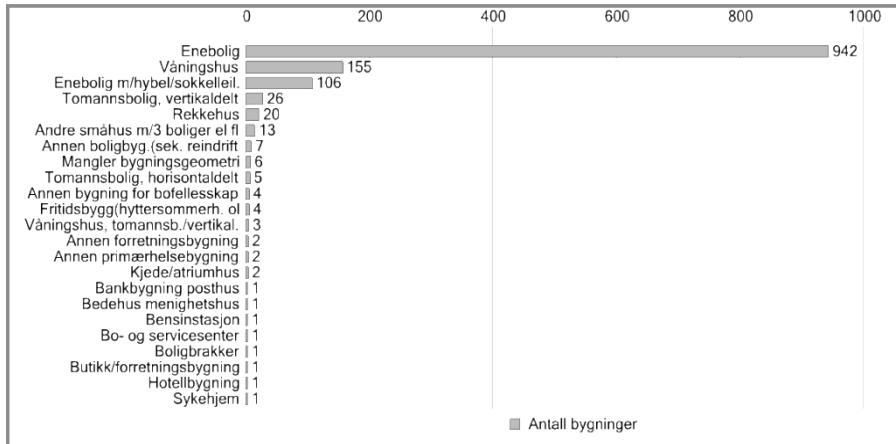
4.2. Bolig

Utskriftsdato: 25.03.2020

Personer pr. bygningstype



Bygninger pr. bygningstype



Figur 4.2.1 Oversikt fra befolkningsanalyse i kommunekart proff. Antall personer som bor i hver bygningstype, og hvor mange bygninger i hver kategori disse personene er spredt på.

78.5% av befolkningen i Sørreisa bor i eneboliger (inkl våningshus), 17% bor i boliger som huser flere enheter (inkl boliger med sokkelleilighet). Samtidig består 84 % av boligmassen som er bebodd av eneboliger (inkl våningshus), mens tilsvarende for boliger med flere enheter består av 12.6 % av boligmassen.

Byggesakene de siste årene og innmeldte prosjekter viser en økning bygging av- og interesse for å bygge flermannsboliger, da spesielt i sentrumsnære områder.

I tillegg opplyser boligsosial handlingsplan om følgende:

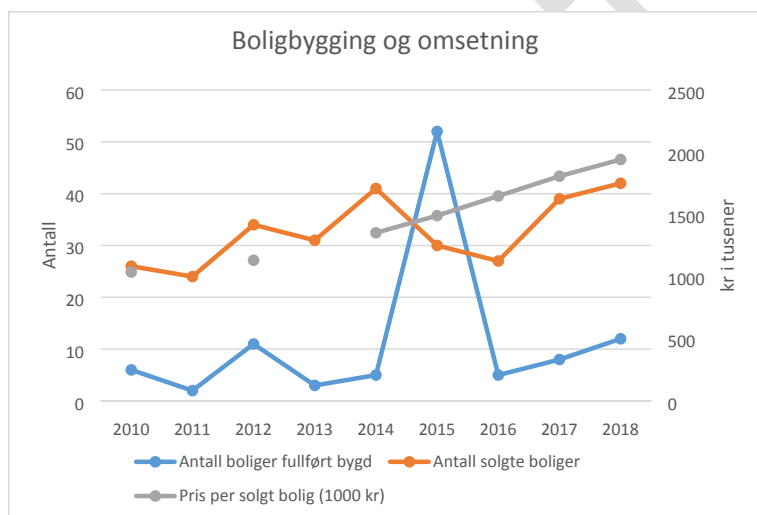
Folke- og boligtellings fra 2001 er den som med størst grad av sikkerhet kan gi informasjon om boligstandard m.v.

Det ble da registrert 1.391 boliger / boenheter. 25% av disse var bygd før 1961.

Hoveddelen av boliger bygd før 2001 er frittliggende eneboliger. Det bygges nå i snitt 12 – 16 boliger i året. Hoveddelen av disse er også frittliggende eneboliger.

Det bygges i liten grad mindre boliger og boliger for utleie. Av bebodde leiligheter / boliger i 2001 var 264, eller 19% mindre enn 80 kvadratmeter. Bare 93 av disse var bygd i perioden 1981 – 2001.

Det private utleiemarkedet for mindre leiligheter er svært lite.



Figur 4.2.2. Boligbygging, samt omsetning i antall og pris (kommuneprofilen)

Antall boliger bygd har ligget relativt jevnt, mens det er en stigning i antallet solgt og prisen på disse.

4.2.1. Boligsosial situasjon

Boligsosial handlingsplan for 2013-2017 sier at brukergruppen i det boligsosiale arbeidet preges hovedsakelig av:

- Flere eldre
- Unge enslige forsørgere
- Rusmiddelmissbrukere
- Personer med psykiske lidelser
- funksjonshemmede

Det er ikke kartlagt aldersgrupper eller lignende for de som bor i omsorgsboliger, og det foreligger derfor ikke noen oppdatert oversikt over andel og dekningsgrad med boligsosiale ordninger.

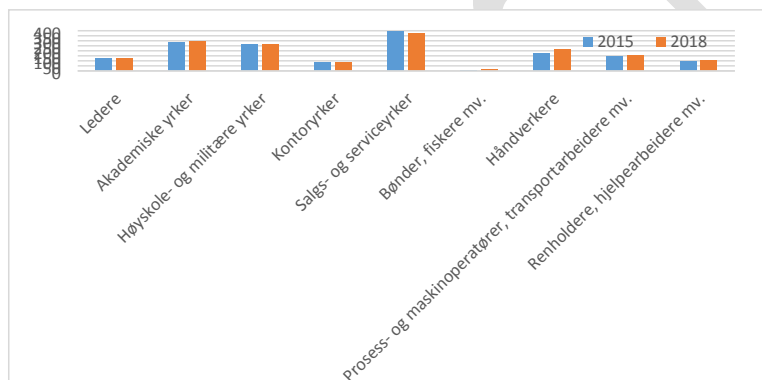
Summen av kommunale boliger har ligget på 37 enheter siden 2014 i tillegg kommer 11 omsorgshybler og 27 sykehjemplasser

Samt at vi har en boligstiftelse i kommunen rettet mot de som har problemer med å skaffe boliger selv på 27 enheter.

Leilighetene er stortsett utleid til enhver tid, og det har vært større etterspørsel etter bolig enn hva kommunen har tilgjengelig.

Kommunen planlegger dog å øke sin boligmasse med 14 leiligheter innen utgangen av 2021.

4.3. Arbeidsliv



Figur 4.3. Sysselsatte etter yrke pr 4.kvartal (SSB 11619)

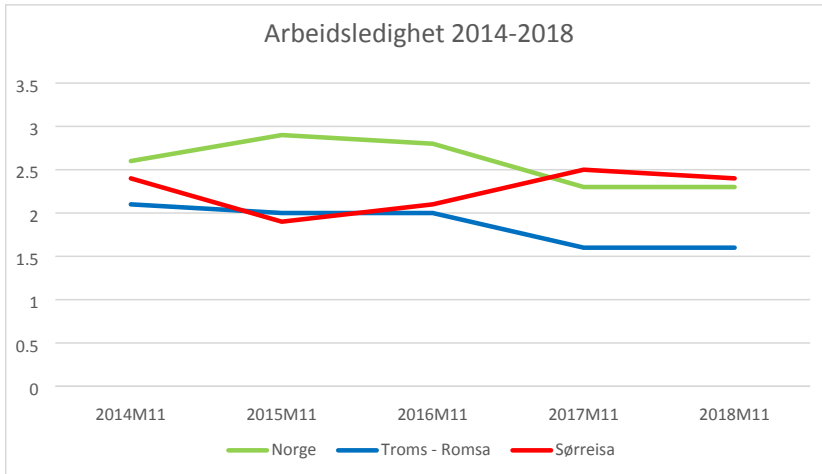
Næringsgruppene med flest antall sysselsatte i Sørreisa er salg og service, akademiske yrker, samt høgskole- og militære (herunder ingeniører, helserelaterte yrker, økonomi, IKT, idrett, kultur osv.).

	2015	2016	2017	2018
Antall personer	1591	1590	1633	1650
Prosentandel	62.1	61.5	62.4	62.9

Tabell 4.3. Sysselsatte pr 4 kvartal, Sørreisa, 15-74 år (SSB 11619+07459)

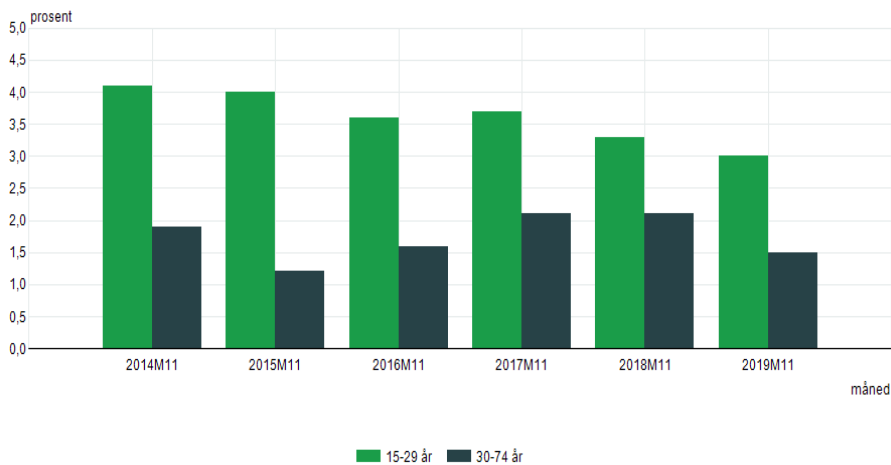
Antall sysselsatte har hatt en jevn stigning, og prosentandel har også hatt en mindre stigning totalt sett i perioden.

4.3.1. Arbeidsledighet



Figur 4.3.1.1 registrert arbeidsledige (SSB 10593)

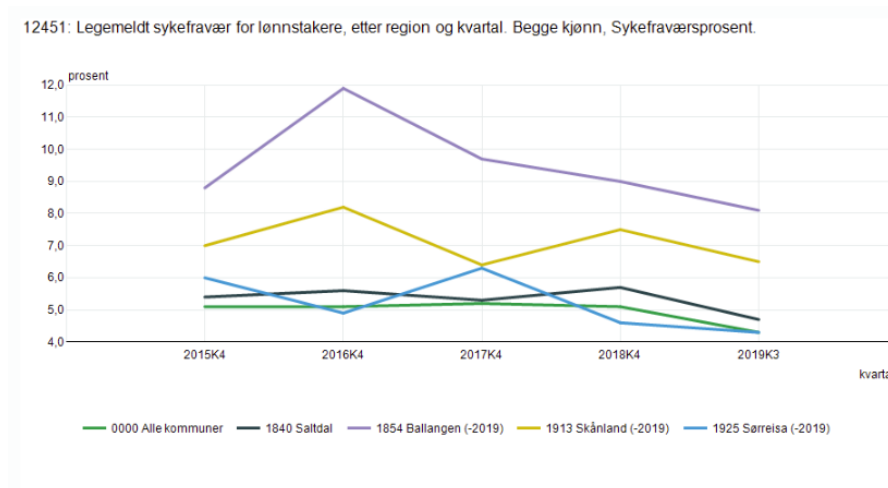
Arbeidsledigheten i Sørreisa har gått noe opp de siste årene, og ligger høyere enn for fylket og etterhvert landet generelt. Sammensetningen i hvem som er arbeidsledige har dog endret seg, med en tendens til nedgang blant de under 30 år, og noe oppgang blant de over 30 år.



Figur 4.3.1.2. Registrert arbeidsledige etter alder (SSB 10450)

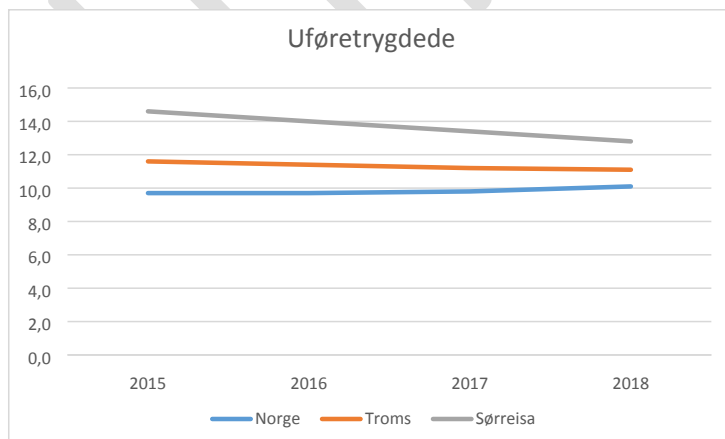
4.3.2. Sykefravær

Sørreisa har hatt en nedgang i legemeldt sykefravær de siste to årene, men som det vises tendenser til har sykefraværet tradisjonelt svingt opp og ned, slik at her er det grunn til å følge med om dette er en permanent nedgang, eller om det kun er en naturlig svingning som ikke vil holde seg.



Figur 4.3.2.1. Tapte dagsverk på grunn av egen sykdom i prosent av avtalte dagsverk, begge kjønn.

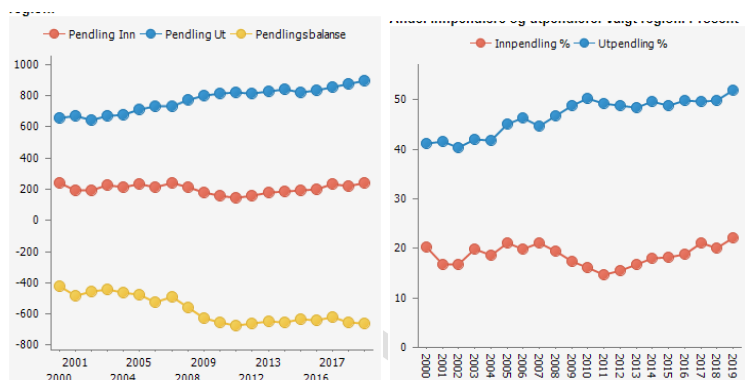
4.3.3. Uføretrygd



Figur 4.3.3. Andel uføretrygdede (SSB)

Uføreytelser (varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger) i Norge har hatt en svak oppgang de siste årene. Figur 4.3.3. viser at andel uføretrygdede er over fylkes- og landsgjennomsnittet, men er på tur ned i Sørreisa,

4.3.4. Arbeidsplasser



4.3.4.1. Innpending, utpending og pendlingsbalanse (kommuneprofilen)

I Sørreisa er det underskudd på antall arbeidsplasser, det er en bokommune, hvor flere pendler ut av kommunen enn inn i kommunen.

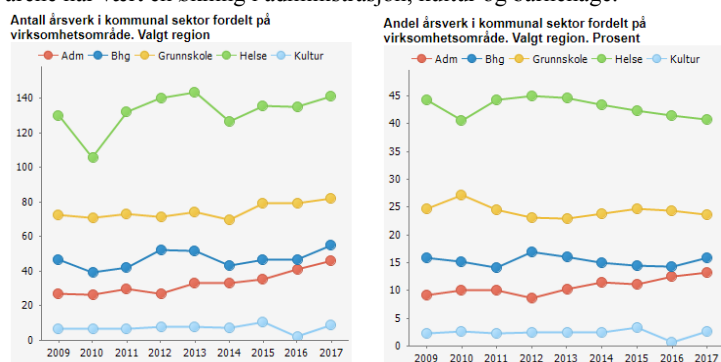
Region	Privat sektor				Offentlig sektor			
	2019	2005	Endring Antall	Endring Prosent	2019	2005	Endring Antall	Endring Prosent
1933 Balsfjord	1 385	1 388	-3	-0,2	889	830	59	7,1
1840 Saltdal	1 198	1 204	-6	-0,5	849	830	19	2,3
1925 Sørreisa	521	597	-76	-12,7	543	495	48	9,7
1913 Skånland	511	568	-57	-10,0	446	450	-4	-0,9

Tabell 4.3.4. Sysselsettingsvekst fra 2005-2019 etter sektor (kommuneprofilen)

Det har i perioden vært en nedgang i antall private arbeidsplasser, og en oppgang i antall offentlige arbeidsplasser, sistnevnte er dog ikke stor nok til å dekke opp nedgangen i private arbeidsplasser. Og vi gjør det dårlig i gruppen vår, kun Skånland gjør det dårligere, de har tapt færre prosentmessige private arbeidsplasser, men har ikke hatt oppgang i antall offentlige arbeidsplasser, og kommer dermed dårligere ut totalt sett.

De arbeidsplassene som er kommet i kommunal sektor er spredt over ulike sektorer, slik at det er økt antall årsverk i alle virksomhetsområdene i kommunen.

Prosentandelen av stillingene har dog variert noe over årene, men trenden de siste årene har vært en økning i administrasjon, kultur og barnehage.



Figur 4.3.4.2. Fordeling av årsverk på virksomhetsområde i antall og i prosentandel (kommuneprofilen)

4.3.5. Arbeidsmiljø

Mange tilbringer en stor andel av tiden sin på jobb, og trivsel på arbeidsplassen har derfor mye og si for hvordan en person har det generelt i livet sitt. Både fysiske og psykososiale belastninger kan få konsekvenser for helsen til en arbeidstaker.

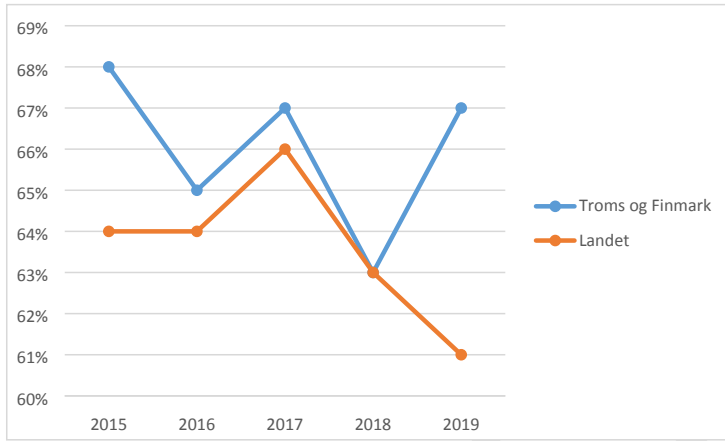
Commented [WQ5]:

› Er det åpenbare arbeidsmiljøproblemer? Eksempler på arbeidsplasser med godt arbeidsmiljø, evt. spesielt samfunnsengasjement.



Figur 4.3.5.1 Nasjonal undersøkelse om arbeidsmiljø (SSB)

Arbeidstilsynet sine tilsyn med reaksjoner for Troms og Finnmark fylke fremgår av figur 4.3.5.2. ligger fylket høyere på statistikken enn landet totalt.



Figur 4.3.5.2. Antall tilsyn med reaksjon (arbeidstilsynet)

4.4. Utdanningsforhold – Skole og barnehage

4.4.1. Barnehager

I Sørreisa har vi tre kommunale barnehager og en privat barnehage.

	2015	2016	2017	2018	2019
Andel barn 1-5 år i barnehage (prosent)	87,1	84,7	87,9	91,7	94,1
Andel pedagogiske ledere med godkjent barnehagelærerutdanning (prosent)		83,3	86,5	85,4	90,2
Andel barnehagelærere (inkl tilsvarende kompetanse) i forhold til grunnbemanning (prosent)		43,4	43,9	42,7	47,7
Antall barn per ansatte	6,3	6,3	6,2	5,6	5,8
Andel menn i barnehager (prosent)	0	1,7	1,6	4,8	4,8

Tabell 4.4.1.1. Kompetanse og bemanningsoversikt for barnehagene i Sørreisa kommune (Udir/SSB/Kostra)

Det vil si at vi har hatt økning i barnehagedekningen, en større andel av bemanningen har godkjent utdanning, og det er færre barn per ansatte, og flere menn i barnehagen. Alle måltallene i forhold til dekning og bemanning går derfor i positiv retning.

	2015	2016	2017	2018	2019
Oppholdsareal per barn (m ²)	5,7	5,8	5,8	6,3	6,1
Åpningstid per dag (timer)	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2
Hatt tilsyn	5	5	4	2	3

Tabell 4.4.1.2. Oppholdsareal, åpningstid og tilsyn som miljøfaktorer (Udir/SSB/kostra)

Vi har hatt økt areal per barn, mens åpningstiden har vært stabil.

4.4.2. Skoler

I Sørreisa er det to småskoler fra 1-4, og en skole for mellom- og ungdomstrinn (Sørreisa sentralskole), men i løpet av de neste 2-3 årene skal det bygges en felles grunnskole for alle elevene i Sørreisa.

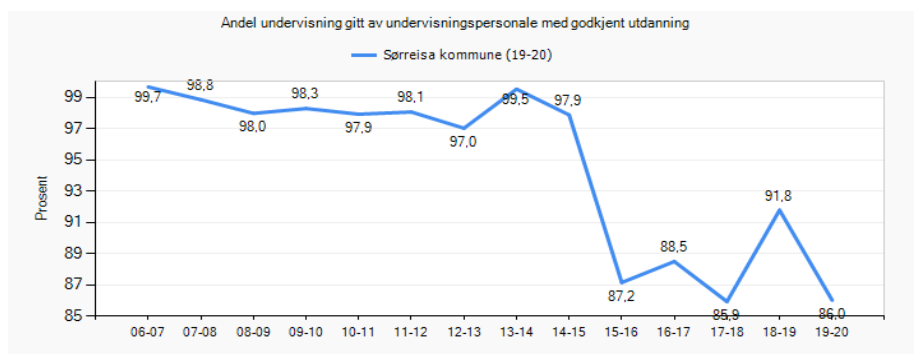
Skoleåret 2019/2020 er det totalt 391 elever i grunnskolen. I tillegg er det noen elever fra Sørreisa som for sitt opplæringstilbud ved Nordborg private ungdomsskole og ved Sameskolen i Målselv.

	15/16	16/17	17/18	18/19	19/20
Skøelv skole	74	79	78	76	75
Gottesjord skole	70	73	77	77	78
Sentralskolen	280	269	251	239	238
Sum elever	424	421	406	392	391
Sum årsverk til undervisning alle skolene	42,8	44,3	46,1	47,1	46,0

Tabell 4.4.2.1. Antall elever på skolene i Sørreisa

Tendensen de siste årene er at elevtallet er på småskolene er stabilt, mens det på sentralskolen har hatt en svak nedgang. Denne nedgangen vil etter hvert stabilisere seg slik den har gjort i småskolene når de store årskullene er gått ut, og man får mer jevne årskull.

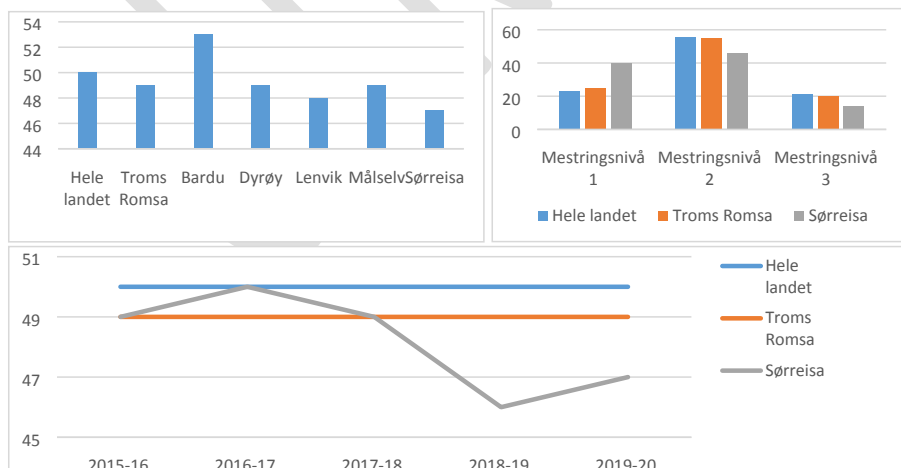
Lærernes kompetanse er den aller viktigste enkeltfaktoren for elevenes læring når en ser bort fra elevenes bakgrunn. Lærerne må ha både faglig og pedagogisk kompetanse. Kompetansen til lærerne og skolelederne er den viktigste innsatsfaktoren i skolen, og mange studier viser at høy faglig og pedagogisk kompetanse hos lærerne er en sentral betingelse for elevenes læring.



Figur 4.4.2.1. Illustrasjonen er hentet fra Conexus Insight

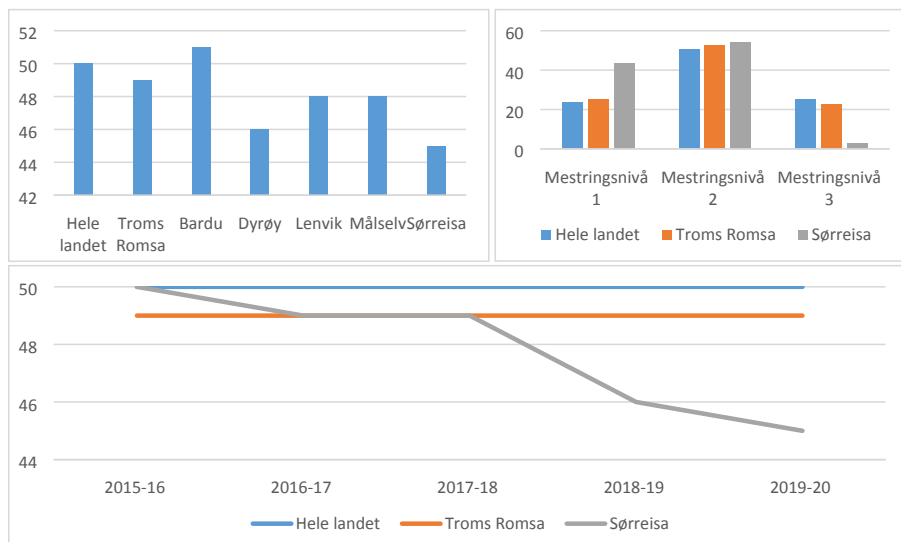
4.4.3. Lese- og regneferdigheter

Vi ser at det generelle trekket i Sørreisa har vært en nedgang i ferdigheter de siste årene, og at vi ligger lavere i ferdighetsnivå både i sammenlignet med omkringliggende kommuner, fylket og landet.



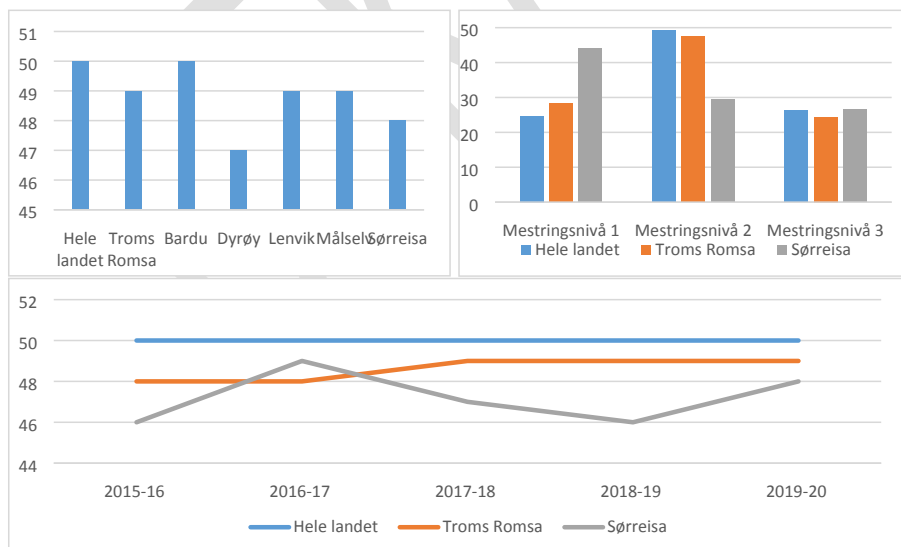
Figur 4.4.3.1. Leseferdighet 5 trinn, for 2019-20, og utvikling fra 2015-20 (udir)

Leseferdighetene i Sørreisa over tid vært dalene, men man ser en tendens til at de er på tur opp igjen, i 2019 var vi dårligst i sammenligning med nabokommunene, og ligger henholdsvis 2 og 3 skalapoeng under fylket og landet i snitt.



Figur 4.4.3.2. regneferdighet 5 trinn, (2019-2020) og utvikling fra 2015-2020 (Udir)

Regneferdighetene i Sørreisa over tid gått nedover, i år er vi dårligst i sammenligning med nabokommunene, og ligger henholdsvis 4 og 5 skalapoeng under fylket og landet i snitt. I forhold til mestringsnivå har vi svært få som klarer mestringsnivå 3.



Figur 4.4.3.3. engelskferdighet 5 trinn, mestringsnivå og utvikling fra 2015-20 (Udir)

Engelskferdighetene i Sørreisa over tid har pendlet veldig opp og ned, i år er vi nest dårligst i sammenligning med nabokommunene, og ligger henholdsvis 2 og 3 skalapoeng under fylket og landet i snitt. I forhold til mestringsnivå har vi derimot flere på øverste nivå enn fylket generelt i årets prøver.

4.4.4. Gjennomføring - Fullført og bestått VGO innen 5 år

Et av hovedmålene for grunnsopplæringen i Norge er at alle elever og lærlinger som er i stand til det, skal gjennomføre videregående opplæring med kompetanse som kan verdsettes for videre studier eller i arbeidslivet.

Andelen som har fullført og bestått videregående opplæring innen 5 år etter at de begynte, er definert ved prosentandelen av et elevkull som begynte i Vg1 for første gang som fem år senere har oppnådd vitnemål eller fag- og svennebrev. På grunn av en måling 5 år etter påbegynt Vg1 må endringer vurderes på bakgrunn av aktiviteter som ligger flere år tilbake i tid. Som styringsindikator gir indikatoren derfor informasjon med begrenset aktualitet. Indikatoren er allikevel viktig fordi den er den eneste som følger kompetanseoppnåelsen til et kull gjennom opplæringsløpet jfr. Gjennomføringsbarometeret 2016 (utgitt av Utdanningsdirektoratet)

Informasjon om andelen ungdommer som har fullført og bestått i løpet av fem år finnes også brutt ned på kommunen som eleven bodde i ved utgangen av 10.trinn. For å unngå små tall som må skjermes av personvern hensyn, har små kommuner blitt slått sammen i oversikten. Det er ikke offentliggjort egne tall for Sørreisa kommune. Sørreisa kommune er slått sammen med følgende andre Midt-Troms kommuner: Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen, Dyrøy, Tranøy, Torsken og Berg.

Fullført og bestått innen fem år:

	2009-kullet	2010-kullet	2011-kullet	2012-kullet	2013-kullet
Hele landet	71,1	73,2	73,6	75,1	75,3
Troms	65,4	67,1	67,1	69,7	71,5
Midt-Troms	64,7	68,3	71,6	70,5	72,2

Kilde: SSB/kostra

Resultater fra grunnskolen er den viktigste enkeltfaktoren når det gjelder å forutsi hvem som ikke gjennomfører videregående opplæring. Resultater fra grunnskolen henger igjen sammen med familiebakgrunn, ved at elever som har foreldre med høyere utdanning i gjennomsnitt får bedre karakterer i grunnskolen enn elever med foreldre uten høyere utdanning.

4.5. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

4.5.1. Helsestasjon

Helsestasjonen 0-5 år er åpen og tilgjengelig hver dag. Antall konsultasjoner (faste- og ekstrakonsultasjoner) var i 763 i 2015 og 908 i 2019.

4.5.2. Skolehelsetjeneste

Alle skolene i Sørreisa har skolehelsetjeneste. Sentralskolen har fast tilbud to dager i uken, småskolene annenhver uke. Antall ekstrakonsultasjoner i skolehelsetjenesten var 409 i 2019. Antall faste konsultasjoner i 2019 var 686.

4.5.3. Flyktinghelsetjeneste

Flyktinghelsetjenesten tilbyr helsesamtaler og oppfølging ved ankomst, helsestasjon 0-5 år, skolehelsetjeneste og videre oppfølging av voksne flyktninger. Konsultasjoner og samarbeidsmøter med voksne flyktninger var i alt 39 i 2019.

4.5.4. Helsestasjon for ungdom

Helsestasjon for ungdom (HSU) har åpent 1,5 timer pr uke. Åpent for alle i alderen 13-25 år. Registrerte konsultasjoner ved HSU var i 76 i 2015 og 162 i 2019.

4.6. Oppsummering og vurdering

Commented [WQ6]: Sjekk og gi innspill

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
<i>Inntekt i befolkningen</i>	Inntektsnivået i Sørreisa har økt, og gini koeffisienten er lav, slik at økningen har vært gjennomgående og ikke hos bare noen få.		Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død.
<i>Barnefattigdom</i>	Flere barn i lavinntektshusholdninger.	Dette har vært en nasjonal trend, men i Sørreisa som vi har ligget under denne i flere år lå vi i 2018 høyere enn landsgjennomsnittet. Samtidig har grensen for hva som regnes som fattigdom økt mer enn hva inflasjon tilsvarer i samme periode.	
<i>Boliger</i>	Det er stor andel eneboliger i Sørreisa. Det er økning både i antall bygde og solgte boliger, og det har vært en jevn prisstigning		
<i>Boligsosial situasjon</i>	Vi har høyere etterspørsel enn det er tilgang på leiligheter i kommunen.	Flere lever lengre med sykdom og hjelpebehov. Ikke alle har forutsetninger for tilrettelegging/ nødvendig helsetilbud i egen bolig.	Mangel på boliger vil kunne føre til redusert livskvalitet, verdighet og trivsel for den delen av befolkningen med størst behov for hjelp. Hjelp til hjelpetrequende i dårlig tilrettelagt bolig vil også kunne medføre behov for ekstra personell og økte ressurser.
<i>Arbeidsledighet</i>	Arbeidsledigheten har økt de siste årene, og da særlig blant de over 30	Andel med nedsatt arbeidsevne og uføretrygdede	Arbeidsledighet kan ha en negativ innvirkning på

	år.	påvirkere arbeidsledigheten. Flere store arbeidsplasser for personer med høyere utdanning.	helsetilstanden.
<i>Sykefravær</i>	Sykefraværet ser ut til å være nedadgående i Sørreisa	Årsakene er komplekse og sammensatte: fysisk og psykisk sykdom, belastninger i livssituasjon, livsstilsfaktorer, usikker arbeidssituasjon, utdanningsnivå, holdninger til og praksis i forbindelse med sykemeldinger og uføretrygding, jobbtilbud i området og bortfall av arbeid for innbyggere uten høyere utdanning.	Ved nedsatt arbeidsevne, øker risikoen for langvarig sykefravær og tidlig tilbaketrekking fra arbeidslivet. Sosiale helseforskjeller. Kostnader for kommunen / Samfunnet.
<i>Uføretrygd</i>	Sørreisa ligger høyt, men er på tur ned i andel uføretrygdede.		
<i>Arbeidsplasser</i>	Det er underskudd på arbeidsplasser i kommunen, og stor andel som pendler ut til andre kommuner for å jobbe.		
	Det har også vært en endring i hvor arbeidsplassene finnes, med færre private og flere offentlige arbeidsplasser.		
<i>Arbeidsmiljø</i>	Troms har flere tilsyn med reaksjoner fra Arbeidstilsynet enn nasjonalt.		
<i>Barnehager</i>	Barnehagen har hatt positiv utvikling på alle måltall, det er god dekning, og god kvalitet på bemanningen.		
<i>Skoler</i>	Det er nedgang i antall elever i grunnskolen.		

	Andel undervisning som er gitt med personale som har godkjent utdanning har gått ned de siste årene.		Økt risiko for at man ikke begynner på eller fullfører videregående skole.
	Elevenes prestasjoner har generelt blitt dårligere i Sørreisa, og liggere lavere enn de fleste nabokommunene, fylket og landsgjennomsnittet	I hht foregående punkt foregår mer av undervisningen de siste årene med personale uten godkjent utdanning.	
<i>Videregående skole</i>	Andel elever som fullfører vgs er lavere i Troms enn for landet totalt sett. Midt-Troms regionen har dog en noe høyere fullføringsrate enn fylket generelt.	Generelle årsaker til frafall: psykiske eller psykososiale problemer, manglende motivasjon, dårlige grunnleggende ferdigheter, skoletrethet, feilvalg, fysisk sykdom, vanskelige hjemmeforhold, graviditet/barn og rusproblemer.	Redusert mulighet for å få jobb. Økt risiko for uføretrygd og dårligere levekår gjennom hele livet. Økt risiko for psykiske lidelser og andre helseproblemer. Utdanningsforskjeller bidrar til sosial ulikhet i helse.
<i>Helsestasjon og skolehelsetjeneste</i>	Det har vært økt bruk av helsestasjon for barn og ungdom i perioden fra 2015 til 2019. I skolehelsetjenester har man hatt over tusen konsultasjoner, og for flyktningehelsetjenesten 39 stk i 2019.	Både nasjonalt og lokalt har det vært satset på utvikling og utvidelse av kapasitet på helsestasjon og i skolehelsetjenesten de siste årene. Økt behov i brukergruppene og et tydeligere fokus på betydningen av tidlig innsats ligger til grunn for denne satsningen	Denne satsningen er viktig for å forebygge særlig psykiske plager blant barn og unge.

5. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Nøkkelpunkter

- Vi har bra drikkevann, og radon ligger for det meste på et akseptabelt nivå
- Vi har nådd målene så langt i forhold til klimagassutslipp, men vi må fortsette å redusere for å nå de langsiktige målene, og det må gjøres på tvers av alle sektorer.

Commented [WQ7]: sjekk og gi innspill

- Vi har en del områder i kommunen som er utsatt for ulike geofarer
- Det er en del saker på forurensing som må løses, spesielt med tanke på forsøpling
- Vi har god dekning innen kultur og idrett generelt, men mangler gode møteplasser for ungdom.
- Antall anmeldelser har over tid hatt en positiv utvikling, men det er en tendens til økning igjen de siste fire årene.

5.1. Fysisk, kjemisk og biologisk miljø

I omgivelsene rundt oss er det flere fysiske, biologiske og kjemiske faktorer som potensielt kan være skadelige:

- Gjennom luften vi puster både inne og ute kan vi påvirkes av luftforurensning, passiv røyking, støv og mikrobiologiske faktorer fra fukt i bygg.
- Vi utsettes for UV- stråling, radioaktiv stråling fra radon, og annen elektromagnetisk stråling
- I vannet og maten vi konsumerer kan det forekomme både kjemiske og mikrobiologiske faktorer.
- I tillegg omgir vi oss med en rekke forskjellige kjemikalier og gasser
- Fysisk påvirkning i form av ulykker eller støy kan gi kroppslige skader

Det er derfor ønskelig å forebygge negative helseeffekter som skyldes uakseptabelt høy eksponering for en eller flere miljøfaktorer. Eksponeringsgraden er ofte lav, men eksponeringen foregår som regel over lang tid. Det kan derfor være vanskelig å se årsakssammenhenger mellom sykdom og skadelige faktorer i omgivelsene. Det skyldes også at det ofte er summen av flere faktorer som fører til sykdom eller død. Videre vil faktorene kunne øke antallet av allerede utbredte sykdommer, eller føre til forverring av disse.

5.1.1. Drikkevann

80% av befolkningen i Sørreisa var tilknyttet til privat eller kommunalt vannverk i 2018. Samtlige av disse innbyggerne hadde tilgang på drikkevann med tilfredsstillende hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet. I følge folkehelseinstituttet er drikkevannsforsyningen i Norge mest sårbar for biologisk forurensning. Kjemisk forurensning forekommer sjeldnere, men konsekvensene blir gjerne mer alvorlige fordi man ikke kan benytte koking som avbøtende tiltak. Svikt i vannforsyningen vil imidlertid kunne få de største konsekvensene.

Parameter	Andel innbyggere knyttet til kommunalt vannverk med tilfredsstillende kvalitet (2018)
E.coli	100 %
Interstinale enterokokker	100 %
Farge	89 %

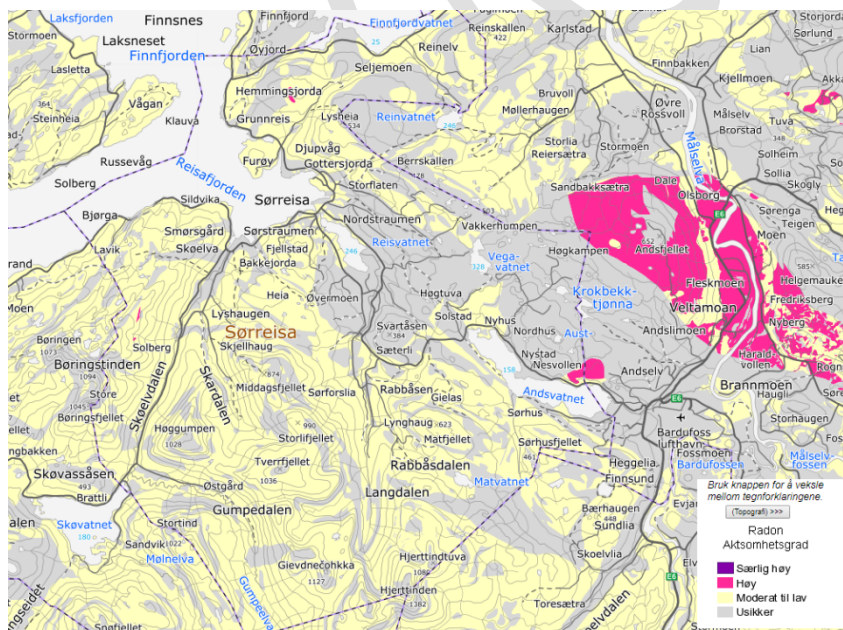
pH	100 %
Leveringsstabilitet	100 %

Tabell 5.1.1. Kilde: Kommnehelse statistikkbank, data for Sørreisa kommune 2018

5.1.2. Radon

Radon er en luktfri og usynlig gass som dannes ved nedbrytning av radioaktive grunnstoffer i mineraler i berggrunnen. Ved påvirkning over lengre tid gir radon økt risiko for lungekreft (store medisinske leksikon). Radon er medvirkende årsak til om lag 300 lungekreftdødsfall årlig i Norge. I følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) er radon den viktigste årsaken til utvikling av lungekreft etter aktiv røyking. Risikoen for lungekreft forårsaket av radon er spesielt stor for røykere og tidligere røykere. Grunnforholdene er den klart viktigste kilden til forhøyde radonkonsentrasjoner i bygninger.

Aktsomhetskart for radon basert på geologiundersøkelser (NGU) og inneluftmålinger fra NRPA's nasjonale databaser viser at radonfaren er moderat-lav i store deler av Sørreisa. I en del områder er det også mangel på data. Kartet anslår imidlertid hvilke områder det er sannsynlig at radon forekommer.



Figur 5.1.2. Radon aktsomhetskart fra NGU

Alle skoler og barnehager skal ha så lave radonnivåer som det er praktisk mulig å få til, og årsmiddelverdien skal være under 200 Bq/m³ (becquerel per kubikkmeter) i oppholdsrom. Dette nivået kalles grenseverdi i strålevernforskriften.

I tillegg skal tiltak for å redusere radonnivået alltid gjennomføres dersom det overstiger 100 Bq/m³. Dette nivået kalles tiltaksgrense i strålevernforskriften. Det betyr at dersom målingene viser radonnivåer høyere enn 100 Bq/m³, enten det er 150, 400 eller 2000 Bq/m³, må du sørge for at det blir gjort tiltak for at nivåene skal bli så lave som praktisk mulig. Nivåene skal uansett ikke overstige grenseverdien på 200 Bq/m³. Forutsatt at dokumenterbare radontiltak er gjennomført, kan radonnivået være mellom 100 og 200 Bq/m³. Etter at det er gjennomført tiltak for å redusere radon, må det måles på nytt for å kontrollere at tiltakene har hatt tilstrekkelig effekt.

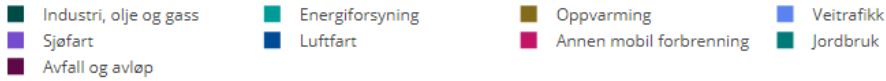
I følge tabell 5.1.2. har vi tre bygg som over en måleperiode har hatt et snitt på over 100 Bq/m³, noen flere bygg har hatt enkeltmålinger over 100 og 200 Bq/m³, men disse har vært på enkelttidspunkter og ikke vært varende over tid.

	>100 Bq/m ³	>200 Bq/m ³	Tiltak gjennomført
Bjorkly kjøkken	2012		
Brekka kjøkken	2012		
Ferdinand			
Fredlund			
Gjerdsetta			
Gottesjord			
Sentralskolen			
Skøelv nyfløy	2013		

Tabell 5.2.1. Oversikt over Radonmålinger fra 2012-2013, og hvilke rom det er gjort funn i.

5.1.3. Klimagassutslipp og luftforurensing

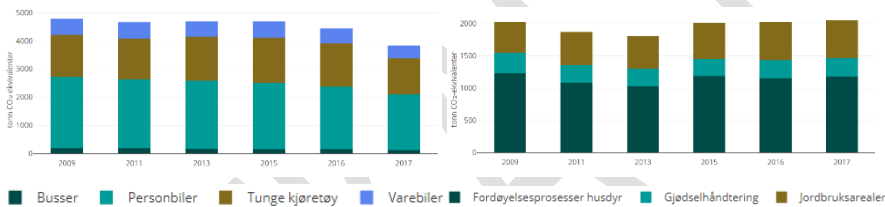




Figur 5.1.3. Sektorfordelte utslipp per år i Sørreisa (øverst) og Troms (Miljødirektoratet)

I 2017 tilsvarte klimagassutslippene fra Sørreisa kommune 8052,2 CO₂-ekvivalenter, dette er en nedgang på 9,7 prosent fra året før. Og bedre enn for fylket generelt, som i flere år har hatt en oppgang i utslipp. I forhold til i 1991 hvor vi lå på 13400 CO₂-ekvivalenter, har vi hatt en reduksjon på ca 40 prosent, reduksjons målet for Norge til 2020 er 30%, målet for 2030 er 40%, og målet for 2050 er 80-95%. Det vil si at Sørreisa må ned til mellom 670-2680 CO₂-ekvivalenter i løpet av de neste 30 årene.

Veitrafikken er den største kilden til utslipp av klimagasser i kommunen, etterfulgt av jordbruket og utslipp fra avfall og avløp. Av disse igjen er det personbiler, fordøyelsesprosesser fra husdyr og avfallsdeponigass som er de største kildene.

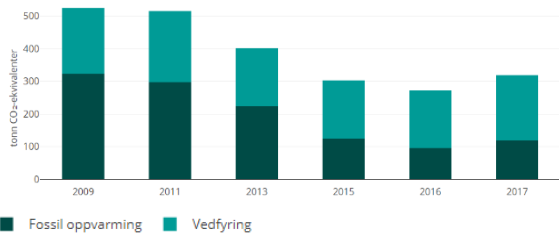


Figur 5.1.3.2. Fordeling av utslipp i veitrafikk og jordbruket (miljødirektoratet)

Utslippskilde	2009	2011	2013	2015	2016	2017
Avfallsdeponig...	1 563,4	1 436	1 277,7	1 155,1	1 090,6	1 036,7
Avløp	21,3	21,6	11,7	11,7	11,7	11,7
Biologisk beha...	0	0	0	0	0	0
Totalt	1 584,7	1 457,6	1 289,4	1 166,8	1 102,3	1 048,4

Tabell 5.1.3. Fordeling av utslipp i Avfallssektoren (miljødirektoratet)

I følge Miljøstatus vil klimaendringer påvirke helsen vår direkte fordi risikoen for ekstremvær og flom øker. Videre kan vi bli påvirket indirekte av endringer i økosystemer og i miljøet. Økt nedbør og avrenning kan for eksempel føre til spredning av vannbårne sykdommer. I en varmere verden kan sykdommer som malaria og tropfeber forekomme lenger nord på kloden enn de gjør i dag.

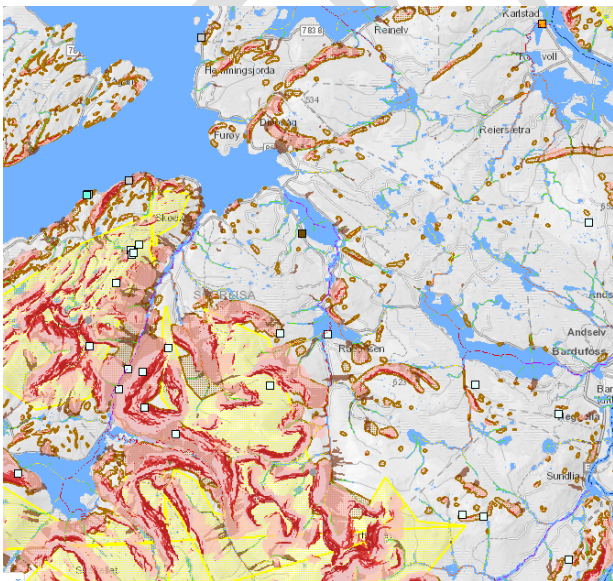


Figur 5.1.3.3. Utslipp fra oppvarming (miljødirektoratet)

I følge Miljøstatus er det svevestøv og nitrogenoksider (NO₂) som bidrar mest til lokal forurensning i Norge. Veitrafikken er den største kilden til utslipp, men vedfyring kan også være en betydelig kilde til lokale utslipp – i Sørreisa er det nedgang i biltrafikken, mens det etter en nedgang har vært noe oppgang i vedfyring.

I forurensningsforskriften er det fastsatt grenseverdier for både svevestøv og NO₂. Det er ikke målestasjon for luftforurensning i Sørreisa, men man kan få lokale varsel basert på de nærmeste målestasjonene og meteorologiske data (vanskelig å få tak i historiske varsel/data her)

5.1.4. Geofarar



Figur 5.1.4. Kartutklipp fra NVE, viser alle faresoner (skravurer), og hendelser (punkter) i kommunen

Geofarar er begivenheter som skyldes geologiske egenskaper og prosesser som representerer alvorlige trusler mot mennesker, eiendommer og miljø.

NVEs aktsomhetskart for jord-, flom-, og snøskred viser at det er flere områder i kommunen som kan være utsatt for denne typen hendelser.

I tillegg ligger stortsett hele kyststripen i Sørreisa under maringrense, og er derfor utsatt for kvikkleirefare.

5.1.5. Støy

Støy er definert som uønsket lyd. Langvarig påvirkning av sterk støy kan føre til en direkte mekanisk skade på sansecellene i øret (Store medisinske leksikon 2020). Studier viser også at støy kan føre til psykisk stress og helseplager i form av muskelspenninger og muskelsmerter. Støy kan dessuten være en medvirkende årsak til utvikling av høyt blodtrykk og utvikling av hjertesykdom. Den vanligste kilden til støy i Norge er veitrafikk (miljøstatus 2020). Statens vegvesen har foretatt støymålinger langs riks- og fylkesveger, men det foreligger ikke data for Sørreisa. Omfanget av trafikk i kommunen er begrenset, og vi har heller ingen andre åpenbare kilder til støy hverken fra transport eller industri.

5.1.6. Inneklima

Vi har lite dokumentert informasjon om inneklima i skoler og barnehager, men er nå i gang med å føre opp et nytt skolebygg som skal benyttes av samtlige grunnskoleelever i kommunen.

Fra Gottesjord skole hvor det ble lagd en rapport av Senja lab i 2016 og hvor bedriftshelsetjeneste Nord hadde befaring i 2018, er det ikke funnet spesielle feil eller funn. Etter ønske om testing, ble det gjennomført befaring i 2019, uten tegn til muggsopp.

Fra sentralskolen viser rapport fra multikonsult at det er noe skader på luftbehandlingsanlegget, og at det på et punkt er en del støy fra tilluftsventiler. I 2019 ble ventilasjonsanlegget befart av Mathiesen ventilasjon, luftmengder som ble målt er innenfor kravene til Arbeidstilsynet.

5.1.7. Legionella og annen biologisk forurensing

Legionella kan forekomme i badeanlegg, basseng og badstue, i kommunen har vi følgende rutiner:

1. Selve bassenget er det tilsatt klor. Vi har automatikk som overvåker dette og tilsetter mer ved behov. Verdier lagres i automatikken og det føres manuell protokoll. En bakterie som blir tilført vannet vil ha en teoretisk overlevingssevne på 20 sek, til kloreten har kapslet den inn. Derfor skal man ikke bade med åpen sår.
2. I en badstue skal man sitte på en handduk, men vi har ikke noe kontroll på om dette blir utført. Renhold er grundig vær morgen i badstue og dusjene. En lettere renhold på ettermiddagen.
3. Nåværende ansatte har jobbet siden tidlig 90 tallet, og i den perioden har det ikke vært registrert legionella i bassenget, det har vært en episodet med bakterie i vannet, men vannet som kom inn etter rensing var 100% rent, og ingen tiltak blir pålagt fra mattilsynet. Teknisk utstyr har i samme periode vært totalutsiftet to ganger (2000, 2017).

5.1.8. Områder utsatt for annen forurensing

I henhold til grunnforurensingsdatabasen har vi fire registrerte områder, det er et kommunalt deponi på Øvermoen, to lokaliteter på hhv nordhus og nyhus tilknyttet aktivitet på Bardufoss flystasjon, og deponi tilknyttet Sørreisa grovafallsfylling.

Det er mulig denne basen er noe mangelfull, vi kjenner til saker med opprydning og masseskifting som ikke er registrert her, det har dukket opp søppel o.a. i byggeprosjekter i kommunen, dette er vanskelig å få kartlagt da det var vanlig før i tiden å grave ned f.eks. byggeavfall.

Det er viktig i byggesaker at slike registreringer følges opp for å unngå fremtidig fare for de som skal bruke byggene og oppholde seg i området, det vil si egnet deponering av masser og masseutskifning til rene masser.



Figur 5.1.8.1. Kart fra grunnforurensingsbasen til miljødirektoratet (Gul akseptabel forurensing med dagens areal- og resipientbruk, lilla er mistanke om forurensing)

I tillegg har vi flere lokaliteter som det jobbes med å få oppryddet gamle bilvrak og annen søppel spredt rundt i kommunen, samt at vi har hatt en forurensingssak med sauekadaver tilknyttet Andsvannet som drikkevannskilde. Forurensings-/forsøplingsaker er saker som ofte strekker ut i tid fordi de er kompliserte og tidkrevende. Kommunen har fått ryddet opp flere saker de siste årene, men har noen som står igjen. Slike saker kan påvirke bomiljø, de kan over tid føre til avrenning til naturen og komme ut i vannkilder, og de kan utgjøre et direkte faremoment ved at dyr, barn og andre ferdes i området og skader seg på objektene.

Kommunen deltar også i interkommunalt prosjekt for strandsonerydding, hvor Senja Avfallsselskap organiserer arbeidet og søker tilskudd for flere av Midt-Troms kommunene.

5.2. Sosialt miljø

WHO har sagt at sunne byer består av et fysisk miljø som fremmer helse, rekreasjon, trygghet, sosiale møteplasser, god tilgjengelighet, stolthet og kulturell identitet.

Det vil si at utformingen av utemiljø og møteplasser har betydning for hvor attraktive de er å bruke.

5.2.1. Ungdata

Andelen av de spurte ungdomsskoleelevene som var «svært fornøyd» eller «litt fornøyd» med lokalmiljøet der de bor 65 % i 2018. Det er høyere enn snittet i Troms, men lavere enn på landsbasis.

Område	Andel i prosent	Standardisert forholdstall (Norge=100)
Sørreisa	65	94
Troms og Finnmark	62	89

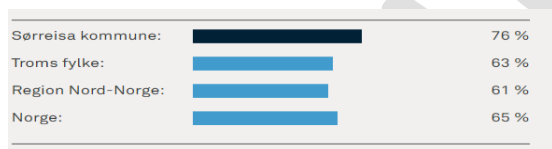
Hele landet	70	100
-------------	----	-----

Tabell 5.2.1.1. hvor fornøyd ungdommen er med lokalmiljøet

Sørreisa har ingen kommunale fritidssenter (SSB). I Ungdataundersøkelsen for 2018 svarte 29 % av ungdomsskoleelevene som deltok at de opplevde at kommunens tilbud når det gjaldt treffsteder for unge var «svært bra» eller «nokså bra». Dette resultatet er lavere enn snittet både på landsbasis og i fylket.

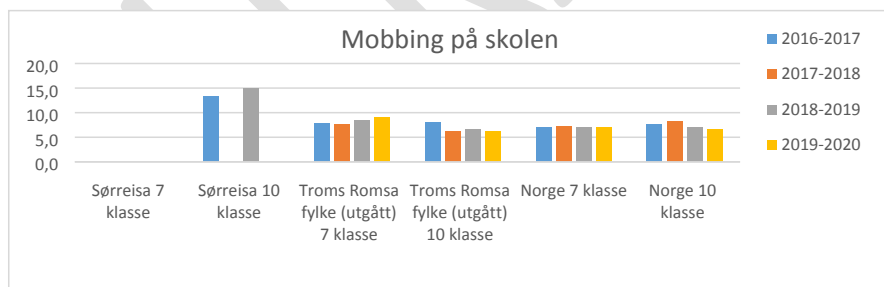
Område	Andel i prosent	Standardisert forholdstall (Norge =100)
Sørreisa	29	59
Troms og Finnmark	38	77
Hele landet	50	100

Tabell 5.2.1.2. Hvor fornøyd ungdommen er med kommunens tilbud på treffsteder



Figur 5.2.1.1. Prosentandel ungdomsskoleelever som er med i en fritidsorganisasjon

Andelen ungdomsskoleelever i Sørreisa som er med i en fritidsorganisasjon er høyere enn på lands- og fylkesbasis.



Figur 5.2.1.2. Fra elevundersøkelsen, oppgitt i prosentandel.

Der det ikke foreligger resultater i elevundersøkelsen er det for at bare 1-4 elever har svart. Figuren 5.2.1.2. viser at veldig få har svart at de opplever mobbing i 7 klasse, og enkelte år også i 10 klasse, mens de årene vi får utslag på at flere enn 4 elever mobbes er det så mange at vi ligger langt over fylkes og landsgjennomsnittet.

Dette kan tyde på at mobbing ikke er et gjennomgående problem, men under enkelte situasjoner kan blusse veldig opp. Kartleggingen viser ikke omstendighetene rundt mobbing, om det er mange eller få som mobber, slik at her kreves muligens mer kartlegging internt i skolen for å finne årsaken til dette bildet og for å kunne sette inn tiltak.

5.2.2. Kultur

I Sørreisa er det stor aktivitet innen flere ulike organisasjoner. Totalt er det registrert 51 enheter i frivillighetsregisteret for Sørreisa kommune. Idrettsrådet i Sørreisa består av 8 lag/klubber, med en medlemsmasse på ca 800.

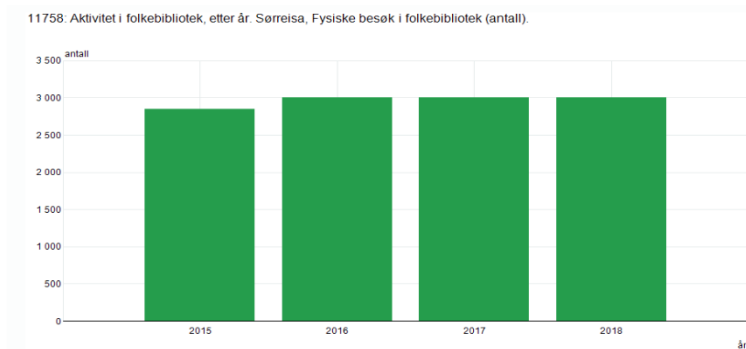
For idretten viser aktivitetsoversikter og medlemstall at andelen aktive idrettsutøvere ligger på 28%, litt under snittet for Troms på 30%. Andelen aktive barn i alderen 6-12 år er 123% og 75% for aldersgruppen 13-19 år. For aldersgruppen 6-12 år betyr dette at en god del barn er med på flere aktiviteter. For Troms fylke samlet viser utviklingen en økning i andelen aktive idrettsutøvere i perioden 2006 til 2014 på 5% mot 2% for landet for øvrig. Ungdataundersøkelsen 2018 fra Sørreisa viser i tillegg at 51% av ungdomsskoleelevene er aktive i «andre fritidsorganisasjoner» Dette er over snittet for Troms på 47%.

Sørreisa turn er aktive brukere av Sørreisahallen. Aktiviteten er for tida lavere med færre turngrupper enn laget har hatt i sine mest aktive perioder. Sørreisa håndball er derimot inne i en veldig god driftsperiode med mange lag og gruppespill på høyeste nivå i Nord-Norge. Sørreisa O-lag har jevn aktivitet med bred deltakelse for mange aldersgrupper. Sørreisa har en særskilt stor andel av medlemmer i Norges jeger- og fiskerforbund, og det er god aktivitet i Sørreisa jeger- og fiskeforening. Aktivitetsoversikten viser at tilbudene er mange i kommunen. Utfordringen for de ulike lagene er at de konkurrerer om de samme deltakerne, og høy aktivitet og popularitet i ett lag får konsekvenser for ett annet. I temamøte 6.10.2017 ble det også pekt på at lag med samme tilbud bør se på mulige samarbeidsformer (fotball). Onsdagsdansen i kulturhuset et viktig tiltak for fysisk aktivitet og trivsel for en brei gruppe eldre både fra Sørreisa og kommunene rundt. I tillegg er det ulike trimtilbud for voksne i form av fellesaktiviteter i regi

Følgende er hentet fra kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv:

Kommunen har et godt tilbud innenfor sang og musikk, både i den kommunale kulturskolen og i det frivillige kulturlivet. I tillegg har kommunen bygdekino, det avholdes konserter, forestillinger, messer og andre arrangementer både i kulturhuset og i andre lokaler i kommunen av- og i samarbeid med ulike lag og foreninger, f.eks kulturuka og kunst & håndverksmessa.

5.2.3. Sørreisa Bibliotek



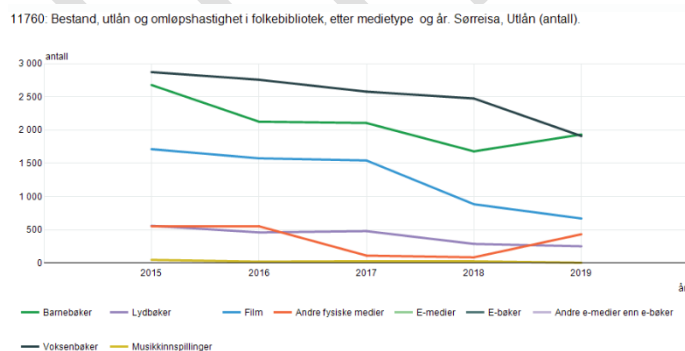
Figur 5.2.3.1. Aktivitet i biblioteket

Biblioteket brukes stadig mer, og har flere besøk enn før, i 2016 kom vi over 3000 fysiske besøk i kommunens bibliotek og har holdt oss på dette nivået siden, i motsetning til trenden i Troms som har vært nedadgående.

	2016	2017	2018	2019
Landet	6,89	1,58	2,20	-13,72
Sørreisa	5,26	0,00	0,00	0,00
Troms Romsa	8,11	-3,46	-1,87	3,84

Tabell 5.2.3. Endring i besøksbruk fra året før (basert på SSB 11758)

Samtidig ser man at utlånet i de fleste kategorier er gått ned, men at man igjen har en oppgang i antall barnebøker og andre fysiske medier som lånes ut.



Figur 5.2.3.2. Utlån i biblioteket (SSB)

5.2.4. Kollektivtilbud

I henhold til [Samhandlingsreformen](#) er en av de viktige forutsetninger når det gjelder folkehelse nok mosjon. Tidligere undersøkelser viser at kollektivtrafikanter mosjonerer mer enn bilister i ca en og halv km per dag i gjennomsnitt. (trafiken i den hållbara staden, s243). Dessuten er det kjent at god samferdselsorden på lokalt nivå gir et mer rasjonelt

kommunikasjons forbilde og med dette bidrar til bedre psykoemosjonelle forhold i samfunnslivet.

I 2015 begynte en kartlegging av kollektivtrafikken i forbindelse med trafikkplanleggingen, denne kartleggingen stoppet siden opp, men av status på daværende tidspunkt kan nok i stor

Tilbudt innenfor kollektiv transport bygges på skoleskyssetterspørsel i dag. Samtidig er det noen bussavganger som tydelig ikke korresponderer med skoletidene. Situasjonen fremstår som forvirrende da det er i hovedsak på et overordnet nivå ikke lagt opp for andre grupper (enn skoleelever) av offentligtrafikk brukere.

- “ 5 forskjellige bussruter – 300, 302, 303, 325, 120
- “ Knutepunkt ved Sentralskolen
- “ Ikke tilfredsstillende bussruter
- “ INGEN bussholdeplass som er utformet etter prinsipper for universell utforming.

grad legges til grunn også nå:

Kommunens innbyggere har dog god tilgang til kollektiv transport ut av den umiddelbare regionen, med hurtigbåt kaier og flyplass (med flybusstilbud) i nabokommunene.

5.2.5. Områder for friluftsliv og fysisk aktivitet i Sørreisa

I følge Folkehelseinstituttet kan tiltak som bidrar til et godt og trygt lokalmiljø fremme fysisk og psykisk helse. Eksempel på slike tiltak kan være tilrettelegging for fysisk aktivitet i form av turstier/lysløyper, gangveier, lekeplasser, og parker.

Flere studier viser også at det er en sterk sammenheng mellom tilgangen til grøntarealer i nærmiljøet, helse og generell trivsel. Bruken av grøntområder avtar dessuten i takt med avstanden fra hjemmet, og de bør helst kunne nås på maksimum ti minutter.

Tilrettelegging for sosiale møteplasser kan også ha positiv innvirkning på folkehelsen. Flere undersøkelser viser at det er mindre psykiske og fysiske helseproblemer i samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold



Figur 5.2.5.1. Gangavstanden ulike aldersgrupper tilbakelegger på 10 minutter (basert på tall fra «Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder», Direktoratet for naturforvaltning 6-1994).

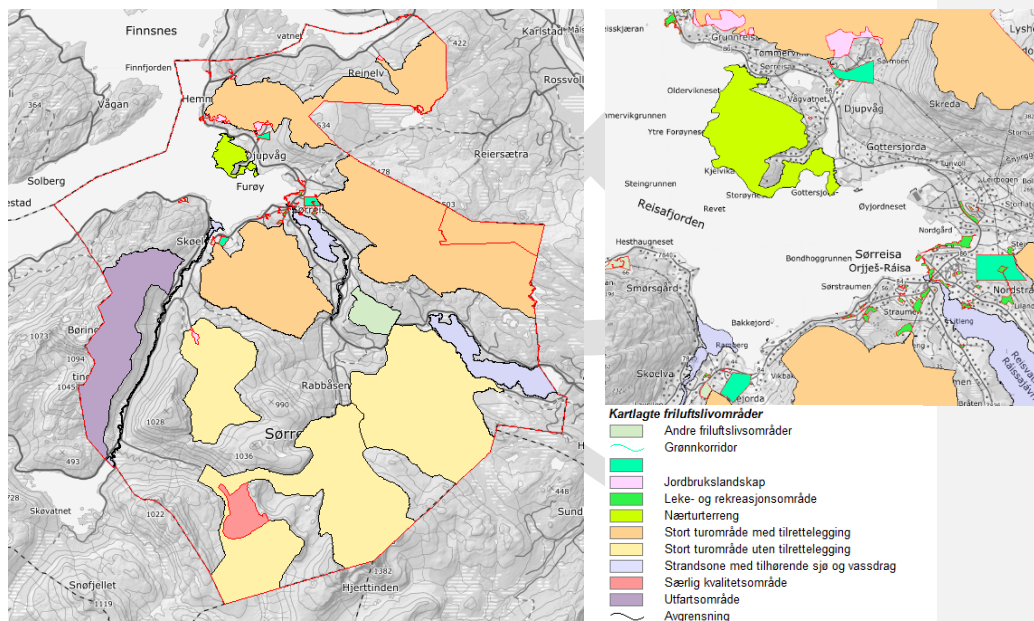
I følge kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv har kommunen utviklet i samarbeid med ulike lag, foreninger og bedrifter følgende områder; Folkehelsepark, turveger langs sjøen, planer for molo og fiskeplass for funksjonshemmede.

I forbindelse med Kystsoneplanlegging i kommunen, er flere badeplasser sikret ved avsetting i plan.

Kommunen har også flere attraktive turområder, og løyper både vinters- og sommertid driftes og merkes i samarbeid med lag og foreninger. Og vi har to statlig sikra friluftsområder.

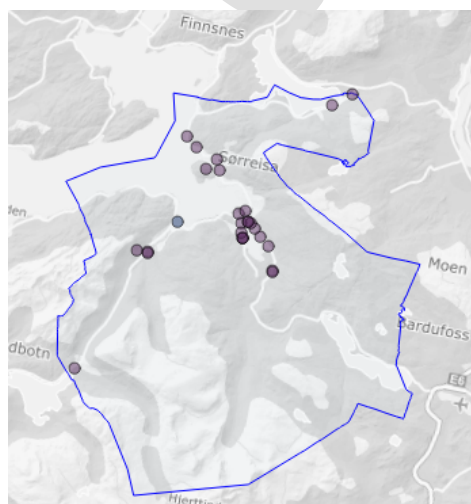
Kommunen har også gjennomført kartlegging av friluftsområder, med A-D klassifisering og påbegynt arbeidet med kategorisering av områdene etter type. Selv om sistnevnte ikke er ferdigstilt viser begge kartleggingene at vi har ulike typer områder tilgjengelig i kommunen.

Deler av de tett befolkede områdene i kommunen har dog mangler på eller mindre grønt- og lekearealer enn de burde hatt.



Figur 5.2.5.2. Fra påbegynt kartleggingsarbeid for friluftslivsområder etter type (grønncorridorer er ikke stadfestet, men områder det er behov for slike innenfor er avmerket).

Det vi derimot vet at man noen steder har behov for gjennomgang og sikring av traséer, teknisk enhet opplever også å få tilbakemelding i forhold til enkelte områder at det ikke finnes god nok kapasitet på parkering tilknyttet utfartsområder.

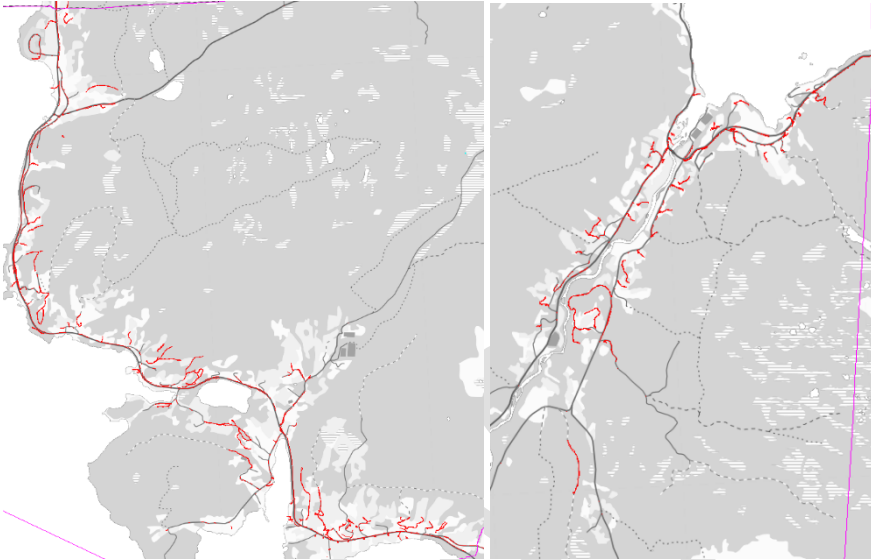


Kommunen har ikke oversikt over beplantningen på grøntområdene tanke på å unngå allergiskponering og fremmedearter. Det jobbes dog med å korrigere mangler på arealer og bestemmelser for beplantning i nyere planer.

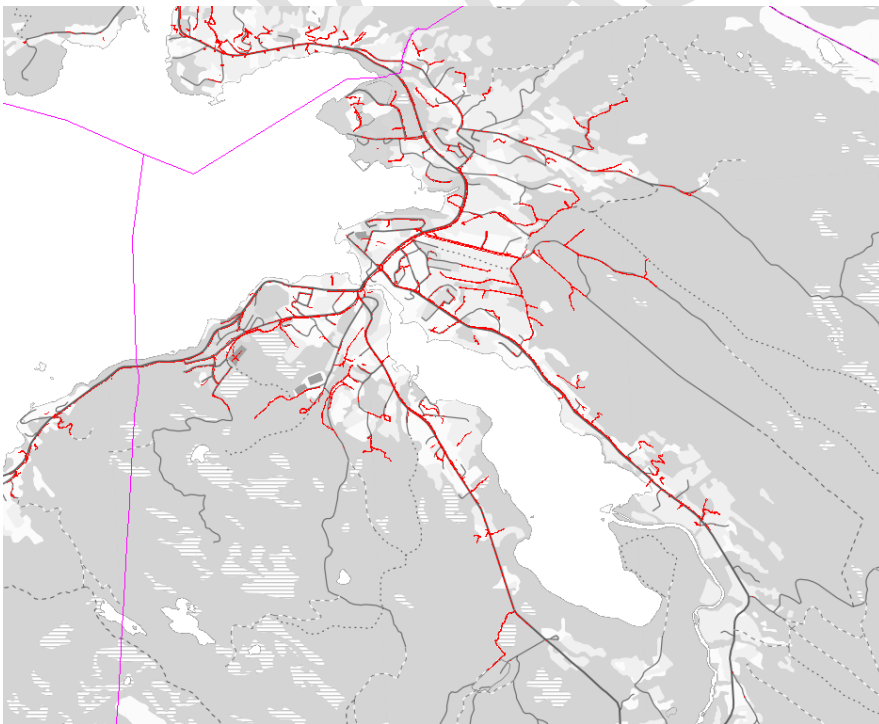
I Sørreisa er følgende fremmede arter registrert:

- Tromsøpalmen (helskerisiko, etser i sollys)
- Hagelupin (giftig)
- Vinterkarse

I dag har kommunen gang- og sykkelveger på følgende områder:



Figur 5.2.6.2. Gotesjord området (venstre) og Skøelv området (høyre) (fra veibase)



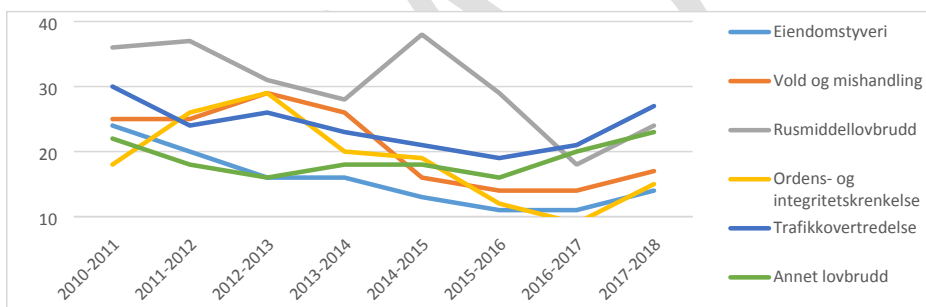
Figur 5.2.6.3. Sentrumsområdet (uttrekk fra veibase)

5.3. Kriminalitet



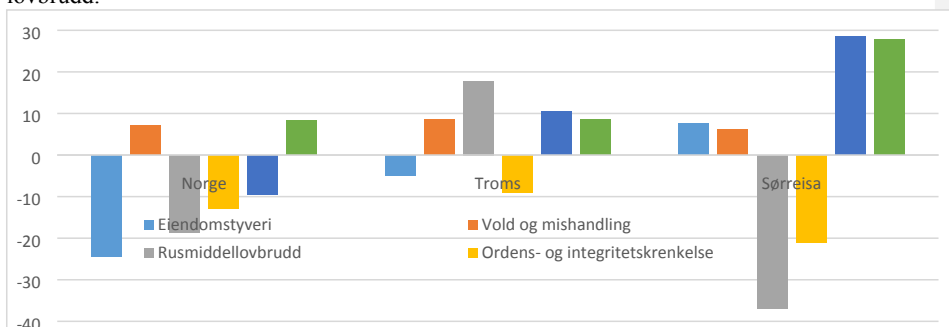
Figur 5.2.7.1. Anmeldte lovbrudd 2017-2018 (SSB 08487)

Sørreisa kommer bra ut i forhold til andre kommuner i området rundt oss på anmeldte saker foregående år (figur 5.2.7.1). Samtidig ser vi at antall anmeldelser i Sørreisa har gått ned over tid, med unntak av siste året hvor vi hadde en økning igjen (figur 5.2.7.2).



Figur 5.2.7.2. Anmeldte lovbrudd (SSB 08487)

Endringene i anmeldelser prosentmessig er større enn det som kan ses på regionalt og nasjonalt nivå (figur 5.2.7.3), noe som kan tyde på at disse ikke bare skyldes nasjonale eller regionale trender i kriminalitet. Vi har hatt en særlig positiv utvikling når det gjelder rusmiddellovbrudd og krenkelser, mens vi har hatt en negativ utvikling på tyveri og andre lovbrudd.



Figur 5.2.7.3. Prosentvis endring i anmeldelser for perioden 2014-2018 (SSB 08487)

5.4. Oppsummering og vurdering

Commented [WQ9]: sjekk og gi innspill

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
<i>Drikkevann</i>	Drikkevannet i Sørreisa har tilfredsstillende kvalitet.	Gode rutiner og oppdaterte anlegg	Risiko for smitte av koliforme bakterier hvis ikke tilfredsstillende vannkvalitet.
<i>Radon</i>	Radon ligger de fleste plasser som vi har oversikt over på et moderat til lavt nivå i Sørreisa. Vi har noen tilfeller hvor det i barnehager og skoler er målt nivåer som utløser tiltakspunkt.	Grunnforhold. Manglede forebyggende tiltak i boliger og offentlige bygg.	Økt risiko for lungekreft. Tapte livskvalitet og leveår.
<i>Klimagassutslipp og luftforurensing</i>	Vi har en nedgang i utslipp av klimagasser, og ligger godt an i forhold til fylket generelt. Veitrafikk, jordbruk og utslipp fra avfall og avløp er det største problemet. Vi må fortsette å redusere i samme takt for å nå målene i 2050.	Høyt fokus fra samfunnet på å redusere utslipp i alle sektorer, biler er blitt mer miljøvennlig og lignende.	Flere tilfeller av luftveislidelser, hjerte-karsykdom, kreft. Økt risiko for forsterkede allergiske reaksjoner. Menneskelige lidelser og tapte arbeidskraft.
<i>Geofarer</i>	Særlig søndre del av kommunen er utsatt for ulike rasfarer, hele kyststripen ligger stort sett under marin grense, og vi har også noen områder som er utsatt for flom.	Geografien, manglende kartlegging på detaljert nivå.	Naturkatastrofer med risiko for skader og tapte menneskeliv. Store samfunnskostnader.
<i>Støy</i>	Ingen åpenbare kilder til uakseptabel støy.		Langvarig opphold i støyutsatt sone uten tilstrekkelige støydempende tiltak kan gi alvorlige helseplager.
<i>Inneklima</i>			
<i>Legionella</i>	Uproblematisk		
<i>Annen forurensing</i>	Vi har fire steder registrert i grunnforurensingsdatabasen, utover dette vil problem være tilknyttet forsøplingssaker og		

	uregistrerte nedgravinger av avfall fra eldre tider.		
<i>Ungdata</i>	35% av ungdommen er ikke fornøyd med lokalmiljøet. Samtidig er ungdommen i Sørreisa veldig aktive, og mange er med i en fritidsaktivitet, og mobbingen generelt er lav de siste årene, men med enkelte høye utslag i perioder.	For få møteplasser av kvalitet tilpasset ungdommen. Det er godt tilbud på aktiviteter innen idretten til barn- og unge.	Trivsel påvirker motivasjon for å lære, som igjen påvirker risikoen for frafall i skolen. Fysisk aktivitet gir positiv påvirkning på helse og mentaltilstand.
<i>Kultur</i>	Det er god dekning innenfor kulturtilbud til å være en liten kommune.	Det er mange lag og foreninger og man har flere store arrangementer i løpet av året.	Økt livskvalitet og tilhørighet. Varierende tilbud vil kunne forebygge inaktivitet, ensomhet og psykiske lidelser.
<i>Bibliotek</i>	Det er bra bruk av biblioteket, man er oppe i et stabilt antall på 3000 fysiske besøk i året.		
<i>Kollektivtilbud</i>	Er lagt opp etter skoleskys og ikke tilpasset andre grupper. Den er også mangelfull i helger og skoleferier. Det tilgang til hurtigbåt og flyplass med tanke på regionale og nasjonale reisebehov.		
<i>Friluftsliv og fysisk aktivitet</i>	Det er godt utvalg og dekningsgrad generelt å friluftsområder, mangler på grøntområder og lekearealer noen steder. Det er behov for gjennomgang av traséer til friluftsområder, og sikre at disse er tilfredstillende. Det er også behov for gjennomgang av parkeringsmuligheter i forbindelse med friluftsområder.	Vi har ikke en stor sentrumskerne, og kommunen er kompakt som gjør at det er små avstander internt og man raskt kan komme seg fra et område til et annet. Samtidig gjør gamle planer at mye utbygging er skjedd på dispensasjoner uten oppfølging	Trygg tilgang er viktig for fokus på økt fysisk aktivitet. Å opprettholde nærhet til rekreasjon og turterreng gir økt livskvalitet.

		med krav om grønt- og lekeområder.	
Trygg skolevei	X elever har fått innvilget skoleskyss grunnet farlig skolevei.		
Kriminalitet	Antall anmeldte saker har generelt sett hatt en positiv utvikling det siste tiåret, men de kan være på tur opp igjen. Spesielt trafikk- og andre lovbrudd har hatt en høy økning de siste fire årene.		

6. Skader og ulykker

Nøkkelpunkter

- Arbeidsulykker
- Ingen har omkommet i brann eller drukningsulykker i Sørreisa de siste årene
- Nedgang i antall personskader, og da særlig blant de som er 75+
- Det var en generell nedgang i trafikkulykker frem til 2017, mens vi har erfart en økning de senere år.

Commented [WQ10]: sjekk og gi innspill

6.2. Arbeidsulykker

Arbeidstilsynet melder at de fra 2016 og frem til i dag ___ arbeidsskadedødsfall i Sørreisa. På landsbasis som helhet er det en nedadgående trend de siste årene.

Commented [WQ11]: Venter på svar fra arbeidstilsynet

Commented [WQ12]: Har fått kontakt med rett person i tilsynet nylig, og håper dette kommer på plass før behandling i kommunestyret

	Antall arbeidsulykker med dødelig utfall			
	2016	2017	2018	2019
I alt				
00-99 Alle næringer	45	44	36	33

Figur 6.2. SSB 10913: Arbeidsulykker med dødelig utfall, etter tilsynsmyndighet, næring, statistikkvariabel og år

Gjennomsnittlig har ca 70% av tilfellene i 2016-2020 vært i følgende bransjer: Bygg og anlegg, transport og lagring, jordbruk/skogbruk/fiske eller i industri. Dette er ikke de mest sentrale arbeidsgruppene i Sørreisa.

Det er generelt mye underrapportering av ulykker med personskade og tallene kan være høyere enn det Arbeidstilsynet har fanget opp.

6.3. Brannulykker

I årene 2015-2018 var det totalt 12 bygningsbranner i Sørreisa jfr tall fra SSB.

Oppdragstyper	2015	2016	2017	2018	2019	Sum oppdrag	Kommentarer
Brann i bolig	2	2	4	2	0	10	Normalt antall
Brann i startfase kommunal bolig				1		1	
Brann i kommunal bolig				1		1	
Brann annet	0	0	3	1	1	5	Ikke unormalt
Brann i skorstein	0	0	1	1	0	2	Godt under normalen,
Gress og lyngbrann	0	0	1	0	0	1	Godt under normalen Mindre brenning av tørrgress på våren

Tabell 6.2. Oversikt fra Sørreisa brannvesen

Det er ikke kjent at noen er omkommet i brann i Sørreisa de siste årene.

6.4. Drukningulykker

Brannvesenet har ikke registrert noen drukninger i Sørreisa for perioden 2015-2019.

6.5. Personskader

Brannvesenets assistanse til helseoppdrag i perioden 2015-2019:

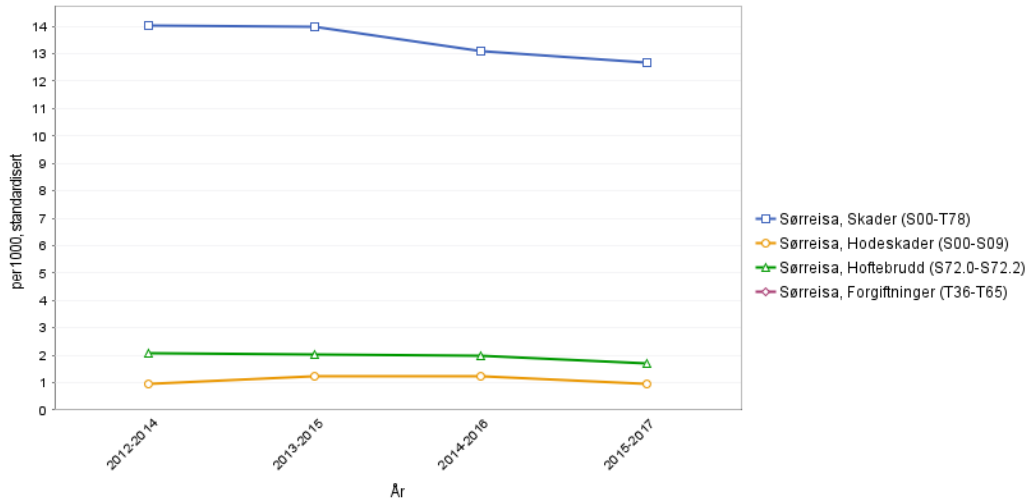
Oppdragstyper	2015	2016	2017	2018	2019	Sum oppdrag	Kommentarer
Førstehjelp Helseoppdrag	2	6	5	2	6	21	Normal svingninger
Bistand helse	0	0	0	1	0	1	

Tabell 6.5.1. Opplysninger om brannvesenets oppdrag

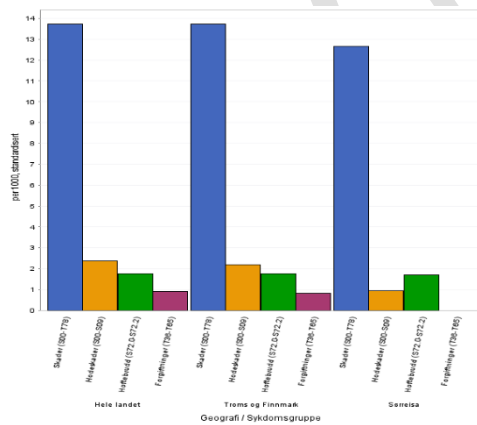
Gjennomsnittlig antall sykehusinnleggelser som følge av personskader er noe lavere enn på lands- og fylkesbasis (Figur 6.5.2.). Frekvensen av hoftebrudd er 1,7 per 1000 innbyggere. Dette en skade som forekommer hyppigst hos eldre.

Frekvensen av hodeskader er 0,9 per 1000 innbyggere (figur 6.5.1). Data for forgiftninger og voldsomme dødsfall er anonymisert. Snittet for aldersgruppen 75+ er noe lavere enn på lands- og fylkesbasis (figur 6.5.3).

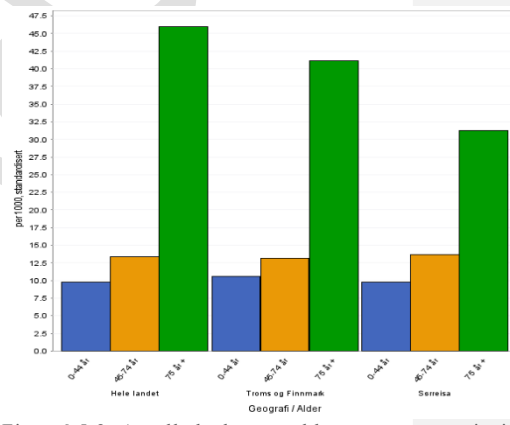
Data fra FHI Kommunehelse statistikkbank for perioden 2015-2017:



Figur 6.5.1. Utviklingen i skaderover tid i antall per 1000



Figur 6.5.2. Oversikt alle skader, og alle aldre, oppgitt i antall tilfeller per 1000, 2015-2017



Figur 6.5.3. Antall skader per aldersgruppe, oppgitt i tilfeller per 1000 innbyggere, perioden 2015-2017

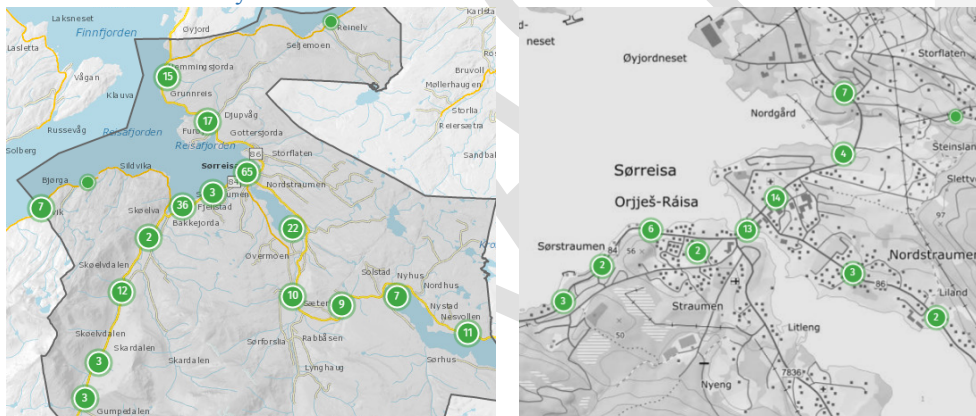
I forhold til skadested finnes følgende nasjonale tall fra 2018 følgende:

Skadested	%	Skadested	%
Bolig, boligområder	29,4	Institusjon, sykehus, sykehjem, aldershjem, offentlig kontor	2,0
Vei, gate, fortau, gang- og sykkelvei	17,4	Lekeplass	1,2
Sports- og idrettsområde	14,5	Jordbruksbedrift, skogbruk	0,5
Skole, høyskole, universitet, barnehage, SFO	7,0	Annet skadested	13,3
Fri natur, hav, sjø og vann	8,2	Ukjent skadested	6,4

Tabell 6.5.2. Antall skader fordelt på skadested (Helsedirektoratet)

Kommunal database skulle foreligge mars 2019, men har fått bekreftet per 03.04.2020 at denne enda ikke er ferdig.

6.6. Trafikkulykker



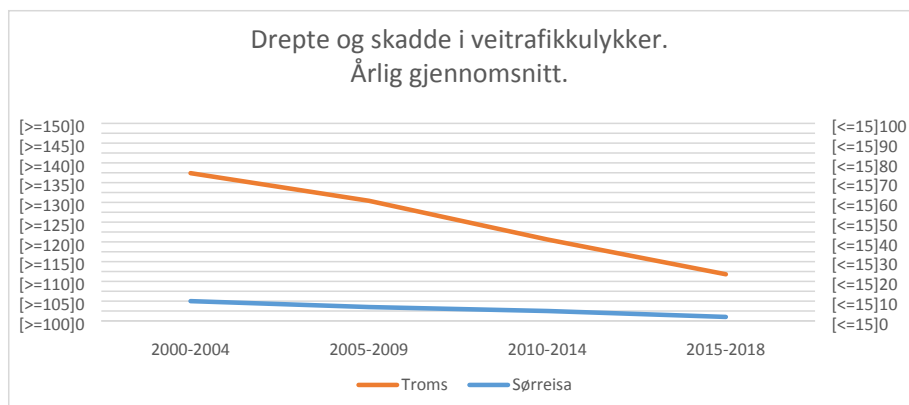
Figur 6.6.1. Ulykker i Sørreisa 1977-1919 (vegvesen/vegkart)

En totaloversikt for trafikkulykker i Sørreisa viser hvilke veier som er mest utsatt over tid. Herunder ser vi at det er mange ulykker i sentrumsnæreområder, og i sentrum, dette kan ha med at det er mange store og trafikkerte veier som går inn mot og møtes i sentrum, hvor utbyggingsutviklingen har skjedd over tid og uten en overordnet plan som har tatt tilstrekkelig høyde for trafikkutvikling, samt at det i tillegg er mange myke trafikanter som møter både vanlig personbiltrafikk og tungtrafikk.

I følge brannvesenet var det i perioden 2015-2019 16 trafikkulykker:

Oppdragstyper	2015	2016	2017	2018	2019	Sum oppdrag	Kommentarer
Trafikkulykker	3	1	1	4	7	16	Noe over det normale i 2019. Glatte veier og spor

Tabell 6.6. Oversikt over trafikkulykker fra brannvesenet



Figur 6.6.2 Tall hentet fra Kommuneprofilen

Den generelle trenden er at vi er på tur ned i antall ulykker, i perioden 2015-2019 har vegvesenet registrert 7 ulykker, 5 av disse skyldes utforkjøring, og 2 skyldtes møteing på rett vegstrekning.



I samme periode er det registrert 18 viltpåkjørslar, hvorav 17 gjaldt elgpåkjørslar, og 1 var påkjørslar av oter.

Totalt 13 av påkjørslene skjedde i desember (5) eller januar (9). Det er ikke registrert påkjørslar i månedene Mars-oktober. Det er gjennomført muligheter for tilskudd til hogst i et forsøk til å forbedre forholdene ved Svartåsen, to grunneiere benyttet seg av tilbudet – slik at tiltaket ble ikke så godt som det kunne ha vært.

Figur 6.6.3. Viltpåkjørslar 2015-19 (fallviltregisteret)

6.7. Oppsummering og vurdering

Commented [WQ13]: sjekk og gi innspill

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
<i>Arbeidsulykker</i>			
<i>Brannulykker</i>	Ligger på normalt nivå, med unntak av brann i skorstein og gress/lyngbrann som vi har færre enn det som er normalt av.		
<i>Drukningsulykker</i>	Ingen registrerte de siste årene.		
<i>Personskader</i>	Antall skader med sykehusinnleggelser har gått ned. Vi ligger under fylkes- og landssnittet på antall skader i alle skadegrupper, og da spesielt for de i aldersgruppen 75+		
<i>Trafikkulykker</i>	<p>Antall ulykker var nedadgående frem til 2017. De siste årene har vi erfart en økning i antall trafikkulykker.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Andsvatnet midt mellom storodden og trolldalsodden 2. Finsett opp rundt Svartåsen. 3. Skølvkrysset til Sørreisabrua 4. Inn mot og i Sentrum 5. Flere kryss med utkjøring til Fylkesveien fra kommunale veier, Leirbogen, Forøya, Hemmingsjord. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Glatte og sporete veier 2. Grunnet uoversiktlig vei situasjon (svinger og skog) både med tanke på manøvrering og kollisjon med elg. 3. Sporete veier 4. Trafikkavviklingsmønstre i og rundt sentrum, mange avkjøringer til fylkesveien, og høy utbyggingstetthet med mye trafikk. 	

7. Helserelatert atferd

Nøkkelpunkter

Commented [WQ14]: sjekk og gi innspill

- Ungdommen i Sørreisa er mer aktiv og har mindre skjermtid, enn ungdom generelt i fylket og landet.
- En skole mangler tilbud om frukt og grønt for elevene. Skolene har ikke skolekantine eller tilbud om mat på SFO.
- Antall som røyker har gått ned, det er færre ungdom i Sørreisa som røyker enn i fylket og landet generelt, for gravide ligger vi under fylkessnittet og over landsnittet.
- Det er færre unge som har forsøkt alkohol i Sørreisa, men vi ligger på landsnittet for å ha prøvd hasj eller marihuana.
- Regionen har høyt antall svangerskapsavbrudd og tilfeller av klamydia.
- Vi har høy dekning av HPV vaksinerings.

7.1. Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er et overordnet begrep. I dette inngår mange andre termer som for eksempel lek, mosjon, idrett, trening, kroppsøving mm. Fysisk aktivitet kan grovt sett defineres som det å bevege seg, å bruke kroppen.

År	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Geografi								
Hele landet	13	13	13	13	14	14	14	14
Troms og Finnmark	13	13	13	14	15	17	16	15
Sørreisa	7	12	..

Tegnforklaring

- .. Ungdata-undersøkelsen er ikke gjennomført eller det mangler informasjon om kjønn/klassetrinn.
 - : Anonymisert. Gjelder også fylker som er skjult pga. lav dekningsgrad i fylket
- Fylkes- og landstall er gjennomsnitt over treårsperioder.

Figur 7.1. Lite fysisk aktive – andel (prosent, standardisert) (FHI)

Helsedirektoratet anbefaler at barn er fysisk aktive minst en time daglig.

Elevene ved 6. og 7. trinn har en time fysisk aktivitet per uke i tillegg til kroppsøving. Gottesjord og Sørreisa sentralskole har lært opp elever som aktivitetsledere som aktiviserer elevene i friminuttene gjennom elevstyrte aktiviteter.

Elever som har særlig farlig skolevei eller som bor mer enn 4 km fra skolen har rett til skoleskyss. Skolestrukturen i Sørreisa og utrygge skoleveier medfører at 64% av elevene har rett til skoleskyss til skolen hver dag. Det er ikke foretatt måling for å avdekke nøyaktig hvor mange elever som går eller sykler til skolen. Lokale erfaringer tyder på at andelen elever som går eller sykler til skolen varierer fra skole til skole. Skolene rapporterer om at en relativt stor andel av friske barn blir kjørt til skolen.

I ungdatabundersøkelsen, som ble gjennomført i 2018, viser at 58% av ungdomsskoleelevene i Sørreisa trener minst 5 ganger i uka. Til sammenligning er tilsvarende tall for Norge 44 %. Andelen elever som rapporterer at de trener minst en gang per uke eller oftere er 87%, mot 82% for hele Norge.

Helsedirektoratet anbefaler at voksne er moderat fysisk aktive minst 150 minutter per uke.

Nasjonale tall viser kun én av tre voksne i Norge oppfyller disse minimumsanbefalingene. Aktivitetsnivået holder seg stabilt i aldersgruppen 20–69 år, men synker etter dette. Sørreisa har ikke lokale tall for aktivitet blant voksne.

Det er store forskjeller i aktivitetsnivået mellom ulike grupper eldre med ulikt funksjonsnivå. Andelen av dagen som brukes i ro er uforandret blant eldre. De nasjonale anbefalingene om redusert stillesitting er dermed ikke oppfylt.

Det finnes ingen data om andelen eldre som oppfyller anbefalingene relatert til fallforebygging. (KILDE: Helsedirektoratet)

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

Sørreisa kommune har egen frisklivssentral og har en innholdsrik aktivitetspark i kommunesentrumet. I tillegg til ukentlig seniortrim-tilbud, gir frisklivssentralen veiledning og oppfølging til personer som har behov for å endre livsstil, med særlig fokus på fysisk aktivitet. I aktivitetsparken er det lagt til rette for at alle aldersgrupper kan drive med fysisk aktivitet.

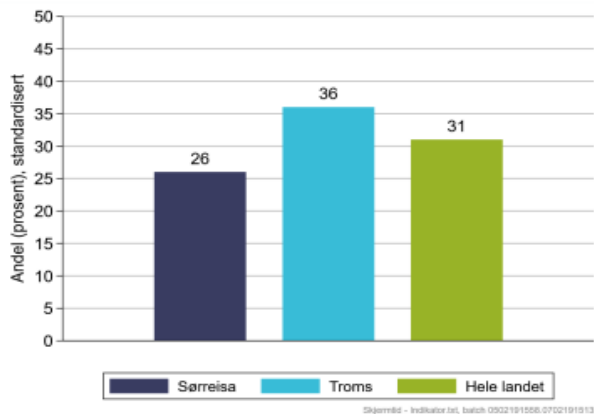
Frivillige lag og foreninger er de som i all hovedsak legger til rette for et bredt og godt aktivitetstilbud for Sørreisas innbyggere. Tilbudene er varierte og favner om mange ulike målgrupper i befolkningen.

7.1.1 Skjermtid

I løpet av kort tid har det skjedd noe i retning av en digital revolusjon. Smarttelefoner og digitale medier er på mange måter blitt en så integrert del av hverdagen til dagens ungdom, at det for mange er vanskelig å tenke seg et liv uten.

Selv om mange bruker mye av fritiden sin på digitale aktiviteter, er det stor variasjon ungdommene imellom. Noen få bruker mindre enn én time daglig, mens 56% bruker mer enn tre timer. Skjermtiden øker gjennom ungdomstrinnet, og på landsbasis bruker gutter samlet noe mer tid foran en skjerm enn jenter. **Ungdom i Sørreisa skiller seg i liten grad fra ungdom i resten av Norge.** I Troms er det flere ungdommer enn i landet generelt som bruker mer enn 4 timer/dag utenom skoletid i skjermtid, i Sørreisa derimot færre enn landsnittet som bruker så mye skjermtid.

Sosiale medier er i dag en viktig arena for barn og unge. Sosiale medier kan gjøre det lettere å ha kontakt med venner, finne nye venner og følge med på hva som skjer i lokalmiljøet og ute i verden. Noen bruker imidlertid så mye tid på sosiale medier at det går utover søvn, skole og venner. (Folkehelseprofil 2019)



Figur 7.1.1. Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de daglig bruker mer enn fire timer på skjermaktiviteter utenom skoletiden (Ungdata 2016-2018).

7.2. Ernæring

Et usunt kosthold er blant de største risikofaktorene for sykdom og for tidlig død, både i Norge og i resten av verden. Norge følger opp Verdens helseorganisasjons (WHO) globale handlingsplan for ikke-smittsomme sykdommer (2013–2020). Det er flere positive utviklingstrekk de siste årene, men kostholdet i Norge har fortsatt klare ernæringsmessige svakheter som øker risikoen for utvikling av ikke-smittsomme sykdommer, som kreft, hjerte- og karsykdommer og diabetes type 2.

Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) handler om måltids glede, gode og enkle valg, kommunikasjon og kunnskap, mat, måltider og ernæring i helse- og omsorgstjenesten og forskning, utvikling og innovasjon.

I den nasjonal handlingsplanen er det satt mål om å øke forbruket av grønnsaker, frukt og bær, grove kornvarer og fisk med 20 prosent fra 2015 til 2021. Videre skal inntak av sukker, mettet fett og salt reduseres og flere spebarn skal ammes og fullammes.

Handlingsplanens måltall for 2021 er at 60% av spebarna skal fullammes ved 4 mnd. alder og at 50% av barna fortsatt bør ammes ved 12 mnd. alder. Vi har ikke tall som viser status på dette for Sørreisa spesielt.

Kommunens jordmortjeneste og helsestasjon har fokus på amming og det gjennomføres samtaler om amming både før og etter fødsel. Etter fødsel gis det ammeveiledning både som et generelt tiltak, men også som tilbud om ekstra oppfølging ved ammeutfordringer.

Kommunen kan også tilby utlån av brystpumper ved behov.

Ved inngangen til 2020 innførte barnehagene i Sørreisa kommune daglig mattilbud til barna i barnehagen. Barnehagens mattilbud planlegges ut fra Helsedirektoratets retningslinjer for mat og måltider i barnehagen.

Skolene i Sørreisa har ikke kantinedrift hvor elevene kan kjøpe mat, og skolene og skolefritidsordningen har ikke tilbud om måltider. Elevene har med egen matpakke til skole og SFO. Skolene tilbyr elevene abonnementsordning hvor de kan bestille og få utlevert melk til skolematen hver skoledag. I tillegg tilbyr to av skolene tilsvarende ordning for daglig frukt og grønnsaker.

Når barna begynner på skolen gjennomføres det en skolestartundersøkelse hvor helsesykepleier blant annet gir foreldreveiledning om kosthold og ernæring. I tillegg gjennomføres det samtaler med elevene på 3. og 8.trinn, hvor skolemat er tema.

Kommunens frisklivssentral kan gi veiledning og oppfølging om mat og kosthold til personer som har behov for å endre livsstil. «Bra mat» kurs kan tilbys.

Hjemmeboende eldre, utviklingshemmede, rusmiddelavhengige og sykehjemsboere er i fare for underernæring. Ernæring er en viktig del av behandlingen og oppfølgingen i hele helse- og omsorgstjenesten. Mat er viktig for livskvalitet, for fysisk og psykisk helse og for evnen til å være aktiv i hverdagen. Undernæring svekker motstandskraften, øker risikoen for komplikasjoner, forverrer fysisk og kognitiv funksjon og gir økt dødelighet.

Helse- og omsorgstjenesten i Sørreisa kommune gjør en ernæringscreening av alle innskrevne pasienter. For de pasientene med behov for videre ernæringsoppfølging blir det gjort kostregistrering og utarbeidet ernæringsplan.

7.3. Bruk av tobakk og rusmidler

7.3.1. Bruk av tobakk og snus

Samfunnet har de senere årene intensivert kampen mot røyking. I 1996 ble alders-grensen for kjøp av tobakk hevet fra 16 til 18 år, og i 2004 ble det innført totalforbud mot røyking på alle steder hvor allmennheten har adgang. Andelen røykere både blant ungdom og voksne har gått markant ned fra årtusen-skiftet til i dag. Samtidig har andelen i befolkningen som snuser, gått opp.

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

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

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

Parallelt har det skjedd nokså dyptgripende endringer i synet på røyking – også blant de unge. Røyking var tidligere en viktig markør for voksenhet og var forbundet med en viss status. I dag gir røyking derimot liten status og respekt i de fleste ungdomsmiljøer.

Den internasjonale WHO-undersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever», viser at tobakksrøyking er langt mindre utbredt blant norske elever enn blant ungdom i de fleste av de 40 landene som deltar i undersøkelsen. Ungdata viser at røyking er mer eller mindre helt ut, i hvert fall på ungdomstrinnet. Svært få røyker daglig og det er heller ikke så mange som røyker ukentlig. Det store flertallet har aldri prøvd å røyke. Det er heller ikke så mange på ungdomstrinnet som bruker snus, men det er flere som snuser enn som røyker.

Ungdata viser at det siden 2010 har vært en klar nedgang i andelen elever på ungdomstrinnet som røyker. Det samme gjelder for snusing. Det er ikke så mange på ungdomstrinnet som bruker snus, men det er flere som snuser enn som røyker.

Ungdata viser at ungdom i Sørreisa røyker og snuser mindre sammenlignet med sine jevnaldrende i Troms fylke, i Nord-Norge og i landet for øvrig.

Snusing og røyking – elever 8-10 trinn.	Sørreisa	Troms	Nord-Norge	Norge
%-andel av ungdomsskoleelever som røyker daglig eller ukentlig	1%	2%	2%	2%
%-andel av ungdomsskoleelever som snuser daglig eller ukentlig	2%	4%	5%	4%

Tabell 7.3.1.1. Fra ungdata undersøkelsen

Bruk av tobakk, innbyggere over 16 år, viser at andelen som bruker tobakk er på tur ned.

Bruk av tobakk i perioden 2009-2013	Sørreisa	Troms Fylke.	Norge
Røyking daglig 16-44 år	..	15%	14%
Røyking daglig 45-74
Snusbruk, daglig, menn 16-44 år	..	22%	20%
Bruk av tobakk i perioden 2014-2018	Sørreisa	Troms Fylke.	Norge
Røyking daglig 16-44 år	..	7,6%	7,6%
Røyking daglig 45-74	..	18%	15%
Snusbruk, daglig 16-44 år	..	18%	16%

Tabell 7.3.1.2. KILDE: FHI-statistikk

Bruk av tobakk i Sørreisa.	Sørreisa	Troms	Norge	Periode
Røyking, gravide kvinner	16 %	17%	14%	2015
Røyking, gravide kvinner	8,5%	9,1%	7,8%	2018
Røyking, gravide kvinner	6,5%	7,3%	6%	2019

Tabell 7.3.1.3. KILDE: FHI-statistikk

Røyking i svangerskapet kan si noe om røyking hos kvinner i fertil alder generelt.

Både i Sørreisa, i Troms og i landet for øvrig ser vi at andelen gravide kvinner som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll er synkende.

For Sørreisa sin del, ligger vi neste på landsgjennomsnittet, og lavere enn gjennomsnittet i Troms.

7.3.2 Bruk av rusmidler

7.3.2.1 Alkohol

I Sørreisa har vi 2 skjenkesteder med kommunal bevilgning og 1 med statlig. Alkoholsalg i butikker er begrenset til kl 20.00 på hverdager og 18.00 i helger og dagen før helligdager.

Inntak av alkohol øker risikoen for ulykker og skader. Hyppig alkoholinntak over tid vil kunne medføre uheldige endringer i nervesystemet og en opplevd avhengighet. Utøvelse av, og risiko for å bli utsatt for, vold og kriminalitet øker også ved økt alkoholinntak.

Alkohol som rusmiddel har en langtradisjon i Norge. Til tross for at voksne i dag ser ut til å drikke mer alkohol enn tidligere, har de unges bruk av alkohol flatet ut og fra årtusenskiftet vist en tydelig nedgang. Det er likevel mange unge som drikker. Ungdata sier at ungdom som begynner å drikke tidlig, i mange tilfeller har et atferdsmønster der andre typer antisosial atferd og bruk av tyngre rusmidler inngår. Ungdom i en slik situasjon har gjerne et mer trøblete forhold til skolen og til foreldrene enn andre. De begår mer kriminalitet, har dårligere psykisk helse og får oftere problemer senere i livet.

Ungdata viser at det er stor variasjon i hvor gamle ungdom er når de begynner å drikke alkohol. Det store flertallet har ikke vært beruset i løpet av ungdomsskolen. På slutten av ungdomsskolen har omtrent én av fire opplevd å ha vært beruset. Det er generelt små forskjeller i alkoholvaner mellom gutter og jenter.

Rusmidler	Sørreisa	Troms	Nord-Norge	Norge
%-andel av ungdomsskoleelever som har vært beruset på alkohol.	10%	14%	15%	13%

I følge FHI drikker menn oftere og i gjennomsnitt dobbelt så mye som kvinner. Eldre drikker oftere, men mindre alkohol enn yngre. FHI framholder videre at alkohol og ulovlige rusmidler er blant de viktigste risikofaktorene for død og tapte friske leveår i befolkninga. Alkohol er årsak til betydelig mer helsemessige og sosiale problemer i samfunnet enn narkotika, og det er ingen skarpe skiller mellom bruk og skadelig bruk.

Lavere forbruk av alkohol og andre rusmidler i befolkningen kan gi en betydelig folkehelsegevinst og bidra til å minske sosial ulikhet i helse. Kommunen har flere virkemidler for å begrense rusmidler, spesielt når det gjelder alkohol hvor kommunen er bevillingsmyndighet for salg og skjenking. Per i dag har vi 2 skjenkesteder og 3 salgssteder med kommunal bevilling. Sørreisa kommune har en liberal politikk for åpningstider på salgs- og skjenkesteder.

7.3.2.2 Hasj og marihuana (Cannabis)

Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet i den norske befolkninga.

Bruk av narkotiske stoffer er ulovlig og blir til dels sterkt fordømt. Fram mot årtusenskiftet var det en tydelig økning i bruken av hasj og marihuana blant ungdom. Ungdata viser at denne utviklingen har flatet ut eller gått noe ned de senere årene, i hvert fall blant elever på ungdomstrinnet. Stoffer som kokain, ecstasy og heroin har bare marginal utbredelse.

Om det å prøve hasj eller marihuana – isolert sett – er farligere enn å debutere tidlig med alkohol er i dag omdiskutert. Det at alkohol er et legalt og sosialt akseptert rusmiddel, mens hasj og andre narkotiske stoffer er forbudt, utgjør uansett en viktig forskjell. Både rusmiddelbrukerens egen forståelse og omverdenens fortolkning og reaksjon, påvirkes av om stoffet er lovlig eller ikke. Unge som bruker illegale rusmidler, har krysset en ekstra grense. Tall fra BrukerPlan viser at utfordringer knyttet til bruk av alkohol som rusmiddel er hovedutfordringen. Det er et mindretall hvor det oppgis at utfordringer er knyttet til Cannabis, sentralstimulerende midler og/eller illegale legemidler.

Ungdata viser at relativt få elever på ungdomstrinnet har erfaringer med hasj og marihuana. Bruken av slike stoffer øker derimot betydelig gjennom tenårene. Det er generelt flere gutter enn jenter som har prøvd hasj.

Rusmidler	Sørreisa	Troms	Nord-Norge	Norge
%-andel av ungdomsskoleelever som har brukt hasj eller marihuana	4%	3%	3%	4%

Det er heller ikke så vanlig at ungdom på ungdomstrinnet har blitt tilbudt hasj. Samtidig er det en god del flere som blir tilbudt stoffet enn som selv har prøvd og gutter blir tilbudt hasj oftere enn jenter.

7.4. Seksuell helse

Økt satsning på informasjon om prevensjon, lett tilgjengelighet og statens bidragsordning resulterer i nedgang i antall aborter i Norge. Dette er svært positivt og det er viktig å opprettholde dette arbeidet.

Det er fortsatt høye smittetall for seksuelt overførbare infeksjoner. Dette viser at det fortsatt er behov for målrettet innsats. Kunnskap, autonomi og ivaretagelse av seksuelle rettigheter er viktige forutsetninger for å kunne gjøre gode valg og oppleve god seksuell helse.

7.4.1 Prevensjon

Andelen kvinner som bruker prevensjonsmidler har vært stabil de tre siste årene. Bruken av «p-stav» (langtidsvirkende middel) har økt sterkt, spesielt hos de yngste kvinnene. I aldersgruppen 15-19 år fikk 9000 kvinner p-stav i 2016, nær en dobling fra året før. Bruken av p-stav generelt økte med 56% fra 2015 til 2016, totalt 19 000 kvinner. Bruken av hormonspiraler (langtidsvirkende midler) økte i 2016. (kilde: FHI)

Helsestasjon for ungdom (HSU) i Sørreisa tilbyr for tiden gratis p-stav til kvinner opp til 25 år (prosjekt). Antall p-staver satt ved HSU har økt fra 3 i 2015 (10 i 2016) til 21 i 2019. Staten har en bidragsordning som gjør at prevensjon blir gratis/billigere for kvinner mellom 16-21 år

Totalt ble det solgt 117 700 doser nødprevensjon i 2018, dette er en nedgang på fire prosent i 2018 i forhold til 2017. Nedgangen i salg av nødprevensjon var på 29 prosent fra 2009 til 2018. Bedre tilgjengelighet av prevensjonsmidler til unge kvinner inklusive økt bruk av langtidsvirkende prevensjonsmidler (P-staver) kan ha bidratt til mindre behov for nødprevensjon. (kilde: FHI)

Helsedirektoratet sender ut gratis kondomer, etterspørselen holder seg stabilt (5,5 millioner utdelt i 2015).

Elever i ungdomsskolen får tilbud om undervisning om seksuell helse i klasser og grupper i 9. og 10.klasse. Dette arbeidet er et samarbeid med skole, skolehelsetjeneste og andre organisasjoner (Smiso og MSO).

7.4.2 Abort

Det ble gjennomført 11 726 svangerskapsavbrudd i Norge i 2019, dvs 9,7 per 1000 kvinner i fertil alder. Tallene for abort i Norge har aldri vært lavere. Tallet på aborter blant tenåringer og for kvinner mellom 20-25 år faller fra 2018 til 2019 (kilde: FHI).

Troms og Finnmark, Oslo og Nordland er fylkene med flest svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner.

7.4.3 Klamydia

Forekomsten av klamydia i Norge har de siste 10 årene ligget mellom 450-500 per 100 000 innbyggere. Infeksjonen rammer i hovedsak aldersgruppen 15-24 år. Flere kvinner tester seg, derfor diagnostiseres det flere kvinner. Gjennom flere år har Oslo, Troms og Finnmark høyest diagnose-rate. Antall tilfeller per 100 000 i 2019: Troms 749, Finnmark 775, Oslo 836 og hele landet 502.

Viktige tiltak for forebygging og kontroll av klamydia er riktig bruk av kondom, testing mot grupper i risiko, behandling, smittevernveiledning og smitteoppsporing.

Ved HSU i Sørreisa testes ca 35-40 unge for klamydia årlig.

7.4.4 HPV (Humant Papillomavirus)

HPV-infeksjon er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen i verden. HPV-infeksjon kan via en rekke celleforandringer føre til livmorhalskreft, men også andre kreftformer både hos kvinner og menn (underliv, endetarm og hals). I 2018 fikk 355 kvinner livmorhalskreft i Norge, 74 kvinner døde i 2017.

HPV-vaksine har vært et tilbud til jenter i 7. klassetrinn siden skoleåret 2009/2010. Fra høsten 2018 får gutter tilbud om HPV-vaksine. I Sørreisa har vi en vaksinasjonsdekning i barnevaksinasjonsprogrammet for HPV på 90,5 % i 2014-18 (82,4% i Norge).

Kvinner født i 1991 eller senere fikk tilbud om gratis HPV-vaksine fra 2016 fram til juni 2019. I Sørreisa har 62,3% av denne gruppen tatt HPV-vaksine (59,3% i Norge).

UTKAST

7.5. Oppsummering og vurdering

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
<i>Fysisk aktivitet og skjermtid</i>	Ungdommen i Sørreisa er mer aktive enn det som er normalt i Norge. Det er lagt til rette for fysisk aktivitet også for andre aldersgrupper. Ungdomsskoleelevene i Sørreisa kommer positivt ut på skjermtidbruk i forhold til både fylket og landet.		
<i>Ernæring</i>	<p>Generelt nasjonalt er et lavt inntak av grønnsaker, frukt og bær. For høyt inntak av salt, sukker og mettet fett.</p> <p>Det gis tilbud om mat etter helsedirektoratets retningsljer i barnehagen.</p> <p>To av skolene tilbyr abonementsordning for frukt og grønt. Vi har ikke skolekantine og eller tilbud om mat på SFO.</p>	Tilgjengelighet. Økonomi. Miljøfaktorer. Informasjon og kompetanse	Dårlig konsentrasjon, humør og arbeidslyst, lite overskudd. Usunt kosthold over tid vil kunne gi dårlig tannhelse, overvekt og økt risiko for utvikling av livsstilssykdommer
<i>Tobakk og snus</i>	Bruk av tobakk er gått ned, det finnes ikke tall lokalt for de over 16 år, men blant de under 16 år er det færre ungdommer som bruker tobakk enn fylket og landet generelt. Det har vært en nedgang i antall gravide som røyker i Sørreisa, vi ligger	Miljøfaktorer. Avhengighet.	Nedgang gir mindre risiko for luftveissykdommer (astma, emfysem, bronkitt, kronisk obstruktiv lungesykdom), kreft og hjerte- og karsykdommer og redusert dødelighet. Røyking under graviditet kan bl.a. føre til lav

	under fylket, men litt i overkant av landssnittet.		fødselsvekt og større risiko for luftveisinfeksjoner hos barna.
<i>Rusmidler</i>	Det er færre ungdommer som har drukket i Sørreisa enn i fylket, landsdelen og landet generelt. I forhold til hasj og marihuana ligger vi på landssnittet for ungdommer som har forsøkt dette.	Familiær disposisjon. Psykiske utfordringer. Hjemme- og ungdomsmiljø. Ønske om tilhørighet.	Faller ut av skole-/arbeidsliv. Utenforskap og kriminalitet. Ulykker og voldshendelser. Hjerte- og karsykdommer. Smertetilstander. Psykiske lidelser. Smittsomme sykdommer, som Hepatitt og HIV. Tidlig død.
<i>Prevensjon</i>	Det er en økning i antallet unge som bruker tilbud om gratis p-stav i Sørreisa.	Økt tilgjengelighet via helsestasjon for ungdom. Prevensjonsmiddel som er enkelt i bruk.	Færre uønskede graviditeter. Færre abortinngrep. Økning i seksuelt overførbare sykdommer.
<i>Abort</i>	Fylkene i Nord-Norge og Oslo er de med flest svangerskapsavbrudd.	Uønsket graviditet. Påtrykk fra nærpersoner om å fjerne fosteret.	Infeksjon og blødninger. Psykiske utfordringer.
<i>Klamydia</i>	Bare Oslo som fylke per 2019 hadde høyere antall klamydia enn Troms.	Mange seksualpartnere. Lav andel som benytter kondom som prevensjonsmiddel. Høy terskel for å teste og behandle seg, slik at videre smitte stoppes. Dette kan handle om lav kompetanse eller holdninger.	Ubehandlet klamydia kan gi nedsatt fruktbarhet hos kvinner.
<i>HPV</i>	Vi ligger høyere i vaksinasjonsdekning enn landet.		

UTKAST

8. Helsetilstand

Nøkkelpunkter:

- Bra vaksinasjonsdekning
- Nådd mål om reduksjon av antibiotika bruk
- Vi har høyt antall lunge- og prostatakraft tilfeller blant menn.
- Vi har mange innbyggere med overvekt og diabetes.
- Mange hjemmeboende pasienter med hjemmesykepleie har ikke nødvendig informasjon om sine rettigheter knyttet til tannbehandling.
- Ingen jevnt høye registreringer av MSIS sykdommer.

Commented [WQ15]: sjekk og gi innspill

8.1. Psykisk helse

Mestringsnivå

God psykisk helse kjennetegnes av trivsel, mestring av hverdagslivet og at man finner en mening i tilværelsen. Gjennom livet er det mange som opplever psykiske plager av ulik art, uten at det dermed er å forstå som en psykisk lidelse.

Mestringsnivå kan måles indirekte gjennom måleparametre som valgdeltakelse, organisasjons tilhørighet o.l.

Tabell 1. Kommunevalg. Valgdeltakelse og godkjente stemmer - forhåndsstemmer. Valgt region. 1995-2015. Prosent

Region/Kommune	År	Kommunevalg. Stemmer i alt		Forhåndsstemmer	
		Valgdeltakelse (%)	Godkjente stemmer	Antall	Andel. (%)
Sørreisa	1995	51,0	1 336	0	0,0
Sørreisa	1999	59,1	1 481	0	0,0
Sørreisa	2003	59,1	1 480	0	0,0
Sørreisa	2007	64,8	1 612	249	15,4
Sørreisa	2011	63,4	1 607	320	19,9
Sørreisa	2015	59,2	1 554	289	18,6

Kilde: Statistisk sentralbyrå - SSB <>> Bearbeiding: KommuneProfilen

Region/Kommune	År	Kommunevalg. Stemmer i alt		Forhåndsstemmer	
		Valgdeltakelse (%)	Godkjente stemmer	Antall	Andel. (%)
Landet	1995	62,8	2 111 021	0	0,0
Landet	1999	60,4	2 067 417	0	0,0
Landet	2003	59,0	2 052 804	0	0,0
Landet	2007	61,2	2 209 739	373 524	16,9
Landet	2011	64,2	2 425 289	544 893	22,5
Landet	2015	60,0	2 392 381	581 830	24,3

Kilde: Statistisk sentralbyrå - SSB <>> Bearbeiding: KommuneProfilen

Figur 8.1. Valgdeltakelse i prosent hentet fra Kommuneprofilen

Informasjon om valgdeltakelse viser at denne økte fra 95 frem mot 2007, deretter hadde den en nedgang før den igjen tok seg markant opp i 2017 hvor den ifølge FHI var på 75.7% i Sørreisa sammenlignet med landet på 78.2%

Ved valget i 2019 var deltakelsen i landet på 64.7% og i Sørreisa på 63% (SSB og NRK).

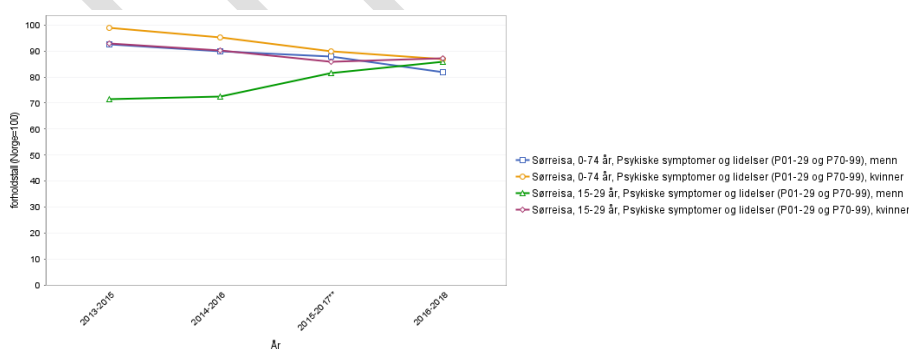
I Sørreisa er det stor aktivitet i forbindelse organisasjoner som det fremkommer av kapittel 5.2.2. Kultur.

8.1.1 Psykiske lidelser

Arveligheten for psykiske plager, depresjon, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser er forholdsvis moderat. Det betyr at miljøforhold samlet er noe viktigere enn gener for disse lidelsene. Stort sett er det enighet om at en trygg tilknytning til omsorgspersoner i barndommen har betydning for senere psykisk helse. Gjennom hele livet gir sosial isolasjon og ensomhet økt risiko, mens sosial støtte og nærhet til andre mennesker beskytter. Traumatiske opplevelser, som alvorlige ulykker eller vold mot en selv eller ens nærmeste, kan gi varige psykiske skader. Daglige og vedvarende belastninger er vel så viktige som traumatiske hendelser. Flere belastningsfaktorer som virker sammen over lang tid, gir høy risiko, tilsynelatende høyere enn summen av risiko knyttet til hver enkelt faktor. Tilsvarende kan beskyttelsesfaktorer som for eksempel nære og trygge forhold til andre mennesker, gi ekstra beskyttelse mot hendelser eller belastninger som ellers ville ha medført høy risiko. En god selvfølelse, og spesielt følelsen av å kunne mestre utfordringer og problemer, har stor betydning for god psykisk helse.

Både psykiske plager og psykiske lidelser er økende på landsbasis. Personer som har psykiske lidelser over tid, får oftere somatiske sykdommer enn andre. Dette fører til økt risiko og lavere gjennomsnittsalder enn hos befolkningen for øvrig.

Figuren nedenfor viser registrering av henvendelser med bakgrunn i psykiske symptomer og lidelser som er registrert hos fastlegen på aktuelle aldersgruppe, fordelt på kjønn. Forholdstall for Norge ligger på 100.



Figur 8.1.1. KILDE: FHI-statistikkbank kommunehelse brukere primærhelsetjenesten.

I Sørreisa ser vi at henvendelser både fra kvinner og menn til primærhelsetjenesten hvor årsaken var psykiske symptomer og lidelser, ligger under gjennomsnittet registrert i landet for øvrig. Det er særlig økning av menn i aldersgruppen 15-29 år som i perioden 2013 til 2018 henvender seg til primærhelsetjenesten med bakgrunn i psykiske symptomer og lidelser.

Legemiddelbehandling av psykiske lidelser har overveiende vært stabil de siste ti årene.

8.1.2 Barn og unge

I Norge har bruken av antidepressiva økt i perioden 2008-2017, med 18 % blant gutter og 60 % blant jenter. Økningen skyldes i hovedsak økning blant jenter i aldersgruppen 15-17 år. Bruken av antidepressiva blant jenter i denne aldersgruppen ligger i tillegg på mer enn det dobbelte sammenlignet med jevnaldrende gutter. Det foreligger ikke noen statistikk fra Sørreisa på dette området.

Ungdata-undersøkelsen fra 2018 har kartlagt hvordan barn og unge har det i Sørreisa, Troms, Nord-Norge og Norge. Tabellen nedenfor viser relevante funn.

Spørsmål/svar	Sørreisa	Troms	Nord-Norge	Norge
%-andel av ungdomsskoleelever som er mye plaget av depressive symptomer	13%	16%	16%	15%
%-andel av ungdomsskoleelever som trener minst én gang i uken	87%	82%	81%	83%
%-andel av ungdomsskoleelever som er mye plaget av ensomhet	16%	22%	24%	22%
%-andel av ungdomsskoleelever som tror de vil få et godt og lykkelig liv.	75%	67%	67%	71%
%-andel av ungdomsskoleelever som har blitt skadet på grunn av vold	8%	9%	10%	9%
%-andel av ungdomsskoleelever som har blitt utsatt for trusler om vold	6%	11%	13%	12%
%-andel av ungdomsskoleelever som mobber andre	0	2%	3%	3%
%-andel av ungdomsskoleelever som ofte blir plaget, ertet eller frosset ut av andre.	6%	9%	10%	8%
%-andel av ungdomsskoleelever som har minst én fortrolig venn	91%	90%	89%	90%
%-andel av ungdomsskoleelever som er fornøyd med egen helse	72%	68%	66%	70%
%-andel av ungdomsskoleelever som bruker Paracet, Ibux, og lingsneden minst én gang i uka	17%	19%	18%	17%

Tabell 8.1.2. Resultat fra ungdatabesundersøkelsen.

FHI har utarbeidet en rapport «*Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*». FHI peker i rapporten på at både familie, barnehage, skole, frivillighet/fritidsarenaer og media/digitale arenaer er viktige fokusområder for forebyggende tiltak i barn og unges daglige miljø.

8.2. Fysisk helse

I vår oversikt er det tatt utgangspunkt i de vanligste folkehelsesykdommene i Norge. På noen av sykdommene har vi høye forekomster sammenlignet med resten av landet, mens på andre ligger vi på gjennomsnittet eller under. Det vi ser som gjennomgående med folkesykdommene er at flere har glidende overganger mellom hverandre og fysisk aktivitet, ernæring og livstil generelt er viktige forebyggende og helsefremmende tiltak. På enkelte områder ligger Sørreisa lavere landsgjennomsnittet, dette er på ingen måte synonymt med at vi ligger lavt i den store sammenhengen. Folkesykdommene må satses målrettet på da forekomstene har stor innvirkning på samfunnet vårt.

8.2.1 Tannhelse

Det har vært en betydelig bedring i tannhelsen de siste 30 årene. God tannhelse er viktig for den generelle helsen, for velvære og livskvalitet. I tillegg kan tannhelsen i befolkningen si noe om kosthold, munnhygiene og levevaner generelt. Uheldige kostholdsvaner, som høyt sukkerinntak, kan utgjøre en trussel mot bedringen i tannhelsen til barn og unge. Samtidig er det et potensial for forebygging, og informasjon om tannhelse kan derfor være nyttig kunnskap i det lokale folkehelsearbeidet.

I 2017 hadde 81 prosent av de undersøkte 5-åringene og 60 prosent av 12-åringene i Norge aldri hatt hull eller mistet tann på grunn av karies. Tannhelsen hos 5- og 12åringer i Troms lå på samme nivå som landsgjennomsnittet.

I Sørreisa vurderes barn og unge å ha generell god tannhelse på tross av at % uten ny karieserfaring går ned de senere år. Det er likevel ikke spesielt for Sørreisa, men gjelder hele landet. Tannklinikken i Sørreisa følger de nasjonale retningslinjene for innkalling av barn og unge, og de som ansees å være risikopasienter får tettere oppfølging. De erfarer at barn av flyktninger ofte trenger tettere oppfølging på tannhelse enn befolkningen for øvrig.

Statistikk –tannhelse barn og unge i Sørreisa kommune:

	5 år	12 år	18 år
2011	96,4	72,3	59,5
2013	92,3	53,1	42,1
2015	90,6	83,3	45,2
2017	81,6	64,9	21,3
2019	81,8	55,6	37,5

Tabell 8.2.1. Andelen av de undersøkte barn i kommunen som aldri har hatt hull eller mistet en tann på grunn av karies KILDE: Årsoppgjørene Sørreisa tannklinikk

Rusmiddelavhengige, utviklingshemmede og eldre er prioriterte grupper med særlig oppfølging.

Eldre i institusjon eller hjemmesykepleie får tilbud om gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Tannklinikken besøker sykehjemmet og undersøker pasientene der og ved behov kommer disse pasientene til tannklinikken.

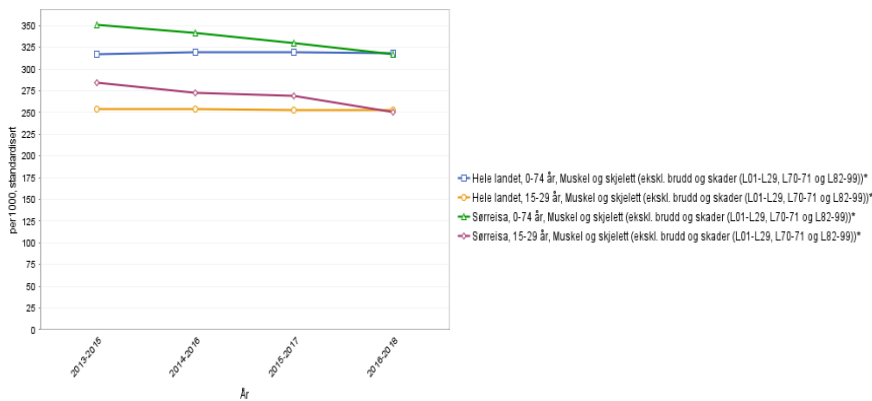
Klinikkens vurdering er at det fortsatt er et stort forbedringspotensial i forhold til pasienter i hjemmebaserte omsorgstjenester, da erfaringen er at mange i denne gruppen ikke er informert om at de har krav på gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

8.2.2 Muskel- og skjelettlidelser

Sykdommer og plager knyttet til diagnosegruppen er vanlig: Omtrent 1 av 4 har til enhver tid langvarige plager og den største andelen er kvinner. Samlet sett er muskel- og skjelettsykdommer diagnosegruppen som har mest innvirkning på samfunnet på tross av at de ikke medfører betydelig overdødelighet (Lærum, 2013). Diagnosegruppen den vanligste årsaken til sykefravær og uførhet og risikofaktorer, og mulighetene for forebygging, avhenger av diagnose. Mange typer muskel- og skjelettsykdommer/plager sammenheng med økende

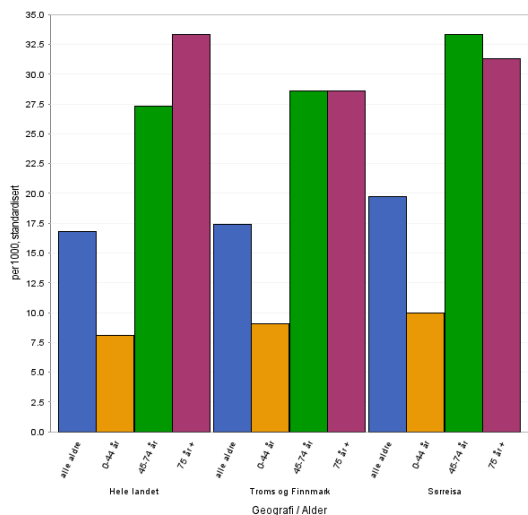
alder, stillesittende livsstil og overvekt. Muskel- og skjelettsykdommer er vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status.

I Sørreisa ligger vi under landsgjennomsnittet på antall forekomster ifølge statistikk fra primærhelsetjenesten, vi ligger også lavere enn fylket for øvrig. Kommunehelsas statistikkbank (FHI) viser at andelen med muskel- og skjelettlidelser i kommunen har vært noe synkende de siste årene. Likevel er forekomsten stor: Rundt regnet sliter 1100 mennesker i kommunen med muskel- og skjelettplager til enhver tid, dette påvirker vårt lokalsamfunn betydelig.



Figur 8.2.2. KILDE: FHI-statistikkbank kommunehelse – kjønn samlet, brukere primærhelsetjenesten.

Hvis vi ser på data fra spesialisthelsetjenesten ser tallene litt annerledes ut, og det er noen flere fra Sørreisa som trenger hjelp enn for fylket og landet generelt (figur 8.2.3), og da spesielt i aldersgruppen 45-74 år.



Figur 8.2.3. Sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M00-M99), jfr spesialisthelsetjenesten (FHI)

Det er flest kvinner som har muskel- og skjelettlidelser og dette gjelder alle aldre. En lokal gjennomgang viser at rundt halvparten av våre brukere innen psykiatri og rustjenesten også har muskel- og skjelettplager.

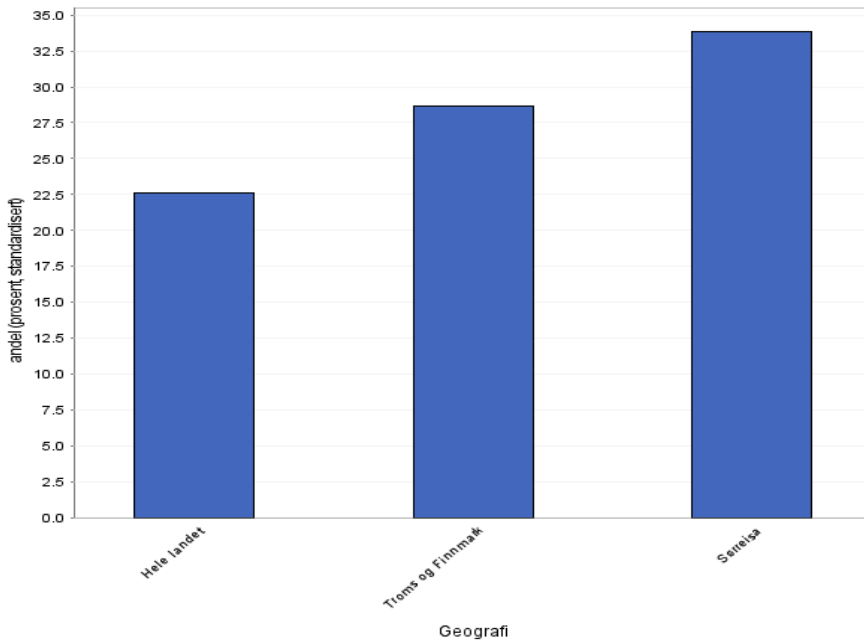
Tilbud til denne gruppen i kommunen kan være Frisklivssentral, fysio-/ergoterapi (Rehabiliteringstilbud). Fysisk aktivitet er altså viktig for den denne gruppen viktig.

8.2.3 Overvekt og fedme

Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser.

Fysisk aktivitet og dagliglivets aktiviteter har sunket samtidig som vi har et energiinntak (kaloriinntak) som ikke er tilpasset dette. Med redusert aktivitetsnivå og stor tilgang på energitette matvarer, kan overvekt lett utvikles. Arvelige og psykiske faktorer spiller også en betydelig rolle hos flere.

Sørreisa ligger over lands- og fylkes gjennomsnittet og har dermed mange innbyggere som står i fare for- eller har utviklet overvekt. Fra 2011 har prosentandelen økt jevnt i likhet med resten av landet.



Figur 8.2.3. KILDE: FHI-statistikkbank kommunehelse – *kjønn samlet, overvekt inkl. fedme* 5 års glidende gjennomsnitt 2011-2015

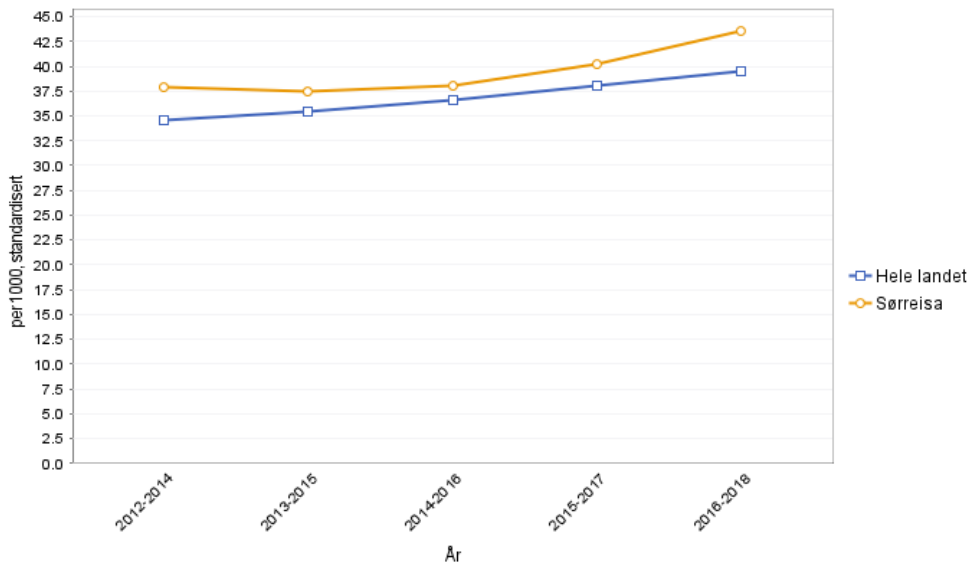
Et godt tilbud for denne gruppen kan være deltagelse på bl.a. Frisklivssentral og «bra mat» kurs. Fastlege kan også veilede og råde til livsstilsendringer.

8.2.4 Diabetes

Stadig flere lever med diabetes, men antall nye årlige tilfeller kan ha flatet ut. Om lag 245 000 personer (4,7 prosent) har kjent diabetesdiagnose altså 1 av 20 nordmenn. Blant barn er diabetes type 1, mest vanlig. Diabetes type 2 er mest vanlig da denne utvikles av den enkeltes livstil. Vi vet også at vi et antall ukjente tilfeller. Type 2-diabetes kan i stor grad forebygges med økt fysisk aktivitet og vektreduksjon. Diabetes er forbundet med alvorlige komplikasjoner, og i ytterste konsekvens kan føre til død.

Sørreisa kommune ligger over gjennomsnittet for landet og fylket på antall brukere av legemidler til behandling av diabetes (30-74 år).

Diagrammet under viser brukere av legemidler til behandling av diabetes type 2 (30-74 år) Dette er en god indikator på forekomst.



Figur 8.2.4. KILDE: FHI-statistikkbank kommunchelse – kjønn samlet

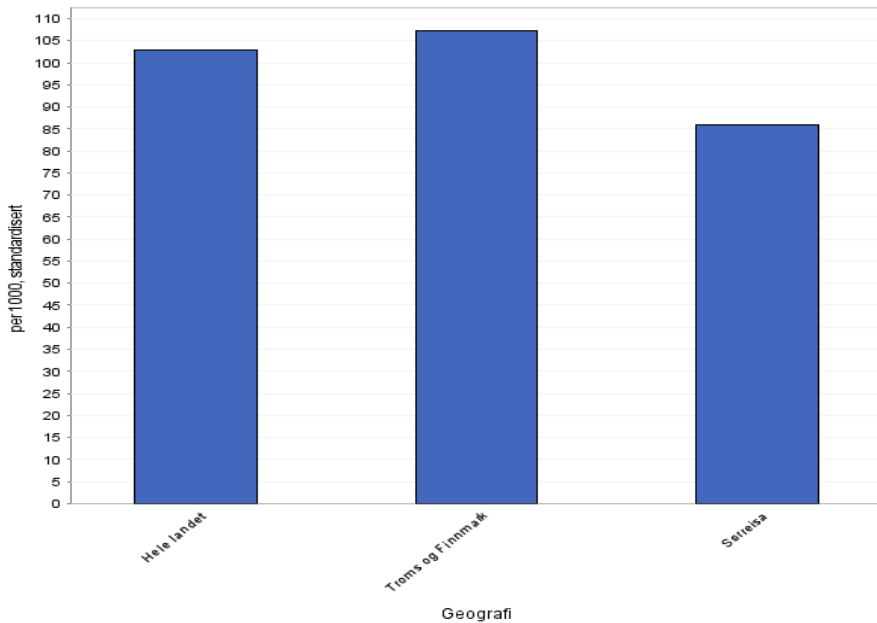
Interkommunal diabetessykepleier gir tilbud til befolkningen i Sørreisa ved henvisning fra fastlege. Diabetessykepleier er et utvidet tilbud til personer med diabetes utover fastleges oppfølging. Fastlegen har hovedansvar for pasientens medisinske behandling.

Barn med diabetes skal fortsatt følges opp av spesialisthelsetjenesten. Det samme gjelder brukere av insulinpumpe. Diabetesforbundet har mange medlemmer og jobber godt med brukergruppen.

8.2.5 Hjerte- og karsykdommer

Det årlige antallet førstegangstilfeller av hjerteinfarkt per går ned og dødeligheten synker. Samtidig er det svært mange som lever med en hjerte- og karsykdom eller som får forebyggende behandling.

De fleste som får infarkt er over 60 år, derfor er det forventet at antallet nye tilfeller av hjerte- og karsykdom vil øke. Forholdsvis flere får et mindre alvorlig hjerteinfarkt eller annen hjerte- og karsykdom som de lever lenge med, også for hjerneslag har overlevelsen økt.



KILDE: FHI-statistikkbank kommunehelse – kjønn samlet

I Sørreisa har vi aktive lokallag som er en viktig del av det helhetlige støtteapparatet i samfunnet: LHL og nasjonalforeningen sørreisa helselag.

Legen har hovedansvaret for medisinsk oppfølging samt rådgivning ang. eks livstil og fysisk aktivitet og vi vet at diagnosegruppen kan forebygge med økt fysisk aktivitet, mer fokus på kosthold samt vektreduksjon.

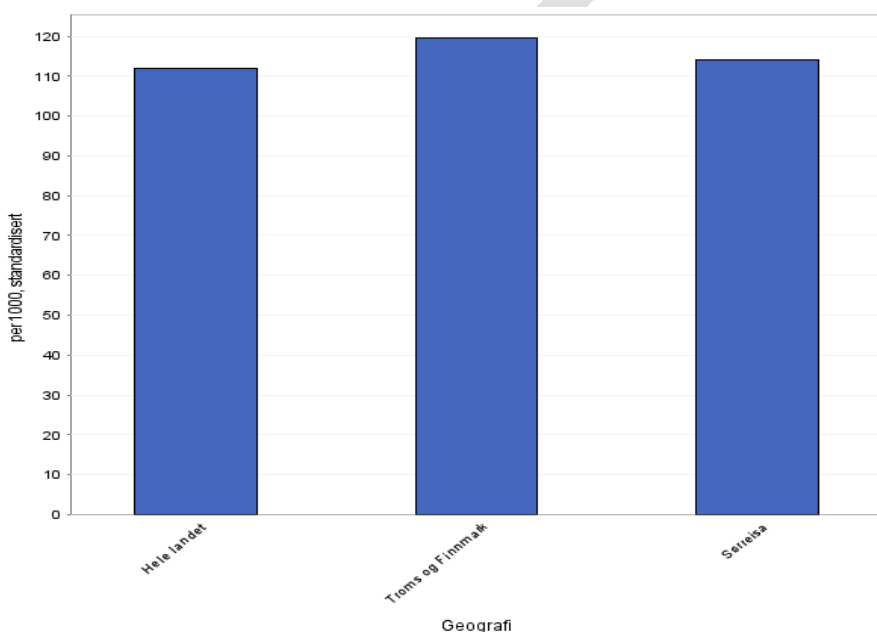
En rekke folkehelseiltak kan ha stor innvirkning på denne brukergruppa. Frisklivssentral, benyttelse av samfunnets tilbud forøvrig, og generelt fokus på fysisk aktivitet og kosthold bør satses videre på i kommunens folkehelsearbeid.

8.2.6 Astma og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

Rundt 200 000 nordmenn har trolig KOLS, og av disse har mer enn halvparten diagnosen - uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. Forekomst av KOLS øker med økende tobakksforbruk og antall røykeår, og kan si noe om befolkningens røykevaner.

Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men kan være en indikator på sykdomsforekomst i befolkningen. Sørreisa kommune ligger over landsgjennomsnittet, men under fylkesgjennomsnittet.

Diagrammet viser legemiddelbrukere mellom 45 og 74 år.



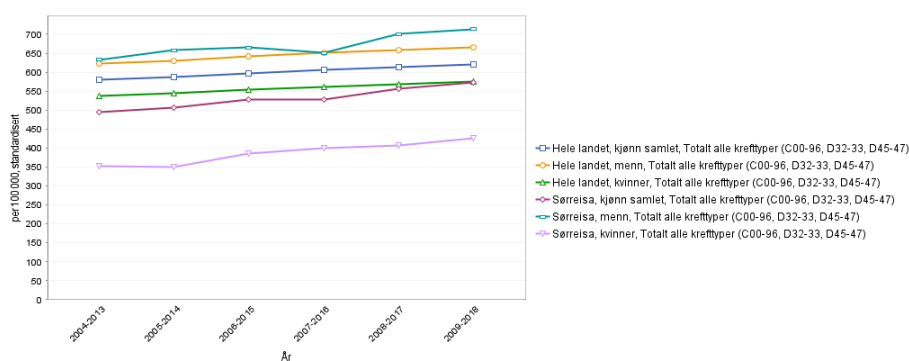
Figur 8.2.6. KILDE: FHI-statistikkbank kommunehelse – *kjønn samlet*

NHI skriver at røykere må slutte å røyke, eksponering for betydelig luftforurensning bør reduseres/begrenses og overvektige kols-pasienter vil ha nytte av vektreduksjon. Alle anbefales regelmessig fysisk aktivitet og sunne livsvaner. Behandling av kols skjer for øvrig med ulike medisiner og andre tiltak, men ingen medisiner kan helbrede sykdommen, kun lette symptomtrykket og plager.

Frisklivssentral og lege kan bistå mennesker med denne type livsstilsendringer og i Sørreisa har LHL et aktivt lokallag for hjerte- og lungesyke.

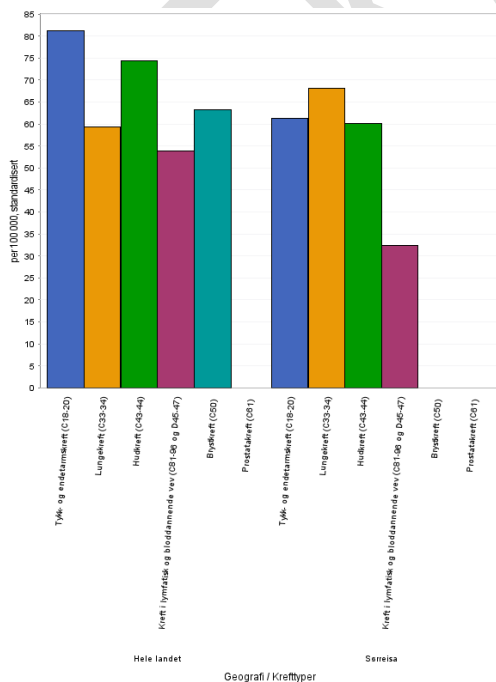
8.2.7 Kreft

Mer enn 30 000 nordmenn diagnostiseres med kreft hvert år. Antall krefttilfeller øker og vil fortsette å øke fram mot 2025. Hovedårsakene er økt levealder og større befolkning.



Figur 8.2.7.1. Kreft, nye tilfeller per 100 000 standardisert (FHI)

Tall fra kreftregisteret viser at var det i 2018 var registrert 20 nye tilfeller av kreft i Sørreisa, noe som ikke skiller seg betraktelig fra gjennomsnittet av antall nye tilfeller her de siste 15 årene som er 19,6. I antall nye forekomster ligger vi noe under lands- og fylkesgjennomsnittet, men skiller oss ikke betydelig ut. Derimot ser vi at om vi fordeler tilfeller på kjønn så har vi færre tilfeller enn landet for kvinner, men flere tilfeller enn landet for menn.

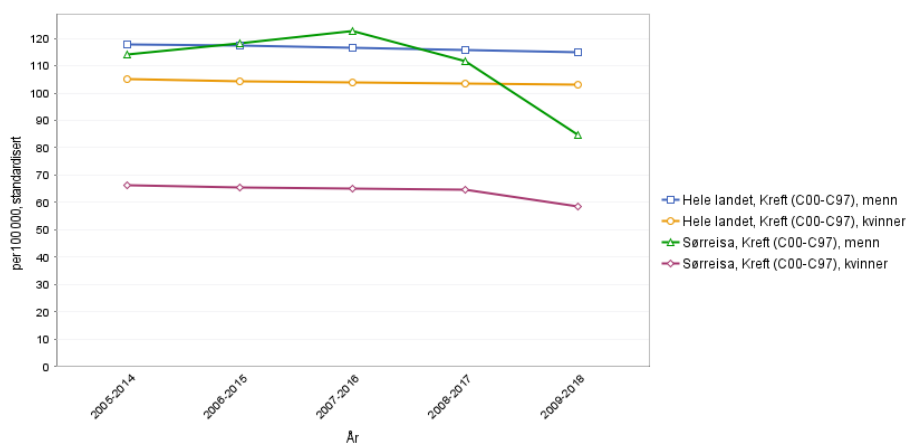


I forekomst av lungekreft, viser forholdstall at Sørreisa ligger høyere enn landet og fylket. Sjekker vi kjønn kommer kvinner under snittet for landet, slik at det er antall tilfeller lungekreft hos menn som gjør at vi kommer høyere ut enn landsgjennomsnittet. Selv om vi på resterende krefttyper skårer lavere enn landsnittet, ser vi at for fordeling på kjønn for de ulike krefttypene kommer vi ut over landsnittet for prostatakraft hos mn.

Figur 8.2.7.2. Antall tilfeller av kreft

Kreftomsorgen i Sørreisa har fokus på behandling, forebygging av komplikasjoner, lindre lidelse, smerte og ubehag samt fremme rehabilitering. Barn som pårørende er også et viktig fokus i denne helheten og dette skal

styrkes framover. Vi har interkommunal kreftsykepleier som skal samordne tilbud og tilrettelegge hverdagen for kreftsyke og pårørende samt være lett tilgjengelig for disse. Hjemmetjenesten i Sørreisa har månedlige møter med kreftsykepleier.



Figur 8.2.7.x Dødelighet, tidlig død 0-74 år, per 100 000 standardisert (FHI)

Vi ser også i forhold til dødelighet at vi har hatt mange tilfeller blant menn, men at dette er på tur ned.

8.2.8 Demens

Demens er fellesbetegnelsen på flere progressive hjernesykdommer som medfører kognitiv svikt og andre funksjonstap. De fleste demenstilfellene er knyttet til høy alder og basert på tall fra WHO, beregnes det at rundt 80 000 til 100 000 lever med demens i Norge. Sørreisa har, slik resten av landet trolig store mørketall når det gjelder forekomster av ulike demenssykdommer. Antallet vil øke med økende antall eldre, dette medfører at antallet personer med demens mer enn dobles fra 2015 til 2050.

Det finnes ikke tallmaterieell som kan benyttes til å gjøre sammenligninger mellom Sørreisa kommune, fylket og landet for øvrig men Sørreisa kommunens demensteam erfarer at vi følger trenden som er tydelig i resten av landet; flere brukere og pårørende har behov for bistand da antallet i brukergruppen øker.

Demensomsorgen i Sørreisa er godt etablert over flere år og vi har et demensteam som består av dyktige og erfarne fagpersoner. I samarbeid mellom fastlege og kommunens øvrige helse- og omsorgstjeneste, foretar demensteamet utredning og oppfølging av pasienter med demens og deres pårørende.

I 2020 ble dagaktivitetstilbud for personer med demens lovpålagt. Sørreisa kommune har hatt et slikt tilbud siden november 2014. I tillegg til dette tilbys samtalegrupper og pårørendeskole, som er svært viktige mestringstilbud til de mange pårørende til personer med demens, som står i vanskelige livssituasjoner. Samtidig er frivillighetssentralen og nasjonalforeningen sørreisa helselag betydelige bidragsytere til denne brukergruppen.

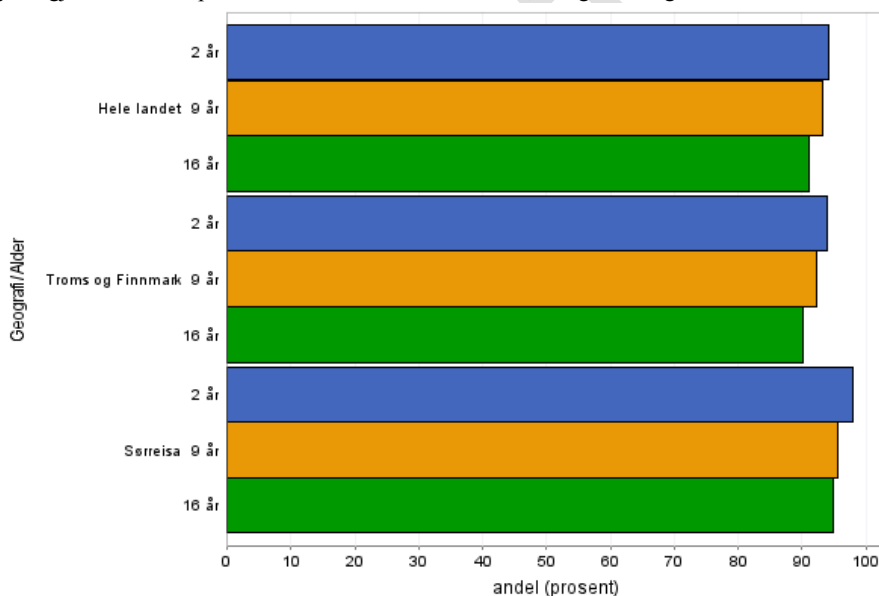
8.3. Smittsomme sykdommer

8.3.1 Vaksinasjonsdekning

For mange potensielt farlige sykdommer er vaksinasjon det mest effektive forebyggende tiltaket man kjenner. Tall på vaksinasjonsdekning kan være til hjelp i vurdering av smittevernet i befolkningen samt vaksinasjonsprogrammets effektivitet. Ved et effektivt vaksinasjonsprogram med høy vaksinasjonsdekning vil det sirkulere lite smitte i befolkningen,

Å være fullvaksinert mot en gitt sykdom ved en gitt alder, vil si at barnet har fått de vaksinedosene som barnets alder tilsier til anbefalt tid.

Sørreisa kommune har god vaksinasjonsdekning og ligger noe over lands- og fylkesgjennomsnittet på de anbefalte vaksinene blant 2-, 9- og 16 åringer.



Figur 8.3.1. FHI-statistikkbank kommunehelse – 5 års glidende gjennomsnitt 2011-2015

Langvarig HPV-infeksjon kan føre til kreft i munn, svelg og endetarmsåpningen hos begge kjønn, samt i skjede og ytre kjønnsorganer hos kvinner og i penis hos menn. Fra skoleåret 2018/2019 fikk også gutter tilbud om HPV-vaksine.

8.3.2 Antibiotikaresistens

Bakteriers motstandsdyktighet mot antibiotika (antibiotikaresistens) er av WHO definert som én av verdens største helsetrusler. Hovedårsaken til økningen i resistente bakterier er utbredt bruk av antibiotika. Det viktigste man kan gjøre for å hindre resistensutvikling er å forebygge infeksjoner og å begrense bruken av antibiotika. 90 % av all antibiotika til mennesker brukes utenfor sykehus og sykehjem, og det er den totale bruken av antibiotika som har størst

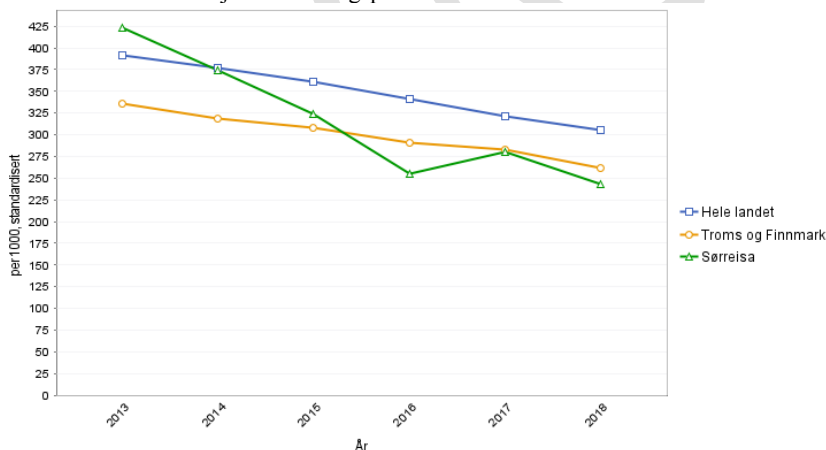
betydning for resistensutviklingen. Fastlegene har derfor en nøkkelrolle i arbeidet med å begrense resistensutviklingen.

Norge er et av landene i verden med minst antibiotikaresistens. Likevel har antall meldte tilfeller MRSA (gule stafylokokker) økt omtrent 2,5x fra 2010 – 2016. Det har også vært en relativ økning av andelen resistente E. Coli på omtrent 6x fra 2003 – 2015. Det er på bakgrunn av dette laget en nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens 2015 – 2020. Et av de viktigste målene her er at det totale forbruket av antibiotika til mennesker skal reduseres med 30 % sammenliknet med 2012. Det er også et mål at gjennomsnittlig forskrivning av antibiotika skal reduseres fra dagens 450 resepter til 250 resepter per 1000 innbyggere per år.

KILDE: Folkehelse rapporten 2014, Helsetilstanden i Norge. Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015 – 2020. SSB.no (levekårsundersøkelsen 2015).

Antibiotikaforbruket i Troms ligger noe lavere enn i landet for øvrig. Antall utleveringer av antibiotika pr 1000 innbygger i Troms lå i 2018 på like over 260/år.

I 2018 hadde Sørreisa kommune 243 antall utleveringer av antibiotika per 1000 innbyggere. Dette viser at kommunen har hatt en jevn nedgang i antibiotikabruken de siste årene og har nådd måltallet satt i nasjonal handlingsplan.



Figur

8.3.2 FHI-statistikkbank kommunehelse

8.3.3. MSIS-meldte smittsomme sykdommer, 2010-2019

Sykdom	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Campylobacteriose				2	1	2	1	2	1	1
Clostridium difficile						2	1	2		5
E. coli-enteritt										1
Gonore							1			
Hepatitt B, kronisk							1			
Hepatitt C					1			1		
Influenza A (H1N1)									1	

Kikhoste	1		1		1			1		3
MRSA	3	3	2	3	1	1	8	8	1	
Resistent enterokokk										1
Salmonellose	1	3	1			1	1			1
Shigellose		1								
Syst. gr. A streptokokksykdom					1					
Syst. gr. B streptokokksykdom								1		
Syst. pneumokokksykdom							1			
Tularemi									1	

Tabell 8.3.3. MSIS-meldte sykdommer på kommunalt nivå (FHI)

MSIS registeret for kommuner registreres i tidsrommet 1.1.-31.12 hvert år, tuberkulose, aids, hiv-infeksjon og Creutzfeldt-Jakobs sykdom er ikke tilgjengelig på kommunenivå. Tabell 8.3.3. er basert på de sykdommene hvor det er rapportert tilfellet i kommunen de siste 10 årene, sykdommer som ikke har registrerte tilfeller er tatt ut av tabellen.

8.4. Oppsummering og vurdering

Commented [WQ16]: sjekk og gi innspill

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
<i>Psykiske lidelser</i>	Vi ligger under landsnittet, og det er en generell nedgang i psykiske symptomer og lidelser blant befolkningen i Sørreisa, med unntak av menn mellom 15-29 år der har det vært en økning.	Lavt antall av årsaker som forårsaker slike lidelser slik som: Tap av nære relasjoner, samlivsbrudd, konflikter, psykiske plager, rusmisbruk eller vold i familien, mobbing på skolen, digital mobbing, ensomhet, traumatiske opplevelser, arvelige faktorer. Andre årsaker kan være: -at kommunen har et godt kultur- og idrettestilbud. -kommunen tjenester til barn og unge har lyktes i sitt forbyggende arbeid. Et høyere krav til teoretisk kunnskap i skolen og mindre praksisfag kan også være belastende i tillegg til mer	Nedsatt arbeidsevne, sykefravær, uføretrygd, større dødelighet. Negative konsekvenser for barndom og ungdomstid.
<i>Barn og unge</i>	De indikatorene vi har fra ungdatabasen, tyder på at ungdommen i Sørreisa har det bedre enn ungdommen i fylket og landet generelt.		

		konkurranse i hverdagen kan være årsak for eventuell økning..	
<i>Tannhelse</i>	Tannhelsen er forbedret de siste 30 årene, men det siste tiåret ser man en negativ trend igjen. Dette er dog landstrender og ikke spesielt for Sørreisa	God oppfølging av tannhelsetjenesten. Bedre informasjon. Økt tilgang til butikker, og bedre råd blant ungdommen – dvs endring i livsstilsvaner og konsum av mer sukkerholdig drikke og økt småspising.	Konsekvenser av dårlig tannhelse: Smerter. Dårlig selvbilde. Manglende appetitt. Økt bruk av smertestillende medisiner. Fravær fra skole, jobb og fritidsaktiviteter.
<i>Muskel- og skjelettlidelser</i>	Selv om vi har en tendens i totalantall under landsnittet har vi mange som sliter med problemer, og flere enn landet generelt innen gruppen som trenger hjelp også fra spesialisthelsetjenestene.	Sykdommer og skader i skjelettsystemet. Høy alder. Stillesitting og lite fysisk aktivitet. Under og overvekt. Stress. Tobakksrøyking.	Redusert livskvalitet, sykefravær, uføretrygd.
<i>Overvekt og fedme</i>	Vi har mange i faregruppen for å utvikle eller som allerede har utviklet fedme.	Livsstil. Inaktivitet og stillesitting. Økt tilbud og inntak av kaloririke matsorter og drikke. Hormonforstyrrelser.	Redusert livskvalitet og syefravær. Økt risiko for blant annet hjerte- og karsykdommer, diabetes, kreft, muskel- og skjelettplager, søvnvansker og psykiske vansker. Tidlig død.
<i>Diabetes</i>	Vi har høyt antall som bruker legemidler til behandling for diabetes i forhold til fylket og landet.	Arv, overvekt, for lite fysisk aktivitet.	Skader av blodårer og indre organer, økt risiko for hjerteinfarkt, hjerneslag og amputasjon, nyresvikt, nedsatt syn, nedsatt følsomhet i beina, impotens hos menn.
<i>Hjerte- og karsykdommer</i>	Vi har færre registreringer av hjerte- og karsykdommer i Sørreisa enn fylket og	Høyt fokus på aktivitet i Sørreisa, med aktivt LHL lokallag, godt tilbud	Redusert livskvalitet og tidlig død

	landet generelt.	innen idrett og fysisk aktivitet.	
<i>Astma og KOLS</i>	Sørreisa ligger over landsnittet, men under fylkesnittet på antall med legemiddelbruk for astma og KOLS.	Røyking, luftforurensning i arbeidsmiljø eller utendørs, arvelige faktorer, allergi og overfølsomhet.	Pustebesvær, hoste, tretthet, psykiske og sosiale konsekvenser. Lidelse og tidlig død.
<i>Kreft</i>	Vi ligger generelt litt i underkant av fylkes og lands gjennomsnittet, men skiller oss ikke merkbart ut generelt sett. Vi ser derimot at man har et problem når man går lengre ned i typer kreft, i forhold til lungekreft og prostatakreft hos menn, hvor begge ligger over landsnittet. Vi har også hatt mange kreftrelaterte dødsfall blant menn, dette har de siste årene gått ned slik at vi nå er under landsnittet.	Arv, livsstil, kosthold, eksponering til ulike forurensningskilder eller miljøforekomster over tid.	Lidelser og kostnader. Tidlig død.
<i>Demens</i>	Det oppleves en økning også lokalt i henhold til nasjonal trend på dette området.	Arv. Flere eldre som lever lengre. Livsstil.	Gi stort behov i tjenestetilbudet for pleie- og omsorg. Kan gi mangel i tilrettelagte botilbud. For den syke gir det redusert livskvalitet og for mange pårørende gir det en økt belastning. Tidlig død.
<i>Vaksinasjon</i>	God vaksinasjonsdekning		
<i>Antibiotikaresistens</i>	Oppnådd nasjonale mål på lokalt nivå		
<i>MSIS registrerte sykdommer</i>	Ingen merkbare store registreringer eller mønstre som gir grunn til bekymring		

9. Kilder

Foruten om de kildene som er brukt til å utarbeide rapporten, har en del kilder vært brukt supplerende disse er:

- Artikkelen:
 - <https://forskning.no/demografi-helse-kjonn-og-samfunn/hvorfor-dor-menn-tidligere/483597>
 - <https://medicine.jrank.org/pages/1841/Widowhood-consequences-widowhood.html>

Lenker til databaser og dokumenter

<https://atlas.nve.no/Html5Viewer/index.html?viewer=nveatlas#>

<http://gammel.hjorteviltregisteret.no/Fallvilt>

<https://artskart.artsdatabanken.no/>

<http://www.miljodirektoratet.no/Documents/publikasjoner/M100/M100.pdf>

<http://geo.ngu.no/kart/radon/>

<https://www.miljodirektoratet.no/klimagassutslipp-kommuner/?area=390§or=-2>

<http://khs.fhi.no/webview/>