



Folkehelseoversikt Dovre kommune, Oktober 2020



**Sammendrag i tillegg til hovedutfordringer og mål
for folkehelsearbeid: side 6-13**

Godkjent i kommunestyret: 23.11.20

Innholdsfortegnelse

1	BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG	4
2	INFORMASJON OM FOLKEHELSEOVERSIKTEN OG STATISTIKK ...	5
3	OPPDATERING	5
4	SAMMENDRAG UTFORDRINGER OG RESSURSER.....	6
4.1	Befolkningssammensetning	7
4.2	Oppvekst- og levekårsforhold	8
4.3	Miljø – fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt.....	9
4.4	Skader og ulykker	10
4.5	Helserelatert adferd	11
4.6	Helsetilstand	12
5	HOVEDUTFORDRINGER OG MÅL FOR FOLKEHELSEARBEID.....	13
6	HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER.....	14
6.1	Befolkningssammensetning	15
6.1.1	Befolkningsendringer og befolkningsframskriving	15
6.1.2	Etnisitet	19
6.1.3	Personer som bor alene	20
6.2	Oppvekst- og levekårsforhold	21
6.2.1	Inntekter og utgifter	21
6.2.2	Barn av eneforsørgere	24
6.2.3	Mottakere av stønad til livsopphold	25
6.2.4	Arbeidsledighet	27
6.2.5	Sykefravær	28
6.2.6	Uføretrygd og arbeidsavklaringspenger	29
6.2.7	Grunnskole som høyeste utdanningsnivå	31
6.2.8	Frafall videregående skole	32
6.2.9	Barnevern	33
6.3	Miljø (fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt).....	34
6.3.1	Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen	34
6.3.2	Drikkevannskvalitet	36
6.3.3	Svevestøv	37
6.3.1	Trivsel på skolen og krenkende adferd blant ungdom	38
6.3.2	Sosial støtte	40

6.4	Skader og ulykker	41
6.4.1	Sykehusinnleggelser etter ulykker	41
6.4.2	Trafikkulykker	43
6.4.3	Vold	45
6.5	Helserelatert atferd	46
6.5.1	Deltakelse i aktiviteter	46
6.5.2	Tid brukt på ulike medier	47
6.5.3	Tid brukt på lekser	49
6.5.4	Fysisk aktivitet	50
6.5.5	Kosthold	51
6.5.6	Røyk og snus	52
6.5.7	Alkohol og andre rusmidler	53
6.6	Helsetilstand	54
6.6.1	Opplevelse av helse, subjektiv livskvalitet og selvbilde	54
6.6.2	Forventet levealder	55
6.6.3	Diabetes – type 2	57
6.6.4	Hjerte- og karsykdommer	58
6.6.5	Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma	62
6.6.6	Smerter	64
6.6.7	Muskel- skjelettlidelser	65
6.6.8	Søvnproblemer, psykiske plager og lidelser	66
6.6.9	Smittsomme sykdommer og vaksinasjonsdekning	70
6.6.10	Antibiotika	71
6.6.11	Kreft	72

1 Bakgrunn og lovgrunnlag

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som

- fremmer befolkningens helse og trivsel
- forebygger sykdom, skade eller lidelse
- gir en jevnere fordeling av faktorer som påvirker helsen

dvs. all innsats som bidrar til å utvikle gode lokalsamfunn!

Kommunen skal – i henhold til folkehelseloven – ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

Kommunen skal utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Oversiktsdokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategien. Kommunen skal i tillegg ha løpende oversikt over folkehelsen.

Oversiktsdokumentet – heretter kalt folkehelseoversikten - skal

- være skriftlig
- identifisere folkehelseutfordringer og ressurser (kapittel 4)
- inneholde vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser (kapittel 6)
- danne grunnlag for fastsettelse av mål og strategier

Folkehelseoversikten skal bl.a. baseres på følgende:

- Opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig
- Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokal-samfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse

Folkehelseoversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av:

- Befolkningssammensetning
- Oppvekst- og levekårsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Skader og ulykker
- Helserelatert atferd
- Helsetilstand

Kommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller.

Dette dokumentet er den skriftlige folkehelseoversikten for Dovre kommune. Dokumentet skal også ivareta kravet om å ha en løpende oversikt over folkehelseutfordringene i kommunen.

Folkehelseoversikten er tilgjengelig for alle kommunens innbyggere på [Dovre kommunes hjemmesider](#).

2 Informasjon om folkehelseoversikten og statistikk

Informasjon og data i folkehelseoversikten er bl.a. hentet fra følgende:

- Folkehelseinstituttets statistiksider – kommunehelsa og MSIS
- Utdanningsdirektoratet - skoleporten
- NAV
- SSB og Kostra
- Kommunen
- Ungdataundersøkelser
- Levekårs-/folkehelseundersøkelser

Kildene er angitt i de enkelte tabellene/diagrammene.

Statistikk og helseoversikter kan ha stor nytteverdi i folkehelsearbeidet, men det er også knyttet store utfordringer til bruk av statistikken og tolkningen av den. *Statistikken gir ofte et grunnlag for undring og spørsmål – heller enn fasitsvar og løsninger.* Et eksempel som viser utfordringene, er statistikk over økende bruk av kolesterolsenkende medikamenter i samfunnet. Dette kan tolkes på flere måter – det kan være flere personer som har høyt kolesterol enn tidligere, men det kan også være at flere med høyt kolesterol blir oppdaget eller at grensene for igangsetting med medikamentell behandling har blitt endret. Det kan også være en kombinasjon av alle faktorene. Statistikken som viser økning av medikamentell behandling gir oss lite informasjon om årsakene til denne økningen. Konklusjoner om årsaker blir ofte tolkninger.

Små kommuner har større utfordringer enn store når det gjelder utarbeidelse og tolkning av statistikk. Det skyldes bl.a. hensynet til personvernet og for lite datagrunnlag. Tilfeldige variasjoner fra år til år kan gi store utslag. Når variasjonene er store, blir det vanskelig å vurdere trender. Av den grunn brukes ofte glidende gjennomsnitt – en middelerverdi av målinger over flere år. Da vil det være lettere å se trender – noe som oftest er viktigere enn å se på statistikk isolert for et enkelt år. Samtidig er det viktig å huske at et spesielt høyt eller lavt resultat ett år, kan gi store utslag i gjennomsnittsverdiene.

For å sammenligne forskjellige kommuner eller se på utvikling over tid, er det viktig å bruke standardiserte verdier – da er det f.eks. tatt hensyn til forskjeller i alders- og kjønnsammensetning. Der verdiene er standardiserte, er det angitt i diagrammene. Det er også viktig å være oppmerksom på at tallverdien i flere av diagrammene ikke begynner på null. Det tydeliggjør forskjellene mellom kommunene, men kan også skape et bilde av at forskjellene er større enn de faktisk er. Der endringer eller forskjeller er undersøkt mht statistisk signifikans er dette oppgitt.

Proessen ved utarbeidelse av de første folkehelseoversikten er beskrevet grundig i tidligere utgaver. Den første folkehelseoversikten i Dovre ble utarbeidet i 2012 og har blitt regelmessig oppdatert etter det. Prosesser i forbindelse med beskrivelse av utfordringer og ressurser i denne utgaven er beskrevet i aktuelle kapitler.

3 Oppdatering

HR-leder har ansvar for oppdatering av folkehelseoversikten en gang i året og ellers ved behov.

Rådmannen har ansvar for å iverksettelse av ev. prosesser i forbindelse med oppdateringen.

4 Sammenheng utfordringer og ressurser

Dette kapitlet er et sammendrag av folkehelseutfordringene og en rekke ressurser i kommunen. Ressursene/tiltakene kan bidra positivt for flere faktorer, men er bare ført på ett underkapittel av de seks:

- Befolkningssammensetning
- Oppvekst- og levekårsforhold
- Miljø (fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt)
- Skader og ulykker
- Helserelatert adferd
- Helsetilstand

Der det refereres til ungdommen gjelder det resultater fra ungdomsundersøkelsen på ungdomsskolen. I 2020 var det bare ett klassetrinn som deltok i undersøkelsen.

Med utgangspunkt i folkehelseoversikten og erfaringer fra egne tjenester ble utfordringer og ressurser drøftet på utvidet lederforum i Dovre kommune 14. oktober 2020. Sammenhengen er med på å danne grunnlaget for identifisering av hovedutfordringer og målsetting for folkehelsearbeid i kommunen.



4.1 Befolkningssammensetning

For utfyllende data henvises det [kapittel 6.1](#) i folkehelseoversikten:

Utfordringer

Fødselstallet svinger fra år til år i kommunen, men det har gradvis blitt færre fødsler over mange år.

Hvert år flytter det stort sett flere fra kommunen enn til kommunen. Ved negativ omdømmebygging reduseres lysten til å flytte tilbake, eller etablere seg i kommunen. Noe av dette er eksternt med liten mulighet for påvirkning fra kommunene, mens noe skyldes interne forhold.

Over tid har andel personer som bor alene gradvis økt i kommunen.

Folketallet har over år blitt redusert i kommunen, og det forventes en fortsatt nedgang de neste 20 årene. Det forventes færre innbyggere i alderen 34 til 66 år og flere over 80 år. Økende andel eldre som skal bo hjemme lengre vil medføre et økende behov for kommunale tjenester.

Det oppleves også som om det er økende forventninger i befolkningen til hva det offentlige skal dekke av tjenester. Statlige overføringer står ikke i samsvar med de oppgavene kommunen skal dekke.

Endring i befolkningssammensetningen fordrer variert arbeidsmarked.

Ressurser / positive påvirkningsfaktorer

- Friske eldre er en ressurs, blant anna som frivillige.
- Tilskuddsordninger og etablererstipend
- Kontorfellesskap næringshage
- Mulighet for fleksibilitet i jobb – jobbe hjemmefra og fra hytta. (Teknologi gir muligheter.)
- Bedre datainfrastruktur
- Pågående vei- og jernbaneutbygging
- Gode muligheter for å skaffe bolig / hus for tilflyttere



4.2 Oppvekst- og levekårsforhold

For utfyllende data henvises det [kapittel 6.2](#) i folkehelseoversikten:

Utfordringer

Andelen av befolkningen med grunnskole som høyeste utdanning er i øvre sjikt i Nord-Gudbrandsdal og høyere enn landsgjennomsnittet.

Dovre ser ut til å ha en høyere andel av innbyggere som får stønad til livsopphold og uføretrygd enn de fleste kommuner i Nord-Gudbrandsdal og landet for øvrig. I 2018 var det nærmere 200 innbyggere i lavinntekthusholdninger – av dem ca 45 barn og unge. Ikke alle barnefamilier klarer å dekke kostnader til bl.a. fritidsaktiviteter og bursdagsfeiring.

Andelen barn av eneforsørgere er høy sammenlignet med de øvrige kommunene i Nord-Gudbrandsdal og landsgjennomsnittet.

Dovre har en relativt høy andel med barn som har tiltak i barnevernet.

Erfaringer som ble meldt inn på lederform var også utenforskap og utfordringer for innflyttere som ikke har nettverk i kommunen.

Det er lang avstand for ungdommen til en rekke tilbud i videregående skole. Det virker å være lite fokus på å løfte frem egne kvaliteter, som f.eks Hjerleidmiljøet. Det er relativt få av ungdommene i Dovre som benytter dette tilbudet.

Ressurser / positive påvirkningsfaktorer

- Dovremodellen - tidlig innsats og tilpasset opplæring og inkludering som reduserer frafall. Dovre kommune har tatt grep ved å vedta samanslåing av de to barneskolene for å sikre videreføring av Dovremodellen.
- Barneverntjenesten tilbyr mange ulike tiltak. Mange av de som har behov for tiltak i barnevernet blir fanget opp, får tilbud om tiltak og takker ja til disse.
- Godt tverrfaglig samarbeid mellom barneverntjenesten og helse- og oppvekstsektoren.
- Bibliotek med bøker, media, datatjenester, møteplass og arrangement gratis til disposisjon for alle innbyggerne
- Gratis bruk av Moskushall, Dombås samfunnshus og svømmehallen for aktiviteter som er rettet mot barn og unge under 20 år
- Målsettinger for kommunale tilskuddsordninger til kultur- og idrettsarbeid
- Retningslinjer for tilskudd til kulturarbeid (prioriterer barn og unge under 20 år)
- Økonomiske støtteordninger for foreldrebetaling i barnehagen
- Muligheter for å få dekket kostnader for aktivitetstilbud barn/unge gjennom NAV
- Full barnehagedekning i kommunen
- Videregående skole på Dombås og håndverkskole på Dovre
- Dovre kommune tilbyr tidlig innsats for barn med risiko
- Politikontakt for Lesja og Dovre



4.3 Miljø – fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt

For utfyllende data henvises det [kapittel 6.3](#) i folkehelseoversikten:

Utfordringer

Klimaendringer og ekstremvær blir mer vanlig.

Mange ungdommer / unge voksne opplever ikke at de har lokaler der de kan treffe andre unge på fritiden. Det er en større utfordring for den gruppen som ikke deltar i organiserte aktiviteter. Det er få lavterskeltilbud for barn over 4. trinn.

Andel som opplever at de blir mobbet på skolen eller på nettet varierer. I 2018 var det relativt høye tall. Opplevelsen av ensomhet er en utfordring blant ungdom i Dovre som i resten av landet.

Ressurser / positive påvirkningsfaktorer

- Gode og trygge oppvekstmiljø for de fleste
- Lite forurensing
- Natur godt egnet for friluftsliv – tilgjengelig for alle, merking av turstier, oppkjørte skiløyper
- Universell utforming vektlegges i alle planer
- Støymålinger gjennomføres ved reguleringsplaner
- Alpinsenter/snowboardanlegg, ski- og skiskytterarena, (men mangler lokaler til jibbing)
- Skatebane, motorcrossbane og rulleskibane
- Treningsstudioer
- Nyetablert tilbud innen boksing
- Pistolskyting, rifleskyting
- Fotballhall og fire ballbinger
- Musikkbinge og musikalprosjektet i regionen
- Det tilrettelegges for aktiviteter bl.a. dans
- Faste bingoarrangementer og quiz
- Barnehager og skoler med tilrettelagte uteområder (ballbinge, skøytebane, skiløyper i nærområde, akebakke, klatrevegg, hinderløype med mer)
- Utbygging av gang- og sykkelvei over Dovrefjell (Dovrefjellsaksen/Tour de Dovre)
- Frivilligsentral som bidrar til å styrke den frivillige innsatsen og er et kontaktpunkt mellom de som ønsker å yte en frivillig innsats i nærmiljøet og de som ønsker å motta en slik innsats. En møteplass for aktiviteter og sosialt samvær for alle i bygda.
- Kulturelle arrangement/utstillinger bibliotek
- Sosiale arenaer Fredheim (bl.a.hyggekelder ved besøkstjenesten, trivselkafè ved Sanitetsforening og Bygdekvinnelaget)
- Ca. 90 lag og foreninger hvor finnes samlet og oppdatert informasjon om dette?
- Barseltreff – sosialt samvær og nettverksbygging, babysang og trillegruppe
- Sosiallærer på Dovre ungdomsskole, skolehelsetjeneste, helsestasjon og helsestasjon for ungdom, helserådgiver på videregående
- Dovre vekst



4.4 Skader og ulykker

For utfyllende data henvises det [kapittel 6.4](#) i folkehelseoversikten:

Utfordringer

Sykehusinnleggelser pga skader og ulykker pga hoftebrudd og hodeskader har hatt en gradvis økning (men små tall).

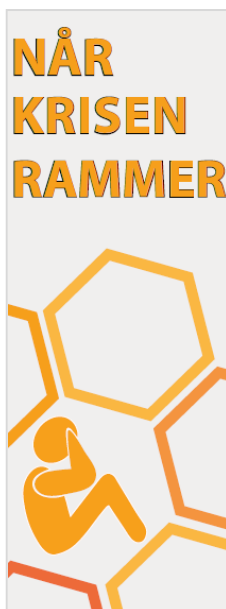
Antall dødsulykker i veitrafikken er i øvre sjikt i regionen. (En dødsulykke i regionen i 2019.) Tall er ikke justert for kjørte kilometer totalt.

Det lokale brannvesenet får flere oppgaver ved utrykninger (også som resultat av sentralisering av politiet) – som kan oppleves som utfordrende.

Ungdataundersøkelsen synliggjør at vold i nære relasjoner – både mot den unge og mot andre voksne i familien skjer.

Ressurser / positive påvirkningsfaktorer

- Samarbeid med Trygg trafikk i skolen
- Muligheter for trening glattkjøring
- Brannvernuke og brannøvelser
- Prosjektet "Samvirkebasert beredskap i Distrikts-Norge"



4.5 Helserelatert adferd

For utfyllende data henvises det [kapittel 6.5](#) i folkehelseoversikten:

Utfordringer

Som ellers i landet bruker en stor andel av ungdommen mye tid på skjerm utenom skoletid. Mange mener selv de er for mye på skjerm og har selv prøvd å redusere skjermtiden uten at de har klart det. Mange foreldre setter ikke grenser for skjermbruken for ungdommen.

Til tross for at en liten andel av ungdommen oppga at de brukte mer enn en time på lekser/skolearbeid, opplever de også stress pga skolearbeidet. (2020)

Fysisk inaktivitet er fremdeles en utfordring. Det samme er at en del ungdom ikke spiser frokost før første time, og en del spiser ikke lunsj på skolen.

Undersøkelser har vist at røyking og bruk av snus ligger over gjennomsnittet i Oppland.

Utfordringer mht alkoholbruk - vist gjennom Ungdataundersøkelse - er bl.a. at mange unge får lov å drikke alkohol av foreldrene sine, en del ungdom drikker jevnt 1- 3 ganger i måneden allerede på 10. trinn og nesten 1/5 av ungdommen hadde vært passasjerer hos en sjåfør som hadde drukket alkohol.

Narkotiske stoffer blir brukt av de unge i Dovre, selv om det ser ut til å være en liten andel.

Ressurser / positive påvirkningsfaktorer

- Interkommunalt samarbeid mellom Dovre og Lesja for å få til fritidsaktiviteter
- Oversikt over organiserte og tilrettelagte aktiviteter i kommunen
- Tilrettelagt for fysisk aktivitet med bl.a. turkasser, informasjon om kart, distansekort på ski, merking av stier – drevet av frivillige lag og organisasjoner
- Lavterskel fysisk aktivitetstilbud (bl.a. zumba, svømmegruppe, treningsstudio, trillegruppe)
- Fysioterapiressurser på helsestasjonen
- Dombås barnehage: fokus på det å være ure og fysisk aktivitet
- Dovre skole: bruk av distansemerker, fjellturer, skidager, samarbeid med bygdekvinnelaget kosthold, trimkort og spinning med instruktør for ansatte
- Dombås skole: plan for aktiviteter, turer, samarbeid med sanitet om skolefrokost en gang i året, abonnement på melk, fruktordning
- Dovre ungdomsskole: turer, skidager, sykkelløp, TINE stafett, vanndispenser, abonnement på melk, gratis frukt, kantine med sunn mat
- Organisert trim for beboere på Fredheim
- Ammekyndige helsestasjoner
- Røykfri kommune



4.6 Helsetilstand

For utfyllende data henvises det [kapittel 6.6](#) i folkehelseoversikten:

Utfordringer

Selv om flertallet av ungdommen er fornøyd med helsen sin og opplever livet som meningsfullt, er det en utfordring at ikke alle gjør dette.

Det er et stort antall som tar ut resept på smertestillende medisiner. Mange unge bruker reseptfrie medikamenter ukentlig. Det er mye hodepineplager blant ungdom og muskel-skjelettlidelser generelt i befolkningen.

Bruk av antidepressiva har økt og er i øvre sjikt i Nord-Gudbrandsdal og over landsgjennomsnittet. Det er svingninger fra år til år i bruken av sovemidler og beroligende midler (ingen jevn stigning), men det er mange som bruker disse medisinene og Dovre ligger også her i øvre sjikt i Nord-Gudbrandsdal. Bruken av helsetjenesten pga psykiske lidelser har økt.

Det er en økning i bruk av kolesterolsenkende medisiner og medisiner mot diabetes, og flere bruker disse medisinene i Dovre enn i landet som helhet.

Det er fremdeles mange som får antibiotika årlig (men det har vært en gradvis nedgang i bruken).

Det er flere som får kreft, men det er ikke økning i kreftdødelighet.



Ressurser / positive påvirkningsfaktorer

- Svangerskapskontroll (jordmor eller lege)
- Hjemmebesøk (jordmor eller helsesøster)
- Kartlegging av depresjon før etter fødsel /EPDS (helsestasjon, jordmor)
- Screening motorisk status av 5-åringer barnehager (fysioterapien)
- Rådgivende samtaler / helseundersøkelser (helsesøster, fysioterapeut, lege)
- Gruppesamtaler i grunnskolen (skolehelsetjenesten)
- Helsestasjon for ungdom (helsesøster)
- Tverrsektoriell og tverrfaglig ressursgruppe for barn og unge (helsesøster, barnevern, barne- og ungdomsmedarbeider, konsulent, PPT)
- Barnevaksinasjonsprogram (helsestasjon)
- Vaksinerings av utsatte grupper, reisevaksinerings og yrkesvaksinerings (helsestasjon)
- Smittevernarbeid
- Rusforebyggende arbeid (tverrfaglig gruppe)
- Kurs i mestring av mild til moderat depresjon/KID og mestring av belastninger (KIB).
- Veiledning av støttekontakter og samarbeid med Mental helse.
- Treningsgrupper for pasienter med kroniske muskel-skjelettlidelser (fysioterapien)
- Håndtrengingsgruppe for reumatikere (ergoterapitjenesten)
- Forebygging av belastningsskader for ansatte – ryggombudsordning (Fredheim)
- Etablering av fastlegeforum og kommuneoverlegeforum med bl.a. forebygging, samhandlingsreformen og sykehusinnleggelser som tema

5 Hovedutfordringer og mål for folkehelsearbeid

Utfordringer innenfor følgende områder skal prioriteres høyt i Dovre kommune:

1. Helsefremmende og forebyggende arbeid
2. Inntektsforskjeller – lavinntekt barnefamilier
3. Omdømmebygging
4. Næringsutvikling - samarbeid og samhandling

Helsefremmende og forebyggende arbeid

En lang rekke av folkehelseutfordringene i Dovre kommune kan forebygges. Resultatet av forebyggende arbeid er vanskelig å måle, og dette arbeider er derfor lett å nedprioritere når det er stram økonomi. På lang sikt vil denne nedprioriteringen føre til større utfordringer for kommunen – også økonomiske. Det er derfor viktig å prioritere helsefremmende og forebyggende arbeid. Behovet for denne prioriteringen er ikke minst viktig med tanke på fremtidige endringer i alderssammensetningen i kommunen – med flere eldre og færre som er i arbeidsfør alder.

Mål: Helsefremmende og forebyggende arbeid er synliggjort i alle planer i kommunen.

Inntektsforskjeller – lavinntekt barnefamilier

Forebygging av barnefattigdom er viktig for å sikre barns velferd og inkludering. Alle barn og unge må få muligheter til å delta på skoleturer, fritidsaktiviteter og bursdager – bli inkludert i det sosiale fellesskapet. Å sikre at barn og unge har råd til forbruksgoder (som andre) som igjen reduserer risikoen for opplevd mobbing og utestengelse er viktig. Å redusere andel med lav inntekt vil føre til mindre sosiale helseforskjeller i Dovre kommune.

Mål: Arbeid for å utjevne inntektsforskjeller og redusere økonomiske utfordringer i barnefamilier er synliggjort i alle planer i kommunen.

Omdømmebygging

"Kommuner og steder som har et godt og realistisk omdømme står bedre rustet i kampen om ressurser, mennesker og arbeidsplasser. Den beste garantien for å skape et positivt omdømme er stolte og fornøyde innbyggere, næringsdrivende og tilreisende." (Kilde: regjeringen.no.) Et godt omdømme gir bl.a. motiverte medarbeidere og kvalifiserte jobbsøkere. Omdømmearbeidet må være forankret i den politiske og administrative ledelse, men alle nivåer i kommuneorganisasjonen har en viktig rolle i omdømmebygging.

Mål: Dovre kommune har et omdømme som bidrar til bolyst og arbeidsglede.

Næringsutvikling - samarbeid og samhandling

Utvikling av næringslivet er essensielt for å skape fremtidige arbeidsplasser. Et godt samarbeid mellom kommunen og næringslivet er viktig, og tiltak som sikrer dette samarbeidet skal prioriteres. Kommunen skal jobbe for et raskt og godt samspill mellom næring og forvaltning – og legge til rette for å skaffe flere arbeidsplasser der det er mulig.

Mål: Næringsarbeidet i kommunen bidrar til at bygdas ressurser blir brukt til å skape flere arbeidsplasser og økt trivsel.



6 Helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Dette kapittelet omfatter følgende:

- Helsetilstand og påvirkningsfaktorer (blå rammer) for befolkningen i Dovre kommune
- Begrunnelse for valg av indikator og analyse av årsaker og konsekvenser (grønne rammer)

Helsefremmende og forebyggende tiltak / ressurser i kommunen – som også er påvirkningsfaktorer – er beskrevet i kapittel fire.



6.1 Befolkningssammensetning

6.1.1 Befolkningsendringer og befolkningsframskriving

Folketallet i Dovre kommune har vært i gradvis tilbakegang i mange år. De siste 40 årene har det blitt over 650 færre innbyggere i kommunen. Pr. 1. januar 2020 var det 2.553 innbyggere i Dovre – en nedgang på 62 fra året før. 2. kvartal 2020 var folketallet redusert til 2.538.

01.01.20 var det 18.262 innbyggere i de seks kommunene i Nord-Gudbrandsdal - en nedgang på 237 det siste året. De siste 40 årene har det blitt ca. 3600 færre innbyggere i Nord-Gudbrandsdal.

De siste fem årene har nettotinnflytting til Dovre vært negativ (mellom -12 og -47).

Antall levendefødte i Dovre var 28 i 2019. Det er det høyeste antall i etter 2010. I gjennomsnitt har det blitt født 22 barn årlig de siste 15 årene. I Nord-Gudbrandsdal har det vært 158 levendefødte hvert år i gjennomsnitt de siste 10 årene. Det laveste og høyeste antall ett år var hhv. 127 og 204.

Befolkningsframskriving for Dovre kommune - basert på middels vekst - antyder en reduksjon av innbyggertallet fra 2.615 i 2020 til 2.526 i 2040.

- Det forventes en økning fra 179 til 216 innbyggere over 80 år i 2025 og 330 i 2040.
- I 2020 er det 293 barn/unge mellom 0 og 12 år. Det forventes svingninger mellom 270 og 291 barn mellom 0 og 12 år fram til 2040.
- Det forventes en stor nedgang i innbyggere mellom 45 og 66 år fra 799 til 731 i 2025 og 633 i 2040.

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.

Årsaker til utflytting: Utdanning (videregående og høyere utdanning), mangel på praksis- og læringsplasser, etablering av familie, muligheter for arbeid – spesielt kompetanse-arbeidsplasser, fagmiljø, behov for et større miljø, lite mangfold i tjenestetilbud sammenlignet med større steder.

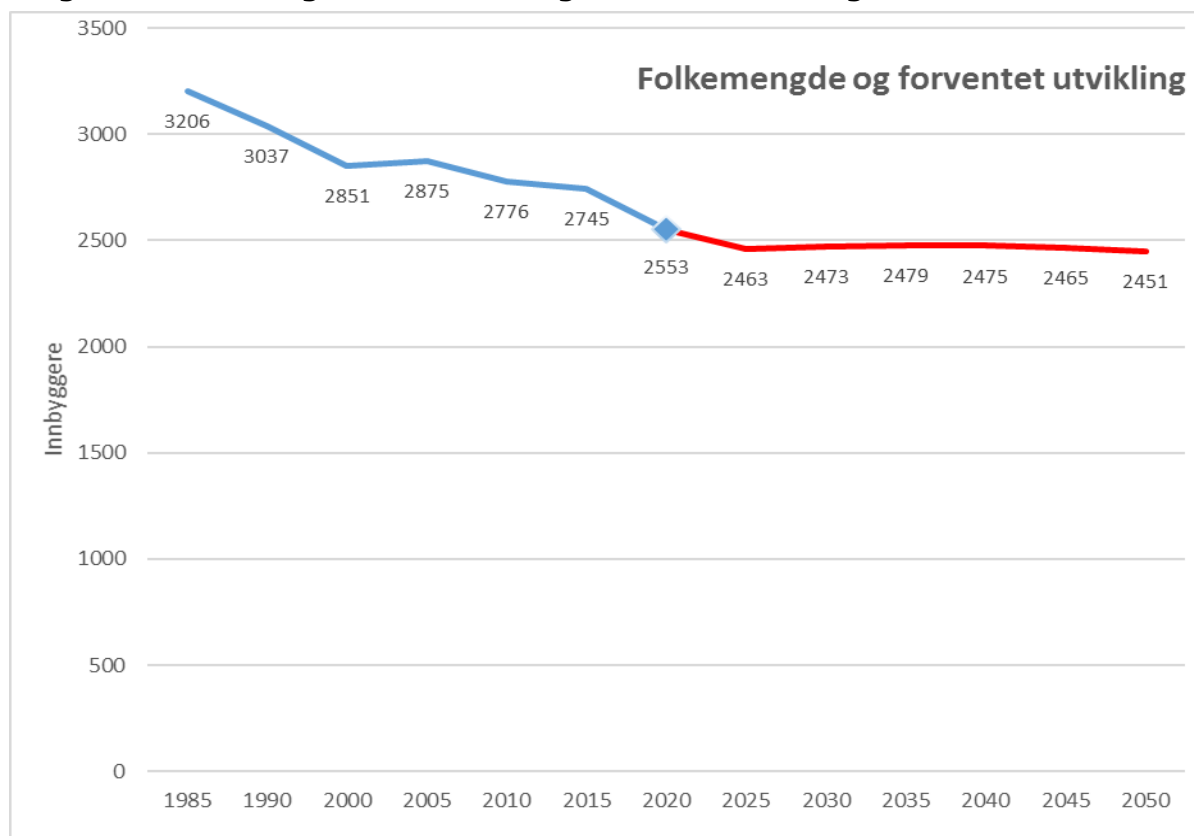
Årsaker til tilflytting: Innvandring, tilknytning, gode oppvekstvilkår, natur, friluftsliv, lite miljø som gir trygghet («alle kjenner alle»).

Gradvis reduksjon av innbyggere medfører utfordringer mht arbeidskraft som igjen kan få konsekvenser for omfang og kvalitet av de ulike tjenestene som skal leveres.

Årsaken til endret alderssammensetning på sikt er bl.a. lavere dødelighet, lavere fruktbarhet og aldring av store fødselskull.

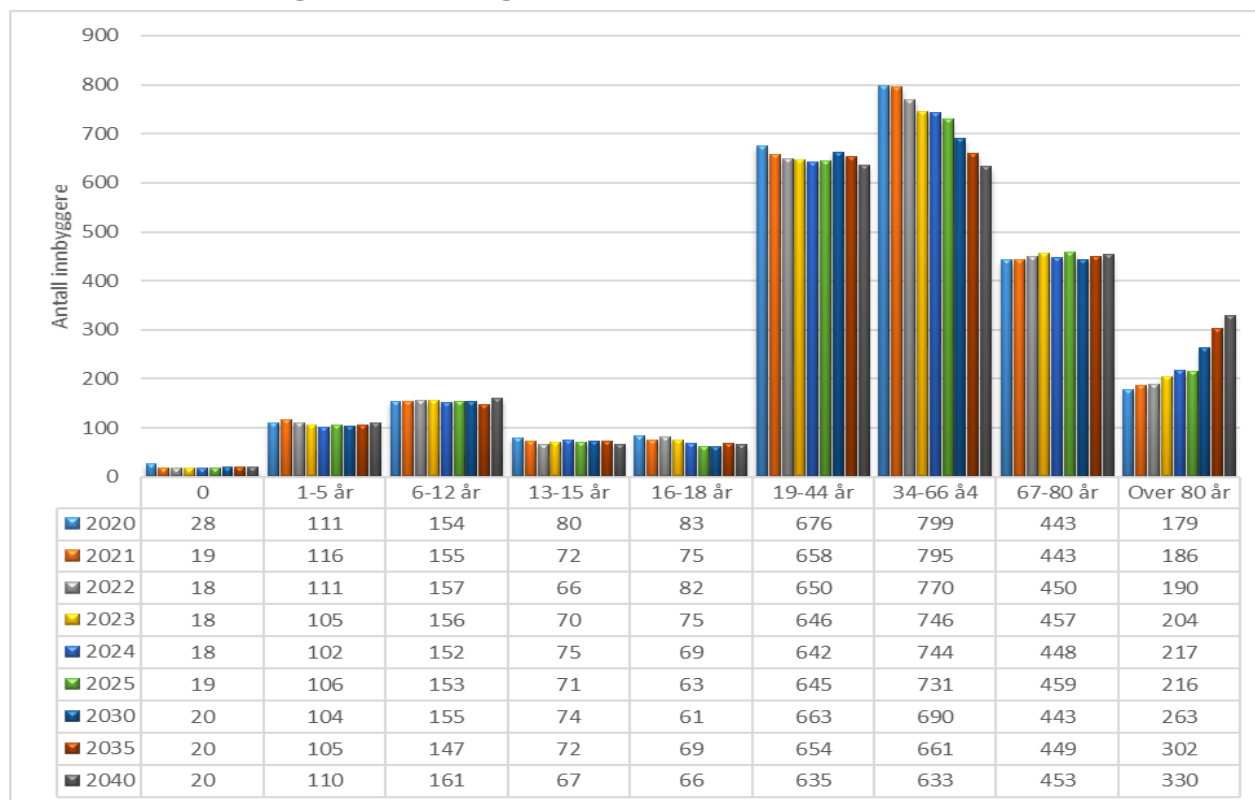
En stadig voksende gruppe med friske eldre (bl.a. en ressurs som frivillige), men også et sykdomsbilde mer preget av kroniske og sammensatte helseproblemer. Det vil gi et større press på helse- og omsorgstjenestene. Færre i yrkesaktiv alder kan bli en utfordring mht arbeidskraft i kommunen.

Diagram: Folkemengde 1985-2020 og forventet utvikling til 2050



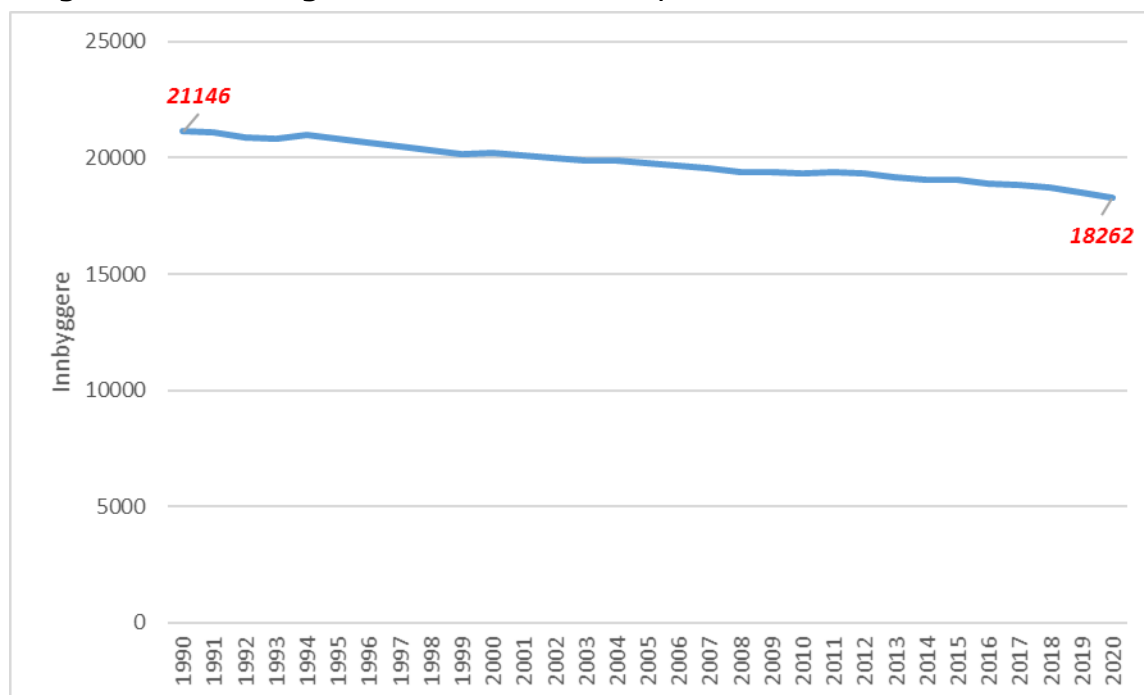
Folkemengde pr. 1. januar og befolkningsframskrivning til 2015. Framskrivningene viser framtidig utvikling ut fra forutsetninger om fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring med utgangspunkt i den observerte utviklingen, basert på middels vekst i de nevnte kriteriene Antall. Kilde: SSB

Tabeller: Befolkningsframskriving, 2021–2040



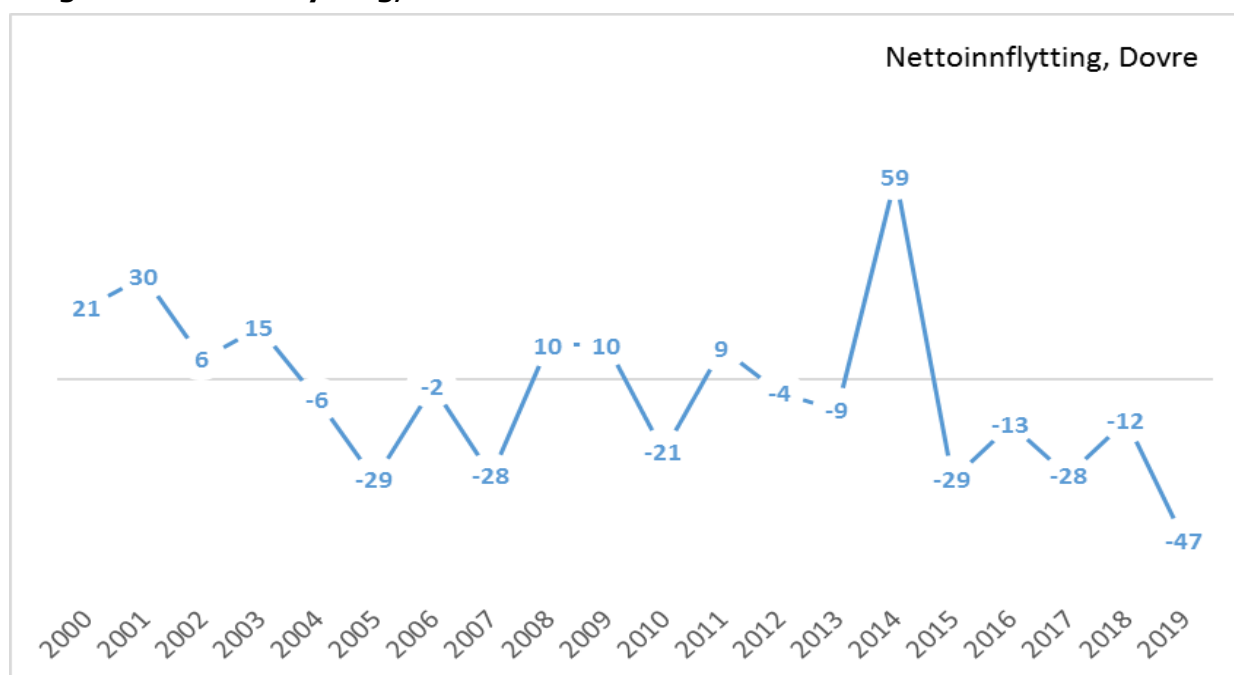
Framskrevet folkemengde for utvalgte år til 2040. Framskrivningene viser framtidig utvikling ut fra forutsetninger om fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring med utgangspunkt i den observerte utviklingen, basert på middels vekst i de nevnte kriteriene. Kilde: SSB.no (2020)

Diagram: Folkemengde Nord-Gudbrandsdal, 1990-2020



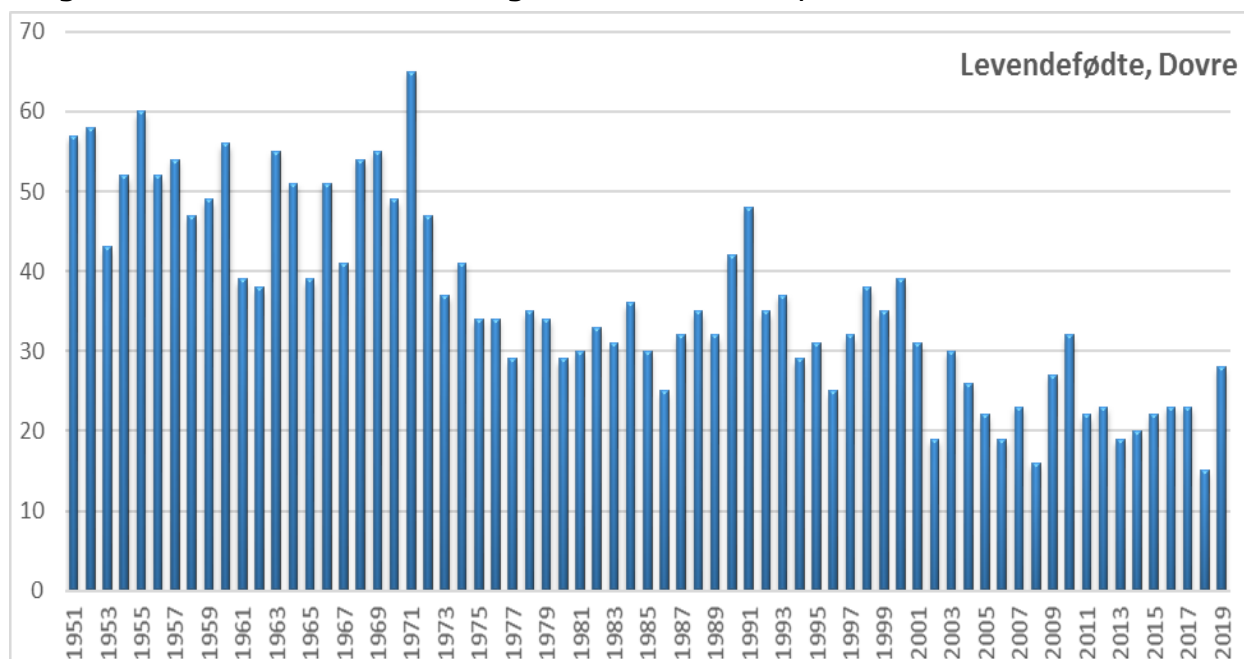
Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: SSB

Diagram: Nettoinnflytting, 2000-2019



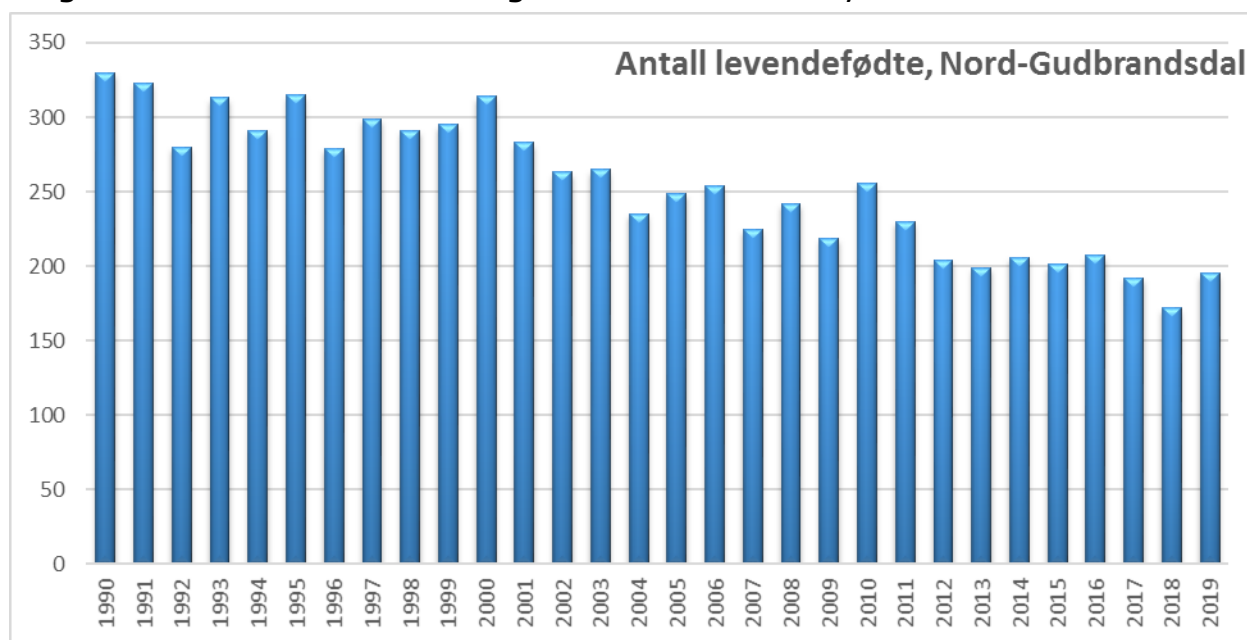
Differansen mellom innflyttinger og utflyttinger. Årlige tall. Alle registrerte flyttinger mellom to norske kommuner eller mellom en norsk kommune og utlandet i løpet av et år. Kilde: Kommunehelsetatistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Antall levendefødte årlig i Dovre kommune, 1951-2019



Antall levendefødte i løpet av ett år. Kilde: SSB, statistikkbanken

Diagram: Antall levendefødte årlig i Nord-Gudbrandsdal, 1990-2019



Antall levendefødte i løpet av ett år. Kilde: SSB, statistikkbanken

6.1.2 Etnisitet

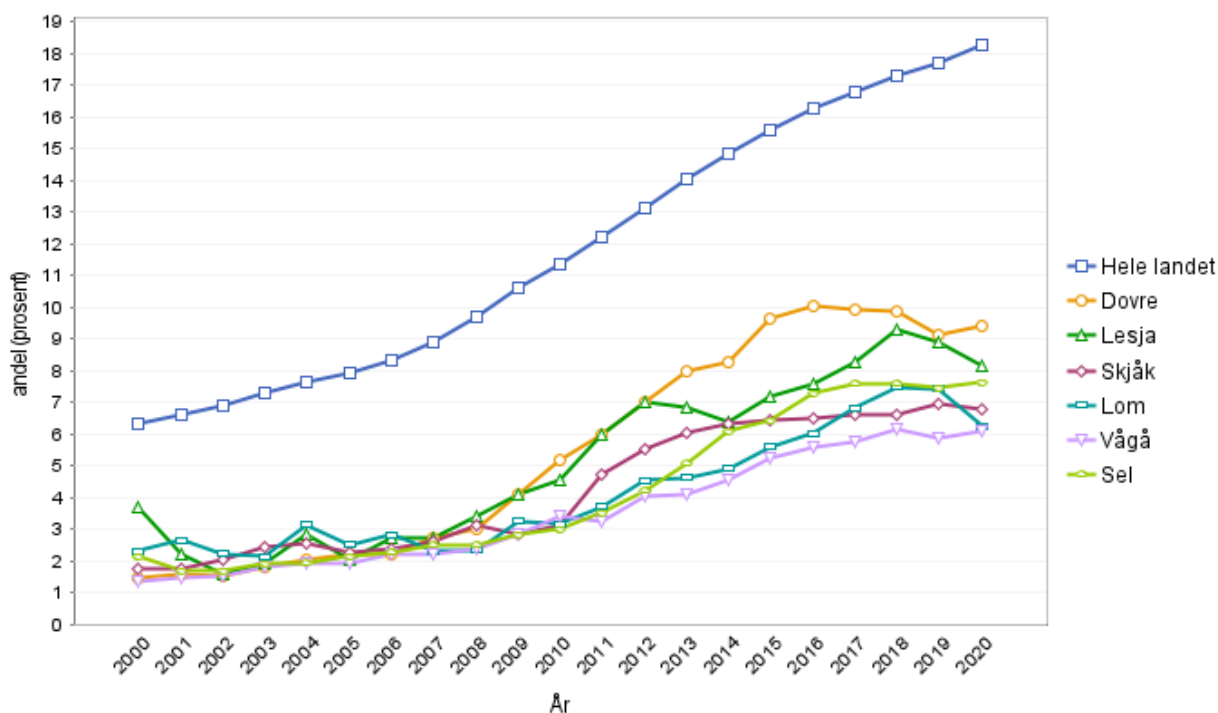
Det var en gradvis økning i andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre/besteforeldre i Dovre kommune frem til 2016, men en stabilisering og svak nedgang de siste årene. Antallet var 42 personer i 2000 og 240 personer i 2020. I 2020 tilsvarte det 9,4 % av innbyggerne. Dovre har høyest andel av kommunene i Nord-Gudbrandsdal. Andelen i Norge er 25,5 %.

Begrunnelse for valg av indikator i kommunehelsas statistikkbank: "Mange av indikatorene i Kommunehelse statistikkbank er relatert til befolkningssammensetning, og andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i en kommune bidrar til informasjon om dette.

Det er store forskjeller innenfor de enkelte landbakgrunnsgruppene - på samme måten som det er store ulikheter i den etnisk norske befolkningen. Blant annet har mennesker med høy utdanning generelt bedre helse enn dem som har lav utdanning - helt uavhengig av landbakgrunn. Generelle trekk blant innvandrere er at menn har høyere utdanning enn kvinnene, flere menn enn kvinner har fulltidsarbeid og flere menn enn kvinner lever alene.

Det er generelt rapportert om høyere forekomst av kroniske sykdommer og lidelser blant ulike innvandrergupper enn blant nordmenn. Likevel er det en del helsemessige gunstige trekk ved innvandrerguppene. Alle innvandrergupper bruker betydelig mindre alkohol enn norske. Med unntak av en gruppe, er forekomsten av røyking blant innvandrerkvinner nesten lik null. Noen innvandrergupper bruker tradisjonelt mye frukt og grønnsaker - noe som reduserer risiko for flere kroniske sykdommer."

Diagram: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre/-besteforeldre, 2000-2020



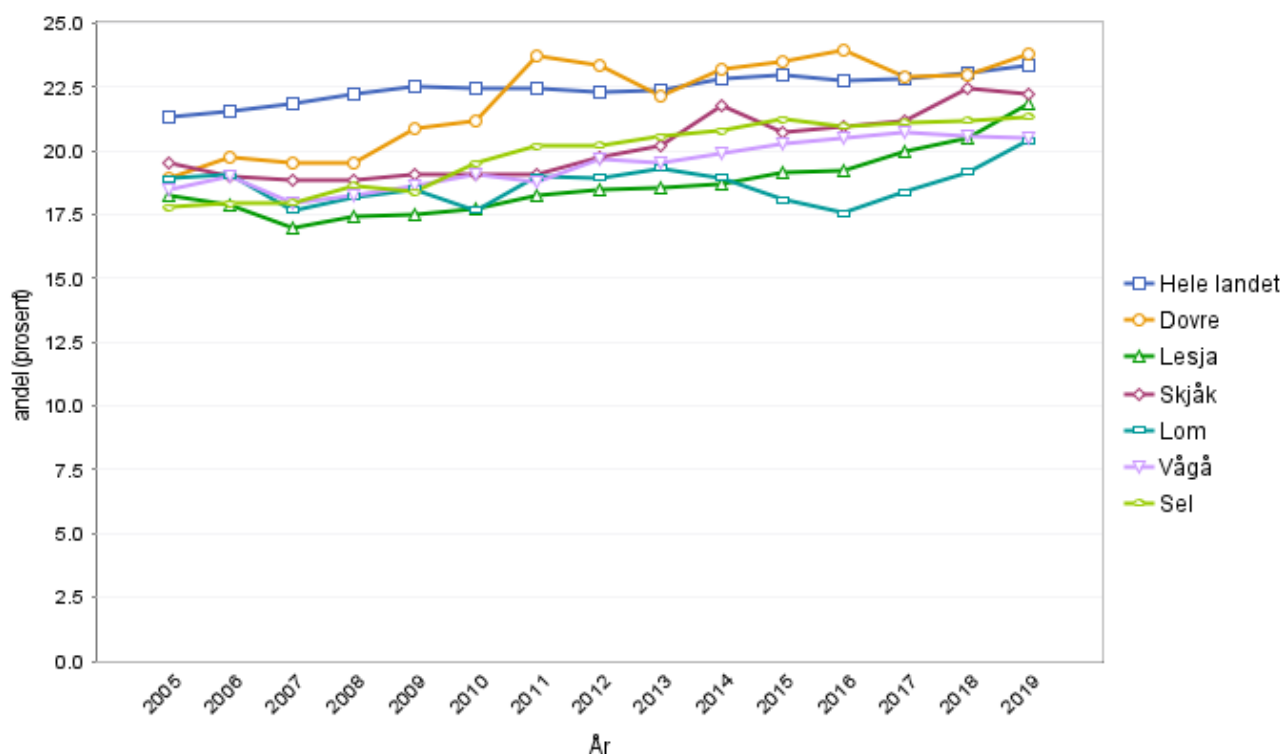
Andel personer med to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar hvert år, i prosent av befolkningen. <http://khs.fhi.no>

6.1.3 Personer som bor alene

Det har vært noe svingninger i andel personer som bor alene i Dovre, men en økning totalt sett fra 2005 til 2019. I 2005 var andelen 18,9 % i og i 2019 23,8 %. I 2019 var det 525 personer. (I landet som helhet var andelen 23,3 % i 2019.)

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

Diagram: Personer som bor alene, 2005-2019



Andel personer over 16 år som bor i en-personhusholdninger i prosent av befolkningen per 1. januar.
Kilde: Folkehelseinstituttet. KommuneHelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

6.2 Oppvekst- og levekårsforhold

6.2.1 Inntekter og utgifter

Lavinntekt, EU60: Fra 2006 til 2014 var det stort sett en jevn økning i andel personer i lavinntektshusholdninger i Dovre kommune. Etter det (til 2018) har det vært noe reduksjon og stabilisering. I 2018 var andelen 7,2 % (183 personer) i kommunen. I landet som helhet var den 7,4 % samme år.

I aldersgruppen under 18 år var det en jevn økning i andel personer fra 2005 til 2014 med 13,9 % sistnevnte år. I 2018 var den 10,3 % - dvs. ca. 45 barn og unge. I landet som helhet var den 9,3 % samme år.

Resultat fra Ungdataundersøkelsen, Dovre, andel (i prosent) som	2018	2020
• stort sett eller hele tiden hadde hatt god råd	70	76
• stort sett eller hele tiden hadde hatt dårlig råd	7	ca 5
• anga at foreldrene av og til eller ofte manglet penger til å betale for ulike fritidsaktiviteter som de ønsket og delta i (De fleste anga av og til.)		34

Resultat fra Folkehelseundersøkelsen i Dovre i 2018: I kommunen anga 84,8 % at de hadde økonomi til både å

- betale løpende utgifter,
- ta en ukes ferie utenfor hjemmet i løpet av året
- ha PC og internetttilgang i husstanden
- eie en bil og
- betale for en undersøkelse og behandling hos tannlege

5,6 % sa at de bare hadde økonomi til å klare mellom en og tre av overnevnte punkter. Det å ta en ukes ferie utenfor hjemmet og betale for tannlege var de indikatorene som scoret dårligst.

I kommunen oppga 86,6 % at de hadde økonomi til følgende for barn og unge i husstanden – at de kunne

- ha eget rom
- ta med venner hjem
- delta i eller selv ha bursdagssfeiring
- delta på fritidsaktiviteter
- ha utstyr til å delta på fritidsaktiviteter

11,9 % oppga at de klarte en til tre av overnevnte. I Nord-Gudbrandsdal for øvrig var denne andelen 8,8 %.

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. Kommune helsa statistikkbank. <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)

Lav inntekt i barnefamilier kan også være en risikofaktor i forhold til deltakelse i aktiviteter.

Diagram: Økonomi, 2018

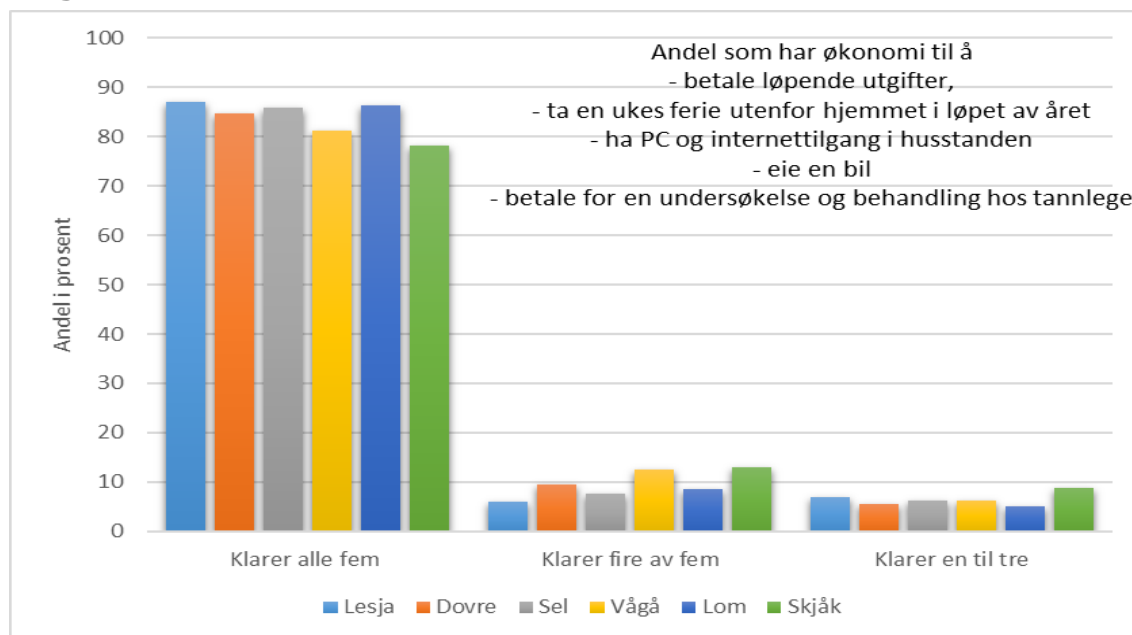
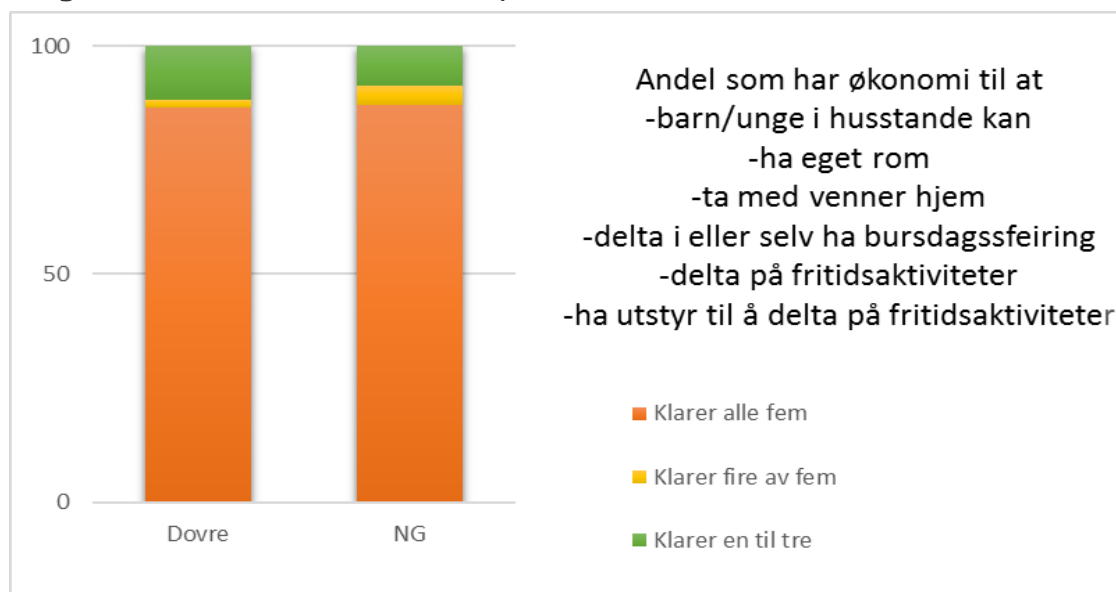


Diagram: Økonomi barnefamilier, 2018



Forklaring diagrammer denne siden: Andel i prosent som har økonomi til forhold nevnt i diagrammene. Resultat fra levekårsundersøkelsen i kommunene i Nord-Gudbrandsdal i 2018. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland, 2018

Diagram: Lavinntekt (husholdninger), EU60, alle aldre, 2005-2018

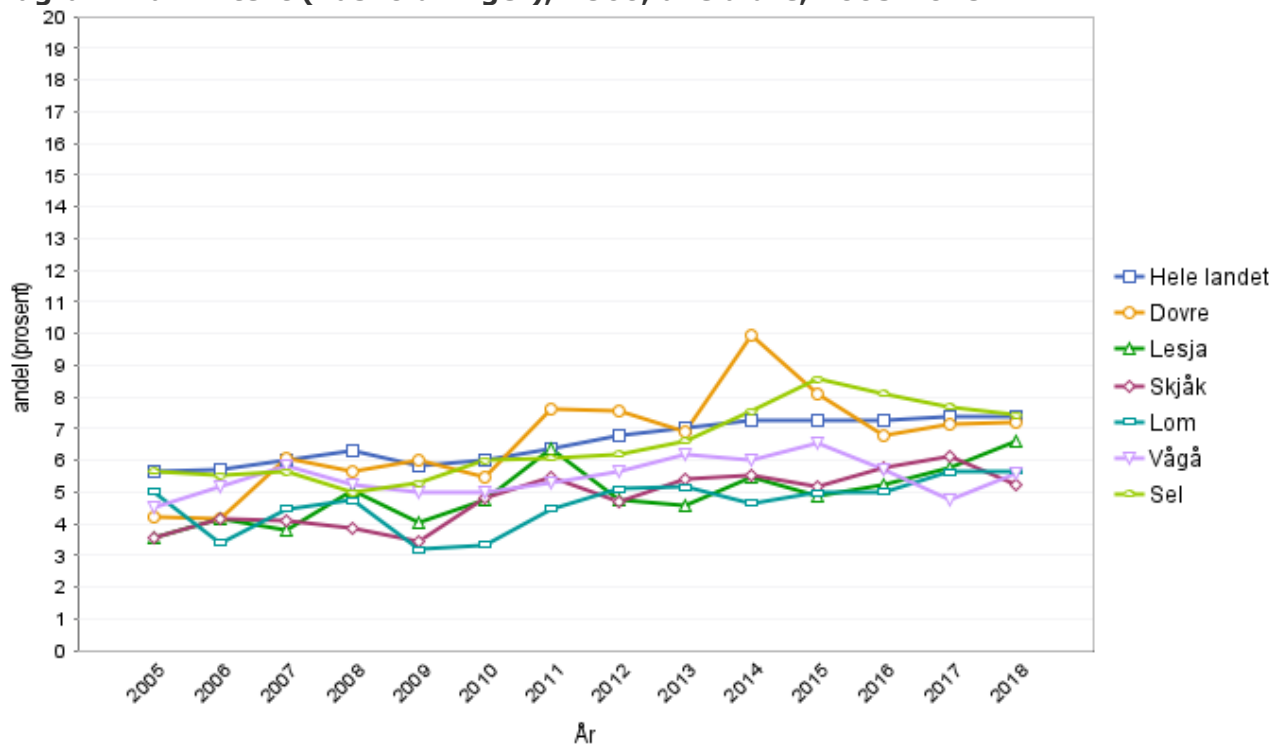
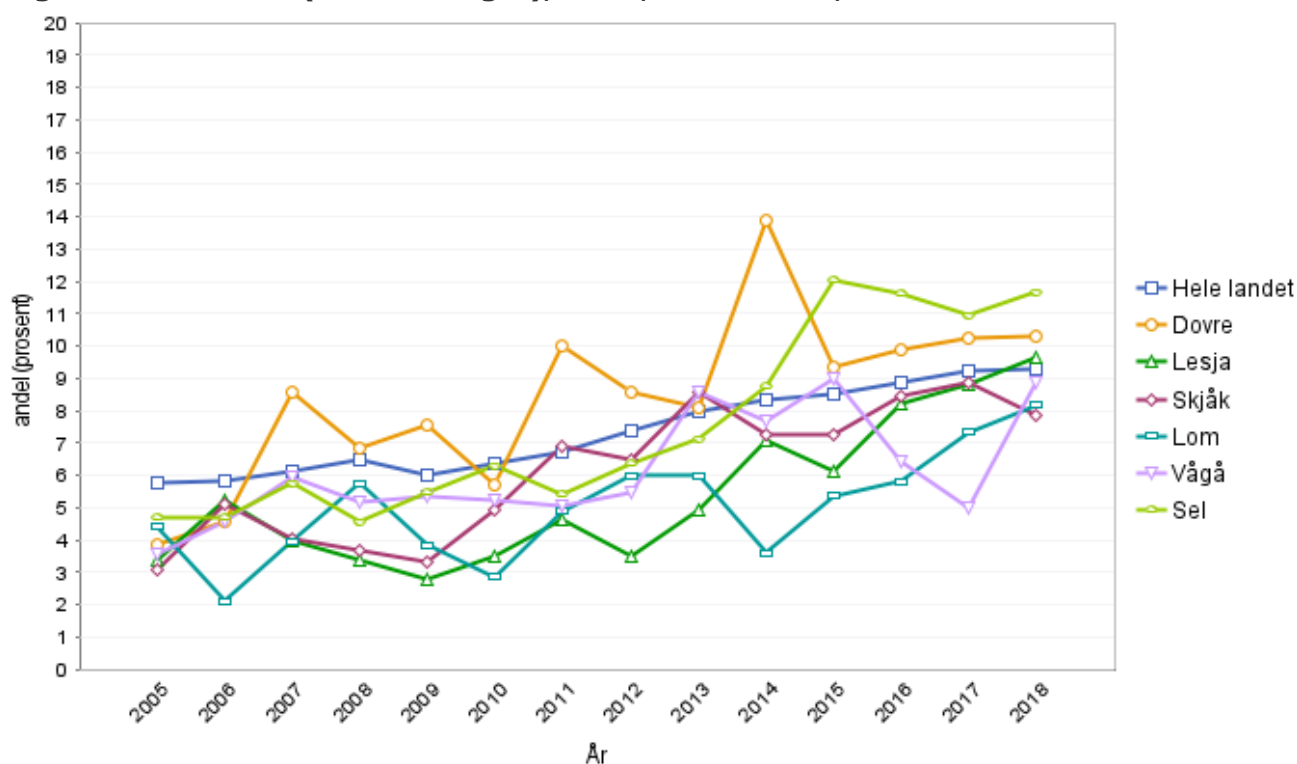


Diagram: Lavinntekt (husholdninger), EU60, under 18 år, 2006-2018



Personer som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av kommunal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Indikatoren utelater også personer med en brutto finanskapital på 1 G (gjennomsnittlig grunnbeløp i året) eller mer. Årlige tall. EU-skala er en ekvivalensskala som benyttes for å kunne sammenligne husholdninger av forskjellig størrelse og sammensetning. Ulike ekvivalensskalaer vektlegger stordriftsfordeler ulikt. EU-skalaen er mye brukt, og i følge den skalaen må en husholdning på to voksne ha 1,5 ganger inntekten til en enslig for å ha samme økonomiske levekår. Barn øker forbruksvektene med 0,3 slik at en husholdning på to voksne og to barn må ha en inntekt som er $(1 + 0,5 + 0,3 + 0,3)$ ganger så stor som en enslig for å ha det like bra økonomisk i følge EU-skalaen. Kilde: KommuneHelse.no

6.2.2 Barn av eneforsørgere

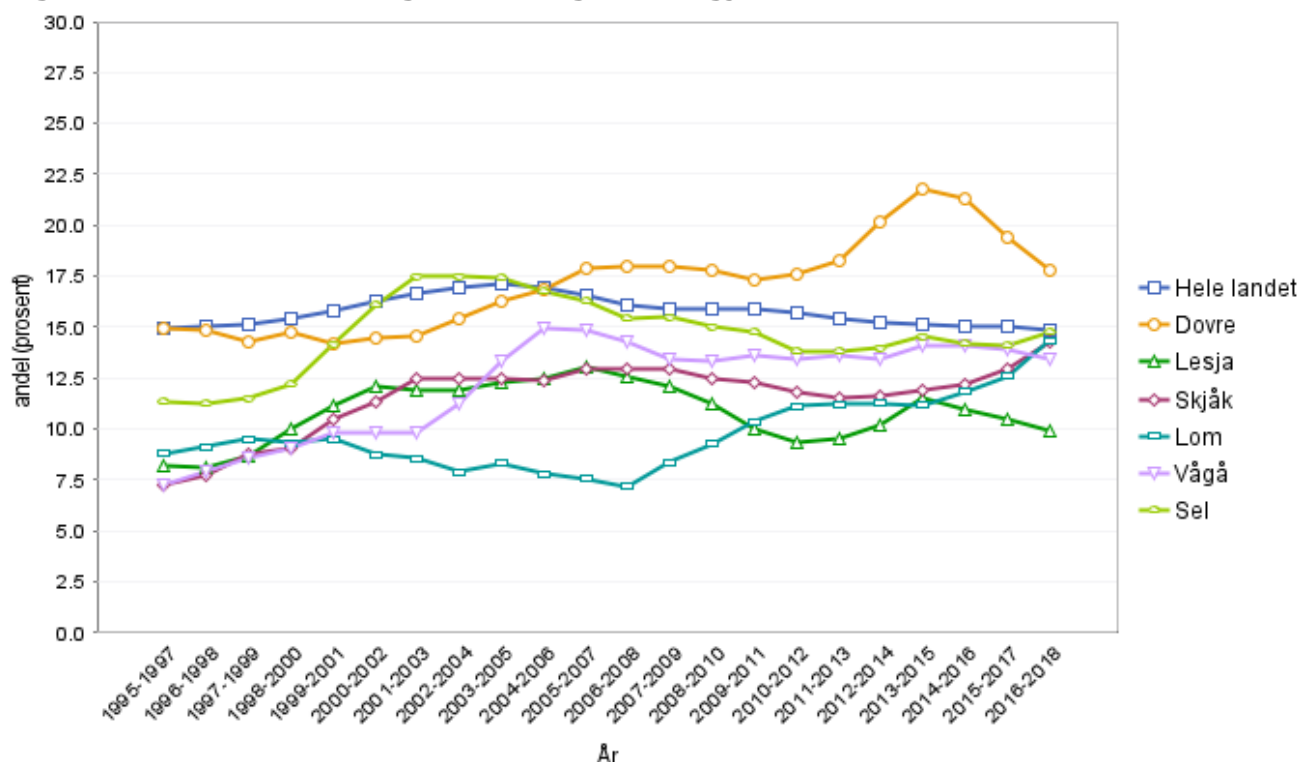
Andelen barn av eneforsørgere økte stort sett gradvis fra 1997 til 2015. Etter det har den blitt noe lavere. I perioden 2015-2018 var andelen i årlig gjennomsnitt 18 % av barna mellom 0 og 17 år (83 barn). Den var høyere i Dovre enn i de øvrige kommunene i Nord-Gudbrandsdal og landet som helhet.

Begrunnelse for valg av indikator: Barn av eneforsørgere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt.

Det er en del risikofaktorer knyttet til det å vokse opp med en eneforsørger. Eneforsørgere har ofte mindre ressurser i form av dårligere økonomi og mindre tid til barna. Dette kan føre til at barna ikke kan delta i sosiale aktiviteter og at tiden med tilgang på en voksen er mindre. I tillegg er det økt forekomst av psykiske helseproblemer blant eneforsørgere, som videre kan virke inn på foreldreferdigheter og dermed barna. Forhold mellom foreldre som ikke lever sammen kan være preget av økt konfliktnivå som kan gå ut over barna og føre til emosjonelle problemer og atferdsproblemer.

Likevel kan det være vanskelig å skille effekten av det å vokse opp med eneforsørgere fra andre faktorer som kan henge sammen med dette. For eksempel er eneforsørgere - spesielt alenemødre - ofte unge og har lavere utdannelsesnivå. Kilde: kommunehelsa.no

Diagram: Barn av eneforsørgere, 3 års glidende gjennomsnitt, 1997-2018



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

6.2.3 Mottakere av stønad til livsopphold

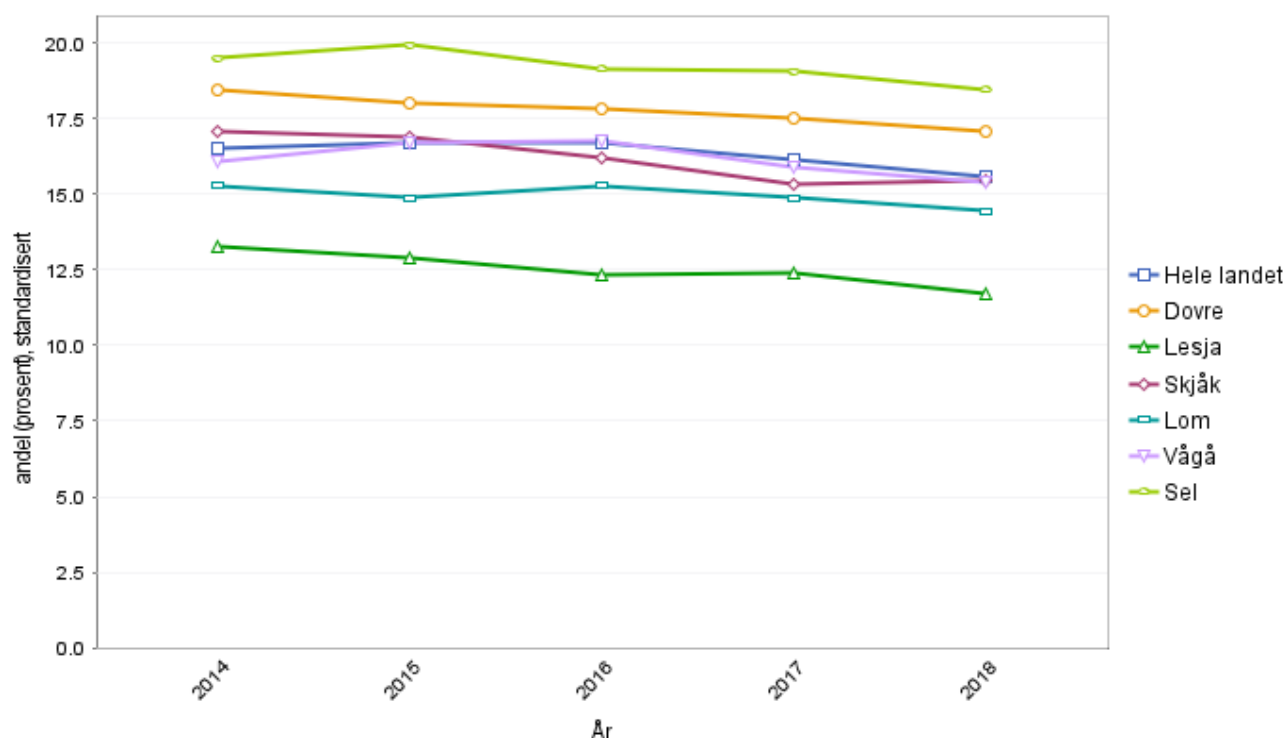
Fra 2014 til 2018 var det stabilt mht andel som mottok stønad til livsopphold i Dovre kommune. I 2018 var det 281 personer som mottok stønad fra NAV.

I 2019 var det 48 barn i familier i Dovre kommune som mottok sosialhjelp.

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.

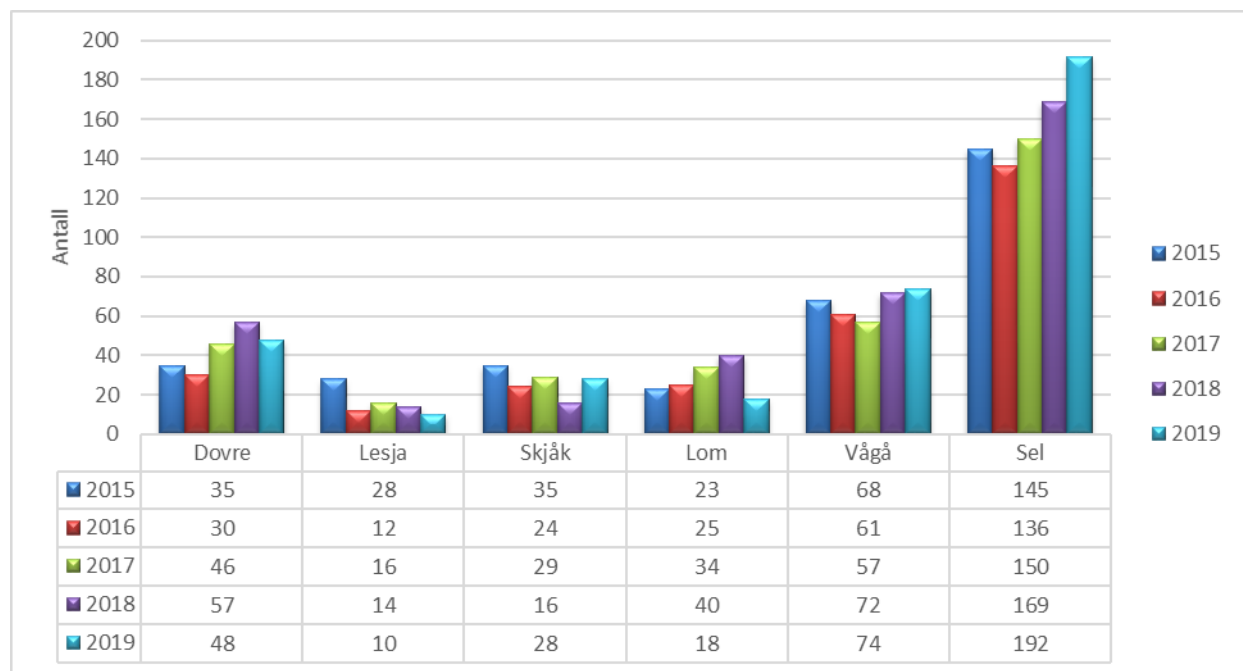
Utbredelsen av sosialhjelp i totalbefolkningen er et uttrykk for pågangen på det kommunale hjelpeapparatet fra personer som for kortere eller lengre tid er avhengig av økonomisk støtte til livsopphold. Lang tids avhengighet av sosialhjelp kan bl.a. gjenspeile et lokalt vanskelig arbeidsmarked, men også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

Diagram: Mottakere av stønad til livsopphold, alle aldre, 2014-2018



Andelen mottakere av stønad til livsopphold. Dette omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønad). Kilde: Folkehelseinstituttet. KommuneHelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Antall barn i familier som mottok sosialhjelp, 2015-2019



6.2.4 Arbeidsledighet

I april 2020 var 142 innbyggere arbeidsledige i Dovre kommune. Det var 10,8 % av arbeidsstyrken. Det var høyere andel enn i de øvrige kommunene i Nord-Gudbrandsdal. I landet som helhet var det 9,6 % arbeidsledige på samme tid. *Kilde: NAV*

Data fra kommunehelsa viser svingninger mellom 18 og 22 % de siste årene når det gjelder andel innbyggere mellom 16 og 66 år som ikke er i arbeid eller utdanning. I 2019 var det 283 personer mellom 16 og 66 år og 37 personer mellom 16 og 25 år.

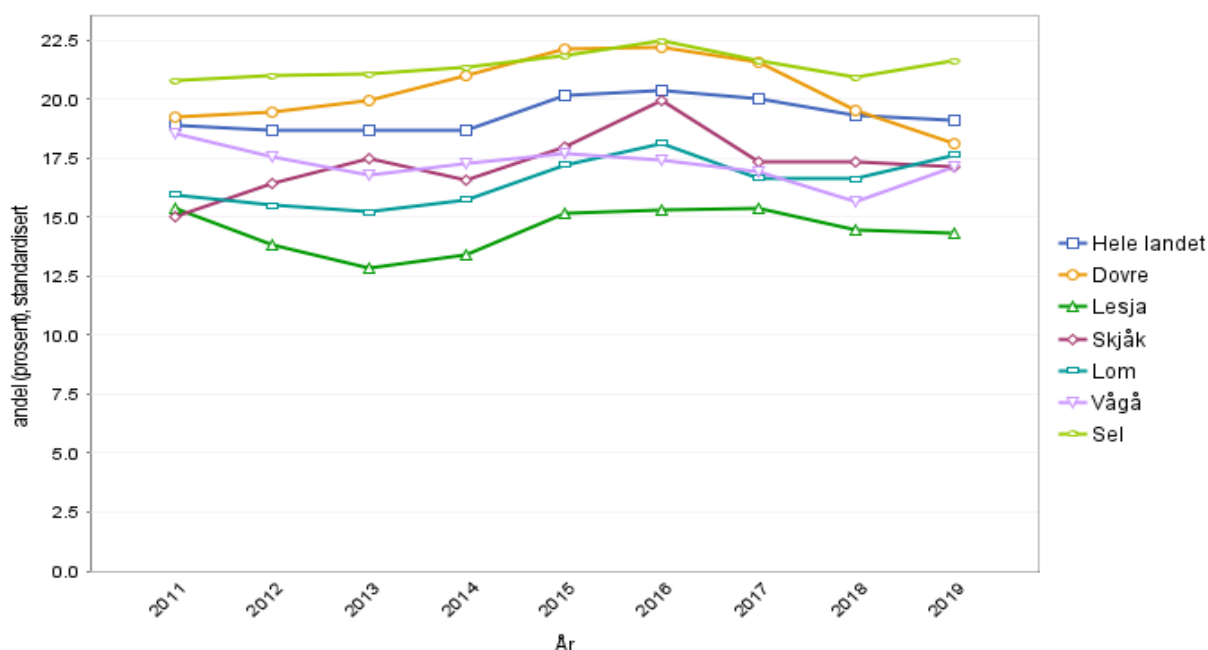
(I folkehelseundersøkelsen i Dovre i 2018 oppga for øvrig 18,1 % av innbyggerne at de ikke hadde den stillingsstørrelsen de ønsket – mot 8,7 % i regionen. 25,7 % i Dovre jobbet deltid.)

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både psykisk og materielt, og arbeidsledighet antas å kunne virke negativt inn på helsetilstanden.

Å arbeide har en egenverdi for å opprettholde god psykisk helse. Arbeid gir glede, selvfølelse, mening og tilhørighet, og i dagens samfunn er identiteten vår i større grad enn før knyttet opp mot det arbeidet vi gjør. Det gir evne til å forsørge seg selv og andre - og slik en følelse av kontroll over eget liv. *Kilde: Folkehelse rapporten 2014*

Nedleggelse av tradisjonell industri i regionen har i perioder vært en faktor av betydning for arbeidsledigheten. Andel med nedsatt arbeidsevne og uføretrygdde påvirker arbeidsledigheten.

Diagram: Ikke i arbeid eller utdanning, 16-66 år



Andel personer som ikke er i arbeid eller utdanning. Indikatoren presentert her viser de som står utenfor arbeid og/eller utdanning. Dette er personer som verken er sysselsatte (lønnstakere eller selvstendige) eller i formell utdanning. Personer som deltar i annen utdanning/kursvirksomhet og arbeidsmarkedstiltak blir regnet med i gruppen som står utenfor. *Kilde: Kommunehelsa.no*

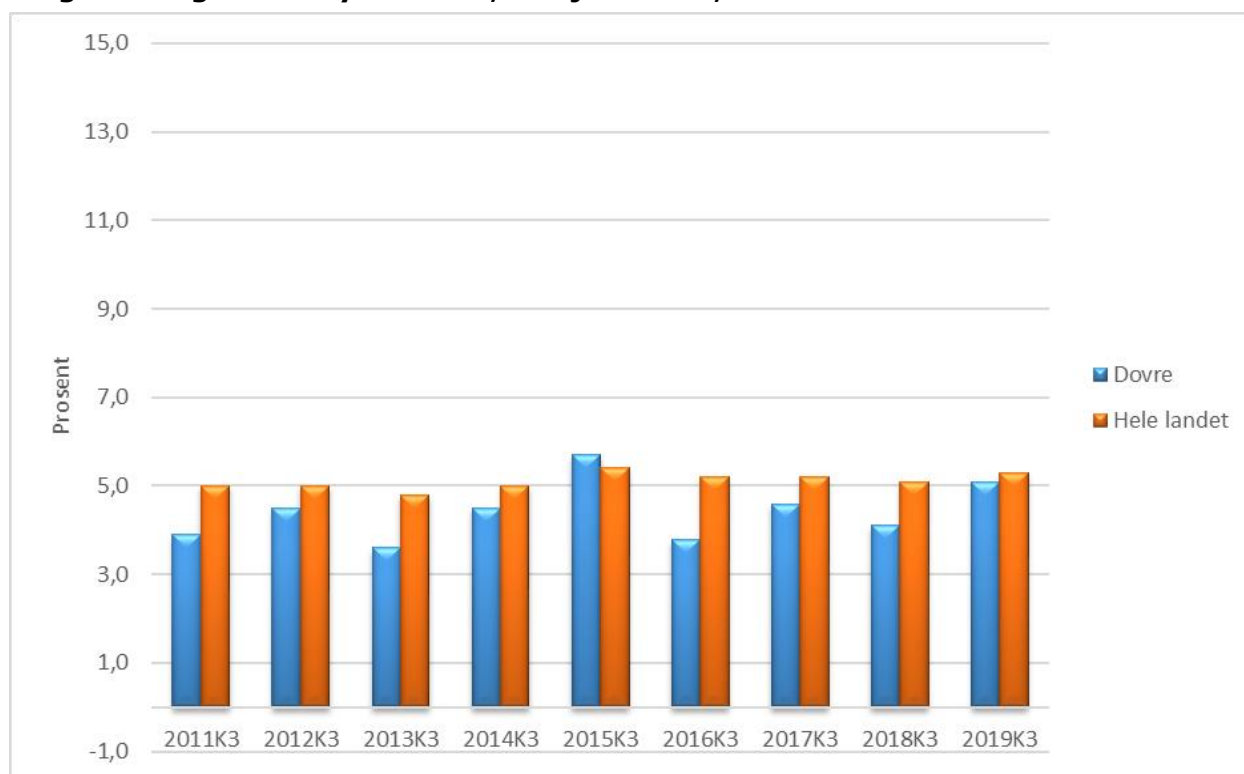
6.2.5 Sykefravær

Legemeldt sykefravær i Dovre (alle arbeidsplasser i kommunen) svinger fra kvartal til kvartal og fra år til år. Første kvartal 2020 var det 8,0 %. I landet som helhet var det 9 %.

Muskel- og skjelettlidelser, kroniske smerter og psykiske lidelser er blant de vanligste årsakene til sykefravær i Norge. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Årsaker til sykefravær – og uføretrygd – er komplekse og sammensatte: Fysisk og psykisk sykdom, belastninger i livssituasjon, livsstilsfaktorer, usikker arbeidssituasjon, utdanningsnivå, holdninger til og praksis i forbindelse med sykmeldinger og uføretrygging, jobbtilbud i området og bortfall av arbeid for innbyggere uten høyere utdanning. Ved langvarig sykefravær øker risikoen for frafall fra arbeidslivet – med de negative konsekvenser det medfører for den enkelte og samfunnet.

Diagram: Legemeldt sykefravær, tredje kvartal, 2011-2019



Lønnstakere med legemeldt sykefravær (tredje kvartal) i prosent av arbeidstakere i alt. Alder 16-69 år. Kilde SSB

6.2.6 Uføretrygd og arbeidsavklaringspenger

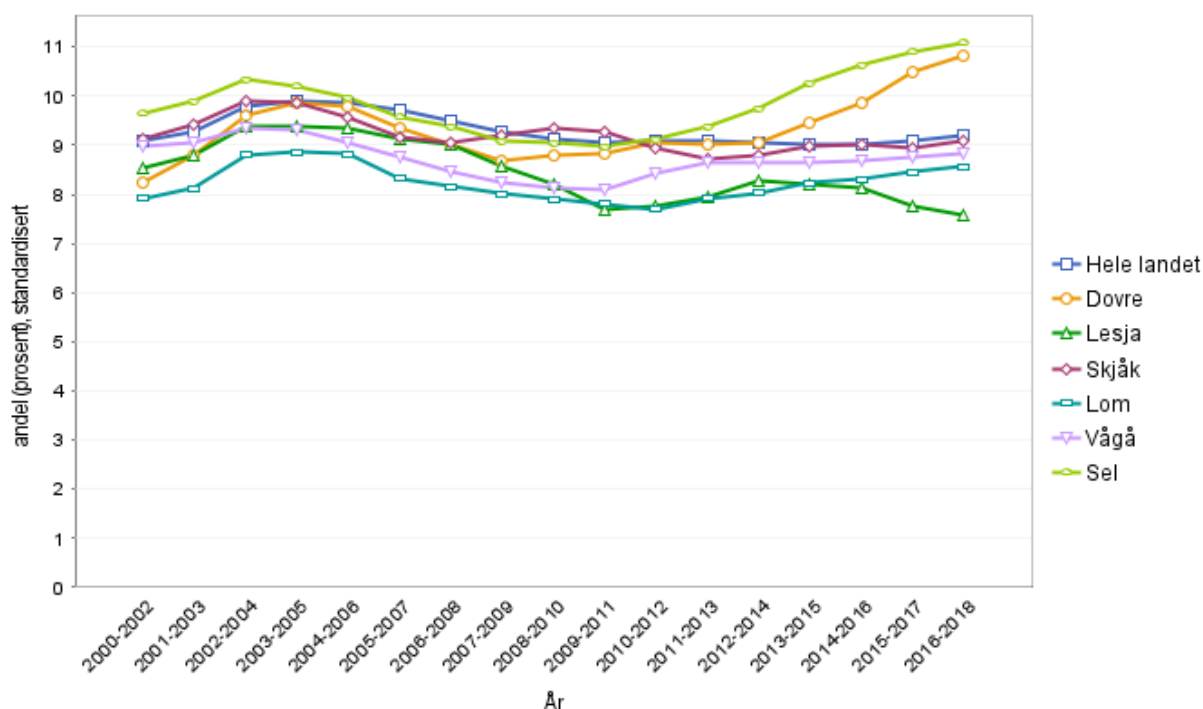
Det har vært svingninger i andelen varige uføretrygdde i prosent av befolkningen fra 18 til 66 år i Dovre kommune, men med en stigning etter 2002. I perioden 2016-2018 var den 10,8 % (207 personer) i årlig gjennomsnitt. Andelen i aldersgruppen 18-29 år var 1,6 %, 30-44 år 5,8 % og 45-66 år 18,5 %.

Det har vært en gradvis nedgang i andel som får arbeidsavklaringspenger i kommunen. I perioden 2016-2018 (årlig gjennomsnitt) var den 3,3 % - dvs. 53 av innbyggerne.

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

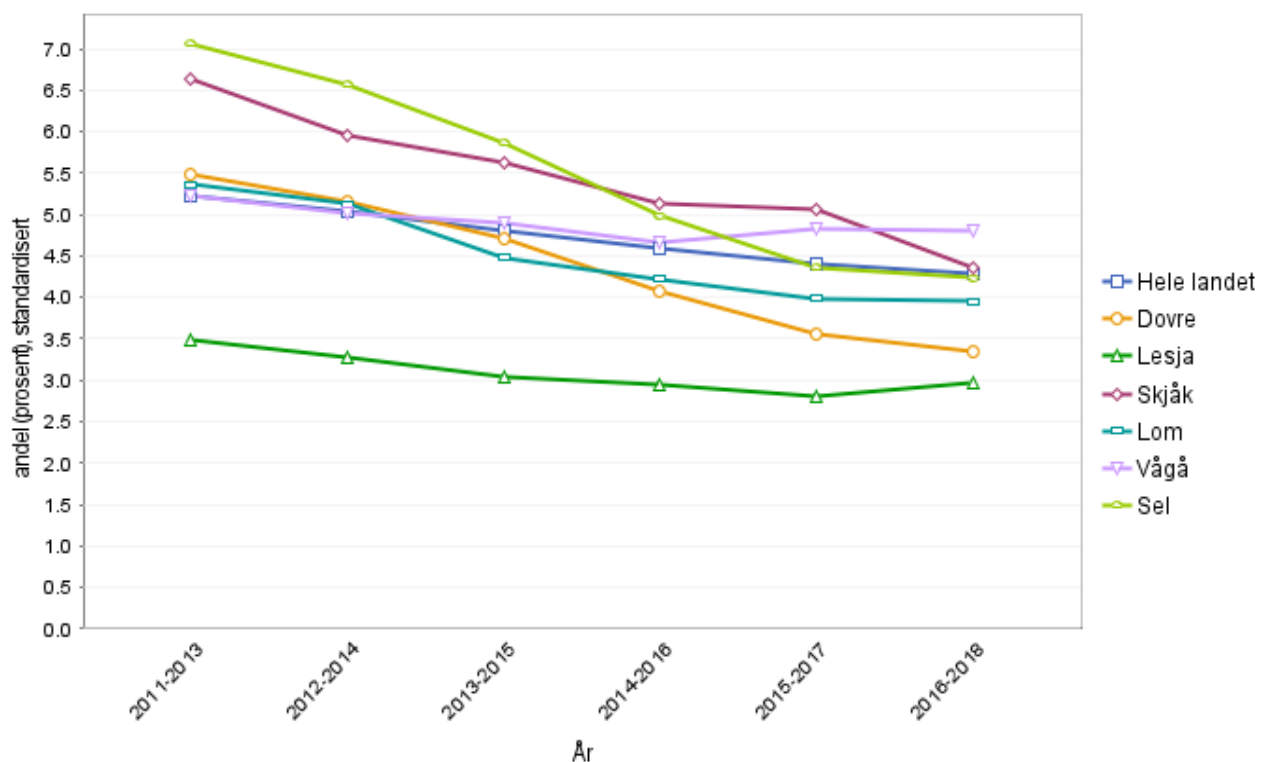
Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. 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. I tillegg til belastninger for den enkelte, medfører uføretrygd store kostnader for samfunnet.

Diagram: Uføretrygd, 3 års glidende gjennomsnitt, 2002-2018



Andel varige uføretrygdde i prosent av befolkningen i alderen fra 18 t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Arbeidsavklaringspenger, 3 års glidende gj. snitt, 18-66 år, 2013-2018



Andel som får arbeidsavklaringspenger i prosent (standardisert) av befolkningen i alderen fra 18 t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommune helsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

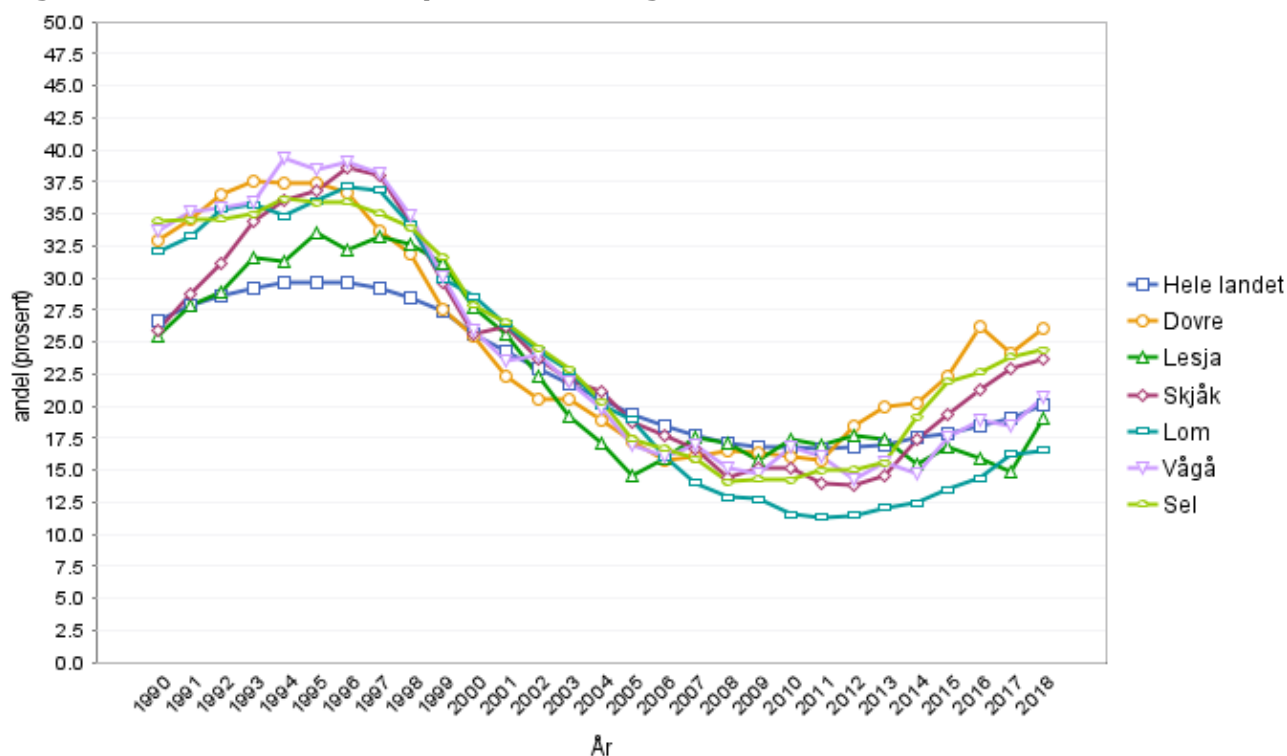
6.2.7 Grunnskole som høyeste utdanningsnivå

Fra 1996 til 2011 var det en gradvis reduksjon i andel personer i Dovre kommune med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå. Etter det har det vært noe stigning igjen. I 2018 var andelen i alderen 30 til 39 år på 26 %. Det er høyere enn de øvrige kommunene i Nord-Gudbrandsdal og landet som helhet.

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

De som har lang utdanning og god økonomi, lever lengre og har færre helseproblemer enn de som har kortere utdanning og dårligere økonomi. Menn med universitets- eller høyskoleutdanning har 7 år lengre forventet levealder enn menn med grunnskole. For kvinner er forskjellen 6 år. Det viser beregninger for perioden 2007-2013. I grupper med lav utdanning er det flere som har muskel- og skjelettsykdommer og psykiske plager enn i grupper med høy utdanning. Kilde: Folkehelseinstituttet

Diagram: Grunnskole som høyeste utdanning, 30-39 år, 1990-2018



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>

6.2.8 Frafall videregående skole

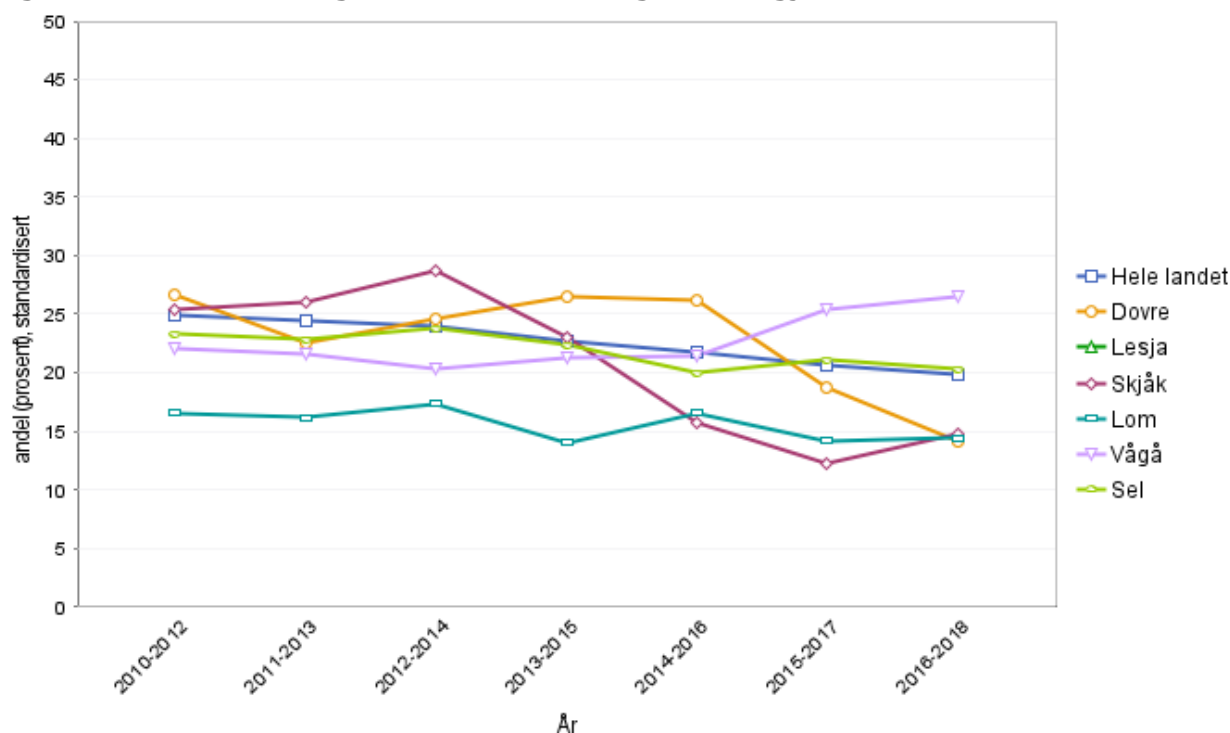
I 2016-2018 (årlig gjennomsnitt) var frafallet fra videregående skole 14 %. Det er det laveste etter 2012. Det tilsvarte ca. 5 elever. I landet som helhet var det 20 % i samme periode.

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 ikke å ta mer utdanning etter ungdomsskole.

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*

Generelle årsaker til frafall: Psykiske eller psykososiale problemer, manglende motivasjon, dårlige grunnleggende ferdigheter, skoletretthet, feilvalg, fysisk sykdom, vanskelige hjemmeforhold, rusproblemer, graviditet/barn.

Diagram: Frafall i videregående skole, 3 års glidende gjennomsnitt, 2012-2018



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>

6.2.9 Barnevern

Det er variasjoner fra år til år i andel barn som får undersøkelse fra barnevernet i Dovre kommune. I 2019 var det 4,8 % av innbyggerne mellom 0 og 17 år – og laveste andet etter 2015. Det var totalt 20 barn/unge.

Når det gjelder andel barn som har tiltak i barnevernet er den høy i Dovre sammenlignet med de øvrige kommunene i Nord-Gudbrandsdal og landet som helhet. I 2019 var det 7,2 % av de mellom 0 og 22 år. I landet var den 3,8 %.

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*

Årsaker til økning i saker: Flere familier med behov for bistand, lavere terskel for kontakt eller melding, barnevern fanger opp flere, ev. en kombinasjon.

Diagram: Barn med undersøkelse i barnevernet, 2015-2019

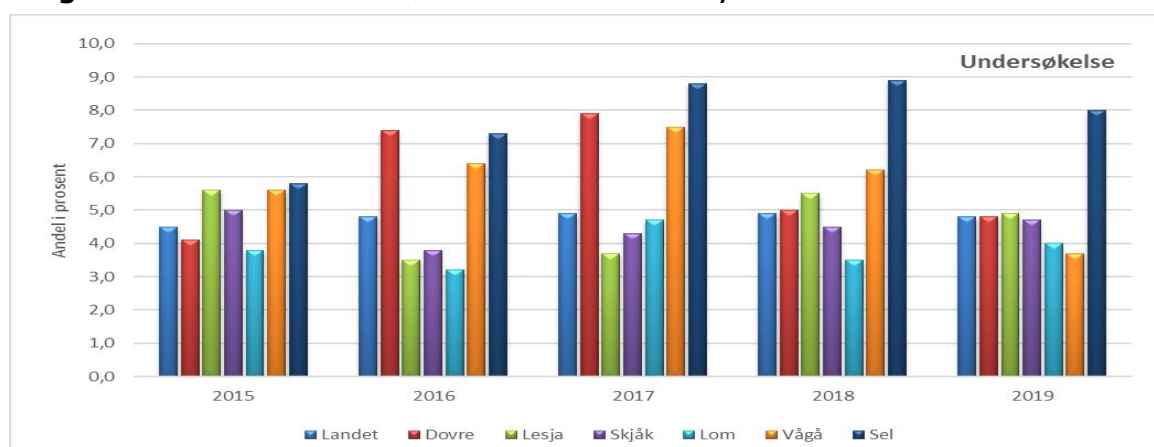
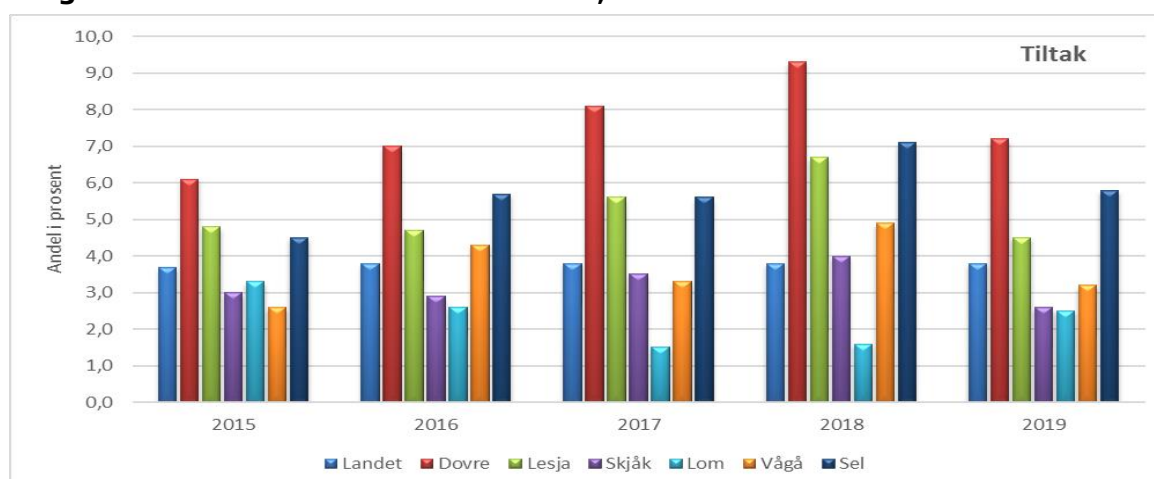


Diagram: Barn med tiltak i barnevernet, 2015-2019



6.3 Miljø (fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt)

6.3.1 Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen

Av de som svarte på Ungdataundersøkelsen i Dovre syntes følgende andel (prosent) det var svært bra eller nokså bra mht	2018	2020
• lokaler der de kan treffe andre unge på fritida	43	15
• tilbud til ungdom er når det gjaldt idrettsanlegg	70	81
• kulturtilbud (kino, konsertscene, bibliotek e.l.) til ungdommen	72	80*
• kollektivtilbudet	57	37*

*ingen anga svært bra

Resultat fra Ungdataundersøkelsen i Dovre, andel (prosent) som	2018	2020
• var litt eller svært fornøyd med lokalmiljøet der de bodde i	83	
• opplevde at det var ganske eller svært trygt å være ute om kveldene i nær-området der de bodde	91	91
• kunne tenke seg å bo i kommunen når de ble voksne (42 % visste ikke.)	26	

Resultat fra Folkehelseundersøkelsen i Dovre i 2018

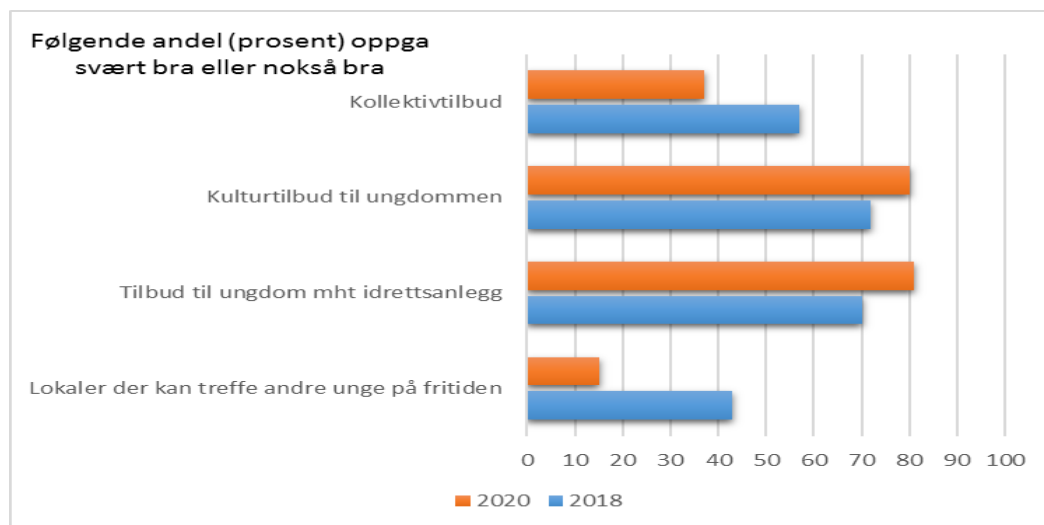
- 81 % sa at de trivdes godt eller svært godt med å bo og leve i kommunen. 6 % trivdes dårlig eller svært dårlig.
- Av alle som bodde i den kommunen de ønsket var det 19 % som likevel tenkte på å flytte til en annen kommune.
- 4,5 % sa de - med bakgrunn i funksjonsnedsettelse eller manglende tilrettelegging - hadde en eller flere problemer med å bevege seg i nærmiljøet og 6,5 % med å komme seg til natur- og friluftsområder i kommunen.

På spørsmål om hva som var ganske eller svært viktig for å velge å bo i kommunen nevnte følgende andel (avrundet i prosent).	
• Godt oppvekstmiljø for barn	85
• Godt barnehage- og skolemiljø	86
• Gode muligheter for lek og utfoldelse:	82
• God kontakt med folk i nabolaget	78
• Lett å finne venner	73
• Lett å bli akseptert for den jeg/vi er	78
• Godt sosialt miljø på stedet	83
• Bra tilgang til natur og gode muligheter for friluftsliv	91
• God tilgang til offentlige tjenester	83

I Folkehelseundersøkelsen svarte følgende andel (prosent) «ja» på påstandene: Når du tenker på ditt bosted og nærområde, har du	Dovre	NG
• Kollektivtransporttilbud	12,5	11
• Offentlige møteplasser	70,8	68,5
• Idretts- og aktivitetstilbud	68,4	76,8
• Merkede stier og løyper	90,6	92,6
• Opplyste stier og veier	66,7	60,3

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 ol. *Kilde: Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. HD 2014.*

Diagram: Lokalmiljøet – ungdommens opplevelser, 2018 og 2020



Andel som har svart «svært bra» eller «nokså bra» på spørsmålene tenk på områdene rundt der du bor – hvordan opplever du at tilbudet til ungdom er når det gjelder lokaler til å treffe andre unge på fritida, idrettsanlegg, kulturtilbudet og kollektivtilbudet. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Nord-Gudbrandsdal 2018 og 2020

6.3.2 Drikkevannskvalitet

I 2018 var det tilfredsstillende hygienisk kvalitet på vannet for 100 % av de som var tilknyttet vannverk som forsyner minst 50 personer i Dovre kommune. 60 % av innbyggerne var tilknyttet godkjenningspliktige vannverk (vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer).

Leveringsstabiliteten var også 100 % i 2018.

Tilfredsstillende resultater

- For hygienisk kvalitet mht. E. coli må vurderings-grunnlaget være tilstrekkelig i henhold til drikkevannsforskriften for å kunne klassifisere i God/Usikker vannkvalitet. Det vil si at det må være foretatt minst 4 drikkevannsanalyser mht. E. coli. Videre må minst 95 % av de analyserte prøvene være tilfredsstillende, dvs. under grenseverdien i drikkevannsforskriften på 0 E. coli pr 100 ml.
- For leveringsstabilitet er tilfredsstillende her definert som lik eller under 30 minutter ikke-planlagte avbrudd i året per tilknyttet innbygger.

Usikre resultater

- For hygienisk kvalitet mht. E. coli må vurderingsgrunnlaget være tilstrekkelig (minst 4 analyser, jf. drikkevannsforskriften), se «God drikkevannsforsyning». Videre er under 95 % av analysene tilfredsstillende (under grenseverdien i drikkevannsforskriften på 0 E. coli pr 100 ml).
- For «leveringsstabilitet» er «usikker» her definert som mer enn 30 minutter ikke-planlagte avbrudd per tilknyttet innbygger per år.

Manglende data

Det er mangelfulle data eller analysert for få prøver til å kunne vurdere drikkevannskvaliteten. Denne kategorien omfatter vannverk hvor antall drikkevannsanalyser mht. E. coli er færre enn 4 analyser, vannverk som mangler data, eller har rapportert for sent til Mattilsynet til å komme med i datagrunnlaget.

Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa.fhi.no

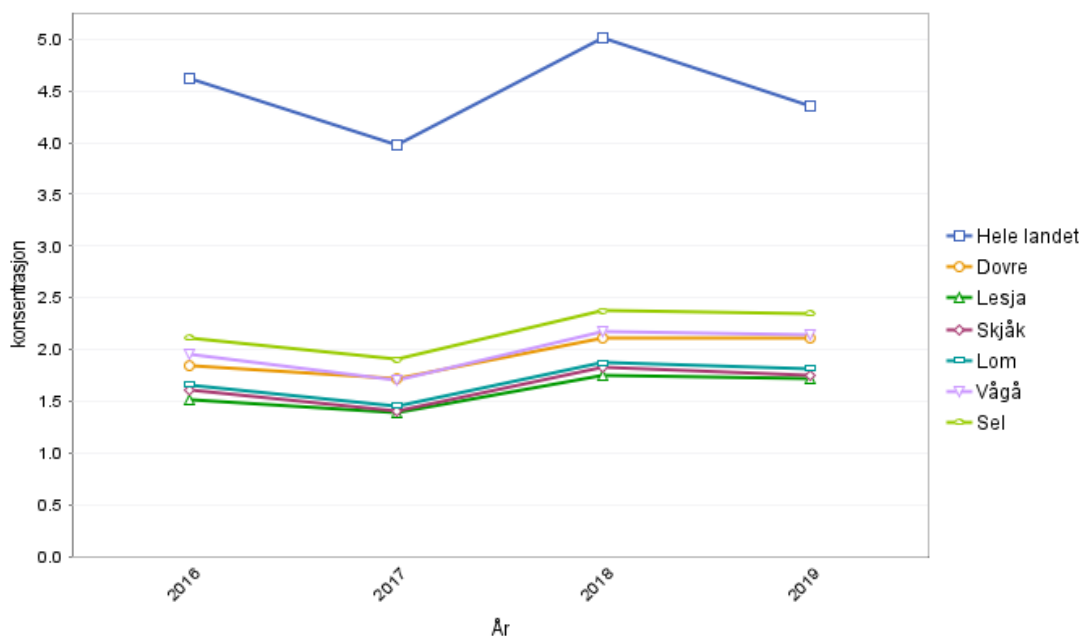
Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og E.coli er en av de mest sentrale parametre for kontroll. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

6.3.3 Svevestøv

Konsentrasjonen av fint svevestøv i Dovre var 2,1 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) i 2019. I landet som helhet var den 4,4. Det henvises til "grønn ramme" og diagramtekst for nærmere forklaring.

Fint svevestøv er den luftforurensningskomponenten vi har mest kunnskap om når det gjelder helseeffekter. Det kan både forårsake sykdom og føre til for tidlig død. Svevestøv kan føre til forverring av eksisterende sykdommer som astma, KOLS, lungebetennelse, hjerteinfarkt og slag. Det er også den miljøfaktoren som i størst grad har vært knyttet til for tidlig død i Norge (og på verdensbasis). Det er mange som er sårbare for helseeffekter av svevestøv. Kilde: *Kommunehelsa.no*

Diagram: Luftkvalitet, fint svevestøv, 2016-2019



Befolkningsvektet konsentrasjon av finfraksjonen av svevestøv ($\text{PM}_{2,5}$) med enhet mikrogram per kubikkmeter luft ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) midlet over ett år. Denne størrelsesfraksjonen av svevestøv består hovedsakelig av forbrenningspartikler, og størrelsen ($<2,5 \mu\text{m}$) er så liten at de kan trenge helt ned i lungeblærene. Den omtales også som fint svevestøv.

6.3.1 Trivsel på skolen og krenkende adferd blant ungdom

Ved vurdering av trivsel og mobbing, bør en se på data både fra skoleporten, kommunehelsa.no og Ungdataundersøkelser. Kommunehelsa oppgir 5-års glidende gjennomsnitt og gjør det mulig å vurdere trender over tid. Skoleporten og Ungdata oppgir data for ett år.

Opplevelse av trivsel på skolen

- I perioden 2016/2020 (5 årig glidende gjennomsnitt, kommunehelsa) oppga 93 % på 7. trinn og 97 % på 10. trinn at de trivdes på skolen. 10. trinn scorer høyere enn de øvrige kommunene i Nord-Gudbrandsdal og landet som helhet.
- Score på skoleporten i skoleåret 2019/2020 var 4,5 på 7. trinn og 4,1 på 10. trinn. (Skala 1 til 5, der høy verdi antyder god trivsel.)

Krenkende adferd/mobbing

- Skoleporten: Når det gjelder mobbing fra andre elever er andelen på 10. trinn er så lav at tallene er unntatt offentligheten de siste par årene. På 7. trinn er andelen oppgitt til 12,5 % i 2018/2019 og 0 i 2019/2020.
- Det er ikke oppgitt tre-årig glidende gjennomsnitt for Dovre kommune på kommunehelsa – for små tall og anonymisert.

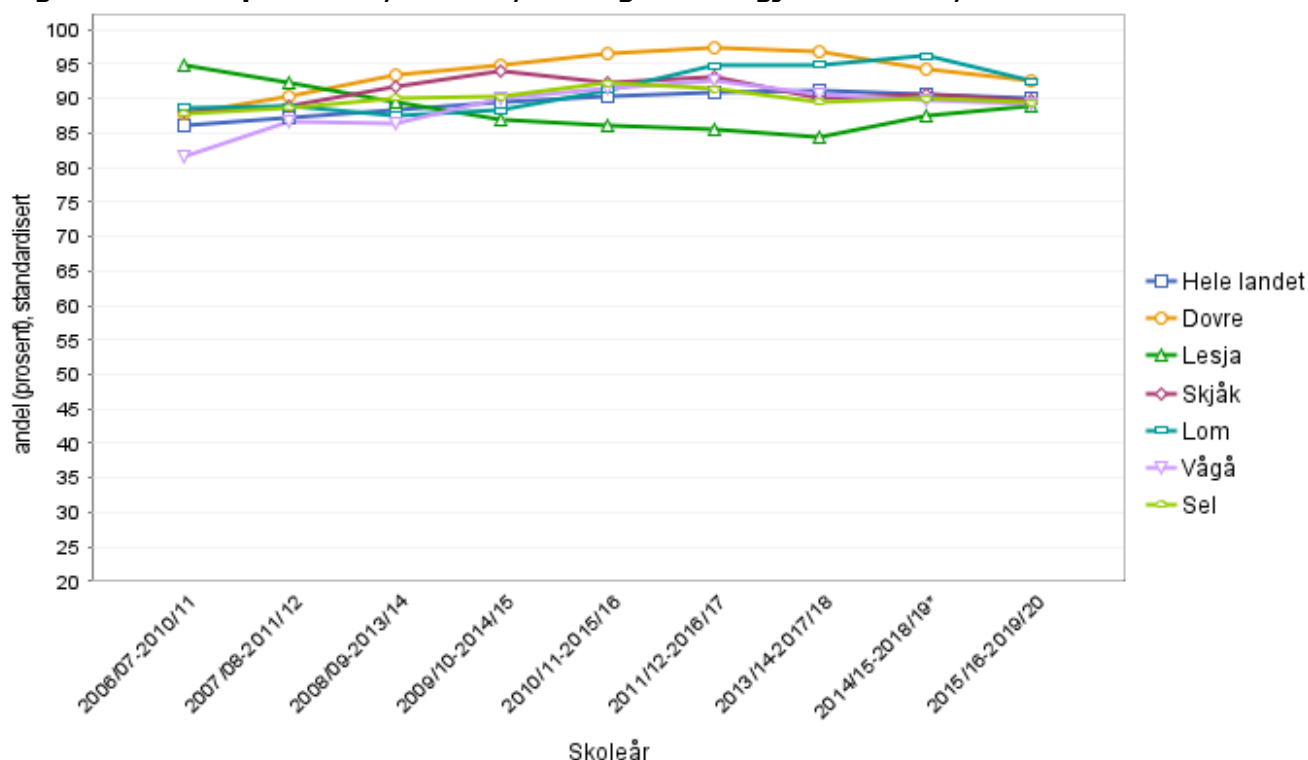
Resultat fra Ungdataundersøkelsen i Dovre, andel i prosent som hadde	2018	2020
• blitt utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritiden en gang i uken eller oftere.	8	0
• vært med på plaging, trusler eller utfrysing av andre unge. (Fra ukentlig til omtrent en gang i måneden.)	5	10
• blitt mobbet, truet eller utestengt på nett		0
• blitt truet via nett eller mobil en eller flere ganger	13	
• blitt stengt ute fra sosiale ting på nett en eller flere ganger.	23	
• blitt skrevet sårende ting til/ om via nett eller mobil en eller flere ganger.	35	

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. 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. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

En studie i 2011 blant nærmere 9000 ungdommer og deres foreldre, peker ut problemer med skolerresultater og mobbing på skolen som viktige risikofaktorer for psykiske vansker blant ungdom. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

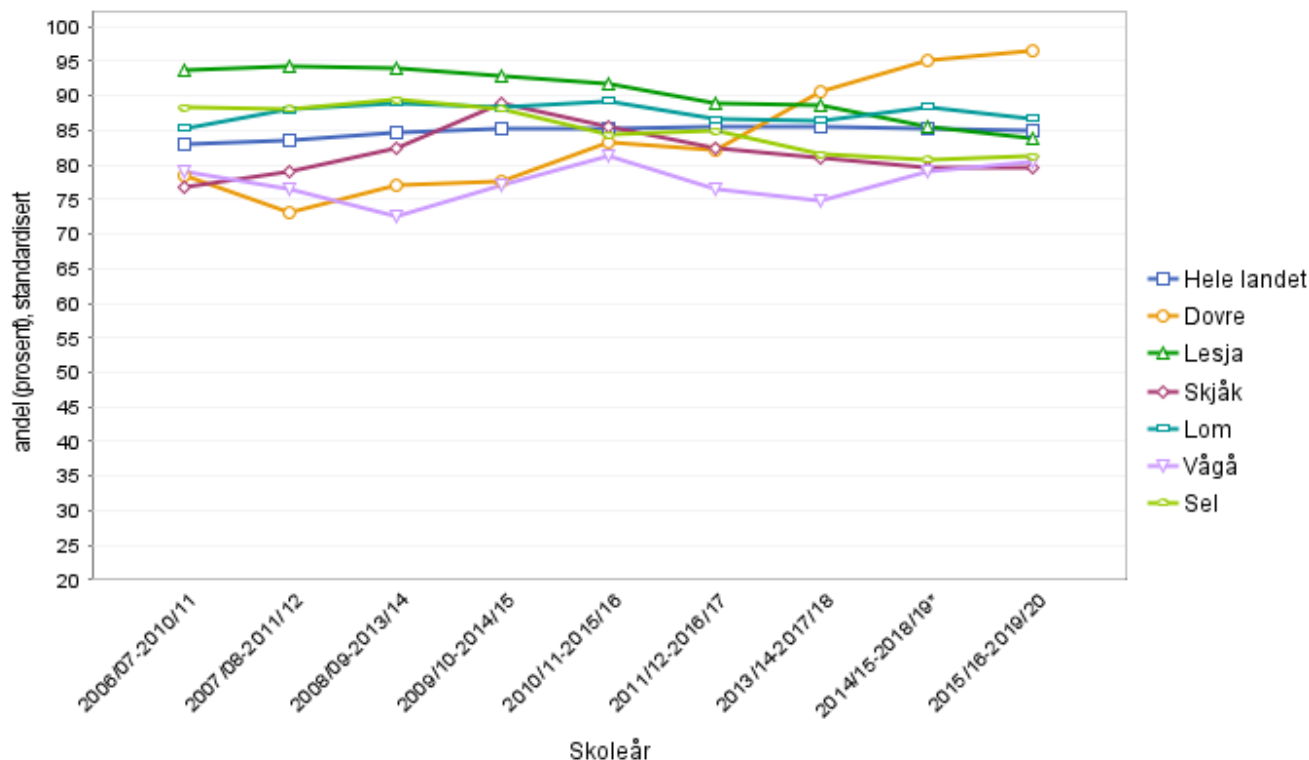
Mobbing har sammensatte og komplekse forklaringer – og er avhengig av skolemiljøet, læringsmiljøet, hjemmemiljøet og individuelle faktorer. Konsekvenser av mobbing kan være fysiske og psykiske plager, reduksjon av funksjonsevne og tap av livskvalitet.

Diagram: Trivsel på skolen, 7. trinn, 5 års glidende gjennomsnitt, 2011-2020



Andel elever på 7. trinn som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår. Standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Trivsel på skolen, 10. trinn, 5 års glidende gjennomsnitt, 2011-2020



Andel elever på 10. trinn som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår. Standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

6.3.2 Sosial støtte

Resultat fra Ungdataundersøkelsen i Dovre, andel i prosent som	2018	2020
• helt sikkert hadde eller trodde de hadde minst en venn som de kunne stole fullstendig på og betro seg til om alt mulig	93	82
• hadde vært veldig eller ganske mye plaget med ensomhet i løpet av siste uke (20 % på landsbasis 2018)	14	23
• alltid eller som regel hadde noen å være sammen med i friminuttene på skolen		95
• var helt eller litt enige i at lærerne på skolen brydde seg om dem	93	87

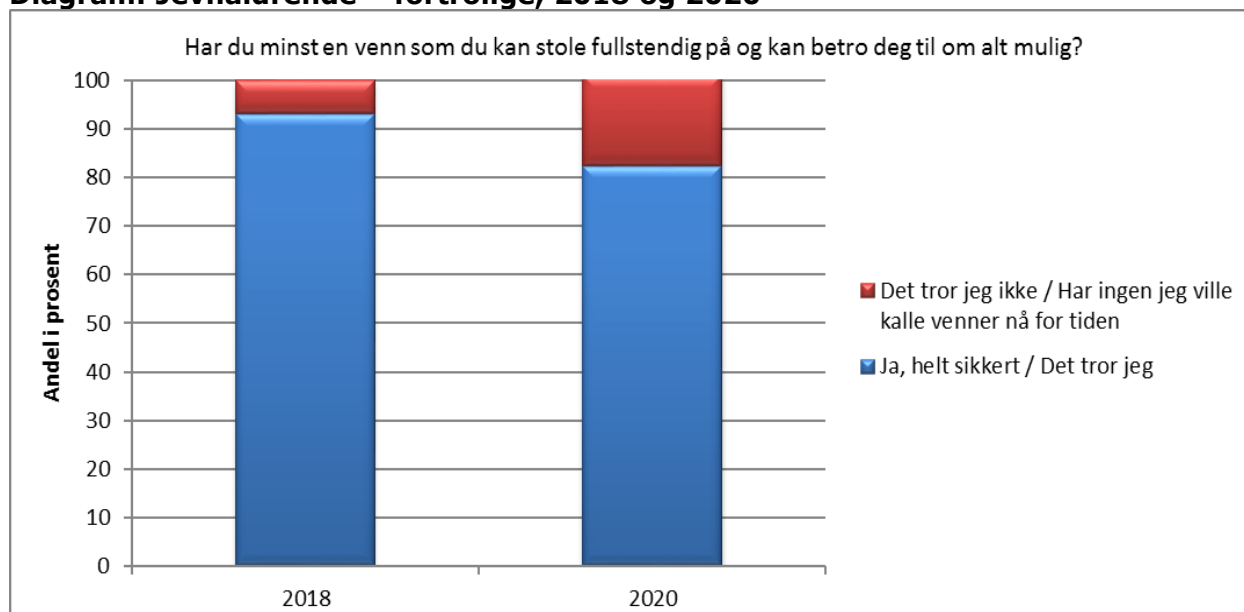
I Folkehelseundersøkelsen i 2018 oppga:

- 5,6 % både i Dovre og NG at de ofte var ensomme.
- Mellom 2 og 2,6 % i Dovre savnet noen som var nær og som de kunne snakke med.
- 11,6 % var ganske/helt enig i at det ikke var et godt samhold i eget nabolag/grend.
- 41,5 % var ganske/helt enig at det alltid var noen som tok initiativ til å løse nødvendige oppgaver i eget nabolag/grend.

God sosial støtte innebærer at en får kjærlighet og omsorg, blir aktet og verdsatt, og at en tilhører et sosialt nettverk og et fellesskap med gjensidige forpliktelser. Det motsatte av god sosial støtte er ensomhet. Sosial støtte er viktig for fysisk og psykisk helse. Sosial støtte påvirker risikoen for både hjerte- og kar sykdommer, infeksjonssykdommer og depresjon. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Flytting, samlivsbrudd, familiestruktur i endring, lange avstander og lite kollektiv transport kan alle ha betydning for utfordringer mht sosial inkludering.

Diagram: Jevnaldrende – fortrolige, 2018 og 2020



Ungdatundersøkelse Dovre, 2018 og 2020.

6.4 Skader og ulykker

6.4.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker

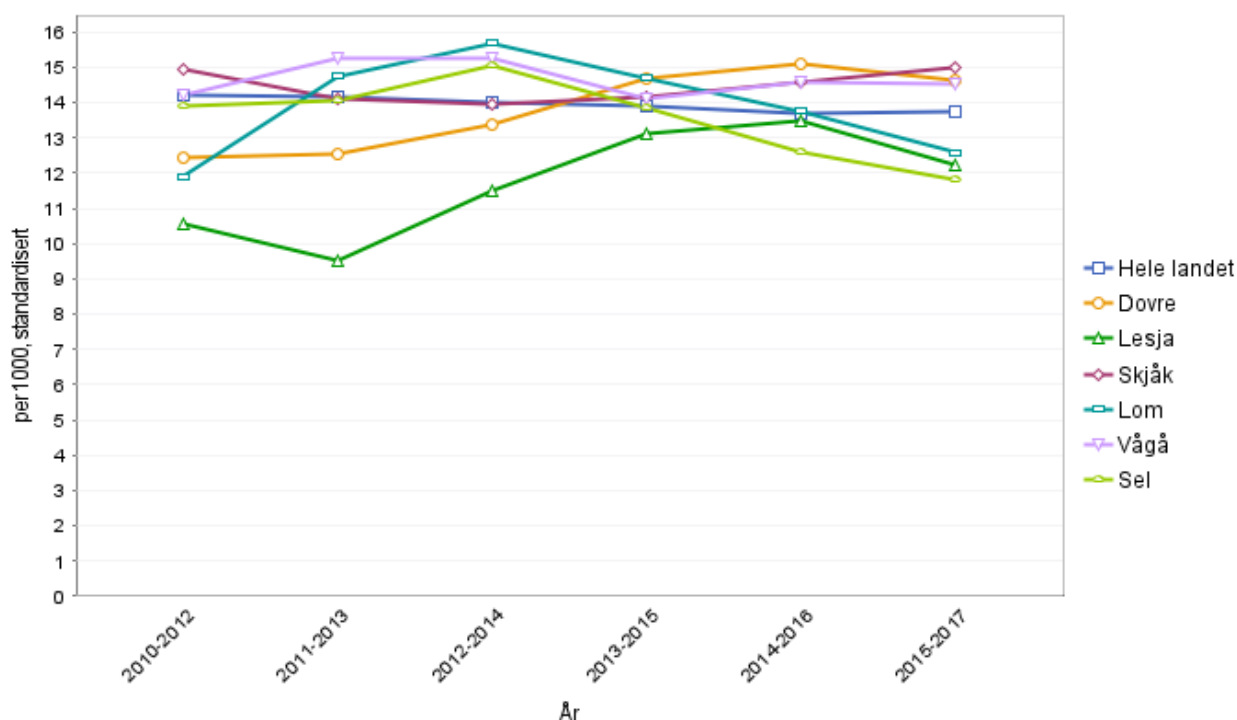
Det har vært en svak stigning mht innleggelser på sykehuset pga personskader generelt og innleggelser pga hoftebrudd eller hodeskader fra 2012 til 2017 (3 års glidende gjennomsnitt).

I perioden 2015-2017 ble det lagt inn 45 personer fra Dovre på sykehus etter ulykker (i årlig gjennomsnitt). 9 av innleggelsene skyldtes hoftebrudd og 7 hodeskader.

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 trafikkuulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av ulykker. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste ulykkesskadene.

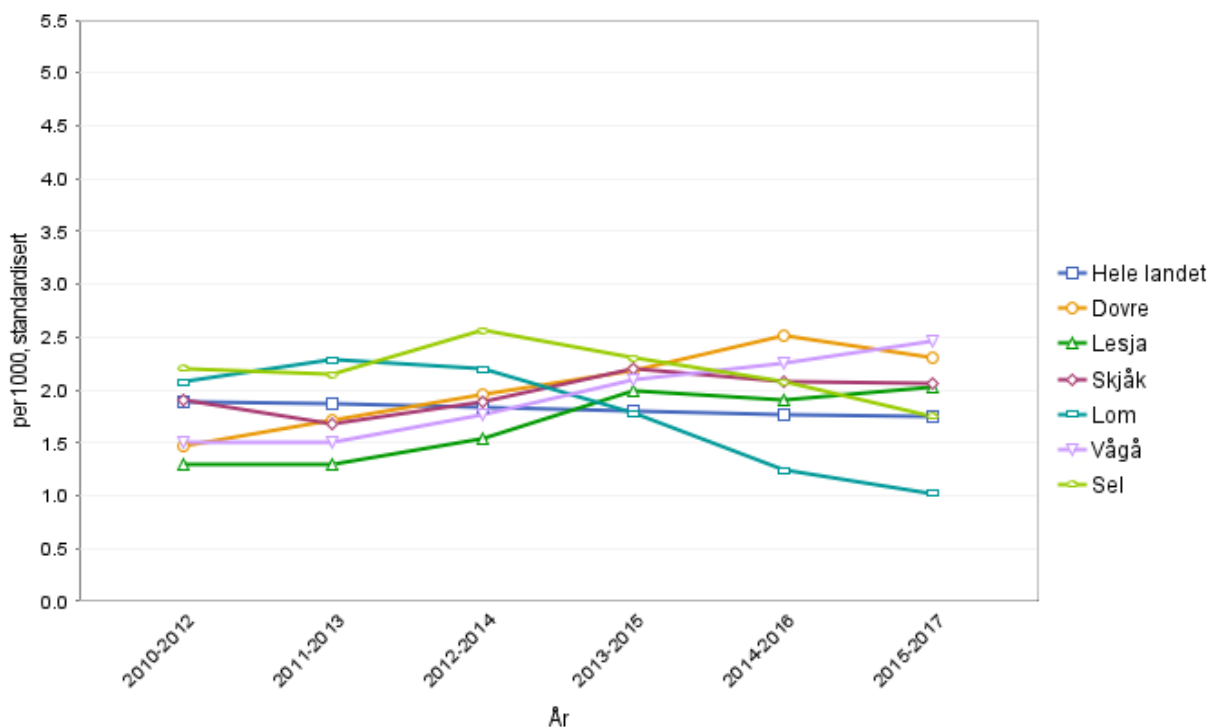
Årsaker til hoftebrudd er sammensatte: Indre faktorer som tidligere fall, medisinbruk, sykdommer, svekket gange og balanse, stillesittende liv, frykt for fall, mangelfull ernæring, svekkede kognitive funksjoner og syn. Ytre faktorer som omgivelsesfaktorer (dårlig lys, glatte eller ujevne underlag, dårlig strøing om vinteren m.m.), dårlige sko og klær. (Et hoftebrudd koster mellom 300.000 og en million kroner det første året.)

Diagram: Sykehusinnleggelser skader, 3 års glidende gj.snitt, 2012-2017



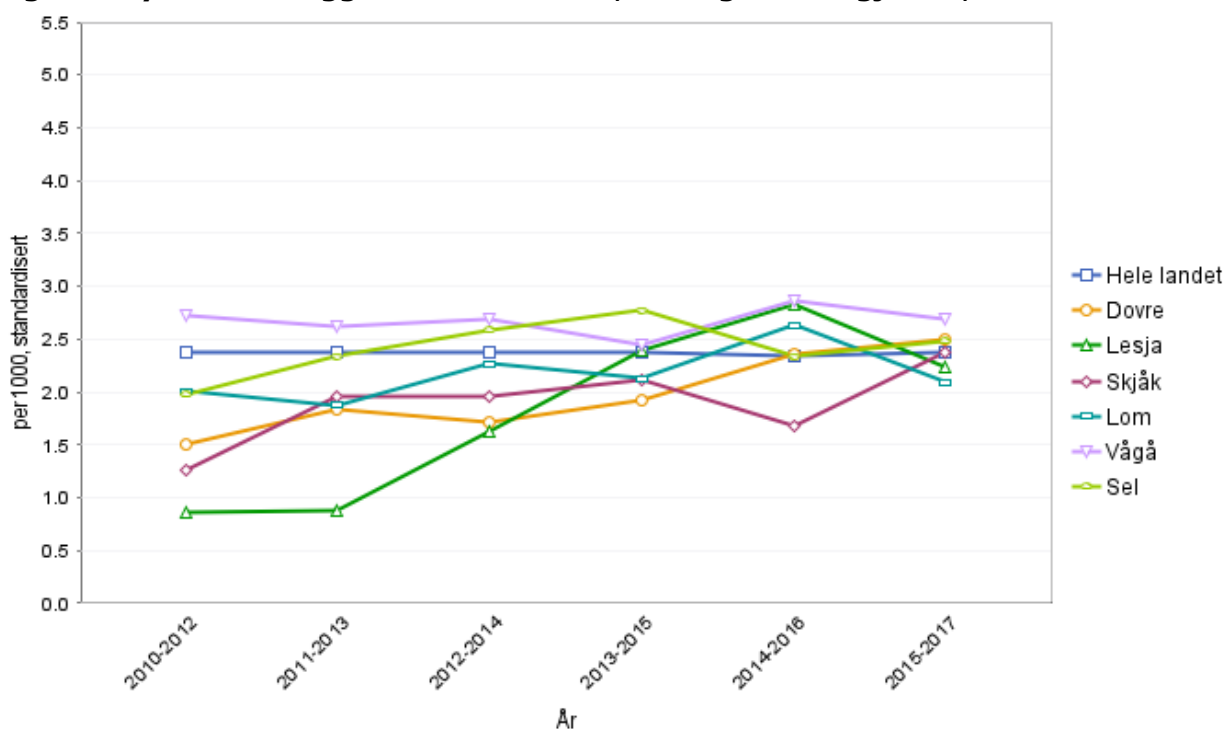
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med skader per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommune helsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Sykehusinnleggelser hoftebrudd, 3 års glidende gj.snitt, 2012-2017



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

Diagram: Sykehusinnleggelser hodeskader, 3 års glidende gj.snitt, 2012-2017



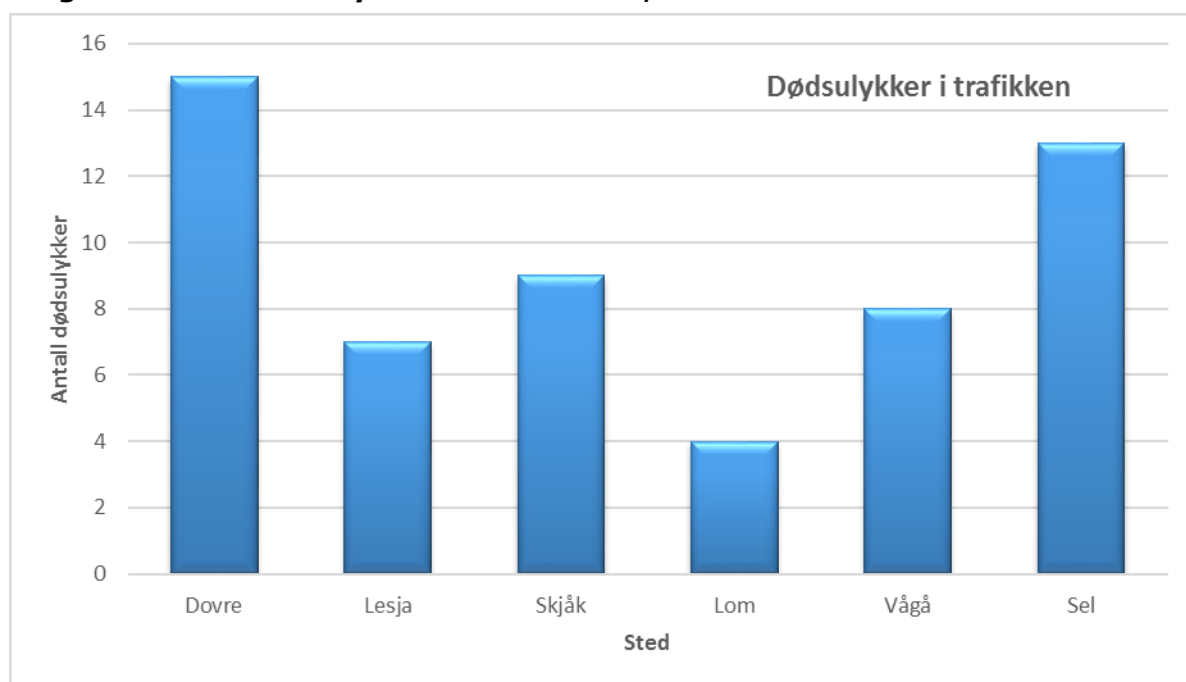
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med hodeskader per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. 3 års gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. KommuneHelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

6.4.2 Trafikkulykker

15 av de 56 dødsulykkene (64 drepte totalt) i veitrafikken i Nord-Gudbrandsdal i perioden 1999-2019 skjedde i Dovre kommune. I samme periode ble 1157 personer skadet i trafikken i Nord-Gudbrandsdal, 234 av disse i Dovre kommune. I 2019 ble 4 skadet i Dovre. Det var en dødsulykke i regionen i 2019.

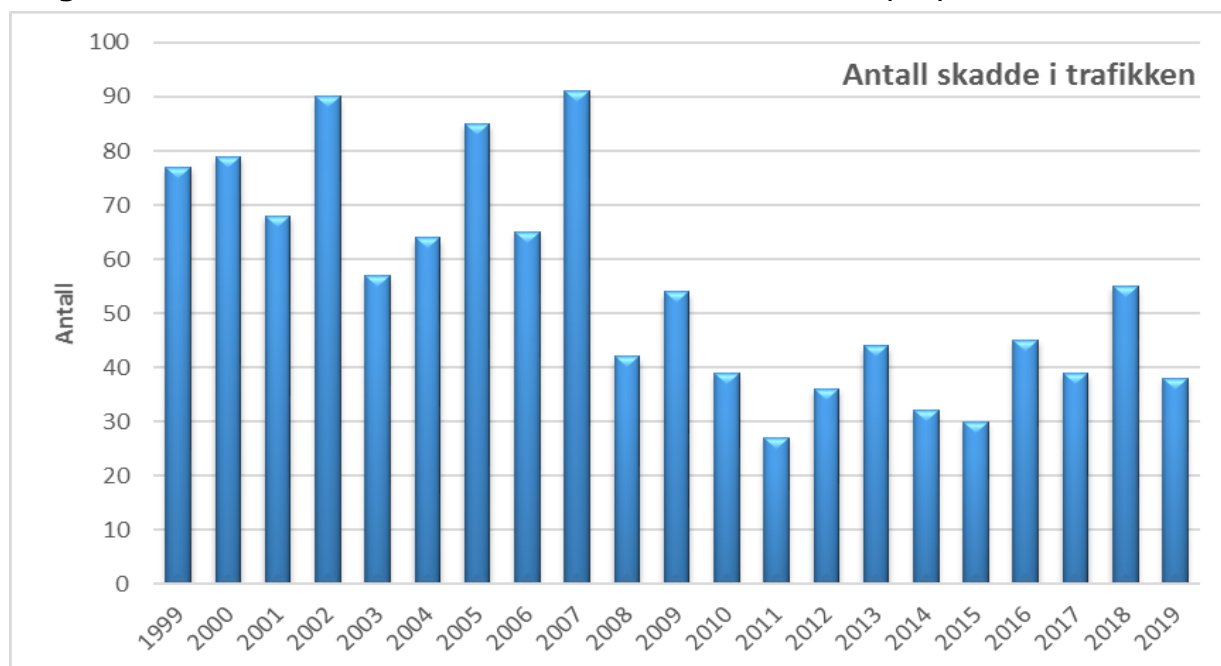
Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft i Norge målt i tapte leveår. Spesielt for ulykker med personskader er at det tar relativt mange unge liv, og det er den største dødsårsaken for personer 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.*

Diagram: Antall dødsulykker i veitrafikken, 1999-2019



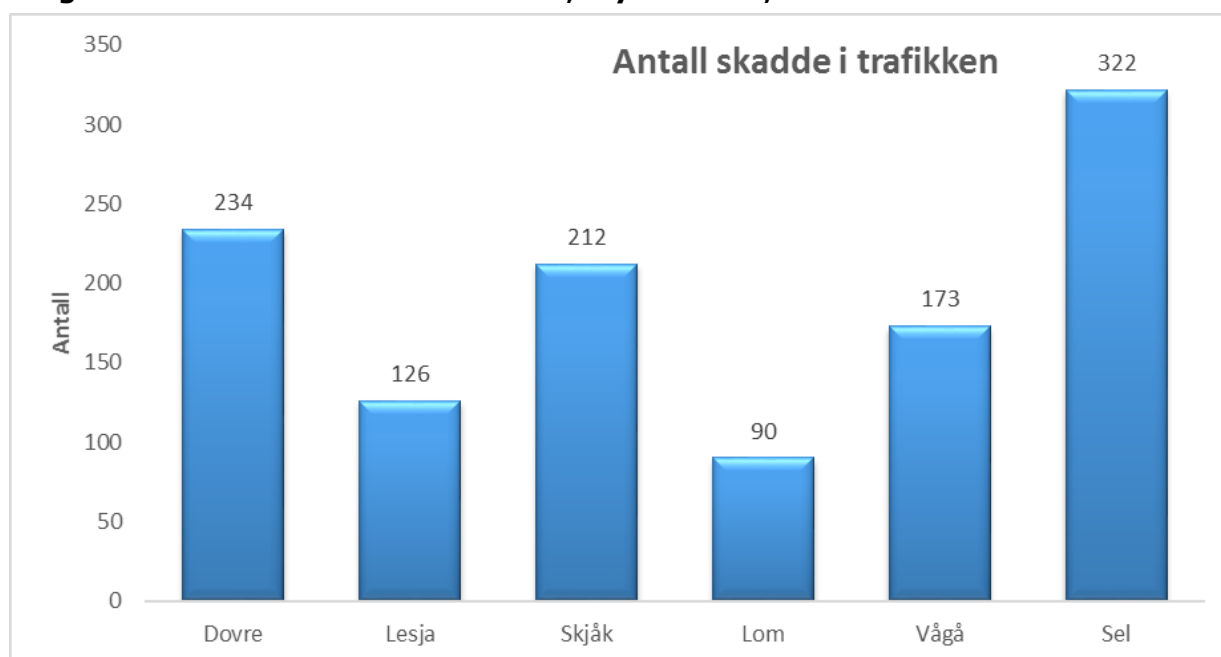
Antall dødsulykker i veitrafikken i Nord-Gudbrandsdal fordelt på ulykkessted. Kilde: SSB

Diagram: Antall skadde i veitrafikken i Nord-Gudbrandsdal, år, 1999-2019



Antall skadde i veitrafikken i Nord-Gudbrandsdal fordelt på år. Kilde: SSB

Diagram: Antall skadde i veitrafikken, ulykkessted, 1999-2019



Antall skadde i veitrafikken i Nord-Gudbrandsdal fordelt på ulykkessted. Kilde: SSB

6.4.3 Vold

Det er lite data om vold i nære relasjoner i Dovre, men på en Ungdataundersøkelse i kommunen de siste årene har

- ca. 5 % sagt at har blitt slått av en voksen i familien med vilje en eller flere ganger i løpet av 12 måneder
- ca 5 % hørt en voksen i familien bli slått/sparket e.l. av en annen voksen i familien.

Nasjonale tall fra 2020, Ungdataundersøkelser: 4 % anga at en voksne i familien hadde slått dem med vilje og 3 % at de hadde sett eller hørt en voksen i familien bli slått/sparket e.l. av en annen voksen i familien en eller flere ganger i løpet av de siste 12 månedene.

I tillegg til de synlige og umiddelbare fysiske skadene volden medfører, er det klare sammenhenger mellom vold og senere fysisk og psykisk uhelse. Vold i nære relasjoner har også store sosiale konsekvenser og kan føre til isolasjon, økonomiske problemer og arbeidsuførhet. Å utsettes for vold i hjemmet gir barn risiko for alvorlige psykiske og atferdsmessige problemer. I tillegg til lidelser for enkeltpersoner og familier, er det store samfunnsøkonomiske konsekvenser av vold i nære relasjoner. *Kilde Stortingsmelding 15 (2012-2013), Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner*

Til tross for større åpenhet og bevissthet rundt vold i nære relasjoner opplever mange det som vanskelig å identifisere seg selv som voldsutsatt - rollen er assosiert med avmakt og stigmatisering. *Kilde: Våge å se, våge å spørre, tørre å handle. Norsk krisesenterforbund*

6.5 Helserelatert atferd

6.5.1 Deltakelse i aktiviteter

Resultat fra Ungdataundersøkelsen, andel i prosent som	Dovre, 2018	Dovre, 2020	Nasjonalt*
• var med i en organisasjon/klubb/lag/forening	58	36	55
• aldri hadde vært med i en organisasjon/klubb/lag/forening	14	9	12
• hadde vært på fritids-/ungdomsklubb/-hus en gang eller mer siste måned	34	6	23
• hadde vært med på aktivitet i idrettslaget 3 ganger eller oftere siste måned	50	43	43
• hadde vært med i kulturskolen/ musikkskolen en gang eller mer siste måned	13	12	12

* Nasjonale tall inkluderer også videregående skole, 2018-2020

I Folkehelseundersøkelsen svarte følgende andel (prosent) at de ikke hadde vært aktive mht følgende aktiviteter siste seks måneder	Dovre	NG
• Musikk, sang eller teater	86,9	84,2
• Menighetsarbeid	95,6	95,3
• Friluftsliv	14,2	11,3
• Trening, idrett eller dans	32,4	31,3

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 mestringsfølelse enn de som ikke deltar. *Kilde: Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. Helsedirektoratet 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. *Kilde: Bedre helse med kultur. En artikkel fra NTNU*

6.5.2 Tid brukt på ulike medier

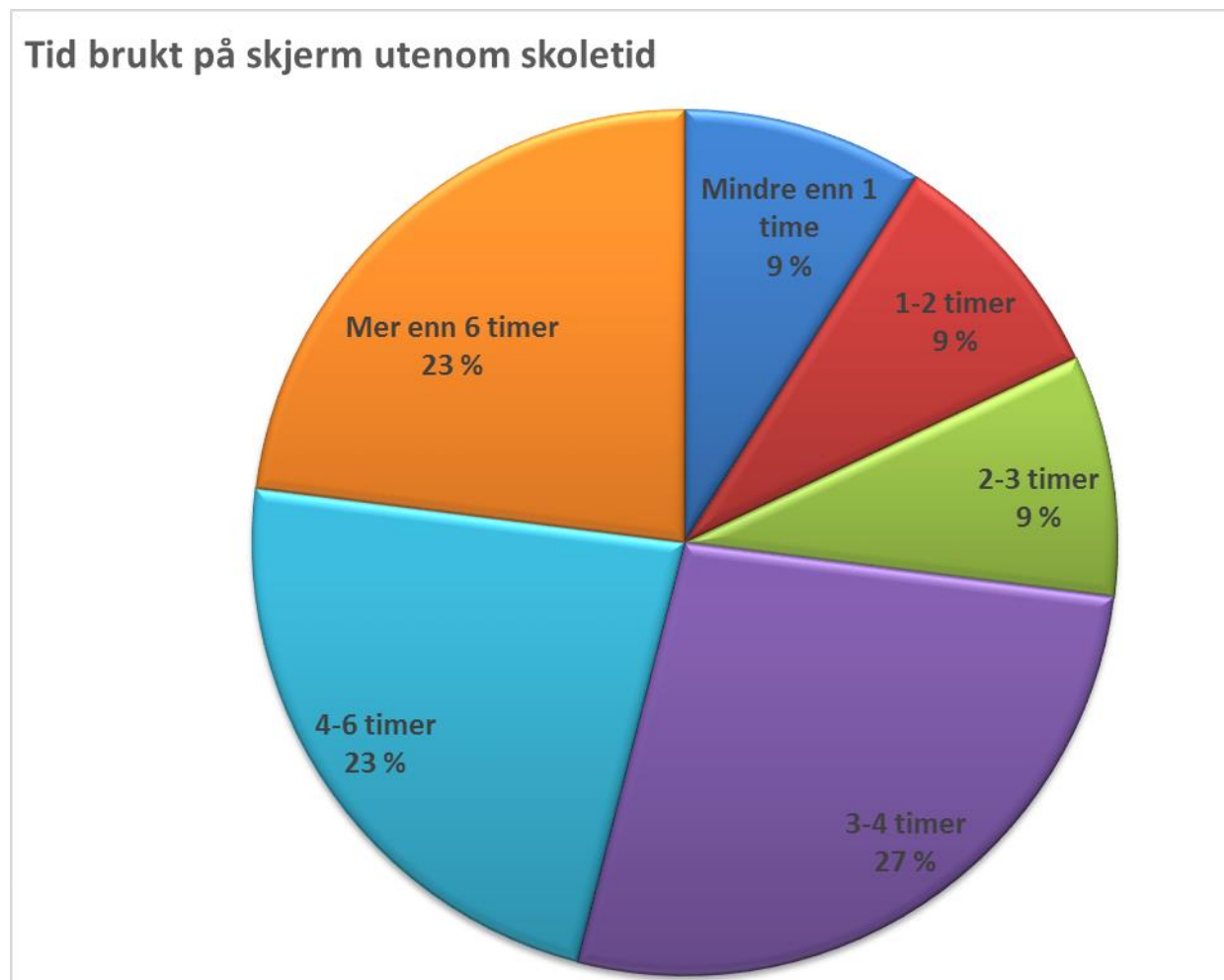
Resultat fra Ungdataundersøkelsen. Andel i prosent som oppga tid brukt på skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) daglig utenom skoletid.	Dovre 2018	Dovre 2020	Nasjonalt 2018
• Ikke noe tid / mindre enn en time	11	9	6
• 1-2 timer	18	9	16
• 2-3 timer	15	9	24
• 3-4 timer	28	27	25
• 4-6 timer	13	23	29
• mer enn 6 timer	14	23	

Resultat fra Ungdataundersøkelsen i Dovre, andel i prosent som sa at	2018	2020
• foreldrene hadde satt grenser for skjermbruken	32	
• foreldrene eller andre hadde uttrykt bekymring for skjermbruken	34	
• de selv syntes de var for mye på skjerm	46	
• de hadde forsøkt å redusere skjermbruken uten at de hadde klart det	31	
• de brukt minst to timer på sosiale medier hver dag (jenter)	ca 66	
• de brukte minst to timer på sosiale medier hver dag (gutter)	33	
• de brukte mer enn 2 timer på sosiale medier hver dag (begge kjønn)		77
• de brukte mer enn 3 timer på sosiale medier hver dag (begge kjønn)		59

Bruk av ulike medier (data, nettbrett, mobil) mm har mange positive aspekter, men det er viktig å vurdere når det får negative konsekvenser som f.eks. søvnproblemer, isolering og inaktivitet.

Studier viser at nettbrett- og elektronikkbruk kan påvirke søvnvanene våre negativt.
Kilde: Forskning.no

Diagram: Tid brukt på skjerm utenom skoletid, Dovre, 2020



Ungdatundersøkelse Dovre, 2020.

6.5.3 Tid brukt på lekser

Resultat fra Ungdataundersøkelsen. Andel i prosent som anga gjennomsnittlig tid brukt per dag på lekser og annet skolearbeid (utenom skoletiden)	Dovre 2018	Dovre 2020	Nasjonalt 2018
• fra ingen tid til mindre enn ½ time	26	65	21
• ½- 1time	51	30	31
• mer enn en time	23	4	47

Det var ikke store forskjeller mellom gutter og jenter når det gjaldt å sitte en time eller mer. En liten andel brukte mellom 2 og 4 timer daglig. (Tall fra 2018)

Resultat fra Ungdataundersøkelsen. Andel i prosent som anga at de ofte eller svært ofte	Dovre 2018	Dovre 2020
• hadde mer skolearbeid enn de klarte å gjøre	6	
• følte seg utslitt pga skolearbeidet	20	
• ble stresset av skolearbeidet	17	47

24 % var helt enige i "Jeg må ofte bruke helgene til å gjøre skolearbeid", 2018.

Sammenhengene mellom opplevd skolestress og depressive plager er betydelige. Sammenhengene er nokså like for gutter og jenter, men altså noe sterkere for jentene. Kilde: NOVA rapport 6/17, Stress og press blant ungdom

(Det er ikke data som viser opplevd skolestress opp mot tid på lekser.)

Elever med lav sosioøkonomisk bakgrunn noe oftere ikke bruker tid på lekser sammenlignet med elever med høy sosioøkonomisk bakgrunn. Årsaker til dette kan for eksempel være lav motivasjon, kunnskapsmangel eller dårlige læringsforhold. Samtidig viser studien at blant de elever som bruker tid på lekser, så bruker elever med lav sosioøkonomisk bakgrunn mer tid enn elever med høy sosioøkonomisk bakgrunn. Grunner til dette kan være at de i gjennomsnitt trenger mer tid på å løse oppgaver og at de strever mer. Mer tid brukt på lekser kan også gjenspeile høyere ambisjoner, uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn. Kilde: Homework and pupil achievement in Norway: Evidence from TIMSS. SSB-rapport 1/2010.

6.5.4 Fysisk aktivitet

Resultat fra Ungdataundersøkelsen i Dovre. Andel i prosent som anga at de var fysisk aktive (ble svette eller andpustne)	2018	2020
• mer enn tre ganger i uken	52	78
• 1-2 ganger i måneden eller sjeldnere	16	ingen

I Folkehelseundersøkelsen i Dovre i 2018 anga følgende andel at de drev med aktiviteten under en time pr. uke eller ikke i det hele tatt:

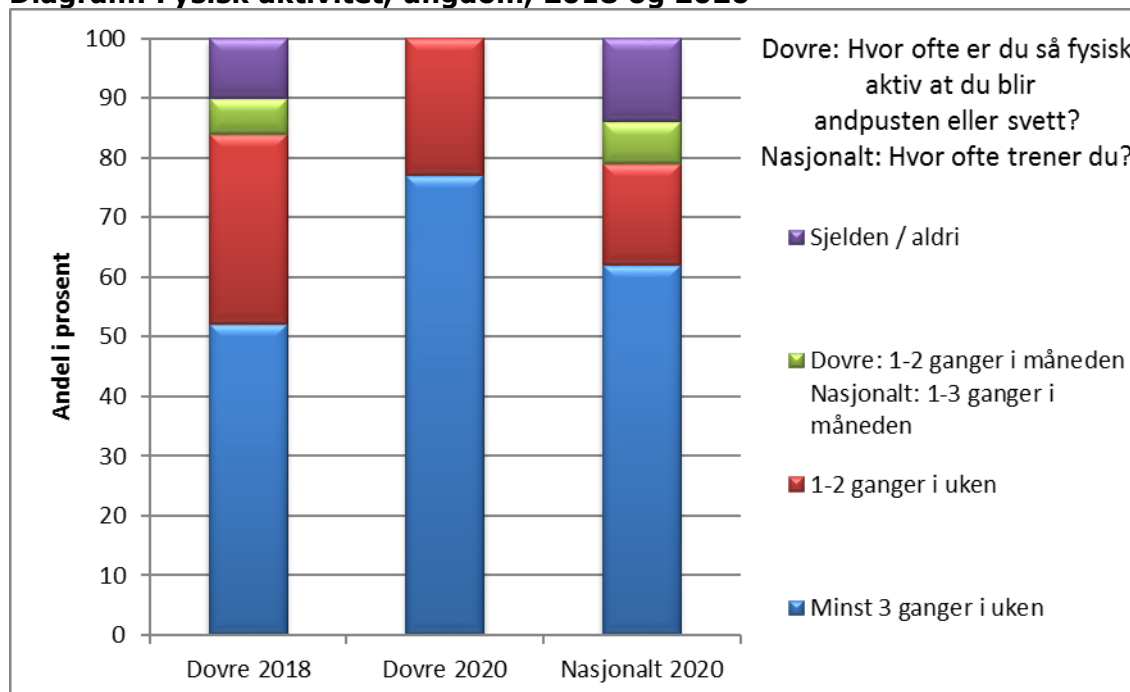
- Lett fysisk aktivitet: 16,1 %
- Hard fysisk aktivitet: 30,7 %

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

Regelmessig fysisk aktivitet har videre en positiv effekt på stress, smerter, generell fysisk og psykisk helse og livskvalitet.

Årsaker til inaktivitet blant barn og unge kan bl.a. være at mer tid blir brukt foran skjerm og at de blir kjørt mellom aktiviteter.

Diagram: Fysisk aktivitet, ungdom, 2018 og 2020



Hvor ofte andeler av ungdommen på ungdomstrinnet var så fysisk aktive at de ble andpustne eller svette eller trente. Kilde: Ungdataundersøkelse Dovre og nasjonalt

6.5.5 Kosthold

Resultat fra Ungdataundersøkelsen i Dovre. Andel i prosent som anga at de spiste	2018	2020
• frokost hver dag	60	
• frokost tre ganger i uken eller sjeldnere	26	
• frokost før første time 5 dager i uken		57
• frokost før første time sjeldnere enn 2 dager i uken		33
• formiddagsmat hver dag	63	
• formiddagsmat tre ganger i uken eller sjeldnere	10	
• matpakke eller lunsj på skolen 5 dager i uken		43
• matpakke eller lunsj på skolen sjeldnere enn 2 dager i uken		44
• middag hver dag	92	

21 % drakk energidrikk en gang i uken eller oftere. (2018)

I Folkehelseundersøkelsen i 2018 anga følgende i Dovre:

- 46,6 % spiste frukt/bær hver dag
- 54,7 % spiste grønnsaker/salat hver dag
- 80,7 % spiste sjømat/fisk ukentlig (en liten andel hver dag)
- 16,8 % drakk brus/juice hver dag
- 11,2 % spiste kaker/søtsaker hver dag

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. *Kilde: Helsedirektoratet. Kostholdsråd.*

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. *Kilde: 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. *Kilde: Meld.St.34 Folkehelsemeldingen 2012-2013. God helse – felles ansvar.*

6.5.6 Røyk og snus

Det var nesten ingen som svarte at de røykte eller brukte snus i Ungdataundersøkelsen i Dovre i 2018 eller i 2020.

I Folkehelseundersøkelsen i 2018 svarte 7,8 % i Dovre at de røykte og 12,1 % at de snustedaglig. (Hhv 6,3 % og 7,1 % i Oppland)

Det har stort sett vært en gradvis nedgang etter 2003 - med en stabilisering de siste årene - når det gjelder røyking blant kvinner ved start av svangerskapet. 5 års glidende gj.nitt. var 27 % i 2003 og 9 % i 2018. I landet som helhet var den 5 % i 2018.

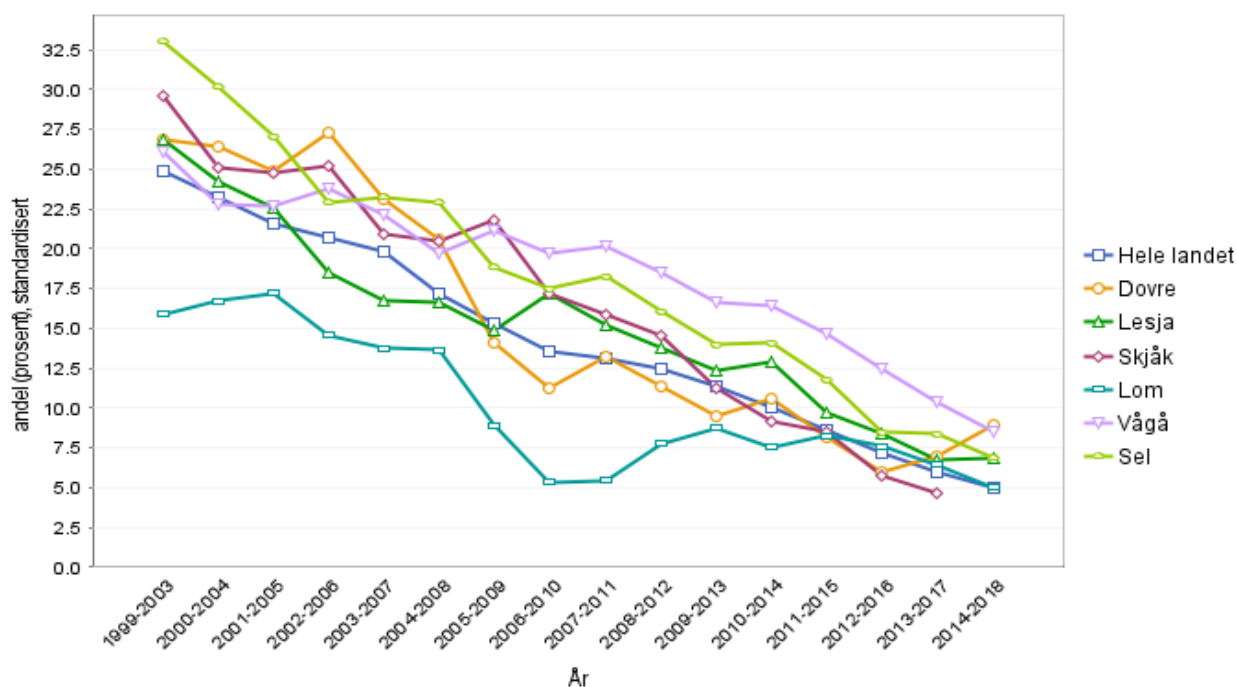
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager 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.

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. *Kilde: Helsedirektoratet. Sykdom og helseskader ved snus.*

Undersøkelser i Norge har vist tydelige sosioøkonomiske forskjeller i røyking blant voksne, men ikke for bruk av snus. *Kilde: ØF-notat 13/2014*

Årsakene til nedgang i røyking kan være mange bl.a. et strengt regelverk og høye avgifter kombinert med informasjonstiltak, kampanjer og avvenningstilbud.

Diagram: Røyking, gravide kvinner, 5 års glidende gjennomsnitt, 2003-2018



Andel fødende som oppga at de røykte ved svangerskapets begynnelse i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. KommuneHelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

6.5.7 Alkohol og andre rusmidler

Resultat fra Ungdataundersøkelsen, andel i prosent som	Dovre 2018	Dovre 2020	Nasjonalt 2018
• får lov å drikke alkohol av foreldrene sine, 10. trinn	67	64	Ca. 9
• får lov å drikke alkohol fra foreldrene sine, 8. trinn	< 5		< 5
• har drukket så mye at de hadde følt seg tydelig beruset mer enn to ganger siste året.	6		
• har drukket så mye at de hadde følt seg tydelig beruset mer enn en gang siste året, 10. trinn	50	50	
• drikker jevnt - 1-3 ganger i måneden, 10. trinn	18	9	
• hadde vært passasjerer hos en sjåfør som hadde drukket alkohol	17		

Ungdommen skaffet seg alkohol først og fremst gjennom foreldre og venner.

Ingen anga at de hadde brukt hasj eller dopingmidler i Dovre siste 12 måneder i 2018. I 2020 hadde ca 5 % prøvd andre narkotiske stoffer enn hasj eller marihuana. Ingen anga at de hadde prøvd hasj eller marihuana.

Resultat fra Folkehelseundersøkelsen i 2018, antall alkoholenheter i uken

	0	1-3	4-7	8-13	14 eller mer
Dovre	36,5	47	11,7	3,4	1,5
NG	31,2	49,8	14,5	3,3	1,2
Oppland	29,4	48,5	16,6	4,2	1,3

1 AE: 13 g alkohol /1 AE: En liten flaske pils (35 cl) /1 AE: Ett glass vin (12 cl) /1 AE: En dobbel drink (4 cl)

Det totale alkoholforbruket er en viktig faktor (determinant) for alkoholrelaterte sykdommer og skader i befolkninga. Når det totale forbruket i samfunnet øker, øker både andelen storforbrukere og andelen som ligger i «gråsona» mot et helseskadelig forbruk. Risikoen for kroniske sykdommer knyttet til alkoholbruk øker gradvis. Hos storforbrukere er risikoen høy. For enkeltpersoner i «gråsona-gruppa» er risikoen lavere, men fordi denne gruppen er stor, vil den likevel bidra med mange personer til de samlede helseproblemene i samfunnet. Helseskadene ved alkohol blir først og fremst bestemt av den totale mengde alkohol som kroppen blir utsatt. Alkoholskader kan derfor utvikle seg selv om en person ikke har vært synlig beruset. Skader som skyldes ulykker og vold er ofte knyttet til sporadisk stordriking, uten at det er et generelt storforbruk. *Kilde: FHI*

Følgende kan forklarer alkoholforbruk blant 13-14-åringer:

- Holdninger til bruk av alkohol
- Sosiale normer for drikking og oppfatninger om alkohol som sosialiseringsskilde
- Mestringsforventning til å kunne la være å drikke

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 risikofyllt eller skadelig rusmiddelbruk senere i livet. *Kilde: Helsedirektoratet. Rusmiddelarbeid i kommunene.*

6.6 Helsetilstand

6.6.1 Opplevelse av helse, subjektiv livskvalitet og selvilde

Resultat fra Ungdataundersøkelsen. andel i prosent i Dovre som	2018	2020
• var fornøyd med helsen sin (litt eller svært fornøyd) Gutter er jevnt over mer fornøyd med helsen sin.		86
• var fornøyd med hvordan de hadde det (passer svært eller ganske godt)	93	
• var ofte skuffet over seg selv er (passer svært eller ganske godt)	25	
• opplevde at de de drev med i livet var meningsfullt (passer svært eller ganske godt)	83	
• følte seg trygge på at de kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte (nokså og helt riktig)		87
• opplevde at de klarte å løse vanskelige problemer hvis de prøvde hardt nok (nokså eller helt riktig)		72

Resultat fra Folkehelseundersøkelse i 2018, andel som	Dovre 2018	NG 2018
• opplever helsen sin som god eller meget god	70,3	71,3
• opplever tannhelsen som god eller meget god	76,9	74,6
• har fysiske eller følelsesmessige problemer som har begrenset den vanlige omgangen med familie eller venner mye (de siste fire ukene)	7,6	6,9
• aldri / bare av og til var fornøyd med hvordan de hadde det	19,4	16,9

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.

Kilde: Folkehelseinstituttet. Fakta om livskvalitet og lykke. 2014

6.6.2 Forventet levealder

Forventet levealder har steget gradvis både for menn og kvinner i Dovre. Den var 83,8 år for kvinner og 78,9 år for menn i årlig gjennomsnitt i perioden 2004-2018. (På landsbasis var det hhv. 83,5 og 79,4.)

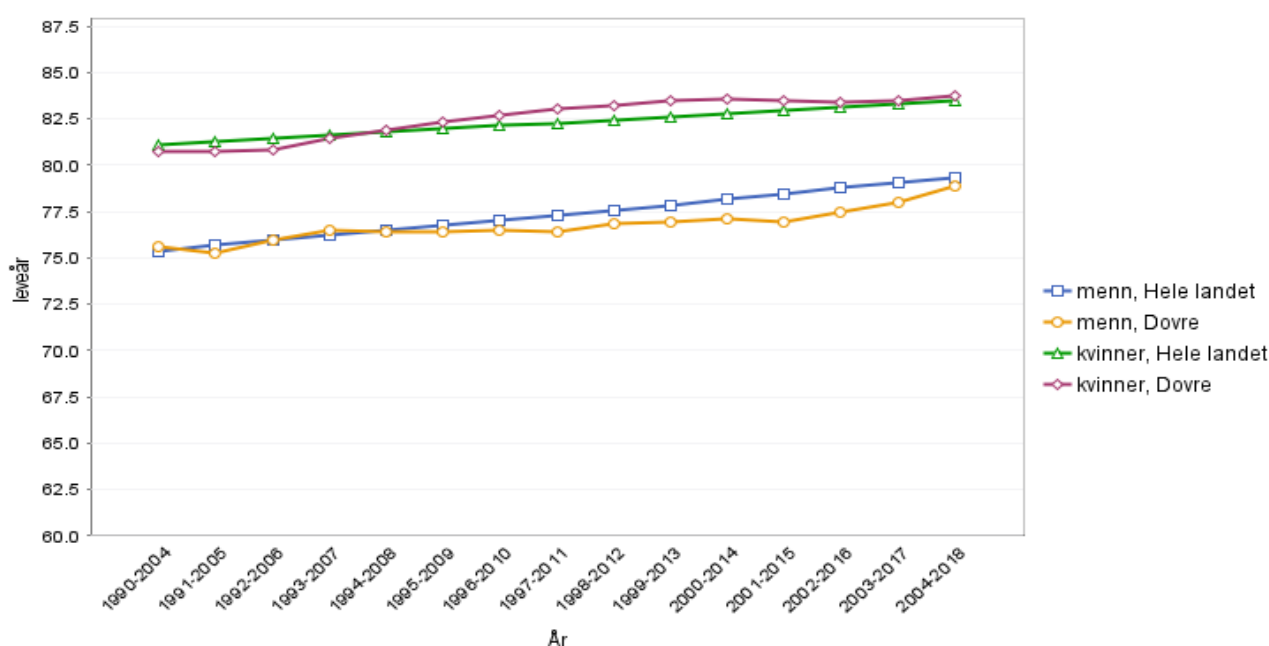
For personer med fullført videregående eller høyere utdanning var forventet levealder i perioden 2003-2017 (årlig gjennomsnitt) 85,9 år for kvinner og 82 år for menn i Norge. For kvinner med bare grunnskole var forventet levealder i samme periode 81,4 og for menn 76,6. Det er ikke data i Dovre for forventet levealder for menn og kvinner med grunnskole som høyeste utdanning eller for de med høyere utdanning.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: For personer med fullført videregående var forventet levealder i perioden 1998-2012 (årlig gjennomsnitt) 84,9 år for kvinner og 80 år for menn. Det er ikke data i Dovre for forventet levealder for både menn og kvinner med grunnskole som høyeste utdanning eller for de med høyere utdanning i denne perioden. På landsbasis er det en jevn stigning i forventet levealder når utdanningsnivået øker.

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.

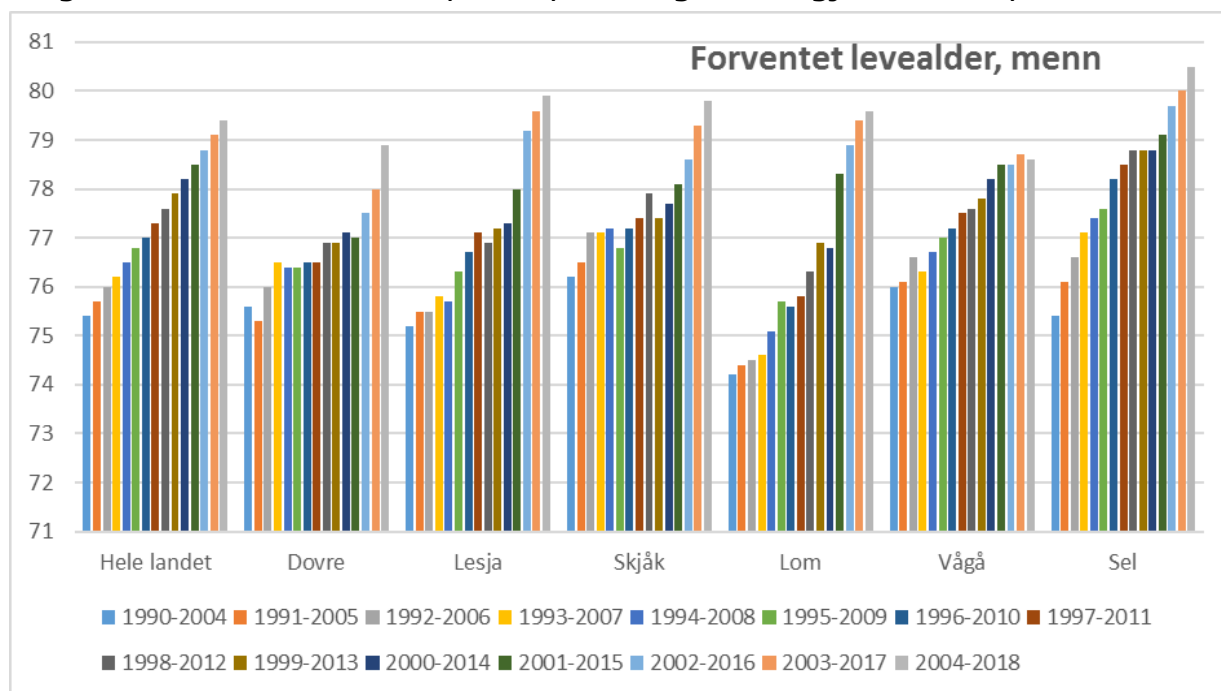
De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene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

Diagram: Forventet levealder, 15 års glidende gjennomsnitt, 2004-2018



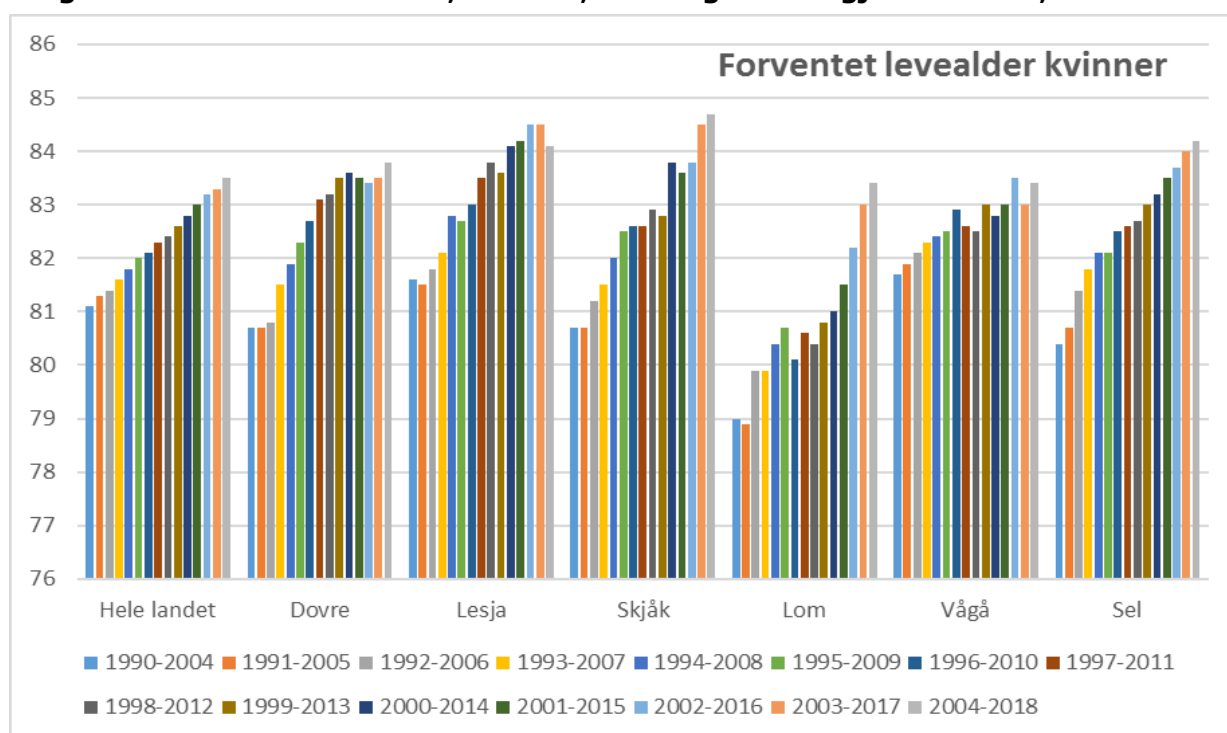
Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Forventet levealder, menn, 15 års glidende gjennomsnitt, 2004-2018



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

Diagram: Forventet levealder, kvinner, 15 års glidende gjennomsnitt, 2004-2018



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

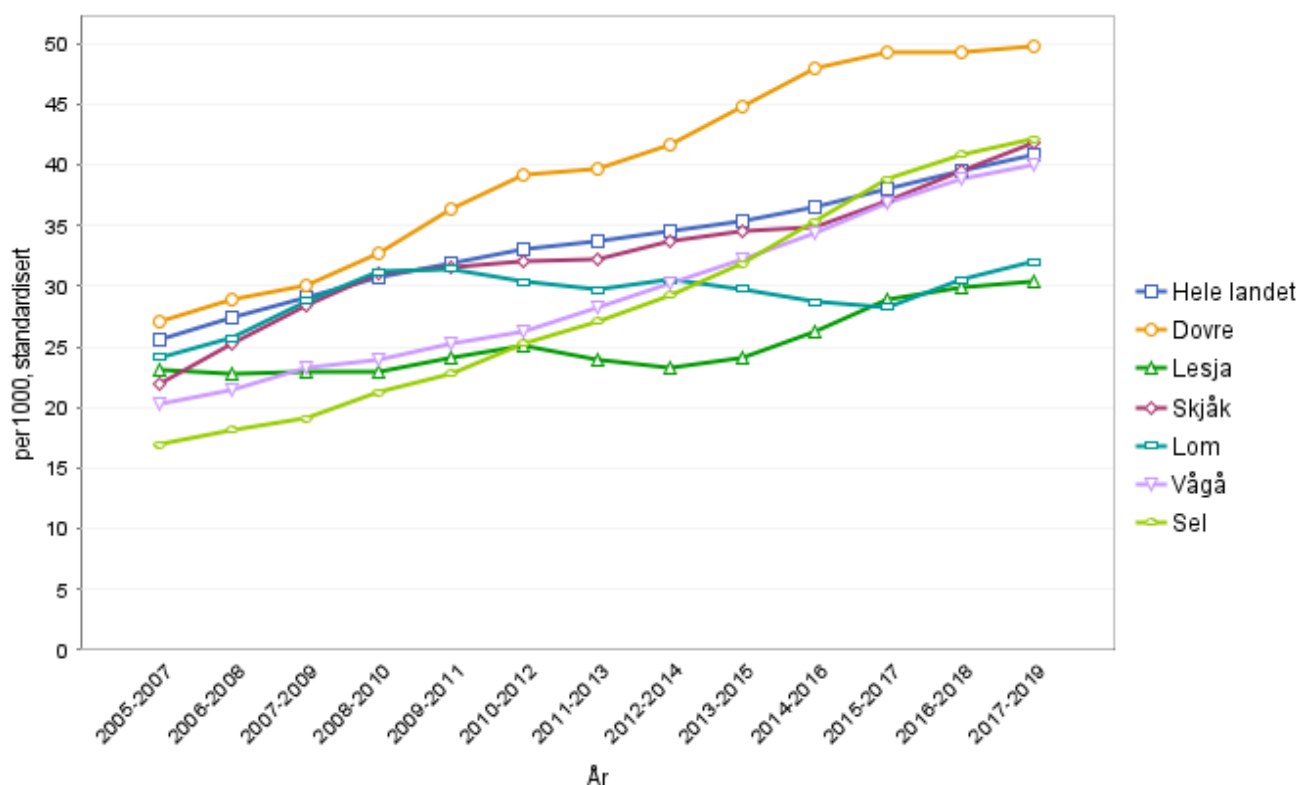
6.6.3 Diabetes – type 2

Diabetesmedisiner: Dovre kommune har hatt en økning i bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes fra 2007 til 2019. I perioden 2017-2019 var det årlige gjennomsnittet på 49,9 per 1000 dvs. 88 personer i alderen 30–74 år som brukte disse medikamentene. Det er flere per 1000 som bruker diabetesmedisiner i Dovre kommune enn i de andre kommunene i Nord-Gudbrandsdal og i landet som helhet. Den store økningen skyldes først og fremst en stadig større andel menn som bruker medikamentene i Dovre.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator (utdrag): 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.

Personer med type 2-diabetes (og type I) har økt dødelighet og risiko for senkomplikasjoner fra hjerte- og karsystemet, nyrer, øyne og nerver. Svangerskapsdiabetes er forbundet med økt risiko for komplikasjoner i svangerskapet for mor og barn.

Diagram: Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2019



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. Kommune helsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

6.6.4 Hjerte- og karsykdommer

Medikamenter mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterolsenkende midler), brukere 0-74 år: I Dovre kommune har det vært noe økning fra 2007 til 2019 i andelen av innbyggerne som bruker disse medikamentene. I perioden 2017-2019 var det 440 personer som hentet ut minst en resept på legemidler mot hjerte- og karsykdommer i årlig gjennomsnitt. Økningen har vært størst når det gjelder mennene, og i perioden 2017-2019 var det omtrent samme andel kvinner som menn.

Kolesterolsenkende medikamenter, brukere 0-74 år: Det har vært en gradvis økning i bruk av kolesterolsenkende medikamenter etter 2007, men med en stabilisering de siste årene. I perioden 2005-2007 var det 174 personer (årlig gjennomsnitt) som brukte kolesterolsenkende medikamenter. I perioden 2017-2019 var det 288 personer. Dovre har en høyere andel enn landet som helhet.

Bruk av primærhelsetjenesten, 0-74 år: I perioden 2016-2018 fikk 367 personer (årlig gjennomsnitt) fra Dovre som var i kontakt med fastlege eller legevakt, en hjerte- og karsykdomsdiagnose. Dovre har en høyere andel enn landet som helhet.

Bruk av spesialisthelsetjenesten: 40 personer fra Dovre ble innlagt på sykehus med diagnose hjerte- karsykdom i perioden 2016-2018 (årlig gjennomsnitt). Andelen som legges inn har sunket de siste årene og er lavere enn i landet som helhet.

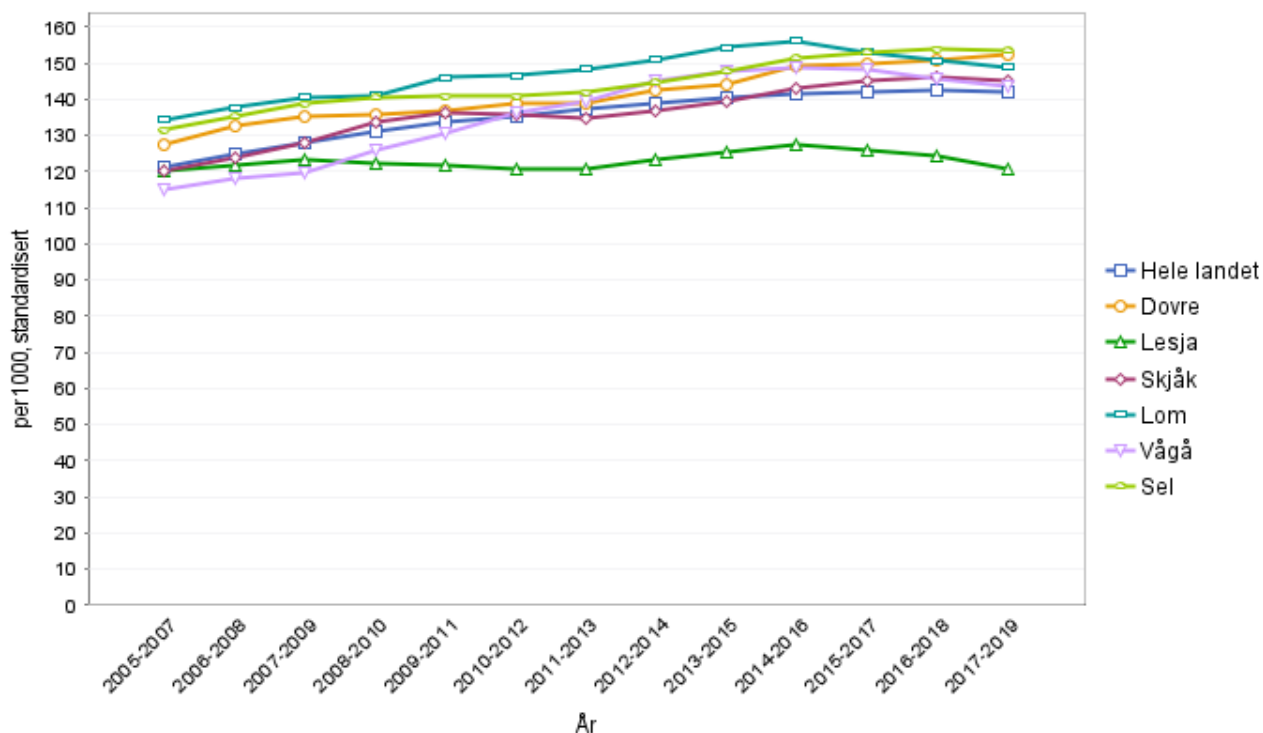
Dødelighet, 0-74 år: Det har vært en gradvis reduksjon i dødelighet pga. hjerte- og karsykdommer både for menn og kvinner i Dovre etter 2002, men med en stabilisering de siste årene. Totalt døde færre enn 3 personer pga. hjerte-/ karsykdom i perioden 2009-2018 i årlig gjennomsnitt.

Hjerte- og karsykdommer omfatter blant annet hjerteinfarkt, angina pectoris (hjerterkramper) 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. *Kilde Folkehelseinstituttet*

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.

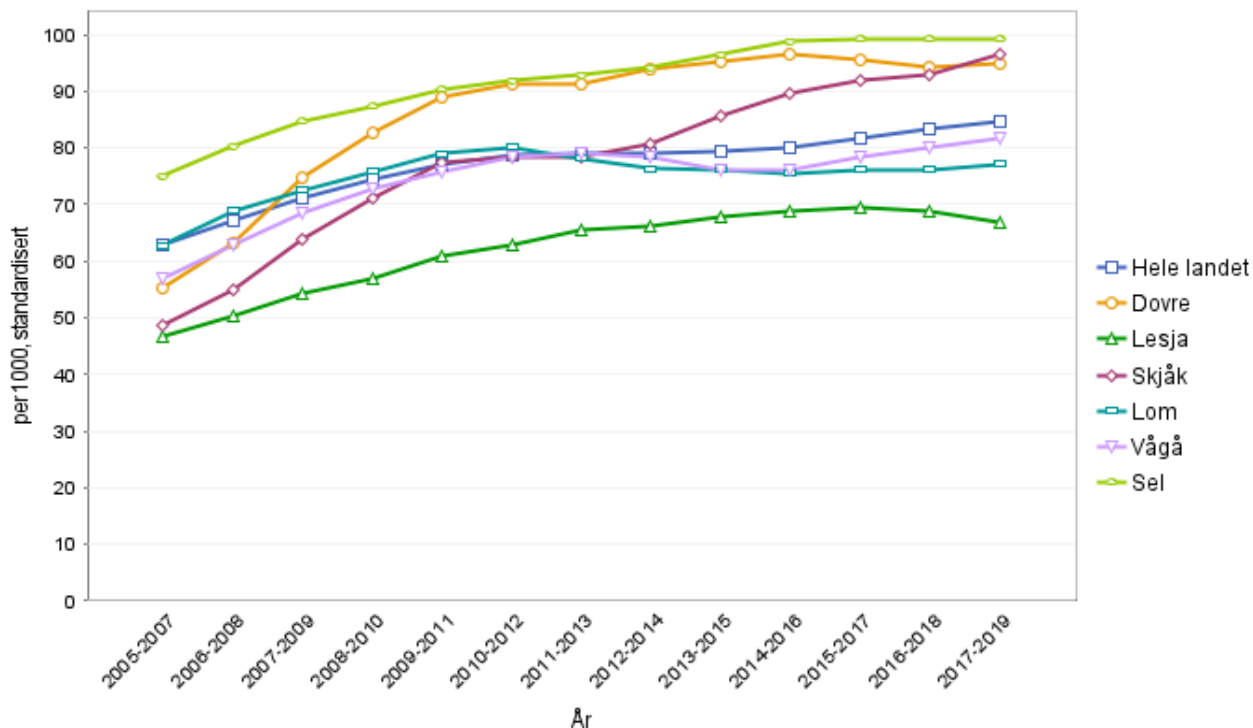
Årsaker til hjerte-karsykdommer er sammensatte: Arvelige faktorer i samspill med miljøfaktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes.

Diagram: Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterol-senkende midler), 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2019



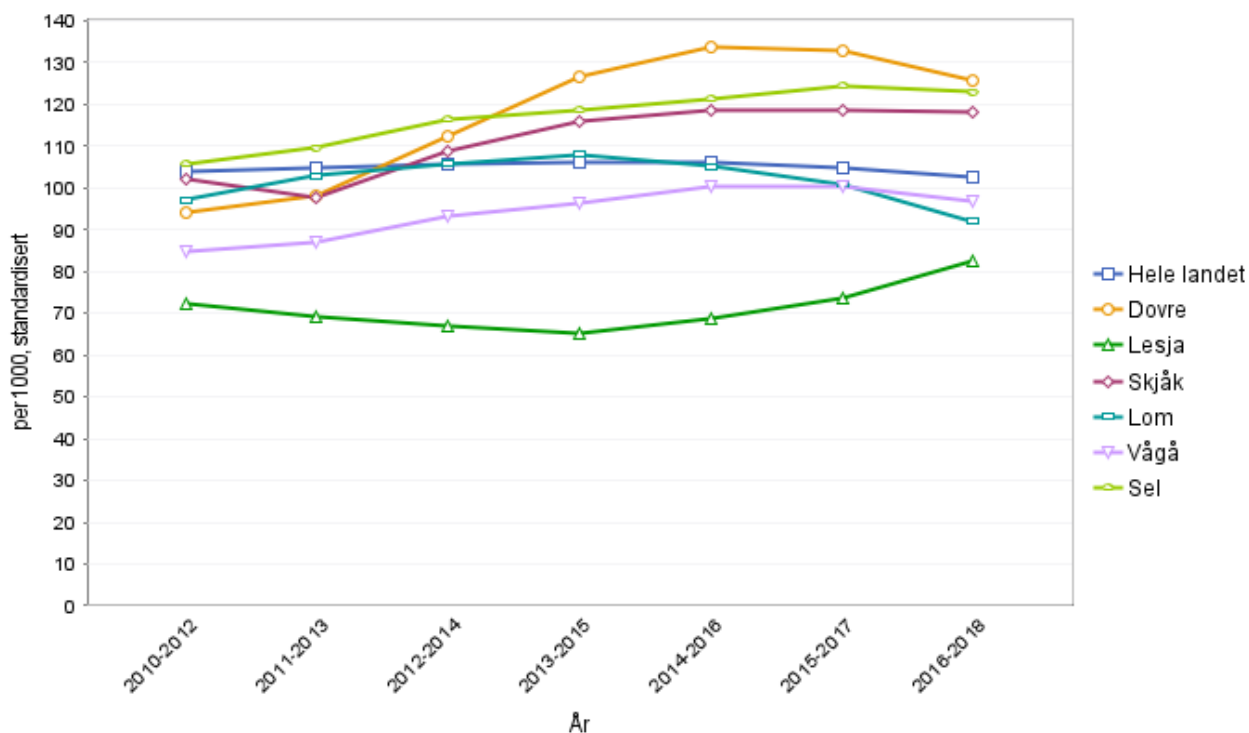
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

Diagram: Bruk av kolesterolsenkende medikamenter, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2019



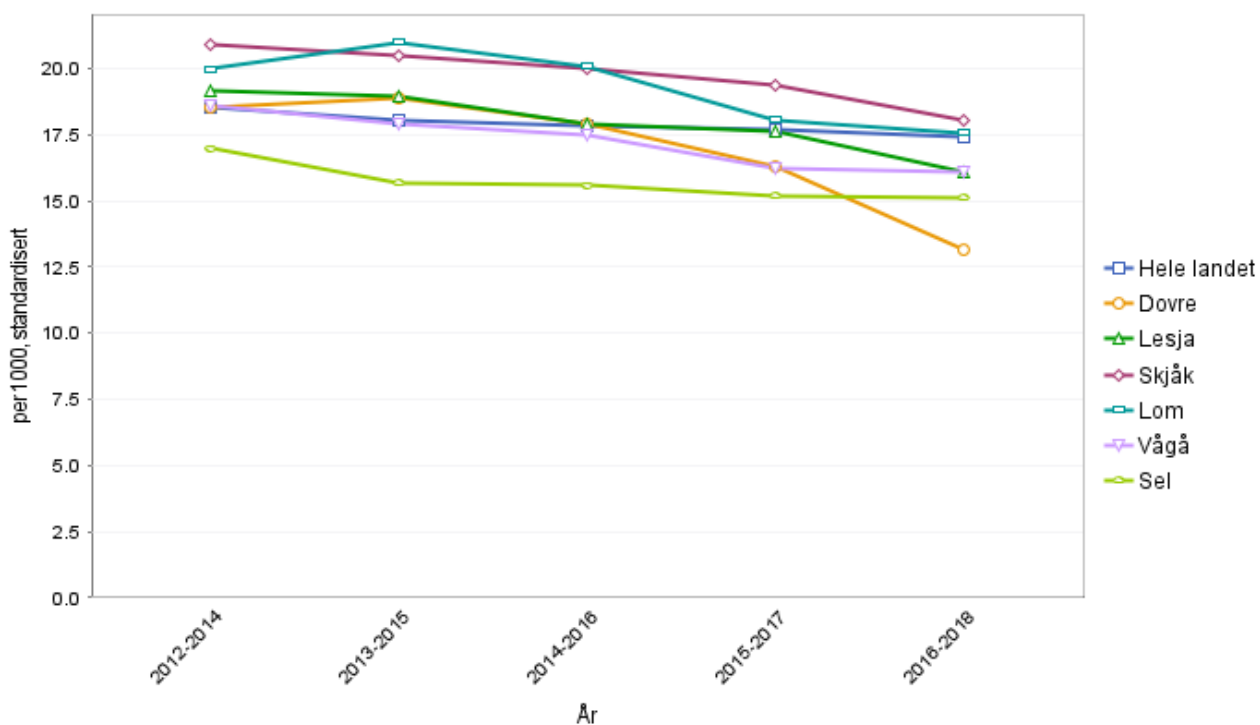
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

Diagram: Bruk av primærhelsetjenesten hjerte- og karsykdommer, 3 års glidende gjennomsnitt, 2012-2019



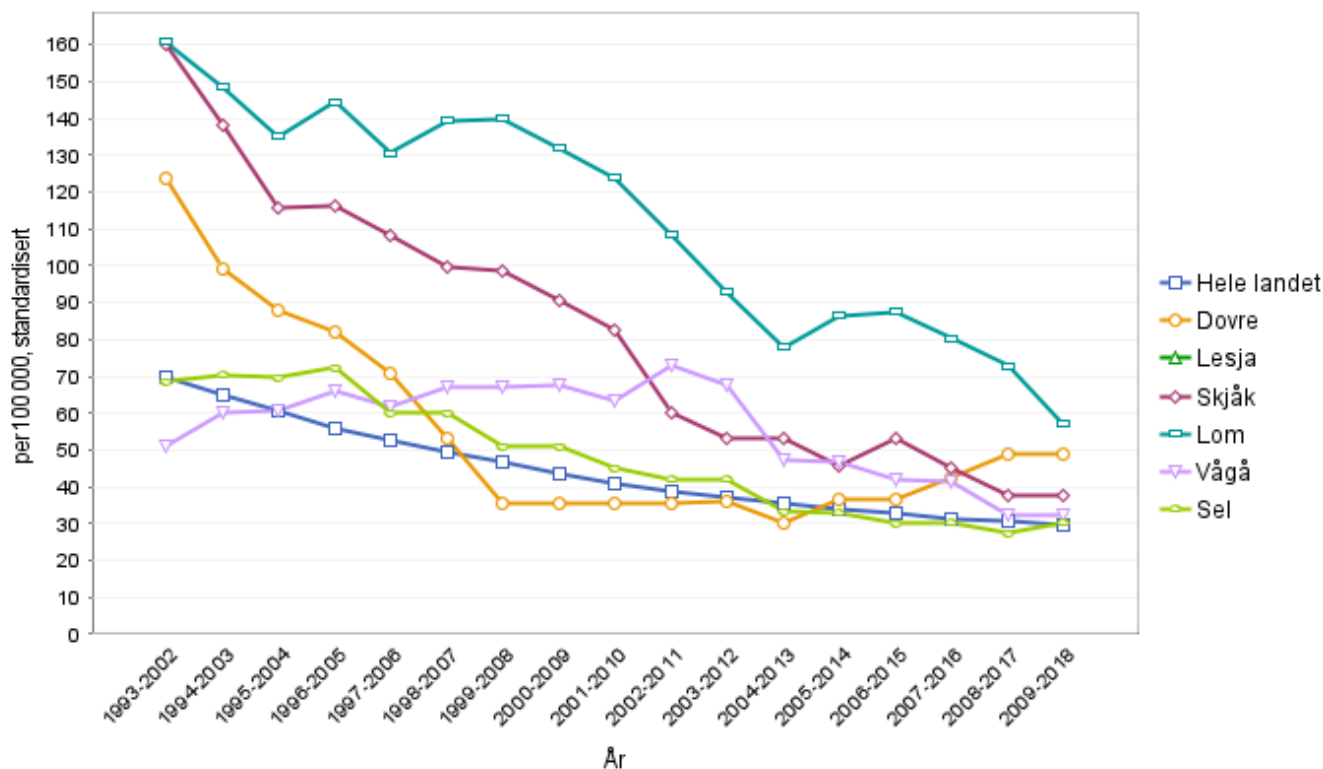
Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder) Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommune helsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Innlagte i spesialisthelsetjenesten hjerte- og karsykdommer, 3 års glidende gjennomsnitt, 2014-2018



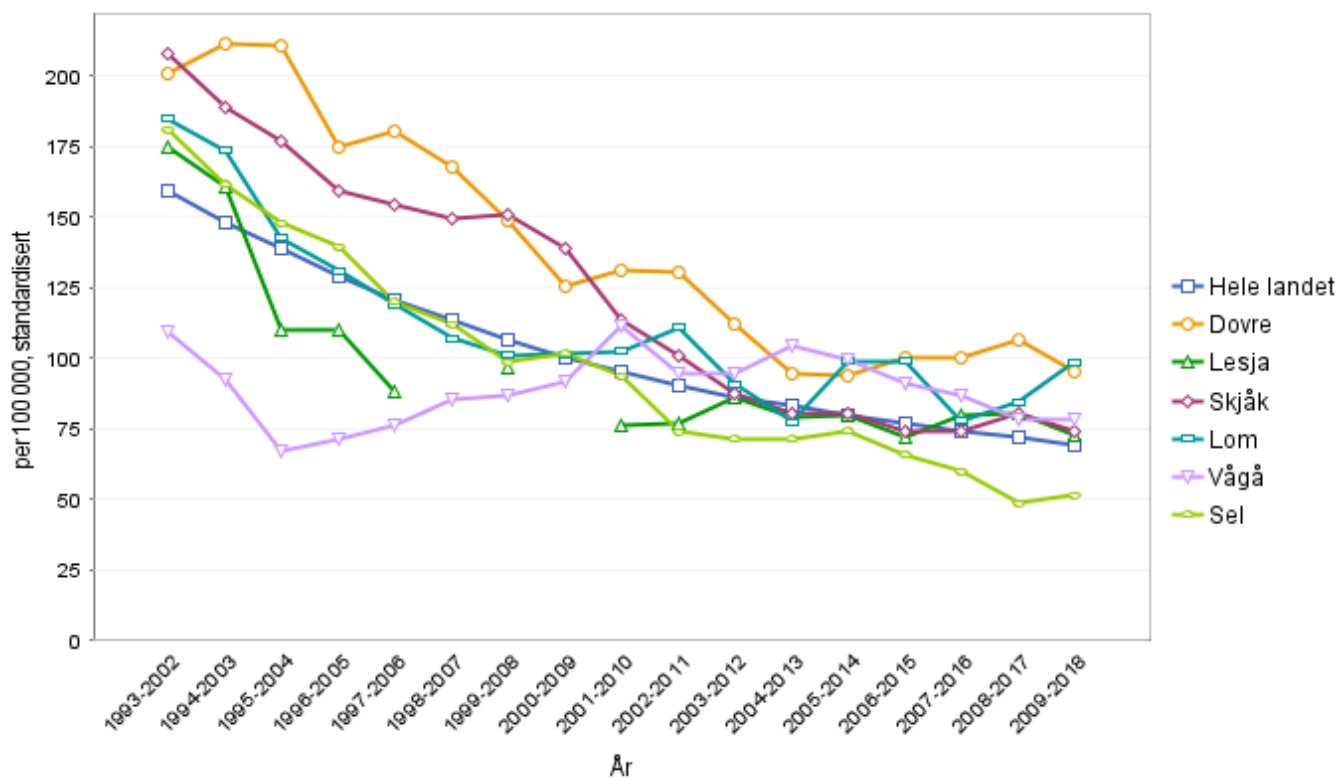
Antall unike personer med hjerte- og kardiagnose, per 1000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Dødelighet hjerte-/karsykdom, kvinner, 10 års glidende gjennomsnitt, 1999-2018



Dødelighet hjerte- karsykdom, kvinner, per 100 000 standardisert. 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommune helsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Dødelighet hjerte-/karsykdom, menn, 10 års glidende gjennomsnitt, 1999-2018



Dødelighet hjerte- karsykdom, menn, per 100 000 standardisert. 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommune helsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

6.6.5 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

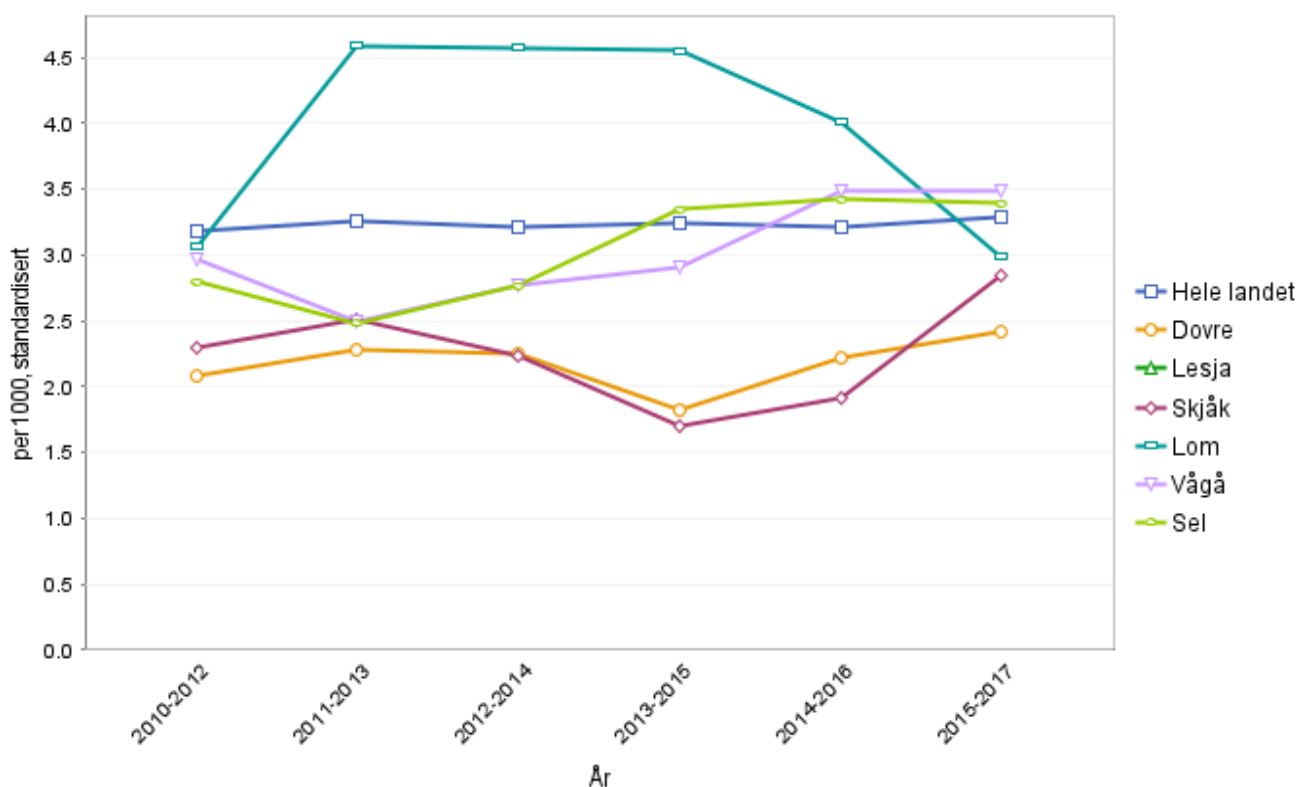
Medikamenter mot KOLS og astma: Det har vært liten økning i bruk totalt av disse medikamentene av menn i aldersgruppen 45-74 år i Dovre kommune fra 2007 til 2019. Andel kvinner har økt, og det er en høyere andel kvinner enn menn som bruker medikamentene. I perioden 2017-2019 hentet 115 personer mellom 45 og 74 år ut minst en resept på disse medikamentene.

Bruk av spesialisthelsetjenesten: I perioden 2015-2017 var det - i årlig gjennomsnitt - færre enn tre personer over 45 år som hadde ble innlagt i spesialisthelsetjenesten med diagnosen KOLS.

Befolkningsundersøkelser i Norge viser at forekomsten av astma har økt de siste 20 årene, spesielt hos barn. *Kilde: Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer, Helse- og omsorgsdepartementet*

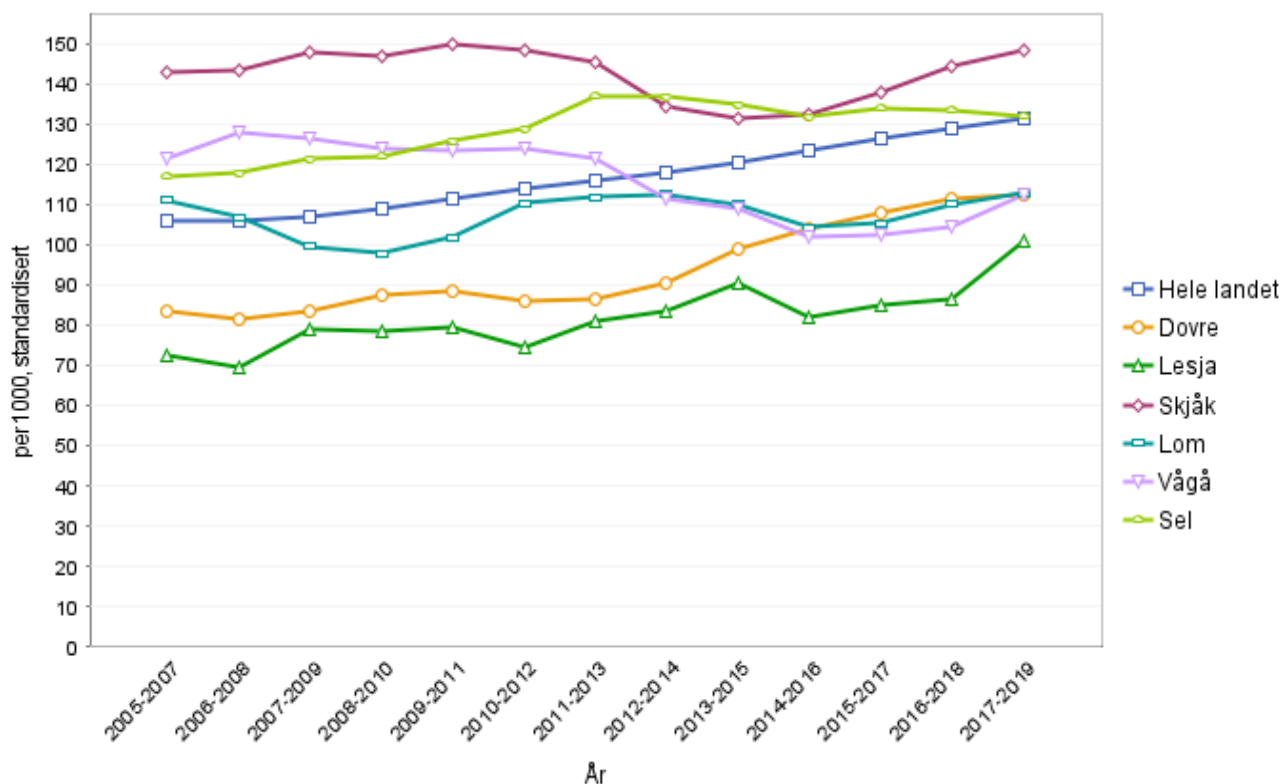
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper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

Diagram: Bruk av spesialisthelsetjenesten KOLS, 3 års glidende gjennomsnitt, alder 45 år og eldre, 2012-2017



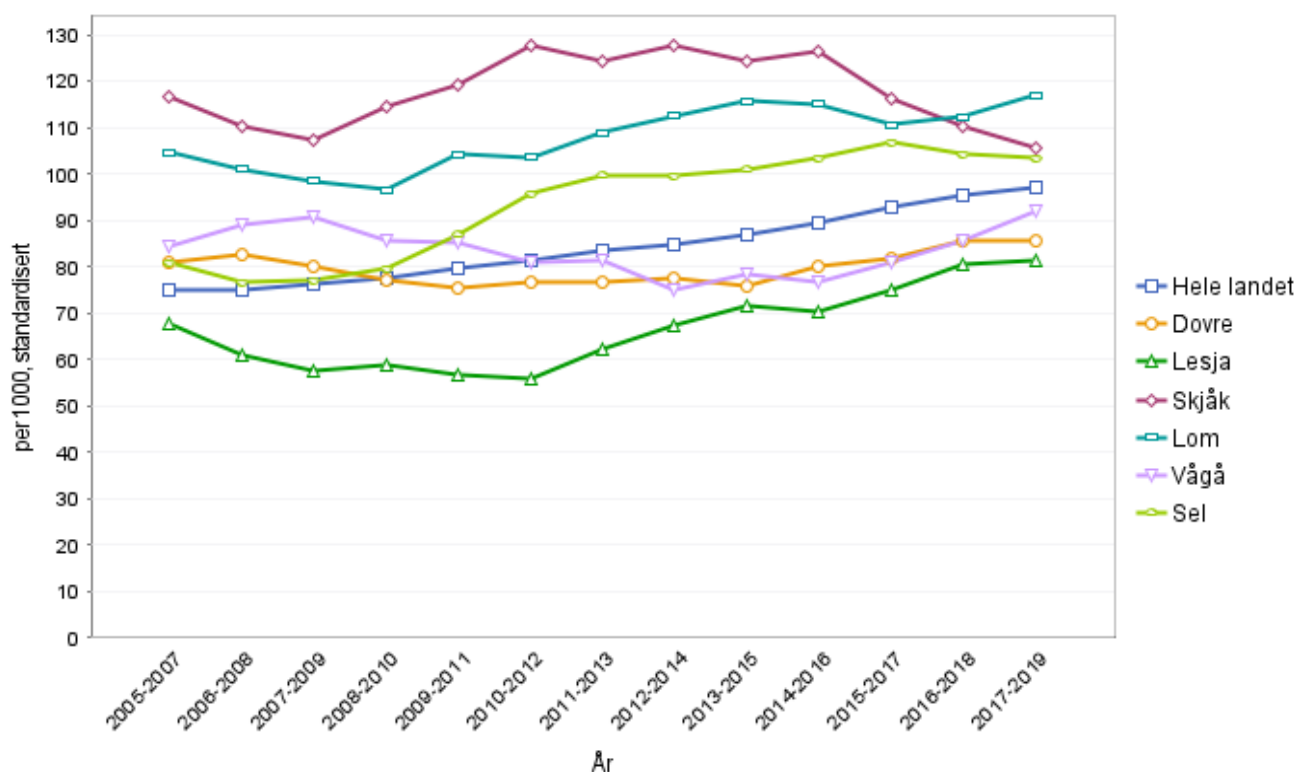
Antall pasienter over 45 år innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Bruk av KOLS og astma medikamenter, kvinner, 45-74 år, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2019



Bruk av KOLS og astmamedikamenter, kvinner, 45-74 år, per 1000 standardisert. 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. KommuneHelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Bruk av KOLS og astma medikamenter, menn, 45-74 år, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2019



Bruk av KOLS og astmamedikamenter, menn, 45-74 år, per 1000 standardisert. 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. KommuneHelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

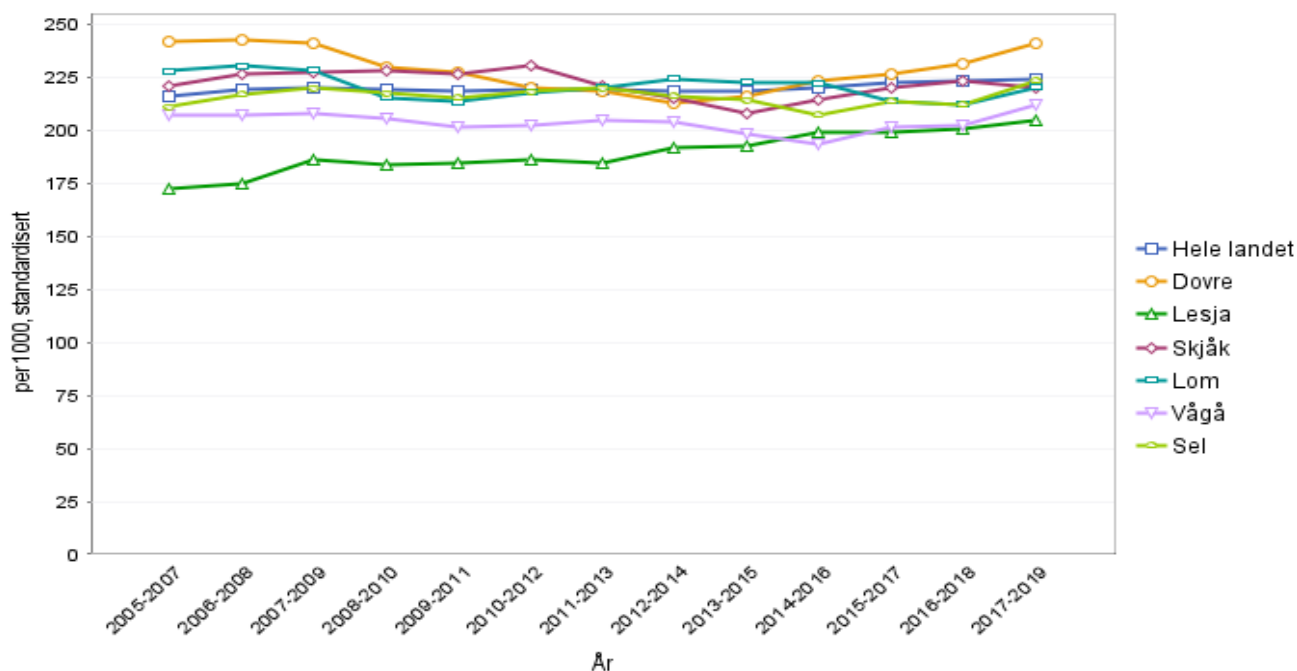
6.6.6 Smerter

Smertestillende medikamenter, brukere 0-74 år: Det har vært noe svingninger i den totale bruken av smertestillende medikamenter på resept fra 2007 til 2019 i Dovre kommune. Det er en høyere andel kvinner enn menn som tar ut resept på smertestillende. I perioden 2017-2019 (årlig gjennomsnitt) ble det hentet ut minst en resept av 601 personer i kommunen. Andelen er høyest i Nord-Gudbrandsdal. Ikke reseptbelagte smertestillende er ikke med i denne statistikken.

Resultat fra Ungdataundersøkelsen, andel i prosent som	Dovre 2018	Dovre 2020	Nasjonalt
• brukte reseptfrie medikamenter som Paracet/Ibux ol. minst ukentlig	18	26	19
• hadde hodepine mange ganger eller daglig siste måned	32	25	31

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. Kilde: Folkehelseinstituttet

Diagram: Bruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2019



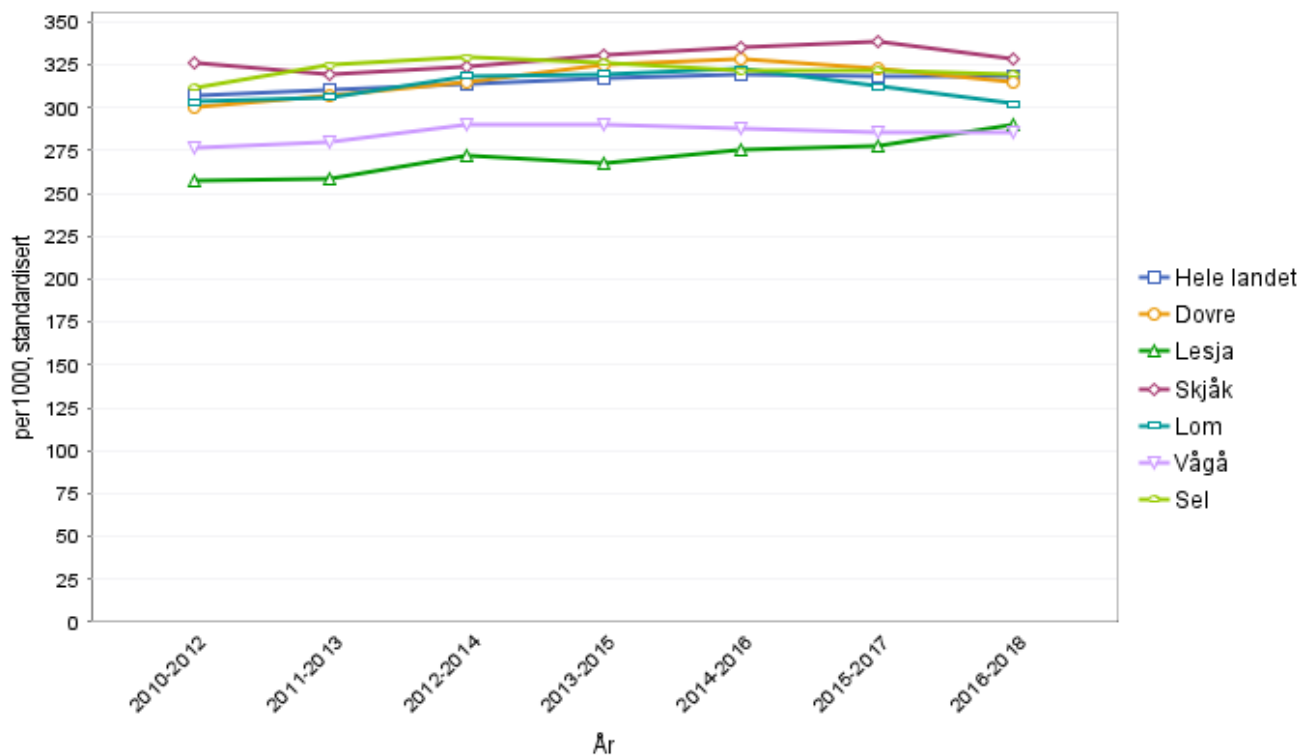
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

6.6.7 Muskel- skjelettlidelser

Bruk av primærhelsetjenesten, 0-74 år: 779 personer med diagnose muskel-skjelettplager eller -sykdommer (ikke brudd) fra Dovre kommune var i kontakt med fastlege, legevakt, fysioterapeut eller kiropraktor i årlig gjennomsnitt i perioden 2016-2018. Andelen per 1000 innbyggere har hatt en svak økning etter 2012.

Samlet sett er muskel- og skjelettsykdommer den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest», selv om de fleste tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet. I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet. Sett under ett har mange typer muskel- og skjelettsykdommer og -plager sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og til dels også overvekt. Risikofaktorer for smerter i rygg og nakke er sammensatte og delvis ukjente. Både arbeidsmiljø, psykososiale forhold og sosioøkonomisk status ser ut til å ha betydning, samt at en del smertetilstander oppstår som følge av skader i muskel og skjelett. Det er mye som tyder på at barn som får muskel- og skjelettplager under oppveksten, har økt risiko for å få slike plager også som voksne. Hvis dette er riktig, støtter det at forebyggingsarbeidet bør begynne ved ung alder. Tiltak som forebygger skader og ulykker kan også være viktige bidrag for å redusere omfanget av smertetilstander i muskel- og skjelett. Kilde: Folkehelseinstituttet

Diagram: Bruk av primærhelsetjenesten, muskel- skjelettlidelser, 3 års gjennomsnitt, 2012-2018



Antall unike personer mellom 0 og 74 år i kontakt med fastlege, legevakt, fysioterapeut eller 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). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

6.6.8 Søvnproblemer, psykiske plager og lidelser

Medikamenter mot psykiske lidelser, brukere 0-74 år: Bruken av antidepressiva i Dovre kommune har totalt sett hatt noe økning fra 2007 til 2019. Det samme gjelder bruk av ADHD-medisin. Det har vært mindre svingninger i bruken av antipsykotika og sovemidler og beroligende midler i samme periode. 207 personer hentet ut minst en resept for antidepressiva eller antipsykotika i perioden 2017-2019 (årlig gjennomsnitt), 248 personer minst en resept for sovemidler eller beroligende midler og 13 for ADHD-medisiner.

Bruk av primærhelsetjenesten, 0-74 år: 321 personer fra Dovre kommune med diagnose psykiske symptomer eller lidelse var i kontakt med fastlege eller legevakt i årlig gjennomsnitt i perioden 2016-2018. Andel per 1000 innbyggere har økt gradvis de siste årene. Angst og depresjon er de dominerende lidelsene.

Depressivt stemningsleie og søvnproblemer: Ca 6 % av de som svarte på Ungdataundersøkelsen i 2018 hadde depressive symptomer. Det var primært jenter. I 2020 oppga 9 % at det hadde hatt mange psykiske plager de siste 7 dagene. (15 % på landsbasis).

21 % anga i 2018 og 14 % i 2020 at de hadde vært veldig mye eller ganske mye plaget av søvnproblemer siste uken.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av psykiske plager / lidelser som 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. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

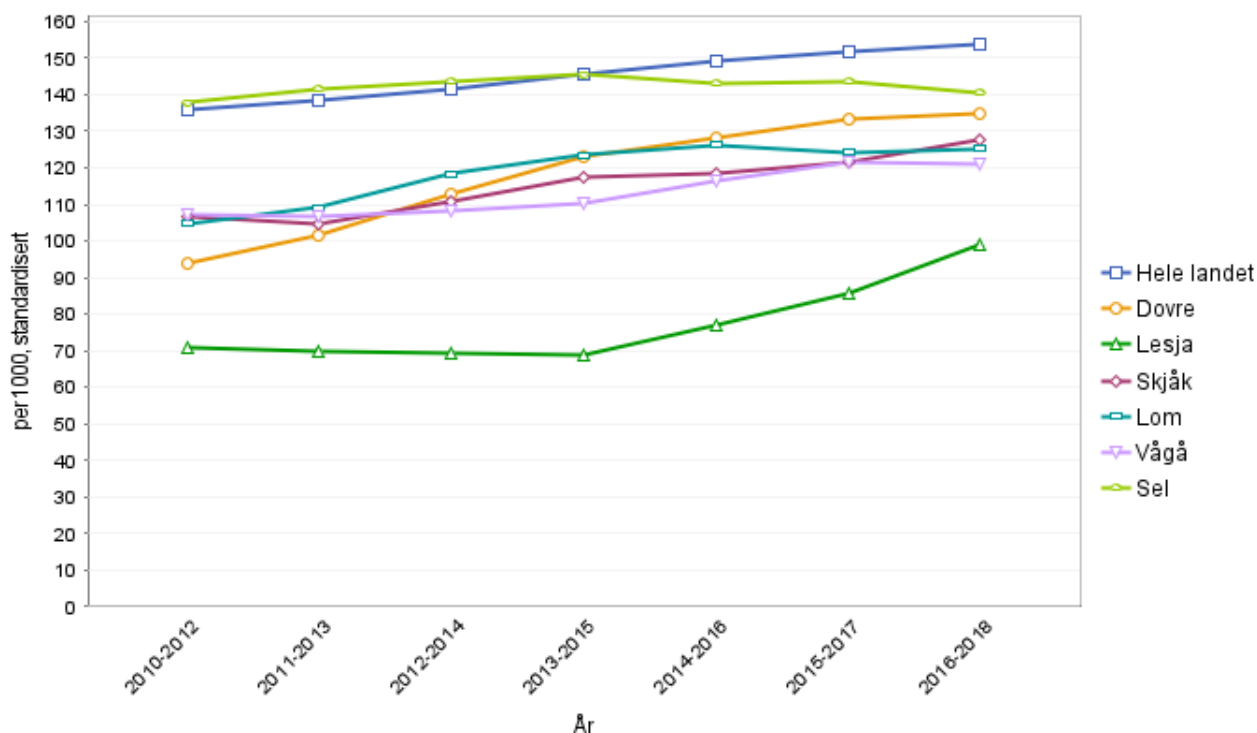
Sosial støtte og utviklet mestringsevne er de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser. *Kilde: Proposisjon til Stortinget (Folkehelseloven)*

Årsaker til utvikling av psykiske plager og lidelser er sammensatte, f.eks. tap av nære relasjoner, samlivsbrudd, konflikter, vold eller rusmisbruk i familien, mobbing på skolen, digital mobbing, andre traumatiske opplevelser, ensomhet, arvelige faktorer. Et høyere krav til teoretisk kunnskap i skolen og mindre praksisfag i tillegg til mer konkurranse i hverdagen kan også være årsak til belastninger for barn/unge.

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 uføretrygging. *Kilde: Bedre føre var....Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1, Folkehelseinstituttet.*

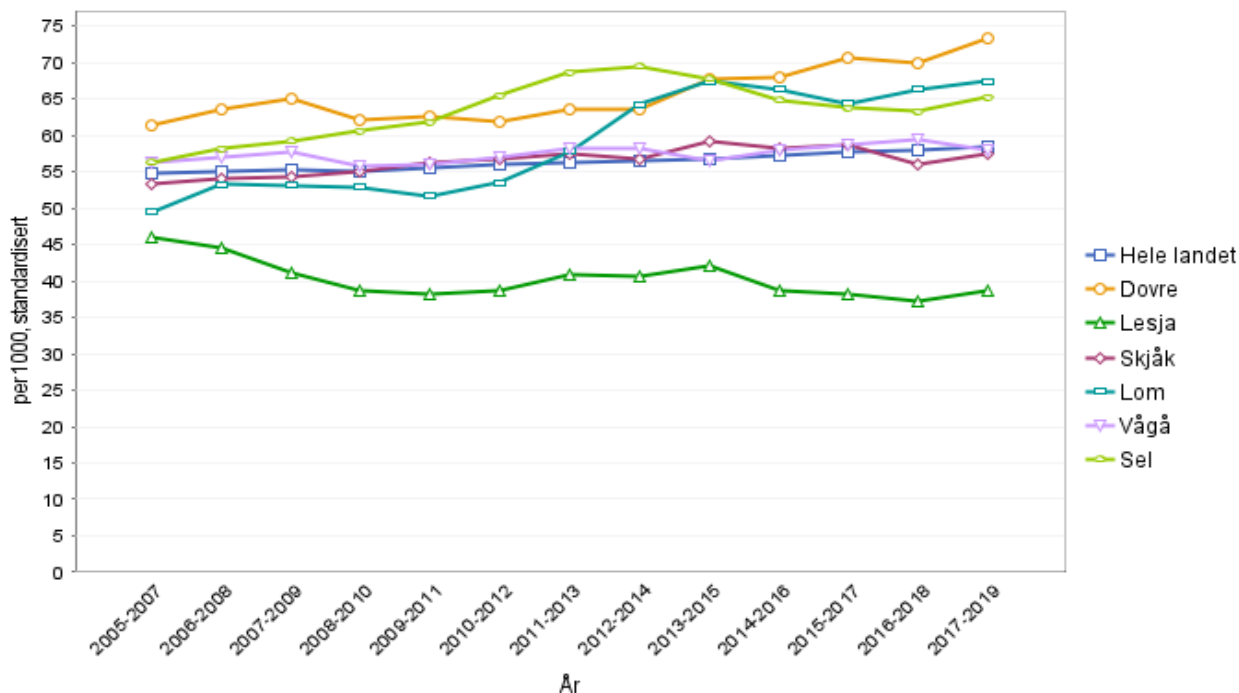
Søvnproblemer har sammensatte årsaker som fysiske psykiske lidelser, livsstil, skjermbruk, endret døgnrytme for barn ved helgesamvær etter samlivsbrudd.

Diagram: Bruk av primærhelsetjenesten, 3 års gjennomsnitt, 2012-2018



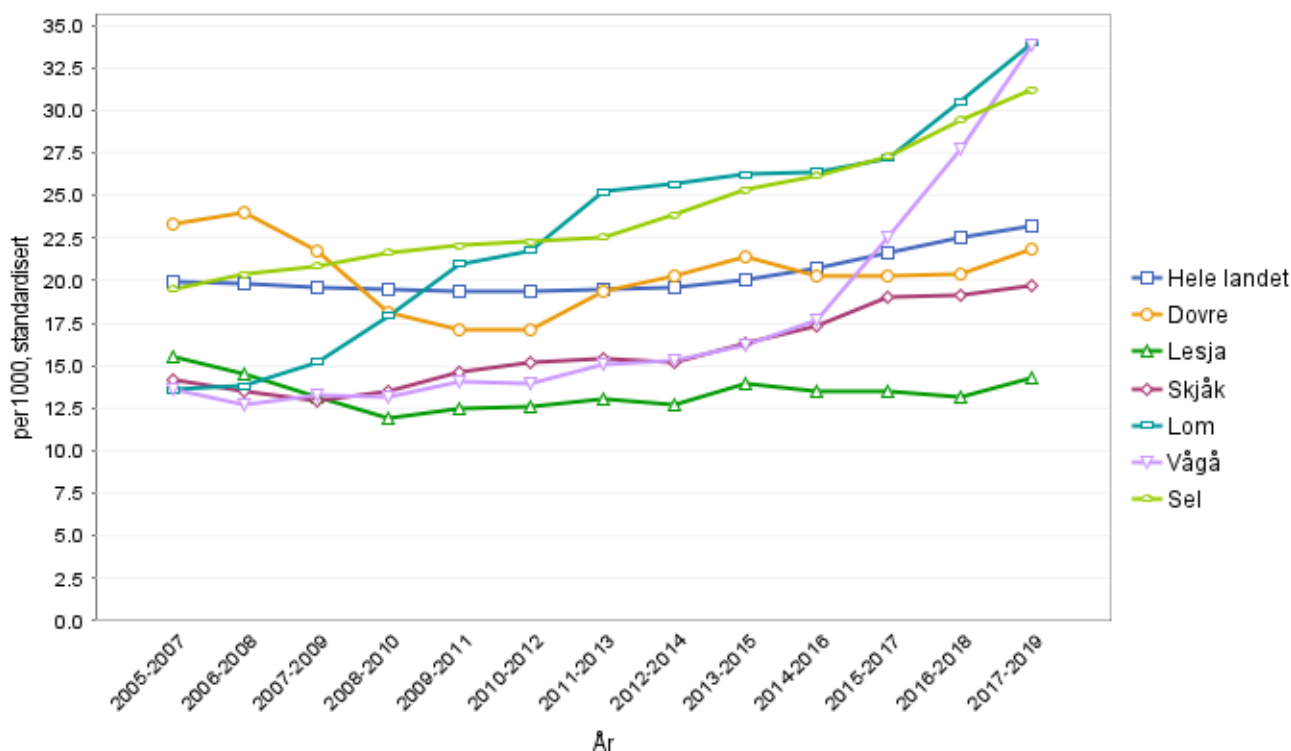
Antall unike personer 80-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder). Kontakter med primærhelsetjenesten er klassifisert etter ICD-kodeverket. Dataene er hentet fra: Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon(KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Bruk av antidepressiva, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2019



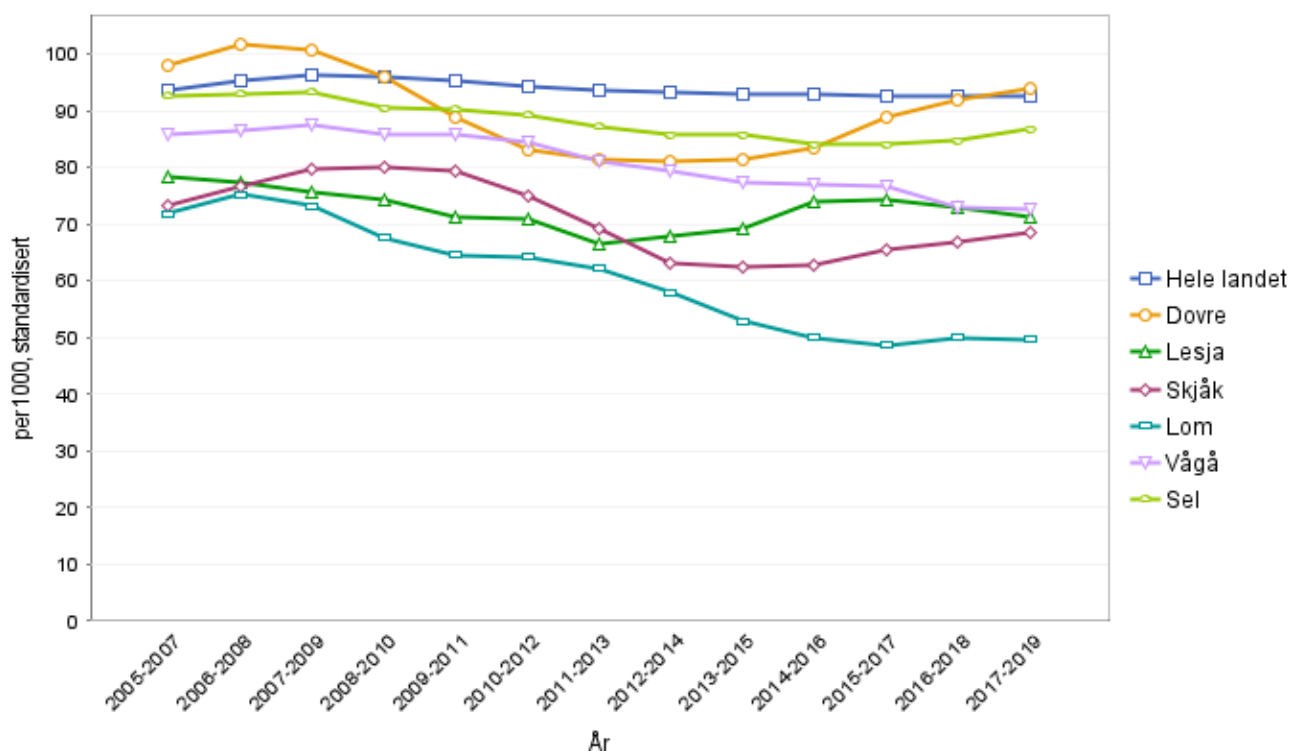
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

Diagram: Bruk av antipsykotika, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2019



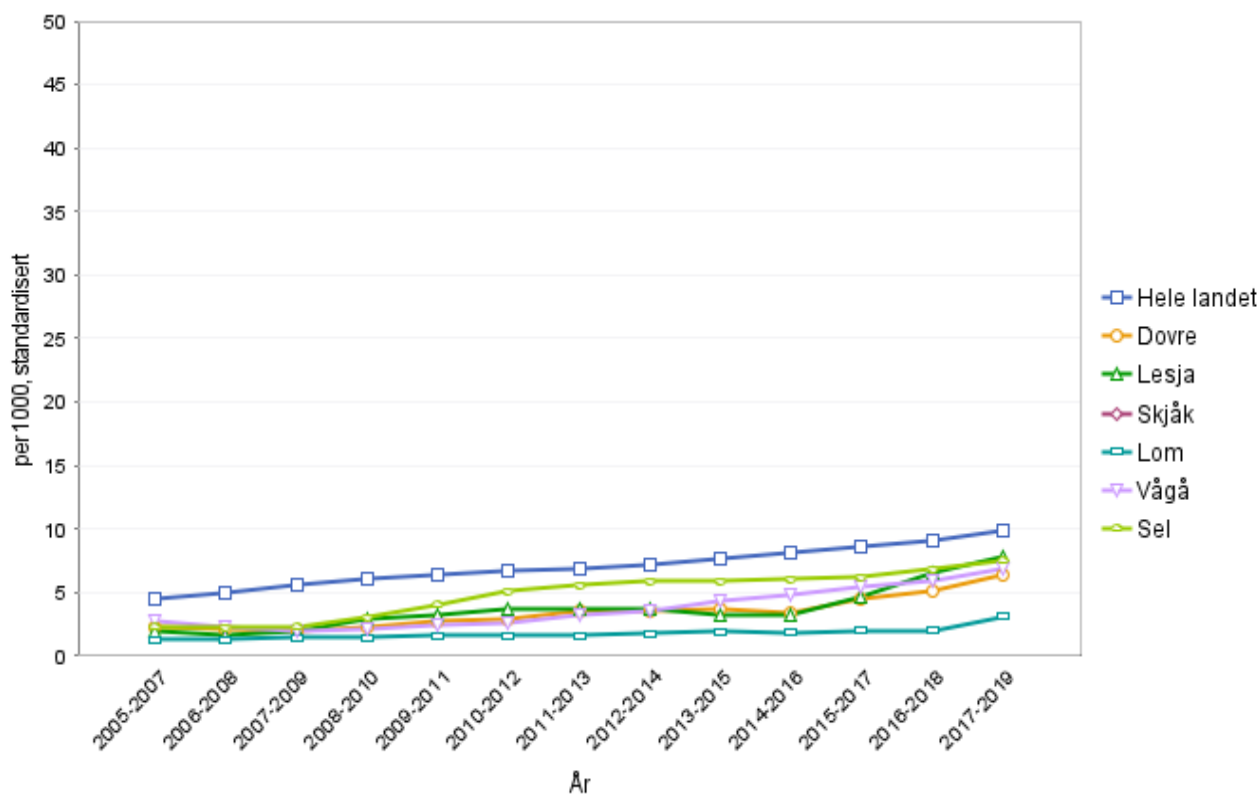
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

Diagram: Bruk av sovemidler og beroligende midler, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2019



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. Kommune helsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Bruk av ADHD midler, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2019



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. Kommune helsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

6.6.9 Smittsomme sykdommer og vaksinasjonsdekning

Vaksinasjonsdekning: I perioden 2015-2019 (5 års glidende gjennomsnitt) var 96,3 % av 2-åringene i Dovre kommune fullvaksinerte i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet. Tall for 6- og 9-åringene er anonymisert.

Meldte smittsomme sykdommer: Det blir meldt få smittsomme sykdommer til Folkehelseinstituttet (lovpålagte meldinger) i Dovre kommune. (Færre enn 10 pr. år.) Pr. august 2020 er det registrert 5 tilfeller av Covid-19 blant Dovres innbyggere.

For å holde smittsomme sykdommer i sjakk, er det svært viktig å opprettholde et godt smittevern og et effektivt vaksinasjonsprogram. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Det henvises til Folkehelseinstituttet for oppdatert informasjon om Covid-19.

Tabell: Vaksinasjonsdekning i prosent, 5 års glidende gjennomsnitt, 2015-2019

År		2011-2015	2012-2016	2013-2017	2014-2018*	2015-2019
	Alder					
Dovre	2 år	95,7	95,5	95,3	95,5	96,3
	9 år	:	:	:	:	:
	16 år	:	:	:	:	:

Fullvaksinerte barn mot henholdsvis meslinger, kuma, røde hunder, difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt, Haemophilus influenzae type B (Hib), HPV og pneumokokk ved henholdsvis 2, 9 og 16 års alder. Andelen oppgis i prosent av alle barn i aldersgruppene 2 år, 9 år eller 16 år. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). : viser når tallene er anonymisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

6.6.10 Antibiotika

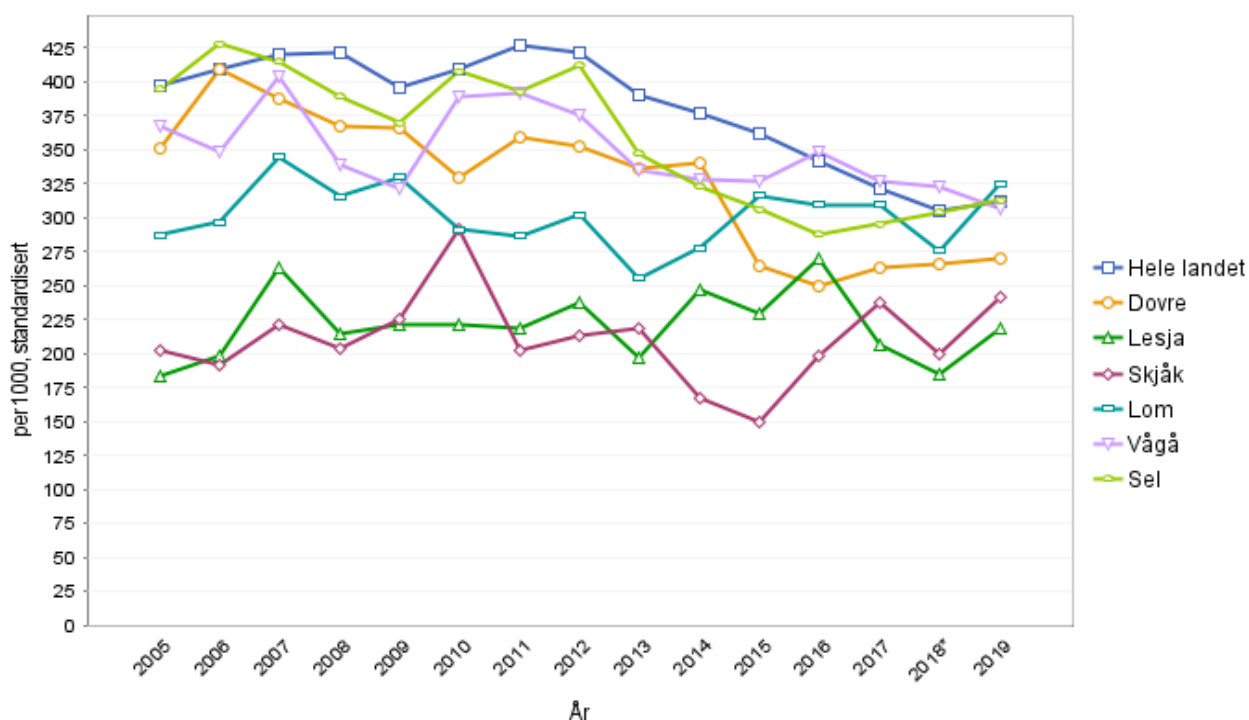
Det har vært årlige svingninger, men totalt sett en gradvis nedgang i utskrivning av antibiotikaresepter etter 2005. Folkehelseprofilen for Dovre viste en signifikant lavere andel enn landet som helhet i 2018. De siste årene ser det ut til at utskrivning av resept har stabilisert seg noe. I 2019 ble det skrevet ut 695 resepter til personer fra 0 til 79 år i kommunen.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Antibiotika er viktige og effektive medisiner i behandling av infeksjoner som skyldes bakterier. Antibiotika har gjennom historien revolusjonert behandlingen av infeksjonssykdommer. Feil bruk av antibiotika kan føre til utvikling av antibiotikaresistente bakterier. Det betyr at antibiotika ikke lenger har effekt på disse bakteriene.

Bakterier som er resistente mot antibiotika er et alvorlig og økende problem i hele verden. En reduksjon i totalt antibiotikabruk vil bremse og sannsynligvis redusere resistensutviklingen. I nasjonal strategi mot antibiotikaresistens er målsetningen 30 % reduksjon i antibiotikabruk hos mennesker innen 2020. Folkehelseinstituttets komité for forebygging og bekjempelse av antibiotikaresistens (Antibiotikakomiteén) har satt et langsiktig mål om 250 resepter/1000 innbyggere per år.

Luftveisinfeksjoner er den vanligste årsaken til antibiotikabruk hos barn. De fleste luftveisinfeksjoner er forårsaket av virus. Kroppen bekjemper normalt slike virusinfeksjoner på egen hånd. Antibiotika har ingen effekt på virus og lindrer heller ikke plager. Bakterielle luftveisinfeksjoner kan derimot behandles med antibiotika. Å motvirke overflødig antibiotikabruk i behandling av luftveisinfeksjoner hos barn og voksne er et viktig bidrag for å bekjempe utviklingen av antibiotikaresistente bakterier.

Diagram: Antibiotikaresepter, 2005-2019



Antibiotika forskrevet på resept og utlevert fra apotek til personer i aldersgruppen 0-79 år. En resept defineres som en utlevering av et antibiotikum. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsestatistikkbank. <http://khs.fhi.no>

6.6.11 Kreft

Nye tilfeller av kreft: Det har vært en gradvis økning i andel krefttilfeller i Dovre kommune etter 1999 – som det har vært i resten av landet. I perioden 2009-2018 var det 18 personer i kommunen i årlig gjennomsnitt som fikk diagnosen kreft (nye tilfeller).

Kreftdødelighet, 0-74 år: Det er relativt stabile tall når det gjelder kreftdødelighet i Dovre kommune etter 2003, men det er svært små tall og statistisk vanskelig å vurdere utvikling over tid. Det dør ca 3 personer i årlig gjennomsnitt i kommunen.

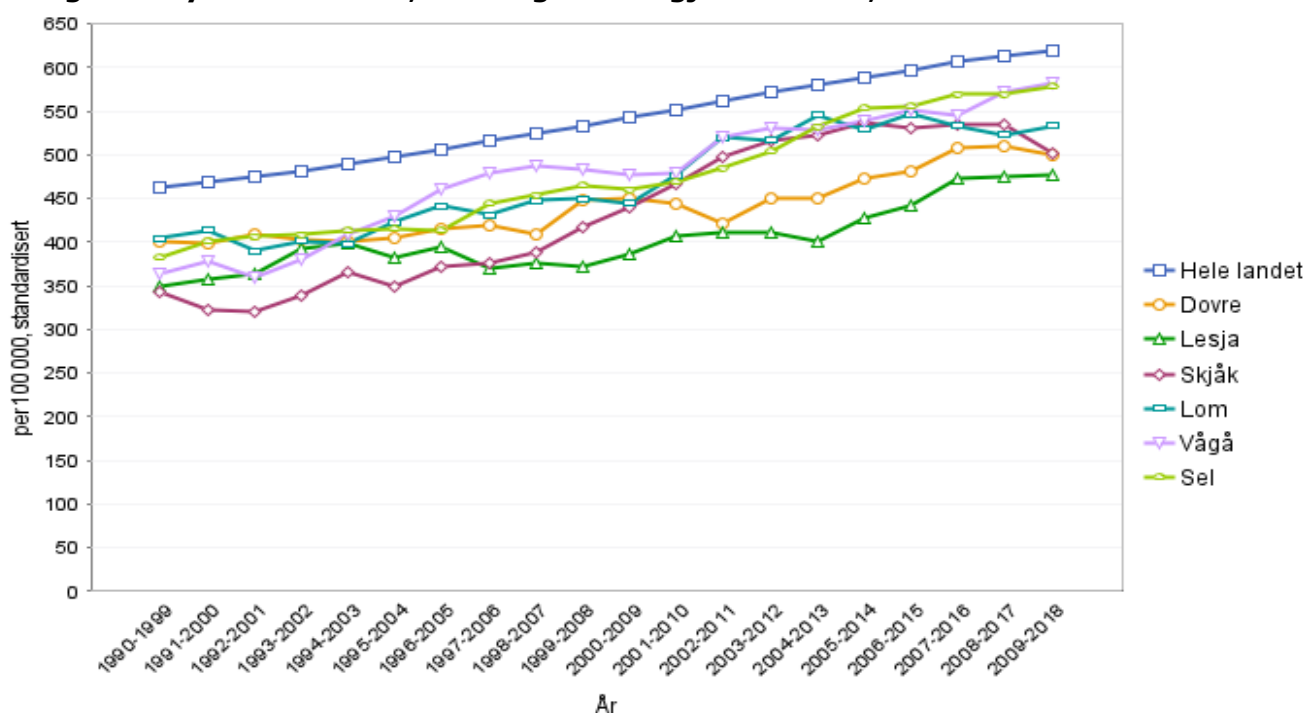
Hovedårsaken til økning av krefttilfeller i Norge er økt levealder og større befolkning. Faktorer som kan påvirke utvikling av kreftisiko i tillegg til arv: Livsstilsfaktorer som røyking, stoffer i miljøet, fedme, kosthold, alkohol, infeksjoner og fysisk aktivitet. Stabil dødelighet kan bl.a. skyldes bedre behandling og tidlig oppdagelse.

Blant menn, er prostatakreft den vanligste kreftformen etterfulgt av lungekreft, tykktarmskreft og kreft i blære og urinveier. Blant kvinner er brystkreft den vanligste kreftformen, etterfulgt av tykktarmskreft, lungekreft og føflekkreft i hud.

Flere norske studier har sett på sosioøkonomiske forskjeller i bruken av helsetjenester og behandling av kreft. Et nylig arbeid har vist at kreftpasienter med høy utdanning og inntekt hadde gjennomgående bedre overlevelse for de vanligste kreftformene, sammenlignet med pasienter med lavere utdanning og inntekt (Skyrud, 2016).

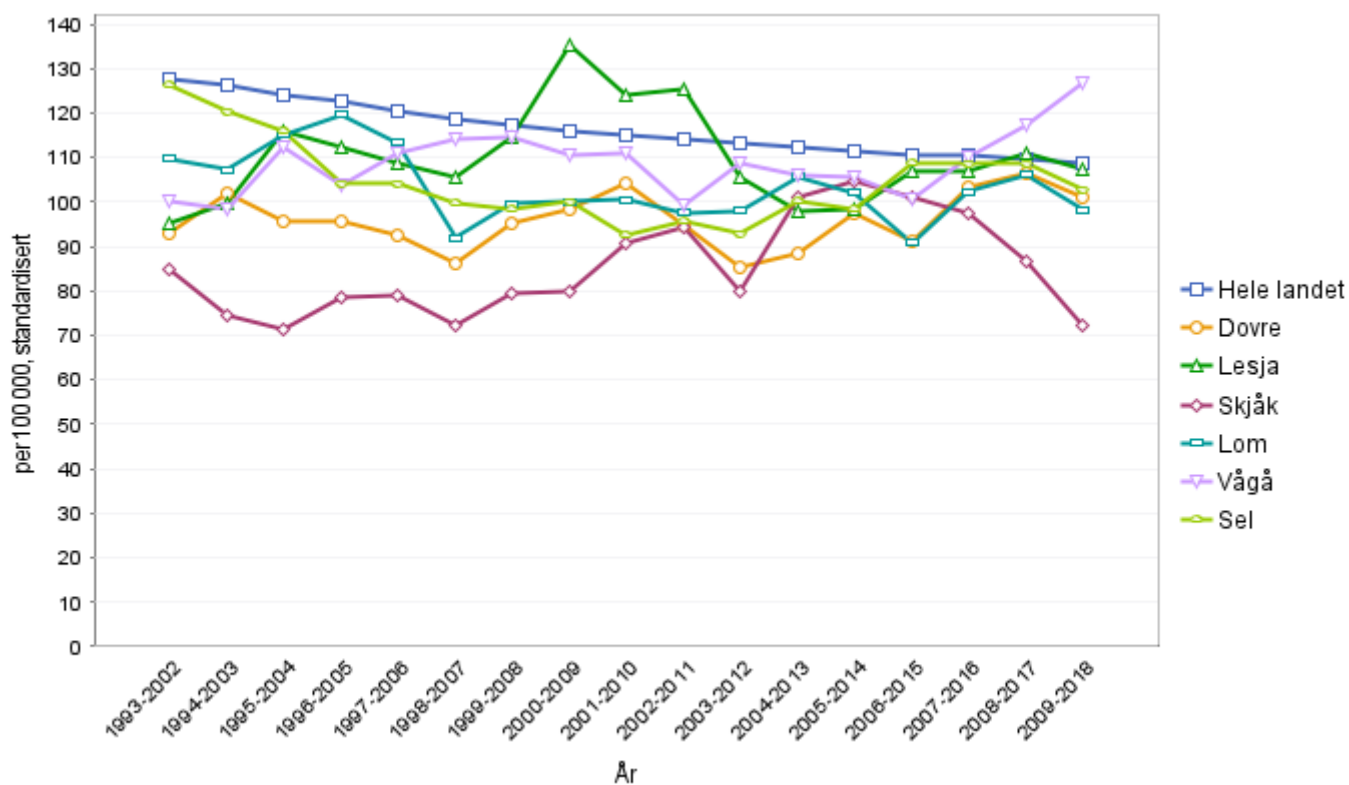
Kilde: Folkehelseinstituttet

Diagram: Nye krefttilfeller, 10 års glidende gjennomsnitt, 1999-2018



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

Diagram: Dødelighet kreft, 10 års glidende gjennomsnitt 2002-2018



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

