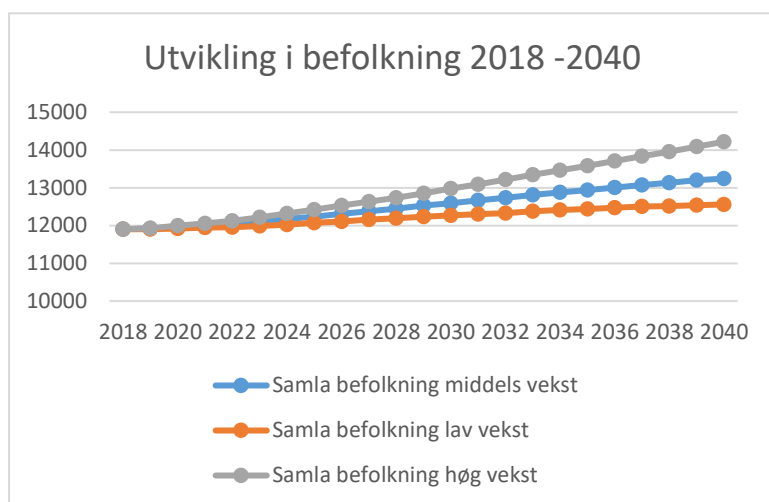


OPPDATERT OVERSYNSDOKUMENT- bakgrunnsdata til kommuneplanen sin samfunnsdel (KPS)

Dette er eit oppdatert oversynsdokument. Gjeldande oversynsdokumentet «Folkehelse i Bømlo kommune 2015-2016», ligg til grunn. Desse bakgrunnstala er kunnskapsgrunnlag for den vidare handsaminga og dei politiske vedtaka av kommuneplanen sin samfunnsdel, arealdel og andre kommunedelplanar. Sjå «Fagnotat– Arbeidet med kommuneplanen sin samfunnsdel (KPS), KDP Oppvekst og oppdatert oversynsdokument» for drøftingar.

DEMOGRAFI

Bømlo har hatt ei netto folkevekst kvart år sidan 2006. Auken i folketalet har i hovudsak skuldast ei netto innflytting til kommunen frå utlandet, i stor grad i form av arbeidsinnvandring. Utanom innvandringa har det vore ei netto utflytting i Bømlo kommune (sjå oversiktsdokument 2015/2016).



SSB har i 2018 lagt fram nye prognosar for utviklinga i folketalet framover (alle tal for demografi er henta frå ssb.no).

Prognosane skisserer 3 alternative scenario, eit med høg vekst, eit med middels vekst, og eit med låg vekst.

Utvikling av befolkninga i Bømlo vil vere avhengig av både lokale, nasjonale og internasjonale

trender. Viktige faktorar er arbeidsplasser og innvandring, men òg om det skjer endring i levealder. Hovudtrenden i dag er at dei unge trekker mot sentrale strøk, mens dei eldre blir buande i heimkommunen.

Fleire eldre, færre arbeidsføre

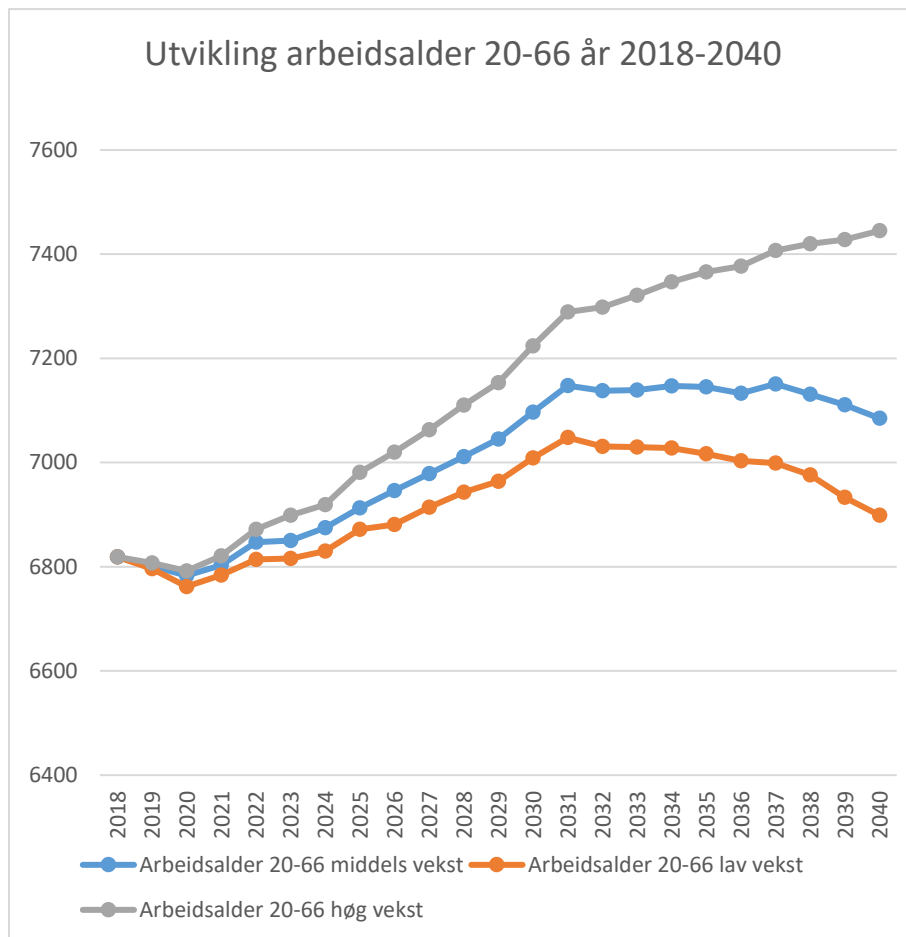
Trenden i Bømlo er at mange unge flytter ut for å ta utdanning, men at ein del kjem tilbake når dei har stifta familie. Det er ei overvekt av menn som blir verande i kommunen, og det er ein overvekt av menn i alle aldersklasser fram til 80-årsalderen¹.

Uavhengig av alternativ vil det skje ei utvikling med ei sterk auke i talet på eldre og ein mindre del av befolkninga i normal arbeidssalder (20-66 år). Ei berekning av arbeidssaldersgruppa mot

¹ sjå kap 3.3. i oversynsdokument «Folkehelse i Bømlo kommune»

pensjonistgruppa viser ein stor nedgang i talet på arbeidsføre versus pensjonistar, frå 3,9 arbeidsføre pr. pensjonist i dag, til 2,4 arbeidstakarar pr. pensjonist over 67 år i 2040.

Dersom det vert ei netto innvandring = 0 så vert bildet enno dårlegare og kommunen vil ha 2,2 arbeidsføre pr. pensjonist. Då er barn, unge og studentar som òg skal forsørgjast ikkje tatt med.



Diagrammet viser ei kraftig auke i talet på personar over 67 år, uavhengig av om det blir lav, middels eller høg vekst.

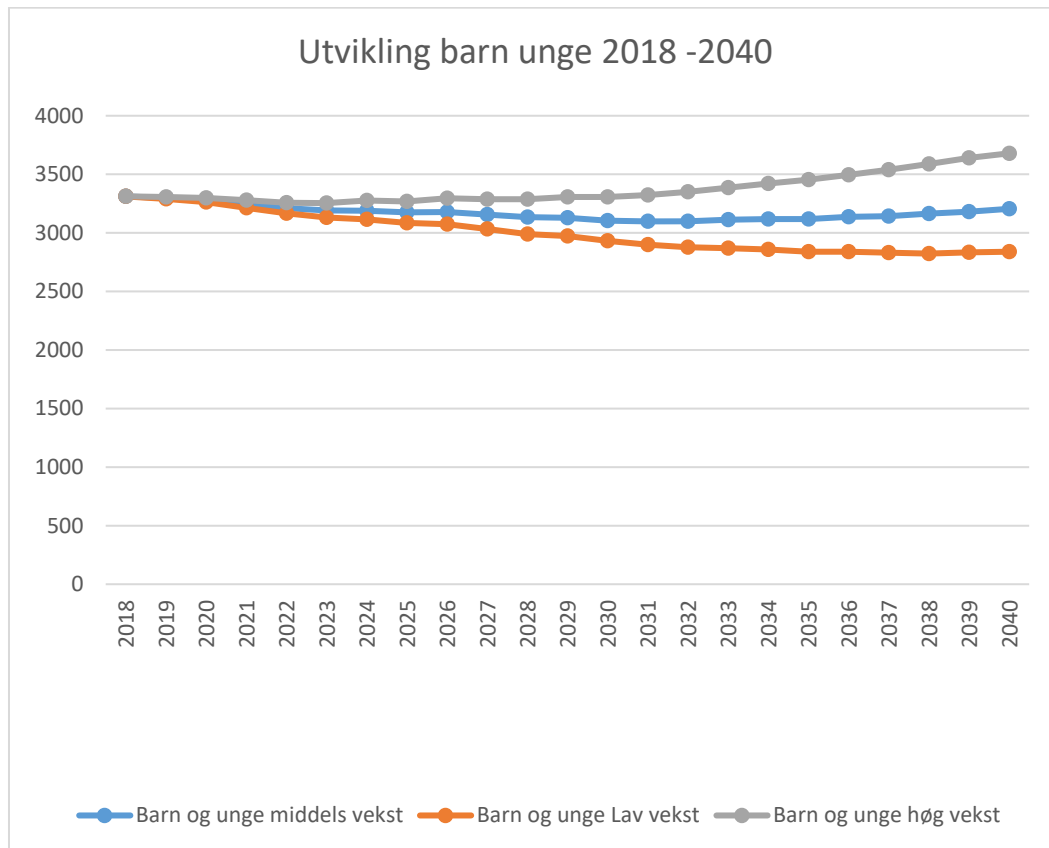
Talet på arbeidsføre i forhold til pensjonistar vil vere avhengig av pensjonsalder for alderspensjonistar og talet på uføre i arbeidsfør alder.

Flytting og konsekvensar

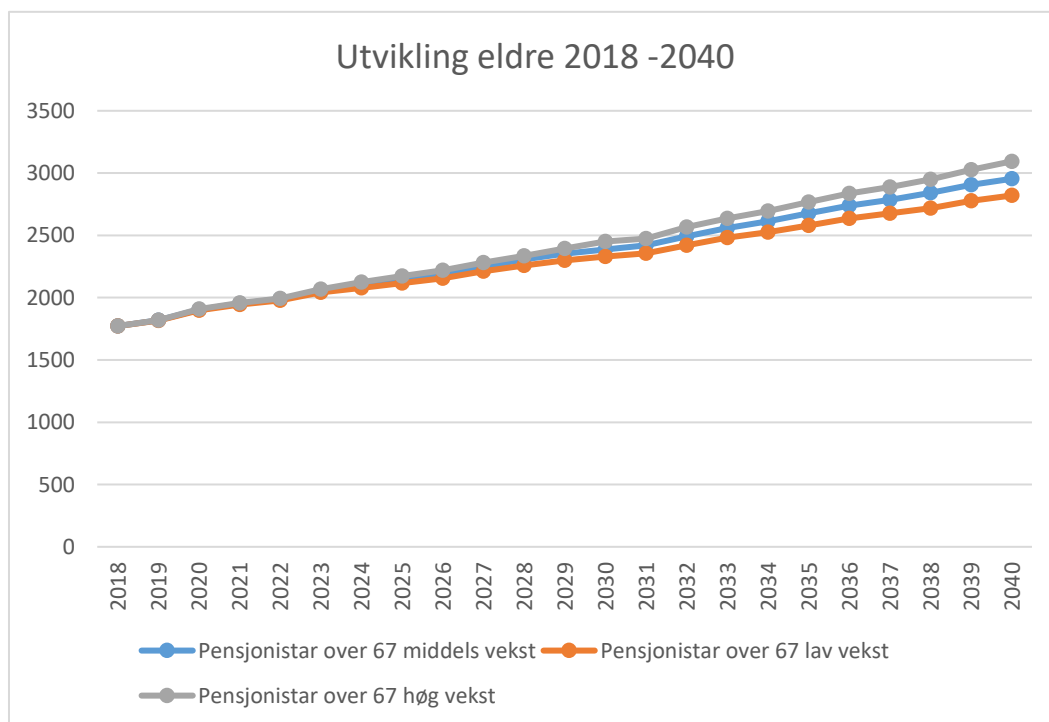
Til no har ein stor del av innvandringa til Bømlo vore arbeidsinnvandring, og vidare utvikling av arbeidsinnvandring vil ha potensielt stor påverknad på forholdstalet mellom pensjonistar og arbeidsføre.

Utflytting av unge og auke i unge uføre vil ha ei negativ verknad, medan tilflytting av unge familiar, arbeidsinnvandrarar og eit godt skule- og arbeidstilbod vil kunne ha ei positiv verknad på forholdstalet.

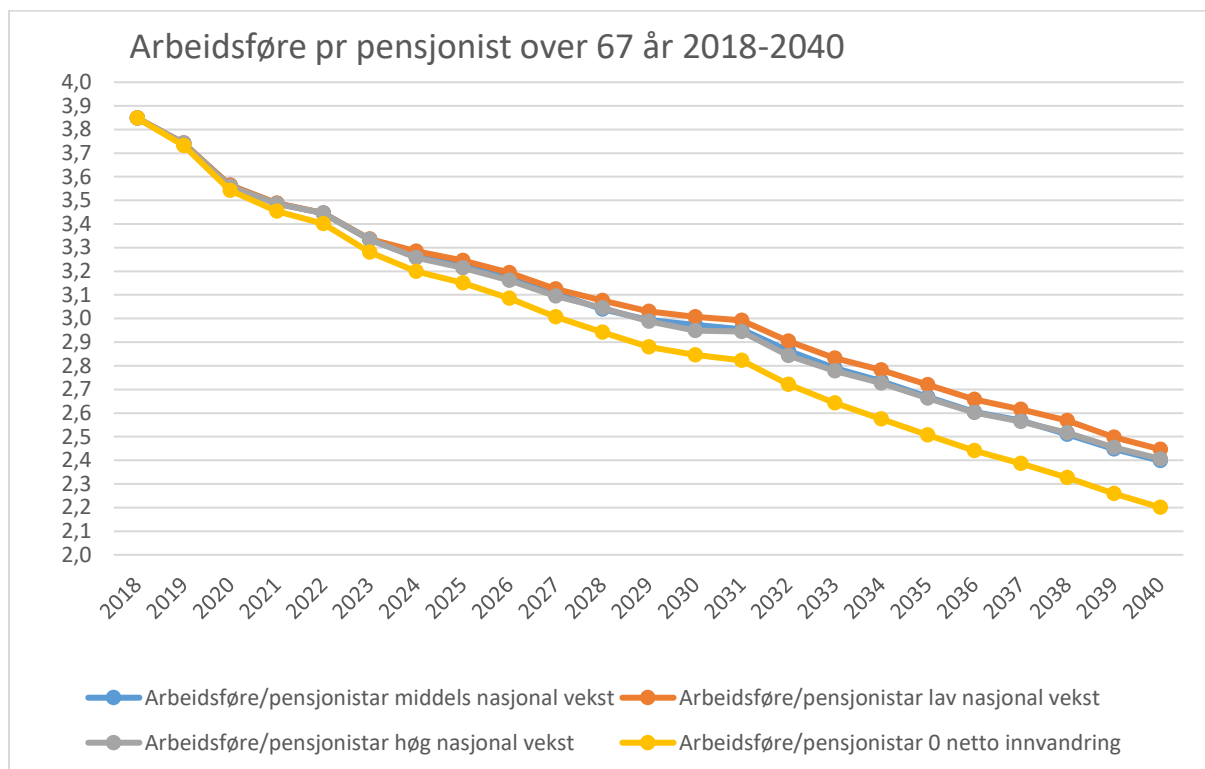
Med låg eller middels vekst av barn og unge, vil nivået fram mot 2040 ikkje vere høgare enn i 2018. «Høg vekst»-alternativet kan gje positiv vekst for perioden.



I alle alternative blir det auka del av personar over 67 år, med nær i dobling fram mot 2040 med «høg vekst»-alternativet.



I diagrammet under er det vist prognose for utviklinga av arbeidsføre pr. alderspensjonist, dersom ein reknar gjennomsnittleg pensjonsalder på 67 år. Uførepensjonistar er ikkje med i prognosen.



HELSEDATA

Forventa levealder

For Bømlo var gjennomsnittleg levealder i perioden 2002-2016 79,7 år for menn og 84,5 år for kvinner. Det er marginalt over landsgjennomsnittet for same periode. Forventa levealder ved fødsel i den norske befolkninga auka med 22 månader, til 82,0 år, i tiåret frå 2005 til 2015. Forventa friske leveår auka i same periode med 20 månader, til 71,5 år.

Forventa levealder for kvinner i Norge no over 84 år, og for menn er den 80 år. Forventa levealder ved fødselen for kvinner er førespegla å auke til 89,1 år i 2060 og 92,3 år i 2100, og for menn til 86,5 år og 91,3 år i dei same åra (SSB befolkningsframskriving, mellomalternativet, i Økonomiske analyser 4/2014).

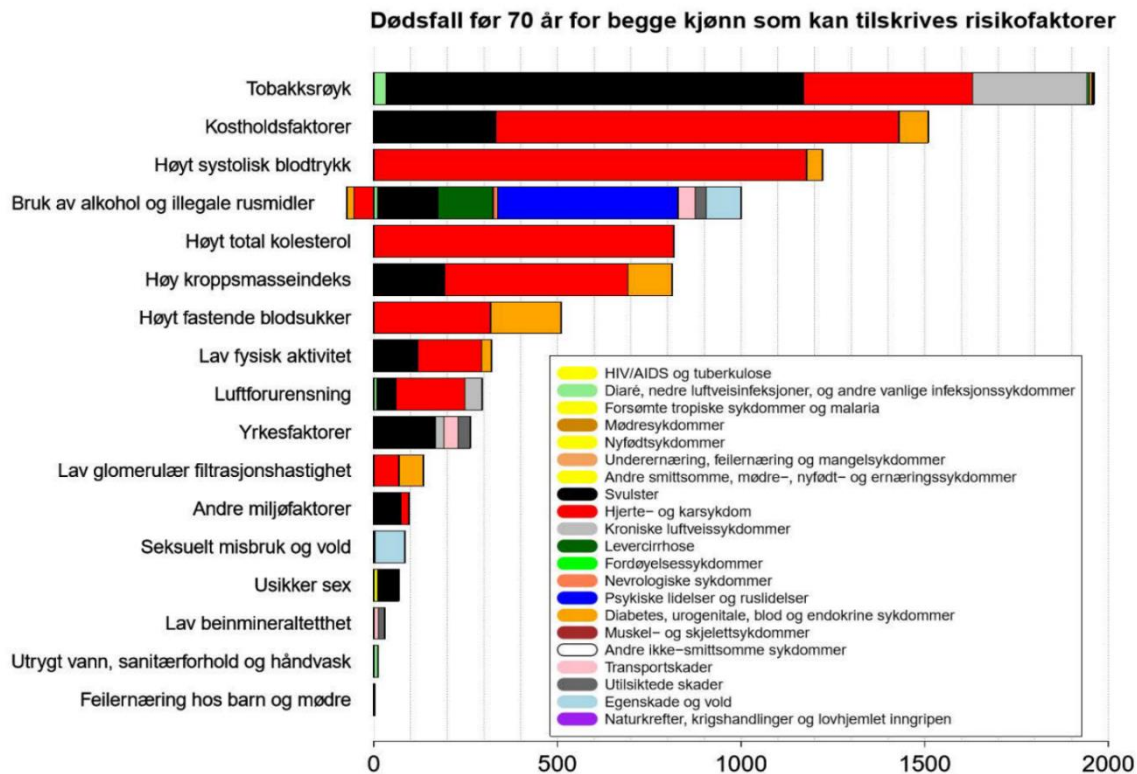
Sjukdomsbyrde – over halvparten ikkje-dødeleg helsetap

Meir enn halvparten (53 %) av den samla sjukdomsbyrda kan knytast til ikkje-dødeleg helsetap (sjukelegheit). Berre eitt av fire dødsfall (23 %) skjer før fylte 70 år.

De tre viktigaste store dødsårsaksgruppene er hjarte- og karsjukdom, kreft og neurologiske sjukdommar (i hovudsak demens). Disse utgjer til saman 71% av alle dødsfall.

Sjølvmord og overdosar er dei viktigaste årsakene til død blant unge og vaksne i alderen 15 til 49 år.

Muskel- og skjelettsjukdomar og psykiske lidingar er viktige årsaker til ikkje-dødeleg helsetap i nesten alle aldersgrupper. Røyking, usunt kosthald, høgt blodtrykk og bruk av alkohol og illegale rusmiddel (narkotika) er dei viktigaste risikofaktorane for død før fylte 70 år.



Trafikkulykker

Menn er klart overrepresentert når det gjeld skadde og omkomne i trafikken, og fleirtalet av dei som dør i trafikken er bilførarar. Unge menn har særleg høg risiko, samanlikna med talet på bilførarar i aldersgruppa.

Utviklinga siste åra har likevel vore positiv når det gjeld ungdom, mens talet på vaksne menn som blir drepen eller hardt skadd har auka.

Totalt har talet på drepane i trafikken gått kraftig ned over tid, særleg når det gjeld barn, i tråd med aukande sikringstiltak.

Det er berekna at manglande merksemd er årsak til 3 av 10 dødsulukker. Bruk av sosiale mediar i samband med bilkøyring er ei aukande trend, særleg blant dei unge. Nesten halvparten av bilførarar mellom 18 og 29 år bruker sosiale mediar bak rattet, i følge ei undersøking frå Norstat (på oppdrag frå Storebrand, 2018).

NASJONALE MÅL

Auka fysisk aktivitet

Verdas helseorganisasjon lanserte i 2012 eit globalt mål om reduksjon av for tidleg død av ikkje-smittsame sjukdomar. Norge sitt overordna mål å redusere for tidleg død med 25% innan 2025,

gjennom ei heilskapleg satsing på auka fysisk aktivitet, betre kosthald, betre psykisk helse og redusert tobakk- og alkoholbruk. Lansering av ny nasjonal strategi er venta i løpet av 2018.

Fysisk aktivitet er ein av de viktigaste faktorane for å førebyggje sjukdom og for tidleg død av ikkje-smittsame sjukdommar.

Nasjonalt mål er 10% reduksjon i inaktivitet innan 2025. Sentrale mynde vil leggje fram ein 10-årsplan for fysisk aktivitet i løpet av 2019. For å nå målet om eit aktivitetsvenleg samfunn må fleire samfunnsområde og arenaer bli trekt inn i arbeidet, t.d. barnehage, skule, arbeidsplass, eldreomsorg, transport, nærmiljø og fritid. Partane i arbeidslivet, Norges idrettsforbund og friluftslivet sine organisasjonar vil bli trekt aktivt med i arbeidet.

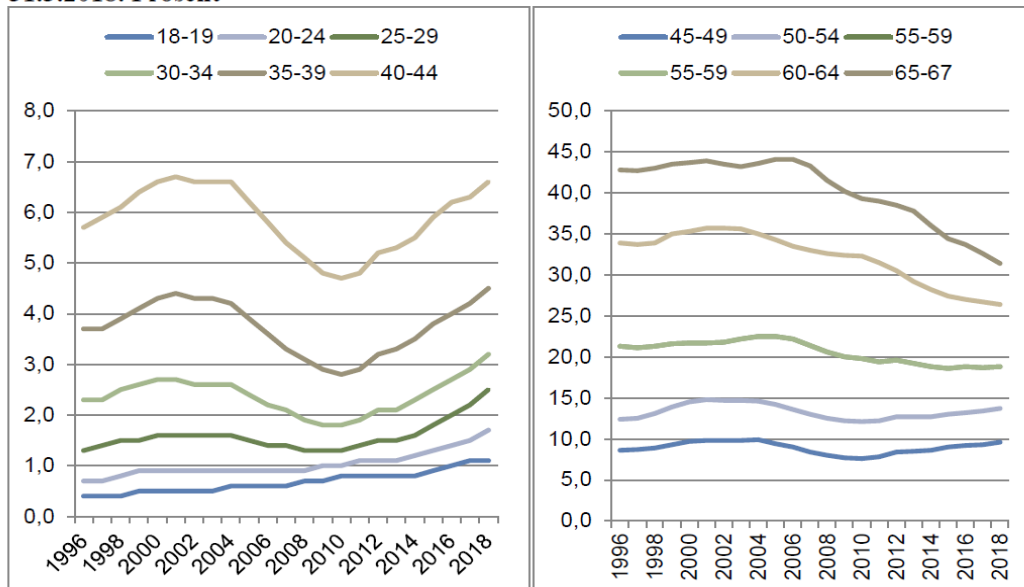
Sjukefråvær og uførleik:

Noreg har det klart høgaste sjukefråværet i Europa. Det legemeldte sjukefråværet i Norge var 5,8% første kvartal 2018.

Lokale tal frå juni 2018 viser at i overkant av ¼ av legemeldt sjukefråvær var kortare enn ei veke, ca. halvparten 1-4 veker og knapt ¼ varte meir enn 4 veker. Desse tala vil variere over tid. Omlag 28 prosent var graderte sjukmeldingar, dvs. at den sjukemelde er delvis i arbeid. Langvarig fråvær frå arbeid aukar risikoen for varig uførleik.

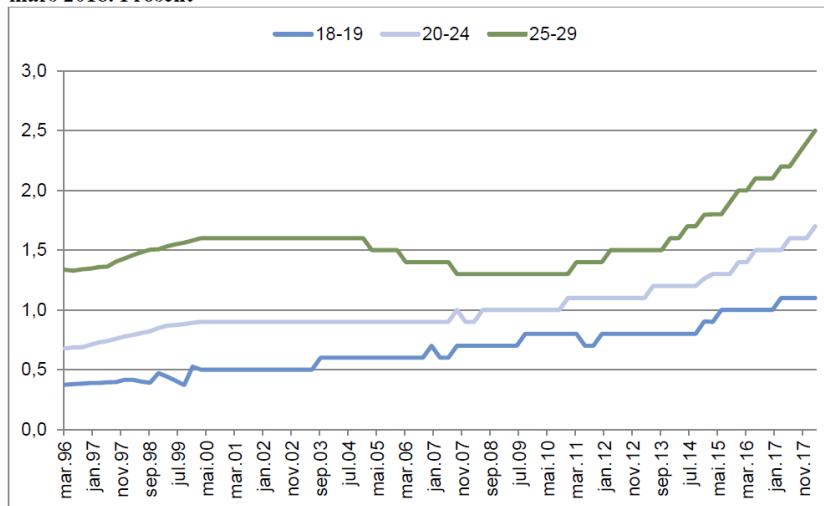
Vanlegaste årsaka til sjukmelding er muskel-skjelettlidingar, med psykiske lidingar på 2.plass. I juni 2018 var desse to diagnosegruppene til saman årsak til 64,8 prosent av alle sjukmeldingane i Bømlo. Dei same to diagnosegruppene er hovudårsak til varig uførleik.

Pr.31.03.18 var uføredelen i Norge på 9,7% (aldersjusterte tal). Same dato var uføredelen 8,5% i Hordaland og 8,1% i Bømlo. Dei siste åra har det skjedd ei utvikling når det gjeld personar på uføretrygd, med ei auke blant dei unge og ei nedgang i høgare aldersgrupper.

Figur 7. Uføre etter alder som andel av befolkningen (18-67 år). Per 31.3.1996 – 31.3.2018. Prosent*


*Befolkningen 18-67 år: Vi teller 11/12 av 18-åringene og 1/12 av 67-åringene. Dette skyldes at en person ikke kan bli uføretrygdet for måneden etter fylte 18 år, og blir alderspensjonist senest måneden etter fylte 67 år. Nedre aldersgrense for uførepensjon ble hevet fra 16 til 18 år fra 1.1.1998.

Kilde: NAV

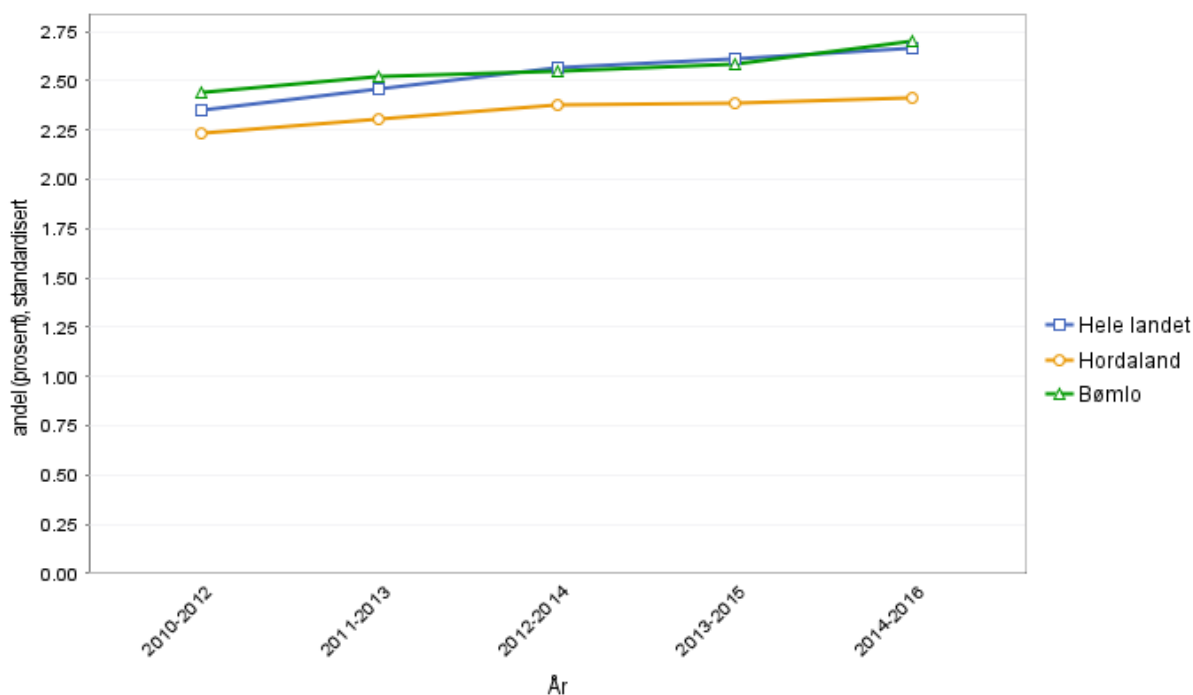
Figur 18. Andelen unge uføre i prosent av befolkningen (18-29 år). Per 31. mars 1996 – mars 2018. Prosent


Kilde: NAV

Ei liknande utvikling kan vi sjå lokalt, utan at det samla delen på uføretrygda er vesentleg endra

(Kjelde: kommunehelse statistikkbank, fhi.no)

Mottakarar av uføretrygd – kjønn samla, 18-44 år, varig uførepensjon, andel (i prosent), standardisert



Diagnoser knytt til uføretrygd varierer etter kjønn og alder. Psykiske lidinger er den vanligste årsaken til uføreløshet hos unge og blant menn, mens muskel-skjelettlidinger dominerer hos voksne kvinner.

Billete basert på 2015-tal (kjelde nav.no):

Psykiske lidelser er vanligste diagnose blant uføre menn

Diagnosemønsteret til uføretrygdde varierer avhengig av kjønn og alder. De fleste kvinner har en muskel- og skjelettsykdom, mens psykiske lidelser dominerer blant menn. Unge har oftest en psykisk lidelse, mens de fleste eldre har en muskel- og skjelettsykdom.

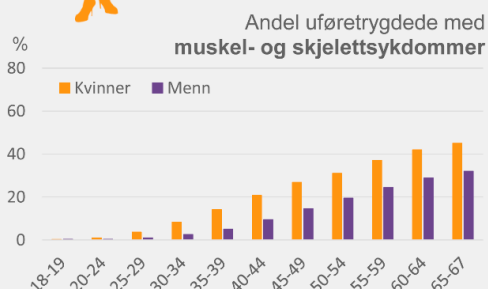
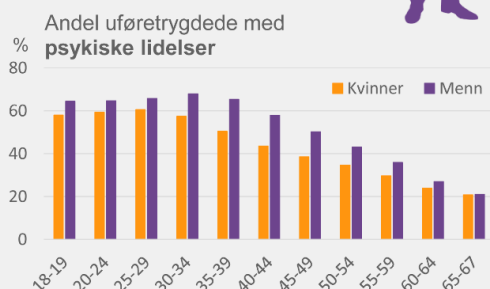
40 %

av uføretrygdde menn har en psykisk lidelse



34 %

av uføretrygdde kvinner har en muskel- og skjelettsykdom



Fakta om statistikken:
Per juni 2015 mottok 312 000 personer uføretrygd. 180 800 kvinner. 131 200 menn. Diagnosen angir den medisinske hovedårsaken til at uføretrygd blir innvilget. Diagnose for nye tilfeller blir registrert manuelt av NAV i ettertid.

HELSEDATA BARN OG UNGE

Dei 1000 første dagane

Nyare forskning viser at dei 1000 første dagane i livet, frå befruktning til ca. 3 års alder i stor grad påverkar resten av livet med omsyn til generell helse, menneskeleg kapasitet og evne til å takle motgang (resiliens).

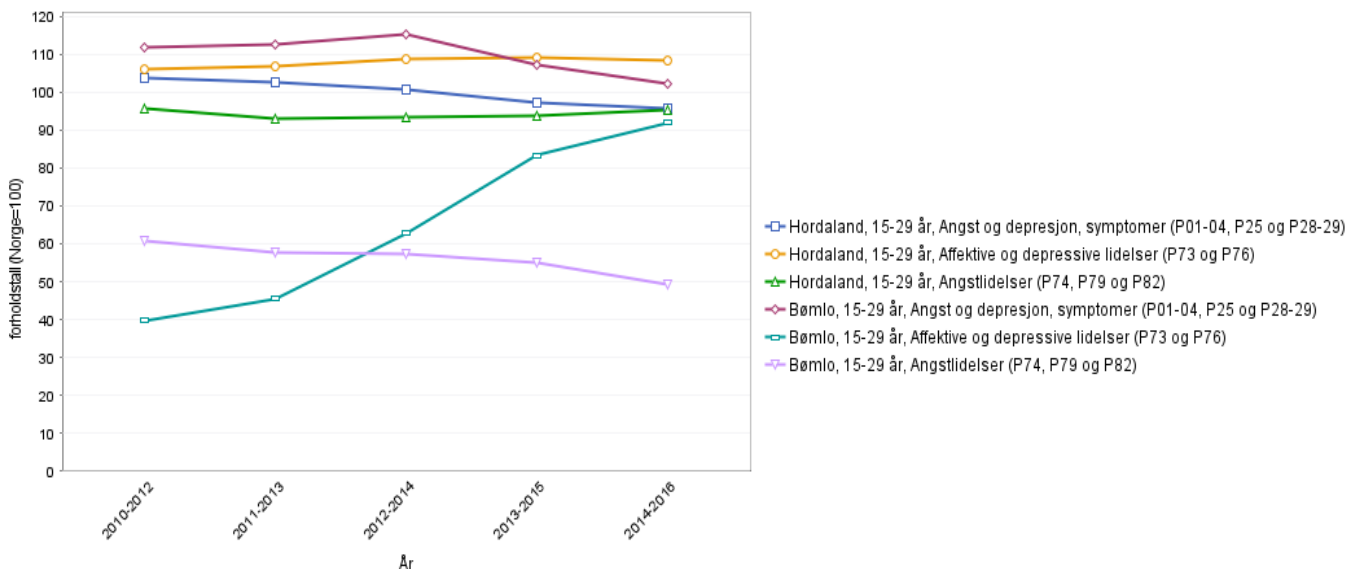
De første 1000 dagane legg òg i stor grad grunnlag for framtidige livstilsljukdomar (Non-Communicable Diseases, = ikke-smittsame sjukdommar, NCD). For å sikre optimale utviklingsmogleikar for barnet, er det viktig at helsa til ungdom som skal bli foreldre, og særleg mor si helse, er best mogleg, både fysisk og psykisk. Biologisk utvikling og miljømessige erfaringar påverkar kvarandre, mellom anna gjennom påverknad på arvestoffet, og kan føre til anten betre eller dårlegare helse, både for barnet sjølv og for komande generasjonar.

Psykisk helse

Generelt har gutar noko høgare risiko for utviklingsforstyringar som debuterer i barnealder. Frå puberteten ser en meir depresjon, angstlidningar, tilpassingsvanskar og spiseforstyring hos jenter.

Det er sett ei auke i psykiske lidningar hos unge dei seinare åra, særleg hos jenter. Gutar tar sjeldnare kontakt for hjelp enn jenter, men for begge kjønn er det eit fleirtal som ikkje ber om hjelp. Likevel er det ei klar auke i talet på dei som søker hjelp.

Eit døme er auken i unge som kontaktar legetenesta for affektive og depressive plager:



Sosial påverknad og sosiale faktorer

Ungdata-undersøkinga i Norge syner ei tydeleg sosial gradient. Ungdom som svarer at familien deira har hatt dårleg råd dei siste åra er mindre tilfredse og sjeldnare nøgd med vener, foreldre og lokalmiljøet enn andre (Helsedirektoratet, 2014). Dei rapporterer og meir helseplager.

Dei økonomiske rammevilkåra familiar lever under har samanheng med korleis helsa utviklar seg gjennom heile livet, uavhengig av om det seinare skjer endringar i levekåra. Barn som veks opp med foreldre som har rusrelaterte problem er meir utsett enn andre for å oppleve utfordringar knytt til psykisk helse, for sjølv å debutere tidleg med rus, og for å utvikle eigne vedvarande rusrelaterte utfordringar. Dei gjer det dårlegare i skule, utdanning og arbeidsliv, og har auka risiko for fråfall.

Det er ei klar samanheng mellom sjukdomsførekost/ levealder og utdanningsnivå som i hovudsak skuldast ulikskap i helseåtferd².

Fellesskap, å delta

På oppdrag fra KS har Sintef i 2018 gjort ei kunnskapsoppsummering på området resiliente og helsefremjande lokalsamfunn³. Rapporten omtalar sosiale faktorar som verker helsefremjande på befolkninga sin psykiske helse (såkalla helsedeterminantar).

Mellom desse er det å kjenne seg som ein del av eit fellesskap, kunne delta med meningsfulle aktivitetar på ulike område, og oppleve kjenslemesse støtte frå andre ved vanskar. Helsefremjande samfunn er basert på gjensidig støtte og tillit, har tilnærma like vilkår og mogleikar for alle, og fråvær av store sosiale skilnader.

SKULE, NÆRINGS- OG ARBEIDSMARKNAD

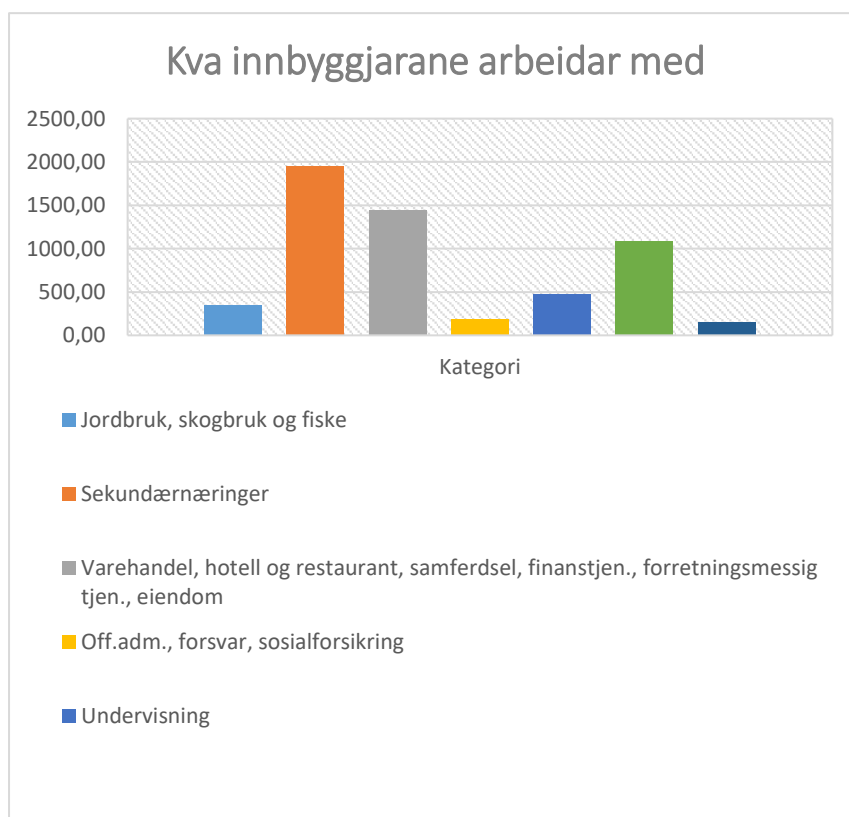
Skuler og barnehagar:

Sjå kapittel 4 i
oversiktsdokumentet
«Folkehelse i Bømlo kommune».

Utvikling medianinntekt

Utviklinga i medianinntekt pr. hushald fram til 2016 har flata ut og hadde ei lita nedgang i Bømlo frå 2015 til 2016.

Utviklinga har over tid vore mest negativ for einslege forsørgjarar og for unge (tal ikkje tilgjengelege på kommunenivå). Vaksne med eller utan vaksne barn og pensjonistar har hatt den største auken.



² Kjelde: Samarbeidsrapport NIBR/NOVA 2017

³ <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/hva-sier-forskningen-om-resiliens/>

INFRASTRUKTUR

Drikkevåtnforsyning

Bømlo Vatn og Avløpsselskap AS (BVA) forsyner store delar av Bømlo kommune med reint vatn. Bømlo har god kvalitet på kommunalt drikkevåtn, men er ikkje fullgodt sikra mot innsug av forureinande stoff. Nokre område har private vassverk, og det ligg føre ei plan for kva anlegg som skal koplast til kommunalt drikkevåtn, og når dette skal skje.

For fleire område vil det framleis vere private løysingar, og det blir stadig etablert nye utbyggingsområde der ein satsar på fellesløysingar med borevatn, særleg når det gjeld fritidsbustader. Utbygging av kommunalt drikkevåtn til alle bustader og fritidsbustader i Bømlo vil ikkje vere mogleg grunna for høge kostnader.

Drikkevassforskrifta set same krav til kvalitet på drikkevåtnet for private anlegg som forsyner to eller fleire abonnentar. Anlegget skal ha ein juridisk eigar, og har plikt til registrering hos Mattilsynet. Eigar har ansvaret for å ta vassprøver etter plan basert på farekartlegging, å sikre tilstrekkeleg tal hygieniske barrierar, og å levere drikkevåtn som fyller krava i forskrifta. Dette gjeld både bustadhus og fritidsbustader.

Avlaup

Vel halvparten av bustadene er knytt til offentleg avlaup, resten har private anlegg. Gamle og dårlege røyr utgjer ei risiko for lekkasje, og kan under særlege tilhøve føre til smitte eller forureining av drikkevåtn. Utslipp til ferskvåtn og til viker og havområde med lite utskifting av sjøvåtn kan føre til bakterieoppblomstring ved høge temperaturar og medføre fare for sjukdom for menneske og dyr ved bading eller svelging av vatn.

Det er i hovudplanen omtalt områder som skal ha løysingar for offentlig avlaup og dette er heimla i lokal forskrift for avlaup. Det er trong for å sanera mange eksisterande utslepp til felles utslippspunkt og å få ein større del av busetnaden knytt til avlaupsnett.

Veg og transport

Vegutbygging, utbygging av gang- og sykkelveggar og tilgang til offentleg transport fører til endringar i mobilitet for befolkninga, og er eit av hovudtemaa i møte med befolkninga. Bilbaserte bustad,- nærings- og handelsverksemd kan utsette fleire for støy og lokale miljøproblem, som gjer lokalbefolkninga auka helseproblem. Både av omsyn til folkehelse og transportkapasitet er det viktig at fleire kan velje å sykle og gå⁴. Det er store helsevinster i å leggje til rette for meir kollektivtransport (sykkel, gange, buss).

På Bømlo har vegutbetringar gjennom Bømlopakken I og II betra forholda og trafikktryggleiken for alle fleire stader, men det er fortsatt utbetringar som må på plass.

⁴ Nasjonal transportplan 2018 – 2029, mellom anna kap. 1.2.4. og 8.3.