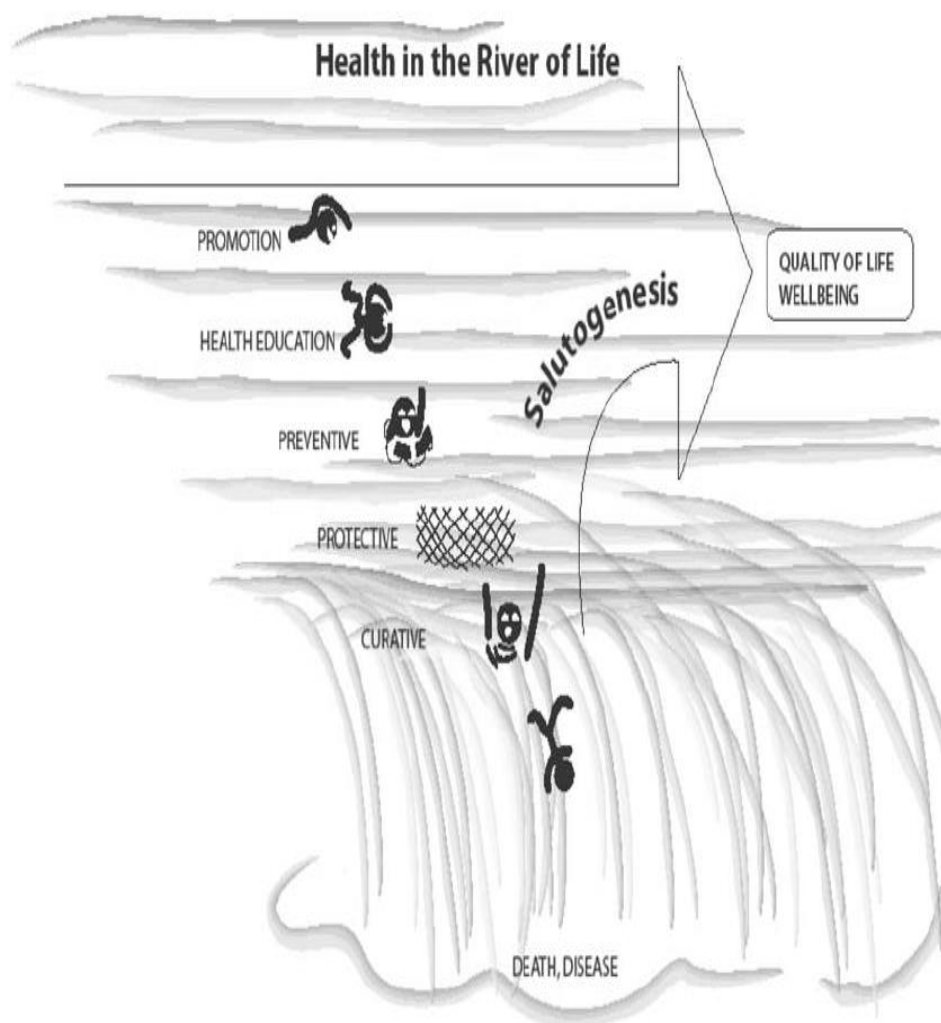




Folkehelseoversikten Søndre Land kommune – 2024



Innholdsfortegnelse

INNHALDSFORTEGNELSE.....	2
1 PERSPEKTIVER PÅ FOLKEHELSE I SØNDRE LAND.....	5
1.1 Årsakssammenheng.....	5
1.2 Folkehelse og livskvalitet	6
1.3 Folkehelse i et salutogent perspektiv.....	6
1.4 Styrkebasert planarbeid	8
1.5 Forebyggingsparadokset	8
1.6 Folkehelse og helhetlig innsatstrapp.....	10
1.7 Folkehelse og bærekraft.....	10
2 FOLKEHELSEUTFORDRINGEN I SØNDRE LAND.....	12
3 HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER	14
3.1 Befolkningssammensetning.....	14
3.1.1 Befolkningsendringer	14
3.1.2 Folkemengde Søndre Land	14
3.1.3 Aldersfordeling i befolkningen i Søndre Land pr 1.1.24	15
3.1.4 Andelen kvinner og menn i Søndre Land i alderen 20 – 39 år	15
3.1.5 Inn- og utflytting av Søndre Land	16
3.1.6 Antall levendefødte og døde i Søndre Land	16
3.1.7 Befolkningsframskriving	17
3.1.8 Befolkningsframskriving i Søndre Land, 2025–2050	17
3.1.9 Befolkningsframskriving Søndre Land	18
3.1.10 Etnisitet	18
3.1.11 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre	19
3.1.12 Innvandrernes betydning for befolkningstallet i Søndre Land	19
3.1.13 Antall personer i kom. som har innvandret med bakgrunn fra utvalgte land	20
3.1.14 Personer som bor alene	20
3.1.15 Personer over 16 år som bor alene	21
3.1.16 Personer i Søndre Land som bor alene fordelt på alder	21
3.1.17 Bolig/boforhold	22
3.1.18 Personer som bor i eid eller leid bolig	22
3.1.19 Fordeling av ulike boligtyper i Søndre Land	22
3.1.20 Arbeidsforhold	23
3.1.21 Hva innbyggerne i Søndre Land arbeider med	23
3.1.22 Inntekter og utgifter – personlig økonomi	24
3.1.23 Lavinntekt (husholdninger), EU60, 0-17 år	24
3.1.24 Samlet inntekt, median, for husholdningene i Søndre Land	24
3.1.25 Inntektsulikhet P90/10	25
3.1.26 Mottakere av sosialhjelp	25
3.1.27 Mottakere av stønad til livsopphold, 20-29 år	26
3.1.28 Mottakere av stønad til livsopphold, 45-66 år	26
3.1.29 Arbeidsledighet	27
3.1.30 Arbeidsledighet av arbeidsstyrken	27
3.1.31 Sykefravær	28
3.1.32 Legemeldt sykefravær	28
3.1.33 Arbeidsavklaringspenger	29

3.1.34	Arbeidsavklaringspenger, 18-66 år, 3 års glidende gjennomsnitt	29
3.1.35	Arbeidsavklaringspenger i Søndre Land	29
3.1.36	Uføretrygd	30
3.1.37	Uføretrygde, 18 – 66 år	30
3.1.38	Uføretrygde, 18 – 44 år	31
3.1.39	Uføretrygde i Søndre Land, ulike aldersgrupper	31
3.1.40	Andel unge utenfor arbeid, utdanning og opplæring	32
3.1.41	Grunnskole som høyeste utdanningsnivå	33
3.1.42	Andel med grunnskole som høyeste utdanning, 30-39 år	33
3.1.43	Andel personer med videregående som høyeste utdanning, 30-39 år	34
3.1.44	Andel personer med universitets- eller høyskoleutdanning, 30 – 39 år	34
3.1.45	Fordeling av utdanningsnivå i Søndre Land for personer over 16 år i antall	34
3.1.46	Frafall fra videregående skole	36
3.1.47	Frafall i videregående skole	36
3.1.48	Gjennomføring av vdg. i Søndre Land etter foreldrenes utdanningsnivå	37
3.1.49	Separasjoner	38
3.1.50	Antall skilsmisser	38
3.1.51	Barnevern	39
3.1.52	Barn med melding og prosentdelen barn med melding i barnevernet	39
3.1.53	Antall barn med melding i barnevernet i Søndre Land	40
3.2	Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	41
3.2.1	Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen	41
3.2.2	Hvordan elvene på ungdomsskolen i Søndre Land har det.	42
3.2.3	Andel u-skoleelever som har brukt hasj/marihuana/cannabis siste året	42
3.2.4	Drikkevannskvalitet	43
3.2.5	Drikkevannskvalitet	43
3.2.6	Skolemiljø – opplevelse av trivsel og mobbing	44
3.2.7	Trivsel på skolen, 7. trinn	45
3.2.8	Trivsel på skolen, 10. trinn	45
3.2.9	Mobbing på skolen, 10. trinn	46
3.3	Skader og ulykker	47
3.3.1	Sykehusinnleggelser etter ulykker	47
3.3.2	Diagram: Sykehusinnleggelser hoftebrudd, 75 år+	47
3.3.3	Sykehusinnleggelser etter skader, 75+	48
3.3.4	Trafikk – utfordringer og ulykker	48
3.3.5	Dødsulykker i veitrafikken i regionen	49
3.3.6	Antall skadde i veitrafikken i regionen	49
3.3.7	Antall skadde i veitrafikken, ulykkessted	49
3.4	Helserelatert atferd	50
3.4.1	Deltakelse i aktiviteter	50
3.4.2	Ungdomsskoleelever i Søndre Land som er med i en fritidsorganisasjon	51
3.4.3	Tid brukt på ulike medier	51
3.4.4	Andel u-skoleelever som bruker 4-6 timer eller mer foran skjerm daglig	52
3.4.5	Fysisk aktivitet	53
3.4.6	Andel ungdomsskoleelever som er lite fysisk aktive	53
3.4.7	Røyk og snus	54
3.4.8	Røyking gravide	54
3.4.9	Daglig snusbrukere på landsbasis	55
3.4.10	Daglig snusbrukere på landsbasis	55
3.4.11	Dagligrøykere på landsbasis	56
3.4.12	Dagligrøykere på landsbasis	56
3.5	Helsetilstand	57
3.5.1	Forventet levealder	57
3.5.2	Forventet levealder	57
3.5.3	Forventet levealder etter utdanning, kvinner	58
3.5.4	Forventet levealder etter utdanning, menn	58
3.5.5	Diabetes	59

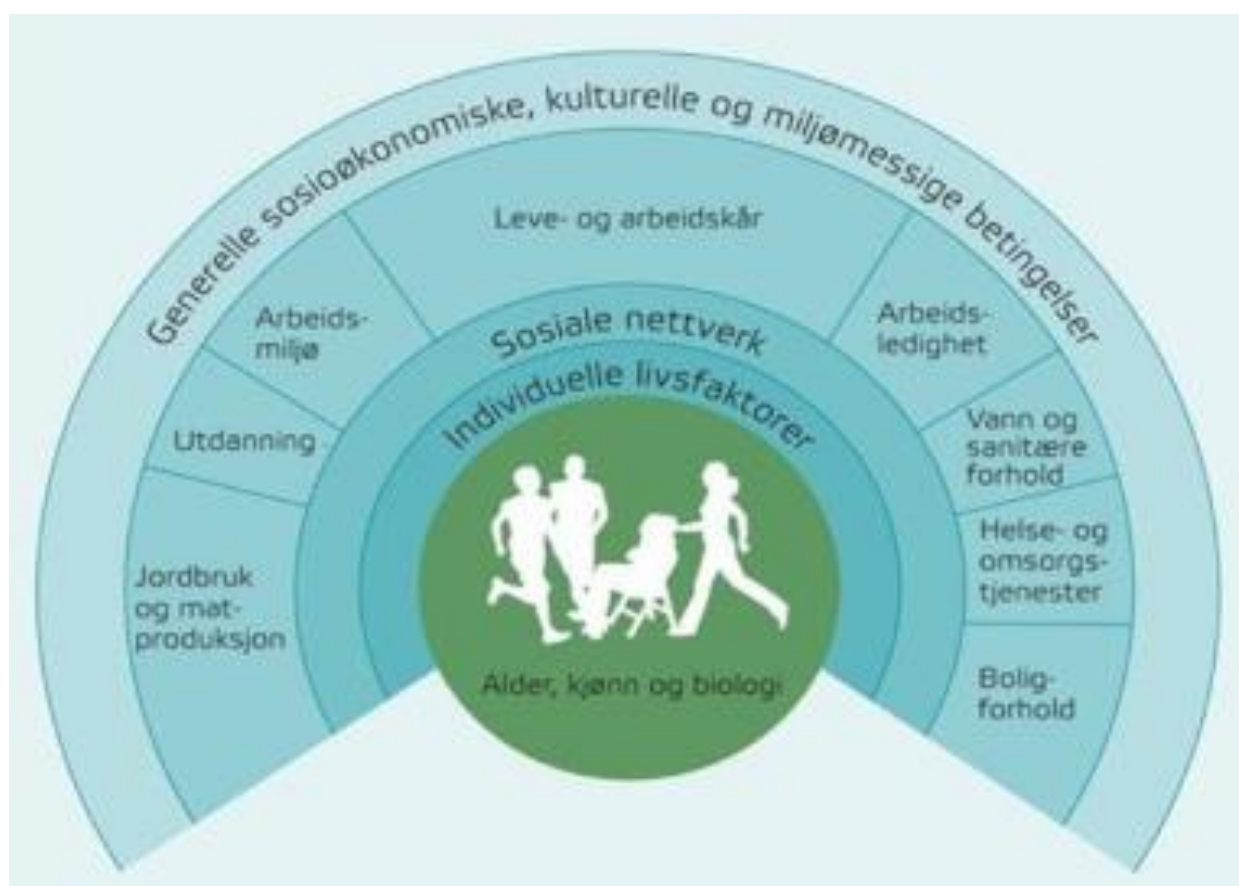
3.5.6	Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes	59
3.5.7	Hjerte- og karsykdommer	60
3.5.8	Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer	61
3.5.9	Bruk av kolesterolsenkende medikamenter	61
3.5.10	Bruk av primærhelsetjenesten hjerte- og karsykdommer	62
3.5.11	Dødelighet hjerte-/karsykdom, kvinner	62
3.5.12	Dødelighet hjerte-/karsykdom, menn	63
3.5.13	Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma	63
3.5.14	Bruk av spesialisthelsetjenesten KOLS	64
3.5.15	Bruk av KOLS og astma medikamenter, 45-74 år	64
3.5.16	Smerter	65
3.5.17	Bruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter	65
3.5.18	Muskel- skjelettlidelser	66
3.5.19	Bruk av primærhelsetjenesten, muskel og skjelett	66
3.5.20	Psykiske lidelser	67
3.5.21	Selv mord	68
3.5.22	Bruk av primærhelsetjenesten, psykiske symptomer og lidelser	68
3.5.23	Psykiske symptomer i aldersgruppen 15-24 og 25-44 år	69
3.5.24	Bruk av antidepressiva	69
3.5.25	Bruk av antipsykotika	70
3.5.26	Bruk av sovemidler og beroligende midler	70
3.5.27	Smittsomme sykdommer	71
3.5.28	Vaksinasjonsdekning	71
3.5.29	Vaksinasjonsdekning meslinger	72
3.5.30	Antibiotikaresepter	72
3.5.31	Kreft	73
3.5.32	Nye krefttilfeller	73
3.5.33	Dødelighet kreft	74
3.5.34	Tannhelse	74
3.5.35	Barn og unge uten behov for fyllinger	75
3.5.36	SIC - Grad av sosial ulikhet i tannhelse	75

1 Perspektiver på folkehelse i Søndre Land

Intensjonen med denne folkehelseoversikten er å bidra til å dokumentere anbefalinger til beslutningstagers valg og prioriteringer mht. hvordan Søndre Land kan utvikle seg til å bli en enda bedre kommune å leve i – i alle livsfaser, for alle innbyggere.

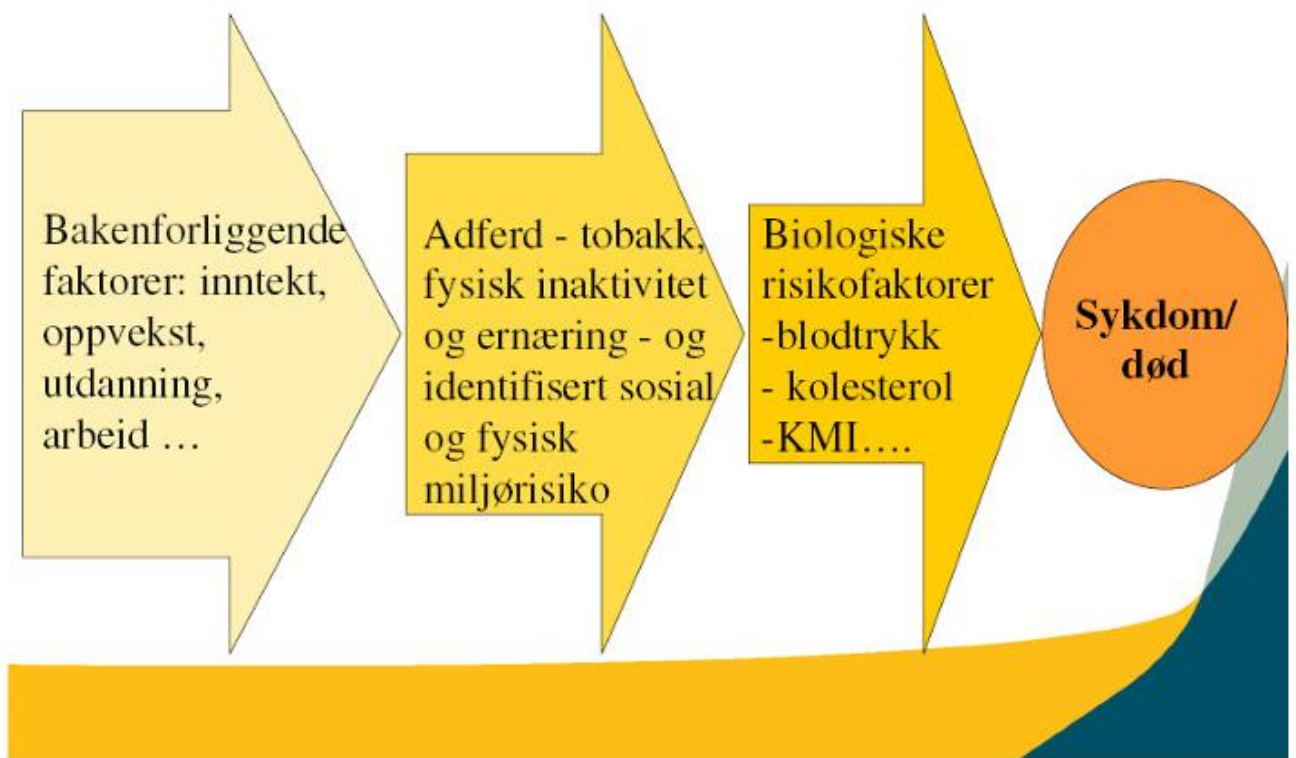
1.1 Årsakssammenheng

Når vi tar for oss folkehelse i Søndre Land, så snakker vi om helsetilstanden til alle de som bor i vår kommune. Men det er viktig å bemerke at helsetilstanden til en befolkning er mer enn summen av helsetilstanden til hver enkelt innbygger. Folkehelsebegrepet tar også for seg alle de faktorene som påvirker helse vår. Dermed blir folkehelsebegrepet ganske så altoppslukende. Alt som påvirker oss, kan også påvirke helse vår. Noen ting påvirker helse vår ganske direkte, sånn som sykdom i seg selv, men også risikofaktorer som høyt blodtrykk, eller vår egen helseatferd, som røyking. Andre ting igjen påvirker oss mer indirekte, som hvor vi bor eller hva vi jobber som. Dette er godt illustrert i den kjente modellen til Whitehead og Dahlgren.



Figur 1: Whitehead og Dahlgrens modell om sosiale helsedeterminanter

En annen måte å illustrere påvirkningsfaktorens betydning for helse på er ved hjelp av en årsaksskjede. Dette er også en mye brukt modell i folkehelsesammenheng:



Figur 2: Årsakssammenhenger

1.2 Folkehelse og livskvalitet

I dagens samfunn har vi god kunnskap om hva som gjør oss syke, hva vi dør av og hvor lenge vi lever. Vi vet også mye om hvordan sykdom og levealder varierer på tvers av sosioøkonomiske grupper. Men vi har begrenset kunnskap om hvordan livet og livsbetingelsene oppleves av den enkelte. De seneste årene har det vokst fram en erkjennelse, både i faglige og politiske miljøer, om at kunnskap om innbyggernes livskvalitet kan gjøre politikere og myndigheter bedre i stand til å skape et sunnere og mer rettferdig samfunn.

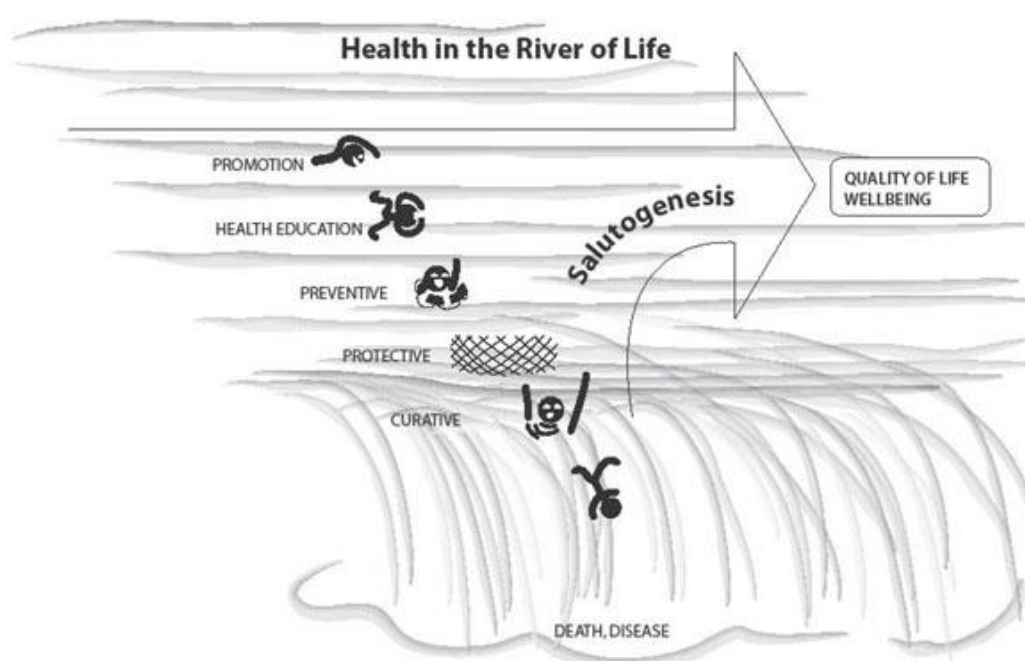
Folkehelsearbeidet skal, som det sies i lovens §1, fremme befolkningens trivsel. Begrepet «trivsel» er godt kjent i vårt daglige språk. I folkehelsesammenheng så er begrepet trivsel også nært knyttet sammen med begrepene livskvalitet og lykke. Begrepene er som oftest brukt i en subjektiv sammenheng; hvordan hver og en av oss føler oss og opplever oss selv og vår situasjon. Livskvalitet kan også ha en objektiv komponent, om sentrale sider ved livssituasjonen – som frihet, trygghet, helse, fellesskap og muligheter for selvutvikling.

1.3 Folkehelse i et salutogent perspektiv

Folkehelse har tradisjonelt blitt sett på i et patologisk perspektiv. Det vil si at man definerer folkehelse med bakgrunn i forekomsten av uhelse (sykdom, plager og lyter), samt hva som forårsaker denne uhelsen. Motsatsen til dette perspektivet er den salutogene eller helsefremmende tilnærmingen, faktorer

som skaper god helse. Dette salutogene perspektivet skaper en positiv dynamikk som fokuserer vekk fra sykdom og vekk fra uhelse.

Salutogenesen har brukt ei elv som metafor for å billedliggjøre dette salutogene helseperspektivet. Metaforen henviser til hvordan medisinen fokuserer på medisinsk behandling: Hvordan redde mennesker fra å drukne i elven, mens folkehelse fokuserer på forebygging og helsefremming. Det er ikke tilstrekkelig å bygge broer eller gjerder for å unngå at mennesker faller i elven. Livet leves i elven og man må heller fokusere på å lære å svømme. Med denne symbolikken ville man fremfor å besvare spørsmålet «hvordan kan vi fjerne denne stressoren?», heller skulle stille spørsmål om «hvordan kan vi lære å leve, og leve godt, med stressorer og om mulig, hvordan kan vi få stressorenes eksistens til å bli en fordel for oss?»



Figur 3 Helse i livets elv, av B. Lindstrøm.

Et salutogent perspektiv er en måte å se og forstå helse i samfunnet på, og er viktig å ha med seg i alt folkehelsearbeid. Det bør være en del av fundamentet i folkehelsearbeidet, og belyses i et slikt oversiktsdokument som dette. Av denne grunn er det viktig å bringe frem faktorer i lokalsamfunnet som er positive for folks helse, faktorer som beskytter mot uhelse. Dette perspektivet henger sammen med elementer i livskvalitetsbegrepet. Et menneske kan objektivt sett ha dårlig helse, pga etablerte sykdommer og nedsatt funksjonsnivå, men opplever å leve et godt liv og mestrer hverdagens krav på en god måte.

Styrkebaserte tilnærminger er basert på salutogenesen og bygger på en felles overordnet tenkning (filosofi) og noen felles delte antagelser om hva slags syn igangsettere av slike prosesser bør ha på mennesker og samfunn. Involvering er et viktig prinsipp i styrkebaserte tilnærminger, som det også

er i all kommunal planlegging. Når innbyggerne selv involveres i arbeidet med å identifisere helseressursene i eget lokalsamfunn, vil slike prosesser i seg selv bidra til å utløse engasjement, styrke relasjonene mellom de som involveres i arbeidet (bygge sosial kapital), og fremme opplevelsen av tilhørighet og fellesskap

1.4 Styrkebasert planarbeid

Folkehelseloven legger opp til et systematisk folkehelsearbeid og skal knyttes opp til kommunens planarbeid. Som en del av arbeidet med å utvikle en overordnet planstrategi bør kommunen tenke igjennom hvordan innbyggere, brukere og frivillige organisasjoner kan involveres i folkehelsearbeidet. En måte å gjøre dette på kan være å ta i bruk medvirkningsbaserte strategier. Dette er også i tråd med viktige prinsipper i Folkehelseloven. Blant annet prinsippet om medvirkning, prinsippet om helse i alt vi gjør, og prinsippet om bærekraft.

Styrkebaserte tilnærminger har et særlig fokus på den betydning gode relasjoner, sosiale nettverk, vennegrupper og inkluderende fellesskap har som ressurser for å utvikle livskraftige lokalsamfunn og skape gode liv for innbyggerne.

Å involvere innbyggere med et styrkebasert perspektiv i den kommunale planleggingen vil kunne bidra til:

- ✓ Økt demokrati, ettersom deltagelse både er en basisrettighet og et sentralt element i det å være samfunnsborger
- ✓ Å motvirke sosial ekskludering, særlig der marginaliserte grupper involveres
- ✓ Myndiggjøring av enkeltpersoner og grupper og gi dem større mulighet til å vinne kontroll over egne liv
- ✓ Mobilisering av lokale ressurser og energi
- ✓ Utvikling av et helhetlig perspektiv i folkehelsearbeidet
- ✓ Lokalt eierskap og styrket evne til å utvikle bærekraftige prosesser

1.5 Forebyggingsparadokset

Figur to i kapittel 1.1 viser at sammenhengen mellom mulig påvirkningsfaktor og faktisk påvirkning på en persons helse blir mindre tydelig jo lenger bak i årsakskjeden vi kommer. Den viser også at de bakenforliggende faktorene vil ha størst betydning for helsa i en befolkning, mens de mer nærliggende faktorene vil ha størst betydning for den enkeltes helse. I dette perspektivet har det oppstått et paradoks, forebyggingsparadokset. Forebyggingsparadokset innebærer, satt på spissen, at den totale folkehelseeffekten av et forebyggende tiltak er minst

der problemene er størst. Intuitivt ønsker vi ofte å prioritere de gruppene som har størst risiko for uhelse. Dersom vi for eksempel ønsker å redusere forekomsten av hjerte-kar-sykdommer, ønsker vi kanskje tiltak som treffer de som er minst aktive og spiser mest usunt. Dersom vi ønsker å redusere drop-out i skolen, vil vi kanskje ha tiltak som utelukkende treffer lavinntektshusholdninger fordi vi vet at risikoen der er størst.

Å nå de som trenger det mest er et viktig mål. Men i et folkehelseperspektiv er det ikke nødvendigvis mer målretting som er det mest effektive.

Forebyggingsparadokset sier tvert imot at den største effekten på totaltallene oppnås ved universelle strategier – tiltak som treffer bredt. I store befolkningsgrupper er riktignok risikoen per person lavere, men totalantallet personer er så mye større at effekten i sum også blir stor. Høyrisikogrupper har riktignok stor risiko, men er gjerne liten i antall. Tiltak rettet mot risikogrupper kan også svært fort virke stigmatiserende, og dermed virke mot sin hensikt.

Folkehelsearbeidet er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. Det vil ofte si at man jobber i forkant med ulike risikofaktorer. Å jobbe i forkant kan forklares med flere begreper, som forebygging, tidlig innsats og helsefremming.

I et folkehelseperspektiv ligger de aller fleste påvirkningsfaktorene utenfor helsesektoren, og det er her folkehelsearbeidet bør gjøres. Både på langs og på tvers i kommuneorganisasjonen, og med relevante aktører i nærmiljøet. Det er et formål å «venstreforskyve» folkehelsearbeidet, altså en dreining av alle tiltak til å gå enda «tidligere inn». Dette er godt illustrert i denne figuren fra folkehelseinstituttet:

Potensialet for forebygging er størst oppstrøms



Bilde: Folkehelsetiltak har størst effekt tidligst i årsaksrekken. (Stoltenberg FHI)

1.6 Folkehelse og helhetlig innsatstrapp

Helhetlig innsatstrapp, utviklet av Agenda Kaupang og beskrevet i NOU 2023:4 «Tid for handling», er en modell for å vurdere økonomiske og personellmessige ressurser og forhold ved ulike behovsdekninger opp mot hverandre. Denne modellen kan tydeliggjøre effekten av å flytte ressurser nedover i trappa. En effekt som både gir verdi for brukeren i form av økt innflytelse i eget liv og en verdi for kommunen i form av mer effektiv bruk av ressurser.



Figur 5: Modell av helhetlig innsatstrapp (Agenda Kaupang)

En helhetlig planlegging av alle tjenesteområder i kommunen som styrker de lavere trinnene i innsatstrappa kan bidra til å utsette, og i noen tilfeller gjøre at det ikke er behov for ressurskrevende kommunale helse- og omsorgstjenester.

1.7 Folkehelse og bærekraft

Folkehelsearbeidet har mye til felles med den sosiale dimensjonen i FN's bærekraftsmål. En bærekraftig utvikling er oftest definert som: «En utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov.»

Både sosial helse og bærekraft handler om å fremme en samfunnsutvikling som:

- Setter menneskelige behov i sentrum
- Gir sosial rettferdighet og livssjanser for alle
- Legger til rette for at mennesker som bor i lokalsamfunnet kan påvirke forhold i nærmiljøet og ellers i kommunen
- Legger til rette for deltakelse og samarbeid.



Figur 6: FN's bærekraftsmål

2 Folkehelseutfordringen i Søndre Land

Folkehelse er et ganske konkret begrep. Det er den samlede helsetilstanden i en befolkning. Dette kan måles og vises i statistikkform, slik det fremkommer av kapittel tre i dette oversiktsdokumentet, eller noe mer forenklet som i folkehelseinstituttets folkehelseprofiler. Å jobbe med folkehelse er mer komplekst. For en kommuneorganisasjon er det et gjennomsyrende arbeid som, i større eller mindre grad, skjer overalt - alltid.

Å omforme folkehelsestatistikk til folkehelsearbeid kan være en vrien manøver, noe vi har forsøkt å beskrive gjennom de ulike folkehelseperspektivene i det forrige kapittelet.

Folkehelseoversikten skal ifølge folkehelseloven «*identifisere kommunens folkehelseutfordringer*». I kapittel en i dette dokumentet ligger det strategiske fundamentet for å løse utfordringene. Et vesentlig prinsipp i det kapittelet er at det er viktig med styrkebasert tilnærming, tenke universelt og helsefremmende. I et slik perspektiv blir utfordringsbildet mindre viktig, og det kan virke mot sin hensikt å peke på konkrete utfordringer. Et utfordringsbilde setter søkelys på det som fører til dårlig helse. Utfordringene blir ofte fragmentert og oppdelt, og vi kan stå i fare for å miste dybdesynet i årsakskjeden. For som tidligere nevnt om forebyggingsparadokset: «*Å nå de som trenger det mest er et viktig mål. Men i et folkehelseperspektiv er det ikke nødvendigvis mer målretting som er det mest effektive*». Når man undersøker det som ikke fungerer så bidrar dette til at man ser alt det som ikke fungerer, man settes på sporet av en praksis der målet er å finne løsningen på de problemene man oppdager. Skifter man fokus og begynner å undersøke det som allerede fungerer godt, så vil man bli satt på sporet av det som er menneskenes og organisasjonens potensialer.

Det utfordringsbildet som tidligere har blitt tegnet av Søndre Land har sammenheng med geografisk plassering, infrastruktur og historie. Siden arbeidet med prosjekt folkehelse 2025 startet i 2017 har Søndre Land kommune hatt et tydelig fokus på å forhindre utenforskap og redusere antall unge uføre. Utfordringsbildet som har vært tegnet er at et økende antall unge står utenfor sosiale og profesjonelle arenaer. Disse utfordringene skyldes i stor grad bakenforliggende faktorer, gir oss samfunnsøkonomiske utfordringer og er lite bærekraftig. Å «skyldes på» bakenforliggende faktorer kan gi en følelse av håpløshet og avmakt. Men folkehelsearbeidet handler også om å ha det bra «til tross for». Et styrkebasert perspektiv flytter oppmerksomheten mot prosesser for å konstruere samfunnet «innenfra» og «nedenfra».

Prosjektet folkehelse 2025 utviklet mange nye tiltak, og i 2019 ble det gjennomført en ny administrativ organisering med etablering av tverrsektorielle nettverk, hvor man videreførte arbeidet med prosjekt folkehelse 2025 inn i daglig drift.

Mange av tiltakene som er igangsatt som en følge av «folkehelse 2025» er av helsefremmende og styrkebasert karakter, hvor fokuset ikke er på

utfordringer, men på muligheter. Kommunen som organisasjon har strukturert seg godt til å jobbe videre med styrkebaserte tilnærminger. Kommunen sprer tiltak «over hele linja», både universelle, selektive og indikative. De viktigste tiltakene er de universelle, slik som gode skoler, gode barnehager, jobbmuligheter, boligområder, tilgang til gode møteplasser og aktivitetsarenaer. Med fokus på «tidlig inn», helhetlig innsatstrapp og styrkebasert tilnærming vil man møte utfordringene både tidligere, bredere og bedre. En grunnleggende styrkebasert tilnærming i alle sektorer vil fremme mestring, tilhørighet, deltakelse og opplevelse av mening.

3 Helsetilstand og påvirkningsfaktorer

3.1 Befolkningssammensetning

3.1.1 Befolkningsendringer

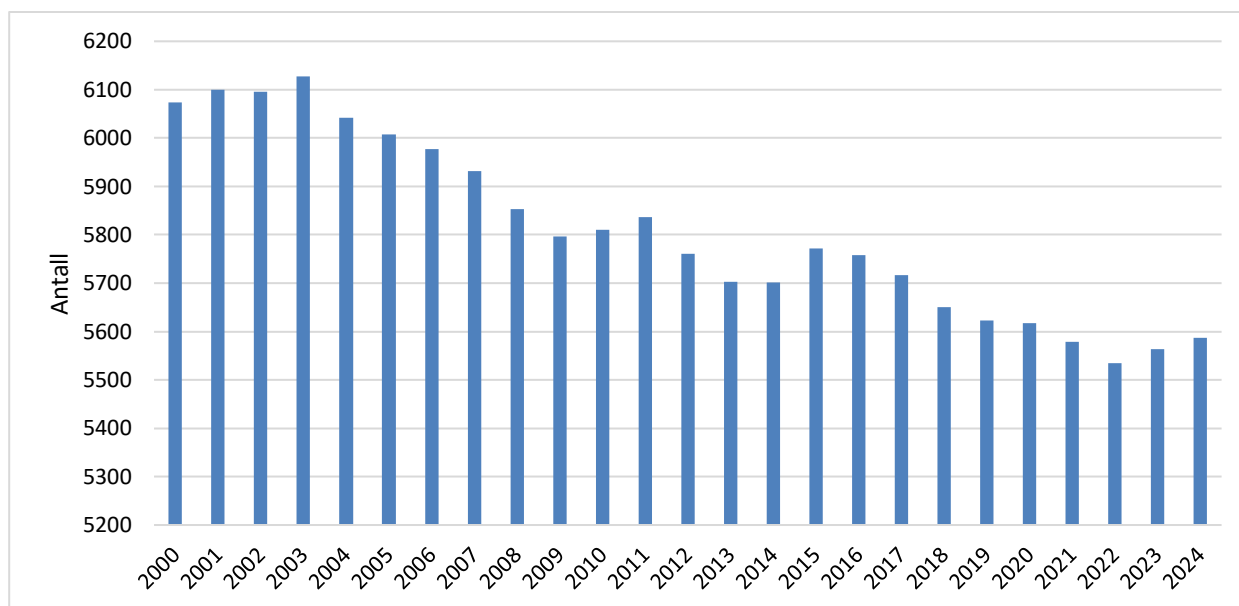
Fra 2003 til 2023 har det vært en vedvarende nedgang i folketallet. I den siste 10-års perioden fra 2013 til 2023 er folketallet redusert med 139 innbyggere. Nedgang i fødselstallet har vært spesielt bekymringsfullt. Dette har allerede blant annet gitt seg utslag i en nedgang i etterspørselen etter barnehage- og skoleplasser.

Befolkningsutviklingen hadde et oppsving i 2015, men har gått ned igjen etter dette. Økningen i 2015 skyldtes økt innflytting gjennom innvandring.

Befolkningsutviklingen i regionen har siden 2000 vist en svak positiv utvikling.

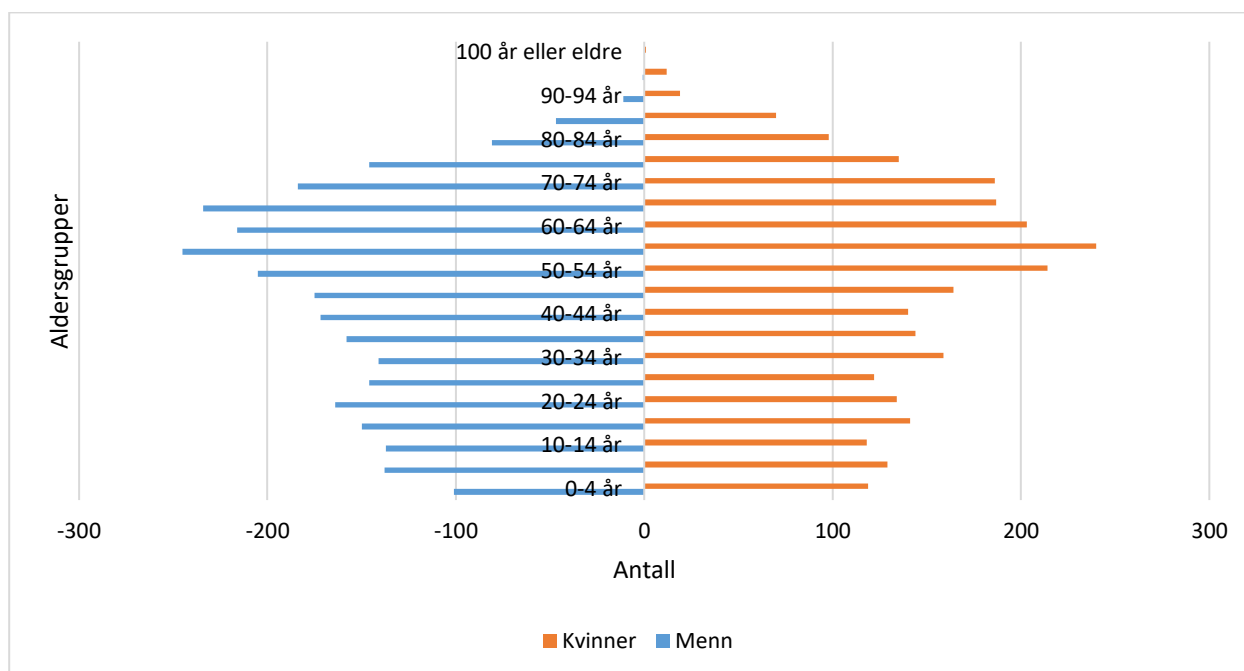
Befolkningsutvikling blir generelt sett vurdert som en viktig indikator for regional utvikling. Ønsket om befolkningsvekst har sammenheng med flere forhold bl.a. kommunens inntektsgrunnlag og tilgang på arbeidskraft. Utvikling i antall innbyggere har betydning for kommunens planer når det gjelder omfang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

3.1.2 Folkemengde Søndre Land



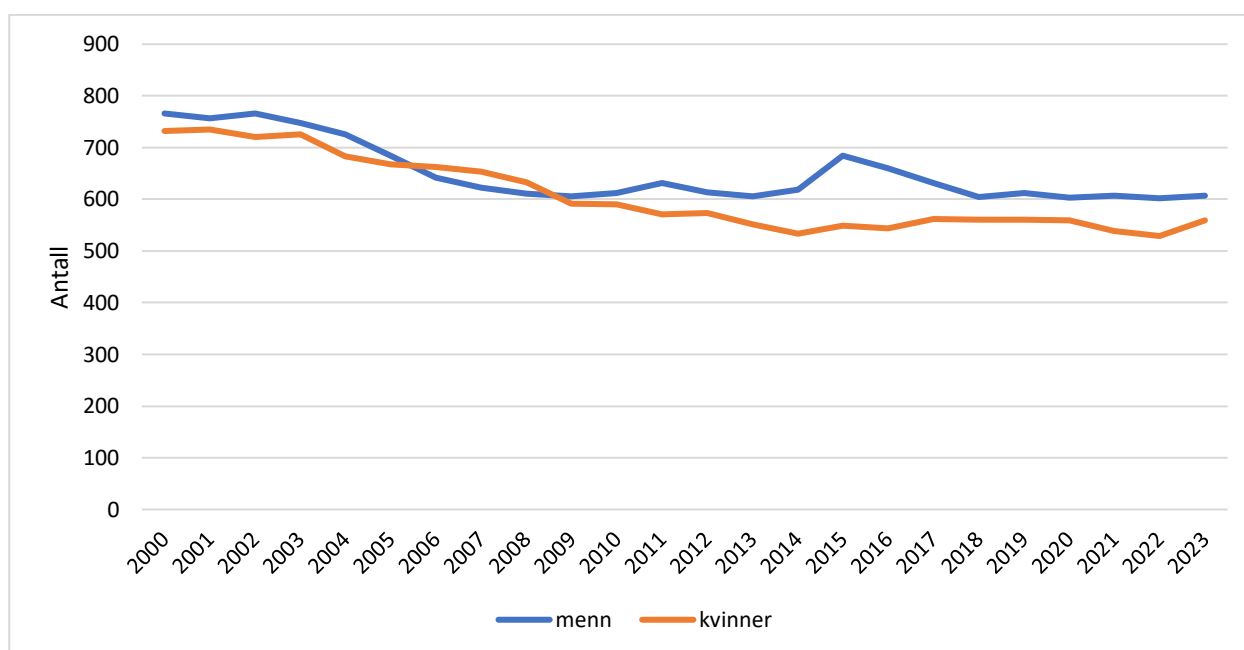
Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: [SSB](#), tabell 06913.

3.1.3 Aldersfordeling i befolkningen i Søndre Land pr 1.1.24



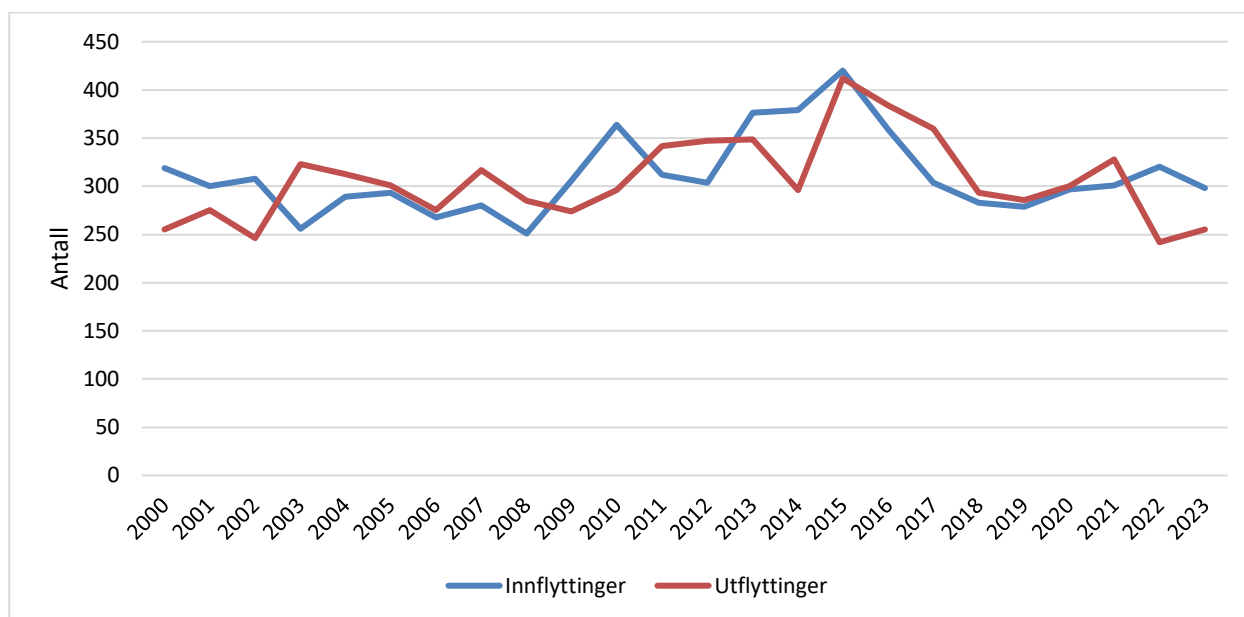
[ssb kommunefakta Søndre Land](#)

3.1.4 Andelen kvinner og menn i Søndre Land i alderen 20 – 39 år



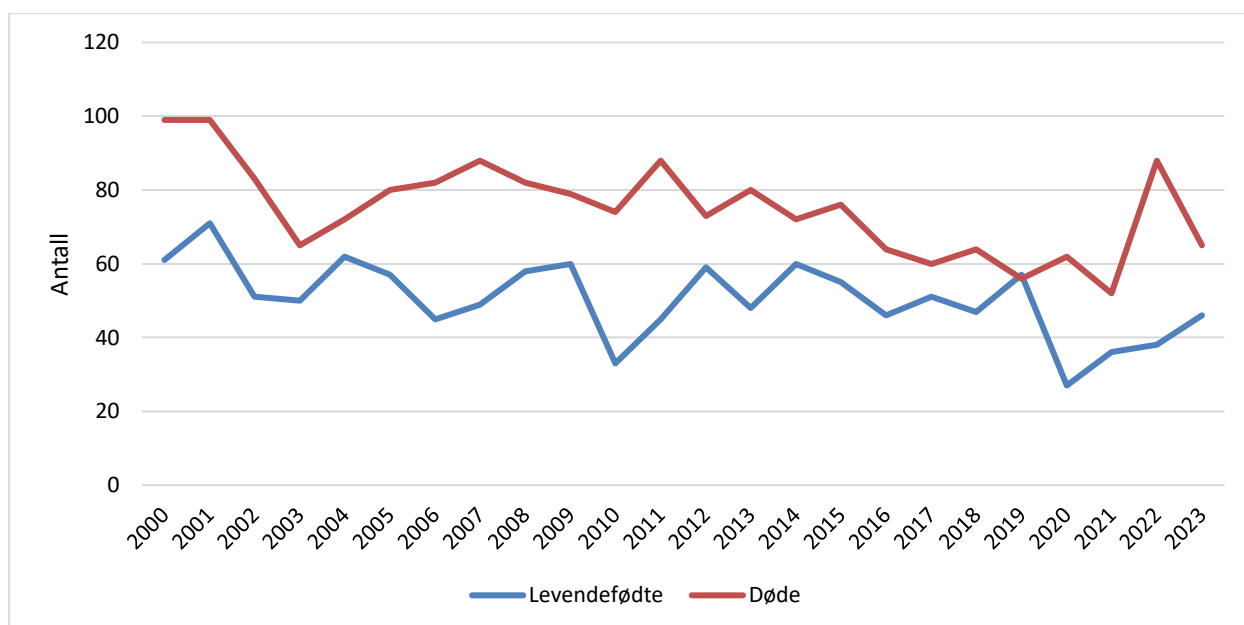
[Kommunehelsa statistikkbank](#)

3.1.5 Inn- og utflytting av Søndre Land



Antall personer som har flyttet inn og ut av kommunen. Kilde: [SSB](#), tabell 06913.

3.1.6 Antall levendefødte og døde i Søndre Land



Antall levendefødte og døde i løpet av et år. Kilde: [SSB](#), tabell 06913.

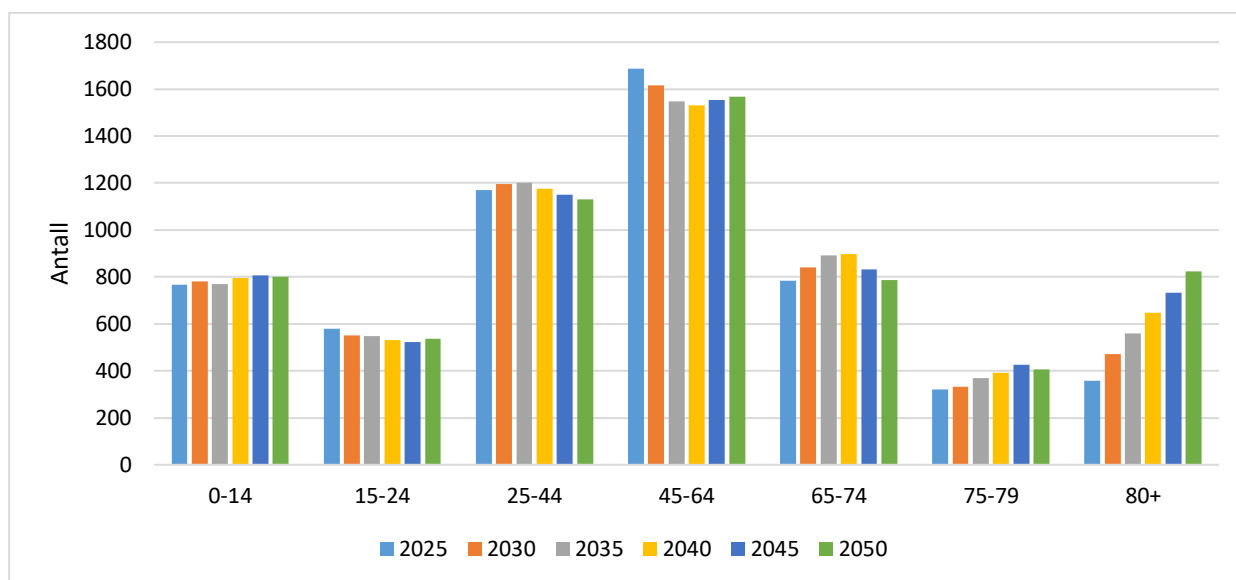
3.1.7 Befolkningsframskriving

Befolkningsframskrivingen viser totalt sett en stabil befolkning over hele perioden. Videre visere framskrivingen at befolkningssammensetningen endres. Det er nedgang i antall unge. Dette påvirker barnehageantallet og elevtallet i grunnskolen og på videregående skole. Den yrkesaktive aldersgruppen 19 – 66 år viser også en nedgang. Derimot er det en vekst i de eldre aldersgruppene. Framskrivningen er basert på middels vekst.

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

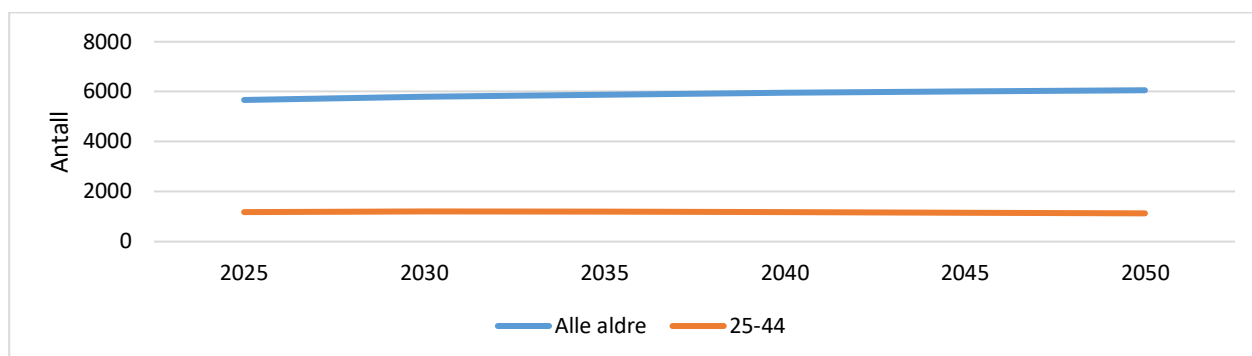
Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre betyr også at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester. *Kilde: St.meld. nr. 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen*

3.1.8 Befolkningsframskriving i Søndre Land, 2025–2050



[Kommunehelsa statistikkbank](#)

3.1.9 Befolkningsframskriving Søndre Land



Framskrevet folkemengde for utvalgte år fra 2025 til 2050, med utgangspunkt i folketallet per 1.1.2021. Framskrevne tall for 2025, 2030, 2035, 2040, 2045 og 2050 for to aldersgrupper. Framskrivningene viser framtidig utvikling ut fra forutsetninger om fruktbarhet, levealder og netto innflytting med utgangspunkt i den observerte utviklingen, basert på middels vekst i de nevnte kriteriene. [Kommunehelse statistikkbank](#)

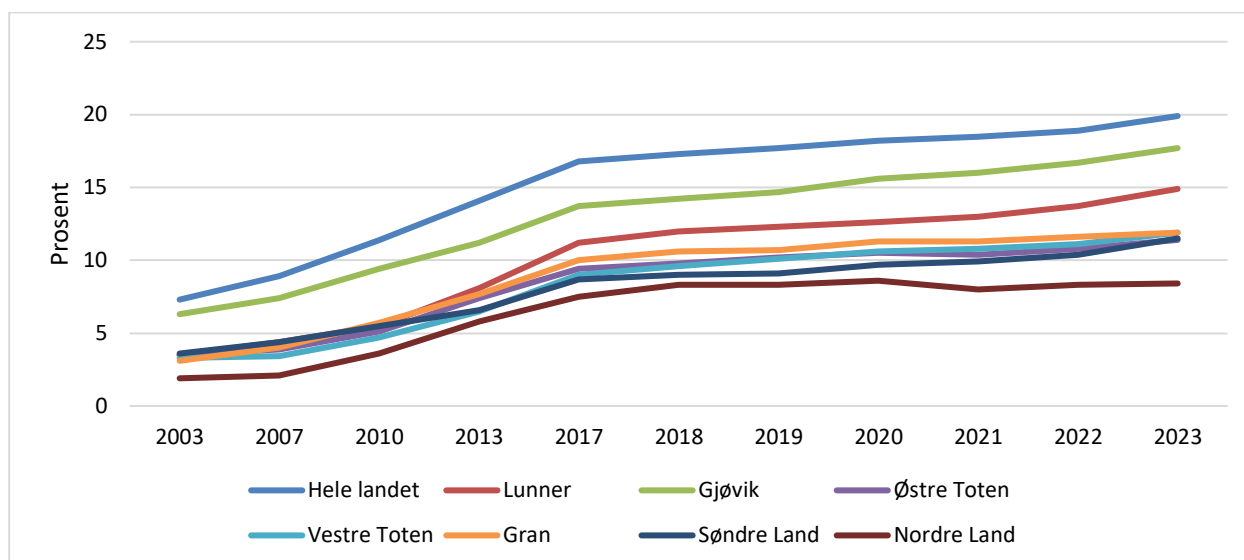
3.1.10 Etnisitet

Det har vært en gradvis økning i andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Søndre Land kommune over mange år. Økning har vært fra 3,6 % i 2003 til 11,5 % i 2023. Selv om det har vært en økning i Søndre Land kommune har økningen vært lavere enn i Innlandet og landet som helhet.

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

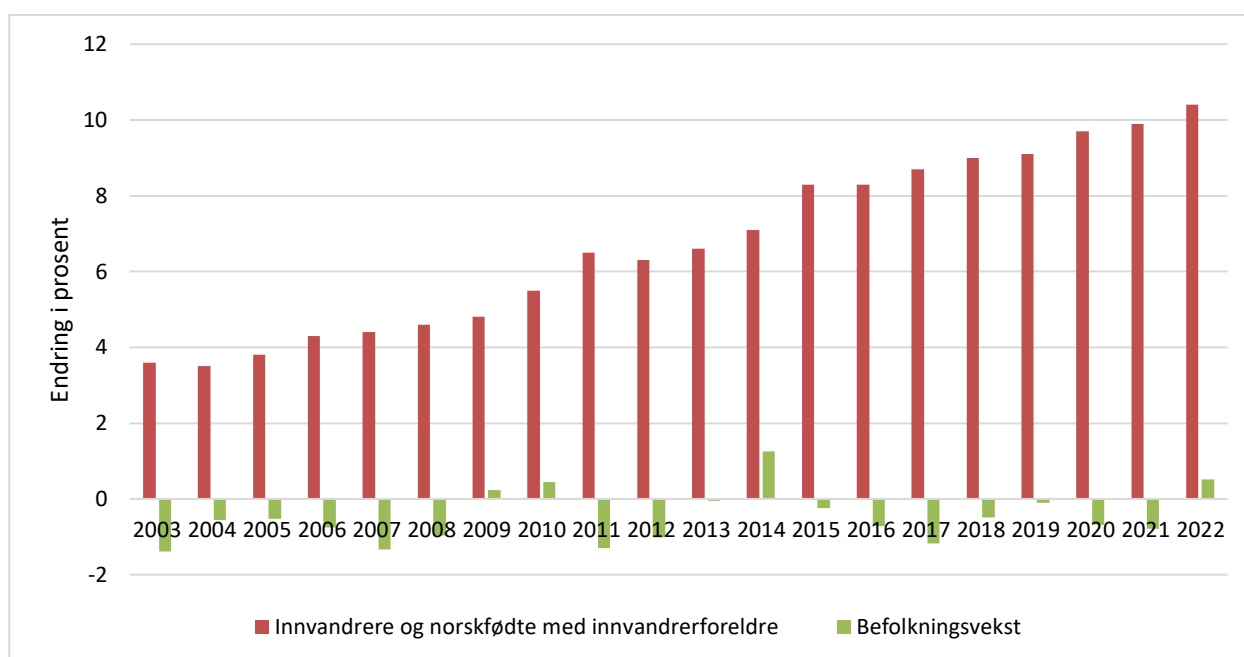
Kommunal kompetanse om helse blant flyktninger og innvandrere er en forutsetning for å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeid. Tiltak som reduserer språkproblemer og letter integreringen er viktig folkehelsearbeid.

3.1.11 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre



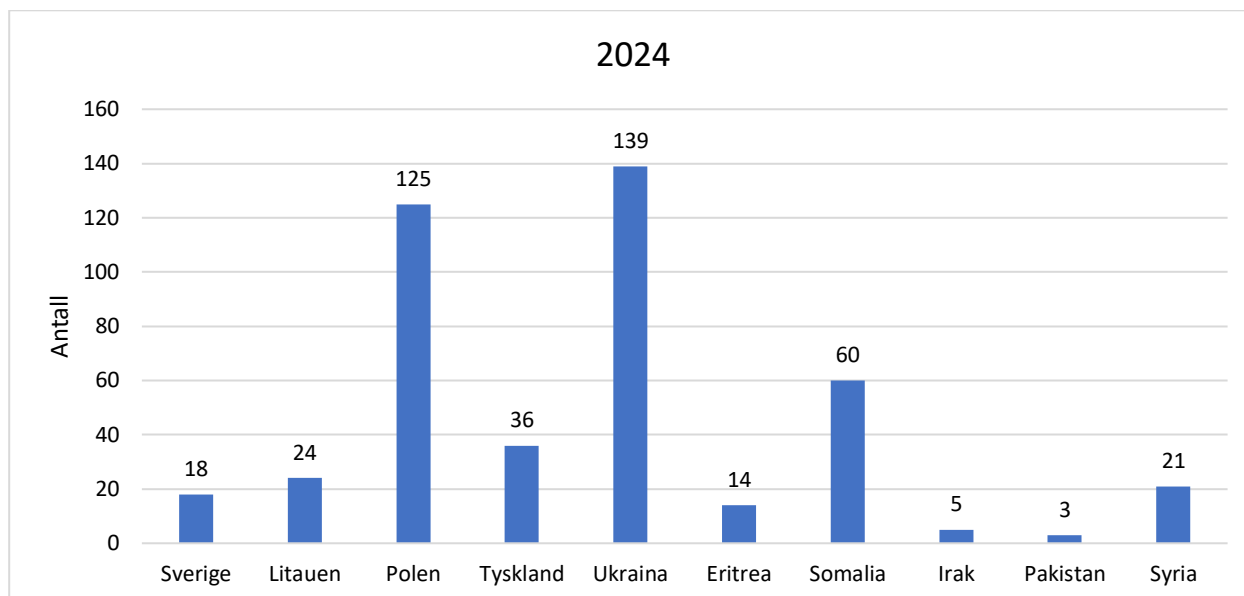
Andel personer med to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar hvert år, i prosent av befolkningen. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge er ikke med. Kilde: Folkehelseinstituttet.
[Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.12 Innvandrernes betydning for befolkningstallet i Søndre Land



[Kommunehelsa statistikkbank](#)

3.1.13 Antall personer i kom. som har innvandret med bakgrunn fra utvalgte land



Figuren viser hvor mange personer som bor i kommunen som enten har innvandret selv eller er barn av to innvandrere med bakgrunn fra utvalgte land.

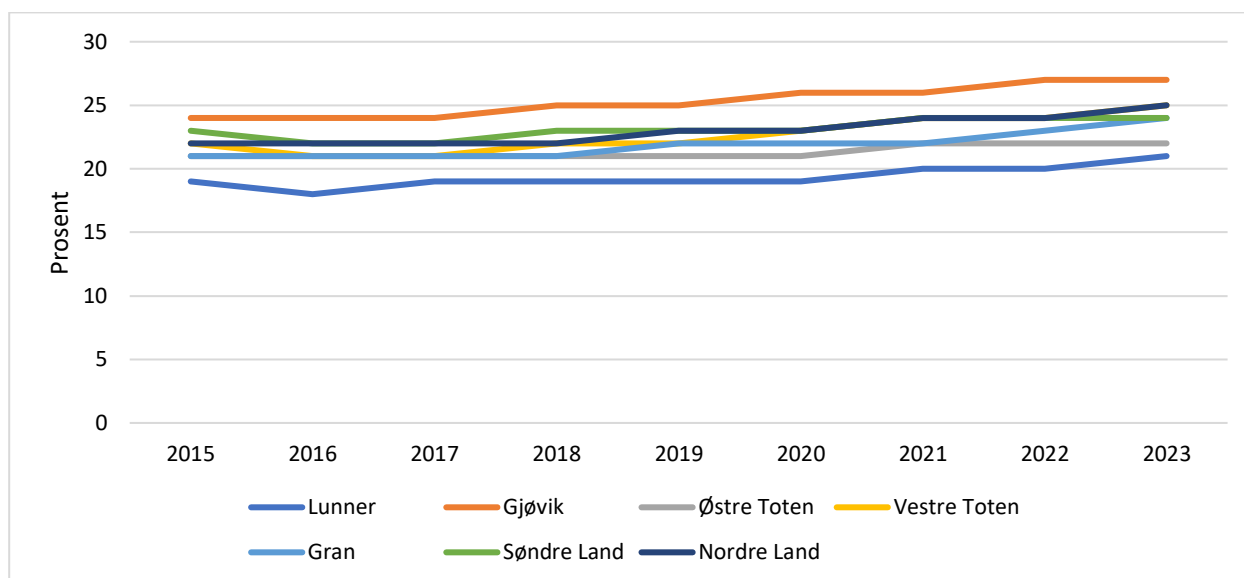
[ssb kommunefakta Søndre Land](#)

3.1.14 Personer som bor alene

Andel personer som bor alene i Søndre Land har vært relativt stabil, men har vist en liten økning fra 22,9 % i 2015 til 23,6 % i 2022. I landet som helhet var andelen 24,6 % i 2022.

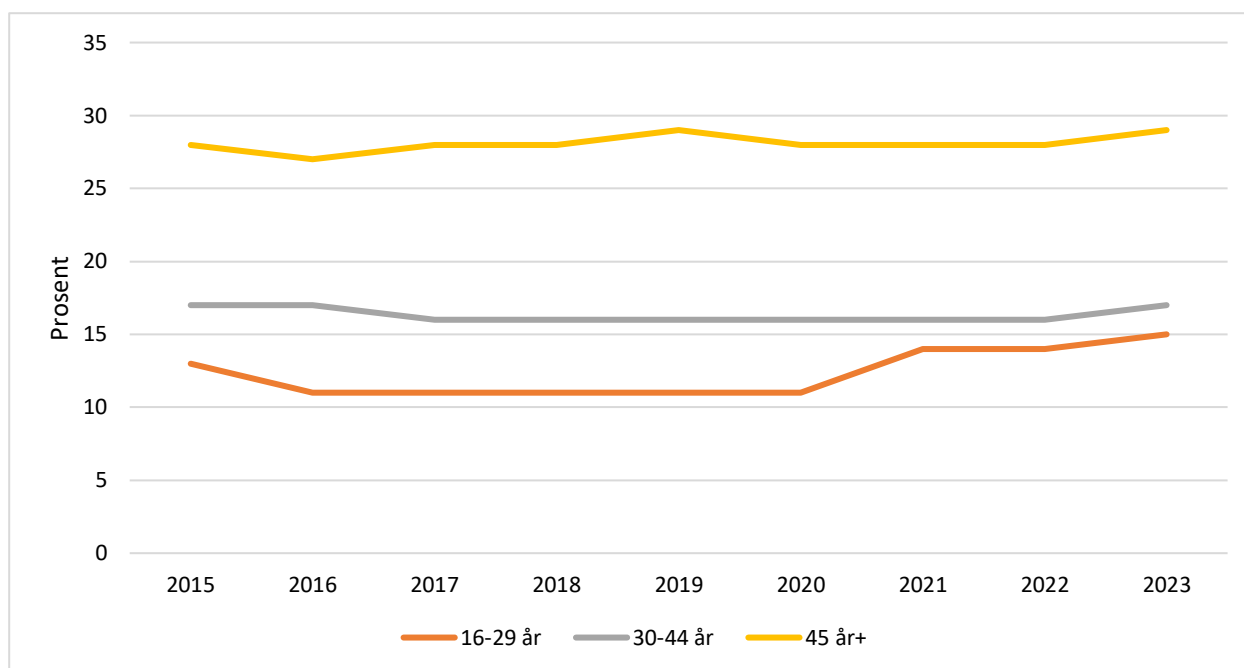
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt.

3.1.15 Personer over 16 år som bor alene



Andel personer over 16 år som bor i en-personhusholdninger i prosent av befolkningen per 1. januar. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.16 Personer i Søndre Land som bor alene fordelt på alder



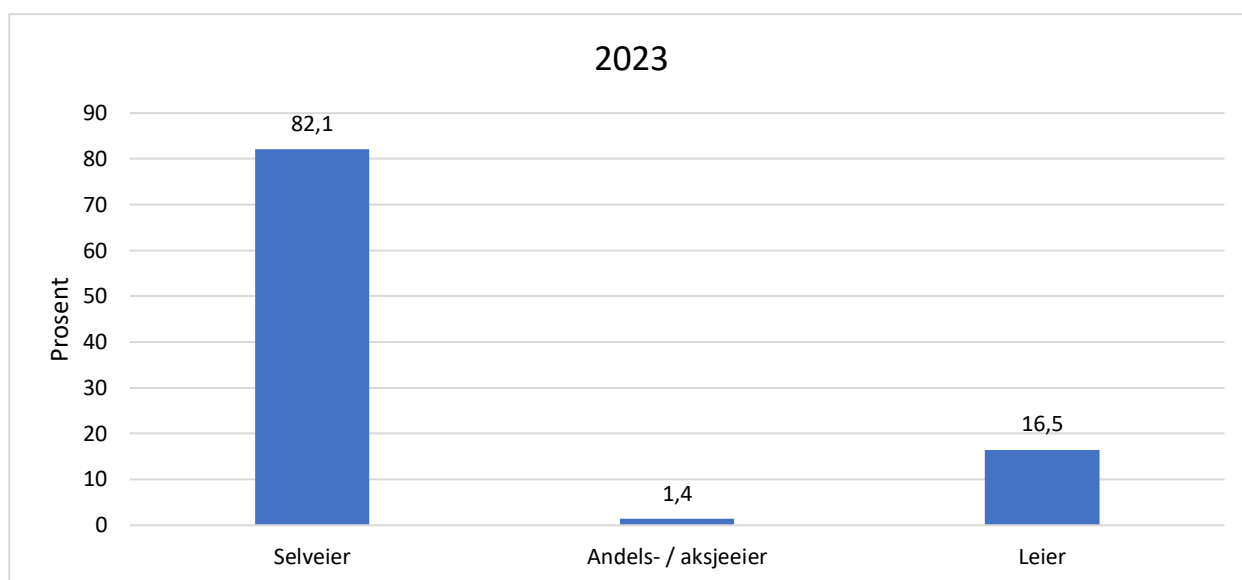
Andel personer som bor i en-personhusholdninger i prosent av befolkningen per 1. januar. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.17 Bolig/boforhold

I Søndre Land kommune bor 83 % i selveierbolig, mens 16 % leier bolig. Boligsituasjonen viser at det er 2 665 eneboliger, mens det kun er 35 leiligheter i blokk i kommunen.

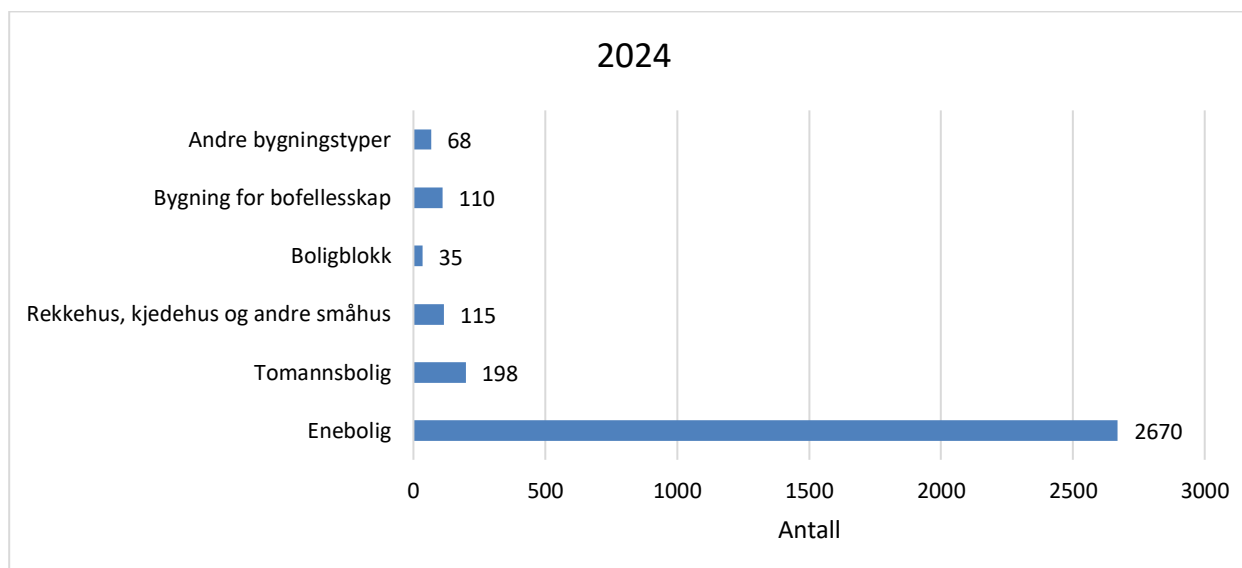
Misforholdet mellom dagens situasjon og de ønsker innbyggerne i kommunen har for fremtidig bolig, er viktig for boligplanleggingen.

3.1.18 Personer som bor i eid eller leid bolig



[ssb kommunefakta Søndre Land](#)

3.1.19 Fordeling av ulike boligtyper i Søndre Land

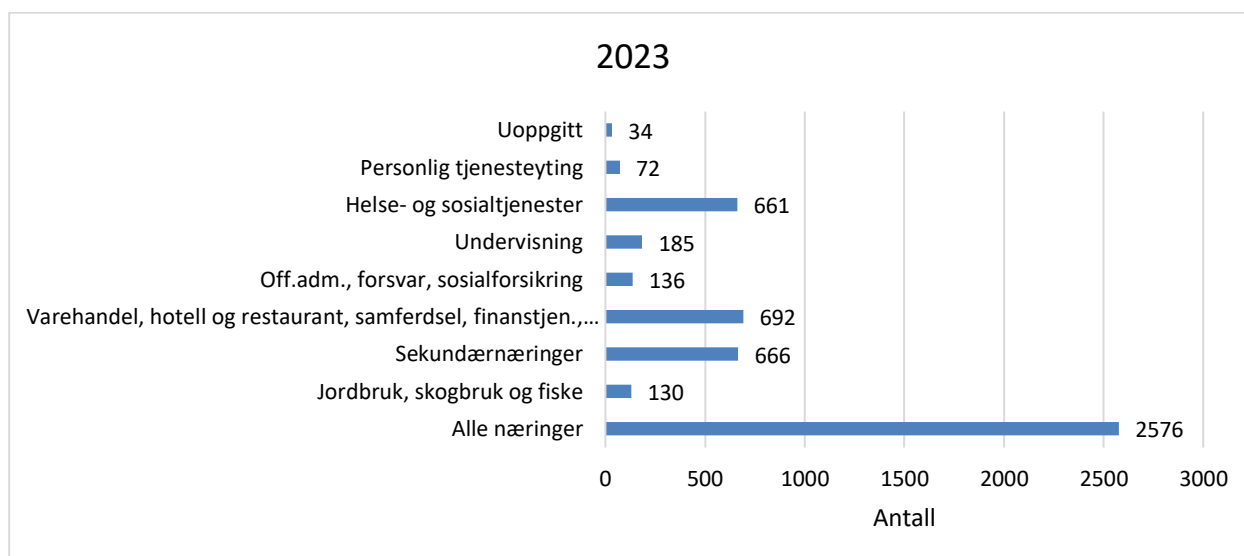


[SSB: Tabell 06265](#)

3.1.20 Arbeidsforhold

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

3.1.21 Hva innbyggerne i Søndre Land arbeider med



[SSB: Tabell 13472](#)

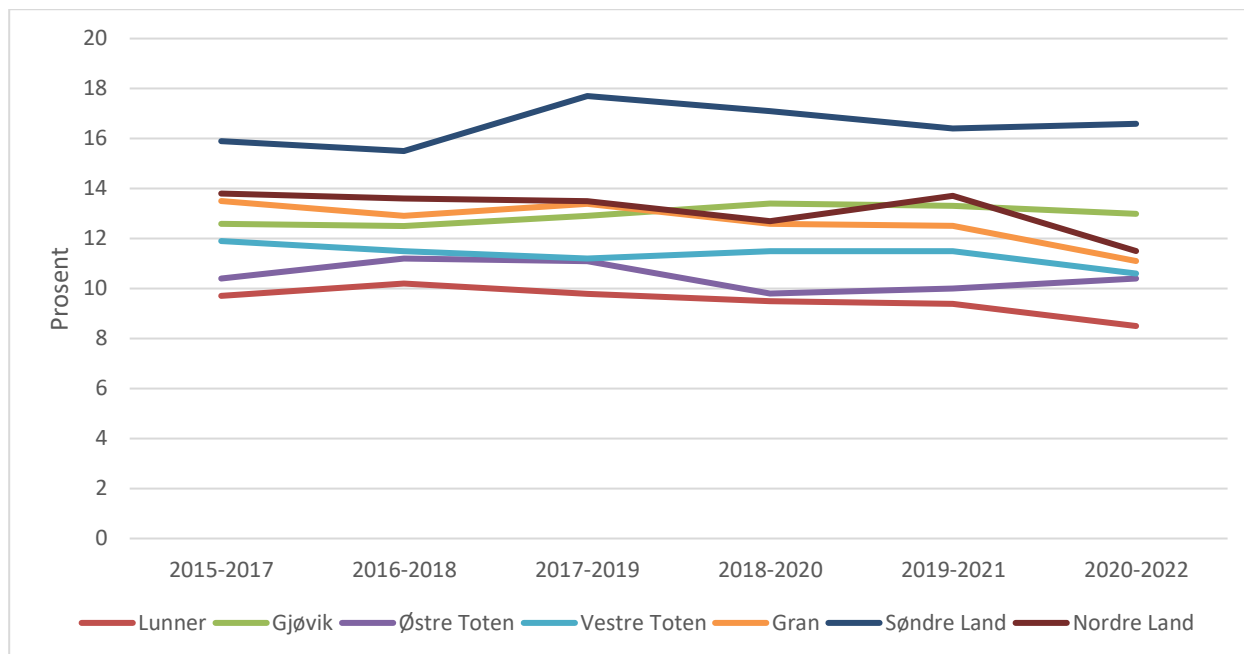
3.1.22 Inntekter og utgifter – personlig økonomi

Lavinntekt: I aldersgruppen 0-17 år har andelen personer i husholdninger med lav inntekt vært jevnt stigende, fra 6,3 % i 2006 til 16,4 % i 2021. Søndre Land kommune er den kommunen med størst andel barn i husholdninger med lav inntekt i regionen. I landet som helhet var den 11,5 % i 2021.

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

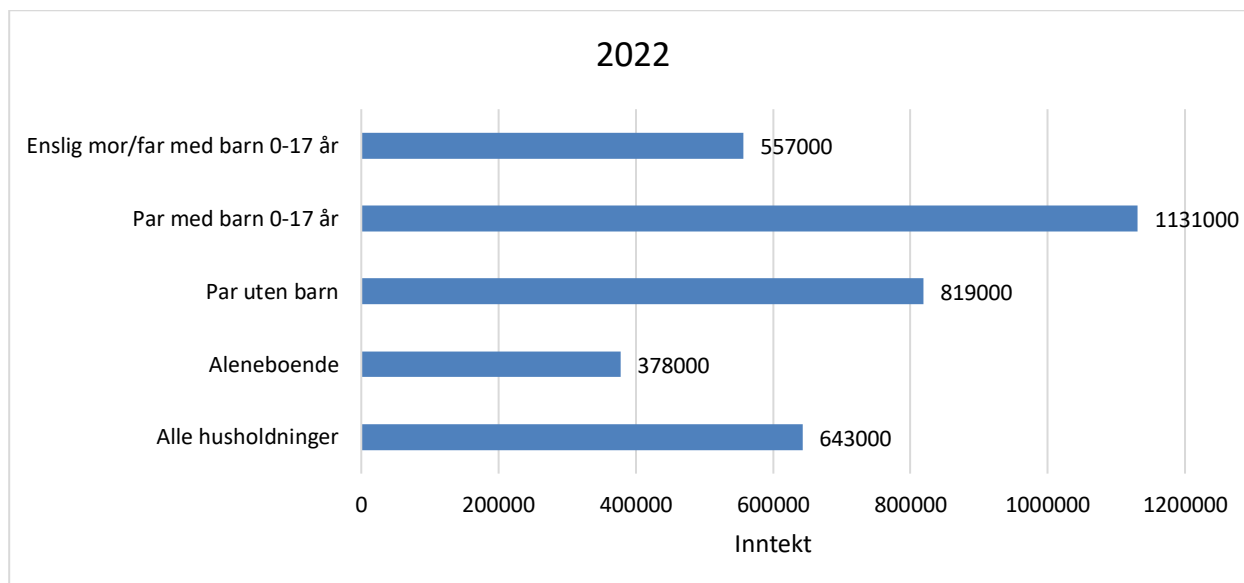
«Barn og ungdommer i lavinntektsfamilier opplever sin helse som dårligere enn barn og ungdommer flest gjør, og disse forskjellene er enda større når vi spør foreldrene,» (Sandbæk og West Pedersen, 2010)

3.1.23 Lavinntekt (husholdninger), EU60, 0-17 år



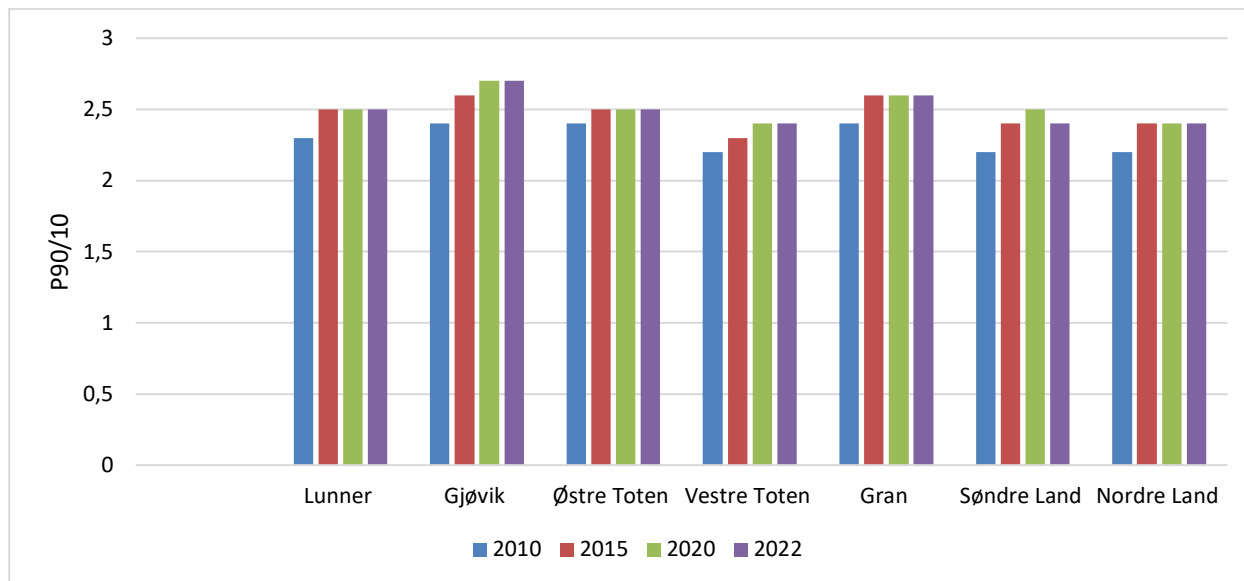
Forklaring diagrammer denne siden – for alle aldre 0-17 år: Personer i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Årlige tall. EU-skala er en ekvivalensskala som benyttes for å kunne sammenligne husholdninger av forskjellig størrelse og sammensetning. Ulike ekvivalensskalaer vektlegger stordriftsfordeler ulikt. EU-skalaen er mye brukt, og ifølge den skalaen må en husholdning på to voksne ha 1,5 ganger inntekten til en enslig for å ha samme økonomiske levekår. Barn øker forbruksvektene med 0,3 slik at en husholdning på to voksne og to barn må ha en inntekt som er $(1 + 0,5 + 0,3 + 0,3)$ ganger så stor som en enslig for å ha det like bra økonomisk i følge EU skalaen. * Årgangen er presentert i folkehelseprofilene for kommuner 2017. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.24 Samlet inntekt, median, for husholdningene i Søndre Land



[Ssb: tabell 06944](#)

3.1.25 Inntektsulikhet P90/10



P90/P10 er forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen (engelsk: percentile). Dette er altså inntekten til den som har den 90 % høyeste inntekten i befolkningen sammenlignet med den som har den 10 % laveste inntekten. Sagt på en annen måte: Om man sorterer 100 personer stigende etter inntekt, er P90/P10 forholdet mellom inntektene til person nummer 90 (den tiende høyeste) og person nummer 10 (den tiende laveste). [Kommunehelse statistikkbank](#)

3.1.26 Mottakere av sosialhjelp

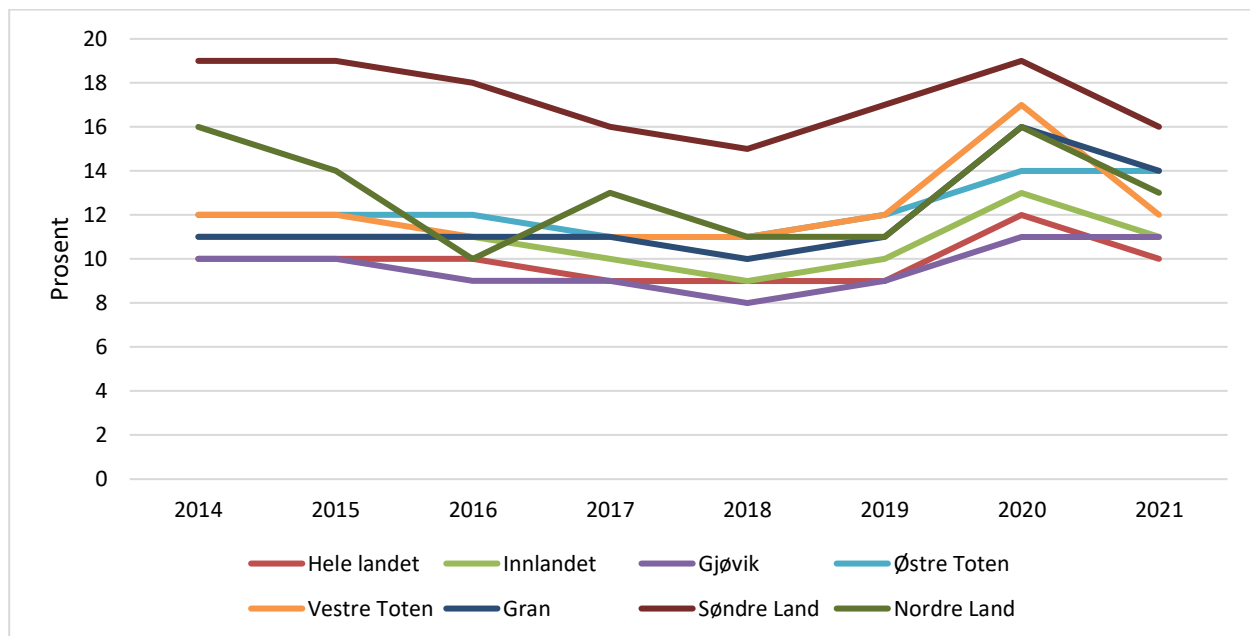
Søndre Land har en høy andel mottakere av stønad til livsopphold i alle aldergrupper i arbeidsfør alder. I 2019 var andelen 16% i aldersgruppen 20-29 år og 33 % i aldersgruppen 45-66 år. I begge aldergrupper ligger dette godt over både andre kommuner i regionen og landet for øvrig.

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

Utbredelsen av sosialhjelp i totalbefolkningen er et uttrykk for pågangen på det kommunale hjelpeapparatet fra personer som for kortere eller lengre tid er avhengig av økonomisk støtte til livsopphold. Lang tids avhengighet av

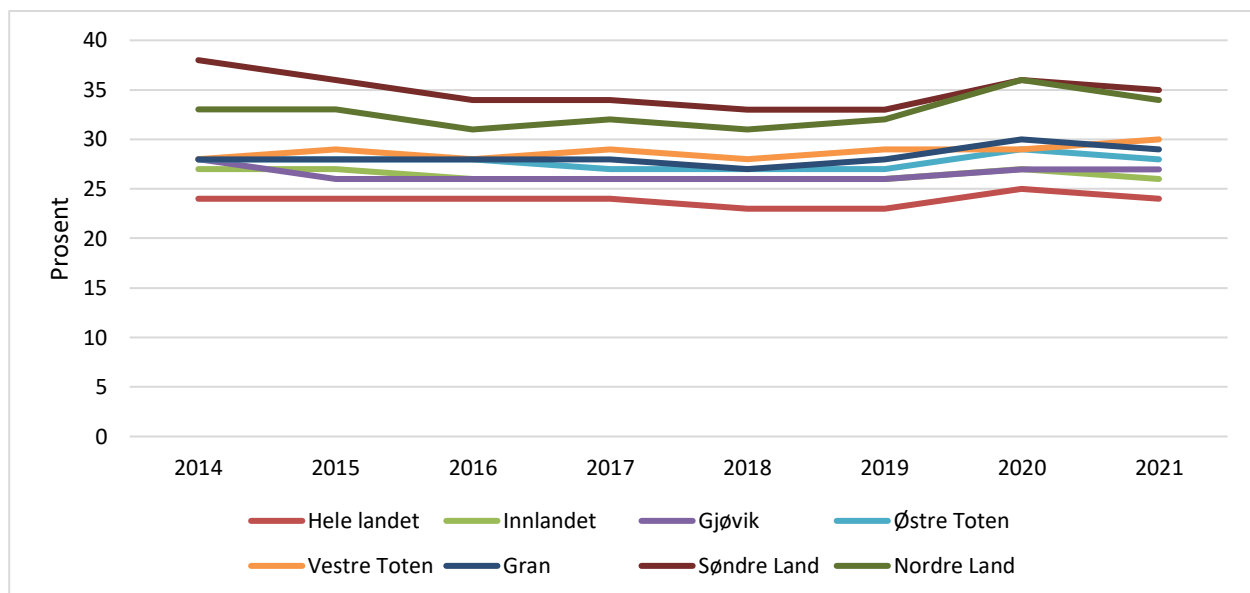
sosialhjelp kan bl.a. gjenspeile et lokalt vanskelig arbeidsmarked, men også at sosialtjenesten legger ulik vekt på aktivisering av den enkelte og på tverrfaglig samarbeid.

3.1.27 Mottakere av stønad til livsopphold, 20-29 år



Andelen mottakere av stønad til livsopphold i alderen 20-29 år. Dette omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønad). [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.28 Mottakere av stønad til livsopphold, 45-66 år



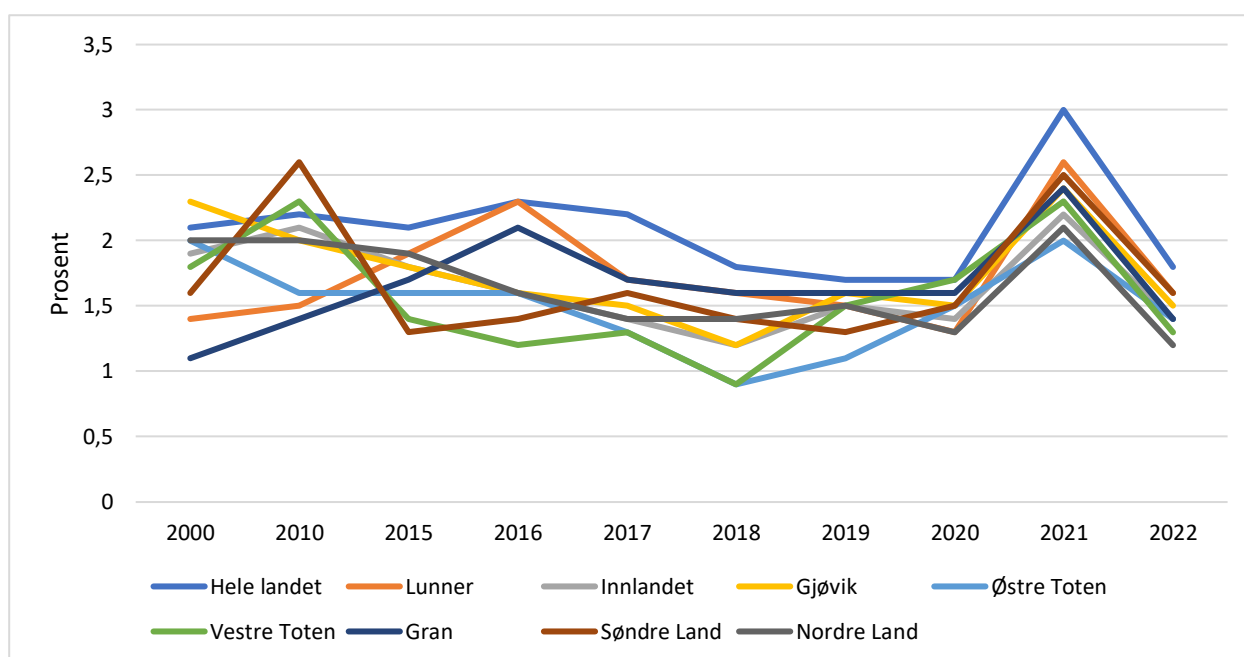
Andel stønad til livsopphold i alderen 45-66 år i løpet av året i forhold til folkemengden. Dette omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønad). [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.29 Arbeidsledighet

Arbeidsledigheten i Søndre Land har stort sett fulgt konjunktorene i landet som helhet de siste årene, men vært noe lavere. I 2022 var den på 1,6 %. Arbeidsledigheten i aldersgruppen 15-29 år var 2,5 % samme år. Statistikken viser ikke sesongvariasjoner.

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.

3.1.30 Arbeidsledighet av arbeidsstyrken



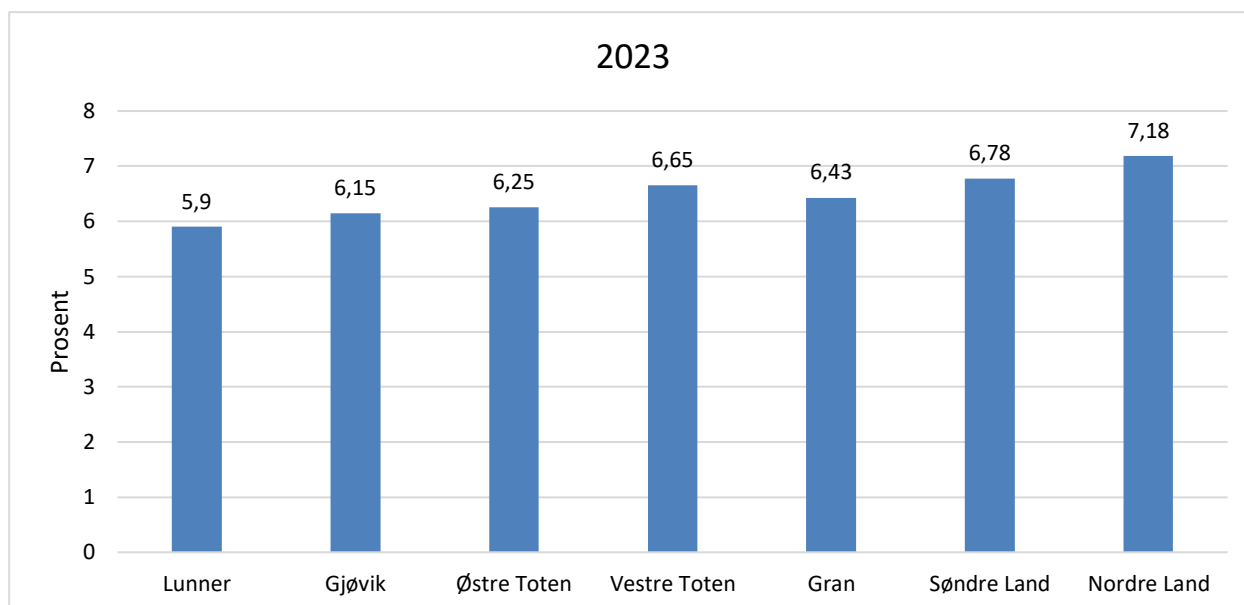
Registrerte arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken. Årlige tall. Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak). Dette inkluderer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

3.1.31 Sykefravær

Legemeldt sykefravær i Søndre Land gikk ned i årene mellom 2001 fra 8,2 % til 6,9 % i 2022.

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

3.1.32 Legemeldt sykefravær



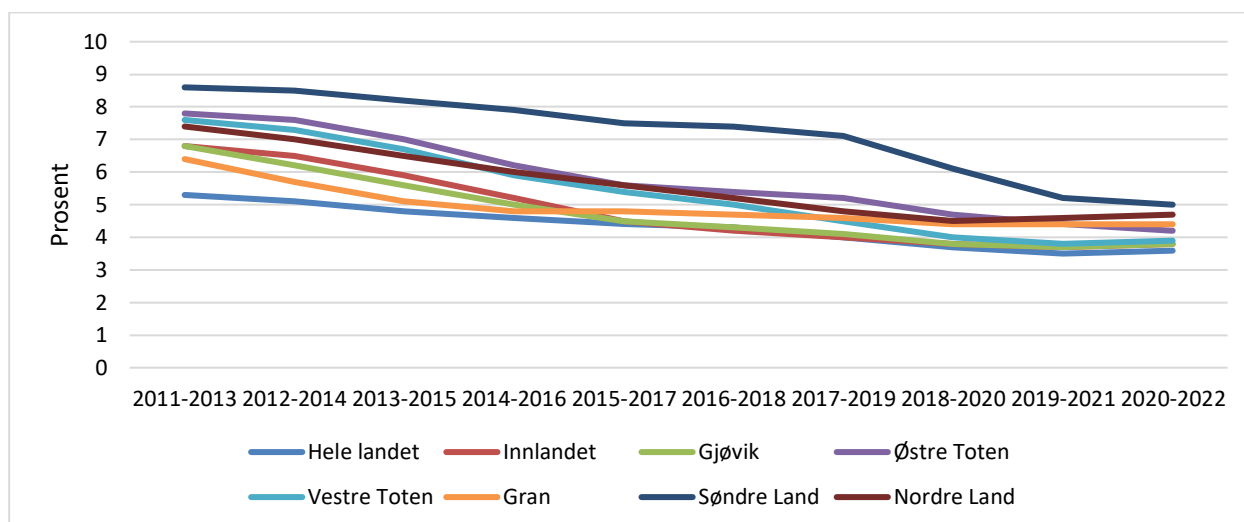
Legemeldt sykefravær for lønnstakere, etter region, kjønn, statistikkvariabel og kvartal, begge kjønn. [SSB](#), tabell 12451.

3.1.33 Arbeidsavklaringspenger

Andelen som mottok arbeidsavklaringspenger i Søndre Land i perioden 2018-2020 (årlig gjennomsnitt) var 6 %. Det er høyest i Gjøvikregionen og høyere enn landsgjennomsnittet.

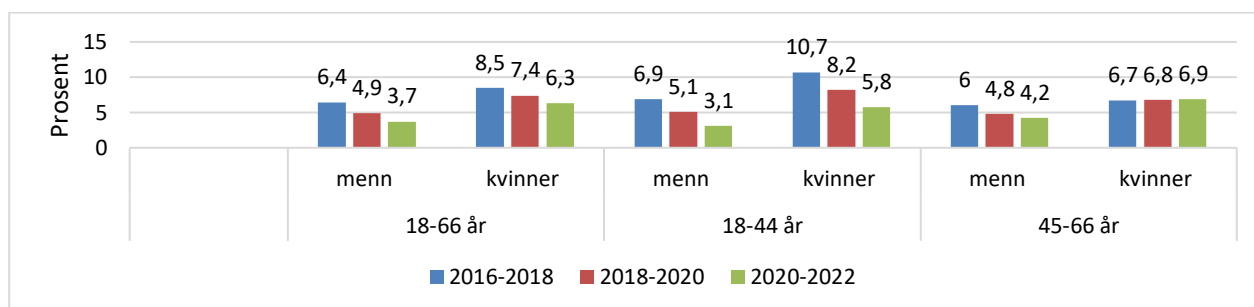
Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

3.1.34 Arbeidsavklaringspenger, 18-66 år, 3 års glidende gjennomsnitt



Andel på arbeidsavklaringspenger i prosent (standardisert) av befolkningen i alderen fra 18 t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.35 Arbeidsavklaringspenger i Søndre Land



Andel på arbeidsavklaringspenger i prosent (standardisert) av befolkningen i alderen fra 18 t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.36 Uføretrygd

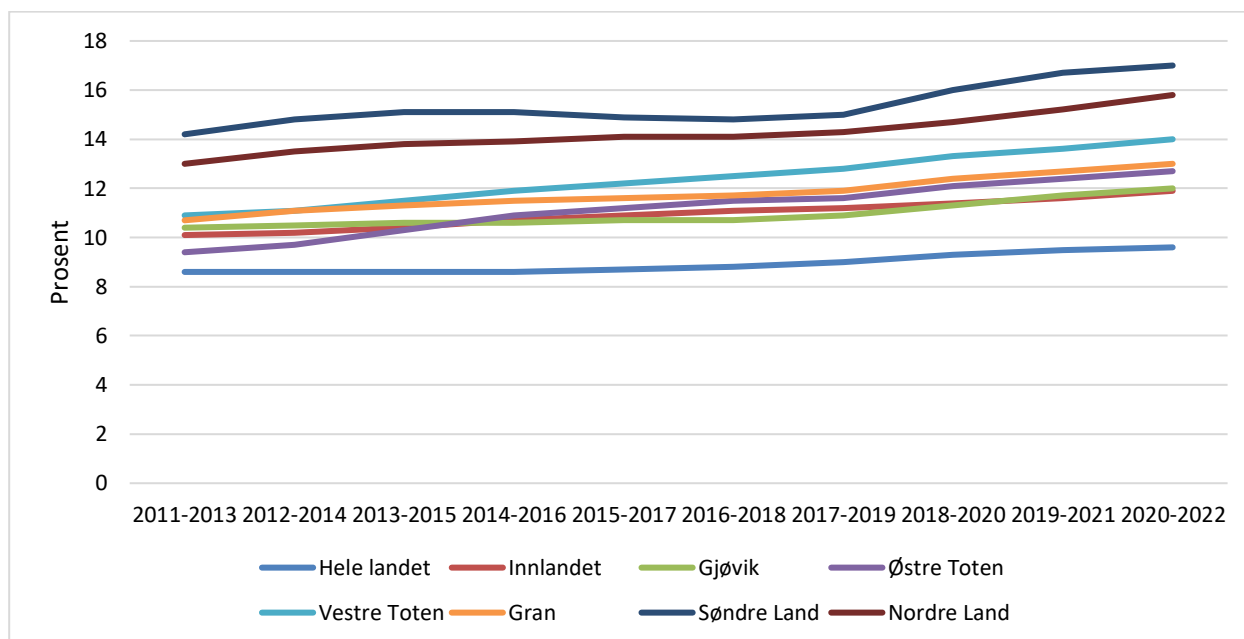
Andelen varig uføretrygdde fra 18 til 66 år i Søndre Land har fulgt svingningene i landet, men er høyest i Gjøvikregionen og nesten høyest i landet. 15,6 % av befolkningen mellom 18 og 66 var uføretrygdde i 2018-2020 (årlig gjennomsnitt).

I aldersgruppen 18 til 45 år var det i 2015 kun 5 norske kommuner hvor flere var varig uføretrygdde enn i Søndre Land.

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

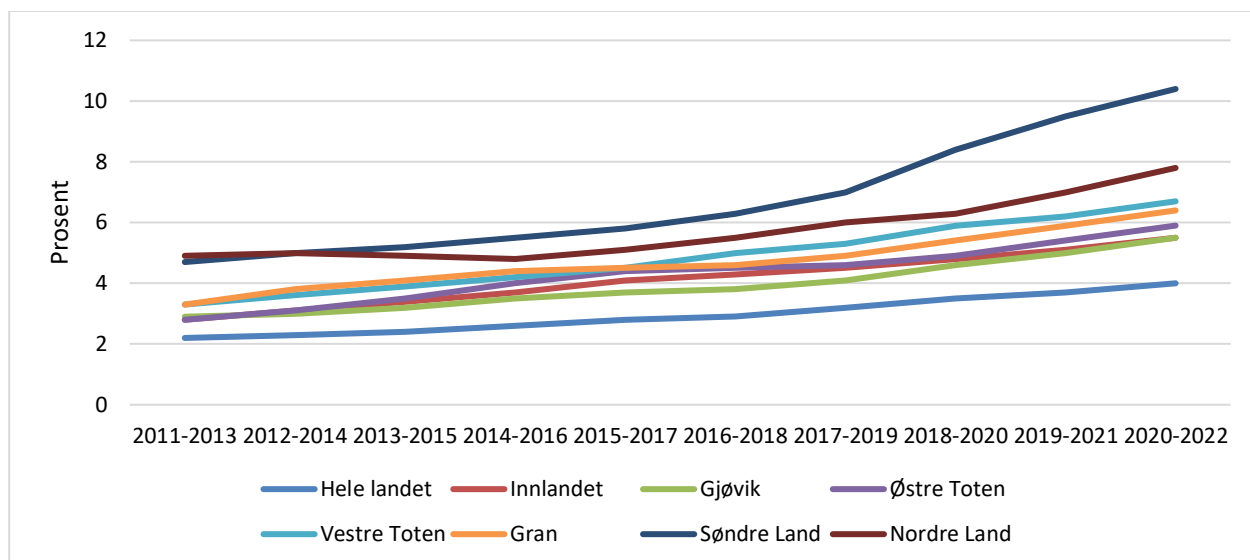
Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette.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

3.1.37 Uføretrygde, 18 – 66 år



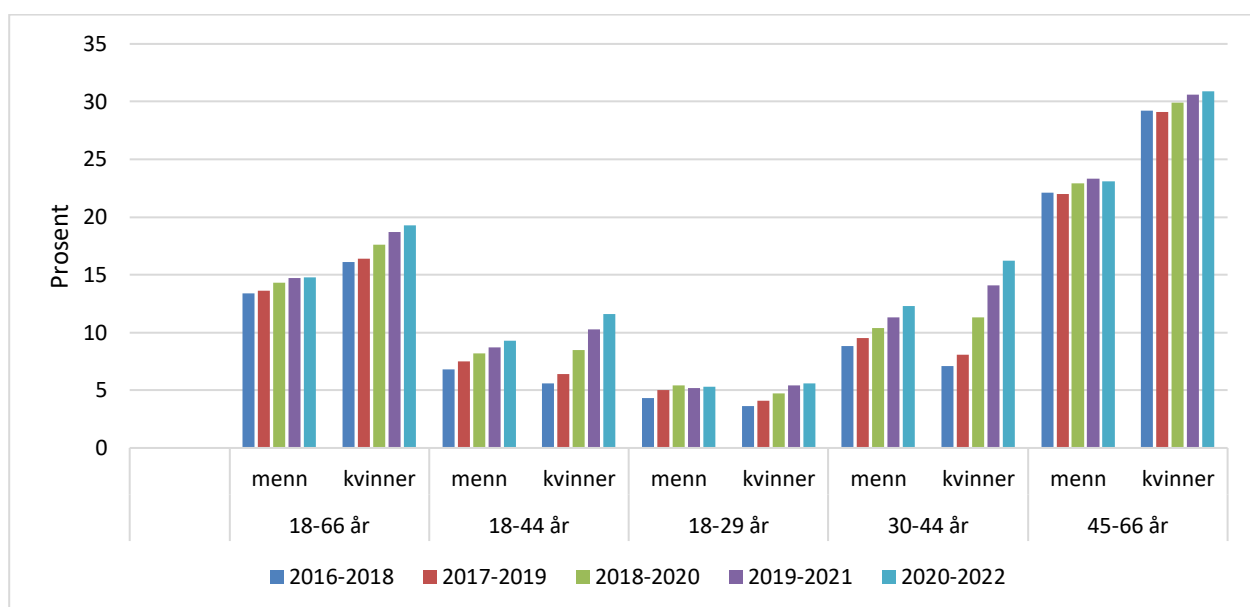
Andel uføretrygdde i prosent (standardisert) av befolkningen i alderen fra 18 t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.38 Uføretrygde, 18 – 44 år



Andel uføretrygdde 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. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.39 Uføretrygde i Søndre Land, ulike aldersgrupper



Andel uføretrygdde 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](#).

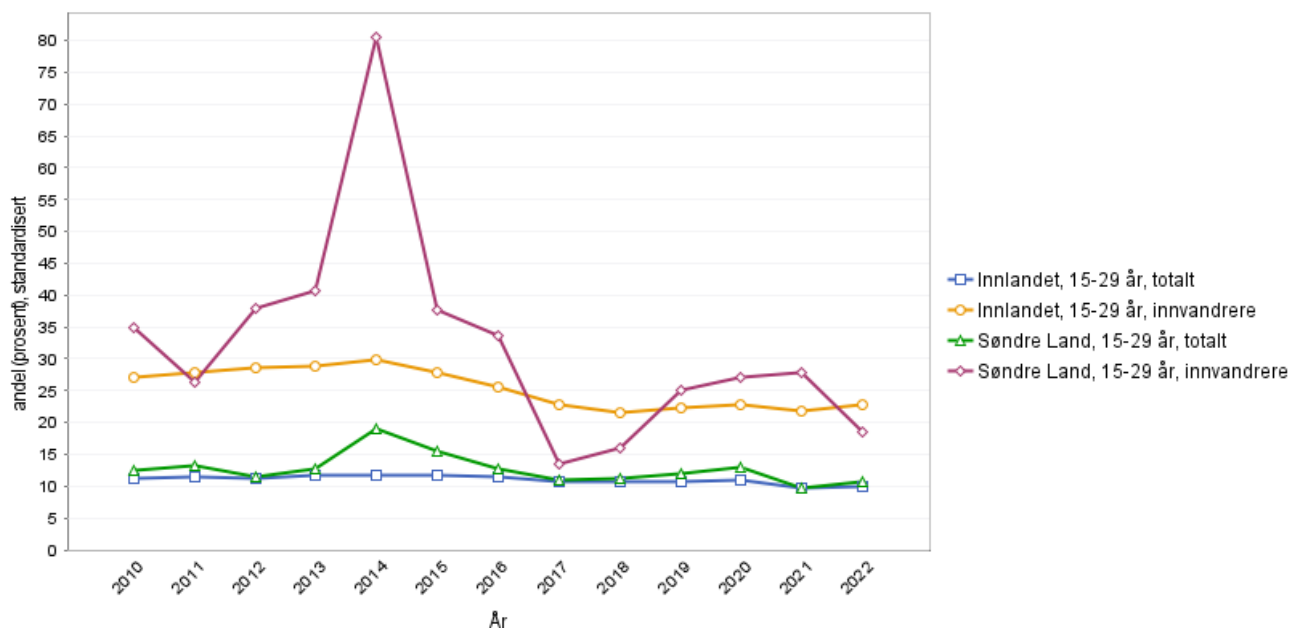
3.1.40 Andel unge utenfor arbeid, utdanning og opplæring

Søndre Land har de siste 10-15 årene jevnt over ligget på gjennomsnittet av innlandet, og landet for øvrig hva gjelder ungt utenforskap (NEET) for de mellom 15 og 29 år. Når det gjelder ungt utenforskap blant innvandrere så gjorde statistikken et stort byks i 2014, som også gjorde utslag i totaloversikten.

Ungt utenforskap er en utfordring i Norge, og er en kilde til mye uhelse. Norge er blant de landene i Europa som har minst ungt utenforskap, men samtidig så kan det tyde på at de i Norge har flere negative konsekvenser av å være i denne kategorien.

Indikatoren nedenfor viser de som står utenfor arbeid og/eller utdanning, og denne gruppen er sammensatt av personer i ulike livssituasjoner. Den består av blant annet langtidsledige, unge med alvorlige helseproblemer, personer som er hjemmeværende og blir forsørget av andre, og personer som har valgt å ta et friår i utdanningsløpet.

Personer som er i denne gruppen et gitt år ser ut til å ha mer varige problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet. En del av disse vil være å finne blant de arbeidsledige, mens andre går ut av arbeidsstyrken ved at de etter hvert slutter å søke arbeid. Blant dem som blir værende utenfor over lengre tid, er det klar overvekt av unge med helseutfordringer og uten videregående utdanning.



Andel personer 15-29 år som ikke er i arbeid, under utdanning eller i opplæring i prosent av befolkningen. NEET (Not in Education, Employment, or Training) er en forkortelse som ofte brukes om personer som har falt utenfor. I denne statistikken er NEET avgrenset til bosatte i alderen 15-29 år som er verken sysselsatte, under utdanning eller deltakere på arbeidsmarkedstiltak.

3.1.41 Grunnskole som høyeste utdanningsnivå

Søndre Land hadde som resten av landet lenge en reduksjon i andel personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå. I 1994 var andelen i alderen 30 til 39 år på 40 %. Andelen sank frem til 2014 til 24 %. Etter dette har tallet steget jevnt til 33 % i 2021.

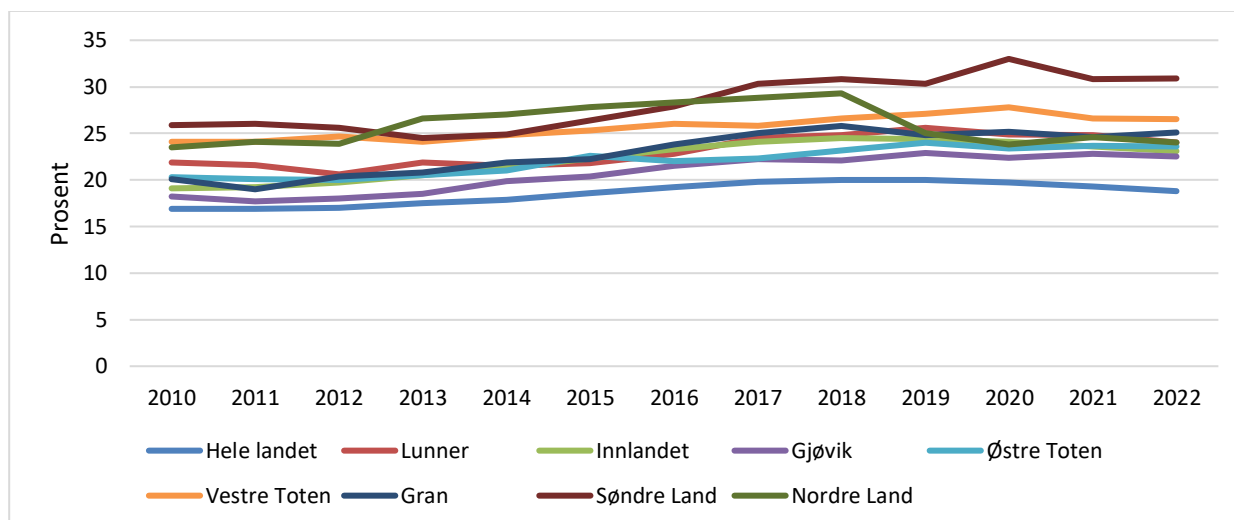
Søndre Land har høyest andel personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå av kommunene i Gjøvikregionen og høyere enn landet for øvrig.

25 % av befolkningen i Søndre Land hadde i 2021 universitets- eller høyskoleutdanning.

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

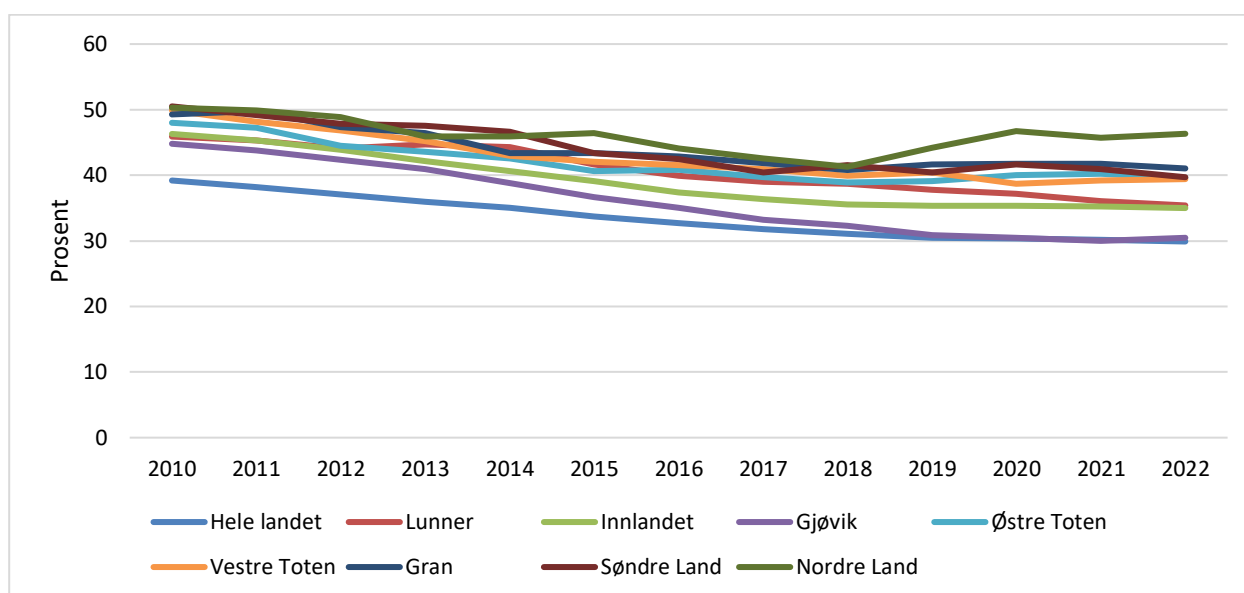
Sammenhengene mellom befolkningens utdanningsnivå og helse er komplekse, men forskere har identifisert to hovedmekanismer. For det første påvirker utdanning de levekår mennesker lever under gjennom livsløpet. For det andre bidrar læring til utvikling av en sterkere psykisk helse, som igjen påvirker menneskers fysiske helse i positiv forstand. Sagt litt enklere: læring gir mestring, mestring gir helse. (Elstad 2008) Tiltak rettet mot å redusere utdanningsforskjeller kan dermed bidra til å redusere ulikheter i folks helse. Fra et helsemessig ståsted er det viktig at utdanningssektoren lykkes med å tilrettelegge opplæringen slik at alle barn og unge kan få like gode muligheter til å lære og oppleve mestring. Kilde: Helsedirektoratet, 2012

3.1.42 Andel med grunnskole som høyeste utdanning, 30-39 år



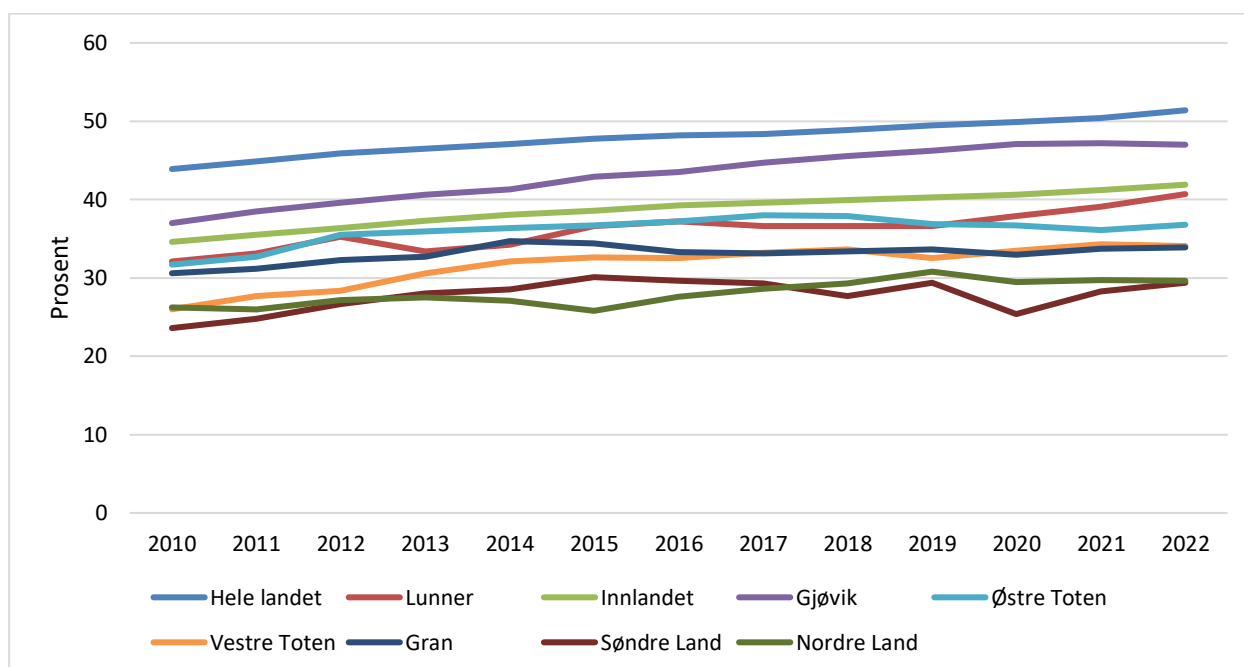
Andel personer med grunnskolenivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av de med oppgitt utdanningsinformasjon. Årlige tall. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.43 Andel personer med videregående som høyeste utdanning, 30-39 år



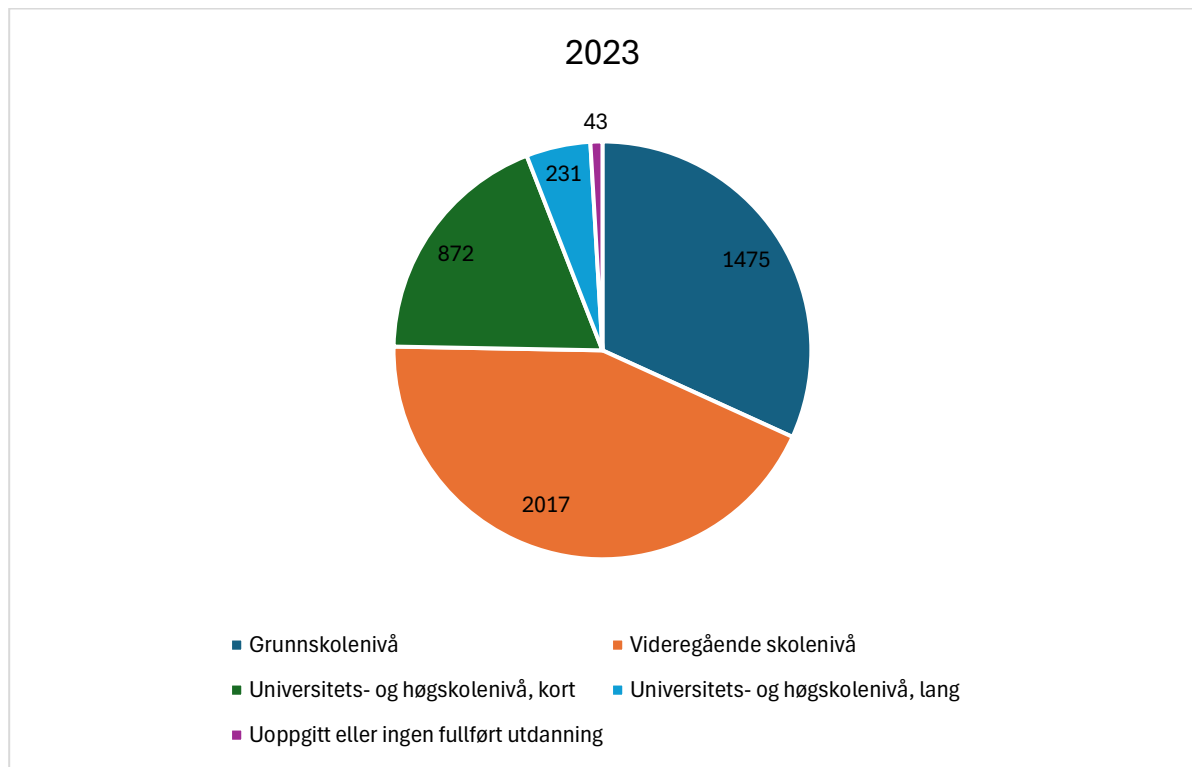
Andel personer med videregående som høyeste fullførte utdanning i prosent av de med oppgitt utdanningsinformasjon. Årlige tall. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.44 Andel personer med universitets- eller høgskoleutdanning, 30 – 39 år



Andel personer med universitets- eller høgskoleutdanning som høyeste fullførte utdanning i prosent av de med oppgitt utdanningsinformasjon. Årlige tall. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.45 Fordeling av utdanningsnivå i Søndre Land for personer over 16 år i antall



[ssb kommunefakta Søndre Land](#)

3.1.46 Frafall fra videregående skole

Frafallet i videregående skole for elever fra Søndre Land kommune var 27 % i perioden 2016-2018 (årlig gjennomsnitt). I landet som helhet var det 20 % i samme periode.

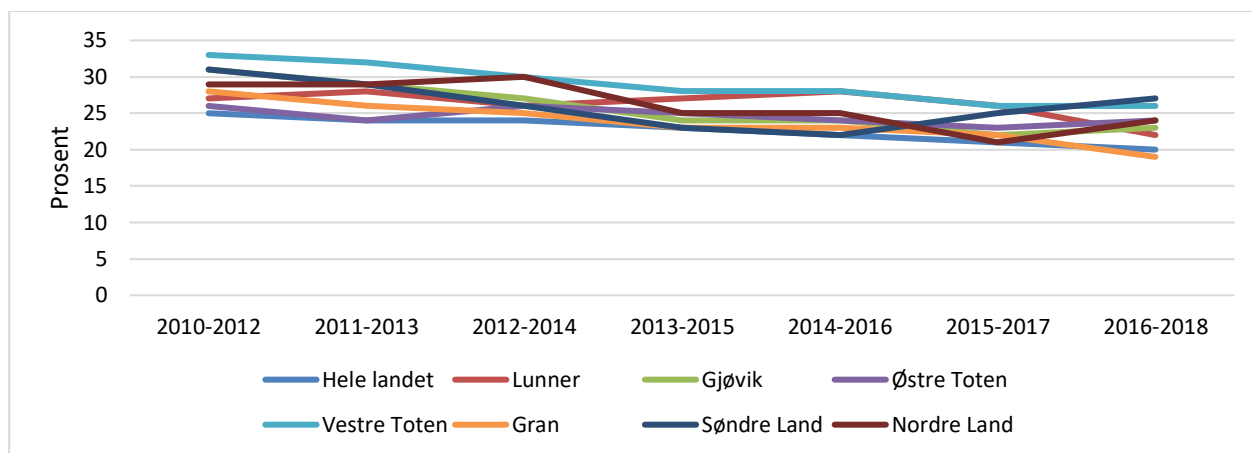
For Søndre Land var andelen frafall fallende fra 31 % i 2010-2012 til 22 % i 2014-2016 og har siden økt.

Dette viser at frafallet i kommunen går nedover, men samtidig at dette er en nasjonal utfordring som kommunen fremdeles må jobbe aktivt for å

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

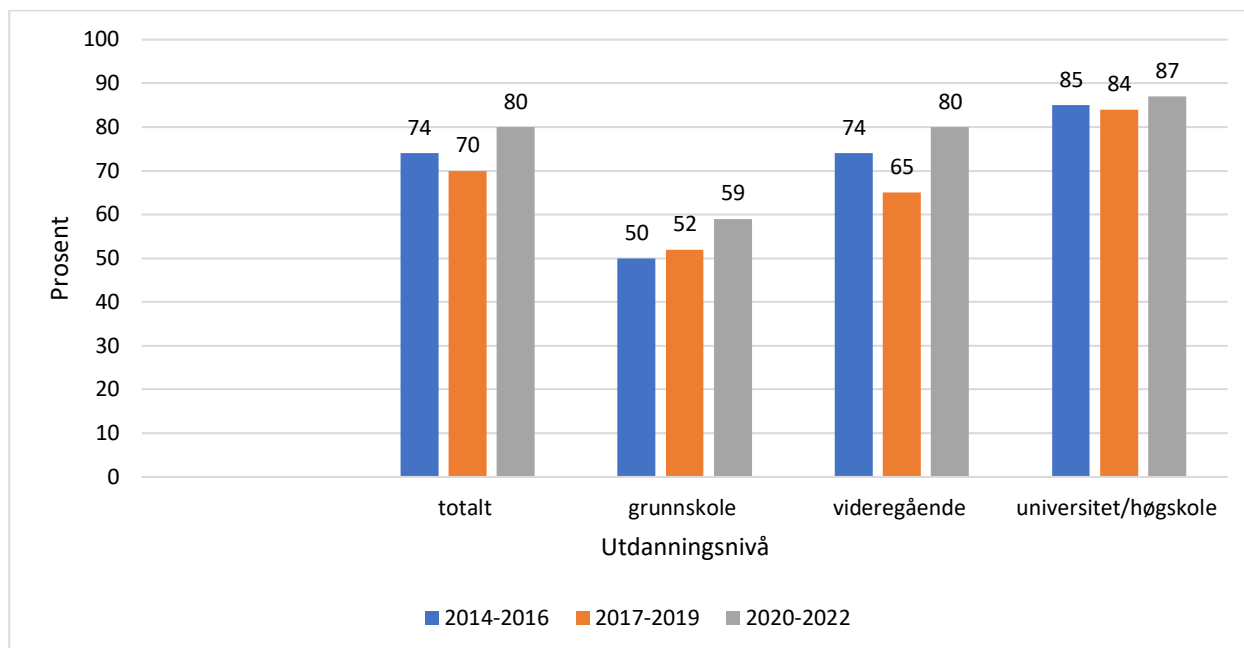
Utdanning, og særlig det å fullføre en grunnutdanning, er en avgjørende ressurs for sikre god helse gjennom livsløpet. Undersøkelser har vist at det er sosial ulikhet i frafall fra videregående skoler i Norge. Dette vises for eksempel ved at blant ungdom som har foreldre med grunnskole som lengste fullførte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

3.1.47 Frafall i videregående skole



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. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.48 Gjennomføring av vdg. i Søndre Land etter foreldrenes utdanningsnivå



Gjennomføring i videregående opplæring totalt og etter foreldrenes høyeste fullførte utdanningsnivå. Gjennomføring inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og andelen som har fullført med studie- eller yrkeskompetanse i løpet av fem/seks år. Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020. Elever som begynte på ett av de studieforberedende utdanningsprogrammene (normert tid på tre år), følges over fem år. Elever som begynte på ett av de yrkesfaglige utdanningsprogrammene (normert tid på hovedsakelig fire år, med to år i skole og to år i lære) følges over seks år etter skolestart. Beregnet i prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Personer som etter fem/seks år fortsatt er i videregående opplæring, regnes ikke som gjennomført. 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. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.1.49 Separasjoner

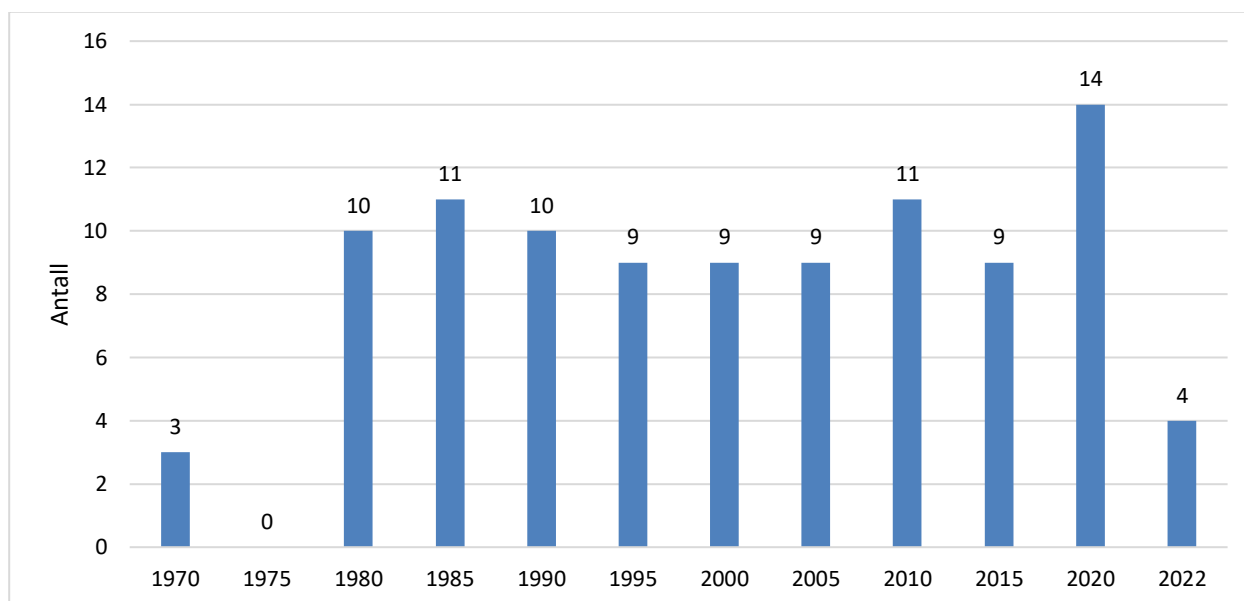
Fra 2010 til 2022 varierte antall skilsmisser i Søndre Land fra rundt 4 til 16 i året. Statistikken gir ikke oversikt over samlivsbrudd blant samboere.

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

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

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

3.1.50 Antall skilsmisser



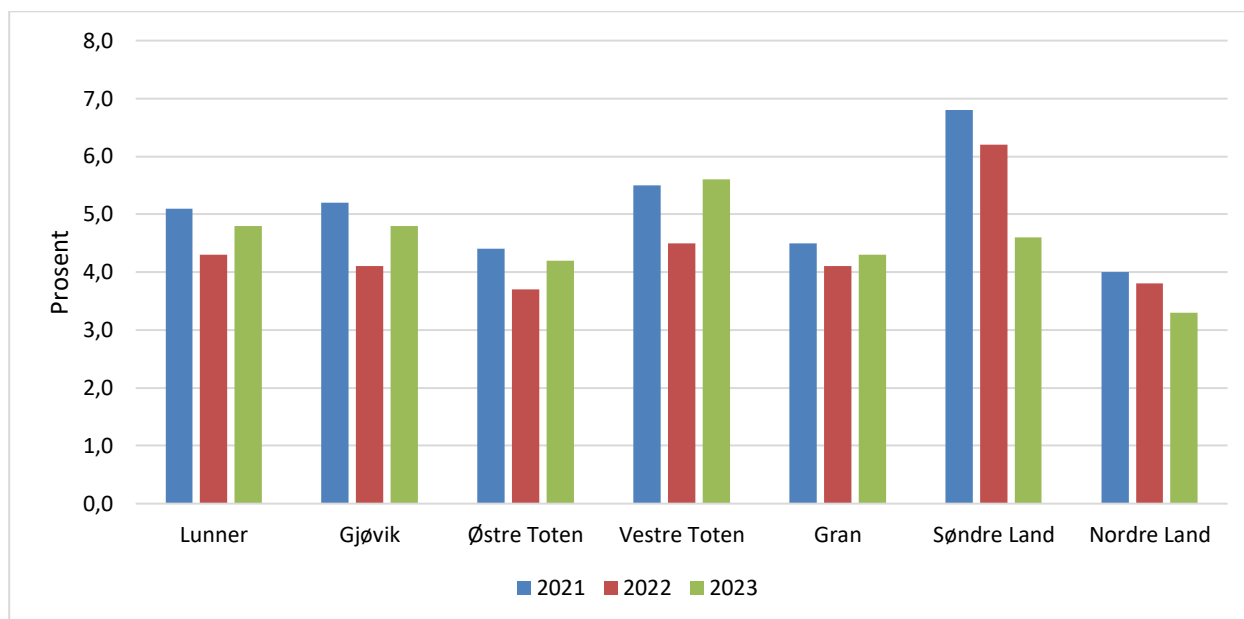
F.o.m. 2009 omfatter tallene både ulike og like kjønn, etter mannens eller eldste ektefelles bosted ved hendelsen. All ett- og to tall er satt til null eller tre for å ivareta personvernet. Kilde: [SSB](#), tabell 09660.

3.1.51 Barnevern

I 2023 hadde Søndre Land bekymringsmelding på 4,6 % av barna i kommunen, en nedgang fra tidligere år, og omtrent på samme nivå som de sammenlignende kommunene.

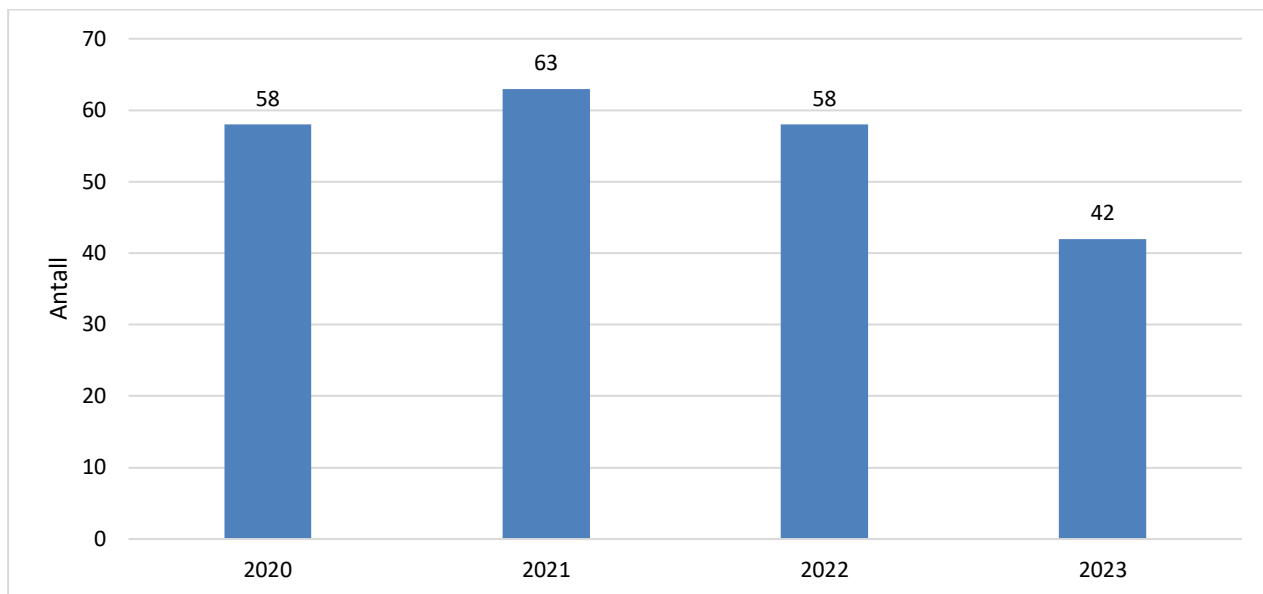
Jo tidligere en klarer å identifisere barn som er utsatt for risikofaktorer og sette i verk tiltak, jo større sannsynlighet er det for at barnet klarer seg bra. Risikofaktorer kan være foreldres psykiske sykdom eller rusmiddelmisbruk, vold i hjemmet, foreldre som er langtidsledige/trygdemottakere, fattigdom 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*

3.1.52 Prosentdelen barn med melding i barnevernet



Barn med melding i barnevernet ift. talet på innbyggjarar (prosent). Kilde: [SSB/Kostra](#), tabell 12615.

3.1.53 Antall barn med melding i barnevernet i Søndre Land



Barn med melding i barnevernet ift. talet på innbyggjarar (antall). Kilde: [SSB/Kostra](#), tabell 12615.

3.2 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

3.2.1 Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen

I Søndre Land kommune er 67 % av ungdomsskoleelevene fornøyd med lokalmiljøet sitt.

94 % av ungdommene oppgir at de har en fortrolig venn og 68 % oppgir at de har troen på et lykkelig liv.

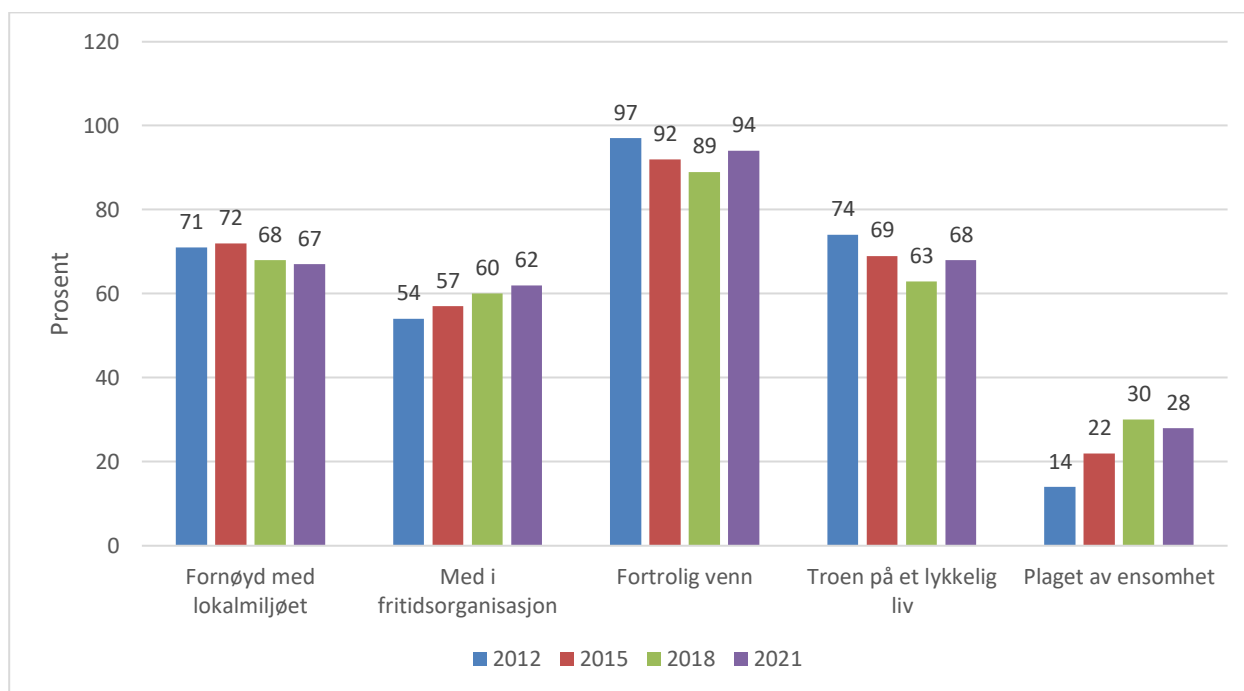
28 % av ungdommene oppgir at de er plaget av ensomhet.

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.

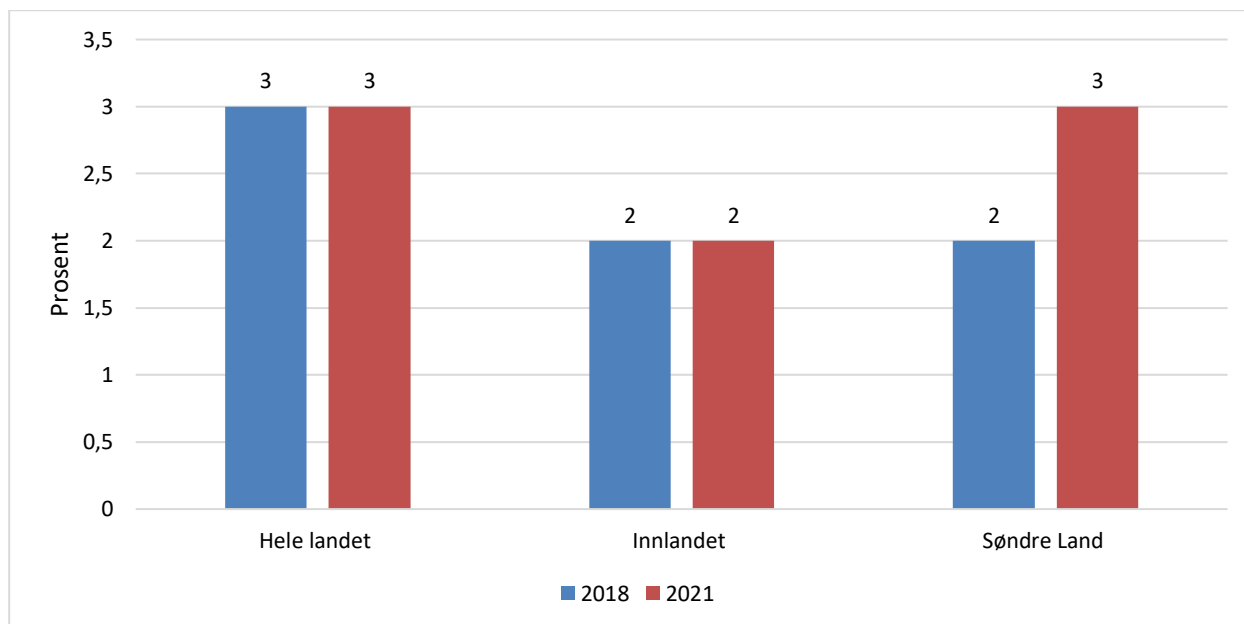
Kilde: Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. Helsedirektoratet 2014.

3.2.2 Hvordan elevene på ungdomsskolen i Søndre Land har det.



Andel ungdomsskoleelever som svarer «svært fornøyd» eller «litt fornøyd» på spørsmålet ovenfor. [Kommunehelsa statistikkbank](#)

3.2.3 Andel u-skoleelever som har brukt hasj/marihuana/cannabis siste året



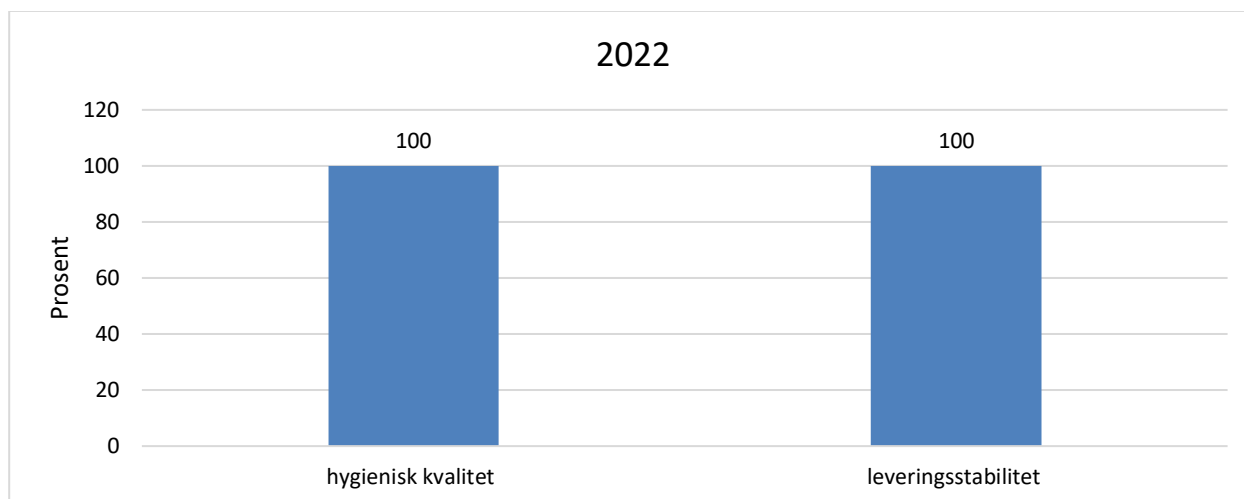
Andel ungdomsskoleelever som svarer «1 gang», «2-5 ganger», «6-10 ganger» eller «11 ganger eller mer» på spørsmålet om de det siste året (de siste 12 månedene) har «brukt hasj/marihuana/cannabis» i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet. [Kommunehelsa statistikkbank](#)

3.2.4 Drikkevannskvalitet

I 2021 var det tilfredsstillende analyseresultater for 78,9 % av personene som var tilknyttet vannverk inkludert i statistikken i Søndre Land kommune (se tekst til diagram). Leveringsstabiliteten var på 100 %.

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

3.2.5 Drikkevannskvalitet



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

God drikkevannsforsyning: Tilfredsstillende analyseresultater.

For hygienisk kvalitet mht. E.coli/ koliforme bakterier er kriteriene at minst 12 prøver må være analysert og minst 95 % av disse må være tilfredsstillende.

For leveringsstabilitet er tilfredsstillende her definert som under 30 minutter ikke-planlagte avbrudd i året. For samlekategori må begge parameterne, både hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet, være tilfredsstillende.

Mindre god drikkevannsforsyning: Ikke tilfredsstillende analyseresultater

For hygienisk kvalitet mht. E.coli/ koliforme bakterier er ikke tilfredsstillende definert som vannverk med avvik i mer enn 5 % av prøvene, med minimum 12 prøver analysert.

For leveringsstabilitet er ikke tilfredsstillende her definert som mer enn 30 minutter ikke-planlagte avbrudd per år. For samlekategori er ikke- tilfredsstillende her definert som enten ikke tilfredsstillende hygienisk kvalitet eller ikke tilfredsstillende leveringsstabilitet eller ikke tilfredsstillende på begge parameterne.

Mangelfulle eller usikre data:

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

[Kommunehelsa statistikkbank.](#)

3.2.6 Skolemiljø – opplevelse av trivsel og mobbing

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

Opplevelse av trivsel

Det kan tyde på at elevene ikke bare i kommunen og regionen, men også på fylkes- og nasjonalt nivå trives elevene bedre på 7. trinn enn de gjør på 10. trinn. Elevene på 7. trinn hadde ganske stabil trivsel, mens det på 10. trinn har variert litt mer fra kull til kull.

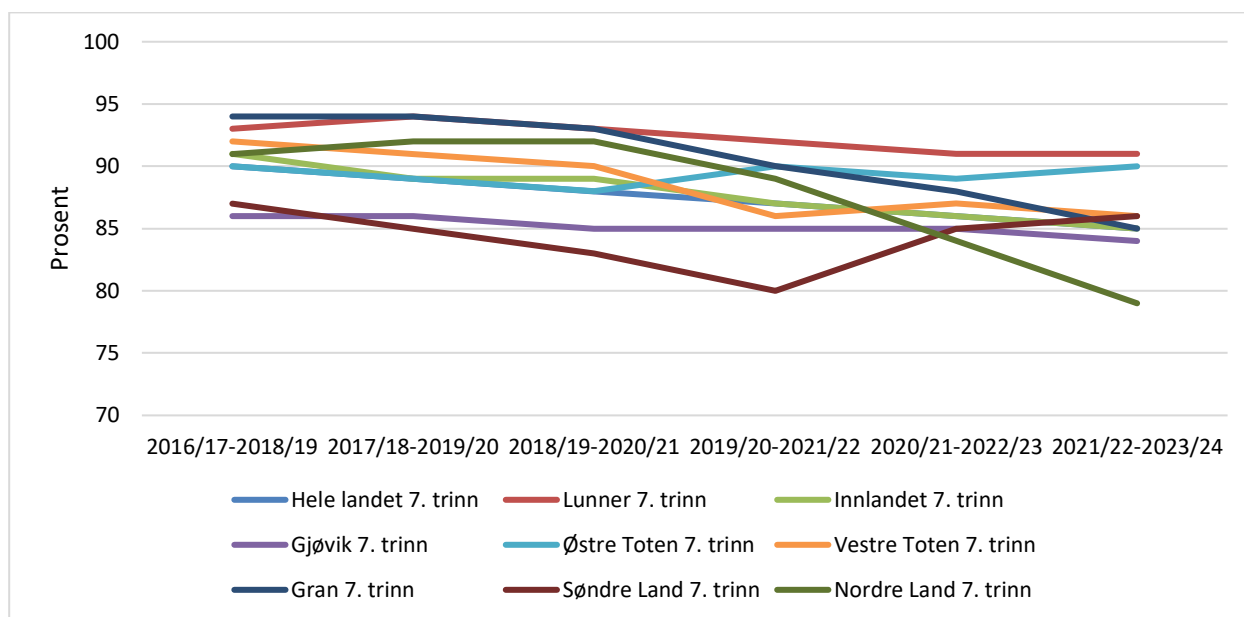
Opplevelse av mobbing

Når det gjelder mobbing, er det noe mindre mobbing på 7. trinn enn 10. trinn, med variasjoner fra kull til kull.

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*

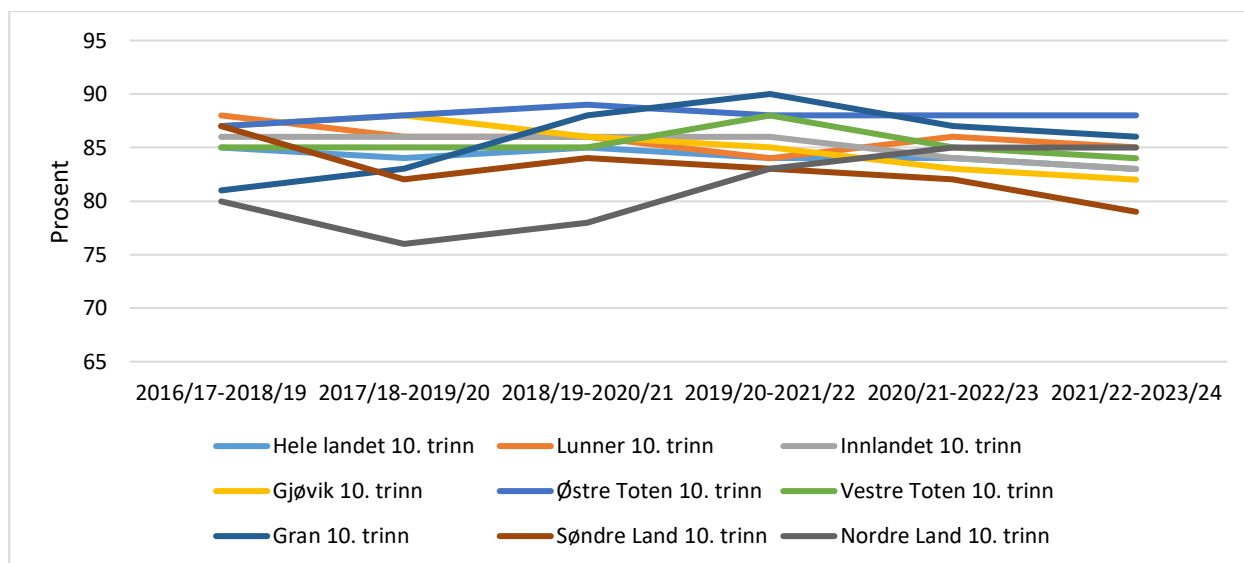
En studie i 2011 blant nærmere 9000 ungdommer og deres foreldre, peker ut problemer med skoleresultater og mobbing på skolen som viktige risikofaktorer for psykiske vansker blant ungdom. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

3.2.7 Trivsel godt på skolen, 7. trinn



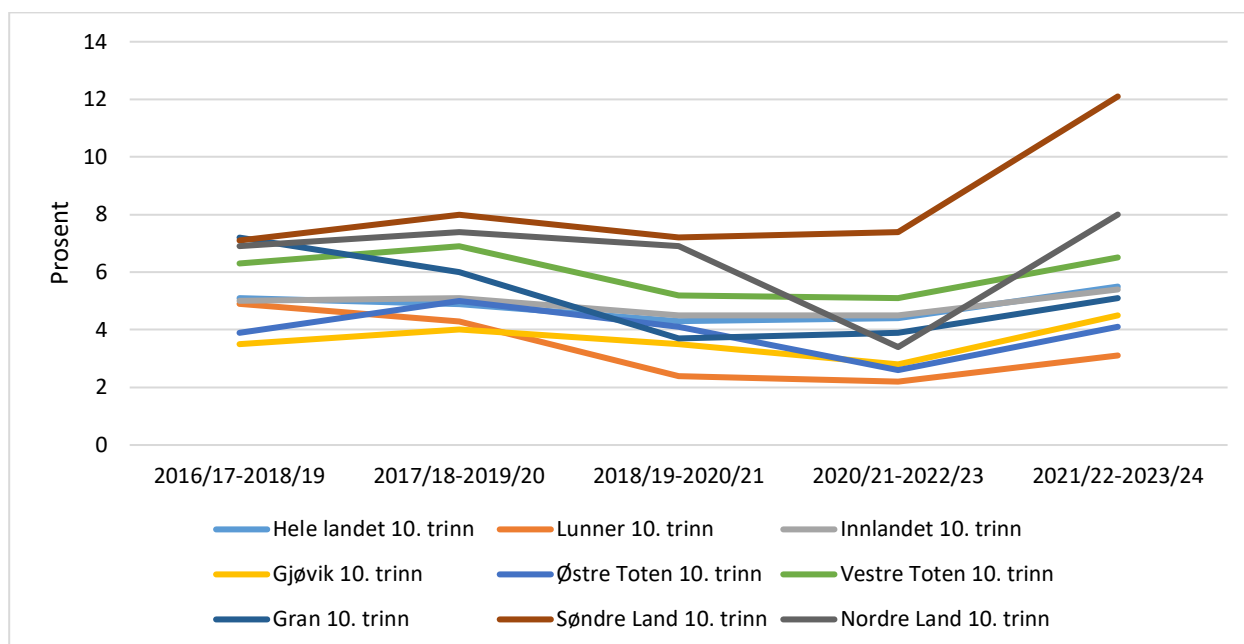
Andel elever på 7. trinn som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår. Standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.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

3.2.8 Trivsel godt på skolen, 10. trinn



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. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.2.9 Mobbing på skolen, 10. trinn



Andel elever i 10. trinn i grunnskolen som har opplevd mobbing fra andre elever de siste månedene i prosent av alle elever som deltok i undersøkelsen. Tallene presenteres som forholdstall der Norge alltid er 100. Kommunens verdi angir forholdet mellom kommunens standardiserte andel og andelen på landsbasis et gitt år, angitt som gjennomsnitt over 5-årsperioder. Forholdstallet egner seg til sammenlikning mellom ulike geografiske områder. Tallet på andelen som oppgir at de mobbes er påvirket av endringer i spørreskjemaet både i 2013 og i 2016. Fordi vi her presenterer tall for gjennomsnitt over fem år, vil tallet for andelen være basert på ulike definisjoner og nivået vil derfor ikke være sammenlignbart med annen statistikk på mobbing fra Elevundersøkelsen fra og med skoleåret 2016/2017. På grunn av dette presenteres kun forholdstall i denne tabellen. Andeler fra og med skoleåret 2016/2017 vises for store kommuner, se tabellen "Mobbing i 10. klasse, årlige tall for store kommuner". [Kommunehelsa Statistikkbank](#).

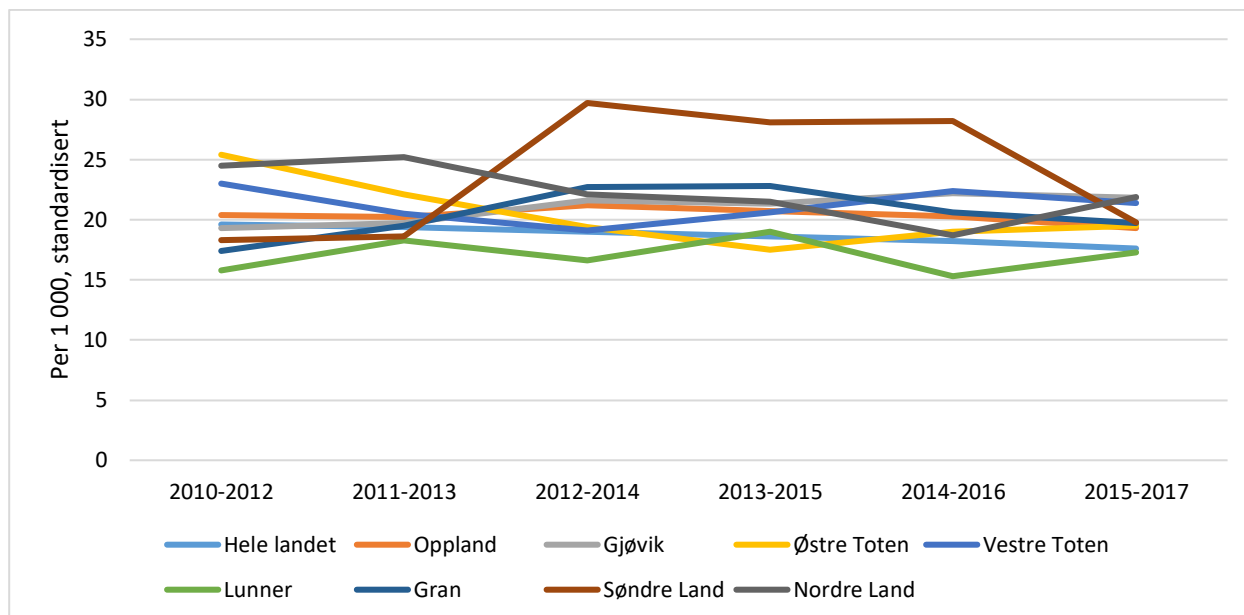
3.3 Skader og ulykker

3.3.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker

Det har vært svingninger i antall innleggelser på sykehuset pga personskader - inkludert hoftebrudd de siste årene. I perioden 2015-2017 ble det årlig i gjennomsnitt lagt inn ca. 22 personer fra Søndre Land på sykehus med skader. Ca. 10 av innleggelsene skyldtes hoftebrudd.

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.

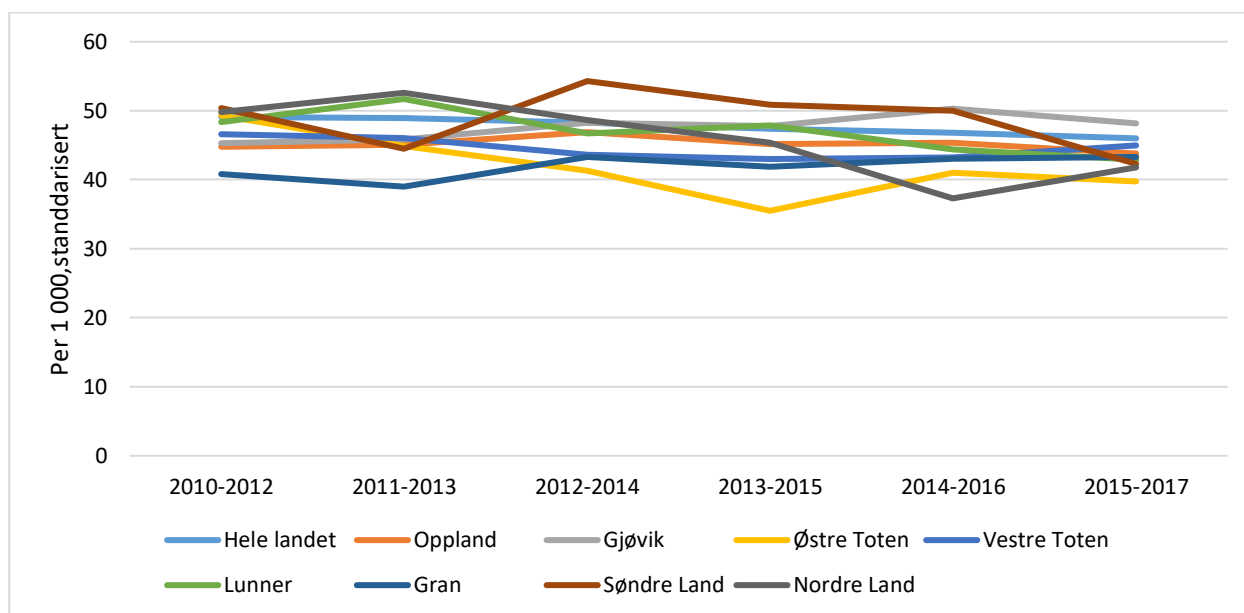
3.3.2 Diagram: Sykehusinnleggelser hoftebrudd, 75 år+



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

[Kommunehelsa statistikkbank](#)

3.3.3 Sykehusinnleggelser etter skader, 75+



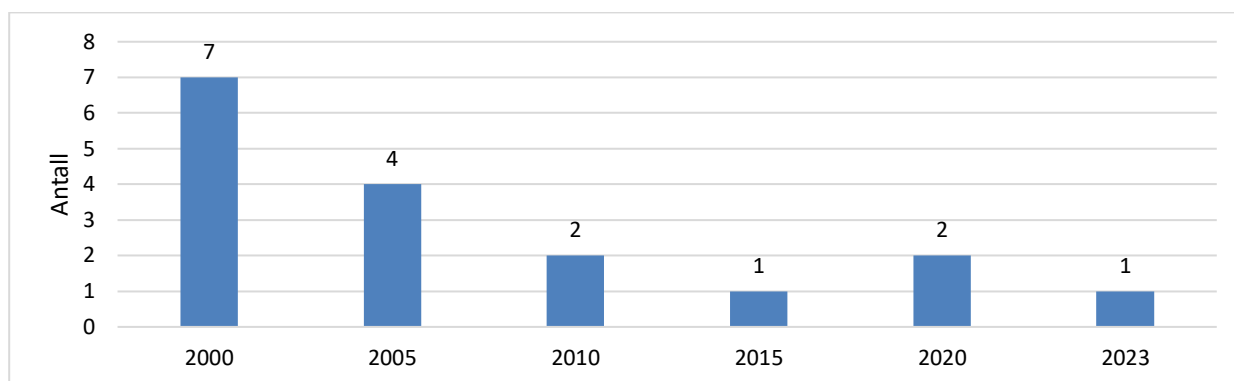
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med skader per 1000 innbyggere per år, standardiserte tall. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.3.4 Trafikk – utfordringer og ulykker

12 drepte i veitrafikken i regionen etter 2000 har skjedd i Søndre Land kommune. September er den måneden som er mest ulykkesutsatt i regionen. I 2022 ble 13 personer skadet i trafikken i Søndre Land kommune. Ingen personer døde.

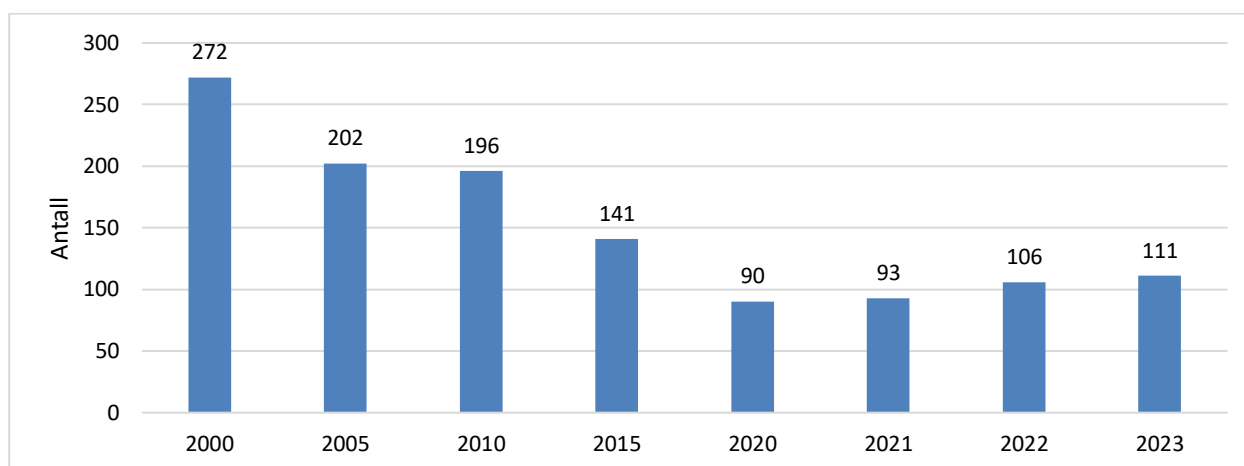
Ulykker som fører til personskade, er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft i Norge målt i tapte leveår. Spesielt for ulykker med personskader er at det tar relativt mange unge liv, og det er den største dødsårsaken for personer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

3.3.5 Dødsulykker i veitrafikken i regionen



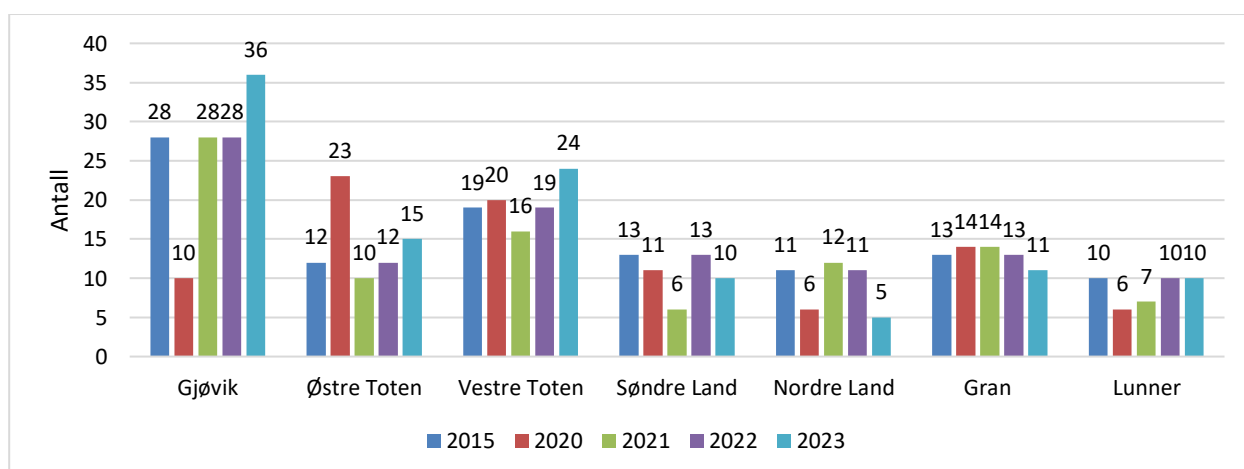
Antall dødsulykker i veitrafikken i Gjøvikregionen, Gran og Lunner. Kilde: [SSB](#), tabell 10209.

3.3.6 Antall skadde i veitrafikken i regionen



Antall skadde i veitrafikken i regionen, fordelt på år ulykkene skjedde. Kilde: [SSB](#), tabell 10209.

3.3.7 Antall skadde i veitrafikken, ulykkessted



Antall skadde i veitrafikken i de forskjellige kommunene i Gjøvikregionen, Gran og Lunner. Kilde: [SSB](#), tabell 10209.

3.4 Helserelatert atferd

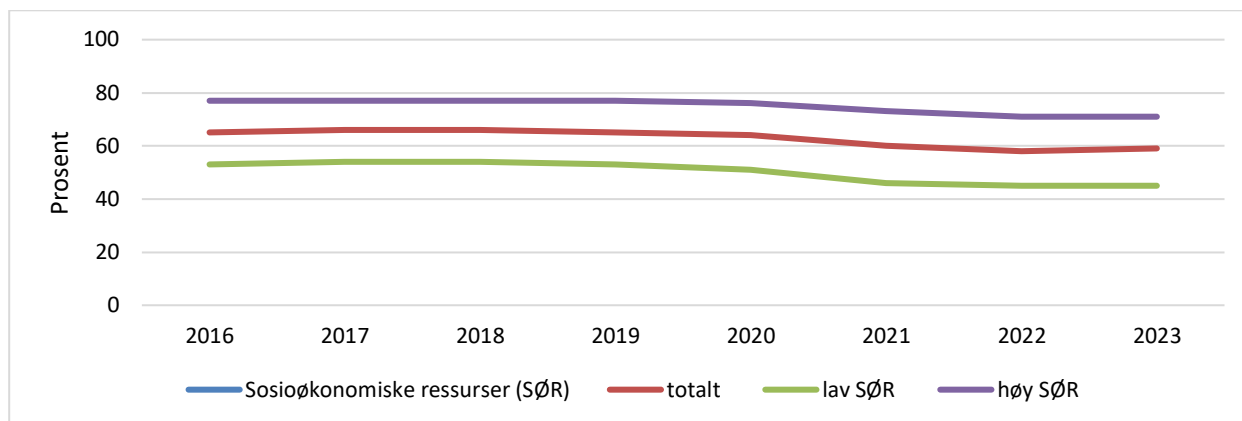
3.4.1 Deltakelse i aktiviteter

Andelen ungdomsskoleelever som deltar på fritidsaktiviteter i Søndre Land har økt fra 54 % i 2012 til 62 % i 2021.

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*

3.4.2 Ungdomsskoleelever i Søndre Land som er med i en fritidsorganisasjon



Andel ungdomsskoleelever som svarte "Ja, jeg er med nå" på spørsmålet: "Er du, eller har du tidligere vært med i noen organisasjoner, klubber, lag eller foreninger - etter at du fylte 10 år?", i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet. [Kommunehelsa statistikkbank](#)

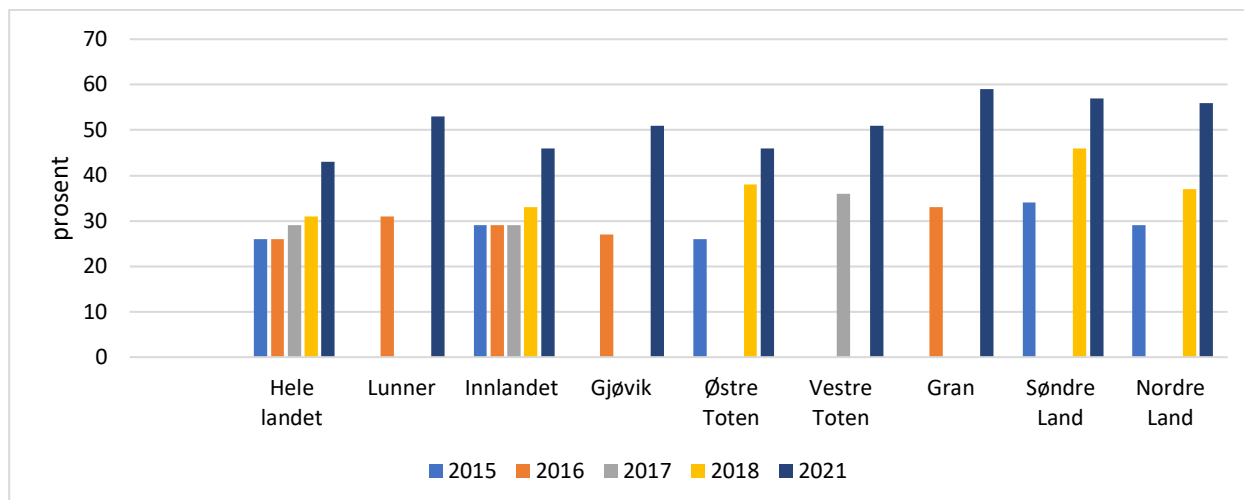
3.4.3 Tid brukt på ulike medier

Ungdataundersøkelsen viser at ungdom bruker mye tid foran skjerm på fritiden. I 2021 brukte 57 % av ungdommene i Søndre Land 4-6 timer eller mer foran skjerm daglig.

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

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

3.4.4 Andel u-skoleelever som bruker 4-6 timer eller mer foran skjerm daglig



Andel ungdomsskoleelever som svarer «4-6 timer» eller «Mer enn 6 timer» på spørsmålet om hvor lang tid de vanligvis bruker på aktiviteter foran en skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) i løpet av en dag, utenom skolen. Fargen på kolonnen viser hvilket år ungdataundersøkelsen er gjennomført i den enkelte kommune.

[Kommunehelsa statistikkbank](#)

3.4.5 Fysisk aktivitet

Andelen ungdomsskoleelever som oppgir å være i lite fysisk aktivitet i Søndre Land har økt fra 10 % i 2012 til 14 % i 2021.

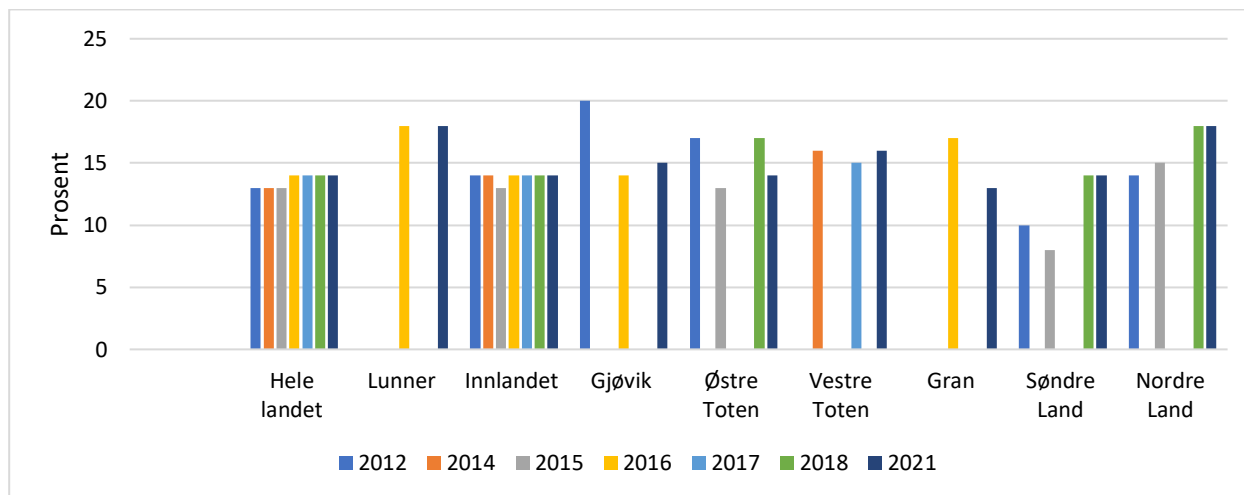
Regelmessig fysisk aktivitet er nødvendig at barn skal oppnå normal vekst og utvikling og for å kunne utvikle motorisk kompetanse, muskelstyrke og kondisjon.

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

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

Kilde: Folkehelserapporten 2014, Fysisk aktivitet i Norge

3.4.6 Andel ungdomsskoleelever som er lite fysisk aktive



Andel ungdomsskoleelever som svarte et av alternativene «1-2 ganger i måneden», «sjelden» eller «aldri» på spørsmålet: "Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett?", i prosent av alle som har svart på dette spørsmålet. Fargen på kolonnen viser hvilket år ungdomsundersøkelsen er gjennomført i den enkelte kommune.

[Kommunehelsa statistikkbank](#)

3.4.7 Røyk og snus

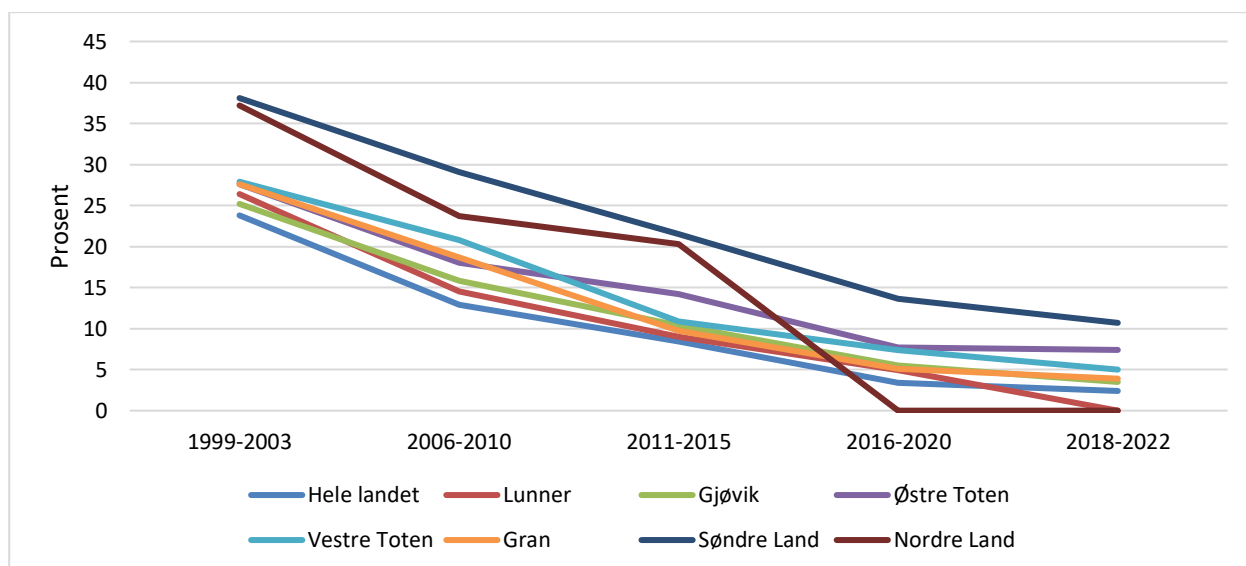
Røyking blant kvinner ved start av svangerskapet har hatt en gradvis tilbakegang. 5 års glidende gjennomsnitt har gått fra en andel på 29,3 % i 2006/10 til 10,7 % i 2018/22. I landet som helhet var andelen 2,4 % i 2018/22, noe som betyr at over fire ganger så mange kvinner i Søndre Land røyker ved start av svangerskapet enn resten av landet.

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.*

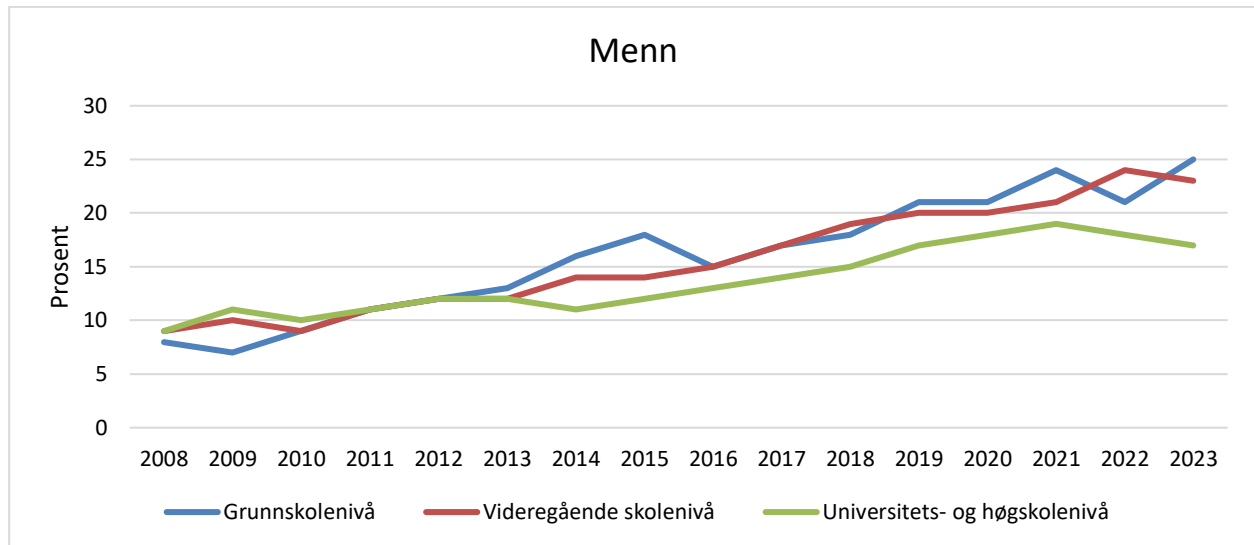
Undersøkelser i Norge har vist tydelige sosioøkonomiske forskjeller i røyking blant voksne, men ikke for bruk av snus. *Kilde: ØF-notat 13/2014*

3.4.8 Røyking gravide



Andel fødende som oppga at de røykte ved svangerskapets begynnelse i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

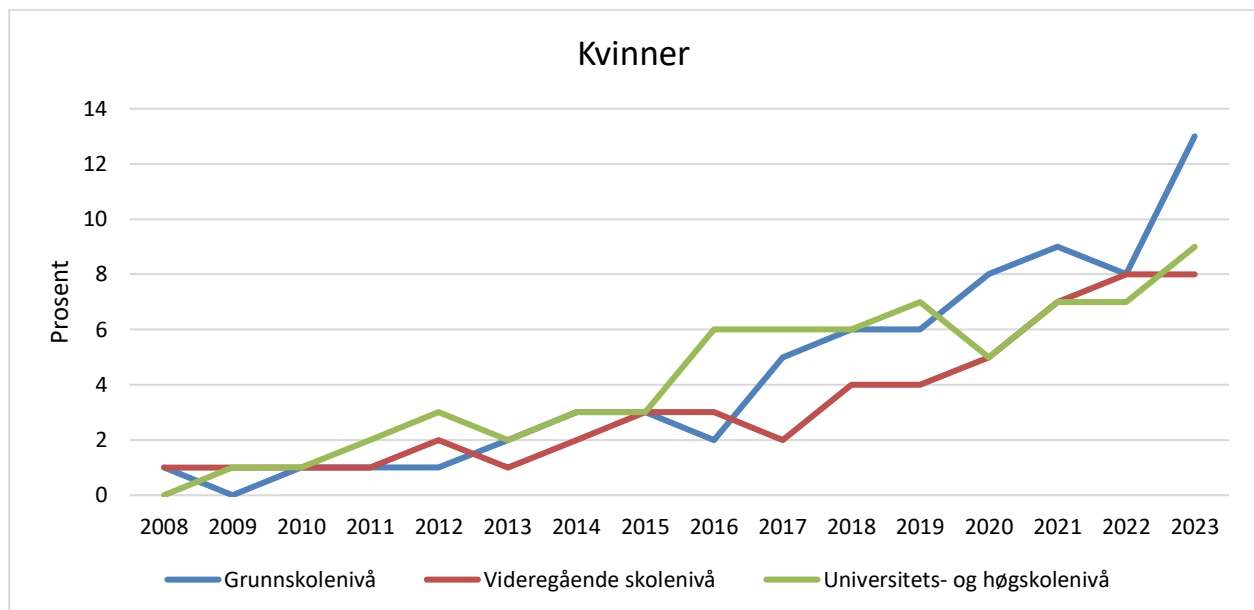
3.4.9 Daglig snusbrukere på landsbasis, menn



Videregående skolenivå inkluderer 'Påbygging til videregående utdanning' som omfatter utdanninger som bygger på videregående skole, men som ikke er godkjent som høyere utdanning.

[SSB](#), tabell 11427.

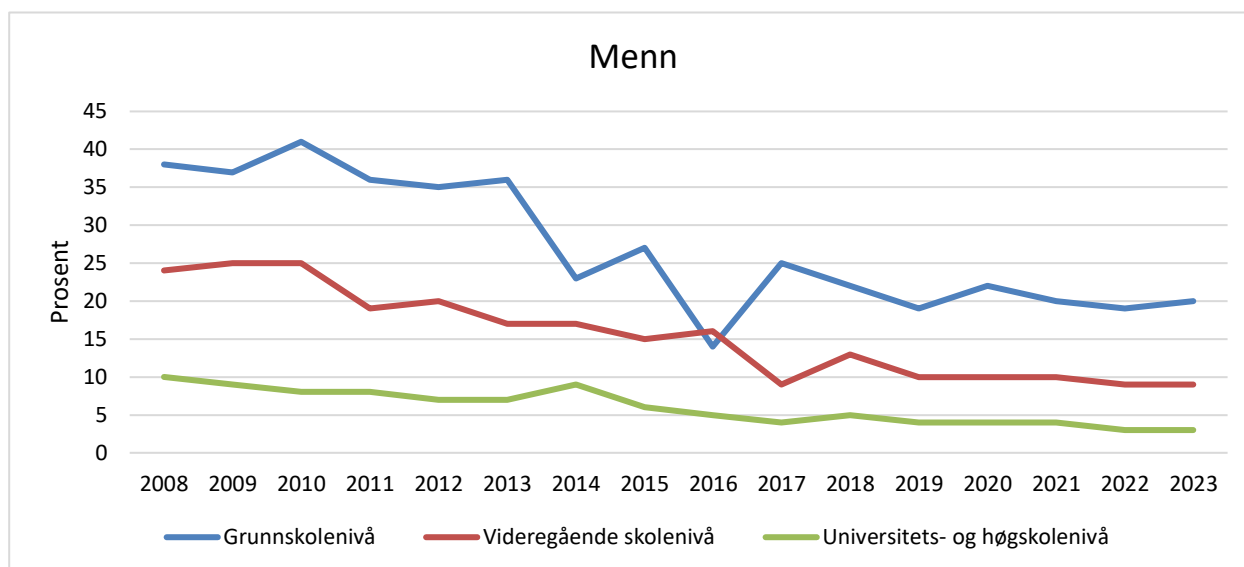
3.4.10 Daglig snusbrukere på landsbasis, kvinner



Videregående skolenivå inkluderer 'Påbygging til videregående utdanning' som omfatter utdanninger som bygger på videregående skole, men som ikke er godkjent som høyere utdanning.

[SSB](#), tabell 11427.

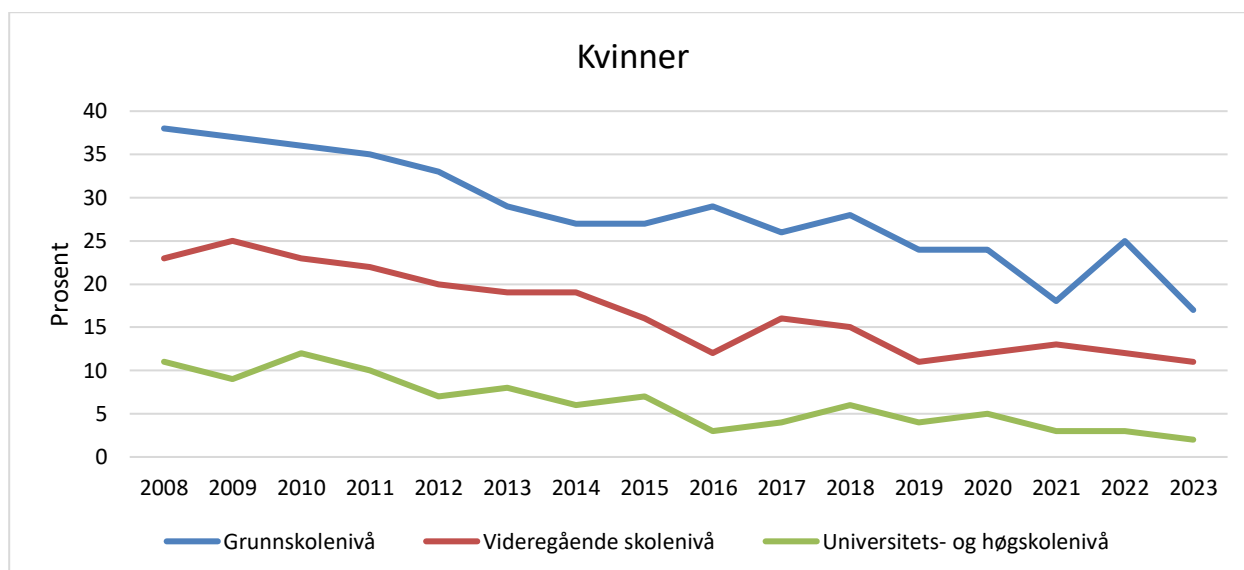
3.4.11 Dagligrøykere på landsbasis, menn



Videregående skolenivå inkluderer 'Påbygging til videregående utdanning' som omfatter utdanninger som bygger på videregående skole, men som ikke er godkjent som høyere utdanning.

[SSB](#), tabell 11426.

3.4.12 Dagligrøykere på landsbasis, kvinner



Videregående skolenivå inkluderer 'Påbygging til videregående utdanning' som omfatter utdanninger som bygger på videregående skole, men som ikke er godkjent som høyere utdanning.

[SSB](#), tabell 11426.

3.5 Helsetilstand

3.5.1 Forventet levealder

Forventet levealder i Søndre Land var 81,3 år for kvinner og 78,5 år for menn i årlig gjennomsnitt i perioden 2007-2021.

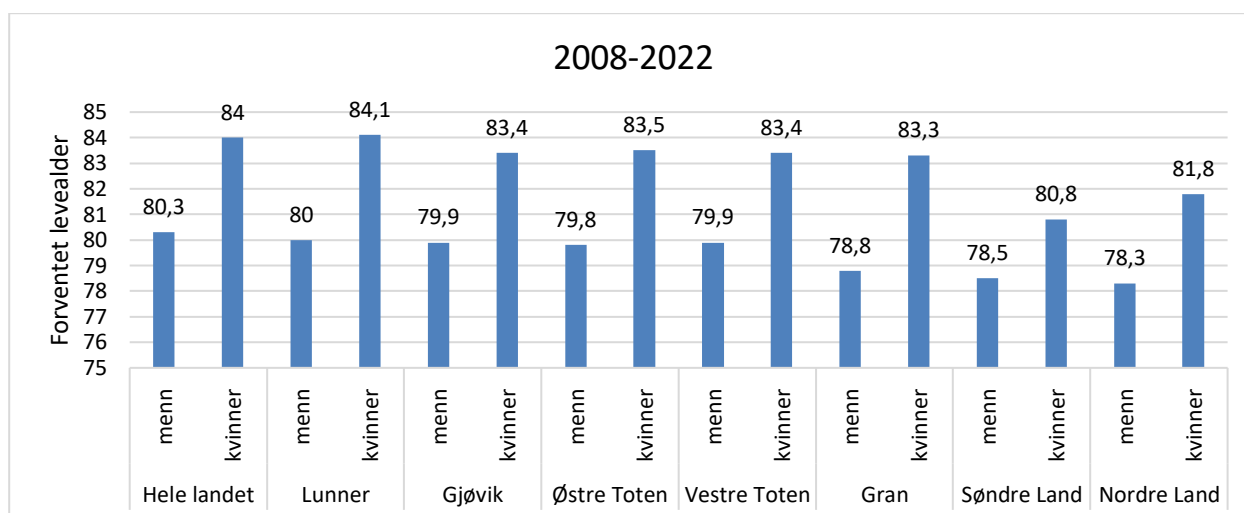
For personer med fullført videregående var forventet levealder i perioden 2007-2021 (årlig gjennomsnitt) 85,1 år for kvinner og 81,2 år for menn i Innlandet, mens det i samme periode var 84,4 år for kvinner og 79,5 år for menn i Søndre Land.

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.

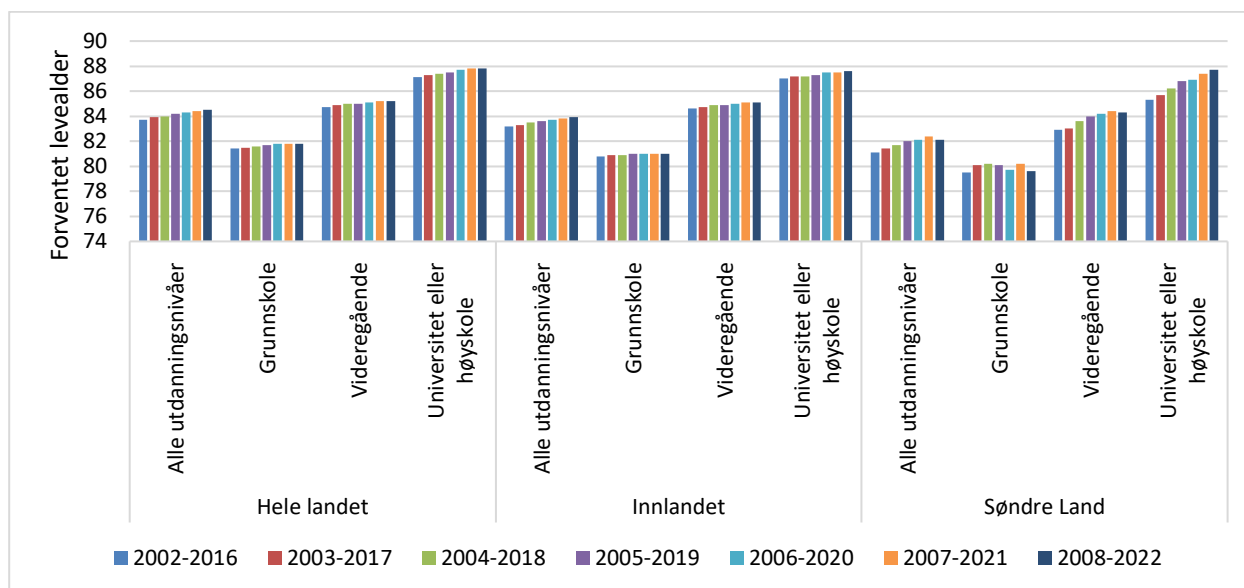
De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene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

3.5.2 Forventet levealder



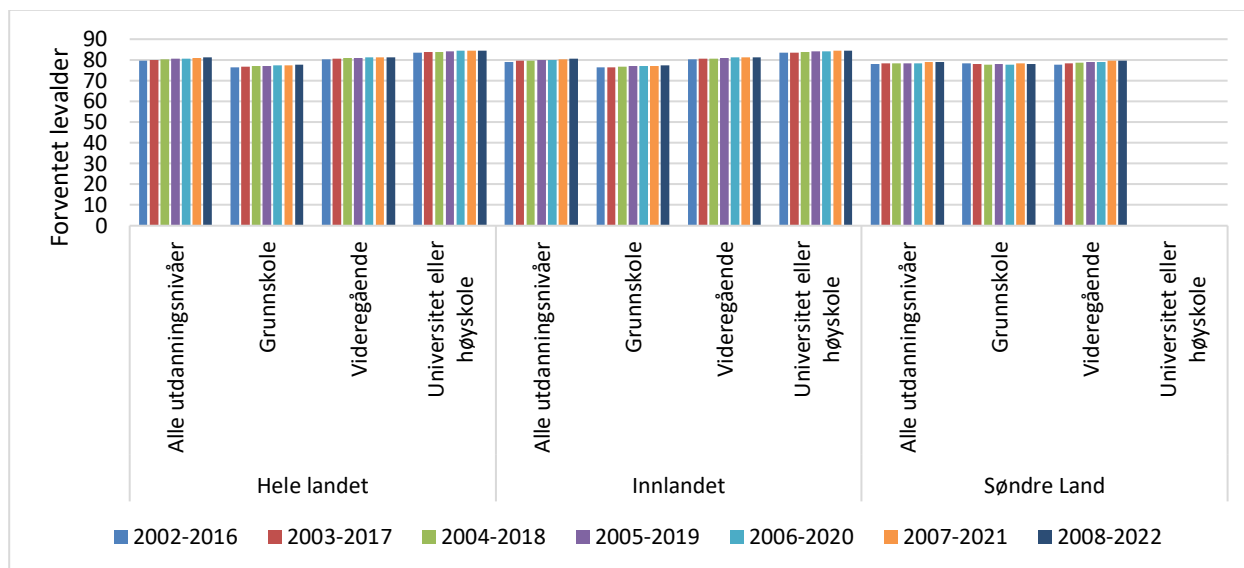
Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.5.3 Forventet levealder etter utdanning, kvinner



Forventet levealder kvinner ved 30 års alder etter høyeste fullførte utdanningsnivå (fire ulike grupper), beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.5.4 Forventet levealder etter utdanning, menn



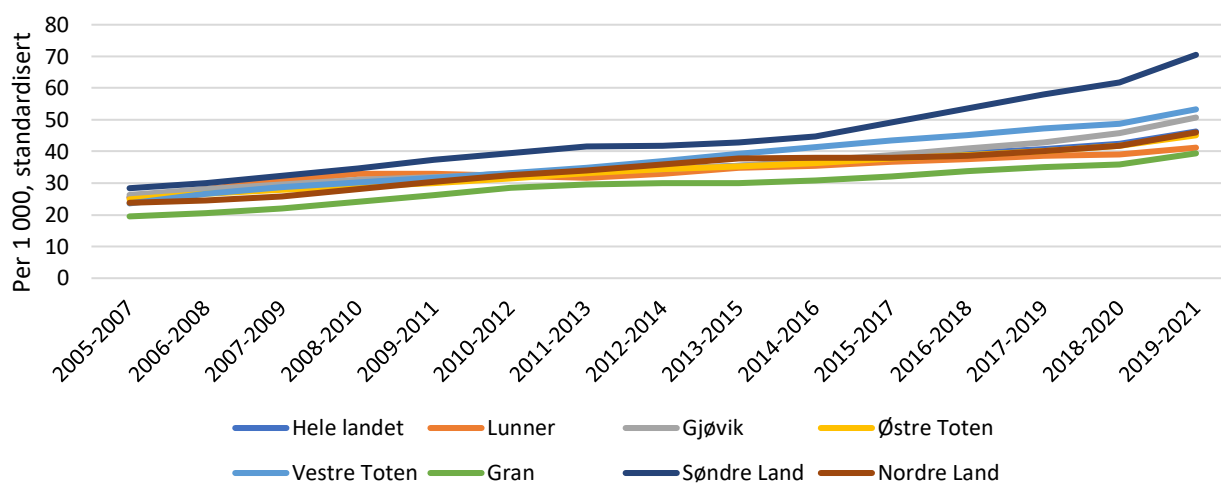
Forventet levealder menn ved 30 års alder etter høyeste fullførte utdanningsnivå (fire ulike grupper), beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Det er ikke tall for Søndre Land og forventet levealder for de som har universitet eller høyskole. Kilde: [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.5.5 Diabetes

Diabetesmedisiner: Søndre Land kommune har nesten hatt en dobling av antall personer med diabetes 2 de siste ti årene. I perioden 2019-2021 var det årlige gjennomsnittet på 70,5 per 1000 standardisert, dvs. 272 personer i alderen 45–74 år som brukte disse medikamentene. Andelen som bruker medikamenter mot diabetes type 2 i Søndre Land ligger over nivået til resten av regionen og landet som helhet. Det er en høyere andel menn enn kvinner som bruker medikamentene på landsbasis, men i Søndre Land er det motsatt. Andelen kvinner (80 per 1000 standardisert) er markant høyere enn både resten av regionen og landet (40) for øvrig. Andelen menn (63 per 1000 standardisert) er også høyest i regionen.

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

3.5.6 Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 30-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommune helsa statistikkbank. [Kilde](#)

3.5.7 Hjerte- og karsykdommer

Medikamenter mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterolsenkende midler), brukere 0-74 år: I Søndre Land kommune var det (i årlig gjennomsnitt) en gradvis økning i bruk av disse medikamentene. I perioden 2019-2021 var det 1 157 personer som hentet ut minst en resept på legemidler mot hjerte- og karsykdommer (i årlig gjennomsnitt). Andelen menn er noe høyere enn kvinner.

Kolesterolsenkende medikamenter, brukere 0-74 år: Det har også vært en jevn økning i bruk av kolesterolsenkende medikamenter etter 2008. I perioden 2006-2008 var det ca. 540 personer (årlig gjennomsnitt) som brukte kolesterolsenkende medikamenter. I perioden 2019-2021 var det ca. 751 personer. Andelen menn er noe høyere enn kvinner.

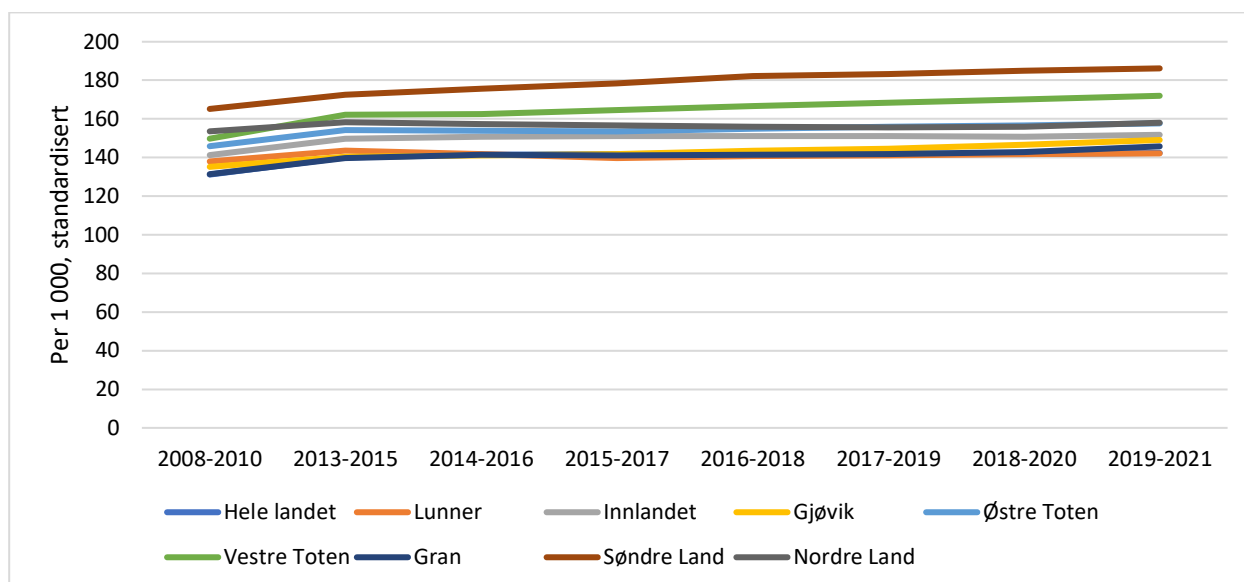
Bruk av primærhelsetjenesten: I perioden 2018-2020 var 620 personer (årlig gjennomsnitt) fra Søndre Land i kontakt med fastlege eller legevakt, en hjerte- og karsykdomsdiagnose. Andelen menn var noe større enn andelen kvinner.

Dødelighet, 0-74 år: Dødeligheten for menn med hjerte- og karsykdommer sank jevnt i takt med resten av regionen lenge. Dødeligheten for kvinner har derimot ikke fulgt samme kurven og dødeligheten ligger på topp i regionen.

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*

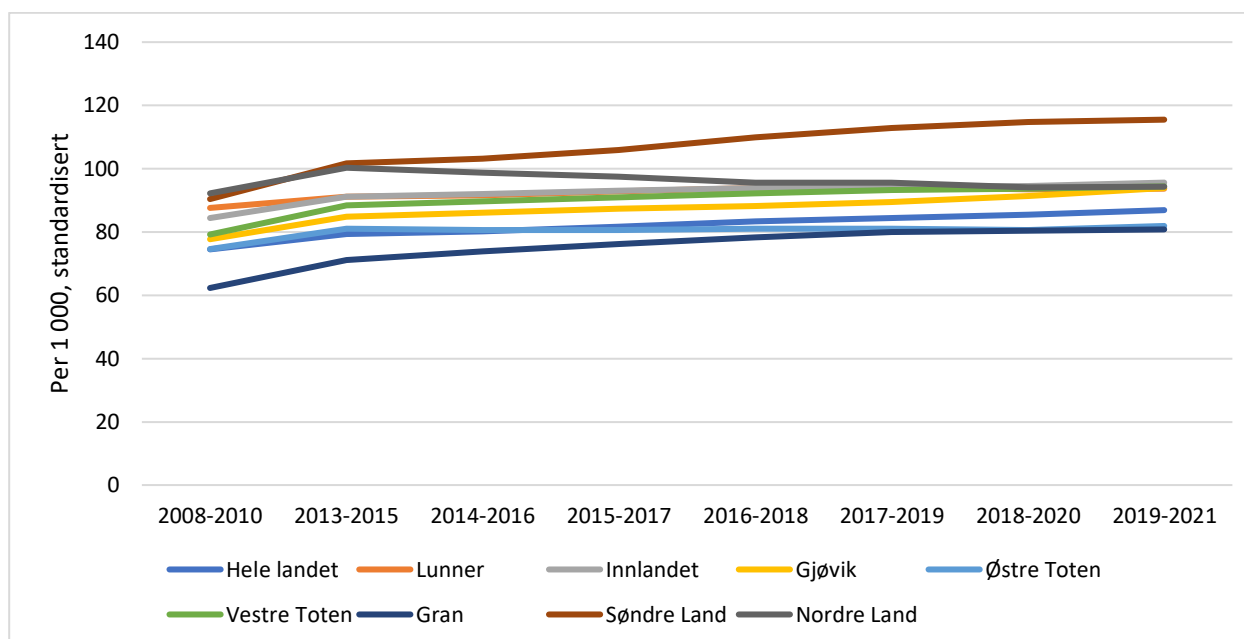
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene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

3.5.8 Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer



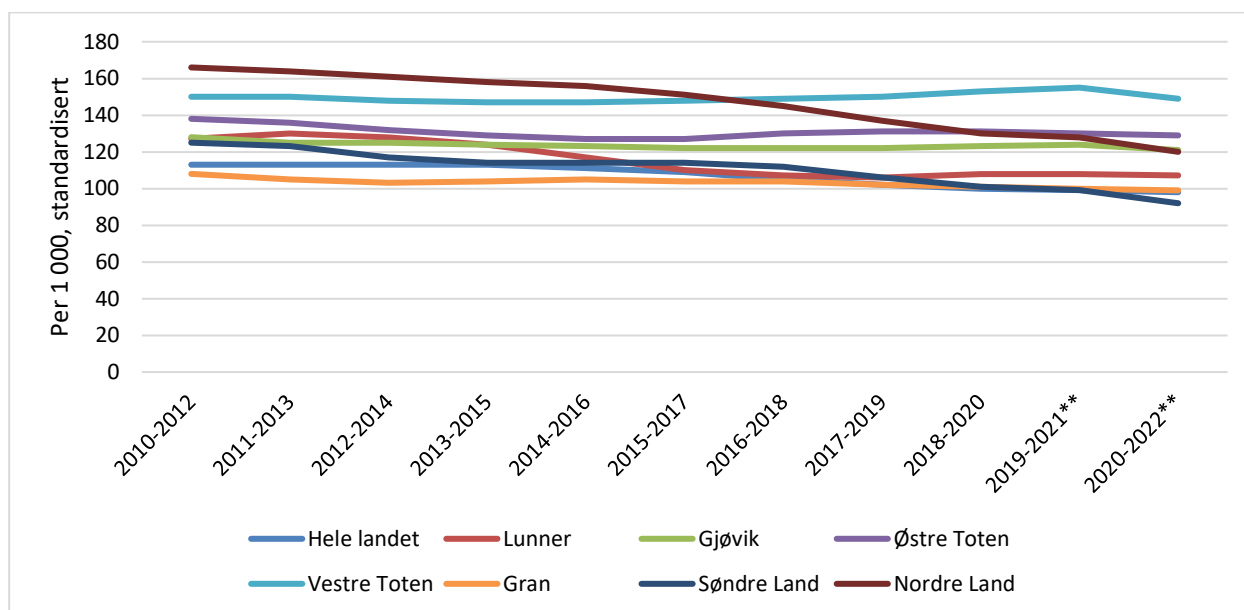
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

3.5.9 Bruk av kolesterolsenkende medikamenter



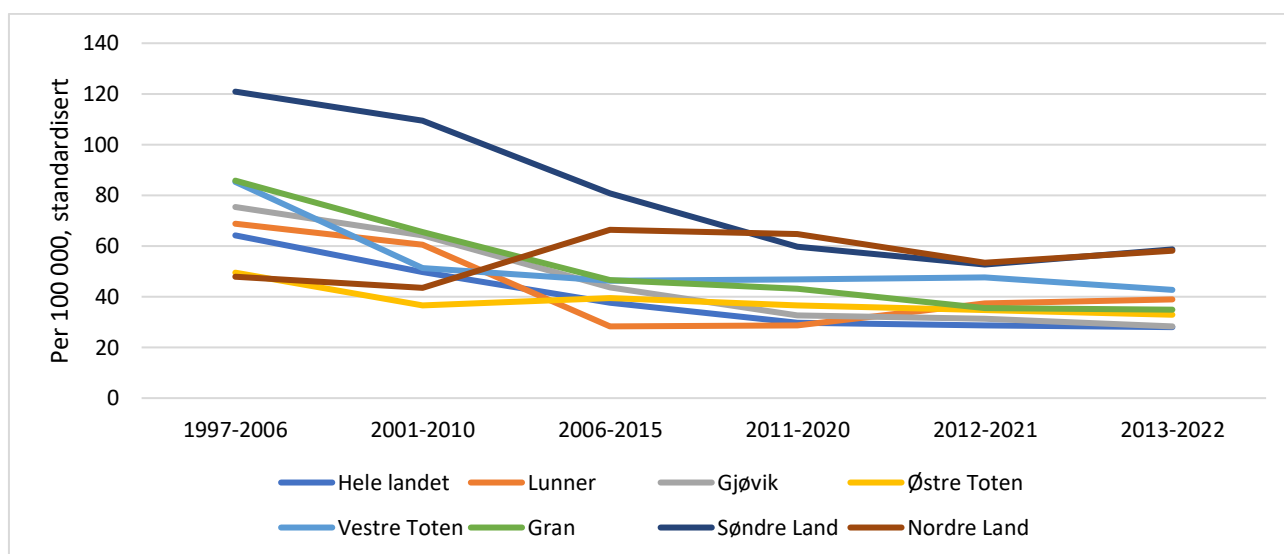
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

3.5.10 Bruk av primærhelsetjenesten hjerte- og karsykdommer



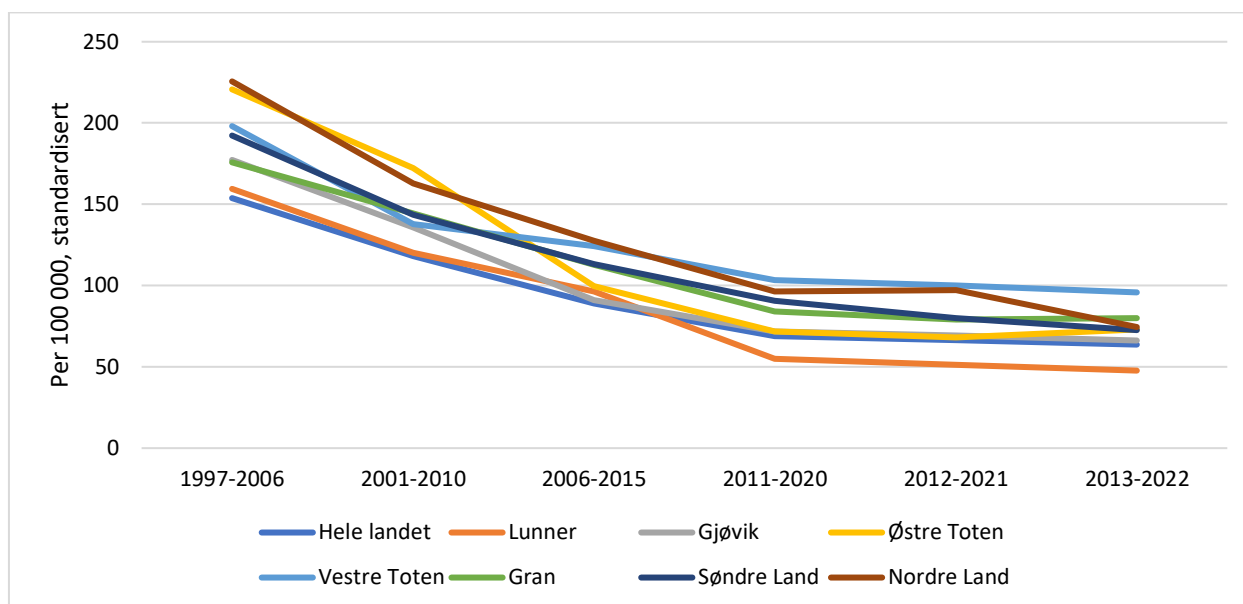
**2021-årgangen mangler pga. utilstrekkelig tallgrunnlag. Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder) Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.5.11 Dødelighet hjerte-/karsykdom, kvinner



Dødelighet hjerte- karsykdom, kvinner 0-74 år, per 100 000 standardisert. 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.5.12 Dødelighet hjerte-/karsykdom, menn



Dødelighet hjerte- karsykdom, menn 0-74 år, per 100 000 standardisert. 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [Kilde](#)

3.5.13 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

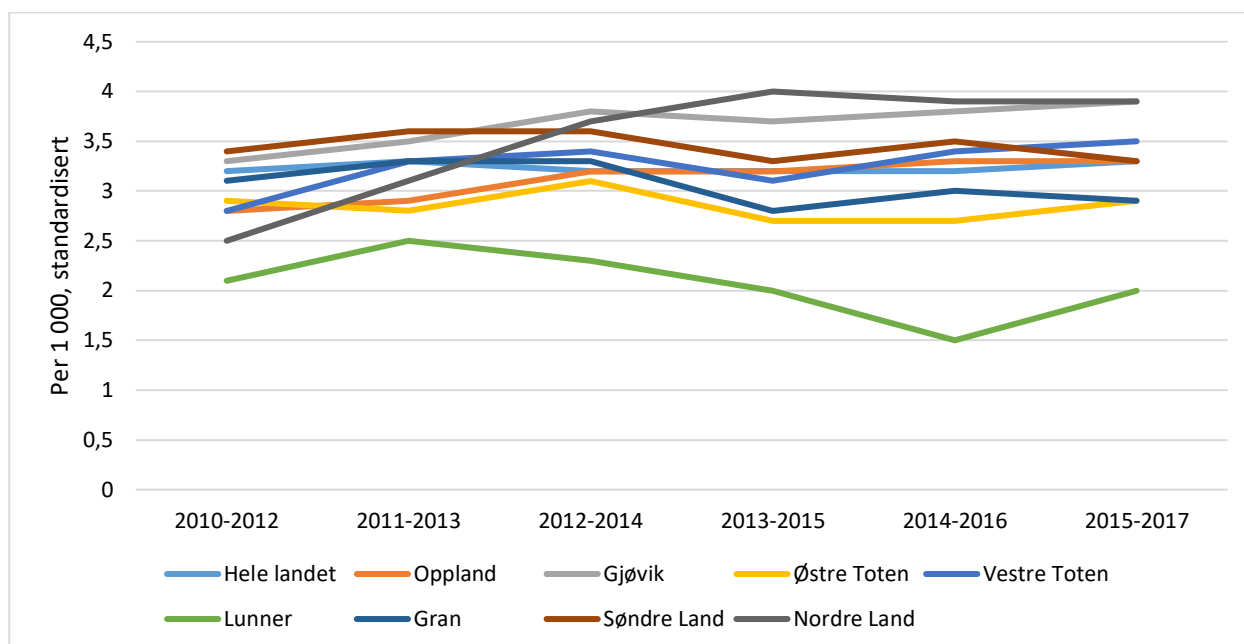
Medikamenter mot KOLS og astma: Bruken av disse medikamentene i aldersgruppen 45-74 år i Søndre Land kommune har hatt en jevn økning fra 2008 til 2021. Andelen kvinner (206) var noe større enn andel menn (149) i perioden 2018-2020 (årlig gjennomsnitt). Det var ca. 355 personer i nevnte aldersgruppe som brukte medikamentene og det gir et årlig gjennomsnitt som er betydelig høyere enn regionen for øvrig og landet som helhet.

Bruk av spesialisthelsetjenesten: I perioden 2015-2017 var det ca. 10 personer over 45 år som årlig hadde dag-, eller døgnopphold i spesialisthelsetjenesten med diagnosen KOLS i årlig gjennomsnitt.

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*

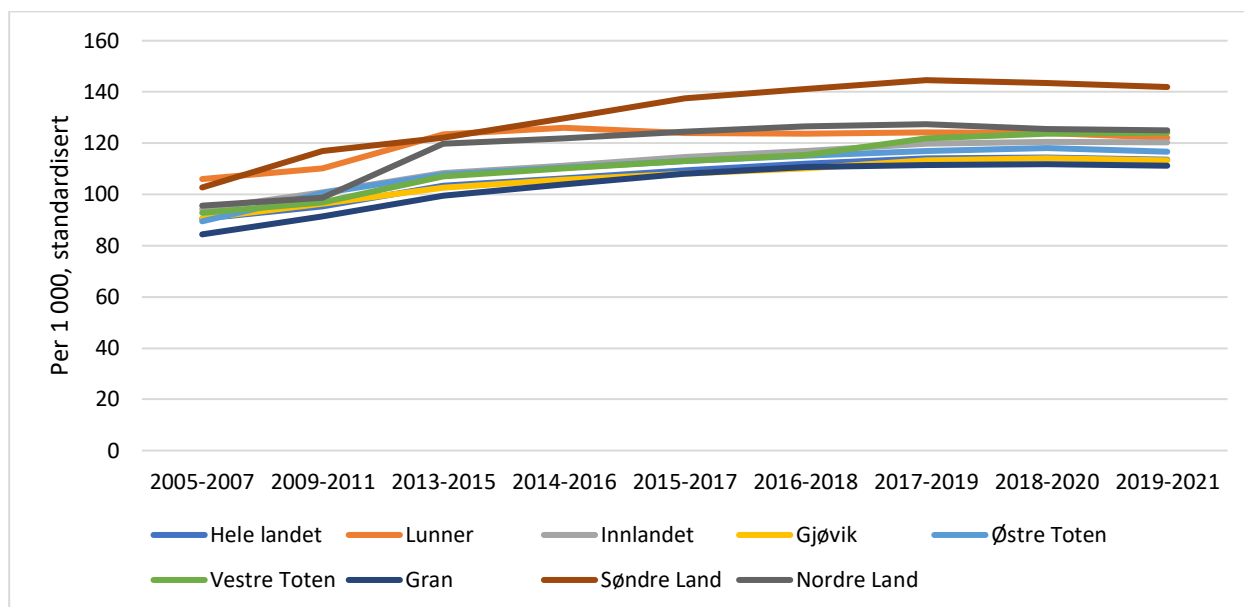
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper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

3.5.14 Bruk av spesialisthelsetjenesten KOLS



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](#).

3.5.15 Bruk av KOLS og astma medikamenter, 45-74 år



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

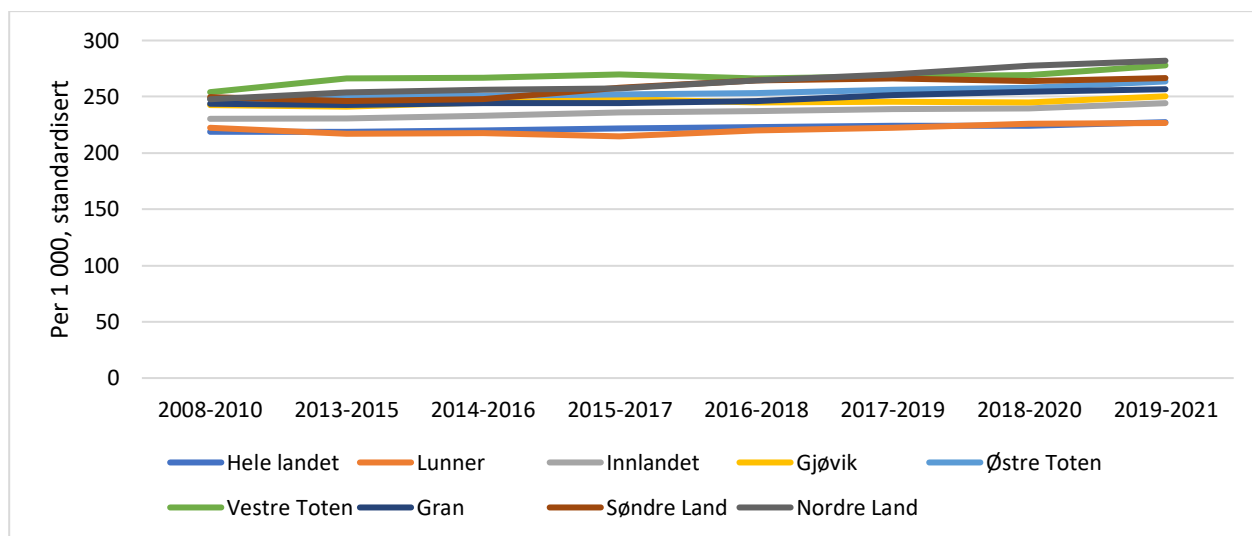
3.5.16 Smerter

Smertestillende medikamenter, brukere 0-74 år: Den totale bruken av smertestillende medikamenter på resept i Søndre Land kommune har lenge vært relativt stabil. Det er en høyere andel kvinner som tar ut resept på smertestillende enn menn. Kvinner har hatt en økende bruk av smertestillende medikamenter enn menn. I perioden 2019-2021 (årlig gjennomsnitt) ble det hentet ut minst en resept av 1 455 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.

3.5.17 Bruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter



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](#).

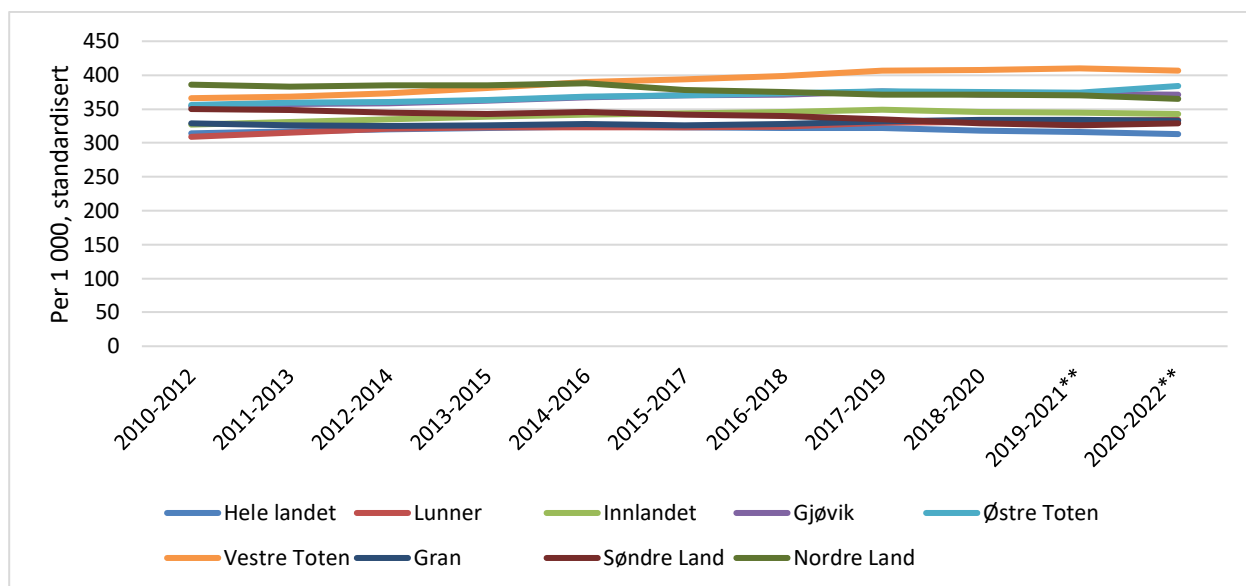
3.5.18 Muskel- skjelettlidelser

Bruk av primærhelsetjenesten: Personer som er i kontakt med fastlege eller legevakt har vært stabil i Søndre Land.

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

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

3.5.19 Bruk av primærhelsetjenesten, muskel og skjelett



**2021-årgangen mangler pga. utilstrekkelig tallgrunnlag. Antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang (ekskl. brudd). Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder) Kontakter med primærhelsetjenesten er klassifisert etter ICPC-kodeverket. Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon(KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsestatistikkbank](#).

3.5.20 Psykiske lidelser

Medikamenter mot psykiske lidelser, brukere 0-74 år: Bruk av både antidepressiva og antipsykotika i Søndre Land kommune har økt over tid og kommunen har høyest gjennomsnittlig bruk i regionen.

665 personer - 410 kvinner og 254 menn hentet ut minst en resept for medikamenter mot psykiske lidelser i perioden 2019-2021 (årlig gjennomsnitt).

Psykiske symptomer blant unge: I aldersgruppene 15-25 og 25-44 år ligger Søndre Land en del lavere på symptomer knyttet til angst og depresjon enn nærliggende kommuner og Innlandet for øvrig.

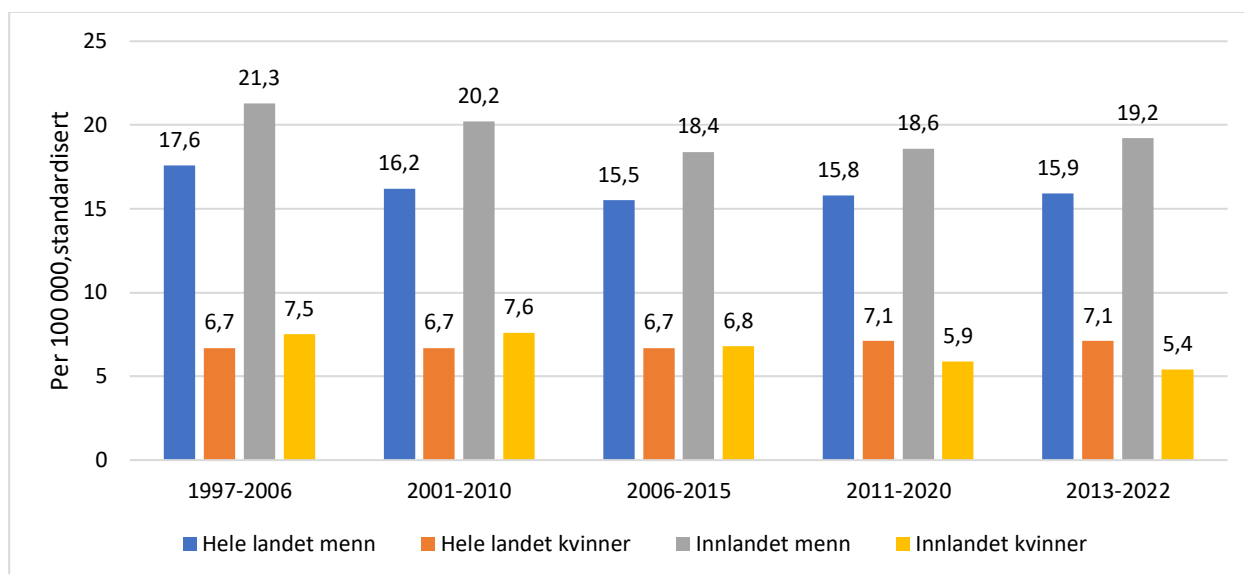
Bruk av primærhelsetjenesten: Det har vært en svak nedgang over tid av personer som var i kontakt med fastlege eller legevakt. Angst og depresjon var de dominerende lidelsene.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Arveligheten for psykiske plager, depresjon, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser er forholdsvis moderat. Det betyr at miljøforhold samlet er noe viktigere enn gener for disse lidelsene. Stort sett er det enighet om at en trygg tilknytning til omsorgspersoner i barndommen har betydning for senere psykisk helse. Gjennom hele livet gir sosial isolasjon og ensomhet økt risiko, mens sosial støtte og nærhet til andre mennesker beskytter. Traumatiske opplevelser, som alvorlige ulykker eller vold mot en selv eller ens nærmeste, kan gi varige psykiske skader. Daglige og vedvarende belastninger er vel så viktige som traumatiske hendelser. Flere belastningsfaktorer som virker sammen over lang tid, gir høy risiko, tilsynelatende høyere enn summen av risiko knyttet til hver enkelt faktor. Tilsvarende kan beskyttelsesfaktorer som for eksempel nære og trygge forhold til andre mennesker, gi ekstra beskyttelse mot hendelser eller belastninger som ellers ville ha medført høy risiko. En god selvfølelse, og spesielt følelsen av å kunne mestre utfordringer og problemer, har stor betydning for god psykisk helse.

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

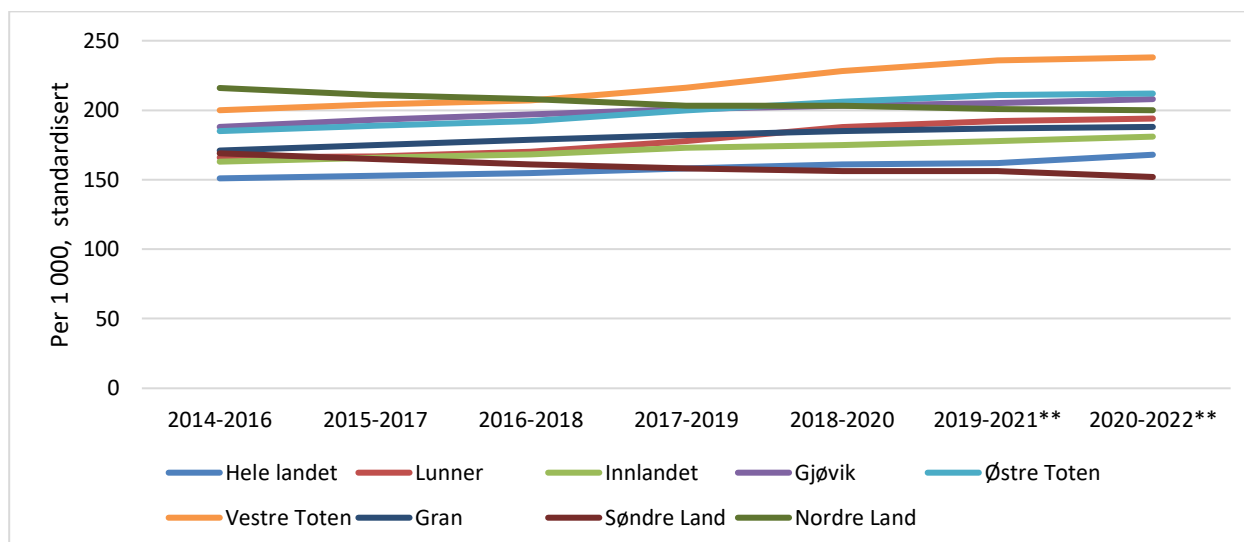
Sosial støtte og utviklet mestringsevne er de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser. *Kilde: Proposisjon til Stortinget (Folkehelseloven)*

3.5.21 Selvmord



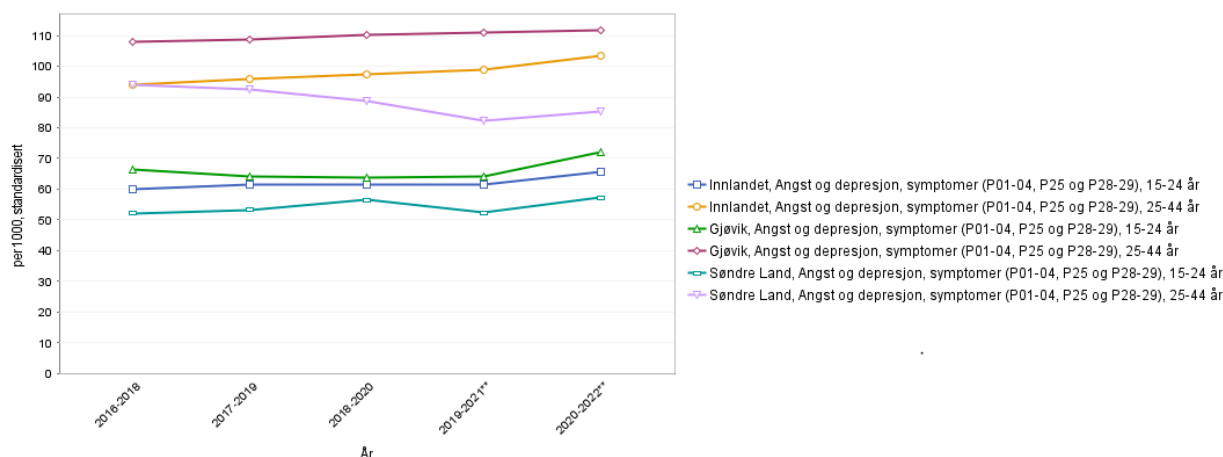
Statistikken er basert på opplysninger i Dødsårsaksregisteret og omfatter alle bosatte i Norge. Statistikken omfatter altså de som er bosatte i Norge og dør i utlandet. Turister og andre som ikke er bosatte, men som dør i Norge, telles ikke med i statistikken. 1. Årlig antall = Årlig antall, angitt som gjennomsnitt over 10-årsperioder. [Kommunehelsestatistikkbank](#).

3.5.22 Bruk av primærhelsetjenesten, psykiske symptomer og lidelser



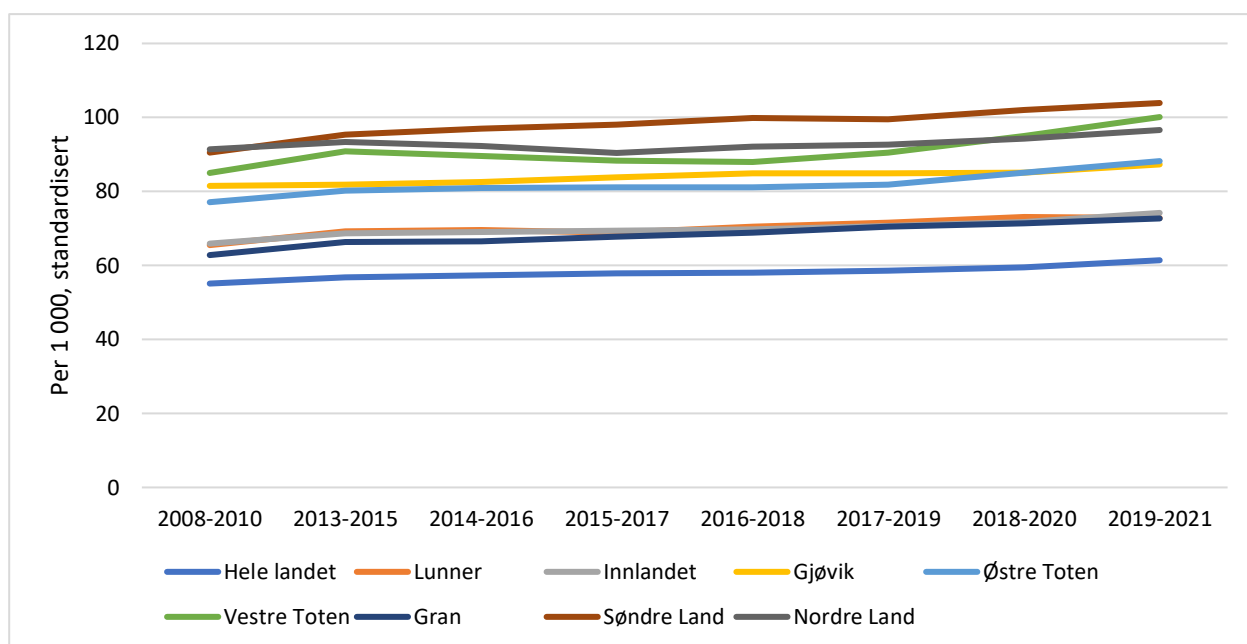
** 2021-årgangen mangler pga. utilstrekkelig tallgrunnlag. Antall unike personer, 0-74 år, i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder). Kontakter med primærhelsetjenesten er klassifisert etter ICDPC-kodeverket. Dataene er hentet fra: Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon(KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsestatistikkbank](#)

3.5.23 Psykiske symptomer i aldersgruppen 15-24 og 25-44 år



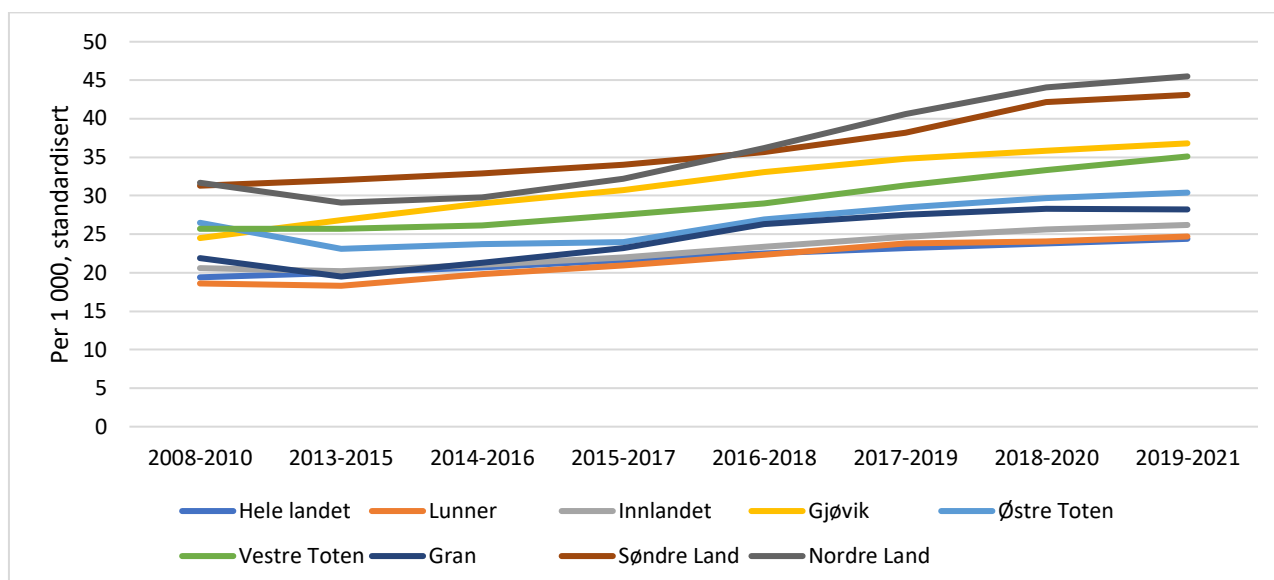
Antall unike personer i kontakt med fastlege per 1000 innbyggere per år. Alle kontakttyper er inkludert. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder). Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2024.

3.5.24 Bruk av antidepressiva



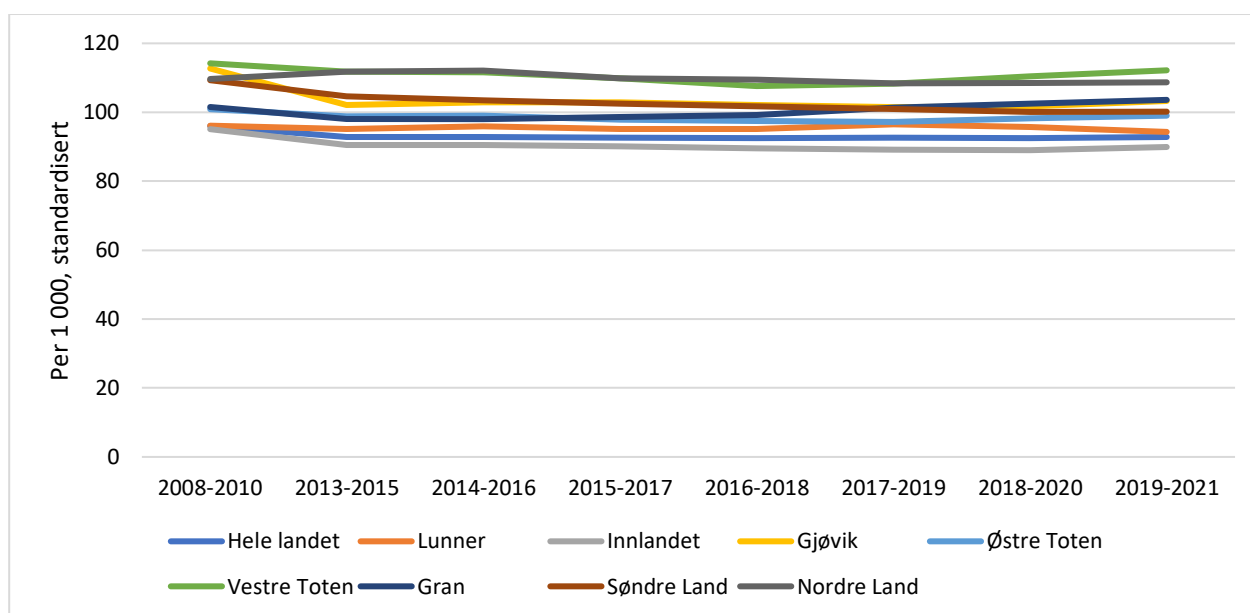
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

3.5.25 Bruk av antipsykotika



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](#).

3.5.26 Bruk av sovemidler og beroligende midler



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](#).

3.5.27 Smittsomme sykdommer

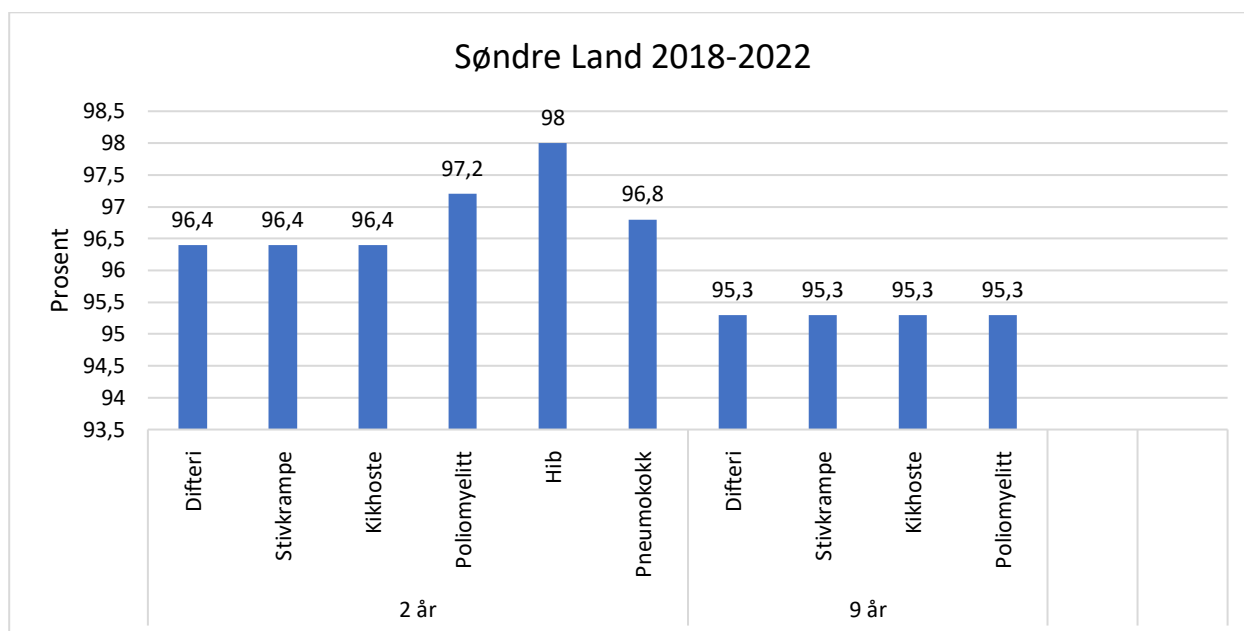
Vaksinasjonsdekning: I perioden 2018-2022 (årlig gjennomsnitt) var mellom 96,4 og 98 % av barna i 2 årsalderen fullvaksinerte mot difteri, kikhoste, Hib, polio og stivkrampe og pneumokokk.

For barn i 9 års alder er det ikke oppgitt tall for Hib og pneumokokkvaksine, men blant disse barna ligger vaksinasjonsdekningen på 95,3 %.

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

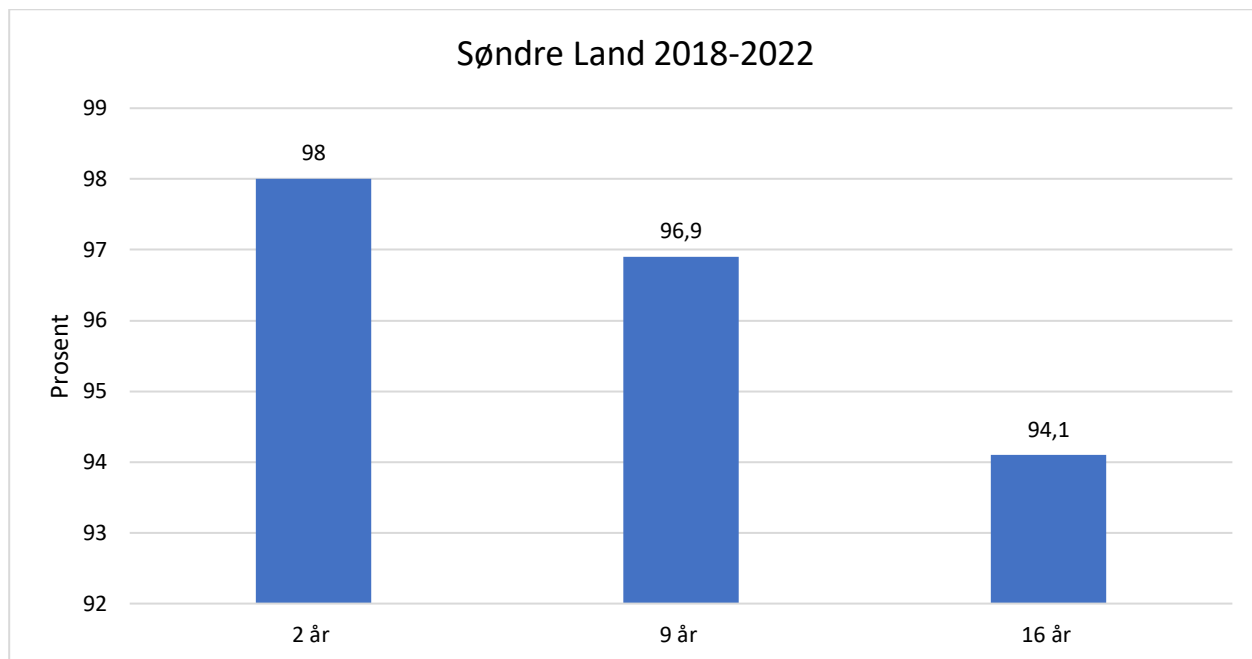
3.5.28 Vaksinasjonsdekning



Andelen barn som er fullvaksinerte mot henholdsvis kikhoste, difteri, stivkrampe, Haemophilus influenzae type B (Hib) og polio ved henholdsvis 2 og 9 års alder, i prosent av alle barn i aldersgruppen 2 år og 9 år i tillegg til pneumokokk 2 år. Statistikken viser 5 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 5-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet.

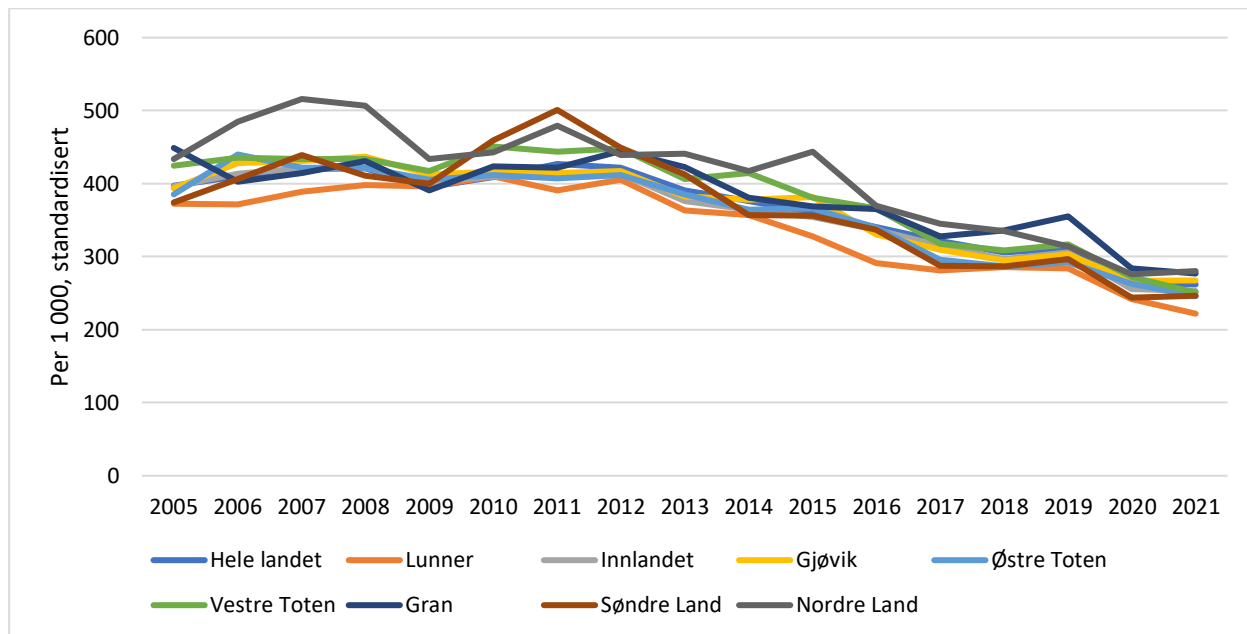
[Kommunehelse statistikkbank.](#)

3.5.29 Vaksinasjonsdekning meslinger



Statistikken viser 5 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 5-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.5.30 Antibiotikaresepter



Antibiotika forskrevet på resept og utlevert fra apotek til personer i aldersgruppen 0-79 år. En resept defineres som en utlevering av et antibiotikum. [Kommunehelsa statistikkbank](#)

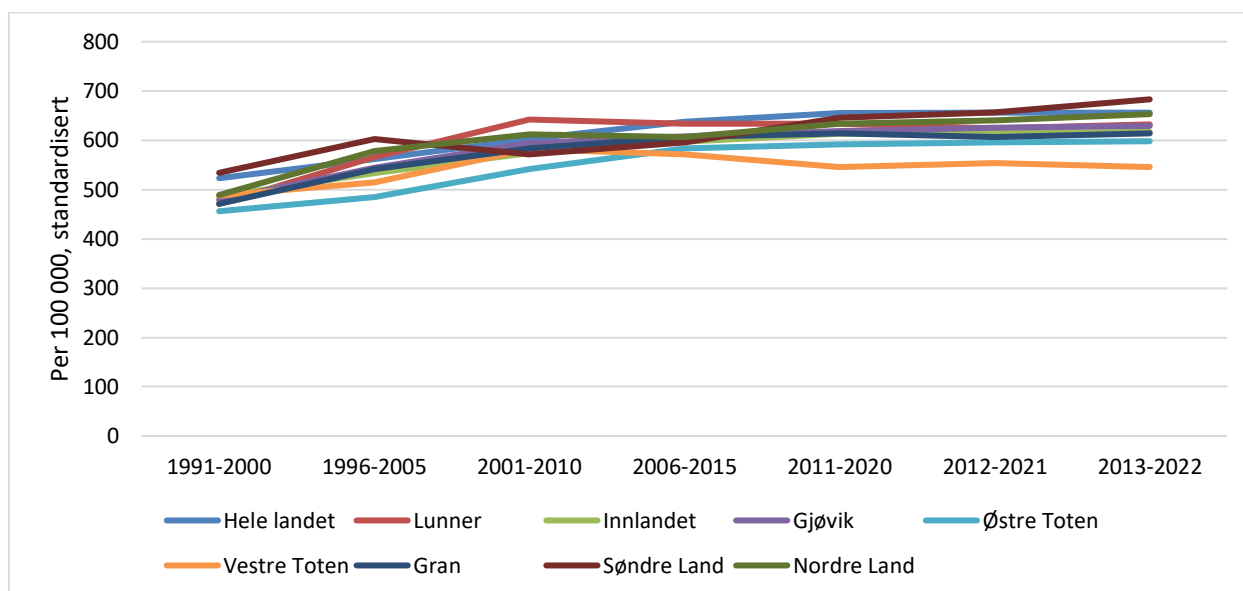
3.5.31 Kreft

Nye tilfeller av kreft: Antall krefttilfeller per 100 000 i Søndre Land kommune etter 1995 har hatt en svak økning. I perioden 2011-2020 var det 44 personer i kommunen som fikk diagnosen kreft (nye tilfeller) i årlig gjennomsnitt. Fra å ligge godt over gjennomsnittet for nye krefttilfeller, sank antallet i Søndre Land til en av to kommuner i regionen med lavest gjennomsnitt av nye krefttilfeller i årlig gjennomsnitt, for så å øke til en av kommunene med flest tilfeller igjen.

Kreftdødelighet, 0-74 år: Statistisk vanskelig å sammenligne pga små tall. Relativt stabile tall. Antall dødsfall i årlig gjennomsnitt i perioden 2011-2020 var ca. 8.

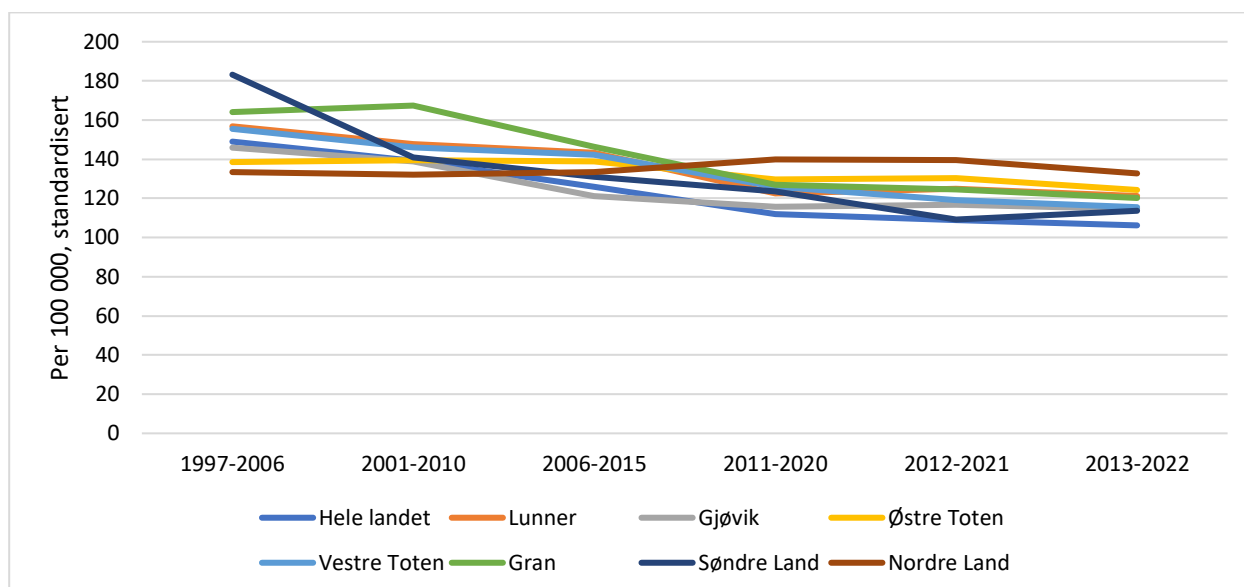
Kreftdødeligheten i Norge har endret seg lite fra 1950 til i dag (dødsfall per 100 000 innbyggere korrigerer for økt levealder). Kreftforekomsten har økt. Det er større sosioøkonomiske forskjeller i kreftdødelighet i dag enn for 40 år siden, spesielt i forhold til lungekreft. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

3.5.32 Nye krefttilfeller



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

3.5.33 Dødelighet kreft



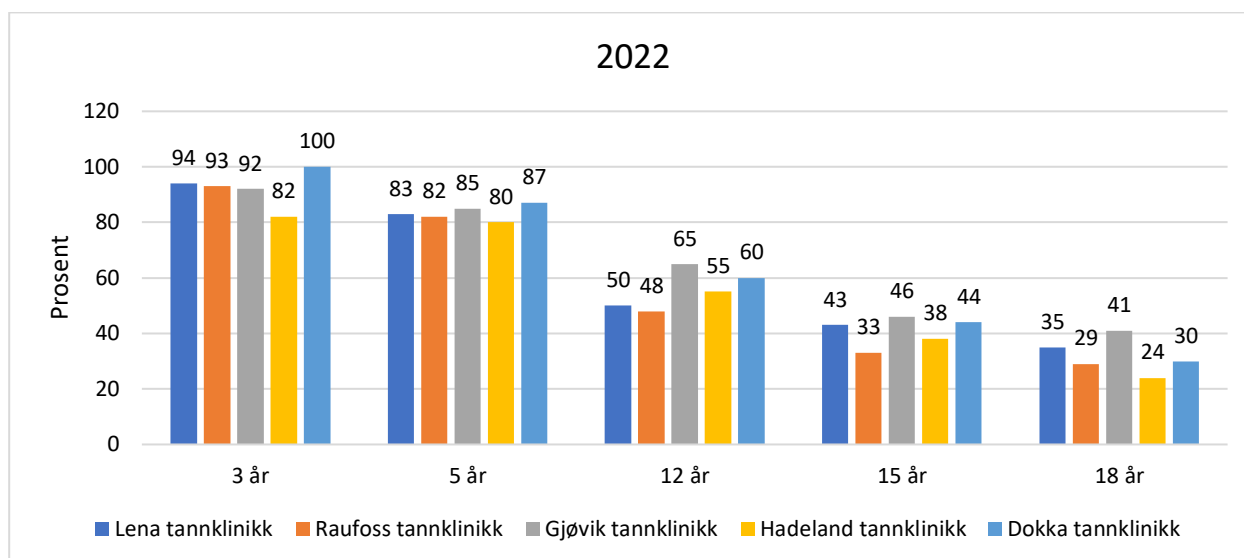
Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

3.5.34 Tannhelse

I Søndre Land kommune hadde 92 % av 3-åringene, 79 % av 5-åringene, 48 % av 12-åringene, 34 % av 15-åringene og 24 % av 18-åringene ikke hatt behov for fyllinger i 2018.

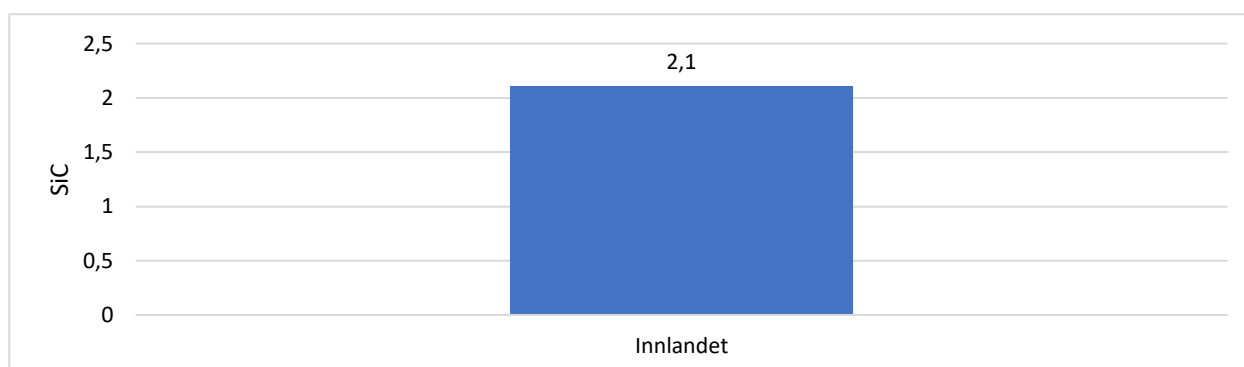
De siste 30 årene har det skjedd en betydelig bedring i tannhelsen. Flere barn og unge har ingen eller få «hull» i tennene. Blant voksne og eldre er det flere som har egne tenner i behold, og som klarer seg uten protese. Men fortsatt varierer tannhelsen med alder, økonomi, hvor i landet man bor og om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

3.5.35 Barn og unge uten behov for fyllinger



Forklaring: Andel 3-, 5-, 12-, 15- og 18-åringene uten behov for fyllinger, i prosent. Kilde: [Innlandsstatistikk](#).

3.5.36 SIC - Grad av sosial ulikhet i tannhelse



(SIC) som viser grad av sosial ulikhet hos 12 åringene i disse kommunene: Jo lavere tall desto mindre sosial ulikhet i tannhelse-eks et tall for Hedmark på 1,31 betyr at den 1/3 med dårligst tannstatus hos 12 åringene hadde kun 1,31 tenner med fylling/karies jamført med de som hadde «null hull». Kilde: [Innlandsstatistikk](#).