

# Rauma



Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne, jamfør lov om folkehelsearbeid. Også andre informasjonskilder må benyttes i oversiktsarbeidet, se figuren nedenfor.



Statistikken er hentet fra Kommunehelsestatistikkbank per februar 2024.

**Utgitt av**  
Folkehelseinstituttet  
Postboks 222 Skøyen  
0213 Oslo  
E-post: [kommunehelse@fhi.no](mailto:kommunehelse@fhi.no)

**Redaksjon:**  
Gun Peggy Knudsen, ansvarlig redaktør  
Else Karin Grøholt, fagredaktør  
Fagredaksjon for folkehelseprofiler  
Idékilde: Public Health England  
Illustrasjoner: FHI og Fete Typer

Bokmål

Batch 0503241925.0903241211.0503241925.0903241211.11/03/2024 8:55

**Nettside:**  
[www.fhi.no/folkehelseprofiler](http://www.fhi.no/folkehelseprofiler)

## Noen trekk ved kommunens folkehelse

Eldres helse er temaet for folkehelseprofilen 2024. Temaet gjenspeiles i indikatorer og figurer.

Indikatorerne som presenteres i profilen er valgt med tanke på helsefremmende og forebyggende arbeid, men er også begrenset av hvilke data som er tilgjengelige på kommunenivå. All statistikk må tolkes i lys av annen kunnskap om lokale forhold.

### Befolkning

- Andelen unge eldre (65-79 år) i kommunen er høyere enn i landet som helhet. Finn tall for andelen over 80 år på side 4. Les mer om eldre og Eldres helse på midtsidene.
- I aldersgruppen 75 år og eldre er andelen som bor alene ikke signifikant forskjellig fra landsnivået.

### Oppvekst og levekår

- Andelen som bor i husholdninger med vedvarende lav inntekt, er lavere enn i landet som helhet. Vedvarende lav husholdningsinntekt vil si at den gjennomsnittlige inntekten i en treårsperiode er under 60 prosent av median husholdningsinntekt i Norge.
- Andelen som bor i husholdninger med høy gjeld, er lavere enn i landet som helhet. Høy gjeld vil si en gjeld tre ganger høyere enn samlet husholdningsinntekt.

### Miljø, skader og ulykker

- Andelen ungdomsskoleelever som opplever at det er trygt å ferdes i nærområdet på kveldstid, er høyere enn landsnivået. Tallene er hentet fra Ungdata-undersøkelsen.

### Helserelatert atferd

- Andelen 17-åringer som oppgir at de trener sjeldnere enn ukentlig er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået, vurdert etter resultater fra nettbasert sesjon 1 for gutter og jenter.

### Helsetilstand

- Forskjellen i forventet levealder mellom de som har grunnskole og de som i tillegg har videregående eller høyere utdanning, er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået. Forskjellen i forventet levealder mellom utdanningsgruppene er en indikator på sosiale helseforskjeller i kommunen.

## Lengre liv – flere eldre

**Levealderen øker, og vi forventer en betydelig økning i antallet og andelen eldre i befolkningen fram mot 2050. Denne økningen er noe kommunene bør planlegge for.**

Økningen i forventet levealder gjør at flere vil leve til de er godt over 90 år. Gruppen eldre vil øke i størrelse, og flere vil leve med en eller flere kroniske sykdommer. Dagens aldersfordeling og framskrevet aldersfordeling i kommunen er vist i figur 1.

### Helse og funksjon

Totalt sett er eldre friskere og har bedre funksjon i dag enn tidligere. Med høy alder øker imidlertid forekomsten av kreft, diabetes, hjerte- og karsykdommer, demens, kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), beinskjørhet og brudd. Forekomsten av langvarige smerter, søvnvansker, nedsatt syn og hørsel samt funksjonstap og skrøpeligheit øker også ved økende alder.

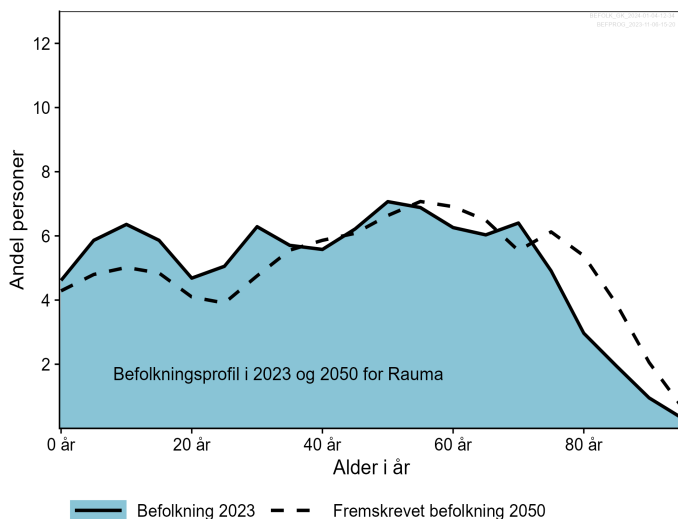
Med flere eldre i befolkningen øker også antallet som lever med flere sykdommer samtidig. Alt dette innebærer økt hjelpebehov fra familie og helse- og omsorgstjenestene.

Forventede gjenstående funksjonsfriske leveår (på engelsk: Healthy Life Years, HLY) måler antall år som en person kan forvente å leve uten langvarige aktivitetsbegrensninger. Se figur 2 for lands- og fylkestall på forventede gjenstående funksjonsfriske leveår ved 65 års alder.

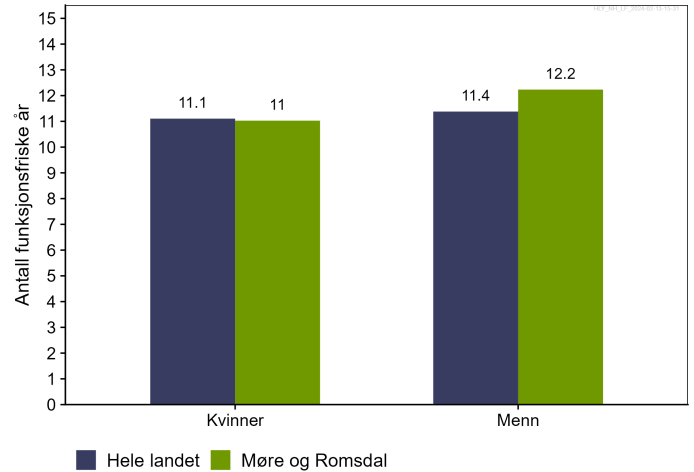
Eldre med lav utdanning og inntekt har flere sykdommer og helseplager, og også kortere forventet levealder enn de med høy utdanning og inntekt.

Sykdomsbyrdemålet DALY (disability-adjusted life years) tallfester hvor mange friske leveår som går tapt på grunn av dårlig helse og for tidlig død i en befolkning. Figur 3 på neste side viser forventet endring i antall tapte friske leveår (DALY) i perioden 2020 til 2050 for hovedårsakene til død og helsetap blant eldre i Norge. Som følge av at det blir flere eldre og at sykdom forskyves til høyere alder vil sykdomsbyrden blant de eldste (80 år+) øke betydelig. Det er kreft, hjerte- og karsykdommer og neurologiske sykdommer som demens som vil bidra mest til økningen i antall tapte friske leveår blant de eldste.

**Figur 1.** Aldersfordelingen i kommunen i 2023 og framskrevet til 2050 (SSB).



**Figur 2.** Forventede gjenstående funksjonsfriske leveår ved 65 år i landet og i fylket. Gjennomsnitt for perioden 2016-2022.



Demens kan utgjøre en stor belastning for de berørte og deres pårørende, og skape økt behov for helse- og omsorgstjenester. Tapet av kognitive og motoriske funksjoner fører ofte til mye lidelse for dem som rammes av demens. Psykiske tilleggssymptomer som angst, depresjon, motorisk uro, aggresjon og vrangforestillinger kan også være utfordrende. Risikoen for å få demens for hver enkelt har gått ned de siste tiårene, og økt utdanningsnivå, endrede levevaner og bedre hjerte- og karhelse i befolkningen pekes på som mulige årsaker til denne nedgangen. Likevel vil antallet med demens øke fordi det blir flere eldre.

Rygglidelser og artrose (tidligere kalt slitasjegikt), samt brudd som følge av fall og beinskjørhet, er vanlig blant eldre. Etter 70 års-alderen øker tallet på hoftebrudd kraftig, og blant skrøpelige eldre vil hoftebrudd ofte føre til økt pleie- og omsorgsbehov.

Nedsatt syn og hørsel kan redusere sosial kontakt, og også mulighetene til å fungere godt i hverdagen. Omtrent halvparten av befolkningen over 74 år har såpass nedsatt hørsel at det får betydning for kommunikasjon. De negative konsekvensene av hørsels- og synstap kan reduseres hvis det oppdages og behandles tidlig.

### Livskvalitet

Mange eldre er tilfredse med livet, og mange har god livskvalitet til langt inn i alderdommen.

Med alderen opplever imidlertid mange helseplager og funksjonsnedsettelse, som igjen kan medføre redusert livskvalitet. Livskvaliteten synker hos mange av de eldste, og særlig rapporterer flere om nedstemthet og ensomhet etter 80-årsalderen. Mange opplever redusert mestring og sosial støtte. Eldre med dårlig helse, dårlig økonomi og lite sosial kontakt har lavest livskvalitet. Se figur 4 for endringer over tid i andel eldre som bor alene.

Sosial støtte, gode relasjoner og sosial deltakelse er viktig for god livskvalitet. Disse faktorene kan fremmes ved tilgjengelige offentlige møteplasser, grønne lunger for rekreasjon, arenaer for aktivitet, kulturelle arrangementer og sosiale møter.

## Eldre som en ressurs

Eldre er friskere og har bedre funksjonsnivå i dag enn tidligere, og de har kunnskap og ressurser som er viktige både i familien og i samfunnet. Flere enn tidligere står lengre i lønnet arbeid og mange eldre deltar i organisert frivillighet, passer barnebarn eller hjelper egne foreldre. Mulighet til å bidra styrker opplevelsen av å ha verdi, fremmer fellesskap og gir mening. Det å delta, for eksempel som frivillig, kan ha stor betydning for å forebygge eller redusere isolasjon og ensomhet.

Det er behov for mer kunnskap om hvordan det best kan tilrettelegges for at eldre kan bidra med sine ressurser på egne premisser.

## Forebygging gjennom livsløpet

Det er mulig å påvirke helse og funksjon gjennom hele livsløpet, også i eldre år. Å legge til rette for helsefremmende levevaner gjennom hele livet, er viktig for en god alderdom. Fysisk aktivitet, et variert kosthold og å opprettholde en sunn kroppsvekt har helsegevinster fordi det forebygger kroniske sykdommer.

Det er anslått at så mye som 40 prosent av alle tilfeller av demens kunne vært unngått hvis man hadde forebygget faktorer som høyt blodtrykk, fedme og diabetes, og unngått røyking og høyt alkoholkonsum.

På gruppenivå er eldre mindre fysisk aktive enn yngre. Fysisk aktivitet er viktig for å opprettholde fysisk og psykisk helse, og for å forebygge fall og brudd. Selv aktivitet av kort varighet og lav intensitet gir helsegevinst. Eldre som er fysisk aktive og i god fysisk form vil i større grad kunne være selvhjulpne i hverdagen og bo lenger hjemme.

Det finnes begrenset kunnskap om hva eldre spiser, og i hvilken grad de følger nasjonale anbefalinger. For mange eldre er hovedutfordringen for lavt matinntak og vekttap. God matlyst kan opprettholdes gjennom tilrettelegging for sunne og gode måltider i trivelige omgivelser. I tillegg er det å ivareta god munn- og tannhelse nødvendig for å opprettholde et godt matinntak.

## Tilrettelegging for et aldersvennlig samfunn

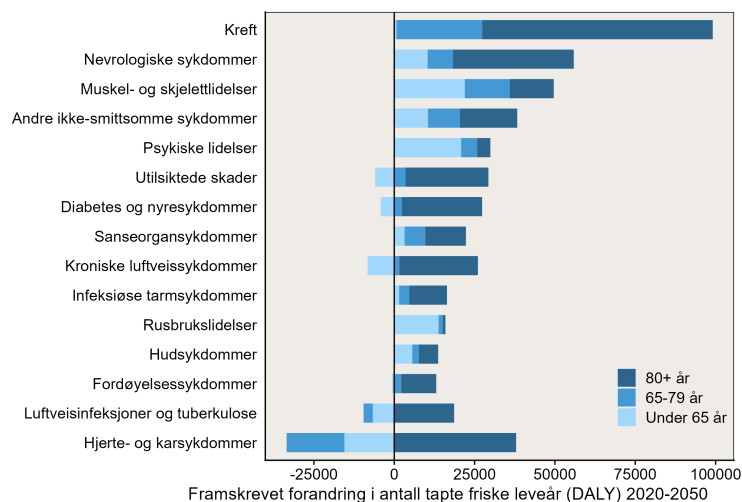
Det er et tverrsektorielt ansvar å legge til rette for et aldersvennlig samfunn. For å gjøre det enklere å leve aktive liv, er fysiske omgivelser og fremkommelighet viktig, for eksempel tydelig skilting, god belysning og at gang- og turveier er tilstrekkelig brøytet og strødd. Universell utforming av bygg er et annet eksempel.

Fylkeskommuner og kommuner bør satse på et variert tilbud av tilpassede aktiviteter for eldre. Figur 5 viser de viktigste faktorene som påvirker helse i eldre år. Tilrettelegging for deltakelse på sosiale arenaer er viktig for å ivareta livskvalitet og funksjon. Gode møteplasser i lokalsamfunnet har betydning for evnen til å mestre egen livssituasjon. Her er det gode muligheter for samarbeid mellom kommunen og frivillig sektor.

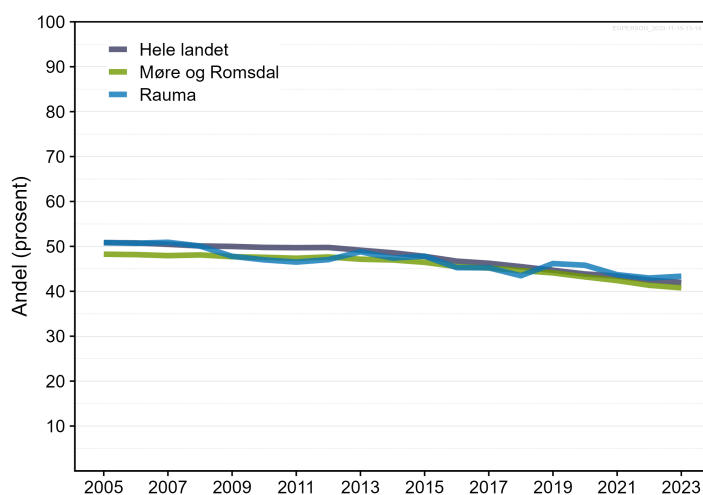
Les mer:

- Utvidet artikkel på [www.fhi.no/folkehelseprofiler](http://www.fhi.no/folkehelseprofiler)
- [Helse hos eldre i Norge](#)

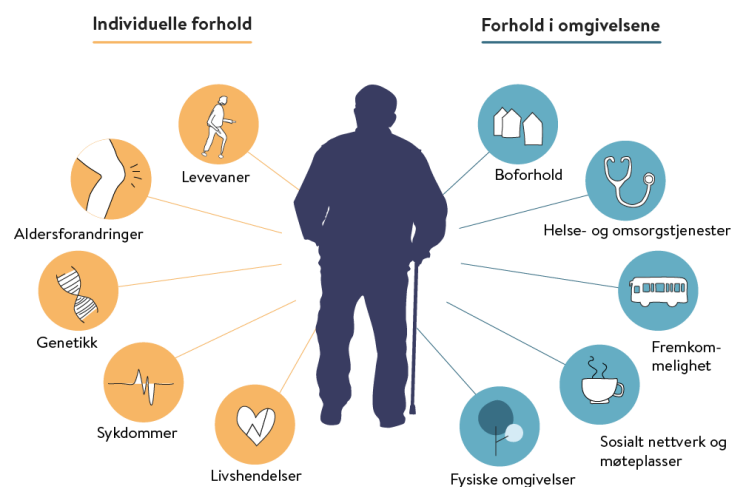
**Figur 3.** Framskrevet endring i sykdomsbyrde (antall tapte friske leveår (DALY)) for hovedårsakene til død og helsetap i Norge fra 2020 til 2050 (Global Burden of Disease-prosjektet 2019).



**Figur 4.** Andel personer over 75 år som bor alene (SSB).



**Figur 5.** Hva påvirker Eldres helse?



## Folkehelsebarometer for kommunen

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

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

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

Tema	Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Rauma
Befolkning	1 Andel barn, 0-17 år	20,2	20,4	20,3	prosent	
	2 Andel unge eldre, 65-79 år	17,3	15,7	13,9	prosent	
	3 Andel over 80 år	6,2	5,2	4,5	prosent	
	4 Andel 80 år+, framskrevet til 2050	12,0	11,6	10,4	prosent	
	5 Personer som bor alene, 75 år +	43,4	40,8	42,0	prosent	
	6 Befolkningsvekst	0,38	0,95	1,2	prosent	
Oppvekst og levekår	7 VGS eller høyere utdanning, 30-39 år	78	80	81	prosent	
	8 Vedvarende lavinntekt, alle aldre	8,3	8,5	9,8	prosent	
	9 Inntektsulikhet, P90/P10	2,5	2,6	2,8	-	
	10 Leier bolig, 45 år +	12,9	11,7	12,4	prosent	
	11 Bor trangt, 0-17 år	7,4	13	18	prosent	
	12 Gjeld større enn 3 ganger inntekt	10,7	17,1	20,8	prosent	
	13 Unge som står utenfor, 15-29 år	8,3	8,8	9,5	prosent (a,k)	
	14 Stønad til livsopphold, 20-66 år	17,3	16,8	17,4	prosent (a,k)	
	15 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. tr.	24	27	24	prosent (k)	
	16 Gjennomføring i vdg. opplæring	80	82	80	prosent (k)	
	17 Høy tilfredshet, Ungdata 2021	55	50	49	prosent (a,k)	
Miljø, skader og ulykker	18 Valgdeltakelse	68,1	63,0	62,4	prosent	
	19 Drikkevann, hygienisk og stabilt	98,7	84,2	93,4	prosent	
	20 Luftforurensning, eksponert (ny def.)	0	0,5	46	prosent	
	21 Trygt i nærmiljøet, Ungdata 2021	92	-	85	prosent (a,k)	
	22 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2021	63	-	60	prosent (a,k)	
Helse-relatert atferd	23 Trener sjeldnere enn ukentlig, 17 år	24	29	28	prosent (k)	
	24 Skjermtid over 4 timer, Ungd. 2021	46	-	49	prosent (a,k)	
	25 Røyking, kvinner	-	2,4	2,4	prosent (a)	
Helsestilstand	26 Forventet levealder, menn	81,3	80,8	80,3	år	
	27 Forventet levealder, kvinner	85,1	84,6	84,0	år	
	28 Utd.forskjeller i forventet levealder	3,5	4,2	5,1	år	
	29 Overvekt og fedme, 17 år	23	24	22	prosent (k)	
	30 Psykiske sympt./lidelser, 0-74 år	158	165	168	per 1000 (a,k)	
	31 Muskel- og skjelett, 0-74 år	364	341	313	per 1000 (a,k)	
	32 Hjerter- og karsykdom	18,0	16,9	17,2	per 1000 (a,k)	
	33 Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller	87	95	84	per 100 000 (a,k)	
	34 Vaksinasjonsdekning, influensa, 65 år+	57,0	62,3	62,3	prosent	

### Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

\* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert, k = kjønnsstandardisert og \*\* = tall fra Ungdataundersøkelsen mangler. Les mer om mulige årsaker til at tall fra Ungdataundersøkelsen mangler [her](#).

1./2./3. 2023, 4. 2050, beregning basert på middels vekst i fruktbarhet, levealder og netto innflytting. 5. 2023, i prosent av befolkningen. 6. 2022. 7. 2022, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning). 8. 2020-2022, personer som bor i husholdninger som i en treårsperiode har en gjennomsnittlig inntekt under 60 % av nasjonal median. 9. 2022, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 10. 2022, andelen er presentert i prosent av personer i privathusholdninger. 11. 2022, trangboddhet defineres ut ifra antall rom og kvadratmeter i boligen. 12. 2022, alle aldre. 13. 2022, omfatter de som ikke er i arbeid, utdanning eller opplæring (NEET). 14. 2021, omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønad). 15. Skoleårene 2022/2023-2023/2024. 16. 2020-2022, omfatter elever bosatt i kommunen. 17. U.skole, de som angir 8-10 på en skala fra 0-10, der 0 er det verst mulige livet de kan tenke seg og 10 det best mulige. 18. 2023, kommunestyrevalget. 19. 2022, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil levering av drikkevann. Omfatter vannverk som forsyner minst 50 personer. Tallene bør vurderes i lys av andelen som er tilknyttet vannverk i kommunen, se Kommunehelsa statistikkbank. 20. 2022, omfatter de som er eksponert over luftkvalitetskriteriene på 5 mikrogram per kubikkmeter (µg/m3) for finkornet svevestøv (PM2,5). 21. U.skole, opplever at nærområdet er trygt på kveldstid. 22. U.skole, svarer «ja, jeg er med nå». 23. 2022-2023, oppgitt ved nettbasert sesjon 1. 24. U.skole, daglig utenom skolen. 25. 2018-2022, fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet, oppgitt i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 26./27. 2008-2022, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 28. 2008-2022, vurdert etter forskjellen i forventet levealder ved 30 år, mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 29. 2020-2023, KMI som tilsvarer over 25 kg/m2, basert på høyde og vekt oppgitt ved nettbasert sesjon 1. 30. 2020-2022, brukere av primærhelsetjenestene fastlege, legevakt, fysioterapeut og kiropraktor. 31. 2020-2022, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av primærhelsetjenestene fastlege, legevakt, fysioterapeut og kiropraktor. 32. 2020-2022, omfatter innlagte på sykehus og/eller døde, alle aldre. 33. 2013-2022. 34. Influensasessongen 2022/2023. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, Ungdata-undersøkelsen fra Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet, Vernepliktsverket, Vannverksregisteret, Primærhelsetjenestene fastlege og legevakt (KUHR-databasen i Helsedirektoratet), Hjerter- og karregisteret, Kreftregisteret, Meteorologisk institutt, Medisinsk fødselsregister, Valgdirektoratet og Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK. For mer informasjon, se <http://khs.fhi.no>.