

# Folkehelseoversikten 2024- 2027

1

# Folkehelseoversikten 2024- 2027

1

Innhold på denne siden:

FOLKEHELSEOVERSIKT- SAMMENDRAG

KUNNSKAPSGRUNNLAG FOLKEHELSE

Kilder

Fysisk- , kjemisk-, biologisk miljø - miljørettet helsevern

## FOLKEHELSEOVERSIKT- SAMMENDRAG

### Folkehelse og sosialt bærekraftig lokalsamfunn

#### **FOLKEHELSEOVERSIKT – ET SAMMENDRAG**

Folkehelse handler om sosialt bærekraftige lokalsamfunn

Livskvalitet, trivsel, tilhørighet, god helse

og en rettferdig fordeling av dette i befolkningen er avgjørende for sosialt bærekraftige lokalsamfunn. En befolkning som bidrar i jobb og fritid er en av kommunens viktigste ressurser.

Folkehelsearbeidet har de siste ti-år hatt hovedfokus på forebygging av ikke-smittsomme sykdommer, spesielt de som har sammenheng med levevaner som ernæring, fysisk aktivitet, tobakk og rus. Psykisk helse og sosial ulikhet har også etter hvert kommet inn som tema i det nasjonale og lokale folkehelsearbeidet. Kunnskap om oppvekst, levekår og nærmiljøets påvirkning på befolkningens helse har ført til en gradvis endring av fokus, fra individuelle levevaner til et systematisk arbeid for gode levekår, trivsel og livskvalitet.

# Folkehelseloven

## Folkehelseloven

Kommunene er gjennom folkehelseloven tillagt et stort ansvar for folkehelsearbeidet, og skal bruke alle sine sektorer, planer og tjenester til å fremme helse og forebygge sykdom og skade.

***Folkehelse er befolkningens helsetilstand og hvordan helse fordeler seg i en befolkning.***

***Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.*** (Definisjoner hentet fra folkehelseloven)

Kommunen skal ha en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (folkehelseoversikt). Denne skal utarbeides hvert fjerde år, etter valg av nytt kommunestyre. Oversikten skal inngå som en del av kunnskapsgrunnlaget for planstrategi og kommunens samfunnsplan, og skal ligge til grunn for alle andre planer som omhandler faktorer som har påvirkning på befolkningens helse.

Loven legger føringer for folkehelsearbeidet. Det skal være tverrsektorielt, systematisk, kunnskapsbasert og langsiktig

## Sosiale helseforskjeller

### Sosiale helseforskjeller

Ved å sammenlikne grupper i samfunnet, finner en systematiske forskjeller i helse, målt ved levealder og sykdomsforekomst. Jo lengre utdanning og høyere inntekt en gruppe har, jo høyere andel av gruppens medlemmer har god helse. Dette kalles sosiale helseforskjeller eller sosial ulikhet i helse

De sosiale helseforskjellene gjelder for nesten alle sykdommer, skader og plager, og de finnes i alle aldersgrupper, og begge kjønn.

De sosiale helseforskjellene innebærer mange tapte arbeidsdager og leveår med god helse og livskvalitet (Kilde: Helsedirektoratet).

Både folkehelseloven og plan- og bygningsloven gir kommunen et ansvar for å fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Til dette er det nødvendig med en helhetlig tilnærming og et folkehelsearbeid som retter seg mot de grunnleggende påvirkningsfaktorene.

## Ressurser, utfordringer og muligheter

### **Ressurser, utfordringer og muligheter**

De viktigste ressursene og utfordringene er trukket ut av statistikk og annen data som er presentert i del to. Mulighetene er basert på folkehelsestatistikken, kunnskap om folkehelse og sammenhenger, og kommunens ansvar for folkehelsearbeid, som er nedfelt i lovverk.

## Status ressurser

### **Status – ressurser**

- Vi har ikke større andel i befolkningen som lever alene, enn i Norge som helhet
- Vi har ikke høye tall på unge (0-17 år) som bor trangt
- Vi ligger nesten likt som Norge for øvrig på de som fullfører videregående
- Vi skiller oss ikke ut fra resten av landet når det gjelder forventet levealder
- Vi skiller oss ikke ut fra resten av landet når det gjelder fysisk aktivitet og trening
- Vi ligger likt med andel i Norge for øvrig som er tilfredse med livet
- Vi har ungdom som føler seg trygg i nærmiljøet

- Vi har ungdom som ikke rapporterer høyt på ensomhet
- Vi ligger likt med landet for øvrig på antatt levealder, litt høyere for menn enn kvinner
- Vi ligger lavere enn landet som helhet på antibiotikabruk
- Vi skiller oss ikke markant ut fra landet som helhet på nye tilfeller av kreft
- Vi ligger lavere enn landet på tilfeller av KOLS
- Vi satser på tidlig innsats i kommunen, ved forebyggende plan og tidlig innsatsning
- Vi oppfyller bemanningskrav til barnehager
- Vi har ungdom som rapporterer om lite regelbrudd
- Vi har gode resultat på trivsel i barnehage foreldreundersøkelsen
- Vi har et godt utvalg av lag og foreninger

## **Status utfordringer**

### **Status – utfordringer**

- Vi ligger lavere enn landet som helhet på voksne med høyere utdanning
- Vi har høy andel av barn av enslige forsørgere
- Vi ligger høyere enn landet som helhet på unge som er utenfor
- Vi skårer lavere enn landet for øvrig på lese- og skriveferdigheter på 5 trinn
- Vi har unge i 7. trinn som i større grad enn landet for øvrig rapporterer om at de ikke trives på skolen
- Vi har høy andel overvektige ungdom
- Vi har høyere andel enn landet for øvrig som rapporterer at de sliter med psykiske symptom/lidelser
- Vi har ungdom som rapporterer at de sliter med søvnproblemer
- Vi har ungdom som ikke er fornøyde med treffsteder for ungdom
- Vi har ikke noen som arbeider med utadrettet ungdomsarbeid
- Barnevernreformen har ført til at færre barn og familier har krav på tiltak fra barneverntjenesten, men de kan likevel være hjelpetrengende og det er ikke organisert hvordan ivareta disse
- Vi har en utfordrende kommune økonomi
- Vi ligger høyere enn landet på hjerte- og karsykdommer

- Vi ligger litt høyere enn landet på skader som behandles i spesialisthelsetjenesten, da hodeskader og hoftebrudd
- Vi har rekrutteringsutfordringer
- Vi har fraflytting og det fødes få barn

## Muligheter

### Muligheter

- «Tidlig innsats»– det vil si å sette inn tiltak før problemer vokser seg store, og å prioritere barn og unges oppvekstvilkår
- Arbeide systematisk for at ungdom gjennomfører videregående skole
- Bidra til å opprette arbeidsplasser i hele kommunen
- Planlegge for et aldersvennlig samfunn og benytte ressurser som finnes i den eldre del av befolkningen
- En kunnskapsbasert og aktiv boligpolitikk – inkl. boligsosialt arbeid
- Jobbe for en inkluderende kommune, på tvers av kjønn,etnisitet, funksjonsnivå, seksuell legning og alder
- Planlegge og legge til rette for møteplasser for innbyggere i alle aldre
- Medvirkning gjennom tett dialog med innbyggerne
- Tett samarbeid med frivillig sektor
- Et oppdatert kunnskapsgrunnlag som er lett tilgjengelig for bruk i planer og tjeneste
- Systematisere folkehelsearbeidet på tvers av sektorer, internt i kommunen og eksternt i samarbeid med frivillig sektor, næringsliv, akademia, innbyggere og andre offentlige og private instanser
- Folkehelsehensyn tas inn i alle planer på en systematisk måte
- Identifisere årsaker til de positive ressursene som finnes i kommunen, og forsterke disse gjennom systematisk arbeid

Et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid må gjenspeiles i planer, handlings- og virksomhetsplaner og tiltak i hele kommuneorganisasjonen.

De konkrete tiltakene må gjennomføres på hver enkelt arbeidsplass, i den enkelte enhet, i sektorene, i samarbeid mellom sektorer internt i kommunen og

i samarbeid med eksterne, ut fra hvilke utfordringer som skal løses eller tiltak som skal gjennomføres.

## KUNNSKAPSGRUNNLAG FOLKEHELSE

### Nasjonale føringer/forventninger

### **FNs bærekraftsmål som grunnlag for regional og kommunal planlegging**



Regjeringa har vedtatt at FNs 17 bærekraftsmål skal være det politiske hovedsporet for å ta tak i de største utfordringene i vår tid. Åpenhet, inkludering, trygghet og helsefremming trekkes fram som satsinger i de nasjonale forventningene til regional og kommunal planlegging.

Forventninger til kommunal og regional planlegging er blant annet at kommunene skal ha:

- **En aktiv og helhetlig areal- og sentrumspolitikk**
- **Boligpolitikk, inkludert boligsosiale hensyn**
- **Aktivplanlegging for å motvirke og forebygge levekårsutfordringer og medvirker til å utjamne sosiale forskjeller**
- **Universell utforming**
- **Folkehelse i planlegginga**
- **Aldersvennlige kommuner**
- **Sikring av byrom og blågrønninfrastruktur med stier og turveier, og tilrettelegging for fysisk aktivitet og naturopplevelser for alle**
- **Sikre aktiv god psykisk og fysisk helse i planleggingen**
- **Hensyn til barn og unges interesser gjennom samfunns- og arealplanlegging som skaper trygge, attraktive og aktivitetsfremmende by- og bomiljø**

Sosialt bærekraftige samfunn handler om samfunn preget av tillit, trygghet, tilhørighet og tilgang til goder som arbeid, utdanning og gode nærmiljø. Gjennom planprosessene kan kommunen legge til rette for en sosialt bærekraftig samfunnsutvikling (Folkehelseinstituttet 2020)

## **Andre nasjonale føringer**

### **Folkehelseloven**

Folkehelseloven regulerer kommunens ansvar for folkehelse. Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Kommunen skal også bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

For å oppfylle dette skal kommunen fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler de er tillagt, ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting (kapittel 2, §4).

Planlegging er et av de viktigste virkemidlene kommunen har for å gjennomføre et kunnskapsbasert, systematisk, langsiktig og tverrsektorielt folkehelsearbeid.



**Tverrsektorielt** – Påvirkningsfaktorene for befolkningens helse er svært mange og kommer fra ulike sektorer i og utenfor kommunens ansvarsområder. En konsekvens av dette er at folkehelsearbeidet må foregå på tvers av kommunens sektorer, men også i samarbeid med andre offentlige og private instanser, befolkning, akademia, frivillig sektor og næringsliv. Medvirkning fra kommunens innbyggere må sikres i alt folkehelsearbeid.

**Systematisk** – For at folkehelsearbeidet ikke skal bli kun «happeninger» og korte innsatser, må det systematiseres. Kommunens systematiske arbeid foregår gjennom planlegging. Folkehelsearbeidet må derfor inn i kommunens plansystem, med planstrategi og kommuneplanens samfunnsdel som de viktigste. Dette er nedfelt i folkehelseloven.

**Kunnskapsbasert** – Sammenhengen mellom levekår og befolkningens helse er godt dokumentert. Kunnskap om denne sammenhengen må legges til grunn for kommunens systematiske folkehelsearbeid. Lokal kunnskap om kommunen og befolkningen er viktig for kommunens systematiske og langsiktige folkehelsearbeid.

**Langsiktig**– For å få til et systematisk folkehelsearbeid på tvers av sektorer, kreves et langsiktig arbeid. Dette kan være en utfordring, da det kan ta tid før virkningene synes og gevinstene kan hentes ut.

De nasjonale målene i folkehelsepolitikken er det bred politisk enighet om:

- Norge skal være blant de tre land i verden som har høyest levealder.

- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller.
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

### *Figur 1.1 Dahlgren og Whitehead (1991)*

Dahlgrens og Whiteheads figur illustrerer hvordan folks helse påvirkes av det miljøet og de omgivelsene de er en del av, fra den nærmeste familie til storsamfunnet. Befolkningens helse påvirkes av alle samfunnsområder, og kommunene har ansvaret for svært mange av disse. Samarbeid på tvers av sektorer er nødvendig for å nå målene i folkehelsearbeidet.

Folkehelseperspektivet er i økende grad til stede i styringsdokumenter fra nasjonale myndigheter. Ofte er det i form av formuleringer og begreper som: «hindre utenforskap», «inkluderende miljø», «m» «livskvalitet» og «trivsel». Under er noen av de siste føringene omtalt.

### Program for folkehelse i kommunene

Programmet er en tiårig satsing (2017–2027) på kommunalt folkehelsearbeid. Satsingen skal bidra til styrking av psykisk helse og rusforebygging som del av kommunenes folkehelsearbeid, samt heving av kommunenes kompetanse på utvikling, implementering og evaluering av kunnskapsbaserte tiltak. Brønnøy kommune var med som deltakende kommune fra 2019-2022 med tiltaket «barnas plattform» et universelt foreldreveiledningsprogram som ble gitt gratis til alle med barn i barnehage og barneskolealder.

Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO Meld. St. 6 (2019–2020)

I innledningen til reformen skriver regjeringen: «Vi skal ha en barnehage og skole som gir muligheter for alle barn og unge – uavhengig av sosial, kulturell og språklige bakgrunn, kjønn, kognitive og fysiske forskjeller. Det krever inkluderende fellesskap og tidlig innsats.»

### «Leve hele livet– en kvalitets reform for eldre»

Reformen beskrives i Meld.St.15 (2017-2018). Den bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungerer i praksis. Følgende 5 områder trekkes spesielt fram:

Et aldersvennlig samfunn, Aktivitet og fellesskap, Mat og måltider, Helsehjelp og Sammenheng i tjenestene. Leve hele livet er en reform for aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap, og omfatter alle bransjer og sektorer. Kommunene blir oppfordret til å involvere eldre i arbeidet med å planlegge og utforme nærmiljø og lokalsamfunn. En mer målrettet og systematisk rekruttering, organisering og tilrettelegging av frivillighet, ikke minst fra de eldre selv, er en viktig del av reformen.

**Friluftsmeldingen Meld. St. 18 (2015–2016) Friluftsliv — Natur som kilde til helse og livskvalitet** Friluftsmeldingen fra 2015-2016 og den oppfølgende handlingsplanen fra 2018 knytter friluftsliv tett til helse og livskvalitet. Meldingen omfatter tiltak og føringer innenfor motivering og rekruttering til friluftsliv, og forvaltning av områder for friluftsliv. Tilgang for alle til friluftsliv i nærmiljøet framheves spesielt, og barn og unge er prioriterte målgrupper.

### Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029

Hovedmål 1: Et mer aktivitets vennlig samfunn der alle uavhengig av alder, kjønn, funksjonsnivå og sosial bakgrunn gis mulighet til bevegelse og fysisk aktivitet.

Hovedmål 2: Andelen i befolkningen som oppfyller helsemessige anbefalinger om fysisk aktivitet er økt med 10 prosentpoeng innen 2025 og 15 prosentpoeng innen 2030.

# Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

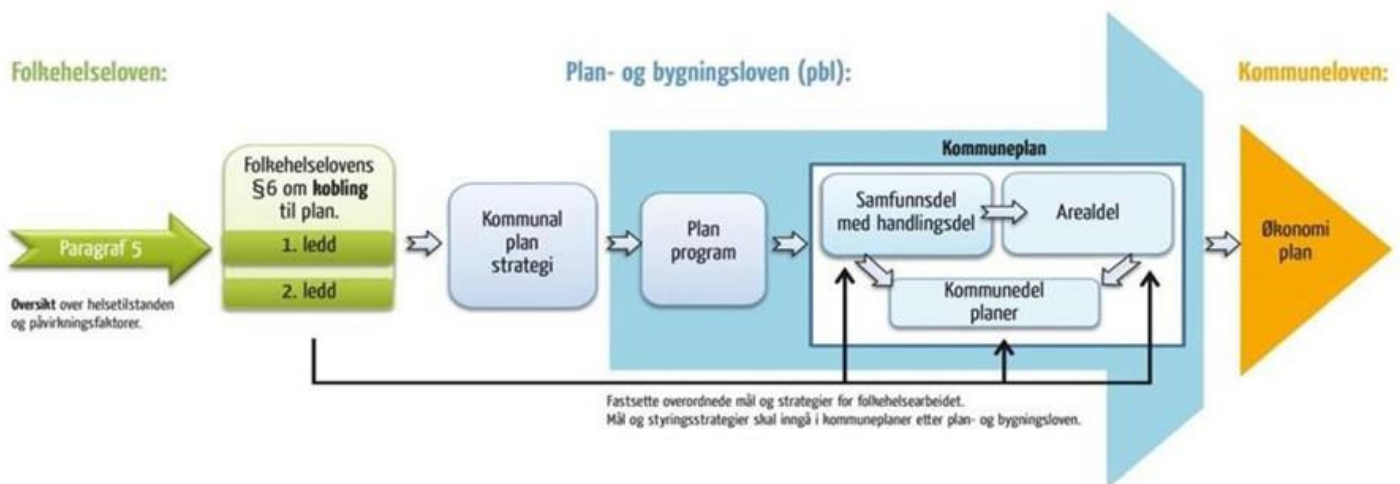
## Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Kommunen skal, ifølge folkehelseloven, ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og positive og negative faktorer som kan påvirke befolkningens helse.

Folkehelseutfordringer i kommunen skal

identifiseres, og konsekvenser og årsaksforhold skal vurderes. Kommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Folkehelseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi, og en drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jmfør Plan- og bygningsloven § 10-1.



## Folkehelseoversikten binder

## sammen folkehelseloven og plan- og bygningsloven i folkehelsearbeidet

I kommunens arbeid med kommuneplaner, skal overordnede mål og strategier i folkehelsearbeidet fastsettes, for å møte de

utfordringene kommunen står overfor på folkehelseområdet. Folkehelseoversikten skal være grunnlaget for dette arbeidet (folkehelseloven).

Tema som skal være med i folkehelseoversikten (forskrift om oversikt over folkehelsen):

- **Befolkningssammensetning**
- **Oppvekst, levekår og sosialulikhet**
- **Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø**
- **Skader og ulykker**
- **Helserelatert atferd**
- **Helsetilstand**

## **Kilder til folkehelseoversikten:**

### Folkehelseprofil og kommunebarometer

#### **Folkehelseprofil**

Folkehelseprofil for hver kommune utgis hvert år av Folkehelseinstituttet, som et bidrag til kommunenes arbeid med å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og faktorer som påvirker denne. Hvert år tas ulike tema innen folkehelse opp og omtales spesielt, og aktuelle indikatorer beskrives kort for den enkelte kommune.

Folkehelseprofilen inneholder også et folkehelsebarometer for hver kommune, der flere indikatorer innen folkehelsefeltet er plukket ut. Indikatorene for hver kommune får grønn, gul eller rød farge, etter hvor godt kommunen ligger an, sammenlignet med landet. Grønn representerer et resultat som er signifikant bedre enn landet, gule indikatorer er ikke signifikante, og røde er signifikant dårligere enn landet. Kommuner som stort sett har grønne indikatorer, kan gå ut fra at folkehelsen stort sett er god, mens kommuner med mange røde indikatorer har flere utfordringer på folkehelseområdet.

Selv om indikatoren er grønn, kan det likevel være nødvendig å kanalisere ressurser og fokus mot tiltak på området. For enkelte indikatorer bør det være et mål å være helt på topp, eksempler er mobbing og vold i nære relasjoner, der målet bør være en null-visjon.

Ikke alle områdene i folkehelseprofilen har kommunen mulighet for å påvirke. Forhold i den enkelte kommune flere år tilbake i tid kan ha hatt stor betydning for situasjonen i dag. Et eksempel er industri som i fortid har hatt uheldige helsekonsekvenser for både ansatte og lokalbefolkningen, og som vil kunne gjenspeiles i levealder og sykdomsforekomst i kommunen i nåtid.



## Folkeshelsebarometer for kommunen

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

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

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

| Tema                         | Indikator (klikkbare indikatornavn)        | Kommune | Fylke  | Norge | Enhet (*)      | Folkeshelsebarometer for Brønnøysund |
|------------------------------|--------------------------------------------|---------|--------|-------|----------------|--------------------------------------|
| Befolning                    | 1 Andel barn, 0-17 år                      | 20,2    | 19,1   | 20,4  | prosent        |                                      |
|                              | 2 Andel over 80 år                         | 4,8     | 5,5    | 4,4   | prosent        |                                      |
|                              | 3 Andel 80 år+, framskrevet til 2040       | 11      | 10     | 8,2   | prosent        |                                      |
|                              | 4 Personer som bor alene, 45 år +          | 26,4    | 27,2   | 26,3  | prosent        |                                      |
|                              | 5 Befolningsvekst                          | -0,33   | -0,064 | 0,63  | prosent        |                                      |
| Oppvekst og levekår          | 6 VGS eller høyere utdanning, 30-39 år     | 74      | 76     | 81    | prosent        |                                      |
|                              | 7 Vedvarende lav inntekt, 0-17 år          | 12      | 9,1    | 12    | prosent        |                                      |
|                              | 8 Inntektsulikhet, P90/P10                 | 2,8     | 2,6    | 2,8   | -              |                                      |
|                              | 9 Barn av enslige forsørgere               | 18,5    | 16,5   | 14,7  | prosent        |                                      |
|                              | 10 Unge som står utenfor, 15-29 år         | 11,2    | 8,9    | 9,5   | prosent (a,k)  |                                      |
|                              | 11 Leier bolig, 45 år +                    | 11,5    | 11,2   | 12,2  | prosent        |                                      |
|                              | 12 Bor trangt, 0-17 år                     | 14      | 18     | 18    | prosent        |                                      |
|                              | 13 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. tr.  | 31      | 27     | 23    | prosent (k)    |                                      |
|                              | 14 Laveste mestringsnivå i regning, 5. tr. | 38      | 29     | 24    | prosent (k)    |                                      |
|                              | 15 Gjennomføring i vdg. opplæring          | 79      | 75     | 79    | prosent (k)    |                                      |
| Miljø, skader og ulysker     | 16 Høy tilfredshet med livet, Ungd. 2022   | 49      | 50     | 50    | prosent (a,k)  |                                      |
|                              | 17 Drikkevann, hygienisk og stabilt        | 100,0   | 86,7   | 90,7  | prosent        |                                      |
|                              | 18 Luftkvalitet, finkornet svevestøv       | 2,1     | 2,4    | 4,8   | µg/m³          |                                      |
|                              | 19 Trygt i nærmiljøet, Ungdata 2022        | 87      | 87     | 84    | prosent (a,k)  |                                      |
|                              | 20 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2022   | 52      | 54     | 58    | prosent (a,k)  |                                      |
|                              | 21 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2022    | 60      | 63     | 67    | prosent (a,k)  |                                      |
|                              | 22 Fornøyd med treffsteder, Ungd. 2022     | 26      | 48     | 55    | prosent (a,k)  |                                      |
|                              | 23 Ensomhet, Ungdata 2022                  | 21      | 24     | 23    | prosent (a,k)  |                                      |
|                              | 24 Trener sjeldnere enn ukentlig, 17 år    | 33      | 29     | 27    | prosent (k)    |                                      |
|                              | 25 Skjermtid over 4 timer, Ungd. 2022      | 51      | 51     | 45    | prosent (a,k)  |                                      |
| Helse-<br>relatert<br>adferd | 26 Røyking, kvinner                        | -       | 3,4    | 2,8   | prosent (a)    |                                      |
|                              | 27 Forventet levealder, menn               | 80,6    | 79,7   | 80,1  | år             |                                      |
|                              | 28 Forventet levealder, kvinner            | 83,7    | 83,7   | 83,9  | år             |                                      |
|                              | 29 Utd.forskjeller i forventet levealder   | 3,3     | 4,5    | 5,1   | år             |                                      |
|                              | 30 Psykiske sympt./lidelser, 0-74 år       | 171     | 167    | 160   | per 1000 (a,k) |                                      |
|                              | 31 Overvekt og fedme, 17 år                | 33      | 28     | 22    | prosent (k)    |                                      |
|                              | 32 Hjerte- og karsykdom                    | 21,4    | 18,7   | 17,2  | per 1000 (a,k) |                                      |
|                              | 33 Antibiotikabruk, resepter               | 247     | 244    | 262   | per 1000 (a,k) |                                      |
|                              | 34 Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år    | 96,0    | 96,9   | 97,3  | prosent        |                                      |

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

\* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert, k = kjønnsstandardisert og \*\* = tall fra Ungdataundersøkelsen mangler. Les mer om mulige årsaker til at tall fra Ungdataundersøkelsen mangler og om endringer i tall for 2021 [her](http://khs.fhi.no).

1./2. 2022. 3. 2040, beregning basert på middels vekst i fruktbarhet, levealder og netto innflytting. 4. 2022, i prosent av befolkningen. 5. 2021. 6. 2021, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning). 7. 2019-2021, barn (0-17 år) som bor i husholdninger som i en treårsperiode har en gjennomsnittlig inntekt under 60 % av nasjonal median. 8. 2021, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 9. 2019-2021, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. 10. 2021, omfatter de som ikke er i arbeid, utdanning eller opplæring (NEET). 11. 2021, andelen er presentert i prosent av personer i privathusholdninger. 12. 2021, trangboddhet defineres ut ifra antall rom og kvadratmeter i boligen. 13./14. Skoleårene 2019/2020-2021/2022. 15. 2019-2021, omfatter elever bosatt i kommunen. 16. U.skole, de som angir 8-10 på en skala fra 0-10, der 0 er det verst mulige livet de kan tenke seg og 10 det best mulige. 17. 2021, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil levering av drikkevann. Omfatter vannverk som forsyner minst 50 personer. Tallene bør vurderes i lys av andelen som er tilknyttet vannverk i kommunen, se KommuneHelse statistikkbank. 18. 2021, mikrogram per kubikkmeter (µg/m³) finkornet svevestøv (PM2,5) som befolkningen i kommunen er utsatt for. 19. U.skole, opplever at nærområdet er trygt på kveldstid. 20. U.skole, svarer «ja, jeg er med nå». 21. U.skole, svært eller litt fornøyd. 22. U.skole, svært bra eller nokså bra tilbud. 23. U.skole, ganske mye eller veldig mye plaget. 24. 2021-2022, oppgitt ved nettbasert sesjon 1. 25. U.skole, daglig utenom skolen. 26. 2017-2021, fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet, oppgitt i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 27./28. 2007-2021, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 29. 2007-2021, vurdert etter forskjellen i forventet levealder ved 30 år, mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 30. 2018-2020, brukere av primærhelsetjenestene fastlege og legevakst. 31. 2019-2022, KMI som tilsvarende over 25 kg/m², basert på høyde og vekt oppgitt ved nettbasert sesjon 1. 32. 2019-2021, omfatter innlagte på sykehus og/eller døde. 33. 2021, 0-79 år, utleveringer av antibiotika ekskl. metenamin på resept. 34. 2017-2021.

Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Ungdataundersøkelsen fra Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet, Vernepliktsverket, Vannverksregisteret, Primærhelsetjenestene fastlege og legevakst (KUHR-databasen i Helsedirektoratet), Hjerte- og karrregisteret, Reseptregisteret, Meteorologisk institutt, Medisinsk fødselsregister og Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK. For mer informasjon, se <http://khs.fhi.no>.

# Oppvekstprofilen

## Oppvekstprofil

Folkehelseinstituttet

lanserte oppvekstprofiler 9.september 2020. Profilene er bygd opp på samme måte som folkehelseprofilene, og er basert på nasjonale register. Flere av indikatorene er hentet fra ungdata resultatene.

Folkehelseinstituttet framhever disse forholdene som spesielt viktige for barn og unges oppvekstmiljø:

- **At barn og unge føler tilhørighet og trygghet i familien**
- **At barn og unge får god tilknytning til skole og etter hvert arbeidsliv**
- **At barn og unge har god psykisk og fysisk helse**
- **At barn og unge med innvandrerbakgrunn har de samme mulighetene som andre jevnaldrende**
- **At familiens økonomi er trygg og forutsigbar og at familiens levekår er gode**

Oppvekstprofilen for Brønnøy 2023 viser blant annet resultater fra ungdata-undersøkelsen som ble gjennomført i 2022.

Alle de røde indikatorene i oppvekstprofilen for Brønnøy er hentet fra ungdata, bortsett fra muskel og skjelettplager- og sykdommer, som er antallbrukere registrert i primærhelsetjenestene legevakt, fysioterapeut og kiropraktor.

Noen av indikatorene er sammenfallende med folkehelseprofilen. Det kan være ulike verdier både for fylket og for landet i de to profilene. Grunnen til det er at datagrunnlaget for fylkes- og landstallene oppdateres jevnlig, og profilene er publisert med noen måneders mellomrom.





## Oppvekstbarometer for kommunen

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall for kommunen og fylket med landstall. I figuren og tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenliknet med landet. Klikk på indikatornavnene for å se utvikling over tid i kommunen. I [Kommunehelse statistikkbank](#) finnes flere indikatorer og utfyllende informasjon om hver enkelt indikator.

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

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

| Tema                 | Indikator (klikkbare indikatornavn)        | Kommune | Fylke | Norge | Enhet (*)      | Oppvekstbarometer for Brønnøy |
|----------------------|--------------------------------------------|---------|-------|-------|----------------|-------------------------------|
| Befolkning           | 1 Andel barn, 0-17 år                      | 20,2    | 19,1  | 20,4  | prosent        |                               |
|                      | 2 Innvand. og norskf. med innv.foreldre    | 11,0    | 12,1  | 19,8  | prosent        |                               |
| Levekår              | 3 Barn i fam. m/vedvarende lav inntekt     | 12      | 9,1   | 12    | prosent        |                               |
|                      | 4 Barn i familier som mottar sosialhjelp   | 9,2     | 6,7   | 5,7   | prosent        |                               |
|                      | 5 Bor trangt, 0-17 år                      | 14      | 18    | 18    | prosent        |                               |
|                      | 6 Barn av enslige forsørgere               | 18,5    | 16,5  | 14,7  | prosent        |                               |
|                      | 7 Barn med barnevernstiltak, 0-17 år       | 4,3     | 4,6   | 3,9   | prosent        |                               |
|                      | 8 Unge som står utenfor, 15-24 år          | 8,3     | 6,8   | 7,4   | prosent (a,k)  |                               |
| Barnehage og skole   | 9 Bemanning i barnehage, oppfylt           | 100     | 91    | 92    | prosent        |                               |
|                      | 10 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. tr.  | 31      | 27    | 23    | prosent (k)    |                               |
|                      | 11 Laveste mestringsnivå i regning, 5. tr. | 38      | 29    | 24    | prosent (k)    |                               |
|                      | 12 Trives på skolen, 7. trinn              | 81      | 81    | 86    | prosent (k)    |                               |
|                      | 13 Mobbes på skolen, 7. trinn              | 8,4     | 8,7   | 7     | prosent (k)    |                               |
|                      | 14 Gjennomsnittlig grunnskolepoeng         | 42,7    | 43,3  | 43,3  | poeng (k)      |                               |
| Fritid og nærmiljø   | 15 Gjennomføring i vdg. opplæring          | 79      | 75    | 79    | prosent (k)    |                               |
|                      | 16 Fornøyd med lokalmiljøet, 2022          | 60      | 63    | 67    | prosent (a,k)  |                               |
|                      | 17 Fornøyd med treffsteder, 2022           | 26      | 48    | 55    | prosent (a,k)  |                               |
|                      | 18 Med i fritidsorganisasjon, 2022         | 52      | 54    | 58    | prosent (a,k)  |                               |
|                      | 19 Ensomhet, 2022                          | 21      | 24    | 23    | prosent (a,k)  |                               |
|                      | 20 Regelbrudd, Ungd. 2022                  | 8,7     | 10    | 9,2   | prosent (a,k)  |                               |
| Helse og helseatferd | 21 Skjermtid over 4 timer, 2022            | 51      | 51    | 45    | prosent (a,k)  |                               |
|                      | 22 Fornøyd med helse, 2022                 | 60      | 64    | 67    | prosent (a,k)  |                               |
|                      | 23 Høy tilfredshet med livet, Ungd. 2022   | 49      | 50    | 50    | prosent (a,k)  |                               |
|                      | 24 Psykiske plager, 2022                   | 17      | 16    | 16    | prosent (a,k)  |                               |
|                      | 25 Psykiske sympt./lidelser, 15-24 år      | 210     | 182   | 166   | per 1000 (a,k) |                               |
|                      | 26 Søvnproblemer, 2022                     | 37      | 33    | 30    | prosent (a,k)  |                               |
|                      | 27 Trener sjeldnere enn ukentlig, 17 år    | 33      | 29    | 27    | prosent (k)    |                               |
|                      | 28 Overvekt og fedme, 17 år                | 33      | 28    | 22    | prosent (k)    |                               |
|                      | 29 Reseptfrie smertest. ukentlig, 2022     | 31      | 22    | 20    | prosent (a,k)  |                               |
|                      | 30 Alkohol, har vært beruset, 2022         | 18      | 16    | 13    | prosent (a,k)  |                               |

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

\* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert, k = kjønnsstandardisert og \*\* = tall fra Ungdataundersøkelsen mangler. Les mer om mulige årsaker til at tall fra Ungdataundersøkelsen mangler og om endringer i tall for 2021 [her](#).

1. 2022. 2. 2022, 0-17 år. 3. 2019-2021, barn (0-17 år) som bor i husholdninger som i en treårsperiode har en gjennomsnittlig inntekt under 60 % av nasjonal median. 4. 2021, 0-17 år, omfatter de som har mottatt sosialhjelp minst én gang i løpet av året. 5. 2021, trangboddhet defineres ut ifra antall rom og kvadratmeter i boligen. 6. 2019-2021, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. 7. 2021, omfatter hjelpetiltak og omsorgstiltak. 8. 2021, omfatter de som ikke er i arbeid, utdanning eller opplæring (NEET). 9. 2022, barn som går i barnehager der kravet til både grunnbemanning og pedagogisk bemanning er oppfylt. 10./11. Skoleårene 2019/2020-2021/2022. 12./13. Skoleårene 2020/2021-2022/2023. 14. 2020-2022, ved avsluttet grunnskole på 10. trinn. 15. 2019-2021, omfatter elever bosatt i kommunen. 16. U.skole, svært eller litt fornøyd. 17. U.skole, svært bra eller nokså bra tilbud. 18. U.skole, svarer «ja, jeg er med nå». 19. U.skole, ganske mye eller veldig mye plaget. 20. U.skole, 3 eller flere ulike regelbrudd i løpet av det siste året. 21. U.skole, daglig utenom skolen. 22. U.skole, svært eller litt fornøyd. 23. U.skole, de som angir 8-10 på en skala fra 0-10, der 0 er det verst mulige livet de kan tenke seg og 10 det best mulige. 24. U.skole, har mange plager (ganske mye eller veldig mye plaget). 25. 2018-2020, brukere av primærhelsetjenestene fastlege og legevakt. 26. U.skole, ganske mye eller veldig mye plaget. 27. 2021-2022, oppgitt ved nettbasert sesjon 1. 28. 2019-2022, KMI som tilsvarer over 25 kg/m<sup>2</sup>, basert på høyde og vekt oppgitt ved nettbasert sesjon 1. 29. U.skole, bruker Paracet, Ibux og lignende minst én gang i uka. 30. U.skole, drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset én gang eller mer i løp av de siste 12 mnd. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Ungdataundersøkelsen fra Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet, Utdanningsdirektoratet, Vernepliktsverket og primærhelsetjenestene fastlege og legevakt (KUHR-databasen i Helsedirektoratet). For mer informasjon, se [Kommunehelse statistikkbank](#).

# Ungdataundersøkelsen

## Ungdataundersøkelsen

Ungdata er en lokal spørreundersøkelse der elever i ungdomsskole og videregående skole svarer på spørsmål om ulike tema som er viktig for deres liv, slik som foreldre og venner, skole, lokalmiljø, fritidsaktiviteter, helse og trivsel, rusmiddelbruk, risikoatferd og vold. Undersøkelsen er svært omfattende, mye kunnskap om hvordan det er å være ungdom i kommunen kan hentes ut fra den. I Brønnøy ble den sist gjennomført i 2022, da for første gang også på mellomtrinn.

## Fylkesstatistikken

### Fylkesstatistikken

Nordland fylkeskommune publiserer statistikk over befolkningsutvikling på kommunenivå, og annen statistikk som er relevant for planlegging og utvikling for hver enkelt kommune.

## Andre kilder til folkehelsestatistikken

**Andre kilder til folkehelseoversikten** er SSB, elevundersøkelsen, KOSTRA, Nordland i tall og andre nasjonale og kommunale kilder til enkeltresultater.

## Helsetilstand og påvirkningsfaktorer- statistikk og tallgrunnlag

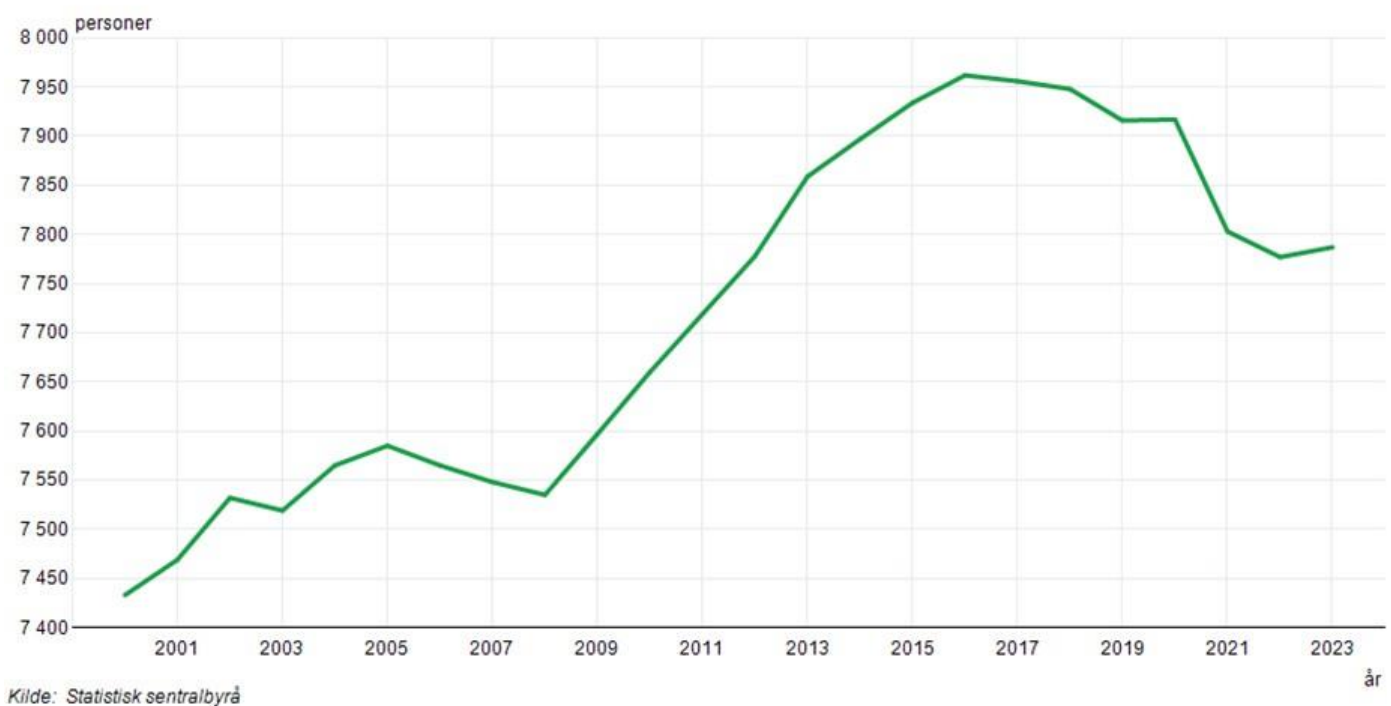
## Befolkningssammensetning

### Befolkningssammensetning

Befolkningens alder, fruktbarhet og dødelighet er sentrale bakgrunnsinformasjoner for beskrivelsen av befolkningens helse. Også landbakgrunn for innvandrere er relevante informasjoner som kan indikere risiko for spesielle helseutfordringer. I dette kapittelet vil disse parameterne bli beskrevet for Brønnøy-samfunnet. I tillegg vil prognosene for befolkningsutvikling i kommunen bli omtalt med henblikk på å kunne synliggjøre sentrale forhold som for eksempel alderssammensetning i Brønnøys befolkning i framtiden.

Per 1.1.2023 talte Brønnøys befolkning 7787 personer. Brønnøy hadde i perioden 2008-2016 en jevn befolkningsvekst, men har deretter hatt en svak befolkningsnedgang. Befolkningsutviklingen avhenger av demografiske komponenter som fruktbarhet, dødelighet og inn- og utflytting. Tendensen siden 2013 har vært at fødselstallene har gått ned i Brønnøy.

06913: Befolkning og endringer, etter år. Befolkning 1. januar, Brønnøy.



oversikt over befolkningsendring fra 2001-2023. (kilde: SSB)

## Hovedinntrykk

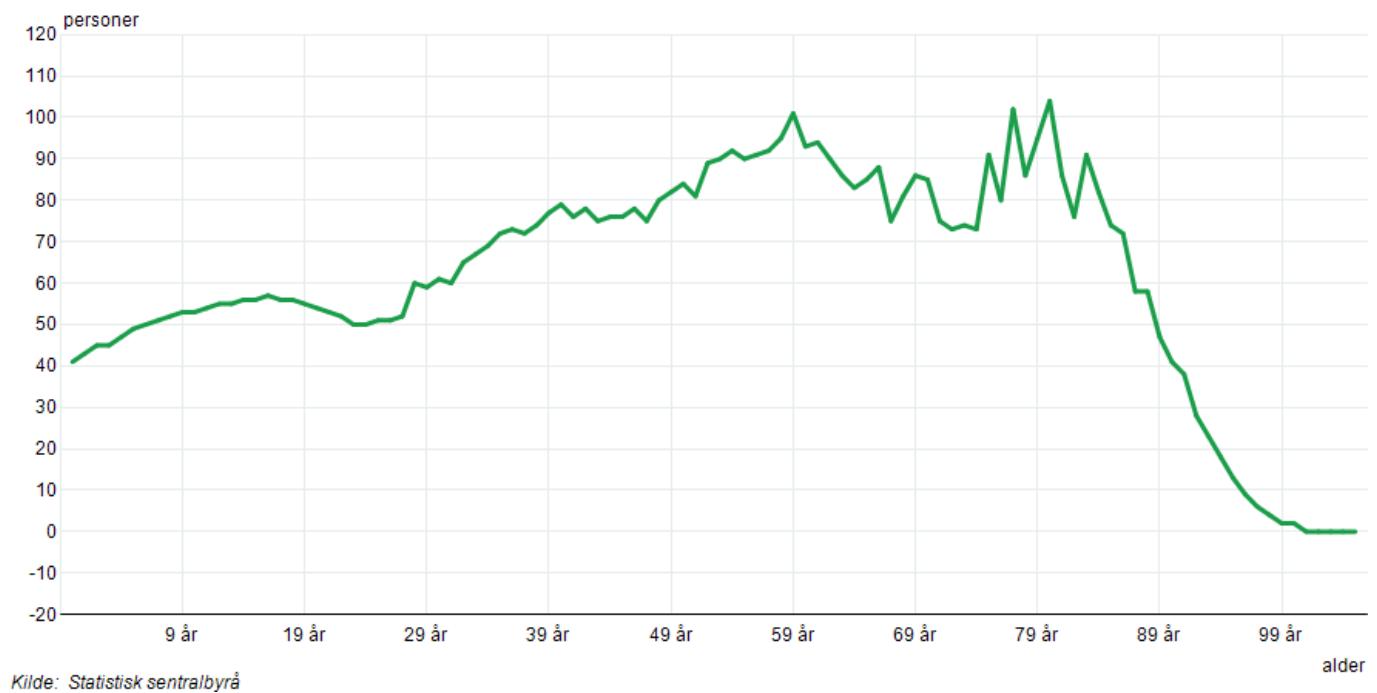
## Folketallsutvikling

## Forventet befolkningsutvikling i Brønnøy

Statistisk sentralbyrå utarbeider befolkningsframskrivninger både for landet, fylkene og kommunene. Framskrivningene utarbeides annet hvert år, sist i 2022. Fordi framtiden er usikker, utarbeides det flere alternative framskrivninger med ulike forutsetninger knyttet til fruktbarhet, levealder og innvandring lagt til grunn. Framskrivningene er blant annet sortert i høy, middels og lav nasjonal vekst. Å legge til grunn middels nasjonal vekst betegnes som hovedalternativet i befolkningsframskrivingene, og Statistisk sentralbyrå anbefaler kommunene å bruke dette alternativet i sine demografiske vurderinger. I hovedalternativet er følgende forutsetninger lagt til grunn: Fruktbarheten forventes på kort sikt å synke ytterligere før den gradvis stiger igjen. Levealderen forventes å stige. Flyttinger innenlands forventes å følge samme mønster som det siste tiåret med sentralisering, spesielt blant unge voksne, og nedgang i innvandring og utvandring fram mot 2030. Disse forventninger er hensyntatt i framskrivningene. Ved lav vekst er fruktbarheten og nettoinnvandringen ytterligere nedjustert.

## Alderssammensetning og framskriving

For Brønnøy vurderes det som relevant å vurdere framskrevet folkemengde på lav nasjonal vekst. Tabellen under viser da framskrevet folkemengde for 2050 i alderssammensetning. Den viser en stor forskjell mellom barn og unge 0-18 år og aldersgruppen 60 år og pluss.



Tabellen under viser tall fra FHI, her viser det til en stor økning i antall eldre i alderen 80 pluss mellom 2025 og 2050, mens innbygger tallet vil kunne holde seg relativt stabilt. Det er samme økning i aldersgruppen nasjonalt.

| Årstall                     |                        | 2025      | 2030      | 2035      | 2040      | 2045      | 2050      |
|-----------------------------|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Geografi                    | Alder                  |           |           |           |           |           |           |
| <a href="#">Hele landet</a> | Alle aldre             | 5 534 757 | 5 658 701 | 5 778 199 | 5 884 247 | 5 967 643 | 6 028 830 |
|                             | <a href="#">80 år+</a> | 272 695   | 356 522   | 422 154   | 484 883   | 546 238   | 624 490   |
| Brønnøy                     | Alle aldre             | 7 689     | 7 593     | 7 517     | 7 462     | 7 399     | 7 313     |
|                             | <a href="#">80 år+</a> | 446       | 564       | 676       | 784       | 897       | 1 029     |

Figur: framskrevet befolkning. Kilde: FHI

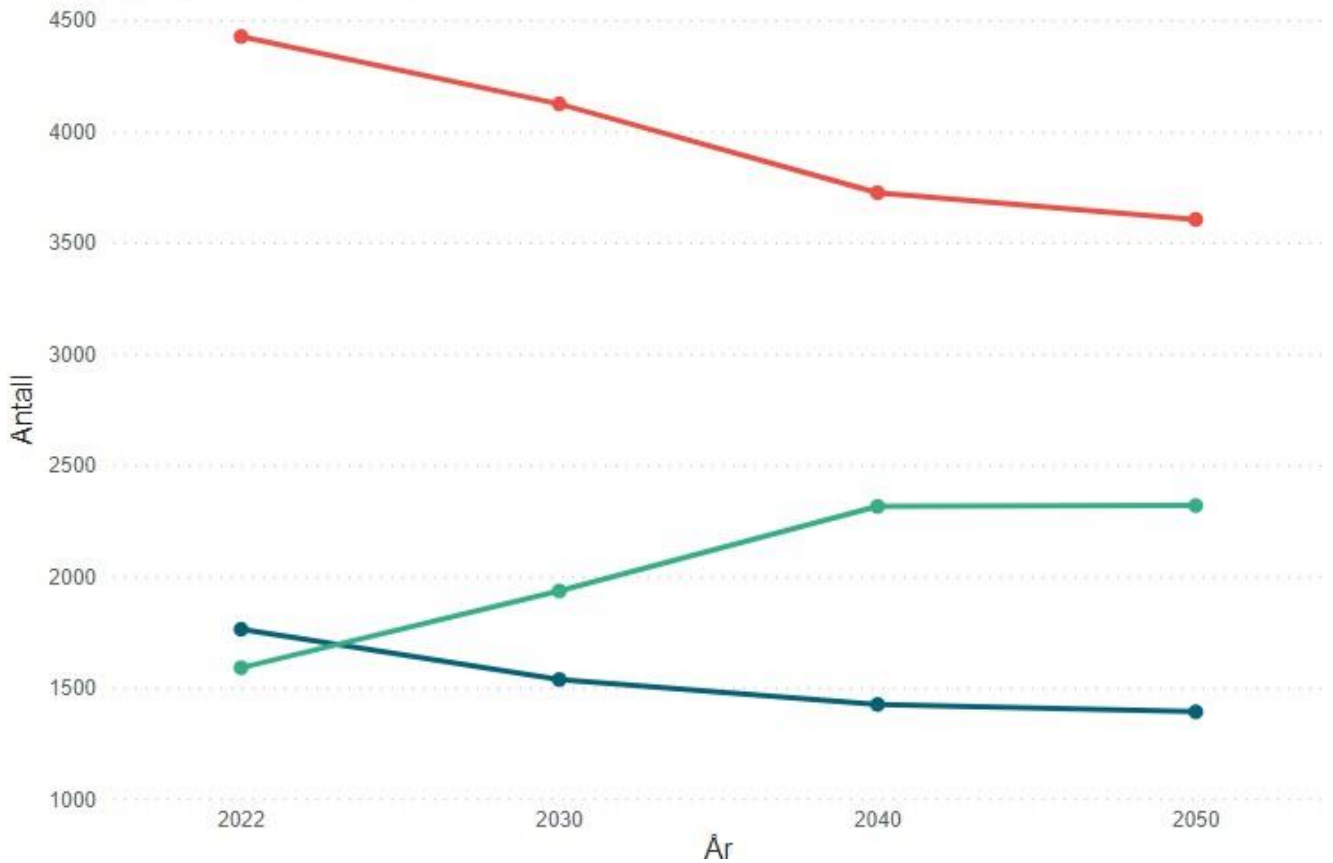
## Forsørgerbyrde

Personer over pensjonsalder utgjør en stadig større andel av befolkningen i Nordland.

SSB's framskrivninger viser at denne trenden vil fortsette fram mot år 2050. Mer enn 1 av 4 nordlendinger vil være i aldersgruppen 67+ i 2050, sammenliknet med omtrent 1 av 5 i 2022. Spesielt distriktskommunene vil merke denne utviklingen, og det forventes at nesten 1 av 3 i kommunene i sentralitetsklasse 6 vil være 67 år eller mer i 2050.

## Framskrevet folketall i Brønnøy kommune fra 2022 til 2050, etter aldersgruppe, Hovedalternativet (MMMM)

Aldersgruppe ● 0-19 år ● 20-64 år ● 65 år eller eldre



Kilde: SSB

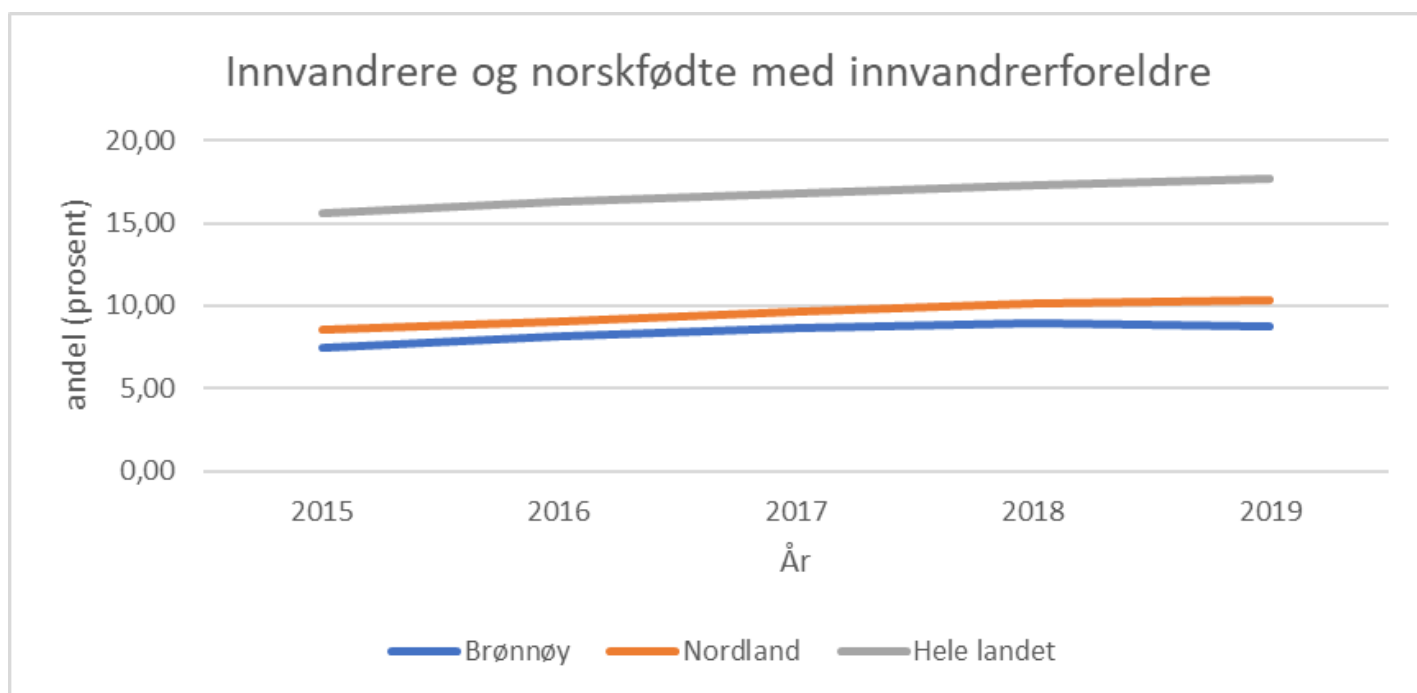
## Innvandring

### Innvandring

Innvandrere er personer som enten har innvandret selv, eller er barn av to innvandrerforeldre.

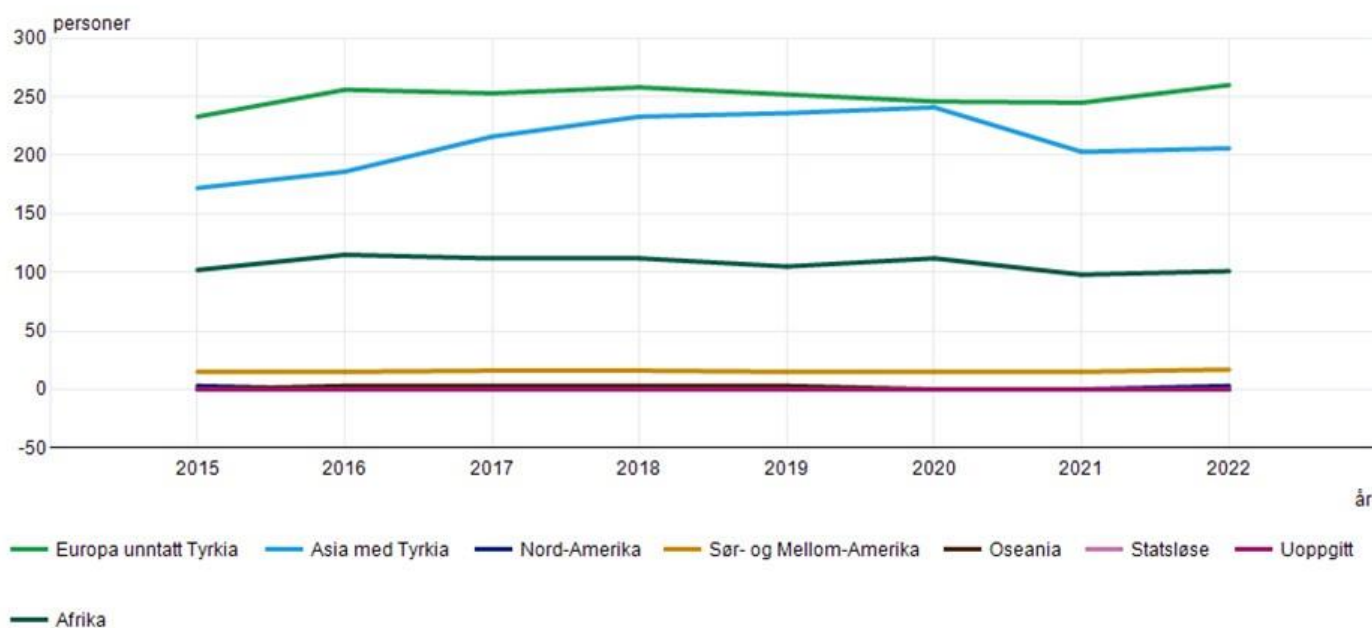
Andelen av innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn har økt i Brønnøy de siste årene. Det samme gjelder for Nordland og for landet som helhet. Brønnøy ligger under den gjennomsnittlige andelen av innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn både for fylket som helhet og for Norge. I 2019 er andelen 8.79 % i Brønnøy.





Figur: Oversikt over innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, i hele landet, Nordland fylke og Brønnøy kommune, per 2019 (Kilde: ssb)

07110: Innvandrere, etter landbakgrunn og år. Brønnøy, Innvandrere.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur: oversikt over innvandrere, etter land, i Brønnøy kommune per 2022. (Kilde; SSB)

Tabellen viser at det er flest fra Europa, Asia og Afrika, og at antallet har vært relativt stabilt de siste 7 årene. I 2022 er det besluttet at Brønnøy skal ta imot flyktninger fra Ukraina som vil forhøye antallet fra Europa.



Innvandrerne i Brønnøy er en sammensatt gruppe når det gjelder opprinnelsesland, og i et folkehelseperspektiv er det relevant å være oppmerksom på gruppen siden det er en overrepresentasjon av enkelte både fysiske og psykiske sykdommer i ulike innvandrergupper.

Endring i arbeids/næringsstruktur og flyktning- og innvandringspolitiske beslutninger vil til enhver tid ha stor innvirkning på sammensetning av, og landbakgrunn til innvandrere. Innvandrere representerer en ressurs for samfunnet på mange måter. En god planlegging fra kommunens side bidrar til at de som kommer til kommunen fra andre land blir inkludert og bidrar i sine lokalsamfunn.

På samme måte som for resten av befolkningen er helsetilstanden blant innvandrere ulik. Helse varierer mer mellom innvandrergupper enn mellom innvandrere samlet og befolkningen ellers. Opprinnelsesland, innvandringsårsak og botid i Norge har stor betydning for deres helse.

## Aleneboende

### Personer som bor alene

Antall personer som bor alene har steget lite fra 2005 til 2022. Vi har per 2022 26,4 % som bor alene, mot landets 26,3 % og Nordland fylkes 27,2 %.

Personer som bor alene kan potensielt være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt. Blant personer i alle aldersgrupper som bor alene, er det statistisk en høyere andel som sliter med psykiske plager, har en høyere uføregrad og er oftere uførepensjonert enn de som ikke bor alene. Kvinnens levealder er høyere enn menns, og det er vil derfor være flere kvinner i de øverste aldersgruppene som bor alene.

## Oppvekst- og levekårsforhold

Oppvekst og levekår har stor betydning for innbyggernes helse.

Å legge til rette for at alle barn i kommunen får en god og trygg oppvekst er i seg selv et

mål. Oppveksten har også stor betydning for helse og livskvalitet senere i livet. Familiens levekår påvirker barns oppvekst. Foreldrenes inntekt og utdanning, familiens bolig, steder å møte andre og tilgang til gode tjenester er viktige påvirkningsfaktorer.

Det er en sterk sammenheng mellom sosioøkonomiske forhold, slik som inntekt og utdanning, og helse. Statistisk har personer med høy inntekt og utdanning bedre helse og lever lengre enn de med mindre inntekt og utdanning. I samfunn der ulikhetene i sosioøkonomisk statuser mindre, er folkehelsen bedre.

De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse de siste 30 årene. Men helsegevinsten har vært størst for de som allerede hadde den beste helsen, som er gruppen med lang utdanning, god inntekt og som lever i parforhold. Helsegevinstene har ikke økt like mye for gruppen med lav utdanning og inntekt. Derfor har forskjellene i helse økt, særlig de siste ti årene (Kilde: Folkehelseinstituttet)

Ifølge folkehelseloven skal kommunen ta hensyn til sosial ulikhet i sin planlegging, og sosiale helseforskjeller skal motvirkes med de virkemidlene kommunen har, blant annet gjennom planlegging og tjenesteyting.

## Vold og mishandling

### **Vold, trusler og seksual-lovbrudd**

33 % av de i ungdomsskolen har opplevd å bli slått, sparket eller lugget av en jevnaldrende en eller flere ganger, på videregående er tallet 16 %. Det er 4 % på ungdomsskolen som har blitt slått av en voksen med vilje, og 4 % som har sett eller hørt at en voksen har blitt slått, sparket eller lugget. På videregående er tallet 1% blitt slått og 3% hørt eller sett en annen voksen bli utsatt.

15 % av jentene mot 2 % av guttene av eleven på ungdomsskolen blitt befølt på en seksuell måte mot sin vilje, på videregående har 32 % av jentene mot 3 % av guttene opplevd det samme.

Sør-Helgeland politidistrikt rapporterer om følgende tall på seksual-lovbrudd og vold, tabell hentet fra kommunens handlingsplan for forebygging, avdekking og håndtering av vold og overgrep i nære relasjoner:

Seksuallovbruddstallene innebærer voldtekt, seksuell omgang med barn og seksuell krenkende atferd. Tallene til sammen på alle anmeldte seksuallovbrudd har økt fra 14 i 2019 til 25 (per nov. 2022)

Anmeldte voldssaker har høyest tall på kroppskrenkelse med 25 anmeldte saker i 2019 og 19 så langt i 2022. Mishandling i nære relasjoner med kroppskrenkelse har 4 anmeldte saker (per nov. 2022). Anmeldte saker innenfor feltet vold er stabilt med 50 anmeldte saker i 2019 og 50 (per nov.2022).

Det er sannsynlig at omfanget av vold og overgrep er høyere enn det som er rapportert hos politiet, da mørketallene antas å være høye, jf. NKVTS sin omfangsstudie (2014)

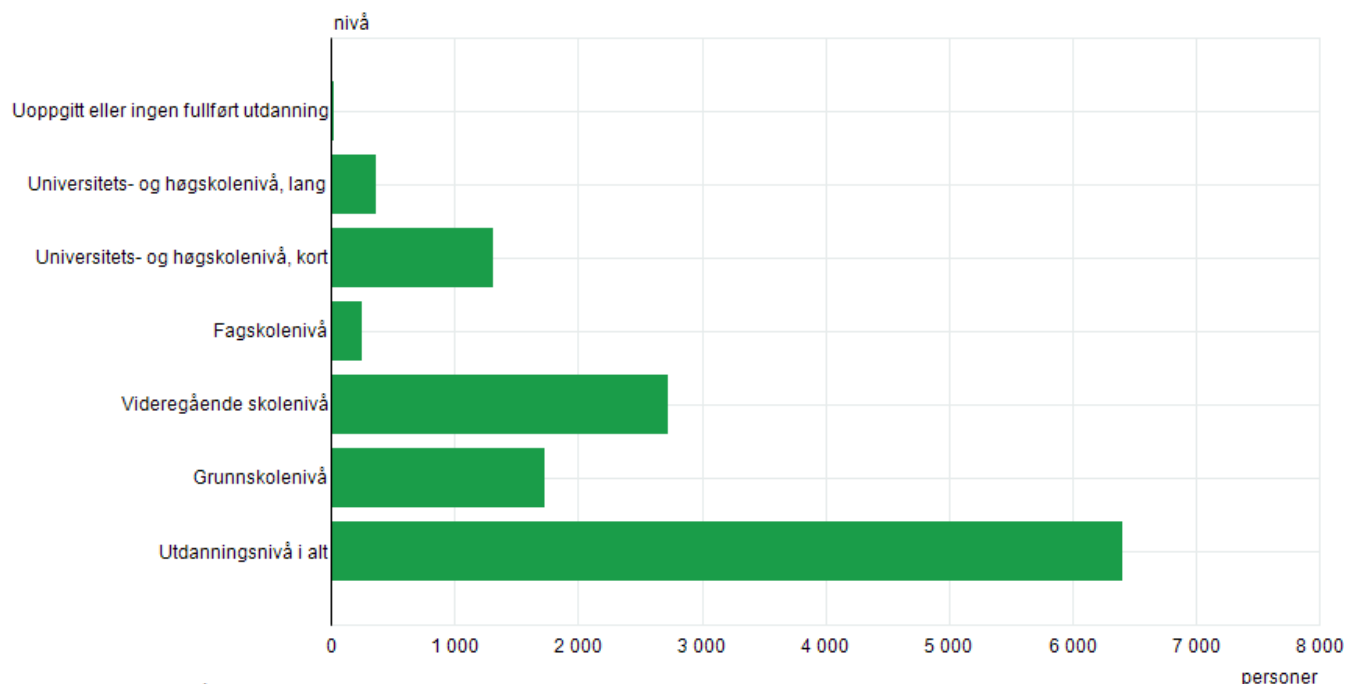
### Antall anmeldte saker pr år vold og seksual-lovbrudd

|                  | 2019      | 2020      | 2021      | 2022      |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Seksual-lovbrudd | 14        | 20        | 30        | 25        |
| Vold             | 50        | 55        | 41        | 50        |
| <b>Totalsum</b>  | <b>64</b> | <b>75</b> | <b>71</b> | <b>75</b> |

## Utdanningsnivå

### Utdanningsnivå

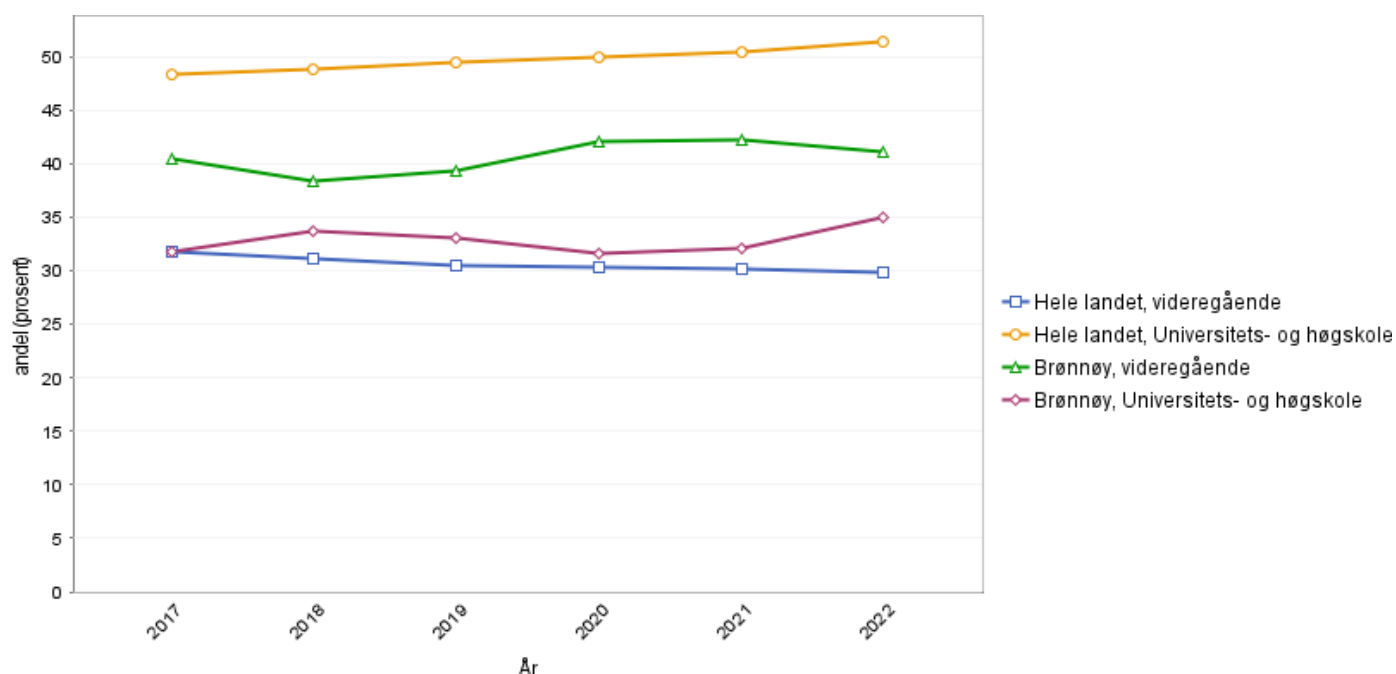
I Brønnøy er det i 2022 registrert at 1311 personer i befolkningen over 16 år har fullført utdanning på høyskole og universitetsnivå, kort løp, mens 361 personer har fullført høyskole og universitetsutdanning langt løp.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Sammenstilles tallene fra Brønnøy med fylkes- og landsgjennomsnitt ser man at Brønnøy generelt har en lavere andel av befolkningen på 16 år eller eldre med lange og korte universitets- og høghskoleutdanninger enn fylket og landet som helhet. Brønnøy har en større andel med fagshkole og videregående skole som høyest fullførte utdanningsnivå enn gjennomsnittet i Nordland og Norge. Brønnøy har en lavere andel med grunnskoleutdanning som høyest fullførte utdanning enn Nordland, men en større andel enn landsgjennomsnittet.

Figuren under viser antall i befolkningen som har fullført videregående og høyere utdanning. Brønnøy ligger høyere enn landet forøvrig på fullført videregående utdanning, men lavere enn befolkningen i landet på universitets- og høghskoleutdanning.



Figur: Utdanningsnivå. Kilde: FHI

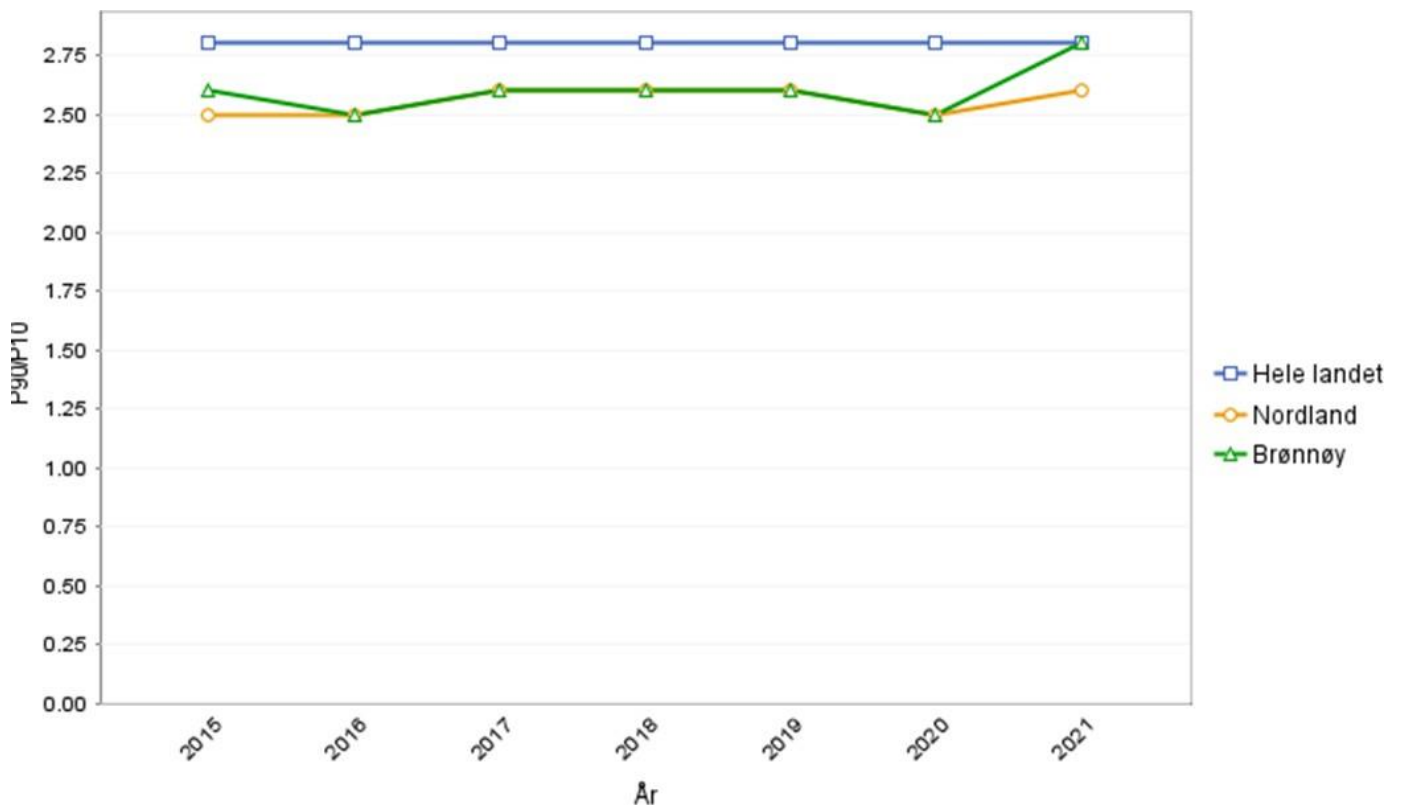
## Inntekt

### Ulikhet i inntekt

Forskjell i inntekt var i Brønnøysund likt med landet forøvrig per 2021, da 2,8 %. Litt høyere enn Nordland fylke, 2,3 %.

Inntektsulikhet i en kommune kan måles ved P90/10. Det er forholdet mellom inntekten til den som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. Sagt på en annen måte: Om man sorterer 100 personer stigende etter inntekt, er P90/P10 forholdet mellom inntektene til person nummer 90 (den tiende høyeste) og person nummer 10 (den tiende laveste).

Stor inntektsulikhet i en kommune kan være en pekepinn på at det også er store sosiale helseforskjeller i kommunen.



*Inntektsulikhet beskrevet med P90/P10 for Brønnøy sammenlignet med fylket og landet fra 2015 til 2021. Kilde: Folkehelseinstituttet*

## Arbeid

### Arbeid

Personer helt uten arbeid i Brønnøy var 1,1 % mot 1,8 % i landet per 2022. Nordland fylke lå på 1,4 %. (folkehelseinstituttet). Per september 2023 er tallet 1,2 %.

For de fleste voksne er arbeid en stor og viktig del av livet. De som er i arbeid har i gjennomsnitt bedre helse enn de som står utenfor arbeidslivet. God variasjon når det gjelder arbeidsplasser er viktig for å kunne tilby innbyggerne tilhørighet til lokalmiljø og kommunen, og hindre utenforskap (Folkehelseinstituttet). Høy deltakelse i arbeidslivet er også avgjørende for velferdsstatens bærekraft.

For den enkelte betyr arbeid inntekter som kan brukes til å kjøpe varer, tjenester, fritidssysler og bolig, kort sagt frihet til å utfolde seg i tråd med det en mener er et godt liv. For mange kan arbeidet også gi tilgang til sosialt fellesskap og være en arena for selvrealisering og utfoldelse. (Dahl, E, 2014).

Selv om arbeide stort sett er positivt for helsen, kan et dårlig fysisk og psykososialt arbeidsmiljø ha en uheldig påvirkning på helsen og bidra til å øke sosiale helseforskjeller. Spesielt arbeidstakere med lavere utdanning og de som er i manuelle yrker kan være utsatt for belastninger som ugunstige arbeidstider, tunge løft, ubehagelige arbeidsstillinger, repeterende bevegelser, utsatthet for støy og vibrasjoner, og kontakt med ulike kjemikalier. Disse arbeidstakerne har også i mange tilfeller lite kontroll over sin arbeidssituasjon, og har blant annet begrenset mulighet til å ta pauser når de føler behov for det.

Kombinasjonen av høye krav og lite kontroll, som kjennetegner enkelte industri- og serviceyrker, er særlig uheldig, og virker inn på sjansen for psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, og hjerte- og karsykdommer. Andre psykososiale forhold, slik som manglende sosial støtte og hjelp fra kolleger eller overordnede, og opplevelse av anerkjennelse for arbeidsinnsats, er i liten grad sosialt skjevfordelt (Dahl 2014).

## Bolig og boforhold

### **Trangboddhet, lavinntekt og leie**

Brønnøy har lavt andel barn som bor trangt, 14,4 % mot 18,5 % i landet og 17,7 % i Nordland fylke per 2021.

Stabile og trygge boforhold er viktige for både livskvalitet og helsetilstand, og kan både bidra til å utjevne og forsterke sosiale forskjeller i befolkningen.

Boligsammensetningen i Brønnøy preges av en klar overvekt av eneboliger. Fra 2013 til 2019 har antall eneboliger steget med 78 boliger i Brønnøy.

### Boligen og nærområdet har

stor betydning for oppveksten til barn. Gode boforhold i trygge omgivelser er en svært viktig faktor for den enkeltes helsesituasjon. For sårbare grupper i alle aldre kan en vanskelig bosituasjon føre til at eksisterende helseproblemer og sosiale utfordringer opprettholdes. Barnefamilier med lav inntekt opplever i større grad dårlige



boforhold, og opplever oftere boutgiftene som tyngende, sammenlignet med andre barnefamilier. Trygge og gode boforhold er viktig for barna her og nå, og for å forhindre at dårlige levekår går i arv (Kilde: SSB, Husbanken)

## Universell utforming

**Brønnøy kommune har ingen samlet oversikt eller datasett over status for universell utforming (UU) i kommunen.**

Universell utforming (UU) innebærer at de fysiske omgivelsene blir utforma slik at de i så stor utstrekning som mulig kan brukes av alle uten spesielle tilpasninger eller hjelpemiddel. Ved å legge til rette for universell utforming og aldersvennlige samfunn, legger en til rette for alle.

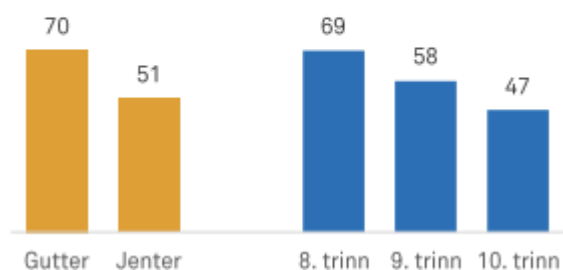
Trollfjell friluftsråd har kartlagt tilgjengeligheten for rullestolbrukere og lagt dette inn i statens kartverk, dette arbeidet er ikke ferdigstilt enda.

På grunn av manglende kartlegging/oversikt har administrasjon og politikk et for dårlig grunnlag for å ta i vare universell utforming i vurdering av utbygginger og utbedringer. Økt kunnskap og inkludering av ulike grupper i planleggingsprosesser vil bidra til at UU blir prioritert i alle saker. En forutsetning er at UU er en faktor som blir tatt med fra starten, og at de som skal uttale seg/bidra også blir invitert inn i prosessen fra starten.

## Lokalmiljø

Ungdata-undersøkelsen gjennomført i 2022 spurte de unge hva de syns om lokalmiljøet.

Prosentandel som er fornøyd med lokalmiljøet. Blant gutter og jenter på ulike klassetrinn



Figur: Ungdomsskole svar, ungdata 2022.

De unge er fornøye med idrettsanleggene, men mindre fornøyd med kulturtilbudet og møteplasser.

De opplyser i stor grad at de føler seg

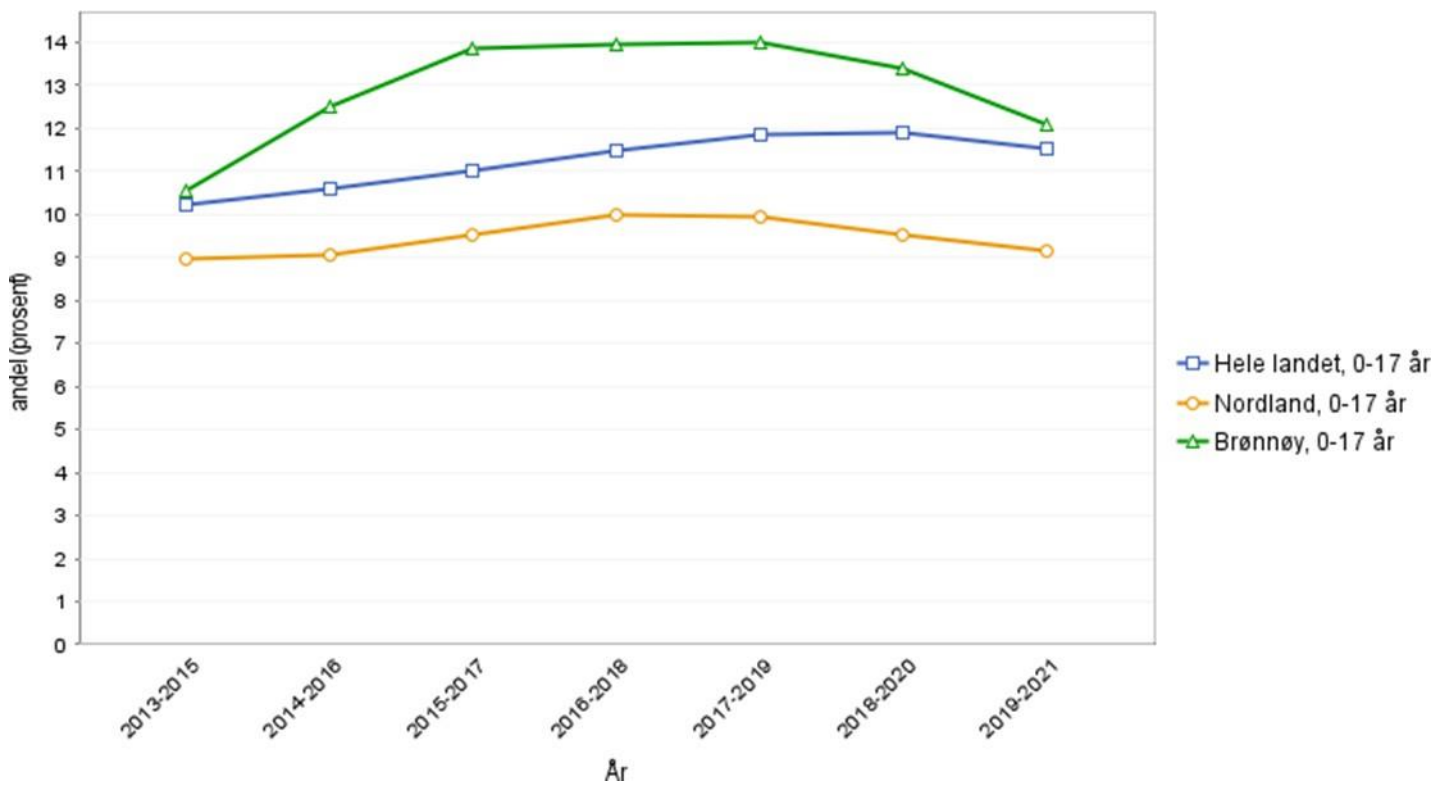
trygge når de ferdes i nærmiljøet sitt.

## Barnefattigdom- lavinntektsfamilier

### Barn i lavinntektsfamilier og barnefattigdom

I Brønnøy har det vært en økning i andel barn som lever i familier med lav inntekt, tallet er per 2021 12,1 %, andelen er nå høyere enn i landet, som hadde 10,1 % og høyere enn i fylket som hadde 9,1 %.

Det å vokse opp i familier som over tid har lav inntekt har stor betydning for barn og unges helse og mulighet for deltakelse og aktivitet både i oppveksten og senere i livet. Det kan innebære at barna for eksempel ikke kan delta i fritidsaktiviteter, eller har råd til å kjøpe bursdagsgaver. Husholdninger med barn og unge i lavinntektsfamilier kjennetegnes ofte av hushold uten arbeidstilknytning, hvor hovedforsørger har lav utdanning, er enslig forsørger eller har innvandrerbakgrunn (Folkehelseinstituttet 2020).



Andel (prosent) av barn 0-17 år i familier med lav inntekt<sup>7</sup> i Brønnøy sammenlignet med fylket og landet, etter kommunale grenser for lavinntekt (Folkehelseinstituttet)

## Ungdata- utdrag fra ungdataundersøkelsen

### Ungdataundersøkelsen

Ungdata er en lokal spørreundersøkelse der elever i ungdomsskole og videregående skole spørsmål om ulike tema som er viktig for deres liv, slik som foreldre og venner, skole, lokalmiljø, fritidsaktiviteter, helse og trivsel, rusmiddelbruk, risikoatferd og vold.

NOVA (Velferdsforskningsinstitutt ved Oslo Met) er ansvarlig for selve undersøkelsen, mens KoRus (Kompetansesenter Rus St.Olav) er lokal samarbeidspartner og kontakt til kommunene om gjennomføring av undersøkelsen og presentasjon av resultatene.

Mer om ungdata: [www.ungdata.no](http://www.ungdata.no)

### Gjennomførelse, 2022

Ungdataundersøkelsen ble gjennomført på alle tre trinn i alle 3 ungdomsskolene, samt mellomtrinn på alle 4 skolene i Brønnøy, og på videregående skole. Undersøkelsen ble

gjennomført vinteren og våren 2022, og korona preget fortsatt samfunnet vårt, noe som kan ha påvirket svarene og som påvirket svarprosenten, som var litt lav grunnet mye fravær. Det var første gang ungdomsundersøkelsen ble gjennomført ved mellomtrinn, altså 5-7 trinn, her er ikke undersøkelsen like omfattende som for de ved ungdomsskolen og videregående.

## **Sosioøkonomiske forhold**

81% av ungdomsskole elevene sier at de ikke har foreldre som har dårlig råd og som gjør at de ikke kan delta på aktiviteter, mens 15 % svarer av og til. Få barn og unge i Brønnøy bor trangt, i 2021 var tallet på 14,4 % i Brønnøy, mot 18,5 % på landsbasis.

## **Forhold til foreldre og venner**

Ungdommene i Brønnøy er stort sett veldig fornøyde med foreldrene sine. På mellomtrinn er 72 % veldig fornøyde med foreldrene sine. På ungdomstrinnet er tallet 71 % og på videregående 72%. De fleste rapporterer videre at foreldrene er interesserte i dem, hvor de er og hvem de er sammen med.

De fleste ved mellomtrinn har minst en venn de kan stole på, det skiller ikke mellom gutter og jenter. Ungdomsskolen og videregående viser akkurat samme trenden. Tallene skiller seg ikke ut fra fylket eller landet for øvrig.

## **Nærmiljø, kulturtilbud, fritid**

På mellomtrinnet svarer 33 % at de er ganske fornøyde med nærmiljøet, mens 49 % er veldig fornøyd, dette er litt lavere enn landet for øvrig. På ungdomsskolen er 31 % ganske fornøyd og 28 % svært fornøyd, også her lavere enn landet for øvrig. På videregående 34 % ganske fornøyd og bare 19 % svært fornøyd, også en del lavere enn landet for øvrig. Ungdomsskole elever og videregående elever er spurt om de er fornøyde med idrettsanlegg, lokaler for å treffe andre på fritida, kulturtilbudet og kollektivtilbudet, her svarer de fleste at de ikke er fornøyd.

På spørsmål om ungdommene føler seg trygge i nærmiljøet svarer de fleste på alle trinn at de føler seg ganske trygg eller veldig trygge.

På spørsmål om de deltar på fritidsaktiviteter, faller mange fra etter 10 års alderen. På mellomtrinn er så mange som 81% med på en fritidsaktivitet, mens tallet er nede i 52 % ved ungdomsskolen og på videregående er tallet nede i 31 %.

## **Skole, utdanning og framtid**

På mellomtrinn svarer 41% at de er ganske fornøyd og 38 % at de er veldig fornøyd med skolen sin, landet forøvrig ligger her på 46%. På ungdomsskolen er svarprosenten 31% på litt fornøyd og 26 % svært fornøyd, Norge ligger på 34 % og 30 % her. På videregående skole er 36% litt fornøyd mens 27 % er svært fornøyd, høyere enn Norge på litt fornøyd, 34 %, men lavere enn Norge på svært fornøyd med 38%.

På mellomtrinn er 57% helt enig i påstanden at de trives på skolen. På ungdomsskolen er tallet 43 % og på videregående 58%.

På mellomtrinn sier 27 % at de er enige i utsagnet at de kjeder seg i skoletimene, og 46% er litt enig. På ungdomstrinnet sier 88% av jentene og 77 % av guttene at de kjeder seg på skolen. På videregående sier 84 % av jentene og 71 % av guttene at de kjeder seg på skolen.

## **Selvurdert helse,selvbilde og ensomhet**

På mellomtrinn sier 41% at de fornøyd med helsa si, mot 55 % i Norge. På ungdomsskolen sier 36 % at de er litt fornøyd med helsa, mens 33 % er svært fornøyd. I Norge er tallene 30 % og 38 %. På videregående er 28 % litt fornøyd og 29 % svært fornøyd, mens Norge ligger høyere med 32 % på begge.

På mellomtrinn rapporteres det om mindre smerter og bruk av smertestillende enn for de som er eldre. På ungdomstrinnet sier 12% at de har hodepine daglig, i Norge er tallet 8 %. På videregående sier 11% at de har hodepine daglig, mot 8 % i Norge. På ungdomsskolen sier 13 % at daglig har andre fysiske smerter, som kvalme, vondt i magen, ledd, nakke eller muskler. På videregående er tallet for det same 16 %.

På ungdomsskolen sier 19 % at de har brukt helsesykepleier på skolen, og 8 % har bukt helsestasjon for ungdom.

På videregående sier 26 % at de har brukt helsesykepleier på skolen og 15 % sier at de har brukt helsestasjon for ungdom det siste året.

På rapportering om psykiske vansker sier 27 % av jentene og 6 % av guttene at de har hatt psykiske vansker siste uka på ungdomsskolen, mens på videregående er tallene 32 % av jentene og 9 % av guttene.

På opplevd press i ungdomsskolen rapporterer 24 % av jentene at de opplever press i så stor grad den siste uka at de har problemer med å takle det, mot 12 % av guttene. På videregående rapporterer 32 % av jentene så stort press siste uka at de har problemer med å takle det, mot 3 % av guttene.

## **Rusmidler**

I Brønnøy svarer 29 % på ungdomsskolen at de har smakt alkohol, og 12% svarer at de drikker av og til. På videregående svarer 24% at de drikker av og til, men ikke månedlig, og 45 % sier de drikker jevnt, 1-3 ganger i måneden. På det siste svaret fra skiller vi oss markant ut fra landet for øvrig, der svaret er 26 %. På ungdomsskolen er det få som svarer at de får lov til å drikke av sine foreldre, men hele 31% svarer at de ikke vet om de får lov. På videregående svarer 16 % at de ikke vet om de får lov.

Det er få som svarer at de har prøvd hasj eller marihuana både ved ungdomsskole og videregående, det er 9% ved ungdomsskolen som sier de har blitt tilbudt dette en gang og 4% flere ganger, landet for øvrig har tall på 9 % og 7 % her, så vi ligger likt med Norge for øvrig. På videregående er det 5 % som sier de har blitt tilbudt dette flere ganger, mot 13 % en gang. Landet for øvrig har 14 % på en gang, og 20 % flere ganger.

Det er en svakhet at ungdata ikke spør om kokain, det er kjent at det er en økning i bruk av dette også blant unge i vår kommune.

## **Mobbing og utestenging på nett**

På mellomtrinn svarer 12 % at de omtrent hver 14 dag eller ofte er utsatt for mobbing, og 8 % en gang i måneden, mens 80 % svarer aldri eller nesten aldri, her ligger vi veldig likt med landet som helhet. På ungdomsskolen er tallet 32 % på nesten aldri utsatt og 55 % på aldri utsatt for plaging, utfrysning eller trusler av andre på skolen

eller i fritiden. På videregående svarer 17% at de nesten aldri er utsatt, og 76 % aldri, vi ligger veldig likt med landet som helhet.

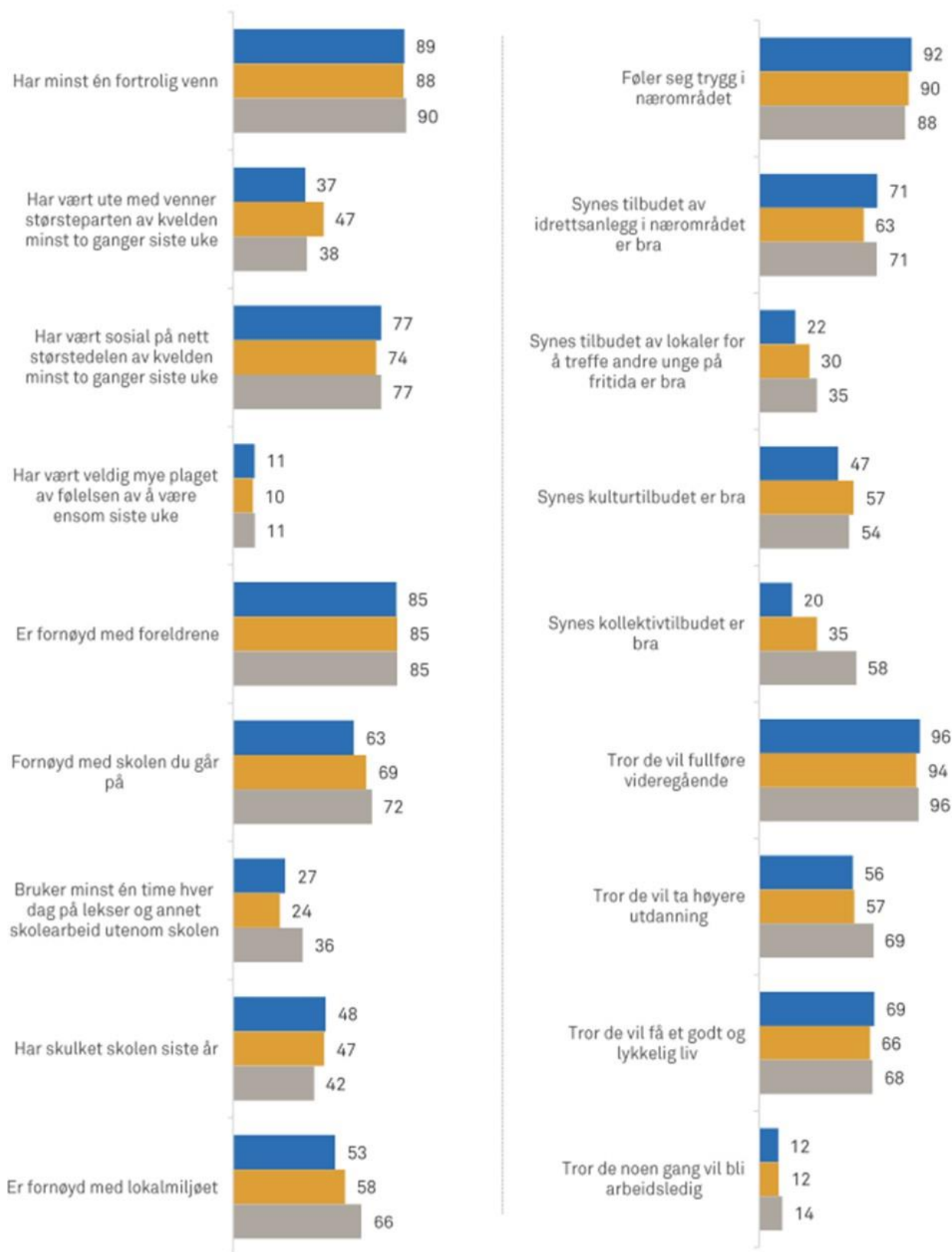
37 % av de på mellomtrinn har opplevd negative hendelser på mobilene eller nett de siste månedene, her er det sårende ord, bilder, utestengt eller truet. På ungdomsskolen svarer 25 % at de nesten aldri blir utsatt for mobbing, utestengelse eller trusler på nett, og 68% svarer aldri. På videregående svarer 11 % nesten aldri og 87 % aldri.

### **Nøkkeltall fra mellomtrinn:**

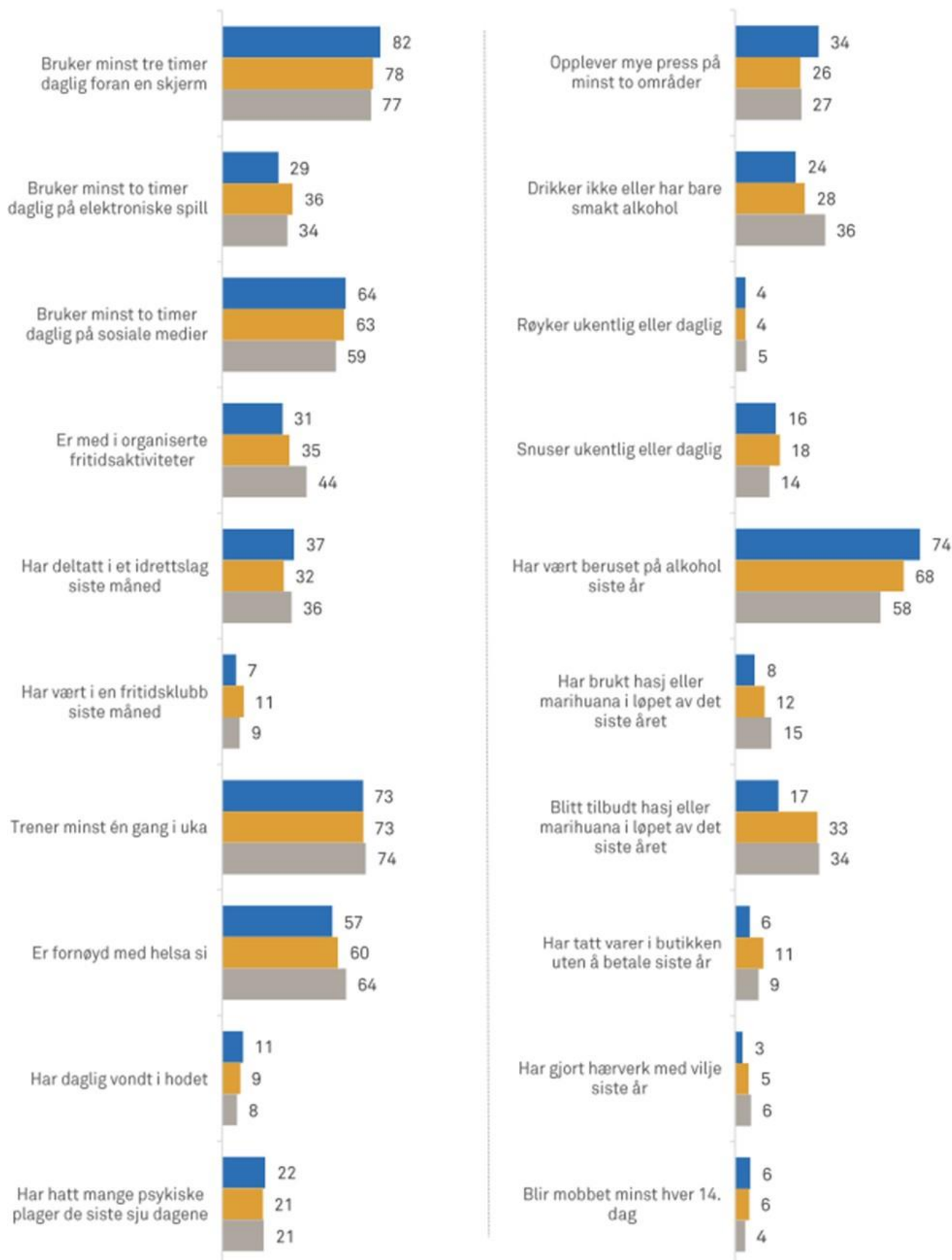


## Kommune – fylke – Norge

■ Brønnøy ■ Nordland ■ Norge

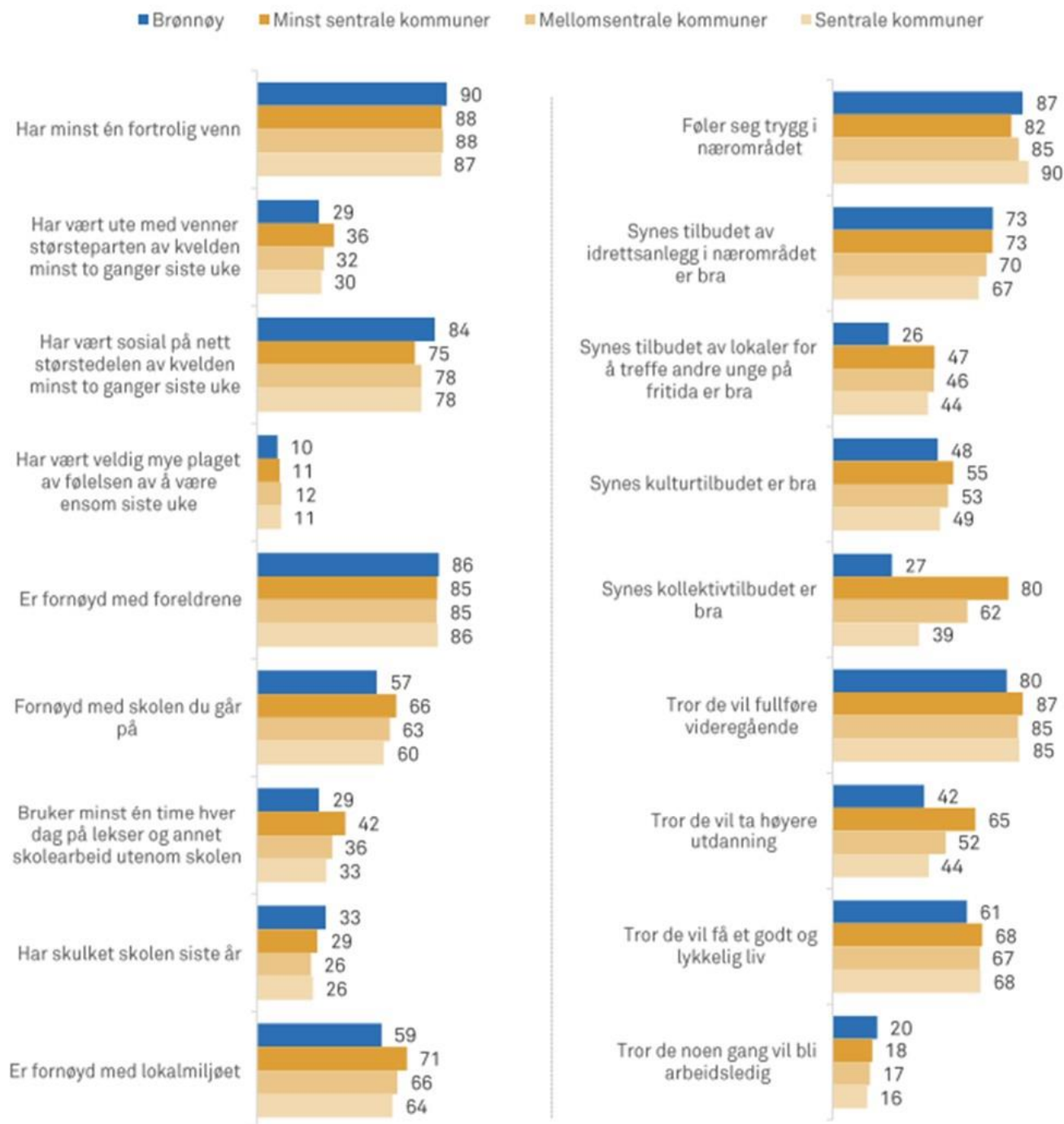


■ Brønnøy ■ Nordland ■ Norge



**Nøkkeltall fra ungdomstrinn:**

# Etter sentralitet



## Frafall i den videregående skole

### Frafall i videregående skole

Frafallet i utdanningsløp totalt er litt høyere for Brønnøy enn landet totalt. (Folkehelseinstituttet 2020). Tallene på frafall i videregående er så lave, da vi er en liten kommune, at tallene framkommer ikke i statistikken.

Å ikke gjennomføre videregående opplæring reduserer mulighetene i arbeidsmarkedet, øker risikoen for uføretrygd og gir dårligere levekår og helse. Studier har vist sammenheng mellom frafall i skolen og psykiske helseproblemer, slik som problematisk rusmiddelbruk, angst og depresjon, samt ulike atferdsforstyrrelser (Folkehelseinstituttet).

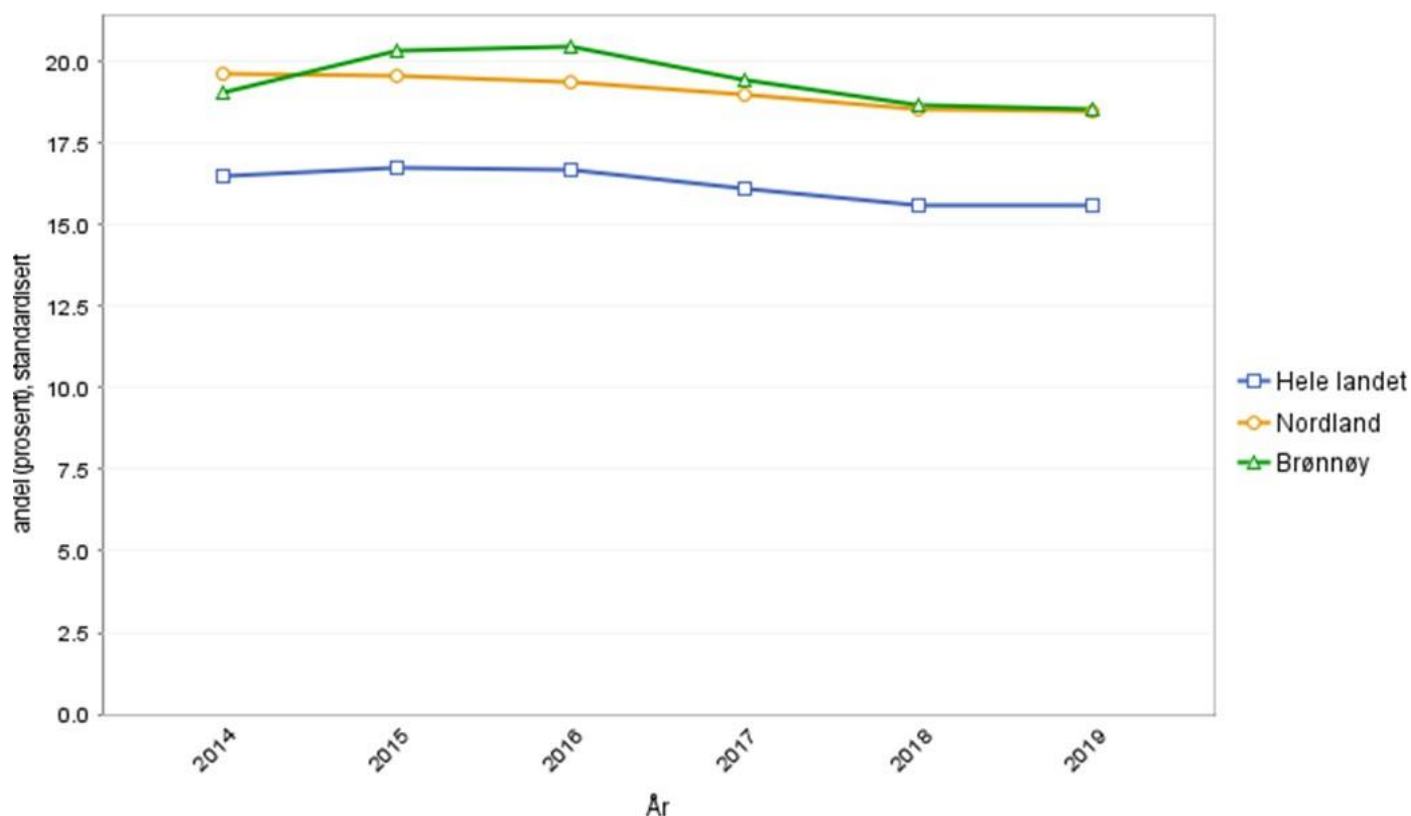
## Mottakere av livsopphold

### **Mottakere av livsopphold**

Livsopphold omfatter i denne sammenhengen mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (ind

De siste ti årene har andelen som mottar sykemelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land (Folkehelseinstituttet 2020). Forhold som har innvirkning på arbeidsmarkedet, kan på sykefraværet og andelen som søker om trygdeytelser og andre typer økonomisk støtte til livsopphold.

Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser. Flertallet av sykemeldinger og langvarige trygdestønader gis for muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon.



Figur: Andel av befolkningen 20 – 66 år som var mottakere av livsopphold for Brønnøy kommune sammenlignet med landet fra 2014 til 2019. Livsopphold omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønad) (Kilde: Folkehelseinstituttet)

## Barn av enslige forsørgere

### Barn av eneforsørgere

I Brønnøy kommune var andelen barn (0-17 år) av enslige forsørgere høyere enn fylket og landet per 2021. Tallene har holdt seg stabile fra 2015-2021.

| År                          | 2015-2017 | 2016-2018 | 2017-2019 | 2018-2020 | 2019-2021 |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Geografi                    |           |           |           |           |           |
| <a href="#">Hele landet</a> | 15        | 15        | 15        | 15        | 15        |
| <a href="#">Nordland</a>    | 17        | 17        | 17        | 17        | 16        |
| Brønnøy                     | 18        | 18        | 18        | 18        | 18        |

Figur: Andelen barn i alderen 0-17 år med mor eller far som er eneforsørger. Kilde: FHI

Selv om de aller fleste barn som vokser opp med en enslig forsørger har det bra og greier seg godt, kan disse familiene ha enkelte utfordringer som kan påvirke barn og unges helsetilstand. For mange kan hverdagen være krevende, noen eneforsørgere kan ha mindre ressurser i form av dårligere økonomi og mindre tid til barna. Statistisk er det økt forekomst av psykiske helseproblemer blant eneforsørgere, noe som kan virke inn på foreldreferdigheter. Forhold mellom foreldre som ikke lever sammen kan være preget av økt konfliktnivå, noe som kan gå ut over barna og føre til emosjonelle problemer og atferdsproblemer.

## **Skader og ulykker**

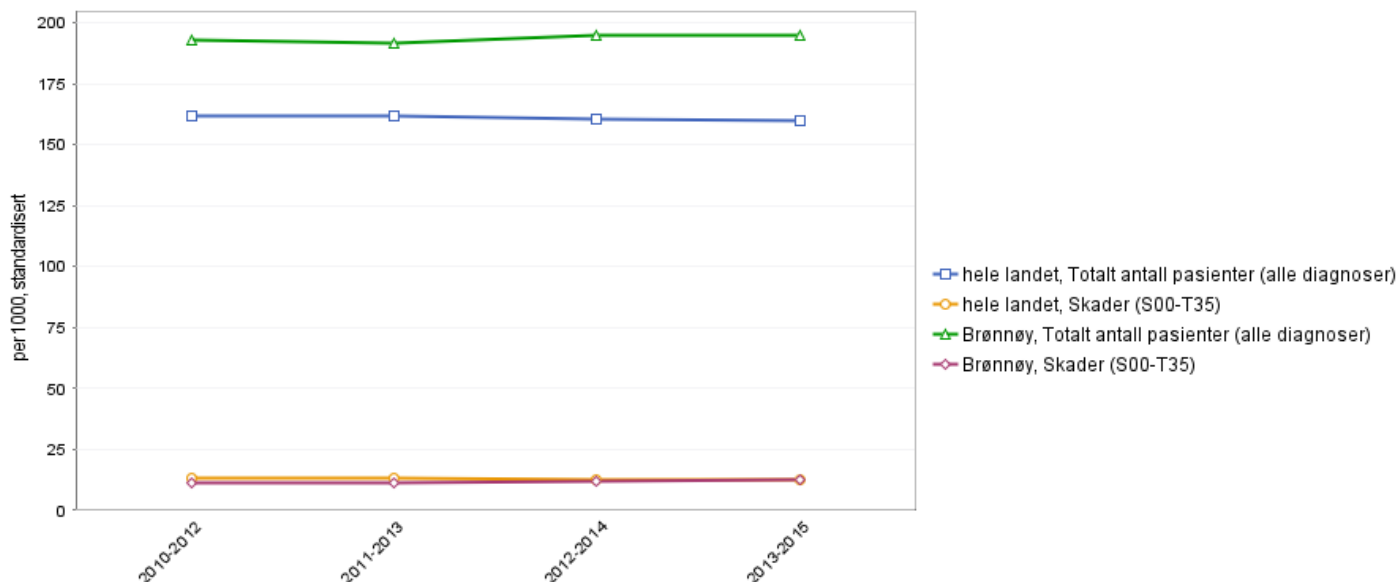
### **Skader behandlet i spesialisthelsetjenesten**

#### **Skader behandlet i spesialisthelsetjenesten**

Det har vært en nedgang i dødsulykker i Norge de siste 40-50 årene, blant annet på grunn av langt færre dødsfall i trafikken, selv om årene 2022 og 2023 har hatt flere dødsfall enn tidligere år. Men fremdeles er skader og ulykker fremdeles en stor utfordring for folkehelsen, ved påvirkning på livskvalitet og helse for den som blir utsatt.

Det er de yngste og de eldste som er mest utsatt for alvorlige ulykker. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert livskvalitet ved at funksjonsevnen reduseres og behov for hjelp øker. De fleste hoftebrudd skyldes redusert beinmasse (benskjørhet) kombinert med et fall. Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av skader og ulykker. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste skadene (Folkehelseinstituttet 2020).

Som vist i tabell under ligger Brønnøy noe høyere enn landet forøvrig på skader, da hodeskader og hoftebrudd.



Figur: oversikt over somatikk behandlet i spesialisthelsetjenesten for Brønnøy. Kilde: FHI

## Levevaner

### Fysisk aktivitet og stillesitting.

**Det er 86 % av guttene og 72 % av jentene på ungdomsskolen som sier at de trener minst en gang i uka. Samtidig svarer 24 % av ungdomsskoleelevene at de ingen av de 7 siste dagene har vært så fysisk aktive at de ble andpusten eller svett. (Kilde: Ungdataundersøkelsen).**

Folk flest er for lite fysisk aktive. Kun tre av ti voksne og eldre er aktive nok sammenlignet med anbefalingene, og bare halvparten av 15-åringene. Ungdom og eldre bruker også en stor del av våken tid i ro.

Ny forskning på fysisk aktivitet og helse gjennom livet viser at fysisk aktive vil ha langt bedre fysisk og psykisk helse enn fysisk inaktive. Bare noen få minutters daglig fysisk aktivitet, tilsvarende rask gange, har stor helsegevinst. Overdreven fysisk aktivitet gir ikke nødvendigvis økt helsegevinst.

Det er et stort potensial for økt fysisk aktivitet i det å gå – i fritiden, gjennom daglige gjøremål og ved transport til og fra arbeid, skole og fritidsaktiviteter. Mindre

bevegelse i dagliglivet og ved transport forklarer mye av det lave aktivitetsnivået i befolkningen totalt sett (Kilde: Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020 – 2029)

Sammen om aktive liv - Handlingsplan for fysiskaktivitet 2020–2029 har som visjon: Bevegelse og fysisk aktiviteter et naturlig valg for alle gjennom hele livet. Handlingsplanen knytter fysisk aktivitet tett til folkehelse, og hverdagsaktivitet som gåing og sykling framheves som viktig for å nå hovedmålene:

1. Et mer aktivitetsvennlig samfunn der alle uavhengig av alder, kjønn, funksjonsnivå og sosial bakgrunn gis mulighet til bevegelse og fysisk aktivitet.
1. Andelen i befolkningen som oppfyller helsemessige anbefalinger om fysisk aktivitet er økt med 10 prosentpoeng innen 2025 og 15 prosentpoeng innen 2030.

Anbefalingene fra Helsedirektoratet for barn og unge er fysisk aktive med moderat eller høy intensitet minimum 60 min hver dag, der aktiviteten inkluderer høy intensitet minst tre ganger per uke. Ca 90 % av seksåringene, 80 % av niåringene og 50 % av 15-åringene oppfyller anbefalingene på landsbasis. For voksne er anbefalingene moderat aktivitet i minst 150 minutter per uke, eller 75 minutter med høy intensitet per uke, eller en kombinasjon av disse. Ca 30 % av de voksne oppfyller anbefalingene på landsbasis.

Bortsett fra noen spørsmål i ungdataundersøkelsen, finnes det ingen nasjonal registrering av fysisk aktivitet i befolkningen.

## Friluftsliv

### **Friluftsliv**

I Brønnøy har vi mange fine områder for fysisk aktivitet. Svarthopen og klubben, Torghatten med den nye sherpatrappa, fine turløyper både rundt sentrum og i Velfjord har vi flere av. Aktivitet og opphold i natur har en positiv helseeffekt, både på fysisk og



psykisk helse. Det fører til økt trivsel og er en viktig faktor for livskvalitet. Turgåing er på topp blant aktivitetene nordmenn vil gjøre mer av i 2020, viser en undersøkelse gjennomført av Norsk Friluftsliv. 65 prosent ønsker å bli mer fysisk aktive i 2020. Turer til fots er den aller mest foretrukne aktiviteten. Hele 63 prosent oppgir at de ønsker å gjøre mer av det.

Idrettslag, bygdelag, velforeninger og privatpersoner i kommunen har gjennom mange år gjort en stor innsats for å legge til rette gjennom skilting, merking, utsetting av benker og bygging av gapahuker. Brønnøy friluftsråd lager god oversikt over turløyper med god framkommelighet for funksjonshemmede og de med funksjonsnedsettelse.

## **Fjelltrimmen**

Brønnøy har et aktivt miljø innenfor tilrettelegging av fjellturer med merking av stier og god oversikt over fjelltrimmen, som oppdateres hvert år.

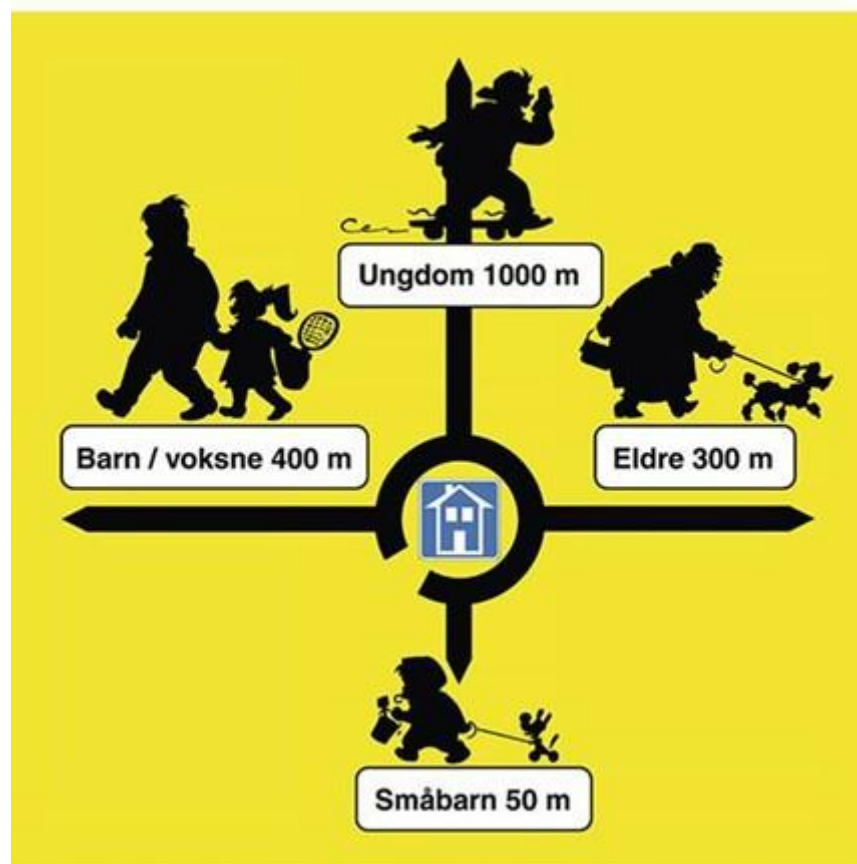
## **Tilgang til friluftsområder**

Avstand fra bolig til tur- og rekreasjonsområder har stor betydning for aktivitetsnivået. Skal friluftsområder brukes aktivt, må disse finnes innenfor en avstand på 50–1000 meter fra der folk bor.

Grøntområder svært nær boligen er det som brukes markant mest av barn og unge. De fleste 5–6 åringer oppholder seg mindre enn 100 meter fra egen inngangsdør, og opp til 8-års alder er aksjonsradiusen for de fleste barn mindre enn 200 meter fra hjemmet. Også ungdommer holder seg nær bostedet. Mer enn halvparten av 13–16 åringene oppholder seg under 300 meter fra boligen.

Også for voksne og eldre er natur i nærmiljøet svært viktig for jevnlig naturkontakt. Særlig eldres aktivitet er sterkt knyttet til nærmiljøet, og mange eldre har en aksjonsradius på kun ca. 300 meter fra hjemmet. Eldre og andre som har fast eller midlertidig bosted i institusjon har ofte ytterligere begrenset aksjonsradius, og de har behov for tilpasset uteareal i tilknytning til institusjonen.

Figuren under viser ulike gruppers aksjonsradius til fots på ti minutter, og illustrerer behovet for differensiert planlegging og særlig hensyntagen til enkelte grupper. Per i dag mangler en stor del av befolkningen i Norge god tilgang på attraktive områder for friluftslivsaktivitet i hverdagen. (Kilde: [Friluftsliv - Natur som kilde til helse og livskvalitet Meld.St. 18 \(2015 - 2016\)](#))



*Figur 2.6 Ulike gruppers aksjonsradius til fots på ti minutter. (Kilde: Departementenes Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009)*

### **Statlig sikring av friområder**

Brønnøy kommune har to statlig sikrede friluftsområder. Ett på Tverrøya og ett på Buøya. Det jobbes med å oppdatere forvaltningsplaner for disse.

Det er kommuner og interkommunale friluftsråd som kan søke Miljødirektoratet om økonomisk støtte til å sikre seg råderett over friluftslivsområder eller ferdselsårer gjennom kjøp eller bruksavtale. Slik kan viktige friluftslivsområder ivaretas og tilrettelegges for dagens og framtidige generasjoner.

Når kommunen eller friluftsrådet søker om statlig sikring, tar de på seg et framtidig drifts- og tilsynsansvar for området. Det innebærer også å vurdere behov for, og eventuelt gjennomføre, tilretteleggingstiltak.

## **Trollfjell Friluftsråd**

Er et kommunalt oppgavefellesskap mellom kommunene Brønnøy, Vega, Vevelstad, Bindal, Sømna og Leka. Friluftsrådet jobber for å fremme allsidig og miljøvennlig friluftsliv til beste for befolkningens trivsel og helse. Friluftsrådet støtter kommunen i friluftslivsrelatert planarbeid, kursing for skoler og barnehager, integrering og inkludering. Friluftsrådet er en viktig støttespiller og bistår med råd og kompetanse for frivillige organisasjoner knyttet til søknads skriving og tilrettelegging for friluftsliv.

## **Friluftslivets ferdselsårer**

*«Kommunene har en viktig rolle for å planlegge og bidra med god tilrettelegging for friluftsliv i sin kommune. Miljødirektoratet ønsker at kommunene lager planer for friluftslivets ferdselsårer som identifisere, ivaretar og utvikler friluftslivets ferdselsårer som sørger for gode tilbud til befolkningen med tanke på folkehelse, livskvalitet, bolyst og reiseliv.»* (<https://www.miljodirektoratet.no/ansvarsomrader/friluftsliv/ferdselsarer-for-friluftsliv/>)

Brønnøy kommune jobber sammen med Trollfjell Friluftsråd for å kartlegge og lage en plan for forvaltning av friluftslivets ferdselsårer i kommunen i tråd med regjeringens handlingsplan for friluftsliv.

## **Turreregistrering**

Brønnøy kommune har flere organisasjoner som fremmer tur registrering og som er viktige for å fremme friluftsliv for befolkningen. Blant annet Fjelltrimmen, Barnas Turlag

(Turboturer) og Trollfjell friluftsråd. Gjennom Trollfjell friluftsråds mandat skal deres digitale turregistreringsløsning bidra til å motivere flere til å utøve friluftsliv med utgangspunkt i egne forutsetninger. Det gjøres vurderinger på bakgrunn av prinsipper for besøksforvaltning, og det etableres og oppdateres grunneieravtaler og vedlikeholdsavtaler.

## **Friluftslivsorganisasjoner**

I Brønnøy kommune er det flere lag og foreninger som fremmer friluftslivsaktivitet, enten i form av fysisk tilrettelegging eller i form av aktivitet.

## Fysisk aktivitet og stillesitting

### **Fysisk aktivitet og stillesitting**

**Ungdommen i Brønnøy skiller seg ikke ut fra landet forøvrig på om de er så fysisk aktive at de blir svette i løpet av en uke.**

**86 % av guttene og 72 % av jentene på ungdomsskolen svarer at de trener minst en time hver uke. Dette er omtrent som landet. (Kilde: Ungdataundersøkelsen).**

Folk flest er for lite fysisk aktive. Kun tre av ti voksne og eldre er aktive nok sammenlignet med anbefalingene, og bare halvparten av 15-åringene. Ungdom og eldrebruker også en stor del av våken tid i ro.

Ny forskning på fysisk aktivitet og helse gjennom livet viser at fysisk aktive vil ha langt bedre fysisk og psykisk helse enn fysisk inaktive. Bare noen få minutters daglig fysisk aktivitet, tilsvarende rask gange, har stor helsegevinst. Overdreven fysisk aktivitet gir ikke nødvendigvis økt helsegevinst.

Det er et stort potensial for økt fysisk aktivitet i det å gå – i fritiden, gjennom daglige gjøremål og ved transport til og fra arbeid, skole og fritidsaktiviteter. Mindre bevegelse i dagliglivet og ved transport forklarer mye av det lave aktivitetsnivået i befolkningen totalt sett (Kilde: Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020 – 2029)

Sammen om aktive liv - Handlingsplan for fysiskaktivitet 2020–2029 har som visjon: Bevegelse og fysisk aktiviteter et naturlig valg for alle gjennom hele livet. Handlingsplanen knytter fysisk aktivitet tett til folkehelse, og hverdagsaktivitet som gåing og sykling framheves som viktig for å nå hovedmålene:

1. Et mer aktivitetsvennlig samfunn der alle uavhengig av alder, kjønn, funksjonsnivå og sosial bakgrunn gis mulighet til bevegelse og fysisk aktivitet.
1. Andelen i befolkningen som oppfyller helsemessige anbefalinger om fysisk aktivitet er økt med 10 prosentpoeng innen 2025 og 15 prosentpoeng innen 2030.

Anbefalingene fra Helsedirektoratet for barn og unge er fysisk aktive med moderat eller høy intensitet minimum 60 min hver dag, der aktiviteten inkluderer høy intensitet minst tre ganger per uke. Ca 90% av seksåringene, 80% av niåringene og 50% av 15-åringene oppfyller anbefalingene på landsbasis. For voksne er anbefalingene moderat aktivitet i minst 150 minutter per uke, eller 75 minutter med høy intensitet per uke, eller en kombinasjon av disse. Ca 30% av de voksne oppfyller anbefalingene på landsbasis.

Bortsett fra noen spørsmål i ungdomsundersøkelsen, finnes det ingen nasjonal registrering av fysisk aktivitet i befolkningen.

## Gåing og sykling

### **Gåing og sykling**

**Kommunen har mange gang/sykkelveger. Det finnes ingen samlet oversikt over gang- og sykkelveinettet, eller snarveiene som brukes av befolkningen, bortsett fra barnetråkk- registreringer som ble gjort i 2014 og 2015.**

Gåing og sykling i forbindelse med jobb, skole og fritidsaktiviteter er viktige hverdagsaktiviteter som bidrar til økt fysisk aktivitet og reduserer stillesitting for befolkningen i alle aldersgrupper.

## Røyking og snusing

### **Røyking og snusing**

Tallene fra ungdata undersøkelsen i 2022 viser at det er et fåtall ungdommer på ungdomsskolen som røyker. Tallene er gått ned de siste 10 årene fra Brønnøy startet å gjennomføre ungdata-undersøkelsen. Det er også få som oppgir at de har prøvd eller fast bruker snus.

På videregående er tallet litt høyere ved bruk av tobakk av og til, men få som røyker fast. Det er derimot opp mot 15 % av elevene i videregående som snuser daglig, dette tallet er 4 % høyere enn tallet i Norge.

Røyking er ansett som en av de største risikofaktorene for en rekke ikke-smittsomme sykdommer, og er ansvarlig for mange tilfelle av for tidlig død globalt. Det har vært en tverrpolitisk enighet om, og en bevisst satsing på å få ned antallet røykere i befolkningen over lang tid.

Andelen røykere både blant ungdom og voksne har gått markant ned fra årtusenskiftet til i dag. Samtidig har andelen unge som snuser, gått opp. Økt snusing oppveier likevel ikke tilbakegangen i røyking, og bruken av tobakk har samlet gått tilbake.

Den internasjonale WHO-undersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever», viser at tobakksrøyking er langt mindre utbredt blant norske elever enn blant ungdom i de fleste av de 40 landene som deltar i undersøkelsen.

## Idrett

### **Idrett**

I Brønnøy har vi 4 idrettslag, knyttet opp mot de 4 skolene.

I kommunen er det et aktivt organisasjonsliv innen idrett og friluftsliv. Ungdata-resultatene viser at ungdommene i ungdomsskolen er ganske fornøyd med idrettsanlegg, 33% svarer svært fornøyd og 41% svarer nokså fornøyd. Her er Salhushallen og Torghatten arena med på å trekke dette tallet opp frå tidligere år. (Kilde; ungdataundersøkelsen).

Idretten spiller en stor rolle for barn og ungdom, med et mangfoldig tilbud av aktiviteter og møteplasser, og er slik en stor aktør for oppvekstmiljø og folkehelse i kommunen.

Frivillighet er idrettens viktigste organisasjonsverdi.

## Helsetilstand

### Forventet levealder

#### **Forventet levealder**

Brønnøy kommune har en forventet levealder samlet for begge kjønn på 84,5 år for de med høyere utdanning, og 81,2 år for de med kun grunnskole.

For kvinner er forventet levealder høyere enn for menn på både de med høyere utdanning og de uten.

Høy forventet levealder er en indikator på god folkehelse. For en kommune betyr det flere av de eldste eldre, noe som gjerne medfører økt behov for tjenester

innen helse og omsorg. Samtidig vil det være mange av de yngre eldre, disse er gjerne friske, og har i liten grad behov for helse- og omsorgstjenester.

Med en god planlegging kan kommunene bidra på ulike måter til at innbyggerne holder seg friske og kan bo hjemme og greie seg selv så lenge som mulig. Dette krever et systematisk, tverrsektorielt arbeid, der medvirkning fra de eldre selv vil være viktig for et treffsikkert og positivt resultat

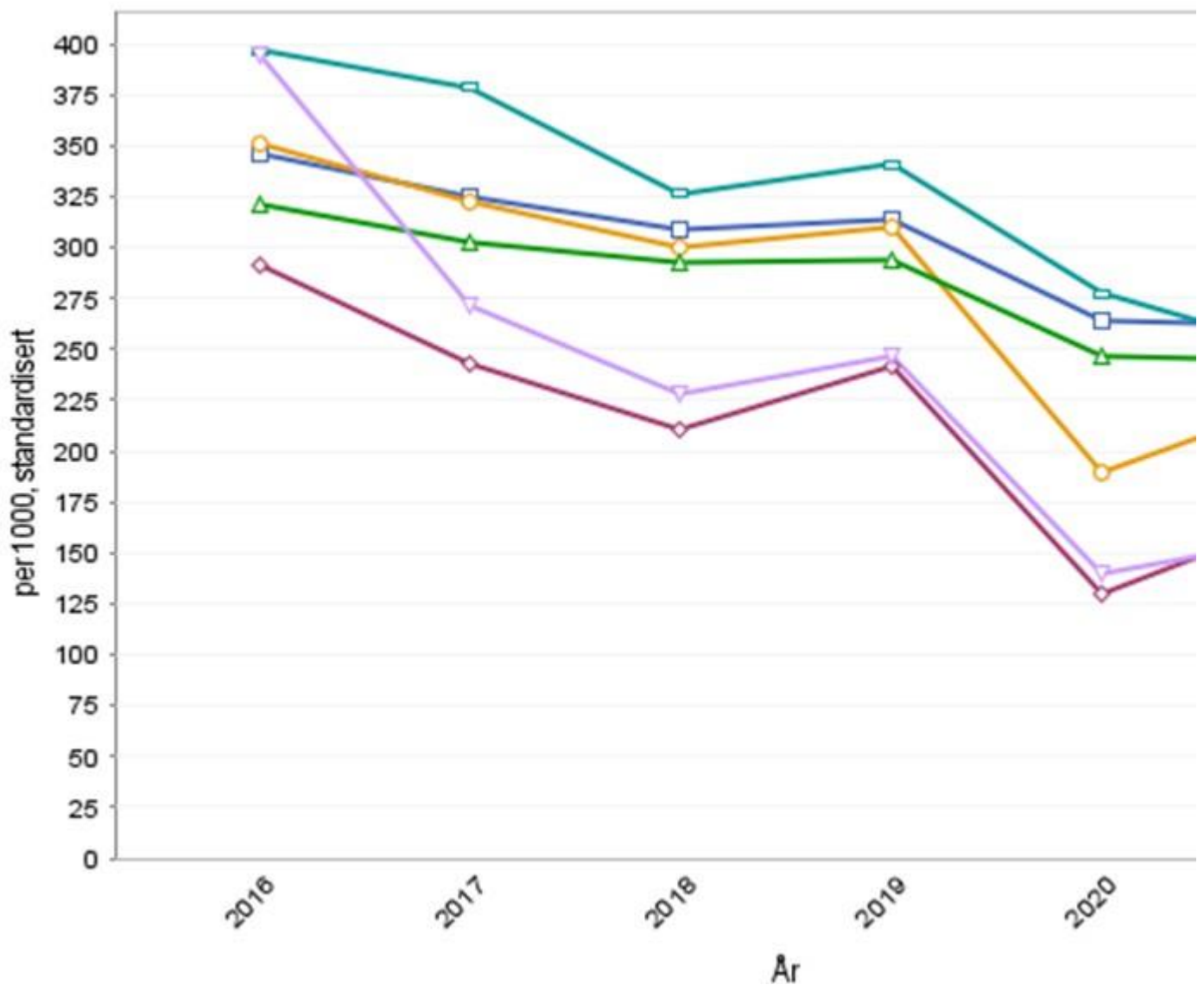
Antall års forskjell i forventet levealder mellom den delen av befolkningen som har grunnskole som høyeste utdanning og den delen av befolkningen med videregående eller høyere utdanning er et mål på sosiale helseforskjeller.

## Antibiotikabruk

### **Antibiotikabruk**

**Antall utskrevne antibiotikaresepter per 1000 innbyggere i Brønnøy er i liten grad forskjellig fra fylket og landet.**





*Figur oversikt over antibiotikabruk, hele landet, Nordland fylke og Brønnøy kommune (kilde; folkehelseinstituttet)*

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

Bakterier som er resistente mot antibiotika er et alvorlig og økende problem i hele verden. En reduksjon i totalt antibiotikabruk vil bremse og sannsynligvis redusere resistensutviklingen. I nasjonal strategi mot antibiotikaresistens er målsetningen 30 % reduksjon i antibiotikabruk hos mennesker innen 2020. Folkehelseinstituttets komité for forebygging og bekjempelse av antibiotikaresistens

(Antibiotikakomiteén) har satt et langsiktig mål om 250 resepter/1000 innbyggere per år (Folkehelseinstituttet)

## Sykdomsforekomst

### **Sykdomsforekomst**

Det finnes mye statistikk over sykdomsforekomst på kommunenivå.

I denne oversikten trekkes det fram noen få eksempler, gjerne der kommunen skiller seg fra fylket og landet positivt eller negativt.

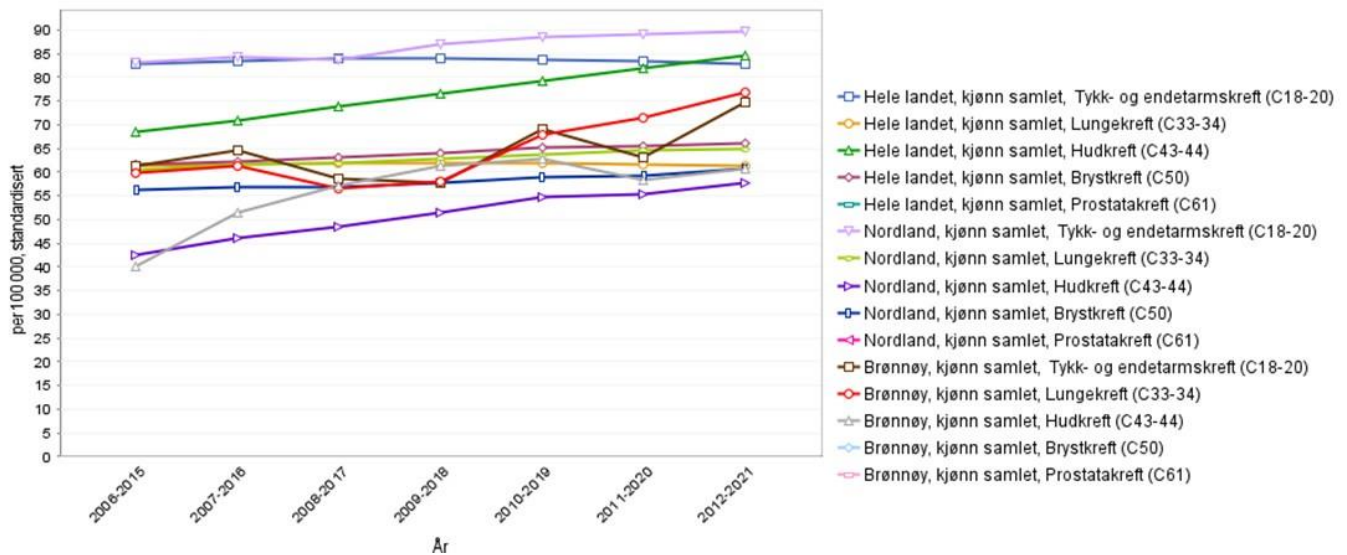
### **Hjerte- og karsykdom**

**Hjerte- og karsykdom, målt ved kontakt med primærhelsetjenesten og innlagte i sykehus var høyere enn i landet og i fylket, samlet for begge kjønn, i aldersgruppen 0-74 år. Brønnøy ligger på 21,4% av dødsfall og/eller sykehusinnleggelse på grunn av hjerte og karsykdommer i årene 2020-2022, mot 17,2% i hele landet og 18,7 % i Nordland.**

Sammen med kreft er hjerte- og karsykdommer de hyppigste dødsårsakene i Norge når vi ser alle aldersgrupper under ett. Mange av hjerte- og kar dødsfallene skjer i høy alder. I den delen av befolkningen som har lav utdanning og/eller lav inntekt, er hjerte- og kar dødeligheten samlet sett høyere enn blant de med høyere utdanning eller inntekt. Hjerte- og karsykdommer skyldes arvelige faktorer i samspill med faktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes (Fhi 2019).

### **Kreft, nye tilfeller**

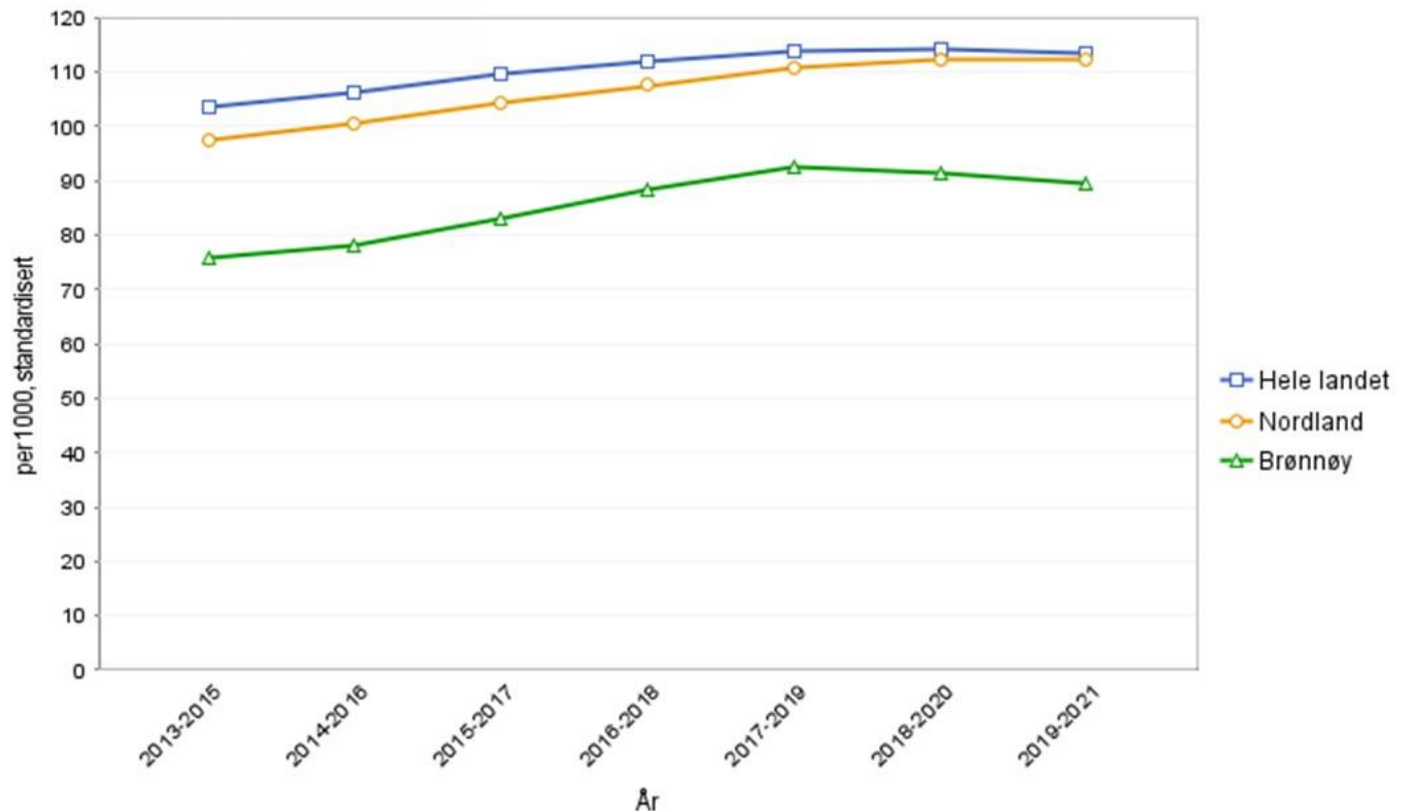
Brønnøy ligger lavere enn både landet som helhet og Nordland fylke på nye tilfeller av kreft typene; tykk- og endetarmskreft. Mens vi ligger høyere enn begge på lungekreft, og lavere enn Norge, men høyere enn Nordland på hudkreft.



Figur : antall personer per 1000 innbygger med nye tilfeller av kreft, og utviklingen fra 2006 til 2022. (kilde: folkehelseinstituttet).

## Kols

Forekomsten av KOLS, målt ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten, hadde en oppgang i tilfeller frå 2013 til 2022, fra 75,9 til 89,3%. Men vi ligger lavere enn Nordland fylke og landet forøvrig gjennom alle årene.



*Figur: Antall per 1000innbyggere over 45 år innlagt i spesialisthelsetjenesten på grunn av KOLS, kjønn samlet. (Kilde: Folkehelseinstituttet)*

Røyking er den vanligste årsaken til KOLS, og forklarer to av tre tilfeller. Risikoen øker med økende tobakksforbruk og antall år man har røkt. Personer som arbeider i et miljø med bl.a. kvartsstøv og metallholdige gasser, eller som arbeider i gruver og tunneler, har også økt risiko for KOLS. Det er også mulig at utendørs forurensing, fysisk inaktivitet og kostholds faktorer kan påvirke risikoen, men her er kunnskapen mangelfull (Bakke, 1991, hentet fra FHI.no).

Psykiske symptomer og lidelser

**I Brønnøy er antall registrerte henvendelser for psykiske symptomer og lidelser per 1000 innbyggere høyere enn fylket og landet for begge kjønn samlet i alderen 0- 74 år, dette er en utvikling som har vedvart frå 2015-2020. Registreringen gjelder henvendelse til fastlege og legevakt. For landet, fylket og Brønnøy har denne indikatoren hatt en svak økning.**

**For aldersgruppen 15-29 år er resultatet det samme, høyere enn fylket og landet, men stigningen er litt høyere både i landet, fylket og kommunen i denne aldersgruppen.**

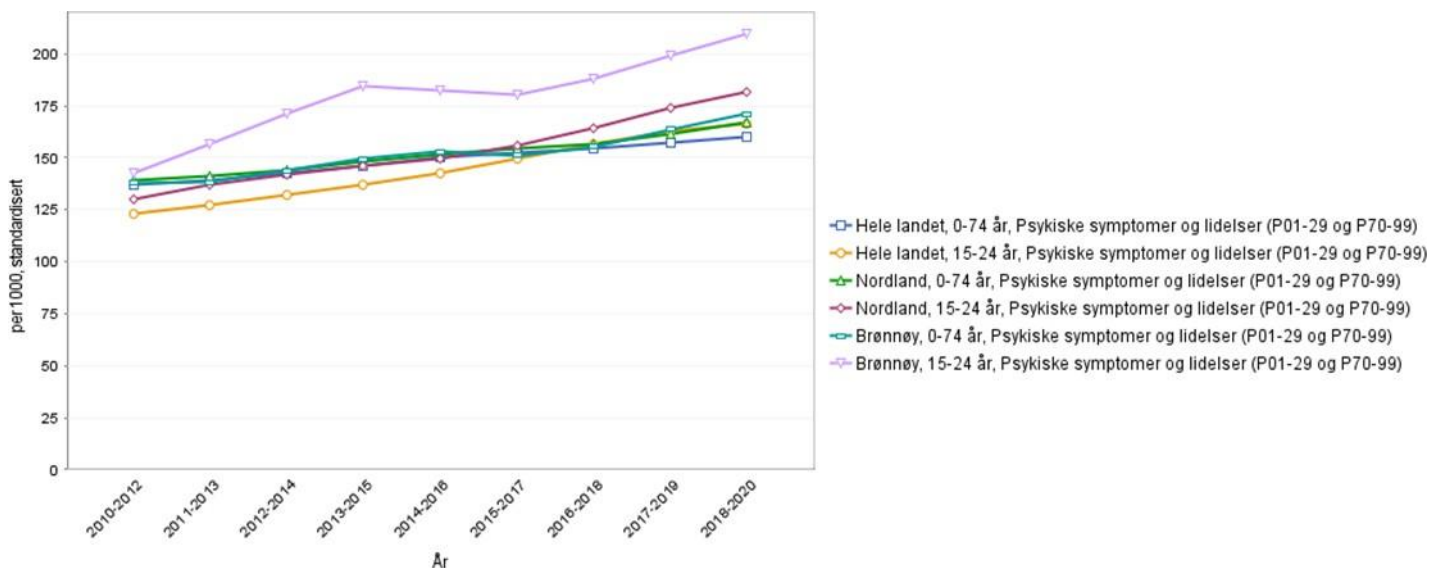
Psykiske symptomer og lidelser er et stort fagområde, og kunnskap om utbredelse, årsakssammenhenger og effektive forebyggings- og behandlingstiltak er mangelfull.

Psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i den norske befolkningen, og disse lidelsene bidrar til betydelig helsetap. De vanligste lidelsene blant voksne er angst, depresjon og rusbrukslidelser. Blant barn og unge er det angst, atferdsforstyrrelser og affektive lidelser som er vanligst.

Det er stort sett enighet om at en trygg tilknytning til omsorgspersoner i barndommen har betydning for senere psykisk helse. Gjennom hele livet gir sosial isolasjon og ensomhet økt risiko for psykiske

lidelser og symptomer, mens sosial støtte og nærhet til andre mennesker beskytter. Traumatiske opplevelser, som alvorlige ulykker eller vold mot en selv eller ens nærmeste, kan gi varige psykiske skader. Flere belastningsfaktorer som virker sammen over lang tid, gir høy risiko, tilsynelatende høyere enn summen av risiko knyttet til hver enkelt faktor.

En god selvfølelse, og spesielt følelsen av å kunne mestre utfordringer og problemer, har stor betydning for god psykisk helse (Folkehelseinstituttet 2020).



*Figur Antall personer 0-74 år og inndelt i 15-24 år som har vært i kontakt med fastlege eller legevakt på grunn av psykiske symptomer i kommunen, sammenlignet med fylket og landet. Alle kontakttyper er inkludert. Statistikken viser tallene fra 2010-2020. (Kjelde; folkehelseinstituttet)*

I ungdataundersøkelsen svarer 33% av ungdommene i at de er svært fornøyde med helsen sin, og 26% svarer at de er litt fornøyd med egen helse. Vi ligger litt lavere enn landet (30% og 38%).

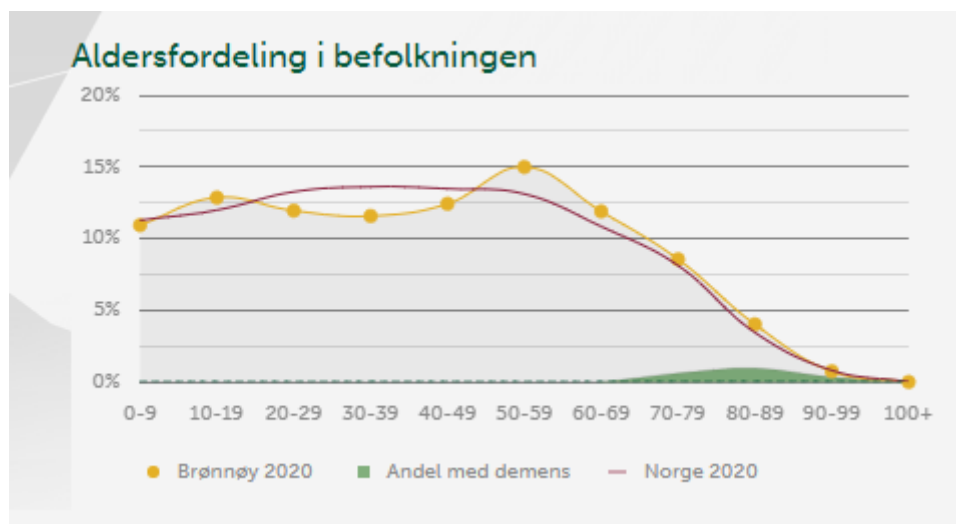
## Rus

**Statistikk over bruk av rusmidler blant innbyggerne i Moldekommune har vi kun fra ungdataundersøkelsen, der det er spørsmål om bruk og holdning til alkohol i spørreskjemaet både i ungdomsskolen og videregående skole.**

Rusbrukslidelser er et overordnet begrep for skadelig bruk og avhengighet av rusmidler. Skadelig bruk av rusmidler innebærer bruk av rusmidler som har gitt fysiske eller psykiske helseskader i en definert tidsperiode. Som rusmiddel regnes alkohol, vanedannende legemidler og ulovlige rusmiddel (narkotika) som blant annet cannabis, amfetamin, heroin og kokain. Vanedannende legemidler er hovedsakelig beroligende midler og sovemedisin av typen benzodiazepiner.

## Demens

**I Brønnøy var tallet for 2020 at det levde 160 stykker med demens her, 2,02,% av befolkningen, som er høyere enn landet på 1,88%, dette er fordi vi har høy antall eldre.(Kilde: aldring og helse, nasjonalt senter). Brønnøy har en demensplan for 2020, men den er ikke politisk vedtatt.**



(figur: oversikt over mennesker med demens, Brønnøy og Norge. Kilde; aldring og helse, nasjonalt senter)

Demens er fellesbetegnelsen på flere hjernesykdommer som medfører kognitiv svikt og andre funksjons tap. De aller fleste demenstilfellene er knyttet til høy alder. Demens utvikler seg langsomt over tid og kan ikke kureres. Demens er en stor påkjenning og utfordring både for den som rammes, de pårørende, helse- og omsorgstjenestene og samfunnet. Det finnes til enhver tid rundt 300 000 nære pårørende til demenssyke i Norge.

Årsakene til demenser sammensatte og fremdeles uklare, men det forskes stadig på området. Alder og gener spiller sannsynligvis en vesentlig rolle. Beskyttende faktorer ser for en stor del ut til å være de samme som for hjerte- og karsykdommer: sunt kosthold, fysisk aktivitet, ikke-røyking og god kontroll av høyt blodtrykk og kolesterol. Et stimulerende miljø har også betydning. Tiltak som rettes mot forebygging av hjerte- og karsykdommer og diabetes kan trolig også redusere antall tilfeller av demens.

Dersom aldersspesifikk forekomst ikke forandrer seg, vil økningen i forventet levealder i Norge medføre at antallet personer med demens mer enn dobles fra 2015 til 2050. Resultatene fra flere studier viser imidlertid at det de siste 20 årene har det vært en viss bedring i kognitiv funksjon hos eldre. Utdanningsnivå, bedring i levevaner, som redusert røyking og sunnere kosthold, og bedre kontroll med risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer, for eksempel blodtrykksbehandling, kan ha bidratt til å redusere risikoen (Folkehelseinstituttet).

## **Muskel- og skjelettsykdommer og -plager**

For muskel- og skjelettsykdommer og -plager er forekomsten i Brønnøy, lavere enn både fylket og landet, samlet for aldersgruppen 0-74 år.

Samlet sett er muskel- og skjelettsykdommer den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest», selv om de fleste tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet (Lærum, 2013). I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet.

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

stillesittende livsstil og til dels også overvekt. Muskel- og skjelettsykdommer er vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status. (Kilde: Folkehelseinstituttet)

Med bakgrunn i økt alkoholkonsum er det grunn til å anta at det har vært en økning i andelen med alkohollidelser. Misbruk knyttet til vanedannende legemidler ser ut til å ha ligget stabilt de siste årene. Vi har ikke sikker kunnskap om utviklingen av skadelig bruk av illegale rusmidler.

Om alkoholmisbruk:

- **Alkoholbrukslidelser er de hyppigste rusbrukslidelsene i Norge.**
- **12-månedersforekomst av skadelig bruk eller avhengighet av alkohol er om lag 8 prosent for menn og 3 prosent for kvinner.**
- **Pasienter med rusbrukslidelser har ofte også andre psykiske lidelser og kroppslige sykdommer.**
- **På verdensbasis er det estimert at forekomsten av rusbrukslidelser øker.**
- **I Norge ble det i 2018 registrert 335 alkoholutløste dødsfall og 286 narkotikautløste dødsfall.**

De fleste undersøkelser viser at personer med høy utdanning og inntekt drikker hyppigere enn andre. Likevel er det færre som blir alkoholavhengige i disse gruppene, sammenlignet med grupper som har lav utdanning og inntekt. Gjentatt bruk av sterke smertestillende og beroligende midler/sovemidler som er forskrevet av lege, er vanligere i grupper med lav sosioøkonomisk status. (Kilde: Folkehelseinstituttet)

## Vaksinasjon

### Vaksinasjon

Vaksinasjonsdekningen for Brønnøy kommune er i liten grad forskjellig fra fylket og landet for barnevaksinasjonsprogrammet.



Vaksinasjon har to hovedmål; å forebygge sjukdom hos enkeltpersoner og å utrydde eller endre forekomsten av sjukdommen. For å påvirke forekomsten av sykdom i befolkninga er det nødvendig med et vaksinasjonsprogram. I Norge omfatter det nasjonale vaksinasjonsprogrammet blant anna barne vaksinasjon og influensavaksinasjon. (Folkehelseinstituttet)

# Kilder

## Kilder

- **Folkehelseinstituttet.no; folkehelseprofil, oppvekstprofil og kommunebarometre**
- **Helsedirektoratet**
- **Lovdata, Lov om folkehelse, Plan- og bygningsloven**
- **Ungdata.no; Undersøkelse for Brønnøy kommune**
- **SSB**
- **Kommunal- og moderniserings-departementet; Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2019 – 2023**
- **Nordland i tall**
- **aldring og helse, nasjonalt senter**