

2018

STATISTIKKGRUNNLAG

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer Nordre Land kommune



1 Innhold

1.1	Befolkningssammensetning.....	2
1.1.1	Befolkningsendringer	2
1.1.2	Befolkningsframskriving	4
1.1.3	Etnisitet	5
1.1.4	Personer som bor alene	6
1.1.5	Botid i kommunen	7
1.2	Oppvekst- og levekårsforhold.....	8
1.2.1	Trivsel i kommunen	8
1.2.2	Bolig/boforhold	10
1.2.3	Arbeidsforhold	14
1.2.4	Inntekter og utgifter – personlig økonomi	16
1.2.5	Mottakere av sosialhjelp	19
1.2.6	Arbeidsledighet	21
1.2.7	Sykefravær	22
1.2.8	Arbeidsavklaringspenger	23
1.2.9	Uføretrygd	24
1.2.10	Grunnskole som høyeste utdanningsnivå	25
1.2.11	Frafall videregående skole	26
1.2.12	Separasjoner	27
1.2.13	Barnevern	28
1.3	Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø (miljørettet helsevern)	29
1.3.1	Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen	29
1.3.2	Funksjonsnedsettelse eller manglende tilrettelegging	32
1.3.3	Støy og støv	33
1.3.4	Drikkevannskvalitet	34
1.3.5	Skolemiljø – opplevelse av trivsel og mobbing	35
1.3.6	Sosial støtte	38
1.4	Skader og ulykker	39
1.4.1	Sykehusinnleggelses etter ulykker	39
1.4.2	Trafikk – utfordringer og ulykker	41
1.5	Helserelatert atferd	44
1.5.1	Deltakelse i aktiviteter	44
1.5.2	Tid brukt på ulike medier	46
1.5.3	Fysisk aktivitet	49
1.5.4	Kosthold	51
1.5.5	Fedme og overvekt	54
1.5.6	Røyk og snus	55
1.5.7	Alkohol	57
1.6	Helsetilstand	58
1.6.1	Opplevelse av helse, livskvalitet og begrensninger	58
1.6.2	Forventet levealder	61
1.6.3	Diabetes	63
1.6.4	Hjerte- og karsykdommer	64
1.6.5	Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma	68
1.6.6	Smerter	70
1.6.7	Muskel- skjelettlidelser	71
1.6.8	Søvnproblemer	72
1.6.9	Psykiske lidelser	73
1.6.10	Smittsomme sykdommer	76
1.6.11	Kreft	78
1.6.12	Tannhelse	80

1.1 Befolkningssammensetning

1.1.1 Befolkningsendringer

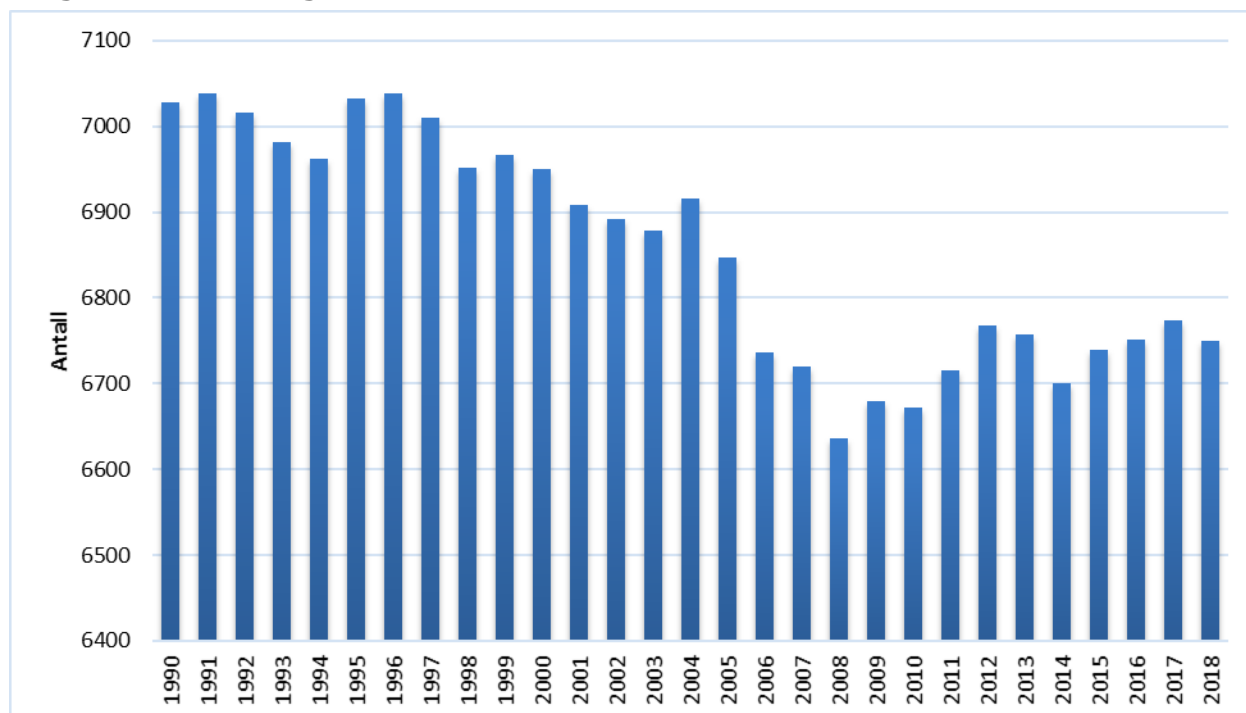
Folketallet i Nordre Land kommune har etter en tilbakegang på begynnelsen av 2000 tallet, stabilisert seg. Pr. 1. januar 2018 var det 6750 innbyggere i Nordre Land. – en liten reduksjon fra året før.

Nordre Land har et fødselsunderskudd, men har hatt en positiv nettoinnflytting de seneste åra.

Antall levendefødte pr. år de siste 10 årene har variert fra 51 til 74 – med årlig gjennomsnitt på rundt 60. Dette er nå noe i tilbakegang.

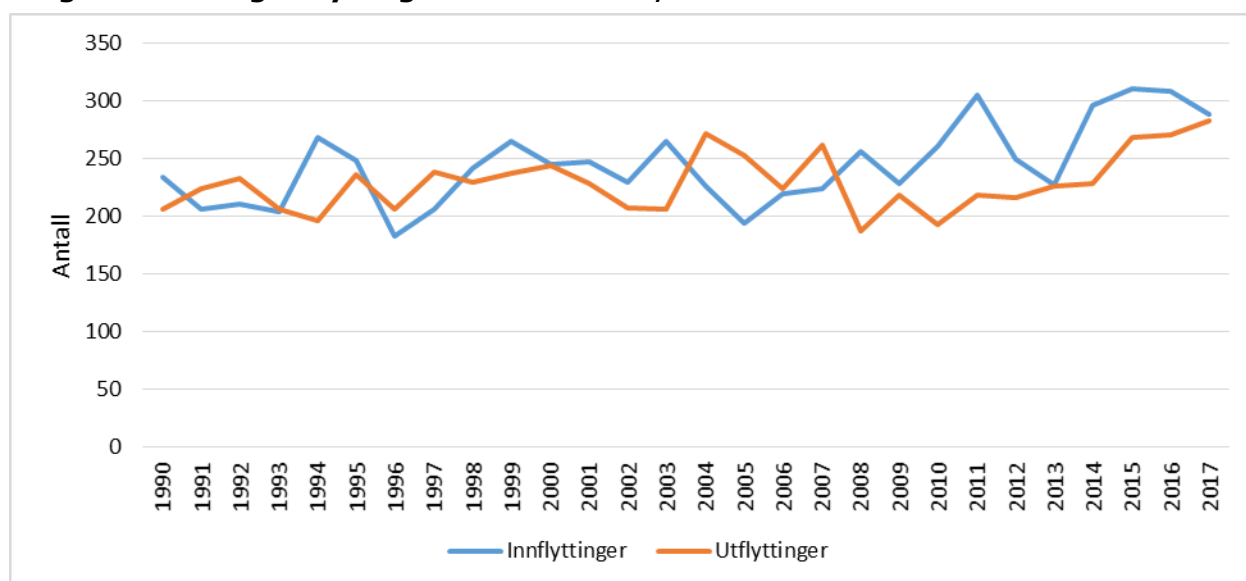
Befolkningsutvikling blir generelt sett vurdert som en viktig indikator for regional utvikling. Ønsket om befolkningsvekst har sammenheng med flere forhold bl.a. kommunens inntektsgrunnlag og tilgang på arbeidskraft. Utvikling i antall innbyggere har betydning for kommunens planer når det gjelder omfang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

Diagram: Folkemengde Nordre Land, 1990-2018



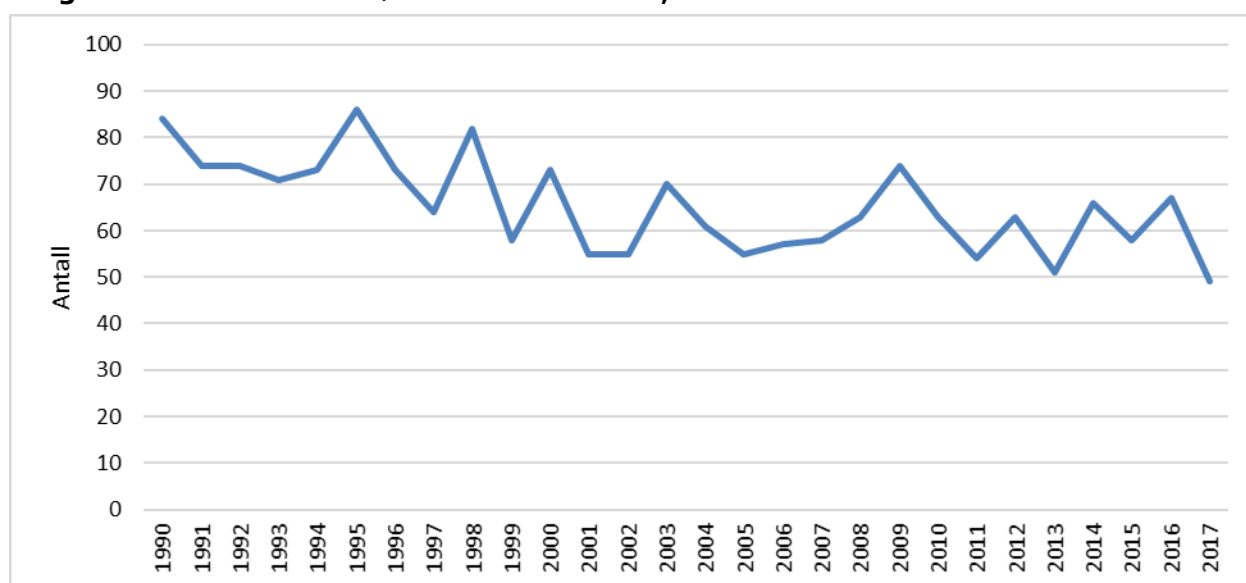
Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: SSB, tabell 09613. [Kilde](#)

Diagram: Inn- og utflytting av Nordre Land, 1990-2017



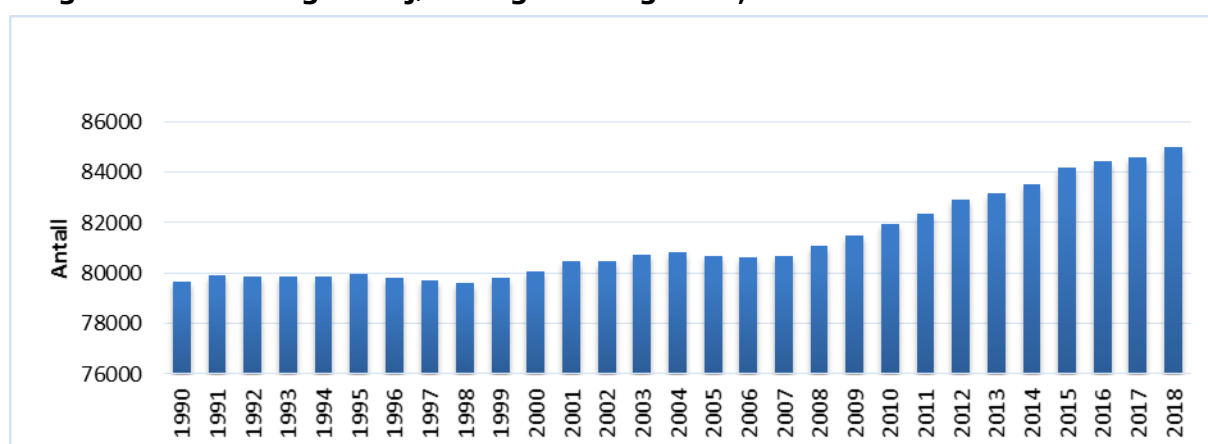
Antall personer som har flyttet inn og ut av kommunen. Kilde: SSB.no, tabell 09613. [Kilde](#)

Diagram: Antall levendefødte i Nordre Land, 1990-2017



Antall levendefødte i løpet av et år. Kilde: SSB, tabell 09613. [Kilde](#)

Diagram: Folkemengde i Gjøvikregionen og Gran, 1990-2018



Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: SSB, tabell 09613. [Kilde](#)

1.1.2 Befolkningsframskriving

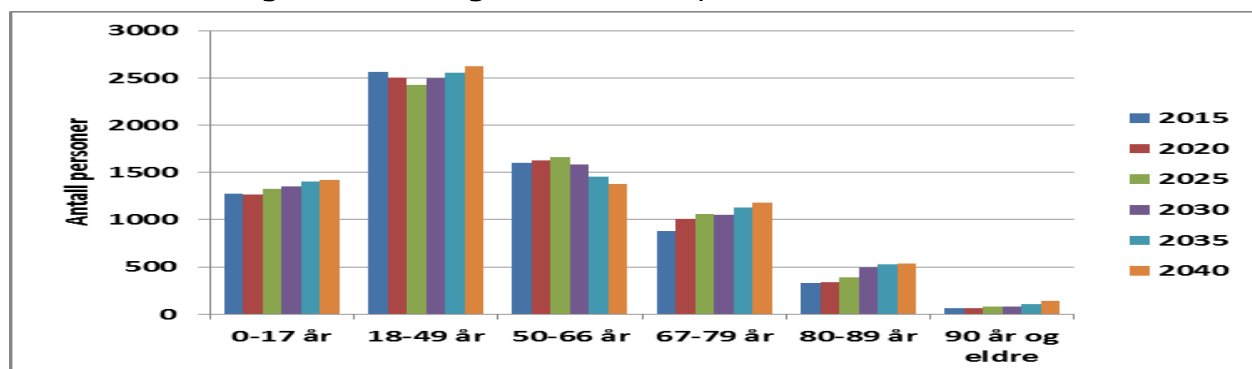
Befolkningsframskriving for Nordre Land kommune viser en gradvis økning av innbyggertallet frem til 2040. Totalt sett forventes det en økning på over 537 personer i kommunen, dvs. antall innbyggere forventes å være 7277 i 2040.

I aldersgruppen 67-89 år forventes det en økning på 505 personer, vi ser derfor at det kun er mindre endringer innenfor andre aldersgrupper. Et unntak er gruppen 90 år og eldre, denne forventes å øke med 46,5 %. Vi står derfor ovenfor en eldrebølge de neste 25 årene.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Befolkningsframskrivinger kan tjene mange formål og fungere som et nyttig instrument for planlegging i kommunene.

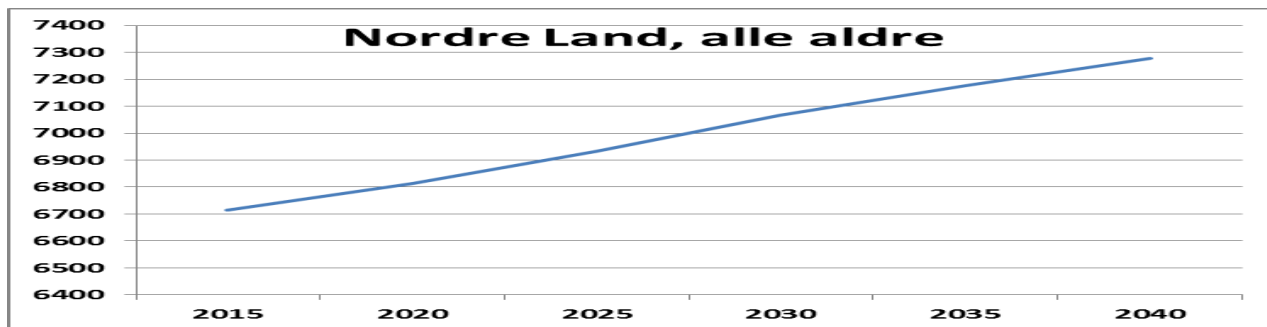
Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre betyr også at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester. *Kilde: St.meld. nr. 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen*

Tabell: Befolkningsframskriving i Nordre Land, 2015–2040



Befolkningsframskriving for Nordre Land kommune basert på utvikling frem til 1.1.14 (og middels vekst) og viser en gradvis økning av innbyggertallet frem til 2040. Totalt sett forventes det en økning på over 537 personer i kommunen, dvs. antall innbyggere forventes å være 7277 i 2040.

	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-17 år	1274	1268	1322	1356	1404	1417
18-49 år	2565	2504	2427	2495	2555	2621
50-66 år	1599	1631	1659	1583	1455	1380
67-79 år	879	1007	1058	1054	1127	1179
80-89 år	331	340	387	495	531	536
90 år og eldre	67	64	80	83	103	144



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, tabell 10213. [Kilde](#)

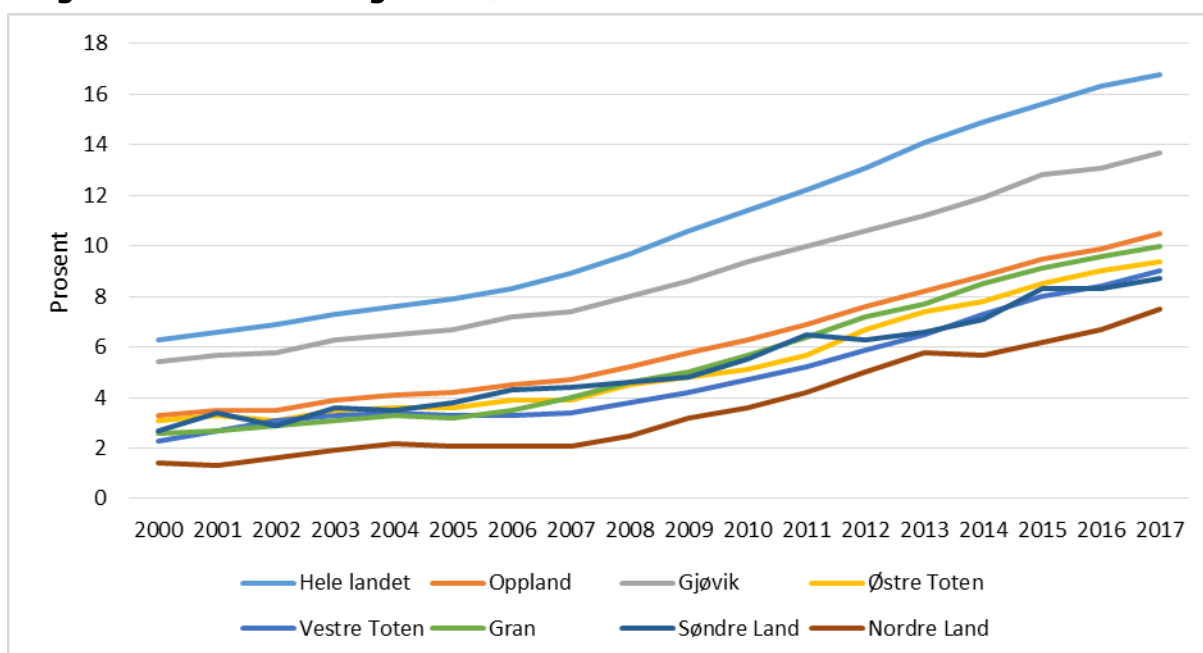
1.1.3 Etnisitet

Det har vært en gradvis økning i andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Nordre Land over mange år. I 2000 var det 1,4 % av befolkningen, mens i 2017 tilsvarte vel 7 % 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 folkehelsearbeid.

Diagram: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre 2000-2017



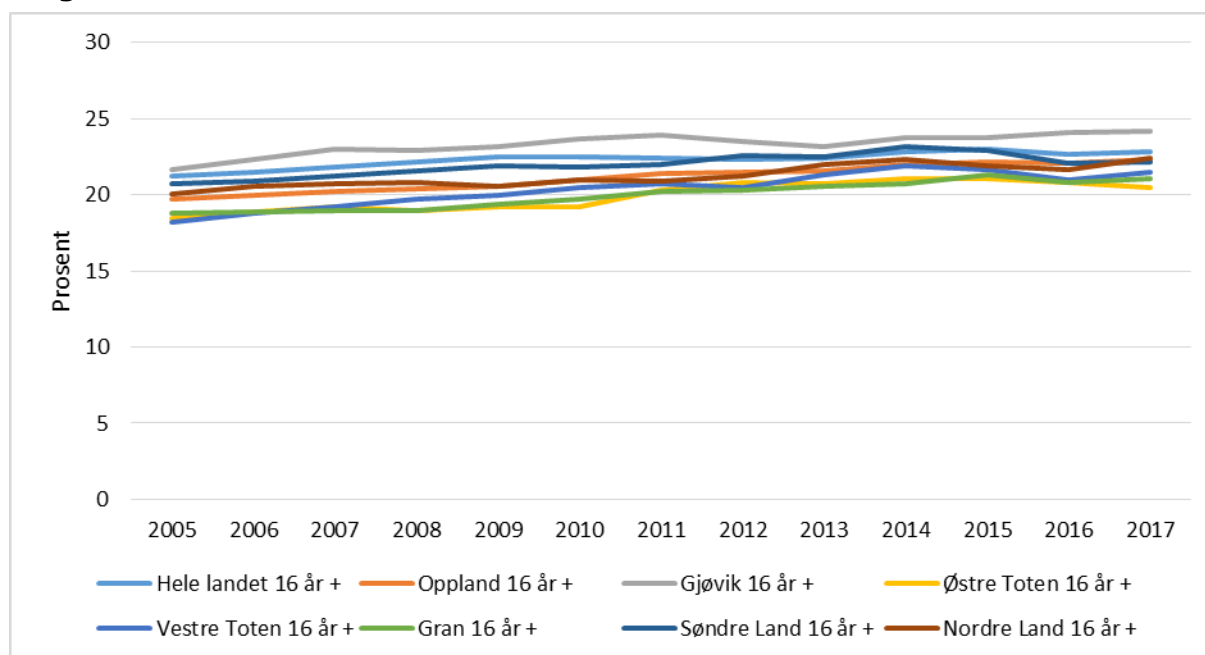
Andel personer med to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar hvert år, i prosent av befolkningen. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge er ikke med. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. [Kilde](#)

1.1.4 Personer som bor alene

Andel personer som bor alene i Nordre Land har økt svakt fra 20,1 % i 2005 til 23 % 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 (alle aldre) som bor i en-personhusholdninger i prosent av befolkningen per 1. januar. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. [Kilde](#)

1.1.5 Botid i kommunen

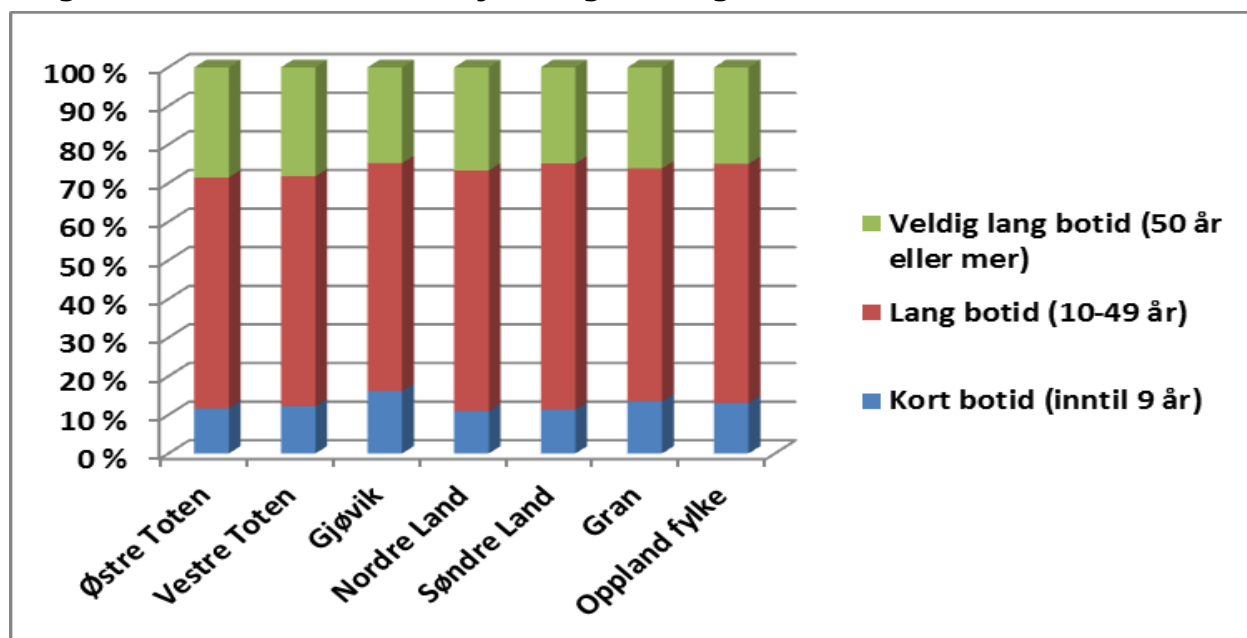
I levekårsundersøkelsen i 2014 oppga 26,7 % at de hadde bodd i Nordre Land i mer enn 50 år. 62,3 % hadde bodd i kommunen mellom 10 og 49 år og 11 % i mindre enn 9 år.

Resultatene for botid i kommunen skiller seg ikke signifikant fra andre kommunen i Gjøvikregionen.

Dersom det er stadige utskiftninger i nabolaget, påvirker det trivsel, trygghet og den generelle helsen. *Kilde: Helsedirektoratet. Bolig - kunnskapsgrunnlag*

Botid er tatt med som en bakgrunnsvariabel i levekårsundersøkelsene.

Diagram: Botid i kommunen i Gjøvikregionen og Gran



Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland Fylke: Andeler med botid inntil 9 år, 10-49 år og 50 år eller mer av de som svarte på levekårsundersøkelsen i 2014, i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 51.

1.2 Oppvekst- og levekårsforhold

1.2.1 Trivsel i kommunen

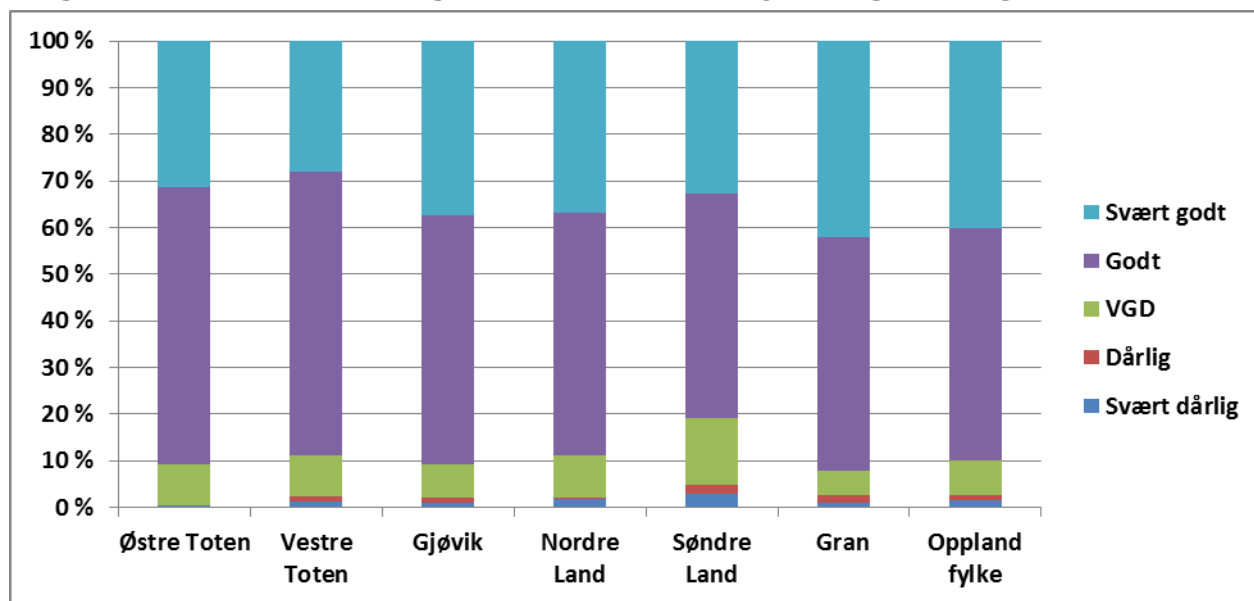
Når det gjelder trivsel i kommunen kommer Nordre land svært bra ut. Både innbyggerundersøkelse og Landsbyundersøkelse understøtter funn fra «Folkehelse og levekår i Oppland».

88,8 % av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Nordre Land i 2014 trivdes godt eller svært godt med å bo i kommunen. 2 % trivdes dårlig eller svært dårlig. (9,2 % verken/eller.)

84 % Ønsker å bli boende og trives. 8,5 % av de spurte trivdes med å bo i kommunen, men tenkte likevel på å flytte til en annen kommune. 5,8 % mistrivdes, men tenkte ikke på å flytte. 1,7 % mistrivdes og tenkte på å flytte.

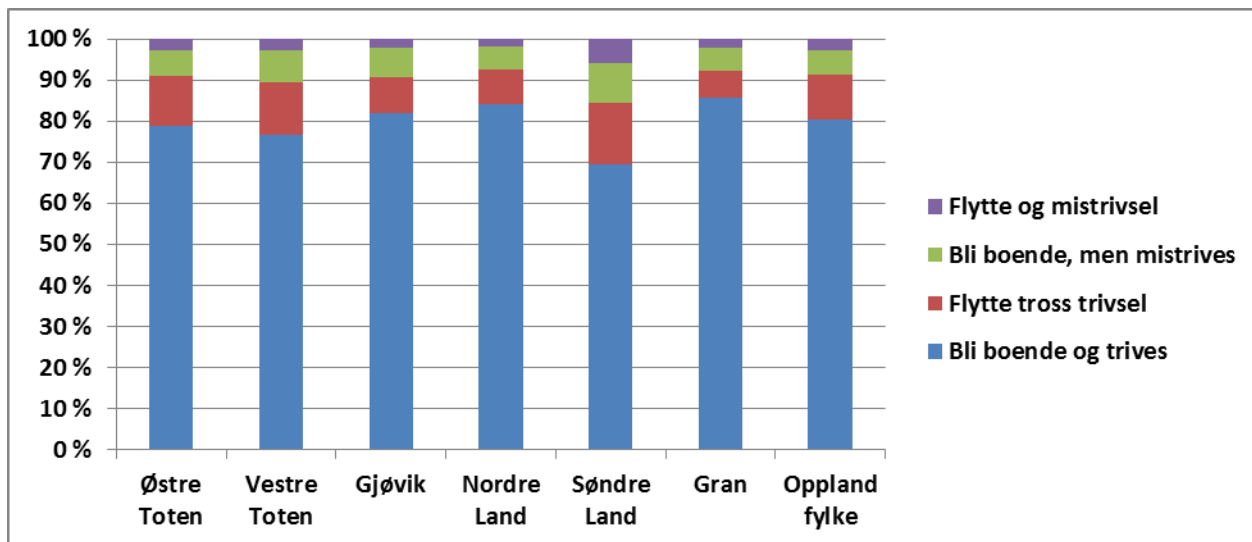
Kommunen skal i henhold til folkehelseloven bl.a. fremme befolkningens helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Kunnskap om innbyggernes trivsel i kommunen kan være et nyttig verktøy i folkehelsearbeidet. God folkehelse innebærer at flest mulig trives i hverdagen.

Diagram: Trivsel med å bo og leve i kommunen i Gjøvikregionen og Gran



Andeler i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland som trivdes godt, svært godt, verken godt eller dårlig (VGD) og dårlig eller svært dårlig, med å bo og leve i kommunen - av de som svarte på levekårsundersøkelsene, i prosent. Kilder: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 54.

Diagram: Ønske om å bo i kommunen i Gjøvikregionen og Gran



Andeler i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland som vurderte å flytte eller tenkte å bli boende i egen kommune - av de som svarte på levekårsundersøkelsene, i prosent. Kilder: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 55.

Resultater fra levekårsundersøkelsen i 2014 når det gjaldt boliger/boforhold – status i dag og hva som var viktig ved et ønske om å bytte bolig.

Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land og Søndre Land samlet

- Enebolig: 77 % har. 57 % ønsker, men andelen reduseres til 26 % i aldersgruppen 67 år eller eldre.
- Rekkehus: 7,5 % har. 11 % ønsker.
- Leilighet: 6,8 % har. 23,5 % ønsker.
- Bofellesskap: 1,4 % har. 5,1 % ønsker.
- Servicetilbud: 1,4 % har. 17,1 % ønsker, men andelen stiger til 47 % for de som er 67 år eller eldre.
- Sentrumsnær: 23,6 % har. 41,9 % ønsker, men andelen stiger til 49 % for de som er 50 år eller eldre.

Nordre Land:

- Enebolig: 75,6 % har. 56,7 % mener det er viktig.
- Rekkehus: 9,2 % har. 12,6 % mener det er viktig.
- Leilighet: 3,9 % har. 16 % mener det er viktig.
- Bofellesskap: 2,5 % har. 3,8 % mener det er viktig.
- Servicetilbud: 1,1 % har. 19,7 % mener det er viktig.
- Sentrumsnær: 32,5 % har. 36,6 % mener det er viktig.
- Nær natur: 54,8 % har. 44,8 % ønsker.
- Gårdsbruk: 16,3 % har. 16,4 % mener det er viktig.
- Eid bosted: 91,8 % har. 89,5 % mener det er viktig.
- Leid bosted: 8,2 % har. 14,6 % mener det er viktig, men andelen er større for de som er 50 år eller eldre, med lav utdanning og lav/middels inntekt.
- Bolig og boområde tilrettelagt funksjonsnedsatte: 2,1 % har. 6,3 % mener det er viktig.

Kategorien «ønsker» eller «mener det er viktig» omfatter både de som har – og ønsker å ha - den aktuelle boligen i dag og de som ønsker å bytte bolig og har nevnt aktuelle bolig som en kvalitet ved boligbytte.

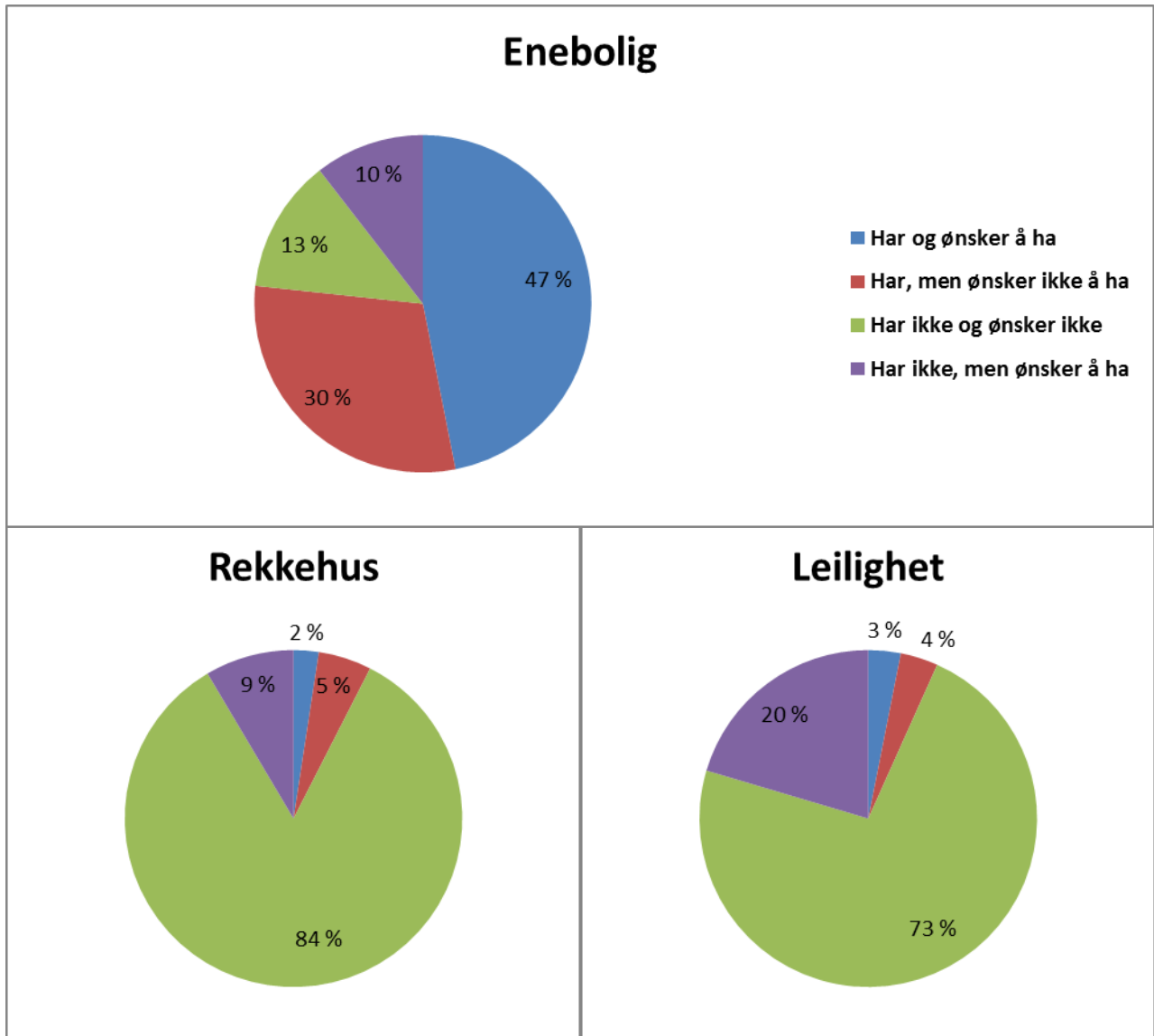
Servicetilbud er bolig med pleie/omsorg, vaktmester, snømåking etc. Sentrumsnær er bolig beliggende nær lokale tjenestetilbud og sosiale møteplasser. Natur er bolig beliggende nær natur/grøntområde.

Resultatene i Nordre Land viser noe uoverensstemmelse mellom dagens situasjon når det gjelder bolig og ønsker for fremtiden – mange ønsker seg leilighet (viktig for flere), servicetilbud (viktig for flere) og sentrumsnær bolig (viktig for flere). Sentrumsnære leiligheter er nokså dyre i forhold til eneboliger, dette gjør at en del ønsker å leie sentralt framfor å eie

1.2.2 Bolig/boforhold

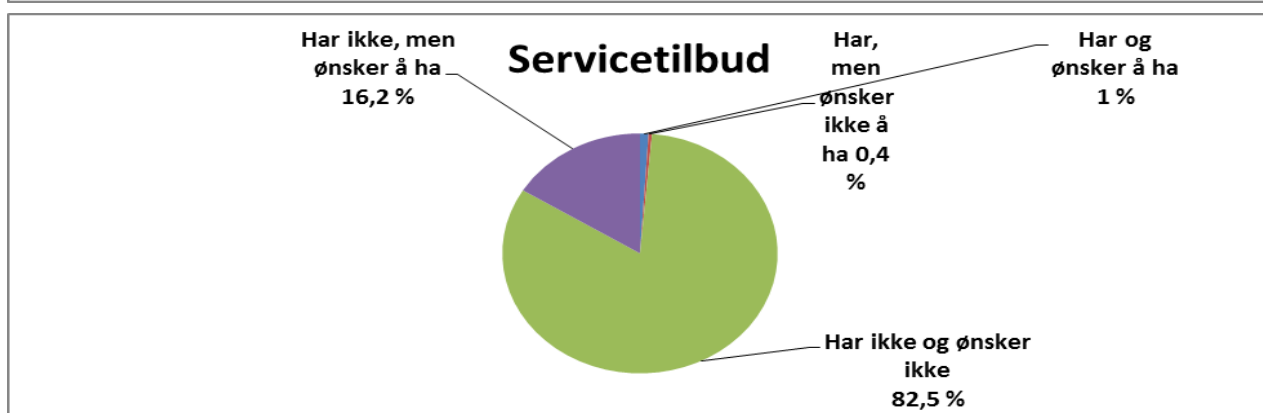
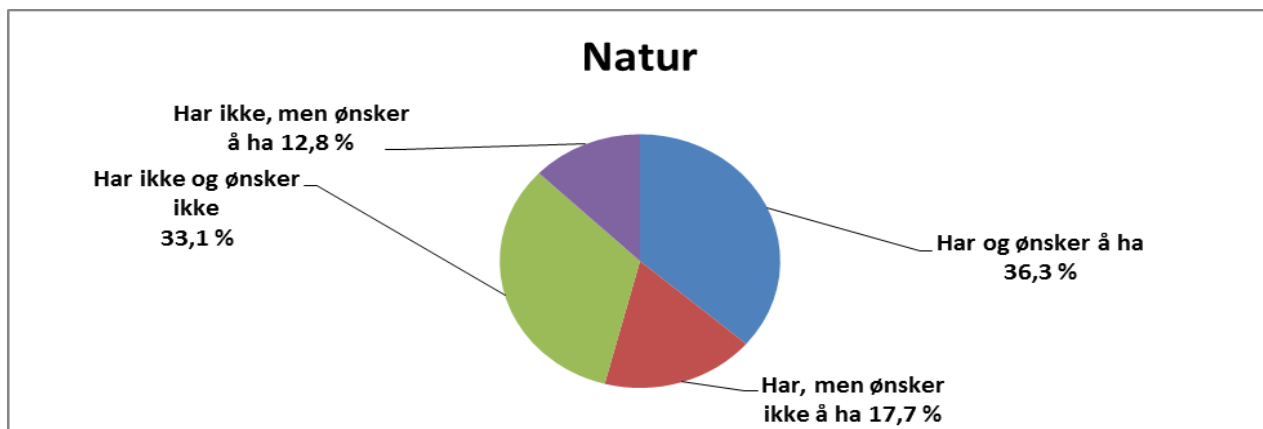
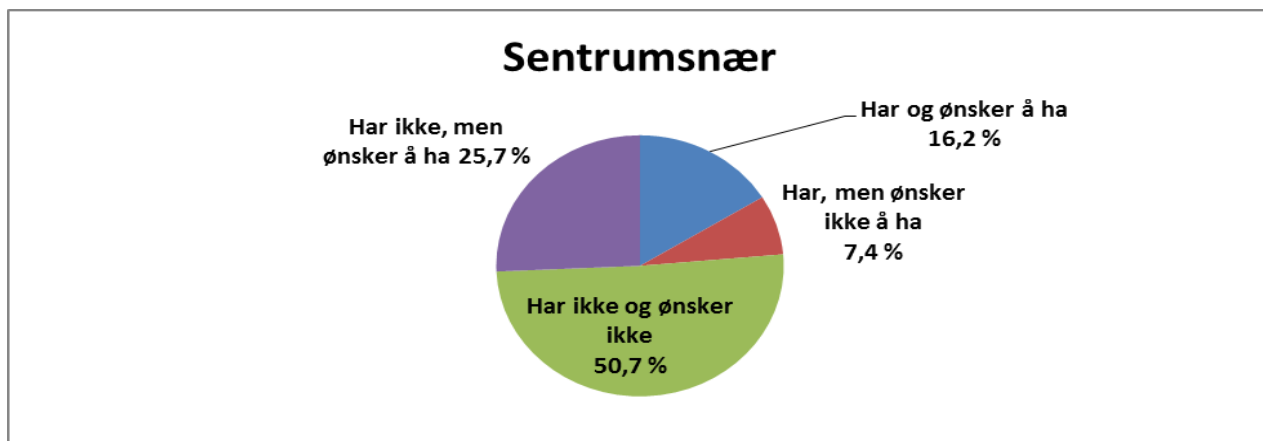
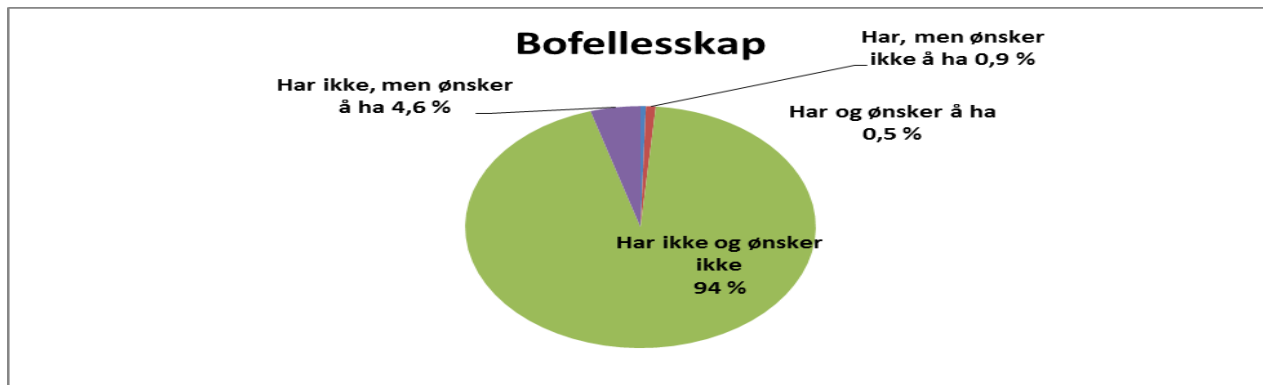
En eventuell uoverensstemmelse mellom dagens situasjon og hvilke ønsker innbyggerne i kommunen har for fremtidig bolig, er interessant for boligplanlegging.

Diagrammer: Type bolig i dag og ønsker for framtiden – enebolig, rekkehus og leilighet i Gjøvikregionen



Andeler i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land og Søndre Land som har/har ikke enebolig, rekkehus og leilighet i dag og som ønsker/ønsker ikke de boligtypene ved et boligbytte - av de som svarte på levekårsundersøkelsen, i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen. ØF-notat 9/2014. Tabell 11.

Diagrammer: Boforhold i dag og ønsker for framtiden – bofellesskap, servicetilbud, sentrumsnær og natur i Gjøvikregionen



Andeler i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land og Søndre Land som har/har ikke bofellesskap, servicetilbud, nærhet til sentrum og nærhet til natur i dag og som ønsker/ønsker ikke å ha disse boformene ved et boligbytte - av de som svarte på levekårsundersøkelsen, i prosent. Servicetilbud er bolig med pleie/omsorg, vaktmester, snømåking etc. Sentrumsnær er bolig beliggende nær lokale tjenestetilbud og sosiale møteplasser. Natur er bolig beliggende nær natur/grøntområde. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen. ØF-notat 9/2014. Tabell 11.

Diagram: Boforhold i dag og ønsker for framtiden i Gjøvikregionen og Gran – gårdsbruk

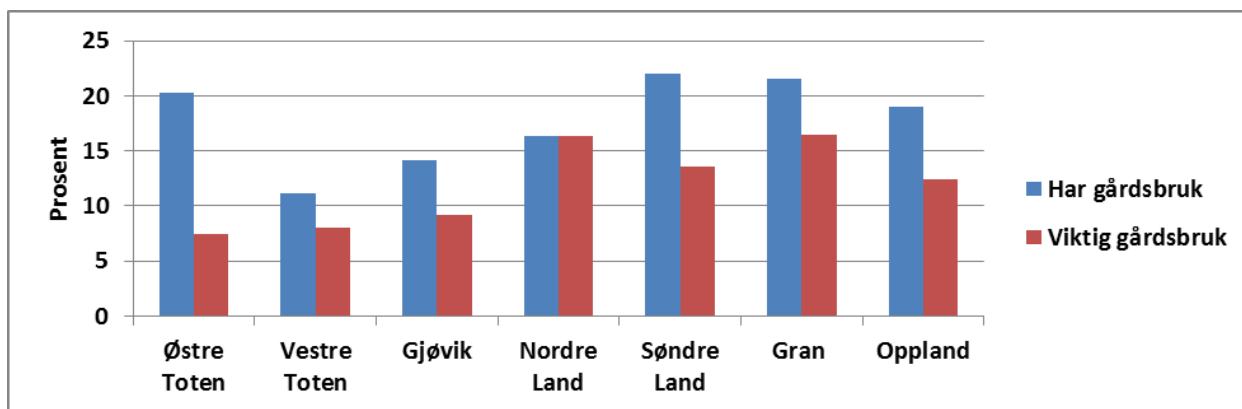


Diagram: Boforhold i dag og ønsker for framtiden i Gjøvikregionen og Gran – eid bosted

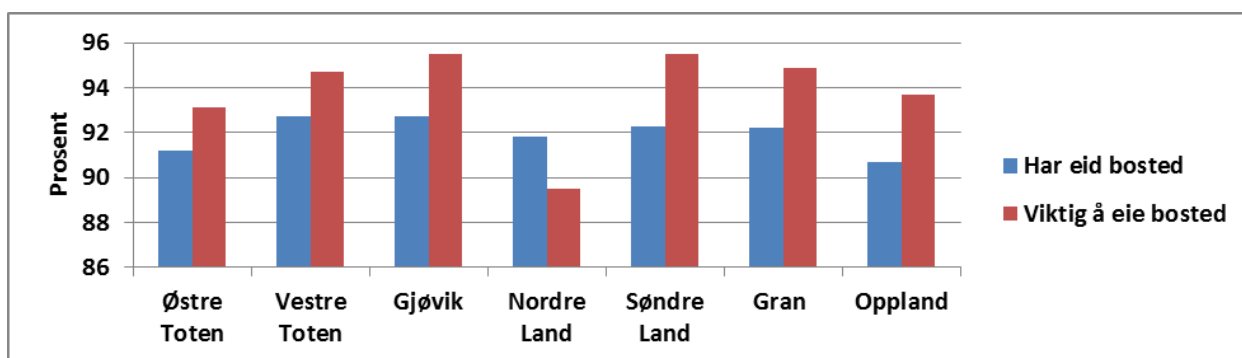


Diagram: Boforhold i dag og ønsker for framtiden i Gjøvikregionen og Gran – leid bosted

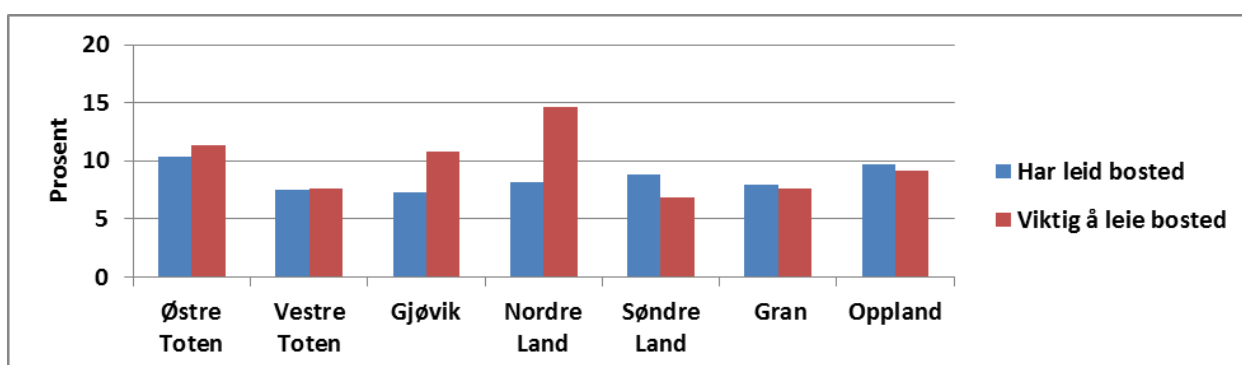
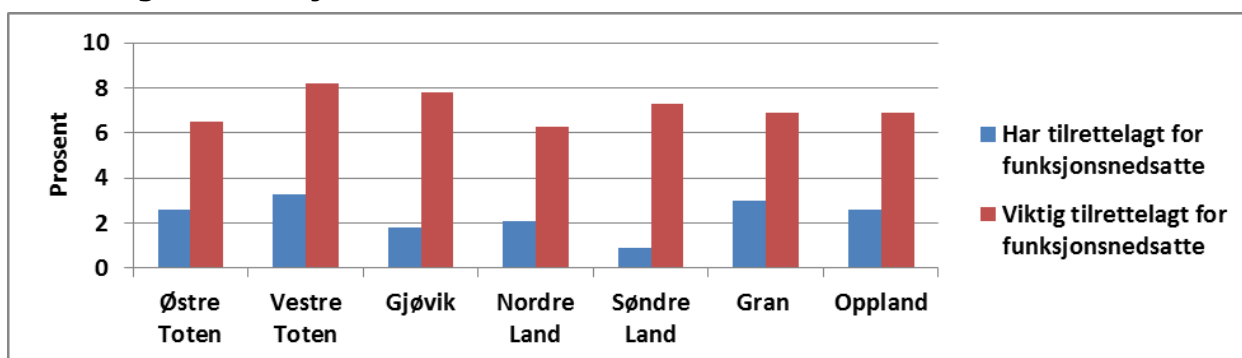


Diagram: Boforhold i dag og ønsker for framtiden i Gjøvikregionen og Gran – tilrettelagt for funksjonsnedsette



Forklaring diagrammer denne siden: Andeler med gårdsbruk, eid eller leid bolig og bolig/boområde tilrettelagt for funksjonsnedsettelse og andeler som mener det er viktig å ha disse boforholdene - av de som svarte levekårsundersøkelsen i 2014, i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabellene 80, 83 og 81.

62,6 % av de som svarte på levekårsundersøkelsen – og som var i arbeid - i Nordre Land i 2014 hadde heltidsstillinger. De resterende hadde deltidsstillinger. Undersøkelsen viste at de med heltid i regionen oftest rapporterte at de hadde den arbeidssituasjonen de ønsket seg sammenlignet med innbyggere i deltidsstillinger. De med lav bruttoinntekt anga sjeldnere at de hadde den arbeidssituasjonen de ønsket i forhold til stillingsstørrelse sammenlignet med de med middels og høy bruttoinntekt.

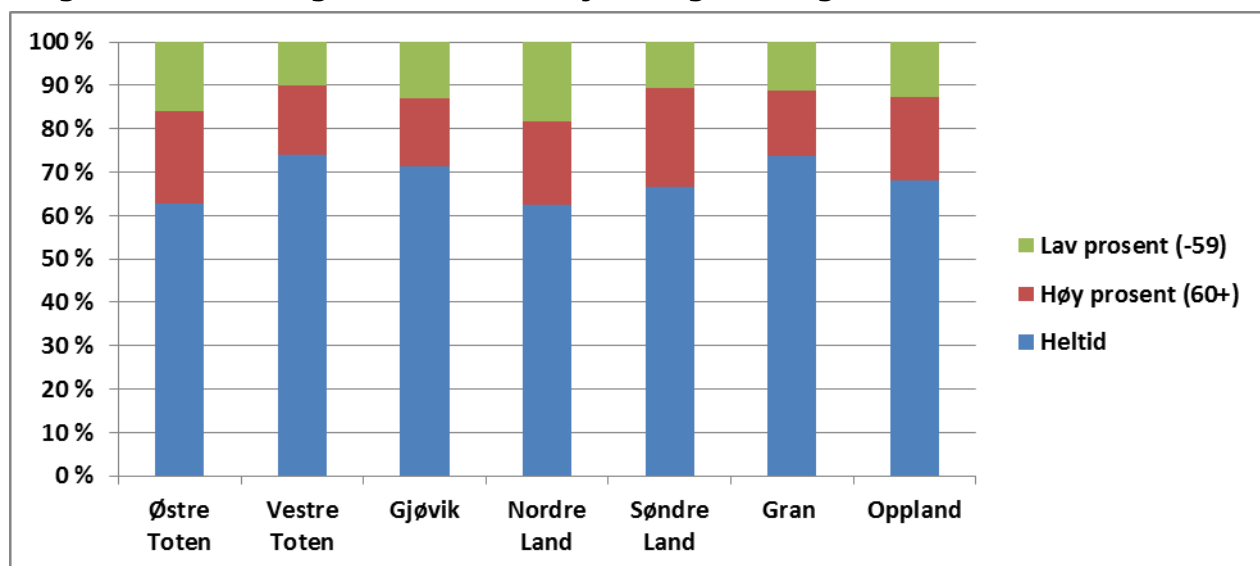
34,9 % rapporterer at de har stillesittende/ikke fysisk arbeid.

Mange i Nordre Land jobber deltid. Noe er uønsket, men det oppleves også at mange velger å jobbe redusert og prioriterer familie/eldre.

1.2.3 Arbeidsforhold

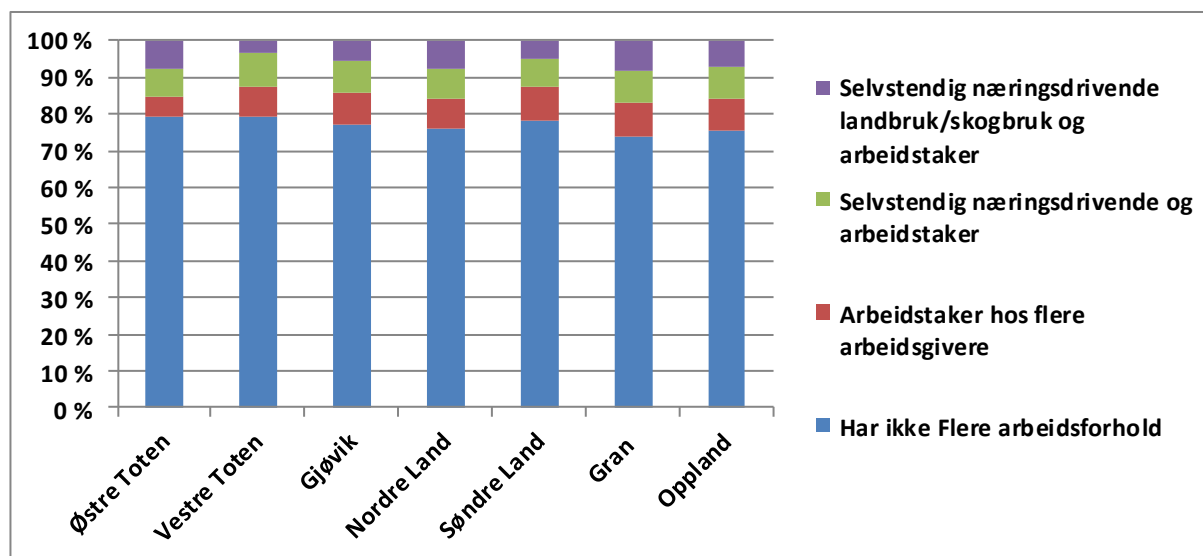
At de som ønsker det, har anledning til å arbeide deltid, sikrer fleksibilitet både for arbeidstakere og arbeidsgivere. Det fører sannsynligvis også til at flere er i arbeid enn det ellers ville ha vært. Mange deltidsansatte ønsker likevel å arbeide heltid eller å arbeide mer enn avtalt uten at de får anledning til det. Ufrivillig deltid er en form for arbeidsledighet. Samtidig har ufrivillig deltid en viktig kjønnsdimensjon, idet de aller fleste som arbeider ufrivillig deltid, er kvinner. Tallet på deltidsansatte som ønsker lengre arbeidstid pr. uke, er høyest i kvinnedominerte yrke uten krav til høyere utdanning. *Kilde: Meld. St. 29 (2010–2011) Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv.*

Diagram: Heltids- og deltidsarbeid i Gjøvikregionen og Gran



Andeler med deltids- og heltidsarbeid av de som svarte på levekårsundersøkelsen i 2014, i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014.

Diagram: Antall arbeidsforhold i Gjøvikregionen og Gran



Andeler med en eller flere arbeidsforhold av de som svarte på levekårsundersøkelsen i 2014, i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014.

1.2.4 Inntekter og utgifter – personlig økonomi

Lavinntekt: Har ligget høyt i regionen, med små svingninger – fra 13,8 % i 2005 til 13,5 % i 2016- i andel personer i Nordre Land kommune i husholdninger med lav inntekt.

Nordre Land har i hele perioden ligget noe høyere enn i landet som helhet.

I aldersgruppen 0-17 år har det vært noe mer svingninger i andel personer i husholdninger med lav inntekt i samme periode. Andelen var høyest i 2014 (18 %) og lavest i 2011 (10,5 %). Den ser ut til å være noe økende.

Personlig økonomi: I levekårsundersøkelsen i 2014 rapporterte 24,6 % av de spurte i Nordre Land at de ikke hadde økonomi til å klare alle fem av følgende:

- løpende utgifter
- en ukes ferie utenfor hjemmet i året
- PC og internett-tilgang
- eie en bil
- betale for undersøkelse og behandling hos tannlege

I barnefamilier rapporterte 7,2 % at de ikke hadde økonomi til å klare alle fem av følgende, at barn/unge i husstanden:

- har eget rom
- kan ta med venner hjem
- får delta i og selv ha bursdagsfeiring
- kan delta på fritidsaktiviteter
- har utstyr til å delta på fritidsaktiviteter

Det er mange husstander med lavinntekt. Dette kan ses i sammenheng med statistikk fra NAV, mottakere av sosialhjelp og uføre. Nordre Land har generelt et lavt utdanningsnivå, en stor andel eldre og en stor grad av sosialmottakere.

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)

Diagram: Lavinntekt (husholdninger), EU60, alle aldre, 2005-2016

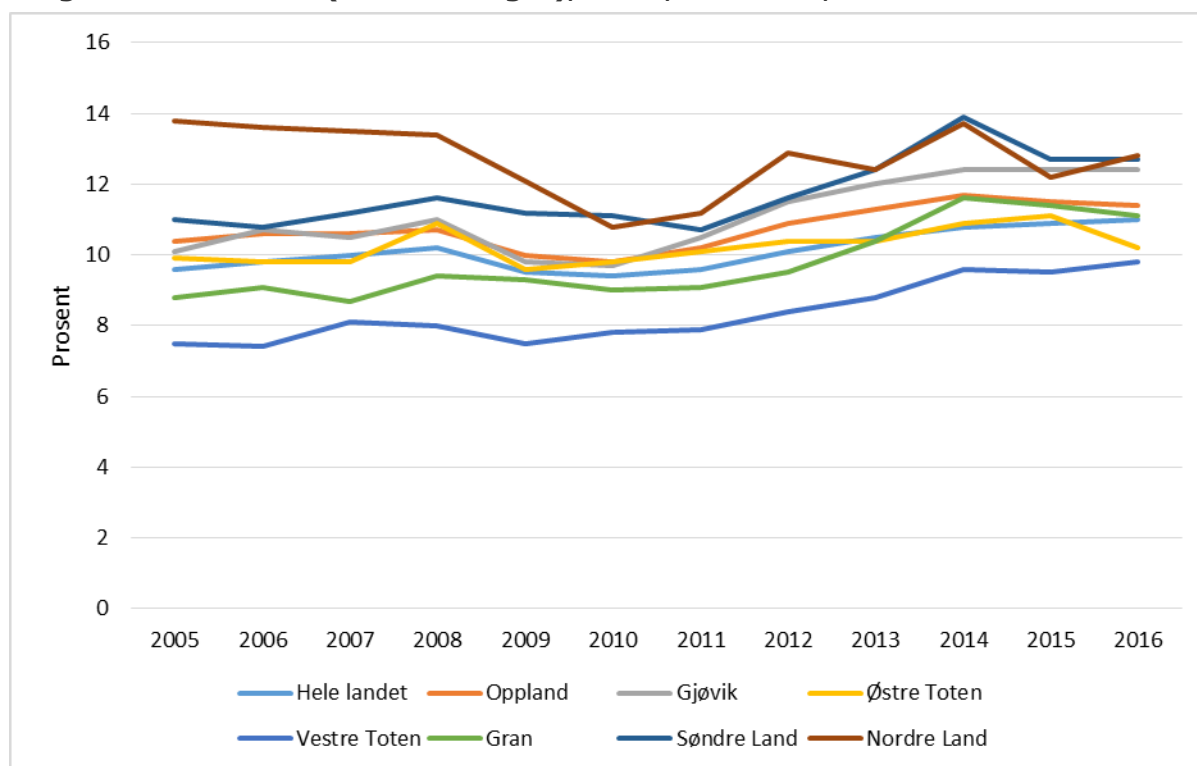
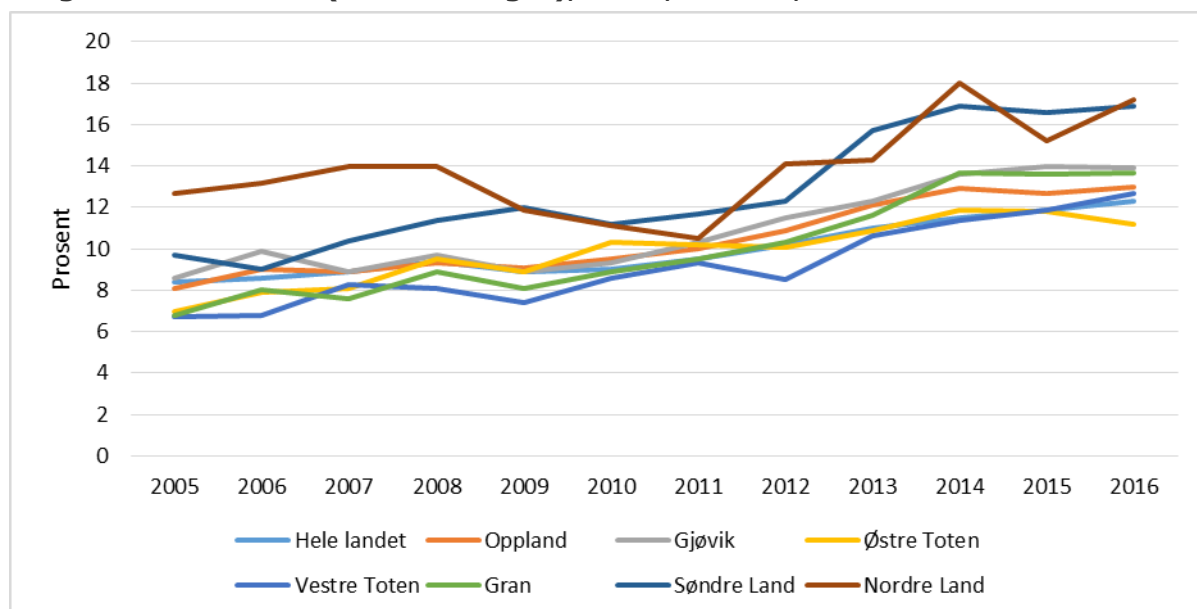


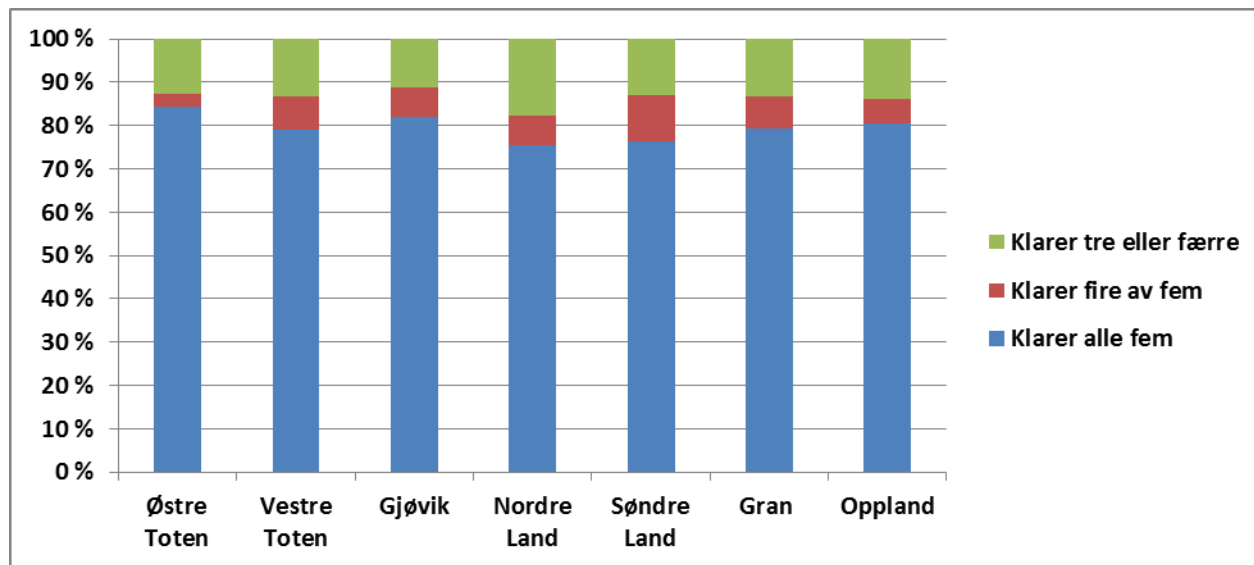
Diagram: Lavinntekt (husholdninger), EU60, 0-17 år, 2005-2016



Forklaring diagrammer denne siden – for alle aldre og alder 0-17 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. * Årgangen er presentert i folkehelseprofilene for kommuner 2017. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. [Kilde](#)

Diagrammer: Økonomi og utgifter i Gjøvikregionen og Gran

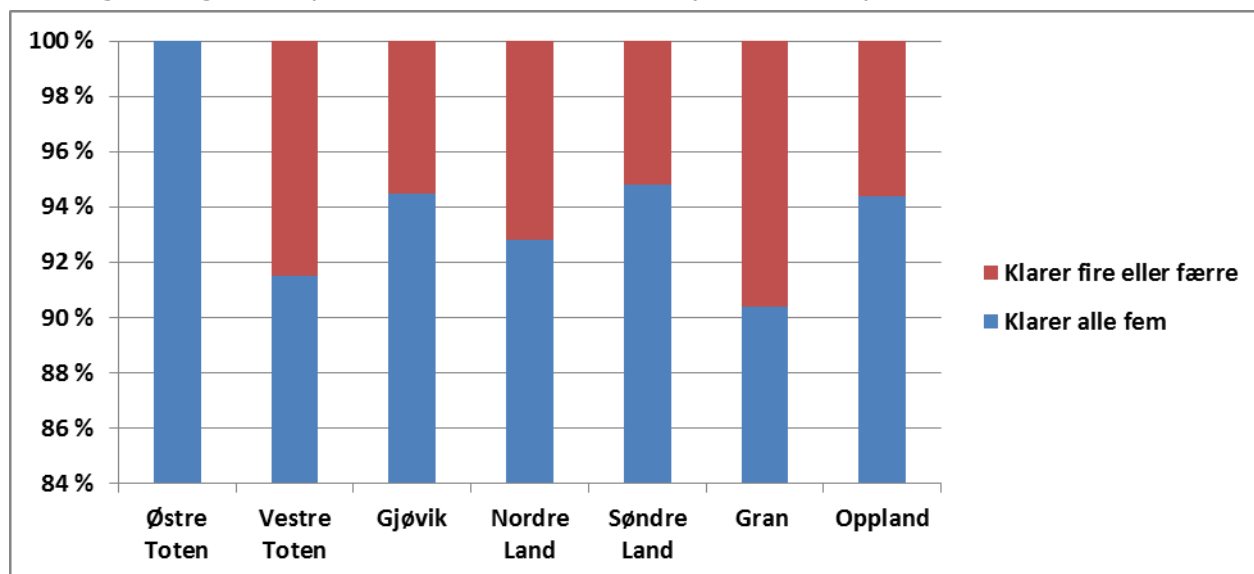
Har husstanden økonomi til å klare: løpende utgifter, en ukes ferie utenfor hjemmet, PC og internett, eie en bil, undersøkelse og behandling hos tannlegen:



Andeler med økonomi til å klare eller ikke klare definerte utgifter - av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland, i prosent. Kilder: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014.

Diagrammer: Økonomi og utgifter til barn og unge i Gjøvikregionen og Gran

Har husstanden økonomi til at barn/unge kan: ha eget rom, delta i eller selv ha bursdagsfeiring, delta på fritidsaktiviteter, har utstyr til å delta på fritidsaktiviteter:



Andeler med økonomi til å klare definerte utgifter til barn/unge - av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland, i prosent. Kilder: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014.

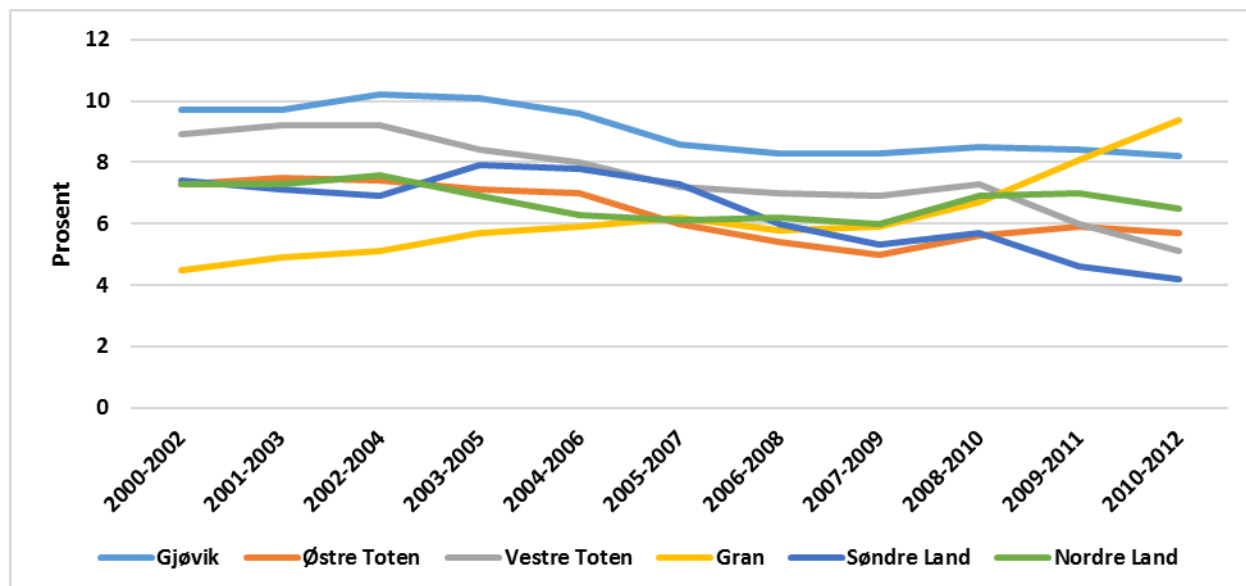
1.2.5 Mottakere av sosialhjelp

Fra 2007- 2012 har det vært en gradvis økning i mottakere av sosialhjelp i Nordre Land. Etter 2012 har trenden snudd. I perioden 2012-2014 har både antall mottakere og utbetaling i kr. økt, og det samme ser vi i 2015. Sammenligner vi oss med Gausdal som er en kommune med tilsvarende befolkningsstruktur og innbyggertall - så har de i perioden 2012-2014 hatt en nedgang både i antall og utbetaling. Ser vi på parameter - andel sosialhjelpsmottakere i forhold til innbyggertall (% av alle innbyggere) viser NL en økning fra 2,0% til 2,3% - mens Gausdal har en reduksjon fra 2% til 1,5% i perioden 2012-2014) Ref.: KOSTRA-tall.

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

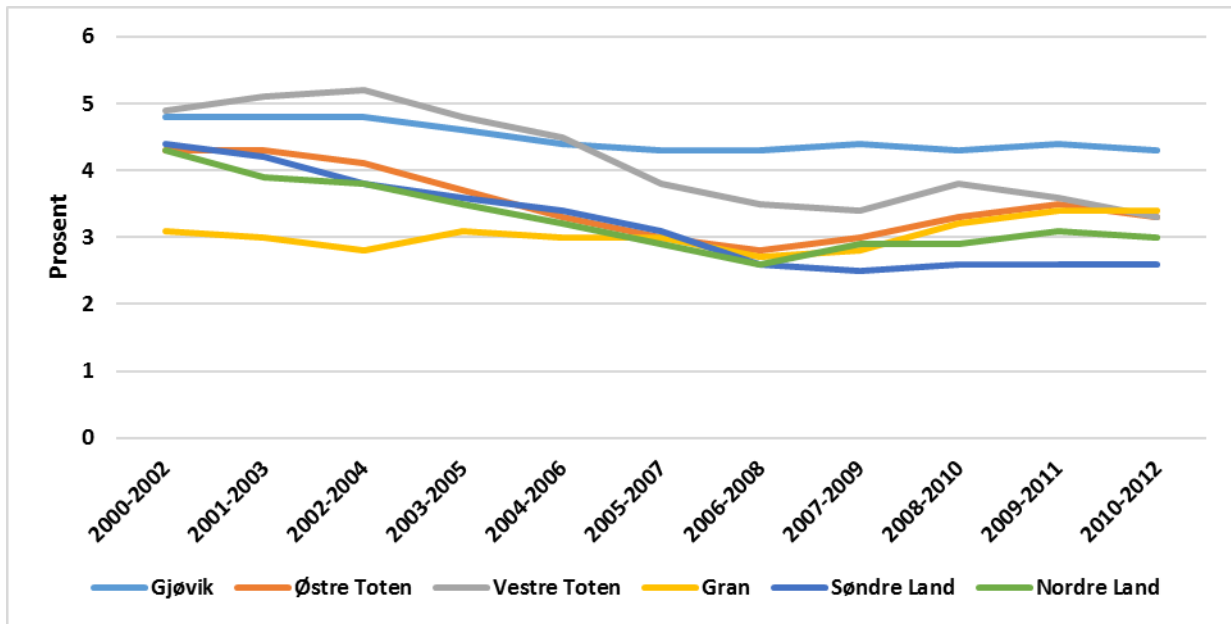
Utbredelsen av sosialhjelp i totalbefolkningen er et uttrykk for pågangen på det kommunale hjelpeapparatet fra personer som for kortere eller lengre tid er avhengig av økonomisk støtte til livsopphold. Lang tids avhengighet av sosialhjelp kan bl.a. gjenspeile et lokalt vanskelig arbeidsmarked, men også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

Diagram: Mottakere av sosialhjelp i Gjøvikregionen og Gran, 18-24 år, 3 års glidende gjennomsnitt, 2000-2012



Andel sosialhjelpsmottakere i alderen 18-24 år i løpet av året i forhold til folkemengden. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. [Kilde](#)

Diagram: Mottakere av sosialhjelp i Gjøvikregionen og Gran, 25-66 år, 3 års glidende gjennomsnitt, 2002-2012



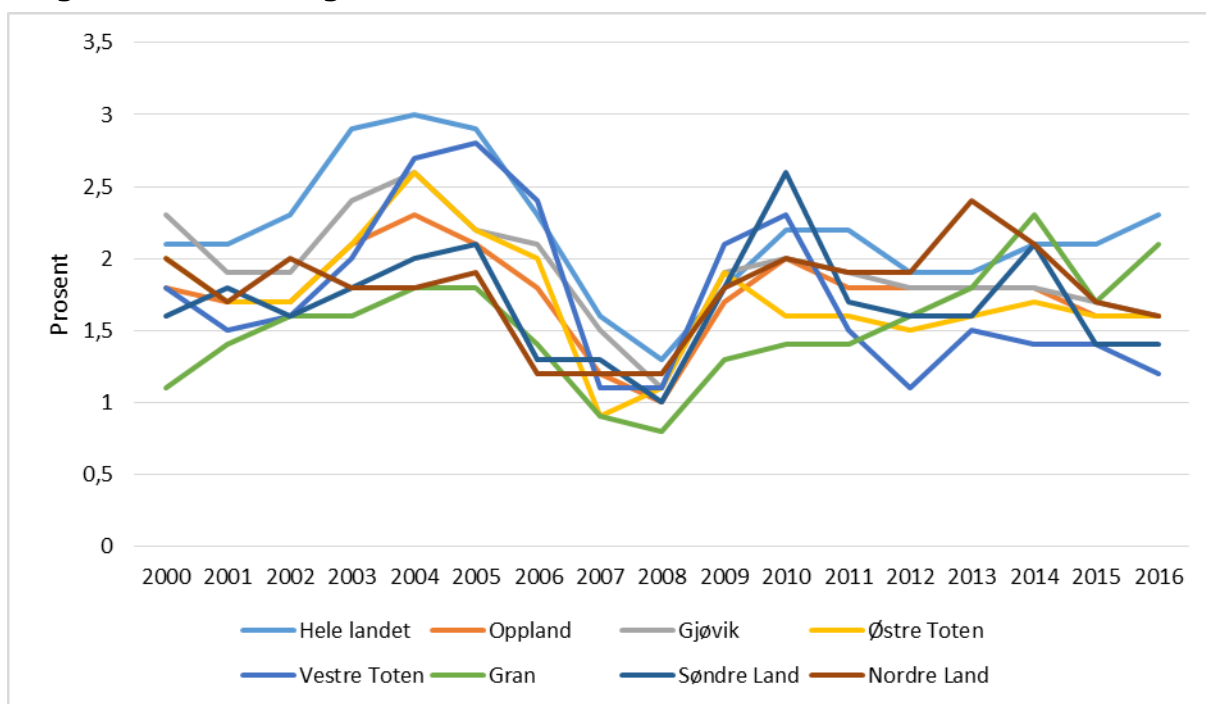
Andel sosialhjelpsmottakere i alderen 25-66 år i løpet av året i forhold til folkemengden. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommnehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

1.2.6 Arbeidsledighet

Nordre Land har en differensiert næringsstruktur og har tradisjonelt har vi hatt en lav arbeidsledighet sammenlignet med landsgjennomsnittet. De senere åra har arbeidsledigheten både hatt en svak økning og deretter nedgang. Tallene refererer til helt ledige, og det vil alltid være ledige som er på statlige tiltak.

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.

Diagram: Arbeidsledighet 2000-2016



Registrerte arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken. Årlige tall. Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak). Dette inkluderer også personer som identifiseres med såkalte D-nr i stedet for fødselsnummer, dvs. utenlandske personer uten oppholdstillatelse som er på korttidsopphold i Norge. Registrerte arbeidsledige omfatter i utgangspunktet alle aldre, men det er svært få under 16 år eller over 66 år. Arbeidsstyrken inkluderer personer i alderen 15-74 år. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsestatistikkbank. [Kilde](#)

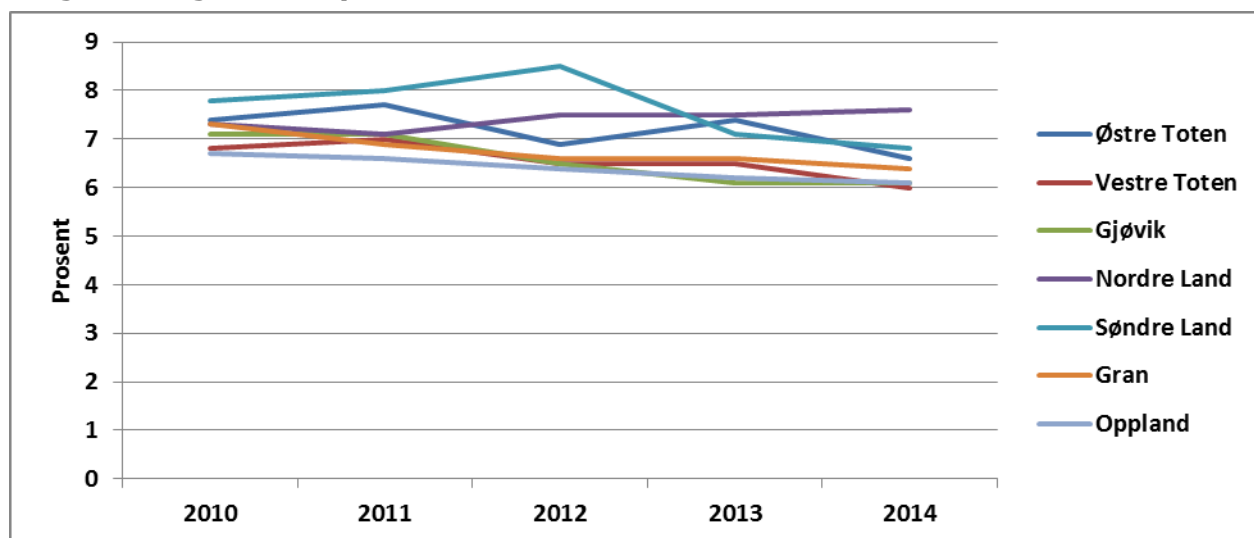
1.2.7 Sykefravær

Sykefraværet er relativt stabilt, men høyere enn både Oppland samlet og hele landet. (4. kvartal 2014 - NL 7,1, Oppland 5,9 Norge 5,4).

Aktivitetsplikten for den sykemeldte og arbeidsgivers tilrettelsesplikt er iverksatt i hele Oppland - usikkert hvordan den slår ut - både på sykefraværets varighet og andelen som går over på Arbeidsavklaringspenger. Navs strengere regime der arbeidsfokuset er tydeligere i samhandling med arbeidstaker og arbeidsgiver har som formål bl.a. å redusere varighet av helt fraværende fra arbeid som følge av sykdom og redusere overgangen til AAP.

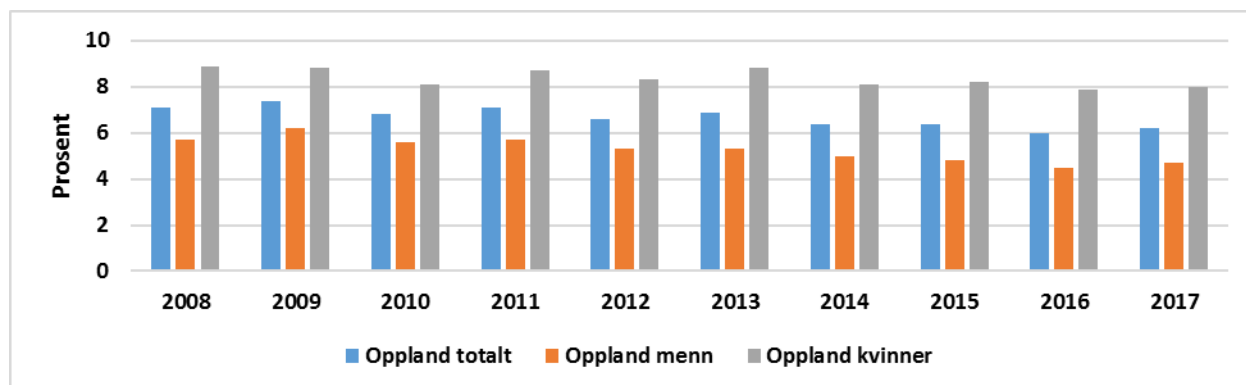
Muskel- og skjelettlidelser, kroniske smerter og psykiske lidelser er blant de vanligste årsakene til sykefravær i Norge. Kilde: *Folkehelseinstituttet*

Diagram: Legemeldt sykefravær, 2010-2014



Tapte dagsverk på grunn av egen sykdom i prosent av avtalte dagsverk, begge kjønn. År. Kilde NAV.no

Diagram: Legemeldt sykefravær i prosent 1. kvartal 2008-2017. Totalt, fylke og kjønn.



Kilde: NAV.no

1.2.8 Arbeidsavklaringspenger

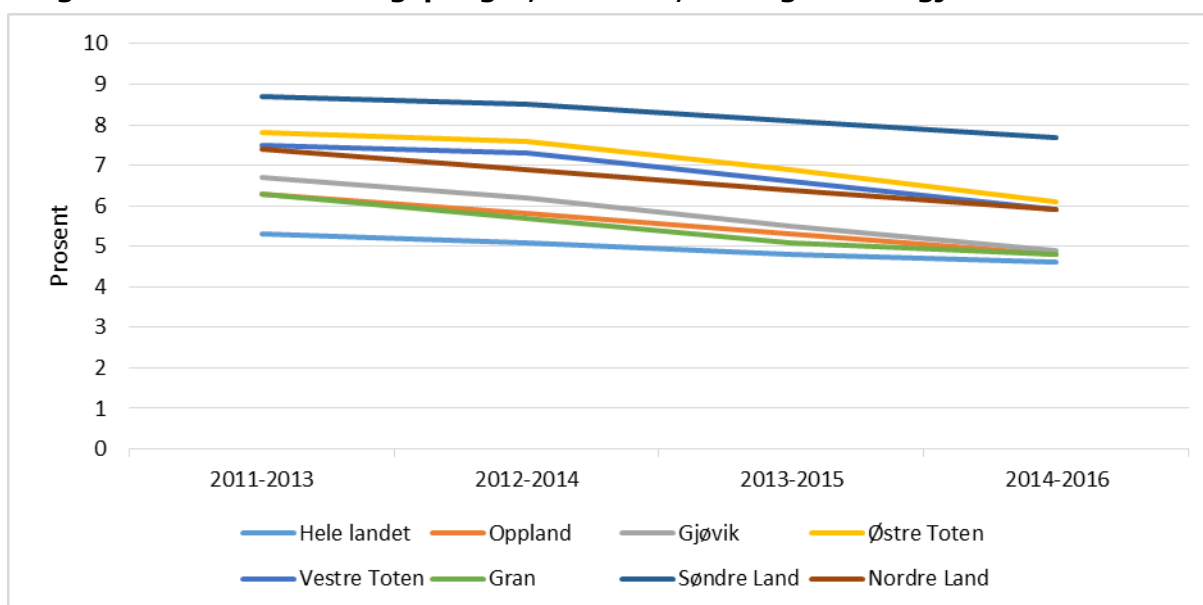
Andelen totalt som mottok arbeidsavklaringspenger i Nordre Land kommune i perioden 2014-2016 (årlig gjennomsnitt) var 6 %.

Økningen i statistikkperioden er i nærheten av situasjonen i 2015 på 5,7% i Nordre Land. Dette ligger noe høyere enn Oppland og Landet, men andelen har gått ned på alle nivå som følge av at 4-årsregelen (varighet) ble iverksatt i 2014.

Det som er bekymringsfullt er at andelen unge under 30 år øker relativt mer enn samlet. Viser også til 3.27 Sykepenger og nye strengere krav. De aller fleste som får innvilget AAP har vært sykemeldt i 1 år i forkant.

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

Diagram: Arbeidsavklaringspenger, 18-66 år, 3 års glidende gjennomsnitt.



Andel på 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. Kommunehelse statistikkbank. [Kilde](#)

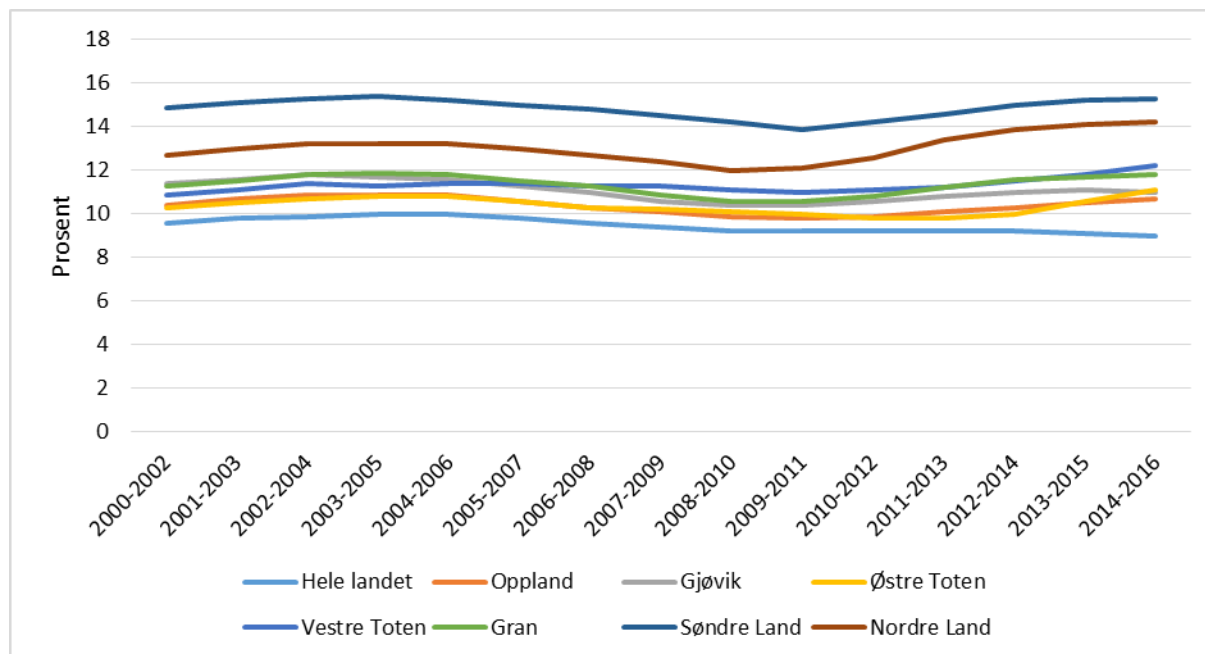
1.2.9 Uføretrygd

Andelen uføretrygdede fra 18 til 66 år i Nordre Land kommune har vært stabilt høy fra 2002-2016. Nordre Land ligger langt over snittet for landet og Oppland.

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

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

Diagram: Uføretrygd, 18 – 66 år, 3 års glidende gjennomsnitt, 2002-2016



Andel uføretrygdede 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. Kommunehelse statistikkbank. [Kilde](#)

1.2.10 Grunnskole som høyeste utdanningsnivå

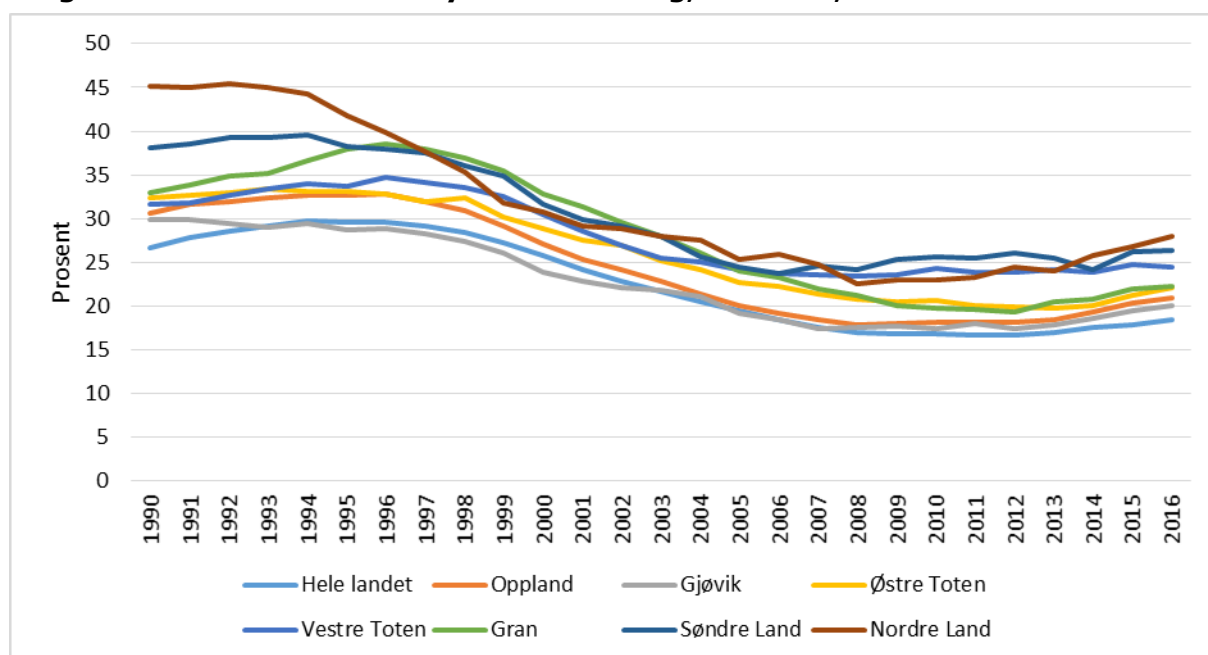
Nordre Land kommune har i mange år hatt en gradvis reduksjon, men med en stabilisering de siste årene, i andel personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå.

Det generelle utdanningsnivået i kommunen er lavt. Tradisjonelt har det vært få kompetansearbeidsplasser. Mange av de som tar høyrere utdanning flytter ikke tilbake.

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

Sammenhengene mellom befolkningens utdanningsnivå og helse er komplekse, men forskere har identifisert to hovedmekanismer. For det første påvirker utdanning de levekår mennesker lever under gjennom livsløpet. For det andre bidrar læring til utvikling av en sterkere psykisk helse, som igjen påvirker menneskers fysiske helse i positiv forstand. Sagt litt enklere: læring gir mestring, mestring gir helse. (Elstad 2008) Tiltak rettet mot å redusere utdanningsforskjeller kan dermed bidra til å redusere ulikheter i folks helse. Fra et helsemessig ståsted er det viktig at 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*

Diagram: Grunnskole som høyeste utdanning, 30-39 år, 1990-2016



Andel personer med grunnskolenivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av de med oppgitt utdanningsinformasjon. Årlige tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. [Kilde](#)

1.2.11 Frafall videregående skole

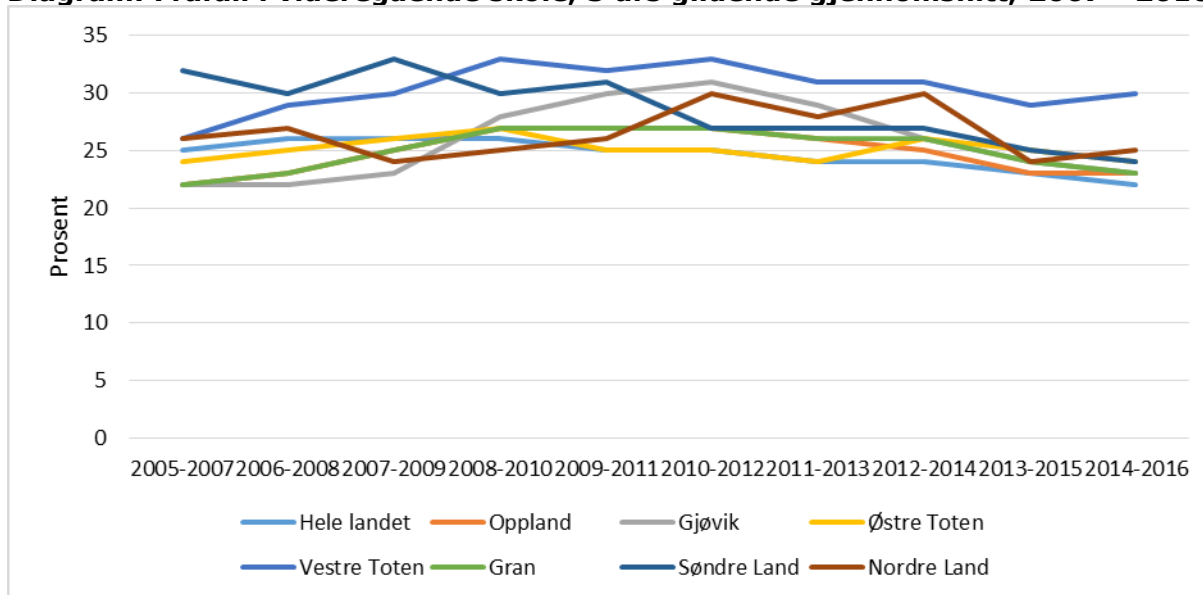
Frafallet i videregående skole for elever i Nordre Land kommune var i perioden 2013-2016 24 %. I landet som helhet var det 23 % i samme periode.

Det er lagt ned flere linjer ved Dokka videregående skole de senere årene. Psykiske lidelser og angst blant unge er økende og kan være med å forklare det store frafallet. Dokka videregående skole er best i fylket på å få elever ut i læreplass.

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

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

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. [Kilde](#)

1.2.12 Separasjoner

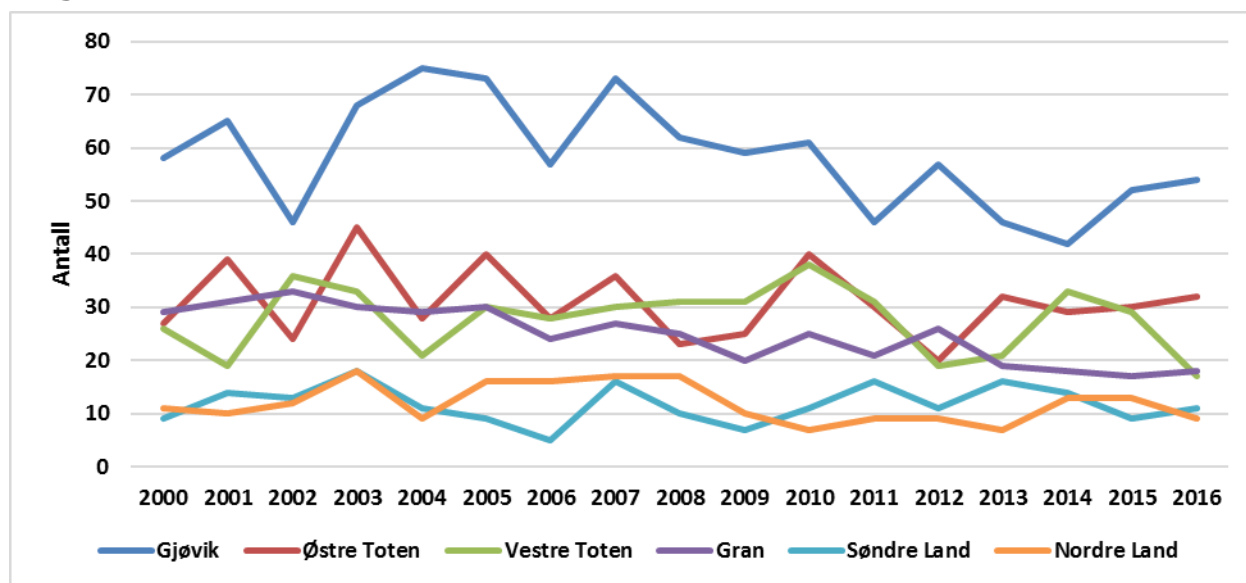
Fra 1990 til 2016 varierte antall separasjoner i kommunen fra 7 til 18 i året. Statistikken gir ikke oversikt over samlivsbrudd blant samboere.

Undersøkelsen "Parental Divorce: Psychological distress and adjustment in adolescent and adult offspring", et arbeid gjort ved Folkehelseinstituttet viste bl.a. følgende:

- Mange opplever angst og depresjon som følge av egen skilsmisse
- Skilsmisse kan føre til angst og depresjon hos barn når de blir voksne
- Jenter som opplever samlivsbrudd har en mer negativ utvikling mht symptom på angst og depresjon, selvfølelse, velvære og skoleproblem enn de som ikke opplever samlivsbrudd

Samlivsbrudd gir høy risiko for langvarig arbeidsuførhet og øker risikoen for å komme under fattigdomsgrensen i inntekt. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Diagram: Antall skilsmisser, 2000-2017



Skilsmisser etter mannens bosted ved hendelsen. All ett- og to tall er satt til null eller tre for å ivareta personvernet. Kilde: SSB, tabell 09660. [Kilde](#)

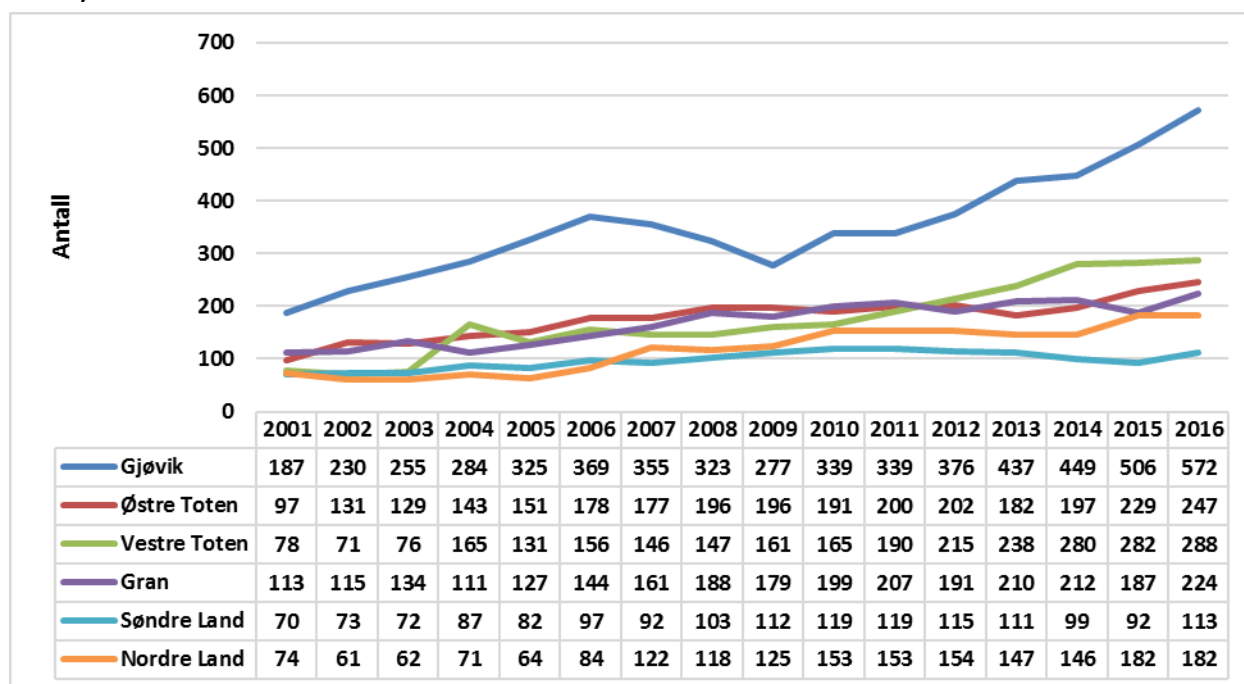
1.2.13 Barnevern

Fra 2000 til 2016 har antall barn som har hatt undersøkelse eller tiltak i barnevernet vært mellom 59 og 182. Det var 182 barn i både 2015 og 2016. I Nordre Land kommune ser det ut til å være svingninger fra år til år, men likevel en tendens til økning av antall barn totalt sett.

Trolig er det en del underrapportering da det meldes lite fra barnehage. Skole melder noe mer. Felles barnevern med Gjøvik fra 2018.

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*

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



Antall barn med undersøkelse eller tiltak i barnevernet. Kilde: SSB/Kostra, tabell 04668. [Kilde](#)

1.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø (miljørettet helsevern)

1.3.1 Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen

Andel av de spurte i levekårsundersøkelsen i Nordre Land i 2014 som opplevde at de hadde bra tilgang på nevnte tilbud i nærområdet:

- Godt kollektivtransporttilbud: 30,5% %
- Mulighet for å treffe naboer og andre mennesker på offentlige møteplasser, ungdomsklubb, kafeer, frivilligsentraler med mer: 77,1 % (Her skiller Nordre Land seg svært positivt ut i regionen).
- Bra tilrettelagt idretts- og aktivitetstilbud: 82,4 %
- Bra tilgang til merket sti og løypenett sommer og vinter: 88,2 %
- Bra tilgang til trygge og opplyste stier/gang- og sykkelveier som er tilgjengelig for alle (rullator, barnevogn, rullestol med mer): 55,9 %

Forhold som ble vurdert til å være ganske eller svært viktig av 75 % eller flere av de som svarte på levekårsundersøkelsen om det å bo i Nordre Land kommune:

- Godt oppvekstmiljø for barn
- Godt sosialt miljø på stedet
- God tilgang til offentlige tjenester
- Bra tilgang til natur og gode muligheter for friluftsliv
- Godt klima, god utsikt, bra med sol og lignende

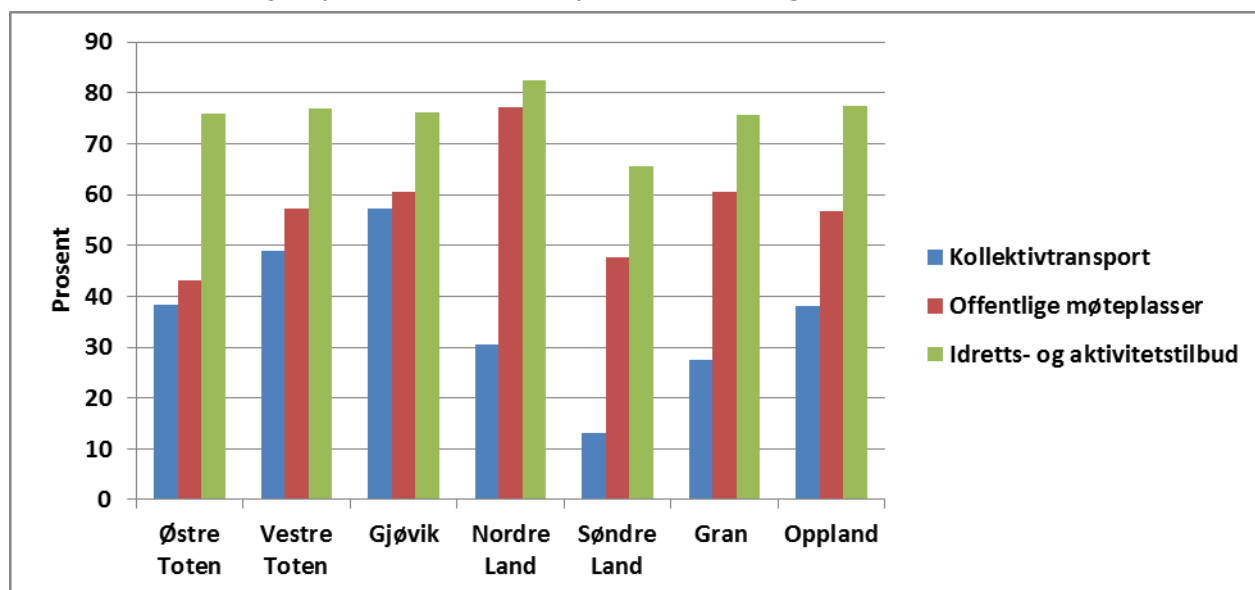
Nærmiljøene der vi lever og bor kan enten fremme eller hemme mulighetene for god helse. Helsefremmende nærmiljøer legger til rette for deltakelse og sosiale møteplasser, aktivitet og trygghet.

Et viktig virkemiddel for å påvirke til sunn helseatferd er gjennom planlegging og tilrettelegging av de fysiske omgivelsene. Det gjelder både tilrettelegging for gange og sykling, men også ved at lokale tjenester og tilbud er tilgjengelig i rimelig nærhet slik at det er mulig å være aktiv i nærmiljøet. Videre er det viktig at en i nærmiljøutvikling legger til rette for fysisk aktivitet gjennom grønne områder, gang- og sykkelveier, lekeplasser og liknende.

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

Diagram: Kollektivtransport, offentlige møteplasser, idretts- og aktivitetstilbud i Gjøvikregionen og Gran

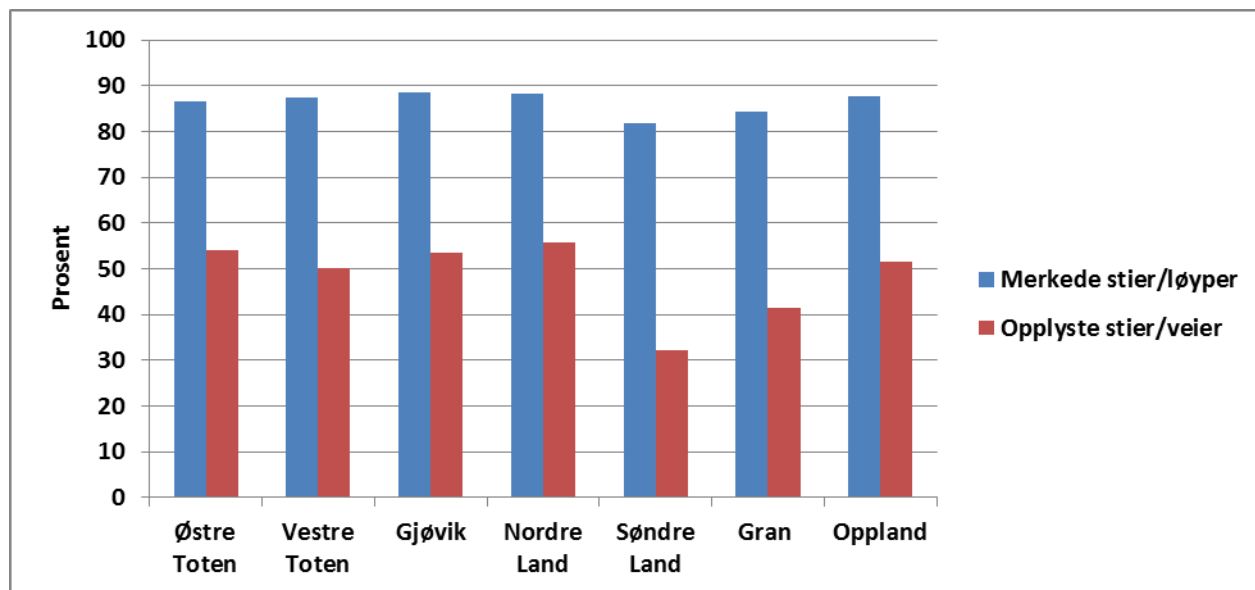
Andel som svarer «ja» på «Når du tenker på ditt bosted og nærområde har du»:



Andel som rapporterte at de hadde kollektiv transport, offentlige møteplasser eller idretts- og aktivitetstilbud i nærområde - av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 123.

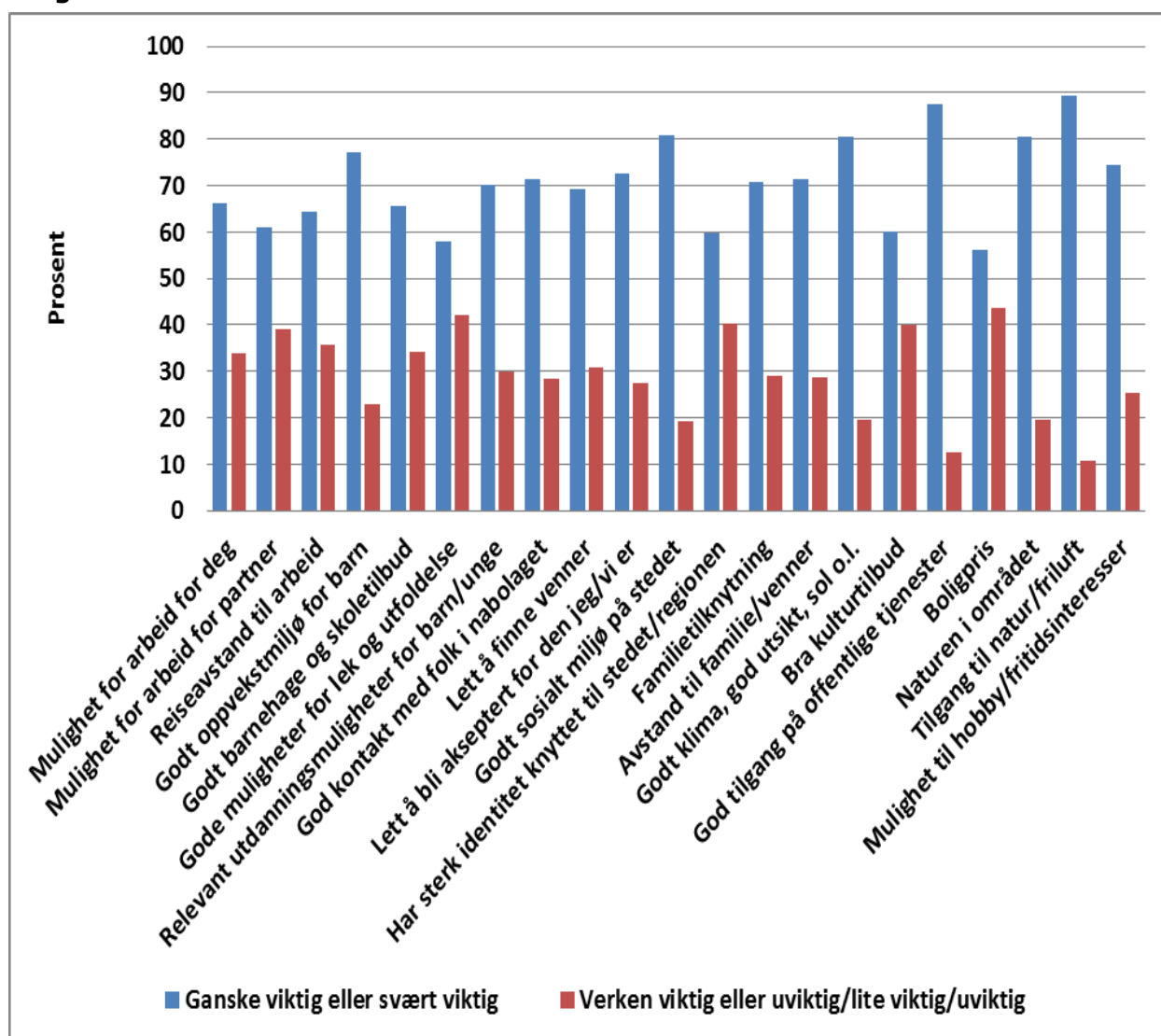
Diagram: Merkede og opplyste stier, løyper og veier i Gjøvikregionen og Gran

Andel som svarer «ja» på «Når du tenker på ditt bosted og nærområde har du»:



Andel som rapporterte at de hadde merkede stier/løyper og opplyste stier/veier - av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 123.

Diagrammer: Bomotiver i Nordre Land



- Arbeid/utdanning: Relevante utdanningsmuligheter for partner. Relevante utdanningsmuligheter for deg. Mulighet for relevant arbeid for partner. Mulighet for relevant arbeid for deg. Kort reise til arbeid/utdanningssted.
- Barns oppvekstmiljø: Godt oppvekstmiljø for barn. Godt barnehage og skoletilbud. Gode muligheter for lek og utfoldelse. Relevant utdanningsmuligheter for barn/unge.
- Sosialt miljø: God kontakt med folk i nabolaget. Lett å finne venner. Lett å bli akseptert som den jeg/vi er. Godt sosialt miljø på stedet.
- Familietilknnytning og/eller stedstilknnytning: Bolig/eiendom har tilhørt familien eller slekten. Har sterk identitet knyttet til stedet/regionen. Familietilknnytning. Aktiviteter og erfaringer har skapt en spesiell tilknytning til stedet. Kort avstand til familie og venner
- Fysisk miljø med klima, støy, bebyggelse, innsyn: Godt klima, god utsikt, bra med sol og lignende. Bebyggelsen og type strøk. Lite støy, ingen forurensning eller andre fysiske ulemper. Slippe innsyn, innblanding og sosial kontroll fra naboer
- Tilgjengelighet til ulike typer goder: Variert og godt tilbud av butikker og forretninger. Bra kulturtilbud (kino, revy, kafeer ol). God tilgang til offentlige tjenester (barnehage, skole, helse). Boligpris.
- Fysisk miljø med natur og friluftsliv: Liker den naturtypen som omgir stedet. Bra tilgang til natur og gode muligheter for friluftsliv. Gode muligheter for å dyrke hobbyer eller fritidsinteresser.

Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen. ØF-notat 9/2014.

1.3.2 Funksjonsnedsettelse eller manglende tilrettelegging

Bevegelse: å bevege seg i og rundt egen bolig, bevege seg i sitt nærmiljø, å komme seg til natur- og friluftsområde i kommunen

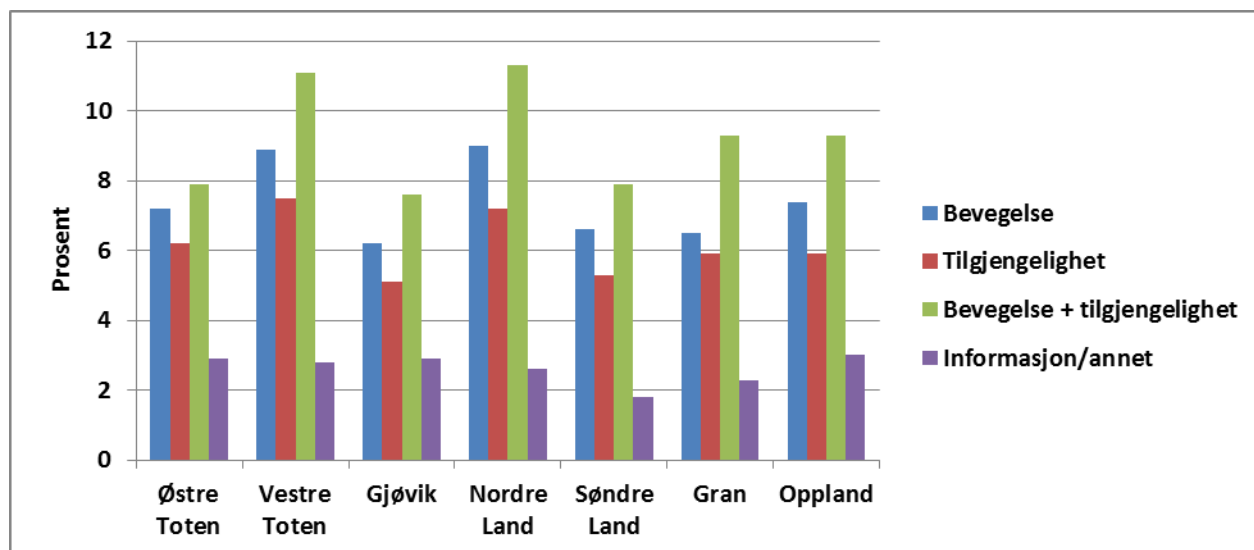
Tilgjengelighet: til offentlige bygg, kultur- og idrettstilbud, butikker og servicetilbud eller offentlig transport i kommunen).

I regionen var det særlig de som var 70 år eller eldre som hadde utfordringer når det gjaldt bevegelse og tilgjengelighet. I Nordre Land er det god tilgjengelighet, men mange har utfordringer ved å bevege seg rundt i egen bolig, bevege seg i sitt nærmiljø og komme seg til natur og friluftsområde i sin kommune. Tallene kan henge sammen med bomotiver og at mange eldre ønsker sentrumsnære leiligheter.

Offentlige tjenester, infrastruktur, kulturliv og næringsliv må understøtte en aktiv og trygg aldring ved å legge til rette for deltakelse og inkludering. Tilgjengelighet er en forutsetning for deltakelse. Tilgjengelighet omfatter alt fra fysisk tilgang til bygninger, sosiale møteplasser og arrangementer, tilrettelegging av transport og gangveier, til kognitive forutsetninger for å ta i bruk dataverktøy og automatiserte løsninger.
Kilde: Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar.

Diagram: Problemer med bakgrunn i funksjonsnedsettelse eller manglende tilrettelegging i kommunen i Gjøvikregionen og Gran

Har problemer med:



Andel som rapporterte en eller flere problemer med bakgrunn i funksjonsnedsettelse eller manglende tilrettelegging som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land og Gran, i prosent.

- **Bevegelse:** å bevege deg i og rundt egen bolig, bevege deg i ditt nærmiljø, å komme deg til natur- og friluftsområde i din kommune
- **Tilgjengelighet:** offentlige bygg i din kommune, kultur- og idrettstilbud, butikker og servicetilbud i din kommune, offentlig transport i din kommune
- **Informasjon /Annet:** å lese informasjon fra offentlig tjeneste i din kommune, annet

Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014.

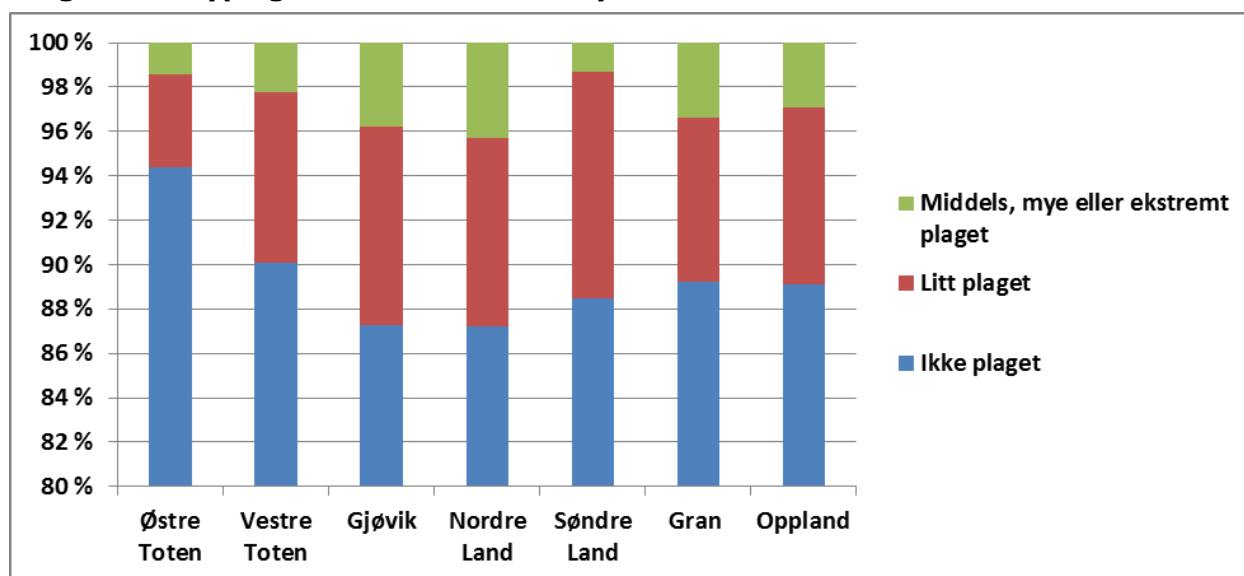
1.3.3 Støy og støv

Det var totalt nokså få som svarte på levekårsundersøkelsen i Nordre Land i 2014 som var middels, mye eller ekstremt mye plaget med støy om natten.

4,3 % var middels, mye eller ekstremt mye plaget av støy fra veitrafikk om natten, 8,5 % var litt plaget, og 87,1 % hadde ikke plager.

Støy kan virke negativt på trivsel, prestasjonsevne, søvn, kommunikasjon og sosial atferd, samt bidra til stressrelaterte sykdommer. Kraftig støy kan forårsake hørselsskade.. Det er store individuelle forskjeller i følsomhet og sårbarhet overfor støy. Søvnforstyrrelser er trolig den største helseplagen som følge av trafikkstøy.
Kilde: Folkehelseinstituttets temasider om hørsel og støy, 2014

Diagram: Støyplager om natten som skyldes veitrafikk



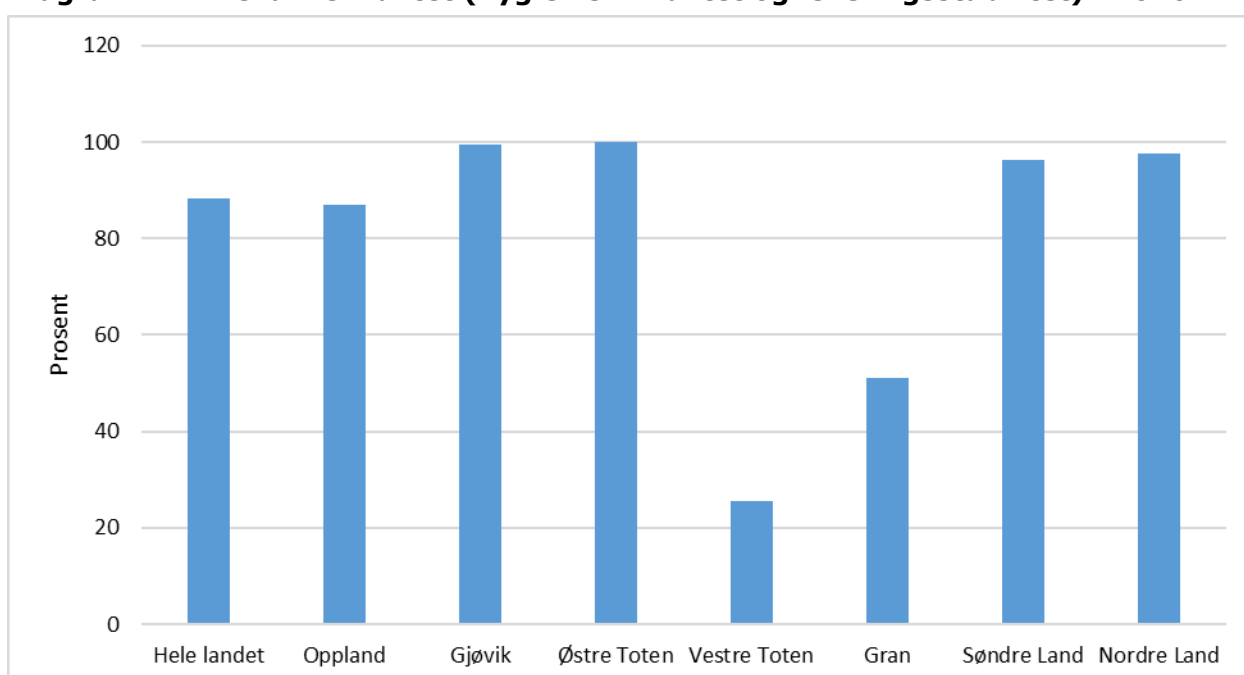
Andeler som rapporterte støyplager fra veitrafikk om natten av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland, i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 124.

1.3.4 Drikkevannskvalitet

I 2016 var det tilfredsstillende analyseresultater for 98 % som var tilknyttet vannverk inkludert i statistikken (se tekst til diagram). Dette indikerer svært god kvalitet på drikkevann.

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

Diagram: Drikkevannskvalitet (hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet) i 2016



Andelen personer tilknyttet vannverk med ulik kvalitet på drikkevannsforsyningen mtp, E. coli/ koliforme bakterier og leveringsstabilitet i prosent av befolkningen tilknyttet rapportpliktige vannverk (vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer og/eller 20 husstander). Tallene omfatter både private og kommunale vannverk. Årlige tall.

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 samlekategori 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 samlekategori 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. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

1.3.5 Skolemiljø – opplevelse av trivsel og mobbing

Ved vurdering av trivsel og mobbing har vi valgt å se på tall fra Kommunehelsa med 5-års glidende gjennomsnitt. Dette gjør det mulig å vurdere trender over tid.

Opplevelse av trivsel

Det ser ut til å være en økning i trivsel for 7. trinn, og en reduksjon i 10. trinn i siste periode.

Opplevelse av mobbing

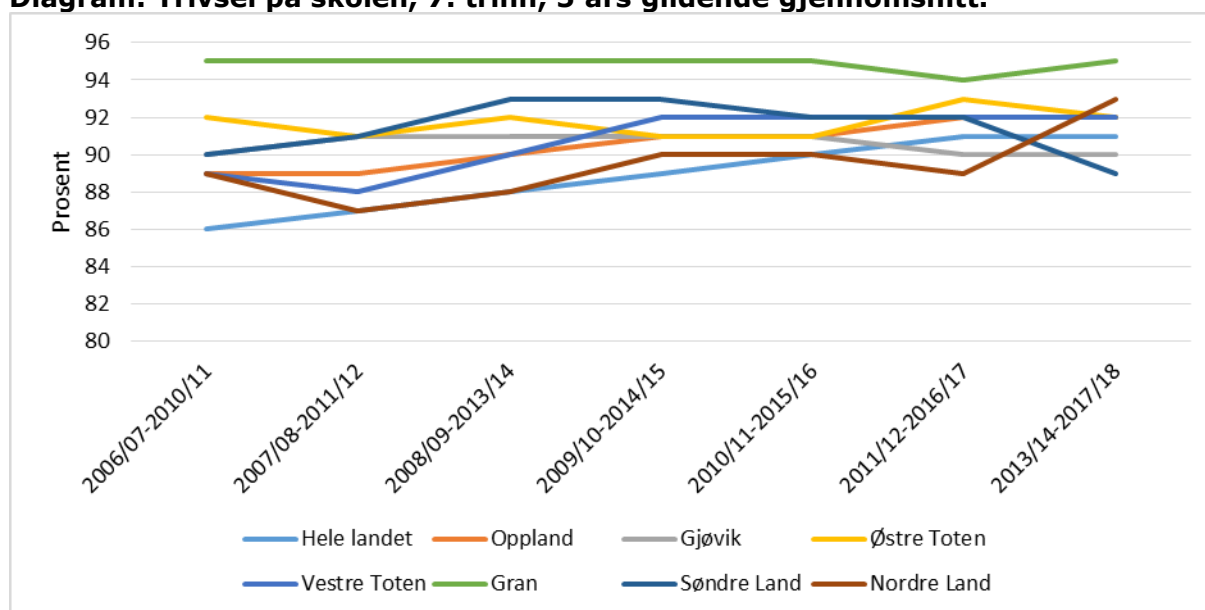
Mobbing i 7. trinn ser ut til å være noe redusert, imens det er en tilsvarende økning i 10. trinn i siste periode.

Funn fra elevundersøkelser gjennomgås nøye og tallene brukes/ tolkes for å skape positive endringer.

Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir (Øia 2011). 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 (Danielsen m.fl, 2009).
Kilde: Folkehelseinstituttet

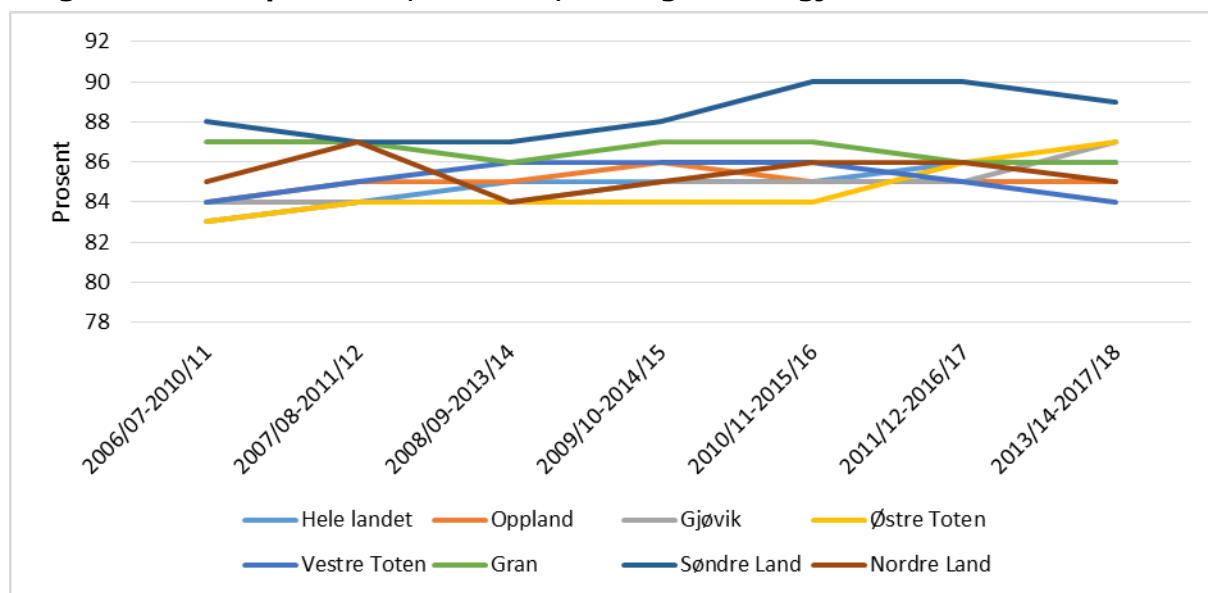
En studie i 2011 blant nærmere 9000 ungdommer og deres foreldre, peker ut problemer med skolerresultater og mobbing på skolen som viktige risikofaktorer for psykiske vansker blant ungdom. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

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



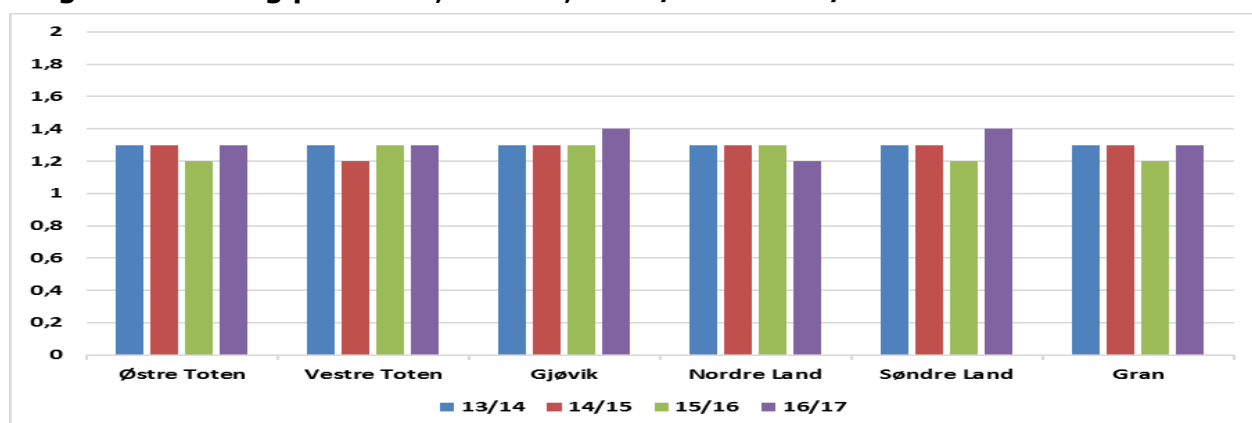
Andel elever på 7. trinn som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår. Standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

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



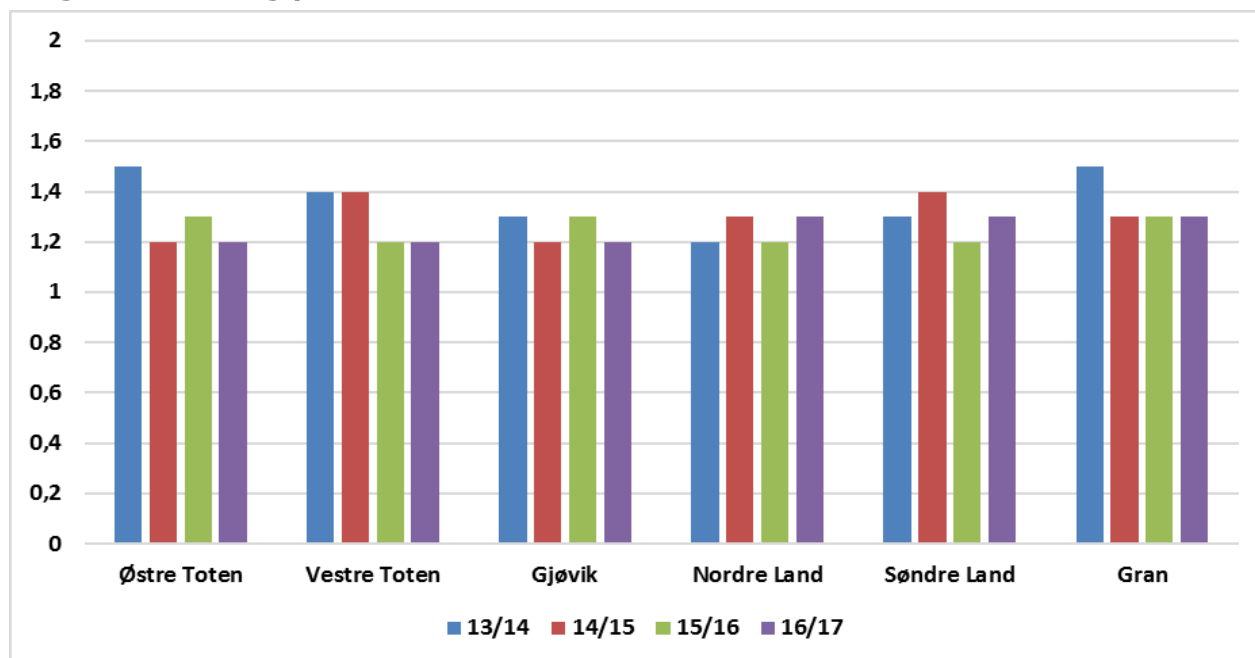
Andel elever på 10. trinnsom trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår. Standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. [Kilde](#)

Diagram: Mobbing på skolen, 7. trinn, 2013/14 – 2016/17



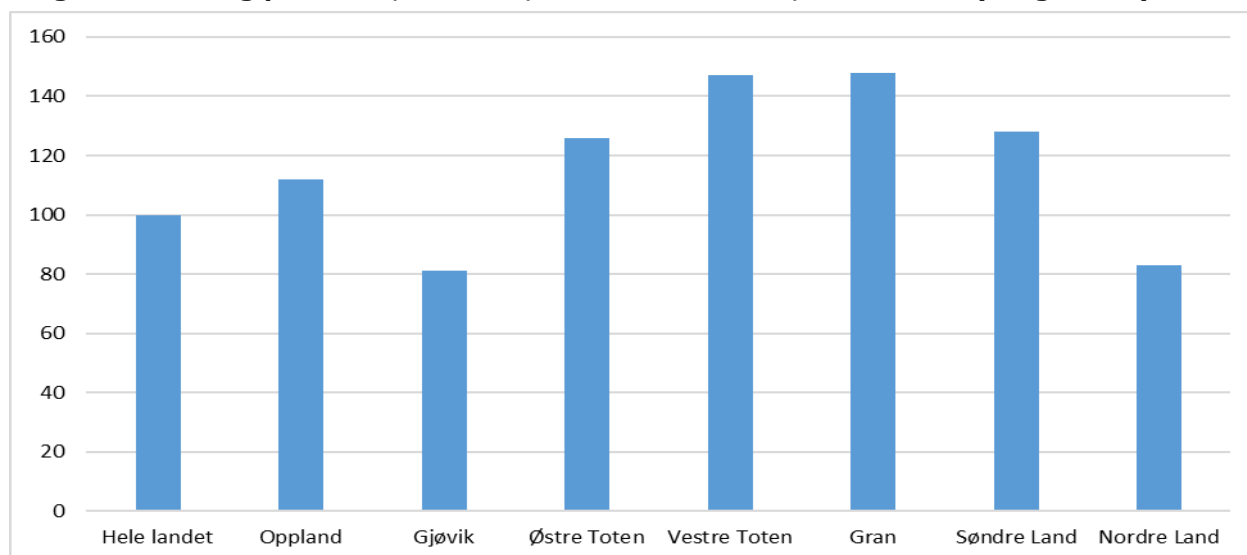
Skala: 1-5. Lav verdi betyr liten forekomst av mobbing. Kilde: Utdanningsdirektoratet, skoleporten. [Kilde](#)

Diagram: Mobbing på skolen, 10. trinn, 2013/14 – 2016/17



Skala: 1-5. Lav verdi betyr liten forekomst av mobbing. Kilde: Utdanningsdirektoratet, skoleporten. [Kilde](#)

Diagram: Mobbing på skolen, 10. trinn, 2013/14-2017/18, forholdstall (Norge=100)



Andel elever i 10. trinn i grunnskolen som har opplevd mobbing fra andre elever de siste månedene i prosent av alle elever som deltok i undersøkelsen. Tallene presenteres som 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-årsperioder. Forholdstallet egner seg til sammenlikning mellom ulike geografiske områder.

Tallet på andelen som oppgir at de mobbes er påvirket av endringer i spørreskjemaet både i 2013 og i 2016. Fordi vi her presenterer tall for gjennomsnitt over fem år, vil tallet for andelen være basert på ulike definisjoner og nivået vil derfor ikke være sammenlignbart med annen statistikk på mobbing fra Elevundersøkelsen fra og med skoleåret 2016/2017. På grunn av dette presenteres kun forholdstall i denne tabellen. Andeler fra og med skoleåret 2016/2017 vises for store kommuner, se tabellen "Mobbing i 10. klasse, årlige tall for store kommuner". Kommunehelsa Statistikkbank. Kilde

1.3.6 Sosial støtte

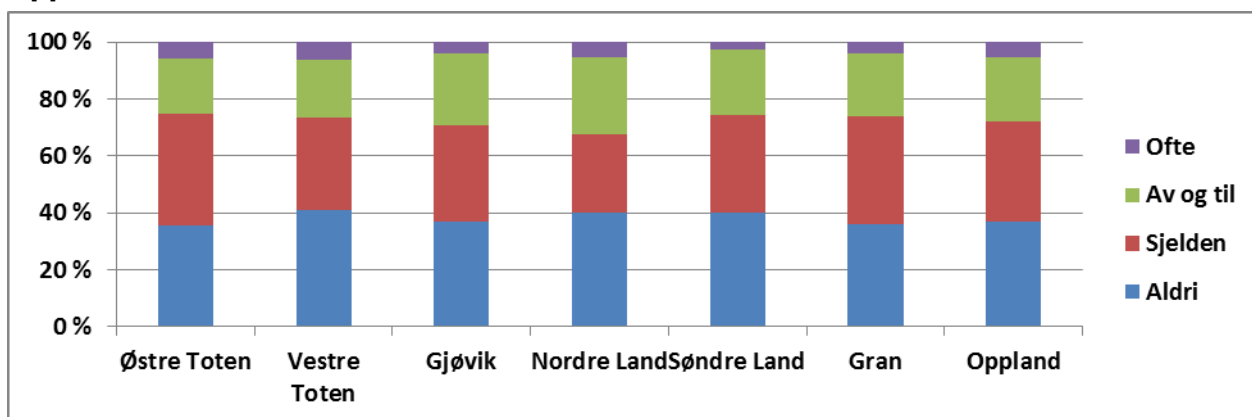
I Nordre Land sa 67,5 % som svarte på levekårsundersøkelsen i 2014 at de sjelden eller aldri var ensomme. 27 % var det av og til, og 5,5 % var det ofte. 7,1 % visste ikke om de savnet eller savnet å ha noen nær som de kunne snakke fortrolig med.

I forhold til regionen skiller vi oss ut ved å være noe mer ensomme enn snittet på fylkesnivå.

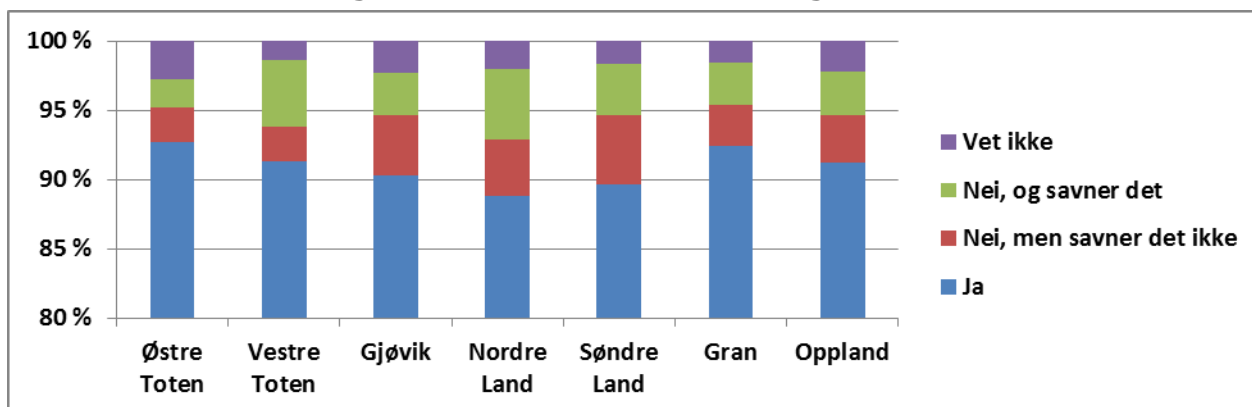
Ensomhet og mangel på sosial støtte forringer livskvaliteten, påvirker menneskers mestingsressurser og medfører risiko for dårligere helse. Vi kan derfor se på dette som utfordringer som er av spesiell interesse i folkehelsearbeidet. Forskingen på ensomhet og sosial støtte har brukt ulike spørsmål og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

Diagrammer: Ensomhet og fortrolige venner (sosial støtte) i Gjøvikregionen og Gran.

Opplever ensomhet:



Har noen som er nær og som man kan snakke fortrolig med:



Forklaring begge diagrammer: Andeler i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland i 2014 som rapporterte forskjellige opplevelser av ensomhet av og av å ha noen som de kunne snakke fortrolig med - av de som svarte på levekårsundersøkelsene, i prosent. Kilder: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 147 og 148.

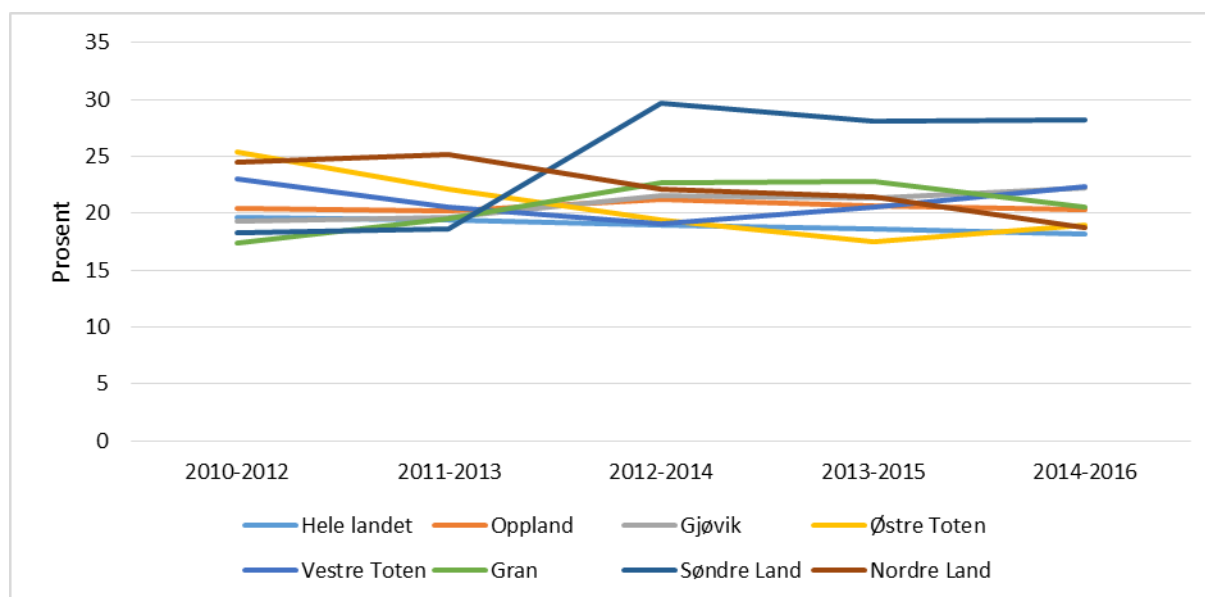
1.4 Skader og ulykker

1.4.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker

Nordre Land har ligget høyt i regionen på sykehusinnleggelser etter lårhalsbrudd. Her ser vi de siste årene en gradvis reduksjon, og vi ligger nå omtrent som på landsgjennomsnittet. Sykehusinnleggelser etter skader har gått kraftig ned.

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.

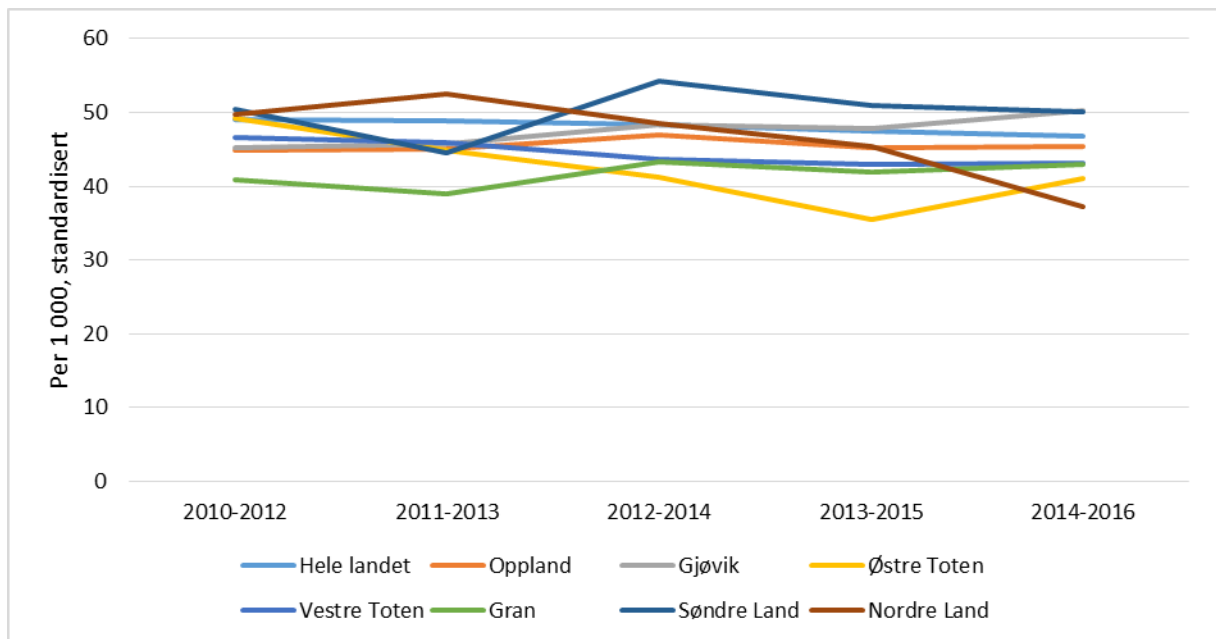
Diagram: Sykehusinnleggelser hoftebrudd, 75 år+ begge kjønn, 3 års glidende gj.snitt, 2012-2016



Antall pasienter over 75 år innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med hoftebrudd per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. 3 års gjennomsnitt.

Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

Diagram: Sykehusinnleggelser etter skader, 75+ begge kjønn, 3 års glidende gj.snitt, 2012-2016



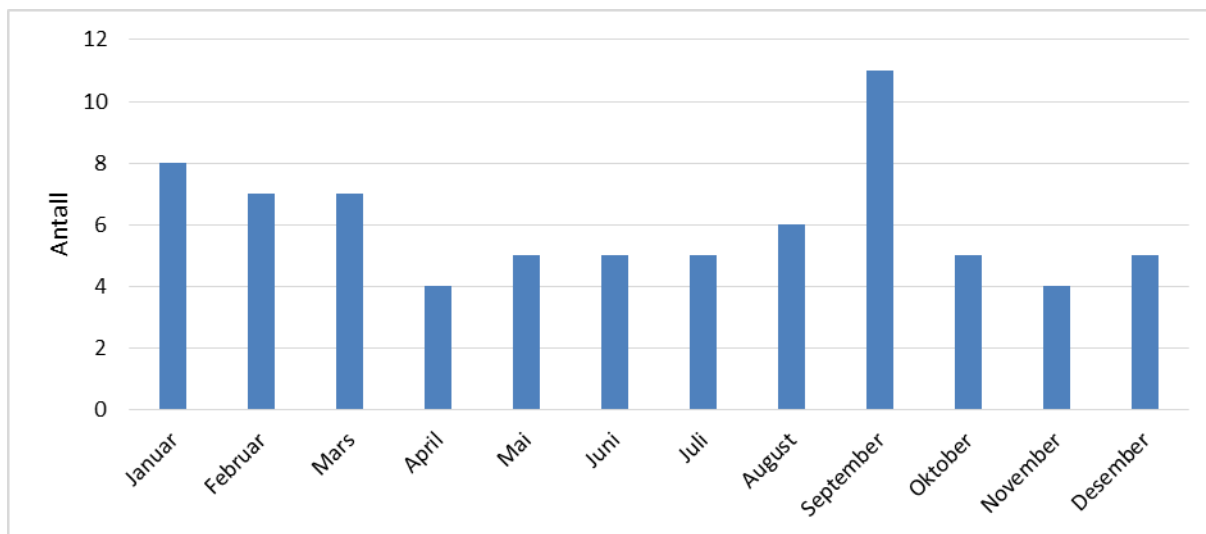
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med skader per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

1.4.2 Trafikk – utfordringer og ulykker

Vi ligger generelt lavt på dødsulykker i veitrafikken i vår kommune. September er den måneden som er mest ulykkesutsatt i hele regionen. Fra 2007 og fram til i dag går antall trafikkskadede i Gjøvikregionen og Gran ned. Det jobbes kontinuerlig med trafikksikkerhetstiltak og Nordre Land kommune har et nylig rullert planverk på området.

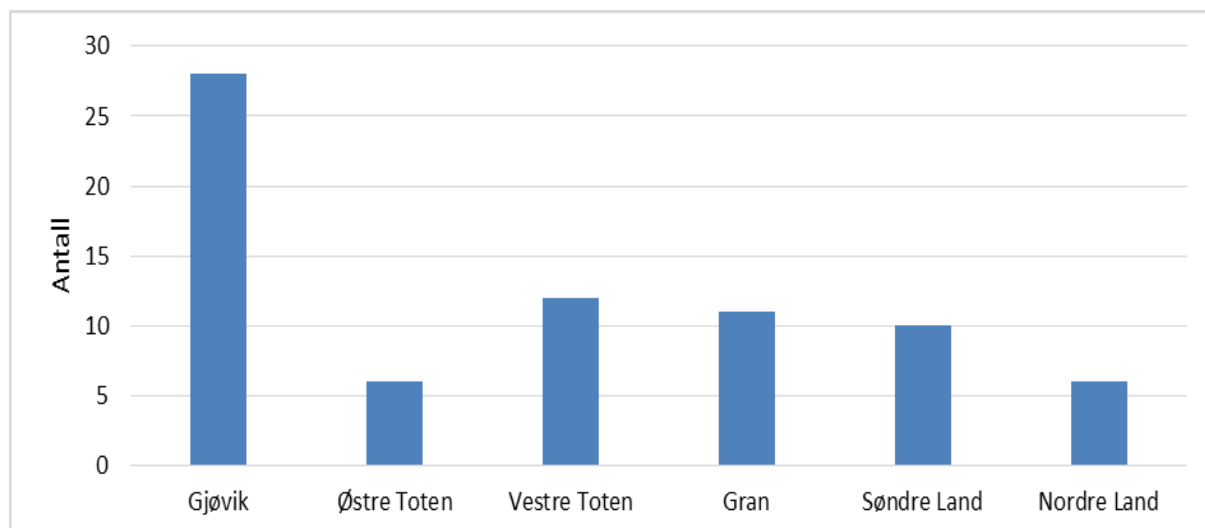
Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft i Norge målt i tapte leveår. Spesielt for ulykker med personskader er at det tar relativt mange unge liv, og det er den største dødsårsaken for personer 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 Gjøvikregionen og Gran fordelt på måneder, 2000-6/2018



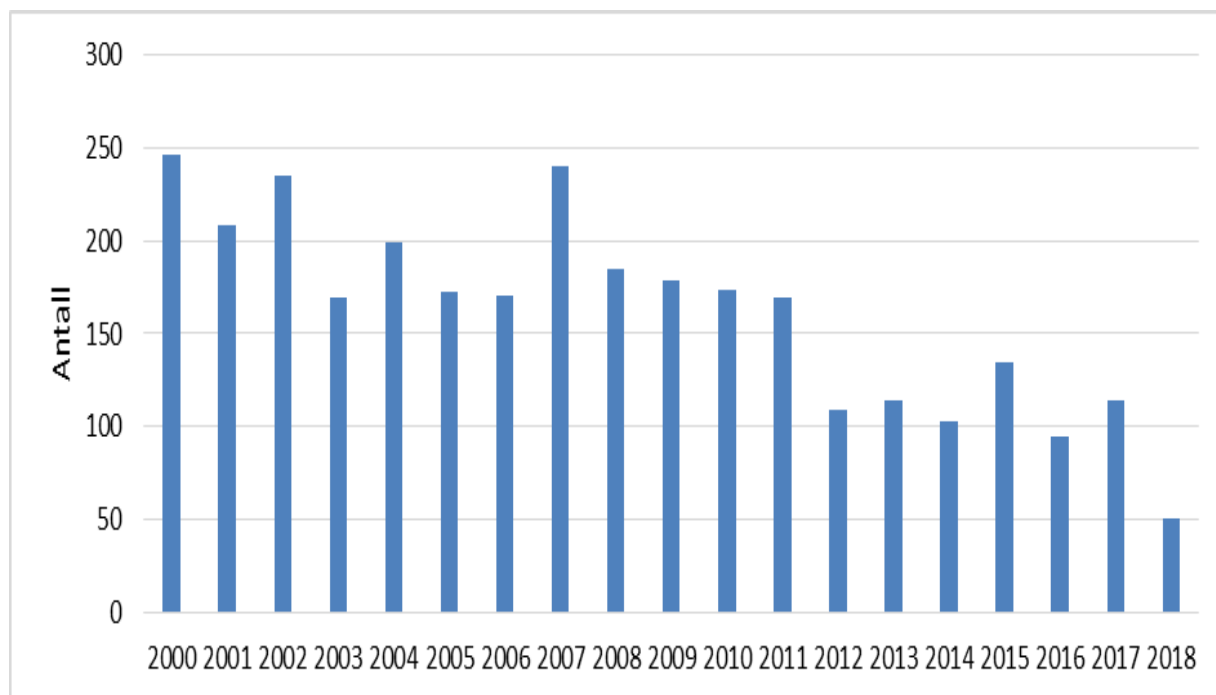
Antall dødsulykker i veitrafikken i Gjøvikregionen og Gran 2000-6/2018 fordelt på måned ulykkene skjedde. Kilde: SSB, tabell 10209. [Kilde](#)

Diagram: Dødsulykker i veitrafikken fordelt på ulykkessted i Gjøvikregionen og Gran, 2000-6/2018



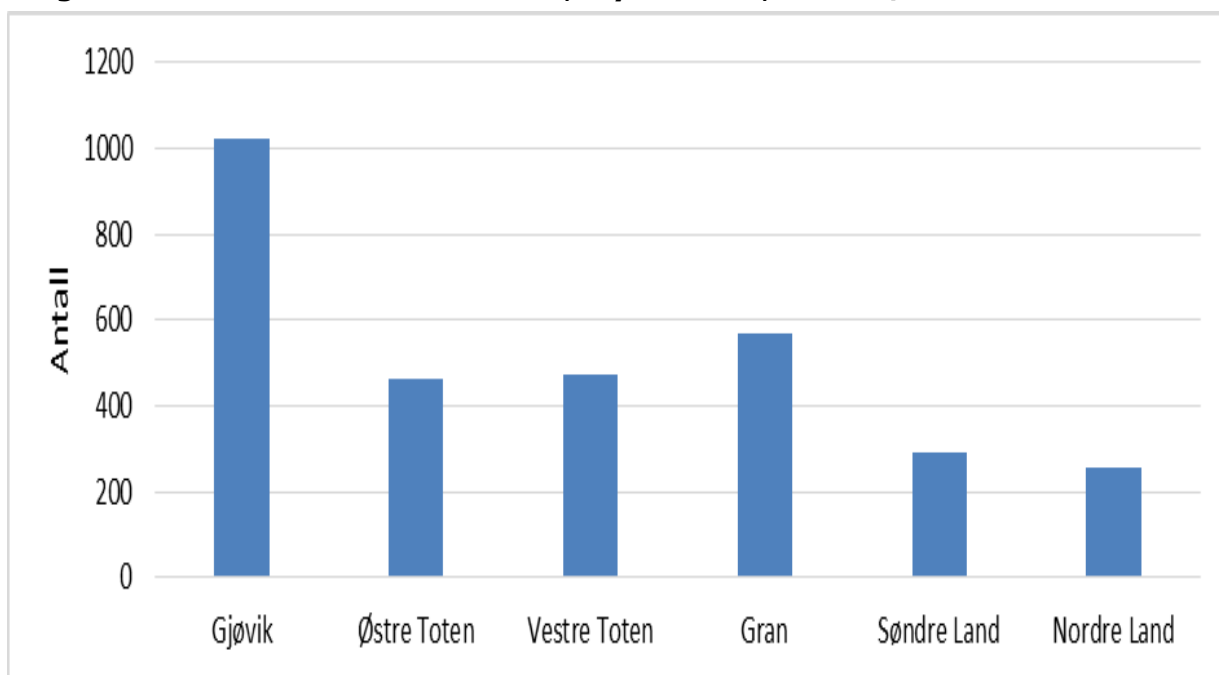
Antall dødsulykker i veitrafikken i Gjøvikregionen og Gran 2000-6/2018 fordelt på kommune der ulykken skjedde. Kilde: SSB. Tabell 10209. [Kilde](#)

Diagram: Antall skadde i veitrafikken i Gjøvikregionen og Gran, 2000- 6/2018



Antall skadde i veitrafikken i Gjøvikregionen og Gran, 2000-6/2018, fordelt på år ulykkene skjedde. Kilde: SSB, tabell 10209. [Kilde](#)

Diagram: Antall skadde i veitrafikken, ulykkessted, 2000-6/2018



Antall skadde i veitrafikken i de forskjellige kommunene i Gjøvikregionen og Gran, 2000-6/2018.

Kilde: SSB, tabell 10209. [Kilde](#)

1.5 Helserelatert atferd

1.5.1 Deltakelse i aktiviteter

I Nordre Land er det mange lag og foreninger, og frivillig sektor står for mye aktivitet. Både idrett og kulturliv har et mangfold av tilbud. Det er mange arrangementer og mye som skjer.

Av de som svarte på levekårsundersøkelsen i 2014 svarte 39 % at de hadde deltatt i foreninger og organisasjoner, og over 60 % at de ikke hadde vært det.

Man vet at dette innebærer en stor polarisering; noen som deltar flere ganger i uken og på mye, og flere som aldri deltar.

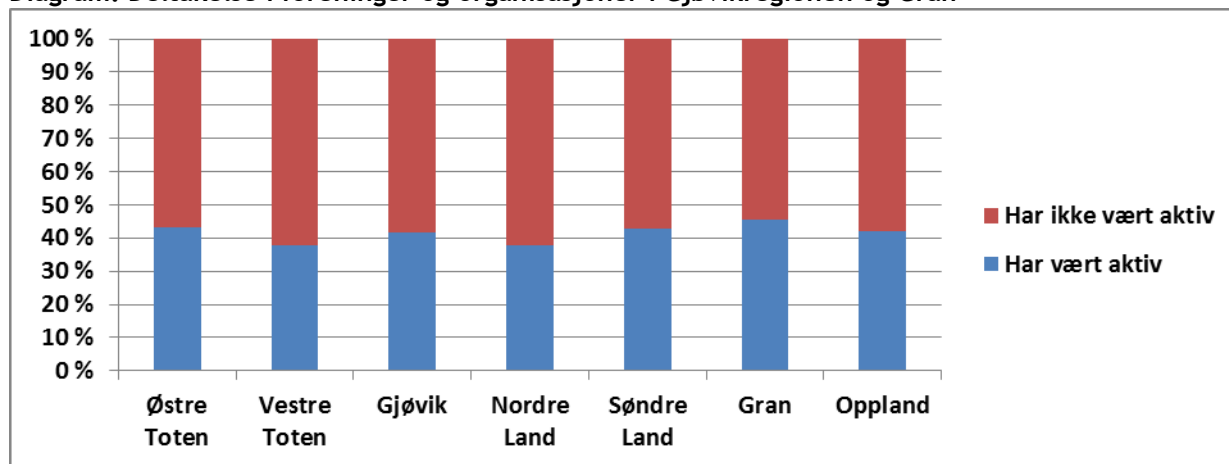
Vi har også nærmere 40 % av befolkningen som ikke deltar i aktiviteter.

Men vi har ca 70 % som deltar på forskjellige møteplasser.

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.*

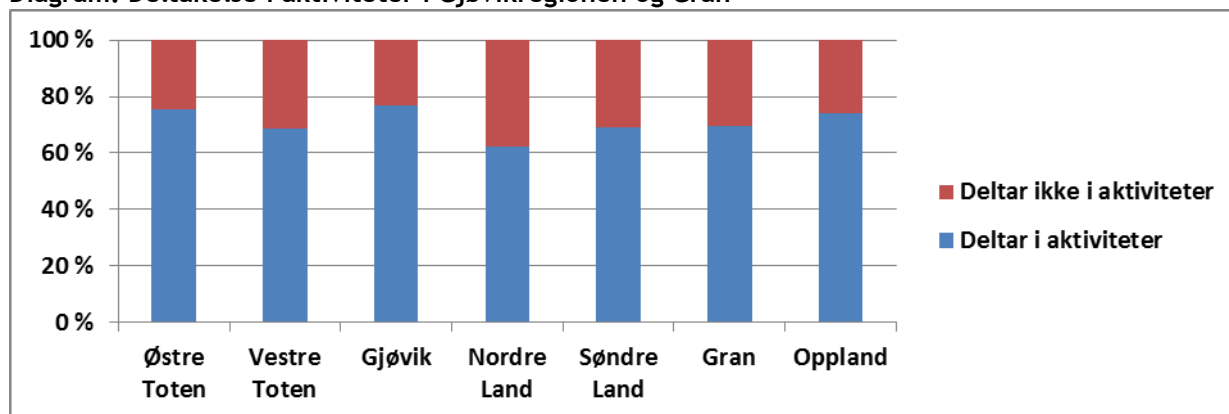
Ved å sammenligne opplysninger om deltagelse i kulturelle aktiviteter med helseopplysninger, fant forskerne som gjennomførte HUNT-undersøkelsen (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) at alle som konsumerte kultur i en eller annen form, opplevde bedre helse, var mer tilfreds med livet sitt og hadde mindre 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: Deltakelse i foreninger og organisasjoner i Gjøvikregionen og Gran



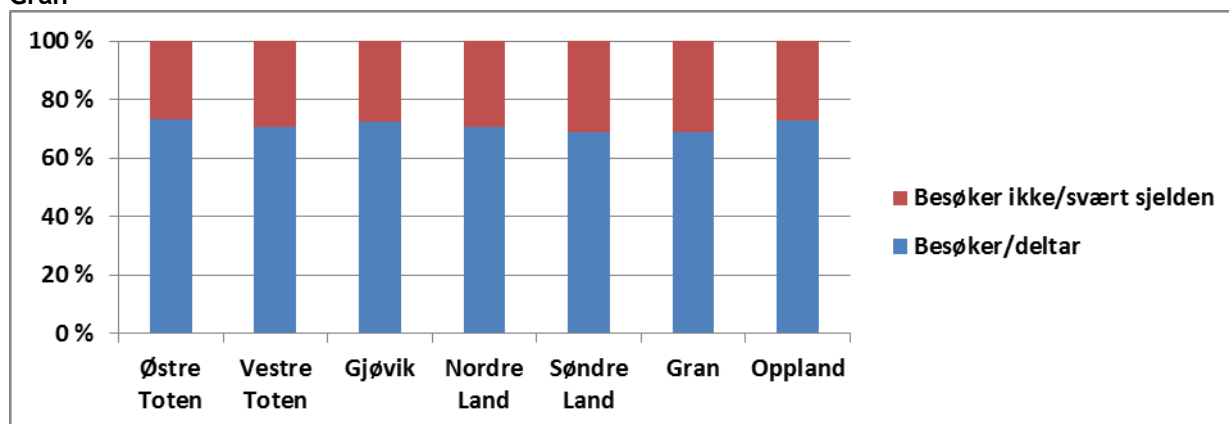
Andeler i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland som rapporterte at de hadde vært aktive / ikke aktive i forskjellige foreninger og organisasjoner - av de som svarte på levekårsundersøkelsen i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9/2014. Tabell 146.

Diagram: Deltakelse i aktiviteter i Gjøvikregionen og Gran



Andeler i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland som rapporterte at de hadde deltatt/ikke deltatt i forskjellige aktiviteter - av de som svarte på levekårsundersøkelsen i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9/2014. Tabell 142

Diagram: Besøk på møteplasser i Gjøvikregionen og Gran



Andeler i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland som rapporterte at de hadde besøkt/ikke besøkt forskjellige møteplasser - av de som svarte på levekårsundersøkelsen i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9/2014. Tabell 136

Diagram: Besøk på møteplasser, 2015

1.5.2 Tid brukt på ulike medier

Nordre Land ligger i følge data fra folkehelse- og levekårsundersøkelsen høyt på tid brukt på TV og medier. Dette medfører økt stillesitting. Helsedirektoratet kom i 2014 ut med et enkeltstående råd om å unngå stillesitting til befolkningen.

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

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

Diagram: Tid brukt på å se TV en «vanlig dag» i Gjøvikregionen og Gran.

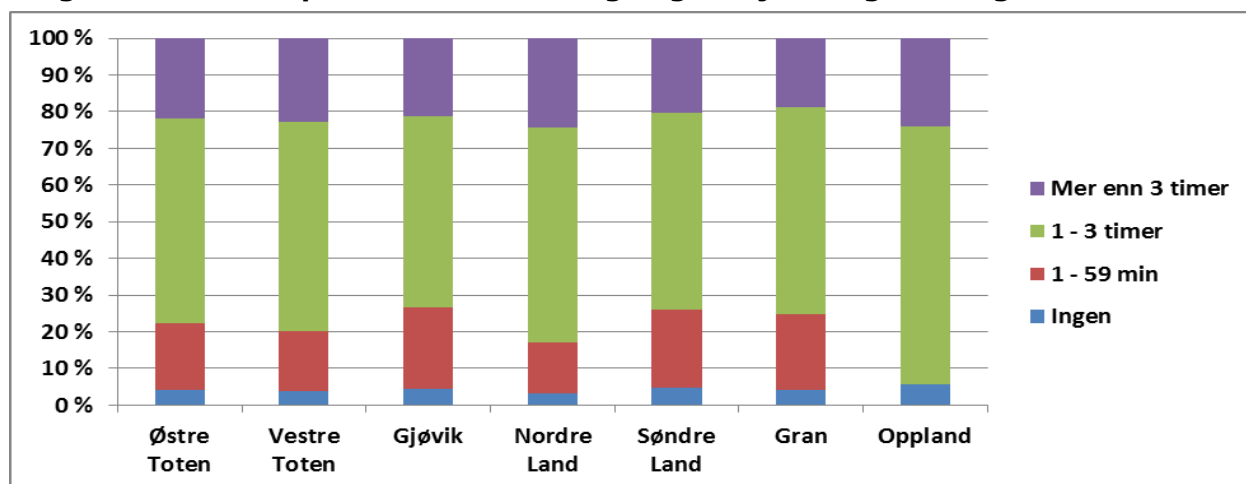


Diagram: Tid brukt på å høre på radio/musikk en «vanlig dag» i Gjøvikregionen og Gran.

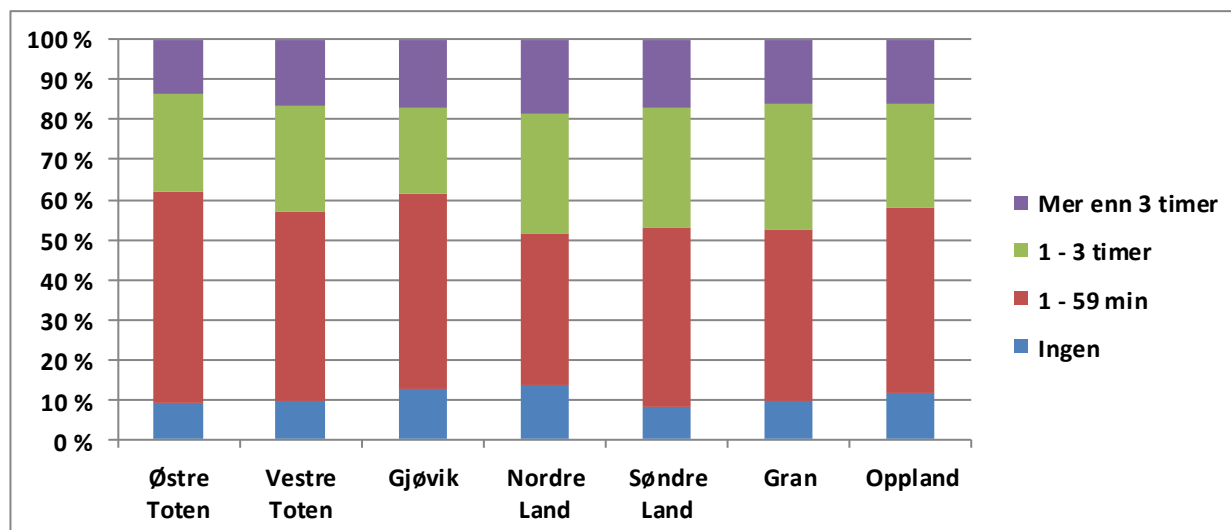
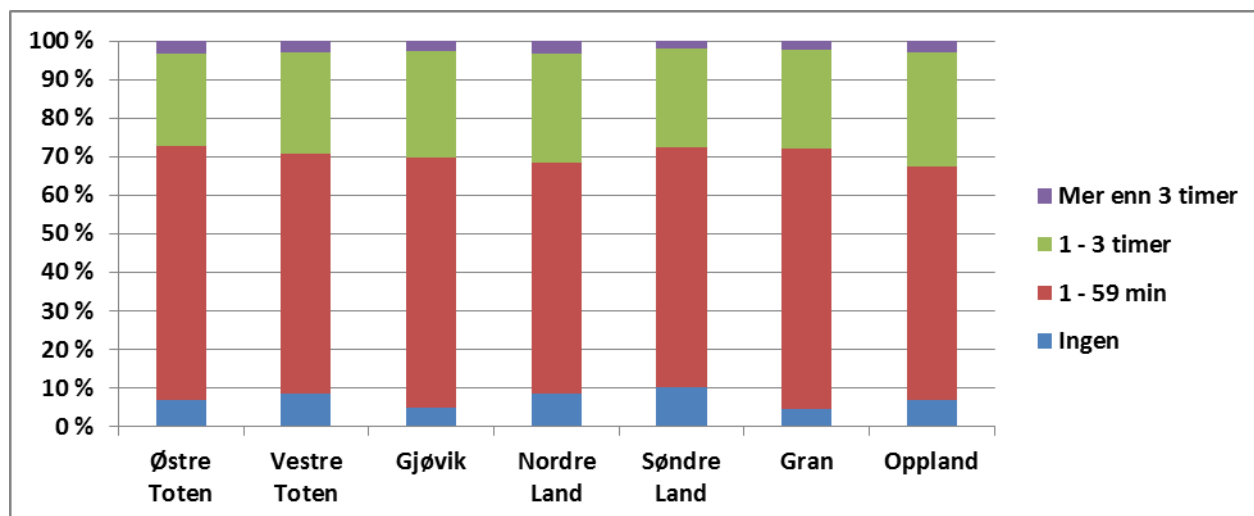


Diagram: Tid brukt på å lese (aviser, ukeblad, bøker) en «vanlig dag» i Gjøvikregionen og Gran.



Forklaring til alle diagrammene: Andeler i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland og tid brukt på ulike medier en «vanlig dag» (gjennomsnittsdag) - av de som svarte på levekårsundersøkelsen i 2014, i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabellene 191, 192 og 193.

Diagram: Tid brukt på å spille datapill/TV-spill en «vanlig dag» i Gjøvikregionen og Gran

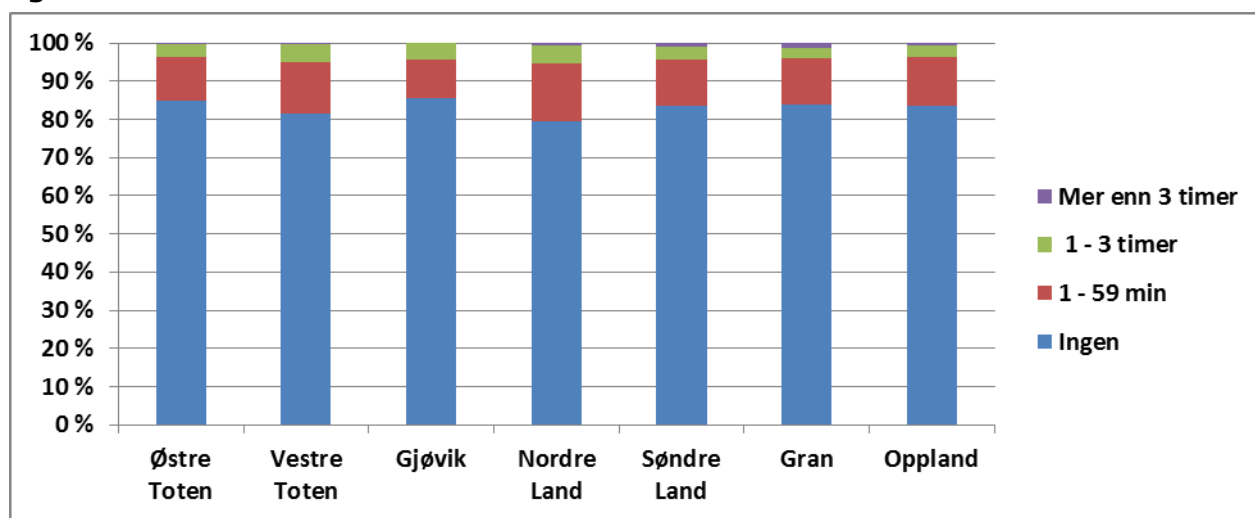


Diagram: Tid brukt på sosiale medier en «vanlig dag» i Gjøvikregionen og Gran

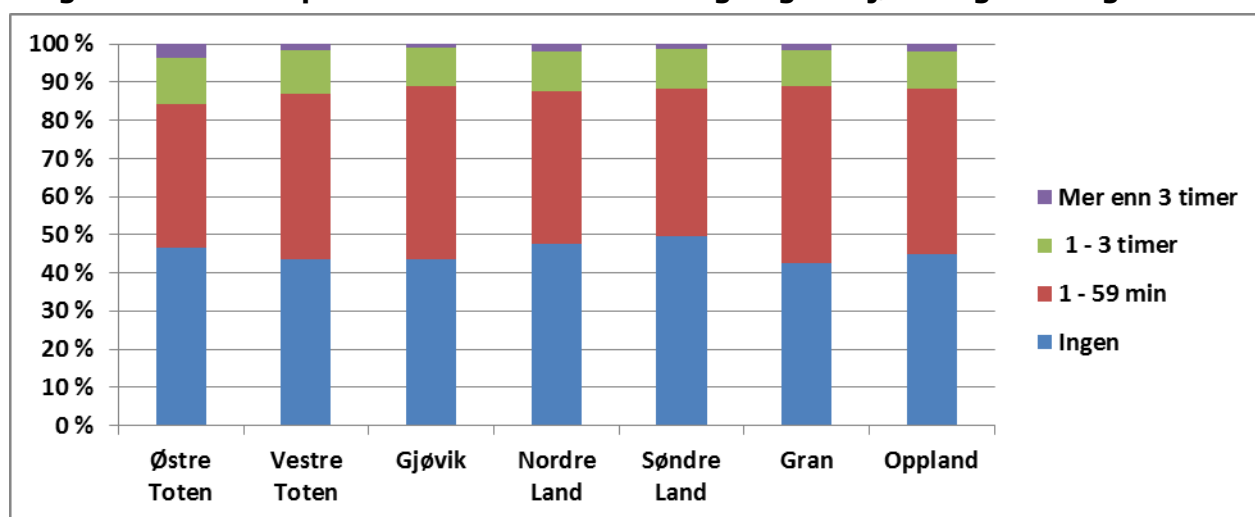
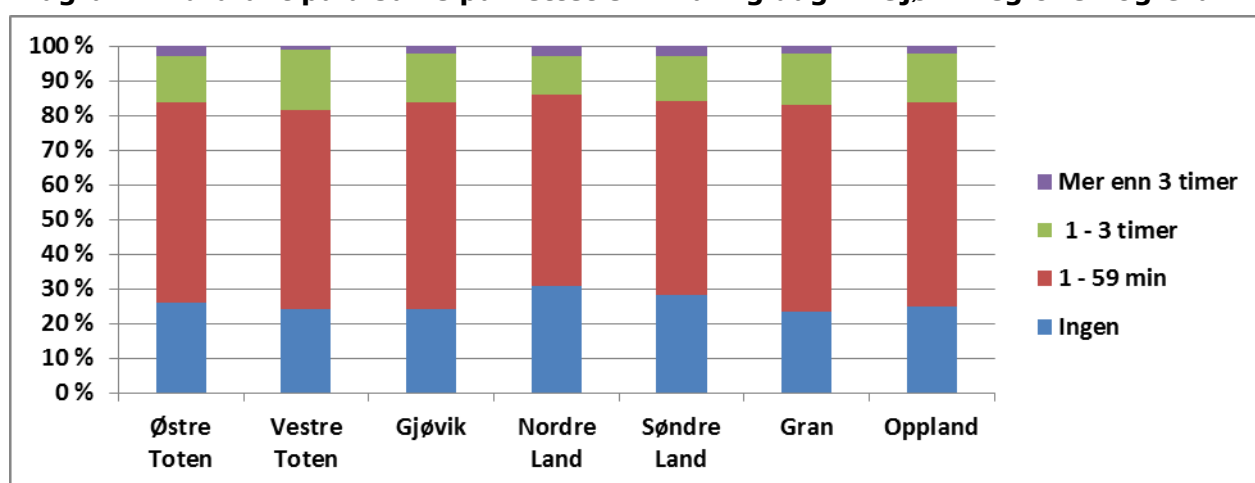


Diagram: Tid brukt på å surfe på nettet en «vanlig dag» i Gjøvikregionen og Gran



Forklaring til alle diagrammene: Andeler i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland og tid brukt på ulike medier en «vanlig dag» (gjennomsnittsdag) - av de som svarte på levekårsundersøkelsen i 2014, i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabellene 194, 195 og 196.

1.5.3 Fysisk aktivitet

I folkehelse- og levekårsundersøkelsen 2014 oppga 49,5 % at de drev med lett fysiskaktivitet tre timer eller mer pr. uke og 25,1 % at de drev med hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) tre timer eller mer.

14,1 % drev med lett fysisk aktivitet i mindre enn 1 time. Stillesitting er generelt en utfordring i samfunnet. Mye stillesitting gir helserisiko i alle aldersgrupper og det er viktig å holde oss i gang. Når barn kommer over i ungdomsskolen faller aktivitetsnivået raskt.

Det er viktig at noe av aktivitet vi utfører gjør oss svett/andpusten og kan betegnes som hard fysisk aktivitet.

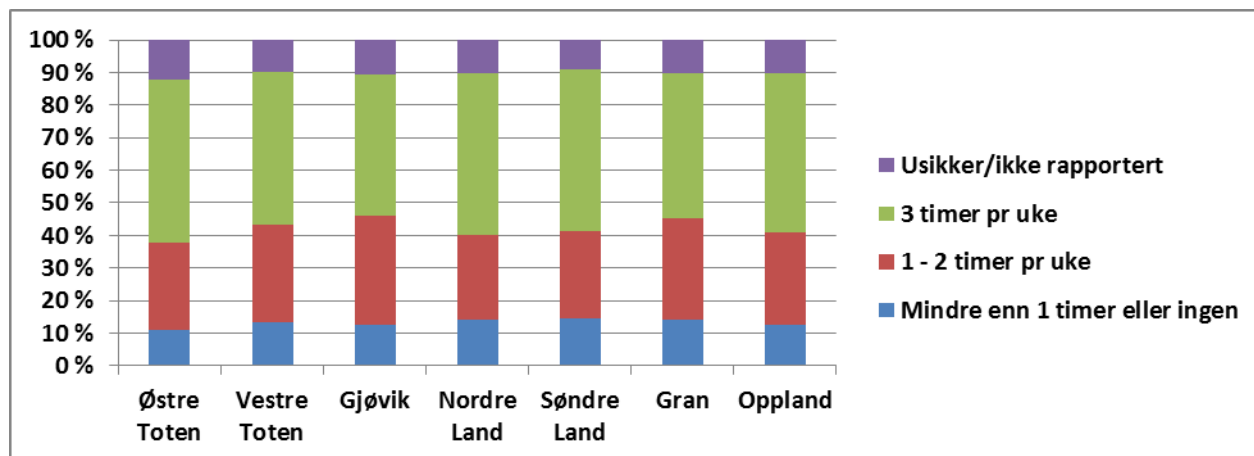
Regelmessig fysisk aktivitet er nødvendig at barn skal oppnå normal vekst og utvikling og for å kunne utvikle motorisk kompetanse, muskelstyrke og kondisjon.

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

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

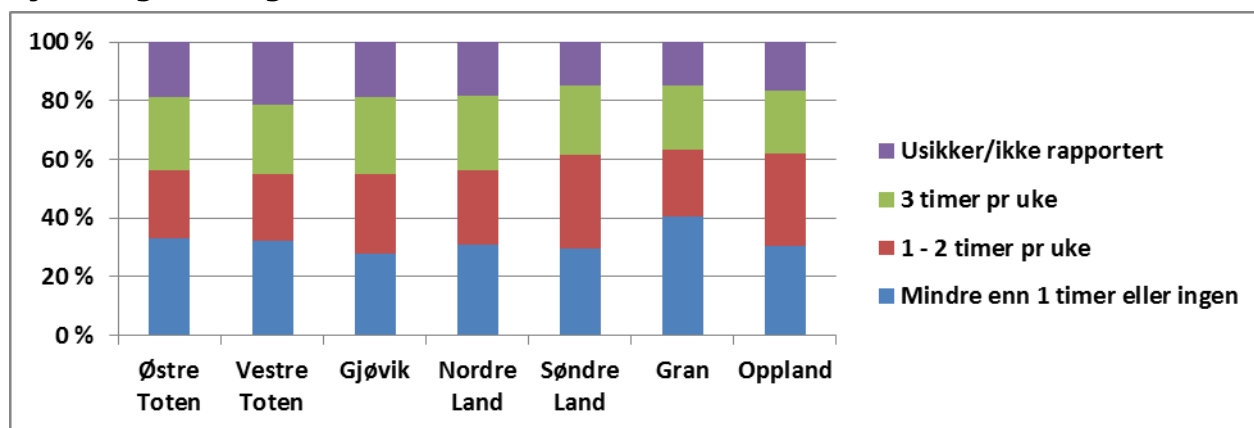
Kilde: Folkehelse rapporten 2014, Fysisk aktivitet i Norge

Diagrammer: Tid brukt på lett fysisk aktivitet (ikke andpusten eller svett) pr uke i Gjøvikregionen og Gran



Andeler med tid brukt på lett fysisk aktivitet av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland i 2014, i prosent. Kilder: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 187.

Diagrammer: Tid brukt på hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) pr uke i Gjøvikregionen og Gran



Andeler med tid brukt på hard fysisk aktivitet av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland i 2014, i prosent. Kilder: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 188.

1.5.4 Kosthold

Der ikke annet er nevnt, er data fra levekårsundersøkelsen i Nordre Land i 2014.

Generelt: 40,9 % vurderte eget kosthold til å være hovedsakelig sunt, og flesteparten av de øvrige mente at det var hverken sunt og usunt. Kun 5,8 % ønsket et sunnere kosthold.

Måltider: 78,5 % spiste frokost (lavest i regionen), 65,3 % lunsj og 84 % middag daglig. Nordre Land ligger høyest i regionen på andel som spiser kveldsmat hver dag med 48,5%. Nordre land ligger høyest i regionen på inntak av brus og saft med sukker.

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

De fleste trenger påfyll av energi om morgenen for at kroppen skal fungere. Det kan være vanskeligere å konsentrere seg, og både humør og arbeidslyst kan bli dårligere når frokosten droppes. Mange barn får i seg for mye sukker gjennom brus eller saft. En halv liter brus eller saft inneholder cirka 50 gram sukker. Det tilsvarer 25 sukkerbiter. *Kilde: Matportalen.no, Helsedirektoratet*

Virkemidlene for å fremme sunne valg ligger i all hovedsak utenfor helsesektoren, og samarbeidet med andre sektorer, frivillige organisasjoner og private aktører er viktig. Dette er en felles oppgave. Ansvaret på tvers av sektorer må i større grad synliggjøres. *Kilde: Meld.St.34 Folkehelsemeldingen 2012-2013. God helse – felles ansvar.*

Diagram: Vurdering av eget kosthold i Gjøvikregionen og Gran

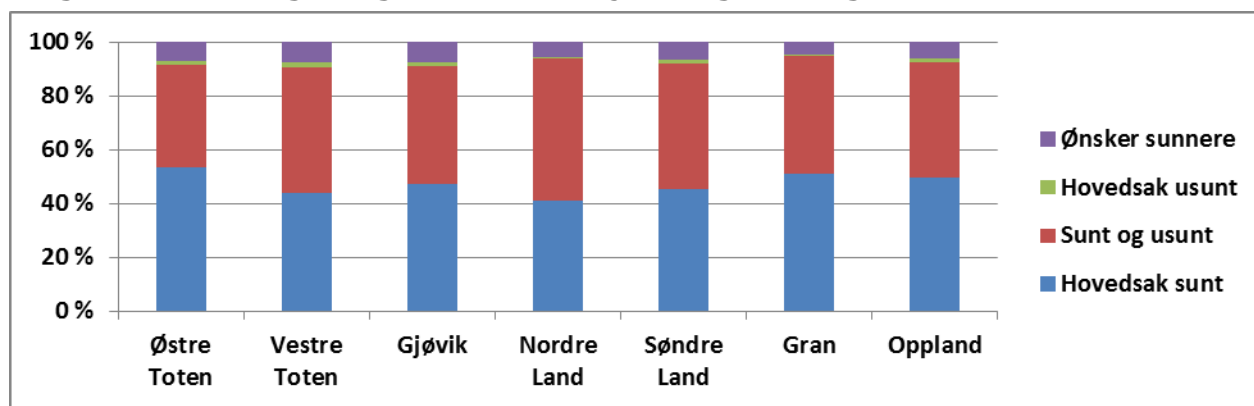


Diagram: Antall måltider pr. dag i Gjøvikregionen og Gran

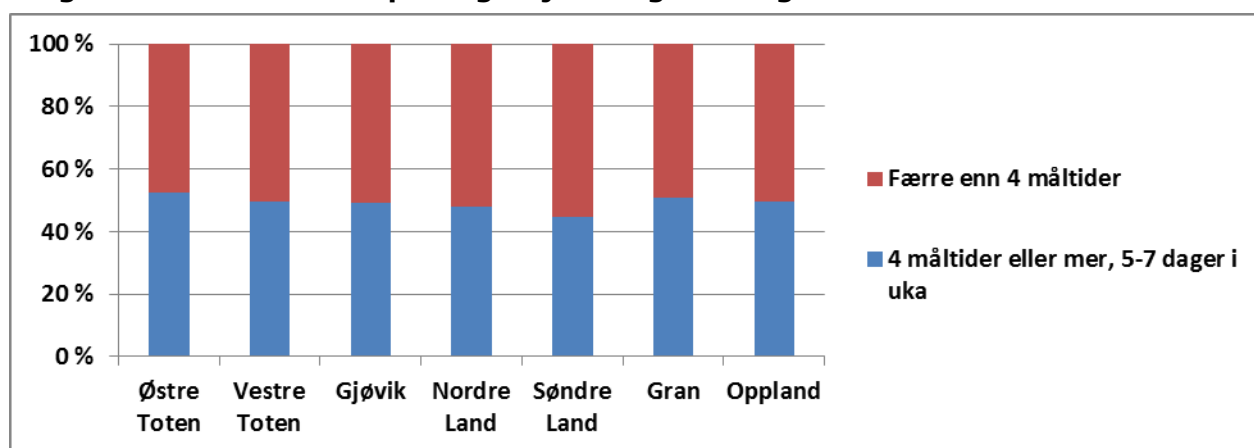
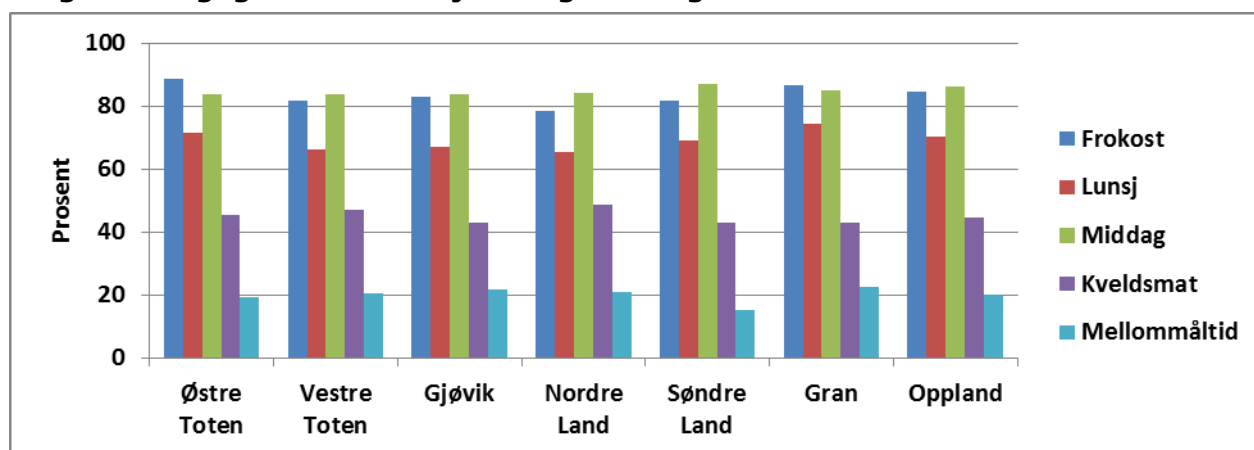
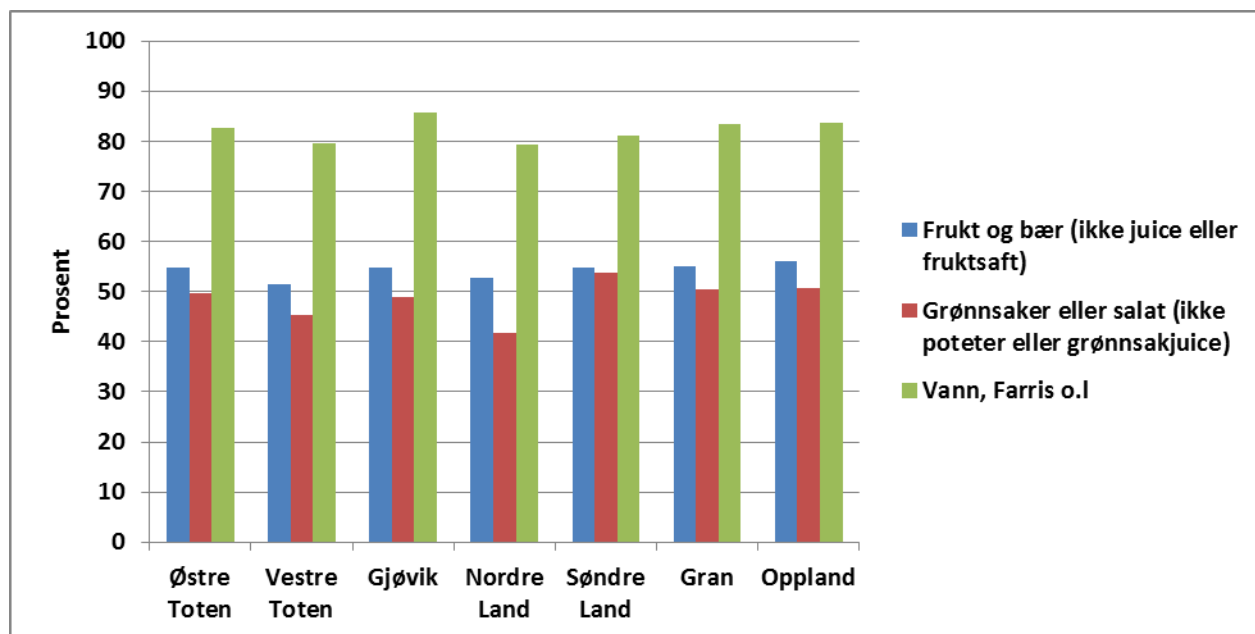


Diagram: Daglige måltider i Gjøvikregionen og Gran



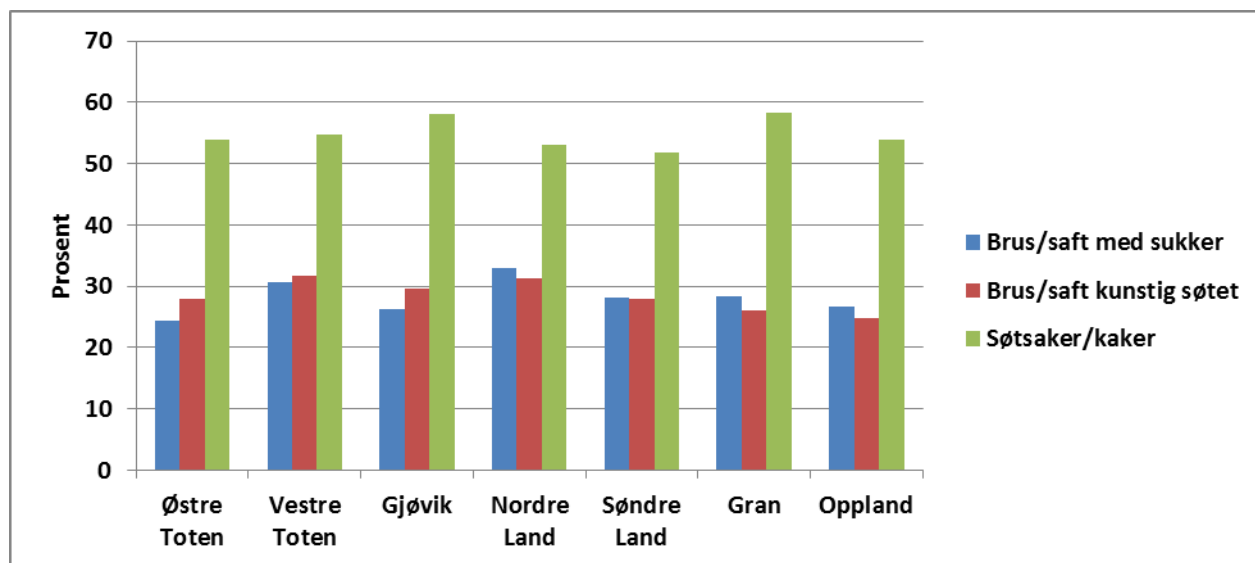
Forklaring til diagrammer: Andeler med vurdering av eget kosthold og antall og type måltider pr. dag av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland, i prosent. Kilder: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabellene 180 – 186.

Diagram: Daglig inntak en eller flere ganger av frukt/bær, grønnsaker, vann/farris i Gjøvikregionen og Gran



Andeler med daglig inntak av frukt og bær, grønnsaker og vann/farris av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland, i prosent. Kilder: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabellene 168, 169 og 171.

Diagram: Inntak av brus og søtsaker mer enn to dager i uken i Gjøvikregionen og Gran



Andeler med inntak av brus/saft og søtsaker/kaker mer enn to dager i uken i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland, i prosent. Kilder: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland, ØF-notat 9 og 10/2014. Tabellene 173, 174 og 175.

1.5.5 Fedme og overvekt

Vi har hatt en nedgang i overvekt og fedme ved sesjon i siste periode, men vi ligger fortsatt mye høyere enn gjennomsnittet for Oppland med hensyn til fedme.

overvekt (KMI=25-29.9) 18,3 %

fedme (KMI over 30) 14,2 %

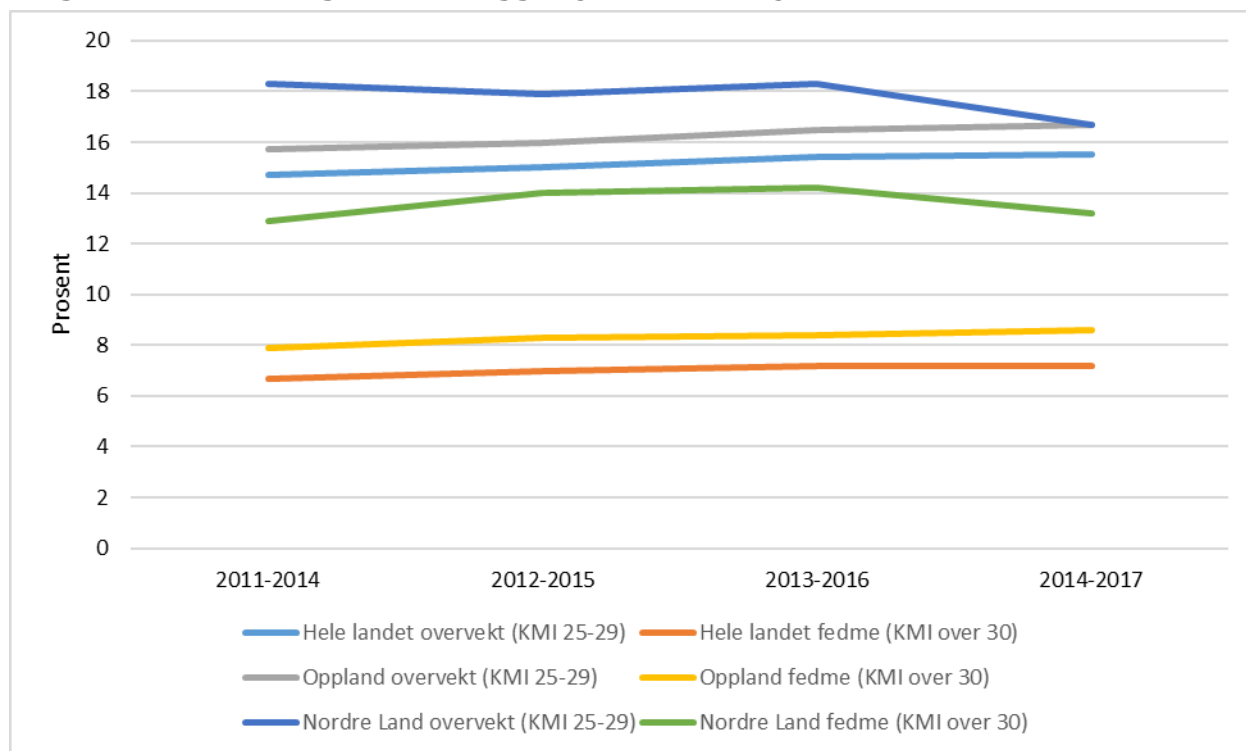
Totalt er 32,4 % har en KMI over 25.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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.

Diagram: Overvekt og fedme, begge kjønn, ved sesjon 2014 - 2017



Andel sesjonerte med overvekt (dvs. KMI over 25(kg/m²)) i prosent, begge kjønn, på sesjon. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 7-årsperioder).

Kilde: Kommnehelsa Statistikkbank. [Kilde](#)

1.5.6 Røyk og snus

Siste statistikk viser nedgang i røyking blant gravide kvinner. Helsestasjonen melder at mange slutter å røyke etter graviditet.

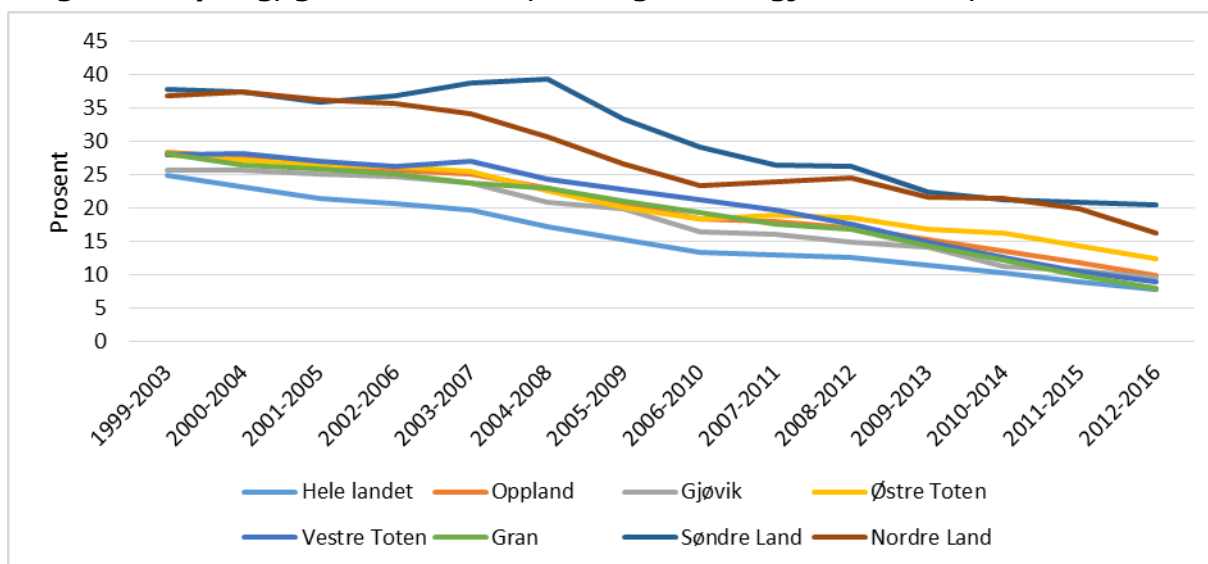
Når det gjelder snus er Nordre Land helt på topp i regionen over de som snuser daglig.

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.*

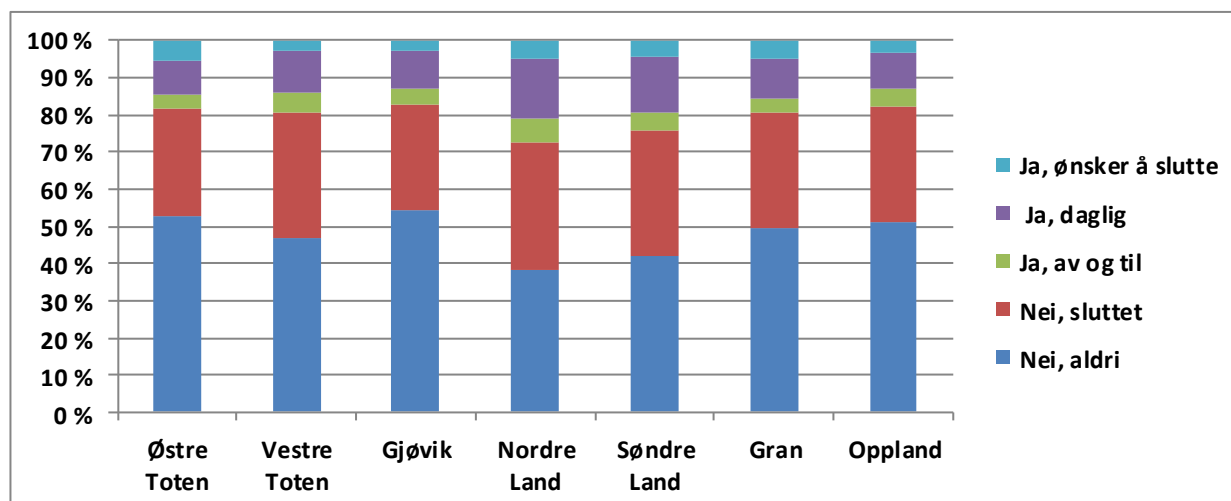
Undersøkelser i Norge har vist tydelige sosioøkonomiske forskjeller i røyking blant voksne, men ikke for bruk av snus. *Kilde: ØF-notat 13/2014*

Diagram: Røyking, gravide kvinner, 5 års glidende gjennomsnitt, 2003-2016



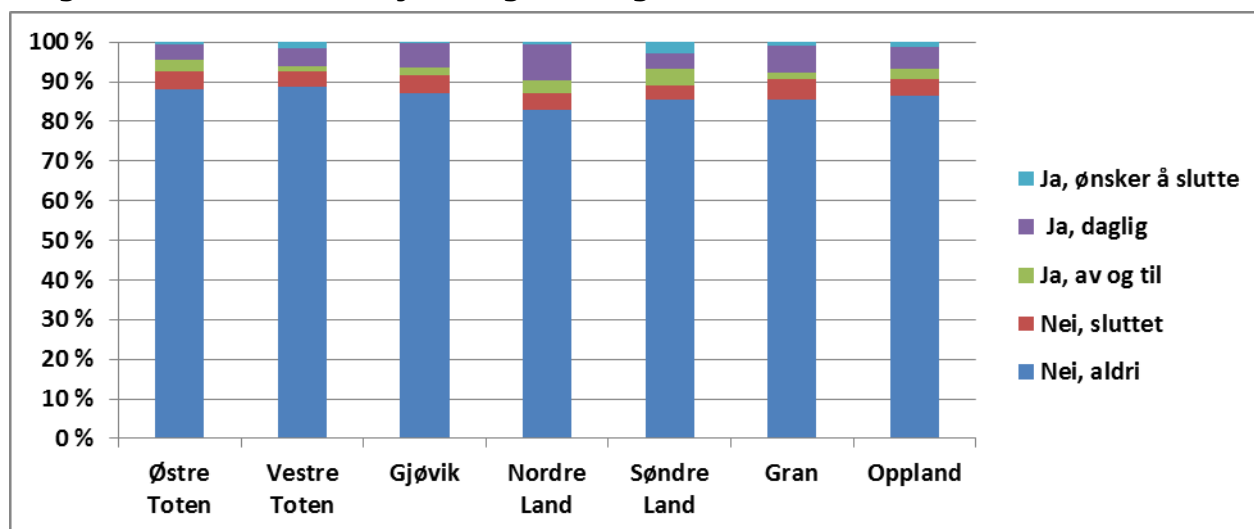
Andel fødende som oppga at de røykte ved svangerskapets begynnelse i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. [Kilde](#)*

Diagram: Røyking i Gjøvikregionen og Gran



Andeler som ikke røyker og røyker (i forskjellige grad) av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland, i prosent. Kilder: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 163.

Diagram: Bruk av snus i Gjøvikregionen og Gran



Andeler som ikke bruker snus og bruker snus (i forskjellige grad) av de som svarte på levekårsundersøkelsen Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland i prosent. Kilder: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 164.

1.5.7 Alkohol

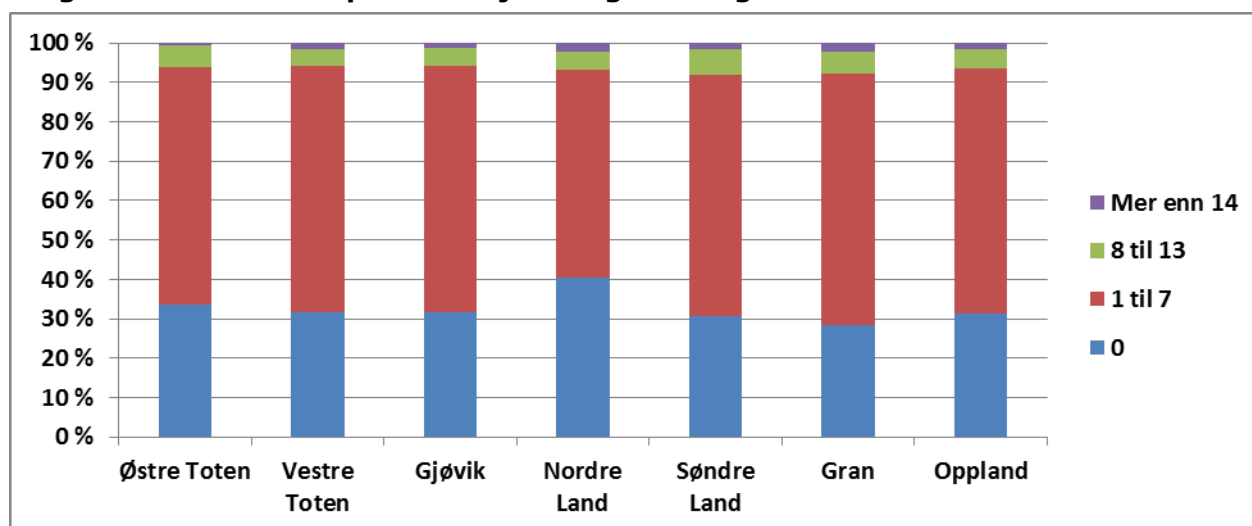
Nordre Land har høyest andel som aldri drikker alkohol, 40,6 % og høyest andel av de som drikker mer enn 14 enheter i regionen.

Nordre land er en kommune med behandlingssenter for russavhengighet, hvor mange bosetter seg i kommunen etter endt rehabilitering. Dette kan forkalre noe av høyt antall enheter.

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 forbreining av alkohol.*

Kommunen er en viktig arena for forebygging, identifisering, kartlegging, behandling og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser. Helsedirektoratet anbefaler at kommunens innsats på rusmiddelfeltet nedfelles i helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Rusmiddelarbeid i kommunen omfatter blant annet forvaltning av alkoholloven, rusmiddelforebygging og tidlig intervensjon. Det er spesielt viktig å forebygge overfor barn og unge for på den måten å hindre risikofyllt 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: Helsedirektoratet. Rusmiddelarbeid i kommunene.*

Diagram: Alkoholbruk pr. uke i Gjøvikregionen og Gran



Andeler som ikke drikker og drikker alkohol – målt i enheter pr uke i gj.snitt siste tre måneder - av de som svarte på levekårsundersøkelsen Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland, i prosent. Kilder: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 165.

1.6 Helsetilstand

1.6.1 Opplevelse av helse, livskvalitet og begrensninger

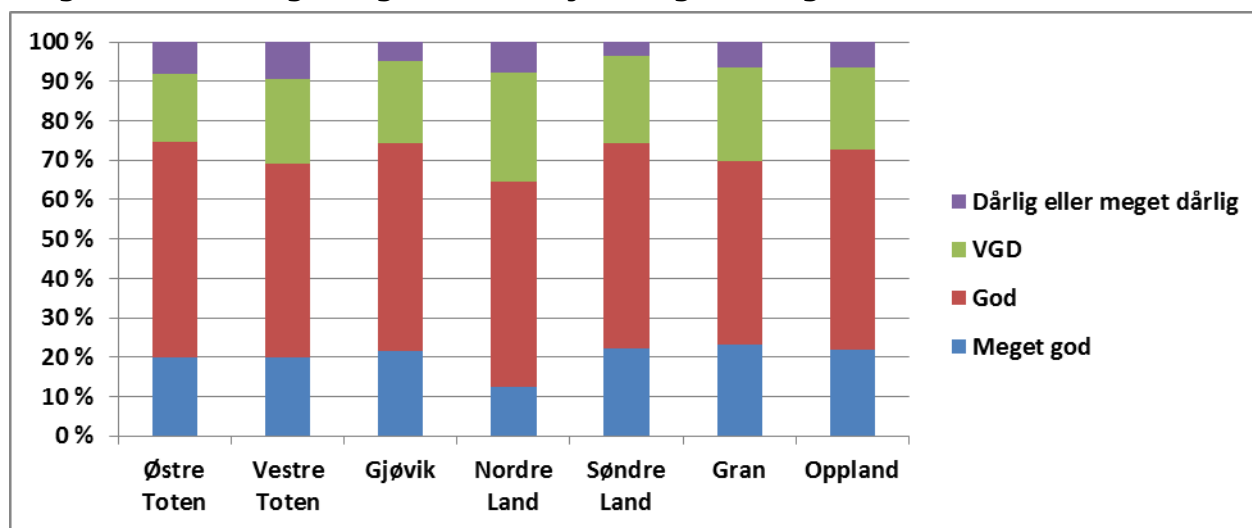
Kun 12,2 % i vår kommune syntes helsa er veldig god (Oppland: 21,8%). Dette kan henge sammen med sosioøkonomiske forutsetninger. Utdanning, sosial støtte, overvekt, røyking og snus. Når det gjelder diagrammet: «Gjennomsnitt for opplevelse av subjektivt velvære i Gjøvikregionen og Gran», må det gjøres oppmerksom på at skalaen går fra 1-21, mens utsnittet presentert i dette statistikkgrunnlaget gir et bilde av store forskjeller som egentlig kun går fra 14,6-16. I Nordre Land syntes vi livet er stort sett like godt som i andre kommuner i Oppland.

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.

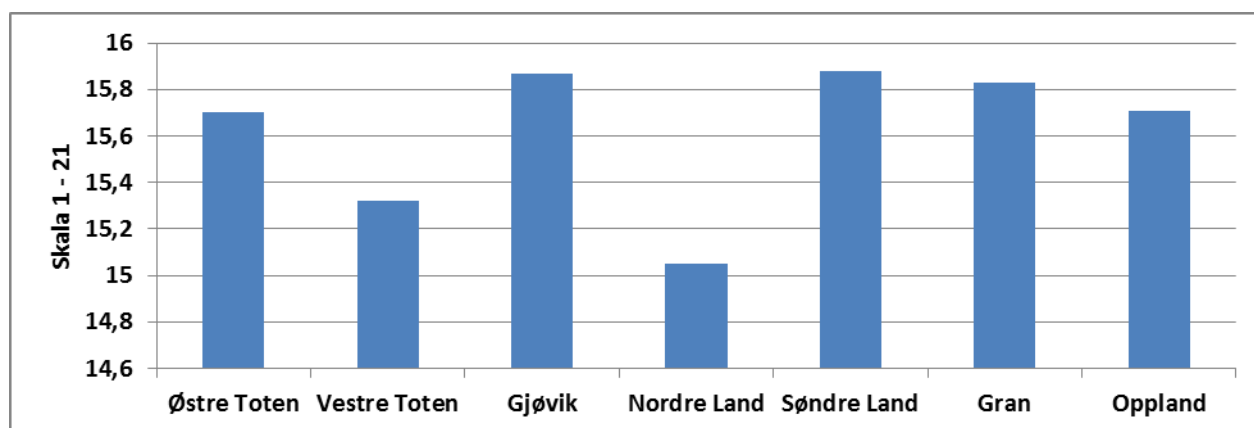
Kilde: Folkehelseinstituttet. Fakta om livskvalitet og lykke. 2014

Diagram: Vurdering av egen helse i Gjøvikregionen og Gran



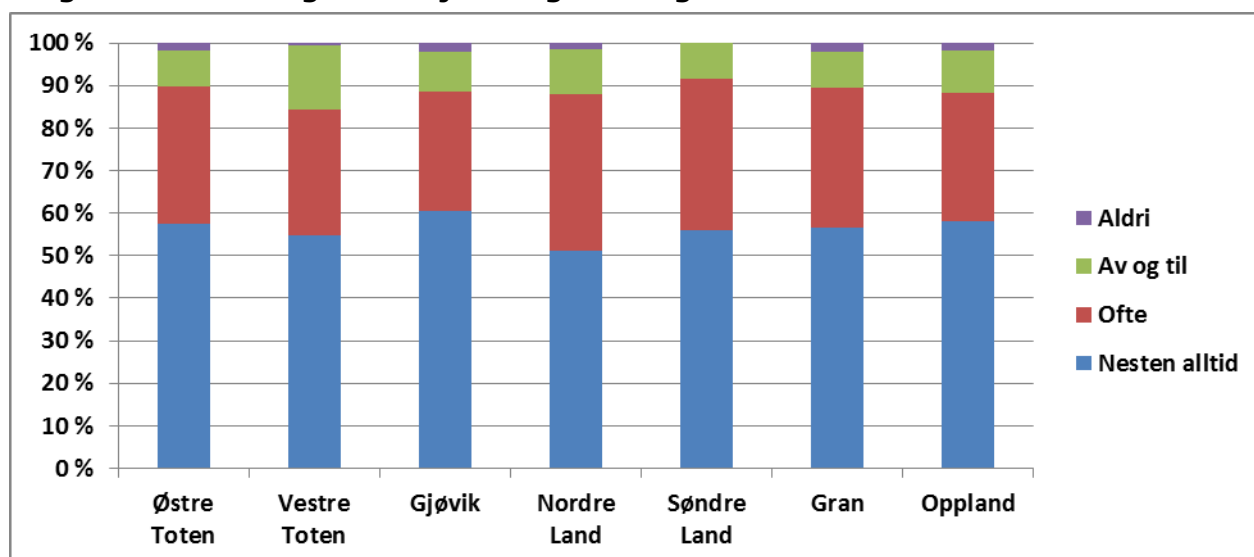
Andeler med ulike grader av opplevelse av egen helse - av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland, i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 203.

Diagram: Gjennomsnitt for opplevelse av subjektivt velvære i Gjøvikregionen og Gran



Gjennomsnitt for subjektivt velvære, der 0 er svært lite velvære og 21 svært høyt velvære. Verdien er beregnet utifra resultatene av syv påstander fra de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland. Påstandene: Jeg er fornøyd med hvordan jeg har det for tiden. Livet mitt går bra. Livet mitt er akkurat slik det skal være. Jeg har et godt liv. Jeg trives med det som skjer i livet mitt. Jeg har det jeg ønsker meg i livet. Jeg har det bedre enn de fleste på min alder. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 216.

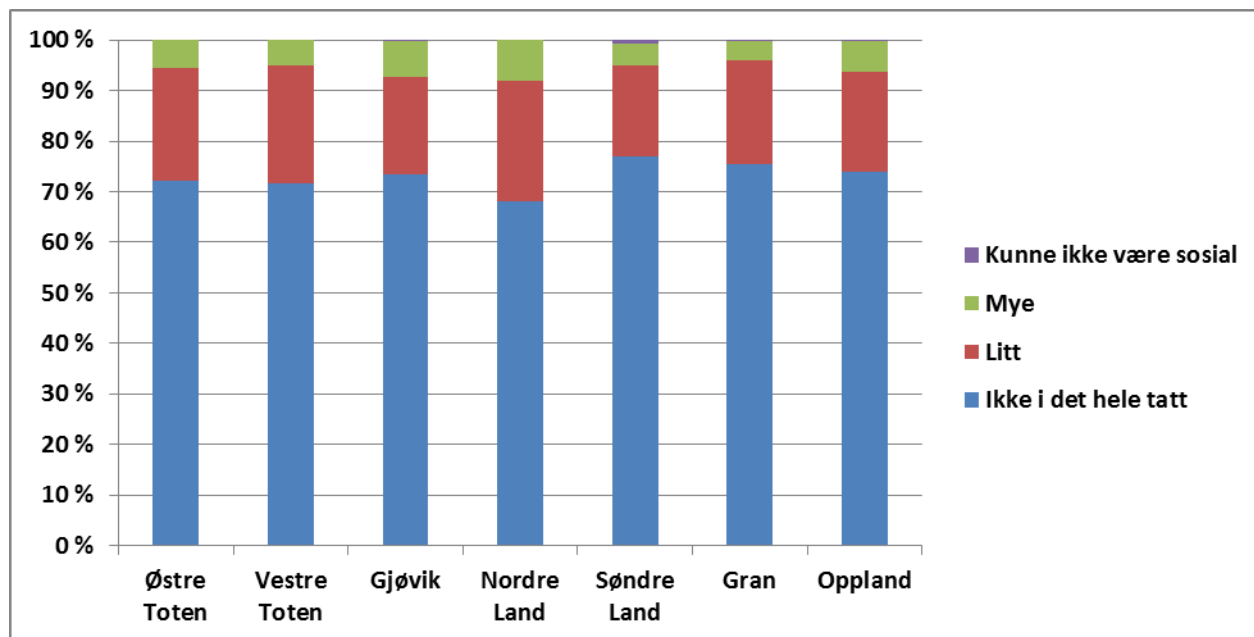
Diagram: «Livet er godt» i Gjøvikregionen og Gran



Andeler med ulike grader av opplevelse av å ha et godt liv - av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland, i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 211.

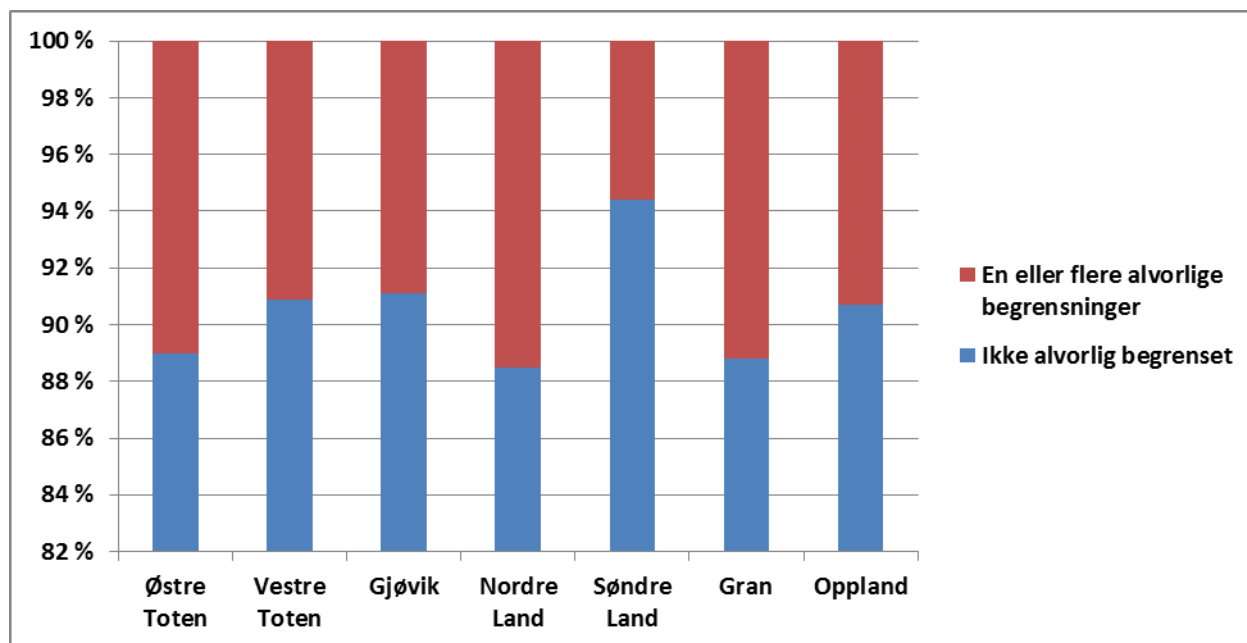
Diagram: Sosiale begrensninger pga fysiske eller følelsesmessige problemer i Gjøvikregionen og Gran

Har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer begrenset deg i din vanlige sosiale omgang med familie eller venner i løpet av de fire siste uker?



Andeler med ulike grader av begrensninger i sosial omgang pga fysiske eller følelsesmessige problemer - av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland, i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 205.

Diagram: Opplevelse av begrensninger siste 6 måneder i Gjøvikregionen og Gran



Andeler med begrensninger pga bevegelsehemning, nedsatt syn eller hørsel eller hemninger pga kroppslig eller psykisk sykdom, skade eller lidelse - av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland, i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 222.

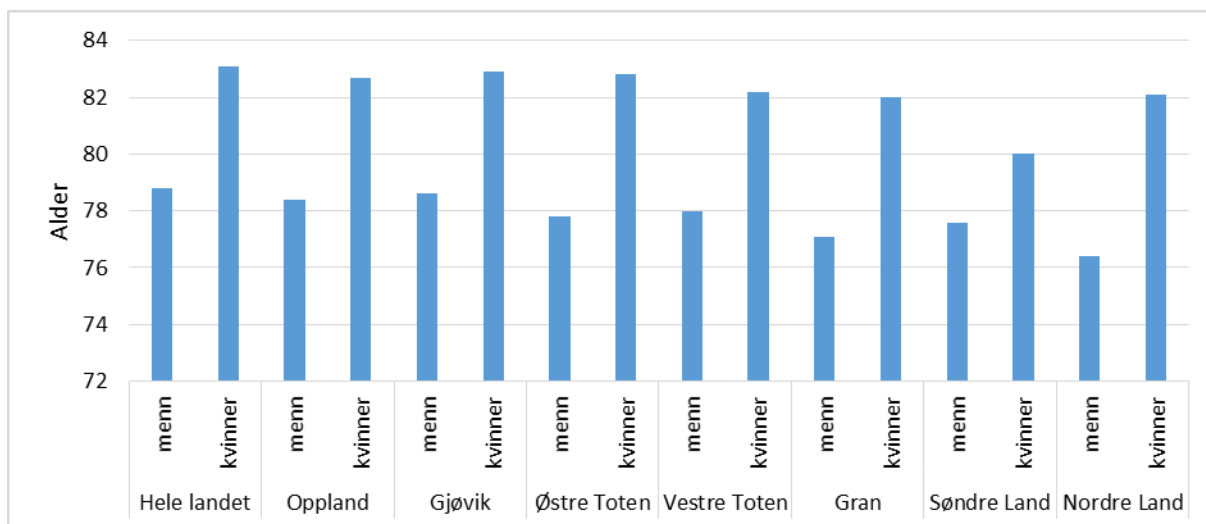
1.6.2 Forventet levealder

Forventet levealder for kvinner i vår kommune ligger på snittet til fylket, mens menn har en noe lavere forventet levealder en snittet. Forventet levealder for kvinner vil trolig gå ned pga. stor andel røykere. Mange menn har sluttet med tobakk og levealder for menn vil trolig øke.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av 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.

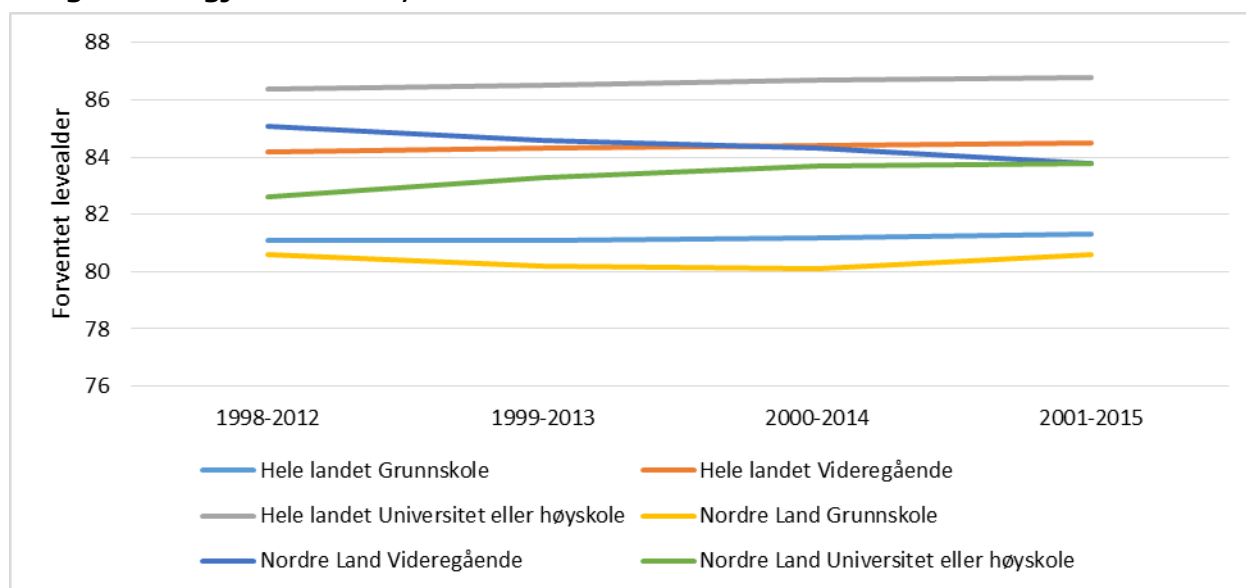
De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene 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, menn og kvinner, årlig gjennomsnitt for perioden 2002-2016



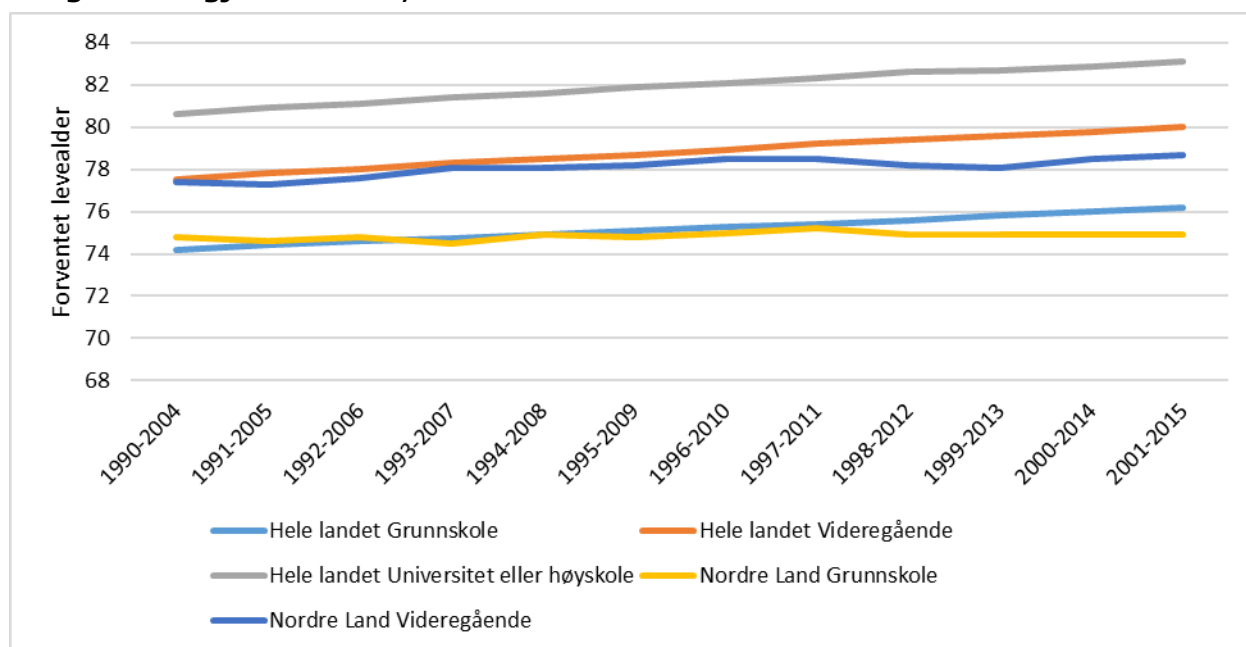
Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

Diagram: Forventet levealder etter utdanning i Norge og Nordre Land, kvinner, 15 års glidende gjennomsnitt, 2012-2015



Forventet levealder kvinner etter høyeste fullførte utdanningsnivå (fire ulike grupper), beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). 1998 – 2012 var forventet levealder for de som hadde universitet eller høyskole i Nordre Land 81,72 år. Det er ikke tall for de andre årene for Nordre Land. Kilde: Kommunehelse statistikkbank. [Kilde](#)

Diagram: Forventet levealder etter utdanning i Norge og Nordre Land, menn, 15 års glidende gjennomsnitt, 2004-2015



Forventet levealder menn etter høyeste fullførte utdanningsnivå (fire ulike grupper), beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Det er ikke tall for Nordre Land og forventet levealder for de som har universitet eller høyskole. Kilde: Kommunehelse statistikkbank. [Kilde](#)

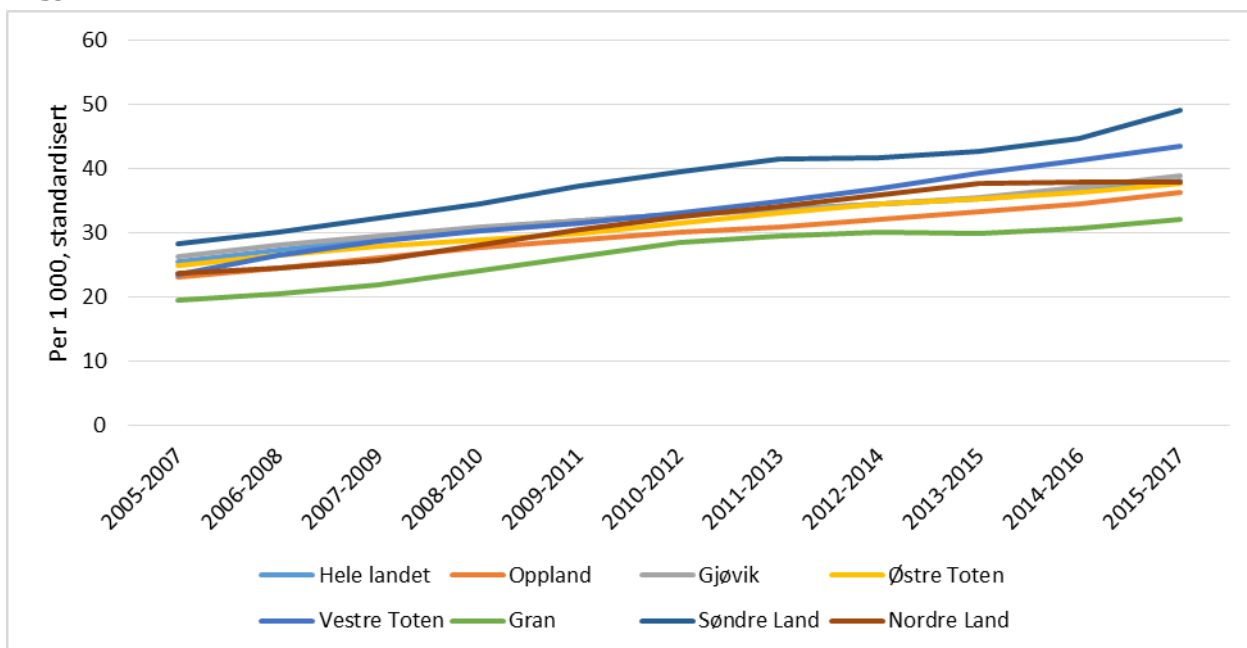
1.6.3 Diabetes

Bruken av medisiner for type 2 diabetes har holdt seg stabilt fra 2014, og er nå omtrent på nivå med Gjøvik og Oppland.

Den senere tiden er behandlingsmålet på 7,5 % hba1c satt ned til 7%.

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

Diagram: Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2017



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 45-74 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.

[Kilde](#)

1.6.4 Hjerte- og karsykdommer

Vi ser en svak reduksjon i bruken av medisiner mot hjerte -og karsykdommer Nordre Land. Når det gjelder bruk av kolesteroldempende medikamenter ligger Nordre Land nesten på topp i regionen. Flere som bruker tobakk og sosioøkonomiske faktorer spiller inn. Kolesteroldempende medisiner foreskrives i større grad enn tidligere, og det er nye trender og lavere grenser for medisinbruk.

Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. var i Nordre Land 148,5 personer i tidsrommet 2013-2015. For Oppland ligger var snittet 113,4 personer i samme periode.

Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år var i 2013-2015 17,7 personer for Nordre Land. Oppland hadde et snitt på 15,4 personer.

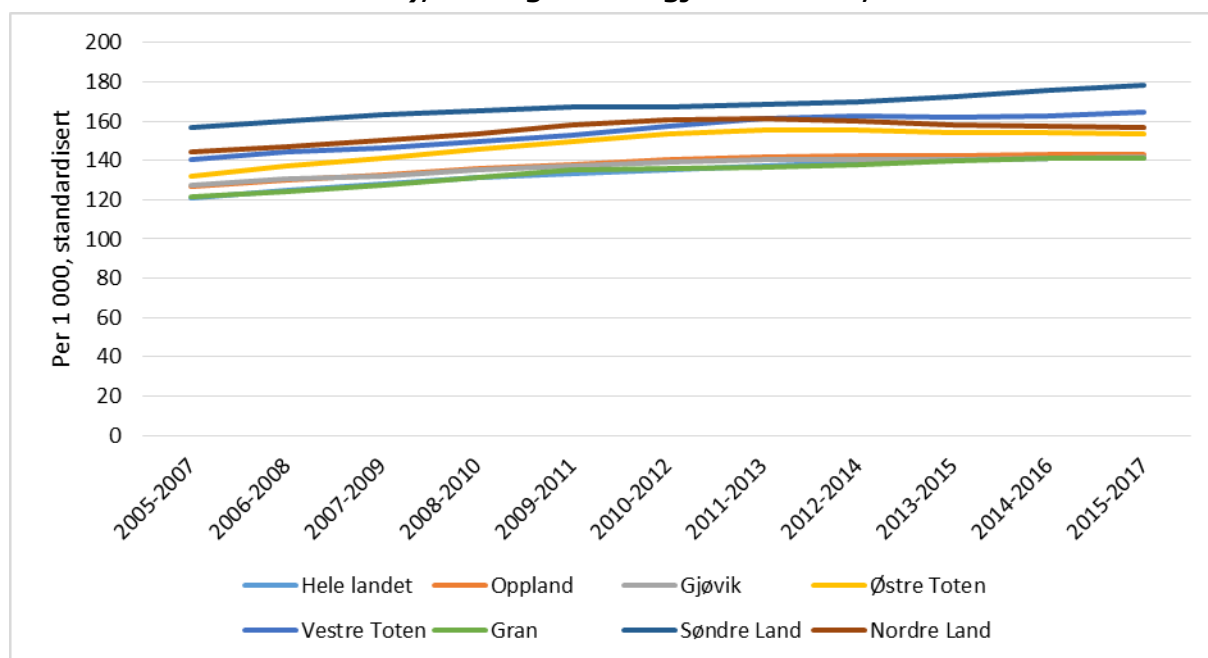
Befolkningen i Nordre Land er oftere i kontakt med fastlege, samt i kontakt med spesialist-helsetjenesten enn snittet i Oppland.

Når det gjelder dødelighet pga. hjerte-/karsykdommer for kvinner, går antall sterkt ned for hele landet. Nordre Land ligger høyt når det gjelder dette statistikkområdet.

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*

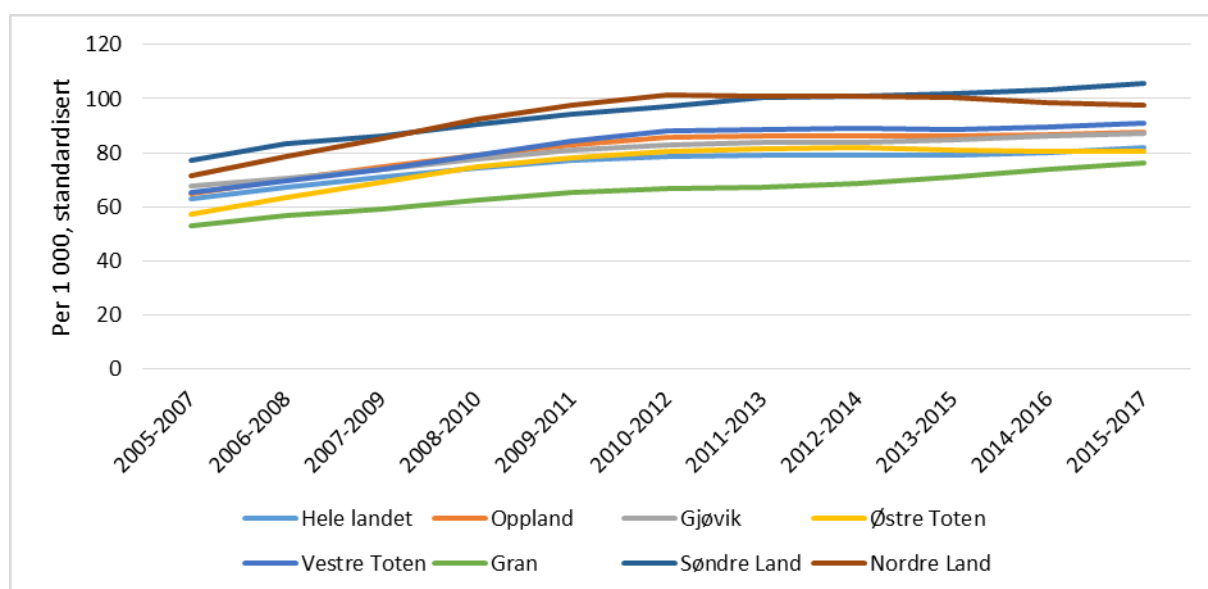
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene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

Diagram: Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterolsenkende midler), 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2017



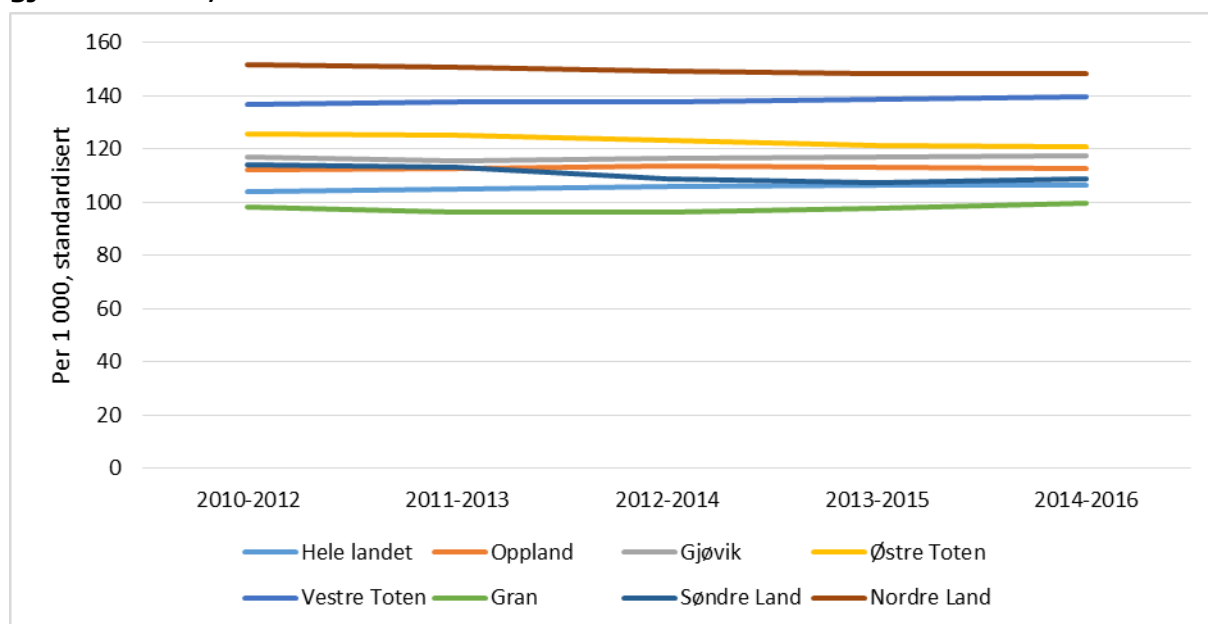
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

Diagram: Bruk av kolesterolsenkende medikamenter, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2017



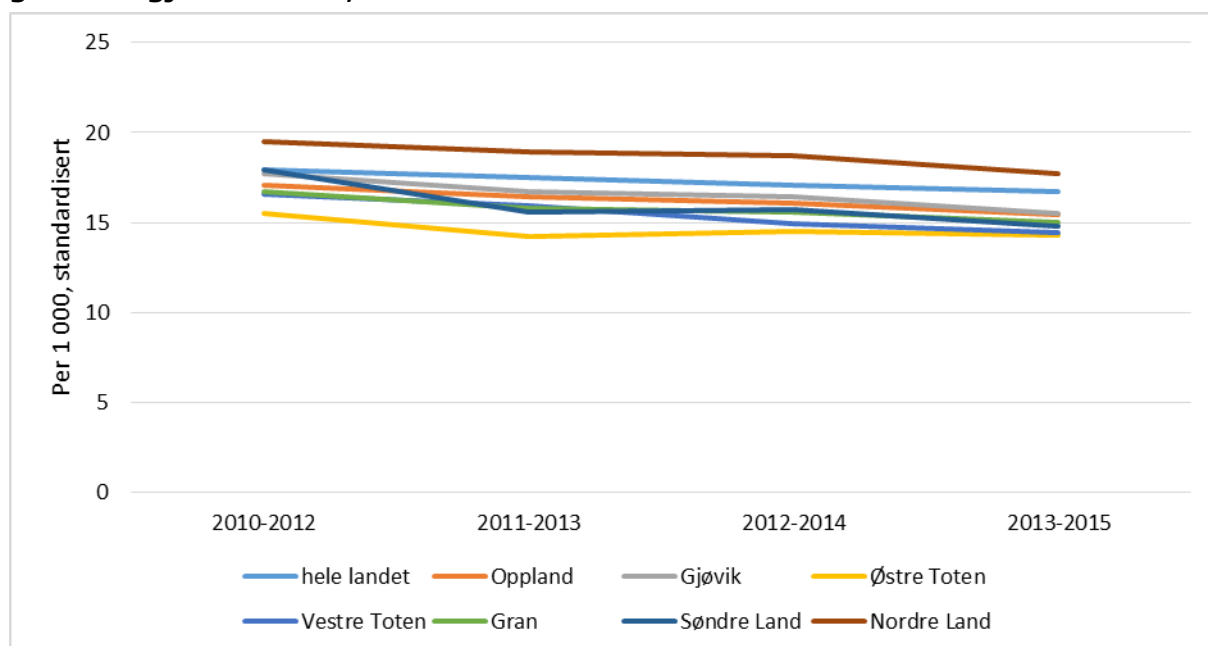
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

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



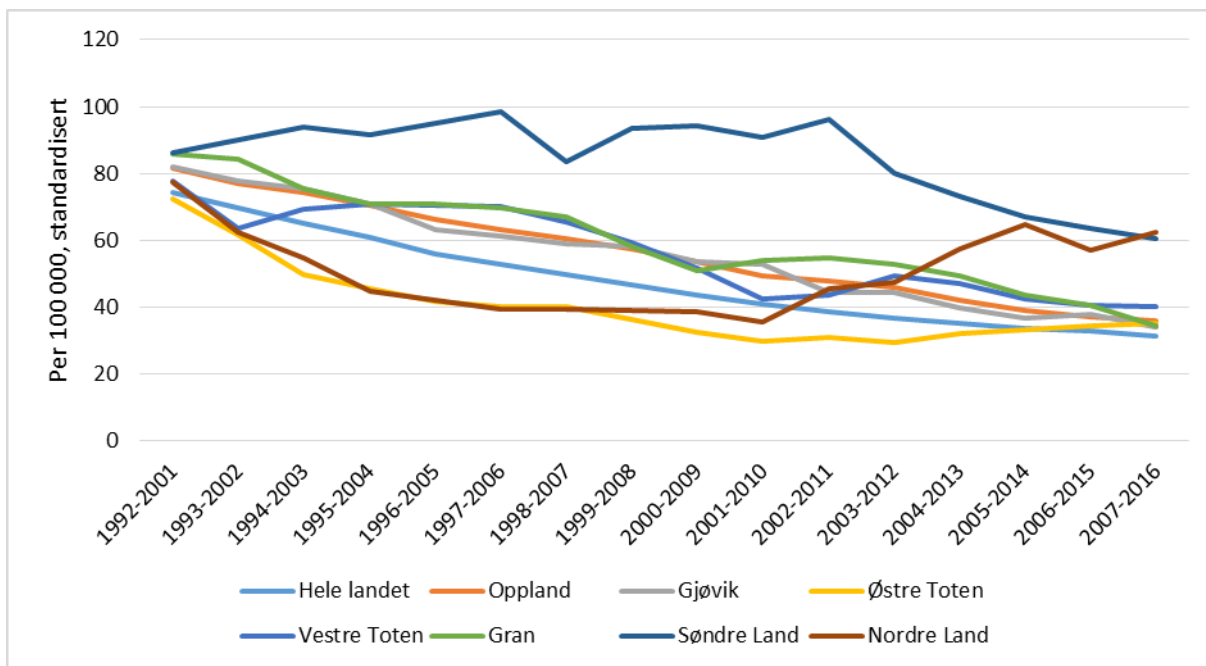
Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder) Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

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



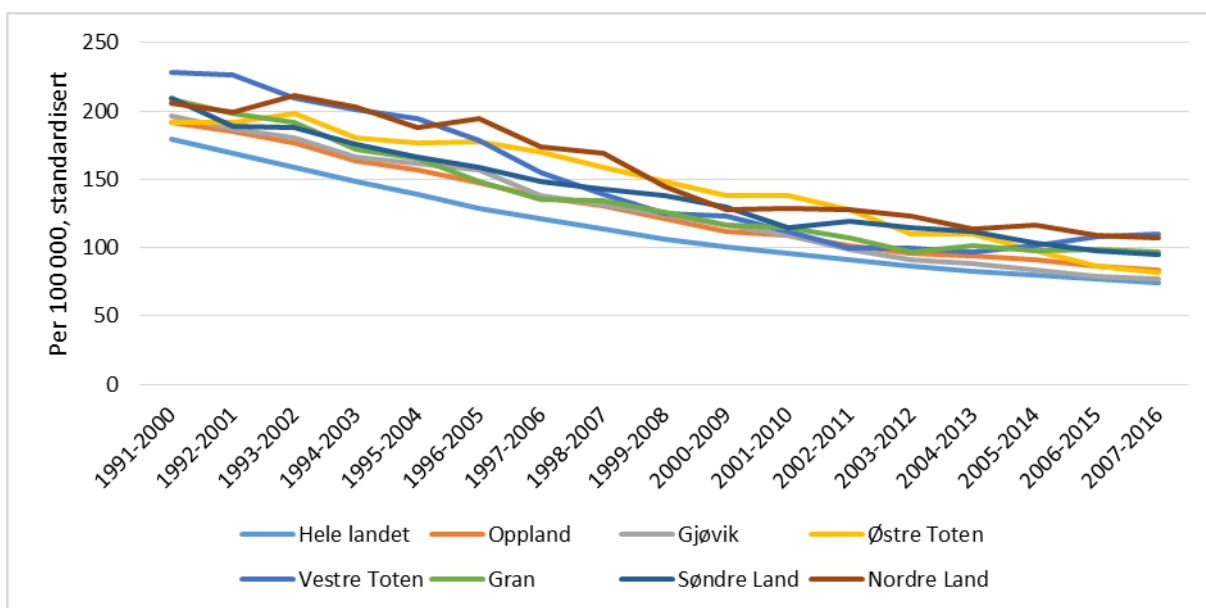
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

Diagram: Dødelighet hjerte-/karsykdom, kvinner, 10 års glidende gjennomsnitt, 2001-2016



Dødelighet hjerte- karsykdom, kvinner, per 100 000 standardisert. 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommnehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

Diagram: Dødelighet hjerte-/karsykdom, menn, 10 års glidende gjennomsnitt, 2000-2016



Dødelighet hjerte- karsykdom, menn, per 100 000 standardisert. 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommnehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

1.6.5 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

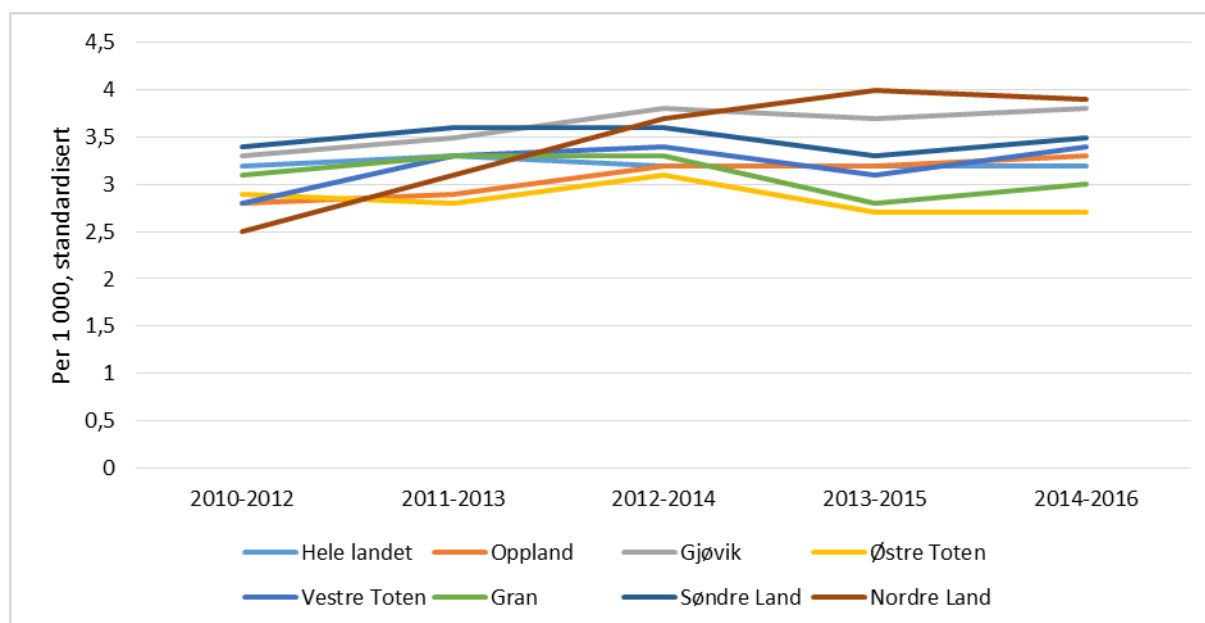
I Nordre Land har bruken av spesialisthelsetjenesten når det gjelder KOLS holdt seg jevnt høyt.. I 2013-2015 har 1,7 per 1 000, standardisert brukt spesialisthelsetjeneste i forbindelse med KOLS. Økningen kan sees i sammenheng med høyt tobakksbruk i vår kommune.

Kvinner ser ut til å være mer utsatt for KOLS enn menn. Sykdommen rammer sosialt ulikt, fordi røyking er den viktigste årsaken, sammen med arbeidsmiljø og luftforurensning.

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*

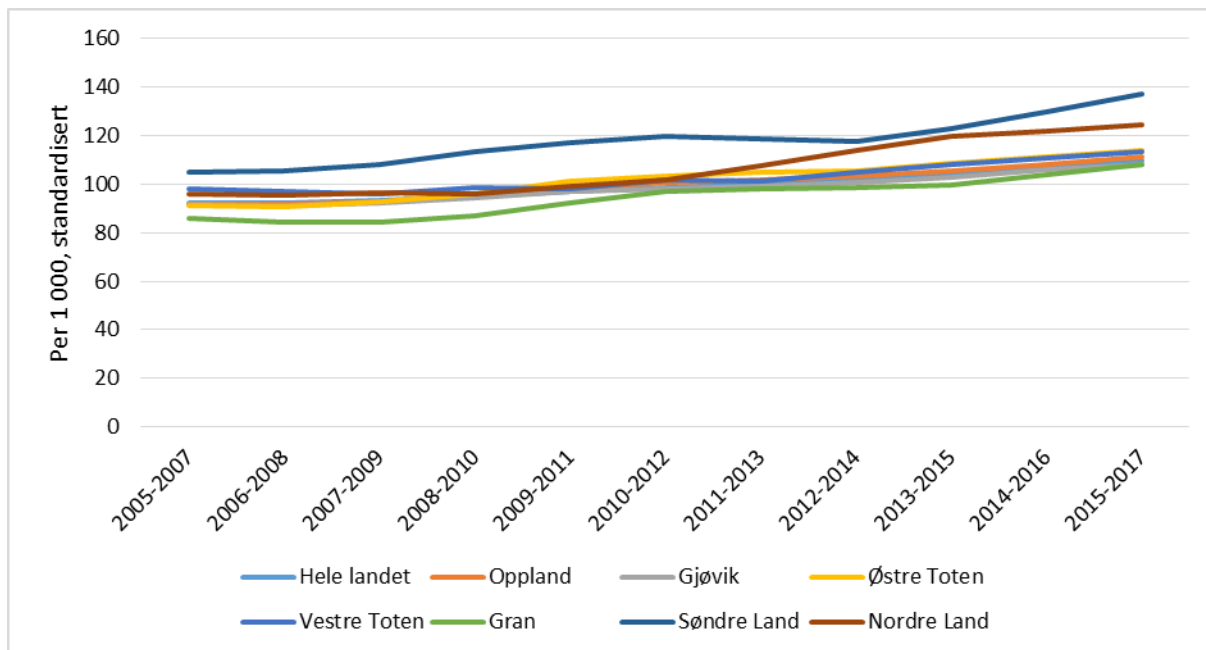
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper 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, 2012-2016



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. [Kilde](#)

Diagram: Bruk av KOLS og astma medikamenter, 45-74 år, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2017



Bruk av KOLS og astmamedikamenter, begge kjønn, 45-74 år, per 1000 standardisert. 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

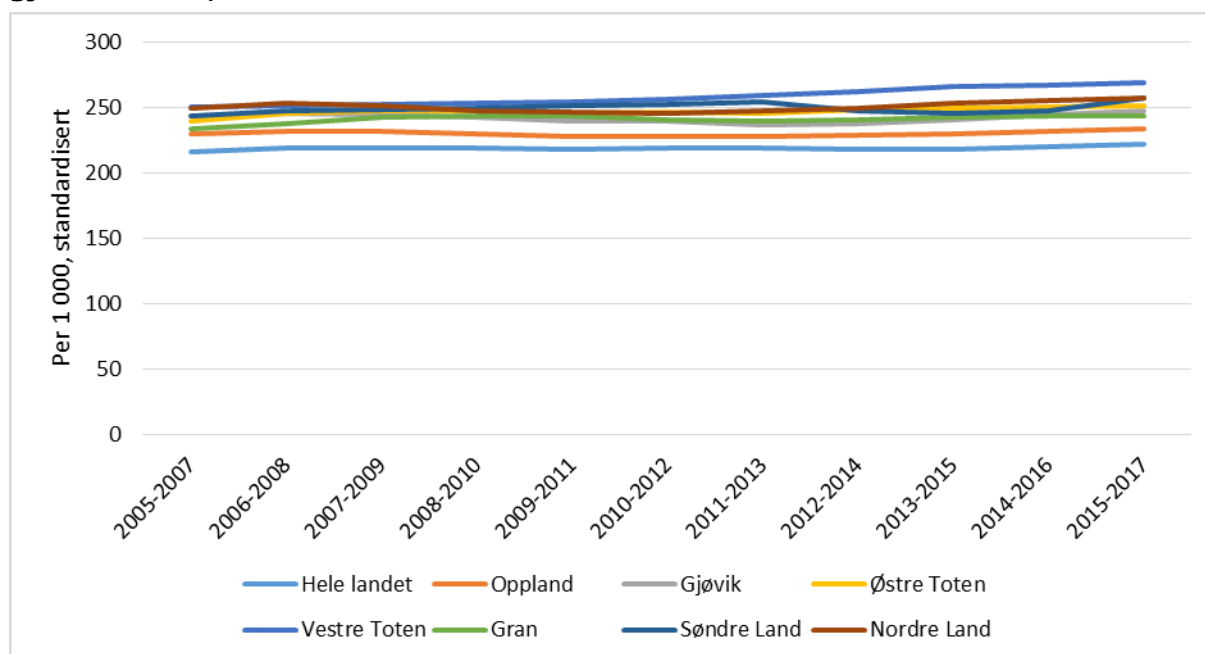
1.6.6 Smerter

Vi har hatt en relativt høy bruk av smertestillende medikamenter over feler år i Nordre Land. Muskel- og skjelettplager er vanligste årsak til smerter.

Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen. Anslagsvis 30 prosent av voksne har kroniske smerter i Norge i dag. Muskel- og skjelettplager er den vanligste årsaken, men en rekke andre lidelser kan også føre til kronisk smerte. Forekomsten er høyere enn i mange andre europeiske land. Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har kroniske smerter, og kvinner er også i langt større grad enn menn sykemeldt og uføre som en følge av kronisk smerte. *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, 2007-2017



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

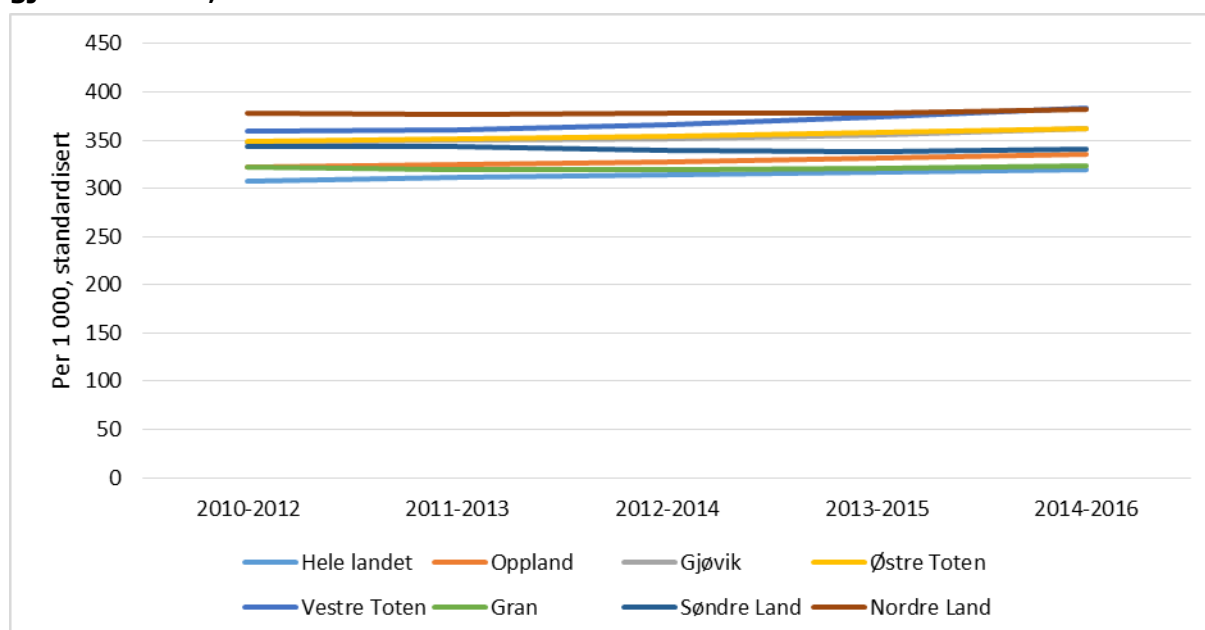
1.6.7 Muskel- skjelettlidelser

Nordre Land skiller seg ut i regionen, i sammen med nabokommunen, når det gjelder antall unike brukere av fastlege eller legevakt i forbindelse med muskel- skjelettlidelser.

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

Muskel- og skjelettlidelser, sammen med psykiske lidelser, er den hyppigste årsaken til sykefravær i Norge. Fysisk aktivitet kan forebygge muskel- og skjelettlidelser. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

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



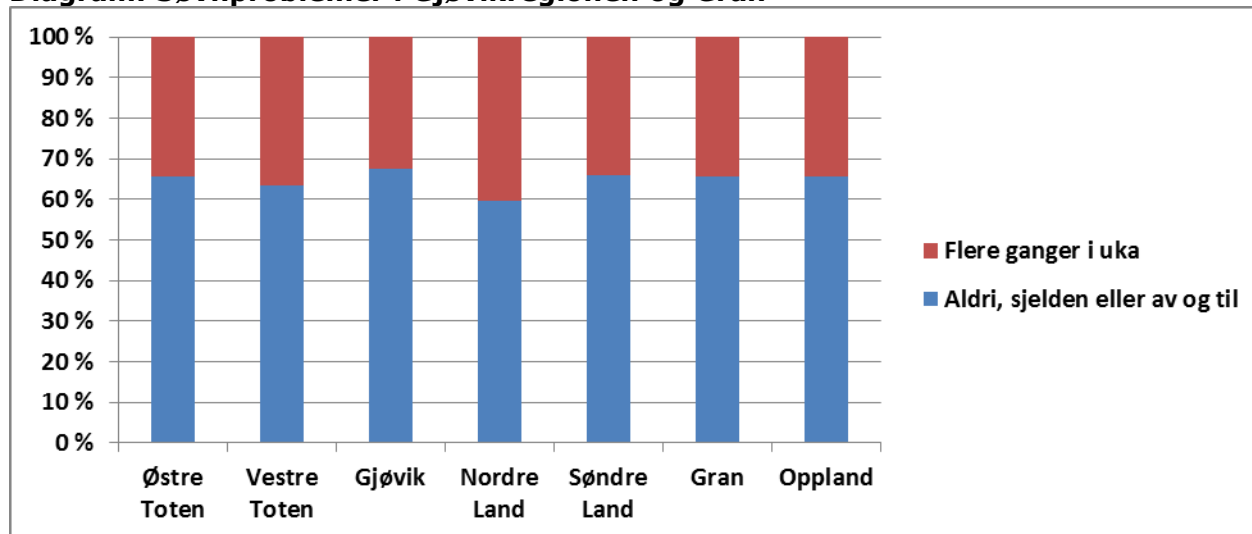
Antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder) Kontakter med primærhelsetjenesten er klassifisert etter ICPC-kodeverket. Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon(KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. [Kilde](#)*

1.6.8 Søvnproblemer

Nærmere 40 % av kommunens innbyggere som svarte på levekårsundersøkelsen definerte at de hadde søvnproblemer flere ganger i uken, noe som er høyest i regionen. Herunder; våkner med hodepine, kjenner seg søvning om dagen, våkner tidlig og får ikke sove igjen, vansker med innsovning eller oppvåkning i løpet av natta.

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

Diagram: Søvnproblemer i Gjøvikregionen og Gran



Andeler med ulike grader av søvnproblemer av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland, i prosent. Søvnproblemer omfatter en eller flere av følgende: våkner med hodepine, kjenner seg søvning, om dagen, våkner for tidlig og får ikke sove igjen, våkner gjentatte ganger om natta og/eller har vanskelig for å sovne om kvelden. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Hadeland. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 228.

1.6.9 Psykiske lidelser

Vi har den høyeste andelen i regionen som besøker fastlegen i løpet av et år for en psykisk lidelse. Cirka en tredel av den norske befolkningen har en psykisk lidelse i løpet av et år.

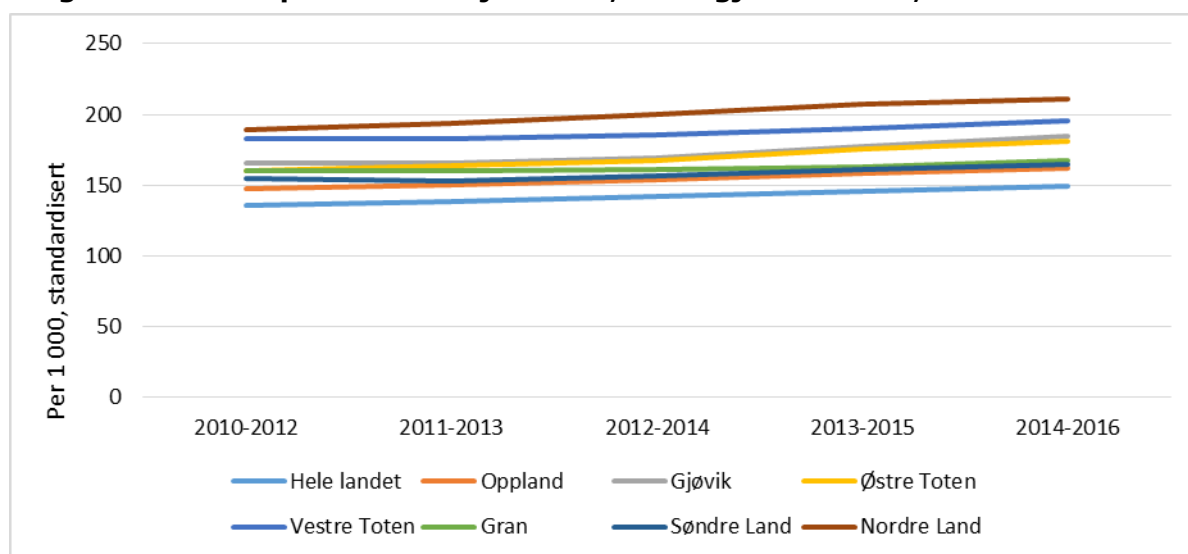
Vi ligger også høyt når det gjelder bruk av antipsykotika og antidepressiva.

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

Tiltak for å utjevne sosial ulikhet vil trolig ha en effekt på utvikling av enkelte psykiske lidelser. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

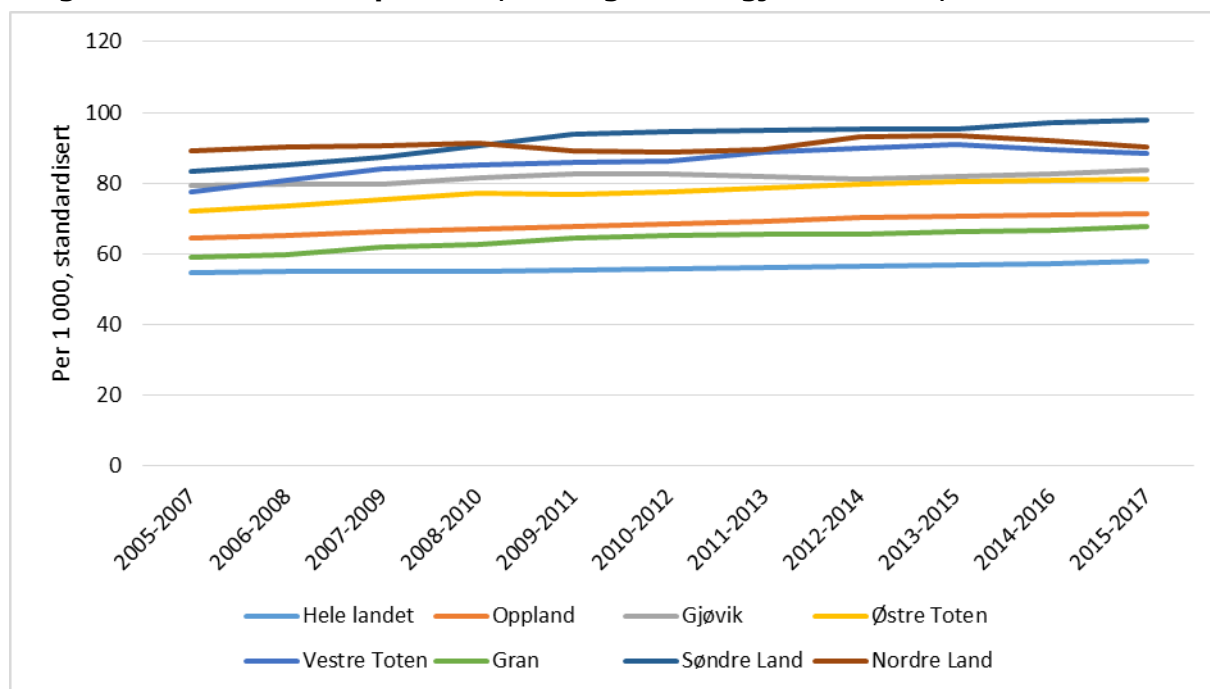
Sosial støtte og utviklet mestringssevne er de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser. *Kilde: Proposisjon til Stortinget (Folkehelseloven)*

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



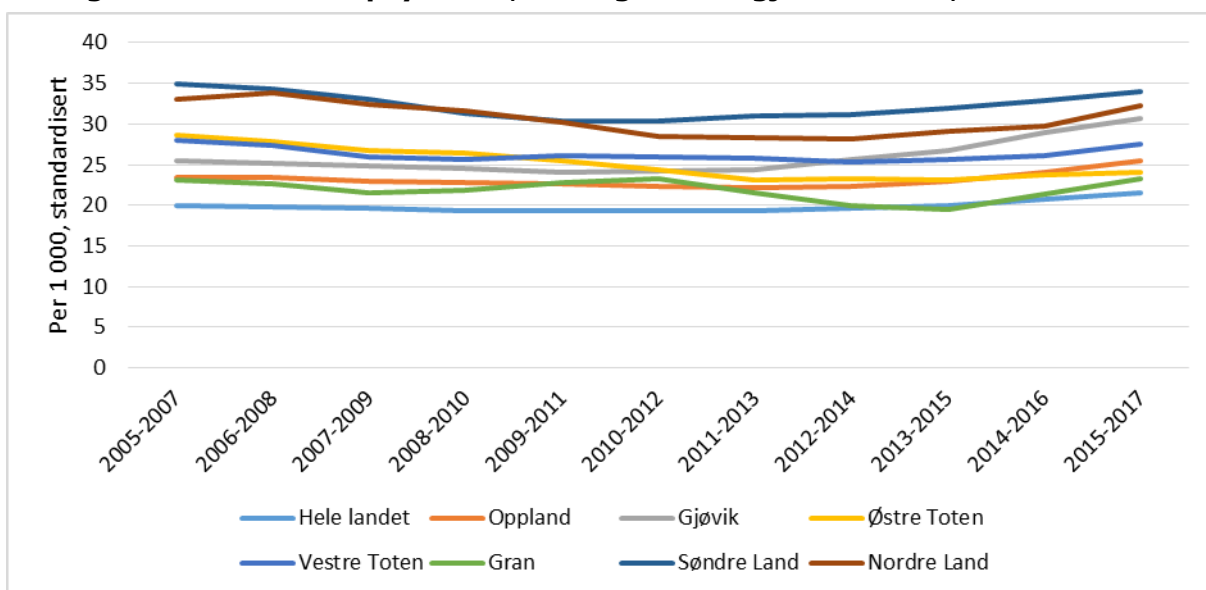
Antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder). Kontakter med primærhelsetjenesten er klassifisert etter ICPC-kodeverket. Dataene er hentet fra: Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon(KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

Diagram: Bruk av antidepressiva, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2017



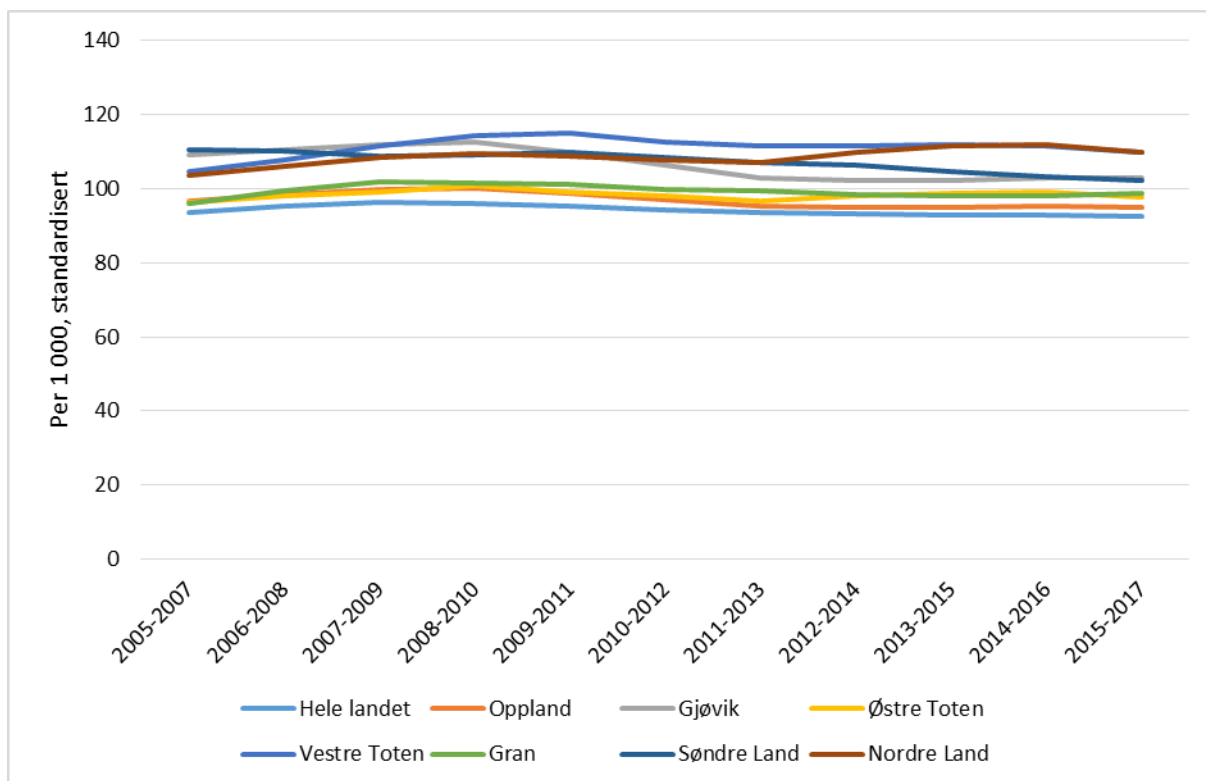
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

Diagram: Bruk av antipsykotika, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2017



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

Diagram: Bruk av sovemidler og beroligende midler, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2017



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

1.6.10 Smittsomme sykdommer

Det er god vaksinasjonsdekning i Nordre Land. Helsestasjonen opplyser at 0-1 familie pr. år ikke ønsker vaksine.

På grunn av lite tallmaterieell er kommunene i Gjøvikregionen og Gran slått sammen når det gjelder meldinger om smittsomme sykdommer; totalt sett få meldinger, bortsett fra genital clamydiainfeksjon.

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 Nordre Land i prosent, 5 års glidende gjennomsnitt, 2013-2016

År		2009- 2013	2010- 2014	2011- 2015*	2012- 2016	
Nordre Land	2 år	Difteri	90,3	89,5	91,6	91,1
		Stivkrampe	90,6	90,1	92,5	92
		Kikhoste	90,3	89,5	91,6	91,1
		Poliomyelitt	90,3	89,5	91,6	91,1
		Hib	93,7	93,3	92,8	92
	Pneumokokk	89,3	87,7	89,5	89	
	Meslinger, kuma og røde hunder (MMR)	..	..	..	..
	9 år	Difteri	86,1	89,6	90,7	91,6
		Stivkrampe	86,1	89,6	90,7	91,6
		Kikhoste	86,4	89,9	91	91,9
Poliomyelitt		85,8	89,2	90,7	91,9	
Hib		..	..	..	..
Pneumokokk	..	..	..	..
Meslinger, kuma og røde hunder (MMR)	..	..	..	..

Andelen barn som er fullvaksinerte mot henholdsvis meslinger, kuma, røde hunder (MMR), 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). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. [Kilde](#)

Tabell: MSIS meldinger smittsomme sykdommer Gjøvikregionen og Gran, 2010-2017

Sykdom	10	11	12	13	14	15	16	17
Aids		2					1	
Campylobacteriose	27	54	52	49	48	40	31	51
Chlamydiainfeksjon, genital	273	256	277	284	287	316	346	
Denguefeber								
E. coli-enteritt	7	6	5	16	7	4	5	12
Encefalitt	2	4						
Giardiasis	3	1	3	2	2		2	2
Gonore				5	2	2	4	5
Hepatitt A			2		2			
Hepatitt B, akutt								2
Hepatitt B, kronisk	2	1	3	7	10	11	9	5
Hepatitt C	21	16	21	5	24	22	15	13
Hiv-infeksjon	3	7	4	1	3	4	2	
Influenza A	1	3						
Kikhoste	59	166	102	42	24	23	31	21
Kusma		1				1		
Lyme borreliose	1		1		1	1	1	
Malaria	1	1				1		
MRSA-infeksjon	4	2	3	4	8	11		
MRSA-smittebærertilstand	3	6	11	15	13	23		
Nephropathia epidemica		2					1	1
Prionsykdommer (CJS)								
PRP infeksjon/smittebærertilstand						2		
Salmonellose	20	14	17	18	13	13	14	15
Shigellose		2	2			1		1
Syfilis		1	1	1	1		1	1
Syst.Gr. A streptokokksykdom	5	3	2	3	4	4	4	3
Syst.Gr. B streptokokksykdom	4	5	5	5	5	2	2	6
Syst. H. influensasykdom	4	2	2	1	2	2	2	2
Syst. Pneumokokksykdom	15	10	9	17	12	10	15	11
Tuberkulose	5	1	6	2	2	10	14	
Tularemi		1			1		5	4
Yersinose			1		2	1		

Tabellen viser antall tilfeller diagnostisert i tidsrommet 01.01-31.12.2005, 01.01.2009 - 31.12.2013 for Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Søndre Land, Nordre Land og Gran. Kommunene er slått sammen pga. lite tallmaterieell for den enkelte kommune. Kilde: Folkehelseinstituttet, MSIS. [Kilde](#)

1.6.11 Kreft

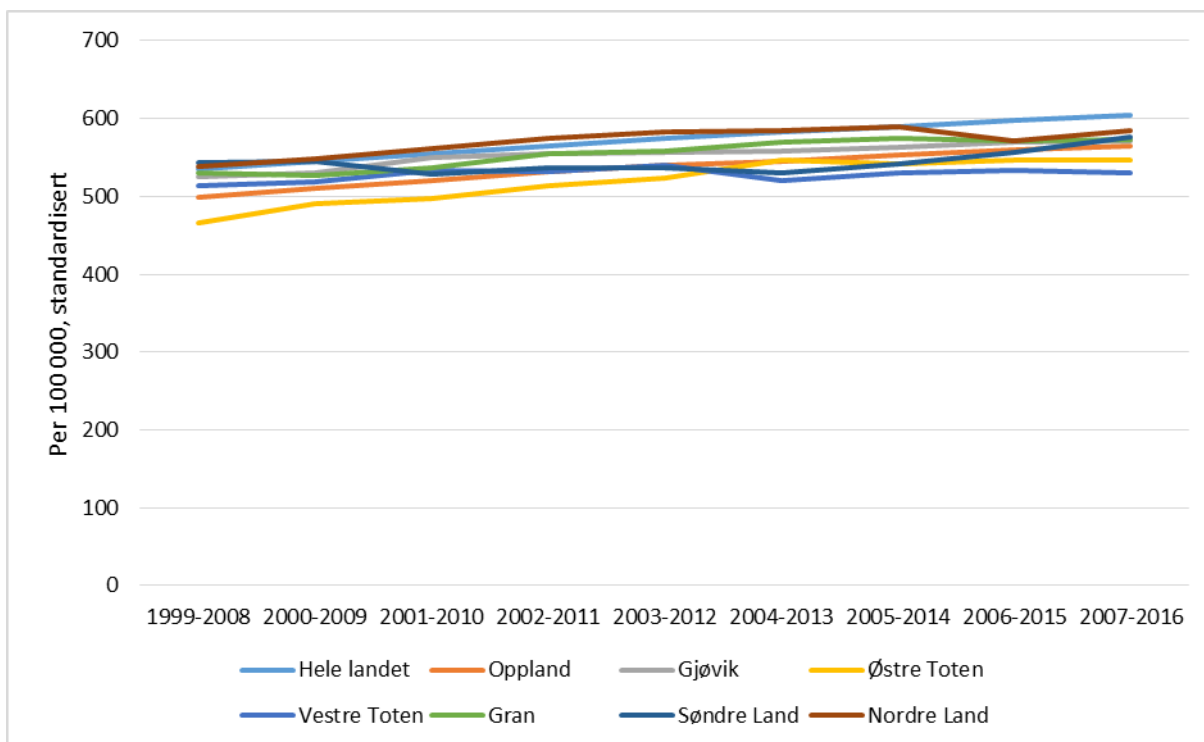
Vi ligger relativt høyt i antall nye krefttilfeller i vår kommune ved 10 års glidende gjennomsnitt, sammenlignet med Gjøvik-regionen og Gran.

I forhold til lungekreft ser man økende sosioøkonomiske forskjeller.

Dødelighet kreft er relativt stabilt.

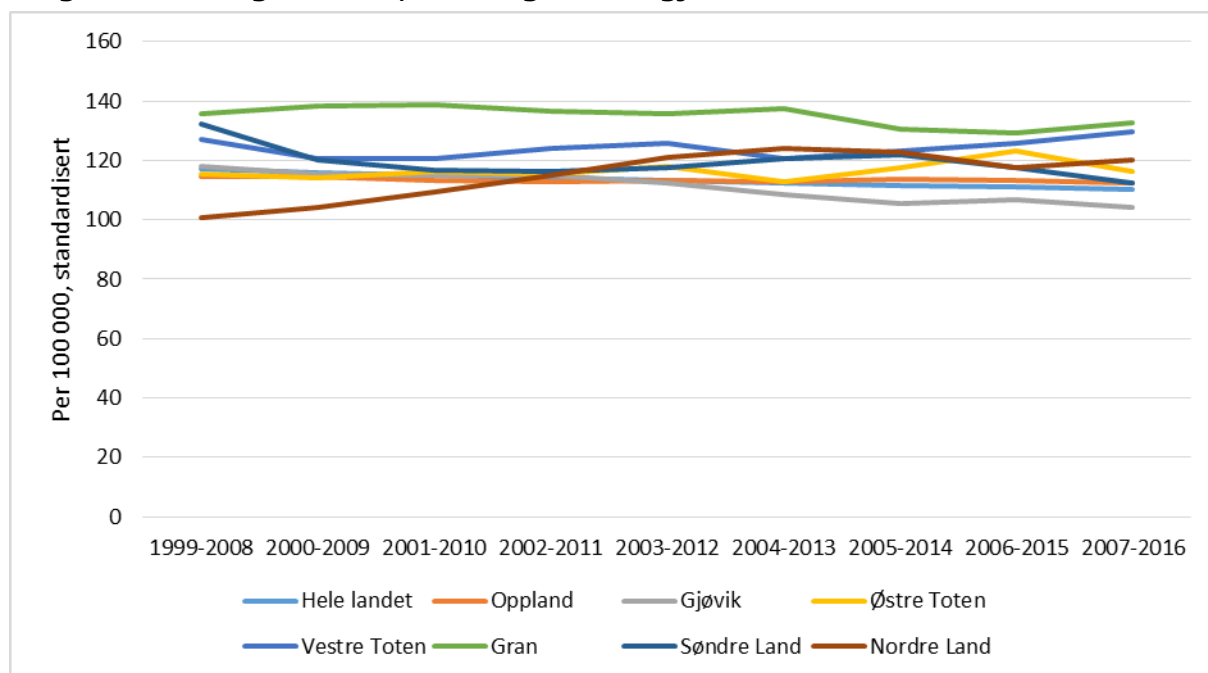
Kreftdødeligheten i Norge har endret seg lite fra 1950 til i dag (dødsfall per 100 000 innbyggere korrigerer for økt levealder). Kreftforekomsten har økt. Det er større sosioøkonomiske forskjeller i kreftdødelighet i dag enn for 40 år siden, spesielt i forhold til lungekreft. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Diagram: Nye krefttilfeller, 10 års glidende gjennomsnitt, 2008-2016



Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 10-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

Diagram: Dødelighet kreft, 10 års glidende gjennomsnitt 2008-2016



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. [Kilde](#)

1.6.12 Tannhelse

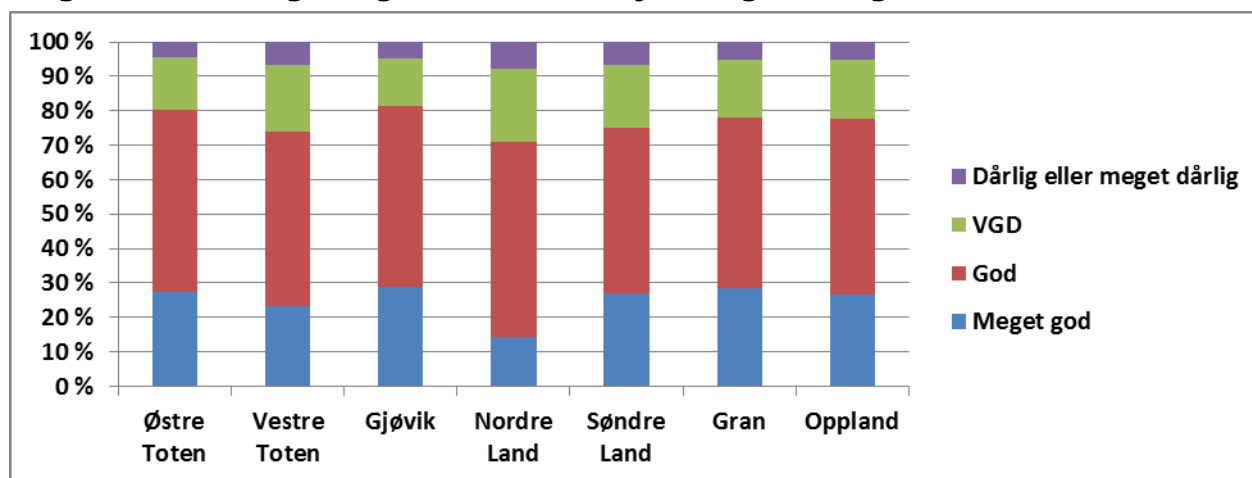
Det er generelt en god tannhelse i befolkningen. 50 % av alle 12 åringer er helt problemfrie og har mindre enn 4 fyllinger. 84 % av 5 åringene er kariesfrie.

Det er i gjennomsnitt 22 friske tenner på 18 åringer (28 tenner totalt). Det er størst utvikling i karies mellom 12 til 18 år. God tannhelse er resultat av et godt samarbeid med helsestasjonen.

For å ivareta tannhelsen hos de eldre er det årlige møter med hjemmetjenesten. Tildelingskontoret tildeler hjelp til personlig pleie ved behov. Tannpleie/tannpuss inngår i dette tilbudet.

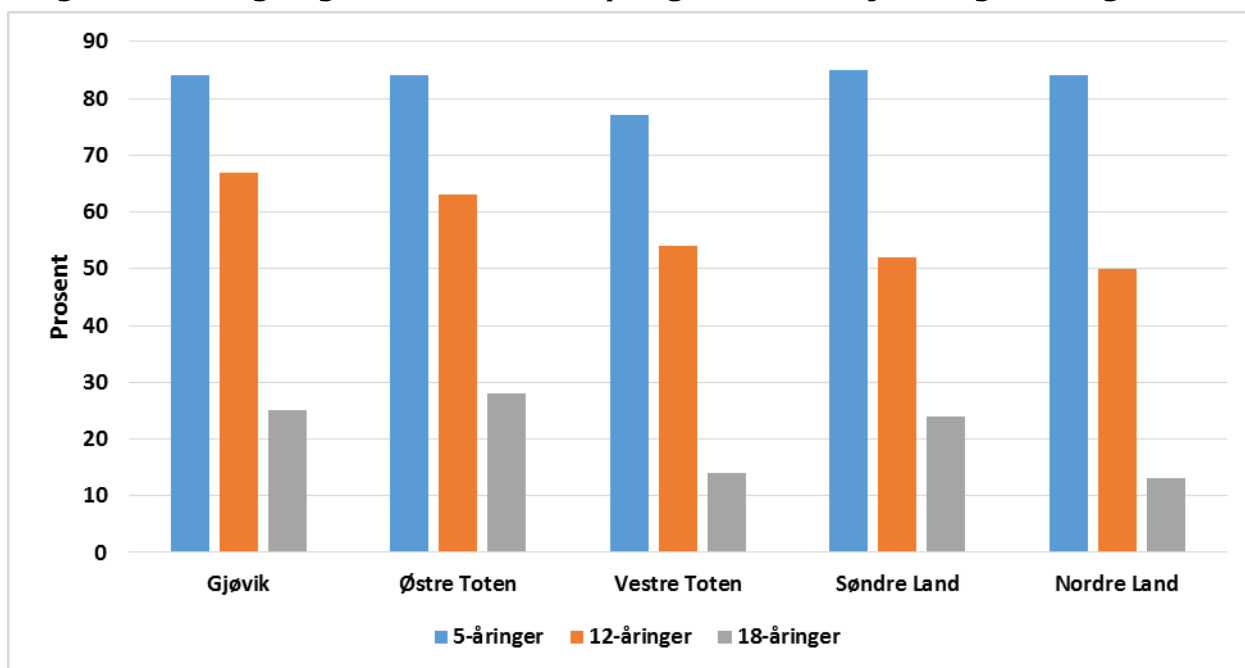
De siste 30 årene har det skjedd en betydelig bedring i tannhelsen. Flere barn og unge har ingen eller få "hull" i tennene. Blant voksne og eldre er det flere som har egne tenner i behold, og som klarer seg uten protese. Men fortsatt varierer tannhelsen med alder, økonomi, hvor i landet man bor og om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

Diagram: Vurdering av egen tannhelse i Gjøvikregionen og Gran



Andeler med ulike grader av vurdering av egen tannhelse fra meget dårlig til meget god - av de som svarte på levekårsundersøkelsen i Østre Toten, Vestre Toten, Gjøvik, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Oppland i 2014, i prosent. Kilde: Folkehelse og levekår i Oppland. Resultater for kommunene i Gjøvikregionen og Gran. ØF-notat 9 og 10/2014. Tabell 204.

Diagram: Barn og unge uten behov for fyllinger i 2016 i Gjøvikregionen og Gran



Forklaring: Andel 5-, 12- og 18-åringer uten behov for fyllinger i 2016, i prosent. Kilde: Fylkestannhelsetjenesten i Oppland.