

Møre og Romsdal



Folkehelseprofilen er et bidrag til arbeidet med å skaffe oversikt over helsetilstanden i fylket og oppgaven med å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, jamfør lov om folkehelsearbeid.

Statistikken er fra Norgeshelsa statistikkbank per mars 2014.

Utgitt av
Folkehelseinstituttet
Avdeling for helsestatistikk
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo
E-post: kommunehelsa@fhi.no

Redaksjon:
Camilla Stoltenberg (ansv. redaktør)
Else-Karin Grøholt (fagredaktør)
I redaksjonen: Fagredaksjon for folkehelseprofiler
Idékilde: National Health Observatories, Storbritannia
Foto: Colourbox
Bokmål

Elektronisk distribusjon:
Batch 2503141328.2503141508.2503141328.2803141139.28/03/2014
13:31

Elektronisk distribusjon:
www.fhi.no/folkehelseprofiler

Noen trekk ved fylkets folkehelse

Temaområdene er valgt med tanke på mulighetene for helsefremmende og forebyggende arbeid. Indikatorene tar høyde for fylkets alderssammensetning, men all statistikk må tolkes i lys av kunnskap om lokale forhold.

Om befolkningen

- Det har vært befolkningsvekst i fylket i 2012.
- Andelen som bor alene er lavere enn andelen i landet.

Levekår

- Andelen med videregående eller høyere utdanning er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.
- Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt er lavere enn i landet som helhet. Lav inntekt defineres her som under 60 % av nasjonal medianinntekt.
- Andelen som mottar uføreytelser i aldersgruppen 18-24 år er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.

Miljø

- Andelen som opplever å ha sterk sosial støtte er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter tall fra SSBs levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt.
- Andelen med skader er høyere enn i landet som helhet, vurdert etter sykehusinnleggelser.

Skole

- Andelen 10.-klassinger som trives på skolen er ikke entydig forskjellig fra andelen i landet som helhet.
- Andelen 5.-klassinger som er på laveste mestringsnivå i lesing er høyere enn i landet som helhet.
- Frafallet i videregående skole er lavere enn i landet som helhet.

Levevaner

- Andelen som spiser både grønnsaker og frukt daglig er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter tall fra SSBs levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt.
- Andelen som er fysisk inaktive på fritiden er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter tall fra SSBs levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt.
- Andelen i aldersgruppa 16-44 år som røyker daglig er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter tall fra SSBs reise- og ferievaneundersøkelse.

Helse og sykdom

- Forventet levealder for menn er høyere enn i landet som helhet.
- Andelen som vurderer egen helse som god eller meget god er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter tall fra SSBs levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt.
- Andelen med psykiske symptomer og lidelser er lavere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Andelen 5-åringer med friske tenner (dmft=0) er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.

Miljøet vi lever i påvirker helsa på godt og vondt

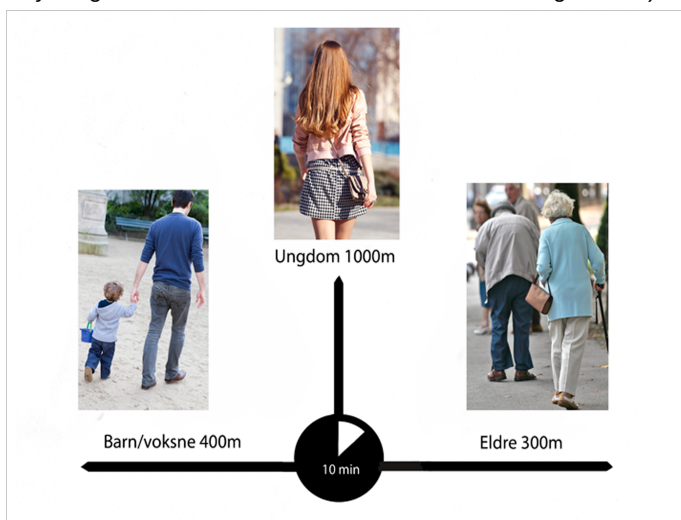
Maten vi spiser, lufta vi puster inn, utformingen av boligområder og andre miljøforhold virker inn på helse, livskvalitet og trivsel. God planlegging og tilrettelegging kan bidra til å bedre folkehelsen i fylket.

Dagens folkehelse og sykdomsstatistikk er på mange måter et uttrykk for de miljøbelastningene som befolkningen er og har vært utsatt for. På samme måte vil framtidig folkehelse bli formet av hvordan helsefremmende og -hemmende faktorer påvirker oss i dagens samfunn.

Et godt miljø kan fremme helse, for eksempel ved å oppmuntre til fysisk aktivitet og sosial kontakt. Motsatt kan omgivelsene våre begrense mulighetene for aktivitet og opplevelse, samt påføre oss ulike fysiske belastninger.

Sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og allergiske lidelser kan bli utløst eller forverret som følge av uheldig påvirkning fra miljøet. Svangerskapet og tidlig barndom er særlig sårbare perioder.

Figur 1. Gangavstanden som ulike aldersgrupper tilbakelegger på 10 minutter (basert på tall fra «Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder», Direktoratet for naturforvaltning 6-1994).



Fylkeskommunen har mulighet til å legge til rette for et helsefremmende miljø ved å sette folkehelse på dagsorden i regional planlegging. I folkehelseloven og plan- og bygningsloven blir det framhevet at hensynet til befolkningens helse skal ivaretas i planleggingen.

For eksempel kan aktiviteter på områder som samferdsel, næringsutvikling og utdanning påvirke innbyggernes livskvalitet, trivsel og helse.

Støyplager og miljøbelastninger kan bidra til de sosiale ulikhetene i helse vi ser i dag. På noen områder kan derfor ulike miljøtiltak også være et bidrag i arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse.

I det følgende presenteres noen miljøfaktorer som kommuner og fylkeskommuner kan påvirke.

Grønne områder – «firehundremeterskogen»

Å bevare eller skape grønne nærområder er et viktig folkehelseiltak. Slike områder kan bedre folkehelsen ved å:

- bidra til trivsel og livskvalitet
- tilby sosiale møteplasser
- stimulere til fysisk aktivitet
- virke stressreduserende
- dempe negative effekter av luftforurensning og trafikkstøy

Gjennom disse mekanismene kan grønne områder både fremme helse og forebygge sykdom.

En av de hyppigste årsakene til at man oppsøker grønne områder er den stressreduserende virkningen. Naturkontakt gir hvile og mental restitusjon, spesielt i et ellers urbant eller tettbygd miljø.

Bruken av grøntområder avtar raskt med avstanden fra hjemmet. Et tilgjengelig grøntområde bør kunne nås på maksimum 10 minutter. Hvor langt man går på 10 minutter varierer mellom ulike aldersgrupper, se figur 1. For at et grøntområde skal være tilgjengelig for barn og eldre bør det ligge innenfor 400 meter fra hjemmet.

Sosiale møteplasser

Flere undersøkelser finner mindre psykiske og fysiske helseproblemer i samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold. Støtte fra familie, naboer, venner og bekjente i lokalsamfunnet er positivt i seg selv, og vil i tillegg virke som en buffer ved negative livshendelser.

Sosiale møteplasser kan oppmuntre til at folk treffes og knytter kontakt. Det å legge til rette for slike møteplasser kan styrke sosiale nettverk, og dermed fremme helse og forebygge sykdom.

Trygge uteområder og uformelle møteplasser som frister til opphold og sosial kontakt, kan øke følelsen av tilhørighet til nærmiljøet. Eksempler på møteplasser er kultur- og samfunnshus, aktivitetssentre, idrettsanlegg, parker, turstier og lekeplasser.

Tilgjengeligheten er avgjørende for at møteplassene skal bli brukt. For eksempel kan boligområder og møteplasser bindes sammen med gang- og sykkelveier. Trafikkregulering kan gjøre byrom og utemiljø triveligere å oppholde seg i. Mindre trafikk kan gjøre miljøet tryggere og reduserer samtidig støy og luftforurensning.

Les mer om miljø og helse:

- Miljø og helse - en forskningsbasert kunnskapsbase, se www.fhi.no.
- FHI-rapport 2011:1: Bedre føre vår – psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger
- www.fhi.no/faktaark
- www.fhi.no/folkehelseprofiler

Veitrafikk er den viktigste kilden til støy

Om lag 1,5 millioner nordmenn er utsatt for støy over 55 desibel utenfor boligen. Støy på dette nivået er høyeste anbefalte grense for å unngå alvorlig støyplage. Andelen utsatte øker. De viktigste støykildene er transport og industri. Veitrafikken står for over 80 prosent av støyplagene i Norge. Figur 2 viser andelen av befolkningen som er utsatt for transportstøy. Statistikken viser både fylket og landet i 2011 og er hentet fra Statistisk sentralbyrås beregninger i nasjonal støymodell.

Støy kan forstyrre samtaler, hvile og søvn. Utilstrekkelig søvn påvirker både psykisk og fysisk helse. Blant annet er det funnet sammenhenger mellom for lite søvn og angst, depresjon, fedme og hjerte- og karsykdom.

Støyplager kan forebygges blant annet gjennom trafikkregulering, plassering av bolig- og næringsområder og støyskjermingstiltak. Særlig er det viktig å skjerme boligområder mot nattstøy. Stillhet har stor verdi for befolkningen, og det å bevare stille områder er i seg selv et folkehelseiltak.

Inneklima er viktig for helse og velvære

Godt inneklima fremmer helse og velvære. Motsatt kan dårlig inneklima føre til ubehag som følelse av tørr luft, irriterte slimhinner, hodepine og trøtthet. Astma og luftveisallergi kan forverres. Barn og unge er særlig sårbare for forurenset inneluft. Kommunen og fylkeskommunen bør derfor bidra til godt inneklima i barnehager og skoler. Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler skal sikre det fysiske og psykososiale «arbeidsmiljøet» til barn og unge. Forskriften omfatter både grunnskoler og videregående skoler.

De viktigste påvirkningsfaktorene for inneklima er renhold, lys- og lydforhold, røyking, temperatur, fukt og mugg, radon og ventilasjon. Radon i innemiljøet fører til økt risiko for lungekreft. Omtrent 300 tilfeller av lungekreft hvert år skyldes radoneksponering. Risikoen øker betydelig med røyking. Figur 3 viser risikoen for å dø av lungekreft før 75 års alder for dagligrøykere og ikke-røykere ved eksponering for ulike radonkonsentrasjoner (Bq/m³) (Darby et al., Scand J Work Environ Health. 2006;32 Suppl 1:1-83).

Hvor mye radon vi eksponeres for avhenger av geologiske forhold, hvordan huset er bygd, ventilasjon, og hvilke tiltak som er gjennomført for å redusere innstrømming av radongassen. Bedre ventilasjon er ofte det viktigste tiltaket for å redusere radon.

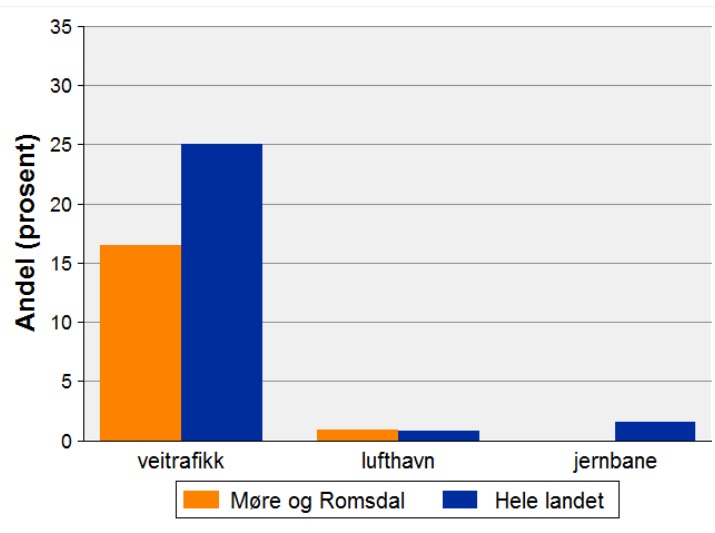
Folkehelseprofilen for fylker bytter statistikkbank

Fra og med 2014 baseres folkehelseprofilene for fylker på statistikkbanken Norgeshelsa istedenfor KommuneHelsa statistikkbank. Norgeshelsa statistikkbank har tall på lands- og fylkesnivå. Datagrunnlaget er bedre enn på kommunenivå, og Norgeshelsa statistikkbank har derfor flere indikatorer og mer detaljert statistikk. Dette gjenspeiles i statistikken som presenteres på side 1 og side 4.

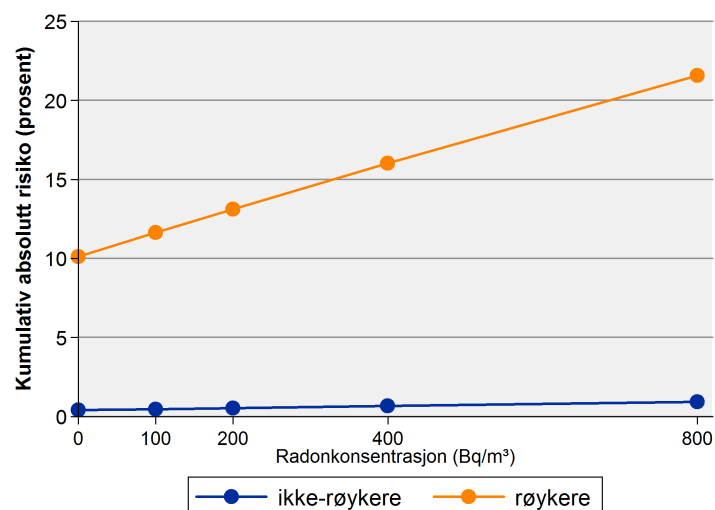
At tallene som oftest oppgis for enkeltår i stedet for et gjennomsnitt over flere år, som er mye brukt på kommunenivå, er et av resultatene av omleggingen til Norgeshelsa statistikkbank.

I Norgeshelsa oppdateres statistikken fortløpende. Folkehelseprofiler for fylker inneholder siste tilgjengelige statistikkår ved publisering. Dette betyr at nyere statistikk kan bli tilgjengelige i Norgeshelsa i løpet av året. Hvilken årgang som er brukt i folkehelseprofilen er oppgitt i kolonnen «periode» i folkehelsebarometeret på side 4. Les mer på www.fhi.no/helsestatistikk/statistikkbanker.

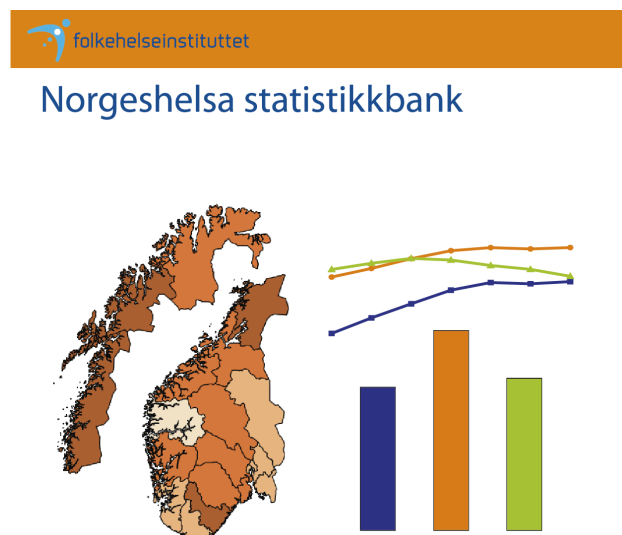
Figur 2. Andel utsatt for støy over 55 dB ved bolig i 2011.



Figur 3. Risiko for å dø av lungekreft blant røykere og ikke-røykere før 75 års alder ved eksponering for ulike radonkonsentrasjoner.



Figur 4. Norgeshelsa statistikkbank på www.norgeshelsa.no



Folkehelsebarometer for ditt fylke

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall i fylket med landstall. I figuren og i tallkolonnene tas det hensyn til at fylker kan ha ulik alderssammensetning sammenlignet med landet. Statistikk uten aldersstandardisering finnes i Norgeshelsa statistikkbank, www.norgeshelsa.no. Forskjellen mellom fylket og landet er testet for statistisk signifikans, se www.fhi.no/folkehelseprofiler

- ◆ Grønn verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at fylket ligger bedre an enn landet som helhet
- ◆ Rød verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at fylket ligger dårligere an enn landet som helhet
- ◆ Gul verdi forteller at vi ikke med sikkerhet kan si om fylket ligger dårligere eller bedre an enn landet
- ◇ Ikke testet for statistisk signifikans
- Verdien for landet som helhet
- ▬ Variasjonen mellom fylkene i landet

En «grønn» verdi betyr at fylket ligger bedre an enn landet som helhet. «Grønt» kan likevel innebære en viktig folkehelseutfordring fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Les mer på www.fhi.no/folkehelseprofiler. I Norgeshelsa statistikkbank finnes flere indikatorer. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i fylket kan du også lage diagrammer i statistikkbanken, se www.norgeshelsa.no.

Tema	Indikator	Fylke	Norge	Enhet (*)	Periode(**)	Folkehelsebarometer for Møre og Romsdal
Befolkning	1 Befolkningsvekst	1,1	1,3	prosent	2012	◆
	2 Personer som bor alene	15,8	18,0	prosent	2013	◆
	3 Innvandrere og norskf. med innv.foreldre	9,7	14	prosent	2013	◆
Levekår	4 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	83	83	prosent (a*)	2012	◆
	5 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	7,1	9,5	prosent	2011	◆
	6 Inntektsulikhhet, P90/P10	2,5	2,7	-	2011	◆
	7 Uføreytelser, mottakere 18-24 år	3,7	3,9	prosent	2012	◆
Miljø	8 Personer med sterk sosial støtte	54	56	prosent (a,k*)	2012	◆
	9 Støytutsatte pga. veitrafikk	16	25	prosent	2011	◆
	10 Personskader, behandlet i sykehus	13,3	12,7	per 1000 (a*)	2012	◆
Skole	11 Trives på skolen, 10. klasse	87	86	prosent	2013/14	◆
	12 Mobbes på skolen, 10. klasse	5,2	5	prosent	2013/14	◆
	13 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. klasse	31	28	prosent	2012/13	◆
	14 Frafall i videregående skole	23	25	prosent	2012	◆
Levevaner	15 Grønnsaker og frukt, daglig	51	50	prosent (a,k*)	2012	◆
	16 Sukkerholdig drikke, daglig	12	12	prosent (a,k*)	2012	◆
	17 Fysisk inaktivitet	26	26	prosent (a,k*)	2012	◆
	18 Røyking, daglig, 16-44 år	16	14	prosent (a,k*)	2009-2013	◆
	19 Snusbruk blant menn, daglig, 16-44 år	19	20	prosent (a,k*)	2009-2013	◆
	20 Overvekt inkl. fedme, menn	27,2	25,5	prosent	2003-2009	◆
Helse og sykdom	21 Forventet levealder, menn	79,3	78,7	år	2006-2012	◆
	22 Forventet levealder, kvinner	84,1	83,1	år	2006-2012	◆
	23 God egenvurdert helse	78	78	prosent (a,k*)	2012	◆
	24 Psykiske sympt. og lidelser, primærh.tj.	129	137	per 1000 (a*)	2012	◆
	25 Psykiske lidelser, legemiddelbrukere	120	130	per 1000 (a*)	2012	◆
	26 Demens, behandlet i sykehus, 75 år +	13	8,4	per 1000 (a*)	2012	◆
	27 Muskel og skjelett, primærhelsetjenesten	273	255	per 1000 (a*)	2012	◆
	28 Hoftebrudd, behandlet i sykehus	2	2	per 1000 (a*)	2012	◆
	29 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	30	34	per 1000 (a*)	2012	◆
	30 Kolesterolsenkende legemidler, brukere	74	79	per 1000 (a*)	2012	◆
	31 Hjerte- og karsykdom, beh. i sykehus	16,9	17,5	per 1000 (a*)	2012	◆
	32 Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller	84	76	per 100 000 (a*)	2011	◆
	33 Lungekreft, nye tilfeller	51	56	per 100 000 (a*)	2011	◆
	34 Friske tenner, 5-åringer	81	81	prosent	2012	◆

2503141328.2503141434.15

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert, k = kjønnsstandardisert, - = tallgrunnlaget er utilstrekkelig, ** = perioden statistikken omfatter, se side 3 for mer informasjon om oppdateringer i Norgeshelsa statistikkbank.

2. I prosent av befolkningen. 4. Høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning). 5. Barn som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median. 6. Forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 7. Omfatter varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger. 8. 16-79 år, personer som oppgir å ha sterk sosial støtte, LKU. 9. Utsatte for støy over 55 dB ved bolig, ut i fra beregninger i nasjonal støymodell. 14. Omfatter de som ikke har bestått ett/ flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som sluttet underveis. I prosent av de som startet på grunnkurs i VGS for første gang i 2007. Personer som etter 5 år fortsatt er i VGS, regnes ikke som frafalt. 15. 16-79 år, personer som oppgir at de spiser både grønnsaker og frukt daglig, LKU. 16. 16-79 år, personer som oppgir at de drikker sukkerholdig brus og saft daglig, LKU. 17. 16-79 år, personer som oppgir at de utfører hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) under 1 time per uke, LKU. 18/19. SSBs reise- og ferievaneundersøkelse. 20. KMI over 25 kg/m², av menn på sesjon. 21./22. Beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet, 7 års gjennomsnitt. 23. 16-79 år, personer som oppgir at de har god eller meget god helse, LKU. 24. 0-74 år, brukere av fastlege og legevakt. 25. 0-74 år, legemidler mot psykiske lidelser, inkl. sovemidler. 27. 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av fastlege og legevakt. 29. 30-74 år, brukere av blodglukosesenkende midler, ekskl. insuliner. 30. 0-74 år. 34. dmft=0, av undersøkte i aldergruppen. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, Dødsårsaksregisteret, NAV, Utdanningsdirektoratet, Norsk pasientregister, Helsedirektoratets database for kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR), Kreftregisteret, SSBs levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt (LKU) 2012, SSBs reise- og ferievaneundersøkelse, Forsvarets helseregister og Reseptregisteret. For mer informasjon om indikatorene, se www.norgeshelsa.no