



**Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer
i Lillehammer kommune
2019**

Innholdsfortegnelse

1	BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG.....	4
2	INFORMASJON OM KILDER OG STATISTIKK	5
3	BEFOLKNINGSSAMMENSETNING	6
3.1	Befolkningsendringer	6
3.2	Befolkningsframskriving	8
3.3	Etnisitet	9
3.4	Personer som bor alene	10
4	OPPVEKST- OG LEVEKÅRSFORHOLD	11
4.1	Lavinntekt husholdninger	11
4.2	Inntektsulikhet	13
4.3	Dødelighet	14
4.4	Arbeidsledighet	15
4.5	Nedsatt arbeidsevne	16
4.6	Sykefravær	17
4.7	Uføretrygd	18
4.8	Utdanningsnivå	19
4.9	Frafall videregående skole	20
4.10	Barnevern	22
5	FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ.....	23
5.1	Drikkevannskvalitet	23
5.2	Valgdeltakelse kommune- og fylkestingsvalg	24
5.3	Trivsel, mestring og mobbing barn og unge	25
6	SKADER OG ULYKKER.....	28
6.1	Sykehusinnleggelser etter ulykker	28
7	HELSERELATERT ATFERD	29
7.1	Røyking og bruk av snus	29
7.2	Fedme og overvekt	30
7.3	Alkohol generelt	32
7.4	Ungdom og rusmidler	33
7.5	Ungdom og fysisk aktivitet	35
8	HELSETILSTAND.....	37
8.1	Konsultasjoner i primærhelsetjenesten (erstatter sykehusinnleggelser fra 2018)	37
8.2	Diabetes	40
8.3	Hjerte- og karsykdommer	41

8.4	Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma	44
8.5	Smerter	45
8.6	Psykiske symptomer og lidelser	46
8.7	Kreft	49
8.8	Barn og unges helse	51
9	VAKSINASJONSDEKNING	53
9.1	Barnevaksinasjonsprogrammet	53
9.2	HPV-vaksine	54
9.3	Influensa-vaksine	55
10	FOLKEHELSEPROFIL 2019	56

1 Bakgrunn og lovgrunnlag

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

Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene i kommunen og vurdere årsaksforhold og konsekvenser. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategien og danne grunnlag for fastsettelse av mål og strategier. Kommunen skal samarbeide og utveksle informasjon med fylkeskommunen i arbeidet med oversiktsdokumentet.

Oversikten skal baseres på:

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

Krav til oversiktens innhold i henhold til folkehelseforskriften med eksempler fra merknadene til forskriften:

- Befolknings sammensetning: Antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster
- Oppvekst- og levekårsforhold: Økonomiske vilkår (andel med høy- og lavinntekt, inntektsforskjeller), bo- og arbeidsforhold (tilknytning til arbeidslivet, sykefravær, uføretrygd) og utdanningsforhold (andel med høyere utdanning, frafall i videregående skole)
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø: Drikkevanns- og luftkvalitet, nærmiljø, tilgang til fri- og friluftsområder, sykkelveinett, antall støyplagede, oversikt over smittsomme sykdommer, organisasjonsdeltakelse, valgdeltakelse, kulturtilbud, sosiale møteplasser
- Skader og ulykker
- Helserelatert atferd: Fysisk aktivitet, ernæring, bruk av tobakk og rusmidler, risikoatferd som kan gi utslag i skader og ulykker
- Helsetilstand: Informasjon om forekomst av sykdommer der forebygging er viktig: psykiske lidelser, hjerte- karsykdommer, type-2 diabetes, kreft, kroniske smerter og belastningssykdommer, karies, ulykkesskader

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

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

2 Informasjon om kilder og statistikk

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

- Folkehelseinstituttets statistiksider – kommunehelse og MSIS
- Utdanningsdirektoratet - skoleporten
- NAV
- Oppland fylkeskommune
- Fylkesmannen i Oppland
- Sykehuset Innlandet
- Østlandsforskning
- SSB
- Kostra
- Kommunen

Kilden er angitt i de enkelte tabellene/diagrammene.

Det er viktig å være oppmerksom på at tallverdien i mange av diagrammene ikke begynner på null. Det tydeliggjør forskjellene mellom kommunene, men kan også skape et bilde av at forskjellene er større enn de faktisk er.

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

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

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

Helsetilstand og påvirkningsfaktorer

3 Befolknings sammensetning

3.1 Befolkningsendringer

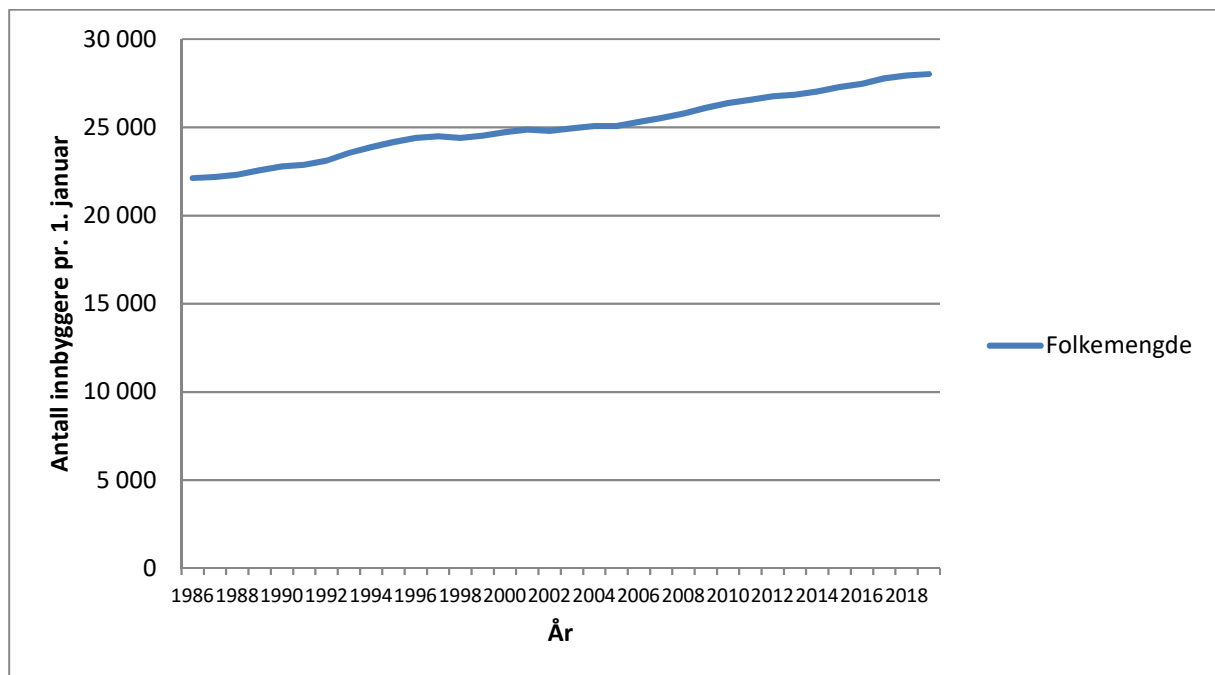
Vurdering fra kommunen:

Lillehammer har som en av få kommuner i Oppland stabil vekst i folketallet. Befolkningsveksten har gått fra å skyldes fødselsoverskudd og innvandring, til i større grad å skyldes (innenlandsk) tilflytting og innvandring.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

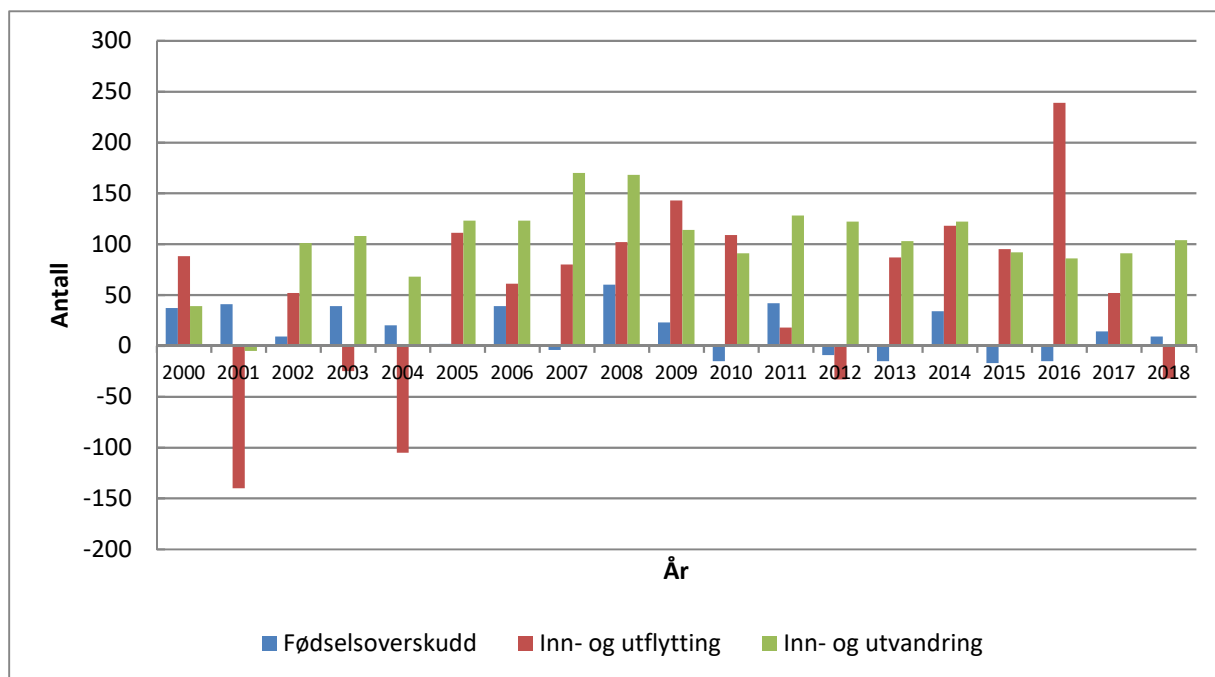
Befolkningsutvikling blir gjerne sett på som den ene store indikatoren for regional utvikling. Ønsket om befolkningsvekst har sammenheng med flere forhold bl.a. kommunens inntektsgrunnlag og tilgang på arbeidskraft. Utvikling i antall innbyggere har betydning for kommunens planer når det gjelder omfang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

Diagram 3.1.1: Folkemengde i Lillehammer, 1986-2019



Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: SSB (07459)

Diagram 3.1.2: Fødselsoverskudd, flytting og innvandring i Lillehammer 2000-2018



Fødselsoverskudd, nettoflytting og nettoinnvandring. Antall. Kilde: SSB (06913)

3.2 Befolkningsframskriving

Vurdering fra kommunen:

Kommuneplanen 2014-2027 har som mål at befolkningsveksten skal være 1 % pr. år, stigende til 1,5 % mot slutten av planperioden. Kommunen er avhengig av tilflytting og innvandring for å nå dette målet.

Uavhengig av vekstalternativ vil andelen de eldre aldersgruppene (67 år og over) utgjør av befolkningen begynne øke fra rundt 2020. Blant annet vil antallet eldre over 80 år doble seg fra 2016 til 2040. Dette vil skape utfordringer både når det gjelder økonomi og tilgangen på arbeidskraft.

Økende alder i befolkningen er en nasjonal og til dels global utfordring.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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

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

Tabell 3.2.1: Befolkningsframskriving, 2016–2040

	2018	2019	2020	2025	2030	2040
0-5 år	1629	1602	1 690	1 843	1 997	2 078
6-12 år	2144	2152	2 098	2 085	2 208	2 529
13-15 år	930	940	953	955	952	1 075
16-19 år	1420	1411	1 388	1 390	1 366	1 463
20-66 år	16938	16953	17 158	17 494	17 877	18 523
67-79 år	3414	3482	3 551	3 864	3 950	4 335
80-89 år	1174	1204	1 204	1 411	1 804	2 119
90 + år	289	279	278	283	314	554
Alle aldre	27 938	28 023	28 320	29 325	30 468	32 676
Indeks arbeidskraft	11,6	11,4	11,6	10,3	8,4	6,9
Indeks øk øk. bærekraft	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	1,3

Framskrevet folkemengde for utvalgte år til 2040, med utgangspunkt i folketallet per 1.1.2018. 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. Kilde: SSB (11668)

Indeks arbeidskraft er antall arbeidsføre (20-66 år) pr. antall eldre over 80 år.

Indeks økonomisk bærekraft er antall arbeidsføre (20-66 år) pr. alle andre.

3.3 Etnisitet

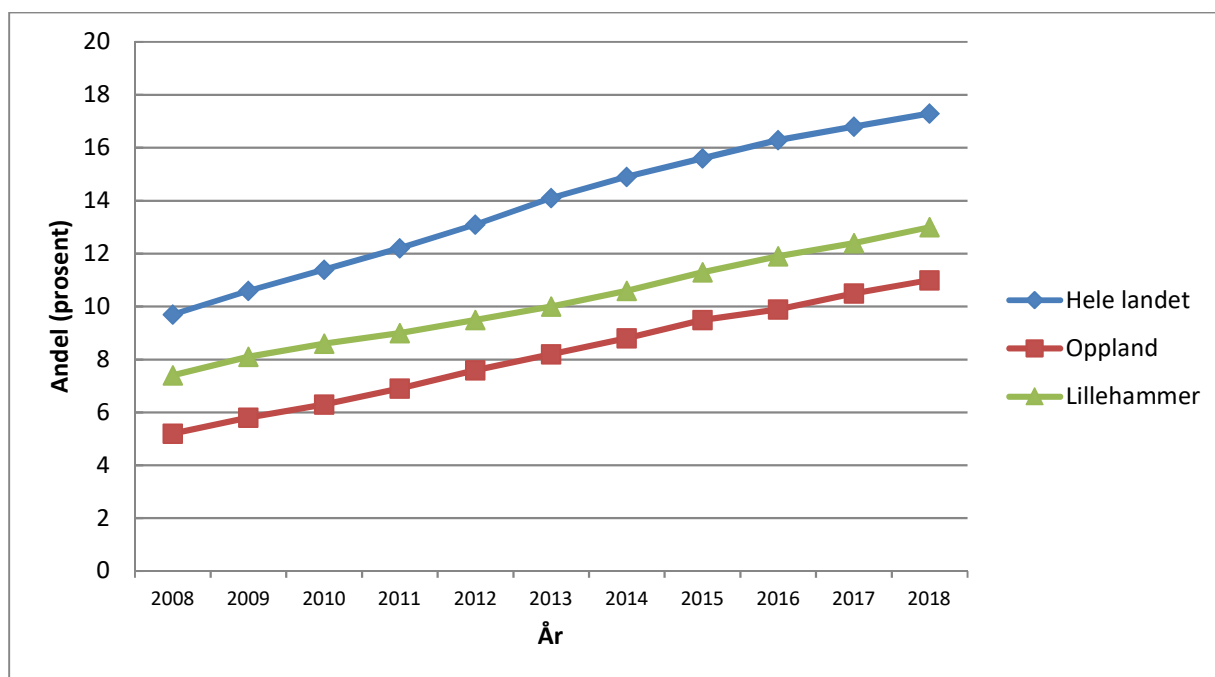
Vurdering fra kommunen:

Andelen av befolkningen som har innvandrerbakgrunn er lavere enn landsgjennomsnittet, men høyere enn i Oppland for øvrig. Andelen har nær doblet seg siden 2007, men ligger allikevel lavt i forhold til byer det er naturlig å sammenligne seg med. Det må vurderes å fordele bosetting av flyktninger i flere skolekretser enn i dag.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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

Diagram 3.3.1: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 2008-2018



Andel personer med to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte 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: KommuneHelsa

3.4 Personer som bor alene

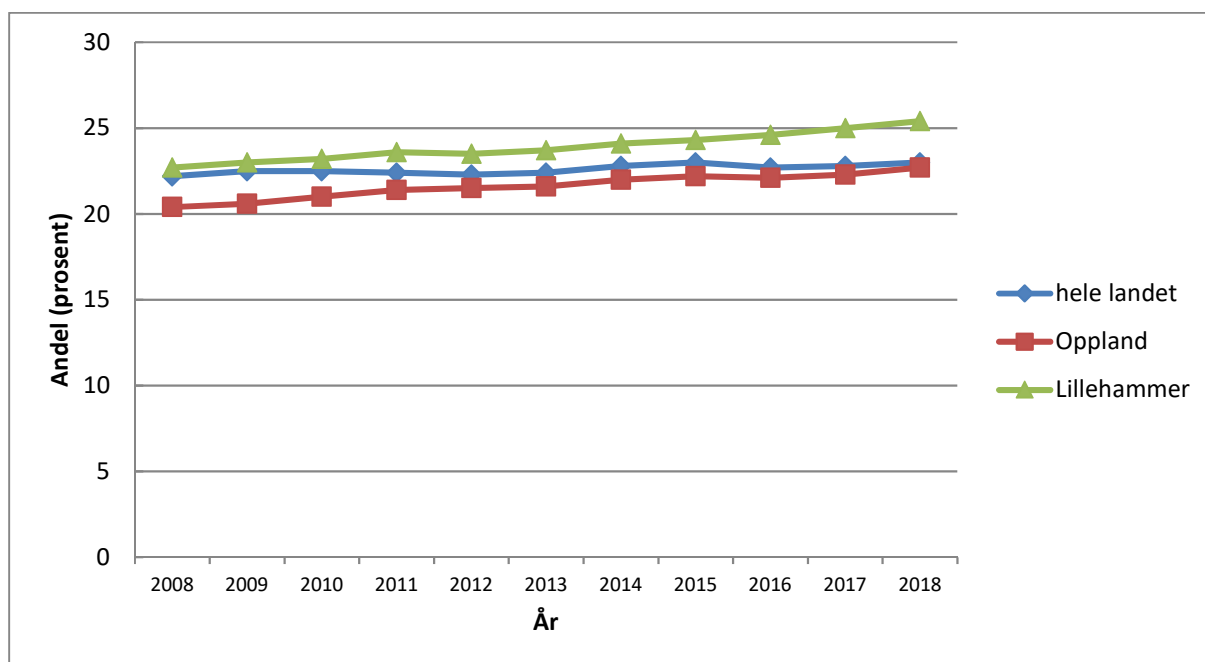
Vurdering fra kommunen:

Det er forholdsvis flere personer som bor alene i Lillehammer enn i Oppland og i landet sett under ett i aldersgruppen 16 - 29 år. I de andre aldersgruppene er forskjellene små.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

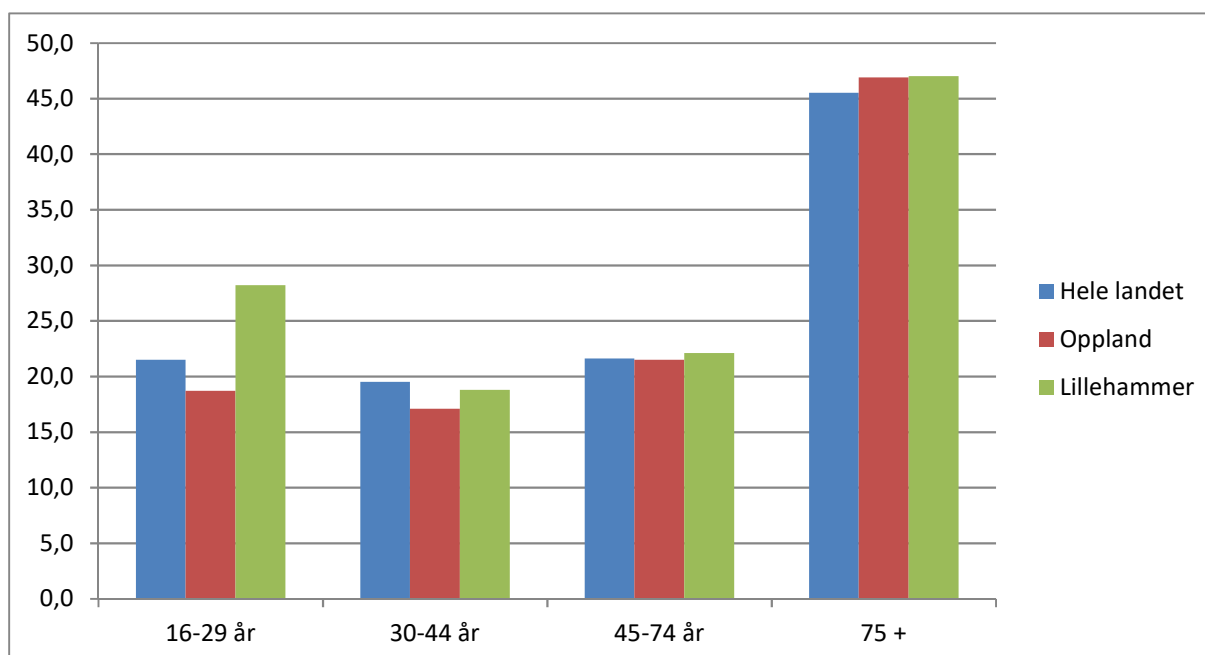
Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt.

Diagram 3.4.1: Personer som bor alene, 2008-2018, alle aldre (16 år +)



Andel personer som bor alene i prosent av befolkningen pr. 1. januar. Kilde: Kommunehehlsa

Diagram 3.4.2: Personer som bor alene fordelt på alder, 2018



Andel personer som bor alene i prosent av befolkningen pr. 1. januar. Kilde: Kommunehehlsa

4 Oppvekst- og levekårsforhold

4.1 Lavinntekt husholdninger

Vurdering fra kommunen:

Lillehammer har en mindre andel lavinntekt husholdninger enn landsgjennomsnittet og Oppland sett under ett. Det anvendes et relativt lavinntektsbegrep, se nærmere beskrivelse under figuren.

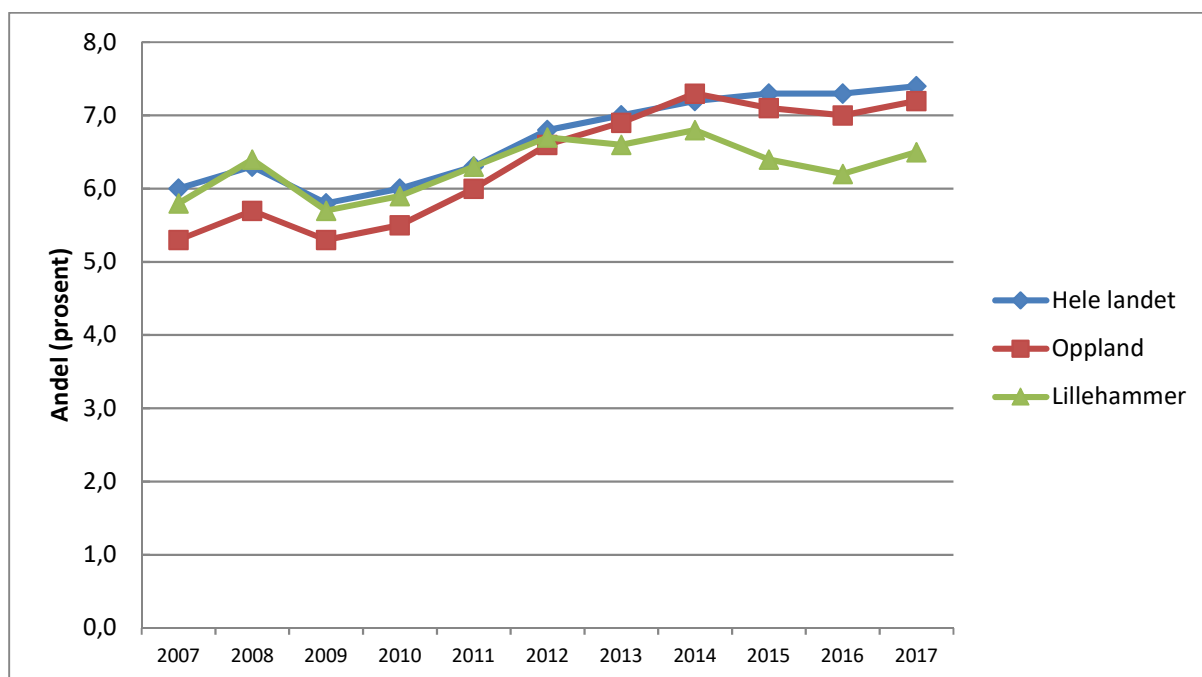
Diagram 4.1.2 viser andel 0-17 åringer som bor i lavinntekt husholdninger. Andelen 0-17 åringer som bor i slike husholdninger i Lillehammer har falt de siste årene, i motsetning til landsgjennomsnittet og Oppland.

Folkhelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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.

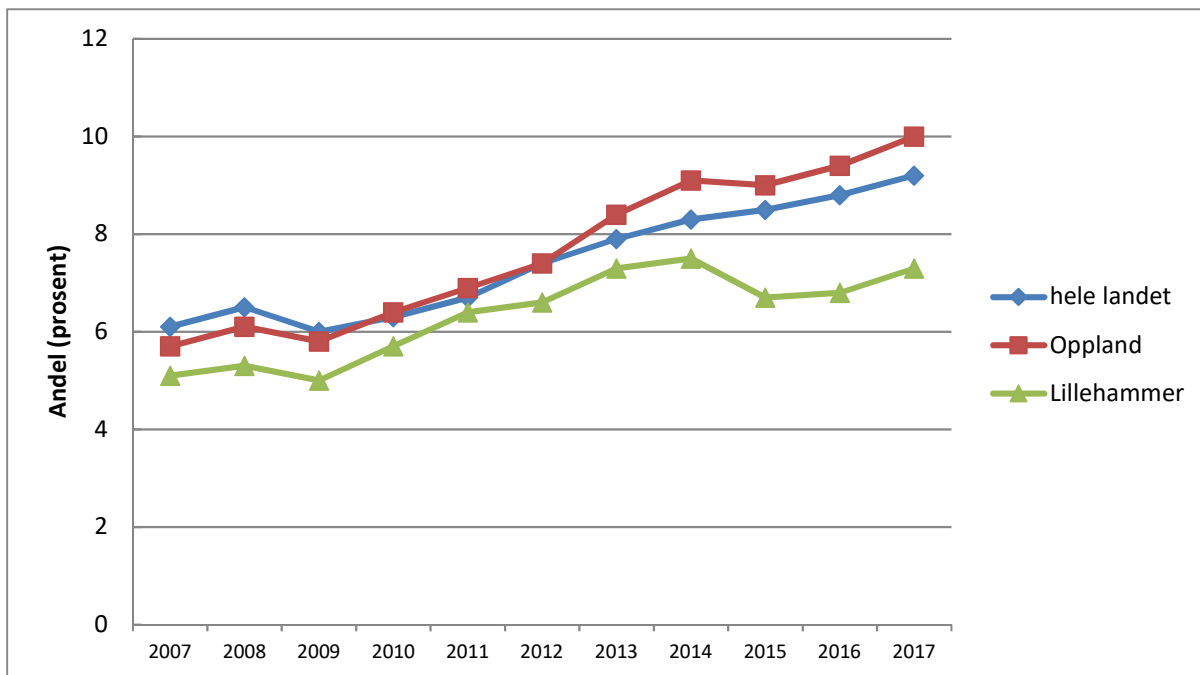
Indikatoren er endret i 2019 slik at husholdninger med brutto finansformue over 1 G ikke lenger er medregnet.

Diagram 4.1.1: Lavinntekt husholdninger, 2007-2017



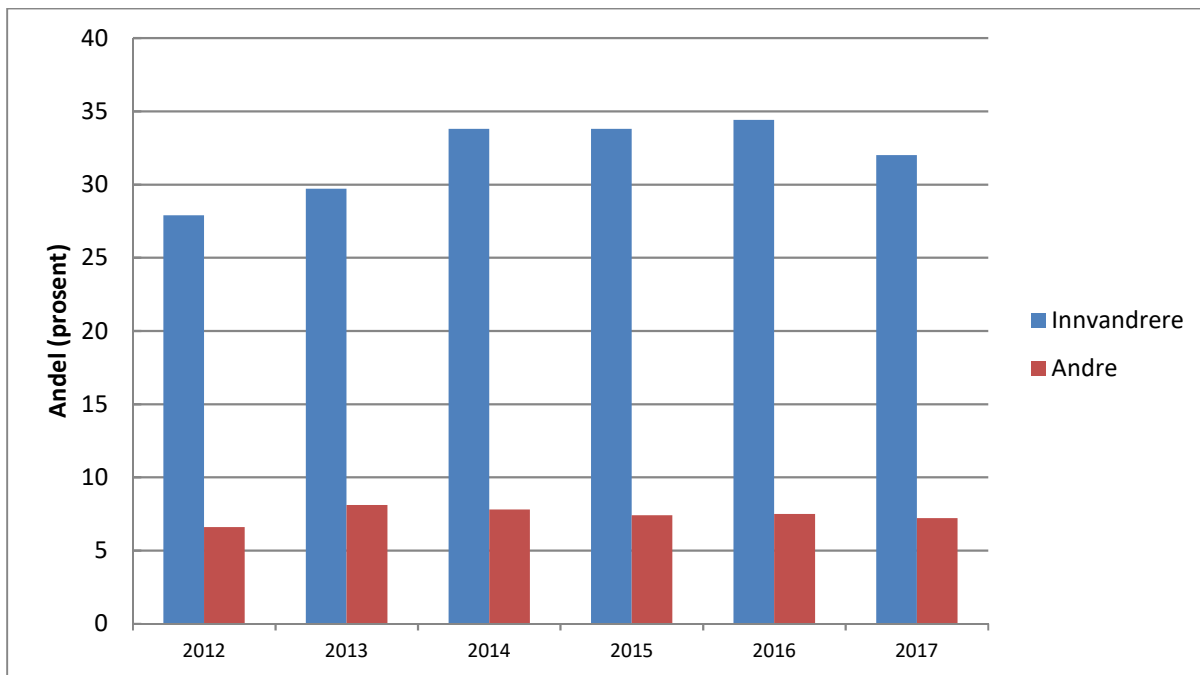
Personer i husholdninger med inntekt under 60 % av medianinntekt, beregnet etter EU-skala, og brutto finanskapital under 1 G. Årlige tall. EU-skala er en ekvivalensskala som benyttes for å kunne sammenligne husholdninger av forskjellig størrelse og sammensetning. Ulike ekvivalensskalaer vektlegger stordriftsfordeler ulikt. EU-skalaen er mye brukt, og ifølge den 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 2,1 (1 + 0,5 + 0,3 + 0,3) ganger så stor som en enslig for å ha det like bra økonomisk ifølge EU-skalaen. Kilde: Kommunehelse

Diagram 4.1.2: Lavinntekt husholdninger, 2005-2016, 0-17 år



Tilsvarende som 4.1.1, men 0-17 åringer i lavinntekt husholdninger som andel av alle 0-17 åringer. Kilde: Kommunehelset.

Diagram 4.1.3: Lavinntekt husholdninger, 2012-2017, Innvandrere og andre, Lillehammer



Tilsvarende som 4.1.1, men Lillehammers tall fordelt på om husholdningen er innvandrere eller ikke. Kilde: IMDI.

4.2 Inntektsulikhet

Vurdering fra kommunen:

Det er noe høyere inntektsulikhet i Lillehammer enn i resten av Oppland fylke, men mindre enn i landet sett under ett. Norge et av landene i verden med lavest inntektsulikhet, men den har økt noe de siste årene.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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

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

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

Diagram 4.2.1: Inntektsulikhet, 2009-2017



Inntektsulikhet beskrevet med Gini-koeffisienten. Gini-koeffisienten beskriver inntektsulikhet og varierer fra 0 til 1. Jo større koeffisienten er, desto større er inntektsulikheten. Denne tar utgangspunkt i forholdet mellom de kumulative andelene av befolkningen rangert etter stigende inntekt, og den kumulative andelen av inntekten som de mottar. Kilde: KommuneHelse.

Gini-koeffisienten blir påvirket av ekstremverdier, for eksempel noen få personer med svært høy inntekt.

4.3 Dødelighet

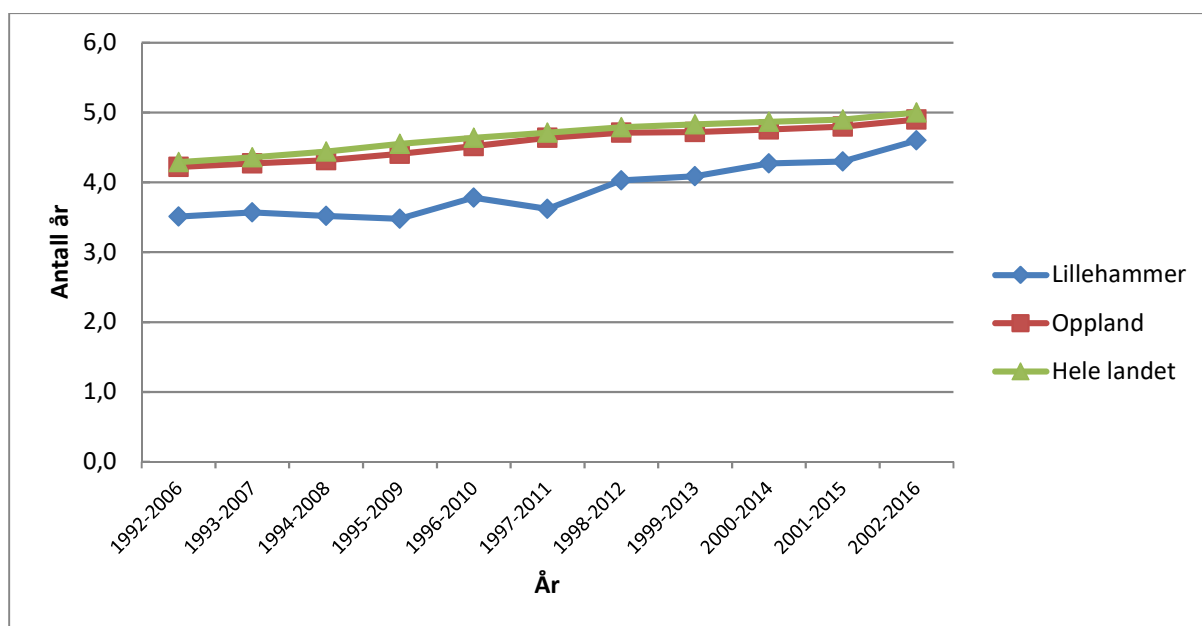
Vurdering fra kommunen:

Forskjellen i forventet levealder som følge av utdanningsnivå er betydelig mindre enn landsgjennomsnittet, men vokser raskere. Veksten er høyere for kvinner enn menn.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

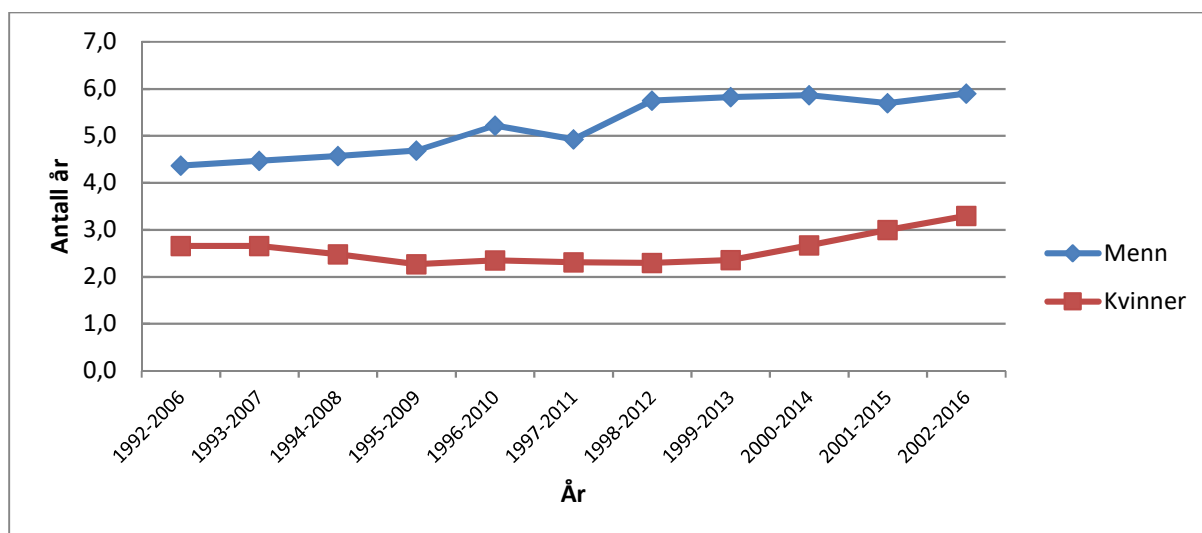
De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for gruppen med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn gruppen med kortere utdanning og lavere inntekt. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

Diagram 4.3.1: Forskjell i forventet levealder, 2005 - 2016



Forskjell i forventet levealder mellom utdanningsgrupper. Indikatoren viser antall år forskjell i forventet levealder mellom den delen av befolkningen som har videregående eller høyere utdanning og den delen av befolkningen som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: Kommunehelsa.

Diagram 4.3.2: Forskjell i forventet levealder etter kjønn, 2005 – 2016, Lillehammer



Tilsvarende 4.3.1 for kvinner og menn i Lillehammer. Kilde: Kommunehelsa.

4.4 Arbeidsledighet

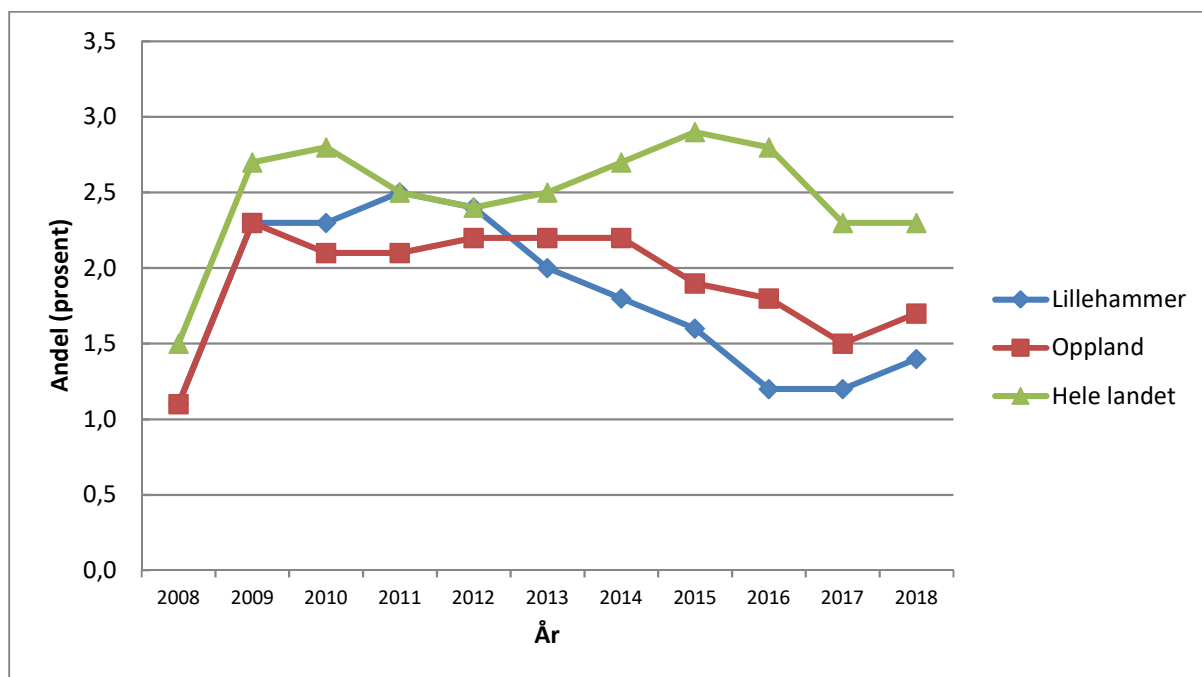
Vurdering fra kommunen:

Arbeidsledigheten i Lillehammer er lavere enn i landet sett under ett og Oppland fylke. Ledigheten er økende i Lillehammer og i Oppland fylke, mens den faller i landet sett under ett.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både psykisk og materielt, og arbeidsledighet antas å kunne virke negativt inn på helsetilstanden.

Diagram 4.4.1: Arbeidsledighet, 2008 - 2018



Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister helt arbeidsledig. Registrerte arbeidsledige omfatter i utgangspunktet alle aldre, men det er svært få under 16 år eller over 66 år.

Arbeidsstyrken inkluderer personer i alderen 15-74 år. Kilde: SSB (10540)

4.5 Nedsatt arbeidsevne

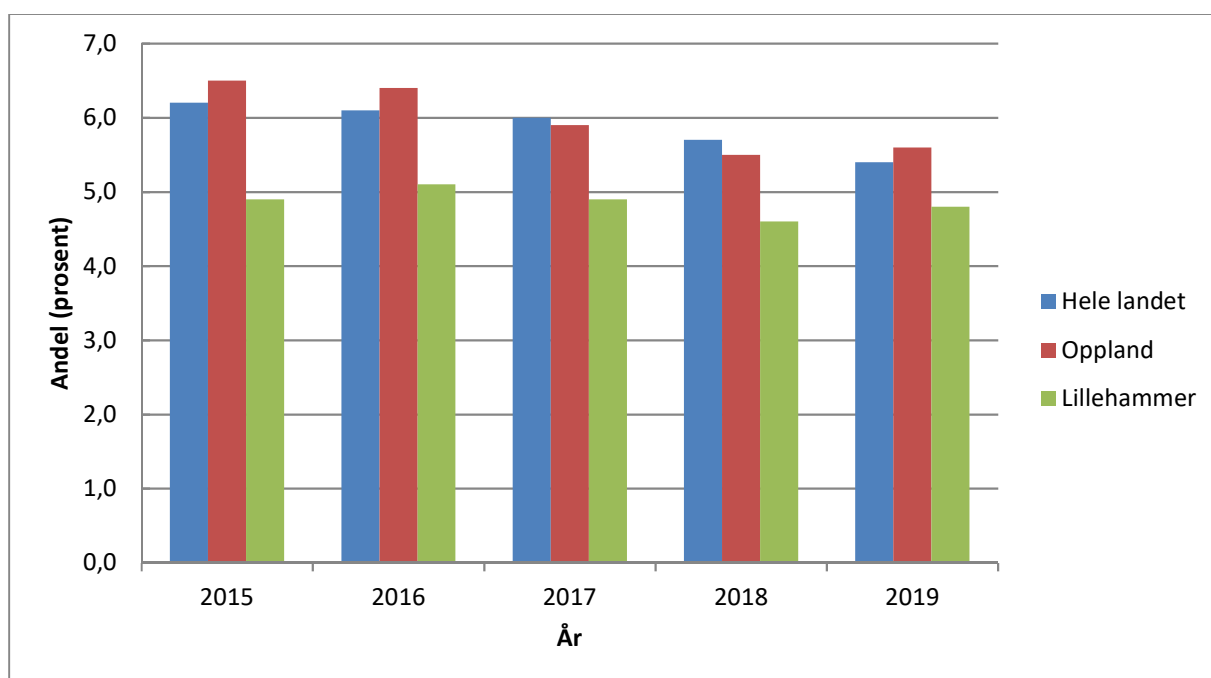
Vurdering fra kommunen:

Andelen med nedsatt arbeidsevne i forhold til arbeidsfør befolkning har økt noe det siste året, men er fortsatt betydelig lavere enn både i Oppland og i hele landet. Noe av forklaringen ligger trolig i at Lillehammers befolkning har en større andel med høy utdanning og arbeidsplasser der fysisk slitasje er et mindre problem og en mindre hindring for fortsatt deltakelse i arbeidslivet.

Har man først nedsatt arbeidsevne, øker risikoen for langvarig sykefravær og tidlig tilbaketrekking fra arbeidslivet.

Kilde: Statens Arbeidsmiljøinstitutt, 2011

Diagram 4.5.1: Andel med nedsatt arbeidsevne pr 1.1 2015-2019



Forklaring til diagram 4.4.1: Antall personer med nedsatt arbeidsevne, begge kjønn, pr. 1.1. Nedsatt arbeidsevne gjelder personer som på grunn av fysisk, psykisk eller sosial funksjonshemming har vansker med å få arbeid. Kilde: NAV

4.6 Sykefravær

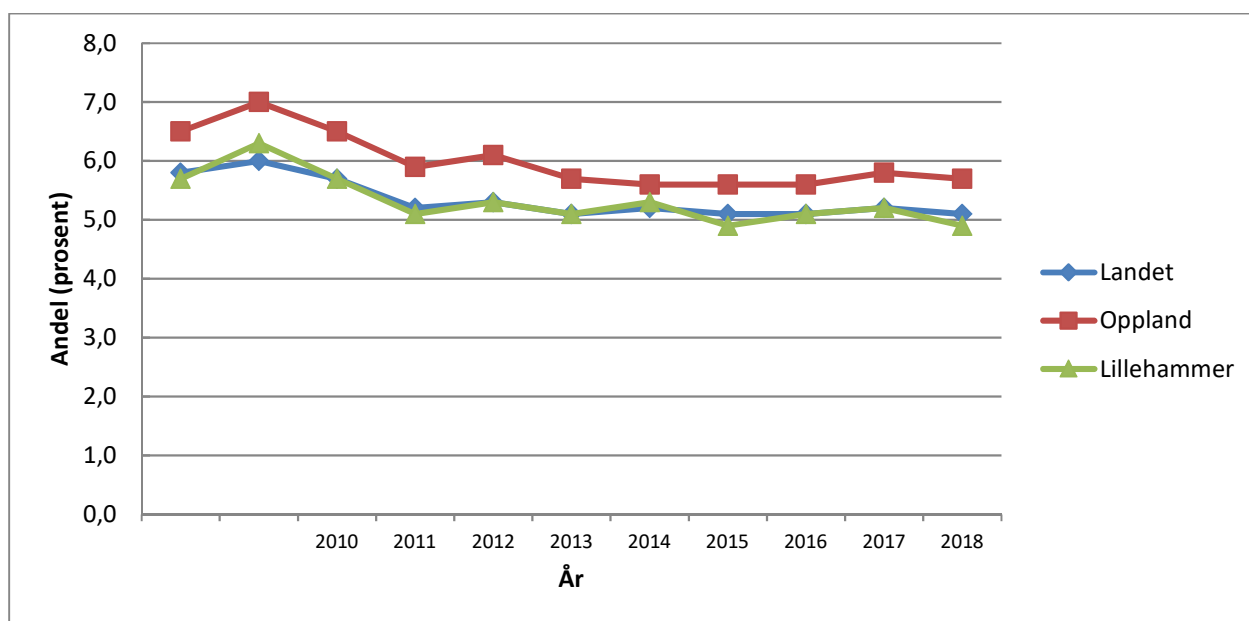
Vurdering fra kommunen:

Legemeldt sykefravær gikk ned i 2018, og ligger litt under landsgjennomsnittet. Det er noe høyere bruk av gradert sykemelding i Lillehammer enn landet sett under ett.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

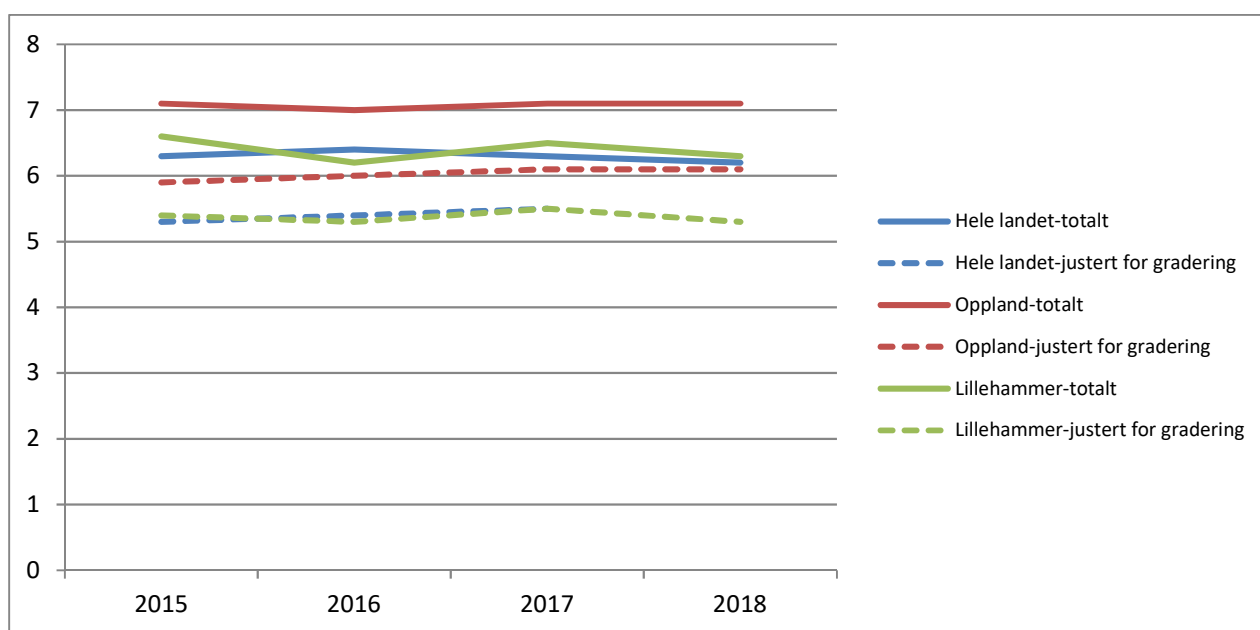
Statistikken omfatter også gradert fravær. Gradering av sykemeldinger anses som hensiktsmessig for å opprettholde kontakten med arbeidsplassen for igjen å hindre at man faller utenfor arbeidslivet. For den enkeltes helse antas det å være ugunstig med langvarige passive trygdeytelser.

Diagram 4.6.1: Legemeldt sykefravær i prosent, 2010-2018



Legemeldt sykefravær, tall pr 4. kvartal. Kilde: SSB (12446/12451)

Diagram 4.6.2: Arbeidstakere med legemeldt sykefravær i prosent, total og justert for gradering



Legemeldt sykefravær, totalt og justert for gradering pr. kvartal. Kilde: SSB (11122)

4.7 Uføretrygd

Vurdering fra kommunen:

Lillehammer kommune har færre uføretrygdde enn i Oppland og hele landet sett under ett, men den er stigende. Årsaken til stigningen kan være knyttet til økende gjennomsnittsalder i befolkningen, mens det lave nivået trolig må ses i sammenheng med høyt utdanningsnivå og mindre utsatthet i arbeidsmarkedet.

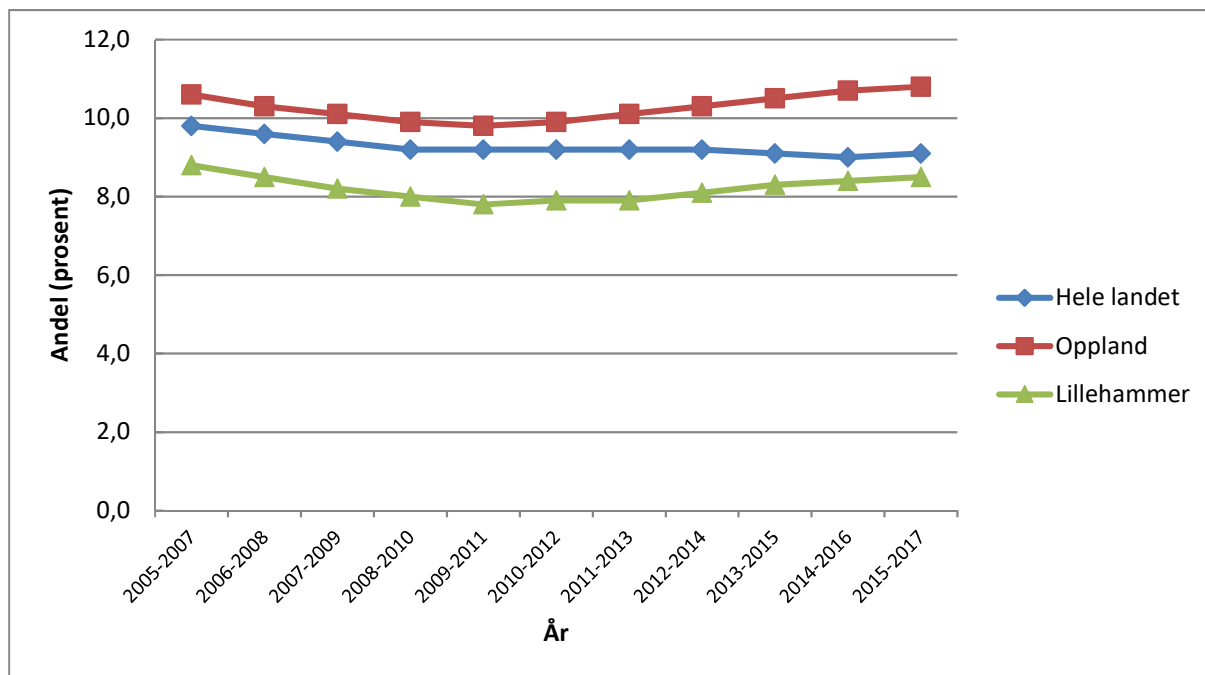
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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.

Kilde: NAV, Oppland

Diagram 4.7.1: Uføretrygdde, 2003-2017



Antall uføretrygdde og andel uføretrygdde i prosent av befolkningen i alderen 18 - 66 år. Statistikken viser tre års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Kommunehelse

4.8 Utdanningsnivå

Vurdering fra kommunen:

Lillehammer kommune er en av de kommunene i landet som har flest innbyggere med høyere utdanning (høgskole eller universitet).

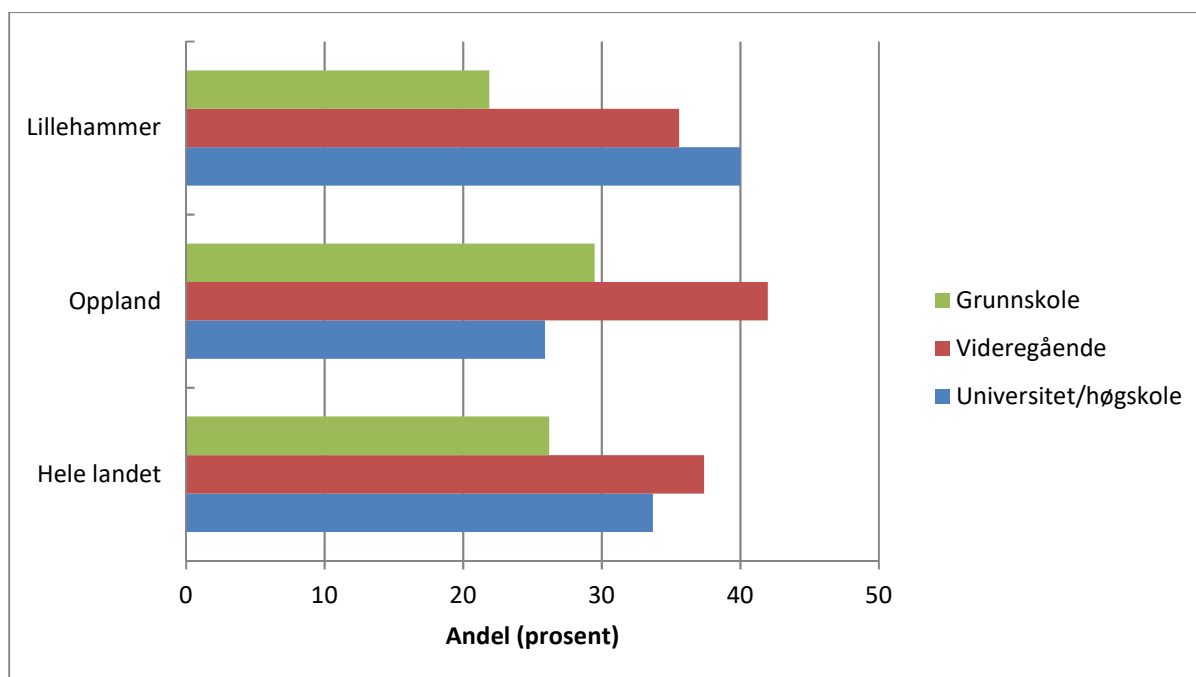
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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

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

Kilde: Helsedirektoratet, 2012

Diagram 4.8.1: Utdanningsnivå 2017



Andelen personer 16 år og over, etter utdanningsnivå. Kilde: SSB (09429)

4.9 Frafall videregående skole

Vurdering fra kommunen:

Det er noe mindre frafall fra videregående skole i Lillehammer enn i Oppland og i hele landet sett under ett. Trenden har vært nedadgående de siste årene, sannsynligvis fordi det har vært mye fokus på de problemer frafall skaper. At Lillehammer ligger godt an på statistikken skyldes i all hovedsak utdanningsnivået i befolkningen, det er en tydelig sammenheng mellom frafall og foreldrenes utdanning (se figur på neste side).

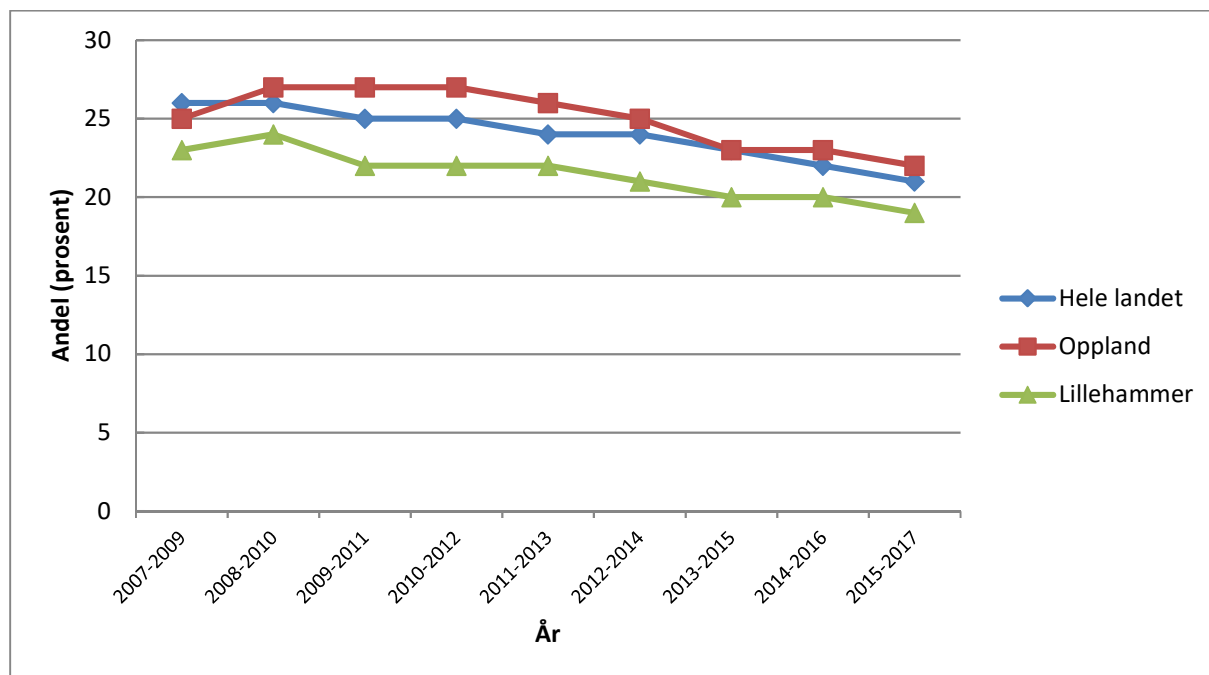
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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

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

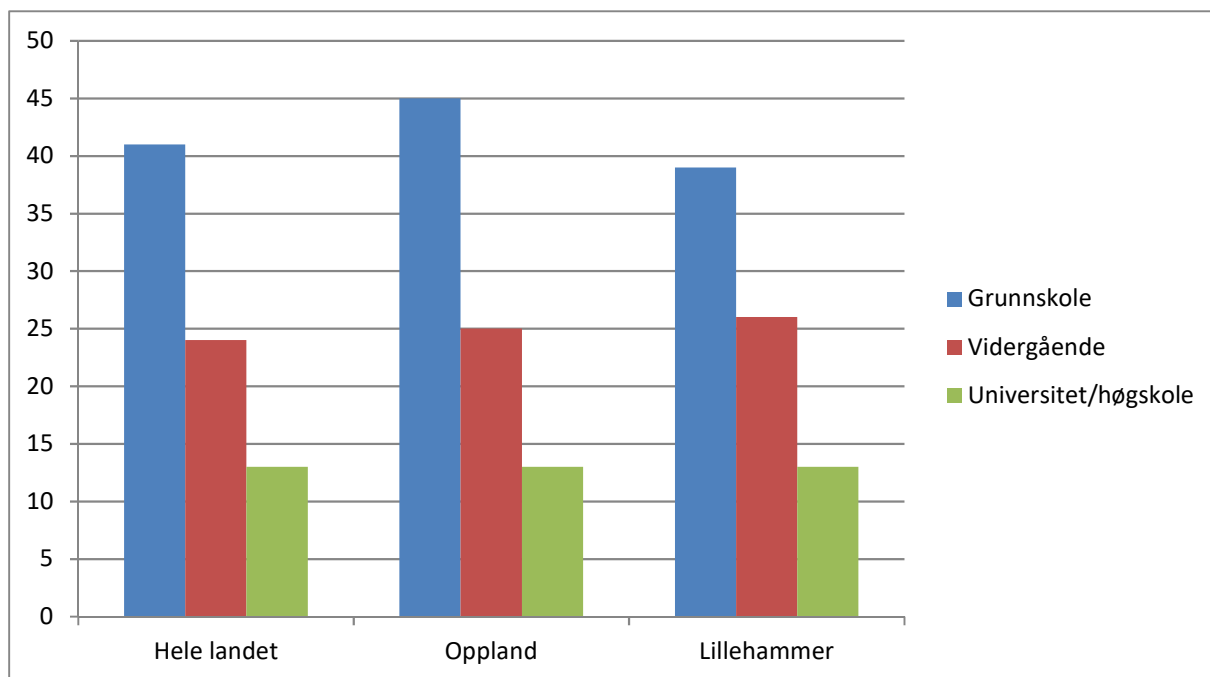
Kilde: Helsedirektoratet

Diagram 4.9.1: Frafall i videregående skole, 2007-2017



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 i 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 er i prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Statistikken viser 2 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 2-årsperioder). Kilde: Kommunehelse

Diagram 4.9.2: Frafall i videregående skole etter foreldrenes utdanningsnivå, 2017



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 i 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 er i prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Statistikken viser 2 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 2-årsperioder). Kilde: KommuneHelsa

4.10 Barnevern

Forslag til vurdering fra kommunen:

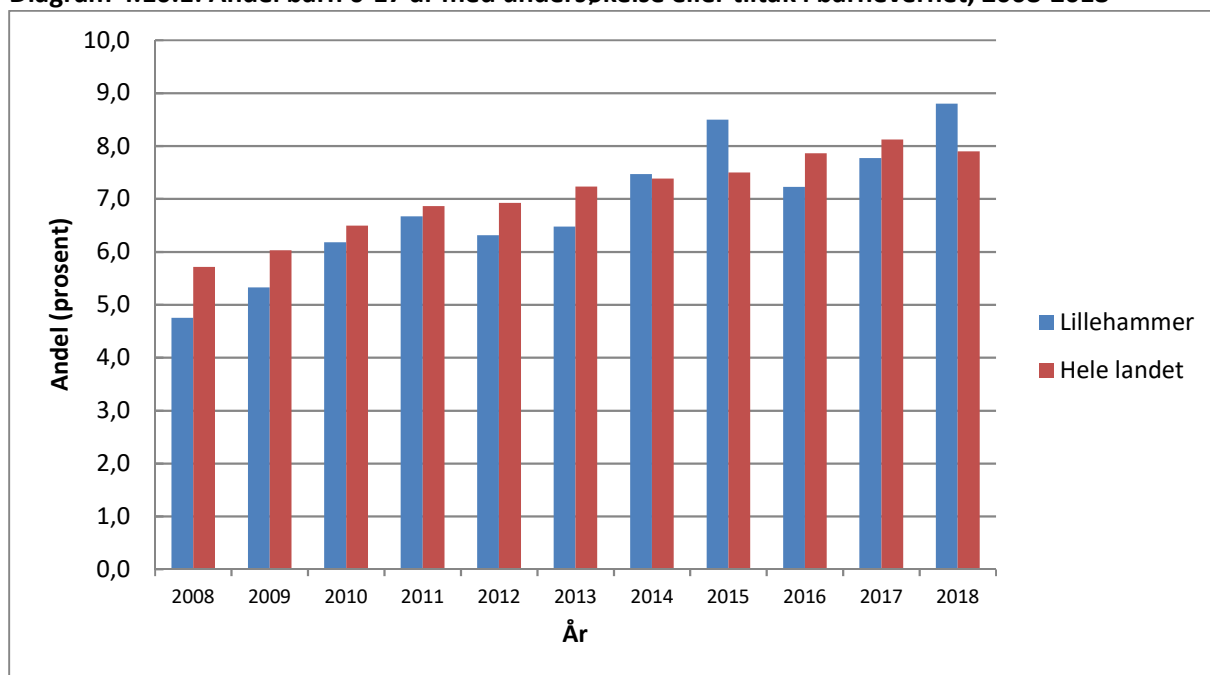
Andelen barn med undersøkelse eller tiltak i barnevernet har økt jevnt i hele perioden, både i Lillehammer og i landet sett under ett. Lillehammer opplevet en kraftig nedgang fra 2015 til 2016, men andelen økte igjen i 2017 og 2018. Det er i hovedsak andel barn med tiltak som endret, antall undersøkelser er forholdsvis stabilt.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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

Kilde: Folkehelsepolitisk rapport 2011, Helsedirektoratet

Diagram 4.10.1: Andel barn 0-17 år med undersøkelse eller tiltak i barnevernet, 2008-2018



Andel barn 0-17 år av barn 0-17 år med undersøkelse eller tiltak i barnevernet. Kilde: SSB/Kostrå (12275/12286)

5 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

5.1 Drikkevannskvalitet

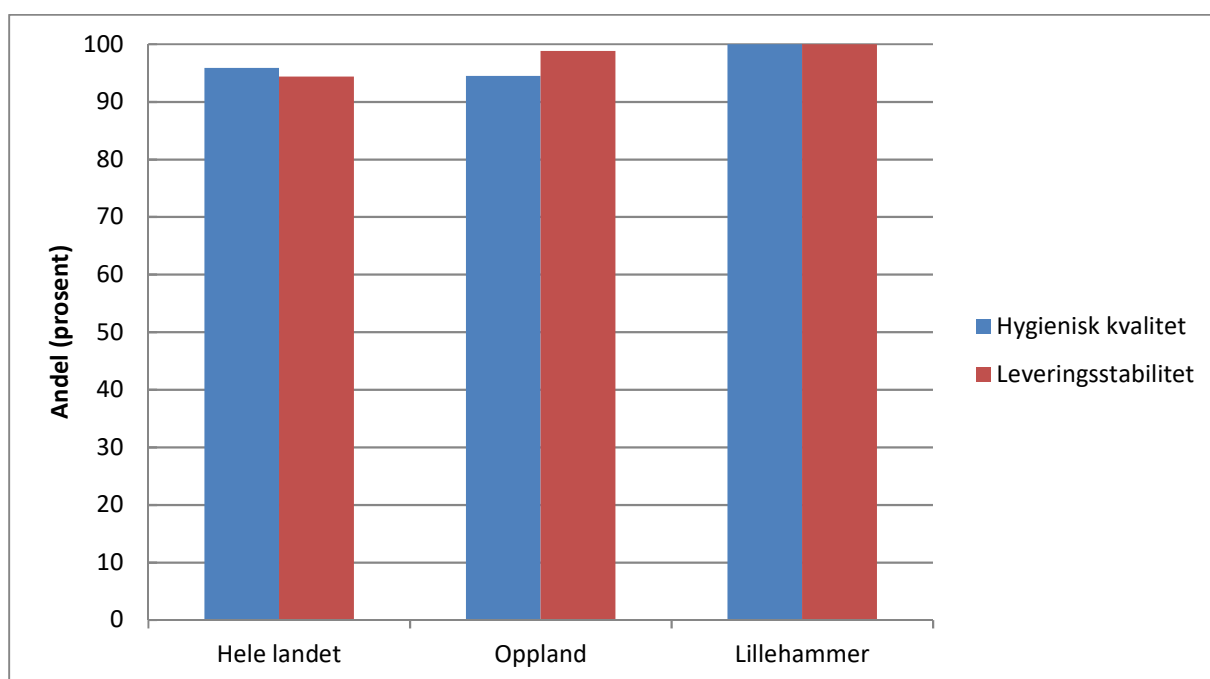
Vurdering fra kommunen:

Lillehammers befolkning har god tilgang til vann av meget høy kvalitet.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen.

Diagram 5.1.1: Drikkevannskvalitet – tilfredsstillende resultater, hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet, 2017



Andelen personer (prosent) tilknyttet vannverk med tilfredsstillende analyseresultater mht. E.coli/ koliforme bakterier og leveringsstabilitet. Analyseresultatene er basert på analyser av drikkevann mht. E. coli/koliforme bakterier ved vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer og/eller 20 husstander (etter Drikkevannforskriften). Årlige tall. Kilde: Kommunehelsa

5.2 Valgdeltakelse kommune- og fylkestingsvalg

Vurdering fra kommunen:

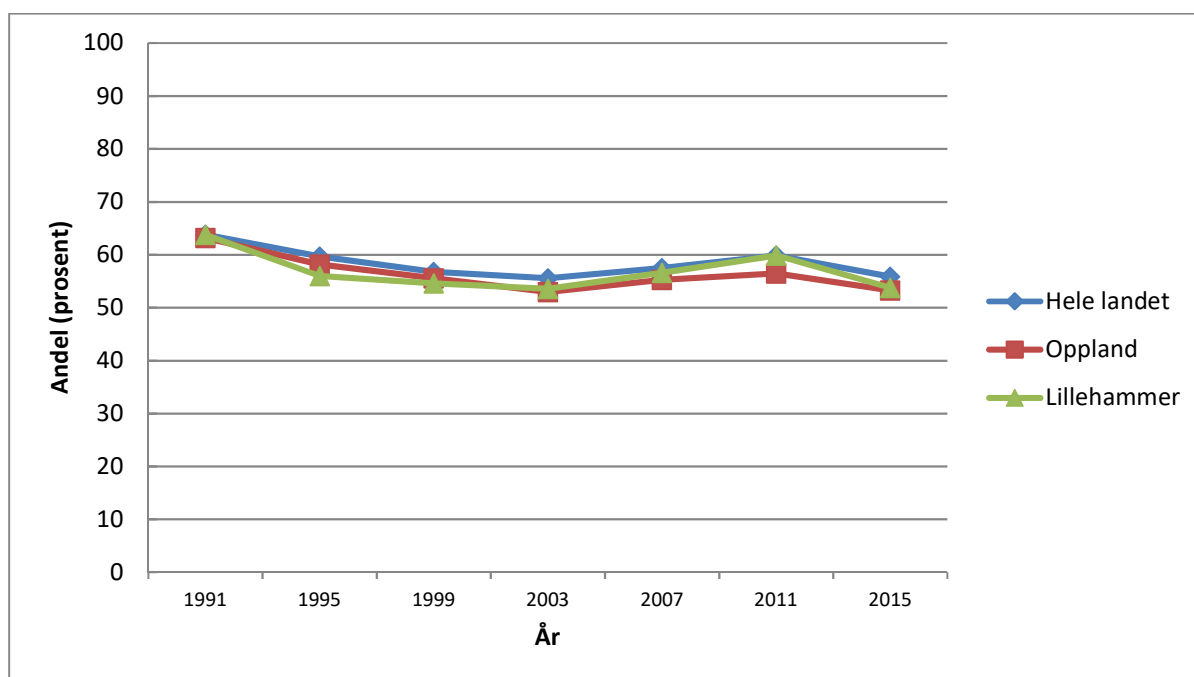
Valgdeltakelsen i Lillehammer ved kommune- og fylkestingsvalgene er omtrent som landet for øvrig.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

En undersøkelse fra 2008 viste at valgdeltakelse hadde en sterk positiv assosiasjon med egenvurdert helse: jo høyere valgdeltakelse, jo bedre egenvurdert helse.

Kilde: Iversen, 2008

Tabell 5.2.1: Valgdeltakelse kommune- og fylkestingsvalg, 1991-2015



Andel valgdeltakelse i prosent av stemmeberettigete ved kommunestyre- og fylkestingsvalg. Andelen omfatter de som har deltatt ved fylkestingsvalg. Kilde: SSB (09476)

5.3 Trivsel, mestring og mobbing barn og unge

Vurdering fra kommunen:

Elevundersøkelsen, som gjennomføres av Utdanningsdirektoratet, viser at det er noe bedre trivsel og noe mindre mobbing i skolene i Lillehammer enn landsgjennomsnittet og gjennomsnittet for Oppland fylke.

Grunnskolepoengene, som beregnes på grunnlag av karakterene ut av ungdomsskolen, er høye og godt over landsgjennomsnittet i de år hvor sammenligning er mulig. Lillehammer kommune skal imidlertid score høyt på denne indeksen, siden det er en påvist sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og barnas skoleresultat. Det er derfor ikke gitt at de gode resultatene bare skyldes god skole.

Den nasjonale spørreundersøkelsen blant ungdomsskoleelever (Ungdata) viser at større tilfredshet med lokalmiljøet, flere med medlemskap i lag og foreninger og mindre ensomhet i Lillehammer enn i Oppland og landet sett under ett.

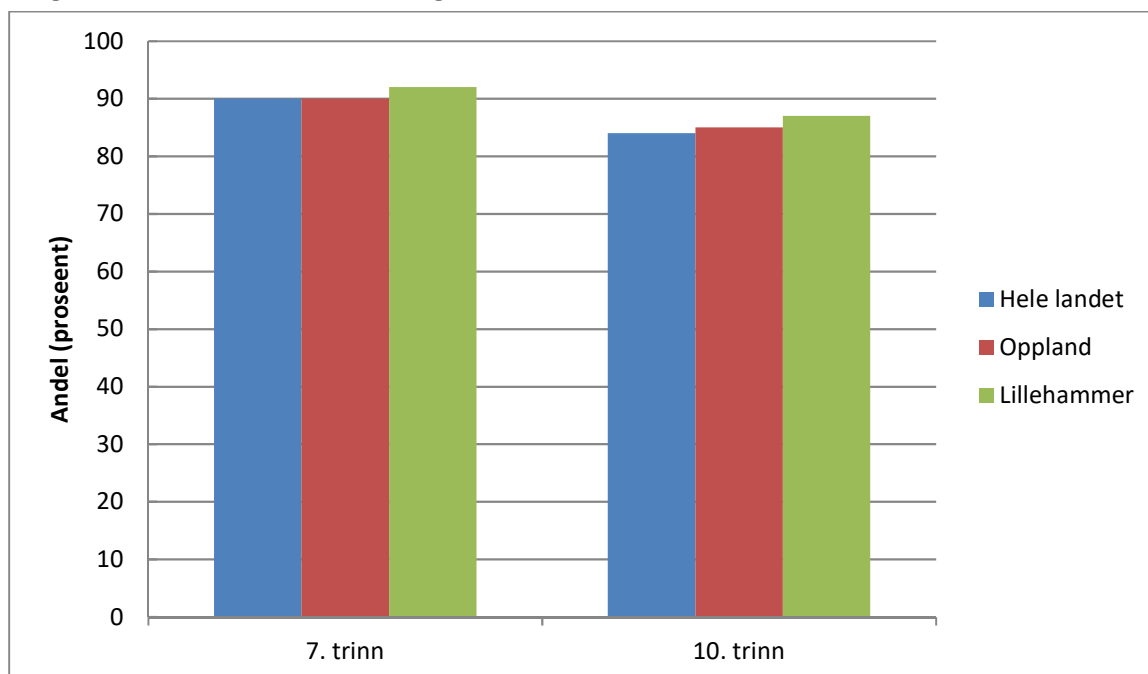
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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

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).

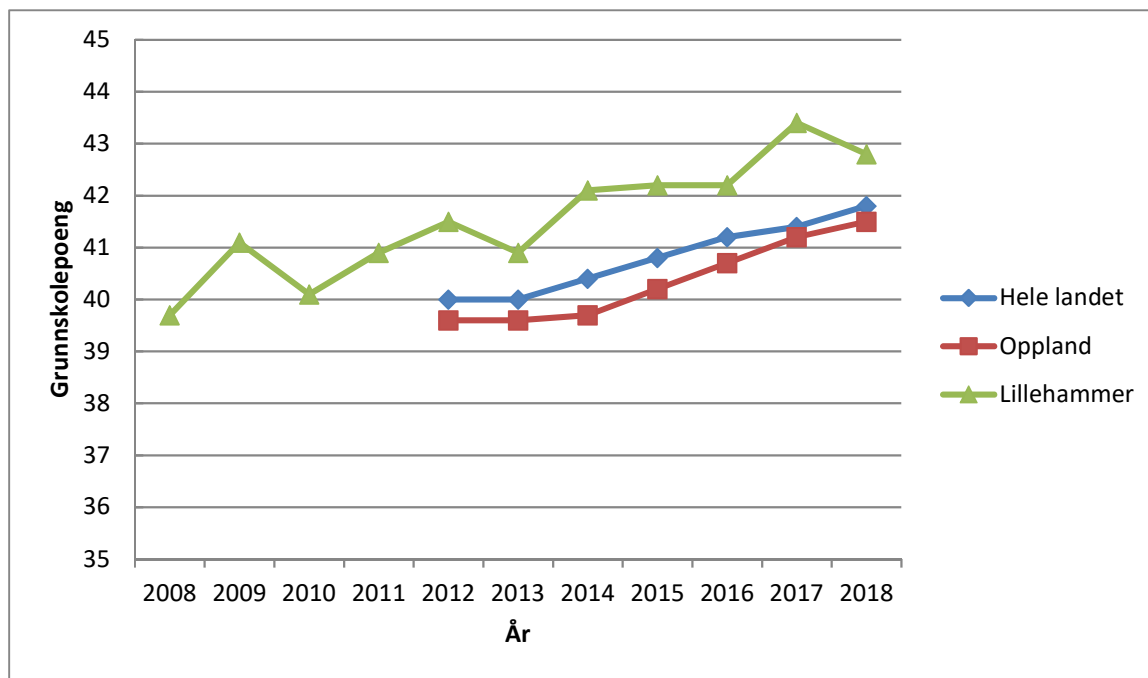
Kilde: Folkehelseinstituttet

Diagram 5.3.1: Trivsel i skolen, 7. og 10. trinn, skoleåret 2017/2018



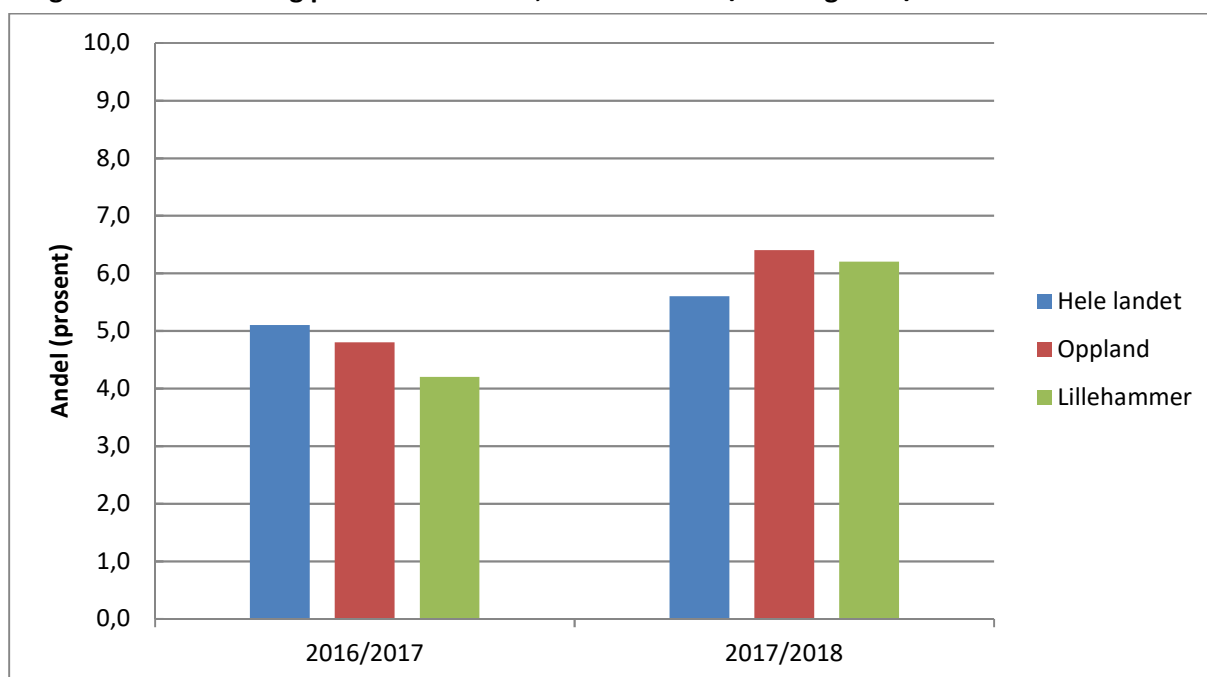
Andel elever i 7. og 10. trinn i grunnskolen som har svart at de trives godt eller svært godt på spørsmålet «Trives du på skolen?». Kilde: Skoleporten/Kommunehelsen.

Diagram 5.3.2: Gjennomsnittlige grunnskolepoeng 2008-2018



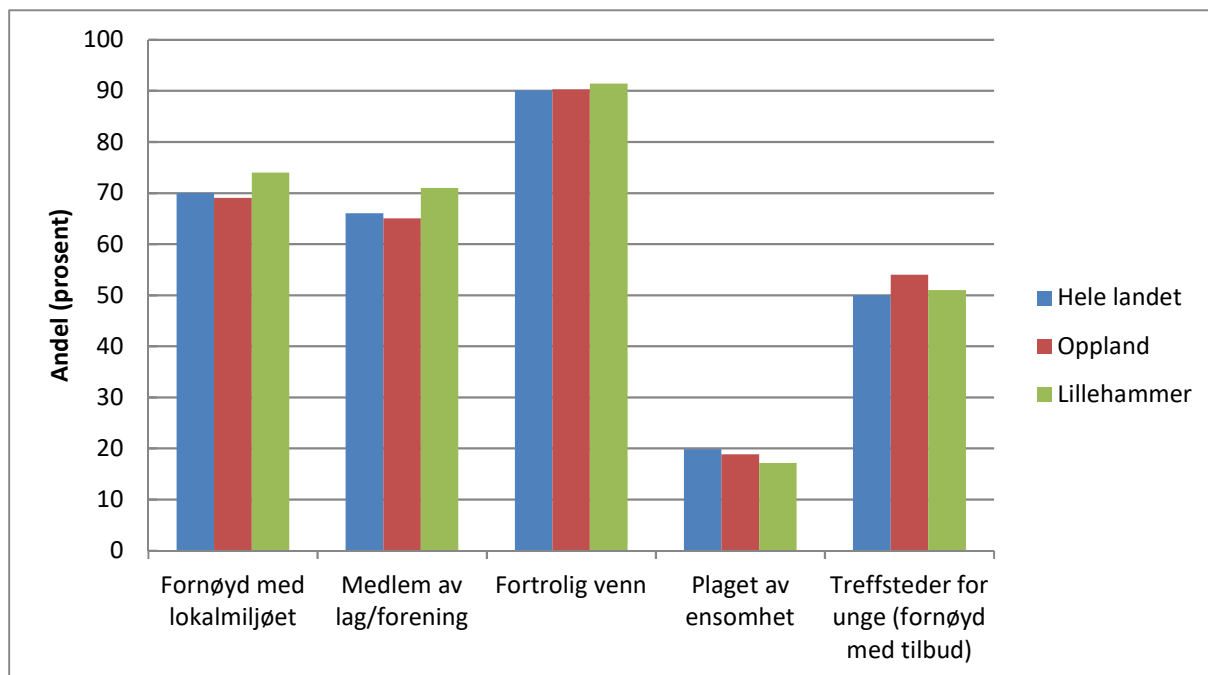
Grunnskolepoeng beregnes på grunnlag av elevenes karakterer ut av ungdomsskolen. Kilde: SSB (12255)

Diagram 5.3.3: Mobbing på skolen 10. trinn, skoleåret 2016/2017 og 2017/2018



Andel elever i 7. og 10. trinn i grunnskolen som har svart "2 eller 3 ganger i måneden", "omtrent 1 gang i uken" eller "flere ganger i uken" på spørsmålet "Er du blitt mobbet på skolen de siste månedene?". Kilde: Skoleporten/Kommunehelsa.

Diagram 5.3.4: Psykososialt miljø, gjennomsnitt 2018



Ungdomsskoleelever som har svart på spørsmål i Ungdata-undersøkelsen i 2018. Kilde: Ungdata/KommuneHelse.

6 Skader og ulykker

6.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker

Vurdering fra kommunen:

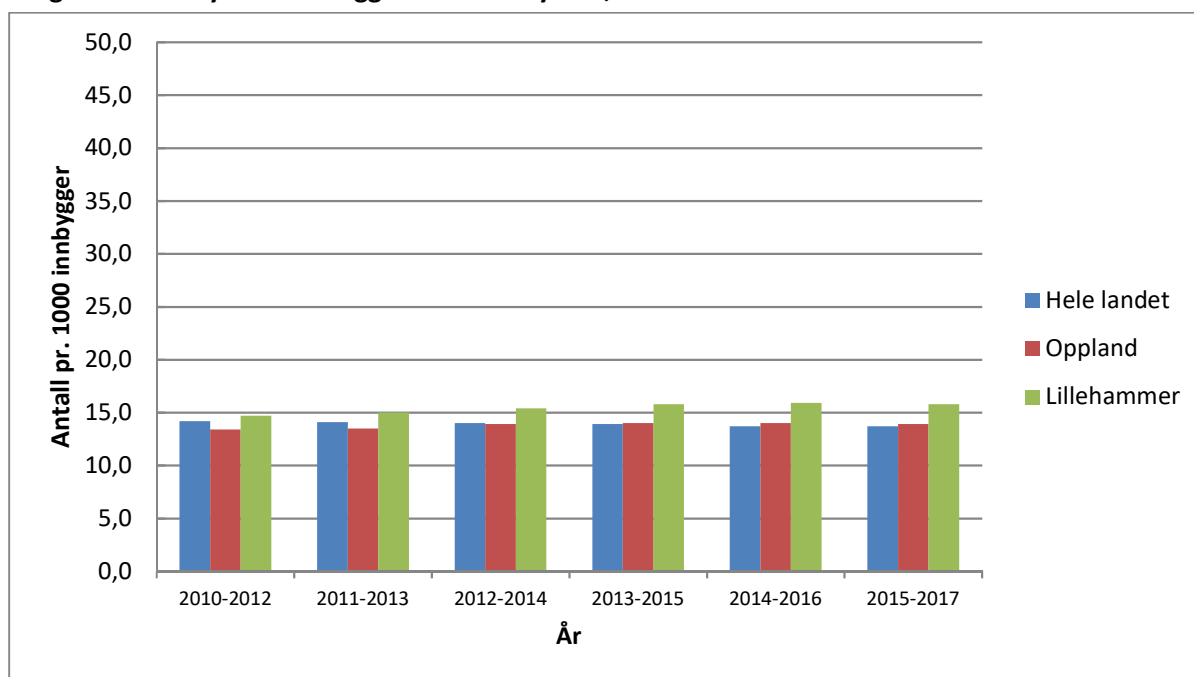
Lillehammer har generelt sett flere sykehusinnleggelser pr. 1.000 innbygger enn Oppland og landet under ett, ikke bare når det gjelder skader. Mulige grunner til dette er omtalt under punkt 8.1.

Det er grunn til å tro at den økte andelen innleggelser knyttet til skader er en del av den generelle problematikken, snarere enn en indikasjon på høyere skadefrekvens eller alvorlighetsgrad.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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

Diagram 6.1.1: Sykehusinnleggelser etter ulykker, 2008-2017



Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med skader per 1000 innbyggere per år. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelsa

7 Helsereelatert atferd

7.1 Røyking og bruk av snus

Vurdering fra kommunen:

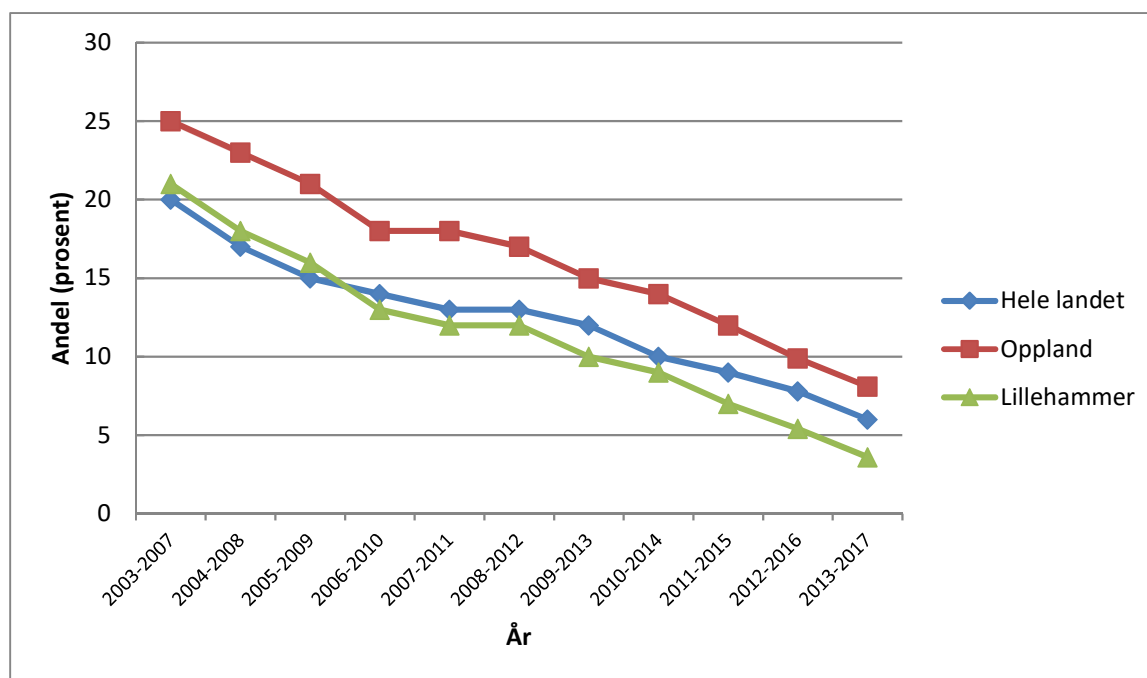
Røyking blant gravide kvinner er et større problem i Oppland fylke enn i landet sett under ett. Siden 2005/2006 har andelen gravide som røyker vært lavere i Lillehammer enn i resten av landet. Det har også vært en markant og vedvarende nedgang i andelen som røyker.

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.

En rekke kvinner slutter å røyke når de blir gravide. Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler bl.a. arbeid med familien som en enhet, fordi det ser ut til at farens røykemønster påvirker morens, og at de kvinnene som får støtte av barnefaren til å redusere forbruket, klarer det bedre.

Diagram 7.1.1: Røyking, gravide kvinner, 2003–2017



Andel fødende som oppga at de røykte ved svangerskapets begynnelse i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt Kilde: Kommunehelsa

7.2 Fedme og overvekt

Vurdering fra kommunen:

Sesjonsdataene viser at andelen menn med overvekt eller fedme er betydelig mindre i Lillehammer enn i Oppland og landet sett under ett. Det samme gjelder andelen kvinner med fedme eller overvekt, men forskjellene her er mindre enn for menn.

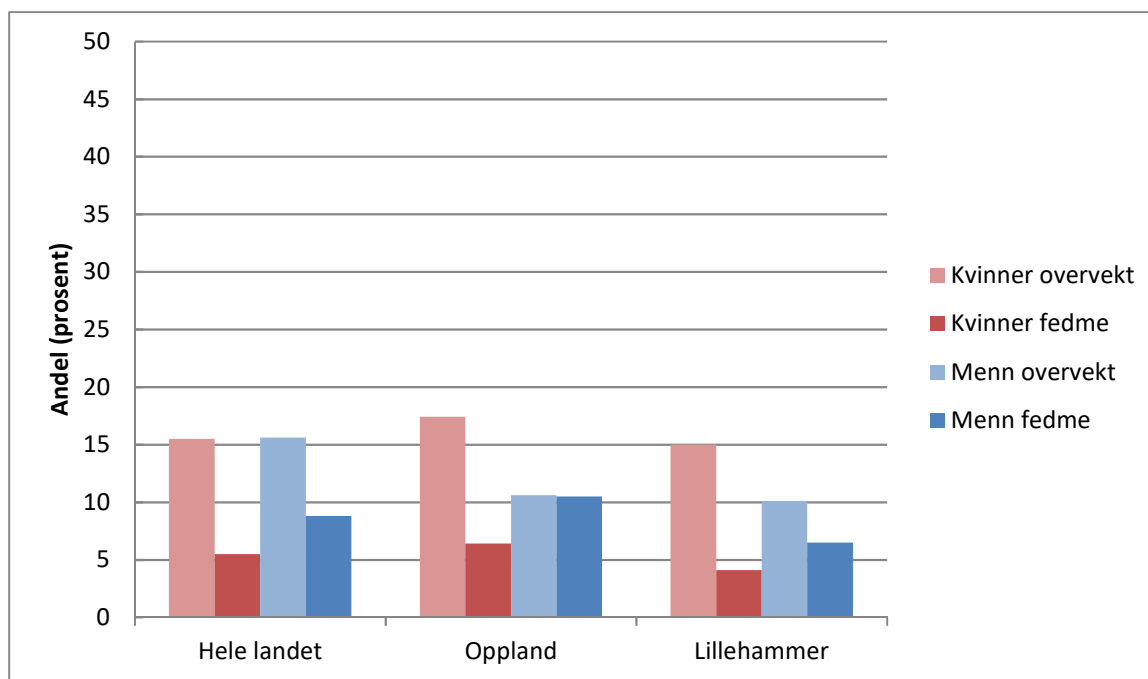
Tilsvarende statistikk innhentet fra svangerskapskontroll er i samsvar med dette.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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

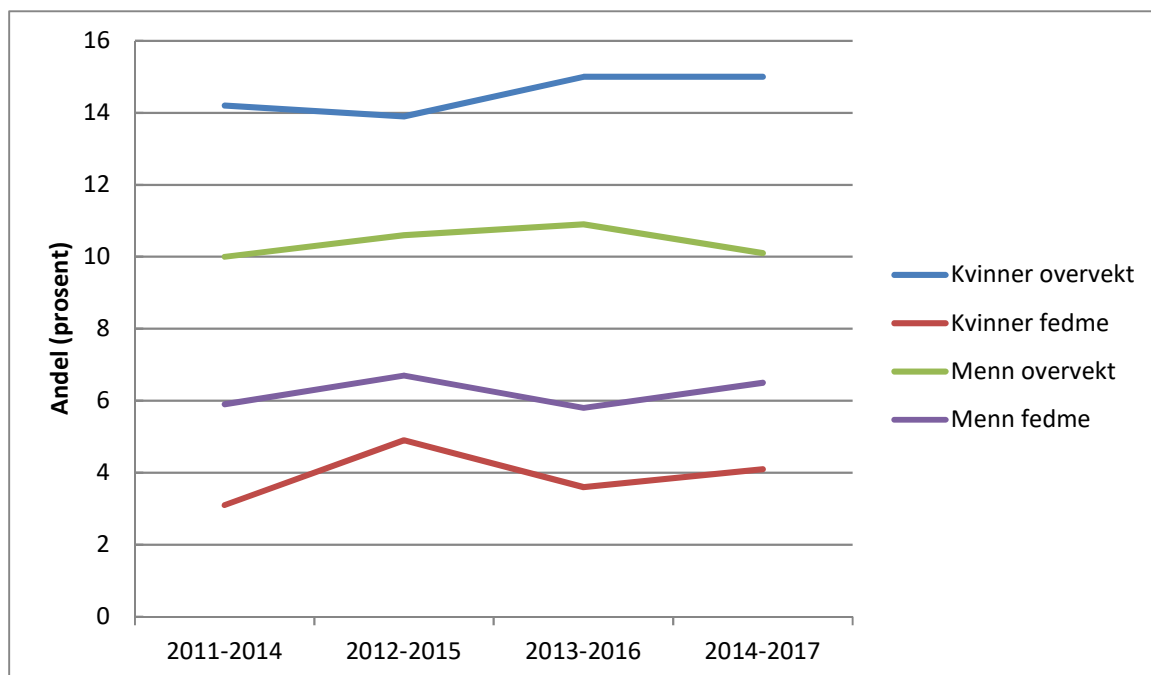
Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning. Tiltak som kan påvirke mat- og aktivitetsvaner vil være av særlig betydning.

Diagram 7.2.1: Overvekt og fedme, kvinner og menn ved sesjon 2014-2017



Andel gutter og jenter med overvekt (dvs. KMI tilsvarende 25-29,9 kg/m²) eller fedme (dvs. KMI tilsvarende over eller lik 30 kg/m²) i prosent av alle som oppga høyde og vekt i den nettbaserte sesjon 1. Statistikken viser 4 års gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelsa.

Diagram 7.2.2: Overvekt og fedme, kvinner og menn ved sesjon 2014-2017, Lillehammer



Andel gutter og jenter fra Lillehammer med overvekt (dvs. KMI tilsvarende 25-29,9 kg/m²) eller fedme (dvs. KMI tilsvarende over eller lik 30 kg/m²) i prosent av alle som oppga høyde og vekt i den nettbaserte sesjon 1. Statistikken viser 4 års gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelsa.

7.3 Alkohol generelt

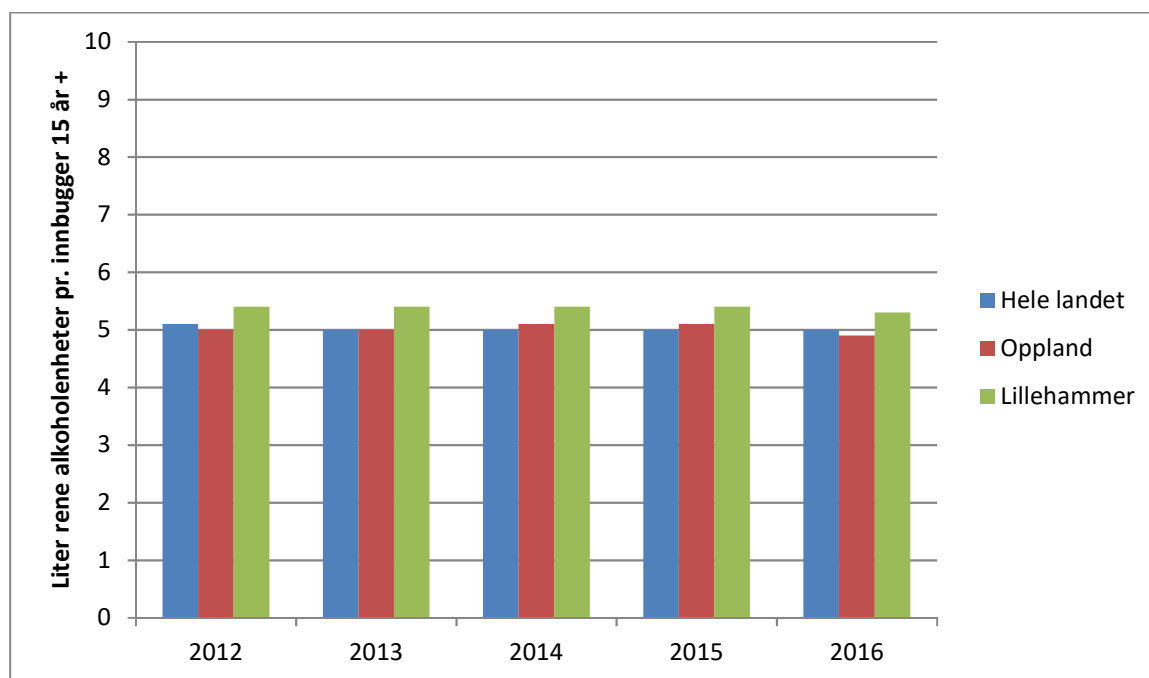
Vurdering fra kommunen:

Det omsettes mer alkohol pr. innbygger i Lillehammer enn gjennomsnittet for Oppland og landet sett under ett. Lillehammer har en studentbefolkning på mellom fire- og femtusen, som helt sikkert står for en del av omsetningen, men ikke regnes med i innbyggertallet. I tillegg er Lillehammer regionsenter og turistdestinasjon, noe som også må antas å øke omsetningen av alkohol.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Bruk av alkohol og andre rusmiddel er forbundet med en rekke sosiale og helsemessige konsekvenser i form av sykdommer, skader og psykiske plager og lidelser. For alkohol er det ingen skarp grense mellom bruk og skadelig bruk. Kilde: FHI

Diagram 7.3.1: Salg av alkohol pr. innbygger 2012-2016



Alkohol omsatt i dagligvarebutikker og Vinmonopol, liter ren alkohol per innbygger 15 år +
Kilde: KommuneHelse.

7.4 Ungdom og rusmidler

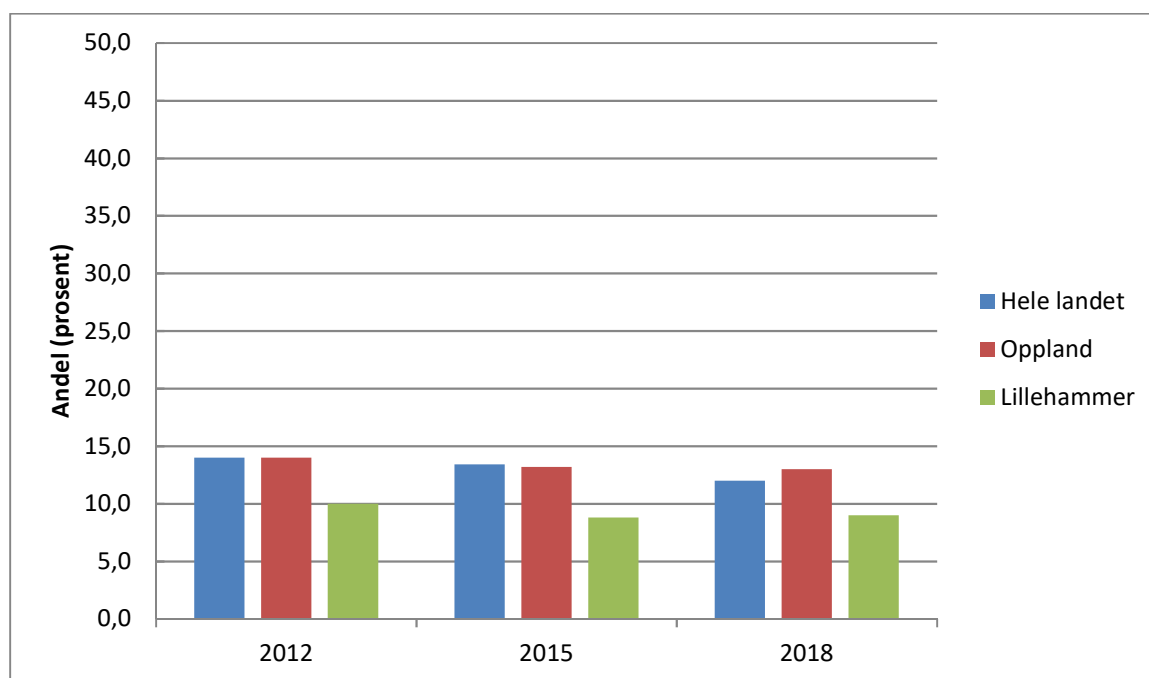
Vurdering fra kommunen:

Andelen ungdomsskoleelever som svarer at de har vært beruset i Ungdata-undersøkelsen er betraktelig lavere i Lillehammer enn i Oppland og hele landet. Det samme gjelder cannabisbruk.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

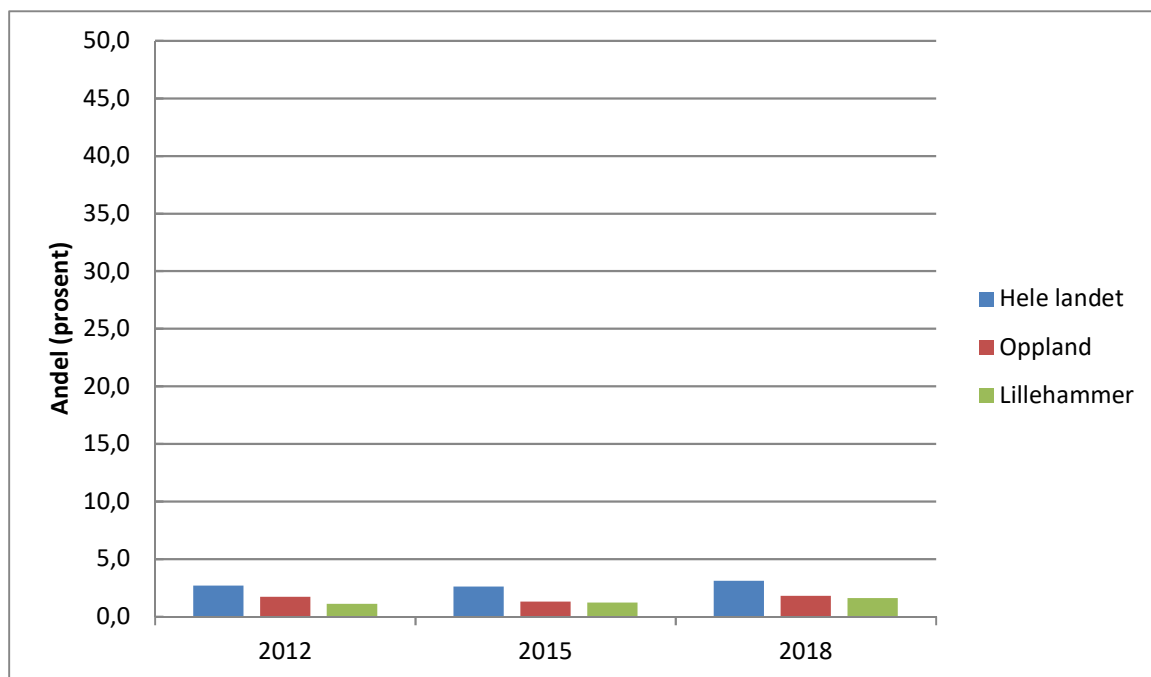
Bruk av alkohol og rusmidler er forbundet med en rekke sosiale og helsemessige konsekvenser i form av sykdommer, skader og psykiske plager og lidelser. Konsekvensene henger sammen med mengde og over hvor lang tid inntaket har vært høyt. Kilde: Folkehelse rapporten 2014

Diagram 7.4.1: Ungdomsskoleelever som har vært beruset, 2012, 2015 og 2018



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 «drukket så mye at du har følt deg tydelig beruset». Datamaterialet er basert på en Ungdata-undersøkelse, gjennomført av NOVA i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus). Sist gjennomført i 2018. Kilde: Kommunehelsa.

Diagram 7.4.1: Ungdomsskoleelever som har bruk cannabis, 2012, 2015 og 2018



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». Datamaterialet er basert på en Ungdata-undersøkelse, gjennomført av NOVA i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus). Sist gjennomført i 2018. Kilde: KommuneHelsa.

7.5 Ungdom og fysisk aktivitet

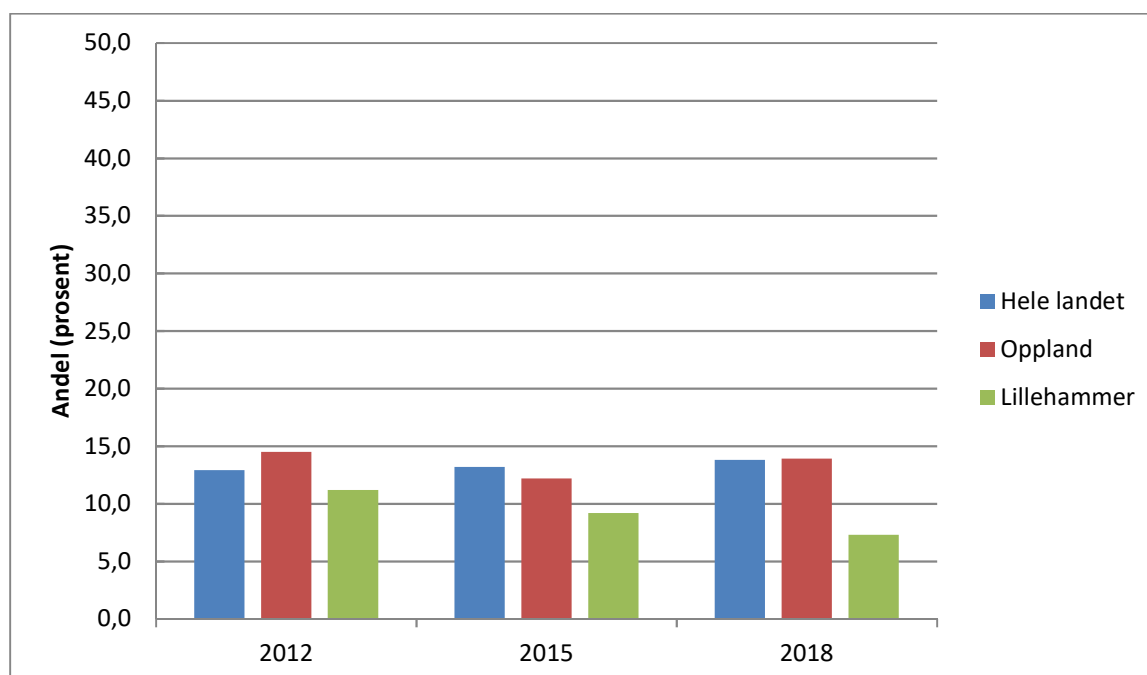
Vurdering fra kommunen:

Andelen ungdomsskoleelever som oppgir t de er lite fysisk aktive er betraktelig lavere i Lillehammer enn i Oppland og hele landet.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

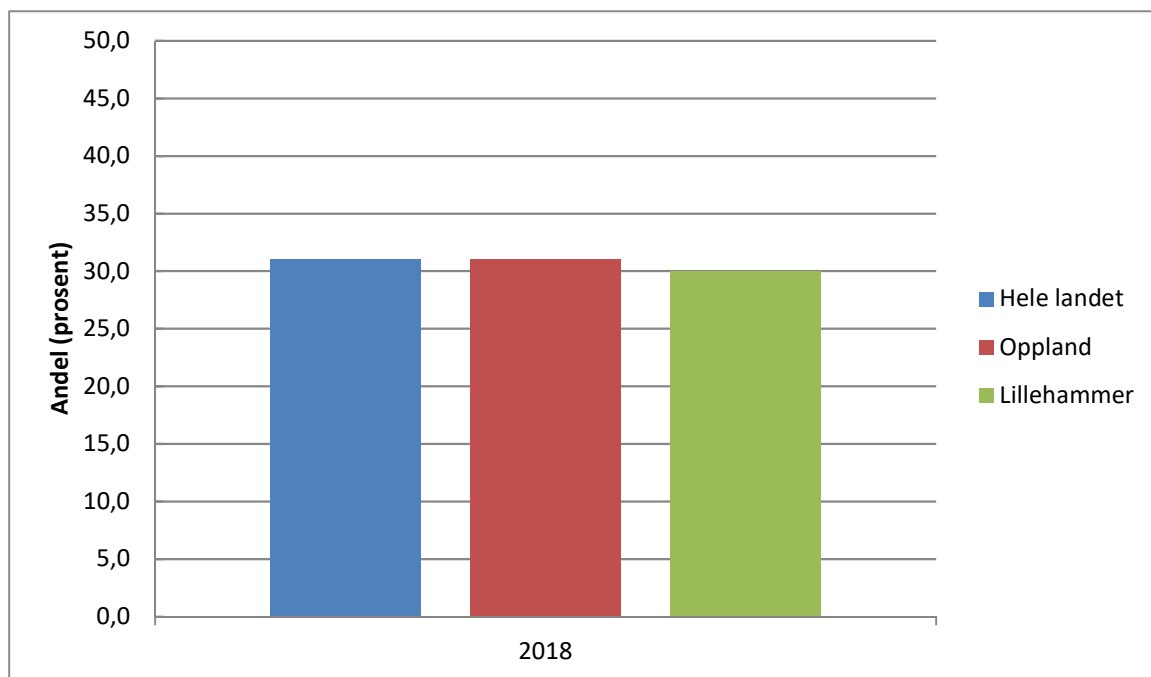
Regelmessig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene er viktig for normal vekst og utvikling. Det virker også positivt på den psykiske helsen, konsentrasjon og læring. Regelmessig fysisk aktivitet i ungdomsårene ser også ut til å være viktig for å skape gode vaner for resten av livet.

Diagram 7.5.1: Ungdomsskoleelever som er lite fysisk aktive, 2012, 2015 og 2018



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. Datamaterialet er basert på en Ungdata-undersøkelse, gjennomført av NOVA i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus). Sist gjennomført i 2018. Kilde: Kommunehelse.

Diagram 7.5.2: Ungdomsskoleelever med mer enn fire timer daglig skjermtid, 2018



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. Datamaterialet er basert på en Ungdata-undersøkelse, gjennomført av NOVA i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus). Sist gjennomført i 2018. Kilde: KommuneHelsa.

8 Helsetilstand

8.1 Konsultasjoner i primærhelsetjenesten (erstatter sykehusinnleggelser fra 2018)

Vurdering fra kommunen:

Det er generelt færre konsultasjoner hos fastlege i Lillehammer enn i Oppland og landet sett under ett når det gjelder hjerte- og karsykdom og muskel- og skjelettlidelser. Når det gjelder psykiske symptomer og lidelser ligger Lillehammer likt med landsgjennomsnittet, men under gjennomsnittet for Oppland. Mulig feilkilde: Stor studentbefolkning som har krav på legetjenester på studiestedet.

Bruken av antibiotika skiller seg ikke nevneverdig fra landsgjennomsnittet og snittet for Oppland, verken absolutt eller når det gjelder utvikling over tid.

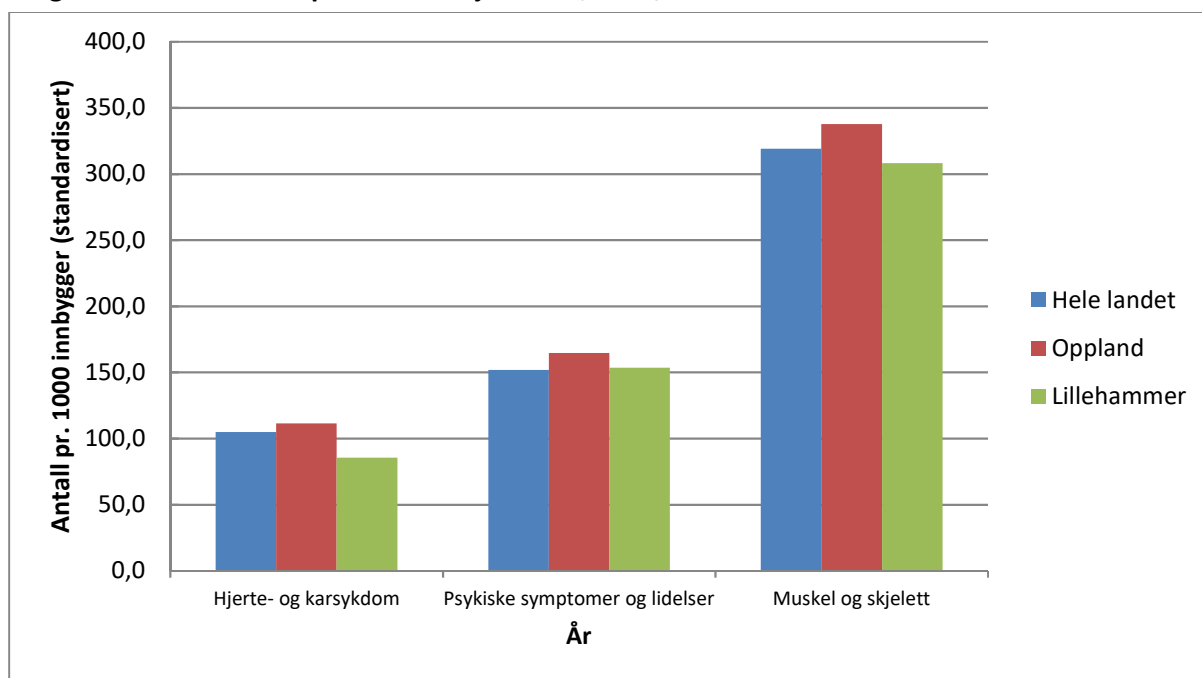
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikatorer:

Statistikk på bruk av primærhelsetjenesten kan gi informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom i befolkningen. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner.

Feil bruk av antibiotika kan føre til utvikling av antibiotikaresistente bakterier. Det betyr at antibiotika ikke lenger har effekt på disse bakteriene.

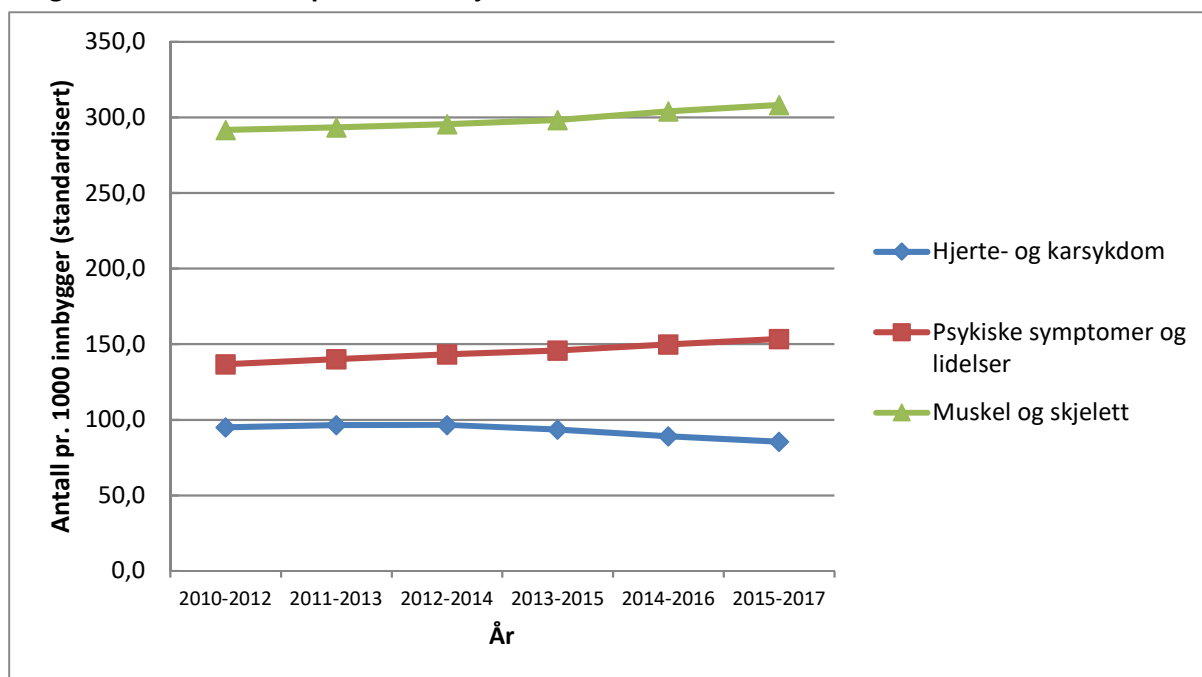
Kilde: Folkehelseinstituttet

Diagram 8.1.1: Brukere i primærhelsetjenesten, 2015/2017



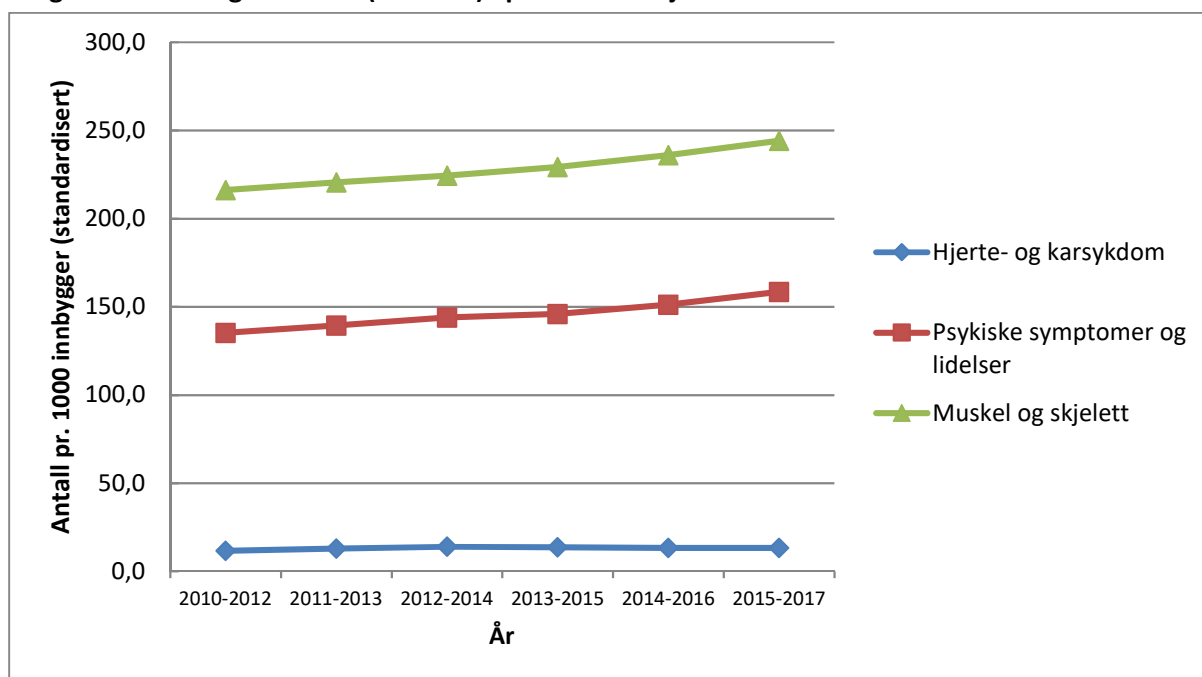
Antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt (for muskel- og skjelettrelaterte plager/ sykdomsdiagnoser inkluderer også kontakt med fysioterapeut og kiropraktor) per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser gjennomsnitt for 3-årsperioder. Kilde: Kommunehelse

Diagram 8.1.2: Brukere i primærhelsetjenesten i Lillehammer 2010-2017



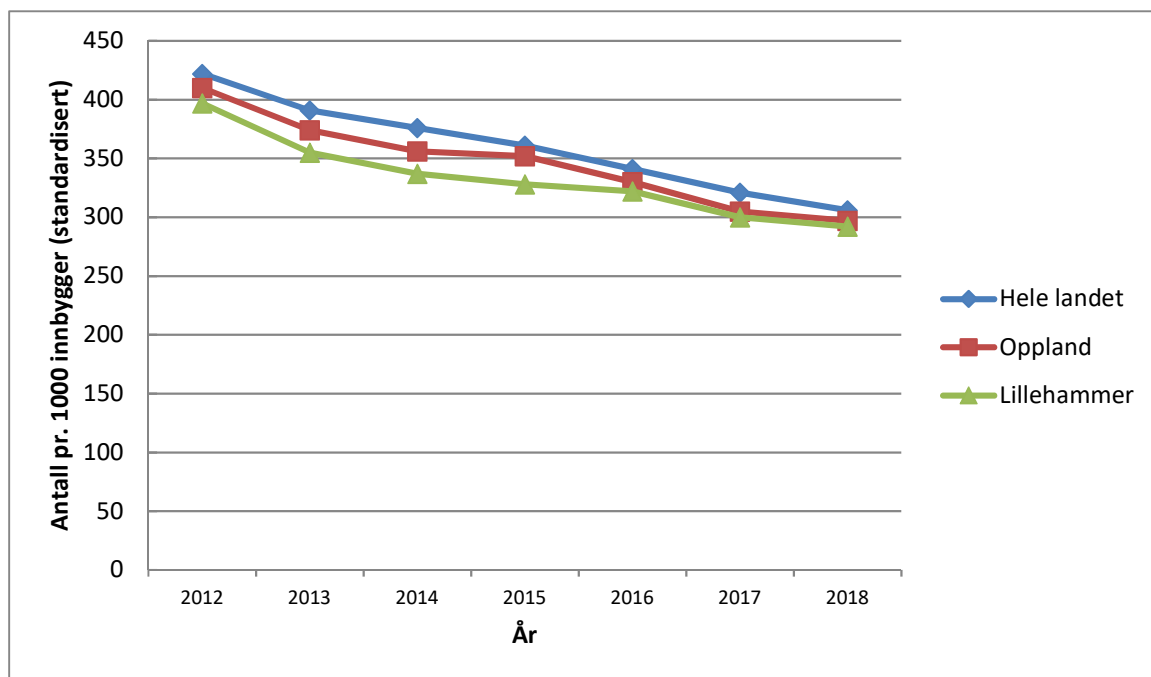
Antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt (for muskel- og skjelettrelaterte plager/ sykdomsdiagnoser inkluderer også kontakt med fysioterapeut og kiropraktor) per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser gjennomsnitt for 3-årsperioder. Kilde: Kommunehelsa

Diagram 8.1.3: Unge brukere (15-29 år) i primærhelsetjenesten i Lillehammer 2010-2017



Antall unike personer i aldersgruppen 15-29 år i kontakt med fastlege eller legevakt (for muskel- og skjelettrelaterte plager/ sykdomsdiagnoser inkluderer også kontakt med fysioterapeut og kiropraktor) per 1000 innbyggere i samme aldersgruppe 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 gjennomsnitt for 3-årsperioder. Kilde: Kommunehelsa

Diagram 8.1.4: Bruk av antibiotika, 2012-2017



Antibiotika forskrevet på resept og utlevert fra apotek til personer i aldersgruppen 0-79 år. En resept defineres som en utlevering av et antibiotikum. Per 1000 innbygger, standardisert. Kilde: KommuneHelse

8.2 Diabetes

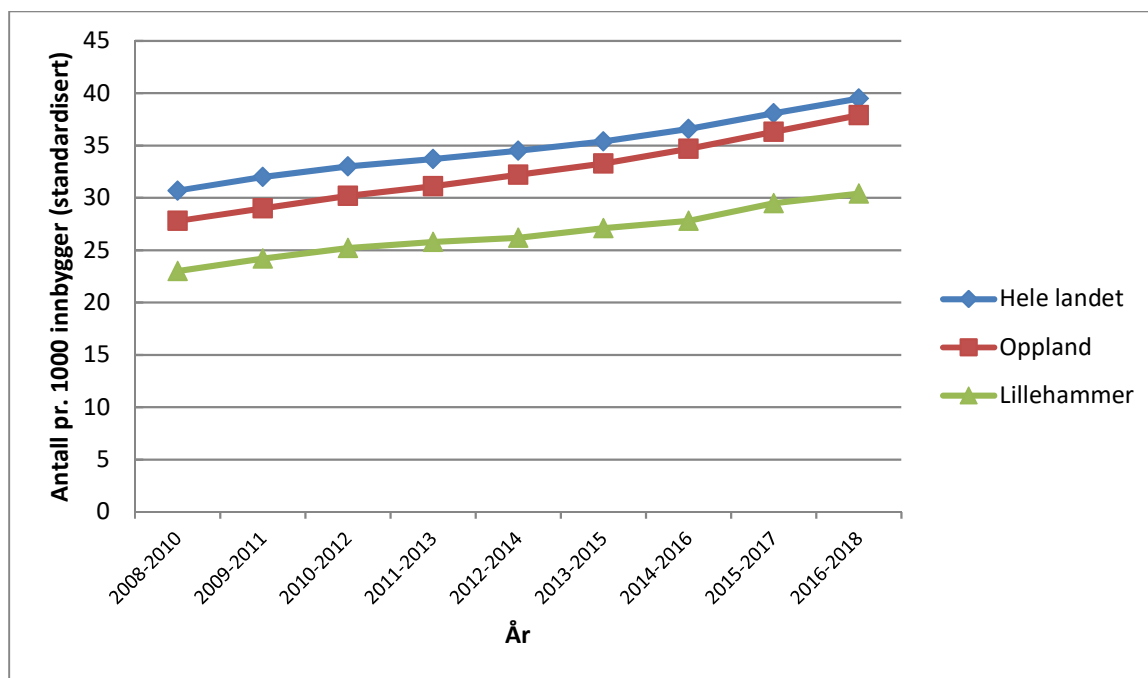
Vurdering fra kommunen:

Det er mindre bruk av medisiner mot type 2-diabetes i Lillehammer enn i Oppland og landet sett under ett. Om dette skyldes at type 2-diabetes er mindre utbredt i Lillehammer eller om sykdommen i større grad holdes i sjakk på andre måter, vites ikke.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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

Diagram 8.2.1: Bruk av diabetesmedisiner (unntatt insulin), 2008-2018



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 innbygger, standardisert. Kilde: KommuneHelsa

8.3 Hjerte- og karsykdommer

Vurdering fra kommunen:

Bruken av kolesterolsenkende midler (som forebygger hjerte- og karsykdommer) er like høy i Lillehammer som i resten av Oppland og høyere enn landsgjennomsnittet. Samtidig er bruken av andre legemidler mot hjerte- og karsykdommer lavere enn både fylket og landet, det samme er tilfelle for dødeligheten av slike sykdommer, spesielt for menn. Dette er kjent sammenheng mellom utdanningsnivå og ivaretagelse av egen helse, og en mulig forklaring at det er relativt flere i Lillehammer som er opptatt av å forebygge at de får hjerte- og karsykdommer.

Når det gjelder tallene for sykehusinnleggelser vises det til pkt. 8.1.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

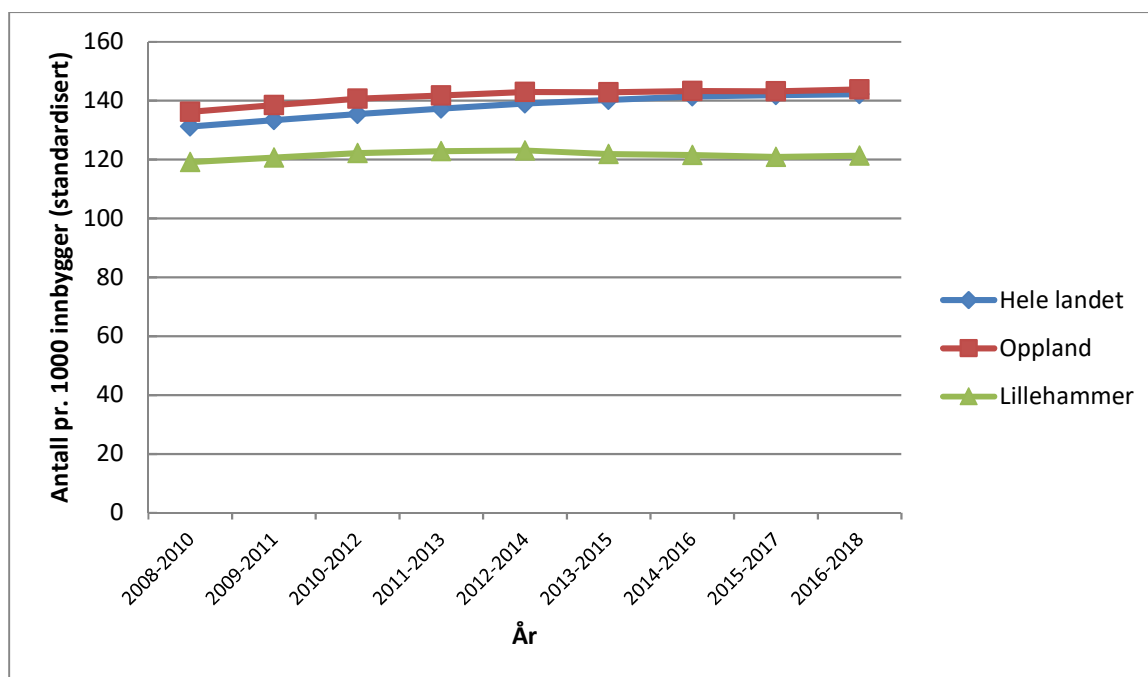
Hjerte- og karsykdommer omfatter blant annet hjerteinfarkt, angina pectoris (hjertekramper) og hjerneslag. Jo flere som er ikke-røykere, har et gunstig kosthold, mosjonerer daglig og har normal kroppsvekt, jo færre vil få infarkt i en befolkning.

Kilde Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

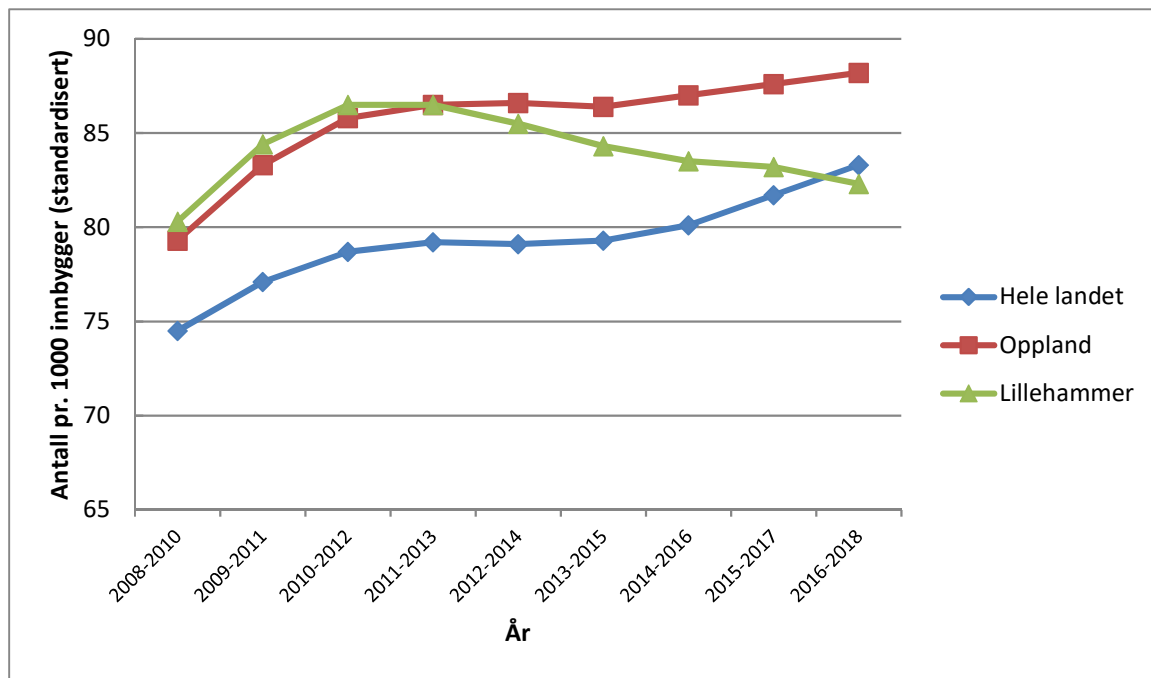
Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene fortsatt vil ramme mange.

Diagram 8.3.1: Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterolsenkende midler), 2008-2018



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 innbygger, standardisert. Kilde: Kommunehelse

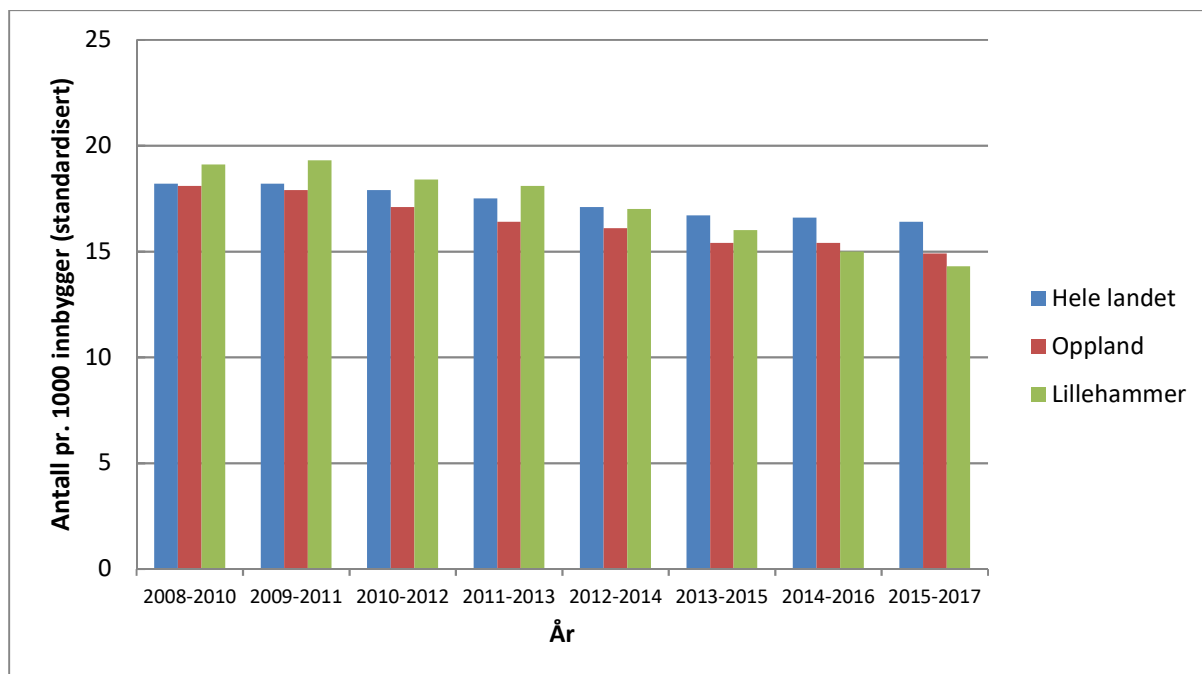
Diagram 8.3.2: Bruk av kolesterolsenkende medikamenter, 2008-2018



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 innbygger, standardisert.

Kilde: KommuneHelsa

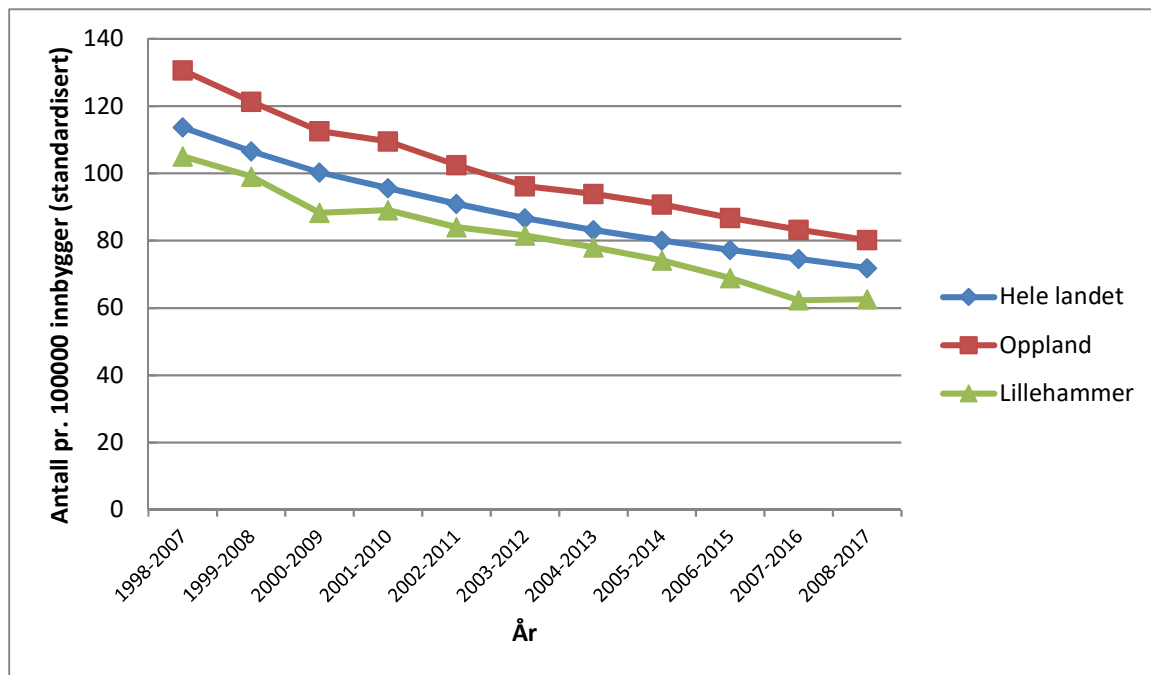
Diagram 8.3.3: Sykehusinnleggelser hjerte-/karlidelser 2008 - 2017



Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder)

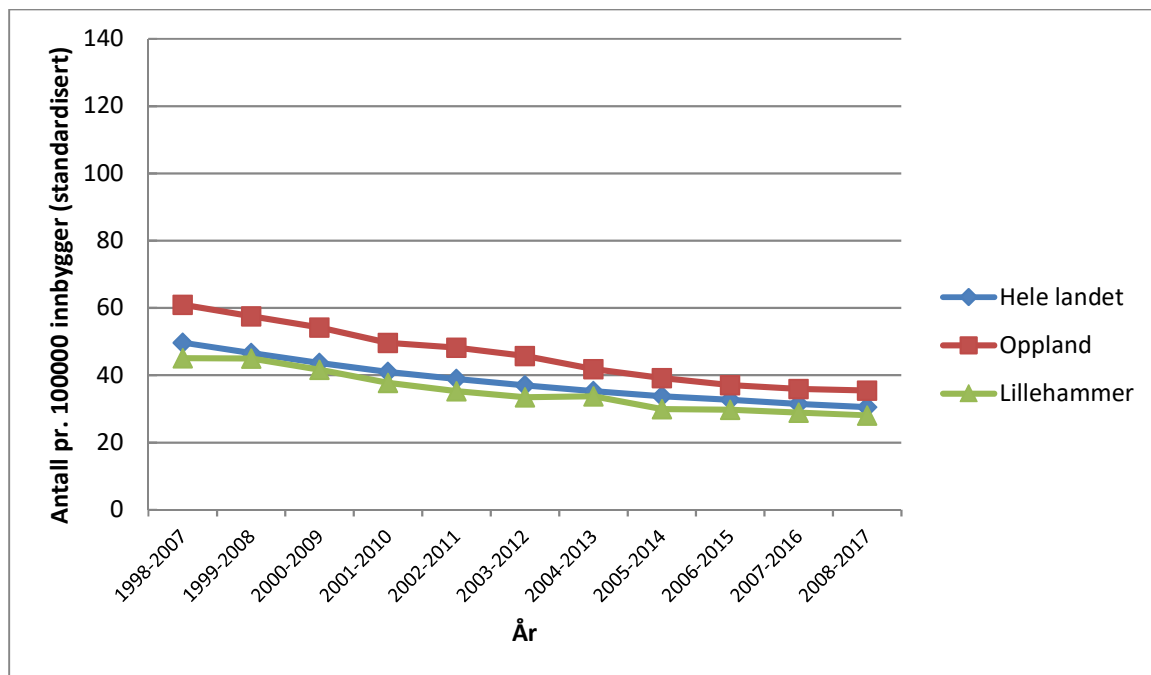
Kilde: KommuneHelsa

Diagram 8.3.4: Dødelighet hjerte-/karsykdom, menn, 1998-2017



Dødelighet hjerte/karsykdom, menn i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: KommuneHelsa

Diagram 8.3.5: Dødelighet hjerte-/karsykdom, kvinner, 1998-2017



Dødelighet hjerte/karsykdom, kvinner i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: KommuneHelsa

8.4 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

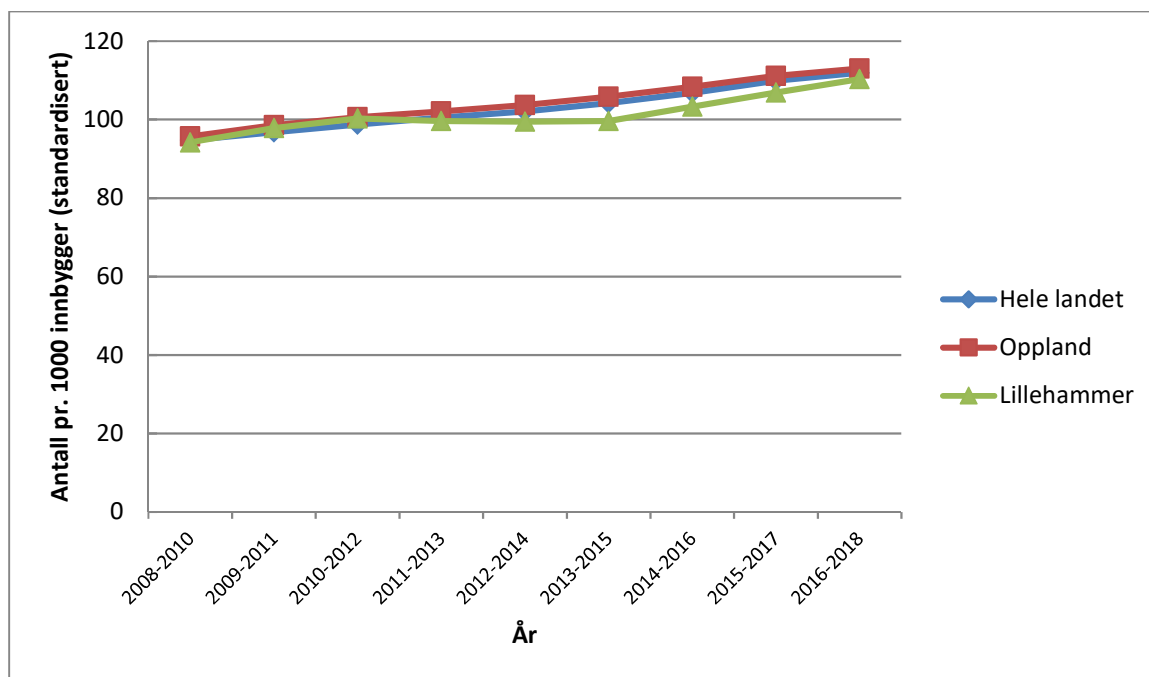
Vurdering fra kommunen:

Bruken av medikamenter mot KOLS og astma er omtrent som for resten av landet og Oppland fylke.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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

Diagram 8.3.1: Bruk av KOLS og astma medikamenter, 2008-2018



Bruk av KOLS og astmamedikamenter, begge kjønn, 45–74 år, per 1000 standardisert. 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: KommuneHelsa

8.5 Smerter

Vurdering fra kommunen:

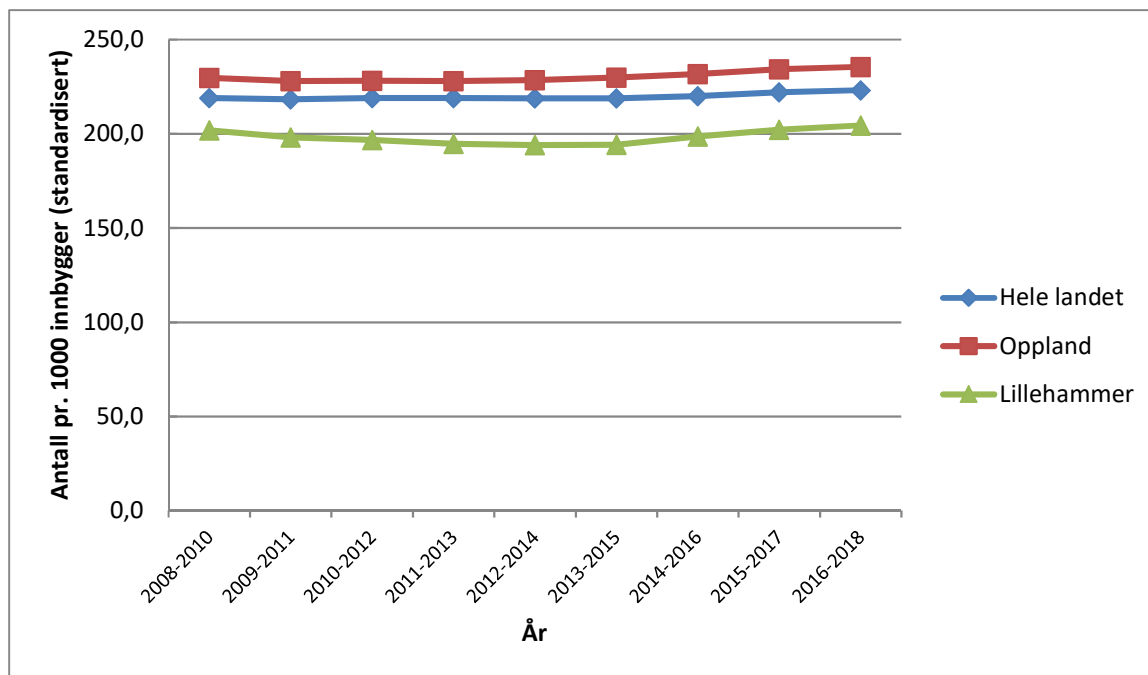
Det er mindre bruk av reseptbelagte smertestillende i Lillehammer enn i Oppland og landet sett under ett.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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

Diagram 8.5.1: Bruk av reseptbelagte smertestillende, 2008-2018



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 innbygger, standardisert. Kilde: Kommunehelse

8.6 Psykiske symptomer og lidelser

Vurdering fra kommunen:

Andelen brukere i primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser i Lillehammer når det gjelder alle aldersgrupper er omtrent som landsgjennomsnittet, men klart lavere enn gjennomsnittet for Oppland. Andelen er økende. Når det gjelder unge brukere (15-29 år) er forskjellene ubetydelige, og veksten noe sterkere.

Bruken av antidepressiva og antipsykotika i Lillehammer er som landsgjennomsnittet og betydelig under resten av Oppland fylke. Når det gjelder bruken av sovemidler og beroligende midler er det i praksis ingen forskjell mellom Lillehammer, Oppland fylke og landet sett under ett.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

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

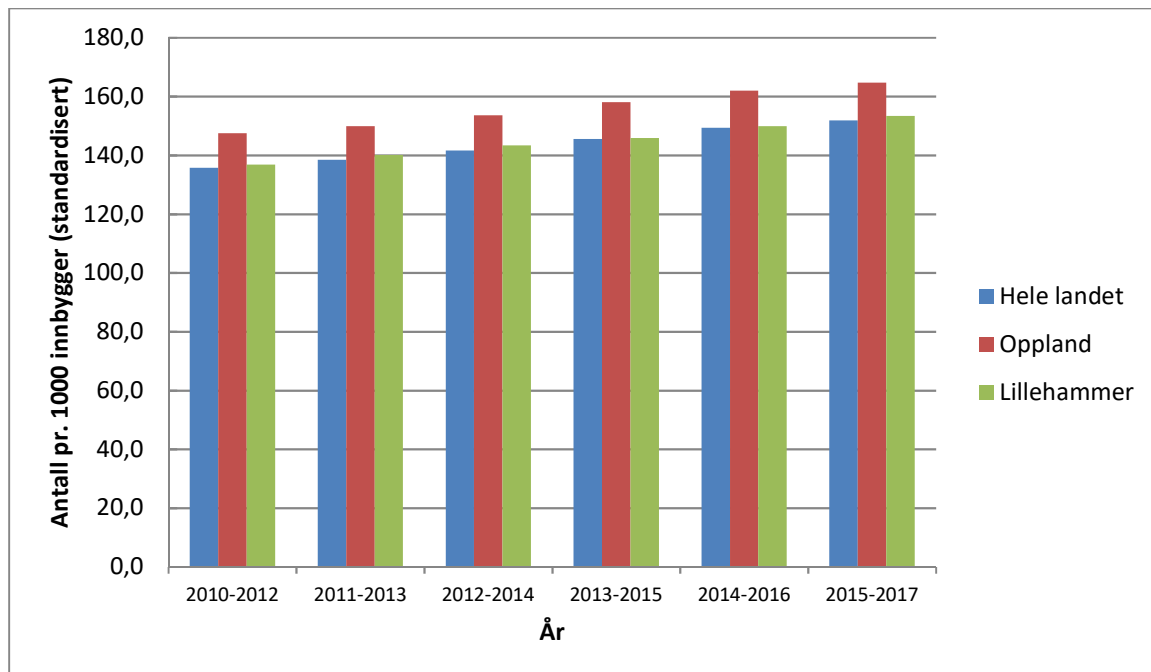
Tiltak for å utjevne sosial ulikhet vil trolig ha en effekt på utvikling av enkelte psykiske lidelser.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Sosial støtte og utviklet mestringsevne er de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser.

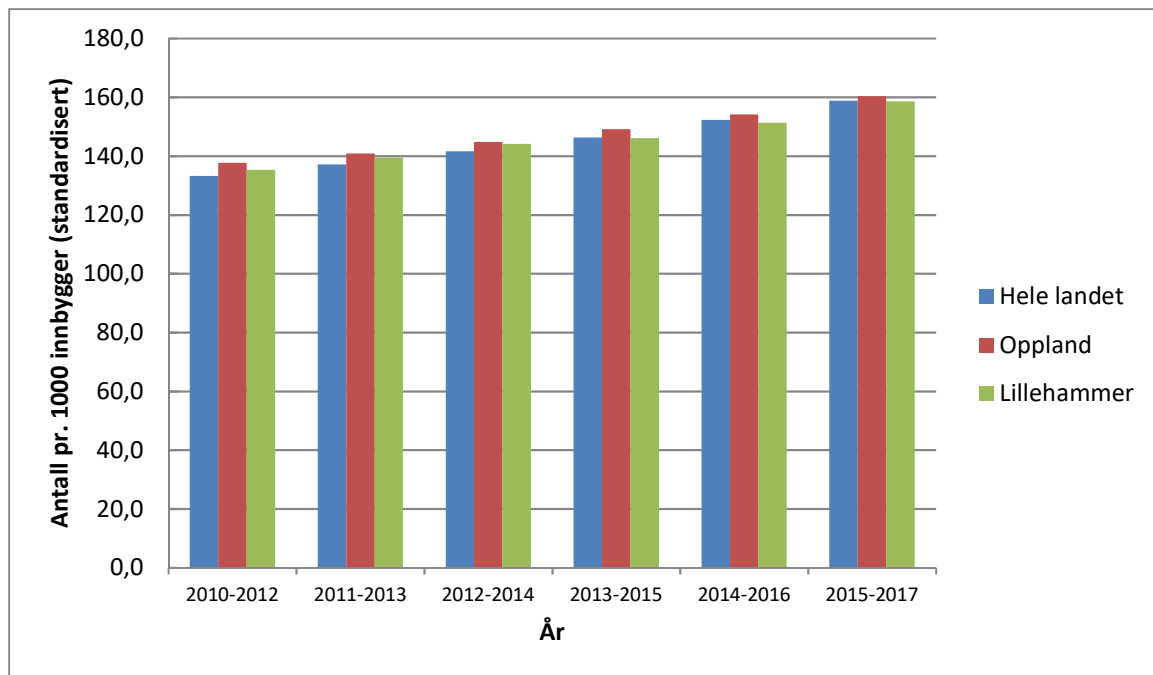
Kilde: Proposisjon til Stortinget (Folkehelseloven)

Diagram 8.6.1: Brukere i primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser, 2010-2017



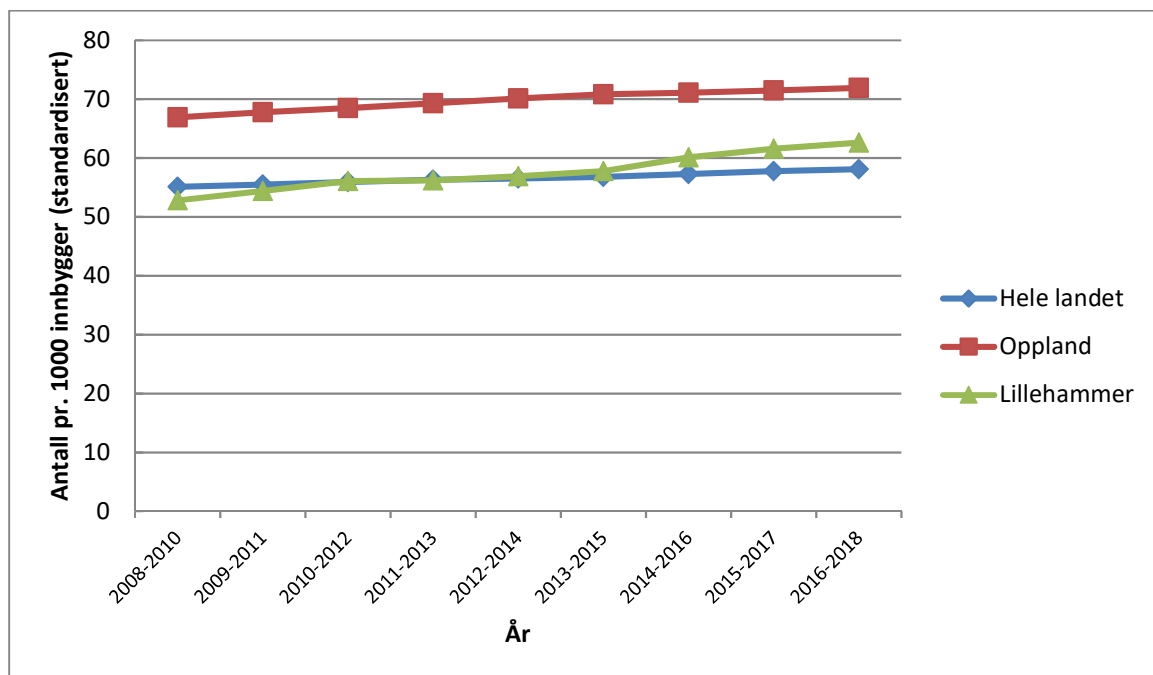
Antall unike personer i kontakt med fastlege eller per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser gjennomsnitt for 3-årsperioder. Kilde: Kommunehelse

Diagram 8.6.2: Unge brukere (15-29 år) i primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser, 2010-2017



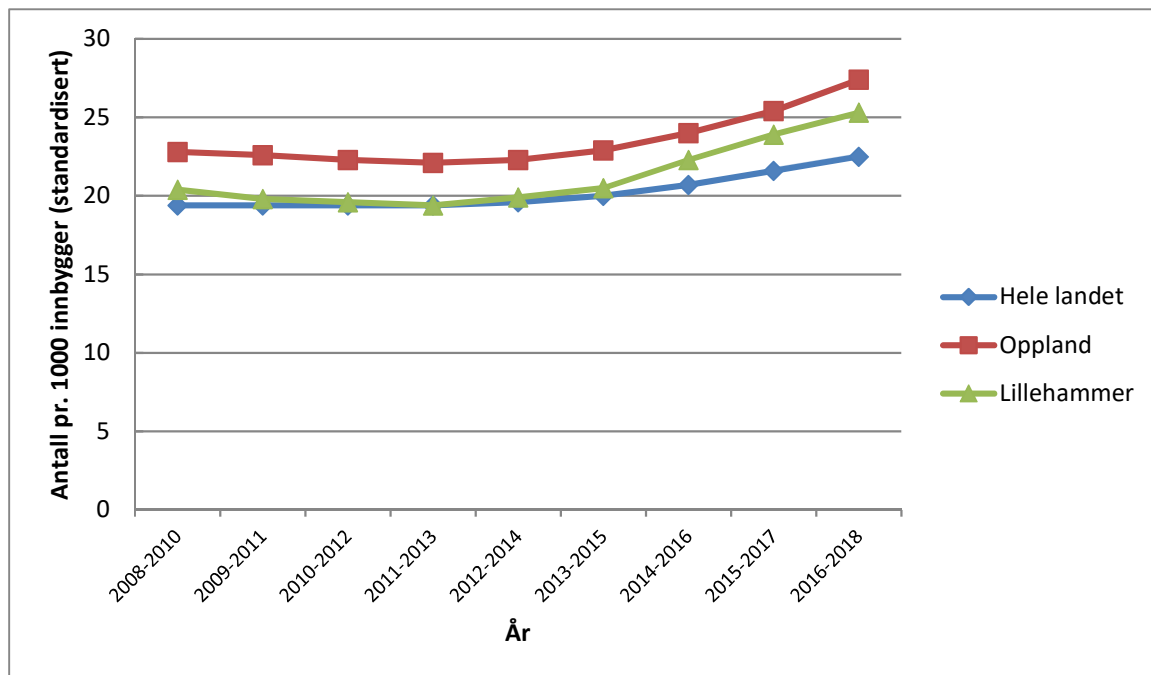
Antall unike personer i kontakt med fastlege eller per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser gjennomsnitt for 3-årsperioder. Kilde: Kommunehelsa

Diagram 8.6.3: Bruk av antidepressiva, 2008-2018



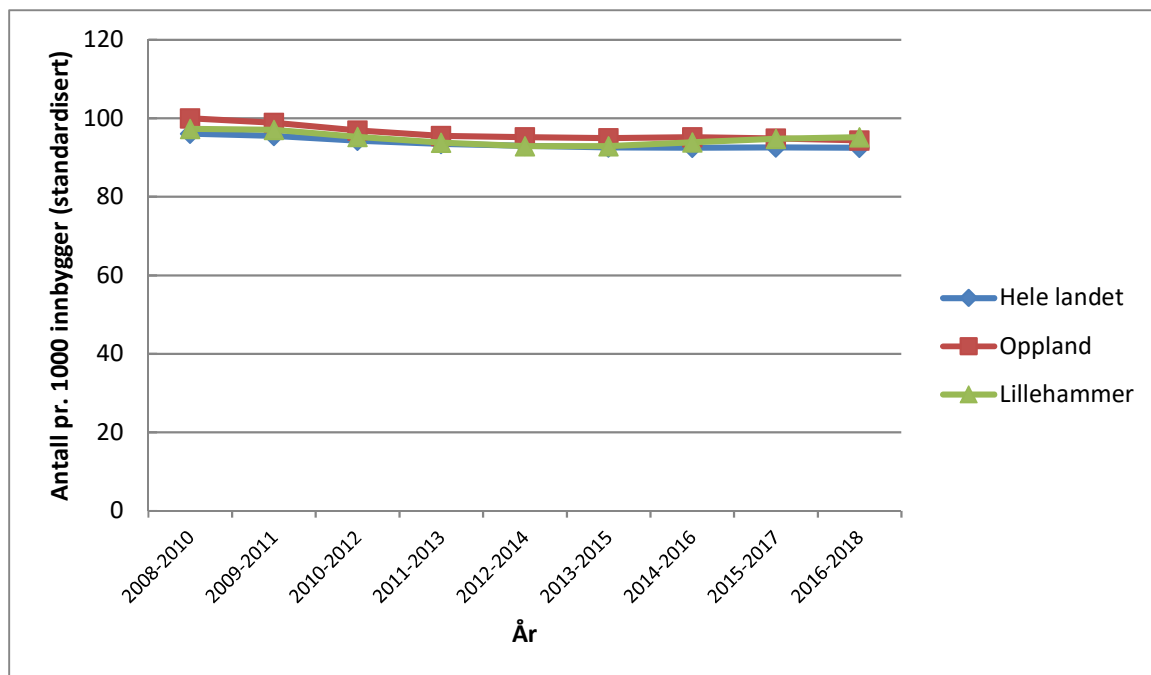
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

Diagram 8.6.4: Bruk av antipsykotika, 2008-2018



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 innbygger, standardisert. Kilde: KommuneHelse

Diagram 8.6.5: Bruk av sovemidler og beroligende midler, 2008-2018



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 innbygger, standardisert. Kilde: KommuneHelse

8.7 Kreft

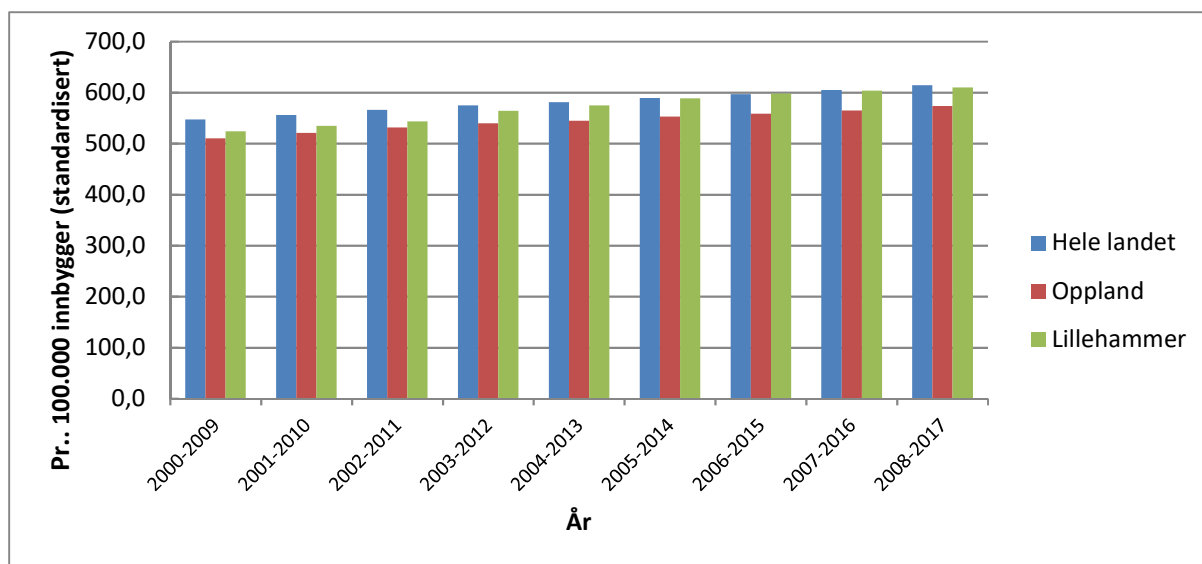
Vurdering fra kommunen:

Andelen nye krefttilfeller i Lillehammer er omtrent som landsgjennomsnittet, men høyere enn for Oppland sett under ett. Det er andelen krefttilfeller hos menn som øker mest, dette kan ha med økt oppmerksomhet rundt prostasakreft å gjøre. Kreftdødeligheten blant menn er høyere, men stabil. Kreftdødeligheten blant kvinner er lavere, men øker noe. For begge kjønn er kreftdødeligheten i Lillehammer lavere enn både landsgjennomsnittet og gjennomsnittet for Oppland fylke.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

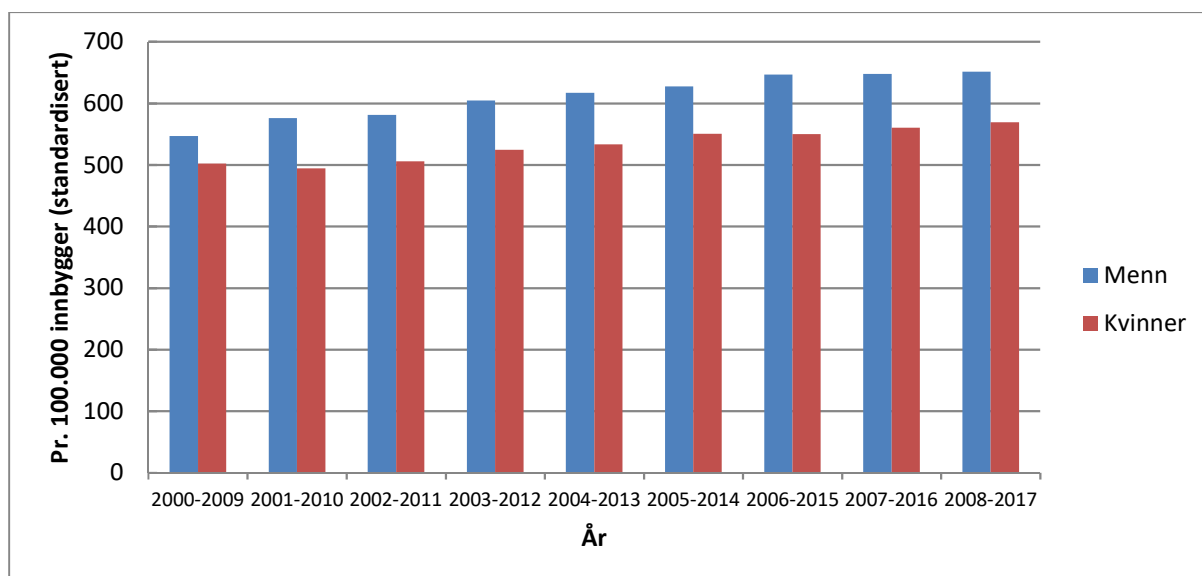
Kreftdødeligheten i Norge har endret seg lite fra 1950 til i dag (dødsfall per 100 000 innbyggere korrigerer for økt levealder). Kreftforekomsten har økt. Det er større sosioøkonomiske forskjeller i kreftdødelighet i dag enn for 40 år siden, spesielt i forhold til lungekreft. Kilde: FHI

Diagram 8.7.1: Nye krefttilfeller 2000-2017



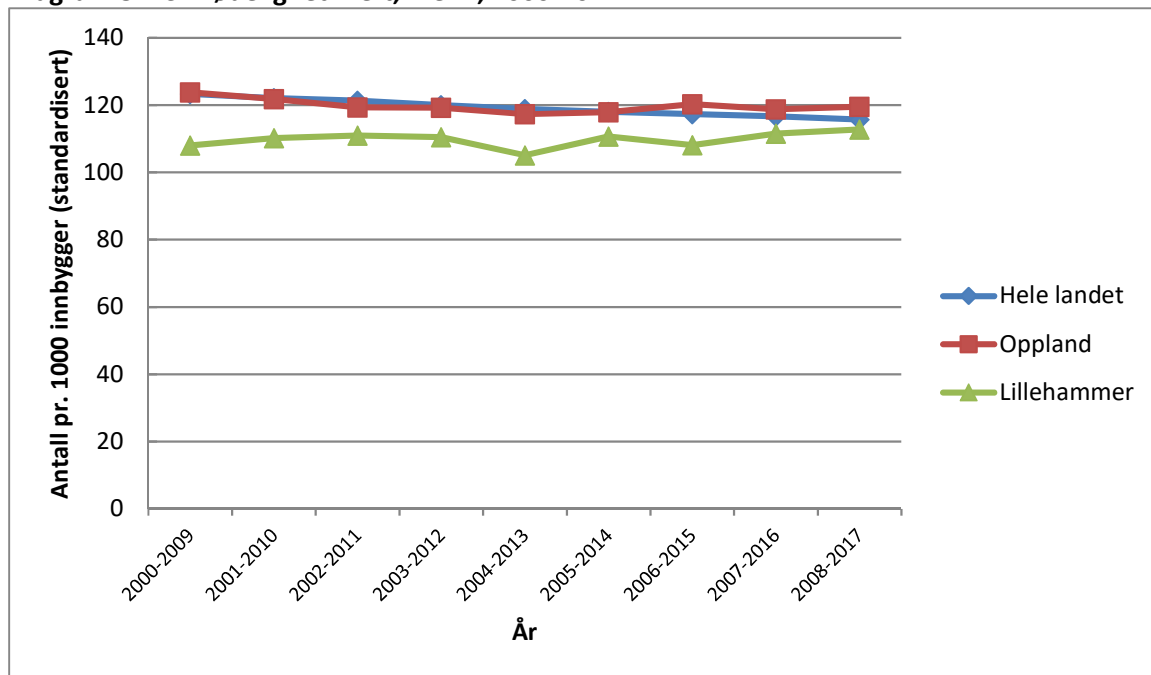
Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år, standardisert. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt. Kilde: KommuneHelsa.no

Diagram 8.7.2: Nye krefttilfeller i Lillehammer 2000-2017



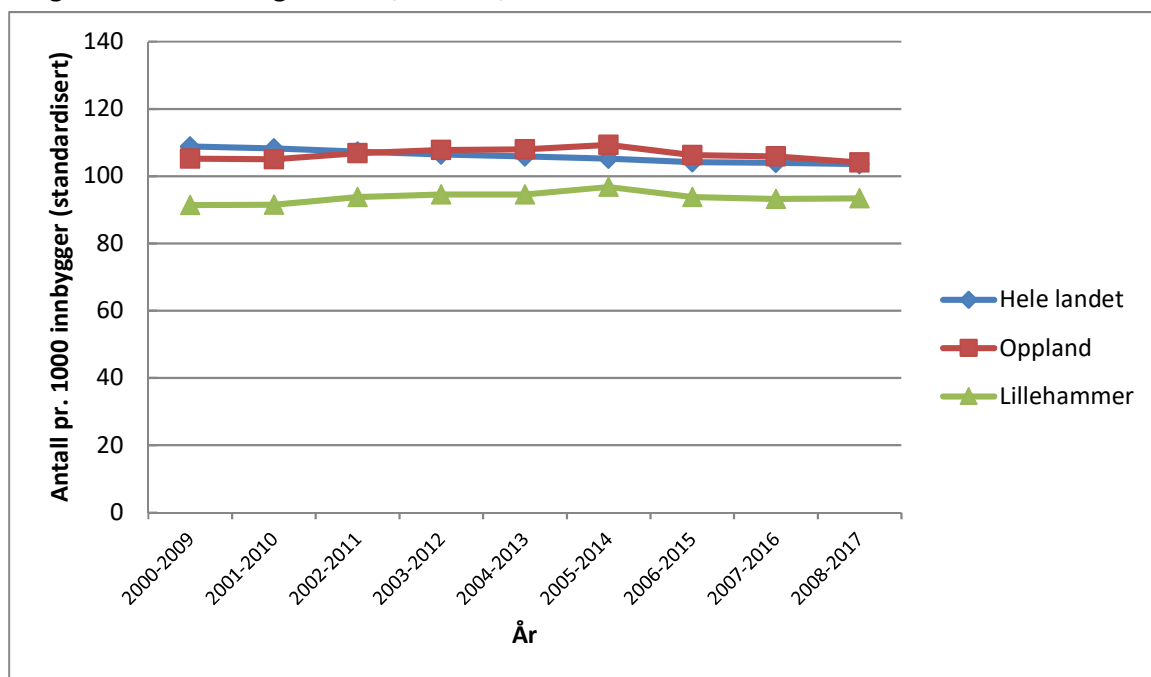
Nye tilfeller av kreft i Lillehammer fordelt på kjønn. Pr 100 000 innbyggere per år, standardisert. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt. Kilde: KommuneHelsa.no

Diagram 8.7.3: Dødelighet kreft, menn, 2000-2017



Dødelighet kreft, menn i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, standardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: KommuneHelsa

Diagram 8.7.4: Dødelighet kreft, kvinner, 2000-2017



Dødelighet kreft, kvinner i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, standardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: KommuneHelsa

8.8 Barn og unges helse

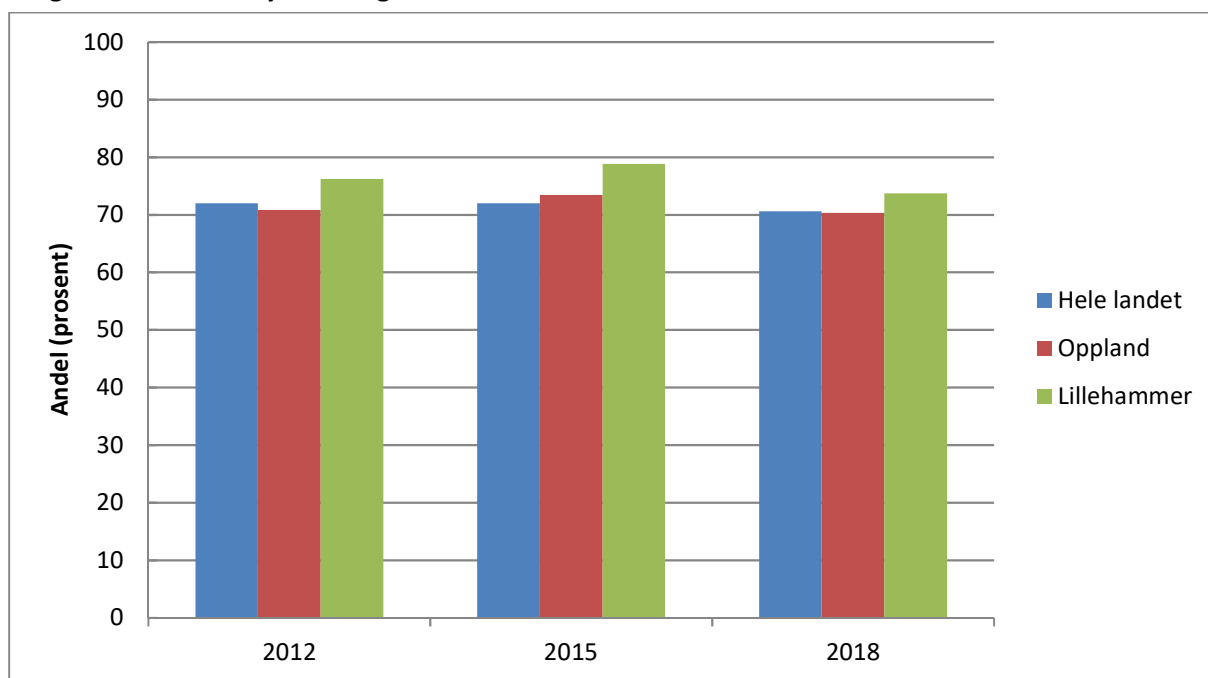
Vurdering fra kommunen:

Lillehammer kommune scorer bedre enn landsgjennomsnittet når det gjelder synet på egen helse. Det kan allikevel være bekymringsfullt at 1 av 4 ungdomsskoleelever ikke er fornøyd med egen helse. Den kraftige økningen av bruk av ADHD medisin bør også adresseres.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

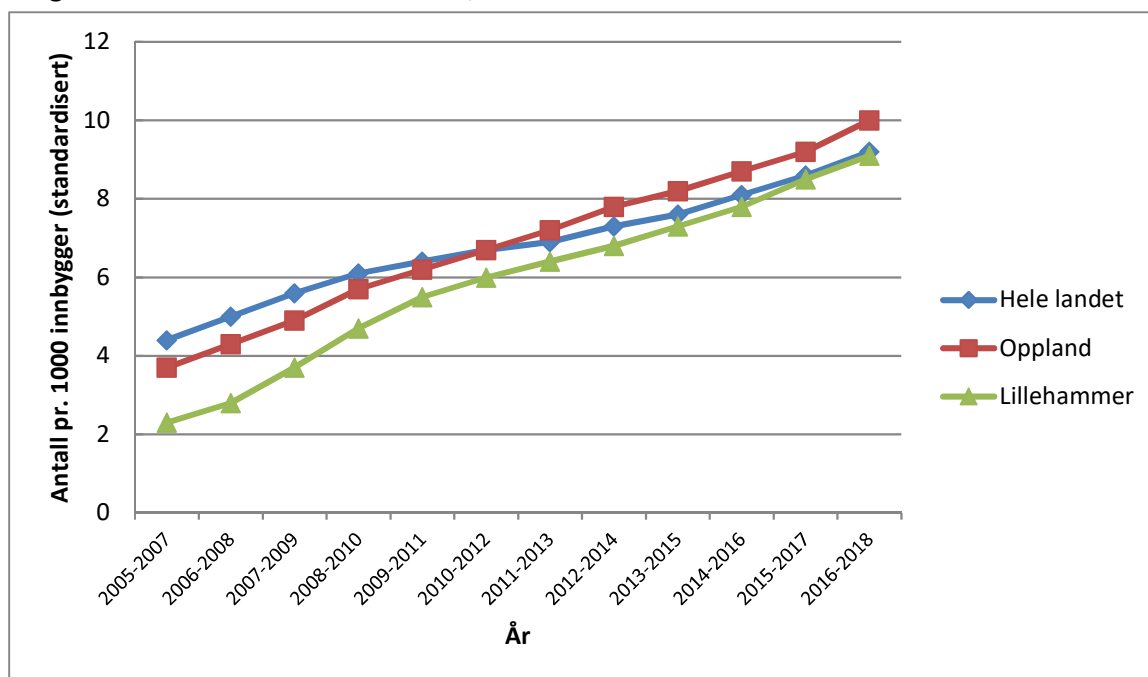
Egenvurdert helse er en viktig indikator for sykkelighet og bruk av helsetjenester. Livsstilsvaner etableres ofte i ungdomsårene og kan ha betydning for helse både i ungdomstiden og senere i livet, og det er generelt større fokus på helse i dag enn tidligere.

Diagram 8.8.1: Fornøyd med egen helse



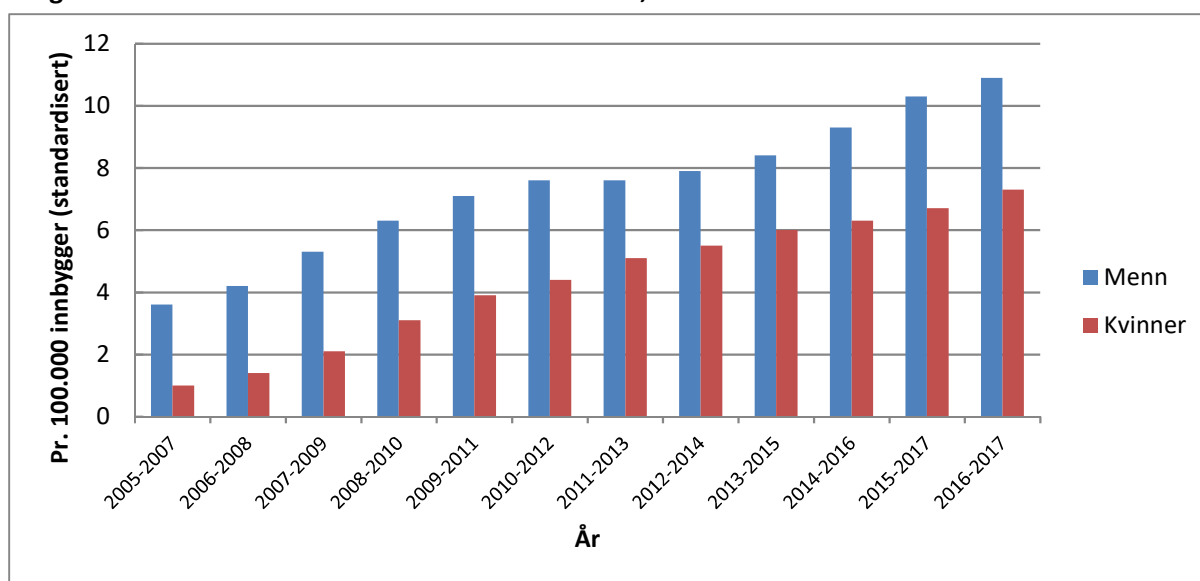
Andel ungdomsskoleelever som svarte et av alternativene «svært fornøyd» eller «litt fornøyd» på spørsmålet: "Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med helsa di?", i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet. Kilde: Ungdata/Kommunehelsa.

Diagram 8.6.3: Bruk av ADHD medisin, 2005-2018



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 innbygger, standardisert. Kilde: KommuneHelsa

Diagram 8.6.4: Bruk av ADHD medisin i Lillehammer, 2005-2018



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 innbygger, standardisert. Kilde: KommuneHelsa

9 Vaksinasjonsdekning

9.1 Barnevaksinasjonsprogrammet

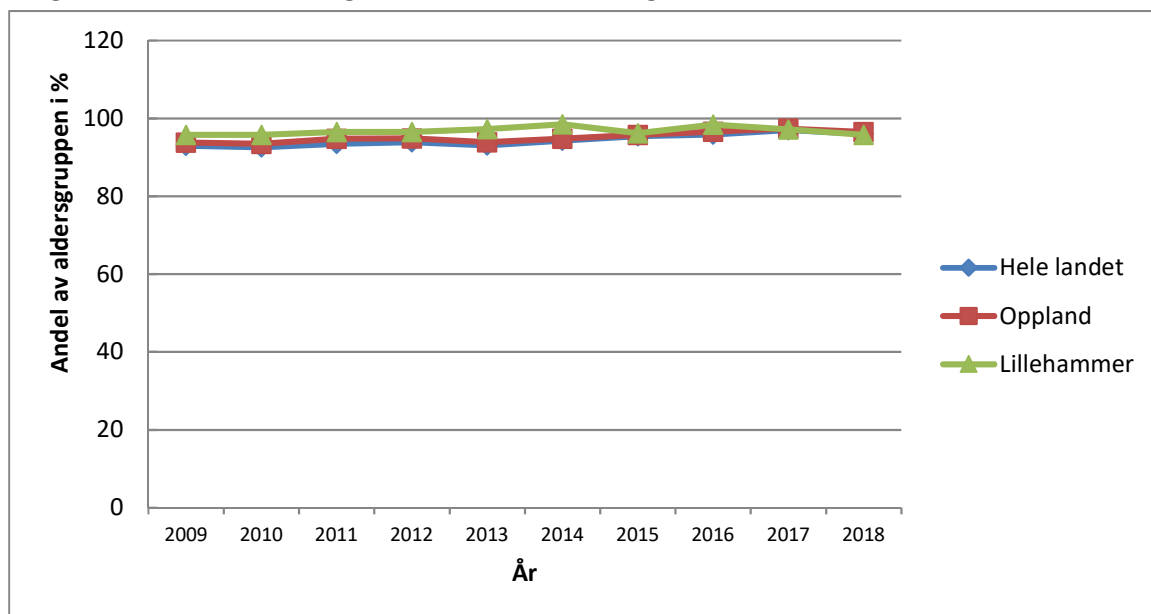
Vurdering fra kommunen:

Det er høy og stabil vaksinasjonsdekning mot meslinger (og kuma og røde hunder) i Lillehammer.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

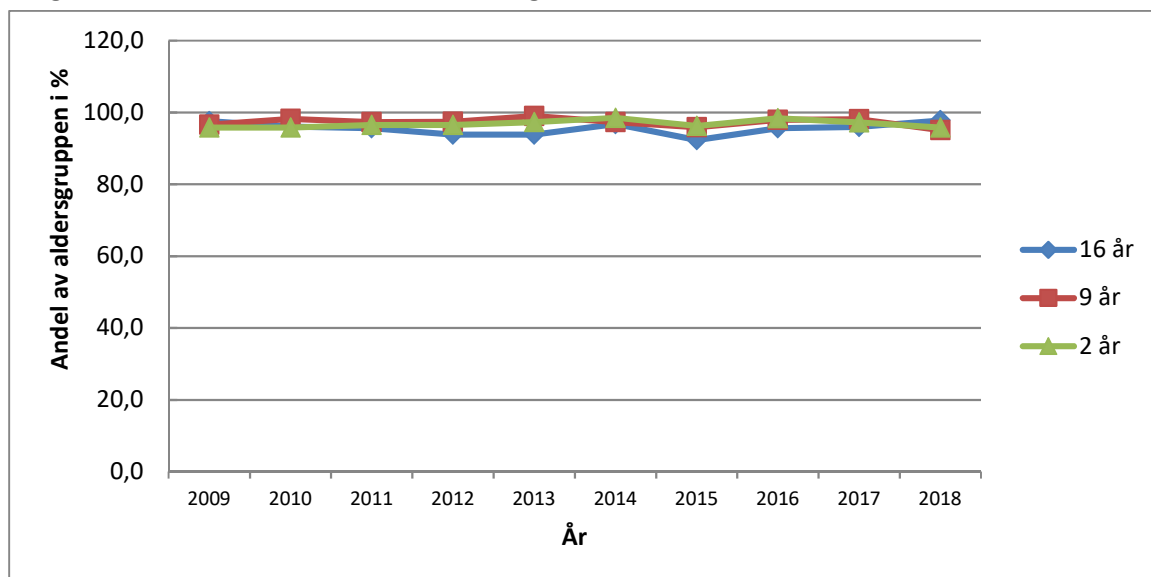
For mange potensielt farlige sykdommer er vaksinasjon det mest effektive forebyggende tiltaket man kjenner. Tall på vaksinasjonsdekning kan være til hjelp i vurdering av smittevernet i befolkningen samt vaksinasjonsprogrammets effektivitet. Ved et effektivt vaksinasjonsprogram med høy vaksinasjonsdekning vil det sirkulere lite smitte i befolkningen, og det vil føre til at de uvaksinerte indirekte blir beskyttet. Dette kalles flokkimmunitet.

Diagram 9.1.1: Andel 2-åringer vaksinert mot meslinger, 2009-2018



Andel 2-åringer som er vaksinert mot meslinger. Andelen 2-åringer som er vaksinert mot kuma og røde hunder er tilnærmet identisk. Kilde: Kommunehelse

Diagram 9.1.2: Andel vaksinert mot meslinger, 2009-2018, Lillehammer



Andel 2-, 9- og 16 åringer som er vaksinert mot meslinger. Andelen som er vaksinert mot kuma og røde hunder er tilnærmet identisk. Kilde: Kommunehelse

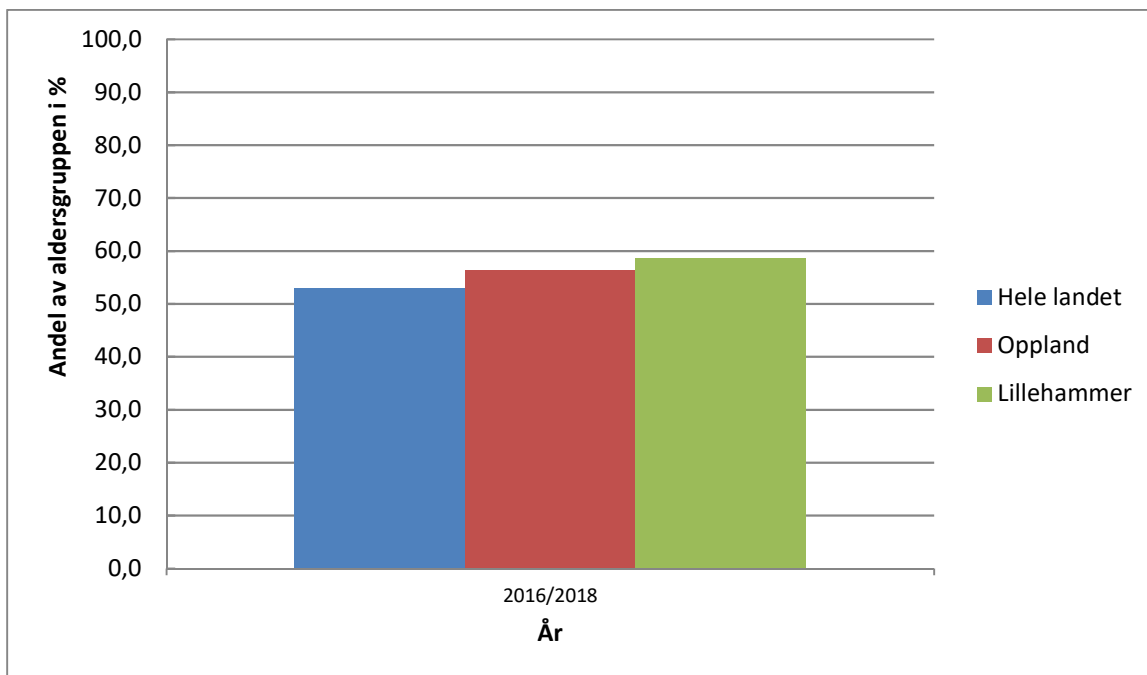
9.2 HPV-vaksine

Vurdering fra kommunen:

Dekningen når det gjelder HPV-vaksinen er bedre på Lillehammer enn i Oppland og landet sett under ett, men fortsatt tar mindre enn halvparten av kvinner født 1991-1996 benyttet seg av tilbudet som har vært gratis siden 2016.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:
Vaksinen reduserer forekomsten av livmorhalskreft.

Diagram 9.2.1: Andel kvinner født 1991-1996 som har tatt HPV-vaksine



Andelen (%) kvinner født 1991-1996 som har mottatt minst én dose HPV-vaksine Kilde: Kommunehelse

9.3 Influensa-vaksine

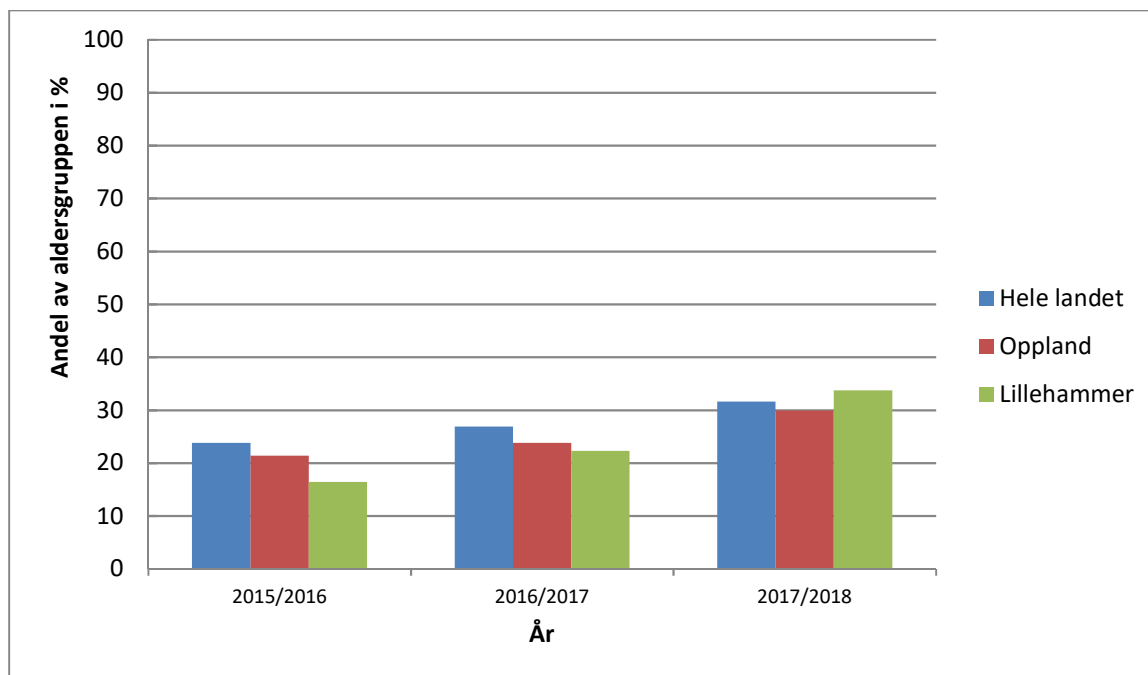
Vurdering fra kommunen:

Det er færre i aldersgruppen 65 år eller over som tar influensavaksine i Lillehammer, enn i Oppland og landet sett under ett. Andelen har økt noe fra 2015/2016 til 2016/2017, men er fortsatt lavest i Lillehammer.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator:

Influensa kan gi alvorlig sykdom og i verste fall forårsake dødsfall hos personer i risikogruppene. Personer over 65 år er den største risikogruppen.

Diagram 9.3.1: Andel over 65 år som har tatt influensavaksine



Andelen (%) av befolkningen 65 år og er vaksinert mot influensa i løpet av sesongen. Kilde: Kommunehelsetilsynet

10 Folkehelseprofil 2019

FOLKEHELSEPROFIL 2019

Folkehelsebarometer for kommunen

I oversikten nedenfor sammenliknes noen nøkkeltall for kommunen og fylket med landstall. I figuren og tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenliknet med landet. Klikk på indikatornavnene for å se utvikling over tid i kommunen. I KommuneHelse statistikkbank, <http://khs.fhi.no> finnes flere indikatorer samt utfyllende informasjon om hver enkelt indikator.

Vær oppmerksom på at også «grønne» verdier kan innebære en folkehelseutfordring for kommunen, fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan være noe å strekke seg etter.

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- ▬ Verdien for landet som helhet
- ▬ Variasjonen mellom kommunene i fylket
- ▭ De ti beste kommunene i landet

Tema	Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Lillehammer	
Befolkning	1 Andel barn, 0-17 år	19	19	21	prosent		
	2 Personer som bor alene, 45 år +	26,7	26,0	25,4	prosent		
	3 Andel over 80 år, framskrevet	5,8	6,2	4,9	prosent		
Oppvekst og levekår	4 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	84	78	81	prosent		
	5 Lavinntekt (hushold.), 0-17 år (ny def.)	7,3	10	9,2	prosent		
	6 Inntektsulikhet, P90/P10	2,7	2,6	2,8	-		
	7 Bor trangt, 0-17 år	14	14	19	prosent		
	8 Barn av enslige forsørgere	15	16	15	prosent		
	9 Stønad til livsopphold, 20-29 år	7,5	8,7	8,5	prosent (a,k)		
	10 Trives på skolen, 10. klasse	87	85	86	prosent (k)		
	11 Blir mobbet, Ungd. 2018	8,4	8,6	7,6	prosent (a,k)		
	12 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	23	26	24	prosent (k)		
	13 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl.	20	25	23	prosent (k)		
	14 Frafall i videregående skole	19	22	21	prosent (k)		
	15 Tror på et lykkelig liv, Ungd. 2018	76	73	72	prosent (a,k)		
	16 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2018	74	69	70	prosent (a,k)		
	Miljø, stader og ubilker	17 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2018	71	65	66	prosent (a,k)	
		18 Fornøyd med treffsteder, Ungd. 2018	51	54	50	prosent (a,k)	
19 Ensomhet, Ungd. 2018		17	19	20	prosent (a,k)		
20 God drikkevannsforsyning (ny def.)		100	94	91	prosent		
21 Forsyningsgrad, drikkevann		86	73	88	prosent		
22 Skader, behandlet i sykehus		15,8	13,9	13,7	per 1000 (a,k)		
Helsestøtted atferd	23 Lite fysisk aktive, Ungd. 2018	7,3	14	14	prosent (a,k)		
	24 Skjermtid over 4 timer, Ungd. 2018	30	31	31	prosent (a,k)		
	25 Røyking, kvinner	3,6	8,1	6	prosent (a)		
Helsestilstand	26 Forventet levealder, menn	79,5	78,7	79,1	år		
	27 Forventet levealder, kvinner	83,8	82,9	83,3	år		
	28 Utd.forskjeller i forventet levealder	4,6	4,9	5	år		
	29 Fornøyd med helse, Ungd. 2018	74	70	71	prosent (a,k)		
	30 Psykiske sympt./lid., 15-29 år	159	160	159	per 1000 (a,k)		
	31 Muskel og skjelett	308	338	319	per 1000 (a,k)		
	32 Overvekt og fedme, 17 år	18	25	23	prosent (k)		
	33 Hjerter- og karsykdom	15,3	16,5	17,7	per 1000 (a,k)		
	34 Antibiotikabruk, resepter	322	324	340	per 1000 (a,k)		

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert og k = kjønnsstandardisert
 1. 2018. 2. 2018, i prosent av befolkningen. 3. 2025, beregnet basert på middels vekst i fruktbarhet, levealder og netto innflytting. 4. 2017, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning). 5. 2017, barn som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median, og brutto finanskapital under 1G. 6. 2017, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 7. 2017, trangbodddhet defineres ut ifra antall rom og kvadratmeter i boligen. 8. 2015-2017, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. 9. 2017, omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønad). 10. Skoleåret 2013/14-2017/18. 11. U.skole, opplevd mobbing hver 14. dag eller oftere. 12/13. Skoleåret 2015/16-2017/18. 14. 2015-2017, omfatter elever bosatt i kommunen. 15. U.skole, svarer «ja» på at de tror de kommer til å få et godt og lykkelig liv. 16. U.skole, svært eller litt fornøyd. 17. U.skole, svarer «ja, jeg er med nå». 18. U.skole, svært bra eller nokså bra tilbud. 19. U.skole, ganske mye eller veldig mye plaget. 20. 2017, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil drikkevannsløse. Omfatter vannverk som forsyner minst 50 personer. 21. 2017, andel av totalbefolkningen som er tilknyttet vannverk som forsyner minst 50 personer. 22. 2015-2017, inkludert forgiftninger. 23. U.skole, fysisk aktiv (svett og andpusten) mindre enn én gang i uken. 24. U.skole, daglig utenom skolen. 25. 2013-2017, fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 26/27. 2003-2017, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 28. 2002-2016, vurdert etter forskjellen i forventet levealder, ved 30 år, mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 29. U.skole, svært eller litt fornøyd. 30. 2015-2017, brukere av primærhelsetjenestene fastlege/legevakt/fysioterapeut/kiropraktor. 31. 2015-2017, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av primærhelsetjenestene fastlege/legevakt/fysioterapeut/kiropraktor. 32. 2014-2017, KMI som tilsvarer over 25 kg/m2, basert på høyde og vekt oppgitt ved nettbasert sesjon 1. 33. 2015-2017, omfatter innlagte på sykehus og/eller døde. 34. 2017, 0-79 år, utleveringer av antibiotika på resept.

Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Norsk pasientregister, Ungdata-undersøkelsen fra Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet - Storbymuniversitetet, Utdanningsdirektoratet, Vernepliktsverket, Vannverksregisteret, Medisinsk fødselsregister, Hjerter- og karregisteret, Primærhelsetjenestene fastlege/legevakt/fysioterapeut/kiropraktor (KUHR-databasen i Helseidrettoratet) og Reseptregisteret. For mer informasjon, se <http://khs.fhi.no>.