Deanu gielda - Tana kommune

Møteinnkalling

Utvalg:	**Eldrerådet**
Møtested:	Kommunestyresalen, Rådhuset
Dato:	29.04.2014
Tidspunkt:	10:00

Eventuelt forfall må meldes snarest på tlf. 464 00 200, eller på e-post til postmottak@tana.kommune.no. Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed.

Tana, 24. april 2014

Olav Johansen
Leder

Saksliste

Utvalgs-saksnr	Innhold	Lukket	Arkiv-saksnr
PS 15/2014	Godkjenning av innkalling		
PS 16/2014	Godkjenning av saksliste		
PS 17/2014	Godkjenning av protokoll fra møtet den 24.02.14		
PS 18/2014	Høringsdokument - Kunnskapsgrunnlaget for folkehelse 2014 - 2016		2013/2815
PS 19/2014	Den kulturelle spaserstokken 2014		2014/789
PS 20/2014	Avviksmeldinger i eldreomsorgen		2013/2401
PS 21/2014	Referatsaker/Orienteringer		
RS 3/2014	Morgendagens aktivitetssenter		2014/824

PS 15/2014 Godkjenning av innkalling

PS 16/2014 Godkjenning av saksliste

PS 17/2014 Godkjenning av protokoll fra møtet den 24.02.14

Saksfremlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Formannskapet	37/2014	27.03.2014
Eldrerådet	18/2014	29.04.2014

Høringsdokument - Kunnskapsgrunnlaget for folkehelse 2014 ? 2016

Vedlegg
1 Kunnskapsgrunnlag for folkehelse 2014-2016
2 Handlingsplan for folkehelse 2014 - 2016

Saksprotokoll saksnr. 37/2014 i Formannskapet - 27.03.2014

Behandling

Ansgar Aslaksen (Fe/Ol) ble før behandlingen av saken enstemmig innvilget permisjon grunnet deltakelse på annet møte, fra kl. 13:00 og for resten av møtet.

Hartvik Hansen (Fe/Ol) ble før behandlingen av saken enstemmig innvilget permisjon, fra kl. 13:10 til kl. 13.30.

Ordfører Frank M. Ingilæ (AP) fremmet rådmannens forslag til vedtak som vedtak i saken:

Med hjemmel i plan- og bygningslovens § 11-14 sendes forslag til Kunnskapsgrunnlaget for folkehelse 2014 – 2016 og folkehelseplan 2014-2016 ut på høring og legges ut til offentlig ettersyn med høringsfrist 9. mai 2014.

Votering

Enstemmig vedtatt.

Vedtak

Med hjemmel i plan- og bygningslovens § 11-14 sendes forslag til Kunnskapsgrunnlaget for folkehelse 2014 – 2016 og folkehelseplan 2014-2016 ut på høring og legges ut til offentlig ettersyn med høringsfrist 9. mai 2014.

Rådmannens forslag til vedtak

Med hjemmel i plan- og bygningslovens § 11-14 sendes forslag til Kunnskapsgrunnlaget for folkehelse 2014 – 2016 og folkehelseplan 2014-2016 ut på høring og legges ut til offentlig ettersyn med høringsfrist 9.mai 2014.

Saksopplysninger

Folkehelse

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) trådte i kraft 1. januar 2012, og erstattet deler av kommunehelsetjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Loven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelseloven er sammen med helse- og omsorgstjenestelovens forebyggingsbestemmelser de rettslige virkemidlene for å nå samhandlingsreformens mål om å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller. (Helse- og omsorgsdepartementet)

Folkehelseloven stiller krav om at det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år, lovens§5 forplikter kommunen til å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer over folkehelsen i kommunen.

Dokumentet skal brukes som grunnlag for planlegging og styring for å forankre det langsiktige folkehelsearbeidet. Utarbeidelse av oversiktsdokumentet forutsetter en grundig og systematisk informasjonsinnhenting. Det forventes også en helhetlig vurdering av konsekvenser og årsaksforhold, og identifisering av ressurser og folkehelseutfordringer.

For at Tana kommune skal kunne oppfylle kravet om samlet oversiktdokumentet med kunnskap om folkehelse og påvirkningsfaktorer i Tana vil det ta flere år før vi kan si at vi har en fullverdig oversikt. For oss er det viktig å komme i gang med det arbeidet og ta med det som er nærliggende faktorer og lett tilgjengelig informasjon. Vi har i hovedsakelig innhentet fra statikkbasen til Fylkesmannen i Finnmark, kunnskapsgrunnlaget til Finnmark fylkeskommune og den nasjonale folkehelseprofilen. I tillegg blir Folkehelsemeldingen (2012-2013) God helse – felles ansvar et viktig dokument og veiler IS-2110.

Folkehelsen påvirkes av det samfunnet vi lever i. Det er ikke slik at den samlede Folkehelsesituasjonen i en kommune kun er summen av individuelle valg og genetiske forutsetninger. Det er store geografiske forskjeller i helse og betydelige sosiale helseforskjeller. Samfunnsmessige forhold skaper disse forskjellene, som vi kan påvirke gjennom planlegging, forvaltning og tiltak. Kunnskap om disse samfunns- og miljømessige forhold er da en forutsetning for å ivareta innbyggernes helse.

Å fremme befolkningens helse er et viktig mål i seg selv. Det skaper mer velferd og livskvalitet for den enkelte. I tillegg er befolkningens helse av samfunnets viktigste ressurser. Dette innebærer at det er en samfunnsoppgave å forvalte denne ressursen på best mulig måte. Identifisering av folkehelseutfordringer og ressurser skal danne grunnlag for beslutninger i det løpende folkehelsearbeidet og i forbindelse med planlegging etter plan- og bygningsloven.

Kunnskapsgrunnlaget i Deatnu-Tana

Tana kommune inngikk partnerskap med Finnmark fylkekommune i 2012 om folkehelsesatsing i kommunen. Dette innebærer blant annet kunnskapsløft for kommunen og iverksetting av tiltak for enkelte grupper – en forebyggende strategi for å møte folkehelse utfordringer lokalt.

Målet med strategidokumentet er å danne et kunnskapsgrunnlag for folkehelseutfordringer som Tana står ovenfor, og et ønske om å arbeide med målrettede tiltak. Tana kommune har valgt å ta utgangspunkt i folkehelseprofilen som et barometer for utviklingen av "helsetilstanden" i kommunen. Folkehelseprofilen blir brukt som "veiviser" for valg av innsatsområder. Samtidig vil folkehelseprofilen også kunne brukes som et måleinstrument i forhold til arbeidet vi gjør.

Dette er kommunens første utgave av kunnskapsgrunnlag for Tana, og målet er at den skal revideres hvert fjerde år. Dette dokumentet blir utarbeidet for tre år, og vi satser på at de kommende planer følger kommunestyrets struktur.

Kunnskapsdokumentet bygger på føringene som er i folkehelseloven, folkehelseforskriften og andre offentlige dokumenter som har betydning for folkehelsearbeid. Tana kommune har gjort et politisk vedtak om at folkehelse skal fremgå i alle kommunale planer "helse i alt vi gjør".
I dette dokumentet skal vi forsøke å ta oppfølgene problemstillinger:

- Hvilke føringer ligger til grunn for folkehelsearbeid?
- Hvilke påvirkningsfaktorer er viktig?
- Hva er helsetilstanden i Tana kommune?
- Hva gjøres i dag i Tana?
- Hvilke innsatsområder skal prioriteres i 2014-2016? (Dette blir et eget dokument)

Det er opprettet en arbeidsgruppe for folkehelsehelse og bolyst hvor politiker, kommunelege, helsesøster, kommune psykolog, psykisk helse og rus, skole og barnehage, ungdomsklubben, planlegger, landbruk, eldrerådet, ungdomsrådet og idrettsrådet er representert. Noen av representanter har en dobbel rolle i form av ivaretakelse av frivillig sektor innsatsområder og kunnskap.

Arbeidsgruppen har hatt ansvaret for å få i gang prosessen og utarbeidelse av kunnskapsgrunnlaget for folkehelse i kommunen. Det har vært vanskelig å få fange opp tiltakene som gjøres i den kommunale virksomheten. Arbeidsgruppen har ikke i denne omgangen prioritert den frivillige sektoren og det øvrige næringslivet for innhenting av informasjon om temaer som har betydning for folkehelse.

Medvirkning

Folkehelsearbeidet knyttes til planlegging etter plan- og bygningsloven med krav til medvirkning. Det bidrar til å rettsliggjøre medvirkning i folkehelsearbeidet. Folkehelseloven gir kommunen som helhet ansvar for folkehelsearbeidet. Intensjonen er blant annet å bringe

folkehelse inn som en integrert del av det lokaldemokratiske arbeidet for en samfunnsutvikling som fremmer helse og velferd i kommunene.

For å ivareta dette på est mulig måte vil det være naturlig å sende utkastet til kunnskapsgrunnlaget for folkehelse 2014-2016 og folkehelseplanen 2014-2016 til høring.

Vurdering

Med hjemmel i plan- og bygningslovens § 11-14 sendes forslag til Kunnskapsgrunnlaget for folkehelse 2014 – 2016 og folkehelseplan 2014-2016 ut på høring og legges ut til offentlig ettersyn med høringsfrist 9.mai 2014.

Deanu gielda
Tana Kommune

Folkehelse i Tana 2013-2016

Kunnskapsgrunnlaget

Forord

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) trådte i kraft 1. januar 2012, og erstattet deler av kommunehelsetjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Loven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelseloven er sammen med helse- og omsorgstjenestelovens forebyggingsbestemmelser de rettslige virkemidlene for å nå samhandlingsreformens mål om å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller. (Helse- og omsorgsdepartementet)

Folkehelseloven stiller krav om at det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år. Dokumentet skal brukes som grunnlag for planlegging og styring for å forankre det langsiktige folkehelsearbeidet. Utarbeidelse av oversiktsdokumentet forutsetter en grundig og systematisk informasjonsinnhenting. Det forventes også en helhetlig vurdering av konsekvenser og årsaksforhold, og identifisering av ressurser og folkehelseutfordringer.

For at Tana kommune skal kunne oppfylle kravet om samlet oversiktdokumentet med kunnskap om folkehelse og påvirkningsfaktorer i Tana vil det ta flere år før vi kan si at vi har en fullverdig oversikt. For oss er det viktig å komme i gang med det arbeidet og ta med det som er nærliggende faktorer og lett tilgjengelig informasjon. Vi har i hovedsakelig innhentet fra statikkbasen til Fylkesmannen i Finnmark, kunnskapsgrunnlaget til Finnmark fylkeskommune og den nasjonale folkehelseprofilen. I tillegg blir Folkehelsemeldingen (2012-2013) God helse – felles ansvar et viktig dokument og veiler IS-2110.

Vi tenker at det systematiske arbeidet vil komme med erfaringer og bevisstheten om folkehelsearbeidet i kommunen. I det første partnerskapsåret med Finnmark fylkeskommune har vi vektlag tiltak for å gi oss selv tid til å skaffe nødvendig kunnskap om hvordan folkehelsetilstanden i kommunen er. Dette også som en sped begynnelse av sosial markedsføring av folkehelsearbeidet til befolkningen i Tana. En byråkratisk definisjon av folkehelse og en folkelig forståelse av folkehelse er ikke bestandig forenelig. Der vi snakker om sunne valg oppfattes ofte det som ”slanking, røykekutt, trim”. Utfordring blir hvordan vi skal bruke sosial markedsføring av tiltak som på sikt skal føre til varige endringer av levevaner? Hvordan klarer reklame å få folk til å øke forbruket av grandios og lignende produkter, og hvordan kan vi bruke den samme metode i kommune for formidling av gode valg? Hvorfor oppfattes grønt dyrt når kanskje kiloprisen til sjokoladen er mye høyere?
Vi vil ikke få svar på denne type spørsmål i dette dokumentet, men vi har startet en langsiktig prosess med holdningsendringer som framtidig mål. Forhåpentligvis vil vi lykkes med noe, og svaret vet vi kanskje om 5-10 år.

1. Innledning

Tana kommune inngikk partnerskap med Finnmark fylkekommune i 2012 om folkehelsesatsing i kommunen. Dette innebærer blant annet kunnskapsløft for kommunen og iverksetting av tiltak for enkelte grupper – en forebyggende strategi for å møte folkehelse utfordringer lokalt.

Målet med strategidokumentet er å danne et kunnskapsgrunnlag for folkehelseutfordringer som Tana står ovenfor, og et ønske om å arbeide med målrettede tiltak. Tana kommune har valgt å ta utgangspunkt i folkehelseprofilen som et barometer for utviklingen av "helsetilstanden" i kommunen. Folkehelseprofilen blir brukt som "veiviser" for valg av innsatsområder. Samtidig vil folkehelseprofilen også kunne brukes som et måleinstrument i forhold til arbeidet vi gjør.

Dette er kommunens første utgave av kunnskapsgrunnlag for Tana, og målet er at den skal revideres hvert fjerde år. Dette dokumentet blir utarbeidet for tre år, og vi satser på at de kommende planer følger kommunestyrets struktur.

Kunnskapsdokumentet bygger på føringene som er i folkehelseloven, folkehelseforskriften og andre offentlige dokumenter som har betydning for folkehelsearbeid. Tana kommune har gjort et politisk vedtak om at folkehelse skal fremgå i alle kommunale planer "helse i alt vi gjør".
I dette dokumentet skal vi forsøke å ta oppfølgene problemstillinger:

- ✓ Hvilke føringer ligger til grunn for folkehelsearbeid?
- ✓ Hvilke påvirkningsfaktorer er viktig?
- ✓ Hva er helsetilstanden i Tana kommune?
- ✓ Hva gjøres i dag i Tana?
- ✓ Hvilke innsatsområder skal prioriteres i 2014-2016? (Dette blir et eget dokument)

Arbeidsgruppe for folkehelsearbeidet, og også i denne sammenheng er plangruppe består av:
Frank Ingilæ, ordfører
Frans Eriksen, planlegger, utviklingsavdeling
Terese Nyborg, landbruk, utviklingsavdeling
Aino Snellman, fastlege, helseavdeling
Liselotte Lavir, helsesøster, helseavdeling
Margun Strendo Andersen, barnehagekonsulent, rådmannsstab
Gunn Ulvenes Sundal, rådgiver rus og psykisk helse, hjelpetjenesten
Andrew Sak, kommunepsykolog, hjelpetjenesten
Hege Tajana Pedersen, rådgiver, Seida skole
Greta Kristoffersen, Grotta fritidsklubb, utviklingsavdeling
Gerd Åse Dervo, eldrerådet
Anna Taksgård, ungdomsrådet
Ella Marie Hætta Isaksen, ungdomsrådet
Kurt Saua, idrettsrådet
Britt Somby-Solaas, folkehelsekoordinator, utviklingsavdeling

Det er arbeidsgruppa som har jobbet med kunnskapsgrunnlaget for Tana kommune.

2. Folkehelse, folkehelsearbeid og påvirkningsfaktorer

Folkehelseloven definerer *folkehelse* som ”befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning” Definisjonen legger til grunn et populasjons - og befolkningsperspektiv. Folkehelse er ikke bare befolkningens generelle helse, men også hvordan god og dårlig helse er fordelt i befolkningen.

Statlige føringer legger til grunn for at det skal være et bredt perspektiv på utviklingen av et mer helsefremmende samfunn. Det gjelder alt fra barnehagene og skolen, nærmiljø og fritid som for eksempel idrett og kultur, til arbeidsplassen og trafikken, til byplanlegging og møte med næringsinteresser. Dette går til kjernen av politikken, som har betydning av rettferdig fordeling og vilje til omfordeling. Folkehelsepolitikken skal også ivareta urfolk, nasjonale minoriteter og innvandreres behov, for eksempel når det gjelder kulturell forståelse og språk. Det skal legges vekt på betydningen av kunnskap og holdninger om etniske grupper har for helsen og for utforming av folkehelsetiltak. Alt dette er god folkehelsepolitikk. (Helse- og omsorgsdepartementet)

Folkehelsearbeidet må bygge på at alle samfunnssektorer og forvaltningsnivåer – på politisk, administrativt og faglig plan - føler et ansvar for å fremme folkehelsen.

Folkehelsearbeidet og utvikling av aktive og trygge lokalsamfunn er to sider av samme sak.

Konkrete tiltak planlegges, utvikles og iverksettes i et forpliktende samarbeid mellom berørte parter.

De som blir berørt av planer og tiltak må være med på denne prosessen.

Planer og tiltak må evalueres med sikte på å se om de har positive virkninger på folkehelsen.

Folkehelsearbeid defineres som «samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse».
Folkehelsearbeid omfatter både det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet. Det er det primære forebyggingsarbeidet som folkehelsearbeidet dreier seg om, det vil si å fremme helse og forebygge sykdom før symptomer på uhelse begynner å vise seg.

Noen av kjernetrekkende ved folkehelsearbeidet er at strategiene retter seg mot hele befolkningen eller grupper av den, og at det utøves gjennom å styrke de positive påvirkningsfaktorene, og svekke de negative påvirkningsfaktorene i samfunnet. Folkehelsearbeid omfatter ikke kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg, ei heller habilitering/rehabilitering.
(Helse- og omsorgsdepartementet)

Det overordnede målet med folkehelsearbeid er flere leveår med god helse og en reduksjon av sosiale helseforskjeller. Statens ambisjon er blant annet at Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder, og at vi skal skape et samfunn som gjennom en et tverrsektorielt arbeid fremmer helse i hele befolkningen, og på denne måten blir «helse i alt vi gjør». (Helse- og omsorgsdepartementet)

Påvirkningsfaktorer for folkehelsen er ulike, men likevel nært knyttet til hverandre. Folkehelse henger nært sammen med hvordan samfunnet er strukturert, hvor tilgang på materielle og sosiale ressurser er grunnleggende. Materielle levekår påvirker både den psykiske og fysiske helsen. Dette er faktorer som har stor sammenheng med arbeid, inntekt og utdanning. Sosialt nettverk og sosiale relasjoner påvirker også helsenivået i befolkningen.

Ottawa-charteret

« Folkehelsearbeid innebærer å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse. De negative påvirkningsfaktorene virker helsenedbrytende, enten det er ting vi spiser og drikker, eller de befinner seg i det sosiale eller fysiske miljøet rundt oss.
Positive faktorer handler blant annet om styrkende faktorer i miljøet rundt oss, om vårt forhold til våre nærmeste og de nettverk vi inngår i, og i hvilken grad livet oppleves å ha mening og å være forutsigbart og håndterbart. Dette kan kalles beskyttelses- eller mestringsfaktorer og gir individer og grupper bærekraft og slitestyrke.»

Den livsstilsrelaterte påvirkningen på helsetilstand er veldokumentert. Faktorer som omhandler individuell helseatferd som ernæring, fysisk aktivitet, bruk av rusmidler og tobakk og seksuell atferd har dermed stor betydning for folkehelsen. Dette er faktor som henger sammen med materielle og sosiale ressurser.

Kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter har alle et ansvar i folkehelsearbeidet, og loven retter seg mot alle forvaltningsnivåer. Regelverket legger til rette for bedre samordning på tvers av forvaltningsnivåer og på tvers av sektorer. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene får en tydeligere rolle i å bistå kommunene.

Loven bygger på, og er samordnet med plan- og bygningsloven (pbl) som er det generelle regelverk for å fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner, jf. pbl § 1-1. Folkehelseloven legger til rette for politisk forankring av folkehelsearbeidet, og for en langsiktig og systematisk innsats. Kommuner og fylkeskommuner skal ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, identifisere sine folkehelseutfordringer, fastsette mål gjennom planarbeidet og iverksette nødvendige tiltak.

3. Kjennetegn ved folkehelsearbeid

3.1 Samhandlingsreformen og folkehelse

St.meld. nr. 47 (2008–09) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* omtaler folkehelsearbeid, som samfunnets samlede innsats for;
• å fremme helse
• å redusere risiko for sykdom og skade
• å beskytte mot ytre helsetrusler

Målet med folkehelsearbeid er som sagt flere leveår med god helse i befolkningen, og redusere sosiale helseforskjeller. Strategiene retter seg mot hele befolkningen. I tillegg til helsesektorens innsatser, ligger påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer. Eksempler: Utdanning, arbeid, bo- og nærmiljøer, ren luft, fravær av støy, gang- og sykkelveier, turstier og friluftsliv, fysisk aktivitet i skolen.»

★★★★★★★★★★

Folkehelse: *befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeles i en befolkning.*

Folkehelsearbeid: *samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse.*

★★★★★★★★★★

3.2 Fem prinsipper for folkehelsearbeid

Folkehelseloven bygger på fem prinsipper for folkehelsearbeidet: 1) utjevning, 2) helse i alt vi gjør, 3) bærekraftig utvikling, 4) føre-var og 5) medvirkning.

Utjevning

Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen og det er mange faktorer som bidrar til å skape og opprettholde slike forskjeller. Sammenhengene er komplekse, men vi kan slå fast at det i hovedsak er sosiale betingelser som påvirker helse og ikke omvendt. Selv om alvorlige helseproblemer i mange tilfeller fører til tap av inntekt og arbeid og problemer med å fullføre utdanning, vil likevel sosial posisjon påvirke helsen i større grad enn helsen påvirker sosial posisjon.

Helse i alt vi gjør

Erkjennelsen av «helse i alt vi gjør» er kjernen i folkehelsearbeidet. Prinsippet skal bidra til at befolkningens helse blir ivaretatt på tvers av sektorer. Det innebærer for eksempel at utdanningssektoren, samferdselssektoren og kultursektoren har ansvar for å vurdere, og ta hensyn til hvilke konsekvenser endringer i politikken kan ha for helsen i befolkningen.

I folkehelseloven kommer prinsippet om «helse i alt vi gjør» til uttrykk gjennom at ansvaret for befolkningens helse ikke er lagt til helsetjenesten, men til kommunen som sådan. Loven legger også til grunn at kommunene, fylkeskommunene og statlige myndigheter skal fremme befolkningens helse og vurdere konsekvensene av egen virksomhet for befolkningens helse. Forebyggende tiltak skal iverksettes i den sektoren og med de virkemidlene som er mest effektive.

Bærekraftig utvikling

En bærekraftig utvikling innebærer å tilfredsstille dagens behov uten at det går på bekostning av framtidige generasjoners behov. Brundtlandkommisjonen fra 1987 definerte bærekraftig utvikling som «… en utvikling som imøtekommer behovene til dagens generasjon uten å redusere mulighetene for kommende generasjoner til å dekke sine behov.» Bærekraftig utvikling handler om å tilrettelegge for en samfunnsutvikling som sikrer grunnleggende behov over tid.

I samhandlingsreformen er målet å utvikle en bærekraftig helsetjeneste blant annet gjennom å styrke det forebyggende arbeidet.

En befolkning med god helse er et mål i seg selv og en av samfunnets viktigste ressurser. Satsing på folkehelsearbeid er en grunnleggende investering for et bedre liv og et bærekraftig samfunn. Forebyggende arbeid er bærekraftig fordi det bidrar til å legge større vekt på kommende generasjoners behov – til større likhet mellom generasjoner. God helse er av stor betydning både for livskvaliteten til den enkelte og for å sikre samfunnet en frisk og produktiv befolkning som kan bidra til økonomisk vekst og velstandsutvikling.

Folkehelseloven løfter frem fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet;

prinsippet om å ***utjevne*** *sosiale helseforskjeller,*
*"****helse i alt vi gjør****" (Health in All Policies),*
bærekraftig *utvikling,*
føre-var *og*
medvirkning*.*

Føre-var-prinsippet

Føre-var-prinsippet skal legges til grunn når det fastsettes normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Det gjelder både tiltak for å redusere risiko og tiltak for å fremme helse. I mange tilfeller vil det være usikkerhet knyttet til forholdet mellom eksponering og helseeffekt, eller til forholdet mellom tiltak og helseeffekt. Ved fastsetting av normer er det tilstrekkelig at det er sannsynlig at en eksponering eller et tiltak kan medføre fare for helseskade. Det er ikke krav om vitenskapelig sikkerhet.

Medvirkning

I helsefremmende arbeid brukes ofte begrepet «empowerment» om individers og lokalmiljøers makt til å påvirke beslutninger. Empowerment handler om hvordan mennesker og lokalsamfunn kan ta kontroll gjennom å mobilisere og styrke egne krefter. Muligheten til å mobilisere ressurser henger sammen med de livsbetingelsene menneskene lever under. Det betyr at medvirkning kan stimuleres gjennom å styrke sosiale ressurser og bedre materielle levekår.

Folkehelseloven knytter kommunenes folkehelsearbeid til bestemmelsene om medvirkning i plan- og bygningsloven. På denne måten bidrar folkehelseloven til å rettsliggjøre kravet om medvirkning. Involvering av frivillige organisasjoner er sentralt for å sikre medvirkning i folkehelsearbeidet og kommunene er gjennom folkehelseloven pålagt å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

4. Folkehelse i Tana

Formålet med folkehelsearbeidet

Forhold i samfunnet påvirker valgene vi gjør og vi må være bevisst muligheten for å legge til rette for sunne valg. Samfunnet har ansvar for å legge til rette for livsutfoldelse og skape like muligheter. Det handler om å utvikle et samfunn som fordeler ressursene på en rettferdig måte, og om å legge til rette for at enkeltmennesker får mulighet til å utnytte egne ressurser og har reelle muligheter til frie valg. Formålet med folkehelsearbeid er ikke å begrense handlefrihet – men å skape muligheter.

De nasjonale føringer er et bredt perspektiv på utviklingen av et mer helsefremmende samfunn. Det handler om alt fra barnehagene og skolen, nærmiljø og fritid som for eksempel idrett og kultur, til arbeidsplassen og trafikken, til byplanlegging og møte med næringsinteresser. Dette går til kjernen av politikken, og vil ha betydningen for rettferdig fordeling og vilje til omfordeling. Folkehelsepolitikken skal også ivareta urfolk, nasjonale minoriteter og innvandreres behov, for eksempel når det gjelder kulturell forståelse og språk. Det skal legges vekt på den betydningen kunnskap og holdninger om etniske grupper har for helsen og for utforming av folkehelsetiltak.

4.1 Overordnede føringer for folkehelsearbeidet

4.1.1. Folkehelseloven

§ 1. ***Formål***
Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.
Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid

§ 3. ***Definisjoner***
I loven her menes med

a) *folkehelse:* befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning
b) *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.

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

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.
Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

§ 5. ***Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen***
Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25,
b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og
c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

§ 9. ***Kommunens oppgaver og delegering av myndighet***
Kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, jf. § 8. Ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunen, kan i tillegg til å delegeres etter bestemmelsene i kommuneloven delegeres til et interkommunalt selskap.
Kommunens myndighet kan utøves av kommunelegen dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at kommunens oppgaver etter dette kapittel skal kunne utføres.

4.2 Den tematiske inndelingen

I følge forskriftens §3 skal kommunen ha oversikt over og gjøre vurderinger av følgende temaer/områder:

a) Befolkningssammensetning
b) Oppvekst- og levekår
c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
d) Skader og ulykker
e) Helserelatert atferd
f) Helsetilstand

a) Befolkningssammensetning

Med befolkningssammensetning menes grunnlagsdata om befolkningen som kan omfatte antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster osv. Denne type informasjon er viktig i vurderingen av øvrig informasjon, men kan også være vesentlig i seg selv som del av utfordringsbildet for folkehelsen i kommunen. Ikke minst vil utviklingen i befolkningssammensetningen kunne påvirke strategiske veivalg, som inkluderer folkehelse.

b) Oppvekst- og levekårsforhold

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Med oppvekst- og levekårsforhold menes for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold, og utdanningsforhold. Økonomiske forhold kan omfatte andel med lavinntekt og inntektsforskjeller. Arbeid omfatter bl.a. tilknytning til arbeidslivet, sykefravær og uføretrygding. Utdanningsforhold omfatter f.eks. andel med høyere utdanning og frafall fra videregående skole. Levekår defineres i et samspill mellom individuelle faktorer og ressurser og de muligheter en har til å realisere disse på arenaer som skole, arbeid osv.

c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

En rekke miljøforhold har effekt på helsen. Eksempler er drikkevannskvalitet, luftkvalitet, grad av støy, sykkelvegnett og kvaliteter ved nærmiljøet som tilgang til friområder, friluftsområder osv. Oversikt over infeksjonsepidemiologiske forhold i kommunen etter smittevernloven §§ 7-1 og 7-2 bør samordnes med oversikt etter folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen og komme inn under biologiske faktorer. Sosialt miljø kan omfatte organisasjonsdeltakelse, valgdeltakelse, kulturtilbud, sosiale møteplasser osv. Med begrepene fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø refereres det til kap. 3 i folkehelseloven.

d) Skader og ulykker

Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft, målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tar relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Muligheten for å forebygge er gode og effekter av tiltak kan komme raskt. Oversikt over hvor og når ulykker inntreffer osv. kan bidra til økt oppmerksomhet mot forebygging og mer treffsikkerhet i tiltaksarbeidet.

e) Helserelatert atferd

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

f) Helsetilstand

Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål, for eksempel risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær o.l.

4.3 Situasjon i Tana

Situasjonsbeskrivelse av folkehelsesituasjonen i Tana bygger på føringer som blant annet er lagt i kommuneplanens samfunnsdel, folkehelseprofil og ulike statistiker.

4.3.1 Kommuneplanens samfunnsdel - Sentrale utviklingstrekk

- ✓ Stadig mer sentralisert bosettingsmønster
- ✓ Færre barn og unge under 15 år og færre unge i aldersgruppen 25-34 år
- ✓ Økt antall eldre over 67 år
- ✓ Økt kamp om arbeidskraft, særlig om aldersgruppen 20-49 år.
- ✓ Innvandringen bidrar positivt til befolkningstallet og i arbeidslivet
- ✓ Arbeid er viktig for valg av bosted, men stedskvaliteter påvirker også valg av bosted i økende grad
- ✓ Statistiske modeller tyder på fortsatt befolkningsreduksjon mot år 2040. Antall barn og unge forventes redusert betydelig, men antall eldre vil øke mere.
- ✓ Avstand til tjenestetilbud er viktig for bosettingsmønsteret i kommunen
- ✓ Kvinnene øker sin formelle utdanning mens mennene henger igjen
- ✓ Synkende sysselsetting i ulike sektorer, herunder sterkest i primærnæringene.
- ✓ Økning i mer kompetansekrevende yrker samt transportvirksomhet.
- ✓ Personer i kompetansekrevende yrker pendler i større grad ut av kommunen.
- ✓ Reduksjon i arbeidsledigheten, men ikke i samme grad som for fylkesnivå. Arbeidsledigheten blant menn er ikke tilsvarende redusert. Tana har ikke lenger lavest arbeidsledighet i fylket.
- ✓ Et lønnsomt næringsliv som gjør det godt i NæringsNM. Næringslivet i Tana har over flere år vært blant de beste i Finnmark og periodevis best.
- ✓ Generelt dårligere folkehelse enn for landet
- ✓ Økt levealder og økt behov for fokus på tilrettelegging for bedre helse, livskvalitet og oppvekstmiljø
- ✓ Høyere klimagassutslipp, særlig fra transport.

Viktige utfordringer

- ✓ Få til større bostedsattraktivitet blant unge og unge barnefamilier
- ✓ Økt kamp regionalt og nasjonalt om arbeidskraft. Rekruttering av arbeidskraft er en sentral utfordring.
- ✓ Tilpasning av kommunens tjenestetilbud i forhold befolkningsendringene og endring i bosettingsmønsteret.
- ✓ Press på arealer i sentrumsnære områder
- ✓ Øke utdanningsnivået lokalt og opp til fylkesnivået. Det vil virke positivt også for å utjevne sosiale forskjeller og kunne gi bedre folkehelse.
- ✓ Et næringsliv som også etterspør arbeidskraft med høyere utdanning
- ✓ Flere kompetansearbeidsplasser og flere allsidige arbeidsplasser
- ✓ Flere etableringer i privat næringsliv
- ✓ Økt etterspørsel etter arbeidskraft til helse- og omsorgstjenester
- ✓ Økt satsing på Tana bru som handelssenter.
- ✓ Få til økt entreprenørskap
- ✓ Dårligere folkehelse enn landsgjennomsnittet. Få opp folkehelsenivået på land
- ✓ Klimagassutslippene øker, mens målet er reduksjon
- ✓ Klimaendringer medfører konsekvenser for plan- og byggesaker, samt aktiviteter i kommunen
- ✓ Generell skepsis mot vindkraft
- ✓ Dra nytte av de mulighetene økt globalisering gir
- ✓ Proteksjonistiske holdninger

Sentrale mulighet

- ✓ Få til økt innflytting
- ✓ Satsing på innvandring fra andre land
- ✓ Bedre boligtilbud og gode tjenestetilbud mht. rekruttering av arbeidskraft
- ✓ Satsing på kommunesenteret, herunder som et handelssenter
- ✓ Økt fokus på bolyst og stedsutvikling
- ✓ Bruke teknologi til å tilrettelegge for jobbpendling evt. kompetansearbeidsplasser.
- ✓ Profilering og omdømmebygging
- ✓ Tilrettelegge for idrett og fysisk aktivitet
- ✓ Ta i bruk mer nøytrale energikilder som vindkraft, biobrensel og småskala vannkraft.

(Kommuneplanens handlingsdel 2013-2016)

4.3.2 Noen trekk ved kommunens folkehelse – folkehelseprofil

Maten vi spiser, lufta vi puster inn, utformingen av boligområder og andre miljøforhold virker inn på helse, livskvalitet og trivsel. Gjennom god planlegging og tilrettelegging kan kommunen bidra til å bedre folkehelsen.
Dagens folkehelse og sykdomsstatistikk er på mange måter et uttrykk for de miljøbelastningene som innbyggerne er og har vært utsatt for. På samme måte vil framtidig folkehelse bli formet av hvordan helsefremmende og -hemmende faktorer påvirker oss i dagens samfunn.

Et godt miljø kan fremme helse, for eksempel ved å oppmuntre til fysisk aktivitet og sosial kontakt. Motsatt kan omgivelsene våre begrense mulighetene for aktivitet og opplevelse, samt påføre oss ulike fysiske belastninger. Sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og allergiske lidelser kan bli utløst eller forverret som følge av uheldig påvirkning fra miljøet.

Svangerskapet og tidlig barndom er særlig sårbare perioder. Kommunen har mulighet til å legge til rette for et helsefremmende miljø, blant annet ved å sette folkehelse på dagsordenen i arealplanleggingen. I folkehelseloven og plan og bygningsloven blir dette framhevet.

Alle sektorer i kommunen har ansvar for befolkningens helse. Aktiviteter på områder som samferdsel, byplanlegging, industri, vannforsyning, avløpsanlegg og landbruk kan påvirke innbyggernes livskvalitet, trivsel og helse. Støyplager og miljøbelastninger kan bidra til de sosiale ulikhetene i helse vi ser i dag. På noen områder kan derfor ulike miljøtiltak også være et bidrag i arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse.

Betydelige helseforskjeller

Studier viser at levevaner ofte følger utdannings- og inntektsnivå. Det betyr at grupper med lengre utdanning og høyere inntekt i gjennomsnitt har gunstigere levevaner og bedre helse enn grupper som har kortere utdanning og lavere inntekt.
Reduserte sosiale helseforskjeller er et viktig mål i folkehelsearbeidet. Innsats for å gjøre noe med levekår, som arbeid og utdanning, kan bidra til å fremme helse og jevne ut sosiale helseforskjeller. Å forebygge frafall i videregående skole vil fremme helse fordi det gir større muligheter for jobb og aktiv deltakelse i samfunnet. Mestring og trivsel i grunnskolen legger et godt grunnlag for gjennomføring av videregående skole.

Én satsing, flere gevinster

Kommunens innsats mot én risikofaktor kan redusere forekomsten av flere sykdommer. Tiltak mot røyking kan for eksempel redusere forekomsten av sykdommer som hjerte- og karsykdom, KOLS og kreft. På samme måte kan innsats for å fremme fysisk aktivitet påvirke forekomsten av blant annet overvekt, hjerte- og karsykdommer og type 2-diabetes. I tillegg kan fysisk aktivitet fremme trivsel og fysisk og psykisk helse.

Forebyggende tiltak kan rettes mot grupper med særlig høy risiko eller mot befolkningen som helhet. Tiltak for grupper med særlig høy risiko kan være virkningsfulle, men tiltak som rettes mot hele befolkningen kan i mange tilfeller gi større gevinst totalt sett. Grunnen til dette er at befolkningsrettede tiltak når et stort antall mennesker med middels risiko, og fordi det i denne gruppen oppstår flere sykdomstilfeller enn i gruppen med høy risiko. Selv om den individuelle risikoen er langt høyere i høyrisikogruppen, oppstår det altså flere sykdomstilfeller i gruppen med middels risiko fordi denne gruppen er større.

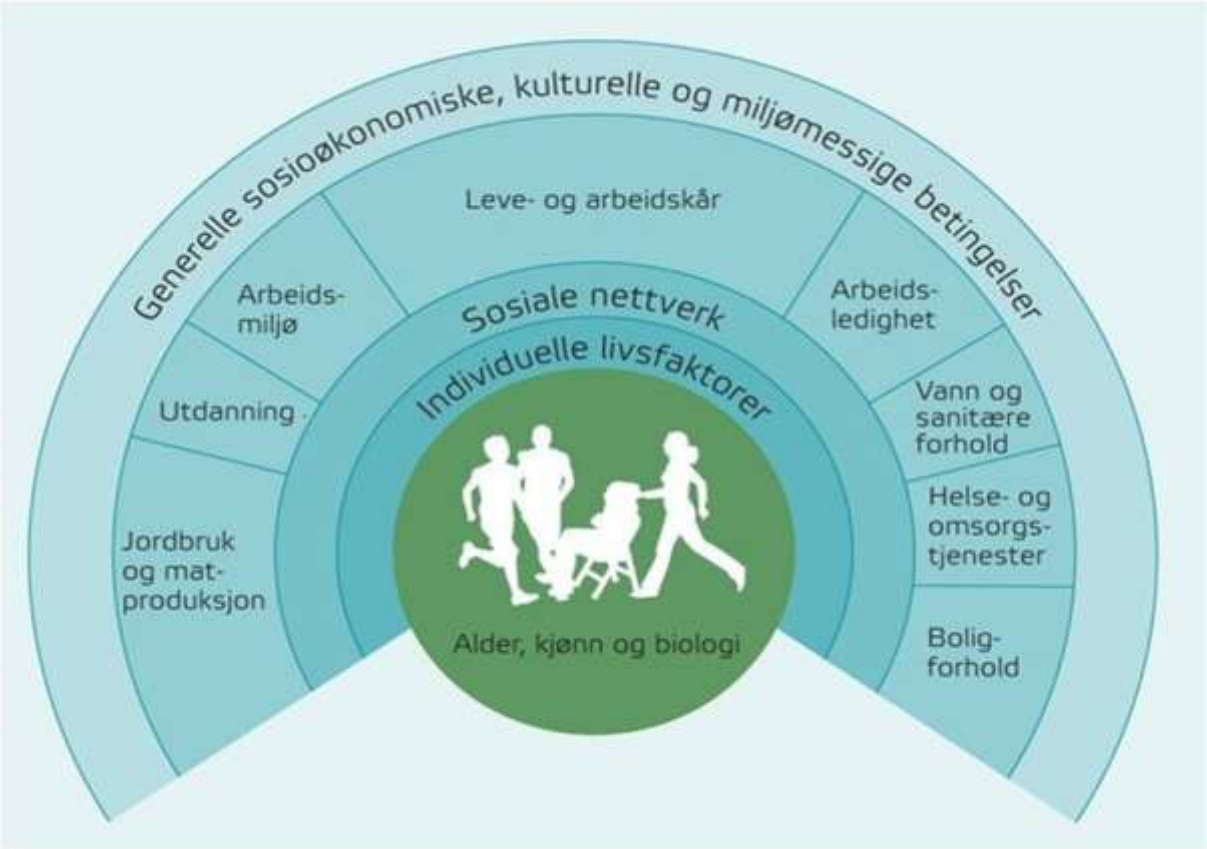
Det er ingen motsetning mellom befolkningsrettede tiltak og tiltak for høyrisikogrupper, de kan utfylle hverandre. For eksempel kan en reduksjon av salt i ferdigmat gi litt lavere blodtrykk hos alle, og dermed lavere risiko for hjerte- og karsykdom generelt i befolkningen. I tillegg vil helsetjenesten fortsette å behandle personer med høyt blodtrykk for å redusere den individuelle risikoen. Befolkningsrettede tiltak sikter mot «små endringer hos de mange», slik at hele befolkningen flyttes i retning av lavere risiko.

Gevinst på kort og lang sikt

Det kan ta mange år før dagens forebyggende innsats gir resultater. Men noen resultater kan også komme raskt. For eksempel har fysisk aktivitet betydning for trivsel og psykisk helse, og røykestopp reduserer risikoen for hjerteinfarkt allerede det første røykfrie året. Et annet eksempel er skadeforebyggende arbeid, som raskt kan gi utslag i form av redusert skadeforekomst.

Gjennom utforming av det fysiske miljøet kan kommunen legge til rette for fysisk aktivitet og sosial kontakt mellom mennesker. Ved å planlegge fysiske omgivelser med tanke på helsefremming kan man bidra til bedre fysisk og psykisk helse i befolkningen. Møteplasser i nærmiljøet kan ha betydning for psykisk helse, og samtidig er det lettere å være fysisk aktiv dersom nærmiljøet er trygt og innbyr til aktivitet.

(Folkehelseprofil 2013 for Deatnu/Tana, Folkehelseinstituttet)



I figur er faktorer som påvirker helsen satt opp. Disse spenner fra personlige egenskaper som alder og kjønn, til samfunnsforhold som kultur, arbeid, bo- og nærmiljø, utdanning og sosiale nettverk.

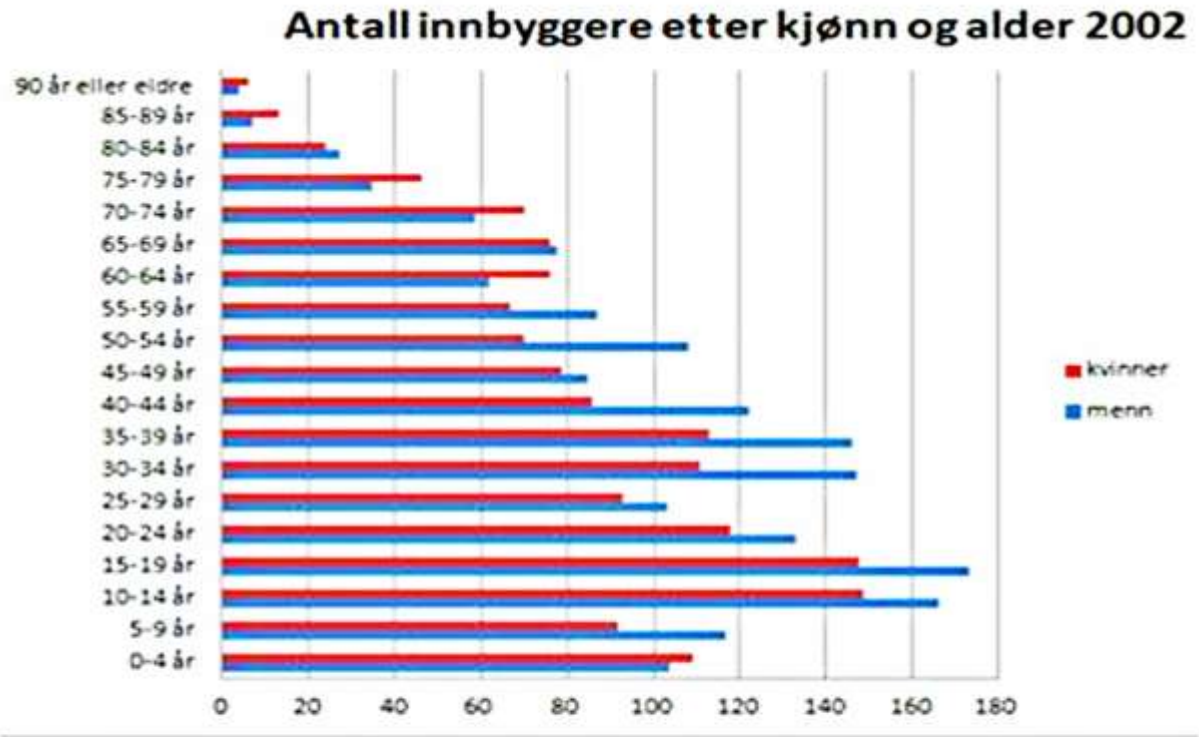
De bakenforliggende faktorene kan fremme helsen, eller det motsatte; øke risikoen for sykdom. Mangel på sosial støtte er eksempel på en faktor som øker risikoen for både psykiske og fysiske helseproblemer. Motsatt kan sosial støtte fremme helse og trivsel, fordi støtte fra for eksempel venner, skolekamerater, kolleger og familie virker som en «buffer» mot ulike belastninger. Utdanning er eksempel på en faktor som har betydning for helsen gjennom hele voksenlivet.

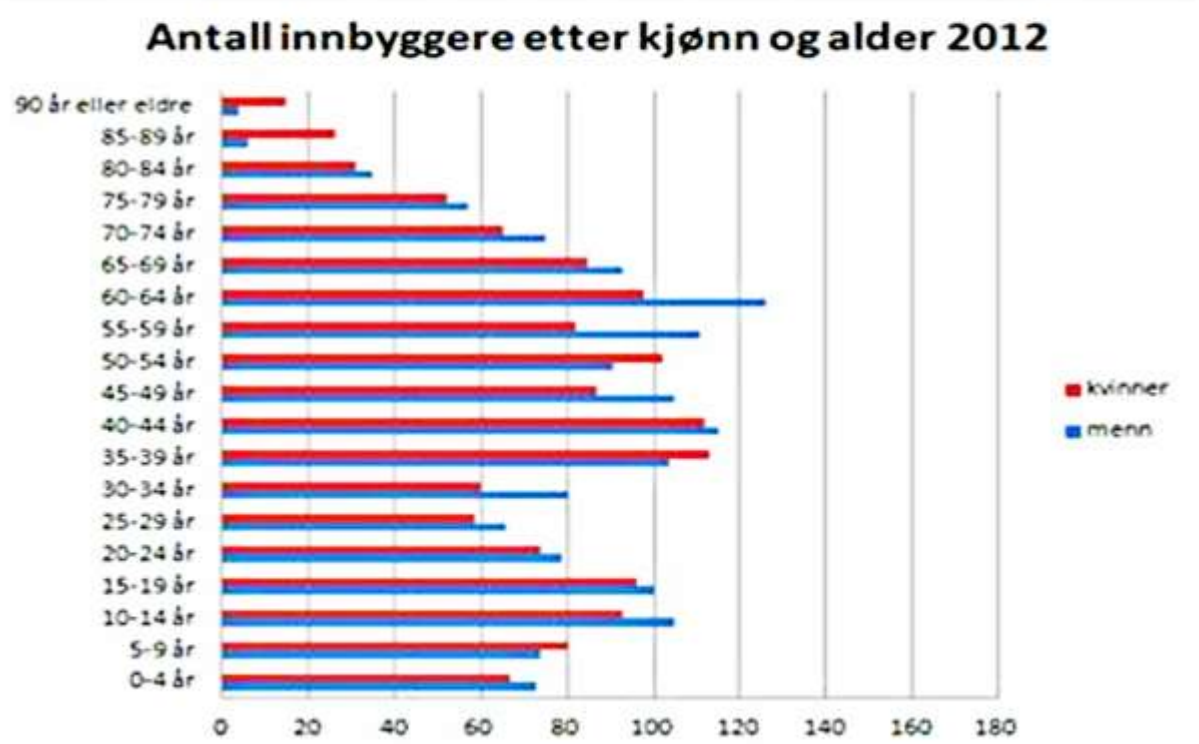
Disse faktorene og deres relasjoner er fremstilt i en mye anvendt figur utarbeidet av Whitehead og Dahlgren allerede i 1991. Figuren viser at individuelle valg, med unntak av faktorer som alder, kjønn, biologi etc., påvirkes gjennom et sett av ytre faktorer – både i miljø og samfunn - positive som negative.

Figuren illustrerer også at det må arbeides på mange nivåer, og i mange sektorer for å forebygge sykdom og fremme helse. I oversiktsarbeidet skal det legges et fordelingsperspektiv til grunn, noe som vil innebære å være oppmerksom på hvordan de ulike påvirkningsfaktorene er fordelt i befolkningen. Dette vil i sin tur danne utgangspunkt for at kommunen og fylkeskommunen kan redusere helseforskjeller gjennom de virkemidler de har til rådighet. (Veileder IS-2110, Helsedirektorat)

4.4 Faktorer som har betydning for folkehelsen

4.4.1 Befolkningsstruktur





Figuren viser befolkningsstrukturen i 2002 og 2012. I 2002 var det mange innbyggere i aldersgruppen 10-19 år. Antall kvinner pr. menn i aldersgruppen 30-39 år var lav. Kjønnssammensetningen har jevnet seg ut fram til 2012. Det er i dag betydelig flere menn i aldersgruppen 30-34 år og i aldersgruppene 45-49 år og 55-64 år.

Kjønnsskjevheten i aldersgruppen 55-64 kan få betydning for fremtidig etterspørsel etter tjenester for disse gruppene. Lavt antall unge i aldersgruppen 25-34 år medfører lavt antall fødsler i forhold til tidligere samt at utsiktene til økning i fødselstallene ikke er realistisk.

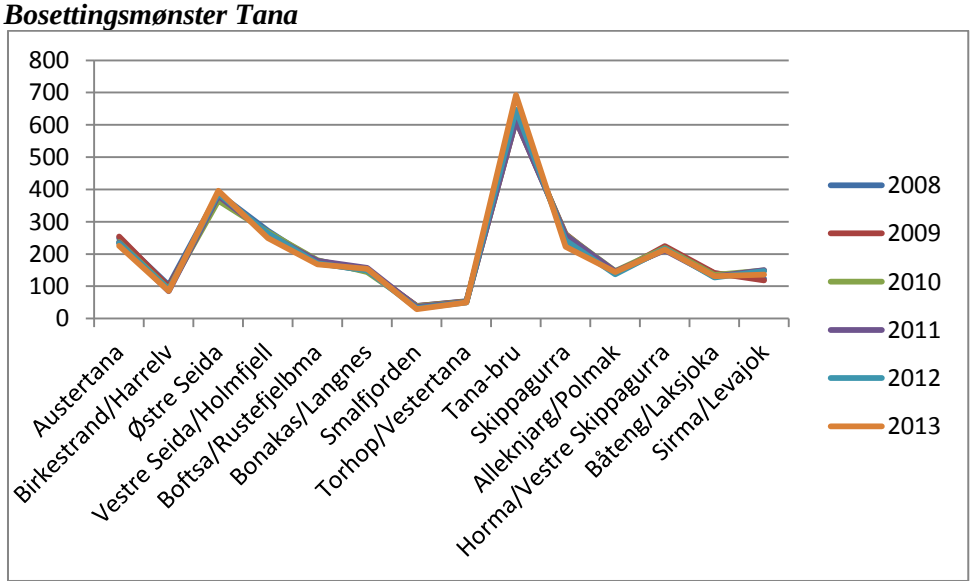
Barn og unge som var i aldersgruppen 10-19 år i 2002 er i dag i aldersgruppen 20-29 år. Figuren viser at svært få av denne aldersgruppen er vendt tilbake til Tana i perioden.

Befolkningsstrukturen er et resultat av at det har vært ungdom og barnefamilier som har vært de mest mobile. Det har vært en betydelig reduksjon i aldersgruppen 25-34 år, dvs. blant unge som er i en etableringsfase. Kommunen ser ut til å være lite attraktiv som bosted for denne gruppen. Mange av de som var i aldersgruppen 10-25 år i 2002 er i dag ute av kommunen. Utdanning er en viktig årsak til det.

Befolkningsendring

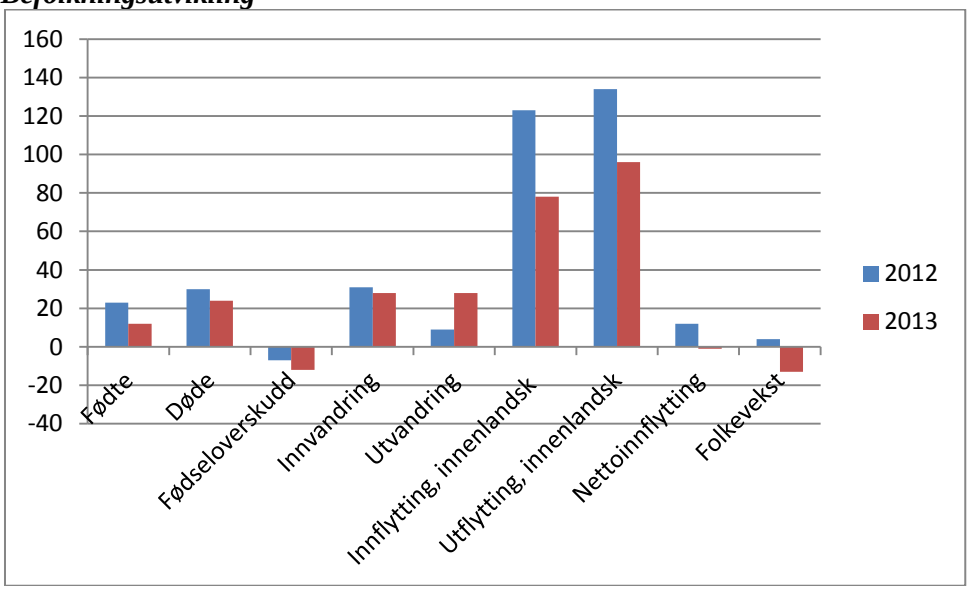
	2013	2014	%
2025 Deatnu Tana	2 900	2 883	-0,6

Bosettingsmønster Tana



Figuren viser at den høyeste befolkningskonsentrasjonen i kommunen er Seida, Skiippagurra og Tana bru. Det har ikke vært vesentlig endring i det totale bosetningsmønsteret fra 2008 til i dag. Det er ikke gjort en grunnleggende kartlegging av alderssammensetning i de ulike kretsene/bygdene. Det antas at den yngste befolkningen er bosatt i sentrumsområdet, og da spesielt Tana bru.

Befolkningsutvikling



Tabellen baseres på tall fra SSB. For 2013 er beregnes grunnlaget til og med 3.kvartalet.

Figuren viser at kommunen har en negativ befolkningsvekst. En av utfordringene er å få vekst på fødelsoverskuddet og innflytting til kommunen. En negativ befolkningsvekst kan ha stor innvirkning blant annet på næringsutvikling og optimisme i kommunen. Tana kommune er kanskje i en situasjon hvor med stor opphoping av en eldre befolkning.

Samisk befolkning

		endring i%	
Samisk befolkning	2013	2012-13	1990 - 2013
Øst-Finnmark	24 730	1	-6,8
Øst-Finnmark, STN	3 789	-0,1	-21,6

Tabell viser samisk befolkning i Øst Finnmark, vi har ikke tall for Tana. STN er stemmekretsenes tall.

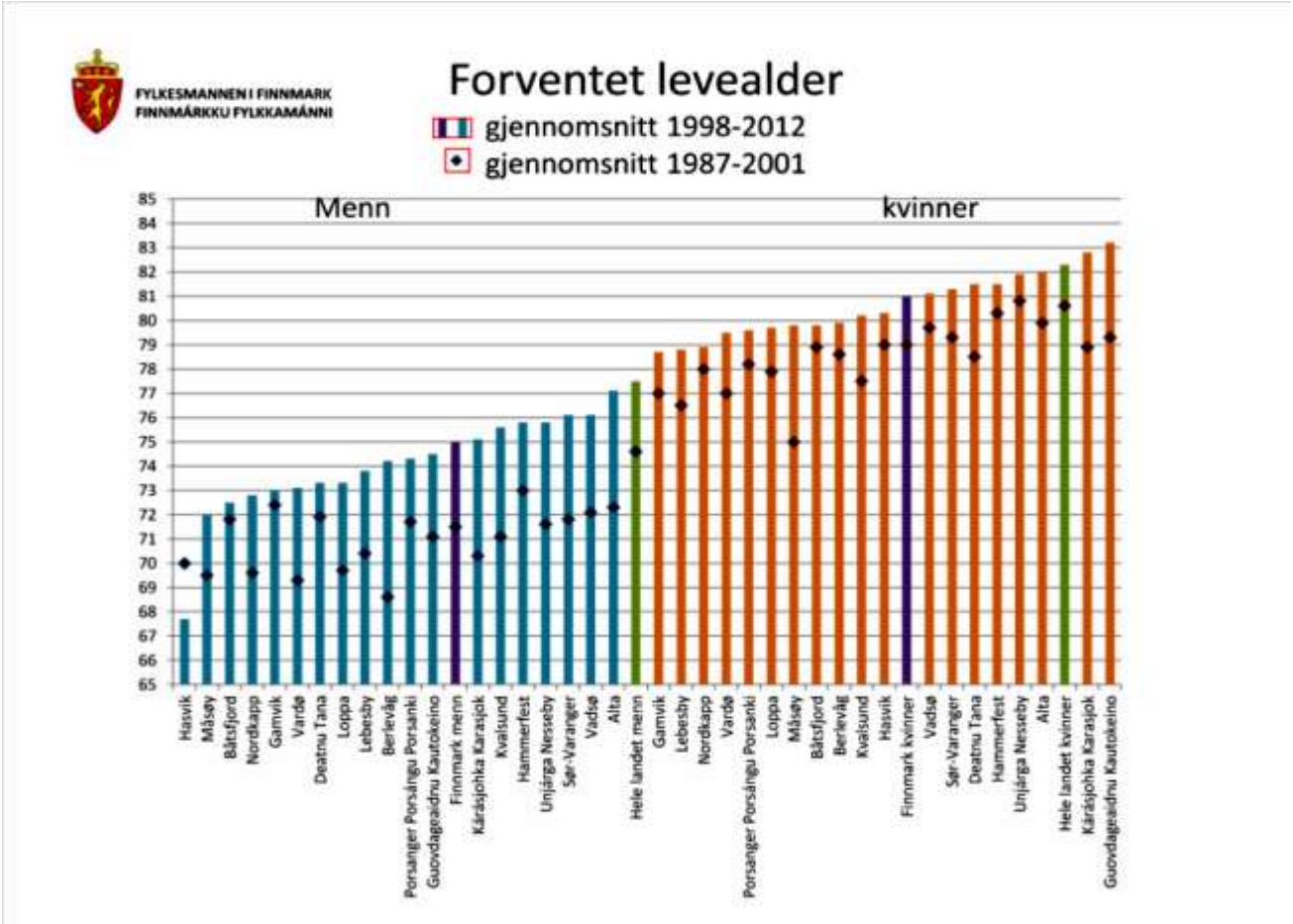
Med utgangspunkt i rapportene Samiske tall forteller kan situasjonen i den samiske befolkning oppsummeres på følgende måte:

- Det er ikke funnet markante forskjeller i helse mellom den samiske befolkningen og den ikke samiske del av befolkningen slik som det er rapportert for noen andre urfolksgrupper.
- Antall sysselsatte i primærnæringene reindrift, jordbruk og fiske i samiske bosetningsområder er redusert i løpet av de siste årene. Nedgangen i antall årsverk i samisk reindrift utgjør i gjennomsnitt 16 prosent i tidsrommet 1990 til 2008. I samme tidsrom ble antall fiskere i de fleste kommunene innenfor området for støtte fra det samiske utviklingsfondet redusert med mellom 50 og 60 prosent. Mye tyder på at antall sysselsatte i jordbruket også går ned. I tidsrommet 1989 til 2005 var nedgangen i antall gårdsbruk på nærmere 60 prosent.
- I 2011 var det 61 barnehager som hadde samisk tilbud. Den langsiktige trenden er at antall barn i samiske barnhager og barnehageavdelinger går ned, mens antall barn med annet samisktilbud i barnehager stiger.
- Antall elever med samisk som førstespråk i grunnskolen viste en nedgang på 3,2 prosent fra skoleåret 2010–2011 til skoleåret 2011–2012. Sammenliknet med skoleåret 2005–2006, har nedgangen vært på omlag 6 prosent.

- Det var 1213 elever med samisk som andrespråk i grunnskolen i skoleåret 2011–2012, en nedgang på fem prosent fra året før. Siden skoleåret 2005/2006 har det vært en nedgang på 41 prosent.
- Antall elever med samisk som andrespråk i videregående opplæring har økt fra 152 i skoleåret 2008–2009 til 206 elever i skoleåret 2011–2012 (dette gjelder for fylker som har mer enn fem elever med samisk som andrespråk).

- Utdanningsnivået i befolkningen mellom 24 og 65 år i området for støtte fra det samiske utviklingsfondet viser at det er flere enn landsgjennomsnittet som ikke fullfører videregående utdanning på normert tid og flere som ikke fullfører. Det gjelder spesielt gutter. Bildet er tydeligst på yrkesfaglig studieretning.
- Det er imidlertid en relativt høy andel kvinner i området får støtte fra det samiske utviklingsfondet som har fullført universitets- eller høgskoleutdanning. Blant menn er andelen lavere enn landsgjennomsnittet. (Finnmark fylkeskommune)

Forventet levealder



Forventet levealder vises ikke som glidende gjennomsnitt, men som to perioder. Bakgrunnen for dette er at det er svært liten årlig variasjon i forventet levealder, så glidende gjennomsnitt vil ikke gi særlig

mye mer informasjon enn to perioder som vi har per i dag. I tillegg er ikke dette et gjennomsnitt av forventet levealder i 15 år, men et tall beregnet for 15-årsperioden som helhet.
Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. På lands- og fylkesnivå er dette en stabil og pålitelig indikator som gir informasjon om endringer over tid og om forskjeller mellom befolkningsgrupper. Indikatoren er informativ også på kommunenivå, forutsatt at det tas hensyn til betydningen av tilfeldige svingninger.

Det er 9,5 år forskjellen i levealder mellom kvinner og menn i Tana. Dette er høyere enn ellers i Finnmark. Årsaksfaktorene kan være ulykker, selvmord og rusrelatert adferd. Lav levealder blant menn kan komme av at vi har hatt flere selvmord og ulykker blant av unge menn i Tana, og at alkoholmisbruk har ført til dødd i relativt ung alder.

4.4.2 Oppvekst- og levekårsforhold

Levekår skapes som et resultat av ressurser, og sees i sammenheng med fordeling av helse i befolkningen. Sosiale helseforskjeller er et sluttprodukt av sammenhengende og kompliserte årsakskjeder som påvirkes av blant annet utdanning, inntekt og yrke. Det er en tydelig sammenheng mellom slike faktorer på den ene siden, og helsetilstand og forventet levealder på den andre siden. Forskning viser at høyere sosioøkonomisk status gir bedre helse og høyere levealder enn lav sosioøkonomisk status.

Det er klare utfordringer relatert til faktorer som omhandler barn og unges hverdag i Finnmark. Når det gjelder trivsel, mobbing og leseferdigheter viser undersøkelser at Finnmark kommer dårligere ut. Antallet aleneforsørgere er høyere i Finnmark, og det samme gjelder barnevernstiltak. Frafall fra videregående skole er høyt. Dette utgjør til sammen en del av et større bilde med tanke på barn og unges helseutvikling.

Arbeidsledighet og sykefravær ligger også høyere, mens inntektsulikheter og antallet mennesker i lavinntektsgrupper ligger under landsnivået. Det sistnevnte er positivt for folkehelsen. (Finnmark fylkeskommune)

Oppvekst og skole

Oppvekstsvilkårene påvirkes av forhold i familien, barnehagen, skolen, i fritidsaktivitetene og de fysiske omgivelsene i nærmiljøet. Det handler også om velferdsordninger som kan være med å utjevne sosiale forskjeller.

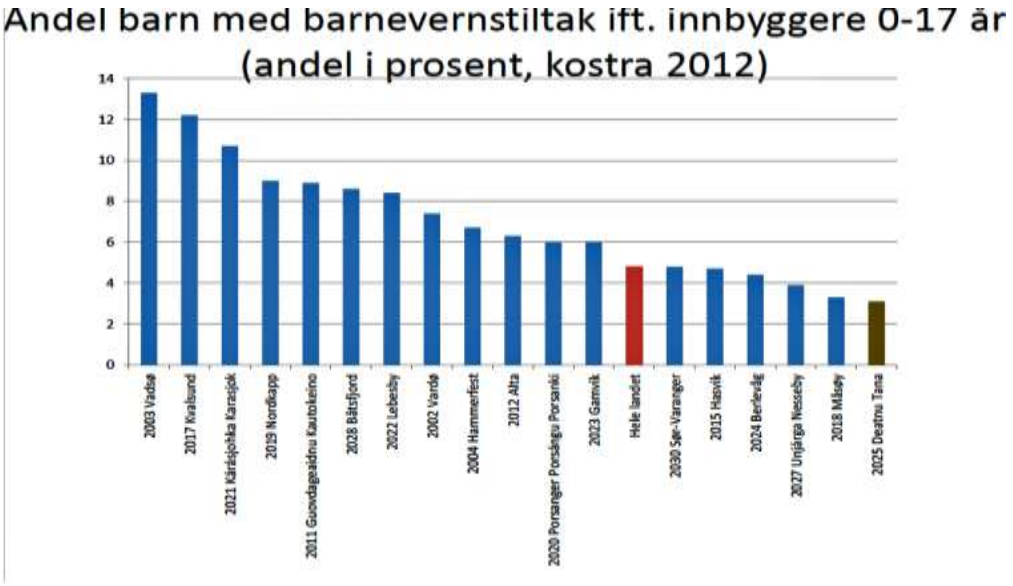
De fleste norske barn har trygge levekår og gode utviklingsmuligheter. Det er imidlertid noen forskjeller i materiell levestandard, som også berører barn og unge. Til tross for god inntektsutvikling generelt i samfunnet er det noen barn som lever i familier med vedvarende lavinntekt. Generelt i Norge har andelen barn i lavinntektsfamilier økt og andelen barn med innvandrerbakgrunn i denne gruppen er blitt større.

I tillegg preges hverdagen for noen barn av omsorgsvikt, vold, rusproblemer, fattigdom eller krenkelser som mobbing, rasisme og diskriminering. En helsemessig god utvikling i barneårene er en av de viktigste byggesteinene for helse gjennom livet. Dette krever stimulering av fysisk, kognitiv, sosial og følelsesmessig utvikling. Dårlige levekår i barndommen innebærer ofte et usunt og lite

allsidig kosthold og lite fysisk aktivitet. På samme måte kan psykososialt stress i følsomme barne- og ungdomsår ved manglende trygghet, mobbing og omsorgssvikt føre til psykiske plager.
I Tana er det utfordringer relatert til skole som omhandler mobbing, trivsel og leseferdigheter.

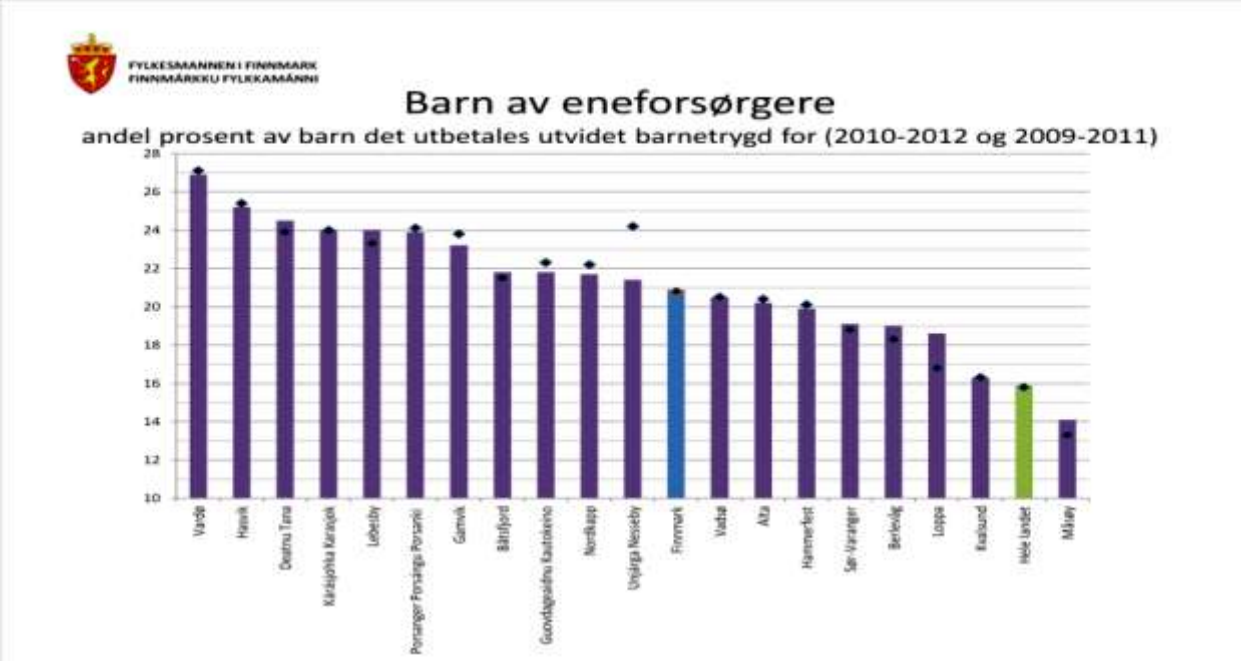
Barnevern

Finnmark har høyest andel barn med barnevernstiltak, og har hatt en økning i andelen barn med omsorgstiltak og hjelpetiltak i perioden fra 2000 til 2009 Det totale antallet økte med henholdsvis 7,8 prosent og 63 prosent (Finnmarksstatistikken, 2010).



Barn av eneforsørgere i Finnmark

Barn av eneforsørgere antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Hvorvidt det gjelder for Finnmark er usikkert. Andelen barn med enslig forsørger er høyere i Finnmark enn i landet som helhet og Tana ligger over fylket gjennomsnitt.

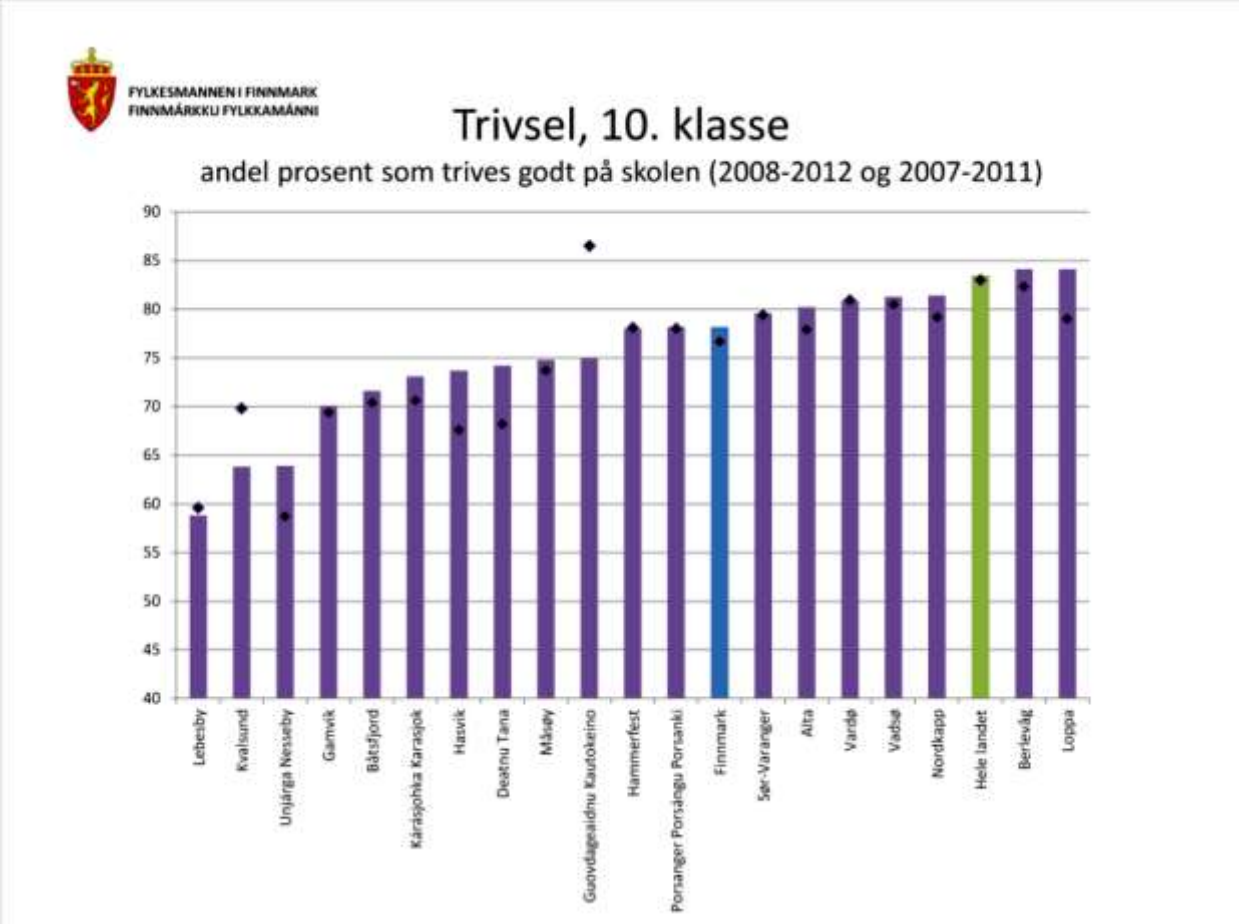


Andelen barn 0-17 år som det utbetales utvidet barnetrygd for, i prosent av alle barn 0-17 år som det utbetales barnetrygd for. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

Barn av eneforsørgere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt.

Trivsel i Tana

Økt trivsel er et sentralt mål for folkehelsearbeidet. For barn og unge er skolen en svært viktig sosial arena. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir. Trivsel kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter.
Trivsel målt hos barn i 10. klasse viser at andelen barn som trives på skolen er lavere i Tana enn gjennomsnittet i fylket.

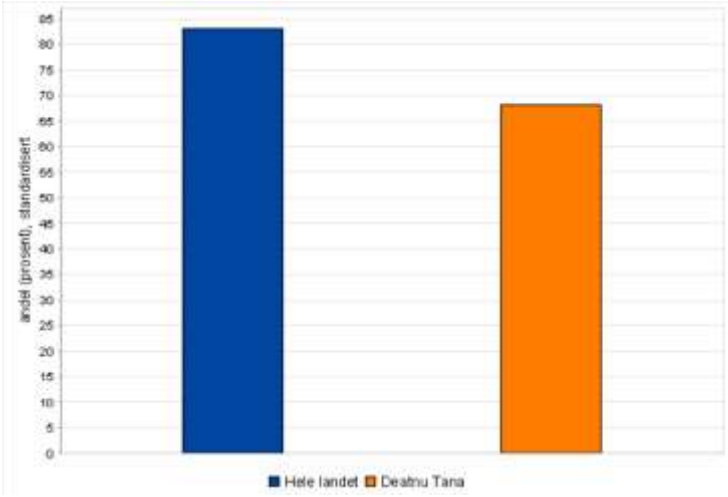


Andel elever som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår.

Økt trivsel er et sentralt mål for folkehelsearbeidet. For barn og unge er skolen en svært viktig sosial arena. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir (Øia 2011). Trivsel kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter (Danielsen m.fl, 2009).

Tilfeldige forhold som kan påvirke resultatene er av større betydning dersom utvalget er lite. Resultater fra grupper med få elever må derfor tolkes med større forsiktighet enn resultater basert på hele utvalget for undersøkelsen.

Trivsel i 10.klasse 2011



Mobbing i Tana

Mobbing er en vesentlig individuell risikofaktor for psykiske lidelser. Barn som mobbes har opptil sju ganger høyere risiko for psykiske plager som engstelse, depresjon, ensomhet og rastløshet, enn barn som ikke mobbes. Blant barn og unge som mobbes er også kroppslige helseplager som hodepine, ryggsmerter, "vondt i magen" og svimmelhet, dobbelt så vanlig som blant andre barn. Jo oftere et barn blir mobbet jo større er risikoen for helseplager.

Sammenhengen mellom mobbing og helseplager understreker at det er viktig å forebygge mobbing i skolen. Det er dessuten viktig å følge med på statistikk over andelen som har vært utsatt for mobbing for å si om hvordan iverksatte tiltak fungerer, og for å kunne drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

I følge folkehelseprofilen føler 8,8% av 10.klassinger mobbet. Dette er under landsgjennomsnittet.

Leseferdigheter i Tana

En av skolens aller viktigste oppgaver er å hjelpe elevene til å bli gode lesere. Å kunne lese er en verdi i seg selv, for opplevelse, engasjement og identifikasjon, og det er et nødvendig grunnlag for læring i de fleste fag.
Det foreligger ikke statistikk for måling av leseferdigheter på 5. klasse nivået for Tana. I folkehelseprofilen er dette estimert under landsgjennomsnittet.

Utdanning

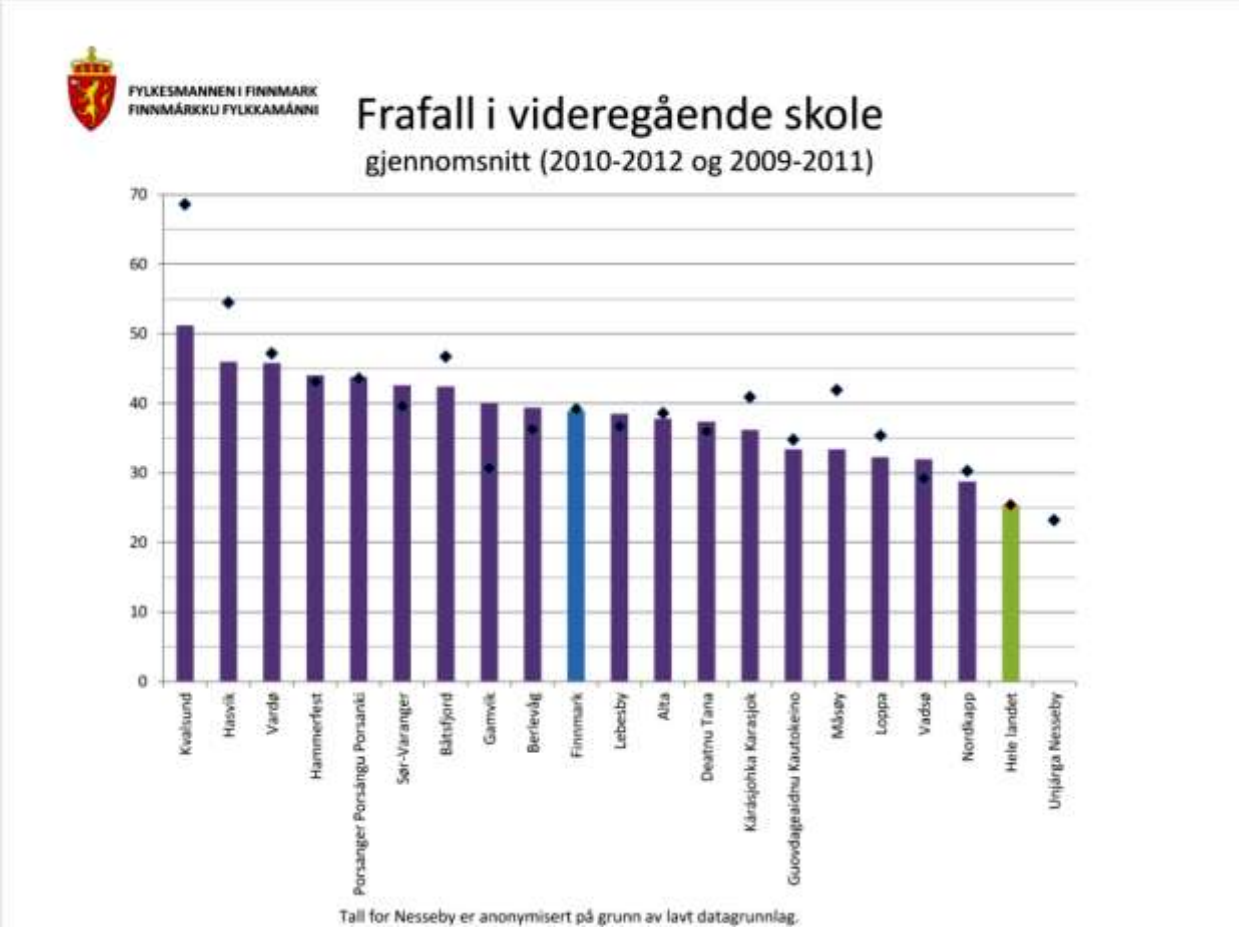
Det er en klar sammenheng mellom utdanning og helse. Utdanningslengde, eller særlig det å fullføre et helt utdanningsforløp, gir helsegevinst. Den største helseforskjellen finner vi mellom dem som fullfører videregående skole og dem som faller ut av videregående skole.

Utdanningsnivået i Finnmark er lavere enn nasjonalt gjennomsnitt En særlig utfordring er knyttet til gjennomføring i videregående opplæring. (Finnmark fylkeskommune)

Frafall i videregående skole i Tana

Det er en dokumentert sammenheng mellom utdanningsnivå og helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt ikke å ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole.

Frafallet i videregående skole er mye høyere i Finnmark enn i landet som helhet og Tana ligger rundt fylkesgjennomsnittet.

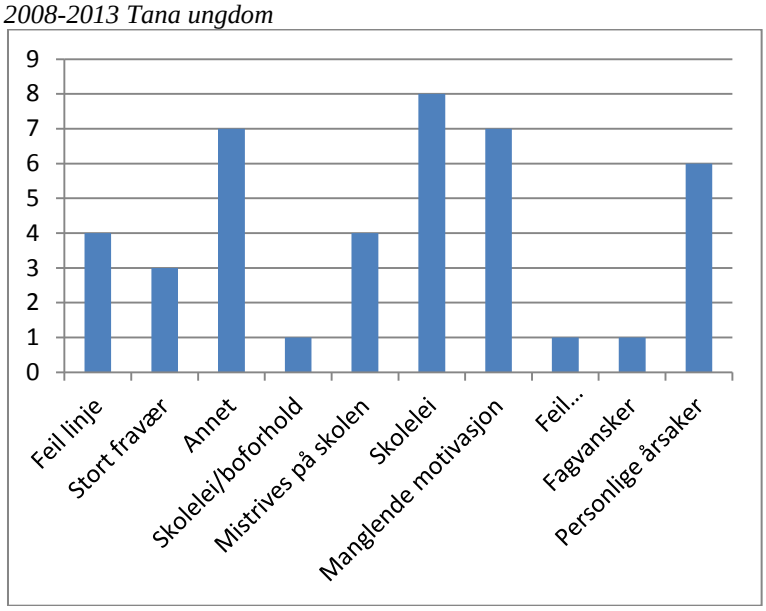


Frafallet inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført VKII eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått i ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som startet opp dette året, men som sluttet underveis. Andelen blir beregnet ut fra prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. (NB. Personene knyttes til hjemkommune ved oppstart på grunnkurs, ikke til hvilken skole de går på)
Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole.

Når man går ned på kommunenivå er sammenhengen mellom utdanningsnivå, arbeidsmarked og helse mer komplisert. Når det gjelder utdanning og materielle levekår er forholdet bl.a. avhengig av det lokale arbeidsmarked. «Risikoatferd» knyttet til lav utdanning kan også motvirkes av lokale forhold (livsstil, holdninger). Brukt med varsomhet og i kombinasjon med lokalkunnskap kan indikatorene antyde noe om risikoen for vedvarende levekårs- og helseproblem i en del lokalsamfunn.

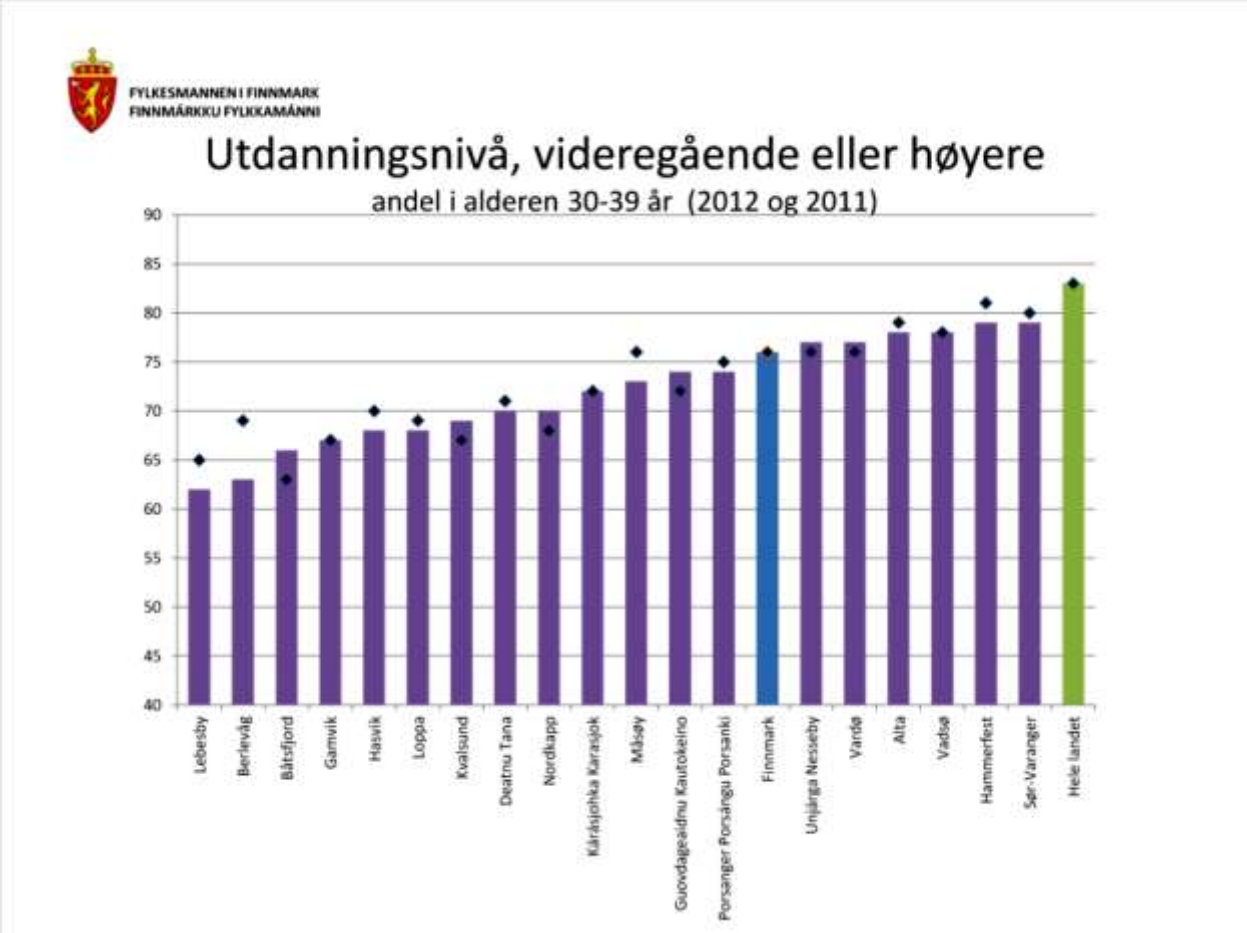
Det foreligger ingen god nok årsaksforklaring hvorfor det er frafall blant tanaungdommer. Oppfølgingstjenesten i Tana opplyser at det har vært vanskelig å få oversikt fra alle videregående skoler.

2008-2013 Tana ungdom



Høyeste fullførte utdanningsnivå i Tana

Andel av befolkningen i Finnmark med universitets- eller høgskoleutdanning er også lavere sammenlignet med nasjonalt gjennomsnitt og Tana ligger under gjennomsnittet til fylket.



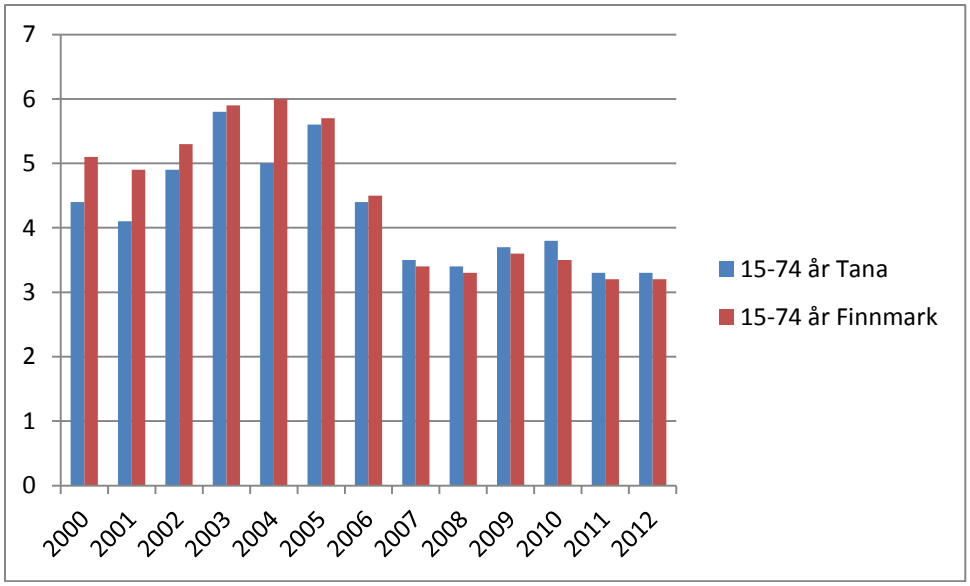
Andel personer med et gitt utdanningsnivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå. Årlige tall.
Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Sammen med kunnskap om arbeidsmarkedet i den aktuelle kommunen kan indikatoren antyde om det foreligger en manglende tilpasning, som i sin tur kan utgjøre et levekårsproblem. "Risikoatferd" knyttet til lav utdanning kan også motvirkes av lokale forhold (livsstil, holdninger).

Arbeidsdeltagelse

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt. Personer utenfor arbeidsmarkedet har gjennomgående dårligere helse enn dem som er i arbeid. Arbeid har viktige sosiale, psykologiske og økonomiske funksjoner. Arbeid strukturerer hverdagen, kan gi mening og bidra til bedre selvbilde. Manglende tilknytning til arbeidslivet kan øke risikoen for helseproblemer både på kort og lang sikt. Arbeidsledighet er ofte forbundet med dårlig økonomi og sosial utstøting. Det er en sammenheng mellom arbeidsledighet og psykisk helse hos unge voksne.

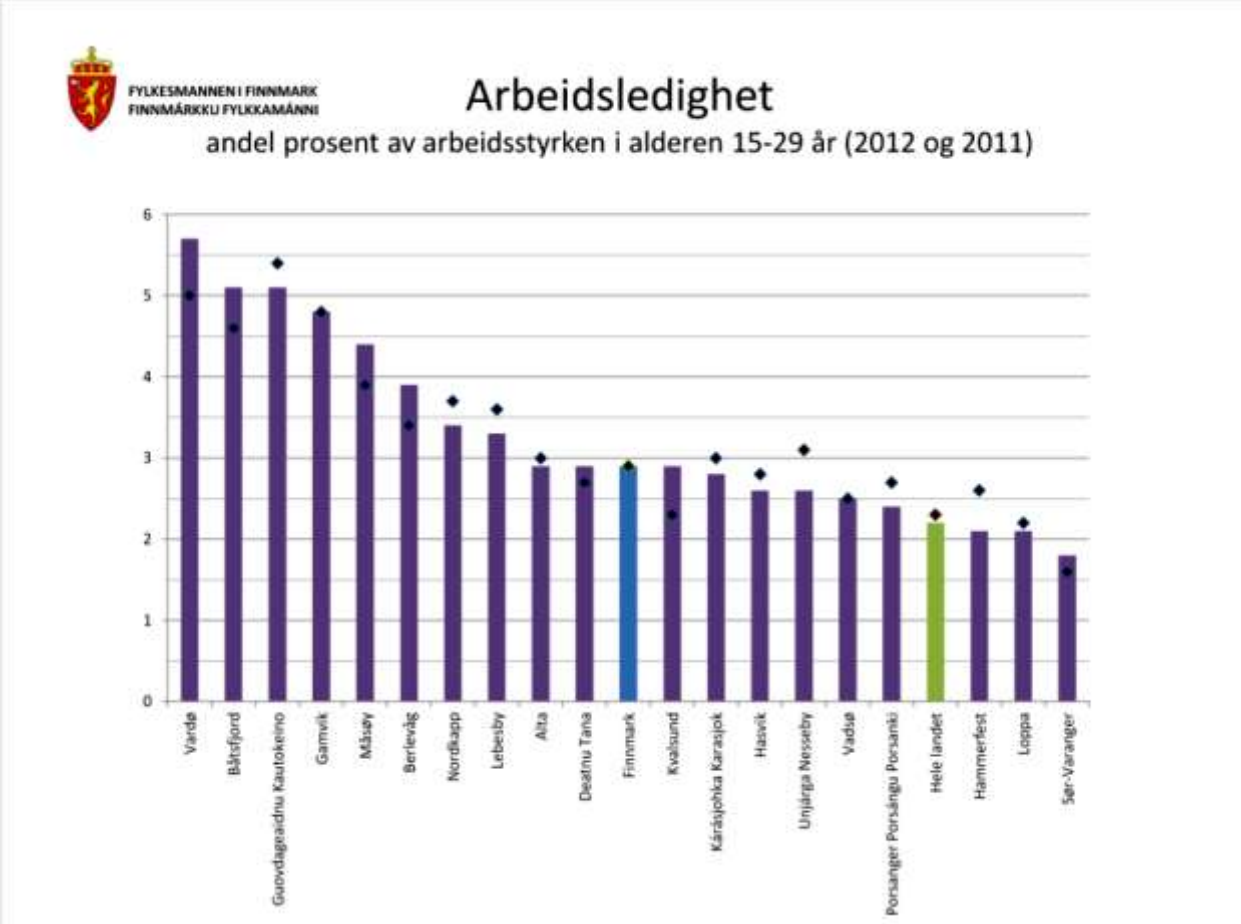
Arbeidsledighet i Tana

Den totale arbeidsledigheten i Finnmark er høyere enn landet som helhet, og Tana ligger omtrent på fylkes gjennomsnittet.



Registrerte arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken. Årlige tall.

Ungdomsledighet



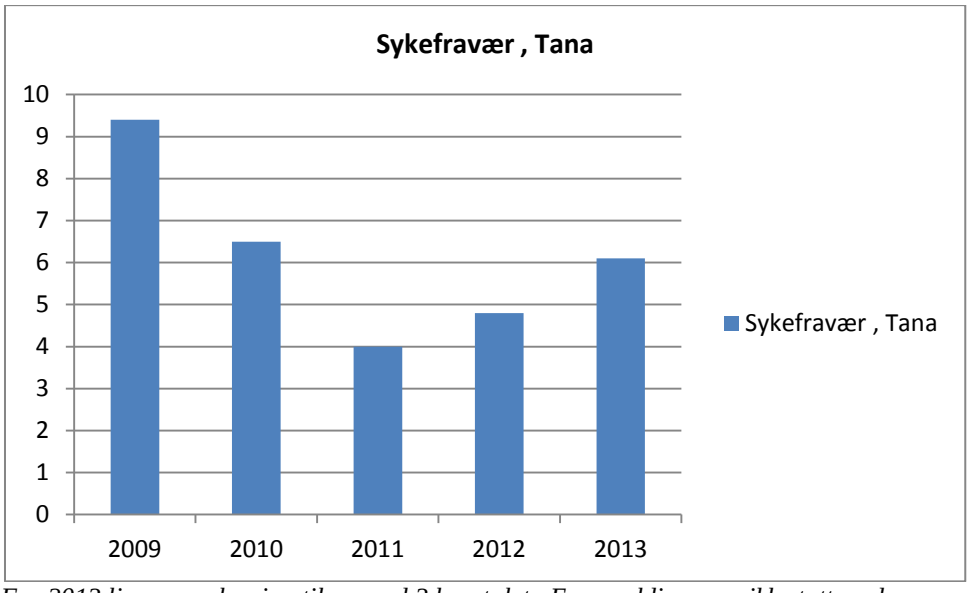
Registrerte arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken. Årlige tall.
Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt.

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

Tallene over registrerte helt arbeidsledige regnes som sikre. Hovedgrunnen til dette er at retten til dagpenger faller bort dersom vedkommende ikke melder seg ved sitt lokale arbeidskontor ved jevne mellomrom. NAVs ARENA-register vil dermed relativt kontinuerlig bli oppdatert med de siste opplysningene om hver enkelt arbeidssøker. Det vil imidlertid være en del arbeidsledige som ikke registrerer seg hos NAV, og således ikke kommer med i ARENA-registeret. Det vil derfor være en viss grad av underrapportering. Typiske eksempler er ungdommer, studenter og andre uten krav på dagpenger. På den annen side kan det også forekomme tilfeller hvor personer registrert hos NAV egentlig ikke lenger kvalifiserer til å være arbeidssøker.

Sykefravær i Tana

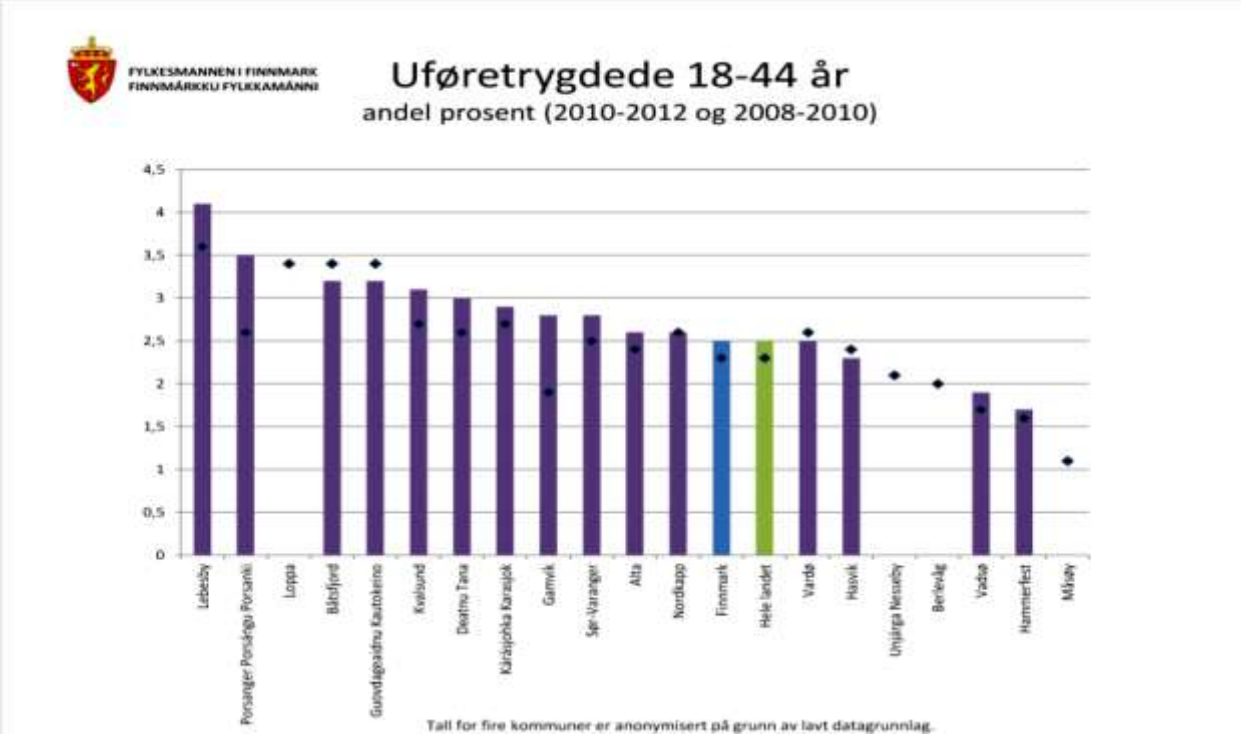
Sykefraværet har gått ned, men Finnmark har fortsatt det høyeste sykefraværet i landet. Finnmarksstatistikken (2010) viser at det gjennomsnittlige sykefraværet i Finnmark i perioden 2006 til 2010 er 7,8 prosent, mens det på landsbasis er 6,1 prosent. I tredje kvartalet var sykefraværstallet for Tana 6,1%. I tillegg kommer egenmeldinger, som ligger på ca 2%.



For 2013 ligger opplysning til og med 3.kvartalet. Egenmeldinger er ikke tatt med.

Uføretrygdede

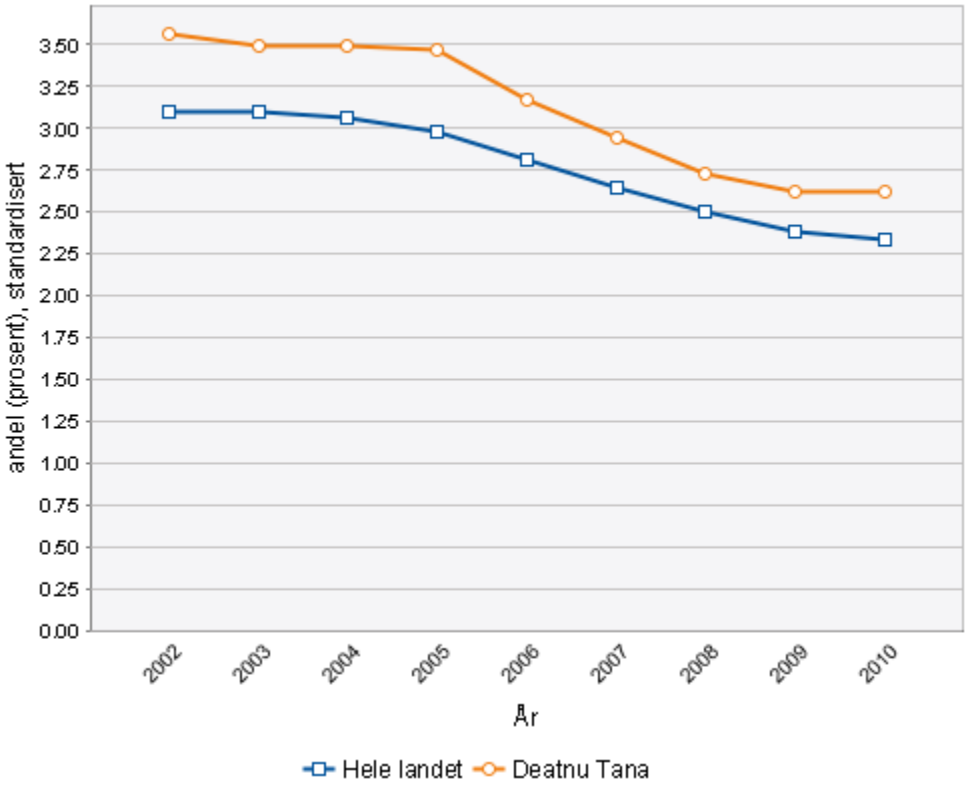
Totalt sett er andelen uføretrygdede under 45 år i Finnmark er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, men Tana ligger høyere enn gjennomsnittet for fylket.



Andel uføretrygdede i prosent av befolkningen i alderen 18 - t.o.m. 44 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

Av personvernhensyn skjules statistikk basert på færre enn ni tilfeller. Dette er noe strengere enn for annen tilsvarende statistikk. Det nye kriteriet ble innført 28. januar 2014 og vil føre til at noen flere kommuner enn tidligere vil oppleve ikke å få tall.
Gruppen uføretrygdede er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Omfanget av uføretrygd er en indikator på helsetilstand, men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbudet i kommunen. Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanninger og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker uføretrygd.

Uføretrygdede under 45 år, 2002-2010

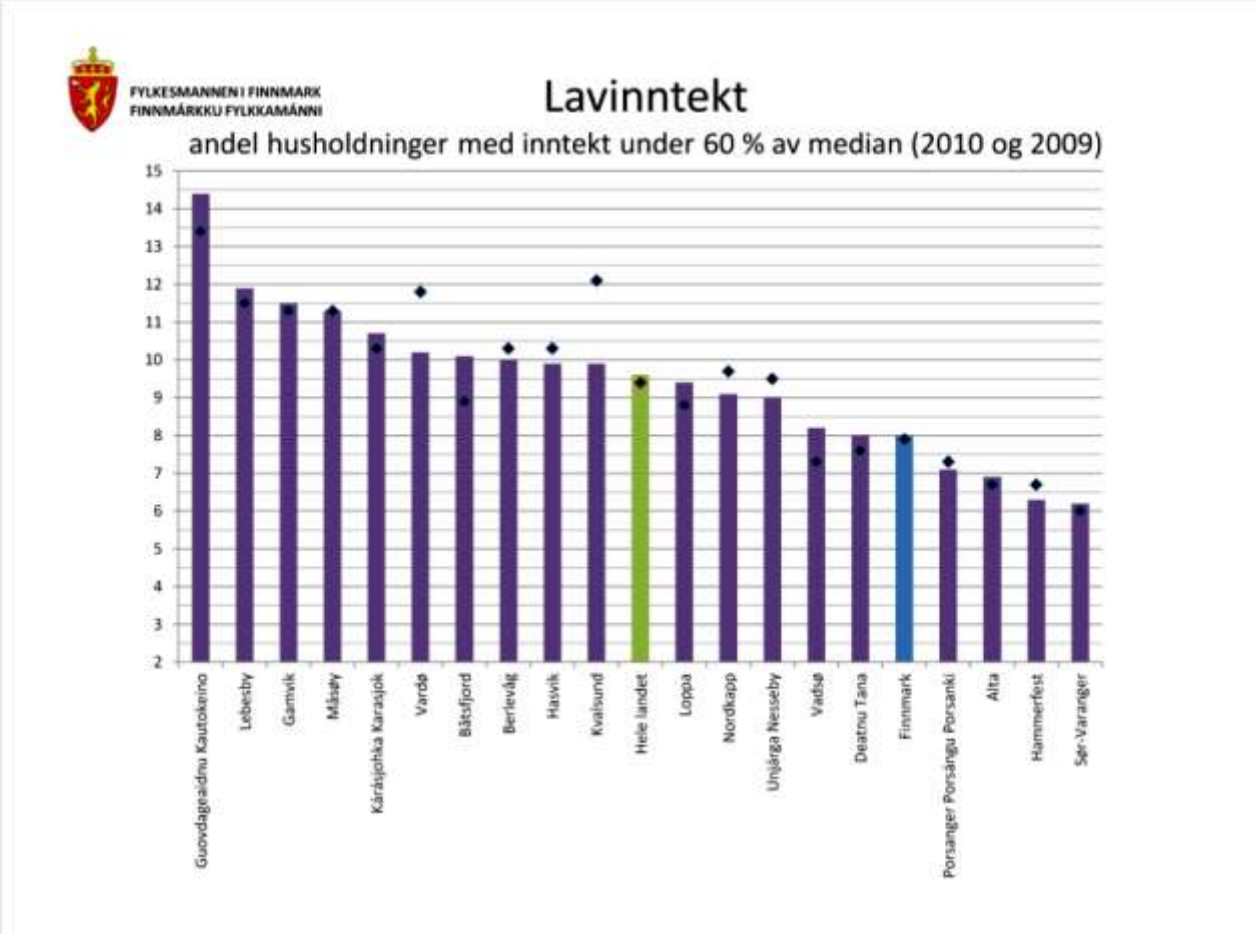


Inntekt

Inntektsnivået kan være en påvirkningsfaktor for helseutviklingen i kommunen. Det er for eksempel en sammenheng mellom for tidlig død og inntekt. Dødeligheten er høyest i de laveste inntektsgruppene og reduseres gradvis med økende inntekt. Det er flere forklaringer på dette. For det første påvirker personlig økonomi helse mer eller mindre direkte gjennom forskjellige former for helsefremmende forbruk. For det andre kan det forklares med at dårligere helse medfører lavere inntekt. En tredje forklaring er at det er bakenforliggende årsaker som forklarer sammenhengen, for eksempel arbeidsmiljøbelastninger. En fjerde forklaring er den såkalte inntektsulikhetshypotesen, det vil si at samfunn med store inntektsforskjeller har dårligere gjennomsnittshelse på grunn av mindre samhold og solidaritet, mer kriminalitet osv.

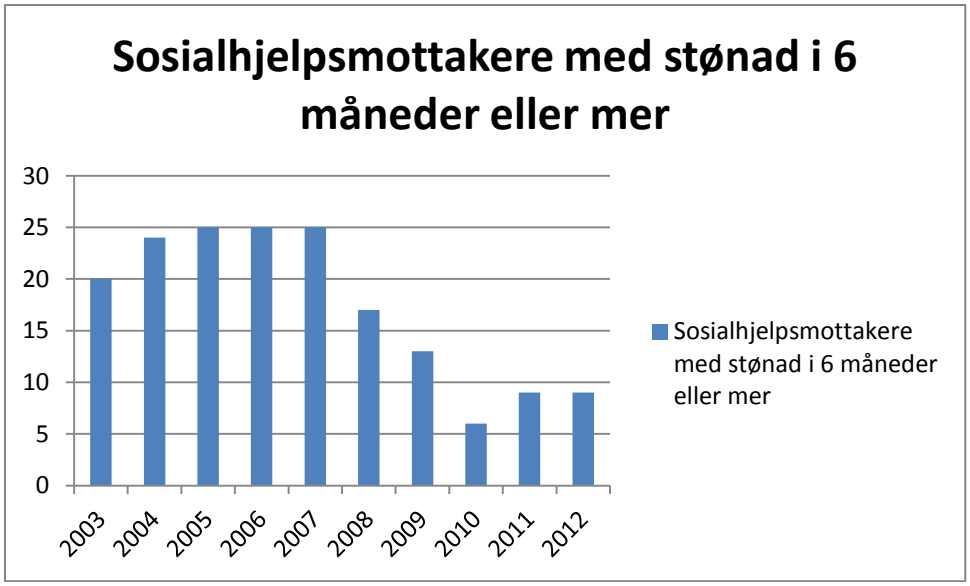
Særlig er det en utfordring at andelen barn som lever i lavinntektsfamilier har økt de siste årene. Det gjelder særlig barn av innvandrere og aleneforeldre. De fleste med lavinntekt har svak tilknytning til arbeidslivet og får en vesentlig del av inntekten gjennom offentlige overføringer. Det gjelder blant annet nyankomne flyktninger, personer med nedsatt funksjonsevne og grupper med kort utdanning. De som faller utenfor arbeidsmarkedet faller også lett utenfor andre deler av velferdssamfunnet og de har dårligere helse enn andre grupper i befolkningen. Mange med lavinntekt har psykiske problemer og/eller rusproblemer
De siste 30 årene har alle inntektsgrupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt.

Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.



Personer i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Årlige tall.

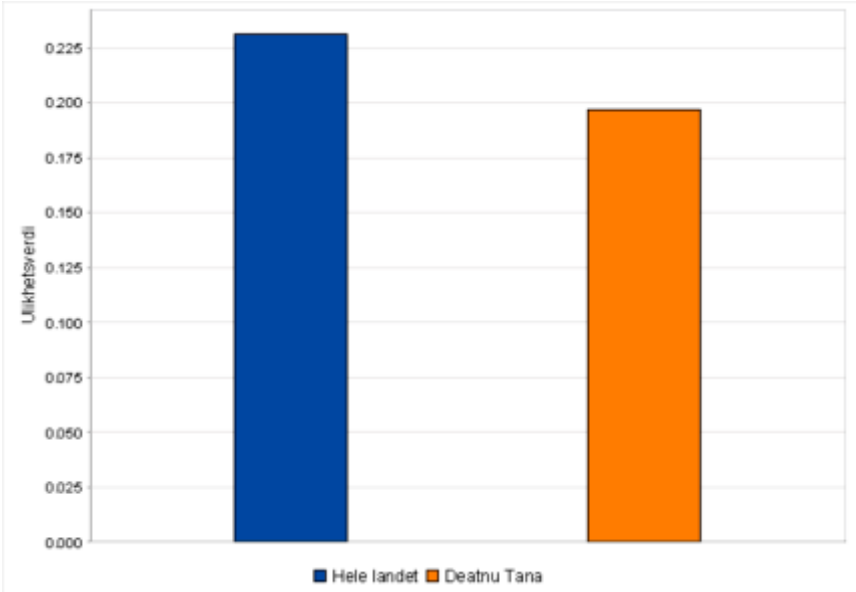
Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død.
Utgangspunktet for statistikken er nasjonal medianinntekt for husholdninger. Det er store variasjoner mellom kommuner knyttet til kostnader ved for eksempel bolig. Variasjoner mellom kommuner i andelen med lavinntekt er derfor ikke noe enkelt uttrykk for ulik velferd. Alderssammensetning i de ulike kommunene har også stor betydning. Det er også forskjeller i næringsstruktur mellom kommunene.



Sosial ulikhet i helse

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

Inntektsulikhet, 2009



4.4.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Drikkevann

Drikkevannskvaliteten i de kommunale vannverkene er jevnt over god. Det er få eller ingen avvik når det gjelder bakteriologisk kvalitet på vannet. Avvikene har vært på de små vannverkene.
Kommunen er i gang med å legge ned fire mindre vannverk ved å koble ledningsnettene sammen slik at vannleveransen kommer fra hovedvannverket.

Forekomst av radon

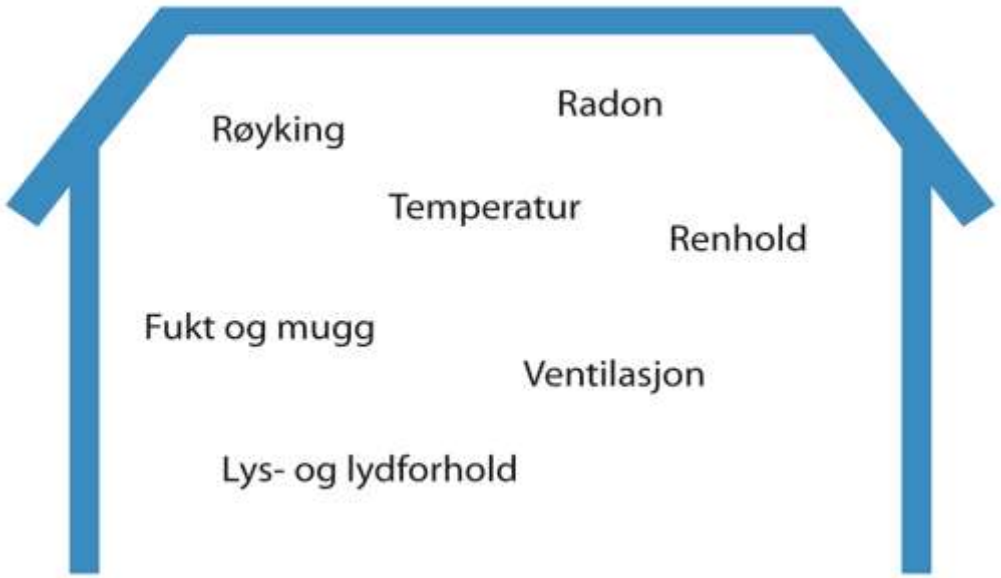
Det forekommer radon i flere deler av kommunen. Det er foretatt radonmålinger i alle kommunale utleieboliger, samt i kommunale formålsbygg. Det er iverksatt tiltak der det var nødvendig, slik at radonnivået i nevnte bygninger er under grenseverdien.

Risiko for legionella og annen biologisk forurensning

Risikoen for slik forurensning ansees som å være lav.

Inneklima i skoler, barnehager og offentlige bygg

Godt inneklima fremmer helse og velvære. Motsatt kan dårlig inneklima føre til ubehag som følelse av tørr luft, irriterte slimhinner, hodepine og trøtthet. Astma og luftveisallergi kan forverres. Barn og unge er særlig sårbare for forurenset inneluft. Kommunen bør derfor bidra til godt inneklima i skoler og barnehager. Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler skal sikre det fysiske og psykososiale «arbeidsmiljøet» til barna. I følge forskriften skal skoler og barnehager godkjennes av kommunen med tanke på miljørettet helsevern. For å få status som godkjent, stilles det krav til en rekke forhold, blant annet inneklimaet. I tillegg stilles det krav til psykososiale forhold, sikkerhet, rengjøring og vedlikehold, smittevern og lyd- og lysforhold med videre. Kommunen har selv kjennskap til om barnehager og skoler i kommunen er godkjent etter gjeldende forskrift.



Inneklimaet i Tana skoler og barnehager kontrolleres hvert år. Luftkvaliteten i ungdomsskolefløyen i den eldste skolen er meget dårlig. Kommunestyret har tatt konsekvensene av dette og har vedtatt å bygge ny skole som vil stå ferdig i årsskiftet 2015/2016.
Ved noen av skolene har en del kontorarbeidsplasser vært plaget med solinnstråling. Her gjennomføres det tiltak med utvendig solavskjermimg sommeren 2014. det samme gjelder en barnehage og en kontorbygning. Rådhuset er under renovering, her vil problemet med støy utenfra, solinnstråling, temperatur og dårlig ventilasjon være løst sommeren 2014.

Miljørettet helsevern har ikke fungert tilfredsstillende i siste årene. Dette er et område som bør komme i drift som forskrifter stiller krav om.

Trygge skoleveier

Kommunen har til sammen seks forskjellige skoler. Tre av disse ligger i tilknytning til kommunal vei, de tre andre i tilknytning til fylkesvei. Ved skolene er det tilrettelagte forhold med busstopp og gangvei. For de av elevene som kommer med buss til skolen er det relativt gode forhold ved skolene. Det er noe annet med forholdene der elevene venter på bussen der de står langs trafikkert vei uten busstopp. For elevene som ikke har busstransport er sikkerheten varierende. Noen ferdes etter veier der det er fortau og g/s- vei, mens andre ferdes langs vei uten g/s vei og fortau.

Gang- og sykkelveier

Kommunen mangler gang- og sykkelveier langs E6 og fylkesveiene i det nære sentrumsområdet. Kommunestyret har rettet henvendelser til Statens vegvesen om dette. For noen av veiene vil det bli etablert i inneværende fylkesveiplanperiode.

Rekreasjon og friluftsliv

Bygdene i Tana er nært knyttet til naturen, det er for den største delen av befolkningen kort vei til friluftsområder. Det er etablert scooterløyper i hele kommunen slik at befolkningen har enkel tilgang til fjellet og vidda. Langs Tanaelva er det etablert rasteplasser/parkeringsplasser som letter tilgangen til elva.

Det er ikke foretatt en systematisk registrering av turstier og turløyper i kommunen. Det antas å være rundt 250 km med opparbeidet og merket stier og løyper. Disse er for turgåing, skigåing og sykkelstier/løyper. Lag og foreninger har merket løyper i nærområder, og disse bør kartfestes. I tillegg er det 8 lysløyper i kommunen, hvor av 4 er i meget god stand.

Av de viktigste områder for rekreasjon kan nevnes er Kaldbakknes, Seidastrand, Polmakstrand og strand i Rustefjelbma. For opplevelse er det en natursti i Bonakas, kultursti i Sirma og Gollevarri kulturminneområdet.

I tillegg er det opparbeidet viktig idrettsområder i Sirma, Seida, Tana bru, Bonakas, Holmfjell og Luftjok. Områdene er for idrett er i regi av kommune, idrettslag og jeger- og fiske forening. I tillegg har Lions Club Tana tilrettelagt et viktig friluftsområde i Harrvann og Smalfjordvann, som også er tilpasset for funksjonshemmede. Enkelte bygdelag har i tillegg til stier/løyper også nærmiljø og lekeanlegg som for eksempel balløkker.

Tilgjengelighet til kollektivtransport

Tanas befolkning bor langs hovedveiene (Riks- og fylkesveier) og har enkel tilgang til de bussrutene som går gjennom kommunen. I tana bru er det etablert busstasjon hvor alle bussene er innom. Tilgjengeligheten til denne er god.

Finnmark fylkeskommune har et prosjekt for ungdom innen skyssordning ”Aktiv ungdom” med fleksibel bestillingsordninger for ungdom mellom 12 – 19 år. Tilbudet er ikke benyttet i den grad som ønsket. Fylkeskommune har også et prosjekt som er rettet mot eldre ”over dørstokken”. Dette tilbudet er et av de beste folkehelsetiltakene for de eldre i Tana. Skyssordningen for eldre er to ganger i uka, som er tilpasset eldretreffet og handle/sosialtur.

Kommentar

En rekke miljøforhold kan ha effekt på helsen, herunder forurensning av luft, jord og vann. I Tana vurderes helseeffektene fra det ytre miljøet lokalt til å være små.
Nærmeste målestasjon for luft- og nedbørkvalitet er i Sør-Varanger hvor man overvåker luftforurensning bla. fra smelteverkene på Kolahalvøya. I grenseområdene til Russland overskrides grenseverdiene av miljøgifter i luft, jord og vann, men det er ikke påvist samme type effekter øvrige steder i Sør-Varanger og i nabokommuner som Tana. På noen strekninger i Tanaelva er det påvist forhøyede verdier av kobber i vann, men dette kan skyldes naturlige bakgrunnsverdier. Det er

imidlertid påvist forsuring (lav pH) i en innsjø i Tana. Årsaker til dette skal vurderes nærmere i det videre planarbeidet etter vannforskriften. Måleverdiene kan skyldes langtransportert luftforurensning som kommer helt fra Sørøst Asia. Det finnes ikke dokumentasjon på om fisk fra denne eller andre innsjøer inneholder miljøgifter over grenseverdier. Mattilsynet advarer generelt mot fisk og sjømat fra forurensede områder, men dette gjelder ingen lokaliteter i Tana.

Generelt sett er videre god til svært god miljøtilstand i elver, bekker, innsjøer og kystvann i Tana. Kun 11 av totalt 226 vannforekomster (4,6 %) er klassifisert til moderat eller dårlig miljøtilstand, hvorav de fleste på grunn av andre forhold enn forurensning. Det er gjennomført overvåkning av mulig avrenning fra nedlagte kommunale avfallsfyllinger. Rapportering er under arbeid, men det er ikke påvist avrenning fra disse fyllingene til bekker i nærheten.

Omgang av forurensning til jord vurderes videre til å være av lite omfang. De siste årene har kommunen hatt et ekstra fokus på oppfølging av forsøplingssaker, noe som er viktig for å unngå at ny grunnforurensning oppstår. Rutiner for oppfølging av krav til tiltak i områder med forurenset grunn er under innføring. Det gjelder områder hvor det har vært potensielt forurensende virksomhet tidligere (bensinstasjon, verksted og vaskeri m.m).

Det gjenstår arbeid i forhold til registrering og kontroll med nedgravde oljetanker. Det samme gjelder tilsyn på kommunale og private avløpsanlegg.

Frivillige organisasjoner

Det er 13 registrerte idrettslag og 2 skytterlag i kommunen. Det er tre registrerte friluftslag med ulike aktiviteter. Det 15 bygdelag, og det er ca en tredje del av disse som har aktivitetstilbud for befolkningen i nærmiljøet av sosialt art. Det er 5 lag som kulturtilbud. I tillegg har Tana 17 lag med tilbud innen helse og trivsel. Det er til sammen 55 lag og foreninger, og de fleste har stor aktivitet. Den frivillige sektoren i Tana har stor betydning for folkehelsearbeidet i form av økt bolyst og for å skape trivsel i kommune. Lag og foreninger som har fysisk aktivitet ivaretar mye av det som er anbefalte fysisk aktivitet av nasjonale myndigheter.

Kulturtilbud

Kulturskolen er den organisasjonen som har stort og bredt tilbud til barn og unge i kommunen. Det er rundt 120 barn og unge som er knyttet til kulturskolen. I tillegg har kommunen et aktivt idrettsmiljø som fanger om store grupper av barn.
Teater og korsang for voksne har et aktivt miljø, men barn og unge savner korsang som et tilbud for gruppen.
I det siste året har også korpstilbudet blomstret i kommunen.

Mai Camill Munkejord gjorde en kartlegging av ”Det gode i livet i Tana”. I rapporten er det beskrevet elementer som befolkningen i Tana definerer som viktig for Tana som et godt bosted.

> Trivsel i Deatnu/Tana er avhengig av blant opplevelsen av å ha et godt og variert fritids- og kulturtilbud for både barn, ungdom og voksne, både for kvinner og menn. Materialet tyder på at de forskjellige gruppene opplever at de har et tilfredsstillende fritids- og kulturtilbud, *”så lenge man selv er fleksibel*

og benytter seg av de tilbudene som finnes" som flere formulerer det. Naturen utgjør på mange måter den viktigste arenaen for fritidsaktiviteter for innbyggerne i Tana. Vi har allerede vært inne på noen av de mange måtene naturen tas i bruk på, så vi skal her kun kort nevne naturen som:

- Arena for idrett (ski, scooter)
- Arena for barns lek (snøhuler, akebrett og kjelke, osv)
- Arena for ulike former for bærsanking, jakt og fiske
- Arena for fotturer med tilhørende kaffekoking og bål.

Det er likevel slik at egeninitierte aktiviteter i naturen ikke er nok for alles trivsel. Med tanke på barn og unge er det flere tilbud som trekkes fram som spesielt viktige og sentrale:

- Organisert idrett med tilbud som fotball, skiløping og bryting
- Kulturskolen
- Ungdomsklubben

(Mai Camilla Munkejord "Det gode livet i Tana, 2005)

Omfang av sosiale møteplasser, lekeplasser med mer

Flere undersøkelser finner mindre psykiske og fysiske helseproblemer i samfunn som er preget av gjensidig tillit,sosial støtte og samhold. Støtte fra familie, naboer, venner og bekjente i lokalsamfunnet er positivt i seg selv, og vil i tillegg virke som en buffer ved negative livshendelser.
Sosiale møteplasser kan oppmuntre til at folk treffes og knytter kontakt. Dersom kommunen legger til rette for slike møteplasser, kan man styrke sosiale nettverk og dermed fremme helse og forebygge sykdom.

Trygge uteområder og uformelle møteplasser som frister til opphold og sosial kontakt, kan øke følelsen av tilhørighet til nærmiljøet. Eksempler på møteplasser er aktivitetssentre for unge og eldre, kultur- og samfunnshus, parker, turstier og lekeplasser.

Tilgjengeligheten er avgjørende for at møteplassene skal bli brukt. For eksempel kan boligområder og møteplasser bindes sammen med gang- og sykkelveier. I tillegg kan kommunale, publikumsrettede tilbud og møteplasser plasseres i nærheten av hverandre. Trafikkregulering kan gjøre byrom og utemiljø triveligere å oppholde seg i. Mindre trafikk kan gjøre miljøet tryggere og samtidig redusere støy og luftforurensing.

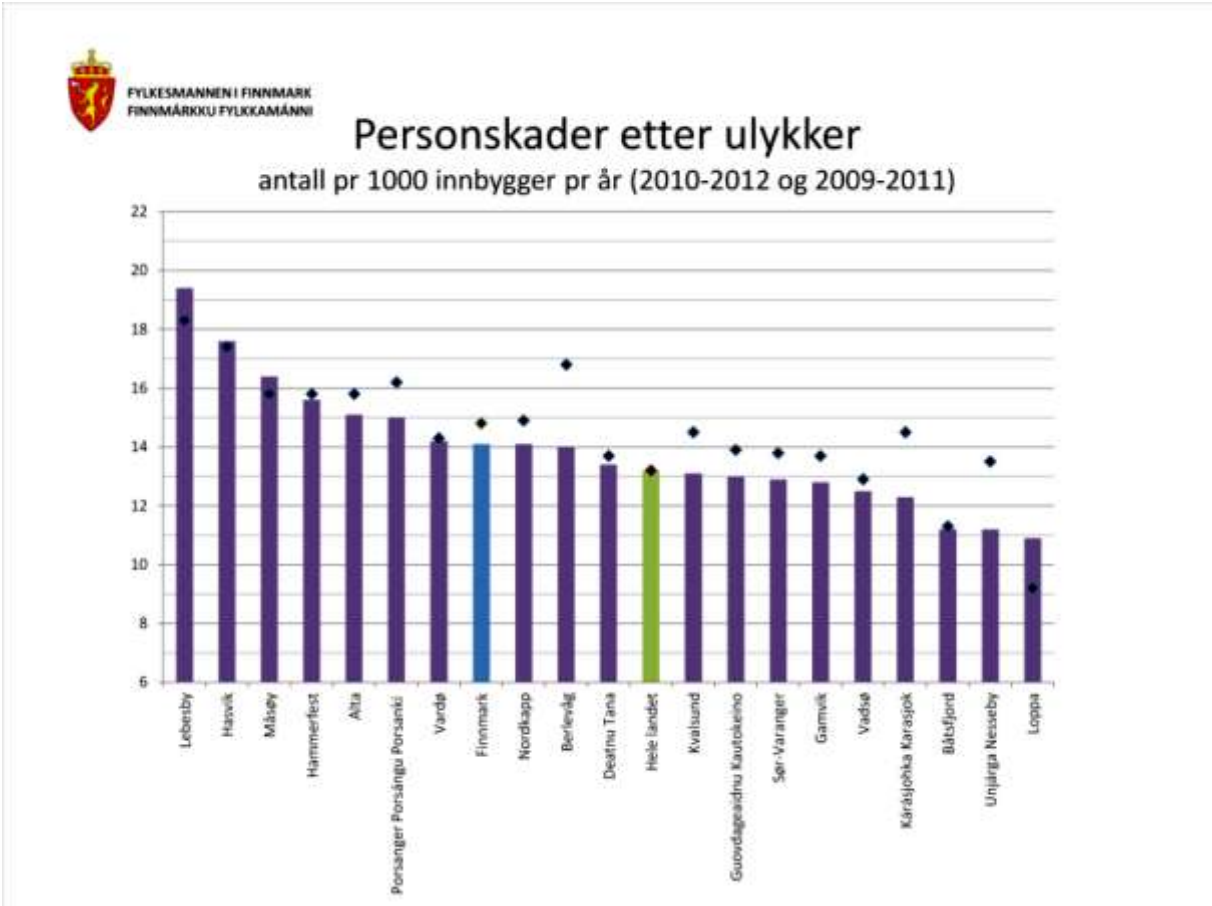
I bygdene fungerer skolen/barnehagen eller bygdehuset som gode møteplasser for lokal befolkningen. Ofte er aktiviteten knyttet til disse bygningene, og brukes i fritida. De samme områdene har også godt opparbeidet utareal slik at barn bruker disse områdene til lek og idrettsaktivitet.

I sentrum er ungdomsklubben og flerbrukshallen som i dag dekker funksjonen "møteplass", men ulempen er at disse lokalene er knyttet til den organiserte aktiviteten. Tana bru mangler gode møteplasser for uorganisert barne- og ungdomsaktivitet. I bygdene dekker grendehus og bygdehus en viktig funksjon som et sted folket møtes til sosiale aktiviteter.

Opplevelse av tilhørighet

Naturen og naturopplevelser helt sentrale for tanaværingers opplevelser av livskvalitet. Kvinner og menn trekker dog fram noe forskjellige elementer. Få kvinner trekker fram laksefiske, som er mange av mennenes klare favoritt, men noen kvinner forteller at de liker å drive med isfiske og ellers fiske på vannene om høsten. Få menn trekker fram sanking av bær, som er kvinnenes uttalte favorittaktivitet i naturen. Ellers er det altså naturen som arena for rekreasjon og hvile som trekkes fram, naturen som arena for fysisk aktivitet samt naturen som arena for bålkos. Andre dimensjoner som bidrar til tanaværingenes livskvalitet går på frihet fra materielt kjøpepress, muligheter for spredt bosetning, trygghet, at det er billig å bo, samt muligheter for mobilitet som åpner for kombinering av rurale og urbane aktiviteter. Disse siste elementene trekkes i større grad frem av kvinner enn av menn. (Mai Camilla Munkejord "Det gode livet i Tana", 2005)

4.4.4 Skader og ulykker

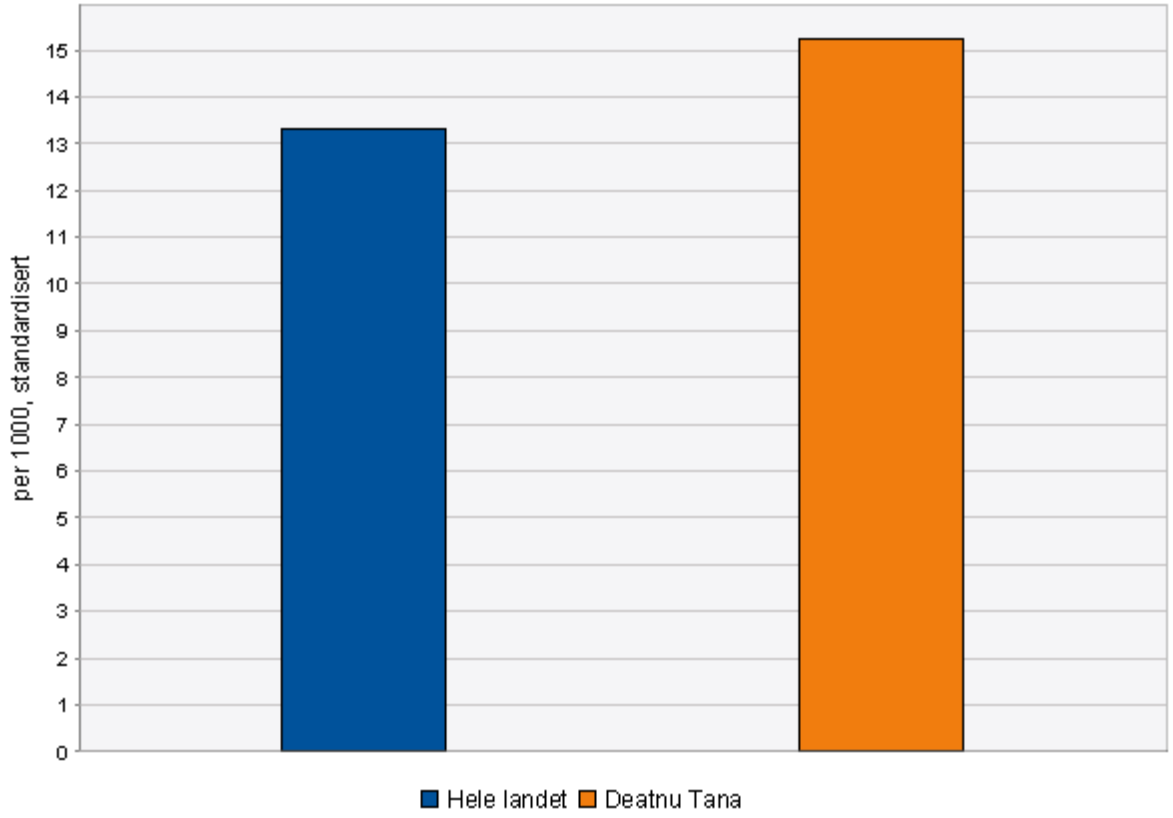


Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelser kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen.

Kommunen har en trafikksikkerhetsplan der ulykker og ulykkespunkter er kartlagt. Handlingsplanen som ble vedtatt er i hovedsak gjennomført når det gjelder kommunale tiltak. Trafikksikkerhetsplanen skal revideres i nærmeste fremtid.

Sykehusbehandlede skader 2010



Kommunen har en trafikksikkerhetsplan der ulykker og ulykkespunkter er kartlagt. Handlingsplanen som ble vedtatt er i hovedsak gjennomført når det gjelder kommunale tiltak. Trafikksikkerhetsplanen skal revideres i nærmeste fremtid.

Tana kommune mangler en ROS-analyse med en god database som kan brukes i kunnskapsgrunnlaget for folkehelse. Kommunens miljørettet helsevern er et annet område som er nedprioritert.

4.4.5 Helserelatert atferd

Livsstilsfaktorer

For de store folkesykdommene, som hjerte- og karsykdommer, kreftsykdommer, diabetes type 2 og kroniske lungesykdommer, er det fire risikofaktorer som er særlig viktige: usunt kosthold, fysisk inaktivitet, røyking og høyt alkoholinntak.
Fysisk aktivitet som tidligere var en naturlig del av arbeid og daglige gjøremål er sterkt redusert. Barn blir kjørt til skolen eller fritidsaktiviteter i stedet for å gå eller sykle, voksne kjører bil til butikken og tar heisen eller rulletrappen. Økning i trening og mosjon de siste tiårene kompenserer ikke for reduksjon i hverdagsaktivitet. Tilgjengelighet påvirker inntak av mat og drikke og i dag er det tilgang på mat nærmest hele døgnet på møteplasser, trafikknutepunkter og arrangementer. Utviklingstrekk som urbanisering, hyppigere måltider utenfor hjemmet og mindre tid til matlaging, kan bidra til at praktiske ferdigheter og kunnskap om råvarer og næringsstoffer blir dårligere. Til tross for stor nedgang i andelen røykere de siste årene er det fortsatt en betydelig andel som røyker daglig eller av og til. I tillegg har andelen unge som bruker snus økt kraftig det siste tiåret. Alkoholinntaket øker i den voksne befolkningen.

Deltakelse i organisert og uorganisert fysisk aktivitet

Tana kommune har gjennomført en kartlegging. Tilbakemelding er ikke verifisert, men er en kunnskapsgrunnlaget for innsatsområder innen fysisk aktivitet.

6 – 12 år
I aldersgruppe 6-12 år var samlet antall svar 22, hvor av 50% jenter og 50% gutter. Ser vi gruppen under ett så oppgir 80% at de er aktiv enten gjennom idrettslag eller friluftsliv/trimaktivitet sammen med familien.

Anlegg som brukes er ”i skog og mark” (30%), lysløyper (27%), gymsal (22%) , flerbrukshall (20%) og ridehall (18%).

Viktigste årsak til fysisk aktivitet oppgir gruppa er at det ”er gøy” eller ”blir dradd med av andre”
Anlegg som gruppa er fornøyd med er lysløypene (40%), ridehall (27%) flerbrukshall (18%) og gymsal (13%).

Anlegg som gruppa savner er svømmebasseng (40%), hundetreningshall (18%), travløpsbane (18%), knøtte-cup bane, skøytebane, turnhall og crossbane.

Aktiviteten som gruppa er fornøyd med er ski/skiskyting (32%), ridning (23%), fotball (14%), hundetrening (14%), aktivitet i flerbrukshall (14%) og svømming (3%).

Aktiviteter som gruppa savner er klatring (14%), hundekjøring, karate/kickboksing, dans, turn, skøyteaktivitet og leke ute.

13 – 19 år
I gruppa 13-19 år kom inn svar fra 66 personer, hvor av 53% jenter og 47% gutter. Av den gruppen oppgir 40% at de er aktiv i idrett, 23% oppgir at de er brukere av Tana fysikalsk/treningssenter eller trimaktiviteter og 37% oppgir at de ikke er aktiv.

Anleggene som gruppa bruker " i skog og mark" (46%), lysløyper (23%), Tana fysikalsk/treningssenter (16%), flerbrukshall (15%), ridehall (13%) og andre anlegg (8%).

De viktigste årsakene til å drive fysisk aktivitet oppgir gruppa at det er "gøy", "helse", "godt sosialt miljø" og "dradd med av andre".
De som ikke er aktive oppgir de viktigste årsakene at de "har ikke tid", " har tenkt, men kommer ikke i gang", "ikke interesse" og "ingen å trimme sammen med".

Gruppen er fornøyd med anleggene flerbrukshall (30%), lysløypene (20%), Tana fysikalsk/treningssenter (20%), ridehall (20%) og andre anlegg (10%).
Anlegg som gruppa savner er svømmebasseng (21%), travløpsbane/ridebane (20%), sykkelanlegg , hundetreningshall, paintballbane, skøytebane, turnhall og crossbane.

Gruppa oppgir å være fornøyd med aktiviteter som ski/skiskyting, ridning, fotball, bryting, badminton og zumba.

De savner aktiviteter som håndball, basketball, svømming, rulleski, sykling, alpint, karate/kickboksing, dans og cross.

20 – 34 år
I gruppen 20-34 år fikk vi inn10 svar hvor av 80% damer og 20% menn. Ut av dem oppgir 2 at de er aktiv i idrett og 4 driver med friluftsliv og 4 ikke aktive.

Anlegg som gruppa bruker er "i skog og mark", lysløyper, ridehall, svømmebasseng, Tana fysikalsk/treningssenter, gymsal og flerbrukshall.
Viktigste årsak til å drive med fysisk aktivitet er at det "er gøy" og "egen helse", mens de som ikke er aktive oppgir grunnen "har ikke tid".

Gruppa er fornøyd med ridehall, flerbrukshall og treningssenter.
Gruppa savner anlegg som turstier, svømmebasseng, hundetreningshall og alpinanlegg med heis.
De oppgir at aktivitetene som de er fornøyd med er ski/skiskyting, ridning og hundesport.

Gruppa savner aktivitet som fotballtrening for damer, prowler og sykler på treningssenter, styrketreningsrom på Tana fysikalsk, svømming for damer og boksing.

35 – 62 år
I gruppa 35 – 62 år svarte 16 personer på undersøkelsen, hvor av 69% damer og 31% menn. Alle bortsett fra 1 er trimmere.
Anlegg som brukes er "i skog og mark", lysløyper, Tana fysikalsk/treningssenter, gymsal, basseng, flerbrukshall og ridehall.
Viktigste årsak til fysisk aktivitet er at det "er gøy" "helse", "godt sosialt miljø"
Ikke aktive oppgir som årsakene at det "ikke anlegg" for den aktivitet de ønsker.

Gruppa er fornøyd med anlegg som lysløypene, ridehall, flerbrukshall, Tana fysikalsk/treningssenter og gymsal.

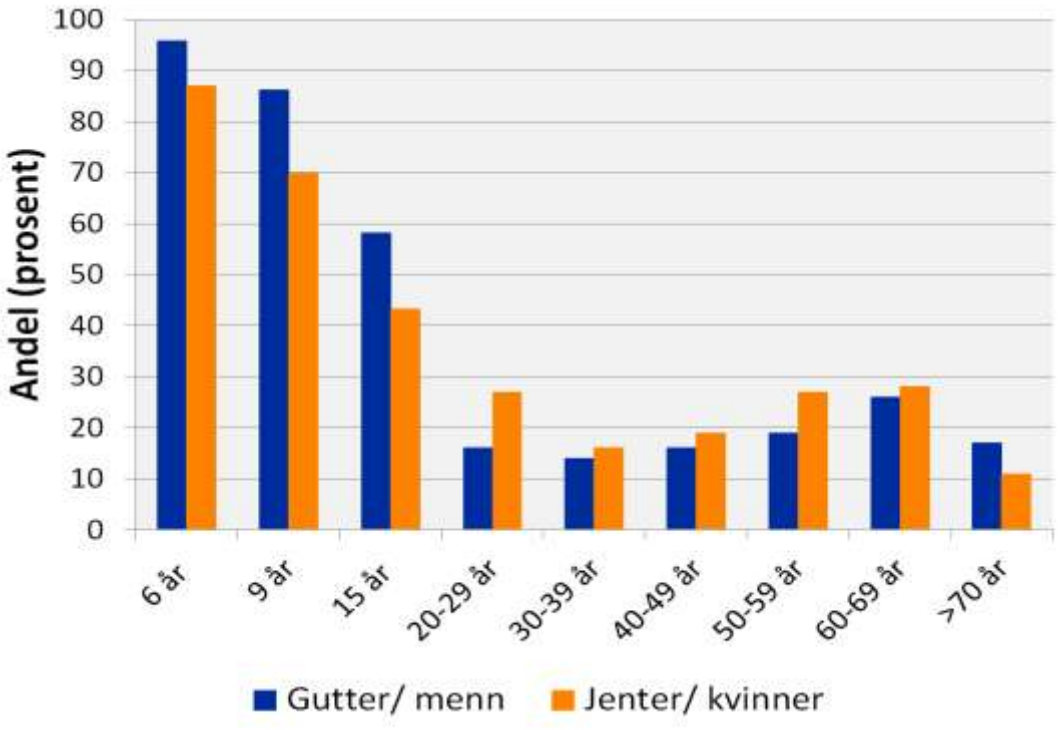
Gruppa oppgir at de savner anlegg som svømmebasseng, lengre lysløype i Bonakas, hundetreningshall/bane, squash-hall, kunstgressbane og friidrettsanlegg.

ANBEFALINGER for 13 – 17 år
• Ungdom bør være fysisk aktive minst 60 minutter hver dag. Aktiviteten bør være variert, allsidig og av moderat eller høy intensitet.
• Minst tre ganger i uka bør aktiviteten være med høy intensitet, og inkludere aktiviteter som gir økt muskelstyrke skjelettet.
• Fysisk aktivitet utover 60 minutter hver dag gir friskere og mer robuste ungdom.
• Tiden i ro bør begrenses, og langvarig stillesitting bør brytes opp med aktive pauser.

ANBEFALINGER For 6-12 år
• Barn bør være fysisk aktive i lek eller annen aktivitet minst 60 minutter hver dag. Aktiviteten bør være variert, allsidig og av moderat eller høy intensitet.
• Minst tre ganger i uka bør aktiviteten være med høy intensitet, og inkludere aktiviteter som gir økt muskelstyrke og belaster skjelettet.
• Lek og fysisk aktivitet utover 60 minutter hver dag gir mer robuste og friskere barn.
• Tiden i ro bør begrenses og stykkes opp med mer aktive perioder.

De er fornøyd med aktivitetene som ridning, fotball, bryting, badminton, zumba og svømming.
De savner aktiviteter som innendørsaktivitet for voksne, ballaktiviteter i hallen, motorsport og turorientering.

Andelen som oppnår anbefalt fysisk aktivitetsnivå (landstall)

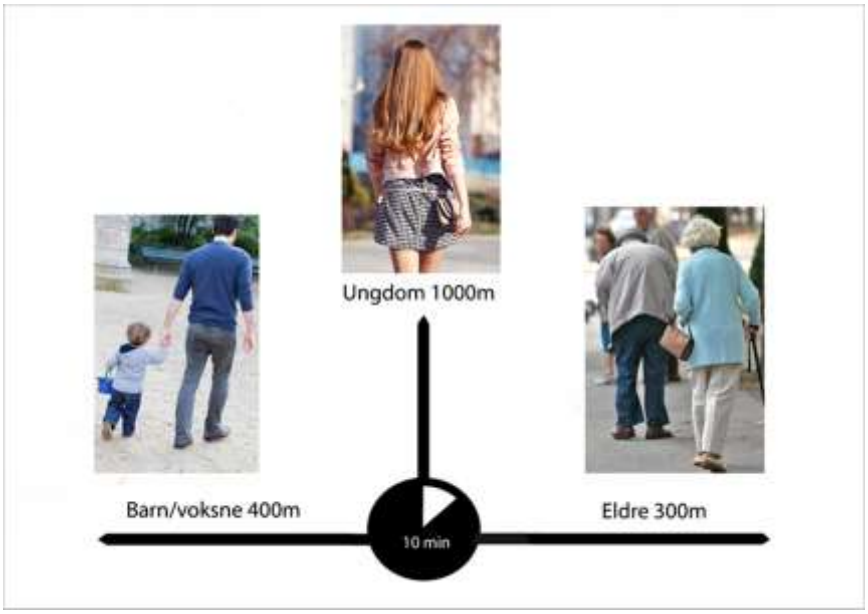


ANBEFALINGER for voksne
• Voksne bør være fysisk aktive i minst 150 minutter hver uke. Aktiviteten bør gjøre deg lett andpusten. Er aktiviteten av høy intensitet, som får deg å puste mye mer enn vanlig, holder det med minst 75 minutter hver uke. Anbefalingene kan også oppfylles med en kombinasjon,
for eksempel 70 minutter moderat og 40 minutter med høy intensitet.
• Økt dose, inntil det dobbelte av anbefalingen ovenfor, gir økt helsegevinst.
• Aktiviteten kan deles opp i økter av minst 10 minutters varighet.
• Minst to ganger i uka bør man utføre aktiviteter som styrker musklene.
• Tiden i ro bør reduseres, lange perioder i ro bør stykkes opp med avbrekk med lett aktivitet.

ANBEFALINGER for barn 0-5 år
• Barn bør være fysisk aktive i lek eller annen aktivitet minst 60 minutter hver dag.
Aktivitetene
bør være variert og allsidig og tilpasset barnets utviklingsnivå, og inkludere moderat eller høy intensitet.
• Minst tre ganger i uken bør barna være så aktive at de blir andpustne og varme.
• Lek som krever fysisk aktivitet utover de anbefalte daglige 60 minuttene gir mer robuste og friskere barn.
• Tiden i ro bør begrenses, og stykkes opp med mer aktive perioder.

ANBEFALINGER for de over 65 år
• Voksne over 65 år bør være fysisk aktive i minst 150 minutter hver uke. Aktiviteten bør gjøre deg lett andpusten. Er aktiviteten av høy intensitet, som får deg å puste mye mer enn vanlig, holder det med minst 75 minutter hver uke. Anbefalingene kan også oppfylles med en kombinasjon, for eksempel 100 minutter moderat og 25 minutter med høy intensitet.
• Økt dose, inntil det dobbelte av anbefalingen ovenfor, gir økt helsegevinst.
• Aktiviteten kan deles opp i økter av minst 10 minutters varighet.
• Minst to ganger i uka bør man utføre aktiviteter som styrker musklene.
• De som er ustø eller har nedsatt mobilitet bør gjøre balanseøvelser og styrketrening tre eller flere dager i uken for å styrke balansen og forhindre fall.
• Tiden i ro bør reduseres, lange perioder i ro bør stykkes opp med avbrekk med lett aktivitet.

Ved planlegging av områder for fysisk aktivitet er det anbefalt; Gangavstanden ulike aldersgrupper tilbakelegger på10 minutter (basert på tall fra «Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder», Direktoratet for naturforvaltning 6-1994).



Omfang av fysisk aktivitet i skolen og barnehagen

Det er usikkert om alle skoler har nådd målet 1 time fysisk aktivitet i løpet av en skoledag. Årsaken til at fysisk aktivitet ikke er blitt høyt prioritert av skoler i Tana kan skyldes ressursene innen kroppsøving ved enkelte skole eller samlet i kommunen. Dette er tiltak som bør vurderes i gangsatt, spesielt på grunn av at det ikke er tilrettelagt for å gå eller å sykle til skolen. Dette skyldes også avstanden til den enkelte skole og de fleste elevene fraktes med buss. Det er med andre ord ikke trygg skolevei i Tana, man kan ikke sende barn å sykle langs E6 eller andre høyt trafikkerte smale veier.

Barnehagene har generelt sett et stort aktivitetsnivå i løpet av dagen. Det antas at de vil oppfylle anbefalingen om 1 time fysisk aktivitet per dag. Det er også blitt kjørt et prosjekt ”helsevaner i barnehage” med fokus på fysisk aktivitet.

Tilgang til områder for aktivitet

Tana har de senere år satset stort på anleggsutbygging innen idrett, som for eksempel flerbrukshall, ridehall, utbedringer av skianleggene og lysløypene. Målet for politikere har vært å få til et fellesløfte for anleggsbygging innen idrett og friluftsliv som en kommunal virksomhet og frivillig sektorens innsatsområde. Dette for å få en større utbredelse av aktiviteter og fange opp nye bruker grupper.

Aktivitetsnivået har vært i god vekst og har høstet mange gode prestasjoner. Idrettslagene i kommunen klarer å fange opp en rimelig stor gruppe barn. Muligens vil det være et potensial å satse på å fange opp flere mellom 6 – 12 år. Det er i den aldersgruppen de gode holdninger og motivasjon dannes som også gjelder for fysisk aktivitet.

Gruppen 13 – 19 år kan på mange måter defineres som "frafallsgruppe", og utfordringer blir å holde den aldersgruppen lengst mulig i idretten. For ungdom er utfordring, spenning og konkurranse viktig og disse elementene bør tas hensyn til ved utvikling av aktivitetstilbud for unge. Samtidig er det den gruppen som i sterk grad ønsker "drop-in" tilbud, - det å ha frihet til å styre eget aktivitetsforløp og innsatsnivå.

I det senere har folkehelseperspektivet kommet sterkere i fokus. Fysisk form i befolkningen går ned og gjennomsnittsvekten går opp. Målet bør være å øke den samlede aktiviteten ved å få de som er moderat aktiv til å bli mer aktiv og at inaktive kommer i aktivitet. For begge gruppene vil det være hensiktsmessig å legge til rette for lavterskelaktivitet. Det kan gjøres blant annet ved å styrke friluftsliv og egenorganisert styrke- og utholdenhetstrening som kan gi større helsegevinst. De inaktive kan også lettest komme i aktivitet gjennom friluftsliv og egenorganisert aktivitet. Mulig at man i større grad kan spille på lag med bygdelagene for å få i gang bredere lavterskelaktivitet i kommunen.

I et folkehelseperspektiv vil skoleanleggene og anlegg for friluftslivet ha stor betydning. Lag og foreninger har de siste par årene tatt dette som et innsatsområde. Disse anleggene har også betydning for det sosiale samholdet i de små bygdene.

Mat og måltider i barnehage

Små grep, stor forskjell – råd for et sunnere kosthold
Ha et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker.
• Velg matvarer med begrensede mengder mettet fett, sukker og salt. Ha en god balanse mellom hvor mye energi du får i deg gjennom mat og drikke, og hvor mye du forbruker gjennom aktivitet.

• Regelmessig fysisk aktivitet bidrar til a opprettholdekroppens energibalanse.
Spis minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag.
• En porsjon tilsvarer 100 gram, og kan for eksempel
være en liten bolle med salat, en gulrot eller en middels stor frukt.
• Du kan bruke friske, hermetiske, frosne, og Varmebehandlede grønnsaker, frukt og bær. Mulighetene er mange. Halvparten av «fem om dagen» bør være grønnsaker.
• Velg kornprodukter med hoyt innhold av fiber og fullkorn, og lavt innhold av fett, sukker og salt. Bruk Nøkkelhullet og Brødskala'n som hjelpemidler.

Barnehagene i Tana har deltatt i prosjektet "Helsevaner for barnehage" med kosthold/matkurs for ansatte og foreldre.

4.4.6 Helsetilstand

Folkehelseprofil 2014

I folkehelseprofil for Tana kommune 2014 er temaområdene valgt med tanke på mulighetene for helsefremmende og forebyggende arbeid. Indikatorene tar høyde for kommunens alders- og kjønnssammensetning, men all statistikk må også tolkes i lys av kunnskap om lokale forhold.

Om befolkningen
- Andelen eldre over 80 år i 2020 er estimert til å være høyere enn i landet som helhet.
- Andelen som bor alene er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.

Levekår
- Andelen med videregående eller høyere utdanning er lavere enn landsnivået.
- Kommunen er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet når det gjelder andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt. Lav inntekt defineres her som under 60 % av nasjonal medianinntekt.
- Andelen barn med enslig forsørger er høyere enn i landet som helhet.

Miljø
- Datagrunnlaget på temaområdet miljø er begrenset. Les mer om miljø og helse på midtsidene.
- Andelen med skader er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter sykehusinnleggelser.

Skole
- Andelen 10.-klassinger som trives på skolen er lavere enn i landet som helhet.
- Det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk på andelen 5.-klassinger som er på laveste mestringsnivå i lesing.
- Frafallet i videregående skole er høyere enn i landet som helhet.

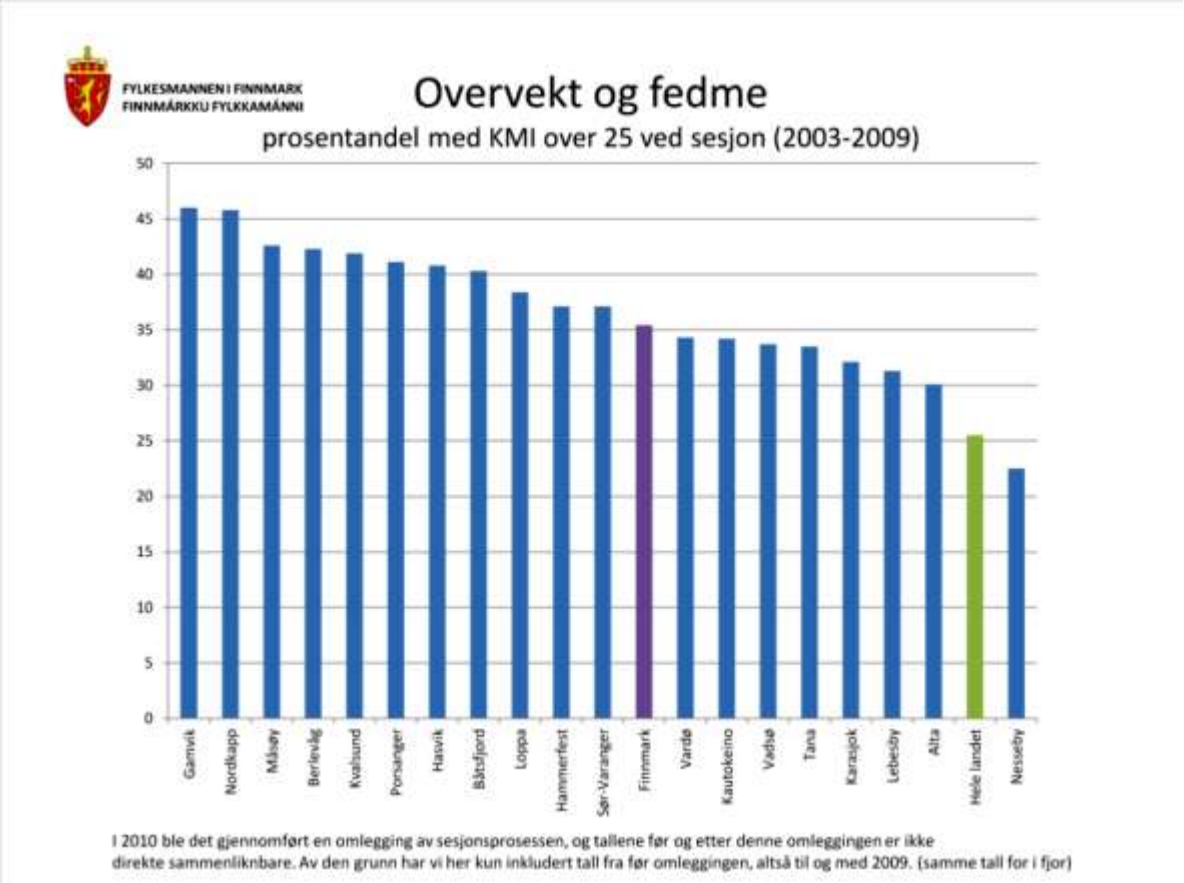
Levevaner
- Det finnes lite statistikk på levevaner. Indikatorer på temaområdet helse og sykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner.
- Overvekt ser ut til å være mer utbredt enn i landet som helhet, vurdert etter andelen menn med KMI > 25 kg/m² på sesjon.

Helse og sykdom
- Forventet levealder for menn er lavere enn i landet som helhet.
- Andelen med psykiske symptomer og lidelser er høyere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Utbredelsen av hjerte- og karsykdommer er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter sykehusinnleggelser.
- Sykdommer og plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet ser ut til å være mer utbredt enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Tykk- og endetarmskreft ser ikke ut til å være entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter antall nye tilfeller.

(Folkehelseprofil 2014, Folkehelseinstituttet)

Overvekt og fedme i Finnmark

Overvekt er et større problem i Finnmark enn i landet som helhet, vurderte etter andelen menn mellom 17- 25 år med KMI over 25, på sesjon. Noen kommuner i Finnmark har nesten dobbelt så stor forekomst av overvekt/fedme hos denne gruppen enn landsgjennomsnittet. Tana ligger rundt fylkets gjennomsnitt.



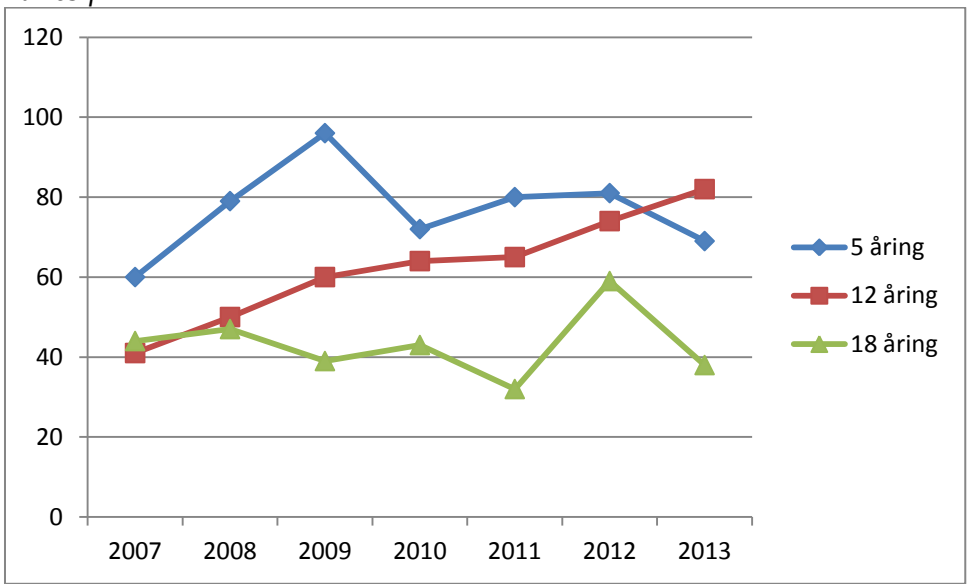
Andel seksjonerte med overvekt eller fedme (dvs. KMI over 25(kg/m2)) i prosent av alle menn på sesjon. Statistikken viser 7 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 7-årsperioder).

I denne sammenhengen brukes tallene på overvekt blant menn ved sesjon til å gi informasjon om forekomsten av overvekt generelt i befolkningen, ettersom det ikke finnes gode data på resten av befolkningens vektstatus. Når det gjelder vurdering av enkeltpersoners grad av overvekt og fedme, er ikke KMI alltid like egnet fordi flere andre faktorer spiller inn. En svakhet ved KMI er for eksempel at den ikke skiller mellom fett- og muskelmasse. For helsen har det dessuten betydning hvordan fettet er fordelt på kroppen.

Tannhelse i Tana, kariesfri

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. Informasjon om tannhelse kan derfor være nyttig i folkehelsearbeidet. Dårlig tannhelse ser ut til å være et større problem i Finnmark enn resten av landet vurdert ut fra antallet 18 – åringer med dårlig tannhelse i Finnmark i forhold til resten av landet.

Karies-fri

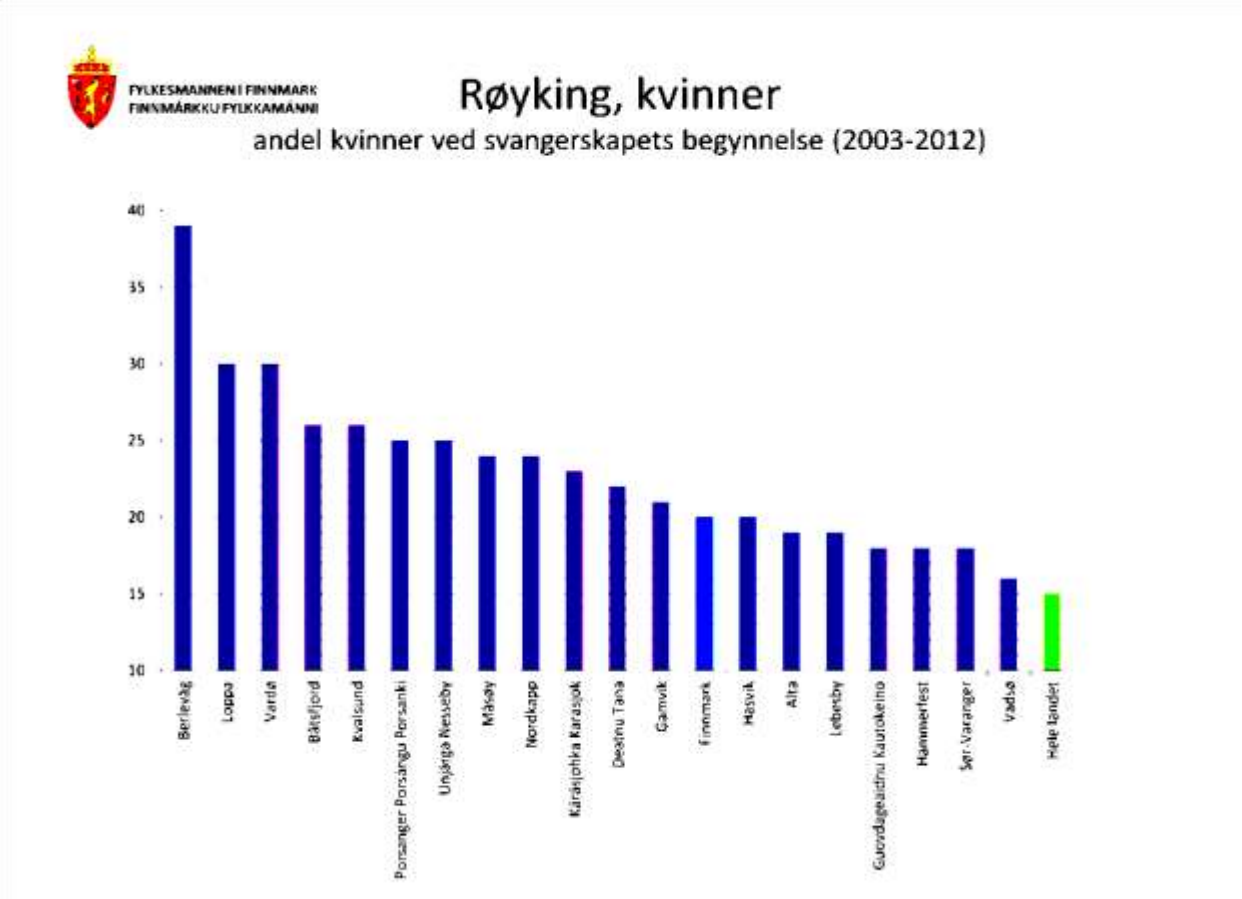


Tabellen viser utvikling av andel karies-fri i Tana fra 2007 til 2013 (per1.okt) for 5 åringer, 12 åringer og 18 åringer.

Vi har ikke sammenlignings tall for hele fylket. Tana har rimelig bra tannlegedekning og det antas at kommunen kommer godt ut av fylkesstastikk.

Røyking

Røyking er den dominerende risikofaktoren for utvikling av kronisk lungesykdom. Risikoen øker med økende tobakksforbruk og antall. Arbeidsmiljø og arvelige faktorer kan også spille en rolle. Det er mulig at fysisk inaktivitet og kostholdsfaktorer også kan påvirke risikoen, men her har vi manglende kunnskap). Å være røykfri er det viktigste en kan gjøre for å forebygge kols. Røyking blant gravide ligger høyere enn fylkets gjennomsnitt.



Andel fødende som oppga at de røykte ved svangerskapets begynnelse i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder).

Fra og med 2014 er det lagt til grunn ny definisjon på røyking ved første svangerskapskontroll. Det innebærer at dataene fra og med 2014 ikke er sammenliknbare med data tidligere publisert i statistikkbanken og i folkehelseprofiler for 2012 og 2013. Endringen innebærer en bedre definisjon av hvilke av de tilgjengelige feltene fra rapporteringsskjemaene som regnes med i statistikken.
Dataene for røyking ved første svangerskapskontroll i Kommunehelsa statistikkbank omfatter fødende som har svart ja på at de røykte «i 1.trimester» i elektronisk versjon av «Melding om fødsel» eller ja på at de røykte «ved svangerskapets begynnelse» i papirversjonen. Medisinsk fødselsregister tror at dette samsvarer rimelig godt med spørsmålet om røyking ved første svangerskapskontroll i «helsekort for gravide».
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. Røyking i svangerskapet kan si noe om røyking hos kvinner i fertil alder. For resten av befolkningen er datagrunnlaget på røykevaner dessverre svært dårlig. 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.

Psykisk helse

Høy andel av pasienter hos fastlegen med psykiske symptomer (samtidig med lav legemiddelbruk innen psykiske lidelser) er ikke nødvendigvis noe så negativt som det kan se ut. Det har i mange år vært lav terskel for pasienter å ta opp psykiske symptomer hos fastlegen, også milde symptomer. I selvmordforebyggende arbeid har vi hatt informasjonskampanjer om hvor viktig det er å ta kontakt med lege hvis en sliter psykisk.

Lav legemiddelbruk innen psykiske lidelser (inkludert sovetabletter) kan komme av at legene i Tana har vært lenge samkjørt om restriktiv bruk av beroligende medisiner og sovemedisiner.

Hjerte- og karsykdommer

Høy andel av brukere av kolesterolsenkende medikamenter hos pasienter av fastlegen i Tana (samtidig med lavere enn gjennomsnitt sykehusinnleggelser pga hjerte-karsykdommer) kan bety at legene i Tana har vært flinke å fange opp pasienter med høyt kolesterol og klart å forebygge hjerte-karsykdommer - eller at det er flere i Tana med høyt kolesterol.

Type 2 diabetes

Høy andel av pasienter med type 2 diabetes hos fastlegene i Tana er mest sannsynlig ikke det at det er mere diabetes i Tana, men at gjennom mange års systematisk oppsporende arbeid har fastlegene i Tana klart å fange opp tidlige tilfeller av type 2 diabetes i risikogrupper.

Muskel og skjelettsykdommer

Høy andel med muskel og skjelettsykdommer i Tana kan komme av at det er relativt flere med lav utdanning og fysisk tungt arbeid. Det fastlegen påpeker er dette knyttet til næringsstrukturen i kommunen med primærnæring, transport og bygg og anlegg.

Nye kreft tilfeller

Lav andel av nye krefttilfeller har ingen åpenbar forklaring. Det kan ha genetiske forklaringer, eller at tanaværinger har i årtier har hatt før oss hatt annerledes kosthold.

5. Økonomi

Det er ikke lagt inn folkehelsearbeidet i budsjett og økonomiplan for Tana kommune. Tiltakene, bortsett fra Dytt for kommunalt ansatte, er prosjektbasert med midler fra Finnmark kommune og Fylkesmannen i Finnmark.

For å få til et helhetlig folkehelsearbeid bør tiltak i forbindelse med folkehelsearbeidet bør bli synlig i kommunale budsjett og økonomiplaner.

~ Skal man hjelpe en annen, må man først finne ut hvor han er, og møte ham der. Dette er det første bud i all sann hjelpekunst. *Søren Kierkegaard*

2014

Folkehelseplan 2014 - 2016

Deanu gielda – Tana kommune

01.01.2014

Sammendrag og budskap

Målet for folkehelsearbeidet i Deanu gielda – Tana kommune er å legge til rette for flest mulig leveår med god helse i befolkningen og styrke det tverrsektorielle helsefremmende arbeid i kommunen. Visjon for Deanu gielda – Tana kommune er å bli den beste kommune i fylket på folkehelsearbeid. Målet for folkehelseplanen er at temavalgene for 2014-2016 skal implementeres i all kommunevirksomhet for å gjøre et felles løft for helsefremmende arbeid.

For hundre år siden var sykdomsbildet dominerte av infeksjonssykdommer, er dagens "epidemier" psykiske lidelser og ikke-smittsomme sykdommer som blant annet henger sammen med levevaner. Vi har alle et ansvar for å utvikle et samfunn som fremmer helse, og hver enkelt har et ansvar for egen helse. For å nå målet om bedre folkehelse, må vi alle bidra; den enkelte tanaværing, frivillige organisasjoner, næringslivet og kommunale virksomheter.
Innsatsområder for kommunens folkehelsearbeid;

1. Sørge for bedre koordinering, oversikt og samhandling i kommunens folkehelsearbeid
2. Fange opp barn og unge som er i ferd med å utvikle overvekt
3. Støtte ungdom til å fullføre utdanningsløpet fra grunnskolen til videregående skole
4. Bidra til helsefremmende levevaner gjennom fysisk aktivitet og kosthold
5. Sette de eldre sosiale forhold og levevaner i fokus
6. Skape samarbeidsarena mellom de kommunale virksomheter og de frivillige organisasjoner

Innledning

God helse er av stor betydning både for livskvalitet for den enkelte, og for å sikre samfunnet en frisk og produktiv befolkning som kan bidra til økonomisk vekst og god stedsutvikling. Arbeidet med folkehelse har en positiv innvirkning på velstandsutvikling i Norge. Tilgang til fastleger, sykehus, hjemmesykepleie og sykehjemsplasser med høy kvalitet er viktig for å oppnå god helse i befolkningen. Men utviklingen av andre sektorer og bedring av velferden har hatt større betydning for folkehelsen. Sagt på en annen måte; Sykdom tar helsesektor seg av, mens helsen skapes "alle andre steder".

Folkehelse er et begrep for helsetilstanden blant befolkningen i et avgrenset område, og summen av de enkelte innbyggernes helsetilstand. Begrepet tar for seg de økonomiske, fysiske, psykiske og miljømessige forhold som påvirkere helsetilstanden. God folkehelse er at befolkningen opplever god helse, trivsel, er i jobb, utdanning, har gode sosiale relasjoner og er deltakende i lokalsamfunnet.

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykiske og somatiske sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helse.

Føringer for folkehelsearbeid i Deatnu - Tana

Folkehelseloven

Folkehelseloven vektlegger fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeid; prinsippet om å utjevne sosiale helseforskjeller, "helse i alt vi gjør", bærekraftig utvikling, føre-var prinsippet og medvirkning. Folkehelseloven gir kommunene ansvaret for å:

- Fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt
- Ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på folkehelsen
- Identifisere folkehelseutfordringer, fastsette mål gjennom planarbeidet og iverksette nødvendige tiltak

Plan- og bygningsloven

PBL skal "fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner" (§1-1):Planer etter loven skal "fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet" (§3), samt "legge til rette for god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår i alle deler av landet".

Kommunaleplaner

Prinsippet om bærekraftig folkehelse og "helse i alt vi gjør" skal gjenspeiles i de kommunale planer. Den politiske føringen i kommunen har vært og er at dette prinsippet skal inngå i samfunnsplanlegging som i kommuneplanens samfunnsdel og i arealplan for kommunen. Det vil ta tid før alle delplanene i kommunen tar hensyn til de politiske føringer som er satt.

Rammeverk for helsefremmende lokalsamfunn

Fugelli og Ingstad (2009) har gjort forskning på hvilke egenskap ved et nærmiljø påvirker til positiv helse. Det de fant var at det i hovedsak finnes fire grunnleggende faktorer for at mennesker skal oppleve god helse. Det er at nærmiljøet bidrar til å skape 1)trivsel, 2) trygghet og tillit, 3) fellesskap og 4) opplevelse av tilhørighet. Gode sosiale nettverk og fellesskap har i seg selv vist seg å bidra til å forebygge sykdom og dermed har en helsefremmende effekt. (Nina Sletteland/Ruth Marie Donovan, 2012).

Det er nødvendig å kjenne til hvilke mekanismer som virker i det enkelte lokalsamfunn for å kunne styrke helsefremmende arbeid. Hvis man ikke tar hensyn til konteksten eller ytre faktorene som påvirker ens helse, vil det også være vanskelig å styrke befolkningens helse.

I Ottowacharteret trekkes det frem tre strategier som er viktig for helsefremmende arbeid, det er:

1. Politisk påvirkning ("advocacy")
   Viktig å styrke politisk støtte og systemstøtte for særskilte helsefremmende mål for eksempel for de ulike tjenestenes tilgjengelighet og kvalitet, miljørettede tiltak, opprettelse av meningsfylte aktiviteter med mer.
2. Samhandling og samarbeid ("mediating")
   Samhandling og samarbeid omfatter brobyggings- og forhandlingsprosessen mellom de ulike sektorer og interesser som arbeider for å fremme helse og livskvalitet. God samhandling mellom sektorer og tverrfaglig samarbeid i den offentlige sektoren kan være med å skape gode levekår og helsefremmende lokalsamfunn. Skal man for eksempel tilrettelegge for mer fysisk aktivitet blant barn og unge bør det skje i partnerskap mellom de ansvarlige for idrettsanlegg, idrettslagene, kommunens etater (transport og samferdsel) og andre med betydning for å få til en vellykket ordning.

3. Mobilisering til at mennesker selv settes i stand til å ivareta egen helse (”enabling”)
   Dette omfatter deltakelse i partnerskap gjennom å mobilisere mennesker og materielle ressurser. Ressursene kan være enkeltpersoner i lokalsamfunnet, familier, naboer, skolehelsetjeneste, skole, kirke, styrking av kunnskap og de ferdigheter som trenges for å forbygge dårlig helse, samt forbedre og beskytte gode helsevaner. Dette innebærer å styrke åndelige, politiske, sosiale og økonomiske forhold som fører til at folk tar kontroll over bestemmelser og handling som angår egen helse. For eksempel man kan legge til rette for et barn som har vanskelig å følge ordinære kroppsundervisningen, finne alternative løsninger som er mer tilpasset barnets evner og muligheter.

(Nina Sletteland/Ruth Marie Donovan, 2012)

WHO Europa vedtok i september 2012 et rammeverk for folkehelse i Europa, Helse 2020. Helse 2020 har satt fokus på to strategiske målsettinger: Forbedre helse for alle og redusere ulikheter i hele samt forbedre lederskap og deltakerorientert styring for helse. Mål og indikatorer i 6 definerte mål: 1) Redusere prematur dødelighet før 2020; 2) Øke forventet levealdrer; 3) Redusere ulikheter i helse; 4) Øke trivselen til befolkningen; 5) Sikre universelle helsetjenester og retten til helse; 6) Medlemsland skal selv sette nasjonale mål.
Folkehelseloven (§5) setter også krav om at kommunen skal ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer til befolkningen.
Med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer menes oversikt over helse på befolkningsnivå og de positive og negative faktorer som kan virke inn på helsen til befolkningen og grupper i området. Med helsetilstand menes befolkningens helse
målt ved ulike indikatorer, for eksempel risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær o.l.

Positive og negative påvirkningsfaktorer består av kjente forhold som virker inn på helsen. Påvirkningsfaktorer omfatter både helsefremmende og forebyggende
faktorer, og risikofaktorer. Påvirkningsfaktorene representerer en stor bredde,
og er ofte knyttet til samfunnsforhold, levekår og miljø.

Det er utarbeidet et kunnskapsgrunnlag for folkehelse i Deatnu-Tana som setter føringer for valg av innsatsområdene for 2014 – 2016.

Helsetilstand i Deatnu - Tana

Helsetilstanden i Deatnu - Tana skiller seg ut innen enkelte kategorier i forhold til fylket og resten av landet.
Folkehelseprofil 2014 som ble gitt av Folkehelseinstituttet i februar 2014, viser at tanaværinger har:

- Negativ befolkningsvekst
- Lav utdanningsnivå
- Høy andel barn av enslige forsørgere
- Lav trivsel på skole (10.klasse)
- Høy frafall i videregående skole
- Høy andel kvinner som røyker
- Høy andel menn som er overvektig/fedme
- Lav levealder blant menn
- Høy andel med psykiske symptomer eller lidelser
- Høy andel som bruker kolesterolsenkende legemidler
- Høy andel type 2-diabetes legemiddelbrukere

- Høy andel med muskel og skjelett sykdom og lidelser

Det positive:
- Lav legemiddelbruk innen psykiske lidelser
- Lav av nye krefttilfeller

Den norske befolkningen har fått bedre og bedre helse i løpet av de siste tiårene, og forventet levealder er stigende. Den samme utviklingen har vært også i Deatnu-Tana, men vi henger etter landsgjennomsnitt på de fleste indikatorer for god helse. Tendensen er at mennesker med høyere utdanning og /eller inntekt har bedre helse og lever lenger enn personer med lav utdanning og/eller inntekt. Denne forskjellen kan ikke forklares med genetiske eller biologiske forskjeller mellom individer. Forklaringen ligger i de risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som mennesker utsettes for gjennom hele livsløpet, og som har sammenheng med sosioøkonomisk status.

Innsatsområder for folkehelsearbeidet i Deatnu-Tana

Samlet sett så er folkehelse i Tana midte på treet i fylkessammenheng og kan sies at den er dårlig sammenlignet med landsgjennomsnittet. Basert på statistikk fra Folkehelseinstituttet og fra kartleggingen av det kommunale folkehelsearbeidet er det områder som bør vies en særskilt oppmerksomhet i planperioden 2014 – 2016.

a. Sørge for bedre koordinering, oversikt og samhandling i kommunens folkehelsearbeid
b. Fange opp barn og unge som er i ferd med å utvikle overvekt
c. Støtte ungdom til å fullføre utdanningsløpet fra grunnskolen til videregående skole
d. Bidra til helsefremmende levevaner gjennom fysisk aktivitet og kosthold
e. Sette de eldres sosiale forhold og levevaner i fokus
f. Skape samarbeidsarena mellom de kommunale virksomheter og de frivillige organisasjoner

1. Sørge for bedre koordinering, oversikt og samhandling i kommunens folkehelsearbeid

Bakgrunn
Folkehelsearbeidet er tverrsektorielt og spesielt samhandlingsreformen fremmer koordinering og samhandling som et viktig verktøy for å bedre lykkes med dette arbeidet. En forutsetning for god koordinering er at man har oversikt. Innhenting av informasjon om kommunalt folkehelearbeid viser at Deanu gielda – Tana kommune har mye å hente på å styrke og optimalisere det kommunale med bedre oversikt, koordinering og samhandling.

Kommunens nåværende innsats
Det er opprettet en arbeidsgruppe for folkehelsehelse og bolyst hvor politiker, kommunelege, helsesøster, kommune psykolog, psykisk helse og rus, skole og barnehage, ungdomsklubben, planlegger, landbruk, eldrerådet, ungdomsrådet og idrettsrådet er representert. Noen av representanter har en dobbel rolle i form av ivaretakelse av frivillig sektor innsatsområder og kunnskap.
Arbeidet i gruppa har gitt resultater i form av at folkehelse er satt på kartet og er blitt et tverrsektorielt tema. Arbeidet med en mer målrettet samhandling mellom kommunale virksomheter

vil ta tid. Samhandling er krevende og det er utfordrende å etablere arenaer som sikrer god koordinering på tvers av virksomheter.

Tiltak som bør iverksettes
Arbeidet med implementering av folkehelse gjennomsyrer all kommunal virksomhet gjennom den politiske virksomhet i kommunen. Helse, omsorg, skole og barnehage tar med i sine planer om fysisk aktivitet og kosthold. Utviklingsavdeling og bygg- og anlegg, gjennom planverk og tiltak tar høyde for fysisk aktivitet og trivsel for hele befolkningen.

2. Fange opp barn og unge som er i ferd med å utvikle overvekt

Bakgrunn
Fedme og overvekt blant barn er økende i Europa, også i Norge. Det er stor risiko for at overvektige barn tar med seg høy vekt inn i voksen alder, og risikoen for dette øker med antall overvektige medlemmer av familien. Foreldre er viktige rollemodeller for barn, både for kosthold, matvalg og vaner for fysisk aktivitet.

De vanligste årsakene til barns overvekt er uheldige kostholdsvaner, inaktivitet og lang daglig tid til TV og annen skjermaktivitet. Økt skjermtid kan bidra til utvikling av overvekt gjennom redusert aktivitet, økt inntak av mat og påvirkning fra næringsmiddelreklame. Norge topper statistikken i Europa hva gjelder stillesittende atferd for barn. Det er dokumentert at inntak av sukkerholdig drikke har direkte sammenheng med vektoppgang og fedme hos barn og ungdom. I sjeldne tilfeller kan overvekt skyldes underliggende psykologiske årsaker.

Kommunens nåværende innsats
Skolehelsetjeneste, fastlege og helsestasjon for ungdom bidrar med råd og veiledning for barn, unge og foreldre. For ungdom som bor alene mens de går på videregående skole, er det ekstra viktig å få råd om kosthold og aktivitet.
Endrede matvaner og redusert hverdagsaktivitet er ofte årsaken til at fedme øker i befolkningen. Forskning på forebyggende tiltak viser at det slett ikke er lett å nå ut til hele befolkninger og enda vanskeligere å måle effekten av tiltakene. Informasjon om sunn mat og mer aktivitet tas best i mot av grupper som allerede spiser sunt og beveger seg nok, og når dårligst ut til de som trenger det mest.
http://www.forskning.no/artikler/2013/oktober/369977

Det har vært informasjonsmøter i barnehager og skole til foreldre om overvekt og fedme blant barn og unge i Deatnu – Tana av kommunelege, helsesøster, kommune psykolog og frisklivssentral. På disse informasjonsmøtene har fokuset vært på; 1. Stillesittende levemåte og regulering av skjermtid, 2. Økt fysisk aktivitet og 3. Sunn kost.

Tiltak som bør iverksettes
Det er søkt om prosjektmidler fra Helsedirektoratet "Familier, barn og unge i helseendring i Tana/Bearrašiid, mánáid ja nuoraid dearvvasvuođamokta Deanus". Prosjektet knyttes til frisklivssentralen.

Det er også planlagt å utarbeide et prosjekt som er tilpasset bevegelse i barnehage som et "pilot" i Deatnu - Tana.

Det er et sterkt ønske fra det helsefaglige miljøet om at prosjektene skal bli en del av den ordinære drift for barnehage og skoler. Prosjektbaserte tiltak kan skape en uforutsigbarhet som ikke kan defineres som bærekraftig helsefremmende arbeid. Se også pkt 4.

3. Støtte ungdom til å fullføre utdanningsløpet fra grunnskolen til videregående skole

Bakgrunn
Unge tanaværinger som ikke fullfører videregående skole, og strever med å komme seg inn på arbeidsmarkedet, løper en betydelig helserisiko. Utdanning har med seg noen positive effekter som for eksempel utvikling av psykologiske ressurser og legger grunnlag for yrkeskarriere. Arbeid gir inntekt, sosialt fellesskap, trygghet og mening. Forskning viser at arbeidsledighet, uførepensjon og lav inntekt kan føre til dårligere psykisk og fysisk helse.

Når det gjelder det store frafallet i videregående i fylket, er det flere komponenter som spiller inn. Selvsagt har skolene et faglig ansvar for å styrke elevene slik at de har grunnlag for det studiet de velger. I tillegg skal vi ha i bakhodet at veldig mange av våre elever blir borteboere i svært ung alder. Dette gjør det vanskeligere for foreldre å følge opp elevene. Det både i forhold til matvaner og søvnvaner.

Kommunens nåværende innsats
LOSA er tilbud for å gi et valg om første videregående skole år i hjemkommunen for å utsette borteboer tilværelsen for de unge. Tana videregående skole fanger opp noen av ungdommen fra Tana.

Tiltak som bør iverksettes
Skolene tar dette som et tema. PPT, oppfølgingstjeneste, helsesøster, kommune psykolog og kommunelege har dette som et tema for foreldre. Det bør også vurderes om det skal opprettes et foreldreforum for å motivere og forberede de unge på et lengre utdanningsløp. Det bør vurderes om styrking av LOSA og Tana videregående skole.

4. Bidra til helsefremmende levevaner gjennom fysisk aktivitet og kosthold

Bakgrunn:
Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse er godt dokumentert.
En fysisk aktiv befolking er robust, lite syk og kan være i arbeid lenger. Dette er sentralt for økt bærekraft. Samfunnets krav til kroppsbruk har blitt kraftig redusert de siste tiårene, og i mange sammenhenger er det tilrettelagt for at fysiske anstrengelser ikke skal være nødvendig. Det er særlig hverdagsaktiviteten – knyttet til daglige rutiner – som har gått ned. Noen grupper i befolkningen trener mer enn før, men det ser ikke ut å kompensere for den reduserte hverdagsaktiviteten.
Med unntak av de yngste barna er det fysiske aktivitetsnivået i befolkningen urovekkende lavt. Allerede fra seks- til ni årsalderen synker aktivitetsnivået. Blant niåringene oppfyller 86 % av

guttene og 70 % av jentene anbefalingene om i gjennomsnitt minst 60 minutters daglig fysisk aktivitet. Blant 15-åringene er tilsvarende tall 58 % blant guttene og 43 % blant jentene. Kun én av fem voksne oppfyller anbefalingene til fysisk aktivitet. Det er en trend med økt trening i deler av befolkningen. Treningen kompenserer likevel ikke for stillesitting på skole, jobb, transport og foran skjerm. Stillesitting er økende og bør sees på som et selvstendig atferdsproblem. (Helsedirektoratet, 2014). De samme tendensene ser vi i Tana.

Kommunens nåværende innsats

Den organiserte idretten når ut til og engasjerer en stor del av de yngste barna. Også de sliter med rekruttering, og hvordan få til et felles løft for flere barn til idretten og holde på de unge innen idrett. Det er generelt flere barn og unge som tilfredsstiller anbefalingene for fysisk aktivitet blant de som er medlemmer av idrettslag. Idretten har høyest oppslutning hos barn, og deltagelse i organisert idrett faller med økende alder. Det er et markert frafall i ungdomsårene. Tidlig spesialisering og økt fokus på konkurranser er en medvirkende årsak til frafallet i idretten. En vektlegging av allsidige aktiviteter og gode miljø for barn og unge vil kunne føre til at flere i større grad «finner sin idrett eller aktivitet» og dermed fortsetter med aktivitet lengre.

Kommunen har et prosjekt "Helsevaner i barnehage", som er basert på kostholdskurs til ansatte og foreldre. I tillegg har alle barnehager fått tilbud om 2 timer fysisk aktivitet i uka. Etter tilbakemeldinger fra barnehager så vil det bli søkt om prosjektmidler for 2014/2015. Tilbudet er gruppebasert.

I kommunale regien er det etablert en frisklivssentral som en del av helsetilbudet. De fanger opp de som er i ferd eller har utviklet livsstilsrealterte sykdommer og plager. Tilbudet er både individuelt og gruppebasert.

Ungdomsrådet har ivret for å få til en lavterskel tilbud for unge for eksempel Ungdomszumba, som hadde lav utbredelse. Basistrening for ungdom er et annet tilbud som har tatt seg opp etter hvert og fanger opp de unge. Tilbudet er gruppebasert.

Kommunen har også hatt fysisk aktivitetstilbud til egen ansatte "Dytt.no". Stor oppslutning om tiltaket. Tilbudet er individuelt/gruppebasert.

Det har vært 4 ulike kostholdskurs som har vært åpen for ulike gruppe. Alle kursene har hatt bra oppslutning.

Kokkekampe for barn og unge. Et tilbud som retter seg mot å gi barn og unge kosthold innføringer med sunn og god lokal mat.

Tiltak som bør iverksette
Aktivitetstilbudet til de ulike befolkningsgrupper er prosjektbasert og er uforutsigbare. Folkehelse innsatsen bør også være synlig i kommunens budsjett og økonomiplan.
Det bør også vurderes om 1 time fysisk aktivitet om dagen for alle elevene ved skolene i Tana.

5. Sette de eldres sosiale forhold og levevaner i fokus

Bakgrunn
Staten har som mål å utvikle et samfunn som bidrar til å fremme en aktiv og trygg aldring. Det skal legges til rette for at folk kan stå lenger i arbeidslivet, aldersdiskriminering skal bekjempes og og det skal legges til rette for å fremme eldres deltakelse i samfunnet. Eldre utgjør en økende andel av befolkningen, og har mer ressurser enn før til å møte alderdommen og til å bidra aktivt i lokalsamfunnet. Vi må skape et samfunn som drar nytte av den store ressursen som seniorer og eldre mennesker representerer, og fremme solidaritetsfølelsen mellom generasjonene. Bedre tilgjengelighet til transport, i bomiljø og til møteplasser, og tilrettelegging for kulturelle og frivillige aktiviteter, skal bidra til selvstendighet og deltakelse. Helse- og omsorgstjenestene skal legge mer vekt på forebygging og egenmestring

Pensjonsalderen innebærer endringer på mange plan. Overgangen fra yrkesliv til pensjonisttilværelse gir anledning til å være aktiv og bruke ferdigheter på andre måter. Å bli eldre kan innebære opplevelse av tap, men også gevinster. Statistisk sentralbyrås undersøkelse av livsløp, generasjon og kjønn viser at aktivitetsnivå, opplevelser og sosial omgang reduseres, samtidig som mange eldre gir uttrykk for tilfredshet med livet.

Samfunnsplanlegging og politikkutvikling stiller krav til medvirkningsprosesser. Eldrebefolkningen omfattes også av dette. Statens seniorråd er et rådgivende organ for offentlige myndigheter og institusjoner på nasjonalt nivå. Seniorrådet tar opp forhold som angår seniorers aktivitet og deltakelse i samfunnslivet.

Kommunens nåværende innsats
En faktor som medfører helserisiko er isolasjon/ensomhet. Her har man et meget godt mottiltak i Tana med seniorskyssen ”over dørstokken”. Dette tiltaket bør det settes ressurser for å beholde.

Tiltak som bør iverksette
Frivillig sektor i Deatnu - Tana er stor, men man får ikke utnyttet den. Den er også desentralisert til å omfatte hele kommunen. Eldrerådet har i mer en et år arbeidet med kommunen for å få reetablert en frivlligsentral i kommunen. Dette er avgjørende for å få samkjørt frivillig sektor.

Fysisk aktivitet er minst like viktig for seniorenes helse som for yngre mennesker. Det er beklagelig at treningstilbudet som var vellykket på fysikalsk institutt er strøket av kommunebudsjettet. Velferdsteknologi er noe som er i utvikling. Dette er også et trygghetstilbud.

6. Skape samarbeidsarena mellom de kommunale virksomheter og de frivillige organisasjoner

Bakgrunn:
Det grunnleggende vilkår for et meningsfylt liv er en tilknytning til sosiale fellesskap. Bånd til andre mennesker er en forutsetning både for å bli formet som et sosialt vesen, og for identiteten som

samfunnsmedlem. Deltakelse i sosiale fellesskap er også en viktig forutsetning for å få tillit til andre, og for sosial trygghet.

At folk kommer sammen, arbeider mot et felles mål, møtes i en klubb eller rundt en aktivitet, deler en interesse, deltar i et felles prosjekt, blir ofte sett på som en naturlig del av alt sosialt liv. Det er gjerne ikke det sosiale fellesskapet som blir framhevet, men den aktiviteten som dette produserer. Men selv om frivillige organisasjoner er bygget opp rundt ulike formål, så har de én viktig egenskap felles, nemlig evnen til å bygge og vedlikeholde identitetsskapende fellesskap.

Det kan dreie seg om grupper med religiøse eller humanitære verdier, eller fellesskap der oppslutning om en felles idéplattform samler deltakerne. I organisasjoner som fremmer hobbyer, idrett og kulturaktiviteter, samles folk med felles interesser, og sosial samhørighet oppstår når de realiserer sammenslutningens formål. Også i økonomiske fellesskap der samvirkeformen tas i bruk, oppstår det sosiale bånd mellom deltakerne. Med andre ord å skape fellesskapsfølelse og bolyst i kommunen må være et mål i kommunen.

Kommunens nåværende innsats

Den mest vanlige samarbeidsformen mellom Deanu gielda – Tana kommune og frivillige sektoren er ad hoc og uformelt enkeltsakssamarbeid overfor ulike typer av frivillig innsats. Det frivillige engasjement i forhold til kommunene synes i stor grad å omfatte enkelthendelser som for eksempel Sommer i Tana og vinterfestival.

Tiltak som bør iverksette

Deanu gielda – Tana kommune har begynt på prosessen for etablering av en frivilligsentral. Målet er å inngå partnerskap med lokale lag og forening for drift av frivilligsentral.

Økonomi

Tiltak	2014	2015	2016
Sørge for bedre koordinering, oversikt og samhandling i kommunens folkehelsearbeid	egen drift	Egen drift	egendrift
Fange opp barn og unge som er i ferd med å utvikle overvekt	320 000 (ekstern)	100 000	100 000
Støtte ungdom til å fullføre utdanningsløpet fra grunnskolen til videregående skole	0	20 000	20 000
Bidra til helsefremmende levevaner gjennom fysisk aktivitet og kosthold	200 000 (ekstern)	200 000	200 000
Sette de eldre sosiale forhold og levevaner i fokus	0	50 000	50 000
Skape samarbeidsarena mellom de kommunale virksomheter og de frivillige organisasjoner	0	10 000	10 000
Sum	520 000	380 000	380 000

Deanu gielda - Tana kommune
Utviklingsavdelingen

Adresseliste

Deres ref.:	Vår ref.:	Saksbehandler:	Dato:
	2014/159	Britt Hjørdis Somby-Solaas, tlf.: +4746400274	**09.04.2014**

Høring - Kunnskapsgrunnlaget for folkehelse og folkehelseplan 2014 - 2016

Formannskapet i Tana kommune har i sak 37/2014 gjort følgende vedtak: *Med hjemmel i plan- og bygningslovens § 11-14 sendes forslag til Kunnskapsgrunnlaget for folkehelse 2014 – 2016 og folkehelseplan 2014-2016 ut på høring og legges ut til offentlig ettersyn med høringsfrist* ***9. mai 2014****.*

Vedlagt følger Tana kommunens høringsutkast til Kunnskapsgrunnlaget for folkehelse 2014-2016 og Folkehelseplan 2014-2016.

Folkehelse berører de fleste i Tana, å fremme befolkningens helse er et viktig mål i seg selv. Det skaper mer velferd og livskvalitet for den enkelte. I tillegg er befolkningens helse av samfunnets viktigste ressurser. I det ligger et mål om å skape de positive helsemessige virkninger gjennom et fellesløft mellom kommunen, frivillige organisasjoner og næringslivet i Tana.

Målet med strategidokumentet er å danne et kunnskapsgrunnlag for folkehelseutfordringer som Tana står ovenfor, og et ønske om å arbeide med målrettede tiltak. For å kunne realisere målet med helseendringer så ønsker vi innspill på hvordan lag og foreninger og næringslivet ser på spørsmål som miljø, infrastruktur, anlegg for idrett, friluftsliv og kultur, arbeidslivet, sosiallivet, fysisk aktivitet og/eller andre faktorer som er viktig for å øke trivsel og egen helse blant befolkningen.

Dette er kommunens første utgave av kunnskapsgrunnlag for Tana, og målet er at den skal revideres hvert fjerde år. Dette dokumentet blir utarbeidet for tre år, og vi satser på at de kommende planer følger kommunestyrets struktur.

Kunnskapsdokumentet bygger på føringene som er i folkehelseloven, folkehelseforskriften og andre offentlige dokumenter som har betydning for folkehelsearbeid. Tana kommune har gjort et politisk vedtak om at folkehelse skal fremgå i alle kommunale planer ”helse i alt vi gjør”.
I kunnskapsgrunnlaget for folkehelse og folkehelseplan er oppfølgene problemstillinger belyst:

- Hvilke føringer ligger til grunn for folkehelsearbeid?
- Hvilke påvirkningsfaktorer er viktig?
- Hva er helsetilstanden i Tana kommune?
- Hva gjøres i dag i Tana?
- Hvilke innsatsområder skal prioriteres i 2014-2016? (Folkehelseplan)

Postadresse: Rådhusveien 24, 9845 Tana, E-post: postmottak@tana.kommune.no
Besøksadresse: Rådhusveien 24, www.tana.kommune.no
Telefon: +47 46 40 02 00, Telefaks: 78 92 53 09
Bank: 4910.12.71160, Org.nr.: 943.505.527

Det er opprettet en arbeidsgruppe for folkehelsehelse og bolyst hvor politiker, kommunelege, helsesøster, kommune psykolog, psykisk helse og rus, skole og barnehage, ungdomsklubben, planlegger, landbruk, eldrerådet, ungdomsrådet og idrettsrådet er representert. Noen av representanter har en dobbel rolle i form av ivaretakelse av frivilligsektorens innsatsområder og kunnskap.

Arbeidsgruppen har hatt ansvaret for å få i gang prosessen og utarbeidelse av kunnskapsgrunnlaget for folkehelse i kommunen. Det har vært vanskelig å få fange opp tiltakene som gjøres i den kommunale virksomheten. Arbeidsgruppen har ikke i denne omgangen prioritert den frivillige sektoren og det øvrige næringslivet for innhenting av informasjon om temaer som har betydning for folkehelse. Derimot er det et ønske å få tilbakemeldinger gjennom høring fra frivilligsektor og næringslivet som har betydning for utvikling innen folkehelsearbeidet i Tana.

Folkehelsearbeidet knyttes til planlegging etter plan- og bygningsloven med krav til medvirkning. Det bidrar til å rettsliggjøre medvirkning i folkehelsearbeidet. Folkehelseloven gir kommunen som helhet ansvar for folkehelsearbeidet. Intensjonen er blant annet å bringe folkehelse inn som en integrert del av det lokaldemokratiske arbeidet for en samfunnsutvikling som fremmer helse og velferd i kommunene.

For å ivareta dette på best mulig måte vil det være naturlig å sende utkastet til kunnskapsgrunnlaget for folkehelse 2014-2016 og folkehelseplanen 2014-2016 til høring.

Høringsinnspillene sendes til Tana kommune, Utviklingsavdeling, 9845 Tana eller postmottak@tana.kommune.no innen 9.mai 2014.

Hvis det er ønske om å utdype enkelte punkt i kunnskapsgrunnlaget eller folkehelseplanen så kan Britt Somby-Solaas kontaktes, 46 400 274 eller britt.somby.solaas@tana.kommune.no

Med hilsen

Svein Ottar Helander
Avdelingsleder

Britt Hjørdis Somby-Solaas
Rådgiver/folkehelsekoordinator

Dette dokumentet er godkjent elektronisk og har derfor ikke underskrift.

Saksfremlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Eldrerådet	19/2014	29.04.2014

Den kulturelle spaserstokken 2014

Vedlegg
1 Den kulturelle spaserstokken - retningslinjer

Rådmannens forslag til vedtak

Saken oversendes uten forslag til vedtak.

Saksopplysninger

Finnmark fylkeskommune skriver følgende i brev av 01.04.2014:

"Fra 2014 har fylkeskommunene fått ansvar for forvaltning av midlene til den kulturelle spaserstokken på fast basis. Vedlagt følger et brev til kommunene med informasjon om rutinene for søknad og rapport, samtretningslinjer og søknadsskjema.

Målet for Den kulturelle spaserstokken er å legge til rette for økt samarbeid mellom kultursektoren og omsorgssektoren, slik at det kan utvikles gode kunst- og kulturprosjekter for eldre lokalt innenfor et mangfold av sjangre og uttrykk. Midlene skal hovedsakelig benyttes til profesjonell kunst- og kulturformidling av høy kvalitet, etter modell fra Den kulturelle skolesekken, gjerne i samarbeid med kunst og kulturinstitusjoner, kunstnere og andre kulturaktører på lokalt eller regionalt nivå.

Kommunene i Finnmark inviteres til å søke fylkeskommunen om midler til kulturtiltak for eldre. Frist for innsending av søknad er **1. juni 2014.** For å bli tildelt midler må man ha sendt rapport til Kulturdepartementet innen 1. mai 2014.

Selv om det kommunene som formelt skal stå som søker på midlene, må dere inngå et samarbeid med tilbydere som har et godt kunst- eller kulturtilbud til eldre. Det er en rekke aktører som tilbyr prosjektet direkte til fylkeskommunen, men vi har pr i dag ikke et apparat som kan håndtere dette. Vi kan videreformidle slik informasjon til kommunene. Vi ber om informasjon om kontaktpersoner i hver

kommune”.

Eldrerådet drøfter innholdet i de nye retningslinjene som følger saken som vedlegg.

Vurdering

Den kulturelle spaserstokken – retningslinjer for tildeling

Den kulturelle spaserstokken er en tilskuddsordning for kommunesektoren øremerket kultur for eldre. Midlene skal hovedsakelig benyttes til profesjonell kunst- og kulturformidling av høy kvalitet.

Retningslinjer for tilskuddet:

- Gjennom tildelingene skal eldre få et kulturtilbud som holder høy, profesjonell kulturfaglig kvalitet.

- Tilskuddet kan ikke brukes til investeringer/utstyr, administrasjon, planlegging eller kompetanseheving.

- Arbeidet må være forankret i kommunens planer for og organisering av innsatsen overfor eldre i kommunen

- Midlene kan benyttes til gjennomføring av nye og/eller utvidelse av eksisterende tilbud overfor eldre.

- Tilskuddet må ikke komme til erstatning for kommunale tilskudd til eksisterende eller planlagte satsinger eller tiltak som allerede er sikret finansiering.

- Det er en forutsetning for det tildelte tilskuddet at alle innehavere av ledsagerbevis for funksjonshemmede som kjøper billett til ordinær pris til et arrangement, gis rett til gratis eller rabattert billett for sin ledsager.

- Sluttrapport om tiltakene som gjennomføres med midler fra Den kulturelle spaserstokken sendes til Finnmark fylkeskommune innen 1. mai 2015, sammen med eventuell søknad om midler fra Den kulturelle spaserstokken for 2015. Ny søknad, uten vedlagt rapport fra tidligere tildeling vurderes ikke.

Rapport for bruk i 2013 av midler tildelt fra Den kulturelle spaserstokken i 2012 skal sendes Kulturdepartementet postmottak@kud.dep.no innen 1. mai 2014 med kopi til fylkeskommunen.

Fristen for å søke om midler er satt til **1. juni 2014.** Mottatt søknad uten kopi av rapport over eventuelt tidligere tildelte midler, vil bli avvist.

Det skal benyttes elektronisk søknadsskjema som finnes på Finnmark fylkeskommune sine nettsider, www.ffk.no . Søknaden kan sendes til postmottak@ffk.no eller Finnmark fylkeskommune, kultur- og folkehelseseksjonen, fylkeshuset, 9815 Vadsø.

Saksfremlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Eldrerådet	20/2014	29.04.2014

Avviksmeldinger i eldreomsorgen

Vedlegg
1 avvikslogg 1.7.-31.12.13 PLO
2 Forespørsel av 090414 vedrørende avviksmeldinger

Rådmannens forslag til vedtak

Saksopplysninger

Eldrerådet behandlet saken første gang i januar 2014, og da ble det fattet vedtak om at administrasjonen vil legg frem avviksmeldinger to ganger pr. år.

Avvikslogg for perioden 01.07.13 – 31.12.13 legges frem i dette møtet.

Votering

Vurdering

Avvikslogg, pasientrelaterte avvik / uønskede hendelser i institusjoner innen pleie og omsorg for perioden 1.7..- 31.12.13

SYKEAVDELING

avvik :	kort beskrivelse	antall hendelser
svikt i rutiner	pas. Ikke fått tilbud om fysioterapi	1
svikt i rutiner	smitteregime ikke fulgt opp	1
svikt i rutiner	lab.svarer ikke fulgt opp	1
svikt i rutiner	feilmedisinering	6

uønskede hendelser :		
mye å gjøre	personal hadde ikke tid å avvikle matpauser	1
mye å gjøre	forsinkelser i rutiner med mat, stell, medisinering	1
fall	forskjellige type av fall av pasienter	5
vold mot personal / medpasient		2
pasient forlater avdelingen	trillet ut med rullestol	1

uønskede hendelser etter 11.10. 2013 (pga instramminger av vikarleie)		
lite personal	forsinkelser i pleie, stell, forfallende arbeid	19
lite personal	alle pasienter ikke kommet opp av senga	19
lite personal	personal hadde ikke tid å avvikle matpauser	4
lite personal	fikk ikke tak vikar	12

POLMAK SYKEHJEM

AVVIK:	KORT BESKRIVELSE	ANTALL HENDELSER
svikt i rutiner	manglende brannlaken i to senger	1
svikt i rutiner	beboer låste seg inne på et bad	1
vold mot pleiere	slag og spark, spytting	3
urolige brukere	for få ansatte til å avverge uheldige episoder	3
ikke tid til spisepauser	for få ansatte på jobb	2

uønskede hendelser etter manglende inntak av vikarer pga av innstramminger 7/10 – 31.10.13		
lite personale og aggressive beboere	vold mot pleiere og andre beboere (1)	17
lite personale	fall	2
lite personale	dårlig pleiekvalitet	1

uønskede hendelser 1.11-31.12

aggressive beboere	vold mot pleiere	11
lite personale	fall	6
lite personale	uverdige oppståtte situasjoner i fellesrom	2

AUSTERTANA ELDRESENTER

AVVIK	KORT BESKRIVELSE	ANTALL HENDELSER
lite personale	fall	2
lite personale	beboere gått ut av huset, måtte letes etter	4
lite personale	vold mot pleiere	1

HJEMMESYKEPLEIE

AVVIK	KORT BESKRIVELSE	ANTALL HENDELSER
svikt i rutiner	bruker ikke har fått sine medisiner	6
svikt i rutiner	feilmedisinering	2
svikt i rutiner	tiltaksplan/ pleieplan ikke fulgt opp	5

Til orientering

Per dags dato er det ikke dukket opp avvik om vold mot pleiere / andre brukere i Tana omsorgsboliger.

Avvikene om vold mot pleiere i Polmak, fortsetter i hele januar og ut mars 2014 med, ca 10 stk. Fall er det 21 ca, to av dem er det pleieren som faller, pga glatt gulv forårsaket av urin på gulvet.

Tana, 22.4.2014

Anu Saari

Kommunalsjef for helse og omsorg

Nasjonalforeningen for folkehelsen
Tana demensforening

09.04.14

Til Tana eldreråd

Rådhuset

9845 Tana

Praksis når det gjelder bruk av tvang/ avviksmeldinger som gjelder demente i egen bolig, sammenlignet med demente i institusjon

Nasjonalforeningen Tana demensforening ber Tana eldreråd finne ut hvordan dette praktiseres og om det praktiseres likt i egen bolig og i institusjon. Vi er klar over at det ikke finns andre institusjonsplasser i Tana enn dem som er på sykeavdelingen, Tana helsesenter nå.

Alt annet er folks egne bopel.

Svar imøteses.

Nasjonalforeningen Tana demensforening

.....

Erna Fjelldahl, leder

PS 21/2014 Referatsaker/Orienteringer

RS 3/2014 Morgendagens aktivitetssenter