



Lev i Øyer ! Lev i Øyer ! Lev i Øyer !

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer Øyer kommune 2018

Innholdsfortegnelse

1 BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG

2 INFORMASJON OM KILDER OG STATISTIKK

3 BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

- 3.1 Befolkningsendringer
- 3.2 Befolkningsframskriving
- 3.3. Etnisitet

4 OPPVEKST OG LEVEKÅRSFORHOLD

- 4.1. Sysselsetting
- 4.2 Lavinntektshusholdninger
- 4.3 Arbeidsledighet
- 4.4. Uføretrygd
- 4.5 Utdanningsnivå
- 4.6 Frafall videregående skole
- 4.7 Barnevern

5 FYSISK, BIOLOGISK OG SOSIALT MILJØ

- 5.1 Drikkevannskvalitet
- 5.2. Trivsel og psykisk helse

6 SKADER OG ULYKKER

- 6.1. Sykehusinnleggelser

7 HELSERELATERT ATFERD

- 7.1. Bruk av tobakk
- 7.2. Bruk av rusmidler
- 7.3 Fysisk aktivitet
- 7.4. Overvekt og fedme

8 HELSETILSTAND

- 8.1 Forventet levealder
- 8.2 Vurdering av egen helse
- 8.3. Psykiske lidelser
- 8.4. Hjerte-kar sykdom
- 8.5 Kreft
- 8.6. Smittsomme sykdommer

9 OPPSUMMERING MED HOVEDUTFORDRINGER

1. Bakgrunn og lovgrunnlag

Kommunen skal ha en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Plikten til å ha denne oversikten er forankret i folkehelseoven, smittevernloven, forskrift om oversikt over folkehelsen (folkehelseforskriften), forskrift om miljørettet helsevern og forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene i kommunen og vurdere årsaksforhold og konsekvenser. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Kommunens oversikt skal danne grunnlag både for det løpende og det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Folkehelseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi og danne grunnlag for fastsettelse av mål og strategier. Folkehelseoversikten oppdateres årlig.

Oversikten er basert på:

- Opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig
- Kunnskap og faglige vurderinger fra de kommunale tjenestene
- Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse

I henhold til forskrift om oversikt over folkehelsen skal oversikten gi opplysninger om og vurderinger av:

- Befolknings sammensetning
- Oppvekst- og levekårsforhold: Økonomiske vilkår (økonomiske vilkår, lavinntekt, inntektsforskjeller), bo- og arbeidsforhold (tilknytning til arbeidslivet) og utdanningsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Skader og ulykker
- Helse relatert atferd
- Helsetilstand

Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten omhandler kommunens plikt til å ha oversikt over helsetilstand og de faktorer som kan virke inn på helsen til barn og ungdom og til gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjonen.

Dette dokumentet er den skriftlige oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Øyer kommune.

2. Informasjon om kilder og statistikk.

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

- Folkehelseinstituttets statistiksider – kommunehelse og MSIS
- NAV
- Oppland fylkeskommune
- Østlandsforskning
- SSB
- KOSTRA
- Ungdataundersøkelsen 2016
- Kommunen

Kilden er angitt i de enkelte tabellene/diagrammene.

Statistikk og helseoversikter kan ha stor nytteverdi i folkehelsearbeidet, men det er også knyttet store utfordringer til bruk av statistikken og tolkningen av den. Statistikken gir ofte et grunnlag for undring og spørsmål – heller enn fasitsvar og løsninger.

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 et glidende gjennomsnitt – en middelværdi av målinger over flere år. Da er det lettere å se trender – noe som oftest er viktigere enn å se på statistikk isolert for et enkelt år.

Ved sammenligning av datamateriell i denne oversikten, må det tas høyde for at forskjellene kan skyldes tilfeldig variasjon. For å sammenligne forskjellige kommuner eller se på utvikling over tid, er det viktig å bruke standardiserte verdier – da er påvirkning pga. alders- og kjønns sammensetning redusert. Det er angitt i diagrammene der verdiene er standardisert.

Det er foretatt sammenligninger med landsgjennomsnitt og med data for kommuner i regionen (Lillehammer og Gausdal), men det kunne også vært et alternativ å sammenligne med kommuner i samme KOSTRA kommunegruppe. Det er hentet ut et utvalg av diagrammer og tabeller fra ulike områder som skal inngå i folkehelseoversikten, men flere kunne vært tatt med for å belyse status i kommunen ytterligere. Oppland fylkeskommune har vært en aktiv pådriver og medspiller for kommunene i arbeidet med folkehelseoversikten, og det er brukt sammenligningstall for Oppland. Fra 2020 opphører imidlertid Oppland som fylke og Innlandet landet vil i så fall være alternativet dersom det sammenlignes med gjennomsnittstall for fylket. Oppland fylkeskommune tilbyr nå kommunene å delta i studien «Folkehelse- og levekår i Oppland 2018». Det er en tilsvarende undersøkelse som den som ble gjennomført i 2014. Øyer kommune vil da få nye oppdaterte data. Folkehelseinstituttet gir hvert år ut en «Folkehelseprofil» som gir en enkel oversikt over status i kommunen på grunnlag av data fra ulike statistikkbanker.

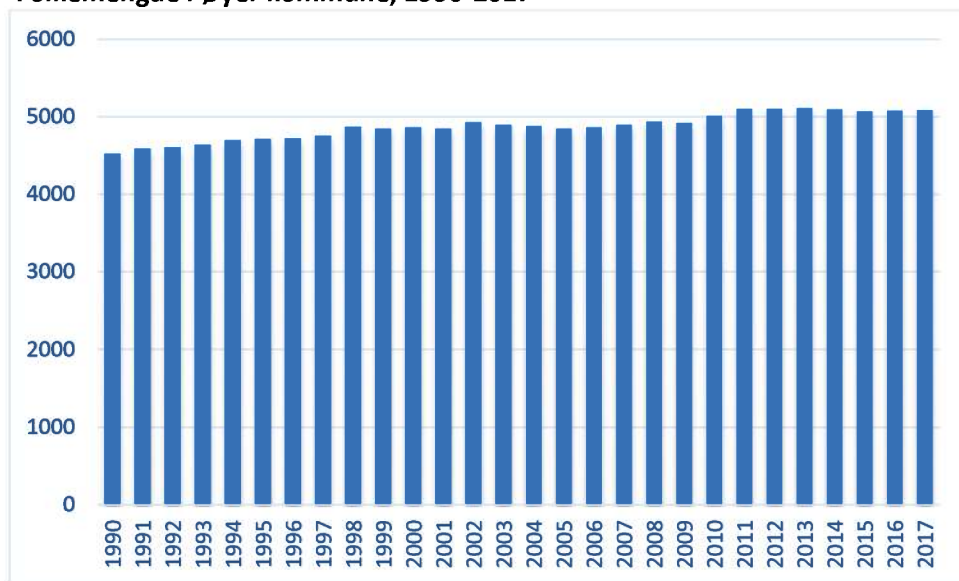
3. Befolknings sammensetning.

3.1. Befolkningsendringer

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

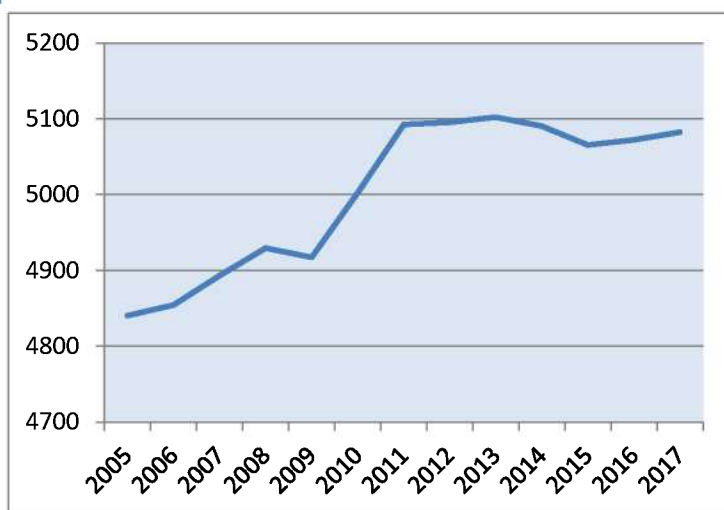
Kilde: SSB, KS

Folkemengde i Øyer kommune, 1990-2017



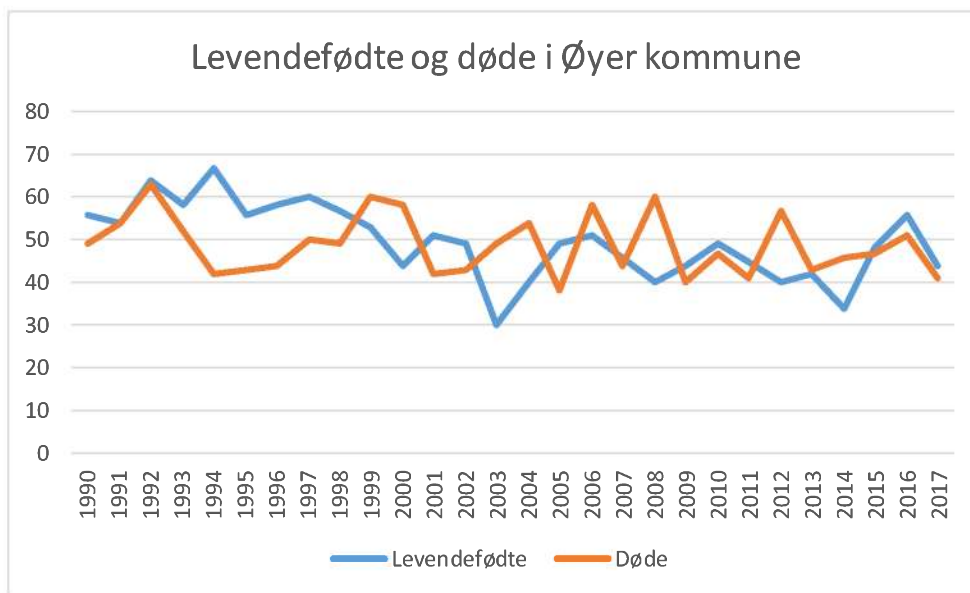
Folkemengde pr. 1. januar 2017. Antall. Kilde: SSB

UTVIKLING I FOLKETALL 2007-2017



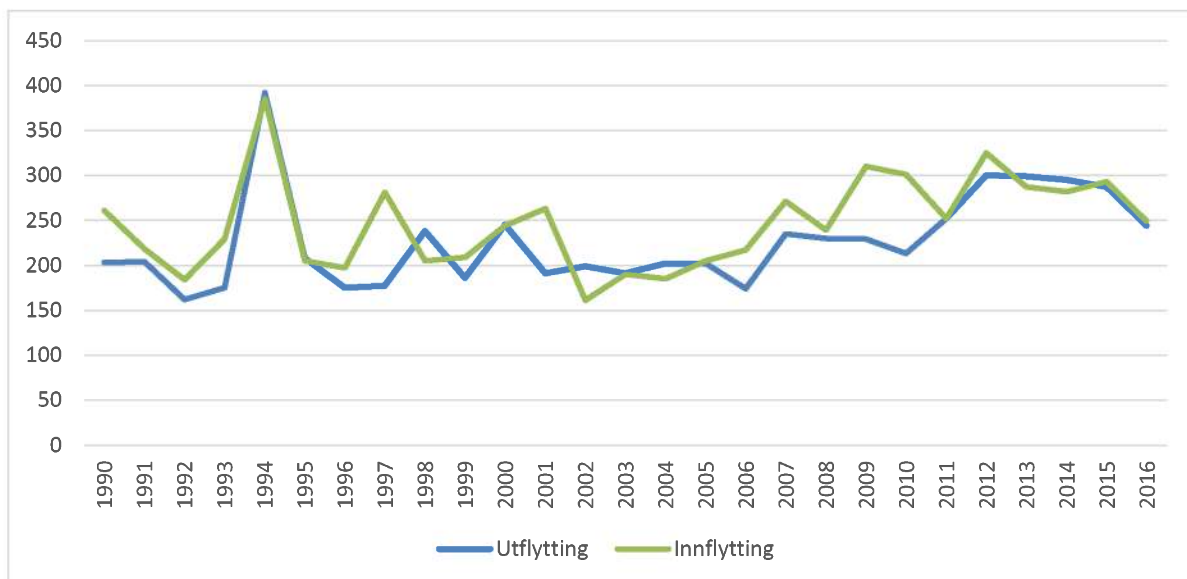
Pr. 01.01.2017 var folketallet 5082

Antall levendefødte og antall døde i kommunen pr 1 januar 2017.



Kilde: SSB

Inn- og utflyttinger i Øyer kommune, 1990-2017



Kilde: SSB

Øyer kommune har et lite fødselsoverskudd og innflyttingen har over år ligget marginalt over antall utflyttede. Det er viktig for befolkningsveksten og sammensetningen av aldersgrupper i kommunen at det fortsatt blir fødselsoverskudd og at antall innflyttede blir høyere enn antall utflyttede.

Vurdering:

Øyer er en av få kommuner i regionen som over lengre tid har hatt befolkningsøkning. Fra 2007 til inngangen av 2018 økte folketallet fra 4.893 innbyggere til 5.082. Dette er en økning på 3,9 %.

Økningen skyldes i all hovedsak arbeidsinnvandring og bosetting av flyktninger.

Fødselstallene har holdt seg stabile de siste årene. Etter svak nedgang i 2014 og 2015, økte folketallet i Øyer ved inngangen til 2016 og veksten fortsatte i 2017. Folketall per 0.01.2017 er 5082.

3.2 Befolkningsframskriving

Befolkningsframskrivninger kan tjene mange formål og fungere som et nyttig instrument for planlegging i kommunene. Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre betyr også at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester.

Kilde: St.meld. nr. 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen

Befolkningsframskriving i Øyer kommune, 2020-2040

	2020	2025	2030	2035	2040
0-14 år	790	815	859	886	893
15-24 år	670	641	629	642	679
25-44 år	1203	1261	1304	1300	1289
45-64 år	1483	1449	1403	1360	1366
65-74 år	570	594	649	721	729
75-79 år	198	251	247	275	300
80 år+	279	314	386	433	487
Totalt	5193	5325	5477	5617	5743

Vurdering:

Kommuneplanens samfunnsdel for perioden 2014 – 2025 har som mål at Øyer kommune skal ha 6000 innbyggere innen 2025 og det forventes at den inntektsskapende aldersgruppa skal øke. I den eldste delen av aldersgruppa slår eldrebølgen inn rundt 2020 der det forventes at antall innbyggere over 80 år vil øke betydelig. Sistnevnte vil gi utfordringer både mht. økonomi og arbeidskraft

Kommunen er avhengig av betydelig innvandring og tilflytting dersom målet om befolkningsøkning skal nås. Det er nødvendig å nedjustere målsettingen om en så betydelig befolkningsøkning som samfunnsplanen angir. UDI har anslått antallet asylsøkere til Norge til mellom 2000 – 7000 i 2019 og har tatt utgangspunkt i et plantall på 3000. Det er derfor usikkert om Øyer blir anmodet om bosetting. Utfordringen framover blir å øke innbyggertallet og sikre en balansert alderssammensetning i befolkningen.

Dette krever bl.a. næringsutvikling som gir tilgang til et variert arbeidsmarked og lokale arbeidsplasser for unge slik at kommunen framstår som n interessant og attraktiv.

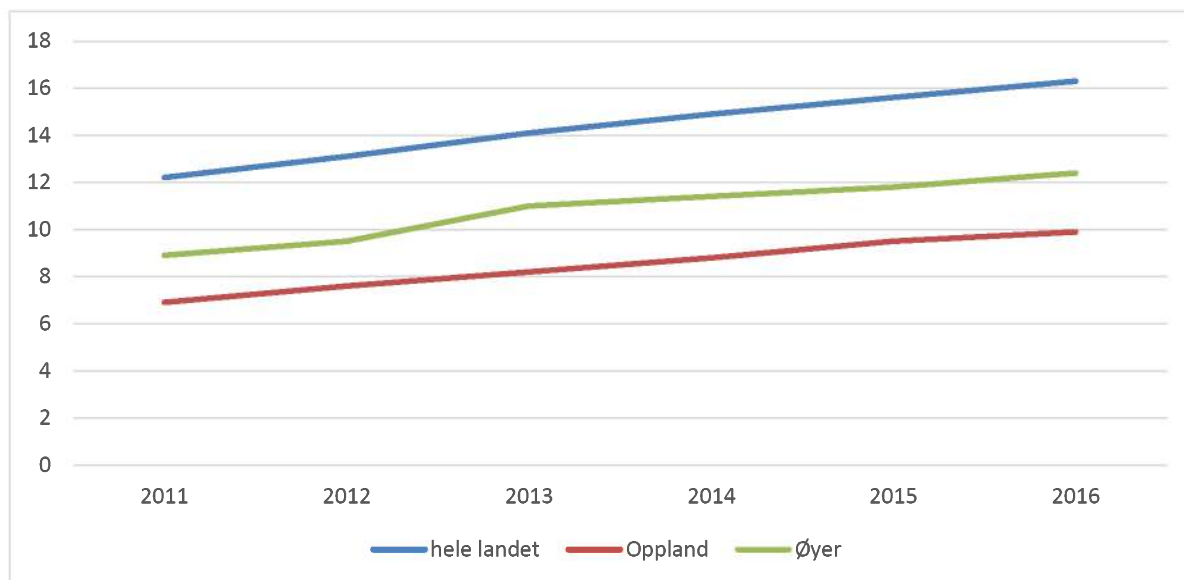
Det må legges til rette for at innbyggere med innvandrerbakgrunn blir boende og integreres og inkluderes gjennom arbeid.

3.3. Etnisitet

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

Kilde: Folkehelseinstituttet

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Øyer kommune, 2011-2017



Andel personer med to utenlands fødte foreldre og fire utenlands fødte 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: Kommunehelsetatistikkbank

Innvandringsbakgrunn i Øyer

År		2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hele landet	Totalt		12,2	13,1	14,1	14,9	13,8
	Øyer		8,9	9,5	11,0	11,4	11,8
	Europa uten Tyrkia	6,5	6,8	7,5	8,1	8,5	12,4
	Afrika	1,4	1,5	2,0	1,7	1,7	8,3
	Asia med Tyrkia	0,9	1,0	1,3	1,4	1,4	1,9
	Nord-Amerika	:	:	:	:	:	2

Tegnforklaring: : = anonymisert

I følge tall fra Integrerings- og mangfolds direktoratet (IMDI) utgjorde i 2016 innvandrere 11,4 % av befolkningen i Øyer. Tall for hele landet var 13,8 % og for Oppland 9%. Som det framgår av tabellen over er de fleste innvandrerne i Øyer fra Europa. Kommunen bosatte 4,7 ‰ flyktninger pr. innbyggertall for hele landet er 2,9 ‰ og Oppland 3,6 ‰ pr. innbygger.

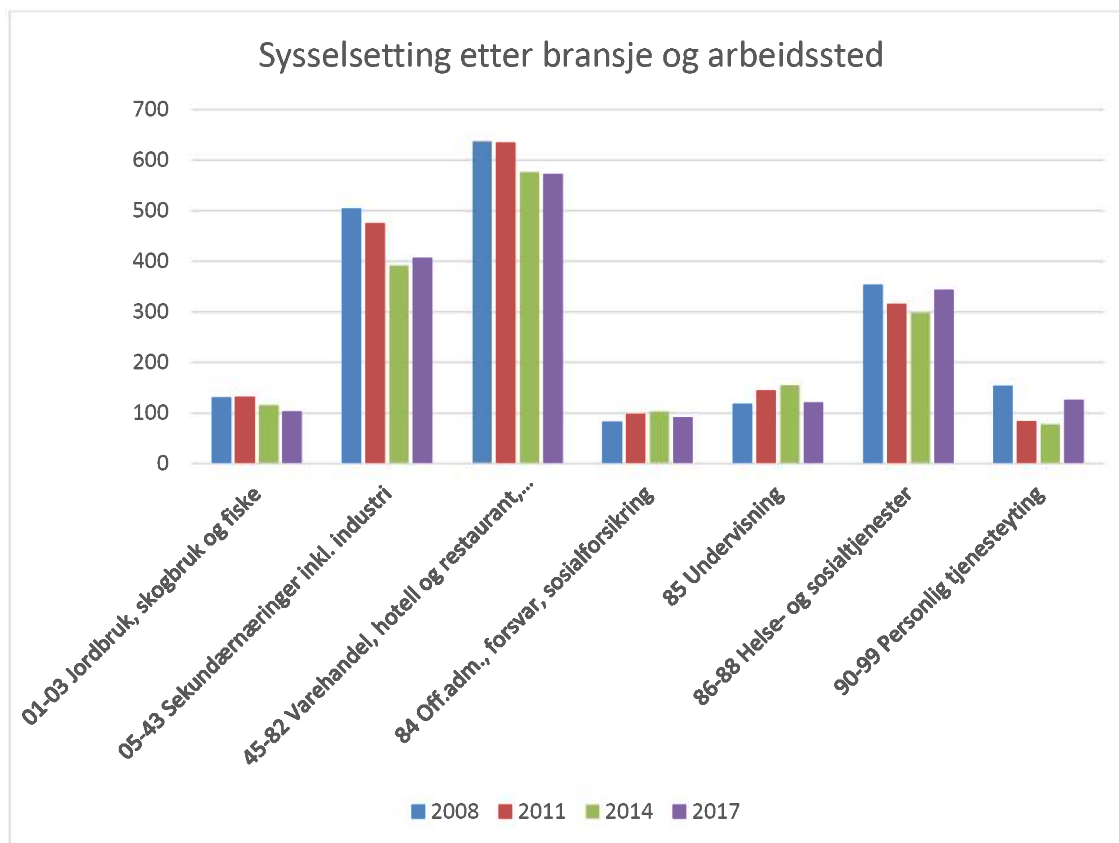
Vurdering:

Andelen av befolkningen med innvandrerbakgrunn er litt lavere enn landsgjennomsnittet, men høyere enn i Oppland. Øyer kommune har de siste årene bosatt relativt mange flyktninger sammenlignet med andre kommuner i landet. Det innebærer at kommunen må være særlig oppmerksom på levekårs- og helseutfordringer for denne gruppen i planlegging av tiltak.

4 OPPVEKST OG LEVEKÅR

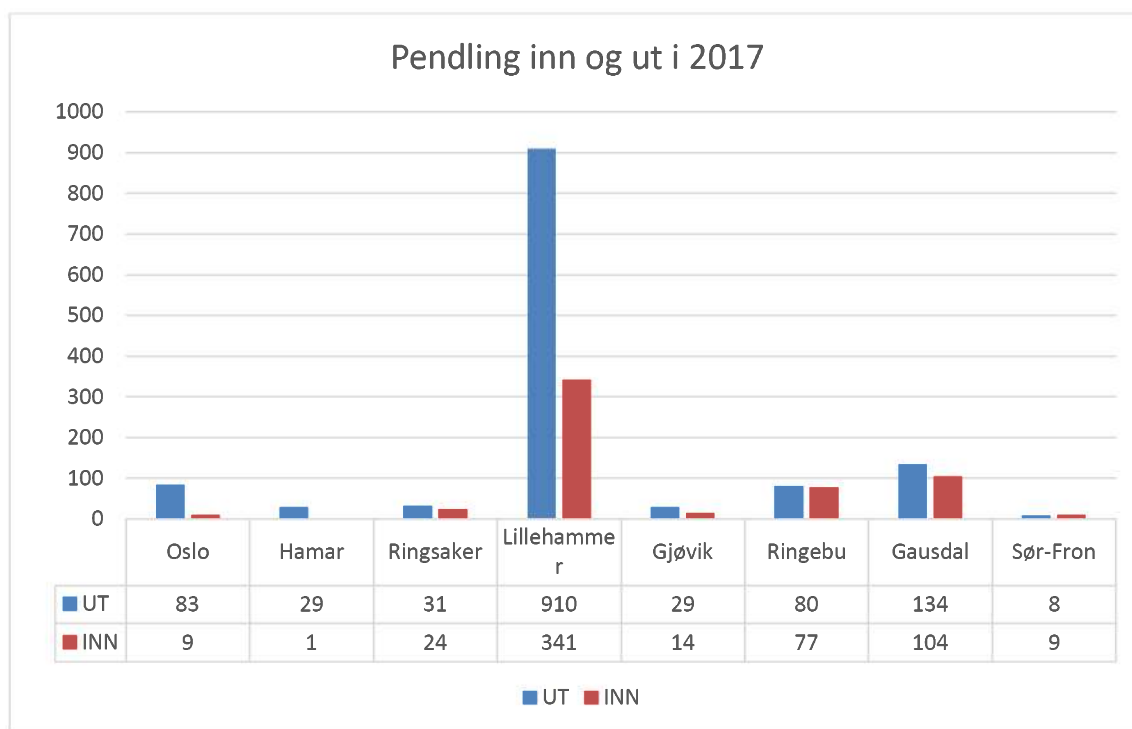
4.1. Sysselsetting

God tilgang på arbeidsplasser har betydning for ny bosetting både innen kommunen og i regionen



Arbeidsplasser fordeler seg etter bransje fra 2008 – 2017. Det har vært en liten økning i arbeidsplasser innenfor helse- og sosialtjenester og personlig tjenesteyting, men varehandel, hotell og restaurant viser en liten nedgang, det samme gjelder innenfor sekundærnæringer, inkludert Industri.

Sysselelingsgraden for innvandrere var i 2017 54,4 % i Øyer mot 61,1 % for landet som helhet. For resten av befolkningen var sysselelingsgraden 69,9 % i Øyer mot 67 % for landet. *Kilde: IMDI* Det tilsier at kommunen har noen utfordringer med tanke på å sikre arbeidsplasser for grupper med ulike etnisitet og skole/utdanningsbakgrunn.



Med bosted i Øyer er det tilgang til et stort regionalt arbeidsmarked. Med nærhet til Lillehammer er det naturlig med stor utpendling dit, men det er også verdt å merke seg at det er en stor andel som pendler inn til Øyer fra Lillehammer.

Vurdering:

Arbeidsmarkedet er regionalt, og vekst i regionen er viktig for sysselsettingen i Øyer. Det er utarbeidet en regional næringsplan i regi av Lillehammerregionen. Det har vært lagt stor vekt på næringslivets høgskolens og kommunens rolle i utviklingsarbeidet videre.

Planen består av flere temaer hvorav flertallet er bransjerettede, mens andre er mer overgripende for næringslivet generelt. Av tema kan nevnes:

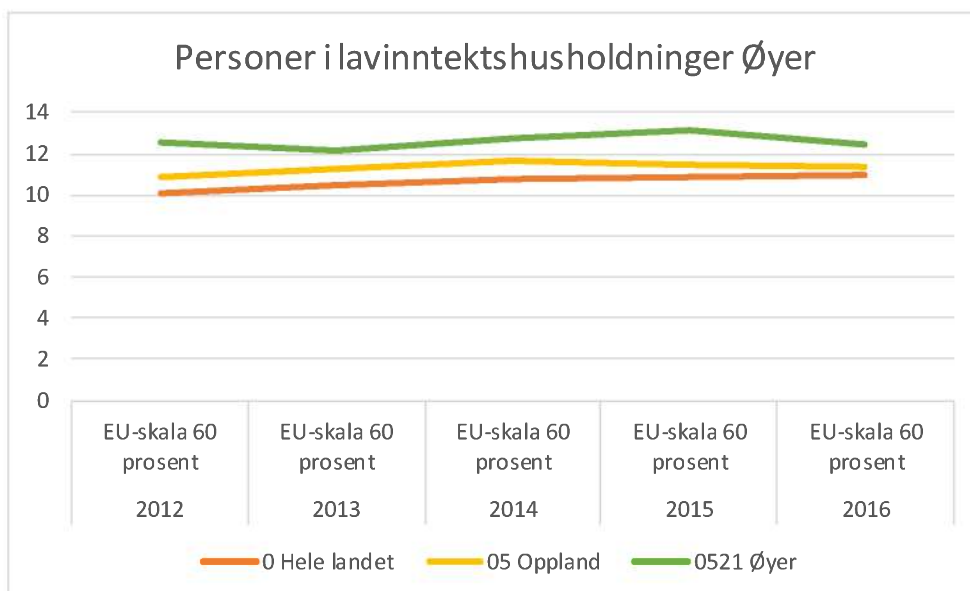
- Ytre rammebetingelser for næringsutvikling
- Grunder og vekstservice
- Næringsarealer
- Profileringsplan av Lillehammer regionen som bo- studie og arbeidsregion
- Kreative og kulturbaserte næringer med fokus på film, Tv og interaktive medier
- Reiseliv og opplevelser
- Idrettsbasert næringsliv
- IKT
- Foredlingsindustri
- Varehandel

4.2. Lavinntekstshusholdninger

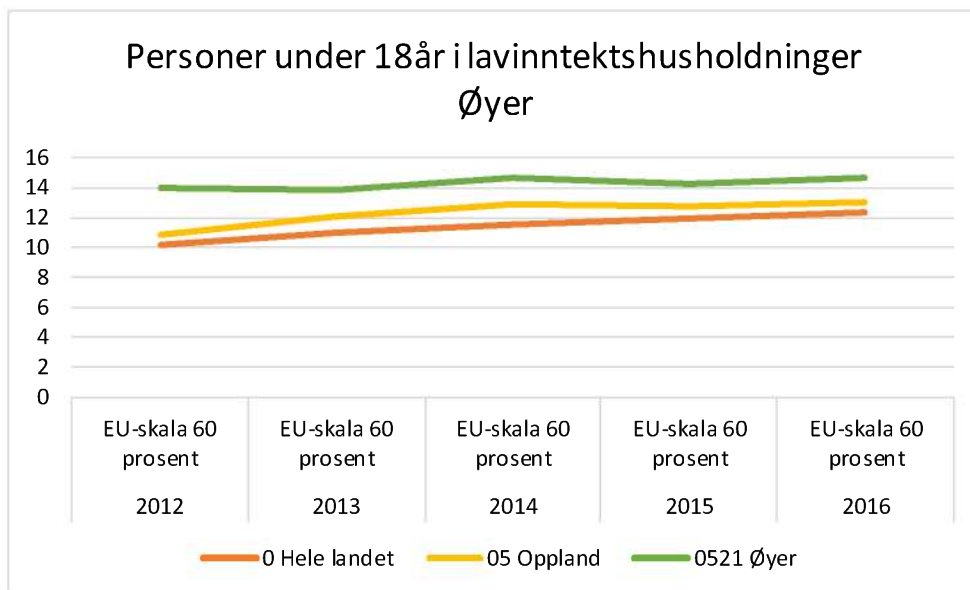
Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. Likhet i fordelingen av økonomiske ressurser påvirker antagelig andre samfunnsmessige forhold positivt. Man kan anta at stor økonomisk ulikhet i et samfunn kan lede til økt kriminalitet, kulturelle forskjeller og politiske konflikter mellom ulike grupper i samfunnet.

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

Kilde: NOU 2009: 10. Fordelingsutvalget: Finansdepartementet 2009.



Personer i husholdninger med inntekt under henholdsvis 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Årlige tall, prosent. 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 ifølge den må en husholdning på to voksne ha 1,5 ganger inntekten til en enslig for å ha samme økonomiske levekår. Barn øker forbruksvekstene med 0,3 slik at en husholdning på to voksne og to barn må ha en inntekt som er 2,1 (1 + 0,5 + 0,3 + 0,3) ganger så stor som en enslig for å ha det like bra økonomisk ifølge EU-skalaen. Kilde: Kommunehelse statistikkbank



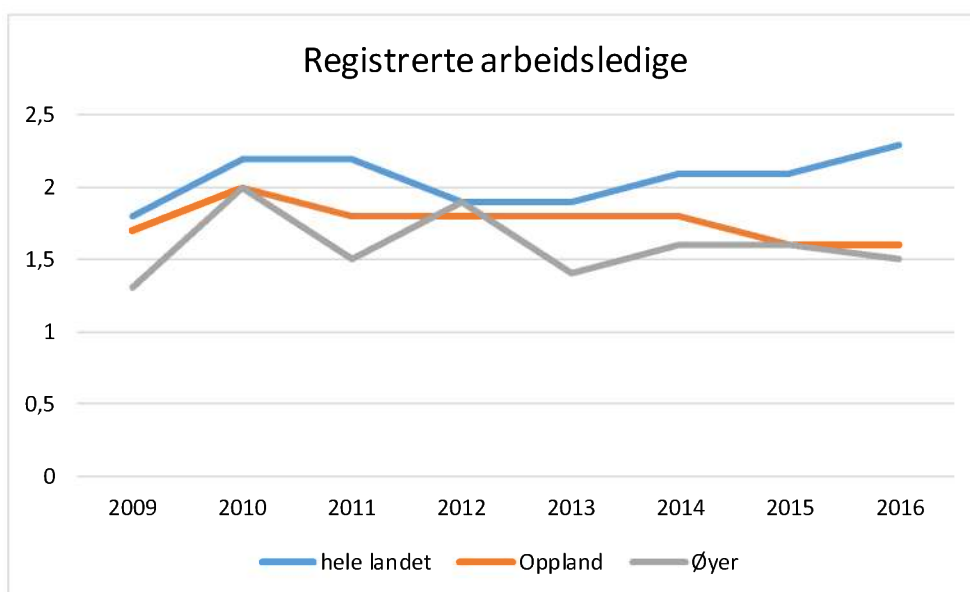
Personer under 18 år i husholdninger med inntekt under henholdsvis 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Årlige tall. prosent. Kilde: KommuneHelsa statistikkbank

Vurdering:

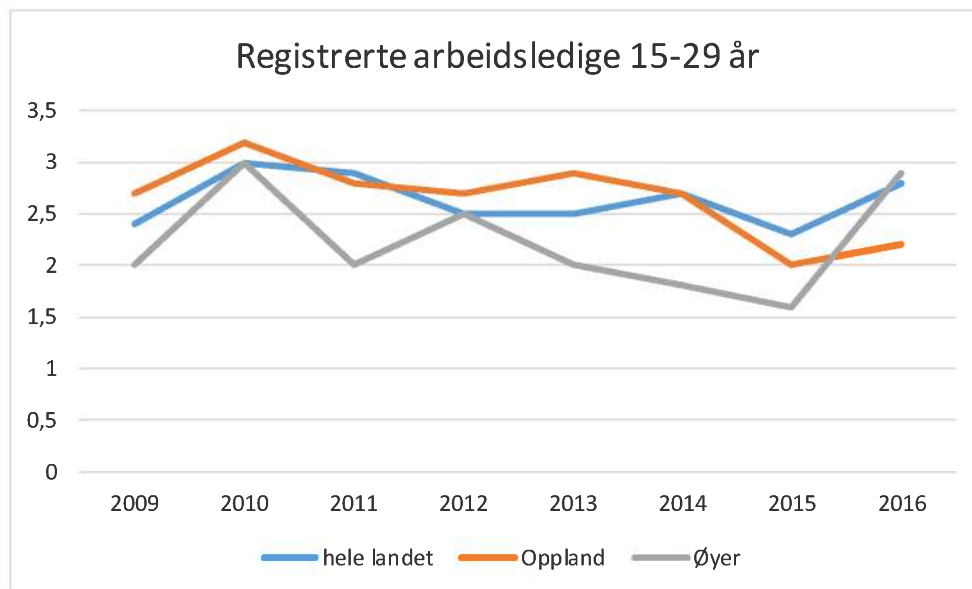
Øyer kommune har en større andel lavinntektshusholdninger enn Oppland og landet for øvrig. Årsakene til dette kan ha sammenheng med andelen bosatte flyktninger og utdanningsnivået i kommunen.

4.3. Arbeidsledighet

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt. Personer som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn personer som er i arbeid. Arbeidsledigheten er noe høyere blant menn enn kvinner, og høyest blant unge voksne. *(Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator)*



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. Kommunehelse statistikkbank



Registrerte arbeidsledige per januar måned i prosent av befolkningen (15-29år) 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: Kommunehelse statistikkbank

Vurdering:

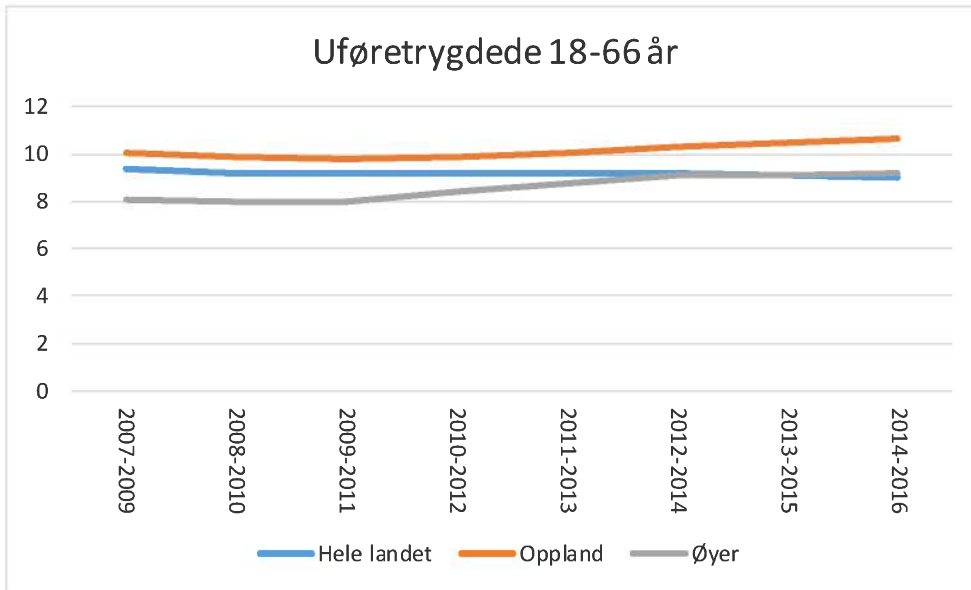
Andelen arbeidsledige i kommunen sammenlignet med landet og Oppland er lav og en vesentlig faktor med tanke på levekår og folkehelse. Med den kunnskap som er om arbeidsledighet og konsekvenser for den enkelte, familie og samfunnet er det likevel vesentlig å ha fokus på alle tiltak som kan bidra til å opprettholde høy sysselsetting. Spesielt er det vesentlig med tiltak som sikrer sysselsetting av utsatte grupper blant unge og flyktninger/innvandrere .

4.4. Uføretrygd

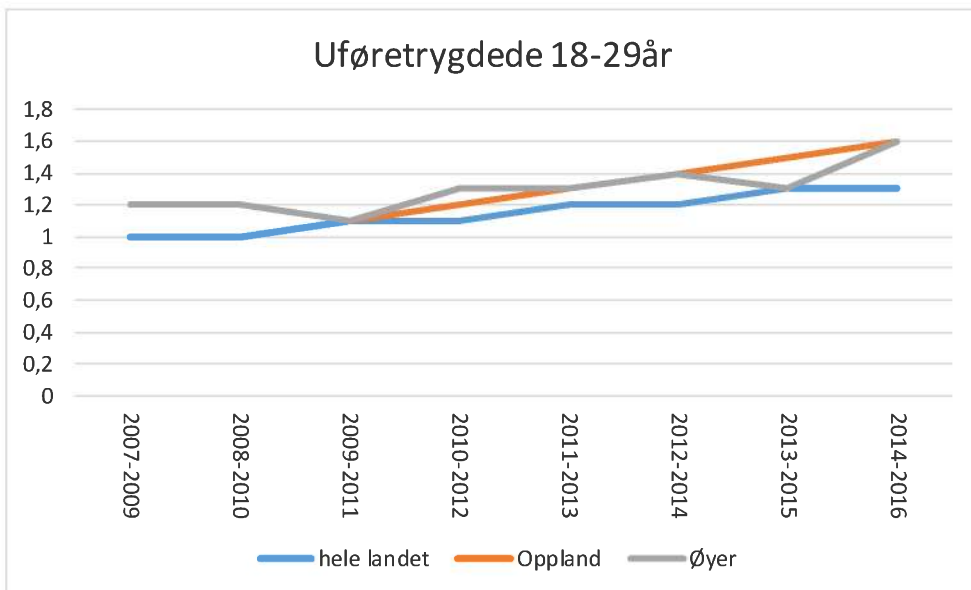
Arbeid gir tilgang til viktige helsefremmende ressurser som sosiale relasjoner, identitet, personlig vekst, og økonomisk trygghet. Høy sysselsetting der også personer med redusert arbeidsevne har et arbeid å gå til, vil være positivt for folkehelsen. Gruppen som mottar uføreytelser er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Hvor mange som mottar uføreytelser er en indikator på helsetilstand, men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbudet i kommunen.

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykemelding 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 og livsstilsfaktorer kan påvirke

sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser. Flertallet av sykemeldinger og langvarige trygdestønader gis for muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon.



Andel personer som mottar uføreytelser samlet*, varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger* i prosent av befolkningen i alderen 18 - t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Kommune helsa statistikkbank



Andel personer som mottar uføreytelser samlet*, varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger* i prosent av befolkningen i alderen 18 -29 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Kommune helsa statistikkbank

Vurdering:

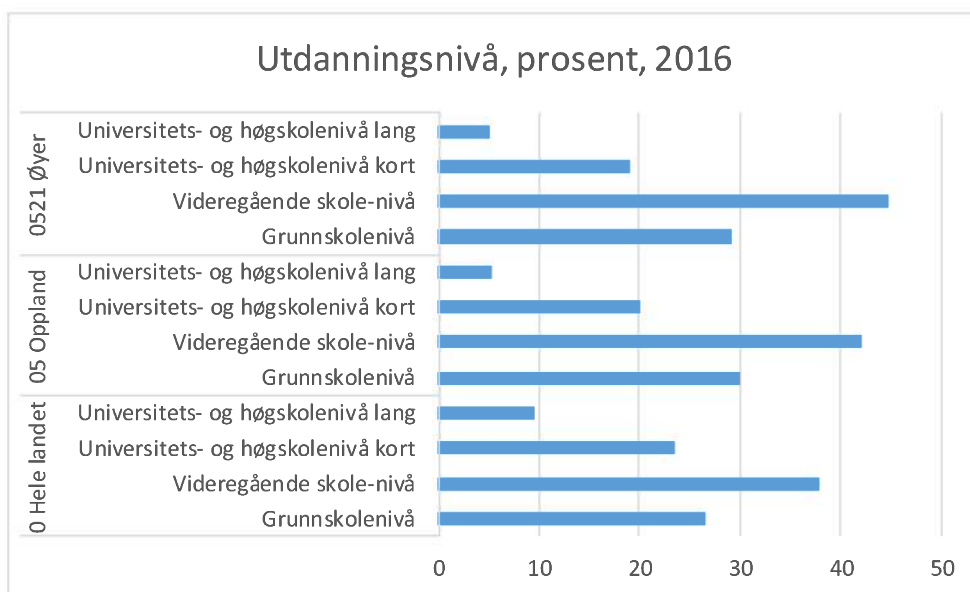
Antall uføre/personer i aldersgruppen 18 – 66 år ligger på landsgjennomsnittet og lavere enn Oppland og andelen har holdt seg stabil de siste årene. Andelen unge på arbeidsavklaring eller uføretrygd har imidlertid økt de siste par årene og dette bør vises oppmerksomhet. Det er vesentlig at antallet unge ikke øker, da det har store omkostninger for den enkelte og for samfunnet. Viktige faktorer for arbeidslivstilknytning er trivsel og skoleprestasjoner i barne- og ungdomskolen og gjennomføring av videregående skole. Framover er det viktig å sikre høy arbeidslivstilknytning

4.5 Utdanningsnivå

Sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse er godt dokumentert.

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

Kilde: Helsedirektoratet, 2012



Andelen personer 16 år og over, etter utdanningsnivå, prosent. Kilde: SSB

Andelen med videregående som høyeste utdanningsnivå er noe høyere enn for Oppland og landet som helhet. Andelen med universitet eller høyskole er lavere. Dette kan ha sammenheng med arbeidsmarkedet i kommunen og regionen.

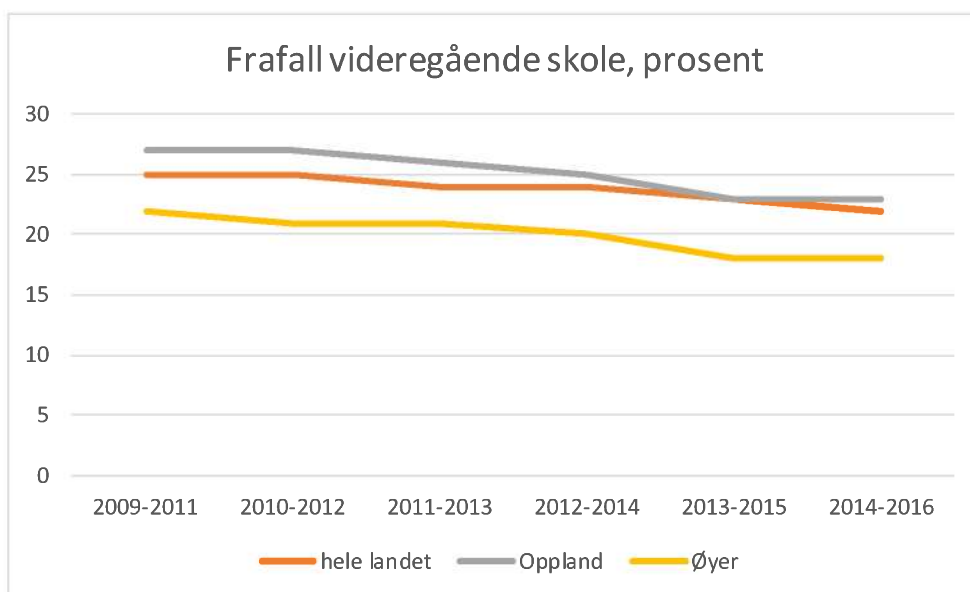
Vurdering:

Utdanning er en av de faktorene som har størst betydning for helsen. All utdanning er viktig enten det er fagutdanning eller høyskole- universitetsutdanning. Opplevelsen av mestring og kunne bidra er vesentlig i et folkehelseperspektiv. Arbeidsmarkedet i regionen har betydning for utdanningsnivå. Hvilken kompetanse etterspørres og hvem bosetter seg/blir boende.

4.6 Frafall videregående skole

Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole. Utdanning, og særlig det å fullføre en grunntidning, er en avgjørende ressurs for sikre god helse gjennom livsløpet. Undersøkelser har vist at det er sosial ulikhet i frafall fra videregående skoler i Norge. Dette vises for eksempel ved at blant ungdom som har foreldre med grunnskole som lengste fullførte utdanning, er andelen som dropper ut større enn blant ungdom som har foreldre med videregående eller lengre utdanning.

Kilde: Helsedirektoratet



Vurdering:

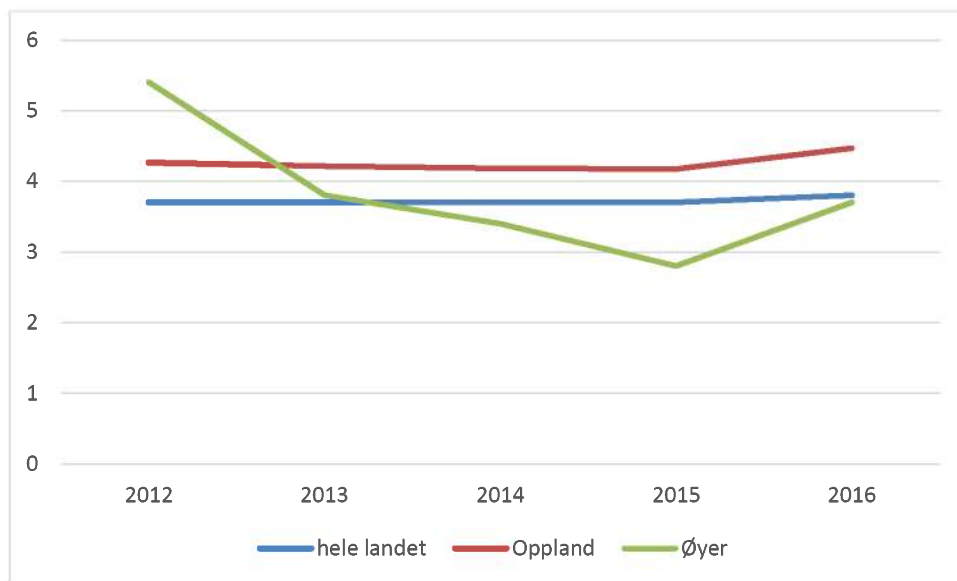
Frafallet fra videregående skole er lavt sammenlignet med Oppland og landet som helhet. Det er svært positivt. Frafallet er også blitt redusert de siste årene. Frafall fra videregående skole er en risikofaktor. Det må derfor være oppmerksomhet omkring tiltak som kan bidra til at den gode utviklingen fortsetter.

4.8. Barnevern

Jo tidligere en klarer å identifisere barn som er utsatt for risikofaktorer og sette i verk tiltak, jo større sannsynlighet er det for at barnet klarer seg bra. Risikofaktorer kan være foreldres psykiske sykdom eller rusmiddelmissbruk, 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

Barn med barnevernstiltak i Øyer kommune, 2012-2016



Andel barn med barnevernstiltak ift. innbyggere 0-22 år, prosent. Kilde: SSB

	2017
Hele landet	4,9
Oppland	5,6
Øyer	5,1
Gausdal	4,2
Lillehammer	4,6

Andel barn med barnevernstiltak ift. innbyggere 0-17 år, prosent. Kilde: SSB

Andelen med barnevernstiltak i Øyer ligger på nivå med landsgjennomsnittet.

Barneverntjenesten mottok i 2017 50 meldinger, hvorav ca 30 % var fra barnehage/skole, helsetjeneste og 50 % fra barneverntjenesten i andre kommuner eller registrert av barnevernet i Øyer.

Vurdering:

Utviklingen fra 2012 til 2017 har gått i retning av at færre barn mottar tjenester, samtidig som kompleksiteten i sakene og kostnader har økt.

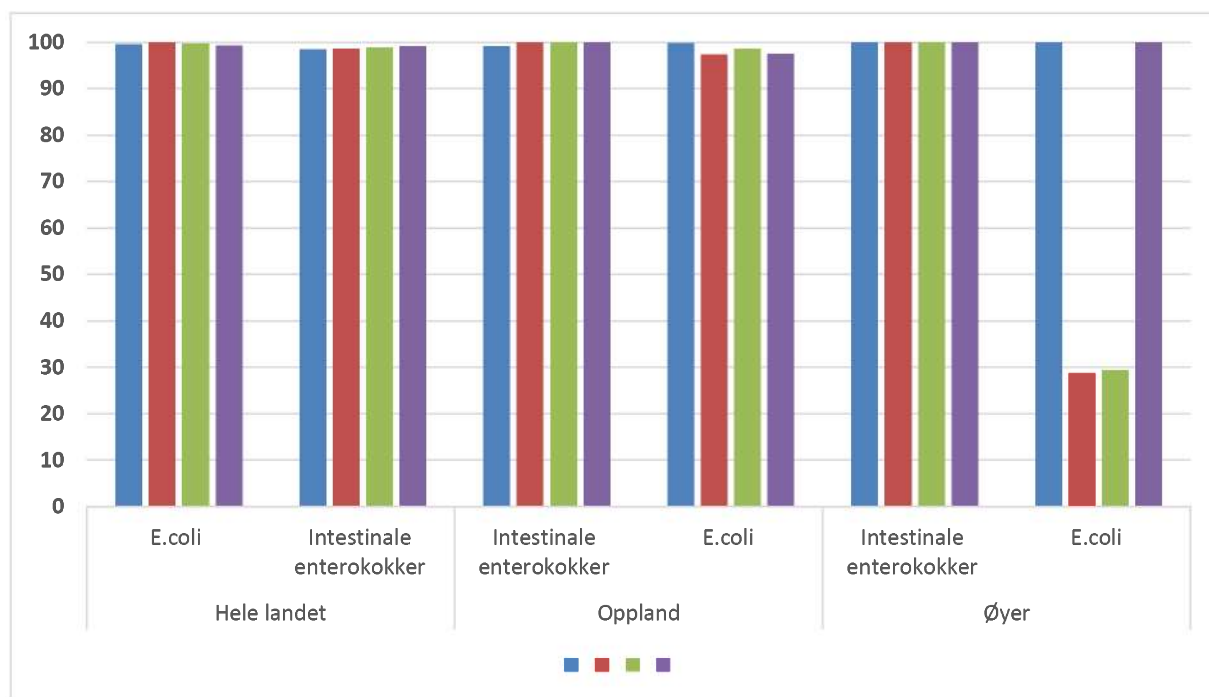
Kommunen har stort fokus på samhandling og tverrfaglig samarbeid og viktigheten av å identifisere behov tidlig. Det er imidlertid behov for å arbeide mer for å sikre en felles forståelse av risiko – og beskyttelsesfaktorer og betydningen av å sette inn tiltak tidlig. Tidlig støtte er grunnleggende for barns utvikling og tiltak innenfor alle tjenester i kommunen er avgjørende for å bidra til gode oppvekstforhold. Det å redusere ulikhet for i barns utviklingsmuligheter bidrar til å redusere risiko for framtidig sosial ulikhet.

5. FYSISK, BIOLOGISK OG SOSIALT MILJØ

5.1. Drikkevannskvalitet

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

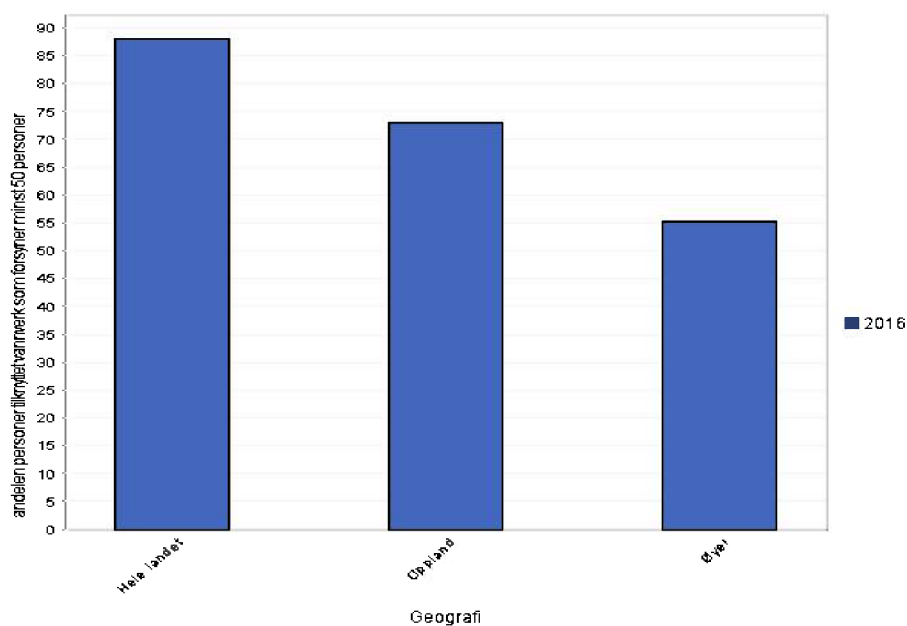
Drikkevannskvalitet i Øyer kommune, 2013-2016



Forsyningskvalitet, tilfredsstillende resultater prosent

År	2016	
Hele landet	hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet	88,3
	hygienisk kvalitet	92,6
	leveringsstabilitet	93,8
Oppland	hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet	87
	hygienisk kvalitet	88
	leveringsstabilitet	91,3
Øyer	hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet	100
	hygienisk kvalitet	100
	leveringsstabilitet	100

Forsyningsgrad Andelen personer tilknyttet vannverk som forsyner minst 50 personer



Vurdering:

Leveringskvalitet og hygienekvalitet på vann i Øyer er på topp.

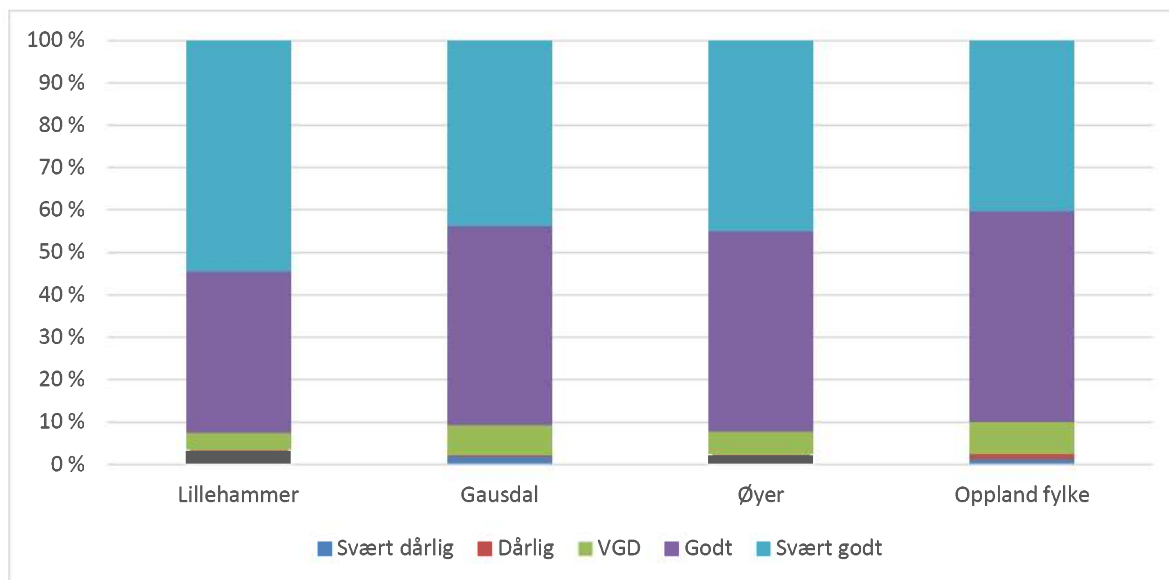
Øyer kommune har 2 vannverk basert på grunnvann i løss masser (Blæstervika i Øyer og Stav og på Tretten). Hygieniske krav sikres med UV-anlegg og nødklorering. Begge grunnvannskilder er godkjent som en hygienisk barriere. Vannverkene er koblet sammen og fungerer som reservevannverk for hverandre. Øyer vannverk kan fungere som reservevannverk for Tretten vannverk. Tretten vannverk har kapasitet til å forsyne den faste bebyggelsen som er tilknyttet Øyer vannverk. Det er ikke reservekapasitet for høysesong i Hafjell og mange fritidsboliger i bruk.

Nødvannforsyning er etablert ved Langvik i Øyer (gammelt vannverk for Øyer) er klagjort med UV-anlegg og kan benyttes i en nødsituasjon. Dette har også, i en normalsituasjon, kapasitet for den faste bebyggelsen for Øyer vannverk

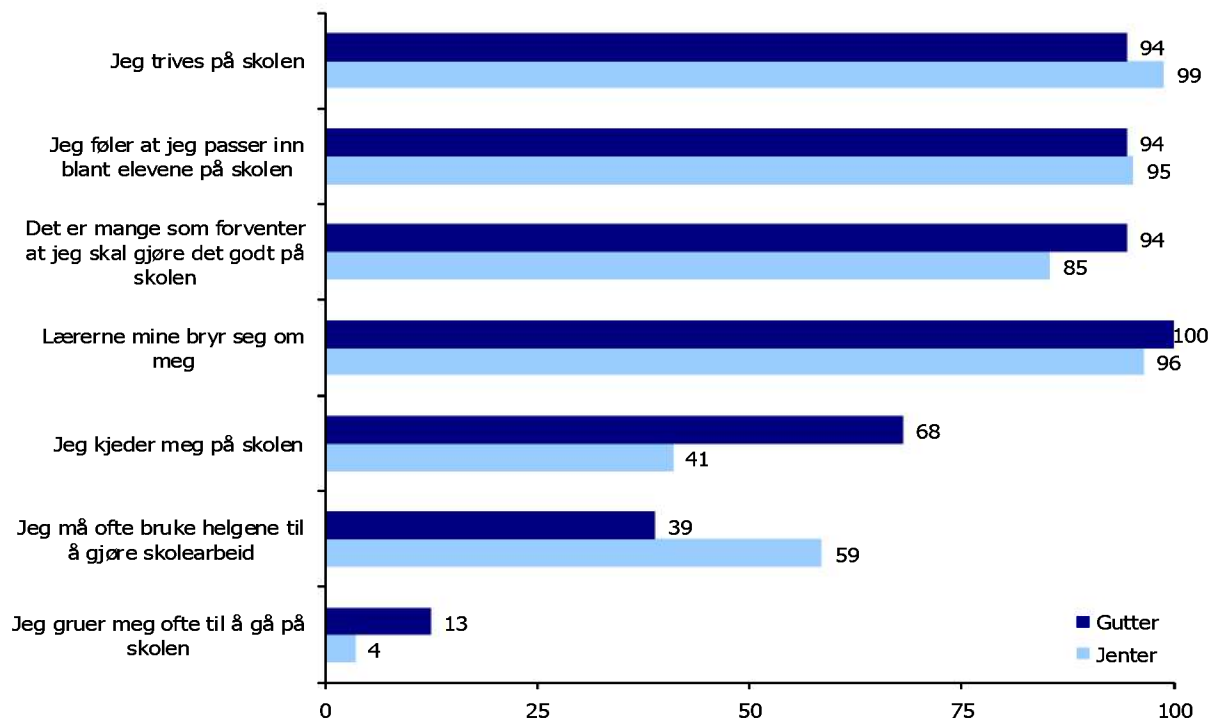
5.2. Trivsel og psykisk helse

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

Trivsel med å bo og leve i Øyer kommune, 2014



Trivsel på skolen, ungdom i Øyer gutter/jenter 2016



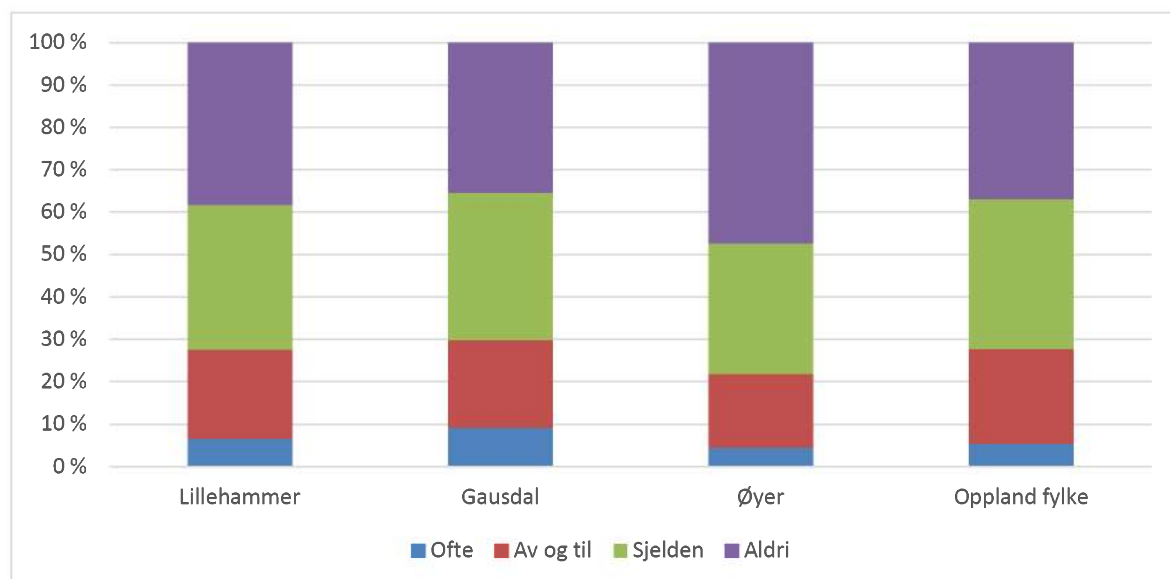
Vurdering:

De aller fleste som bor i Øyer kommune trives med å bo og leve her. Trivsel på skolen er også svært høy og en viktig faktor for å redusere risiko for frafall i videregående skole.

Ensomhet/sosial støtte

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

Opplevd ensomhet i Øyer kommune, 2014



Andeler i Lillehammer, Gausdal, Øyer og Oppland i 2014 som rapporterte forskjellige opplevelser av ensomhet av de som svarte på levekårsundersøkelsene, i prosent. *Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland.*

Vurdering:

Kartleggingen av opplevd ensomhet viser at det er få som kjenner seg ensomme.

Det kan være en indikator på at de fleste har et nettverk og opplever tilhørighet i et sosialt miljø..

6. SKADER OG ULYKKER.

6.1. Sykehusinnleggelser.

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. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Antall sykehusinnleggelser som følge av skader per 1000 innbyggere.

	2010-2012	2012-2014	2014-2016
Hele landet	14,2	14,0	13,7
Lillehammer	14,7	15,4	15,9
Øyer	13,2	16,5	16,9
Gausdal	15,3	15,2	14,5

Vurdering:

Øyer har flere antall skader som resulterer i sykehusinnleggelse per innbygger enn landssnittet og regionen. Det er nærliggende å peke på aktiviteten i Hafjell, både sommer og vinter, som årsak til dette.

Antall pasienter med hoftebrudd innlagt i sykehus per 1000 innbyggere

	2010-2012	2012-2014	2014-2016
Hele landet	1,9	1,8	1,8
Lillehammer	2,0	2,2	1,9
Øyer	2,0	1,8	2,3
Gausdal	2,6	2,3	1,9

Vurdering:

Øyer har noe flere pasienter med hoftebrudd enn de andre og gjennomsnittet i landet. Dette kan indikere at kommunen bør satse mer på fallforebygging blant de eldre i kommunen. Hoftebrudd rammer hovedsakelig eldre personer som følge av fall. Hoftebrudd innebærer en betydelig risiko for død or morbiditet for den som rammes. Opptil 25 % dør innen ett år, enten som følge av skaden eller komplikasjoner, og av oppegående som rammes så blir opptil 25 % pleiepasienter etterpå i større eller mindre grad. Å forebygge fall og hoftebrudd innebærer derfor stor helsegevinst for den enkelte, og store innsparinger for helsevesenet. Av kommuner i nærheten av Øyer er det Sør-Fron som har lavest forekomst med 1,7. Der har man jobbet systematisk med fallforebygging og alle fall hos eldre med hjelp fra kommunen blir meldt konsekvent som avvik for å fange opp årsaker og hindre nye fall.

7. HELSERELATERT ATFERD

7.1 Bruk av tobakk

Andel gravide som oppgir at de røyker ved førstegangs svangerskapskontroll

	1999-2003	2008-2012	2012-2016
Hele landet	24,9	12,6	7,8
Lillehammer	26,1	12,1	5,4
Øyer	28,4	18,2	8,3
Gausdal	34,1	19,9	11,4

Statistikken over antall som røyker bygger på kartlegging av gravide som oppgir at de røyker ved første svangerskapskontroll. Dette finnes det tall på flere år tilbake. Tallene viser tydelig en reduksjon over mange år. Andelen som røyker i dag er grovt sett en tredel sammenlignet med for 18 år siden. Øyer har en andel omtrent på landsnittet og mellom Lillehammer og Gausdal. Det er dokumentert at røyking er helseskadelig og innebærer en betydelig risiko for hjerte/karsjukdommer, lungesjukdommer, kreftsjukdom og helserisiko for barn/foster når det gjelder gravide. Passiv røyking er også svært skadelig. Etter at røykeloven kom, er passiv røyking nå først og fremst et problem i private hjem hvor barn utsettes for passiv røyking hvis mor eller far røyker innendørs. Det viktigste tiltaket for å redusere andelen ytterligere er å hindre at unge i det hele tatt begynner. Alle skoler og barnehager skal være fullstendig tobakksfrie. Man kan også delta i ulike opplæringsprogrammer i skolen for å hindre at ungdom starter med tobakk. En utfordring er at røyking i noen grad erstattes av snus. Det er forsket mindre på snus, fordi dette er et fenomen som i stor grad er begrenset til Skandinavia. Men forskning viser hittil at det er langt mindre skadelig enn røyking, men at snus også innebærer en helserisiko – og her har man altså mindre kunnskap enn om røyking.

7.2. Bruk av rusmidler

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

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

Alkohol blant ungdom

	2013	2016
Hele landet	14	13
Lillehammer
Øyer	13	11
Gausdal	13	8

Tallene i denne tabellen angir hvor stor andel av ungdomsskoleelever som oppgir at de har vært tydelig beruset av alkohol minst en gang siste året. Dette er altså ungdommer opptil 16 år som ikke har lov til å kjøpe eller drikke alkohol. Øyer ligger omtrent på landssnittet. Etter ungdomsundersøkelsen i 2013 ble igangsatt et informasjonsarbeid for å utsette alkoholdebuten. Nord-Fron kommune har også jobbet systematisk med å utsette alkoholdebuten hos ungdommer til videregående. De lå tidligere høyt, men har nå redusert andelen i ungdomsskolen til 4 %. Alkohol er en risikofaktor for både skader og sykdom. Alkohol er en medvirkende faktor i trafikkulykker, drukningsulykker og selvmord som er blant de vanligste dødsårsakene blant unge. I tillegg medfører alkoholbruk en risiko for sykdomsutvikling på sikt slik som kreft og hjerte/karsjukdom. Slik risiko inntreffer også ved et moderat forbruk. Misbruk av alkohol medfører naturlig nok langt større helseskader. Å oppdra unge til å ha et sunt og fornuftig forhold til alkohol er viktig. Dette kan man blant annet gjøre ved å ha rusfrie ungdomsarrangement og informasjon til foreldre om å ikke kjøpe alkohol før de er atten år.

7.3. Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet er nødvendig at barn skal oppnå normal vekst og utvikling og for å kunne utvikle motorisk kompetanse, muskelstyrke og kondisjon. Helsedirektoratet anbefaler at barn og unge deltar i fysisk aktivitet med moderat eller høy intensitet i minimum 60 minutter hver dag. I tillegg bør barn og unge utføre aktiviteter med høy intensitet minst tre ganger i uken, inkludert aktiviteter som gir større muskelstyrke og styrker skjelettet.

Helsedirektoratet anbefaler videre at voksne er moderat fysisk aktive i minst 150 minutter hver uke. Det vil si å utføre aktiviteter som gir raskere pust enn vanlig, for eksempel rask gange. Anbefalingen kan også oppfylles med minst 75 minutter aktivitet med høy intensitet hver uke, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet. *Kilde: Folkehelse rapporten 2014, Fysisk aktivitet i Norge*

Inaktivitet hos ungdom

	2012	2013	2015	2016
Hele landet	12,9	12,9	13,2	14,1
Lillehammer	11,2	..	9,2	..
Øyer	..	11,9	..	14,3
Gausdal	..	13,7	..	10,7

Denne tabellen viser hvor stor andel av ungdomsskoleelever som svarer at de er fysiske aktive slik at de blir andpustne/svette to ganger i måneden eller sjeldnere.

Øyer ligger på landssnittet og høyere enn regionen ellers. Det har vært en negativ utvikling med flere inaktive ungdommer enn ved forrige undersøkelse i 2013. Fysisk inaktivitet innebærer risiko for overvekt, diabetes, hjerte/karsjukdom og kreftsykdom. Studier viser at de levevanene man tilvenner seg som ungdom og ung voksen beholder man ofte livet ut. Det er med andre ord langt enklere å

være fysisk aktiv gjennom livet hvis man begynner som ung, enn hvis man skal begynne med det midt i livet. Fysisk aktivitet er også vist å ha positiv effekt på den psykiske helsa. Fysisk aktivitet kan innebære alle mulige aktiviteter. For mange er kombinasjonen med friluftsliv en viktig kilde til rekreasjon. Helsedirektoratet anbefaler at barn og unge er fysisk aktive en time om dagen og at man har høy intensitet minst tre ganger per uke. For voksne er anbefalingen minst en halvtime fysisk aktivitet per dag – altså halvparten sammenliknet med unge. Aktivitet utover dette vil innebære ytterligere helsegevinst. Denne indikatoren fanger dermed bare opp de som er minst aktive blant de unge. Men det er gjennom å få nettopp denne gruppa i aktivitet at man utløser den største helsegevinsten, og det nettopp for denne gruppa skolen og andre offentlige arenaer må ta et større ansvar. Ettersom alle elever i ungdomsskolen har gym ukentlig innebærer det at man da ikke oppnår tilstrekkelig aktivitet her til at man blir andpusten eller svett, eller at man ikke deltar i gymundervisningen. God og inkluderende gymundervisning er et svært viktig og målrettet tiltak for å bidra til at de mest inaktive ungdommene er i noe aktivitet. På mange måter er gym viktigst for denne gruppa, ettersom aktiv ungdom ofte deltar i idrett og annen aktivitet på fritida.

7.4. Overvekt og fedme

Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2 diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser. Det er ingen klare KMI-terskler for når sykdomsrisikoen øker eller faller, overgangene er glidende.

Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning. Tiltak som kan påvirke mat- og aktivitetsvaner vil være av særlig betydning. *Folkehelseinstituttet*

Overvekt på sesjon

	2011-2014	2012-2015	2013-2016
Hele landet	21,4	22,0	22,5
Lillehammer	16,6	18,1	17,6
Øyer	24,2	25,6	24,8
Gausdal	25,8	24,7	23,4

Tabellen viser hvor mange som oppgir at de har en kroppsmasseindeks (BMI) på over 25 ved sesjon 1 blant 18-åringene.

Øyer ligger omtrent på landssnittet. Det har vært en svak stigning i denne andelen de siste sju åra nasjonalt. I Øyer er andelen stabil. Det er et tankekors at hver fjerde attenåring er overvektig. Det innebærer at andelen er så høy at det må kunne sies å være en slags normaltilstand, og ikke noe unormalt lenger slik begrepet «overvekt» tilsier. Overvekt som ung innebærer imidlertid en høy sannsynlighet for å forbli overvektig som voksen. Overvekt innebærer risiko for utvikling av hjerte/karsykdommer, kreftsykdom og slitasjelidelser. Det er viktig å ha klart for seg at overvekt i all hovedsak skyldes for høyt inntak av kalorier, og i mindre grad for lite fysisk aktivitet. Dette henger ofte sammen, men det er for mye mat som gir overvekt. Økt fysisk aktivitet for å redusere vekt har dermed liten effekt på vekta sammenliknet med å redusere matinntaket. Fysisk aktivitet innebærer imidlertid en viktig helsegevinst på andre måter, men altså en kun moderat vektreduksjon. Pga. diverse reguleringsprosesser i kroppen som regulerer vekt og kaloriinntak er det imidlertid dokumentert at det er svært vanskelig å gå ned noe særlig mer enn 10-15 % av kroppsvekta over tid. Det viktigste tiltaket for å redusere andelen overvektige er derfor å hindre at man blir overvektig som

barn/ungdom/ung voksen. Dette handler om tilgang på svært kaloririk mat med sukker og fett. Det kan være brus, godteri, fastfood etc. Slik mat kan inneholde opptil 4-500 kilokalorier per 100 gram. Vanlig mat slik som f. eks brød og egg har en kaloritethet på 150-250 mens frukt og grønnsaker ligger rundt 50 – altså en tidel så mye energi på samme vekt som usunn kaloriett mat. Å gå ned i vekt handler derfor ofte om å erstatte usunn kaloririk mat, med tilsvarende mengde vanlig/sunn mat som er mindre kaloriett. Da vil inntaket av kalorier kunne gå mye ned og vekta vil da også reduseres.

8. HELSETILSTAND

8.1. Forventet levealder

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. *Folkehelseinstituttet*

		1990-2004	2002-2016
Hele landet	menn	75,4	78,8
	kvinner	81,1	83,1
Lillehammer	menn	76,7	79,3
	kvinner	82,1	83,8
Øyer	menn	77,0	78,9
	kvinner	81,3	82,7
Gausdal	menn	76,4	79,2
	kvinner	80,7	83,3

Forventet levealder er på mange måter den «optimale» folkehelseindikatoren. Den viser et såkalt hardt endepunkt (objektivt mål) som man har data på ganske langt tilbake i tid og indikatoren fanger opp alle innbyggere. Andre indikatorer baserer seg ofte på subjektive målinger og omfatter også bare et utvalg av befolkningen. Død er jo det absolutte motstykket til god helse og levealder summerer derfor på mange måter opp alle andre helseindikatorer. En aldrende befolkning er derfor en indikator på god folkehelse!

Det viktigste med denne tabellen er at forventet levealder har økt mye i mange år. Øyer ligger nær landsgjennomsnittet, og så vidt lavere enn regionen ellers. En viktig trend de senere åra er at forventet levealder hos menn har økt noe mer enn hos kvinner, slik at forskjellen er noe mindre enn tidligere. Dette kan skyldes at blant røykere er andelen kvinner høyere enn tidligere.

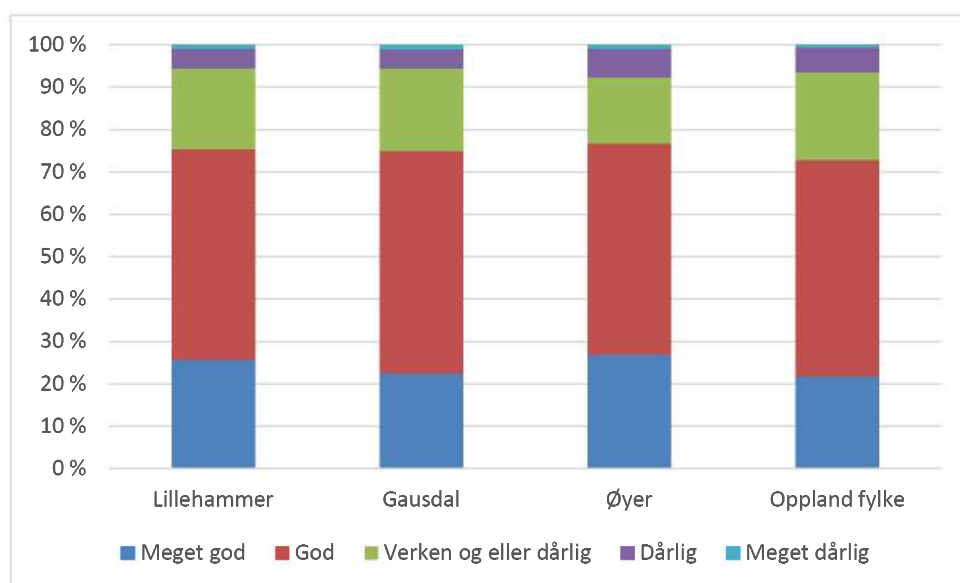
8.2. Vurdering av egen helse

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

Vurdering av egen helse, Øyer kommune, 2014



Andeler med ulike grader av opplevelse av egen helse av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Lillehammer, Gausdal, Øyer og Oppland i 2014, i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland

Andel ungdomsskoleelever som oppgir at de er fornøyd med egen helse

	2013	2015	2016
Hele landet	72,0	72,0	71,3
Lillehammer	..	78,8	..
Øyer	70,4	..	75,4
Gausdal	76,2	..	72,7

Denne tabellen viser egenvurdert helse. Tallene er fra ungdomsundersøkelsen i 2013 og 2016. Denne tabellen føyer seg i et mønster hvor ungdommer i Øyer scorer høyt på flere folkehelseindikatorer, blant annet innenfor skoletrivsel. I Øyer oppgir flere ungdommer at de er fornøyd med egen helse sammenliknet med både landsgjennomsnittet og regionen ellers. Det er verdt å merke seg at dette er en bedring for Øyer sin del sammenliknet med undersøkelsen i 2013. Sett sammen med andre indikatorer for ungdommer så er det mye som tyder på at det er godt å være ungdom i Øyer kommune.

Det kunne tilsvarende vært interessant å se på hvordan eldre i kommunen opplever sin egen helse i og med at sjukdomsbyrden er klart størst i høy alder.

8.3. Psykiske lidelser

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 enhver 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. *Folkehelseinstituttet*

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)*

Pasienter som bruker medisiner mot psykiske lidelser (oppgitt i promille)

	2005-2007	2010-2012	2015-2017
Hele landet	66,5	67,1	70,3
Lillehammer	61,6	67,7	73,6
Øyer	73,4	76,5	67,6
Gausdal	58,3	57,6	68,7

Vurdering:

Tallene omfatter bruk av antipsykotika og antidepressiva. Det har vært en økning i bruken de siste årene nasjonalt. I Øyer har utviklingen vært motsatt. Fra å ligge over landsgjennomsnittet for ti år siden, ligger vi nå under landsgjennomsnittet. Øyer har faktisk hatt en nedgang i bruken av slike medisiner målt per innbygger. Hvorvidt dette innebærer en redusert sykdomsbyrde eller at færre får hjelp de trenger eller vanskelig å vurdere. Kanskje spiller gode trivselstall og lave mobbetall i skolen inn? Nasjonalt regner man imidlertid med at mye av økningen forklares med økt tilgang på hjelp og utvikling av nye medisiner.

8.4. Hjerte/kar-sjukdom

Hjerte/kar-sjukdom

	2012-2014	2014-2016
Hele landet	18,5	17,9
Lillehammer	19,2	16,1
Øyer	17,6	17,1
Gausdal	17,9	18,2

Tallene angir hvor mange personer som døde av eller ble innlagt i sjukehus pga. hjerte/karsjukdom. Det er altså en summert indikator som er ny fra i år for å illustrere sykdomsbyrden av hjerte/karsjukdom best mulig. Ca. en tredel av alle dødsfall skyldes hjerte/karsjukdom. Øyer ser ut til å ligge omtrent på landsgjennomsnittet, mellom Gausdal og Lillehammer.

Tidlige død (før 74 år) som følge av hjerte/karsjukdom per 100 000 innbyggere.

	1990-1999	2002-2011	2007-2016
Hele landet	138,8	65,2	53,4
Lillehammer	123,3	61,5	46,0
Øyer	165,6	57,6	47,4
Gausdal	124,4	71,5	48,4

Denne tabellen forteller hvor mange som døde tidlig av hjerte/karsjukdom. Tidlig dødsfall er definert som død før 75 års alder. Det har vært en dramatisk nedgang i antall personer som dør tidlig som følge av hjerte/karsjukdom. Nasjonalt er det nesten snakk om en reduksjon på to tredeler. I Øyer er nedgangen enda større. På 90-tallet hadde Øyer flere slike dødsfall enn landsgjennomsnittet, mens vi per i dag har færre.

8.5. Kreft

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

Kilde: Folkehelseinstituttet

Antall nye krefttilfeller per 100 000 innbyggere

	1990-1999	2001-2010	2007-2016
Hele landet	464,9	554,1	605,0
Lillehammer	415,3	532,7	604,1
Øyer	379,6	520,1	630,1
Gausdal	390,8	485,9	509,8

Her vises antall nye krefttilfeller. Det har vært en sterk økning både lokalt og nasjonalt. Økningen i Øyer er vesentlig større enn i landet som helhet, også størst i regionen. Øyer har mange nye krefttilfeller.

Tidlig død som følge av kreft

	1990-1999	2001-2010	2007-2016
Hele landet	132,2	115,1	110,4
Lillehammer	103,3	100,6	102,4
Øyer	93,9	134,1	150,0
Gausdal	117,5	103,6	100,2

Her vises antall tidlige dødsfall (før 75 år) målt per 100 000 innbyggere som er forårsaket av kreftsjukdom. Øyer ligger svært høyt per i dag. Det har vært en stor økning i Øyer. Antall tidlige dødsfall som følge av kreft var lavere enn nasjonalt på 90-tallet, mens antallet i dag er langt høyere. Samtidig er det konkrete antallet såpass lavt. Men mønsteret sett over flere år enn det som er vist her tyder alle på at det er relativt mange som dør før 75 års alder av kreft i Øyer. Avviket er også ganske stort sammenlignet med andre kommuner i regionen.

8.6. Smittsomme sykdommer

Dekningsgrad for influensavaksine

Geografi	2015/2016	2016/2017
Hele landet	23,8	26,9
Lillehammer	16,4	22,3
Øyer	8,8	24,2
Gausdal	27,5	27,8

Målet fra helsedirektoratet er en dekningsgrad på minst 75 %. Alle over 65 år samt personer i risikogrupper anbefales vaksine hvert år. Det samme gjelder helsepersonell. Dette er en indikator som kommunen i stor grad kan påvirke selv gjennom godt arbeid med å distribuere vaksiner. Vaksinerer skjer for de fleste hos fastlegen. I tillegg har kommunen mulighet til å påvirke egne ansatte innen helse- og omsorg til å ta vaksinen. Det er viktig for å redusere risikoen for smitte til pasienter og for å spare arbeidsgiver for utgifter til sykefravær som følge av influensa hos ansatte.

Antibiotika – antall resepter per 1000 innbyggere

	2005	2017
Hele landet	404	340
Lillehammer	412	322
Øyer	482	334
Gausdal	348	317

Det er et mål å redusere bruken av antibiotika for å hindre utvikling av resistente bakterier. Det har vært en stor reduksjon de siste tolv åra. Målet fra helsedirektoratet er 250 resepter per 1000 innbyggere. Øyer må redusere bruken av antibiotika ytterligere for å oppnå det målet. Bruk av antibiotika handler om fastlegenes forskrivningspraksis, men også om pasientenes forventninger til å få utskrevet antibiotika

9. OPPSUMMERING MED HOVEDUTFORDRINGER

Folkehelseoversikten skal gi et kunnskapsbasert grunnlag for planer, strategier og tiltak. Kunnskapsgrunnlaget skal sammen med annen tilgjengelig informasjon og kunnskap fra tjenestene i kommunen gi et samlet bilde av status i Øyer. Tallmaterialet må tolkes med stor forsiktighet og innenfor flere områder gir resultatene grunnlag for flere spørsmål enn svar. Det er derfor viktig å innhente mer kunnskap om årsaker og konsekvenser for å forstå sammenhenger.

Det generelle bildet ut i fra den foreliggende oversikten, er at Øyers befolkning trives godt og har god helse. Høy trivsel hos ungdommen og lavt frafall i videregående er svært positivt. På den annen side er andelen barn som bor i husholdninger med lavinntekt litt høyere enn i landet som helhet og bør vies oppmerksomhet. Statistisk er det en klar sammenheng mellom levekår og helse. Tiltak som bedrer levekår bedrer helsen. Tiltak som settes inn tidlig i et barns liv gir best mulighet for en god utvikling på sikt.

Befolkningsframskrivningen viser at andelen eldre øker sterkt framover. Samtidig som det betyr at flere har god helse, blir det større hjelpebehov hos de eldste eldre.

Befolknings sammensetningen, utdanning og arbeidslivstilknytning, barn og unges trivsel og mestring er faktorer som har vesentlig betydning for folkehelsa. Tidlig innsats tiltak gjennom hele livsløpet som konkretiseres mest mulig i planer og strategier kan være svar på noen utfordringer. Folkehelseoversikten skal oppdateres årlig og datagrunnlaget utvikles og forbedres .