



Folkehelseoversikt Skjåk kommune, april 2018



**Utfordringer, ressurser
og oppsummering status
side 6-19**

Innholdsfortegnelse

1	BAKGRUNN, LOVGRUNNLAG OG OPPDATERING	4
2	INFORMASJON OM FOLKEHELSEOVERSIKTEN	5
2.1	Prosesser, kilder og statistikk.....	5
3	UTFORDRINGER, RESSURSER OG OPPSUMMERING AV STATUS... 	6
3.1	Hovedutfordringer - satsingsområder	6
3.2	Helsefremmende og forebyggende tiltak / ressurser i kommunen.....	7
3.2.1	Eksisterende tiltak og forslag til nye tiltak	7
3.2.2	Aktiviteter Skjåk friviljug-sentral	10
3.3	Oppsummering helsetilstand og påvirkningsfaktorer.....	11
3.4	Påvirkningsfaktorer og utfordringer gravide, barn, unge og familier i Nord-Gudbrandsdal.....	18
4	HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER.....	20
4.1	Befolkningssammensetning	20
4.1.1	Befolkningsendringer	20
4.1.2	Befolkningsframskriving	23
4.1.3	Etnisitet	24
4.1.4	Personer som bor alene	25
4.2	Oppvekst- og levekårsforhold	26
4.2.1	Inntekter og utgifter	26
4.2.2	Mottakere av sosialhjelp	28
4.2.3	Arbeidsledighet	29
4.2.4	Sykefravær	30
4.2.5	Uføretrygd og arbeidsavklaringspenger	31
4.2.6	Grunnskole som høyeste utdanningsnivå	33
4.2.7	Frafall videregående skole	34
4.2.8	Barnevern	35
4.3	Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....	36
4.3.1	Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen	36
4.3.2	Drikkevannskvalitet	37
4.3.3	Trivsel på skolen og krenkende adferd blant ungdom	38
4.3.4	Sosial støtte	42
4.4	Skader og ulykker	43
4.4.1	Sykehusinnleggelse etter ulykker	43
4.4.2	Trafikk – utfordringer og ulykker	45
4.4.3	Vold	47

4.1	Helserelatert atferd	48
4.1.1	Deltakelse i aktiviteter	48
4.1.2	Tid brukt på ulike medier	49
4.1.3	Tid brukt på lekser	51
4.1.4	Fysisk aktivitet	53
4.1.5	Kosthold	54
4.1.6	Røyk og snus	55
4.1.7	Alkohol og andre rusmidler	56
4.2	Helsetilstand.....	58
4.2.1	Opplevelse av helse, subjektiv livskvalitet og selvbilde	58
4.2.2	Forventet levealder	59
4.2.3	Diabetes – type 2	62
4.2.4	Hjerte- og karsykdommer	63
4.2.5	Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma	67
4.2.6	Smerter	69
4.2.7	Muskel- skjelettlidelser	70
4.2.8	Søvnproblemer, psykiske plager og lidelser	71
4.2.9	Smittsomme sykdommer	75
4.2.10	Antibiotika	77
4.2.11	Kreft	78
4.2.12	Tannhelse	80
5	VEDLEGG.....	82
5.1	Utarbeidelse av folkehelseoversikten - prosesser	83
5.2	Ungdataundersøkelse i Nord-Gudbrandsdal	84
5.3	Oppdateringer og endringer.....	85
5.4	Årshjul - oppdatering	86

Foto:

Fra Skjåk kommunes hjemmesider / Dønfoss naturbarnehage: s. 4
 Fra Skjåk kommunes hjemmesider/Kari Hånsnar – s. 83, s. 5
 Fra Skjåk kommunes hjemmesider/Sigrun Eide: s 6, 84
 Fra Skjåk kommunes hjemmesider /Morten Kielland: s. 6, 11, 13, 16
 Fra Skjåk kommunes hjemmesider: s. 7, 9, 14, 15
 Else Hove Hyrve og Jo-Andre Sperstad Fjeld: s. 10
 Hege Lorentzen: s. 19
 Vidar Heitkøtter: s. 19
 Ane Holen Lorentzen: s. 12
 Aud Hove: forside, s. 20, 82

Folkehelseoversikten er utarbeidet – i samarbeid med kommunen - av tidligere koordinator i samfunnsmedisin Hege Lorentzen. Rådmannen er ansvarlig for oppdatering.

1 Bakgrunn, lovgrunnlag og oppdatering

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som

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

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

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

Oversikten – heretter kalt folkehelseoversikten - skal

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

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

Folkehelseoversikten skal bl.a. baseres på følgende:

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

Folkehelseoversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av:

- Befolknings sammensetning
- Oppvekst- og levekårsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Skader og ulykker
- Helse relatert atferd
- Helsetilstand

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



Dette dokumentet er den skriftlige folkehelseoversikten for Skjåk kommune. Det ivaretar både kravet om å ha en løpende oversikt over folkehelseutfordringene og kravet til å ha et samlet oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet.

Oppdatering og implementering av folkehelseoversikten drøftes i Rådmannens leder- og stabsmøte i løpet av siste kvartal hvert år.

Folkehelseoversikten er tilgjengelig for alle kommunens innbyggere på [hjemmesidene til Skjåk kommune under «Individ og samfunn».](#)

2 Informasjon om folkehelseoversikten

2.1 Prosesser, kilder og statistikk

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

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

Kildene er angitt i de enkelte tabellene/diagrammene.

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

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

I 2015 ble det gjennomført UNGDATA-undersøkelse i Nord-Gudbrandsdal. Det henvises til [vedlegg 5.2](#) for en kort beskrivelse av denne undersøkelsen. Det er gjennomført ny UNGDATA-undersøkelse i 2018. Et utvalg av disse resultatene vil ev. tas inn i neste utgave av folkehelseoversikten.

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

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

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



3 Utfordringer, ressurser og oppsummering av status

3.1 Hovedutfordringer - satsingsområder

På folkehelseverkstedet 16. mars 2015 – med bakgrunn i data fra folkehelseoversikten og egne erfaringer – vurderte deltakerne følgende til å være hovedutfordringer i Skjåk kommune:

Arbeidsplasser

Det er behov for flere – og attraktive - arbeidsplasser dersom Skjåk skal ha vekst og utvikling. Skjåk kommune bør finne sin «nisje» med muligheter for gode fagmiljøer. Det er vanskelig å «rekruttere» nye innbyggere bl.a. fordi det er vanskelig å finne relevant arbeid. Nedgangen i landbruket har uheldige konsekvenser for bygda. Det er mangel på heltidsstillinger. Flere (heltids)arbeidsplasser i bygda vurderes til å være viktig for å hindre nedgang i folketall, men også for å utjevne sosiale forskjeller gjennom å redusere andel lavinntekthusholdninger.

Psykososialt miljø

Sosial inkludering er en forutsetning for god folkehelse. Manglende inkludering av nye innbyggere og enkelte utsatte grupper f.eks. personer med psykiske lidelser er en utfordring. Selv om tallene for opplevelse av mobbing på skolen var lave i den siste undersøkelsen fra skoleporten, vurderes arbeid i forhold til det psykososiale miljøet på skolen til å være et viktig satsingsområde. Tiltak som bidrar til inkludering, integrering, respekt for forskjeller og et godt psykososialt miljø generelt i bygda er viktig å prioritere i folkehelsearbeidet.

Sosiale møteplasser

Skjåk har mange organiserte aktivitetstilbud med stor variasjon, men få uformelle møteplasser – ikke minst på kveldstid. Det er behov for tilgjengelige møteplasser for innbyggere i alle aldre. Gode sosiale møteplasser for uorganisert aktivitet kan motvirke ensomhet og isolasjon og være et bidrag for å lette integrering av innflyttere.

Fysisk aktivitet

Lite fysisk aktivitet for grupper av befolkningen kan på sikt føre til livsstilssykdommer. Økt bruk av digitale verktøy og utfordringer med grensesetting i forhold til tidsbruk for barn og unge, kan være en faktor som fører til mindre fysisk aktivitet. Tiltak for å øke fysisk aktivitet blant innbyggerne kan fort føre til at de som mosjonerer, mosjonerer enda mer. Det er en utfordring å nå alle i det forebyggende arbeidet. Skjåk kommune har gode turområder og mange oppmerkede stier og løyper, men mangler lavterskeltilbud som kan bidra til økt hverdagsaktivitet - som «postkasser», dagsturhytter, møteplasser ute, gatebelysning, gangbro over Ottaelven (mellom Bismo og Lundagrenda/sentrum) og gang- og sykkelveier.



3.2 Helsefremmende og forebyggende tiltak / ressurser i kommunen

3.2.1 Eksisterende tiltak og forslag til nye tiltak

Et tiltak kan bidra positivt i forhold til flere faktorer, men er primært bare ført ett sted. Listen er ikke uttømmende. Oppdatert mars/april 2015.

BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

Eksisterende tiltak

- ✓ Bolyst:
 - Ståk i Skjåk
 - Plan for sentrumsutvikling
 - Rundt 80 frivillige lag og foreninger i kommunen
- ✓ Integrering av innvandrere:
 - Sosiale møteplasser på frivilligsentralen

Forslag til nye tiltak

- ✓ Sikre høyere livskvalitet for eldre ved å sikre dem mulighet til å være i yrkesaktivitet og bo i egen bolig lengst mulig - i tillegg til å legge til rette for frivillig arbeid
- ✓ Møte reduksjonen i antall yrkesaktive gjennom god yrkesveiledning og skoling av innvandrere innen helsesektoren
- ✓ Aktiv bostedspolitik rettet mot unge og andre lavinntektsgrupper i etableringsfasen
- ✓ Sentrale tomteområder til bustad og industri
- ✓ Aktiv næringspolitikk (konkrete virkemidler, kompetansearbeidsplasser, styrke jordbruket)
- ✓ Breddbåndsutbygging
- ✓ Innflytterkonsulent/-tjeneste – styrke tilrettelegging for fremmedkulturelle,
- ✓ Lette integrering for innvandrere gjennom bl.a. god yrkesveiledning og mer ressurser i barnehage og skole
- ✓ Familier/personer som kan bidra mht integrering av innvandrere (sette det i system)

OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD

Eksisterende tiltak

- ✓ Bibliotek – et pusterom i en travle hverdag, en trygg og uforpliktende møteplass med bøker, media og datatjenester gratis til disposisjon for brukerne
- ✓ Bostøtte (en statlig økonomisk støtteordning for de som har høye bostgifter og lav inntekt – kommunen kan bistå ved søknad)
- ✓ Satsing på arbeid med grunnleggende ferdigheter i skolen – kartlegging og tiltak er satt i system, skal inn i matematikksatsing
- ✓ Ny GIV metodikk
- ✓ Gratis leie av idrettshall

Forslag til nye tiltak

- ✓ Tiltak som sikrer at alle kan delta på de aktivitetene de ønsker, f.eks. utstyrspark skole/barnehage, kommunal utlånsordning (for barnehage-, skole- og fritidsrelaterte aktiviteter)
- ✓ Rimelig / gratis bruk av svømmehall



FYSISK, KJEMISK, BIOLOGISK OG SOSIALT MILJØ

Eksisterende tiltak

- ✓ Rutiner for arbeid med det psykososiale miljøet i skolene
- ✓ MOT-kommune
- ✓ Miljøarbeider ansatt på helsestasjonen - jobber mot skolene
- ✓ Sosiale møteplasser på dagtid – skole, bibliotek og frivilligsentral
- ✓ Ungdomsklubben
- ✓ Småbarnskafè (frivilligsentralen)
- ✓ Dagsenter på Skjåkheimen

Forslag til nye tiltak

- ✓ Videreutvikle og sikre god kvalitet i barnehager og skoler (psykososialt miljø)
- ✓ Etablere uformelle sosiale møteplasser som er åpne på kveldstid (for eksempel bruke 2. etg på Skjåkheimen til kultur og idrett, som kafe og møteplass)
- ✓ Gruppe for unge mødre / barnefamilier

SKADER OG ULYKKER

Eksisterende tiltak

- ✓ Trafikksikringsplan
- ✓ Gruppetiltak fysisk aktivitet (frivillige lag og foreninger bl.a. LHL Skjåk)
- ✓ Fallforebyggende treningsgrupper etablert
- ✓ Fallforebyggende og brannforebyggende brosjyrer og brosjyre som kan brukes ved kriser og katastrofer er utarbeidet

Forslag til nye tiltak

- ✓ Trafikkopplæring på ungdomsskolen



HELSERELATERT ATFERD

Eksisterende tiltak

- ✓ Gratis lunsj i kantina for elever i ungdomsskole
- ✓ Fruktordning i skolen
- ✓ Informasjon om kosthold, fysisk aktivitet, grensesetting mm gis foreldre gjennom skole, barnehage, helsestasjon (viktig å videreutvikle)
- ✓ Marlo skule: morgentrim
- ✓ Merking og tilrettelegging av turstier og sykkelstier, «skrytekasser»
- ✓ Tilbud om gruppeaktivitet hos fysioterapeut for gårdbrukere
- ✓ Diverse lavterskeltilbud bl.a. spinning, dametrim
- ✓ Småbarnsbading
- ✓ Sang og dans for alle aldre
- ✓ Treningsgrupper med fysioterapeut
- ✓ LHL trim
- ✓ Idrettshall og svømmebasseng
- ✓ Styrketreningsrom
- ✓ Skatepark
- ✓ Kulturskole



Forslag til nye tiltak

- ✓ Vegetar restaurant
- ✓ Opplysningsarbeid i regi av frivilligsentralen med hensyn til kosthold
- ✓ Frisklivssentral
- ✓ Nye lokaler for treningsrommet
- ✓ Idrettskonsulent som skal ha fokus på bruk av idrettsanlegg og friluftsliv
- ✓ Månedlig flygeblad med informasjon om hva som skjer i kommunen

HELSETILSTAND

Eksisterende tiltak

- ✓ Utvidet helsestasjon
- ✓ Helsestasjon og jordmortjeneste har utarbeidet prosedyrer som bl.a. omfatter tidlig innsats
- ✓ Hjemmebesøk etter fødselen (jordmor eller helsesøster)
- ✓ Kartlegging av depresjon før etter fødsel /EPDS (helsestasjon, jordmor)
- ✓ Gruppesamtaler i grunnskolen (skolehelsetjenesten)
- ✓ Helsestasjon for ungdom (helsestasjon)
- ✓ Opplysning/temauke psykisk helse ungdomsskole
- ✓ Barnevaksinasjonsprogram (helsestasjon)
- ✓ Vaksineringsprogram for utsatte grupper, reisevaksineringsprogram og yrkesvaksineringsprogram (helsestasjon)
- ✓ Smittevernplan

Forslag til nye tiltak

- ✓ Etablere tiltak som bidrar til å styrke foreldrerollen – bl.a. samarbeid hjem/skole hjem/barnehage og foreldrenettverk i samarbeid med helsestasjonen
- ✓ Bedriftsmassasje

3.2.2 Aktiviteter Skjåk friviljug-sentral



Friviljug-sentralen er en stiftelse bestående av Skjåk kommune, Skjåk kirkelige Fellesråd og seks frivillige lag og organisasjoner. Skjåk friviljug-sentral er en møteplass mellom mennesker som gjør sitt beste for at bygda skal bli godt ivaretatt. Sentralen skal stimulere folk til å bo i bygda og hindre fraflytting. Det er bygdefolket som skal bestemme hva Friviljug-sentralen skal være. Samarbeidsparter er frivillige, flyktnings-tjenesten, NAV, voksenopplæringen, hjemmetjenesten, Skjåkheimen, psykiatritjenesten, ungdomsskolen, biblioteket, kirka og lokale lag og foreninger.

Kontaktperson: Jo-Andre Sperstad Fjeld, sksjaak.friviljugsentral@skjaak.kommune.no

Føresetnadene for å få varige og gode tilbud

- Stor innsats fra ca.110 frivillige som utførte ca 9000 frivillige timer (i 2016)
- Ivaretaking av de frivillige – positiv oppmerksomhet
- En hyggelig, trygg og god møteplass der alle føler seg velkommen
- Lavterskeltilbud der det ikke er forskjell på folk
- Sentralt og lett tilgjengelig lokale



Aktiviteter pr. juni 2017 (med oppstartsdato i parentes):

Småbarnsbading: Mandager møtes foreldre med sine små for bading i trygge og rolige omstendigheter. (1998)

Småbarnskafé: Annenhver mandag på dagtid er det kafe og hygge for småbarnsforeldre. Det arrangeres tidvis temadager som matdag, førstehjelp etc. (1998)

Musikk ved livets begynnelse: Et tilbud i samarbeid med helsestasjonen. ca. 10 foreldre møtes ukentlig med barna. Settes opp med 10 oppmøter om gangen. (2004)

Samvær- og kortspelgruppe: Kortspillere møtes mandager og fredager for å spille kort og for å ha en hyggelig tid sammen. (1999)

Bridge: Rundt 15 menn og kvinner spiller Bridge på Tirsdager. (2005)

Trimgruppe: LHL arrangerer trim (2007) og avslutter med «noe å bite i» på sentralen.

Innvandretreff: «Møteplassen» i tillegg kommer temadager.

Kargruppe: En gang i måneden møtes ca. 10 menn på friviljug-sentralen eller er på tur - sosialt samvær. (2011)

Guttekklubben: En gruppe på 10 menn kommer en gang i måneden. Grappa går tur eller har et anna tema før de møtes til mat. (2013)

Kjerringråd: For damer en gang i måneden.

Matutkjøring: 5 sjåførere kjører ut kald vakuumert mat hver uke. (1999)

Aktiviteter på Skjåkheimen: Besøktjeneste. Følgetjeneste. Bingo. Hyggetreff med underholdning en gang i måneden. Julebord og maskerade. Floragrafer. Hjelp ved tilstillinger. Div turer



Anna: Friviljuge henter og kjører til aktiviteter. De er sjåførere og følge på turer, reparerer og syr klede og utfører småoppdrag for eldre og enslige og organiserer nattravnene. Friviljuge arrangerer innflyttertreff en gang i året (samen med kommunen), salg av julebakst, Ståk i Skjåk, Hausttakk, Bukkeball, Verdens Aktivitetsdag (sammen med eldrerådet), grillfest, matdag, skidag, feiring av Eritreisk nasjonaldag, julekaffe og mye mere. De har ansvar for TV-aksjonen - kveldsmat på friviljug-sentralen etterpå.

Alle foto: Else Hove Hyrve og Jo-Andre Sperstad Fjeld

3.3 Oppsummering helsetilstand og påvirkningsfaktorer

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

BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

Befolkningsendringer

- Folketall: Fra 1986 til 2017 har folketallet blitt redusert med 509 personer. Pr. 1. januar 2018: 2179 innbyggere – en nedgang på 23 fra året før.
- Nettoinnflytting: Variasjon fra år til år om den har vært positiv eller negativ.
- Stor økning i folketall i perioder pga hytte- og campingliv.
- Fødsler: Antall levendefødte pr. år de siste 10 årene stort sett mellom 17 og 23. Det var 18 i 2017. (6 i 2012)
- Folketall i regionen pr. 1. januar 2018: 18700 (en nedgang på 3029 etter 1986)

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

Det forventes en reduksjon av innbyggertallet fra 2204 i 2016 til 2002 i 2040 med:

- 327 færre innbyggere yngre enn 66 år
- 25 flere mellom 67 og 79 år
- 100 flere over 80 år (fra 142 til 242)

Etnisitet

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre: Økning fra 41 personer i 2000 til 145 personer (6,6 % av innbyggerne) i 2017.

Personer som bor alene

Over 16 år: Relativt stabil. 21,2 % i 2017.



OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD

Inntekter og utgifter

- Lavinntekthusholdninger, EU 60: Små svingninger, men gradvis reduksjon - fra 12,9 % i 2006 til 11 % (233 personer) i 2016. I aldersgruppen 0-17 år var den 12,5 % i 2016, dvs 49 barn og unge.
- 2015*: 23 % hadde verken hatt god eller dårlig råd. Mellom 0 og 4 % hadde hatt dårlig råd hele – eller stort sett hele – tiden.

Mottakere av sosialhjelp

Mindre svingninger etter 2002. 2,9 % av innbyggerne - dvs. 63 personer i 2016.

Arbeidsledighet

I januar 2018 var 2,2 % av arbeidsstyrken – 25 personer - helt arbeidsledige.

Sykefravær (legemeldt)

Svingninger etter 2008. 4,7 % i 3. kvartal 2016.

Uføretrygd og arbeidsavklaringspenger

- Uføretrygd: Relativt stabil etter 2002. 9 % av befolkningen mellom 18 og 66 år (145 personer) i årlig gj.snitt 2014-2016.
- Arbeidsavklaringspenger: Gradvis nedgang i andel de siste årene. 5,2 %, dvs. 69 av innbyggerne i 2014-2016 (årlig gjennomsnitt).

Grunnskole som høyeste utdanningsnivå

Gradvis nedgang etter 1996, men noe økning siste årene. 21,2 % i 2016 (alder 30-39 år).

Frafall videregående skole

Gradvis økning fra 2007 til 2014, deretter en reduksjon (årlig gjennomsnitt). 17 %, ca. 5 personer, i årlig gj.snitt i 2014-2016.

Barnevern

5 års glidende gjennomsnitt viser relativt stabile tall mht antall barn som har hatt undersøkelse eller tiltak i barnevernet etter 2001. I 2001 var det 25 og i 2017 30 barn.



FYSISK, KJEMISK, BIOLOGISK OG SOSIALT MILJØ

Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen

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

- Lokaler der de kan treffe andre unge på fritida: 58 %
- Tilbud til ungdom er når det gjaldt idrettsanlegg: 68 %
- Kollektivtilbudet: 44 %
- Kulturtilbud (kino, konsertscene, bibliotek e.l.) til ungdommen: 28 %



2015* - trivsel og trygghet:

- 75 % trivdes godt eller svært godt i nærområdet der de bodde.
- Under 5 % trivdes dårlig eller svært dårlig der de bodde.
- 92 % opplevde det som trygt å ferdes i nærområdet der de bodde.
- 78 % opplevde det som trygt å ferdes på gater/veier i nærmeste sentrum/tettsted

59 % kunne tenke seg å la ev. barn vokse opp der de selv bodde.

27 % trodde de kunne finne en jobb i kommunen som passet dem, etter skolegang.

Støy og støv

Folkehelseverkstedet 2015: Støvplager landbruk og anlegg.

Drikkevannskvalitet

100 % tilfredsstillende analyseresultater i 2016.

Skolemiljø – opplevelse av trivsel og mobbing

Opplevelse av trivsel på skolen:

- Score skoleporten 2016/2017: 4,3 på 7. og 4,1 på 10. trinn. (Skala 1-5, 5 beste verdi)
- I perioden 2012-2017 (årlig gj.snitt) trivdes 93 % på 7. og 82 % på 10. trinn.
- 2015*: 95 % 8.-10.trinn var helt/ litt enig at de trivdes på skolen.

Krenkende adferd

- Score skoleporten 2016/2017: 1,1 på 7. og 1,3 10. trinn. (Skala 1-5, 1 best)
- I perioden 2012-2017: Ikke oppgitt tall (årlig gjennomsnitt) på 10. trinn pga små tall og anonymisering. Tall for 7. trinn er bare oppgitt for store kommuner.
- 2015*, 8.-10.trinn: 5 % utsatt for plaging/trusler/utfrysning minst hver 14. dag på skole eller i fritid.
- 2015*, regionale tall:
 - 5 % utsatte andre unge for plaging/trusler/ utfrysing på skolen eller i fritida minst hver 14. dag.
 - 3 % ble utsatt for - og 3 % utsatte andre for - plaging eller trusler på internett eller mobil omtrent hver 14. dag eller oftere.

Sosial støtte

2015*:

- 91 % hadde helt sikkert eller trodde de hadde minst en venn som de kunne stole fullstendig på og betro seg til om alt mulig. 9 % trodde ikke de hadde det.
- 13 % hadde vært veldig eller ganske mye plaget med ensomhet i løpet av siste uke.
- Ved personlige problemer sa 57% at de helt sikkert ville ha snakket med eller søkt hjelp hos venner og 36 % foreldrene. 11 % sa at de ikke ville snakket med noen.
- 47 % var helt enige og 44 % litt enige i at lærerne på skolen brydde seg om dem.

SKADER OG ULYKKER

Sykehusinnleggelser etter ulykker

- 37 personer innlagt i årlig gj.snitt 2014-2016.
- 7 av innleggelsene skyldtes hoftebrudd og 4 hodeskader.

Trafikk - utfordringer og ulykker

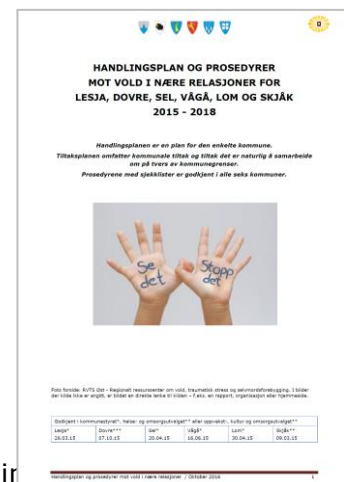
- 9 dødsulykker i Skjåk kommune fra 1999 til 2017
- 186 skadet i samme periode
- To drepte og 13 skadet i Skjåk i 2017
- Juni er den måneden som er mest ulykkesutsatt.

Vold

2015*, minst en gang siste året, regionale tall:

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

2015*, regionale tall: 14 % slått av en voksen i familien en/ flere ganger, 2 % mer enn 10 ganger.



HELSERELATERT ADFERD

Deltakelse i aktiviteter

2015*:

- 66 % var med, men 12 % hadde aldri vært med i en organisasjon/forening.
- 70 % hadde vært med på fem eller flere aktiviteter i følgende fritidsorganisasjoner siste måned: Idrettslag, fritidshus/ungdomshus, religiøs forening, korps, kor, orkester, kulturskole/musikkskole og annen organisasjon, lag eller forening. Idrettslaget var den foreningen flest var med i.
- 47 % hadde vært med på på fritids-/ungdomsklubb en gang eller mer siste måned.
- 15 % hadde drevet med musikk minst to ganger siste uke.
- 17 % hadde hatt lønnet ekstra jobb siste uke.



Tid brukt på ulike medier

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

- Mindre enn 1 time: 11 %
- 1-2 timer: 21 %
- 2-3 timer: 21 %
- 3-4 timer: 24 %
- 4-6 timer: 15 %
- Mer enn 6 timer: 7 %

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

Tid brukt på lekser

2015*: Gjennomsnittlig tid per dag (utenom skoletida):

- Mindre enn 1 time: 39 %
- 1-2 timer: 29 %
- 2-3 timer: 19 %
- Mer enn 3 timer: 12 %

16 % var helt enige, 38 % litt enige i utsagnet «Jeg må ofte bruke helgene til å gjøre skolearbeid. Flere jenter enn gutter satt mer enn 2 timer daglig og brukte helgene til skolearbeid.

Fysisk aktivitet

2015*: 70 % var fysisk aktiv (svette eller andpustne) mer enn 3 ganger i uken, 4 % 1-2 ganger i måneden eller sjeldnere.

Kosthold

2015*:

- 67 % spiste frokost, 67 % formiddagsmat og 92 % middag hver dag.
- 15 % spiste frokost og 8 % formiddagsmat en gang i uken eller sjeldnere.
- Regionen: 4 % drakk energidrikk 4 ganger eller mer i uken og 11 % 1-3 ganger i uken.

FORTS. HELSERELATERT ADFERD

Røyk og snus

- Røyking blant kvinner ved start av svangerskapet var 6 % i 2016 (5 års gj.snitt). Gradvis nedgang etter 2003.
- 2015*: Nær 100 % røykte og 95 % brukte snus sjeldnere enn en gang i uken.

Alkohol og andre rusmidler

2015*:

- 25 % fikk lov å drikke alkohol av foreldrene sine.
- 32 % hadde drukket slik at de hadde følt seg beruset minst en gang siste 6 måneder.
- 6 % hadde drukket slik at de følte seg beruset mer enn 5 ganger siste 6 måneder.
- 11 % drakk alkohol 1-3 ganger i måneden eller hver uke.
- Ungdommen skaffet alkohol fra foreldre, venner, andre voksne – eller de tok hjemme.

2015*, regionale tall:

- 11 % hadde vært passasjerer hos en sjåfør som hadde drukket alkohol.
- 3 % hadde selv kjørt moped/annet motorisert kjøretøy etter å ha drukket alkohol.
- 1 % hadde brukt hasj minst en gang siste 12 måneder.
- 6 % hadde brukt dopingmidler minst en gang siste 12 måneder (en liten prosent 6 ganger eller mer).

HELSETILSTAND

Opplevelse av helse, livskvalitet og begrensninger

2015*:

- 68 % var svært eller litt fornøyd med helsen.
- 77 % var stort sett fornøyd med seg selv.
- 30 % var ofte skuffet over seg selv.

Det var flere gutter enn jenter som var fornøyd med seg selv og helsen.



Forventet levealder

83,8 år for kvinner og 78,6 år for menn i årlig gj.snitt 2002-2016. For de med videregående utdanning: 84,2 år for kvinner og 79,4 år for menn i årlig gj.snitt 2001-2015.

Diabetes (sukkersyke)

Gradvis økning i bruk av legemidler mot diabetes type 2 etter 2007. 54 personer (30-74 år), årlig gj.snitt 2014-2016.

Hjerte- og karsykdommer

- Noe økning i bruk av medikamenter mot hjerte- og karsykdommer etter 2007. 357 personer (0-74 år), årlig gj.snitt 2014-2016.
- Økning i bruk av kolesterolsenkende medikamenter etter 2007. 237 personer (0-74 år), årlig gj.snitt samme periode som over.
- 296 personer hos fastlege/legevakt, årlig gj.snitt 2014-2016.
- 53 dag-/døgnopphold i spesialisthelsetjenesten, årlig gj.snitt 2013-2015.
- Gradvis reduksjon i dødelighet etter 1999, stabilisering de siste årene. Færre enn 2 personer døde i årlig gj.snitt 2007-2016.

FORTS. HELSETILSTAND

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

Relativt stabil bruk av medikamenter mot kronisk obstruktive lungesykdommer og astma fra 2007 til 2016. 125 personer (45-74 år), årlig gj.snitt 2014-2016.

Smerter

- Relativt stabil bruk av smertestillende medikamenter på resept fra 2007 til 2016. 459 personer (0-74 år), årlig gj.snitt 2014-2016.
- 2015*: 16 % - flere jenter enn gutter - brukte reseptfrie medikamenter minst en gang hver uke, men ikke daglig. En liten prosent tok det daglig.

Muskel- skjelettlidelser

698 personer hos fastlege, legevakt, fysioterapeut eller kiropraktor, årlig gj.snitt 2014-2016.

Søvnproblemer, psykiske plager og lidelser

- 139 personer (0-74 år) brukte antidepressiva eller antipsykotika, 2014-2016 (årlig gj.snitt.).
- 142 personer brukte sovemidler eller beroligende midler, samme periode og aldersgruppe som over.
- 237 personer var i kontakt med fastlege/legevakt, årlig gj.snitt 2014-2016.
- 2015*: 15 % hadde vært «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av følgende siste uken: Følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt seg ulykkelig, trist eller deprimert, følt håpløshet med tanke på framtida, følt seg stiv eller anspent og bekymret seg for mye om ting. Flere jenter enn gutter.
- 2015*: 27 % hadde vært veldig eller ganske mye plaget med søvnproblemer siste uken

Smittsomme sykdommer

Vaksinasjonsdekning fra 93 til 97 %, oppgitte vaksiner, barnevaksinasjonsprogrammet.

Totalt sett få meldinger til Folkehelseinstituttet, unntaket er genitale chlamydiainfeksjoner, antall varierer fra år til år – høyeste antall i et enkelt år i perioden 2005-2016 var 10.

Antibiotika

Svingninger mht antibiotikaresepter. 2016: 474 resepter til personer fra 0 til 79 år.

Kreft

Gradvis økning i nye tilfeller (men obs små tall) - 16 nye tilfeller i årlig gj.snitt 2007-2016. Kreftdødelighet mellom færre enn 3 i årlig gj.snitt samme periode 0-74 år).

Tannhelse

82 % av 5-åringene, 59 % av 12-åringene og 19 % av 18-åringene hadde ikke hatt behov for fyllinger i 2016.

2015*: 70 % pusset tennene flere ganger om dagen.



Foto: Vidar Heitkøtter

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

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

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

Graviditet og fødsel

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

Samspill, utvikling og grensesetting

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

Sosiale miljøer og nettverk

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

Søvn

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

Psykisk helse inkludert rus

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

Fysisk aktivitet, kosthold og vekt

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



4 Helsetilstand og påvirkningsfaktorer

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

4.1 Befolknings sammensetning

4.1.1 Befolkningsendringer

Folketallet i Skjåk kommune har vært i gradvis tilbakegang i mange år. Etter 1986 har det blitt 509 færre innbyggere i kommunen. Pr. 1. januar 2018 var det 2179 innbyggere i Skjåk – en nedgang på 23 fra året før.

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

Det varierer fra år til år om nettoinnflytting i Skjåk har vært positiv eller negativ (frem til 2016).

Antall levendefødte pr. år de siste 10 årene har stort ligger mellom 17 og 23 – med unntak av i 2012. Da var det bare 6. I 2017 var det 18 levendefødte. Årlig gjennomsnitt de siste 10 årene er 18. I Nord-Gudbrandsdal har det vært mellom 141 og 164 levendefødte hvert år de siste fem årene.

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

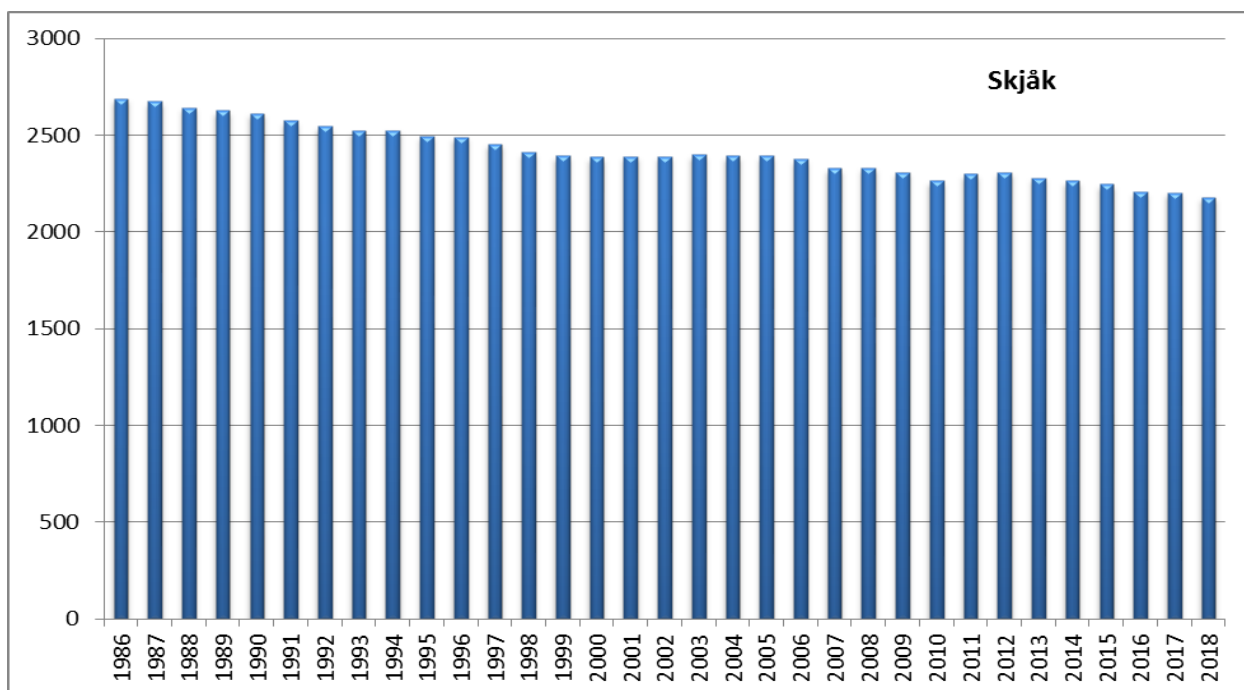
Årsaker til utflytting: Utdanning (videregående og høyere utdanning), etablering av familie, muligheter for arbeid (for hele familien), fagmiljø, behov for et større miljø, ønske om å være mindre synlig, andel bruk i landbruket går ned, lite mangfold i tjenestetilbud i forhold til større steder.

Årsaker til tilflytting: Økt innvandring, arbeidsinnvandring, eiendomsoverdragelser i landbruket, satsing på jordbruk, nye arbeids-plasser (allmenningen), tilknytning /ungdom og pensjonister som kommer hjem), gode oppvekstsvilkår (kultur og idrett), natur, friluftsliv, lite miljø som gir trygghet («alle kjenner alle»), tilgjengelige tomter og boliger, videre-gående skole i nærheten, godt skolemiljø.

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

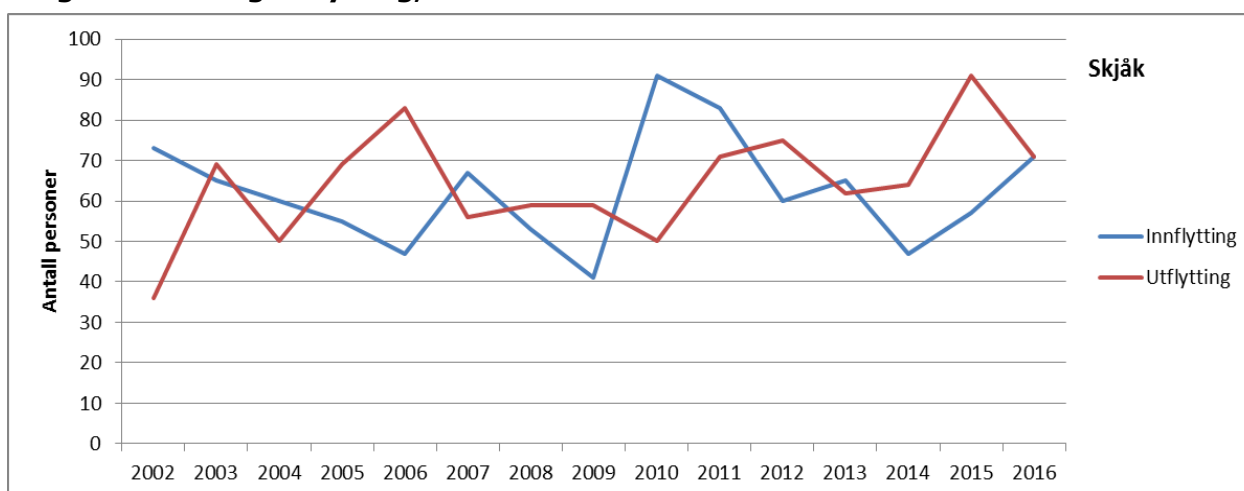


Diagram: Folkemengde, 1986-2018



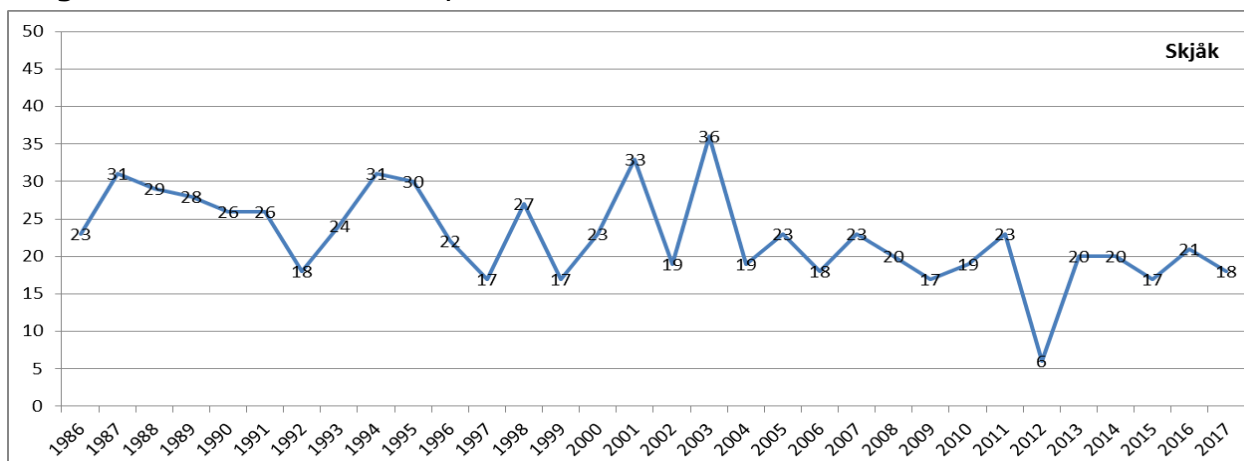
Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: SSB

Diagram: Inn- og utflytting, 2002-2016



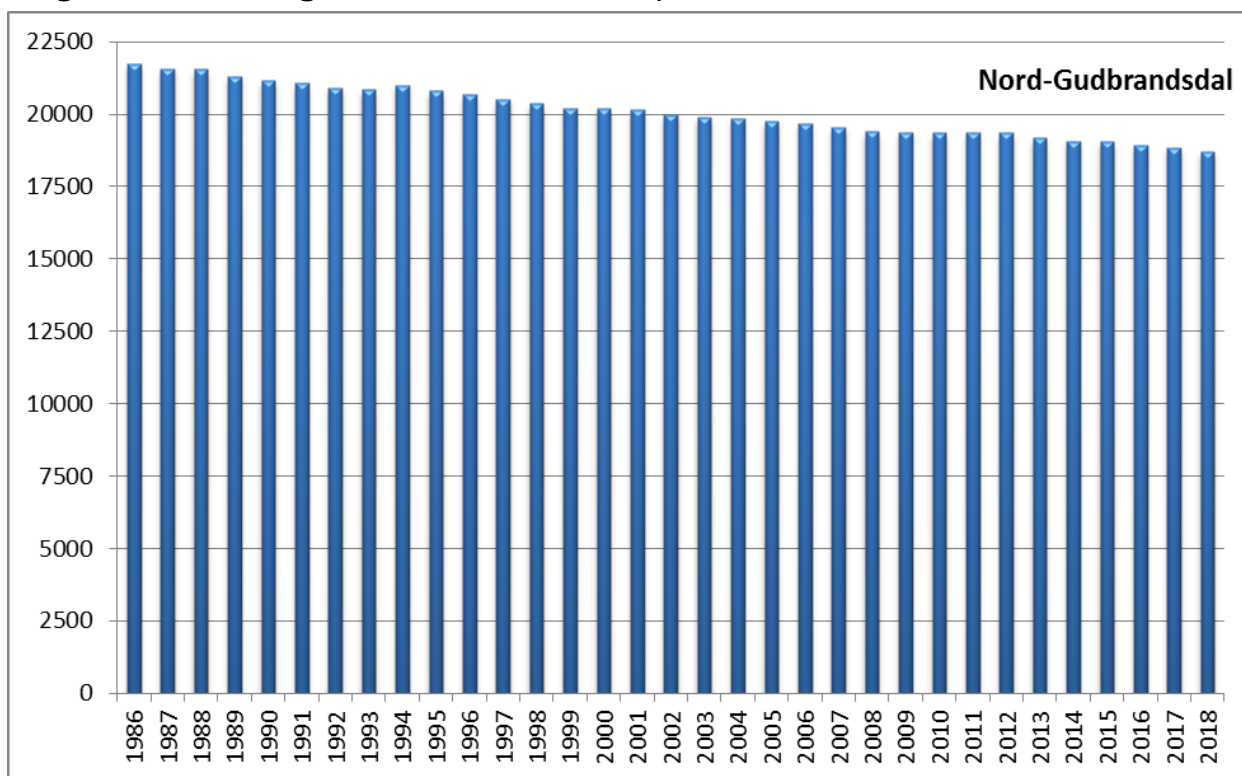
Antall personer som har flyttet inn og ut av kommunen. Kilde: SSB.no

Diagram: Antall levendefødte, 1986-2017



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

Diagram: Folkemengde Nord-Gudbrandsdal, 1986-2018



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

4.1.2 Befolkningsframskriving

Befolkningsframskriving for Skjåk kommune basert på utvikling frem til 1.1.16 - og middels vekst - antyder en reduksjon av innbyggertallet fra 2204 i 2016 til 2002 i 2040.

Det forventes en reduksjon på totalt 327 personer i alle aldersgrupper under 66 år.

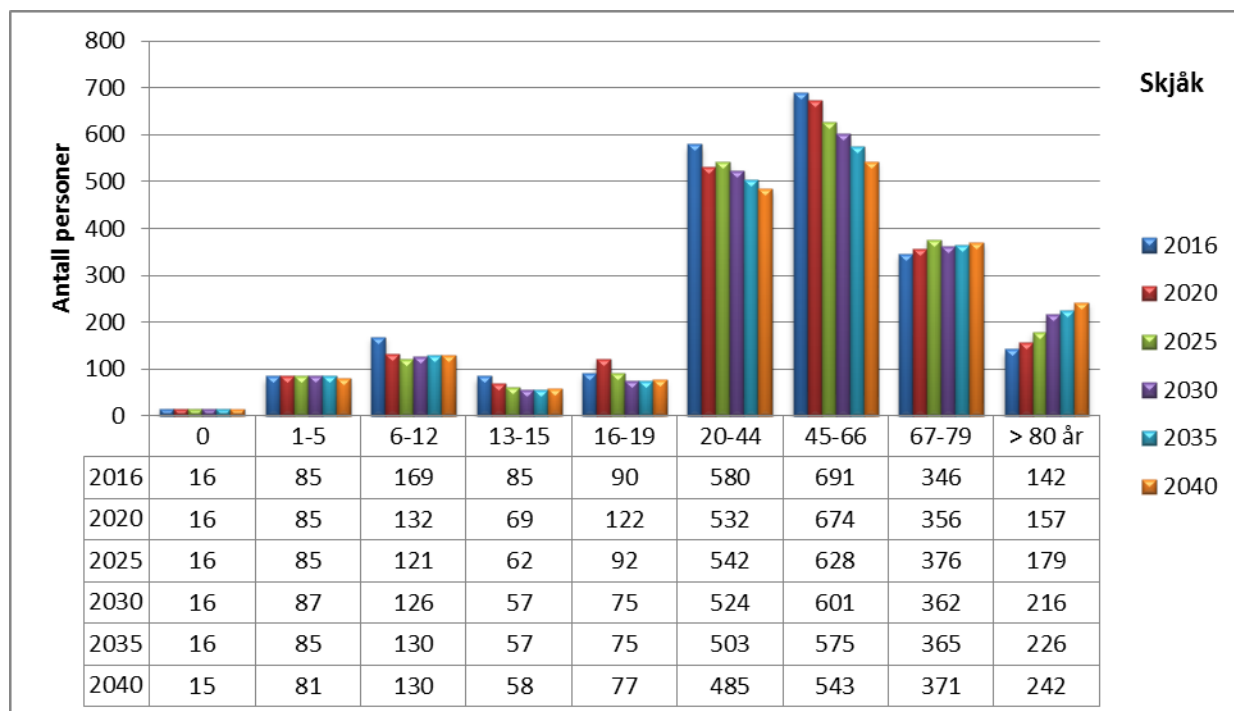
I aldersgruppen 67-79 år forventes det en økning på 25 personer.

I aldersgruppen over 80 år forventes det en økning på 100 personer - fra 142 til 242.

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

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

Tabeller: Befolkningsframskriving, 2016–2040



År	2016	2020	2025	2030	2035	2040
Innbyggere totalt	2204	2143	2101	2064	2032	2002

Framskrevet folkemengde for utvalgte år til 2040, med utgangspunkt i folketallet per 1.1.2016. Framskrivningene viser framtidig utvikling ut fra forutsetninger om fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring med utgangspunkt i den observerte utviklingen, basert på middels vekst i de nevnte kriteriene. Kilde: SSB.no

4.1.3 Etnisitet

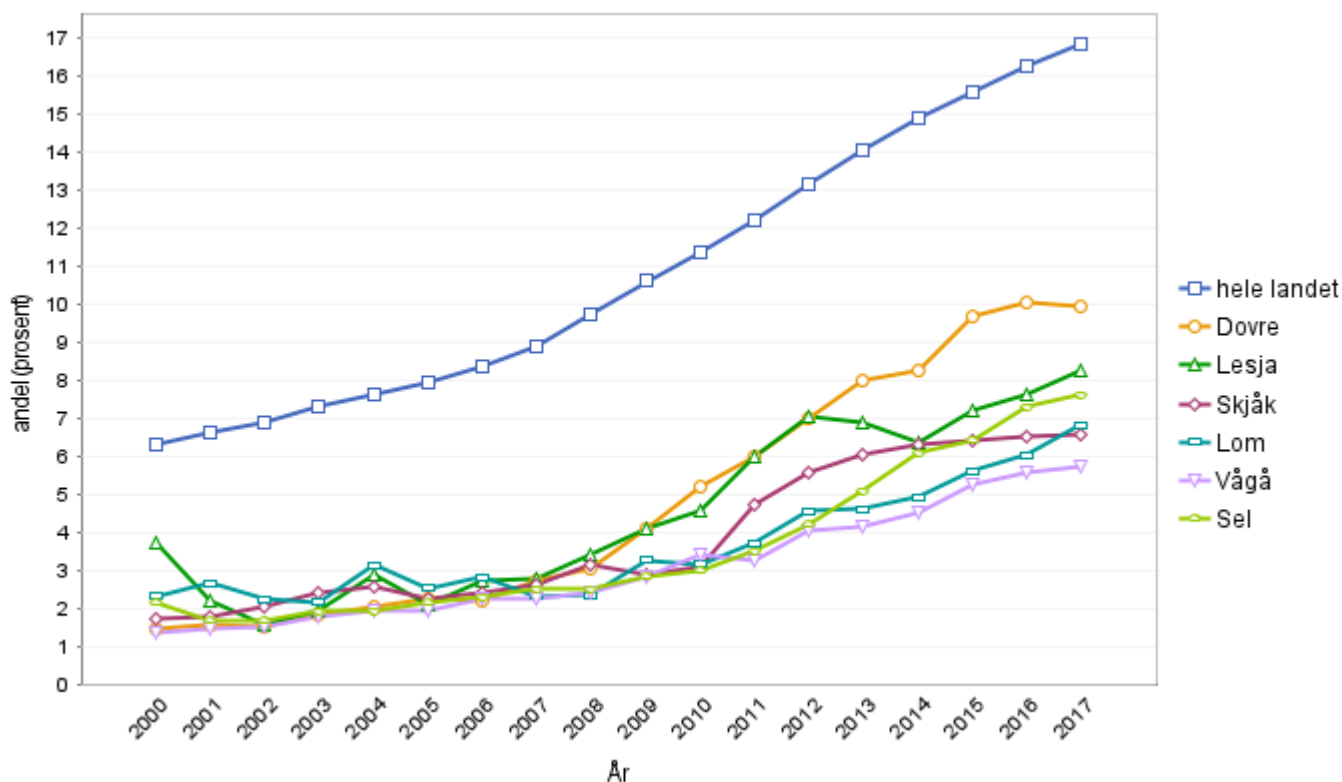
Det har vært en gradvis økning i andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Skjåk kommune over mange år. Antallet var 41 personer i 2000 og 145 personer i 2017. I 2017 tilsvarte det 6,6 % av innbyggerne.

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*

Det er utfordringer i forhold til toleranse, integrering og sosial tilhørighet.

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

Diagram: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 2000-2017



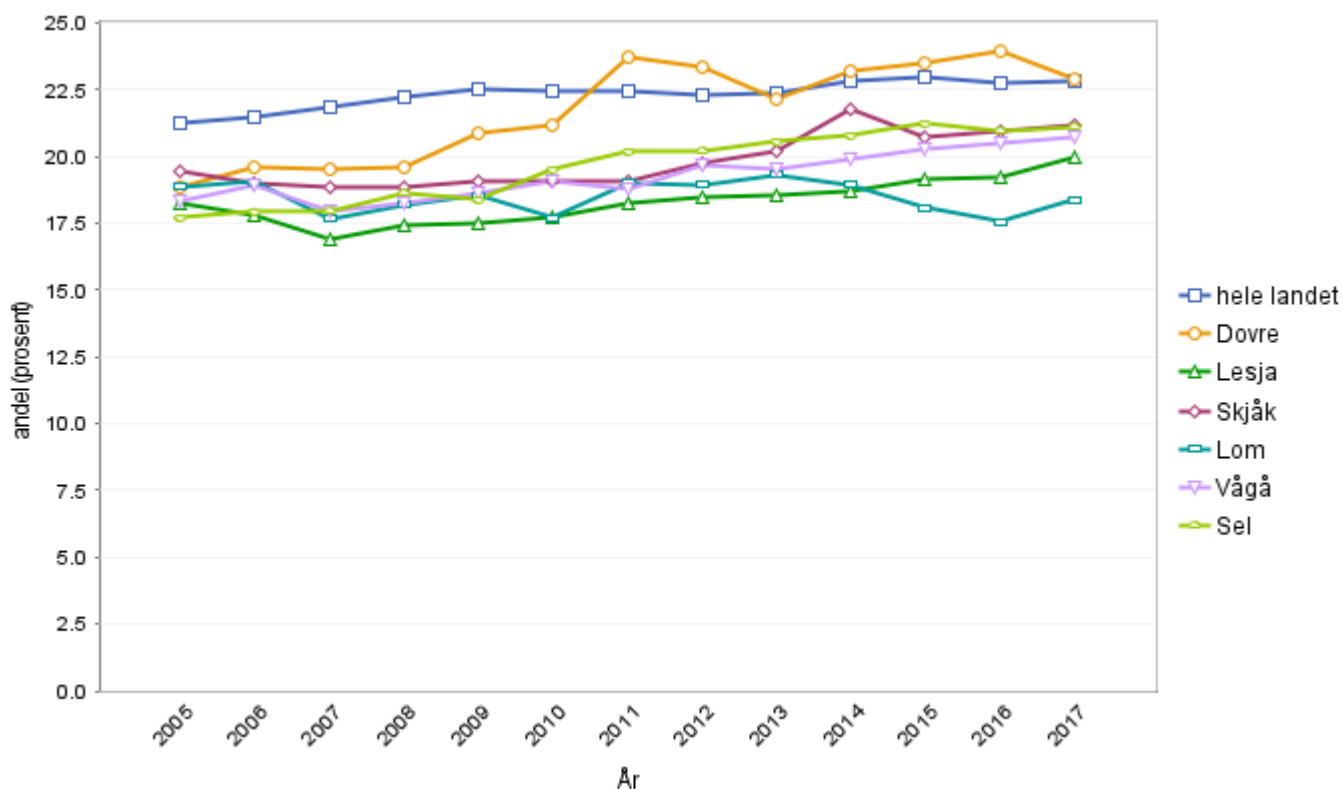
Andel personer med to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar hvert år, i prosent av befolkningen. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge er ikke med. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>*

4.1.4 Personer som bor alene

Andel personer som bor alene i Skjåk har vært relativt stabil. I 2017 var den 21,2 %. I landet som helhet var andelen 22,8 % samme år.

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

Diagram: Personer som bor alene, 2005-2017



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

4.2 Oppvekst- og levekårsforhold

4.2.1 Inntekter og utgifter

Lavinntekt, EU 60: Mht andel personer i Skjåk kommune i husholdninger med lav inntekt, har det vært små svingninger - men med en gradvis reduksjon fra 12,9 % i 2006 til 11 % (233 personer) i 2016. I landet som helhet var andelen også 11 % i 2016.

I aldersgruppen 0-17 år har det vært svingninger - med en topp i 2012 - i andel personer i husholdninger med lav inntekt i samme periode. I 2016 var den 12,5 % (49 personer) i Skjåk og 12,3 % i landet som helhet.

I Ungdata-undersøkelsen på 8.- 10. trinn i 2015 anga 23 % at de verken hadde hatt god eller dårlig råd.

Mellom 0 og 4 % hadde hatt dårlig råd hele - eller stort sett hele - tiden.

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

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

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

En mulig årsak til nedgang i lavinntekthusholdninger: Lav arbeidsledighet.

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

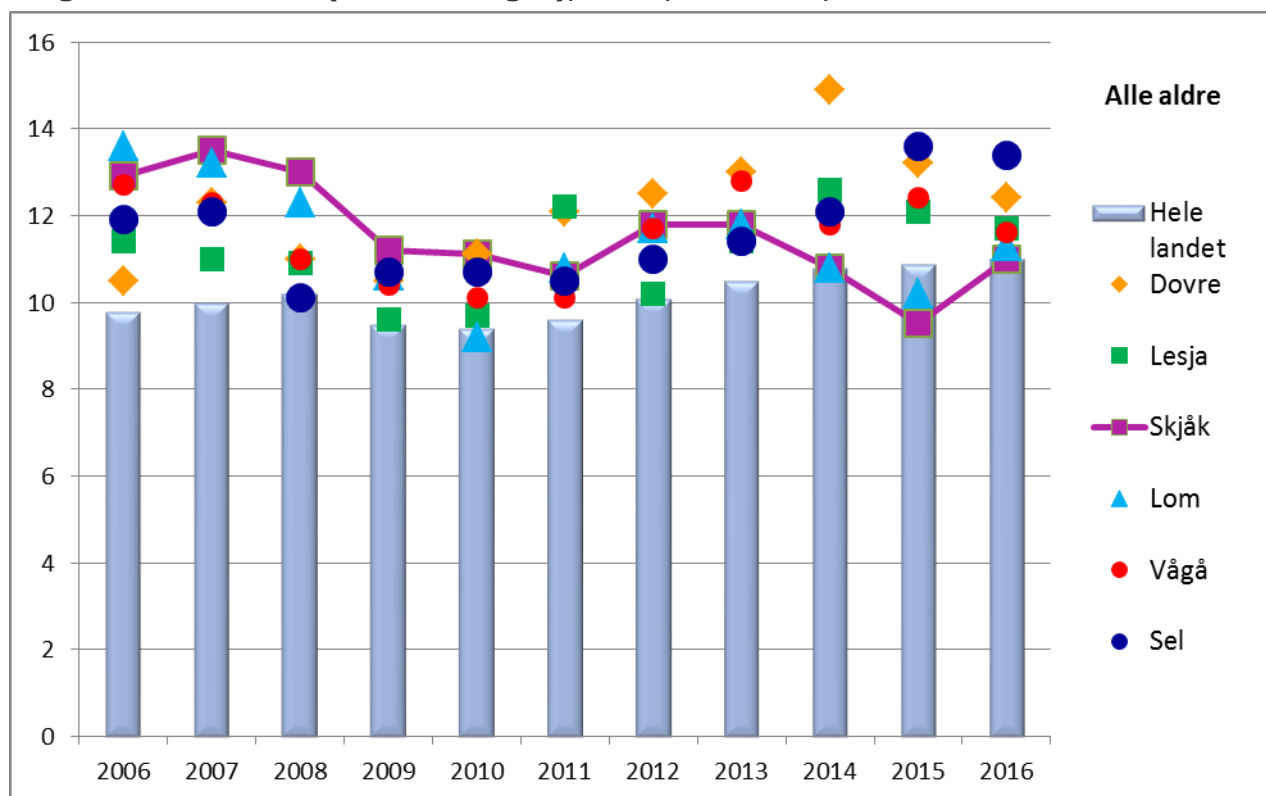
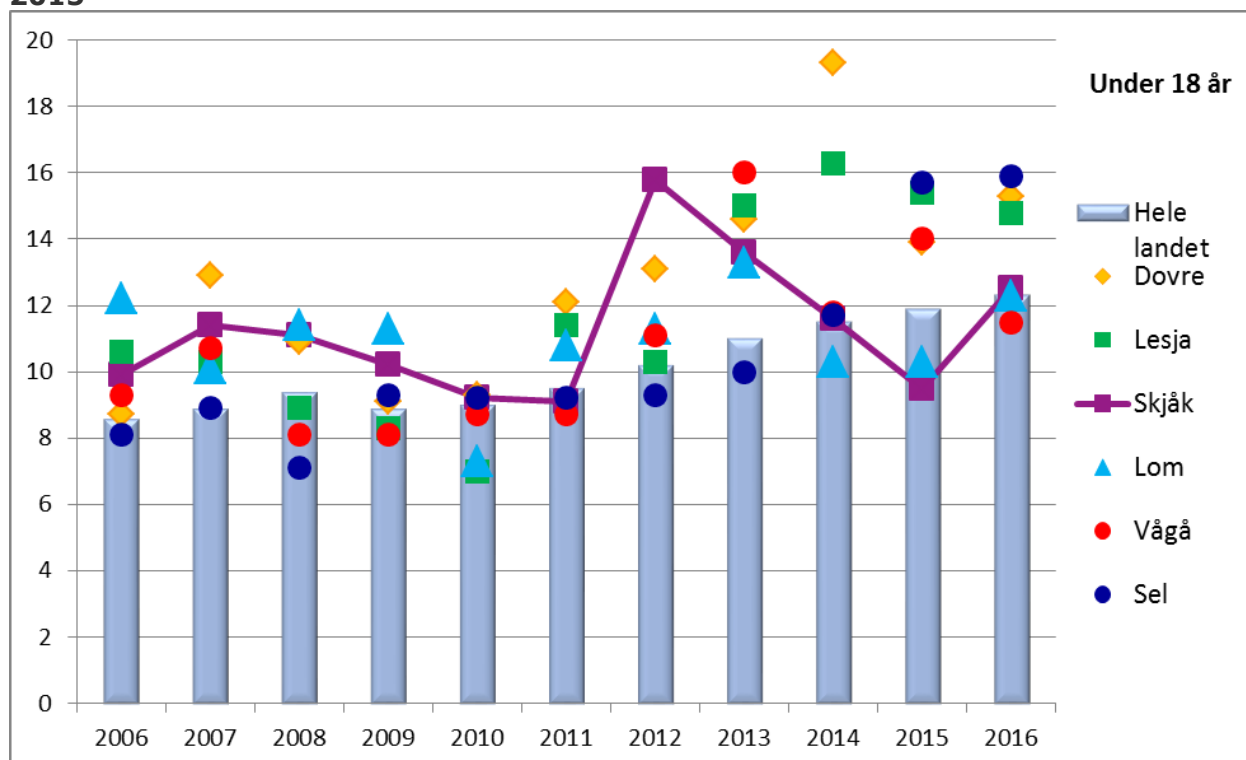


Diagram: Lavinntekt (husholdninger), EU60, 0-17 år, 2006-2015



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. Kilde: SSB.no

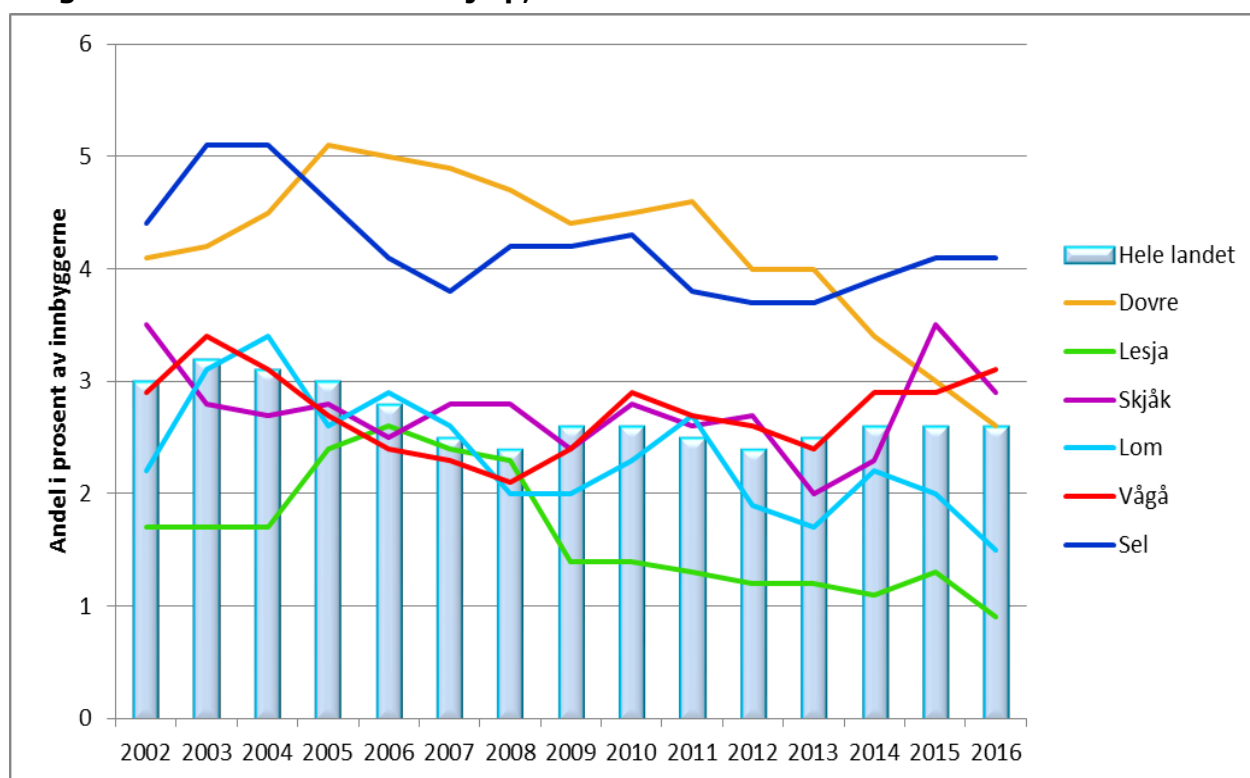
4.2.2 Mottakere av sosialhjelp

Det har vært mindre svingninger mht andel som har mottatt sosialhjelp i Skjåk kommune etter 2002. I 2016 var den 2,9 % - dvs 63 personer mottok sosialhjelp i kommunen. Samme år var det 13 sosialhjelpsmottakere med forsørgerplikt for barn under 18 år.

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

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

Diagram: Mottakere av sosialhjelp, 2002-2016



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

4.2.3 Arbeidsledighet

Arbeidsledigheten i Skjåk i januar måned har stort sett fulgt konjunktorene i landet som helhet de siste årene. I januar 2016 var den 1,7 %. Arbeidsledigheten i aldersgruppen 15-29 år var 1,8 % på samme tid. *Kilde: kommunehelse*

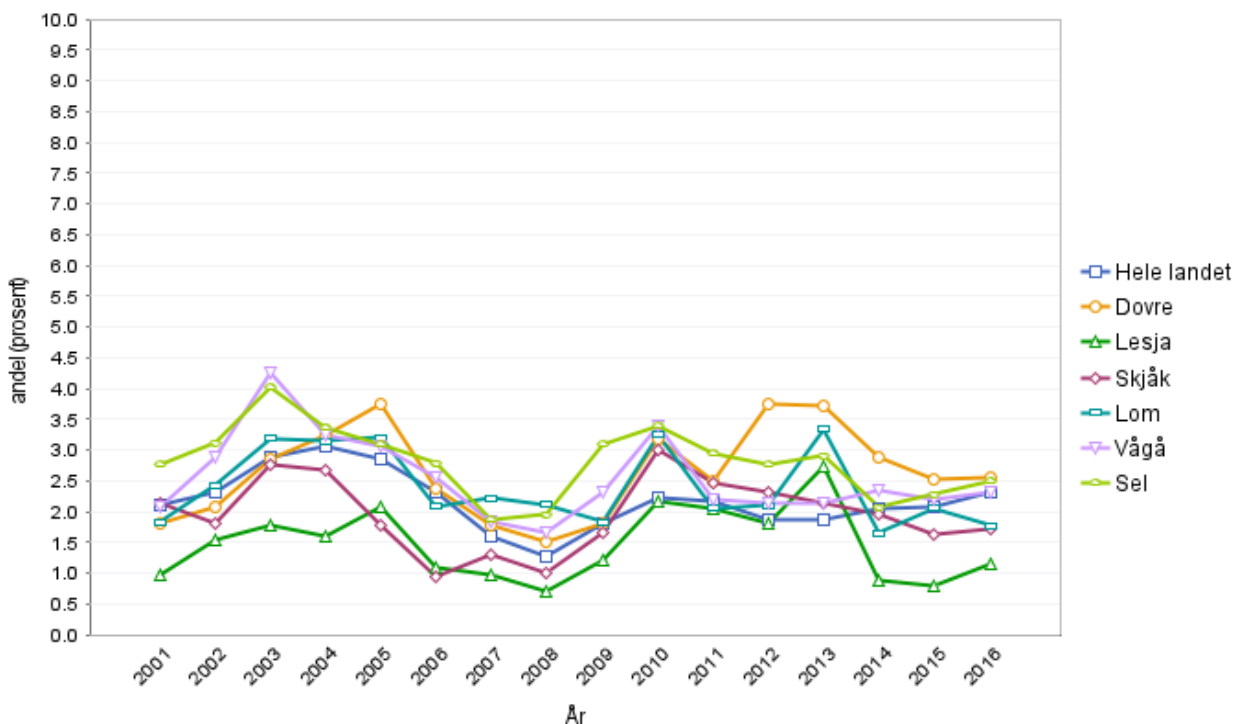
I januar 2017 var 2,2 % av arbeidsstyrken (25 personer) helt arbeidsledige. *Kilde: NAV*

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

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

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

Diagram: Arbeidsledighet, 2001-2016



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

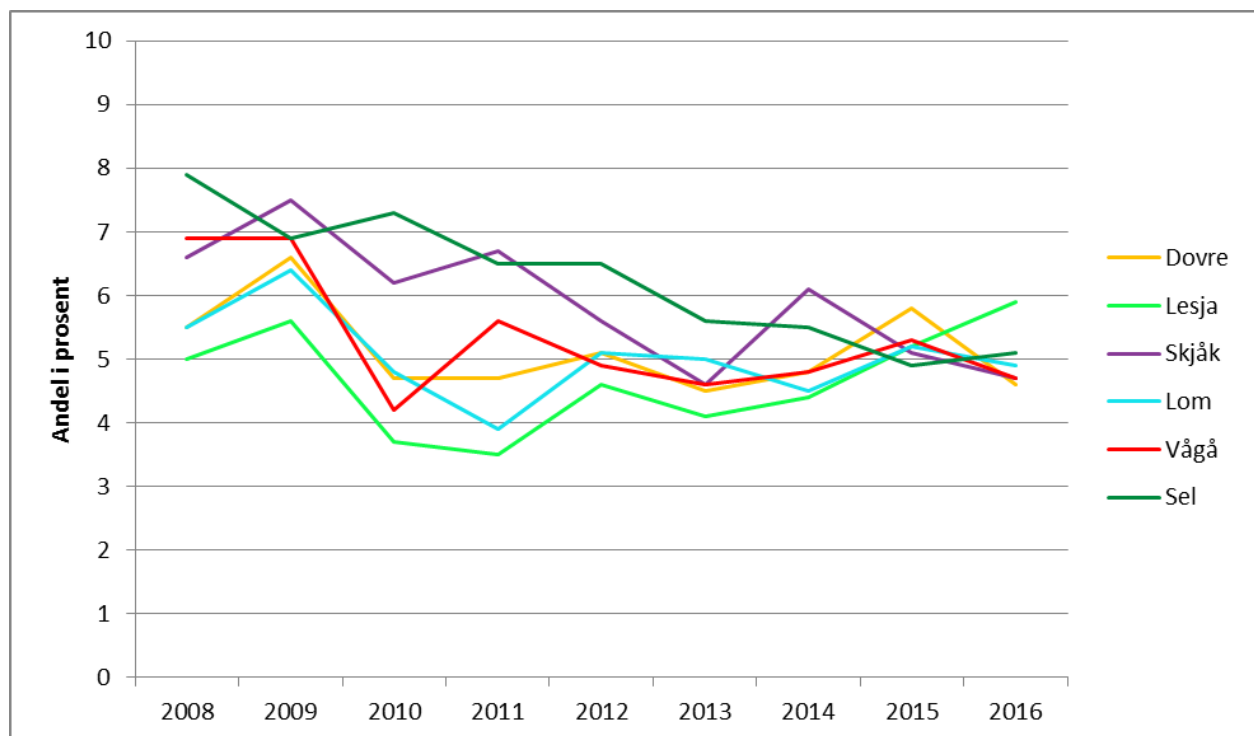
4.2.4 Sykefravær

Det har vært noe svingninger i legemeldt sykefravær (3. kvartal) i Skjåk etter 2008. I 2016 var legemeldt sykefravær i 3. kvartal 4,7 %.

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

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

Diagram: Legemeldt sykefravær, 3. kvartal 2008-2016



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

4.2.5 Uføretrygd og arbeidsavklaringspenger

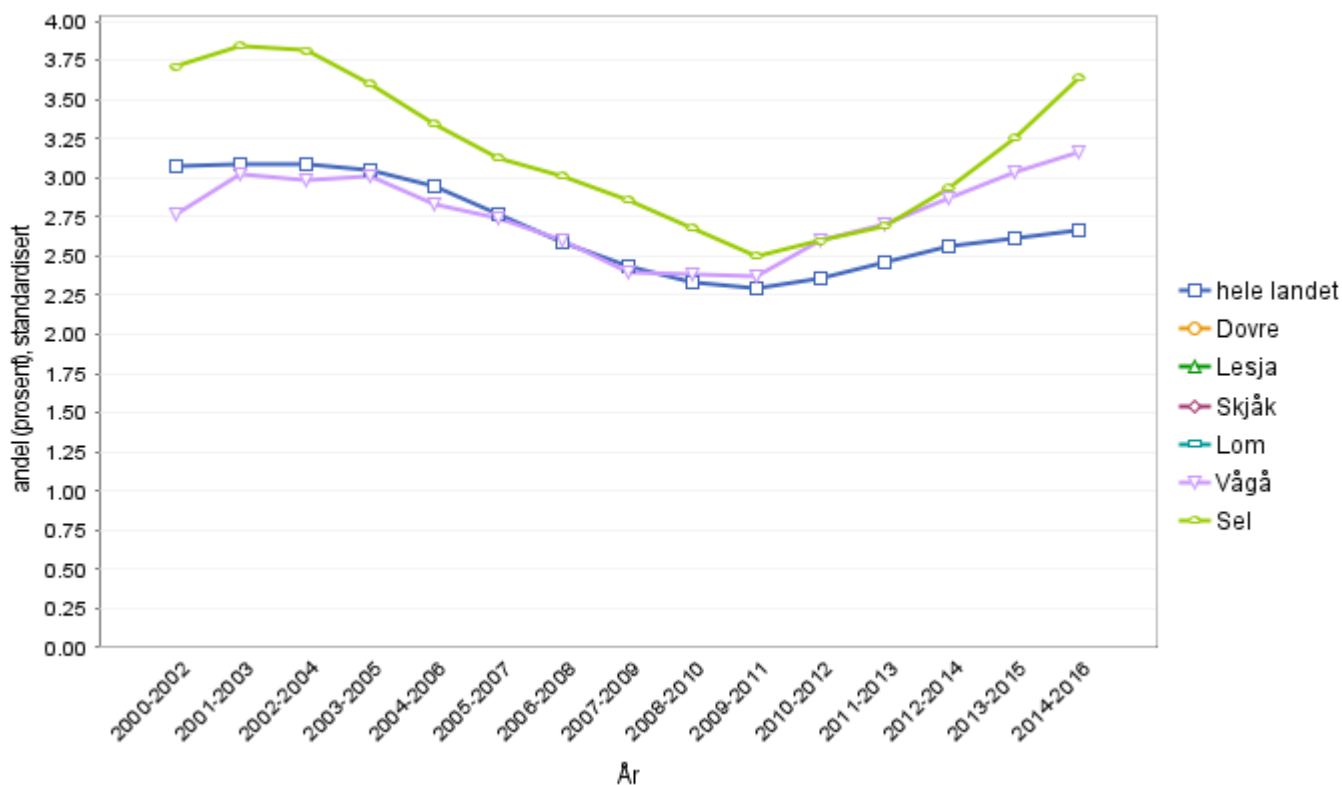
Andelen uføretrygdede i prosent av befolkningen fra 18 til 66 år i Skjåk har vært relativt stabil etter 2002. I perioden 2000-2002 (årlig gjennomsnitt) var den 9,7 % og 2014-2016 9,0 % i nevnte aldersgruppe. I siste periode tilsvarte det 145 personer i årlig gjennomsnitt. Det er ikke oppgitt data for yngre uføretrygdede.

Det ser ut til å være en gradvis nedgang de siste årene i andel som får arbeidsavklaringspenger i kommunen. I perioden 2014-2016 (årlig gjennomsnitt) var den 5,2 % - dvs. 69 av innbyggerne.

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 sees i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivå og jobbtilbudet i kommunen.

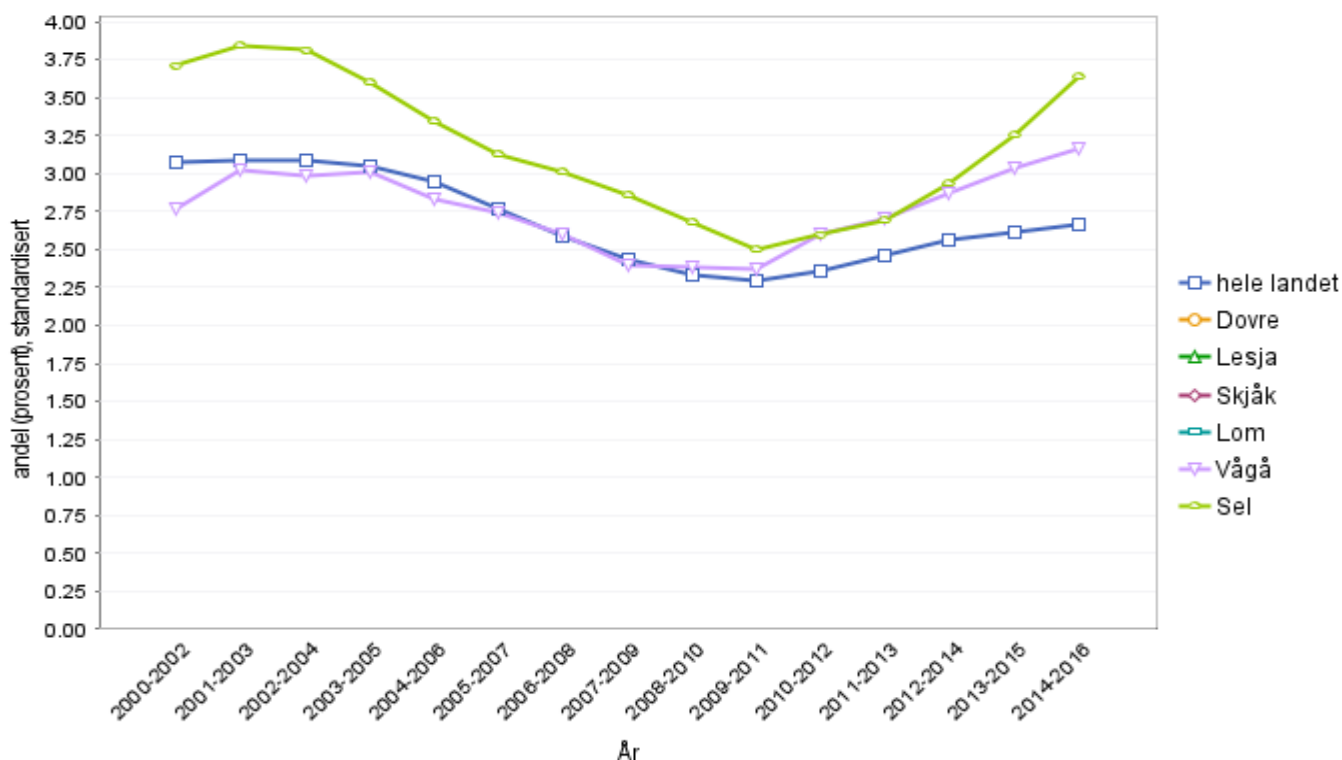
Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette.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

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



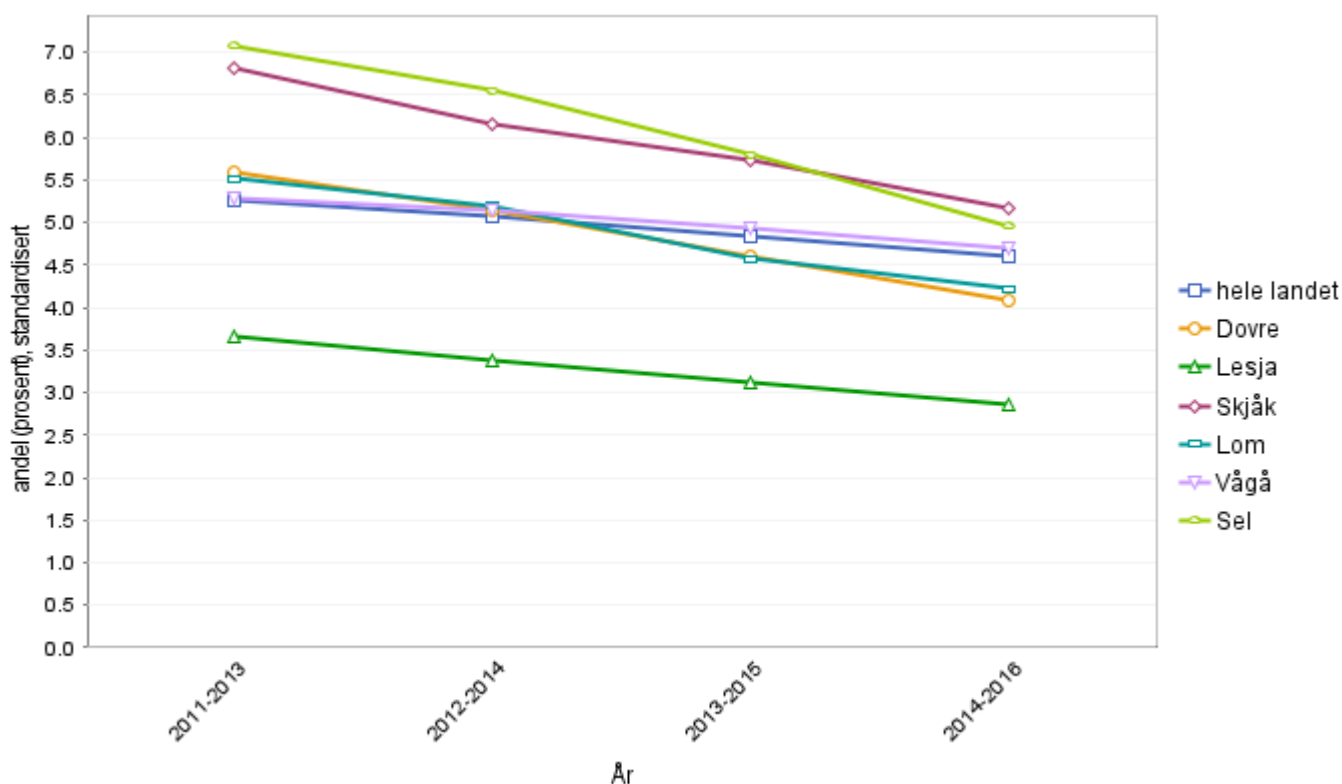
Andel uføretrygdede i prosent (standardisert) av befolkningen i alderen fra 18 t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Uføretrygde, 3 års glidende gjennomsnitt, 18-44 år, 2002-2016



Andel uføretrygdede i prosent (standardisert) av befolkningen i alderen fra 18 t.o.m. 44 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

Diagram: Arbeidsavklaringspenger, 3 års glidende gj. snitt, 18-66 år, 2013-2016



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

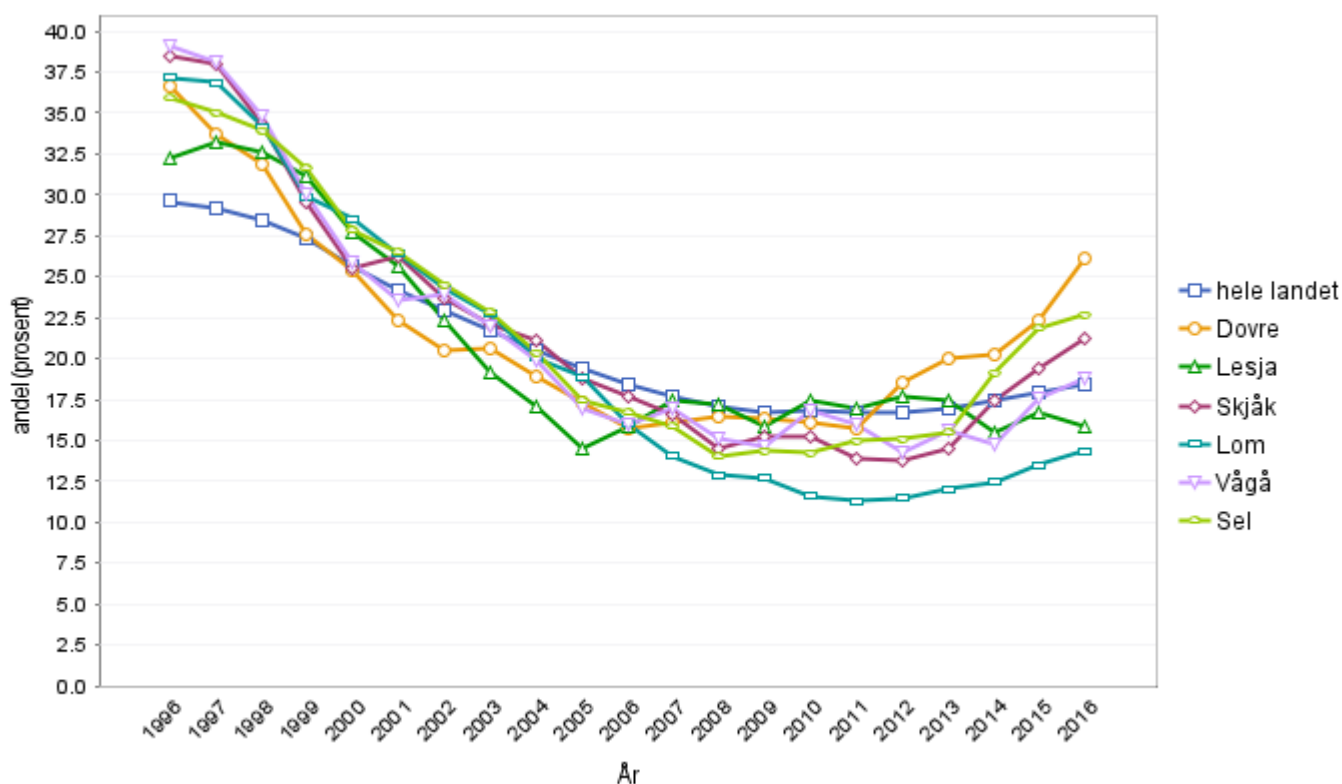
4.2.6 Grunnskole som høyeste utdanningsnivå

Skjåk kommune har etter 1996 hatt en gradvis reduksjon i andel personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå, men med en stigning igjen de siste årene. I 2016 var andelen i alderen 30 til 39 år på 21,2 %.

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

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

Diagram: Grunnskole som høyeste utdanning, 30-39 år, 1996-2016



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

4.2.7 Frafall videregående skole

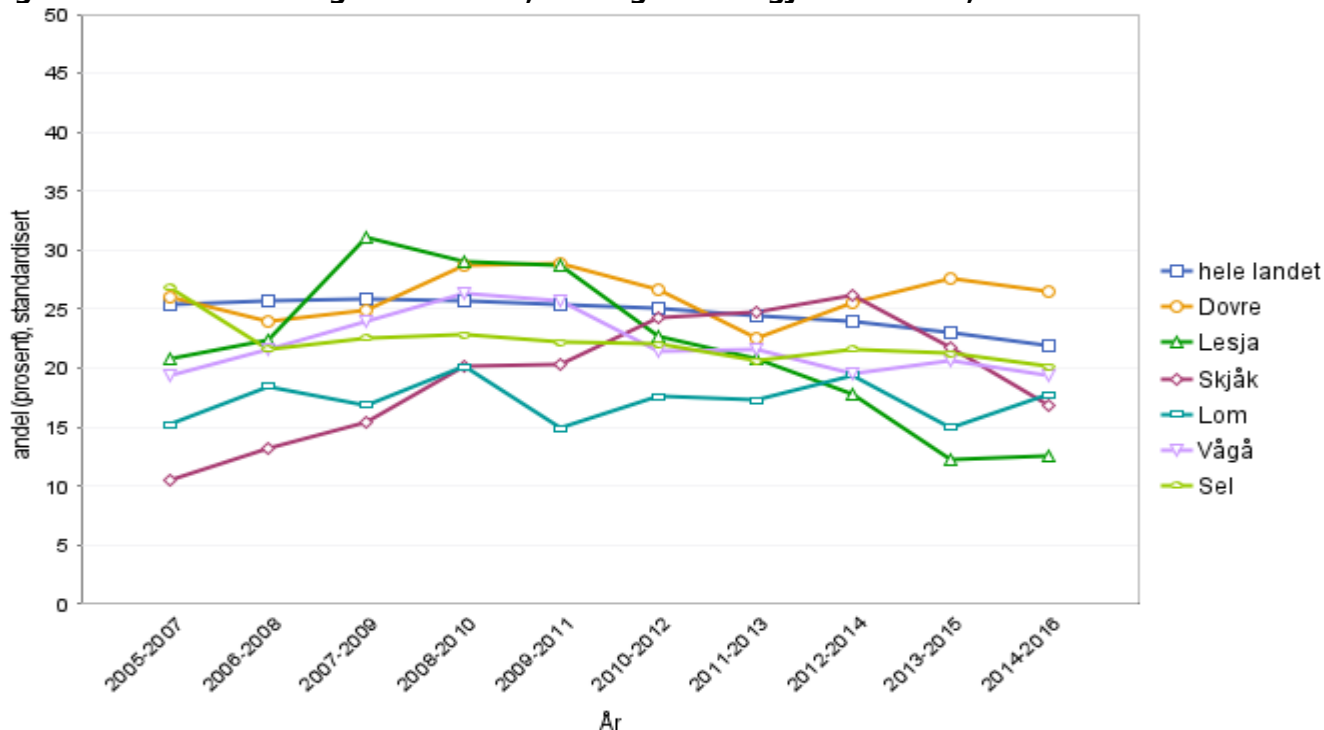
Frafall i videregående skole i årlig gjennomsnitt for elever fra Skjåk kommune økte fra 10 % i 2007 til 26 % i 2014 (3-års glidende gjennomsnitt). Etter det har det vært en reduksjon til 17 % i 2014-2016 (årlig gj.snitt). Det tilsvarte ca. 5 elever årlig. I landet som helhet var det 22 % i sistnevnte periode.

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

Undersøkelser har vist at det er sosial ulikhet i frafall fra videregående skoler i Norge. Dette vises for eksempel ved at blant ungdom som har foreldre med grunnskole som lengste fullførte utdanning, er andelen som dropper ut større enn blant ungdom som har foreldre med videregående eller lengre utdanning. *Kilde: Helsedirektoratet*

Generelle årsaker til frafall: Psykiske eller psykososiale problemer, rusproblemer, manglende motivasjon, dårlige grunnleggende ferdigheter, skoletretthet, fysisk sykdom, vanskelige hjemmeforhold, graviditet/barn, feilvalg, kommer ikke inn på førstevalg, redusert tilbud praktiske fag, dårlig skolemiljø, mistriivsel på hybel, lang reisevei til skole, «boklig lærdom» oppleves ikke så viktig.

Diagram: Frafall i videregående skole, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2016



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

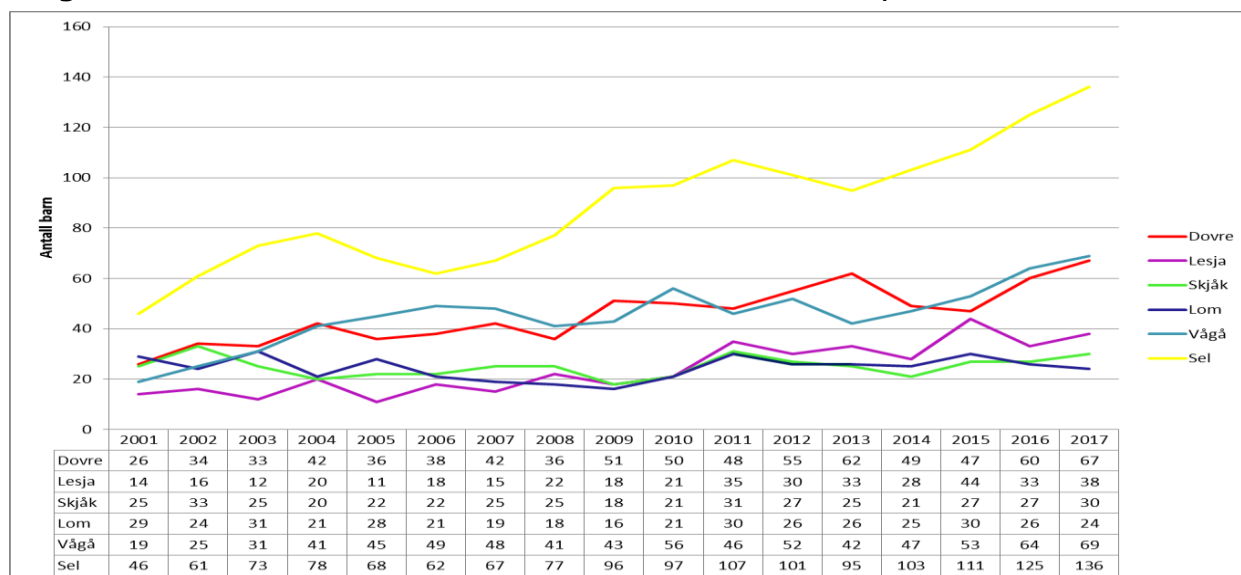
4.2.8 Barnevern

5 års glidende gjennomsnitt viser relativt stabile tall mht antall barn som har hatt undersøkelse eller tiltak i barnevernet etter 2001. I 2001 var det 25 og i 2017 30 barn.

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

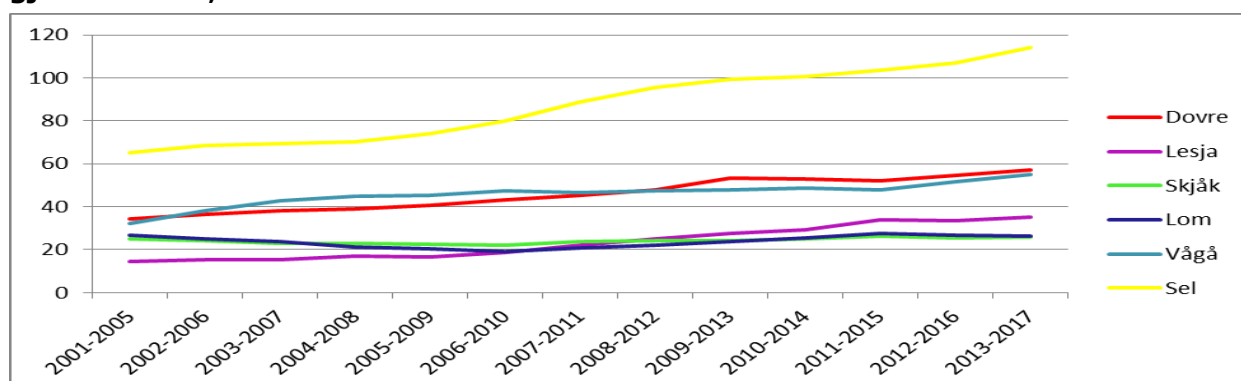
Økte ressurser i barnevern kan gi økning i saker. Færre barn i kommunen kan gi færre saker. Det kan være høyere terskel for melding i små kommuner.

Diagram: Barn med undersøkelse eller tiltak i barnevernet, 2001-2017



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

Diagram: Barn med undersøkelse eller tiltak i barnevernet, 5 års glidende gjennomsnitt, 2005-2017



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

4.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

4.3.1 Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen

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

- Lokaler der de kan treffe andre unge på fritida: 58 %
- Tilbud til ungdom er når det gjaldt idrettsanlegg: 68 %
- Kulturtilbud (kino, konsertscene, bibliotek e.l.) til ungdommen: 28 %
- Kollektivtilbudet: 44 %

Trivsel og trygghet (Ungdata):

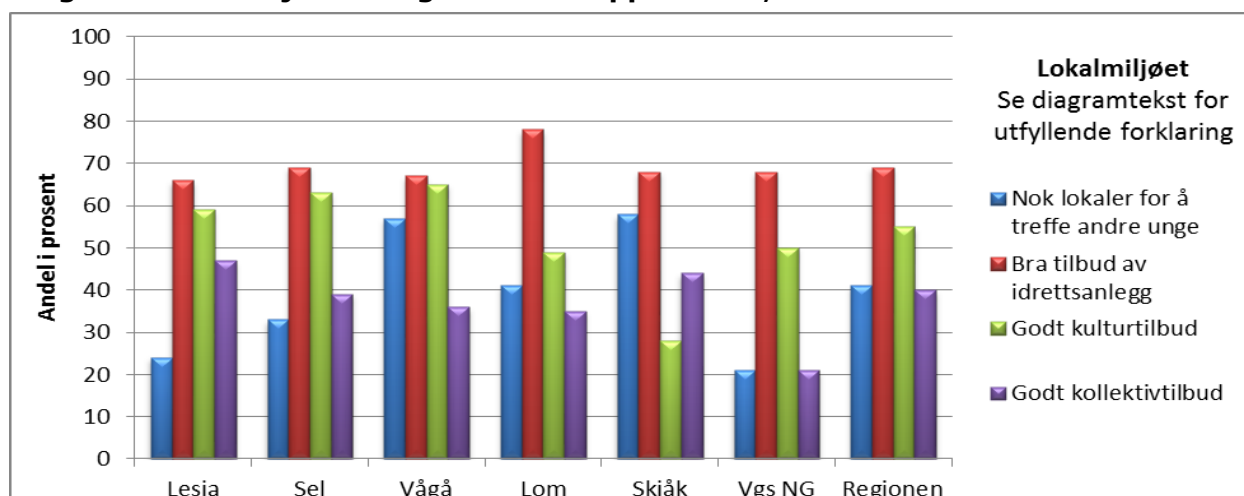
- 75 % av de unge trivdes godt eller svært godt i nærområdet der de bodde
- Under 5 % trivdes dårlig eller svært dårlig der de bodde
- 92 % av opplevde det som trygt å ferdes i nærområdet der de bodde
- 78 % opplevde det som trygt å ferdes på gater/veier i nærmeste sentrum/tettsted

59 % svarte ja på at de kunne tenke seg å la ev. barn vokse opp der de selv bodde.

27 % svarte ja på at de trodde de kunne finne en jobb i kommunen etter skolegang.

Nærmiljøene der vi lever og bor kan enten fremme eller hemme mulighetene for god helse. Helsefremmende nærmiljøer legger til rette for deltakelse og sosiale møteplasser, aktivitet og trygghet. Et viktig virkemiddel for å påvirke til sunn helseatferd er gjennom planlegging og tilrettelegging av de fysiske omgivelsene. Det gjelder både tilrettelegging for gange og sykling, men også ved at lokale tjenester og tilbud er tilgjengelig i rimelig nærhet slik at det er mulig å være aktiv i nærmiljøet. Videre er det viktig at en i nærmiljøutvikling legger til rette for fysisk aktivitet gjennom grønne områder, gang- og sykkelveier, lekeplasser og liknende. *Kilde: Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. Helsedirektoratet 2014*

Diagram: Lokalmiljøet – ungdommens opplevelser, 2015



Andel som har svart «svært bra» eller «nokså bra» på spørsmålene tenk på områdene rundt der du bor – hvordan opplever du at tilbudet til ungdom er når det gjelder lokaler til å treffe andre unge på fritida, idrettsanlegg, kulturtilbudet og kollektivtilbudet. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Nord-Gudbrandsdal 2015

4.3.2 Drikkevannskvalitet

I 2016 var det tilfredsstillende hygienisk kvalitet på vannet for 100 % av de som var tilknyttet vannverk som forsyner minst 50 personer. Leveringsstabiliteten var også 100 %

I 2016 var andel personer av befolkningen som var tilknyttet godkjenningspliktige vannverk (vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer) 37 %.

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. Ko.fhi.no

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

4.3.3 Trivsel på skolen og krenkende adferd blant ungdom

Ved vurdering av trivsel og mobbing, bør en se på data både fra skoleporten og kommunehelsa i tillegg til Ungdata. Kommunehelsa oppgir 5-års glidende gjennomsnitt og gjør det mulig å vurdere trender over tid. Skoleporten og Ungdata oppgir data for enkelt år.

Opplevelse av trivsel på skolen

- Score på skoleporten i skoleåret 2016/2017 var 4,3 på 7. trinn og 4,1 på 10. trinn. (Skala 1 til 5, der høy verdi antyder god trivsel.)
- I perioden 2012-2017 (årlig gjennomsnitt, kommunehelsa) oppga 93 % på 7. trinn og 82 % på 10. trinn at de trivdes på skolen.
- 95 % sa at de var helt enig eller litt enig i utsagnet: «Jeg trives på skolen» av de som svarte på Ungdataundersøkelsen i 2015, 8.-10. trinn, Skjåk.

Krenkende adferd

- Score på skoleporten i skoleåret 2016/2017 var 1,1 på 7. trinn og 1,3 på 10. trinn. (Skala 1 til 5, der lav verdi antyder lite mobbing.)
- I perioden 2012-2017 er det ikke oppgitt tall (årlig gjennomsnitt) for mobbing på kommunehelsa på 10. trinn pga små tall og anonymisering. Tall for 7. trinn er bare oppgitt for store kommuner på kommunehelsa
- 5 % av de som svarte på Ungdataundersøkelsen i 2015 i Skjåk anga at de ble utsatt for plaging/trusler/utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida minst hver 14. dag.

På regionnivå (Ungdata) i 2015 anga:

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

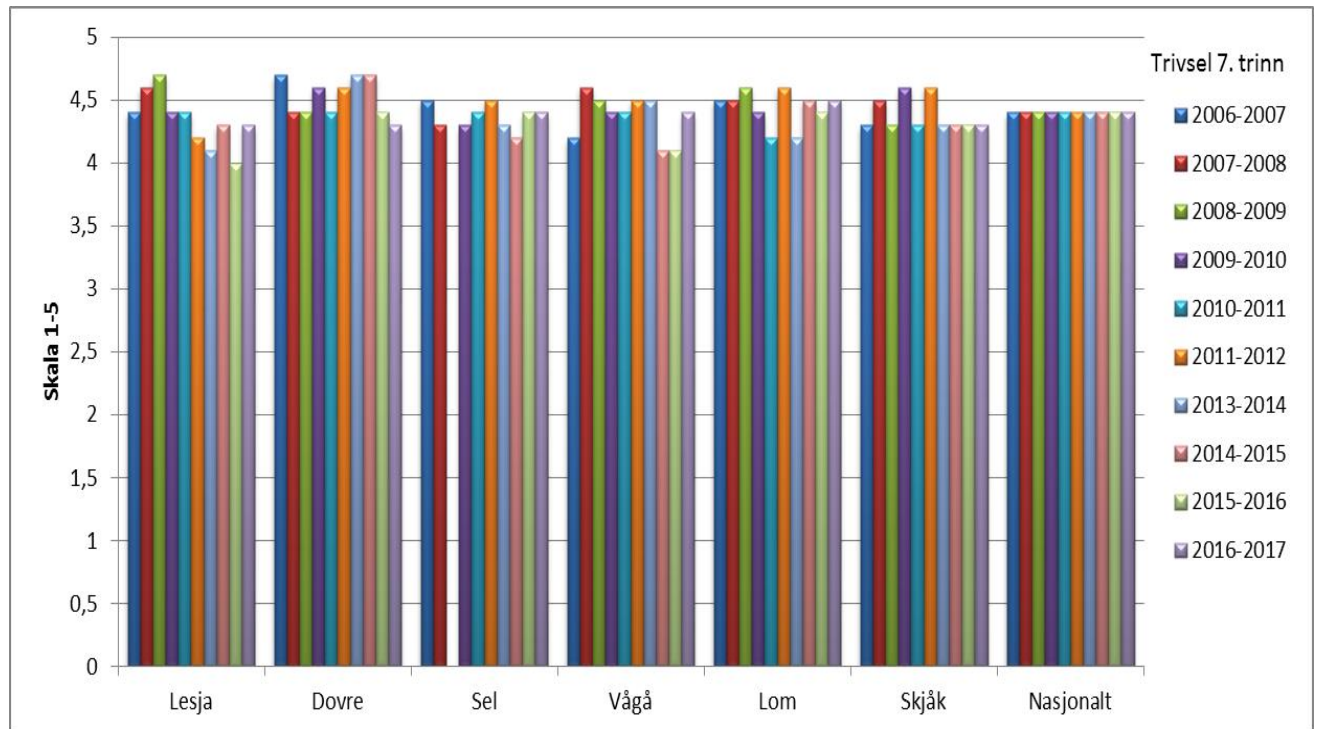
Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir (Øia 2011). Dette kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen 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*

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

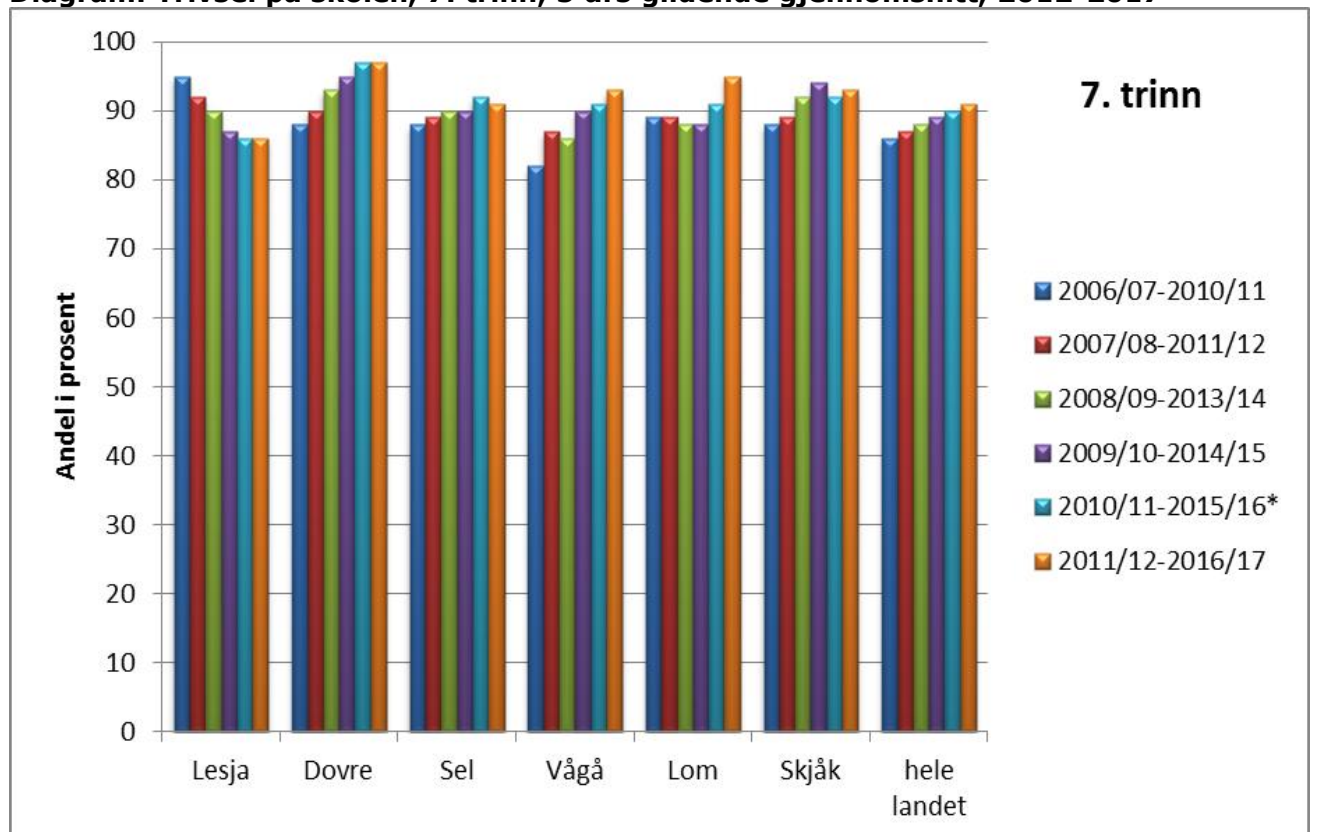
En av grunnene til lite mobbing, kan være fordi elevene vet hvor de skal henvende seg og åpenhet i skolen.

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



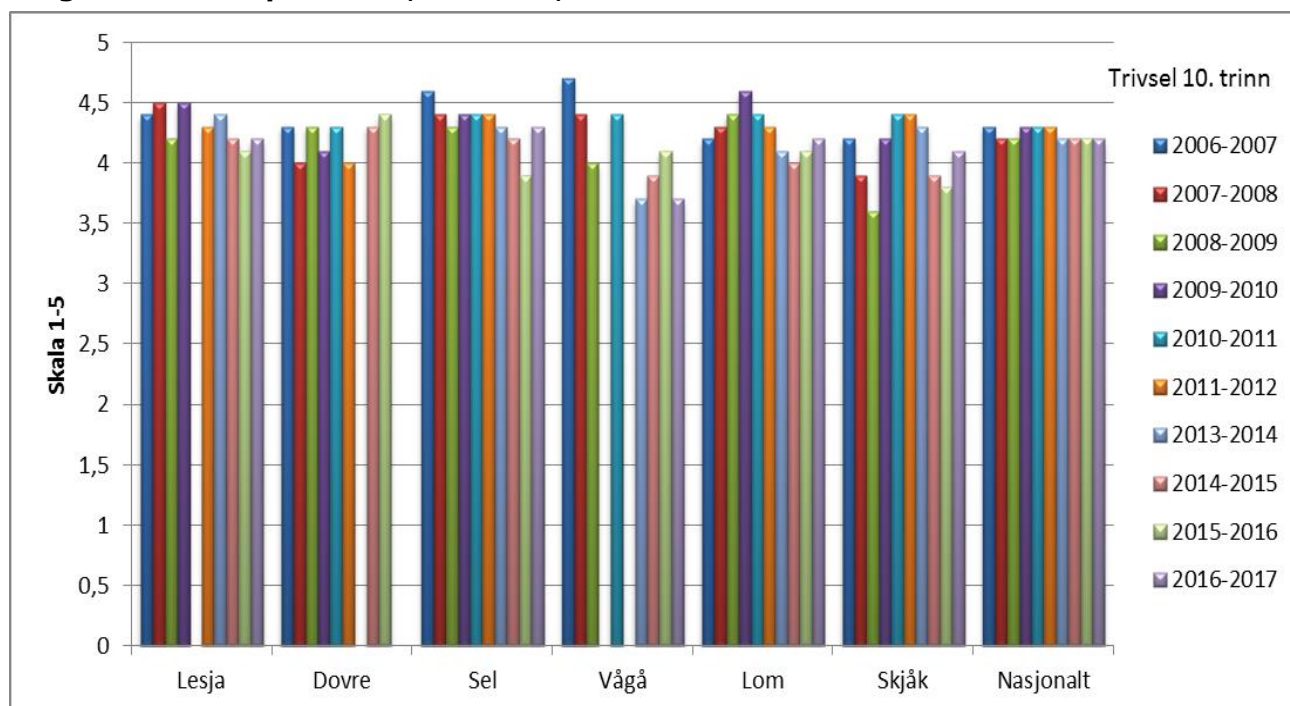
Skala: 1-5. Høy verdi betyr positivt resultat. Kilde: Utdanningsdirektoratet, skoleporten

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



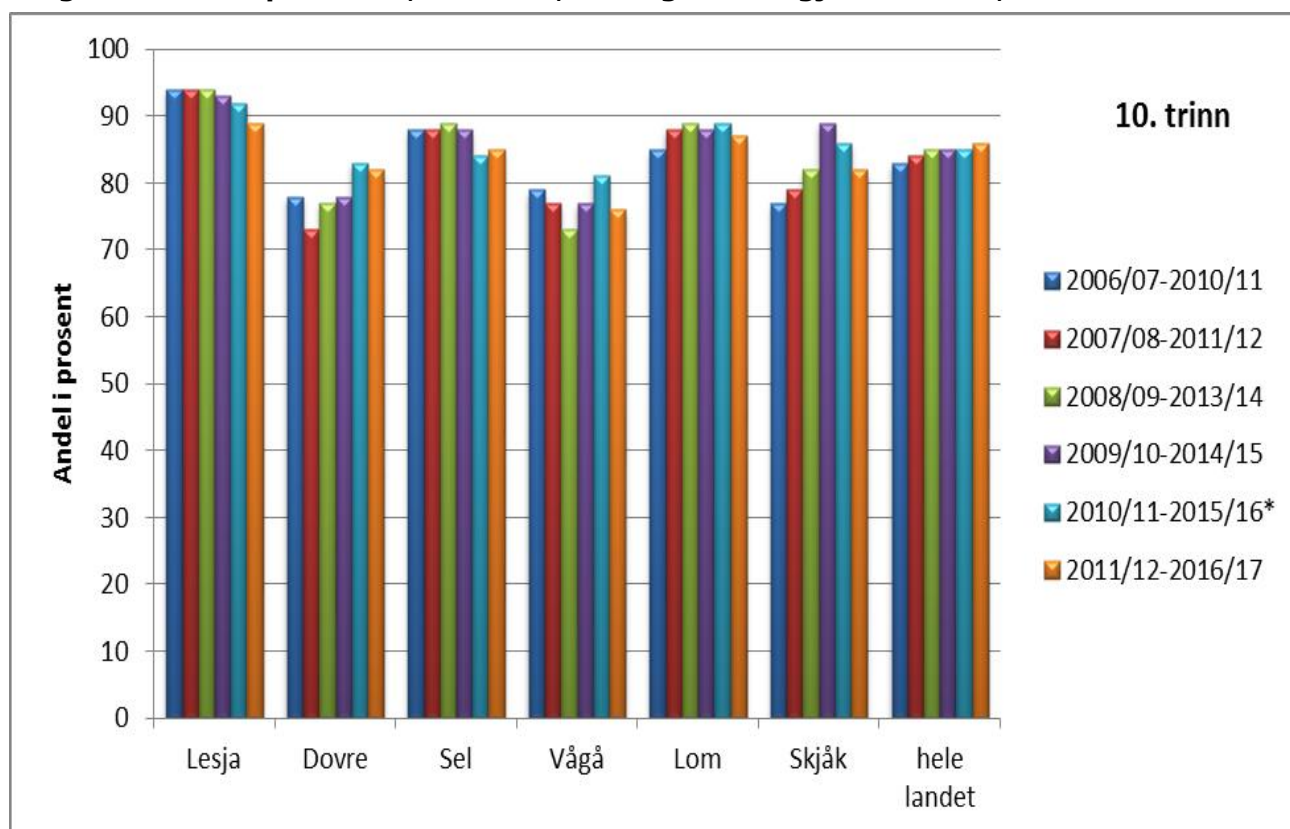
Andel elever på 7. trinn som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår. Standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.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

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



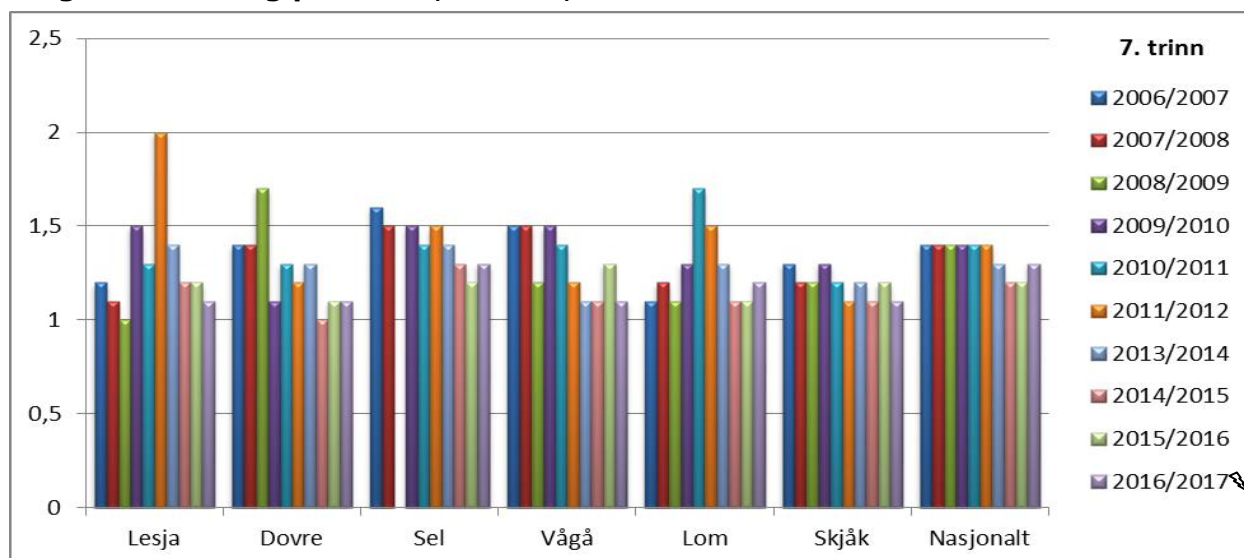
Skala: 1-5. Høy verdi betyr positivt resultat. Kilde: Utdanningsdirektoratet, skoleporten

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



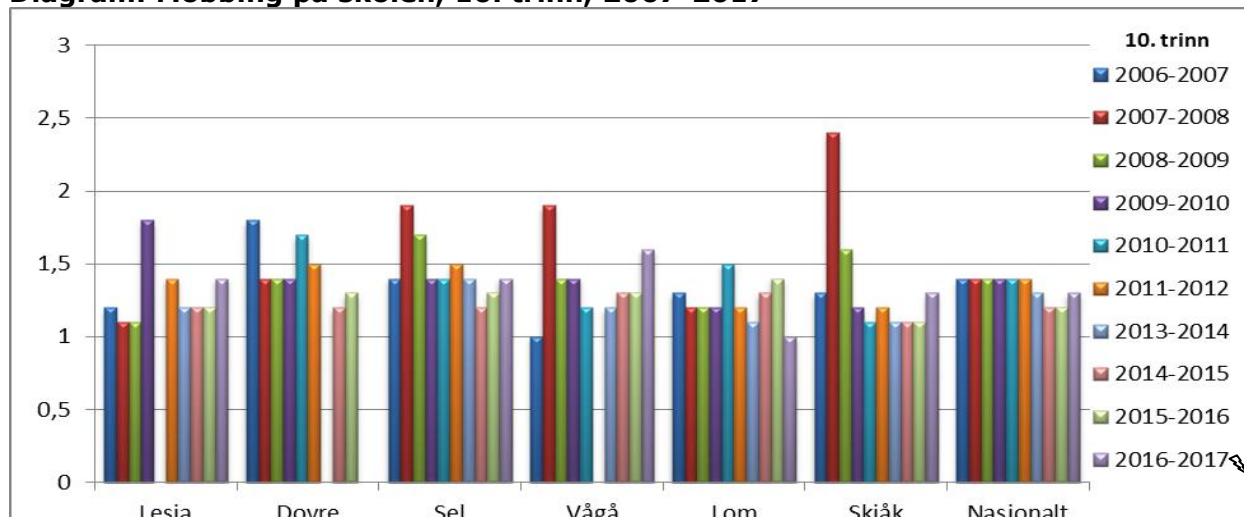
Andel elever på 10. trinnsom trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår. Standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.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

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



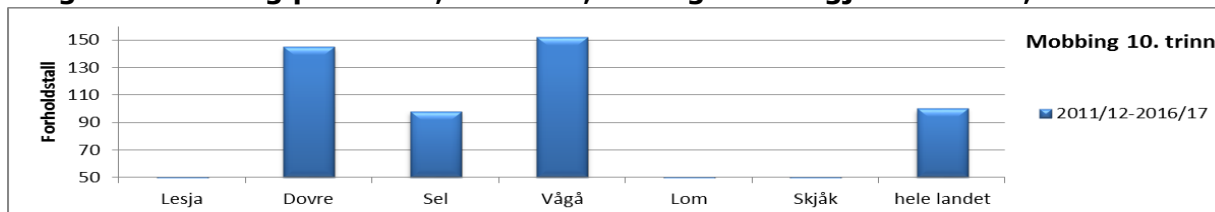
Skala: 1-5. Lav verdi betyr liten forekomst av mobbing. ⚠ Brudd i tidsrekke. Tallene er ikke sammenlignbare med tidligere år. Kilde: Utdanningsdirektoratet, skoleporten

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



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

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



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

4.3.4 Sosial støtte

I ungdataundersøkelsen i 2015 8.-10. trinn i oppgave 91 % i Skjåk at de helt sikkert hadde eller trodde de hadde minst en venn som de kunne stole fullstendig på og betro seg til om alt mulig. 9 % trodde ikke de hadde det.

13 % hadde vært veldig eller ganske mye plaget med ensomhet i løpet av siste uke.

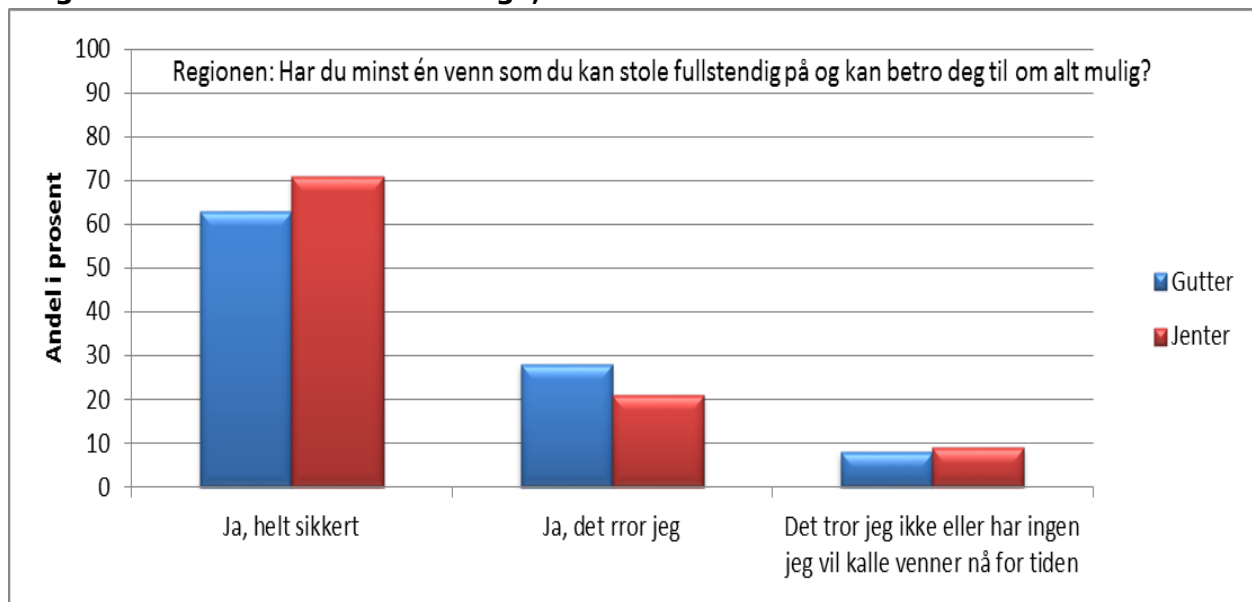
Ved personlige problemer sa 57 % i Skjåk at de helt sikkert ville ha snakket med eller søkt hjelp hos venner og rundt 36 % foreldrene. 11 % sa at de ikke ville snakket med noen.

Når det gjaldt støtte fra lærerne var 47 % helt enige og 44 % litt enige i at lærerne brydde seg om dem.

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

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

Diagram: Jevnaldrende – fortrolige, 2015



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

4.4 Skader og ulykker

4.4.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker

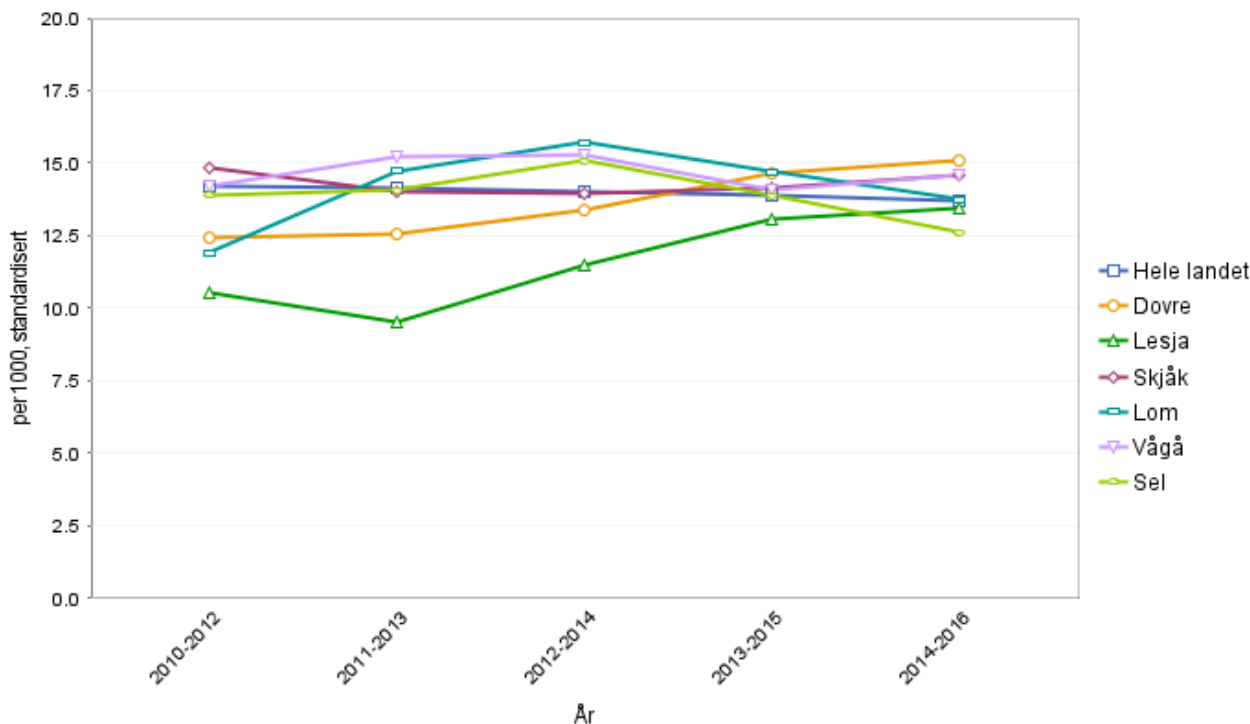
Det har vært relativt stabilt mht innleggelser på sykehus pga personskader generelt og innleggelser pga hoftebrudd eller hodeskader fra 2012 til 2016 (3 års glidende gjennomsnitt).

I perioden 2014-2016 ble det i årlig gjennomsnitt lagt inn 37 personer fra Skjåk på sykehus etter ulykker. 7 av innleggelsene skyldtes hoftebrudd og 4 hodeskader.

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

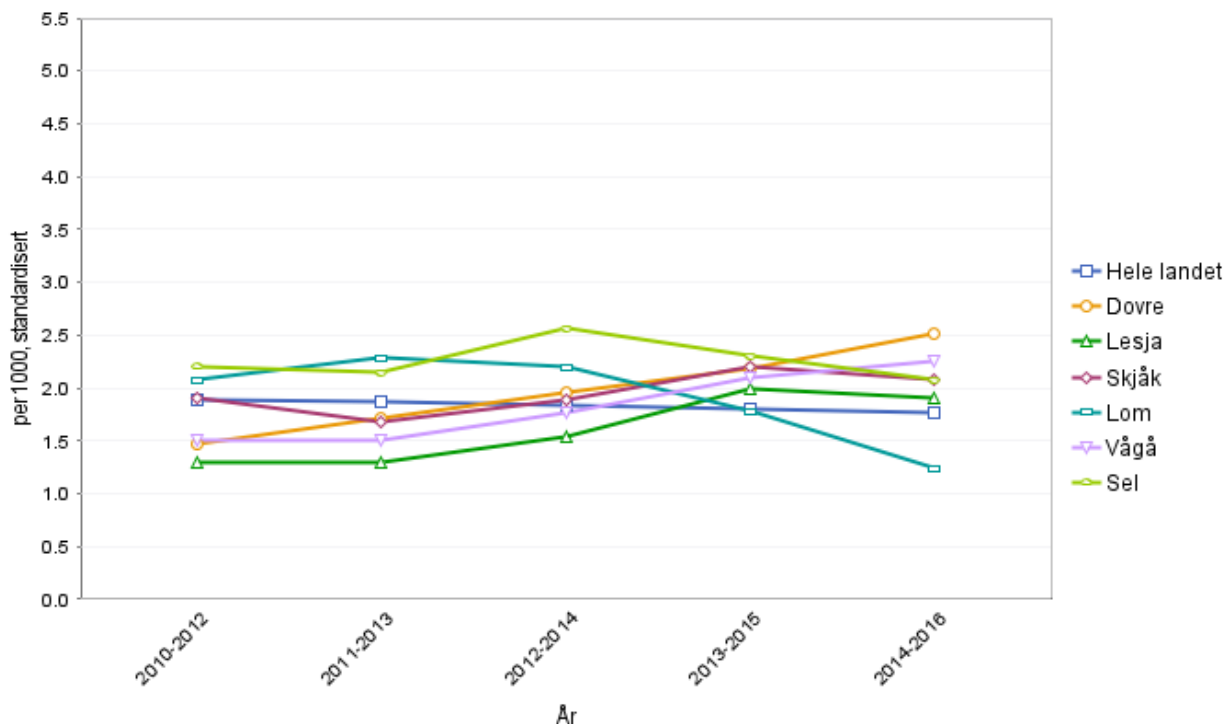
Årsaker til hoftebrudd er sammensatte: Indre faktorer som tidligere fall, medisinbruk, sykdommer, svekket gange og balanse, stillesittende liv, frykt for fall, mangelfull ernæring, svekkede kognitive funksjoner og syn. Ytre faktorer som omgivelsesfaktorer (dårlig lys, glatte eller ujevne underlag, dårlig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

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



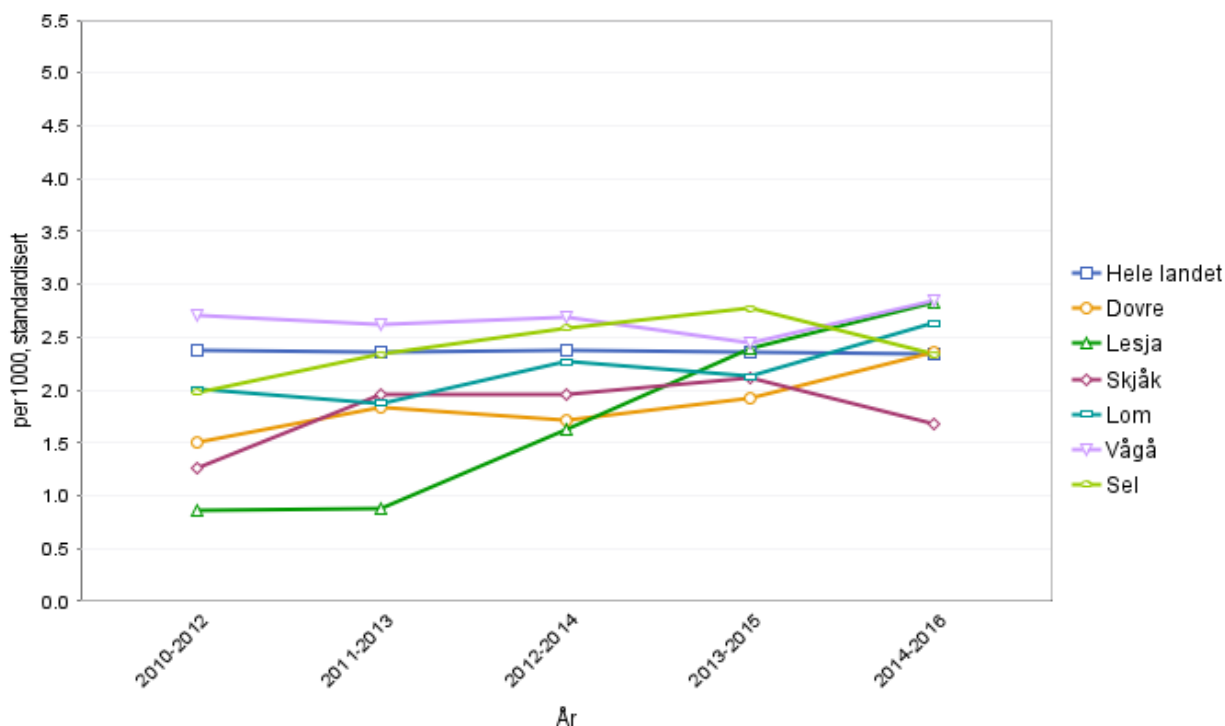
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med skader per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

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



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

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



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

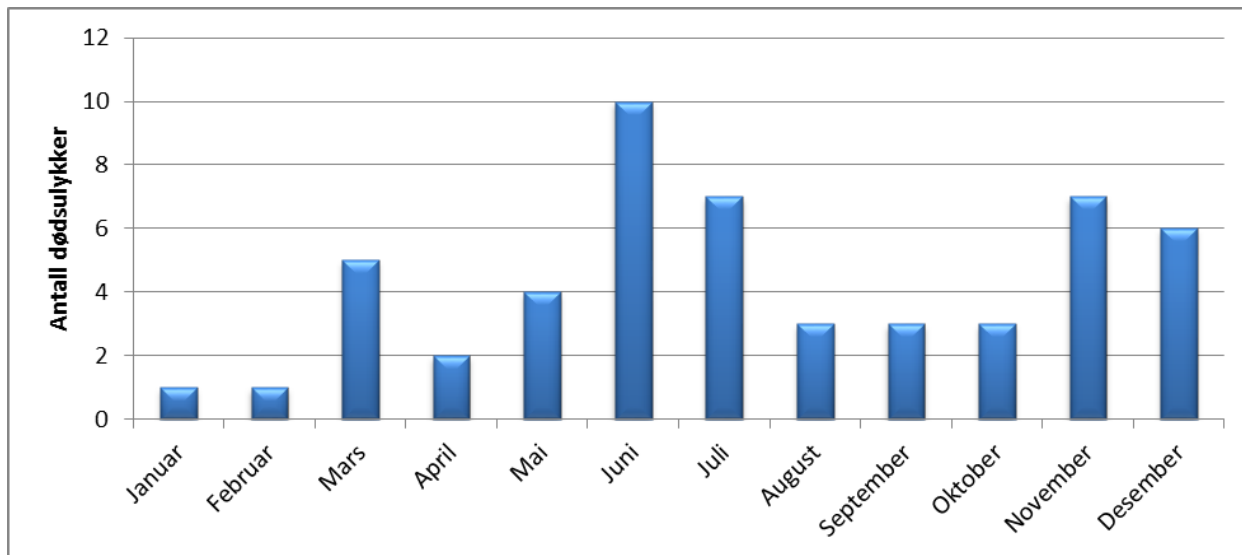
4.4.2 Trafikk – utfordringer og ulykker

Folkehelseverksted 2015: Skjåk har en rekke trafikale utfordringer. Følgende ble nevnt: Mangler gang og sykkelveier på utsatte områder. Rv 15 hardt belastet. Til dels dårlig veistandard. Tettere trafikk på smale veier. Stor fart i forhold til vei og føre. For høy fartsgrense mellom Skjåkkyrkja og Bismo. Sjøfører som kan være påvirket av rusmidler eller medikamenter.

9 av de 53 dødsulykkene (61 drepte totalt) i veitrafikken i Nord-Gudbrandsdal i perioden 1999-2017 skjedde i Skjåk kommune. I samme periode ble 1072 personer skadet i trafikken i Nord-Gudbrandsdal, 186 av disse i Skjåk kommune. Det var tre dødsulykker i regionen i 2017 – to av disse var i Skjåk. 13 personer ble skadet i trafikken i Skjåk i 2017. Juni er den måneden som er mest ulykkesutsatt.

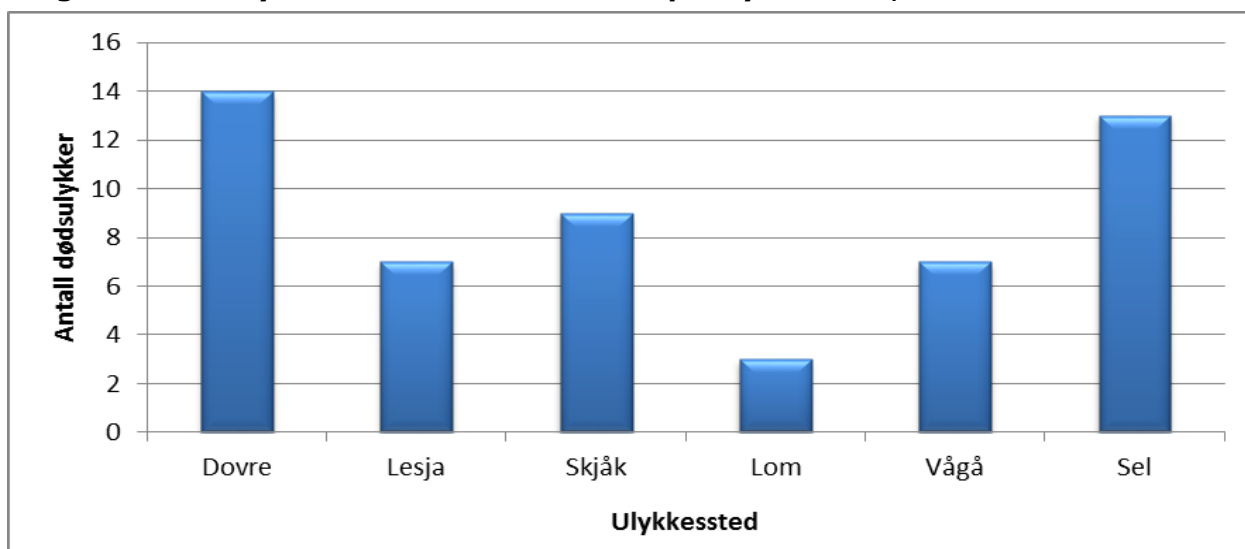
Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft i Norge målt i tapte leveår. Spesielt for ulykker med personskader er at det tar relativt mange unge liv, og det er den største dødsårsaken for personer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

Diagram: Dødsulykker i veitrafikken i Nord-Gudbrandsdal fordelt på måneder, 1999-2017



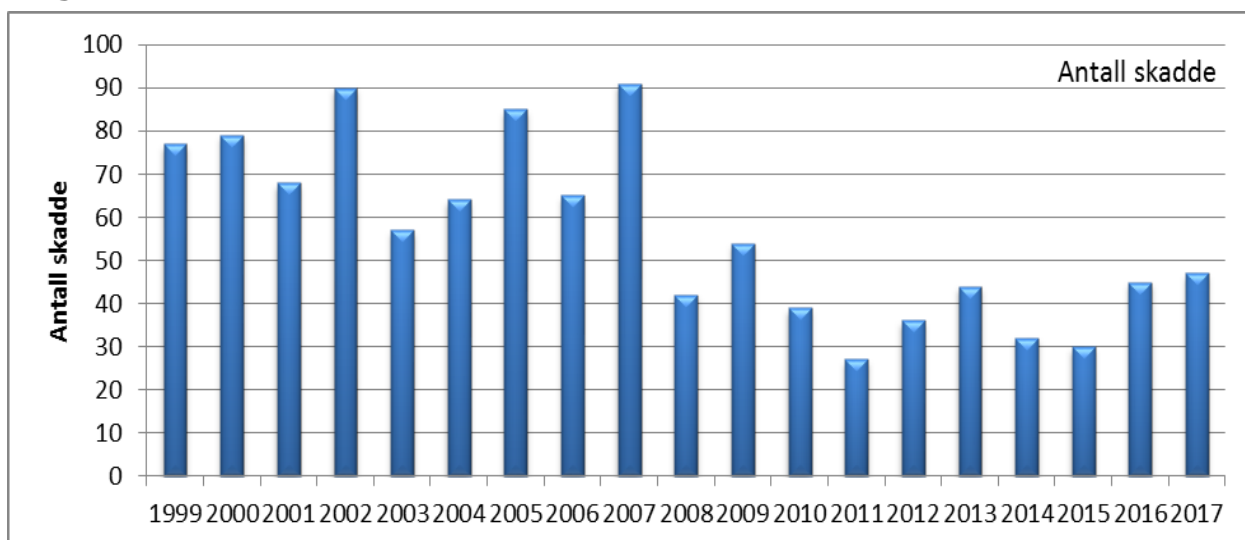
Antall dødsulykker i veitrafikken i Nord-Gudbrandsdal fordelt på måned ulykkene skjedde. Kilde: SSB

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



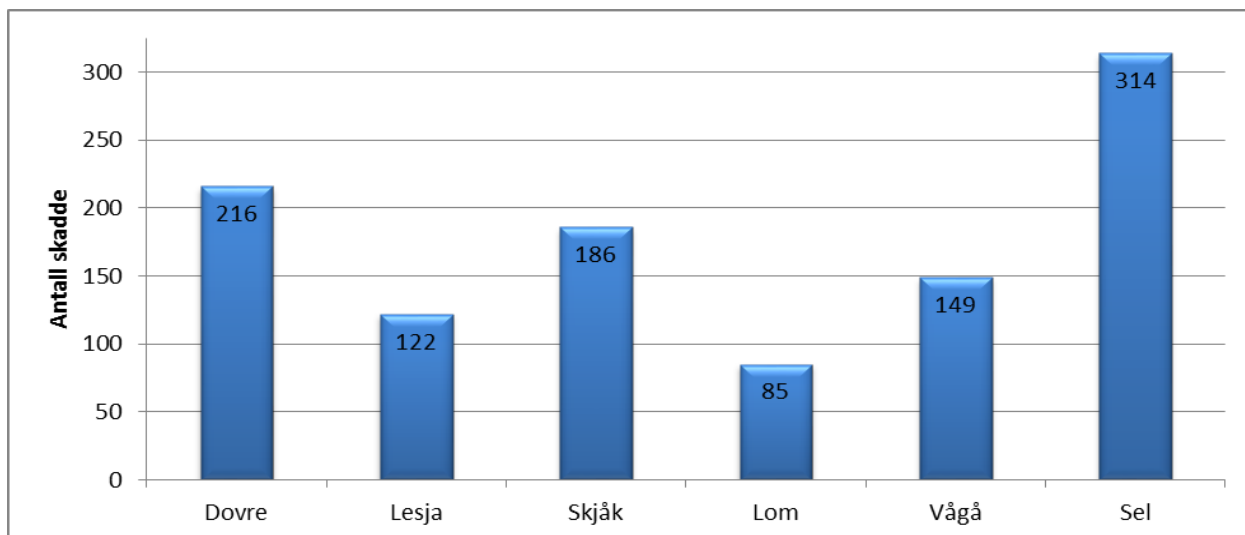
Antall dødsulykker i veitrafikken i Nord-Gudbrandsdal fordelt på kommune der ulykken skjedde. Kilde: SSB

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



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

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



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

4.4.3 Vold

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

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

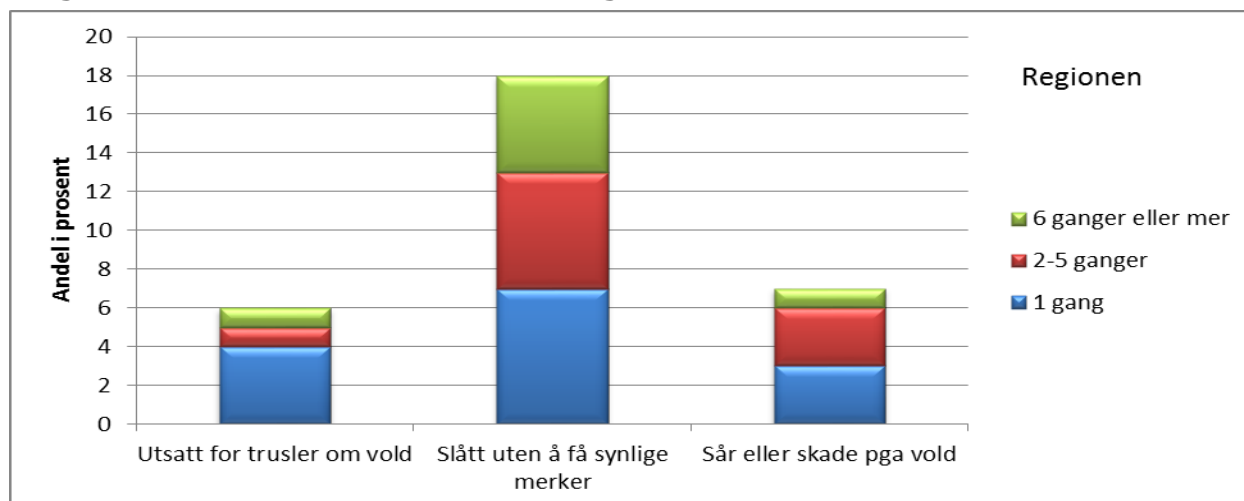
Tall fra ungdataundersøkelsen i regionen 8.-10. trinn 2015:

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

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

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

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



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

4.1 Helserelatert atferd

4.1.1 Deltakelse i aktiviteter

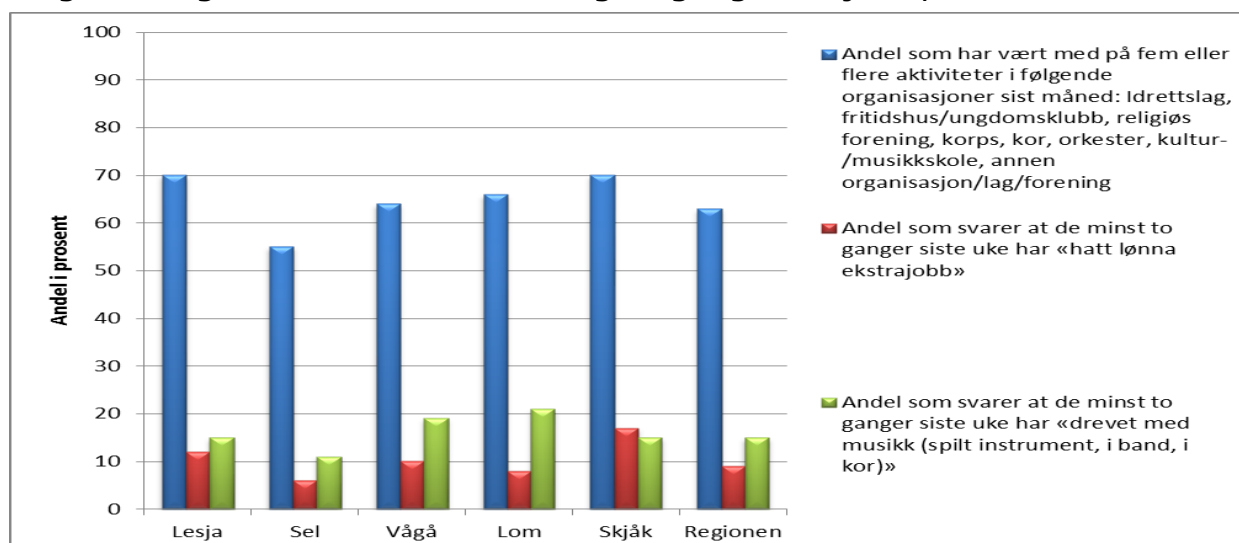
Tall fra ungdataundersøkelsen i Skjåk i 2015:

- 66 % var med, og 12 % hadde aldri vært med i en organisasjon/klubb/lag/ forening
- 70 % hadde vært med på fem eller flere aktiviteter i følgende fritidsorganisasjoner sist måned: Idrettslag, fritidshus/ungdomshus, religiøs forening, korps, kor, orkester, kulturskole/musikkskole og annen organisasjon, lag eller forening
- 47 % hadde vært med på fritids-/ungdomsklubb/-hus mer enn en gang siste måned
- 15 % hadde drevet med musikk minst to ganger siste uke
- 17 % hadde hatt lønnet ekstra jobb minst to ganger siste uke

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

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

Diagram: Ungdoms deltakelse i foreninger og organisasjoner, 2015



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

4.1.2 Tid brukt på ulike medier

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

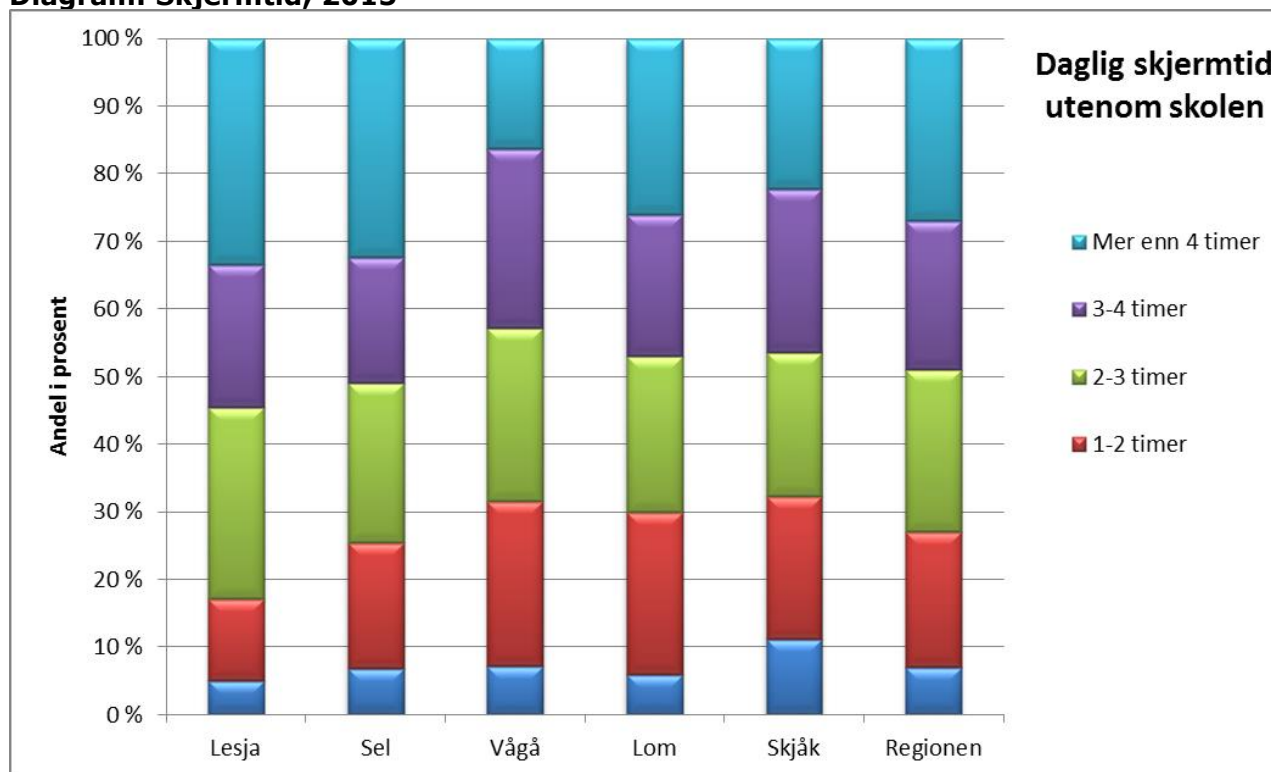
- Mindre enn 1 time: 11 %
- 1-2 timer: 21 %
- 2-3 timer: 21 %
- 3-4 timer: 24 %
- 4-6 timer: 15 %
- Mer enn 6 timer: 7 %

Det var langt flere jenter enn gutter som bruker mye tid på sosiale medier og omvendt når det gjelder dataspill. (Tall fra regionen)

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

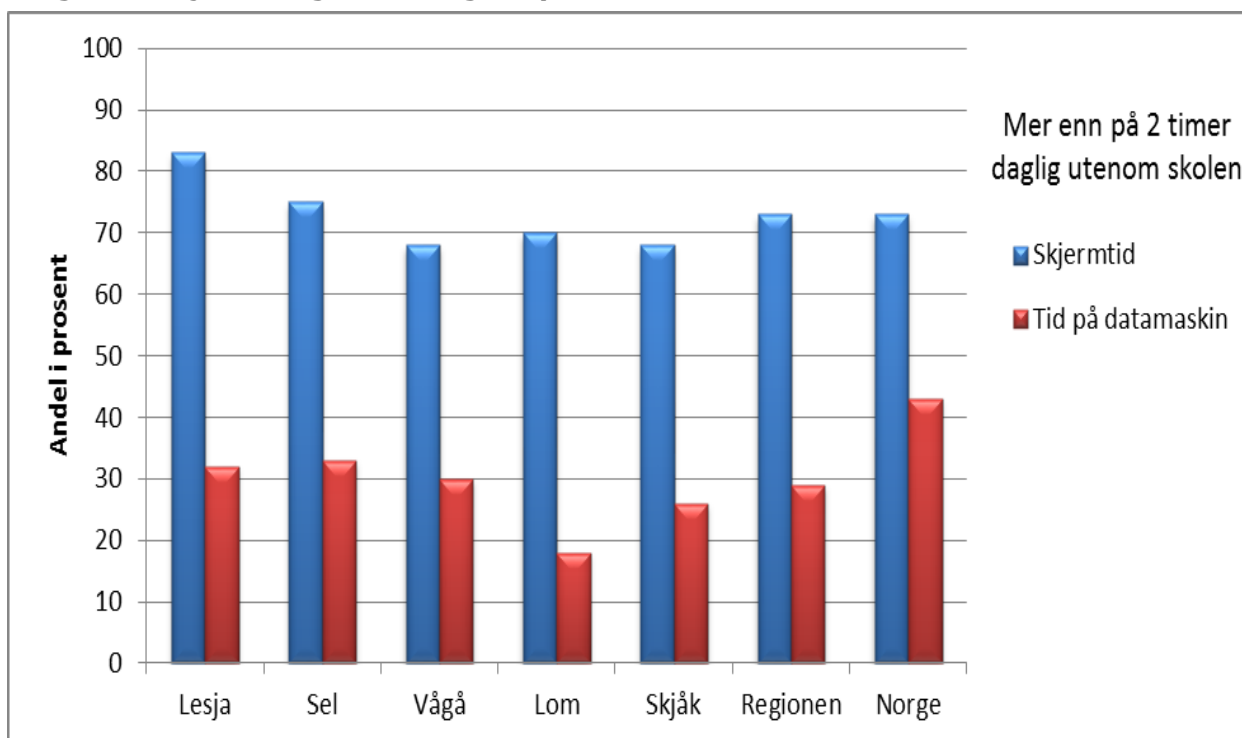
Studier viser at nettbrett- og elektronikkbruk kan påvirke søvnvanene våre negativt.
Kilde: *Forskning.no*

Diagram: Skjermtid, 2015



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

Diagram: Skjermtid generelt og tid på data, 2015



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

4.1.3 Tid brukt på lekser

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

- Mindre enn 1 time: 39 %
- 1-2 timer: 29 %
- 2-3 timer: 19 %
- Mer enn 3 timer: 12 %

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

- Helt enig: 16 %
- Litt enig: 38 %
- Litt uenig: 22 %
- Helt uenig: 23 %

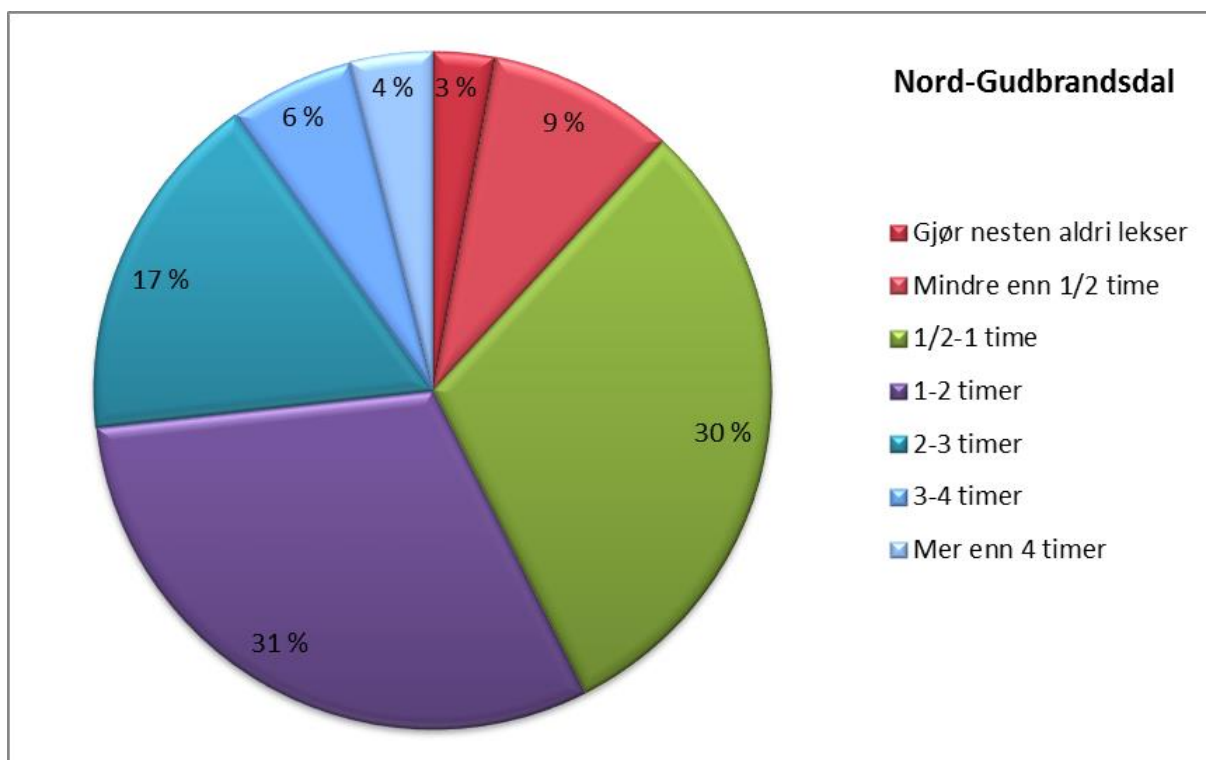
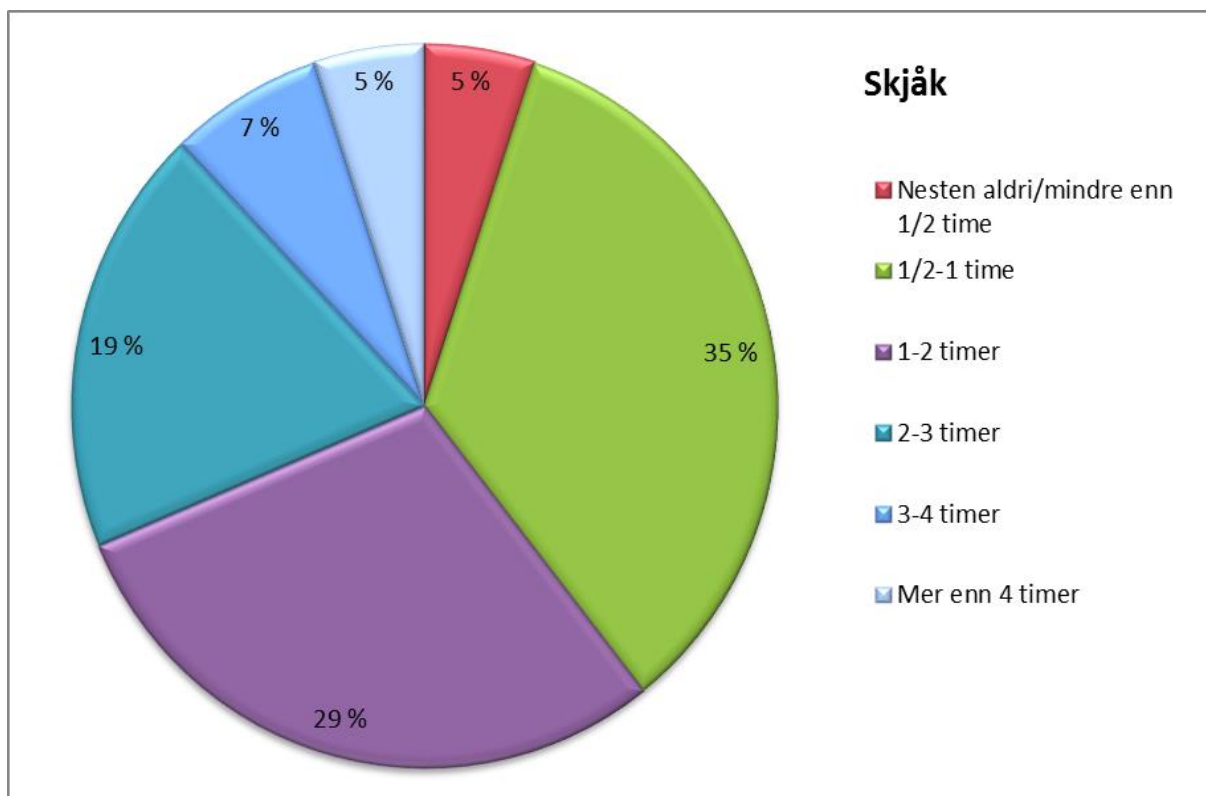
Det var flere jenter enn gutter som satt mer enn 2 timer daglig og som måtte bruke helgene til skolearbeid.

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

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

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

Diagrammer: Tid brukt på lekser, 2015



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

4.1.4 Fysisk aktivitet

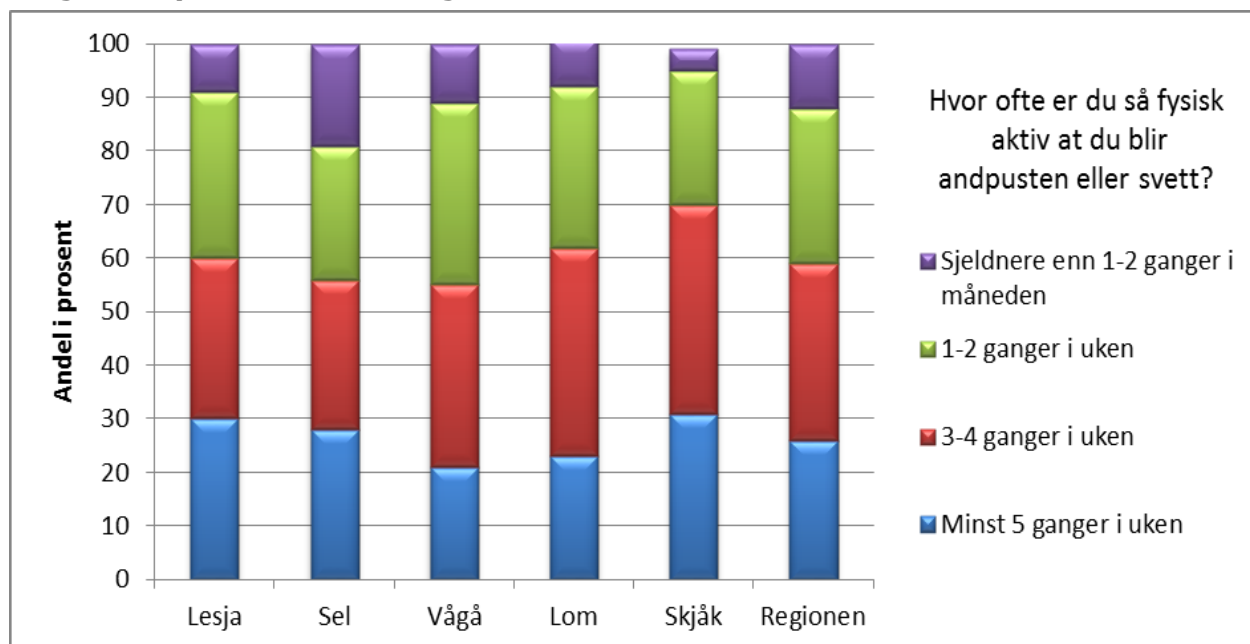
I ungdataundersøkelsen i Skjåk i 2015 sa 70 % at de var fysisk aktiv (svette eller andpustne) mer enn 3 ganger i uken og 4 % 1-2 ganger i måneden eller sjeldnere.

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

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

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

Diagram: Fysisk aktivitet, ungdom, 2015



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

4.1.5 Kosthold

Resultat fra ungdomsundersøkelsen i 2015 i Skjåk, andel som spiste måltidet hver dag:

- Frokost: 67 %
- Formiddagsmat: 67 %
- Middag: 92 %

15 % spiste frokost og 8 % formiddagsmat en gang i uken eller sjeldnere.

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

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

De fleste trenger påfyll av energi om morgenen for at kroppen skal fungere. Det kan være vanskeligere å konsentrere seg, og både humør og arbeidslyst kan bli dårligere når frokosten droppes.

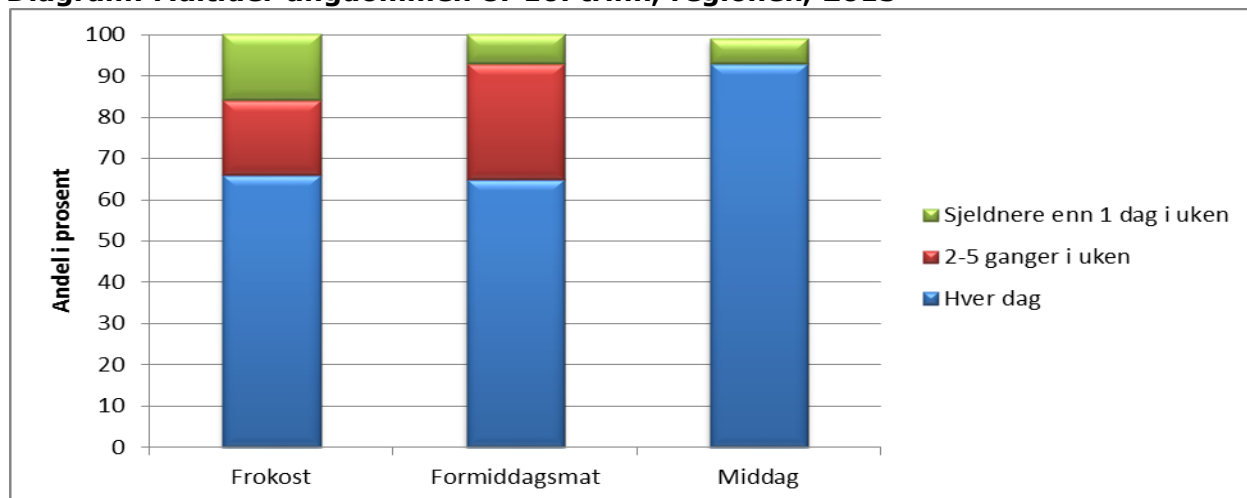
Mange barn får i seg for mye sukker gjennom brus eller saft. En halv liter brus eller saft inneholder cirka 50 gram sukker. Det tilsvarer 25 sukkerbiter.

Kilde: Matportalen.no, Helsedirektoratet

Virkemidlene for å fremme sunne valg ligger i all hovedsak utenfor helsesektoren, og samarbeidet med andre sektorer, frivillige organisasjoner og private aktører er viktig.

Dette er en felles oppgave. Ansvaret på tvers av sektorer må i større grad synliggjøres. *Kilde: Meld.St.34 Folkehelsemeldingen 2012-2013. God helse – felles ansvar.*

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



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

4.1.6 Røyk og snus

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

- Røyking - nær 100 %
- Snus - 95 %

Det var noe flere jenter enn gutter som ikke røykte i det hele tatt.

Det var flere gutter enn jenter som brukte snus daglig.

Det har vært en gradvis nedgang etter 2003 når det gjelder røyking blant kvinner ved start av svangerskapet. 5 års glidende gjennomsnitt ga en andel på 30 % i 2003 og 6 % i 2016. I landet som helhet var andelen 7,8 % i 2016.

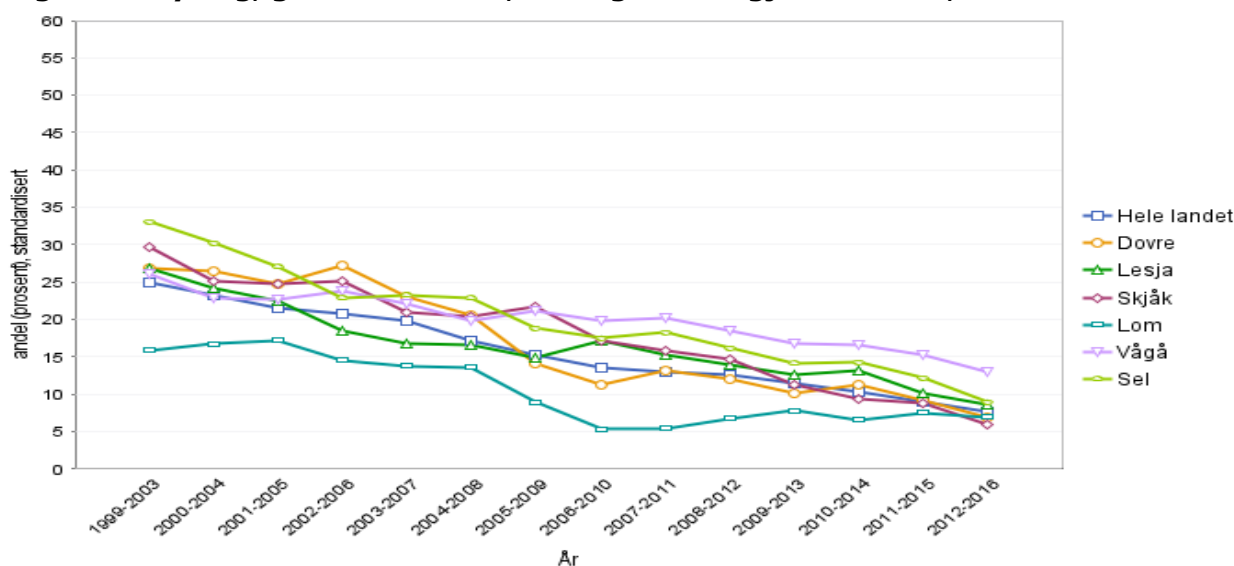
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at de som røyker daglig, i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere, og 25 prosent av dagligrøykerne dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere.

Bruk av snus øker risikoen for kreft i bukspyttkjertel, spiserør og munnhule og har flere andre negative effekter. Snus øker risikoen for dødfødsel og for tidlig fødsel. *Kilde: Helsedirektoratet. Sykdom og helseskader ved snus.*

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

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

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



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

4.1.7 Alkohol og andre rusmidler

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

- 25 % fikk lov å drikke alkohol av foreldrene sine
- 32 % hadde drukket så mye at de hadde følt seg tydelig beruset minst en gang siste 6 måneder.
- 6 % hadde drukket så mye at de hadde følt seg tydelig beruset mer enn 5 ganger siste 6 måneder
- 11 % drakk alkohol 1-3 ganger i måneden eller hver uke
- Ungdommen skaffet seg alkohol gjennom foreldre, venner, andre voksne – eller de tok hjemme

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

- 11 % hadde vært passasjerer hos en sjåfør som hadde drukket alkohol
- 3 % hadde selv kjørt moped/annet motorisert kjøretøy etter å ha drukket alkohol
- 1 % hadde brukt hasj minst en gang siste 12 måneder
- 6 % hadde brukt dopingmidler minst en gang siste 12 måneder (en liten prosent 6 ganger eller mer)

Det totale alkoholforbruket er en viktig faktor (determinant) for alkoholrelaterte sykdommer og skader i befolkninga. Når det totale forbruket i samfunnet øker, øker både andelen storforbrukere og andelen som ligger i «gråsona» mot et helseskadelig forbruk. Risikoen for kroniske sykdommer knyttet til alkoholbruk øker gradvis. Hos storforbrukere er risikoen høy. For enkeltpersoner i «gråsona-gruppa» er risikoen lavere, men fordi denne gruppen er stor, vil den likevel bidra med mange personer til de samlede helseproblemene i samfunnet.

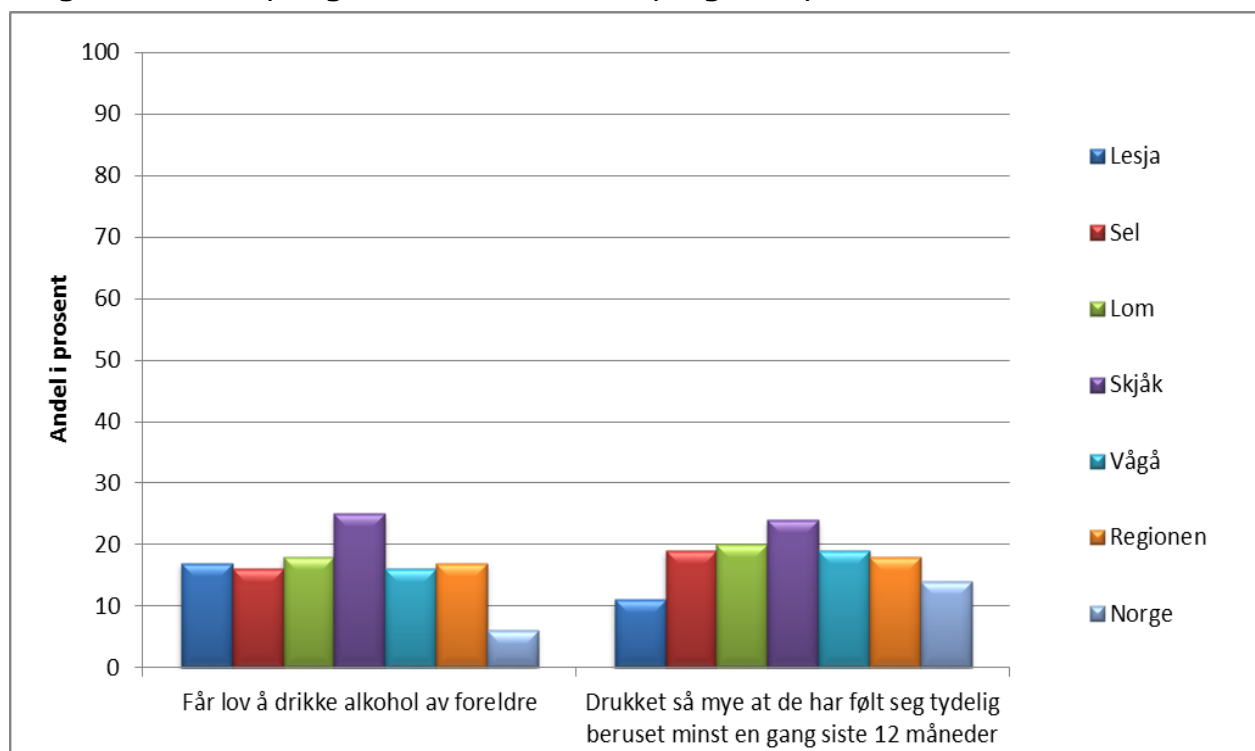
Helseskadene ved alkohol blir først og fremst bestemt av den totale mengde alkohol som kroppen blir utsatt. Alkoholskader kan derfor utvikle seg selv om en person ikke har vært synlig beruset. Skader som skyldes ulykker og vold er ofte knyttet til sporadisk stordriking, uten at det er et generelt storforbruk.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

Følgende kan forklarer alkoholforbruk blant 13-14-åringer:

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

Rusmiddelarbeid i kommunen omfatter blant annet forvaltning av alkoholloven, rusmiddelforebygging og tidlig intervensjon. Det er spesielt viktig å forebygge overfor barn og unge for på den måten å hindre risikofylt eller skadelig rusmiddelbruk senere i livet. *Kilde: Helsedirektoratet. Rusmiddelarbeid i kommunene.*

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



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

4.2 Helsetilstand

4.2.1 Opplevelse av helse, subjektiv livskvalitet og selvbilde

Tall fra ungdataundersøkelsen i Skjåk 2015:

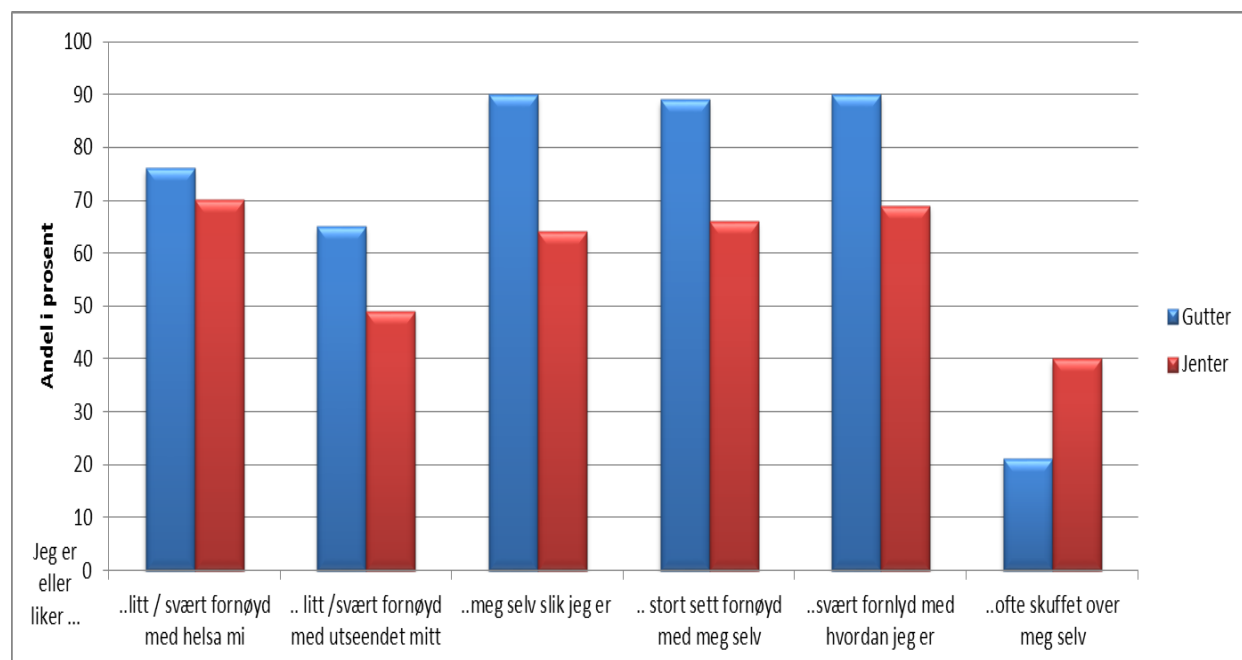
- 68 % var svært eller litt fornøyd med helsa
- 77 % var stor sett fornøyd med seg selv (passer ganske eller svært godt)
- 30 % var ofte skuffet over seg selv (passer ganske eller svært godt)

Det var generelt sett langt flere gutter enn jenter som var fornøyd med seg selv og helsa. (Se diagram for regionale tall.)

Livskvalitet handler om å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet, om å bruke personlige styrker, føle interesse, mestring og engasjement og utgjør således en viktig verdi i seg selv. I tillegg har livskvalitet sammenheng med helserelaterte gevinster som bedre fysisk og psykisk helse, sunnere livsstilvalg, sterkere nettverk og sosial støtte. Lykke og livskvalitet styrker også motstandskraften i møte med belastninger. Opplevd livskvalitet er viktig for den enkelte, og kan også bidra til gode familierelasjoner, oppvekstkår, fungering i arbeidslivet, og for befolkningens generelle helse. Fokus på livskvalitet er derfor viktig i det moderne folkehelsearbeidet.

Kilde: Folkehelseinstituttet. Fakta om livskvalitet og lykke. 2014

Diagram: Vurdering av egen helse og seg selv, 2015



Andel gutter og jenter som vurderer helse og hvor fornøyd de er med seg selv og sitt utseende. Regionale tall. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Nord-Gudbrandsdal

4.2.2 Forventet levealder

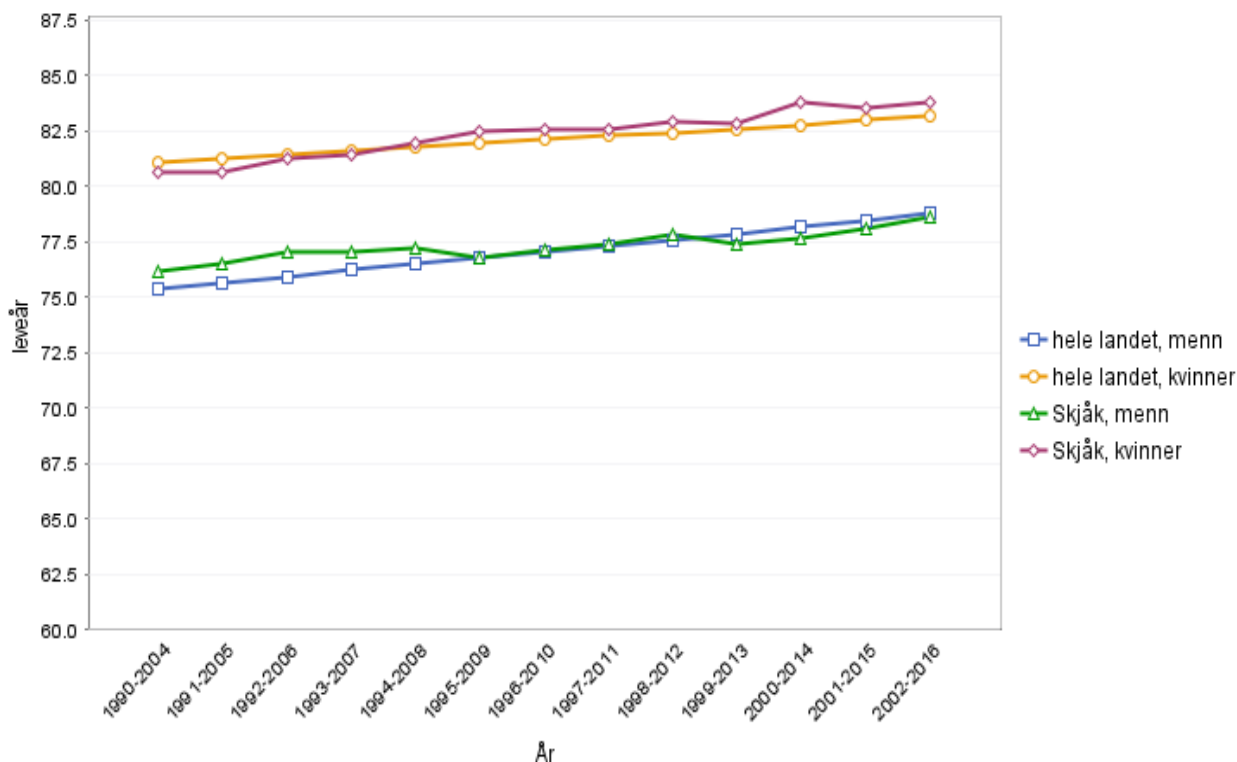
Forventet levealder har steget gradvis både for menn og kvinner i Skjåk, men med en stabilisering for kvinner de siste årene. Den var 83,8 år for kvinner og 78,6 år for menn i årlig gjennomsnitt i perioden 2002-2016.

For personer med fullført videregående var forventet levealder i perioden 2001-2015 (årlig gjennomsnitt) 84,2 år for kvinner og 79,4 år for menn. Det er ikke data i Skjåk for forventet levealder for menn og kvinner med grunnskole som høyeste utdanning eller for de med høyere utdanning i denne perioden. På landsbasis er det en jevn stigning i forventet levealder når utdanningsnivået øker.

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

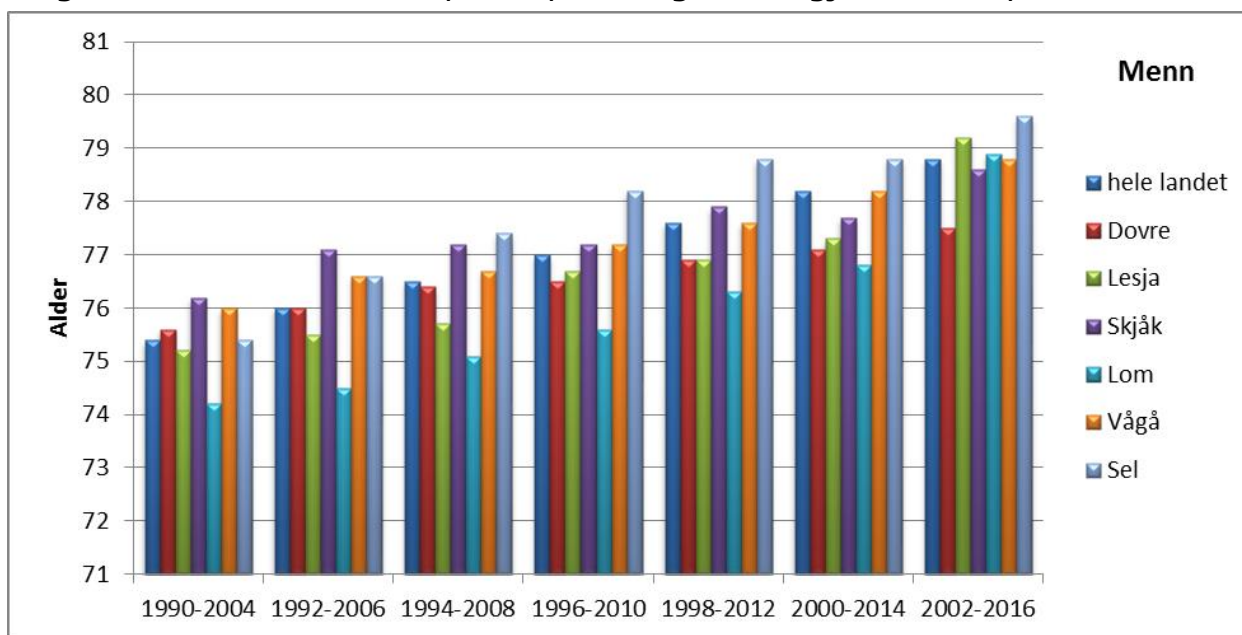
De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene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

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



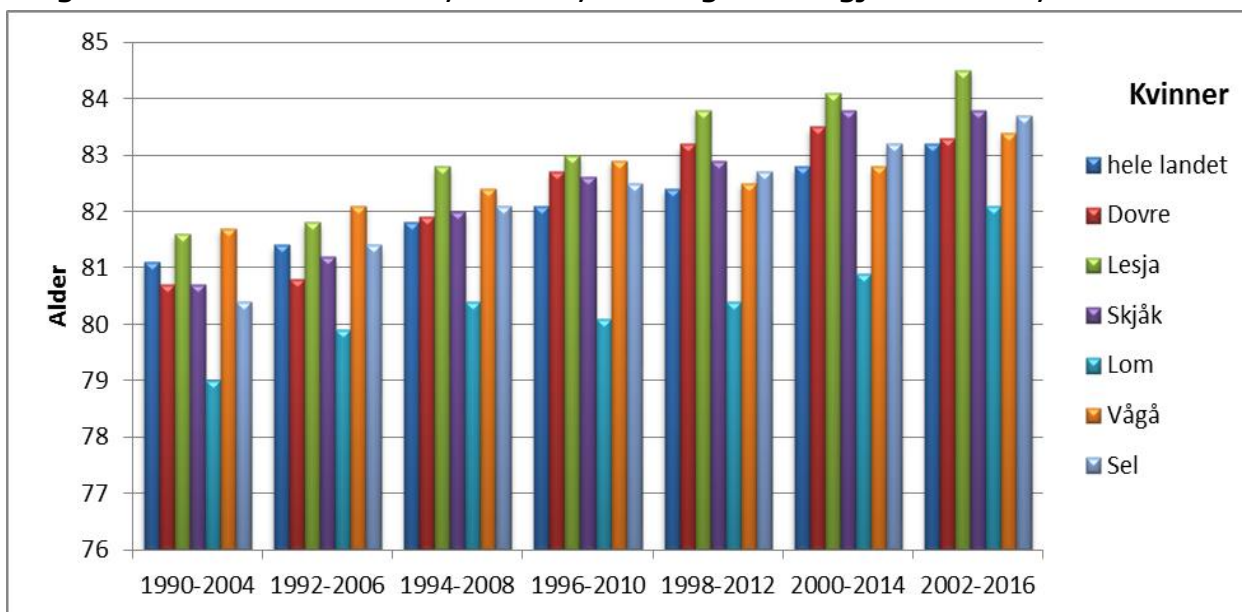
Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: KommuneHelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

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



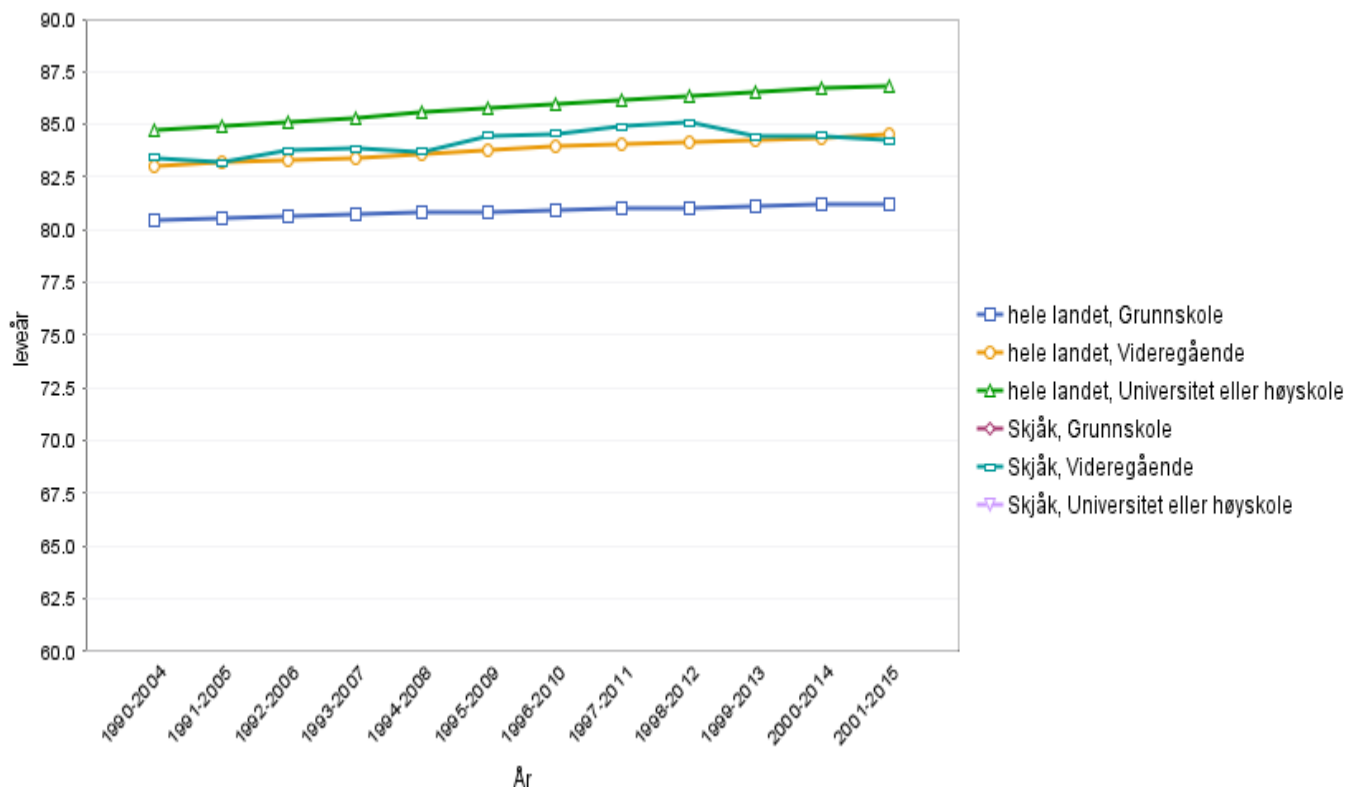
Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

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



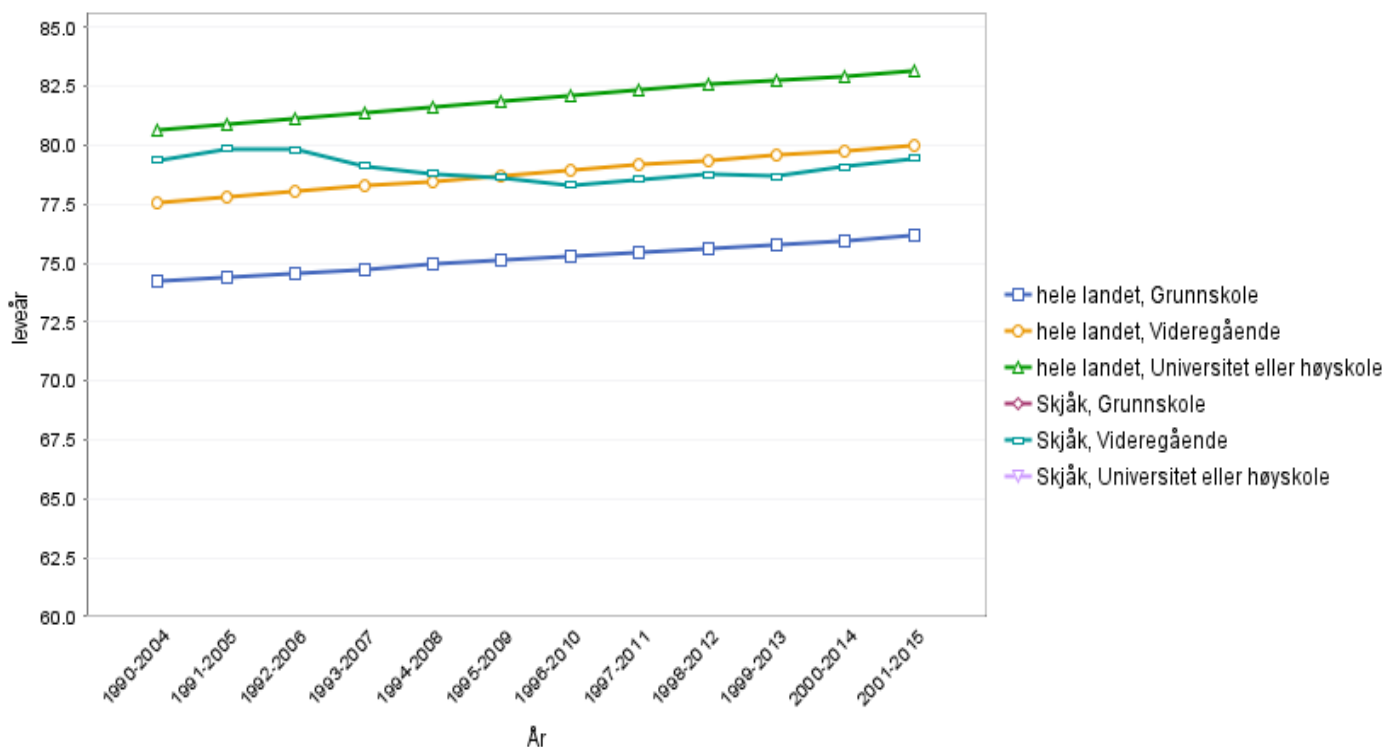
Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: Kommunehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

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



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

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



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

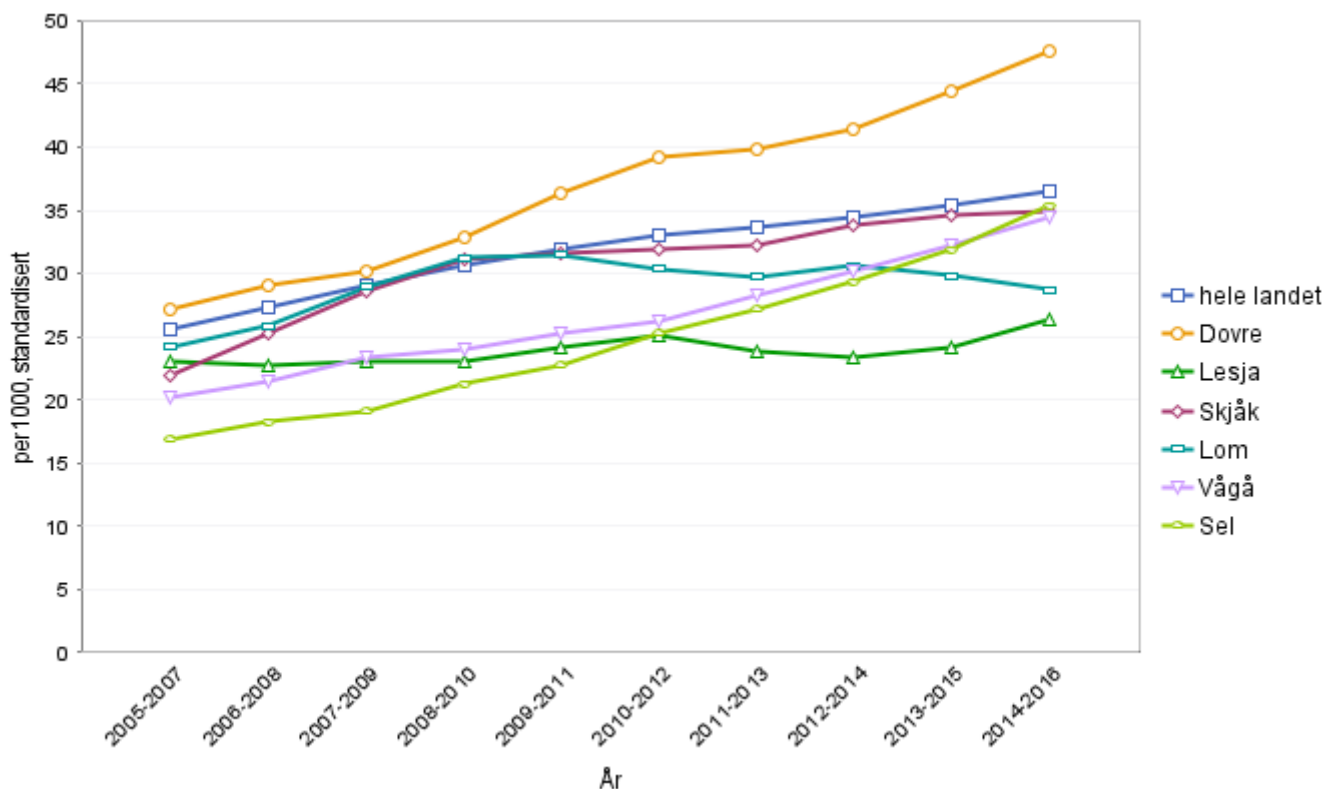
4.2.3 Diabetes – type 2

Diabetesmedisiner: Skjåk kommune har hatt en gradvis økning i bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes etter 2007. I perioden 2014-2016 var det årlige gjennomsnittet på 35 per 1000 dvs. 54 personer i alderen 30–74 år som brukte disse medikamentene. Andelen som bruker medikamenter mot diabetes type 2 i Skjåk ligger omtrent på nivå som i landet som helhet. Det er en stadig høyere andel menn enn kvinner som bruker medikamentene i Skjåk.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator (utdrag): Forekomsten av type 2-diabetes er usikker og behandling av sykdommen varierer. Kosthold, mosjon og vektreduksjon kan for noen normalisere blodsukkeret og holde sykdommen under kontroll.

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

Diagram: Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2016



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

4.2.4 Hjerte- og karsykdommer

Medikamenter mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterolsenkende midler), brukere 0-74 år: I Skjåk kommune har det vært (i årlig gjennomsnitt) noe økning i bruk av disse medikamentene etter 2007. I perioden 2014-2016 var det 357 personer som hentet ut minst en resept på legemidler mot hjerte- og karsykdommer (i årlig gjennomsnitt). Andelen menn og kvinner var på omtrent samme nivå.

Kolesterolsenkende medikamenter, brukere 0-74 år: Det har det vært en gradvis økning i bruk av kolesterolsenkende medikamenter etter 2007. I perioden 2005-2007 var det 128 personer (årlig gjennomsnitt) som brukte kolesterolsenkende medikamenter. I perioden 2014-2016 var det 237 personer. Det er liten forskjell i andel menn og kvinner – litt høyere andel blant menn.

Bruk av primærhelsetjenesten, 0-74 år: I perioden 2014-2016 fikk 296 personer (årlig gjennomsnitt) fra Skjåk som var i kontakt med fastlege eller legevakt, en hjerte- og karsykdomsdiagnose.

Bruk av spesialisthelsetjenesten: Det har vært relativt stabile tall mht personer som har hatt dag- og døgnopphold de siste årene - 53 personer i årlig gjennomsnitt i perioden 2013-2015.

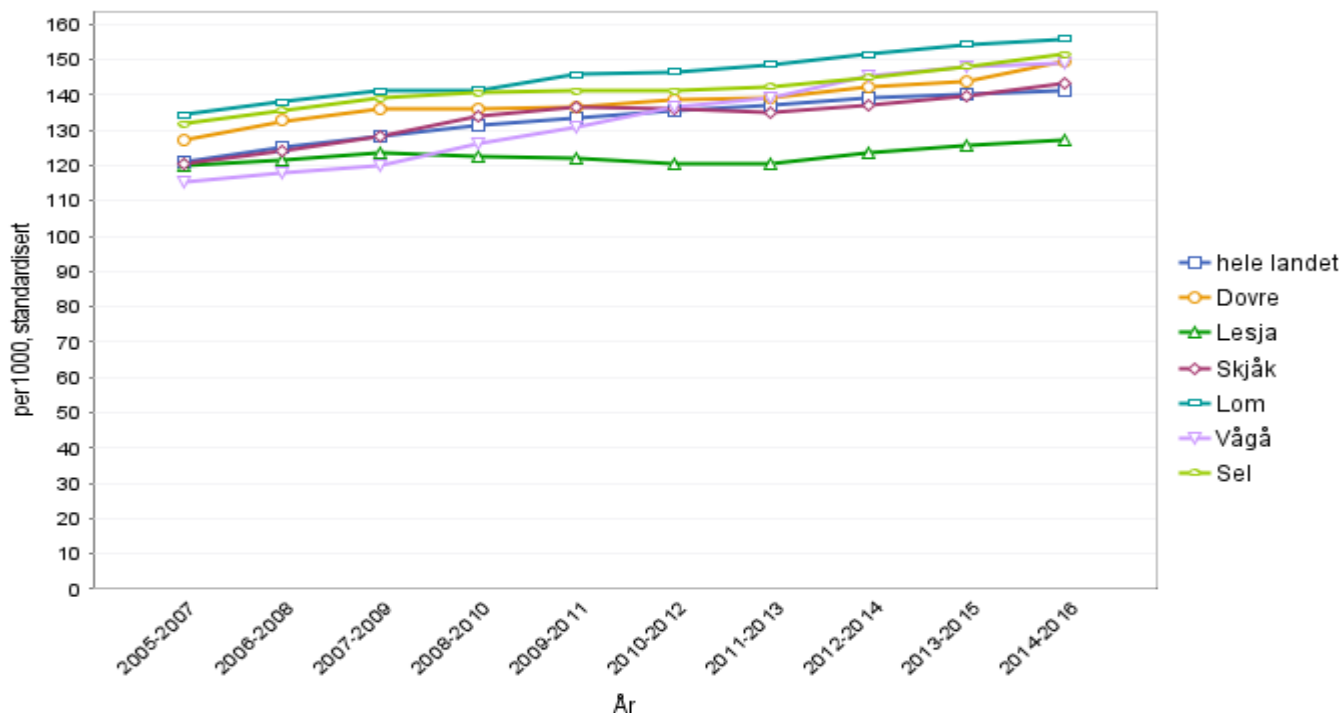
Dødelighet, 0-74 år: Det har vært en gradvis reduksjon i dødelighet pga. hjerte- og karsykdommer i Skjåk etter 1999, men med en stabilisering de siste årene. Det var færre enn 2 personer som døde pga. hjerte-/ karsykdom i perioden 2007-2016 i årlig gjennomsnitt.

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

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

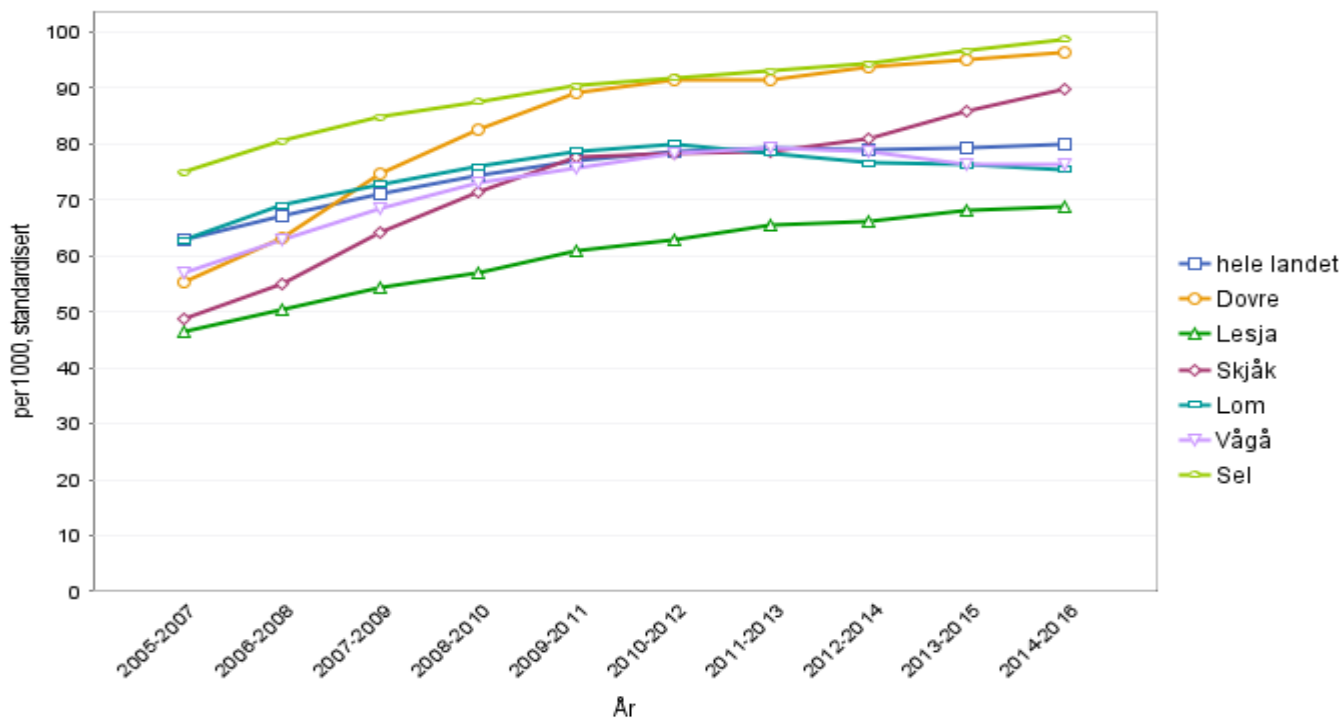
Årsaker til hjerte-karsykdommer er sammensatte: Arvelige faktorer i samspill med miljøfaktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes.

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



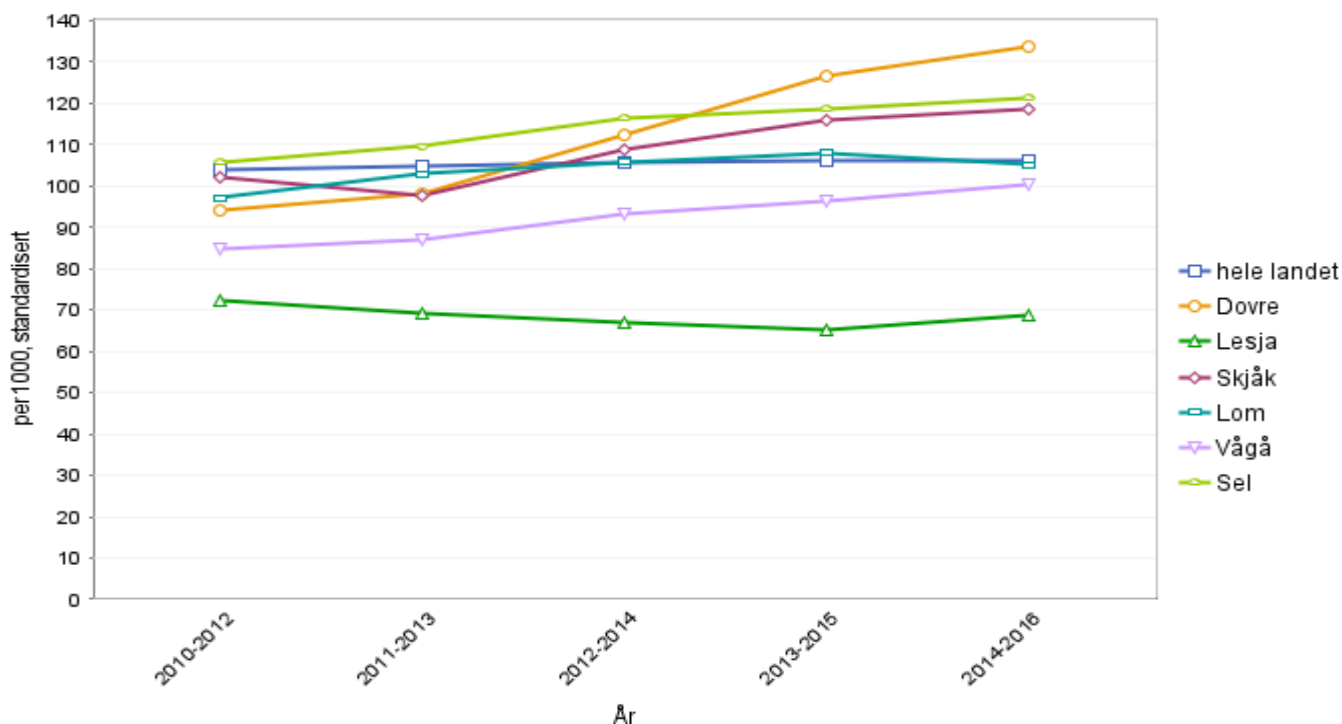
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

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



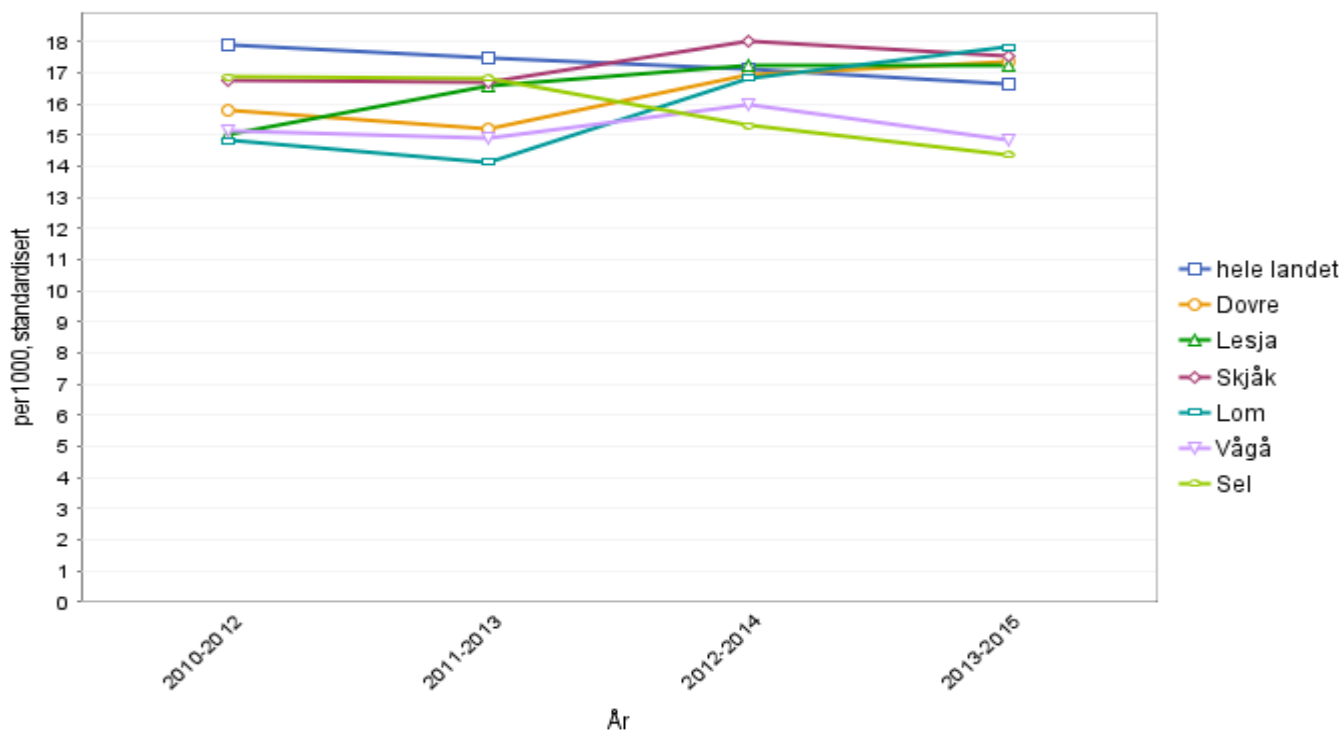
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

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



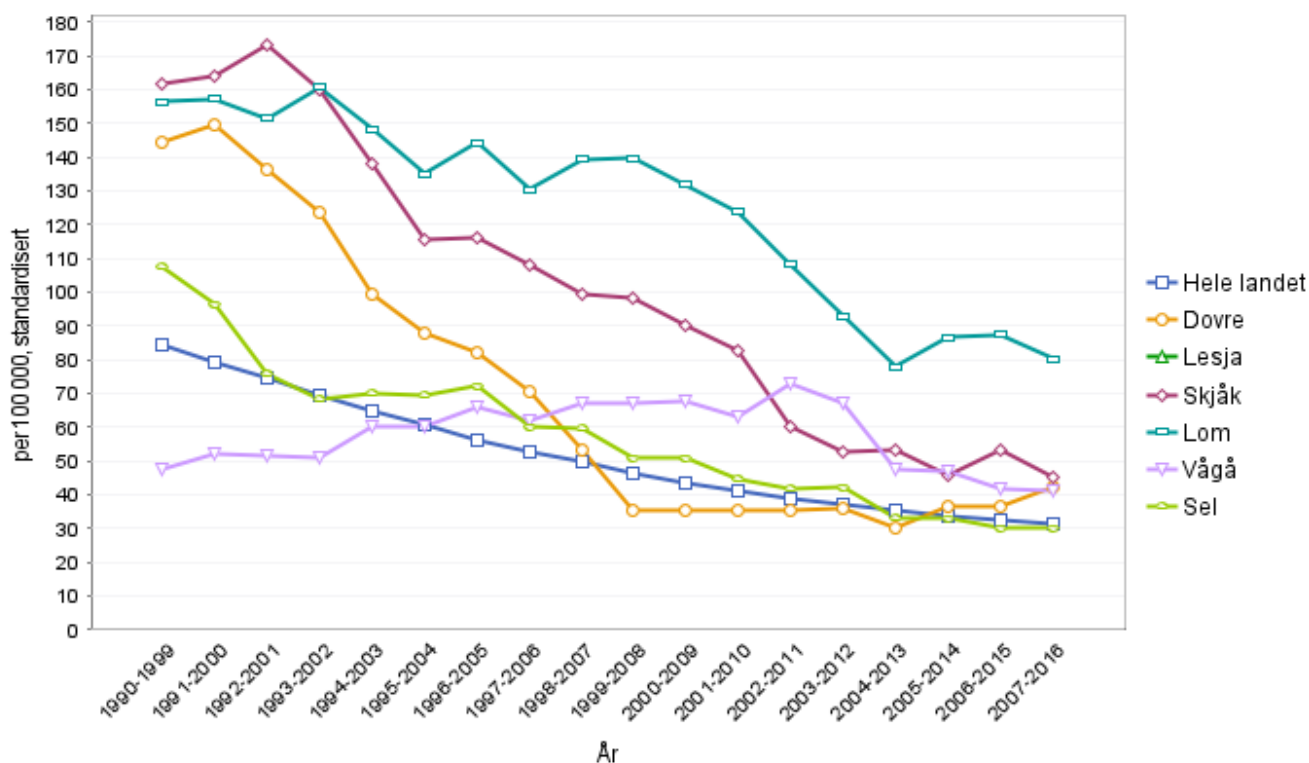
Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt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

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



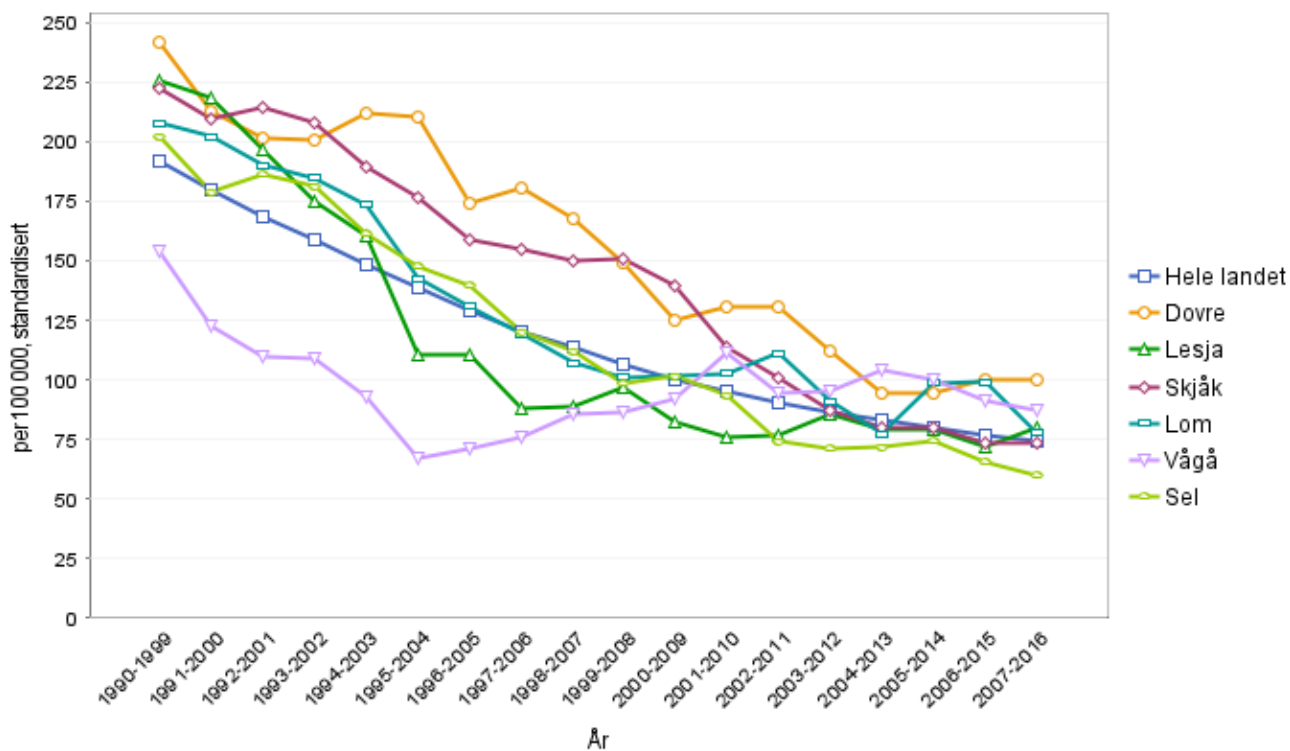
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa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

Diagram: Dødelighet hjerte-/karsykdom, kvinner, 10 års glidende gjennomsnitt, 1999-2016



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

Diagram: Dødelighet hjerte-/karsykdom, menn, 10 års glidende gjennomsnitt, 1999-2016



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

4.2.5 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

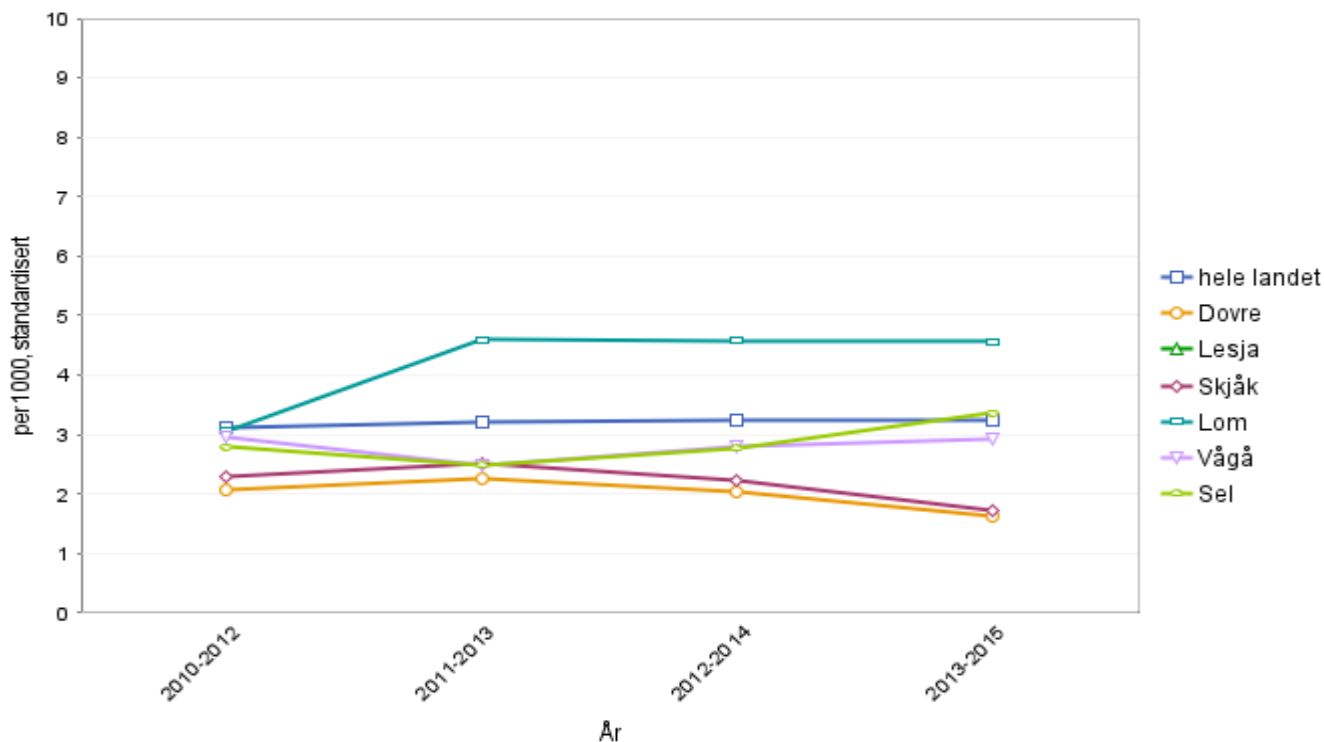
Medikamenter mot KOLS og astma: Bruken av disse medikamentene i aldersgruppen 45-74 år i Skjåk kommune har vært relativt stabil fra 2007 til 2016. Det var liten forskjell i ande kvinner og menn i perioden 2014-2016 (årlig gjennomsnitt) – totalt 125 personer. Det var flere menn i Skjåk i nevnte aldersgruppe som brukte medikamentene enn i de andre kommunene i Nord-Gudbrandsdal og landet som helhet. Andel kvinner var også blant de høyeste i regionen.

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

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

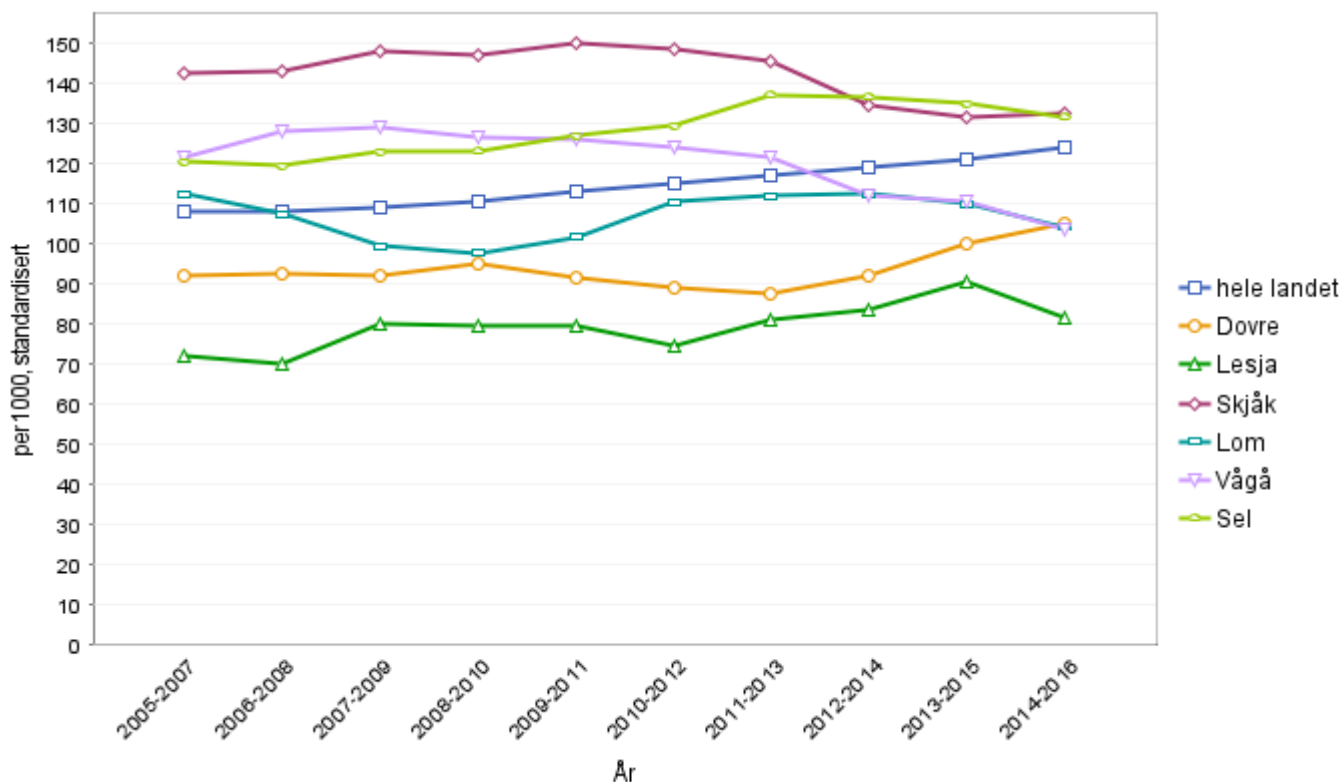
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper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

Diagram: Bruk av spesialisthelsetjenesten KOLS, 3 års glidende gjennomsnitt, 2012-2015



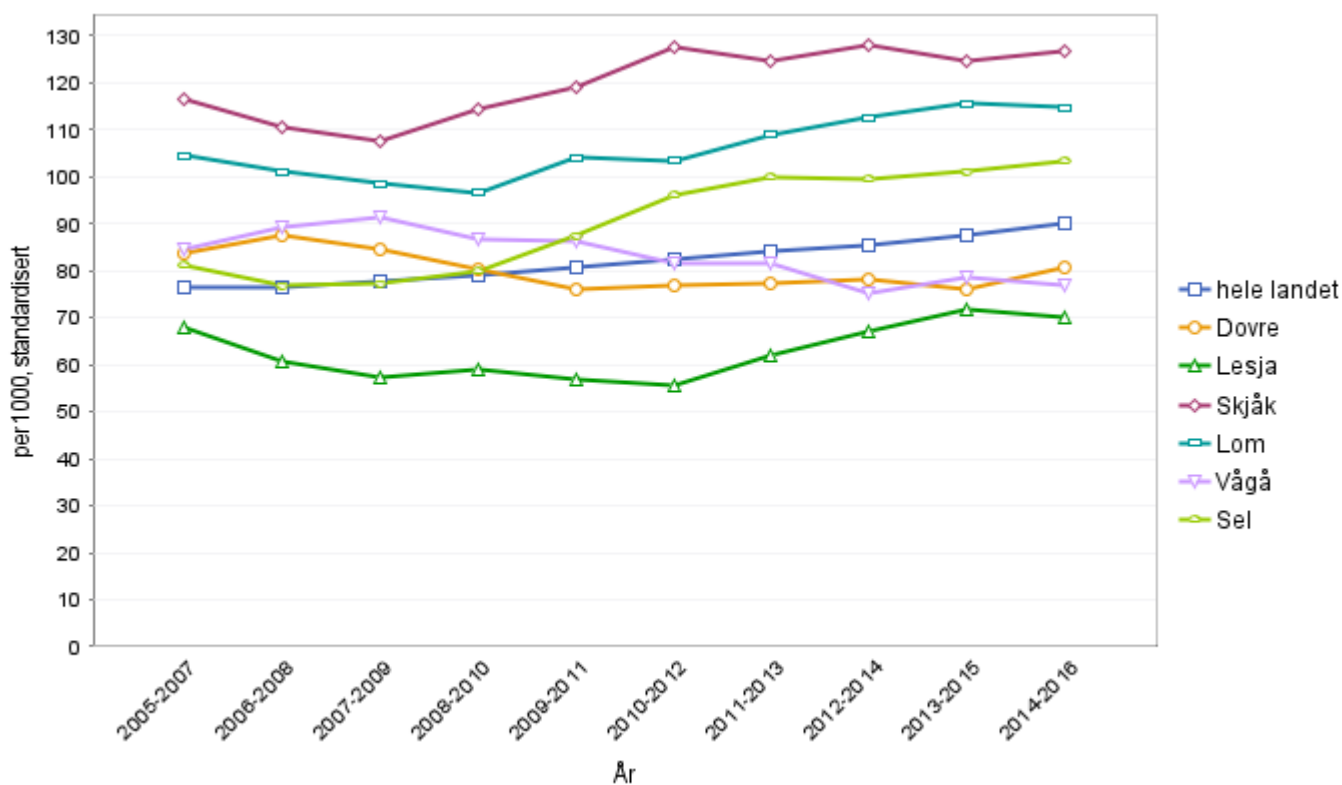
Antall pasienter over 45 år innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet.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

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



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

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



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

4.2.6 Smerter

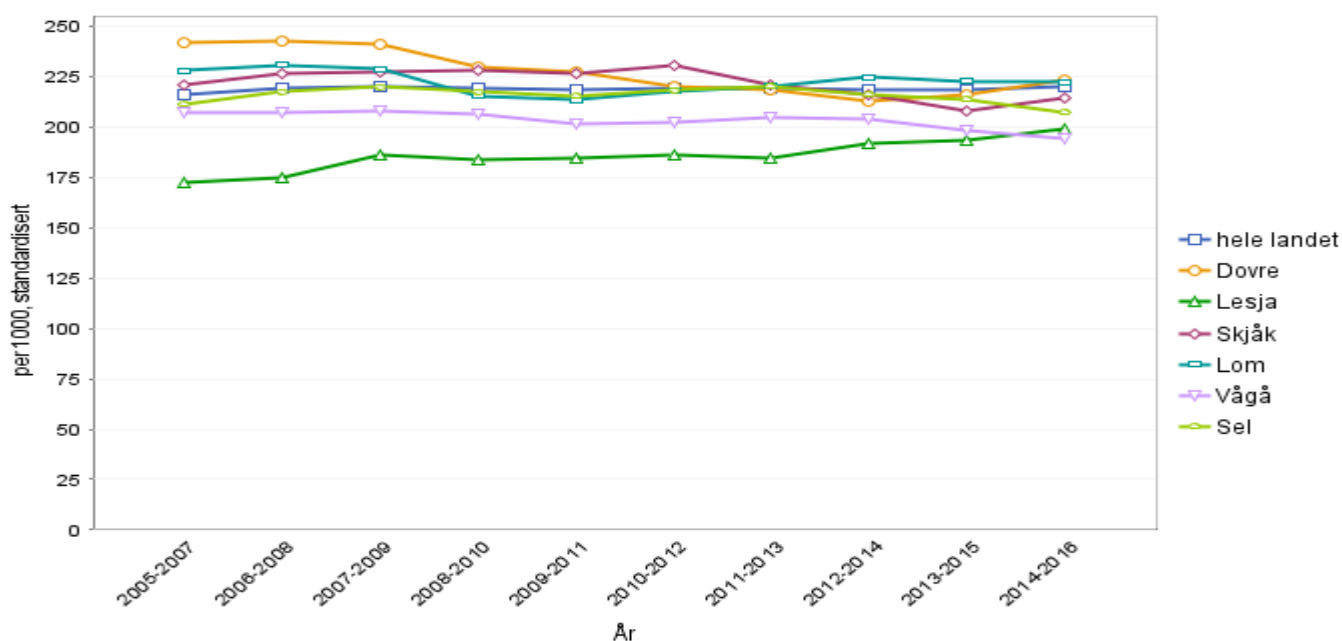
Tall fra ungdomsundersøkelsen 2015: 16 % av elevene – men flere jenter enn gutter - på 8.-10 trinn brukte reseptfrie medikamenter minst en gang hver uke. En liten prosent brukte det daglig.

Smertestillende medikamenter, brukere 0-74 år: Den totale bruken av smertestillende medikamenter på resept fra 2007 til 2016 i Skjåk kommune har vært relativt stabil. Det er en høyere andel kvinner som tar ut resept på smertestillende enn menn. I perioden 2014-2016 (årlig gjennomsnitt) ble det hentet ut minst en resept av 459 personer i kommunen. Ikke reseptbelagte smertestillende er ikke med i denne statistikken.

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

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

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



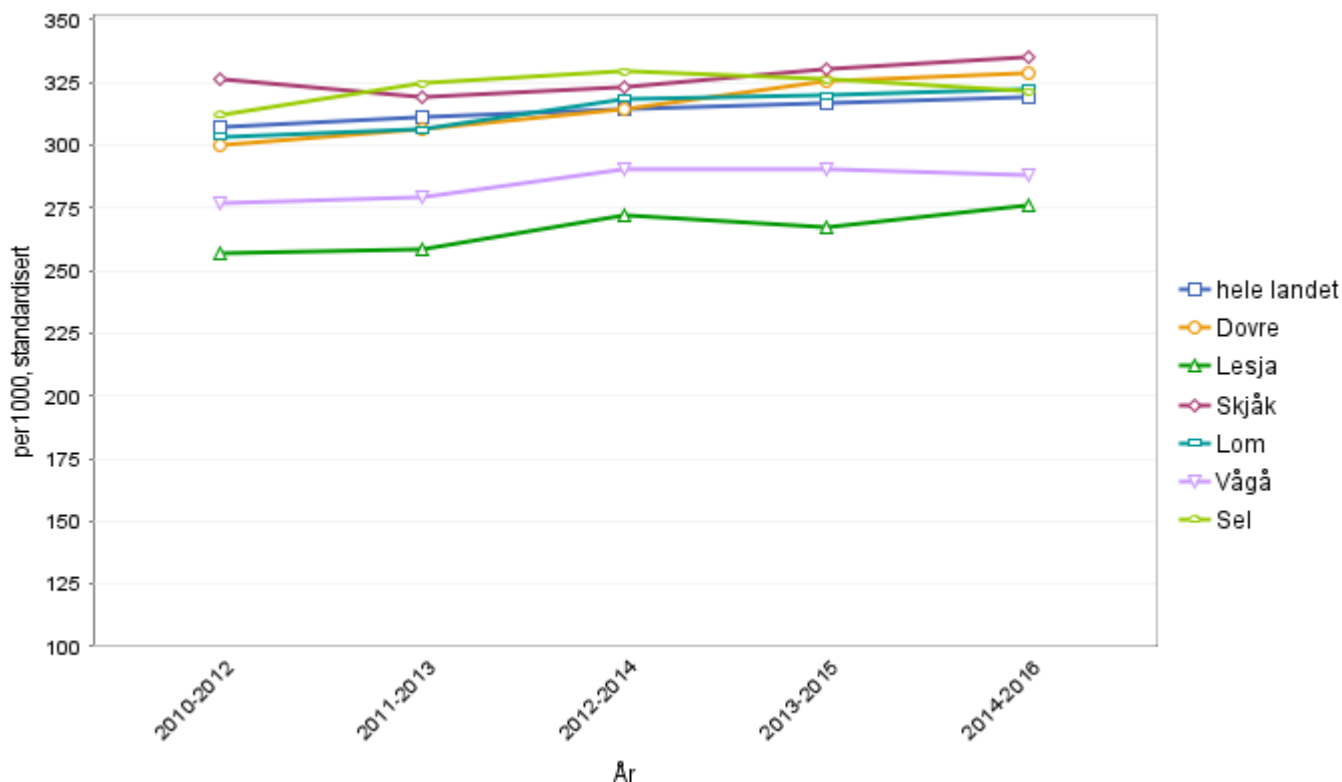
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

4.2.7 Muskel- skjelettlidelser

Bruk av primærhelsetjenesten, 0-74 år: 698 personer med diagnose muskel-skjelettplager eller -sykdommer (ikke brudd) fra Skjåk kommune var i kontakt med fastlege, legevakt, fysioterapeut eller kiropraktor - i årlig gjennomsnitt i perioden 2014-2016. Andelen per 1000 innbyggere har økt noe etter 2012.

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

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



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

4.2.8 Søvnproblemer, psykiske plager og lidelser

Medikamenter mot psykiske lidelser, brukere 0-74 år: Bruken av antipsykotika og antidepressiva i Skjåk kommune har hatt en svak økning fra 2007 til 2016. Bruken av sovemidler og beroligende midler har hatt noe svingninger, men totalt sett en nedgang i samme periode. 139 personer hentet ut minst en resept for antidepressiva eller antipsykotika i perioden 2014-2016 (årlig gjennomsnitt) og 142 personer minst en resept for sovemidler eller beroligende midler. (Tallene kan ikke summeres da det er noen som henter ut flere typer medisiner.)

Bruk av primærhelsetjenesten, 0-74 år: 237 personer fra Skjåk med diagnose psykiske symptomer eller lidelse, var i kontakt med fastlege eller legevakt i årlig gjennomsnitt i perioden 2014-2016. Angst og depresjon var de dominerende lidelsene.

Depressivt stemningsleie og søvnproblemer, ungdom 8.-10. trinn: 15 % av elevene som svarte på ungdomsundersøkelsen i Skjåk i 2015 svarte at de i gjennomsnitt hadde vært «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av følgende ting siste uken: Følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt deg ulykkelig, trist eller deprimert, følt håpløshet med tanke på framtida, følt deg stiv eller anspent og bekymret deg for mye om ting. Det var flere jenter enn gutter som var plaget.

27 % hadde vært veldig mye eller ganske mye plaget av søvnproblemer siste uken.

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

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

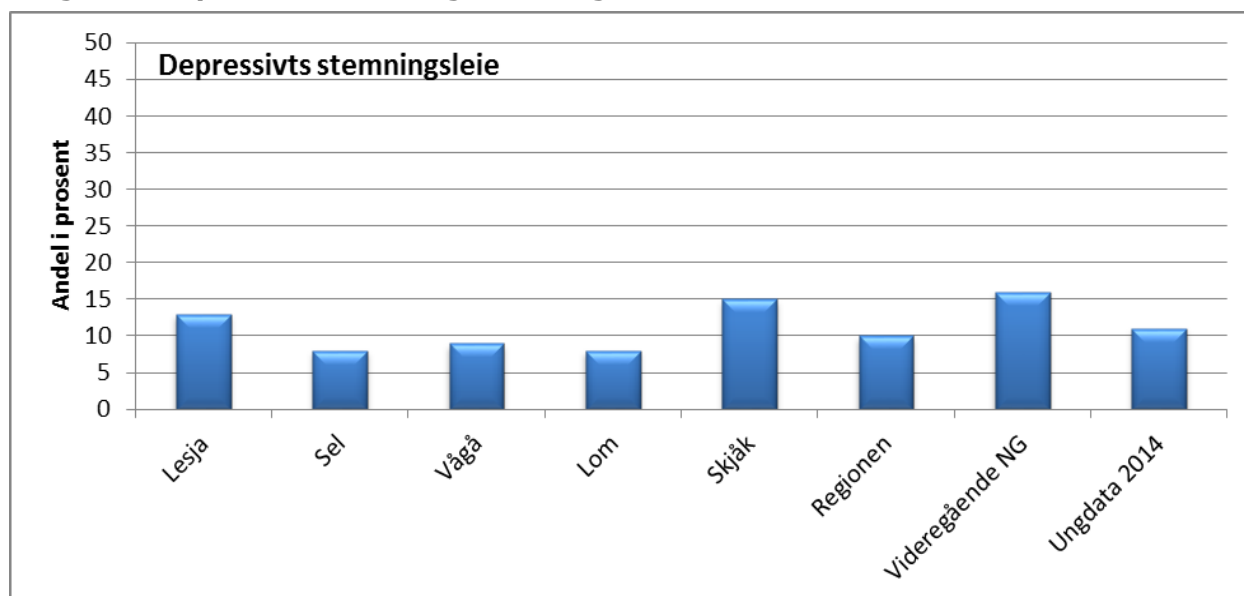
Sosial støtte og utviklet mestringsevne er de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser. *Kilde: Proposisjon til Stortinget (Folkehelseloven)*

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

Søvnvansker er et debutsymptom ved de fleste psykiske lidelser, men kan også opptre alene uten annen psykisk forstyrrelse. Søvnvansker er en av de vanligste helseplagene i befolkningen og kanskje det mest oversette folkehelseproblemet i Norge. De mange negative konsekvensene av kroniske søvnvansker er godt dokumentert: Flere norske undersøkelser har vist at søvnvansker er en sterk og uavhengig risikofaktor for både langtidssykefravær og varig uføretrygging. *Kilde: Bedre føre var....Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1, Folkehelseinstituttet.*

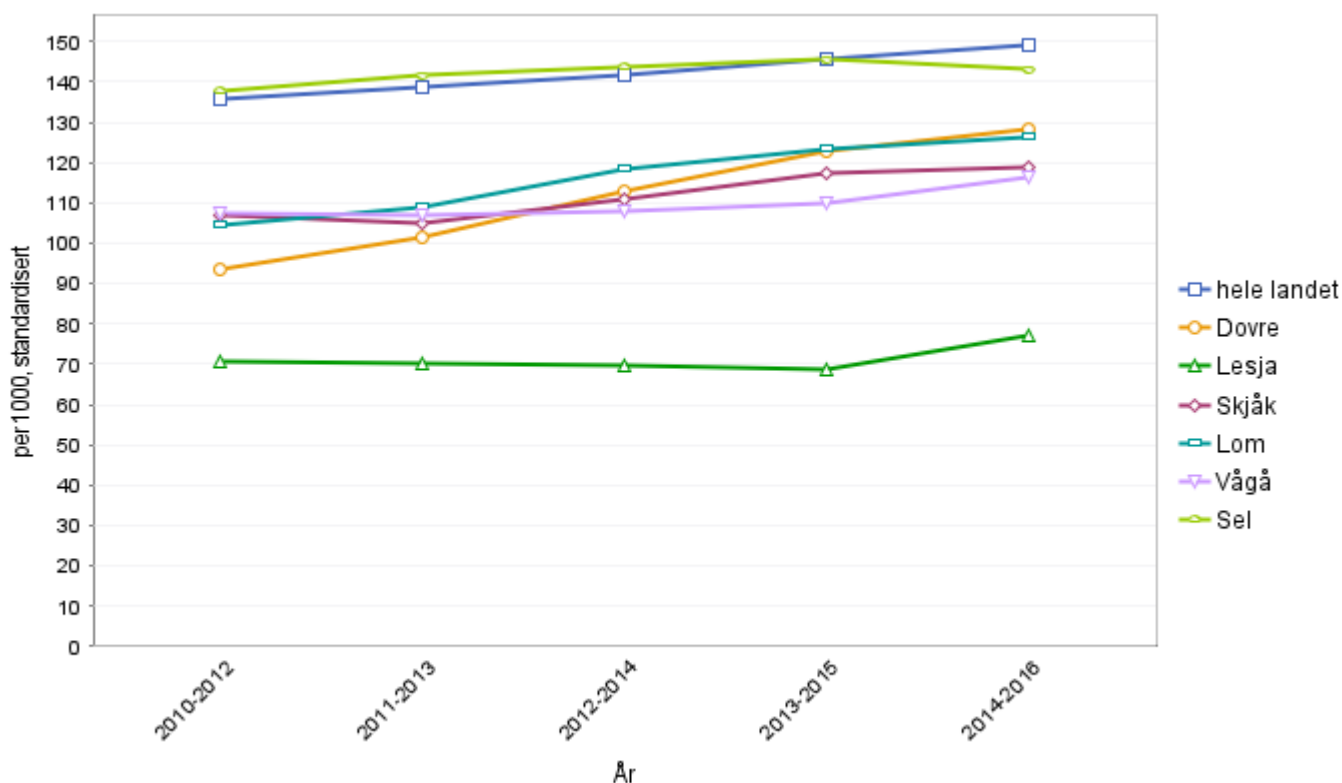
Søvnproblemer har sammensatte årsaker som fysiske psykiske lidelser, livsstil, skjermbruk, endret døgnrytme for barn ved helgesamvær etter samlivsbrudd.

Diagram: Depressivt stemningsleie, ungdom, 2015



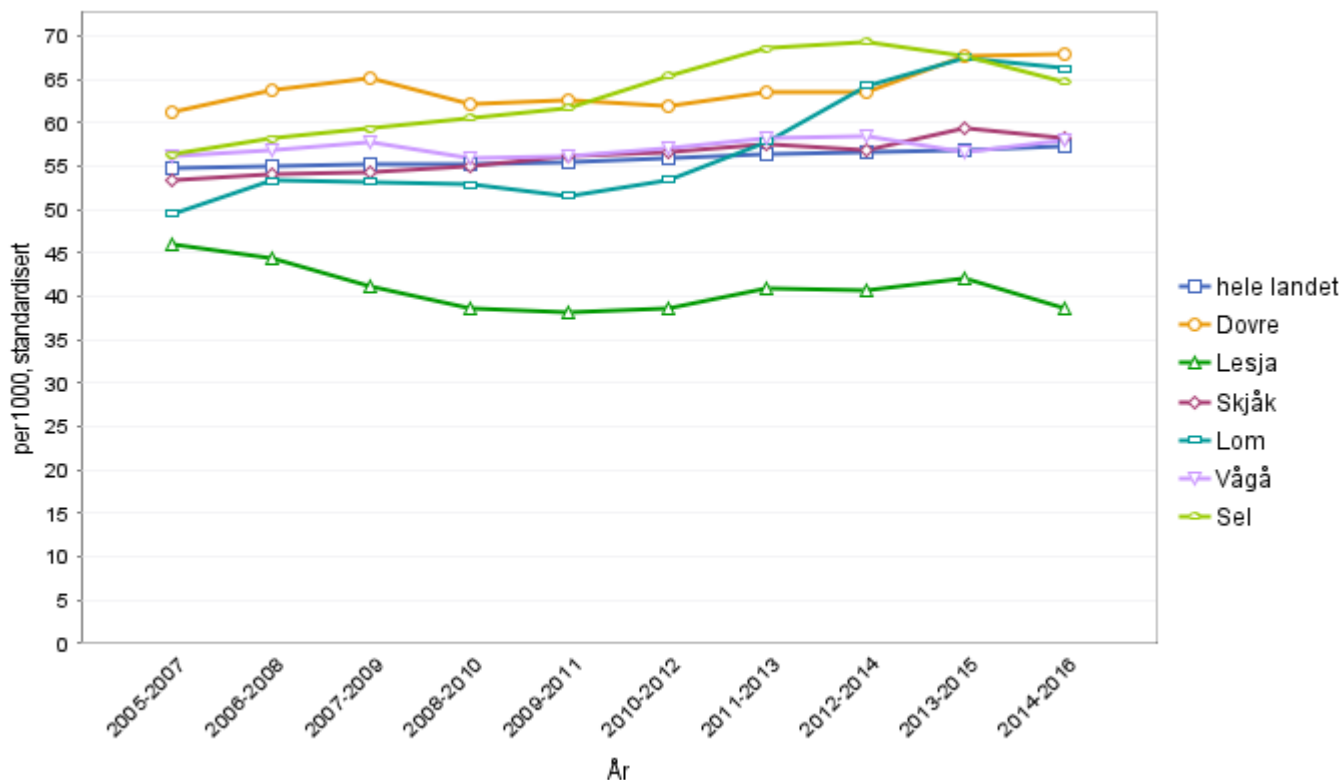
Andel som i gjennomsnitt har vært «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av følgende ting sist uke: Følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt deg ulykkelig, trist eller deprimerert, følt håpløshet med tanke på framtida, følt deg stiv eller anspent og bekymret deg for mye om ting. Kilde: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

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



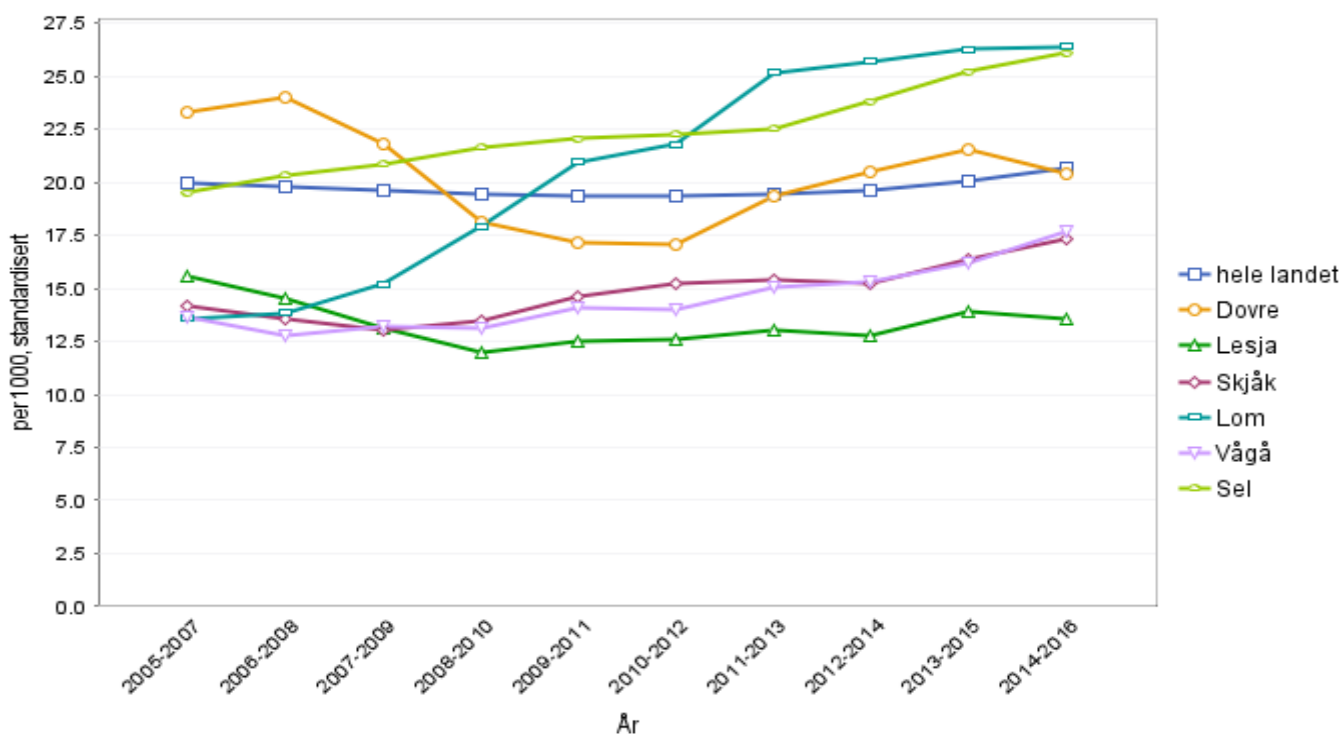
Antall unike personer 80-74 år) i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs.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

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



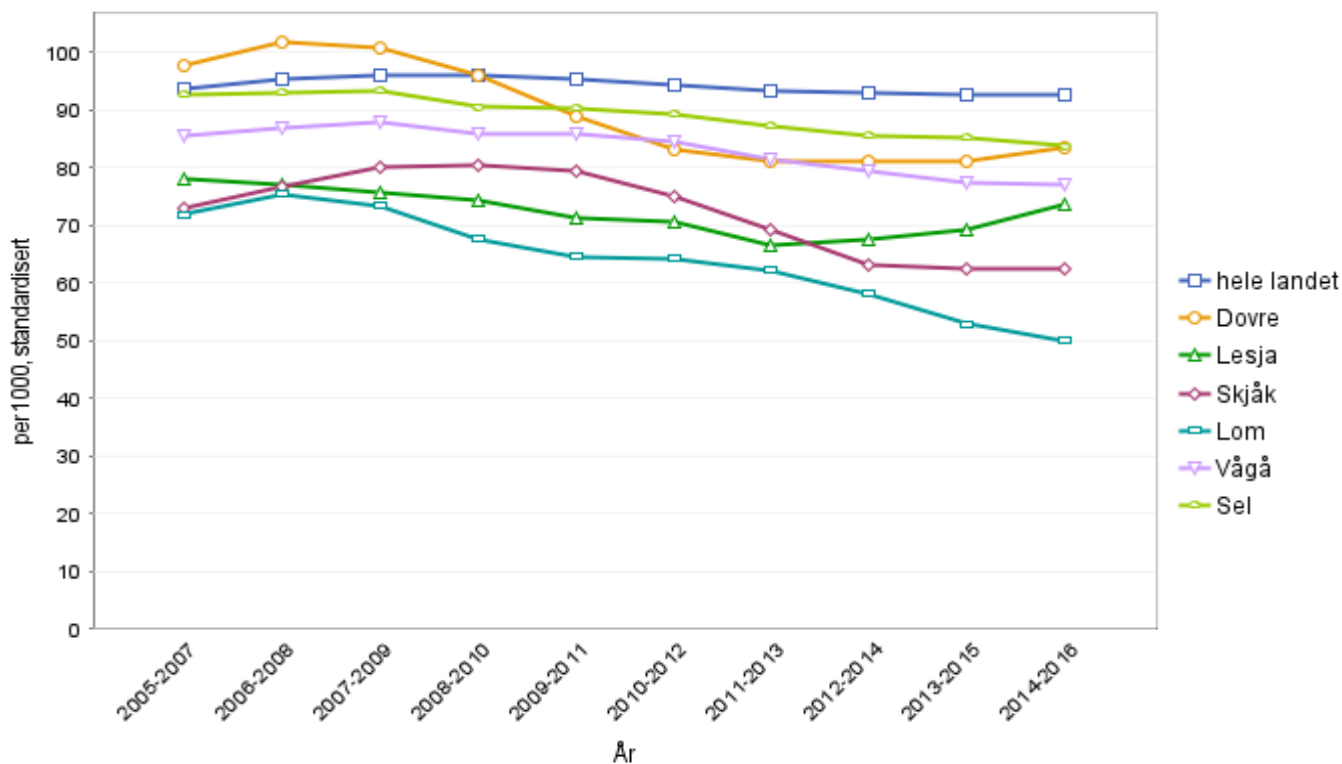
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

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



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

Diagram: Bruk av sovemidler og beroligende midler, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2016



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

4.2.9 Smittsomme sykdommer

Vaksinasjonsdekning: I perioden 2012-2016 (årlig gjennomsnitt) var mellom 93 % og 97 % av barna i 2 og 9 årsalderen vaksinert i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet.

Meldte smittsomme sykdommer: Med unntak av chlamydia er det totalt sett relativt få smittsomme sykdommer som blir meldt til Folkehelseinstituttet (lovpålagte meldinger) i Nord-Gudbrandsdal. Antall genitale chlamydiainfeksjoner varierer fra år til år. Høyeste antall i Skjåk for et enkelt år fra 2005 til 2016 var 10.

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

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

Alder	Vaksine	2006-2010	2007-2011	2008-2012	2009-2013	2010-2014	2011-2015	2012-2016
2 år	Difteri	-	-	-	-	-	-	-
	Hib	94	92,2	91,6	90,3	93,1	93,2	94,3
	Kikhoste	-	-	-	-	-	-	-
	Kusma og meslinger	-	-	-	92,2	91	91	94,3
	Polio	92,2	91,3	90,7	88,4	93,1	93,2	94,3
	Stivkrampe	-	-	-	-	-	-	-
	Pneumokokk	-	-	87,6	89,3	93,3	93,3	93,2
	Røde hunder	-	-	-	91,3	89,9	89,9	94,3
9 år	Difteri	88,8	89,6	89,1	90,5	94	96,3	96,2
	Kikhoste	88,8	89,6	89,1	91,1	94,8	97	96,9
	MMR	-	-	-	95,3	94,1	95,5	95,4
	Polio	88,2	89	88,5	89,2	92,6	95,5	95,4
	Stivkrampe	88,8	89,6	89,1	90,5	94	96,3	96,2

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

Tabell: MSIS meldinger smittsomme sykdommer Nord-Gudbrandsdal, 2003-2017

Sykdom	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
Brucellose				1											
Campylobacteriose	12	6	5	14	11	12	10	10	12	18	10	20	12	16	18
Chlamydiainfeksjon, genital	-	-	89	54	50	71	68	42	53	82	61	56	65	67	
Clostridium difficile											1	1	4	27	6
Denguefeber											1				
E. coli-enteritt unntatt EHEC				1	1		1	2	3	2	2	1	1	3	
Encefalitt	2	1	4	1		1									
Giardiasis	1	1		1				2	3	3					
Gonore												1			2
Hepatitt A	1						1								
Hepatitt B, akutt				1	1										
Hepatitt B, kronisk	5	3	2		1		1		3	1	4	1	5	11	
Hepatitt C	1			1		2	1		1	2	2			8	
Influenza A							2	1	1						
Kikhoste	18	15	48	87	26	21	61	6	3	3	1	1	5	13	5
Kusma												1	1		
Listeriose														2	1
Lyme borreliose												1	1	1	
Malaria									1			1	1		
MRSA-infeksjon	1		1	1	1		1	1			1		3	22	5
MRSA-smittebærertilstand						1		4	2		4	3	10		
Nephropathia epidemica	2	1	1		9	1					3	1		1	
PRP infeksjon/ smittebærertilstand			1	1											
Resistent gram negativ stav														1	1
Salmonellose	2	3	3	7	3	6	2	1	1	8	4	2	2	3	2
Shigellose				1							1	1			
Syfilis				1									1	2	
Syst.Gr.A streptokokksykdom	1	2	1	1	3	1			2	3				2	1
Syst.Gr.B streptokokksykdom					1	1		1		2	2	1			1
Syst. H. influensasykdom			2				1			1		2		1	
Syst. Pneumokokksykdom	1	1	5	5	4	1	4	4	3	1	2	1	1	8	2
Tularemi	1	1	1		1				1			1		2	
Tyfoidfieber												1			
Virale infeksjoner i nervesystemet														3	
Yersinose					1	1					1				

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

4.2.10 Antibiotika

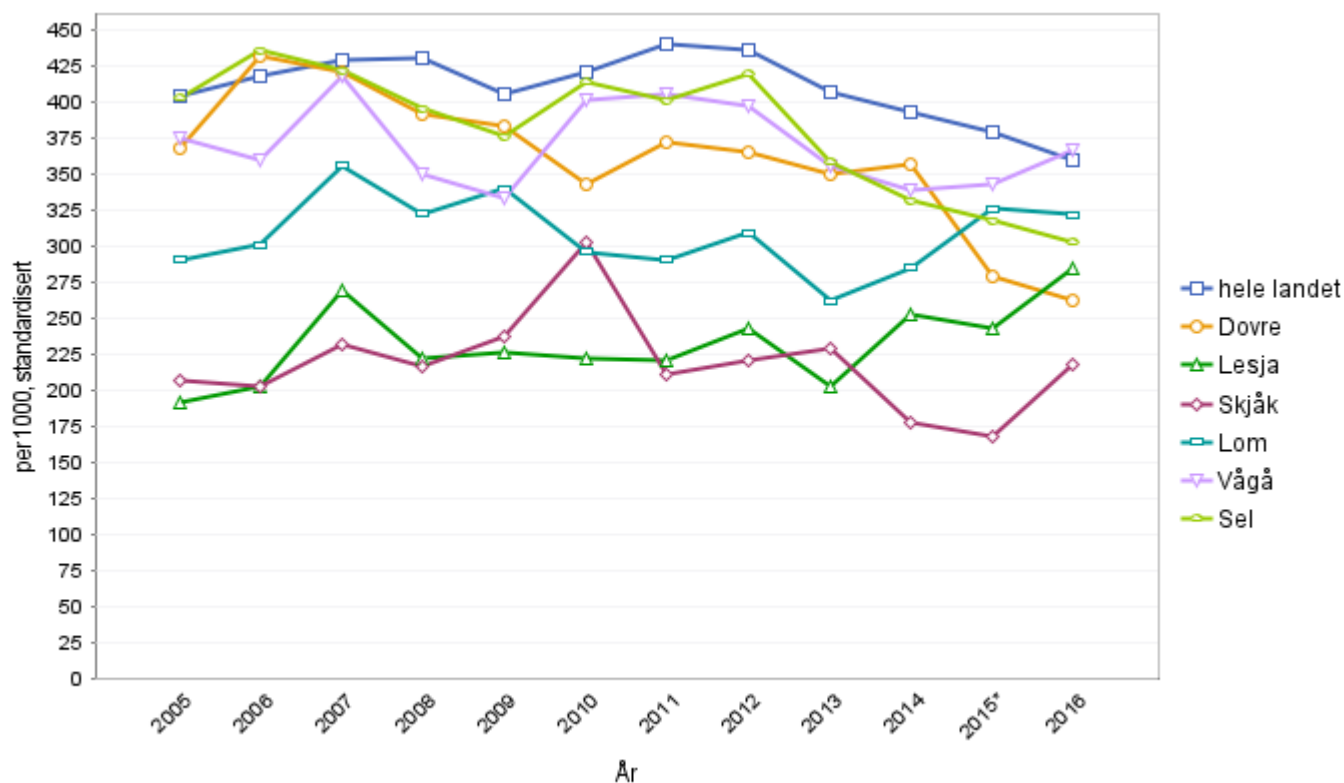
Det er svingninger fra år til år når det gjelder andel antibiotikaresepter pr.1000 innbyggere i kommunen. Det er ingen klar tendens til at bruken av antibiotika øker eller minsker. I 2016 ble det skrevet ut 474 resepter til personer fra 0 til 79 år i Skjåk.

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

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

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

Diagram: Antibiotikaresepter, 2005-2016



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

4.2.11 Kreft

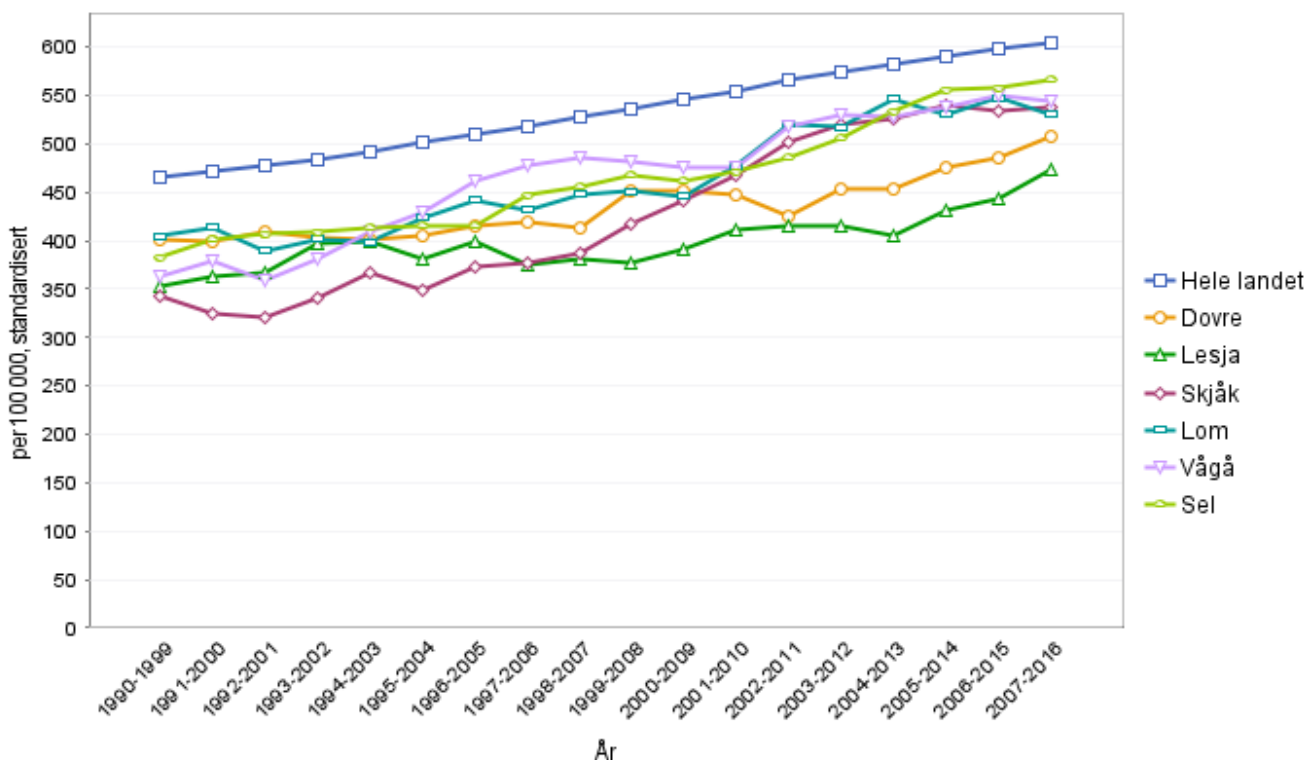
Nye tilfeller av kreft: Antall krefttilfeller per 100 000 i Skjåk kommune etter 1999 har gradvis økt. I perioden 2007-2016 var det ca. 16 personer i kommunen i årlig gjennomsnitt som fikk diagnosen kreft (nye tilfeller).

Kreftdødelighet, 0-74 år: Statistisk vanskelig å se utvikling over tid pga små tall. Antall dødsfall i årlig gjennomsnitt i perioden 2007-2016 var færre enn 3.

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

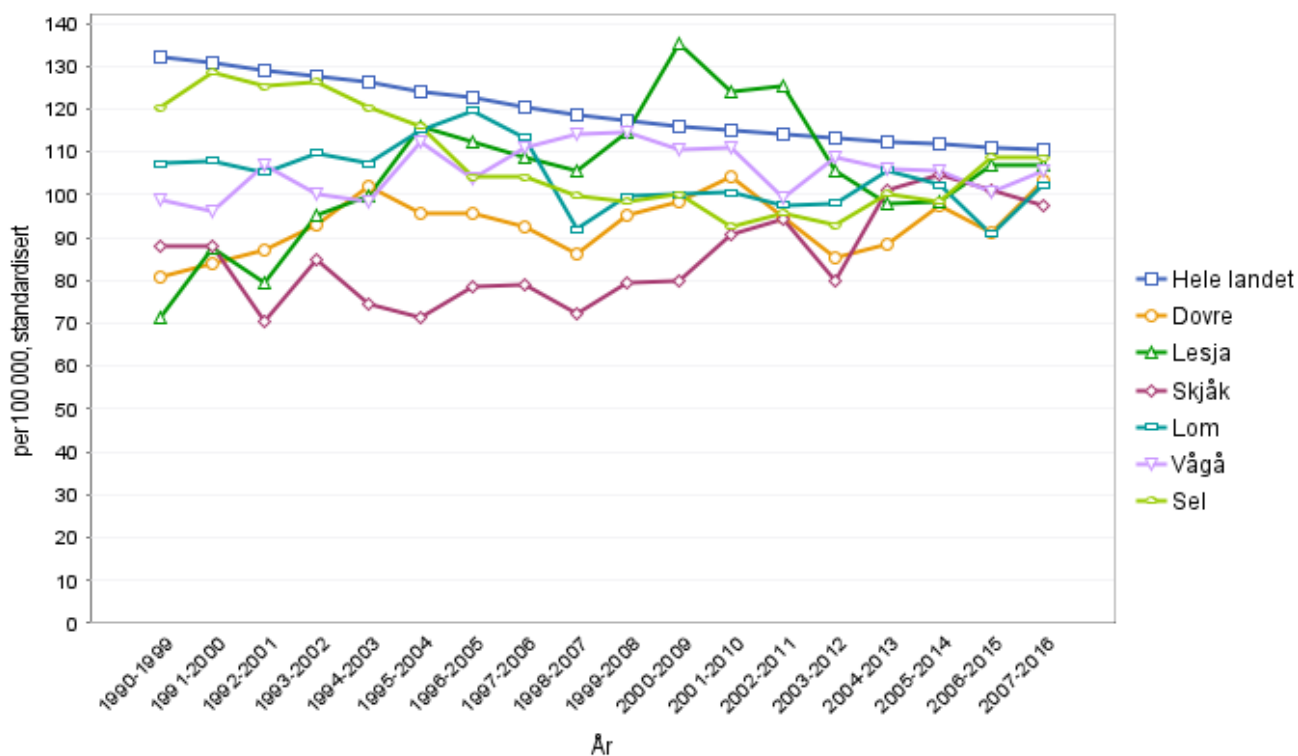
Faktorer som kan påvirke utvikling av kreftisiko i tillegg til arv: Livsstilsfaktorer som røyking, stoffer i miljøet, fedme, kosthold, alkohol, infeksjoner og fysisk aktivitet. Stabil dødelighet kan skyldes bedre behandling og tidlig oppdagelse.

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



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

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



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

4.2.12 Tannhelse

I Skjåk hadde 82 % av 5-åringene, 59 % av 12-åringene og 19 % av 18-åringene ikke hatt behov for fyllinger i 2016. I Oppland samme år var tallene 84 %, 62 % og 25 %.

På ungdomsundersøkelsen i Skjåk (8. og 10. trinn) anga 70 % av de spurte at de pusset tennene flere ganger om dagen. De øvrige en gang om dagen eller sjeldnere.

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

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

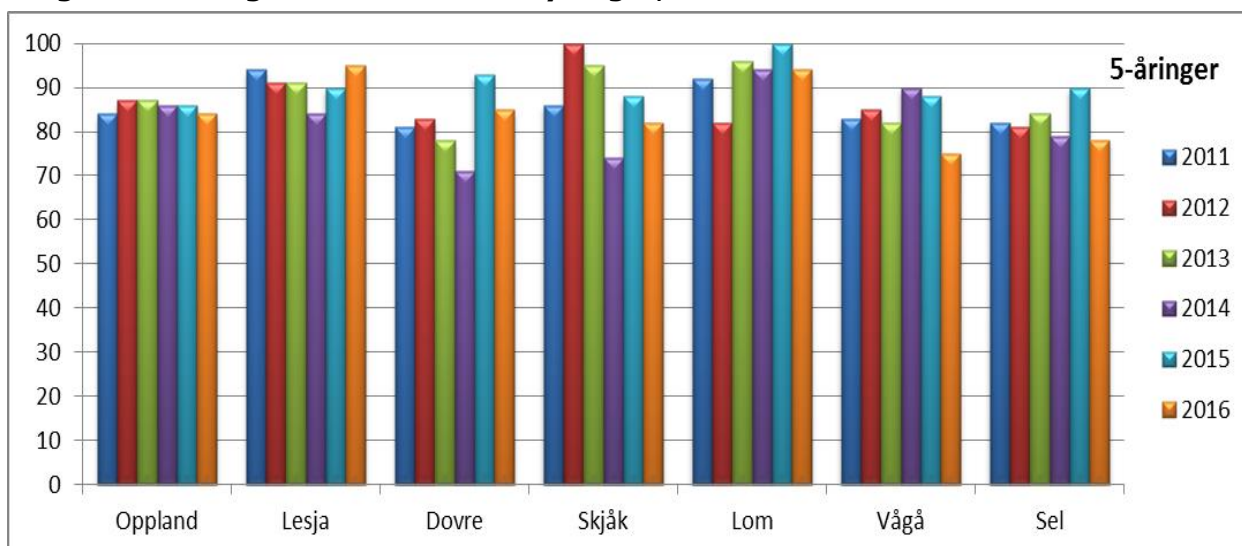


Diagram: 12-åringer uten behov for fyllinger, 2011-2016

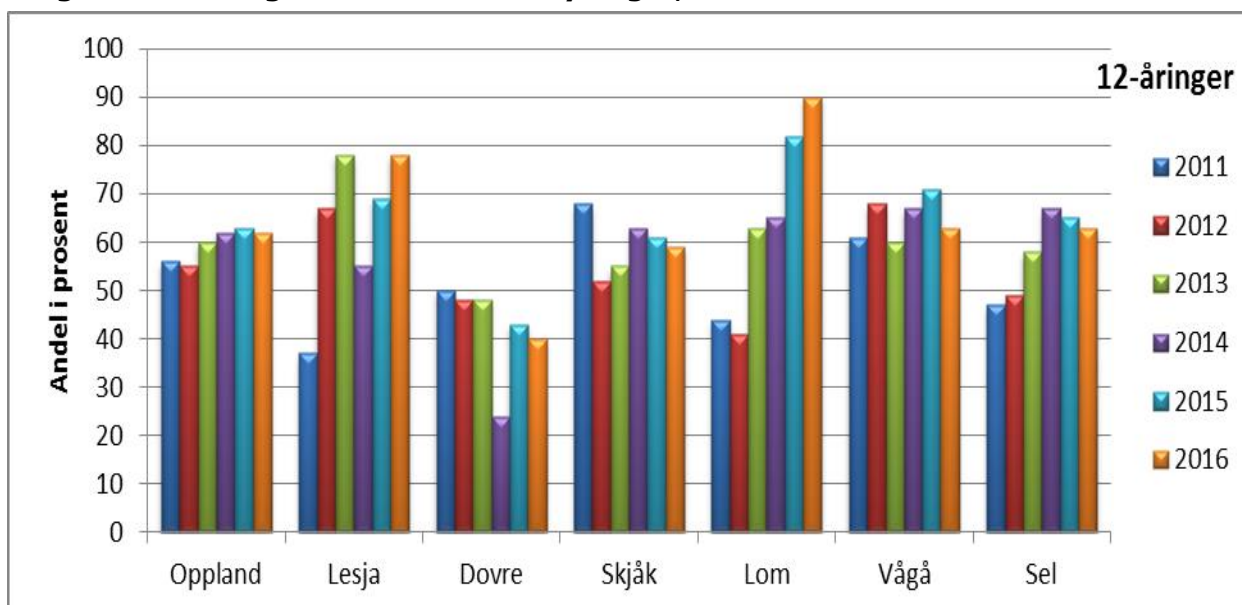
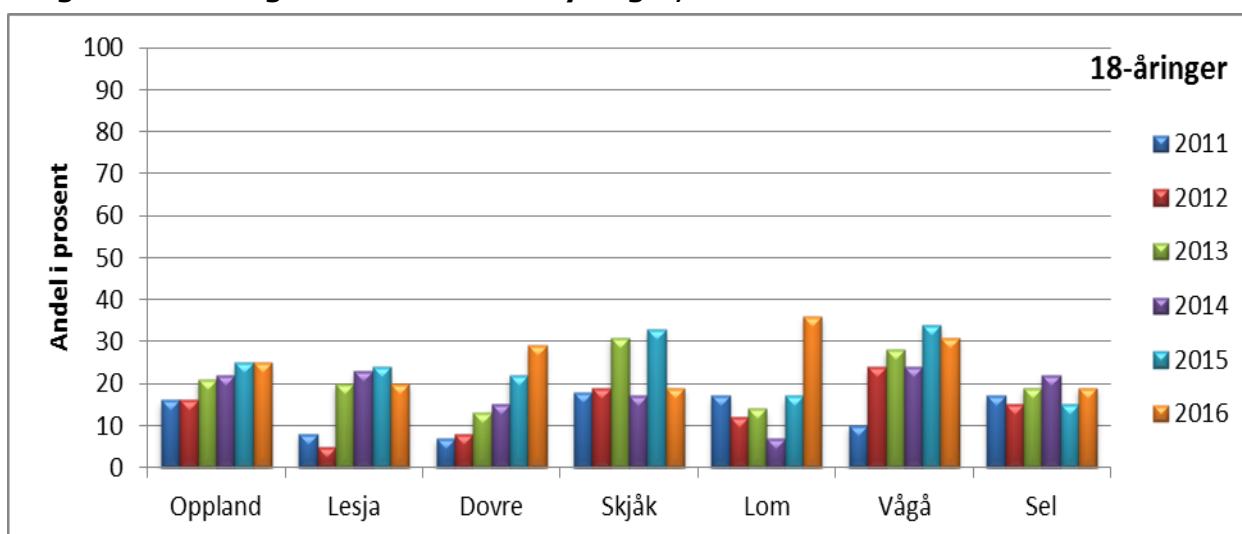


Diagram: 18-åringer uten behov for fyllinger, 2011-2016



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



5.1 Utarbeidelse av folkehelseoversikten - prosesser

Dialog med kommunen

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

Oversiktsdag 2013 – drøfting av årsaker, konsekvenser og ressurser

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

Vurderingen av årsaksforhold, konsekvenser og ressurser ble gjennomført på et møte i kommunen 6. mars 2013. Invitasjon til møtet gikk bredt ut i kommunen. Følgende var til stede på møtet: Rådmann/leder plan, samfunn og miljø, leder personal, kompetanse og utvikling, kommuneoverlege, prosjektmedarbeider naturprosjekt og bolystprosjekt, rektor Marlo skule, rektor Skjåk ungdomsskule, tjenesteleder PO, biblioteksjef, leder teknisk drift, leder barneverntjenesten, kulturskolerektor/prosjektleder for de unges arena/ ungdomskulturmønstring, leder kultur og oppvekst, miljøvernkonsulent, fysioterapeut, ledende helsesøster, HO-leder/politiker, daglig leder Skjåk Friviljugsentral, tannhelsetjenesten, politi, leder Mental Helse, medlem Skjåk bygdekvinnelag, Eldrerådet – Skjåk seniordans, to fra Rådet for mennesker med nedsatt funksjon, Skjåk, leder LHL Skjåk, LHL likemann trim hjerte/lunge, medlem Skjåk Handikaplag og Skjåk Helselag.

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

Folkehelseverksted 2015 – drøfting av status, utfordringer og ressurser

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

Oppsummering av status og drøfting av utfordringer og ressurser - i grupper og i plenum - ble gjennomført i kommunen 16. mars 2015. Det var en åpen invitasjon til «folkehelseverkstedet». Den ble bl.a. lagt ut på hjemmesidene til kommunen. Koordinator i samfunnsmedisin var ansvarlig for den praktiske gjennomføringen. Følgende var til stede: Ordfører, rådmann, plan-, miljø- og beredskapssjef, kommuneoverlege, NAV-leder, medlem i Brukerrådet, leder i Brukerrådet, kulturskulerektor, to kulturkonsulenter, teknisk sjef, tjenesteleder Skjåkheimen, leder Mental helse Vågå/Lom/Skjåk, ansatt Bismo barnehage, leder hovedutvalget helse og omsorg (politiker), informasjonskonsulent, rektor Marlo skule, miljøvernkonsulent, to helsesøstre, assisterende rådmann, kommunalsjef oppvekst og utdanning, massør (selvstendig næringsdrivende), teamleder servicetorget, nærings- og landbrukssjef, innbygger, ergoterapeut, styrer Bismo barnehage, styrer Dønfoss barnehage, tjenesteleder hjemmetjenestene, spesialkonsulent og flyktningkonsulent.

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



5.2 Ungdataundersøkelse i Nord-Gudbrandsdal

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

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

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

I folkehelseoversikten for 2016 ble et utvalg av resultatene fra Ungdataundersøkelsen 8. – 10. trinn tatt med. En rekke av dataene i folkehelseoversikten er kommunale. Der tallene fra kommune er for små til offentlig bruk eller mangler, er det tatt med data fra regionen. Det går klart frem av teksten om dataene er fra kommunen eller regionen.

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



5.3 Oppdateringer og endringer

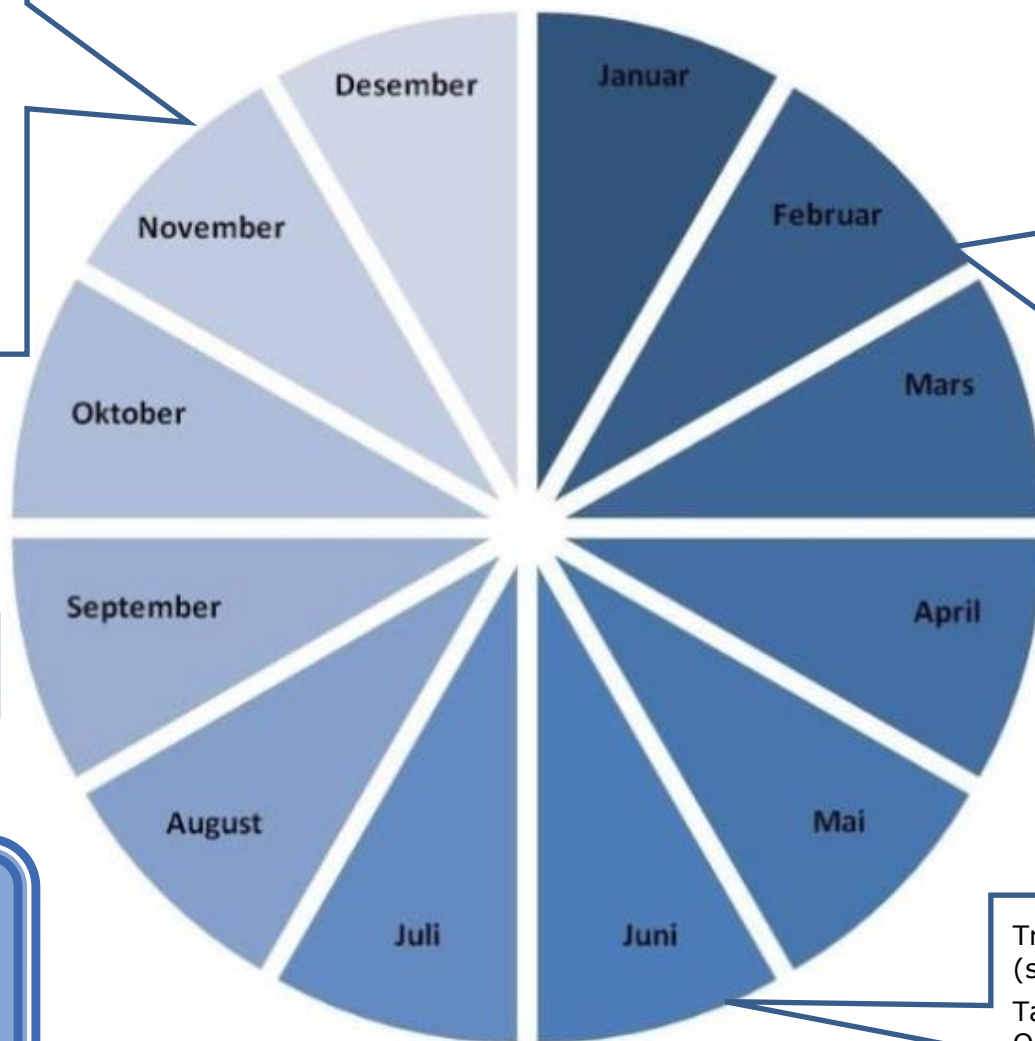
Videre følger en oversikt over endringer fra 2017 og utover. Oversikt over endringer fra 2013-2017 finnes i utgave «Juni 2017» – som er tilgjengelig på «Region felles/Folkehelseoversikter».

Siste utgave	Oppdatering/endring	Tidligere utgave
Februar 2017	Følgende kapitler (hele eller deler av)er oppdatert: 4.1.3: Etnisitet. 4.1.4: Personer som bor alene. 4.2.4: Inntekter og utgifter. 4.2.5: Sosialhjelpsmottakere. 4.2.6: Arbeidsledighet. 4.2.7: Sykefravær. 4.2.8: Uføretrygd. 4.2.9: Grunnskole som høyeste utdanning. 4.2.10: Frafall videregående skole. 4.2.11: Separasjoner. 4.3.4: Drikkevann. 4.3.5: Trivsel og mobbing på skolen. 4.4.1: Sykehusinnleggelses skader. 4.5.6: Røyking (gravide kvinner). 4.6.2: Forventet levealder. I tillegg ble en rekke parametre mht helsetilstand og årshjul oppdatert. Nye data: 4.6.11: Antibiotika. Utgått serie: Arbeidsavklaringspenger.	November 2016
April 2017	Oppdatert: 4.1.1 Befolkningstall og fødsler. 4.2.3 Inntekter og utgifter. 4.2.4 Sosialhjelpsmottakere. 4.2.10 Undersøkelser og tiltak barnevern. 4.3.15 Trivsel og mobbing, elevundersøkelsen. 4.6.3 Medisiner mot sukkersyke. 4.6.4 Medisiner mot hjerte/karlidelser. 4.6.5 Medisiner mot lungesykdommer. 4.6.6 Smertestillende medikamenter. 4.6.8 Medikamenter mot psykiske lidelser Tatt ut data: 4.2.11 Separasjoner. 4.1.5 Botid kommunen, data fra 2013/2014. 4.2.3 Arbeidsforhold, data fra 2013/2014.	Februar 2017
Juni 2017	Oppdatert: 3.2.2 Tilbud i regi av helsestasjon og skolehelsetjenesten, 3.2.3 Aktiviteter Skjåk Friviljug-sentral. 4.1.1 Inn- og utflytting kommuner. 4.4.2 Trafikkulykker. 4.6.10 Smittsomme sykdommer. 4.6.11. Antibiotika. 4.6.13 Tannhelse.	April 2017
Desember 2017	Tatt ut data fra levekårsundersøkelsen i 2014. Tatt ut oppgaver i regi av helsestasjon- er ivaretatt i oversikt over ressurser. Tatt årsaker og konsekvenser ut av kapittel 3 og satt dem inn i «grønne rammer» i kapittel 4. Oppdatert innhold i en rekke av de «grønne rammene» og UNGDATA-tall. Lagt informasjon om prosess og gjennomføring av undersøkelser som vedlegg. Endret årshjul og rutiner for oppdatering. Oppdatert følgende kapitler: 4.1.3 Etnisitet, 4.1.4 Personer som bor alene, 4.2.5 Uføretrygd og arbeidsavklaringspenger, 4.2.6 Utdanning, 4.2.7 Frafall videregående skole, 4.3.3 Trivsel og krenkende adferd skole og 4.6.2 Forventet levealder i tillegg til bruk av primærhelsetjenesten ved noen sykdommer. Mindre justeringer og endringer.	Juni 2017
April 2018	Oppdatert følgende kapitler: 4.1.1 Folketall og levendefødte. 4.2.1 Inntekter. 4.2.3 Arbeidsledighet. 4.2.8 Barnevern. 4.3.2 Drikkevannskvalitet. 4.4.1 Innleggelses sykehus pga personskader. 4.4.2 Trafikkulykker. 4.5.6 Røyking. 4.6.4 Dødelighet hjerte-/karsykdommer. 4.6.9 Smittsomme sykdommer. 4.6.11 Kreft. I tillegg endret rutiner for oppdatering.	Desember 2017

5.4 Årshjul - oppdatering

Personer som bor alene.
Uføretrygd. Etnisitet.
Arbeidsavklaringspenger.
Utdanning. Frafall videregående skole. Trivsel og mobbing. Bruk av lege. (Kommunehelse)
Påvirkningsfaktorer og helseutfordringer barn, unge og gravide (Helsestasjonen, skolehelsetjenesten, jordmortjenesten)

Innvandring. Lavinntekt.
Arbeidsledighet. Drikkevann.
Røyking. Bruk av medikamenter og spesialisthelsetjenesten i tillegg til dødelighet ved diverse sykdommer. (Kommunehelse)
Mottakere av sosialhjelp.
Arbeidsledighet. Separasjoner.
Sykefravær Inn- og utflytting.
Antall levendefødte.
Trafikkulykker. Barnevern.
Folkemengde. (SSB)
Smittsomme sykdommer (MSIS)



UNGDATA – etter
tilbakemelding vår / høst

**Oppdatering
folkehelseoversikten**
Anbefalt oppdatering i 2018

Trivsel og mobbing grunnskole (skoleporten)
Tannhelse (Fylkestannhelsetjenesten i Oppland)