

Kommunestatistikk

Gran kommune – 2023



1	BEFOLKNINGSSAMMENSETNING	5
1.1	Befolkningsendringer	5
1.1.1	Folkemengde Gran	5
1.1.2	Aldersfordeling i befolkningen i Gran pr 1.1.23	6
1.1.3	Andelen kvinner og menn i Gran i alderen 20 – 39 år	6
1.1.4	Inn- og utflytting av Gran	7
1.1.5	Antall levendefødte og døde i Gran	7
1.2	Befolkningsframskriving	8
1.2.1	Befolkningsframskriving i Gran, 2025–2050	8
1.2.2	Befolkningsframskriving Gran	9
1.3	Etnisitet	10
1.3.1	Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre	10
1.3.2	Innvandrerens betydning for befolkningstallet i Gran	11
1.3.3	Antall personer i kommunen med bakgrunn fra utvalgte land	11
2	OPPVEKST OG LEVEKÅRSFORHOLD	12
2.1	Personer som bor alene	12
2.1.1	Personer over 16 år som bor alene	12
2.1.2	Personer i Gran som bor alene fordelt på alder	12
2.2	Bolig/boforhold	13
2.2.1	Personer som bor i eid eller leid bolig	13
2.2.2	Fordeling av ulike boligtyper i Gran	13
2.3	Arbeidsforhold	14
2.3.1	Hva innbyggerne i Gran arbeider med	14
2.3.2	Inntekter og utgifter – personlig økonomi	15
2.3.3	Lavinntekt (husholdninger), EU60, 0-17 år	15
2.3.4	Samlet inntekt, median, skatt for husholdningene i Gran	16
2.3.5	Inntektsulikhet P90/10	16
2.3.6	Mottakere av stønad til livsopphold	17
2.3.7	Arbeidsledighet	19
2.3.8	Sykefravær	20
2.3.9	Arbeidsavklaringspenger	21
2.3.9.1	Arbeidsavklaringspenger, 18-66 år	21
2.3.10	Uføretrygd	22
2.4	Utdanningsnivå	24
2.4.1	Andel med grunnskole som høyeste utdanning, 30-39 år	24
2.4.2	Andel med videregående som høyeste utdanning, 30-39 år	25
2.4.3	Andel med universitets- eller høgskoleutdanning, 30 – 39 år	25
2.4.4	Fordeling av utdanningsnivå i Gran for personer 16 år og over	26
2.4.5	Gjennomføring av videregående skole	26
2.4.6	Frafall i videregående skole	27
2.4.7	Gjennomføring i videregående skole i Gran etter foreldrenes høyeste utdanningsnivå	27
2.5	Separasjoner/skilsmisser	28
2.5.1	Antall skilsmisser	28
2.6	Barnevern	29
2.6.1	Prosentdelen barn med melding i barnevernet	29
3	FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ	30
3.1	Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen	30

3.1.1	Hvordan elvene på ungdomsskolen i Gran har det	30
3.1.2	Andel ungdomsskoleelever som har brukt hasj/marihuana/ cannabis siste året	31
3.2	Drikkevannskvalitet.....	31
3.2.1	Drikkevannskvalitet	31
3.3	Skolemiljø – opplevelse av trivsel og mobbing	32
3.3.1	Trivsel på skolen, 7. trinn	33
3.3.2	Trivsel på skolen, 10. trinn	33
3.3.3	Mobbing på skolen, 10. trinn	34
4	SKADER OG ULYKKER.....	35
4.1	Sykehusinnleggelser etter ulykker	35
4.1.1	Sykehusinnleggelser hoftebrudd, 75 år+	35
4.1.2	Sykehusinnleggelser etter skader, 75+	36
4.1.3	Trafikk – utfordringer og ulykker	36
5	HELSERELATERT ATFERD	38
5.1	Tid brukt på ulike medier	38
5.1.1	Andel ungdomsskoleelever som bruker 4-6 timer eller mer foran skjerm daglig	38
5.2	Fysisk aktivitet	39
5.2.1	Andel ungdomsskoleelever som er lite fysisk aktive	39
5.3	Røyk og snus	39
5.3.1	Røyking, gravide kvinner	40
5.3.2	Daglig snusbrukere etter kjønn og utdanning, menn, på landsbasis	41
5.3.3	Daglig snusbrukere etter kjønn og utdanning, kvinner, på landsbasis	41
5.3.4	Dagligrøykere menn, på landsbasis	42
5.3.5	Dagligrøykere kvinner, på landsbasis	42
6	HELSETILSTAND	43
6.1	Forventet levealder	43
6.1.1	Forventet levealder 2007 - 2021	43
6.1.2	Forventet levealder etter utdanning i Norge og Gran, kvinner	44
6.1.3	Forventet levealder etter utdanning i Norge og Gran, menn	44
6.2	Diabetes	45
6.2.1	Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes	45
6.3	Hjerte- og karsykdommer.....	45
6.3.1	Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterolsenkende midler)	46
6.3.2	Bruk av kolesterolsenkende medikamenter	47
6.3.3	Bruk av primærhelsetjenesten hjerte- og karsykdommer	47
6.3.4	Dødelighet hjerte-/karsykdom, kvinner	48
6.3.5	Dødelighet hjerte-/karsykdom, menn	48
6.4	Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma.....	48
6.4.1	Bruk av spesialisthelsetjenesten KOLS	49
6.4.2	Bruk av KOLS og astma medikamenter, 45-74 år	49
6.5	Smerter	50
6.5.1	Bruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter	50

6.6	Muskel- skjelettlidelser	51
6.6.1	Bruk av primærhelsetjenesten, muskel- skjelettlidelser	51
6.7	Psykiske lidelser.....	51
6.7.1	Selvmord	52
6.7.2	Bruk av primærhelsetjenesten, psykiske symptomer og lidelser	52
6.7.3	Bruk av antidepressiva	53
6.7.4	Bruk av antipsykotika	53
6.7.5	Bruk av sovemidler og beroligende midler	54
6.8	Smittsomme sykdommer	55
6.8.1	Vaksinasjonsdekning i prosent i Gran	55
6.8.2	Vaksinasjonsdekning meslinger	56
6.8.3	Antibiotikareseptor	56
6.9	Kreft.....	57
6.9.1	Nye krefttilfeller	57
6.9.2	Dødelighet kreft	58
6.10	Tannhelse	59
6.10.1	Barn og unge uten behov for fyllinger	59

1 Befolknings sammensetning

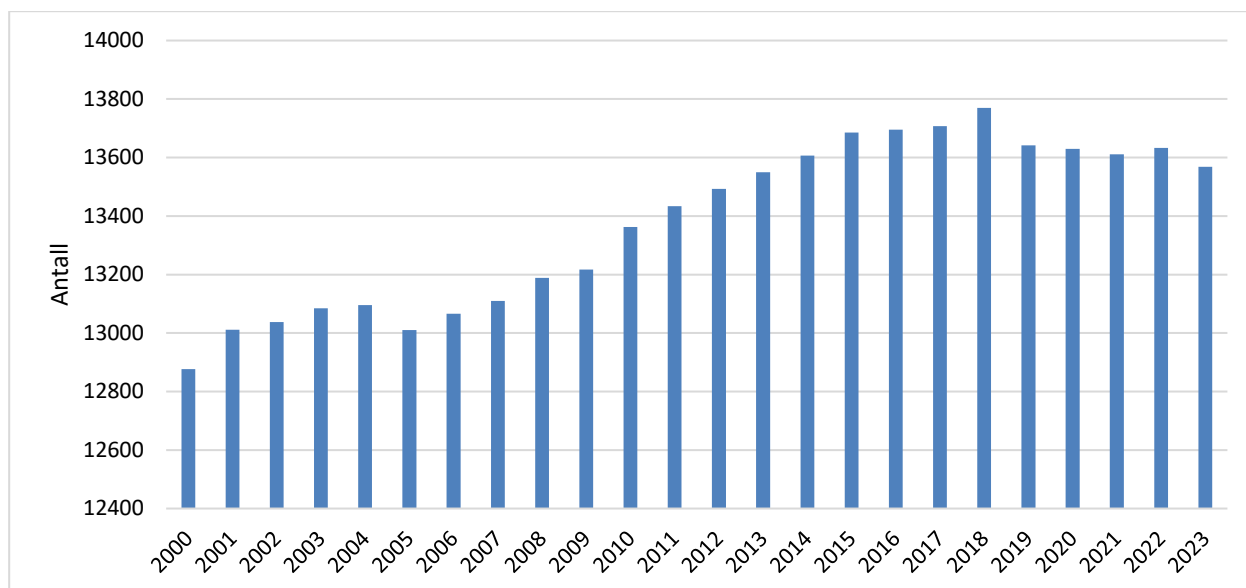
1.1 Befolkningsendringer

Fra 2000 til 2018 var det en vedvarende oppgang i folketallet fra 12 877 i 2000 til 13 770 i 2018. Fra 2019 til 2023 har innbyggertallet sunket med 202 personer, til 13 568 pr 1.1.23.

Andelen barn, 0–17 år, er signifikant lavere enn landet som helhet. Andelen over 80 år og 80+ (framskrevet til 2040) er signifikant høyere enn landet som helhet

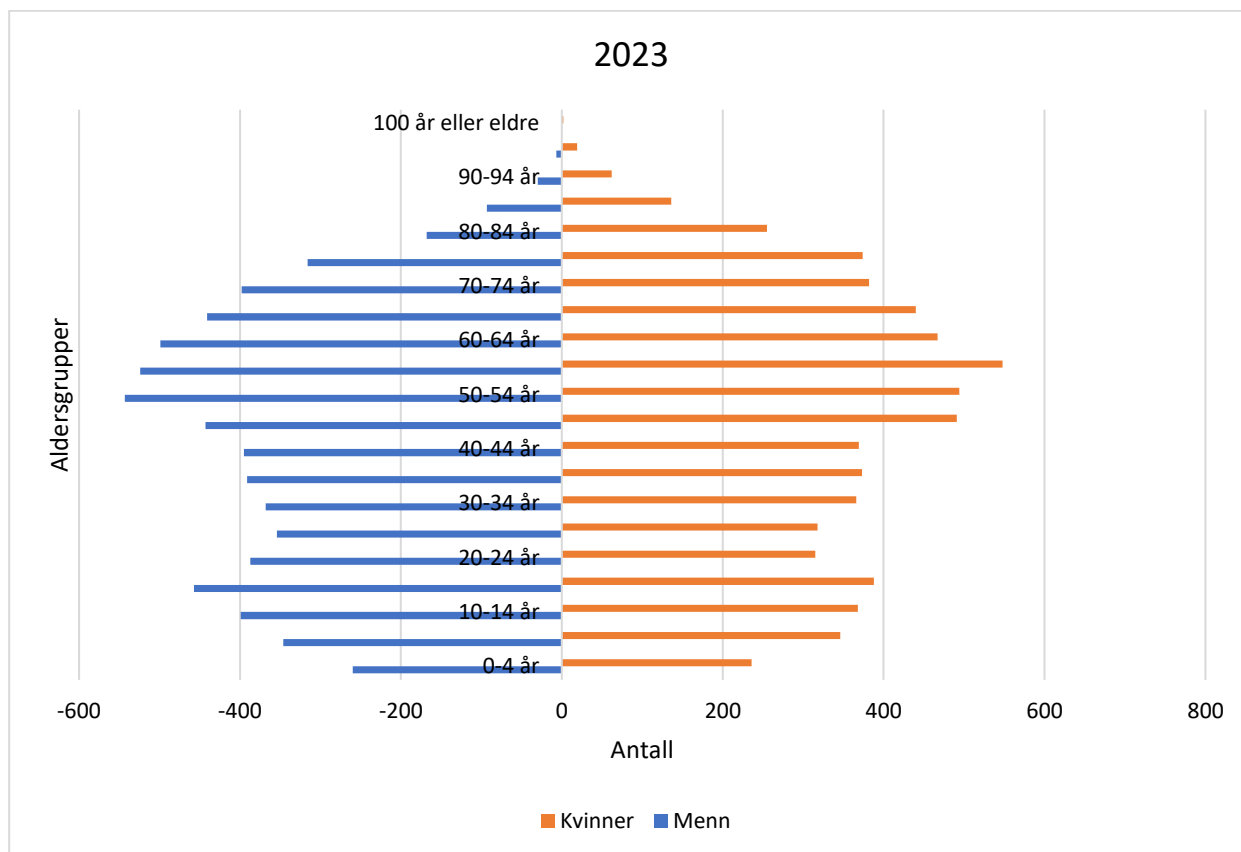
Befolkningsutvikling blir generelt sett vurdert som en viktig indikator for regional utvikling. Ønsket om befolkningsvekst har sammenheng med flere forhold bl.a. kommunens inntektsgrunnlag og tilgang på arbeidskraft. Utvikling i antall innbyggere har betydning for kommunens planer når det gjelder omfang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

1.1.1 Folkemengde Gran



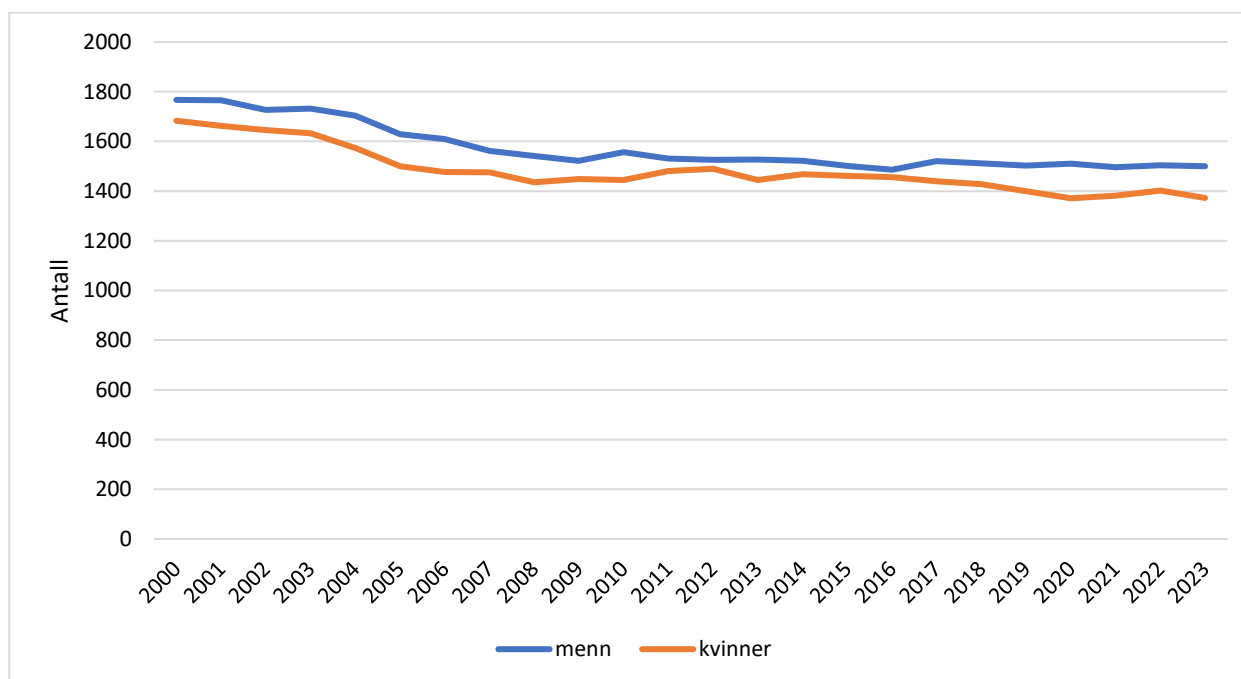
Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: [SSB](#), tabell 06913.

1.1.2 Aldersfordeling i befolkningen i Gran pr 1.1.23



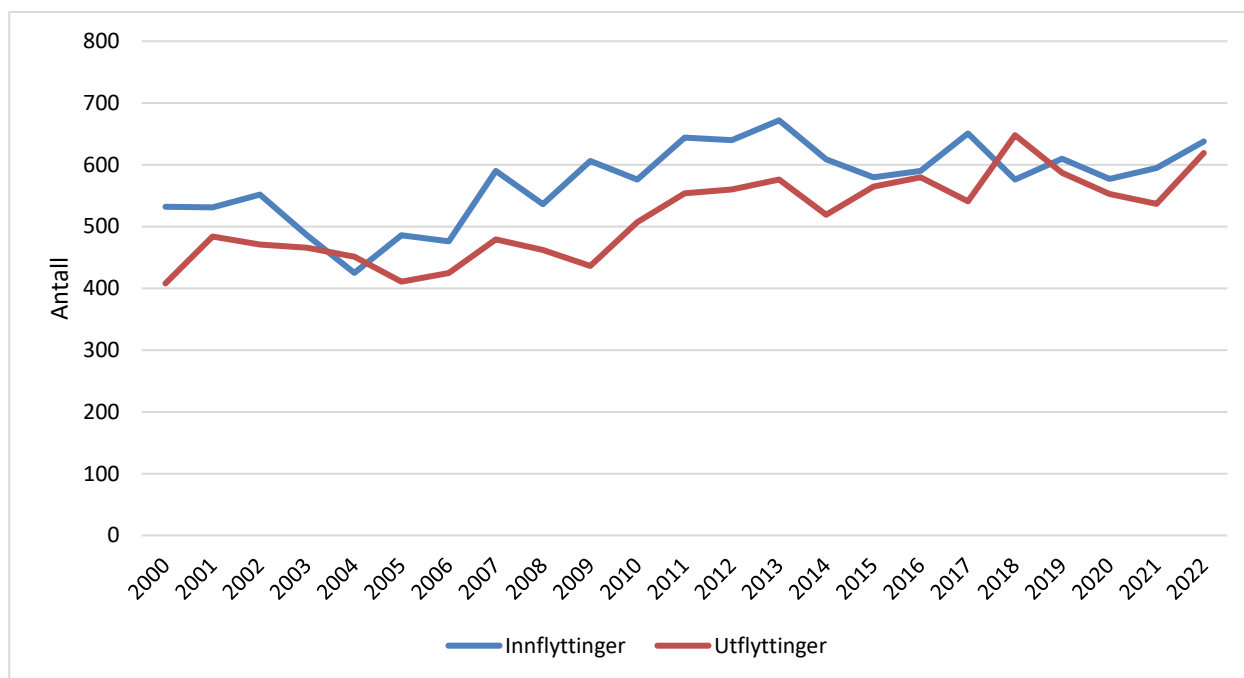
[ssb kommune fakta Gran](#)

1.1.3 Andelen kvinner og menn i Gran i alderen 20 – 39 år



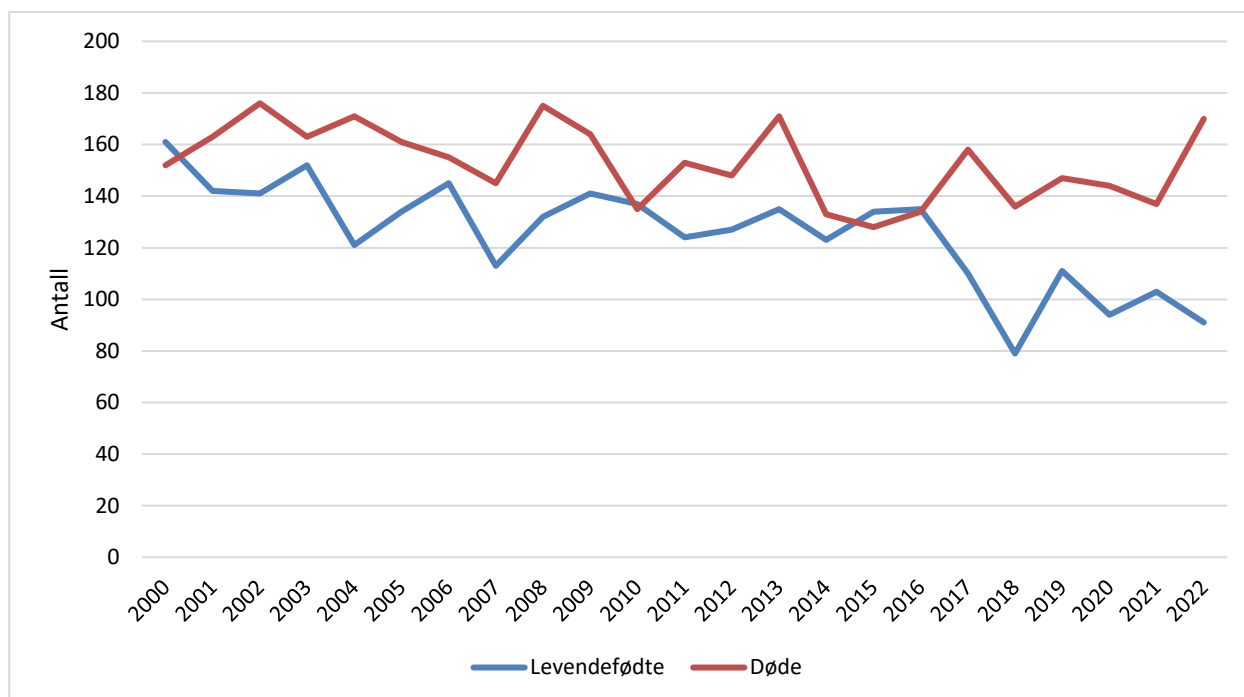
[Kommunehelse statistikkbank](#)

1.1.4 Inn- og utflytting av Gran



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

1.1.5 Antall levendefødte og døde i Gran



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

1.2 Befolkningsframskriving

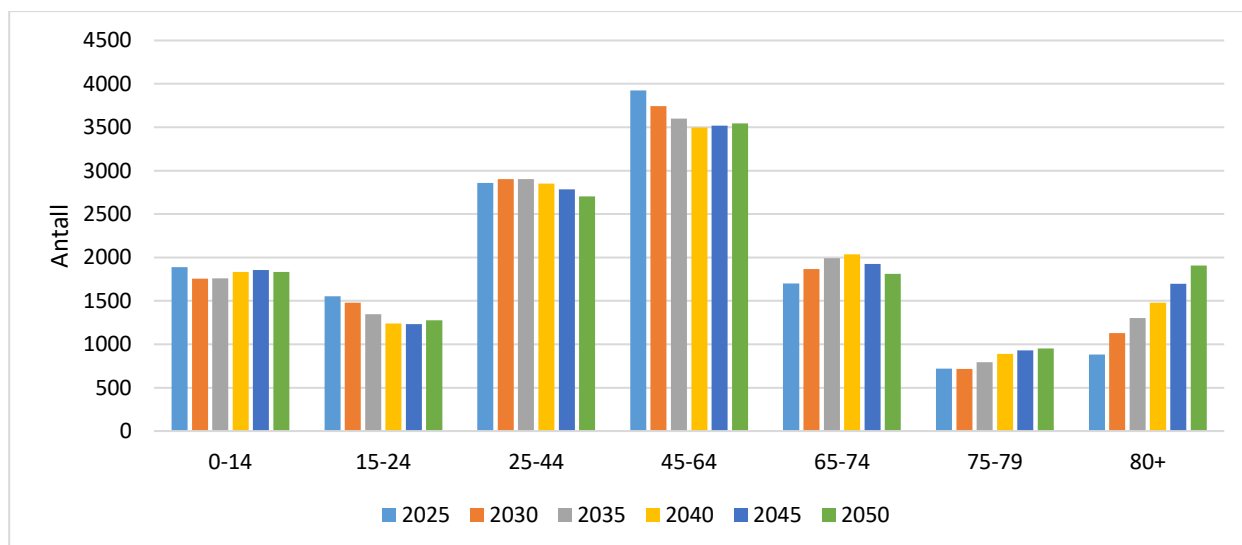
Befolkningsframskrivingen viser totalt sett en svak økning i befolkning i aldersgruppen 0-64 år over hele perioden. Videre visere framskrivningen at befolkningsantallet i aldersgruppen 65+ øker mest.

Folkehelsebarometeret viser at andelen barn, 0-17 år, er signifikant lavere enn landet som helhet og at andelen over 80 år og 80+ (framskrevet til 2040) er signifikant høyere enn landet som helhet.

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

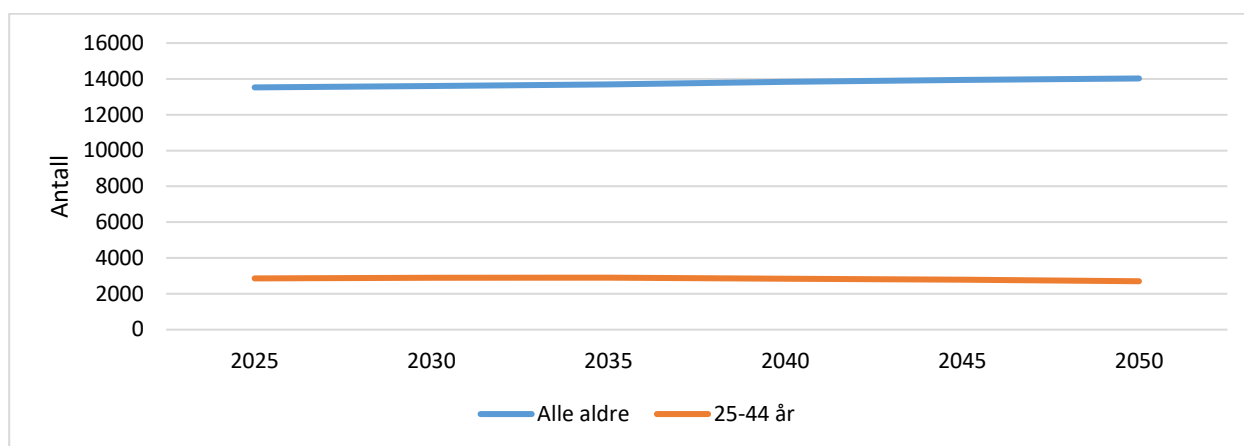
Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre betyr også at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester. *Kilde: St.meld. nr. 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen*

1.2.1 Befolkningsframskriving i Gran, 2025-2050



[Kommnehelse statistikkbank](#)

1.2.2 Befolkningsframskriving Gran



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

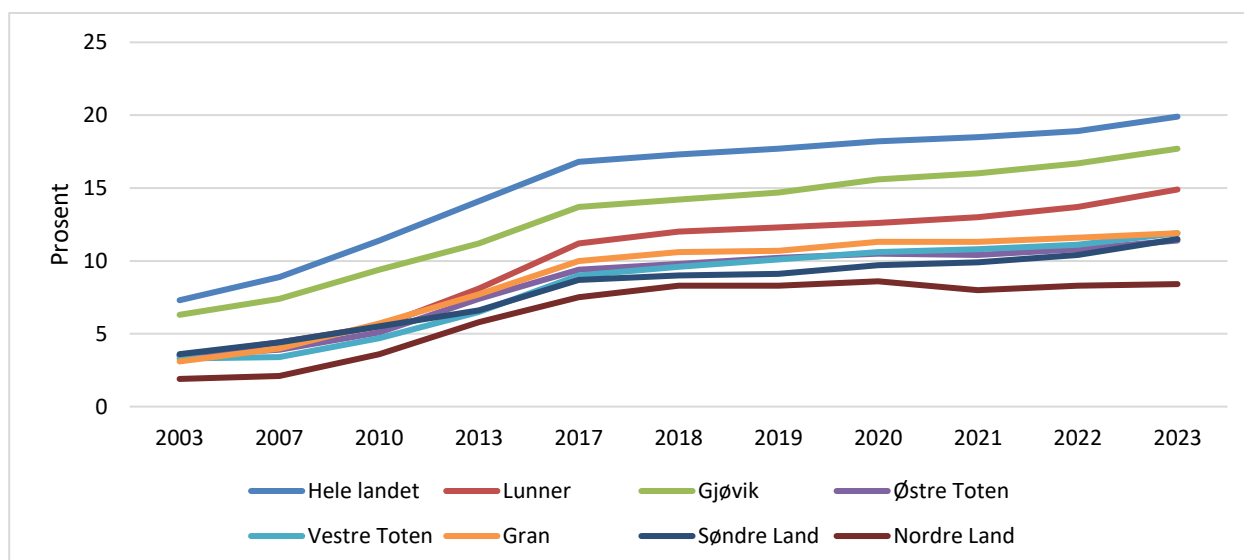
1.3 Etnisitet

Det har vært en gradvis økning i andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Gran kommune over mange år. Det er en trend nå med kraftig økning i bosetning som følge flyktningstrømmen knyttet til ulike kriger, disse tallene kommer ikke med i tabellene under.

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

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

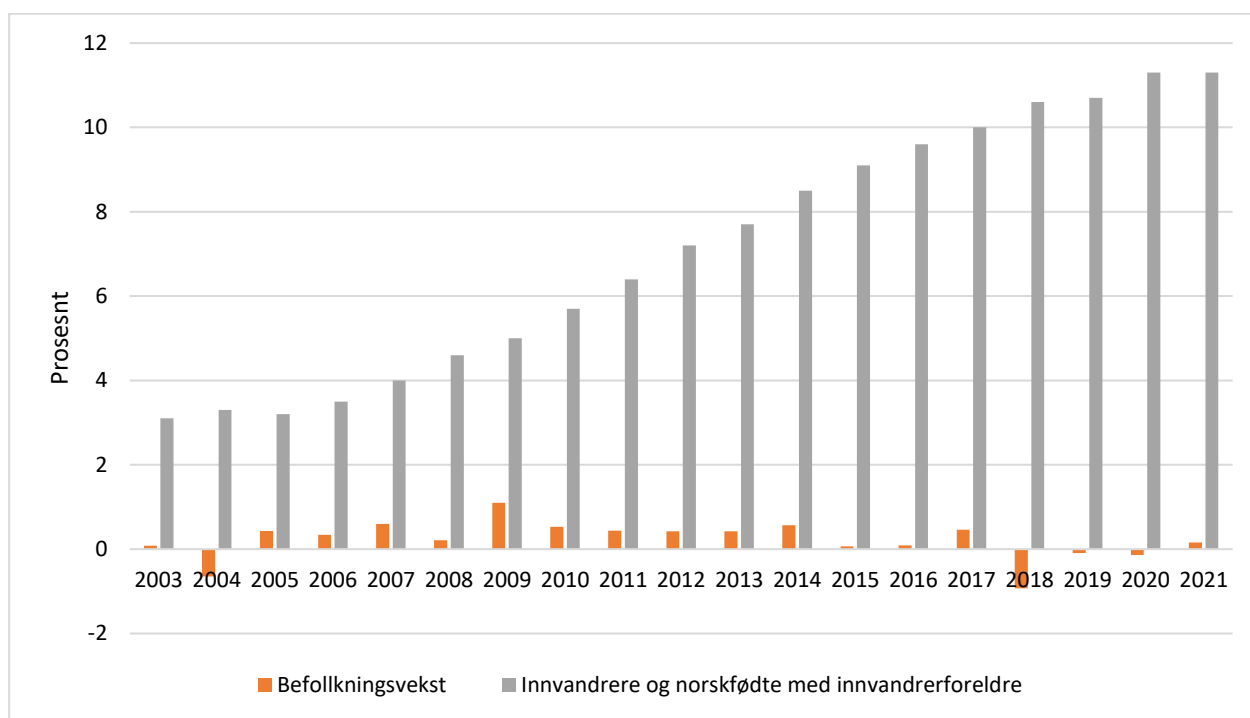
1.3.1 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre



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

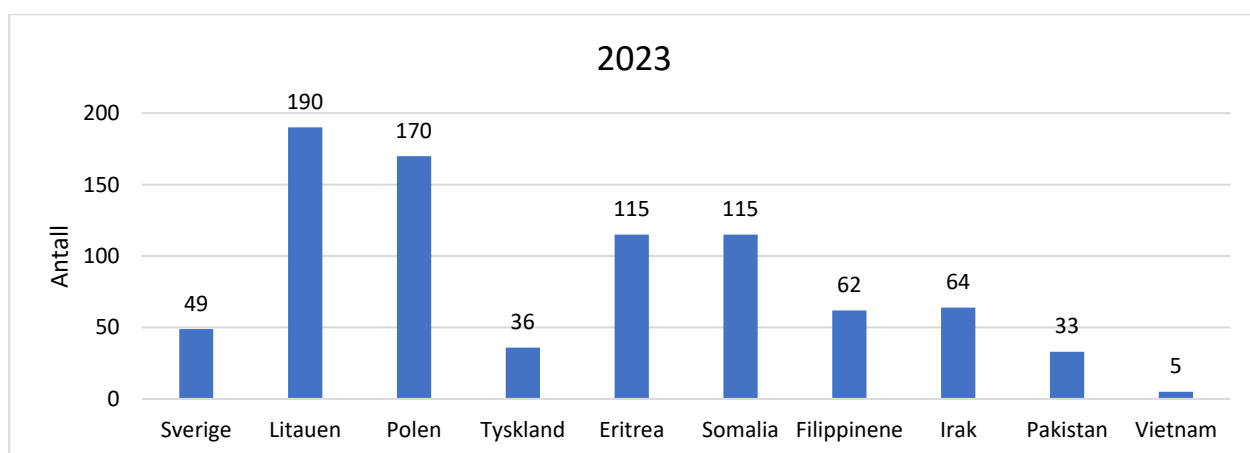
[Kommunehelsa statistikkbank.](#)

1.3.2 Innvandrernes betydning for befolkningstallet i Gran



[Kommunehelse statistikkbank](#)

1.3.3 Antall personer i kommunen med bakgrunn fra utvalgte land



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

[sbs kommunefakta Gran](#)

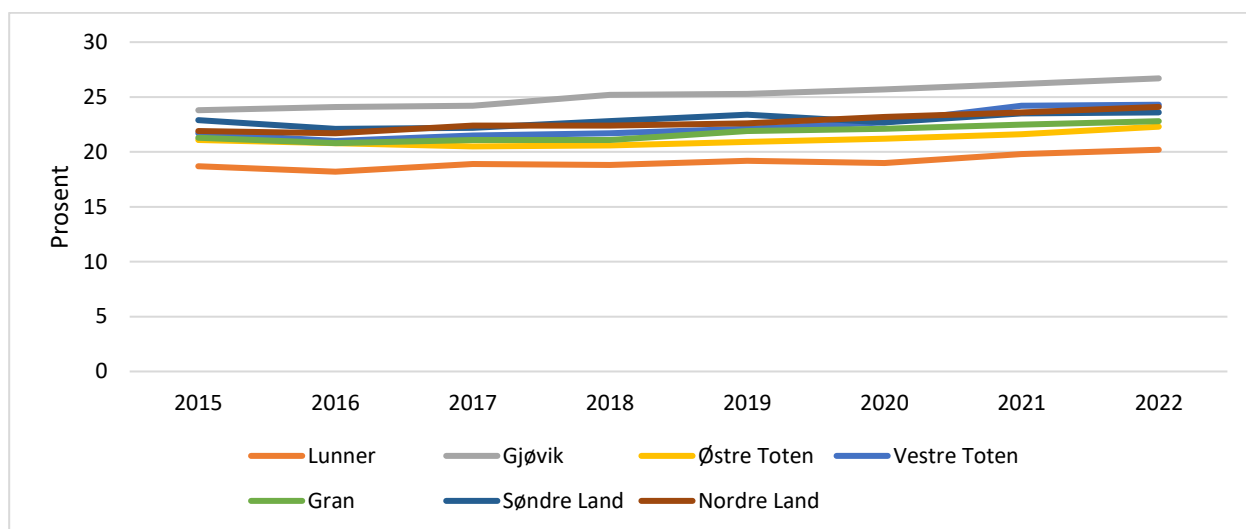
2 Oppvekst og levekårsforhold

2.1 Personer som bor alene

Andel personer som bor alene i Gran har vært relativt stabil, men har vist en liten økning fra 18,8 % i 2005 til 22,8 % i 2022.

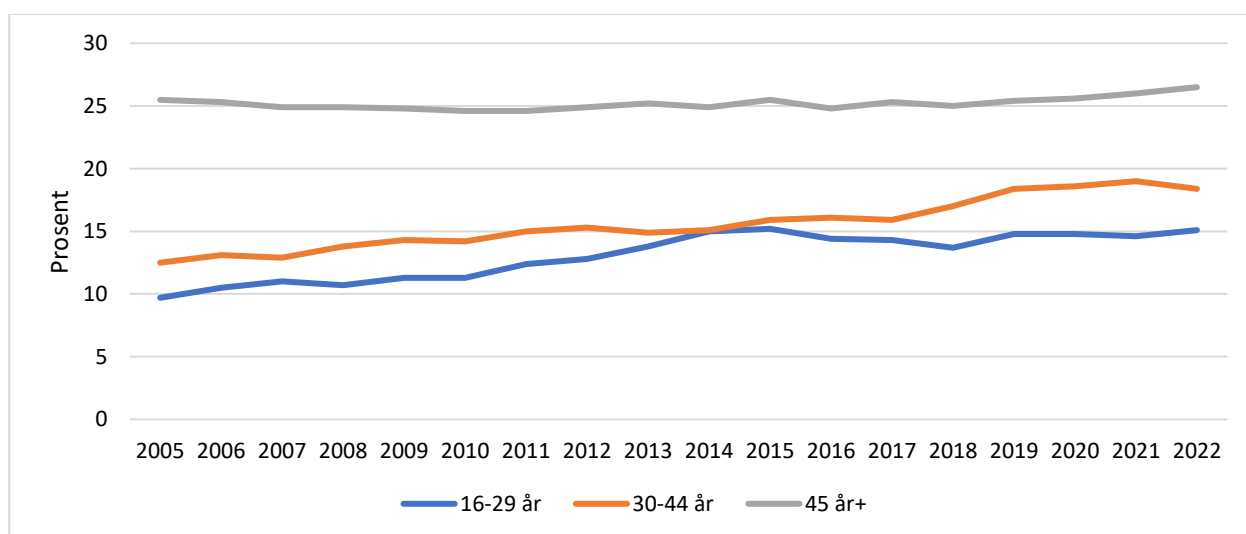
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt.

2.1.1 Personer over 16 år som bor alene



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

2.1.2 Personer i Gran som bor alene fordelt på alder



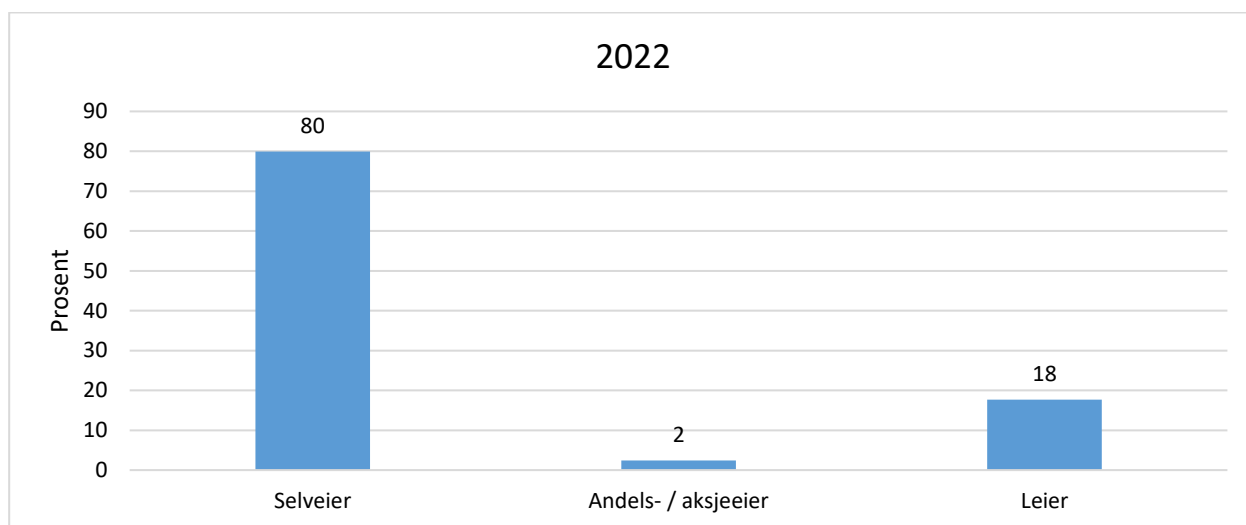
Andel personer som bor i en-personhusholdninger i prosent av befolkningen per 1. januar. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelse statistikkbank](#).

2.2 Bolig/boforhold

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

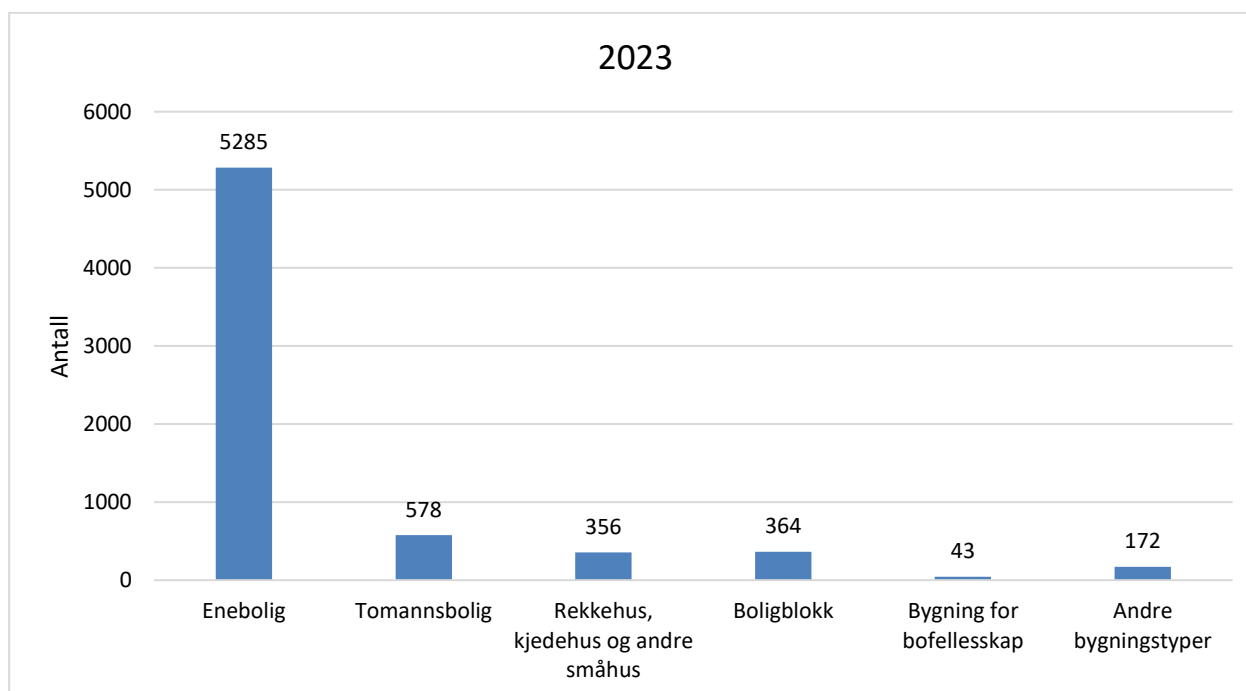
2.2.1 Personer som bor i eid eller leid bolig

I Gran kommune bor 80 % i selveierbolig, mens 18 % leier bolig. Folkehelsebarometeret viser at andelen i aldersgruppen 45 år og eldre som leier bolig, er signifikant høyere i Gran enn i landet som helhet.



[ssb kommunefakta Gran](#)

2.2.2 Fordeling av ulike boligtyper i Gran

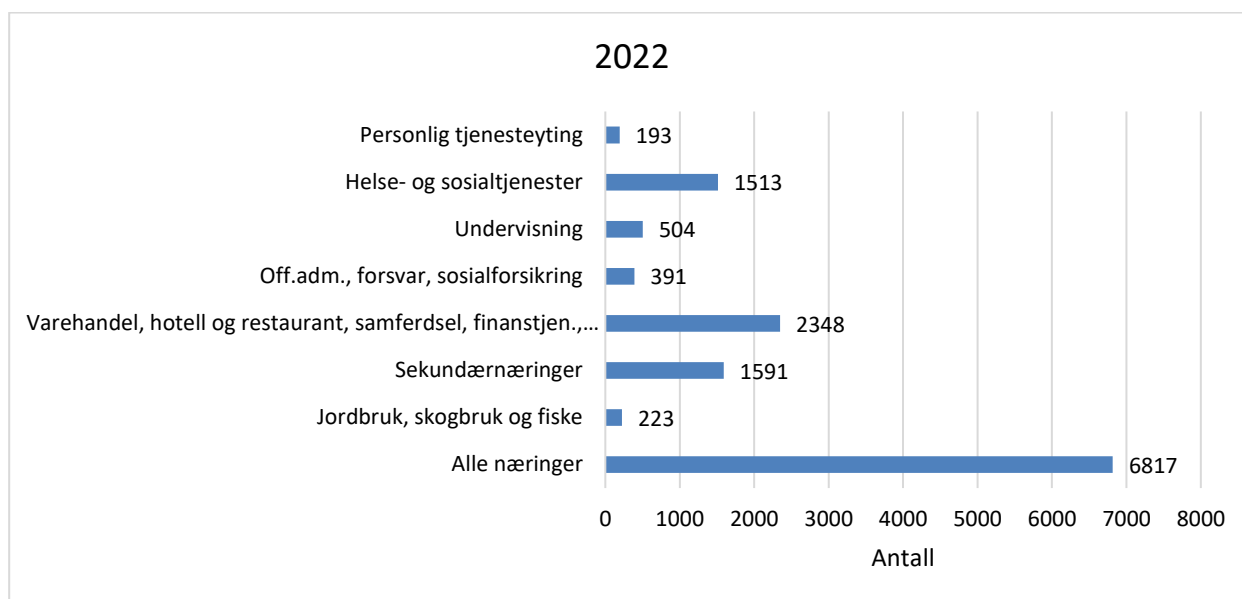


[SSB: Tabell 06265](#)

2.3 Arbeidsforhold

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

2.3.1 Hva innbyggerne i Gran arbeider med



[SSB: Tabell 13472](#)

2.3.2 Inntekter og utgifter – personlig økonomi

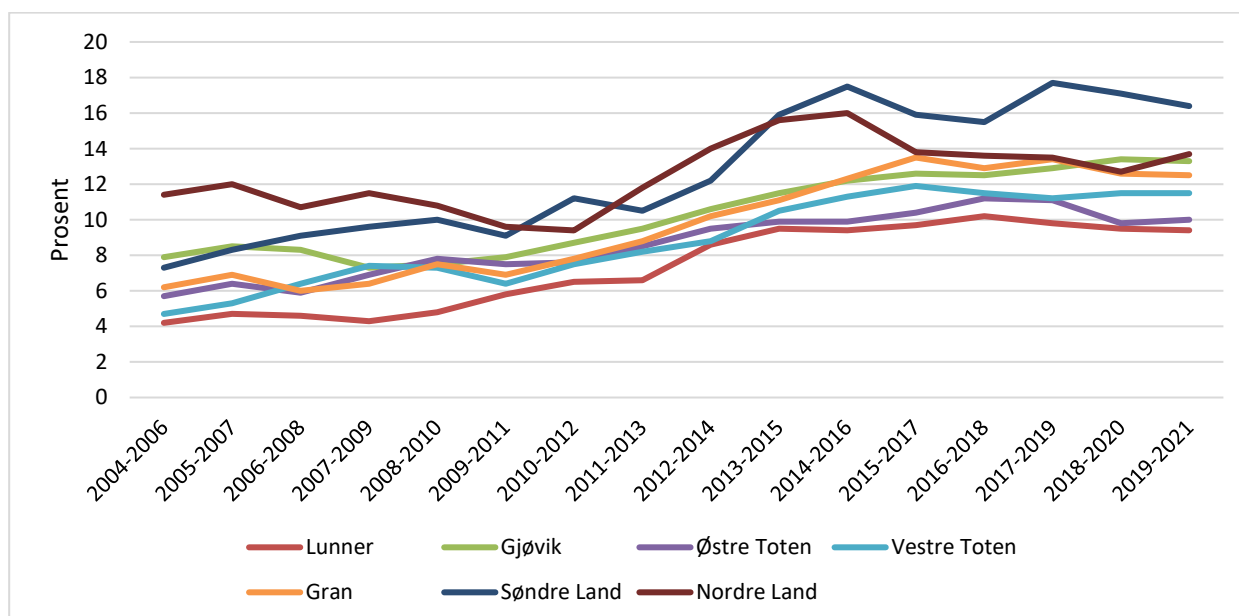
Lavinntekt: I aldersgruppen 0-17 år har andelen personer i husholdninger med lav inntekt holdt seg nokså stabil siden 2017, i årene før dette var det en jevn stigning. Kommune er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet.

Inntektsulikhet: Ulikheten økte fra 2010 til 2015, men har holdt seg stabilt til 2021. Kommunen har litt lavere ulikhet enn landet som helhet.

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

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

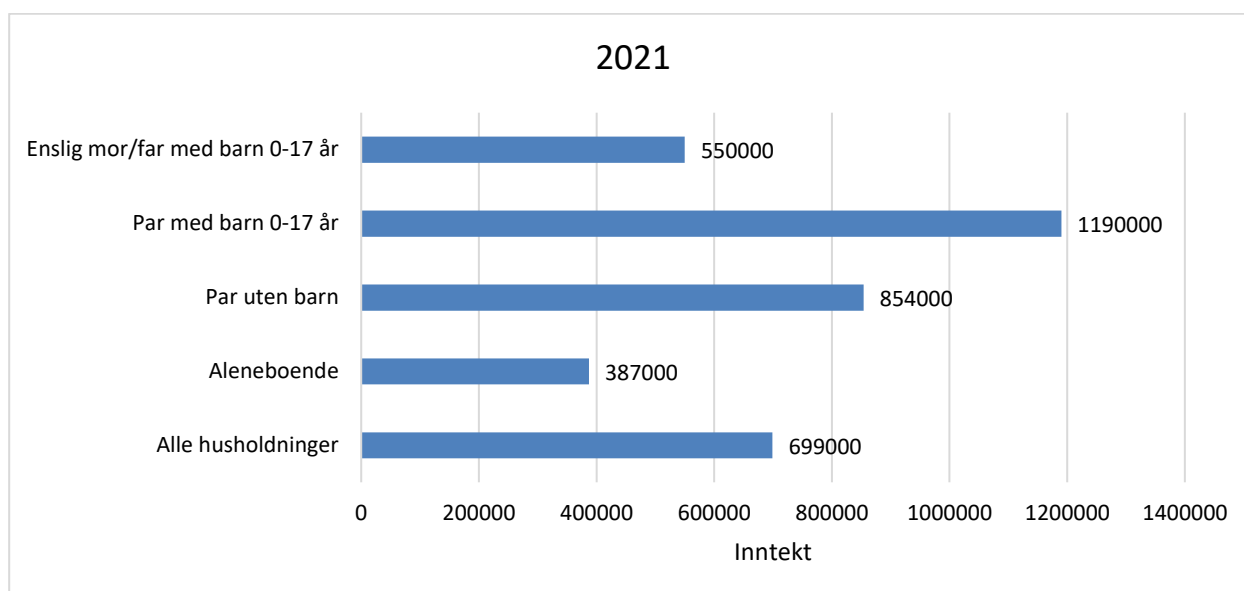
2.3.3 Lavinntekt (husholdninger), EU60, 0-17 år



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

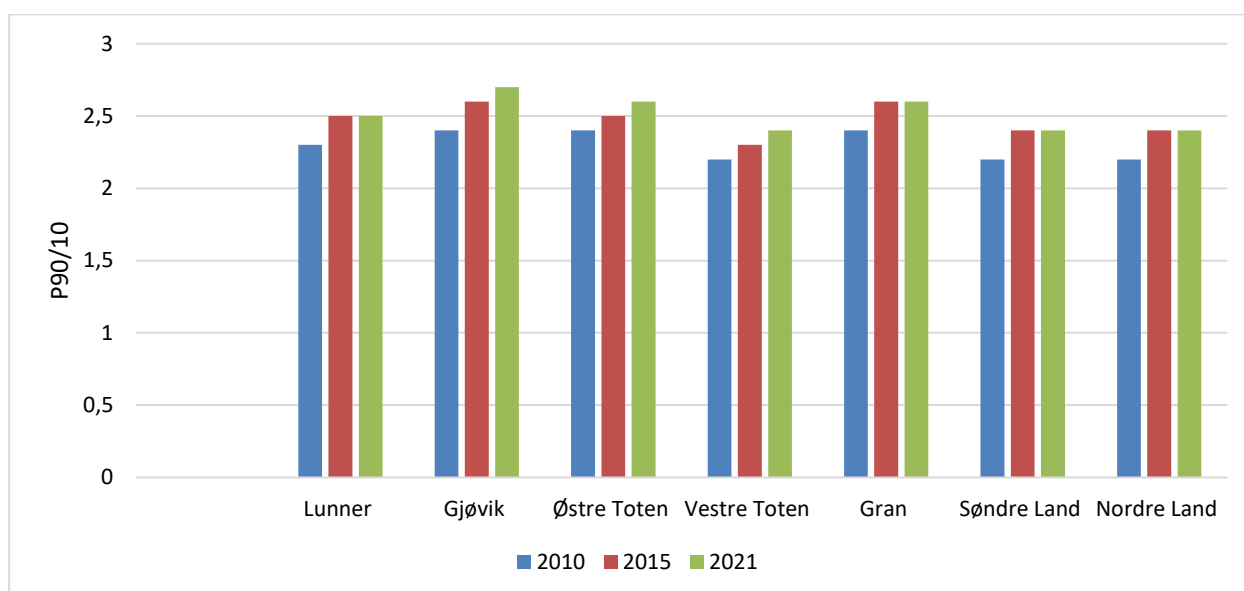
[Kommunehelse statistikkbank.](#)

2.3.4 Samlet inntekt, median, skatt for husholdningene i Gran



[Ssb: tabell 06944](#)

2.3.5 Inntektsulikhet P90/10



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

2.3.6 Mottakere av stønad til livsopphold

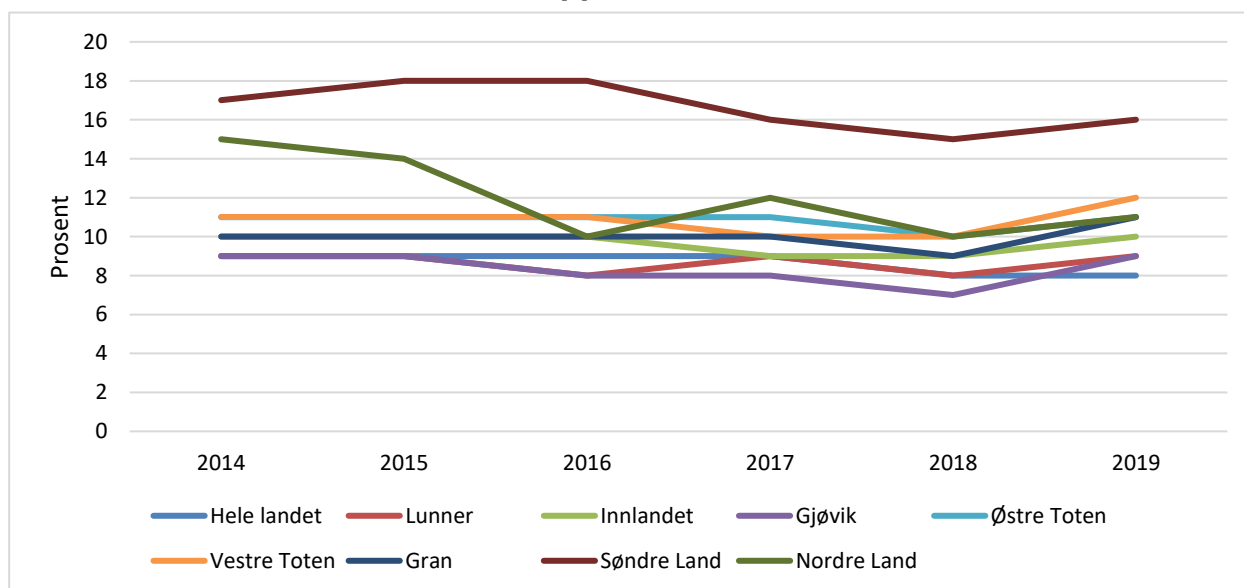
Vi har flere som mottar stønad til livsopphold (dette omfatter blant annet mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger og arbeidsledighetstrygd) i disse gruppene, enn landet som helhet.

Oppvekstbarometeret viser at det er en signifikant høyere prosentandel av barn i familier som mottar sosialhjelp i kommunen, sammenlignet med landet som helhet. Barn av sosialhjelpsmottakere antas å være en potensielt utsatt gruppe.

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

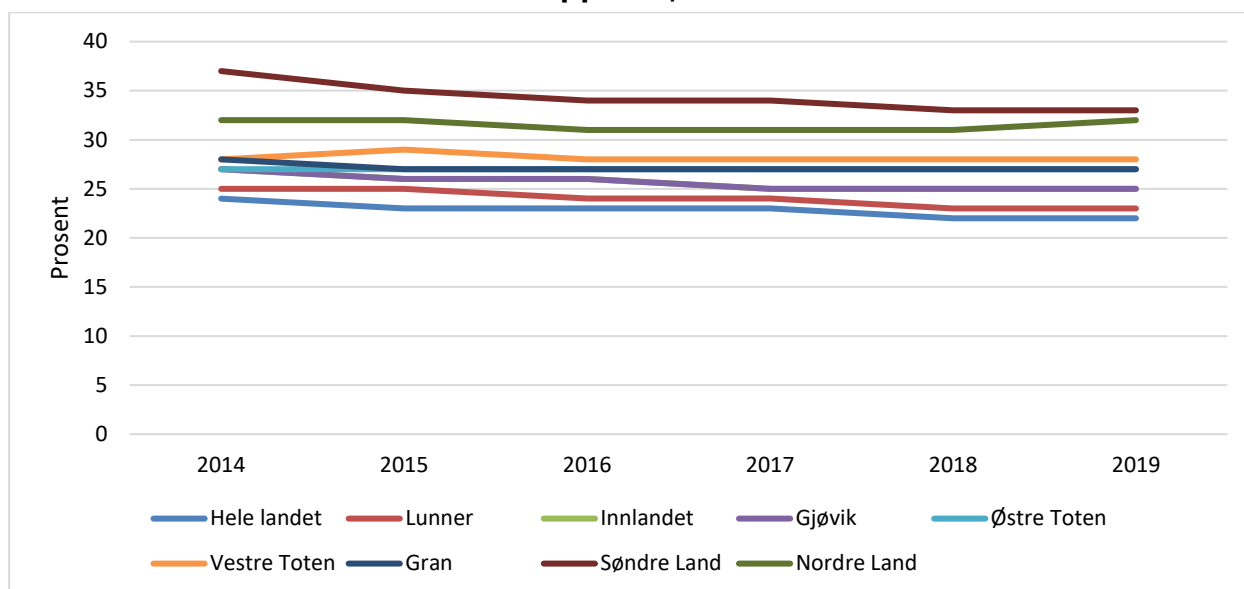
Utbredelsen av sosialhjelp i totalbefolkningen er et uttrykk for pågangen på det kommunale hjelpeapparatet fra personer som for kortere eller lengre tid er avhengig av økonomisk støtte til livsopphold. Lang tids avhengighet av sosialhjelp kan bl.a. gjenspeile et lokalt vanskelig arbeidsmarked, men også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

2.3.6.1 Mottakere av stønad til livsopphold, 20-29 år



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

2.3.6.2 Mottakere av stønad til livsopphold, 45-66 år



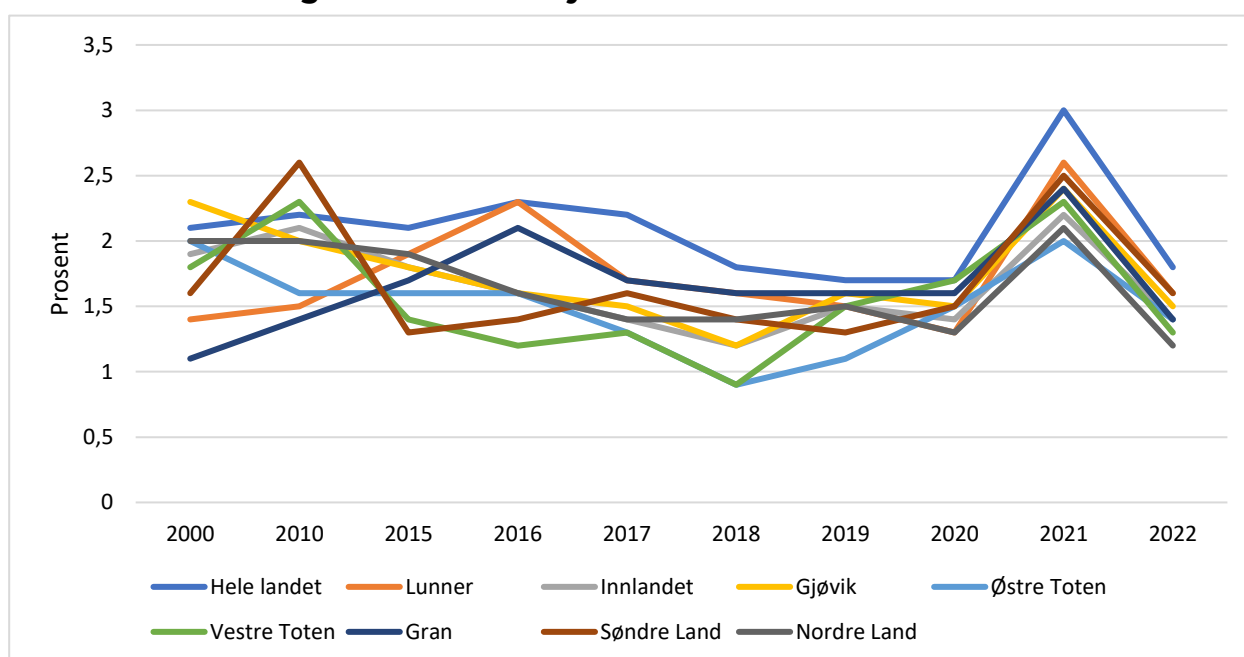
Andel stønad til livsopphold i alderen 45-66 år i løpet av året i forhold til folkemengden. Dette omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønad). [Kommunehelsestatistikkbank](#).

2.3.7 Arbeidsledighet

Arbeidsledigheten i Gran har stort sett fulgt konjunktorene i landet som helhet de siste årene. Statistikken viser ikke sesongvariasjoner.

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

2.3.7.1 Arbeidsledighet av arbeidsstyrken



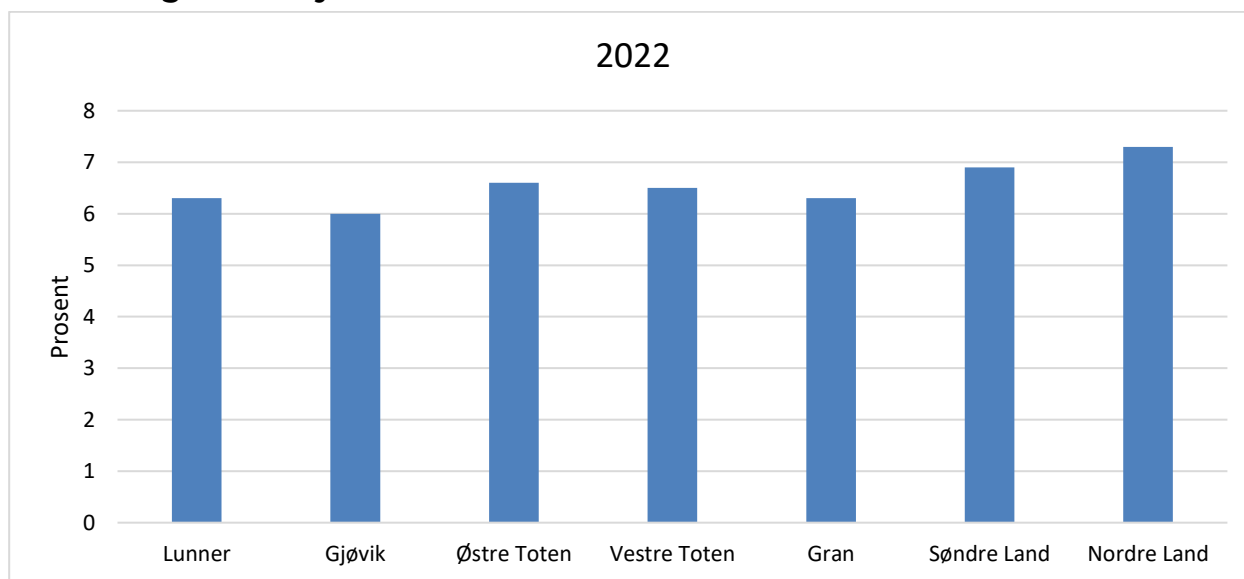
Registrerte arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken. Årlige tall. Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak). Dette inkluderer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

2.3.8 Sykefravær

Legemeldt sykefravær i Gran var på 5,2 % i 2021, og hadde økt til 6,3 % i 2022. Landet som helhet lå på 5,7 % i siste kvartal i 2022.

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

2.3.8.1 Legemeldt sykefravær



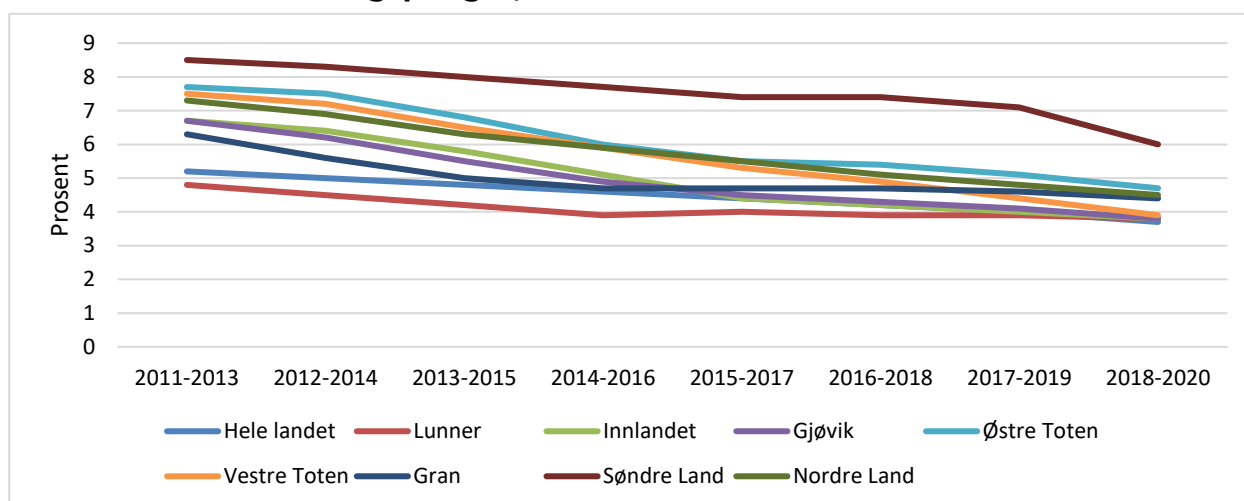
Legemeldt sykefravær for lønnstakere, etter region, kjønn, statistikkvariabel og kvartal, begge kjønn. [SSB](#), tabell 12451.

2.3.9 Arbeidsavklaringspenger

Andelen som mottok arbeidsavklaringspenger i Gran i perioden 2020-2022 (årlig gjennomsnitt) var 4,1 %, mens det i landet som helhet var 3,4 % i samme periode.

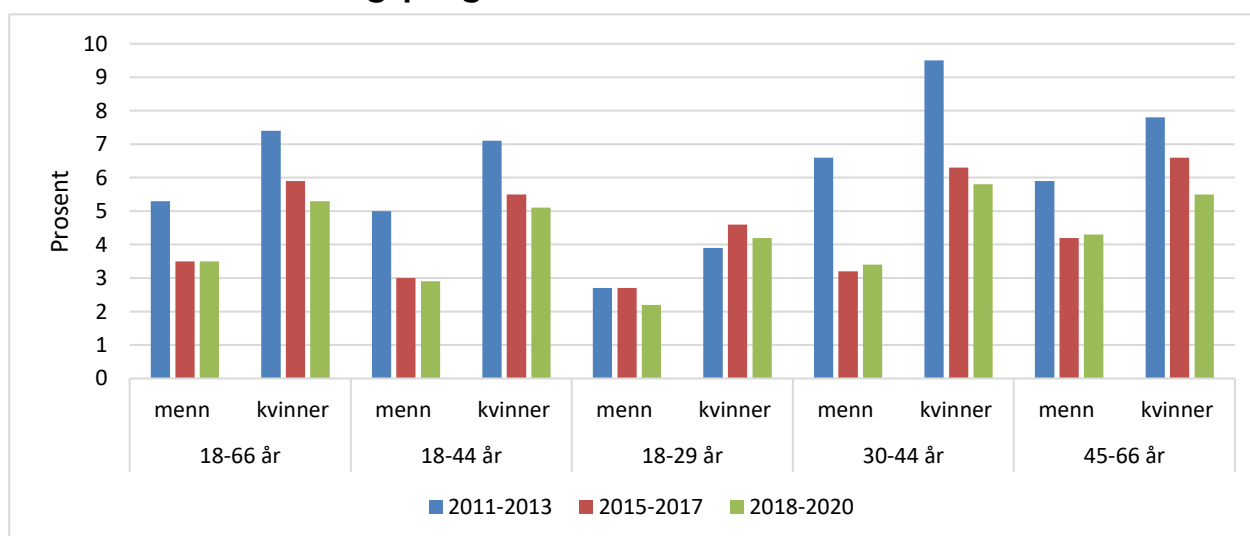
Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

2.3.9.1 Arbeidsavklaringspenger, 18-66 år



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

2.3.9.2 Arbeidsavklaringspenger i Gran



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

2.3.10 Uføretrygd

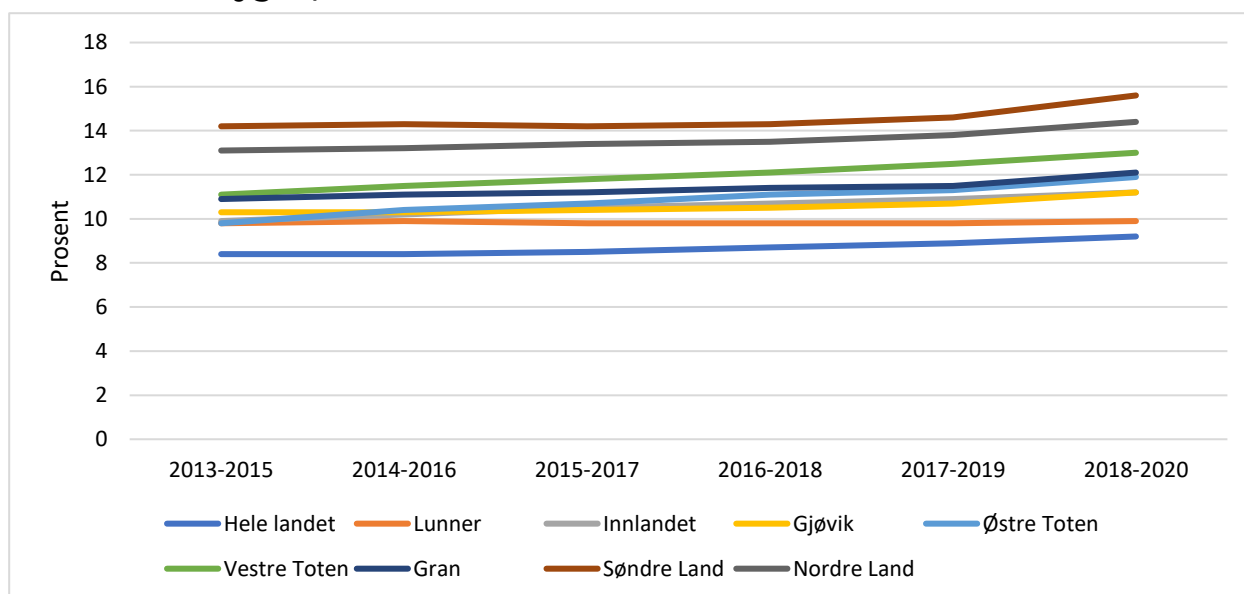
Andelen varig uføretrygdde fra 18 til 66 år i Gran har fulgt svingningene i landet. 13 % av befolkningen mellom 18 og 66 var uføretrygdde i 2020-2022, i samme periode var tallet for landet som helhet 9,4% (årlig gjennomsnitt).

I de yngste aldersgruppene (18-44 år) har det også vært en svak økning, både i Gran kommune og i landet som helhet.

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.

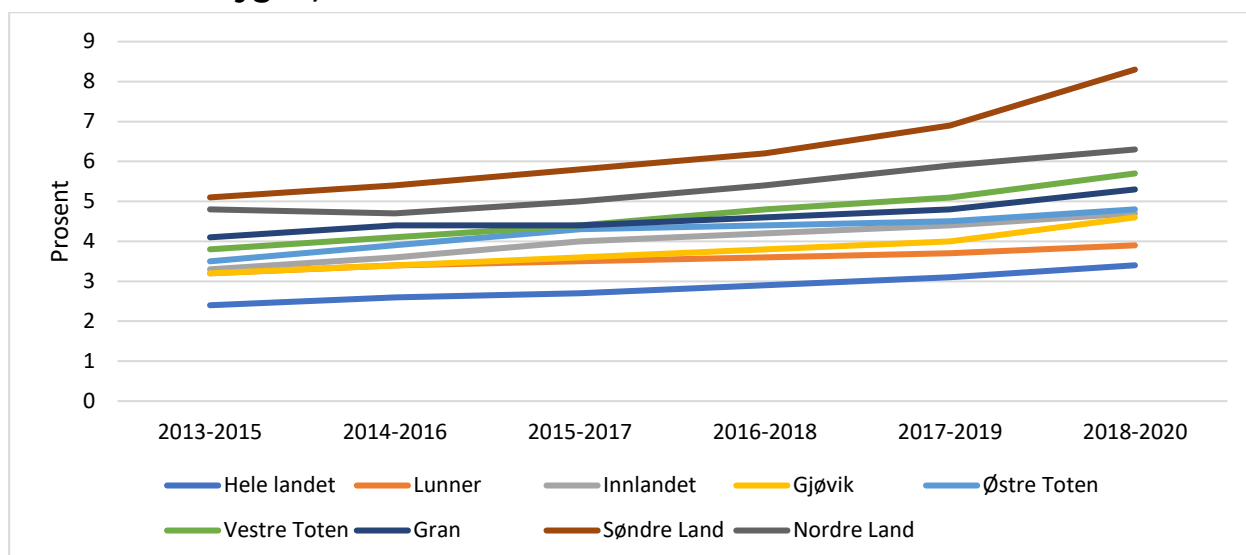
Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. 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.

2.3.10.1 Uføretrygde, 18 – 66 år



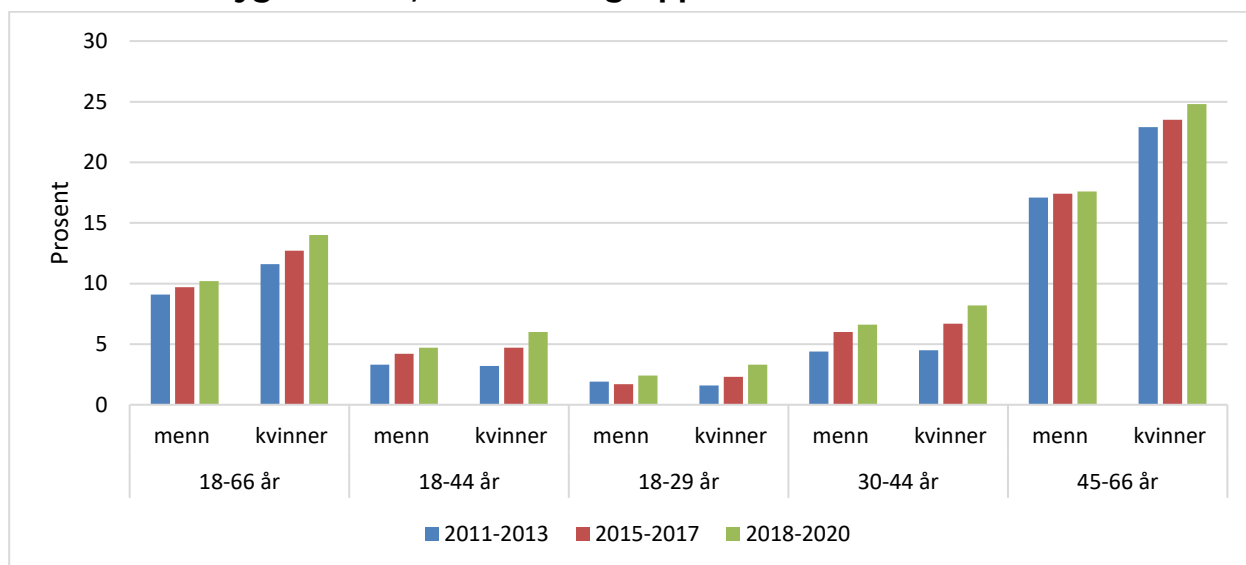
Andel uføretrygdde i prosent (standardisert) av befolkningen i alderen fra 18 t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelse statistikkbank](#).

2.3.10.2 Uføretrygde, 18 – 44 år



Andel uføretrygdede i prosent (standardisert) av befolkningen i alderen fra 18 t.o.m. 44 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

2.3.10.3 Uføretrygde i Gran, ulike aldersgrupper



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

2.4 Utdanningsnivå

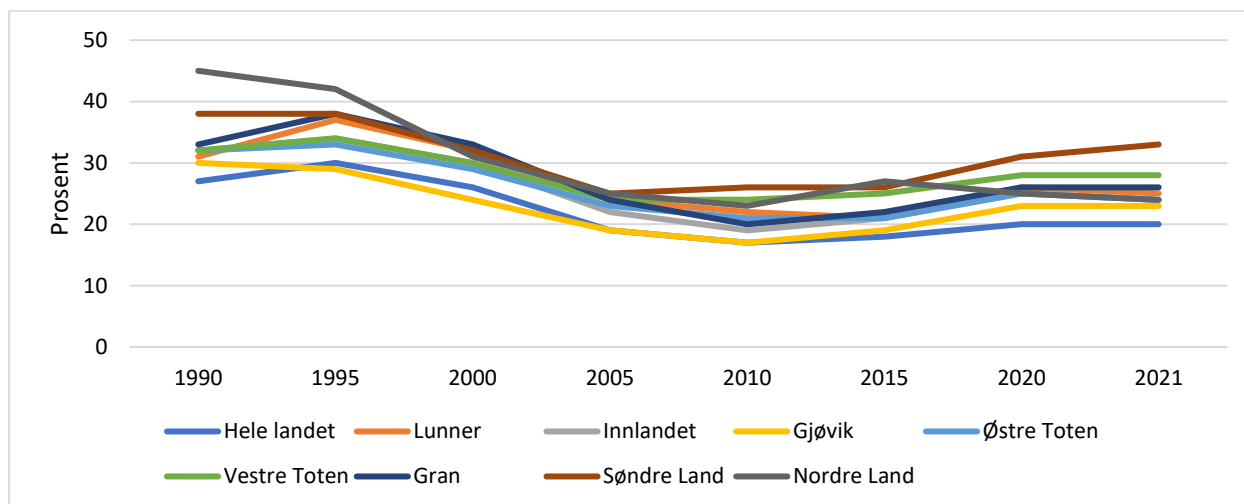
Gran har hatt en svak økning i andel personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå. I 2007 var andelen i alderen 30 til 39 år på 21 %, i 2017 var det 24% og i 2021 var det 26%.

33 % av befolkningen i Gran hadde i 2017 universitets- eller høyskoleutdanning i aldersgruppen 30 til 39 år, dette er uendret frem til 2021.

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

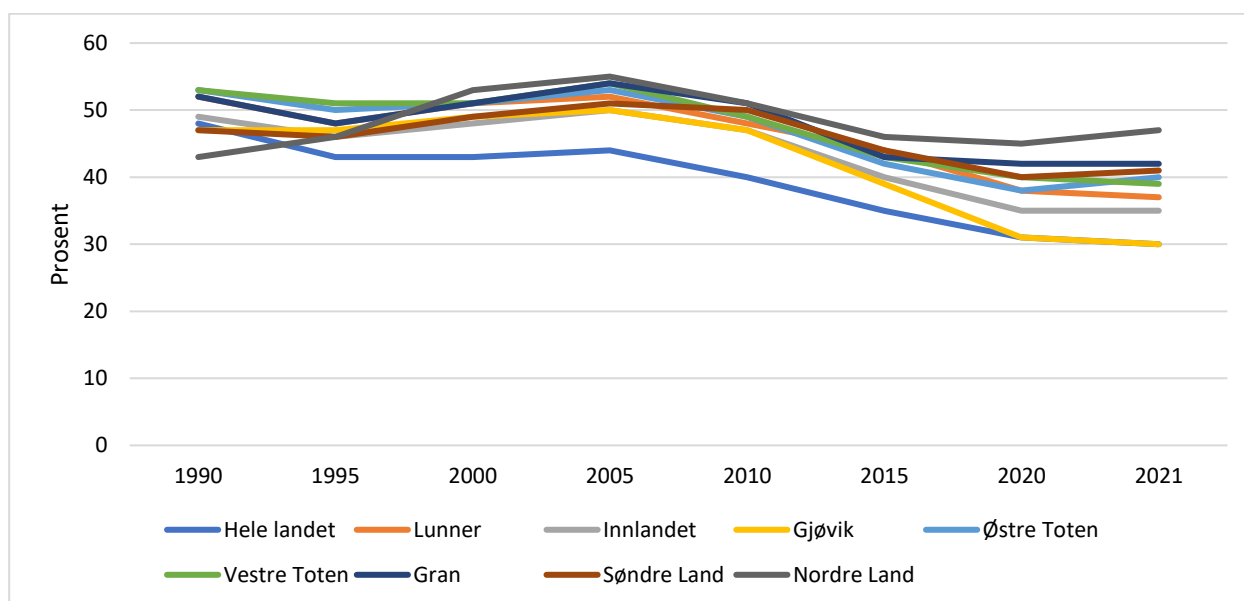
Sammenhengene mellom befolkningens utdanningsnivå og helse er komplekse, men forskere har identifisert to hovedmekanismer. For det første påvirker utdanning de levekår mennesker lever under gjennom livsløpet. For det andre bidrar læring til utvikling av en sterkere psykisk helse, som igjen påvirker menneskers 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*

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



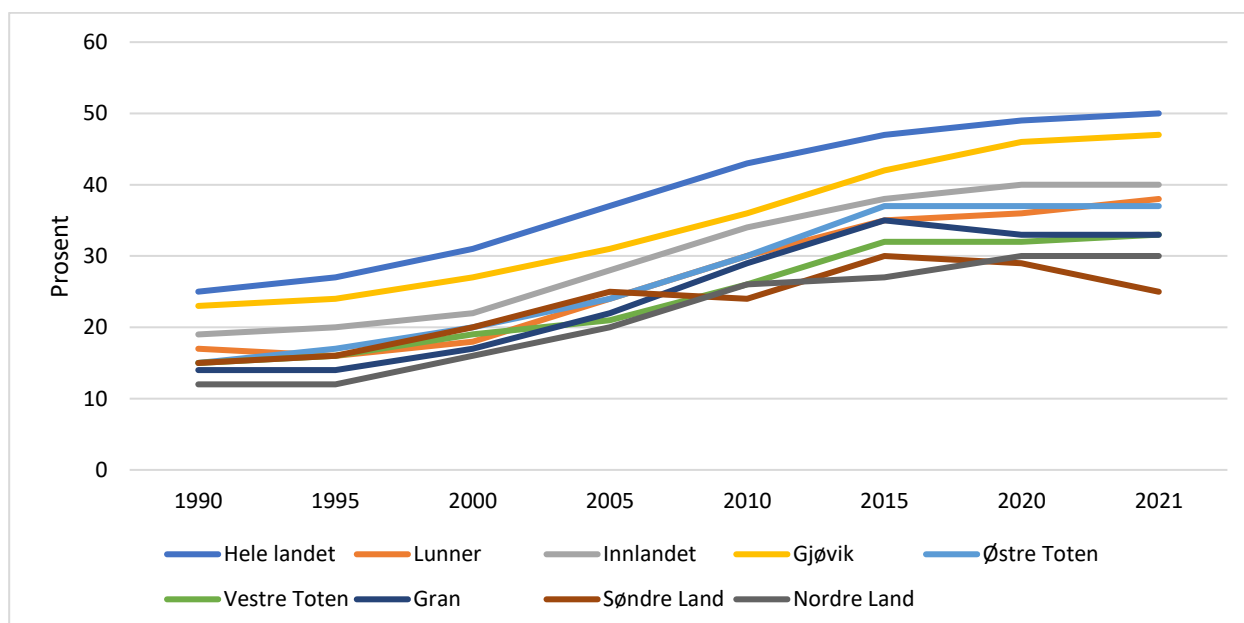
Andel personer med grunnskolenivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av de med oppgitt utdanningsinformasjon. Årlige tall. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

2.4.2 Andel med videregående som høyeste utdanning, 30-39 år



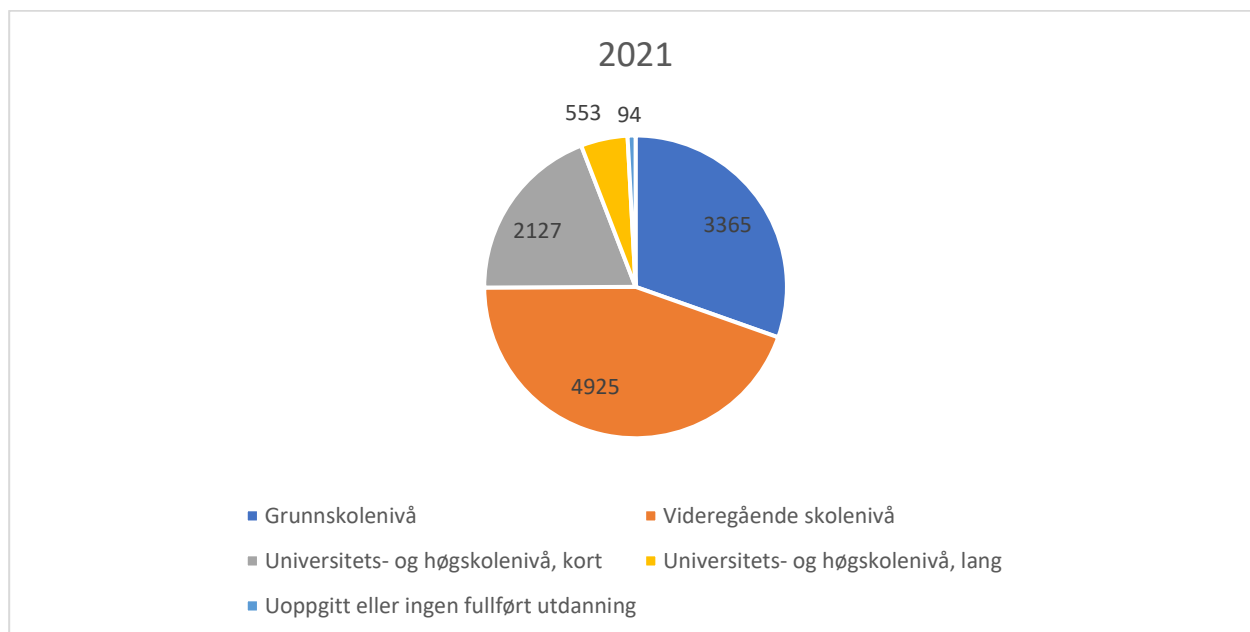
Andel personer med videregående som høyeste fullførte utdanning i prosent av de med oppgitt utdanningsinformasjon. Årlige tall. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

2.4.3 Andel med universitets- eller høgskoleutdanning, 30 - 39 år



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

2.4.4 Fordeling av utdanningsnivå i Gran for personer 16 år og over



[ssb kommunefakta Gran](#)

2.4.5 Gjennomføring av videregående skole

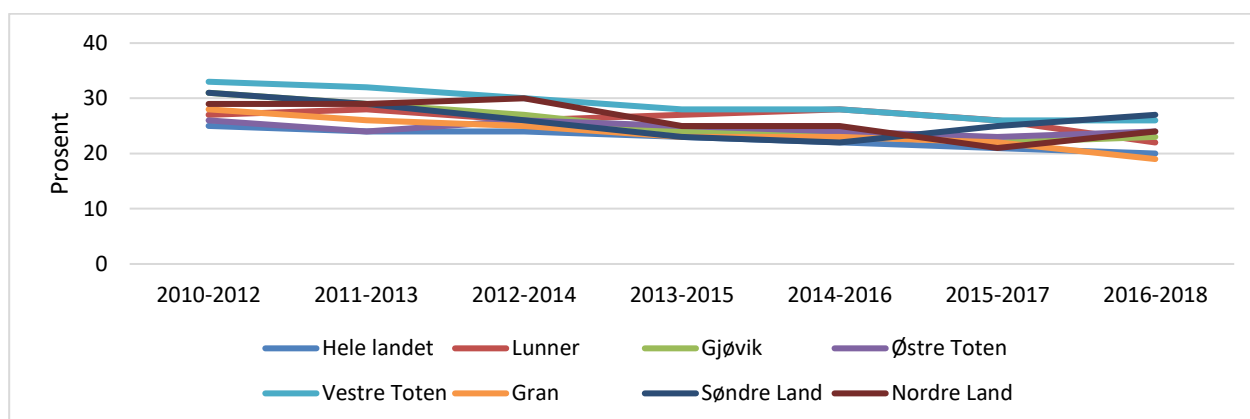
Frafallet i videregående skole for elever fra Gran kommune var 22 % i perioden 2015-2017 (årlig gjennomsnitt). I landet som helhet var det 21 % i samme periode. Tallgrunlaget oppdateres ikke, da det nå måles gjennomføring.

Foreldrenes utdanningsnivå vet man påvirker barnas gjennomføring av skolegang. Man ser at fra 2012 til 2021 er det en økning i antall elever med foreldre som har grunnskole som høyeste utdanning som gjennomfører videregående skole.

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.

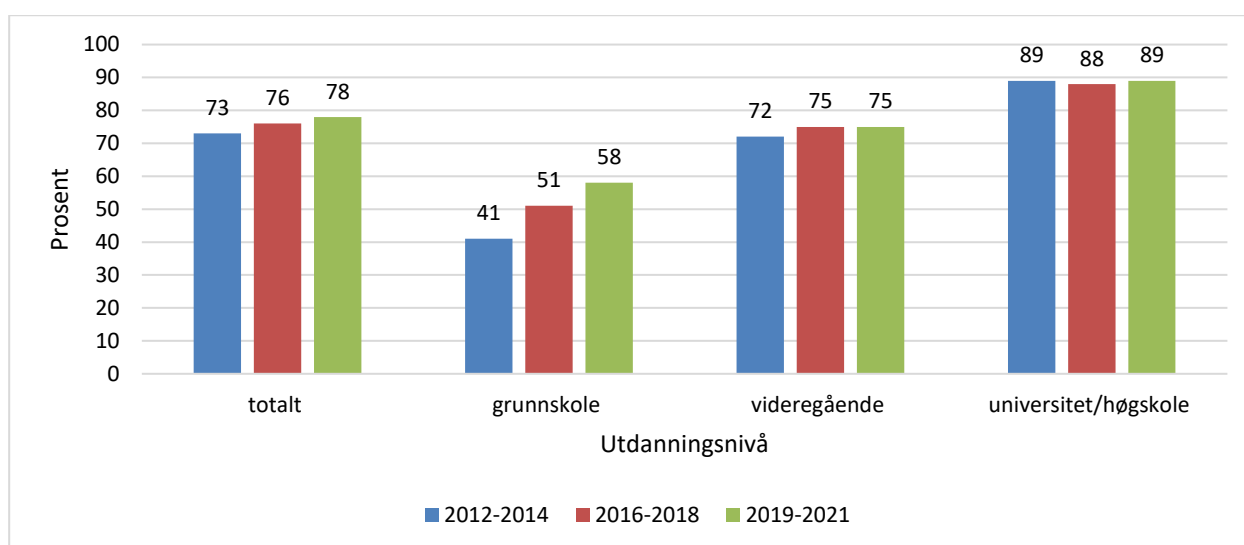
Utdanning, og særlig det å fullføre en grunnutdanning, er en avgjørende ressurs for sikre god helse gjennom livsløpet. Undersøkelser har vist at det er sosial ulikhet i frafall fra videregående skoler i Norge. Dette vises for eksempel ved at blant ungdom som har foreldre med grunnskole som lengste fullførte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

2.4.6 Frafall i videregående skole



Frafallet inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført VKII eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som startet opp dette året, men som sluttet underveis. Andelen blir beregnet ut fra prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Personer som etter 5 år fortsatt er i videregående skole, regnes ikke som frafalt. Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun startet på grunnkurs i videregående opplæring. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

2.4.7 Gjennomføring i videregående skole i Gran etter foreldrenes høyeste utdanningsnivå



Gjennomføring i videregående opplæring totalt og etter foreldrenes høyeste fullførte utdanningsnivå. Gjennomføring inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og andelen som har fullført med studie- eller yrkeskompetanse i løpet av fem/seks år. Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020. Elever som begynte på ett av de studieforbereende utdanningsprogrammene (normert tid på tre år), følges over fem år. Elever som begynte på ett av de yrkesfaglige utdanningsprogrammene (normert tid på hovedsakelig fire år, med to år i skole og to år i lære) følges over seks år etter skolestart. Beregnet i prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Personer som etter fem/seks år fortsatt er i videregående opplæring, regnes ikke som gjennomført. Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun startet på grunnkurs i videregående opplæring. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

2.5 Separasjoner/skilsmisser

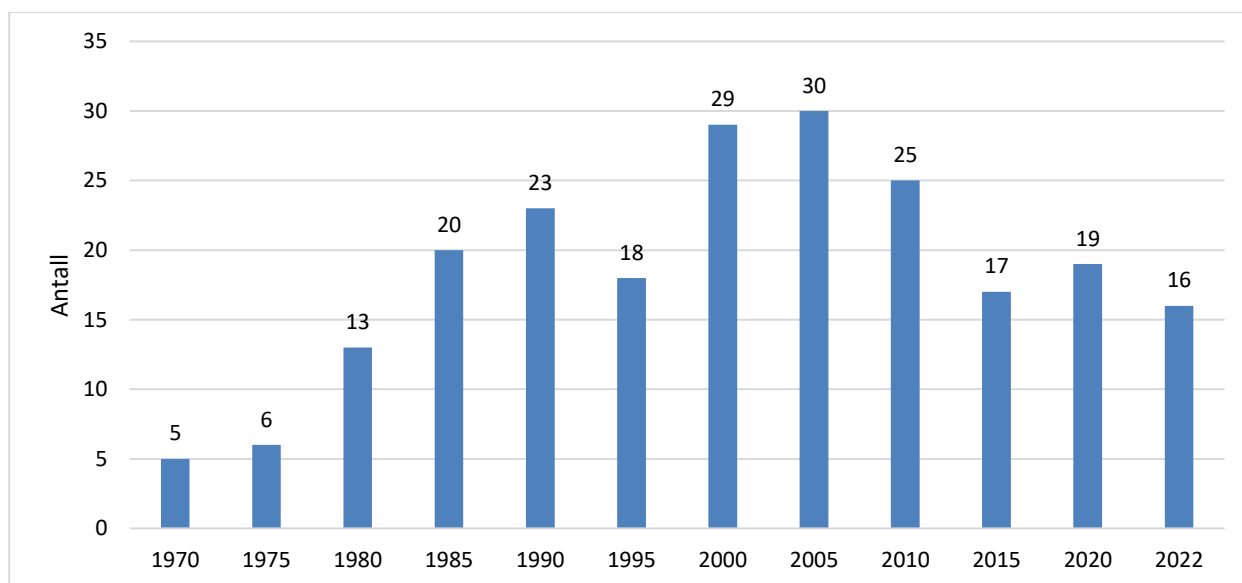
Statistikken gir ikke oversikt over samlivsbrudd blant samboere.

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

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

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

2.5.1 Antall skilsmisser



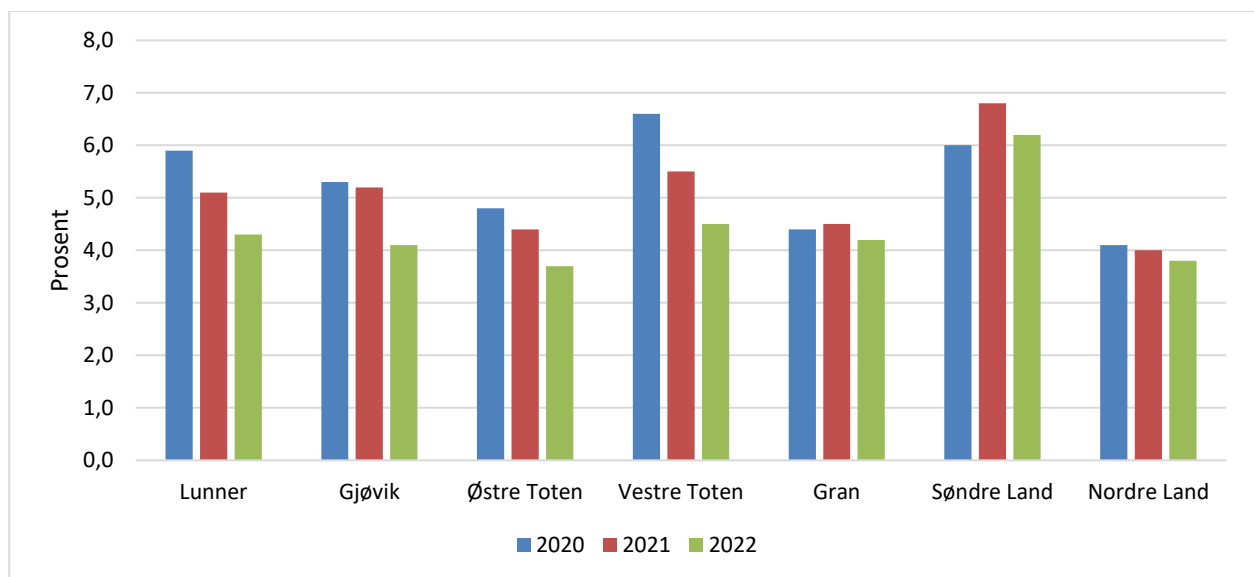
F.o.m. 2009 omfatter tallene både ulike og like kjønn, etter mannens eller eldste ektefelles bosted ved hendelsen. All ett- og to tall er satt til null eller tre for å ivareta personvernet. Kilde: [SSB](#), tabell 09660.

2.6 Barnevern

Oppvekstbarometeret viser at det er en signifikant høyere prosentandel av barn med barnevernstiltak i kommunen, sammenlignet med landet som helhet.

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*

2.6.1 Prosentdelen barn med melding i barnevernet



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

3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

3.1 Tilbud i nærområdet og kvaliteter i kommunen

I Gran kommune er 67 % av ungdomsskoleelevene fornøyd med lokalmiljøet sitt og 86 % oppgir at de har en fortrolig venn.

60 % av ungdommene i kommunen oppgir at de er med i en fritidsorganisasjon.

65 % tror de vil få et lykkelig liv.

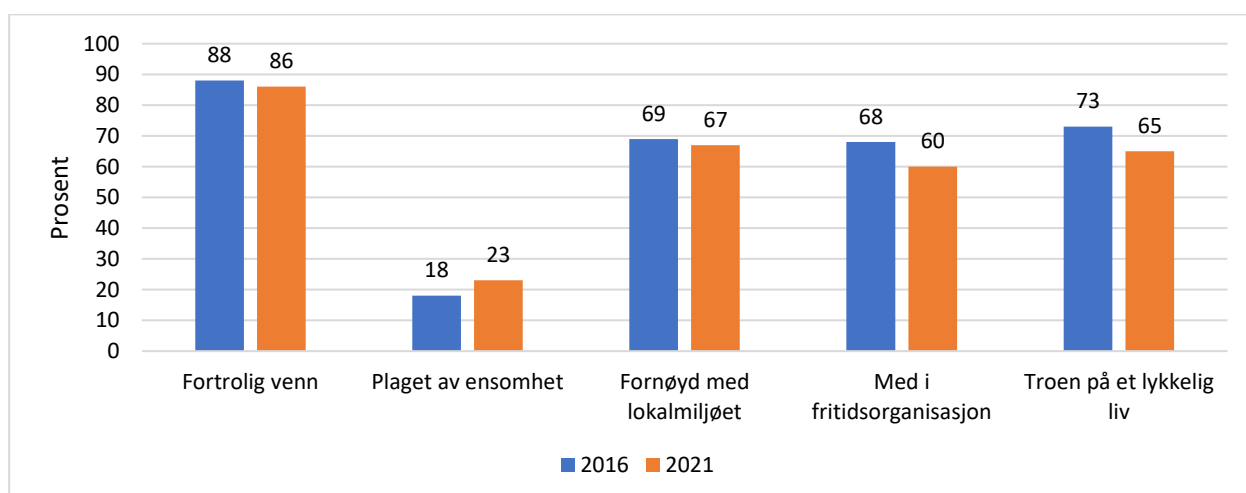
Ny Ungdata undersøkelse gjennomføres våren 2024.

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

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

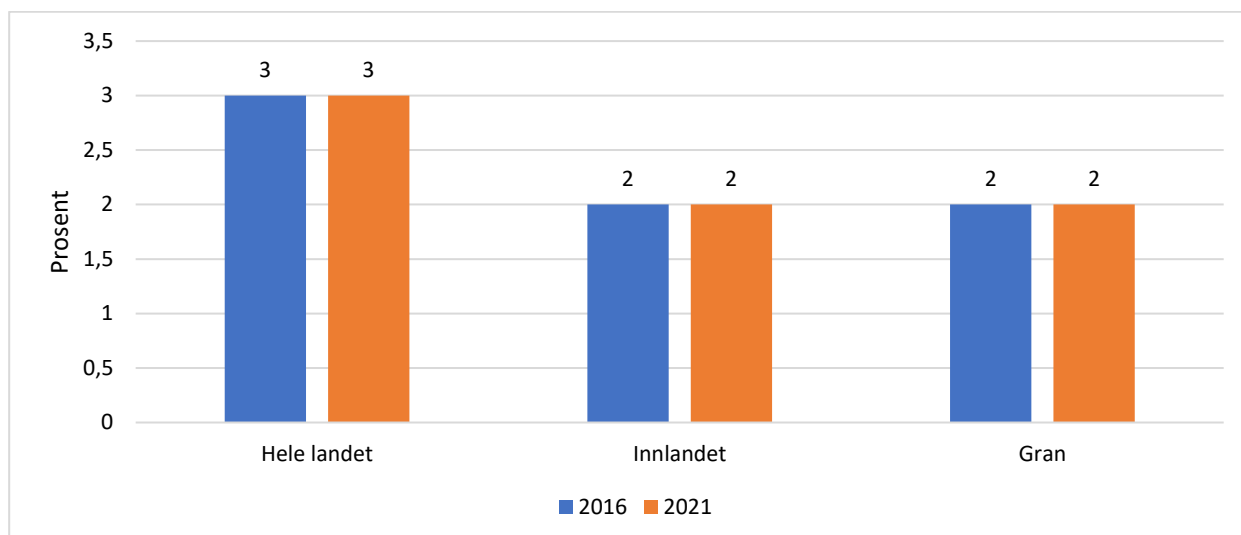
Kilde: Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. Helsedirektoratet 2014.

3.1.1 Hvordan elvene på ungdomsskolen i Gran har det



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

3.1.2 Andel ungdomsskoleelever som har brukt hasj/marihuana/cannabis siste året



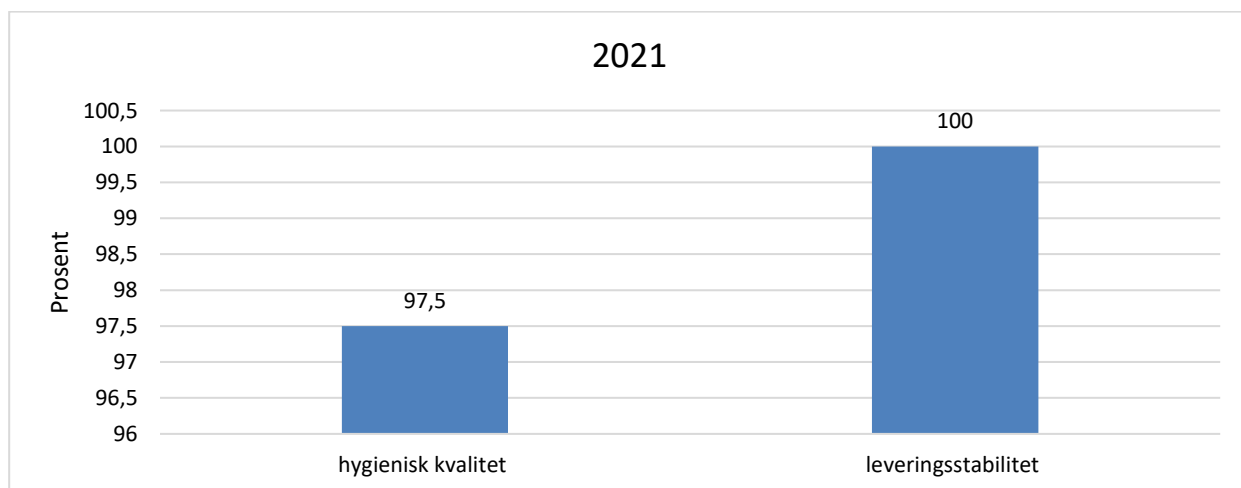
Andel ungdomsskoleelever som svarer «1 gang», «2-5 ganger», «6-10 ganger» eller «11 ganger eller mer» på spørsmålet om de det siste året (de siste 12 månedene) har «brukt hasj/marihuana/cannabis» i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet. [Kommunehelsestatistikkbank](#)

3.2 Drikkevannskvalitet

I 2017 var det tilfredsstillende analyseresultater for 100 % av personene som var tilknyttet vannverk inkludert i statistikken i Gran kommune (se tekst til diagram), mens leveringsstabiliteten var 100 %, andelen hygienisk kvalitet har gått litt ned.

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

3.2.1 Drikkevannskvalitet



Andelen personer tilknyttet vannverk med ulik kvalitet på drikkevannsforsyningen mtp, E. coli/ koliforme bakterier og leveringsstabilitet i prosent av befolkningen tilknyttet

rapportpliktige vannverk (vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer og/eller 20 husstander). Tallene omfatter både private og kommunale vannverk. Årlige tall.

God drikkevannsforsyning: Tilfredsstillende analyseresultater.

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

For leveringsstabilitet er tilfredsstillende her definert som under 30 minutter ikke-planlagte avbrudd i året.

For samlekategorien må begge parameterne, både hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet, være tilfredsstillende.

Mindre god drikkevannsforsyning: Ikke tilfredsstillende analyseresultater

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

For leveringsstabilitet er ikke tilfredsstillende her definert som mer enn 30 minutter ikke-planlagte avbrudd per år.

For samlekategorien er ikke- tilfredsstillende her definert som enten ikke tilfredsstillende hygienisk kvalitet eller ikke tilfredsstillende leveringsstabilitet eller ikke tilfredsstillende på begge parameterne.

Mangelfulle eller usikre data:

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

[Kommunehelsa statistikkbank.](#)

3.3 Skolemiljø – opplevelse av trivsel og mobbing

Opplevelse av trivsel

Elevene i Gran rapporterer om større grad av trivsel både i 7. og 10. trinn, enn i landet som helhet.

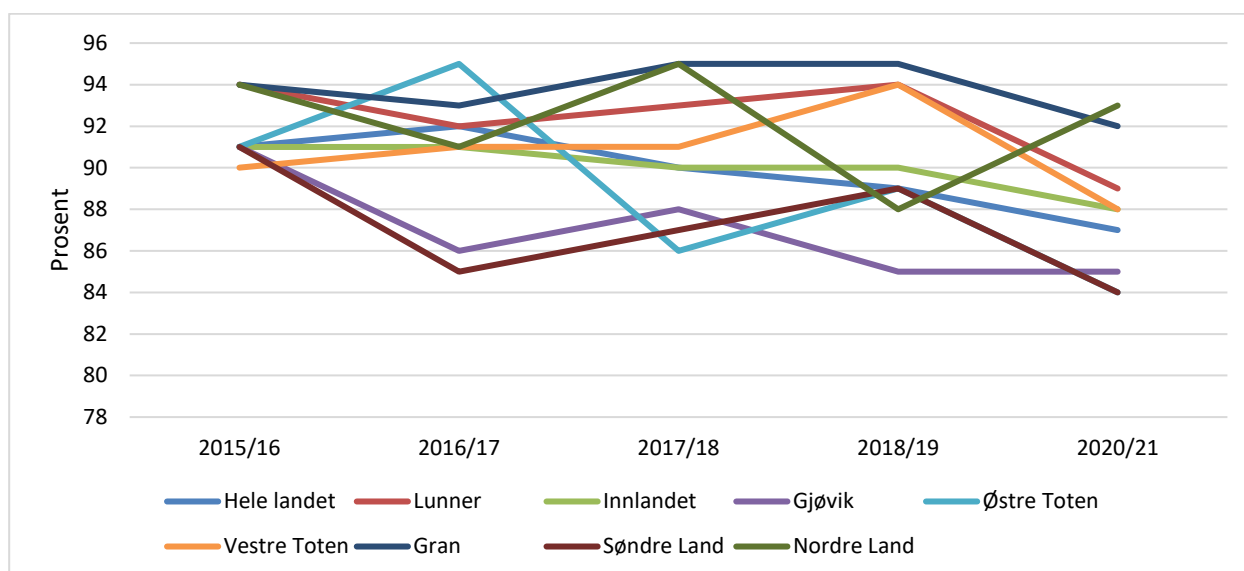
Opplevelse av mobbing

Oppvekstbarometeret viser at det er mindre mobbing i 7. trinn i Gran kommune enn i landet som helhet.

Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir (Øia 2011). Dette kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter (Danielsen m.fl, 2009). *Kilde: Folkehelseinstituttet*

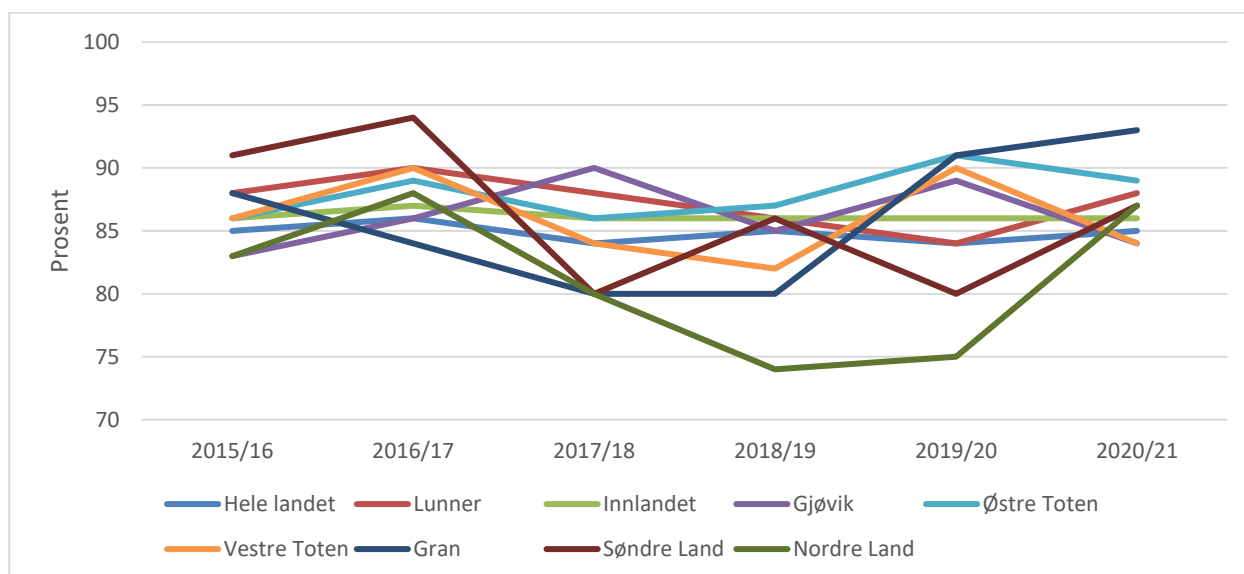
En studie i 2011 blant nærmere 9000 ungdommer og deres foreldre, peker ut problemer med skoleresultater og mobbing på skolen som viktige risikofaktorer for psykiske vansker blant ungdom. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

3.3.1 Trivsel på skolen, 7. trinn



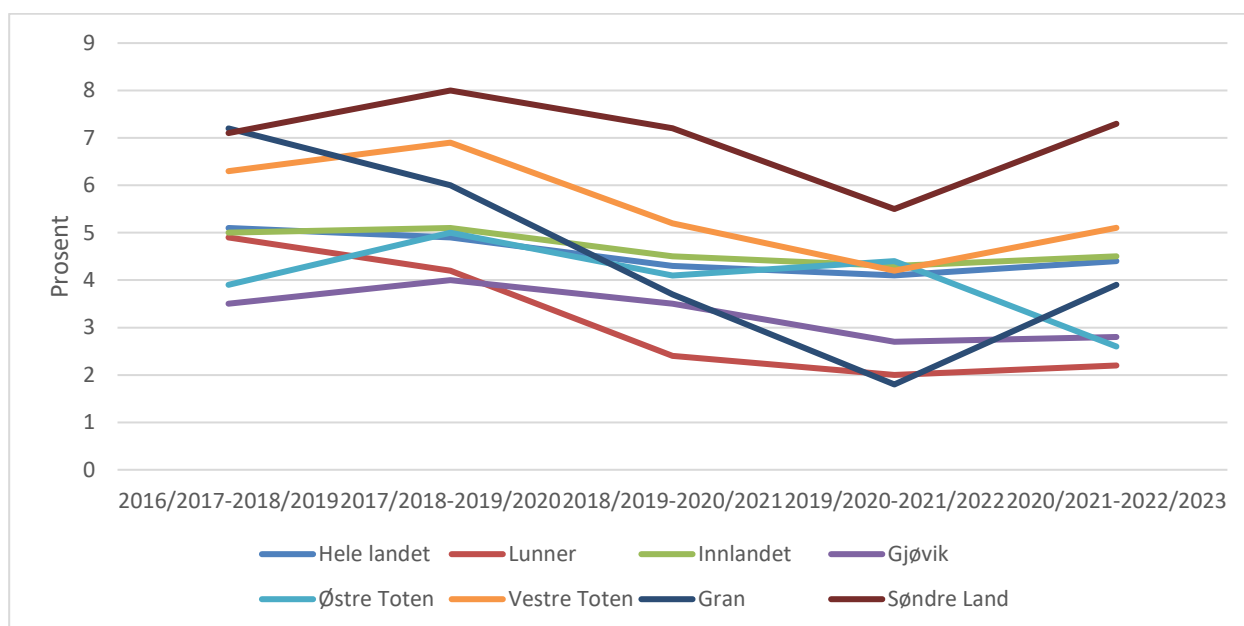
Andel elever på 7. trinn som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår. Standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.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

3.3.2 Trivsel på skolen, 10. trinn



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

3.3.3 Mobbing på skolen, 10. trinn



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

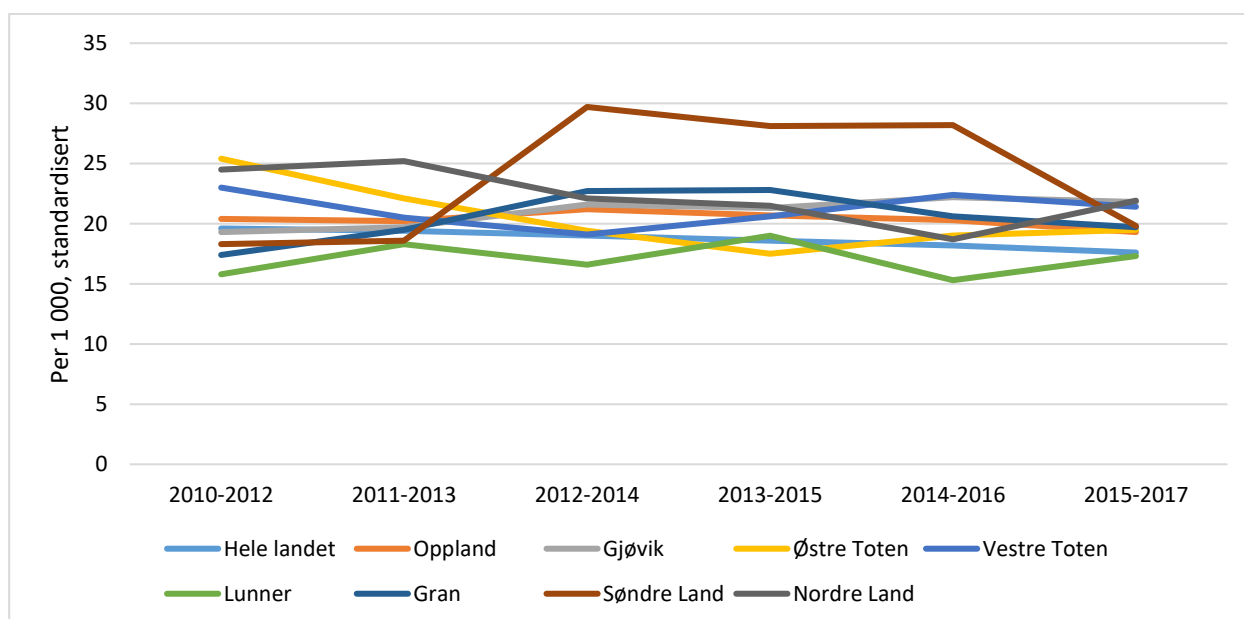
4 Skader og ulykker

4.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker

Det har vært svingninger i antall innleggelser på sykehuset pga. personskader - inkludert hoftebrudd de siste årene. I perioden 2015-2017 ble det årlig i gjennomsnitt lagt inn ca. 54 personer fra Gran på sykehus med skader. Ca. 25 av innleggelsene skyldtes hoftebrudd.

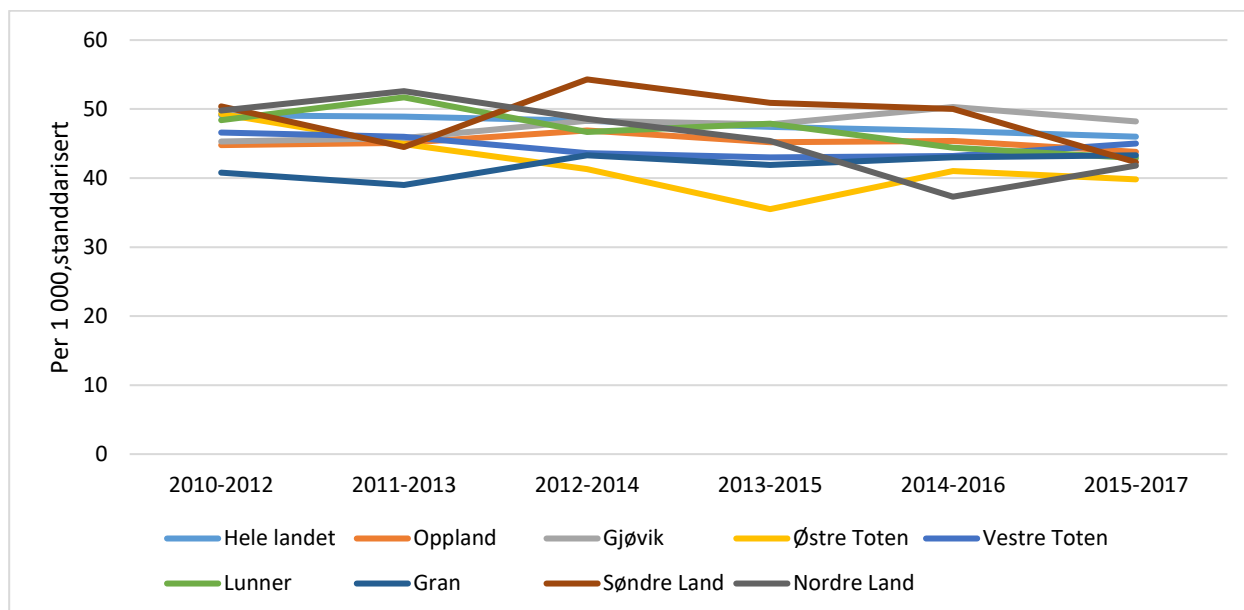
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkesskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne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

4.1.1 Sykehusinnleggelser hoftebrudd, 75 år+



Antall pasienter over 75 år innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med hoftebrudd per 1000 innbyggere per år, begge kjønn, standardiserte tall. 3 års gjennomsnitt. [Kommunehelsa statistikkbank](#)

4.1.2 Sykehusinnleggelser etter skader, 75+

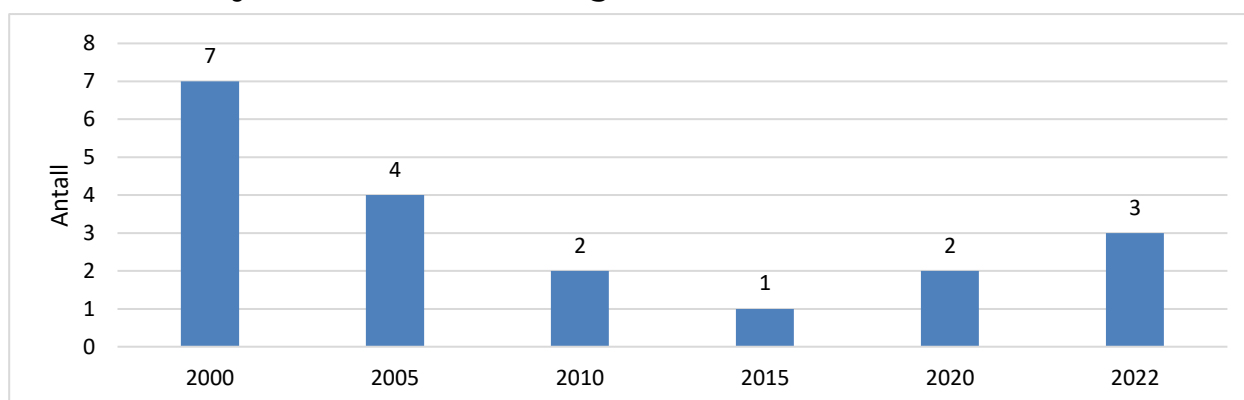


Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med skader per 1000 innbyggere per år, begge kjønn, standardiserte tall. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelse statistikkbank](#).

4.1.3 Trafikk – utfordringer og ulykker

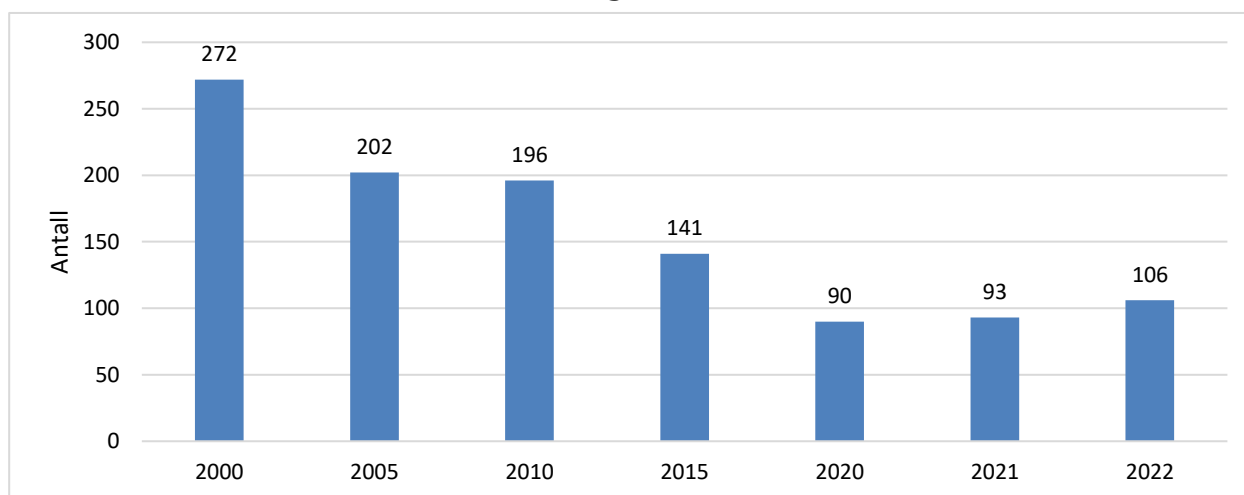
Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft i Norge målt i tapte leveår. Spesielt for ulykker med personskader er at det tar relativt mange unge liv, og det er den største dødsårsaken for personer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

4.1.3.1 Dødsulykker i veitrafikken i regionen



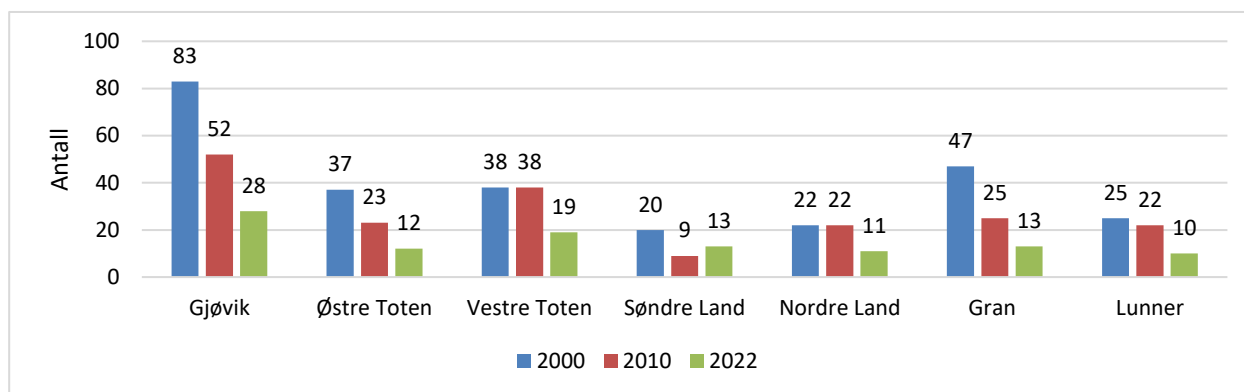
Antall dødsulykker i veitrafikken i Gjøvik, Østre Toten, Vestre Toten, Søndre Land, Nordre Land, Gran og Lunner. Kilde: [SSB](#), tabell 10209.

4.1.3.2 Antall skadde i veitrafikken i regionen



Antall skadde i veitrafikken i Gjøvik, Østre Toten, Vestre Toten, Søndre Land, Nordre Land, Gran og Lunner, fordelt på år ulykkene skjedde. Kilde: [SSB](#), tabell 10209.

4.1.3.3 Antall skadde i veitrafikken, ulykkessted



Antall skadde i veitrafikken i de forskjellige kommunene i Gjøvikregionen og Gran, 2000-2022. Kilde: [SSB](#), tabell 10209.

5 Helsereelatert atferd

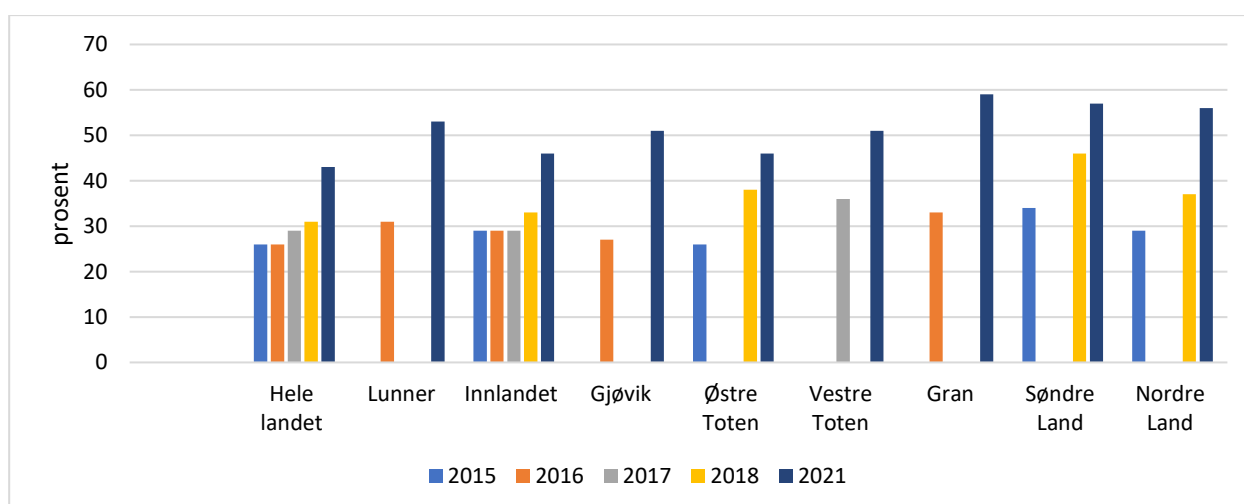
5.1 Tid brukt på ulike medier

Ungdataundersøkelsen viser at ungdom bruker mye tid foran skjerm på fritiden.

I 2016 brukte 33 % av ungdomsskoleelevene i Gran over 4 timer foran skjerm daglig, i 2021 var dette tallet steget til 59%. Pandemien kan ha påvirket dette. Vi venter på tall fra ny undersøkelse våren 2024.

«Et perspektiv vi ofte glemmer når barn og nye medier diskuteres, er verdi- og utdanningsdimensjonen. I en kronikk av Brandtzæg og Endestad (2003) i Dagbladet i fjor understrekes det at de nye mediene gir barn og unge tilgang til verdifull informasjon som de kanskje ikke kunne fått tak i andre steder. De muliggjør også lek og kommunikasjon, uavhengig av tid og rom. Flere studier kan også påvise at videospill kan føre til positive helseeffekter både innen psykisk rehabilitering og utvikling av sosiale ferdigheter (Griffiths, 2004). Elektroniske spill gir barn nye muligheter til å prøve ut grenser og leke det de aldri vil bli (Jones, 2004). Videre brukes elektroniske spill i terapeutiske sammenhenger (Griffiths, 1997a, 1997b). Alle barn, som voksne, trenger forandring og et aktivt liv, noe også Gerard Jones (2004) påpeker. Impulser fra forskjellige hold kan bidra til likevekt. Det blir viktig å gi barna kompetanse til å håndtere medieverdenen på en fornuftig måte.» Kilde: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 41, nummer 11, 2004*. Tiden i ro bør begrenses og deles opp med små aktive pauser. Lang tid foran pc, tv eller annen skjerm bør unngås. Det anbefales å forsøke å inkludere minst fem minutter med å stå, gå eller drive med lett aktivitet pr. time med skjermbruk. Det gjelder også på arbeid, og også for dem som ellers er mye i aktivitet. Kilde: *Folkehelse rapporten 2014, Fysisk aktivitet i Norge*

5.1.1 Andel ungdomsskoleelever som bruker 4-6 timer eller mer foran skjerm daglig



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

[Kommunehelsa statistikkbank](#)

5.2 Fysisk aktivitet

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

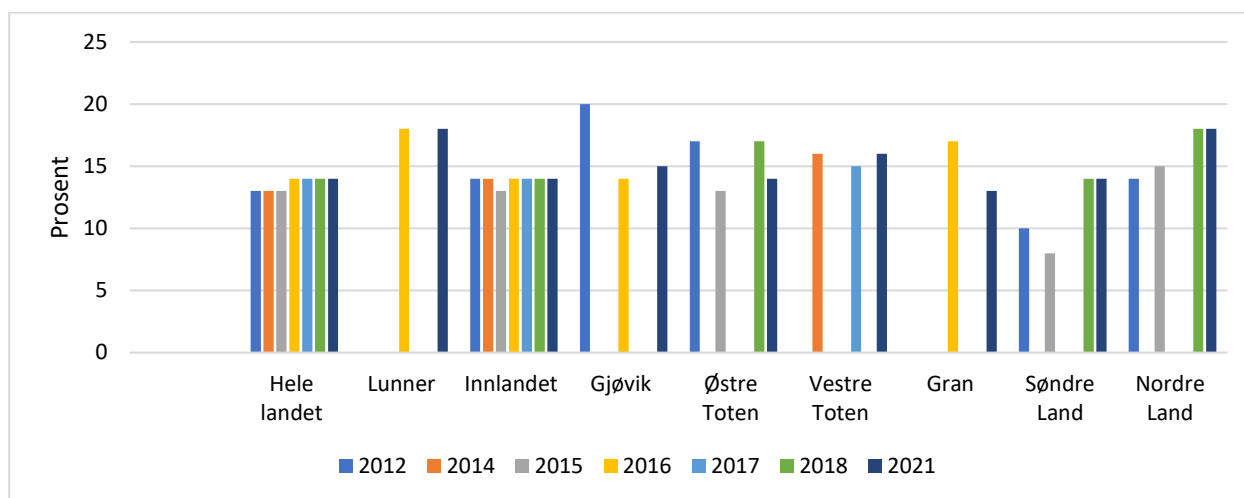
Helsedirektoratet anbefaler at barn og unge deltar i fysisk aktivitet med moderat eller høy intensitet i minimum 60 minutt hver dag. I tillegg bør barn og unge utføre aktiviteter med høy intensitet minst tre ganger i uken, inkludert aktiviteter som gir større muskelstyrke og styrker skjelettet.

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

Kilde: Folkehelse rapporten 2014, Fysisk aktivitet i Norge

5.2.1 Andel ungdomsskoleelever som er lite fysisk aktive

Andelen ungdomsskoleelever som oppgir å være i lite fysisk aktivitet i Gran var 17 % i 2016, og 13 % i 2021.



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

[Kommnehelse statistikkbank](#)

5.3 Røyk og snus

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

enn ikke-røykere, og 25 prosent av dagligrøykerne dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere.

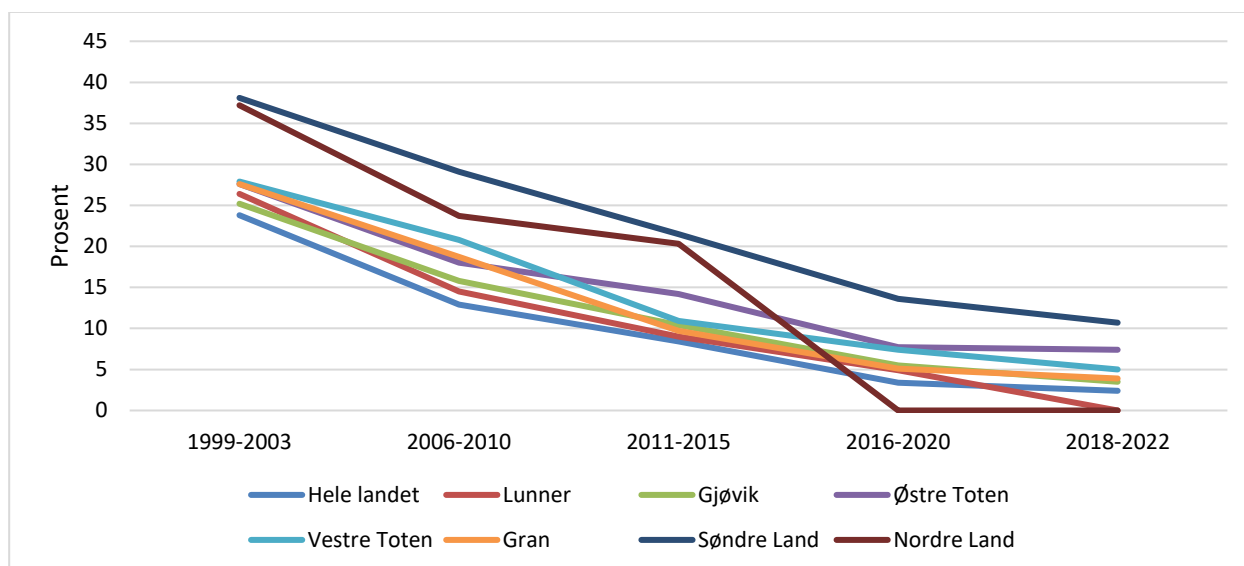
Bruk av snus øker risikoen for kreft i bukspyttkjertel, spiserør og munnhule og har flere andre negative effekter. Snus øker risikoen for dødfødsel og for tidlig fødsel.
Kilde: Helsedirektoratet. Sykdom og helseskader ved snus.

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

5.3.1 Røyking, gravide kvinner

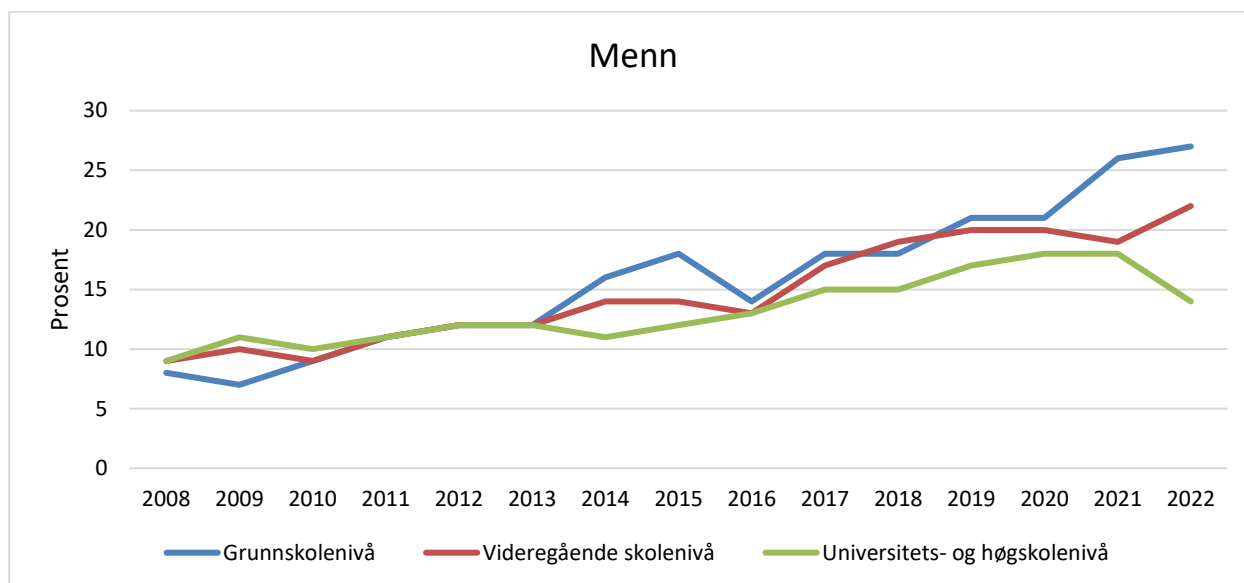
Røyking blant kvinner ved start av svangerskapet har hatt en gradvis tilbakegang. 5 års glidende gjennomsnitt har gått fra en andel på 15,3 % i 2007/11 til 17,7 % i 2014/18. I 2018-2022 var andelen på 3,9%.

I landet som helhet var andelen 2,4 % i 2018-2022.



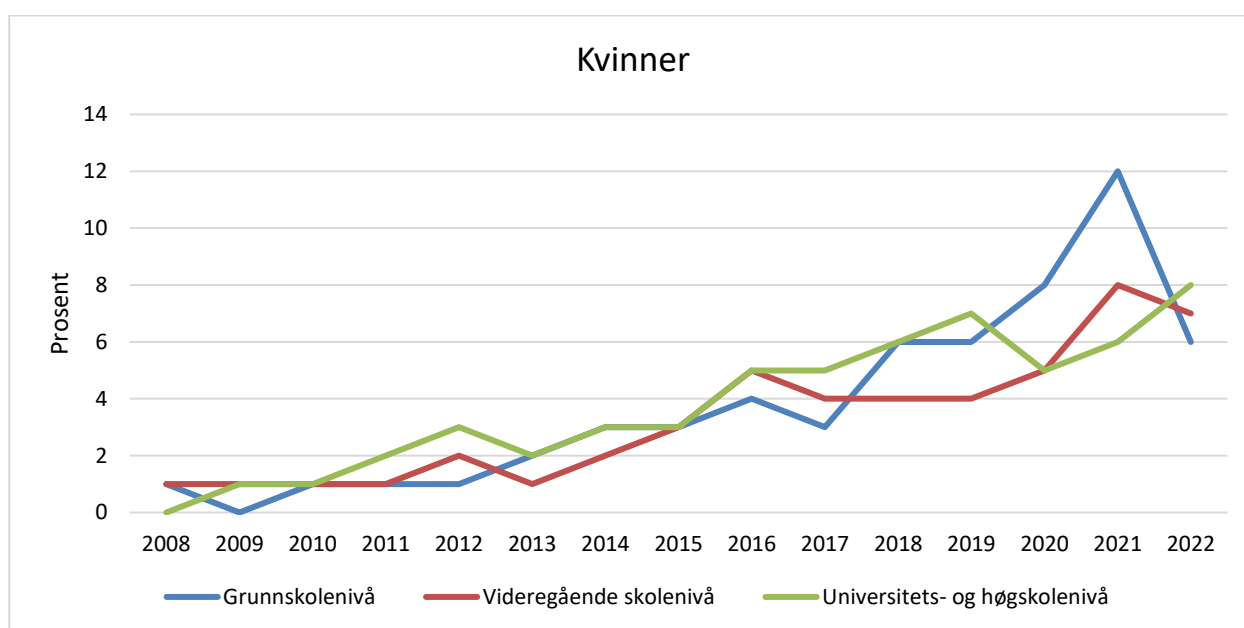
Andel fødende som oppga at de røykte ved svangerskapets begynnelse i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelse statistikkbank](#).

5.3.2 Daglig snusbrukere etter kjønn og utdanning, menn, på landsbasis



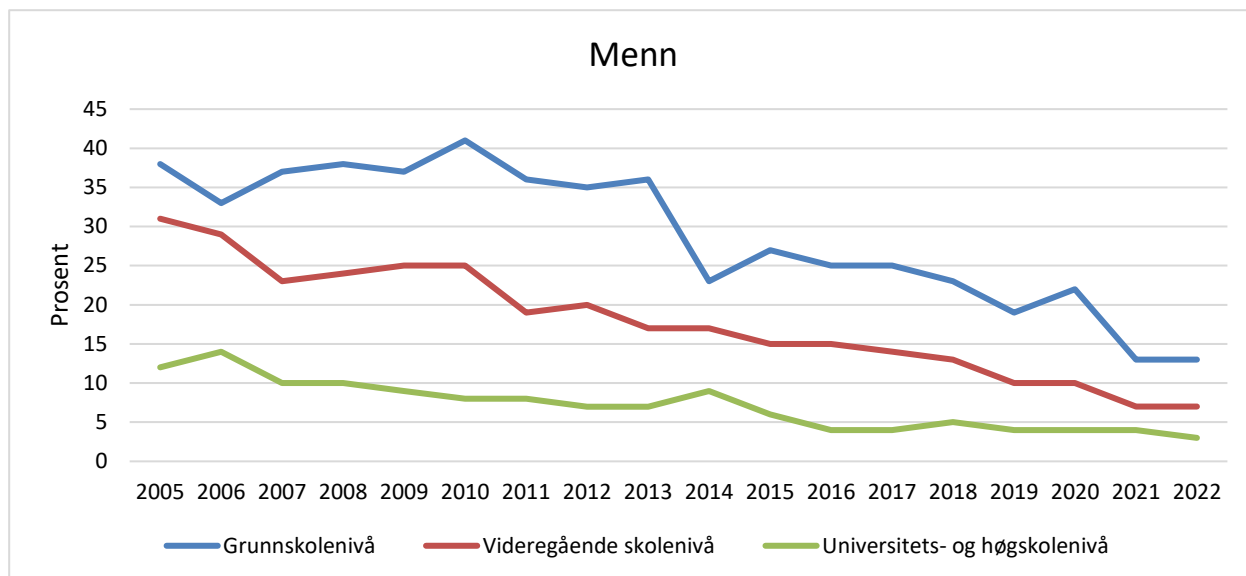
[SSB](#), tabell 11427.

5.3.3 Daglig snusbrukere etter kjønn og utdanning, kvinner, på landsbasis



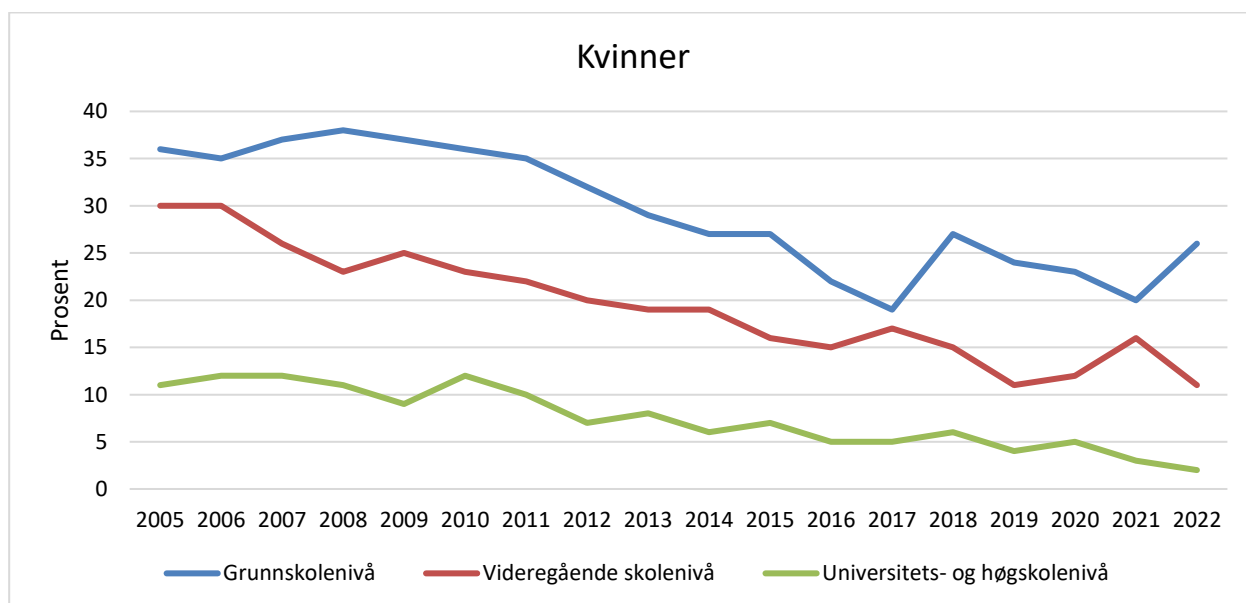
[SSB](#), tabell 11427.

5.3.4 Dagligrøykere menn, på landsbasis



[SSB](#), tabell 11426.

5.3.5 Dagligrøykere kvinner, på landsbasis



[SSB](#), tabell 11426.

6.1 Forventet levealder

Forventet levealder i Gran var 83,2 år for kvinner og 78,8 år for menn i årlig gjennomsnitt i perioden 2007-2021.

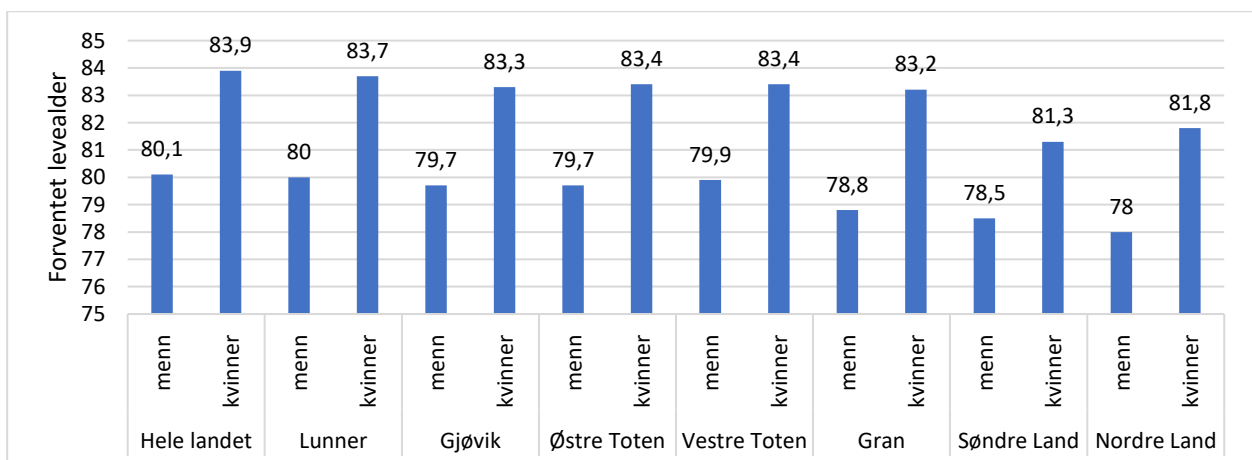
Menn har signifikant lavere forventet levealder sammenliknet med landet som helhet, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet)

Utdannings-forskjeller i forventet levealder, vurdert etter forskjellen i forventet levealder ved 30 år, mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning (2007–2021), er signifikant forskjellig sammenliknet med landet som helhet.

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

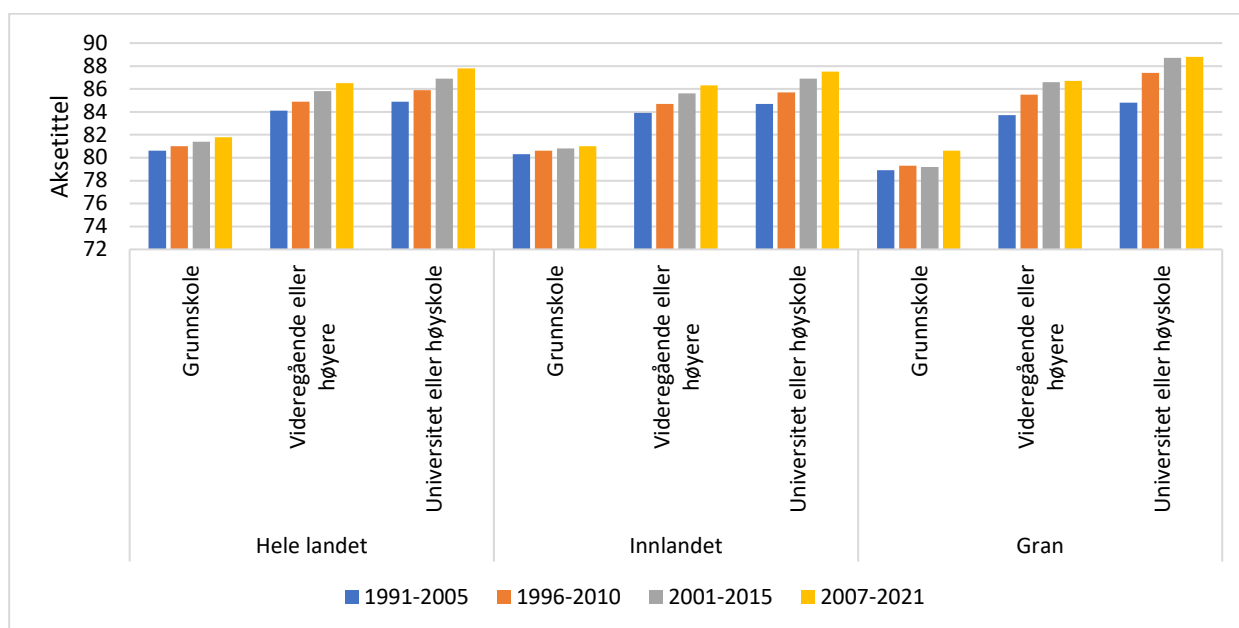
De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene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

6.1.1 Forventet levealder 2007 - 2021



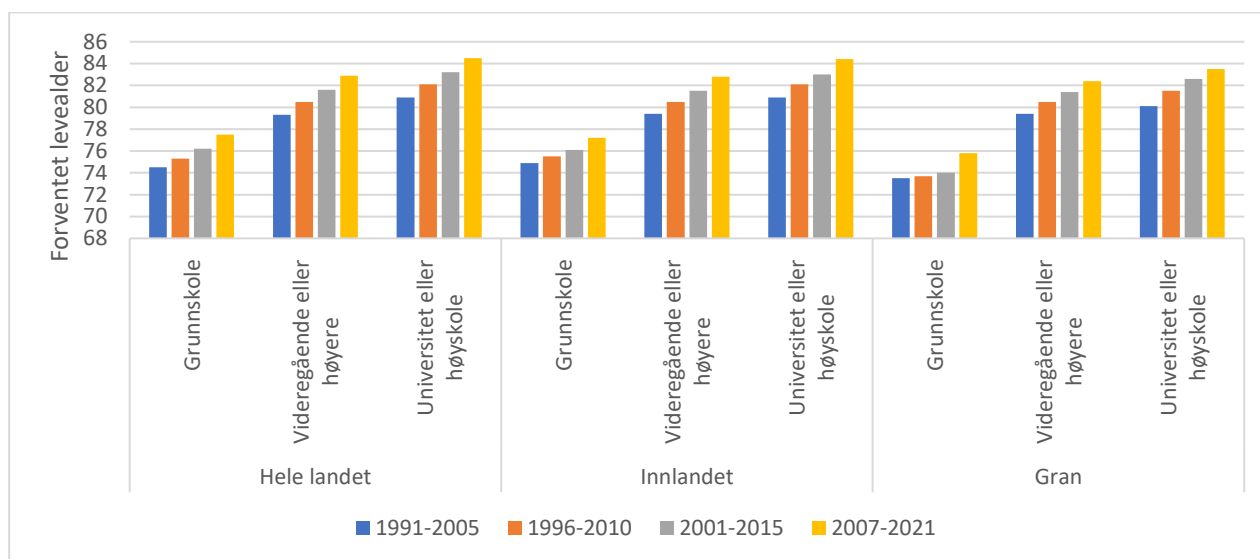
Forventet levealder ved fødsel, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Kilde: [Kommunehelsa statistikkbank](#).

6.1.2 Forventet levealder etter utdanning i Norge og Gran, kvinner



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

6.1.3 Forventet levealder etter utdanning i Norge og Gran, menn



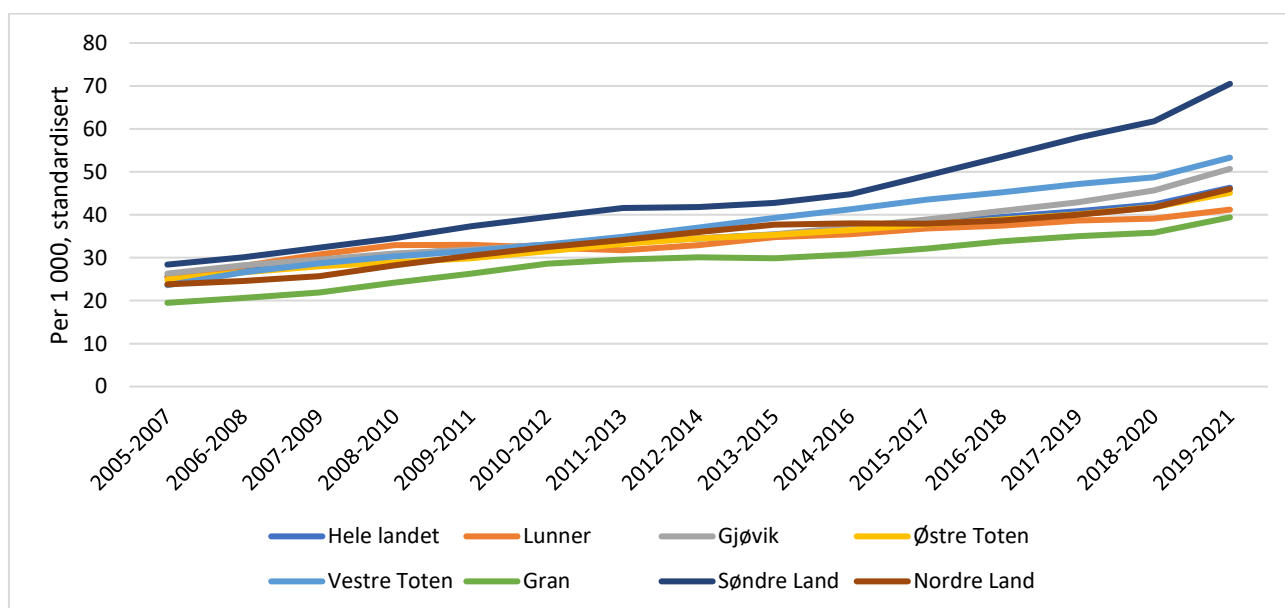
Forventet levealder menn etter høyeste fullførte utdanningsnivå (fire ulike grupper), beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 15-årsperioder). Det er ikke tall for Søndre Land og forventet levealder for de som har universitet eller høyskole.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

6.2 Diabetes

Gran kommune har hatt en svak økning av antall personer som behandles for diabetes 2 de siste ti årene.

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.

6.2.1 Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes



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

6.3 Hjerte- og karsykdommer

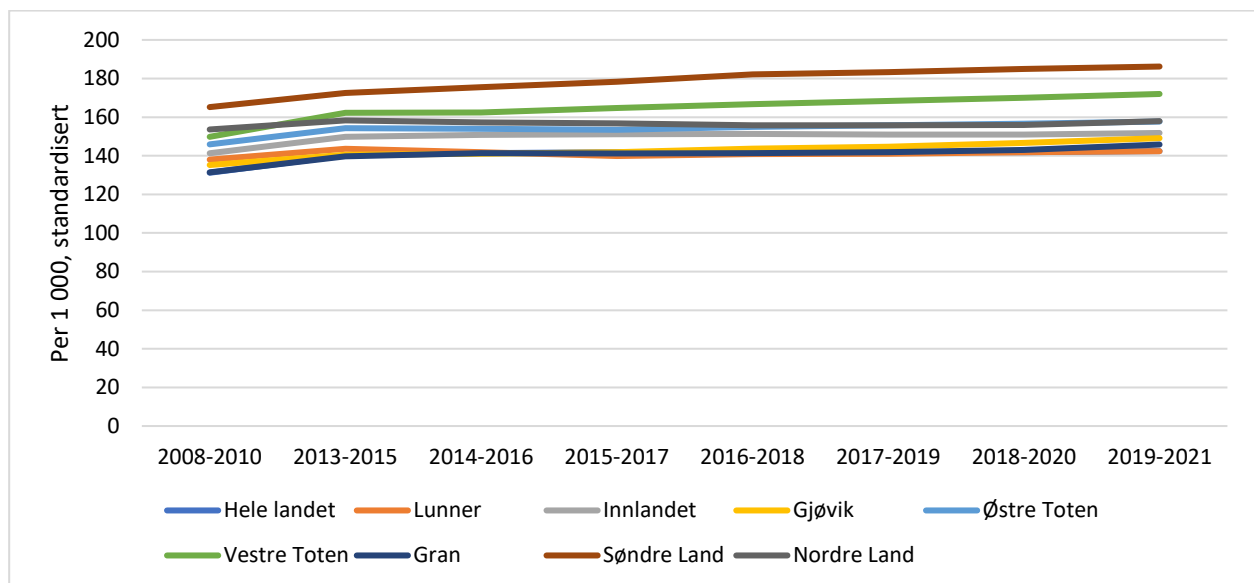
Hjerte- og karsykdommer omfatter blant annet hjerteinfarkt, angina pectoris (hjertekramper) og hjerneslag. Jo flere som er ikke-røykere, har et gunstig kosthold, mosjonerer daglig og har normal kroppsvekt, jo færre vil få infarkt i en befolkning. Kilde Folkehelseinstituttet

Medikamenter mot hjerte- og karsykdommer brukere 0-74 år: Det har vært en relativ stabil forskrivning av medikamenter de siste årene.

Dødelighet, 0-74 år: Dødeligheten for både kvinner og menn med hjerte- og karsykdommer har sunket jevnt i takt med resten av regionen siden 1995.

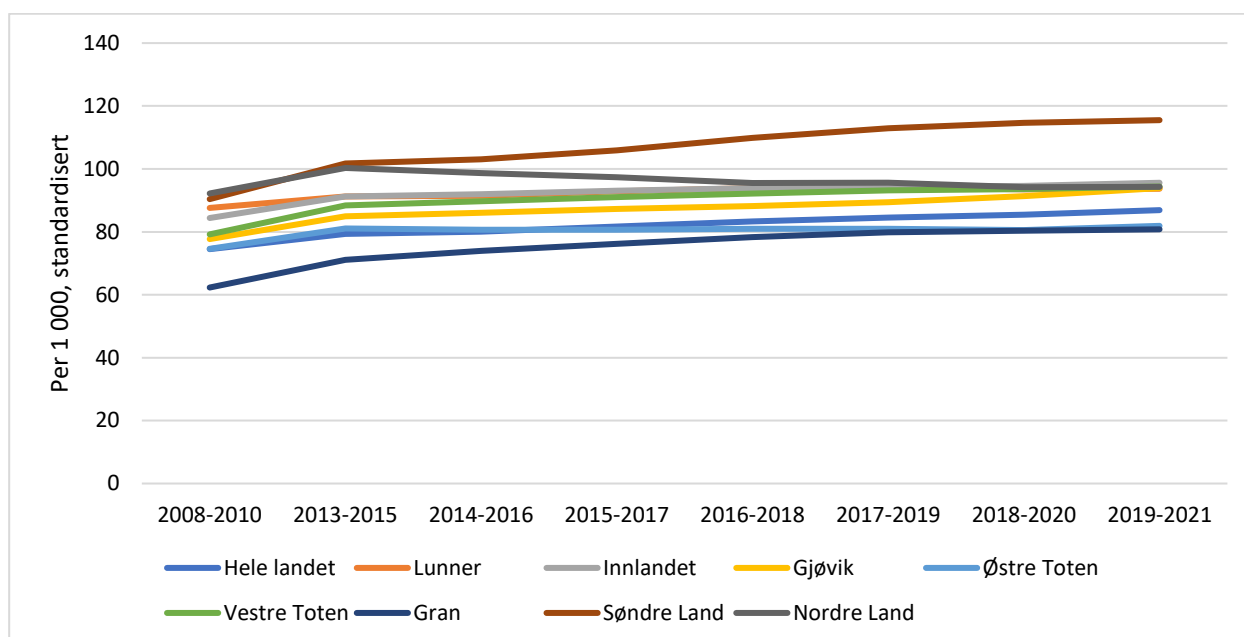
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene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

6.3.1 Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterolsenkende midler)



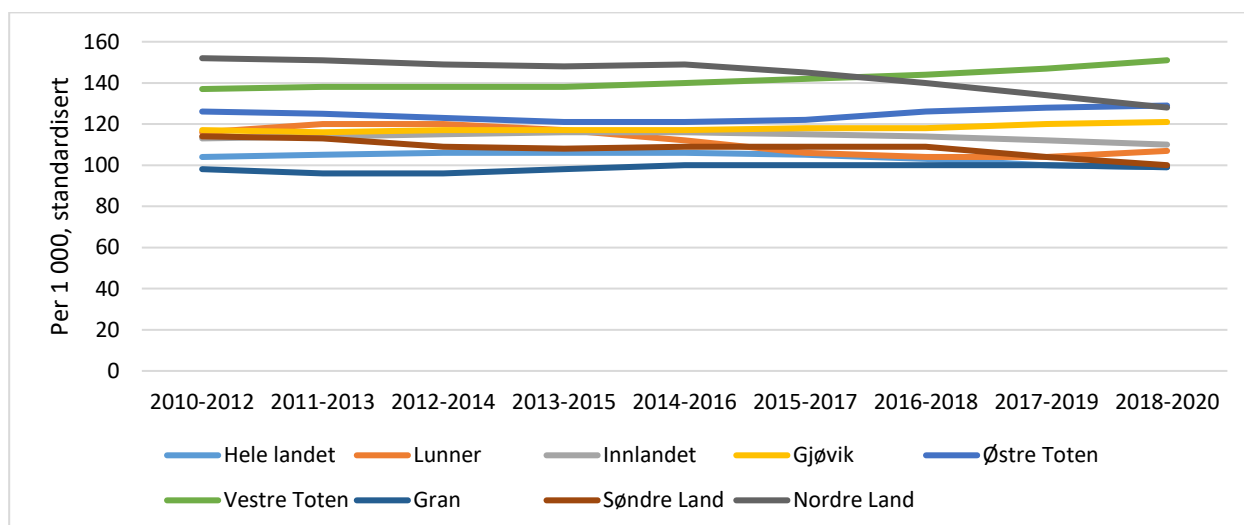
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

6.3.2 Bruk av kolesterolsenkende medikamenter



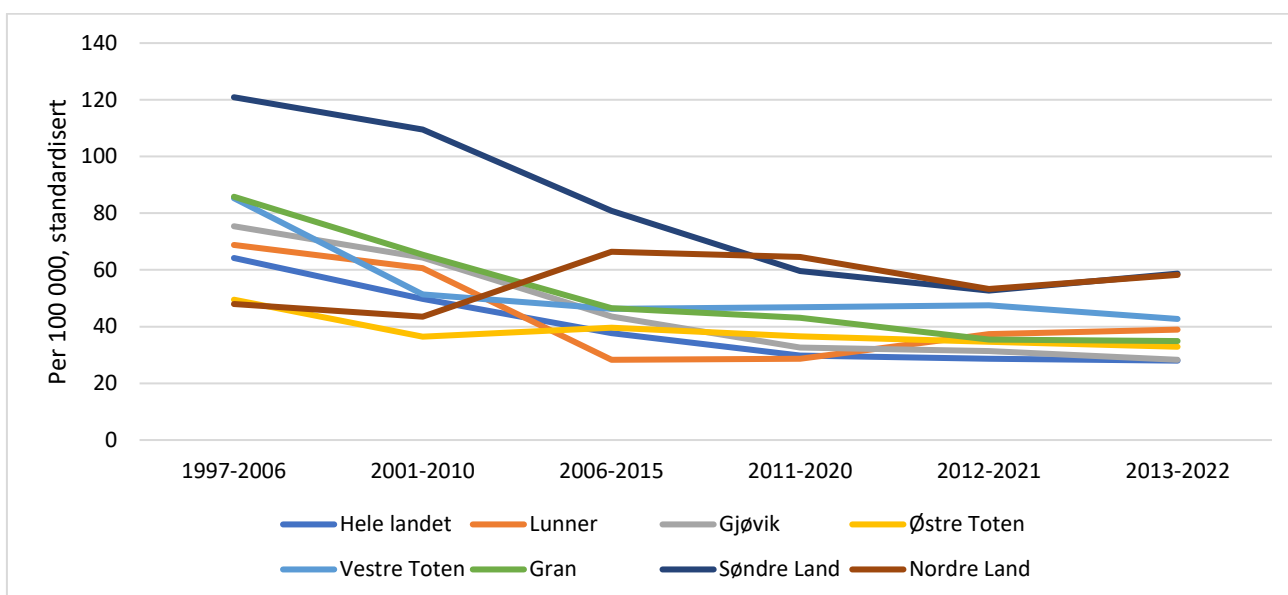
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

6.3.3 Bruk av primærhelsetjenesten hjerte- og karsykdommer



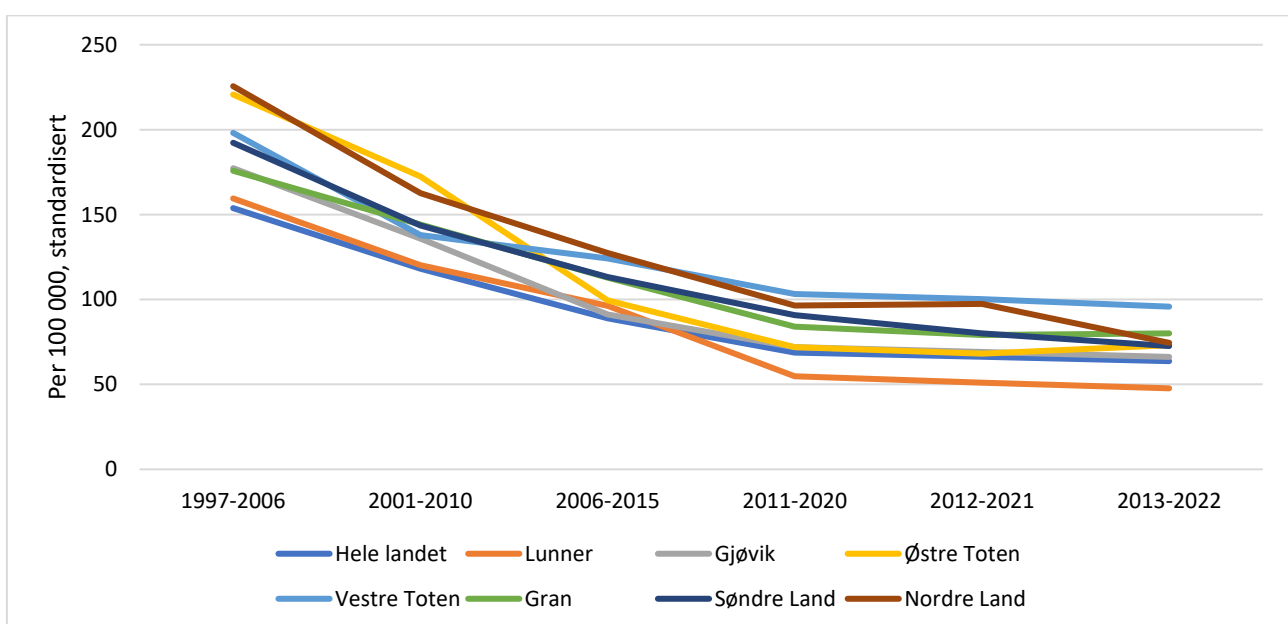
Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt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

6.3.4 Dødelighet hjerte-/karsykdom, kvinner



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

6.3.5 Dødelighet hjerte-/karsykdom, menn



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

6.4 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

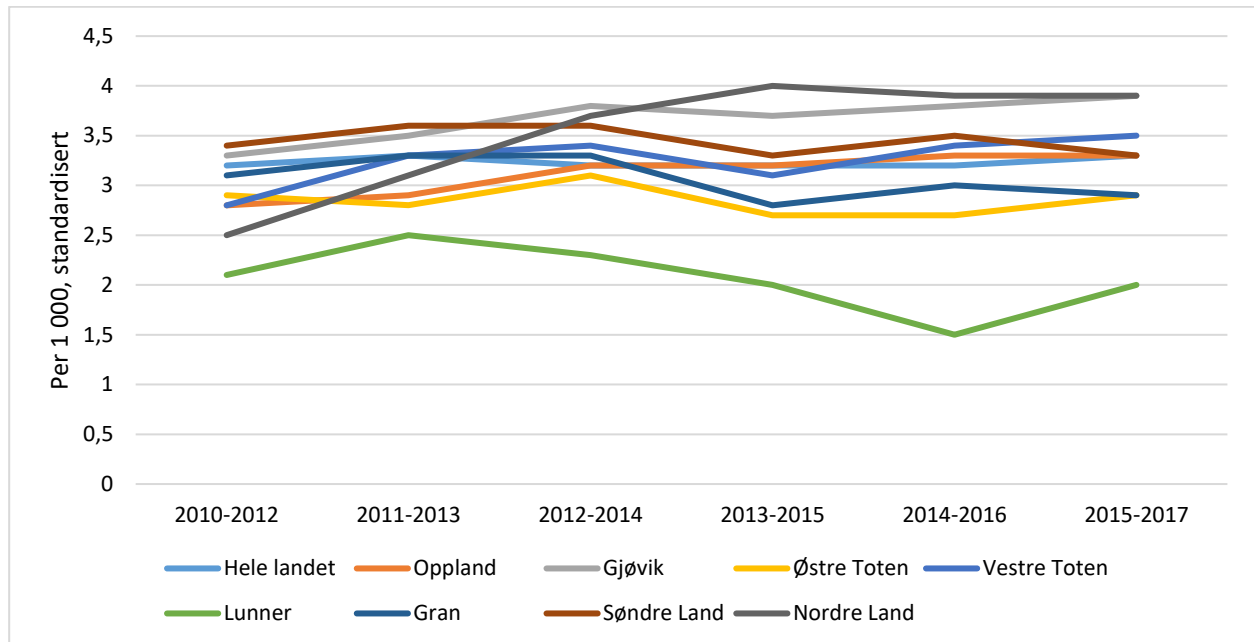
Befolkningsundersøkelser i Norge viser at forekomsten av astma har økt de siste 20 årene, spesielt hos barn. Kilde: *Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer*, Helse- og omsorgsdepartementet

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

også en rolle. Forekomst av KOLS øker med økende tobakksforbruk og antall røykeår, og kan si noe om røykevaner.

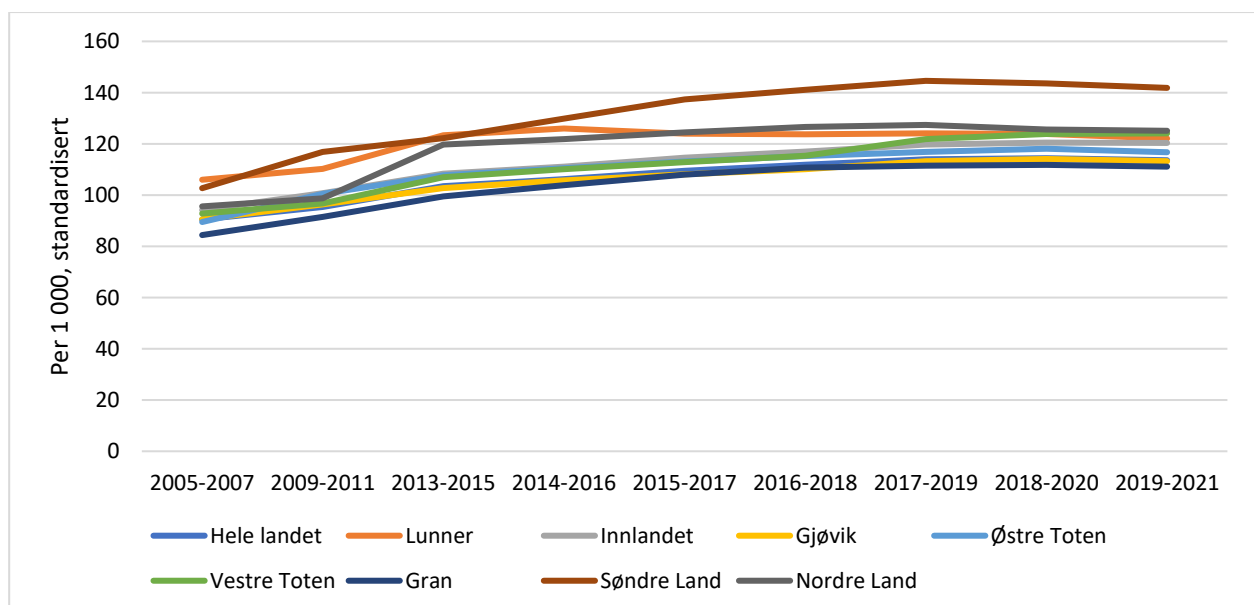
6.4.1 Bruk av spesialisthelsetjenesten KOLS

Forskrivning av medikamenter og bruk av spesialisthelsetjenesten er relativt stabil.



Antall pasienter over 45 år innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

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



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

6.5 Smerter

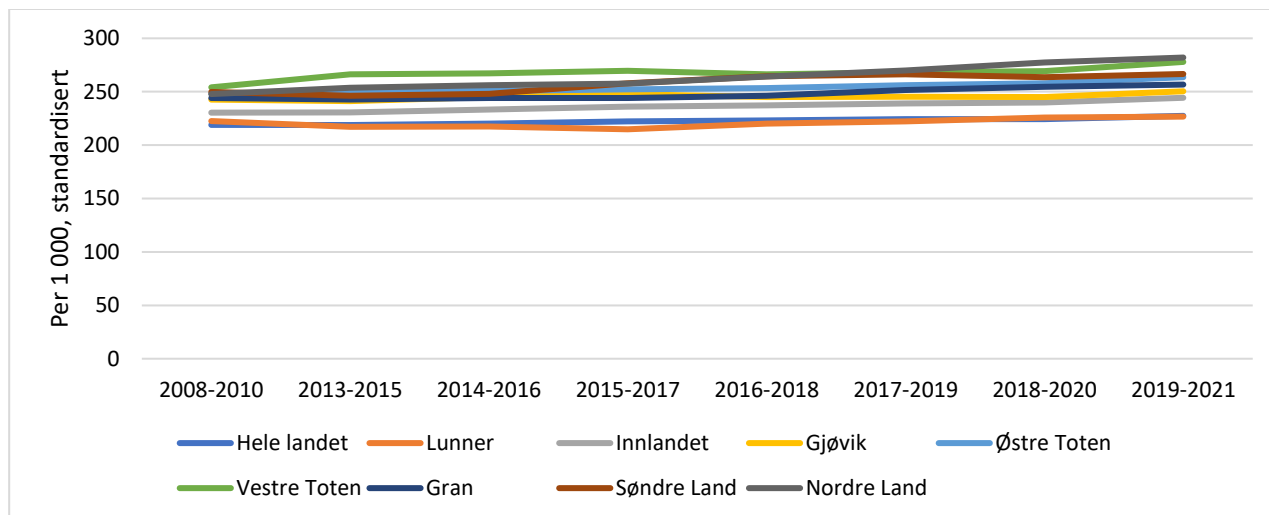
Smertestillende medikamenter, brukere 0-74 år: Den totale bruken av smertestillende medikamenter på resept fra 2010 til 2021 i Gran kommune hadde en svak økning. Det er en høyere andel kvinner som tar ut resept på smertestillende enn menn.

Ikke reseptbelagte smertestillende er ikke med i denne statistikken.

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

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

6.5.1 Bruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter



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

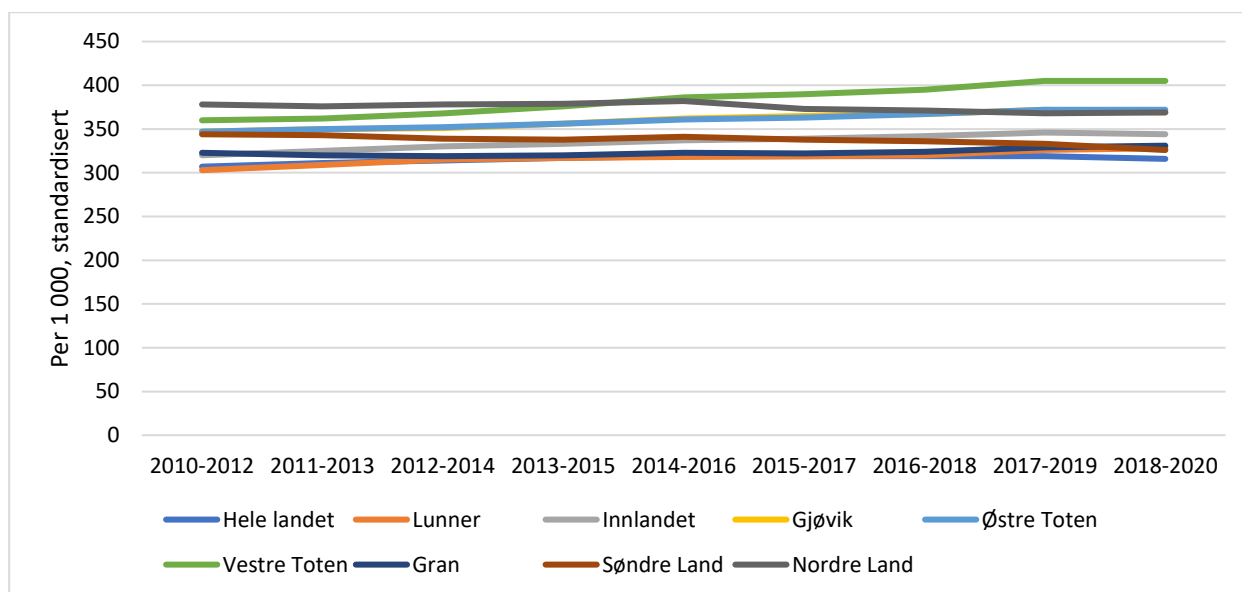
[Kommunehelsa statistikkbank.](#)

6.6 Muskel- skjelettlidelser

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

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

6.6.1 Bruk av primærhelsetjenesten, muskel- skjelettlidelser



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

6.7 Psykiske lidelser

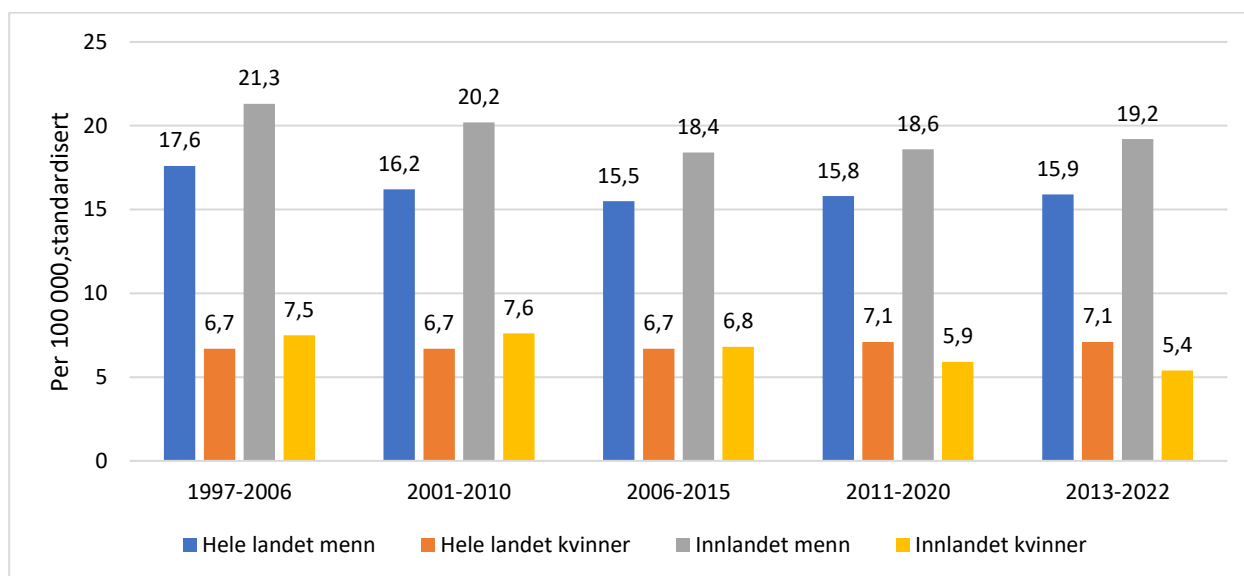
Forskrivning av medisiner mot psykisk sykdom ligger over landet som helhet, men lavt i regionen.

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 enhver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon. Økt dødelighet, sykmeldinger og uførepensjon er noen av de viktigste følgene av psykiske sykdommer.

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

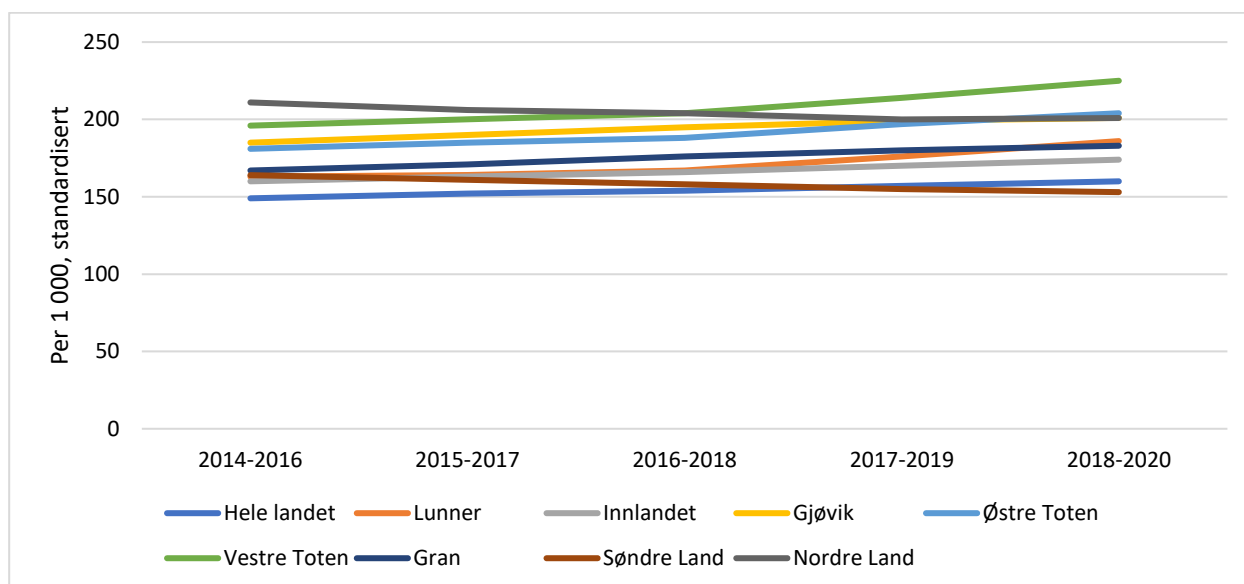
Sosial støtte og utviklet mestringssevne er de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser. Kilde: Proposisjon til Stortinget (Folkehelseloven)

6.7.1 Selvmord



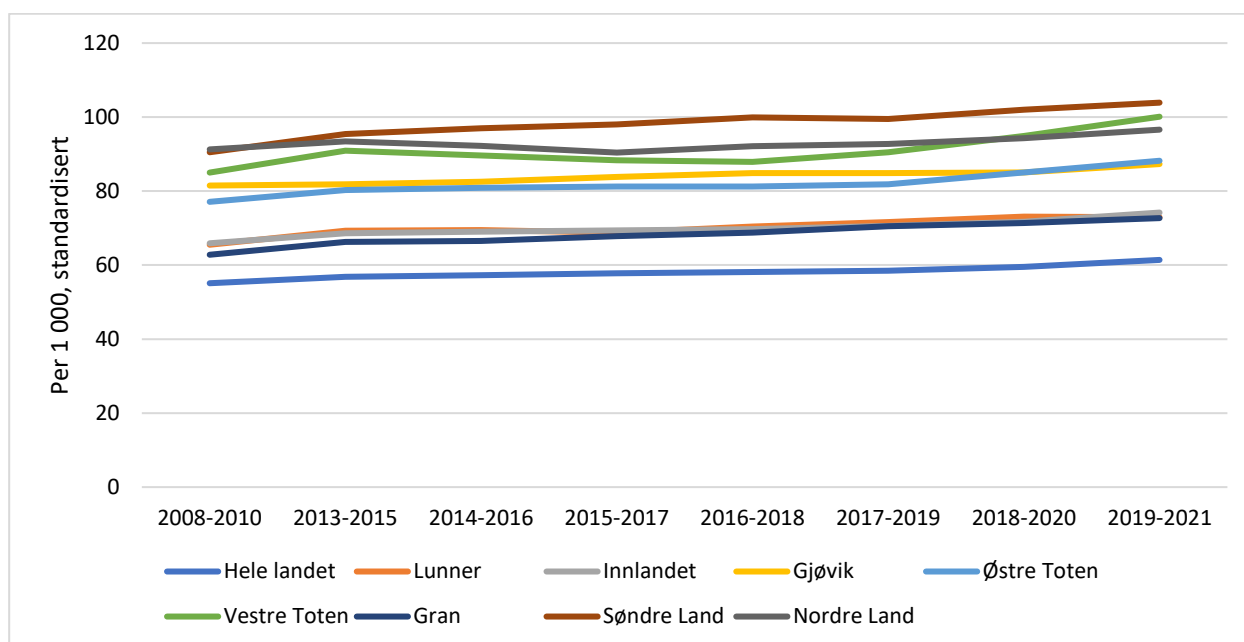
Statistikken er basert på opplysninger i Dødsårsaksregisteret og omfatter alle bosatte i Norge. Statistikken omfatter altså de som er bosatte i Norge og dør i utlandet. Turister og andre som ikke er bosatte, men som dør i Norge, telles ikke med i statistikken. 1. Årlig antall = Årlig antall, angitt som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

6.7.2 Bruk av primærhelsetjenesten, psykiske symptomer og lidelser



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

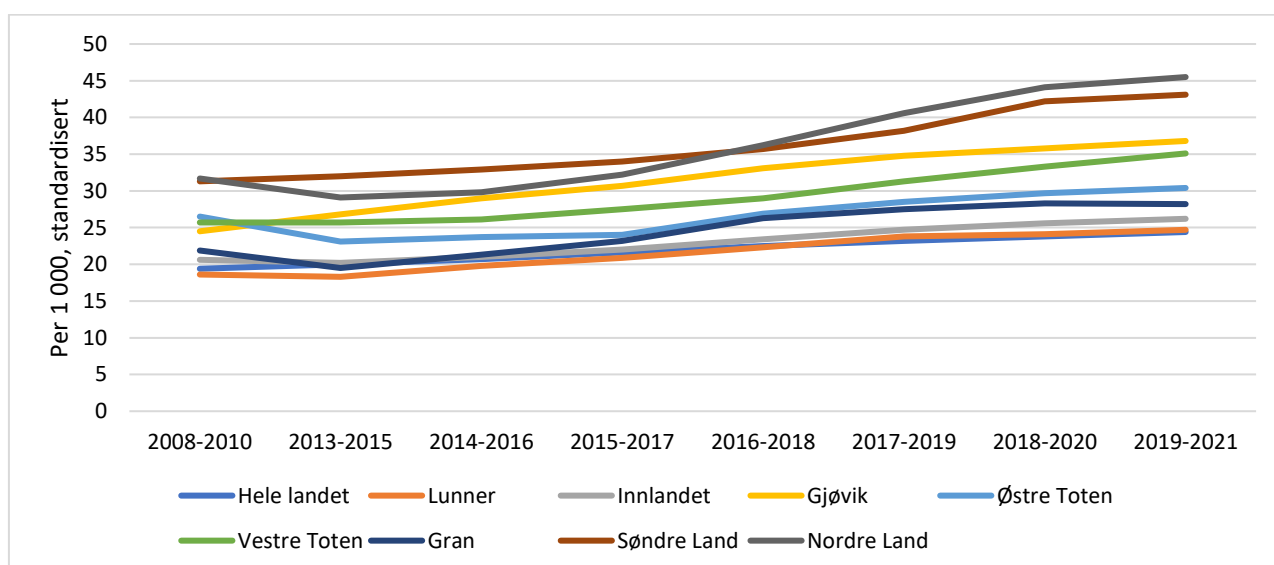
6.7.3 Bruk av antidepressiva



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

[Kommunehelsa statistikkbank.](#)

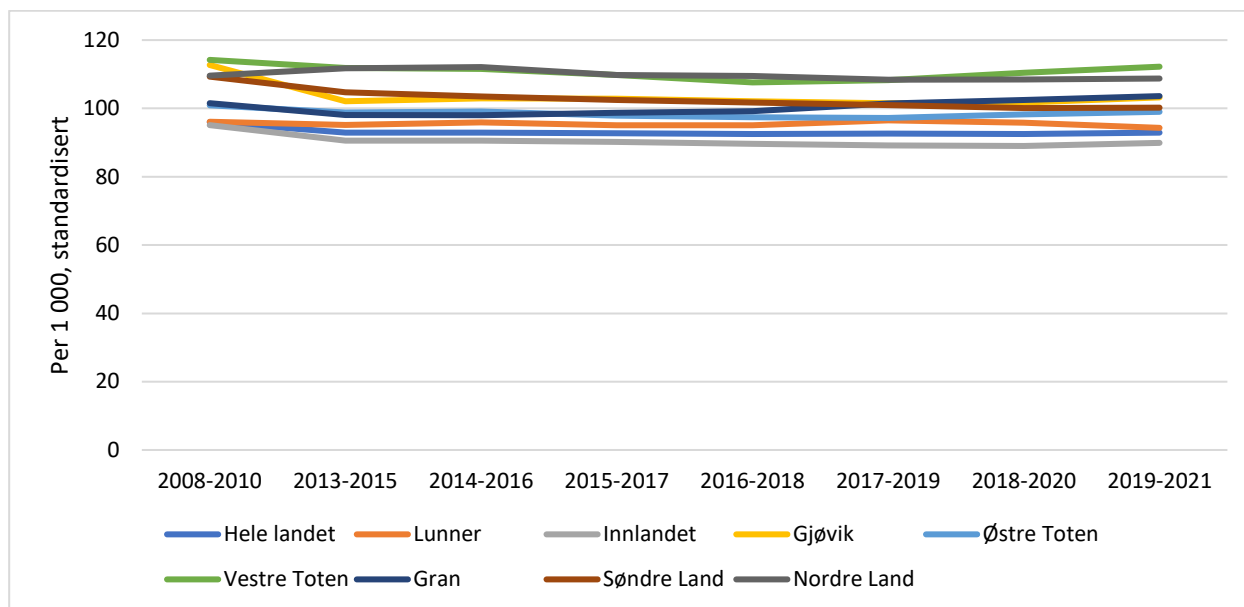
6.7.4 Bruk av antipsykotika



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

[Kommunehelsa statistikkbank.](#)

6.7.5 Bruk av sovemidler og beroligende midler



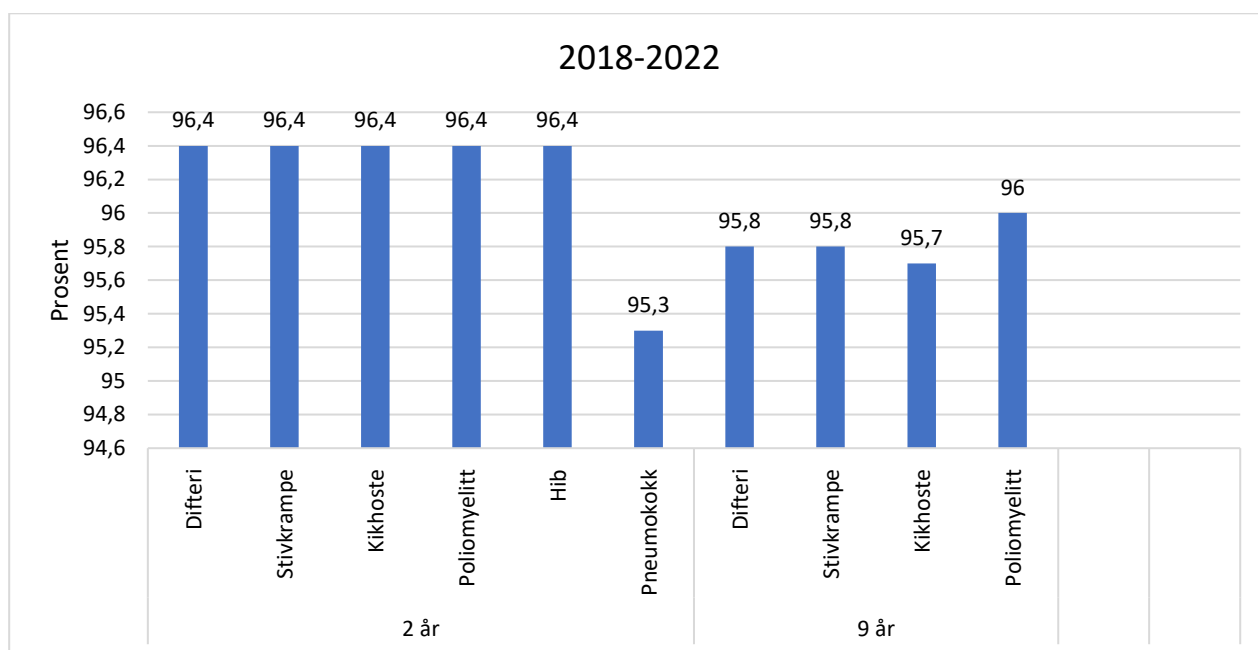
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

6.8 Smittsomme sykdommer

Vaksinasjonsdekning: Det er en høy oppslutning rundt barnevaksinasjonsprogrammet i kommunen.

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

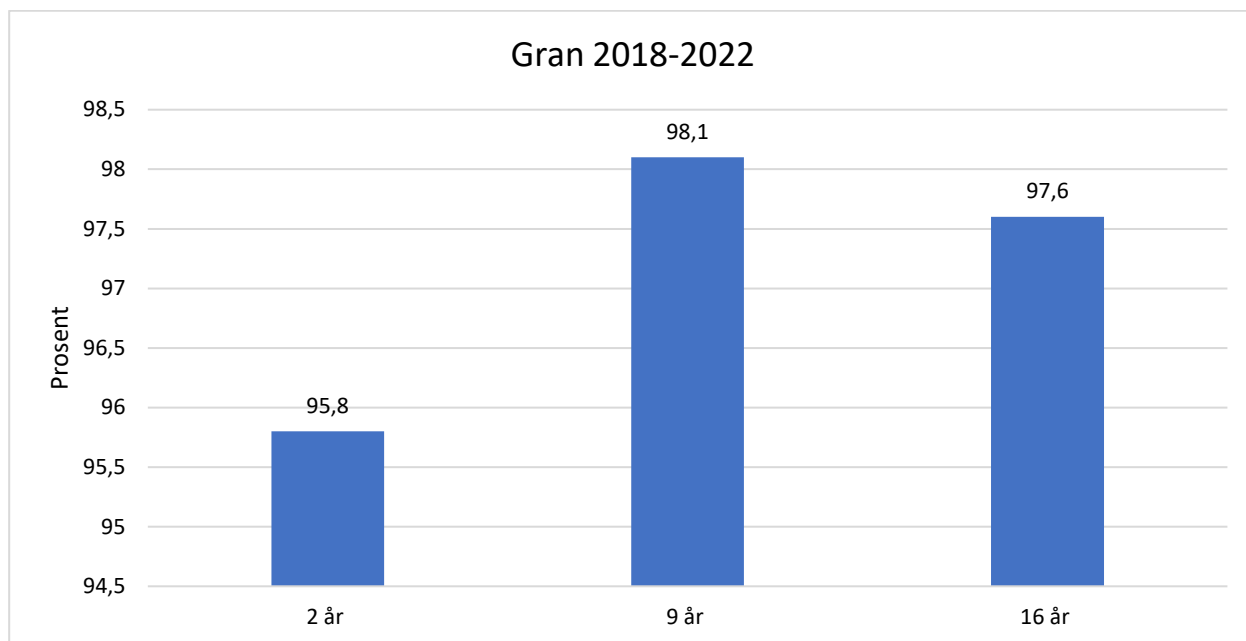
6.8.1 Vaksinasjonsdekning i prosent i Gran



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

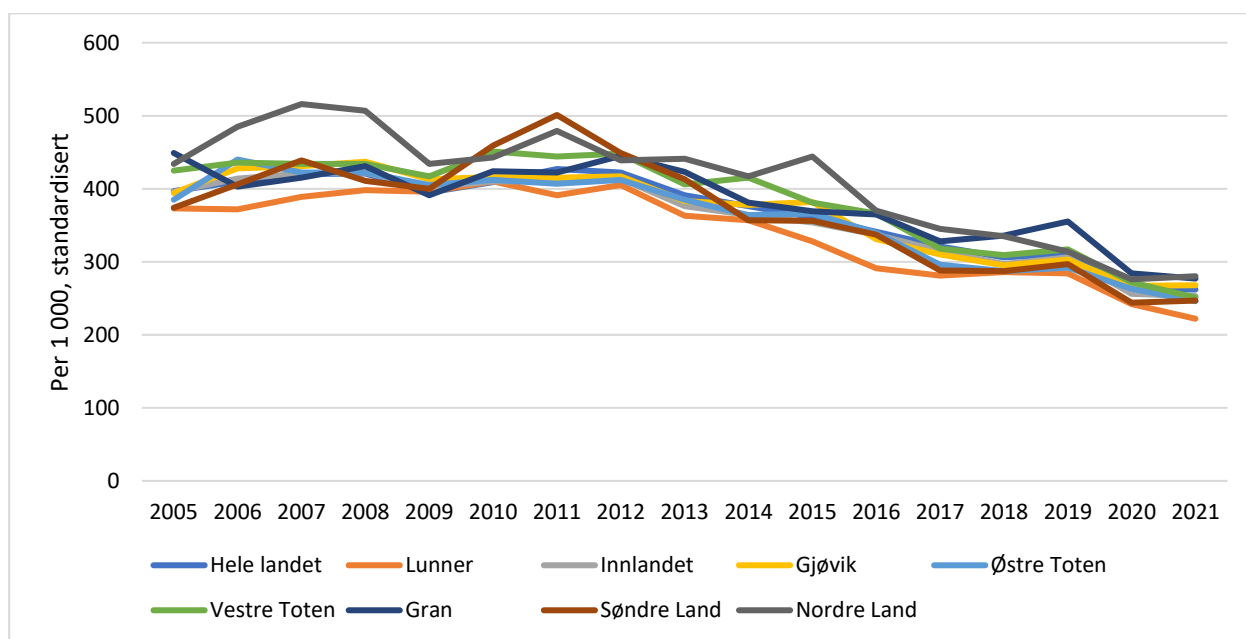
[Kommunehelse statistikkbank.](#)

6.8.2 Vaksinasjonsdekning meslinger



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

6.8.3 Antibiotikaresepter



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

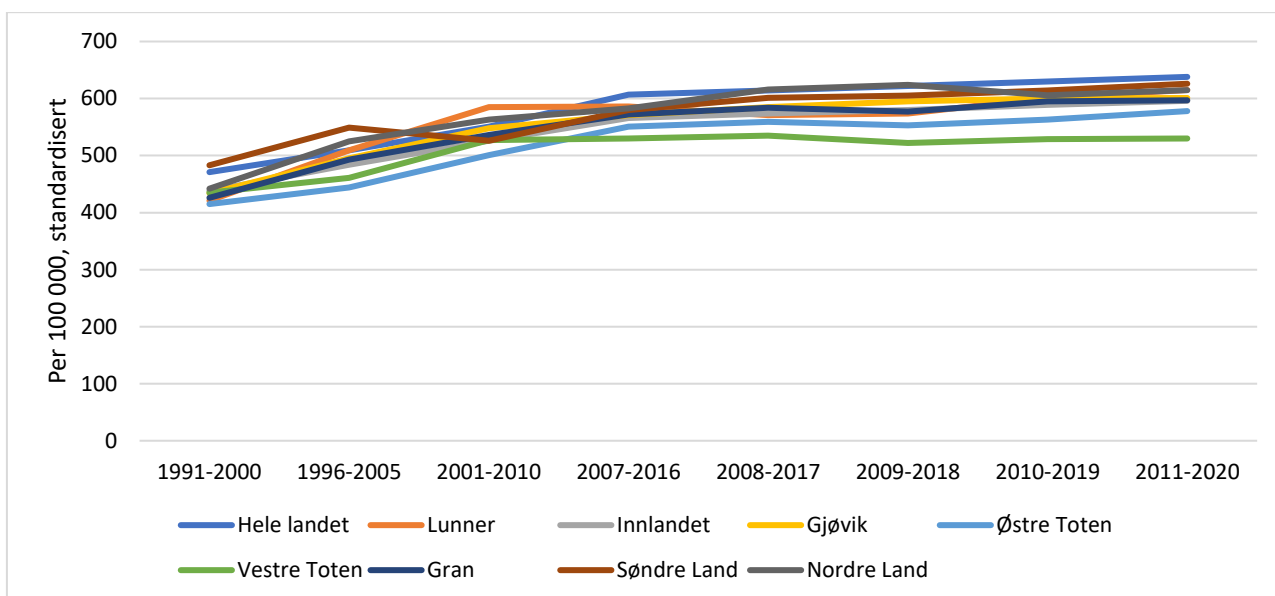
6.9 Kreft

Nye tilfeller av kreft: Antall krefttilfeller per 100 000 i Gran kommune har vært nokså stabilt de siste årene.

Kreftdødelighet, 0-74 år: Statistisk vanskelig å sammenligne pga små tall. Relativt stabile tall.

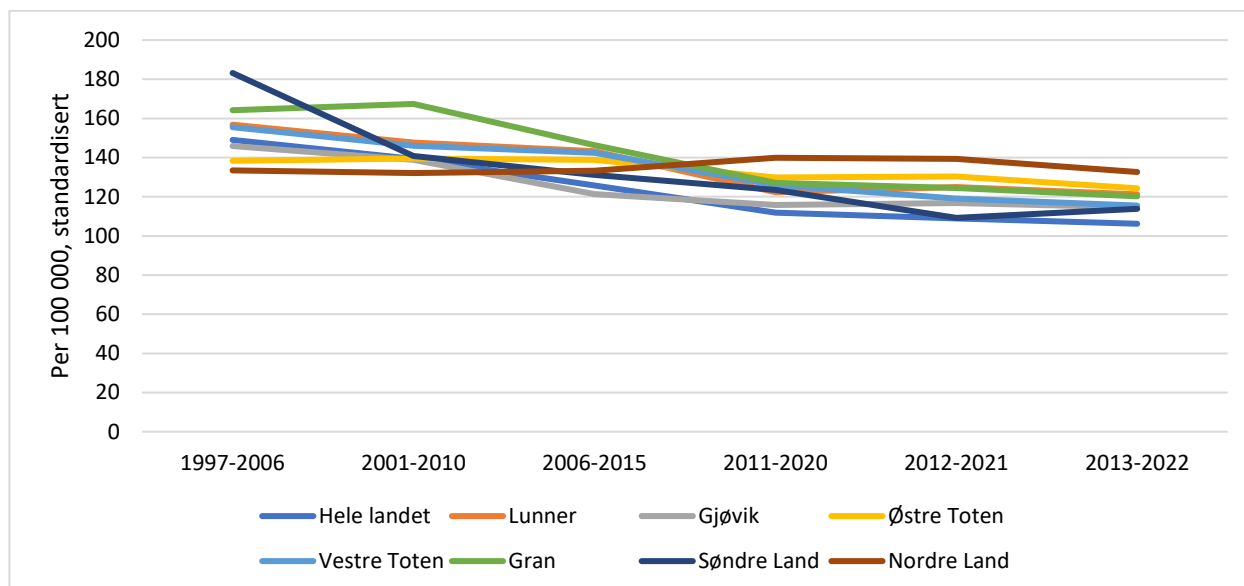
Kreftdødeligheten i Norge har endret seg lite fra 1950 til i dag (dødsfall per 100 000 innbyggere korrigerer for økt levealder). Kreftforekomsten har økt. Det er større sosioøkonomiske forskjeller i kreftdødelighet i dag enn for 40 år siden, spesielt i forhold til lungekreft. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

6.9.1 Nye krefttilfeller



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

6.9.2 Dødelighet kreft



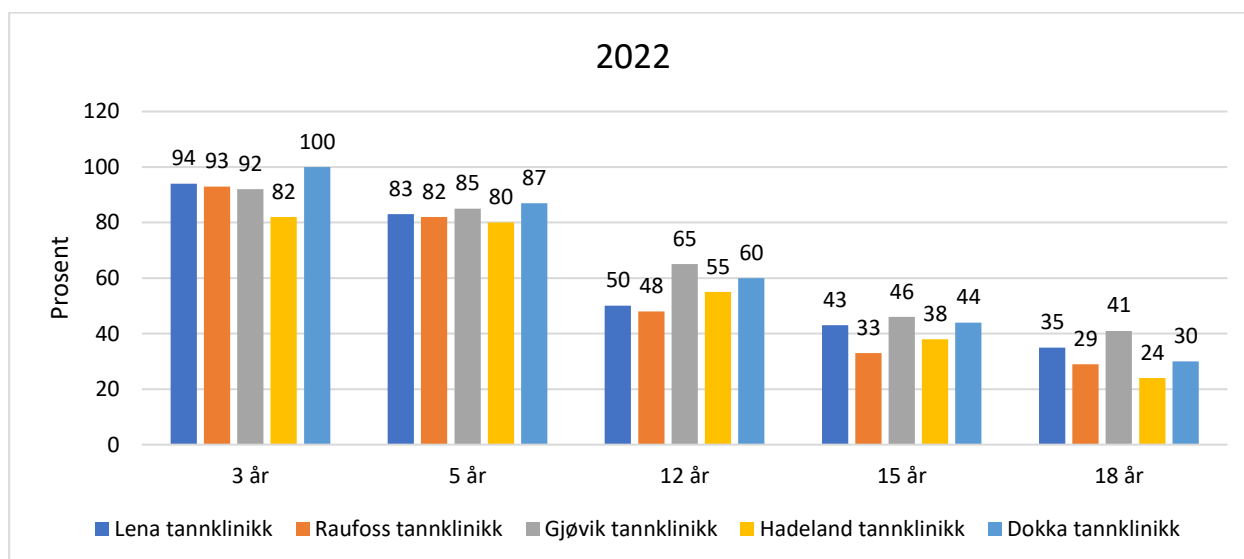
Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. [Kommunehelsa statistikkbank](#).

6.10 Tannhelse

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

6.10.1 Barn og unge uten behov for fyllinger

I Gran kommune hadde 94 % av 3-åringene, 86 % av 5-åringene, 65 % av 12-åringene, 40 % av 15-åringene og 29 % av 18-åringene ikke hatt behov for fyllinger i 2018. Vi ser en økning i behovet for fyllinger i 2022, i alle aldersgrupper men spesielt blant de yngste.



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