

# HELSETILSTAND OG FAKTORER SOM PÅVIRKER HELSE I NORDLAND

Kunnskapsgrunnlag for Regional folkehelseplan 2018-2025





# Innholdsfortegnelse

---

Sammendrag .....	4
1 Innledning .....	6
1.1 Lovgrunnlag .....	6
1.2 Om statistikken .....	6
2 Helsetilstand .....	7
2.1 Levealder og dødelighet .....	7
2.2 Hjerte-kar-sykdom .....	8
2.3 Diabetes .....	9
2.4 Vekt .....	9
2.5 Muskel- og skjelett .....	10
2.6 KOLS .....	11
2.7 Kreft .....	11
2.8 Psykiske helseplager og lidelser .....	12
2.9 Tannhelse .....	15
2.10 Skader og ulykker .....	16
2.11 Egenvurdert helse og funksjonsnivå .....	18
2.12 Sosiale helseforskjeller .....	20
2.13 Helseforskjeller mellom ulike befolkningsgrupper .....	22
3 Levevaner .....	24
3.1 Fysisk aktivitet .....	24
3.2 Kosthold .....	25
3.3 Tobakksvaner .....	27
3.4 Alkohol og rus .....	28
3.5 Kunnskap om nasjonale anbefalinger .....	30
4 Miljøforhold .....	31
4.1 Drikkevannskvalitet .....	31
4.2 Støy .....	31
4.3 Luftkvalitet .....	32
4.4 Bo- og nærmiljø .....	32
4.5 Psykososialt miljø .....	35
5 Oppvekst og levekår .....	36
5.1 Barnehagedekning .....	36
5.2 Forhold i grunnskolen .....	36
5.3 Videregående skole .....	38
5.4 Arbeid .....	39

5.5	Økonomi .....	42
5.6	Bolig .....	42
5.7	Kriminalitet .....	43
6	Befolkning.....	44
6.1	Folketall og befolkningssammensetning .....	44
6.2	Andel innvandrere .....	45
6.3	Nettoinnflytting .....	45
6.4	Befolkningsframskrivinger .....	46
7	Folkehelsearbeidet i Nordland .....	47
7.1	Allianser og partnerskap .....	47
7.2	Nordland fylkeskommune som samarbeidsaktør .....	48
7.3	Lokalt folkehelsearbeid.....	49
8	Konsekvenser og årsaksforhold.....	52
8.1	De viktigste folkehelseutfordringene i Nordland.....	56
8.2	De viktigste folkehelseressursene i Nordland.....	56

## Helsetilstand

- Forventet levealder øker for hvert år, og utviklingen i Nordland følger utviklingen i landet som helhet. I Nordland i 2015 var forventet levealder 79,1 år for menn og 83,4 år for kvinner.
- Kreft er den hyppigste årsaken til tidlig død (død før 75 års alder) i befolkningen, både i hele landet og i Nordland, fulgt av hjerte-karsykdommer og voldsomme dødsfall.
- Selvrapporterte data på høyde og vekt i 2015 i den nettbaserte sesjon 1 til forsvaret viser at 28,5 % av 17-åringene i Nordland har overvekt (KMI over 25).
- Tall fra Norgeshelsa tyder på at det er noe høyere forekomst av muskel-skjelettsykdom og -plager i Nordland sammenliknet med hele landet.
- Flere kilder viser en tendens til økning i psykiske plager, spesielt blant unge kvinner, både målt med legemiddelbruk, kontakt med fastlege/legevakt på grunn av psykiske symptomer, og spørreundersøkelser.
- De siste årene har det vært flere antall døde menn av selvmord i Nordland sammenliknet med hele landet.
- I perioden 2001 til 2015 har det vært en positiv utvikling når det gjelder tannhelse blant barn og unge i Nordland. Tannhelse hos barn og unge i Nordland er fortsatt dårligere enn landsgjennomsnittet.
- Antall personskader behandlet i sykehus i 2015 ligger noe høyere i Nordland enn i landet som helhet.
- 80 % av voksne i Nordland vurderer sin helse som god eller svært god.
- Totalt 48 % av voksenbefolkningen i Nordland oppgir at de har langvarige sykdommer eller helseproblemer, og 18 % oppgir at de har funksjonsnedsettelse som følge av medfødt eller ervervet skade eller sykdom.
- Det er betydelige sosiale forskjeller i helse og levevaner i Nordland.

## Levevaner

- Befolkningsundersøkelser i Nordland viser at de fleste voksne ikke oppfyller anbefalingene, de fleste trener sjelden eller aldri med høyere intensitet, og at mange generelt er inaktive.
- Den mest utbredte aktiviteten blant både voksne og ungdom er treningsstudio og egenorganisert aktivitet. Friluftsliv er den største og viktigste fysiske aktiviteten i Nordland.
- Omtrent én av fire voksne benytter aktiv transport på arbeids-/ skolereisen i sommerhalvåret, sammenliknet med én av fem i vinterhalvåret.
- Til tross for flere positive utviklingstrekk de siste årene har kostholdet til store deler av befolkningen fremdeles klare ernæringsmessige svakheter. Få oppfyller de nasjonale kostanbefalingene.
- Andelen som spiser frokost daglig øker med økende alder, fra 55 % i aldersgruppen 18-29 år til 90 % i aldersgruppen 60 år +.
- I Nordland røyker 14 % menn og 13 % kvinner daglig, og røykeandelen blant menn og kvinner i Nordland ligger nå likt som hele landet (gjennomsnitt 2012-2016). Andel dagligrøykere har gått ned i alle aldersgrupper.
- Mens andel røykere går ned fra år til år finner man en økning i andel som bruker snus. Omtrent 1 av 10 voksne i Nordland bruker snus daglig. Høyest andel snusbrukere finner man blant unge voksne.

## Miljøforhold

- Nordland er et av de fylkene som har lavest andel personer utsatt for støy fra veitrafikk, men også høyest andel støyutsatte fra luftfart.
- Over 9 av 10 voksne trives og føler seg trygge i sitt bo- og nærmiljø.
- En høyere andel bosatte i tettsteder i Nordland har trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng, sammenliknet med bosatte i tettsteder i hele landet.
- Omtrent halvparten av voksne mellom 16 og 79 år i Nordland har sterk sosial støtte.

## Oppvekst og levekår

- De fleste barn og unge trives på skolen, men andelen som trives på skolen er lavere i Nordland enn i landet som helhet.
- Omtrent 1 av 3 elever på 5. og 8. trinn i Nordland ligger på laveste mestringsnivå i lesing og skriving. Andelen som ligger på laveste mestringsnivå på 5. trinn er høyere i Nordland enn i hele landet.
- Frafall i videregående skole er høyere i Nordland enn i landet som helhet.
- Utdanningsnivå i befolkningen i Nordland viser en positiv utvikling i perioden 1980-2015, men er fortsatt lavere enn i landet som helhet.
- Nordland har høyere andel uføretrygdde enn landet som helhet. Omtrent 1 av 6 i aldersgruppen 18-67 år i Nordland mottok uføreytelser i 2015. Nordland har også høyere sykefravær.
- Arbeidsledigheten i Nordland ligger på samme nivå som ledigheten i hele landet (2 %), og følger også samme utvikling.
- Nordland har lavere andel med lavinntekt enn landet som helhet, både blant barn under 18 år og i befolkningen som helhet, men forskjellen mellom fylket og landet har blitt mindre de siste årene.
- Nordland har lavere inntektsulikhet enn landet som helhet.

## Befolkning

- Nordland har lavere andel befolkning i aldersgruppen 25-44 år enn landet som helhet, og høyere andel befolkning i aldersgruppene over.
- Antall fødte per år har gått nedover i perioden 1990-2015, både i Nordland og i landet som helhet.
- Andel innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn har økt jevnt i perioden 2000-2016, både i Nordland og landet som helhet. I Nordland er 9,1 % av befolkningen innvandrere. Høyest andel innvandrere i Nordland kommer fra Europa, og det er også innvandrere med europeisk landbakgrunn som har økt mest i perioden.
- Fram mot 2040 vil andelen av befolkningen i aldersgruppen 80 år+ øke betydelig.

## Folkehelsearbeidet i Nordland

- 43 kommuner og 21 regionale aktører i Nordland har ved utgangen av 2016 inngått samarbeidsavtale med fylkeskommunen om folkehelsearbeid.
- Nordland fylkeskommune er med i Folkehelsealliansen Nordland, og er medlem av nettverkene «Sunne kommuner» og Norsk forening for folkehelse (Folkehelseforeningen). Nordland fylkeskommune har også et internt folkehelsesteam hvor alle avdelinger er representert.

## Konsekvenser og årsaksforhold

De viktigste folkehelseutfordringene i Nordland:

- Psykiske plager er utbredt blant unge.
- Store sosiale helseforskjeller.
- Høyt frafall i videregående skole.

De viktigste folkehelseressursene i Nordland:

- De fleste opplever trivsel og trygghet i sitt bo- og nærmiljø.
- Rik tilgang på bostedsnære turområder.
- Sterke allianser og partnerskap i folkehelsearbeidet og godt utviklet samarbeid og forankring av folkehelsearbeidet.

# 1 Innledning

---

Dette dokumentet presenterer tilgjengelig statistikk på folkehelseområdet, samt relevant intern kunnskap i fylkeskommunen. Kunnskapsgrunnlaget skal danne grunnlag for mål, strategier og tiltak i folkehelsearbeidet i Nordland.

Oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer er nødvendig for å synliggjøre de folkehelseutfordringene man står overfor, og en forutsetning for å måle utvikling over tid, vurdere årsakssammenhenger, fastsette mål for utvikling av tiltak og for å måle effekt av tiltak. Det er et ideal at sikker kunnskap skal ligge til grunn for både politikktutforming og praksis innen folkehelsearbeidet. Tiltak som planlegges og iverksettes må så langt som overhodet mulig ta utgangspunkt i kunnskap om årsaker og virkninger.

## 1.1 Lovgrunnlag

Lov om folkehelsearbeid<sup>1</sup> har fokus på at folkehelsearbeidet må være kunnskapsbasert, systematisk og målrettet. I Folkehelselovens § 21 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket, heter det blant annet at:

*«Fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:*

*a) opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig etter § 25,*

*b) relevant kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen.*

*Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i fylket, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Fylkeskommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.»*

Forskrift om oversikt over folkehelsen<sup>2</sup> presiserer at oversikten skal inneholde opplysninger om befolknings sammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Oversikten skal inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser og identifisere ressurser og folkehelseutfordringer (§ 3).

## 1.2 Om statistikken

Dokumentet presenterer statistikk og kunnskap på følgende tematiske områder: Helsetilstand, levevaner, miljøforhold, oppvekst- og levekårsforhold, befolkning, og folkehelsearbeidet i Nordland. Til slutt inneholder dokumentet en vurdering av konsekvenser og årsaksforhold. Oversiktsdokumentet har fokus på regionalt nivå og presenterer derfor ikke data på kommunenivå. Dokumentet er utarbeidet av Nordland fylkeskommune ved seksjon Folkehelse.

Tallmaterialet er i hovedsak hentet fra de nettbaserte statistikkbankene Norgeshelsa (FHI) og Statistikkbanken (SSB), samt nyere fylkesundersøkelser som er gjennomført i Nordland (Ungdata 2013 og 2016, Levekårsundersøkelsen i Nordland 2014). I tillegg brukes resultater fra fylkeskommunens egne kartlegginger og intern kunnskap om folkehelsearbeidet i Nordland fylke.

---

<sup>1</sup> <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

<sup>2</sup> <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692>

## 2 Helsetilstand

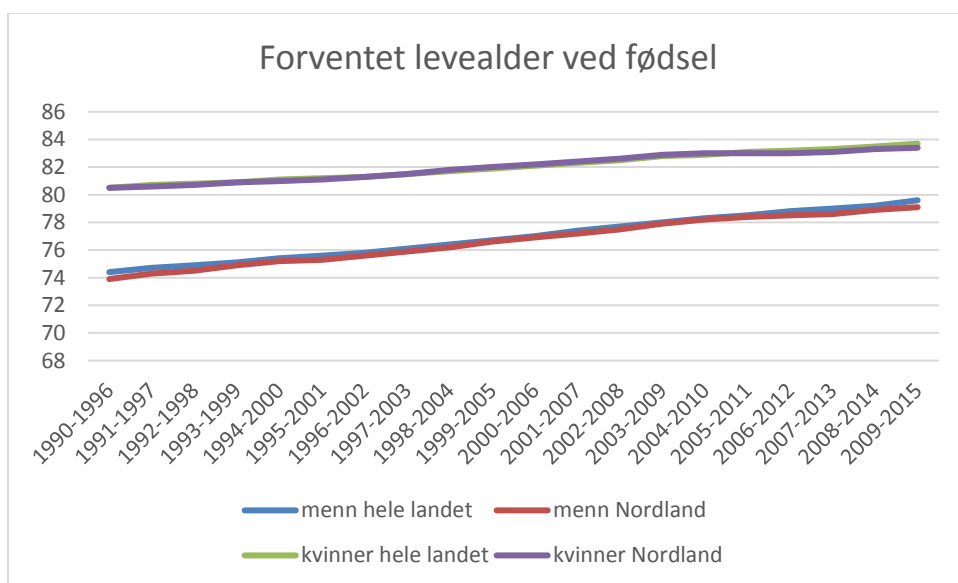
Helse påvirkes av en lang rekke faktorer; personlige egenskaper som alder og kjønn, våre levevaner, og bakenforliggende samfunnsforhold som kultur, arbeid, bo- og nærmiljø, utdanning og sosiale nettverk. De bakenforliggende faktorene kan fremme helsen, eller øke risikoen for sykdom (FHI, <http://www.fhi.no/artikler/?id=108945>).

Fysisk og psykisk helse henger nært sammen. Fysisk, psykisk og sosial helse utgjør en helhet der hver del påvirker og påvirkes av hverandre. Studier av sammenhengene mellom fysisk helse, psykiske plager og livskvalitet er et relativt nytt forskningsfelt og det er fremdeles begrenset kunnskap om disse sammenhengene og hvordan de utvikler seg over tid (<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>).

God psykisk helse kjennetegnes av trivsel og mening med tilværelsen. I tillegg vektlegges individets evne til å mestre hverdagens utfordringer og bidra til samfunnet rundt seg. Man skiller mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager omfatter symptomer som i betydelig grad går utover trivsel, daglige gjøremål og samvær med andre, uten at kriteriene for en diagnose er tilfredsstillende. Psykiske lidelser forstås som symptombelastninger som er så omfattende at det kvalifiserer til en diagnose. Vi vet lite om enkeltårsakene, men både genetiske og miljømessige faktorer kan øke risikoen for å utvikle psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/artikler/?id=110542>).

### 2.1 Levealder og dødelighet

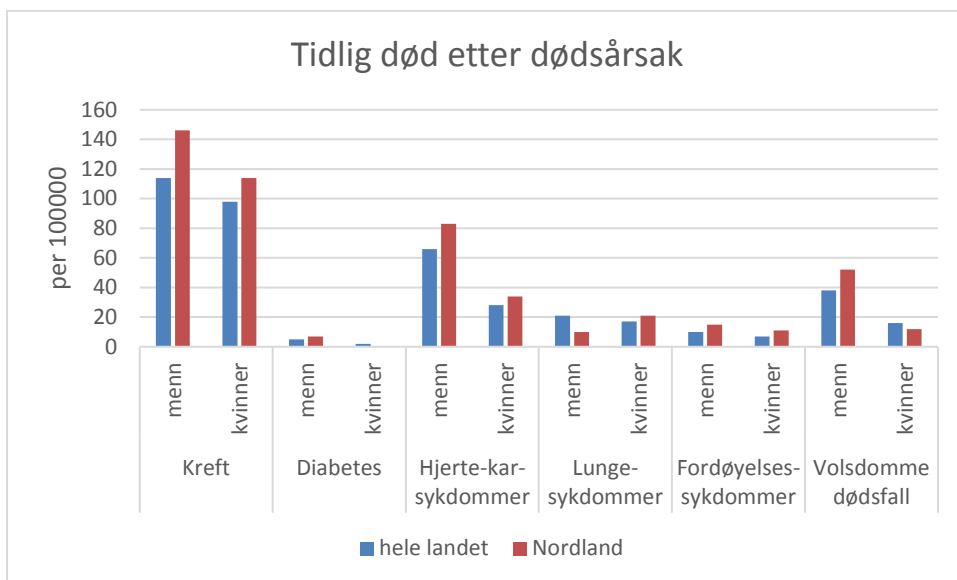
Forventet levealder ved fødsel i 2015 i Norge var 79,6 år for menn og 83,7 år for kvinner. I Nordland var forventet levealder 79,1 år for menn og 83,4 år for kvinner. Forventet levealder øker for hvert år, og utviklingen i Nordland følger utviklingen i landet som helhet. Menn har hatt større økning enn kvinner i forventet levealder, men kvinner lever fortsatt omtrent 5 år lenger enn menn.



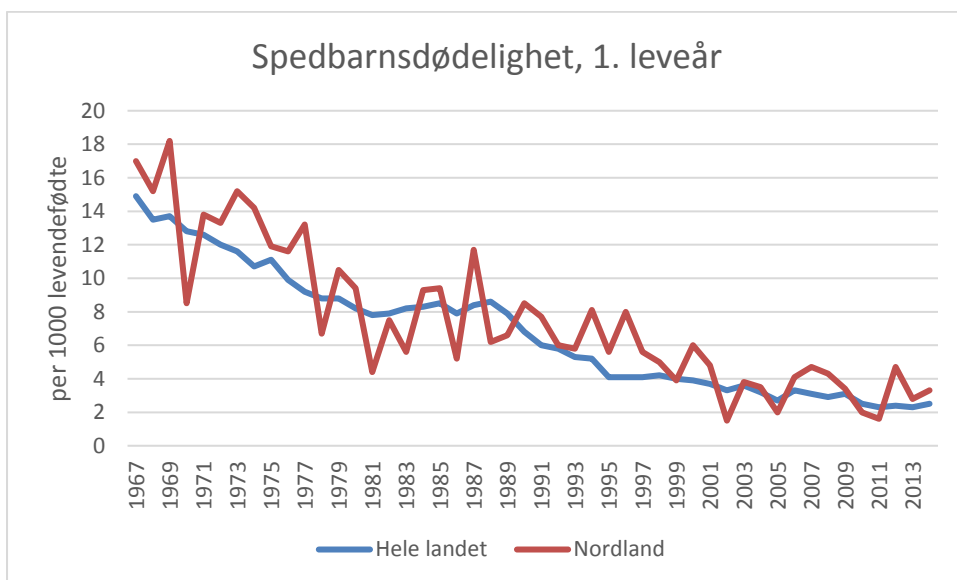
**Figur 1: Forventet levealder ved fødsel i Nordland og hele landet, etter kjønn. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgeshelse.no](http://www.norgeshelse.no)).**

Kreft er den hyppigste årsaken til tidlig død (død før 75 års alder) i befolkningen, både i hele landet og i Nordland, fulgt av hjerte-karsykdommer og voldsomme dødsfall. Menn i Nordland (0-74 år) har høyere dødelighet enn menn i hele landet av både kreft, hjerte-karsykdommer og voldsomme dødsfall, mens kvinner i Nordland ser ut til å ha høyere dødelighet av kreft og hjerte-kar-sykdommer enn kvinner i hele landet. Når man korrigerer for forskjeller i befolkningssammensetning reduseres forskjellene i dødelighet mellom Nordland og hele landet. Deler av denne forskjellen kan forklares med at Nordland har høyere andel eldre enn landet som helhet. Spedbarnsdødeligheten i Norge har gått betydelig ned, og utviklingen i Nordland følger utviklingen i landet som helhet.





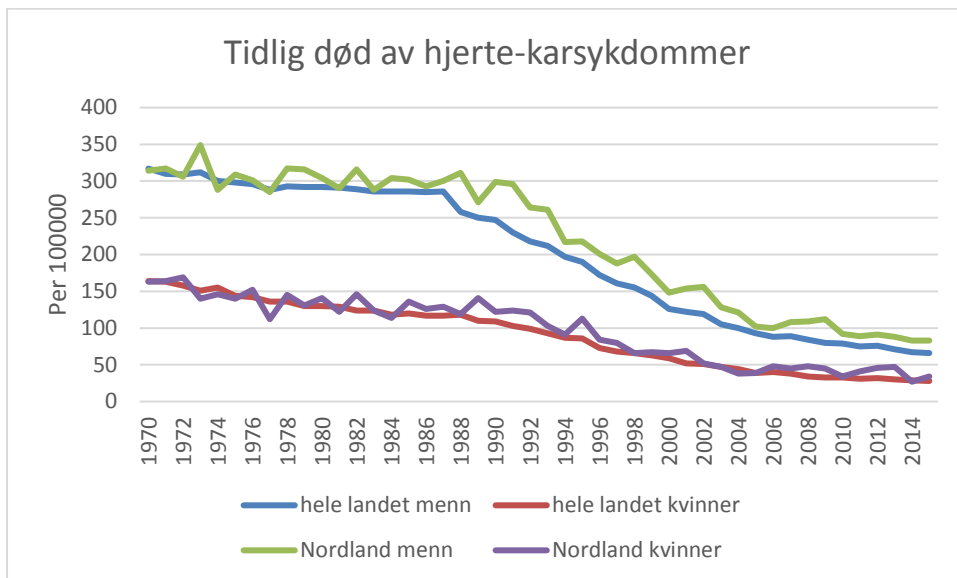
Figur 2: Tidlig død etter dødsårsak i hele landet og Nordland, etter kjønn. Antall per 100000. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no)).



Figur 3: Levendefødte barn som dør i løpet av første leveår i hele landet og Nordland. Antall per 1000 levendefødte. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no)).

## 2.2 Hjerte-kar-sykdom

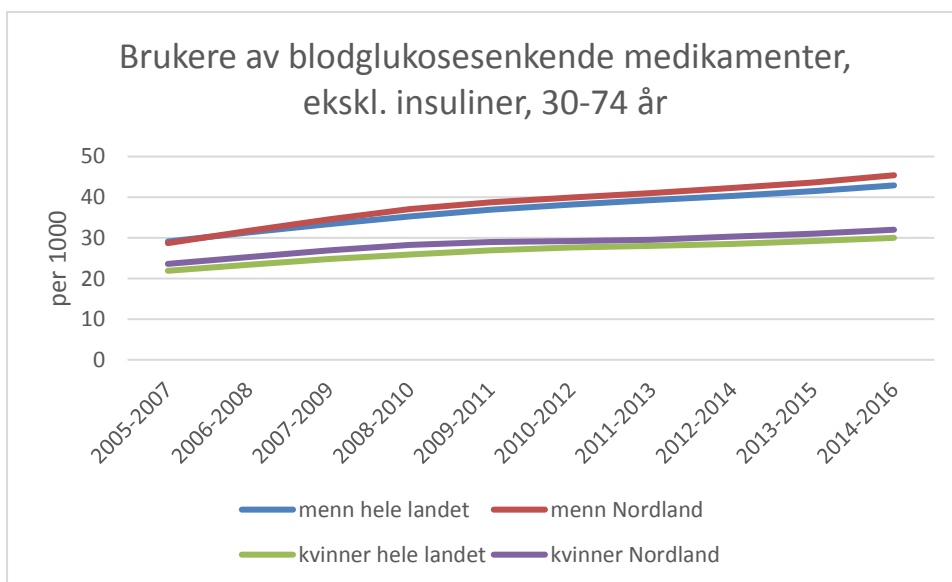
Utviklingen i hjerte-kardødelighet i Nordland har fulgt utviklingen i landet som helhet, men tall fra Norgeshelsa tyder på at det er noe høyere forekomst av hjerte- og karsykdom i Nordland sammenliknet med hele landet. Flere indikatorer støtter dette: Flere personer har sykehusinnleggelser på grunn av hjerte- karsykdom, flere er i kontakt med fastlege/legevakt på grunn av hjerte- og karsykdomsdiagnoser, flere bruker legemidler mot hjerte og karsykdommer og hjerte-karsykdommer er en mer utbredt årsak til tidlig død i Nordland sammenliknet med hele landet. Det meste av forskjellen mellom Nordland og landet som helhet kan forklares med at Nordland har høyere andel eldre. Når man korrigerer for forskjeller i befolknings sammensetning er det ingen forskjell mellom Nordland og hele landet i antall personer med sykehusinnleggelser og kontakt med fastlege eller legevakt, mens forskjellene i legemiddelbruk reduseres.



**Figur 4: Død før 75 års alder av hjerte-karsykdommer i Nordland og hele landet, etter kjønn. Antall per 100000. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norghelsa.no](http://www.norghelsa.no)).**

## 2.3 Diabetes

Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes i aldersgruppen 30-74 år har økt de siste ti årene. Økningen i medikamentbruk har vært høyere blant menn enn blant kvinner og flere menn enn kvinner bruker slike legemidler. I perioden 1970 til 2015 har det vært en betydelig økning i diabetes som dødsårsak (alle aldre). Både når det gjelder legemiddelbruk og dødelighet har utviklingen vært den samme i Nordland som i hele landet, og det er ingen klare forskjeller mellom fylket og landet.



**Figur 5: Brukere av blodglukosesenkende medikamenter, ekskl. insuliner, 30-74 år, i hele landet og Nordland, etter kjønn. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.kommunehelsa.no](http://www.kommunehelsa.no)).**

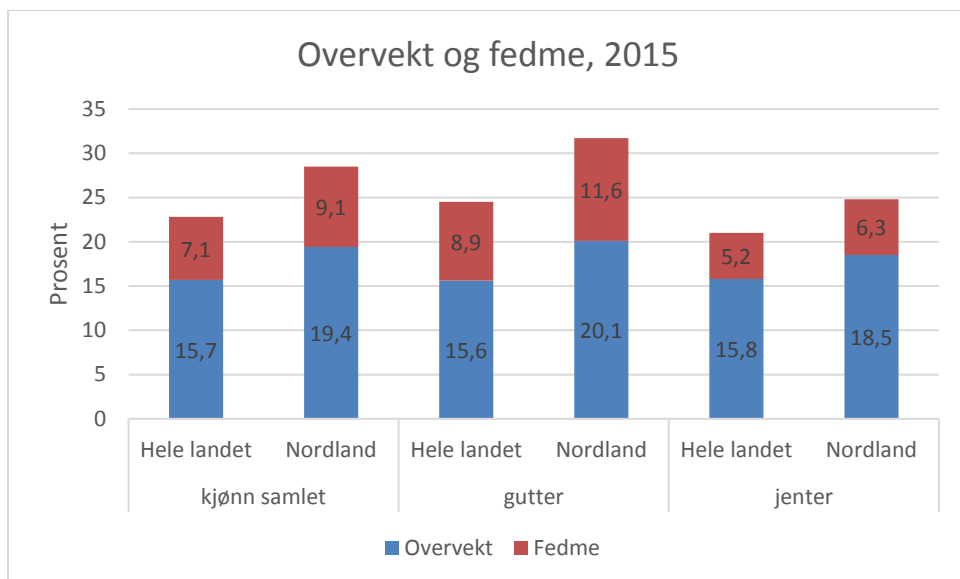
## 2.4 Vekt

Det finnes ikke data som viser vektutvikling over tid blant befolkningen i Nordland. Det er imidlertid ingen grunn til å anta at utviklingen i Nordland har vært betydelig forskjellig fra utviklingen i landet for øvrig.

En undersøkelse blant voksne i aldersgruppen 20-85 år i Nordland i 2012 viste at totalt halvparten av de som deltok hadde overvekt (40 %) eller fedme (12 %). Både overvekt og fedme var mer utbredt blant menn enn blant kvinner. 2 % av kvinnene som deltok var undervektige, mens 0 % av mennene hadde undervekt (UiN 2012<sup>3</sup>).

Selvrapporterte data på høyde og vekt i den nettbaserte sesjon 1 til forsvaret viser at overvekt og fedme er utbredt blant 17-åringene i Norge, og i perioden 2011-2015 har det vært en svak økning i andelen. Forekomsten av overvekt og fedme er høyere i Nordland enn landet som helhet. I 2015 hadde 22,8 % av 17-åringene i Norge KMI over 25, sammenliknet med 28,5 % med KMI over 25 i Nordland. Overvekt og fedme er mer utbredt blant gutter enn blant jenter, både i Nordland og på landsbasis.

Andel nyfødte med høy kroppsvekt (4500 g eller større) gikk opp i perioden 1990-2000, men har gått ned igjen og er nå tilbake på 1990-nivå. Utviklingen i Nordland har fulgt utviklingen i landet som helhet.



Figur 6: Andel gutter og jenter med overvekt eller fedme i prosent av alle som oppga høyde og vekt i den nettbaserte sesjon 1. Hele landet og Nordland, etter kjønn. Prosent. Selvrapporterte data. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no)).

## 2.5 Muskel- og skjelett

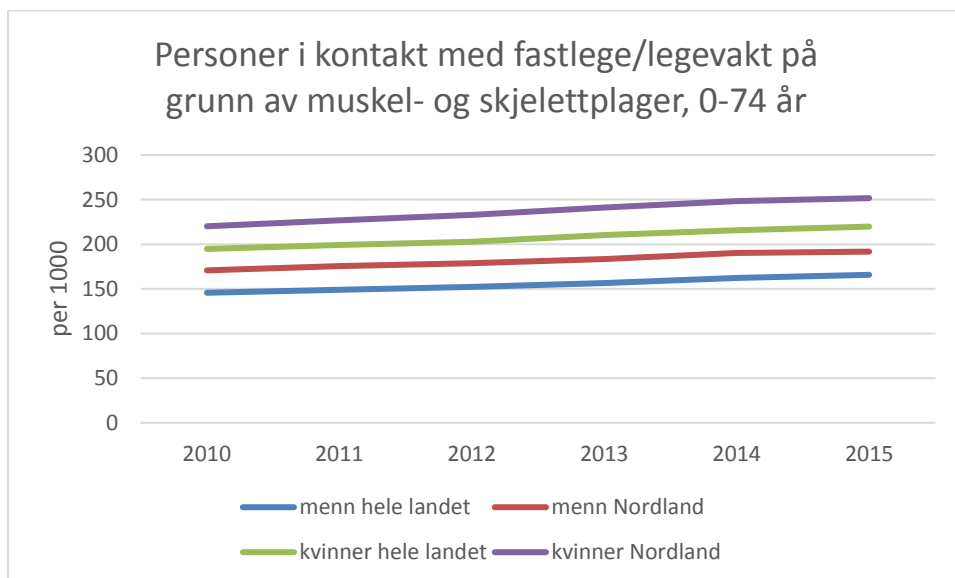
Utviklingen i muskel-skjelettsykdom i Nordland har fulgt utviklingen i landet som helhet. Antall pasienter som har vært innlagt i somatiske sykehus på grunn av sykdom i muskel-skjelettsystemet og antall personer i kontakt med fastlege/legevakt på grunn av muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser har vært stabil de siste årene. I perioden 2010-2015 har det imidlertid vært en økning i antall personer i kontakt med fastlege og legevakt på grunn av muskel- og skjelettplager.

Tall fra Norgeshelsa tyder på at det er noe høyere forekomst av muskel-skjelettsykdom og -plager i Nordland sammenliknet med hele landet. Flere indikatorer støtter dette: Antall pasienter som har vært innlagt i somatiske sykehus på grunn av sykdom i muskel-skjelettsystemet er noe høyere i Nordland sammenliknet med hele landet, flere personer i Nordland har vært i kontakt med fastlege og legevakt på grunn av muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser og muskel- og skjelettplager. Forskjellene i sykehusinnleggelse og kontakt med fastlege og legevakt på grunn av muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser mellom Nordland og hele landet utjevnes når man korrigerer for forskjeller i

<sup>3</sup> KMI basert på objektive høyde- og vektmålinger.

befolkningssammensetning, og kan derfor tilskrives at Nordland har høyere andel eldre. Når det gjelder forskjellene mellom Nordland og hele landet i legekontakt på grunn av muskel- og skjelettplager består disse forskjellene selv etter korreksjon for forskjeller i befolkningssammensetning, og forskjellen er signifikant.

Muskel- og skjelettsykdom er mer utbredt blant kvinner enn blant menn. Flere kvinner har sykehusinnleggelser på grunn av muskel- og skjelettsykdom og kontakt med fastlege/legevakt på grunn av muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser og muskel- og skjelettplager. Muskel- og skjelett-diagnoser og plager er mer utbredt med økende alder.



**Figur 7: Personer i kontakt med fastlege/legevakt på grunn av muskel- og skjelettplager, 0-74 år. Hele landet og Nordland, etter kjønn. Antall per 1000. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norges-helse.no](http://www.norges-helse.no)).**

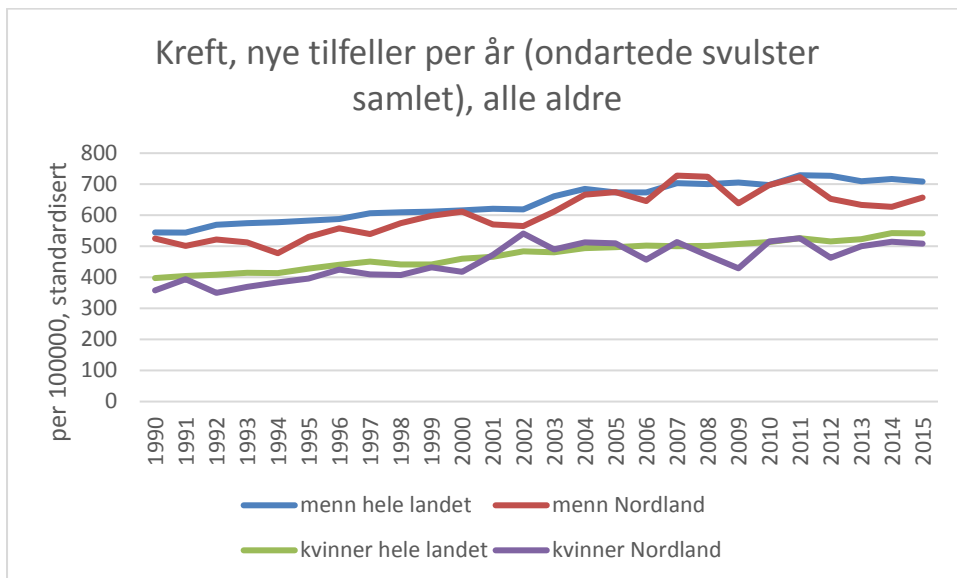
## 2.6 KOLS

I perioden 2010-2015 har det ikke vært noen store endringer i antall pasienter i aldersgruppen 75 år og over innlagt i somatiske sykehus på grunn av KOLS. I yngre aldersgrupper er sykehusinnleggelser på grunn av KOLS sjelden. Antall innleggelser i Nordland på grunn av KOLS ligger svært nært hele landet. Antall brukere av legemidler mot astma og KOLS i aldersgruppen 45-74 år har økt i samme periode, både blant kvinner og blant menn. Utviklingen i Nordland følger utviklingen i landet som helhet. Betydelig flere kvinner enn menn bruker legemidler mot astma og KOLS. Nordland ligger også likt med landet som helhet når det gjelder tidlig død som følge av kronisk lungesykdom. I perioden 1970-2000 var tidlig død av kronisk lungesykdom mer utbredt blant menn enn blant kvinner, men kjønnsforskjellene er i ferd med å viskes ut. Utjevningen av denne kjønnsforskjellen i dødelighet kan forklares ved en kombinasjon av redusert dødelighet blant menn og økt dødelighet blant kvinner.

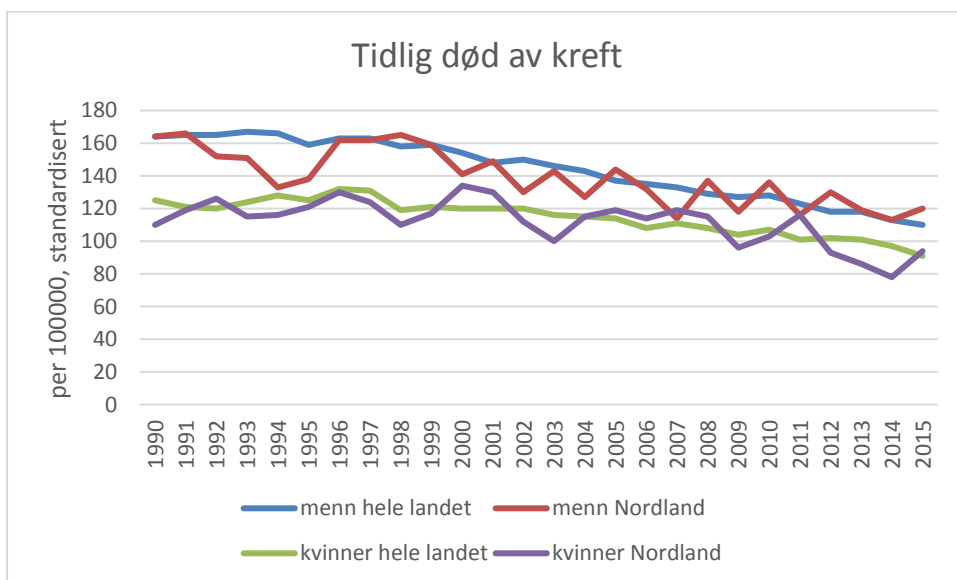
## 2.7 Kreft

Antall nye tilfeller av kreft per år har økt i perioden 1990-2015. Utviklingen i Nordland følger utviklingen i landet som helhet. Noe av økningen kan tilskrives bedre metoder for testing og diagnostisering, mens noe skyldes risikofaktorer for kreft. Det er flere nye krefttilfeller per år blant menn enn blant kvinner, både i hele landet og i Nordland. Forekomsten av nye krefttilfeller øker med økende alder.

Tidlig død av kreft har gått ned i perioden 1970-2015. Reduksjonen har vært større blant menn enn blant kvinner, men fortsatt er kreftdødeligheten i aldersgruppen 0-74 år høyere blant menn enn blant kvinner.



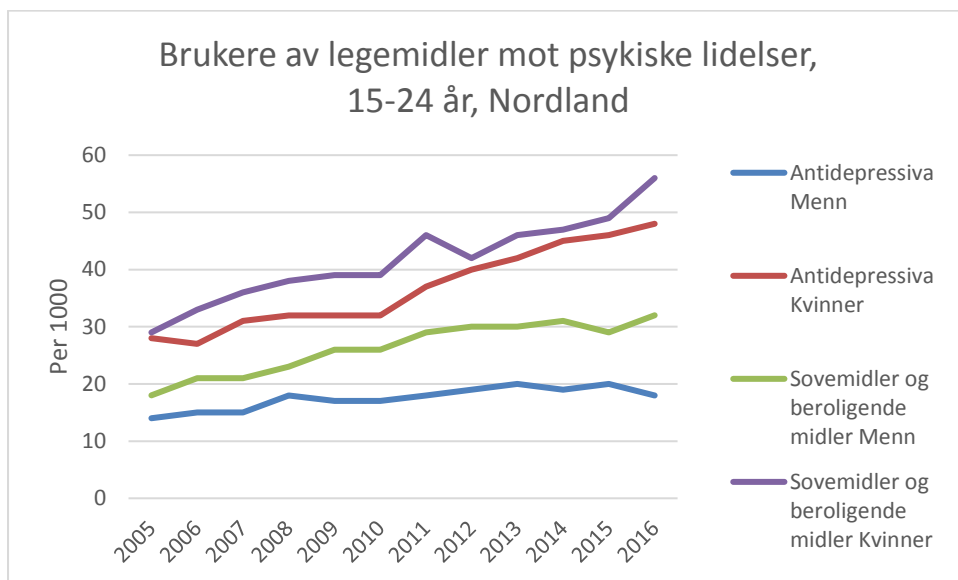
Figur 8: Nye tilfeller av kreft per år, ondartede svulster samlet, alle aldre. Hele landet og Nordland, etter kjønn. Antall per 100000 standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgesghelsa.no](http://www.norgesghelsa.no)).



Figur 9: Død før 75 års alder av kreft, ondartede svulster samlet, i hele landet og Nordland, etter kjønn. Antall per 100000 standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgesghelsa.no](http://www.norgesghelsa.no)).

## 2.8 Psykiske helseplager og lidelser

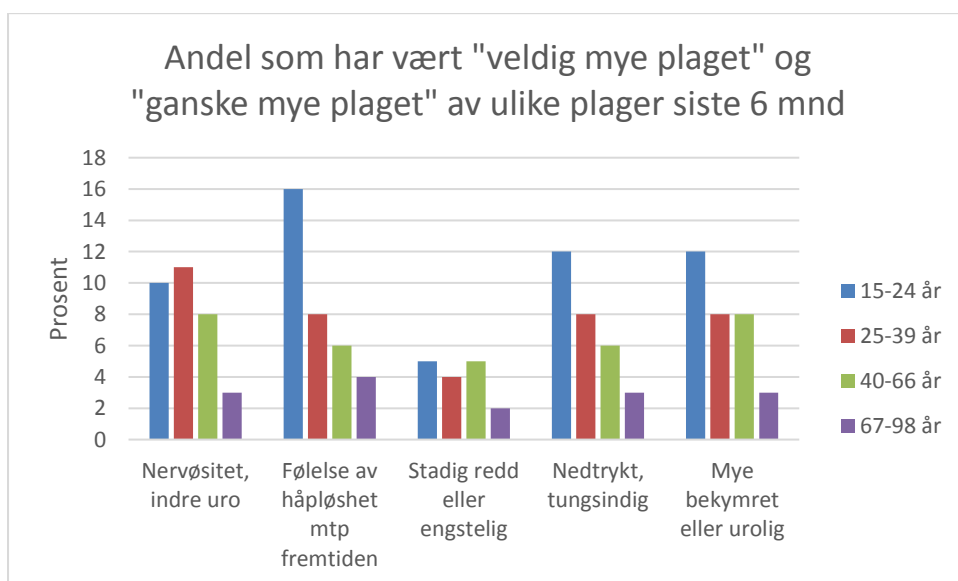
Flere kilder viser en tendens til økning i psykiske plager, både målt med legemiddelbruk, kontakt med fastlege/legevakt på grunn av psykiske symptomer, og spørreundersøkelser. Nyere undersøkelser i Nordland viser at mange unge og voksne har plager som for eksempel bekymring, føler seg nedtrykt/deprimert, følelse av håpløshet med tanke på framtida, og følelse av ensomhet. Betydelig flere kvinner enn menn har psykiske plager. I Nordland synes spesielt unge kvinner å være utsatt (NF-rapport 2014, Ungdata, FHI Norgesghelsa). Det er signifikant flere i aldersgruppen 15-29 år som søker legehjelp på grunn av psykiske symptomer og lidelser i Nordland sammenliknet med hele landet (FHI, Folkehelseprofil for Nordland 2017). I samme aldersgruppe finner man den største økningen i bruk av antidepressiva og sovemidler og beroligende midler (FHI Norgesghelsa).



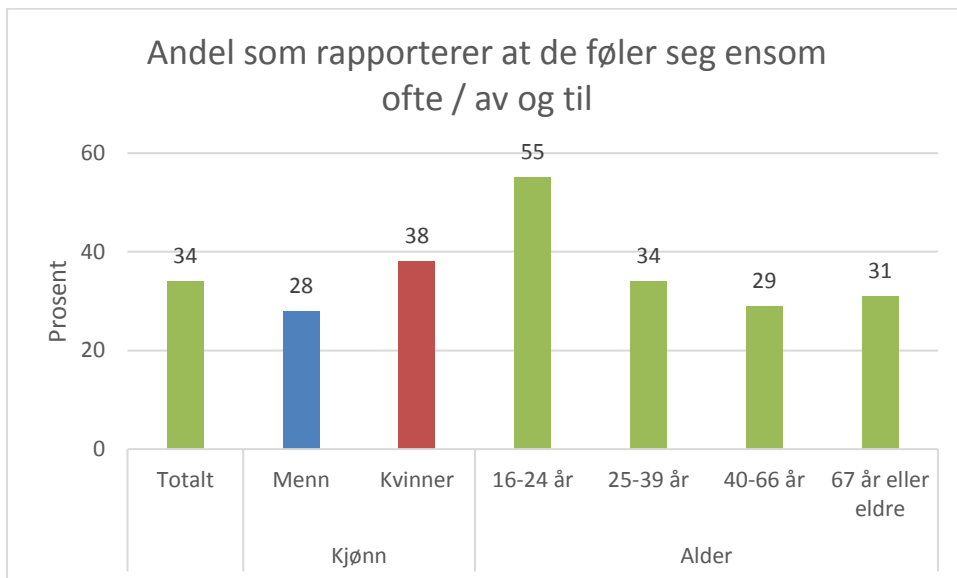
**Figur 10: Brukere av legemidler mot psykiske lidelser i Nordland, 15-24 år, etter kjønn. Antall per 1000. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norges-helsa.no](http://www.norges-helsa.no)).**

Resultater fra Ungdataundersøkelsen i videregående skole i Nordland, gjennomført i 2013 og 2016, viser at mange ungdommer uttrykker at de i løpet av den siste uka har vært mye plaget med at de bekymrer seg for mye over ting, at de føler at alt er et slit, er ensomme, og en rekke andre plager. En høyere andel jenter enn gutter rapporterer psykiske plager og ensomhet. Samtidig viser undersøkelsen mange positive trekk. Ungdata tegner et bilde av en ungdomsbefolkning som i stor grad trives på skolen, har godt forhold til sine foreldre, har venner og sosialt nettverk, er aktive på fritida og alt i alt er fornøyd med tilværelsen.

Det er en klar sammenheng mellom alder og egenrapporterte psykiske plager. Jo høyere alder jo færre rapporterer at de har psykiske helseplager. Det samme gjelder andel som rapporterer at de er ensomme. Levekårsundersøkelsen i Nordland i 2014 viste at flere kvinner enn menn rapporterer at de føler seg ensom, og at det er i den yngste aldersgruppen man finner høyest forekomst av ensomhet. Andel som rapporterer at de føler seg ensom ofte eller av og til har økt i perioden 2001 til 2014 i aldersgruppen 15-39 år (økning blant begge kjønn), mens det i eldre aldersgrupper har vært en reduksjon i andel ensomme, spesielt blant kvinner i aldersgruppen 67 år eller eldre (NF-rapport 2014).



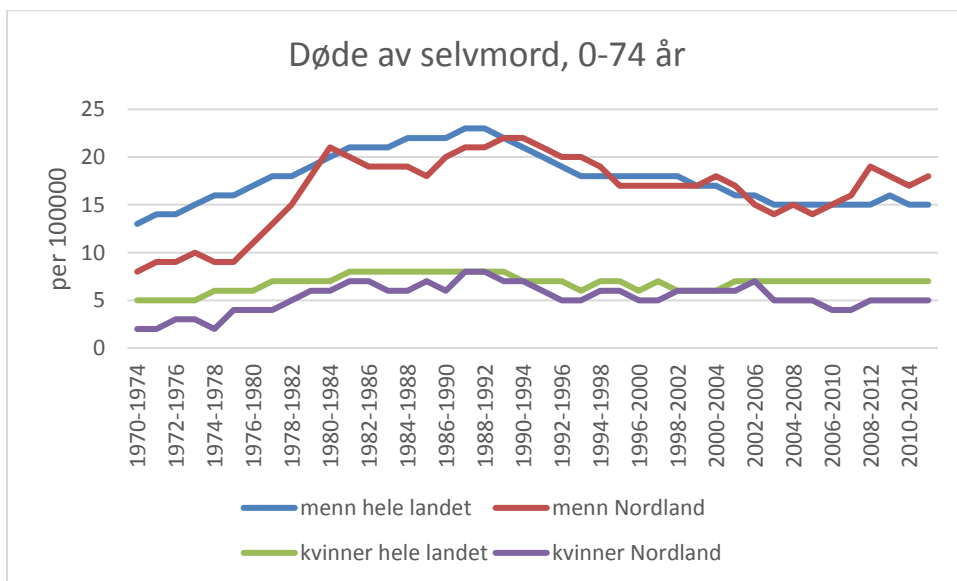
**Figur 11: Psykiske helseplager. Svarfordeling på spørsmålet «I hvilken grad har du vært plaget av ulike plager de siste 6 månedene?», etter alder. Kilde: Nordlandsforskning, NF-rapport 6/2014.**



Figur 12: Ensomhet. Andel som svarer at de føler seg ensom ofte / av og til. Kilde: Nordlandsforskning, NF-rapport 6/2014.

### 2.8.1 Selvskading og selvmord

Antall døde av selvmord økte blant menn i perioden 1970-1990, men har siden gått ned igjen. Selvmord er mer utbredt blant menn enn blant kvinner. De siste årene har det vært flere antall døde menn av selvmord i Nordland sammenliknet med hele landet. Dette skyldes høyere selvmordsdødelighet blant menn i aldersgruppen 0-44 år i Nordland. Blant kvinner er antall døde av selvmord likt som landet i aldersgruppen 0-44 år, mens selvmordsdødeligheten i aldersgruppen 45-74 år er lavere enn i landet som helhet.



Figur 13: Døde av selvmord i hele landet og Nordland, 0-74 år, etter kjønn. Antall per 100000. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norghelsa.no](http://www.norghelsa.no))

I Ungdata-undersøkelsen i videregående skole i Nordland i 2013 og 2016 svarte elevene på spørsmål om selvskading. I 2016 svarte totalt 28 % at de hadde forsøkt å skade seg selv. 11 % svarte at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv. Betydelig flere jenter enn gutter svarte ja på spørsmålene om selvskading. Det har ikke vært noen endring fra 2013 til 2016 i andelen som oppgir at de har forsøkt å skade seg selv eller som oppgir at de har forsøkt å ta sitt eget liv.

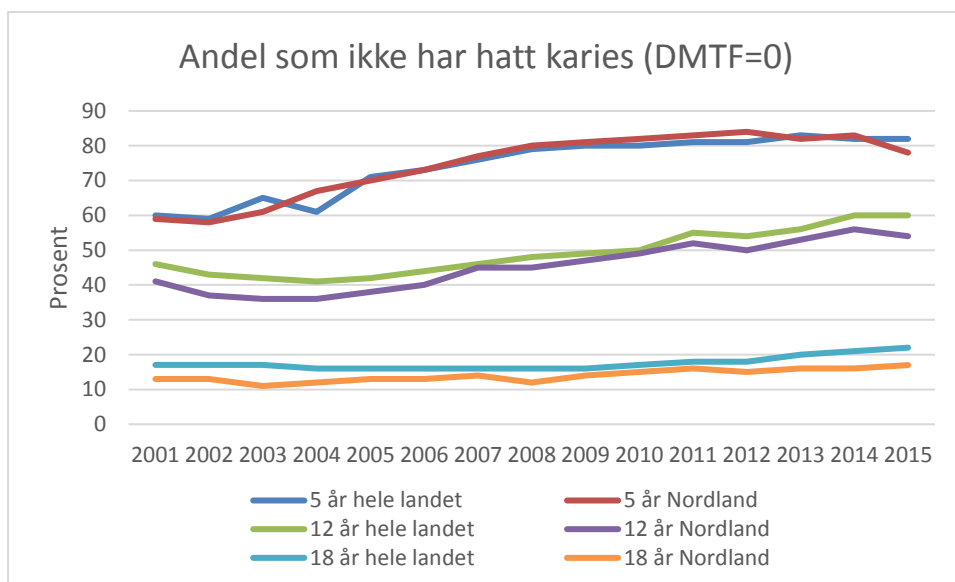
**Tabell 1: Prosentandel som svarer «ja» på spørsmål om selvskading, totalt og etter kjønn, VG1 og VG2. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i videregående skole, Nordland 2016.**

	Totalt	Gutter	Jenter
Har du noen gang forsøkt å skade deg selv?	28	16	43
Har du noen gang forsøkt å ta ditt eget liv?	11	8	15

## 2.9 Tannhelse

### 2.9.1 Tannstatus

I perioden 2001 til 2015 har det vært en positiv utvikling når det gjelder tannhelse blant barn og unge i Nordland. Det har vært en økning i andel som ikke har hatt karies (spesielt blant de yngste) og en reduksjon i gjennomsnittlig antall tenner med karieserfaring. Utviklingen i Nordland følger utviklingen i hele landet i alle aldersgrupper, bortsett fra siste år hvor det har vært en liten nedgang i andel 5- og 12-åringer i Nordland uten karies. Tannhelse hos barn og unge i Nordland er fortsatt dårligere enn landsgjennomsnittet.



**Figur 14: Andel 5-, 12- og 18-åringer som ikke har hatt karies, DMTF=0, Nordland og hele landet. Andel av antall personer registrert/undersøkt i aldersgruppen. Kilde: Statistikkbanken (SSB).**

Det finnes ikke tilsvarende statistikk for tannstatus blant voksne. I levekårsundersøkelsen i Nordland i 2014 oppgav 69 % at de hadde vært til behandling hos tannlege i løpet av 2013 (66 % menn, 72 % kvinner). Flere med høyere utdanning (72 %) hadde vært til behandling hos tannlege, sammenliknet med de med grunnskole/videregående (67 %) (Nordlandsforskning, NF-rapport 2014).

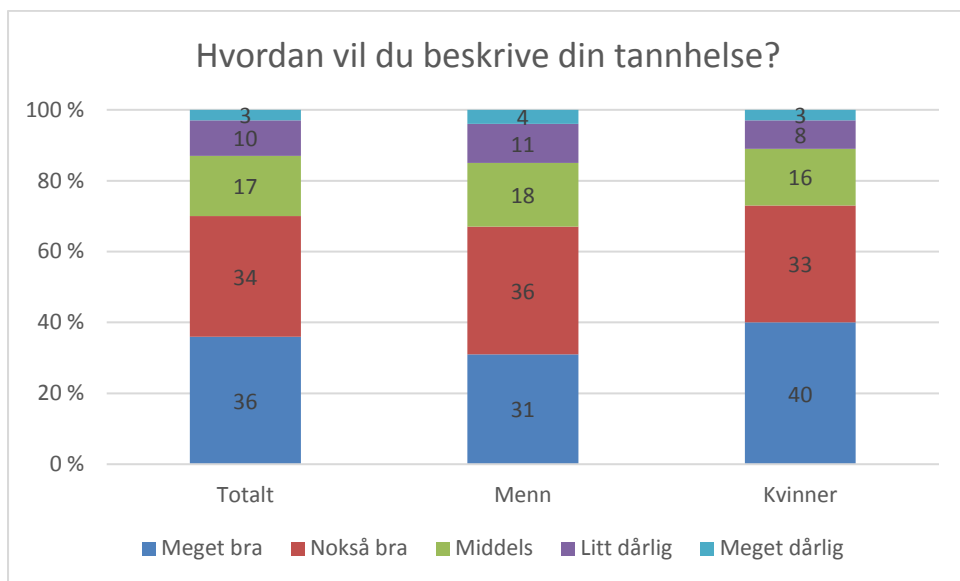
### 2.9.2 Tannpussvaner og egenvurdert tannhelse

I Ungdata-undersøkelsen i videregående skole i 2016 oppgav 62 % at de pusser tennene flere ganger om dagen, mens 32 % svarte at de pusser tennene én gang om dagen. Flere jenter (70 %) enn gutter (54 %) pusser tennene flere ganger om dagen. 9 % av guttene og 4 % av jentene pusser tennene annenhver dag eller sjeldnere.

I Levekårsundersøkelsen i Nordland i 2014 svarte 96 % av respondentene at de pusset tennene i går kveld og 83 % at de pusset tennene i dag tidlig. Her finner man samme kjønnsforskjell som blant elever i videregående skole: flere kvinner enn menn oppgav at de pusset tennene.



Totalt 36 % voksne i Nordland definerer sin tannhelse som meget bra, 34 % som nokså bra, 17 % som middels, 10 % som litt dårlig og 3 % som meget dårlig. Kvinner vurderer sin tannhelse som bedre enn menn, og yngre vurderer sin tannhelse som bedre enn eldre. Det er betydelige sosioøkonomiske forskjeller i egenvurdert tannhelse. Dobbelt så mange med lang høgskole/universitetsutdanning vurderer sin tannhelse som meget bra sammenliknet med de som har grunnskole som høyeste utdanning.



**Figur 15: Svarfordeling på spørsmålet «Hvordan vil du beskrive din tannhelse?». Totalt og etter kjønn. Kilde: Nordlandsforskning, NF-rapport 6/2014**

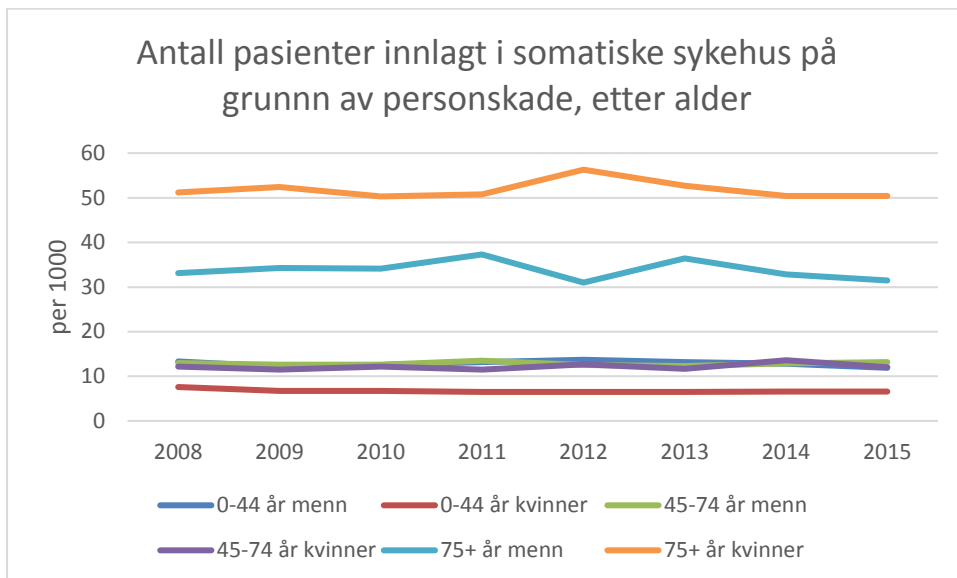
## 2.10 Skader og ulykker

Ulykker forårsaker hvert år et stort antall skader som kan påføre stor belastning, både for den enkelte og for samfunnet. Ulykker er den viktigste årsaken til dødelighet for personer under 45 år. Blant menn under 25 år skyldes 1 av 5 dødsfall ulykker. Bruk av rusmidler er ofte en medvirkende faktor i ulykker og øker risikoen for mange typer skader. Rusmidler er en av de viktigste årsakene til trafikkuulykker (medvirkende årsak i 24 prosent av dødsulykkene langs norske veier i 2012) (Kilde: Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/artikler/?id=110412>).

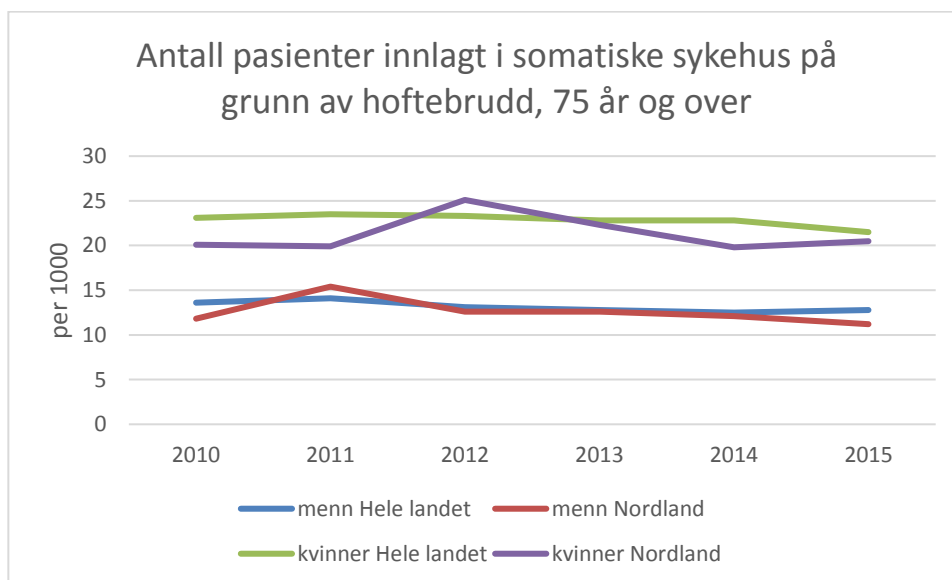
### 2.10.1 Personskader etter ulykker

Antall personskader etter ulykker behandlet i somatiske sykehus har vært stabil i perioden 2008-2014. Antall personskader behandlet i sykehus i 2015 ligger noe høyere i Nordland enn i landet som helhet. Noe av denne forskjellen forklares med at Nordland har høyere andel eldre enn landet som helhet.

Omtrent dobbelt så mange menn som kvinner i aldersgruppen 0-44 behandles i sykehus etter personskader, mens det i aldersgruppen 75 år og over er en betydelig høyere forekomst av personskader blant kvinner sammenliknet med menn. Mye av kjønnsforskjellen i personskader blant eldre skyldes at eldre kvinner har høyere forekomst av hoftebrudd enn eldre menn. Antall pasienter innlagt i somatiske sykehus på grunn av hoftebrudd har vært stabil i perioden 2010-2015.



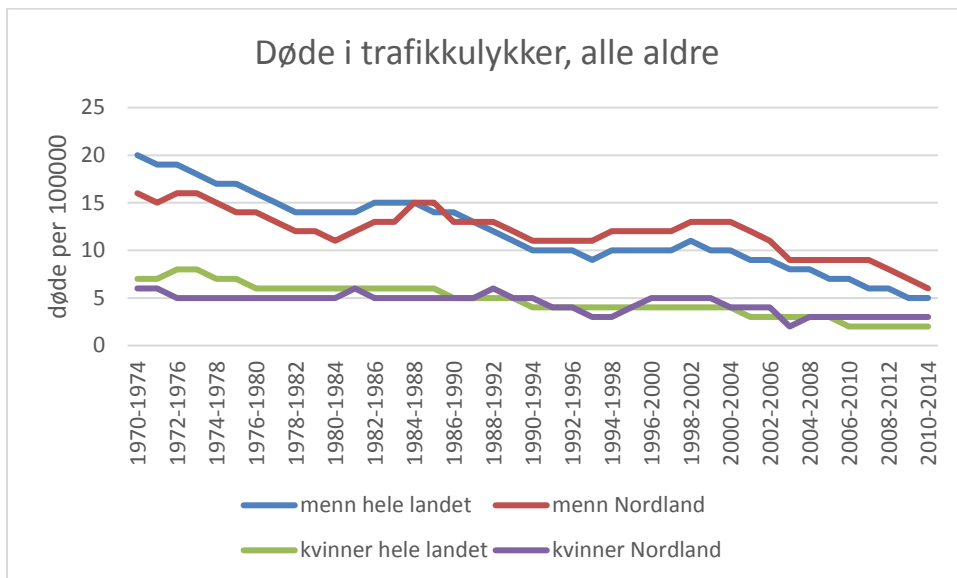
**Figur 16: Antall pasienter innlagt i somatiske sykehus på grunn av personskader i Nordland, etter kjønn og alder. Antall per 1000. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norghelsa.no](http://www.norghelsa.no)).**



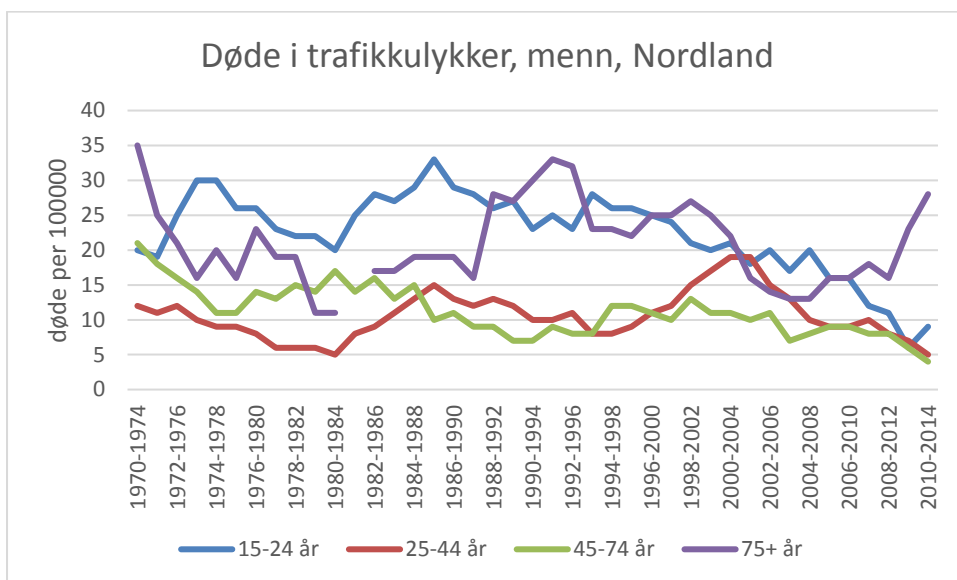
**Figur 17: Antall pasienter innlagt i somatiske sykehus på grunn av hoftebrudd i Nordland og hele landet, 75 år og over, etter kjønn. Antall per 1000. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norghelsa.no](http://www.norghelsa.no)).**

### 2.10.2 Trafikkulykker

Antall døde i trafikkulykker har gått ned i Norge fra 1970 og frem til i dag. Reduksjonen i antall døde har vært størst blant menn, men fortsatt dør dobbelt så mange menn som kvinner i trafikken. Utviklingen i Nordland har fulgt utviklingen i landet som helhet, bortsett fra dødelighet blant menn i aldersgruppen 25-44 år og 75 år og over hvor man ikke har sett den samme positive utviklingen. Kjønnforskjellene i dødelighet etter trafikkulykker finner man i alle aldersgrupper, men den er størst i aldersgruppene 0-44 år og 75 år og over.



Figur 18: Antall døde i trafikkulykker i Nordland og hele landet, etter kjønn. Antall per 100000. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgeshelse.no](http://www.norgeshelse.no)).



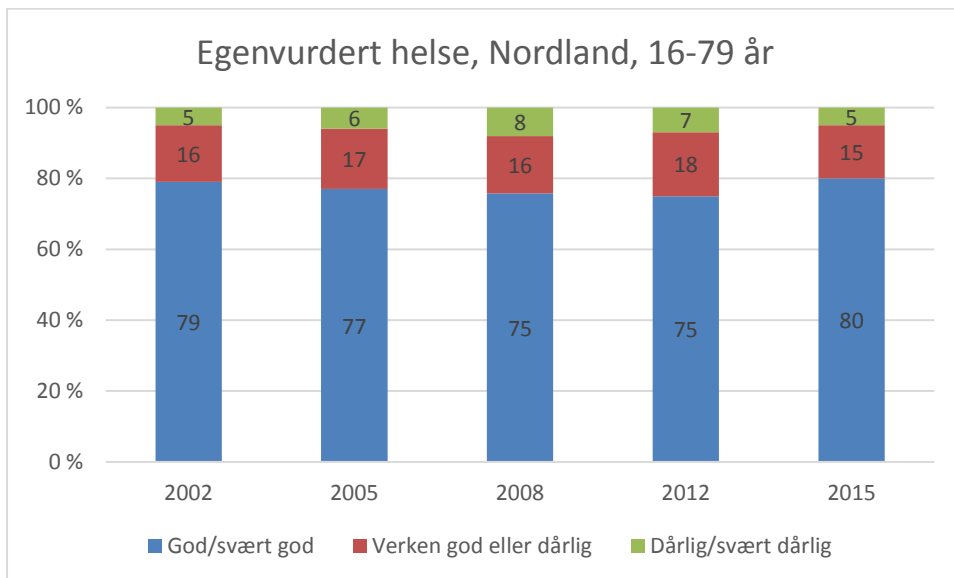
Figur 19: Antall døde menn i Nordland i trafikkulykker, etter aldersgruppe. Antall per 100000. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgeshelse.no](http://www.norgeshelse.no)).

## 2.11 Egenvurdert helse og funksjonsnivå

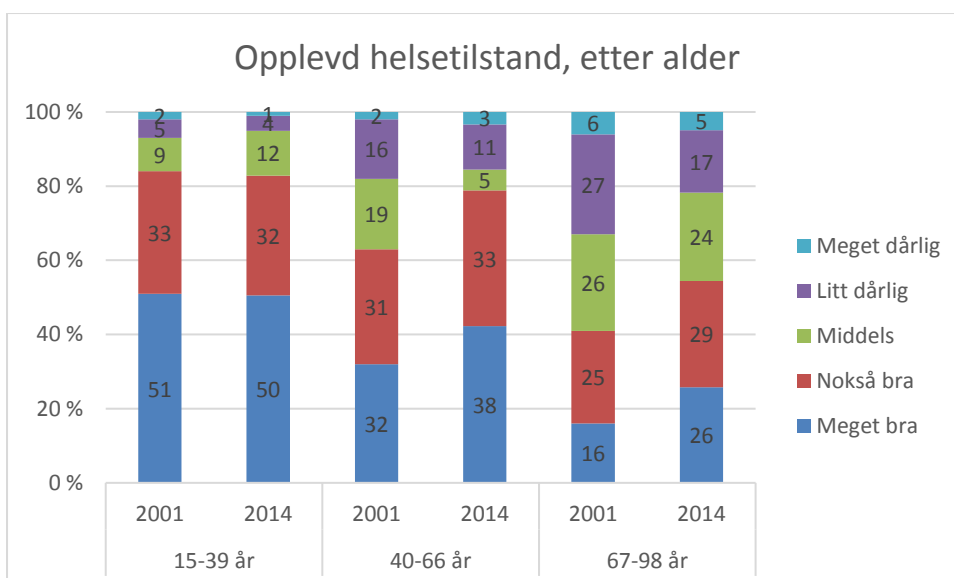
Data fra den nasjonale levekårsundersøkelsen (SSB) viser at andel i Nordland som vurderer sin helse som god eller svært god har vært relativt stabil fra 2002 til 2015. I 2015 vurderte 80 % sin helse som god eller svært god, både i Nordland og i hele landet, mens ca. 5 % vurderte sin helse som dårlig eller svært dårlig.

Andelen som har god egenvurdert helse går ned med økende alder. Lavekårsundersøkelsene i Nordland viser at det i aldersgruppene 40-66 år og 67-98 år har vært en økning i andelen som rapporterer nokså bra og meget bra helse fra 2001 til 2014. I aldersgruppen 15-39 år var det ingen endring fra 2001 til 2014 (NF-rapport 6/2014).

Blant elever i videregående skole i Nordland oppgir 60 % at de er fornøyd med helsen, 18 % er verken fornøyd eller misfornøyd, mens 22 % er misfornøyd med egen helse (Ungdata 2016).



**Figur 20: Egenvurdert helse i Nordland. 16-79 år. Prosent. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no)).**

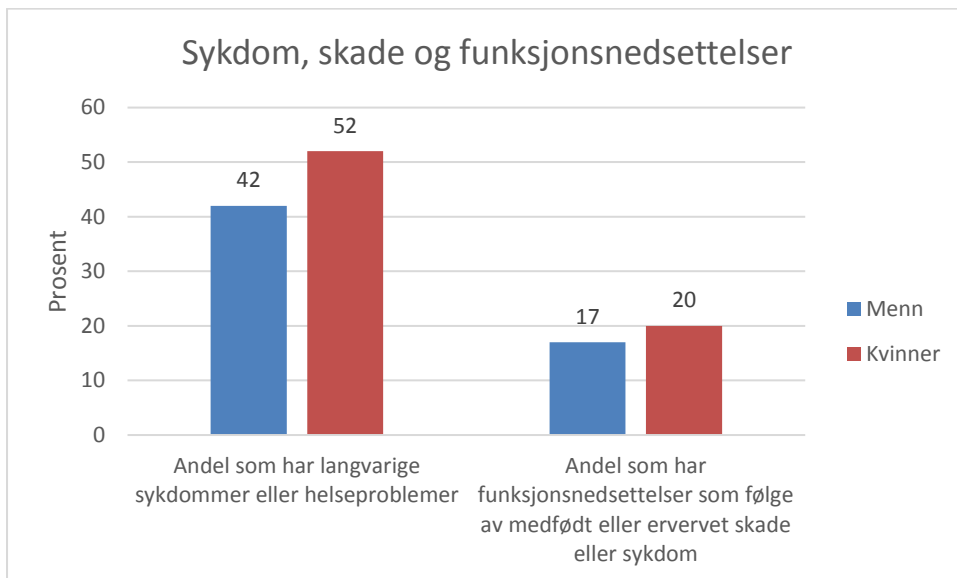


**Figur 21: Opplevd helsetilstand i 2001 og 2014, etter alder. Prosent. Kilde: Nordlandsforskning, NF-rapport 6/2014.**

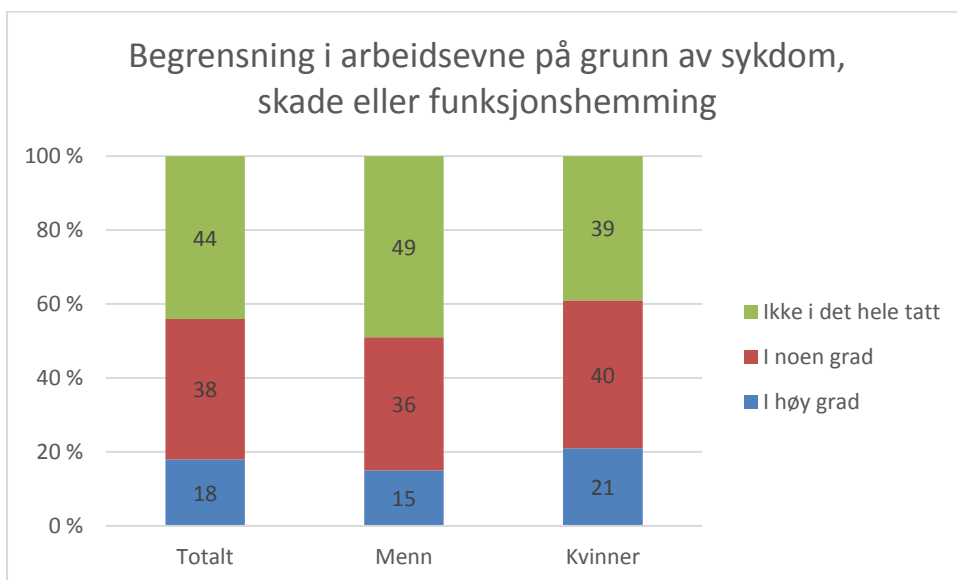
Totalt 48 % av voksenbefolkningen i Nordland oppgir at de har langvarige sykdommer eller helseproblemer, og 18 % oppgir at de har funksjonsnedsettelse som følge av medfødt eller ervervet skade eller sykdom. Flere kvinner enn menn rapporterer at de har sykdom, skade og funksjonsnedsettelse. Andel som har langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse øker med økende alder (NF-rapport 6/2014).

Av de som har skade, sykdom eller funksjonshemming opplever totalt 56 % begrensning i arbeidsevne når det gjelder inntektsgivende arbeid, husarbeid eller skolegang/studie. Flere kvinner enn menn rapporterer begrensning i arbeidsevne, og andelen med begrensninger i arbeidsevne øker med økende alder (NF-rapport 6/2014).

De vanskene som hyppigst rapporteres på grunn av varige helseproblemer, skade eller funksjonshemming er; vansker med å delta i andre fritidsaktiviteter (43 %), vansker med å fungere i jobben (38 %) og vansker med å delta i sosialt liv på fritiden (31 %). Flere kvinner enn menn rapporterer at varige helseproblemer, skade eller funksjonshemming medfører vansker (NF-rapport 6/2014).



**Figur 22: Andel voksne i Nordland som rapporterer at de har sykdom, skade og funksjonsnedsettelse, etter kjønn. Prosent. Kilde: Nordlandsforskning, NF-rapport 6/2014.**



**Figur 23: Andel voksne i Nordland som rapporterer at de opplever begrensning i arbeidsevne på grunn av sykdom, skade eller funksjonshemming, etter kjønn. Prosent. Kilde: Nordlandsforskning, NF-rapport 6/2014.**

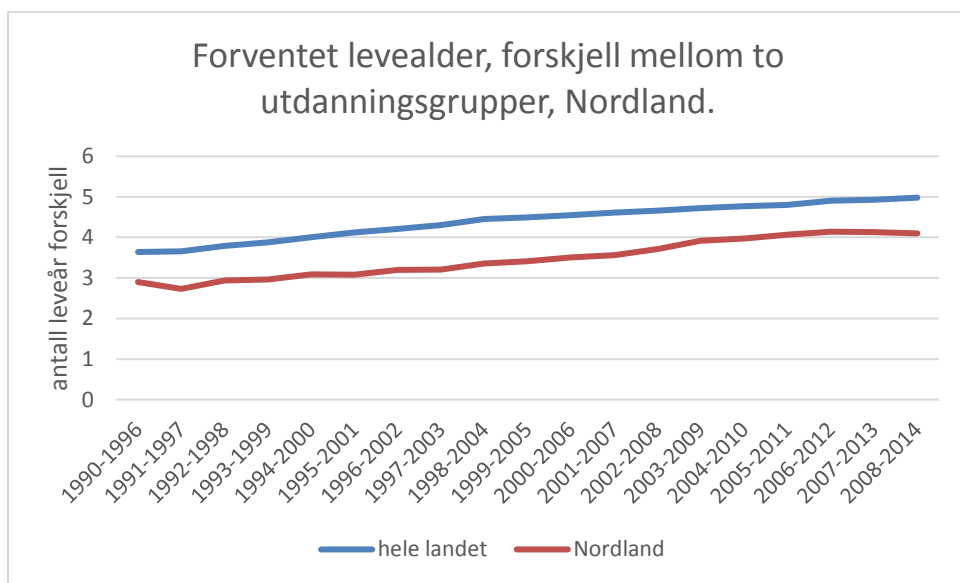
## 2.12 Sosiale helseforskjeller

Når man studerer grupper i samfunnet, finner man systematiske forskjeller i helse. Jo høyere utdanning og inntekt en gruppe har, jo høyere andel av gruppens «medlemmer» vil ha god helse. Det er betydelige sosiale forskjeller i helse og levevaner i den norske befolkningen, både blant barn og voksne. De sosiale helseforskjellene gjelder for nesten alle sykdommer, skader og plager, og i alle aldersgrupper (FHI, <http://www.fhi.no/artikler/?id=110779>).

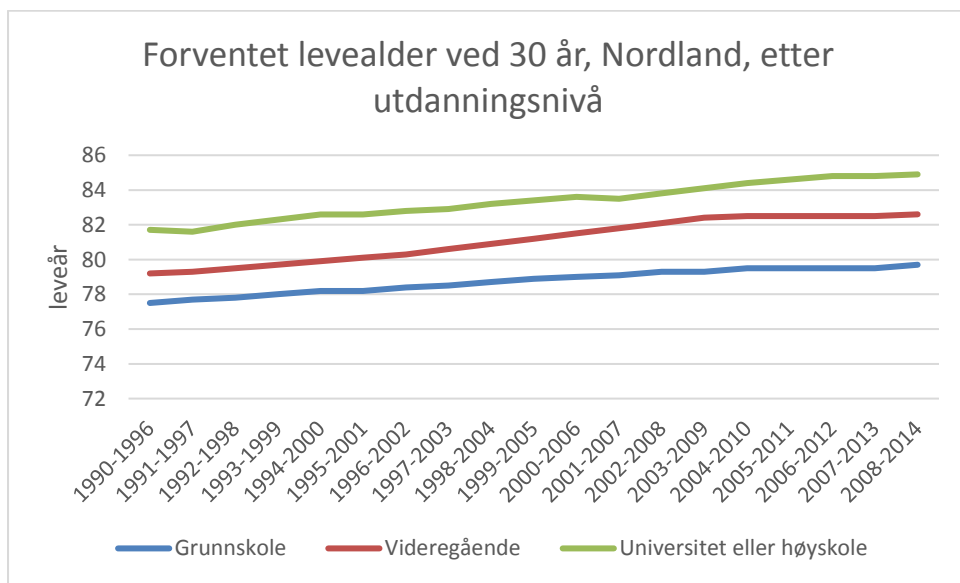
Personer med høy utdanning/inntekt har lavere sykkelighet, lavere dødelighet for en lang rekke sykdommer, og lever lengre enn personer med lav utdanning/inntekt. Man finner også sunnere levevaner blant de med høy utdanning/inntekt: Færre røyker, flere er fysisk aktive og flere har kosthold i tråd med anbefalingene. Imidlertid finner man at de med høy utdanning/inntekt drikker alkohol oftere enn de med lav utdanning/inntekt. Det er dels store forskjeller mellom utdanningsgruppene, og tall fra nasjonale undersøkelser tyder på at de sosiale ulikhetene i helse er økende.

Fra nyere befolkningsundersøkelser i Nordland finnes det omfattende dokumentasjon på sosiale ulikheter i helse og levevaner. I tillegg finnes noe nasjonal statistikk som er gjort tilgjengelig via Folkehelseinstituttet som viser forskjeller mellom utdanningsgrupper i fylket.

Antall år forskjell i forventet levealder mellom den delen av befolkningen som har videregående eller høyere utdanning og den delen av befolkningen som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå har økt både i hele landet og i Nordland. Nordland har lavere sosial ulikhet i levealder enn hele landet. Allikevel er det store sosiale forskjeller i levealder i Nordland, og forskjellen mellom utdanningsgruppene øker. I Nordland er det over 5 års forskjell i forventet levealder mellom de med grunnskole og de med universitet eller høgskole som høyeste utdanning.



Figur 24: Forventet levealder ved 30 år, forskjell mellom to utdanningsgrupper (grunnskole vs. videregående/høyere utdanning). Nordland. Antall leveår forskjell. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgesghelsa.no](http://www.norgesghelsa.no)).

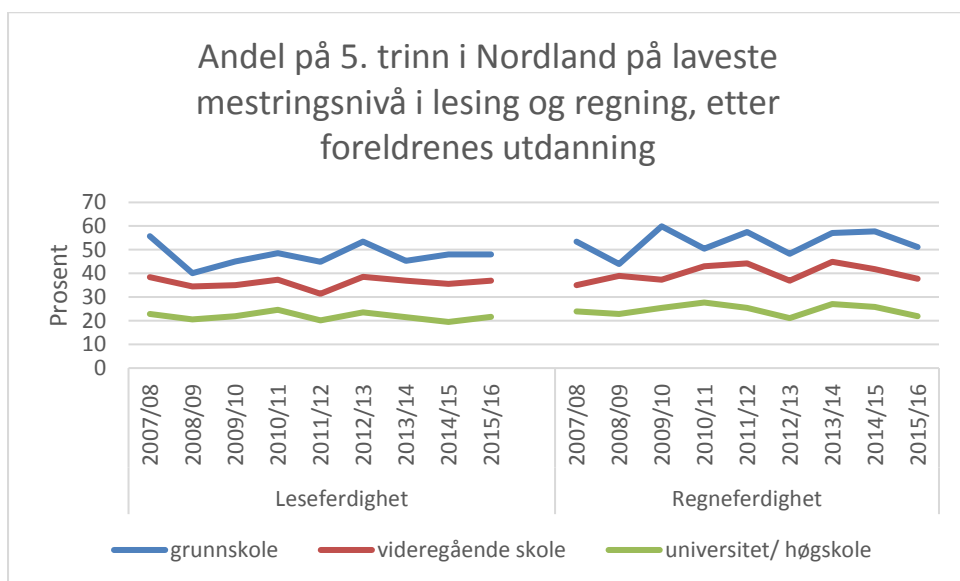


Figur 25: Forventet levealder ved 30 år, etter utdanningsnivå. Nordland. Antall leveår. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgesghelsa.no](http://www.norgesghelsa.no)).

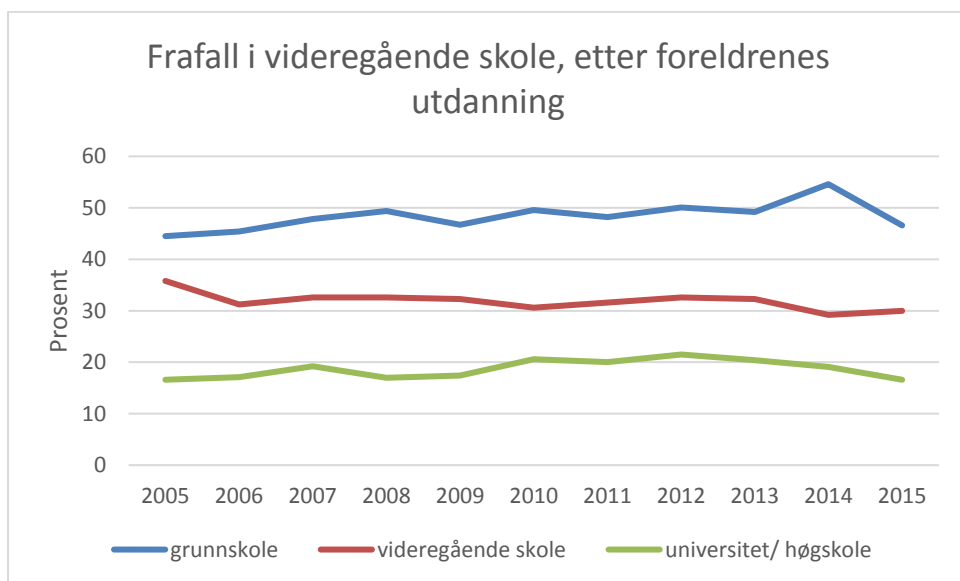
Sosiale forskjeller kommer til uttrykk tidlig. Betydelig flere barn som har foreldre med grunnskole som høyeste utdanning ligger på laveste mestringsnivå i lesing og regning, sammenliknet med de som har foreldre med høyere utdanning.

Når det gjelder frafall i videregående skole ser man at frafallet er over dobbelt så høyt blant de som har foreldre med grunnskole som høyeste utdanning, sammenliknet med de som har foreldre med utdanning på universitets- eller høgskolenivå.

De sosiale forskjellene er store og vedvarende over tid.



**Figur 26: Andel 5.-klassinger i Nordland på laveste mestringsnivå i lesing og regning, etter foreldrenes utdanning. Prosent. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norghelsa.no](http://www.norghelsa.no)).**



**Figur 27: Frafall i videregående skole i Nordland, etter foreldrenes utdanning. Prosent. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norghelsa.no](http://www.norghelsa.no)).**

## 2.13 Helseforskjeller mellom ulike befolkningsgrupper

Flere studier har vist at selvrapportert helse varierer med hensyn på etnisitet, hvor minoritets- eller urbefolkningsgrupper vurderer deres helse som dårligere sammenliknet med majoritetsbefolkningen. Årsaken til dette kan være forskjeller i levekår mellom minoritets- og majoritetsbefolkningen, som skyldes forskjeller i sosioøkonomisk status, etnisk diskriminering, med mer (Likestillingsstatus blant samer, Hansen 2012).

Det er store helsemessige forskjeller mellom ulike innvandrergupper. Innvandrerbefolkningen er en sammensatt gruppe når det gjelder alder, kjønn, opprinnelsesland, sosioøkonomisk status, innvandringsgrunn og oppholdstid. Innvandrernes helse er derfor formet av en rekke ulike faktorer. Fortsatt er kunnskapen om innvandrerbefolkningens helse mangelfull. Innvandrerbefolkningen kan oppleve ulike barrierer knyttet til bruk av helsetjenester som igjen kan ha betydning for helsen. Noen av helseforskjellene mellom de ulike innvandrerguppene har sammenheng med sosioøkonomisk status, men lav sosioøkonomisk status kan også være et resultat av å være innvandrer (Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/artikler/?id=111676>).

Den samiske befolkningens helse skiller seg i liten grad fra den øvrige befolkningens helse (Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter). Forskning har imidlertid vist at den samiske befolkningen i mindre grad er tilfreds med de helsetjenestene de mottar. Samer opplever å bli diskriminert i møtet med det offentlige helsevesenet gjennom at helsepersonell mangler samiske kulturkompetanse etc. (Likestillingsstatus blant samer, Hansen 2012). Etnisk diskriminering kan føre til helseproblemer. Samer rapporterer langt oftere enn øvrig befolkning at de er utsatt for diskriminering (Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter).

Studier av funksjonshemming og levekår i Nordland har vist at funksjonshemmede har gjennomgående dårligere levekår enn ikke-funksjonshemmede, både materielt, sosialt og psykisk. Lavekårsundersøkelsen i Nordland i 2014 viser at det fortsatt er klare forskjeller mellom folk med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig når det gjelder materielle levekår, utdanningsnivå og sysselsetting (NF-rapport 2014).



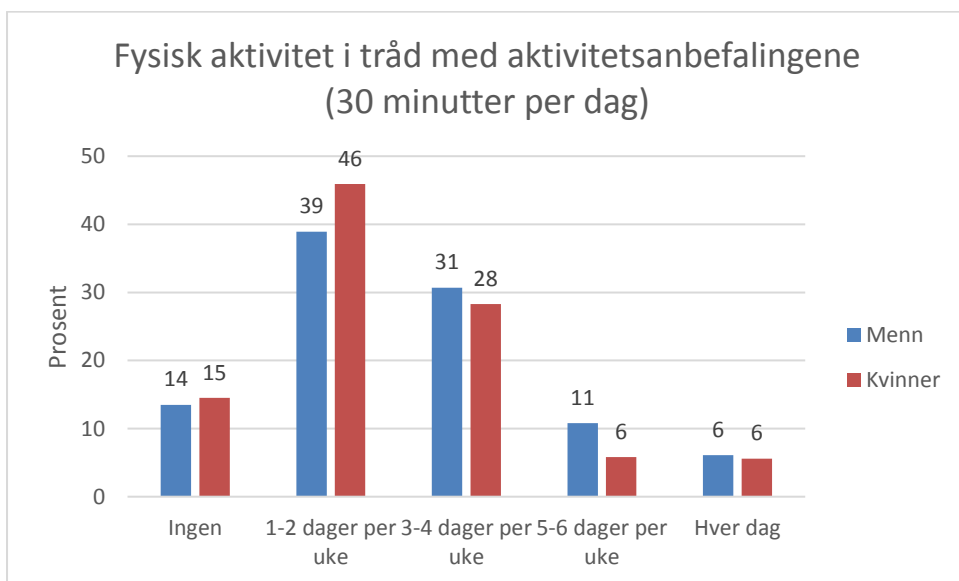
## 3 Levevaner

Levevaner som fysisk aktivitetsnivå, kosthold og tobakksvaner er viktige påvirkningsfaktorer for sykdom i befolkningen. Levevaner påvirker både fysisk og psykisk helse. Levevaner er ikke bare et resultat av personlige valg, men også et resultat av miljø og levekår og hvilke muligheter man har tilgjengelig (Kilde: FHI, <http://www.fhi.no/artikler/?id=108945>).

### 3.1 Fysisk aktivitet

Undersøkelser viser at vi blir mindre fysisk aktive dess eldre vi blir, at vi bruker stadig mer tid på stillesittende aktiviteter, og at færre har kroppsarbeid nå enn tidligere. Helsemyndighetene anbefaler at voksne er moderat fysisk aktive i minst 150 minutter per uke. Det er videre anbefalt å redusere tida en bruker i ro, og unngå langvarig stillesitting. Barn og unge bør delta i fysisk aktivitet med moderat eller høy intensitet i minimum 60 minutter hver dag (Kilde: Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/artikler/?id=110551>).

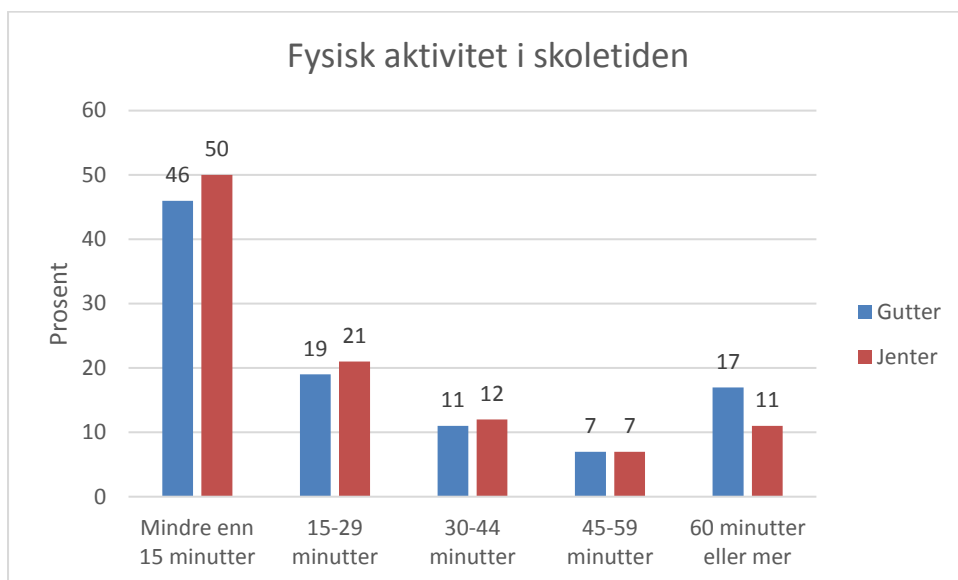
Undersøkelser i Nordland viser at 14-22 % av voksne er moderat fysisk aktive minst 30 minutter per dag i 5 dager eller mer per uke (UiN 2012, NIBR 2013). Nasjonale data fra SSB's levekårsundersøkelse viser at 57 % voksne i Nordland oppgir at de er fysisk aktive (andel som oppgir at de vanligvis utfører fysisk aktivitet på fritiden slik at de blir svette og andpustne mer enn 2,5 time på uke), mot 54 % i landet som helhet. I hovedtrekk ligger aktivitetsnivået blant voksne i Nordland likt som landet når man sammenlikner tall fra undersøkelser med like målemetoder og spørsmål<sup>4</sup>. Uavhengig av hva som er den eksakte andelen som oppfyller aktivitetsanbefalingene så viser undersøkelsene at de fleste voksne ikke oppfyller anbefalingene, de fleste trener sjelden eller aldri med høyere intensitet, og at mange generelt er inaktive.



**Figur 28: Antall dager per uke med fysisk aktivitet i tråd med aktivitetsanbefalingene, etter kjønn. 18 år og over. Prosent. Kilde: NIBR, Notat 2013:103.**

<sup>4</sup> Forskjeller i resultater mellom ulike undersøkelser kan skyldes ulike målemetoder, ulikheter i deltakere/respondenter og forskjellig spørsmålsformulering. Andel som oppfyller aktivitetsanbefalingene blir ikke den samme om man måler andel som er moderat fysisk aktiv minst 150 minutter per uke som om man måler andel som er moderat fysisk aktiv minst 30 minutter per dag minst 5 dager per uke. I det første alternativet kan en lengre helgetur gjøre at man oppfyller aktivitetsanbefalingene, mens det andre alternativet setter krav til mer daglig aktivitet.

Blant elever i videregående skole i Nordland her totalt 14 % et fysisk aktivitetsnivå i skoletiden (inkludert aktivitet til og fra skolen) som gjør at de oppfyller aktivitetsanbefalingene i skoletiden (flere gutter enn jenter). 12 % er fysisk aktive i 30-44 minutter, mens 7 % er fysisk aktive i 45-59 minutter (Ungdata 2013).



**Figur 29:** Tenk på en gjennomsnittsdag: Hvor mange minutter i løpet av skoletiden er du fysisk aktiv, slik at du blir svett/andpusten. Regn med fysisk aktivitet til og fra skolen. Prosent. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i videregående skole, Nordland 2013.

Voksne i Nordland sitter i gjennomsnitt stille nærmere 8,5 timer pr dag på en vanlig hverdag. Menn bruker mer tid til stillesitting enn kvinner (NF-rapport 2014). Mange ungdommer bruker også mye av fritida på stillesittende aktiviteter (data, TV, sosiale medier og liknende) (Ungdata 2016).

Den mest utbredte aktiviteten blant både voksne og ungdom er treningsstudio og egenorganisert aktivitet (UiN 2012, NF-rapport 2014, Ungdata 2016). Friluftsliv er den største og viktigste fysiske aktiviteten i Nordland.

Omtrent én av fire benytter aktiv transport på arbeids-/ skolareisen i sommerhalvåret, sammenliknet med én av fem i vinterhalvåret. Flere kvinner enn menn går eller sykler til arbeid/skole, både sommer og vinter. 68 % av de som har mindre enn 1 km, og 43 % av de som har 1-2,9 km reisevei til jobb benytter aktiv transport. De fleste som ikke benytter aktiv transport kjører bil til jobb (NF-rapport 6/2014).

En kartlegging av barn og unges skolereiser i Nordland i 2010 (TØI) viste at andel som går til skolen øker med økende alderstrinn, mens andelen som blir kjørt i bil til skolen går ned. Blant de som har mindre enn 500 meter til skolen benyttet 92 % aktiv transport, mens andelen var 71 % blant de som har mellom 500 meter og 1 km til skolen. Halvparten av de med mellom 1 og 2 km skolevei benyttet aktiv transport.

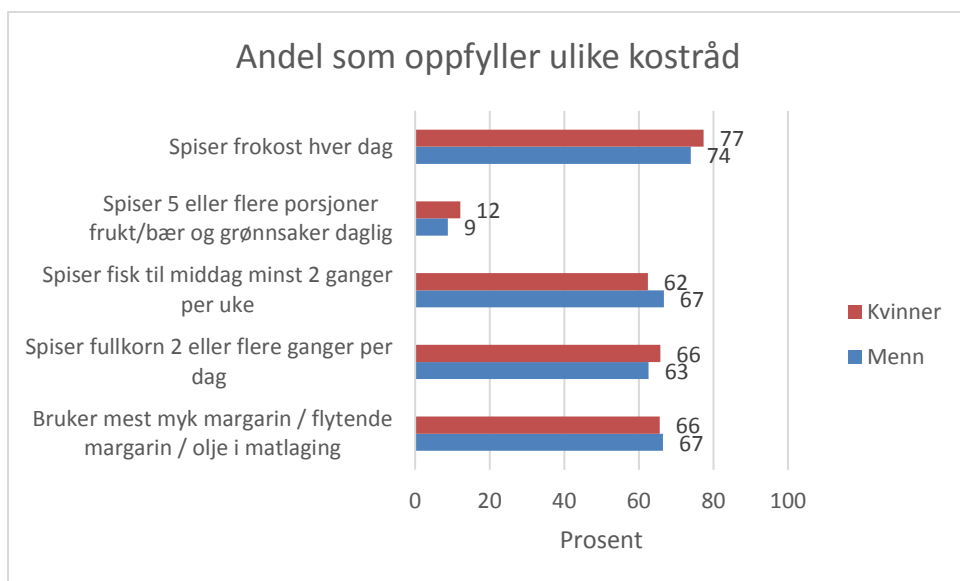
## 3.2 Kosthold

De nasjonale kostanbefalingene tilrår et kosthold som hovedsakelig er plantebasert, og som inneholder mye grønnsaker, frukt, bær, fullkorn og fisk og lite mengder rødt kjøtt, salt, tilsatt sukker og energirike matvarer. Til tross for flere positive utviklingstrekk de siste årene har kostholdet til store deler av befolkningen fremdeles klare ernæringsmessige svakheter (Kilde: Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/artikler/?id=110552>).

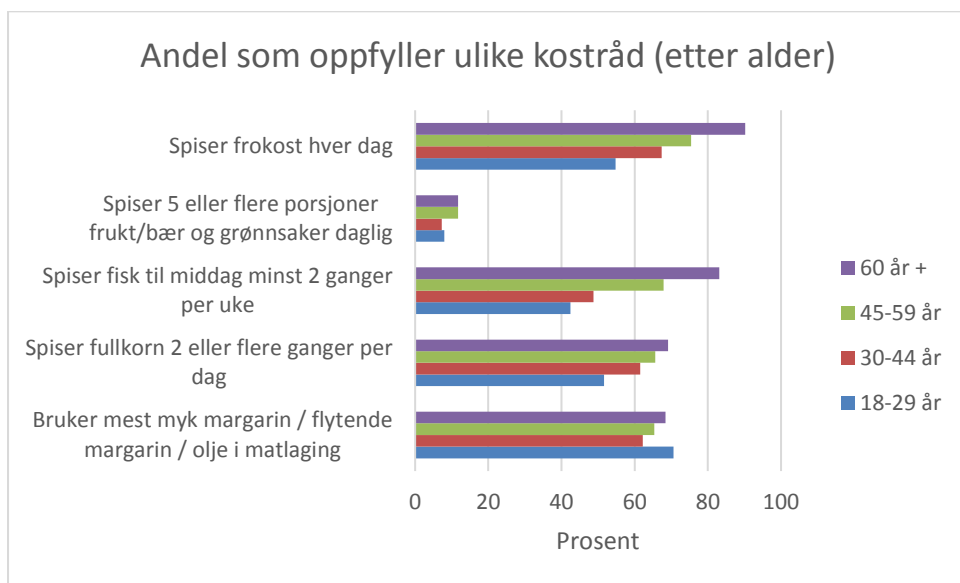
I en undersøkelse i Nordland i 2012 (NIBR) ble voksnes matvaner kartlagt, herunder hvilken type fett man bruker mest i matlaging, hvor ofte man spiser fullkorn, hvor ofte man spiser fisk til middag, hvor mange porsjoner frukt/bær og grønnsaker man spiser per dag, og hvor ofte man spiser frokost. Det kostrådet som flest oppfyller av disse fem er å spise frokost hver dag (77 % kvinner og 74 % menn). Omtrent 2 av 3 oppfyller kostrådene for inntak av fisk, fullkorn og hvilken type fett man bruker til matlaging, mens bare 12 % kvinner og 9 % menn oppfyller anbefalingene for inntak av frukt og

grønt. Bare 4 % følger alle disse fem kostrådene. Det er tendenser til at kvinner har noe sunnere kosthold enn menn. Størst kjønnsforskjell finner man i inntak av frukt og grønt.

Generelt øker andelen som oppfyller de ulike kostrådene med økende alder. Størst forskjell mellom aldersgruppene er det i andel som spiser frokost daglig og andel som spiser fisk minst to ganger per uke. For inntak av frukt/grønt er det små forskjeller mellom aldersgruppene.



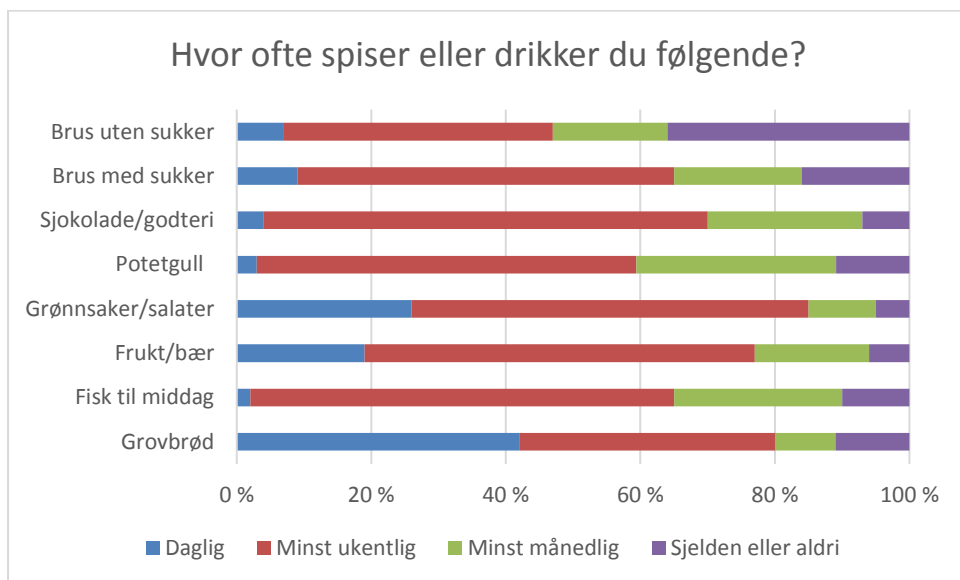
Figur 30: Andel voksne i Nordland som oppfyller ulike kostråd, etter kjønn. Prosent. Kilde: NIBR, Notat 2013:103.



Figur 31: Andel voksne i Nordland som oppfyller ulike kostråd, etter alder. Prosent. Kilde: NIBR, Notat 2013:103.

Totalt spiser omtrent 3 av 4 voksne i Nordland frokost daglig. Andelen som spiser frokost daglig øker med økende alder, fra 55 % i aldersgruppen 18-29 år til 90 % i aldersgruppen 60 år + (NIBR, Notat 2013:103). Omtrent halvparten av elevene i videregående skole i Nordland spiser frokost daglig (Ungdata 2013 og 2016).

Inntaket av frukt og grønnsaker er lavt også blant ungdom i Nordland. 19 % av elevene i videregående skole oppgir at de har daglig inntak av frukt/bær, og 26 % at de har daglig inntak av grønnsaker/salater. 9 % drikker brus med sukker daglig, mens bare 3-4 % oppgir at de spiser potetgull eller sjokolade/godteri daglig.

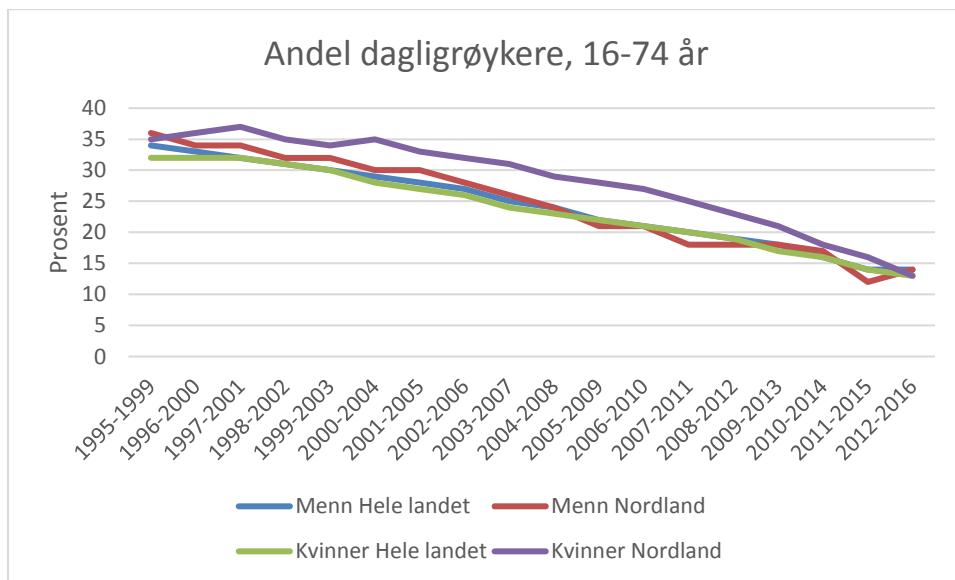


**Figur 32: Kosthold blant elever i videregående skole i Nordland. Hvor ofte man spiser eller drikker ulike matvarer. Prosent. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i videregående skole, Nordland 2016.**

### 3.3 Tobakksvaner

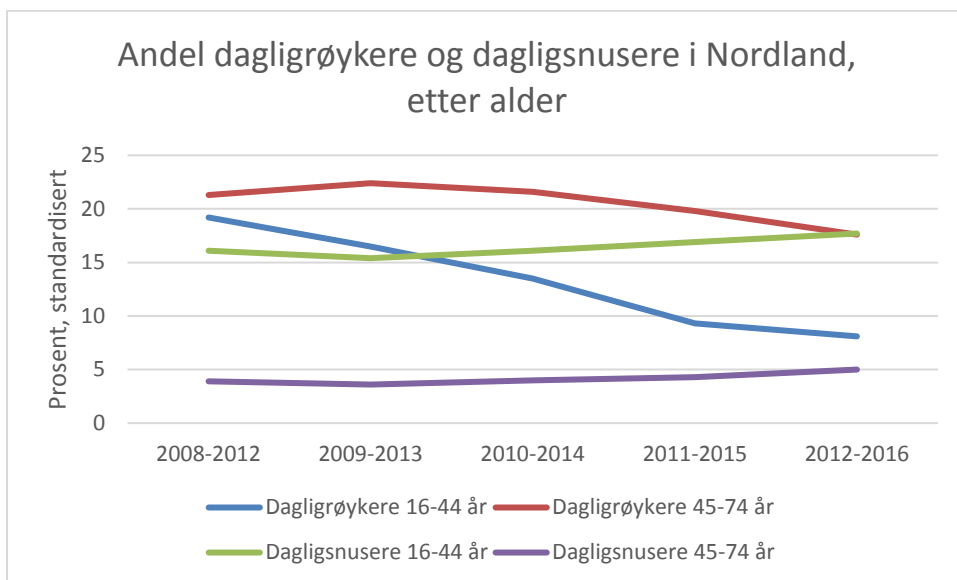
På landsbasis var det i 2015 totalt 12 % dagligrøykere i alderen 16-74 år, mens 9 % oppgir at de røyker av og til. Andel dagligrøykere har gått nedover i perioden 1999-2015 blant begge kjønn.

Fylkesdata på røyking fra SSB er oppgitt som 5-årig glidende gjennomsnitt (på grunn av for lite utvalg til å oppgi fylkesdata for hvert år). Når man skal sammenlikne fylket med landet må man derfor bruke gjennomsnittstall både for fylket og for hele landet. De tidligere forskjellene i røykevaner mellom Nordland og landet er i ferd med å viskes ut. I Nordland røyker 14 % menn og 13 % kvinner daglig, og røykeandelen blant menn og kvinner i Nordland ligger nå likt som hele landet (gjennomsnitt 2012-2016). Andel dagligrøykere har gått ned i alle aldersgrupper.



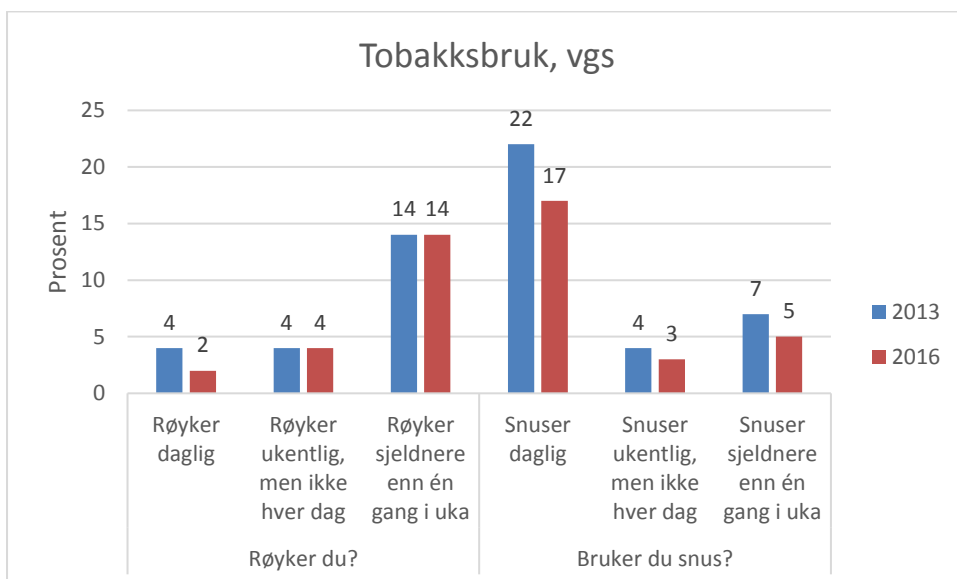
**Figur 33: Andel dagligrøykere i Nordland og hele landet, 16-74 år, etter kjønn. Prosent. Kilde: Statistikkbanken (SSB).**

Mens andel røykere går ned fra år til år finner man en økning i andel som bruker snus. Det er flere voksne som bruker snus daglig i Nordland enn i landet som helhet (11,1 % og 9 %, gjennomsnitt 2012-2016). 4,8 % i aldersgruppen 16-74 år i Nordland bruker snus av og til, mot 4 % i landet som helhet. Betydelig flere menn enn kvinner bruker snus. Det er også store aldersforskjeller i snusbruk. Høyest andel snusbrukere finner man blant unge voksne.



**Figur 34: Andel dagligrøykere og dagligsnusere i Nordland, etter alder. Prosent. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgesghelsa.no](http://www.norgesghelsa.no)).**

I videregående skole snuser 19 % av guttene og 15 % av jentene daglig, mens 11 % gutter og 8 % jenter oppgir at de snuser av og til (Ungdata 2016). Røyking er lite utbredt blant elever i videregående skole: 3 % gutter og 1 % jenter røyker daglig (19 % gutter og 17 % jenter røyker av og til). Fra 2013 til 2016 har det vært en reduksjon i andel som røyker daglig (fra 4 % til 2 %) og som snuser daglig (fra 22 til 17 %).



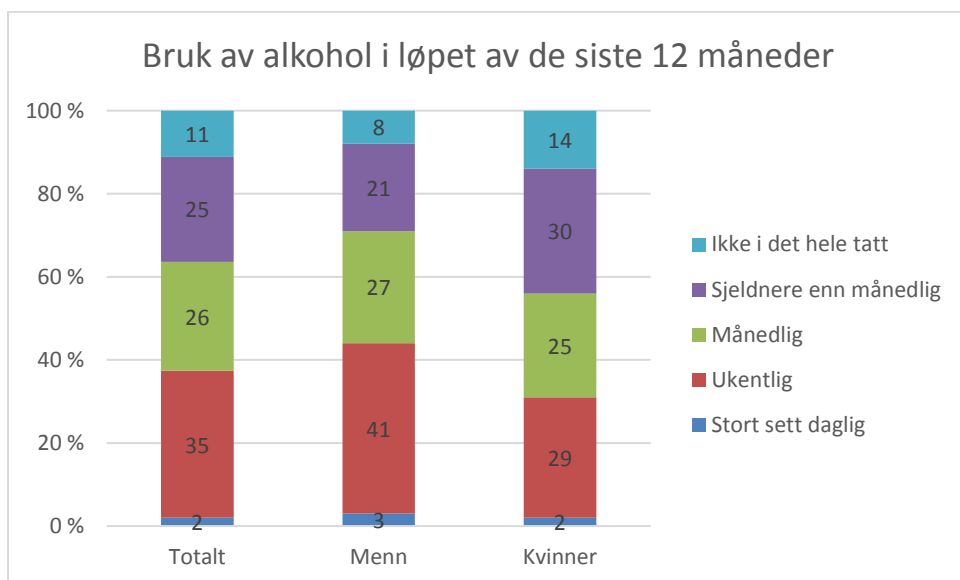
**Figur 35: Tobakksbruk blant elever i videregående skole, VG1 og VG2, 2013 og 2016. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i videregående skole i Nordland.**

### 3.4 Alkohol og rus

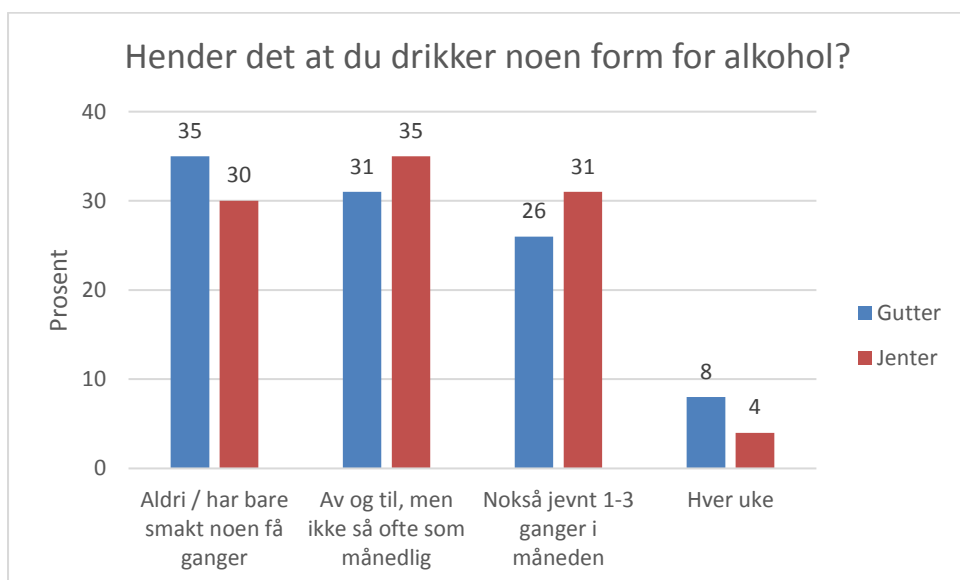
Siden tidlig på 1990-tallet har alkoholforbruket økt med cirka 40 prosent, og mest blant kvinner og eldre. Menn drikker fremdeles mer enn kvinner, med unntak av vin, men det er flere kvinner som drikker alkohol i dag enn for få år siden. Alkoholbruken blant unge har derimot gått ned. Bruk av alkohol og andre rusmidler er forbundet med en rekke sosiale og helsemessige konsekvenser i form av sykdommer, skader og psykiske plager og lidelser. Det finnes ikke fylkesrepresentative data om alkoholvaner i nasjonale registre. Gjennom fylkesundersøkelser i Nordland finnes det data om alkoholbruk blant voksne og ungdom i videregående skole.

Flere menn (44 %) enn kvinner (31 %) i Nordland drikker alkohol ukentlig eller oftere. Menn drikker også vanligvis flere enheter alkohol enn kvinner. Andel som drikker alkohol ukentlig eller oftere øker med økende alder, bortsett fra den eldste aldersgruppen (67 år og over). Om lag halvparten i aldersgruppen 15-24 år drikker vanligvis 5 enheter eller mer når de drikker (NF-rapport 6/2014).

Blant elever i videregående skole i Nordland drikker 34 % gutter og 35 % jenter alkohol minst månedlig. Andelen som drikker alkohol minst månedlig øker fra VG1 til VG2 (fra 26 % til 45 %). 61 % gutter og 68 % jenter har vært tydelig beruset minst én gang siste seks måneder. Andel ungdom i videregående skole som har vært tydelig beruset siste 6 måned øker fra VG1 til VG2 (fra 56 % til 74 %) (Ungdata 2016).

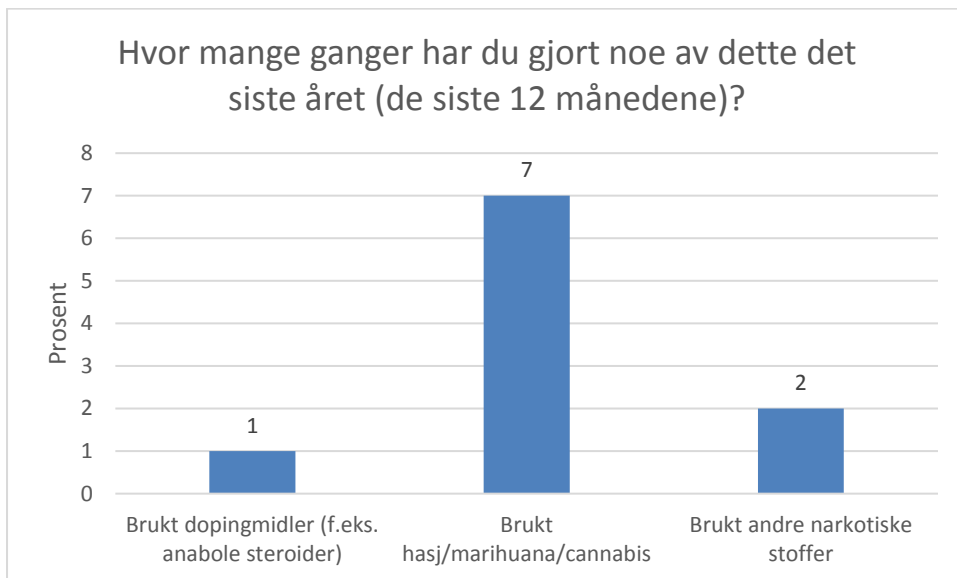


**Figur 36: Bruk av alkohol i løpet av de siste 12 måneder, totalt og etter kjønn. Prosent. Kilde: Nordlandsforskning, NF-rapport 6/2014.**



**Figur 37: Hender det at du drikker noen form for alkohol? Etter kjønn. Prosent. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i videregående skole, VG1 og VG2, Nordland 2016.**

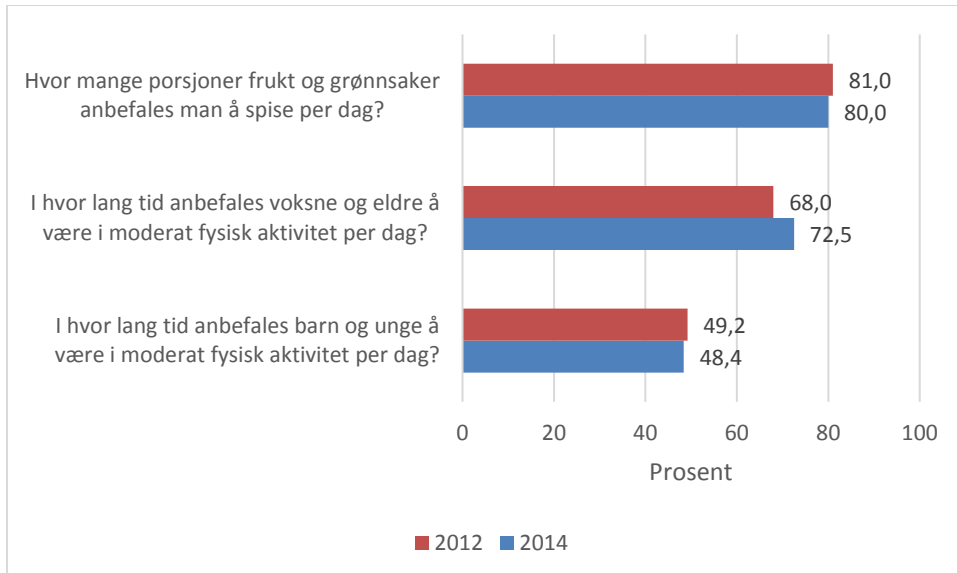
Det finnes ikke fylkesrepresentative data på bruk av rusmidler blant voksne. Gjennom Ungdata-undersøkelsene finnes det fylkesdata om rusmiddelbruk blant elever i videregående skoler. 7 % av elevene i videregående skole oppgir at de har brukt hasj/marihuana/cannabis i løpet av det siste året, mens 2 % har brukt andre narkotiske stoffer. 1 % har brukt dopingmidler (Ungdata 2016).



Figur 38: Kilde: Ungdata-undersøkelsen i videregående skole, VG1 og VG2, Nordland 2016.

### 3.5 Kunnskap om nasjonale anbefalinger

I 2012 ble kunnskap om sammenhengen mellom livsstil og helse kartlagt blant voksne i Nordland<sup>5</sup>. 83,4 % svarte at man anbefales å spise 5 porsjoner frukt og grønnsaker per dag, 66,3 % svarte at voksne og eldre anbefales å være i 30 minutter moderat fysisk aktivitet per dag, og 47,1 % svarte at barn og unge anbefales å være i moderat fysisk aktivitet i 60 minutter per dag. En gjentakelse av undersøkelsen i 2014<sup>6</sup> viste at det ikke hadde vært noen betydelig endring i andel som kjenner anbefalingene.



Figur 39: Prosentandel med riktig svar på spørsmål om de nasjonale anbefalingene for kosthold og fysisk aktivitet i 2012 og 2014. NIBR 2015:9.

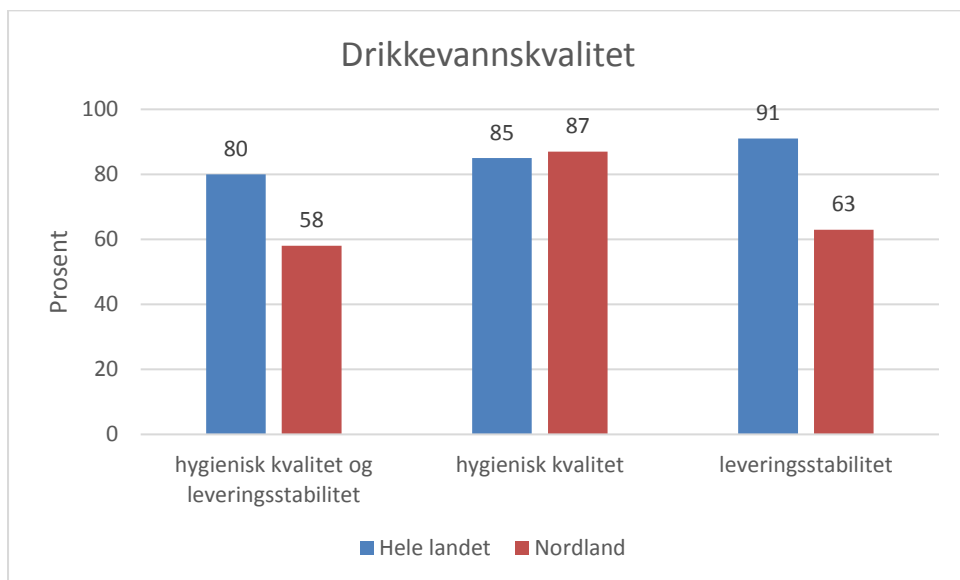
<sup>5</sup> Kunnskap, atferd og holdninger til sammenhengen mellom livsstil og helse blant Nordlands befolkning, NIBR 2013:103

<sup>6</sup> Helsekontoen. Utviklingen i Nordlands befolknings kunnskaper om livsstil og helse 2012-2014, NIBR 2015:9

## 4 Miljøforhold

### 4.1 Drikkevannskvalitet

Nordland er et av de fylkene som har lavest andel personer tilknyttet vannverk med god drikkevannskvalitet. 58 % av befolkningen har drikkevann som både tilfredsstillende krav til hygienisk kvalitet og til leveringsstabilitet (www.norghelsa.no<sup>7</sup>). På parameteret hygienisk kvalitet ligger Nordland likt som landet, mens leveringsstabiliteten er betydelig dårligere i Nordland.



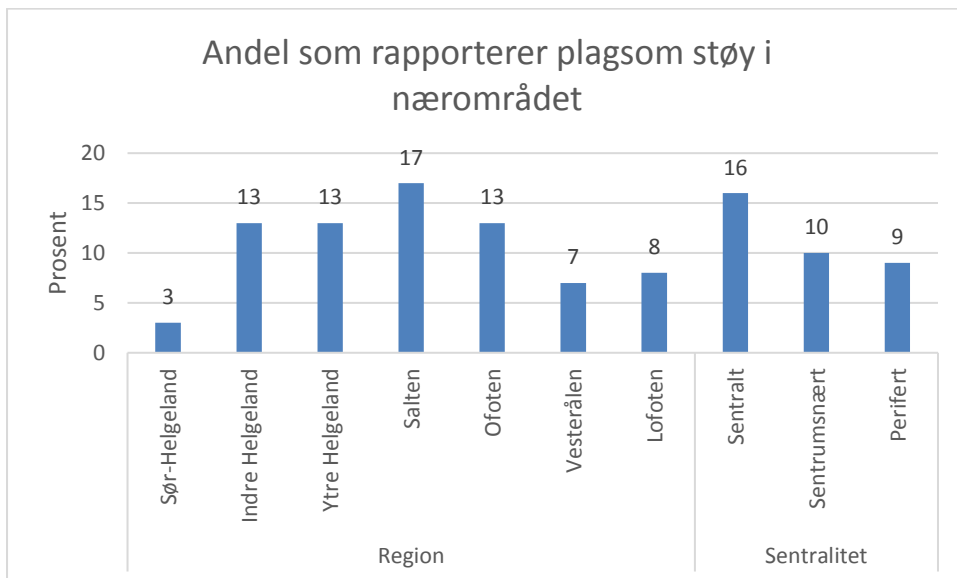
**Figur 40: Andelen personer tilknyttet vannverk med tilfredsstillende kvalitet på drikkevannsforsyningen i hele landet og Nordland. 2015. Prosent. Kilde: Folkehelseinstituttet (www.norghelsa.no).**

### 4.2 Støy

Nordland er et av de fylkene som har lavest andel personer utsatt for støy fra veitrafikk. 16 % av befolkningen i fylket (38800 personer) er utsatt for veitrafikkstøy over 55 dB ved bolig. Når det gjelder støy fra luftfart er Nordland det fylket i landet som har høyest andel støyutsatte. 5 % av befolkningen (10900 personer) er utsatt for støy fra luftfart over 55 dB ved bolig (Kilde: www.norghelsa.no, tallene er hentet fra SSBs beregninger i nasjonal støymodell, 2011). I Levekårsundersøkelsen i Nordland (2014) rapporterte 13 % plagsom støy i nærområdet. Det er regionale forskjeller i andel som opplever forstyrrende støy. I tillegg rapporterer flere som bor sentralt at de opplever forstyrrende støy sammenliknet med de som bor perifert (NF-rapport 6/2014).

<sup>7</sup> 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.

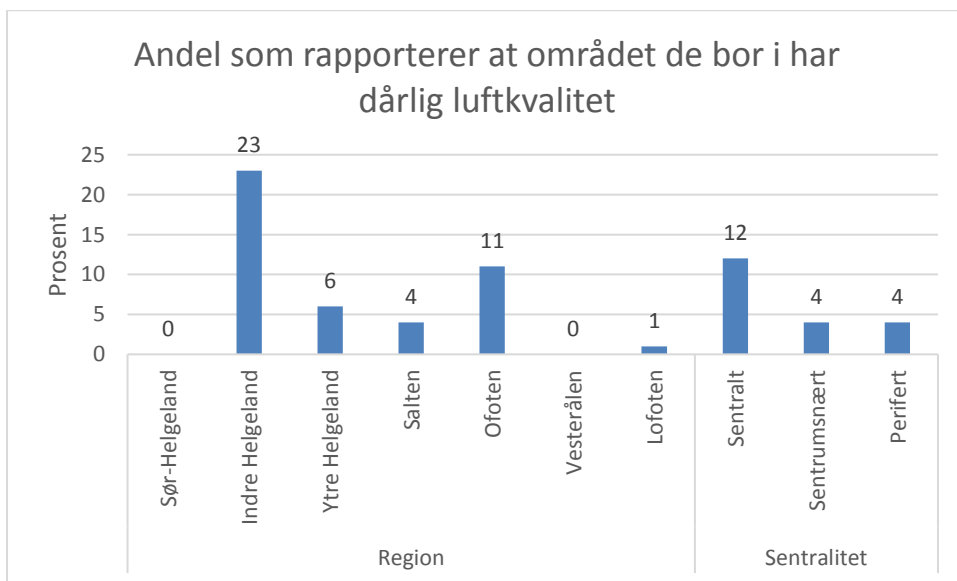




Figur 41: Forstyrrende støy, etter region og sentralitet. Prosent. Kilde: Nordlandsforskning, NF-rapport 6/2014.

### 4.3 Luftkvalitet

I levekårsundersøkelsen i Nordland rapporterte totalt 7 % at området de bor i har dårlig luftkvalitet. Indre Helgeland er den regionen med klart høyest andel som opplever dårlig luftkvalitet (23 %), fulgt av Ofoten (11 %). Flere som bor sentralt opplever dårlig luftkvalitet sammenliknet med de som bor perifert (NF-rapport 6/2014).



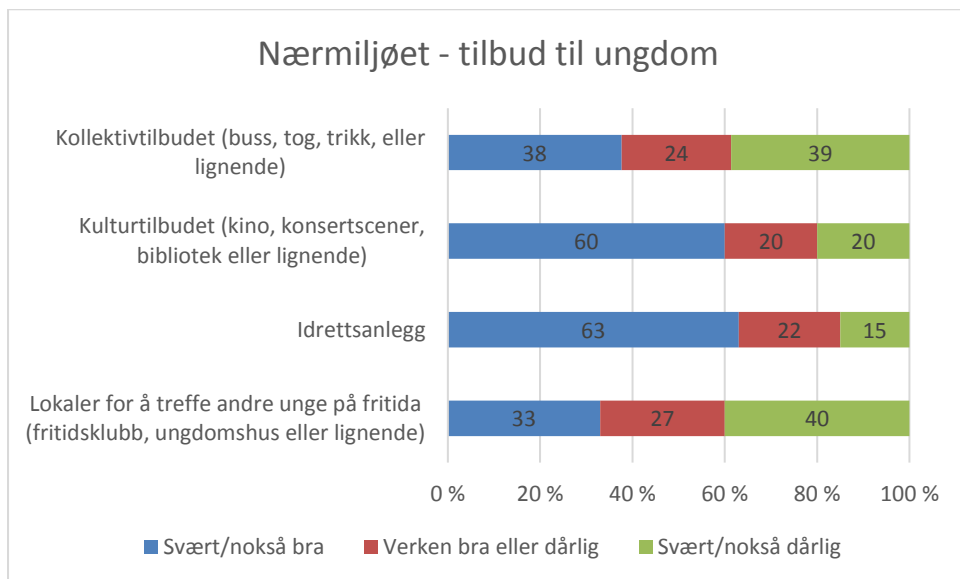
Figur 42: Dårlig luftkvalitet, etter region og sentralitet. Prosent. Kilde: Nordlandsforskning, NF-rapport 6/2014.

### 4.4 Bo- og nærmiljø

#### 4.4.1 Tilfredshet med nærmiljø

94 % voksne i Nordland oppgir at de er tilfreds med nabolaget/strøket de bor i. Andel som er tilfreds med nabolaget/strøket de bor i øker med økende alder (LKU 2014, NF-rapport 6/2014). Blant elever i videregående skole rapporterer 57 % at de er fornøyd med lokalmiljøet der de bor. Flere gutter (63 %) enn jenter (52 %) er fornøyd med lokalmiljøet. Totalt 37 % svarte at de kunne tenke seg å bo i kommunen sin når de blir voksen (43 % gutter, 30 % jenter) (Ungdata 2016).

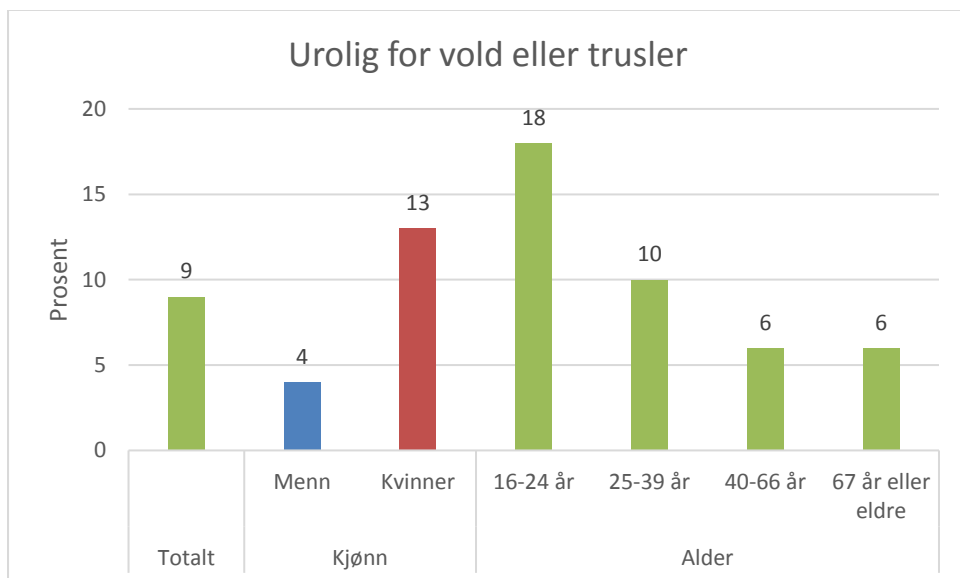
I Ungdataundersøkelsen i 2016 ble elevene i videregående skole spurt om tilbud til ungdom i nærmiljøet. Ca. 60 % rapporterer at kulturtilbudet og tilbudet av idrettsanlegg er bra, 38 % svarer at kollektivtilbudet er bra og 33 % svarer at tilbudet av lokaler for å treffe andre unge på fritida er bra. Flere gutter enn jenter rapporterer at tilbud til ungdom i nærmiljøet er bra, bortsett fra når det gjelder idrettsanlegg hvor man ikke finner forskjeller mellom kjønnene.



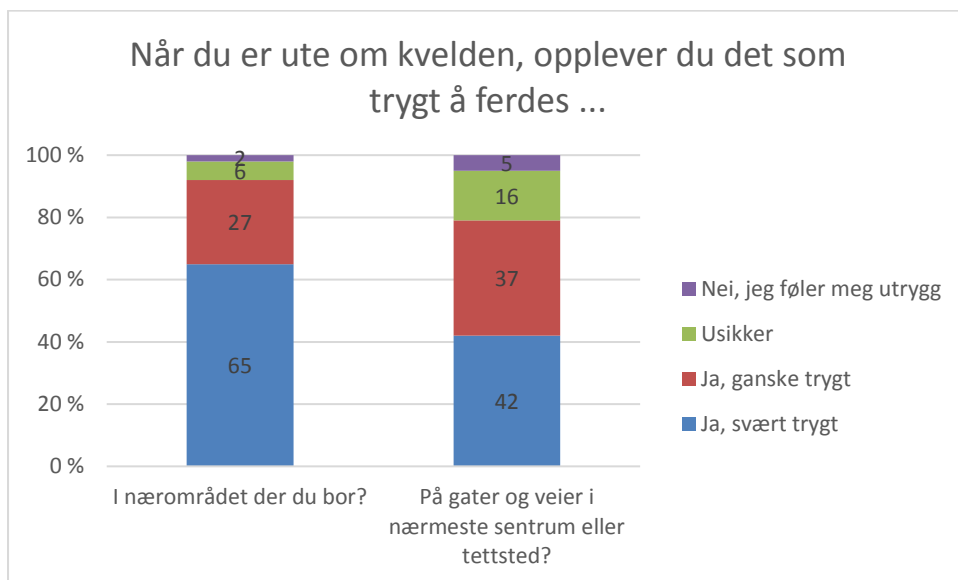
Figur 43: Tenk på områdene rundt der du bor. Hvordan opplever du at tilbudet til ungdom er når det gjelder ... Prosent. Kilde: Ungdataundersøkelsen i videregående skole i Nordland, VG1 og VG2, 2016.

#### 4.4.2 Trygghet i bo- og nærmiljø

9 % voksne i Nordland oppgir at de urolig for å bli utsatt for vold eller trusler når de går ute alene der de bor. Andel som er urolig for vold eller trusler går ned med økende alder (LKU 2014, NF-rapport 6/2014). Blant elever i videregående skole rapporterer 2 % at de føler seg utrygg når de ferdes på kvelden i nærområdet der de bor, mens 5 % føler seg utrygg når de ferdes på kvelden på gater og veier i nærmeste sentrum eller tettsted. Omtrent tre ganger så mange jenter som gutter rapporterer at de føler seg utrygge (Ungdata 2016).



Figur 44: Andel som er svært eller noe urolig for å bli utsatt for vold eller trusler når de går ute alene der de bor. Kilde: Levekår og livskvalitet i Nordland 2014, NF-rapport 6/2014.



**Figur 45: Når du er ute om kvelden, opplever du det som trygt å ferdes ... Prosent. Kilde: Ungdataundersøkelsen i videregående skole i Nordland, VG1 og VG2, 2016.**

#### 4.4.3 Tilgang til natur

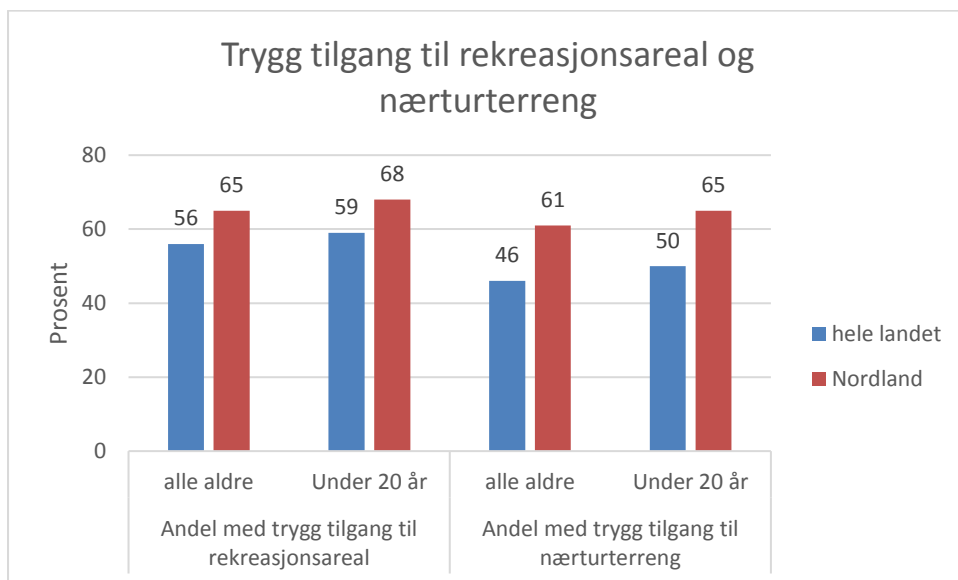
En høyere andel bosatte i tettsteder i Nordland har trygg tilgang<sup>8</sup> til rekreasjonsareal<sup>9</sup> og nærturterreng<sup>10</sup>, sammenliknet med bosatte i tettsteder i hele landet. 65 % i Nordland (68 % under 20 år) har trygg tilgang til rekreasjonsareal og 61 % (65 % under 20 år) har trygg tilgang til nærturterreng.

Naturen i Nordland innbyr til et vidt spekter av friluftsliv for hele befolkningen, på alle nivå og til alle årstider. Det er 70 statlig sikrede friluftsområder i fylket. Det har vært en lang tradisjon for arbeid med friluftsliv i fylket, og fylkeskommunen har lenge hatt en aktiv rolle. NFK har gjennomført og fullført kartlegging av viktige friluftsområder i Nordland (ferdig sommeren 2015). Det foreligger en del kunnskap om landskapsverdier i Nordland i dag, men den er i mange tilfeller svært mangelfull. Samtidig får landskapet større betydning for stadig flere personer. Landskapet er blant annet satt på dagsorden gjennom den europeiske landskapskonvensjonen, som Norge har sluttet seg til. Denne legger vekt på hverdagslandskapet, det landskapet som har stor betydning for folk i deres daglige liv (Kilde: Regional planstrategi for Nordland 2016-2022 Del 1 – Kunnskapsgrunnlaget).

<sup>8</sup> Trygg tilgang: For å nå et nærturterreng eller rekreasjonsareal trygt må en kunne ferdes langs stier, gang- og sykkelveger eller bilveger med lite trafikk og lav fartsgrense. Det er også satt krav om hvor langt man er nødt til å gå for å ha tilgang, kravet er 200 meter for rekreasjonsareal og 500 meter for nærturterreng.

<sup>9</sup> Rekreasjonsareal: Naturområder av en viss størrelse (minst 5 dekar) i tettsteder eller som grenser til tettsteder. Parker og de fleste idrettsanlegg er også inkludert.

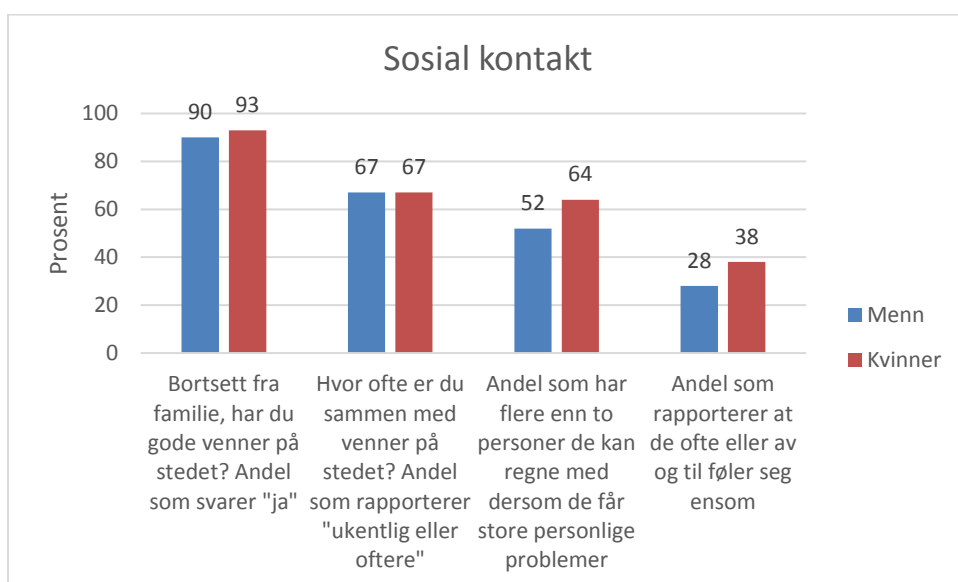
<sup>10</sup> Nærturterreng: Store naturområder (større enn 200 dekar) i tettsteder eller som grenser til tettsteder. Parker og de fleste idrettsanlegg er også inkludert.



**Figur 46: Andel bosatte i tettsteder med trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng i hele landet og Nordland, etter alder. 2016. Prosent. Kilde: SSB.**

## 4.5 Psykososialt miljø

Gode nære relasjoner er en av faktorene som bidrar til å fremme psykisk helse og trivsel. Resultater fra SSB's levekårsundersøkelse viser at omtrent halvparten av voksne mellom 16 og 79 år i Nordland angir at de har sterk støtte i og/eller utenfor familien, mens 5 % angir lite sosial støtte. Nordland ligger likt som landet ([www.norgesghelsa.no](http://www.norgesghelsa.no)). Blant elever i videregående skole rapporterer 65 % at de helt sikkert har minst én venn som de kan stole på og kan betro seg til om alt mulig, mens 22 % svarer «ja, det tror jeg». Flere jenter enn gutter svarer «ja, helt sikkert» på dette spørsmålet (Ungdata 2016). 92 % av respondentene i levekårsundersøkelsen i Nordland 2014 svarte at de har gode venner på stedet (bortsett fra familie), 67 % er sammen med venner på stedet «ukentlig eller oftere». Totalt 57 % oppgir at de har flere enn to personer de kan regne med dersom de får store personlige problemer (flere kvinner enn menn) (NF-rapport 6/2014).

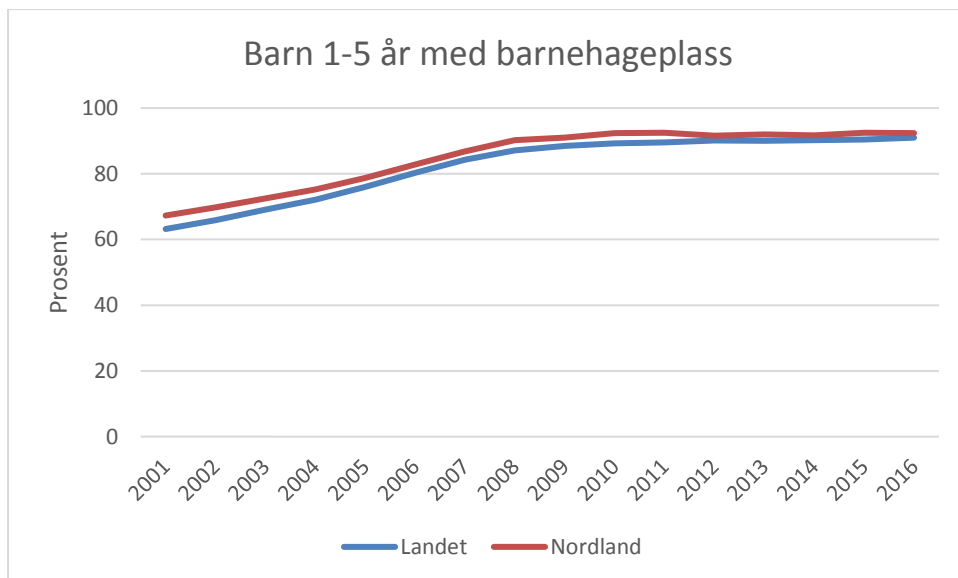


**Figur 47: Sosial kontakt. Levekårsundersøkelsen i Nordland 2014. Kilde: Nordlandsforskning, NF-rapport 6/2014.**

## 5 Oppvekst og levekår

### 5.1 Barnehagedekning

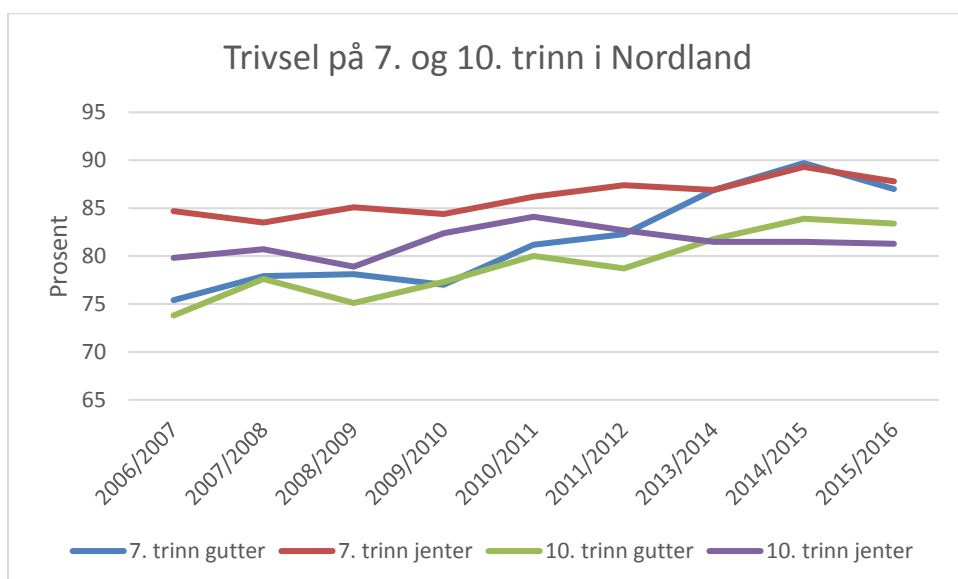
92,4 % av barn i aldersgruppen 1-5 år i Nordland hadde barnehageplass i 2016. Utviklingen i barnehagedekning i Nordland følger utviklingen i landet som helhet.



Figur 48: Barn 1-5 år med barnehageplass, Nordland og hele landet. Prosent. Kilde: Statistikkbanken SSB.

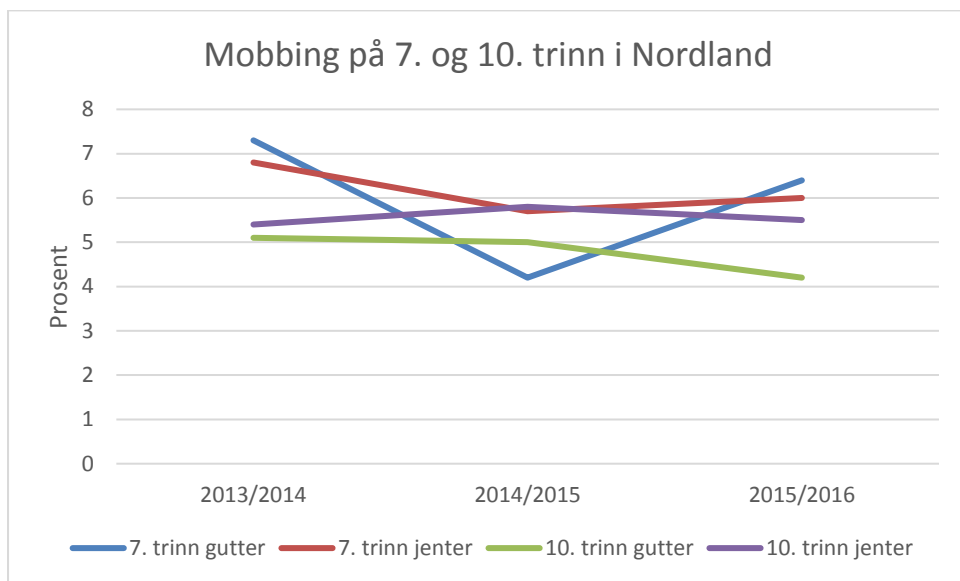
### 5.2 Forhold i grunnskolen

87,3 % av elevene i 7. klasse og 82,2 % av elevene i 10. klasse i Nordland rapporterer at de trives på skolen. Skoletrivsel har økt blant gutter i perioden 2007-2016, både i Nordland og hele landet. Andelen som trives på skolen er lavere i Nordland enn i landet som helhet ([www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no)). I Ungdata-undersøkelsen i VGS i Nordland i 2016 rapporterte 93 % at de trives på skolen (Ungdata 2016).



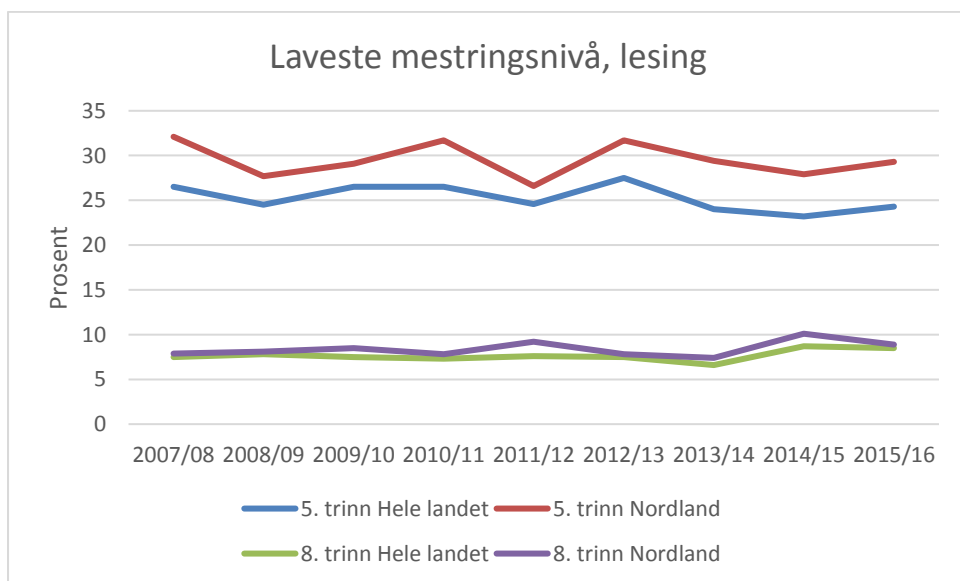
Figur 49: Trivsel på 7. og 10. trinn i Nordland, etter kjønn. Prosent. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no)).

6,2 % av elevene i 7. klasse og 4,9 % av elevene i 10. klasse i Nordland rapporterer at de har opplevd mobbing de siste månedene. Andel som opplever å bli mobbet viser en svak nedadgående trend. Andelen jenter som har opplevd mobbing de siste månedene er høyere i Nordland enn i landet som helhet.



Figur 50: Mobbing på 7. og 10. trinn i Nordland, etter kjønn. Prosent. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no)).

29,3 % av elevene på 5. trinn i Nordland ligger på laveste mestringsnivå i lesing, mens 30,2 % ligger på laveste mestringsnivå i regning<sup>11</sup>. Andelen som ligger på laveste mestringsnivå på 5. trinn er høyere i Nordland enn i hele landet. På 8. trinn ligger andelen på laveste mestringsnivå i Nordland nesten likt som andelen i hele landet.



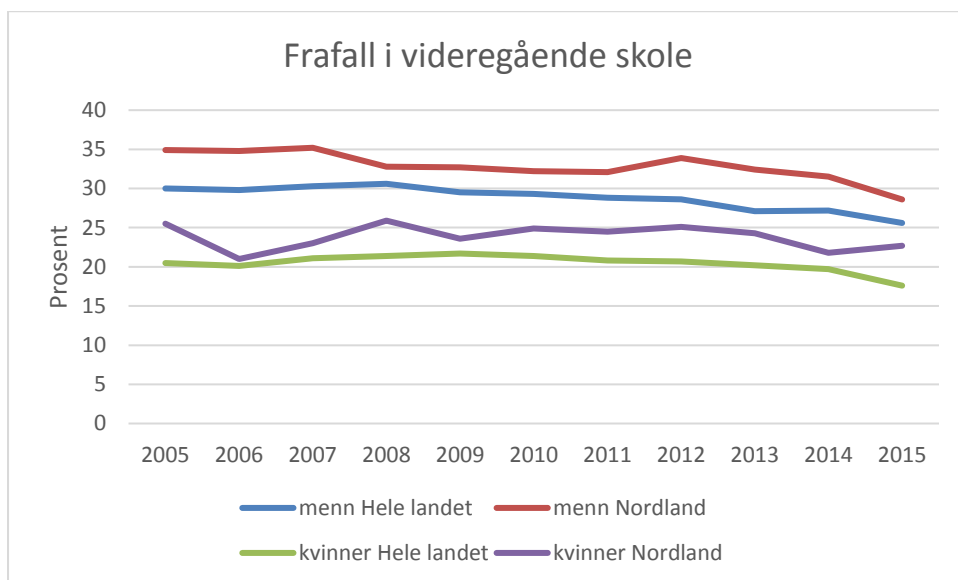
Figur 51: Andel 5. og 8. klassinger på laveste mestringsnivå i lesing, Nordland og hele landet. Prosent. Kilde: Folkehelseinstituttet, [www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no).

<sup>11</sup> Med utgangspunkt i poengsum, fordeles elevene på ulike mestringsnivåer. Poenggrenser er satt ut ifra resultatene på nasjonalt nivå.

## 5.3 Videregående skole

54 % av elevene på VG1 og VG2 tror de vil ta utdanning på universitet eller høyskole. 47 % tror de vil komme til å ta fagbrev. Flere gutter enn jenter tror de vil komme til å ta fagbrev, og flere jenter enn gutter tror de vil komme til å ta utdanning på universitet eller høyskole (Ungdata 2016).

Frafall i videregående skole<sup>12</sup> har gått noe ned blant gutter i perioden 2005-2015. I Nordland i 2015 regnes 25,7 % som frafalt (28,6 % gutter, 22,7 % jenter). Frafallet er høyere i Nordland enn i landet som helhet.

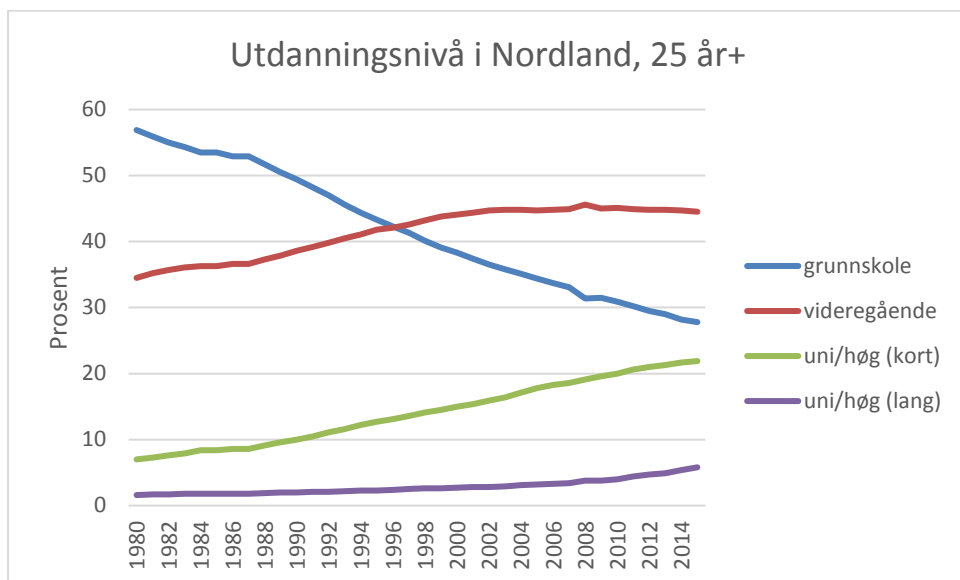


Figur 52: Frafall i videregående skole, Nordland og hele landet, etter kjønn. Prosent. Kilde: Folkehelseinstituttet, [www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no).

### 5.3.1 Utdanningsnivå

Utdanningsnivå i befolkningen i Nordland viser en positiv utvikling i perioden 1980-2015. Det har vært en betydelig reduksjon i andel med grunnskole som høyeste utdanning. Fortsatt er utdanningsnivået i Nordland lavere enn i landet som helhet. I 2015 hadde 27,3 % av befolkningen i Nordland (25 år og over) grunnskole som høyeste utdanning (22,3 % i hele landet), 44,5 % hadde videregående skole som høyeste utdanning (42,1 % i hele landet), 21,9 % hadde kort høyere utdanning (25 % i hele landet), og 5,8 % hadde lang høyere utdanning (10,6 % i hele landet). Flere kvinner enn menn i Nordland tar høyere utdanning.

<sup>12</sup> 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 bostedsfylke det året han eller hun startet på grunnkurs i videregående opplæring. Grunnkompetanse regnes ikke som gjennomført videregående opplæring. Personer som begynner på videregående opplæring og avslutter med kompetansebevis, vil derfor regnes som frafalt.



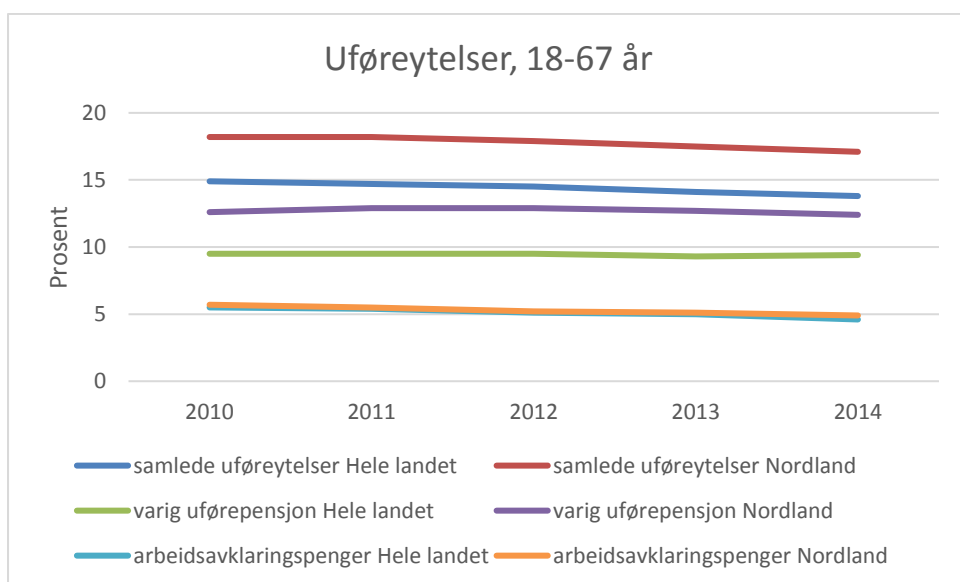
Figur 53: Utdanningsnivå i Nordland, 25 år +. Prosent. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgeshelse.no](http://www.norgeshelse.no)).

## 5.4 Arbeid

### 5.4.1 Uførhet

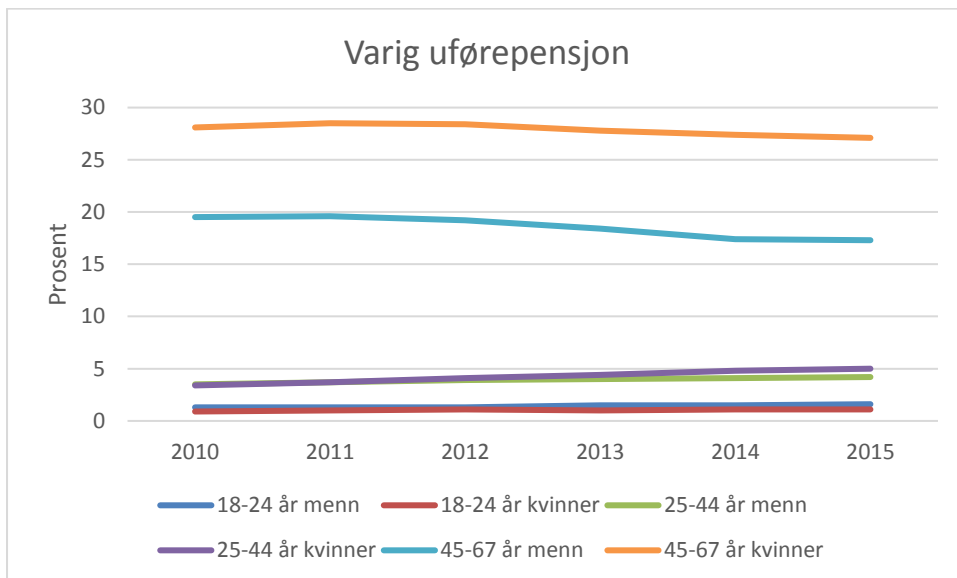
I Nordland i 2015 mottok 17 % av befolkningen i aldersgruppen 18-67 år uføreytelser (12,4 % mottok varig uførepensjon, 4,8 % mottok arbeidsavklaringspenger). Andel mottakere av samlede uføreytelser er høyere i Nordland enn i landet som helhet (17 vs. 13,7 %), noe som skyldes at Nordland har flere på varig uførepensjon. I perioden 2010-2015 har det vært en liten reduksjon i andel mottakere av samlede uføreytelser. Flere kvinner enn menn mottar uføreytelser. Kjønnsforskjellen blir større jo høyere opp i alder man kommer.

I Nordland har det vært en liten reduksjon i andel mottakere av varig uførepensjon i aldersgruppen 45-67 år i perioden 2010-2015, mens det har vært en liten økning i aldersgruppen 25-44 år. Andel mottakere av varig uførepensjon i aldersgruppen 18-24 år har ikke endret seg i perioden.



Figur 54: Andel mottakere av samlede uføreytelser, varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger i Nordland og hele landet. Prosent. Kilde: FHI ([www.norgeshelse.no](http://www.norgeshelse.no)).

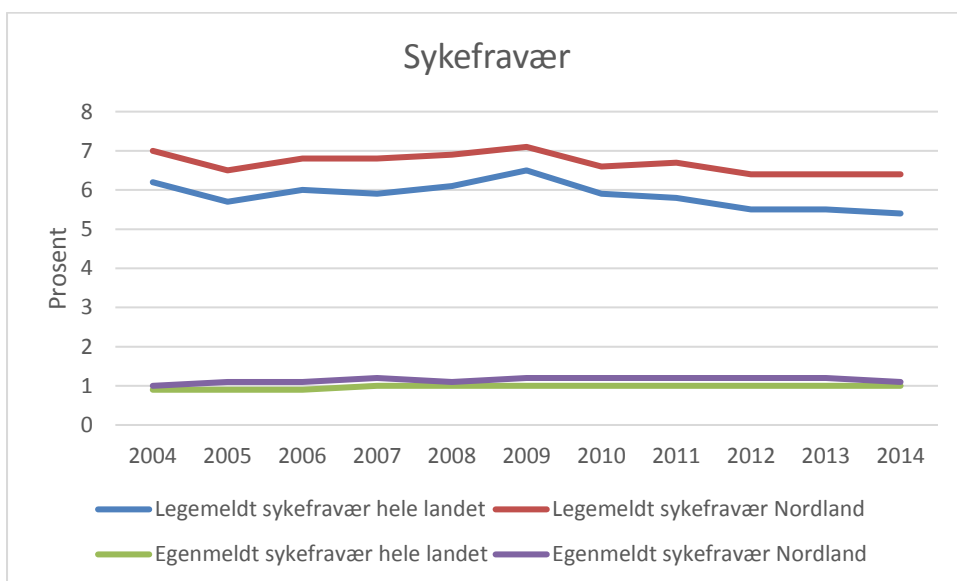




Figur 55: Andel mottakere av varig uførepensjon i Nordland, etter aldersgruppe og kjønn. Prosent. Kilde: FHI ([www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no)).

#### 5.4.2 Sykefravær

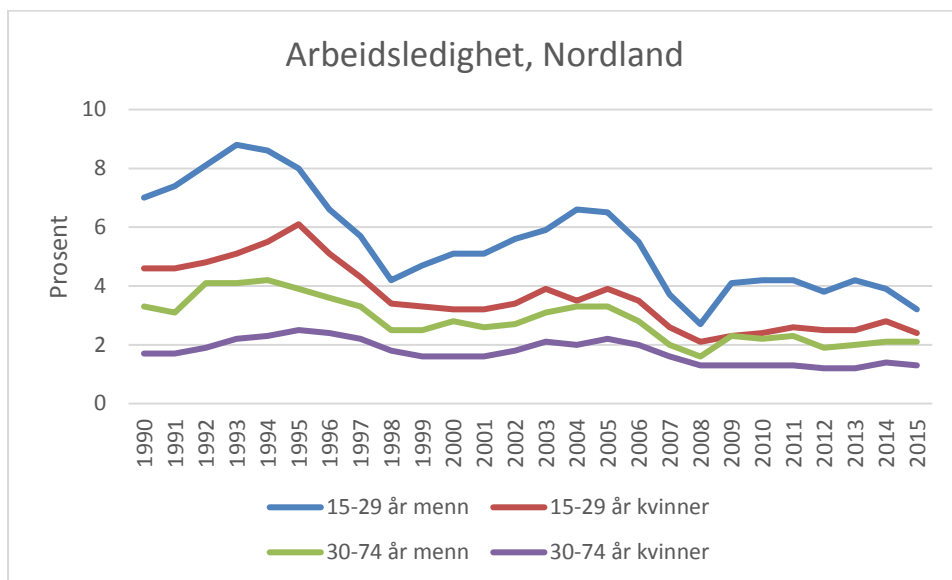
Det har vært en liten nedgang i legemeldt sykefravær i perioden 2004-2014, mens egenmeldt sykefravær har vært uendret. Samlet sykefravær i 2014 var 7,5 % i Nordland mot 6,4 % i hele landet. Utviklingen i Nordland følger utviklingen i landet som helhet, men Nordland har høyere legemeldt sykefravær, både blant menn og blant kvinner. Kvinner har høyere sykefravær enn menn.



Figur 56: Legemeldt og egenmeldt sykefravær i Nordland og hele landet. Prosent. Kilde: FHI ([www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no)).

#### 5.4.3 Arbeidsledighet

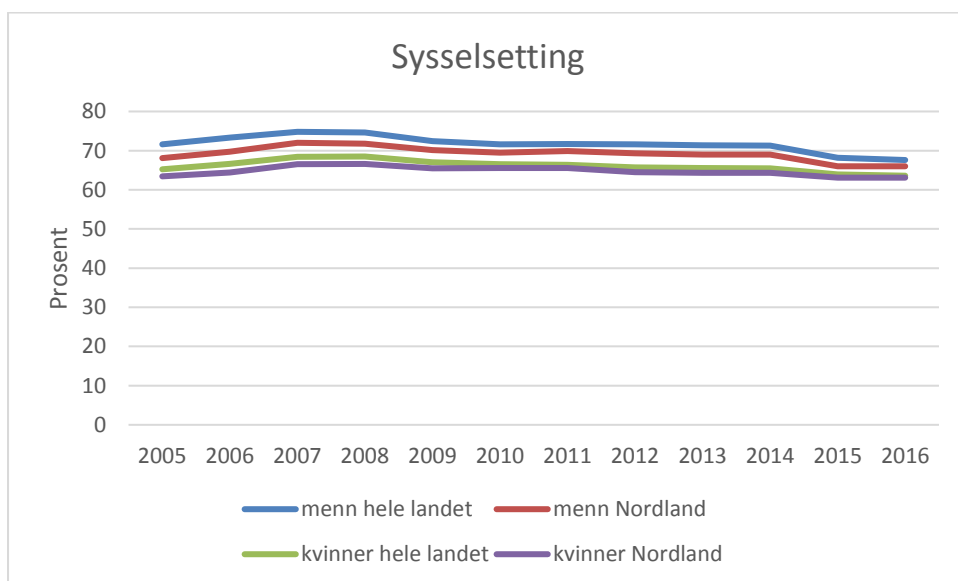
Arbeidsledigheten i Nordland ligger på samme nivå som ledigheten i hele landet (2 %), og følger også samme utvikling. Det er høyere arbeidsledighet blant menn enn blant kvinner. Arbeidsledigheten i Nordland i aldersgruppen 15-29 er høyere enn i aldersgruppen 30-74 år, både blant menn og kvinner.



Figur 57: Arbeidsledighet i Nordland, etter aldersgruppe og kjønn. Prosent. Kilde: FHI ([www.norgeselsa.no](http://www.norgeselsa.no)).

#### 5.4.4 Sysselsetting

I Nordland var totalt 64,6 % av befolkningen i aldersgruppen 15-74 år sysselsatt per 4. kvartal 2016, sammenliknet med 65,6 % i hele landet. Utviklingen i Nordland følger utviklingen i landet som helhet, men andelen sysselsatte i Nordland ligger noe lavere enn hele landet, både blant menn og kvinner.

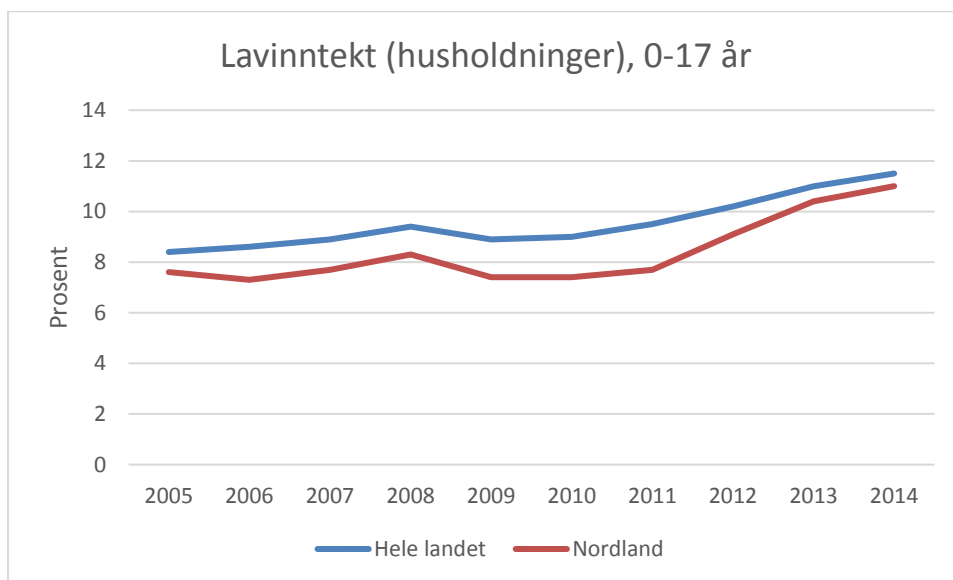


Figur 58: Andel sysselsatte i befolkningen<sup>13</sup> per 4. kvartal i Nordland og hele landet, etter kjønn. Prosent. Kilde: SSB.

<sup>13</sup> Registerbasert sysselsettingsstatistikk er fra og med 2015 basert på et nytt datagrunnlag for lønnstakere. Dette medfører at registertall for antall sysselsatte i 4. kvartal 2014 sammenliknet med 4. kvartal 2015 ikke uttrykker en faktisk endring.

## 5.5 Økonomi

Bruttoinntekt øker for hvert år blant både menn og kvinner, men gjennomsnittlig inntekt blant menn er betydelig høyere enn blant kvinner. Gjennomsnittlig bruttoinntekt er lavere i Nordland enn i hele landet. Nordland har lavere inntektsulikhet enn landet som helhet, både målt ved P90/10 og Gini-koeffisienten. Nordland har lavere andel med lavinntekt enn landet som helhet, både blant barn under 18 år og i befolkningen som helhet, men forskjellen mellom fylket og landet har blitt mindre de siste årene. 10,2 % av barn under 18 år i Nordland bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt, mot 10,8 % i hele landet (Kilde: Folkehelseinstituttet, [www.norgesghelsa.no](http://www.norgesghelsa.no)).



Figur 59: Personer 0-17 år i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Nordland og hele landet. Prosent. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgesghelsa.no](http://www.norgesghelsa.no)).

## 5.6 Bolig

I Nordland var det 120 742 bebodde og ubebodde ordinære boliger i 2014. Det er en økning på 952 boliger siden 2012. En høy andel av befolkningen i Nordland har tradisjonelt bodd i eneboliger. Om lag 67 % av boligmassen var eneboliger i 2014, noe som er 14 % flere enn i hele landet. Det har imidlertid skjedd en dreining i etterspørselen av ulike boligtyper i Nordland. Mens bygging av eneboliger har vært relativt stabil de siste årene, har antall igangsatte leilighetsbygg økt kraftig i samme periode, spesielt i de mest folkerike kommunene. Det har også vært en endring i boligmarkedet i en del mindre distriktskommuner, fra mange eneboliger, til flere leiligheter. Et mer variert boligtilbud har dermed bidratt til å skape sirkulasjon på boligmarkedet med høyere omsetningshastighet og prisvekst på boliger.

Nordland har flere kommunale utleieboliger enn de øvrige fylkene, med 29 boliger pr 1 000 innbygger. De minste kommunene har flest kommunale boliger og trekker dermed opp snittet. For en del kommuner har leiemarkedet vært relativt begrenset og de kommunale utleieboligene har derfor hatt stor betydning. På grunn av økende arbeidsinnvandring og bosetting av flyktninger har det blitt et stadig større fokus på boligframskaffelse for tilflytting generelt og bosetting av flyktninger spesielt. Det har tidligere vært stor mangel på boliger for å bosette flyktninger og botilbud til arbeidsinnvandrere. De siste årene har imidlertid flere kommuner kommet på banen for å framskaffe flere boliger.

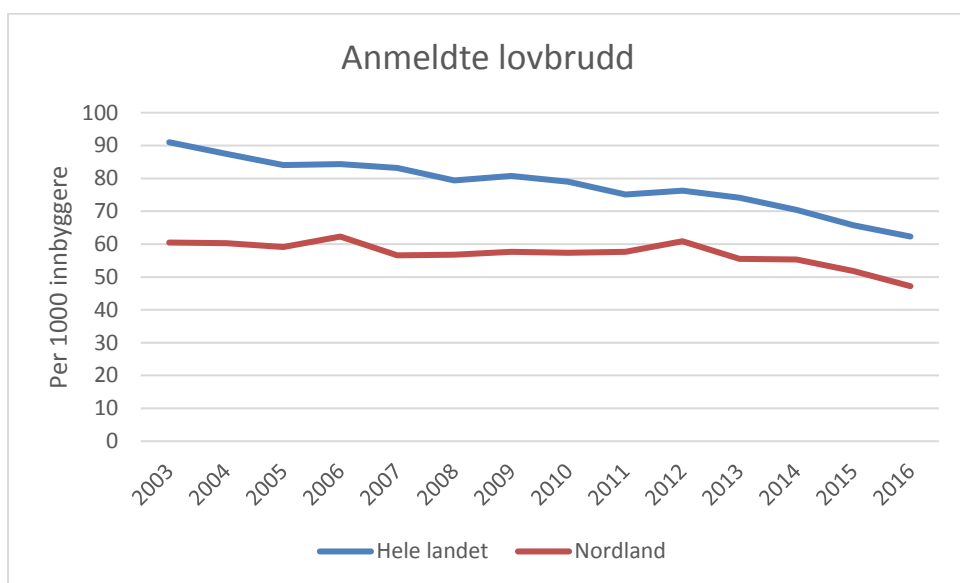
Tilgjengelige boliger og universelt utformede bomiljø er viktig for at eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne kan leve et verdig liv. Store deler av dagens boligmasse har ikke en tilfredsstillende standard for at folk skal kunne bo lengre hjemme. Omlag 2 % eldre over 67 år i Nordland flyttet fra boligen sin i 2014. Dette betyr at det er svært mange som har behov for tilrettelagt bolig for framtida. Av den kommunale boligmassen i Nordland var om lag 55 % tilgjengelig for rullestolbrukere. Dette er en økning på 3 % de siste årene. Nordlandskommunene hadde 7 % flere tilgjengelige boliger for rullestolbrukere enn landet for øvrig i 2014.

Kilde: Regional planstrategi for Nordland 2016-202 Del 1 – Kunnskapsgrunnlaget.

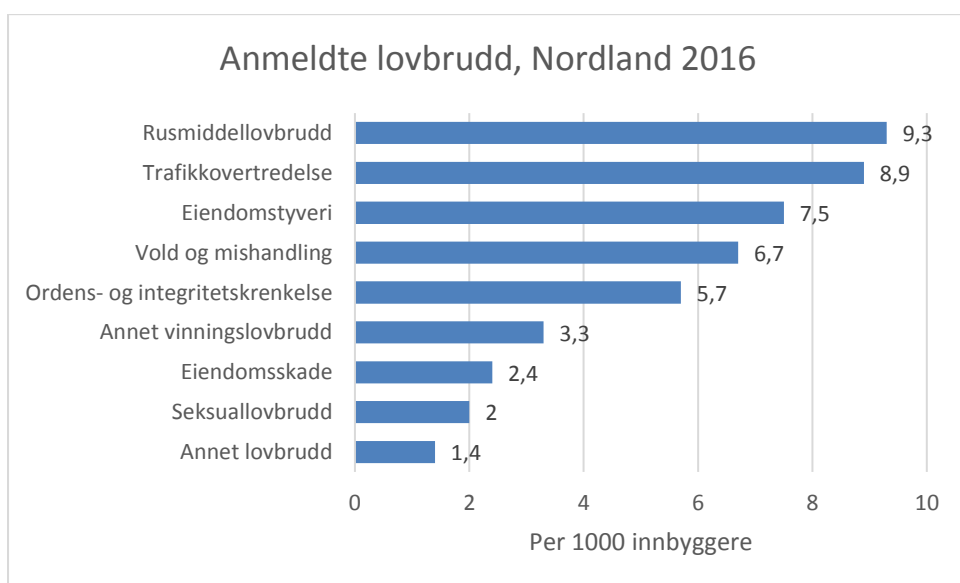
## 5.7 Kriminalitet

Antall anmeldte lovbrudd er lavere i Nordland enn i landet som helhet (47,2 mot 62,3 per 1000 innb. i 2016). I perioden 2003-2016 har det vært en reduksjon i anmeldte lovbrudd i landet som helhet. Reduksjonen skyldes i hovedsak en nedgang i eiendomstyveri. De hyppigste lovbruddstypene i Nordland i 2016 var: Rusmiddellovbrudd (9,3 per 1000 innb.), Trafikkovertrедelser (8,9 per 1000 innb.) og Eiendomstyveri (7,5 per 1000 innb.). Anmeldte lovbrudd for vold og mishandling var 6,7 per 1000 innbyggere, mens anmeldte seksuallovbrudd var 2 per 1000 innbyggere (Kilde: Statistikkbanken SSB).

Antall personoffer for anmeldte lovbrudd er lavere i Nordland enn i landet som helhet. Betydelig flere menn enn kvinner er offer for anmeldte lovbrudd. De fleste personoffer for anmeldte lovbrudd i Nordland er i aldersgruppen 20-29 år. Antall offer for anmeldte lovbrudd øker fra barn til ungdom til ung voksen, og går ned med økende alder fra 30 år og oppover (Kilde: Statistikkbanken SSB)



Figur 60: Anmeldte lovbrudd, Nordland og hele landet. Per 1000 innbyggere. Kilde: Statistikkbanken, SSB.



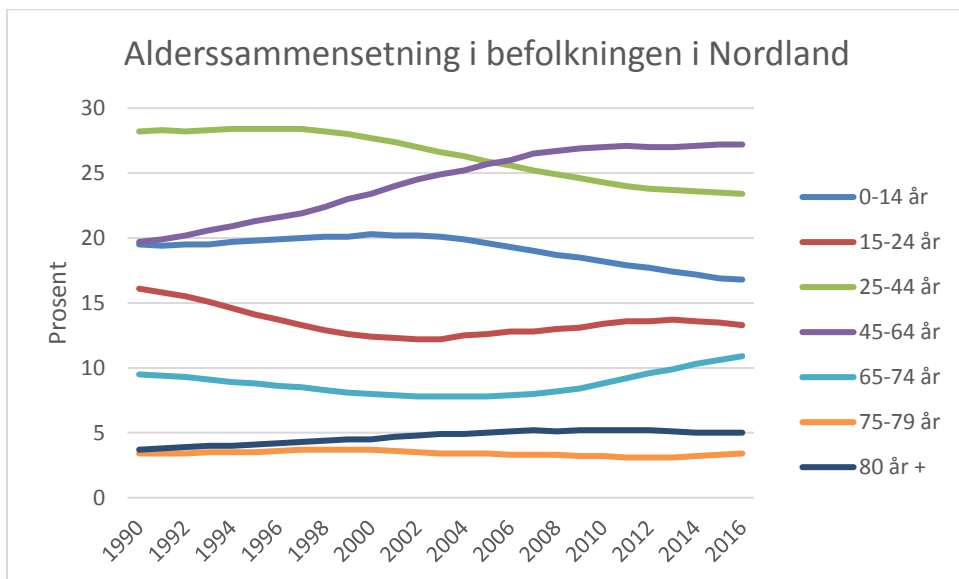
Figur 61: Anmeldte lovbrudd, Nordland, 2016. Per 1000 innbyggere. Kilde: Statistikkbanken, SSB.

## 6 Befolkning

### 6.1 Folketall og befolknings sammensetning

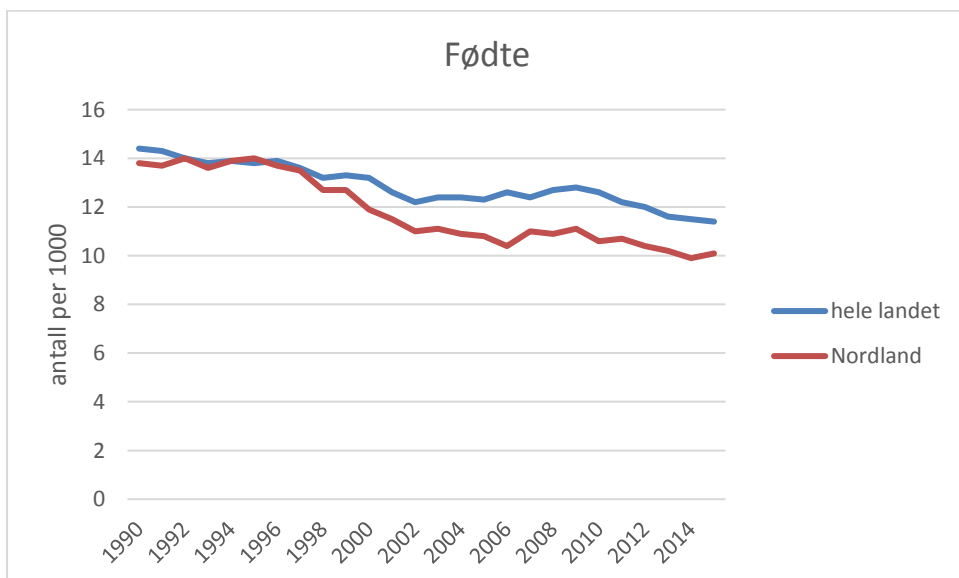
Folketallet i Nordland gikk ned i perioden 1995-2008, men har de siste årene steget til 1995-nivå. Per 1. januar 2016 var 241906 personer bosatt i Nordland (Kilde: Folkehelseinstituttet, Norgeshelsa). I Nordland i 2016 er det 98 kvinner per 100 menn (i hele landet: 99 kvinner per 100 menn). 65,2 % av befolkningen i Nordland er i yrkesaktiv alder (16-66 år) (Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommune helsa).

Nordland har lavere andel befolkning i aldersgruppen 25-44 år enn landet som helhet, og høyere andel befolkning i aldersgruppene over. Når man ser på utviklingen i alderssammensetning i befolkningen i Nordland i perioden 1990-2016 har det vært en reduksjon i andelen 25-44 år og en økning i andelen 45-64 år (Kilde: Folkehelseinstituttet, Norgeshelsa).



Figur 62: Alderssammensetning i befolkningen i Nordland. Prosent. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no)).

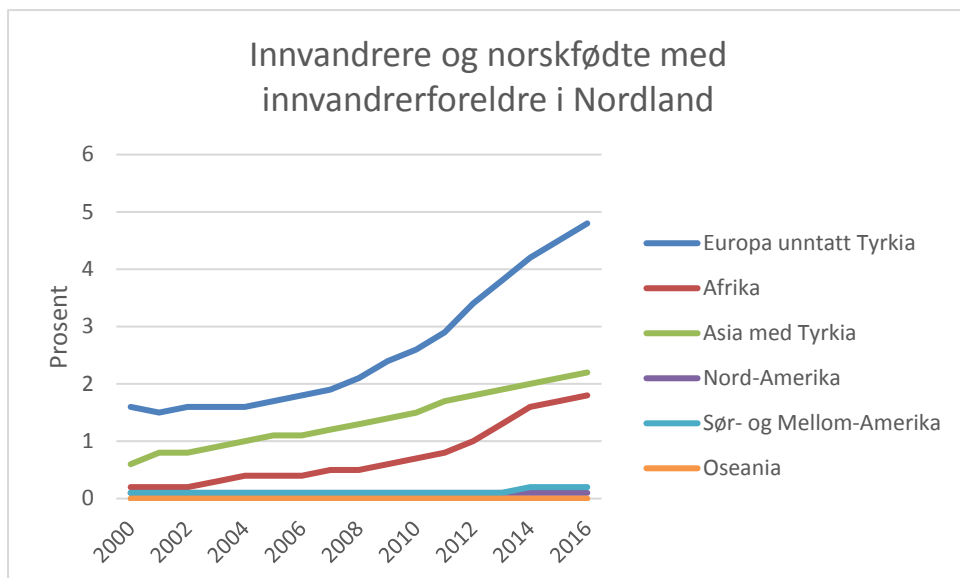
Antall fødte per år har gått nedover i perioden 1990-2015, både i Nordland og i landet som helhet. Nordland har lavere antall fødte per 1000 innbyggere per år enn landet som helhet (10,1 mot 11,4). I 2015 ble det forventet at hver kvinne i Nordland i gjennomsnitt vil føde 1,77 barn (Kilde: FHI, Kommune helsa).



Figur 63: Antall levendefødte. Antall per 1000 innbyggere per år. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.kommune helsa.no](http://www.kommune helsa.no)).

## 6.2 Andel innvandrere

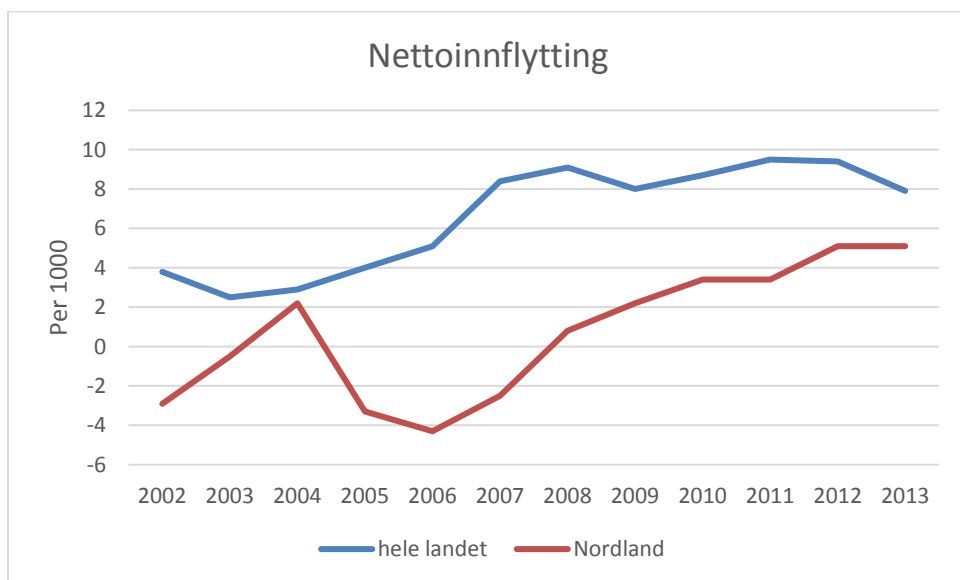
Andel innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn har økt jevnt i perioden 2000-2016, både i Nordland og landet som helhet. Nordland har lavere andel innvandrere enn landet som helhet (9,1 % mot 16,9 % i 2016). Høyest andel innvandrere i Nordland kommer fra Europa, og det er også innvandrere med europeisk landbakgrunn som har økt mest i perioden.



Figur 64: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, Nordland og hele landet. Andel personer med to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar, i prosent av befolkningen. Prosent. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgesghesla.no](http://www.norgesghesla.no)).

## 6.3 Nettoinnflytting

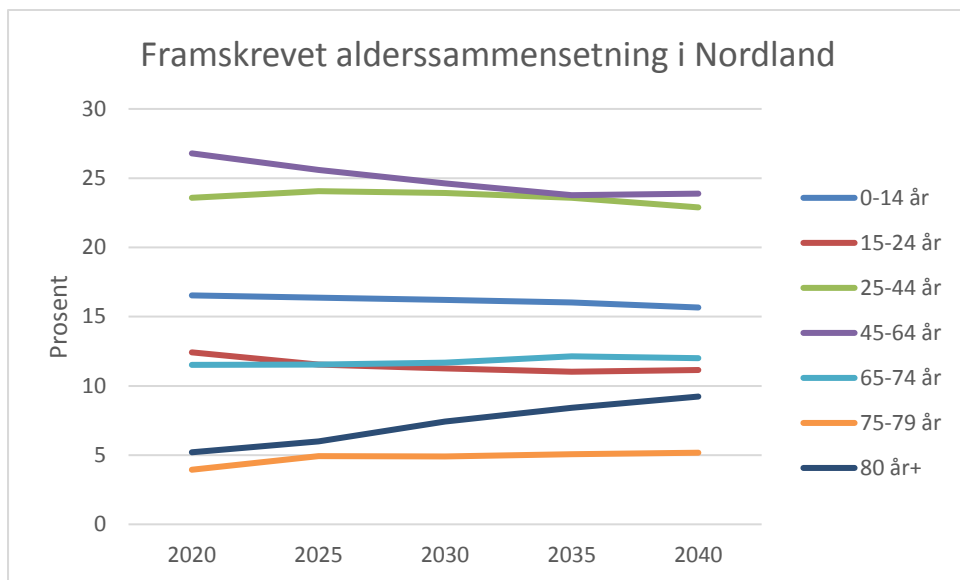
Fra 2008 har Nordland hatt en positiv nettoinnflytting (Differansen mellom innflyttinger og utflyttinger. Dersom en person flytter flere ganger i det samme kalenderåret, teller hver gang som en flytting. I flyttetallene for fylker er flytting mellom kommunene i fylket ikke regnet med). I perioden 2002-2007 var det negativ nettoinnflytting de fleste årene. Norge har i hele perioden hatt positiv nettoinnflytting.



Figur 65: Nettoinnflytting, Nordland og hele landet. Per 1000. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.kommunehelsa.no](http://www.kommunehelsa.no)).

## 6.4 Befolkningsframskrivinger

Befolkningsframskrivinger for Nordland anslår at folketallet i Nordland vil øke jevnt til 259184 i 2040. Andelen av befolkningen i aldersgruppen 80 år+ vil øke betydelig, mens andelen 45-66 år vil gå betydelig ned. Det vil også være en reduksjon i andelen 15-24 og 25-44 år.



**Figur 66: Befolkningsframskriving for Nordland etter aldersgruppe. Framskrevet folkemengde, med utgangspunkt i folketallet per 1.1.2016. Basert på middels nasjonal vekst. Kilde: Folkehelseinstituttet ([www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no)).**

## 7 Folkehelsearbeidet i Nordland

---

Nordland fylkeskommune har mangeårig erfaring fra samarbeid med kommunene og regionale aktører i Nordland om folkehelsearbeid. Samarbeid på folkehelseområdet er nødvendig fordi oppgaven ikke kan løses av en part alene. Allianser og partnerskap bidrar til styrket innsats på folkehelseområdet, til helhetlige løsninger og tverrsektoriell forankring. Et forpliktende samarbeid mellom forskjellige aktører gir synergier og løfter folkehelsearbeidet.

### 7.1 Allianser og partnerskap

Gjennom folkehelseloven har fylkeskommunen fått et ansvar for å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene og være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket. I Nordland er det etablert flere samarbeidsarenaer.

- 43 kommuner i Nordland har ved utgangen av 2016 inngått samarbeidsavtale med fylkeskommunen om folkehelsearbeid.
- 21 regionale partnere har inngått samarbeidsavtale om folkehelsearbeid med Nordland fylkeskommune:
  - Diabetesforbundet Nordland
  - Forum for natur og friluftsliv (FNF) Nordland
  - Fylkesmannen i Nordland
  - Helgeland friluftsråd
  - Helse Nord RHF, Troms fylkeskommune og Finnmark fylkeskommune
  - Helse- og miljøtilsyn Salten
  - Kreftforeningen
  - KS Nordland
  - Lofoten friluftsråd
  - Mental Helse Nordland
  - Nasjonalforeningen for folkehelsen, Nordland fylkeslag
  - NAV Nordland
  - Nordland Idrettskrets
  - Midtre Hålogaland friluftsråd
  - Polarsirkelen friluftsråd
  - Røde Kors Nordland
  - Salten friluftsråd
  - Statskog
  - Vesterålen friluftsråd
- Nordland fylkeskommune er med i Folkehelsealliansen Nordland som består av 26 regionale aktører:
  - Arbeidstilsynet Nord-Norge
  - Diabetesforbundet Nordland
  - Forum for natur og friluftsliv Nordland
  - Friluftsrådene i Nordland
  - Fylkesmannen i Nordland
  - Helgelandssykehuset
  - Helse Nord RHF
  - Helse- og miljøtilsyn Salten IKS
  - Husbanken
  - KS Nordland
  - Kreftforeningen i Nord-Norge
  - LO Nordland
  - Mental Helse Nordland
  - Nasjonalforeningen for folkehelsen, Nordland fylkeslag
  - NAV Nordland
  - NHO Nordland
  - Nordland fylkeskommune
  - Nordland Idrettskrets
  - Nordland Legeforening
  - Nordland Røde Kors
  - Nordlandssykehuset HF
  - Private Barnehagers Landsforbund
  - Statens vegvesen
  - Statskog
  - Trygg Trafikk Nordland
  - Nord Universitet
- Nordland fylkeskommune er medlem av nettverkene «Sunne kommuner» og Norsk forening for folkehelse (Folkehelseforeningen). Nordland fylkeskommune har også et internt folkehelsesteam hvor alle avdelinger er representert.



## 7.2 Nordland fylkeskommune som samarbeidsaktør

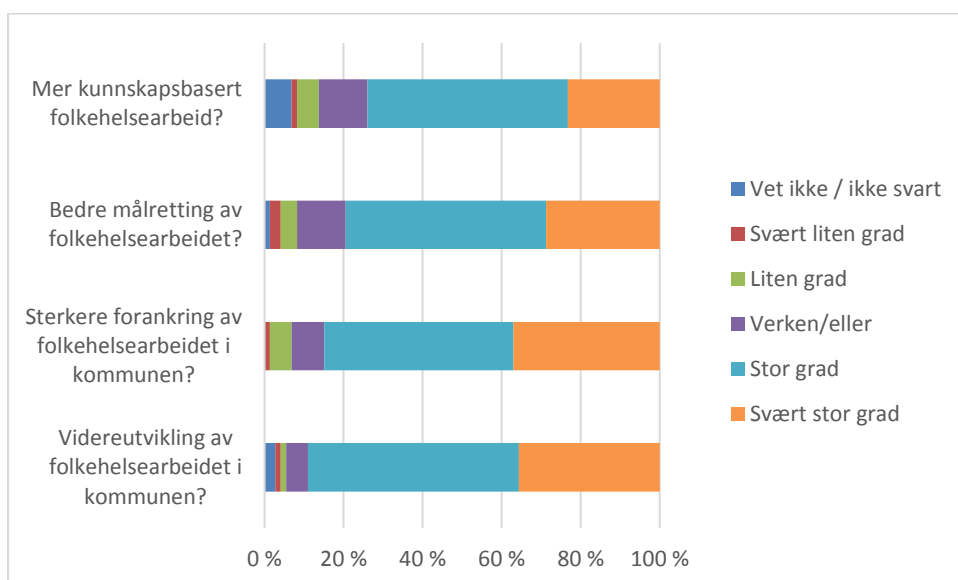
Nordland fylkeskommune gjennomførte ved årsskiftet 2016-17 en undersøkelse blant folkehelsekoordinatorer og rådmenn i kommuner med samarbeidsavtaler. Hensikten var å kartlegge erfaringer knyttet til samarbeidsavtalen med fylkeskommunen om folkehelsearbeid. Totalt 73 svarte på den anonyme undersøkelsen (35 rådmenn og 38 folkehelsekoordinatorer).

De fleste respondentene svarte at samarbeidsavtalen i stor grad eller svært stor grad har bidratt til videreutvikling av folkehelsearbeidet i kommunen (89 %), sterkere forankring av folkehelsearbeidet i kommunen (85 %), bedre målretting av folkehelsearbeidet (79 %) og mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid (74 %). I åpne kommentarer svarer blant annet respondentene følgende:

*«Samarbeidsavtalen har gitt folkehelsearbeidet legitimitet. Vi har kunnet si "dette skal kommunen gjøre, det har kommunestyret bestemt gjennom avtalen med fylkeskommunen"»*

*«Det at kommunen har underskrevet en avtale med fylket har vært et veldig nyttig å bruke, da har ledelsen i kommunen forpliktet seg til å arbeide med fremming av folkehelse»*

*«Samarbeidet med folkehelseavdelingen og de andre kommunene er svært viktig for folkehelsearbeidet i vår kommune»*

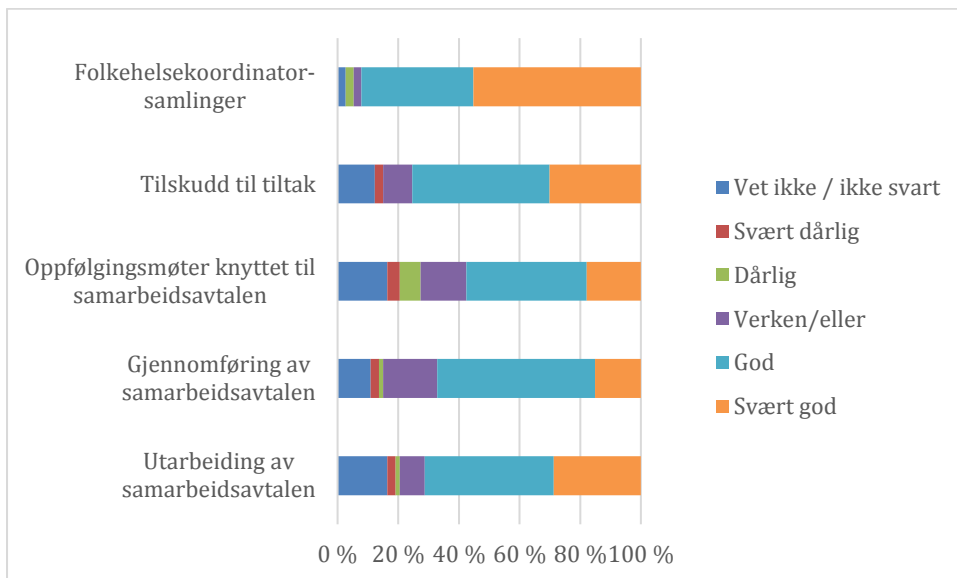


**Figur 67: I hvilken grad mener du at samarbeidsavtalen med fylkeskommunen om folkehelsearbeid har bidratt til. Nfk 2017.**

Respondentene ble videre bedt om å vurdere fylkeskommunens støtte og oppfølging på ulike deler av samarbeidet. Svarene viser at folkehelsekoordinatorene og rådmennene generelt er fornøyde med fylkeskommunens støtte og oppfølging.

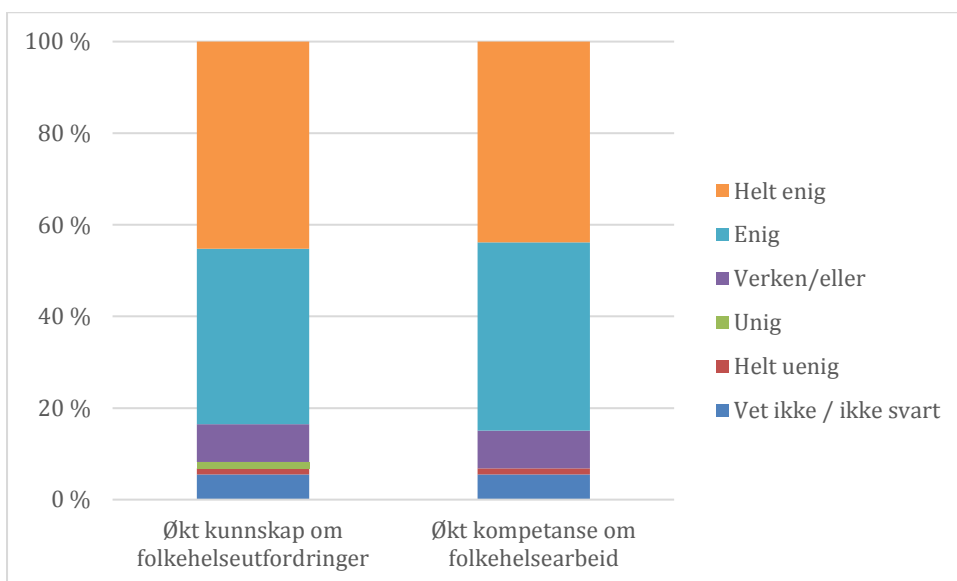
Andel som har svart at fylkeskommunens støtte og oppfølging var god eller svært god:

- Utarbeiding av samarbeidsavtalen: 71 %
- Gjennomføring av samarbeidsavtalen: 67 %
- Oppfølgingsmøter knyttet til samarbeidsavtalen: 58 %
- Tilskudd til tiltak: 75 %
- Folkehelsekoordinatorsamlinger (kun folkehelsekoordinatorene svarte på dette spørsmålet): 92 %



Figur 68: Hvordan vurderer du fylkeskommunens støtte og oppfølging på følgende. Nfk 2017.

84 % svarte at de er enig eller helt enig i påstanden om at fylkeskommunen har bidratt til økt kunnskap om folkehelseutfordringer, mens 85 % er enig i påstanden om at fylkeskommunen har bidratt til økt kompetanse om folkehelsearbeid. Flere folkehelsekoordinatorer enn rådmenn er enige i disse påstandene, men noen få folkehelsekoordinatorer svarte at de er uenige.

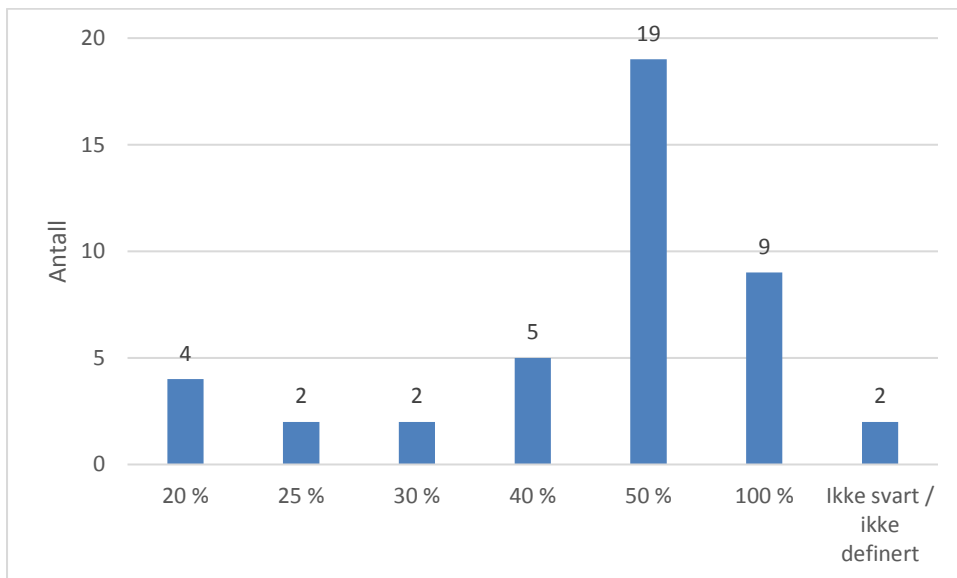


Figur 69: Fylkeskommunen har bidratt til. Nfk 2017.

## 7.3 Lokalt folkehelsearbeid

### 7.3.1 Organisering og stillingsressurs

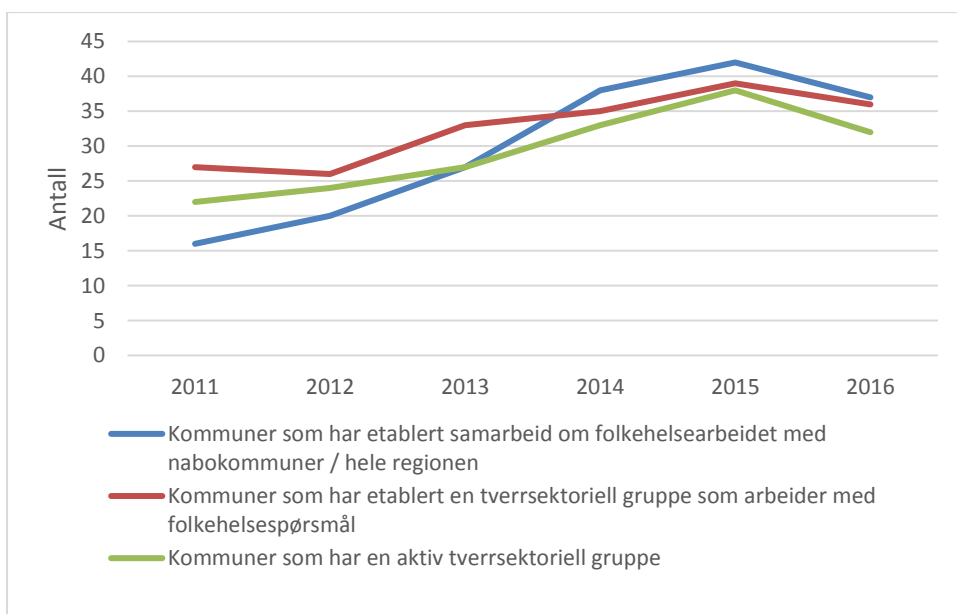
42 av de 43 kommunene som har inngått samarbeidsavtale med fylkeskommunen om folkehelsearbeid for perioden 2014-2016 oppgir i rapporteringen for 2016 at de har ansatt en folkehelsekoordinator. De fleste folkehelsekoordinatorer er ansatt i 50 % stilling. 16 folkehelsekoordinatorer har rådmannen som nærmeste leder, 12 er organisert under leder for helse, 3 er organisert under leder for kultur, mens 11 oppgir «Annet» under spørsmål om nærmeste leder.



**Figur 70: Hvor stor stillingsprosent har folkehelsekoordinator? Eventuelt, hvor stor andel av arbeidstiden (%) er definert til folkehelsearbeid. Rapportering for 2016. Antall. Nfk 2017.**

### 7.3.2 Samarbeid og forankring

36 av de de 43 avtalekommunene oppgir i rapporteringen for 2016 at de har etablert en tverrsektoriell gruppe som arbeider med folkehelse spørsmål, og av disse var 32 aktive i 2016. 37 kommuner oppgir at de har etablert samarbeid om folkehelsearbeidet med nabokommuner / hele regionen. Over flere år har det vært en økning i antall kommuner som har tverrsektorielle grupper som arbeider med folkehelse spørsmål og som har etablert samarbeid om folkehelsearbeidet med nabokommuner, men fra 2015 til 2016 er det en liten nedgang i antall kommuner som rapporterer dette.



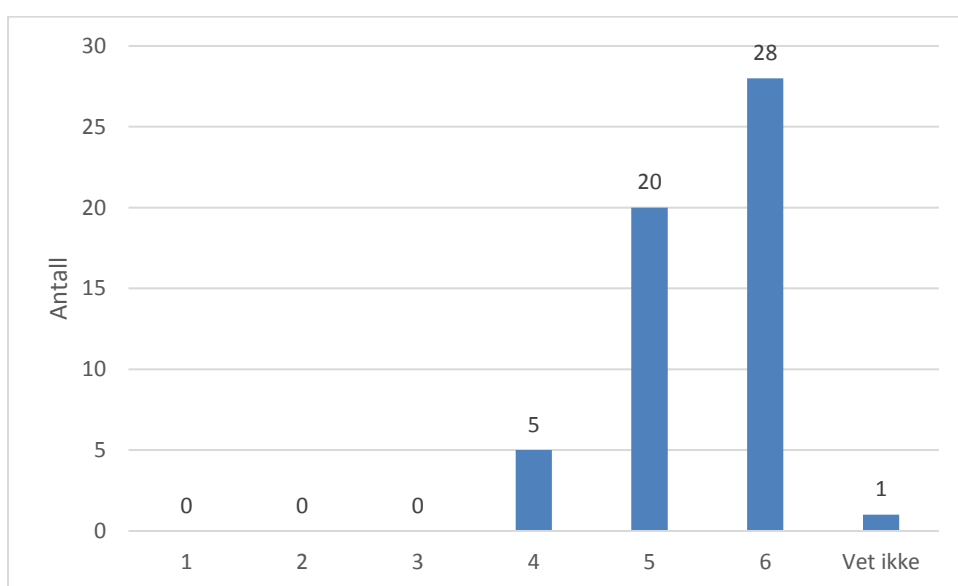
**Figur 71: Antall kommuner som har etablert tverrsektoriell gruppe som arbeider med folkehelse spørsmål og antall som har etablert samarbeid med nabokommuner / hele regionen. Nfk 2017.**

### 7.3.3 Suksessfaktorer for lokalt folkehelsearbeid

Nordland fylkeskommune gjennomførte høsten 2013 en spørreundersøkelse blant rådmenn og folkehelsekoordinatorer (eventuelt annen kontaktperson) i kommunene i Nordland. Undersøkelsen inneholdt spørsmål om hva som skal til for å lykkes med det lokale folkehelsearbeidet.

De fleste respondentene svarte at både politisk engasjement og administrative ledelses engasjement er viktig for å lykkes med folkehelsearbeidet i kommunen. I åpne kommentarer til dette spørsmålet er det også særlig politisk engasjement og administrativt engasjement som vektlegges som viktig. Når det gjelder eksterne tilskudd, samarbeid med frivillig sektor og folkehelseloven var det noe mer spredning i svarene.

Nærmere 90 % av respondentene mente at stillingsressurs for koordinering av folkehelsearbeidet i kommunen i stor grad er en forutsetning for å lykkes med folkehelsearbeidet. I kommentarfeltet sier en av respondentene at «Koordinatorstillingen er ikke så sterkt knyttet til etatsgrenser og letter samarbeidet mellom etatene». Andre trekker fram at engasjement, hvordan kommunen er organisert og hvor langt man er kommet med arbeidet er viktig, så kommentarene viser et litt mer nyansert bilde. «Det kreves langt mer enn en stillingsressurs for å lykkes!».



**Figur 72: Svarfordeling (antall) på spørsmålet: I hvilken grad er stillingsressurs for koordinering av folkehelsearbeidet i kommunen en forutsetning for å lykkes med utvikling av folkehelsearbeidet? Svar på en skala fra 1 til 6 der 1 er "Ingen grad" og 6 er "Svært stor grad". Nfk 2013.**

## 8 Konsekvenser og årsaksforhold

Vurdering av konsekvenser innebærer blant annet å bedømme hvor viktig aktuelle forhold eller utfordringer antas å være (menneskelige konsekvenser, tapte/vunne leveår, samfunnsøkonomiske kostnader/gevinster). Med vurdering av årsaksforhold menes en vurdering av hvorfor et forhold har oppstått. Årsakssammenhenger er ofte sammensatte, med flere nivåer (årsak til årsaker).

Folkehelseutfordringer kan relateres til flere ledd i årsakskjeden. I vurderingen av årsaksforhold og konsekvenser skal fylkeskommunen være spesielt oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. I sosial fordeling inngår fordeling både i forhold til sosioøkonomi, (utdanning, yrke, inntekt), kjønn, etnisitet og funksjonsevne.

### Helsetilstand

Folkehelseutfordringer og ressurser	Konsekvenser	Årsaksforhold
<b>Nordland likt som landet på mange helseparametre når man korrigerer for forskjeller i alderssammensetning i befolkningen. Livsstilssykdommer er imidlertid generelt utbredt i Norge og dette utgjør et betydelig folkehelseproblem.</b>	Livsstilssykdommer medfører lidelse og redusert livskvalitet for den enkelte, og har store samfunnsøkonomiske konsekvenser. Man forventer en økning i flere sykdommer på grunn av flere eldre i befolkningen.	Levevaner (sunt kosthold, lavt fysisk aktivitetsnivå, tobakksbruk, alkoholvaner). Miljøforhold. Alder og genetikk. Lavere utdanningsnivå – sosial ulikhet i helse.
<b>Høy forekomst av muskel- og skjelettplager</b>	Muskel- og skjelettplager fører til store helseplager og redusert livskvalitet, og er en vanlig årsak til uføretrygding.	Mange typer muskel- og skjelett-sykdommer og –plager har sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og til dels også overvekt. Både arbeidsmiljø, psykososiale forhold og sosioøkonomisk status ser ut til å ha betydning, samt at en del smertetilstander oppstår som følge av skader i muskel og skjelett. Lavere utdanningsnivå – sosial ulikhet i helse.
<b>Psykiske plager er utbredt blant unge</b>	Psykiske plager og lidelser i barne- og ungdomsårene øker risikoen for: frafall i skolen, sykefravær, uførhet, økonomiske vansker og vansker i nære relasjoner, dårlig psykisk og fysisk helse senere i livet, og rusmisbruk. Selvmordsrisiko.	Det er mangelfull kunnskap om spesifikke årsaker til psykiske plager og lidelser. For å forebygge psykiske lidelser i befolkningen bør tiltakene søke å motvirke risikofaktorer og styrke beskyttelsesfaktorer. Forebygging av psykiske lidelser bør starte tidlig og krever en koordinert innsats på flere nivå i samfunnet.
<b>Høyere andel døde i trafikkulykker enn landsgjennomsnittet</b>	Mange tapte leveår. Menneskelig lidelse. Sosioøkonomiske konsekvenser.	Ofte er det flere faktorer som til sammen forårsaker en ulykke. De viktigste medvirkende faktorene er knyttet til bilførerne, spesielt manglende førerdyktighet, høy fart, ruspåvirkning og trøtthet. Men også veg og vegmiljø samt tekniske og sikkerhetsmessige forhold ved kjøretøyet bidrar til mange trafikkulykker. Skader og ulykker kan forebygges. Strukturelle tiltak har vist seg å være særlig effektive forebyggende tiltak.

<b>Store sosiale helseforskjeller</b>	<p>De sosiale helseforskjellene gjelder for nesten alle sykdommer, skader og plager. Vi ser forskjellene i alle aldersgrupper. De innebærer mange tapte arbeidsdager og leveår med god helse og livskvalitet.</p> <p>Sosiale helseforskjeller er urettferdige og representerer et tap for både enkeltmennesker, familier og samfunnet. Befolkningens totale helsepotensiale utnyttes ikke fullt ut.</p>	<p>Helse og levevaner som for eksempel røyking, kosthold og fysisk aktivitet henger tett sammen med samfunnsforhold, lokalmiljø, boligforhold og levekår. Noen årsaksforhold virker trolig hele livet, og samspillet mellom faktorene er derfor viktig.</p> <p>Innsatsen for å gjøre noe med levekårene, som for eksempel arbeid, utdanning og bomiljø, kan bidra til å fremme helse. Det vil også jevne ut sosiale helseforskjeller og øke levealderen i alle grupper. De store forskjellene i helse og levevaner som vi ser i Norge, er et samfunnsproblem som det er mulig å gjøre noe med.</p>
---------------------------------------	---	--

## Levevaner

Folkehelseutfordringer og ressurser	Konsekvenser	Årsaksforhold
<b>Mange oppfyller ikke aktivitetsanbefalingene og er for inaktive</b>	<p>Fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd og kan brukes til forebygging og behandling av over 30 ulike diagnoser og tilstander. Helsegevinstene ved å være i regelmessig fysisk aktivitet gjelder for alle aldersgrupper. Både mengde fysisk aktivitet og mengde stillesitting virker inn på helsen.</p> <p>Fysisk inaktivitet er en selvstendig risikofaktor for å få dårlig helse. Lengre perioder med inaktivitet eller stillesitting er sterkt knyttet til fedme, diabetes, metabolsk syndrom, enkelte former for kreft, hjerte-kar-sykdommer og tidlig død.</p>	<p>Manglende kunnskap. Manglende tilrettelegging.</p> <p>I undersøkelser rapporterer mange for dårlig tid som den viktigste årsak til at de er inaktive.</p> <p>Både befolkningsrettede og individrettede tiltak kan øke det fysiske aktivitetsnivået.</p>
<b>Mange oppfyller ikke kostrådene</b>	<p>Kostholdet er viktig både for å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse. Et balansert og fullverdig kosthold i tråd med de offisielle kostrådene kan redusere risikoen for utvikling av blant annet hjerte-kar-sykdommer, diabetes, enkelte kreftsykdommer, overvekt, og tannråde.</p> <p>Ernæring og kosthold er også avgjørende når det gjelder vekst og utvikling både i fosterlivet, spedbarnsalder og barne- og ungdomsåra. I tillegg har kostholdet i barnealderen mye å si for helsa og risikoen for å få kroniske sykdommer senere i livet.</p>	<p>Manglende kunnskap. Pris. Tilgjengelighet.</p> <p>Vi trenger både systematiske tiltak rettet mot hele befolkningen, tiltak rettet mot spesielle grupper samt individuelle tiltak for at befolkningen skal kunne sikres et balansert kosthold uten ernæringsmessige mangler.</p>
<b>Økende snusbruk blant unge</b>	<p>Nikotin er sterkt avhengighets-skapende.</p>	<p>Trender.</p>

	<p>Snusbruk virker inn på hjerte- og karsystemet ved at snusen har innvirkning på blodtrykk og puls. Det er ikke påvist at snus gir økt risiko for hjerte-kar-sykdom, men vi har holdepunkt for at snusbruk kan gi større dødelighet for de som har en hjertesykdom.</p> <p>Per i dag vet vi at sigarettøyking gir mye høyere risiko for kreft enn snus. Men siden snusepidemien er på et tidlig stadium og kreft utvikler seg over lang tid, kan vi ikke vite om dagens snusbruk vil virke inn på hvor mange krefttilfeller vi får i framtida. Røyking og snusing kan være skadelig for tenner og tannkjøtt.</p>	
<b>Økende alkoholforbruk</b>	<p>Bruk av alkohol og andre rusmidler er forbundet med en rekke sosiale og helsemessige konsekvenser i form av sykdommer, skader og psykiske plager og lidelser.</p> <p>Både for alkohol og andre rusmiddel er de sosiale og helsemessige konsekvensene generelt avhengige av type rusmiddel og dose, om de er brukt én gang eller over lengre tid.</p>	

## Miljøforhold

<b>Folkehelseutfordringer og ressurser</b>	<b>Konsekvenser</b>	<b>Årsaksforhold</b>
<b>Nordland er et av de fylkene som har lavest andel personer utsatt for støy fra veitrafikk, men også høyest andel støyutsatte.</b>	<p>Støybelastninger har flere helseeffekter. Støy kan gi fysiologiske endringer som er typiske for stress. Støy kan også påvirke det fysiologiske søvnmønsteret. Opplevelsen av å bli forstyrret under hvile, søvn og avkopling, i samtale eller i en arbeidssituasjon, bidrar til mistrivsel, redusert velvære og helseplager. Nyere forskning tyder på en sammenheng mellom langvarig eksponering for trafikkstøy og økt risiko for høyt blodtrykk og hjerte- og karsykdom. Høye nivåer av flystøy ved skoler har vist å ha en negativ innvirkning på barns minne og leseferdigheter.</p>	<p>Bodø lufthavns sentrale plassering på Bodøhalvøya gjør at en stor del av kommunens innbyggere er utsatt for støy. Mange små flyplasser ved mindre byer i fylket.</p>
<b>Rik tilgang på bostedsnære turområder.</b>	<p>Muligheten for å kunne drive aktivt friluftsliv er viktig for å ivareta befolkningens mentale og fysiske helse.</p>	<p>Tilrettelegging. Naturlige forutsetninger.</p>
<b>94 % voksne i Nordland er tilfreds med nabolaget/strøket de bor i.</b>	<p>Trivsel er viktig for å oppleve god livskvalitet. Livskvalitet og trivsel styrker også motstandskraften i møte med belastninger.</p>	<p>?</p>

De fleste føler seg trygge i sitt bo- og nærmiljø.	Trygghet er viktig for å oppleve god livskvalitet.	?
--	--	---

## Oppvekst og levekår

Folkehelseutfordringer og ressurser	Konsekvenser	Årsaksforhold
Høy barnehagedekning	Barnehagen er en viktig arena for sosialisering, lek og læring. Ettersom de fleste barn i Nordland går i barnehage er dette en viktig arena for utjevning av sosiale ulikheter i helse.	Utbygging av barnehagetilbudet.
Høy skoletrivsel, men andelen som trives på skolen er lavere i Nordland enn i landet som helhet	Skoletrivsel er viktig for å forhindre dropout.	Skoletrivsel henger sammen med en rekke ulike forhold i skolen.
Høy andel elever på laveste mestringsnivå i lesing og regning	Risiko for senere dropout fra skolen.	Mulig sammenheng med at det er lavere utdanningsnivå i Nordland enn landet som helhet. Flere som har foreldre med grunnskole som høyeste utdanning ligger på laveste mestringsnivå sammenliknet med de som har foreldre med høyere utdanning.
Høyt frafall i videregående skole	Øker risiko for senere å stå utenfor arbeidslivet.	Sammensatt årsaksbilde.
Lavt utdanningsnivå – mange med grunnskole som høyeste utdanning – men positiv utvikling i perioden 1980-2015 i Nordland.	Helse i befolkningen henger nært sammen med utdanningsnivået. Personer med høyere utdanning lever lengre, har lavere sykkelighet og dødelighet og sunnere levevaner enn personer med lavere utdanning.	Nordland har mange arbeidsplasser i primærnæringer hvor det ikke er behov for høyere utdanning. Begrensede muligheter for relevant jobb med høyere utdanning. Utdanningsnivå «går i arv». Mange velger utdanning på samme nivå som sine foreldre. Utdanningstilbud i fylket.
Høy andel uføre	Utenforskap, lidelse, redusert produksjon og samfunnsøkonomiske tap.	Nordland har eldre befolkning enn landet som helhet (de fleste uføre er i aldersgruppen 45-67 år) og lavere utdanningsnivå. Flere jobber i primærnæringer med høy belastning.
Økende barnefattigdom	Utenforskap.	?
Lavere inntektsulikhet enn landet	Graden av sosioøkonomisk ulikhet i et samfunn har stor betydning for innbyggernes helse og velferd. Jo større utdanningsforskjeller og inntektsulikheter det er innen et samfunn, desto større sosiale og helsemessige problemer skaper disse ulikhetene.	?

## Befolkning

Folkehelseutfordringer og ressurser	Konsekvenser	Årsaksforhold
Framskrivninger viser at man i Nordland vil få lavere antall voksne i yrkesaktiv alder per pensjonist.	Gir utfordringer for samfunnets bærekraft. Viktig å forebygge frafall fra skole og yrkesliv for å ha flest mulig	De store etterkrigskullene går ut av yrkeslivet, synkende fødselstall, unge voksne flytter ut av fylket for studier



	i arbeid.	og arbeid.
<b>Økende andel eldre</b>	Økt behov for helse- og omsorgstjenester. Stort potensiale for å forebygge skader og ulykker og funksjonssvekkelser.	De store etterkrigskullene ble fulgt av lavere fødselstall. Økende levealder.
<b>Positiv nettoinnflytting</b>	Har snudd trenden med synkende befolkningstall. Nordland trenger folk for å drive og utvikle fylket videre.	Økt innvandring.

## Folkehelsearbeidet i Nordland

Folkehelseutfordringer og ressurser	Konsekvenser	Årsaksforhold
<b>Sterke allianser og partnerskap</b>	Allianser og partnerskap bidrar til styrket innsats på folkehelseområdet, til helhetlige løsninger og tverrsektoriell forankring. Et forpliktende samarbeid mellom forskjellige aktører gir synergier og løfter folkehelsearbeidet.	Nordland fylkeskommune har i en årrekke jobbet målrettet med etablering av allianser og partnerskap. Det har vært vilje fra kommuner og regionale aktører til å inngå i samarbeid om folkehelsearbeid.
<b>Godt utviklet samarbeid og forankring av folkehelsearbeidet i kommunene</b>	Folkehelsekoordinatorressursene i kommunene bidrar til utvikling av det lokale folkehelsearbeidet og kontinuitet i arbeidet. Tverrsektorielle samarbeidsgrupper og samarbeid mellom kommuner bidrar til erfaringsutveksling, sterkere forankring av folkehelsearbeidet og utvikling og spredning av kunnskap på området.	Nordland fylkeskommune og kommunene i fylket har jobbet målrettet og strategisk for å etablere samarbeid mellom ulike sektorer, kommuner og forvaltningsnivå. Det har vært et sterkt engasjement for å få dette til.

### 8.1 De viktigste folkehelseutfordringene i Nordland

- Psykiske plager er utbredt blant unge.
- Store sosiale helseforskjeller.
- Høyt frafall i videregående skole.

Disse tre utfordringene vil ha størst konsekvens for folkehelseutviklingen i Nordland. De er viktige påvirkningsfaktorer for en rekke ulike forhold.

### 8.2 De viktigste folkehelseressursene i Nordland

- De fleste opplever trivsel og trygghet i sitt bo- og nærmiljø.
- Rik tilgang på bostedsnære turområder.
- Sterke allianser og partnerskap i folkehelsearbeidet og godt utviklet samarbeid og forankring av folkehelsearbeidet.

De to første punktene er viktige helsefremmende faktorer for befolkningen i Nordland. Det siste punktet er en viktig forutsetning for å drive et godt helsefremmende arbeid i fylket. Disse forholdene er det viktig å beskytte.





