

Vedlegg 6: **Helsetilstand** (helse og sykdom)

● **UTGAVE: 2023** ●

Opplysninger om helsetilstand vil i hovedsak være informasjon om forekomst av forebyggbare sykdommer som psykiske lidelser, hjerte-/karsykdommer, type 2-diabetes, kreft, kroniske smerter og belastningssykdommer, karies og ulykkesskader. Disse helseutfallene har ofte en sammensatt årsakskjede som involverer elementer fra flere av de andre temaene.

Innholdsfortegnelse

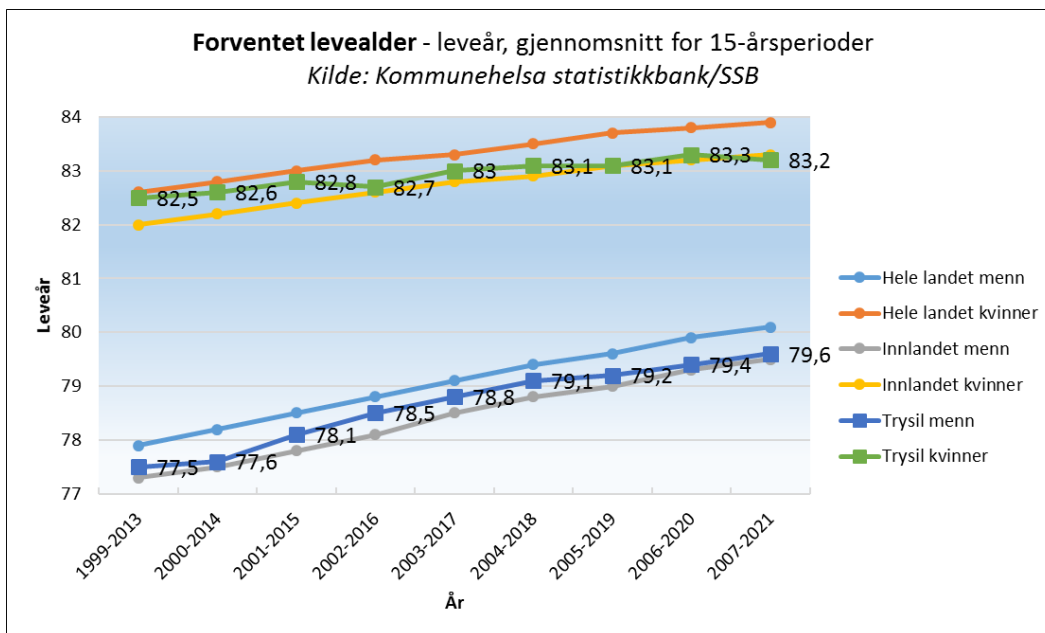
1.	Forventet levealder, menn og kvinner	2
2.	Fornøyd med helsa.....	2
3.	Tannhelse, barn og unge.....	3
4.	Vaksinasjonsdekning.....	5
5.	Antibiotikabruk	7
6.	Psykisk helse.....	8
7.	Selvmord	11
8.	Demens	12
9.	Overvekt, fedme og undervekt	14
10.	Hjerte- og karsykdom	17
11.	Kreft	19
12.	Type 2-diabetes.....	20
13.	KOLS/lungesykdom	21
14.	Muskel og skjelett	23

1. Forventet levealder, menn og kvinner

Status

Figur 1 viser forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Gjennomsnittlig levealder for menn i Trysil, er bedre enn fylket, men dårligere sammenlignet med landet for øvrig. Når det gjelder kvinner har det frem til 2021 vært bedre enn fylket, men i 2021 er fylket bedre enn Trysil, men er dårligere sammenlignet med landet for øvrig.

Forventet levealder for menn var 80,9 år i 2022. Det er et fall på 0,7 år sammenlignet med 2021, som er den største nedgangen fra ett år til det neste etter andre verdenskrig (kilde: [Artikkel](#) hos SSB).



Figur 1. Forventet levealder – leveår, gjennomsnitt for 15-årsperioder. Kilde: Kommunehelse statistikkbank/SSB.

Årsaksforhold

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 de med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

Konsekvenser

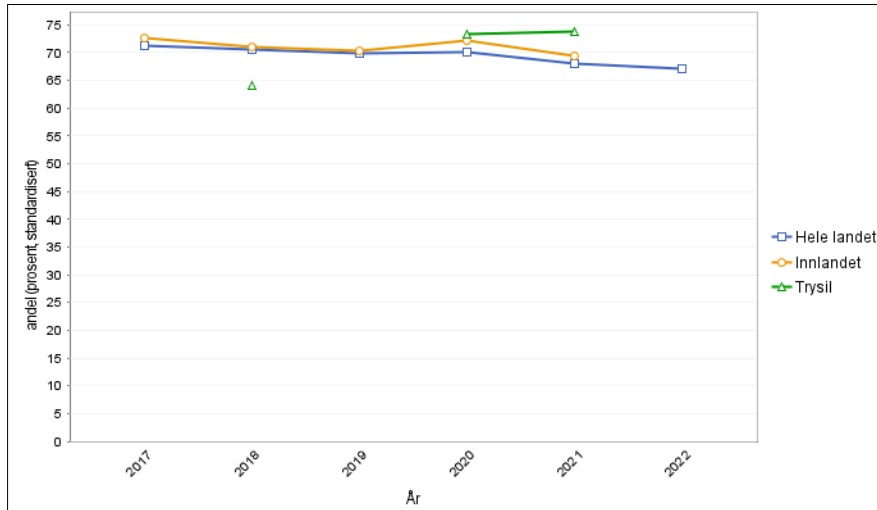
Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. På lands- og fylkesnivå er dette en stabil og pålitelig indikator som gir informasjon om endringer over tid og om forskjeller mellom befolkningsgrupper. Indikatoren er informativ også på kommunenivå, forutsatt at det tas hensyn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

2. Fornøyd med helse

Status

Figur 2 viser andel ungdomsskoleelever som svarte alternativene «litt fornøyd» eller «svært fornøyd» (slått sammen) på spørsmålet: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med helse di? Datamaterialet er basert på Ungdataundersøkelsen, gjennomført av NOVA i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus). Tallene i denne tabellen kan avvike noe fra data presentert av NOVA fordi tallene her er standardisert og fordi personer med uoppgitt kjønn eller klasstrinn er ekskludert.

Resultatene viser at ungdomsskoleelever i Trysil hadde en dårligere selvpoplevd helse enn landet og fylket i 2018, men bedre enn landet og fylket i 2021.



Figur 2. **Fornøyd med helse** – ungdomsskoleelever (8.-10. klassinger), andel (prosent, standardisert). Kilde: Kommunehelse statistikkbank/Ungdata (NOVA).

Årsaksforhold

Egenvurdert helse er en viktig indikator for sykelighet og bruk av helsetjenester, og anvendes til å overvåke befolkningens helsestatus over tid. De aller fleste har en positiv innstilling til egen helse, og litt flere unge enn eldre vurderer sin egen helse som god.

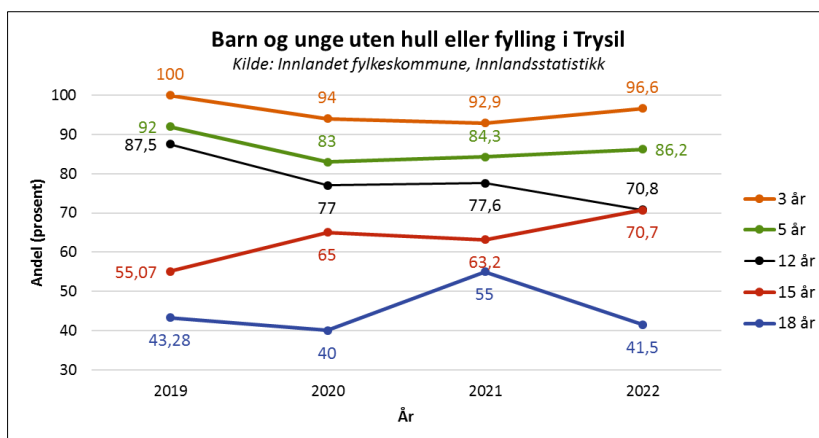
Konsekvenser

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. Økt kunnskap om risikofaktorer har gjort at fokuset i dag er mer rettet mot å forebygge dårlig helse.

3. Tannhelse, barn og unge

Status

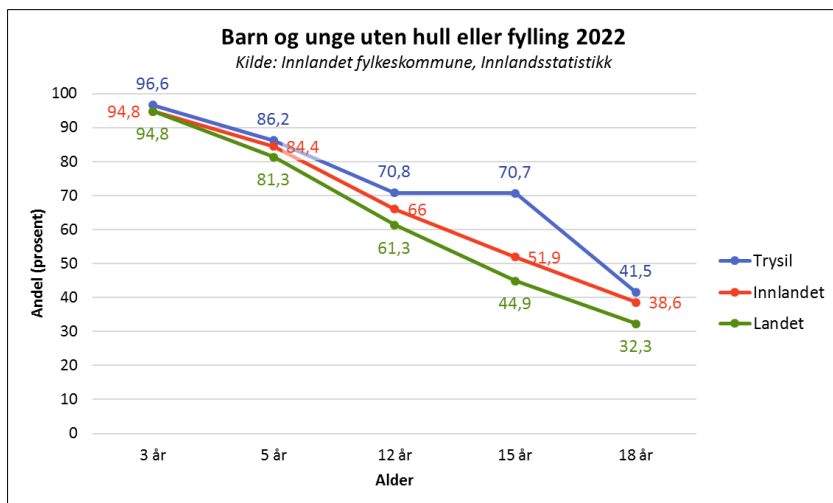
Figur 3 viser andel personer i % uten karies eller fyllinger i ulike aldersgrupper blant barn og unge i Trysil. Statistikken viser at tannhelsen hos barn og unge i Trysil er bra, selv om vi kan se noe svingninger fra år til år. De senere årene så ser man en nedgang blant 12-åringene, altså at færre 12-åring har «null hull». 18-åringene har også hatt en nedgang fra 2021 til 2022.



Figur 3. **Barn og unge uten hull eller fylling i Trysil** – ulike aldersgrupper, andel (prosent). Kilde: Innlandet fylkeskommune (innlandsstatistikk.no).

Figur 4 sammenligner Trysil, fylket og landet når det gjelder barn og unge uten hull eller fyllinger i 2022. Kurvene samsvarer i stor grad uavhengig av geografi, jf. den samme utviklingen skjer over hele landet ettersom man blir

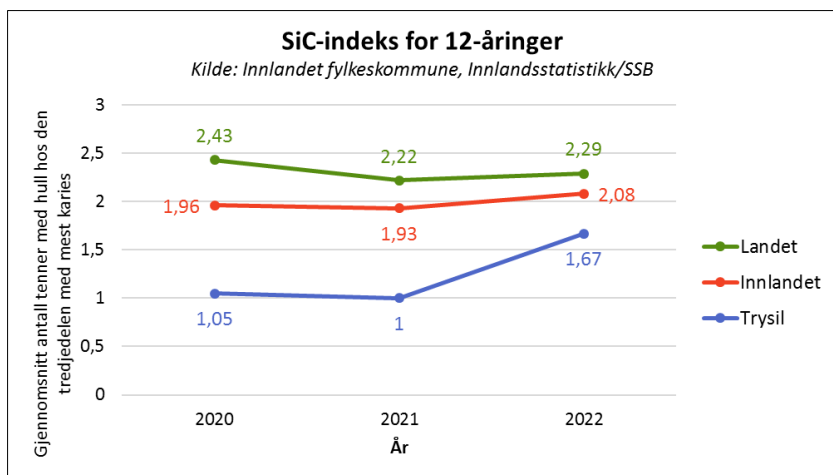
eldre. Trysil har en større andel barn og unge *uten* hull/fyllinger enn fylket og landet – har bedre resultater for alle aldersgrupper i 2022.



Figur 4. Barn og unge uten hull eller fylling 2022 – ulike aldersgrupper, andel (prosent). Kilde: Innlandet fylkeskommune (innlandsstatistikk.no).

Tannhelsetjenesten har også en indeks for sosial ulikhet i tannhelse (SiC-indeks – Significant Caries index). SiC-indeks registreres på 12-åringene, og gir en indikasjon på tannhelsetilstand ved å vise gjennomsnittlig antall tenner med hull, fyllinger eller tenner som er trukket (DMFT) hos tredjedelen med dårligst tanntilstand. En lav SiC-indeks vil si at forskjellene i tannhelse er mindre, enn de steder som har en høyere SiC-indeks.

På nasjonalt nivå har den tredjedelen av 12-åringene med dårligst tanntilstand i gjennomsnitt 2,3 tenner med hull, fyllinger, eller tenner som er trukket på grunn av karies i 2022, jf. figur 5. Lave tall for Trysil indikerer at det er marginale forskjeller mellom de som har karieserfaring og de med bedre tannhelse. Sagt på en annen måte: Det er liten sosial ulikhet i tannhelse hos 12-åringene i Trysil, selv om SiC-indeksen har økt i 2022.



Figur 5. SiC-indeks for 12-åringene. Kilde: Innlandet fylkeskommune (innlandsstatistikk.no)/SSB (tabell 11985) og Trysil tannklinikk (tall for Trysil).

Årsaksforhold

Årskullene i Trysil er små, slik at dårligere tannhelse hos noen få barn kan gi tydelige utslag på statistikken.

Faktorer som påvirker tannhelsen til barn og unge:

- Barn/ungdom tar over ansvaret for egen tannpuss; kan bli mer uregelmessig og dårligere utført
- Tilgang på lomme penger som brukes på usunne ting
- Mer brusdriking

Aktive og relevante tiltak er:

- Informasjon til forelder og barn
- Begrense tilgang på sukker
- Tannpuss 2 x pr. dag med fluortannkrem. Anbefaler fluortabletter og fluorskylling ved behov

- Tannklinikken følger opp «risikopasienter» og gir kunnskap om de gode valgene. Tilsvarende gir helsestasjonen råd ved helseundersøkelsene
- Tannhelseundervisning i 5. og 8. klasse. Tannhelseinformasjon på helsestasjon for foreldregrupper til barn i 10 mnd. alder. Opplegg i samarbeid med helsesykepleier.
- Unngå at elever går på «bygda» i friminutter
- Vareutvalg i elevkantina på ungdomsskolen
- Gi elever tilgang på kaldt drikkevann

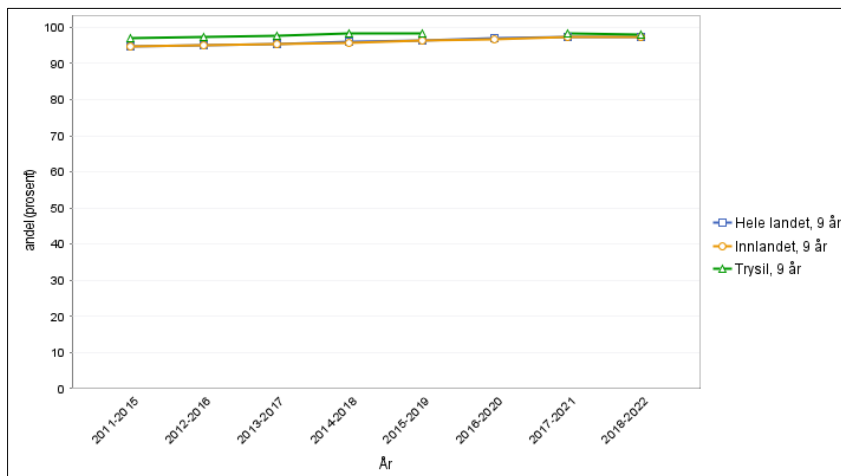
Konsekvenser

- Dårligere tannhelse, også som voksen
- Økonomisk belastning (restaureringer som gjøres i tannsettet varer ikke evig og må med års mellomrom revideres)
- Ungdom med dårlig tannhelse er ofte de som har dårligst fremmøte ved kontroll av tennene (blir en «ond sirkel», ingen utbedring)
- Dårlig tannhelse er ikke sosialt akseptert
- I de senere år har det blitt fokus på at bakterier i munnhulen knyttet til tannkjøttssykdommer, kan ha innvirkning på hjerte-/karsykdommer og demens

4. Vaksinasjonsdekning

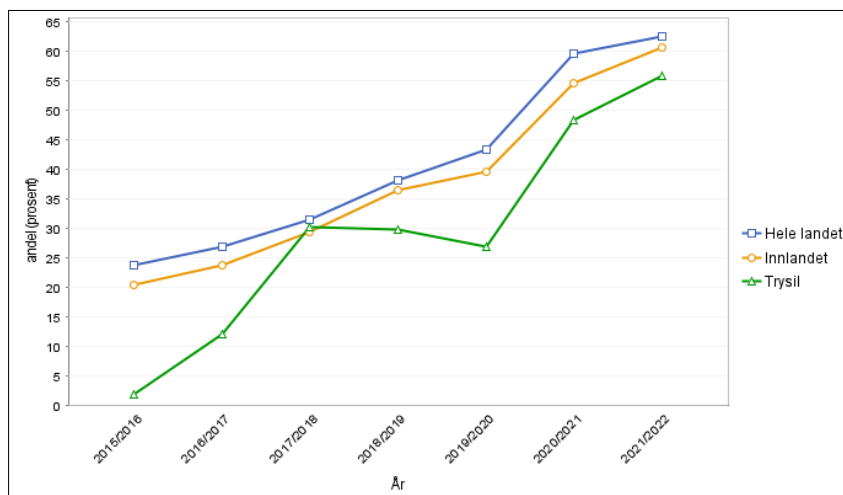
Status

Figur 6 viser dekningsstatistikk for meslingvaksine blant 9-åringer i barnevaksinasjonsprogrammet. Trysil har tilnærmet samme vaksinasjonsdekning som fylket og landet (kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet) – tilsvarende gjelder for øvrige sykdommer (røde hunder, kuma mv.).



Figur 6. **Vaksinasjonsdekning** – barnevaksinasjonsprogrammet, meslingvaksine, 9-åringer, 5-årige gjennomsnitt, andel (prosent). Kilde: Kommunehelsestatistikkbank/Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK, Folkehelseinstituttet.

Figur 7 viser andelen personer over 65 år registrert vaksinert mot influensa i prosent av personer over 65 år registrert i Folkeregisteret som bosatt i Norge på uttrekkstidspunkt. Trysil har lavere vaksinasjonsdekning for influensa enn både fylket og landet



Figur 7. **Influenzavaksinerte over 65 år** – andel (prosent). Kilde: Kommunehelse statistikkbank/Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK, Folkehelseinstituttet.

Årsaksforhold

Barnevaksinasjonsprogrammet

At dekningen er god i Trysil betyr at man har bra oversikt over de som skal vaksineres. Det er utarbeidet gode rutiner mellom oppvekst (barnehager og skoler) og helsetjenesten slik at man har oversikt over nyinnflyttede til kommunen. Det er tradisjon i kommunen for å ta vaksiner som hører til barnevaksinasjonsprogrammet. En forklaring på at kommunen ikke har 100 % dekning kan være at ikke alle flyktninger har blitt vaksinert, eller at de er registrert vaksinerte i journal, men ikke i SYSVAK.

Influenzavaksinering

Å vaksinere mot influensa forebygger både selve influensasykdommen og mulige følgesykdommer. Influensa skyldes virus og kan være alvorlig for eldre og personer med kroniske sykdommer. Følgesykdommer er ofte bakterielle infeksjoner som krever antibiotikabehandling, først og fremst lungebetennelse. Færre influensatilfeller vil sannsynligvis redusere overforbruk av antibiotika. Antibiotika virker ikke på influensavirus eller andre virus. Å behandle virussykdommer med antibiotika er derfor feil. Likevel skjer dette, enten fordi antibiotika brukes «for sikkerhets skyld», eller fordi man tror at pasienten har en bakteriell lungebetennelse. Kommunen har ansvar for å tilby influensavaksine til eldre over 65 år og andre risikogrupper. WHO og Norge har et mål om at 75 prosent i risikogruppene blir vaksinert. Per i dag er dekningen lavere enn dette. Det har imidlertid vært en positiv trend over flere år og dekningen er mer enn doblet i de fleste målgrupper fra 2015 til 2021 ifølge tall fra SSB (kilde: Kommunehelse statistikkbank, definisjoner).

Konsekvenser

Barnevaksinasjonsprogrammet

Barn og unge i Trysil er godt beskyttet dersom epidemier med kuma og meslinger skulle komme.

Influenzavaksinering

Influensa kan gi alvorlig sykdom og i verste fall forårsake dødsfall hos personer i risikogruppene. Eldre over 65 år er en definert risikogruppe (største risikogruppen) og utgjør langt over halvparten av personer med økt risiko for alvorlig sykdom forårsaket av influensa. Kommunikasjon rundt andel vaksinerte i denne gruppen er derfor et viktig virkemiddel til å øke fokus på vaksinering og rapportering til SYSVAK (kilde: Kommunehelse statistikkbank, definisjoner).

Generelt

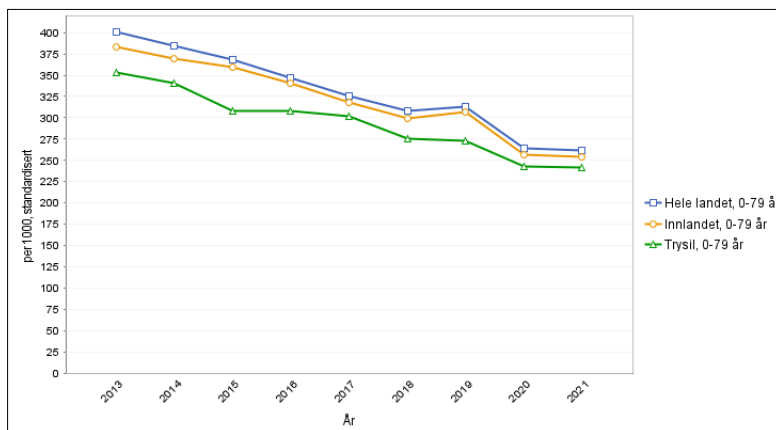
For mange potensielt farlige sykdommer er vaksinasjon det mest effektive forebyggende tiltaket man kjenner. Tall på vaksinasjonsdekning kan være til hjelp i vurdering av smittevernet i befolkningen samt vaksinasjonsprogrammets effektivitet. Ved et effektivt vaksinasjonsprogram med høy vaksinasjonsdekning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

5. Antibiotikabruk

Status

Figur 8 viser antibiotika forskrevet på resept og utlevert fra apotek til personer i aldersgruppen 0-79 år. En resept defineres som en utlevering av et antibiotikum. Kun resepter som er utlevert på apotek er inkludert i statistikken. Antall utleveringer av antibiotika kan være underestimert for områder med lav apotek-tetthet. I slike områder kan andelen som får utlevert legemidler (bl.a. antibiotika) til akutt behandling direkte fra legekontor eller legevakt, være høyere enn i andre områder. Legemidler til pasienter i sykehus eller sykehjem hentes ikke ut på resept og er derfor ikke med i denne statistikken.

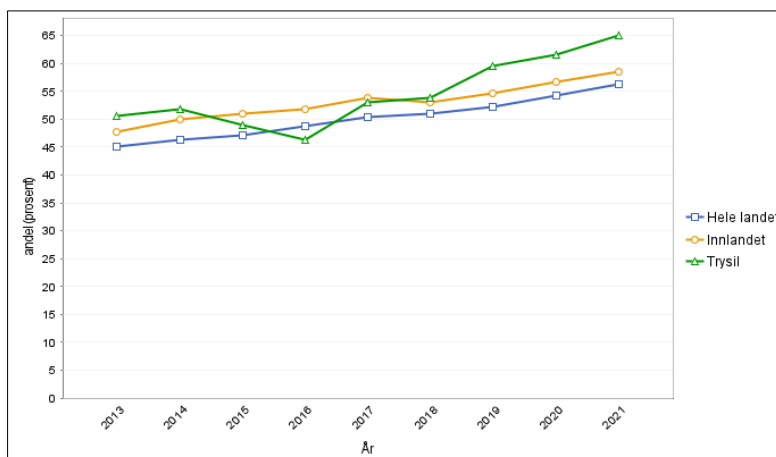
Statistikken viser at det foreskrives mindre antibiotika i Trysil enn i landet og fylket; 242 resepter/1000 innbyggere i 2021. Antibiotikakomiteéns mål er 250 resepter/1000 innbyggere per år.



Figur 8. **Antibiotikaresepter** – ekskl. metenamin, kjønn samlet, 0-79 år, antall resepter per 1000 innbyggere per år, standardisert. Kilde: Kommunehelse statistikkbank/Reseptregistret, Folkehelseinstituttet.

Figur 9 viser antall resepter med fenoksymetylpenicillin (penicillin V) i prosent av alle resepter med antibiotika mot luftveisinfeksjoner. Fenoksymetylpenicillin er et smalspektret (gunstig) antibiotikum og er mindre resistensdrivende enn bredspektret antibiotika. Antibiotika til bruk mot luftveisinfeksjoner omfatter fenoksymetylpenicillin (J01CE02), doksycyklin (J01AA02), amoxicillin (J01CA04) og makrolider (J01FA). I Norge brukes mye makrolider ved luftveisinfeksjoner og denne gruppen antibiotika er særlig resistensdrivende og bruken bør reduseres betydelig. Økt andel fenoksymetylpenicillin vil være en indikator på mindre bruk av de mer resistensdrivende antibiotikaene.

Statistikken viser at Trysil har hatt høyere andel enn landet og fylket tidligere år, 65 % i 2021. I 2016 ble det foreskrevet *mindre* fenoksymetylpenicillin mot luftveisinfeksjoner i Trysil enn i landet og fylket. I 2017 hadde dette igjen økt og har økt gradvis frem til 2021. Det er ønskelig at denne andelen er høy.



Figur 9. **Andel resepter med smalspektret antibiotika mot luftveisinfeksjoner** – 0-79 år, kjønn samlet, andel (prosent). Kilde: Kommunehelse statistikkbank/Reseptregistret, Folkehelseinstituttet.

Årsaksforhold

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

Konsekvenser

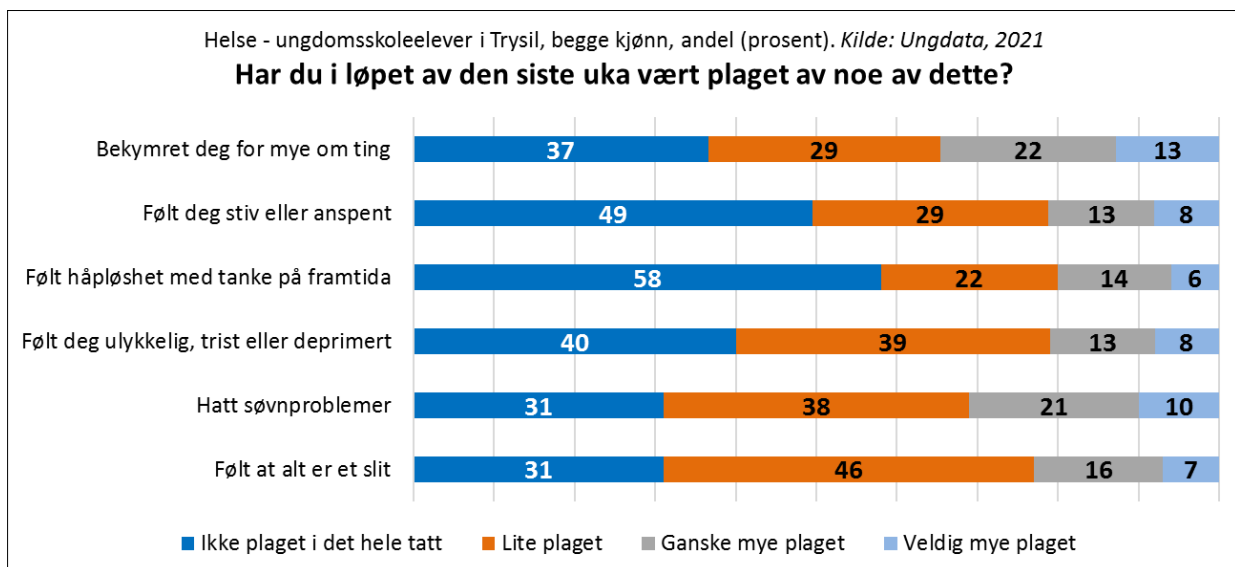
Antibiotika er viktige og effektive medisiner i behandling av infeksjoner som skyldes bakterier. Antibiotika har gjennom historien revolusjonert behandlingen av infeksjonssykdommer. Feil bruk av antibiotika kan føre til utvikling av antibiotikaresistente bakterier. Det betyr at antibiotika ikke lenger har effekt på disse bakteriene (kilde: Kommunehelsa statistikkbank, definisjoner).

Bakterier som er resistente mot antibiotika er et alvorlig og økende problem i hele verden. En reduksjon i totalt antibiotikabruk vil bremse og sannsynligvis redusere resistensutviklingen. I nasjonal strategi mot antibiotikaresistens var målsetningen 30 % reduksjon i antibiotikabruk hos mennesker innen 2020 (*kommentar: Strategien ble forlenget ut 2021, men regjeringen har varslet forsinkelser i utarbeidelsen av ny handlingsplan*). Folkehelseinstituttets komité for forebygging og bekjempelse av antibiotikaresistens (Antibiotikakomiteén) har satt et langsiktig mål om 250 resepter/1000 innbyggere per år (kilde: Kommunehelsa statistikkbank, definisjoner).

6. Psykisk helse

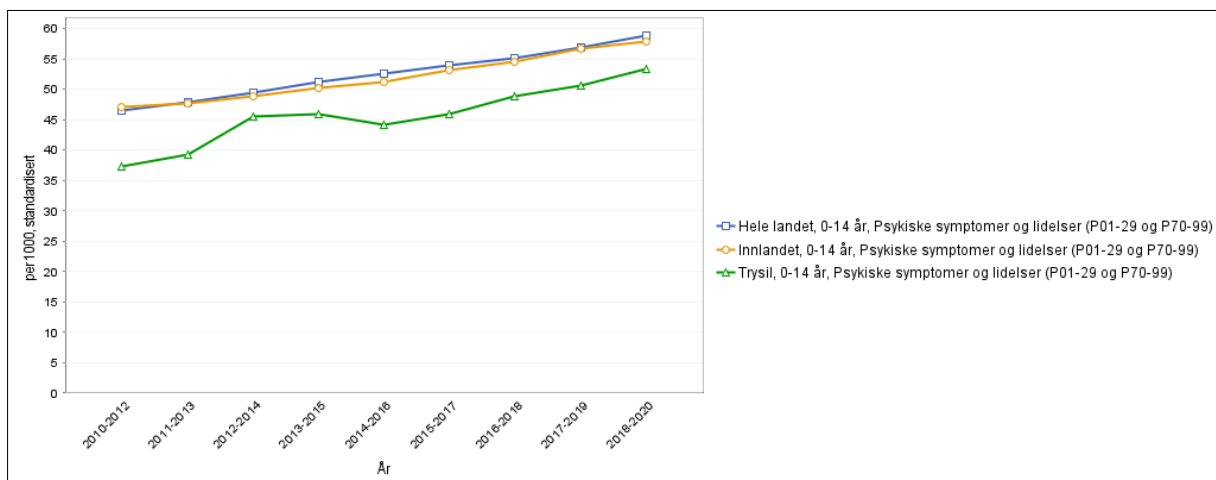
Status

Figur 10 viser prosentvis andel av ungdomsskoleelever som oppgir å ha hatt ulike plager siste uke. Resultatene er hentet fra Ungdata-undersøkelsen i Trysil i 2021. Disse plagene kan indikere psykiske helseplager. Figuren viser et spenn fra 20-35 % av ungdomsskoleelevene som oppgir å oppleve flere av disse plagene. Sammenlignet med tall fra Ungdata-undersøkelsen fra 2018 så kan det se ut som at flere opplever søvnproblemer (24 % i 2018 og 31 % i 2021), ellers er verdiene ganske like – til og med noe bedre på enkelte områder.

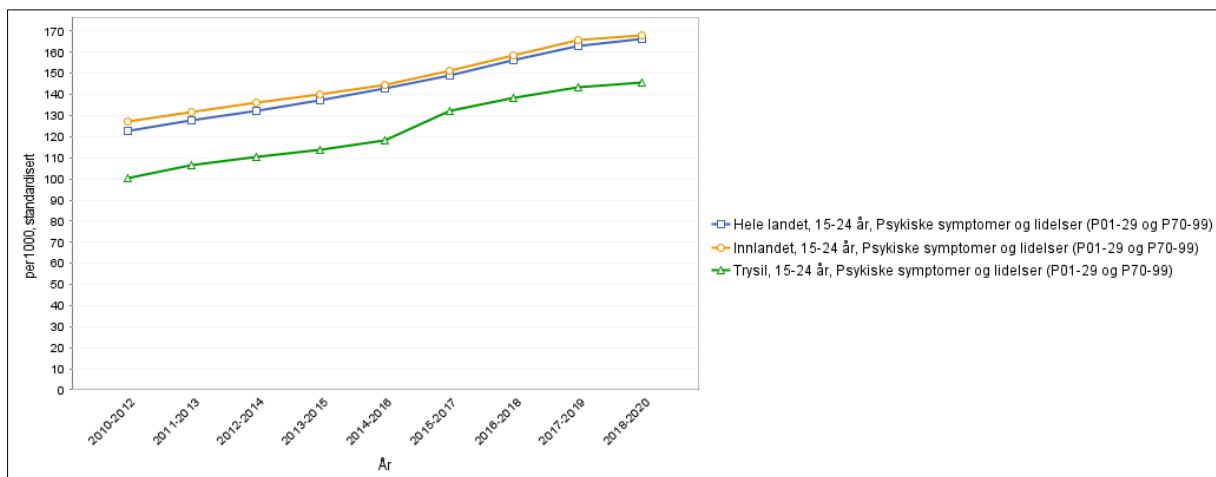


Figur 10. Ulike plager – ungdomsskoleelever i Trysil, begge kjønn, andel (prosent), spørsmål knyttet til hvor mange som har hatt ulike plager siste uke. Kilde: Rapport: Resultater fra Ungdata-undersøkelsen i Trysil kommune 2021, ungdomstrinnet, Ungdata.

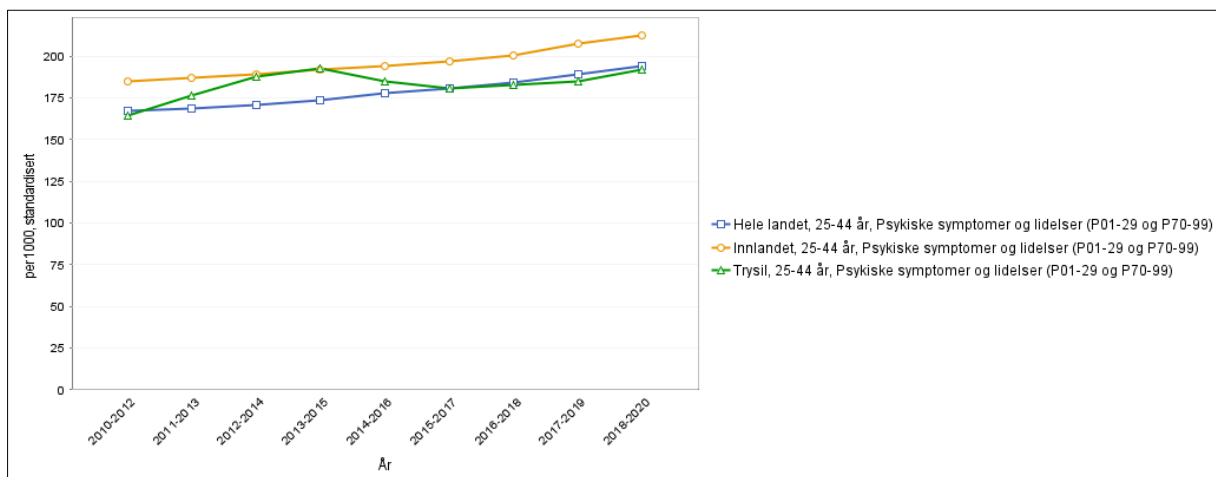
Figurene 11-14 viser antall unike personer med psykiske symptomer og lidelser i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år – i ulike aldersgrupper. Forekomsten i aldersgruppene 0-14 år og 15-24 år er lavere enn i fylket og i landet som helhet, jf. figur 11 og 12. Figur 13 viser at andelen i aldersgruppen 25-44 år ligger på samme nivå som landet som helhet, men lavere enn i fylket. Figur 14 viser at andelen i aldersgruppen 45-74 år ligger på samme nivå som fylket, men noe over landsgjennomsnittet. Forekomsten gikk ned i perioden 2015 til 2018 og har etter dette ligget stabilt på samme nivå som i fylket, men over gjennomsnittet for landet som helhet.



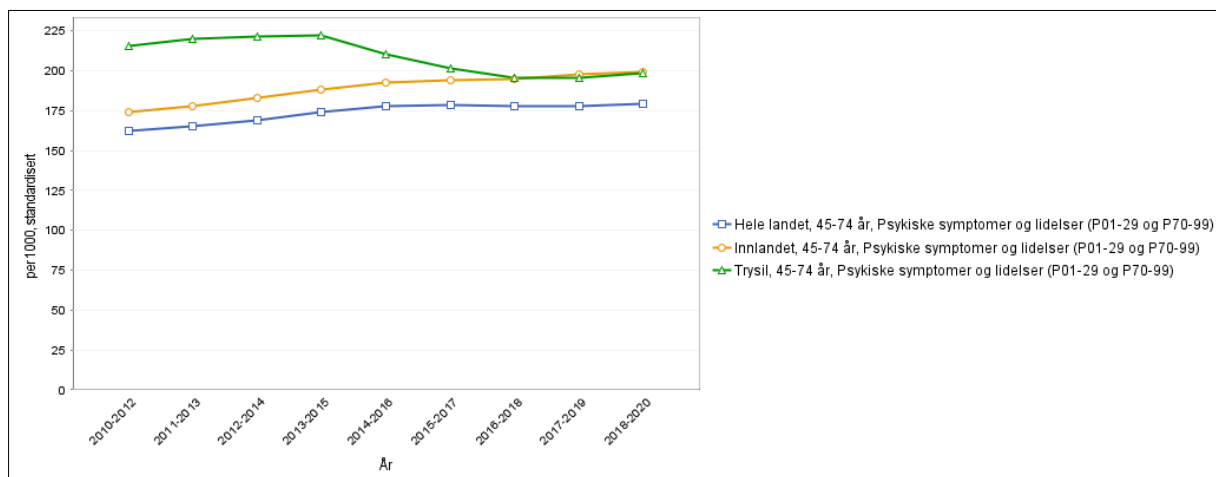
Figur 11. **Psykiske symptomer og lidelser (P01-29 og P70-99), primærhelsetjenesten, brukere – 0-14 år, kjønn samlet, antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år, standardisert, gjennomsnitt for 3-årsperioder.** Kilde: Kommunehelse statistikkbank/Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet.



Figur 12. **Psykiske symptomer og lidelser (P01-29 og P70-99), primærhelsetjenesten, brukere – 15-24 år, kjønn samlet, antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år, standardisert, gjennomsnitt for 3-årsperioder.** Kilde: Kommunehelse statistikkbank/Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet.



Figur 13. **Psykiske symptomer og lidelser (P01-29 og P70-99), primærhelsetjenesten, brukere – 25-44 år, kjønn samlet, antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år, standardisert, gjennomsnitt for 3-årsperioder.** Kilde: Kommunehelse statistikkbank/Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet.



Figur 14. **Psykiske symptomer og lidelser (P01-29 og P70-99), primærhelsetjenesten, brukere** – 45-74 år, kjønn samlet, antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år, standardisert, gjennomsnitt for 3-årsperioder. Kilde: Kommunehelse statistikkbank/Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet.

Årsaksforhold

Figur 10:

Det er viktig å presisere at Ungdata ikke fanger opp det som ut fra kliniske kriterier regnes som depresjon eller depressive lidelser. Mange av de plagene det spørres om i Ungdata-undersøkelsen er hverdagsplager som mange har, men som kan være utfordrende nok for mange av de som opplever dem. Særlig for de som har et vedvarende høyt nivå av slike helseplager (kilde: Ungdata, ungdomstrinnet, 2021).

Ungdomstiden er en sårbar periode som byr på store omveltninger – både kroppslig og mentalt. De unge skal finne ut hvem de er og hva de står for og møter nye krav og forventninger. Mange unge sliter psykisk i perioder. For de fleste er symptomer på psykiske lidelser forbigående, men for noen blir de varige. Med økende individualisering og et sterkere press om å lykkes i skolen har flere vært bekymret for utviklingen av ungdoms psykiske helse. Konfliktfylte forhold i hjemmet og liten grad av sosial støtte, øker risikoen for psykiske lidelser. Flere undersøkelser viser også en klar sammenheng mellom mobbing og dårlig psykisk helse (kilde: Ungdata, ungdomsskoleelever i Trysil kommune, 2018).

Figur 11-14:

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 (kilde: Kommunehelse statistikkbank, definisjoner).

Generelt

Grunnlaget for god psykisk helse og livskvalitet blir lagt gjennom hele livet – i familien, i barnehagen, gjennom skole og utdanning, i arbeidslivet og gjennom deltakelse på fritids- og kulturaktiviteter. Levevaner som tradisjonelt sett har vært godt forankret i folkehelsearbeidet for å styrke den fysiske helsa til befolkningen, har også vist seg å ha en gunstig effekt på den psykiske helsa. Dette gjelder for eksempel daglig fysisk aktivitet, sunt kosthold, gode søvnrutiner og røykeslutt (kilde: Folkehelsemeldinga, 2023).

Konsekvenser

Figur 10: Vedvarende og omfattende plager som beskrevet i figuren kan føre til psykiske plager og psykisk uhelse.

Figur 11 -14: 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.

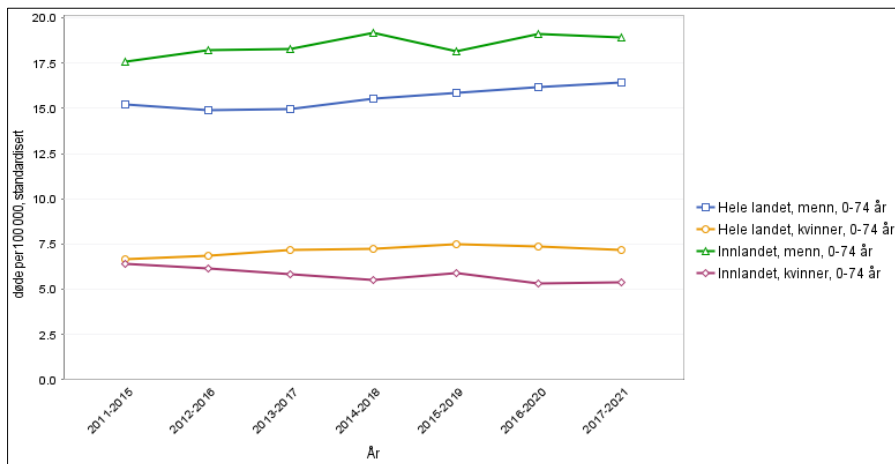
Generelt

I Meld. St. 15 (2022-2023) Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar så pekes det på at psykiske lidelser er utbredt i den norske befolkningen, og at disse lidelsene bidrar til betydelig helsetap. Mellom en av seks og en av fire vil oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av et år. De vanligste lidelsene er angst og depresjon. Alvorlige psykiske lidelser er forbundet med uførhet, fysiske sykdommer og redusert forventet levealder. Videre så pekes det på at det er betydelige sosiale forskjeller i psykiske plager og lidelser. Psykiske lidelser er tre-fire ganger mer utbredt hos barn av foreldre med lav inntekt. Forskjellene fortsetter gjennom livsløpet, og man finner de igjen når disse barna blir voksne.

7. Selvmord

Status

Figur 15 viser antall selvmord per 100 000 innbyggere i Innlandet og landet, altså ikke spesifikt for Trysil. Indikatoren er tatt med da den utgjør et viktig endepunkt med tanke på alvorlige livskriser hos personer. Andelen selvmord blant menn i Innlandet er høyere enn i landet som helhet. For kvinner i Innlandet er andelen lavere enn landet for øvrig, og tendensen er synkende.



Figur 15. **Selvmord og villet egenskade**, inkludert senvirkning av selvmordsforsøk (ICD-10: X60-X84, Y87.0). Antall døde per 100 000 innbyggere per år, aldersstandardisert, gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder. Kilde: Norgeshelse statistikkbank/Dødsårsaksregisteret ved Folkehelseinstituttet.

Årsaksforhold

Selvmord og selvmordsforsøk er for de fleste endepunktet i en prosess der indre og ytre belastninger over tid ikke har latt seg endre eller løse på en måte som gjør livet grunnleggende bedre.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer selvmord som en aktiv, villet handling som fører til døden. Årsakene til selvmord er komplekse og resultat av ulike faktorer. WHO estimerer antall selvmord i verden til over 700 000 årlig. De siste 20 årene har selvmordsraten i Norge ligget nokså stabilt på ca. 12-14 per 100 000 innbyggere. Raten er 2-3 ganger høyere hos menn enn hos kvinner. Dette innebærer totalt 550 til 650 selvmord hvert år, ifølge Dødsårsaksregisteret. Den vanligste metoden for selvmord er henging, etterfulgt av forgiftning, skyting og sprang fra høyt sted. Selvmordsatferd er sammensatt og ofte resultat av et samspill mellom flere faktorer fra psykiske lidelser til sosioøkonomiske faktorer:

- Viktige individuelle risikofaktorer: Psykiske lidelser (særlig depresjon, schizofreni og andre psykoselidelser, rusmisbrukslidelser og personlighetsforstyrrelser), tidligere selvmordsforsøk eller selvskading, somatisk sykdom, sosioøkonomiske problemer, belastende livshendelser (f.eks. tapsopplevelser, vold, seksuelt misbruk eller andre traumer), familiehistorie med selvmord eller selvmordsatferd, eksponering for flere ulike faktorer.
- Viktige miljørisikofaktorer: Tilgang til selvmordsmidler som ved bruk fører til høy dødsrisiko (f.eks. skytevåpen, husholdningsprodukter med høyt giftnivå, høye bygg og broer, legemidler som virker giftig ved overdosering), eksponering for negative sosiale faktorer som f.eks. mobbing, arbeidsledighet og sosial isolasjon, dramatisk og sensasjonspreget rapportering om selvmord i massemedia.

Kilde: Faktaark: Fakta om selvmord, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), revidert 16.09.22.

Konsekvenser

Konsekvenser av selvmord er betydelige; mange tapte leveår og antakeligvis tapt livskvalitet før selvmordet. Forebygging knyttet til selvmord handler om best mulig å «bygge» mennesker som klarer å stå i egne liv, kjenner seg verdifulle og har mestringsfølelse.

Selvmord har betydelige konsekvenser for familie og andre nære personer og for samfunnet forøvrig. Om man regner 10 etterlatte per selvmord så vil omkring 6500 nye etterlatte bli berørt i Norge hvert år. En rekke studier finner høyere forekomst av posttraumatiske stressreaksjoner, forlenget sorg, depresjon, angst og selvmordstanker og/eller -forsøk hos etterlatte etter selvmord. Etterlatte etter selvmord rapporterer også om høyere nivåer av avvsningsfølelse, skam, stigma og behov for å skjule det som har skjedd.

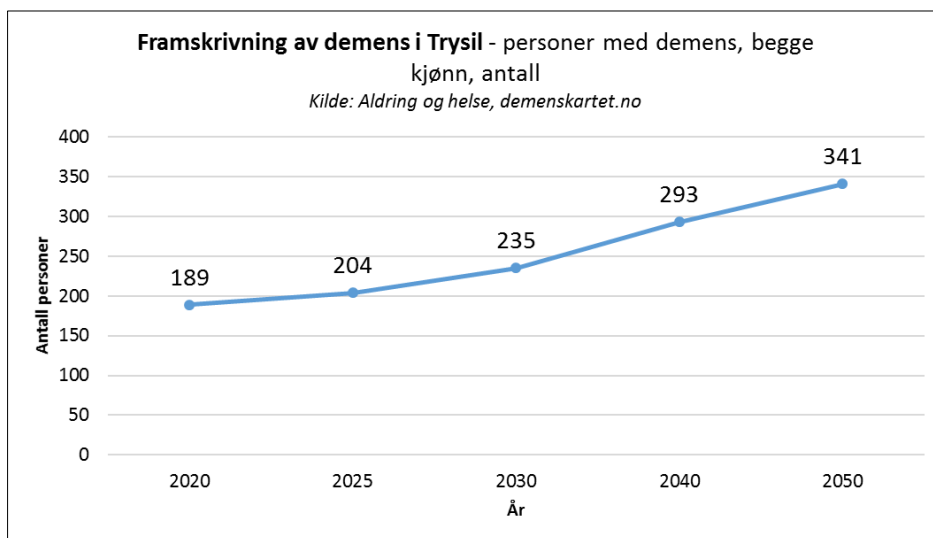
Kilde: Stene-Larsen K, Øien-Ødegaard C, Straiton ML, Reneflot A, Zahl PH, Myklestad I, et al. *Selvmord i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert (16.11.2022); lest (03.05.2023)]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvmord-i-norge/>*

8. Demens

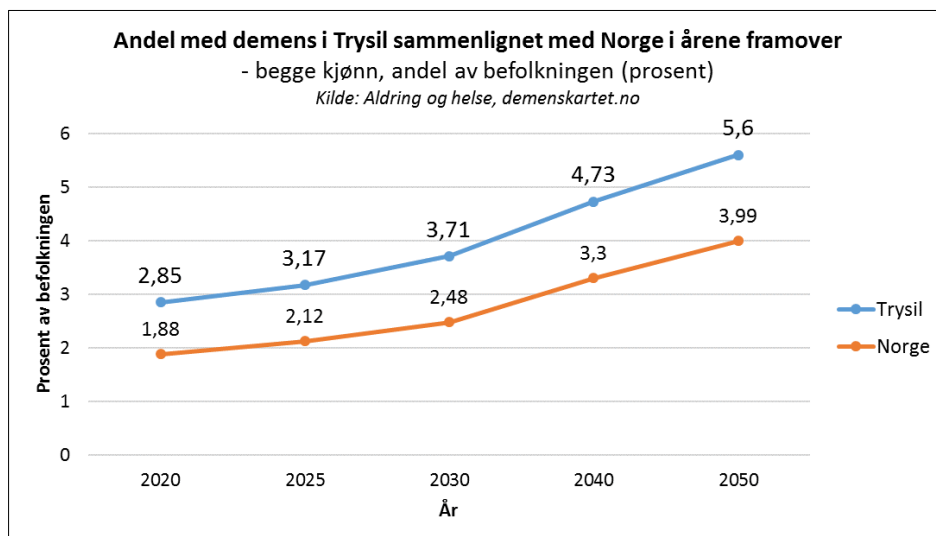
Status

Datagrunnlaget hos [Aldring og helse](#) er hentet fra HUNT4 70+ (et delprosjekt av HUNT4) rettet mot eldre helse i Nord-Trøndelag. Ut ifra dette er demensforekomst beregnet for Norge og kommuner (demensprevalens). Framskrevne befolkningstall er hentet fra SSB (hovedalternativet). Jo mindre kommunene er, desto mer usikre blir tallene, og de må tolkes med forsiktighet.

Figur 16 viser framskrevne tall for antall personer med demens i Trysil. Statistikken viser at antallet personer med demens i Trysil vil øke med ca. 50 personer hvert tiår – det skjer nesten en fordobling av antallet personer med demens i hele perioden. Figur 17 viser at andelen av befolkningen i Trysil med demens vil være høyere sammenlignet med Norge i årene fremover. Årsaken til dette er demografi – befolkningen i Trysil er eldre enn gjennomsnittet i Norge, og vil derfor også ha en høyere andel med demens.



Figur 16. Framskrivning av demens i Trysil. Kilde: Aldring og helse.



Figur 17. Andelen med demens i Trysil sammenlignet med Norge i årene fremover. Kilde: Aldring og helse.

I Norge er det gode estimater for forekomsten av demens i sykehjem og blant hjemmeboende tjenestemottakere. I overkant av 80 prosent av de som har langtids plass i sykehjem, har demenssykdom. Over 40 prosent av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester, har demens. Kilde: Strand BH, Vollrath M, Skirbekk VF. Demens. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert (23.02.2021); lest (03.05.2023)]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Oversikt over henvisninger til hukommelsesteamet i Trysil kommune

Tidsperiode	Antall nye henvisninger	Gjennomsnitt pr. uke
2019, april-desember	45	1,1 i gjennomsnitt pr. uke
2020	47	0,9 i gjennomsnitt pr. uke
2021	60	1,1 i gjennomsnitt pr. uke
2022	58	1,1 i gjennomsnitt pr. uke
2023 til dags dato (21/2-23)	9	
Totalt siden oppstart 01.04.19	219	

I tillegg til nye henvisninger, følger hukommelsesteamet opp alle som har blitt henvist, rutinemessig hvert halvår, oftere ved behov. Pr. 21.02.23 er det 108 pasienter som følges opp.

Årsaksforhold

Demens er fellesbetegnelsen på flere hjernesykdommer som påvirker atferd og evnen til å huske, tenke og utføre dagligdagse aktiviteter. Selv om demens hovedsakelig er knyttet til høy alder, er det ikke en del av den normale aldringen. Alder og gener spiller en vesentlig rolle for utvikling av demens, men man antar at så mye som 40 prosent av all demens kunne vært unngått ved forebygging. Beskyttende faktorer ser for en stor del ut til å være de samme som for hjerte- og karsykdommer: Fysisk aktivitet, ikke-røyking og god kontroll av høyt blodtrykk. Sosial aktivitet beskytter. Diabetes, lav utdanning, fedme, nedsatt hørsel, depresjon, høyt alkoholforbruk, hodeskader og luftforurensing er risikofaktorer.

Forekomsten av demens er høyere blant personer med lav utdanning enn blant personer med høy utdanning. Det ser ut til at høyere utdanning kan forsinke utviklingen av demens, men at høyere utdanning ikke gir permanent beskyttelse mot utvikling av demens. Forskjeller mellom utdanningsgrupper kan også skyldes forskjeller i leveste og forskjellig etterlevelse av forebyggende behandling for hjerte- og karsykdommer. Kilde: Strand BH, Vollrath M, Skirbekk VF. Demens. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert (23.02.2021); lest (03.05.2023)]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Konsekvenser

Demenssykdommer er progressive og dødelige, og personer med demens lever betydelig kortere enn befolkningen ellers. Demens utvikler seg langsomt over tid og kan ikke kureres. Forverringen kan skje raskere etter hvert, og gjør at personen med demens blir hjelpetrengende. De fleste pasienter med demens dør i løpet av en tiårsperiode etter at diagnosen er stilt, enten av demens eller andre årsaker. Kilde: Strand BH, Vollrath M, Skirbekk VF. Demens. I:

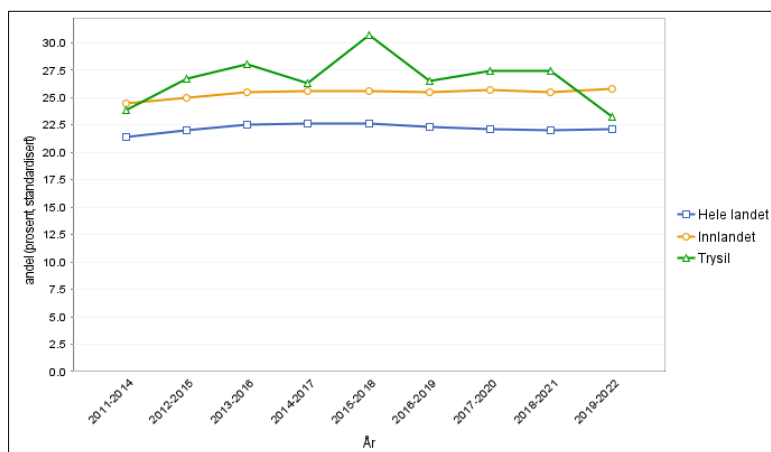
Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert (23.02.2021); lest (03.05.2023)]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Demens er en stor påkjenning og utfordring både for den som rammes, de pårørende, helse- og omsorgstjenestene og samfunnet. Tapet av kognitive og motoriske funksjoner, samt psykiske tilleggssymptomer som angst, depresjon og vrangforestillinger fører ofte til mye lidelse for dem som rammes av demens. Også blant pårørende, spesielt ektefelle eller barn, kan sykdommen medføre store belastninger. Opplevelsen av gradvis å miste sin nærmeste er en smertefull og ofte langvarig prosess. I tillegg er selve omsorgsbyrden ofte tung og slitsom. Kognitiv svikt og demens medfører utstrakt bruk av helse- og omsorgstjenester og vil utgjøre en økende samfunnsutfordring i årene fremover.

9. Overvekt, fedme og undervekt

Status

Figur 18 viser andel menn og kvinner med overvekt inkludert fedme (dvs. KMI tilsvarende over eller lik 25 kg/m²), i prosent av alle som oppga høyde og vekt i den nettbaserte sesjon 1. Statistikken viser 4-års gjennomsnitt. Både Innlandet og Trysil ligger høyere enn landsgjennomsnittet, men Trysil har hatt en nedgang og ligger i 2022 tett på landsgjennomsnittet (Trysil: 23 %).

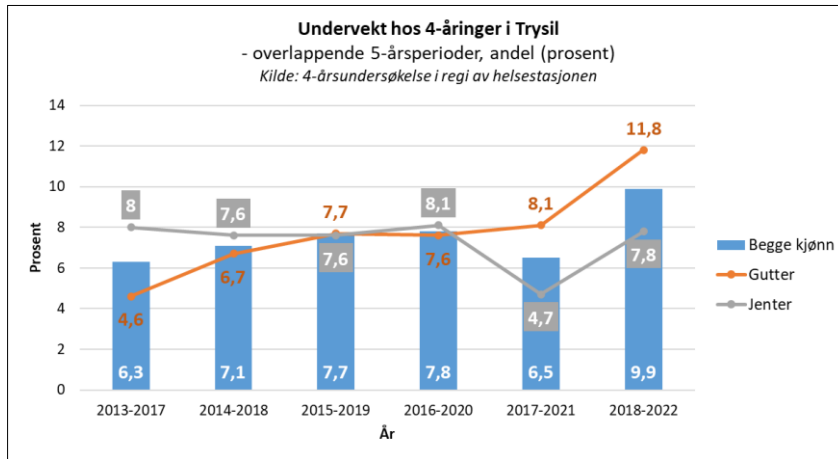


Figur 18. **Overvekt og fedme, selvrapportert ved sesjon 1** – overvekt inkl. fedme (KMI over 25), kjønn samlet, andel (prosent, standardisert). Kilde: KommuneHelse statistikkbank/Vernepliktsverket.

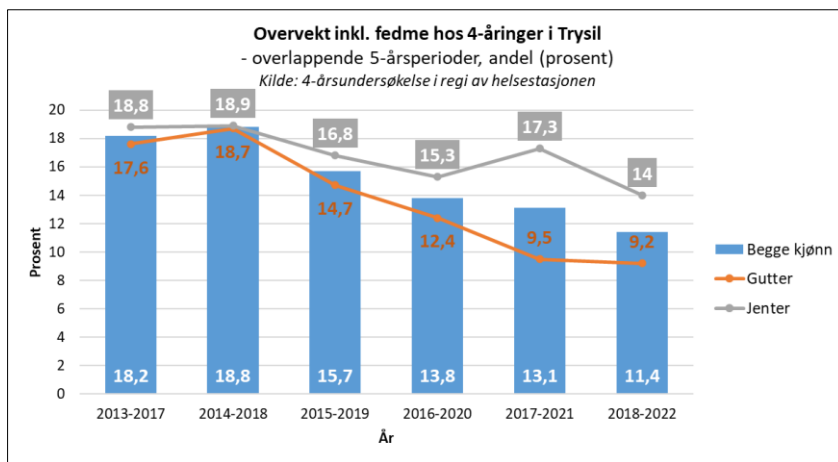
Figur 19 og 20 viser andel med undervekt og overvekt inkl. fedme hos 4-åringer i Trysil. Verdiene viser gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder og data er innhentet i forbindelse med årlig 4-årsundersøkelse i regi av helsestasjonen. Selv om datagrunnlaget, jf. antall personer som har deltatt i undersøkelsene, er lite/begrenset og dermed medfører større statistisk usikkerhet (få barn kan gi store utslag), så vil gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder i større grad bidra til å gi en mer korrekt tendens (man unngår særegenheter i de enkelte kullene). Deltakelsesprosenten er nær 100 %, slik at tallene er uansett representative for 4-åringer i Trysil.

Når det gjelder undervekt hos 4-åringer så viser statistikken en relativt stabil tendens for jenter, hvor nær 8 % er undervektige. For gutter så er det en økende tendens, hvor 11,8 % var undervektige i siste 5-årsperiode (2018-2022). Undervektstallene for året 2022 var høyere enn vanlig (24,1 % for kjønn samlet) – og en forklaring på dette var at flere barn lå i grenseområdet mellom undervekt og normalvekt, men at de faktisk lå under de angitte grenseverdiene.

Når det gjelder overvekt inkl. fedme hos 4-åringer så viser statistikken en nedadgående tendens, både for jenter og gutter. Siste 5-årsperiode viser at 11,4 % av barna har overvekt inkl. fedme (kjønn samlet).



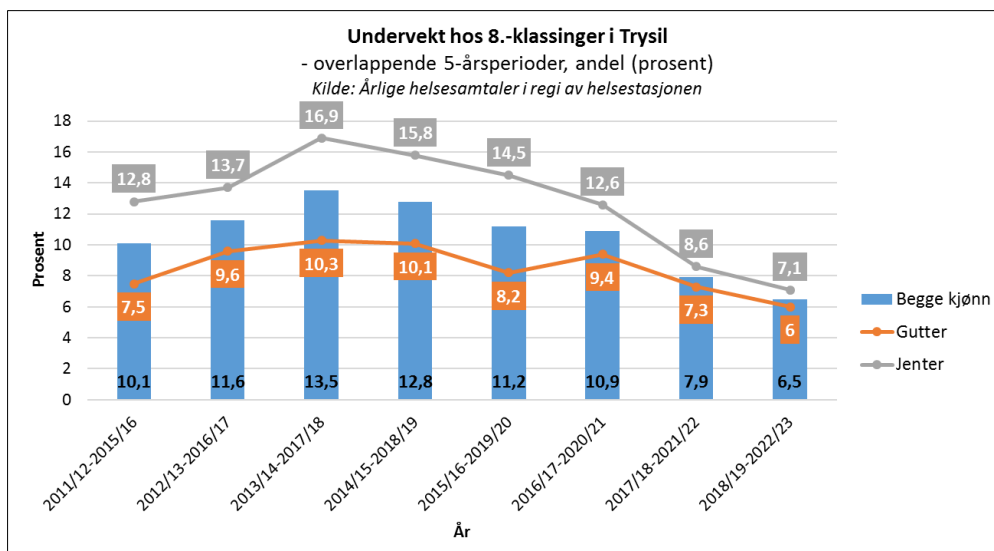
Figur 19.



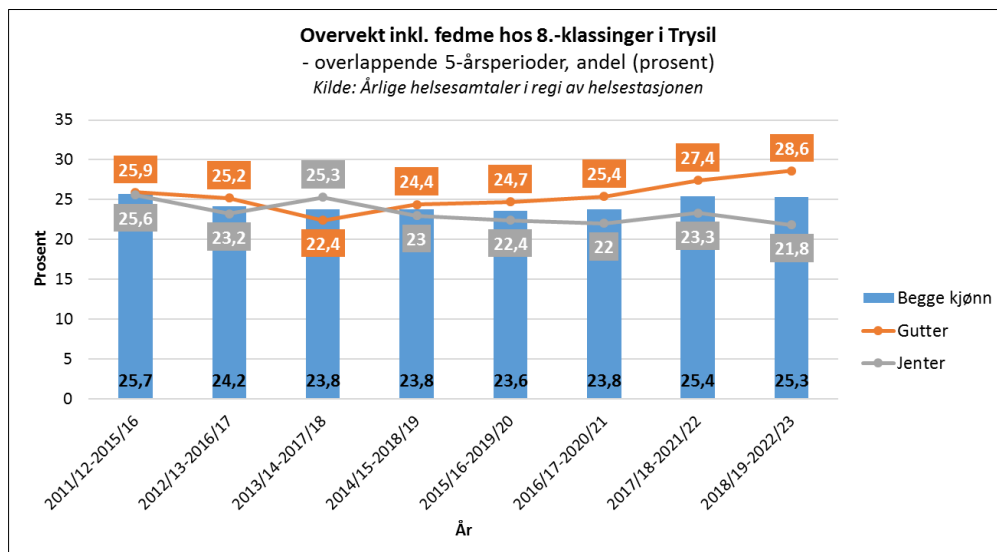
Figur 20.

Figur 21 og 22 viser andel med undervekt og overvekt inkl. fedme hos 8. klassinger i Trysil. Verdiene viser gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder og data er innhentet i forbindelse med årlige helsesamtaler i regi av helsestasjonen.

Statistikken for 8. klassingene viser en nedadgående tendens når det gjelder undervekt for begge kjønn, hvor 6,5 % er undervektige i siste 5-årsperiode (kjønn samlet). Når det gjelder overvekt inkl. fedme så har dette ligget ganske stabilt på ca. 25 % (kjønn samlet) i hele datainnhentesperioden – altså 1 av 4 elever. Gutter har en økende tendens de senere årene, mens jenter har en svak nedadgående tendens.



Figur 21.



Figur 22.

Nasjonale tall

Helseundersøkelser i Trøndelag og Tromsø rapporterer at størstedelen av den voksne befolkningen har overvekt eller fedme, og at mindretallet har normal vekt. Cirka 27 % av mennene og 25 % av kvinnene i alderen 40-49 år har fedme, i tillegg kommer andelen med overvekt. Om lag 23 % av mennene og 42 % av kvinnene i alderen 40-49 år har BMI *under* 25 (normal vekt). Blant barn og ungdom ser det ut til at den samlede andelen med overvekt og fedme har stabilisert seg. Til sammen har mellom 15 og 21 prosent av barn og ungdom (8-15 år) overvekt og fedme (om lag 1 av 6).

Den samlede andelen med overvekt og fedme varierer etter landsdel, utdanningsnivå og familieforhold, bl.a. viser studier at andelen overvektige barn er høyere på landsbygda enn i byer. Selvrapporterte data fra den Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020 viser klare utdanningsforskjeller i fedme med nærmere dobbelt så høy forekomst hos de med grunnskole/videregående utdanning sammenlignet med personer med 4 år eller lengre høgskole/universitetsutdanning. Også hos barn er det sosioøkonomiske ulikheter i overvekt og fedme. Andelen med overvekt er 30 prosent høyere blant barn av mødre med kort utdanning enn blant barn av mødre med lang utdanning. I Barnevekststudien 2010 så fant man at andelen som hadde overvekt og fedme var over 50 prosent høyere blant barn med skilte foreldre sammenlignet med barn med gifte foreldre. Kilde: Meyer HE, Bergh IH. *Overvekt og fedme i Noreg. 1: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]*. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert (31.08.2022); lest (04.05.2023)]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>

Årsaksforhold

Overvekt og fedme er en helsetrussel både lokalt, nasjonalt og globalt – og faktorer som kan påvirke risikoen for overvekt og fedme er:

- **Fødselsvekt og vektøkning i småbarnsalder:** Høy fødselsvekt har sterkest sammenheng med utvikling av fedme i voksen alder dersom foreldrene i tillegg har høy BMI. Mye tyder derfor på at foreldrenes vekt har større betydning for utvikling av fedme enn barnets fødselsvekt. Fra toårs-alder er fedme hos barn tydelig forbundet med økt risiko for fedme i voksen alder.
- **Inaktivitet og høyt energiinntak:** Vekt påvirkes av både arv og miljø. På befolkningsnivå er det trolig endringer i miljø og levevaner som kan forklare økt forekomst av overvekt og fedme de senere tiåra, og den største vektøkningen er observert hos de som er mest genetisk predisponert til å legge på seg (WHO, 2022). Vi lever i et samfunn som oppmuntrer til fysisk inaktivitet, og som har et stort og fristende mattilbud, også kalt et 'fedmefremmende samfunn' (obesogenic environment). Fysisk aktivitet, særlig dagliglivets aktiviteter, har sunket, og vi har nå et energiinntak (kaloriinntak) som ikke er tilpasset dette. I en situasjon med redusert aktivitetsnivå og stor tilgang på energitette matvarer, er det lett å utvikle overvekt.
- **Psykisk helse og overvekt:** Befolkningsstudier blant voksne viser at det er en høyere andel som har psykiske plager som angst og depresjon blant personer med fedme enn i befolkningen ellers. Oppfølgingsstudier har vist at angst og depresjon øker risikoen for utvikling av fedme. På den andre siden øker også fedme risikoen for angst og depresjon. Psykiske plager og lidelser kan altså både være en årsak til og en konsekvens av fedme. Psykiske vansker

kan påvirke både appetitt, metthet, vilje og selvkontroll som kan føre til et høyere inntak av mat som er rikt på fett, sukker eller salt.

Når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet er det vist at fiberrike matvarer, "middelhavskosthold", amming og fysisk aktivitet inklusiv gange reduserer risikoen for vektøkning og overvekt/fedme, mens sukkersøte drikkevarer, energitett og næringsfattig mat inklusiv fastfood og mye skjermtid øker risikoen. *Kilde: Meyer HE, Bergh IH. Overvekt og fedme i Noreg. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert (31.08.2022); lest (04.05.2023)]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>*

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. For å kunne gjøre noe med overvekt og fedme på samfunnsnivå er det viktig med både befolkningsrettede og individrettede tiltak, men befolkningsrettede tiltak når langt flere og vil være mer effektive enn individrettede tiltak, jf. mer enn kun å appellere til enkeltpersoner om å holde vekten under kontroll.

Undervekt kan være en indikator på psykisk uhelse og/eller dårlige hjemmeforhold.

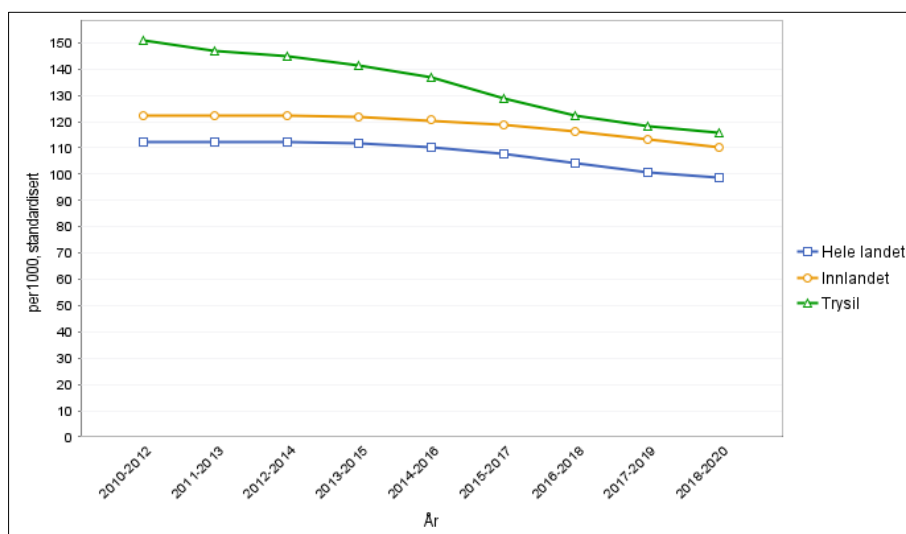
Konsekvenser

Det er først og fremst fedme som er forbundet med økt helserisiko. Høy BMI medvirker til anslagsvis 2800 årlige dødsfall i Norge (nær 7 % av alle dødsfall), og er knyttet til en rekke ulike plager og sykdommer som type 2-diabetes, hjerte- og karsykdom, visse typer kreft (bl.a. tykktarmskreft), pustestopp om natten (søvnapné), slitasjegikt i hofter og kne og stigmatisering, psykiske plager og mistroivsel. Barn som har overvekt og fedme, har økt risiko for å ha overvekt og fedme også som voksne. *Kilde: Meyer HE, Bergh IH. Overvekt og fedme i Noreg. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert (31.08.2022); lest (04.05.2023)]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>*

10. Hjerte- og karsykdom

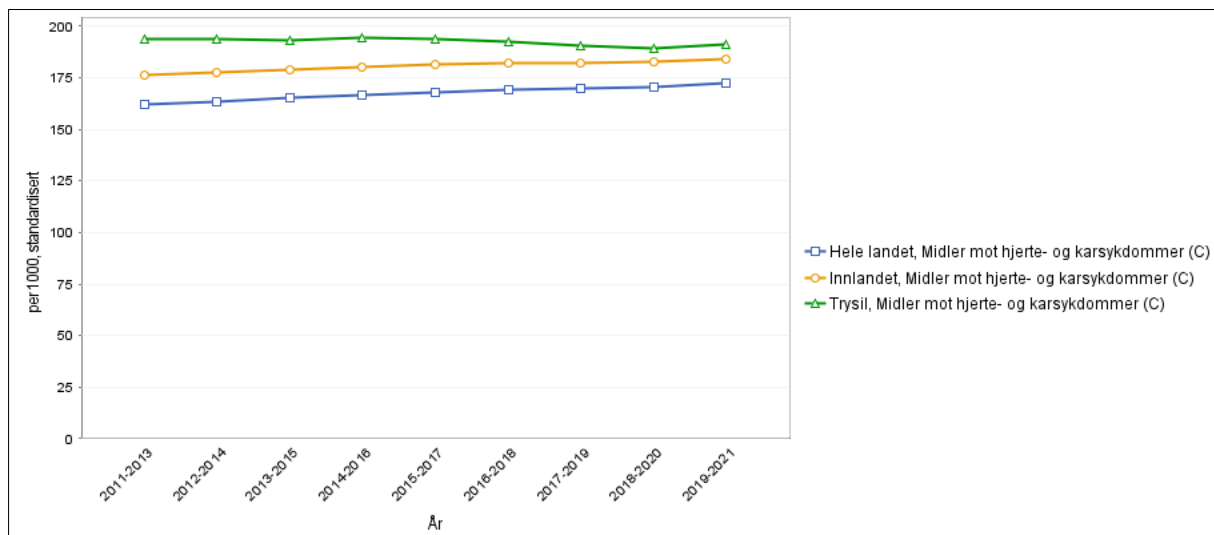
Status

Figur 23 viser andel unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt med bakgrunn i hjerte- og karsykdom i aldersgruppen 0-74 år. Statistikken indikerer at det er større utbredelse av hjerte- og karsykdom i Trysil enn i fylket og landet.



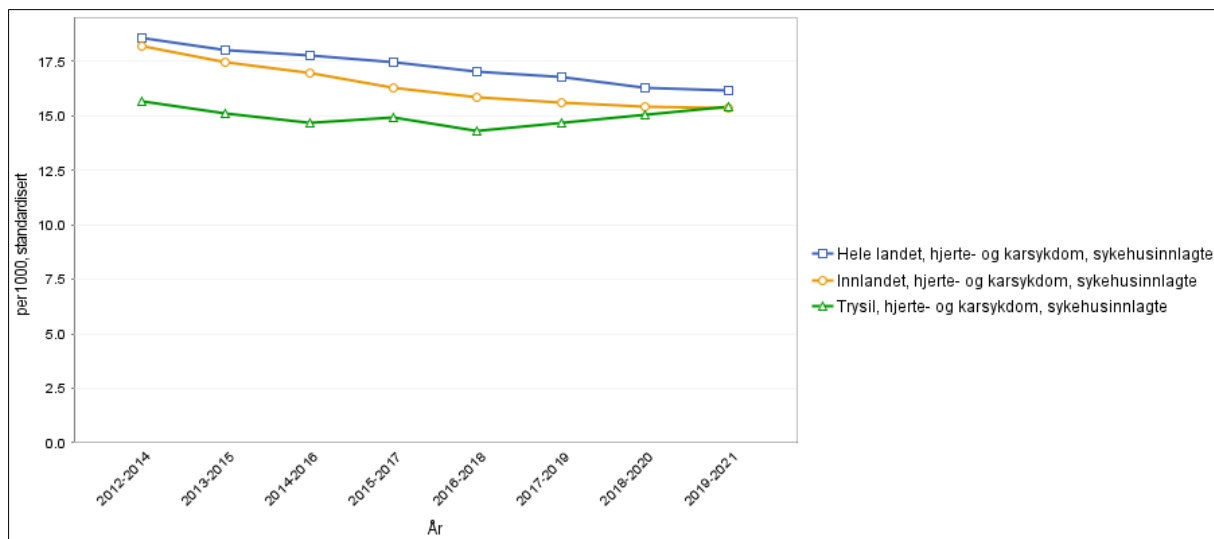
Figur 23. Hjerte- og karsykdom – Primærhelsetjenesten, brukere – Hjerte- og karsykdomsdiagnoser, totalt (K70-99) – kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert, 3-års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelse statistikkbank/Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet.

Figur 24 viser andel brukere av legemidler (midler mot hjerte- og karsykdommer) i aldersgruppen 0-74 år. Brukere defineres som personer som i løpet av året har hentet ut minst én resept i apotek. Statistikken viser at det er flere som bruker legemidler mot hjerte- og karsykdommer i Trysil enn i fylket og landet.



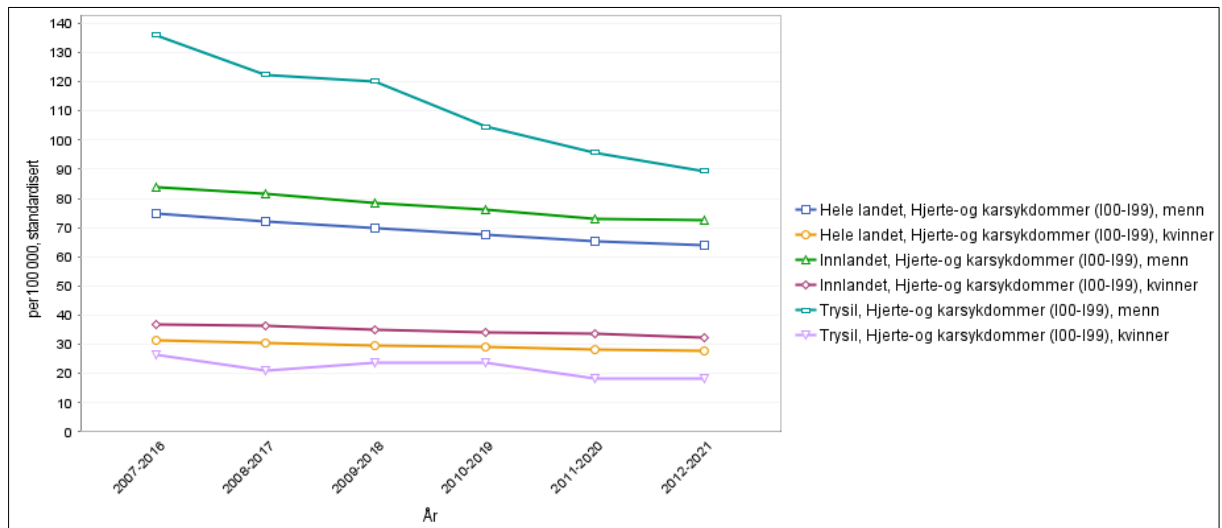
Figur 24. Hjerte- og karsykdom – **Legemiddelbrukere** – kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert, 3-års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommune helsa statistikkbank/Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet.

Figur 25 viser antall unike personer med hjerte- og kardiagnose som har vært lagt inn på sykehus. Statistikken viser at en lavere andel personer i Trysil legges inn for hjerte- og karproblematikk enn i landet for øvrig, men at vi ligger likt som i Innlandet.



Figur 25. Hjerte- og karsykdom – **Sykehusinnlagte** – kjønn samlet, alle aldre, per 1000, standardisert, 3-års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommune helsa statistikkbank/Hjerte- og karregisteret (Folkehelseinstituttet).

Figur 26 viser andel døde i aldersgruppen med bakgrunn i hjerte- og karsykdommer, etter kjønn. De tre nederste linjene i diagrammet viser verdier for kvinner i Trysil, Innlandet og landet – og viser at andelen kvinner i Trysil som dør av hjerte- og karsykdom er lavere enn i fylket og landet. De tre øverste linjene viser det samme for menn – og statistikken viser at betydelig flere menn som dør av hjerte-/karsykdom i Trysil enn i fylket og landet. Diagrammet viser videre at differansen mellom menn og kvinner i Trysil er enorm hva angår dødelighet av hjerte-/karsykdom.



Figur 26. Hjerne- og karsykdom – Dødelighet, tidlig død – 0-74 år, per 100 000, alders- og kjønnsstandardisert, 10-års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelsetatistikkbank/Dødsårsaksregisteret ved Folkehelseinstituttet.

Årsaksforhold

Når det gjelder legemiddelbruk og bruk av primærhelsetjenesten så indikerer figurene over at andelen med hjerne- og karsykdom er høyere i Trysil enn i fylket og landet (gjelder begge kjønn). Derimot viser figur 25 at færre i Trysil blir lagt inn på sykehus for denne problematikken i landet, men vi ligger likt som innlandet forøvrig. Når det gjelder dødelighet som følge av hjerne-/karsykdom så er denne lav for kvinner i Trysil, mens for menn er denne skyhøy.

Bruk av primærhelsetjenesten, legemiddelbruk, sykehusinnleggelser og dødelighet kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av sykdom og bakenforliggende risikofaktorer. Generelt har det vært nedgang i forekomst av hjerne- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking, fysisk inaktivitet og et ugunstig kosthold tyder på at hjerne- og karsykdommer fortsatt vil ramme mange. Det er flere faktorer som kan øke risikoen for hjerne- og karsykdommer som for eksempel høyt blodtrykk, høyt kolesterol og diabetes. Arvelige faktorer er også av betydning. I den delen av befolkningen som har lav utdanning og/eller lav inntekt, er hjerne- og kardødeligheten samlet sett høyere enn blant dem som har høyskole- og universitetsutdanning.

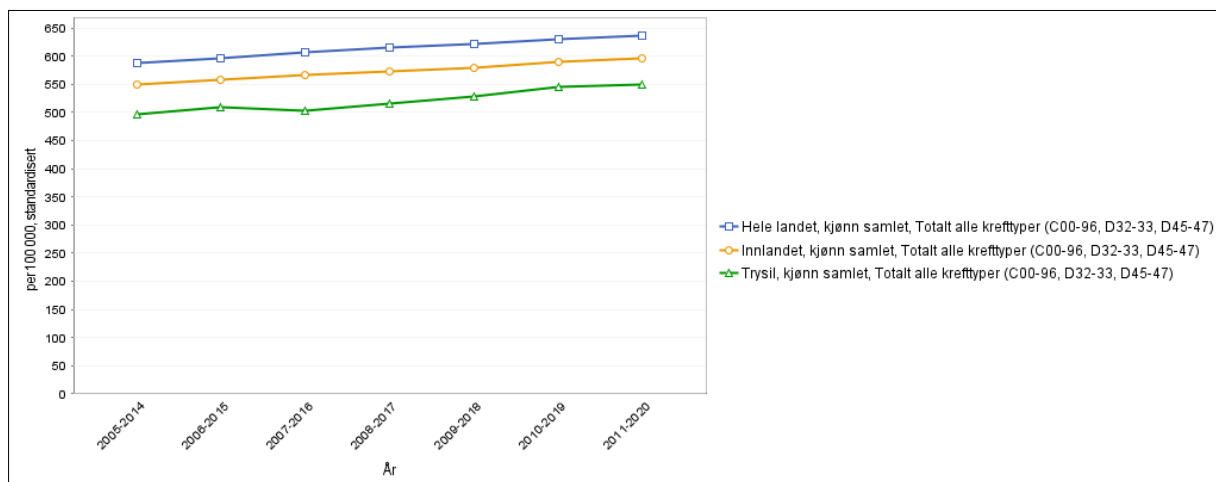
Konsekvenser

Sammen med kreft er hjerne- og karsykdommer de hyppigste dødsårsakene her i landet når vi ser alle aldersgrupper under ett. Mange av hjerne- og kardødsfallene skjer i høy alder.

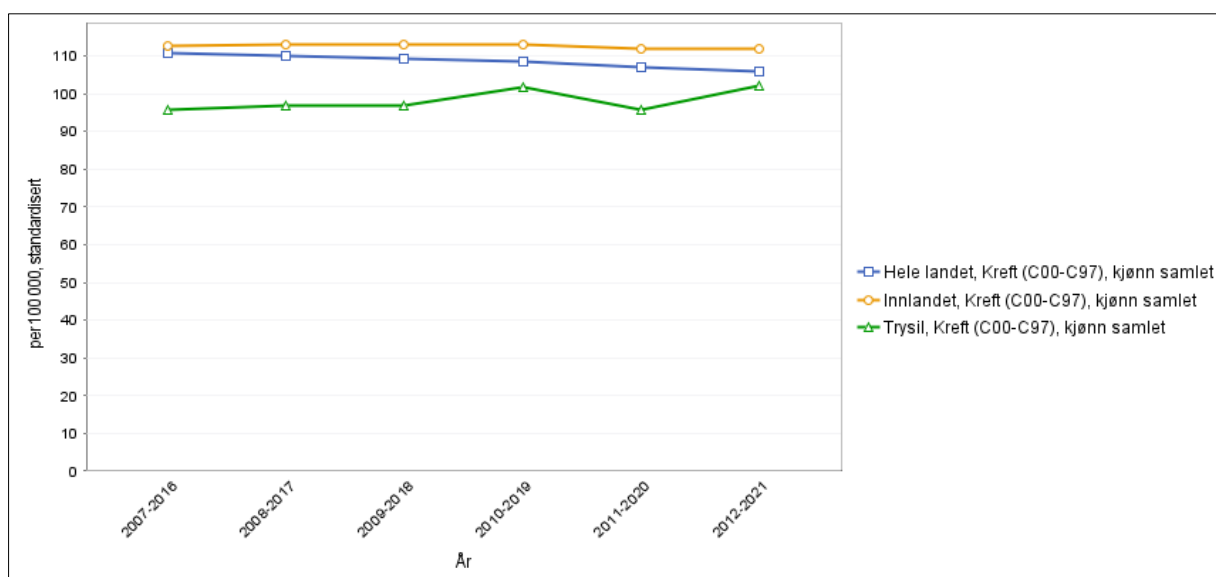
11. Kreft

Status

Figur 27 viser at andel personer som har fått kreft i Trysil er lavere enn i fylket og landet når man ser på alle krefttyper totalt. Dersom man ser på de ulike krefttypene så viser tall at andelen kvinner som rammes av lungekreft i Trysil er høyere enn i fylket og landet – og selv om Trysil ikke skiller seg spesielt fra Innlandet og landet, så er det kreft i fordøyelsesorganer (inkl. tykk- og endetarmskreft) som inntreffer oftest, uavhengig av kjønn. Færre kvinner i Trysil får brystkreft enn i fylket og landet, tilsvarende gjelder prostatakreft for menn. Figur 28 viser at andel personer som dør av kreft i Trysil er lavere enn i fylket og landet for øvrig.



Figur 27. **Kreft, nye tilfeller** – totalt alle krefttyper, kjønn samlet, per 100 000, standardisert, 10-års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelse statistikkbank/Kreftregisteret.



Figur 28. **Kreft – Dødelighet, tidlig død** – 0-74 år, kjønn samlet, per 100 000, standardisert, 10-års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelse statistikkbank/Dødsårsaksregisteret ved Folkehelseinstituttet.

Årsaksforhold

Kreft er ikke én enkelt sykdom, men en fellesbetegnelse for en rekke sykdommer som kan ha forskjellige risikofaktorer og ulik sykdomsutvikling. Det tar ofte lang tid fra eksponering til man utvikler kreft, og mange faktorer kan derfor medvirke til at sykdommen oppstår. Kosthold, fysisk aktivitet, røyke- og alkoholvaner er faktorer som har betydning for kreftforekomsten. Det anslås at ett av tre krefttilfeller henger sammen med levevaner. En endring i befolkningens levevaner har derfor et stort potensiale til å redusere risikoen for å utvikle kreft. Kreftforekomst og -dødelighet varierer med hvor man befinner seg på den sosiale rangstigen.

Konsekvenser

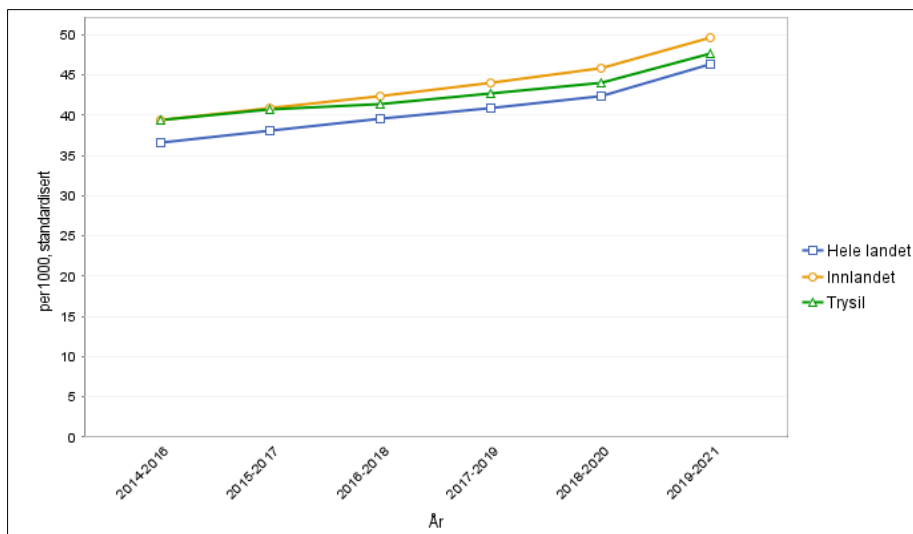
De viktigste dødsårsakene i Norge i dag er hjerte- og karsykdommer og kreft.

12. Type 2-diabetes

Status

Figur 29 viser andel brukere av legemidler forskrevet på resept til behandling av type 2-diabetes i aldersgruppen 30-74 år. Brukere defineres som personer som i løpet av året har hentet ut minst en resept i apotek. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel, telles vedkommende bare én gang. Følgende legemiddelgrupper tatt med: Blodsukkersenkende midler, ekskl. insuliner (A10B). Statistikken viser at Trysil har færre legemiddelbrukere

enn fylket, men flere enn landet når det gjelder bruk av blodsukkersenkende midler. Om legemiddelbruk er en god indikator på sykdomsforekomst må vurderes i lys av lokal kunnskap om behandlingsmetoder og diagnostisering.



Figur 29. Type 2-diabetes – **Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år)** – kjønn samlet, per 1000, standardisert, gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder. Kilde: Kommunehelse statistikkbank/Reseptregistret, Folkehelseinstituttet.

Årsaksforhold

Det er sosioøkonomiske og geografiske forskjeller i forekomst av diabetes type 2 – det er klare sosiale gradienter med lavere forekomst i høyere sosiale lag. Overvekt er en viktig risikofaktor for utvikling av type 2-diabetes og forekomst av type 2-diabetes kan derfor si noe om befolkningens kosthold og fysiske aktivitet. Røyking er også en risikofaktor for å utvikle diabetes. Arv er av betydning. Man arver en disposisjon, men det er livsstilsforhold som i stor grad avgjør om man utvikler sykdommen.

Behandling av sykdommen varierer. Riktig kosthold, mosjon og vektreduksjon kan for noen normalisere blodsukkeret og holde sykdommen under kontroll. Rundt 70 % av pasientene må behandles med blodsukkersenkende legemidler. Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes (ATC gruppe A10B) kan benyttes som en indikator på forekomsten av type 2-diabetes i befolkningen. En liten andel (< 10 %) av type 2-diabetes pasientene behandles kun med insulin (ATC gruppe A10A). Insulin i kombinasjon med andre blodsukkersenkende legemidler er mer vanlig, og disse pasientene vil være inkludert i tallene (A10B).

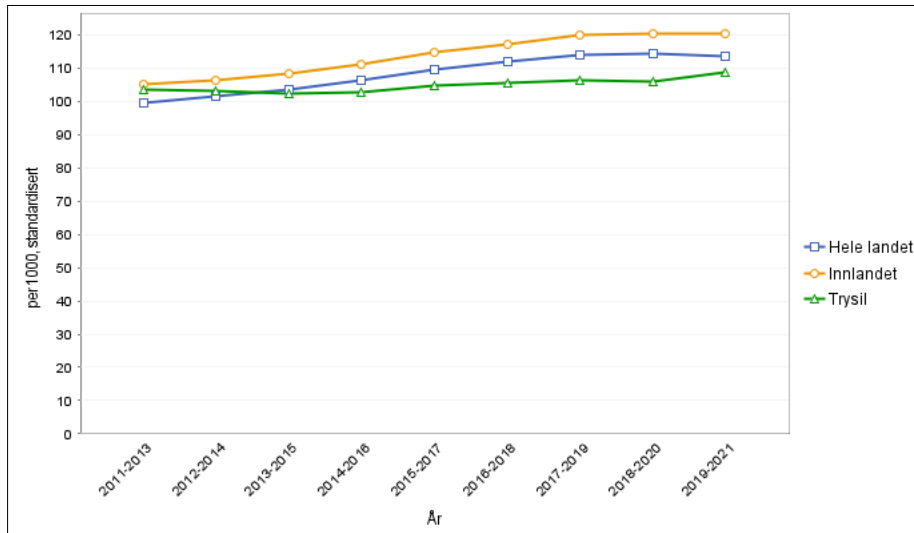
Konsekvenser

Type 2-diabetes behandles med vektreduksjon, økt fysisk aktivitet, kostregulering, antidiabetika og i noen tilfeller insulin. Behandlingsmålene er symptomfrihet, god livskvalitet og normal livslengde.

13. KOLS/lungesykdom

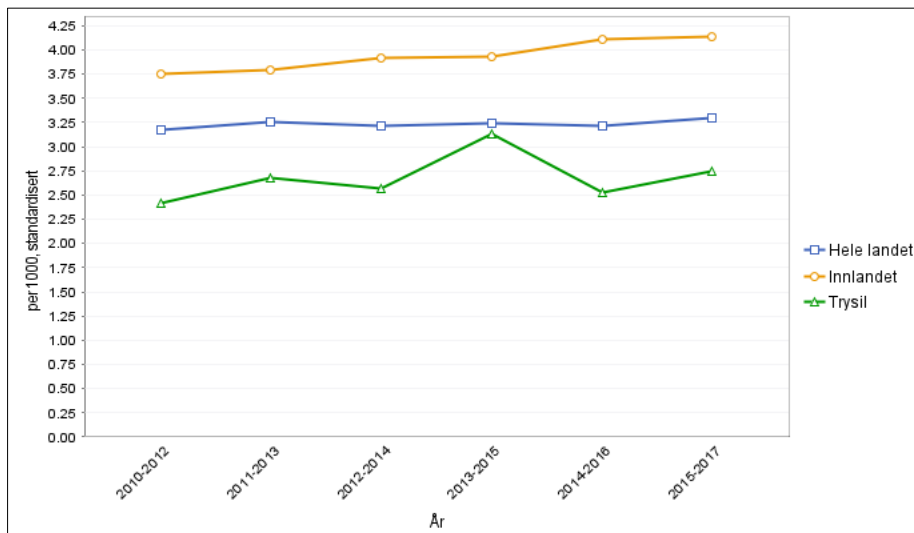
Status

Figur 30 viser andel brukere av legemidler utlevert på resept til behandling av KOLS og astma i aldersgruppen 45-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang. Statistikken viser at Trysil har færre legemiddelbrukere enn fylket og landet når det gjelder bruk av midler mot KOLS og astma (R03 unntatt R03CA).



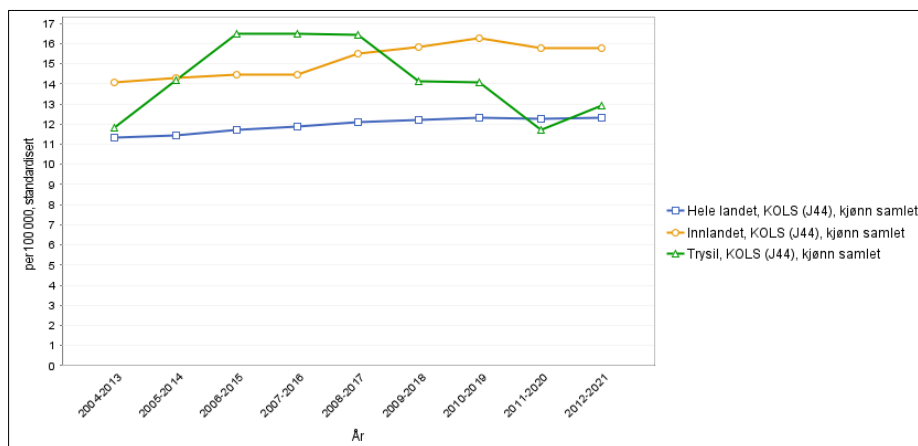
Figur 30. KOLS/lungesykdom – **KOLS og astma, legemiddelbrukere (45-74 år)** – kjønn samlet, per 1000, standardisert, gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder. Kilde: KommuneHelse statistikkbank/Reseptregistret, Folkehelseinstituttet.

Figur 31 viser antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus på grunn av KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med KOLS, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser at det er færre i Trysil enn i fylket og landet som legges inn på sykehus for KOLS.



Figur 31. KOLS/lungesykdom – **KOLS, spesialisthelsetjenesten (45 år +) (Inndeling per 1.1.2020)** – kjønn samlet, per 1000, standardisert, gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder. Kilde: KommuneHelse statistikkbank/Norsk pasientregister (NPR).

Figur 32 viser andel døde i aldersgruppen med bakgrunn i KOLS. Statistikken viser at Trysil ligger noe høyere enn landet, men betydelig lavere enn innlandet.



Figur 32. KOLS/lungesykdom – Dødelighet, tidlig død – KOLS (J44), 0-74 år, kjønn samlet, per 100 000, standardisert, gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder. Kilde: Kommune helsa statistikkbank/Dødsårsaksregisteret ved Folkehelseinstituttet.

Årsaksforhold

Legemiddelbruk, bruk av sykehustjenester og dødelighet kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av sykdom og bakenforliggende risikofaktorer. Når det gjelder legemiddelbruk og sykehusinnleggelse så indikerer figurene over at andelen med KOLS er lavere i Trysil enn i fylket og landet. Figur 32 viser at færre dør av KOLS i Trysil enn i Innlandet, men at Trysil ligger omtrent på samme nivå som landet forøvrig når det gjelder dødelighet.

Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, og 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. Risikoen øker med økende tobakksforbruk og antall år man har røyket.

Informasjon om tidlig død (her definert som død før 75 års alder) av gitte sykdomsgrupper gir oss viktig informasjon om hvor vi bør sette inn forebyggende tiltak. Dagens dødsårsaksmonster gjenspeiler ikke nødvendigvis befolkningens levevaner de siste årene.

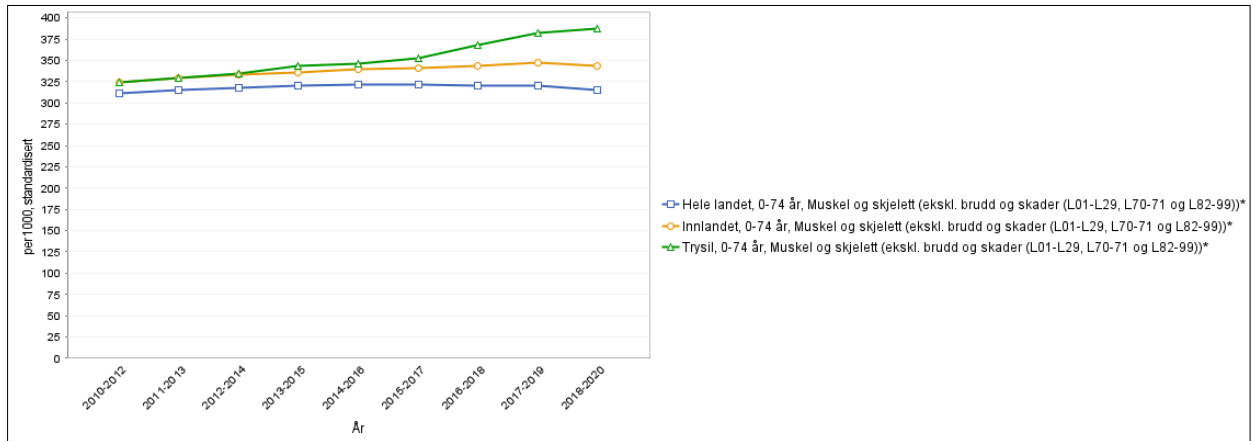
Konsekvenser

KOLS er en sykdom som kan gi betydelig funksjonsnedsettelse. KOLS-pasienter har økt risiko for å få flere andre sykdommer samtidig, f.eks. hjerte- og karsykdom, lungekreft, depresjon og beinskjørhet. Har man først utviklet KOLS, kan ikke behandling reparere den tapte lungefunksjonen. Røykestopp kan bremse forverring av sykdommen og ytterligere tap av lungefunksjon.

14. Muskel og skjelett

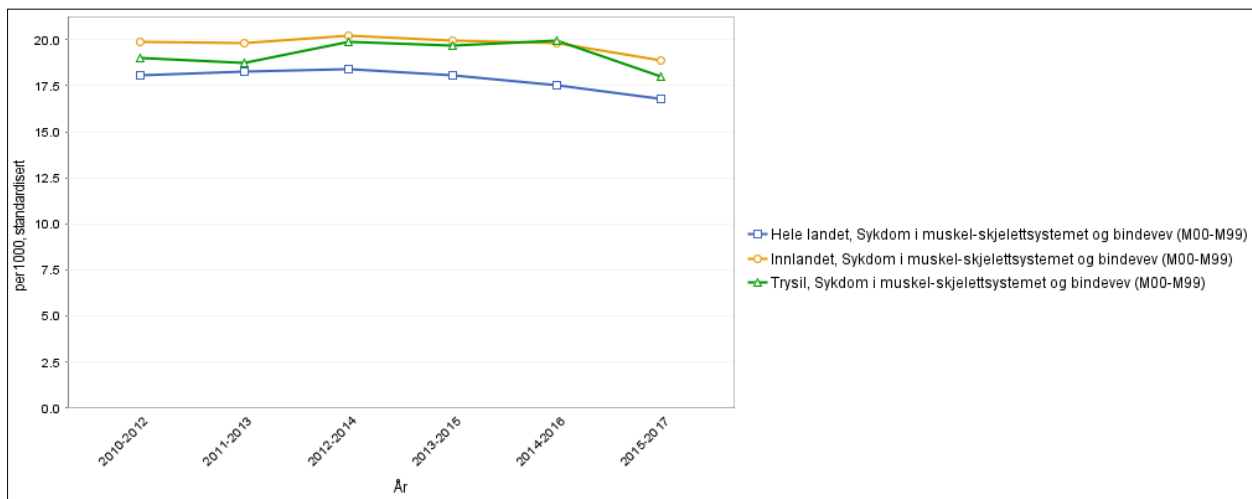
Status

Figur 33 viser antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt (for muskel- og skjelettrelaterte plager/sykdomsdiagnoser inkluderes 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 indikerer at det er større utbredelse av muskel- og skjelettrelaterte plager/sykdomsdiagnoser i Trysil enn i fylket og landet.



Figur 33. Muskel og skjelett – **Primærhelsetjenesten, brukere – Muskel og skjelett (ekskl. brudd og skader)** – kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert, 3-års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank/Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet.

Figur 34 viser 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 én gang. Statistikken viser at det er færre i Trysil enn i Innlandet som legges inn på sykehus for sykdom i muskel-/skjelettsystemet og bindevev, men flere enn i landet for øvrig.



Figur 34. Muskel og skjelett – **Spesialisthelsetjenesten, somatikk (Inndeling per 1.1.2020) – Sykdom i muskel- og skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)** – alle aldre, kjønn samlet, per 1000, standardisert, 3-års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank/Norsk pasientregister (NPR).

Årsaksforhold

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

Muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager omfatter en lang rekke ulike tilstander som har det til felles at de er forbundet med smerte og eventuelt nedsatt funksjon knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Risikofaktorer, og dermed også mulighetene for forebygging, avhenger av diagnose. Sett under ett har mange typer muskel- og skjelettsykdommer og -plager sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og overvekt, røyking og arbeidsrelaterte faktorer.

Muskel- og skjelettplager er vanligere hos personer med lavere sosioøkonomisk status enn i befolkningen som helhet. En oppfølgingsstudie over 11 år viste at personer med lav utdanning hadde omkring tre ganger så høy risiko for å bli uføre på grunn av en ryggglidelse sammenlignet med personer med høy utdanning. Kilde: Clarsen B, Steingrimsdóttir ÓA, Holvik K, Ørstavik RE. Muskel- og skjeletthelse i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert (29.03.2022); lest (04.05.2023)]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>

Konsekvenser

Tilstander knyttet til muskel og skjelett kan føre til store helseplager og redusert livskvalitet. De fleste vil i løpet av livet ha plager eller sykdommer knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Samlet sett er muskel- og skjelettsykdommer den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest», selv om de fleste tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet.

Muskel- og skjelettskader, -sykdommer og -plager er blant de viktigste årsakene til redusert helse og nedsatt livskvalitet, og er en dominerende årsak til sykefravær og nedsatt arbeidsevne/uførhet. Den vanligste typen muskel- og skjelettskader, -sykdommer og -plager er knyttet til ryggen. Ryggsmerter rammer et bredt spekter av mennesker i ulike aldersgrupper, og er den typen som koster samfunnet mest. *Kilde: Clarsen B, Steingrimsdóttir ÓA, Holvik K, Ørstavik RE. Muskel- og skjeletthelse i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert (29.03.2022); lest (04.05.2023)]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>*