



Sør-Aurdal kommune
– først i Valdres

Vedtatt i Formannskapet 24.09.2019

Vedtatt i Kommunestyret 07.11.2019

FOLKEHELSEOVERSIKT 2019



Bjødalskampen. Foto: Karsten Øyhus

UTARBEIDET AV

Kommunalsjef Plan- og Teknisk avdeling Hans Solbrekken Ruud

Kommunalsjef Oppvekst og Kultur Inger Randi Islandsmoen Kleven

Kommunalsjef Helse og Omsorg Laila Nereng

Kommunestyrerepresentanter Emmy Bakkom og Marianne Sand Hansen

Folkehelsekoordinator Mirian Øyhus Mikkelsgård

INNHOOLD

| | |
|---|-----------|
| 1. SAMMENDRAG OG FOLKEHELSEOVERSIKTENS HOVEDBUDSKAP | s. 2 |
| 2. INNLEDNING | s. 3 |
| 2.1. BAKGRUNN | s. 3 |
| 2.2. SØR-AURDAL KOMMUNE OG FOLKEHELSEPOLITIKK | s. 4 |
| 2.3. OM FOLKEHELSEOVERSIKTSDOKUMENTET | s. 4 |
| 2.4. KOMMENTARER TIL FOLKEHELSEOVERSIKTEN | s. 5 |
| 3. FOLKEHELSEOVERSIKTEN 6 TEMA | s. 6 |
| 3.1. TEMA A: BEFOLKNINGSSAMMENSETNING | s. 6 |
| 3.2. TEMA B: OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD | s. 7 |
| 3.3. TEMA C: FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ | s. 8 |
| 3.4. TEMA D: SKADER OG ULYKKER | s. 9 |
| 3.5. TEMA E: HELSERELATERT ATFERD | s. 10 |
| 3.6. TEMA F: HELSETILSTAND | s. 11 |
| REFERANSER | s. 12 |
| STATISTIKKDOKUMENT, vedlegg til Folkehelseoversikten for Sør-Aurdal | s 14 – 79 |

Nystøltinden. Foto: Karsten Øyhus



Sør-Aurdal kommune sitt hovedmål sett i fra et folkehelseperspektiv er at innbyggerne skal leve **Gode liv i et trygt samfunn** [Meld.St. 19 \(2018 - 2019\)](#). Sør-Aurdal kommune har innbyggere som rapporterer om høy trivsel og lang botid. Tilgjengelighet til natur og friluftsliv som gir muligheter for aktiviteter og rekreasjon, blir trukket frem som faktorer som påvirker folkehelsen positivt. Sør-Aurdal har rent drikkevann og ren luft. Oppvekstvilkårene blir beskrevet som trygge.

Data fra Folkehelseinstituttet, Oppland fylkeskommune og lokale undersøkelser peker ut noen folkehelseutfordringer for Sør-Aurdal kommune. Av disse er tre trukket frem i dette sammendraget og benevnes som folkehelseoversiktens hovedbudskap.

Sør-Aurdal kommune sin folkehelsepolitikk vil styre det arbeidet som bør ligge til grunn for å kunne påvirke folkehelseutfordringene som kommunen står overfor.

Hovedutfordringer:

1: BEFOLKNINGSNEDGANG

Sør-Aurdal kommune har historisk hatt større nedgang i befolkningen enn det som av statistisk sentralbyrå (SSB) har blitt fremskrevet med lav vekst i befolkningen. Andelen personer 75 år og eldre er høyere enn i landet ellers og vil øke. Andelen personer i arbeidsfør alder vil gå ned. Andelen barn mellom 0-15 år er fremskrevet å synke ytterligere. Det vil være viktig å planlegge for en nedgang i befolkningen og endring i befolkningssammensetning, og prioritere på en slik måte at innbyggere fremdeles vil ha mulighet til å leve gode liv i trygge samfunn, tross denne nedgangen.

2: UTDANNINGSNIVÅ, SOSIAL ULIKHET I HELSE

Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. I Sør-Aurdal viser statistikken at en tydelig høyere andel innbyggere har grunnskole som høyeste utdanningsnivå sammenlignet med landet forøvrig, og andelen er økende. Det vil være viktig for Sør-Aurdal å planlegge slik at alle barn og unge som vokser opp trives, mestrer og ønsker å fullføre utdanning utover grunnskole. På den måten gis barn og unge sterkere kort i livet i et folkehelseperspektiv og slik kan kommunen bidra til å redusere sosial ulikhet i helse.

3: HELSETILSTAND I BEFOLKNINGEN

Helsetilstanden i befolkningen statistisk sett, hva gjelder livsstilsrelaterte plager, kommer dårligere ut enn resten av landet, regionen Valdres og Oppland. Det vil være viktig for kommunen i evaluering, planlegging og gjennomføring av tiltak å kunne dreie fra kompensierende tjenester til tjenester som styrker den enkelte i eget liv. Forebyggende og holdningsskapende arbeid vil være en viktig folkehelseoppgave i alle tjenester og sektorer, og slik også bidra til å redusere sosial ulikhet i helse.

2 INNLEDNING

2.1 BAKGRUNN

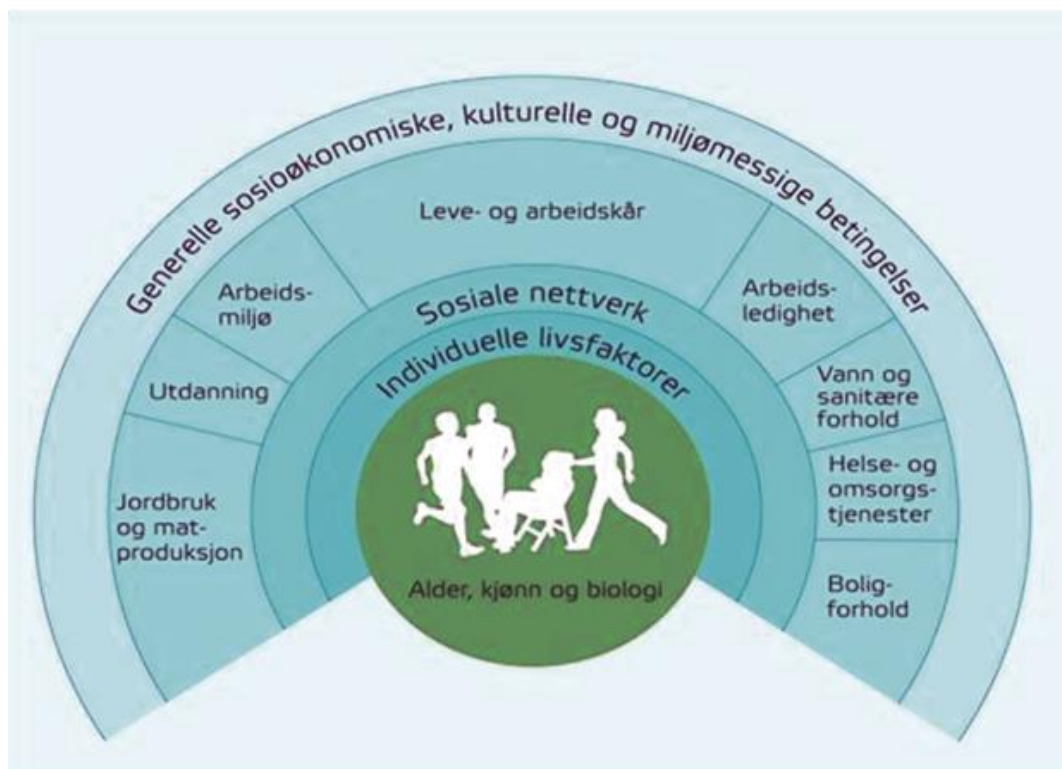
Folkehelseloven ble gjort gjeldende fra 2012. Kommunene i Norge skal ha en skriftlig oversikt som identifiserer folkehelseutfordringene i kommunen og vurdere årsaker og konsekvenser. Plikten til å ha denne oversikten er forankret i folkehelseloven med forskrift. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år. Dette dokumentet skal ligge til grunn for beslutninger i folkehelsearbeidet som skal utøves «fra dag til dag» og for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Dokumentet skal foreligge når kommunestyret starter arbeidet med planstrategien og danne grunnlag for fastsettelse av mål og strategier.

Figuren under viser at sosiale ulikheter påvirkes av mange ulike faktorer [Meld. St. 34 \(2012 - 2013\)](#). Hver av ringene viser lag av faktorer som påvirker helse. Disse kommer i tillegg til de biologiske og genetiske egenskapene hvert menneske har.

Folkehelseloven §3

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

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



Figur 2.1:

Withehead og Dahlgren

2.2 SØR-AURDAL KOMMUNE OG FOLKEHELSEPOLITIKK

Helse-begrepet i folkehelse kan forlede oss til å tenke at folkehelsearbeid handler om forebygging av sykdom. Folkehelsearbeidet er alt det gode arbeidet som gjøres for å bedre trivselen, livskvaliteten, mestringsevnen og tryggheten til våre innbyggere – det er **det store folkehelsearbeidet**.

I følge lege og professor i sosialmedisin, Per Fugelli, er helse *det som trengs for å gjøre livet verdt å leve*. Sentralt i dette står tilhørighet, likeverd og det å finne mening i det en gjør, i arbeid og i fritid. Helsetjenestens bidrag er viktig men kan defineres som **det lille folkehelsearbeidet** vurdert ut fra effekt på befolkningsnivå.

«Helse er det som trengs for å gjøre livet verdt å leve»

Per Fugelli,
Lege og professor i sosialmedisin

2.3 OM DETTE OVERSIKTSDOKUMENTET

Målgruppen for folkehelseoversikten er kommunens administrative og politiske ledelse. Dokumentet skal inngå i grunnlaget for prioriteringer og politiske beslutninger. Frivillige lag og foreninger og samfunnet i Sør-Aurdal for øvrig vil også ha nytte av folkehelseoversikten.

Folkehelseoversikten bygger på dokumenter og informasjon fra Oppland fylkeskommune, [Folkehelse- og levkår i Oppland - Resultater fra folkehelseundersøkelsen 2018](#), Folkehelseinstituttet [Kommunehelse statistikkbank](#), [Statistisk sentralbyrå SSB](#), [Ungdataundersøkelse 2016](#), [Utdanningsdirektoratet, elevundersøkelsen](#), og annen offentlig tilgjengelig statistikk. Vedlagt folkehelseoversikten er et statistikkdokument som gir en oversikt over relevant statistikk, strukturert etter tema som anbefalt i [Forskrift om oversikt over folkehelsen](#) §3. Dette Folkehelseoversiktsdokumentet er i kapittel 3 delt inn i de samme seks temaene som statistikkdokumentet. Fakta som dette oversiktsdokumentet baseres på finnes igjen i statistikkdokumentet. Andre kilder enn statistikkdokumentet vil bli oppgitt med referanser.

Forskrift om oversikt over folkehelsen

§ 3. Krav til oversiktens innhold

Oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av:

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

2.4 KOMMENTAR TIL FOLKEHELSEOVERSIKTEN

I Norge er det tv erpolitisk enighet om at eksistensen av sosial ulikhet i helse er en kilde til bekymring. Siden 2007 har vi hatt en nasjonal strategi for å redusere sosial ulikhet i helse. I tråd med folkehelseloven skal vi være opptatt av hvordan helsen fordeler seg i befolkningen og hva som skaper eller opprettholder **sosiale helseforskjeller**. Se figur 2.1 side 3 for faktorer som påvirker sosial likhet/ ulikeht i helse.



6 TEMA: De seks temaene som oversikten deles inn i, i kapitel 3, påvirker hverandre. Temaene fremstilles i egne avsnitt, organisert som anbefalt i [Forskrift om oversikt over folkehelsen § 3](#).

Folkehelseoversikten sitt hovedbudskap samlet presenteres i kapitel 1 [Folkehelseoversiktens HOVEDBUDSKAP](#)

Kapitel 3, 3.1 – 3.6, side 7 – 12: presenterer de seks ulike temaene side for side.

FAKTA

Befolkningsnedgang på 12% siden 2000. Nedgangen er fremskrevet å fortsette. Har historisk vært lavere enn SSB har fremskrevet etterlav vekst.

Ant. innbyggere 1.1.2019: 2981

Andelen eldre over 75 år er høyere enn landsgj.snittet og vil fortsette å øke. Antall barn i alder 0-15 år har i perioden 2010 – 1.1.2019 sunket fra 610 til 488 barn, og fremskrives å synke ytterligere. Andelen personer i arbeidsfør alder fremskrives å fortsette å synke.

Hovedårsaken til nedgang i innbyggertall ser ut til å være at det er flere som dør enn som blir født i Sør-Aurdal.

Antall personer med innvandrers bakgrunn øker.

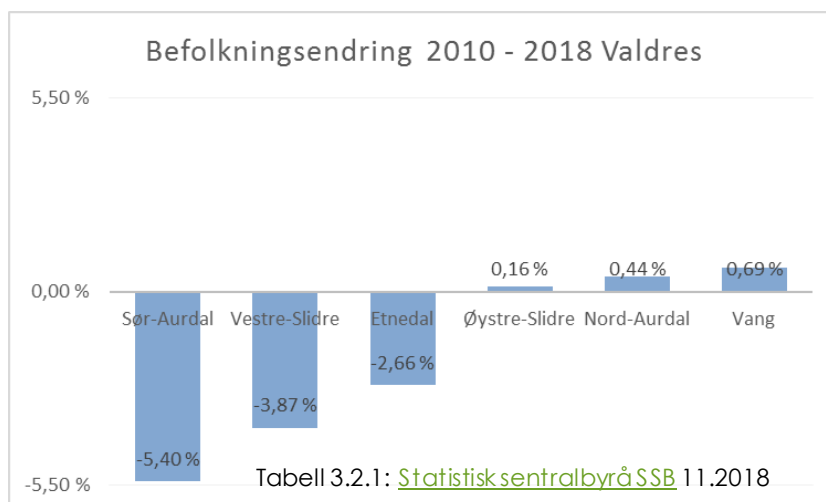
Innbyggere trives og har lang botid i kommunen.

3 FOLKEHELSEOVERSIKTENS 6 TEMA

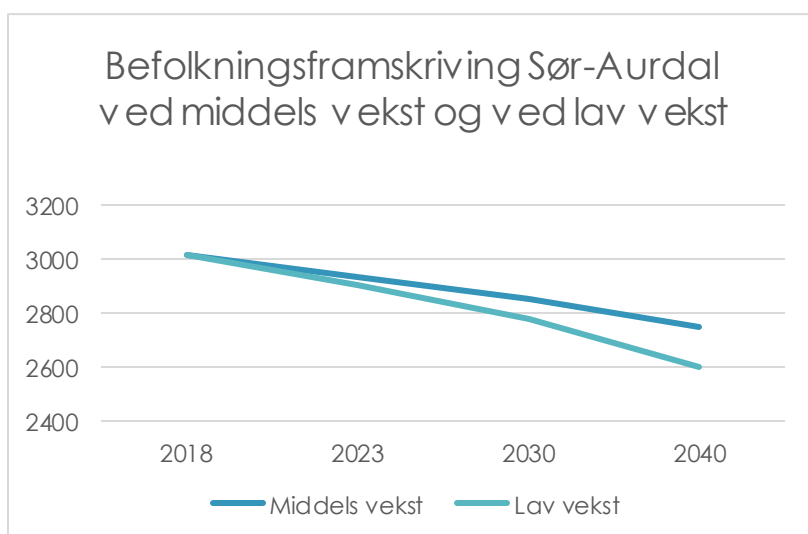
3.1 TEMA A: BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

Innbyggere i Sør-Aurdal rapporterer i [Folkehelseundersøkelsen i Oppland 2018](#) (FHU Oppland 2018) at de trives i kommunen og har lang botid. Stabile nabolag påvirker trivsel, trygghet og den generelle helsen.

Sør-Aurdal har historisk hatt den høyeste nedgangen i antall innbyggere i Valdres, og det har historisk vært en raskere nedgang enn det som har blitt fremskrevet ved det som SSB beskriver som lav vekst. Det vil være viktig å planlegge for en nedgang i befolkningen og endring i befolkningssammensetning, og prioritere på en slik måte at innbyggere fremdeles vil ha mulighet til å leve gode liv i trygge samfunn, tross denne nedgangen.



Andelen eldre i befolkningen vil øke. Det vil for de eldre og for befolkningen for øvrig være et viktig fokus at alle skal kunne utnytte sine ressurser, kunne ha meningsfulle aktiviteter å fylle hverdagen med, og slik kunne leve sine liv så selvstendig og friskt som mulig. [Meld. St. 15 Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre](#)



Det vil være viktig for kommunen å ivareta det enkelte barns oppvekstvilkår med god kvalitet i alle ledd tross reduksjon i antall barn. Gode oppvekstvilkår gir et grunnlag for god helse [Meld. St. 19 \(2018 - 2019\)](#). Kommunen bør jobbe målbevisst for at personer med innvandrerbakgrunn raskt og godt blir integrert i samfunnet, får mulighet til å utnytte sitt potensiale og slik blir boende i kommunen.

Tabell 3.2.2: [Statistisk sentralbyrå SSB \(6.5.2019\)](#)

FAKTA

I Valdres trives 85% av befolkningen godt eller svært godt med å bo i sin kommune. Høyere enn landet for øvrig. Største indikatoren rapportert for å flytte er mangel på relevant og interessant arbeid. [FHU Oppland 2018](#)

Det er en høy andel personer i Valdres som ønsker seg leiligheter som bolig som ikke har dette. Flere rapporterer at de ønsker mer nærhet til service-, tjenestetilbud og sosiale møteplasser. [FHU Oppland 2018](#)

Andelen personer mellom 0-17 år som bor i lavinntekshusholdninger i Sør-Aurdal var i 2017 tett oppunder 10% som er noe høyere enn landsgjennomsnittet.

Etter regionen Lillehammer er Valdres med 14% den regionen i Oppland flest rapporterer at de ikke klarer de fem indikatorene om barn/ ungdom. [FHU Oppland 2018](#)

Arbeidsledigheten i Sør-Aurdal har vært lavere enn landet for øvrig. Sykefravær andelen har vært noe høyere. Mottakere av varig uføretrygd har vært og er høyest i Valdres, og økende. For personer i alderen 18 – 44 år har 4,9% varig uførepensjon, sammenlignet med landet på 2,7% i gj.snitt i perioden 2015 – 2017. (Graden av uførepensjon varierer)

I Sør-Aurdal har 26% i alderen 30-39 år grunnskole som høyeste utdanning og økende. Gj.snitt i landet er på 19%.

I Sør-Aurdal har 29% i alderen 30-39 år universitet eller høyskole som høyeste utdanning. Lavest i Valdres. Gj.snitt i landet er 48%.

Frafall fra videregående skole er økende i Sør-Aurdal.

3.2 TEMA B: OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFOHOLD

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid, sier folkehelseinstituttet. Gruppen uføretrygdete er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. I Sør-Aurdal er det sammenlignet med resten av landet en stor andel personer som faller utenfor arbeid og skole.

Det er ikke nok lokal kunnskap i Sør-Aurdal om hva årsaken er til høy sykefraværspersent og høy andel personer med varig uførepensjon. Det vil være en viktig prioritering å jobbe for at innbyggerne i Sør-Aurdal holder seg arbeidsføre, og at andelen sysselsatte kan økes ytterligere. Det er viktig at personer som ikke har lønnet arbeid har meningsfull aktivitet som kan gi mestring. Å oppleve mestring, og kjenne at en er betydningsfull = god helse.

Det blir sett en systematisk sammenheng mellom utdanningsnivå, helseatferd og helsetilstand i befolkningen (gradientutfordringen). Folk med lavere utdanning har statistisk sett en høyere risiko for å ha en mer helseskadelig livsstil og få livsstilsrelaterte sykdommer og lidelser enn de med noe høyere utdanningsnivå. I Sør-Aurdal viser statistikken at en større andel enn landet ellers har grunnskole som høyeste utdanningsnivå. Det å jobbe for at barn og unge får utvikle sitt potensiale i et helseperspektiv også gjennom relevant praktisk og/eller teoretisk utdanning på riktig nivå, vil kunne gi gode forutsetninger for at barn som vokser opp her skal leve resten av livet med god helse. En meningsfull hverdag - hele livet.

Sør-Aurdal bør ha fokus på å formidle hvilke type arbeidskraft det er behov for i kommunen, for å gi barn og unge anledning til å velge utdanning som kan føre til relevant og interessant arbeid i Sør-Aurdal.

Fokus på et godt samarbeid mellom det offentlige og frivilligheten vil være viktig for å imøtekomme utfordringer som kan komme i en høyere andel eldre og færre i arbeidsfør alder. Det vil være potensiale her for å videreutvikle sysselsetting av personer som ikke har lønnet arbeid i meningsfull aktivitet som igjen vil være viktig for bedre helse. Være seg personer som er i pensjonist tilværelse eller personer som av ulike årsaker har havnet utenom ordinært arbeidsliv. Personer som holder seg friske, i engasjement i samfunnsnyttige gjøremål er en viktig ressurs både for seg selv og andre. Flere personer i Valdres i 2018 enn i 2014 ønsker seg leilighet som bolig, men har ikke

det. Det vil være viktig i videre planlegging og tilrettelegging av boliger at det tas hensyn til hva innbyggerne ønsker både i type bolig og nærhet til service-, tjenestetilbud og sosiale møteplasser [Meld. St. 15 Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre.](#)

5 indikatorer om barn og ungdom:

- Har sitt eget rom.
- Kan ta med venner hjem.
- Får delta i og selv ha bursdagsfeiring.
- Kan delta på fritidsaktiviteter.
- Har utstyr til å delta på fritidsaktiviteter.

[FHU Oppland 2018](#)

FAKTA

90% av innbyggerne i Oppland trekker frem natur og friluftsliv som viktige eller svært viktige kvaliteter når de velger å bo i Oppland. Deretter er barns oppvekstmiljø, klima, lite støy, type bebyggelse, lite innsyn viktig eller svært viktig. I Valdres rapporterer de eldste innbyggerne med funksjonsnedsettelse størst utfordring med: «i og rundt egen bolig» (7,3%), «tilgjengelighet i offentlige bygg» (6%), og «å kunne se å lese informasjon fra offentlig tjeneste i sin kommune» (3,6%). [FHU Oppland 2018](#).

I Sør-Aurdal har det i 2015 – 2018 vært tilfredsstillende prøveresultater på kommunalt vannverk. 828 personer er tilknyttet dette.

I følge elevundersøkelse i 7. trinn har trivsel i skolene i Sør-Aurdal sunket noe fra 2009 – 2018. 5 års glidende gjennomsnitt fra 2013 – 2018 viser at 85% trives i skolene. Sammenlignet med landet på 92%. I gj.snitt i den angitte perioden har Sør-Aurdal lavere andel ungdommer på 10.trinn som opplever mobbing, enn landet for øvrig.

Det er flere personer i Valdres enn i de andre regionene i Oppland som opplever ensomhet med 32%. Ni av ti rapporterer at de har noen som kan hjelpe når de trenger det. 71% i Valdres føler et fellesskap med de som bor i nærområdet, Det er høyest i Oppland. 4% rapporterer at de blir diskriminert eller trakassert pga sin bakgrunn, hudfarge, seksuelle legning, religion eller andre forhold i Valdres. [FHU Oppland 2018](#)

3.3 TEMA C: FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MIJØ

Mulighetene som ligger i natur og friluftsliv, er kvaliteter innbyggerne trekker frem som viktige for å bo her, og bør vektlegges, videreutvikles og synliggjøres. Oppvekstmiljø trekkes frem som en viktig indikator for å bli boende. Det blir jobbet målrettet og bevisst med trivsel og mobbeforebyggende arbeid i skolene i Sør-Aurdal. Det vil være viktig å ha trykk på dette videre for å legge til rette for mestring, som igjen øker sjansen for å fullføre utdanning utover grunnskole. Forskning sier at trivsel bidrar til økt sjanse for mestring, mestring gir økt sjanse for å fullføre utdanning, høyere utdanning gir grunnlag for bedre helse. For å gi barn i Sør-Aurdal mulighet for å få med seg noen sterkere kort ut i livet i et helseperspektiv så vil det være avgjørende at gode oppvekstvilkår, kvalitet i alle ledd og trivsel i skolen oppleves av alle som vokser opp i Sør-Aurdal. Skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter. [FHI folkehelse rapporten: Barn og unges helse: oppvekst og levekår, 2018. FHI: Å satse på ungdom gir dobbel folkehelsegevinst. 2018.](#)

Arbeid med trivsel blant ungdom vil være en viktig prioritet i et samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor. Sosiale møtearenaer og mulighet for delta vil være viktig å ha fokus på.

Ensomhet og mangel på sosial støtte forringer livskvaliteten, påvirker menneskers mestringsressurser og medfører risiko for dårligere helse. Vi kan derfor se på dette som utfordringer av spesiell interesse i folkehelsearbeidet. Det vil være viktig at det legges til rette for sosiale møteplasser og deltagelse for alle aldersgrupper, med spesiell fokus på utsatte grupper som kan være de utenom arbeidslivet, personer med ulike funksjonsnedsettelse o.l.



Sør-Aurdal ble i 2018 godkjent som trafiksikker kommune. [Link: trafiksikkerhetsplan 2018 - 2021](#)

Antall sykehusinnleggelser etter skader og ulykker samlet pr tusen er i perioden 2015-2017 glidende gj.snitt på 11,8. Det er lavere enn landet med 13,7 og Oppland med 13,9.

Antall personer med hoftebrudd har gått noe opp i Sør-Aurdal men er fremdeles lavere enn gj.snitt for landet og i Oppland.



3.4 TEMA D: SKADER OG ULYKKER

Det er viktig å følge opp det gode arbeidet med trafiksikkerhet i kommunen. Følge opp og jobbe forebyggende i alle ledd både med holdninger og fysiske tiltak, slik at ulykker og skader unngås.

Det er viktig at en jobber forebyggende i holdningsskapende arbeid i ulike tjenester, i fysiske tiltak som trening og tilrettelegging både i hjemmet og i det offentlige rom. For at personer skal kunne leve gode liv i et trygt samfunn trengs den forebyggende handlekraften i alle ledd og tjenester.

Tilrettelegging av trygg ferdsel for både myke og harde trafikanter vil ha forebyggende effekt i å hindre ulykker, men også en forebyggende effekt i mulighet for å bruke kroppen i transport fremfor motoriserte fremkomstmiddel. Det vil være bra for kropp og miljø. Det er viktig at innbyggere gis mulighet for utfoldelse for å lære og erfare, bygge mestring, gode opplevelser og helse. Det er viktig at



Holdningsskapende arbeid.

Foto: M.Ø.Mikkelsgård

innbyggerne i dette har med seg holdninger som styrker den enkelte i å gjøre gode valg og vurderinger i egne handlinger slik at den enkelte innbygger helse kan styrkes, hos folk i alle aldre. Tidlig erfaring med muligheter og umuligheter i det små vil ha små konsekvenser. Å bli skjermet i det små uten mulighet til å erfare og lykkes eller mislykkes, vil gi desto større konsekvenser seinere. En bør ikke avskjerm liten eller stor fra potensielle skader og ulykker, men styrke det enkelte individ i vurdering av eget potensiale, muligheter og evt risiko.



Fysiske tiltak.

Foto M.Ø.Mikkelsgård

Innbyggere må ikke skjermes i så stor grad fra farer at det medfører en begrensning som igjen fører til en uhensiktsmessig helseatferd eller redusert livskvalitet. I et folkhelseperspektiv vil konsekvensene av redusert livskvalitet eller uhensiktsmessig helseatferd være en større fare, enn den i mange tilfeller lille risikoen man med skjerming prøver å unngå. Eksempel kan være å unngå skade i trafikken ved alltid å transporteres med bil, selv over korte strekninger, versus helsegevinsten, trafikkopplæring, og den gode helsevanen en oppretter ved å gå.



Snømaking og grusing.

Foto: fra Internett

FAKTA

33% i regionen Valdres, lavest i Oppland svarer at de månedlig eller oftere besøker idrettsarrangement, museum/kunstutstillinger, konsert, teater, kino. Valdres skårer lavest på besøk i bibliotek, kafe og andre sosiale møteplasser. I Valdres svarer 26% at de deltar i organisasjonsvirksomhet, og 5% i politisk aktivitet. De to sistnevnte er høyest i Valdres. [FHU Oppland 2018](#)

Det finnes ikke oppdatert statistikk på tid brukt til ulike medier, deriblant skjerm.

32% av respondentene i [FHU Oppland 2018](#) tilfredsstill kravene til fysisk aktivitet. Det er en økning siden 2014.

I Oppland har andelen personer i kategorien fedme (KMI) økt fra 15% 2014 til 17% i 2018. I Valdres rapporterer 62% at de er i enten overvekt eller fedmekategorien. [FHU Oppland 2018](#) viser at det er en høyere andel menn enn kvinner som er overvektige, at personer med høy utdanning og høyest inntekt har lavest andel overvektige.

Andelen personer som røyker er som i landet ellers på vei ned, mens andelen som snuser er på vei opp.

Andelen ungdommer som har vært beruset med alkohol går ned i Sør-Aurdal. Andelen som har forsøkt hasj/marihuana/cannabis er ikke tilgjengelig i tall for Sør-Aurdal. Nasjonalt er tallet økende. Andre narkotiske stoffer finner vi ikke tall for. [Ungdatundersøkelse 2016](#)

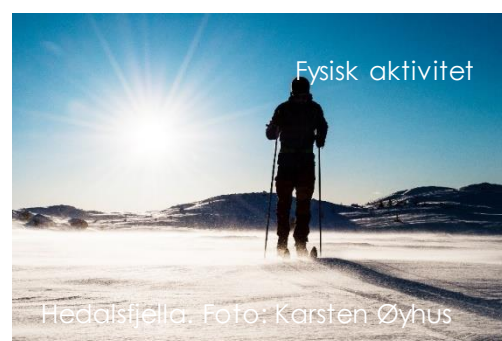
3.5 TEMA E: HELSERELATERT ATFERD

God helserelatert atferd påvirkes av hvordan folkehelseindikatorene i kap 3.1 – 3.4 er ivaretatt.

Frivillighet er viktig som folkehelseressurs, og kan knyttes til blant annet livskvalitet, psykisk helse, friluftsliv og idrett, trivsel og aktivitet i nærmiljøene. Mennesker som deltar i frivillig arbeid ser ut til å ha bedre tilfredshet med livet og bedre mestingsfølelse enn de som ikke deltar. [Helsedirektoratet: Samfunnsutvikling for god folkehelse - Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge, 2014.](#) Det bør opprettholdes et bevisst forhold til betydningen av frivillig engasjement, både i deltagelse og arbeid. Å delta i kulturaktiviteter er helsebringende. Enten du er korpsmusikant, spiller i rockeband, er ivrig kulturfestivaldeltager eller rett og slett fotballsupporter, så er den kulturaktiviteten du bedriver, helsebringende. [NTNU: Bedre helse med kultur, 2011.](#)

Tid brukt på skjermaktivitet påvirker folks helse. For mye frarøver personer tid i bevegelse. Offentlige tjenester som har med barn og unge særskilt å gjøre må holde seg oppdatert på og formidle kunnskap som har kommet, og vil komme omkring påvirkningsfaktorer knyttet til skjermbruk. [WHO: Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep under 5 years of age, 2019](#)

Helsedirektoratet har egne anbefalinger for fysisk aktivitet og ernæring. Tjenesteapparatet må holde seg oppdatert på og formidle anbefalinger. Det er viktig med et samarbeid mellom ulike tjenester for å kunne påvirke barn og unge gjennom barnehage og skole, foreldre gjennom helsestasjonen, voksne



gjennom Frisklivssentralen osv. Ved å holde seg oppdatert og samarbeide vil en kunne bidra til at innbyggere i Sør-Aurdal har enda bedre mulighet til å ta informerte valg for egen helse.

FAKTA

I Oppland vurderer 73% sin helse som god eller meget god sammenlignet med landet ellers på 79%. I Valdres er andelen 71% [FHU Oppland 2018](#).

Innbyggerne i Sør-Aurdal tar ut tydelig mer medikamenter mot diabetes enn de andre Valdreskommunene og landet ellers. Andelen er som ellers i landet økende bruk av disse type medikamenter.

Andelen i Sør-Aurdal som bruker midler mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterolsenkende midler) synker men er fremdeles høyest i Valdres og tydelig høyere enn landet. Antallet personer i Sør-Aurdal som er i kontakt med primærhelsetjenesten for hjerte- og karsykdommer er økende og høyest i Valdres og høyere enn landet. Antallet i Sør-Aurdal som bruker kolesterolsenkende midler er ganske likt siste år og høyere enn landet. Antallet personer i Sør-Aurdal som blir lagt inn på sykehus pga hjerte-karsykdommer er lavest i Valdres og tydelig lavere enn landet. Dødeligheten pga hjerte- og karsykdommer er høy særlig blant kvinner, men også blant menn i Sør-Aurdal. Dødeligheten er synkende, men er i Sør-Aurdal høyest i Valdres og tydelig høyere enn landet.

Medikamentbruk mot smerter og psykiske lidelser er har vært og er høyere i Sør-Aurdal enn Oppland og høyere enn landsgjennomsnittet.

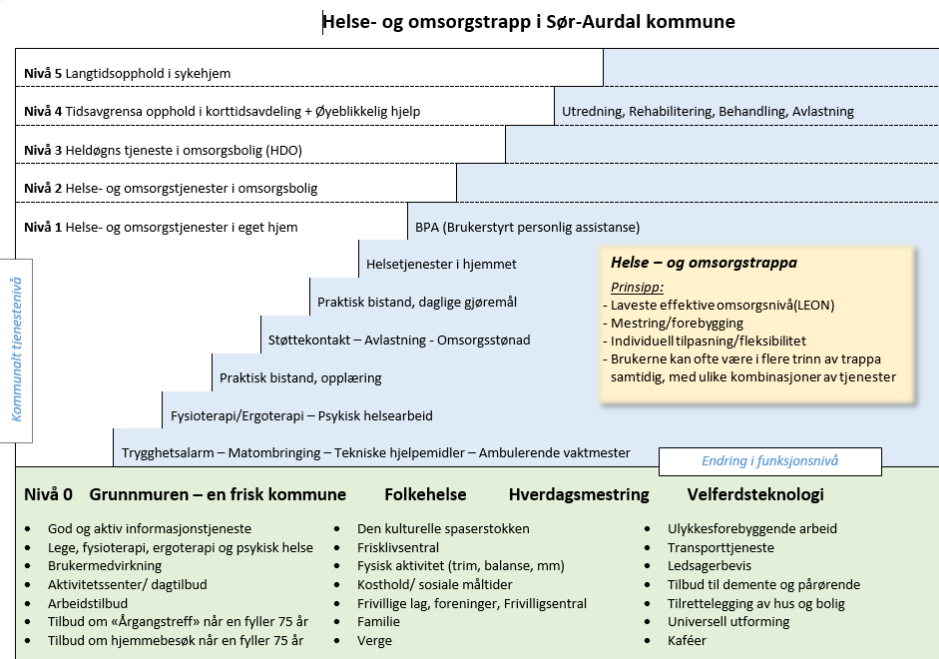
Det er økende bruk av primærhelsetjenesten ved psykiske sykdommer eller lidelser fra å være under landsgjennomsnittet i antall til å være over. Sammenlignet med Oppland og landet er det et tydelig større antall personer som bruker sovemidler og beroligende midler, og vanedannende sovemidler i Sør-Aurdal. Antallet er stigende.

3.6 TEMA F: HELSETILSTAND

Helsetilstanden kan sees på som et mål på hvordan vi lykkes med tema E – Helserelatert atferd i Sør-Aurdal kommune. De ulike indikatorene som er valgt ut på helsetilstand er med bakgrunn i at de i større eller mindre grad påvirkes av atferd.

Sør-Aurdal kommune bør legge til rette for en tverrfaglig gjennomgang og planlegging av hvilke tjenester som ytes og hvordan. Tilgjengelig statistikk viser bruk av medikamenter for ulike livsstilsrelaterte helsetilstander. Dødelighet blir brukt som en indikator for hvor godt en lykkes i arbeidet med å bekjempe disse. Forebyggende virksomhet finnes det ingen spesifikk statistikk på, annet enn informasjon om helserelatert atferd, som igjen er påvirket av de øvrige 4 temaene. Det kan være viktig forebygging i riktig medisinerings. Det kan allikevel for Sør-Aurdal sin del være av betydning å gjøre en gjennomgang av hvordan personer med livsstilsrelaterte plager, eller som står i fare for å få disse blir møtt og av hvem. Sør-Aurdal har høy andel kvinner og menn som dør av hjerte-karsykdommer, som kan indikere at den innsatsen som gjøres i forebygging og behandling kunne vært annerledes. Sør-Aurdal har høy andel personer med uføretrygd og høyt sykefravær. Det bør gjøres dypere vurderinger av disse eventuelle sammenhengene slik at Sør-Aurdal i fremtiden kan gi sine innbyggere tidlig, riktig hjelp som er på rett nivå.

Det vil være viktig å ha fokus på å øke og sikre helsekompetanse blant innbyggerne i kommunen [Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen](#). I alle sektorer og tjenester bør det være en bevissthet rundt hvordan den enkelte kan legge til rette for at individ og grupper av individ kan ha helsekompetanse i tilstrekkelig grad til å ta informerte valg og gjøre informerte tiltak som bidrar til god helse. Holdningsskapende og forebyggende arbeid bør ha høyt fokus.



Tabell 3.6.1: Helse- og omsorgstrapp i Sør-Aurdal kommune. Fra driftstilpasningsarbeid 2018.

REFERANSER

[FHI folkehelse rapporten: Barn og unges helse: oppvekst og levekår, 2018](#)

[FHI: Å satse på ungdom gir dobbel folkehelsegevinst. 2018](#)

[Folkehelse- og levekår i Oppland - Resultater fra folkehelseundersøkelsen 2018](#)

[Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater fra folkehelseundersøkelsen 2018.](#)

Folkehelseinstituttet: [Kommunehelse statistikkbank](#)

[Forskrift om oversikt over folkehelsen](#)

[Helsedirektoratet: Samfunnsutvikling for god folkehelse - Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. 2014.](#)

[Lov om folkehelsearbeid](#)

[Meld. St. 15 Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre](#)

[Meld. St. 19 \(2018 - 2019\). Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn](#)

[Meld. St. 34 \(2012 - 2013\). Folkehelsemeldinga - God helse - felles ansvar](#)

[NTNU: Bedre helse med kultur. 2011.](#)

[Statistisk sentralbyrå SSB,](#)

[Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen.](#)

[Tannklinikken Sør-Aurdal, Oppland fylkeskommune](#)

[Ungdata](#)

[Ungdataundersøkelse 2016,](#)

[Utdanningsdirektoratet, elevundersøkelsen](#)

[WHO: Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep under 5 years of age. 2019](#)



Sør-Aurdal kommune
en frisk kommune i Valdres

STATISTIKKDOKUMENT

FOLKEHELSEOVERSIKT

Vedlegg til Folkehelseoversikten for Sør-Aurdal

Utarbeidet av: Folkehelsekoordinator Mirian Øyhus Mikkelsgård

| | |
|---|-----------|
| 1. BEFOLKNINGSSAMMENSETNING | 17 |
| 1.1. BEFOLKNINGSENDRING | 17 |
| 1.2. BEFOLKNINGSFRAMSKRIVING | 22 |
| 1.3. ETNISITET | 25 |
| 1.4. PERSONER SOM BOR ALENE | 27 |
| 1.5. BOTID I KOMMUNEN | 27 |
| 2. OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD | 28 |
| 2.1. TRIVSELI KOMMUNEN | 28 |
| 2.2. BOLIG/ BOFORHOLD | 28 |
| 2.3. ARBEIDSFORHOLD | 28 |
| 2.4. INNTEKTER OG UTGIFTER – PERSONLIG ØKONOMI | 29 |
| 2.5. MOTTAKERE AV STØNAD TIL LIVSOPPHOLD | 31 |
| 2.6. ARBEIDSLEDIGHET | 33 |
| 2.7. SYKEFRAVÆR | 34 |
| 2.8. ARBEIDSAVKLARINGSPENGER | 35 |
| 2.9. VARIG UFØREPENSJON | 36 |
| 2.10. HØYESTE UTDANNINGSNIVÅ | 38 |
| 2.11. FRAFALL I VIDEREGÅENDE | 42 |
| 2.12. SEPARASJONER | 42 |
| 2.13. BARNEVERN | 44 |
| 3. FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ (MILJØRETTET HELSEVERN) | 45 |
| 3.1. TILBUDI NÆROMRÅDET OG KVALITETER I KOMMUNEN | 45 |
| 3.2. FUNKSJONSNEDSETTELSELER ELLER MANGLENDE TIL RETTELEGGING | 45 |
| 3.3. STØY | 45 |
| 3.4. DRIKKEVANNSKVALITET | 46 |
| 3.5. SKOLEMILJØ – OPPLEVELSE AV TRIVSEL/MOBBING OG RESULTAT AV UNGDATA | 46 |
| 3.6. SOSIAL STØTTE | 48 |
| 4. SKADER OG ULYKKER | 49 |
| 4.1. SYKEHUSINNLEGGELSER OG ULYKKER | 49 |
| 4.2. TRAFIKKULYKKER | 51 |
| 5. HELSERELATERT ATFERD | 52 |
| 5.1. DELTAKELSE I AKTIVITET | 52 |
| 5.2. TID BRUKT PÅ ULIKE MEDIER | 52 |
| 5.3. FYSISK AKTIVITET | 53 |
| 5.4. KOSTHOLD | 54 |
| 5.5. RØYK OG SNUS | 55 |
| 5.6. ALKOHOL OG CANNABIS | 56 |
| 6. HELSETILSTAND | 58 |
| 6.1. OPPLEVELSE AV HELSE, LIVSKVALITET OG BEGRENŚINGER | 58 |
| 6.2. FORVENTET LEVEALDER | 58 |
| 6.3. DIABETES | 60 |
| 6.4. HJERTE- OG KARSYKDOMMER | 61 |
| 6.5. KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYDKOM (KOLS) OG ASTMA | 65 |

| | |
|-------------------------------|----|
| 6.6.SMERTER | 67 |
| 6.7.MUSKEL OG SKJELETLIDELSER | 69 |
| 6.8.SØVNPROBLEMER | 70 |
| 6.9.PSYKISKE LIDELSER | 71 |
| 6.10. SMITTSOMMESYKDOMMER | 75 |
| 6.11. KREFT | 78 |
| 6.12. TANNHELSE | 79 |

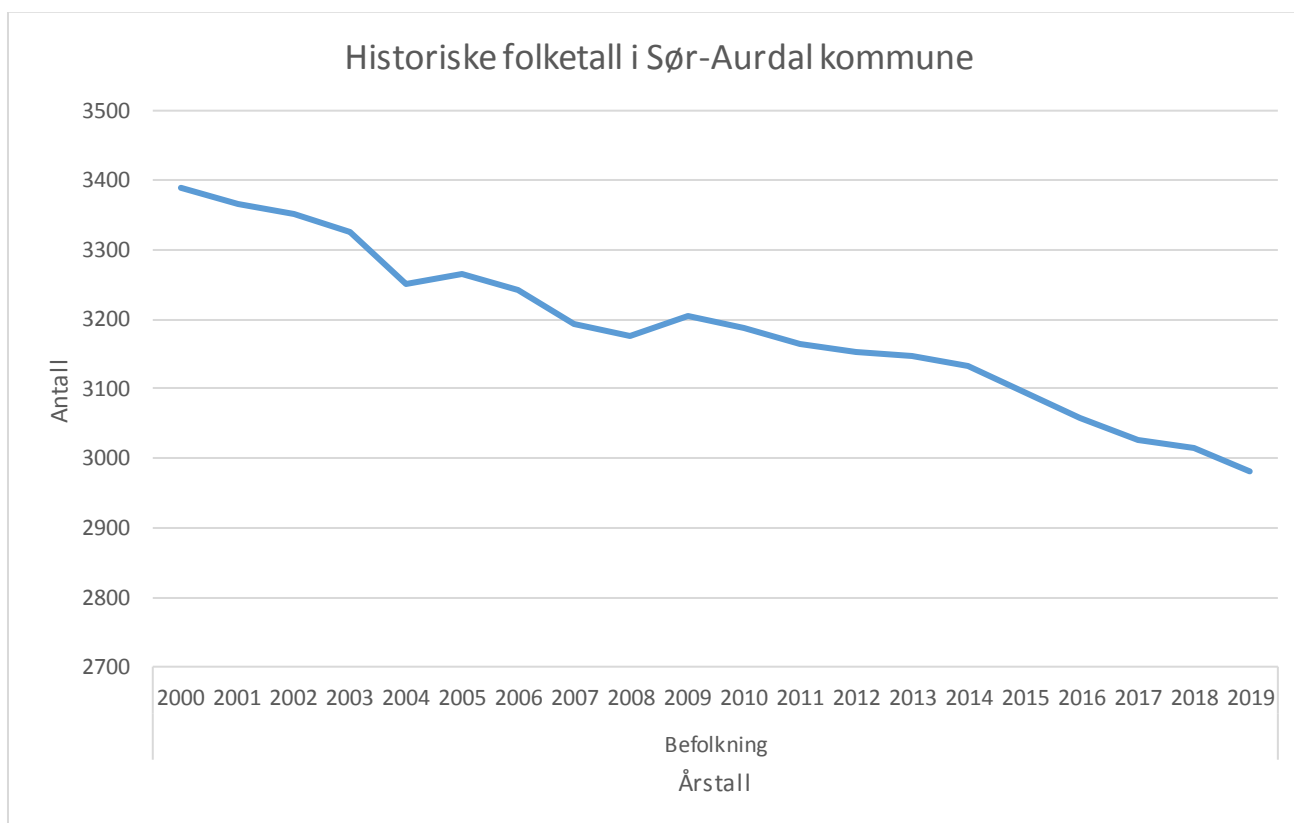
HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER

1 BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

1.1 BEFOLKNINGSENDNINGER

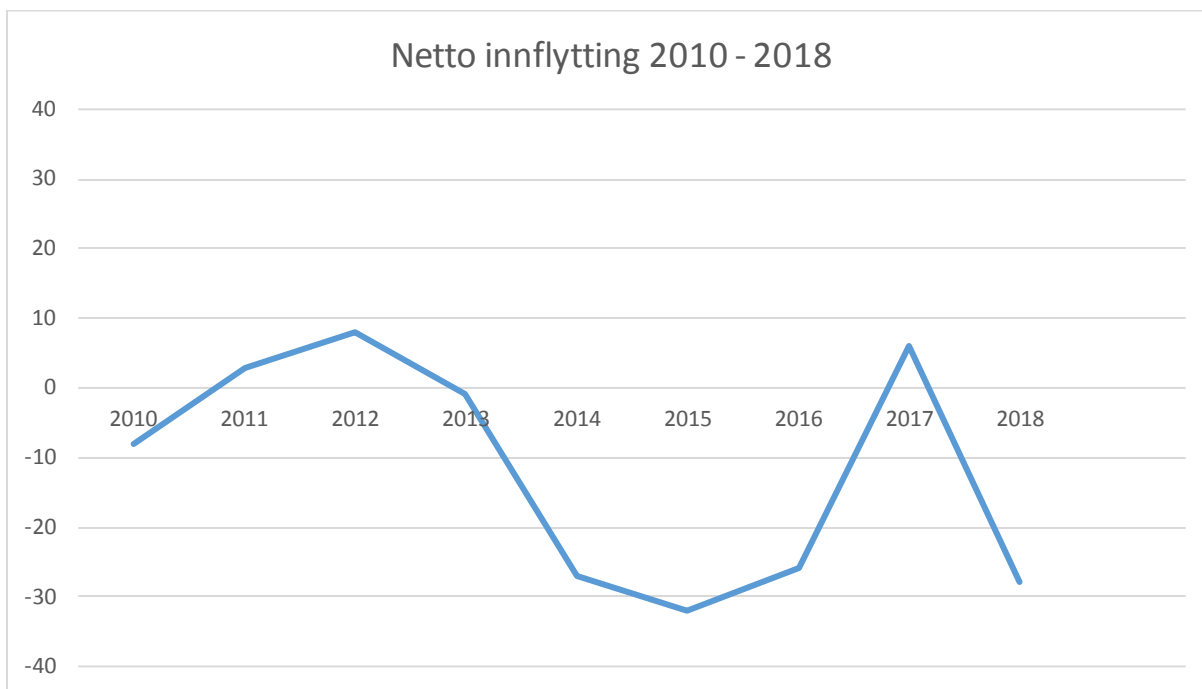
Befolkningsutvikling blir generelt sett vurdert som en viktig indikator for regional utvikling. Ønsket om befolkningsvekst har sammenheng med flere forhold bl.a. kommunens inntektsgrunnlag og tilgang på arbeidskraft. Utvikling i antall innbyggere har betydning for kommunens planer når det gjelder omfang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

Se: Folkehelse og levekårsundersøkelse for Oppland 2018 kapittel 2 Befolkningsutvikling og –struktur, side 26 – 52 + vedlegg til denne.

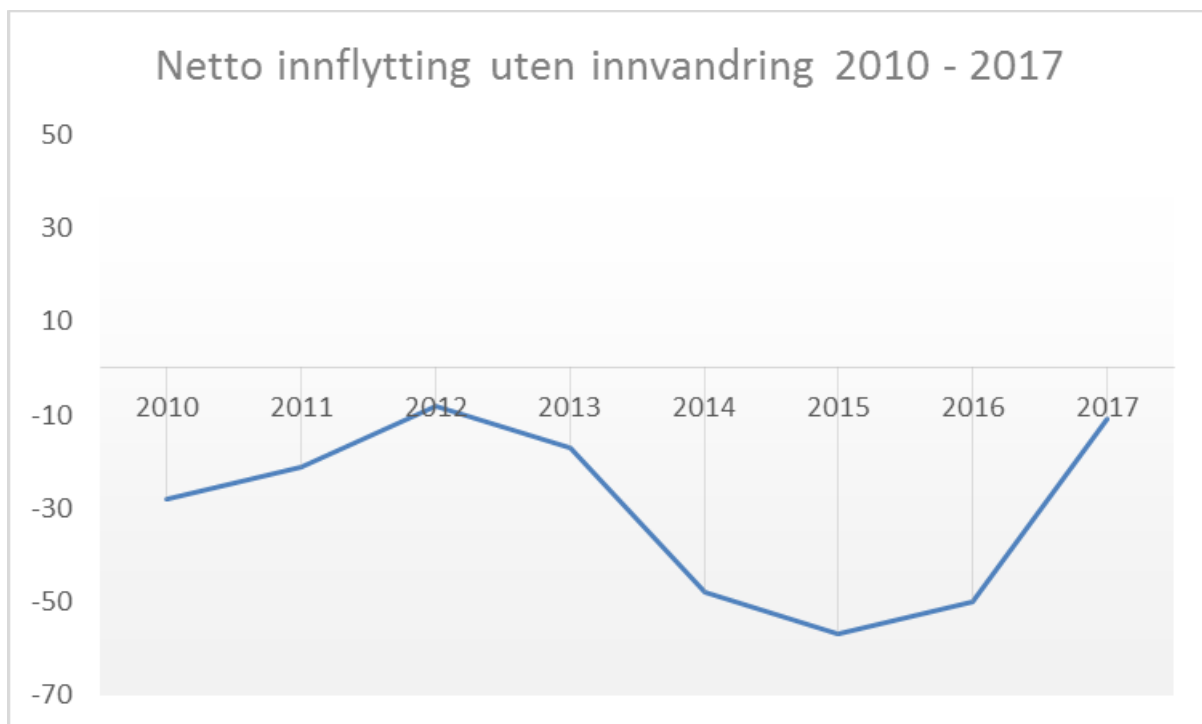


Kilde:

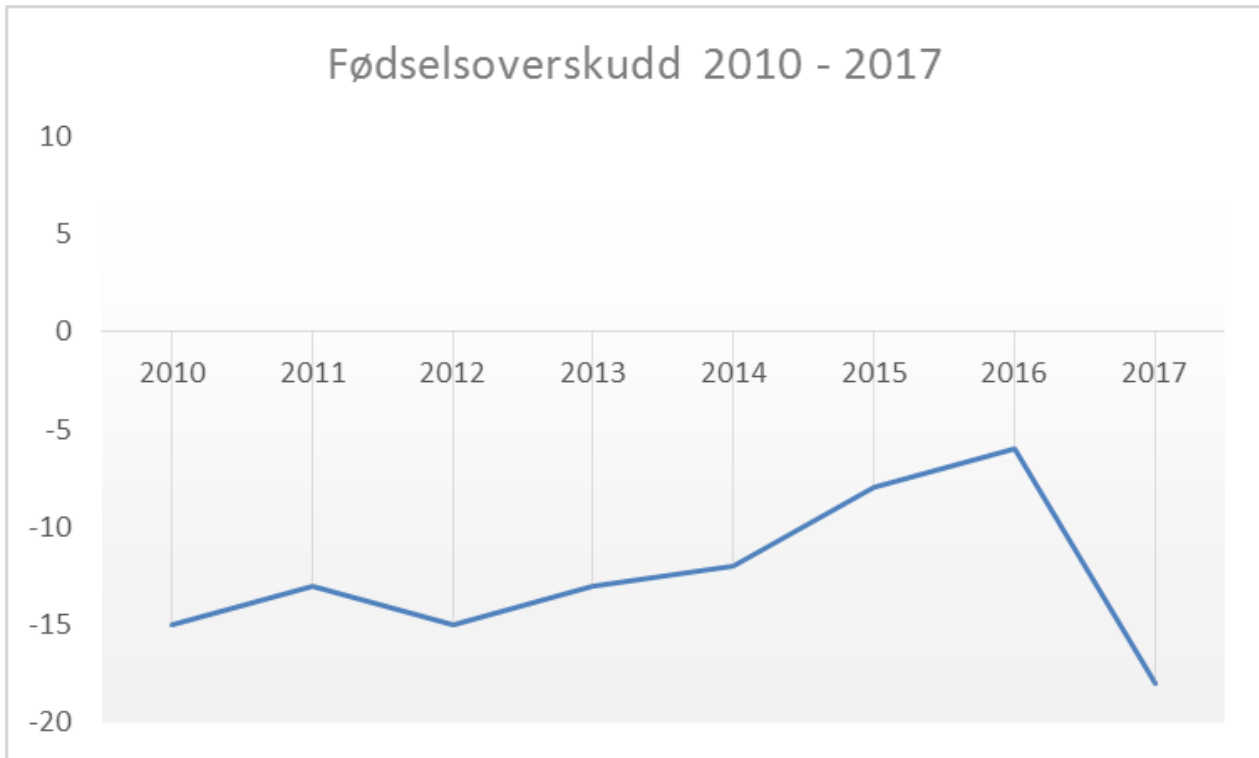
SSB.no (01.04.2019)



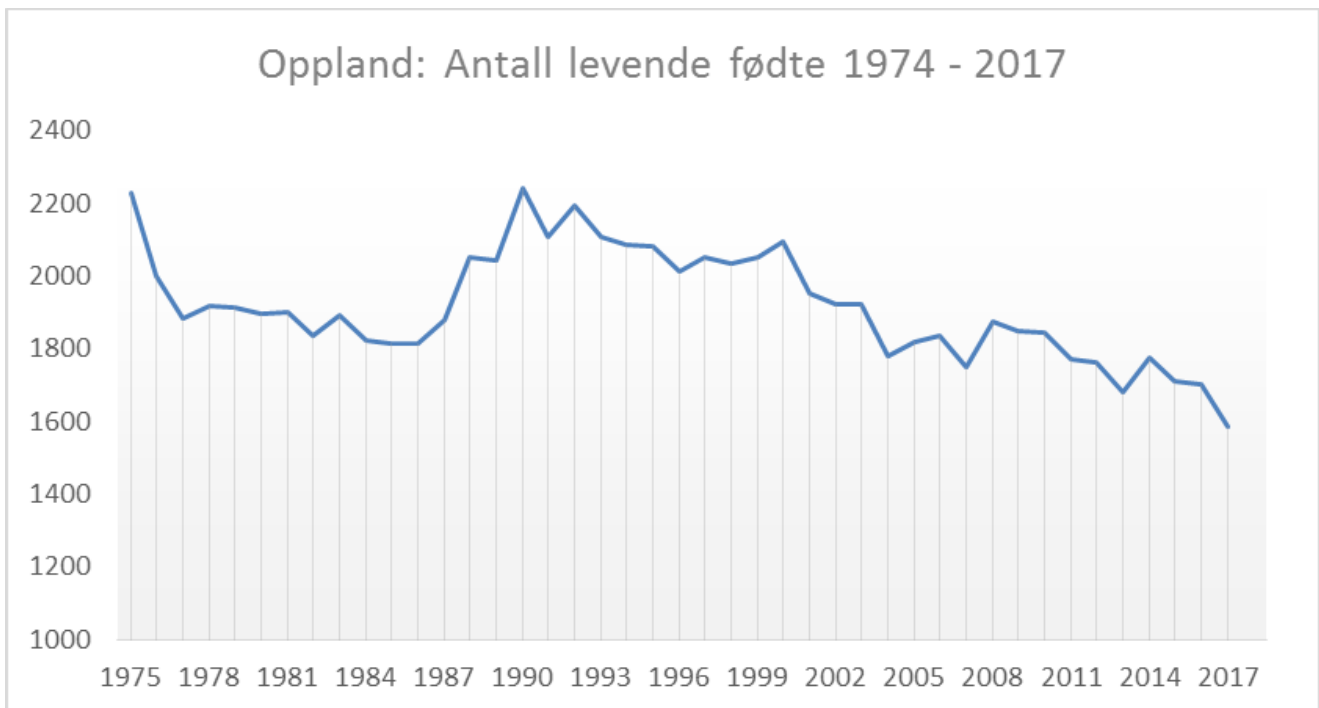
Sum antall personer som har flyttet inn og ut av Sør-Aurdal kommune. Kilde:SSB.no (01.04.2019)



Sum antall personer som har flyttet inn og ut av Sør-Aurdal kommune, antall personer innvandret trukket fra. Kilde:SSB.no (14.12.2018)

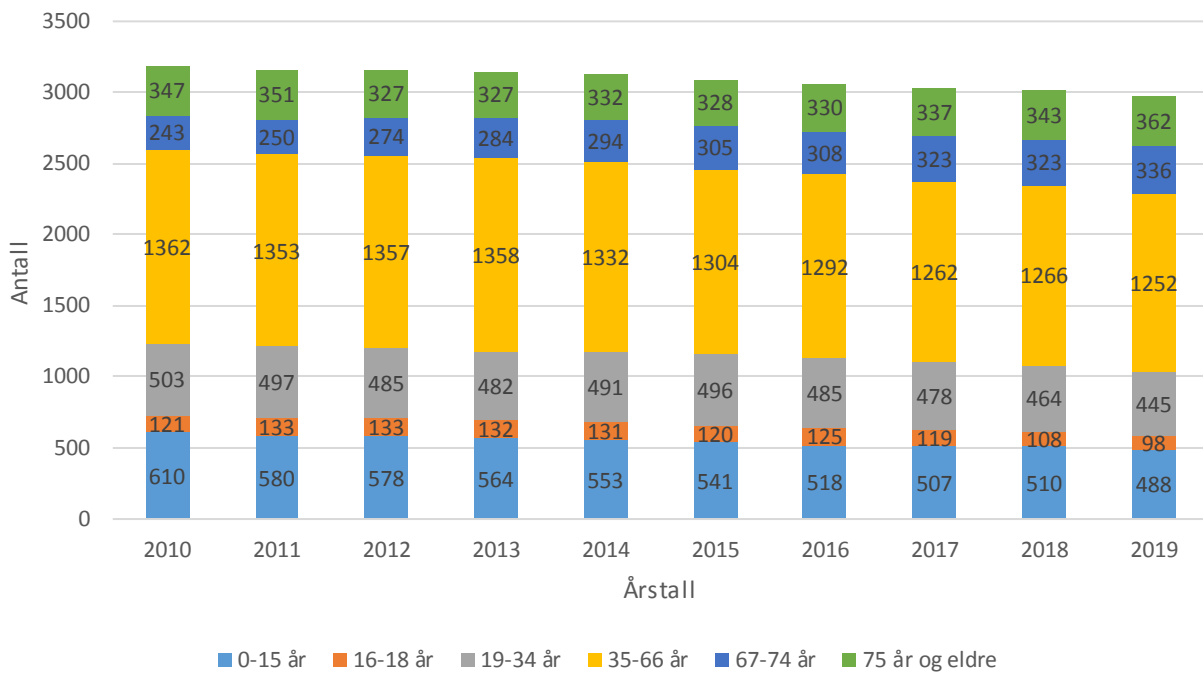


Sum antall levende fødte, antall døde trukket fra i Sør-Aurdal kommune. Kilde:SSB.no (14.12.2018)



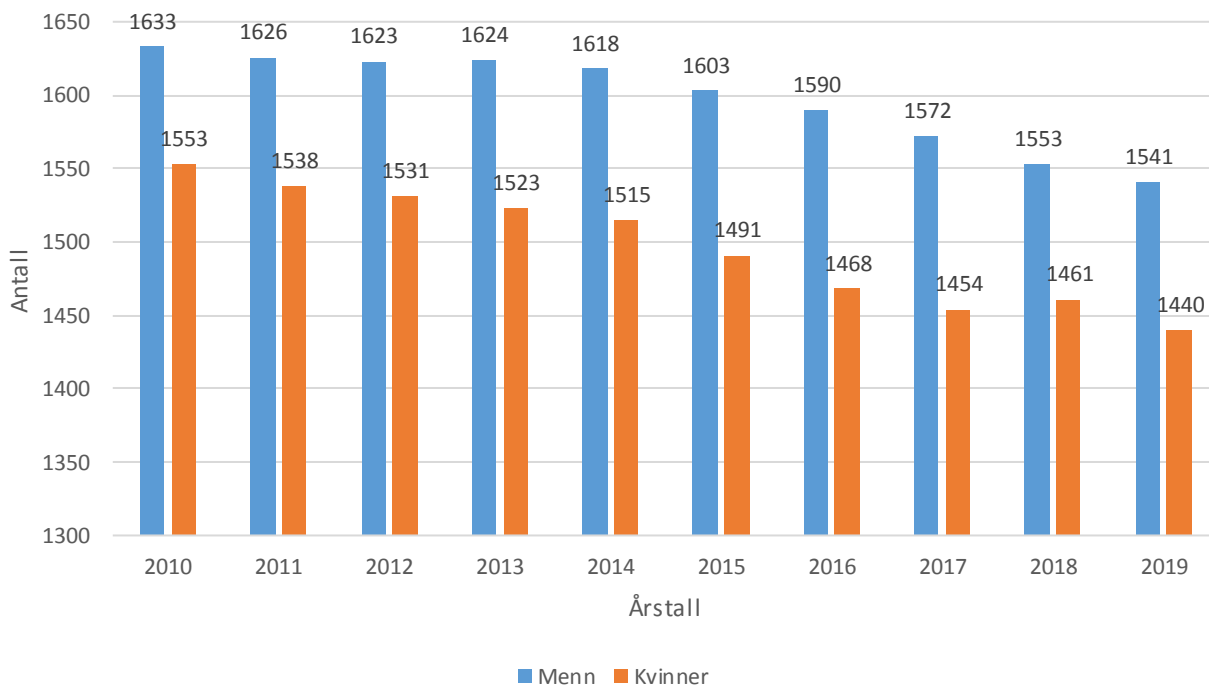
Sum antall levende fødte i Oppland fylke. Kilde: SSB.no (14.12.2018)

Befolknings sammensetning 2010 - 2019

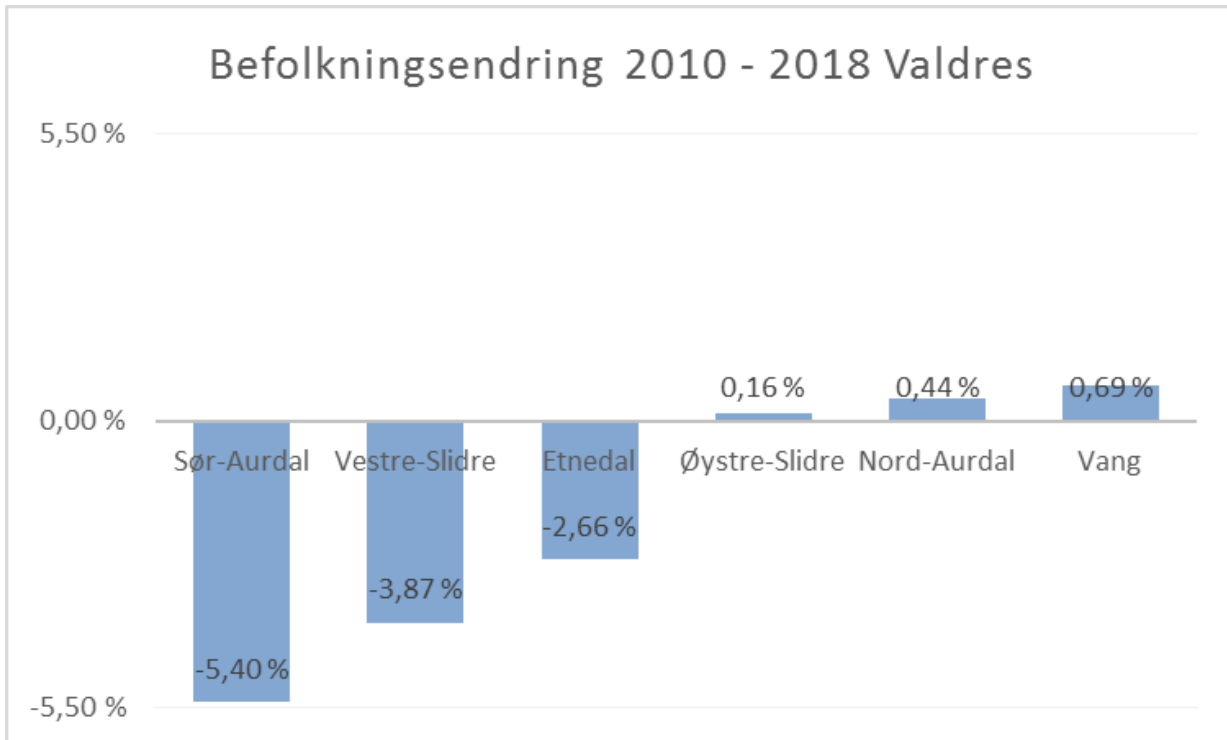


Befolkningens sammensetning i Sør-Aurdal kommune. Kilde: SSB.no (02.04.2019)

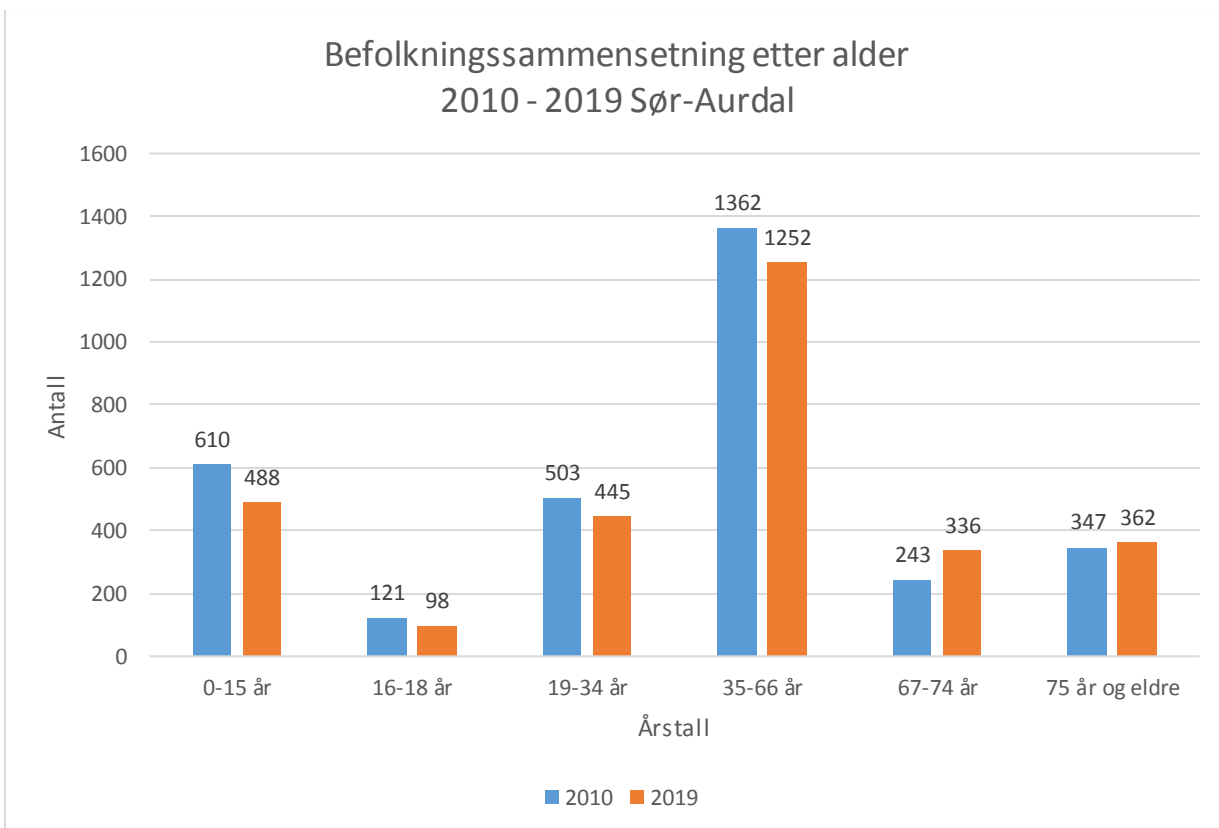
Antall menn og kvinner 2010 - 2019



Befolkningstall fordelt på antall menn og antall kvinner i Sør-Aurdal kommune. Kilde: SSB.no (02.04.2019)



Kilde: SSB.no 17.12.2018

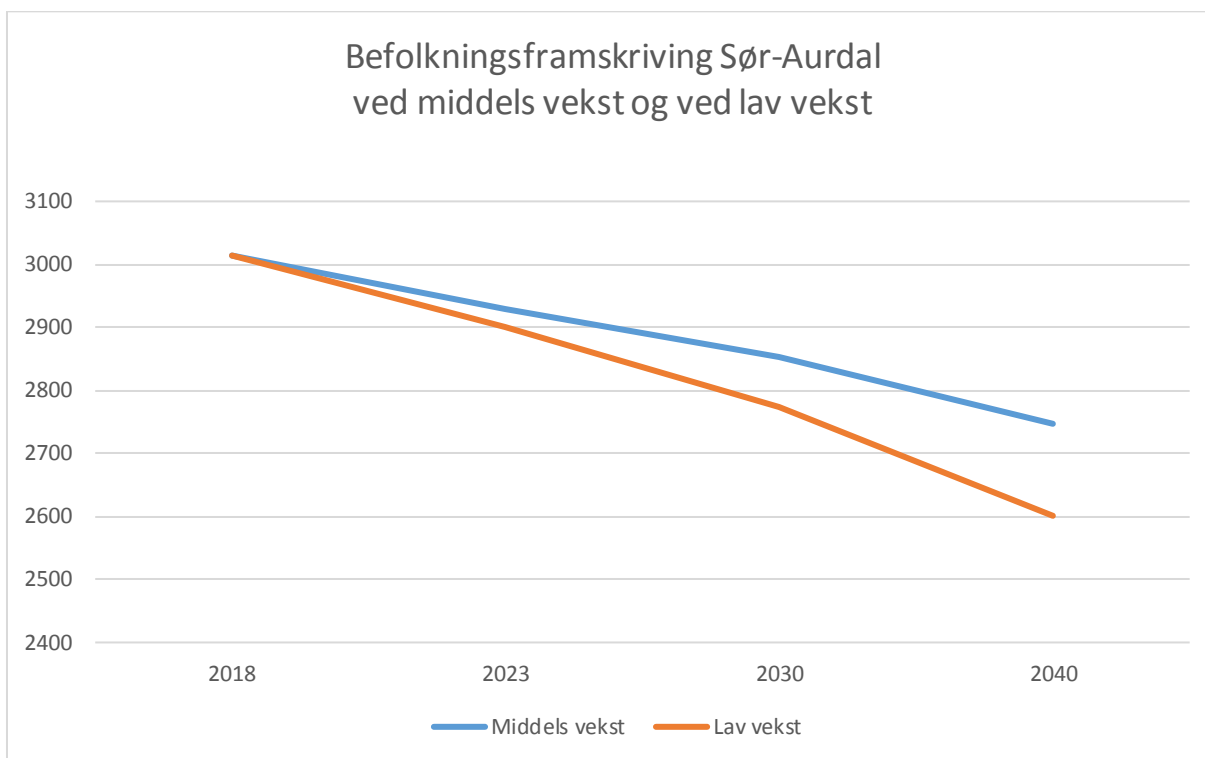


Befolknings sammensetning etter alder. Kilde: SSB.no 02.04.2019

1.2 BEFOLKNINGSFRAMSKRIVING

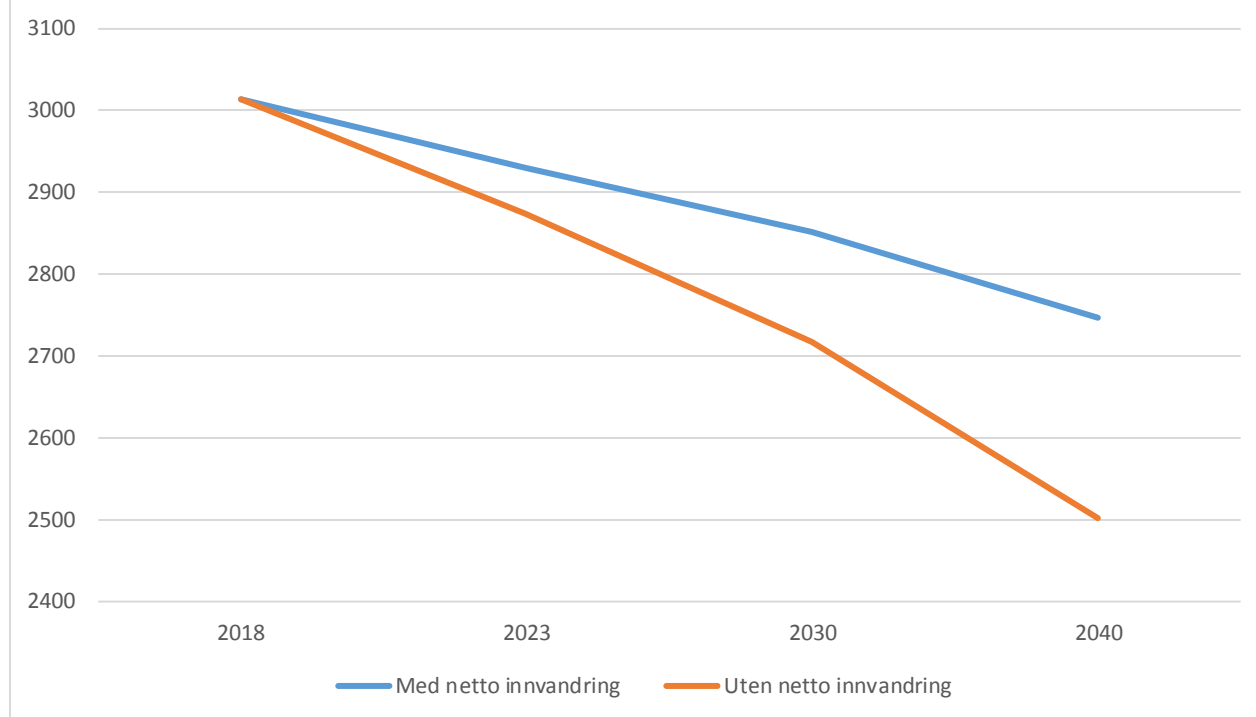
Befolkningsframskrivinger kan tjene mange formål og fungere som et nyttig instrument for planlegging i kommunene.

Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre betyr også at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester. [Meld. St. 47 Samhandlingsreformen](#)



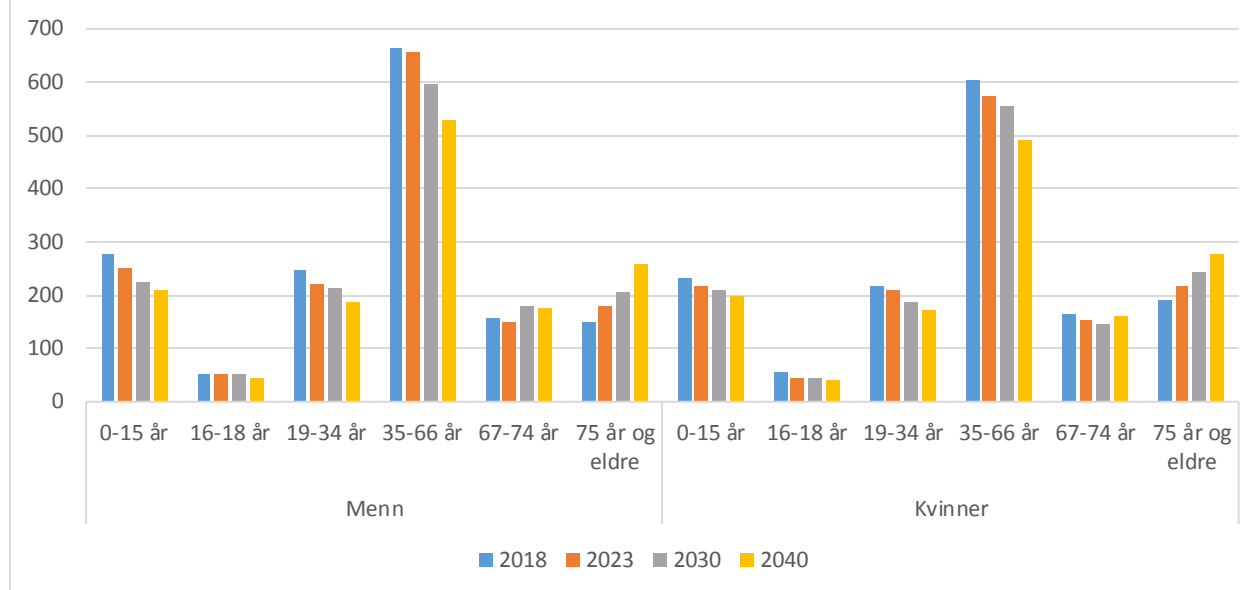
Framskrevet folkemengde for utvalgte år til 2040, med utgangspunkt i folketallet per 06.05.2019. Framskrivningene viser framtidig utvikling ut fra forutsetninger om fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring med utgangspunkt i den observerte utviklingen, basert på middels vekst i de nevnte kriteriene. Kilde: SSB.no

Befolkningsframskriving Sør-Aurdal middels vekst, uten netto innvandring



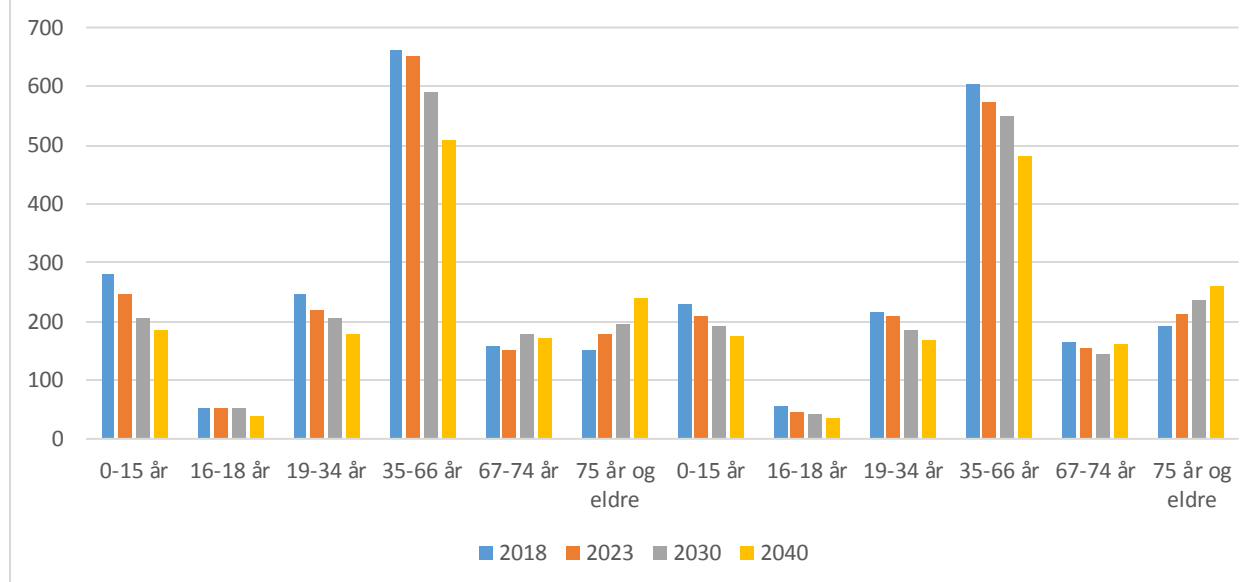
Framskrevet folkemengde for utvalgte år til 2040, med utgangspunkt i folketallet per 31.12.2018. Framskrivningene viser framtidig utvikling som beskrevet i diagram: Befolkningsframskriving 2018 – 20140 over, her er det tatt høyde for ingen innvandring. Kilde: SSB.no

Befolkningsframskrivning Sør-Aurdal middels vekst fordelt på kjønn og alder



Befolkningsframskriving fordelt på aldersgrupper og kjønn, gjennomsnittlig beregning middels vekst. Kilde:SSB.no (06.05.2019)

Befolkningsframskrivning Sør-Aurdal basert på lav vekst fordelt på kjønn og alder

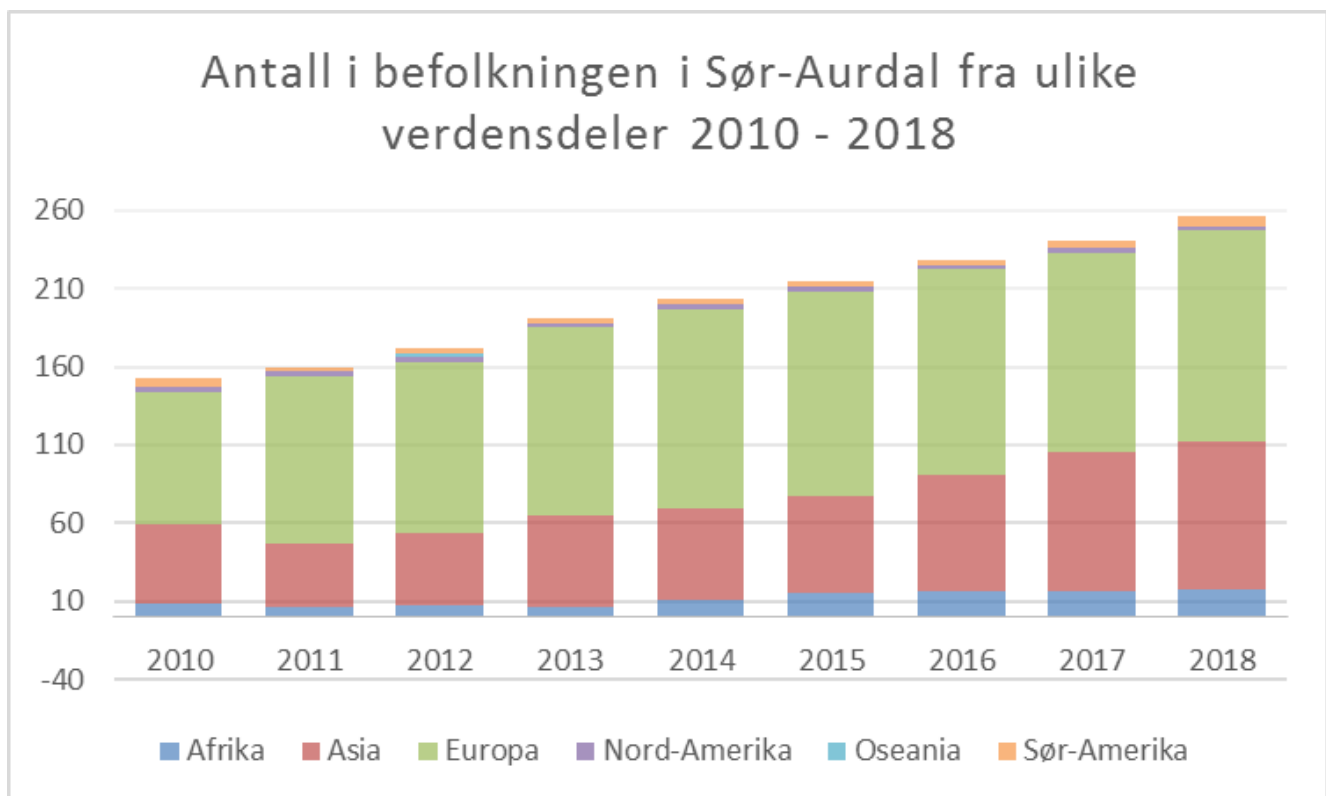


Befolkningsframskriving fordelt på aldersgrupper og kjønn, gjennomsnittlig beregning lav vekst. Kilde:SSB.no (06.05.2019)

1.3 ETNISITET

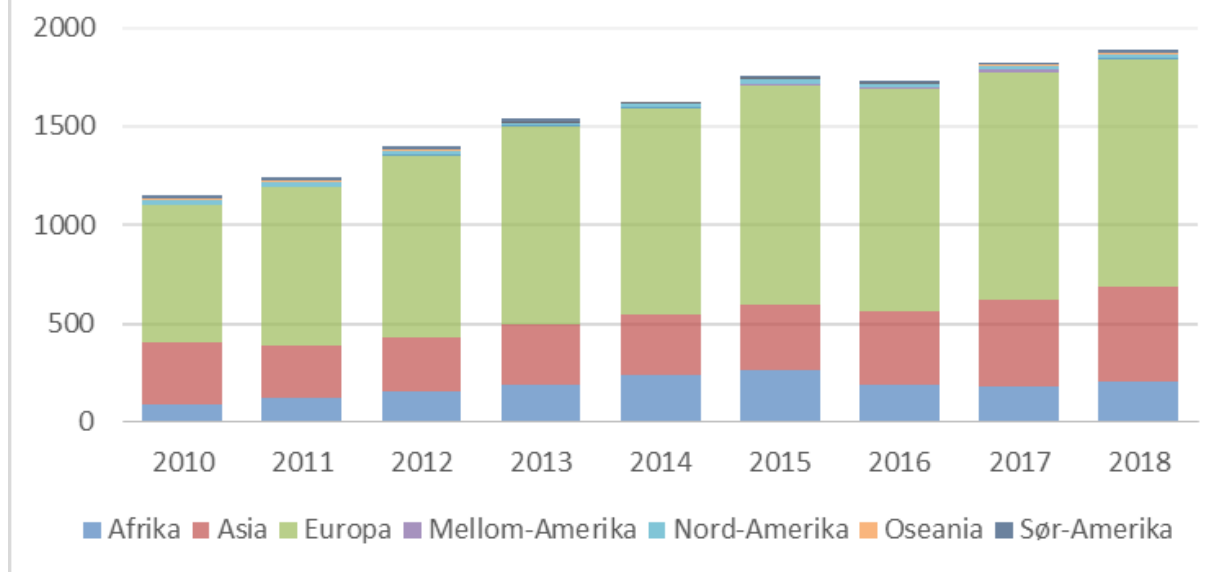
Det er store helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske. Forskjellene omfatter både fysisk og psykisk helse i tillegg til helseatferd. Kilde: Folkehelseinstituttet

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



Antall personer med to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre registrert bosatt i Sør-Aurdal per 17.12.2018. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge er ikke med. Kilde: SSB.no (17.12.2018)

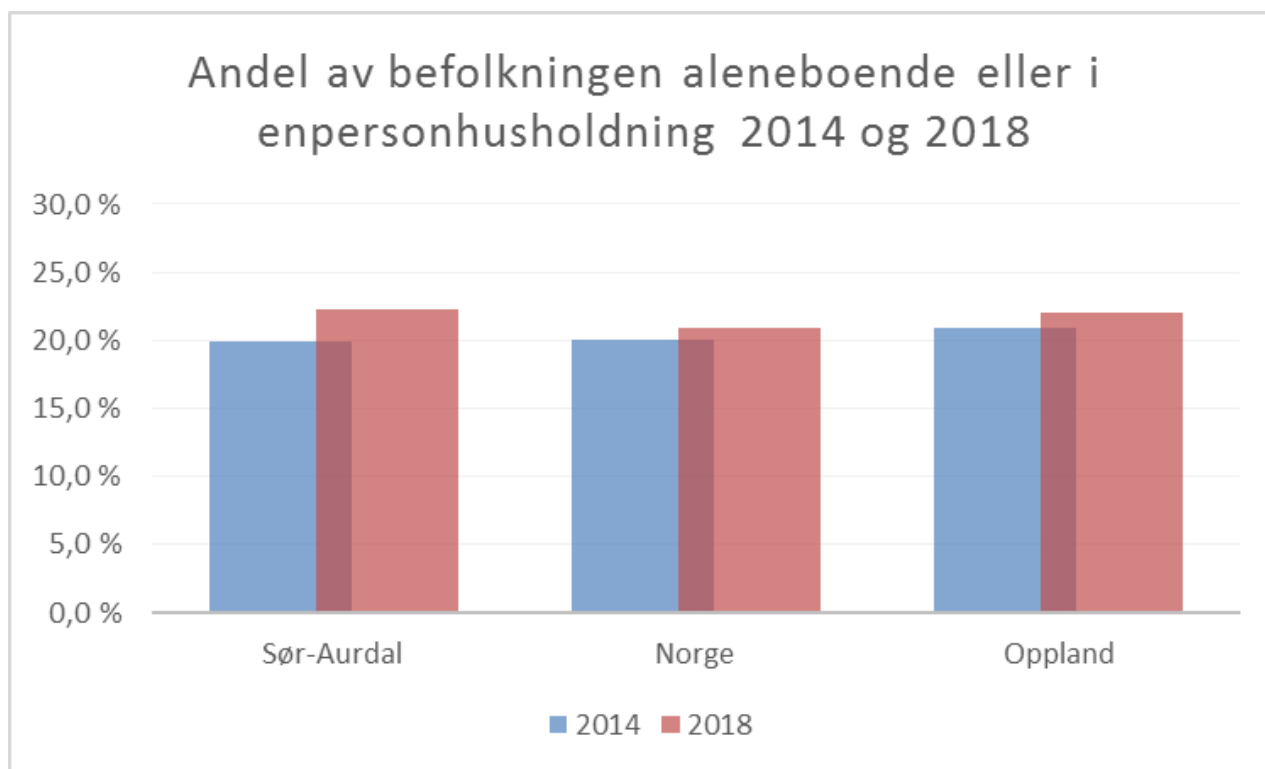
Antall i befolkningen fra ulike verdensdeler Valdres 2010 - 2018



Antall personer med to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre registrert bosatt i regionen Valdres per 17.12.2018. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge er ikke med. Kilde: SSB.no (17.12.2018)

1.4 PERSONER SOM BOR ALENE

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



Andel personer (alle aldre) som bor alene eller i enpersonhusholdning pr 1.1.2014 og pr 17.12.2018. Kilde: SSB.NO 17.12.2018

1.5 BOTID I KOMMUNEN

Dersom det er stadige utskiftninger i nabolaget, påvirker det trivsel, trygghet og den generelle helsen. [Helsedirektoratet: Bolig - lokalt folkehelsearbeid. 2017.](#)

2 OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD

2.1 TRIVSEL I KOMMUNEN

Kommunen skal i henhold til folkehelseloven bl.a. fremme befolkningens helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Kunnskap om innbyggernes trivsel i kommunen kan være et nyttig verktøy i folkehelsearbeidet. God folkehelse innebærer at flest mulig trives i hverdagen.

Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 4 Oppvekst og levekårsforhold s. 53 - 84 + vedlegg til denne.

2.2 BOLIG/BOFORHOLD

En eventuell diskrepans mellom dagens situasjon og hvilke ønsker innbyggerne i kommunen har for fremtidig bolig, er interessant for boligplanlegging.

Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 4 Oppvekst og levekårsforhold s. 53 - 84 + vedlegg til denne.

2.3 ARBEIDSFORHOLD

At de som ønsker det, har anledning til å arbeide deltid, sikrer fleksibilitet både for arbeidstakere og arbeidsgivere. Det fører sannsynligvis også til at flere er i arbeid enn det ellers ville ha vært. Mange deltidsansatte ønsker likevel å arbeide heltid eller å arbeide mer enn avtalt uten at de får anledning til det. Ufrivillig deltid er en form for arbeidsledighet. Samtidig har ufrivillig deltid en viktig kjønnsdimensjon, idet de aller fleste som arbeider ufrivillig deltid, er kvinner. Tallet på deltidsansatte som ønsker lengre arbeidstid pr. uke, er høyest i kvinnedominerte yrke uten krav til høyere utdanning. [Meld. St. 29 Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv](#)

Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 4 Oppvekst og levekårsforhold s. 53 - 84 + vedlegg til denne.

2.4 INNTEKTER OG UTGIFTER – PERSONLIG ØKONOMI

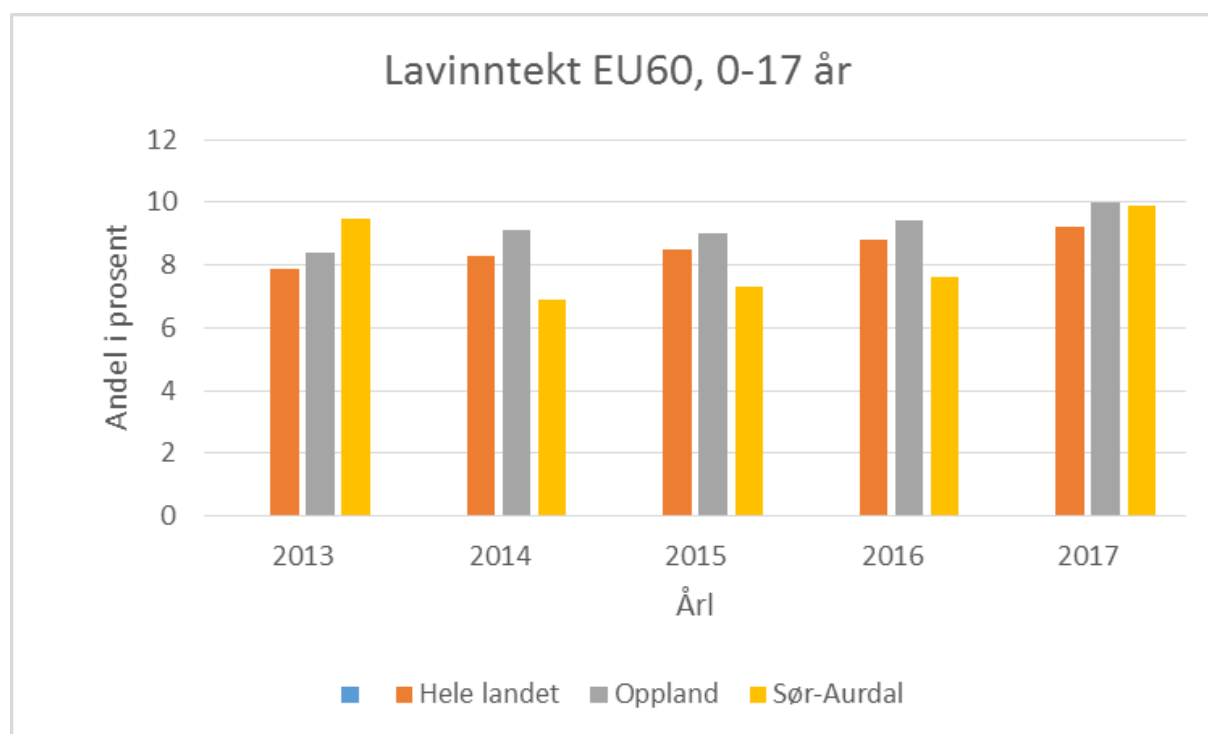
Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsestatistikkbank. <http://khs.fhi.no>*

«Barn og ungdommer i lavinntektsfamilier opplever sin helse som dårligere enn barn og ungdommer flest gjør, og disse forskjellene er enda større når vi spør foreldrene.» (Sandbæk og West Pedersen, 2010)

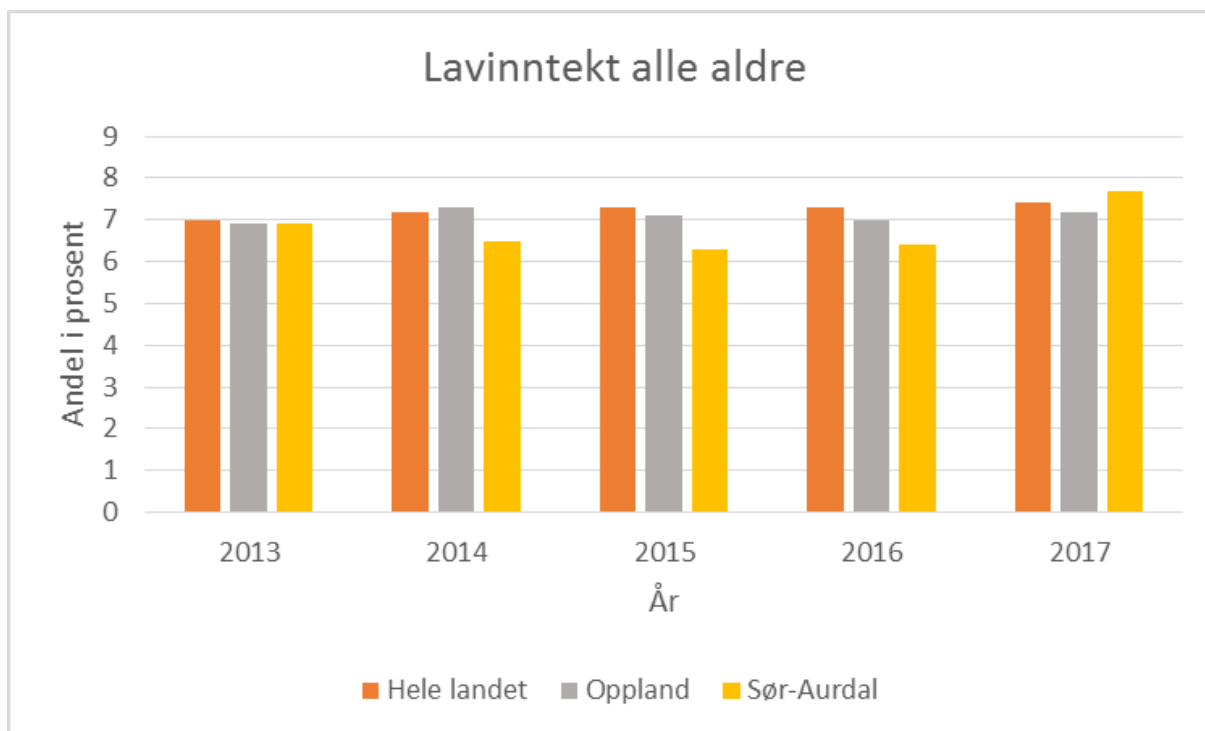
Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 4 Oppvekst og levekårsforhold s. 53 - 84 + vedlegg til denne.

Fem indikatorer om barn og unge:

1. har sitt eget rom
2. kan ta med venner hjem
3. delta i og selv ha bursdagsfeiring
4. delta i fritidsaktiviteter
5. har utstyr til å delta i fritidsaktiviteter



Personer 0-17 år som bor i husholdninger med inntekt under 50% og 60% nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU skala. I G (gjennomsnittlig grunnbeløp i året) eller mer regnes her ikke som lavinntektshusholdninger. *Kilde: <http://khs.fhi.no/>*



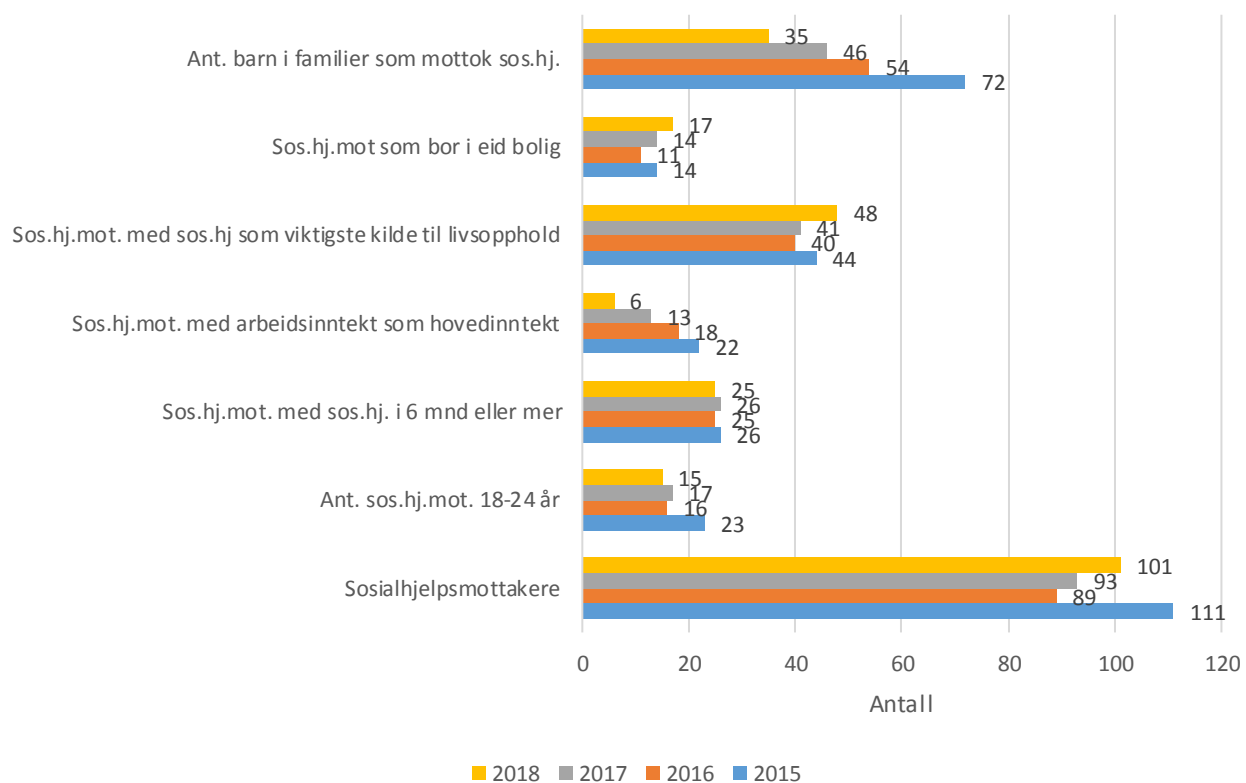
Personer alle aldre samlet som bor i husholdninger med inntekt under 50% og 60% nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU skala. I G (gjennomsnittlig grunnbeløp i året) eller mer regnes her ikke som lavinntekts-husholdninger. Kilde: <http://khs.fhi.no/>

2.5 MOTTAKERE AV STØNAD TIL LIVSOPPHOLD

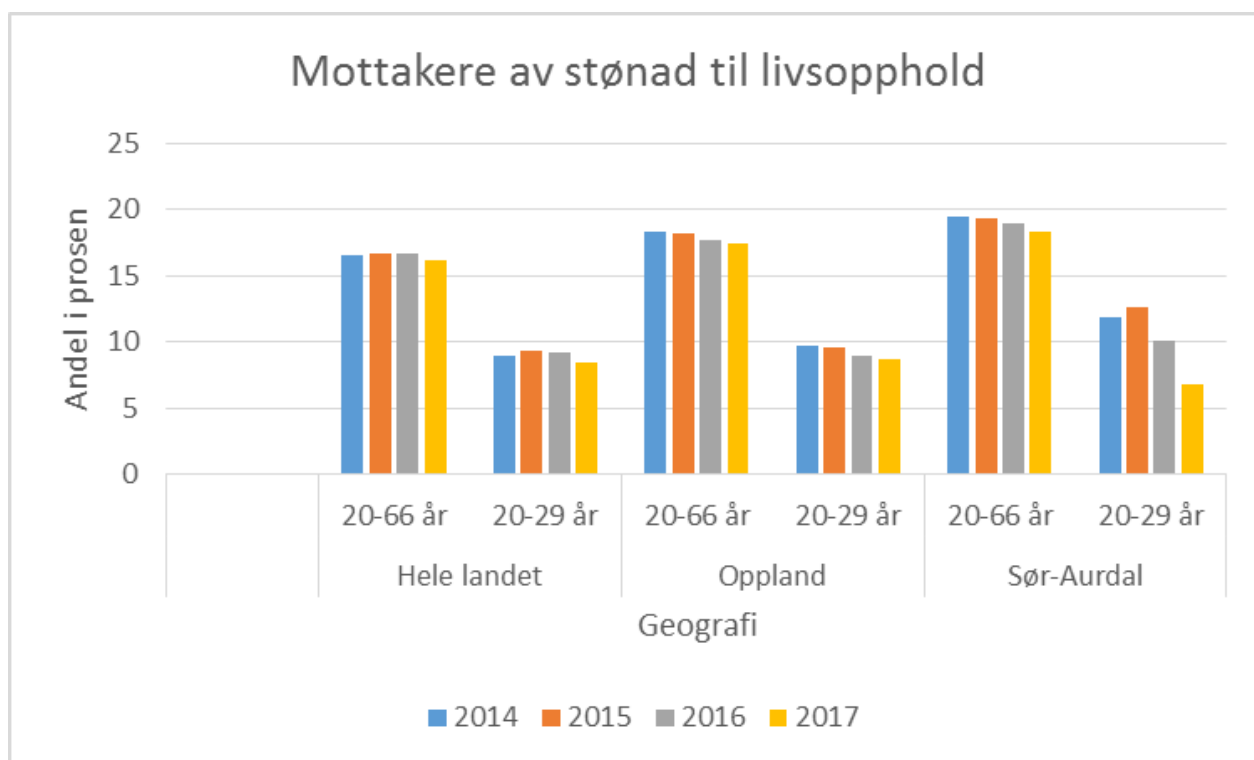
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Mottakerne av sosialhjelp er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. De har ofte en mer marginal tilknytning til arbeidsmarkedet, kortere utdanning og lavere bostandard enn befolkningen ellers. Det er også vist at det er langt større innslag av helseproblemer blant sosialhjelpsmottakere enn i befolkningen ellers, og særlig er det en stor andel med psykiske plager og lidelser.

Utbredelsen av sosialhjelp i totalbefolkningen er et uttrykk for pågangen på det kommunale hjelpeapparatet fra personer som for kortere eller lengre tid er avhengig av økonomisk støtte til livsopphold. Lang tids avhengighet av sosialhjelp kan bl.a. gjenspeile et lokalt vanskelig arbeidsmarked, men også at sosialtjenesten legger ulik vekt på aktivisering av den enkelte og på tverrfaglig samarbeid.

Sør-Aurdal sosialhjelpsmottakere (sos.hj.mot) antall, 2015 - 2018



For 2017 er sosialhjelpsmottakere med hovedinntekt introduksjonssøtte skilt ut fra hovedinntekt sosialhjelp. For 2015 og 2016 er disse registrert sammen. Kilde: SSB.no (11.6.2019)

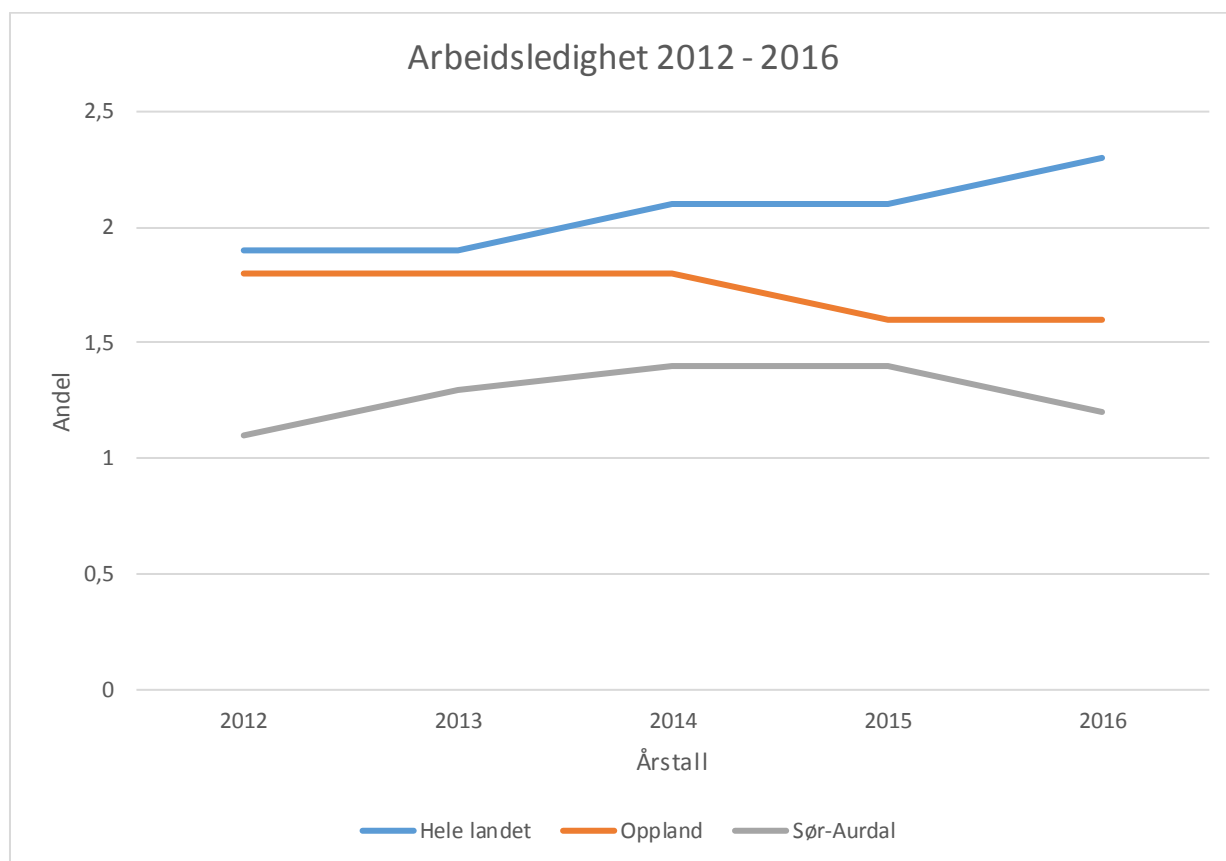


Andelen mottakere av stønad til livsopphold. Dette omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd og ergangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønad). Kilde:

[HTTP://KHS.FHI.NO](http://khs.fhi.no)

2.6 ARBEIDSLEDIGHET

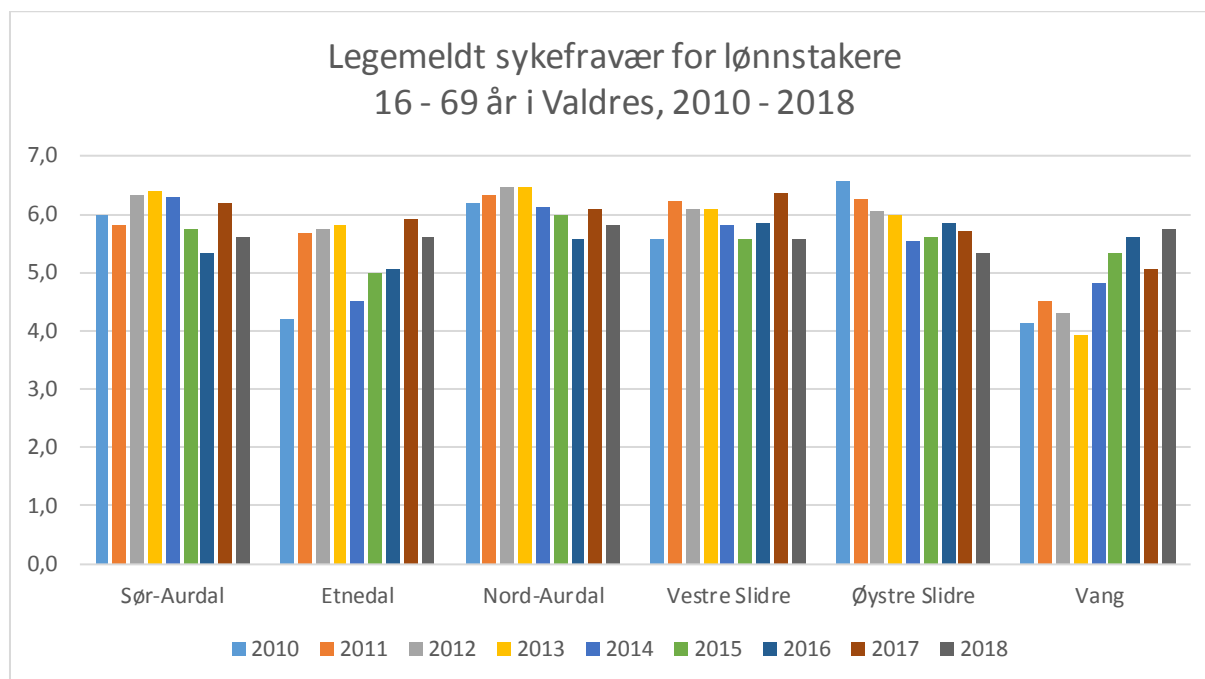
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både psykisk og materielt, og arbeidsledighet antas å kunne virke negativt inn på helsetilstanden.



Registrerte arbeidsledige i prosent pr januar måned av arbeidsstyrken. Årlige tall. Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak). Dette inkluderer også personer som identifiseres med såkalte D-nr i stedet for fødselsnummer, dvs. utenlandske personer uten oppholdstillatelse som er på korttidsopphold i Norge. Registrerte arbeidsledige omfatter i utgangspunktet alle aldre, men det er svært få under 16 år eller over 66 år. Arbeidsstyrken inkluderer personer i alderen 15-74 år. Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

2.7 SYKEFRAVÆR

Muskel- og skjelettlidelser, kroniske smerter og psykiske lidelser er blant de vanligste årsakene til sykefravær i Norge. [FHI. Sykdomsbyrden i Norge 2016. Publisert 2018.](#)

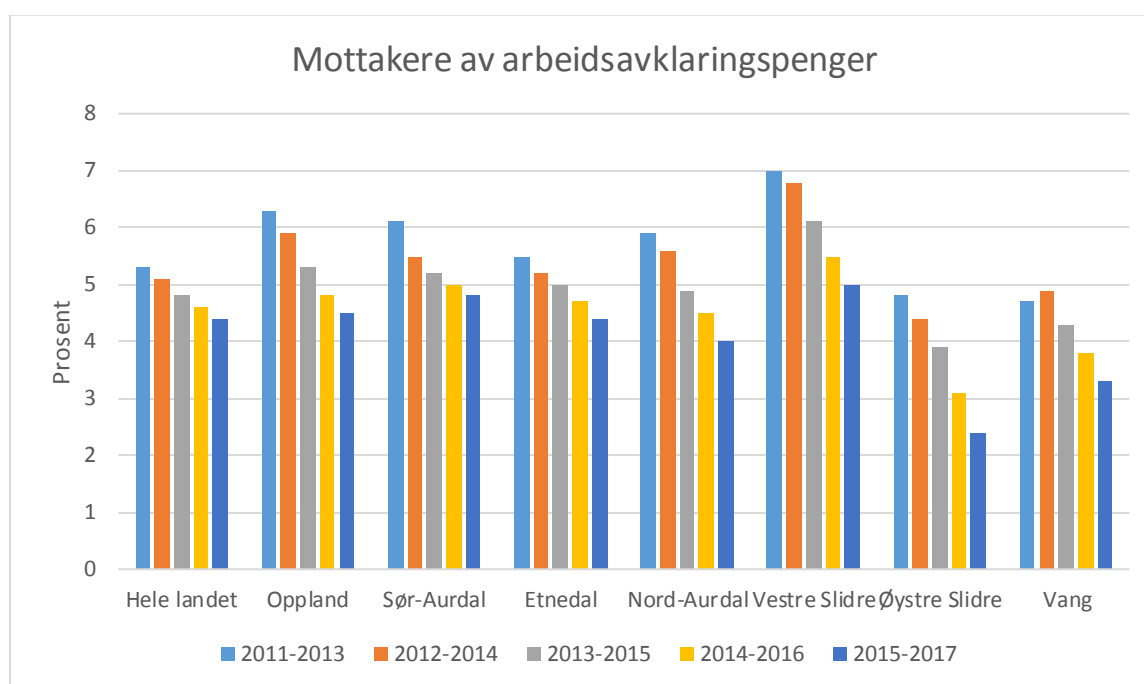


Fra første kvartal 2015 er sykefraværstatistikken basert på nytt datagrunnlag, siden A-ordningen erstattet NAVs Aa-register fra 1. januar 2015. Det er derfor brudd i tidsserien mellom 2014 og 2015. Kilde: SSB.no 06.05.2019

I landet for øvrig har i følge ssb.no gjennomsnittlig legemeldt sykefravær for lønnstakere vært 4,9% i 2015 – 2017, og 4,8% i 2018.

2.8 ARBEIDSAVKLARINGSPENGER

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

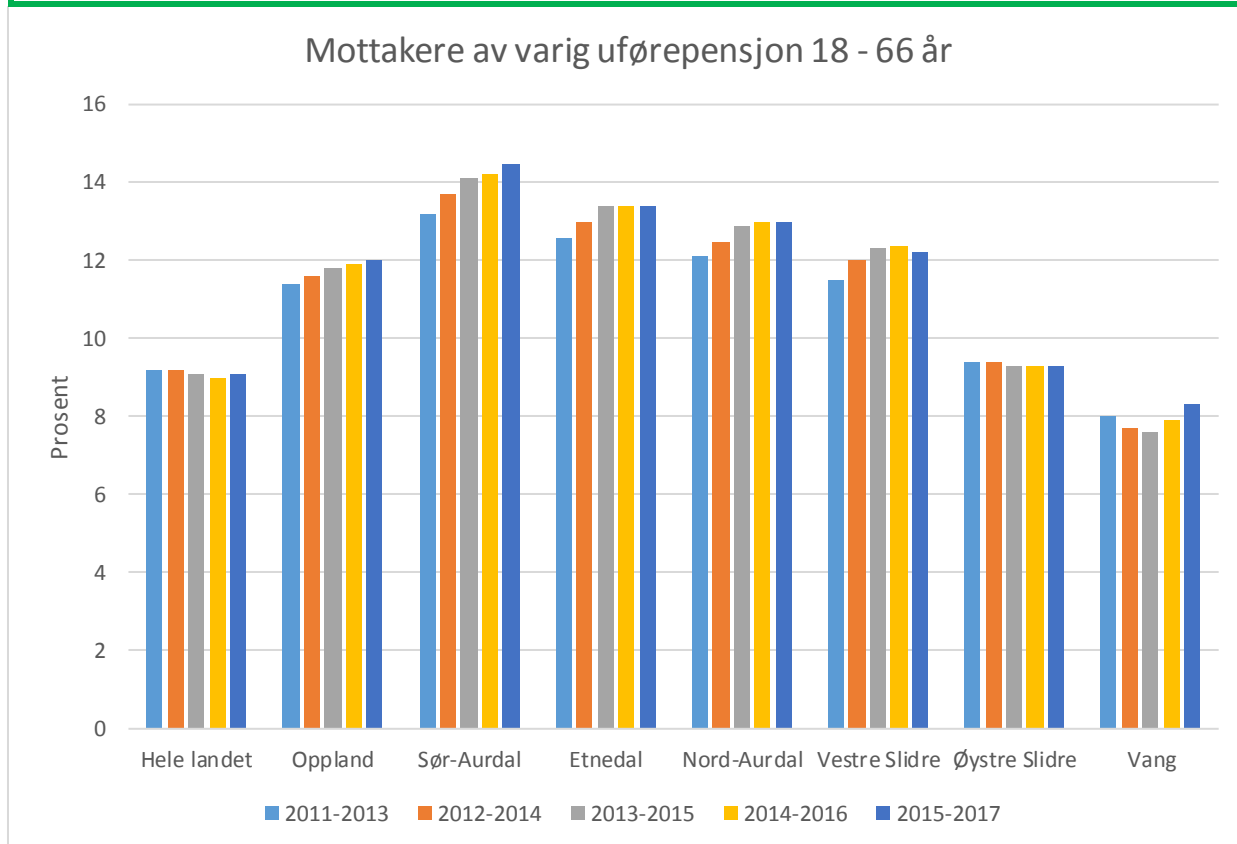


Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>

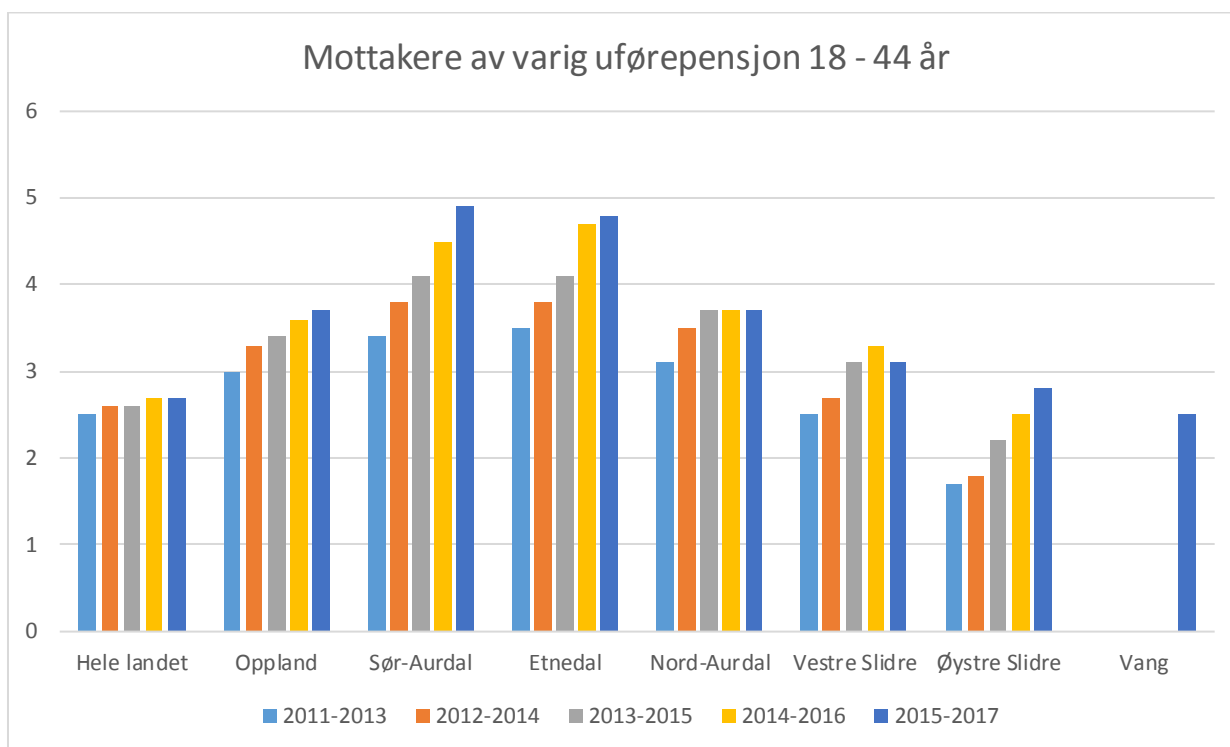
2.9 VARIG UFØREPENSJON

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

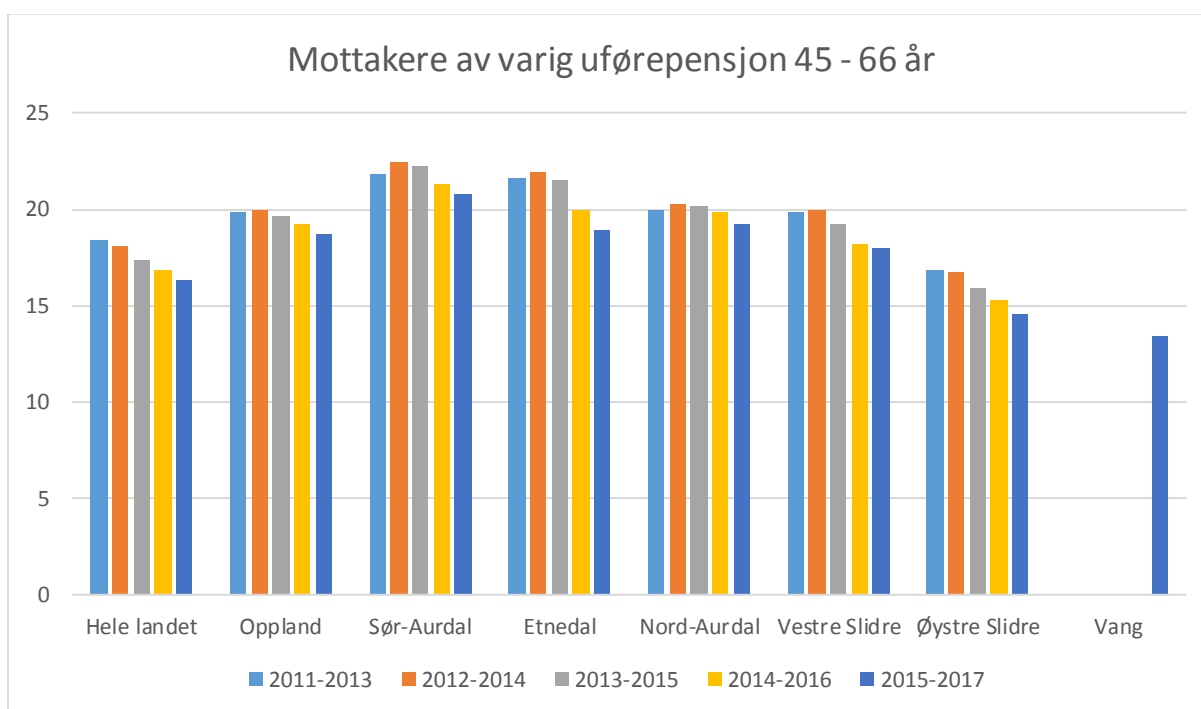
Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette.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



Mottakere av uførepensjon i prosent av befolkningen i alderen 18-66 år. Glidende 3 år gjennomsnitt. www.khss.no 6.mai 2019.



Mottakere av uførepensjon i prosent av befolkningen i alderen 18-44 år. Glidende 3 år gjennomsnitt. www.khss.no 6.mai 2019.

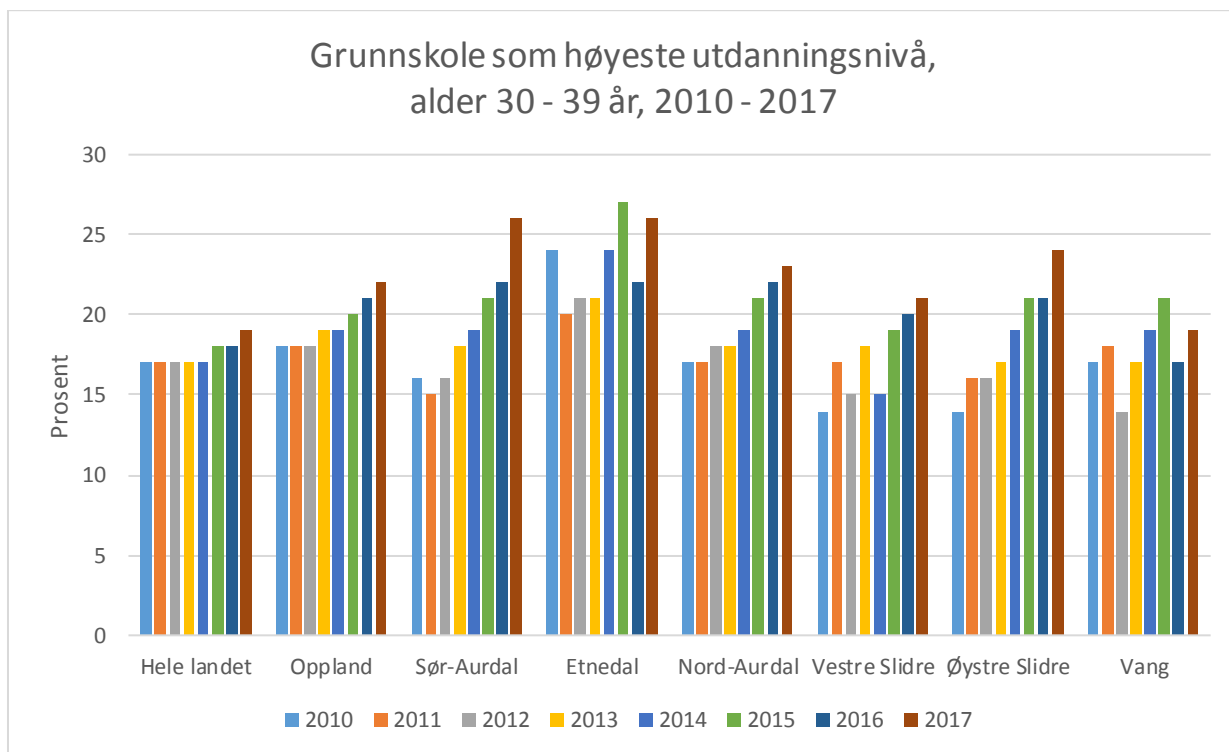


Mottakere av uførepensjon i prosent av befolkningen i alderen 45 - 66 år. Glidende 3 år gjennomsnitt. www.khss.no 6.mai 2019.

2.10 HØYESTE UTDANNINGSNIVÅ

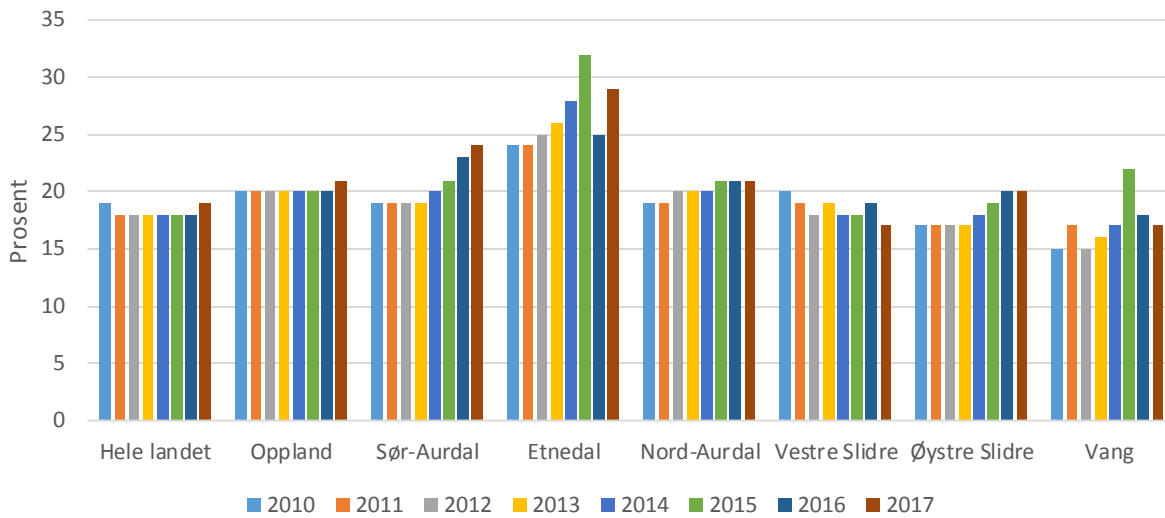
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse er godt dokumentert.

Sammenhengene mellom befolkningens utdanningsnivå og helse er komplekse, men forskere har identifisert to hovedmekanismer. For det første påvirker utdanning de levekår mennesker lever under gjennom livsløpet. For det andre bidrar læring til utvikling av en sterkere psykisk helse, som igjen påvirker menneskers fysiske helse i positiv forstand. Sagt litt enklere: læring gir mestring, mestring gir helse. (Elstad 2008) Tiltak rettet mot å redusere utdanningsforskjeller kan dermed bidra til å redusere ulikheter i folks helse. Fra et helsemessig ståsted er det viktig at utdanningsektoren lykkes med å tilrettelegge opplæringen slik at alle barn og unge kan få like gode muligheter til å lære og oppleve mestring. [Helsedirektoratet. Utdanning - lokalt folkehelsearbeid. 2017.](#)



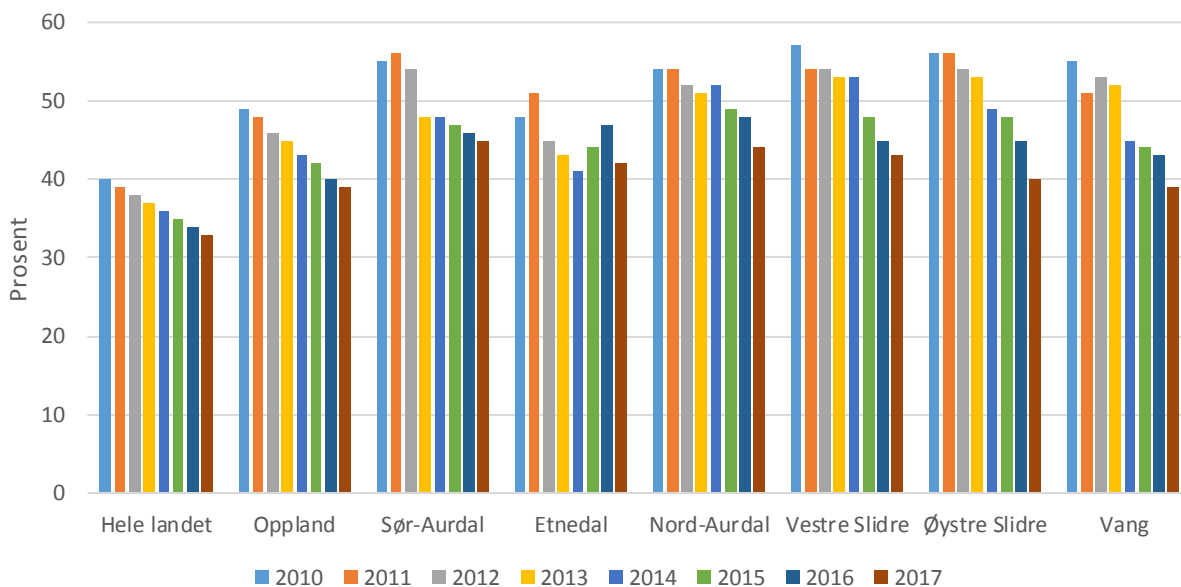
Andel personer med grunnskolenivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av de med oppgitt utdanningsinformasjon. Årlige tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>. 18.3.2019

Grunnskole som høyeste utdanningsnivå alder 25 - 44 år, 2010 - 2017



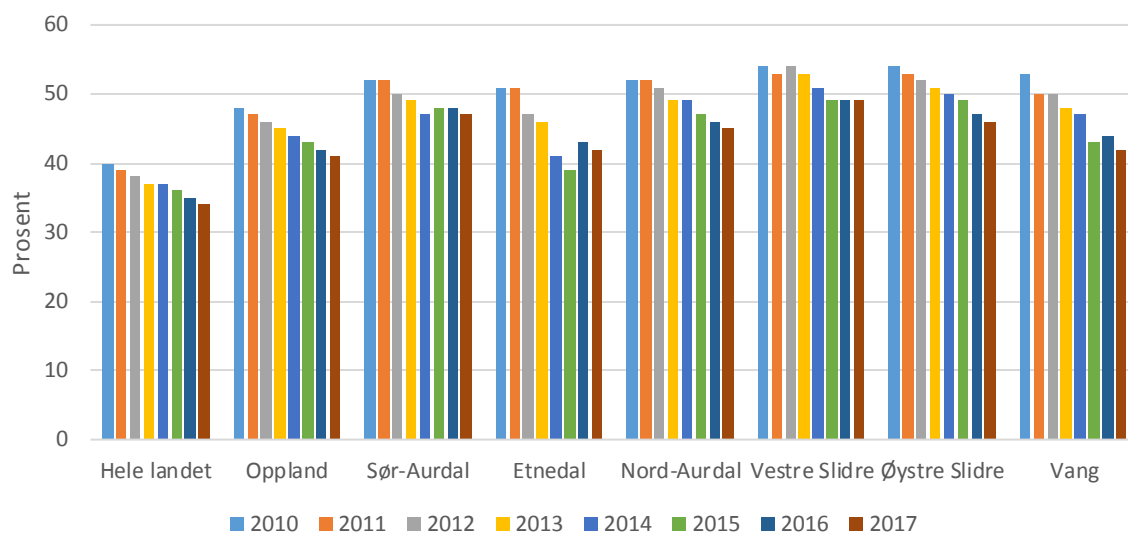
Andel personer med grunnskolenivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av de med oppgitt utdanningsinformasjon. Årlige tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommune helsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>. 18.3.2019

Videregående skole som høyeste utdanningsnivå, alder 30 - 39 år. 2010 - 2017.



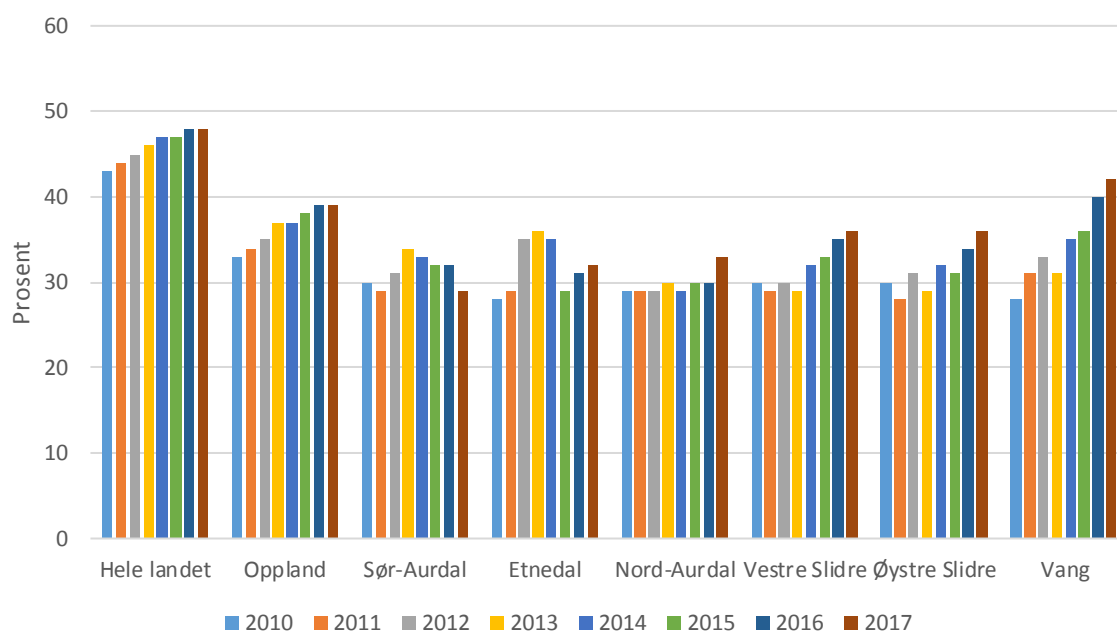
Andel personer med videregående skole som høyeste fullførte utdanning i prosent av de med oppgitt utdanningsinformasjon. Årlige tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommune helsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>. 18.3.2019

Videregående skole som høyeste utdanningsnivå, alder 25 - 44 år. 2010 - 2017.



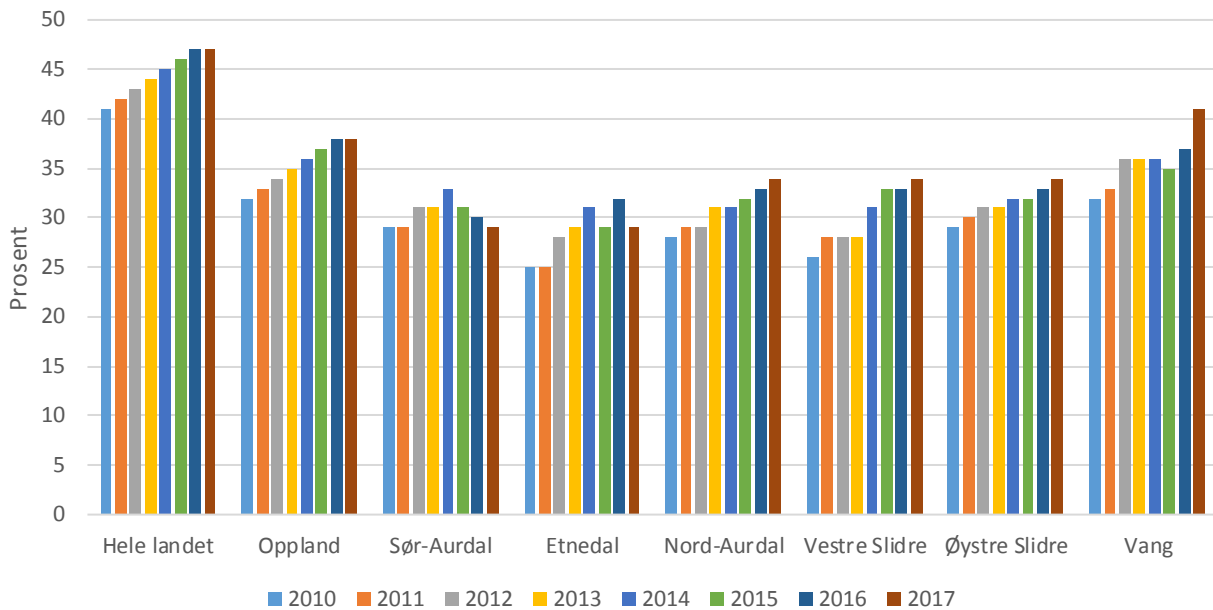
Andel personer med videregående skole som høyeste fullførte utdanning i prosent av de med oppgitt utdanningsinformasjon. Årlige tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>. 18.3.2019

Universitet/høgskole som høyeste utdanningsnivå, alder 30 - 39 år. 2010 - 2017



Andel personer med universitet/høgskole som høyeste fullførte utdanning i prosent av de med oppgitt utdanningsinformasjon. Årlige tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>. 18.3.2019

Univtersitet/ høgskole som høyeste utdanningsnivå, alder 25 - 44 år. 2010 - 2017.

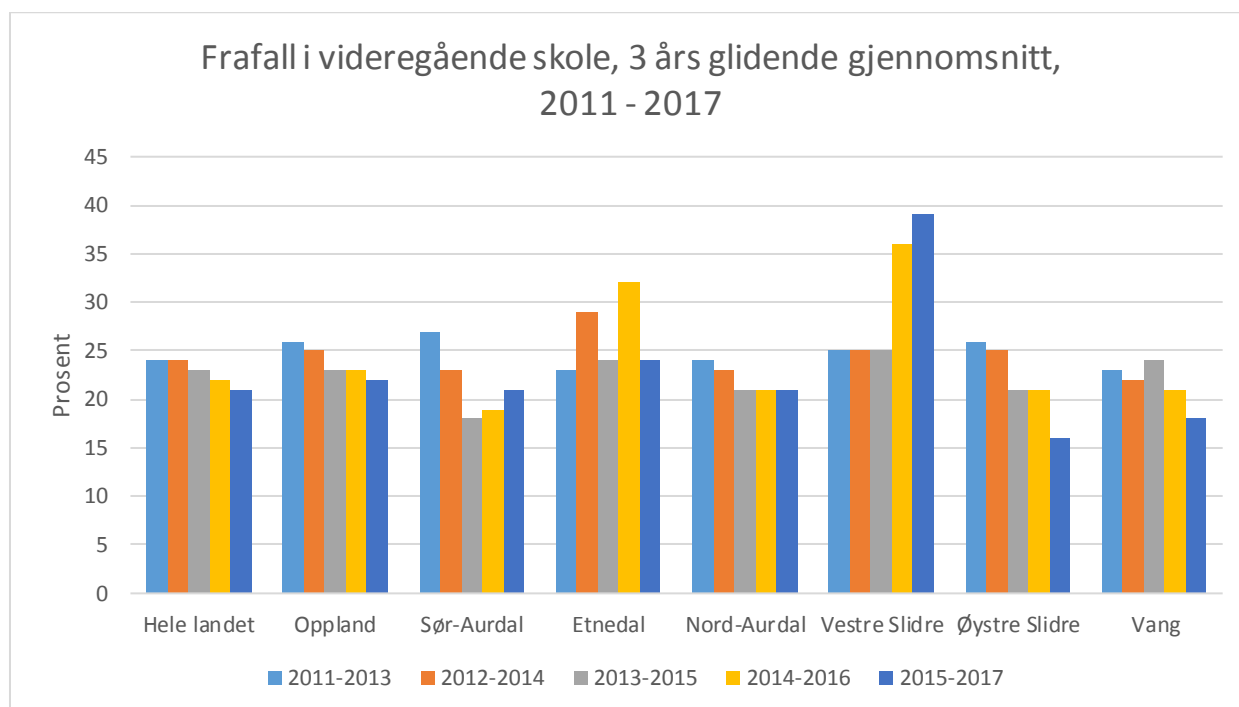


Andel personer med universitet/høgskole som høyeste fullførte utdanning i prosent av de med oppgitt utdanningsinformasjon. Årlige tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>. 18.3.2019

2.11 FRAFALL VIDEREGÅENDE SKOLE

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

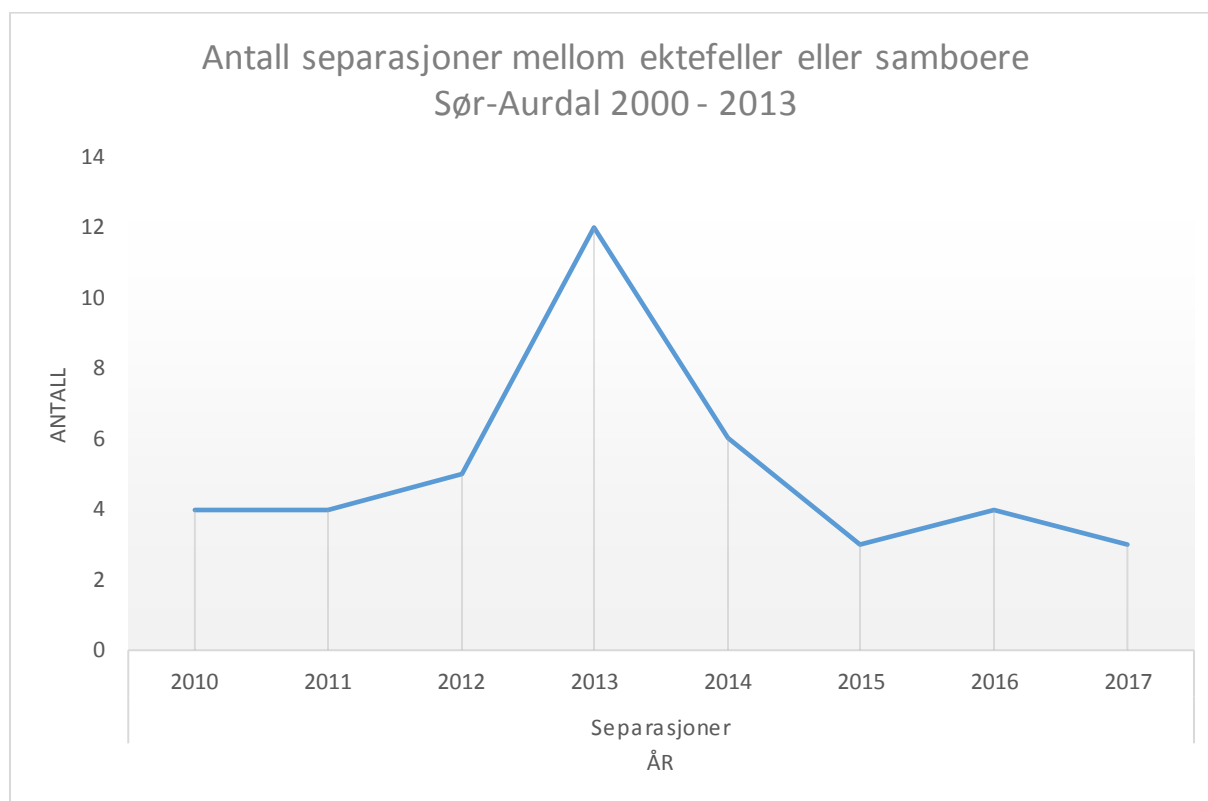
Utdanning, og særlig det å fullføre en grunnutdanning, er en avgjørende ressurs for sikre god helse gjennom livsløpet. Undersøkelser har vist at det er sosial ulikhet i frafall fra videregående skoler i Norge. Dette vises for eksempel ved at blant ungdom som har foreldre med grunnskole som lengste fullførte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



Frafallet inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført VKII eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som startet opp dette året, men som sluttet underveis. Andelen blir beregnet ut fra prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Personer som etter 5 år fortsatt er i videregående skole, regnes ikke som frafalt. Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun startet på grunnkurs i videregående opplæring. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: FOLKEHELSEINSTITUTTET. KOMMUNEHELSE STATISTIKKBANK. <http://khs.fhi.no>. 18.3.2019

2.12 SEPARASJONER

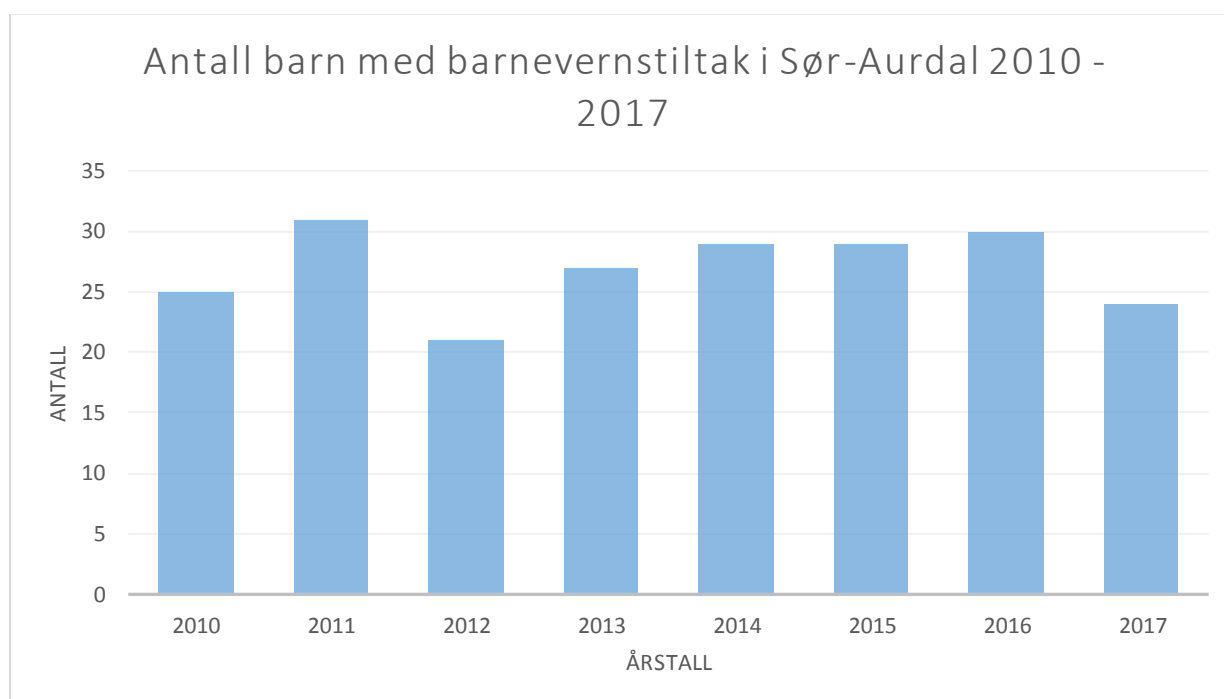
Bakgrunn for valg av separasjoner, er at mange opplever angst og depresjon som følge av egen skilsmisse. Skilsmisse kan føre til angst og depresjon hos barn når de blir voksne. Jenter som opplever samlivsbrudd har en mer negativ utvikling mht symptom på angst, depresjon, selvfølelse, velvære og skoleproblem enn de som ikke opplever samlivsbrudd. Folkehelseinstituttet skriver også at samlivsbrudd gir høy risiko for langvarig arbeidsuførhet og øker risikoen for å komme under fattigdomsgrensen i inntekt.



Separasjoner etter mannens bosted ved hendelsen. All ett- og to tall er satt til null eller tre for å ivareta personvernet. Tall for 2018 ikke klare enda. Kilde: www.ssb.no 19.3.2019.

2.13 BARNEVERN

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



Antall barn med tiltak i barnevernet, prosentandel av innbyggere 0-22 år. Kilde: www.ssb.no 18.3.2019

3 FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ (MILJØRETTET HELSEVERN)

3.1 TILBUD I NÆROMRÅDET OG KVALITETER I KOMMUNEN

Nærmiljøene der vi lever og bor kan enten fremme eller hemme mulighetene for god helse. Helsefremmende nærmiljøer legger til rette for deltakelse og sosiale møteplasser, aktivitet og trygghet.

Et viktig virkemiddel for å påvirke til sunn helseatferd er gjennom planlegging og tilrettelegging av de fysiske omgivelsene. Det gjelder både tilrettelegging for gange og sykling, men også ved at lokale tjenester og tilbud er tilgjengelig i rimelig nærhet slik at det er mulig å være aktiv i nærmiljøet. Videre er det viktig at en i nærmiljøutvikling legger til rette for fysisk aktivitet gjennom grønne områder, gang- og sykkelveier, lekeplasser og liknende. [Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeid i Norge](#)

Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 5 Miljø og bomotiv s. 85 - 114 + vedlegg til denne.

3.2 FUNKSJONSNEDESETTELSE ELLER MANGLENDE TILRETTELEGGING

Offentlige tjenester, infrastruktur, kulturliv og næringsliv må understøtte en aktiv og trygg aldring ved å legge til rette for deltakelse og inkludering. Tilgjengelighet er en forutsetning for deltakelse. Tilgjengelighet omfatter alt fra fysisk tilgang til bygninger, sosiale møteplasser og arrangementer, tilrettelegging av transport og gangveier, til kognitive forutsetninger for å ta i bruk dataverktøy og automatiserte løsninger.

[Meld. St. 34 \(2012-2013\) Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar.](#)

Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 5 Miljø og bomotiv s. 85 - 114 + vedlegg til denne.

3.3 STØY

Støy kan virke negativt på trivsel, prestasjonsevne, søvn, kommunikasjon og sosial atferd, samt bidra til stressrelaterte sykdommer. Kraftig støy kan forårsake hørselsskade.. Det er store individuelle forskjeller i følsomhet og sårbarhet overfor støy. Søvnforstyrrelser er trolig den største helseplagen som følge av trafikkstøy.

[Folkehelseinstituttets temasider om hørsel og støy, oppdatert 2018](#)

Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 5 Miljø og bomotiv s. 85 - 114 + vedlegg til denne.

3.4 DRIKKEVANNSKVALITET

Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og E.coli er en av de mest sentrale parametre for kontroll. [FHI Drikkevann. Oppdatert 2017.](#)

Alle de 828 personene tilknyttet kommunalt vannverk har i årene 2015 t.o.m. 2018 hatt tilfredsstillende prøveresultater (kilde: www.ssb.no 18.3.2019).

3.5 SKOLEMILJØ – OPPLEVELSE AV TRIVSEL/MOBING OG RESULTAT FRA UNGDATA

En studie i 2011 blant nærmere 9000 ungdommer og deres foreldre, peker ut problemer med skoleresultater og mobbing på skolen som viktige risikofaktorer for psykiske vansker blant ungdom. [FHI Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oppdatert 2016.](#)

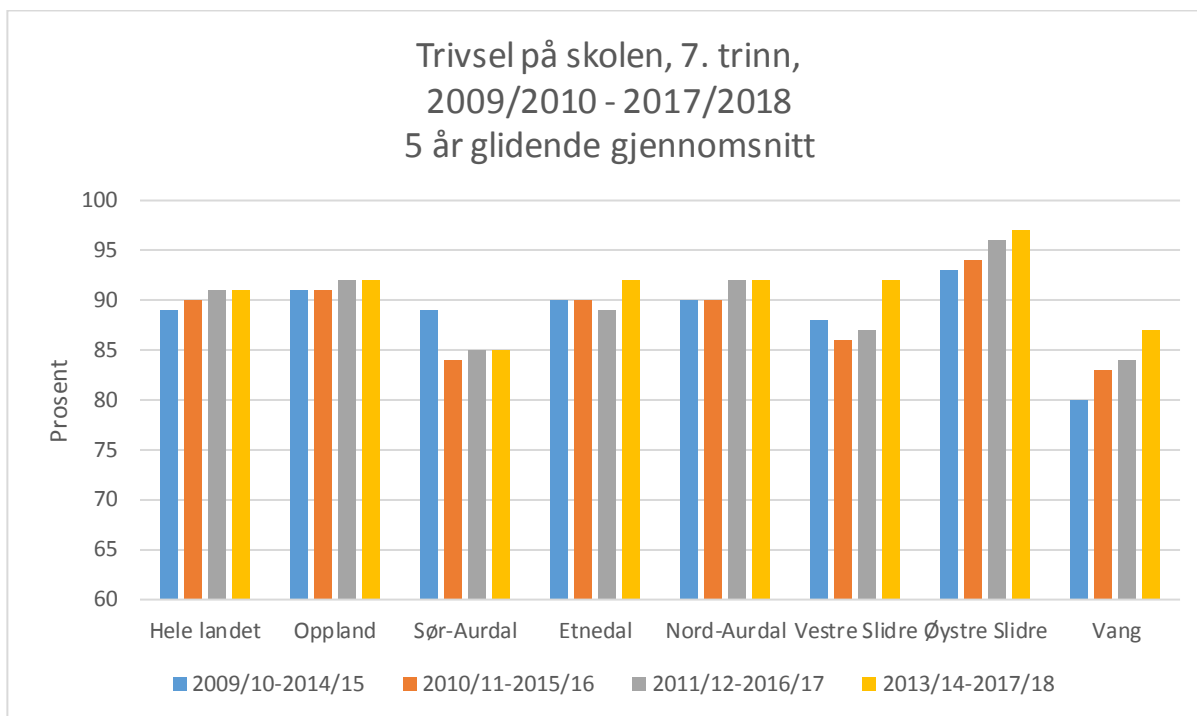
Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir [NOVA - Ungdomsskoleelever. Motivasjon, mestring og resultater. Øia 2011.](#) Dette kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter. [FHI folkehelse rapporten: Barn og unges helse: oppvekst og levekår. 2018.](#)

[FHI: Å satse på ungdom gir dobbel folkehelsegevinst. 2018.](#)

Kommunehelse som er brukt som kilde her oppgir 5-års glidende gjennomsnitt og gjør det mulig å vurdere trender over tid. Dersom en ønsker spesifikk data for det enkelte år kan <https://skoleporten.udir.no> brukes for skolene Bagn skule og Sør-Aurdal ungdomsskole. Begnadalen skole og Hedalen barne- og ungdomsskole har for lavt antall elever til at tall pr skole gjøres synlig.

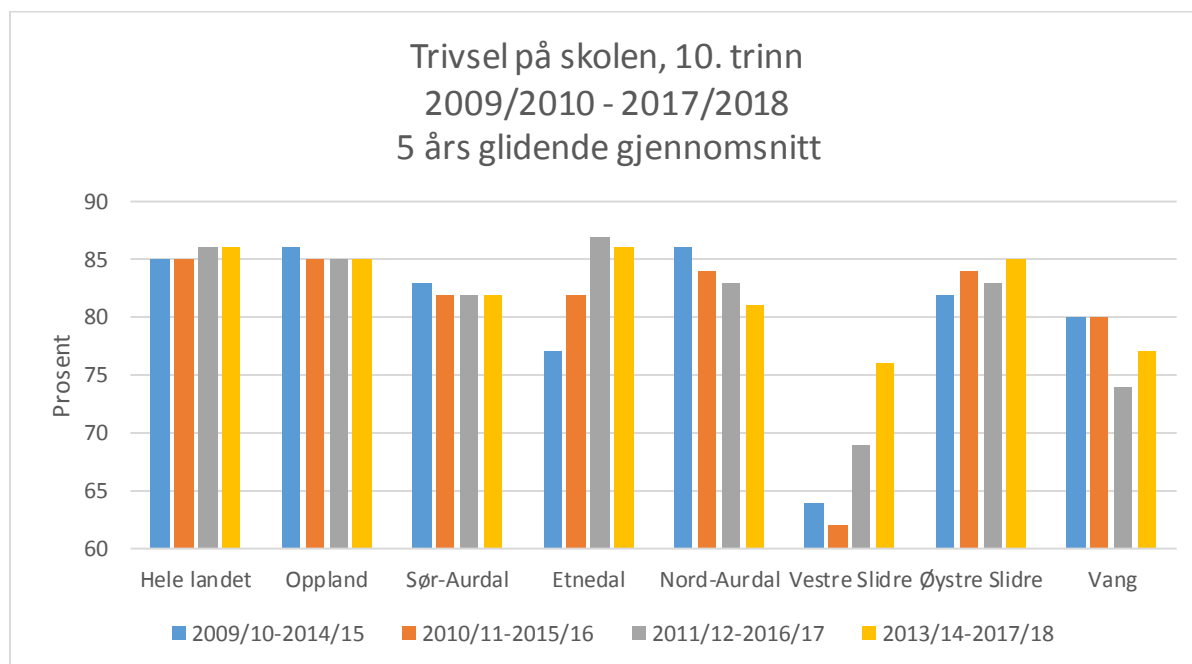
UNGDATA 2016

Sist utført i 2016. De som den gang svarte på ungdomsundersøkelsen I 8. – 10.trinn er ikke lenger elever i ungdomsskolen. Oppfordrer til å se på resultatene på nettsiden link: [UngData Sør-Aurdal](#)



Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår. Standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

<http://khs.fhi.no> 18.3.2019



Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår. Standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

<http://khs.fhi.no>

Mobbing på skolen for 7. trinn er ikke tilgjengelig i kommunehelsa statistikkbank.

Antallet som blir mobbet i 10.trinn skoleårene 2015/2016 -2018/2019, tre år glidende gjennomsnitt, er under landsgjennomsnittet. Så lavt at antallet ikke vises i statistikk. <http://khs.fhi.no> (2.9.2019)

3.6 SOSIAL STØTTE

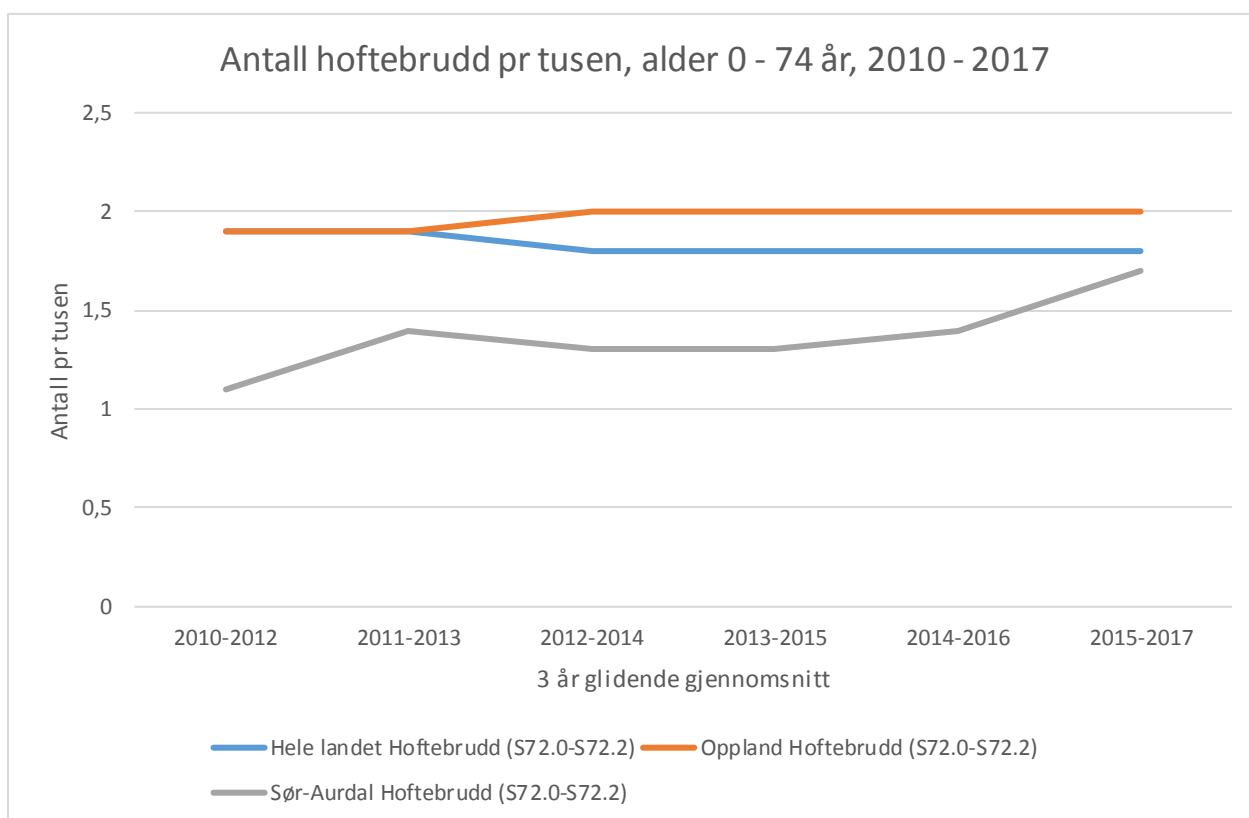
Ensomhet og mangel på sosial støtte forringer livskvaliteten, påvirker menneskers mestringsressurser og medfører risiko for dårligere helse. Vi kan derfor se på dette som utfordringer som er av spesiell interesse i folkehelsearbeidet. Forskingen på ensomhet og sosial støtte har brukt ulike spørsmål og rapporterer litt ulike tall. Et fellestrekk ved resultatene er at de tyder på at deltagelse er en viktig samlende faktor; det å ikke være i utdanning, arbeid eller annen aktivitet påvirker naturlig nok muligheten for å knytte og opprettholde bånd. Dårlig helse og/eller økonomiske problemer kan også påvirke mulighetene for deltagelse. [Helsedirektoratet: Samfunnsutvikling for god folkehelse - Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. 2014.](#)

Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 5 Miljø og bomotiv s. 85 - 114 + vedlegg til denne.

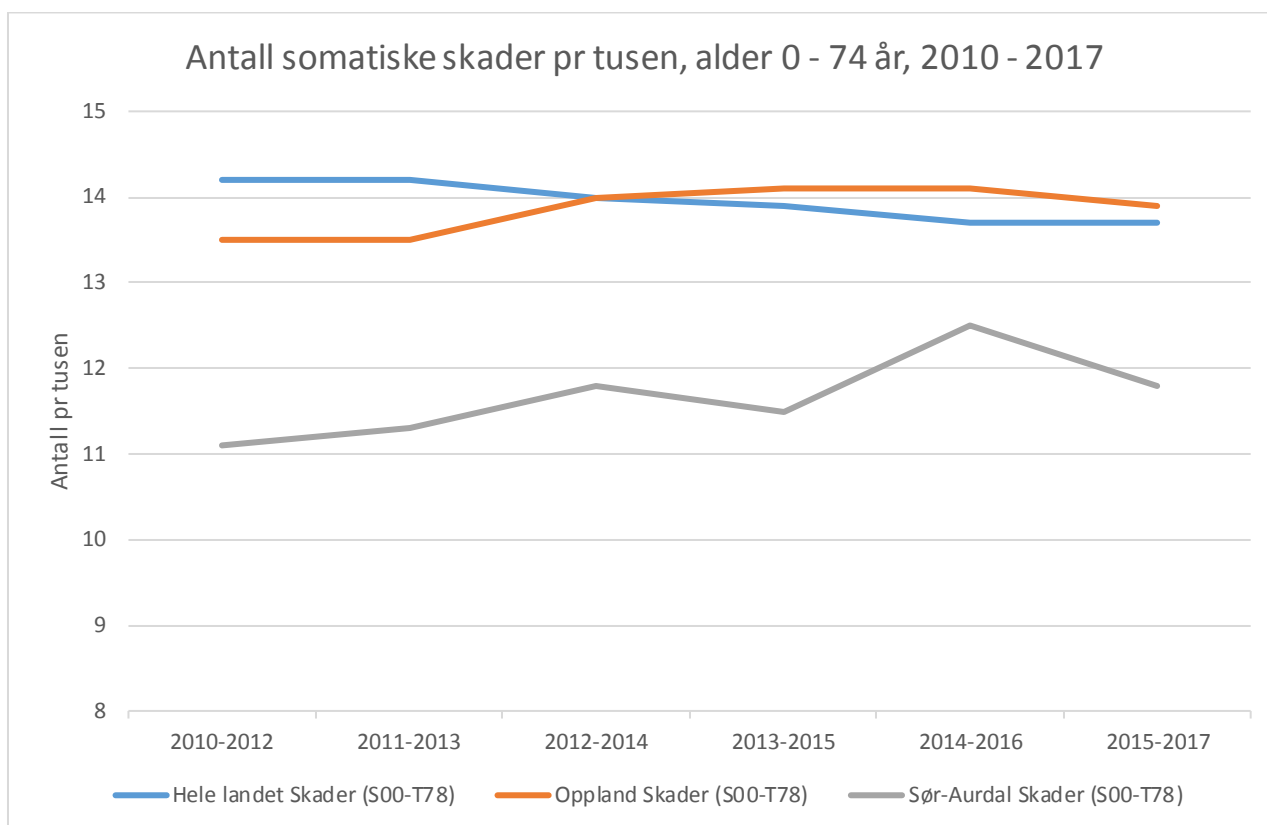
4.1 SYKEHUSINNLEGGELSER ETTER ULYKKER

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkesskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av ulykker. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste ulykkesskadene. [FHI Temasider: Skader og ulykker, 2019.](#)

Viser til folkehelse – og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 6 Skader og ulykker s. 115 – 122



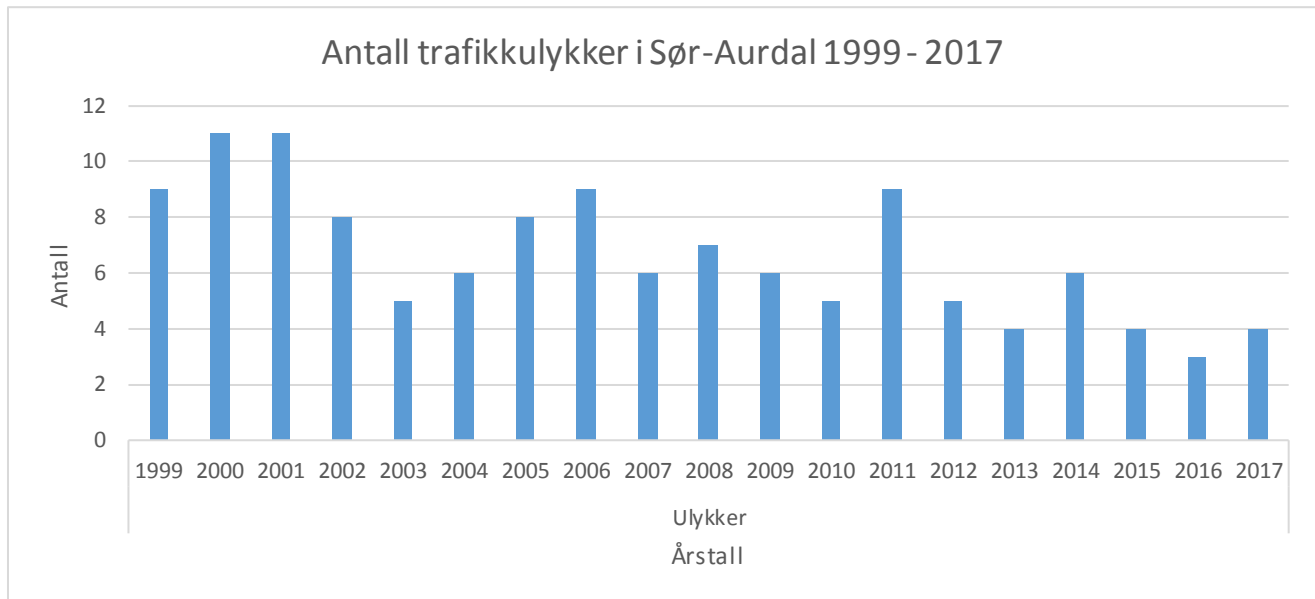
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med hoftebrudd per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. 3 års gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsestatistikkbank. <http://khs.fhi.no> 18.3.2019



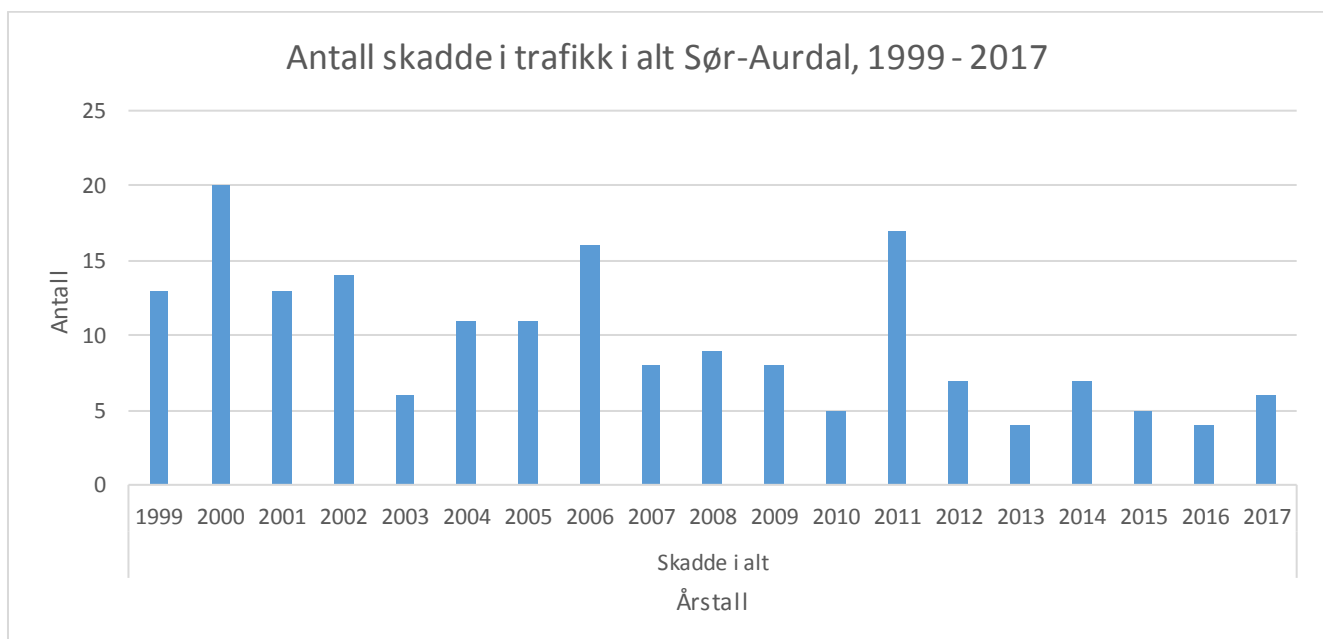
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med skader per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kilde: [FOLKEHELSEINSTITUTTET](http://www.fhi.no). [KOMMUNEHELSEA](http://www.kommunehelsetilbud.no) STATISTIKKBANK. [HTTP://KHS.FHI.NO](http://khs.fhi.no)

4.2 TRAFIKKULYKKER

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



Kilde: www.ssb.no 19.3.2019



Kilde: www.ssb.no 19.3.2018

5 HELSERELATERT ATFERD

5.1 DELTAKELSE I AKTIVITETER

Frivillig sektor representerer en betydelig ressurs og bidrar til engasjement, meningsfulle aktiviteter og utfører viktige samfunnsoppgaver. Et rikt og mangfoldig organisasjonsliv er av stor betydning for demokrati, fellesskap og velferd. Frivillighet er viktig som folkehelseressurs, og kan knyttes til blant annet livskvalitet, psykisk helse, friluftsliv og idrett, trivsel og aktivitet i nærmiljøene. Mennesker som deltar i frivillig arbeid ser ut til å ha bedre tilfredshet med livet og bedre mestringfølelse enn de som ikke deltar. [Helsedirektoratet: Saumfunnsutvikling for god folkehelse - Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. 2014.](#)

Ved å sammenligne opplysninger om deltagelse i kulturelle aktiviteter med helseopplysninger, fant forskerne som gjennomførte HUNT-undersøkelsen (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) at alle som konsumerte kultur i en eller annen form, opplevde bedre helse, var mer tilfreds med livet sitt og hadde mindre forekomster av angst og depresjon, sammenlignet med folk som ikke var så opptatt av kultur. Det vil si at enten du er korpsmusikant, spiller i rockeband, er ivrig kulturfestivaldeltager eller rett og slett fotballsupporter, så er den kulturaktiviteten du bedriver, helsebringende. [NTNU: Bedre helse med kultur. 2011.](#)

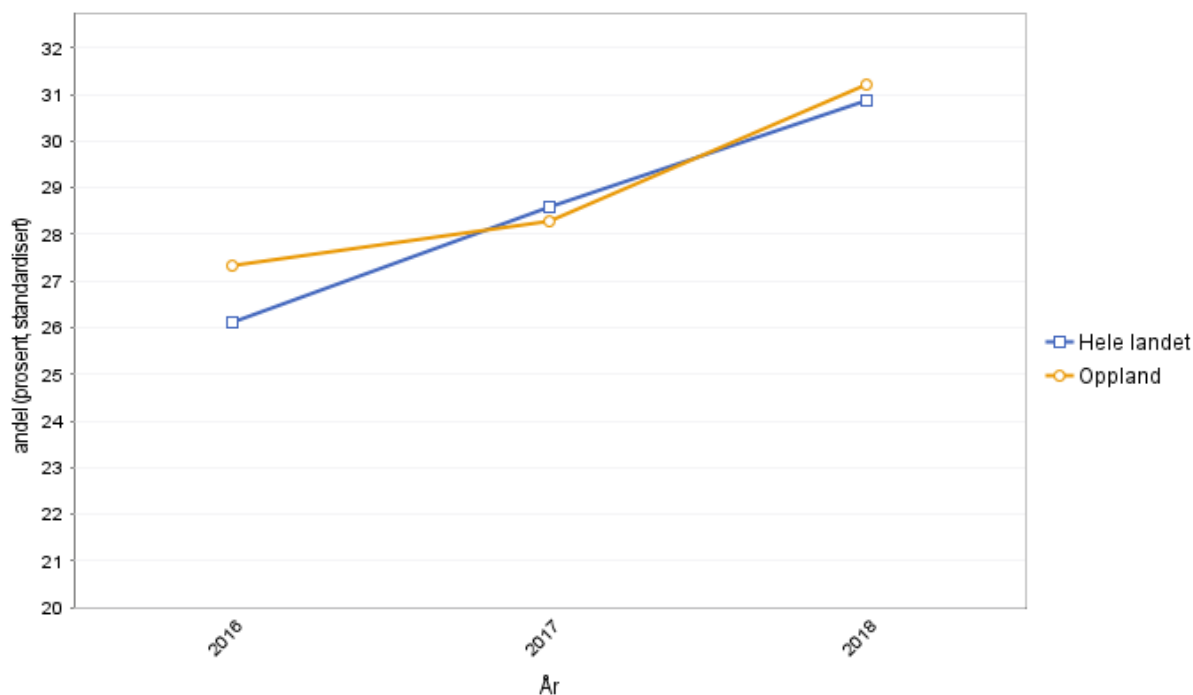
Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 7 Helsereelatert atferd s. 123 - 140 + vedlegg til denne.

5.2 TID BRUKT PÅ ULIKE MEDIER

«Et perspektiv vi ofte glemmer når barn og nye medier diskuteres, er verdi- og utdanningsdimensjonen. I en kronikk av Brandtzæg og Endestad (2003) i Dagbladet i fjor understrekes det at de nye mediene gir barn og unge tilgang til verdifull informasjon som de kanskje ikke kunne fått tak i andre steder. De muliggjør også lek og kommunikasjon, uavhengig av tid og rom. Flere studier kan også påvise at videospill kan føre til positive helseeffekter både innen psykisk rehabilitering og utvikling av sosiale ferdigheter (Griffiths, 2004). Elektroniske spill gir barn nye muligheter til å prøve ut grenser og leke det de aldri vil bli (Jones, 2004). Videre brukes elektroniske spill i terapeutiske sammenhenger (Griffiths, 1997a, 1997b). Alle barn, som voksne, trenger forandring og et aktivt liv, noe også Gerard Jones (2004) påpeker. Impulser fra forskjellige hold kan bidra til likevekt. *DET BLIR VIKTIG Å GI BARN KOMPETANSE TIL Å HÅNDTERE MEDIEVERDENEN PÅ EN FORNUFTIG MÅTE.*» Kilde: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 41, nummer 11, 2004*

Tiden i ro bør begrenses og deles opp med små aktive pauser. Lang tid foran pc, tv eller annen skjerm bør unngås. Det anbefales å forsøke å inkludere minst fem minutter med å stå, gå eller drive med lett aktivitet pr. time med skjermbruk. Det gjelder også på arbeid, og også for dem som ellers er mye i aktivitet. Kilde: *Folkehelse rapporten 2014, Fysisk aktivitet i Norge*

Diagram: Skjermtid, mer enn fire timer daglig



Andel ungdomsskoleelever som svarer «4-6 timer» eller «Mer enn 6 timer» på spørsmålet om hvor lang tid de vanligvis bruker på aktiviteter foran en skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) i løpet av en dag, utenom skolen. www.khs.fhi.no Tallene for Sør-Aurdal er for små til at de synliggjøres i statistikk. Det antas at samme trend sees i Sør-Aurdal som i lande for øvrig.

5.3 FYSISK AKTIVITET

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

Helsedirektoratet anbefaler at barn og unge deltar i fysisk aktivitet med moderat eller høy intensitet i minimum 60 minutt hver dag. I tillegg bør barn og unge utføre aktiviteter med høy intensitet minst tre ganger i uken, inkludert aktiviteter som gir større muskelstyrke og styrker skjelettet.

Helsedirektoratet anbefaler videre at voksne er moderat fysisk aktive i minst 150 minutter hver uke. Det vil si å utføre aktiviteter som gir raskere pust enn vanlig, for eksempel rask gange. Anbefalingen kan også oppfylles med minst 75 minutter aktivitet med høy intensitet hver uke, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet.

[FHI: Kartlegging av fysisk aktivitet, sedatid og fysisk form blant barn og unge 2018 \(ungKan 3\). 2019.](#)

[Helsedirektoratet: Fysisk aktivitet og stillesitting. Faktaark. 2016.](#)

[WHO: Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep under 5 years of age. 2019](#)

[WHO: Physical activity](#)

Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 7 Helserelatert atferd s. 123 - 140 + vedlegg til denne.

5.4 KOSTHOLD

Å spise sunt og variert, kombinert med fysisk aktivitet er bra både for kropp og velvære. Med riktig hverdagskost kan sykdom forebygges. Ofte kan det å ta små grep i hverdagen ha stor betydning for helsen. Matvarer merket med Nøkkelhullet er et hjelpemiddel for å ta de små, sunne grepene i hverdagen. Det anbefales bl.a. å spise minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag. [Helsedirektoratet: Kostråd. Oppdatert 2016.](#)

De fleste trenger påfyll av energi om morgenen for at kroppen skal fungere. Det kan være vanskeligere å konsentrere seg, og både humør og arbeidslyst kan bli dårligere når frokosten droppes. Mange barn får i seg for mye sukker gjennom brus eller saft. En halv liter brus eller saft inneholder cirka 50 gram sukker. Det tilsvarer 25 sukkerbiter.

[Matportalen.no, Helsedirektoratet](#)

Virkemidlene for å fremme sunne valg ligger i all hovedsak utenfor helsesektoren, og samarbeidet med andre sektorer, frivillige organisasjoner og private aktører er viktig. Dette er en felles oppgave. Ansvaret på tvers av sektorer må i større grad synliggjøres. [Meld. St. 19. Folkehelsemeldinga](#)

Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 7 Helserelatert atferd s. 123 - 140 + vedlegg til denne.

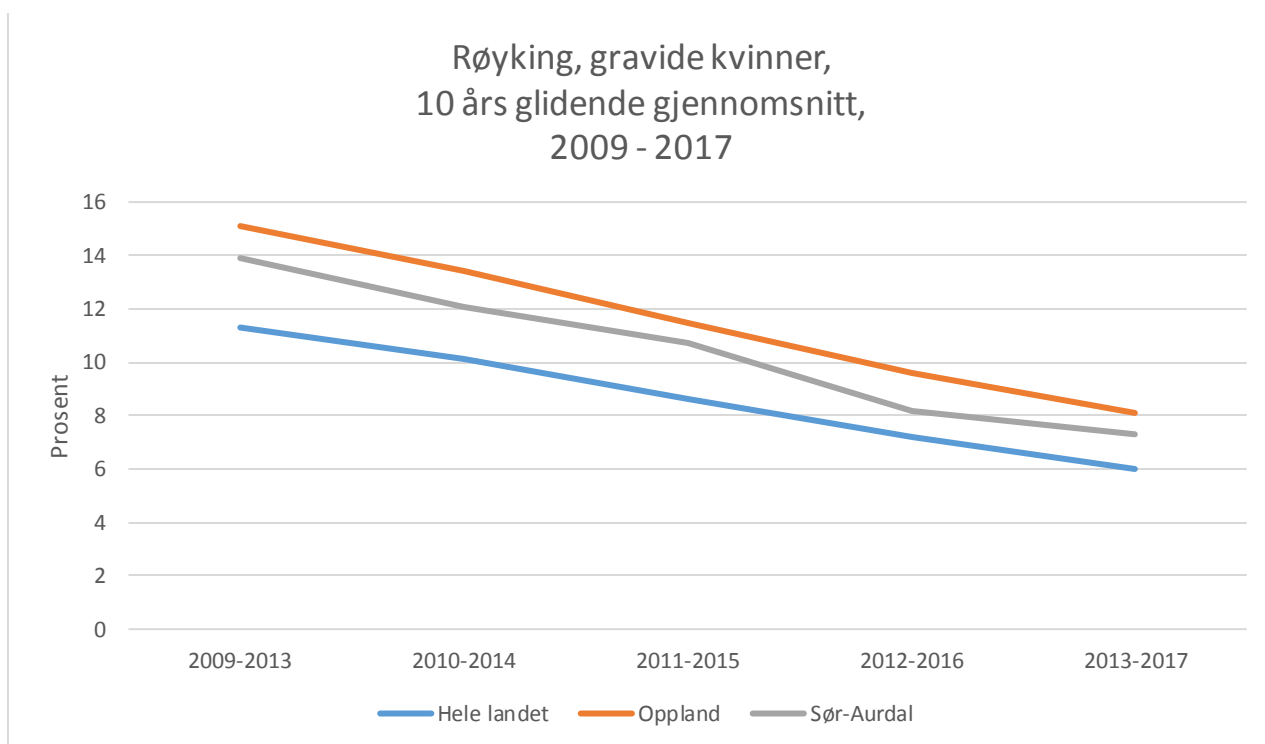
5.5 RØYK OG SNUS

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes 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 25 prosent av dagligrøykerne dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere. [FHI: Røyking og snusbruk i Noreg. oppdatert 2018.](#)

Bruk av snus øker risikoen for kreft i bukspyttkjertel, spiserør og munnhule og har flere andre negative effekter. Snus øker risikoen for dødfødsel og for tidlig fødsel. [FHI: Helserisiko ved bruk av snus. Oppdatert 2016.](#)

Undersøkelser i Norge har vist tydelige sosioøkonomiske forskjeller i røyking blant voksne, men ikke for bruk av snus. [ØF-notat 13/2014. Folkehelse og levekår i Oppland. 2014.](#)

Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 7 Helserelatert atferd s. 123 - 140 + vedlegg til denne.



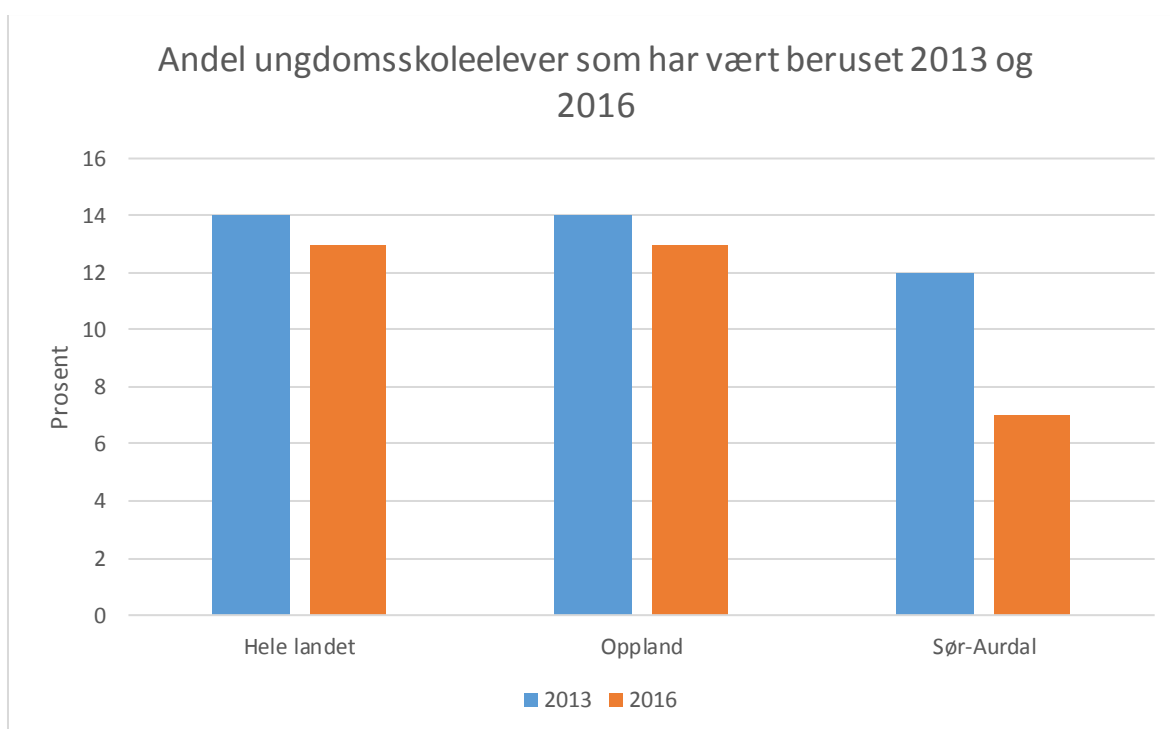
Andel fødende som oppga at de røykte ved svangerskapets begynnelse i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt Kilde: [FOLKEHELSEINSTITUTTET](#). Kommunehelso statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

5.6 ALKOHOL OG CANNABIS

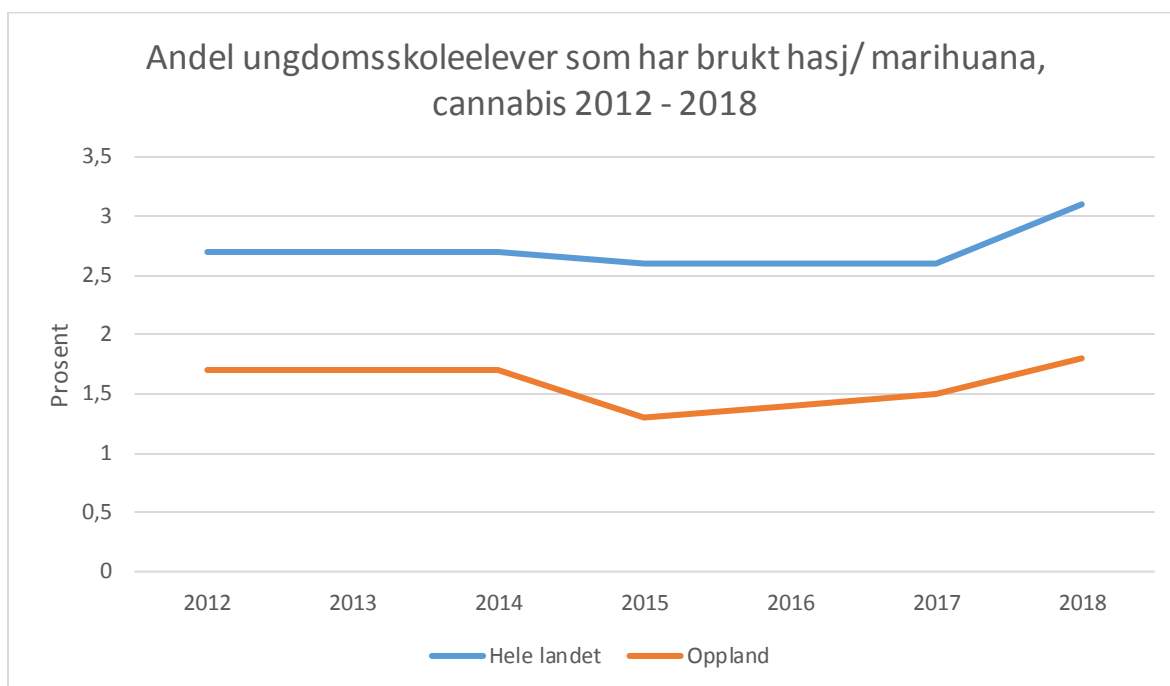
Små mengder alkohol innebærer vanligvis liten skaderisiko for friske personer. Inntak av større mengder gir derimot rusvirkninger, fulgt av økt risiko for uhell, skader og ulykker. Alkohol kan også påvirke effekten av en rekke legemidler og rusmidler, og hvordan kroppen reagerer på disse. Ved gjentatt forbruk av alkohol over tid øker risikoen for utvikling av sykdommer og avhengighet. [NHI: Fakta om alkohol. Revidert 2016.](#)

Kommunen er en viktig arena for forebygging, identifisering, kartlegging, behandling og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser. Helsedirektoratet anbefaler at kommunens innsats på rusmiddelfeltet nedfelles i helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Rusmiddelarbeid i kommunen omfatter blant annet forvaltning av alkoholloven, rusmiddelforebygging og tidlig intervensjon. Det er spesielt viktig å forebygge overfor barn og unge for på den måten å hindre risikofylt eller skadelig rusmiddelbruk senere i livet. Kommunen har også et ansvar for behandling og oppfølging i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre aktører. Mange med rusmiddelproblemer har også samtidige psykiske lidelser, og kommunene har en sentral rolle i kartlegging, behandling og oppfølging av disse. [Helsedirektoratet: Lokalt rusmiddelforebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv. 2018.](#)

Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 7 Helserelatert atferd s. 123 - 140 + vedlegg til denne.



Andel ungdomsskoleelever som svarer «1 gang», «2-5 ganger», «6-10 ganger» eller «11 ganger eller mer» på spørsmålet om de det siste året (de siste 12 månedene) har «drukket så mye at du har følt deg tydelig beruset» i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet. www.khs.fhi.no



Andel ungdomsskoleelever som svarer «1 gang», «2-5 ganger», «6-10 ganger» eller «11 ganger eller mer» på spørsmålet om de det siste året (de siste 12 månedene) har «brukt hasj/marihuana/cannabis» i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet. www.khs.fhi.no Andelen er for lav i Sør-Aurdal til at disse tallene synliggjøres. Det er forventet at Sør-Aurdal viser samme trend som Oppland.

6 HELSETILSTAND

6.1 OPPLEVELSE AV HELSE, LIVSKVALITET OG BEGRENSNINGER

Livskvalitet handler om å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet, om å bruke personlige styrker, føle interesse, mestring og engasjement og utgjør således en viktig verdi i seg selv. I tillegg har livskvalitet sammenheng med helserelaterte gevinster som bedre fysisk og psykisk helse, sunnere livsstilvalg, sterkere nettverk og sosial støtte. Lykke og livskvalitet styrker også motstandskraften i møte med belastninger.

Opplevd livskvalitet er viktig for den enkelte, og kan også bidra til gode familierelasjoner, oppvekstkår, fungering i arbeidslivet, og for befolkningens generelle helse. Fokus på livskvalitet er derfor viktig i det moderne folkehelsearbeidet. [FHI: Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge. Oppdatert 2017.](#) [FHI: Fakta om livskvalitet og trivsel hos barn og unge. Oppdatert 2017.](#)

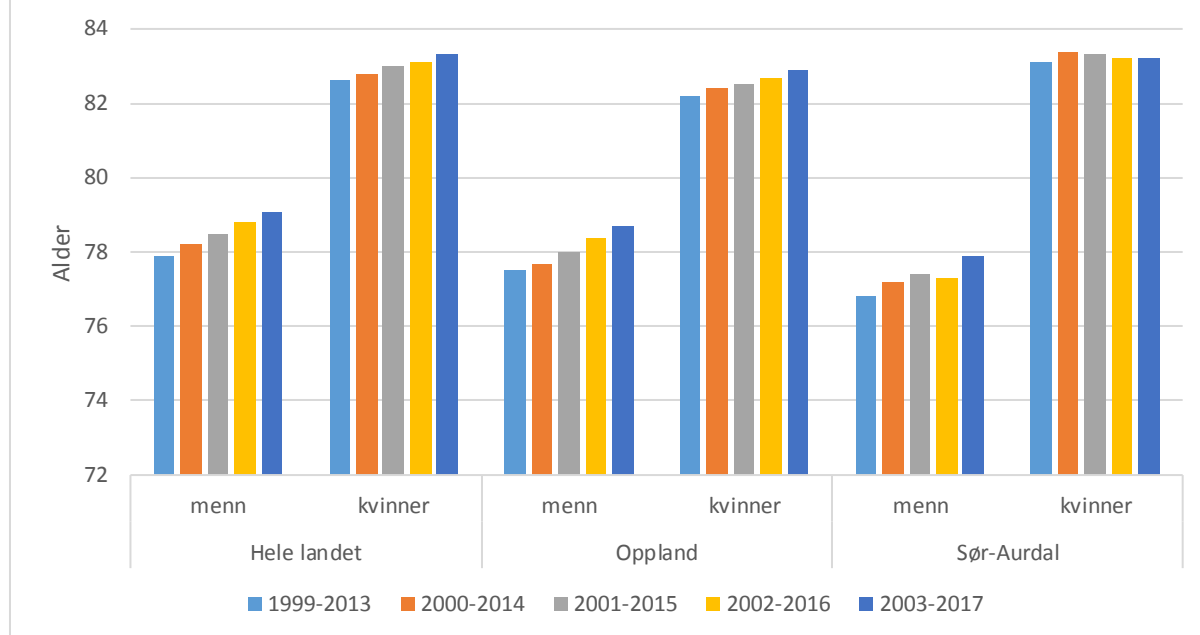
Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 8 Helsetilstand s. 141 - 153 + vedlegg til denne

6.2 FORVENTET LEVEALDER

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

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

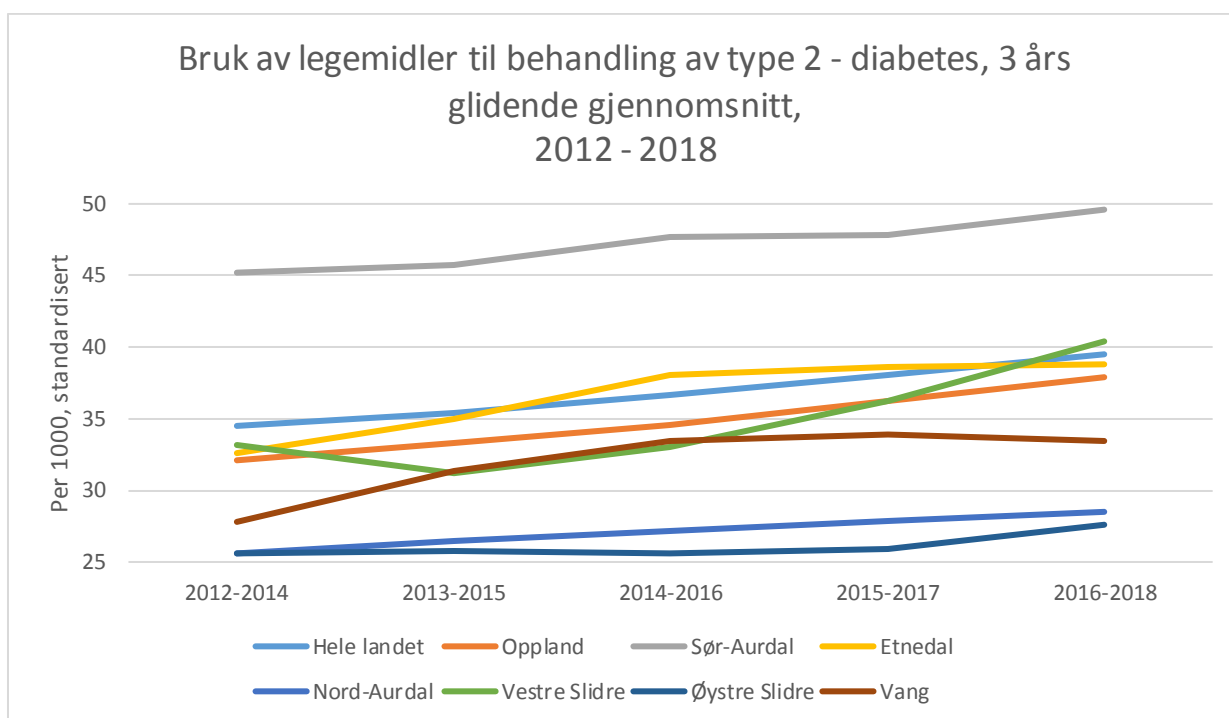
Forventet levealder, menn og kvinner 5 års glidende gjennomsnitt 1999 - 2017



Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: KommuneHelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>. 19.3.2019

6.3 DIABETES

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



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 30-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no>

6.4 HJERTE- OG KARSYKDOMMER

Hjerte- og karsykdommer omfatter blant annet hjerteinfarkt, angina pectoris (hjertekramper) og hjerneslag. Jo flere som er ikke-røykere, har et gunstig kosthold, mosjonerer daglig og har normal kroppsvekt, jo færre vil få infarkt i en befolkning. [FHI: Hjerte- og karsykdommer i Norge. Oppdatert 2018.](#)

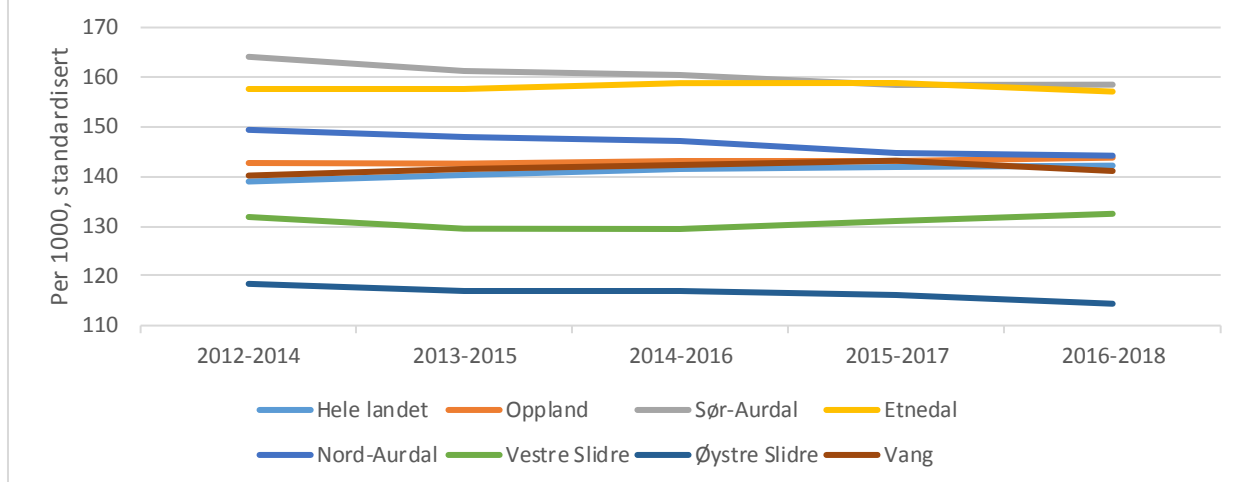
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene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

Tabell: Midler mot hjerte og karsykdommer samlet 2012 - 2017

| År | | 2012-2014 | 2013-2015 | 2014-2016 | 2015-2017 | 2016-2018 |
|-------------------------------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Geografi | Legemiddelgruppe | | | | | |
| Hele landet | Midler mot hjerte- og karsykdommer (C) | 163,5 | 165,0 | 166,6 | 168,1 | 169,4 |
| Oppland | Midler mot hjerte- og karsykdommer (C) | 170,2 | 170,5 | 171,5 | 172,3 | 173,4 |
| Sør-Aurdal | Midler mot hjerte- og karsykdommer (C) | 194,9 | 192,3 | 192,2 | 193,3 | 194,7 |
| Etnedal | Midler mot hjerte- og karsykdommer (C) | 183,9 | 185,3 | 186,7 | 187,1 | 184,6 |
| Nord-Aurdal | Midler mot hjerte- og karsykdommer (C) | 179,5 | 177,8 | 177,4 | 175,5 | 175,1 |
| Vestre Slidre | Midler mot hjerte- og karsykdommer (C) | 156,5 | 152,2 | 152,3 | 153,9 | 158,8 |
| Øystre Slidre | Midler mot hjerte- og karsykdommer (C) | 178,1 | 174,5 | 172,6 | 170,9 | 170,0 |
| Vang | Midler mot hjerte- og karsykdommer (C) | 155,3 | 159,2 | 160,9 | 161,4 | 161,4 |

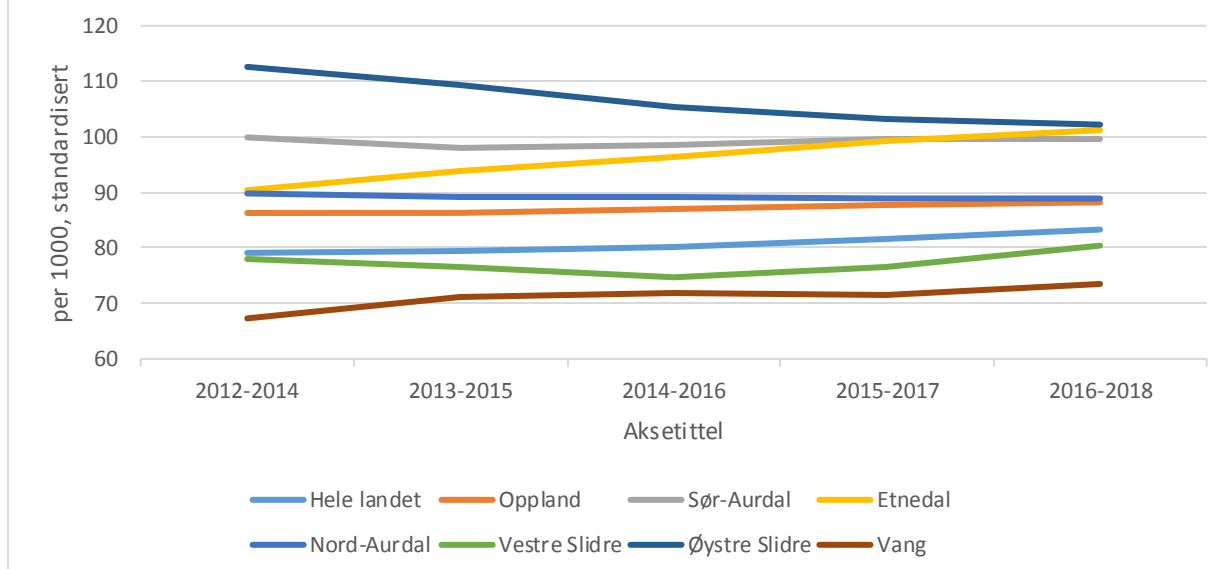
Kilde: <http://khs.fhi.no>

Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer (untatt kolesterolsenkende midler), 3 års glidende gjennomsnitt, 2012 - 2017



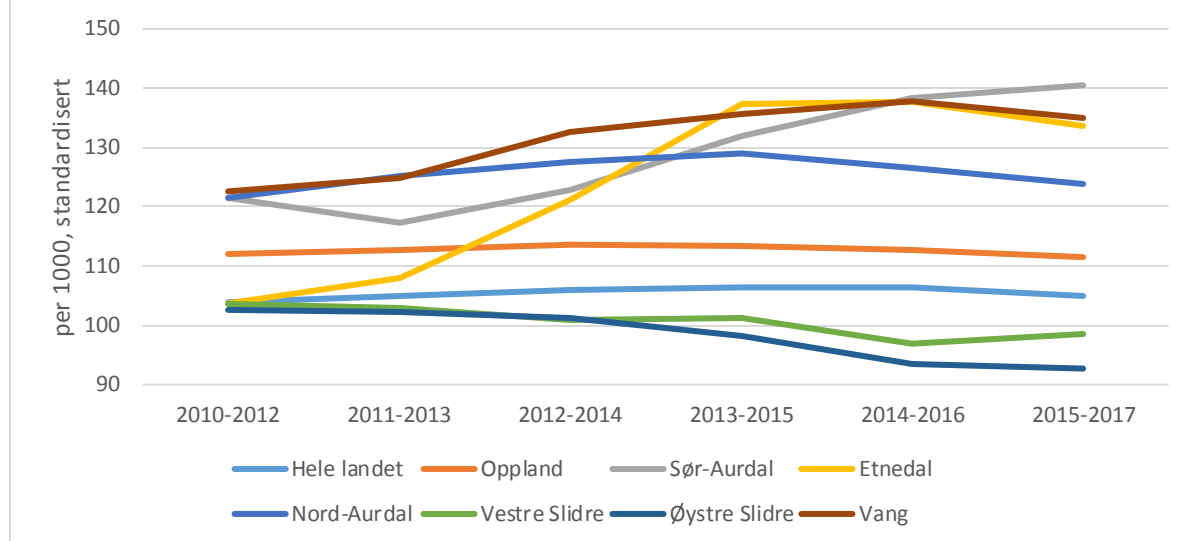
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no> 19.3.2019

Bruk av kolesterolsenkende medikamenter, 3 års glidende gjennomsnitt 2011 - 2017



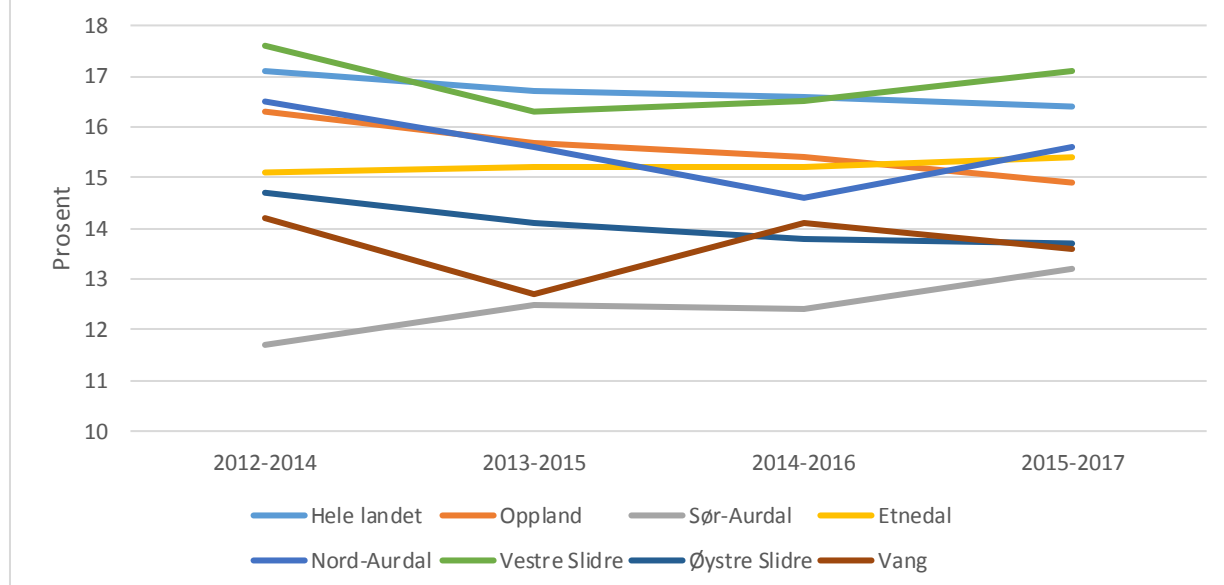
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no> 19.3.2019

Bruk av primærhelsetjenesten hjerte- og karsykdommer, 3 års glidende gjennomsnitt, 2010 - 2017



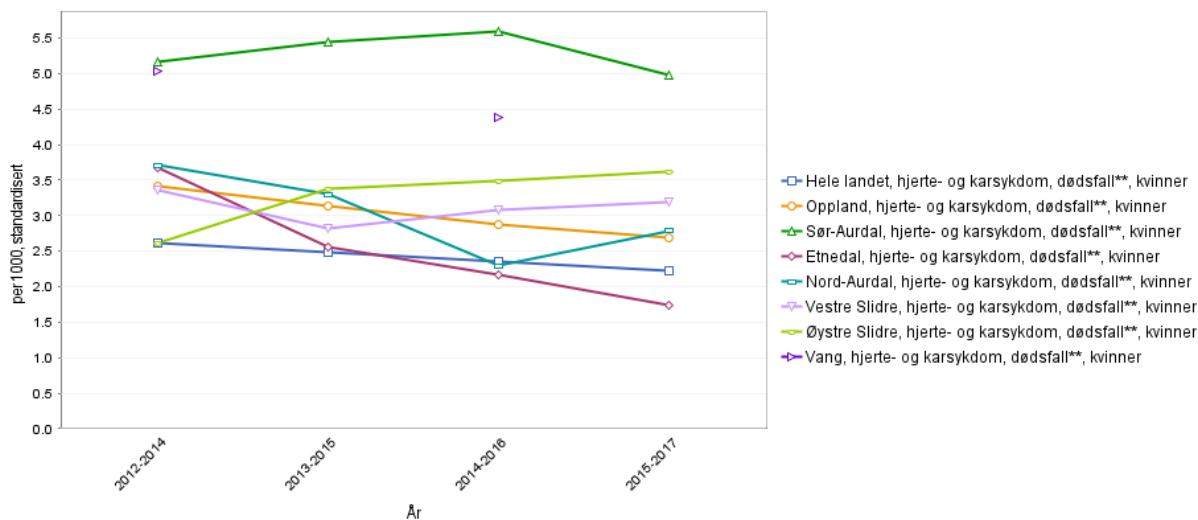
Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder) Kilde: [FOLKEHELSEINSTITUTTET. KOMMUNEHELSEA STATISTIKKBANK. HTTP://KHS.FHI.NO](http://khs.fhi.no)

Hjerte- og karsykdom, antall sykehusinnlagte, 3 års glidende gjennomsnitt, 2012 - 2017



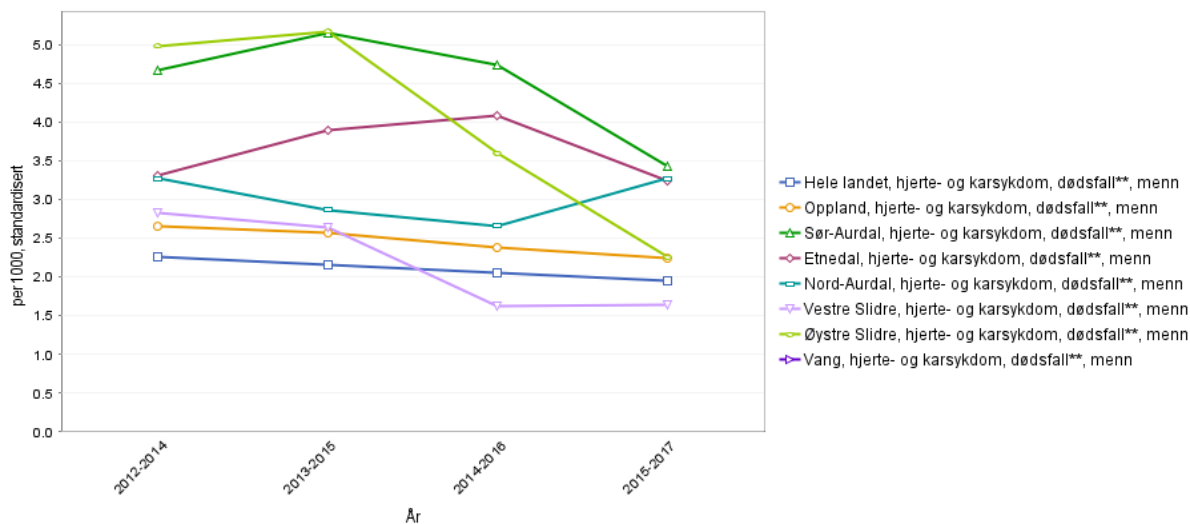
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no> 19.3.2019

Dødelighet hjerte-/karsykdom, kvinner, 10 års glidende gjennomsnitt, 2004-2017



Dødelighet hjerte- karsykdom, kvinner, per 100 000 standardisert. 10 års glidende gjennomsnitt. 0 – 74 år. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no> 19.3.2019

Diagram: Dødelighet hjerte-/karsykdom, menn, 10 års glidende gjennomsnitt, 2004-2017



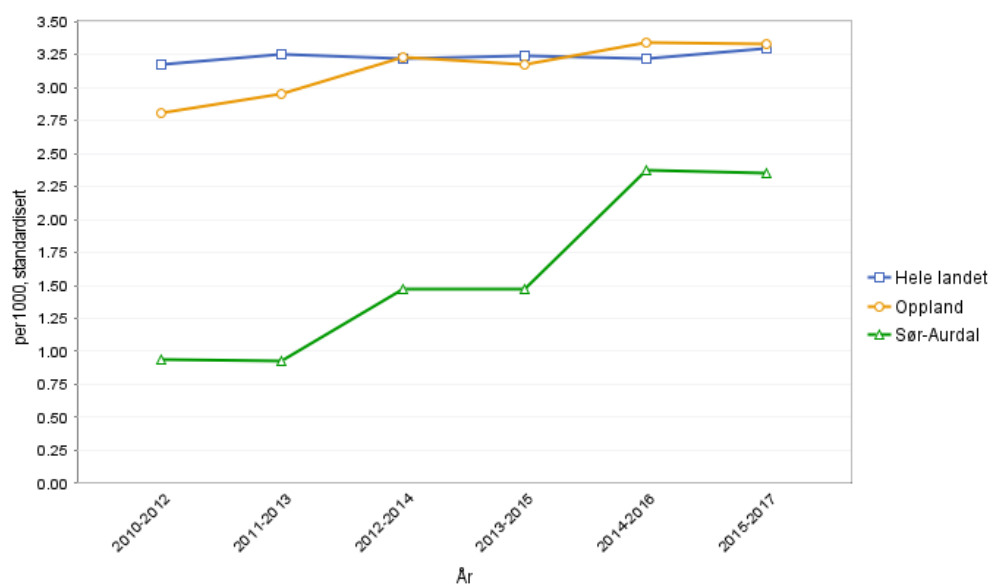
Dødelighet hjerte- karsykdom, menn, per 100 000 standardisert. 10 års glidende gjennomsnitt. 0 – 74 år. Kilde: <http://khs.fhi.no> 19.3.2019

6.5 KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYKDOM (KOLS) OG ASTMA

Befolkningsundersøkelser i Norge viser at forekomsten av astma har økt de siste 20 årene, spesielt hos barn. [FHI: Astma og allergi. Oppdatert 2018.](#)

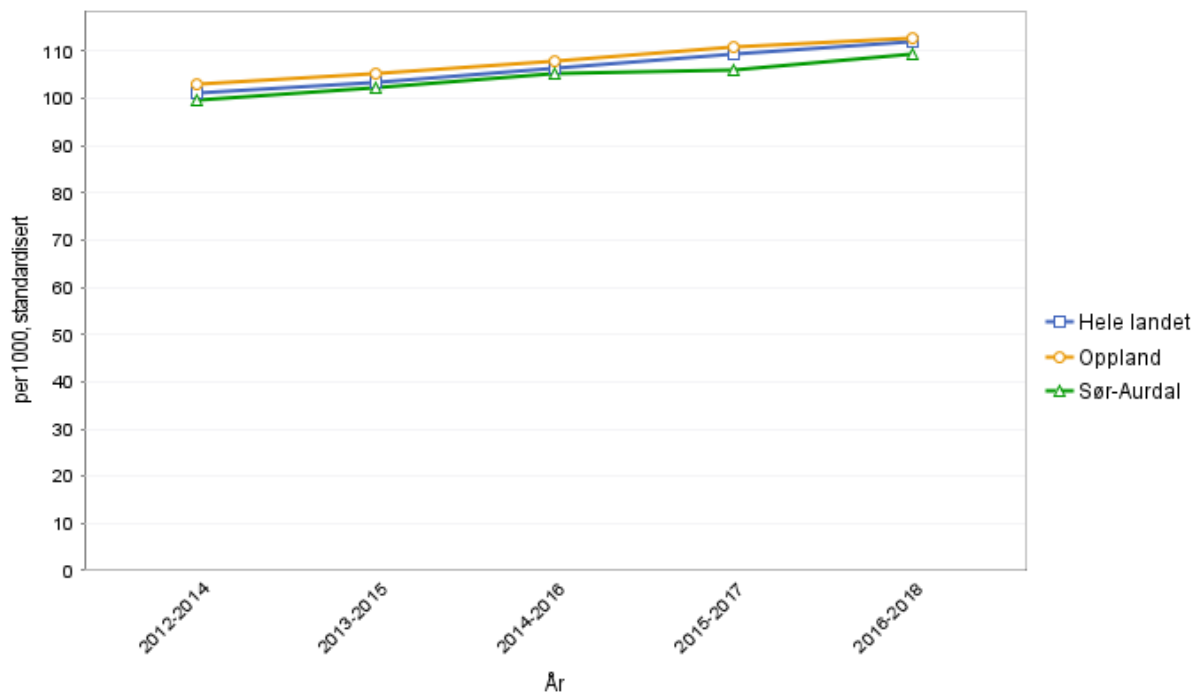
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator KOLS: Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. Forekomst av KOLS øker med økende tobakksforbruk og antall røykeår, og kan si noe om røykevaner. [NHI: Kronisk obstruktiv lungesykdom \(KOLS\) i Norge. Oppdatert 2018.](#)

Diagram: Bruk av spesialisthelsetjenesten KOLS, 3 års glidende gjennomsnitt, 2010 - 2017



Antall pasienter over 45 år 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 en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: <http://khs.fhi.no> 19.3.2019

Diagram: Bruk av KOLS og astma medikamenter, 45-74 år, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2013



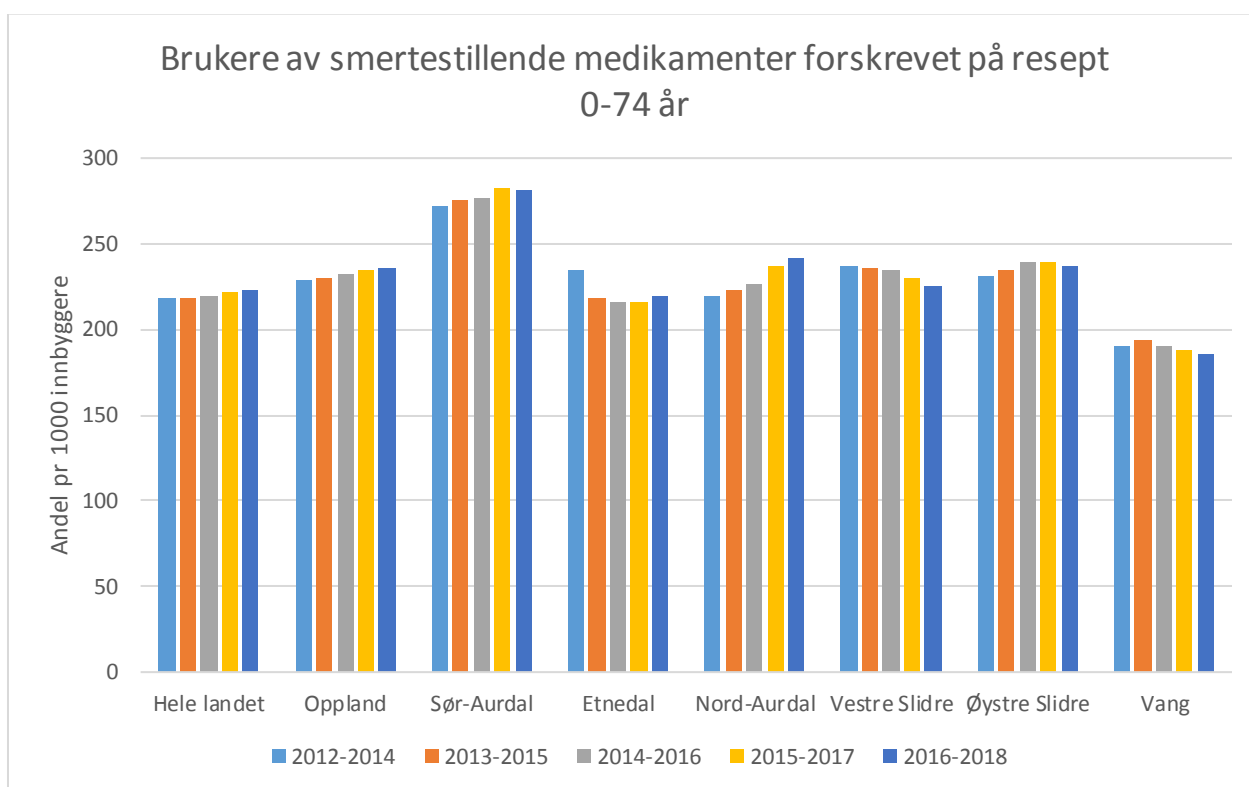
Bruk av KOLS og astmamedikamenter, begge kjønn, 45-74 år, per 1000 standardisert. 3 års glidende gjennomsnitt.

Kilde: <http://khs.fhi.no> 19.3.2019

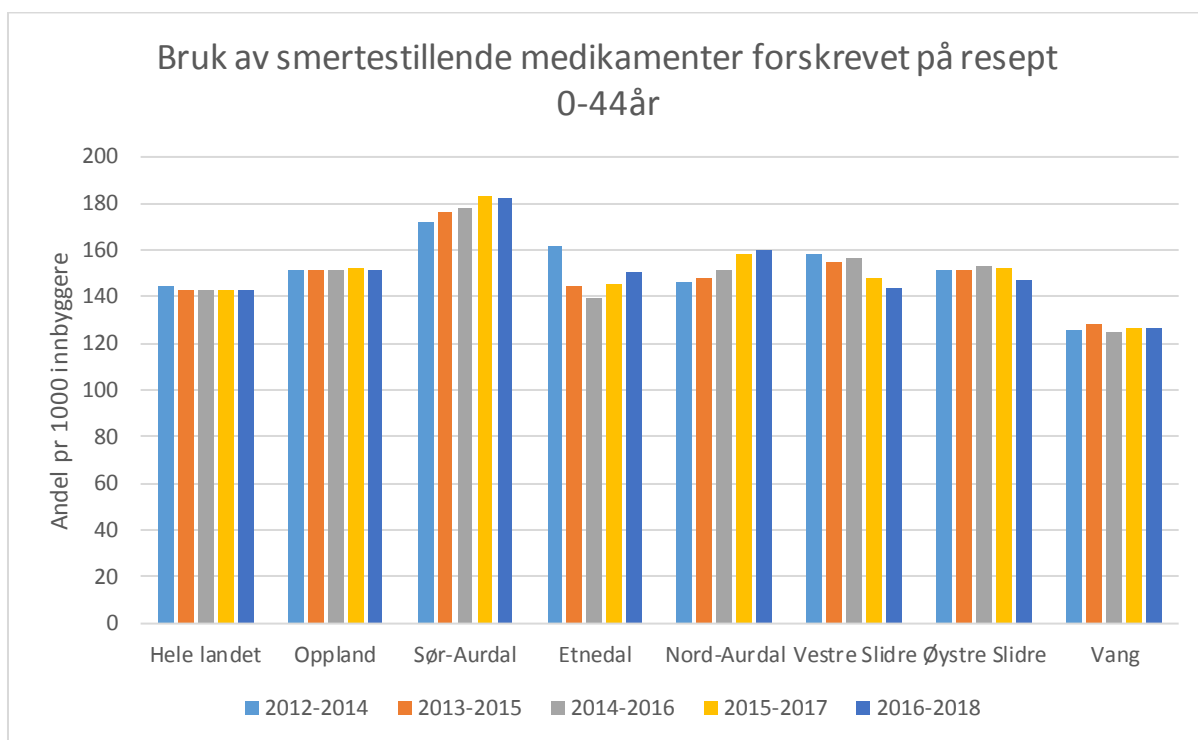
6.6 SMERTER

Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen. Anslagsvis 30 prosent av voksne har kroniske smerter i Norge i dag. Muskel- og skjelettplager er den vanligste årsaken, men en rekke andre lidelser kan også føre til kronisk smerte. Forekomsten er høyere enn i mange andre europeiske land. Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har kroniske smerter, og kvinner er også i langt større grad enn menn sykemeldt og uføre som en følge av kronisk smerte. [FHI: Langvarig smerte. Oppdatert 2018.](#)

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



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no> 30.4.2019

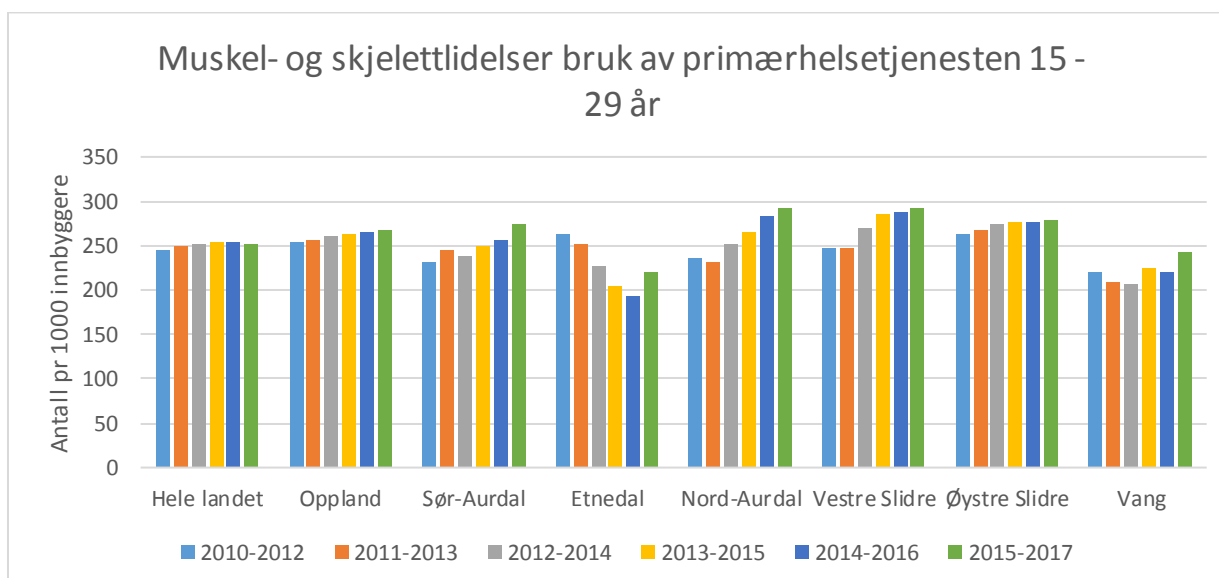
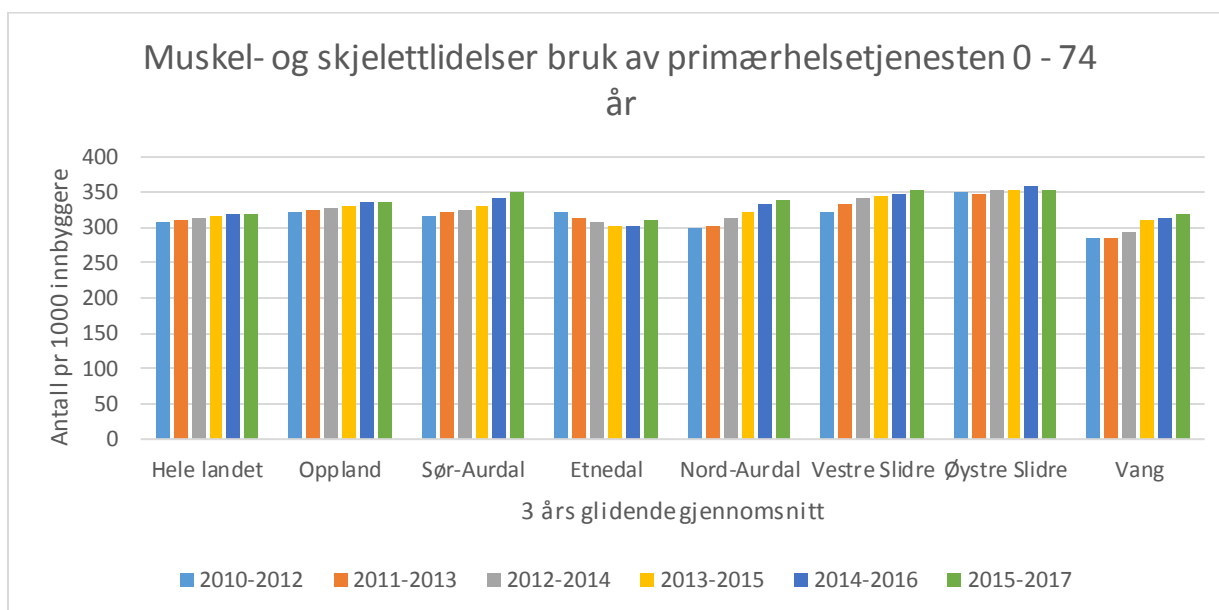


Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no> 30.4.2019

6.7 MUSKEL- SKJELETLIDELSER

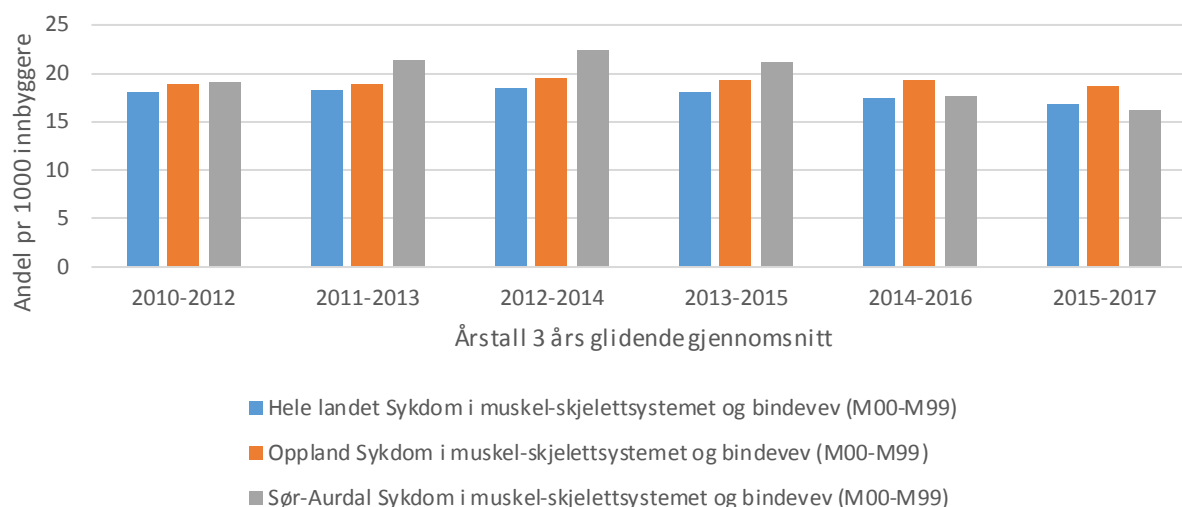
Muskel- og skjelettlidelser er en av de hyppigste årsakene til bruk av både tradisjonelle og alternative helsetjenester og -tilbud. Kilde: Tidsskrift for Den norske legeforening, nr23/2010.

Muskel- og skjelettlidelser, sammen med psykiske lidelser, er den hyppigste årsaken til sykefravær i Norge. Fysisk aktivitet kan forebygge muskel- og skjelettlidelser. [FHI: Muskel- og skjeletthelse. Oppdatert 2018.](#)



Antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt (for muskel- og skjelettrelaterte plager/sykdomsdiagnoser inkluderes også kontakt med fysioterapeut og kiropraktor) per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder). <http://khs.fhi.no>

Sykdom i muskel- skjelettsystemet og bindevev behandlet i Spesialisthelsetjenesten



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). Kilde: www.khs.fhi.no

6.8 SØVNPROBLEMER

Søvnvansker er et debutsymptom ved de fleste psykiske lidelser, men kan også opptre alene uten annen psykisk forstyrrelse. Søvnvansker er en av de vanligste helseplagene i befolkningen og kanskje det mest oversette folkehelseproblemet i Norge. De mange negative konsekvensene av kroniske søvnvansker er godt dokumentert: Flere norske undersøkelser har vist at søvnvansker er en sterk og uavhengig risikofaktor for både langtidssykefravær og varig uføretrygding. [FHI: Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. 2011.](#)

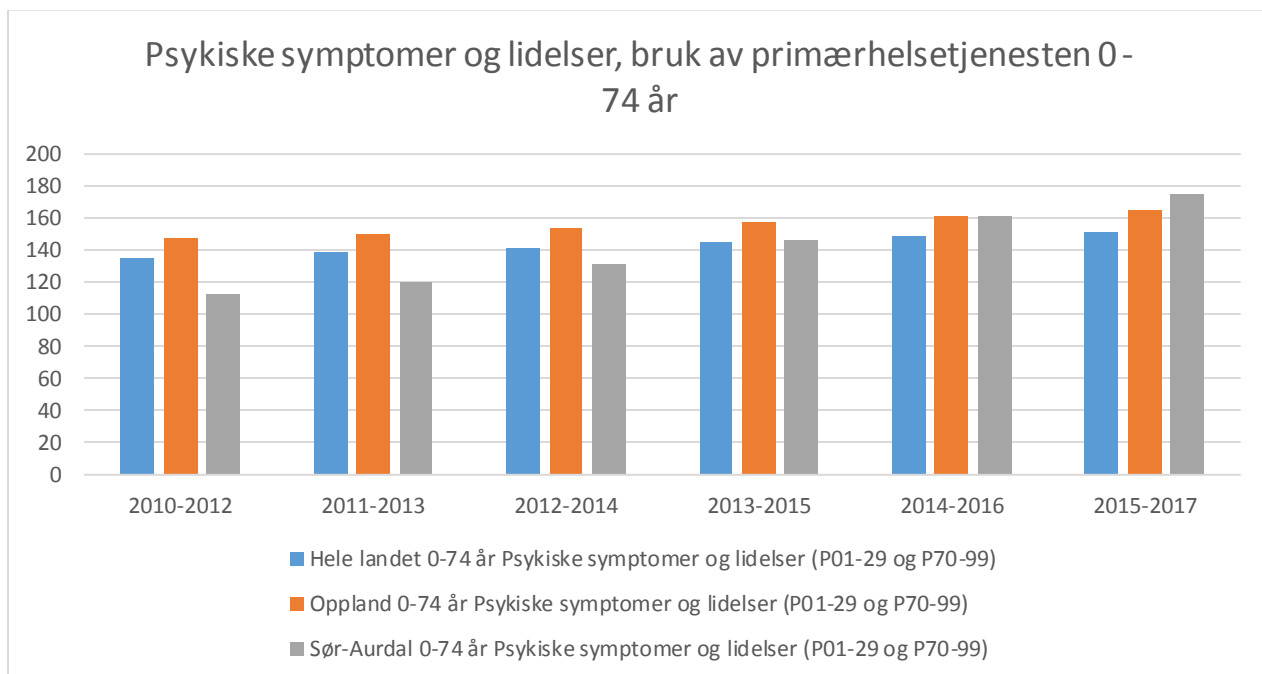
Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 8 Helsetilstand s. 141 - 153 + vedlegg til denne

6.9 PSYKISKE LIDELSER

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

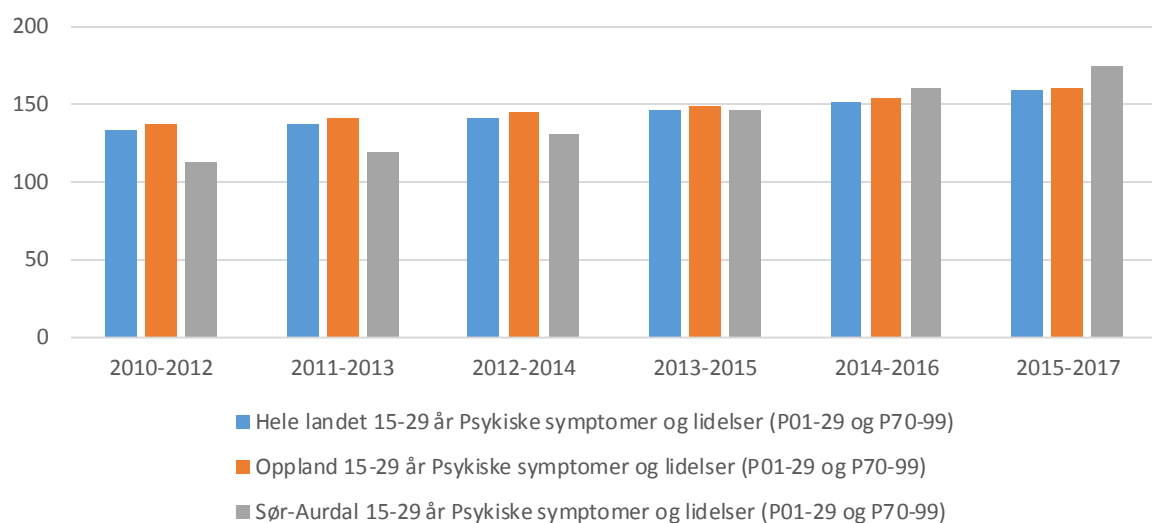
Tiltak for å utjevne sosial ulikhet vil trolig ha en effekt på utvikling av enkelte psykiske lidelser. [NHI: Faktaside. Sosial ulikhet i helse. NHI: Helseforskjellane aukar i Noreg. 2018.](#)

Sosial støtte og utviklet mestringssevne er de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser. [NHI: Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser](#)

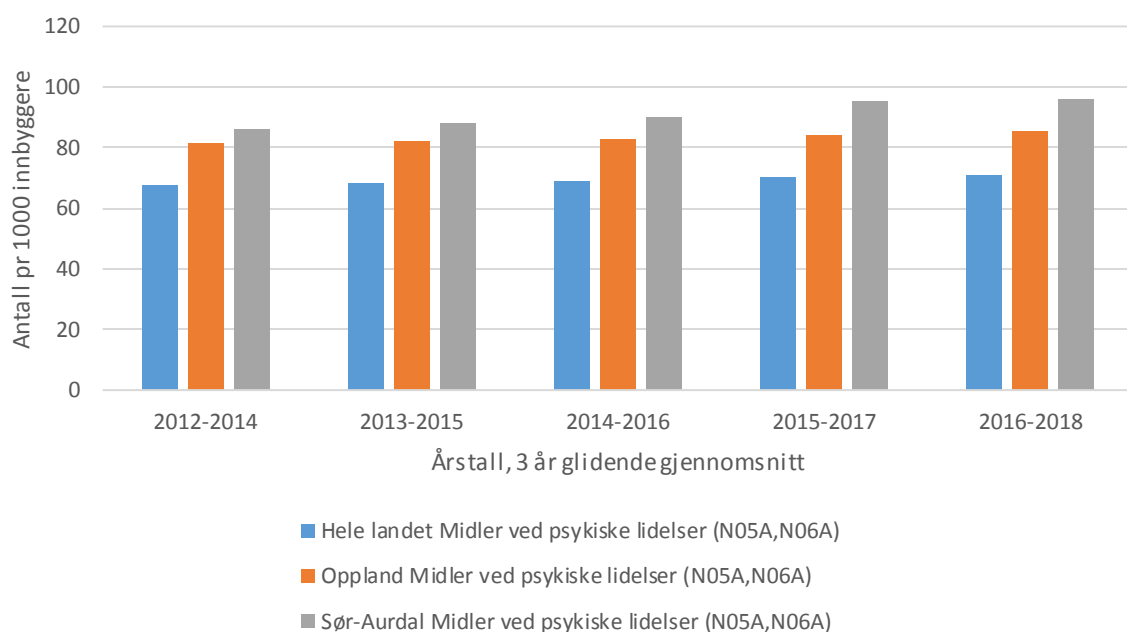


Antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder). Kontakter med primærhelsetjenesten er klassifisert etter ICPC-kodeverket. Dataene er hentet fra: Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon(KUHR)-databasen i HELFO, Helse direktoratet. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsestatistikkbank. <http://khs.fhi.no>

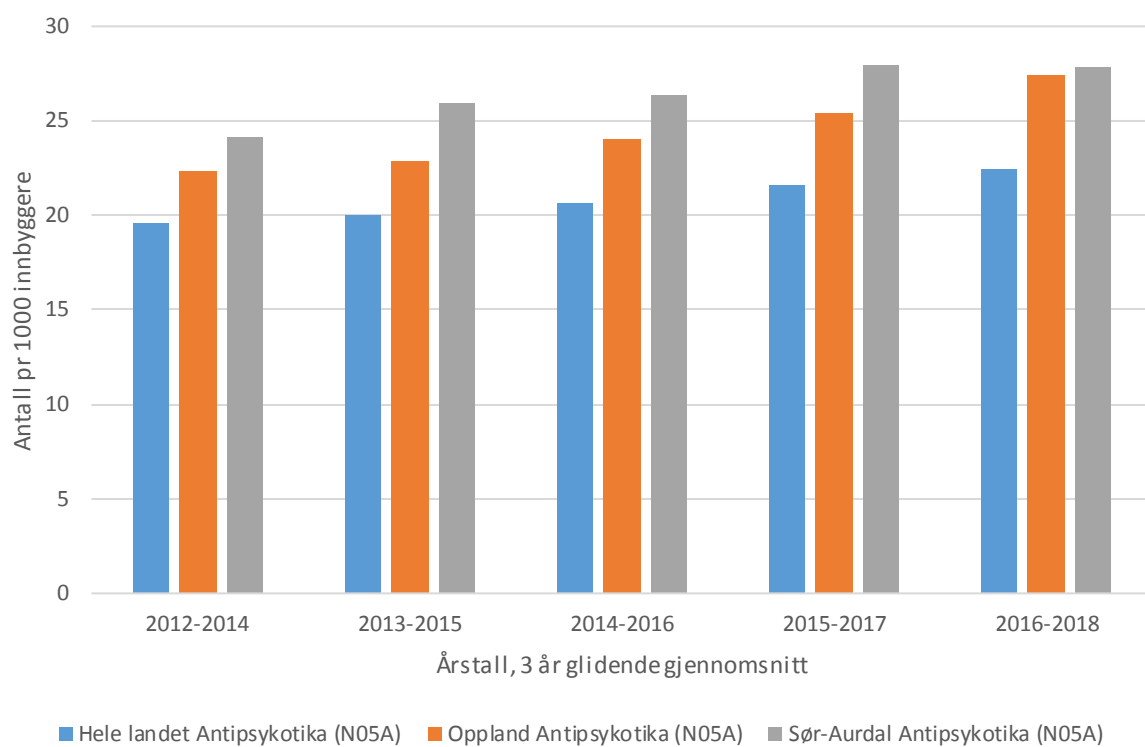
Psykiske symptomer og lidelser, bruk av primærhelsetjenesten 15-29 år



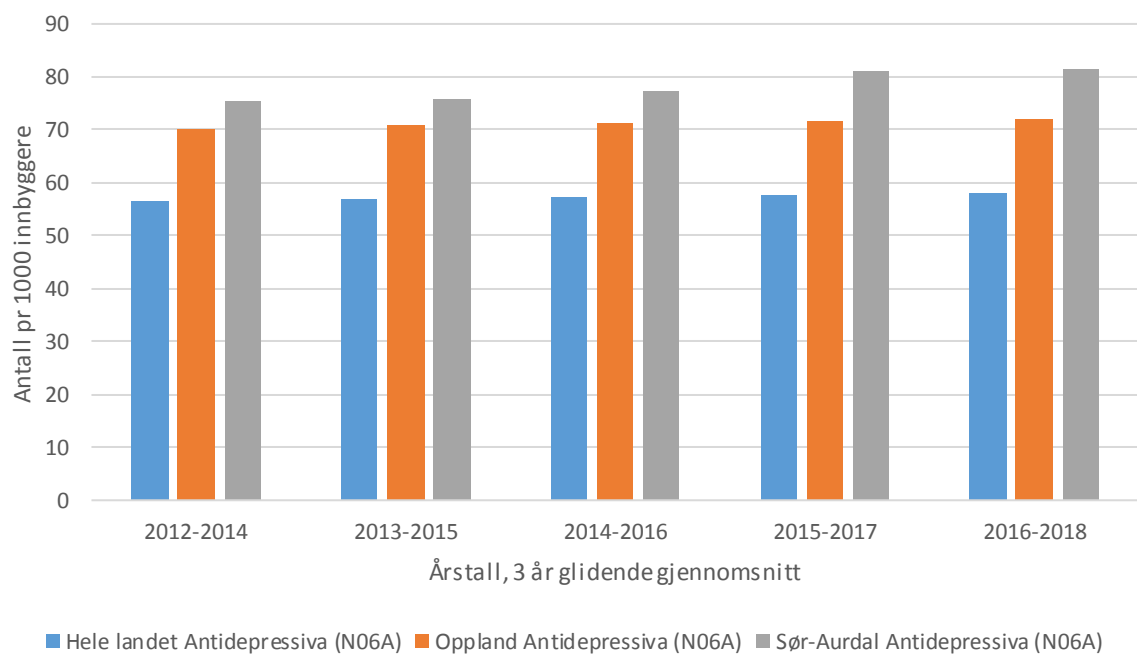
Bruk av midler mot psykiske lidelser samlet 2012 - 2018



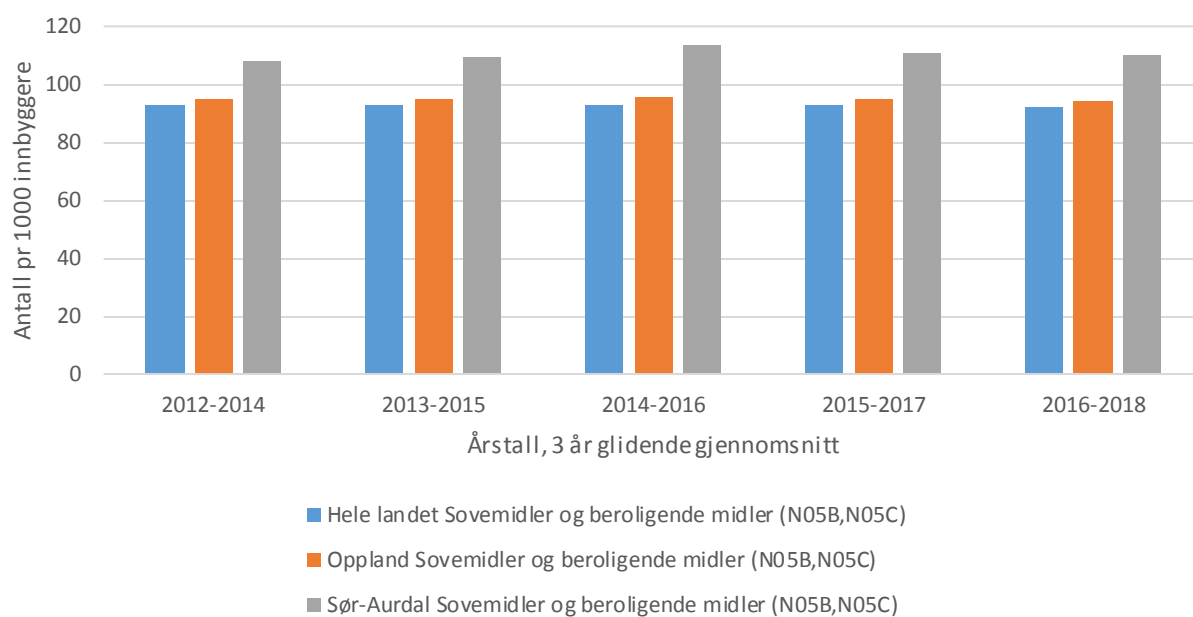
Bruk av Antipsykotika 2012 - 2018



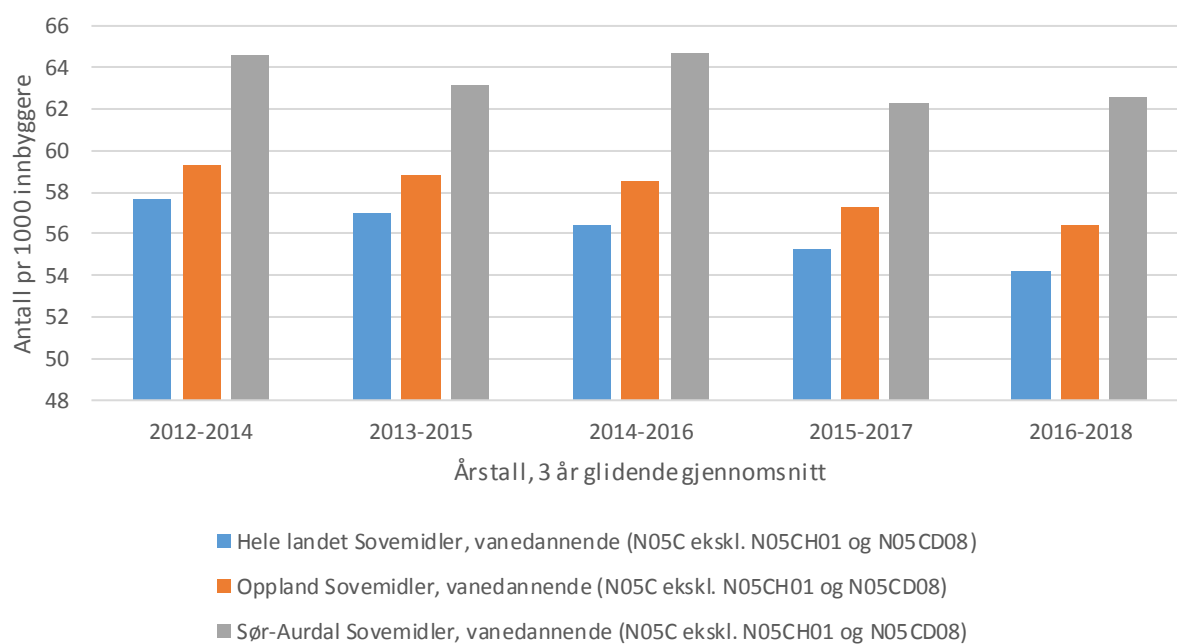
Bruk av antidepressiva 2012 - 2018



Bruk av sovemidler og beroligende midler 2012 - 2018



Bruk av vanedannende sovemidler 2012 - 2018

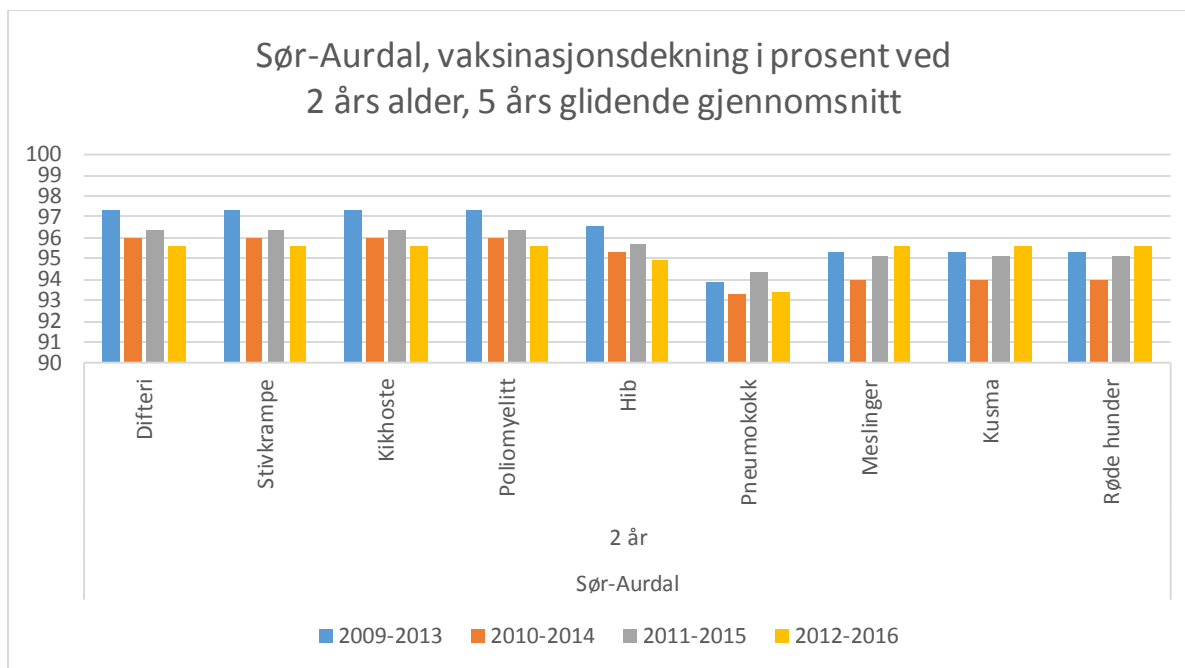


Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

6.10 SMITTSOMME SYKDOMMER

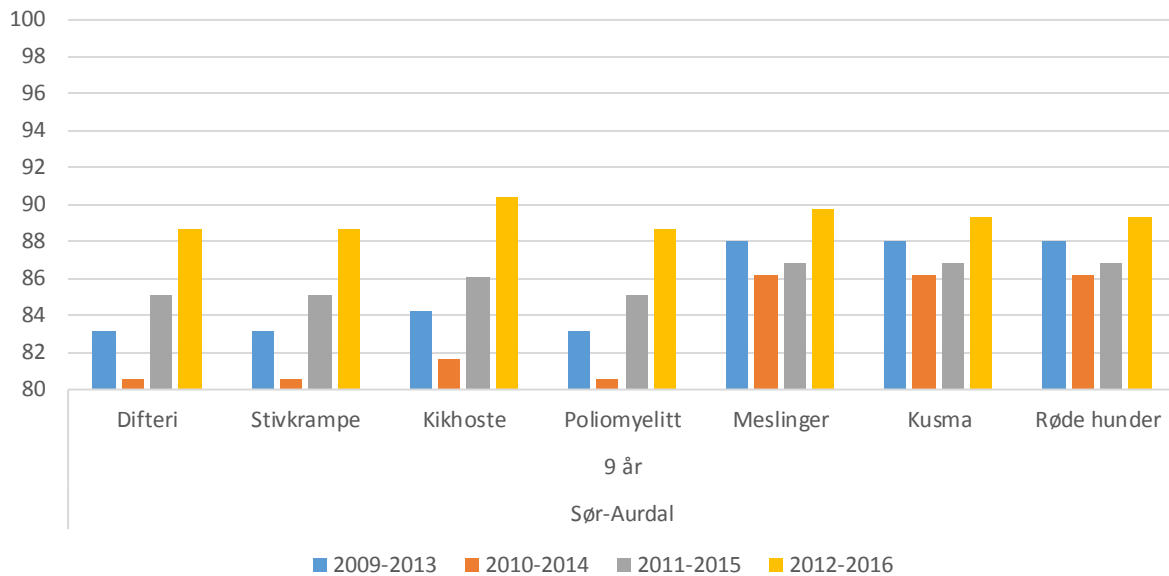
Smittsomme sykdommer er ikke lenger det største folkehelseproblemet i Norge, men for å holde disse sykdommene i sjakk, er det svært viktig å opprettholde et godt smittevern og et effektivt vaksinasjonsprogram. Kilde: Folkehelseinstituttet

Tabell: Vaksinasjonsdekning i prosent, 5 års glidende gjennomsnitt, 2009-2016



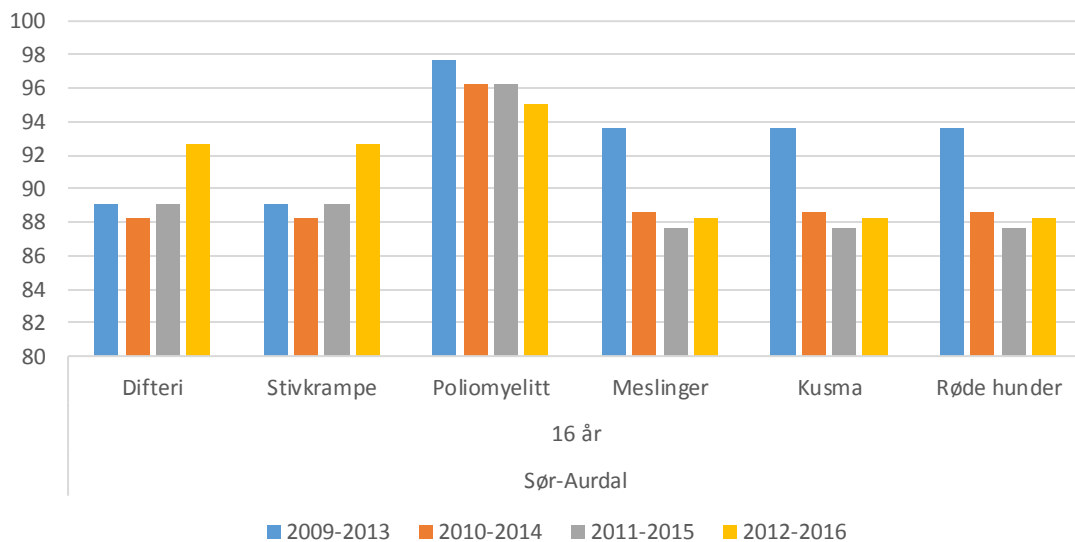
Andelen barn som er fullvaksinerte mot henholdsvis meslinger, kusma, røde hunder, kikhoste, difteri, stivkrampe, Haemophilus influenzae type B (Hib), pneumokokk og polio ved henholdsvis 2 år, i prosent av alle barn i aldersgruppen 2 år. Statistikken viser 5 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 5-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsestatistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Sør-Aurdal, vaksinasjonsdekning i prosent ved 9 års alder, 5 års glidene gjennomsnitt



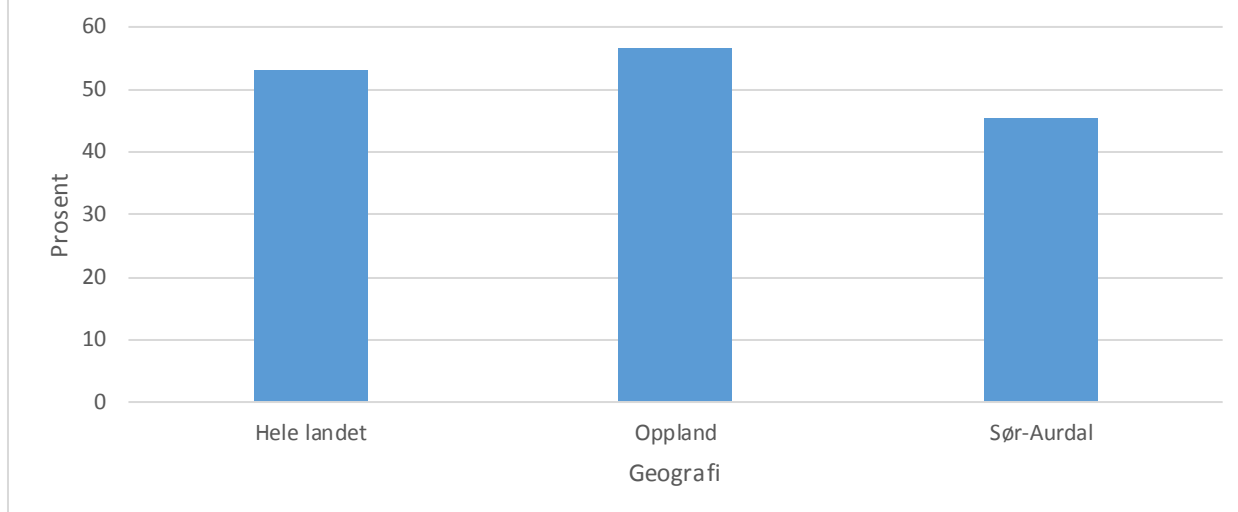
Andelen barn som er fullvaksinerte mot henholdsvis meslinger, kusma, røde hunder, kikhoste, difteri, stivkrampe, og polio ved henholdsvis 9 år, i prosent av alle barn i aldersgruppen 9 år. Statistikken viser 5 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 5-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Sør-Aurdal, vaksinasjonsdekning i prosent ved 16 års alder, 5 års glidende gjennomsnitt



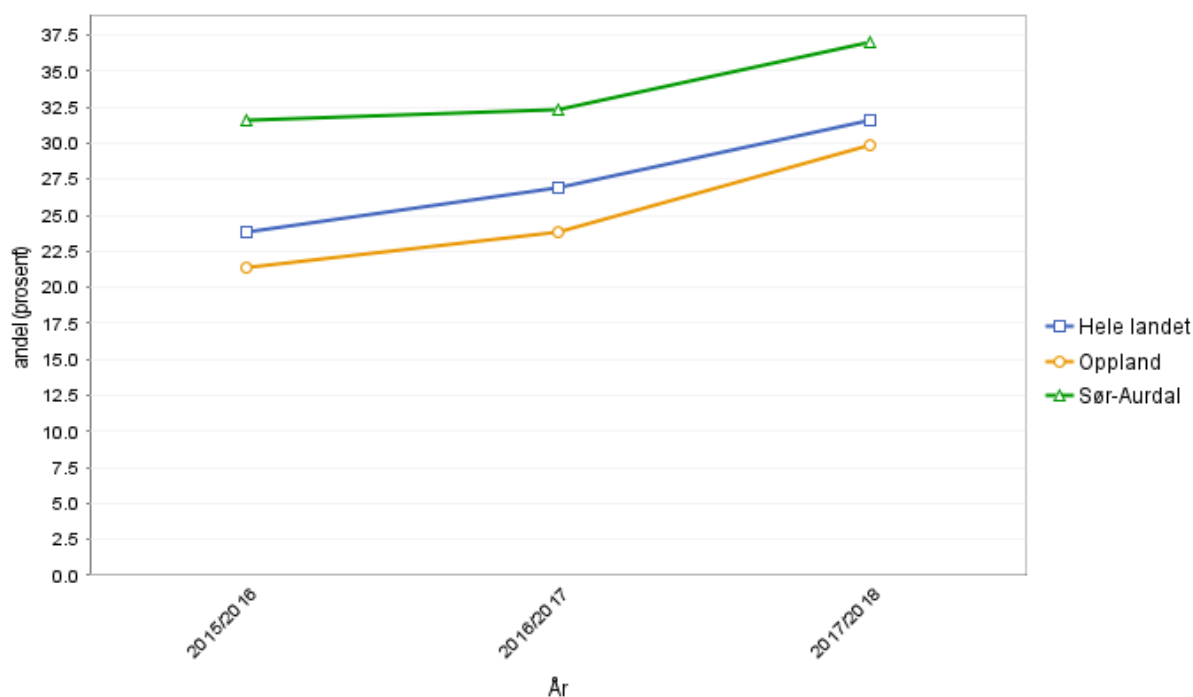
Andelen barn som er fullvaksinerte mot henholdsvis meslinger, kusma, røde hunder, kikhoste, difteri, stivkrampe, og polio ved henholdsvis 16 år, i prosent av alle barn i aldersgruppen 16 år. Statistikken viser 5 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 5-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Vaksinerte, HPV-vaksine til kvinner født 1991 - 1996 i programperioden 2016-2018



Andelen (%) kvinner født 1991-1996 som har mottatt minst én dose HPV-vaksine i perioden 1.11.2016-31.10.2018 og er registrert i Folkeregisteret som bosatt i Norge, i prosent av kvinner født 1991-1996 som er registrert i Folkeregisteret som bosatt i Norge på uttrekkstidspunkt. www.khs.fhi.no

Diagram: Andel i prosent over 65 år vaksinert mot influensa

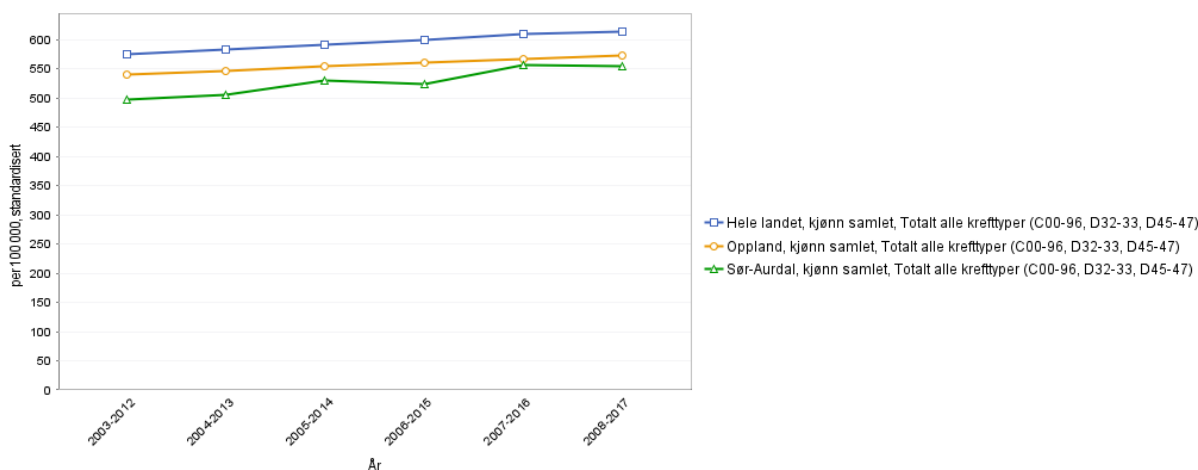


Andelen personer over 65 år registrert vaksinert mot influensa i prosent av personer over 65 år registrert i Folkeregisteret som bosatt i Norge på uttrekkstidspunkt. www.khs.fhi.no

6.11 KREFT

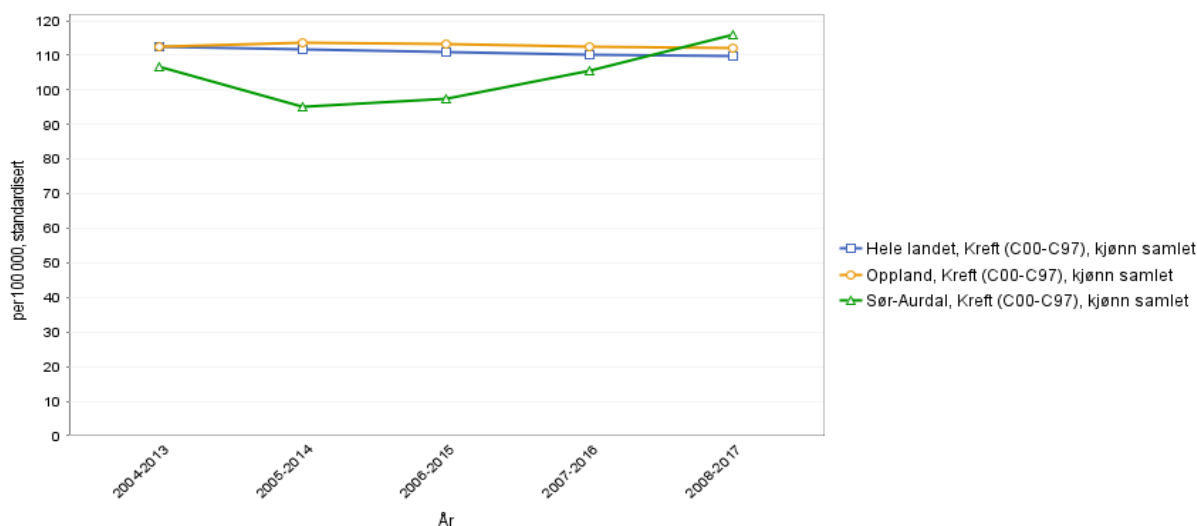
Kreftdødeligheten i Norge har endret seg lite fra 1950 til i dag (dødsfall per 100 000 innbyggere korrigerer for økt levealder). Kreftforekomsten har økt. Det er større sosioøkonomiske forskjeller i kreftdødelighet i dag enn for 40 år siden, spesielt i forhold til lungekreft. I 2017 var for første gang kreft hyppigste dødsårsaken i Norge. [NHI: Kreft er nå hyppigste dødsårsak i Norge. 2018.](#)

Diagram: Nye krefttilfeller, 10 års glidende gjennomsnitt, 2003 - 2017



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

Diagram: Dødelighet kreft, 10 års glidende gjennomsnitt 2004 - 2017



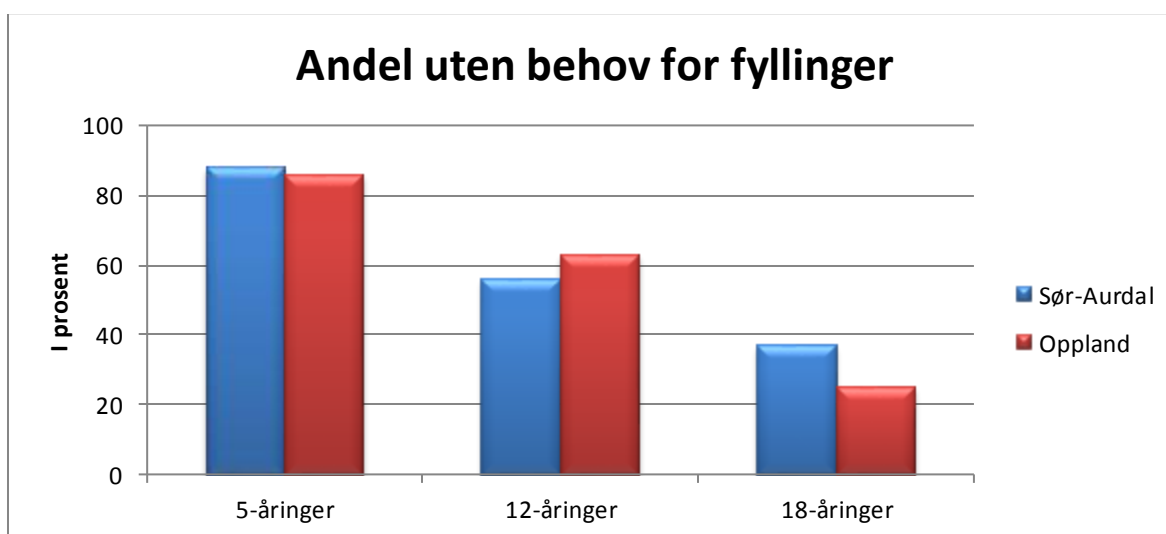
Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

6.12 TANNHELSE

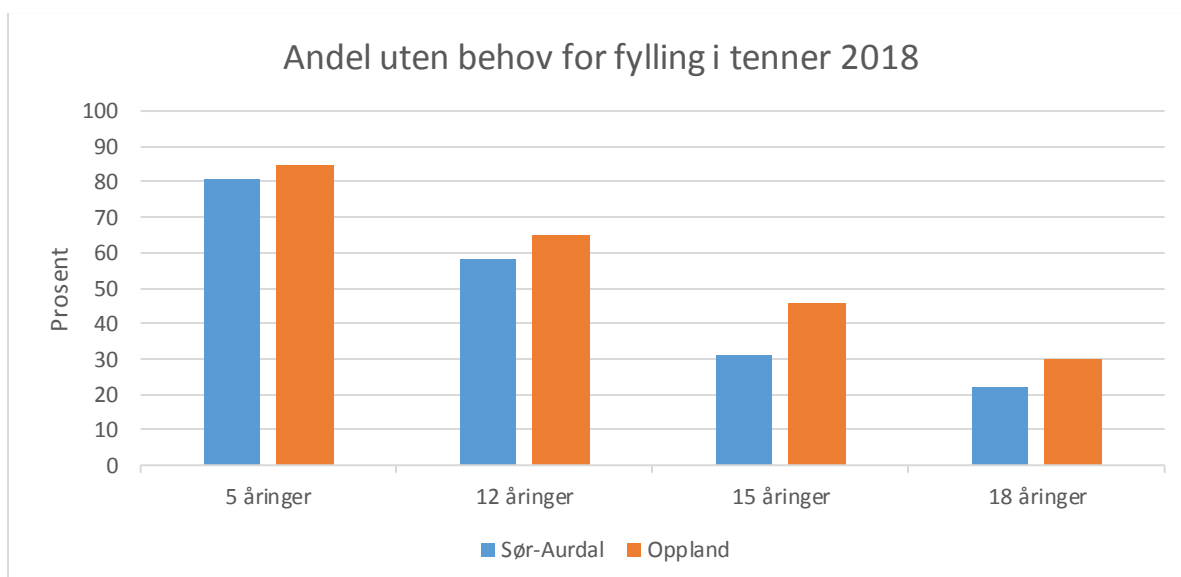
De siste 30 årene har det skjedd en betydelig bedring i tannhelsen. Flere barn og unge har ingen eller få "hull" i tennene. Blant voksne og eldre er det flere som har egne tenner i behold, og som klarer seg uten protese. Men fortsatt varierer tannhelsen med alder, økonomi, hvor i landet man bor og om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

Viser til folkehelse- og levekårsundersøkelsen for Oppland 2018 kapittel 8 Helsetilstand s. 141 - 153 + vedlegg til denne

Diagram: Andel 5-, 12- og 18-åringer uten behov for fyllinger, 2015



Andel 5-, 12- og 18-åringer uten behov for fyllinger, 2015. DMF=0 betyr andel av årskullet som ikke har hatt behov for fyllinger. Kilde: Fylkestannhelsetjenesten i Oppland.



Andel 5-, 12-, 15- og 18-åringer uten behov for fyllinger, 2018. DMF=0 betyr andel av årskullet som ikke har hatt behov for fyllinger. Kilde: Fylkestannhelsetjenesten i Oppland.