



Folkehelseoversikt Dovre kommune, februar 2018



**Utfordringer, ressurser
og oppsummering status
side 7-21**

Innholdsfortegnelse

1	BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG	4
2	INFORMASJON OM FOLKEHELSEOVERSIKTEN	5
2.1	Prosesser, kilder og statistikk.....	5
2.2	Oppdatering	6
3	UTFORDRINGER, RESSURSER OG OPPSUMMERING AV STATUS... 7	
3.1	Hovedutfordringer - satsingsområder	7
3.2	Helsefremmende og forebyggende tiltak / ressurser i kommunen.....	9
3.3	Oppsummering helsetilstand og påvirkningsfaktorer.....	13
3.4	Påvirkningsfaktorer og utfordringer gravide, barn, unge og familier i Nord-Gudbrandsdal	20
4	HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER.....	22
4.1	Befolkningssammensetning	22
4.1.1	Befolkningsendringer	22
4.1.2	Befolkningsframskriving	25
4.1.3	Etnisitet	26
4.1.4	Personer som bor alene	27
4.2	Oppvekst- og levekårsforhold	28
4.2.1	Inntekter og utgifter	28
4.2.2	Mottakere av sosialhjelp	30
4.2.3	Arbeidsledighet	31
4.2.4	Sykefravær	32
4.2.5	Uføretrygd og arbeidsavklaringspenger	33
4.2.6	Grunnskole som høyeste utdanningsnivå	35
4.2.7	Frafall videregående skole	36
4.2.8	Barnevern	37
4.3	Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....	38
4.3.1	Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen	38
4.3.2	Drikkevannskvalitet	39
4.3.3	Trivsel på skolen og krenkende adferd blant ungdom	40
4.3.4	Sosial støtte	44
4.4	Skader og ulykker	45
4.4.1	Sykehusinnleggelser etter ulykker	45
4.4.2	Trafikkulykker	47
4.4.3	Vold	49

4.5	Helserelatert atferd	50
4.5.1	Deltakelse i aktiviteter	50
4.5.2	Tid brukt på ulike medier	51
4.5.3	Tid brukt på lekser	53
4.5.4	Fysisk aktivitet	55
4.5.5	Kosthold	56
4.5.6	Røyk og snus	57
4.5.7	Alkohol og andre rusmidler	58
4.6	Helsetilstand.....	60
4.6.1	Opplevelse av helse, subjektiv livskvalitet og selvbilde	60
4.6.2	Forventet levealder	61
4.6.3	Diabetes – type 2	64
4.6.4	Hjerte- og karsykdommer	65
4.6.5	Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma	69
4.6.6	Smerter	71
4.6.7	Muskel- skjelettlidelser	72
4.6.8	Søvnproblemer, psykiske plager og lidelser	73
4.6.9	Smittsomme sykdommer	77
4.6.10	Antibiotika	79
4.6.11	Kreft	80
4.6.12	Tannhelse	82
5	VEDLEGG.....	84
5.1	Utarbeidelse av folkehelseoversikten - prosesser	85
5.2	Ungdataundersøkelse i Nord-Gudbrandsdal	86
5.3	Oppdateringer og endringer.....	87
5.4	Årshjul - oppdatering	88

Der ikke annet er angitt, er foto fra Dovre kommunes hjemmesider.

Ansvarlig for utarbeidelse av folkehelseoversikten i Dovre kommune:
Helse- og rehabiliteringsleder Hege Lorentzen

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 og forskrift om oversikt over folkehelsen – ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

Oversikten – heretter kalt folkehelseoversikten - skal

- være skriftlig
- identifisere folkehelseutfordringer og ressurser
- inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser
- utarbeides som et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år
- ligge til grunn for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet
- foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategien
- danne grunnlag for fastsettelse av mål og strategier

I tillegg til å utarbeide en samlet oversikt hvert 4. år, skal kommunen ha løpende oversikt over folkehelsen.

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 lokalsamfunn 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. Det ivaretar både kravet om å ha en løpende oversikt over folkehelseutfordringene og kravet til å ha et samlet oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet.

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

2 Informasjon om folkehelseoversikten

2.1 Prosesser, kilder og statistikk

Statistikk, tabeller og informasjon er hentet fra - eller basert på - tall fra:

- Folkehelseinstituttets statistiksider – kommunehelsa og MSIS
- Utdanningsdirektoratet - skoleporten
- NAV
- SSB og kostra
- Kommunen
- UNGDATA

Kildene er angitt i de enkelte tabellene/diagrammene.

Prosesser i forbindelse med utarbeidelse av folkehelseoversikten – bl.a. gjennomføring av «Oversiktsdag» og «Folkehelseverksted» i kommunen - er beskrevet i [vedlegg, 5.1](#).

I 2013 og 2014 ble det gjennomført levekårsundersøkelser i kommunene i Nord-Gudbrandsdal. Data fra disse undersøkelsene var med i folkehelseoversikten t.o.m. utgave «Juni 2017» – som er tilgjengelig på «Region felles/Folkehelseoversikter». Levekårsundersøkelsene er også tilgjengelige på [«NGLMS.no/samfunnsmedisin og folkehelse»](http://NGLMS.no/samfunnsmedisin%20og%20folkehelse).

I 2015 ble det gjennomført UNGDATA-undersøkelse i Nord-Gudbrandsdal, men i Dovre var det for liten svarprosent til at resultatet kunne offentliggjøres. Selv om ikke Dovre var med, er det likevel tatt med et utvalg av de regionale tallene i folkehelseoversikten for Dovre. Det henvises til [vedlegg, 5.2](#) for en kort beskrivelse av denne undersøkelsen.

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 et 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 kjønns sammensetning. 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.



2.2 Oppdatering

Oppdatering og implementering av folkehelseoversikten drøftes i Rådmannens lederteam i januar hvert år. Årshjul utarbeides.



3 Utfordringer, ressurser og oppsummering av status

3.1 Hovedutfordringer - satsingsområder

På folkehelseverkstedet 3. november 2015 og lederforum 10. mars 2016 – med bakgrunn i data fra folkehelseoversikten og egne erfaringer – vurderte deltakerne følgende til å være hovedutfordringer/-satsingsområder i Dovre kommune.

Barn og unge

Levekårsundersøkelsen viser at en rekke familier har økonomiske utfordringer bl.a. med å skaffe barna fritidsutstyr til aktiviteter de ønsker å drive med i tillegg til deltakelse i skolerelaterte aktiviteter som turer, klassefester. Psykiske plager, mobbing og dårlig selvbilde er fremdeles utfordringer blant ungdommen – også i Dovre. Kommunen ønsker å prioritere forebyggende arbeid på alle arenaer der barn og unge er – dvs- i forhold til familien, barnehagen, skolen og nærmiljøet. Det skal legges til rette slik at ingen barn/unge opplever at de ikke kan delta i aktiviteter pga økonomiske forhold. Utstyrsbank på skolen er et ledd i dette arbeidet. Det er viktig at alle som jobber med barn og unge har fokus på deres ressurser og bidrar til opplevelse av mestring.

Fysisk aktivitet

Lite fysisk aktivitet – i kombinasjon med et usunt kosthold – fører på sikt til livsstilssykdommer i befolkningen. Mindre hverdagsaktivitet, mindre tid til uorganiserte aktiviteter og økt bruk av digitale verktøy og sosiale medier er alle faktorer som kan påvirke grad av fysisk aktivitet. En av utfordringene kan også være grensesetting i forhold til «skjermtid» for barn og unge. Det oppleves som vanskeligere å rekruttere til organisert idrett, engasjere foreldre og få til dugnadsarbeid nå enn tidligere. Det ser ut til at svømmehallen brukes mindre. FYSAK er revitalisert, men det er også viktig å tilrettelegge enda mer for et nærmiljø som stimulerer til fysisk aktivitet, bruke digitale «apper» som kan motivere spesielt barn og unge, sikre familievennlige tiltak og bidra til igangsetting av grupper (eks. gågrupper). Tiltak rettet mot et økende antall eldre (bl.a. i forhold til fallforebygging) og bygging flere gang- og sykkelveier er andre aktuelle virkemidler.

Omdømme og holdninger

Alle har et omdømme - både kommuner og enkeltpersoner. Holdninger og adferd er med på å skape omdømmet til både innbyggerne og kommunen. Det er viktig folkehelsearbeid å jobbe for et godt miljø som stimulerer til inkludering på alle nivåer (administrativt og politisk) og i alle tjenester i kommunen. Det kan forebygge mobbing og annen krenkende adferd – noe som igjen bidrar til god psykisk helse for innbyggerne. Å behandle alle høflig og med respekt bidrar til et positivt omdømme. Gode (psyko)sosiale miljøer – sammen med bl.a. fysisk aktivitet – er med på å redusere psykiske plager og lidelser i befolkningen. Hjemmesidene kan brukes mer aktivt i omdømmebygging for Dovre.



Antall innbyggere og aldersfordeling

Folketallet i Dovre kommune har vært i gradvis tilbakegang i mange år. Etter 1985 har det blitt 505 færre innbyggere i kommunen. Befolkningsframskriving basert på utviklingen frem til 1.1.14 (middels vekst) viser en gradvis reduksjon av innbyggertallet frem til 2040 – til rundt 2500 innbyggere. Det forventes færre innbyggere i alle aldersgrupper under 66 år. I aldersgruppene over 67 år forventes det en økning på nærmere 200 personer. Mange eldre er en ressurs for kommunen bl.a. i forhold til frivillig arbeid. Samtidig blir etterspørreselen etter helse- og omsorgstjenester større – i en periode der det sannsynligvis vil være færre i yrkesaktiv alder. Kommunen ønsker bl.a. å bidra til at eldre kan bo hjemme så lenge som mulig. Gjennom opprettelse av frivilligsentral legger kommunen til rette for at innbyggerne – ikke minst de eldre – kan drive med meningsfylt og samfunnsnyttig frivillig arbeid.

Økning i andel med minoritetsbakgrunn - innvandring

Det er en gradvis økning i andel med minoritetsbakgrunn i Dovre – noe som er positivt i forhold til folketall og ressurser, men som kan være utfordrende i forhold til kultur-, språk- og helseforskjeller. Det vurderes som sentralt at kommunen arbeider for å legge til rette for integrering, inkludering og sysselsetting. Språkpraksis er helt sentralt i denne sammenhengen. Kommunal kompetanse om helse blant flyktninger og innvandrere i tillegg til tilstrekkelige ressurser er en forutsetning for å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeid. Tiltak som øker toleranse for forskjeller i tillegg til felles sosiale møteplasser er viktige.

Arbeidsplasser

Det er behov for flere arbeidsplasser i Dovre for å stimulere tilflytting og hindre fraflytting. Et begrenset arbeidsmarked (inkludert få arbeidsplasser for de med høy utdanning) og sesongarbeid er utfordringer i kommunen. Reduserte muligheter til arbeid kan være med på å øke lavinntektsgrupper og de sosiale helseforskjellene. Å utvikle et arbeidsmarked som gir muligheter for innbyggere som har begrensninger, f.eks. i form av sykdom, vurderes til å være viktig folkehelsearbeid. Det kan på sikt ha positiv effekt i forhold til antall innbyggere som mottar stønader fra NAV.



3.2 Helsefremmende og forebyggende tiltak / ressurser i kommunen

Et tiltak kan bidra positivt i forhold til flere faktorer, men er primært bare ført ett sted. Listen er ikke uttømmende. Forslag til nye tiltak fra folkehelseverkstedet, som ikke er nevnt i forrige kapittel, er tatt med her.

BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

Eksisterende tiltak

- ✓ Tilflyttertjeneste i Dovre
- ✓ Tilskuddsordning -bedriftsutvikling i tilleggsnæring (produktutvikling, kompetanseoppbygging, markedsundersøkelser, testsalg, nettverksbygging, markedsføring og lignende)
- ✓ Etablererstipend
- ✓ Tilskuddsordninger landbruk
- ✓ Kontorfellesskap næringshage
- ✓ Frivilligsentral

Forslag til nye tiltak

- ✓ Vurdere om kommunen ivaretar hele omsorgstrappa (eks. boliger som er bemannet, yngre brukere)

OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD

Eksisterende tiltak

- ✓ Bibliotek med bøker, media og datatjenester gratis til disposisjon for brukerne
- ✓ Bostøtte (samarbeid husbank og kommune)
- ✓ 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)
- ✓ Småjobbsentral

Forslag til nye tiltak

- ✓ Utstyrsbank (skole og fritid) for barn og unge



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

Eksisterende tiltak

- ✓ Natur godt egnet for friluftsliv – er tilgjengelig for alle, merking av turstier, oppkjørte skiløyper
- ✓ Alpinsenter, ski- og skiskytterarena
- ✓ Barnehager og skoler med tilrettelagte uteområder (ballbinge, skøytebane, skiløyper i nærområde, akebakke, klatrevegg, hinderløype med mer)
- ✓ Utbygging av gang- og sykkelvei over Dovrefjell (Dovrefjellsaksen)
- ✓ Universell utforming vektlegges i alle planer
- ✓ Støymålinger gjennomføres ved reguleringsplaner
- ✓ Musikkbinge
- ✓ Skatebane, sykkelbane og rulleskibane
- ✓ Barseltreff – sosialt samvær og nettverksbygging
- ✓ Kulturelle arrangement/utstillinger bibliotek
- ✓ Hyggekvelder Fredheim (besøktjenesten)
- ✓ Furukroken – møteplass, trivsels- og aktivitetskafè
- ✓ Trivselkafè Fredheim (Sanitetsforening og Bygdekvinnelaget)
- ✓ Bussturer til ulike friluftsmål for Fredheim tre ganger i året
- ✓ Sosiale arrangementer i forskjellige avdelinger i kommunen
- ✓ Musikalprosjektet i regionen
- ✓ Lærer synlige i friminuttene på barneskolene
- ✓ [Ca. 90 lag og foreninger](#)

Forslag til nye tiltak

- ✓ Etablere flere sosiale møteplasser som er åpne for alle



SKADER OG ULYKKER

Eksisterende tiltak

- ✓ Informasjonsmøte – forebygging av fall (fysio/ergo/pleietjenesten)
- ✓ Fallforebyggende brosjyre (utarbeidet for Nord-Gudbrandsdal)
- ✓ Prosedyre for fallforebygging utarbeidet
- ✓ Samarbeid med Trygg trafikk i skolen
- ✓ Muligheter for trening glattkjøring
- ✓ Brannvernuke og brannøvelser
- ✓ Brannforebyggende brosjyrer (Nord-Gudbrandsdal)
- ✓ «Når krisen rammer» - brosjyre til bruk ved oppfølging etter kriser og katastrofer (Nord-Gudbrandsdal)

Forslag til nye tiltak

- ✓ Vurdere og ev. innføre nye rutiner for strøing



HELSERELATERT ATFERD

Eksisterende tiltak

- ✓ Lett tilgjengelig oversikt over [hva som skjer i kommunen](#)
- ✓ 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 62+)
- ✓ Trillegruppe
- ✓ Dombås barnehage: FYSAK, fokus på det å være ure og fysisk aktivitet
- ✓ Dovre skole: FYSAK, bruk av distansemerker, fjellturer, skidager, samarbeid med bygdekvinnelaget kosthold, trimkort og spinning med instruktør for ansatte
- ✓ Dombås skole: Røris tom 5 klasse, plan for aktiviteter, turer, samarbeid med sanitet om skolefrokost en gang i året, abonnement på melk, fruktordning
- ✓ Dovre ungdomsskole: FYSAK inkludert turneringer, turer (bl.a. Snøhetta), skidager, sykkeløp, TINE stafett, vanddispenser, abonnement på melk, gratis frukt, kantine med sunn mat
- ✓ Organisert trim for beboere på Fredheim
- ✓ Ammekyndige helsestasjoner
- ✓ Røykfri kommune

Forslag til nye tiltak

- ✓ Vurdere flere tiltak for å fremme et sunt kosthold i befolkningen
- ✓ Tiltak i samarbeid med f.eks. sanitet, bygdekvinnelag og pensjonistlag



HELSETILSTAND

Eksisterende tiltak

- ✓ 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)
- ✓ Undervisning ungdomsskolen rus, psykisk helse (psykisk helsevern)
- ✓ Barnevaksinasjonsprogram (helsestasjon)
- ✓ Vaksinerings av utsatte grupper, reisevaksinerings og yrkesvaksinerings (helsestasjon)
- ✓ Smittevernarbeid
- ✓ Rusforebyggende arbeid (tverrfaglig gruppe)
- ✓ Aktivitetstilbud for voksne med psykiske lidelser – Breidablikk dagsenter
- ✓ Kurs i mestring av mild til moderat depresjon/KID (psykisk helsevern)
- ✓ Veiledning av støttekontakter, pårørendegruppen og styreleder Mental helse (psykisk helsevern)
- ✓ Diabetes oppfølgingsprogram: kontroll av blodsukker hos lege og treningsgruppe i regi av frisklivsveileder
- ✓ Treningsgrupper for pasienter med kroniske muskel-skjelettlidelser (fysioterapien)
- ✓ Håndtreningsgruppe for reumatikere (ergoterapitjenesten)
- ✓ Forebygging av belastningsskader for ansatte – ryggombudsordning (Fredheim)
- ✓ INN på tunet (tilbud for å ivareta brukere med spesielle behov)
- ✓ Etablering av fastlegeforum og kommuneoverlegeforum med bl.a. forebygging, samhandlingsreformen og sykehusinnleggelser som tema
- ✓ Faste samarbeidsmøter psykisk helsearbeid/mental helse og psykisk helsearbeid /pårørendegrupper

Forslag til nye tiltak

- ✓ Tiltak som kan bidra til å redusere medisinbruk
- ✓ Tiltak som kan bidra til å mestre det å leve med sykdom eller smerter



3.3 Oppsummering helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Det henvises til kapittel 4 for kilder, utfyllende opplysninger, diagrammer/tabeller og ytterligere statistikk. 2015* refererer til Ungdata-undersøkelsen 8.-10. trinn, regionale tall.

BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

Befolkningsendringer

- Folketall: Gradvis tilbakegang i mange år. 535 færre innbyggere i 2018 enn i 1986. Pr. 1. januar 2018: 2642 innbyggere – 33 færre enn året før.
- Nettoinnflytting: Med unntak av 2014, har nettoinnflytting vært nær null eller negativ etter 2002.
- Fødsler: Antall levendefødte pr. år de siste 10 årene har variert fra 16 til 32 med et gjennomsnitt på 23. Det var 23 i 2017.

Befolkningsframskriving 2040 (SSB, middels vekst, pr. 1.1.16)

Det forventes en reduksjon av innbyggertallet fra 2701 i 2016 til 2611 i 2040 med:

- 274 færre innbyggere yngre enn 66 år
- 62 flere mellom 67 og 79 år
- 122 flere over 80 år (totalt 299 personer)

Etnisitet

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre: Økning fra 42 personer i 2000 til 265 personer i 2017, 9,9 % av innbyggerne. Stabilisering de siste tre årene.

Personer som bor alene

Svingninger i andel, men med noe økning totalt sett fra 2005 til 2017. 22,9 % i 2017.



OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD

Inntekter og utgifter

- Lavinntekthusholdninger, EU 60: Stort sett gradvis økning fra 2006 til 2014 – lavere de to neste årene. 12,4 % (320 personer) i 2016. I gruppen under 18 år var den 15,3 % (73 barn og unge).
- 2015*, regionen: 24 % hadde verken hatt god eller dårlig råd. 4 % hadde hatt dårlig råd hele – eller stort sett hele – tiden.

Mottakere av sosialhjelp

Nedgang siste årene. 2,6 % - 70 personer - i 2016. 18 av dem med forsørgerplikt for barn under 18 år.

Arbeidsledighet

Stort sett fulgt svingningene i landet som helhet i januar de siste årene, men med en større stigning 2010-2014. I januar 2018 var 2,0 % (27 personer) helt arbeidsledige.

Sykefravær (legemeldt)

Mindre svingninger etter 2008. 4,6 % i 3. kvartal 2016.

Uføretrygd og arbeidsavklaringspenger

- Uføretrygd: relativt stabil etter 2002, stigning siste årene. 199 personer var uføretrygdet 2014-2016 (årlig gj.snitt), dvs. 9,9 % av befolkningen fra 18 t.o.m. 66 år.
- Arbeidsavklaringspenger: Gradvis nedgang de siste årene. 4,1 % i 2014-2016 (årlig gjennomsnitt) - dvs. 68 av innbyggerne.

Grunnskole som høyeste utdanningsnivå

Gradvis nedgang etter 1999, noe økning de siste årene. 26,1 % mellom 30 og 39 år i 2016.

Frafall videregående skole

Svingninger mellom 23 og 29 % etter 2007. 27 % - ca. 8 elever – i 2014-2016 (årlig gjennomsnitt).

Barnevern

5 års glidende gjennomsnitt viser en gradvis økning i antall barn som har hatt undersøkelse eller tiltak i barnevernet. I 2001 var det 26 og i 2016 60 barn.



Foto: Ane Holen Lorentzen

Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunene

2015*, regionen - følgende andel sa det var svært bra eller nokså bra i mht:

- Lokaler der de kan treffe andre unge på fritida: 41 %
- Tilbud til ungdom er når det gjaldt idrettsanlegg: 69 %
- Kulturtilbud (kino, konsertscene, bibliotek e.l.) til ungdommen: 55 %
- Kollektivtilbudet: 40 %
- 86 % opplevde det som trygt å ferdes på gater/veier i nærmeste sentrum/tettsted.
- 62 % kunne tenke seg å la ev. barn vokse opp der de selv bodde.
- 32 % trodde de kunne finne en jobb i kommunen som passet dem, etter skolegang.

Drikkevannskvalitet

96,2 % tilfredsstillende hygienisk kvalitet i 2016. Mangelfulle data for 3,8 %.

Trivsel på skolen og opplevelse av krenkende adferd

Opplevelse av trivsel på skolen:

- Score på skoleporten i 2016/2017: 4,3 på 7. trinn (Skala 1-5 med 5 som beste)
Ikke oppgitt på 10. trinn.
- I perioden 2012-2017 (årlig gj.snitt) trivdes 97 % på 7. trinn og 82 % på 10. trinn.

Krenkende adferd:

- Score på skoleporten i 2016/2017: 1,1 på 7. trinn. (Skala 1-5, 1 er best)
Ikke oppgitt på 10. trinn.
- I perioden 2012-2017 var forholdstall (årlig gjennomsnitt) for opplevelse av mobbing på 10. trinn 145, dvs. at standardisert andel var 45 % høyere enn landsnivået. Tall for 7. trinn er bare oppgitt for store kommuner.
- 2015*, regionen:
 - 5 % utsatte andre unge for plaging/trusler/utfrysing på skolen eller i fritida minst hver 14. dag.
 - 3 % ble utsatt for - og 3 % utsatte andre for - plaging eller trusler på internett eller mobil omtrent hver 14. dag eller oftere.

Sosial støtte

2015*, regionen:

- 91 % hadde helt sikkert eller trodde de hadde minst en minst en venn som de kunne stole fullstendig på og betro seg til om alt mulig. 9 % trodde ikke de hadde det – eller hadde ingen de ville kalle venner da de svarte på undersøkelsen.
- 17 % hadde vært veldig eller ganske mye plaget med ensomhet i løpet av siste uke.
- 48 % var helt enige og 43 % litt enige i at lærerne på skolen brydde seg om dem. De øvrige var litt eller helt uenige i utsagnet.



SKADER OG ULYKKER

Sykehusinnleggelser etter ulykker

- 47 personer innlagt etter med personskader 2014-2016 (i årlig gj.snitt).
- 10 av innleggelsene skyldtes hoftebrudd og 7 hodeskader.

Trafikkulykker

- 14 dødsulykker i Dovre kommune 1999-2017
- 216 skadet i samme periode
- 7 skadet i Dovre i 2015
- 3 dødsulykker i regionen i 2017
- Juni er den måneden som er mest ulykkesutsatt

Vold

2015*, minst en gang siste året, regionen:

- 6 % utsatt for trusler om vold
- 18 % slått uten synlige merker
- 7 % sår eller skader pga vold uten at de trengte legebehandling
- Under 1 % skadet så sterkt at det krevde legebehandling

2015*, regionen:

14 % hadde blitt slått av en voksen i familien en/ flere ganger, 2 % mer enn 10 ganger.

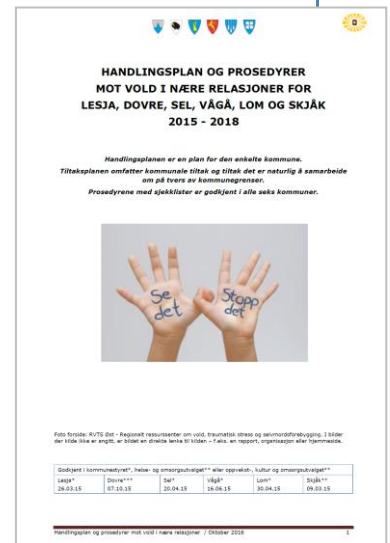


Foto: Vidar Heitkøtter

HELSERELATERT ADFERD

Deltakelse i aktiviteter

2015*, regionen:

- 58 % var med, men 17 % hadde aldri vært med i en organisasjon/klubb/lag/forening.
- 63 % hadde vært med på fem eller flere aktiviteter i følgende fritidsorganisasjoner siste måned: Idrettslag, fritidshus/ungdomshus, religiøs forening, korps, kor, orkester, kulturskole/musikkskole og annen organisasjon, lag eller forening. Idrettslaget var den foreningen flest var med i.
- 36 % hadde vært med på fritids-/ungdomsklubb/-hus en gang eller mer siste måned.
- 15 % hadde drevet med musikk minst to ganger siste uke.
- 9 % hadde hatt lønnet ekstra jobb minst to ganger siste uke.

Tid brukt på ulike medier

2015*, regionen, tid på skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) daglig utenom skoletid:

- Mindre enn 1 time: 7 %
- 1-2 timer: 20 %
- 2-3 timer: 24 %
- 3-4 timer: 22 %
- Mer enn 4 timer: 15 %
- Mer enn 6 timer: 12 %

Det var langt flere jenter enn gutter som brukte mye tid på sosiale medier og omvendt når det gjaldt dataspill.

Tid brukt på lekser

2015*, regionen, gjennomsnittlig tid per dag (utenom skoletida):

- Gjør nesten aldri lekser: 3 %
- Mindre enn ½ time: 9 %
- ½-1 time: 31 %
- 1-2 timer: 31 %
- 2-3 timer: 17 %
- 3-4 timer: 6 %
- Mer enn 4 timer: 4 %

Flere jenter enn gutter satt mer enn 2 timer daglig og brukte helgene til skolearbeid.

Fysisk aktivitet

2015*, regionen: 59 % var fysisk aktiv (svette eller andpustne) mer enn 3 ganger i uken, 12 % 1-2 ganger i måneden eller sjeldnere.

Kosthold

2015*, regionen:

- 66 % spiste frokost, 65 % formiddagsmat og 93 % middag hver dag.
- 16 % spiste frokost og 7 % formiddagsmat en gang i uken eller sjeldnere.
- 4 % drakk energidrikk 4 ganger eller mer i uken og 11 % 1-3 ganger i uken.

Røyk og snus

- 2015*, regionen: Nær 100 % røykte sjeldnere enn en gang i uken. 94 % brukte snus sjeldnere enn en gang i uken.
- Røyking blant kvinner ved start av svangerskapet har gradvis gått ned. 9 % i 2015 (5 års glidende gj.snitt).

FORTS. HELSERELATERT ADFERD

Alkohol og andre rusmidler

2015*, regionen:

- 17 % fikk lov å drikke alkohol av foreldrene sine.
- 12 % hadde drukket så mye at de hadde følt seg tydelig beruset en gang siste 6 måneder.
- 15 % hadde drukket så mye at de hadde følt seg tydelig beruset 2 ganger eller mer siste 6 måneder (en ytterst liten prosent, mer enn 10 ganger).
- 9 % drakk alkohol 1-3 ganger i måneden eller hver uke.
- Ungdommen skaffet seg alkohol gjennom foreldre, venner, andre voksne – eller de tok hjemme.
- 11 % hadde vært passasjerer hos en sjåfør som hadde drukket alkohol.
- 3 % hadde selv kjørt moped/annet motorisert kjøretøy etter å ha drukket alkohol.
- 1 % hadde brukt hasj minst en gang siste 12 måneder.
- 6 % hadde brukt dopingmidler minst en gang siste 12 måneder (en liten prosent 6 ganger eller mer).

HELSETILSTAND

Opplevelse av helse, livskvalitet og selvbylde

2015*, regionen:

- 73 % var svært eller litt fornøyd med helsa.
- 78 % var stort sett fornøyd med seg selv.
- 31 % var ofte skuffet over seg selv.

Flere gutter enn jenter var fornøyd med seg selv og helsa.

Forventet levealder

83,3 år for kvinner og 77,5 år for menn i årlig gj.snitt i perioden 2002-2016.

For personer med videregående utdanning var den 86 år for kvinner og 79,6 år for menn i årlig gj.snitt i perioden 2001-2015.

Diabetes (sukkersyke)

Gradvis økning i bruk av legemidler mot diabetes type 2 fra 2007 til 2016. 87 personer (30-74 år), årlig gj.snitt 2014-2016.

Hjerte- og karsykdommer

- Noe økning i bruk av medikamenter mot hjerte- og karsykdommer fra 2007 til 2016. 450 personer 0-74 år, årlig gj.snitt 2014-2016.
- Økning i bruk av kolesterolsenkende medikamenter samme periode. 305 personer 0-74 år, årlig gj.snitt 2014-2016.
- 403 personer 0-74 år var hos fastlege eller legevakt med hjerte-/karsykdom, årlig gj.snitt 2014-2016.
- 63 dag- og døgnopphold i spesialisthelsetjenesten årlig gj.snitt 2013-2015.
- Gradvis reduksjon i dødelighet etter 1999, stabilisering siste årene. Færre enn tre i årlig gj.snitt 2006-2015.

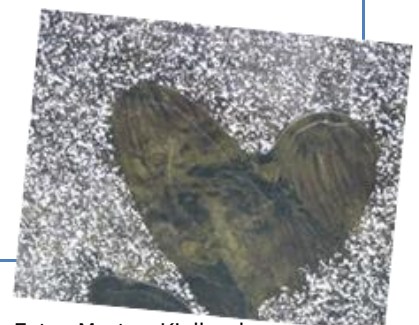


Foto: Morten Kielland

FORTS. HELSETILSTAND

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

Relativt stabil bruk av medisiner mot KOLS og astma totalt sett, men en økning hos kvinner fra 2007 til 2016. 109 personer 45-74 år, årlig gj.snitt 2014-2016.



Foto: Vidar Heitkøtter/GD 272-11

Smerter

- Svingninger, men noe nedgang i bruk av smertestillende medikamenter på resept fra 2007 til 2016. 584 personer, årlig gj.snitt 2014-2016.
- 2015*, regionen: 14 % - flere jenter enn gutter - brukte reseptfrie medikamenter minst en gang hver uke, men ikke daglig. 2 % brukte det daglig.

Muskel- skjelettlidelser

834 personer (0-74 år) var hos fastlege, legevakt, fysioterapeut eller legevakt, årlig gj.snitt 2014-2016.

Søvnproblemer, psykiske plager og lidelser

- 204 personer (0-74 år) brukte antidepressiva eller antipsykotika, 2014-2016 (årlig gj.snitt)
- 232 personer brukte sovemidler eller beroligende midler, samme periode og aldersgruppe som over.
- 316 personer (0-74 år) var hos fastlege/ legevakt, 2014-2016 (årlig gj.snitt)
- 2015*: 10 % hadde vært «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av følgende siste uken: Følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt seg ulykkelig, trist eller deprimeret, følt håpløshet med tanke på framtida, følt seg stiv eller anspent og bekymret seg for mye om ting. Det var flere jenter enn gutter som var plaget.
- 2015*: 19 % hadde vært veldig eller ganske mye plaget med søvnproblemer siste uken.

Smittsomme sykdommer

Vaksinasjonsdekning mellom 94 % og 98 % for 2- og 9-åringer.

Totalt sett få meldinger til Folkehelseinstituttet, unntaket er genitale chlamydiainfeksjoner, antall varierer fra år til år – høyeste antall i et enkelt år fra 2005 til 2016 var 19.

Antibiotika

Svingninger fra år til år mht antibiotikaresepter, men ser likevel ut til å være en gradvis reduksjon i bruken. 2016: 697 resepter til personer fra 0 til 79 år.

Kreft

Gradvis økning mht nye krefttilfeller fra 1999 til 2016. 19 nye tilfeller i årlig gj.snitt 2007-2016. Relativt stabilt mht kreft-dødelighet, men obs svært små tall - tre i årlig gj.snitt samme periode.

Tannhelse

85 % av 5-åringene, 40 % av 12-åringene og 29 % av 18-åringene hadde ikke hatt behov for fyllinger i 2016.

På ungdomsundersøkelsen i regionen (8. og 10. trinn) anga 72 % av de spurte at de pusset tennene flere ganger om dagen. De øvrige en gang om dagen eller sjeldnere.

3.4 Påvirkningsfaktorer og utfordringer gravide, barn, unge og familier i Nord-Gudbrandsdal

Dette notatet er utarbeidet av helsesøstre og jordmødre i Lesja, Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk i samarbeid med koordinator i samfunnsmedisin i Nord-Gudbrandsdal i oktober 2016. (Andre oppdatering etter 2012)

Helsesøstrenes og jordmødrenes opplevelse er at veldig mange barn og unge har gode oppvekstvilkår i kommunene i Nord-Gudbrandsdal.. En generell utfordring ser ut til å være at det er store sosiale forskjeller i regionen – som ellers i landet. Det er viktig å prioritere helsefremmende og forebyggende tiltak som reduserer – og ikke øker - disse forskjellene. Oppsummeringen i dette notatet er et uttrykk for helsesøstrenes og jordmødrenes opplevelser av utfordringene. Omfanget av utfordringene varierer fra kommune til kommune. Pga små forhold er vanskelig med en oppsummering for hver enkelt kommune.

Graviditet og fødsel

- Lavere toleranse for plager i graviditeten kan medføre hyppigere sykmeldinger. Samtidig er det også gravide som presser seg langt i krevende yrker.
- Psykiske plager som angst, nedstemthet og depresjon ser ut til å være i økning eller det er mer åpenhet om plagene - ev. en kombinasjon. Plagene kan bl.a. være relatert til forventninger om at "alle skal være glade og flinke", konkurranse om å være flinkest i forhold til fødsel og amming, selvbilde og parforhold.
- En tendens til økende vekt hos gravide kan være en utfordring når det gjelder både mor og barnets helse.
- Bruk av internett og sosiale medier gir lett tilgang på mye informasjon – også ukritisk og feil informasjon - som kan oppleves skremmende.
- Mange gravide kan ha lite sosialt nettverk.
- Det oppleves som en stor utfordring å gi god nok omsorg og helsehjelp til flyktninger, asylsøkere og andre fremmedspråklige pga språkbarriere og kulturforskjeller i tillegg til deres ev. tidligere traumer, fysiske og psykiske plager.

Samspill, utvikling og grensesetting

- Mye besøk rett etter fødsel, stor sosial omgang, for mange tilbud til småbarnsforeldre, tidspress i familien, utarbeidende foreldre med stor arbeidsbelastning og støy/uro gjennom TV/pc/sosiale medier er faktorer som kan gi utfordringer i samspill barn/foreldre.
- Økt fokus på sikkerhet kan føre til at foreldre legger begrensninger i barnas livsutfoldelse.
- Når foreldre opplever at det er synd på barna tøyes grensene for barna. Det kan også være kompensasjon for dårlig samvittighet og lite overskudd etter f.eks. samlivsbrudd. For å unngå konflikter kan foreldre lettere gi etter for press fra barna. Bruk av data/pc/tv er et område der grensesetting ser ut til å være utfordrende for foreldre.

Sosiale miljøer og nettverk

- Familier kan være mer sårbare nå enn tidligere på grunn av økt flytting, samlivsbrudd og familiestrukturer som er i stadig endring.
- Det kan være utfordringer i forhold til integrering av tilflyttere som blir større når en av foreldrene er hjemmeværende og barna ikke begynner i barnehagen.
- Stigmatisering av familier i små samfunn kan være en sosial utfordring.
- Noen barn og unge kan ha mindre foreldrekontakt i dag enn tidligere pga mangel på fysisk og/eller psykisk nærvær. Årsaker kan bl.a. være sosiale medier, bruk av mobiltelefon, forhold i arbeidssituasjon, fritidsaktiviteter og endring av samfunnsstruktur.
- Det kan være vanskelig å få avlastning / bistand i hjem der det er behov for det. Det er mangel på besøkshjem, men også gode ordninger på hjelp i hjemmet.

Søvn

- Det er en rekke problemer relatert til søvn – både hos barn og voksne – bl. a. fordi foreldrene har andre forventninger til søvnrutiner nå enn tidligere. Det forventes ofte at spedbarn skal sove hele natten, noe som ikke er i tråd med anbefaling om nattamning.
- Mange foreldre opplever manglende søvn over tid som en hovedutfordring i det å være småbarnsforeldre.
- Etter samlivsbrudd kan endret døgnrytme ved helgesamvær/bytte mellom bosted føre til uregelmessig søvn.
- Økt bruk av pc/tv/sosiale medier kan være utfordrende med tanke på leggerutiner og nok søvn

Psykisk helse inkludert rus

- Det ser ut til å være en tendens til mer stressrelaterte plager hos noen barn/unge som deltar i for mange aktiviteter – «er alltid på farten».
- Uro og konsentrasjonsproblemer sees hos en rekke barn - og settes bl.a. i sammenheng med nettverdenen og mange inntrykk, tap av nære relasjoner, samlivsbrudd og konflikter mellom foreldrene.
- Dårlig trivsel og psykiske plager er en utfordring for en rekke barn og unge. Det kan skyldes mobbing på skolen og på nett, utestengning, ensomhet, tap, vanskelige forhold i familien som rus og vold. Et høyere krav til teoretisk kunnskap i skolen og mindre praksisfag kan også være belastende i tillegg til mer konkurranse i hverdagen (for eksempel i forhold til hvor mange som liker deg og dine innlegg på nett).

Fysisk aktivitet, kosthold og vekt

- Kortere barselopphold kan føre til problemer med å få en god start på og for å lykkes med amming. Det er i tillegg en del feilinformasjon om amming fra nettet, familie og venner. Kulturforskjeller kan også være en årsak til at barn ikke blir ammet.
- Lett tilgang på usunn mat utgjør en generell helserisiko. I kombinasjon med mindre fysisk aktivitet fører det til overvekt. Lange avstander og manglende tilrettelegging med gang/sykkelveg kan være en årsak til at barn ikke går/sykler til og fra skole/aktiviteter.
- Selv om lite fysisk aktivitet er en utfordring for mange barn og unge, ser det også ut til å være mange som trener mye innenfor idretter der det ikke er tilstrekkelig fokus på skadeforebygging og variert trening. Det kan gi økt risiko for overtrening og belastningsskader.
- Det er generelt for mye fokus på kropp og vekt i samfunnet som kan forstyrre kroppsbilde / selvfølelsen.
- Kulturforskjeller i forhold til vektlegging av fysisk aktivitet.



Foto: H. Lorentzen

4 Helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Dette kapittelet omfatter helsetilstand og påvirkningsfaktorer (blå rammer) for befolkningen i Dovre kommune eller regionen, med bl.a. begrunnelse for valg av indikator og analyse av årsaker og konsekvenser (grønne rammer). Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen – som også er påvirkningsfaktorer – er beskrevet i kapittel 3.

4.1 Befolkningssammensetning

4.1.1 Befolkningsendringer

Folketallet i Dovre kommune har vært i gradvis tilbakegang i mange år. Etter 1986 har det blitt 535 færre innbyggere i kommunen. Pr. 1. januar 2018 var det 2642 innbyggere i Dovre – en nedgang på 33 fra året før.

Det var samtidig totalt 18700 innbyggere i de seks kommunene i Nord-Gudbrandsdal, en nedgang på 3029 personer etter 1986.

Med unntak av 2014, har nettoinnflytting vært nær null eller negativ fra 2002 til 2016.

Antall levendefødte pr. år de siste 10 årene har variert fra 16 til 32 – med et gjennomsnitt på 23. Det var 23 levendefødte i 2017. I Nord-Gudbrandsdal har det vært mellom 141 og 164 levendefødte hvert år de siste fem årene.

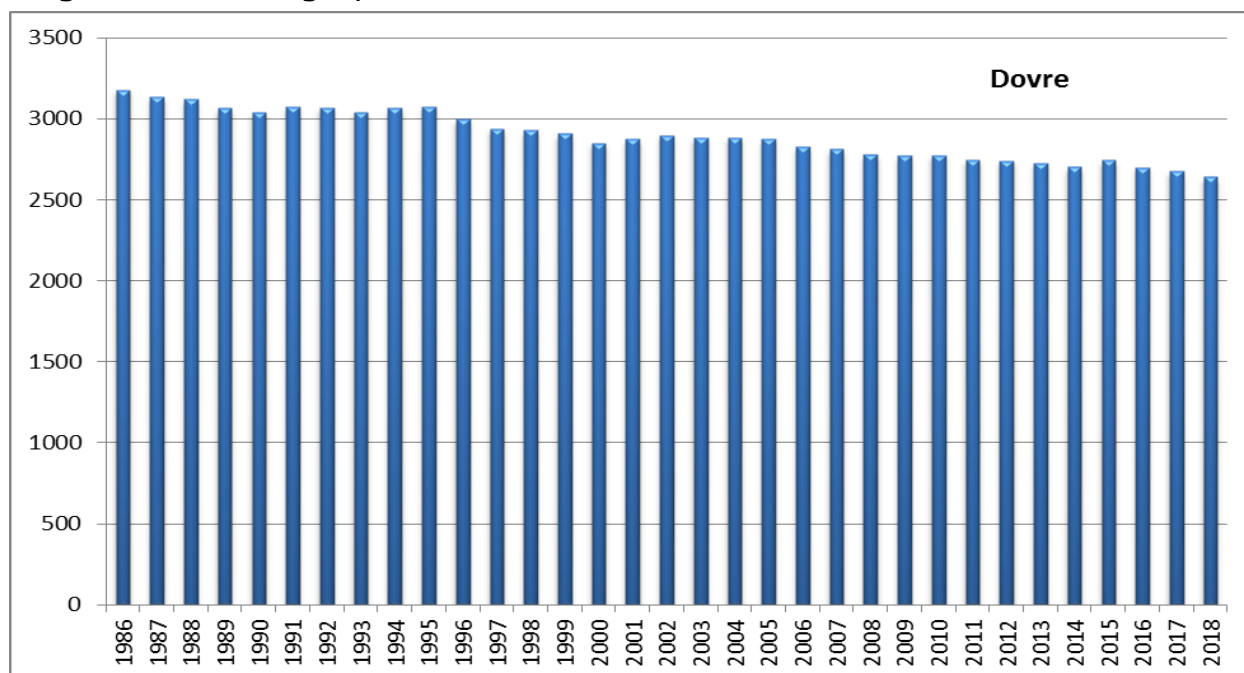
Befolkningsutvikling blir generelt sett vurdert som en viktig indikator for regional utvikling. Ønsket om befolkningsvekst har sammenheng med flere forhold bl.a. kommunens inntektsgrunnlag og tilgang på arbeidskraft.

Årsaker til utflytting: Utdanning (videregående og høyere utdanning), mangel på praksis- og læringsplasser, etablering av familie, muligheter for arbeid – spesielt kompetanse-arbeidsplasser (for par), har nådd metningspunkt for sysselsetting i landbruk, fagmiljø, behov for et større miljø, få og gamle boliger, lite mangfold i tjenestetilbud i forhold til større steder.

Årsaker til tilflytting: Økt innvandring, tilknytning, gode oppvekstvilkår, natur, friluftsliv, lite miljø som gir trygghet («alle kjenner alle»), muligheten for avstand mellom boliger

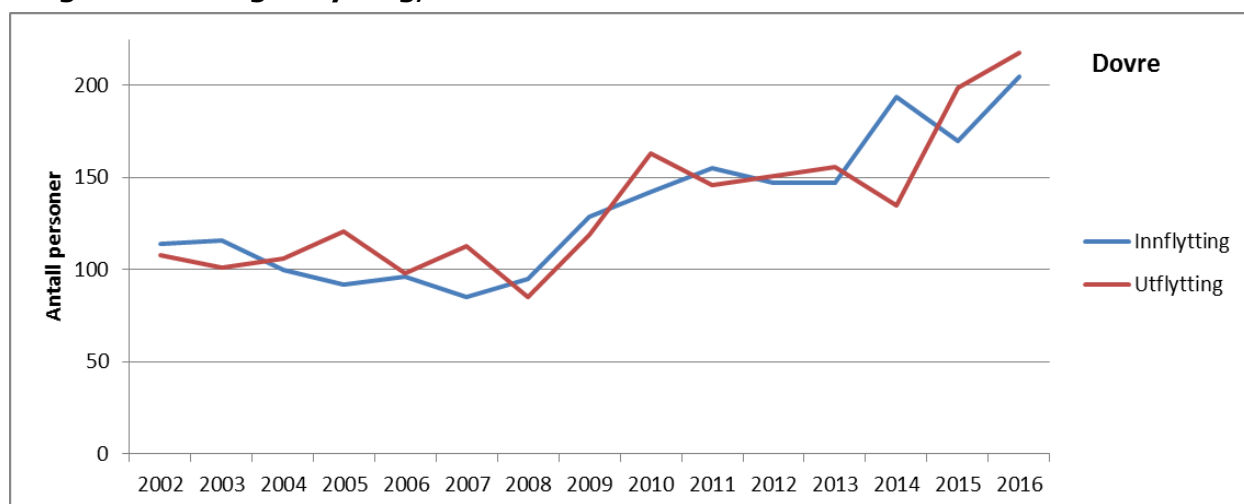
Gradvis reduksjon av innbyggere medfører utfordringer mht arbeidskraft som igjen kan få konsekvenser for omfang og kvalitet av de ulike tjenestene som skal leveres.

Diagram: Folkemengde, 1986-2018



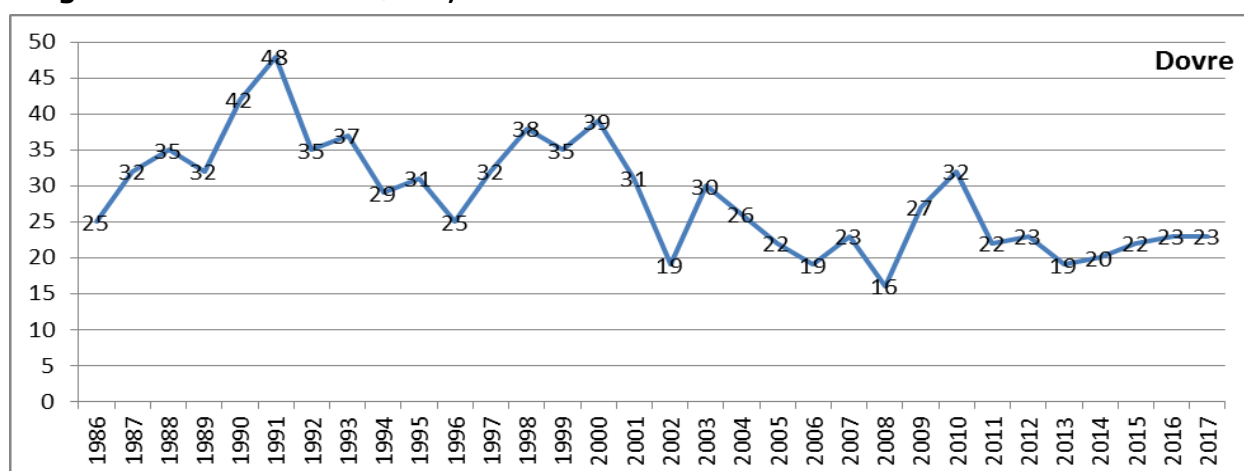
Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: SSB

Diagram: Inn- og utflytting, 2002-2016



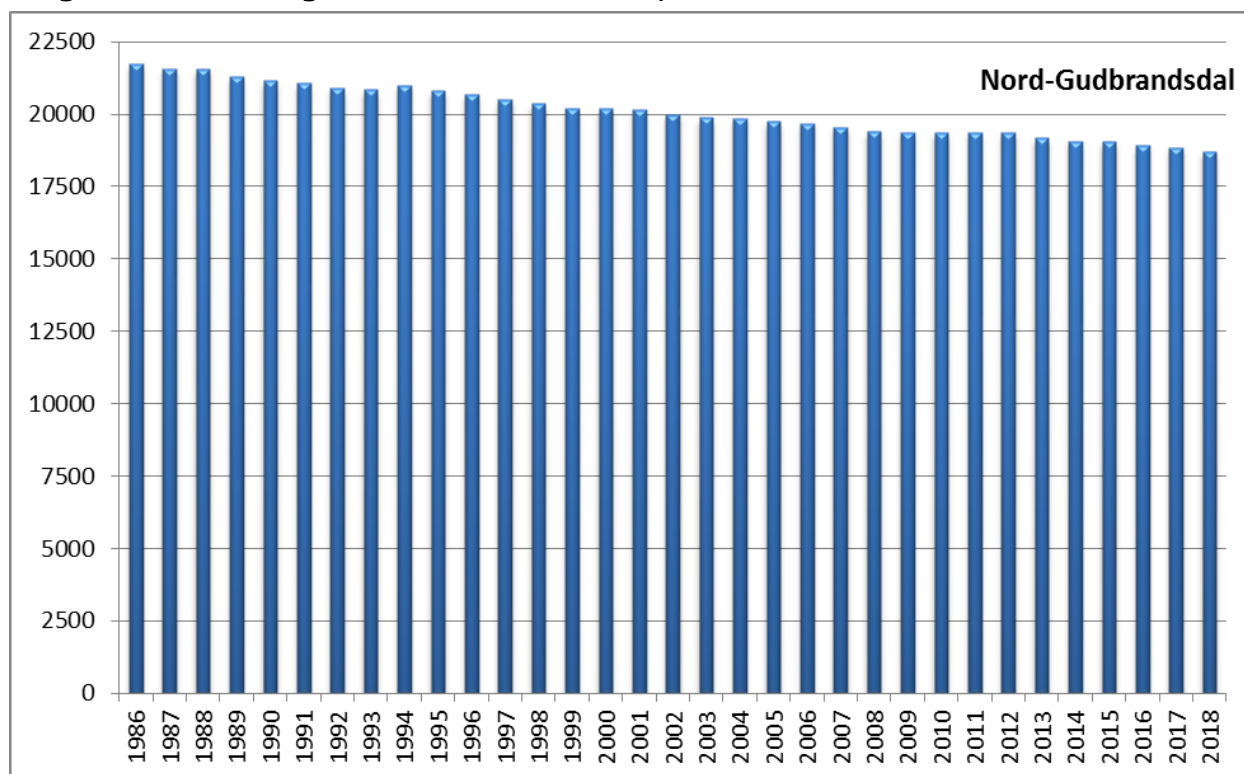
Antall personer som har flyttet inn og ut av kommunen. Kilde: SSB.no

Diagram: Antall levendefødte, 1986-2017



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

Diagram: Folkemengde Nord-Gudbrandsdal, 1986-2018



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

4.1.2 Befolkningsframskriving

Befolkningsframskriving for Dovre kommune basert på utvikling frem til 1.1.16 - og middels vekst - antyder en reduksjon av innbyggertallet fra 2701 i 2016 til 2611 i 2040.

Det forventes en reduksjon på totalt 274 personer i alle aldersgrupper under 66 år.

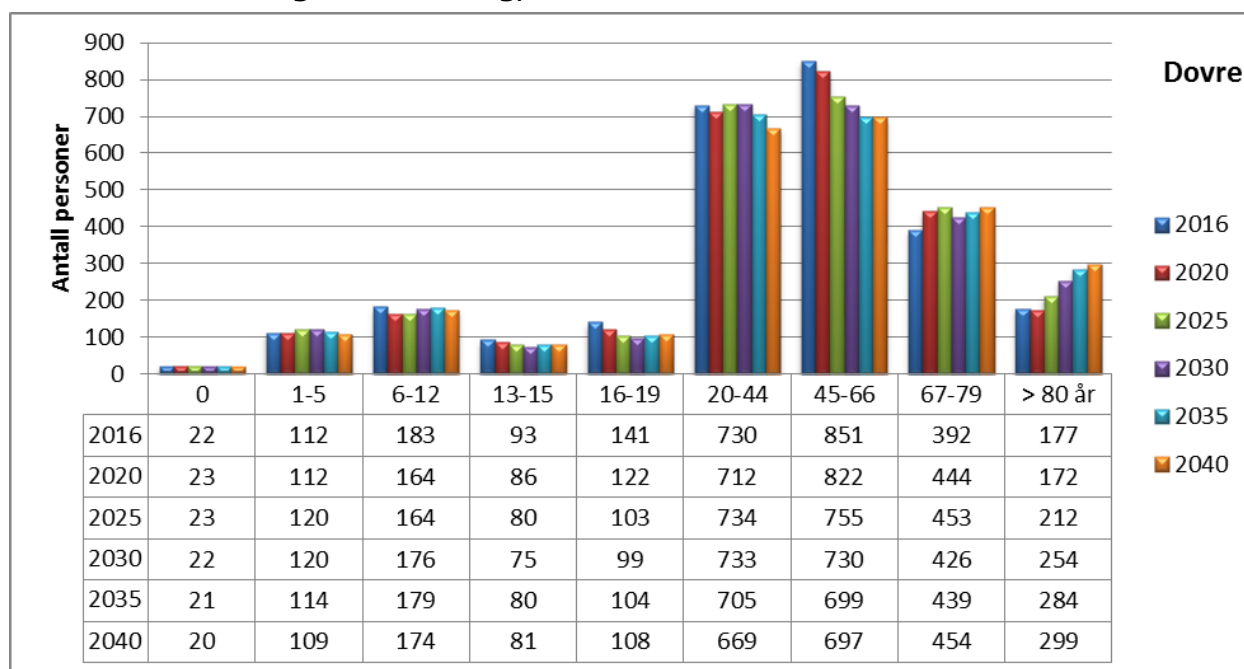
I aldersgruppen 67-79 år forventes det en økning på 62 personer.

I aldersgruppen over 80 år forventes det en økning på 122 personer - fra 177 til 299.

Årsaken til endret sammensetning 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 – inkludert demens. Det vil gir et større press på helse- og omsorgstjenestene. Færre i yrkesaktiv alder kan bli en utfordring mht arbeidskraft i kommunen.

Tabeller: Befolkningsframskriving, 2016–2040



År	2016	2020	2025	2030	2035	2040
Innbyggere totalt	2701	2657	2644	2635	2625	2611

Framskrevet folkemengde for utvalgte år til 2040, med utgangspunkt i folketallet per 1.1.2014. 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

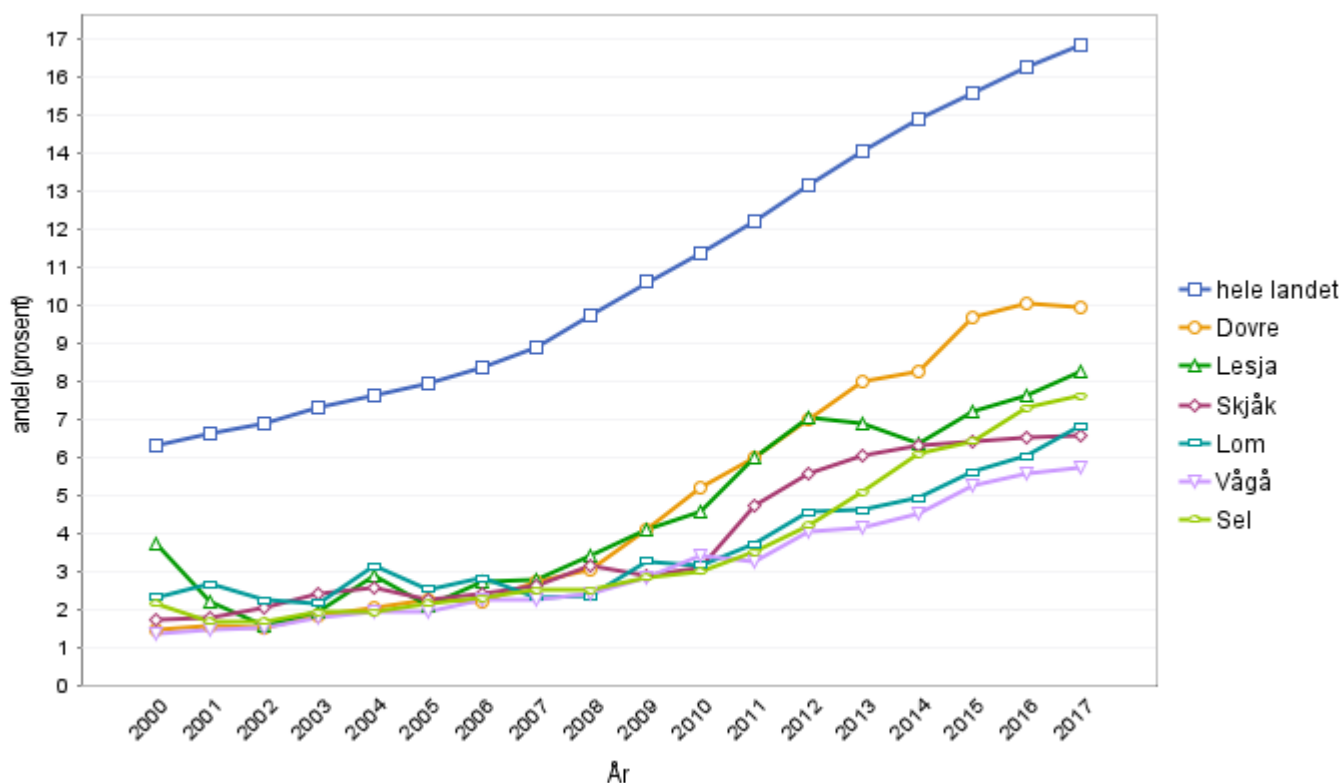
4.1.3 Etnisitet

Det har vært en gradvis økning i andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Dovre kommune over mange år, men med en stabilisering de siste tre årene. Antallet var 42 personer i 2000 og 265 personer i 2017. I 2017 tilsvarte det 9,9 % av innbyggerne.

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

Kommunal kompetanse om helse blant flyktninger og innvandrere er en forutsetning for å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeid. Tiltak som reduserer språkproblemer og letter integreringen er viktig i folkehelsearbeid. Konsekvens av manglende integrering og lite sosialt nettverk, kan bl.a. være psykiske plager.

Diagram: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 2000-2017



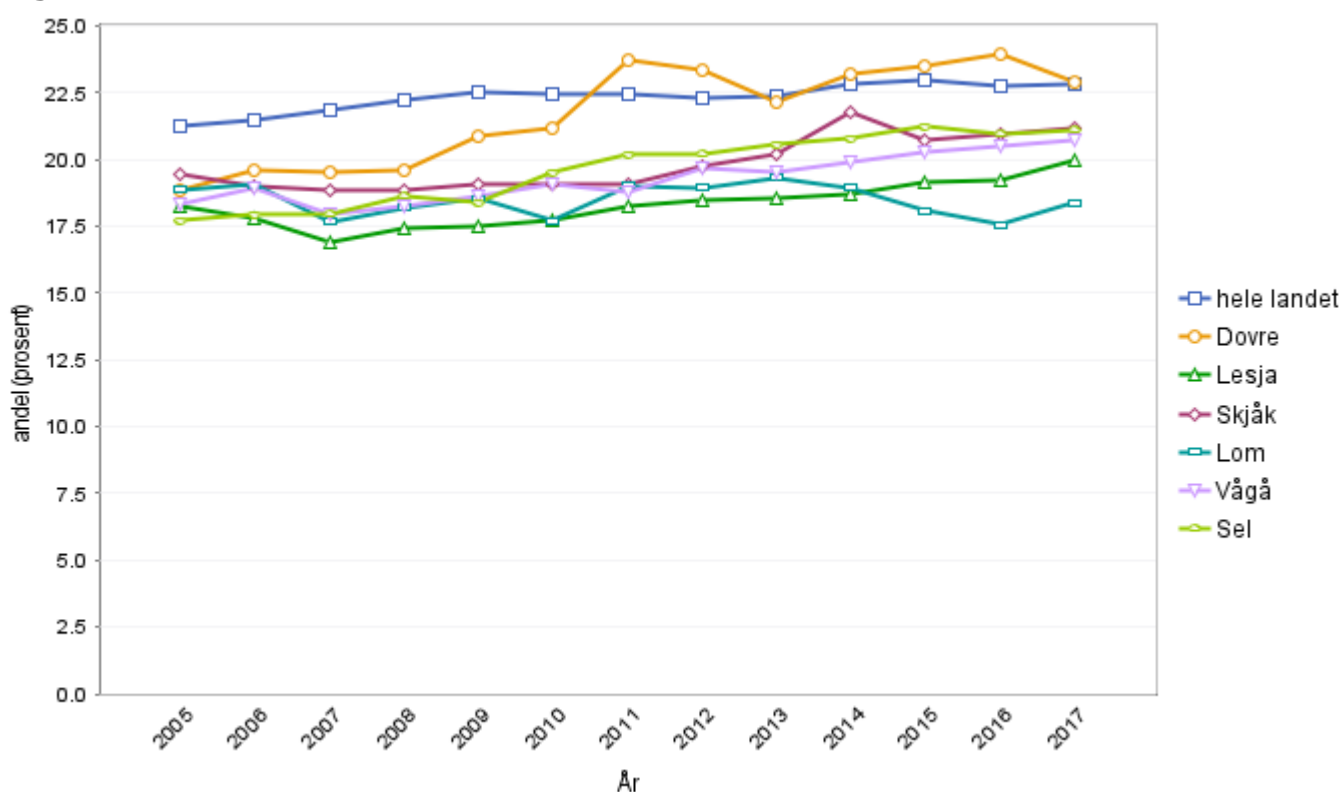
Andel personer med to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar hvert år, i prosent av befolkningen. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge er ikke med. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommune helsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

4.1.4 Personer som bor alene

Det har vært noe svingninger i andel personer som bor alene i Dovre, men med noe økning totalt sett fra 2005 til 2017. I 2005 var den 18,9 % i og i 2017 22,9 %. I landet som helhet var den 22,8 % i 2017.

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

Diagram: Personer som bor alene, 2005-2017



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

4.2 Oppvekst- og levekårsforhold

4.2.1 Inntekter og utgifter

Lavinntekt, EU60: Fra 2006 til 2016 har det stort sett vært en jevn økning i andel personer i lavinntekthusholdninger i Dovre kommune, men med en reduksjon de siste par årene. I 2016 var andelen 12,4 % (320 personer). I landet som helhet var den 11 % samme år.

I aldersgruppen under 18 år har det også vært en jevn økning i andel personer frem til 2014 (19,3 %). I 2016 var den 15,3 % - dvs. 73 barn og unge. I landet som helhet var den 12,3 % samme år.

I Ungdataundersøkelsen på 8.- 10. trinn i regionen i 2015 anga 24 % at de verken hadde hatt god eller dårlig råd og 4 % at de hadde hatt dårlig råd hele – eller stort sett hele – tiden.

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. Kommunehelse 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: Lavinntekt (husholdninger), EU60, alle aldre, 2006-2016

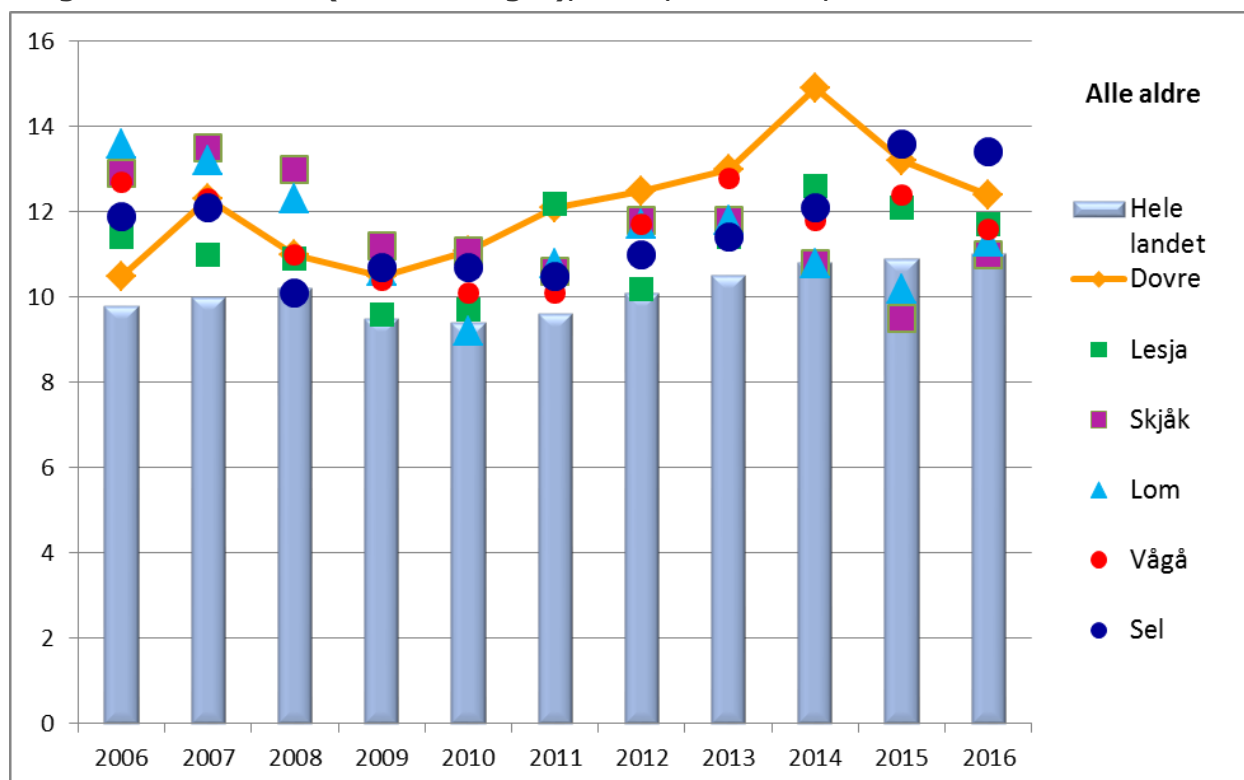
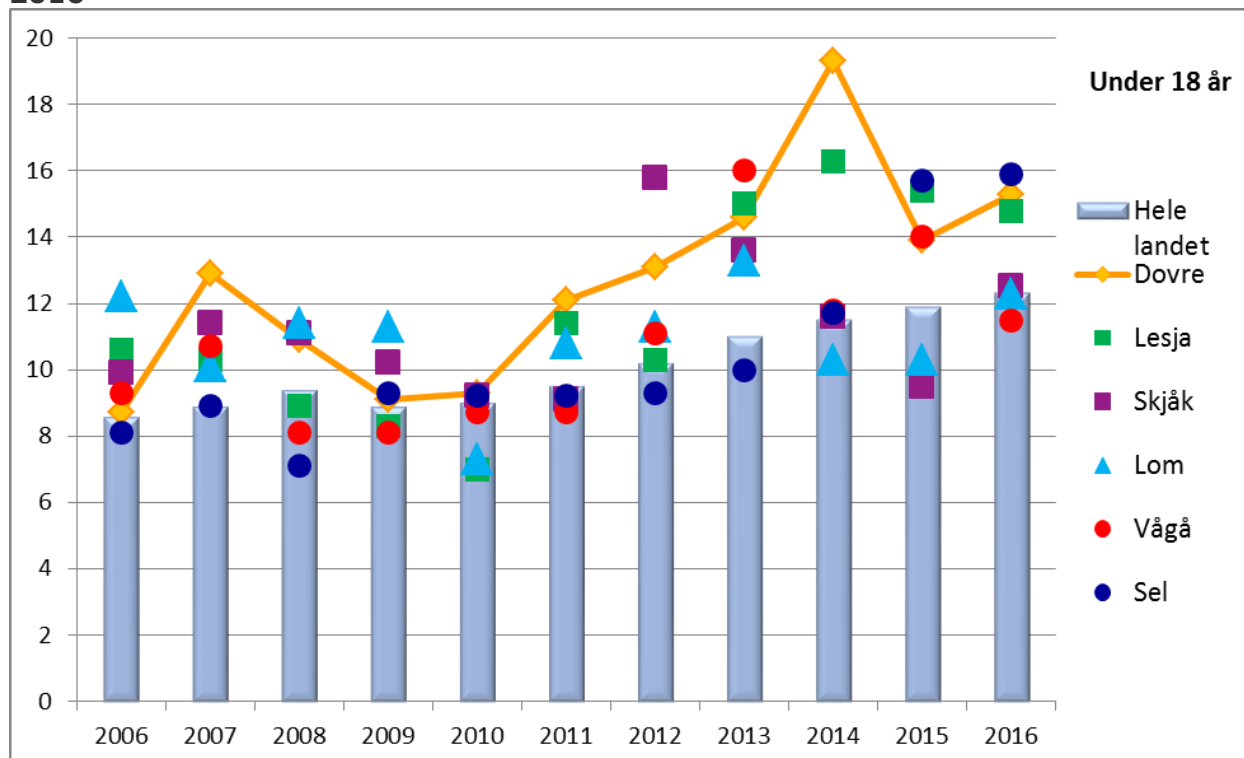


Diagram: Lavinntekt (husholdninger), EU60, under 18 år, 2006-2016



Forklaring diagrammer denne siden – for alle aldre og alder under 18 år: Personer i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. 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. Tallene for landet er korrigert. Studenthusholdninger er ikke med. Kilde: SSB.no

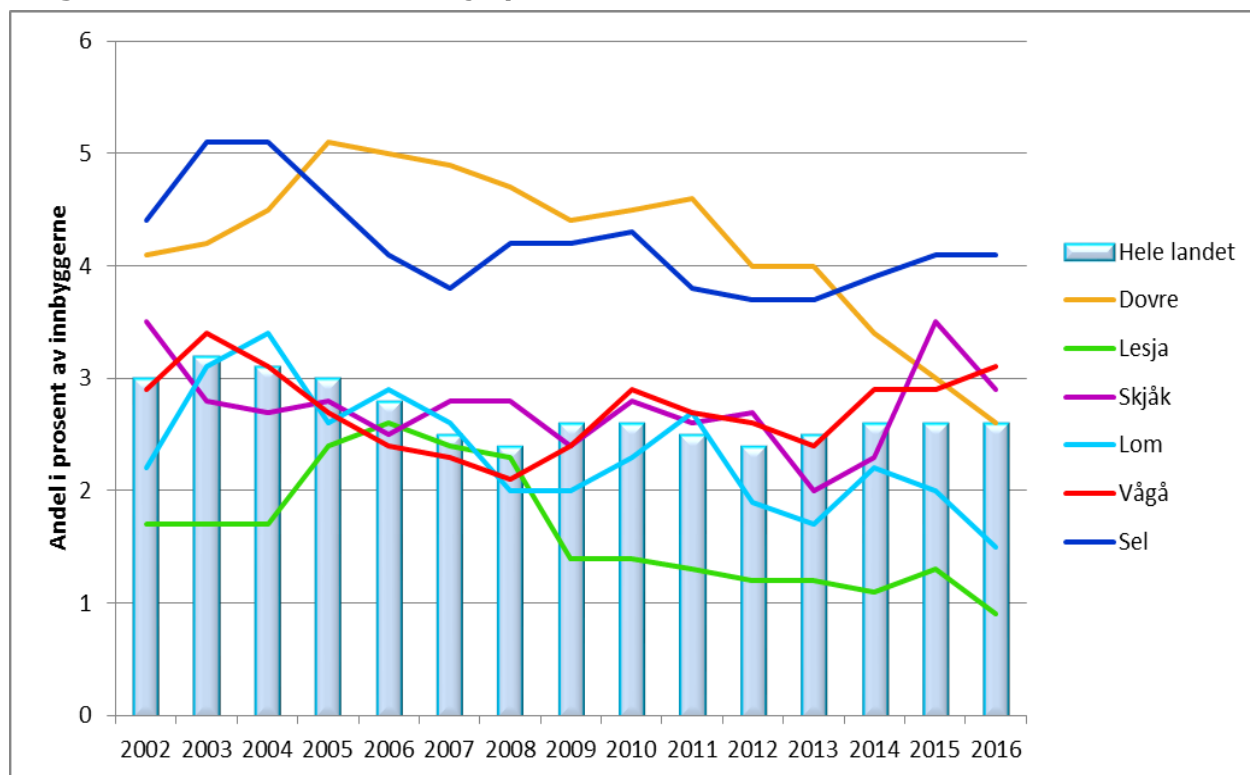
4.2.2 Mottakere av sosialhjelp

Det har vært svingninger mht andel som har mottatt sosialhjelp i Dovre kommune etter 2002, men med en nedgang de siste årene. I 2016 var den 2,6 % - dvs 70 personer mottok sosialhjelp i kommunen. Samme år var det 18 sosialhjelpsmottakere med forsørgerplikt for barn under 18 år.

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 sosialhjelp, 2002-2016



Andel som har mottatt sosialhjelp i forhold til antall innbyggere. En og samme mottaker kan gå igjen i flere kommuner dersom vedkommende har fått økonomisk sosialhjelp i flere kommuner i løpet av året. Kilde: SSB

4.2.3 Arbeidsledighet

Arbeidsledigheten i Dovre pr. januar måned har stort sett fulgt konjunktorene i landet som helhet etter 2001 – med unntak av årene 2010-2014 da den lå noe høyere. Pr. januar 2016 var den 2,4 %. Arbeidsledigheten i aldersgruppen 15-29 år var 2,9 % samme år. *Kilde: kommunehelsa*

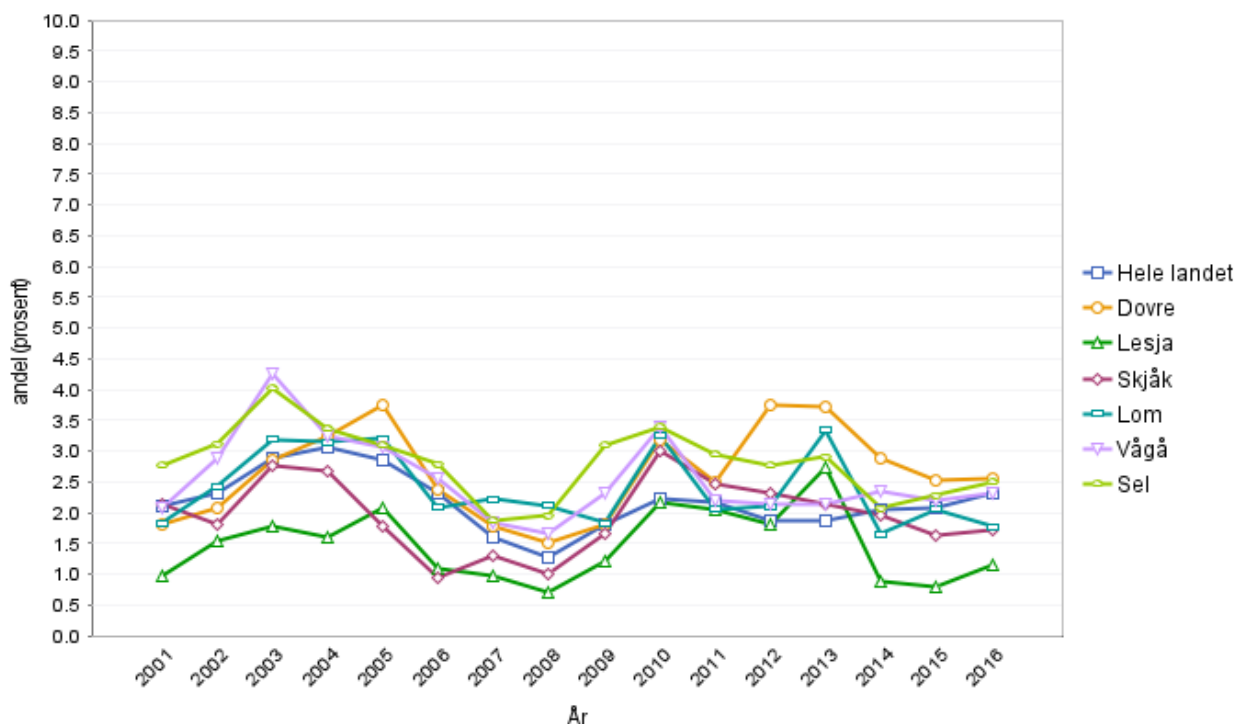
I januar 2018 var 2,0 % av arbeidsstyrken (27 personer) helt arbeidsledige. *Kilde: NAV*

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

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: Arbeidsledighet, 2001-2016



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

4.2.4 Sykefravær

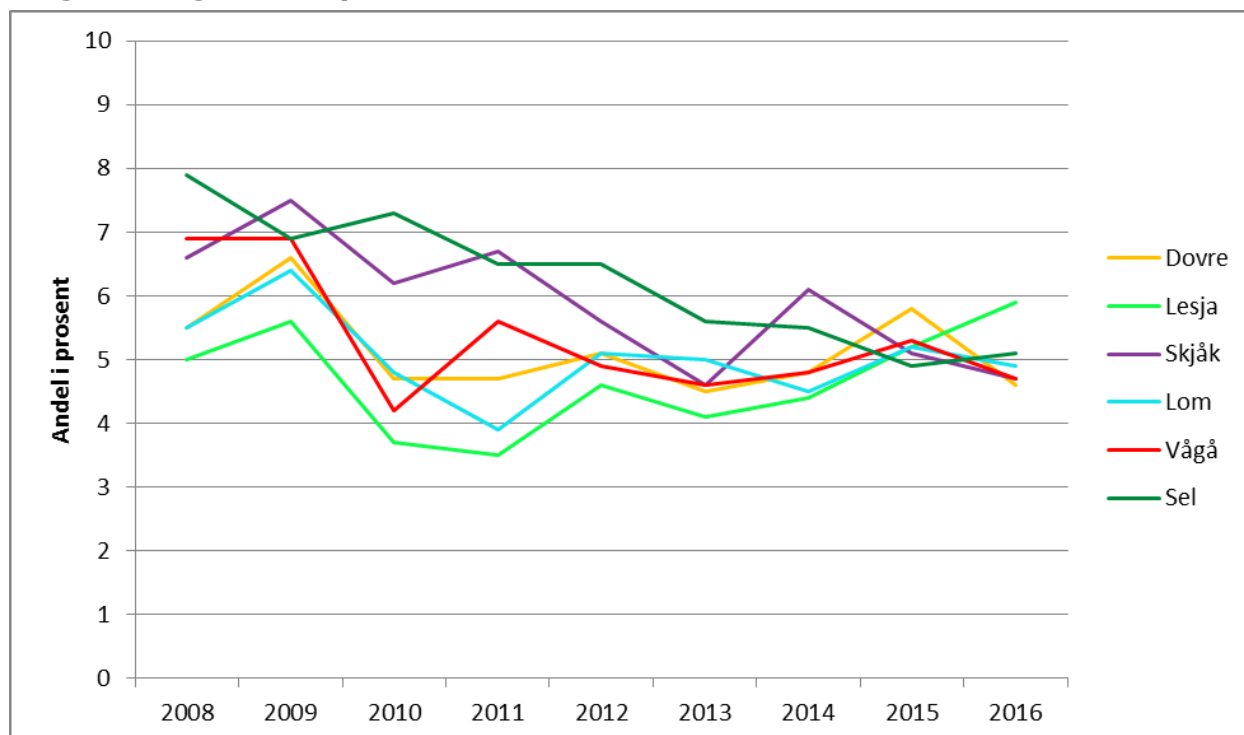
Det har vært mindre svingninger i legemeldt sykefravær (3. kvartal) i Dovre etter 2008. I 2016 var det 4,6 %.

For ansatte i Dovre kommune var det totale sykefraværet (egenmeldt og legemeldt) 5,76 % for perioden 4. kvartal 2016 – 3. kvartal 2017 – og lavest av alle kommunene i Oppland.

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 uføretrygding, 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, 3. kvartal 2008-2016



Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, 3. kvartal, begge kjønn, 16-69 år. År. Kilde SSB

4.2.5 Uføretrygd og arbeidsavklaringspenger

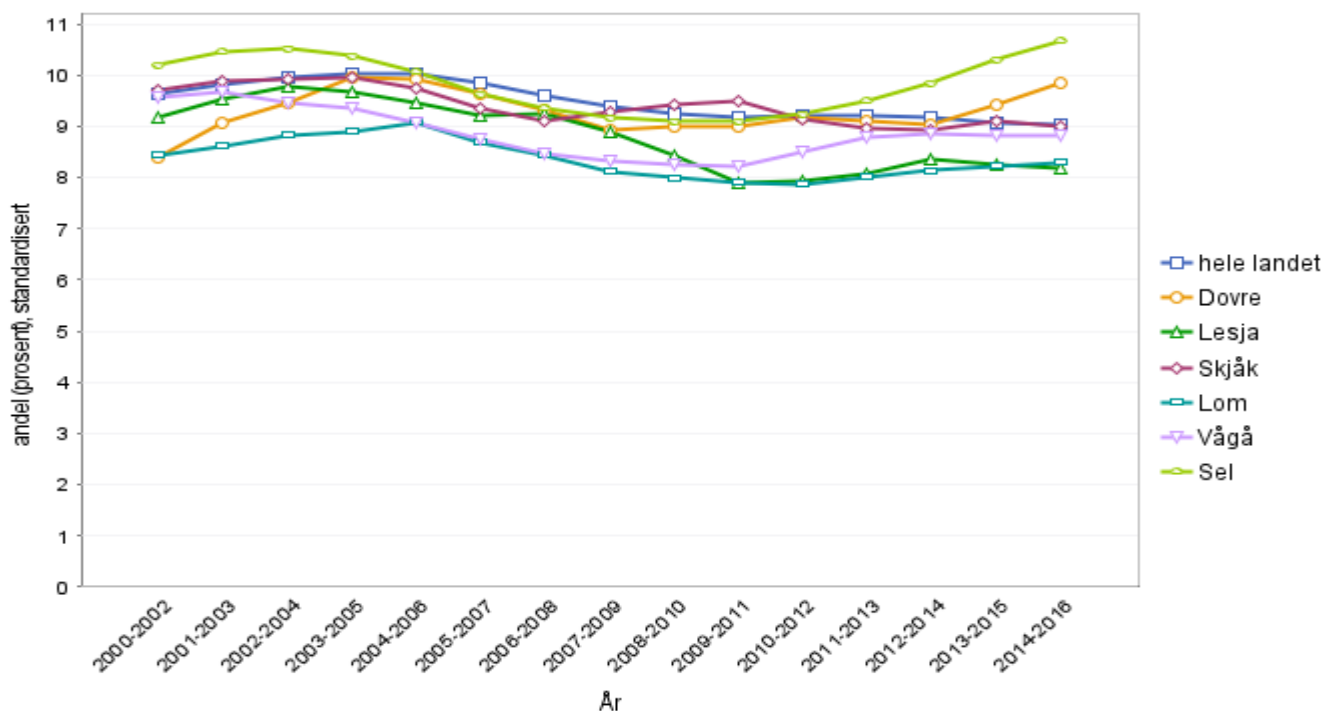
Andelen uføretrygdde i prosent av befolkningen fra 18 til 66 år i Dovre kommune har vært relativt stabil etter 2002, men med en stigning de siste årene. I perioden 2000-2002 (årlig gjennomsnitt) var den 8,4 % og i 2014-2016 9,9 %. I sistnevnte periode tilsvarte det 199 personer i årlig gjennomsnitt. Det er ikke oppgitt data for yngre uføretrygdde pga små tall.

Det har vært en gradvis nedgang i andel som får arbeidsavklaringspenger i kommunen de siste årene. I perioden 2014-2016 (årlig gjennomsnitt) var den 4,1 % - dvs. 68 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.

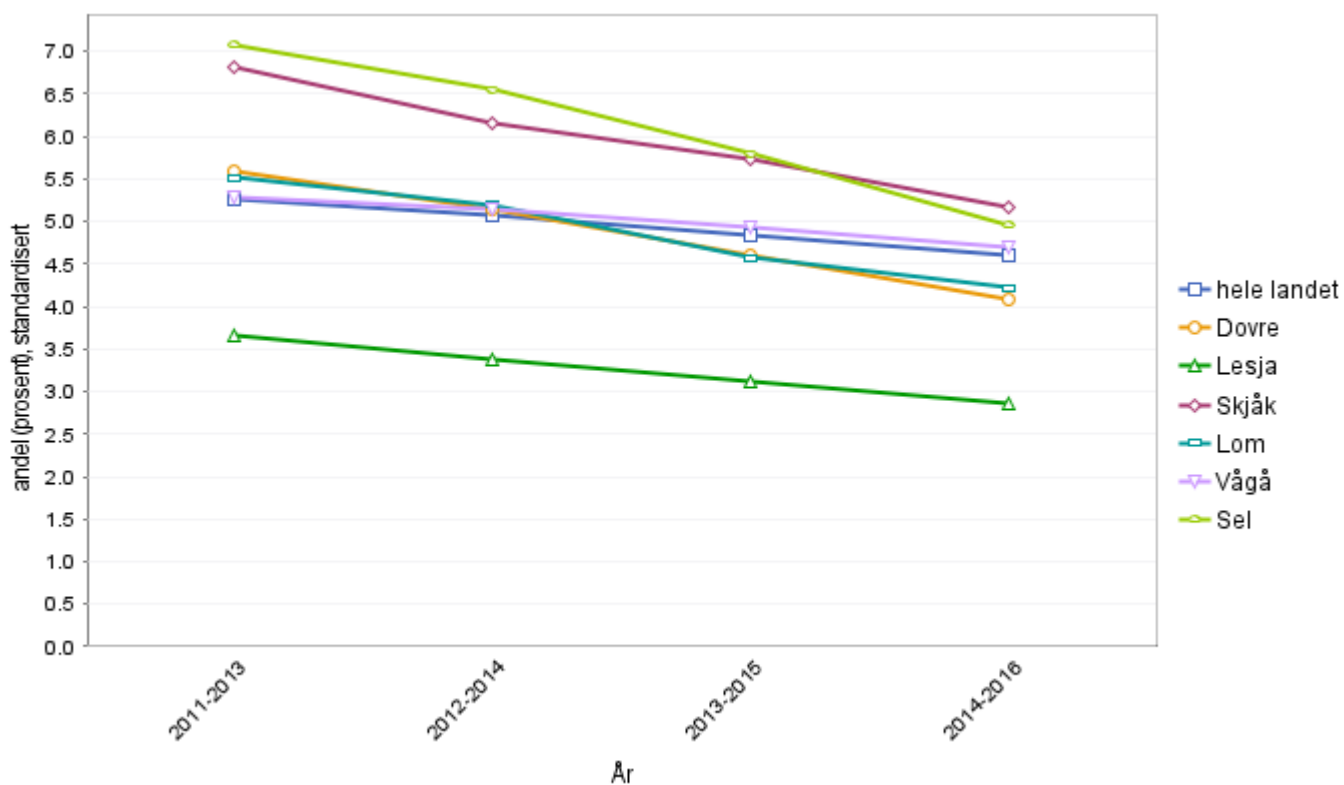
Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. 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, 2002-2016



Andel 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, 2013-2016



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>

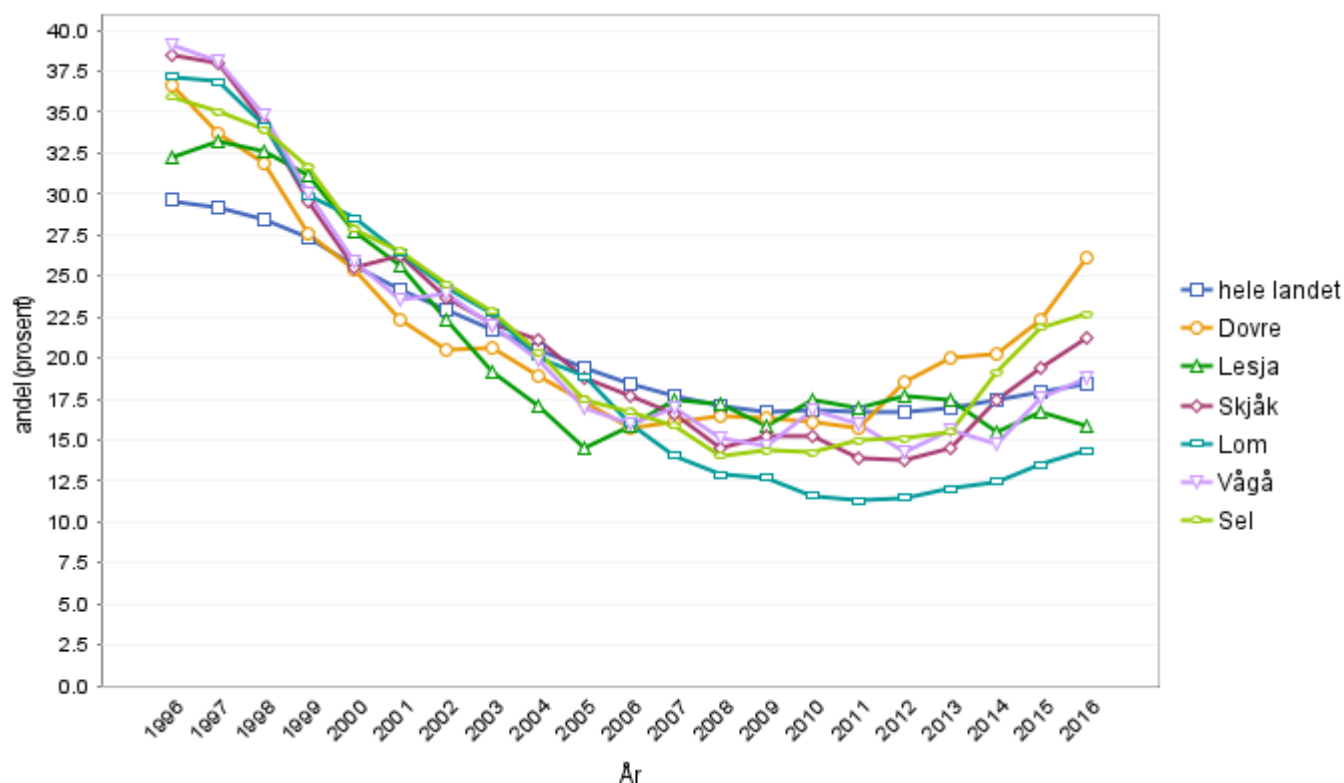
4.2.6 Grunnskole som høyeste utdanningsnivå

Dovre kommune har etter 1996 hatt en gradvis reduksjon i andel personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå, men med stigning igjen de siste årene. I 2016 var andelen i alderen 30 til 39 år på 26,1 %.

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, 1996-2016



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

4.2.7 Frafall videregående skole

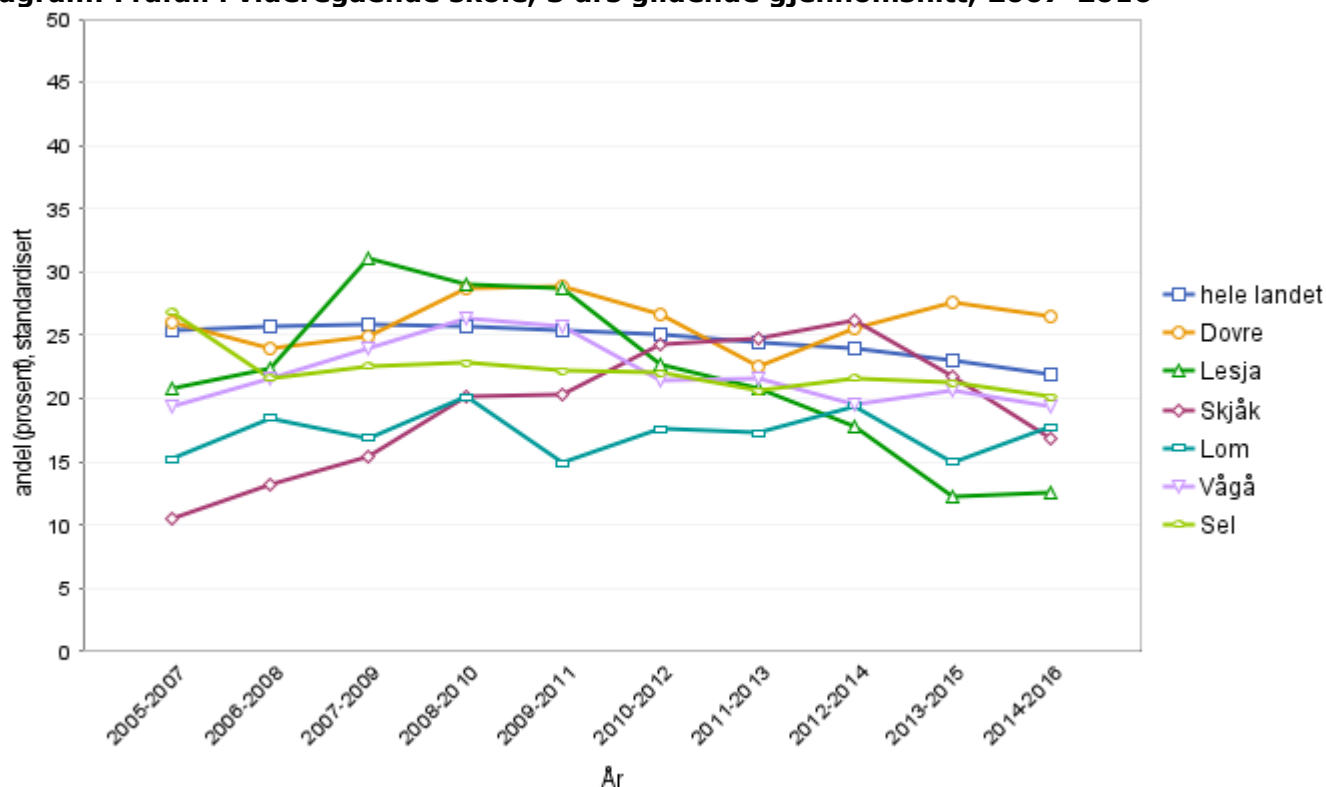
Det har vært svingninger i frafallet i videregående skole mellom 23 og 29 % for elever fra Dovre kommune etter 2007. I 2014-2016 (årlig gjennomsnitt) var det 27 % og høyest i Nord-Gudbrandsdal. Det tilsvarte ca. 8 elever årlig. I landet som helhet var det 22 % i sistnevnte periode.

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, 2007-2016



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>

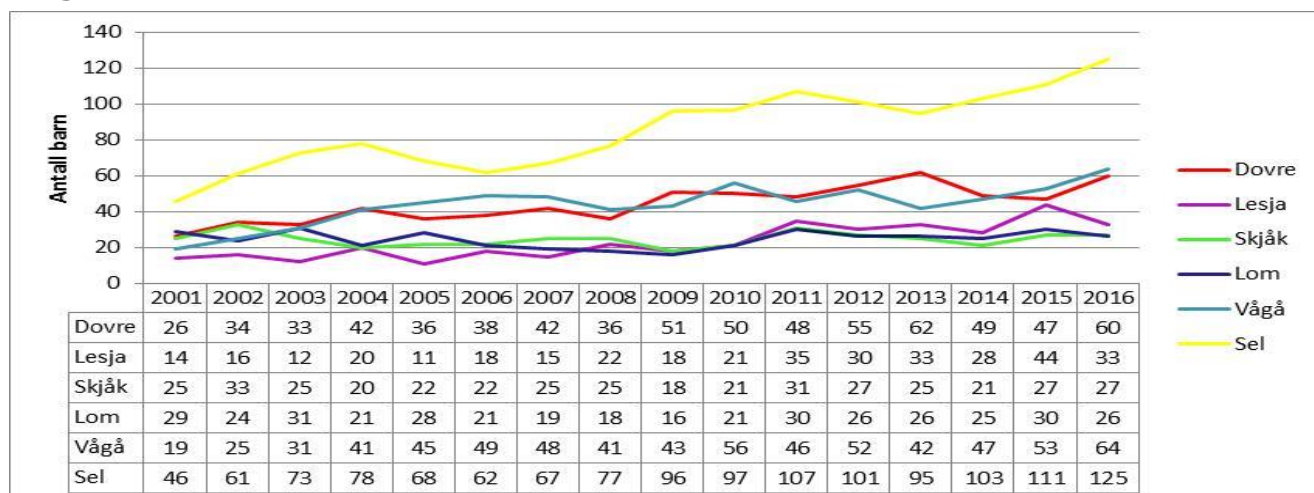
4.2.8 Barnevern

5 års glidende gjennomsnitt viser en gradvis økning i antall barn som har hatt undersøkelse eller tiltak i barnevernet. I 2001 var det 26 og i 2016 60 barn.

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*

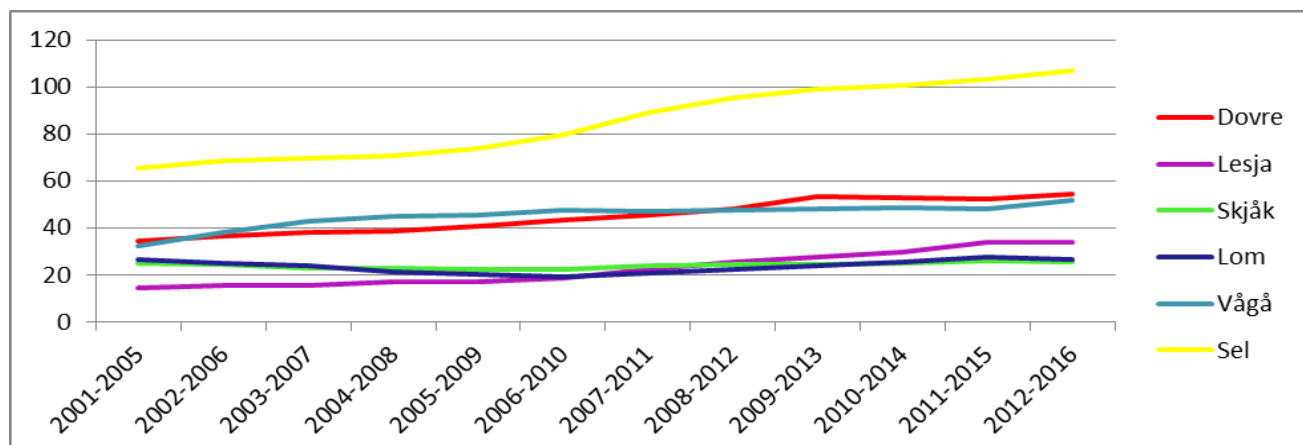
Årsaker til økning i saker: Flere familier med behov for bistand, lavere terskel for kontakt eller melding, barnevern fanger opp flere, ev. en kombinasjon.

Diagram: Barn med undersøkelse eller tiltak i barnevernet, 2001-2016



Antall barn med undersøkelse eller tiltak i barnevernet. *Fra og med rapporteringsåret 2013 er alle undersøkelser startet og/eller avsluttet i løpet av året innhentet og publisert. Før dette ble kun en undersøkelse per barn innhentet og publisert. Årlige tall. Kilde: SSB / Kostra

Diagram: Barn med undersøkelse eller tiltak i barnevernet, 5 års glidende gjennomsnitt, 2005-2016



Antall barn med undersøkelse eller tiltak i barnevernet. Fem års glidende gjennomsnitt. Utregning er basert på årlige tall i kilde, SSB / Kostra

4.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

4.3.1 Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen

Av de som svarte på Ungdataundersøkelsen på 8. og 10. trinn i regionen syntes følgende andel det var svært bra eller nokså bra i forhold til:

- Lokaler der de kan treffe andre unge på fritida: 41 %
- Tilbud til ungdom er når det gjaldt idrettsanlegg: 69 %
- Kulturtilbud (kino, konsertscene, bibliotek e.l.) til ungdommen: 55 %
- Kollektivtilbudet: 40 %

Trivsel og trygghet (Ungdata, regionen):

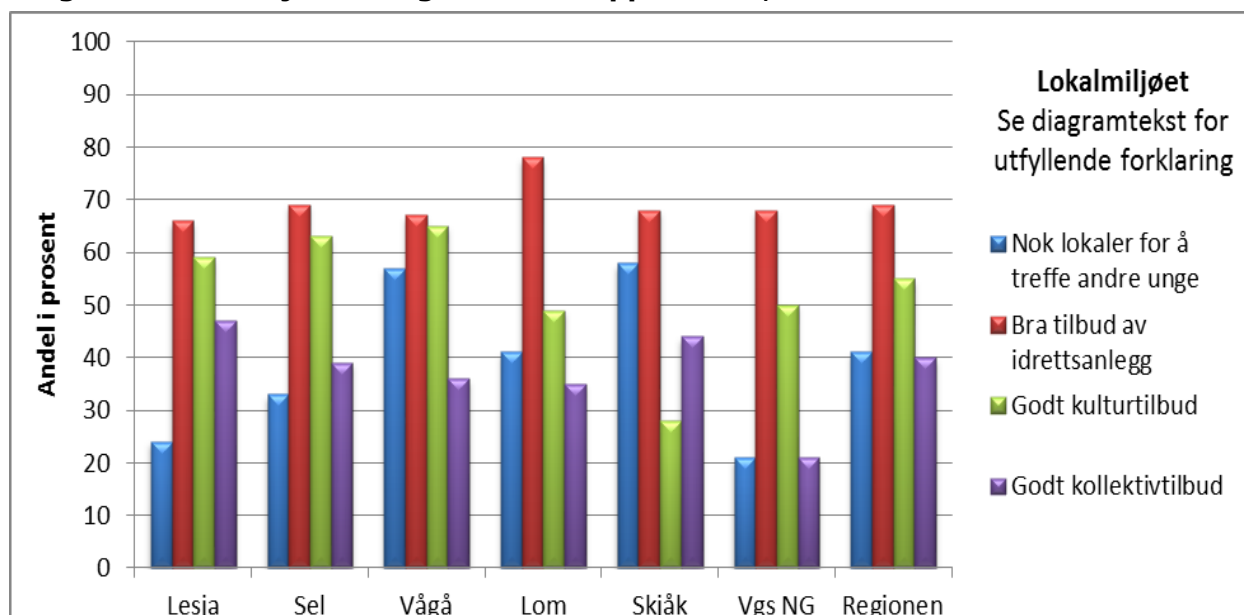
- 77 % av de unge trivdes godt eller svært godt i nærområdet der de bodde
- 86 % opplevde det som trygt å ferdes på gater/veier i nærmeste sentrum/tettsted.

62 % kunne tenke seg å la ev. barn vokse opp der de selv bodde.

32 % trodde de kunne finne en jobb i kommunen som passet dem, etter skolegang.

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, 2015



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 2015

4.3.2 Drikkevannskvalitet

I 2016 var det tilfredsstillende hygienisk kvalitet på vannet for 96,2 % av de som var tilknyttet vannverk som forsyner minst 50 personer. For de resterende 3,8 % var det manglende data. Leveringsstabiliteten var 100 %

I 2016 var andel personer av befolkningen som var tilknyttet godkjenningspliktige vannverk (vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer) 59 %.

God drikkevannsforsyning: Tilfredsstillende analyseresultater.

For hygienisk kvalitet mht. E.coli/ koliforme bakterier er kriteriene at minst 12 prøver må være analysert og minst 95 % av disse må være tilfredsstillende. For leveringsstabilitet er tilfredsstillende her definert som under 30 minutter ikke-planlagte avbrudd i året. For samlekategoriene må begge parameterne, både hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet, være tilfredsstillende.

Mindre god drikkevannsforsyning: Ikke tilfredsstillende analyseresultater

For hygienisk kvalitet mht. E.coli/ koliforme bakterier er ikke tilfredsstillende definert som vannverk med avvik i mer enn 5 % av prøvene, med minimum 12 prøver analysert. For leveringsstabilitet er ikke tilfredsstillende her definert som mer enn 30 minutter ikke-planlagte avbrudd per år. For samlekategoriene er ikke- tilfredsstillende her definert som enten ikke tilfredsstillende hygienisk kvalitet eller ikke tilfredsstillende leveringsstabilitet eller ikke tilfredsstillende på begge parameterne.

Mangelfulle eller usikre data:

Det er mangelfulle data/tatt for få prøver til å kunne si noe sikkert om drikkevannskvaliteten. Minst 12 prøver må være analysert mht. E.coli for å kunne si at resultatene er tilfredsstillende for hygienisk kvalitet. Denne kategorien omfatter også de som mangler data (eller har registrert resultater for sent).

Kilde: Folkehelseinstituttet. Ko.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*

4.3.3 Trivsel på skolen og krenkende adferd blant ungdom

Ved vurdering av trivsel og mobbing, bør en se på data både fra skoleporten og kommunehelsa og ev. Ungdata. 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 2012-2017 (årlig gjennomsnitt, kommunehelsa) oppga 97 % på 7. trinn og 82 % på 10. trinn at de trivdes på skolen.
- Score på skoleporten i skoleåret 2016/2017 var 4,3 på 7. trinn. Tall er ikke oppgitt for 10. trinn. (Skala 1 til 5, der høy verdi antyder god trivsel.)

Krenkende adferd

- Score på skoleporten i skoleåret 2016/2017 var 1,1 på 7. trinn. Tall er ikke oppgitt for 10. trinn. (Skala 1 til 5, der lav verdi antyder lite mobbing.)
- I perioden 2012-2017 var forholdstall (årlig gjennomsnitt) for opplevelse av mobbing på 10. trinn 145, dvs. at standardisert andel var 45 % høyere enn landsnivået. Tall for 7. trinn er bare oppgitt for store kommuner på kommunehelsa.

I Ungdata-undersøkelsen i regionen i 2015 anga:

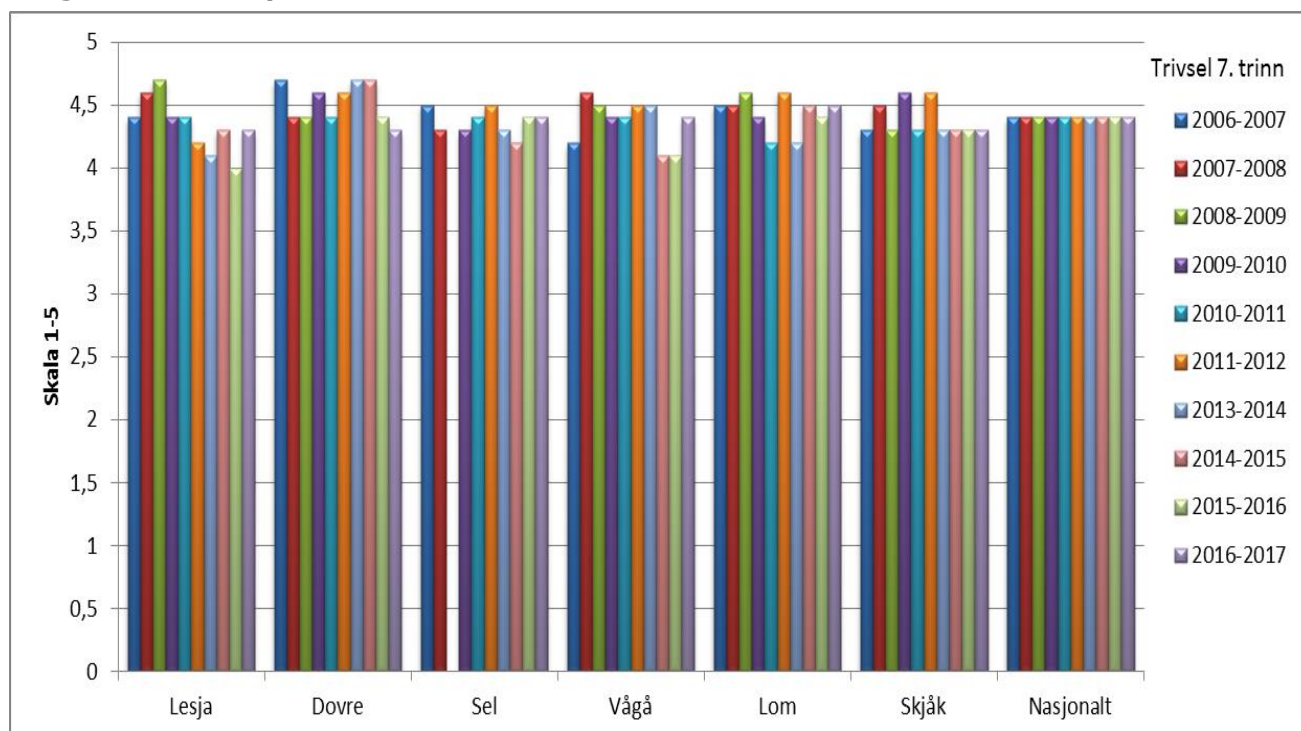
- 5 % at de utsatte andre unge for plaging/trusler/ utfrysing på skolen eller i fritida minst hver 14. dag
- 3 % at de ble utsatt for - og 3 % at de utsatte andre for - plaging eller trusler på internett eller mobil omtrent hver 14. dag eller oftere

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 skoleresultater og mobbing på skolen som viktige risikofaktorer for psykiske vansker blant ungdom. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

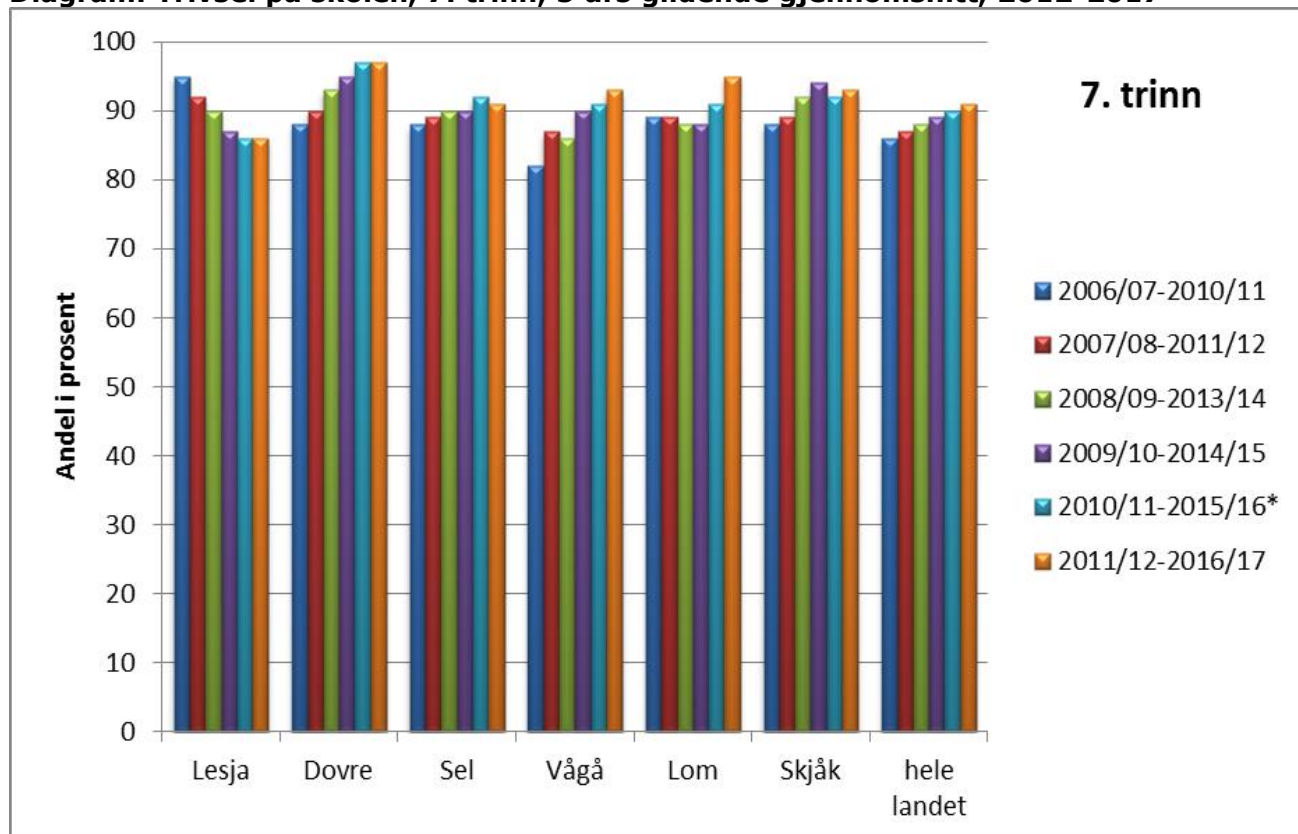
Mobbing har sammensatte og komplekse forklaringer – og er avhengig av skolemiljøet, læringsmiljøet, hjemmemiljøet og individuelle faktorer. Konsekvenser av mobbing kan være fysiske og psykiske plager, reduksjon av funksjonsevne og tap av livskvalitet.

Diagram: Trivsel på skolen, 7. trinn, 2007-2017



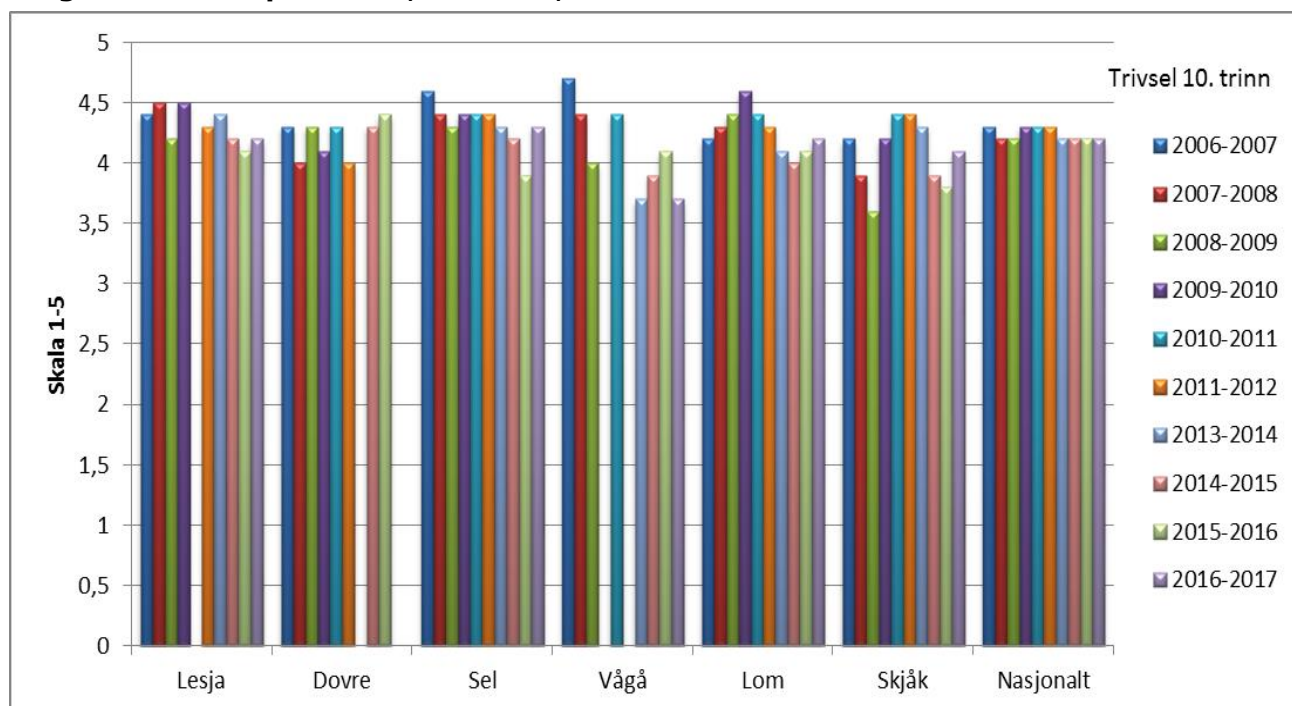
Skala: 1-5. Høy verdi betyr positivt resultat. Kilde: Utdanningsdirektoratet, skoleporten

Diagram: Trivsel på skolen, 7. trinn, 5 års glidende gjennomsnitt, 2012-2017



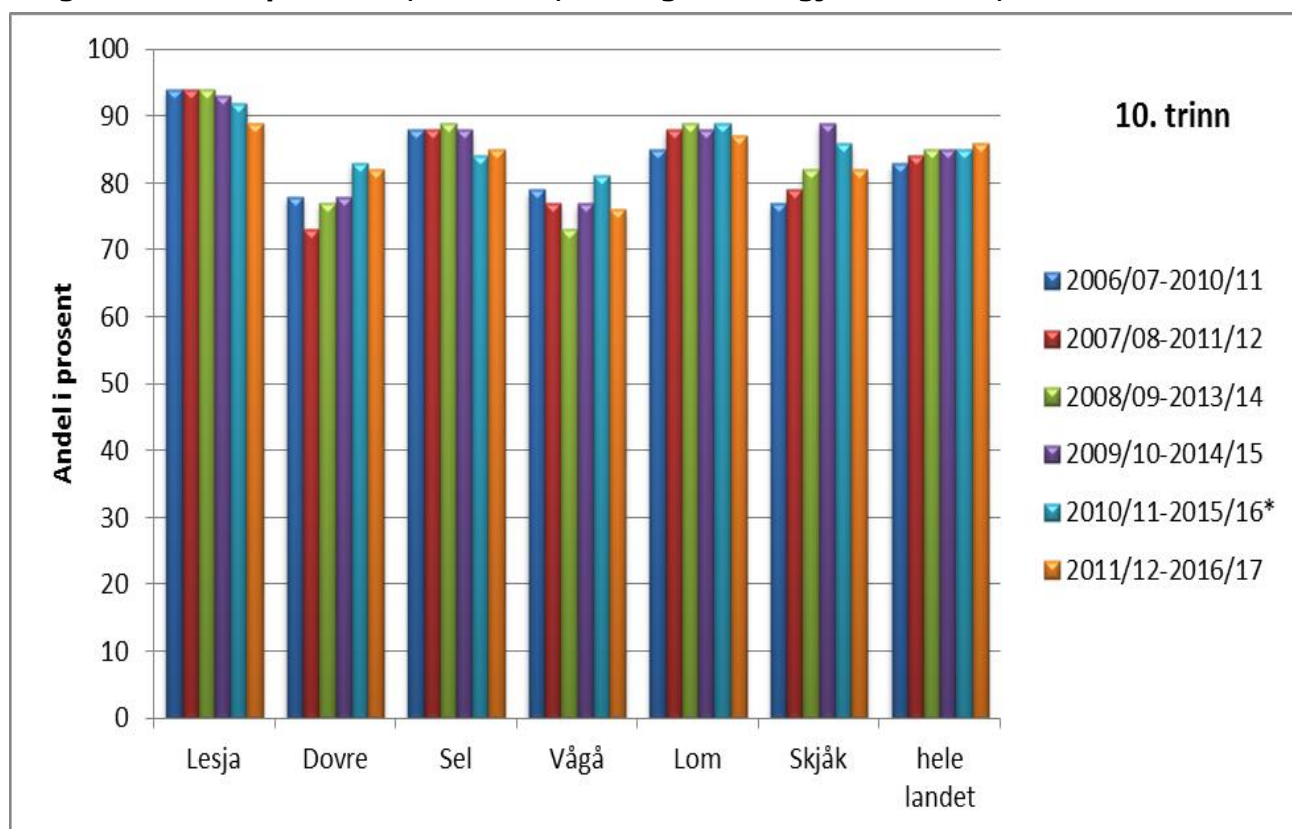
Andel elever på 7. trinn som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår. Standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.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

Diagram: Trivsel på skolen, 10. trinn, 2007-2017



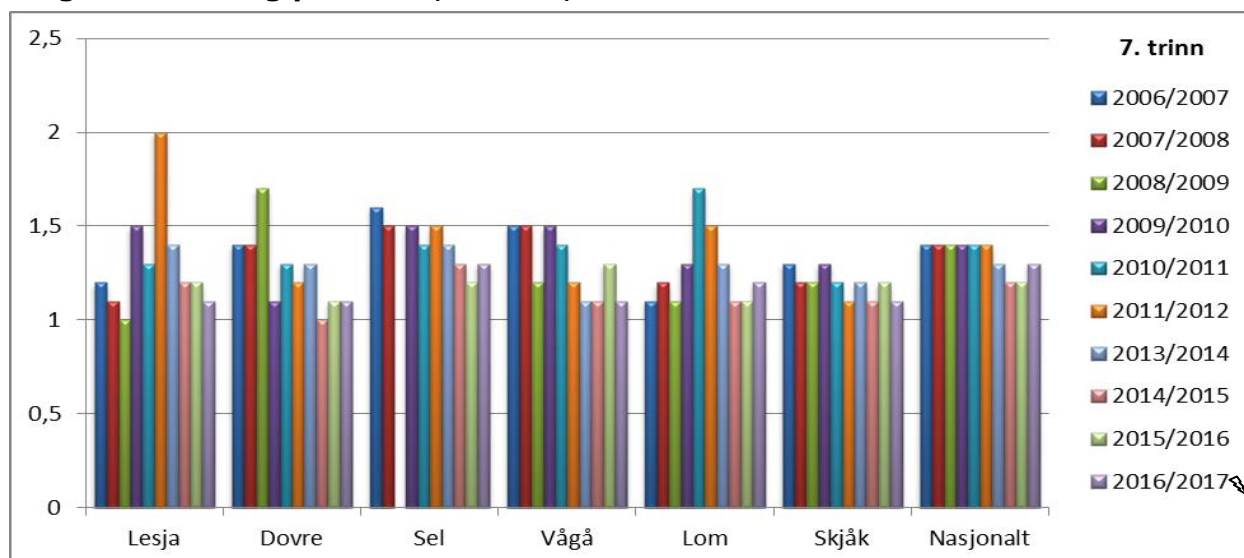
Skala: 1-5. Høy verdi betyr positivt resultat. Kilde: Utdanningsdirektoratet, skoleporten

Diagram: Trivsel på skolen, 10. trinn, 5 års glidende gjennomsnitt, 2012-2017



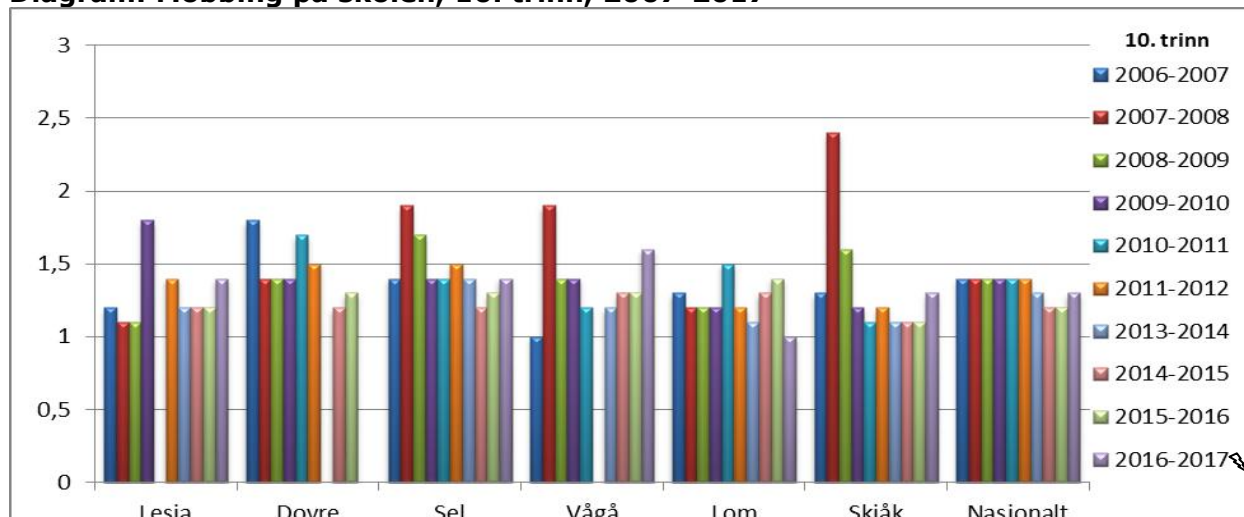
Andel elever på 10. trinn som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår. Standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.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

Diagram: Mobbing på skolen, 7. trinn, 2007-2017



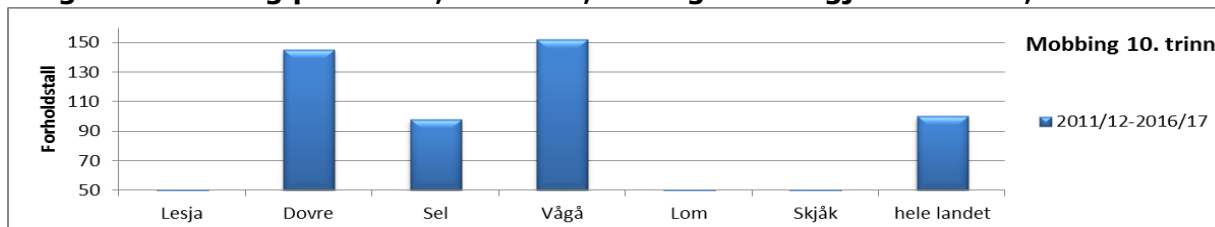
Skala: 1-5. Lav verdi betyr liten forekomst av mobbing. ⚠ Brudd i tidsrekke. Tallene er ikke sammenlignbare med tidligere år. Kilde: Utdanningsdirektoratet, skoleporten

Diagram: Mobbing på skolen, 10. trinn, 2007-2017



Skala: 1-5. Lav verdi betyr liten forekomst av mobbing. ⚠ Brudd i tidsrekke. Tallene er ikke sammenlignbare med tidligere år. Kilde: Utdanningsdirektoratet, skoleporten

Diagram: Mobbing på skolen, 10. trinn, 5 års glidende gjennomsnitt, 2012-2017



Andel elever i 10. som har opplevd mobbing de siste månedene i prosent av alle elever som deltok i undersøkelsen – oppgitt i forholdstall der Norge alltid er 100. Kommunens verdi angir forholdet mellom kommunens standardiserte andel og andelen på landsbasis et gitt år, angitt som gjennomsnitt over 5-årsperioden. Tallet på andelen som oppgir at de mobbes er påvirket av endringer i spørreskjemaet både i 2013 og i 2016. Tallet for andelen er derfor basert på ulike definisjoner og nivået vil derfor ikke være sammenlignbar med annen statistikk på mobbing fra Elevundersøkelsen 2016. Derfor presenteres kun forholdstall i denne tabellen. Eksempler; forholdstall = 130 betyr at kommunens standardiserte andel er 30 % høyere enn landsnivået. Definisjonen som elevene blir presentert for i Elevundersøkelsen er: "Med mobbing mener vi gjentatte negative handlinger fra en eller flere sammen, mot en elev som kan ha vanskelig for å forsvare seg. Mobbing kan være å kalle en annen stygge ting og erte, holde en annen utenfor, baksnakke eller slå, dytte eller holde fast." Tallene inkluderer de som har svart "2 eller 3 ganger i måneden", "omtrent 1 gang i uken" eller "flere ganger i uken" på spørsmålet "Er du blitt mobbet på skolen de siste månedene?".

4.3.4 Sosial støtte

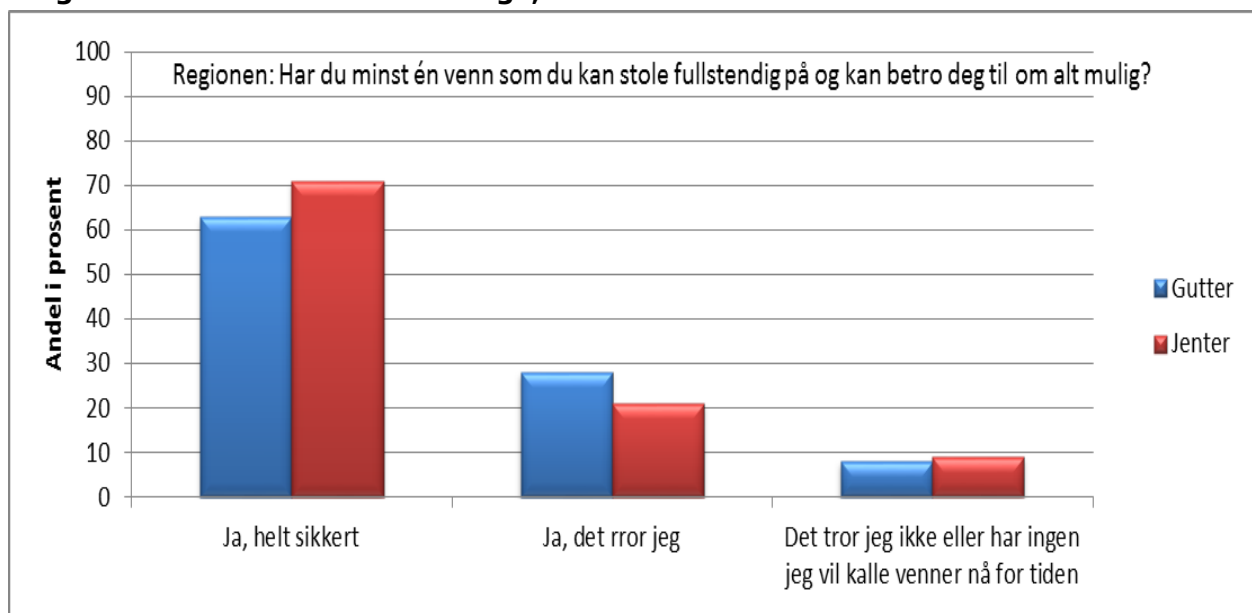
Tall fra Ungdata-undersøkelsen i 2015, regionale tall:

- 91 % hadde helt sikkert eller trodde de hadde minst en venn som de kunne stole fullstendig på og betro seg til om alt mulig. 9 % trodde ikke de hadde det – eller hadde ingen de ville kalle venner da de svarte på undersøkelsen.
- 17 % hadde vært veldig eller ganske mye plaget med ensomhet i løpet av siste uke.
- 48 % var helt enige og 43 % litt enige i at lærerne på skolen brydde seg om dem. De øvrige var litt eller helt uenige i utsagnet.

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, 2015



Andeler jenter og gutter som har - eller ikke har - venner som de kan stole fullstendig på og kan betro seg til om alt mulig. Kilde: Ungdataundersøkelse 8.- 10. trinn i Nord-Gudbrandsdal, 2015

4.4 Skader og ulykker

4.4.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker

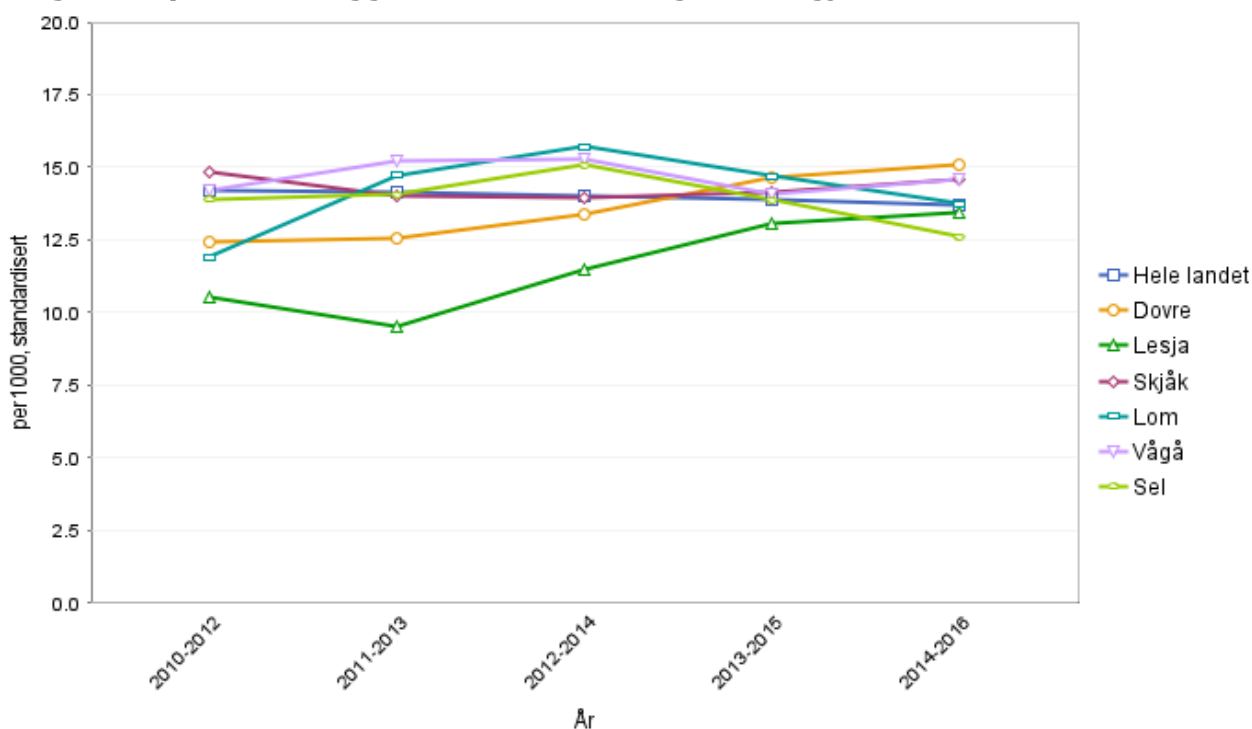
Det har vært en svak stigning mht innleggelser på sykehuset pga personskader generelt og innleggelser pga hoftebrudd eller hodeskader fra 2012 til 2016 (3 års glidende gjennomsnitt).

I perioden 2014-2016 ble det lagt inn 47 personer fra Dovre på sykehus etter ulykker (i årlig gjennomsnitt). 10 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 trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av ulykker. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste ulykkesskadene.

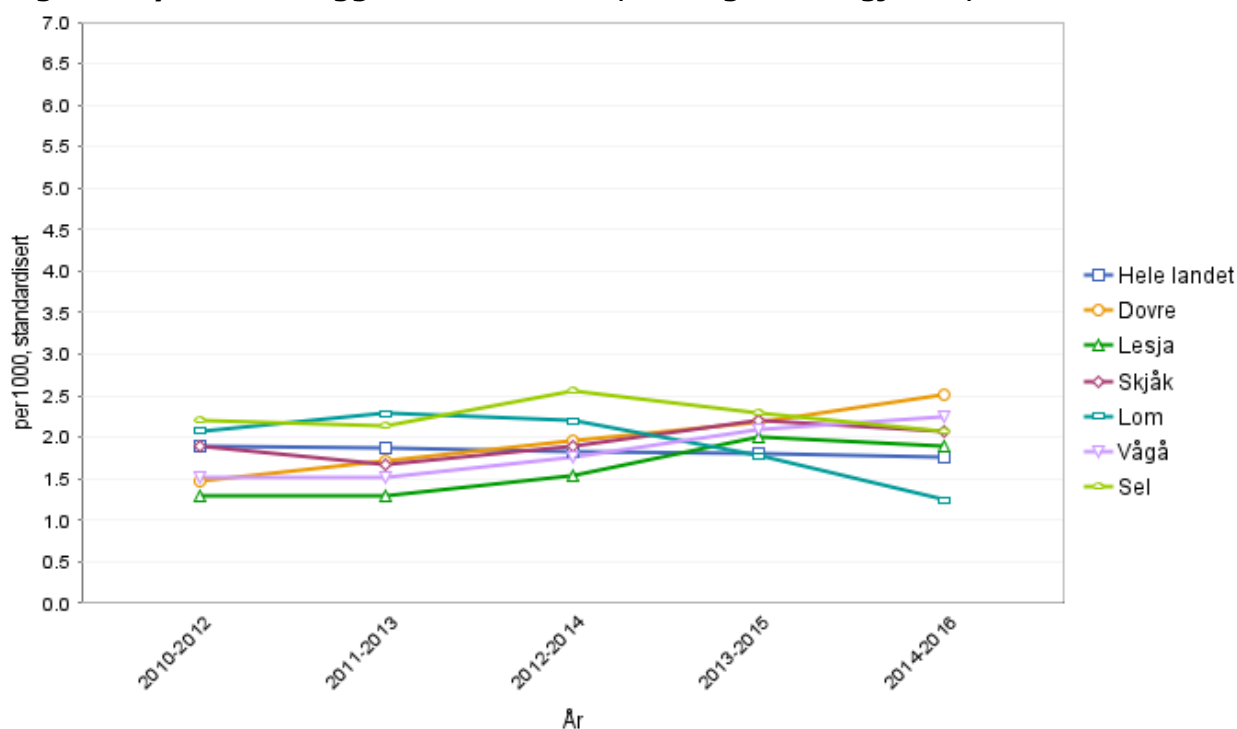
Årsaker til hoftebrudd er sammensatte: Indre faktorer som tidligere fall, medisinbruk, sykdommer, svekket gange og balanse, stillesittende liv, frykt for fall, mangelfull ernæring, svekkede kognitive funksjoner og syn. Ytre faktorer som omgivelsesfaktorer (dårlig lys, glatte eller ujevne underlag, dårlig 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, 2012-2016



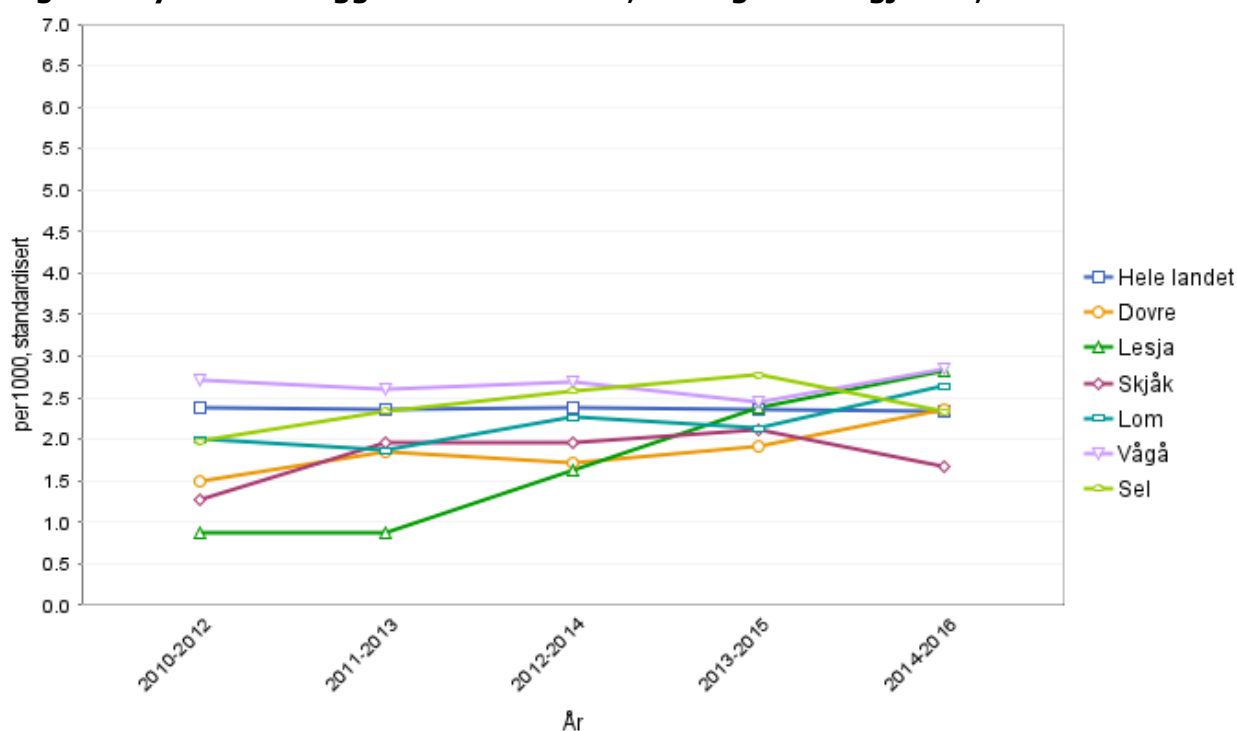
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med skader per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommune helsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Sykehusinnleggelser hoftebrudd, 3 års glidende gj.snitt, 2012-2016



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, 2012-2016



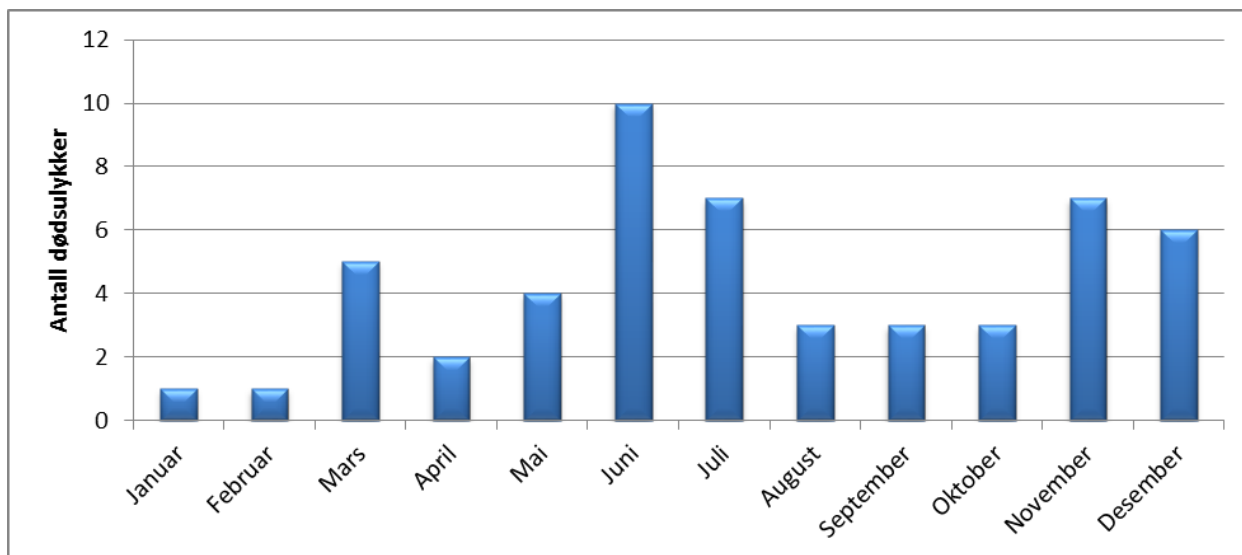
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med hodeskader per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. 3 års gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. KommuneHelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

4.4.2 Trafikkulykker

14 av de 53 dødsulykkene (61 drepte totalt) i veitrafikken i Nord-Gudbrandsdal i perioden 1999-2017 skjedde i Dovre kommune. I samme periode ble 1072 personer skadet i trafikken i Nord-Gudbrandsdal, 216 av disse i Dovre kommune. Det var tre dødsulykker i regionen i 2017. Ingen ble registrert skadet i trafikken i Dovre i 2017. Juni er den måneden som er mest ulykkesutsatt.

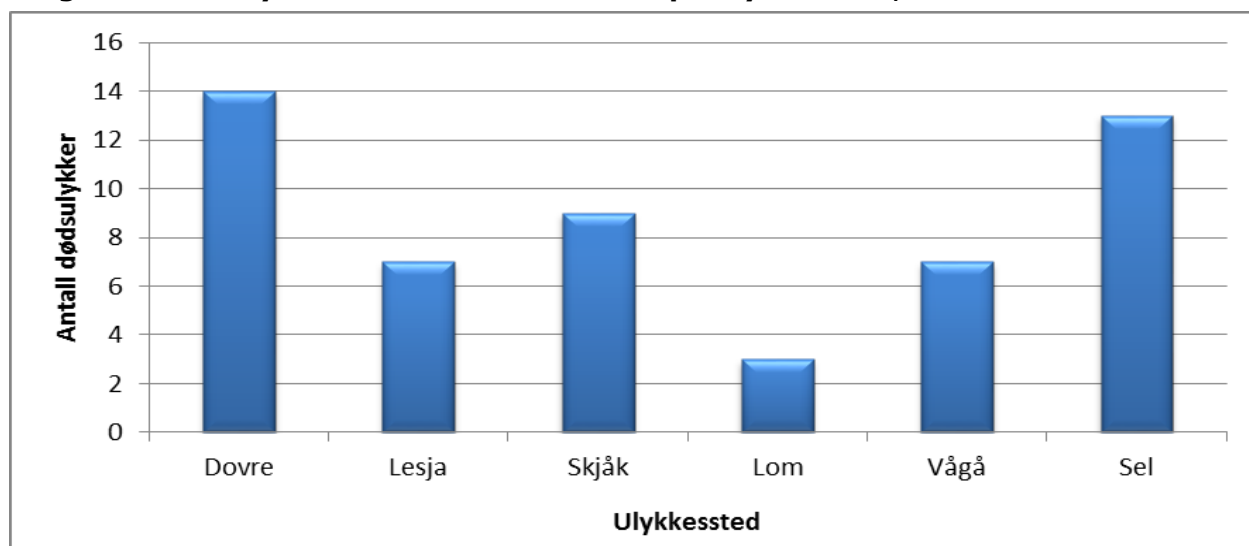
Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft i Norge målt i tapte leveår. Spesielt for ulykker med personskader er at det tar relativt mange unge liv, og det er den største dødsårsaken for personer 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: Dødsulykker i veitrafikken i Nord-Gudbrandsdal fordelt på måneder, 1999-2017



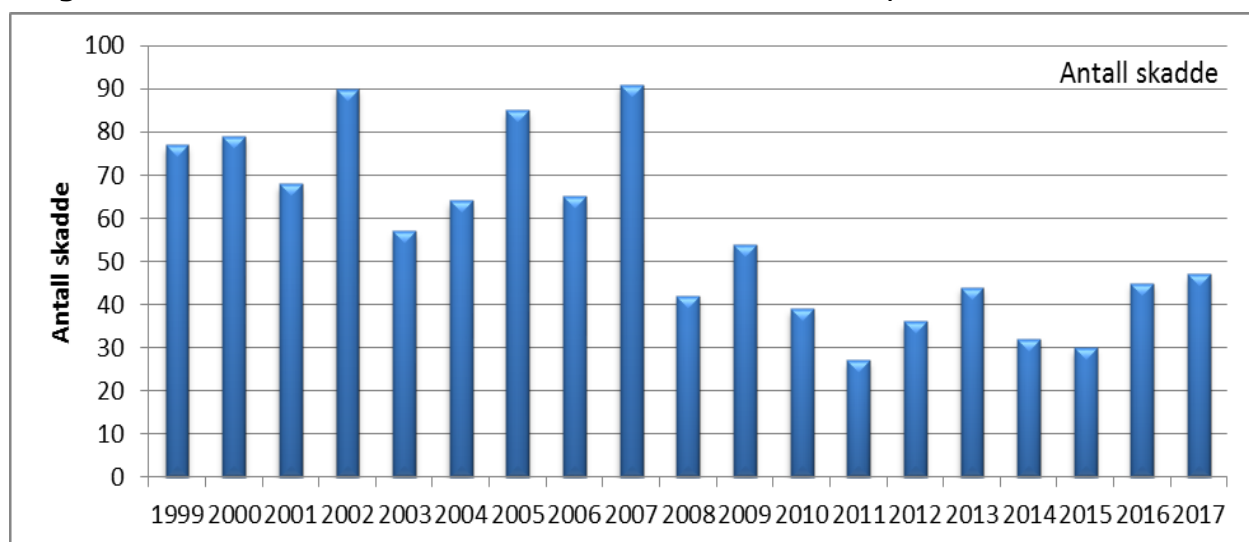
Antall dødsulykker i veitrafikken i Nord-Gudbrandsdal fordelt på måned ulykkene skjedde. Kilde: SSB

Diagram: Dødsulykker i veitrafikken fordelt på ulykkessted, 1999-2017



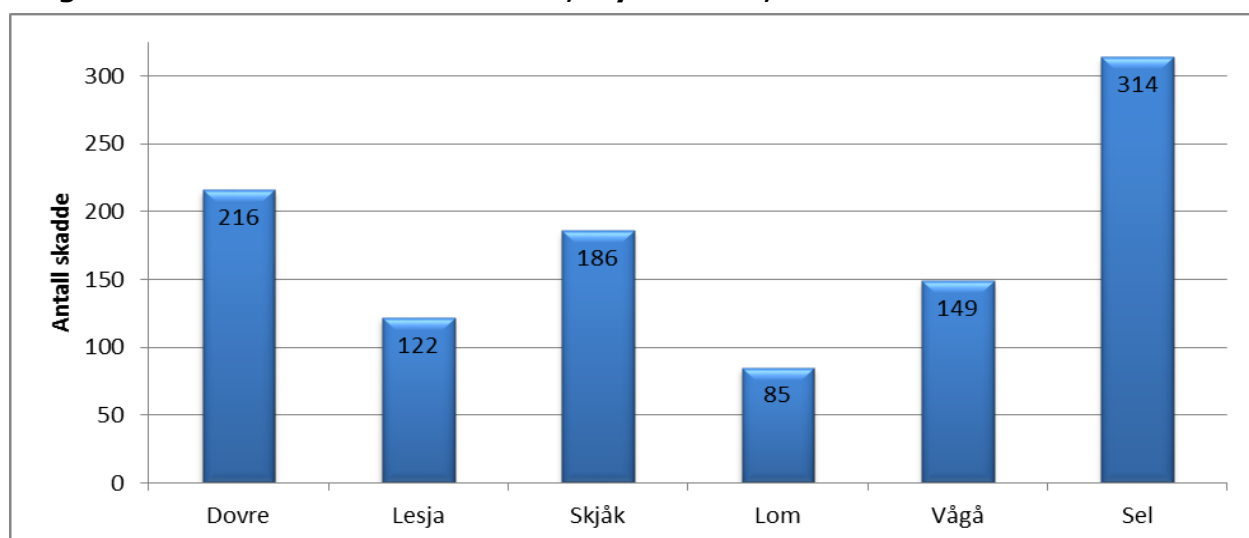
Antall dødsulykker i veitrafikken i Nord-Gudbrandsdal fordelt på kommune der ulykken skjedde. Kilde: SSB

Diagram: Antall skadde i veitrafikken i Nord-Gudbrandsdal, 1999-2017



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

Diagram: Antall skadde i veitrafikken, ulykkessted, 1999-2017



Antall skadde i veitrafikken i de forskjellige kommunene i Nord-Gudbrandsdal. Kilde: SSB

4.4.3 Vold

Tall fra ungdataundersøkelsen i regionen 8.-10. trinn 2015 – minst en gang siste året:

- 6 % hadde blitt utsatt for trusler om vold
- 18 % hadde blitt slått uten å få synlige merker
- 7 % hadde fått sår eller skader pga vold uten at de trengte legebehandling
- Under 1 % hadde blitt skadet så sterkt at det krevde legebehandling

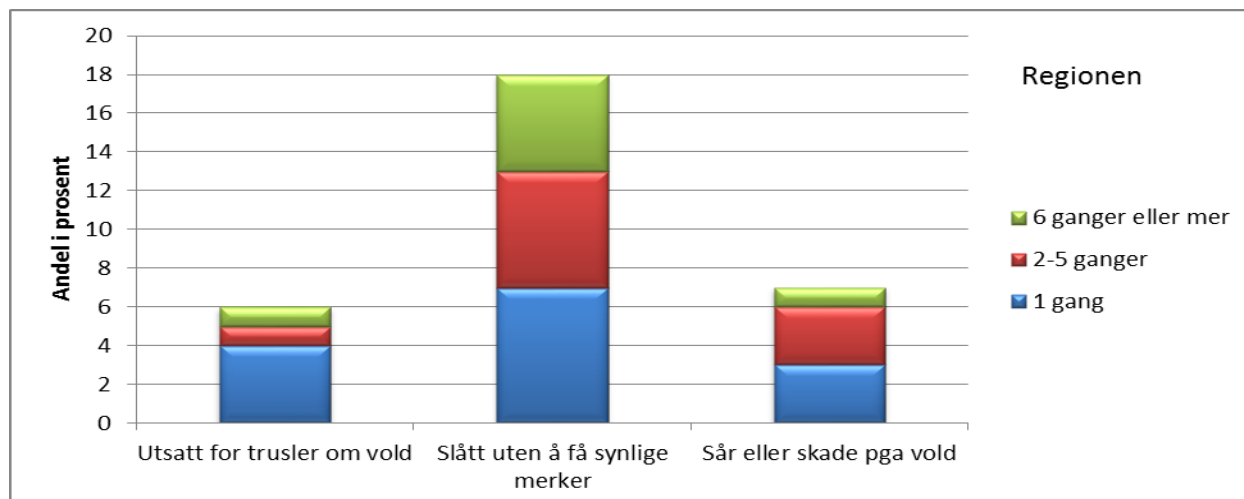
Tall fra ungdataundersøkelsen i regionen 8.-10. trinn 2015:

- 14 % hadde blitt slått av en voksen i familien en eller flere ganger (2 % mer enn 10 ganger) – noe flere jenter enn gutter
- 86 % av disse hadde ikke forsøkt å si fra til noen
- Av de som forsøkte å si fra til noen – snakket de fleste med foreldre/foresatte, venner, helsesøster eller nære slektninger
- 3/4 av de som sa fra opplevde at de ble tatt på alvor da de forsøkte å si fra (alle jentene opplevde at de ble tatt på alvor)
- 86 % sa at den de sa fra til gjorde noe med dette (alle jentene opplevde at den de sa fra til, gjorde noe)

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*

Diagram: Utsatt for vold, 8-10. trinn, regionen, 2015



Andeler som har blitt utsatt for trusler om vold, slått uten å få synlige merker eller fått sår eller skader pga vold uten at det var nødvendig med legebehandling i løpet av de siste 12 månedene. 8.-10. trinn, regionen. Kilde: Ungdataundersøkelse Nord-Gudbrandsdal 2015

4.5 Helserelatert atferd

4.5.1 Deltakelse i aktiviteter

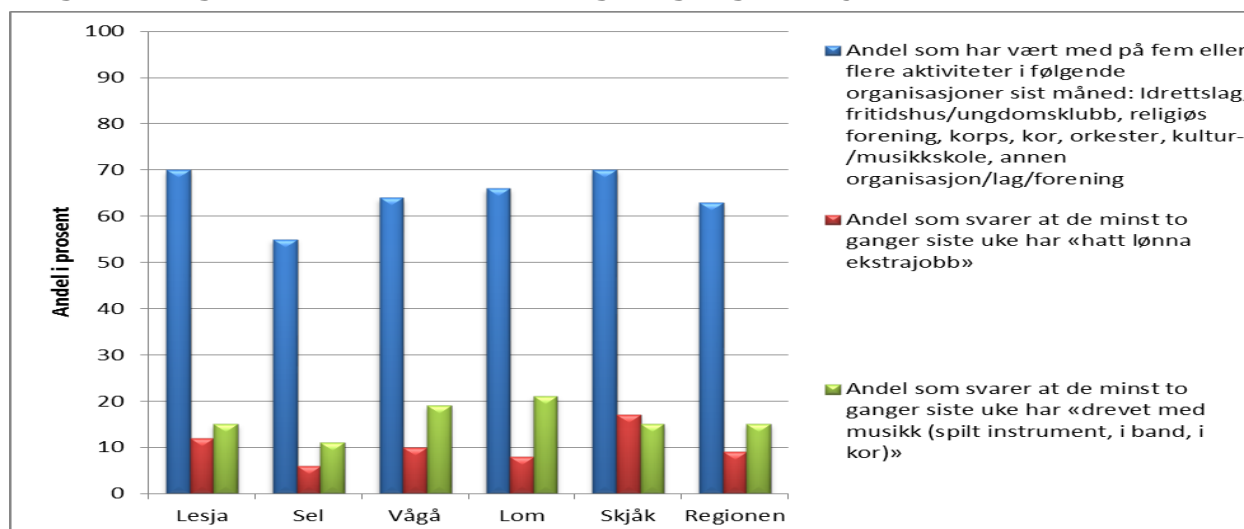
Tall fra ungdataundersøkelsen i regionen i 2015:

- 58 % var med, og 17 % hadde aldri vært med i en organisasjon/klubb/lag/ forening
- 63 % hadde vært med på fem eller flere aktiviteter i følgende fritidsorganisasjoner sist måned: Idrettslag, fritidshus/ungdomshus, religiøs forening, korps, kor, orkester, kulturskole/musikkskole og annen organisasjon, lag eller forening
- 36 % hadde vært med på fritids-/ungdomsklubb/-hus mer enn en gang siste måned
- 15 % hadde drevet med musikk minst to ganger siste uke
- 17 % hadde hatt lønnet ekstra jobb minst to ganger siste uke

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*

Diagram: Ungdoms deltakelse i foreninger og organisasjoner, 2015



Andeler i Lesja, Sel, Lom, Skjåk og Regionen (eksl. Dovre) som rapporterte aktivitet organisasjon, arbeid eller musikk siste måned. Kilde: Ungdataundersøkelsen 2015

4.5.2 Tid brukt på ulike medier

Tall fra ungdataundersøkelsen i regionen i 2015 – tid på skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) daglig utenom skoletid:

- Mindre enn 1 time: 7 %
- 1-2 timer: 20 %
- 2-3 timer: 24 %
- 3-4 timer: 22 %
- 4-6 timer: 15 %
- Mer enn 6 timer: 12 %

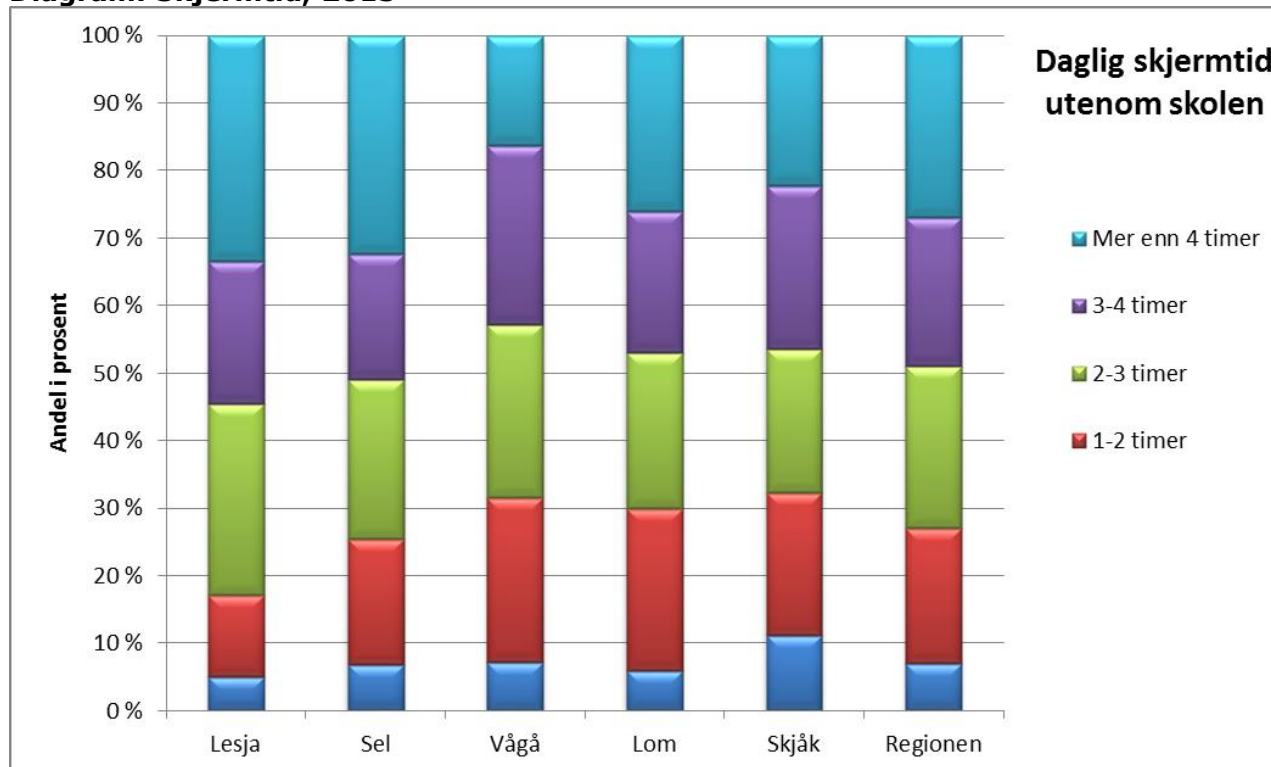
Det var langt flere jenter enn gutter som brukte mye tid på sosiale medier og omvendt når det gjaldt dataspill.

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.

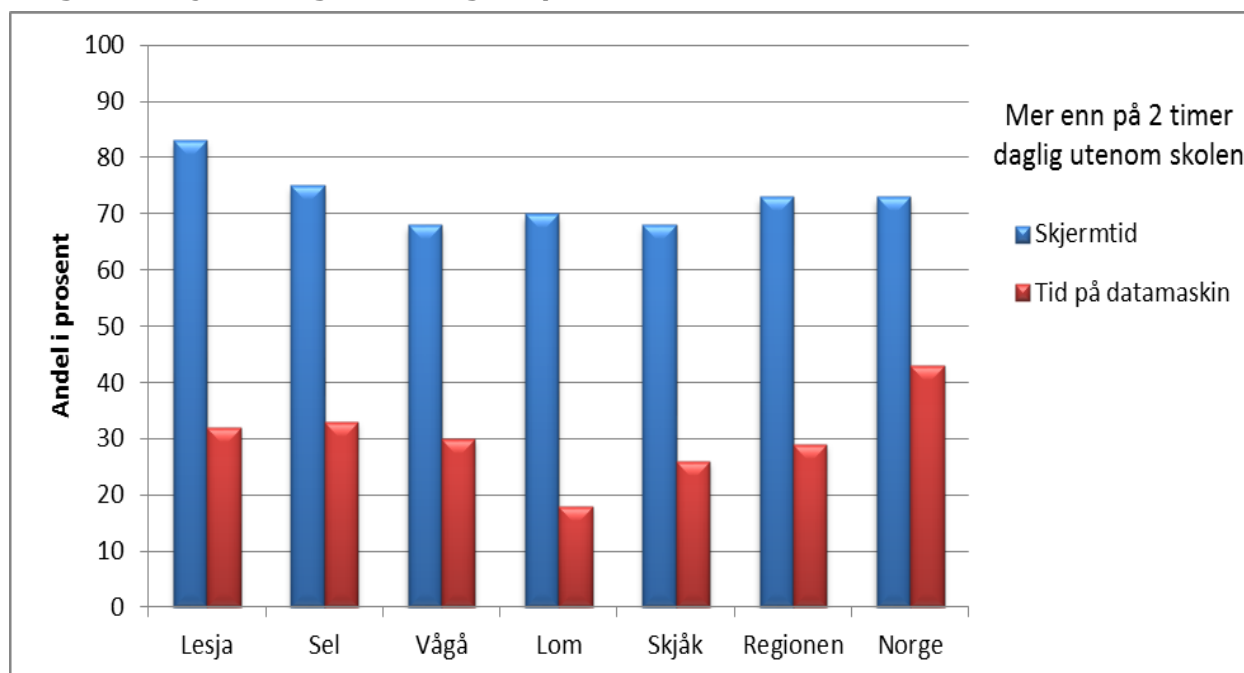
Kilde: Forskning.no

Diagram: Skjermtid, 2015



Andeler som brukte definert tid daglig på skjerm (TV, mobil, data, nettbrett) utenom skolen. Tilgang til data for øvrige kommuner mangler pr. i dag. Kilde: Ungdataundersøkelsen, 2015

Diagram: Skjermtid generelt og tid på data, 2015



Andeler som brukte mer enn to timer daglig på skjerm (TV, mobil, data, nettbrett) eller datamaskin utenom skolen. Kilde: Ungdataundersøkelsen, 2015

4.5.3 Tid brukt på lekser

Gjennomsnittlig tid brukt per dag på lekser og annet skolearbeid (utenom skoletida) for elever på ungdomsskolen i regionen i 2015:

- Gjør nesten aldri lekser: 3 %
- Mindre enn ½ time: 9 %
- ½-1 time: 31 %
- 1-2 timer: 31 %
- 2-3 timer: 17 %
- 3-4 timer: 6 %
- Mer enn 4 timer: 4 %

Svarfordeling på utsagnet «Jeg må ofte bruke helgene til å gjøre skolearbeid»:

- Helt enig: 15 %
- Litt enig: 27 %
- Litt uenig: 20 %
- Helt uenig: 38 %

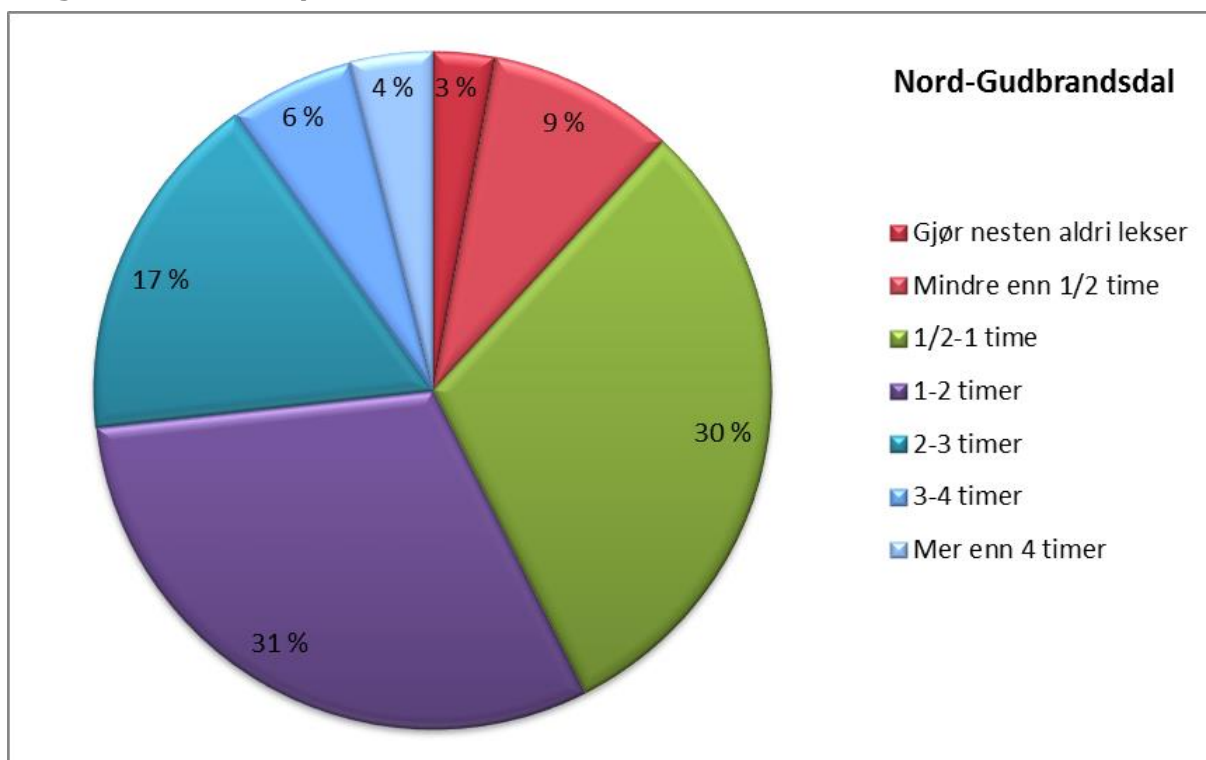
Det var flere jenter enn gutter som satt mer enn 2 timer daglig og som måtte bruke helgene til skolearbeid.

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.*

Diagram: Tid brukt på lekser, 2015



Svarfordeling på spørsmål om hvor lang tid den enkelte elev brukte gjennomsnittlig per dag på lekser og annet skolearbeid (utenom skoletida) – i Nord-Gudbrandsdal (unntatt Dovre). Andel i prosent, begge kjønn. Regionale tall. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Nord-Gudbrandsdal

4.5.4 Fysisk aktivitet

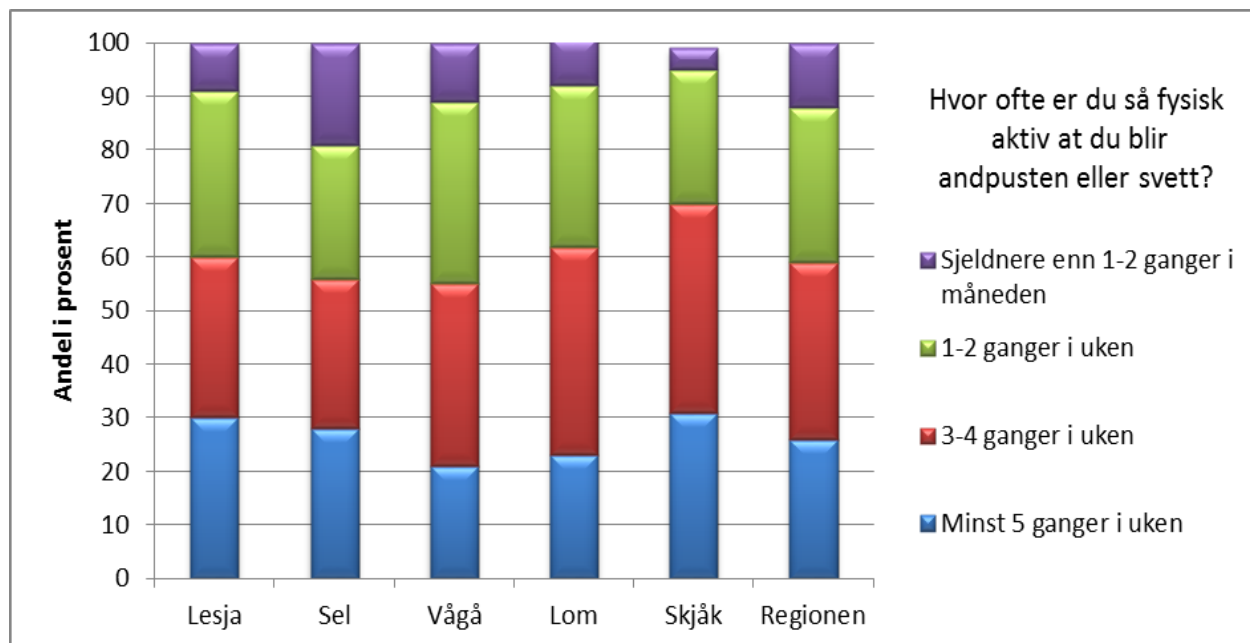
I ungdataundersøkelsen i regionen i 2015 sa 59 % at de var fysisk aktiv (svette eller andpustne) mer enn 3 ganger i uken og 12 % 1-2 ganger i måneden eller sjeldnere.

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, 2015



Hvor ofte andeler av ungdommen på 8.-10. trinn var så fysisk aktive at de ble andpustne eller svette.
Kilde: Ungdataundersøkelse Nord-Gudbrandsdal 2015

4.5.5 Kosthold

Resultat fra ungdataundersøkelsen i 2015 i regionen, andel som spiste måltidet hver dag:

- Frokost: 66 %
- Formiddagsmat: 65 %
- Middag: 93 %

16 % spiste frokost og 7 % formiddagsmat en gang i uken eller sjeldnere.

4 % drakk energidrikk 4 ganger eller mer i uken og 11 % 1-3 ganger i uken.

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.*

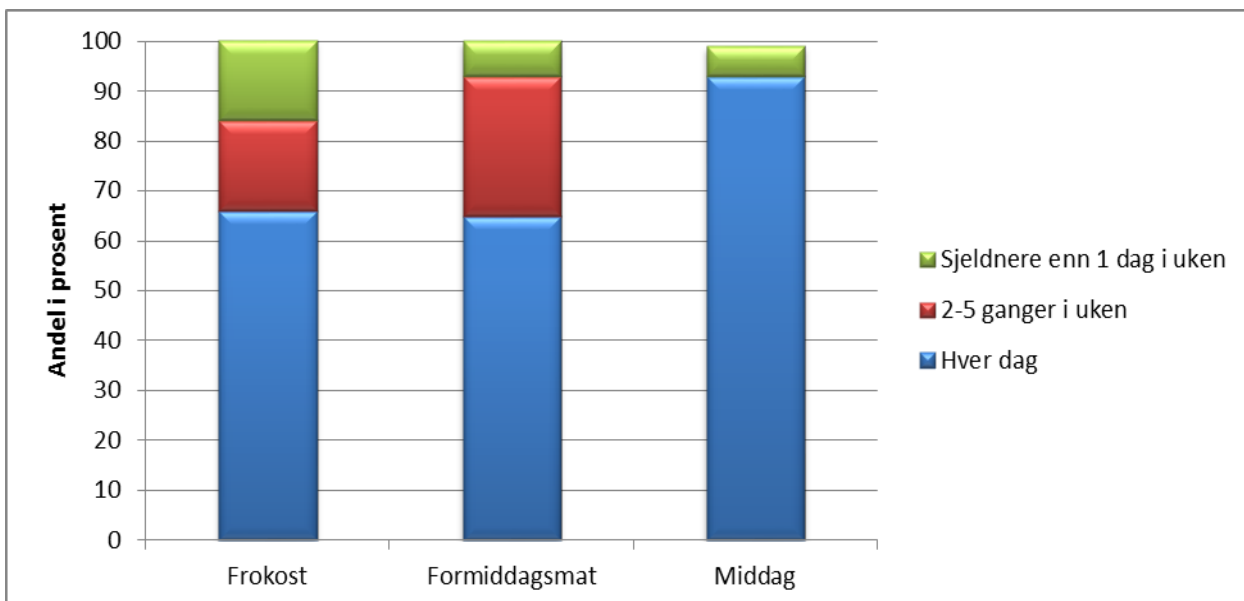
De fleste trenger påfyll av energi om morgenen for at kroppen skal fungere. Det kan være vanskeligere å konsentrere seg, og både humør og arbeidslyst kan bli dårligere når frokosten droppes. Mange barn får i seg for mye sukker gjennom brus eller saft. En halv liter brus eller saft inneholder cirka 50 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. Ansvar på tvers av sektorer må i større grad synliggjøres.

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

Diagram: Måltider ungdommen 8.-10. trinn, regionen, 2015



Andeler som spiste frokost, formiddagsmat og middag sjeldnere enn 1 dag i uken, 2-5 ganger i uken og hver dag. *Kilde: Ungdataundersøkelsen Nord-Gudbrandsdal, 2015*

4.5.6 Røyk og snus

Resultat fra ungdataundersøkelsen i regionen på 8.-10. trinn i 2015 - følgende andel anga at de røykte eller brukte snus sjeldnere enn en gang i uken.

- Røyking - nær 100 %
- Snus – 94 %

Det var omtrent like mange jenter og gutter som ikke røykte i det hele tatt. Det var noe flere gutter enn jenter som brukte snus daglig.

Det har stort sett vært en gradvis nedgang etter 2003 når det gjelder røyking blant kvinner ved start av svangerskapet. 5 års glidende gjennomsnitt ga en andel på 27 % i 2003 og 7 % i 2016. I landet som helhet var det 8,9 %.

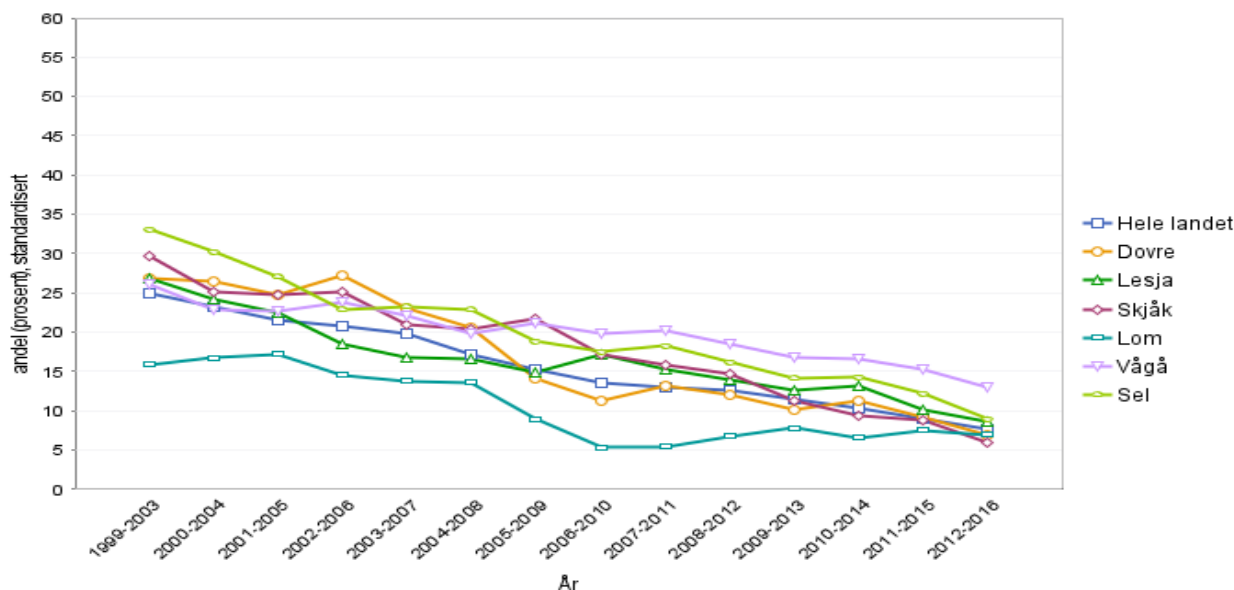
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager 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, 2003-2016



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

4.5.7 Alkohol og andre rusmidler

Resultat fra på Ungdataundersøkelsen på 8.-10. trinn i regionen i 2015:

- 17 % fikk lov å drikke alkohol av foreldrene sine.
- 12 % hadde drukket så mye at de hadde følt seg tydelig beruset en gang siste 6 måneder.
- 15 % hadde drukket så mye at de hadde følt seg tydelig beruset 2 ganger eller mer siste 6 måneder (en ytterst liten prosent, mer enn 10 ganger).
- 9 % drakk alkohol 1-3 ganger i måneden eller hver uke.
- Ungdommen skaffet seg alkohol gjennom foreldre, venner, andre voksne – eller de tok hjemme.
- 11 % hadde vært passasjerer hos en sjåfør som hadde drukket alkohol.
- 3 % hadde selv kjørt moped/annet motorisert kjøretøy etter å ha drukket alkohol.
- 1 % hadde brukt hasj minst en gang siste 12 måneder.
- 6 % hadde brukt dopingmidler minst en gang siste 12 måneder (en liten prosent 6 ganger eller mer).

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 «gråsone-gruppa» er risikoen lavere, men fordi denne gruppen er stor, vil den likevel bidra med mange personer til de samlede helseproblemene i samfunnet.

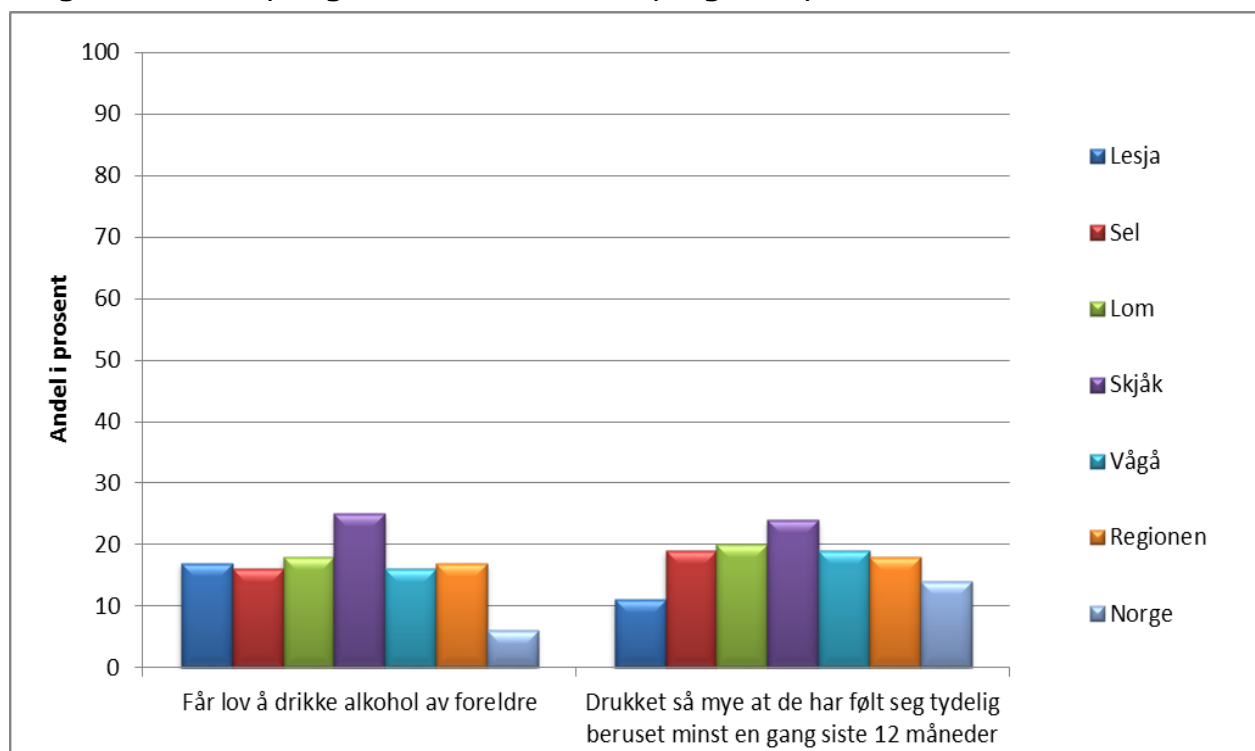
Helseskadene ved alkohol blir først og fremst bestemt av den totale mengde alkohol som kroppen blir utsatt. Alkoholskader kan derfor utvikle seg selv om en person ikke har vært synlig beruset. Skader som skyldes ulykker og vold er ofte knyttet til sporadisk stordriking, uten at det er et generelt storforbruk. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Følgende kan forklarer alkoholforbruk blant 13-14-åringer:

- Holdninger til bruk av alkohol
- Sosiale normer for drikking
- 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.*

Diagram: Alkohol, ungdommen 8.-10. trinn, regionen, 2015



Andel (8. – 10. trinn) som angir at de får lov til å drikke alkohol av foreldrene sine og andel som har drukket så mye alkohol at de har følt seg tydelig beruset minst en gang siste 12 måneder, Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Nord-Gudbrandsdal

4.6 Helsetilstand

4.6.1 Opplevelse av helse, subjektiv livskvalitet og selvbilde

Tall fra ungdataundersøkelsen i regionen i 2015:

- 73 % var svært eller litt fornøyd med helsa
- 78 % var stor sett fornøyd med seg selv (passer ganske eller svært godt)
- 31 % var ofte skuffet over seg selv (passer ganske eller svært godt)

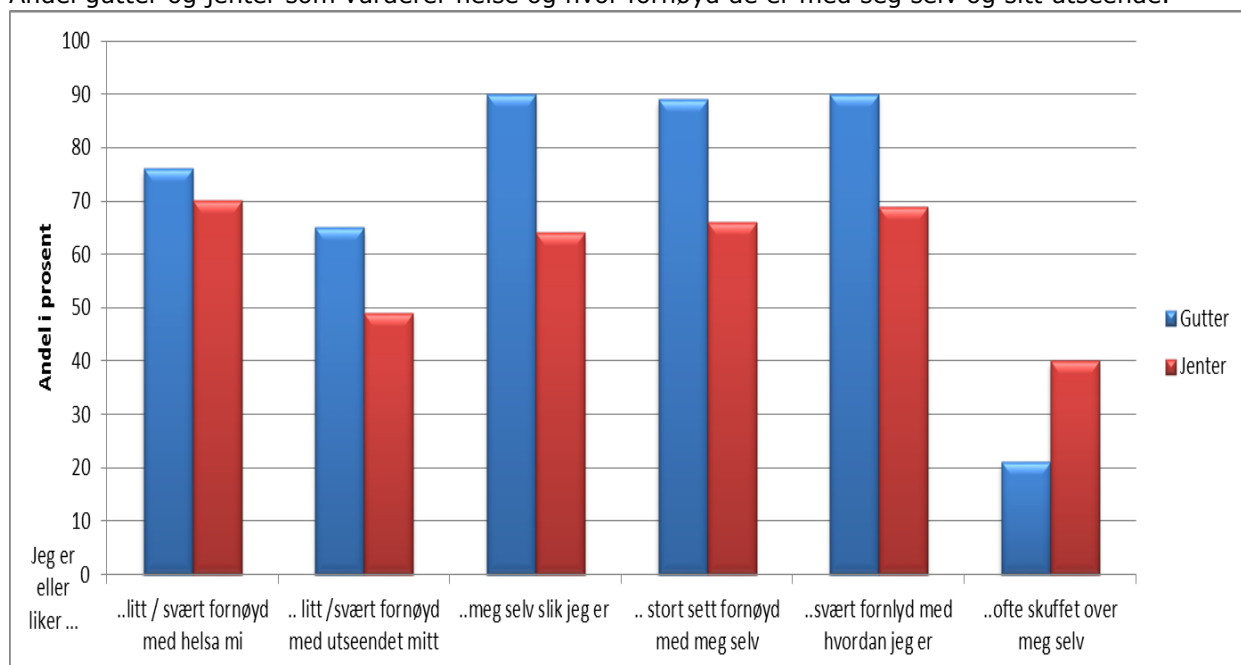
Det var generelt sett langt flere gutter enn jenter som var fornøyd med seg selv og helsa.

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

Diagram: Vurdering av egen helse og seg selv, 2015

Andel gutter og jenter som vurderer helse og hvor fornøyd de er med seg selv og sitt utseende.



Regionale tall. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Nord-Gudbrandsdal

4.6.2 Forventet levealder

Forventet levealder har steget gradvis både for menn og kvinner i Dovre, men med en stabilisering for kvinner de siste årene. Den var 83,3 år for kvinner og 77,5 år for menn i årlig gjennomsnitt i perioden 2002-2016.

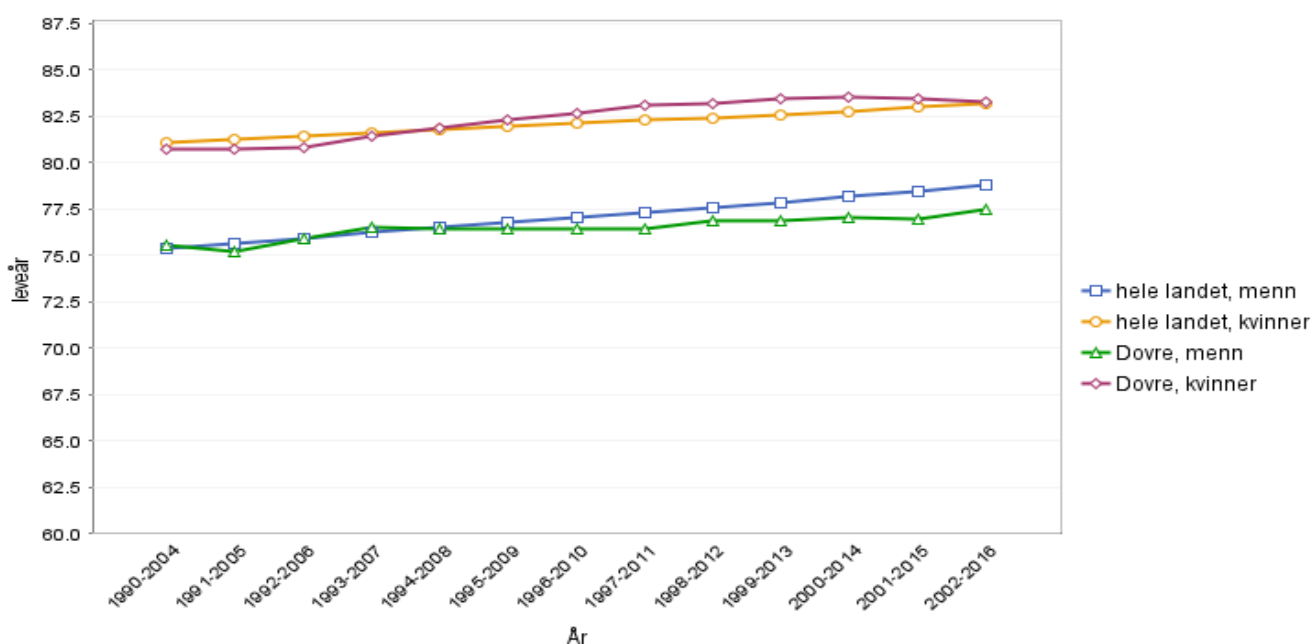
For personer med fullført videregående var forventet levealder i perioden 2001-2015 (årlig gjennomsnitt) 86 år for kvinner og 79,6 år for menn. Det er ikke data i Dovre for forventet levealder for menn og kvinner med grunnskole som høyeste utdanning eller for de med høyere utdanning i denne perioden. På landsbasis er det en jevn stigning i forventet levealder når utdanningsnivået øker.

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.

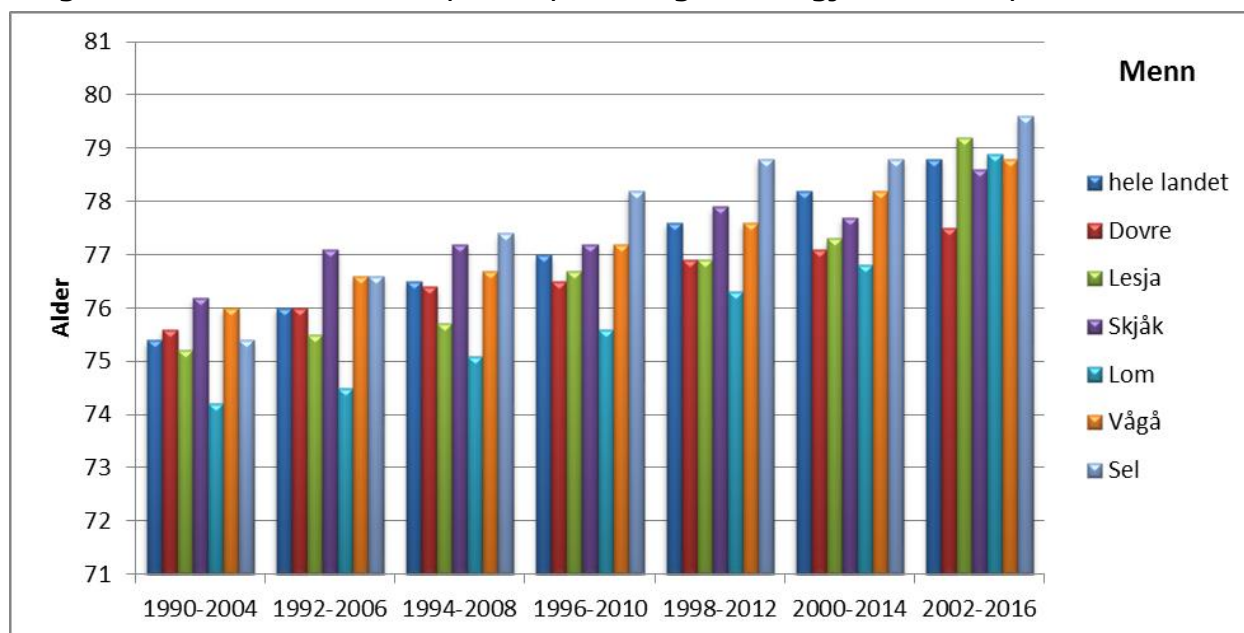
De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene 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, 2004-2016



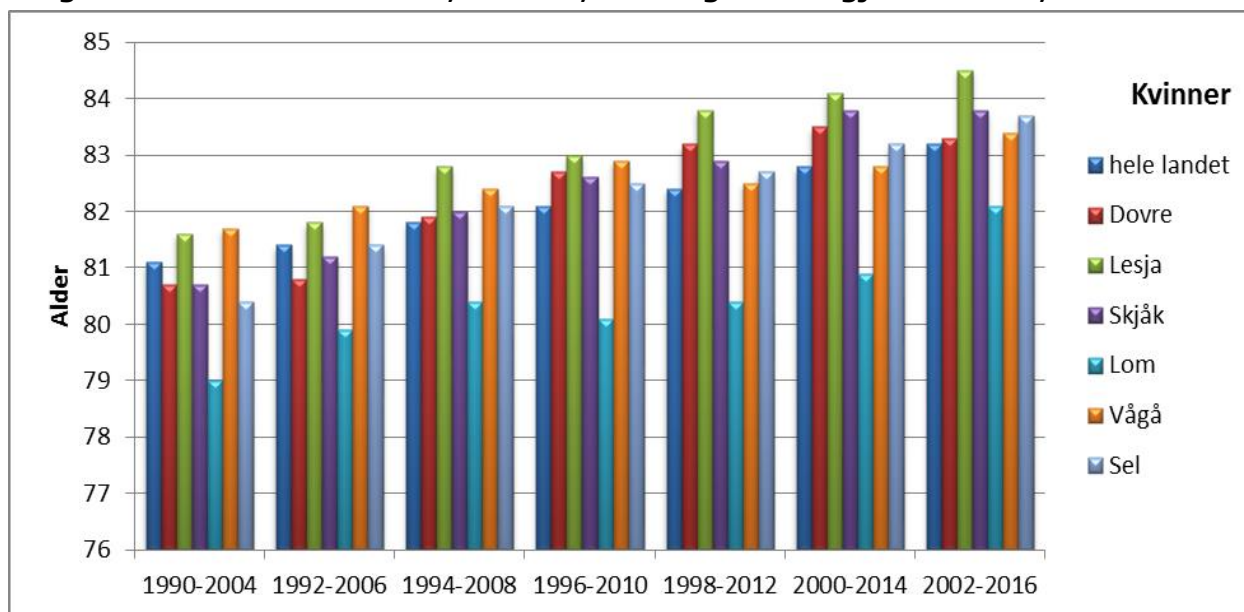
Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: KommuneHelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Forventet levealder, menn, 15 års glidende gjennomsnitt, 2004-2016



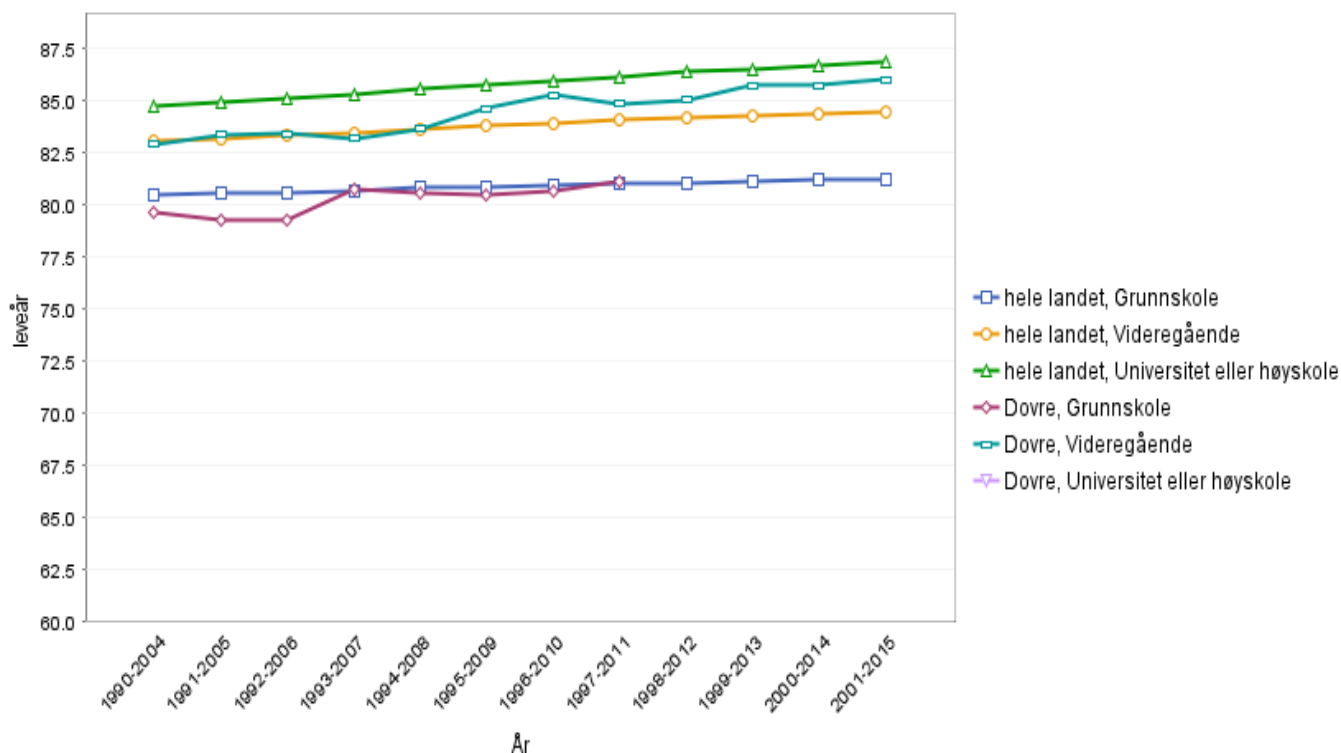
Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: KommuneHelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Forventet levealder, kvinner, 15 års glidende gjennomsnitt, 2004-2016



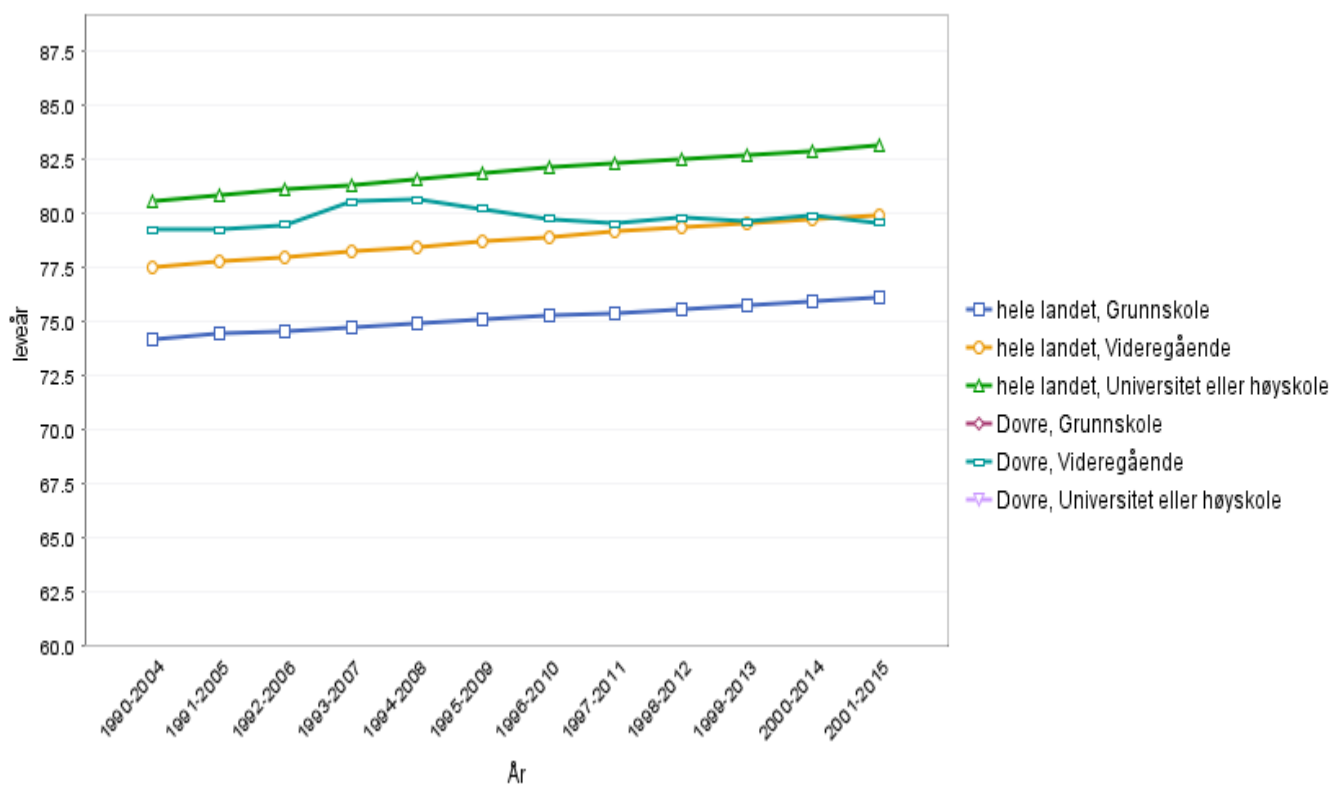
Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: KommuneHelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Forventet levealder etter utdanning i Norge og Dovre, kvinner, 15 års glidende gjennomsnitt, 2004-2015



Forventet levealder kvinner etter høyeste fullførte utdanningsnivå (tre ulike grupper), 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 etter utdanning i Norge og Dovre, menn, 15 års glidende gjennomsnitt, 2004-2015



Forventet levealder menn etter høyeste fullførte utdanningsnivå (tre ulike grupper), beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: KommuneHelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

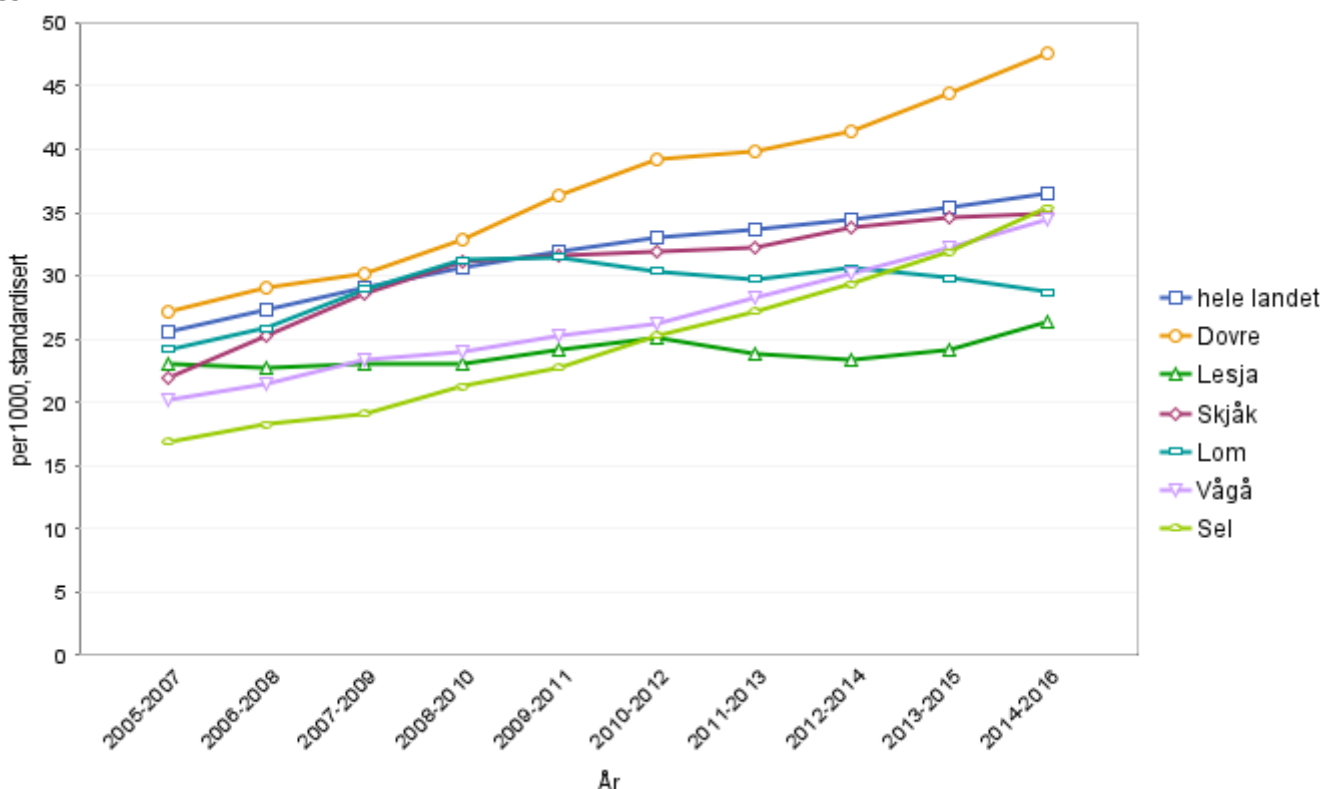
4.6.3 Diabetes – type 2

Diabetesmedisiner: Dovre kommune har hatt en økning i bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes fra 2007 til 2016. I perioden 2014-2016 var det årlige gjennomsnittet på 48 per 1000 dvs. 87 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, 2007-2016



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

4.6.4 Hjerte- og karsykdommer

Medikamenter mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterolsenkende midler), brukere 0-74 år: I Dovre kommune har det vært noe økning i bruk av disse medikamentene fra 2007 til 2016. I perioden 2014-2016 var det 450 personer som hentet ut minst en resept på legemidler mot hjerte- og karsykdommer i årlig gjennomsnitt. Økningen har vært størst når det gjelder mennene, men det var fremdeles en noe høyere andel kvinner enn menn som brukte medikamentene i perioden 2014-2016.

Kolesterolsenkende medikamenter, brukere 0-74 år: Det har vært en gradvis økning i bruk av kolesterolsenkende medikamenter fra 2007 til 2016. I perioden 2005-2007 var det 174 personer (årlig gjennomsnitt) som brukte kolesterolsenkende medikamenter. I perioden 2014-2016 var det 305 personer. Dovre er en av de to kommunene i Nord-Gudbrandsdal som har høyest andel som bruker disse medikamentene.

Bruk av primærhelsetjenesten, 0-74 år: I perioden 2014-2016 fikk 403 personer (årlig gjennomsnitt) fra Dovre som var i kontakt med fastlege eller legevakt, en hjerte- og karsykdomsdiagnose.

Bruk av spesialisthelsetjenesten: 63 personer fikk diagnose hjerte- karsykdom ved dag- og døgnopphold i perioden 2013-2015 i årlig gjennomsnitt.

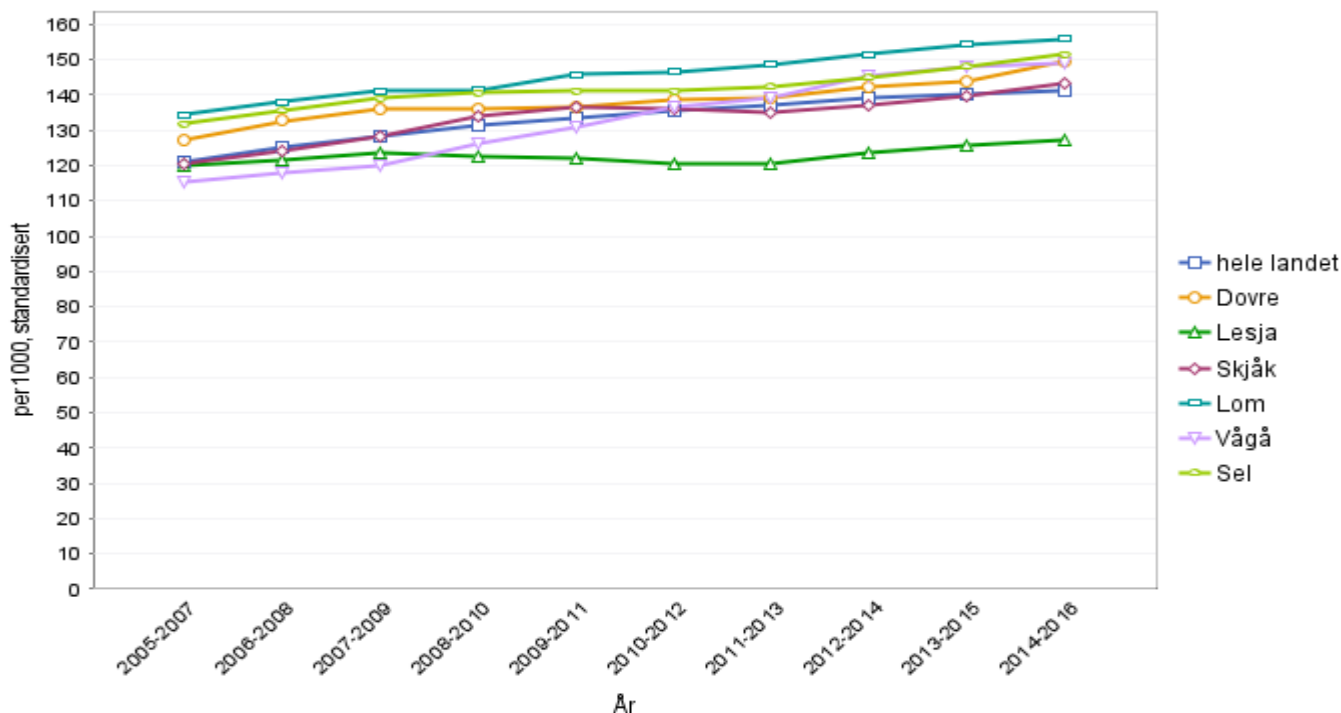
Dødelighet, 0-74 år: Det har vært en gradvis reduksjon i dødelighet pga. hjerte- og karsykdommer både for menn og kvinner i Dovre etter 1999, men med en stabilisering for kvinnene de siste årene. Totalt døde færre enn 3 personer pga. hjerte-/ karsykdom i perioden 2006-2015 i årlig gjennomsnitt.

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

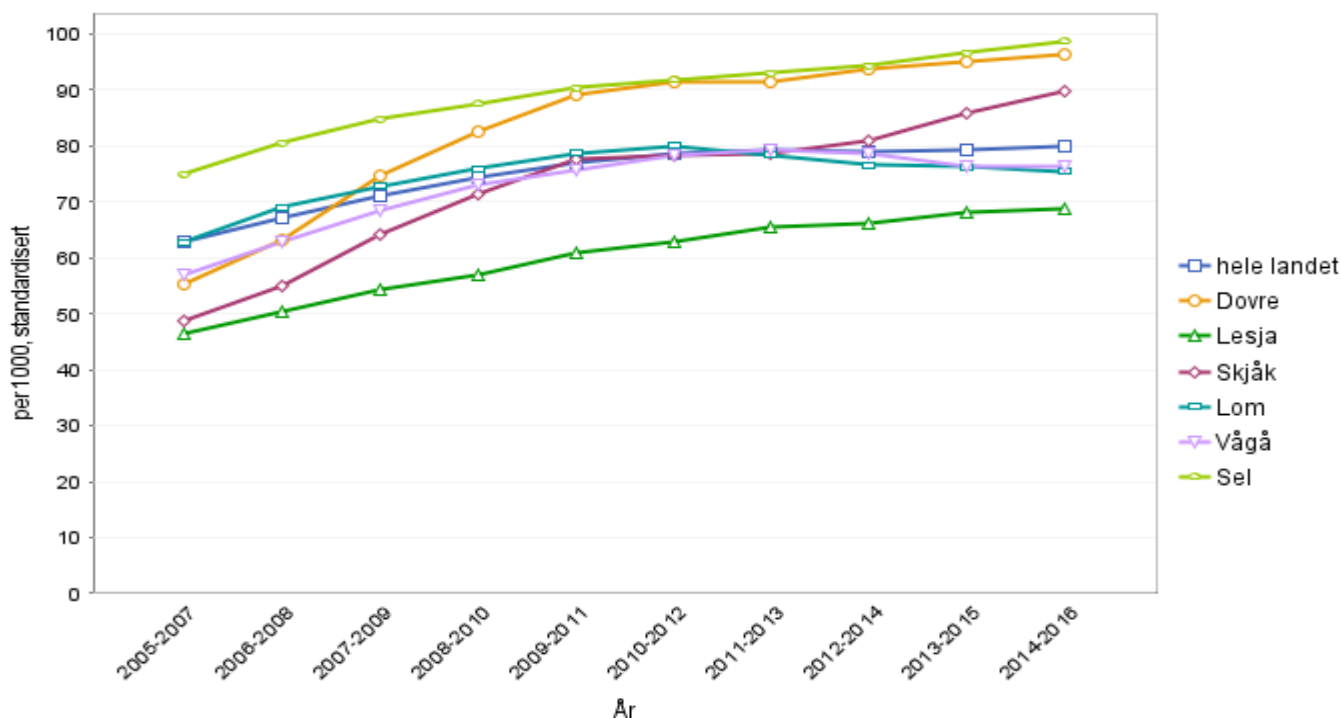
Årsaker til hjerte-karsykdommer er sammensatte: Arvelige faktorer i samspill med miljøfaktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes.

Diagram: Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterol-senkende midler), 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2016



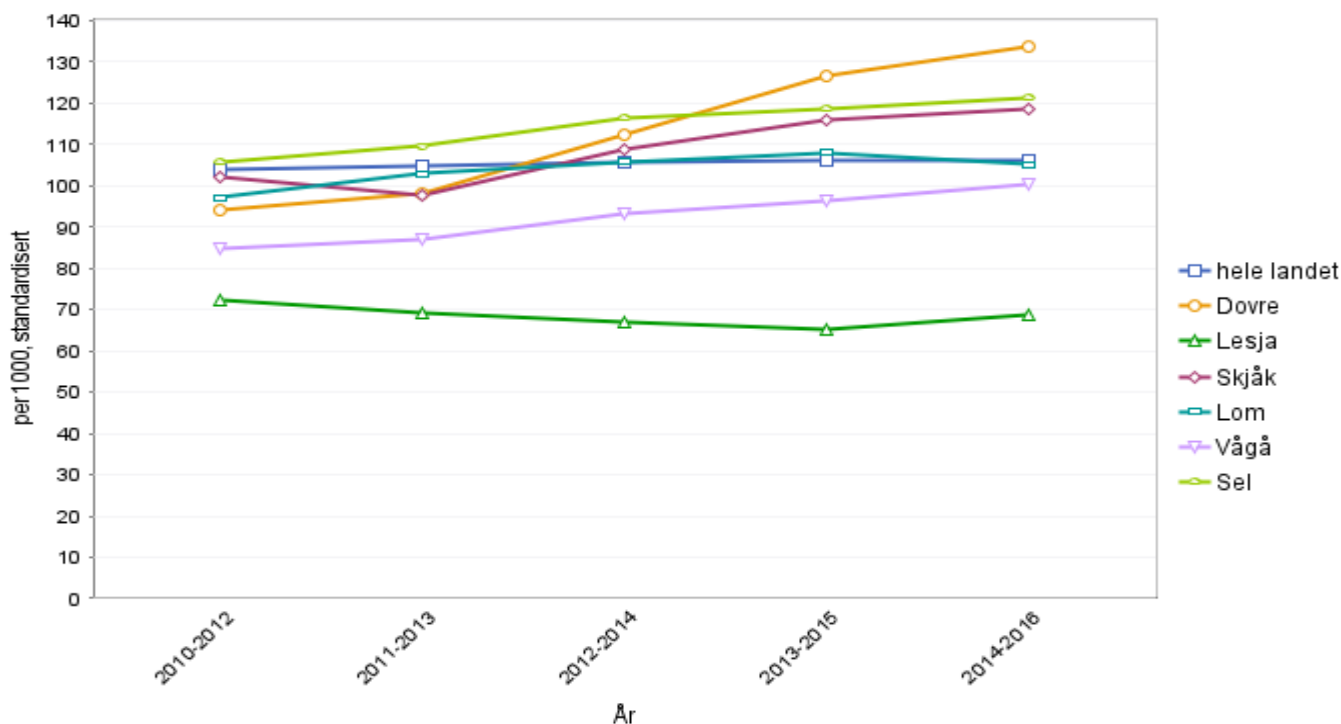
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

Diagram: Bruk av kolesterolsenkende medikamenter, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2016



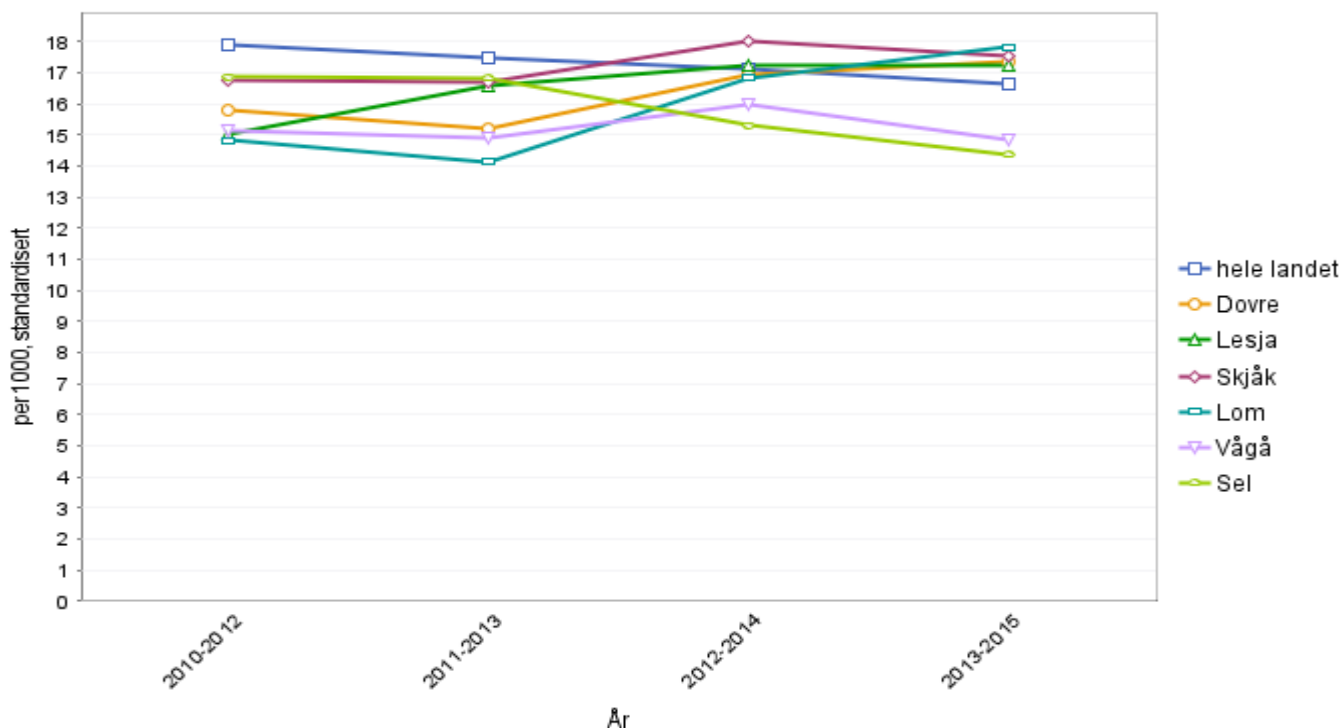
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

Diagram: Bruk av primærhelsetjenesten hjerte- og karsykdommer, 3 års glidende gjennomsnitt, 2012-2016



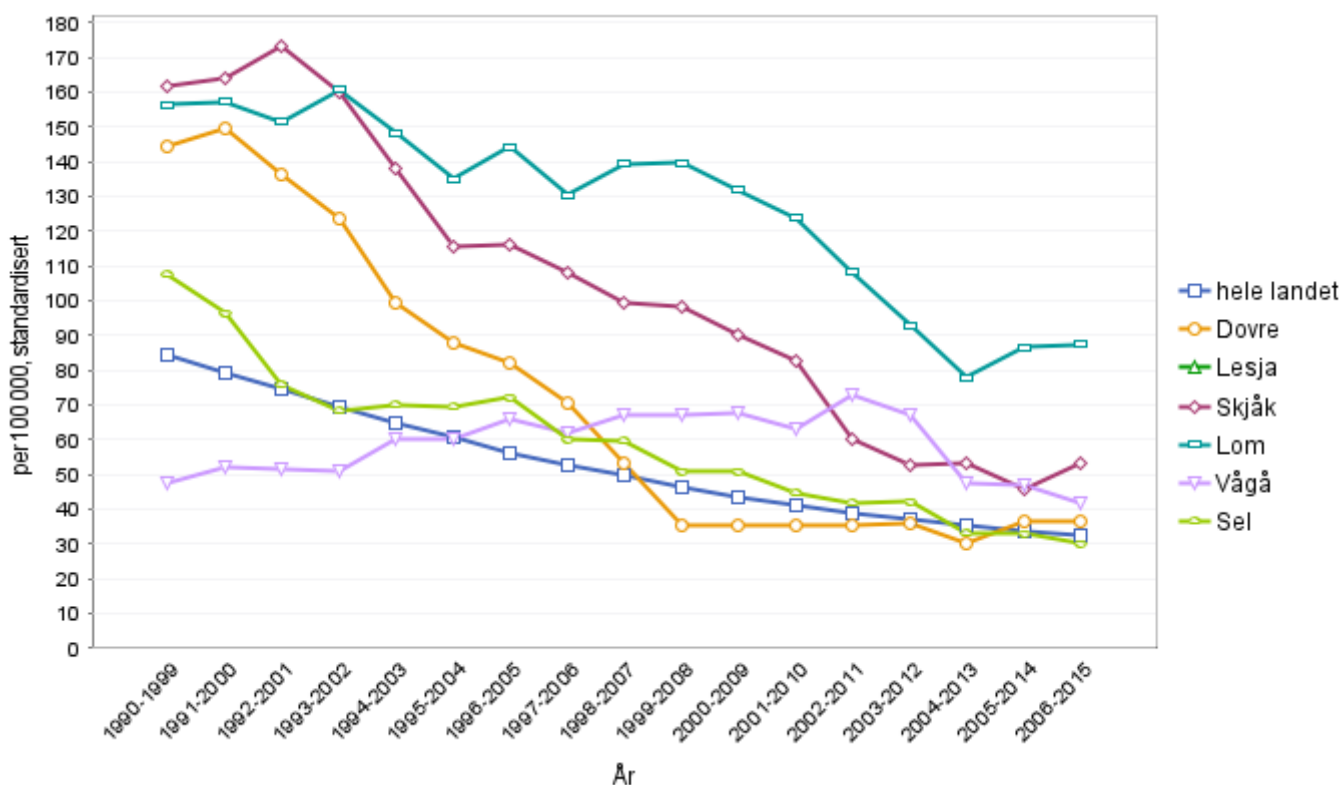
Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt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

Diagram: Bruk av spesialisthelsetjenesten hjerte- og karsykdommer, 3 års glidende gjennomsnitt, 2012-2015



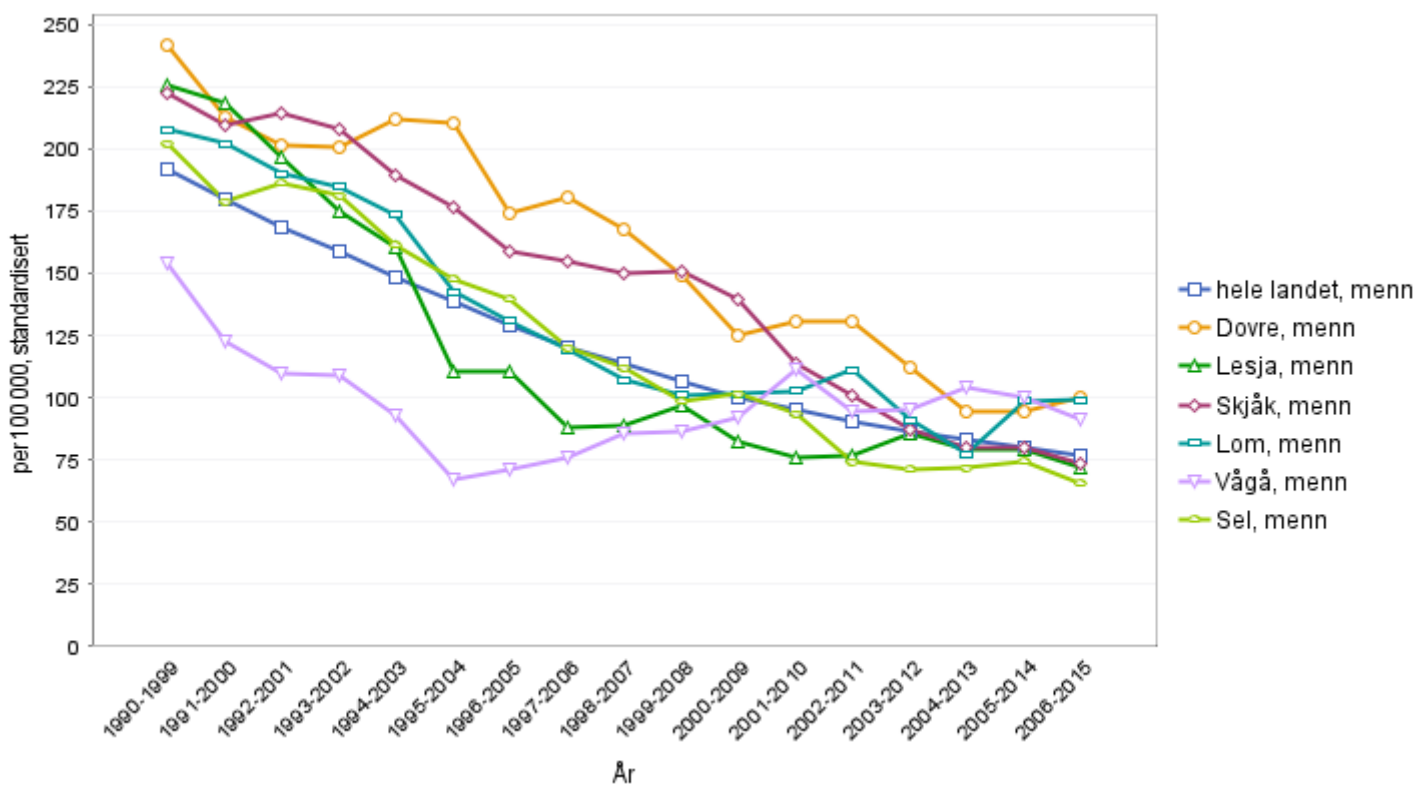
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa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

Diagram: Dødelighet hjerte-/karsykdom, kvinner, 10 års glidende gjennomsnitt, 1999-2015



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, 1999-2015



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

4.6.5 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

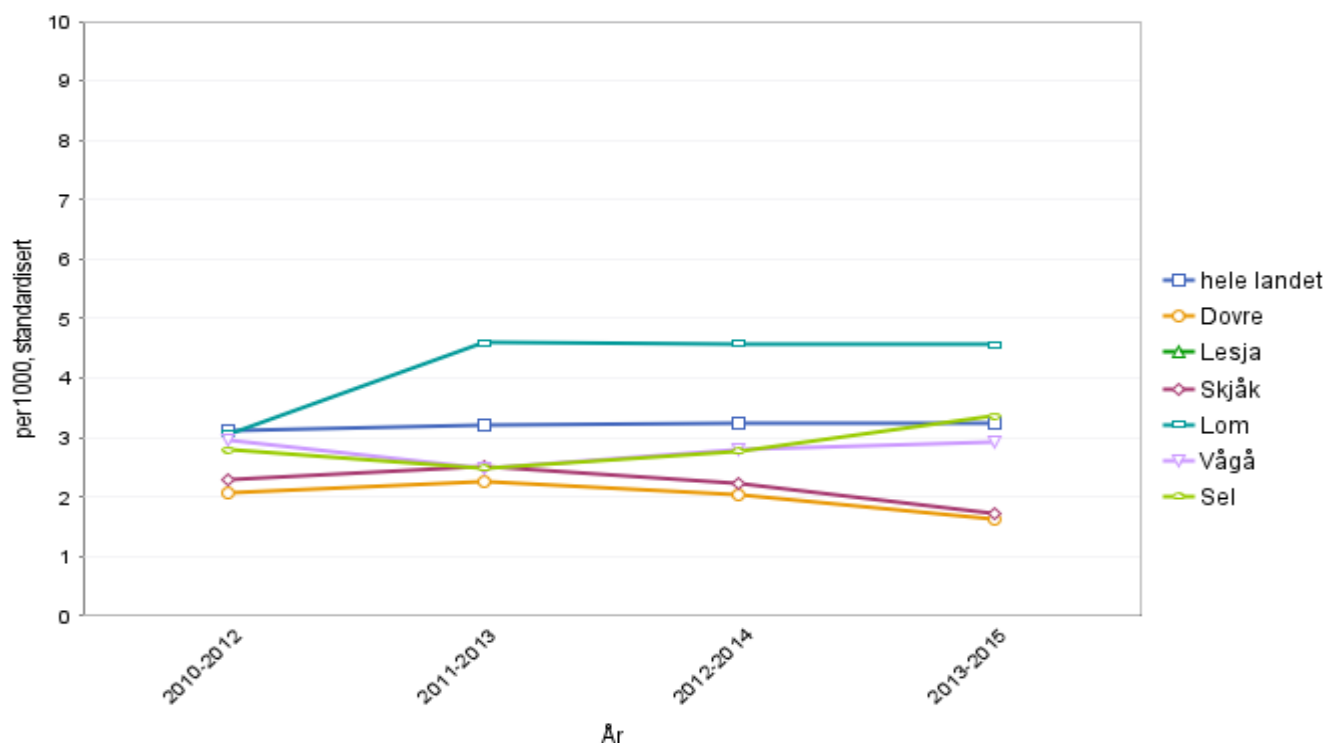
Medikamenter mot KOLS og astma: Det har relativt stabil bruk totalt av disse medikamentene i aldersgruppen 45-74 år i Dovre kommune fra 2007 til 2016. Andel kvinner har derimot økt noe, og det er en høyere andel kvinner enn menn som bruker medikamentene. I perioden 2014-2016 hentet 109 personer mellom 45 og 74 år ut minst en resept på disse medikamentene.

Bruk av spesialisthelsetjenesten: I perioden 2013-2015 var det - i årlig gjennomsnitt - ca. tre personer over 45 år som hadde dag-, eller døgnopphold 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*

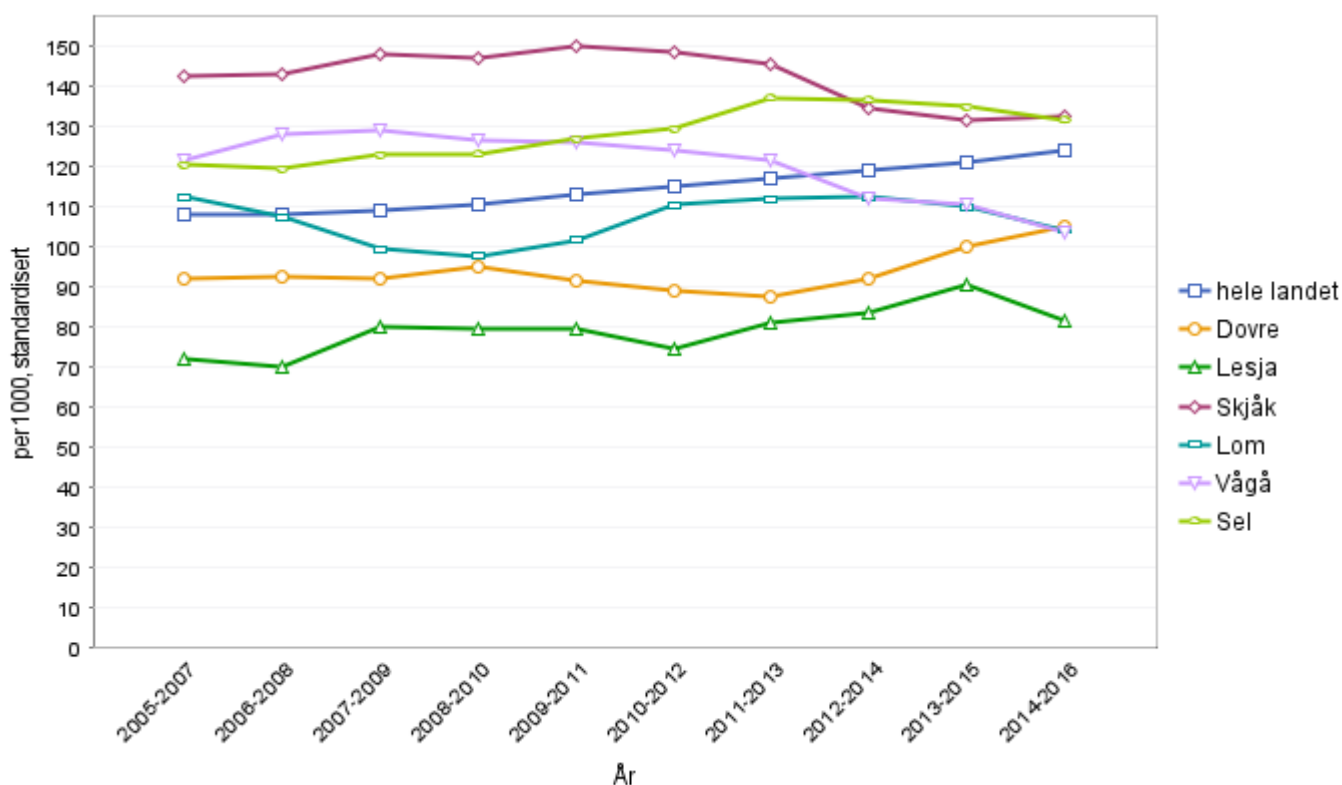
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper 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, 2012-2015



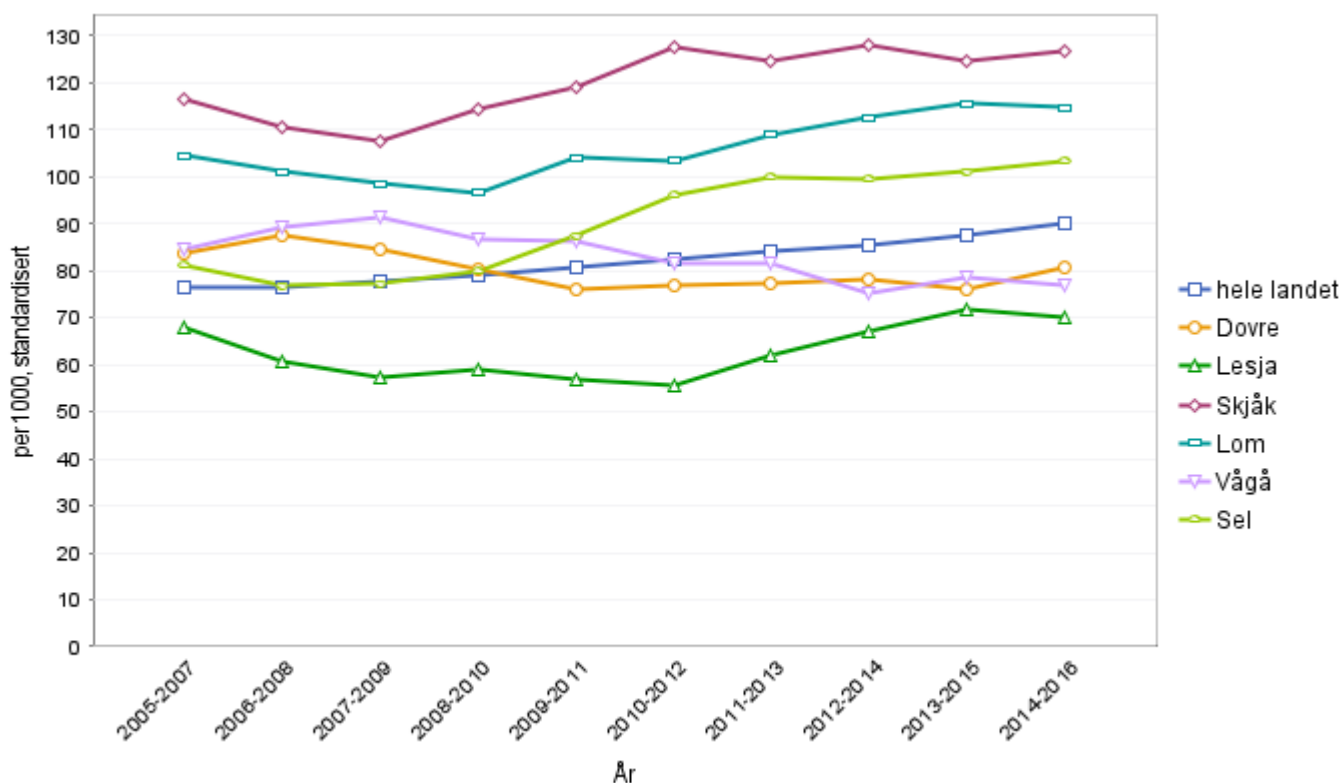
Antall pasienter over 45 år innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet.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

Diagram: Bruk av KOLS og astma medikamenter, kvinner, 45-74 år, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2016



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, 2007-2016



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

4.6.6 Smerter

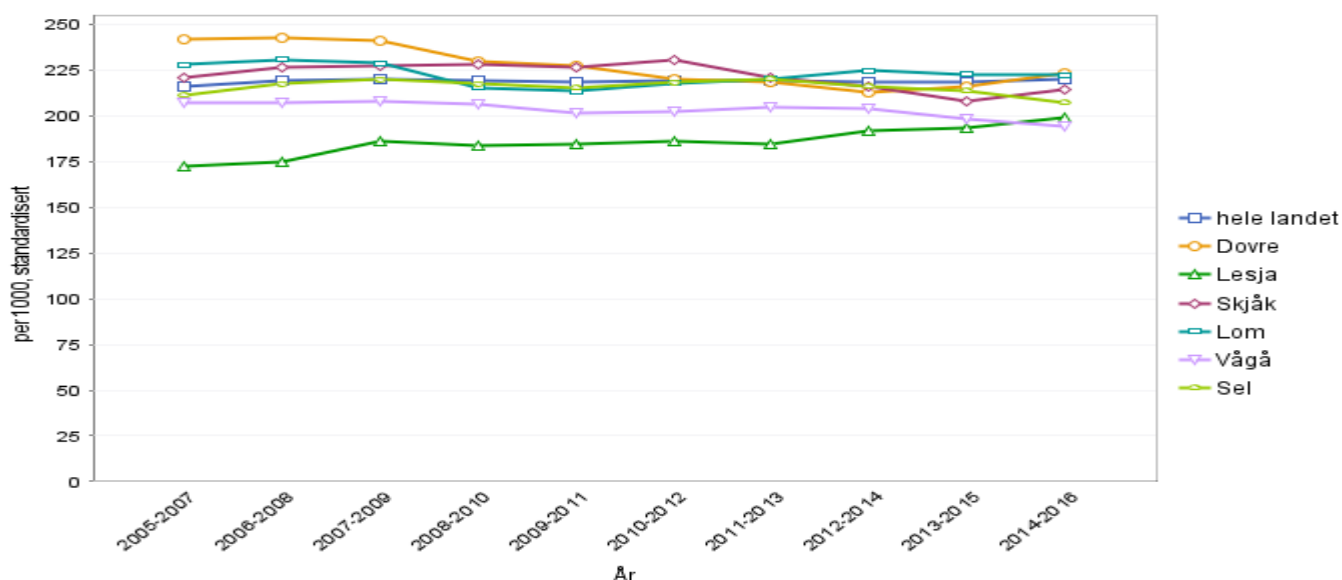
Tall fra ungdataundersøkelsen 2015: 14 % av elevene – men flere jenter enn gutter – på 8.-10 trinn i regionen brukte reseptfrie medikamenter minst en gang hver uke. 2 % brukte det daglig.

Smertestillende medikamenter, brukere 0-74 år: Det har vært noe svingninger – men med noe nedgang – i den totale bruken av smertestillende medikamenter på resept fra 2007 til 2016 i Dovre kommune. Det er en mye høyere andel kvinner enn menn som tar ut resept på smertestillende. I perioden 2014-2016 (årlig gjennomsnitt) ble det hentet ut minst en resept av 584 personer i kommunen. Ikke reseptbelagte smertestillende er ikke med i denne statistikken.

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*

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

Diagram: Bruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2016



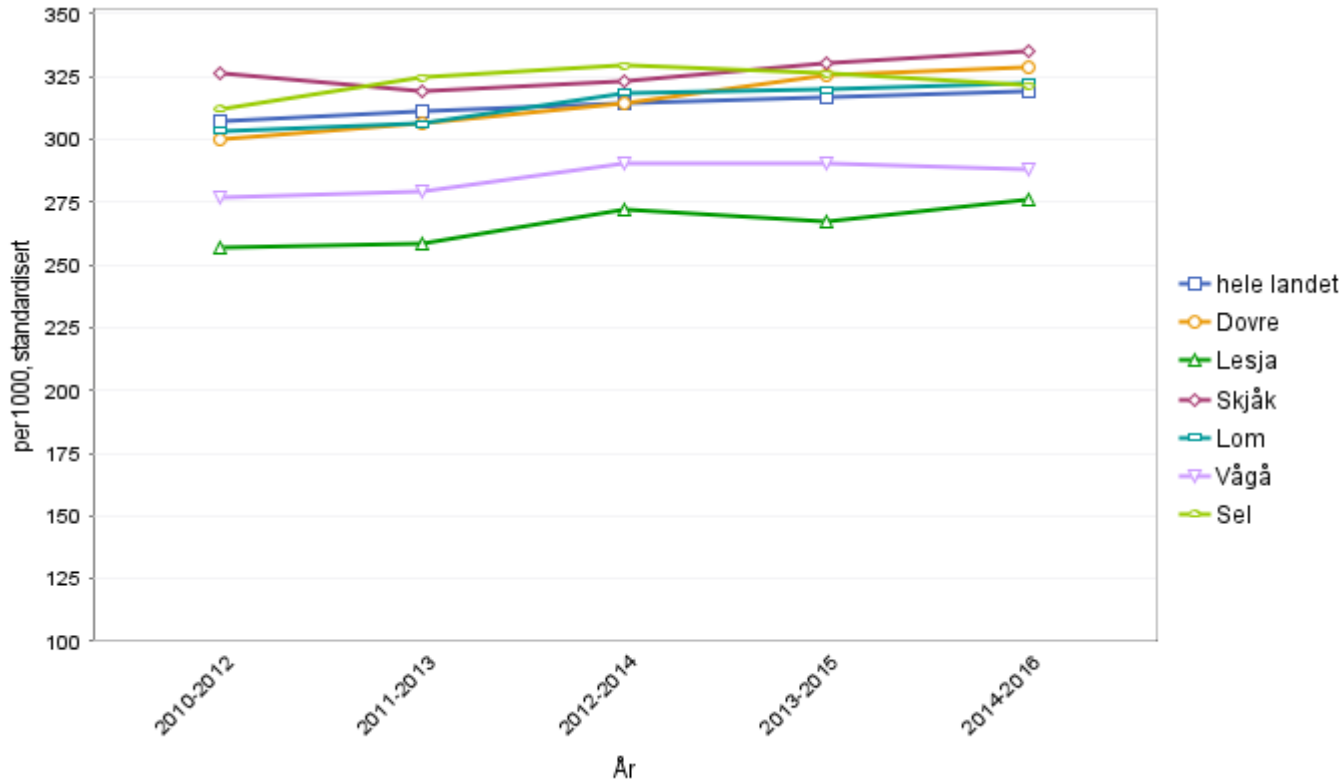
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

4.6.7 Muskel- skjelettlidelser

Bruk av primærhelsetjenesten, 0-74 år: 834 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 2014-2016. Andelen per 1000 innbyggere har økt noe 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, 2012-2016



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>

4.6.8 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 2016. Bruken av antipsykotika, sovemidler og beroligende midler har hatt noe nedgang i samme periode. 204 personer hentet ut minst en resept for antidepressiva eller antipsykotika i perioden 2014-2016 (årlig gjennomsnitt) og 232 personer minst en resept for sovemidler eller beroligende midler. (Tallene kan ikke summeres da det er noen som henter ut flere typer medisiner.)

Bruk av primærhelsetjenesten, 0-74 år: 316 personer fra Dovre kommune med diagnose psykiske symptomer eller lidelse var i kontakt med fastlege eller legevakt i årlig gjennomsnitt i perioden 2014-2016. Andel per 1000 innbyggere har økt gradvis de siste tre årene. Angst og depresjon er de dominerende lidelsene.

Depressivt stemningsleie og søvnproblemer, ungdom 8.-10. trinn: 10 % av elevene som svarte på ungdataundersøkelsen i regionen i 2015 svarte at de i gjennomsnitt hadde vært «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av følgende ting siste uken: Følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt deg ulykkelig, trist eller deprimert, følt håpløshet med tanke på framtida, følt deg stiv eller anspent og bekymret deg for mye om ting. Det var flere jenter enn gutter som var plaget.

19 % 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*

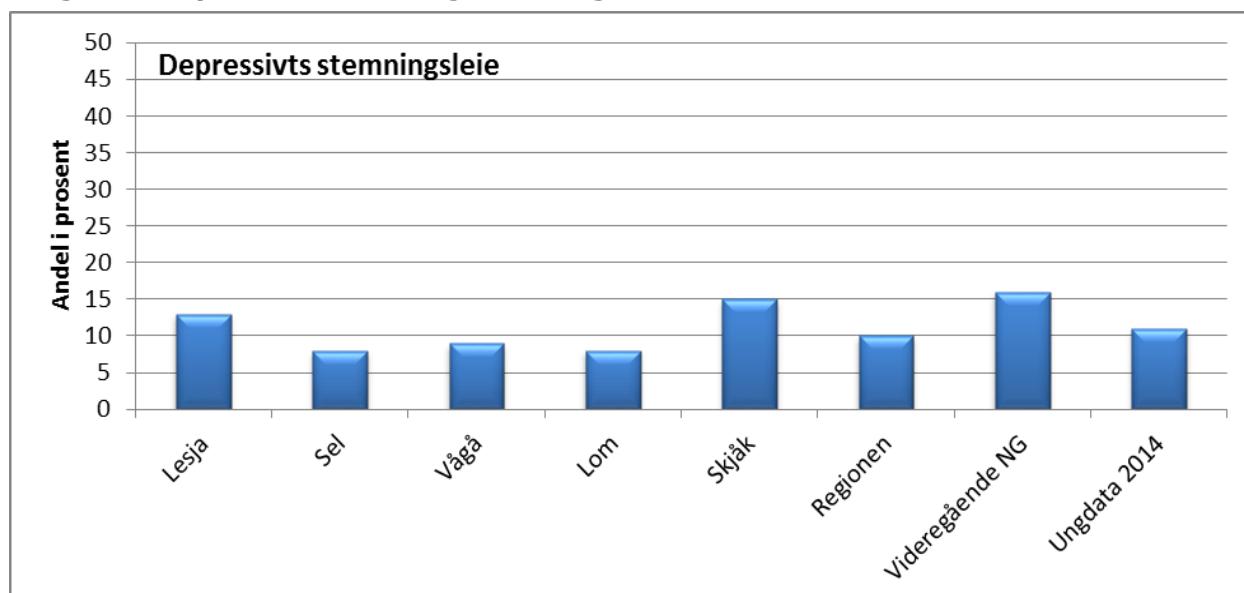
Sosial støtte og utviklet mestringsevne er de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser. *Kilde: Proposisjon til Stortinget (Folkehelseloven)*

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.*

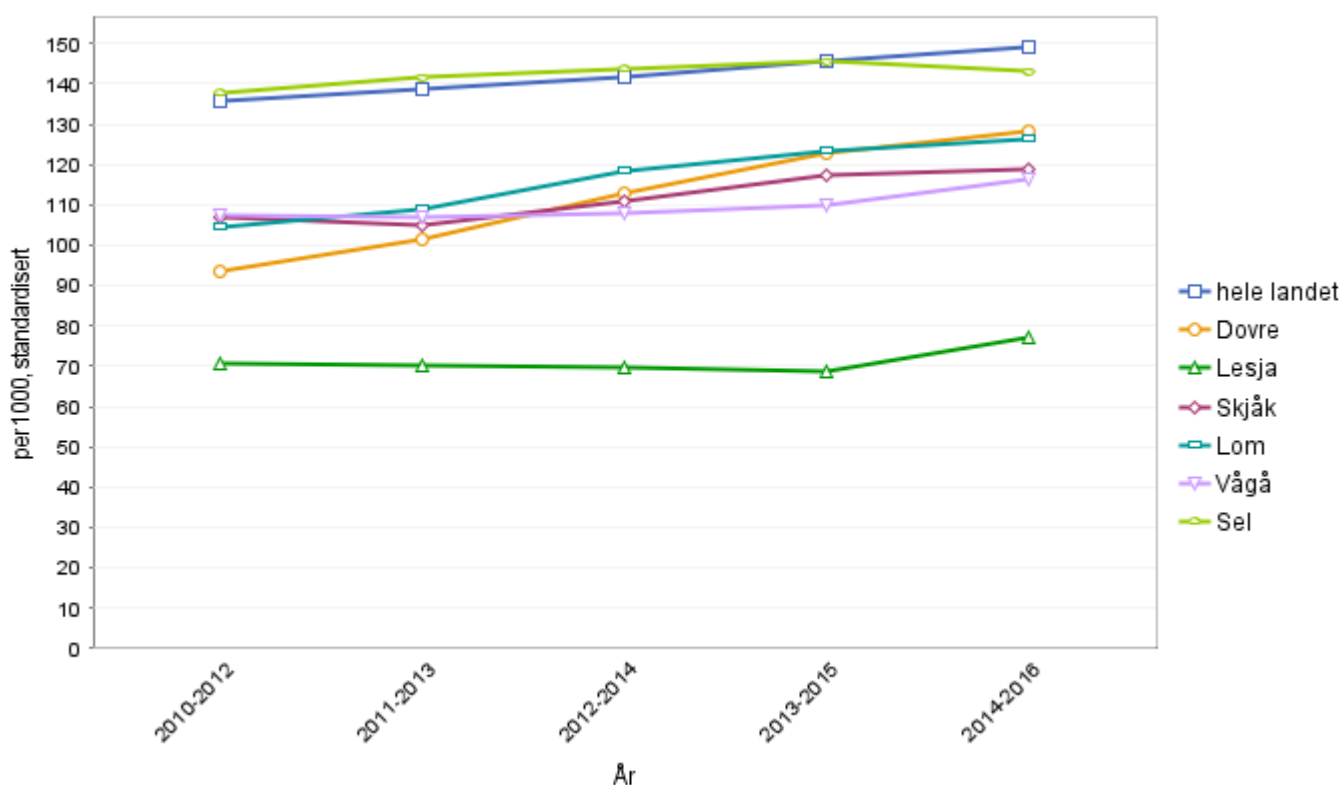
Søvnproblemer har sammensatte årsaker som fysiske psykiske lidelser, livsstil, skjermbruk, endret døgnrytme for barn ved helgesamvær etter samlivsbrudd.

Diagram: Depressivt stemningsleie, ungdom, 2015



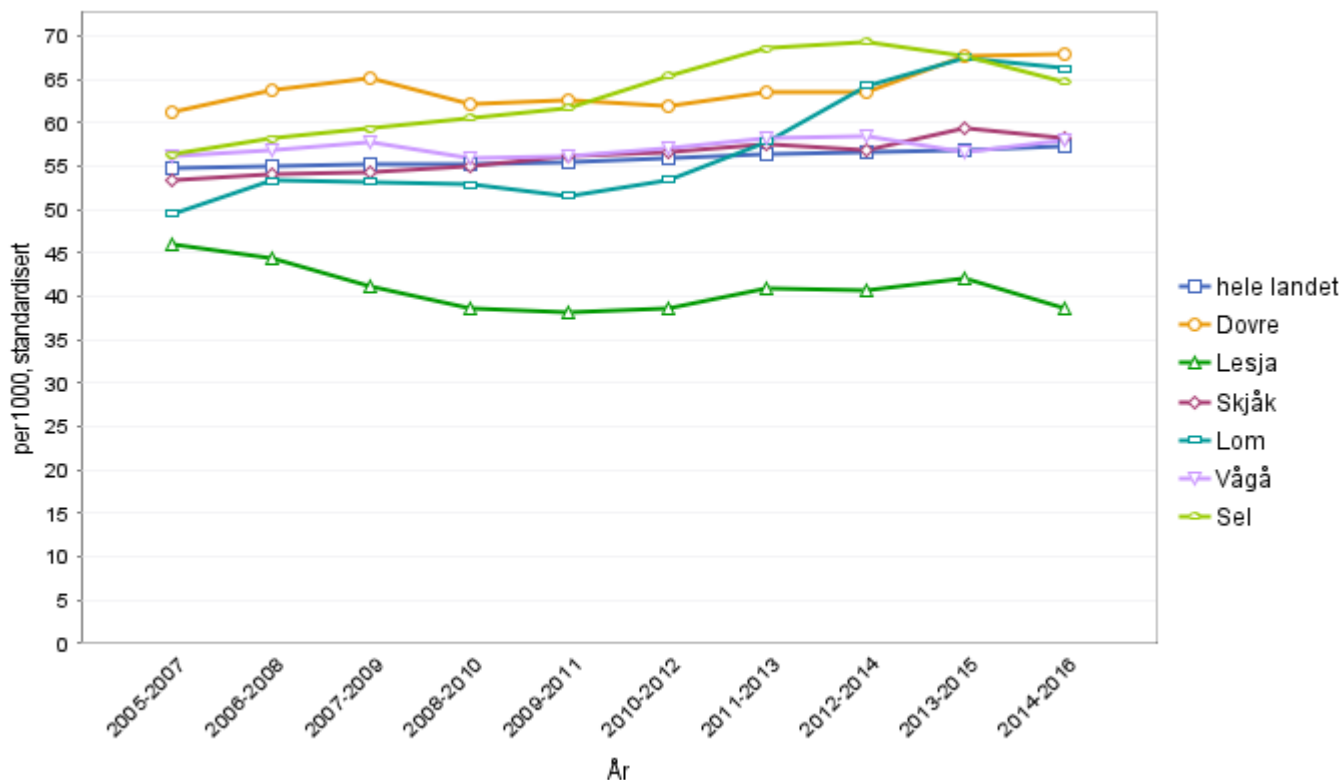
Andel som i gjennomsnitt har vært «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av følgende ting sist uke: Følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt deg ulykkelig, trist eller deprimeret, følt håpløshet med tanke på framtida, følt deg stiv eller anspent og bekymret deg for mye om ting. Kilde: Ungdataundersøkelse Nord-Gudbrandsdal 2015

Diagram: Bruk av primærhelsetjenesten, 3 års gjennomsnitt, 2012-2016



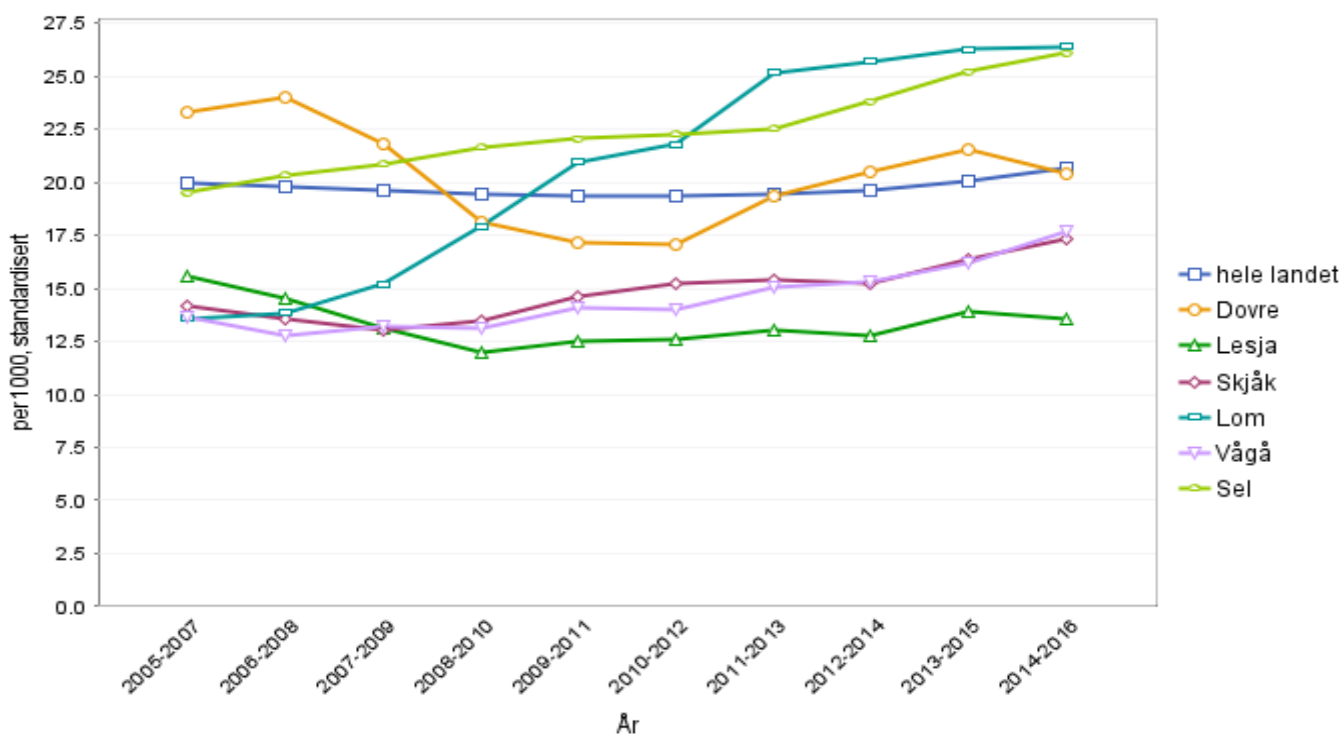
Antall unike personer 80-74 år) i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs.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

Diagram: Bruk av antidepressiva, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2016



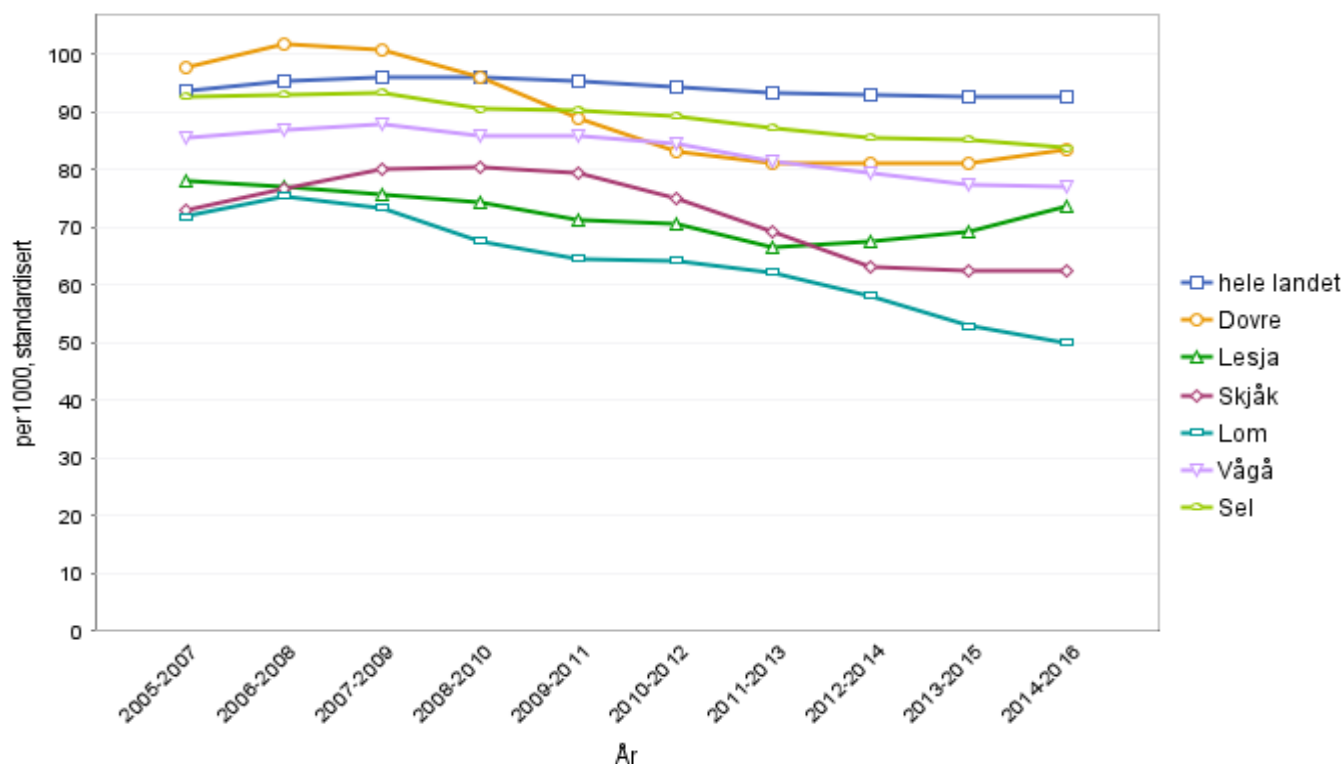
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

Diagram: Bruk av antipsykotika, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2016



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, 2007-2016



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>

4.6.9 Smittsomme sykdommer

Vaksinasjonsdekning: I perioden 2012-2016 (årlig gjennomsnitt) var mellom 94 % og 98 % av barna i 2 og 9 års-alderen fullvaksinerte i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet.

Meldte smittsomme sykdommer: Med unntak av chlamydia er det totalt sett relativt få smittsomme sykdommer som blir meldt til Folkehelseinstituttet (lovpålagte meldinger) i Nord-Gudbrandsdal – selv om melding av enkelte sykdommer har økt i 2016. Det gjelder tarminfeksjon (clostridium) og MRSA-infeksjon. Antall genitale chlamydiainfeksjoner varierer fra år til år. Høyeste antall i Dovre for et enkelt år fra 2005 til 2016 var 19.

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

Tabell: Vaksinasjonsdekning i prosent, 5 års glidende gjennomsnitt, 2010-2016

Alder	Vaksine	2006-2010	2007-2011	2008-2012	2009-2013	2010-2014	2011-2015	2012-2016
2 år	Difteri	93,4	92,4	91,4	94,6	95,8	94,7	95,5
	Kikhoste	93,4	92,4	92,2	95,4	96,5	95,6	96,4
	Hib	94,5	93,4	92,4	94,5	95,6	94,7	95,5
	MMR	-	-	-	-	-	95,7	95,5
	Polio	93,4	92,4	91,4	94,5	95,6	94,7	95,5
	Stivkrampe	93,4	92,4	91,4	94,6	95,8	94,7	95,5
	Pneumokokk	-	-	87,3	92,0	93,0	92,2	94,6
	Kikhoste	96,1	95,0	93,6	95,3	97,2	97,8	97,7
	MMR	-	-	-	-	-	-	-
	Polio	96,1	95,0	93,6	95,3	97,2	97,1	97,0
	Stivkrampe	96,1	95,0	93,6	95,3	97,2	97,8	97,7

Andelen barn som er fullvaksinerte mot henholdsvis MMR (meslinger, kuma, røde hunder), kikhoste, difteri, stivkrampe, Haemophilus influenzae type B (Hib) og polio ved henholdsvis 2 og 9 års alder, i prosent av alle barn i aldersgruppen 2 år og 9 år i tillegg til pneumokokk 2 år. Statistikken viser 5 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 5-årsperioder). – Manglende tall eller anonymisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Tabell: MSIS meldinger smittsomme sykdommer Nord-Gudbrandsdal, 2003-2016

Sykdom	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Brucellose				1										
Campylobacteriose	12	6	5	14	11	12	10	10	12	18	10	20	12	16
Chlamydiainfeksjon, genital	-	-	89	54	50	71	68	42	53	82	61	56	65	67
Clostridium difficile											1	1	4	27
Denguefeber											1			
E. coli-enteritt unntatt EHEC				1	1		1	2	3	2	2	1	1	3
Encefalitt	2	1	4	1		1								
Giardiasis	1	1		1				2	3	3				
Gonore												1		
Hepatitt A	1						1							
Hepatitt B, akutt				1	1									
Hepatitt B, kronisk	5	3	2		1		1		3	1	4	1	5	11
Hepatitt C	1			1		2	1		1	2	2			8
Influenza A							2	1	1					
Kikhoste	18	15	48	87	26	21	61	6	3	3	1	1	5	13
Kusma												1	1	
Listeriose														2
Lyme borreliose												1	1	1
Malaria									1			1	1	
MRSA-infeksjon	1		1	1	1		1	1			1		3	22
MRSA-smittebærertilstand						1		4	2		4	3	10	
Nephropathia epidemica	2	1	1		9	1					3	1		1
PRP infeksjon/ smittebærertilstand			1	1										
Resistent gram negativ stav														1
Salmonellose	2	3	3	7	3	6	2	1	1	8	4	2	2	3
Shigellose				1							1	1		
Syfilis				1									1	2
Syst.Gr. A streptokokksykdom	1	2	1	1	3	1			2	3				2
Syst.Gr. B streptokokksykdom					1	1		1		2	2	1		
Syst. H. influensasykdom			2				1			1		2		1
Syst. Pneumokokksykdom	1	1	5	5	4	1	4	4	3	1	2	1	1	8
Tularemi	1	1	1		1				1			1		2
Tyfoidefeber												1		
Virale infeksjoner i nervesystemet														3
Yersinose					1	1					1			

Tabellen viser antall tilfeller meldt i tidsrommet 01.01.2003 - 31.12.2016 for Lesja, Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk. Kommunene er slått sammen pga. lite tallmaterieell for den enkelte kommune. Tuberkulose, aids, hiv-infeksjon og Creutzfeldt-Jakobs sykdom er ikke tilgjengelig på kommunenivå. Kilde: Folkehelseinstituttet, MSIS

4.6.10 Antibiotika

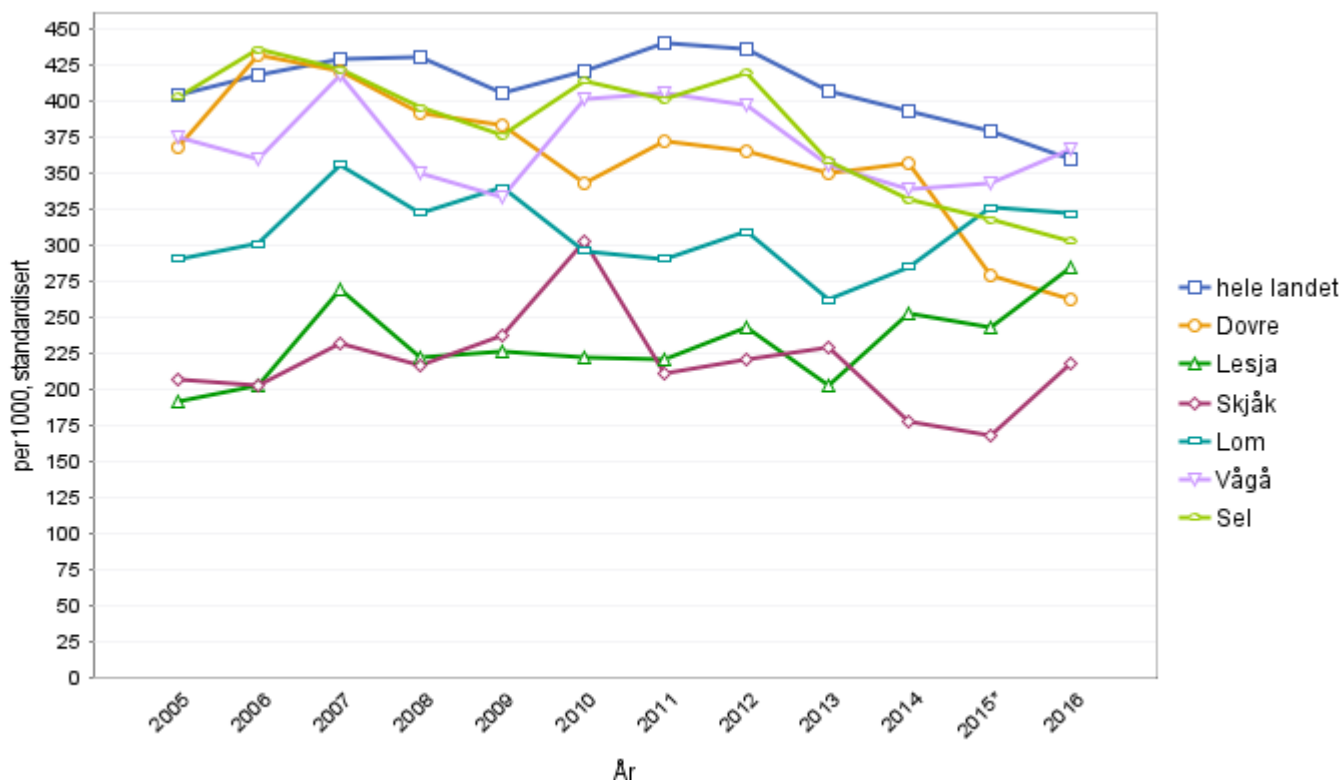
Det har vært noe svingninger når det gjelder andel antibiotikaresepter pr.1000 innbyggere i Dovre kommune, men totalt sett en nedgang etter 2005. I 2016 ble det skrevet ut 697 resepter til personer fra 0 til 79 år i kommunen.

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. Antibiotikakomiteen 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, 2005-2016



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>

4.6.11 Kreft

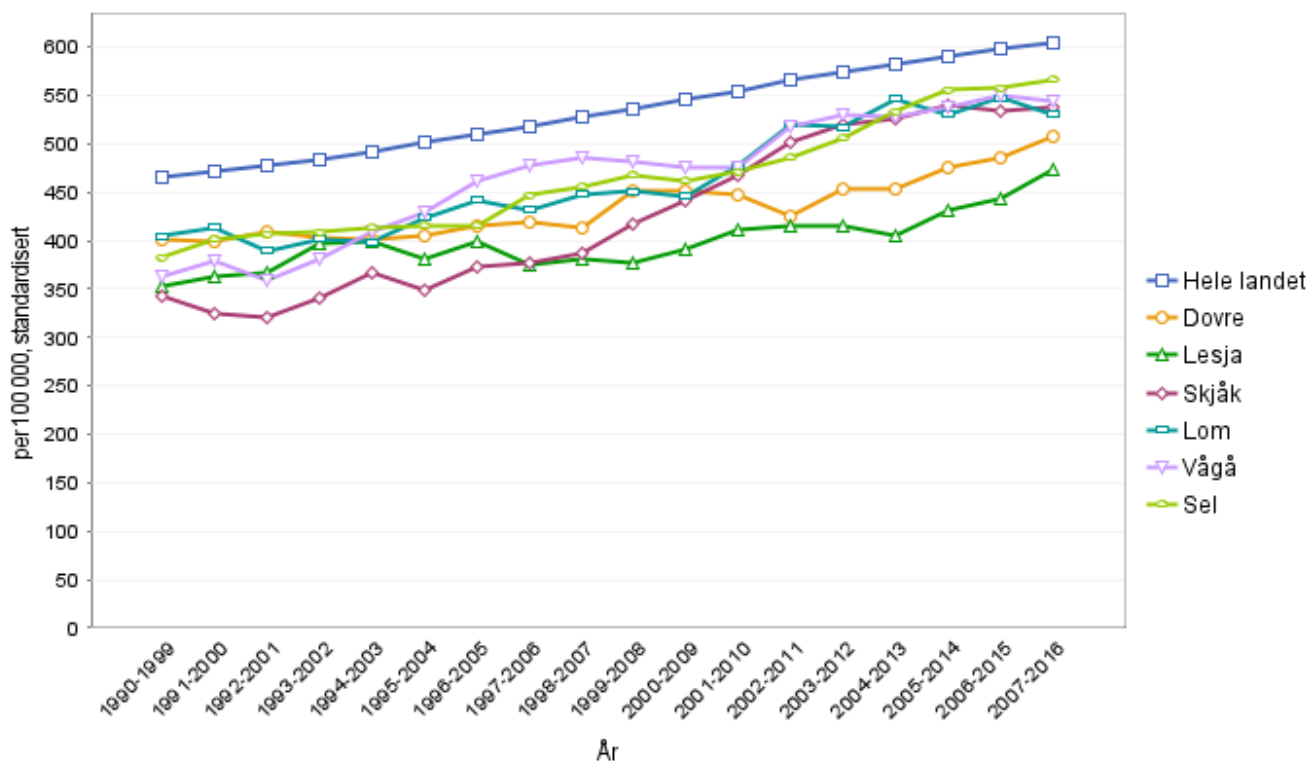
Nye tilfeller av kreft: Antall krefttilfeller per 100 000 i Dovre kommune etter 1999 har hatt en gradvis økning. I perioden 2007-2016 var det 19 personer i kommunen i årlig gjennomsnitt som fikk diagnosen kreft (nye tilfeller).

Kreftdødelighet, 0-74 år: Det er relativt stabile tall når det gjelder kreftdødelighet etter 1999, men det er svært små tall og statistisk vanskelig å vurdere utvikling over tid. Antall dødsfall i årlig gjennomsnitt 2007-2016 var 3.

Kreftdødeligheten i Norge har endret seg lite fra 1950 til i dag (dødsfall per 100 000 innbyggere korrigerer for økt levealder). Kreftforekomsten har økt. Det er større sosioøkonomiske forskjeller i kreftdødelighet i dag enn for 40 år siden, spesielt i forhold til lungekreft. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

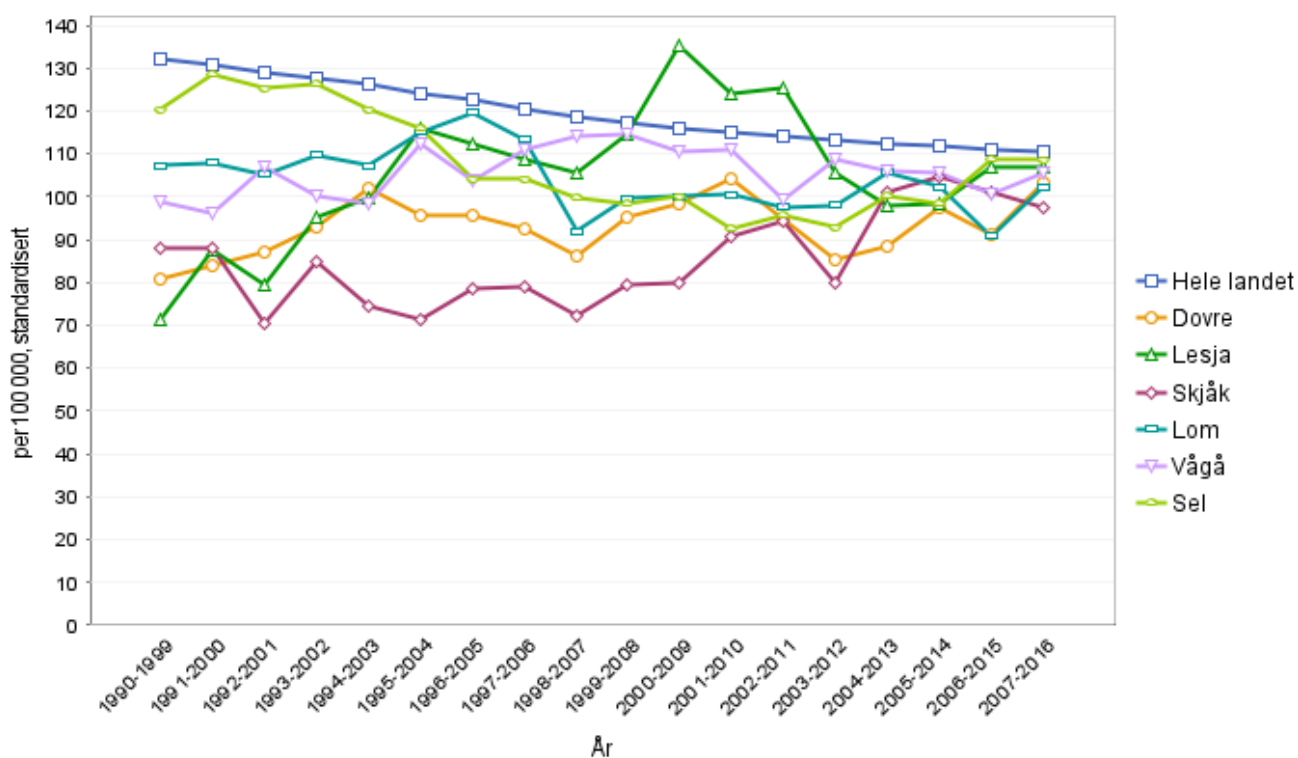
Hovedårsaken til økning av krefttilfeller i Norge er økt levealder og større befolkning. Faktorer som kan påvirke utvikling av kreftisiko i tillegg til arv: Livsstilsfaktorer som røyking, stoffer i miljøet, fedme, kosthold, alkohol, infeksjoner og fysisk aktivitet. Stabil dødelighet kan skyldes bedre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

Diagram: Nye krefttilfeller, 10 års glidende gjennomsnitt, 1999-2016



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

Diagram: Dødelighet kreft, 10 års glidende gjennomsnitt 1999-2016



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>

4.6.12 Tannhelse

I Dovre hadde 85 % av 5-åringene, 40 % av 12-åringene og 29 % av 18-åringene ikke hatt behov for fyllinger i 2016. I Oppland samme år var tallene 84 %, 62 % og 25 %.

På ungdomsundersøkelsen i regionen (8. og 10. trinn) anga 72 % av de spurte at de pusset tennene flere ganger om dagen. De øvrige en gang om dagen eller sjeldnere.

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

Diagram: 5-åringer uten behov for fyllinger, 2011-2016

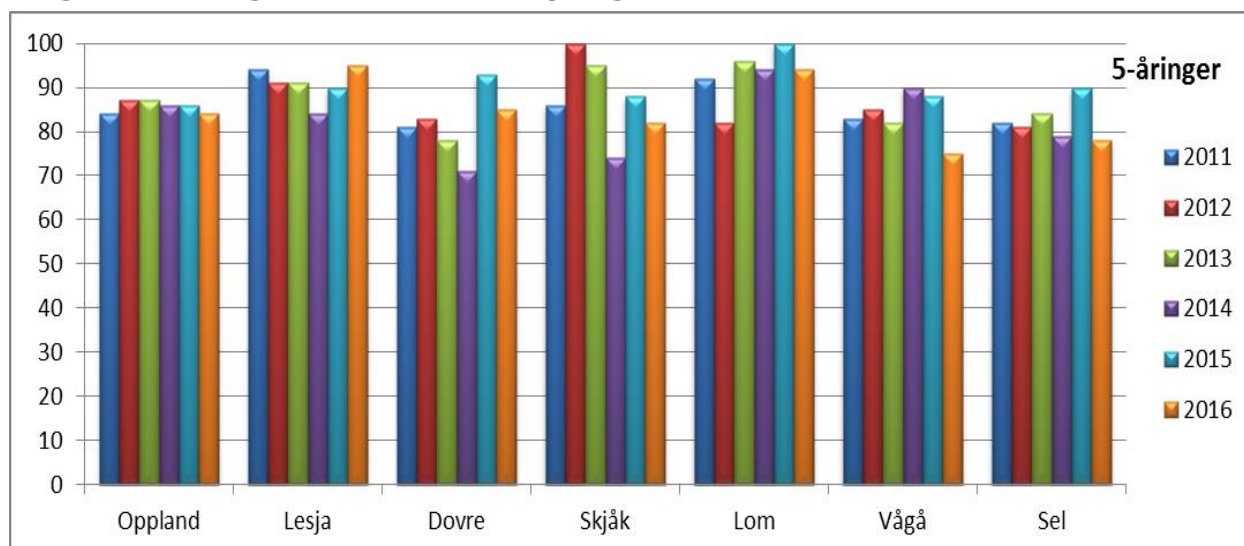


Diagram: 12-åringer uten behov for fyllinger, 2011-2016

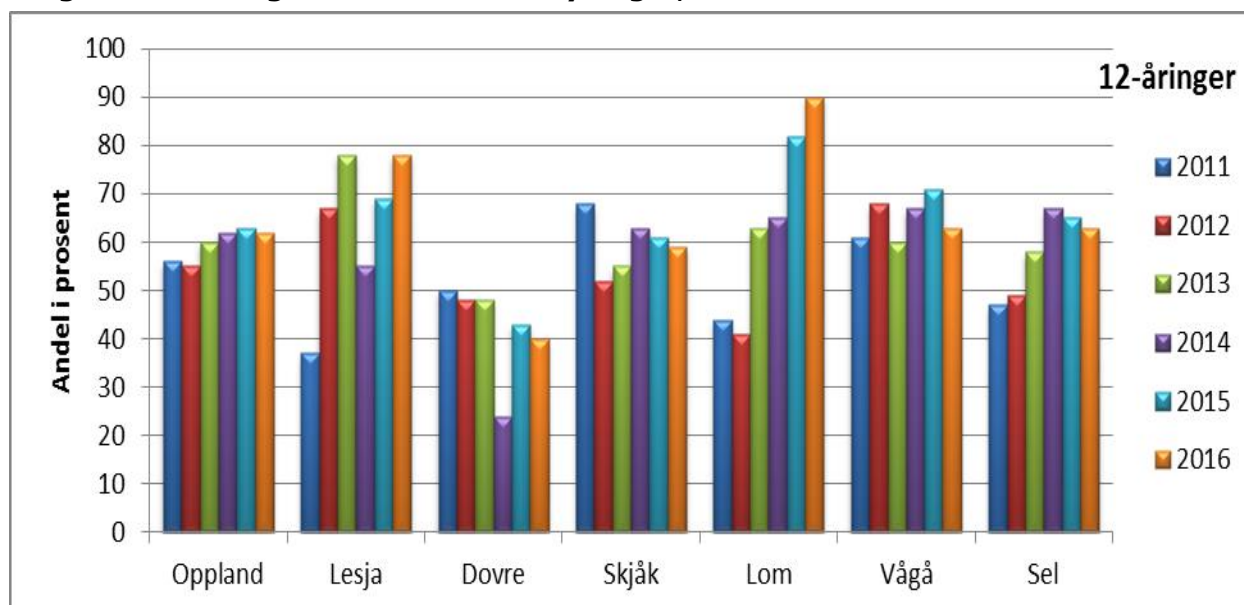
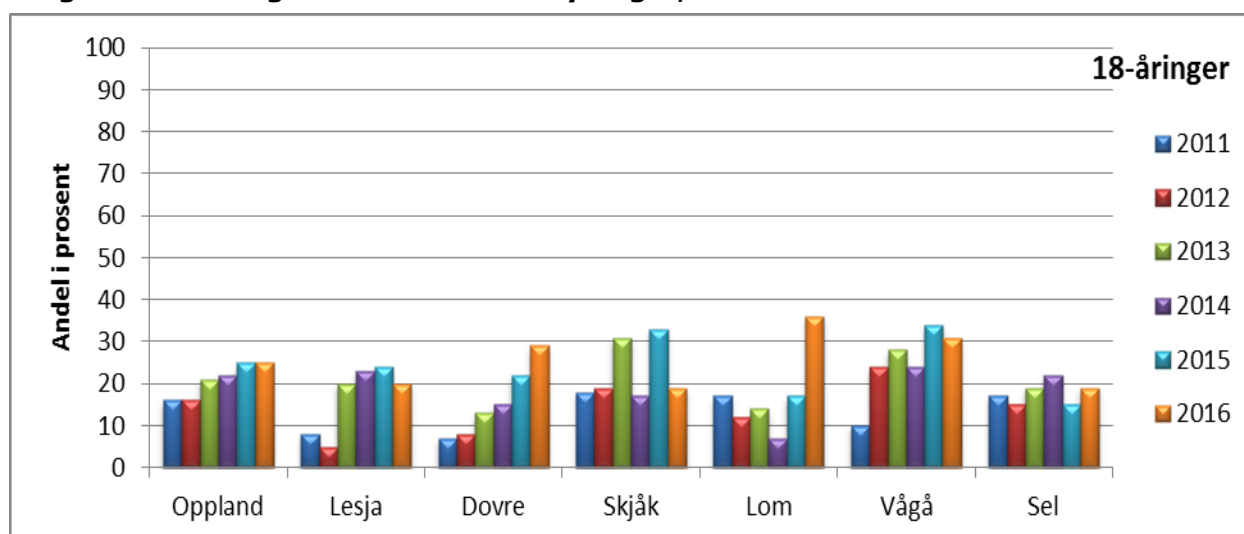


Diagram: 18-åringer uten behov for fyllinger, 2011-2016



Forklaring alle diagrammer: Andel 5-, 12- og 18-åringer som ikke har hatt behov for fyllinger.. Kilde: Fylkestannhelsetjenesten i Oppland



5.1 Utarbeidelse av folkehelseoversikten - prosesser

Dialog med kommunen

Første utkast til folkehelseoversikt var ferdig i februar 2012. I tillegg til kommunens ledelse, har Rådmannsutvalg, 6K helse, kommuneoverlegeforum, tidligere regional folkehelsegruppe og «oversiktsgruppe» i regi av Fylkeskommunen vært involvert i utarbeidelse av folkehelseoversikten. Det har vært gjennomgang i kommunestyre og årlige møter mellom ledelse og koordinator i samfunnsmedisin.

Folkehelseoversiktsdager og møter 2012/2013

Våren 2012 gjennomførte Dovre kommune en rekke møter i organisasjonen med folkehelse, helseoversikter og ressurser som tema. Ledelse og ansatte fra helse- og omsorgstjenestene i tillegg til folkehelsekoordinator, kommuneoverlege, pedagogisk rådgiver, rektorer fra barne- og ungdomsskole, styrer ved barnehager og politikere var til stede på ett eller flere møter. Forslag til oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer ble (ved koordinator i samfunnsmedisin) gjennomgått på møte 1. juni 2012 før deltakerne arbeidet videre med forslag til tiltak basert på utfordringsbildet i kommunen. Ordfører og rådmann var til stede på gjennomgangen av oversikten. Kommunalsjef og helseledergruppa har i etterkant arbeidet med praktiske tiltak for å møte folkehelseutfordringene i kommunen.

Ved vurdering av årsaker er det – etter anbefaling i merknader til folkehelseforskriften – tatt utgangspunkt i den kunnskap som eksisterer om hvilke bakenforliggende forhold som kan ha ført til den situasjonen som foreligger. I tillegg er vurderingene basert på lokale erfaringer.

Ferdigstillelse av dokumentet ble drøftet i møte med kommunalsjef, kommunelege I, folkehelsekoordinator og politikere tirsdag 19. februar 2013. Det ble lagt en plan for den videre prosessen i kommunen – både administrativt og politisk.

Årsaker og konsekvenser ble flyttet fra kapittel 3 til 4 i utgave «november 2017». Ressurser/helsefremmende og forebyggende tiltak er beskrevet i kapittel 3.

Folkehelseverksted 2015 – drøfting av status, utfordringer og ressurser

I henhold til veileder til arbeidet med folkehelseoversikter «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse», bør det utarbeides en relativt kort oppsummering av status og identifisering av kommunens folkehelseutfordringer og ressurser.

Oppsummering av status og drøfting av utfordringer og ressurser - i grupper og i plenum - ble gjennomført på et folkehelseverksted i kommunen 3. november 2015. I tillegg til ledelse ble sentrale aktører i folkehelsearbeid i kommunen og politikere invitert. Koordinator i samfunnsmedisin var ansvarlig for den praktiske gjennomføringen. Følgende var til stede: Rådmann, pleie- og omsorgsleder, fagansvarlig helsestasjon / varaordfører, leder barne- og ungdomsavdelingen, pnu-sjef, fysioterapeut, tre ansatte barnevern, sykepleier hjemmetjenester, psykiatrisk sykepleier, styrer Dombås barnehage, kommuneplanlegger, leder helsesenteret, soneleder, ergoterapeut og oppvekstsjef.

Etter folkehelseverkstedet ble forslag til oppsummering sendt til rådmannen og drøftet i lederforum 10. mars 2016 med virksomhetsledere før ferdigstillelse.

Oppsummering av status, hovedutfordringer og ressurser er beskrevet i kapittel 3.



5.2 Ungdataundersøkelse i Nord-Gudbrandsdal

Våren 2015 ble det gjennomført Ungdata-undersøkelser i kommunene i Nord-Gudbrandsdal. Ungdata er en standardisert spørreskjemaundersøkelse som er utarbeidet i samarbeid mellom forskningsinstituttet NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus, sju regionale kompetansesentre innen rusfeltet (KoRus Vest Bergen, KoRus Vest Stavanger, KoRus Midt-Norge, KoRus Øst, KoRus Sør, KoRus Nord, KoRus Oslo) og Kommunesektorens organisasjon (KS).

Gjennomføring av Ungdata-undersøkelsen var forankret i 6K skole og 6K helse. Undersøkelsen ble gjennomført på 8. – 10. trinn og på Otta videregående skole. Johannes Nermo fra KoRus Øst bistod med planlegging og hadde kommunevise gjennomganger i Lesja, Sel, Lom og Skjåk etter undersøkelsene. I Vågå var det lav svarprosent hos guttene. Undersøkelsen i Dovre ble underkjent pga lav svarprosent.

De ansvarlige for undersøkelsen har utarbeidet en regional oppsummering for Nord-Gudbrandsdal 8.-10. trinn der alle kommunene utenom Dovre er tatt med. Det var totalt 522 elever som svarte på undersøkelsen. Det ga en svarprosent på 81.

I folkehelseoversikten for 2016 ble et utvalg av resultatene fra Ungdataundersøkelsen 8. – 10. trinn tatt med. I og med at det var for få i Dovre som svarte på undersøkelsen, er det bare regionale tall som er med i folkehelseoversikten.

Det henvises forøvrig til Ungdata.no for oversikt over nøkkeltall for de enkelte kommune.



5.3 Oppdateringer og endringer

Videre følger en oversikt over endringer fra 2017 og utover. Oversikt over endringer fra 2013-2017 finnes i utgave «Juni 2017» – som er tilgjengelig på «Region felles/Folkehelseoversikter».

Siste utgave	Oppdatering/endring	Tidligere utgave
Februar 2017	Følgende kapitler (hele eller deler av)er oppdatert: 4.1.3: Etnisitet. 4.1.4: Personer som bor alene. 4.2.4: Inntekter og utgifter. 4.2.5: Sosialhjelpsmottakere. 4.2.6: Arbeidsledighet. 4.2.7: Sykefravær. 4.2.8: Uføretrygd. 4.2.9: Grunnskole som høyeste utdanning. 4.2.10: Frafall videregående skole. 4.2.11: Separasjoner. 4.3.4: Drikkevann. 4.3.5: Trivsel og mobbing på skolen. 4.4.1: Sykehus-innleggelser skader. 4.5.6: Røyking (gravide kvinner). 4.6.2: Forventet levealder. I tillegg ble en rekke parametre mht helsetilstand og årshjul oppdatert. Nye data: 4.6.11: Antibiotika. Utgått serie: Arbeidsavklaringspenger.	November 2016
April 2017	Oppdatert: 4.1.1 Befolkningstall og fødsler. 4.2.3 Inntekter og utgifter. 4.2.4 Sosialhjelpsmottakere. 4.2.10 Undersøkelser og tiltak barnevern. 4.3.15 Trivsel og mobbing, elevundersøkelsen. 4.6.3 Medisiner mot sukkersyke. 4.6.4 Medisiner mot hjerte/karlidelser. 4.6.5 Medisiner mot lungesykdommer. 4.6.6 Smertestillende medikamenter. 4.6.8 Medikamenter mot psykiske lidelser Tatt ut data: 4.2.11 Separasjoner. 4.1.5 Botid kommunen, data fra 2013/2014 4.2.3 Arbeidsforhold, data fra 2013/2014	Februar 2017
Juni 2017	Oppdatert: 3.2.2 Tilbud i regi av helsestasjon og skolehelsetjenesten. 4.1.1 Inn- og utflytting kommuner. 4.4.2 Trafikkulykker. 4.6.10 Smittsomme sykdommer. 4.6.11. Antibiotika. 4.6.13 Tannhelse.	April 2017
Desember 2017	Tatt ut data fra levekårsundersøkelsen. Tatt årsaker og konsekvenser ut av kapittel 3 og satt dem inn i «grønne rammer» i kapittel 4. Oppdatert innhold i en rekke av de «grønne rammene». Lagt informasjon om prosess og gjennomføring av undersøkelser som vedlegg. Endret årshjul og rutiner for oppdatering. Tatt ut oppgaver i regi av helsestasjon– er ivarettatt i oversikt over ressurser. Oppdatert følgende kapitler: 4.1.3 Etnisitet, 4.1.4 Personer som bor alene, 4.2.5 Uføretrygd og arbeidsavklaringspenger, 4.2.6 Utdanning, 4.2.7 Frafall videregående skole, 4.3.3 Trivsel og krenkende adferd skole og 4.6.2 Forventet levealder i tillegg til bruk av primærhelsetjenesten ved noen sykdommer. Mindre justeringer og endringer.	Juni 2017
Februar 2018	Oppdatert følgende kapitler: 4.1.1 Folketall og levendefødte. 4.2.1 Inntekter. 4.2.3 Arbeidsledighet. 4.2.4 Sykefravær. 4.3.2 Drikkevannskvalitet. 4.4.1 Innleggelser sykehus pga personskader. 4.4.2 Trafikkulykker. 4.5.6 Røyking. 4.6.11 Kreft. I tillegg endret rutiner for oppdatering.	Desember 2017

5.4 Årshjul - oppdatering

