Møteinnkalling 7/2020

Utvalg: Utvalg for helse og familie
Møtested: Ørland kultursenter, Balsnes
Møtedato: 07.09.2020
Tid: 09:00 -

Forfall meldes til postmottak@orland.kommune.no eller på telefon 72 51 40 00, for innkalling av varamedlemmer. Varamedlemmer møter kun ved spesiell innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Britt Eli Døsvik	LEDER	SP
Øyvind Næss	NESTL	SV
Vigdis Rønsholm Furunes	MEDL	AP
Signe Tettli Sylten	MEDL	AP
Frode Valaker	MEDL	SP
Roar Orekåsa	MEDL	SP
Trond Pedersen	MEDL	FRP

Vel møtt!

Britt Eli Døsvik
Leder

Saksnr	Innhold	Lukket
PS 20/7	Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for Ørland kommune 2020 - 2024	

Orienteringer:

- Orienteringer fra administrasjonen og utvalgsleder

Arkiv: 2020/5987-1
Dato: 08.07.2020
Saksbehandler: Anna Lyngstad

ØRLAND KOMMUNE

SAKSFRAMLEGG

Saksnr	Utvalg	Møtedato
20/8	Utvalg for oppvekst og utdanning	24.08.2020
20/45	Planutvalget	25.08.2020
20/11	Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	08.09.2020
20/10	Eldrerådet	02.09.2020
20/8	Ungdomsrådet	07.09.2020
20/7	Utvalg for helse og familie	07.09.2020
	Utvalg for næring, arbeid og kultur	
	Utvalg for strategi og drift	
	Formannskap	
	Utvalg for samfunnsutvikling, miljø, landbruk og teknikk	
	Kommunestyret	

OVERSIKT OVER HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER FOR ØRLAND KOMMUNE 2020 - 2024

Kommunedirektørens innstilling
Folkehelseoversikt for Ørland kommune 2020 – 2024 tas til orientering.

Sakens bakgrunn og innhold
I følge folkehelseloven (2012) skal kommunen ha en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne (LOV 24.06.2011 nr. 29.) Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringer og vurdere årsaksforhold og konsekvenser. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år. Dokumentet skal ligge til grunn for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Statistikk som fremkommer i denne oversikten vil være et nyttig verktøy i alt av kommunalt planarbeid. Oversiktsdokumentet skal foreligge når kommunestyret starter arbeidet med kommunal planstrategi og danne grunnlag for fastsettelse av prioriteringer i kommunens folkehelsearbeid.

Folkehelsevurdering
Oversikt over folkehelsen i Ørland er et viktig grunnlagsdokument for å jobbe med systematisk folkehelsearbeid og bærekraftig samfunnsutvikling i Ørland kommune. Dokumentet er et

verktøy for administrativ og politisk ledelse, for å kunne sette mål og foreta prioriteringer, samt planlegge og gjennomføre effektive (treffsikre) tiltak.

Administrasjonens vurdering
Oversiktsdokumentet inngår som en del av kommunens helhetlig folkehelseansvar, og benyttes som grunnlag for kommunens planarbeid og tjenesteutvikling.

Saksprotokoll i Utvalg for oppvekst og utdanning - 24.08.2020

Behandling:

Votering
Kommunedirektørens innstilling enstemmig vedtatt.

Vedtak:
Folkehelseoversikt for Ørland kommune 2020 – 2024 tas til orientering.

Saksprotokoll i Planutvalget - 25.08.2020

Behandling:

Votering
Kommunedirektørens innstilling enstemmig vedtatt med 6 stemmer.

Vedtak:
Folkehelseoversikt for Ørland kommune 2020 – 2024 tas til orientering.

Saksprotokoll i Eldrerådet - 02.09.2020

Behandling:

Votering

Vedtak:

Folkehelseoversikt

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for Ørland kommune 2020 - 2024

ØRLAND KOMMUNE



Ferdigstilt august 2020



INNHOLD

1.0 Innledning 4

2.0 Befolkningssammensetning 7

3.0 Oppvekst- og levekårsforhold 12

4.0 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø 20

5.0 Skader og ulykker 27

6.0 Helserelatert atferd 29

7.0 Helsetilstand 35

8.0 Lokal kartlegging av helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Ørland 40

Referanser 41

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

I følge folkehelseloven (2012) skal kommunen ha en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne (1). Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringer og vurdere årsaksforhold og konsekvenser. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år. Dokumentet skal ligge til grunn for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Statistikk som fremkommer i denne oversikten vil være et nyttig verktøy i alt av kommunalt planarbeid. Oversiktsdokumentet skal foreligge når kommunestyret starter arbeidet med kommunal planstrategi og danne grunnlag for fastsettelse av prioriteringer i kommunens folkehelsearbeid.

1.2 Om dokumentet

Folkehelseoversikten bygger på dokumenter og informasjon fra Folkehelseinstituttet, SSB, kommunehelsa statistikkbank, Ørland kommune, Trøndelag fylkeskommune og annen offentlig tilgjengelig statistikk. Det er hentet data fra lokale undersøkelser som HUNT-undersøkelsen (2019), Ungdata (2015 og 2018) og fra nasjonale styrende dokumenter (se referanselisten). I tillegg har det vært fokus på lokalkunnskap hvor det ble sendt ut spørreskjema til alle enhetsledere i kommunen (mai 2020).

Forskrift til folkehelseloven stiller krav til innholdet i overskriften, og følgende tema skal dekkes av dokumentet:

a) befolkningssammensetning
b) oppvekst- og levekårsforhold
c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
d) skader og ulykker
e) helserelatert atferd
f) helsetilstand

Dokumentet er bygd opp med statistikk og/eller tabeller på ulike områder innenfor hvert enkelt tema, etter hvilken informasjon som er tilgjengelig og hva som er ansett som relevant. Det kan være flere årsaker til en gitt statistikk, og vurdering av årsakssammenhenger vil derav være tolkninger. For små kommuner kan naturlig tilfeldige variasjoner slå stort ut på tall og statistikk. Ved sammenligning av datamateriell i denne oversikten må det tas høye for at forskjeller kan skyldes tilfeldig variasjon. Tall fra HUNT-undersøkelsen hadde en svarprosent på totalt 50% i Ørland kommune, og det er foreløpig usikkert hvor godt resultantene beskriver helsetilstanden til den delen av befolkningen som ikke deltok.

Ørland og Bjugn kommuner ble 1.1.2020 slått sammen til Ørland kommune. Statistikk fra oversikts-dokumentet viser tall samlet for den nye kommunen (hvis ikke annet er presisert). Noe av tallgrunnlaget vil være påvirket av kommunesammenslåing, og fører til noe usikkerhet rundt tallene i statistikken.

FNs bærekraftmål

Bærekraftig utvikling er et overordnet mål for samfunnsutviklingen både lokalt, nasjonalt og globalt. For å nå dette målet er et effektivt folkehelsearbeid en av forutsetningene. Befolkningens helse og livskvalitet, og en rettferdig fordeling av denne, er avgjørende for bærekraften i et samfunn.

Norge har sluttet seg til FNs bærekraftsmål. Dette er 17 globale felles mål for bærekraftig utvikling frem mot 2030. Hovedmål #3 God helse innebærer å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. De fleste av hovedmålene har imidlertid konsekvenser for helse; fattigdom, sult, utdanning, rent vann og gode sanitærforhold, arbeidsforhold, boforhold og nærmiljø, klimaendringer, forurensning og sosiale forskjeller. Bærekraftsmålene utgjør en viktig ramme for samfunnsutviklingen, og vil blant annet danne bakteppe for viktige prioriteringer fremover.



FNs bærekraftsmål mot 2030

Sosial ulikhet i helse

Utjevning av sosial ulikhet i helse er sentralt i folkehelselovens formålsparagraf. Sosial ulikhet er derfor et av kjerneelementene i arbeidet med nødvendig oversikt over helsetilstanden. Sosial ulikhet eller sosiale helseforskjeller er forskjeller i helsetilstand etter økonomi, utdanning og yrke (sosioøkonomisk status). Folkehelsen generelt i Norge er god, men vi ser likevel at det er betydelige sosioøkonomiske forskjeller i forventet levealder. Dette gjelder for de aller fleste sykdommene, skader og plager, og i levevaner og levekår. Det er også dokumentert at disse forskjellene er økende. Innsatser for å redusere sosial ulikhet i helse er derfor en av de viktigste innsatsområdene framover. En utjevning av de sosiale helseforskjellene innebærer imidlertid et stort potensial for bedring i folkehelsen, og er en viktig faktor i arbeidet for en bærekraftig samfunnsutvikling.

1.3 Hovedpunkter fra folkehelseoversikten i Ørland kommune 2020

Nedenfor er det listet opp hovedpunkter for hvert kapittel. For dypere forståelse av punktene anbefales og lese kapitelene i sin helhet.

Befolkningssammensetning

Egenskaper ved befolkningen, slik som alderssammensetning, flytting og dødelighet kan bidra til å forklare og forutse helsetilstanden i befolkningen. Kapittelet viser:

- En befolkningsvekst på 5,9% siden 2010, som er lavere enn landsgjennomsnittet
- En nedgang i antall barn (0-17 år) og økning i antall eldre (67+ år) mellom 2010 – 2020
- Forventet en økning i andel eldre over 80 år mellom 2020 – 2040
- En økning i antall innvandrere fra 2010 til 2020 på 155%

Oppvekst og levekårsforhold

Levekår og oppvekst er bakenforliggende påvirkningsfaktorer for helsetilstanden. Her ser vi noen utfordringer som kan bidra til å forsterke sosial ulikhet. Blant annet:

- 6,6% av barn (0-17 år) bor i husholdninger med lav inntekt
- Lavere andel i Ørland med høyere utdanning, sammenlignet med Trøndelag og hele landet
- Høyere andel barn som har lavere mestringsnivå innen lese- og regneferdighet sammenlignet med hele landet
- Økning i andel ungdom som opplever at det blir mobbet
- Høyere frafallsprosent på videregående skole, sammenlignet med hele landet

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

- Nedgang i bruk av antibiotikaresepter og høy vaksinasjonsdekning blant barn
- Har mange gang- og sykkelveier og et variert friluftsliv
- Godt kulturtilbud og sosiale møteplasser
- Kun 29% av ungdom er fornøyd med kollektivtilbudet i kommunen
- Økning i andel ungdom på VGS som er plaget med ensomhet

Skader og ulykker

Skader og ulykker har sterk negativ innvirkning på folkehelsa, og kan føre med seg lidelse, redusert livskvalitet og store samfunnsøkonomiske kostnader. Kapittelet viser blant annet:

- I gjennomsnitt 20 hoftebrudd per år i perioden 2015 – 2017
- Nedgang i antall trafikkulykker
- Økning i andel ungdom som er utsatt for trusler om vold

Helserelatert atferd

Gir en oversikt over levevaner som har betydelig påvirkning på helsetilstand, for Ørland kommune ser man blant annet:

- Ungdom og voksne spiser lite frukt og grønnsaker
- Ørland har en høyere andel ungdom med overvekt/fedme sammenlignet med hele landet
- En økning i andel ungdom som har prøvd hasj/cannabis og andre illegale rusmidler

Helsetilstand

Kapittelet viser en status over helsetilstanden i Ørland kommune, hvor man ser:

- Høy andel i Ørland rapporterer om dårlig selvopplevd helse, sammenlignet med resten av Trøndelag
- Økning i andel ungdom og voksne med psykiske plager/lidelser
- Økning i antall brukere av legemidler til diabetes type 2 og personer med muskel- og skjelettplager/lidelser

2.0 Befolkningssammensetning

Med befolkningssammensetning menes grunnlagsdata om befolkningen som omfatter antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster. Denne informasjonen er viktig i vurderingen av øvrig informasjon, og vil være vesentlig for å vurdere totalbildet i kommunen. Dette gjelder særlig utviklingen i sammensetningen av befolkningen, som for eksempel vil kunne påvirke strategiske valg i fremtidige kommuneplaners samfunns- og arealdel.

Hovedinntrykk

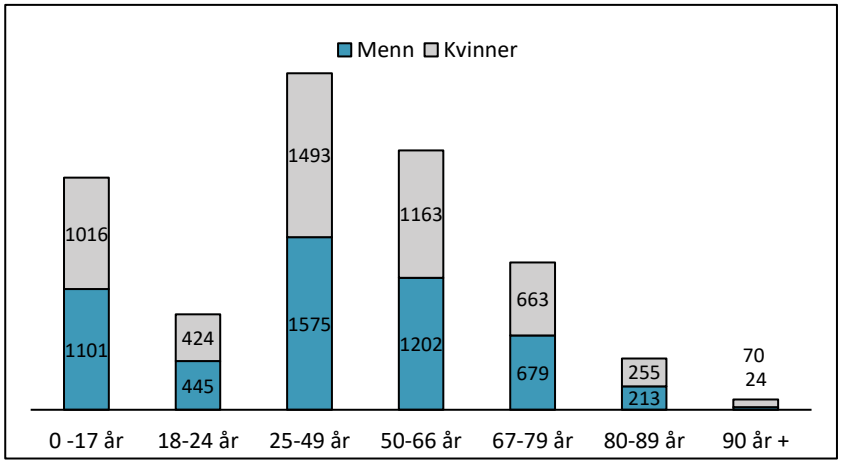
- En befolkningsvekst på 5,9% siden 2010, som er lavere enn landsgjennomsnittet
- En nedgang i antall barn (0-17 år) og økning i antall eldre (67+ år) mellom 2010 – 2020
- Forventet en økning i andel eldre over 80 år mellom 2020 – 2040
- En økning i antall innvandrere fra 2010 til 2020 på 155%

2.1 Folketall som helhet

Figur 1 viser befolkningen i Ørland kommune ved inngangen av 2020, fordelt på kjønn og aldersgrupper. Per 1.1.2020 er det 10 323 innbyggere (50,1% menn) i kommunen. Hvis vi deler befolkningen i barn og unge, voksne og eldre er fordelingen slik:

- 20,5% av befolkningen er 0 – 17 år (20,8% i Norge)
- 61,1% av befolkningen er 18 – 66 år (63,8% i Norge)
- 18,4% av befolkningen er over 67 år (15,4% i Norge)

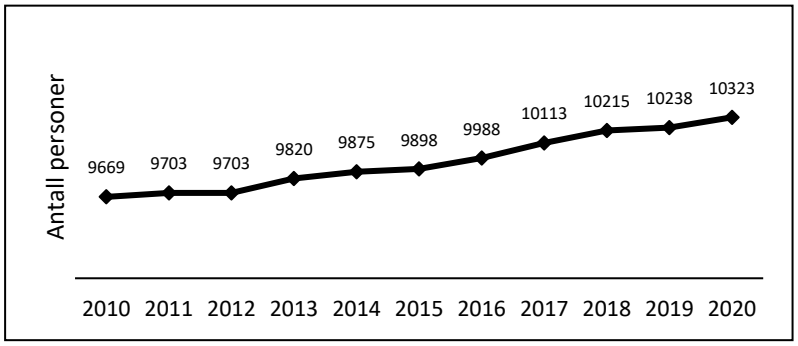
Vi har noe lavere andel voksne i befolkningen og noe høyere andel over 67 år i Ørland sammenlignet med landsgjennomsnittet.



Figur 1. Antall i befolkningen fordelt på aldersgrupper og kjønn (01.01.2020). Kilde: SSB tabell 07459

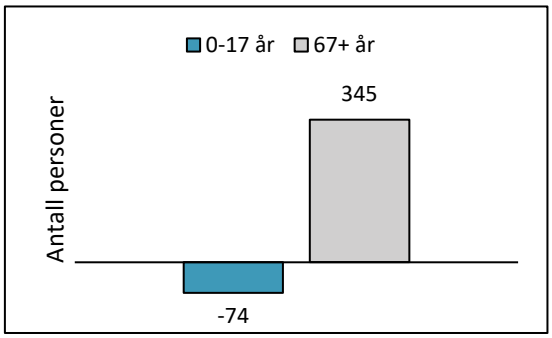
2.1.1 Endring i folketall (siste 10 år)

Utviklingen i befolkningen bestemmes av levealder, fødsler, dødsfall, flytting og innvandring. Mellom 2010 til 2019 har befolkningen i Ørland kommune økt med 5,9% (figur 2), sammenlignet med 9,4% i Trøndelag og 9,7% i hele landet (2). «Mulighetsstudie Bjugn og Ørland kommuner» gjennomført av Rambøll (2015) viste en forventet befolkningsvekst på 20% fra 2012 frem mot 2030, på bakgrunn av etablering av kampflybasen (3). Fra 2010 ser vi en økning i antall personer som pendler inn til Ørland, som kan være med å forklare noe av lavere befolkningsveksten (figur 18, side 18).



Figur 2. Antall innbyggere i Ørland kommune fra 2010 – 2020. Tall fra 01.01. Kilde: SSB tabell 07459

Ved inngangen av 2020 bodde det 74 færre barn og unge i Ørland (0 – 17 år) enn i 2010. I samme periode økte antall mennesker i alderen 67 år og eldre med 345 personer (figur 3).

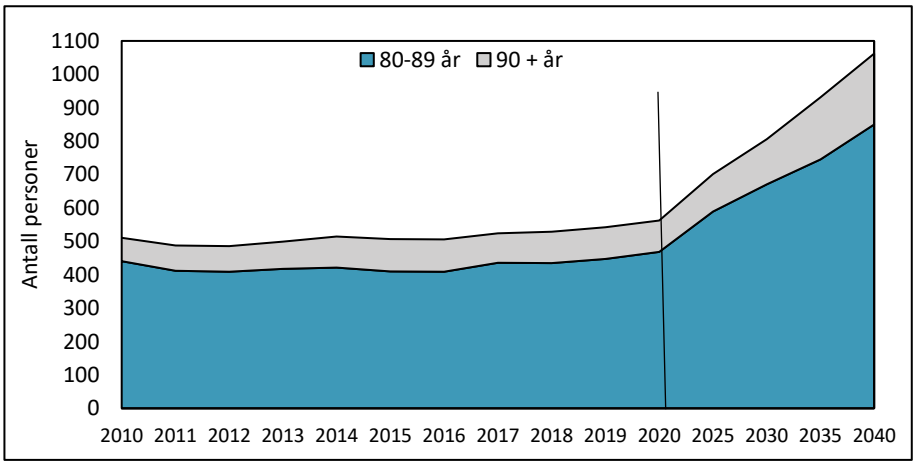


Figur 3. Endring i antall mennesker i alderen 0 – 17 år og 67+ år i Ørland mellom 2010 og 2020. Kilde: SSB tabell 07459

2.1.2 Forventet økning i antall eldre over 80 år

I 2010 hadde Ørland 511 personer over 80 år (5,3% av befolkningen), i 2020 var det en liten økning til 562 personer (5,4%) (2). Som er høyere enn landsgjennomsnittet på 4,3%. Ut fra beregninger til SSB (hovedalternativet: medium fruktbarhet, levealder og nettoinnvandring) vil man forvente en økning i antall eldre allerede mot 2025 (4).

Trenden til en økning i den eldre befolkningen kommer av at levealderen stadig øker, og at det er store fødselskull som blir en del av den eldre befolkningen i årene som kommer. Eldrebølgen kan føre til at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester i årene fremover. Samtidig som vi ser at eldre er en ressurs, og er i dag generelt sett friskere og mer funksjonsdyktige enn tidligere.

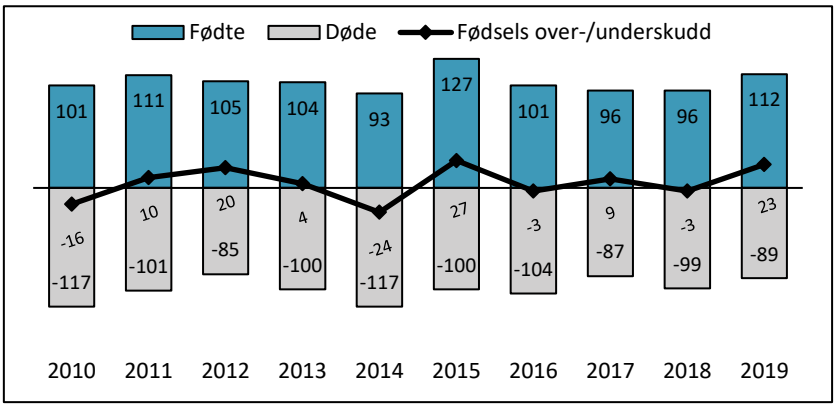


Figur 4. Antall eldre over 80 år fra 2010 – 2020, og forventet økning i Ørland kommune fra 2025 - 2040 (Hovedalternativet (MMMM)). Kilde: SSB tabell 07459 og 11668

2.2 Fødselsrater

Tross en liten befolkningsvekst i Ørland, har fødselstallene fra 2010 vært noenlunde stabile, med årlige variasjoner. Som kan forklares med at antall kvinner i fertil alder (15 – 45 år) varierer. I 2019 hadde Ørland kommune 112 fødte og 89 døde, som ga et fødselsoverskudd på 23 personer.

Nasjonalt ser vi en nedgang i det samlede fruktbarhetstallet. I 2019 ble det målt til 1,53 barn per kvinne, noe som er det laveste nivået som er målt i Norge (5). Nedgangen kan ha flere årsaker, blant annet en økning i gjennomsnittsalder på førstegangsfødende, færre kvinner som føder mer enn to barn, og andelen frivillige og ufrivillige barnløse øker (5). Store endringer i fødselsstatistikken, sammen med endringer i nettoinnflytting, kan gi behov for endring i skole- og barnehagestrukturer.

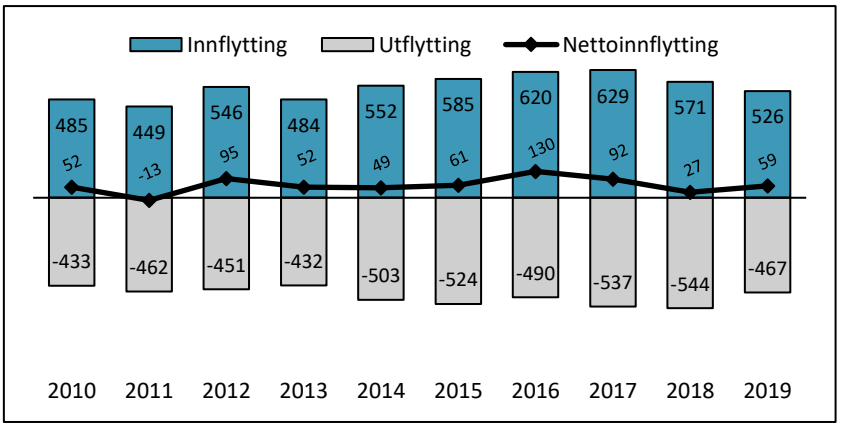


Figur 5. Årlig fødsler og antall døde i Ørland kommune fra 2010 – 2019 (per 31.12). Fødsels over-/underskudd er over-/underskudd i antall fødsler sammenlignet med antall dødsfall. Kilde: SSB tabell 04231 og 08425

2.3 Inn og utflytting

Familie, utdanningsnivå, mulighet for arbeid, oppvekstsvilkår, kommunale tjenester, natur- og friluftsliv er noen faktorer som vil påvirke til- og fraflytting i kommunen. Utvikling i antall innbyggere har betydning for kommunens planer for omfang og kvalitet på tjenestene som skal leveres til innbyggerne i fremtiden.

I 2019 var det 526 personer som flyttet inn til kommunen, og 467 personer som flyttet ut av Ørland, noe som gir et totalt overskudd på 59 personer (figur 6). For denne statistikken er det summert opp flyttinger til og fra gamle kommunene Ørland og Bjugn, flyttetallene vil derfor ikke gi et korrekt bilde over hvor mange som flyttet ut og inn, da tallene inkluderer flytting innad i den sammenslåtte kommunen.

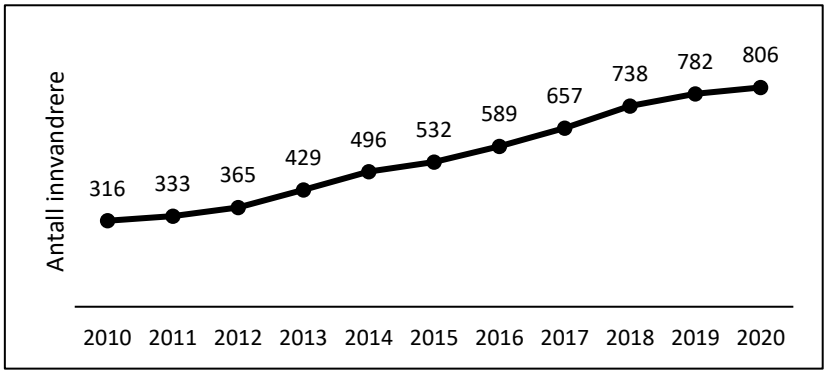


Figur 6. Innflytting, utflytting og nettoinnflytting for Ørland kommune fra 2010 – 2019 (per 31.12). Både innenlands og utenlands. Kilde: SSB tabell 06913

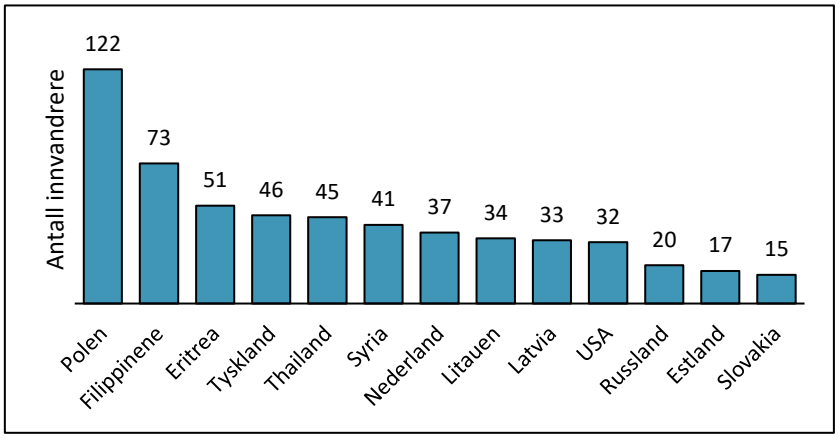
2.4 Etnisk sammensetning

Innvandring vil også påvirke folketallet fremover. Med lave fødselsoverskudd, er det nettoinnflytting som har gitt befolkningsvekst i Ørland, hvor innvandring utgjør en stor del av nettoinnflytting i kommunen. I 2020 var 7,8% av befolkningen i Ørland kommune innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre, dette er noe lavere enn andelen i Trøndelag (12,6%) og hele landet (18,2%) (4). Figur 7 viser at det har vært en økning med 490 personer (155%) fra 2010 til 2020, som er en høyre økning enn Trøndelag (106%) og hele landet (77%) i samme tidsperiode. De fleste innvandrere i Ørland har bakgrunn fra Polen, Filipinene og Eritrea (figur 8).

Årsaken til den store økningen i antall innvandring kommer blant annet av en økning i arbeidsinnvandring, flere som finner seg livspartnere fra andre land og økning i flyktninger. Innvandringen bidrar til et økt folketall, og bidrar til et multikulturelt samfunn, samtidig som det kan bidra til utfordringer knyttet til integrering og kulturelle og sosiale ulikheter. Det er store forskjeller innenfor de enkelte landbakgrunnsgruppene - på samme måten det er store ulikheter i den etnisk norske befolkningen.



Figur 7. Antall innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Ørland kommune per 01.01. Kilde: SSB tabell 09817



Figur 8. Innvandrere etter landbakgrunn 12 største grupper i Ørland i 2019. Kilde: SSB tabell 09817

2.5 Andel barn av eneforsørgere

Barn av eneforsørgere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Andelen barn av eneforsørgere i Ørland kommune er noe høyere (18%), sammenlignet med hele landet og Trøndelag (15%) (tabell 1).

En økning i andel barn av eneforsørgere kan forklares med at det er flere som opplever skilsmisse og samlivsbrudd. Det er en del risikofaktorer knyttet til det å vokse opp med en eneforsørger.

Eneforsørgere har ofte mindre ressurser i form av dårligere økonomi og mindre tid til barna. Dette kan føre til at barna ikke kan delta i sosiale aktiviteter og at tiden med tilgang på en voksen er mindre. I tillegg er det økt forekomst av psykiske helseproblemer og forhold mellom foreldre som ikke lever sammen som er preget av økt konfliktnivå (6).

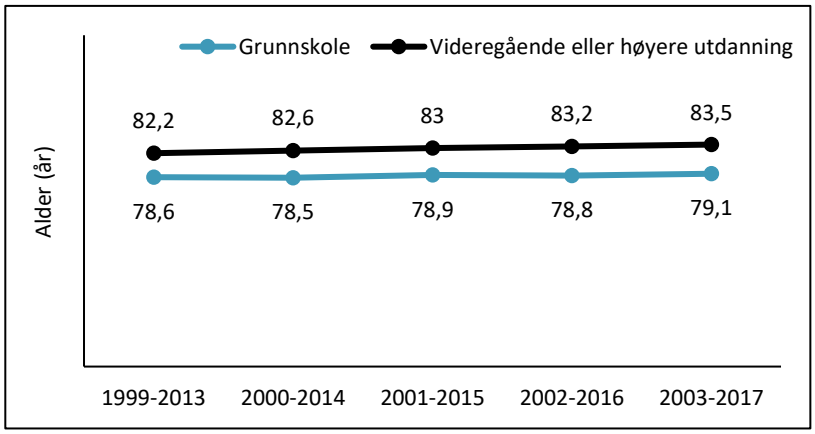
	Andel barn (0-17 år) (%)		
År	**2012 – 2014**	**2014 – 2016**	**2016 - 2018**
Ørland	16	17	18
Trøndelag	15	15	15
Hele landet	15	15	15

Tabell 1. Andel barn (0-17 år) med mor eller far som er eneforsørger. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank, Arbeids- og velferdsetaten (NAV)

2.6 Forventet levealder

Forventet levealder er et viktig mål på helsen i en befolkning. Det er et mål på hvor lenge en person kan forvente å leve, forutsatt at denne personen lever hele sitt liv under de dødelighetsforholdene som gjelder i dag. Forventet levealder ved fødselen i Ørland er beregnet til å være 84 år for kvinner og 79 år for menn (2), noe som er likt med forventet levealder i landet som helhet.

Økt sosial ulikhet ser vi også når det kommer til forventet levealder (figur 9). Forskjellen i forventet levealder mellom mennesker med grunnskole som høyeste fullførte utdanning, og mennesker med videregående skole eller høyere utdanning er på 4,4 år for Ørland kommune. Forskjellene er noe lavere enn Trøndelag (4,6 år) og landet som helhet (4,9 år), men Ørland har en trend mot en økning av sosial ulikhet målt med forventet levealder fra perioden 1999 – 2013 (3,6 år).



Figur 9. Forventet levealder fordelt etter to utdanningsgrupper i Ørland kommune. Utvikling fra 1999 – 2017, 15-årig gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (SSB)

3.0 Oppvekst- og levekårsforhold

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Med oppvekst- og levekårsforhold menes for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold, og utdanningsforhold. Levekår kan defineres som tilgang til ulike ressurser og påvirker dermed helseutvikling og hvordan helsen fordeles i en befolkning. Barnehager og skoler er eksempel på viktige arenaer i et oppvekstperspektiv.

Hovedinntrykk

- 6,6% av barn (0-17 år) bor i husholdninger med lav inntekt
- Lavere andel i Ørland med høyere utdanning, sammenlignet med Trøndelag og hele landet
- Høyere andel barn som har lavere mestringsnivå innen lese- og regneferdighet sammenlignet med hele landet
- Økning i andel ungdom som opplever at det blir mobbet
- Høyere frafallsprosent på videregående skole, sammenlignet med hele landet

3.1 Økonomiske forhold

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntekt- og utdanningsnivå og helsetilstand. Lav inntekt og lav utdanning øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. I tillegg har det å vokse opp i familier som over tid har lavinntekt stor betydning for barnas helse og velferd, deriblant at man ikke kan få deltatt i aktiviteter på lik linje med venner (7).

3.1.1 Andel lavinntektsfamilier

I Ørland kommune er det 5,8% som bor i husholdninger med inntekt under 60% av nasjonal medianinntekt. I 2018 var det 6,6% barn (alder 0 – 17 år) som bor i lavinntektshusholdning, noe som tilsvarer cirka 140 barn i Ørland kommune.

		Andel personer (%)				
	År	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Ørland	Alle aldre	6,4	6,2	6,1	6,3	5,8
	0 – 17 år	6,6	7,2	6,6	7,4	6,6
Trøndelag	Alle aldre	6,2	6,1	6,2	6,4	7,4
	0 – 17 år	6,4	6,5	6,7	7,3	6,5
Hele landet	Alle aldre	7,2	7,3	7,3	7,4	9,3
	0 – 17 år	8,3	8,5	8,8	9,2	7,4

Tabell 2. Andel som bor i husholdninger med inntekt under 60% av nasjonal medianinntekt, beregnet med EU-skala. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (SSBs inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger)

3.1.2 Inntektsfordeling

Stor inntektsulikhet i en kommune kan være en pekepinn på at det også er store sosiale helseforskjeller i kommunen. De siste 30 årene har alle inntektsgrupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. Gini-koeffisienten beskriver inntektsulikhet og varierer fra 0 til 1. Jo større koeffisienten er, desto større er inntektsulikheten. Ørland ligger litt under landsgjennomsnittet, som viser at vi har lavere inntektsulikhet sammenlignet med Trøndelag og hele landet.

	2014	2015	2016	2017	2018
Ørland	0,21	0,21	0,22	0,21	0,21
Trøndelag	0,22	0,23	0,23	0,23	0,23
Hele landet	0,25	0,26	0,25	0,25	0,25

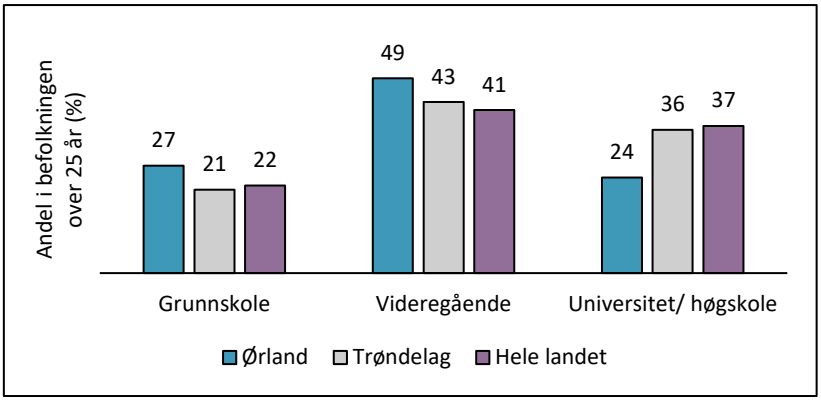
Tabell 3. Inntektsfordeling etter Gini-koeffisienten. Kilde: SSB tabell 09114

3.1.3 Utdanningsnivå

I Ørland kommune har 24% av befolkningen (over 25 år) universitet/høgskole som høyeste fullførte utdanningsnivå, dette er lavere sammenlignet med gjennomsnittet i Trøndelag (36%) og i hele landet (37%) (figur 10). Andelen av befolkningen i Ørland (i likhet med Trøndelag og Norge) med høyere utdanning har vært jevnt økende siden 1990-tallet, for Ørland har det økt fra 10% av befolkningen i 1990 til 24% i 2018. Andelen med kun grunnskoleutdanning har i samme periode gått ned fra 49% i 1990 til 27% i 2018 (2).

I Norge sentraliseres tjenester, kompetansearbeidsplasser og høyere utdanning, som kan forklare noe av årsakene til at det generelt er lavere utdanningsnivå i distriktene. I Ørland er det mange tradisjonelle arbeidsplasser, som ikke krever høyere utdannelse. Samtidig er det mange som pendler inn til Ørland, hvor flere med høyere utdanning jobber i kommunen, men bor i en annen kommune.

Utdanning gir ferdigheter og kompetanse, og styrker evnen til å omdanne helseinformasjon til helsebringende atferd som sunt kosthold, fysisk aktivitet og røykfrihet. Utdanningsnivå er derfor en viktig indikator på sosial ulikhet i helse i en befolkning.



Figur 10. Høyeste fullførte utdanningsnivå (andel over 25 år). År 2018. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (SSB)

3.2 Barnehage

Barnehagen er en viktig arena for forebyggende helsearbeid. Sammen med familien er barnehagen viktig for den sosiale støtten barn opplever i hverdagen. Kvalitet på barnehagen kan være en indikator på hvor godt støtteapparatet rundt barnet fungerer.

Barnehagen skal ivareta barns behov for omsorg og lek, fremme læring og danning, og være tilgjengelig for alle barn. I barnehagen skal barn oppleve mestring, inkludering og deltagelse, og de skal utvikle grunnleggende kunnskaper og ferdigheter slik at de har et godt grunnlag for å trives på skolen og lykkes i utdanningsløpet. I Ørland kommune er totalt er det 5 kommunale og 4 private barnehager.

Kommunen har et politisk vedtak om en gjennomgående satsing på kosthold og ernæring. Personalet i barnehagen skal bidra til at barna kan tilegne seg gode vaner, holdninger og kunnskaper om kosthold, og legge til rette for at måltider og matlaging bidrar til måltidsglede, deltakelse, samtaler og

fellesskapsfølelse hos barna. Alle barnehagene følger Helsedirektoratets «Retningslinjer for mat og måltider i barnehagen».

3.2.1 Barnehagedekning

Alle barn som har lovfestet rett til barnehageplass får tilbud om barnehageplass og det blir gitt løpende tilbud om plass utenom hovedopptaket i alle barnehagene. I 2019 gikk 88,3% av barn (1-5 år) i barnehagen. Dette er noe nedgang fra 2017 og 2018, og noe lavere enn gjennomsnittet i Trøndelag og landet som helhet.

	Andel barn (%)				
	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Ørland	89,5	88,7	90,7	92,4	88,3
Trøndelag	93,2	93,5	93,9	94,4	94,6
Hele landet	90,4	91	91,3	91,7	92,1

Tabell 4. Andel barn 1 – 5 år i barnehager, i forhold til innbyggere 1-5 år (%). Kilde: SSB tabell 12562

3.3 Skole

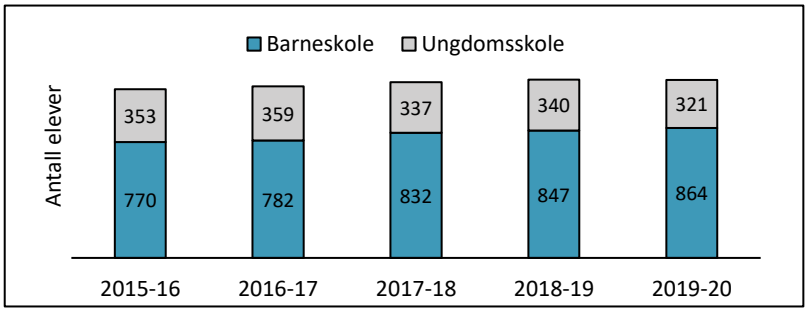
Norsk grunnskole er en av de viktigste arenaene for folkehelsearbeid fordi her møter vi hele befolkningen i en viktig fase av livet. Skolen har ansvar for å fremme god læring og god helse. Gode opplevelser av å mestre på grunnskolenivå legger et viktig grunnlag for videre skolegang og er avgjørende for gjennomføring av videregående skole.

3.3.1 Skolestruktur og elevtall

Ørland kommune har i dag 4 kommunale og 1 privat barneskole, i tillegg til 2 ungdomsskoler. I skoleåret 2019/20 var det 1185 elever på grunnskolene, en økning på 62 elever fra skoleåret 2015/16 (figur 11).

Barneskoler	Ungdomsskoler
Botngård barneskole 338 elever	**Botngård ungdomsskole** 157 elever
Vallersund oppvekstsenter 61 elever	
Fagerenget Montessoriskole 41 elever	
Brekstad barneskole 230 elever	**Ørland ungdomsskole** 164 elever
Opphaug barneskole 194 elever	

Tabell 5. Elevtall fra skoleåret 2019/2020. Kilde: Skoleporten.udir.no



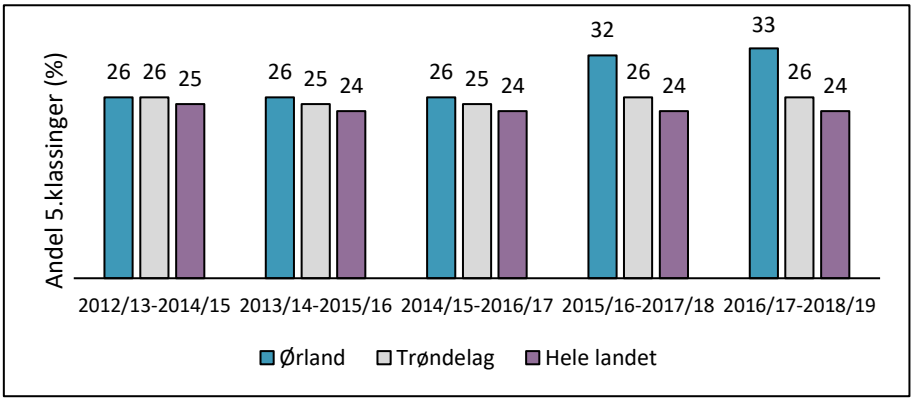
Figur 11. Antall elever på barne- og ungdomsskole i Ørland kommune fra skoleåret 2015/16 til 2019/20. Kilde: Skoleporten.udir.no

3.3.2 Hva er trekk ved læringsmiljø og elevprestasjoner?

Leseferdighet

En av skolens aller viktigste oppgaver er å hjelpe elevene til å bli gode lesere. Å kunne lese er en verdi i seg selv, for opplevelse, engasjement og identifikasjon. Det er også et nødvendig grunnlag for læring i de fleste fag. Lesing er en ferdighet som kan trenes opp, men det er noen som strever med lesevansker hele livet (8).

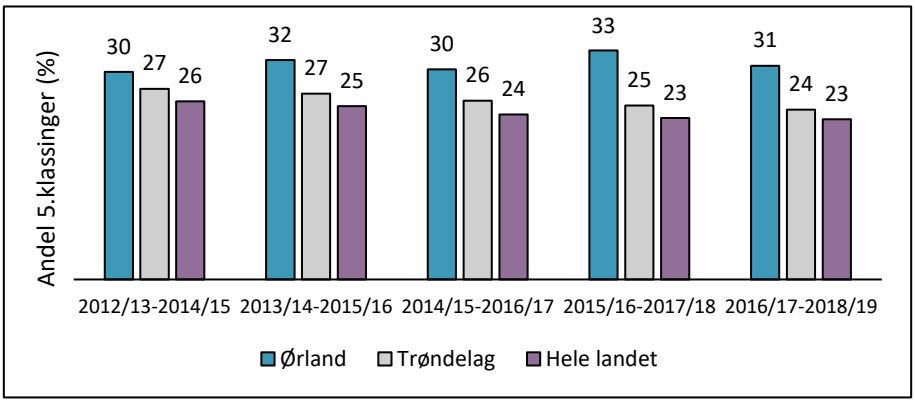
Figur 12 viser andel av 5.klassinger som har det laveste mestringsnivået innen lesing (mestringsnivå 1 av 3). I Ørland er det en høyere andel elever som er på det laveste mestringsnivået (33%), sammenlignet med Trøndelag (26%) og hele landet (24%). Vi ser også samme tendens for 8.klassinger (2).



Figur 12. Andel 5.klassinger på laveste mestringsnivå innen lesing. Tall viser gjennomsnitt for 3-årsperioder.
Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (Utdanningsdirektoratet/SSB)

Regneferdighet

Regning er en basisferdighet som er viktig videre i utdanningsløpet og arbeidslivet. Tall fra nasjonale prøver viser at Ørland kommune har høyere andel 5.klassinger (31%) som er på det laveste nivået innen regning (mestringsnivå 1 av 3), sammenlignet med Trøndelag (24%) og hele landet (23%)

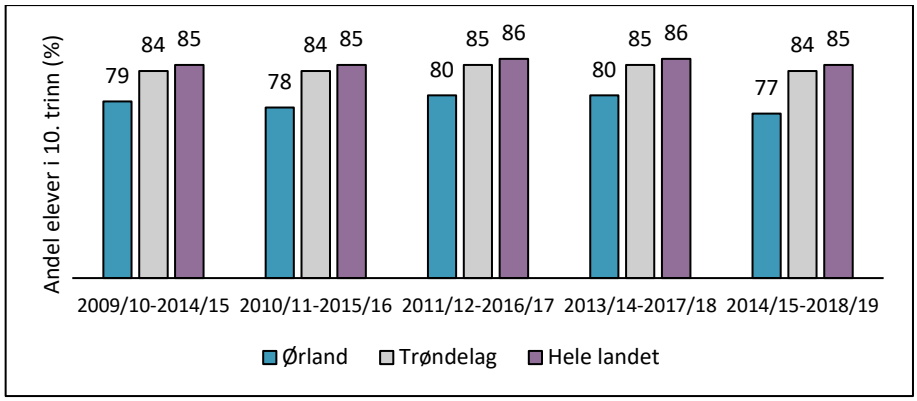


Figur 13. Andel 5.klassinger på laveste mestringsnivå innen regning. Tall viser gjennomsnitt for 3-årsperioder.
Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (Utdanningsdirektoratet/SSB)

Trivsel på skolen

For barn og unge er skolen en svært viktig sosial arena. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir. Ulike trivselsskapende faktorer, som venner, gode lærere og faglig mestring virker positivt inn på den fysiske og den psykiske helsen. Motsatt vil et belastende eller stressende skolemiljø

øke risikoen for psykiske helseproblemer. For elever på 10. trinn i Ørland kommune trives 77% av elevene på skolen.

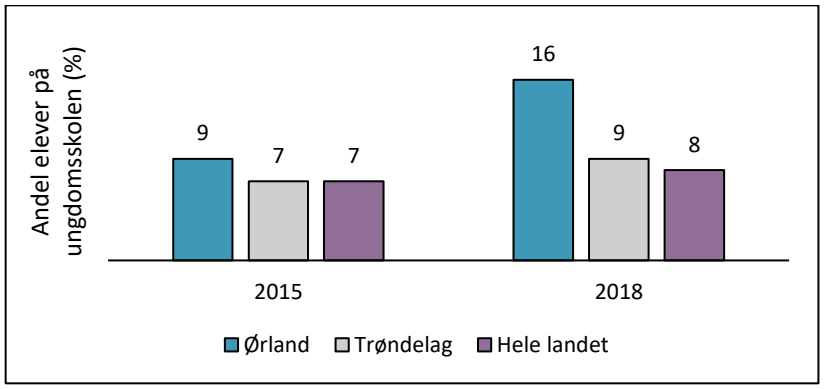


Figur 14. Andel elever som trives godt på skolen i 10. trinn. Tall viser gjennomsnitt for 5-årsperioder. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (Utdanningsdirektoratet)

3.3.3 Blir mobbet

Tall fra ungdata viser en økning i andel elever på ungdomsskolen som rapporterer at det blir mobbet på skolen eller fritiden, fra 9% i 2015 til 16% i 2018 for Ørland. Dette er høyere sammenlignet med Trøndelag (9%) og hele landet (8%) (9).

Mobbing i skolen har hatt et betydelig fokus de siste årene, og det er en nulltoleranse for mobbing i Ørland. Samtidig åpner sosiale medier opp for uthenging og krenkende omtaler i anonyme former, som kan ha bidratt til en økning i andel som opplever mobbing. Forskning viser at mobbing påvirker barns fysiske og psykiske helse, samt deres sosiale og akademiske funksjonalitet (10).



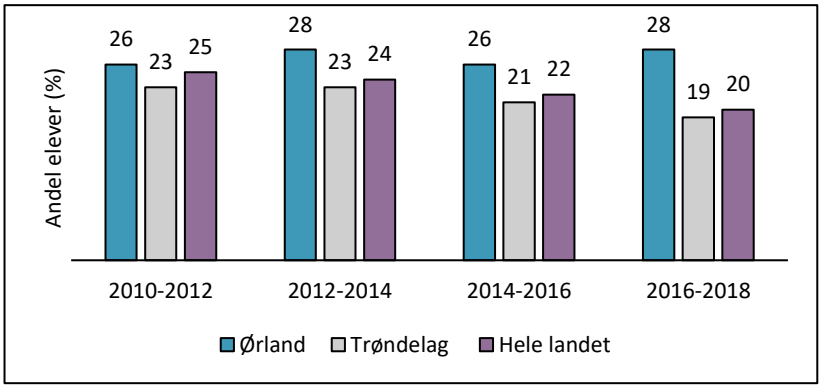
Figur 15. Andel elever på ungdomsskolen som rapporterer at de blir mobbet på skolen eller fritiden omtrent hver 14. dag eller oftere. Kilde: Ungdata 2015 og 2018.

3.3.4 Hvor mange elever fullfører videregående skole?

I perioden 2016 – 2018 var det et frafall på videregående skole på 28% for elever bosatt i Ørland kommune. Det er en av de høyeste frafallsprosentene sammenlignet med kommunene i Trøndelag i samme periode. Både Trøndelag som helhet og landsgjennomsnittet har gått nedover fra perioden 2010 – 2012, men tallene fra Ørland har vært stabilt høye.

Frafallet inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført vg3 eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som startet opp dette året, men som sluttet underveis.

Mye tyder på at psykiske problemer er den viktigste grunnen til at ungdom faller ut av skolen (11), andre årsaker kan være manglende motivasjon, skoletretthet, feil valg, fysisk sykdom, vanskelige hjemmeforhold, rusproblem, graviditet og barn. En høyere fullføringsgrad i videregående skole vil føre til at flere ungdommer vil klare seg bedre i sitt voksenliv, både med hensyn til mulighet for arbeid og videre utdanning. Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Samtidig er skolen en sosial arena som kan gi venner, fellesskap og følelse av tilhørighet.



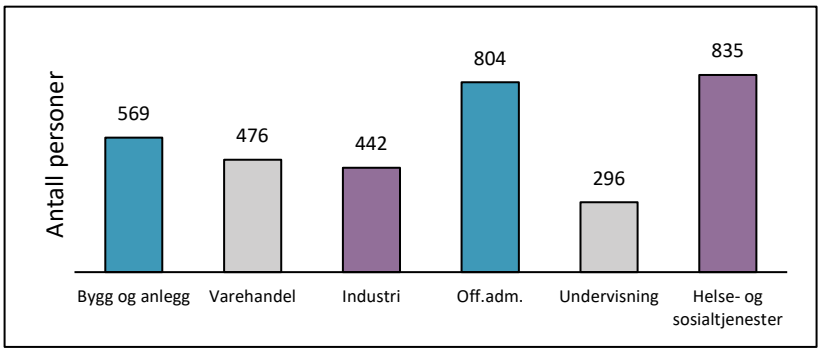
Figur 16. Andel elever som har sluttet på videregående skole eller ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (SSB)

3.4 Arbeidsforhold

Arbeid gir tilgang til viktige helsefremmende ressurser som sosiale relasjoner, identitet, personlig vekst, og økonomisk trygghet. Høy sysselsetting der også personer med redusert arbeidsevne har et arbeid å gå til, vil være positivt for folkehelsen.

3.4.1 Variasjon mellom ulike næringer

Ørland kommune er en kommune i sterk vekst, særlig innenfor offentlig sektor gjennom utbyggingen av Norges eneste kampflybase. I løpet av de siste 10 årene har kommunen også hatt en betydelig næringsvekst innenfor marin sektor, med en samlet omsetning rundt 6 milliarder kr i 2018.



Figur 17. Antall personer (15 – 74 år) som jobber i ulike næringer i Ørland kommune (4. kvartal 2019)
Kilde: SSB tabell 12539

3.4.2 Andel arbeidsledige og mottakere av uførepensjon

Tabell 6 viser at arbeidsledigheten i Ørland kommune har vært gjennomgående lav (1,8% i 2019). I mars 2020 var det en økning til 9,1% som er en konsekvens av endringer i samfunnet under covid-19 pandemien. Arbeidsledighet har betydning for både helse og levekår for den enkelte, hvor inntekten kan gå drastisk ned og føre til en økning i psykiske plager. For samfunnet vil ledigheten føre til tap av verdiskapning.

Antall arbeidsledige

	Andel personer (%)						
	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020***
Ørland	2,2	2,6	1,9	1,6	1,4,	1,8	9,1
Trøndelag	2,4	2,5	2,2	1,8	1,8	1,7	10,2
Hele landet	2,6	2,9	2,8	2,3	2,3	2,1	11,3

Tabell 6. Registrerte arbeidsledige (prosent) (15 – 74 år). Registreres årlig i november.
Kilde: SSB tabell 10593, *Tall fra 2020 er fra mars under covid-19.

Tabell 7 viser andel mottakere av uførepensjon mellom 18 – 66 år. Tabellen viser at andelen i Ørland (12,2%) er høyere enn gjennomsnitt i Trøndelag og hele landet. Årsaker kan være at det er en større andel med fysiske og psykiske plager, lavt utdanningsnivå og høyere frafall fra videregående i Ørland sammenlignet med Trøndelag og landsgjennomsnittet. Men årsaker er ofte sammensatte og vanskelig og fastslå. En stor andel med uførepensjon har uheldige konsekvenser for den enkelte og dens familie og for samfunnet. Med lavere inntekt og negativ påvirkning på psykiske helse.

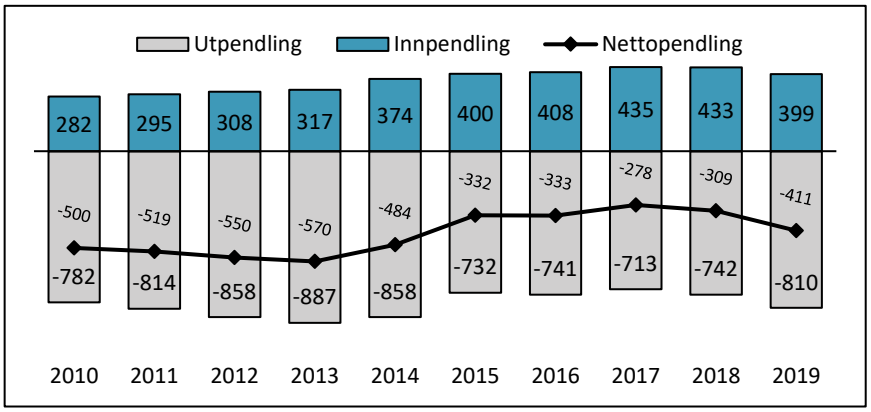
Mottakere av varig uførepensjon

	Andel personer (%)			
År	**2010 - 2012**	**2012 – 2014**	**2014 – 2016**	**2016 - 2018**
Ørland	11,2	11,4	11,6	12,2
Trøndelag	10	10,1	9,9	10,1
Hele landet	9,1	9,0	9,0	9,2

Tabell 7. Andel i befolkningen som mottar varig uførepensjon (18 – 66 år).
Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (SSB)

3.4.3 Andel pendlere ut eller inn av kommunen

Pendlerstrømmene mellom kommunene forteller oss noe om hvordan arbeidsmarkedet i kommunene er knyttet sammen og hvor det er mye arbeidsmarkedsinteraksjon. En pendler er definert som en person som jobber i en annen kommune enn bostedskommunen. Ørland kommune har hatt stor utpendling i perioden 2010 – 2019, samtidig som det har vært en økning i antall personer som pendler inn til kommunen (figur 18). Figuren inkluderer pendling mellom gamle Ørland og Bjugn kommuner, som gjør at man ikke får et korrekt bilde over antall personer som pendler. Størst pendlerstrømmer fra/til Ørland er mellom Trondheim og andre Fosen-kommuner (tabell 8).



Figur 18. Antall personer som pendler ut eller inn av Ørland kommune per 31.12 (2010 – 2019).
Kilde: Trøndelag fylkeskommune (SSB tabell 11616)

Utpendling fra Ørland 2019		Innpendling til Ørland 2019	
Trondheim	103	Trondheim	338
Indre Fosen	92	Indre Fosen	91
Åfjord	58	Åfjord	37
Oslo	33	Agdenes	18
Stavanger	27	Oslo	12
Frøya	24	Malvik	9
Stjørdal	14	Melhus	8
Sola	13	Orkdal	7
Bergen	12	Stjørdal	7
Orkdal	10	Levanger	6

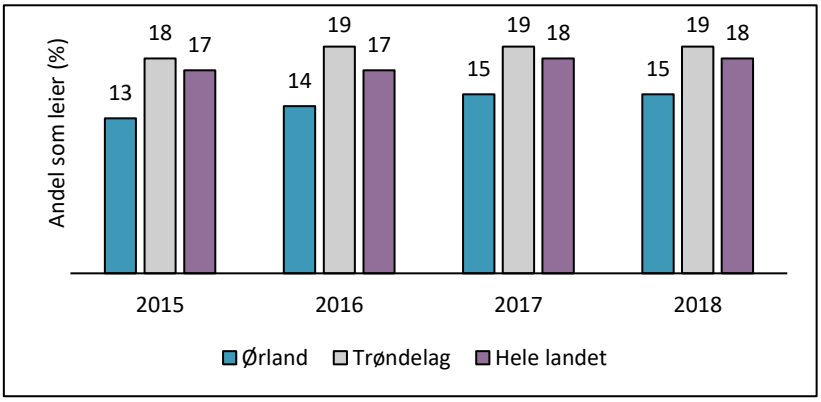
Tabell 8. Ti største pendlerstrømmer til/fra Ørland kommune (4. kvartal 2019). Tabellen viser antall personer. Kilde: Trøndelag fylkeskommune.

3.5 Boforhold

Bolig kan påvirke psykisk og fysisk helse på mange måter. Det kan påvirke gjennom forhold ved selve boligen, slik som inneklima, slitasje, trangboddhet og hvorvidt man eier eller leier bolig. Sammenhengene er imidlertid komplekse og årsakspilene kan gå begge veier.

Vanskeligstilte på boligmarkedet er som regel i utgangspunktet en marginalisert gruppe med kjennetegn som lav inntekt, lav eller ingen utdanning og svak arbeidsmarkedstilknytning - i et befolkningsperspektiv er dette sammenfallende med dårligere helsetilstand. For sårbare grupper kan en vanskelig bosituasjon bidra til å forsterke og opprettholde eksisterende helseproblemer og sosiale utfordringer.

Andelen som leier bolig i Ørland kommune er 3% lavere enn landet som helhet i 2018 (figur 19). Vi ser at det har vært en svak økning siden 2015. For aldersgruppen 18 – 44 år leier 22% av befolkningen i Ørland, noe som også er lavere enn landsgjennomsnittet (27%).



Figur 19. Andel som leier boligen de bor i (alle aldre), utvikling fra 2015 - 2018. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (SSB)

Trangboddhet er en indikator på redusert bokvalitet og betyr at antall rom i boligen er mindre enn antall personer. I Ørland kommune i 2018 er det 13% av barn i alderen 0 – 17 år som bor trangt, noe som er lavere enn Trøndelag (17%) og landet som helhet (19%) (2).

4.0 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

En rekke miljøforhold har effekt på helse, trivsel og livskvalitet. Eksempler er drikkevannskvalitet, luftkvalitet, grad av støy, smittsomme sykdommer, tilgang til friluftsområder og sosialt miljø. Miljøet kan fremme god helse og beskytte mot sykdom, men kan også utgjøre en risiko, i større eller mindre grad.

Hovedinntrykk

- Nedgang i bruk av antibiotikaresepter fra 2010 og høy vaksinasjonsdekning blant barn
- Har mange gang- og sykkelveier og et variert friluftsliv
- Godt kulturtilbud og sosiale møteplasser
- Kun 29% av ungdom er fornøyd med kollektivtilbudet i kommunen
- Økning i andel ungdom på VGS som er plaget med ensomhet

4.1 Smitte og smittevern

Smittsomme sykdommer utgjør en lav sykdomsbyrde i Norge og Ørland i dag. Sykdommene begrenes i stor grad av høy vaksinasjonsdekning og andre forebyggende tiltak. For mer informasjon kan man se på tall fra Folkehelseinstituttet sine sider på www.msis.no.

Nye sykdommer kan likevel dukke opp, som gjør at situasjonen endrer seg raskt. Ny influensatype, større kontakt mellom dyr og mennesker, internasjonal handel med matvarer og dyr, i tillegg til migrasjon og reising fører til økt smittepress, også i Norge. Dette er vitne til i 2020, når koronaviruset (covid-19) spredde seg til Norge. Det er derfor viktig at kommunene har beredskap, kompetanse og kapasitet til å reagere raskt ved helsekriser.

4.1.1. Bruk av antibiotika

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. Folkehelseinstituttets komité for forebygging og bekjempelse av antibiotikaresistens har satt et langsiktig mål om 250 resepter/1000 innbyggere per år.

Ørland kommune har 320 antibiotikaresepter per 1000 innbyggere (år 2019). Dette er en positiv nedgang fra 2010, men er likevel noe høyere sammenlignet med Trøndelag og hele landet.

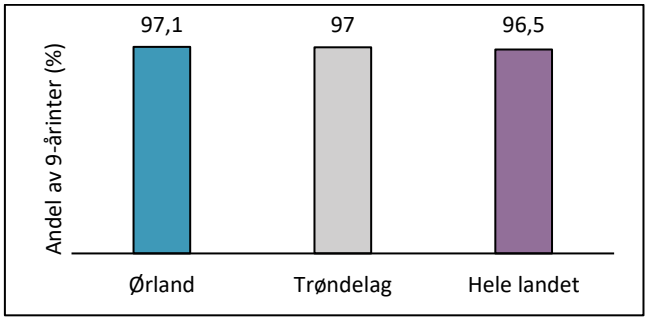
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ørland	375	371	381	376	382	352	347	331	319	320
Trøndelag	398	417	401	382	373	355	334	313	297	306
Hele landet	409	427	422	391	376	361	341	321	306	311

Tabell 9. Antall antibiotika resepter per 1000 innbyggere per år (0 – 79 år). Standardisert for kjønns- og alderssammensetning. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (reseptregisteret)

4.1.2 Vaksiner

For mange potensielt farlige sykdommer er vaksinasjon det mest effektive forebyggende tiltaket man kjenner. Tall på vaksinasjonsdekning kan være til hjelp i vurdering av smittevernet i befolkningen samt vaksinasjonsprogrammets effektivitet. Ved et effektivt vaksinasjonsprogram med høy vaksinasjons-dekning vil det sirkulere lite smitte i befolkningen, og det vil føre til at de uvaksinerte indirekte blir beskyttet.

Ørland kommune har god vaksinasjonsdekning i barnevaksinasjonsprogrammet, og ligger helt i takt med nasjonal dekningsgrad.



Figur 20. Vaksinasjonsdekning blant 9-åringer av meslinger i perioden 2015 – 2019 (5-årig gjennomsnitt).
Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK)

Influensa kan gi alvorlig sykdom og i verste fall forårsake dødsfall hos personer i risikogruppene. Personer over 65 år er den største risikogruppen. Å vaksinere mot influensa forebygger både selve influensasykdommen og mulige følgesykdommer. Influensa skyldes virus og kan være alvorlig for eldre og personer med kroniske sykdommer. Følgesykdommer er ofte bakterielle infeksjoner som krever antibiotikabehandling, først og fremst lungebetennelse.

Det er en økning i andel personer over 65 år som er vaksinert mot influensa fra 2015 til 2019, både i Ørland og nasjonalt. Dekningsgraden er likevel langt lavere enn WHO og Norges mål om at 75% i risikogruppe blir vaksinert.

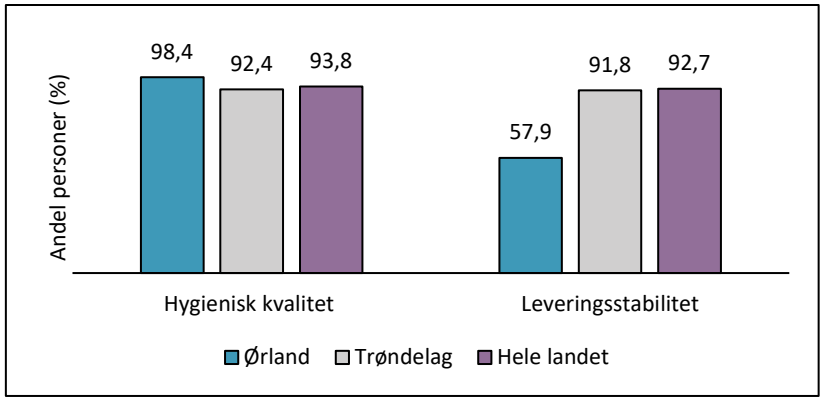
	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019
Ørland	24,4	25,8	27,3	33,1
Trøndelag	25,8	27,6	31,6	37,4
Hele landet	23,8	26,9	31,6	38,2

Tabell 10. Andel personer over 65 år registret vaksinert mot influensa (%).
Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK)

4.2 Drikkevannskvalitet

Rent drikkevann er vårt viktigste næringsmiddel, og en avgjørende faktor for folkehelsen. Bortfall eller redusert kvalitet i vannforsyning vil medføre en risiko for alvorlige sykdom og helseproblemer.

Ørland kommune har god hygienisk kvalitet på vannverk, med tilfredsstillende resultater med henhold til E. coli. Leveringsstabilitet er definert som tilfredsstillende når det er lik eller under 30 minutter ikke-planlagte avbrudd i året per tilknyttet innbyggere. Leveringsstabilitet er vesentlig dårlige enn Trøndelag og landet for øvrig, dette kommer av en rapporteringsfeil (figur 21).



Figur 21. Drikkevannsforsyning. Andel personer tilknyttet vannverk med ulik kvalitet på drikkevannsforsyningen med hensyn til E.Coli og leveringsstabilitet (år 2018). Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (vannverksregisteret)

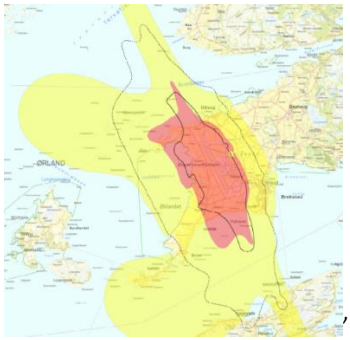
4.3 Forekomst av radon

Radon er en usynlig og luktfri gass som dannes kontinuerlig i jordskorpa. Utendørs vil radon-konsentrasjonen normalt være lav, og helsefare oppstår først når gassen siver inn og oppkonsentreres i vårt innemiljø. Radon er en viktig årsak til utvikling av lungekreft. Risikoen er særlig høy hvis man samtidig røyker eller har røkt.

Kart over kommunen viser høy radon aktsomhet på Tarva, Hoøya og området rundt Lerberen (12), det vil si at det statistisk beregnet er minst 20 % av boligene har radonkonsentrasjoner over øvre anbefalte grenseverdi på 200 Bq/m3 i første etasje.

4.4 Omfang av områder utsatt for støy

Støy er den miljøforurensningen som flest nordmenn er utsatt for. Som følge av etablering av kampflybase på Ørland og F-35 fly, har kommunen hatt stort fokus på støy og støyproblematikk. Dette området velger vi ikke å ha fokus på det i dette dokumentet, da denne problematikken er svært god ivaretatt på andre måter i Ørland kommune. Kartet viser at områder utsatt for støy er Uthaug, Grande, Garten og Brekstad.



Bildet hentet fra: Forsvarsbygg

Samtidig ser man at det er veitrafikk som er den klart største kilde til støy og støyplager. Tall fra 2014 viser at 1,9 millioner nordmenn er utsatt for støy over det anbefalte nivået utenfor boligen sin (13). Årsaker kan være fortetting og urbanisering, og derfor er god og helhetlig arealplanlegging nødvendig for å unngå støykonflikter i boligområder. Konsekvenser av støyforurensning kan føre til betydelig plage og stress, søvnforstyrrelser og hjerte- og karsykdommer (14), spesielt støy på natten.

4.5 Luftkvalitet (fint svevestøv)

Fint svevestøv er den luftforurensningskomponenten vi har mest kunnskap om når det gjelder helseeffekter. Det kan både forårsake sykdom og føre til for tidlig død. Svevestøv kan føre til forverring av eksisterende sykdommer som astma, KOLS, lungebetennelse, hjerteinfarkt og slag. Det er også den miljøfaktoren som i størst grad har vært knyttet til for tidlig død i Norge (og på verdensbasis).

For fint svevestøv er luftkvalitetskriteriet og nasjonalt mål satt til 8 µg/m3 for årsmidlet eksponering. Ørland ligger godt under dette nivået, og lavere sammenlignet med Trøndelag og landet for øvrig.

	2016	2017	2018
Ørland	2,2	2,0	2,4
Trøndelag	3,7	3,4	4,1
Hele landet	5,0	4,3	5,4

Tabell 11. Befolkningsvektet konsentrasjon av finfraksjonen av svevestøv (PM2,5) med enhet mikrogram per kubikkmeter luft (µg/m3) midlet over ett år. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

4.6 Inneklima i skoler, barnehager og offentlige bygg

Et godt inneklima er viktig i alle typer bygg. Begrepet innebefatter blant annet temperatur, luftkvalitet, støy, lys og stråling. Konkrete faktorer som påvirker inneklimaet inkluderer fukt, asbest, dyrehold, tobakksrøyk, CO2 og ikke-ioniserende stråling. Skole- og barnehagevirksomhet skal planlegges og drives slik at astma-, allergi- og inneklimaplager forebygges (15).

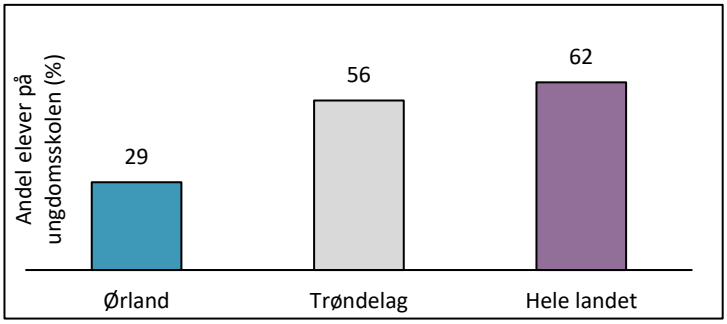
Barnehager og skoler er underlagt kravene i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, og skal godkjennes etter forskriften. Alle barnehager og skoler som har gjennomført tilsyn i kommunen er godkjent. I forbindelse med godkjenning har inneklimaet i barnehagen og skolene blitt vurdert som tilfredsstillende. Inneklima inkluderer blant annet luftutskifte, fukt- og muggproblematikk, radon, belysning og lydforhold. Disse forholdne er ikke konstante, og vil være gjenstand for jevnlig tilsyn.

4.7 Tilbud og tilgjengelighet til kollektivtransport

Kollektivtilbudet påvirker individuell utfoldelse og tilgjengelighet til nærområdet. Ørland kommune har i dag gode transportmuligheter til og fra kommunen, med ukentlige flyvninger til Oslo, og daglige avganger med hurtigbåt og ferge som binder kommunen sammen med hele regionen.

På ungdata i 2018 svarte 29% av elevene på ungdomsskolen at de mener at kollektivtilbudet er «svært bra» eller «nokså bra», noe som er vesentlig lavere enn gjennomsnittet i Trøndelag og hele landet.

Tilbakemeldinger gjennom workshop og idédugnader med både ungdom og eldre viser at det er utfordringer knyttet til kollektivtilbudet og transport internt i kommunen.



Figur 22. Andel ungdom fornøyd med kollektivtilbudet. Kilde: Ungdata 2018

4.8 Gang- og sykkelveger

Hverdagsaktiviteter som gange og sykling kan gi store helsegevinster. Gode turveier for gang og sykkel senker terskelen for å delta i friluftsliv, i tillegg til at det øker naturopplevelsen og bidrar til sikker og trygg ferdsel. Gang- og sykkelveier, sammen med turstier har vært en satsningsområdet i kommunen, hvor det har blitt utarbeidet flere kilometer med gang, sykkel, og turveier.

Tall fra 2018 viser at det er 23 km samlet lengde med gang og sykkelvei i Ørland som kommunen har ansvaret for (16), som er en av de lengste sammenlignet med andre kommuner i Trøndelag. Gang og sykkelvei langs riksveier er ikke inkludert, noe som kan gjøre det vanskelig å sammenligne med datagrunnlaget med andre kommuner.

Samtidig vet vi at det er flere tettsteder i kommunen som har utfordringer med lange avstander til fritidstilbud for unge. I tillegg til manglende fortau, gang- og sykkelstier med tilhørende belysning.

4.9 Omfanget av områder for rekreasjon og friluftsliv

Korte turer i nærområdet, i skogen eller på fjellet er den mest populære friluftsaktiviteten i landet (17). Friluftsliv er tilgjengelig for alle og krever lite utstyr, det gir fysisk aktivitet, og kan virke stressdempende. Folkehelsegevinsten ved et aktivt friluftsliv er betydelig, og det er spesielt viktig å legge til gode turområder nær der folk bor.

Ørland kommune har mange og varierte friluftsområder. Kart over friluftsområder i kommunen finnes på https://kart.naturbase.no/. Gapahuker og turløyper har vært et satsningsområde de siste årene, i dag finnes det nærmere 50 gapahuker i kommunen. På www.orland.no finner man oversikt over gapahuker, turløyper og historiske opplever i Ørland kommune.

4.10 Sosialt miljø

Tilhørigheten til nærmiljøet har betydning i menneskers liv. Ulike lokalmiljøer kan gi ulike muligheter for utfoldelse og sosialt samvær. Tilbudet av organisasjoner, fritidstilbud og kulturtilbud og åpne møteplasser påvirker individuell utfoldelse og bidrar samtidig til å skape identitet og tilhørighet til lokalmiljøet.

4.10.1 Kulturtilbud og sosiale møteplasser

Det å være aktiv i en organisasjon, klubb, lag eller forening kan gi mulighet til å utvikle egne evner og ferdigheter, og å være sammen i fellesskap. Deltakelse i kulturliv og frivillighet er dermed en viktig kilde til sosiale støtte og livskvalitet. Undersøkelser viser at personer som er aktive i frivillige organisasjoner har bedre helse og er mer tilfreds med eget liv.

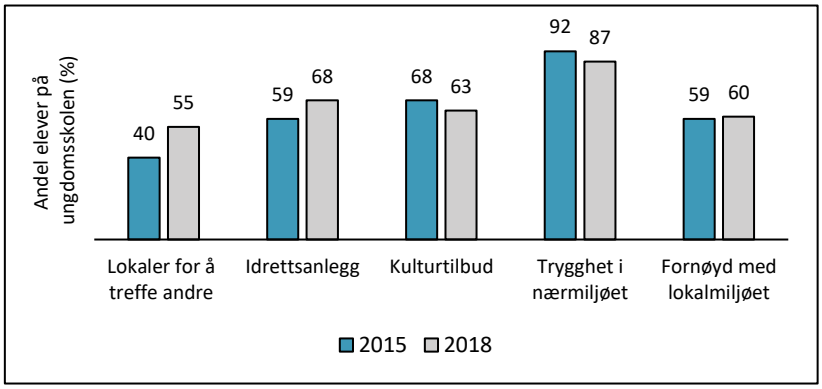
I Ørland kommune har vi blant annet biblioteker, kino, ungdomsklubber, kulturhus, kultursenter, idrettsarenaer, frivilligsentraler, samfunnshus, kirker, livssyns- og andre lokaler som er tilgjengelige for innbyggere, og som alle bidrar til uforpliktende møteplasser. I frivilligregisteret er det registrert hele 283 frivillige lag og organisasjoner i Ørland kommune. Kommunen har i dag to frivilligsentraler som koordinerer arbeidet med frivillige.

Bibliotekene har blitt en viktig møteplass, hvor man har sett en økning i antall arrangementer på bibliotekene. I Ørland har vi to biblioteker som er knyttet til videregående skole, kulturhus, og kultursenter. I 2018 hadde Ørland og Bjugn folkebiblioteker totalt 109 arrangementer, og totalt 58 000 besøk.

Tall fra ungdata viser at 60% av ungdom er fornøyd med lokalmiljøet (figur 23), noe som er litt lavere sammenlignet med landsgjennomsnittet (70%) i 2018.

Det er en økning i andel ungdom som mener de har lokaler til å treffe andre mellom 2015 og 2018, som kommer av at Bjugn ungdomsklubb ble gjenåpnet i 2016. I tillegg har vi Månen ungdomsklubb lokalisert på Brekstad. Begge klubbene har opplevd en økning i andel besøkende.

Det er likevel viktig at både kulturtilbud og sosiale møteplasser gjøres kjent og tilgjengelig for hele befolkningen, uavhengig av sosioøkonomisk status.



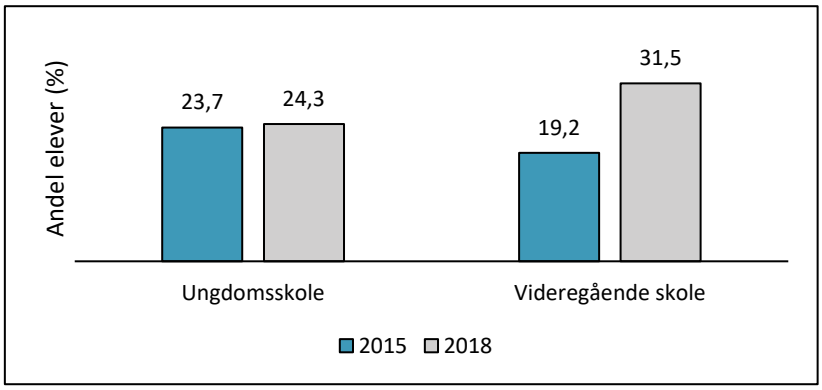
Figur 23. Andel ungdom på ungdomsskolen i Ørland som er fornøyd med ulike tilbud. Kilde: Ungdata 2015 og 2018

4.10.2 Ensomhet

Ensomhet er en subjektiv følelse, en følelse av savn av ønsket kontakt med andre. Den som er ensom, har mindre kontakt med andre, eller at denne kontakten gir liten sosial verdi. Det er ikke nødvendigvis en sammenheng mellom det å være ensom og det å være alene.

På videregående skole ser vi en økning fra 2015 til 2018 på andel elever som føler seg ensom (figur 24). En av tre rapporterer at de er «ganske mye» eller «veldig mye» plaget med ensomhet. For ungdomsskolen rapporterer en av fire at de er plaget med ensomhet. Dette er høyere enn landsgjennomsnittet både på ungdomskolen (20%) og på videregående skole (24%) i 2018 (9). Konsekvenser av vedvarende ensomhet kan føre til psykiske lidelser som depresjon og angst, og videre få konsekvenser for hvordan man fungerer på skole og i jobb. Årsakene er sammensatte.

Hjelpetjenestene i Ørland kommune rapporterer også om en økende utfordring med ensomhet blant eldre. Årsakene er ofte manglende inkludering i lokalsamfunnet, sosial isolasjon, livsendringer og transportutfordringer.



Figur 24. Andel elever som føler seg «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av ensomhet.
Kilde: Ungdata 2015 og 2018

4.11 Valgdeltakelse

Valgdeltakelse kan brukes som et mål på deltakelse og engasjement i samfunnet. I 2019 var det 65,1% av befolkningen som stemte under kommunestyrevalget, som er en økning fra 2015. Både i Ørland og nasjonalt ser vi at det er høyere andel som stemmer under stortingsvalg sammenlignet med kommunestyrevalg.

	Andel personer (%)	
Stortingsvalg	**2013**	**2017**
Ørland	73,7	73,9
Trøndelag	78,5	78,4
Hele landet	78,2	78,3
Kommunestyrevalg	**2015**	**2019**
Ørland	59,5	65,1
Trøndelag	61,1	65,9
Hele landet	60,2	65,9

Tabell 12. Godkjente stemmesedler eller godkjente stemmegivninger i prosent av stemmeberettigede under stortings- og kommunestyrevalg (2013 – 2019). Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (Valgdirektoratet)

5.0 Skader og ulykker

Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft, målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tar relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Muligheten for å forebygge er gode og effekter av tiltak kan komme raskt.

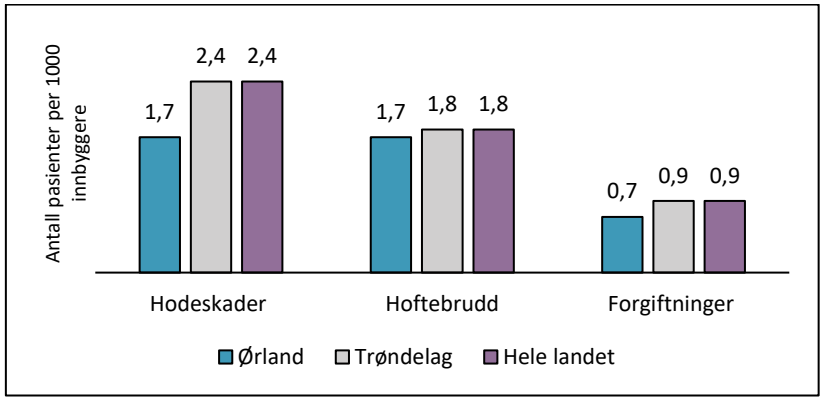
Hovedinntrykk

- I gjennomsnitt 20 hoftebrudd per år i perioden 2015 – 2017
- Nedgang i antall trafikkulykker
- Økning i andel ungdom som er utsatt for trusler om vold

5.1 Antall personskader og hoftebrudd behandlet i sykehus

Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelser kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen.

Tabellen under viser årlig antall (gjennomsnitt av årene 2015 – 2017) på skader og ulykker i Ørland kommune. Sammenlignet med Trøndelag og landsgjennomsnittet ligger Ørland kommune noe lavere på både hofteskader, hoftebrudd og forgiftninger. 1,7 pasienter med hoftebrudd per 1000 innbyggere, tilsvarer 20 hoftebrudd per år for Ørland kommune (2).

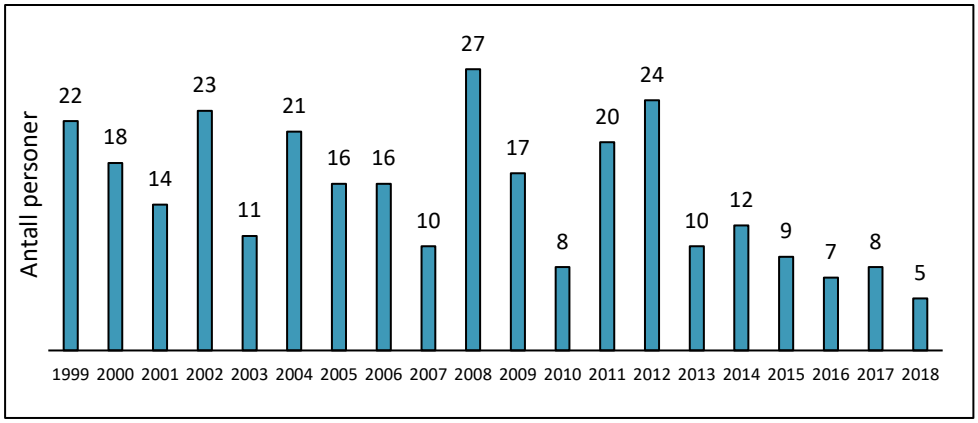


Figur 25. Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus (gjennomsnitt for 3 år) per 1000 innbyggere, år 2015 – 2017. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (Norsk pasientregister, NPR)

5.2 Trafikkulykker

Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen, hvor det kan gi stor samfunnsmessig kostnad og påvirkning på livskvalitet til den enkelte som blir utsatt og dens familie. Trafikkulykker kan blant annet skyldes høy fart, dårlige veiforhold og rus.

Vi ser en nedgang i antall ulykker i Ørland kommune de siste årene (figur 26), som kan være et resultat av økt fokus på trafikksikringsarbeid og bedre veistandard.

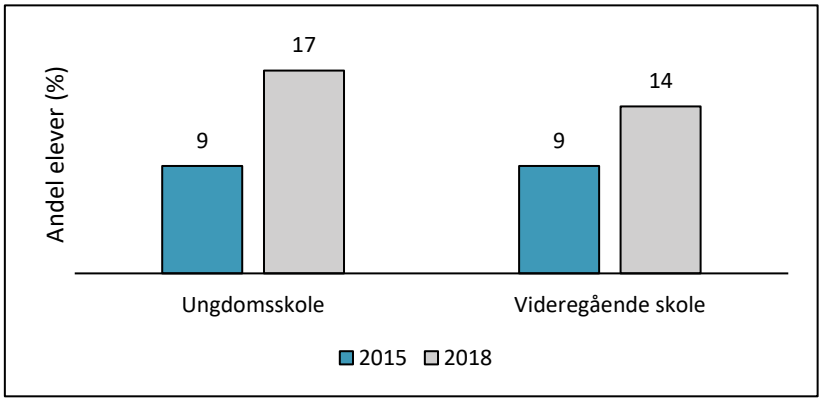


Figur 26. Antall drepte/skadde personer i Ørland kommune (1999 – 2018). Kilde: SSB tabell 10209

5.3 Vold og mishandling

Vold og mishandling har et betydelig omfang og er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. Voldsbegrepet omfatter både fysisk vold, seksuelle og psykiske overgrep og omsorgssvikt. Vold i nære relasjoner omfatter vold og overgrep som er rettet mot familiemedlemmer. Konsekvensene av å bli utsatt for vold er mangfoldige og omfatter alt fra ulike alvorlighetsgrader av fysiske skader til død. Psykiske plager som angst, depresjon eller posttraumatisk stresslidelse er vanlig. Vold øker også risikoen for fall i skoleprestasjon og frafall fra utdanningsløp og arbeidsliv.

Tall fra ungdata viser en økning i andel elever som har opplevd trusler om vold minst en gang fra 2015 til 2018 (figur 27).



Figur 27. Andel elever som er utsatt for trusler og vold minst en gang. Kilde: Ungdata 2015 og 2018

I Ørland kommune er det registrert 5,9 anmeldelser per 1000 innbyggere, som tilsvarer 60 antall anmeldelser, i gjennomsnitt for perioden 2017 – 2018. Det er likevel mørketall, hvor helsetjenestene rapporterer om en økning, spesielt i psykisk vold, som ikke blir anmeldt. Som en del av det forebyggende arbeidet, er det utarbeidet en handlingsplan for vold og overgrep for Ørland kommune (2019 - 2022).

	Antall anmeldte tilfeller (gjennonsmitt 2 år)			
	2014-2015	**2015-2016**	**2016-2017**	**2017-2018**
Ørland	5,6	5,0	5,1	5,9
Trøndelag	5,3	5,0	5,3	5,4
Hele landet	6,6	6,6	6,7	6,9

Tabell 13. Anmeldte lovbrudd i kategorien vold og mishandling (omfatter ikke seksuallovbrudd) oppgitt i antall anmeldelser per 1000 innbyggere. Statistikken presenteres som gjennomsnitt over 2 år. Kilde: SSB tabell 08487

6.0 Helserelatert atferd

Med helserelatert atferd menes levevaner som fremmer eller hemmer helse. Røyking, fysisk inaktivitet og usunt kosthold er eksempler på levevaner som påfører den enkelte og samfunnets betydelige helseutfordringer.

Hovedinntrykk

- Ungdom og voksne spiser lite frukt og grønnsaker
- Ørland har en høyere andel ungdom med overvekt og fedme sammenlignet med gjennomsnittet i hele landet
- En økning i andel ungdom som har prøvd hasj/cannabis og andre illegale rusmidler

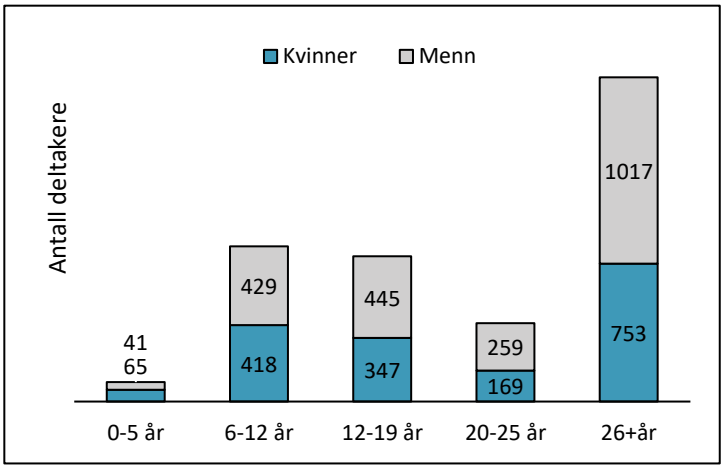
6.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har avgjørende betydning for normal utvikling hos barn, for at de skal kunne utvikle fin- og grovmotorikk, muskelstyrke og kondisjon. Etablering av gode vaner i tidlig barnealder har stor betydning for helsen i voksen alder, fordi fysisk aktivitet blant annet forebygger livsstilssykdommer. Generelt ser vi en økning i andel som mosjonerer og trener, mens en nedgang i aktiviteter knyttet til dagliglivets mange gjøremål (transport, skole, arbeid, daglige aktiviteter i hjemmet).

6.1.1 Deltakelse i organisert fysisk aktivitet

Medlemstall for idretter som ligger under Ørland idrettsråd var i 2019 på 3 943 personer (44% kvinner), fordelt på 28 idrettslag. Det har vært en økning fra 2018 med over 500 medlemmer.

Aktiviteter er i stor grad knyttet til barn og unge og drives av frivillige som er den viktigste ressursen i idrettslagene. Det har i det senere årene vært stor satsning på idretten i kommunen. Fosenhallen (som inkluderer hurtigløp for skøyter, ishockey, curling og kunstgressbane) ble åpnet i 2007, og Ørland Sparebank Arena (inkluderer tre fulle håndballbaner, squashbaner, golfsimulator, spinning, klatrehall og treningssenter) ble åpnet i 2018. I tillegg finner man Bjugnhallen, basishall for turn (Ørlandshallen), kunstgressbaner, to svømmebasseng, friidrettsanlegg og flere nærmiljøanlegg som legger til rette for idrett og aktivitet.

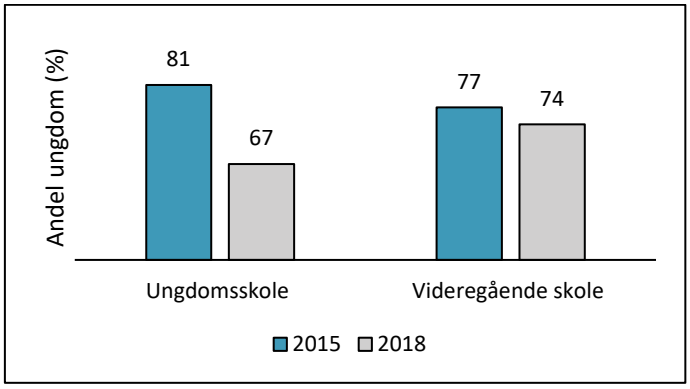


Figur 28. Antall personer som er medlem i Ørland idrettsråd (tidligere Ørland og Bjugn idrettsråd) per 31.12.2019, fordelt på aldersgrupper og kjønn. Kilde: Sør-Trøndelag idrettskrets

6.1.2 Fysisk aktivitet hos ungdom

Tall fra Ungdata viser at 67% av elevene ved ungdomsskolen trener minst en gang i uken, dette er en nedgang fra 81% i 2015. På videregående skole ser vi en liten nedgang fra 77% i 2015 til 74% av elevene som trener ukentlig.

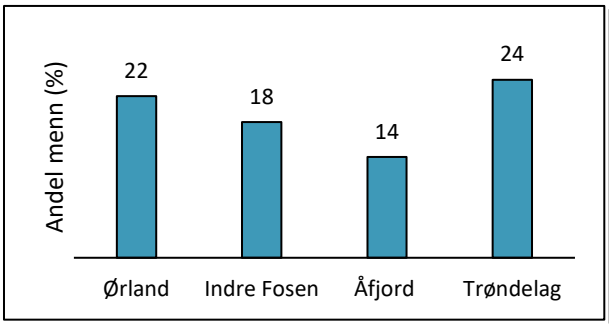
Ungdata for 2018 viser noen forskjeller i treningsvaner mellom elever på ungdomsskole og videregående. Elever ved ungdomsskolen primært holder på med egentrening eller organisert aktivitet gjennom idrettslag, hvor elever på videregående skole holder på med egentrening og/eller trener på treningsstudio.

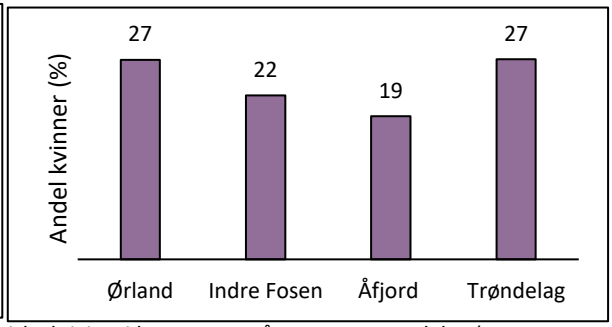


Figur 29. Andel ungdom som oppgir at de trener minst 1 gang i uka. Kilde: Ungdata 2015 og 2018

6.1.3 Fysisk aktivitet hos voksne

Tabell 30 og 31 vise andel menn og kvinner som oppgir at de mosjonerer omtrent hver dag. Det er denne gruppen som er definert som fysisk aktive, og som når nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet (18). I Ørland kommune oppgir 22% av menn og 27% av kvinner at de mosjonerer daglig. Totalt for hele Trøndelag er det en lavere andel som rapporterer daglig fysisk aktivitet blant lavt utdannede enn blant høyt utdannede (19).





Figur 30 og 31. Andel innbyggere (%) som oppgir daglig fysisk aktivitet i kommuner på Fosen og Trøndelag (menn og kvinner i alderen 18 – 104 år). Kilde: HUNT 2019 (Helsestatistikk-rapport nummer 3 fra HUNT4) (19)

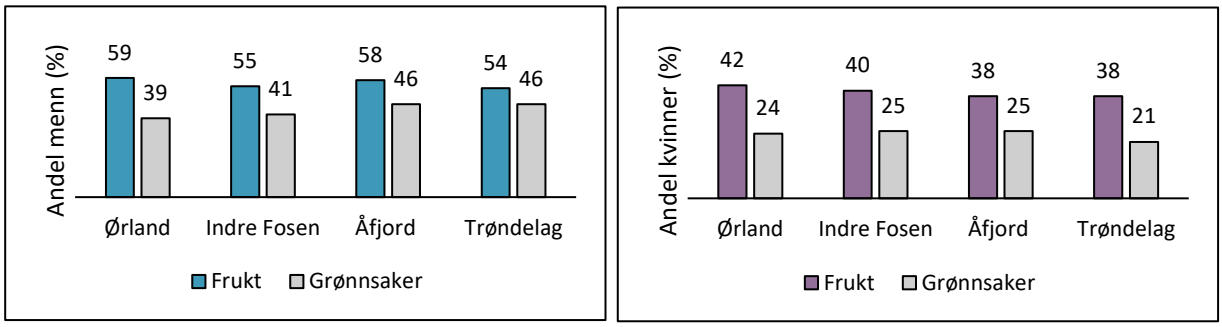
6.2 Kosthold og ernæring

Et sunt kosthold og god ernæring bidrar til god helse, og kan forbygge en rekke sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, noen krefttilfeller, i tillegg til at det kan bidrar til bedre psykisk helse og bedre vektregulering (20). Folkehelseinstituttet anbefaler et sunt kosthold blant annet bør inneholde grove kornprodukter, grønnsaker, frukt, fisk, fugl og kjøtt (18). Samtidig som inntaket av sukker og salt bør reduseres.

Ungdata fra 2018 viser at kun 38% av elever på ungdomsskole og videregående skole i Ørland kommune spiser frukt og grønnsaker mer enn 4 ganger per uke (9). Det vil si at 62% av elevene ikke oppfyller

Helsedirektoratets anbefalinger om å spise fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær daglig. Flere av grunnskolene tilbyr i dag skolemåltid for elevene, som er en viktig bidragsyter til et næringsrikt kosthold for barn og unge.

Vi ser også at den voksne befolkningen (18 – 104 år) spiser lite frukt og grønnsaker. Hvor 59% av menn og 42% av kvinner i Ørland kommune oppgir at de spiser frukt sjeldent (mindre enn 3 ganger per uke) (figur 32 og 33). Samlet for Trøndelag ser man at det er en større andel som spiser sjeldent frukt og grønnsaker hos befolkningen med lav utdanning (19).



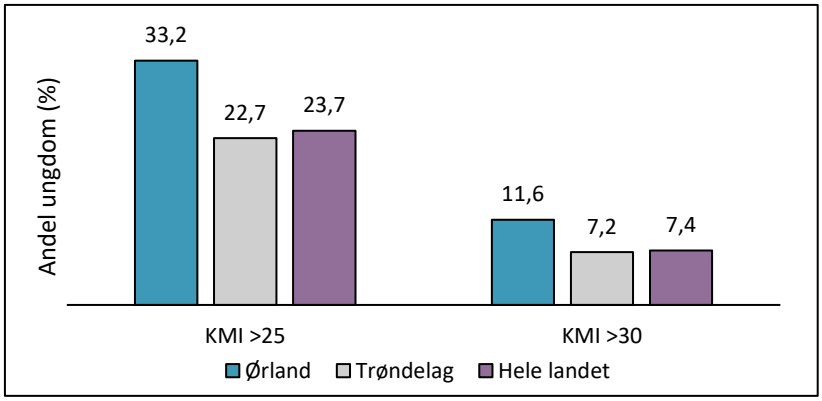
Figur 32 og 33. Andel innbyggere (%) som oppgir at de spiser frukt og grønnsaker sjelden (≤ 3 ganger per uke) på Fosen og Trøndelag (menn og kvinner i alderen 18 – 104 år). Kilde: HUNT 2019 (Helsestatistikk-rapport nummer 3 fra HUNT4) (19)

6.3 Overvekt og fedme

Andel ungdom og voksne med overvekt og fedme er økende i Norge. Det kan komme av et lavere aktivtetsnivå og endring i kosthold på bakgrunn av strukturelle endringer i samfunnet og personlige preferanser. Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, slitasjegikt i knær og hofter, psykiske helsekonsekvenser og enkelte kreftsykdommer.

Kroppsmasseindeks (KMI) er en formel som viser balansen mellom høyde og vekt, og er et mål for å se andel med overvekt/fedme på samfunnsnivå. Tall fra sesjon viser at 33,2% av ungdom fra Ørland hadde en KMI tilsvarende overvekt eller fedme (hvorav 11,6% hadde en KMI over 30), noe som er høyere enn gjennomsnittet i Trøndelag (22,7%) og hele landet (23,7%).

Tallene fra sesjon kommer fra selvrapportert høyde og vekt, som gjør datagrunnlaget noe usikkert.



Figur 34. Andel ungdom med overvekt (KMI>25) og fedme (KMI>30) ved sesjon del 1 for Ørland 2014 - 2017, Trøndelag og Norge. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (Vernepliktsverket)

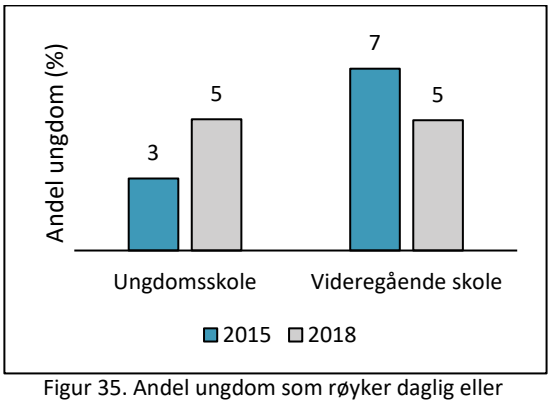
6.4 Dagligrøyking og snus

Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Daglig røyking øker risikoen for flere alvorlige sykdommer som hjerte- og karsykdom, KOLS og lungekreft, som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet.

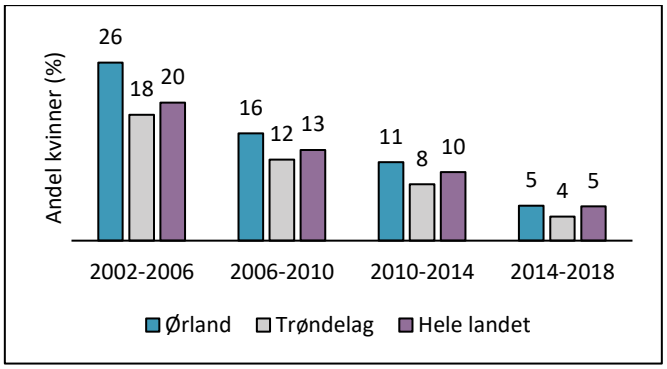
Selv om det har vært en betydelig nedgang i røyking de siste tiårene både nasjonalt og i Ørland (figur 36), er røyking en av den viktigste enkeltårsaken til sykdom og for tidlig død i Norge (21) Man ser at det er tydelige sosioøkonomiske forskjeller i røyking, hvor tobakksbruken er høyest i gruppen med lav utdanning (22). Røyking er derfor en av hovedårsakene til sosiale helseforskjeller i landet. Dette viser også tall fra Trøndelag i 2019, hvor for menn er det fem ganger så mange daglige røykere blant de med lav utdanning, sammenlignet med gruppen som har høy utdanning (19).

I HUNT-undersøkelsen gjennomført høsten 2019 oppgir 9% av menn og 10% av kvinner i Ørland kommune at de røyker daglig, dette er noe høyere enn gjennomsnitt i Trøndelag (6% av menn og 8% av kvinner) (19).

På ungdomsskole og videregående skole oppga 5% av elevene at de røyker daglig eller ukentlig (figur 35), sammenlignet med 2% på landsbasis for ungdomsskolen. Bruk av snus har derimot økt de senere årene. Ungdata fra 2018 viser at 8% av elever på ungdomsskolen og 23% av elever på videregående skole i Ørland kommune snuser daglig/ukentlig (9).



Figur 35. Andel ungdom som røyker daglig eller ukentlig. Kilde: Ungdata 2015 og 2018.



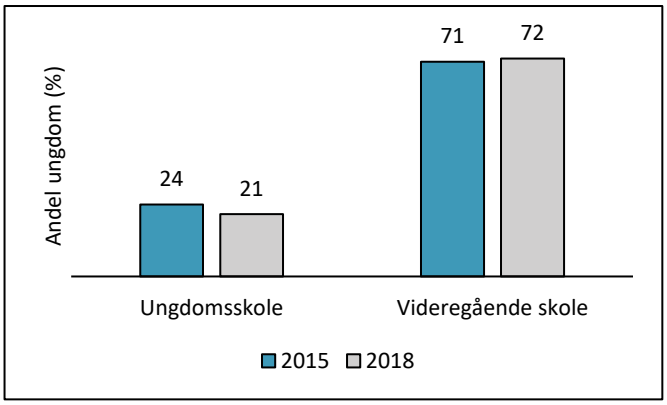
Figur 36. Andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

6.5 Alkoholkonsum

HUNT-undersøkelsen gjennomført i 2019 viser at 25% av menn og 14% av kvinner i Ørland (over 18 år) drikker to ganger i uken eller mer. For kommunene i Trøndelag varerier andelen mellom 13 til 37% for menn og 7 til 25% for kvinner (19). Tallene sier ikke hvor mye man drikker hver gang.

Tall fra ungdata viser en nedgang eller ingen endring i andel ungdom som har drukket seg beruset mellom 2015 og 2018 (figur 37). Andelen er likevel vedvarende høyere enn landsgjennomsnittet for ungdomsskole (12%) og videregående skole (56%).

Å drikke alkohol i ungdomsalderen er sammenvevd med vennskap, flørting og sosial livsstil. Samtidig vet man at et høyt alkoholkonsum slik at man blir beruset er forbundet med helseskader, både i forbindelse med enkeltepisoder og høyt forbruk over tid. Beruselse er forbundet med ulykker og vold. Høyt forbruk av alkohol over tid øker risikoen for en rekke psykiske og fysiske sykdommer.



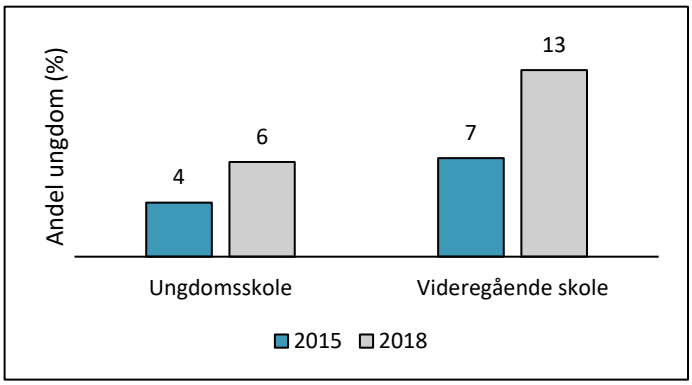
Figur 37. Andel ungdom som har drukket seg beruset siste år. Kilde: Ungdata 2015 og 2018

6.6 Annen rusmiddelbruk

Det har vært en økning i andel ungdom som har prøvd cannabis siste år (figur 38), dette ligger noe over landsgjennomsnittet på 3% for ungdomsskole og 11% for videregående skole. I tillegg til bruk av cannabis (hasj/marihuana) rapporterer 4,4% av elever på videregående skole at de har prøvd andre narkotiske stoffer siste år (9).

Både helsetjenestene og politi rapporterer om en økning i bruk av illegale rusmidler i 2019, hovedsakelig blant ungdom og unge voksne. Spesielt ser man en økning i «partydop», som ecstasy/MDMA, hvor man opplever at terskelen for å prøve og aksepterer rusmidler stadig blir lavere og lavere. Noe av årsaken kan forklares med legaliseringsdebatten, økt tilgjengelighet og holdningsendring hvor det er blitt mer normalt å bruke illegale rusmidler, uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn.

Bruk av narkotika og illegale rusmidler kan i likhet med alkoholkonsum føre til psykiske og fysiske helseproblemer, hvor det er ulike konsekvenser ut fra mengde og type rusmidler. Det har vært et lokalt engasjement på Fosen om ungdoms rusvaner. Rusmiddelpolitisk handlingsplan for Ørland kommune ferdigstilles i 2020, og vil være en viktig del av rusforebyggende arbeidet i årene fremover.



Figur 38. Andel ungdom i Ørland som har brukt hasj/marihuana siste år. Kilde: Ungdata 2015 og 2018

6.7 Søvn

Søvnvansker er blant de vanligste helseplagene i befolkningen. Personer som lider av søvnvansker, rapporterer oftere om redusert livskvalitet og dårligere mestringsstrategier. Søvnvansker er forbundet med nedsatt kognitiv og intellektuell fungering, og kroniske søvnvansker øker risikoen for å utvikle psykiske og somatiske plager. Flere norske undersøkelser har vist at søvnvansker er en sterk og uavhengig risikofaktor for både langtidssykefravær og varig uføretrygd. Anbefalt søvnlengde for voksne (18-65 år) er 7-9 timer, og for eldre (>65 år) 7-8 timer. I Ørland kommune oppgir 54% av menn og 58% av kvinner at de får timer med søvn i henhold til nasjonale anbefalinger (19), dette er noe lavere enn gjennomsnittet i hele Trøndelag som er på 60% av befolkningen. En større andel rapporterer anbefalt mengde søvn blant høyt utdannede enn blant de med lavere utdanning

7.0 Helsetilstand

Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål, som subjektiv helse og forebyggbare sykdommer. En bedring i befolkningens helsetilstand er et overordnet mål i folkehelsearbeidet.

Hovedinntrykk

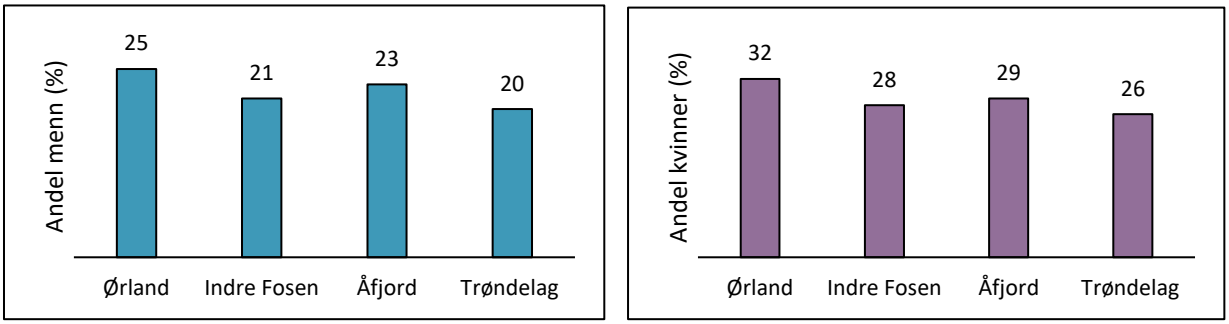
- Høy andel i Ørland rapporterer om dårlig selvopplevd helse, sammenlignet med resten av Trøndelag
- Økning i andel ungdom og voksne med psykiske plager/lidelser
- Økning i antall brukere av legemidler til diabetes type 2 og personer med muskel- og skjelettplager/lidelser

7.1 Befolkningens selvopplevd helse

Selvopplevd helse er mye brukt mål på helse og sykelighet i befolkningsundersøkelser. Det er et betydningsfullt mål på helse og er vist å forutsi senere arbeidsuførhet og dødelighet. Totalt i Trøndelag oppgav 20% av menn og 26% av kvinnene dårlig selvopplevd helse. Det varierer mellom 14 – 25% for menn og 19 – 33% for kvinner for kommunene i Trøndelag. Ørland kommune er en av kommunene som har høyest andel menn og kvinner som rapporterer om dårlig selvopplevd helse.

En oppsummering av hele Trøndelag viser at det er en høyere andel som oppgir dårlig subjektiv helse for personer med lavere utdanning (grunnskole), og en økning med alderen (23).

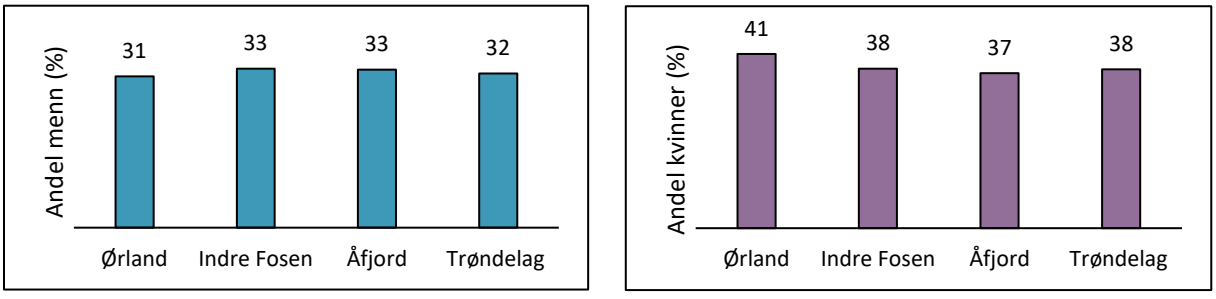
Subjektiv helse



Figur 39 og 40. Andel som oppgir dårlig selvopplevd helse (%) i kommuner på Fosen og Trøndelag (menn og kvinner i alderen 18 – 104 år). Kilde: HUNT 2019 (Helsestatistikk-rapport nummer 2 fra HUNT4) (23)

Langvarig sykdom

Et annet viktig helsemål er langvarig begrenset sykdom. For hele Trøndelag ser man at andelen med langvarig begrensende sykdom var lavest blant høyt utdannede for både menn og kvinner og økte gradvis med synkende utdanningsnivå.

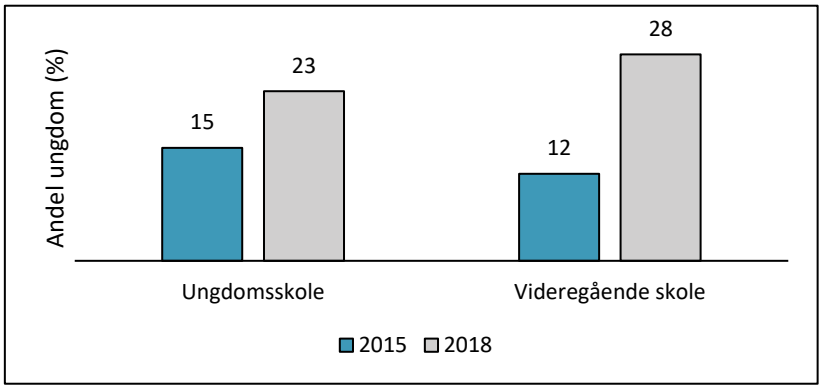


Figur 41 og 42. Andel (%) som oppgir langvarig begrenset sykdom (%) i kommuner på Fosen og Trøndelag (menn og kvinner i alderen 18 – 104 år). Kilde: HUNT 2019 (Helsestatistikk-rapport nummer 2 fra HUNT4) (23)

7.2 Psykisk helse

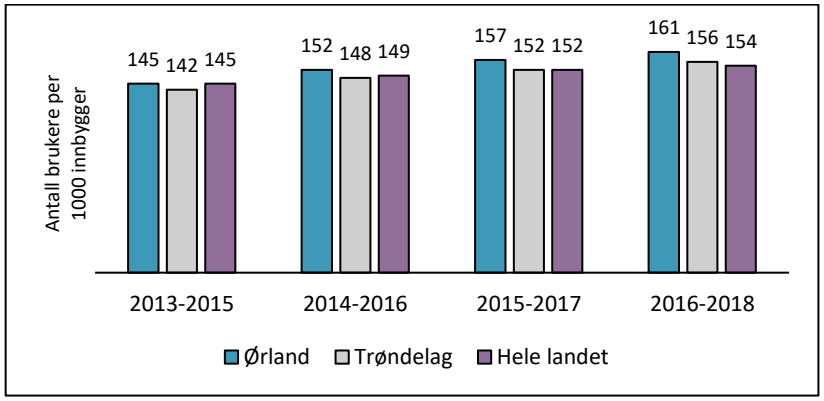
Psykiske plager har blitt en av de største folkehelseutfordringene i landet. Årsaken til å utvikle psykiske plager og lidelser kan være både arvelige og miljøforhold, hvor det er vanskelig å si om det er en årsakssammenheng eller ikke. Sosial isolasjon, ensomhet, traumatiske opplevelser og vold gir økt risiko for å utvikle psykiske plager (24). Hvor trygg tilknytning til omsorgsperson i barndommen, sosial støtte, nærhet til andre mennesker, god selvfølelse og følelsen av å kunne mestre utfordringer har stor betydning for god psykisk helse (24).

Tall fra ungdata viser en økning i andel ungdom i Ørland kommune som er plaget av depressive symptomer mellom 2015 og 2018 (figur 43). Gjennomsnittet i Ørland ligger en god del høyere enn landsgjennomsnittet i 2018 som er på 14% for ungdomsskole (2), og 20% på videregående skole (9).



Figur 43. Andel ungdom med høy grad av depressive symptomer. Kilde: Ungdata 2015 og 2018.

Tall fra primærhelsetjenesten viser en økning i antall brukere med psykiske plager eller lidelser, hvor Ørland ligger noe over gjennomsnittet i Trøndelag og hele landet. Tallene inkluderer ikke personer som tar kontakt med helsetjenesten og lavterskeltilbud i kommunen, som begge rapportere om en økning i antall personer som ønsker bistand på grunn av psykiske plager/lidelser. Lokal kartlegging viser også at psykiske plager er en av hovedutfordringene i Ørland kommune (se side 40).



Figur 44. Antall brukere (gjennomsnitt på 3 år) per 1000 innbygger som har vært kontakt med lege eller legevakt for psykiske symptomer og / eller lidelser (0 – 74 år). Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

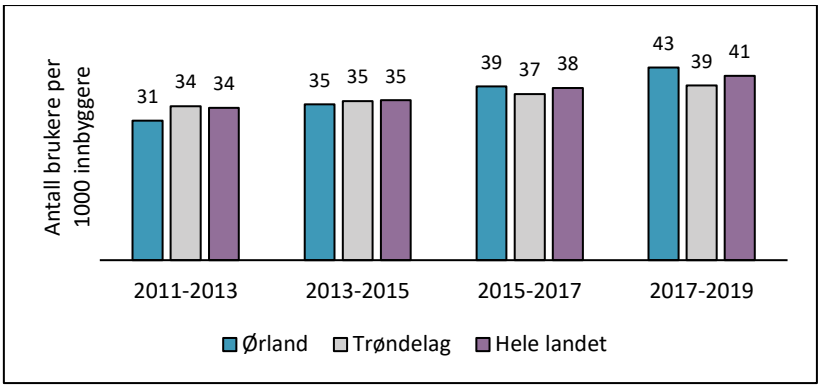
7.3 Forekomst av forebyggbare sykdommer (livsstilssykdommer)

Livsstilssykdommer kan enkelt defineres som enhver sykdom som har sammenheng med hvordan en person lever. Eksempler på livsstilssykdommer er koronar hjertesykdom (hjerteinfarkt og angina), hjerneslag, høyt blodtrykk, visse typer kreft, type 2-diabetes, KOLS, og benskjørhet.

7.3.1 Diabetes

Det er sosioøkonomiske og geografiske forskjeller i forekomst av diabetes type 2. Overvekt er en viktig risikofaktor for utvikling av type 2-diabetes, i tillegg til arv, kosthold og lite fysisk aktivitet. Diabetes kan gi følgesykdommer som skade på blodårer og indre organer, økt risiko for hjerteinfarkt, hjerneslag, nyresvikt og nedsatt følsomhet i beina.

I Ørland ser man en økning i antall brukere av legemidler forskrevet på resept til behandling av type 2-diabetes, i tillegg til at kommunen har en høyere andel brukere sammenlignet med Trøndelag og landsgjennomsnittet.



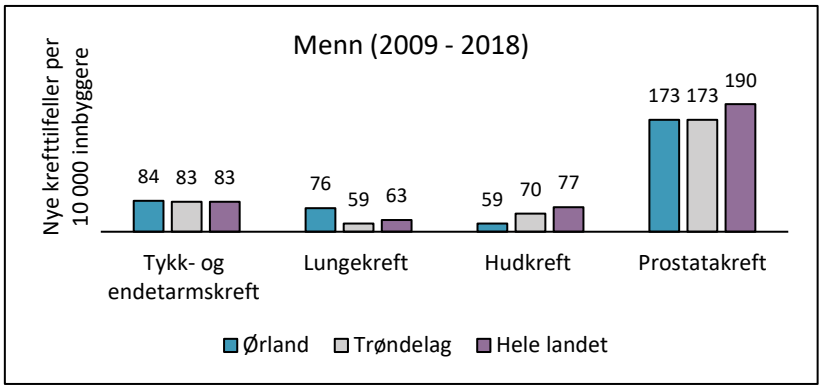
Tabell 45. Brukere av legemidler forskrevet på resept til behandling av type 2-diabetes i aldersgruppen 30-74 år. Antall brukere per 1000 innbyggere. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (reseptregisteret, Folkehelseinstituttet)

7.3.2 Kreft

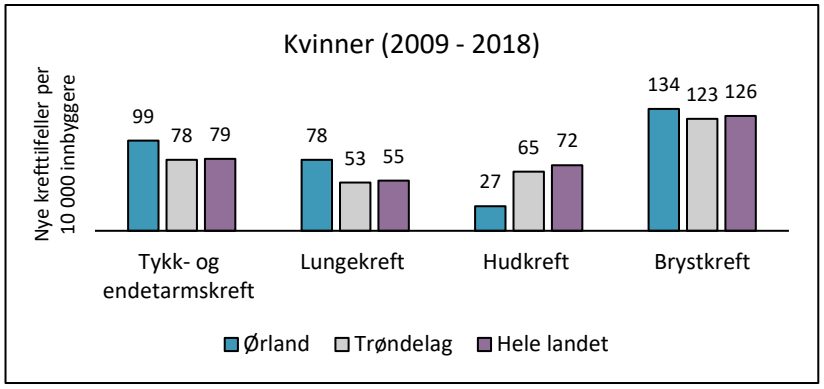
Kreft er ikke én enkelt sykdom, men en fellesbetegnelse for en rekke sykdommer som kan ha forskjellige risikofaktorer og ulik sykdomsutvikling. Det tar ofte lang tid fra eksponering til man utvikler kreft, og mange faktorer kan derfor medvirke til at sykdommen oppstår.

Kosthold, fysisk aktivitet, røyke- og alkoholvaner er faktorer som har betydning for kreftforekomsten. Det anslås at ett av tre krefttilfeller henger sammen med levevaner. En endring i befolkningens levevaner har derfor et stort potensiale til å redusere risikoen for å utvikle kreft.

Tabellene nedenfor viser lungekreft for begge kjønn (figur 46 og 47), i tillegg til tykk- og endetarmskreft og brystkreft hos kvinner (figur 47) er noe høyere enn landsgjennomsnittet for perioden 2009 - 2018.



Figur 46. Antall nye tilfeller av kreft for menn per 10 000 innbyggere. Gjennomsnitt 2009 – 2018.
Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (Kreftregisteret)

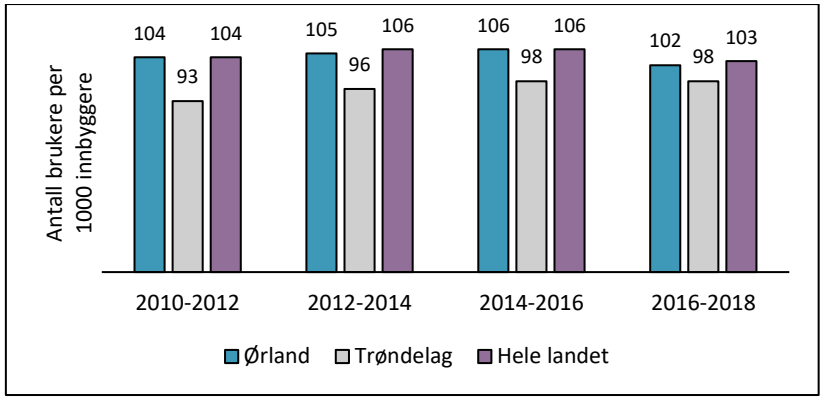


Figur 47. Antall nye tilfeller av kreft for kvinner per 10 000 innbyggere. Gjennomsnitt 2009 – 2018.
Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (Kreftregisteret)

7.3.3 Hjerte og karsykdom

Hjerte- og karsykdommer skyldes arvelige faktorer i samspill med faktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes. Sammen med kreft er hjerte- og karsykdommer de hyppigste dødsårsakene her i landet når vi ser alle aldersgrupper under ett. Mange av hjerte- og kardødsfallene skjer i høy alder. I den delen av befolkningen som har lav utdannelse og/eller lav inntekt, er hjerte- og kardødeligheten samlet sett høyere enn blant dem som har høyskole- og universitetsutdannelse.

For Ørland kommune ser man at antall brukere med hjerte- og karsykdommer har vært stabile i perioden 2010 – 2018, og ligger tilsvarende landsgjennomsnittet.

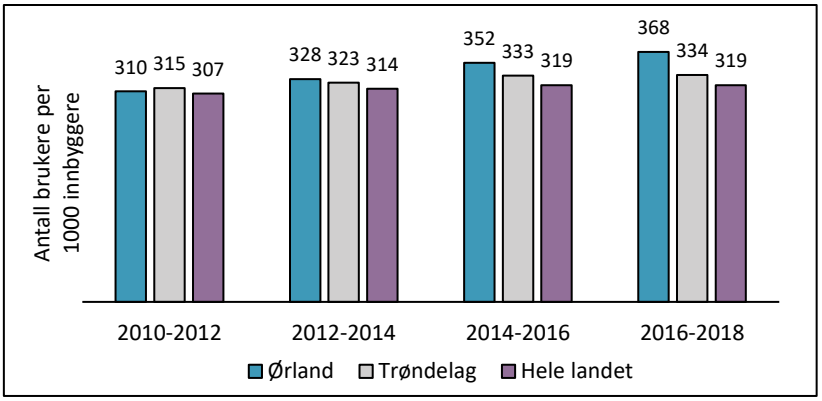


Figur 48. Antall brukere per 1000 innbyggere av primærhelsetjenesten med hjerte- og karsykdomsdiagnoser (0-74 år).
Gjennomsnitt 3-års perioder. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

7.3.4 Muskel og skjelettplager

Muskel- og skjelettplager utgjør en stor sykdomsbyrde og er en viktig årsak til redusert helse og nedsatt livskvalitet. Blant voksne er det en av de vanligste årsakene til sykefravær og uføretrygd. Muskel- og skjelettplager/diagnoser inkluderer en rekke ulike tilstander, og årsaker og risikofaktorer avhenger av diagnose. Sett under ett har mange typer muskel og skjelettplager/diagnoser en sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og del også overvekt. Man ser også at plagene er vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status.

Antall personer i kontakt med primærhelsetjenesten (fastlege, legevakt, fysioterapeut og kiropraktor) per 1000 innbygger per år gir en oversikt over muskel- og skjelettplager/diagnoser. Figur 49 viser at Ørland kommune har hatt en økning, og ligger høyere enn gjennomsnittet i Trøndelag og hele landet.

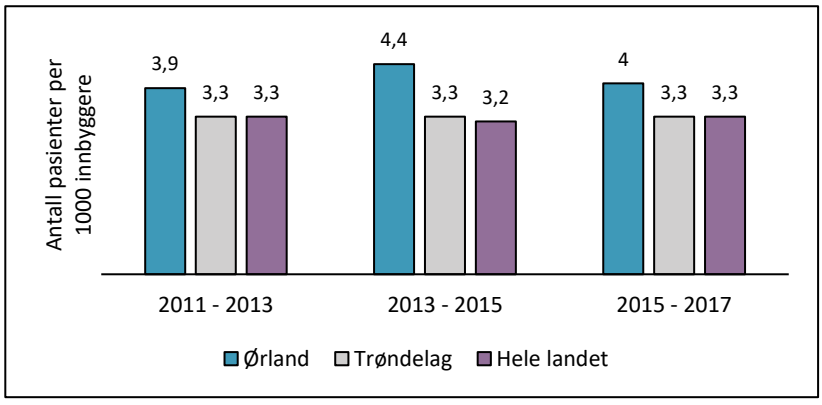


Figur 49. Antall unike personer (0 – 74 år) i kontakt med fastlege, legevakt, fysioterapeut og kiropraktor for muskel- og skjelettrelaterte plager/sykdomsdiagnoser per 1000 innbyggere per år. Gjennomsnitt 3-års perioder.
Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

7.3.5 KOLS

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en sykdom som kan gi betydelig funksjonsnedsettelse. Røyking er den vanligste årsaken til KOLS, og forklarer to av tre tilfeller. Personer som arbeidet i et miljø med blant annet kvartsstøv og metallholdige gaser, eller som arbeidet i gruver og tunneler, har også økt risiko for KOLS.

Sammenlignet med Trøndelag og hele landet er det en større andel pasienter per 1000 innbyggere i Ørland som har vært innlagt på sykehus på grunn av KOLS. Datagrunnlaget sier derfor ikke noe om forekomsten av KOLS i kommunen, men sykehusinnleggelser kan gi en viss pekepinn over helsetilstand i befolkningen.



Figur 50. Antall pasienter (45+ år) innlagte på somatiske sykehus på grunn av KOLS per 1000 innbygger per år. Gjennomsnitt 3-års perioder. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

8.0 Lokal kartlegging av helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Ørland

Tilbakemeldinger fra enhetene i kommunen:

Hva er det viktigste folkehelseutfordringer du ser innenfor ditt område?

- Økning av kroniske sykdommer og eldre brukere med tilleggssykdommer
- Livsstil; dårlig ernæring, inaktivitet, røyking
- Svært variert fokus på kosthold og fysisk aktivitet i barnas hjem
- Overvekt og fedme blant barn og unge
- Foreldres psykiske helse, og foreldre som opplever mangel på mestring av foreldrerollen
- Ensomme eldre, eldre utsatt for vold, psykiske plager/lidelser blant eldre og samtidig bruk av alkohol og legemidler
- Psykiske plager og ensomhet i ungdomsgruppa
- Økning i illegale rusmidler og normalisering blant ungdom og unge voksne
- Mange som står utenfor arbeidslivet (frafall i videregående skole, lavt utdanningsnivå, få kompetansearbeidsplasser)
- Sosial ulikhet i helse, opplever flere helseplager blant grupper med lav utdanning og/eller inntekt. Gir et press på kommunale tjenester når det gjelder helse, oppvekst og NAV.
- Utfordringer som covid-19 medfører; blant annet psykiske helseutfordringer, ensomhet, isolasjon og lavt aktivitetsnivå
- Spiseforstyrrelser blant ungdom
- Lettere psykiske plager/lidelser og muskel- og skjelettplager er store andel av sykemeldinger og fravær fra arbeidsplassen. Ofte er disse to i en sammenheng med hverandre.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. LOV 24.06.2011 nr. 29. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

2. FHI. Kommunehelsa statistikkbank. Folkheleseinstituttet . http://khs.fhi.no/.

3. Rambøll. Mulighetsstudie for Bjugn og Ørland kommuner. Utredning. Trondheim: Rambøll, 2015.

4. SSB. Statistikk sentralbyrå. www.ssb.no.

5. SSB. Rekordlav fruktbarhet for tredje år på rad. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2020. Hentet fra: https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/rekordlav-fruktbarhet-for-tredje-ar-pa-rad.

6. Næss Ø., Rognerud M., Strand BH. Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Nasjonalt folkehelseinstitutt. 2007

7. FHI. Sosiale helseforskjeller. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018. Hentet fra: https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/.

8. FHI. Fakta om leseferdigheter. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2015. Hentet fra: https://www.fhi.no/fp/oppvekst-helsefremmende-tiltak/fakta-om-leseferdigheter/.

9. Velferdsforskningsinstituttet NOVA. Ungdata. OsloMet. http://www.ungdata.no/.

10. Midthassel U.V, Bru E., Ertesvåg S.K., Roland E. (red.). Sosiale og emosjonelle vansker. Oslo: Universitetsforlaget, 2016.

11. FHI. Barn og unges helse: oppvekst og levekår. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.

12. Statens strålevern og Norges geologiske undersøkelse (NGU). Radon aktsomhet . http://geo.ngu.no/kart/radon/.

13. SSB. Støyeksponering og støyplage i Norge 1999 - 2014: Flere nordmenn utsatt for støy. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2016. Hentet fra: http://bit.ly/2HZyn49.

14. WHO. Burden of disease from environmental noise: Quantification of healthy life years lost in Europe. Denmark: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2011. Hentet fra: http://www.euro.who.int.

15. Helsedirektoratet. Anbefaling for praktisk inneklimaarbeid i barnehager og skoler. Oslo: Helsedirektoratet, 2010. IS-2480.

16. Kommuneprofilen. Gang- og sykkelveier. 2018. https://www.kommuneprofilen.no/profil/Samferdsel/DinRegion/samf_sykkelveg_region.aspx.

17. SSB. Slik har vi det – livskvalitet og levekår: utgave 2017. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 18. 07. 2017. Hentet fra: https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/slik-har-vi-det-2017.

18. Helsedirektoratet . Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet , 2014. IS-2170.

19. Sund E., Opdahl S., Rangul V., Heimburg D., Gravaas BC., Eiksund S., Sliper JO., Kvitstad K., Krokstad S. Levevaner i Trøndelag 2019. Helsestatistikk-rapport nummer 3 fra HUNT4. Levanger: HUNT, 2020.

20. FHI. Kosthaldet i Noreg. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.

21. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 19 (2018 - 2019). Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn. 2019.

22. FHI. Folkehelserapporten: Røyking og snusbruk i Noreg. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018 .

23. Sund E., Opdahl S., Rangul V., Gravaas BC., Eiksund S., Sliper JO., Kvistad K. Helse og kronisk sykdom i Trøndelag 2019. Helsestatistikk-rapport nummer 2 fra HUNT4. Levanger: HUNT forskningssenter, 2020.

24. FHI. Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser. Oslo: Folkehelseinstituttet, oppdatert 02.12.2019. Hentet fra: https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/risiko--og-beskyttelsesfaktorer-for/.