

Folkehelseoversikt

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i
Ørland kommune (2024 – 2028)



Utgitt 13.06.2024

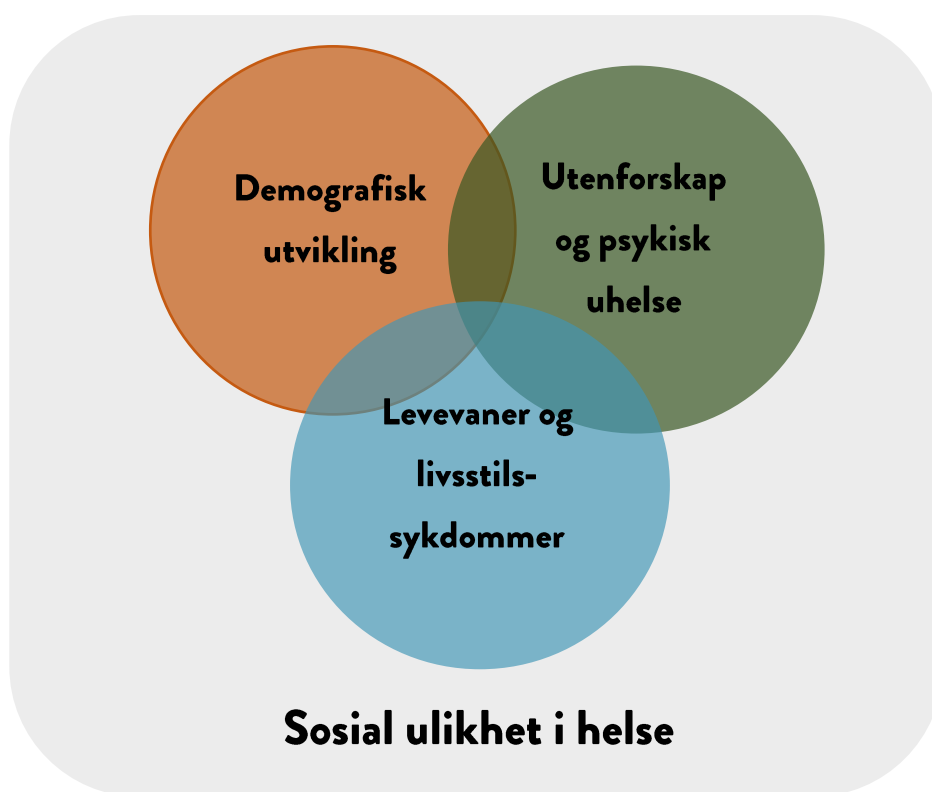




Sammendrag

Oppsummert er Ørland kommune en kommune som har en lett befolkningsvekst. Dette i motsetning til de andre kommunene på Fosen. Problemområdene som denne folkehelseoversikten viser er at befolkningen blir eldre og andel eldre er større nå enn tidligere. En del av de eldre er friske og aktive, mens det samtidig er mange eldre som har større hjelpebehov. Økning av demens skjer både hos eldre og hos yngre. Flere sykdommer rammer også yngre, men samtidig er det også flere som blir friske av sykdom, men med påvirket helse og redusert yrkesevne i etterkant. Det blir færre yngre som er yrkesaktive sett i forhold til antall personer med behov for oppfølging fra helsetjenesten. Samtidig ser vi at flere er utenfor samfunnet, både jobb og utdanning, men også sosialt. Den unge generasjonen har en annen livsstil enn tidligere med økt risiko for mange ulike livsstilssykdommer som igjen vil kunne påvirke og eventuelt redusere livskvalitet, hverdagsmestring og yrkesevne.

Det er viktigere enn noen gang å legge til rette for bedre folkehelse ved å øke fysisk aktivitet, tilby kostholdsveiledning og aktivt skape gode møteplasser. En bør også ha større fokus på befolkningens egne ressurser og legge enda bedre til rette for et inkluderende samfunn.



Figuren er hentet fra kortversjon av folkehelseoversikten 2024 - 2028

Innhold

1.0 Innledning.....	5
2.0 Befolkningssammensetning.....	7
3.0 Oppvekst og levekårsforhold.....	14
4.0 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....	26
5.0 Skader og ulykker.....	31
6.0 Helserelatert atferd	34
7.0 Helsetilstand.....	39
Kilder.....	48

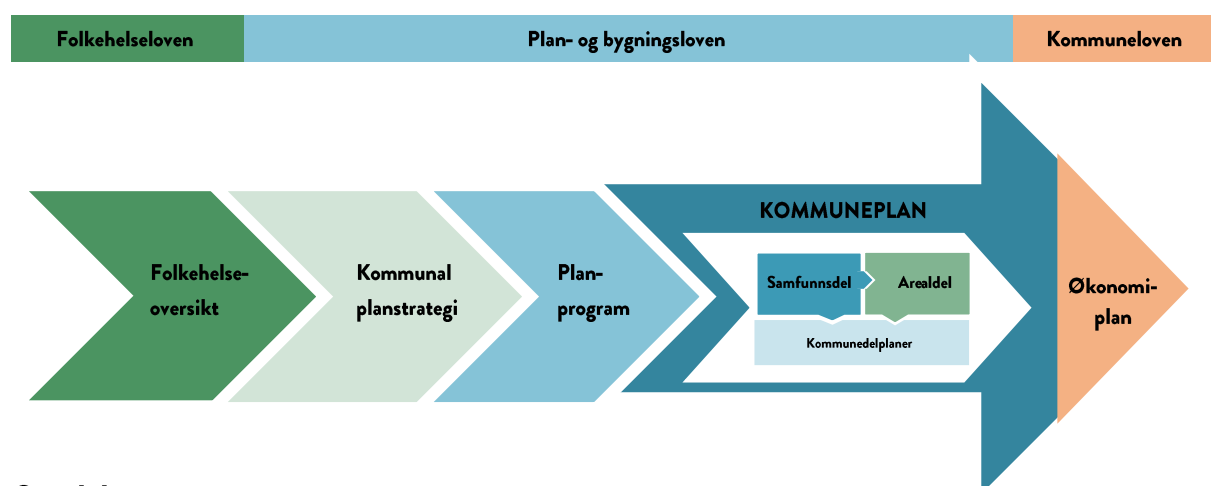
1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Lov om folkehelsearbeid gir kommunen i oppgave å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Det skal utarbeides en skriftlig rapport hvert fjerde år, og denne skal inngå som grunnlag for kommunens planstrategi og tiltak. Hensikten med oversikten er å identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, og å vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige utfordringer eller sosiale helseforskjeller (Lov om folkehelsearbeid § 5).

Statistikk som fremkommer i denne oversikten vil være et nyttig verktøy i alt av kommunalt planarbeid. Oversiktsdokumentet skal danne grunnlag for kommunestyrets prioriteringer i kommunens folkehelsearbeid, og være et viktig kunnskapsgrunnlag til kommunal planstrategi.

Illustrasjonen nedenfor viser sammenhengen mellom folkehelseloven og kommunal planlegging:



Om dokumentet

Folkehelseoversikten bygger på dokumenter og informasjon fra Folkehelseinstituttet, SSB, kommunehelsestatistikkbank, Ørland kommune, Trøndelag fylkeskommune og annen offentlig tilgjengelig statistikk. Det er hentet data fra lokale undersøkelser som HUNT-undersøkelsen (2019), Ungdata og fra nasjonale styrende dokumenter (se referanselisten).

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

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



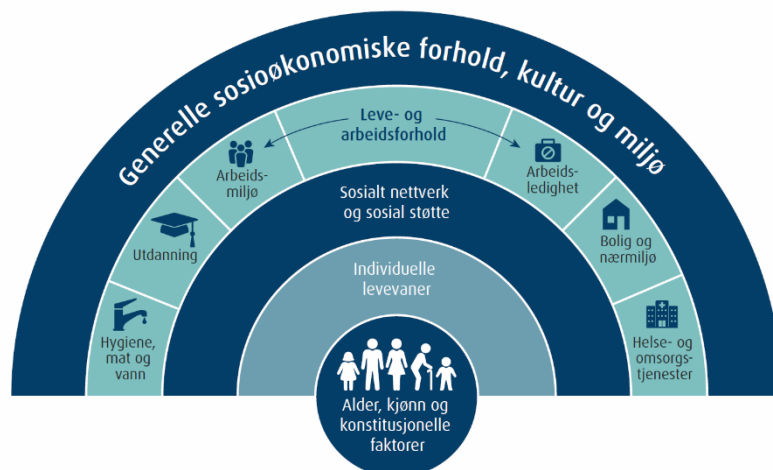
Illustrasjon hentet fra [Helsedirektoratet](#)

Kommuner skal løpende ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for å kunne ivareta sine oppgaver etter loven på en forsvarlig måte. Dokumentet blir derfor oppdatert ved behov i denne 4-årsperioden. Løpende oversikt er nødvendig i alle faser av folkehelsearbeidet, både planlegging, iverksetting av tiltak og evaluering.

1.2 Påvirkningsfaktorer for helse

Helsen påvirkes av en rekke faktorer. Modellen over påvirkningsfaktorer for helsen av Dahlgren og Whitehead (1991) viser en systematisk inndeling av slike faktorer i generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser, sosiale nettverk, individuelle livstilsfaktorer samt kjønn, alder og biologi

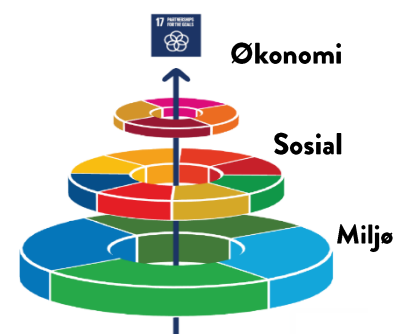
Faktorene kan virke alene eller sammen og ha direkte eller indirekte påvirkning på helsen. Den enkelte tar valg i hverdagen som påvirker egen helse og folkehelsen, samtidig som samfunnet som helhet må legge til rette for at det er enkelt å ta de sunne og gode valgene. Samfunnet må også legge til rette for en samfunnsutvikling som jevner ut de sosiale helseforskjellene, som igjen påvirkes av hvilke ressurser den enkelte har. Folkehelse er et felles ansvar. Utfordringsbildet kan være sammensatt og et helsefremmende folkehelsearbeid krever en helhetlig innsats.



Påvirkningsfaktorer for helse, Dahlgren & Whiteheads modell fra 1991.

FNs bærekraftsmål

FNs bærekraftsmål representerer en global visjon for en rettferdig, inkluderende og bærekraftig fremtid. En viktig del av denne visjonen er å forbedre folkehelsen og sikre at alle mennesker har tilgang til gode helsetjenester og lever sunne liv. For å oppnå dette målet er det avgjørende å forstå den nåværende helsetilstanden til befolkningen, identifisere påvirkningsfaktorer og utvikle målrettede tiltak som adresserer både helsemessige utfordringer og bærekraftige mål. Folkehelseoversikten vil være et viktig kunnskapsgrunnlag som hjelper kommunen med å bidra til oppnåelsen av FNs bærekraftsmål.



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.



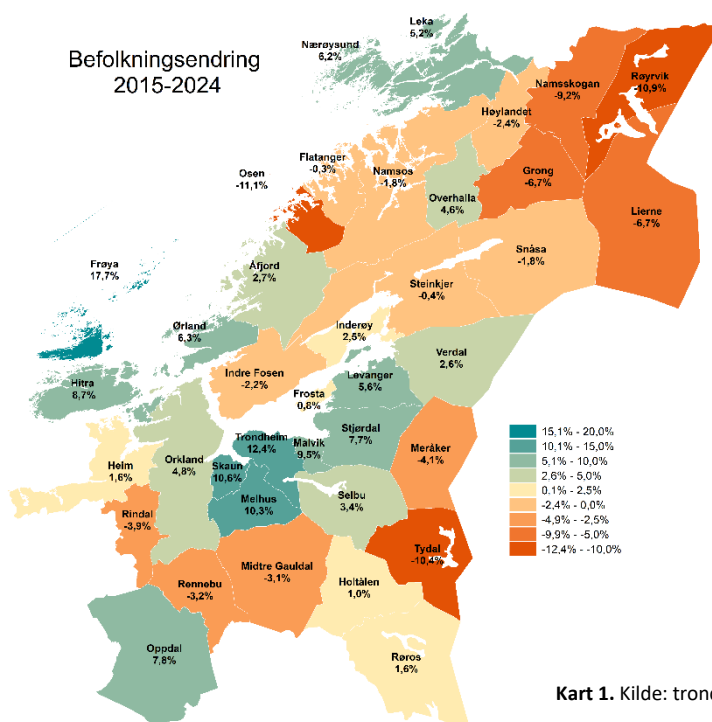
2.1 Folketall og befolkningsendringer i Ørland

Per 1. Januar 2024 er det 10 552 innbyggere i Ørland kommune (SSB). 51% (5 343 personer) er menn og 49% kvinner. Siden 2015 har Ørland hatt en befolkningsvekst på 6,3%, i samme periode hadde Trøndelag en befolknings-vekst på 7,5%. I Trøndelag er mye av veksten sentrert akse som følger Trondheimsfjorden fra Orkland i sør til Steinkjer i Nord.

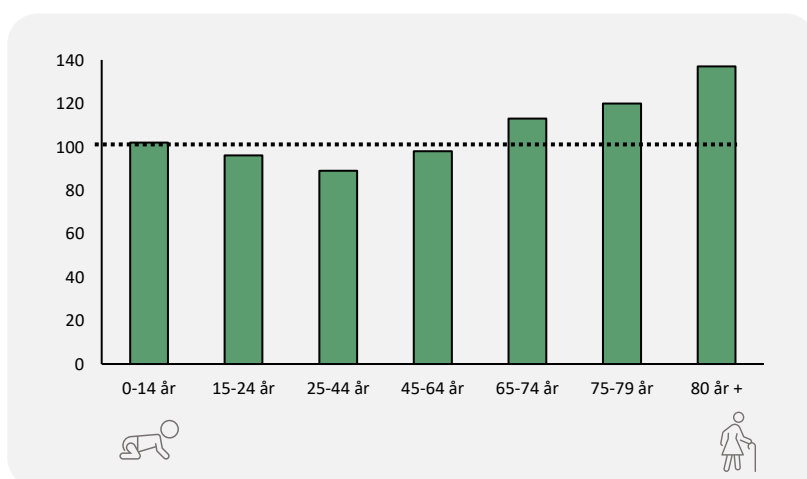
Alderssammensetning

Ulike aldersgrupper har ulike helseutfordringer. Det forventes en stadig økning i aldersgruppen over 70 år i Norge, siden levealderen øker og fruktbarheten er stabil. En økning i de eldste aldersgruppene gir økt risiko for sykdom og funksjonshemming. Dette innebærer økt behov for pleie- og omsorgstjenester. Men høyere levealder gir også en økning i antall friske leveår og mange eldre stiller opp for familie, barnebarn og venner, og er ressurser i lokalsamfunn og frivillige organisasjoner.

Søylene i figuren nedenfor viser om Ørland har en over- eller underrepresentasjon i aldersgruppene i forhold til landet. Ørland har en overrepresentasjon av aldersgruppene fra 65 år.



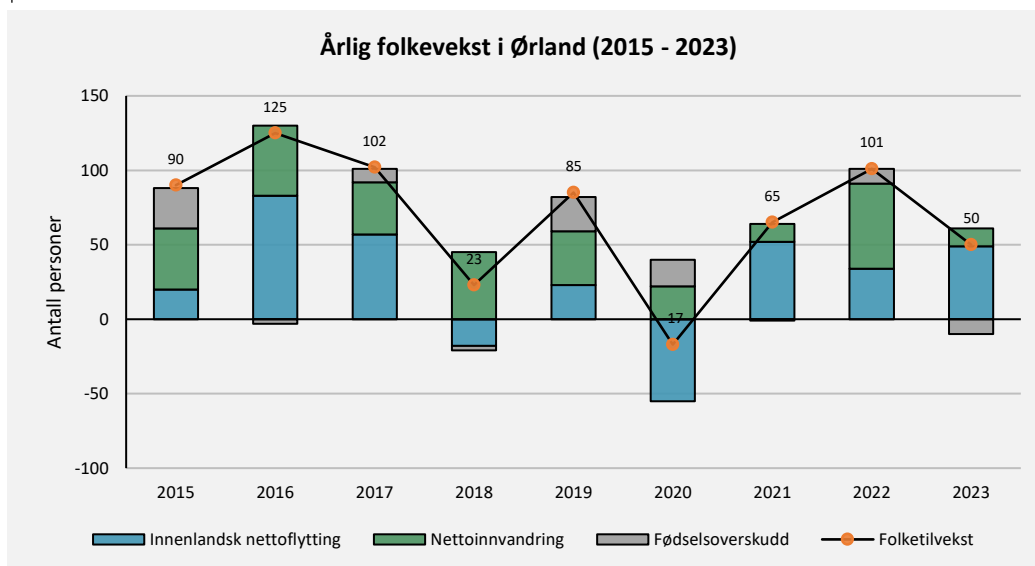
Kart 1. Kilde: trondelagittall.no



Figur 1. Aldersfordeling i Ørland 2023. Figuren viser forholdet mellom Ørland og hele landet (striplet linje). Kilde. Kommunehelses statistikkbank

Befolkningsutvikling 2015 - 2024

Det er to sentrale drivere for befolkningsvekst – fødselsoverskudd (at det fødes flere enn det dør) og flytting (som inkluderer både innvandring og innenlands flytting). Fødselsoverskuddet har vært forholdsvis stabilt i Trøndelag og Ørland, mens nivået på flytting varierer mer fra år til år. Figur 2 viser en oversikt over årlig folkevekst i Ørland fordelt på innenlandsk flytting, innvandring og fødselsoverskudd. Gjennom 2023 økte folkemengden med totalt 51 innbyggere, økningen kommer primært fra innenlands nettoflytting (49 personer).

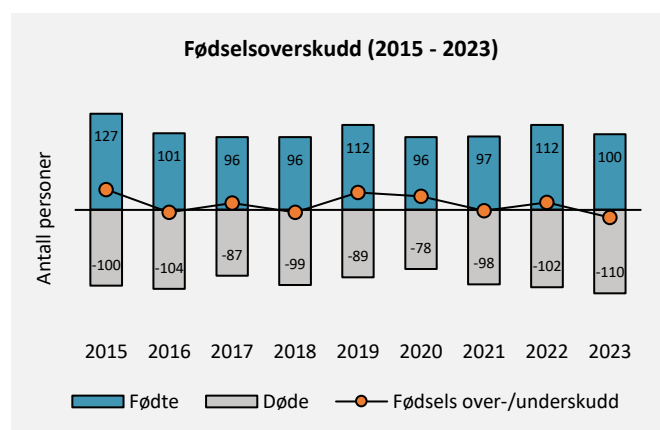


Figur 2. Årlig folkevekst i Ørland kommune (2015 – 2023) fordelt på fødselsoverskudd, og innflytting fra inn og utland. Kilde: SSB tabell 06913 og 09588.

2.1.1 Fødte og døde

Tross befolkningsvekst i Ørland, har fødselstallene fra 2015 vært noenlunde stabile, med årlige variasjoner. Som kan forklares med at antall kvinner i fertil alder (15 – 45 år) varierer. I 2023 hadde Ørland kommune 100 fødte og 110 døde, som ga et fødselsunderskudd på 10 personer.

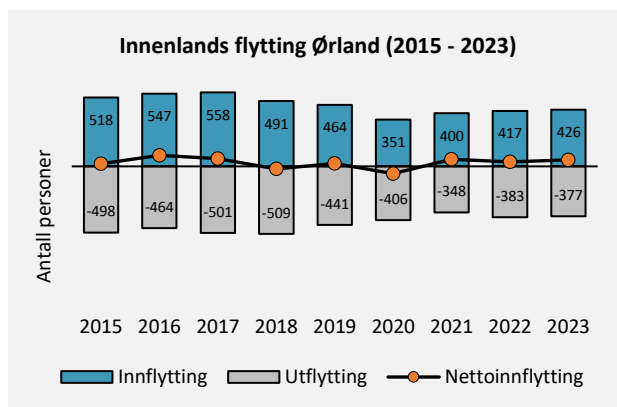
Nasjonalt ser vi en nedgang i det samlede fruktbarhetstallet. I 2023 ble det målt til 1,4 barn per kvinne, noe som er det laveste nivået som er målt i Norge (SSB, 2024). Nedgangen kan ha flere årsaker, blant annet en økning i gjennomsnittsalder på førstegangsfødende, færre kvinner som føder mer enn to barn, og andelen frivillige og ufrivillige barnløse øker (SSB, 2024).



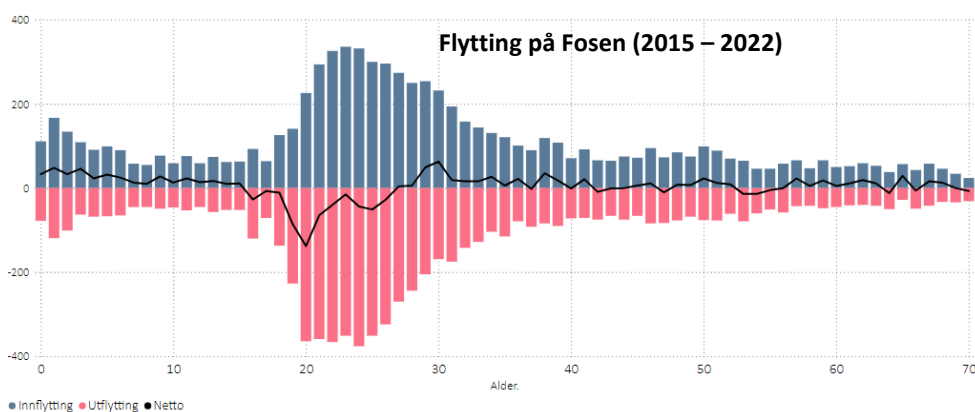
Figur 3. Antall fødte og døde i Ørland i perioden 2010 til 2022 (per 31.12). Kilde: SSB tabell 08425 og 04231.

2.1.2 Flytting innenlands

Familie, utdanningsnivå, mulighet for arbeid, oppvekstvilkår, kommunale tjenester og 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 2023 flyttet 377 ut fra Ørland, og 426 flyttet inn. Figur 5 viser flytting på Fosen i perioden 2015 – 2022 fordelt på aldersgrupper. Det er hovedsakelig aldersgruppen mellom 18 – 30 år som både flytter inn og ut av Fosen-kommunene.



Figur 4. Kilde: SSB tabell 05471

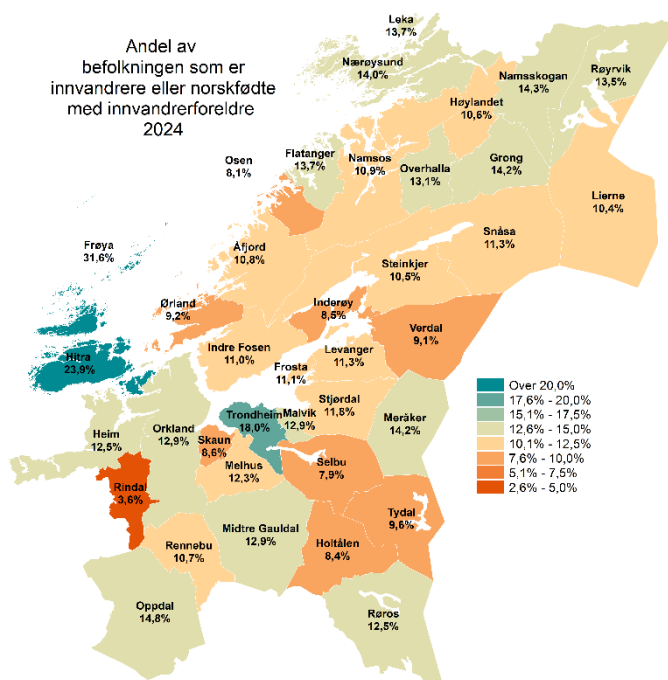


Figur 5. Kilde: [Trondelagitall.no](https://trondelagitall.no)

2.1.3 Innvandring og flyktninger

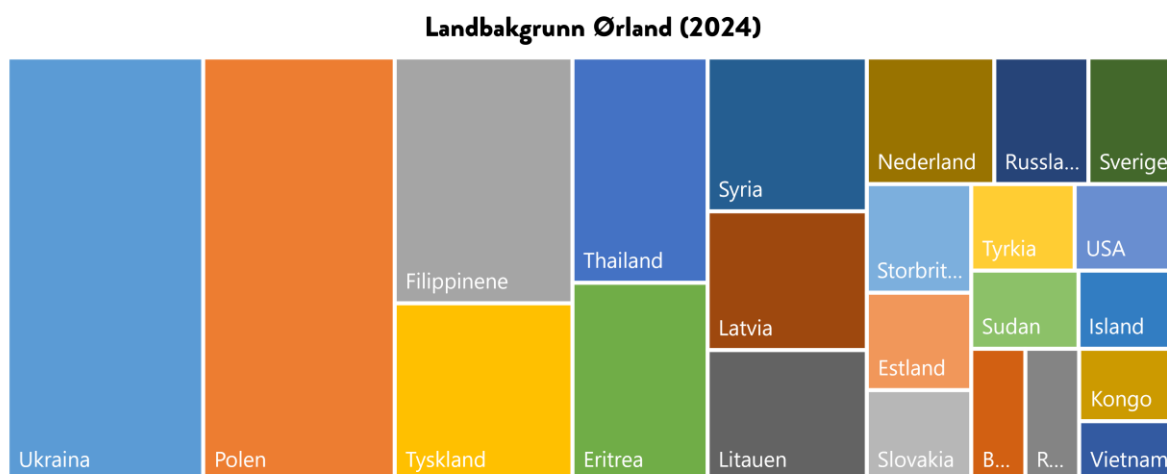
9,2% av befolkningen i Ørland (968 personer) er innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre (per 1.1.2024). Andelen er betydelig lavere enn Trøndelag som helhet (14,7% av befolkningen) og landet som helhet (20,8%). I Ørland har det vært en økning på 81% (432 personer) fra 2015 til 2024 (figur 8).

Innvandrere er definert som personer som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge regnes ikke med i statistikken.



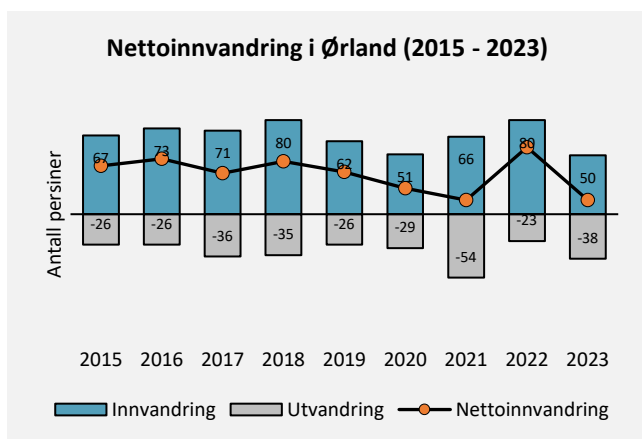
Kart 2. Kilde: trondelagitall.no

Per 1.1.2024 bor det personer fra 64 land i Ørland kommune. Ukraina, Polen og Filippinene er de landene som flest innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre har bakgrunn fra. Totalt er det 139 personer fra Ukraina, 136 personer fra Polen og 79 personer fra Filippinene bosatt i Ørland.

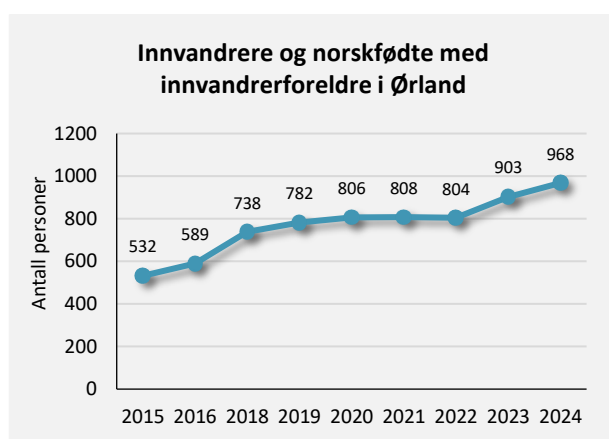


Figur 6. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Ørland kommune etter landbakgrunn, per 1.1.2024 (land med minimum 10 personer). Kilde: SSB tabell 09817

Verdensbildet er forandret, innvandrere utgjør en stadig større andel av befolkningen i Ørland og Norge. Familie og arbeidsinnvandring er de viktigste innvandringsgrunnene i Ørland i per 1.1.2023 ([imdi.no](https://www.imdi.no/)). Anmodning om bosetting av flyktninger øker, og dette vil kreve et større apparat rundt, det krever kompetanse innenfor migrasjonshelse, barnehager, skoler og ikke minst kulturkompetanse.



Figur 7. Nettoinnflytting i Ørland kommune (2015 – 2023). Kilde: SSB tabell 05426



Figur 8. Antall innvandrere og norskfødte med innvandrer foreldre i Ørland (2015 – 2024). Kilde: SSB tabell 05426

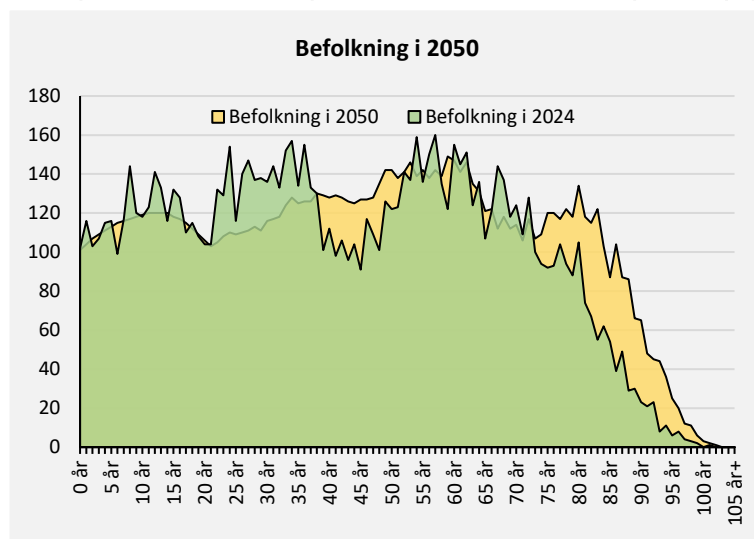
2.2 Befolkning i framtida

Etter hovedalternativet i SSBs prognoser forventes det å være cirka 7% flere innbyggere i Ørland i 2050. Faktorer som fødselsrate, dødsrate, og flyttemønstre vil påvirke denne veksten. Den største veksten blir i og rundt Trondheim. Figur 9 viser at økningen primært vil være i aldersgruppen over 70 år, men også fremskrevet en økning i aldersgruppen 40 – 49 år.

Befolkningsframskrivninger er i utgangspunktet usikre. Denne usikkerheten øker normalt jo lenger inn i framtiden vi ser. Men er likevel et viktig verktøy når kommunen skal planlegge fremtidig behov.

Befolkningsutviklingen i Ørland frem mot 2050 vil påvirkes av nasjonale trender og lokale forhold:

- Fødselsratene i Norge generelt har vært synkende. Dersom fødselsratene forblir lave, vil andelen barn sannsynligvis reduseres, med mindre tilflytting eller innvandring kompenserer for dette. Ørland kommune opplever tilflytting av unge familier på grunn av jobbmuligheter knyttet til Ørland hovedflystasjon og andre lokale næringer.
- Innvandring vil spille en viktig rolle i Ørlands befolkningsvekst. Innvandrere og deres etterkommere utgjør allerede en betydelig del av befolkningen, og denne andelen vil fortsette å øke.
- Andelen eldre (over 70 år) forventes å øke betydelig. Aldringen av befolkningen vil føre til en større andel pensjonister i forhold til den yrkesaktive befolkningen, noe som vil påvirke helsevesenet og arbeidsmarkedet.
- Forventet levealder i Norge vil fortsette å øke. Dette er en av faktorene som bidrar til befolkningens aldring. Økt levealder vil også øke behovet for helse- og omsorgstjenester for eldre.



Figur 9. Antall innbyggere i Ørland per 1. januar 2024 og fremskrevet i 2050 (basert på hovedalternativet MMMM) fordelt på aldersgrupper. Kilde: SSB tabell 07459 og 13600.

Vi blir flere eldre

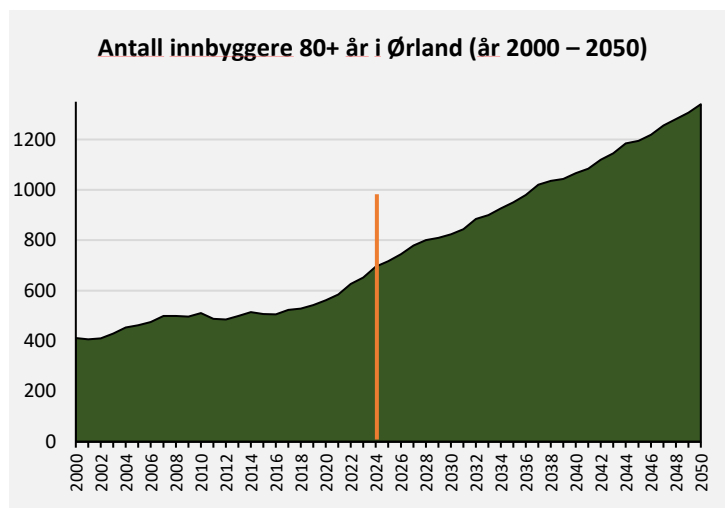
Trenden til en økning i den eldre befolkningen kommer av at levealderen stadig øker, og at det er store fødselskull som blir en del av den eldre befolkningen i årene som kommer. Eldrebølgen kan føre til at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester i årene fremover. Samtidig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

I Ørland har vi allerede hatt en større økning i antall eldre over 80 år, sammenlignet med andre kommuner hvor det er vært noenlunde stabilt siste 30 årene. Dette gjør at Ørland kommune allerede står i «eldebølgen».

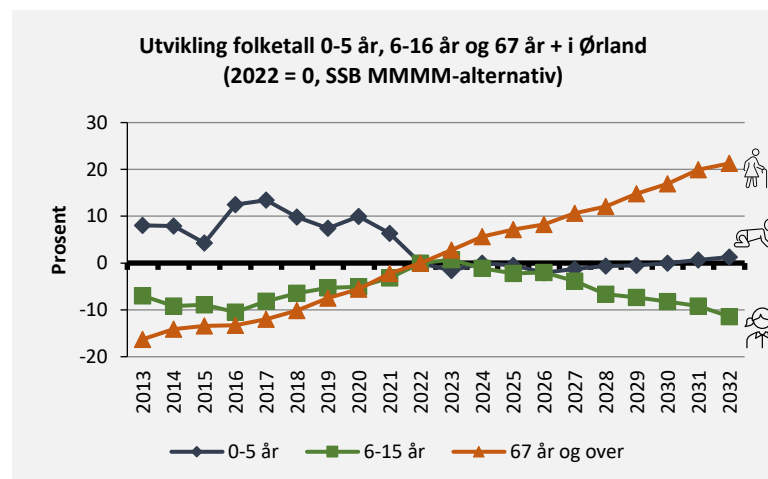
Befolkning i yrkesaktiv alder

Utvikling i folketall viser at vi samtidig som en økning i antall eldre er det forventet en nedgang i barn og unge (figur 11).

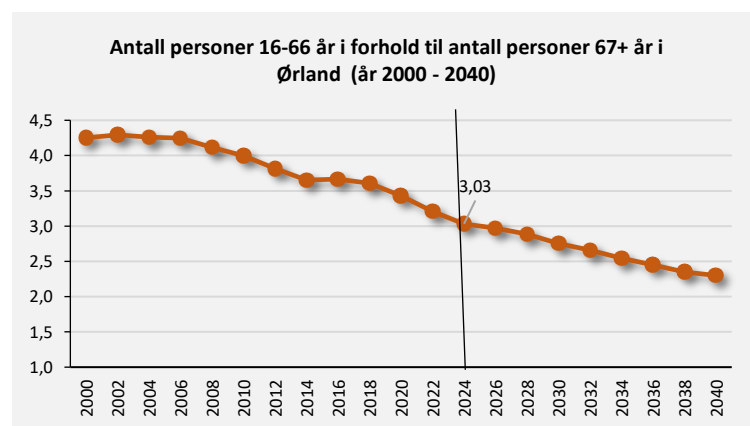
Aldersbæreevnen viser forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen. Med en aldrende befolkning vil aldersbæreevnen reduseres. Dette fører til større økonomiske utfordringer, da en mindre andel yrkesaktive må forsørge en økende andel eldre, som ofte har høyere behov for helse- og omsorgstjenester. For å møte disse utfordringene er det nødvendig med tiltak som kan øke sysselsettingen, for eksempel ved å inkludere flere i arbeidslivet gjennom utdanning og kompetanseheving, samt ved å tilrettelegge for at eldre kan stå lenger i arbeid.



Figur 10. Hovedalternativet (MMMM). Kilde: SSB tabell 07459 og 13600



Figur 11. Faktisk utvikling og forventet utvikling i folketall i Ørland (2013 – 2032). Kilde: [Demografimodell](#)



Figur 12. Hovedalternativet (MMMM). Kilde: SSB tabell 07459 og 13600

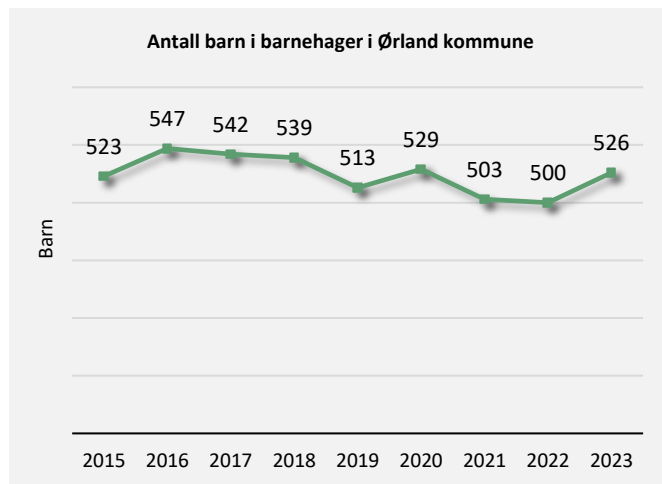
3.0 Oppvekst og levekårsforhold

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.

3.1 Barnehage

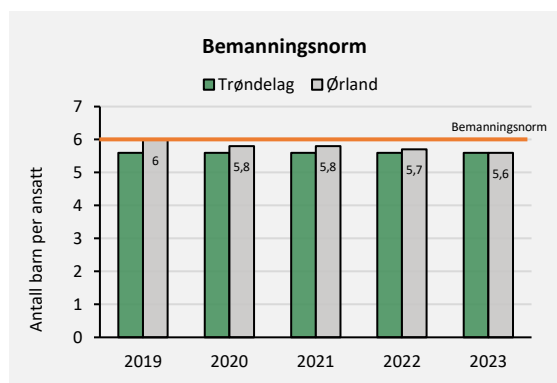
I Ørland kommune er det 5 kommunale og 4 private barnehager. Per 15.12.2023 var det 526 barn som gikk i barnehagen i Ørland. Det er fire barnehageopptak i året, og det er felles opptak for hele kommune. Figur 13 viser at barnehagetallene har vært stabile sammenlignet med 2015, men med årlige variasjoner. Futura barnehage er den største barnehagen med 117 barn i 2023.

Antall barn i barnehager	2023	2015-23
Kommunale barnehager		
Bekkfarete barnehage	81	-20
Borgen barnehage	47	10
Futura barnehage	117	-16
Kosmos barnehage	69	27
Solkysten barnehage avd. Lysøysund	20	-11
Solkysten barnehage avd. Sandnes	25	-10
Private barnehager		
Læringsverkstedet Ervika naturbarnehage	55	-6
Læringsverkstedet Opphaug naturbarnehage	65	21
Marihøna Musikk og Friluftsbarnhage	28	3
Solblomsten Steinerbarnehage	19	5

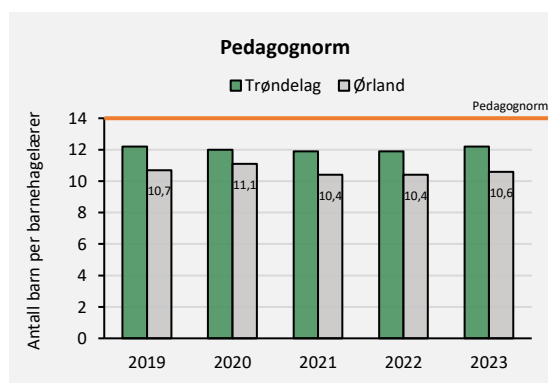


Tabell 1 og Figur 13. Antall barn i private og kommunale barnehager i Ørland per 15.12.2023. Kilde: udir.no

Personalet og deres kompetanse er en viktig ressurs og en forutsetning for at barnehagen skal være en god arena for omsorg, lek, danning og læring, slik det står i rammeplanen. Bemannings- og pedagognormen stiller krav til bemanningstetthet og pedagogisk bemanning per barn. Totalt sett oppfyller Ørland både bemannings- og pedagognormen i barnehagene (figur 14 og 15).



Figur 14. Antall barn per ansatt. Under streken viser at man oppfyller bemanningsnormen. Kilde: udir.no



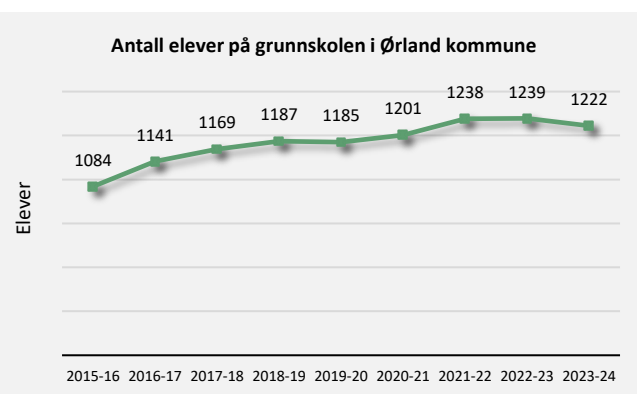
Figur 15. Antall barn per barnehagelærer. Under streken viser at man oppfyller pedagognormen. Kilde: udir.no

3.2 Grunnskole

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

Ørland har 5 barneskoler (1 privat) og 2 ungdomsskoler. Elevtallet i skoleåret 2023/24 var på 1 222 elever. Elevtallene har vært stabile, med en økning siden skoleåret 2015/16. Botngård barneskole er den største skolen med 308 elever i skoleåret 2023/24.

Antall barn i skolen	2023/24	2015/16 – 2023/24
Barneskole		
Botngård barneskole	308	-24*
Vallersund oppvekstsenter	59	+1
Fagerenget Montessoriskole**	48	0
Brekstad barneskole	215	+1
Opphaug barneskole	215	-40
Ungdomsskole		
Botngård ungdomsskole*	202	-44*
Ørland ungdomsskole	175	+20

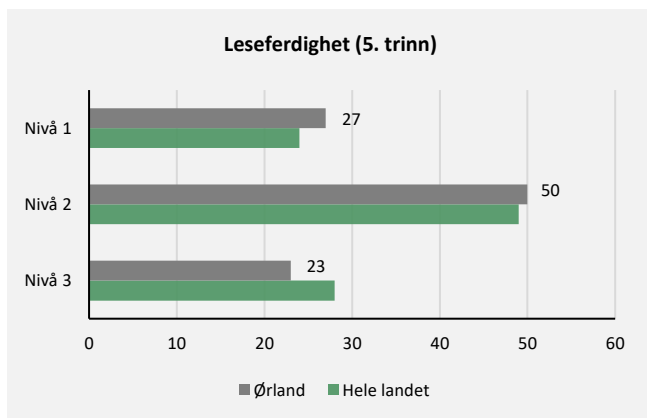


Tabell 2 og figur 16. Elevtall fra skoleåret 2023/2024. Kilde: udir.no

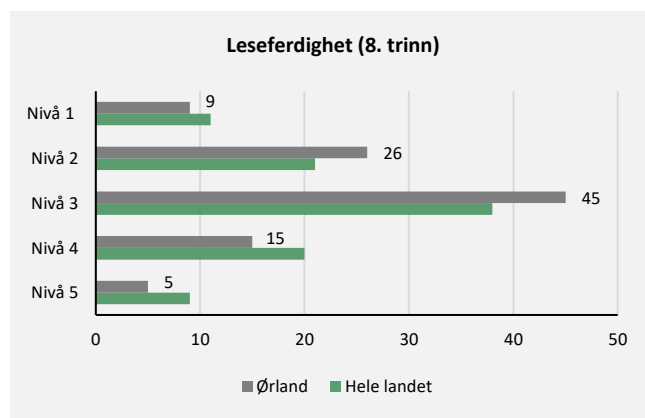
*Botngård skole (1-10. trinn) ble delt opp i barne- og ungdomsskolen høsten 2020. **Privat barneskole

3.2.1 Elevprestasjoner og læringsmiljø

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. Figur 17 viser andel av 5.klassinger som har det laveste mestringsnivået innen lesing (nivå 1). I Ørland er 27% av elevene på det laveste mestringsnivået. Rutine for fastsetting av poenggrenser er endret fra og med 2022. Resultatene fra 2022 kan derfor ikke direkte sammenlignes med tidligere år, og derfor ikke tatt med i oversikten.

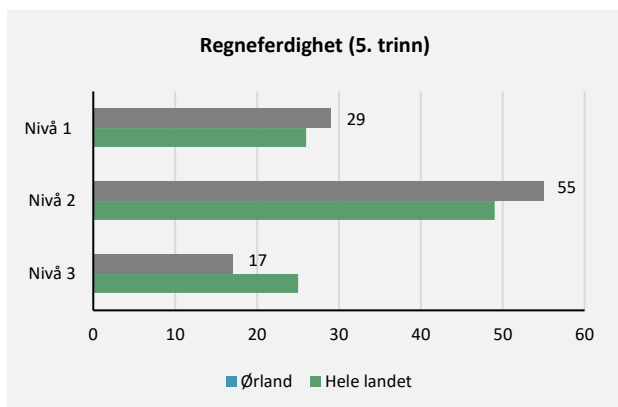


Figur 17. Andel elever i 5. på ulike mestringsnivå i lesing. Nivå 1 er laveste nivå. Gjennomsnitt for 2022/23 – 2023/24.
Kilde: Kommunehelse statistikkbank

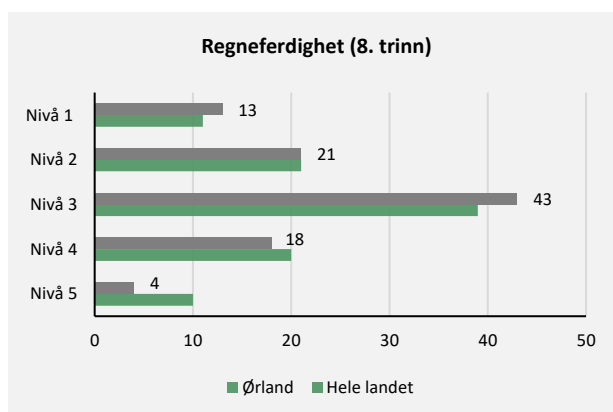


Figur 18. Andel elever i 8. på ulike mestringsnivå i lesing. Nivå 1 er laveste nivå. Gjennomsnitt for 2022/23 – 2023/24.
Kilde: Kommunehelse statistikkbank

Regning er en basisferdighet som er viktig videre i utdanningsløpet og arbeidslivet. Tall fra nasjonale prøver viser at Ørland kommune viser at 29% av 5.klassinger og 13% av 8.klassinger er på det laveste nivået innen regning.



Figur 19. Andel elever i 5. trinn på ulike mestringsnivå i regning. Gjennomsnitt for 2022/23 – 2023/24. Nivå 1 er laveste nivå. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

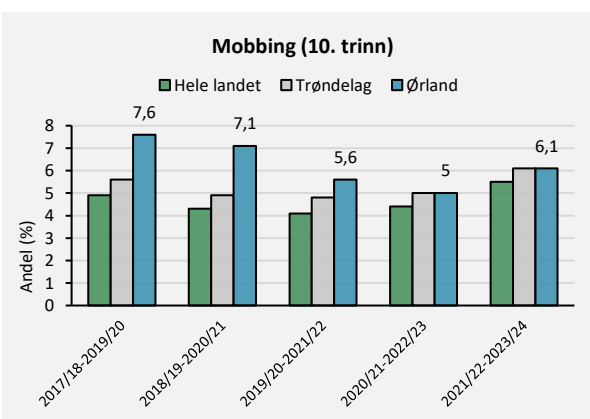
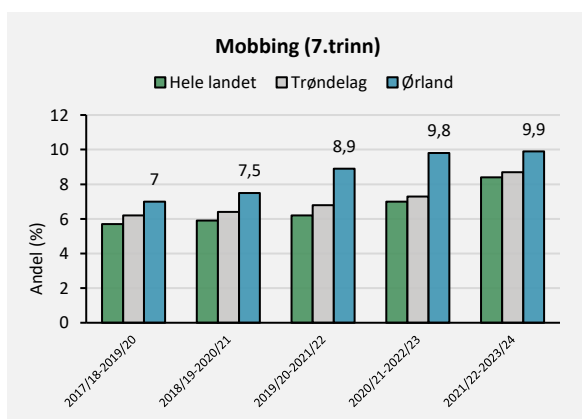


Figur 20. Andel elever i 8. trinn på ulike mestringsnivå i regning. Gjennomsnitt for 2022/23 – 2023/24. Nivå 1 er laveste nivå. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

Mobbing

Mobbing er en vesentlig individuell risikofaktor for psykiske lidelser. 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.

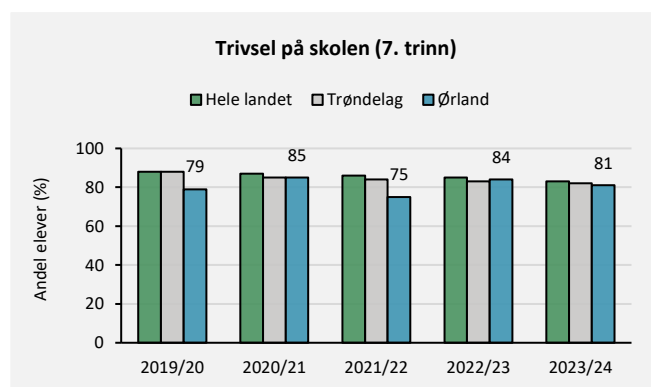
Statistikken viser en prosentandel angitt som gjennomsnitt over en 3-årsperioder. I gjennomsnitt i perioden 2021 – 2024 rapporterer 9,9% av elever i 7. trinn og 6,1% i 10. trinn at de blir mobbet 2 eller 3 ganger i måneden eller mer.



Figur 21 og 22. Andel elever på 7. og 10. trinn i grunnskolen som har opplevd mobbing fra andre elever de siste månedene i prosent av alle elever som deltok i undersøkelsen. Resultatene er angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder, standardisert for kjønns sammensetning. Kilde: Kommunehelsas statistikkbank

Trivsel på skolen

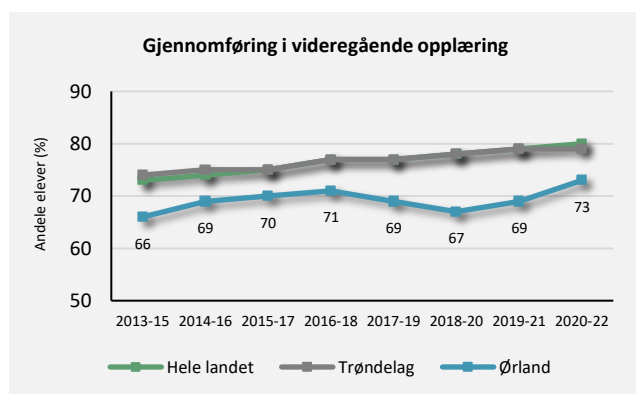
For barn og unge er skolen en svært viktig sosial arena. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir. Trivsel kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Ulike trivselsskapende faktorer, som venner, gode lærere og faglig mestring virker positivt inn på den fysiske og den psykiske helsen.



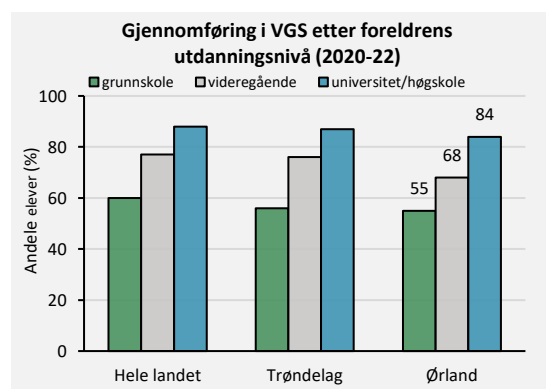
Figur 23. Andel elever i 7. trinn som trives på skolen.
Kilde: KommuneHelse statistikkbank

3.3 Videregående skole

Fullført og bestått videregående opplæring er en av de viktigste forutsetningene for å delta i arbeids- og samfunnslivet og for å unngå utenforskap både i dagens og i fremtidens samfunn. I perioden 2020–2023 gjennomførte 73% av elevene videregående opplæring i løpet av 5/6 år i snitt fra de som startet grunnkurs i videregående skole det året. Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun startet på grunnkurs i videregående opplæring. I samme perioden var gjennomføringsgraden 79% i Trøndelag og 80% i hele landet. Årsakene til manglende gjennomføring av videregående opplæring er mange og sammensatte. Noen har fullført på mer enn normert tid, på grunn av endring av studieretning eller ikke fått lærlingplass, andre har gjennomført videregående opplæring, men ikke bestått fagprøve. Generelt er det en høyere andel som fullfører på studieforberedende utdanningsprogram, sammenlignet med yrkesfag. Det er også forskjeller i gjennomføring etter foreldrenes utdanningsnivå (figur 25).



Figur 24. Kilde: KommuneHelse statistikkbank



Figur 25. Kilde: KommuneHelse statistikkbank

Indikatoren presentert her viser de som står utenfor arbeid og/eller utdanning. Denne gruppen er sammensatt av personer i ulike livssituasjoner. Den består av blant annet langtidsledige, unge med alvorlige helseproblemer, personer som er hjemmeværende og blir forsørget av andre, og personer som har valgt å ta et friår i utdanningsløpet.

Andel av 15-29 åringer som står utenfor arbeid, utdanning og arbeidsmarkedstiltak (NEETs) 2022

Legend:

- 11,1% - 12,0%
- 10,1% - 11,0%
- 8,1% - 10,0%
- 6,1% - 8,0%
- 4,1% - 6,0%
- 2,1% - 4,0%

Map Data (NEET percentage):

Region	NEET percentage
Leka	3,0%
Nærøysund	8,2%
Namskogan	2,5%
Rærvik - Reyrvik	4,6%
Heyerdal	7,1%
Gronn	8,6%
Lierne	6,4%
Snåase - Snåsa	8,0%
Steinkjer	10,3%
Verrdal	8,7%
Levanger	8,9%
Frosta	9,0%
Indre Fosen	9,9%
Trondheim	9,5%
Malvik	10,3%
Stjørdal	8,2%
Meraker	11,9%
Scibu	8,0%
Midtre Gauldal	8,8%
Rennebu	9,6%
Oppdal	8,4%
Roros	6,9%
Holtalen	7,8%
Molhus	8,3%
Skau	7,8%
Orkland	10,0%
Heim	9,1%
Rindal	6,4%
Hitra	9,3%
Ørland	10,6%
Åfjord	5,8%
Flatanger	5,3%
Osøy	6,7%
Freya	12,0%

Utenfor arbeid, utdanning og opplæring

■ Hele landet □ Trøndelag ■ Ørland

År	Hele landet	Trøndelag	Ørland
2019	10,4	10,0	11,2
2020	10,8	10,1	9,8
2021	9,5	9,2	10,8
2022	9,6	9,1	10,6

3.4 Arbeid og utdanning

Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste 30 årene. Men helsegevinsten har vært størst for dem som allerede hadde den beste helsen - gruppen med lang utdanning, god inntekt og som lever i parforhold.

Andel av befolkningen
over 16 år som har
høyere utdanning
per 1. oktober 2022

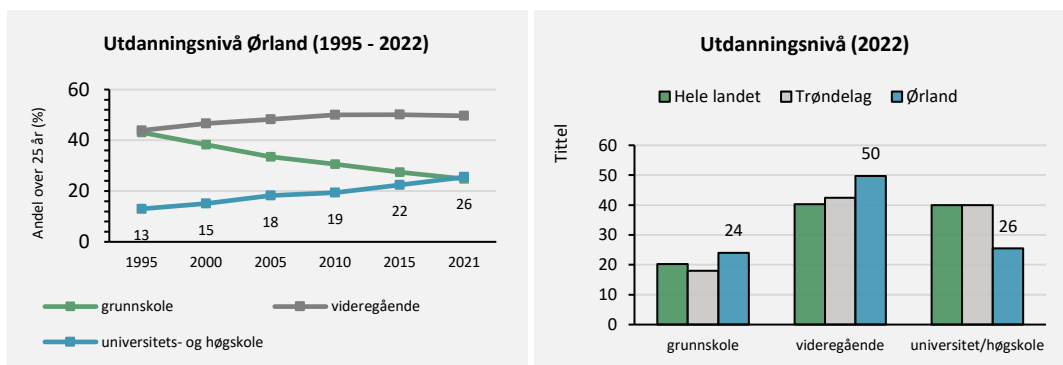
Legend:

- 35,1% +
- 30,1% - 35,0%
- 27,6% - 30,0%
- 25,1% - 27,5%
- 22,6% - 25,0%
- 20,1% - 22,5%
- 17,5% - 20,0%

Map Data (County Name, Percentage):

- Leksa: 18,8%
- Narvik: 21,6%
- Namskogen: 17,6%
- Reyrvik: 23,8%
- Høylandet: 28,6%
- Grong: 26,1%
- Lierne: 22,7%
- Snåsa: 29,3%
- Overhalla: 27,8%
- Namsos: 29,8%
- Flatanger: 27,7%
- Osen: 17,9%
- Ålfjord: 21,5%
- Freya: 23,7%
- Ørland: 23,8%
- Indre Fosen: 22,8%
- Frosta: 24,1%
- Levanger: 36,6%
- Stjørdal: 30,0%
- Verråker: 34,4%
- Vardal: 24,7%
- Steinkjer: 29,1%
- Indre Østfold: 27,0%
- Skjervøy: 39,4%
- Østfold: 29,9%
- Skjervøy: 39,4%
- Molde: 26,1%
- Meråker: 22,7%
- Selbu: 23,9%
- Tydal: 22,6%
- Holtålen: 22,4%
- Midtre Gauldal: 26,8%
- Rensøy: 30,2%
- Oppdal: 27,4%
- Rendalen: 29,0%
- Rindal: 22,5%
- Heim: 26,4%
- Ørland: 23,2%
- Litla: 22,8%

Ørland kommune / Side 19

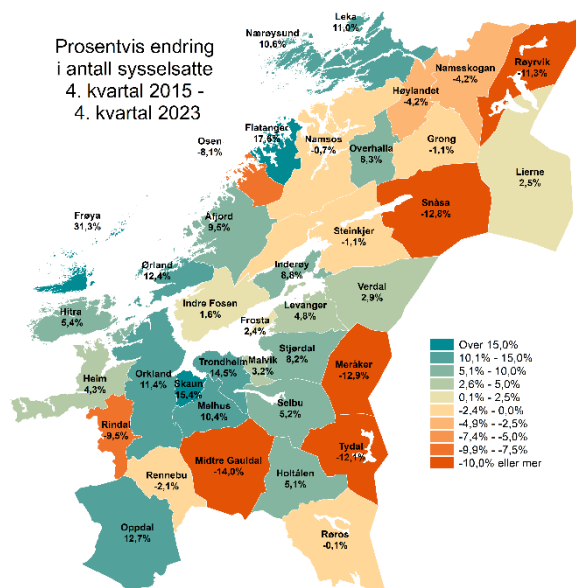


Figur 27 og 28. Andel personer over 25 år med et gitt utdanningsnivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank

Syssetling

I perioden 2015 – 2023 har Ørland hatt en sysselsetningsvekst på 12,4% (sysselsatte med arbeidssted i Ørland) (figur 29).

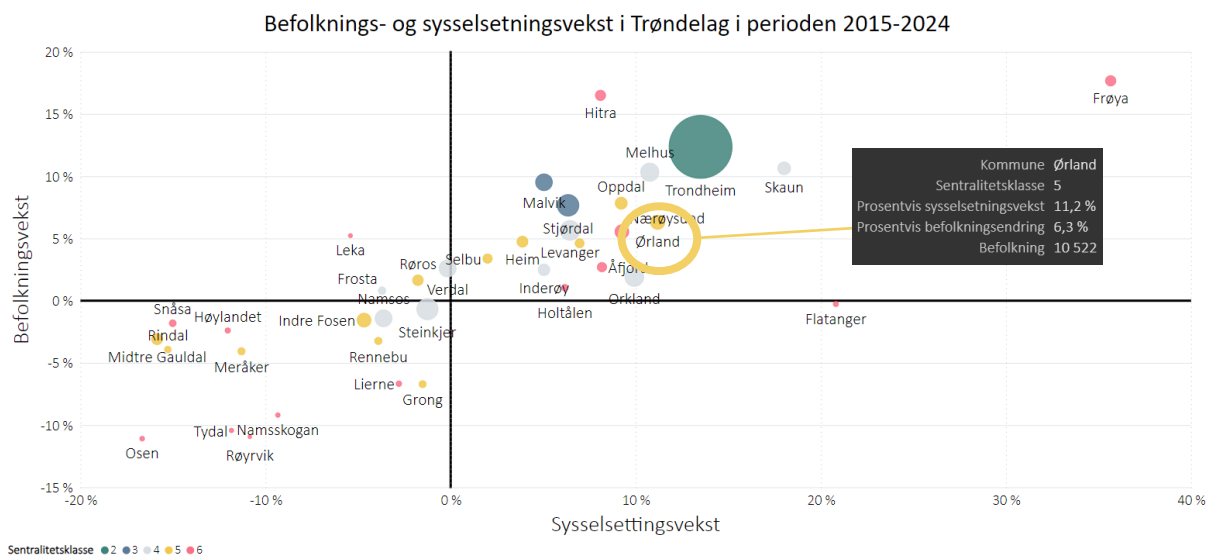
Av 4 932 sysselsatte i Ørland, jobber størst andel innfor helse- og sosialtjenester (21,3%) og innenfor offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring (19%). Det er også innenfor disse to næringene det har vært størst vekst siden 2015 i antall sysselsatte (tabell 3).



Kart 6. Kilde: trondelagittall.no

Sysselsatte personer med arbeidssted Ørland fordelt på næring 2015 - 2023					
	2015	2023	Endring 2015 - 23		Andel i 2023
Jordbruk, skogbruk og fiske	265	309	44	16,6 %	6,3
Bergverksdrift og utvinning	0	9	9	900 %	0,2
Industri	402	478	76	18,9 %	9,7
Elektrisitet, vann og renovasjon	54	25	-29	-53,7 %	0,5
Bygge- og anleggsvirksomhet	500	479	-21	-4,2 %	9,7
Varehandel, reparasjon av motorvogner	495	486	-9	-1,8 %	9,9
Transport og lagring	194	195	1	0,5 %	4,0
Overnattings- og serveringsvirksomhet	139	118	-21	-15,1 %	2,4
Informasjon og kommunikasjon	26	22	-4	-15,4 %	0,4
Finansiering og forsikring	56	128	72	128,6 %	2,6
Teknisk tjenesteyting, eiendomsdrift	113	113	0	0%	2,3
Forretningsmessig tjenesteyting	105	138	33	31,4 %	2,8
Off.adm., forsvar, sosialforsikring	785	936	151	19,2 %	19,0
Undervisning	273	305	32	11,7 %	6,2
Helse- og sosialtjenester	832	1050	218	26,2 %	21,3
Personlig tjenesteyting	101	107	6	5,9 %	2,2
Uoppgitt	47	34	-13	-27,7 %	0,7
Total	4387	4932	545	12,4 %	100

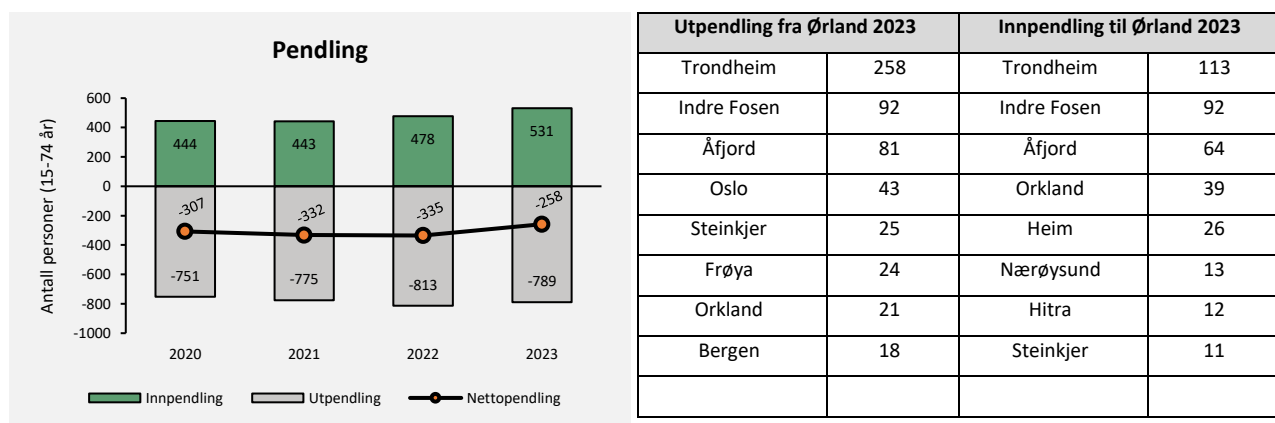
Tabell 3. Kilde: SSB tabell 13470



Figur 29. Trondelagitall.no

Pendling

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. Tabellen nedenfor viser hvor mange i alderen 15 – 74 år som pendler inn eller ut fra Ørland kommune. I 2023 var det 531 personer som pendlet inn til Ørland, mens 789 personer pendlet ut av Ørland (figur 30). Hovedsakelig er det pendling mellom Trondheim og Fosen-kommuner (tabell 4). Ørland kommune har god kommunikasjon og er en kommune hvor det er tilrettelagt for pendling, både med hurtigbåtavanger til Trondheim, Hitra og Kristiansund, og flyrute til Oslo. Det kan også føre til at kompetansearbeidsplasser flyttes ut av kommunen.



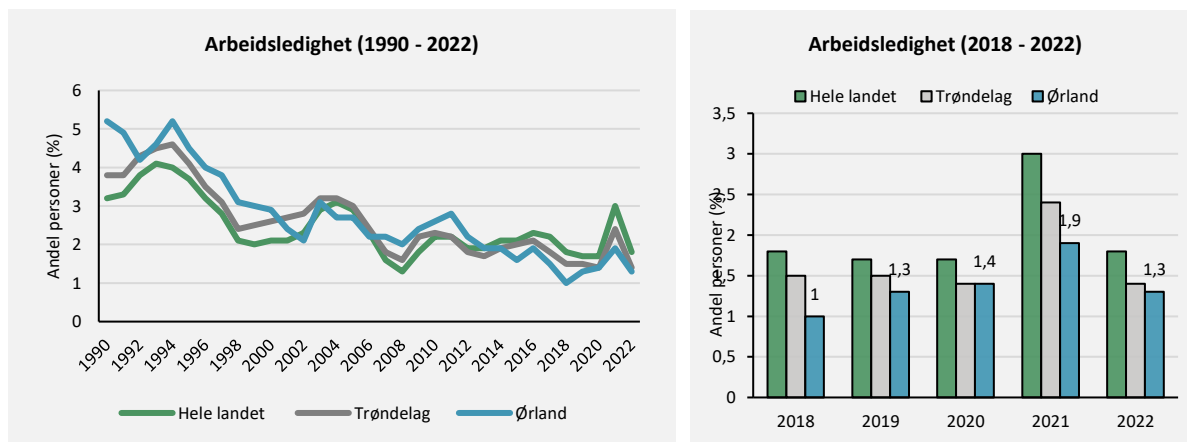
Figur 30. Antall personer som pendler ut eller inn av Ørland kommune per 31.12 (2020-2023). Kilde: SSB tabell 11616

Utpending fra Ørland 2023		Innpending til Ørland 2023	
Trondheim	258	Trondheim	113
Indre Fosen	92	Indre Fosen	92
Åfjord	81	Åfjord	64
Oslo	43	Orkland	39
Steinkjer	25	Heim	26
Frøya	24	Nærøysund	13
Orkland	21	Hitra	12
Bergen	18	Steinkjer	11

Tabell 4. Pendlingsstrømmer fra Ørland per 31.12.2023. Kilde: SSB tabell 03321

Arbeidsledighet

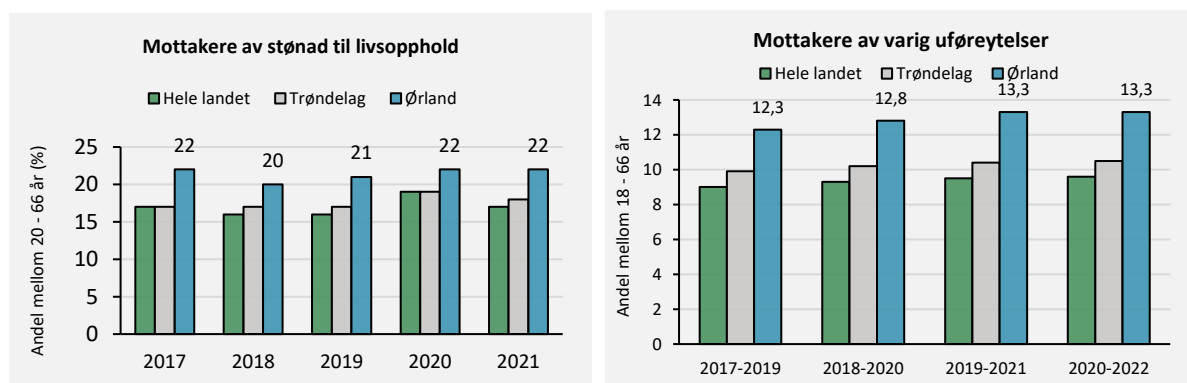
Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt. Personer som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn personer som er i arbeid. Arbeidsledigheten er noe høyere blant menn enn kvinner, og høyest blant unge voksne. I Ørland er det lav arbeidsledighet med 1,3% i 2022.



Figur 31 og 32. Andel registrerte arbeidsledige per januar måned i prosent av befolkningen (15-74 år).
Kilde: Kommunehelsas statistikkbank

Stønad til livsopphold

Stønad til livsopphold omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønad). I Ørland mottar 22% av befolkningen mellom 20 – 66 år stønad, dette er høyere enn gjennomsnittet i hele landet (17%). Mottakere av varig uføreytelser ligger på 13,3% i perioden 2020 – 2022, som også er høyere enn landsgjennomsnittet på 9,6%.



Figur 33. Kilde: Kommunehelsas statistikkbank (NAV)

Figur 34. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt.
Kilde: Kommunehelsas statistikkbank

3.5 Familieforhold

Hjemmet og barnets omsorgssituasjon er, sammen med barnehager og skoler, avgjørende for barnets oppvekst. Foreldre spiller en nøkkelrolle i det forebyggende arbeidet, i samarbeid med barnehager, skoler og helsetjenester. De aller fleste barn og unge er fornøyde med foreldrene sine, og 80% av ungdomsskoleelever er tilfredse med livet.

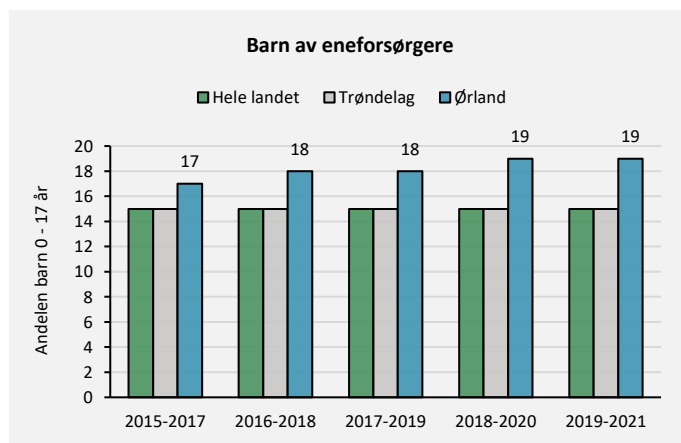
Derimot peker stadig flere studier på tydeligere negative effekter av konflikter mellom foreldre for barns trivsel og helse (Harold og Sellers 2018). 16% av ungdomsskoleelever rapporterer at det ofte er kringling mellom de voksne i familien.



Figur 35- 37. Kilde: Ungdata

Eneforsørgere

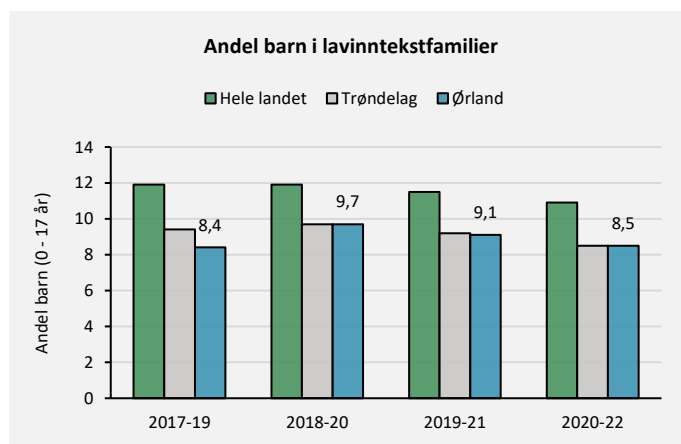
Barn av eneforsørgere antas å være en potensiell utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Det er en del risikofaktorer knyttet til det å vokse opp med en eneforsørger. Eneforsørgere har ofte mindre ressurser i form av dårligere økonomi og mindre tid til barna. Dette kan føre til at barna ikke kan delta i sosiale aktiviteter og at tiden med tilgang på en voksen er mindre. Likevel kan det være vanskelig å skille effekten av det å vokse opp med eneforsørgere fra andre faktorer som kan henge sammen med dette. For eksempel er eneforsørgere – spesielt alenemødre – ofte unge og har lavere utdannelsesnivå.



Figur 38. Andelen barn i alderen 0-17 år med mor eller far som er eneforsørger. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde. Kommunehelsas statistikkbank

Lavinnektshusholdninger

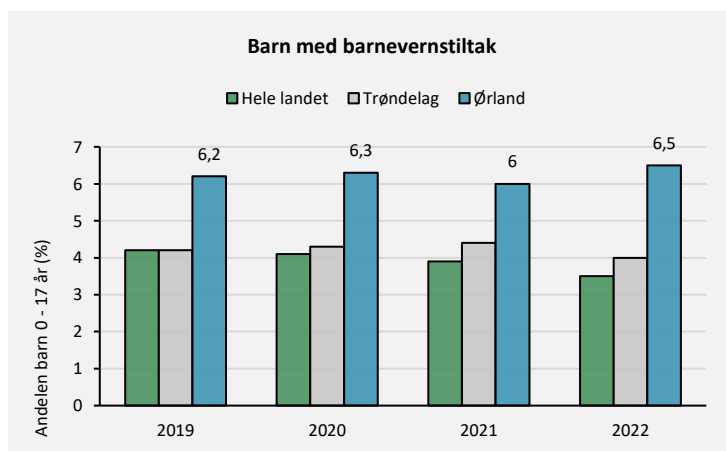
8,5% av barn og unge i Ørland bor i husholdninger definert som vedvarende lavinntekt. Dette tilsvarer cirka 180 barn i Ørland. Sammenlignet med hele landet (10,9%) er andelen noe lavere. Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand.



Figur 39. Andel barn (0 – 17 år) bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt over en treårsperiode, beregnet etter EU-skala. Kilde: Kommunehelsas statistikkbank

Barnevern

Barnevernstiltak omfatter en rekke ulike tiltak som iverksettes for å ivareta barns omsorgsbehov. Barnevernet kan sette inn ulike hjelpetiltak for å øke foreldrekompentansen, kompensere for mangler i omsorgen, eller avlaste foreldrene. Dersom barnevernets hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig for å sikre barnet en forsvarlig omsorgssituasjon, kan barnet flyttes ut av hjemmet. Figuren nedenfor viser at Ørland har en høyere andel barn med barnevernstiltak (6,5%) sammenlignet med hele landet (3,5%) og Trøndelag (4%). Kommuner som er aktive i forebygging og tidlig innsats, og som har et godt samarbeid mellom barnevern og andre tjenester (skoler, helsestasjoner og politi) kan ha høyere tall for barnevernstiltak fordi de er bedre på å fange opp og handle på tidlige tegn på problemer.



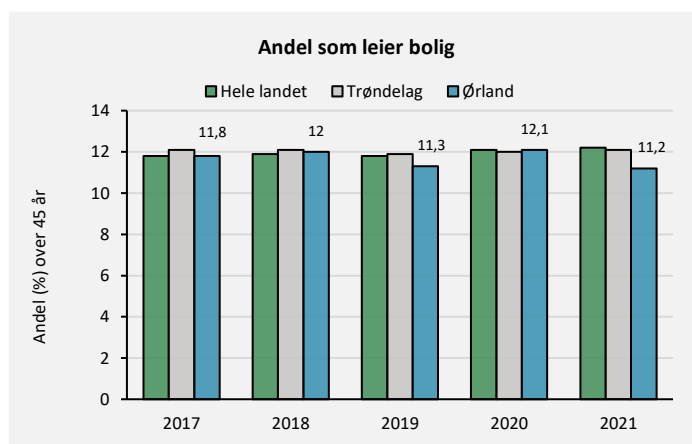
Figur 40. Andelen barn 0-17 år med barnevernstiltak i prosent av alle barn 0-17 år. Kilde: Kommunehelsas statistikkbank

3.6 Boforhold

Eierstatus bolig

Det norske boligmarkedet er i stor grad lagt opp til at man skal eie sin egen bolig. Det er mange unntak fra dette – det er vanlig å leie særlig i starten av yrkeskarrieren eller mens man tar utdanning. Likevel er det flere studier som antyder en sammenheng mellom helse og eie/leieforhold, og funnene viser gjennomgående at de som eier egen bolig har bedre helse. Samtidig vil det å eie en bolig være et uttrykk for et visst ressurs- og velstandsnivå. I Ørland kommune er det 11,2% som leier bolig, som er noe lavere andel sammenlignet med Trøndelag og hele landet.

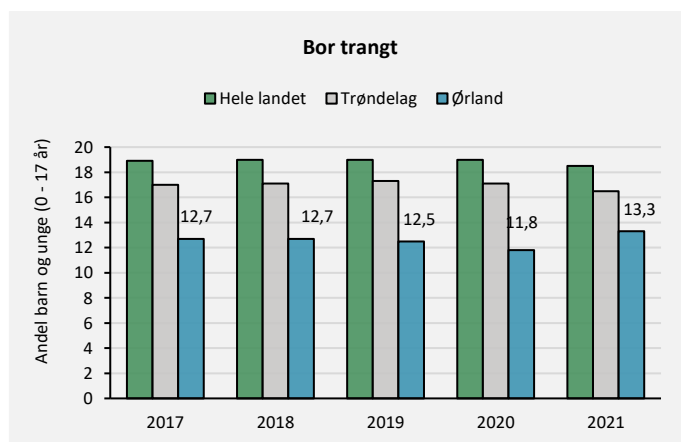
Det er i dag stort trykk og kostander på boliger i sentrale strøk som Brekstad og Bjugn, både med en økning i bosetting av flyktninger og forsvaret med militært personell. Det er lavere kostnader på bolig i grendene, men dette vil i fleste tilfeller kreve transport til skole, jobb og fritidsaktiviteter. Flere vanskeligstilte og eldre har vanskelig for å finne egnet bolig.



Figur 41. Andel over 45 år som leier en bolig. Kilde: KommuneHelsas statistikkbank

Trangboddhet

Trangboddhet er én av flere indikatorer på redusert bokvalitet. Bokvalitet har betydning for helse på flere måter. En vanskelig bosituasjon kan påvirke barn og unges levekår og helse; det påvirker skoleprestasjoner og deres sosiale liv. Vedvarende lav bokvalitet og langvarig leie av bolig øker sannsynligheten for at barn ikke tar med venner hjem. I Ørland kommune bor 13,3% av barn og unge trangt. Det vil si at de bor under 25 kvm per person i huset, eller at antall rom i boligen er mindre enn antall personer.



Figur 42. Andelen personer (0 – 17 år) som bor trangt. Kilde: KommuneHelsas statistikkbank



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, 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.

4.1 Fysisk miljø

Drikkevann

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.



Figur 43. Kilde: Kommunehelsas statistikkbank (Vannverksregisteret)

Luftkvalitet



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 (PM 2,5) er luftkvalitetskriteriet og nasjonalt mål satt til 5 µg/m³ for årsmidlet eksponering. Ørland ligger godt under dette nivået, og lavere sammenlignet med Trøndelag og landet for øvrig.

Figur 44. Andel personer som er eksponert for verdier høyere enn luftkvalitetskriteriene på 5 µg/m³ for fint svevestøv (PM_{2,5}).
Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (Meteorologisk institutt)

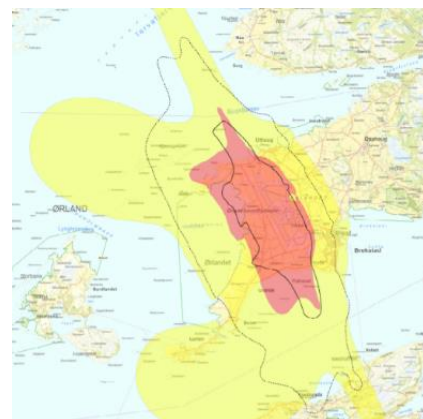
Inneklima i skole og barnehage

Et godt inneklima er viktig i alle typer bygg. Begrepet innebærer 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 (Helsedirektoratet, 2010).

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 forholdene er ikke konstante, og vil være gjenstand for jevnlig tilsyn.

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. 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 (SSB, 2016). 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, spesielt støy på natten (WHO, 2014a).



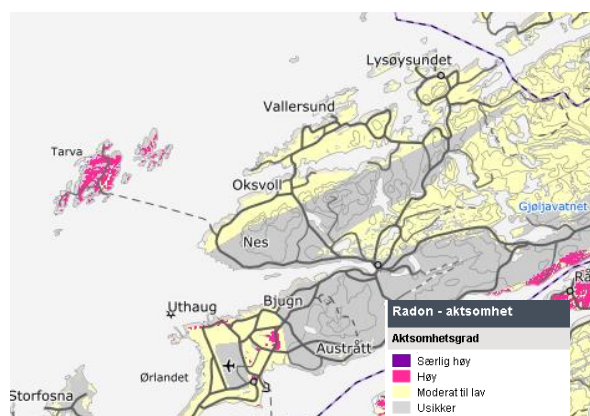
Bilde hentet fra: Forsvarsbygg

4.2 Kjemisk og biologisk miljø

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 (NGU), 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.

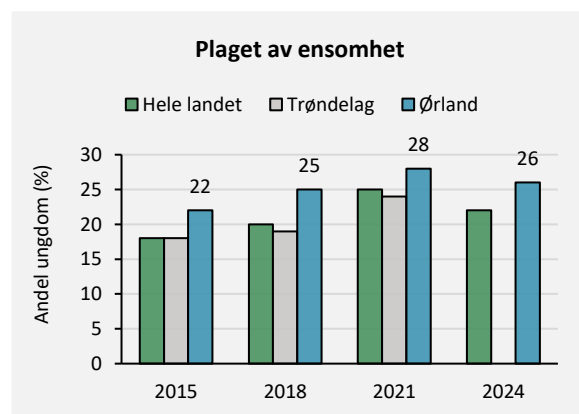


Kart 7. Kilde: [NGU](#)

4.3 Sosialt miljø

Ensomhet

26% av elever på ungdomsskolen i Ørland rapporterer at de er plaget med å føle seg ensom. 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. Konsekvenser av vedvarende ensomhet kan føre psykiske plager, og videre få

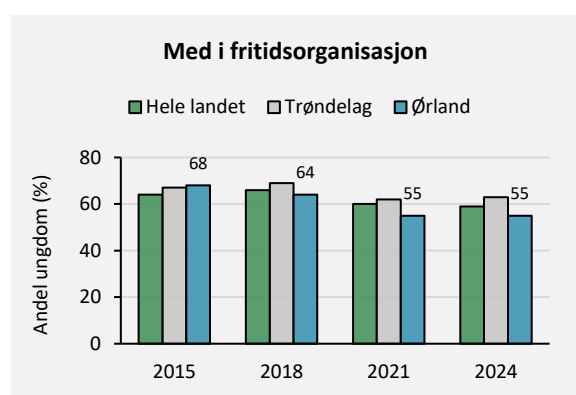


Figur 45. Kilde: Ungdata

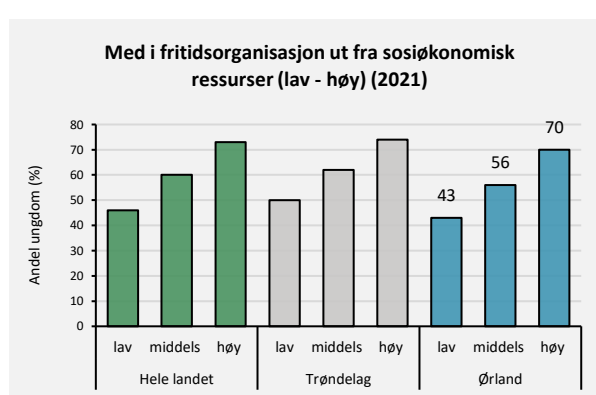
konsekvenser for hvordan man fungerer på skole og i jobb. Årsakene er sammensatte. Hjelpetjenestene i Ørland kommune rapporterer også om en økende utfordring med ensomhet blant eldre. Årsakene er ofte manglende inkludering i lokalsamfunnet, sosial isolasjon, livsendringer og transportutfordringer.

Fritidsorganisasjon

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 og kan ha positiv virkning på barns utvikling og psykiske helse. I 2021 var 55% av elever på ungdomsskolen med i en fritidsorganisasjon. Noe av nedgangen fra tidligere år kan forklares i covid-19 og restriksjonene som var i perioden undersøkelsen ble gjennomført. Det er sosioøkonomiske forskjeller i andel som deltar i organiserte fritidsaktiviteter, det ser vi både i Ørland og hele landet.



Figur 46. Kilde: Kommunehelsas statistikkbank (ungdata)

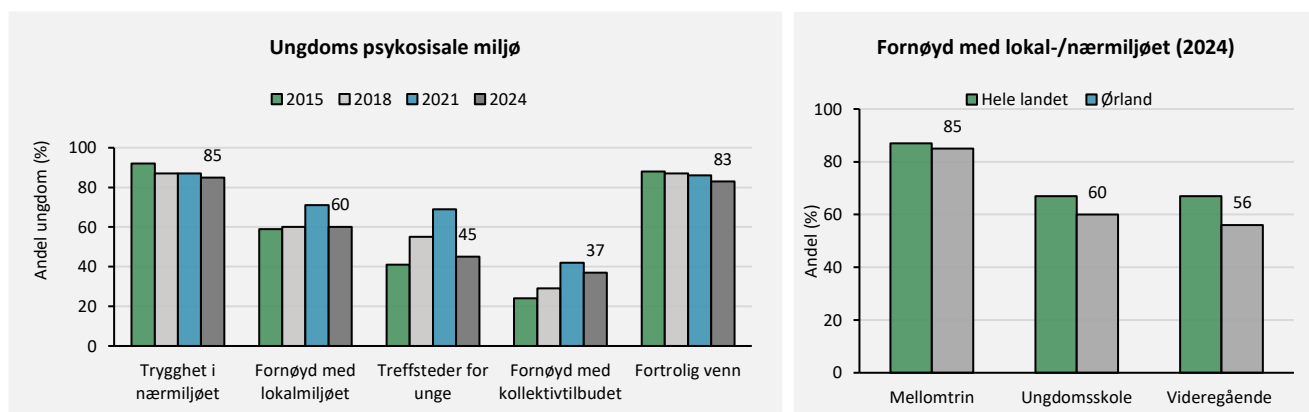


Figur 47. Kilde: Kommunehelsas statistikkbank (ungdata)

Møteplasser

I Ørland kommune har vi flere formelle og uformelle møteplasser. 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 [foreningsportalen](#) er det registrert hele 190 frivillige lag og organisasjoner i Ørland kommune. Kommunen har i dag to frivilligsentraler som koordinerer arbeidet med frivillige.

Tall fra ungdata viser at 60% av ungdom er fornøyd med lokalmiljøet, som er en nedgang fra tidligere år (figur 48). Det er likevel viktig at både kulturtilbud og sosiale møteplasser gjøres kjent og tilgjengelig for hele befolkningen, uavhengig av sosioøkonomisk status.



Figur 48 og 49. Andel av ungdomsskoleelever i Ørland som er fornøyd med ulike tilbud. Kilde: Kommunehelsas statistikkbank (ungdata)

Uorganisert aktivitet / friluftsliv

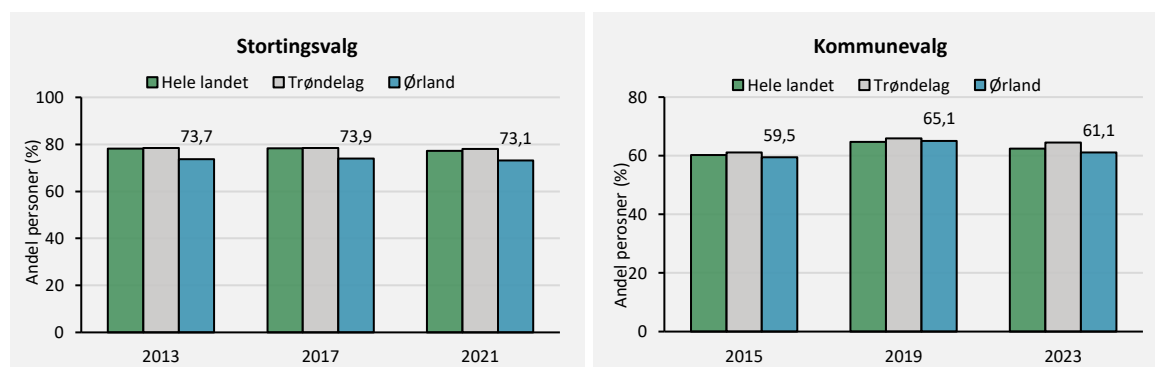
Ørland kommune har flotte og varierte turområder. De fleste turene finner man på ut.no. I tillegg er det flere aktiviteter og trimposter gjennom året som skal stimulere til økt bruk av turområdene, som eksempel trimpoeng i regi av Fosen Turlag (Oppturan Fosen), tur-orientering ved Bjugn idrettslag, turboposter i regi av Barnas Turlag avd. Ørland, Stolpejakten i regi av Asserøy il og ul.

Det er lagt til rette for flere sykkel og rullestolvennlige., og det blir kjørt skisport på Tjønnsstua, Litj-Gjølga og Yrjarhytta i regi av lag og organisasjoner.

Kommunen har flere parker, grøntareal og lekeplasser som legger til rette for uformelle møteplasser.

Valgdeltakelse

Valgdeltakelse kan brukes som et mål på deltagelse og engasjement i samfunnet. I 2023 var det 61,1% av befolkningen som stemte under kommunestyrevalget, som er en liten nedgang fra 2019. Både i Ørland og nasjonalt ser vi at det er høyere andel som stemmer under stortingsvalg sammenlignet med kommunestyrevalg.



Figur 50 og 51. Godkjente stemmesedler eller godkjente stemmegivninger i prosent av stemmeberettigede under stortings- og kommunestyrevalg (2013 – 2023). Kilde: Kommunehelsa statistikkbank (Valgdirektoratet)

5.0 Skader og ulykker

Det har vært en stor nedgang i dødsulykker i Norge de siste tiårene, blant annet på grunn av færre dødsfall i trafikken. Likevel er skader og ulykker en stor utfordring for folkehelsen og utgjør en vesentlig årsak til lidelse, død, uførhet, sykefravær og allmenn funksjonsnedsettelse.

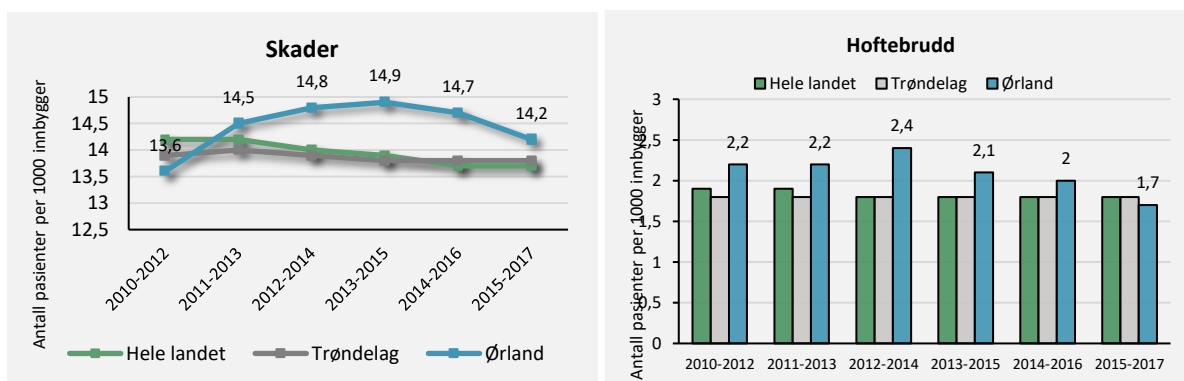
Registrering av skader er et viktig verktøy i det lokale forebyggingsarbeidet. Kommuner kan bruke et registreringssystem til å få oversikt over skadeomfanget, følge utviklingen av ulykker over tid og måle effekten av ulike tiltak. Ulykker og skader kan i stor grad forebygges, og det finnes mange tiltak med dokumentert effekt.



Personskader

Figur 52 viser antall skader i Ørland i perioden 2010 – 2017, skader inkluderer hodeskader, hoftebrudd og forgiftninger. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste skadene.

I 2015 – 2017 hadde Ørland 1,7 hoftebrudd per 1000 innbygger, som tilsvarer i gjennomsnitt 17 hoftebrudd per år i denne 3-års perioden. Et hoftebrudd er anslått å koste samfunnet 500 000 kroner i gjennomsnitt det første året, på grunn av direkte sykdomsbyrde (tapte leveår og helsetap), helsetjenesten og produksjonstap (sykefravær, uførhet og død) (Hektoen, 2014).

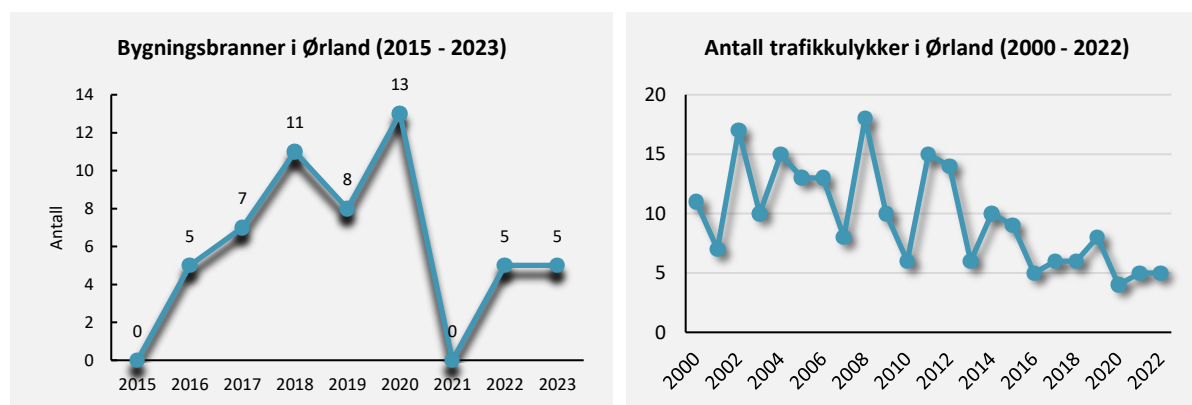


Figur 52 og 53. Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus (gjennomsnitt for 3 år) per 1000 innbyggere, år 2011 – 2017. Kilde: Kommunehelsetatistikkbank (Norsk pasientregister, NPR)

Ulykker i trafikk og brann

I perioden 2012 – 2022 har det vært totalt 2021 trafikkulykker i Ørland kommune, som har inkludert 306 personskader (86% har vært lettere skader, 13% har vært hardt skadde og 1% har vært med dødsfall).

Røykvarslere, komfyrvakt og regulering av temperatur på varmtvann kan forebygge forbrennings- og skåldingsskader i hjemmet.



Figur 54. Kilde: SSB tabell 11997

Figur 55. Trafikkulykker i Ørland. Kilde: [Statens vegvesen](#)

Drukning

I perioden 2017 – 2023 har det vært 57 drukninger i Trøndelag, ingen har vært i Ørland kommune. Hovedårsaken er fall fra land (31 personer) og i forbindelse med fritidsbåt (12 personer), men også bading, dykking, gått gjennom is, kjøretøy i vann er andre årsaker (rs.no).

God svømmeopplæring og riktig bruk av flyteutstyr forebygger drukningsulykker. Dårlige svømmeferdigheter er en risikofaktor for å omkomme i drukningsulykker (WHO, 2014b). Å kunne svømme minst 200 meter er minstekravet for svømmedyktighet. I Ørland rapporterer 84% av ungdom ved sesjon del 1 at de kan svømme minimum 200 meter.

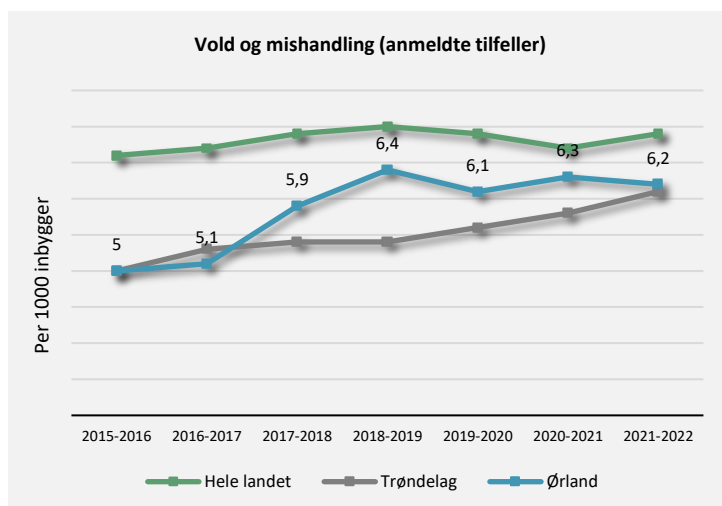


Figur 56. Kilde: Kommunehelses statistikkbank (Vernepliktsverket).

Vold og mishandling

Vold og mishandling har et betydelig omfang og er et alvorlig samfunns- og folkehelse-problem. Det finnes ulike former for vold. Voldsbegrepet omfatter både fysisk vold, seksuelle og psykiske overgrep og omsorgssvikt. Vold i nære relasjoner omfatter vold og overgrep som er rettet mot familiemedlemmer.

Statistikken i figur 57 viser anmeldte lovbrudd i kategorien vold og mishandling (dette omfatter ikke seksuallovbrudd) oppgitt i antall anmeldelser per 1000 innbyggere. Det vil si at det er cirka 62 anmelder årlig i Ørland. De fleste anmelder ikke, som betyr at politiet i mange tilfeller ikke får anledning til å vurdere om en sak skal etterforskes eller ikke.



Figur 57. Anmeldte lovbrudd i kategorien vold og mishandling (omfatter ikke seksuallovbrudd) oppgitt i antall anmeldelser og per 1000 innbyggere. Kilde: Kommunehelses statistikkbank (SSB/politiets register)

Personer med levekårsutfordringer (dårlig økonomi og lavere utdanning) er mer utsatt for vold og overgrep (Dale m.fl., 2023). 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 post traumatisk stress lidelse er vanlig. Vold øker også risikoen for fall i skoleprestasjon og frafall fra utdanningsløp og arbeidsliv.

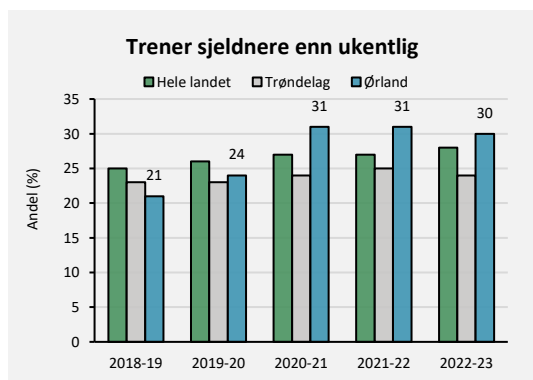
6.0 Helserelatert atferd

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.

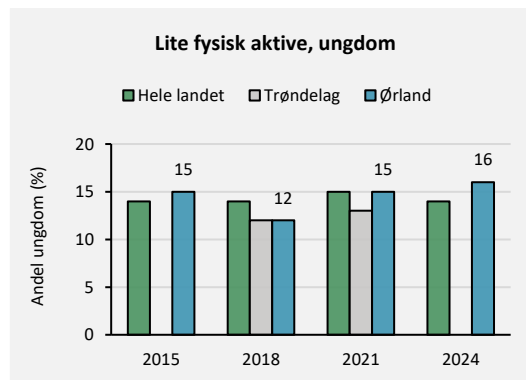


6.1 Fysisk aktivitet

For lite fysisk aktivitet og for mye stillesitting kan øke risikoen for sykdommer som hjerteinfarkt, kreft og type 2-diabetes. **Voksne anbefales å være fysisk aktive 150 til 300 minutter hver uke** med en intensitet som tilsvarer rask gange. **For barn og unge gjelder 60 minutter om dagen.** 30% av ungdom fra sesjon del 1 rapporterer at de trener sjeldnere enn ukentlig, og 16% av elever på ungdomsskolen trener 1 – 2 ganger i måneden eller sjeldnere. De fleste trener på egenhånd eller i idrettslag på ungdomsskolen, mens på videregående trener de hovedsakelig på treningsstudio eller på egen hånd.



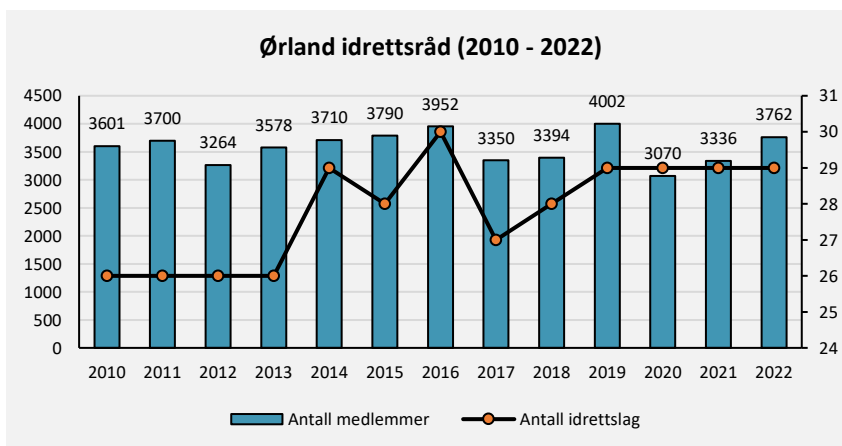
Figur 58. Andel som trener sjeldnere enn en gang i uka. Statistikken viser 2 års gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelsas statistikkbank / sesjon del 1



Figur 59. Andel (standardisert) ungdom som trener ca. 1-2 ganger i mnd eller sjeldnere. Kilde: Kommunehelsas statistikkbank / ungdata

Deltakelse i organisert fysisk aktivitet

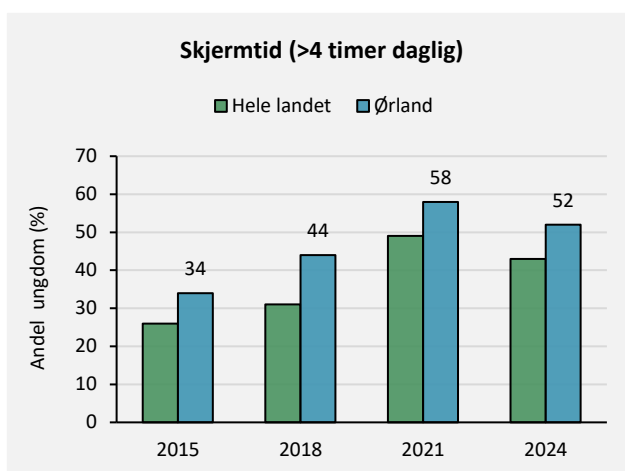
Medlemstall for idretter som ligger under Ørland idrettsråd var i 2022 på 3762 personer, fordelt på 29 idrettslag. Aktiviteter er i stor grad knyttet til barn og unge og drives av frivillige som er den viktigste ressursen i idrettslagene. Det har i det senere årene vært stor satsning på idretten i kommunen, med flere små og store idrettsanlegg. Les mer om idrettsanlegg i Oversiktsdokument idrett, friluftsliv og kultur.



Figur 60. Antall medlemmer og idrettslag i Ørland idrettsråd fra 2010 til 2022. Kilde: Trøndelag idrettskrets (oppdaterte tall juni 2023)

Skjermtid

I barne- og ungdomsårene, øker tiden som benyttes i ro foran ulike skjermer med stigende alder. Mye stillesitting kan gi uheldige helseeffekter, og være forbundet med generelt dårligere helse, dårligere fysisk form og dårligere kardiometabolsk helse (blodtrykk, blodsukker, blodfetter, insulin) blant barn og unge (Carson mflr. 2016). Helsemyndighetene har kommet med anbefalinger til barn, unge, voksne og eldre om å redusere tiden i ro i løpet av dagen. 52% av elever på ungdomsskolen i Ørland sitter mer enn 4 timer daglig på skjerm, utenom skoletid, noe som er en større andel sammenlignet med hele landet (43%). Det er likevel en nedgang fra 2021, som mest sannsynlig var preget av pandemi og lite tilgjengelig aktiviteter.

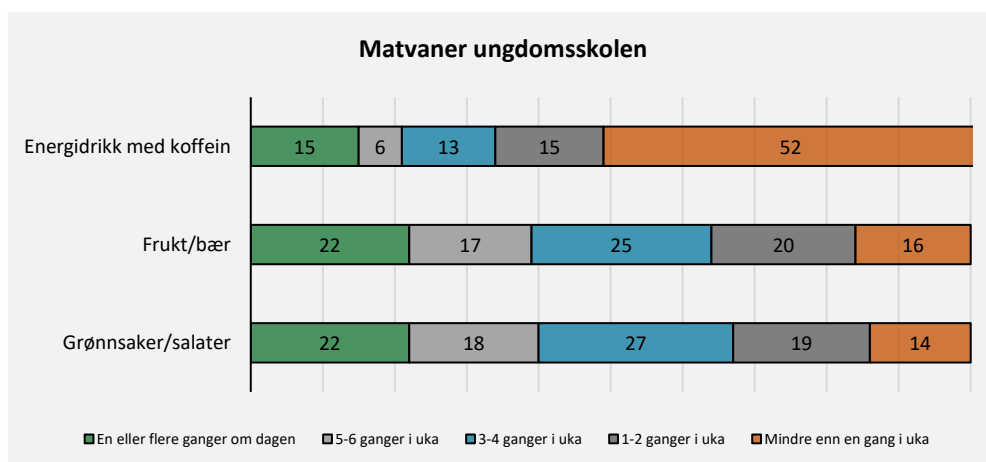


Figur 61. Andel ungdomsskoleelever som bruker mer enn 4 timer på aktiviteter foran en skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) i løpet av en dag, utenom skolen. Kilde: Ungdata

6.2 Kosthold og ernæring

Forskning konkluderer med at det er en sammenheng mellom det å spise frukt, bær og grønnsaker og redusert risiko for hjerte- og karsykdommer og flere vanlige kreftformer. Derfor har helsemyndighetene gått ut med anbefalingen *Spis minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag*. I [HUNT-rapporten](#) fra 2019 rapporterer 59% av menn og 42% av kvinner i Ørland at de spiser frukt sjeldent.

Cirka 60% av elevene på ungdomsskolen spiser frukt og grønnsaker 4 dager i uka eller sjeldnere (figur 62). 21% av elevene oppgir også at de drikker energidrikk med koffein 5 dager i uka eller mer.

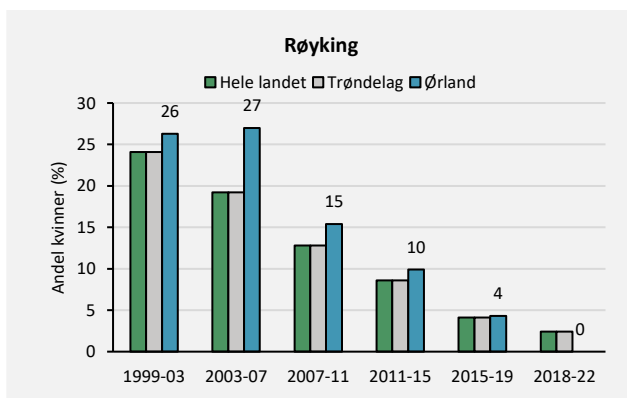


Figur 62. Kilde: Ungdata 2024

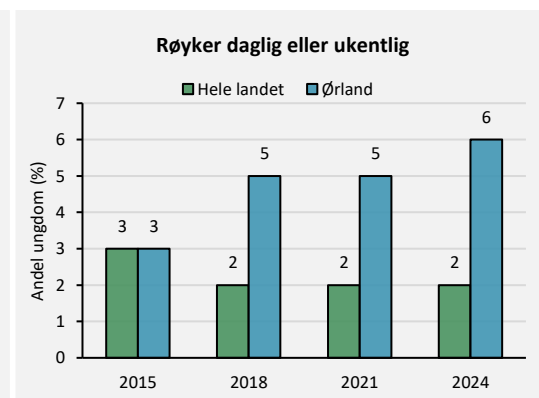
6.3 Tobakk og rusmidler

Røyking

Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. I Norge og Ørland har vi sett en betydelig nedgang i røyking gjennom de siste årene, noe som på sikt vil ha stor betydning for bedring av folkehelse og reduksjon av dødelighet i befolkningen. 6% av elever på ungdomsskolen rapporterer at de røyker daglig eller ukentlig, som er høyere enn landsgjennomsnittet (2%). 9% av elever på ungdomsskolen rapporterer at de bruker e-sigaretter daglig eller ukentlig (Ungdata 2024). Sosiale medier kan ha bidratt til nye eksponeringsflater og forsyningskilder for e-sigaretter, men også for andre tobakksprodukter.



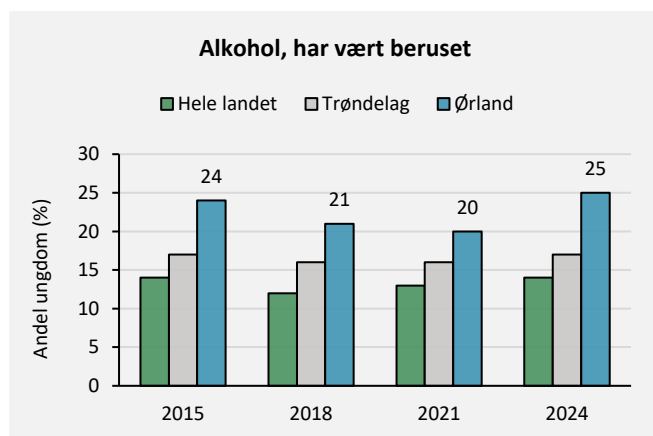
Figur 63. Andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll, i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Kilde: Khs.fhi.no



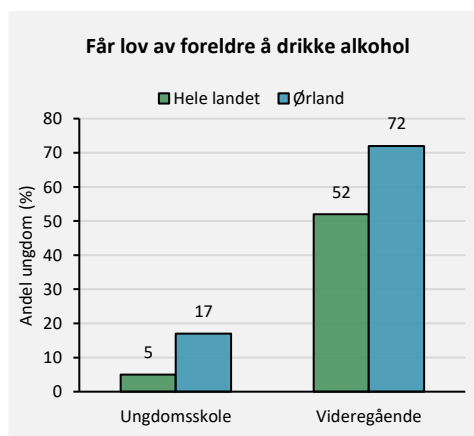
Figur 64. Andel ungdomsskoleelever som rapporterer at de røyker daglig eller ukentlig. Kilde: Ungdata

Alkohol

25% av ungdomsskoleelever og hele 78% av videregående elever i Ørland har drukket seg beruset siste år (Ungdata 2024). Her ligger vi godt over landsgjennomsnittet både for ungdomsskole (14%) og videregående (59%). Høyt alkoholkonsum slik at man blir beruset er forbundet med ulykker og vold, og høyt forbruk av alkohol over tid øker risikoen for en rekke psykiske og fysiske sykdommer. I Norge er det 18 års aldersgrense for kjøp og konsum av alkohol. Likevel oppgir 17% av elever på ungdomsskolen at de får lov av foreldre å drikke alkohol.



Figur 65. Andel ungdomsskoleelever som har vært beruset i løpet av det siste året. Kilde: Ungdata

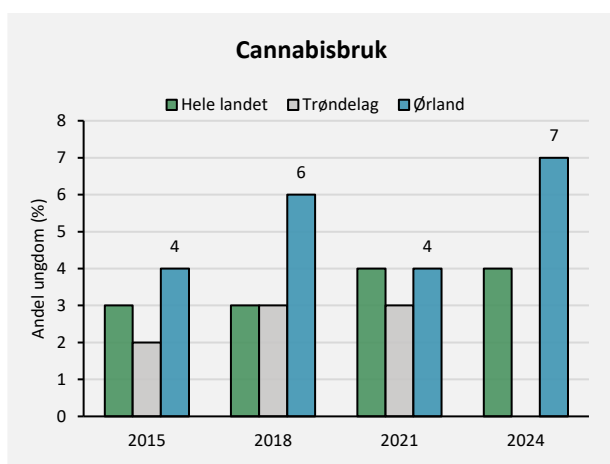


Figur 66. Andel elever på ungdomsskole og videregående i Ørland som oppgir at de får lov fra foreldre/foresatte å drikke alkohol. Kilde: Ungdata (år 2024)

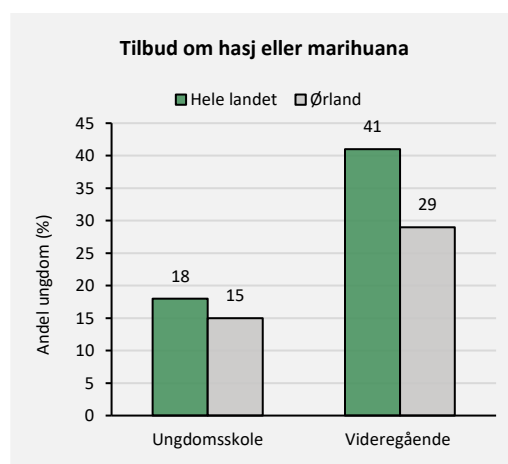
Andre rusmidler

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. Selv om flere har fått tilbud om hasj eller marihuana (figur 68), er det kun et fåtall som har prøvd siste år (7% av ungdomsskoleelever og 9% av videregående elever).

Samtidig forteller helsetjenestene og politi om en økning i bruk av illegale rusmidler de siste årene, hovedsakelig blant ungdom og unge voksne, 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.



Figur 67. Andel ungdomsskoleelever som prøvd hasj eller marihuana siste år. Kilde: Ungdata



Figur 68. Andel elever på ungdomsskole og videregående som har blitt tilbudt hasj eller marihuana siste år. Kilde: ungdata (2024)

7.0 Helsetilstand

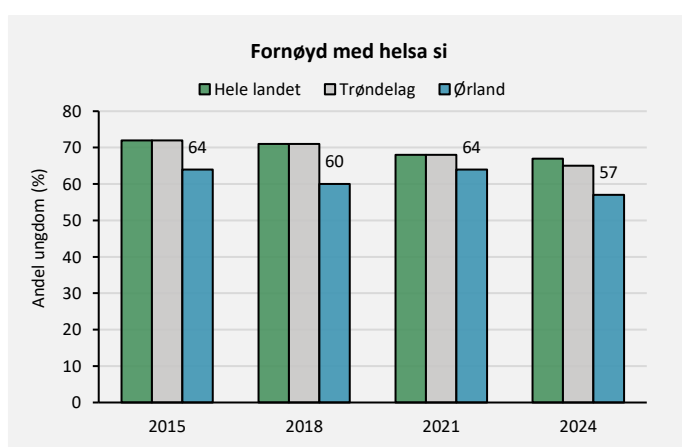
Med befolkningssammensetning menes grunnlagsdata om befolkningen som omfatter antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster. Denne informasjonen er viktig i vurderingen av øvrig informasjon, og vil være vesentlig for å vurdere totalbildet i kommunen. Dette gjelder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

7.1 Overordnet helsetilstand

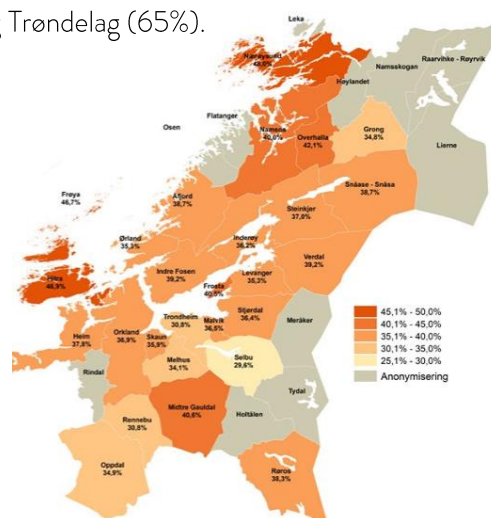
Den generelle helsen til nordmenn er god. De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men forbedringen har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. Mesteparten skyldes bedre levekår og godt folkehelsearbeid, men også moderne medisinsk behandling har gitt viktige bidrag. De senere årene har imidlertid antall som lever med levevanerelaterte sykdommer og plager økt.

Fornøyd med helsa si

Egenvurdert helse er en viktig indikator for sykkelighet og bruk av helsetjenester, og anvendes til å overvåke befolkningens helsestatus over tid. De aller fleste har en positiv innstilling til egen helse, og litt flere unge enn eldre vurderer sin egen helse som god. 57% av elever på ungdomsskolen rapporter at de er fornøyde med helsa si, som er lavere enn gjennomsnittet i Norge (67%) og Trøndelag (65%).



Figur 69. Prosentandel av elevene på ungdomstrinnet som er fornøyd med helsa si. Kilde: Ungdata



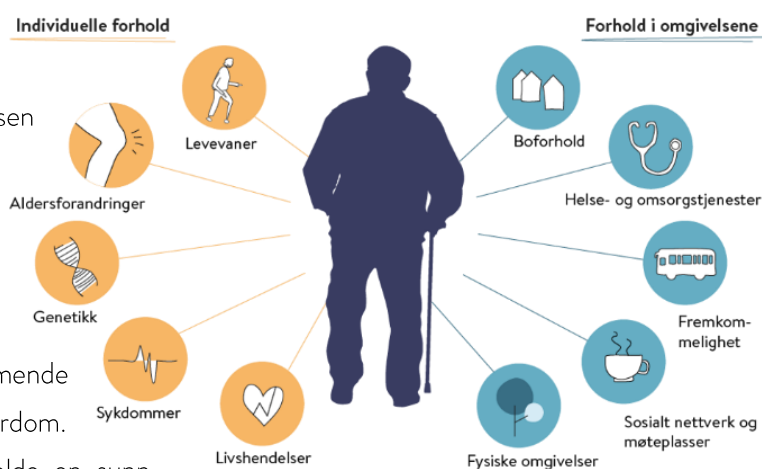
Kart 8. Andel eldre over 70 år som rapporterer dårlig egnevurdert helse i kommuner i Trøndelag (aldersstandardisert). Figuren vises for kvinner. Kilde: HUNT-4

Eldres helse

HUNT4-rapport om hjemmeboende eldre, gjengitt i kart 8, viser at cirka 35% eldre over 70 år i Ørland rapporterer at de har dårlig egenvurdert helse (Karlsen m.fl, 2024). Andelen øker med økende alder. Eldre er ikke en ensartet gruppe, og det er stor variasjon i helse og skrøpelighet i eldre år.

Det er mulig å påvirke helse og funksjon gjennom hele livsløpet, også i eldre år. Å legge til rette for helsefremmende levevaner gjennom hele livet, er viktig for en god alderdom.

Fysisk aktivitet, et variert kosthold og å opprettholde en sunn kroppsvekt har helsegevinster fordi det forebygger kroniske sykdommer.

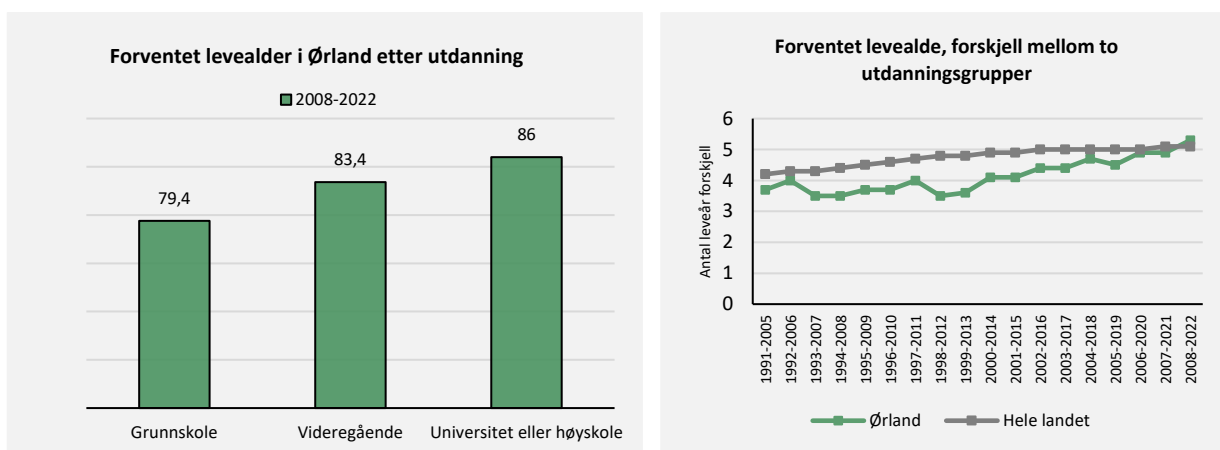


Illustrasjonen «Hva påvirker eldres helse?» hentet fra [folkehelseprofilen 2024](#).

Forventet levealder

Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for gruppen med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn de med kortere utdanning og lavere inntekt. Det ser vi også gjelder for Ørland i figur 70. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

Med økt levealder kan flere mennesker oppleve en lengre periode med god helse og aktivt liv. Samtidig kan det også bety at flere mennesker lever med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger over lengre tid, noe som krever mer omfattende omsorg. På grunn av økt levealder vil vi også se en økning i aldersrelaterte sykdommer som demens.



Figur 70 og 71. Forventet levealder ved 30 års alder, etter høyeste fullførte utdanningsnivå, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell. Statistikken viser 15 års gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelsas statistikkbank (SSB)

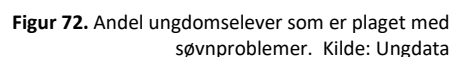
Demens

Andelen med demens i Ørland var i 2020 2,29%. Gjennomsnittet i Norge er på 1,88% i samme periode. Utvikling av demens har en sammenheng med økt alder. Befolkningen i Ørland er eldre enn gjennomsnittet i Norge, og har derfor også en høyere andel med demens. I 2040 er det forventet at 408 personer (3,75%) har demens i Ørland. Likevel ser man en økning i antall yngre pasienter med demens, uten at en ikke vet årsaken til det.

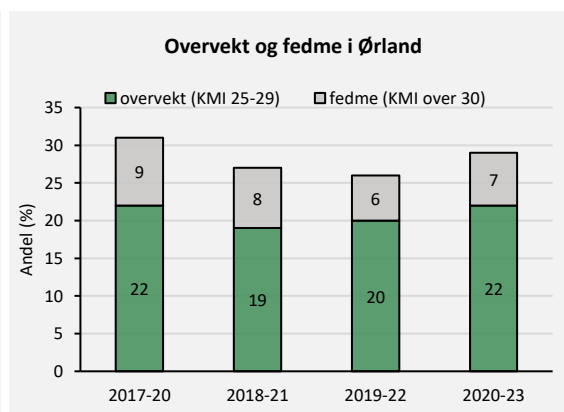
År	2020	2025	2030	2040	2050
Antall personer	236	274	320	408	495
% av befolkningen	2,29%	2,63%	3,02%	3,74%	4,46%

Tabell 5. Anslått antall personer med demens i Ørland (år 2020 – 2050). Kilde: demenskartet.no

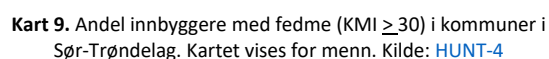
Søvn er viktig for både fysisk og psykisk helse. Hvor mye søvn vi trenger er individuelt. For ungdom mellom 14 – 17 år anbefales å sove minst 8 timer per natt. Søvnproblemer er en av de vanligste helseplagene i befolkningen. Risikofaktorer for søvnproblemer er støy, kronisk sykdom, psykiske vansker, skiftarbeid, koffein, årstider, skjermbruk, stress og arvelige faktorer (FHI, 2023).



I Ørland har 29% av 17-åringer en kroppsmasseindeks (KMI) tilsvarende overvekt eller fedme. Det er en høyere andel enn gjennomsnittet i landet (23%) og Trøndelag (24%). De fleste ligger i KMI-kategorien overvekt, mens 7% har KMI over 30 (kategori fedme). Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha psykiske helsekonsekvenser.

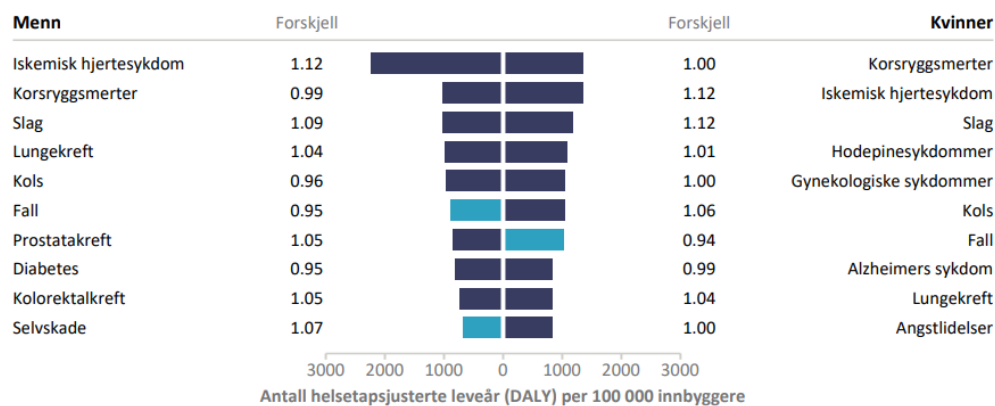


Data fra HUNT-undersøkelsen viser at 23,3% av menn og 21,9% av kvinner har fedme (KMI over 30) (Kvistad m.fl 2021). Data fra sesjon og HUNT er begge selvrappport høyde og vekt. I sørlige Trøndelag varierer fedmeforekomsten for kvinner fra 14 % (Trondheim) til 32 %, mens den for menn varierer fra 14 % til 29 %. HUNT-undersøkelser over tid har vist at samfunnsendringer har påvirket veksten hos alle, men at de som er mest genetisk sårbare har blitt hardest rammet av de endrede samfunnsbetingelsene (Brandkvist mf.l 2020).



Sykdomsbyrde (Global burden of disease)

Sykdomsbyrdeberegninger viser hvordan ulike sykdommer, skader og risikofaktorer rammer en befolkning i form av redusert livskvalitet og dødelighet. De viktigste årsakene til samlet sykdomsbyrde (helsetapsjusterte leveår) i Trøndelag var iskemisk hjertesykdom, korsryggsmerte og slag hos begge kjønn (figur 75).



Figur 75. Topp 10 årsaker til samlet sykdomsbyrde (helsetapsjusterte leveår) hos menn og kvinner i Trøndelag, 2019. Hentet fra fhi.no

7.2 Ikke-smittsomme sykdommer

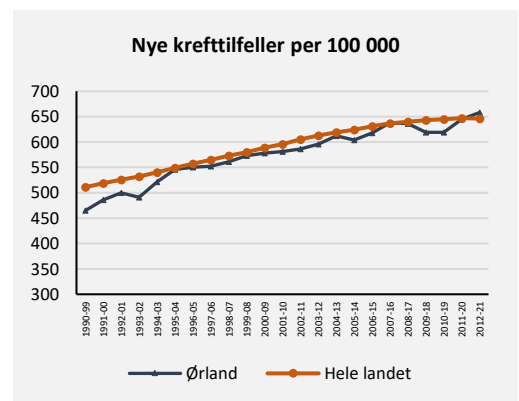
Begrepet omfatter hjerte- og karsykdommer, diabetes, lungesykdommer og kreft. Fram til 2040 ventes det en ytterligere økning i antall krefttilfeller, i hovedsak som følge av økende befolkning og økt levealder. De felles risikofaktorene for ikke-smittsomme sykdommer er tobakksforbruk, overdrevent alkoholforbruk, fysisk inaktivitet og usunt kosthold.

Folkehelse rapporten 2022 «[framtidens utfordringen for folkehelsen](#)» nevner i hovedbudskapet at enkelte ikke-smittsomme sykdommer vil fortsette å være stabilt viktige årsaker til sykdomsbyrde i arbeidsfør alder.

Kreft

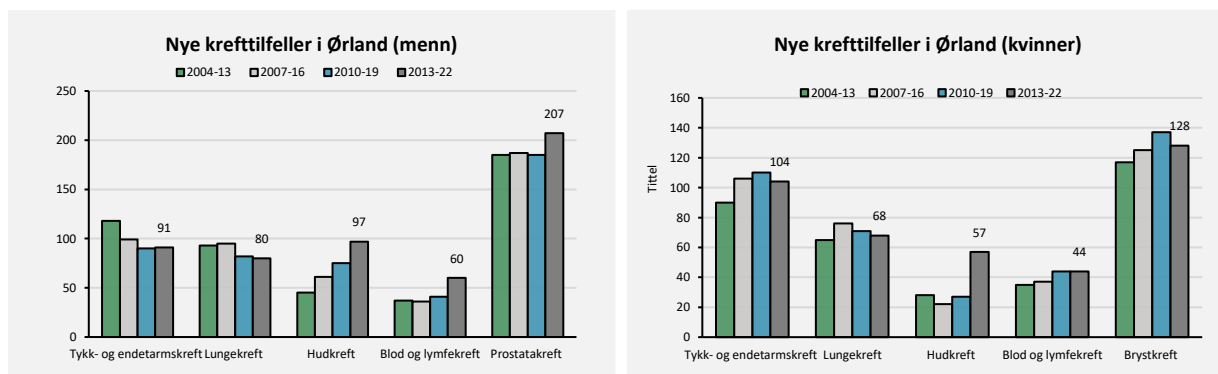
Kreft er en utbredt sykdomsgruppe som mange blir berørt av, enten direkte eller indirekte som pårørende. Figur 76 viser at vi har en generell økning i kreft, i likhet med utviklingen nasjonalt. En viss økning i antall krefttilfeller er ofte normalt, både fordi vi blir flere mennesker og fordi populasjonen blir eldre. De fire vanligste kreftformene i Norge er prostata-, bryst-, lunge-, og tykktarmskreft. I Ørland ser vi en økning noen kreftformer som hudkreft og prostatakreft hos menn og hudkreft hos begge kjønn.

Selv om flere og flere får kreft, er det stadig flere som blir helt friske, og mange av de som har kreft lever lenger og har høyere livskvalitet enn tidligere. Dette skyldes en kombinasjon av forebygging, tidligere diagnostisering, og flere, bedre og mer tilpassede behandlingsmåter for de ulike kreftformene. Det at flere



Figur 76. Nye krefttilfeller i Ørland og hele landet (1990 – 2021). Kilde: Kommunehelses statistikkbank

blir friske av kreft, og at de som har kreft lever lengre med sin sykdom, betyr at antallet "kreftoverlevende" har økt kraftig. Samtidig er det mange som lever med bivirkninger og seneffekter knyttet til kreftbehandling.



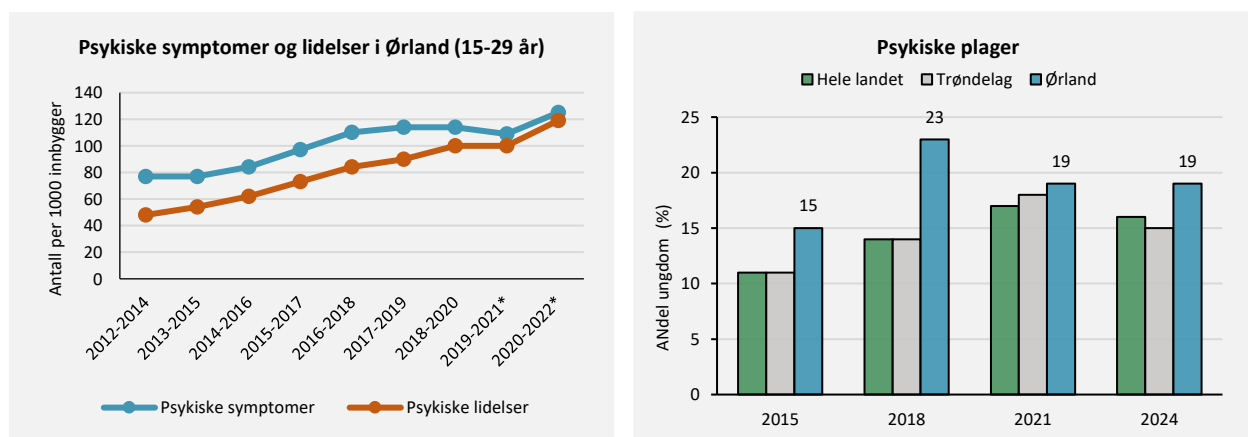
Figur 77 og 78. Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år for menn og kvinner i Ørland. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt.
Kilde: Kommunehelsas statistikkbank

Psykisk helse

Når vi snakker om psykisk uhelse, skiller vi mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager beskriver plager som for eksempel engstelse, nedstemthet og uro. Begrepet psykiske lidelser blir først brukt når symptombelastningen er stor, varer over tid og er av en slik karakter at kriteriene for en klinisk diagnose er oppfylt.

De fleste barn og unge i Norge trives og har god psykisk helse. Samtidig viser undersøkelser at antall ungdom som rapporterer om psykiske plager har økt de siste tiårene både i Ørland og landet som helhet. Psykiske lidelser og rus, i tillegg til og muskel- og skjelettplager koster samfunnet mest, i form av behandlingskostnader og tapt arbeidskraft (Kinge m.fl., 2017, Kinge m.fl. 2023).

Tilbakemeldinger fra helsetjenester er antall brukere innenfor psykisk helse og rus har økt betraktelig. Både lokalt NAV og barnevern opplever at de fleste saker omhandler psykisk uhelse.

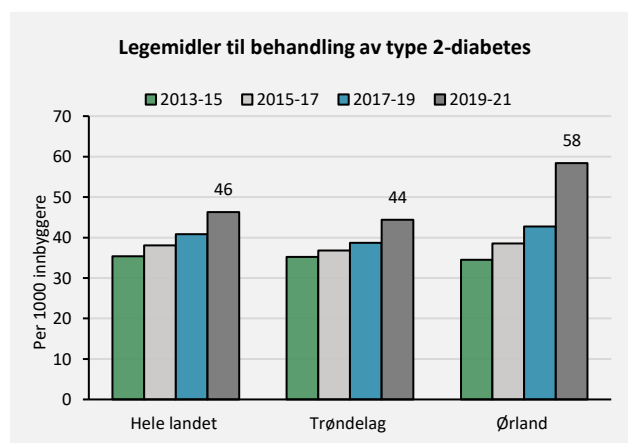


Figur 79. Antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år og skiller mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Kilde: KHS

Figur 80. Kilde: Kommunehelsas statistikkbank / ungdata

Diabetes

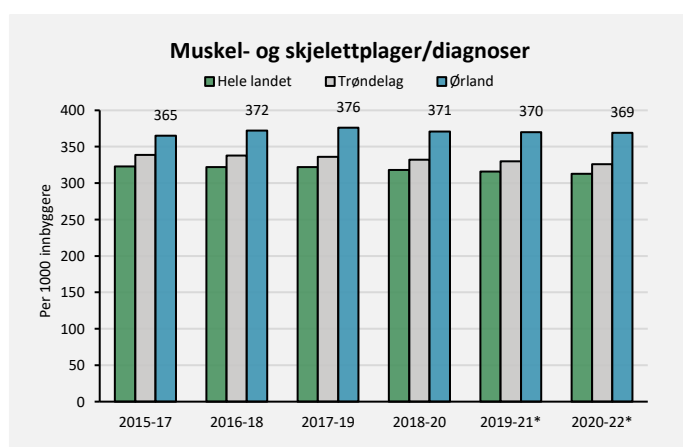
Diabetes betyr at blodsukkeret er for høyt. Spesielt for diabetes type 2 er det levevaner som utgjør risiko for sykdom. I Ørland kommune er det en høyere andel innbyggere som får legemidler til behandling av diabetes type 2 (58 per 1000 innbygger), sammenlignet med Trøndelag og hele landet. En eldre befolkning har generelt høyere forekomst av diabetes. Ørland har en større andel eldre innbyggere sammenlignet med resten av Norge og Trøndelag, som kan bidra til høyere diabetesrater. Høyere bevissthet om diabetes og bedre diagnostiseringspraksis i Ørland kan også resultere i en høyere andel diagnostiserte tilfeller.



Figur 81 Brukere av legemidler i aldersgruppen 30-74 år. Brukere defineres som personer som i løpet av året har hentet ut minst én resept i apotek. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: kommunehelsa statistikkbank

Muskel- og skjelettplager

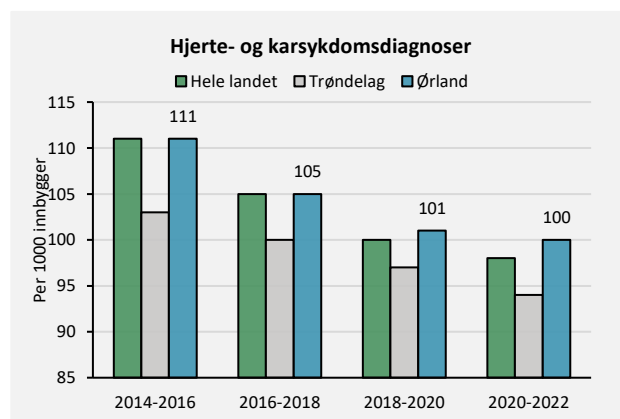
Ørland kommer dårligere ut enn lands- og Trøndelagsgjennomsnittet når det gjelder antall personer som oppsøker fastlege eller legevakt med muskel- og skjelettsmerter. Samlet sett er muskel- og skjelettsykdommer den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest», selv om de fleste tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet (Lærum, 2013). I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet. Muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager omfatter en lang rekke ulike tilstander som har det til felles at de er forbundet med smerte og eventuelt nedsatt funksjon knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Risikofaktorer, og dermed også mulighetene for forebygging, avhenger av diagnose. Sett under ett har mange typer muskel- og skjelettsykdommer og -plager sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og til dels også overvekt. Muskel- og skjelettsykdommer er vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status.



Figur 82. 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
*2021 data mangler pga. utilstrekkelig tallgrunnlag.

Hjerte- og karsykdommer

Med hjerte- og karsykdommer mener en sykdommer som skyldes trange blodårer og fettavleiring i blodårer, og som kan føre til blant annet hjerteinfarkt og hjerneslag. 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 utdanning og/eller lav inntekt, er hjerte- og kardødeligheten samlet sett høyere enn blant dem som har høyskole- og universitetsutdanning.

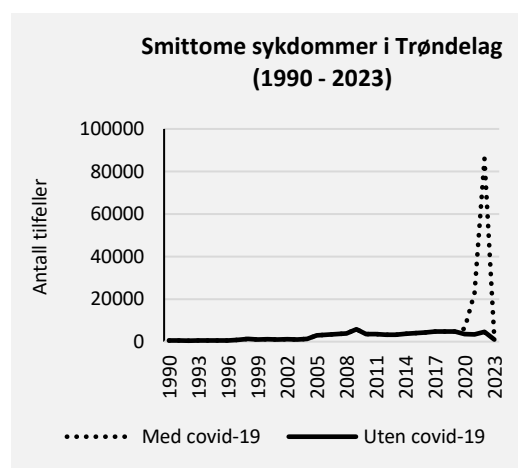
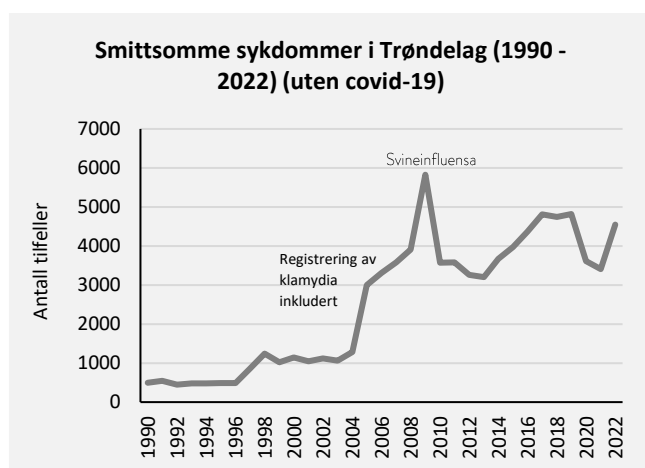


Figur 83. Antall brukere per 1000 innbyggere av primærhelsetjenesten med hjerte- og karsykdomsdiagnoser (0-74 år). Gjennomsnitt 3-års perioder. Kilde: KommuneHelse statistikkbank

7.3 Smittsomme sykdommer

Godt smittevern i og utenfor helsetjenesten, høy vaksinasjonsdekning, riktig bruk av antibiotika og effektive overvåkingssystemer er en forutsetning for at vi kan holde smittsomme sykdommer under kontroll i Norge. Samtidig ser vi at internasjonal handel, migrasjon og klimaendringer bidrar til spredning infeksjonssykdommer til nye områder, hvor covid-19 pandemien er et godt eksempel.

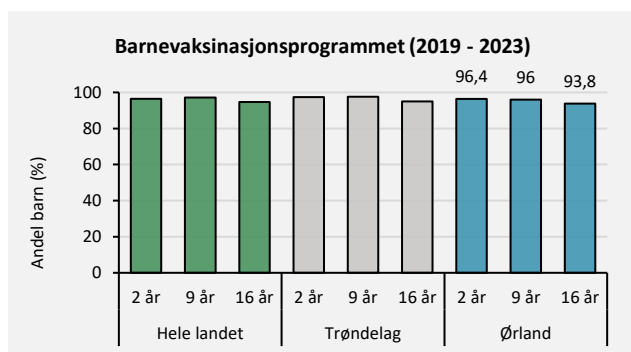
I perioden 2020 – 2023 var preget av covid-19, også i Ørland kommune. Folkehelse rapportens temautgave (2022) peker på at det er økt sannsynlighet for pandemier de neste tiårene. Beredskap mot smittsomme sykdommer vil være svært viktig i årene fremover.



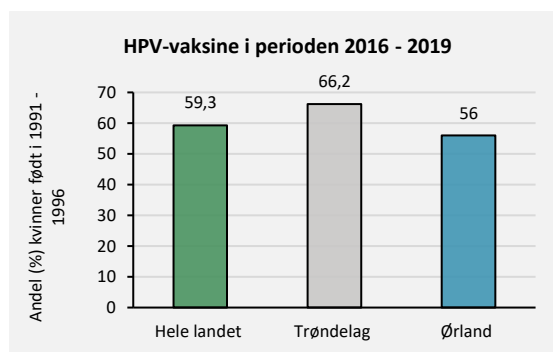
Figur 84 og 85. Antall tilfeller av smittsomme sykdommer i Trøndelag (1990 – 2023), med og uten covid-19. Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet

Vaksinasjon

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 vaksinasjonsdekning vil det sirkulere lite smitte i befolkningen, og det vil føre til at de uvaksinerte indirekte blir beskyttet.

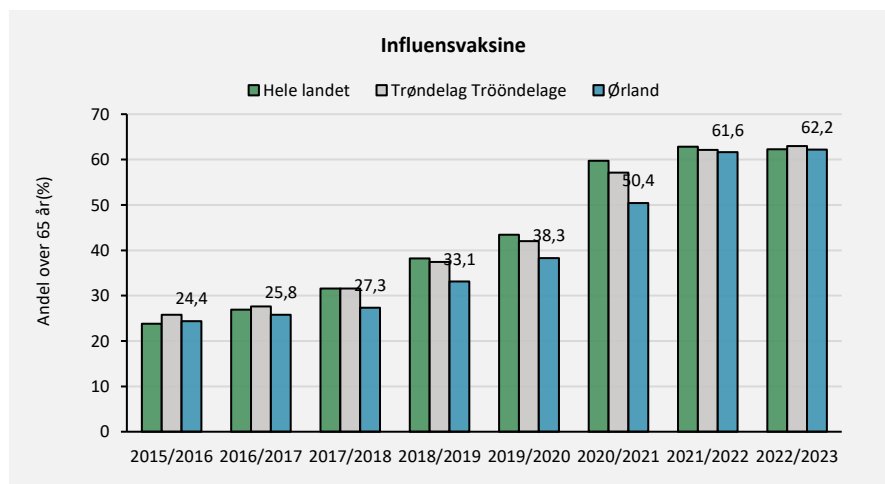


Figur 86. Vaksinasjonsdekning blant 2, 9 og 16-åring i perioden (5-årig gjennomsnitt). Kilde: Kommunehelsas statistikkbank (Nasjonal vaksinasjonsregister SYSVAK)



Figur 87. Andelen (%) kvinner født 1991-1996 som har mottatt minst én dose HPV-vaksine i perioden 2016-2019. Kilde: Kommunehelsas statistikkbank (Nasjonal vaksinasjonsregister SYSVAK)

I 2022/23 hadde 62% av Ørlands befolkning over 65 år tatt influensavaksine. Det har vært en stor økning siden 2015/16 da kun 24% hadde tatt vaksinen, og spesielt etter covid-19 pandemien. Kommunen har aktivt oppsøkt og sendt ut påminnelse om influensavaksine og hatt flere informasjonskampanjer etter pandemien.



Figur 88. Andel personer over 65 år med registrert vaksinert mot influensa. Kilde: Kommunehelsas statistikkbank (Nasjonal vaksinasjonsregister SYSVAK)

Kilder

- Brandkvist m.fl (2020). Genetic associations with temporal shifts in obesity and severe obesity during the obesity epidemic in Norway: A longitudinal population-based cohort (the HUNT Study). PLoS Medicine, 17(12): e1003452
- Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput JP, et al. (2016). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. Applied Physiol Nutr Metab. 2016;41(6 Suppl 3):S240–65.
- Dale, M. T. G., Aakvaag, H. F., Strøm, I. F., Augusti, E. M., & Skauge, A. D. (2023). Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 1).
- FHI (2023). Søvnvanser i Norge i Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Sist oppdatert 20.01.2023. Hentet fra fhi.no (06.06.2024)
- Folkehelseloven Helse- og omsorgsdepartementet. LOV 24.06.2011 nr. 29. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet.
- Folkehelse rapportens temautgave 2022: Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022.
- Harold, G. T., & Sellers, R. (2018). Annual Research Review: Interparental conflict and youth psychopathology: an evidence review and practice focused update. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 59(4), 374–402.
- Hektoen, L. F. (2014). Kostnader ved hoftebrudd hos eldre (Rapport nr. 3 - 2014). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Helsedirektoratet (2010). Anbefaling for praktisk inneklimaarbeid i barnehager og skoler. Oslo: Helsedirektoratet, 2010. IS-2480
- IMDi.no. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. Hentet fra: <https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/statistikk/> (01.06.2024)
- Karlsen m.fl. (2024). Helse hos hjemmeboende eldre i Trøndelag i 2019. HUNT forskningssenter, NTNU
- Kinge, JM m.fl. (2017). Economic losses and burden of disease by medical conditions in Norway. Health Policy, Volume 121, 6
- Kinge, JM m.fl. (2023). Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study. BMC Med 21, 201
- Kvistad m.fl. (2021). Overvekt og fedme i Trøndelag 2019. HUNT forskningssenter, NTNU
- Lærum, ES m.fl. (2013). Et muskel- og skjelettrengskap: forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet: MST-rapport 1/2013. . Oslo: Oslo Universitetssykehus.
- Rs.no. Redningsselskapets drukningsstatistikk. Hentet fra: <https://rs.no/drukning/> (25.04.2024)
- SSB (2016). Støyeksponering og støyplage i Norge 1999 - 2014: Flere nordmenn utsatt for støy. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2016. Hentet fra: <https://www.ssb.no/natur-og-miljo/artikler-og-publikasjoner/flere-nordmenn-utsatt-for-stoy> (11.06.2024).
- SSB (2022). Innvandring vil sørge for befolkningsvekst fra 2050. Statistisk sentralbyrå. Publisert 5.07.2024. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/statistikk/nasjonale-befolkningsframskrivinger/artikler/innvandring-vil-sorge-for-befolkningsvekst-fra-2050> (07.05.2024).

SSB (2024). Marginal nedgang i fruktbarheten. Statistisk sentralbyrå. Publisert 13.03.2024. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte/artikler/Marginal-nedgang-i-fruktbarheten> (05.05.2024)

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

Ungdata. Velferdsforskningsinstituttet NOVA. Ungdata. OsloMet. <http://www.ungdata.no/>.

WHO (2014a) 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>.

WHO (2014b). Global report on drowning: preventing a leading killer. Spain: World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/global-report-on-drowning-preventing-a-leading-killer>