



SANDEFJORD
KOMMUNE

Folkehelseoversikt og levekårskartlegging 2023

En oversikt over helsetilstanden
og påvirkningsfaktorer i Sandefjord

GRUNNLAGSDOKUMENT

Innhold

1. Innledning	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Utvalg og vurderinger	5
1.3 Sosiale helseforskjeller	10
2. Befolkningssammensetning	11
2.1 Folkemengde i Sandefjord.....	11
2.2 Aldersfordeling	11
2.3 Befolkningsutvikling	13
2.4 Befolkningen med innvandrerbakgrunn.....	16
3. Helsetilstand	19
3.1 Egenvurdert helse.....	19
3.2 Forventet levealder	20
3.3 Sykdomsbyrde.....	21
3.4 Dødsårsaker.....	22
3.5 Psykiske plager og lidelser.....	25
3.6 Rusmiddellidelser.....	29
3.7 Muskel- og skjelettplager.....	31
3.8 Overvekt og fedme	33
3.9 Kreft	36
3.10 Søvnvansker.....	38
3.11 Hjerte- og karsykdom	41
3.12 Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)	42
3.13 Diabetes type-2	43
3.14 Demens	45
3.15 Astma og allergi.....	45
3.16 Aldersrelatert hørselstap	47
3.17 Smittsomme sykdommer	47
3.18 Tannhelse.....	49
4. Skader og ulykker	50
4.1 Selvmord og ulykker	50
4.2 Vold	55
5. Helserelatert atferd	57

5.1 Kosthold	57
5.2 Røyk og snus	58
5.3 Fysisk aktivitet	60
5.4 Alkohol og andre rusmidler	61
5.5 Søvnvaner	67
5.6 Vaksinasjon	69
6. Oppvekst- og levekår	70
6.1 Oppvekst	71
6.2 Økonomi	73
6.3 Barnehage	77
6.4 Skole og utdanning	77
6.5 Mottak av offentlig støtte	87
6.6 Husholdninger og bomiljø	90
6.7 Arbeidstilknytning	94
6.8 Næring og arbeid	95
6.9 Oppsummert levekårsbilde	96
7. Sosialt, fysisk, kjemisk og biologisk miljø	100
7.1 Sosial støtte og ensomhet	100
7.2 Nærmiljøet	103
7.3 Sosiale møteplasser	108
7.4 Deltagelse i fritidsaktiviteter	109
7.5 Valgdeltagelse	111
7.6 Kriminalitet	112
7.7 Luftforurensing	114
7.8 Støy og stille soner	115
7.9 Drikkevann	118
7.10 Badevann	118
7.11 Inneklima	118
8. Hovedutfordringer og ressurser for folkehelsen	118
8.1 Hovedutfordringer for folkehelsen	119
8.2 Ressurser for folkehelsen	120
Litteraturliste	122
Vedlegg	129
Metode levekårskartlegging	129

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

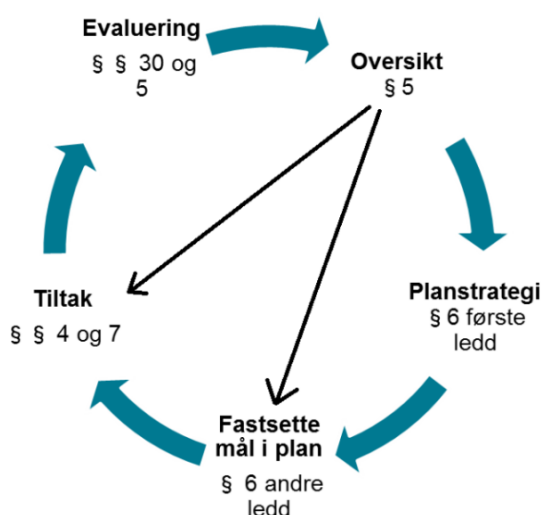
Folkehelse defineres i folkehelseloven som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsa fordeler seg i en befolkning»

Folkehelsearbeid er definert som «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen»

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 oversikt hvert fjerde år, og denne skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.

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 problemer eller sosiale helseforskjeller (Lov om folkehelsearbeid § 5).

I neste omgang er det viktig å omsette folkehelseutfordringer til strategier, mål og tiltak. Iverksatte tiltak bør være kunnskapsbaserte og evalueres. Hensikten med den systematiske tilnærmingen er at tiltakene blir mer treffsikre, og dermed bidrar til bedre folkehelse. Figur 1 viser at oversikt over helsetilstanden og dens påvirkningsfaktorer er en nødvendig del av det systematiske folkehelsearbeidet.

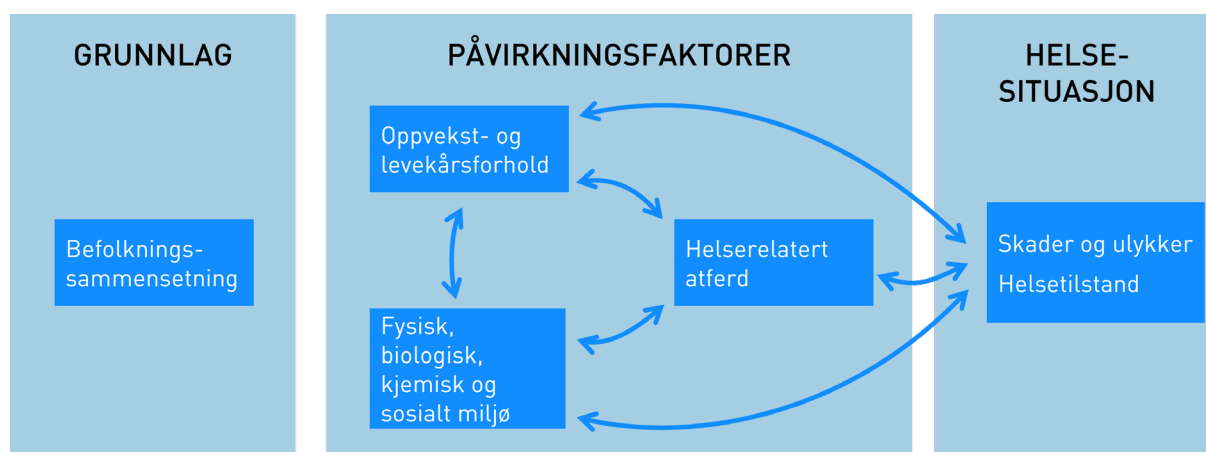


Figur 1: Illustrasjon av det systematiske folkehelsearbeidet.
Paragrafene refererer til paragrafer i folkehelseloven. Kilde: Helsedirektoratet.

1.2 Utvalg og vurderinger

Folkehelseoversikten bygger på data fra SSB, Folkehelseinstituttet, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Sør-Øst politidistrikt (anmeldt kriminalitet), samt ulike nasjonale dataregistre. I tillegg er det denne gangen innhentet utvidet datasett for Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021 fra Folkehelseinstituttet og Ungdataundersøkelsen 2021 fra NOVA¹. Noen av funnene fra Folkehelseundersøkelsen og Ungdata er tatt med i denne oversikten. Til levekårskartleggingen er det bestilt standardiserte indikatorsett på levekårsssonenivå fra SSB for 2020. Enkelte av tallene avviker fra tilsvarende publisert statistikk.

Oversiktsdokumentet dekker indikatorer fra seks ulike temaområder i henhold til *forskrift om oversikt over folkehelsen*. Figur 2 viser at kommunens befolkning og befolknings sammensetning skal være utgangspunktet for å vurdere annen informasjon. Befolknings sammensetningen kan være en del av utfordringsbildet. Oppvekst- og levekårsforhold, helserelatert atferd og fysisk og sosialt miljø er alle eksempler på faktorer som er med på å påvirke helsesituasjonen.



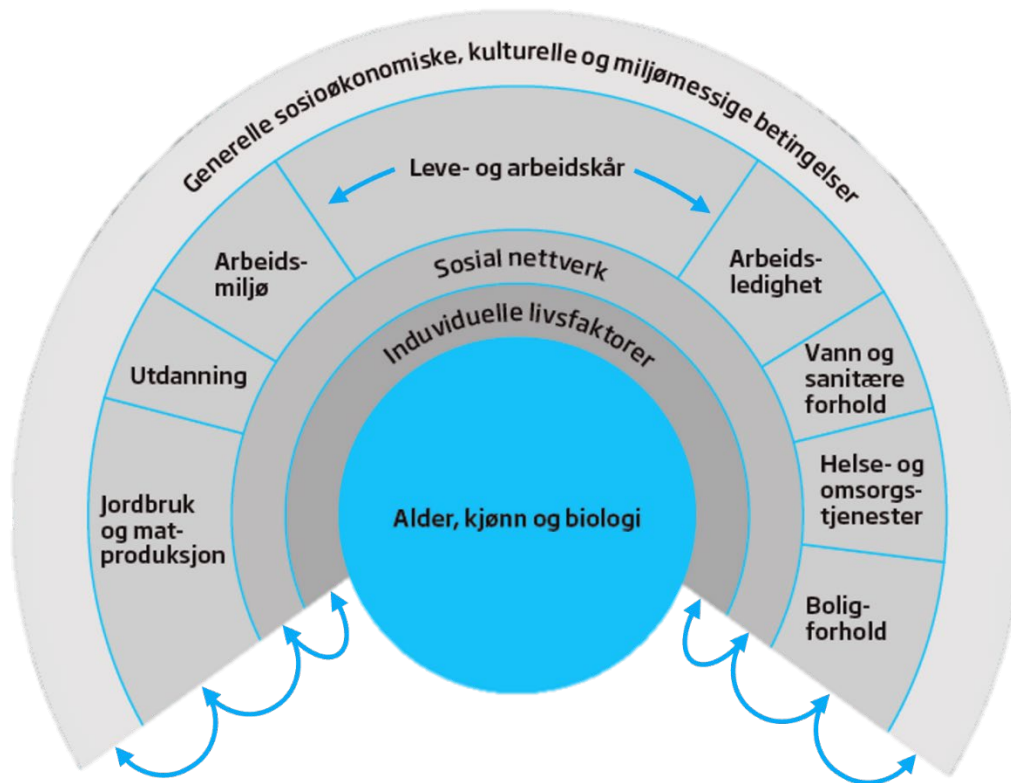
Figur 2: De seks temaene i folkehelseoversikten og sammenhengen mellom dem. Kilde: Helsedirektoratet.

Utvalget av indikatorer er gjort på grunnlag av kunnskap om samfunnets største sykdomsbyrder og påvirkningsfaktorer, de bakenforliggende sosiale helsedeterminantene (figur 3) og hvilke handlingsrom kommunen har når det gjelder påvirkningsfaktorer for helse. Nytt av året er at folkehelseoversikten er slått sammen med levekårskartleggingen. Indikatorer inkludert i tidligere oversiktsdokument og levekårskartlegging er søkt videreført både for å følge utviklingen og med viten om at en grundig utvelgelsesprosess lå til grunn. Utvalgte resultater fra spørreundersøkelser som Ungdata og Folkehelseundersøkelsen komplementerer data fra nasjonale kilder med en dypere kunnskap om befolkningens helsetilstand og kjente faktorer som virker inn på denne.

¹ Datamaterialet er basert på en ungdataundersøkelse, gjennomført av NOVA i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KORUS). Ungdata er finansiert over statsbudsjettet gjennom tilskudd fra Helsedirektoratet. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene.

I fremstilling av statistikken sammenlignes Sandefjord med landet samlet og kommunene i KOSTRA-gruppe 11 eller Vestfold (for tall fra Folkehelseundersøkelsen 2021). KOSTRA-gruppe 11 består av 10 kommuner med 45 000-75 000 innbyggere:

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. Arendal | 6. Sandefjord |
| 2. Bodø | 7. Sarpsborg |
| 3. Larvik | 8. Skien |
| 4. Moss | 9. Tønsberg |
| 5. Nordre Follo | 10. Ålesund |



Figur 3: De sosiale determinantene for helse. Kilde: Dahlgren og Whitehead, 1991.

Ved lesing av dette dokumentet må det vises varsomhet ved tolkning av statistikken som presenteres. Bortsett fra indikatorene fra folkehelseprofilene til Folkehelseinstituttet, er ingen av tallene er signifikantstestet. Stort sett brukes andeler og rater som enheter. Dette kan skjule størrelsen på de faktiske tallene. Vær derfor varsom med å bruke andelene ukritisk. Noen av de faktiske tallene er ganske små, og prosentandeler kan derfor variere fra år til år på grunn av tilfeldige variasjoner.

I folkehelseoversikten presenteres statistikk ut fra enkelte befolkningsgrupper. Det kan være grupper basert på kjønn, alder, bosted, landbakgrunn m.m. Dette er ment for å belyse trekk i befolkningen basert på forskning knyttet til hvordan helse fordeler seg ulikt mellom grupper i befolkningen. Det er ikke ment å stigmatisere enkelte grupper, men heller bidra til forståelse og mulighet for å rette innsats mot de som trenger det mest. Selv om helseutfordringer kan være større totalt sett i en gruppe enn i en annen, betyr det ikke at det gjelder for alle individene i gruppen.

En oversikt over levekårsforhold i mindre geografiske områder i kommunen, kalt levekårssoner, gir grunnlag for målrettede tiltak i videre kommuneplanlegging. Man kan finne styrker og utfordringer i de enkelte områdene, og identifisere opphopning av utfordringer. Dersom vi kun hadde sett på data for Sandefjord som helhet, kunne et gjennomsnitt for byen skjult viktige utfordringer innen enkelte grupper eller områder.

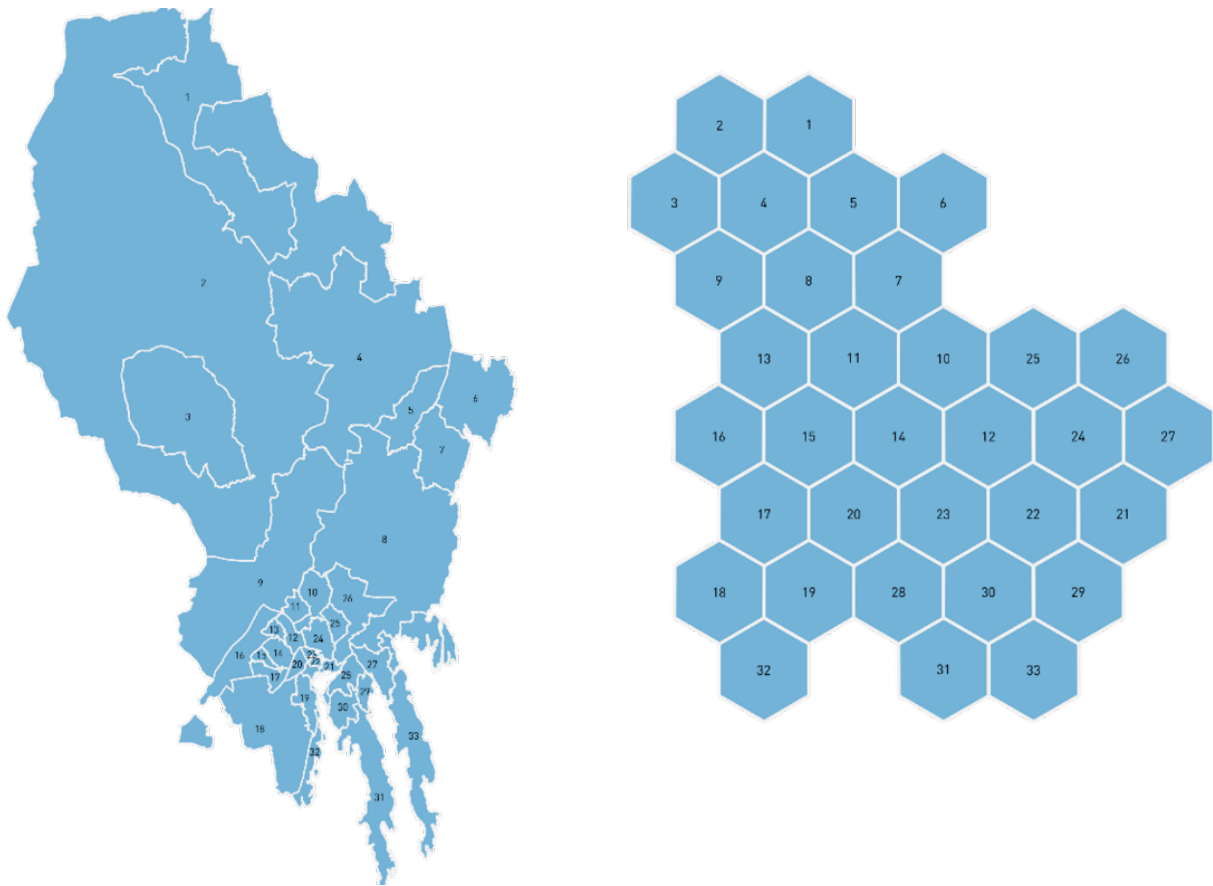
Det er viktig å huske på at tallene som vises frem, kun er gjennomsnitt for hver levekårszone og at ulikhetene ikke nødvendigvis skyldes geografien, men heller ulikheter i utdanning, arbeid, inntekt, alder og kjønn.

Fremstilling av levekårsindikatorer

I presentasjonen av resultatene brukes fargekart med fem klasser i fargesjatteringer fra lys blå til mørk blå. Med unntak av indikatoren *median inntekt etter skatt* brukes mørkere farge dess høyere verdi.

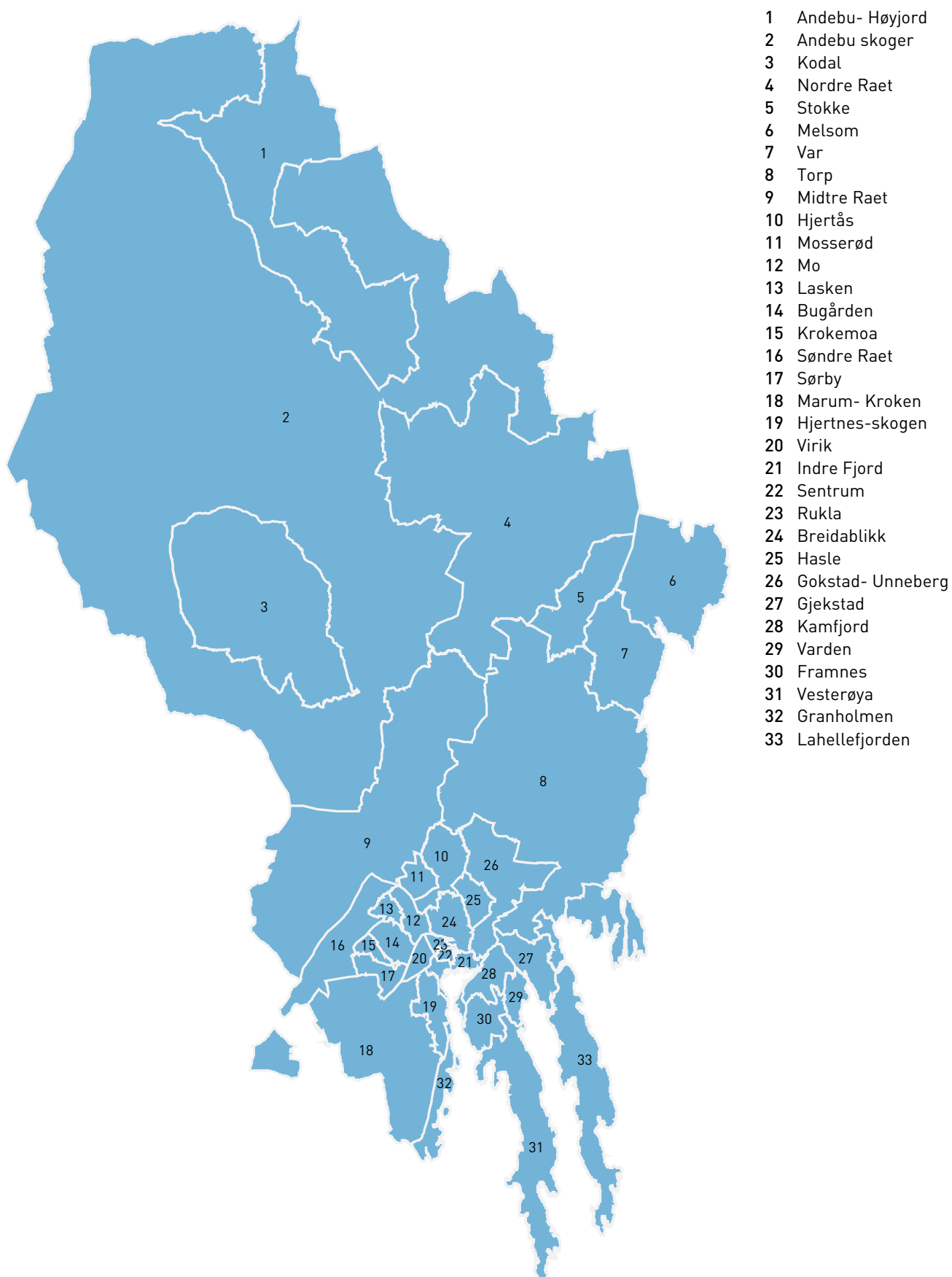
For å utjevne de store forskjellene i areal mellom levekårssonene, blir kartene fremstilt med soner med standardisert størrelse, såkalte «equal area unit map». Figur 4 viser levekårssonene med et tradisjonelt kartografisk uttrykk, og de korresponderende sonene med et standardisert kartografisk uttrykk. De små sonene sør i Sandefjord blir enklere å identifisere i bildet til høyre, og de arealstore sonene nord i Sandefjord blir mindre dominerende. Man mister imidlertid den korrekte geografiske plasseringen til sonene.

Se mer om metodikken knyttet til levekårskartleggingen i vedlegget.



Figur 4: Kart for Sandefjord kommune inndelt i 33 levekårszoner med et tradisjonelt og standardisert kartografisk uttrykk.

Figur 5 på neste side viser et større kart med oversikt over de 33 levekårszonene i Sandefjord.



Figur 5: Kart over Sandefjord kommune inndelt i 33 levekårssoner.

Sammenstilling av levekårsindikatorer

I tidligere levekårskartlegginger, både i Sandefjord og i enkelte andre kommuner, har det blitt laget en "levetårsindeks" som ble brukt til rangering av områder basert på denne indeksen. I dette oversiktsdokumentet blir det ikke utarbeidet en slik samleindeks av levekårsindikatorerne eller en rangering av levekårsssonene.

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i merknadene til § 8 i *forskrift om oversikt over folkehelsen*, at det er viktig at datamaterialet i folkehelseoversikter blir presentert på en måte som ikke virker stigmatiserende, og anbefaler spesifikt at man unngår å lage samleindekser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Statistisk sentralbyrå utarbeidet i mange år en nasjonal indeks for levekårsproblemer, men på grunn av utfordringer med metoden sluttet SSB å lage denne i 2009 (Statistisk sentralbyrå, 2009).

I stedet presenterer vi en grafisk sammenstilling av utvalgte levekårsindikatorerne på en måte som gjør det mulig å identifisere soner med tegn til en opphopning av levekårsutfordringer.

1.3 Sosiale helseforskjeller

Kommunen skal ifølge lov om folkehelsearbeid være spesielt bevisst på hvordan helsen fordeler seg i befolkningen. I mars 2023 lanserte regjeringen *Folkehelsemeldingen (2022-2023) – Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller*. Her kan vi lese at sosiale helseforskjeller er systematiske forskjeller i helsetilstand som følge av forskjeller i sosiale og økonomiske kategorier, slik som yrke, utdanning og inntekt. Dette er helseforskjeller som er skapte av samfunnet, og som det er mulig å gjøre noe med.

Litt bedre sosioøkonomisk status gir litt bedre helse statistisk sett (Helsedirektoratet, 2005). Det gjelder gjennom hele det sosiale hierarkiet, og blir ofte omtalt som den sosiale gradienten. Årsakene til sosiale helseforskjeller spenner fra grunnleggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som arbeids- og bomiljø, til mer umiddelbare påvirkningsfaktorer som helseatferd og bruk av helsetjenester. De ulike områdene kan betraktes som sammenhengende og til dels overlappende årsakskjeder.

Sosial ulikhet i helse utvikler seg også i et livsløp. Barns levekår og omgivelser i oppveksten påvirker blant annet utdanningsløp og yrkesmuligheter senere i livet, som igjen påvirker helse i voksen alder. Dessuten har tilgang på ressurser i oppveksten som sunt kosthold, frisk luft og fysisk aktivitet en direkte betydning for helsen senere i livet.

2. Befolknings sammensetning

I dette kapittelet presenteres egenskaper ved befolkningen i Sandefjord. Dette er relevant bakgrunnskunnskap for å forklare folkehelseutfordringene. Befolkningens størrelse og sammensetning er i endring, og ulike helseutfordringer knyttes til ulike grupper. Nøkkeltall om befolkningen er derfor viktig informasjon for å vurdere helsetilstanden, nå og med tanke på framtiden. Noen av indikatorene i dette kapittelet er knyttet til levekårszonene, dvs. 33 geografiske områder.

2.1 Folkemengde i Sandefjord

2013	2023	2033
61 573	65 574	69 083

Kilde:

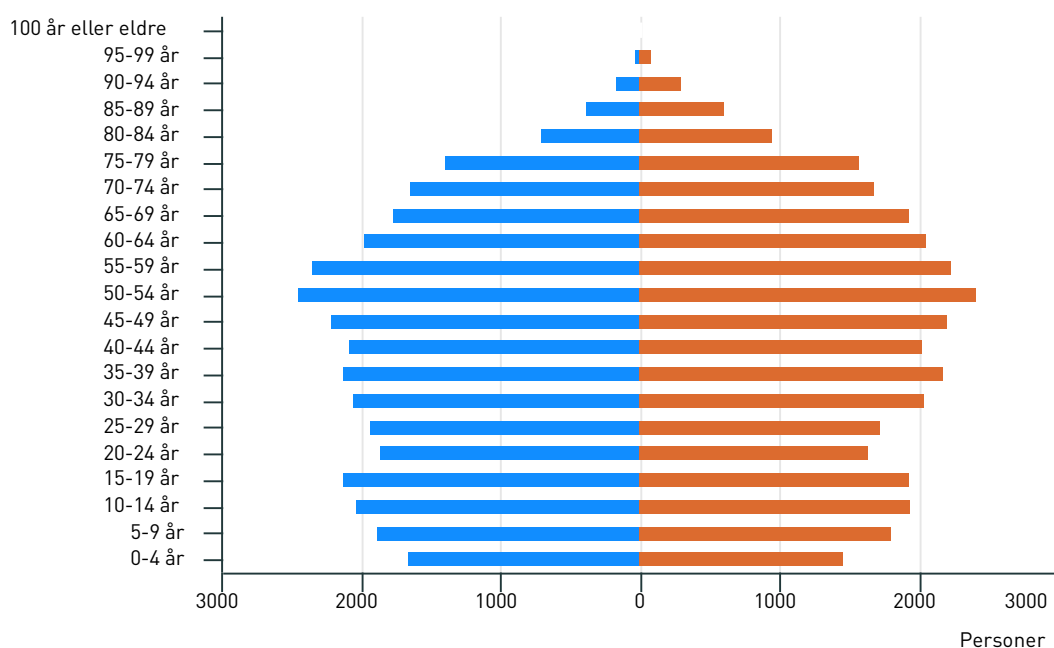
Befolkning 2013, 2023: SSB, tabell 06913.

Befolkning 2033: SSB, tabell 13600 (Hovedalternativet MMMM)

2.2 Aldersfordeling

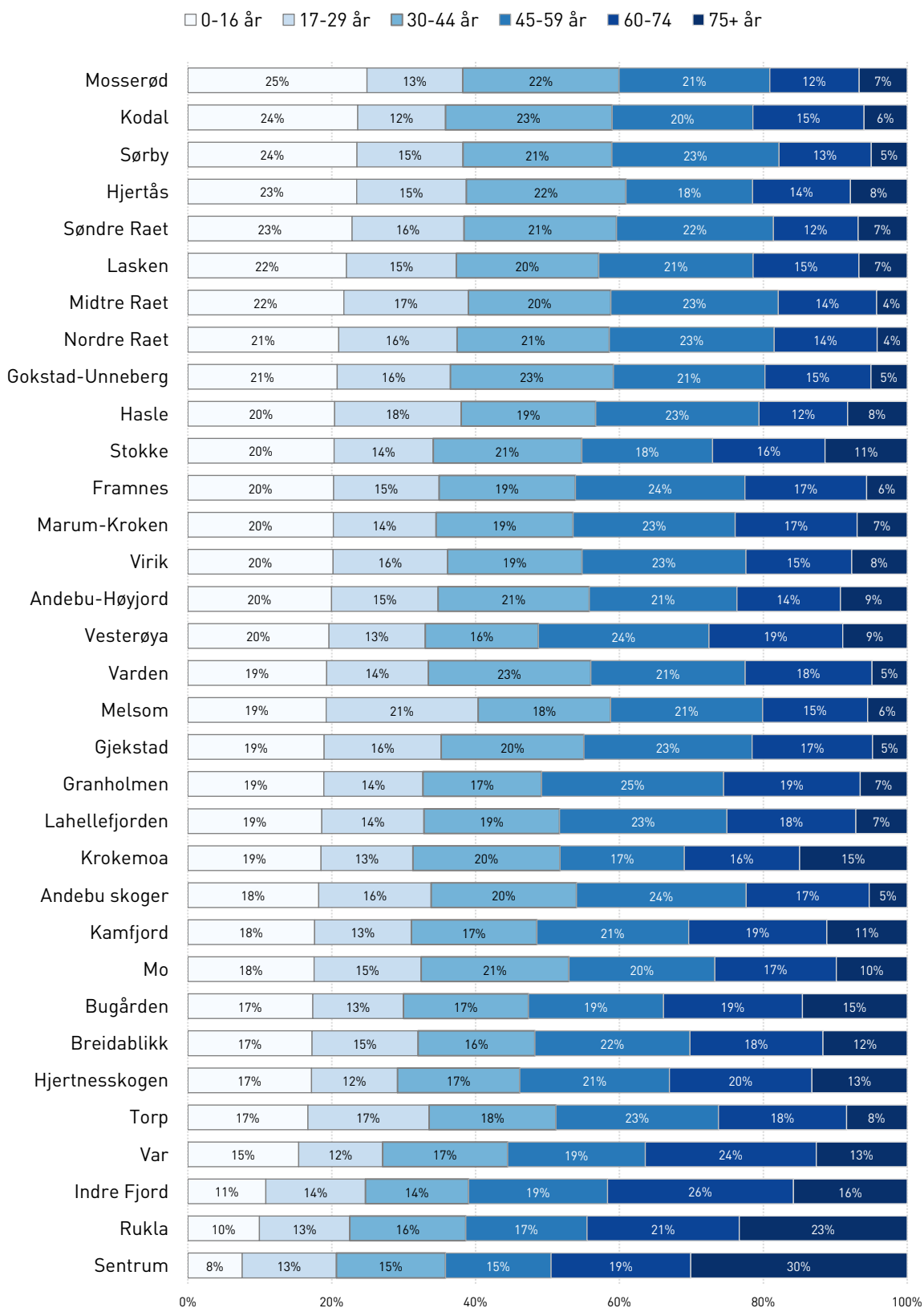
Ulike aldersgrupper møter ulike utfordringer, derfor er det relevant å ha oversikt over alderssammensetningen i et folkehelseperspektiv. Sandefjord har en overrepresentasjon av aldersgruppen 50-59 år, og tilsvarende underrepresentasjon av aldersgruppen 20-49 år. Andelen over 80 år er per 1.jan 2023 høyere i Sandefjord (4,9 %) sammenlignet med landet (4,5 %).

● Menn ● Kvinner



Figur 6: Antall personer i Sandefjord fordelt på fem-års aldersgrupper og kjønn per 1. kvartal 2023. Kilde: SSB, tabell 07459.

Aldersfordeling i levekårssonene



Figur 7: Antall personer per aldersgruppe per 31.12.2022 / Folkemengde per 31.12.2022. Kilde: SSB/KOMPAS.

2.3 Befolkningsutvikling

Demografianalysen omfatter prognosene for demografiutvikling og demografikostnader. Befolkningsframskrivingene er hentet fra Statistisk sentral byrå (SSB). I befolkningsframskrivingene lages flere ulike alternativer for befolkningsutviklingen i Norge framover. Hovedalternativet (MMMM). De 4 M-ene står for middels nivå for henholdsvis fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring.

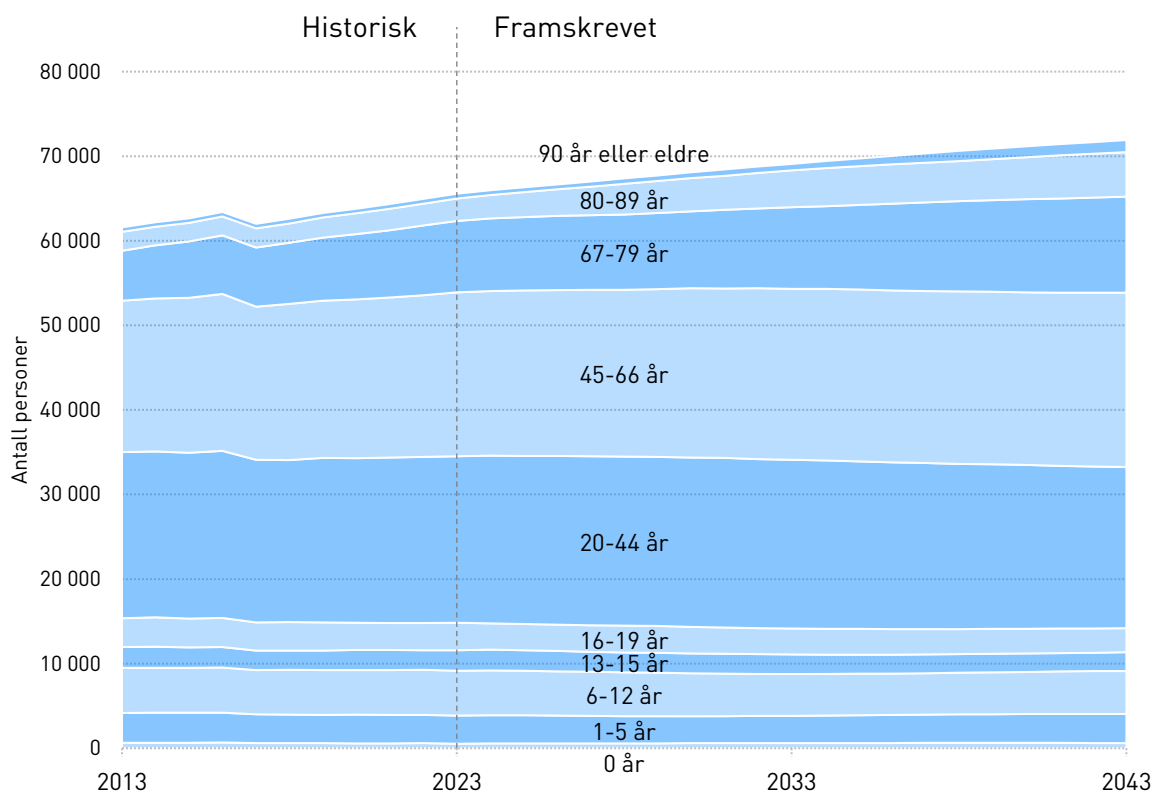
Den historiske befolkningsveksten fra 2012-2022 viser til en total økning i befolkningen på ca. 7 %. I alle aldersgruppene- 0 åringer, 1-5 år, 6-15 år, 16-19 år er det en nedgang i antall barn. I alle aldersgruppene over 20-66 år, 67-79 år, 80-89 år og 90 år og over er det økning. Den største økningen er som ventet 67-79 år med hele 44 % økning. For de neste aldersgruppene er økningen på henholdsvis 20 % og 13 %.

Når vi ser den historiske utviklingen opp mot den framskrevne befolkningsveksten så ser vi mange likhetstrekk. Aldersgruppen 0-åringer øker, men aldersgruppene 1-5 år, 6-15 år og 16-19 år fortsetter alle å gå ned. I alle de øvrige aldersgruppene 20-66 år, 67-79 år, 80-89 år og 90 år og over er det økning. Men her skjer det en parallell forskyvning i framskrivningen slik at det ikke er aldersgruppen 67-79 som øker mest, dette er nå gruppen 80-89 som øker med hele 65 % og gruppen 90 år og eldre er økt med over 30 %.

Slike endringer er det viktig å gjøre seg kjent med og ta med seg i planleggingen, da utviklingen vil utfordre den kommunale tjenesteproduksjonen og dimensjoneringen av det framtidige tilbudet.

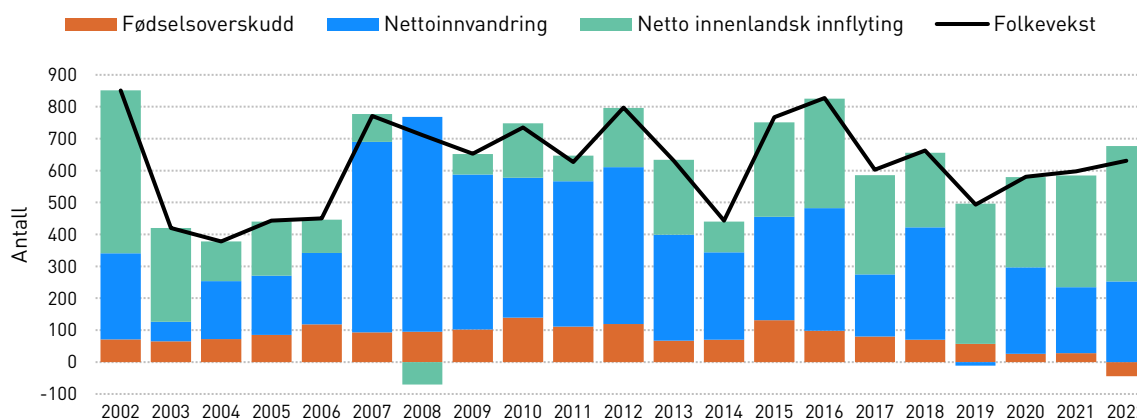
De kommende årene vil Sandefjord, i likhet med mange andre kommuner, ha lav befolkningsvekst i arbeidsfør alder, og størst vekst i de eldste aldersgruppene.

Ser vi på befolkningsframskrivingen fra 2023 til 2043 viser den til en total befolkningsvekst på 9,7 % (figur 8). Aldersgruppen 0 år og 1-5 år øker med henholdsvis 16,9 % og 3,2 %. Aldersgruppene 6-15 år og 16-19 år fortsetter å gå ned og har da gjort det siden 2013. Aldersgruppene 67-79 år, 80-89 år og 90 år og over fortsetter å øke drastisk. For denne perioden er økningen innen disse aldersgruppene på henholdsvis 34,2 %, 99,2 % og 147,8 %.



Figur 8: Historisk og framskrevet folketall i Sandefjord. Framskrivning SSBs hovedalternativ (MMMM). Kilde: SSB, tabell 07459 og tabell 13600.

Alderssammensetningen og befolkningsutviklingen påvirkes også av fruktbarheten. Som i resten av landet har det vært en nedgang i fødselsraten i Sandefjord. Det er hovedsakelig nettoinnflytting og nettoinnvandring som driver befolkningsveksten.



Figur 9: Årlig folkevekst i Sandefjord fordelt på fødselsoverskudd, netto innenlandskflytting og nettoinnvandring. Kilde: SSB, tabell 01223.

Barneutflyttinger

2020

Sandefjord

13,9 %

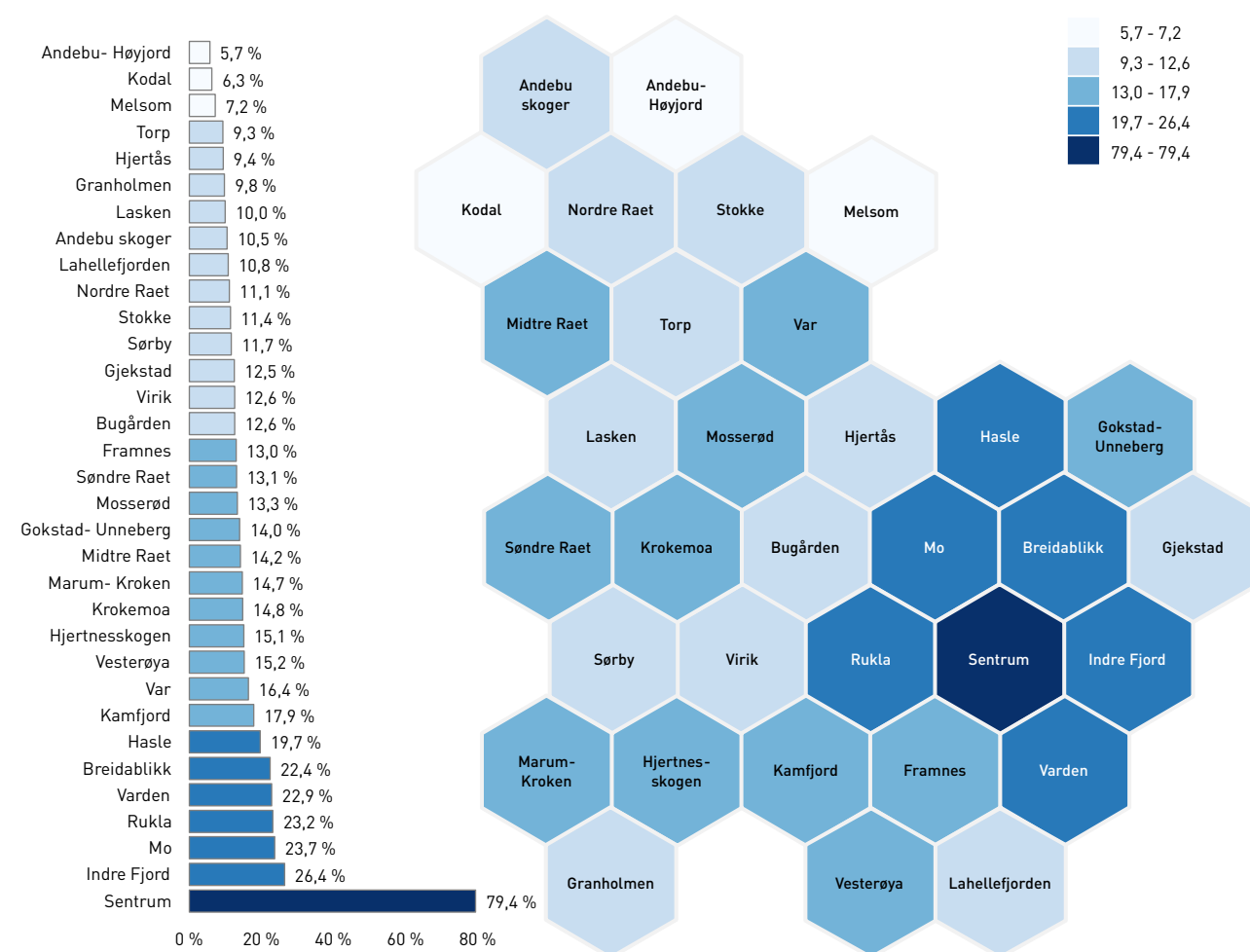
↑ +7,7 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

5,7 %

↓ -0,7 prosentpoeng fra 2016

Andelen barneutflyttinger er betraktelig høyere i Sandefjord sammenlignet med hele landet². Figur 10 viser at den store forskjellen sannsynligvis skyldes ekstremverdien i Sentrum sone. I 2016 var andelen i Sandefjord omtrent lik som landet samlet. I antall er det ikke unormalt mange barneutflyttinger fra Sentrum sone, men i forhold til antall barn blir andelen høy. Bortsett fra Sentrum sone, ser vi at det er mange utflyttinger også i andre sentrumsnære soner som Indre Fjord, Mo, Rukla, Varden og Breidablikk.



Figur 10: Utflytting av personer 0-5 år i løpet av 2020 / Middelfolkemengde 0-5 år i 2020. Kilde: SSB

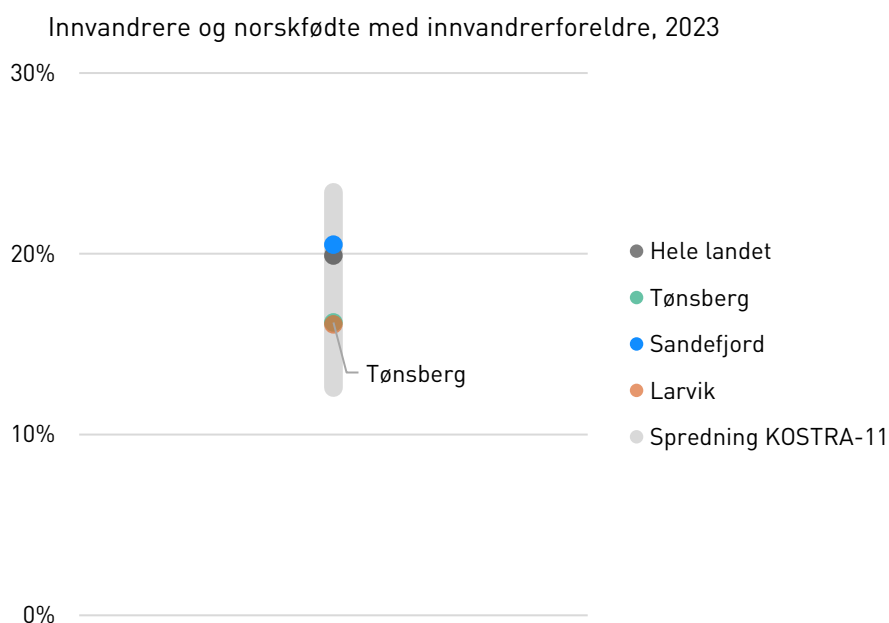
² På kommunenivå regnes utflytting som flytting for en person fra en norsk kommune til en annen norsk kommune, eller til utlandet. På sonenivå regnes utflytting som flytting for en person fra én sone til en annen sone i samme kommune, og flyttinger til andre kommuner, og til utlandet. Flyttinger innenfor samme sone er utelatt. Dersom en person flytter flere ganger i det samme kalenderåret, teller hver gang som en flytting. Middelfolkemengde er gjennomsnitt av folkemengden ved begynnelsen og utgangen av året. Siden indikatoren også omfatter flytting mellom soner i kommunen, samsvarer tallene ikke med publisert statistikk.

Andel barn som flytter ut av sonen kan være en indikasjon på levekårene i en sone. Dette kan f.eks. gjelde størrelse på bolig eller bomiljø generelt, tilgang til friområder og andre nærmiljøkvaliteter. Stor flytteaktivitet kan innebære lite stabilitet og kan derfor påvirke muligheten for et stabilt sosialt miljø, utvikling av gode nabolag og stabilt oppvekstmiljø.

2.4 Befolkningen med innvandrerbakgrunn

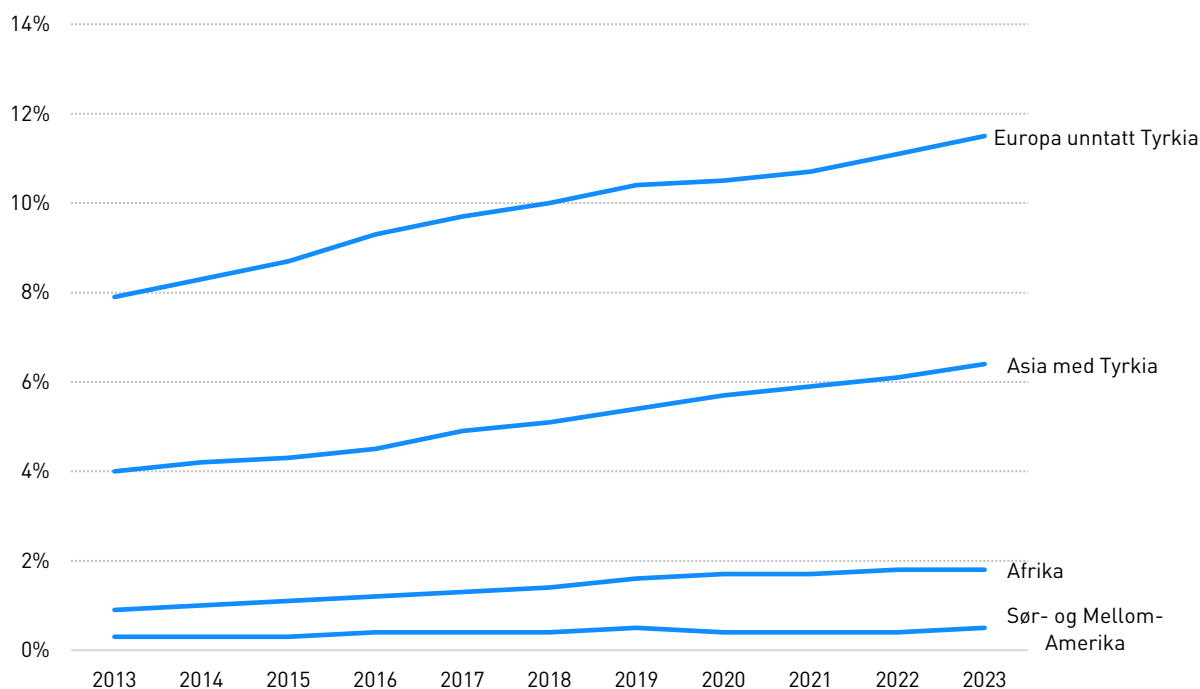
SSB definerer innvandrere som personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre. Norskfødte med innvandrerforeldre er personer som er født i Norge av to foreldre som er født i utlandet, og som i tillegg har fire besteforeldre som er født i utlandet.

Figur 11 viser at andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre er litt høyere i Sandefjord (20,5 %) enn Norge totalt (19,9 %), og i øvre sjiktet sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11.



Figur 11: Andel personer med to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar (fordelt på landbakgrunn), i prosent av befolkningen i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet i 2023. Grått felt indikerer spredning for kommunene i KOSTRA-gruppe 11. Kjønn samlet, alle aldre. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Det har vært en jevn økning i andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i både Norge og Sandefjord kommune over mange år. Utvikling over tid fordelt på landbakgrunn viser at den største veksten i Sandefjord består av personer med bakgrunn fra Europa unntatt Tyrkia og Asia med Tyrkia (figur 12).



Figur 12: Andel personer med to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar (fordelt på landbakgrunn), i prosent av befolkningen. Kjønn samlet, alle aldre. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Det er flest innvandrere med opprinnelsesland fra Polen og Litauen, som utgjør henholdsvis 12,0 % og 11,6 % av innvandrerne i 2023 (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2023). Syria og Irak er de nest vanligste opprinnelseslandene med henholdsvis 5,9 % og 5,1 % av innvandrerbefolkningen. De vanligste innvandringsgrunnene er flyktninger og deres familieinnvandrede (30,7 %), arbeidsinnvandrere (28,4 %) og familieinnvandrede (26,4 %). I 2021 var 63 % av innvandrere og 65 % av befolkningen unntatt innvandrere sysselsatte. Betraktelig flere innvandrere (26,4 %) bor i husholdninger med vedvarende lavinntekt sammenlignet med befolkningen uten innvandrerbakgrunn (8,4 %) (2021).

I et folkehelseperspektiv er det relevant kunnskap hvordan helsetilstanden og påvirkningsfaktorer på helse påvirkes av etnisk bakgrunn, innvandringshistorie og kultur. Fordelingen av innvandrerbefolkningen når det gjelder landbakgrunn kan ha betydning for helse og sykdom. Når det gjelder innvandrere og helse er det viktig å være klar over at innvandrerbefolkningen er svært sammensatt, og at helseforskjeller følger den sosiale gradienten, som ellers i befolkningen. Folkehelseinstituttet understreker at kunnskapen om innvandrerbefolkningens helse foreløpig er mangelfull.

Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre fra Øst-Europa, Asia, Afrika og Latin-Amerika fordelt på levekårssonene

2020

Sandefjord

15,4 %

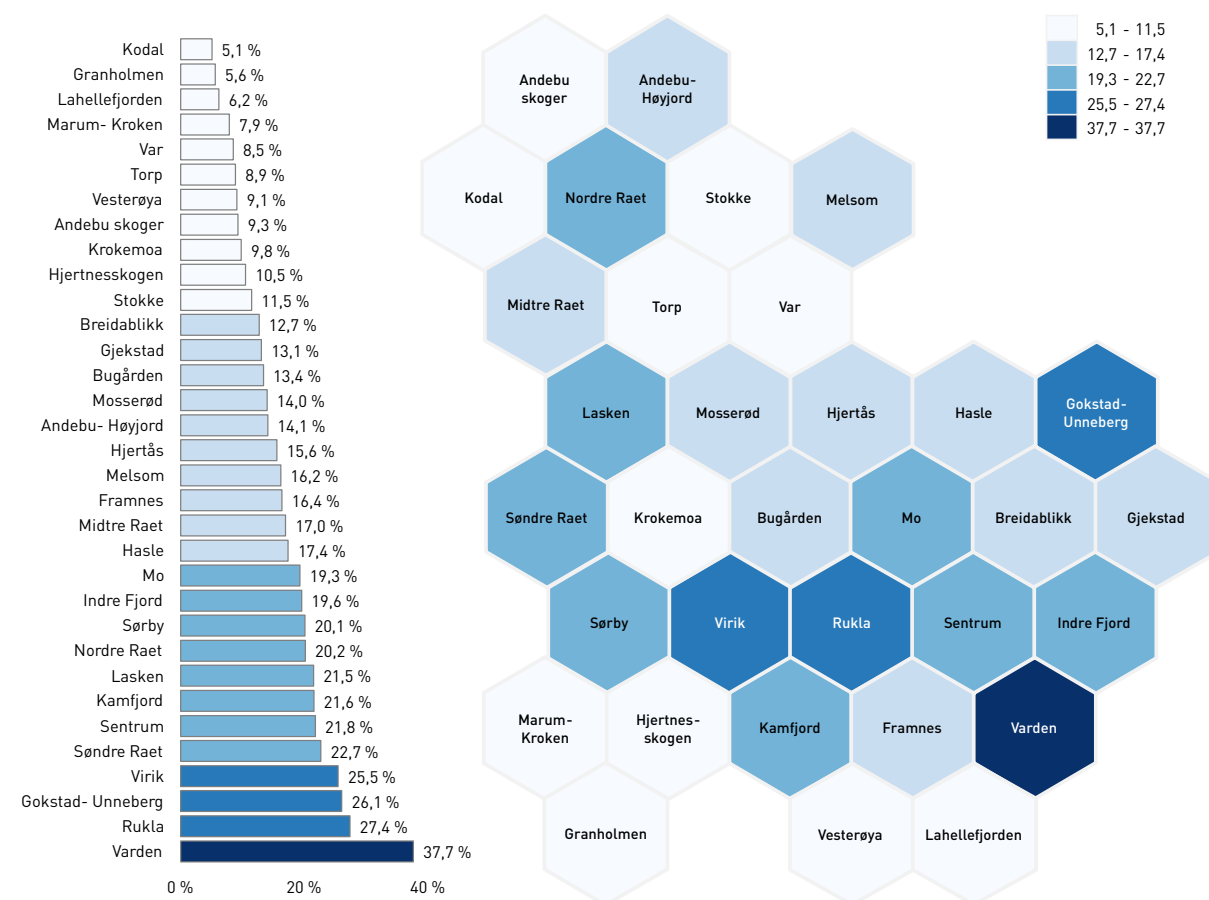
↑ +2,5 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

15,2 %

↑ +1,6 prosentpoeng fra 2016

Figur 13 viser at levekårssonen Varden har den høyeste andelen personer med innvandrerbakgrunn fra Øst-Europa, Asia, Afrika og Latin-Amerika med 37,7 %. Det er 22,4 prosentpoeng høyere enn gjennomsnittet for Sandefjord som helhet, og 10,3 prosentpoeng høyere enn sonen med nesthøyeste andel, Rukla med 27,4 %. Sonene Kodal og Granholmen har den laveste andelen med 5,1 % og 5,6 %.



Figur 13: Antall innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre fra Øst-Europa (inkl. land fra tidligere Øst-Europa som nå er medlem av EU), Asia, Afrika og Latin-Amerika per 1.1.2021 / Folkemengde per 1.1.2021. Kilde: SSB

Vær oppmerksom på at i datasettet fra SSB som deler på levekårssoner, brukes innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre fra Øst-Europa (inkl. land fra tidligere Øst-Europa som nå er medlem av EU), Asia, Afrika og Latin-Amerika. Det gjør at andelen avviker fra den totale andelen tidligere nevnt.

3. Helsetilstand

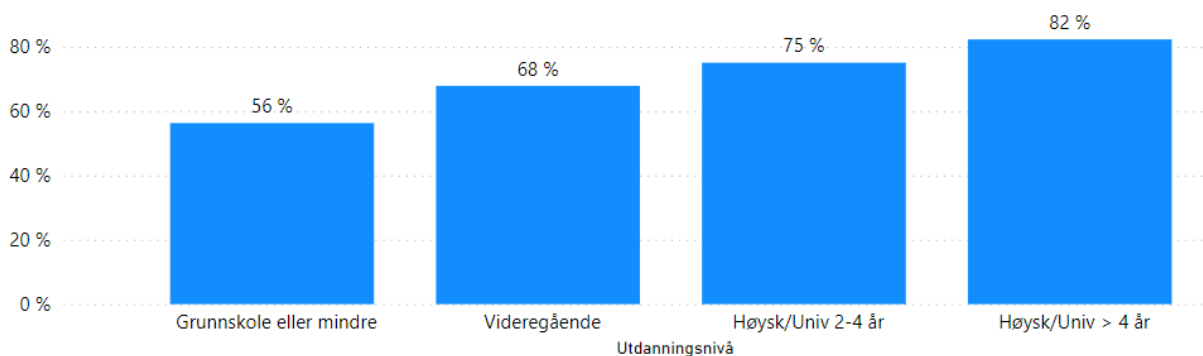
Dette kapitlet gir en oppdatert oversikt over helsetilstanden i Sandefjord. Det finnes mange helseindikatorer som sammen kan gi oss et overordnet bilde av status for befolkningen. Kunnskap om sykdomsbyrden i befolkningen er avgjørende for å peke ut viktige påvirkningsfaktorer for helsetilstanden. I oversikten over helsetilstanden har vi prioritert omtale av sykdommer og skader som har stor betydning for sykdomsbyrden i henhold til Folkehelseinstituttets sykdomsbyrdeprosjekt.

3.1 Egenvurdert helse

Syv av ti i Sandefjord vurderer helsen sin som god eller svært god. Fra figur 14 kan vi imidlertid se at egenvurdert helse varierer etter utdanningsnivå, og at det skiller hele 26 prosentpoeng mellom personer i Sandefjord med lavest og høyest utdanningsnivå. Andel som i stor grad er påvirket grunnet helseproblemer varierer også med utdanningsnivå (figur 15).

God eller svært god helse

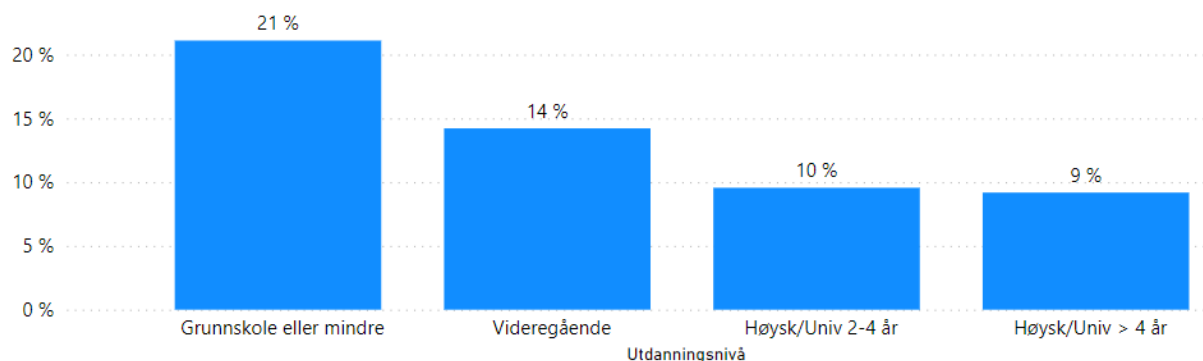
Sandefjord



Figur 14: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som svarte at de har god eller svært god helse i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

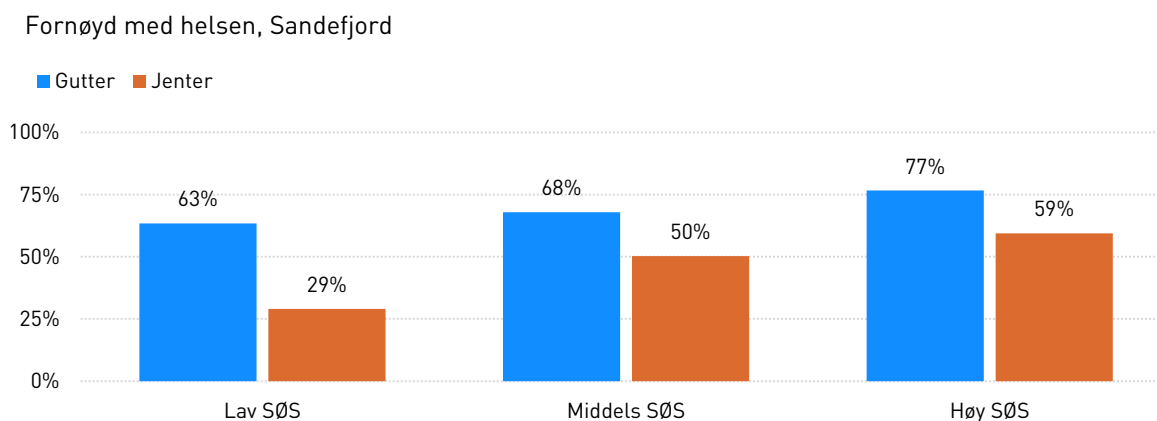
I stor grad påvirket grunnet helseproblemer

Sandefjord



Figur 15: Andelen av den voksne befolkningen i Sandefjord som svarte at de i stor grad er påvirket grunnet helseproblemer i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Ungdata 2021 finner at 63 % av ungdomsskoleelever var litt eller svært fornøyd med helsen, mot 68 % for Norge totalt. Blant videregående skoleelever i Sandefjord var 61 % fornøyd med helsen og 64 % i landet samlet. Gutter er mer fornøyd med helsen enn jenter både i Sandefjord og landet samlet. Figur 16 viser at andelen ungdommer som er fornøyd med helsen varierer med familiens sosioøkonomiske status³. Det er blant jenter at det er størst forskjell i andel som er fornøyd med helsen fordelt på sosioøkonomisk bakgrunn. Blant guttene er det mindre forskjell.



Figur 16: Andel gutter og jenter i Sandefjord som svarer at de er litt eller svært fornøyd med helsen i Ungdata 2021 fordelt på familiens sosioøkonomiske status (SØS). Ungdomsskole- og videregående skoleelever samlet. Kilde: NOVA. Beregninger: Sandefjord kommune. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene.

3.2 Forventet levealder

Forventet levealder (ved fødsel) speiler dødeligheten i befolkningen, og gir en viktig pekepinn på hvordan det står til med folkehelsen i en kommune (Folkehelseinstituttet, 2021).

Forventet levealder ved fødsel for menn og kvinner i Sandefjord er henholdsvis 79,9 og 83,9 år, som er omtrent likt som landsgjennomsnittet.

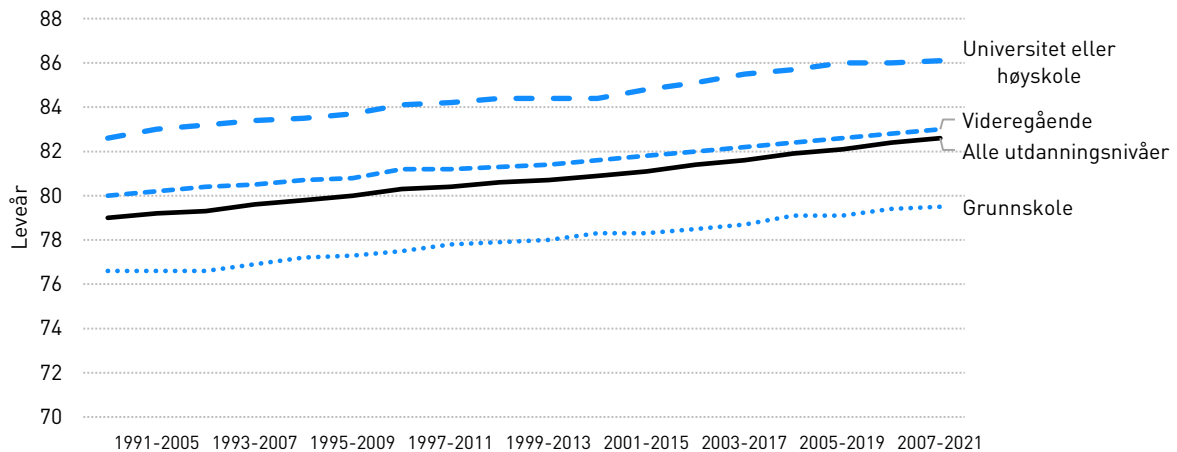
Forventet levealder har økt jevnt over lang tid i hele Norge, og det er forventet at levealder fortsetter å øke i tiden fremover. Det er den store nedgangen i dødelighet av hjertesykdommer de siste 25 årene som i størst grad bidrar til høyere forventet levealder i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2014).

Sammen med en generell økning har kjønnsforskjellene blitt mindre. Det er i dag en forskjell på fire år i forventet levealder ved fødsel mellom kvinner og menn i Sandefjord, mot rundt seks år for 30 år siden.

For perioden 2007-2021 var det 6,6 år forskjell i forventet levealder i Sandefjord mellom personer med høyskole eller universitetsutdannelse og personer med grunnskole som

³ Målet sosioøkonomisk status er utviklet spesielt for Ungdata. Målet består av tre dimensjoner: foreldrenes utdanningsnivå, antall bøker i hjemmet og familiens velstands nivå. Familiens velstand er basert på Family Affluence Scale: 1) Har familien din bil? 2) Har du eget soverom? 3) Hvor mange ganger har du reist et sted på ferie med familien din i løpet av det siste året? 4) Hvor mange datamaskiner har familien din?

høyeste fullførte utdanningsnivå. Forskjellen i forventet levealder mellom utdanningsnivåene har vært relativt stabil siden 90-tallet, med en variasjon mellom 6,0 og 6,9 år.



Figur 17: Forventet levealder ved fødsel i Sandefjord fordelt på utdanningsnivå. Statistikken viser gjennomsnitt for 15-årsperioder. Kilde: Kommunehelsetatistikkbank, Folkehelseinstituttet. OBS: avkortet y-akse.

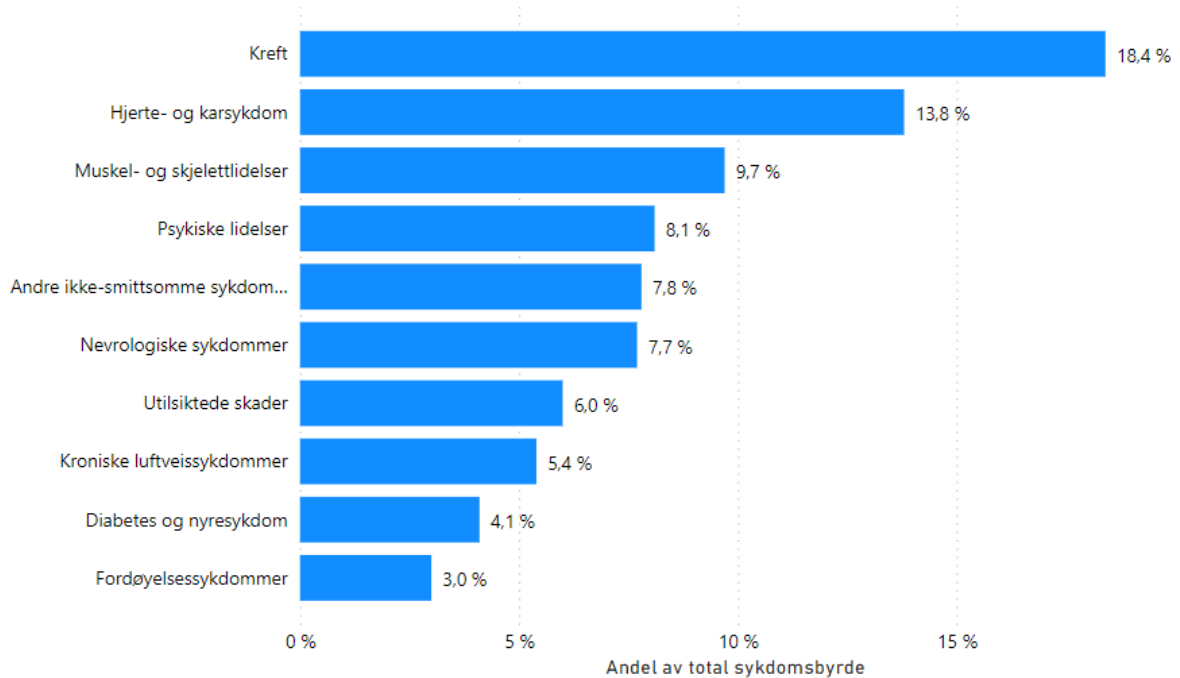
3.3 Sykdomsbyrde

Sykdomsbyrdeberegninger gir en helhetlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Sykdomsbyrdeberegninger viser hvordan ulike sykdommer, skader og risikofaktorer rammer en befolkning i form av helsetap og dødelighet.

Sykdomsbildet i Norge domineres av ikke-smittsomme sykdommer, som forårsaker omtrent 87 % av den totale sykdomsbyrden (Folkehelseinstituttet, 2018). En stor andel av den norske befolkningen lever mange år med sykdom. Ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdom, kreft, kols, rusmiddellidelser, psykiske lidelser og demens er viktige årsaker til tapte leveår hos begge kjønn i Norge. Sykdomsbyrden som skyldes helsetap, er i stor grad preget av muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser. Disse tilstandene rammer de fleste aldersgrupper, men utgjør en spesielt stor andel av helsetapet blant unge og de i arbeidsfør alder.

De ti viktigste årsakene til sykdomsbyrde i Norge

Andel (%) av totale rater (alle årsaker) av helsetapsjusterte leveår (DALY) i befolkningen



Figur 18: De ti viktigste årsakene til sykdomsbyrde i Norge (2019). Fremstilt som andel av totale rate (alle årsaker) av helsetapsjusterte leveår (DALY). Kilde: (Folkehelseinstituttet, 2022)

Den delen av sykdomsbyrden som tilskrives dødelighet (dødsfall og tapte leveår), er i stor grad kjennetegnet av sykdommer som først og fremst rammer befolkningen over 70 år, og da spesielt hjerte- og karsykdom, kreft og demens. De fleste som dør av kreft, er over 70 år (Folkehelseinstituttet, 2023).

3.4 Dødsårsaker

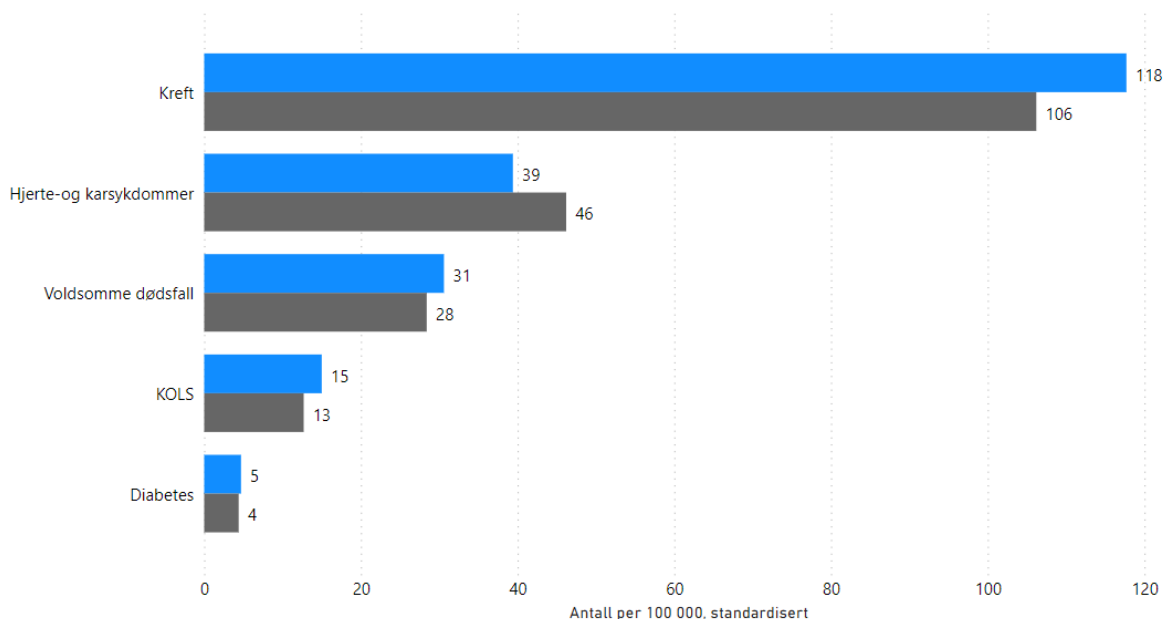
Fordeling av dødsårsaker og utvikling over tid gir innsikt i de største sykdomsbyrdene i befolkningen, og hvordan dette endrer seg med tiden. Dagens dødsårsaksmønster gjenspeiler ikke nødvendigvis befolkningens levevaner de siste årene.

Figur 19 viser at samlet sett er kreft den sykdommen som tar flest liv i Sandefjord og landet som helhet. Lungekreft er den kreftformen som tar flest liv til sammen blant kvinner og menn. Dødelighetsraten for hjerte- og karsykdom er lavere i Sandefjord enn landet samlet, mens dødelighetsraten for kreft, voldsomme dødsfall, KOLS og diabetes er høyere.

Årsaker til tidlig død, 2013-2022

0-74 år, kjønn samlet

Geografi ● Sandefjord ● Hele landet



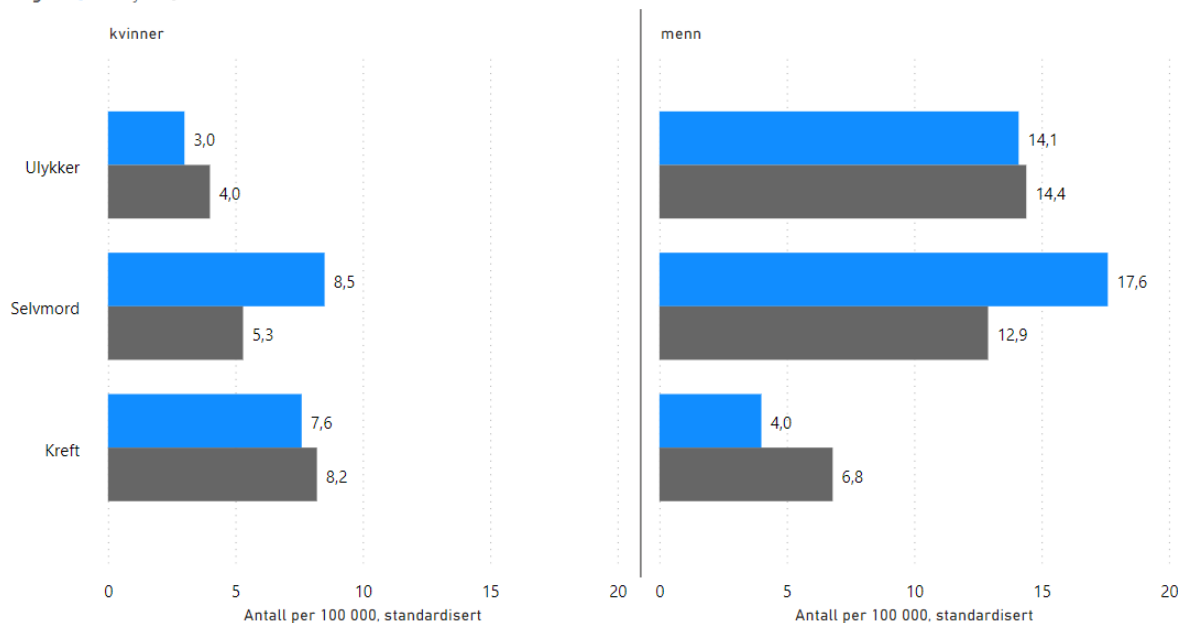
Figur 19: Antall dødsfall per 100 000 innbygger per år i aldersgruppen 0-74 år i Sandefjord og hele landet i perioden 2013-2022, fordelt på underliggende dødsårsak, kjønn samlet. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønnssammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Figur 20 viser at selvmord og ulykker er de vanligste årsakene til tidlig død for aldersgruppen under 45 år, særlig for menn. Selvmord og ulykker omtales nærmere i eget kapittel.

Årsaker til tidlig død, 2013-2022

0-44 år, fordelt på kjønn

Geografi ● Sandefjord ● Hele landet

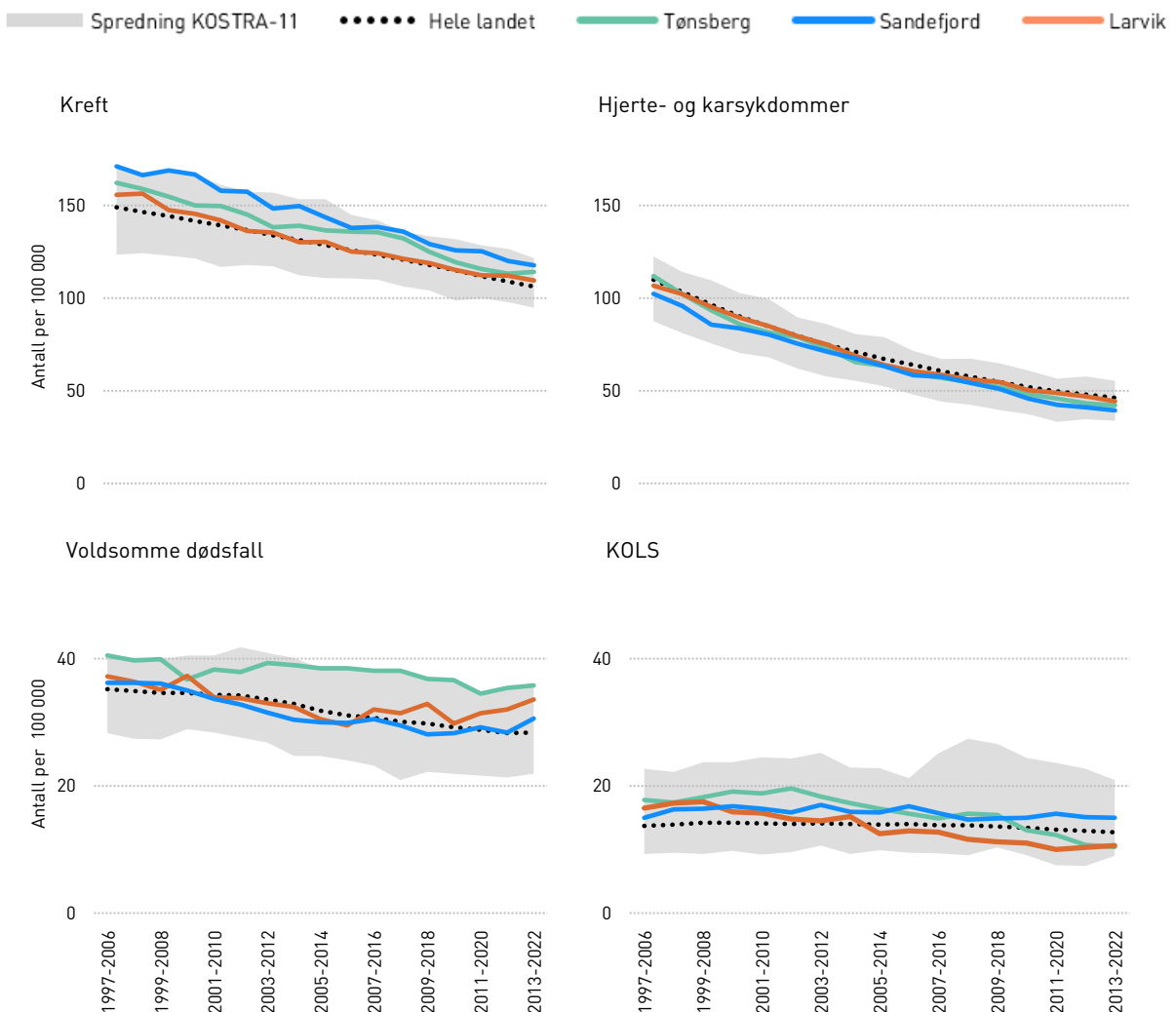


Figur 20: Antall dødsfall per 100 000 innbygger per år i aldersgruppen 0-44 år i Sandefjord og hele landet i perioden 2013-2022, fordelt på kjønn og underliggende dødsårsak. Statistikken viser 10 års glidende

gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønnsammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Tidlig død for alle dødsårsaker har hatt en nedadgående utvikling de siste 30 årene. Dette skyldes i stor grad reduksjon i dødsfall på grunn av hjerte- og karsykdommer. Standardisert dødelighetsrate i Sandefjord er noe høyere enn landet som helhet, men forskjellen har blitt mindre de siste 30 årene.

Figur 21 viser en synkende trend i dødelighetsraten for kreft og hjerte- og karsykdommer de siste ti årene. Merk at ettersom befolkningstallet øker, og det er økende gjennomsnittsalder i befolkningen, er *antall* dødsfall på grunn av kreft stigende, selv om *raten* for dødsfall som følge av kreft har blitt redusert (Folkehelseinstituttet, 2023). Dødelighet på grunn av voldsomme dødsfall har totalt sett hatt en nedgang de siste 20 årene, men har hatt en økning fra 2012-2021 til 2013-2022. Dødelighet på grunn av KOLS har holdt seg relativt stabil.



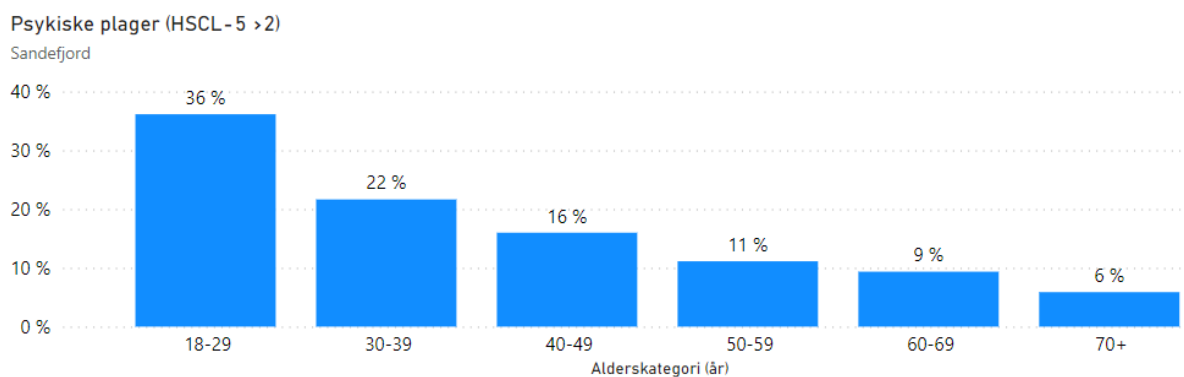
Figur 21: Utvikling over tid i antall dødsfall per 100 000 innbyggere per år i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet. Grått felt indikerer spredning for kommuner i KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Standardisert for kjønns- og alderssammensetning, fordelt på kreft, hjerte- og karsykdommer, voldsomme dødsfall (selvmord og ulykker) og KOLS. Kjønn samlet, 0-74 år. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

3.5 Psykiske plager og lidelser

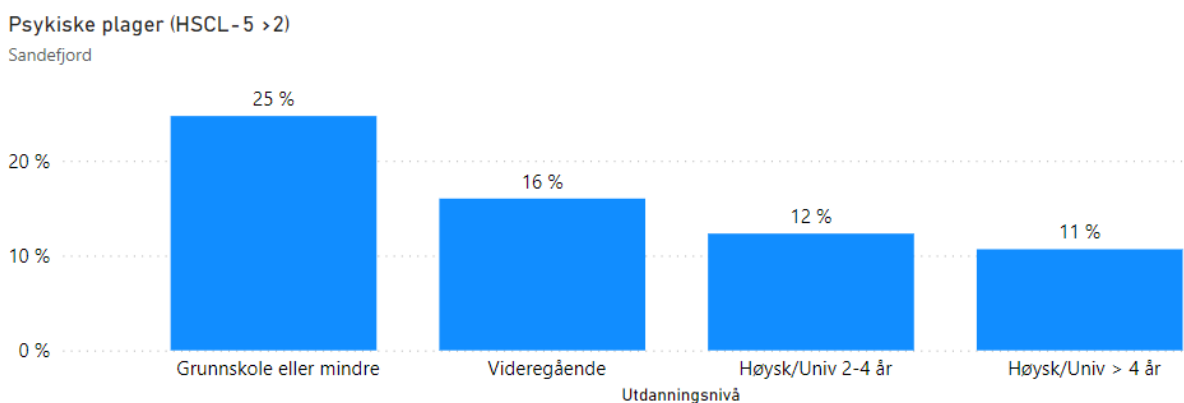
Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2023). Psykiske plager beskriver plager som for eksempel engstelse, nedstemthet og uro. Psykiske plager kan ses på som vanlige variasjoner i atferd og følelsesliv, ofte knyttet til hendelser og erfaringer. Psykiske 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. Ved psykiske lidelser foreligger det som oftest et uttalt tap av funksjon, for eksempel i forhold til jobb, skole og familie.

Selvrapporterte psykiske plager

Folkehelseundersøkelsen 2021 viser at 15 % av befolkningen i Sandefjord opplevde symptomer på angst og depresjon den siste uken, og det er stor variasjon fordelt på aldersgrupper (figur 22) og utdanningsnivå (figur 23).



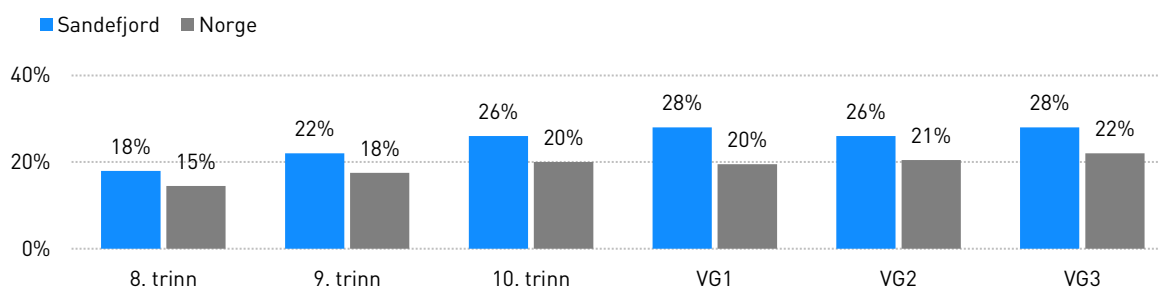
Figur 22: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som opplevde høy skår på psykiske plager (HSCL>2) i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 20221, fordelt på aldersgrupper. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.



Figur 23: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som opplevde høy skår på psykiske plager (HSCL>2) i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 20221, fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Ungdataundersøkelsen viser at andelen som opplever psykiske plager, øker med alderen (figur 24). Det er en økning på rundt fire prosentpoeng for hvert ungdomsskoletrinn, hvorpå det øker med ca. to prosentpoeng på første trinn på videregående, for så å flate ut.

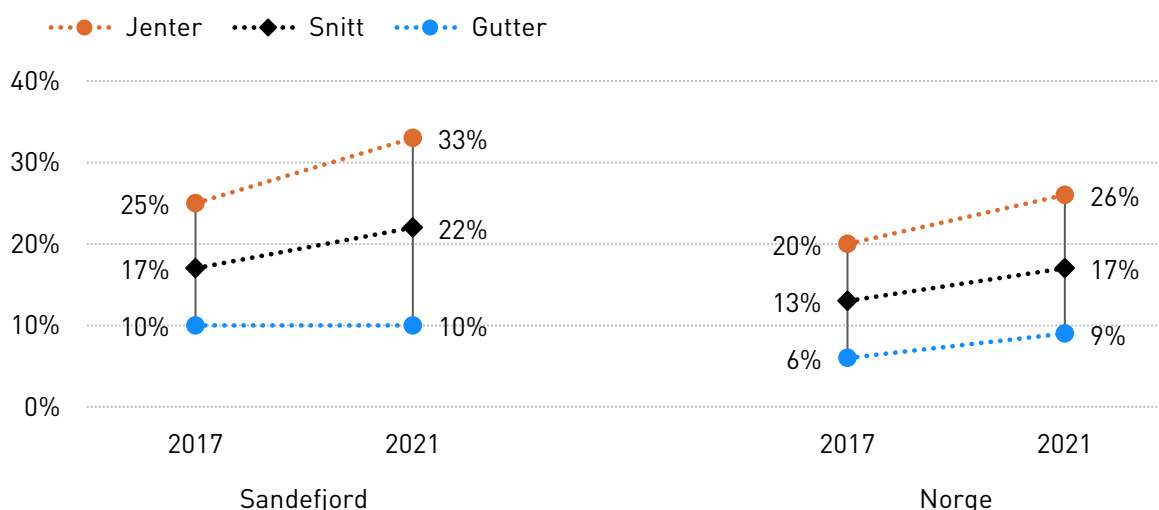
Psykiske plager, ungdata



Figur 24: Andel elever som har hatt mange psykiske plager siste uken i Sandefjord og Norge i 2021. Kjønn samlet. Fordelt på klassetrinn. Kilde: Ungdata.

Figur 25 viser at andelen ungdomsskoleelever med mange psykiske plager er høyere i Sandefjord sammenlignet med landet samlet i både 2017 og 2021. Begge årene var det en betydelig kjønnsforskjell. Det var en kraftig økning i andel jenter i Sandefjord som rapporter om mange psykiske plager fra 2017 til 2021, men ingen endring blant gutter.

Psykiske plager, Ungdata



Figur 25: Andel ungdomsskoleelever som har hatt mange psykiske plager de siste sju dagene i Sandefjord og Norge, fordelt på kjønn. Kilde: Ungdata.

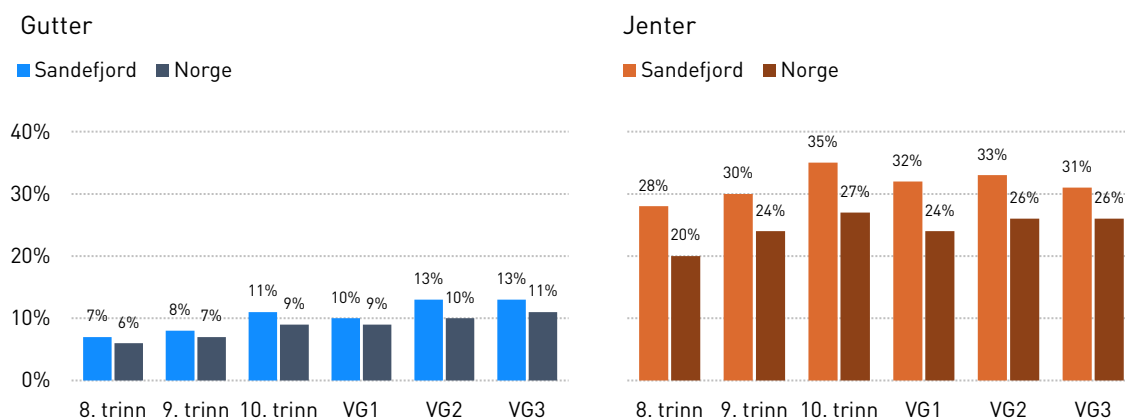
Blant videregående skoleelever i Sandefjord rapporterer 13 % av guttene og 38 % av jentene om mange psykiske plager i Ungdata 2021, mot henholdsvis 12 % og 29 % for landet samlet.

Slik måles psykiske plager måles i Ungdata

En ungdom regnes for å ha mange psykiske plager dersom de i gjennomsnitt har krysset av for at de i løpet av en uke er ganske mye plaget av: «Følt at alt er et slit», «Hatt søvnproblemer», Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert», Følt håpløshet med tanke på fremtiden», Følt deg stiv eller anspent» og «Bekymret deg for mye om ting».

I hvilken grad den økte rapporteringen skyldes en reell økning i andelen som har betydelige psykiske plager og i hvilken grad den reflekterer endringer i hvordan ungdom rapporterer helseplagene, er vanskelig å vite noe sikkert om. Ungdata fanger ikke opp det som ut fra kliniske kriterier regnes som depresjon eller depressive lidelser. Mange av plagene i spørsmålene i Ungdata er hverdagsplager som mange har, men som kan være utfordrende nok for mange av de som opplever dem. Særlig for dem som har et vedvarende høyt nivå av slike helseplager. Nasjonalt har noen flere jenter på ungdomstrinnet hatt psykiske plager under pandemien enn før (Bakken, Ungdata 2021. Nasjonale resultater, 2021). I andre grupper har det ikke vært større endringer.

Figur 26 viser at flere jenter i alle klassetrinn i Sandefjord enn i hele landet opplever så mye press at de har problemer med å takle det. Guttene ligger også over landsnittet i alle klassetrinn, men forskjellen er ikke like stor. Det er en markant kjønnsforskjell.

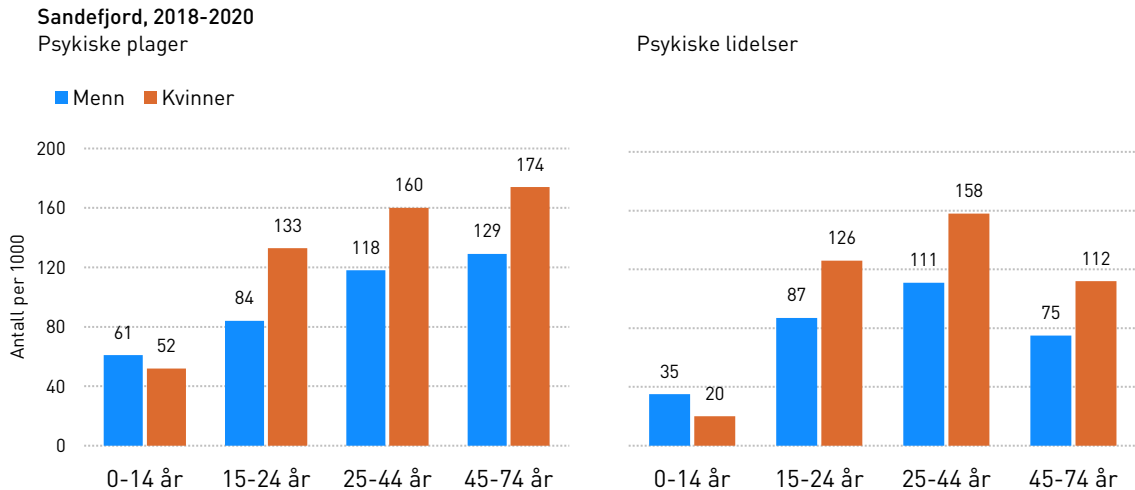


Figur 26: Andel elever som svarer at de i løpet av siste uke i stor eller svært stor grad har opplevd så mye press at de har hatt problemer med å takle det i Ungdata 2021. Blant gutter og jenter på ulike klassetrinn i Sandefjord og Norge. Kilde: Ungdata.

Diagnoser på psykiske plager og lidelser

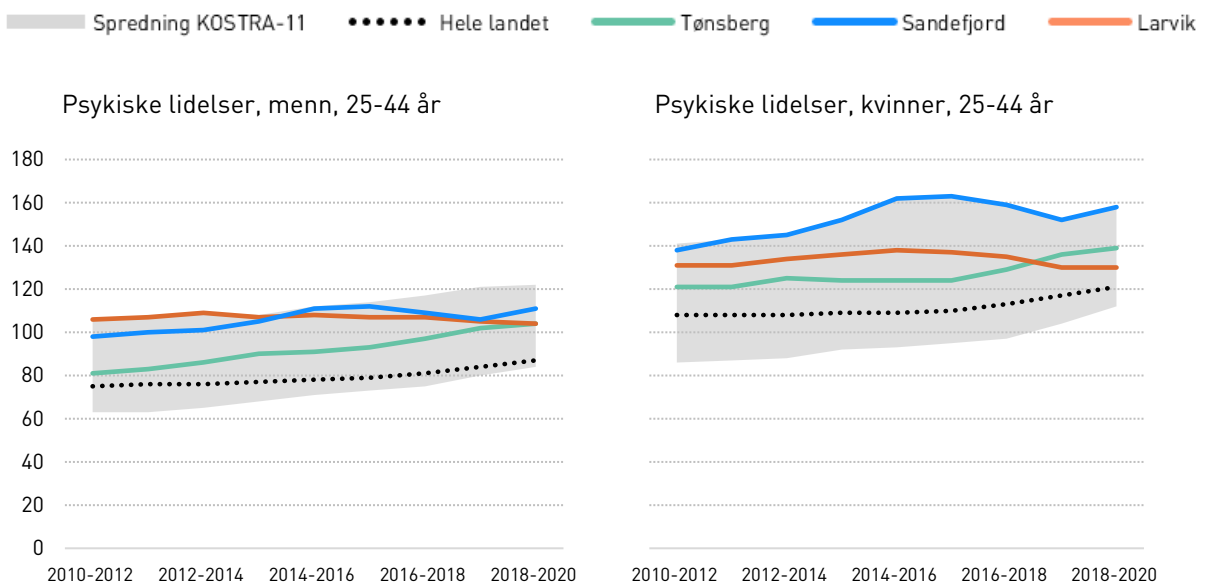
For å få en indikasjon på diagnoser på psykiske plager og lidelser, må vi se til hvor mange som er i kontakt med primærhelsetjenesten grunnet disse diagnosene. Registerdata bør tolkes i lys av lokal kunnskap om behandlingsmetoder og diagnostisering og også ses i sammenheng med kulturen for å oppsøke tjenestene. Registrene alene kan ikke brukes til å si noe om forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen. Undersøkelser viser at mange med psykiske lidelser er ikke i kontakt med helsetjenesten, og registerdataene undervurderer dermed forekomsten (Folkehelseinstituttet, 2023).

Figur 27 viser at forekomsten av psykiske plager starter tidlig og øker med alderen. Det samme mønsteret ser vi for psykiske lidelser, men med en litt lavere forekomst blant aldersgruppen 45-74 år. Kvinner har høyere forekomst i alle aldersgrupper bortsett fra 0-14 år.



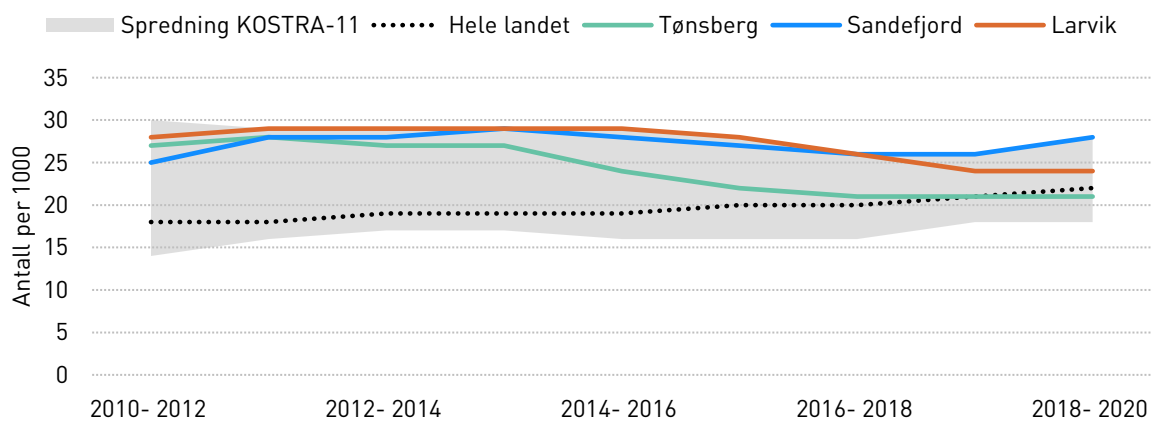
Figur 27: Antall brukere i primærhelsetjenesten per 1000 innbyggere per år for psykiske plager og psykiske lidelser i Sandefjord for treårsperioden 2018-2020. Fordelt på alder og kjønn. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Figur 28 viser at forekomsten av psykiske lidelser blant kvinner i aldersgruppen 25-44 år har vært høyest i Sandefjord sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11 siden 2010. Det var en nedgang mellom 2015-2017 og 2017-2019, for så å øke igjen til 2018-2020. Forekomsten av psykiske lidelser blant menn i Sandefjord følger samme mønster.



Figur 28: Antall per 1000 innbyggere som tok kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske lidelser i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og landet samlet i aldersgruppen 25-44 år, fordelt på kjønn. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Tre års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønnsammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Forekomsten av psykiske lidelser er også høyere i Sandefjord sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11 for aldersgruppen 0-14 år (figur 29).



Figur 29: Antall per 1000 innbyggere som tok kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske lidelser i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og landet samlet i aldersgruppen 0-14 år, kjønn samlet. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Tre års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønnssammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Viktige risikofaktorer for psykiske plager og lidelser blant unge er søvnvansker, mobbing og ensomhet (Folkehelseinstituttet, 2019), lav sosioøkonomisk status og økonomiske problemer (Folkehelseinstituttet, 2023). Skjermtid er også assosiert med psykiske vansker hos ungdom. Sandefjord har en relativt høy forekomst av disse parameterne. Det har vært en økning de siste ti årene for flere av disse risikofaktorene, og økningen her har vært større enn økningen ellers i landet.

Psykiske helseplager er tett knyttet til utfordringer med rus og til frafall fra videregående. Dette er bekymringsverdig når vi vet hvilken betydning utdanning har for individets livsjanser og fremtidige helse. God psykisk helse blant voksne spiller også en viktig rolle i barn og unges oppvekstvilkår.

3.6 Rusmiddellidelser

Rusmiddellidelser er et overordnet begrep for skadelig bruk og rusmiddelavhengighet (Folkehelseinstituttet, 2022). Skadelig bruk av rusmidler innebærer bruk av rusmidler som har gitt fysiske eller psykiske helseskader enten akutt eller over en periode. Rusmidler omfatter alkohol, vanedannende legemidler og illegale rusmidler (narkotika). Rusmiddelavhengighet kjennetegnes av at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken.

I Norge er alkoholbrukslidelser de hyppigste rusmiddellidelsene. Folkehelseinstituttet anslår at forekomsten for den voksne befolkningen er på 5-8 %, men påpeker at anslagene er forbundet med stor usikkerhet.

Vi har ikke tall som sier hvor mange som har skadelig bruk av opioider i Sandefjord. På landsbasis blir ca. 11 % av personer som fikk utlevert minst én resept på et opioid definert som vedvarende opioidbrukere. I Sandefjord fikk 60,0 personer per 1000 innbygger i aldersgruppen 0-44 år utlevert minst én resept på et opioid minst én gang i året for perioden 2019-2021. For aldersgruppen 45-74 år var raten 152,9 personer per 1000 innbygger per år. Bruken er høyere blant kvinner (107,2 per 1000) enn blant menn (86,1 per 1000), 0-74 år.

Forekomsten samlet (0-74 år, kjønn samlet) for perioden 2019-2021 er litt høyere i Sandefjord (96,4 per 1000) enn landssnittet (95,0 per 1000).

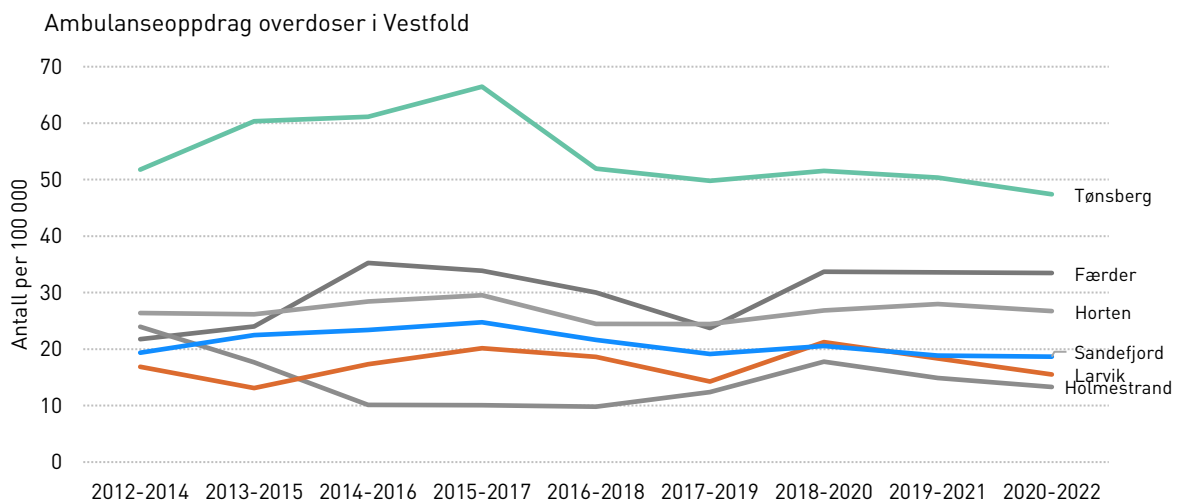
Personer med rusmiddellidelser har en betydelig forhøyet dødelighet. For de med en alkoholbrukslidelse er hjerte/kar-sykdommer den vanligste dødsårsaken. Vi har kun tall for dødsfall som skyldes alkoholbruk for Vestfold og Telemark. Standardisert dødelighetsrate er noe lavere i Vestfold og Telemark (5 personer per 100 000) i 2022 sammenlignet med landet (7,6 personer per 100 000) (Dødsårsaksregisteret). Det er stor årlig variasjon.

Blant andre med rusmiddellidelser og spesielt opioider, er overdoser (narkotikautløste dødsfall) blant de vanligste dødsårsakene (Folkehelseinstituttet, 2022). Standardisert rate for narkotikautløste dødsfall i Sandefjord er ikke signifikant forskjellig sammenlignet landet.

Folkehelseinstituttet har over mange år studert bruken av sterke smertestillende legemidler (opioider) i befolkningen i Norge, som brukes i behandling av moderate til sterke smerter (Folkehelseinstituttet, 2023). Blant brukerne er kvinner overrepresentert. Samtidig med at et økende antall pasienter med langvarige smerter blir behandlet med opioider, har det også vært et økende antall overdosedødsfall som skyldes forskrevne opioider. De som dør i overdoser av reseptbelagte opioider, skiller seg fra de som dør av heroinoverdoser ved at de oftere er eldre kvinner med langvarige smerter og som henter ut opioider på resept.

Figur 30 viser at antall ambulanseoppdrag til hendelsestype overdose har vært relativt jevn i Sandefjord de siste ti årene, sammenlignet med de andre kommunene i Vestfold.

Forekomsten i Sandefjord er den tredje laveste i Vestfold. Tønsberg har den høyeste forekomsten.



Figur 30: Antall ambulanseoppdrag med hendelsestype "Overdose misbruker" per 100 000 innbygger i kommunene i Vestfold (2021-kommuner), angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder. Hendelser som AMK basert på samtale innringer klassifiserer som "Overdose misbruker". Kilde: Sykehuset i Vestfold.

Tallene viser kommunen AMK har rykket ut til, og ikke personens bosted. Høyere forekomst i Tønsberg kan henge sammen med at Tønsberg har et større rusmiljø enn andre kommuner i Vestfold, samtidig som Tønsberg er et knutepunkt for kjøp og salg av narkotika, spesielt av opiatere. Feltpleien i Sandefjord kommune opplyser at rusmiljøet i Sandefjord ofte reiser til

Tønsberg for kjøp og salg av heroin, og at dette også kan gjelde for andre nærliggende kommuner.

Det er sannsynligvis store mørketall. Overdosetallene er basert på hva innringer klassifiserer hendelsen som, ikke hva som er det reelle oppdraget. Bruk av Nalokson neseppray indikerer at omkring halvparten av overdoser ikke medfører at ambulanse blir ringt etter.

Tilgang til rusmidler er en forutsetning for å utvikle en rusmiddellidelse. Individuelle risikofaktorer er likevel avgjørende for hvem som utvikler en rusmiddellidelse. Rundt halvparten risikoen er knyttet til genetikk. Betydelige miljøfaktorer er å vokse opp med en forelder med rusproblem, skoleproblemer, lavt utdanningsnivå, lav yrkesaktivitet samt følelsesmessige traumer, mobbing og fysiske og seksuelle overgrep i oppveksten.

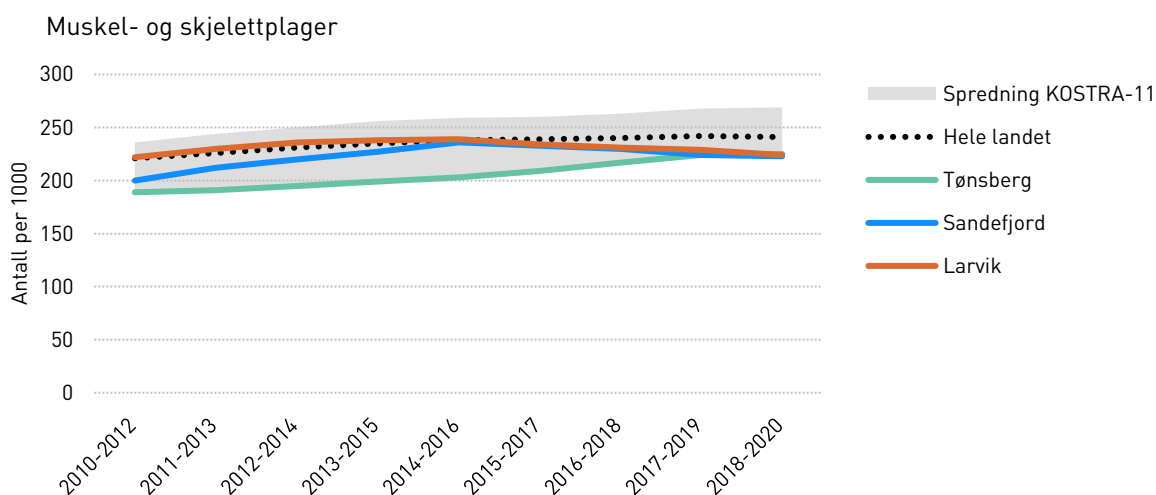
Pasienter med rusmiddellidelser har ofte også andre psykiske og kroppslige sykdommer. Å vokse opp i et hjem hvor en eller begge foreldre har rusmiddelproblemer, kan ha alvorlige konsekvenser for barn, inkludert økt risiko for å utvikle psykiske plager og lidelser, rusmiddelproblemer, somatiske plager, problemer i utdanningsforløp og etter hvert arbeidsliv. Risikoen for vold i par- og familierelasjoner er høyere i familier med rusmiddellidelser. Rusmiddellidelser har store samfunnsøkonomiske konsekvenser.

3.7 Muskel- og skjelettplager

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 (Folkehelseinstituttet, 2022). Viktige hovedgrupper er smerter i rygg og nakke, osteoporose (benskjørhet) og osteoporotiske brudd, artrose og andre revmatiske sykdommer.

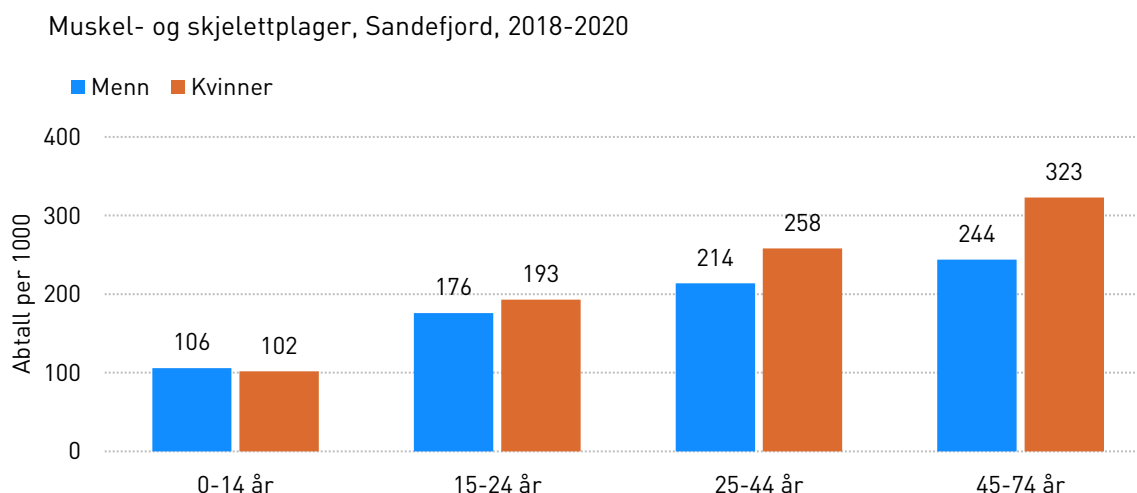
Forekomsten av muskel- og skjelettplager er lavere i Sandefjord sammenlignet med landet. Muskel- og skjelettplager er ikke bare vanlig hos voksne, men også hos barn. Muskel- og skjelettplager rammer mange allerede i ung alder forekomsten øker kraftig med økende alder. De siste ti årene har over 100 personer per 1000 innbyggere i aldersgruppen 0-14 år oppsøkt primærhelsetjenesten grunnet muskel- og skjelettplager hvert år (skader ekskludert). Det er mye som tyder på at barn som har muskel- og skjelettplager under oppveksten, har økt risiko for å ha slike plager også som voksne (Folkehelseinstituttet, 2022). Forebyggingsarbeidet bør derfor begynne i ung alder.

Antall som brukere i primærhelsetjenesten med muskel- og skjelettplager per 1000 innbyggere 0-74 år, er lavere i Sandefjord (223) enn landet som helhet (241) per år i perioden 2018-2020 (figur 31). Sandefjord, Tønsberg og Larvik er alle blant de laveste sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11.



Figur 31: Antall brukere i primærhelsetjenesten (fastlege/legevakt/fysioterapeut/kiropraktor) per 1000 innbyggere per år for muskel- og skjelettplager i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet. 0-74 år, kjønn samlet. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser 3-års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønnssammensetning. Kilde: Kommunehelsetatistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Figur 32 viser at forekomsten av muskel- og skjelettplager starter tidlig og øker med alderen. Allerede i aldersgruppen 0-14 år er over 100 personer per 1000 innbyggere i kontakt med primærhelsetjenesten med muskel- og skjelettplager.

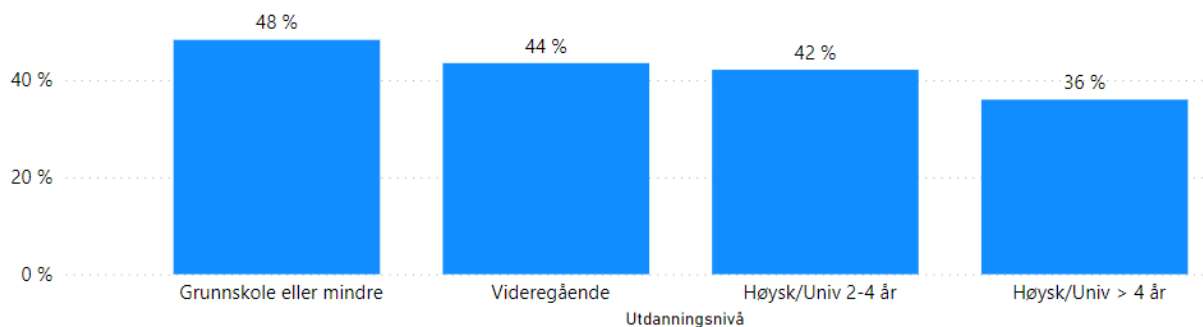


Figur 32: Antall brukere i primærhelsetjenesten (fastlege/legevakt/fysioterapeut/kiropraktor) per 1000 innbyggere per år for muskel- og skjelettplager i Sandefjord for 3-årsperioden 2018-2020. Fordelt på alder og kjønn. Kilde: Kommunehelsetatistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Folkehelseundersøkelsen 2021 finner at 42 % av befolkningen i Sandefjord har opplevd nakkesmerte siste måned, og 42 % har opplevd korsryggsmerter. For både nakke- og korsryggsmerter er forekomsten høyere blant kvinner enn blant menn. I tillegg ser vi en tydelig sosial gradient som følger utdanningsnivå. Figur 33 viser forskjellen i andel med korsryggsmerter fordelt på utdanningsnivå.

Korsryggsmerter siste 28 dager

Sandefjord



Figur 33: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de har opplevd korsryggsmerter siste 28 dager i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

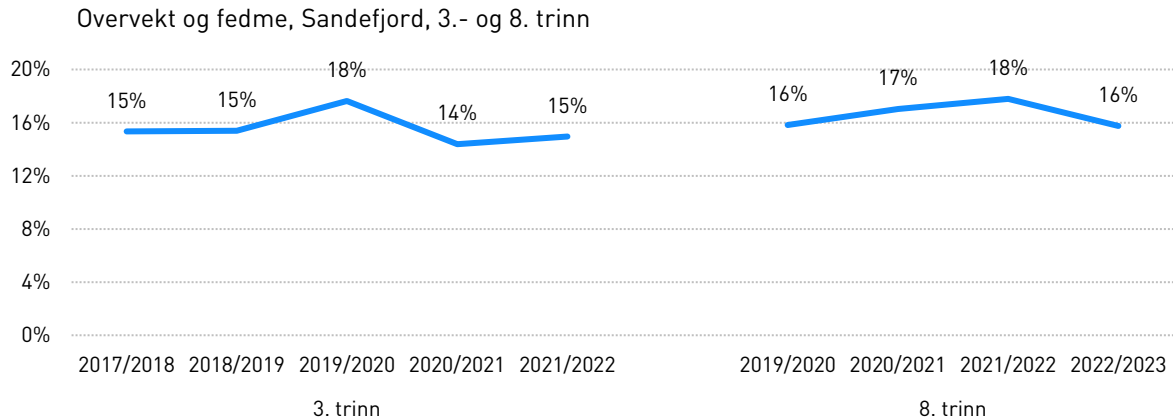
Risikofaktorene for muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager er delvis ukjente, men inaktivitet, overvekt, røyking og arbeidsrelaterte faktorer er blant de som har innvirkning på alvorlighetsgraden.

Muskel- og skjelettplager er blant de viktigste årsakene til redusert helse og nedsatt livskvalitet, og er en dominerende årsak til sykefravær og nedsatt arbeidsevne/uførhet (Folkehelseinstituttet, 2022)). Den vanligste typen muskel- og skjelettplager er knyttet til ryggen. Ryggsmerter rammer et bredt spekter av mennesker i ulike aldersgrupper, og er den typen som koster samfunnet mest. Personer med lav utdanning har omtrent tre ganger så høy risiko for å bli uføre på grunn av en ryggglidelse sammenlignet med personer med høy utdanning.

3.8 Overvekt og fedme

En kroppsmasseindeks (KMI) mellom 25 og 29,9 kg/m² regnes som overvekt. Fedme defineres som en KMI over 30 kg/m².

Tall fra rutinemessig veiing i skolehelsetjenesten i Sandefjord finner at 15 % av 3. klassingene og 16 % av 8. klassingene har overvekt og fedme i skoleåret 2021/2022 (figur 34). Over tid er det noe årlig variasjon, men stabil trend. Det er ikke vesentlige kjønnsforskjeller. Nasjonale undersøkelser finner tilsvarende resultater (Folkehelseinstituttet, 2023).

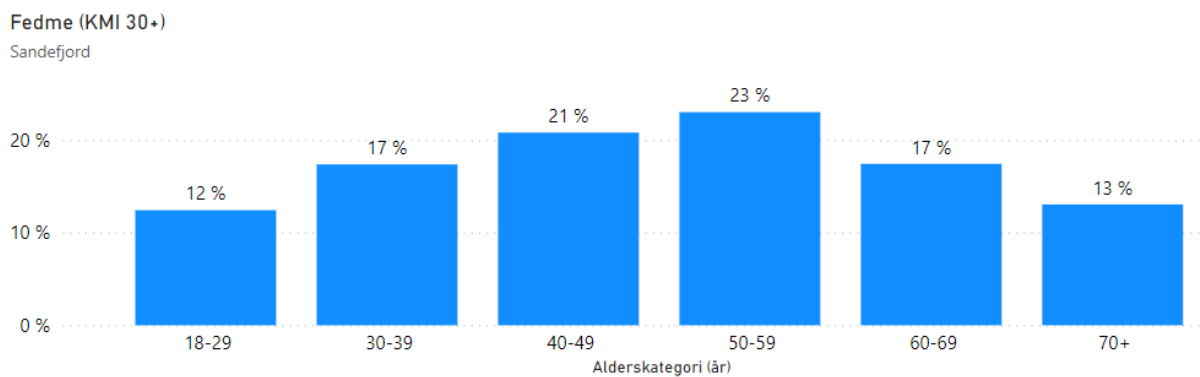


Figur 34: Utvikling over tid for andel elever i 3.- og 8. trinn i Sandefjord med ISO-KMI kategori overvekt og fedme i prosent av antall elever veid ved rutinemessig veiing i skolehelsetjenesten. Kilde: Sandefjord kommune.

For 18-åringer har andelen økt, og 22 % av gutter og jenter i Sandefjord rapporter om overvekt eller fedme ved sesjon. Forekomsten er den samme som resten av landet. Forekomsten er noe høyere blant menn (16 % overvekt og 8 % fedme) enn kvinner (14 % overvekt og 6 % fedme). Andelen har vært nokså stabil de siste 10 årene.

KMI for kvinner som er tidlig i svangerskapet, kan gi et rimelig mål på overvekt blant kvinner i fertil alder. Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at andel kvinner med overvekt, inkludert fedme, i prosent av alle fødende kvinner, er noe høyere i Sandefjord (41 %) enn i landet som helhet (39 %). Andelen har økt de siste 10 årene.

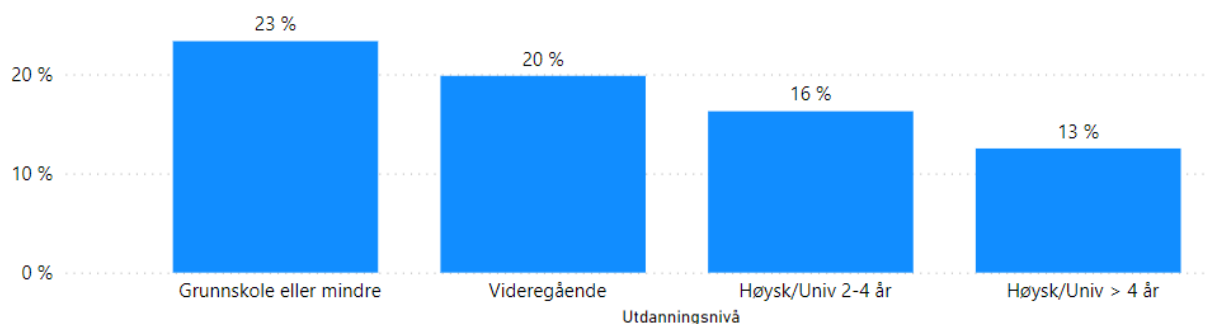
I Folkehelseundersøkelsen 2021 oppga 18 % av befolkningen i Sandefjord at de hadde fedme, dvs. KMI over 30. Gjennomsnitt for landet i 2020 var 16,5 % (Folkehelseinstituttet, 2023). Det er en betydelig forskjell i andel med fedme mellom aldersgrupper (figur 35) og utdanningsnivåer (figur 36).



Figur 35: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de har en KMI over 30 i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på aldersgrupper. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Fedme (KMI 30+)

Sandefjord



Figur 36: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de har en KMI over 30 i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Viktige faktorer for utvikling av overvekt og fedme er fysisk inaktivitet og høyt energiinntak (kaloriinntak) (Folkehelseinstituttet, 2023). Hos den enkelte personen vil også arvelige og psykiske faktorer spille en rolle. 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 alvorlige psykiske helsekonsekvenser.

Høy KMI er en viktig indikator for sykdomsbyrden i befolkningen, og er underliggende årsak for omtrent 7 % av dødsfall i Norge. På landsbasis er det nær dobbelt så høy forekomst av fedme mellom personer med lav og høy utdanning.

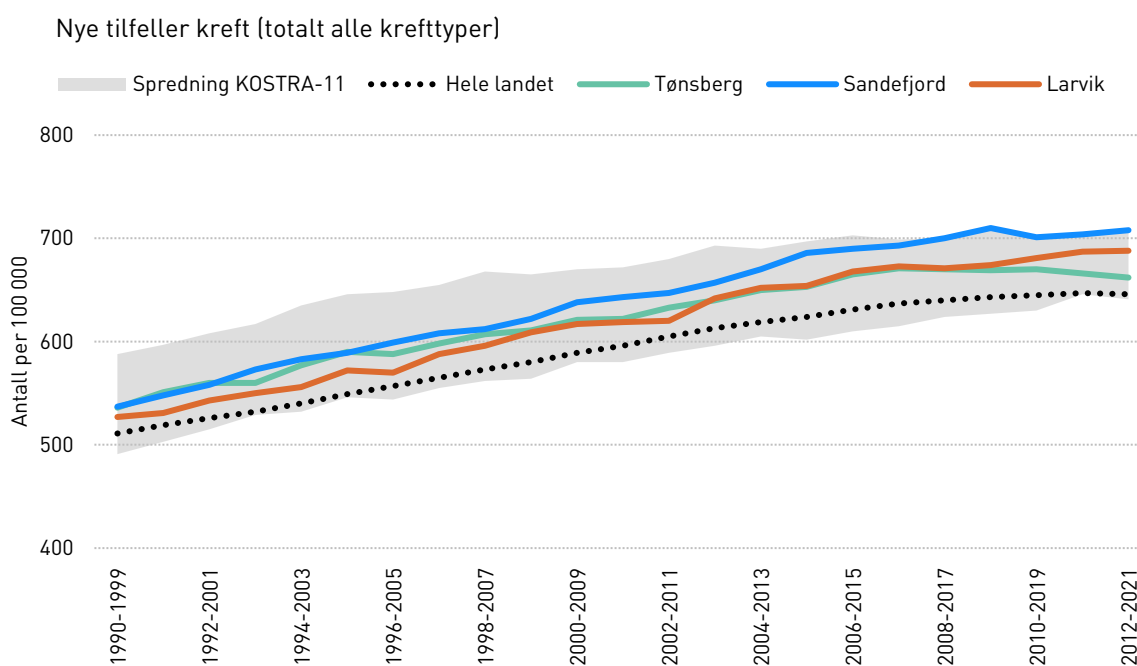
Fedme er beregnet til en av de mest kostbare «folkesykdommene» i Norge. Det er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig.

3.9 Kreft

Kreft er en fellesbetegnelse for sykdommer med ukontrollert celledeling (Folkehelseinstituttet, 2023). Kreftceller kan spres til andre deler av kroppen via blod og lymfesystem. Sykdomsforløp, overlevelse og behandling varierer mellom de ulike kreftsykdommene.

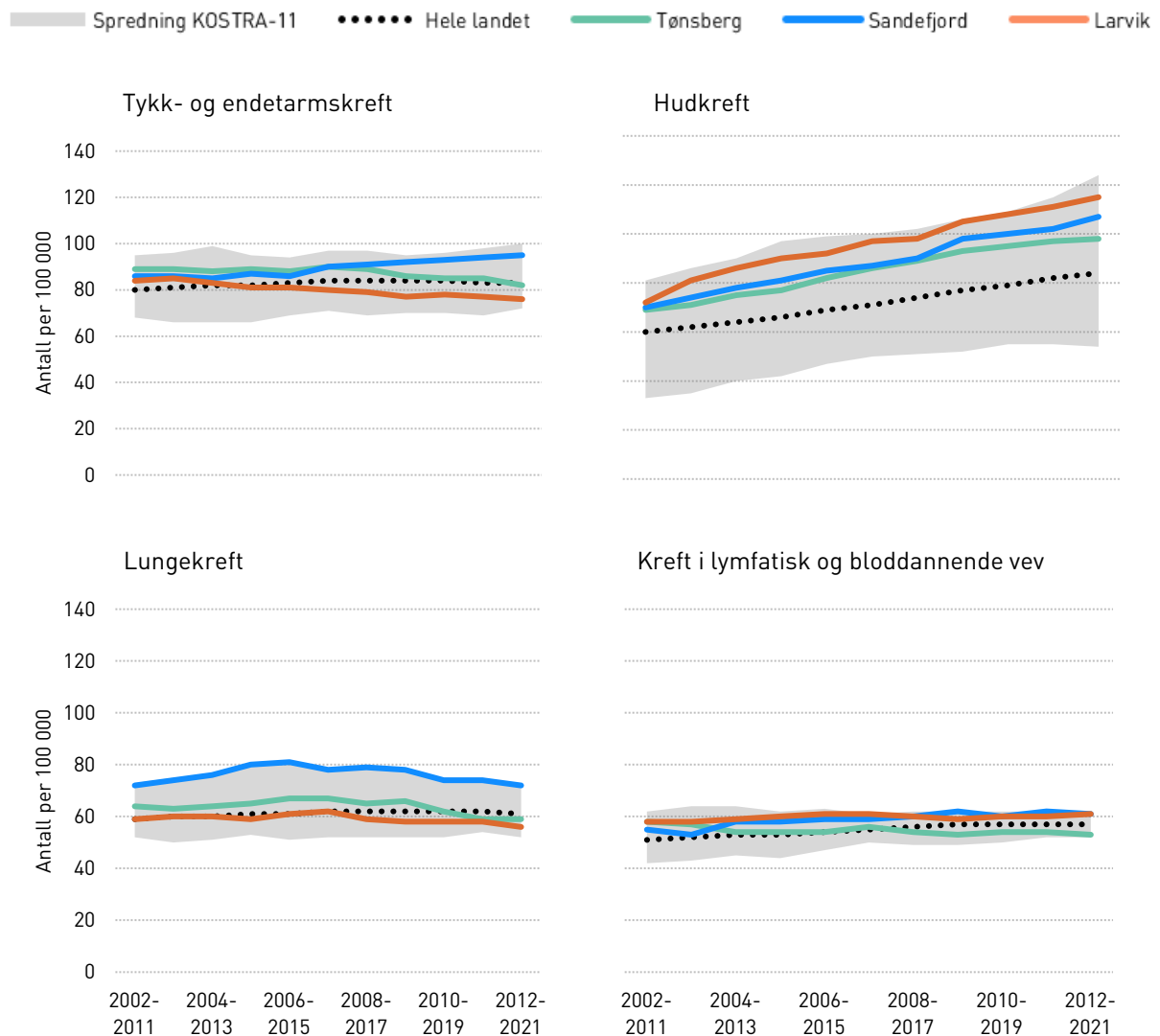
Samlet sett er kreft den sykdommen som tar flest liv i Sandefjord. Lungekreft er den kreftformen som tar flest liv både blant menn og kvinner.

Figur 37 viser at antall nye tilfeller for kreft har økt mer i Sandefjord de siste 20 årene, sammenlignet med landet som helhet og kommunene i KOSTRA-gruppe 11. Per 2012-2021 er forekomsten høyest i Sandefjord sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11.



Figur 37: Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet. Grått felt indikerer spredning for kommunene i KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønns sammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Figur 38 viser at Sandefjord har høy forekomst av nye krefttilfeller for alle kreftformer som til en viss grad kan forebygges sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11. Nye tilfeller av hudkreft har hatt en spesielt kraftig økning.



Figur 38: Utvikling over tid for antall nye tilfeller kreft per 100 000 innbyggere i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og Norge, fordelt på tykk- og endetarmskreft, hudkreft, lungekreft og kreft i lymfatisk og bloddannende vev. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser 10-års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønns sammensetning. Alle aldre, kjønn samlet. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Ulike krefttyper kan ha forskjellige risikofaktorer og ulik sykdomsutvikling. De viktigste risikofaktorene for kreft er knyttet til levevaner: tobakk, alkohol, kosthold og fysisk inaktivitet. Andre viktige risikofaktorer er fedme, UV-eksponering og andre miljøeksponeringer.

Det er sosioøkonomiske forskjeller når det gjelder risiko for kreft. Et unntak er brystkreft blant kvinner, der kvinner med høy utdanning har større risiko for brystkreft enn kvinner med lav utdanning.

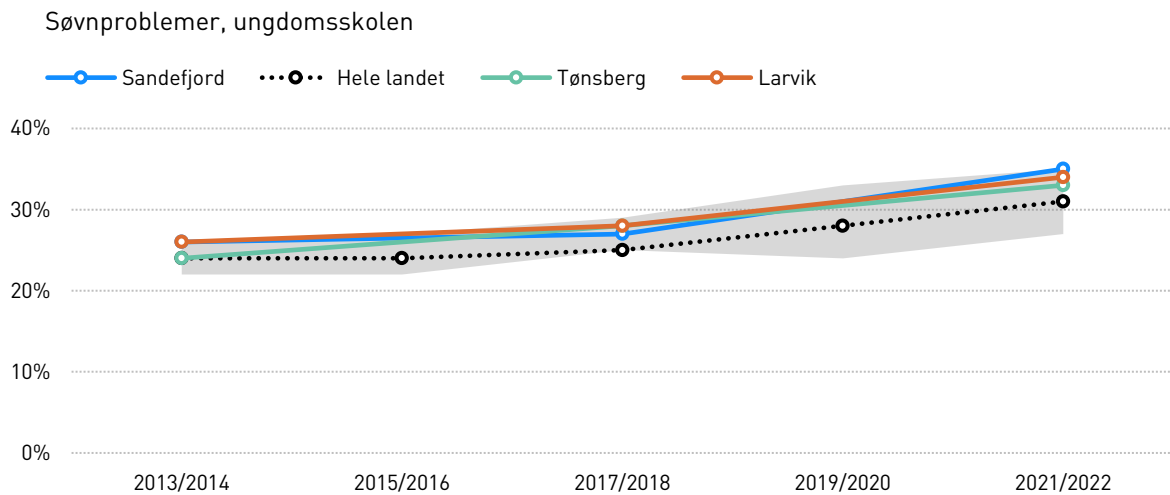
Overdreven soling og solforbrenning øker risikoen for føflekkreft og annen hudkreft (Folkehelseinstituttet, 2023). Økningen av hudkreft i Norge har antageligvis sammenheng

med endrede solingsvaner med høy UV-eksponering over tid. Noe av økningen kan også ha sammenheng med større bevissthet om sykdommen, og dermed også at flere går til lege og får oppdaget føflekkreft i tidlig stadium. Lungekreft og tykk- og endetarmskreft har sammenheng med levevaner som røyking, kosthold, alkoholbruk og fysisk aktivitet.

3.10 Søvnvansker

Søvnvansker eller søvnforstyrrelser er samleuttrykk over ulike vansker, sykdommer eller forstyrrelser knyttet til søvnen. Insomni er den vanligste og kjennetegnes av problemer med innsovning, hyppige oppvåkninger, tidlig morgenoppvåkning og nedsatt dagtidfunksjon. Døgnrytmeforstyrrelser er den vanligste typen blant ungdom og kjennetegnes av misforhold mellom kroppens døgnrytme og de sosiale omgivelsene. Andre undergrupper er søvnapné, narkolepsi, marerittlidelser og bevegelsesforstyrrelser som rastløse bein.

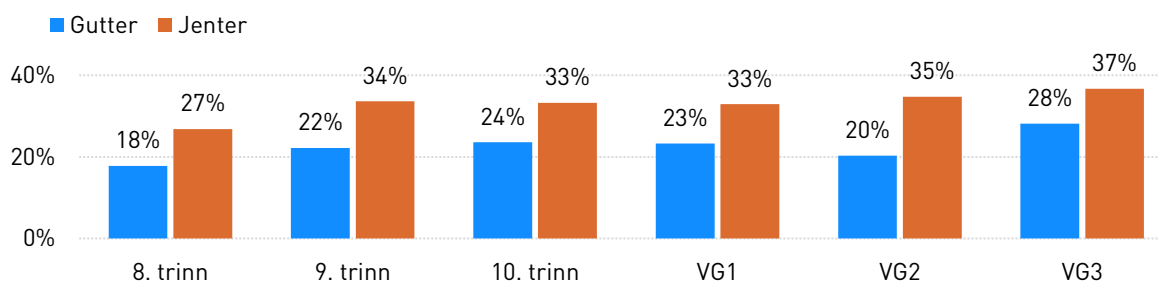
Over 1 av 3 ungdomsskoleelever rapporterer om søvnvansker i Ungdata 2021, og det har vært en betydelig økning siden den siste Ungdata-undersøkelsen (figur 39).



Figur 39: Andel ungdomsskoleelever i Sandefjord, Larvik, Tønsberg og hele landet som oppgir at de har søvnproblemer i Ungdata undersøkelsen. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Standardisert for kjønn og klasstrinn. Sandefjord gjennomførte undersøkelsen i 2013, 2017 og 2021. Kilde: Ungdata.

Over 1 av 3 jenter og over 1 av 5 gutter i Sandefjord har vært så trøtt at det gått ut over skole eller fritid mer enn tre dager i uken (figur 40).

Trøtthet påvirket skole eller fritid, Sandefjord



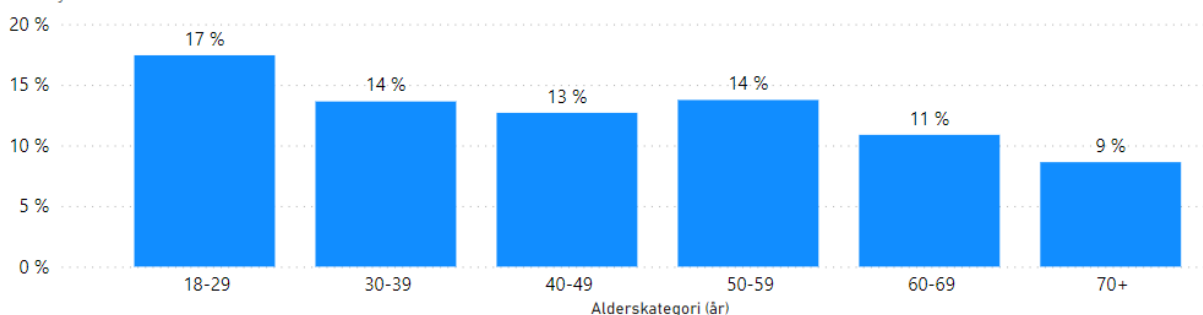
Figur 40: Andel som har vært så søvning/trøtt at det har gått ut over skole eller fritid mer enn tre dager i uken blant jenter og gutter på ulike klassetrinn i Sandefjord 2021. Kilde: NOVA. Beregninger: Sandefjord kommune. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene.

Det er imidlertid viktig å presisere at det i pubertetsårene skjer store endringer i søvn og søvnregulering (Saxvig, 2021). Behovet for søvn reduseres noe, men ungdom har likevel et større behov for søvn enn voksne mennesker har. Endringer i søvnregulering fører til at ungdom i større grad enn barn og voksne føler seg våken og opplagt om kvelden mens de er trøtte og sliter med å komme seg opp om morgenen. Dette er helt normalt, og ikke i seg selv problematisk. Imidlertid endrer ikke kravene fra omgivelsene seg tilsvarende. Skolen begynner som regel tidlig om morgenen, slik at ungdoms foretrukne søvn/våkenhetsrytme kommer i utakt med samfunnet for øvrig. På skoledager er det dermed mange ungdommer som må stå opp før de har fått tilstrekkelig mengde søvn, noe som kan ha konsekvenser for skoleprestasjoner og psykisk helse. En del ungdommer kommer inn i en vond sirkel, der deres biologiske tendens til å være «B-menneske» forsterkes og opprettholdes av vaner og atferd. For å unngå at dette blir et problem er det viktig å bryte denne vonde sirkelen ved å sørge for en stabil døgnrytme og gode søvnvaner.

Blant voksne rapporter 12,6 % i Sandefjord om insomni. Vesentlig flere kvinner (16 %) enn menn (9%) opplever insomni og det er stor forskjell mellom aldersgrupper (figur 41) og utdanningsnivå (figur 42).

Søvnproblemer (Insomni)

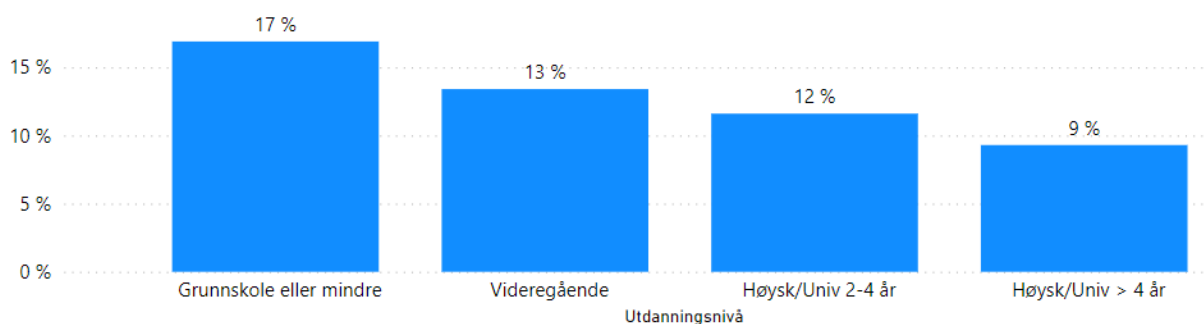
Sandefjord



Figur 41: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de har søvnproblemer i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på aldersgrupper. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Søvnproblemer (Insomni)

Sandefjord



Figur 42: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de har søvnproblemer i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Risikofaktorer for søvnvansker er støy, kronisk sykdom, psykiske vansker, skiftarbeid, graviditet, koffein, skjermbruk, leggerutiner for barn, stress og dårlig arbeidsmiljø (Folkehelseinstituttet, 2023). Det er mange grunner til at ungdom opplever søvnproblemer (Folkehelseinstituttet, 2023). Det kan blant annet dreie seg om biologiske endringer, bruk av sosiale medier utover kvelden og natta, og opplevd press om å gjøre det bra på skolen. Sammenlignet med landet, har Sandefjord betydelig høyere andel ungdom med over fire timer daglig skjermtid og som svært ofte opplever å bli stresset av skolearbeidet. Søvnvansker kan også handle om å kombinere disse tingene med et tett program med fritidsaktiviteter, og et hektisk sosialt liv. Inntak av koffein og energidrikker, og mangel på rutiner, kan også virke inn. Folkehelseinstituttet melder at det er viktig å se på søvnplager i kombinasjon med angst og depresjon, hvor også omfanget er høyere i Sandefjord sammenlignet med landet.

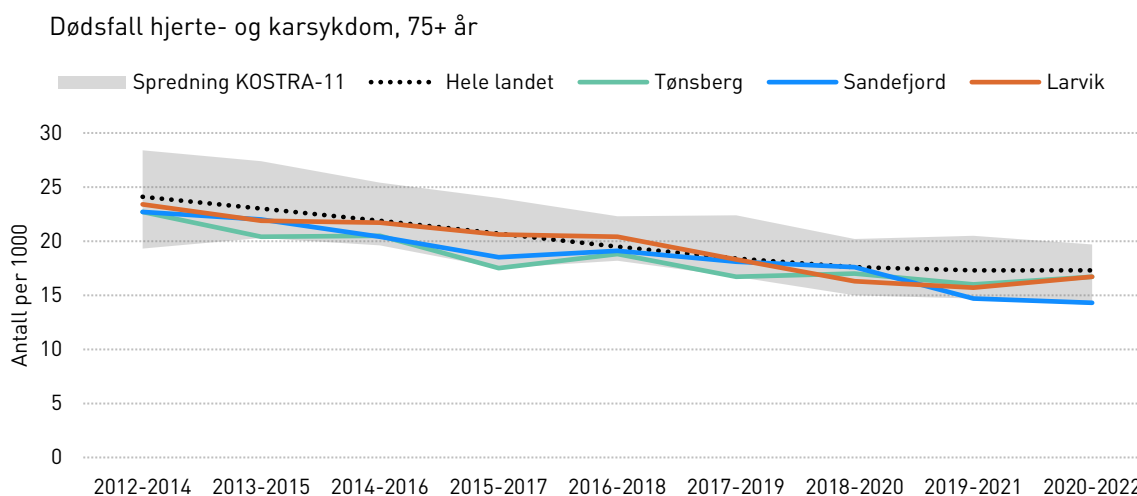
Søvnvansker er blant de vanligste helseplagene i befolkningen, og er så utbredt i befolkningen at Folkehelseinstituttet omtaler det som et av landets mest undervurderte folkehelseproblem (Helsedirektoratet, 2017). Søvnvansker er et debutsymptom ved de fleste psykiske lidelser. Omtrent 80 % av personer med søvnvansker har samtidige psykiske eller kroppslige plager (Folkehelseinstituttet, 2023).

Søvnvansker hos ungdom er forbundet med økt risiko for psykiske vansker, selvskadning, rus- og alkoholproblemer, overvekt, høyt skolefravær og dårlige skoleprestasjoner (Folkehelseinstituttet, 2023). Dårlig søvnhelse er også en viktig risikofaktor for at ungdom dropper ut av den videregående skolen. En ny norsk studie fant at flere unge med søvnvansker droppet ut av videregående skole sammenlignet med de som fullførte skolen (Hysing, et al., 2023). Hos voksne er insomni assosiert med redusert arbeidskapasitet, og doblet risiko for å bli sykemeldt og uføretrygdet.

3.11 Hjerte- og karsykdom

Hjerte- og karsykdom er et samlebegrep som omfatter sykdommer i hjerte og kretsløp. De vanligste hjerte- og karsykdommene er hjertekrampe (angina pectoris), hjerteinfarkt, hjerneslag, atrieflimmer og hjertesvikt (Folkehelseinstituttet, 2021).

Dødsfall som følge av hjerte- og karsykdommer har gått ned de siste 10 årene, og dødelighetsraten er lavere i Sandefjord sammenlignet med landet. Hjerte- og karsykdommer – spesielt hjerteinfarkt og hjerneslag – var imidlertid den nest vanligste underliggende årsaken til tidlig død i Sandefjord. De aller fleste som dør av hjerte- og karsykdom er over 75 år. Dobbelt så mange menn dør av hjerte- og karsykdom enn kvinner.



Figur 43: Antall dødsfall som følge av hjerte- og karsykdom per 1000 innbyggere i Sandefjord, Larvik, Tønsberg og hele landet i aldersgruppen 75+ år. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Kjønn samlet. Viser 3-års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønnsammensetning. Kilde: Kommunehelsetatistikkbank, Folkehelseinstituttet.

I perioden 2018-2020 ble 229 personer per 1000 innbyggere per år i aldersgruppen 45-74 år registrert med hjerte- og kardiagnoser i primærhelsetjenesten. Landsgjennomsnittet var 218 personer per 1000. Hjerte- og kardiagnoser registrert i primærhelsetjenesten i Sandefjord har gått ned de siste 10 årene.

I perioden 2019-2021 ble 1024 personer fra Sandefjord innlagt på sykehus med hjerte- og karsykdom som hoveddiagnose. Forekomsten har vært relativt stabil de siste årene, med unntak av en økning siste tre-årsperiode, som skyldes en økning i aldersgruppen over 75 år.

Det er en markant sosial ulikhet i dødelighet av hjerte- og karsykdommer. Røyking er en viktig årsak til utdanningsforskjeller i hjerte- og karsykdom (Folkehelseinstituttet, 2021).

De viktigste påvirkbare risikofaktorene for hjerte-karsykdom er knyttet til levevaner: tobakk, alkohol, kosthold og fysisk inaktivitet. Andre viktige påvirkbare risikofaktorer er høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes og fedme.

Bruk av legemidler mot hjerte- og karsykdommer indikerer en økning i personer i Sandefjord som lever med hjerte- og karsykdom de siste 10 årene. Bruk av kolesterolsenkende midler blant menn i aldersgruppen 45-74 år har hatt en spesielt stor

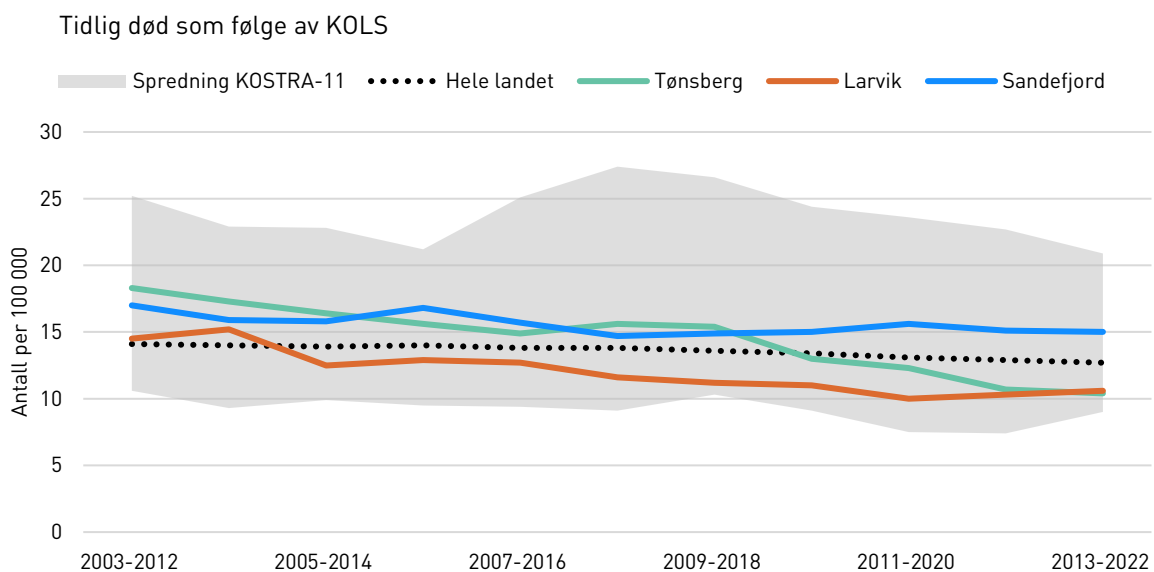
økning. Befolkningsvekst, økt andel eldre og bedre overlevelse etter hjerte- og karsykdom er faktorer som har bidratt til denne økningen (Folkehelseinstituttet, 2021). Bruken av legemidler mot hjerte- og karsykdommer generelt skiller seg ikke vesentlig fra landssnittet.

3.12 Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)

Kols er en samlebetegnelse på en gruppe kroniske lungesykdommer som fører til hindret luftstrøm gjennom luftveiene (Folkehelseinstituttet, 2022). Det er en alvorlig lungesykdom med varig nedsatt lungefunksjon og kan gi betydelig funksjonsnedsettelse. Kols rammer særlig de eldre. Viktige risikofaktorer for utviklingen av kols er røyking, alder og eksponering for gasser/partikler i jobb. Kols-pasienter har økt risiko for å få flere andre sykdommer samtidig. Eksempler er hjerte- og karsykdom, lungekreft, depresjon og beinskjørhet. Har man først utviklet kols, kan ikke behandling reparere den tapte lungefunksjonen.

Om lag 6-7 prosent av befolkningen over 40 år i Norge har kols. Antall personer som lever med sykdommen vil trolig holde seg høyt i årene framover, fordi antallet eldre øker.

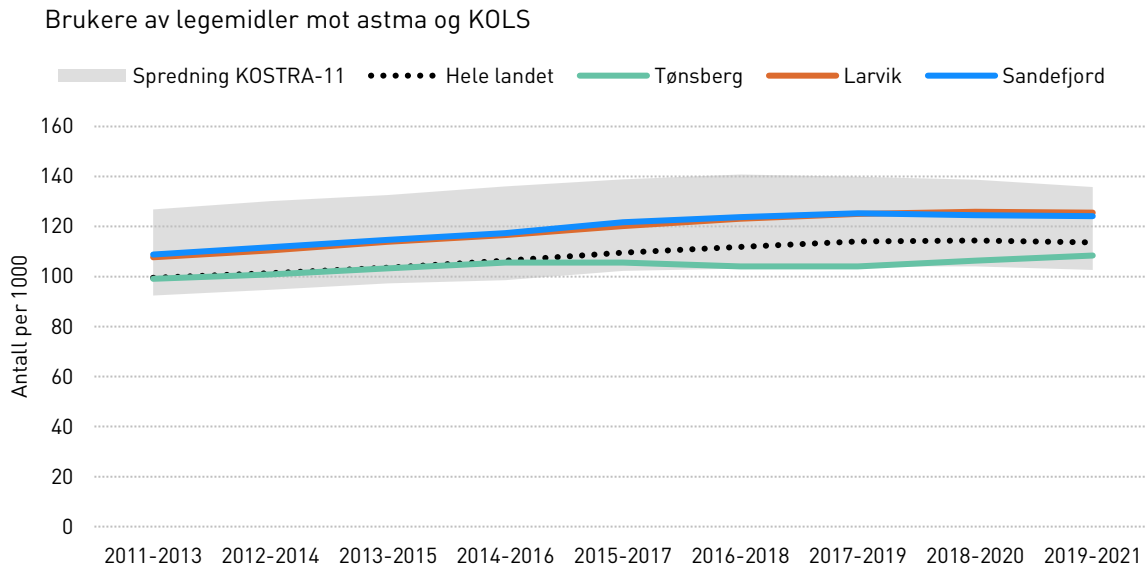
Figur 44 viser at dødelighet som følge av kols har vært relativt stabil de siste 20 årene. I hele perioden har Sandefjord hatt en høyere forekomst enn landet, og omtrent i midtsjiktet sammenlignet med kommuner i KOSTRA-gruppe 11. Tønsberg og Larvik har en lavere forekomst enn landet samlet. Forekomsten er relativt lik mellom kjønn.



Figur 44: Antall dødsfall per 100 000 innbyggere per år som følge av KOLS i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet for aldersgruppen 0-74 år, kjønn samlet. Grått felt indikerer spredning for kommuner i KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Standardisert for kjønns- og alderssammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Vi har ikke tall på hvor mange som lever med kols i Sandefjord, men bruk av legemidler mot astma og kols kan gi en indikasjon.

Ettersom antall brukere av legemidler mot kols er høyere enn landet, er det rimelig å anta at andelen er tilsvarende eller høyere enn landsnivået. Bruk av legemidler mot kols og astma har økt de siste ti årene for aldersgruppen 45-74 år.

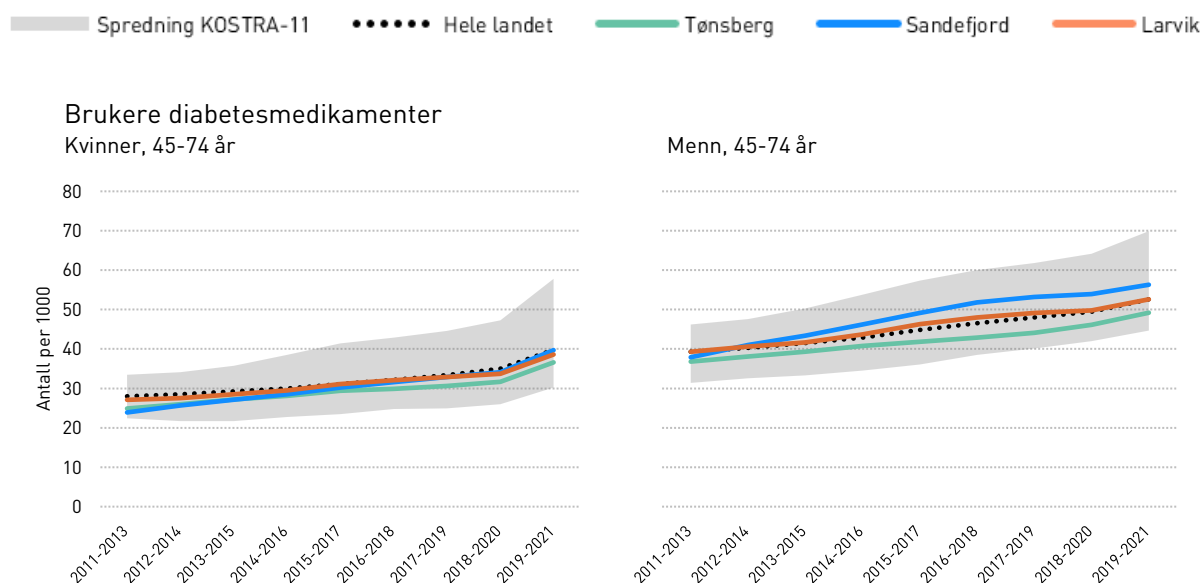


Figur 45: Antall brukere av legemidler forskrevet mot astma og KOLS til personer i aldersgruppen 45-74 år i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet. Grått felt indikerer spredning for kommuner i KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser tre års glidende gjennomsnitt, standardisert for kjønns- og alderssammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

3.13 Diabetes type-2

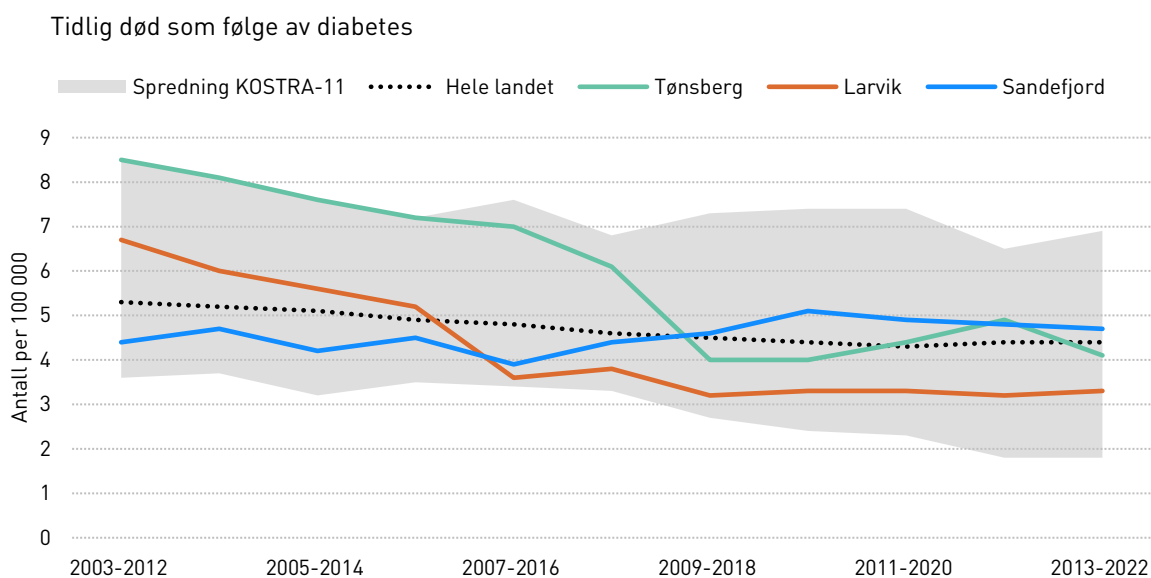
Diabetes er karakterisert ved for høye nivåer av glukose i blodet (høyt blodsukker). Diabetes type-2 er en stoffskiftesykdom som skyldes at insulin har dårligere virkning kombinert med redusert evne til å skille ut insulin. Blant de viktigste påvirkbare risikofaktorene for type 2-diabetes er overvekt og fedme, fysisk inaktivitet, kosthold og røyking (Folkehelseinstituttet, 2021). Diabetes er blant de viktigste årsakene til samlet sykdomsbyrde. Innvandrere med opprinnelse fra Sør-Asia og noen land i Afrika, har høyere risiko for type 2-diabetes. Disse får ofte type 2-diabetes i yngre alder enn det etniske nordmenn gjør. Type 2-diabetes er vanligere i grupper med lav utdanning enn i grupper med høyere utdanning.

Bruken av diabetesmedikamenter i Sandefjord indikerer at forekomsten av type 2-diabetes har økt de siste 10 årene for aldersgruppen 45-74 år for begge kjønn. Noe av økningen i antall personer som bruker diabetesmedikamenter skyldes aldring og økning i befolkningsstørrelsen, men det er også en økning i andelen av befolkningen. Økt grad av diagnostisering og bedre overlevelse blant personer med diabetes kan også føre til økt forekomst.



Figur 46: Antall brukere av diabetesmedikamenter per 1000 innbyggere per år i Sandefjord, Larvik, Tønsberg og hele landet, fordelt på kjønn. Grått felt indikerer spredning KOSTRA-gruppe 11. Glidende snitt 3-årsperiode, standardisert for alders- og kjønns sammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Diabetes er forbundet med økt dødelighet, og diabetes er en viktig underliggende årsak til død i Sandefjord. Figur 47 viser at Sandefjord har lavere dødelighetsrate som følge av diabetes sammenlignet med landet, Tønsberg og Larvik, og lavt i forhold til kommuner i KOSTRA-11 frem til 2017, men høyere enn landet, Tønsberg og Larvik, og omtrent i midtsjiktet sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11 i siste tiårsperiode (2013-2022). Dødelighet for diabetes er nesten dobbelt så høy for menn som for kvinner.



Figur 47: Antall døde i aldersgruppen 0-74 år per 100 000 innbyggere per år på grunn av diabetes i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet, alders- og kjønnsstandardisert. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

3.14 Demens

Demens er fellesbetegnelsen på flere hjernesykdommer som påvirker adferd og evnen til å huske, tenke og utføre dagligdagse aktiviteter (Folkehelseinstituttet, 2021). Selv om demens hovedsakelig er knyttet til høy alder, er det ikke en del av den normale aldringen. Den vanligste årsaken til demens er Alzheimers sykdom. Det finnes ingen kurativ behandling for demens per i dag.

I Norge er det om lag 101 000 som lever med demens. Vi har ikke eksakte lokale tall for demens. Nasjonalt senter for aldring og helse anslår at 2 % av befolkningen i Sandefjord hadde demens i 2020 (Nasjonalt senter for aldring og helse, 2020). Nasjonalt snitt er 1,88 %.

Det anslås at 3,5 % av befolkningen i Sandefjord vil ha demens i 2040. En økning på 75 % fra tall fra 2020.

Det er mye usikkerhet omkring risikofaktorer, men det er anslått at så mye som 40 prosent av all demens skyldes miljøfaktorer og levestil, og dermed kunne vært forebygget (Folkehelseinstituttet, 2021). Beskyttende faktorer ser for en stor del ut til å være de samme som for hjerte- og karsykdommer: fysisk aktivitet, ikke-røyking, god kontroll av høyt blodtrykk og sosial aktivitet. Risikofaktorer er diabetes, lav utdanning, fedme, nedsatt hørsel, depresjon, høyt alkoholforbruk, hodeskader og luftforurensing.

Demens er en stor påkjenning og utfordring både for den som rammes, de pårørende, helse- og omsorgstjenestene og samfunnet. Tapet av kognitive og motoriske funksjoner, psykiske tilleggssymptomer som angst og depresjon, samt motorisk uro, aggresjon og vrangforestillinger, fører ofte til mye lidelse for dem som rammes av demens. Også blant pårørende, spesielt ektefelle eller barn, kan sykdommen medføre store belastninger. Opplevelsen av gradvis å miste sin nærmeste er en smertefull og ofte langvarig prosess. I tillegg er selve omsorgsbyrden ofte tung og slitsom. Kognitiv svikt og demens medfører utstrakt bruk av helse- og omsorgstjenester og vil utgjøre en økende samfunnsutfordring i årene fremover. Rundt 84 prosent av beboerne på norske sykehjem er personer med demens.

Årsaken til økningen av demenstilfeller knytter seg særlig til en aldrende befolkning og økt befolkningsstørrelse.

3.15 Astma og allergi

Astma er en kronisk betennelses- eller irritasjonstilstand i luftveiene (Folkehelseinstituttet, 2022). En forverring av symptomene knyttet til astma kan utløses av ulike faktorer som for eksempel allergener, luftveisinfeksjoner, fysisk aktivitet, luftforurensning og andre irriteranter. Allergi skyldes en overreaksjon i immunsystemet når en person kommer i kontakt med ulike proteiner, metaller eller kjemikalier. Det finnes mange typer allergisk sykdom. De vanligste er høysnue (reaksjon på allergener fra eksempelvis kjæledyr, pollen og midd i husstøv), atopisk eksem, allergisk kontakteksem og elveblest og matallergi.

Datagrunnlaget for å følge utviklingen av astma og allergi over tid i Norge og andre land, er svakt. Bruk av legemidler mot astma og allergi kan være et indirekte mål på hvor stor andel

av befolkningen som har sykdommen, og som har behov for behandling. Bruk av medisiner som et mål for sykdom må imidlertid fortolkes med forsiktighet.

Både arv og miljø er viktige risikofaktorer for astma og allergi. Når vi snakker om risikofaktorer for astma og allergi, må vi skille mellom:

- Miljø- og livsstilsfaktorer som kan gi økt plager blant personer med astma og allergi
- Faktorer som kan påvirke utviklingen av sykdom blant personer uten astma og allergi

Faktorer som røyking (aktiv/passiv), infeksjoner, kjemikalier, allergener, luftforurensing, bomiljø, stress, kosthold og fysisk aktivitet kan gi økt grad av symptomer blant personer med astma og allergi.

Årsakene til utvikling av astma og allergi er imidlertid lite kjent, og derfor er det begrenset med muligheter for å iverksette primærforebyggende tiltak.

Forekomst av astma

Vi har kun tilgang til tall for legemidler mot astma og kols kombinert. Ettersom forekomsten av kols er lav blant aldersgruppen 0-44 år, er det rimelig å anta at majoriteten av bruken er mot astma. I Sandefjord mottok 65,7 personer per 1000 i aldersgruppen 0-44 år legemidler mot astma og kols per år i tre-årsperioden 2019-2021. Forekomsten er høyere enn landet samlet (60,8 per 1000), og litt over midtsjiktet sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11. Fordelt på kjønn er bruken høyere blant kvinner (69,9 per 1000 per år) enn blant menn (61,8 per 1000 per år).

Forekomst av allergi

For tre-årsperioden 2019-2020 var det 181 personer per 1000 innbyggere per år i Sandefjord i aldersgruppen 0-44 år som hentet ut minst én resept for allergimidler. Dette er litt høyere enn landet samlet (178 per 1000 per år), og litt under midtsjiktet sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11. Fordelt på kjønn er bruken høyere blant kvinner (200,9 per 1000 per år) enn blant menn (162,5 per 1000 per år). I likhet med resten av landet har det vært en jevn økning i resepter for allergimidler i Sandefjord siden 2010.

3.16 Aldersrelatert hørselstap

Hørselstap hos eldre skyldes i hovedsak en gradvis skade av hårcellene i sneglehuset.

Vi har ikke lokale tall på forekomst av hørselstap. Om lag 10 % av befolkningen i Norge har et hørselstap som svekker evnen til å kommunisere (Folkehelseinstituttet, 2022). Andelen øker med alderen, og over 60 % av befolkningen over 65 år har hørselstap. Om lag 80 % av alle hørselstap finnes blant personer over 65 år.

Forekomst av hørselstap for ulike aldersgrupper i Norge:

20–44 år	2 %
45–64 år	11 %
65 år og eldre	62 %

Økende alder er den klart viktigste risikofaktoren til hørselstap (Folkehelseinstituttet, 2015). Støy på jobben er en viktig risikofaktor til hørselstap for mange middelaldrende og eldre menn, men ikke blant yngre menn eller kvinner. Impulsstøy (smell), særlig fra skyting, har imidlertid gjort nesten like mye skade på hørselen som arbeidsstøy i befolkningen. Gjentatte ørebetennelser i barneårene kan gi dårligere hørsel også i voksen alder. Både medfødt hørselstap og hørselstap som kommer med høyere alder, er i stor grad genetisk bestemt.

Hørselstap kan føre til sosial isolasjon, gi vansker i jobb og fritid og påvirke livskvaliteten. Hørselstap har imidlertid en forholdsvis moderat betydning for opplevelsen av angst og depresjon, selvfølelse og livstilfredshet.

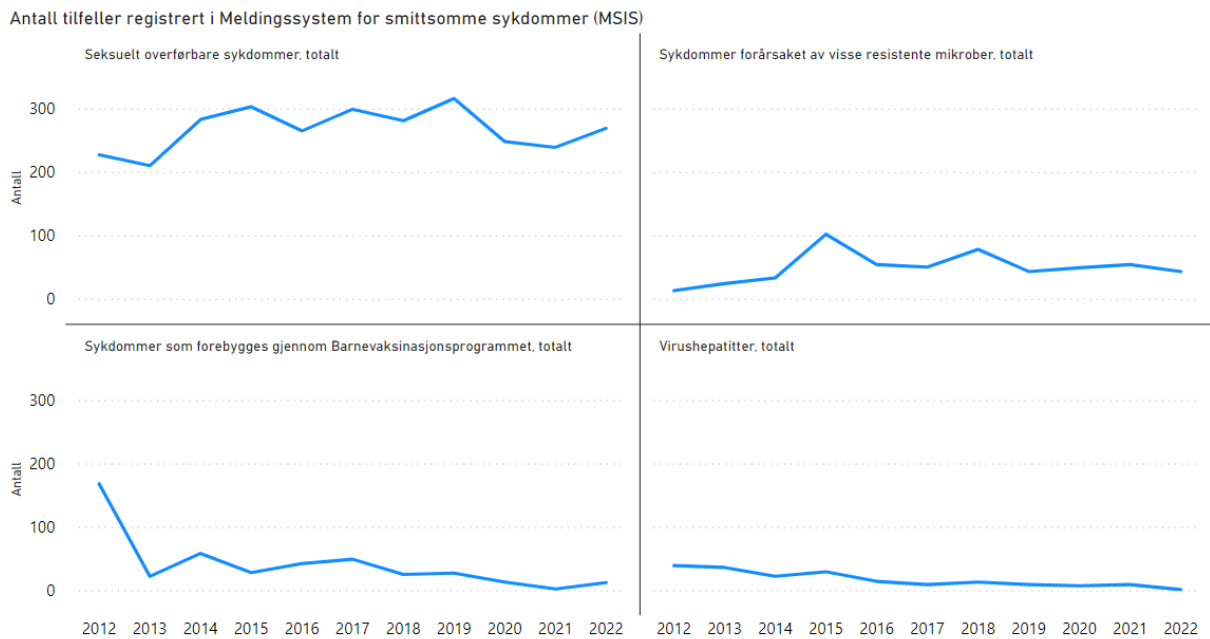
Antall hørselshemmede vil sannsynligvis øke i fremtiden fordi befolkningen blir stadig eldre (Folkehelseinstituttet, 2022). Nedsatt hørsel er en risikofaktor for demens. Siden det er flest med hørselstap i befolkningen over 65 år og andelen eldre øker, fører det til større sykdomsbyrde i samfunnet og behov for forebyggende tiltak (Folkehelseinstituttet, 2015).

Nedsatt hørsel er vanligere blant personer med lav utdanning og inntekt enn blant personer med høy utdanning og inntekt.

3.17 Smittsomme sykdommer

Smittsomme sykdommer har over de siste hundre årene blitt et mindre folkehelseproblem totalt sett (Folkehelseinstituttet, 2022). Økt smittepress gjennom blant annet internasjonal handel, migrasjon og klimaendringer kan få konsekvenser for folkehelsen, og det er viktig å være forberedt på nye epidemier og pandemier.

Ser vi bort fra Korona-pandemien, er det seksuelt overførbare sykdommer som har dominert de siste ti årene.



Figur 48: Antall registrerte tilfeller av seksuelt overførbare sykdommer, sykdommer forårsaket av visse resistente mikrober, sykdommer som forebygges gjennom barnevaksinasjonsprogrammet og virushepatitter i Sandefjord mellom 2012-2022. Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

Folkeinstituttet rapporter om sterk økning av klamydia og gonoré i Norge i løpet av 2022 (Folkehelseinstituttet, 2023). Økning av gonorétilfeller har vært særlig høy hos unge heteroseksuelle.

I Sandefjord utgjør klamydia 94 % av de registrerte tilfellene av seksuelt overførbare sykdommer totalt. Det er et lavere antall tilfeller gonoré, men økningen har vært markant. Både i forhold til korona-pandemien og tiden før. Særlig bekymringsfull er den sterke økningen av gonoré hos unge kvinner. Kvinner smittes lettere og risikerer mer alvorlig sykdom enn menn. Gonoré er svært smittomt, og utbruddspotensialet er betydelig dersom infeksjonen nå etablerer seg blant heteroseksuelle unge, der hyppig partnerbytte og lav kondombruk er utbredt.

Sykdommer forårsaket av resistente mikrober er den nest vanligste smittsomme sykdomskategorien, Clostridium difficile og MRSA utgjør mesteparten. Sykdommer forårsaket av resistente mikrober gir en indikasjon på resistens for medisin.

Det forekommer fortsatt enkelte tilfeller av sykdommer som skulle vært forebygget gjennom barnevaksinasjonsprogrammet (kikhoste, kusma, meslinger, røde hunder, rotavirus sykdom og systemisk H.influenzae-sykdom. De fleste av tilfellene skyldes sannsynligvis import.

Virushepatitter gått drastisk ned de siste ti årene. Det skyldes at hepatitt A og hepatitt B kan forebygges ved vaksinasjon. Man har også nå helbredende behandling for hepatitt C. I tillegg er testfrekvens i Sandefjord og Norge økt kraftig de siste årene, og det medfører at symptomfrie tilfeller oppdages og kureres tidligere.

3.18 Tannhelse

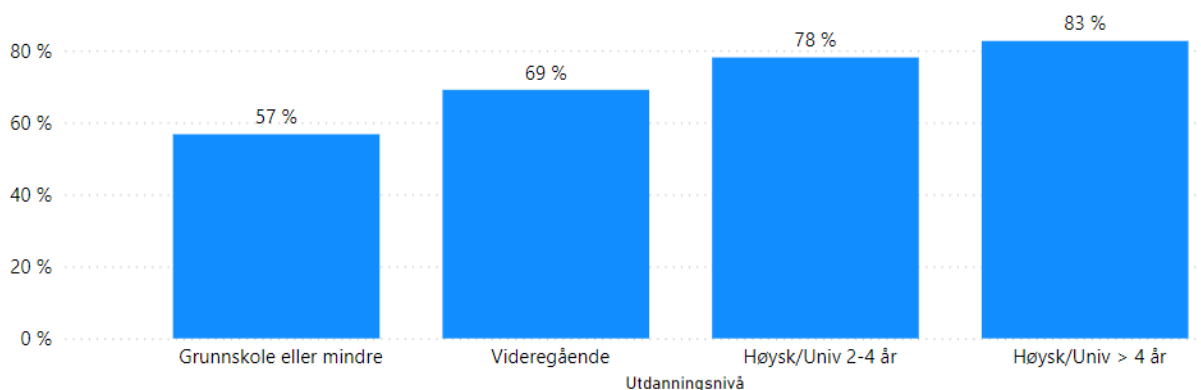
Dårlig tannhelse forteller indirekte om levevaner og levekår. Tall fra tannhelsetjenesten kan til en viss grad brukes som indikator for generelle helseutfordringer. Risikofaktorer for orale sykdommer er de samme i alle aldre og inkluderer hyppig inntak av sukkerholdig kosthold, røyking, overforbruk av alkohol, og mangel på oral hygiene og fluor.

På generelt grunnlag har tannhelsen bedret seg betydelig i løpet av de siste 40 årene. Denne bedringen er også tydelig for visse aldersgrupper også de siste årene. For eksempel ses en tydelig økning i andelen 18-åring som ikke har hatt hull i tennene (DMFT=0), som har økt fra 2 av 10 undersøkte barn i 2017 til ca. 3 av 10 i 2022. Den samme trenden ses også på 12- og 15-åringene.

Det er likevel visse tegn til endringer i tannhelsen i løpet av de siste årene, og følgende punkter er også gjeldende for Sandefjord kommune: Det er større forskjeller i tannhelsen hos barn og unge enn tidligere. De barna som har problemer med tannhelsen, har ofte større behandlingsbehov og mer omfattende tannskader enn tidligere, og demografi ser ut til å være en faktor. Covid-19 pandemien påvirket hverdagen også for flere av de yngre barna, og det ser ut til at pandemien kan ha ført til en forverring i munnehelsen hos de som har hatt problemer med tannråte tidligere (antall undersøkte 5-åring med DMFT mellom 5 og 9 økte fra 5 % i 2021 til 8 % i 2022). Denne trenden var tydelig for klinikkene i Sandefjord by. Andre faktorer som kan påvirket denne trenden, er økt antall flyktninger. Erfaringsvis har disse barna hyppigere behov for tannbehandling ved ankomst til landet.

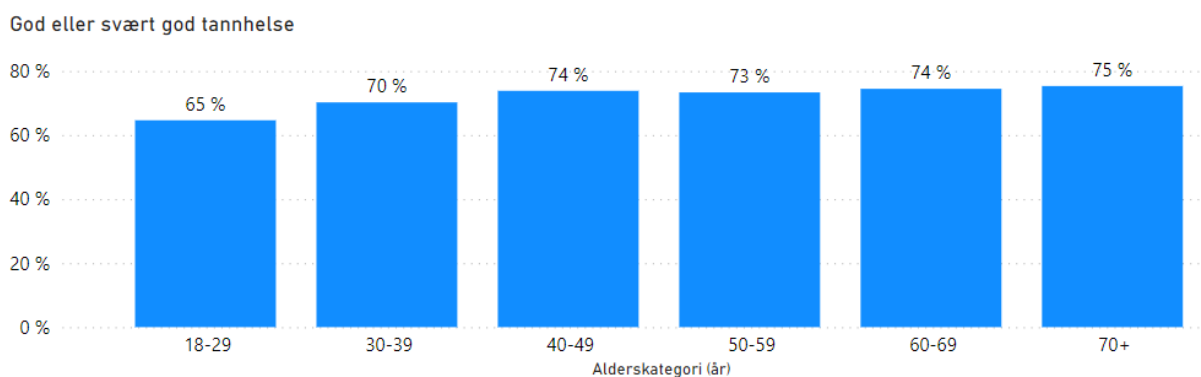
Folkehelseundersøkelsen 2021 finner at 73 % i Sandefjord tannhelsen sin som god eller svært god. Figur 49 viser at andelen er ujevnt fordelt etter utdanningsnivå.

God eller svært god tannhelse



Figur 49: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021 oppgir at de vurderer tannhelsen sin som god eller svært god. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Fordelt på alder er lavest andel som opplever tannhelsen sin som god eller svært god i den yngste aldersgruppen (65 %) og flest i den eldste (75 %) (figur 50).



Figur 50: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021 oppgir at de vurderer tannhelsen som god eller svært god. Fordelt på alderskategorier. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunen opplyser at 18-åringenes tannhelse har blitt bedre gjennom de siste 30 årene, men at forståelsen av hva god tannhelse er, og forventningene til tannbehandling, har endret seg betraktelig de siste årene, og ønsker om tannbehandling på estetisk indikasjon har økt betydelig hos de yngre voksne.

Sammenblandingen av estetikk og «god tannhelse» har endret befolkningens oppfatning av hva «god tannhelse» er. Flere av dagens eldre bruker sin foreldregenerasjon som sammenligningsgrunnlag, mens de yngre har en annen forventning til hva som er «godt nok».

Den største utfordringen innen tannhelse i Vestfold og Sandefjord kommune er eldrebølgen. Mange av de eldre lever lenger på tross av flere alvorlige helsetilstander. Når helsen svikter og evnen til å ta vare på sine egne tenner reduseres, får de eldre langt større behov for tannhelsetjenester enn tidligere, og behandlingen blir mer komplisert som følge av kompleksiteten i pasientenes sykdomsbilde.

4. Skader og ulykker

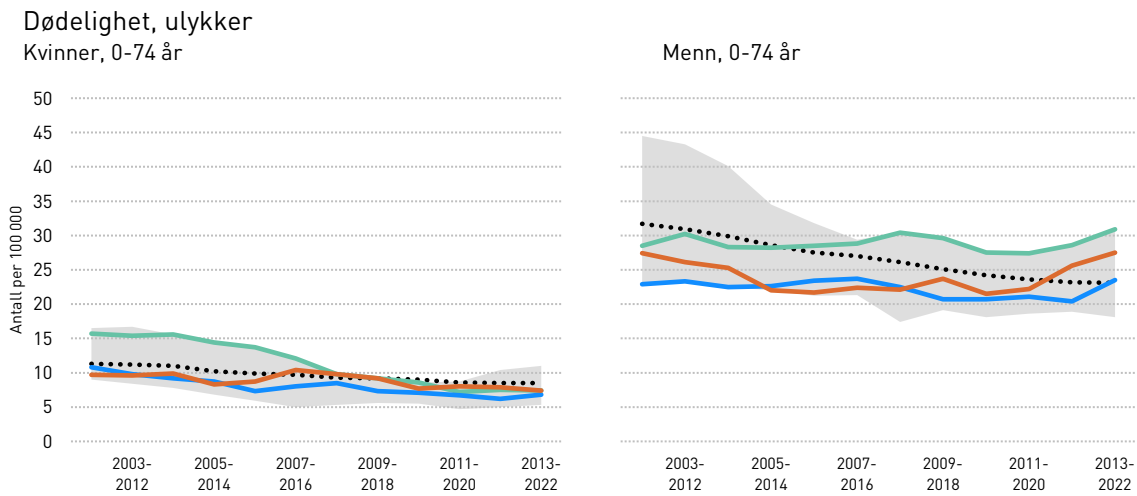
Dette kapittelet gir en oppdatert status for skader og ulykker innenfor selvmord, fallskader, trafikkulykker, brann, drukning og vold. Det er vanlig å skille mellom skader som skjer utilsiktet (ulykkesskader) og skader som påføres med hensikt (voldsskader og villet egenskade) (Folkehelseinstituttet, 2022). Skader og ulykker har sterk negativ innvirkning på folkehelsen og kan føre med seg lidelse, redusert livskvalitet og store samfunnsøkonomiske kostnader.

I Folkehelseundersøkelsen 2021 rapporterer 17 % av den voksne befolkningen i Sandefjord at de har vært utsatt for skade siste året og 6 % av befolkningen rapporterer om stor grad av funksjonsnedsettelse pga. skade.

4.1 Selvmord og ulykker

Selvmord og ulykker er ledende dødsårsaker for innbyggere i Sandefjord under 45 år, spesielt blant menn. Dødelighetsraten for ulykker har økt for menn de siste årene.

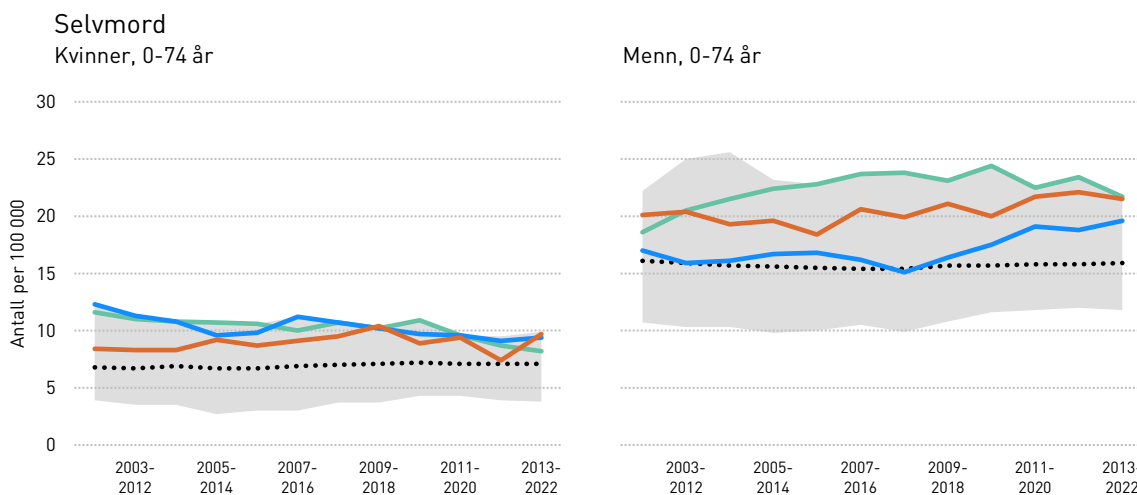
Spredning KOSTRA-11
 Hele landet
 Tønsberg
 Sandefjord
 Larvik



Figur 51: Antall dødsfall som følge av ulykker per 100 000 innbyggere i Sandefjord, Larvik, Tønsberg og landet samlet, fordelt på aldersgrupper og kjønn. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser 10-års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønnssammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Selvmondsraten i Sandefjord er 14,7 personer per 100 000 innbyggere per år (2013-2022). Det tilsvarer omtrent åtte personer hvert år. To av tre er menn. Selvmordsraten er høyere i Sandefjord sammenlignet med resten av landet, og raten har økt for menn siden 2008. Selvmord resulterer i store konsekvenser for de etterlatte. For hvert selvmord er det estimert rundt ti etterlatte (Folkehelseinstituttet, 2022).

Spredning KOSTRA-11
 Hele landet
 Tønsberg
 Sandefjord
 Larvik



Figur 52: Antall selvmord per 100 000 innbyggere i Sandefjord, Larvik, Tønsberg og landet samlet, fordelt på kjønn. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser 10-års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønnssammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Vi har ikke lokale tall for selvmord for aldersgruppen over 74 år, men nasjonale tall viser at selvmordsraten for menn over 75 år er enda høyere enn aldersgruppen 45-74 år (Folkehelseinstituttet, 2022).

Det er en del usikkerhet forbundet med selvmordstallene. Økningen i Sandefjord og den store ulikheten mellom kommuner i Vestfold og KOSTRA-gruppe 11, kan muligens skyldes ulik bruk av diagnosekoder. Dødsfall kodes i Dødsårsaksregisteret som et selvmord dersom det er angitt selvmord eller sannsynlig selvmord på dødsmeldingen eller obduksjonsrapporten. Noen selvmord kodes feilaktig som ulykker, og det er dessuten en gråsoner mellom ulykker og selvmord. Manglende opplysninger om dødsårsak i Dødsårsaksregisteret kan også skjule noen selvmord.

Fallulykker

Fallskader utgjør nesten halvparten av alle ulykkesdødsfall, og er rangert som den syvende viktigste bidragsfaktoren til helsetap i Norge, større enn helsetapet forbundet med både kreft og hjerte- og karsykdommer (Folkehelseinstituttet, 2022). Spesielt eldre mennesker rammes av fallulykker, ofte med bruddskader som utfall.

I Sandefjord var forekomsten av innleggelse på sykehus for behandling av hoftebrudd 1,8 per 1000 innbyggere per år i perioden 2015-2017 for aldersgruppen over 75 år. Dette var lik forekomst som i landet for øvrig. Det er kjønnsforskjeller i forekomsten, og kvinner (2,4 per 1000) hadde flere brudd enn menn (1,3 per 1000). Mellom 2010 og 2017 var forekomsten relativt stabil. Det finnes ikke tilgjengelige tall etter 2017.

En viktig årsak til at mange faller mer med alderen, er at de blir mer skrøpelige (Aga, 2020). Å bli skrøpelig innebærer blant annet at en taper muskelstyrke og blir mer sårbar for sykdom og skader. Dette skjer i ulik grad hos eldre og avhenger i stor grad av livsførsel, ernæring og fysisk aktivitet. En rekke underliggende medisinske tilstander bidrar til utvikling av skrøpelighet. Sykdom kan gi redusert balanse, oppmerksomhet og blodsirkulasjon til hjernen. Sykdom kan også føre til at bevegelsesapparatet ikke fungerer så godt som tidligere. God gangfunksjon er avhengig av alle disse elementene.

Risikofaktorer for osteoporose og/eller brudd som kan påvirkes er lav beintetthet, fysisk inaktivitet, lav vekt, kortisonbehandling, økt risiko for fall (svak muskelstyrke, dårlig syn, dårlig balanse, dårlig bevegelighet, urininkontinens, beroligende medisiner, sovemedisin og faktorer som løse tepper og dårlig belysning), røyking høyt alkoholforbruk og lite sol (Folkehelseinstituttet, 2016). Kvinner har nesten dobbelt så stor hoftebruddrisiko som menn.

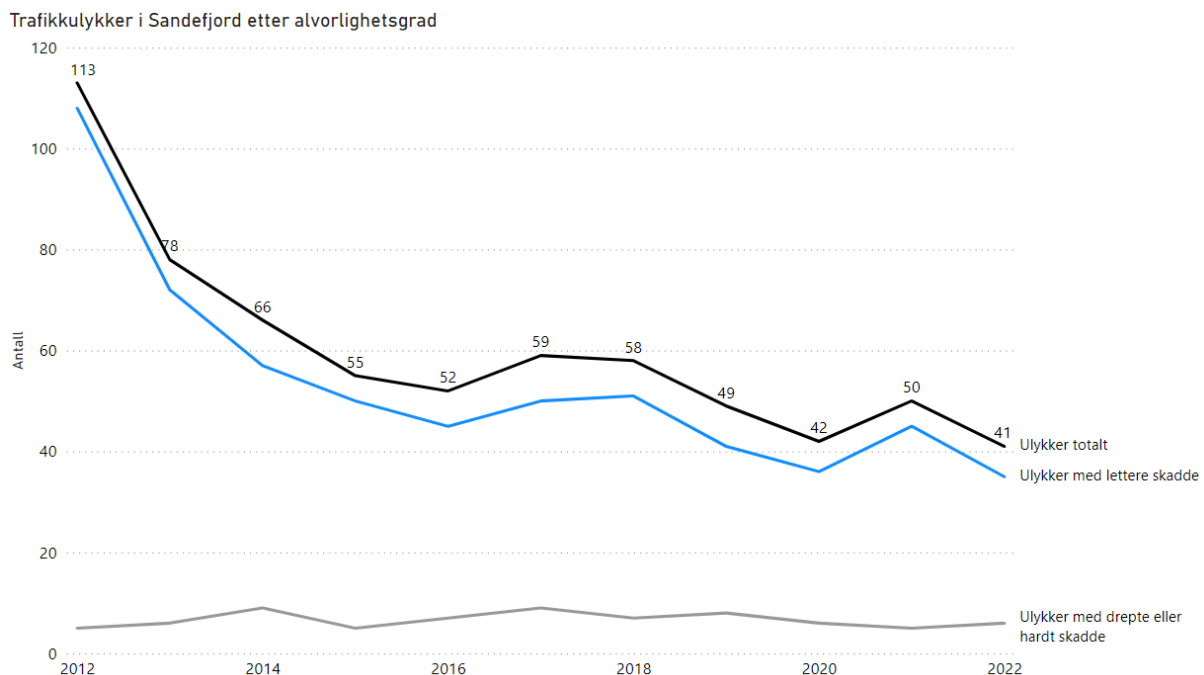
Utendørs skyldes mange fallulykker glatt føre og manglende strøing på fortau, mens løse ledninger, teppekanter, trapper og andre «fallfeller» øker risikoen for fallulykker innendørs.

Hoftebrudd er spesielt alvorlig for eldre, da det ofte betyr redusert funksjonsevne, behov for hjelp og redusert livskvalitet. Bruker vi siste tilgjengelige tall for hoftebrudd i Sandefjord, blir kostnadene for Sandefjord kommune anslagsvis over 33 millioner kroner i året (Skadeforebyggende forum, u.d.).

Trafikkulykker

I Norge har antallet hardt skadde og drepte i trafikken falt kraftig fra 90-tallet og fram til i dag. Høy fart, manglende bruk av bilbelte, kjøring i ruspåvirket tilstand, manglende erfaring, uoppmerksomhet og førerdyktighet er de viktigste medvirkende årsakene til trafikkulykker.

Ulykkesstatistikken for Sandefjord viser en klar nedgang i antall vegtrafikkulykker de siste ti årene. Antall lettere skadde er redusert fra 108 i 2012 til 35 i 2022. Antall ulykker med drepte eller hardt skadde har variert mellom 5 og 9 i tiårsperioden. Majoriteten av ulykkene i Sandefjord skjer på fylkesvegnettet.



Figur 53: Antall trafikkulykker i Sandefjord fordelt på alvorlighetsgrad mellom 2012-2022. Kilde: Trafikkulykkesregisteret, Statens vegvesen.

De mange trafikksikkerhetstiltakene som er gjennomført på hovedvegnettet og utviklingen av sikrere kjøretøy er de viktigste årsakene til nedgangen i antall vegtrafikkulykker med personskade.

Brannulykker

De siste 10 årene har det vært en nedgang i antall omkomne i brann i Norge. Eldre og personer med nedsatt funksjonsevne er overrepresentert blant ofrene (Skadeforebyggende forum, u.d.). Over en tredel av de som omkommer i brann i Norge er over 70 år. Eldre er utsatt fordi de kan ha redusert reaksjonsevne, og ofte bor alene. Det samme gjelder rusmisbrukere og personer med nedsatt funksjonsevne

Risikofaktorer for å omkomme i brannulykker for de som har nådd pensjonsalder er nedsatt førlighet, nedsatt kognitiv evne (ofte demens), psykiske lidelser og røyking (Faaberg, 2022). For de under pensjonsalder er risikofaktorer rusmisbruk, psykiske lidelser, alkoholpåvirkning og røyking, enten alene eller i kombinasjon med hverandre.

Åtte av ti dødsfall som følge av brann i Norge skjer i boliger, selv om boligbranner krever færre liv i dag enn for noen tiår siden. Totalt var det 196 oppdrag til brannhendelser i Sandefjord i 2022, hvorav 12 % til brannhendelser til brann i bolig.

Bruk av røykvarsler er den viktigste enkeltårsaken til at tallet på brannofre er redusert de siste ti årene. Komfyren er hjemmets klart største brannkilde.

Drukningssulykker

De siste 30 årene har antall drukninger gått noe ned på landsbasis (Redningssekskapet, 2023). Fall fra land og brygge er sammen med bruk av fritidsbåt de to viktigste ulykkesårsakene. Mange av dem som omkommer er påvirket av alkohol. Menn er overrepresentert i statistikken over drukninger. Menn drukner oftest på grunn av økt eksponering for vann og mer risikofylt atferd som å svømme alene, drikke alkohol før de svømmer alene og båtliv. Risiko for å drukne øker med synkende temperatur i vannet (Helsedirektoratet, 2021). Svømmeferdigheter er også avgjørende for hvorvidt man klarer seg i vann.

Fra 2017 er det Redningssekskapet som fører månedlig statistikk over drukninger i Norge. Statistikken er basert på gjennomlesning av medieomtale, og er slik sett noe usikker. Tallene for Vestfold og Telemark viser betydelige årlige variasjoner. Ifølge Redningssekskapets statistikk har fire personer omkommet i Sandefjord ved drukning siden 2018, hvorav tre var over 40 år. Drukningssaker var registrert som bading og fall. Brann og redning hadde fem oppdrag i Sandefjord i 2022 grunnet person i vann.

Å kunne svømme minst 200 meter regnes som minstekravet for svømmedyktighet. Som del av den obligatoriske vernepliktsordningen for alle 17-åringene ved sesjon, rapporterte 87 % i Sandefjord at de kunne svømme 200 meter i to-årsperioden 2021-2022 (tabell 1). Det er likt gjennomsnittet for landet (87 %). Andelen som rapporterer at de er svømmedyktige i Sandefjord er redusert med fem prosentpoeng siden 2018.

Tabell 1: Andel 17-åringene (kjønn samlet) som oppgir at de kan svømme 200 meter, i prosent av alle som svarte på spørsmålet om svømmeferdigheter i den nettbaserte sesjon 1. Statistikken viser 2 års gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

	Sandefjord	Hele landet
2018-2019	92 %	89 %
2019-2020	91 %	88 %
2020-2021	88 %	87 %
2021-2022	87 %	87 %

Tabell 2 viser andel elever i 4. og 6. trinn som er helt eller delvis svømmedyktig etter nasjonalt kompetansemål. Elever som får "Delvis" på svømmedyktighetstesten vil i høy grad kunne berge seg selv i vann.

Tabell 2: Andel elever i Sandefjord som er helt eller delvis svømmedyktig etter nasjonalt kompetansemål for 4. trinn (Samme test gjennomføres på 6. trinn): Vere svømmedyktig ved å falle uti på djupt vatn, svømme 100 meter på magen, og undervegs dykke ned og hente ein gjenstand med hendene, stoppe og kvile i 3 minutt (imens flyte på magen, orientere seg, rulle over, flyte på rygg); så svømme 100 meter på rygg og ta seg opp på land. Kilde: Sandefjord kommune.

	4. trinn	6. trinn
2018/19	71%	90%
2019/20*	62%	84%
2020/21	65%	85%
2021/22	72%	86%
2022/23	62%	84%

*Manglende resultater pga. koronaavlysninger våren 2020.

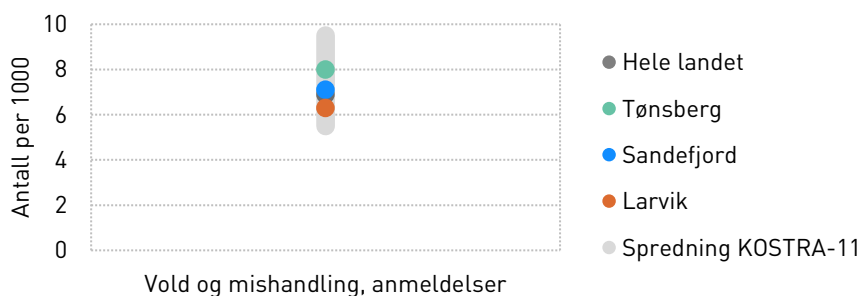
4.2 Vold

Voldsbegrepet omfatter både fysisk vold, seksuelle og psykiske overgrep og omsorgssvikt (Folkehelseinstituttet, 2023). Vold i nære relasjoner omfatter vold og overgrep som er rettet mot familiemedlemmer.

Vold og mishandling er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. Nesten en tredjedel av befolkningen i Norge (44% av menn og 22% av kvinnene) har blitt utsatt for alvorlig vold en eller annen gang i løpet av livet. Rundt fem prosent har blitt utsatt for alvorlig vold i løpet av oppveksten.

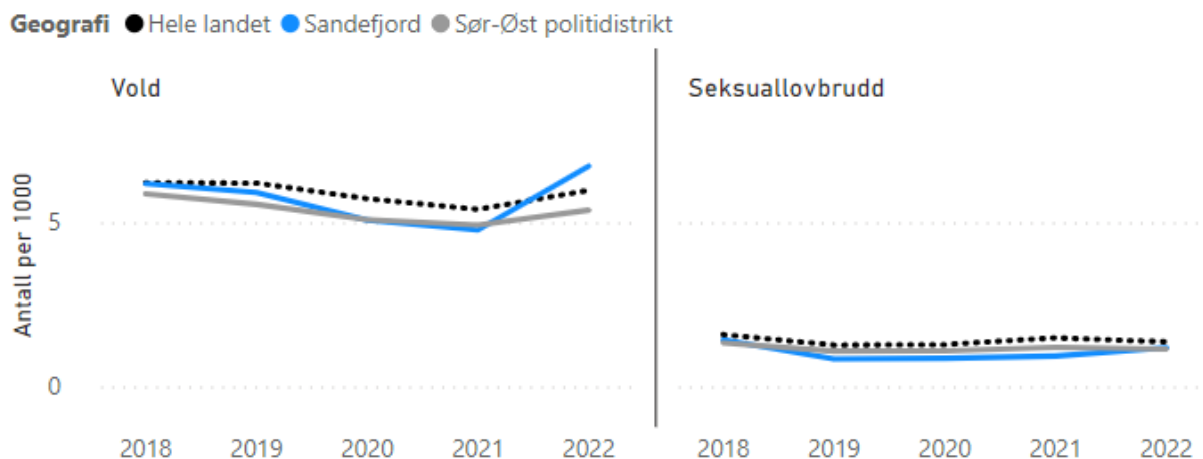
Mesteparten av volden ungdom blir utsatt for skjer i møte med andre ungdommer. I mange tilfeller skjer volden mellom unge mennesker som kjenner hverandre fra før eller som kjenner til hverandre. Ifølge Ungdataundersøkelsen 2021 er det 28 % av ungdomsskoleelevene i Sandefjord som oppgir at en annen ungdom har slått, sparket, ristet hardt, lugget dem én eller flere ganger. For elever på videregående er andelen 13 %.

Figur 54 viser at anmeldte tilfeller vold og mishandling i Sandefjord er omtrent lik forekomsten i Norge totalt for perioden 2021-2022. Sammenlignet med KOSTRA-gruppe 11 er Sandefjord rett under midtsjiktet.



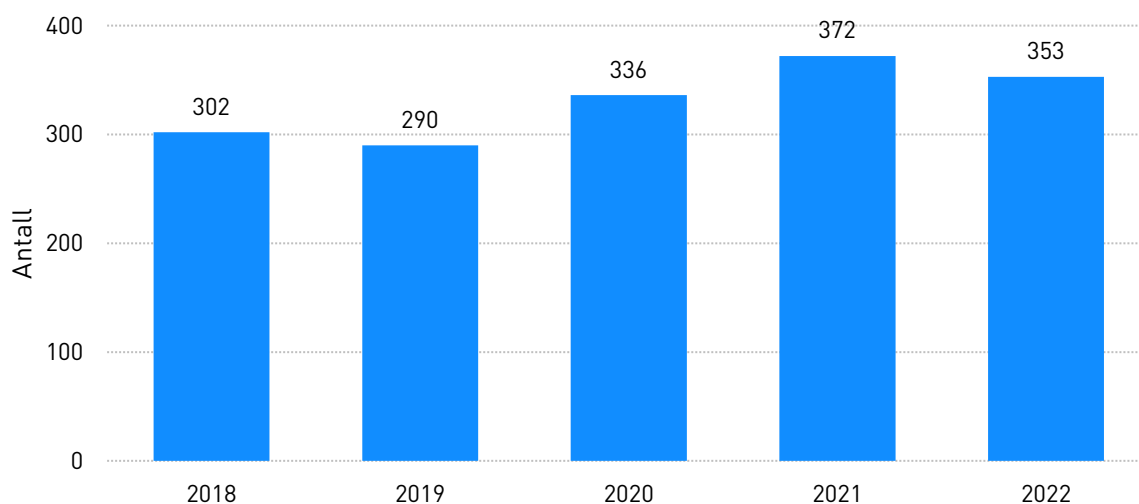
Figur 54: Anmeldte lovbrudd i kategorien vold og mishandling (dette omfatter ikke seksuallovbrudd) per 1000 innbyggere i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet i 2021-2022, angitt som gjennomsnitt over toårsperiode. Grått felt indikerer spredning i KOSTRA-gruppe 11. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Figur 55 viser at raten for anmeldte voldssaker (alle aldre) var lavere i Sandefjord enn resten av landet mellom 2019 og 2021, men har hatt en kraftig økning i 2022. Anmeldelser for seksuallovbrudd har vært lavere enn landet mellom 2018 og 2022. Det har vært en liten økning fra 2021 til 2022.



Figur 55: Antall anmeldte saker per 1000 innbyggere (alle aldre) fordelt på geografi og kriminalitetstypene vold og seksuallovbrudd. Kilde: Sør-Øst politidistrikt. Beregninger: Sandefjord kommune.

Figur 56 viser at det er til dels store årlige svingninger i antall anmeldelser for mishandling i nære relasjoner. Antallet anmeldelser for vold i nære relasjoner i Sør-Øst politidistrikt økte noe fra 2020 til 2021, men fra 2021 til 2022 har det vært en liten nedgang.



Figur 56: Antall anmeldelser for koder knyttet vold i nære relasjoner i Sør-Øst politidistrikt mellom 2018-2022. Kilde: Sør-Øst politidistrikt.

Politiet opplyser at det er store mørketall på dette området og vanskelig å si noe om forekomsten av faktiske hendelser basert på anmeldelser. Det er ofte lav oppklaringsprosent.

Blant ungdomsskoleelevene oppgir 5 % i Ungdata 2021 at en voksen i familien har slått dem mot deres vilje. Andelen for videregående elever er 3 %.

En rekke faktorer øker risikoen for å bli utsatt for vold (Folkehelseinstituttet, 2020). En av de sterkeste risikofaktorene er å ha vært utsatt for vold tidligere. Barn som har vært utsatt for vold, har høyere risiko for å oppleve vold også i ungdomstiden og voksen alder. I voksen alder forekommer fysisk vold og voldtekt oftere hos personer som opplever at de har dårlig økonomi. Levekårsproblemer, for eksempel arbeidsledighet, dårlig økonomi og avhengighet av ytelse, øker risikoen for partnervold. Risikoen for å bli utsatt for alvorlig fysisk vold fra egne foreldre henger sammen med familiens levekår. Innvandrerungdom, ungdom fra familier med dårlig råd og ungdom fra familier der mor eller far har rusproblemer har høyere risiko for å bli utsatt for fysisk vold fra foreldrene sammenlignet med andre ungdommer.

5. Helsereelatert atferd

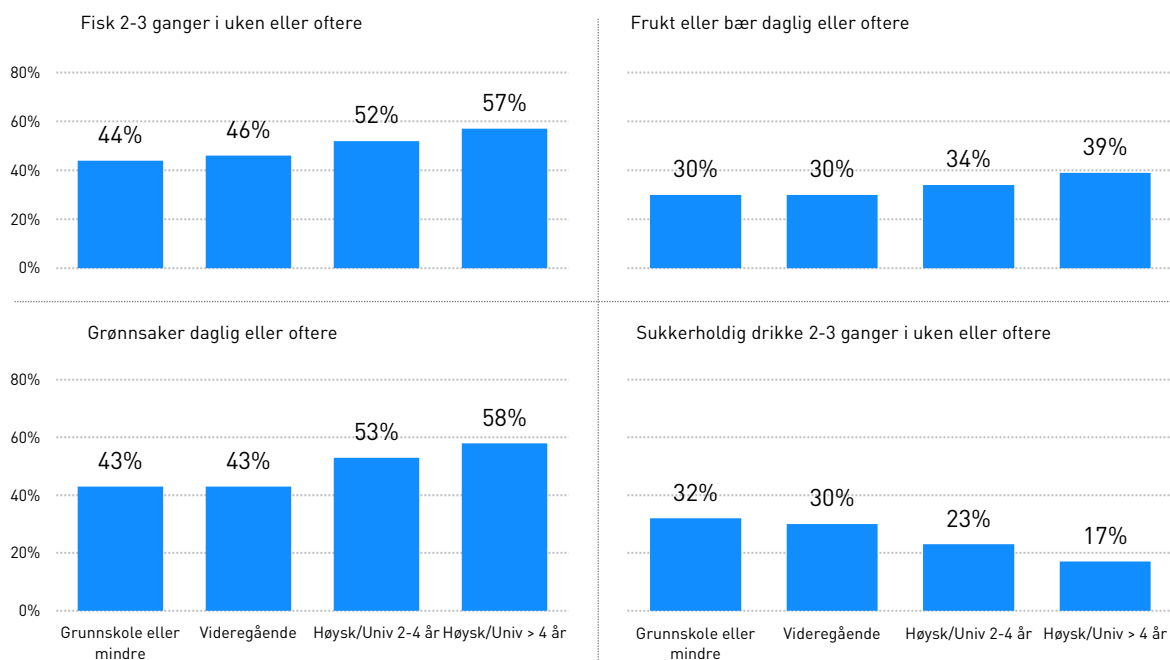
Dette kapitlet gir en oversikt over levevaner som har betydelig påvirkning på de største sykdomsbyrdene. Helsereelatert atferd handler om levevaner som fremmer eller hemmer helse. Røyking, fysisk inaktivitet, usunt kosthold og alkoholbruk er eksempler på levevaner som påfører den enkelte og samfunnet betydelige helseutfordringer. Men det finnes også andre former for atferd der sammenhengen med helse ikke er åpenbar, for eksempel deltagelse i kulturelle aktiviteter som teater og konserter eller deltagelse i andre aktiviteter med familie og venner.

5.1 Kosthold

Kosthold har stor betydning for å forebygge sykdom og fremme god helse (Folkehelseinstituttet, 2023). Et sunt og næringsrikt kosthold kan redusere risiko for en rekke sykdommer, kan gi flere gode leveår og gi samfunnsgevinster ved at vi lever lengre og har bedre helse. Kostholdet kan ha betydning for psykisk helse, og omvendt, psykisk helse kan påvirke kosthold og fysisk aktivitet. Et usunt kosthold er blant de viktigste risikofaktorene for sykdom og for tidlig død i Norge, og Folkehelseinstituttet trekker frem usunt kosthold som en av de ti store folkehelseutfordringene i Norge. Grupper med høy utdanning har generelt et sunnere kosthold enn grupper med lav utdanning.

Mange nordmenn har et variert kosthold. Vurdert opp mot Helsedirektoratets kostråd og anbefalinger er imidlertid inntaket av grove kornprodukter, grønnsaker, frukt og fisk ofte for lavt, og inntaket av matvarer med mye mettet fett, salt og sukker er for høyt. Lavt inntak av jod er vanlig blant unge kvinner, gravide og ammende. Dette henger blant annet sammen med lavt inntak av melkeprodukter og hvit saltvannsfisk. Mange, men særlig kvinner og en del barn og unge, har et lavere D-vitamin- og jerninntak enn anbefalt.

Folkehelseundersøkelsen 2021 finner lavere andel som spiser grønnsaker, frukt og bær daglig i Sandefjord sammenlignet med kommunene i Vestfold, men omtrent likt når det kommer til daglig inntak av fisk og sukkerholdig drikke. Figur 57 viser variasjon i kostholdsvaner etter utdanningsnivå.



Figur 57: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir hvor ofte de spiser grønnsaker, fisk, frukt eller bær og drikker sukkerholdig drikke i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Ungdata 2021 viser at bare 25 % av ungdomsskoleelever spiser grønnsaker, frukt eller bær i løpet av hver skoledag, mens 40 % spiser det sjeldnere enn én til to ganger i løpet av uken.

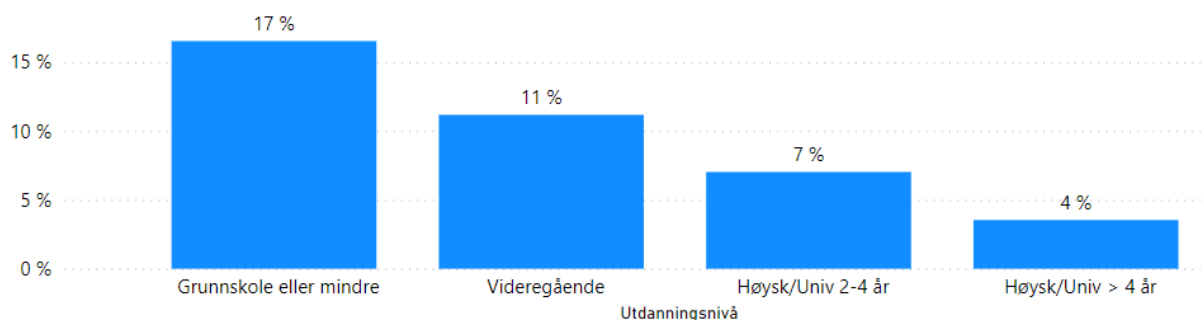
5.2 Røyk og snus

Det har vært en betydelig nedgang i røyking blant både ungdom og voksne i Norge, men likevel er røyking den viktigste enkeltårsaken til sykdom og tidlig død i Norge (Folkehelseinstituttet, 2022). Andelen unge som snuser har gått opp. Økt snusing oppveier likevel ikke tilbakegangen i røyking, og bruken av tobakk har samlet gått tilbake.

I Sandefjord rapporter 9 % at de røyker daglig, noe som er likt med snittet for Vestfold. Når det gjelder snus, svarer 12 % i Sandefjord at de snuser daglig, også omtrent likt med snittet for Vestfold. Figur 58 viser at andelen med lav utdanning (17 %) som røyker daglig er betydelig høyere enn for de med lengst utdanning (4 %). For snusing er det liten forskjell mellom utdanningsnivåer.

Daglig røyking

Sandefjord

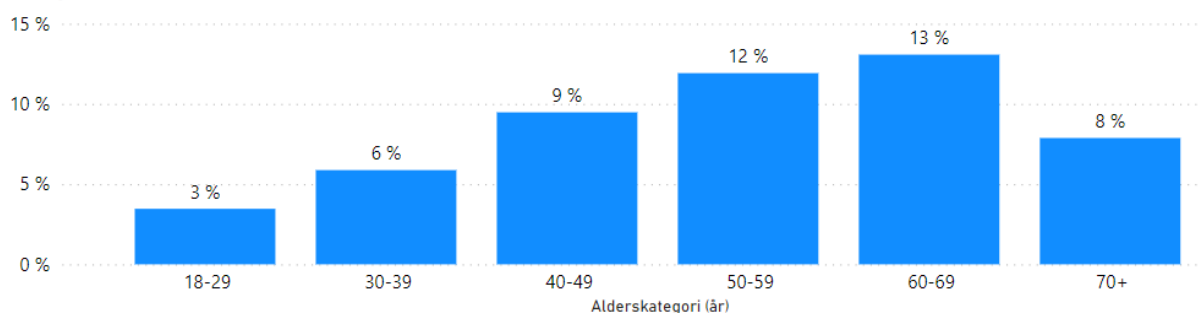


Figur 58: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de røyker daglig i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Nasjonalt har det vært en økning i snusbruk som kan ha sammenheng med overgang fra røyk til snus. Figur 59 og figur 60 viser stor forskjell i aldersfordelingen når det kommer til andel som røyker eller snuser daglig i Sandefjord.

Daglig røyking

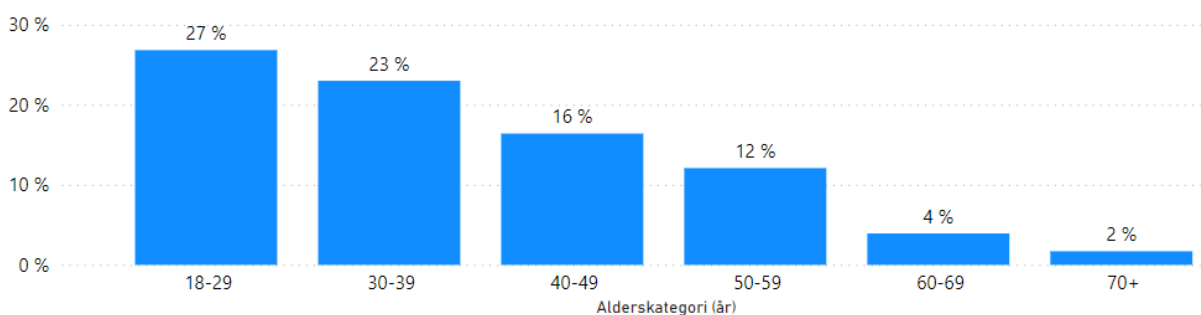
Sandefjord



Figur 59: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de røyker daglig i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på aldersgrupper. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Daglig snusing

Sandefjord



Figur 60: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de røyker daglig i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på aldersgrupper. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Ungdata 2021 finner at 86 % av ungdomsskoleelevene aldri har røykt og 88 % aldri har snust. Av ungdomsskoleelevene er det 3 % som røyker ukentlig eller daglig og 3 % som snuser ukentlig eller daglig. På videregående skole er det 3 % av elevene som røyker ukentlig eller daglig, mens 12 % snuser ukentlig eller daglig.

Bruk av tobakk øker risiko for sykdom som hjerteinfarkt, kreft og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) (Folkehelseinstituttet, 2022). Økt snusbruk øker trolig befolkningsrisikoen for snusrelaterte kreftformer.

5.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd i hverdagen, bidrar til bedre søvnkvalitet og har positiv effekt på livskvalitet, fysisk og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2023).

Regelmessig fysisk aktivitet påvirker fysisk funksjon. Allerede blant yngre og middelaldrende voksne ser man at god fysisk funksjon gjør det lettere å være aktiv ved daglige gjøremål i hverdagen. Nasjonale faglige råd for fysisk aktivitet finnes på Helsedirektoratets nettsider.

Aktivitetsnivået i Sandefjord er tilsynelatende likt landet som helhet, men aktivitetsnivået i landet er generelt lavt. Aktivitetsnivået synker med alderen. Blant 6-åringer i Norge oppfylder 91 % anbefalingene, blant 9-åringer 73 %, blant 15-åringer 46 % og blant den voksne befolkningen omtrent 30 %.

Ifølge Ungdata 2021 trener de aller fleste elevene på både ungdomsskolen (77 %) og videregående (76 %) i Sandefjord minst én gang i uken, og 40 % av ungdomsskoleelever og 41 % av videregåendeskolerelever oppgir at de trener minst 5 ganger i uken. På ungdomsskoletrinnet er det noe færre som trener minst én gang i uken og minst 5 ganger i uken- sammenlignet med landet, mens på videregående er det noe flere.

Det er stor variasjon i hvilke treningsaktiviteter ungdom driver med ifølge Ungdata. På ungdomstrinnet trener de fleste på egenhånd eller i idrettslag, mens på videregående trener de fleste på egenhånd eller på treningsstudio.

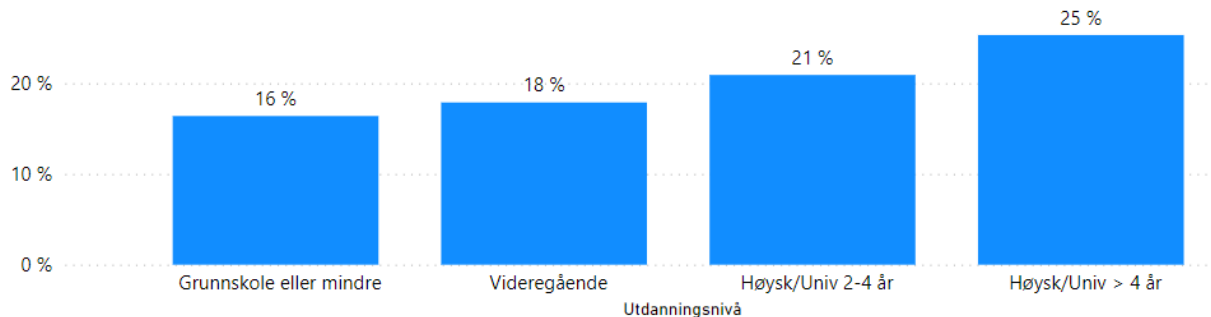
Andelen som svarer at de er lite fysisk aktive (så fysisk aktive at de blir andpustne eller svette mindre enn 1-2 ganger i måneden) er 15 % på ungdomstrinnet i Sandefjord og 22 % på videregående. På ungdomstrinnet er dette tilsvarende med landet, mens for videregående er det noe høyere (landet 18 %).

Ved sesjon svarer 28 % av Sandefjords 17-åringer at de trener sjeldnere enn ukentlig. Gjennomsnitt for landet samlet er 27 %. Sandefjord ligger i øverste sjikt sammenlignet med kommuner i KOSTRA-gruppe 11, men relativt likt sammenlignet med Tønsberg (27 %) og Larvik (28 %).

I snitt oppgir kun 20 % i Sandefjord at de har minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst fire ganger i uken, og kun 16 % blant personer med grunnskole som høyeste utdanningsnivå (figur 61). Fysisk inaktivitet er relatert til sykkelighet og for tidlig død for de fleste ikke-smittsomme sykdommene som hjerteinfarkt, hjerneslag, diabetes type 2, og flere former for kreft. I tillegg påvirker fysisk inaktivitet psykisk helse, samt muskel- og skjelettsykdommer. Det er særlig hverdagsaktiviteten som har blitt redusert de siste årene. Vi bruker stadig mer

tid på stillesittende aktiviteter, i bilen, på jobb eller hjemme og foran en skjerm (Folkehelseinstituttet, 2023). Det har også skjedd en endring i aktiv transport, det er nå færre enn tidligere som går og sykler til skolen.

Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken
Sandefjord



Figur 61: Andelen av den voksne befolkningen i Sandefjord som svarte at de er minst 30 minutter i moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

I gjennomsnitt oppgir befolkningen i Sandefjord å være stillesittende 6,8 timer i hverdagen. Dette er tilnærmet likt gjennomsnittet for Vestfoldskommunene. Den yngste aldersgruppen (18-29 år) er mest stillesittende med 7,9 timer i snitt. Deretter er det relativt stabilt i aldersgruppene fra 30 til og med 69 på mellom 6,9 og 6,7 timer. Aldersgruppen over 70 år er minst stillesittende med 5,9 timer i snitt. Gruppen med høyest utdanning oppgir mest stillesittende tid med 7,4 timer i snitt, mens gruppene med videregående eller grunnskoleutdanning er stillesittende 6,6 timer i snitt.

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 (Helsedirektoratet, 2022). Det er videre vist sammenheng mellom mye tid i ro og økt fedme, mindre søvn, økt isolering og negativ effekt på sosial adferd blant barn og unge. Fysisk aktivitet i skolen har positiv effekt på regning, lesing og læringsmiljø (Helsedirektoratet, 2023).

Personer med kort utdanning bruker mer tid på aktivitet med lett intensitet, mens de med høyere utdanning bruker mer tid på aktivitet med høyere intensitet (Folkehelseinstituttet, 2023).

5.4 Alkohol og andre rusmidler

Som rusmiddel regner vi alkohol, vanedannende legemiddel og ulovlige rusmiddel (narkotika) som blant annet cannabis, amfetamin, heroin og kokain (Folkehelseinstituttet, 2022). Vanedannende legemidler er hovedsakelig beroligende midler og sovemiddel av typen benzodiazepiner. Benzodiazepina blir ofte misbrukt i kombinasjon med narkotiske stoffer som blant annet amfetamin, cannabis og heroin.

Det har vært en tendens til å se mer alvorlig på bruk av illegale rusmidler enn alkohol, men medisinsk sett er et slikt skille ikke meningsfullt (uavhengig av legal status er noen rusmidler mer skadelige enn andre) (Folkehelseinstituttet, 2022). Alkoholbrukslidelser er de

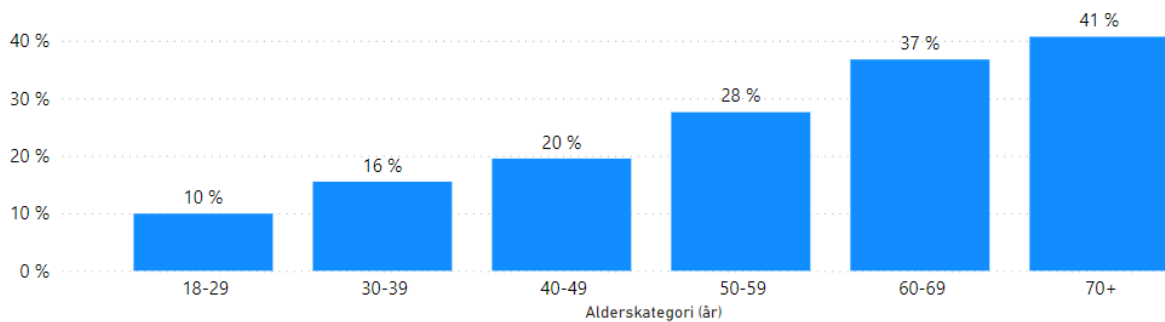
hyppigste rusmiddellidelsene i Norge og medfører størst helseskade og tidlig død, men rusmiddellidelser knyttet til vanedannende legemidler og narkotika bidrar også til sykdom og tapte leveår i befolkningen.

En stor del av skader og ulykker er forbundet med alkohol, i tillegg til vold i nære relasjoner. Det er en rekke sykdommer og dødsfall som kan ha sammenheng med alkoholbruk. Dette gjelder eksempelvis ulike kreftformer og hjerte-karsykdommer. Til tross for at det er de med høy inntekt og utdanning som drikker mest, er helsekonsekvensene av alkoholbruket mer alvorlig for den delen av befolkningen som har lavest sosioøkonomisk status. Både bruk og misbruk har store sosiale og samfunnsmessige kostnader. Hyppig og langvarig narkotikabruk medfører risiko for både akutte og kroniske helseskader og problemer (Folkehelseinstituttet, 2018).

Alkoholforbruket har en omvendt sammenheng med utdanning og inntekt, der de med høyest inntekt og utdanning drikker mest, men lavere omfang av risikofylt drikking (Folkehelseinstituttet, 2022). Drikkevanene til ungdom fra familier med foreldre med lav utdanning og foreldre utenfor arbeidslivet er også mer risikofylt (Folkehelseinstituttet, 2022). De debuterer tidligere med alkohol, drikker oftere og er oftere ruset enn ungdom ellers.

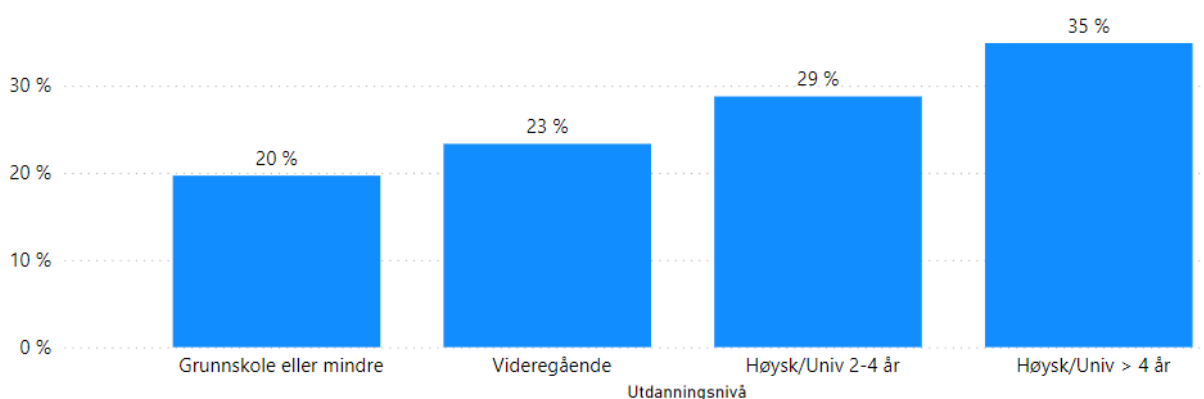
Ifølge Folkehelseundersøkelsen 2021 svarer 26,4 % i Sandefjord at de drikker alkohol to ganger i uken eller oftere. Dette er noe lavere enn gjennomsnittet for kommunene i Vestfold (27,6 %). Det er flere menn (33 %) enn kvinner (21 %) som drikker alkohol minst to ganger i uken og andelen stiger betydelig med økende alder (figur 62) og med økende utdanningsnivå (figur 63).

Drikker alkohol 2 ganger i uken eller oftere



Figur 62: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de drikker alkohol 2 ganger i uken eller oftere i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på alderskategorier. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Drikker alkohol 2 ganger i uken eller oftere

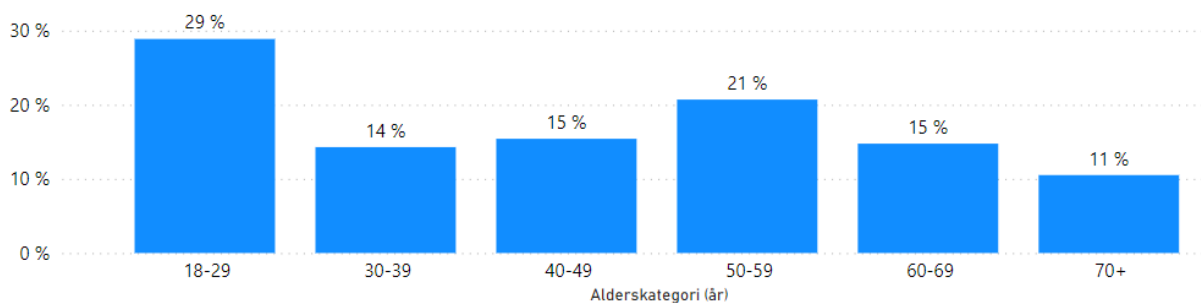


Figur 63: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de drikker alkohol 2 ganger i uken eller oftere i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Folkehelseundersøkelsen 2021 finner at 17 % av den voksne befolkningen i Sandefjord har et alkoholforbruk månedlig eller oftere som regnes som skadelig. Det er likt med snittet for kommunene i Vestfold. Det er klart flere menn (25 %) enn kvinner (10 %) som har et skadelig alkoholforbruk månedlig eller oftere. Andelen er høyest i aldersgruppen 18-29 år (figur 64). Det er små forskjeller mellom de ulike utdanningsnivåene når det kommer til skadelig alkoholforbruk månedlig eller oftere.

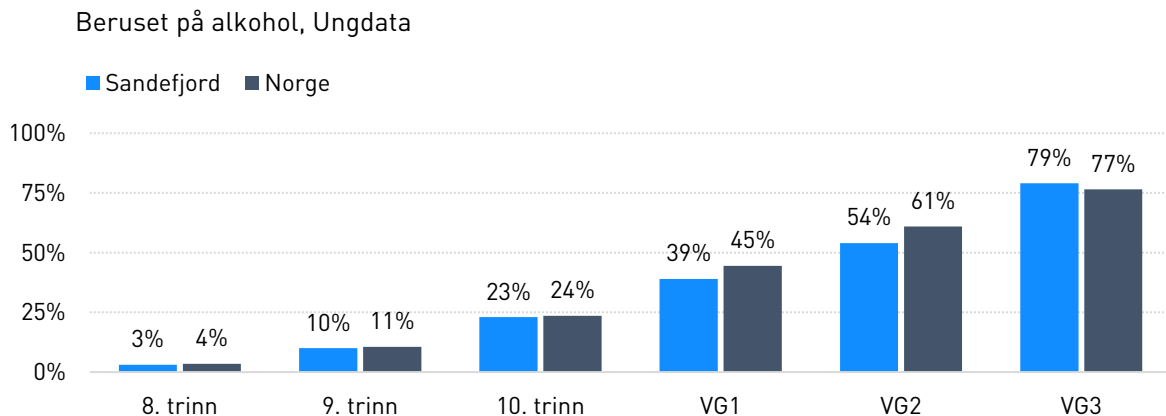
Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere

Sandefjord



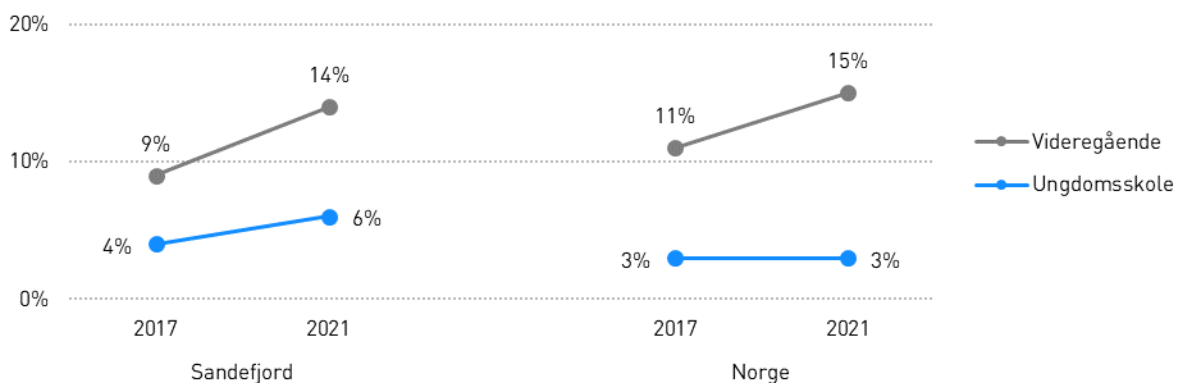
Figur 64: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de har et episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på alderskategorier. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Ungdata viser at bruk av rusmidler blant ungdom øker med alderen. Alkohol er det klart vanligste rusmiddelet blant ungdom i Sandefjord (figur 65). På slutten av videregående har nesten åtte av ti vært beruset på alkohol siste året. Flere jenter enn gutter oppgir å ha vært beruset på alkohol.



Figur 65: Andelen elever som har vært beruset på alkohol siste 12 måneder i Sandefjord og Norge. Fordelt på klassetrinn. Kilde: Ungdata 2021.

Cannabis (hasj/marihuana) er det mest brukte narkotiske stoffet i den norske befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2022). Ifølge Ungdata 2021 har flere ungdomsskoleelever i Sandefjord blitt tilbudt hasj eller marihuana minst én gang det siste året enn tidligere (20 % i 2021 mot 16 % i 2017). Andelen av ungdomsskoleelevene som har brukt hasj eller marihuana minst én gang det siste året har økt til 6 % i 2021 fra 4 % i 2017 (figur 66). I likhet med resten av landet er det liten forskjell i andel gutter og jenter som har brukt hasj eller marihuana på ungdomstrinnet i Sandefjord.

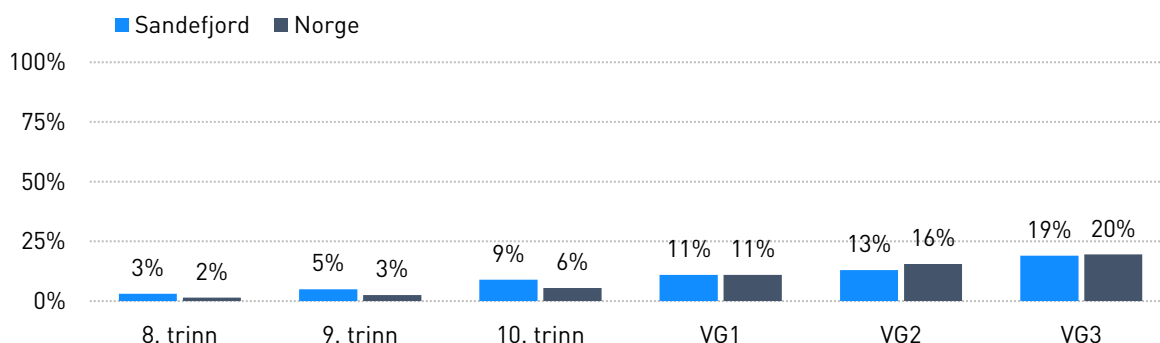


Figur 66: Andelen elever på ungdomsskolen og videregående i Sandefjord og Norge som har brukt hasj eller marihuana siste 12 måneder. Kilde: Ungdata.

Bruken av cannabis øker markant i løpet av årene på videregående, og på slutten av videregående har nær en av fem elever brukt cannabis (figur 67). Mens bruken er noe høyere blant ungdomsskoleelever i Sandefjord sammenlignet med landet, er den lavere blant videregående skoleelever. Det er flere gutter enn jenter fra Sandefjord som har brukt cannabis på videregående. Den samme kjønnsforskjellen ser vi også nasjonalt.

Sammenlignet med resten av landet er det flere elever i ungdomsskolen i Sandefjord som har prøvd hasj eller marihuana, mens på videregående er det noe færre sammenlignet med resten av landet. Flere gutter enn jenter har brukt hasj eller marihuana.

Brukt hasj eller marihuana, Ungdata



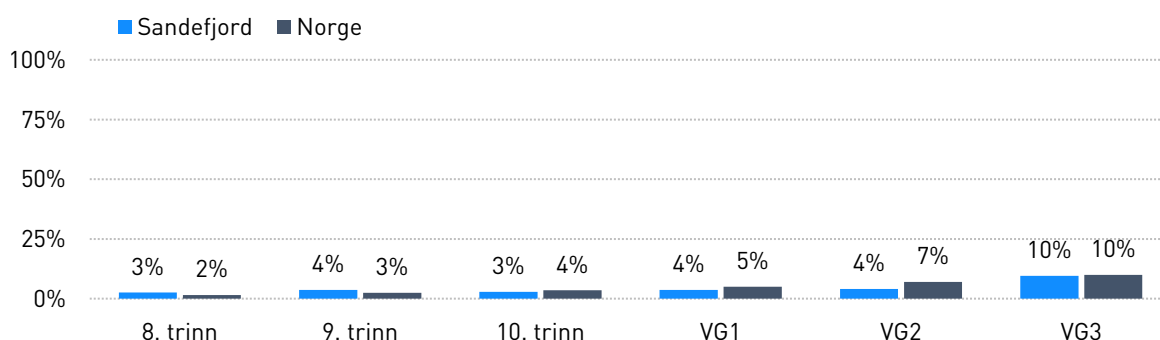
Figur 67: Andelen elever som har brukt hasj eller marihuana siste 12 måneder i Sandefjord og Norge. Fordelt på klassetrinn. Kilde: Ungdata 2021.

Etter cannabis er de sentralstimulerende stoffene kokain, amfetaminer og ecstasy/MDMA de illegale stoffene som oftest rapporteres brukt i befolkningsundersøkelsene i Norge (Folkehelseinstituttet, 2023). Kokain var det sentralstimulerende stoffet flest rapporterte bruk av siste 12 måneder. For aldersgruppen 16-30 år har det vært en økning i andelen som har brukt kokain siste 12 måneder på landsbasis, fra 2,2 % i 2013 til 4,7 % i 2022.

Det finnes ikke lokale tall for bruk av disse stoffene, men i Ungdata-undersøkelsen spørres det om bruk av andre narkotiske stoffer enn cannabis. I likhet med alkohol og cannabis, er det større sannsynlighet for at elevene har brukt andre narkotiske stoffer jo eldre de blir.

Figur 68 viser at bruk av andre narkotiske stoffer enn cannabis er noe høyere i Sandefjord for de to laveste ungdomsskoletrinnene sammenlignet med landet. I 10. trinn og VG1 og VG2 er bruken av andre narkotiske stoffer lavere i Sandefjord, før bruken blir omtrent lik landsgjennomsnittet for VG3. På ungdomsskoletrinnet er det liten forskjell i bruken av andre narkotiske stoffer mellom gutter og jenter, mens på videregående er bruken over dobbelt så høy. Dette gjelder både i Sandefjord og nasjonalt.

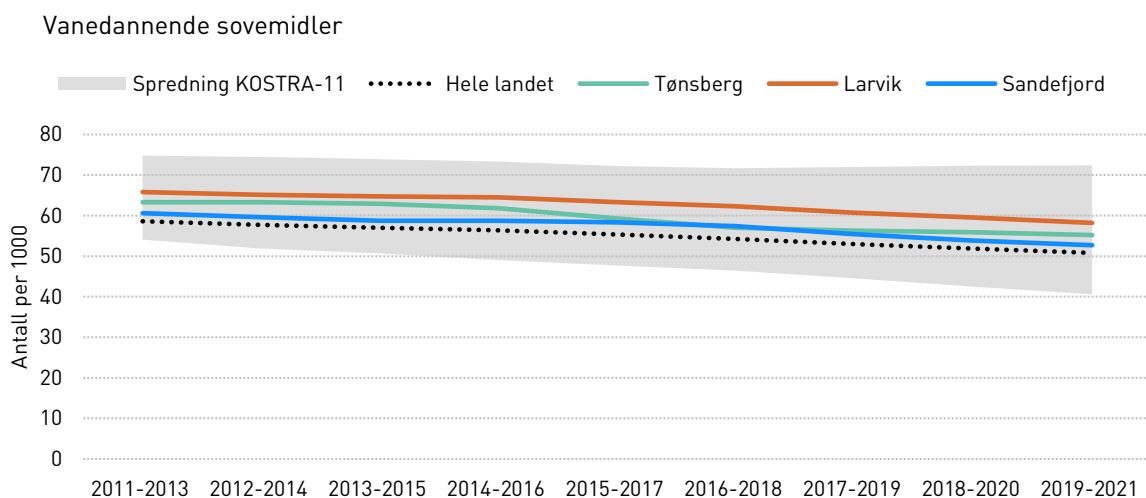
Brukt annen narkotika, Ungdata



Figur 68: Andelen elever som har brukt andre narkotiske stoffer enn cannabis siste 12 måneder i Sandefjord og Norge. Fordelt på klassetrinn. Tall for Sandefjord fra 2021, tall for Norge fra 2022. Kilde: NOVA/Ungdata. Beregninger: Sandefjord kommune. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene.

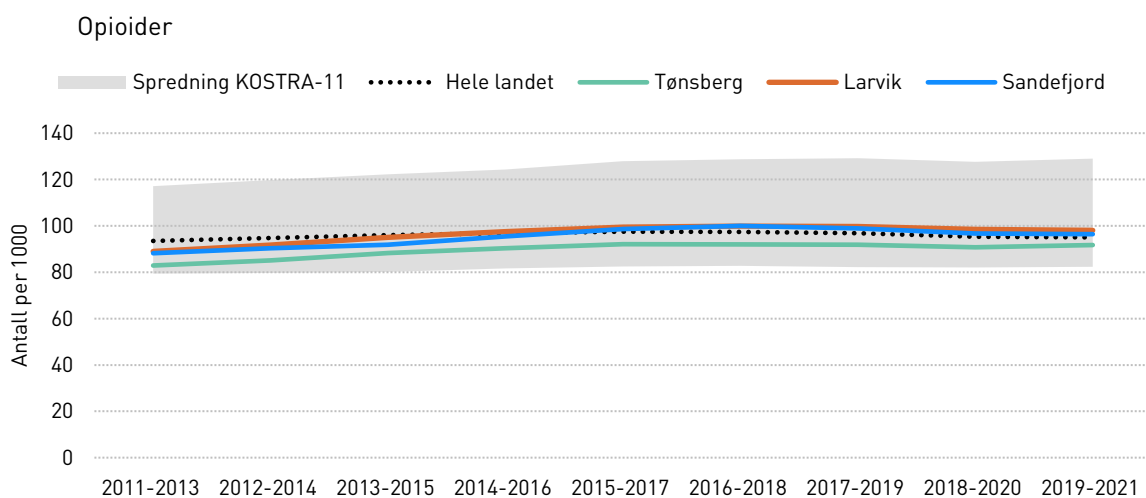
Vanedannende legemidler omfatter smertestillende midler, angst- og sovemidler og noen andre legemidler (Folkehelseinstituttet, 2022). Over 1 million mennesker får hvert år forskrevet minst én resept på et vanedannende legemiddel. Den aller største delen av disse bruker disse legemidlene etter intensjonen med godt resultat. Et lite mindretall har skadelig bruk eller avhengighet av vanedannende legemidler.

Figur 69 viser at bruken av vanedannende sovemidler som benzodiazepiner har gått noe ned i Sandefjord de siste årene for aldersgruppen 0-74 år. Bruken er betydelig høyere blant kvinner (69 per 1000 per år) enn menn (37 per 1000 per år) i perioden 2019-2021.



Figur 69: Antall brukere per 1000 innbyggere per år av vanedannende sovemidler i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet, aldersgruppe 0-74 år. Grått felt indikerer spredning for kommuner i KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser tre års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønns sammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Bruken av opioider har hatt en økning frem til 2016-2018, for så å flate ut (Figur 70). Sandefjord, Tønsberg og Larvik ligger alle rett rundt landsgjennomsnittet, og i lavere sjikt sammenlignet med kommuner i KOSTRA-gruppe 11.



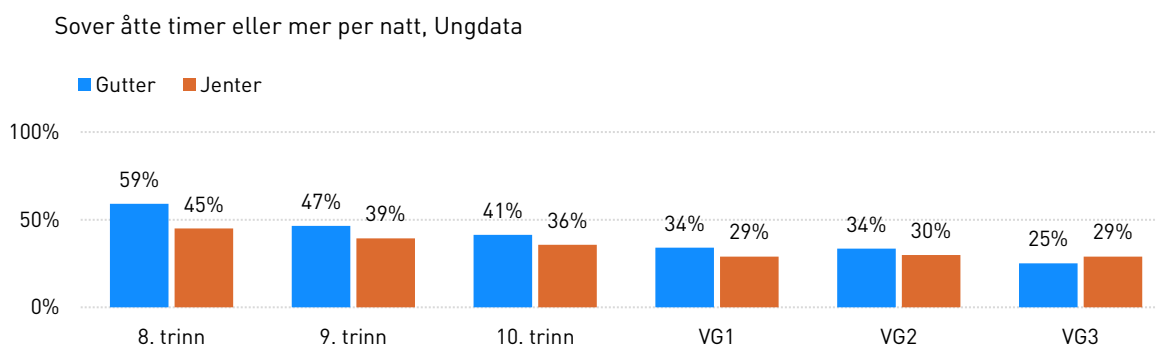
Figur 70: Antall brukere per 1000 innbyggere per år av opioider i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet. Grått felt indikerer spredning for kommuner i KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser tre års glidende

gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønnsammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Nedgangen i bruken av benzodiazepiner og utflating i bruken av opioider kan ha sammenheng med økt fokus blant helsepersonell på skadelig virkning og manglende effekt over tid for disse legemidlene. Utviklingen skyldes ikke nedgang i forekomst av psykiske lidelser eller kroniske langvarige smerter i Sandefjord, men en endring i nasjonale behandlingsanbefalinger.

5.5 Søvnavaner

Søvn reguleres av tre forhold: døgnrytme, oppbygget søvnbehov, vaner og atferd (Bjørvatn, 2021). Anbefalt søvnlengde for ungdom er åtte til ti timer, og anbefalt søvnlengde for voksne er syv til ni timer (National Sleep Foundation, 2015). Figur 71 viser at majoriteten av ungdom i Sandefjord ikke når den anbefalte søvnlengden. Søvn lengden synker i takt med skoletrinnene.



Figur 71: Andel elever som svarer at de sover 8 timer eller mer per natt i Ungdata 2021 blant gutter og jenter på ulike klassetrinn i Sandefjord. Kilde: NOVA. Beregninger: Sandefjord kommune. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene.

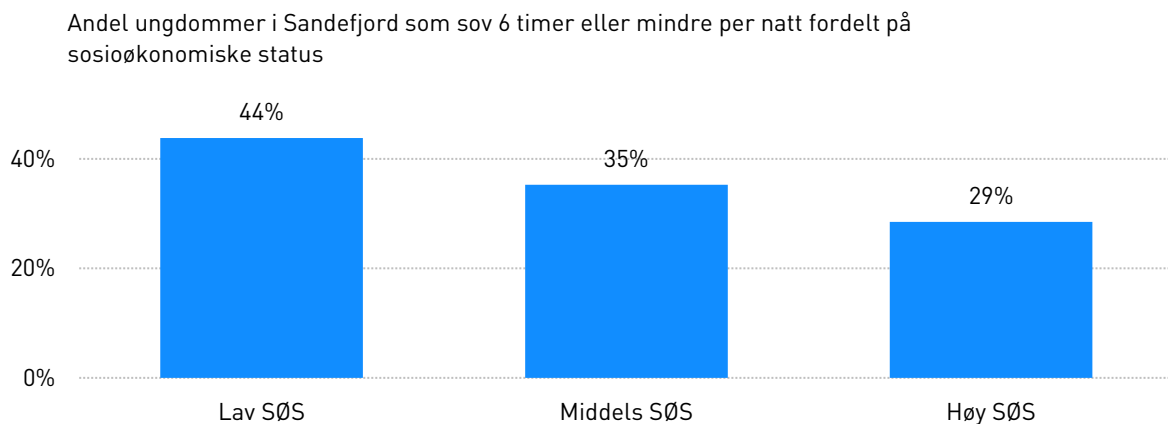
Blant elever på ungdomsskoletrinnet i Sandefjord sover 26 % 6 timer eller mindre per natt, mens på videregående sover 39 % 6 timer eller mindre per natt. Tabell 3 viser andel som sover 6 timer eller mindre fordelt på kjønn.

Tabell 3: Andel elever som sover 6 timer eller mindre per i natt i Sandefjord, fordelt på ungdoms- og videregående skole og kjønn. Kilde: NOVA. Beregninger: Sandefjord kommune. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene.

Ungdomsskolen		Videregående	
30 %	22 %	39 %	39 %
Jenter	Gutter	Jenter	Gutter

Figur 72 viser at fordelt på familiens sosioøkonomiske bakgrunn, er det en større andel av ungdomsskole- og videregåendeskolerelev i Sandefjord fra lav sosioøkonomisk bakgrunn (44 %) som sover 6 timer eller mindre per natt, sammenlignet med elever fra høy

sosioøkonomiske bakgrunn (29 %).



Figur 72: Andel elever på ungdomsskolen og videregående som oppgir at de sover 6 timer eller mindre per natt i Ungdataundersøkelsen 2021, fordelt på familiens sosioøkonomiske status (SØS). Kilde: NOVA. Beregninger: Sandefjord kommune. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultater.

Folkehelseundersøkelsen 2021 finner at den voksne befolkningen i Sandefjord sover i snitt 6,7 timer per natt. Det er tilsvarende som de andre kommunene i Vestfold. Det er små forskjeller mellom utdanningsnivå og aldersgrupper.

Skjermbruk

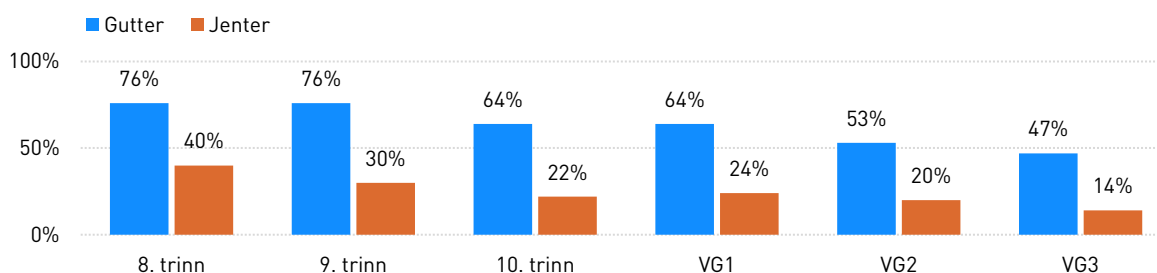
Nasjonale faglige råd er at barn og unge 6-17 år bør begrense tiden i ro, særlig passiv skjermtid på fritiden, som går utover sosial og/eller fysisk aktivitet bør begrenses (Helsedirektoratet, 2022).

Ungdata-undersøkelsen viser at andelen unge på landsbasis som bruker mye tid foran en skjerm på fritiden har økt siden 2015, og pandemien forsterket denne økningen. Over halvparten av ungdom i Sandefjord bruker over fire timer daglig foran en skjerm utenom skoletid. Sandefjord har den høyeste forekomsten blant kommunene i KOSTRA-gruppe 11.

Det er en sammenheng mellom mye skjermtid på fritiden og depresjon blant barn og unge (Helsedirektoratet, 2022). Økt skjermtid kan også være en risikofaktor for overvekt og fedme og det er vist en sammenheng mellom økt bruk av skjerm og lite søvn. Mange studier finner sammenheng mellom høy bruk av elektroniske medier og søvnvansker (Lundetre & Bjorvatn, 2018). En analyse av Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark viser en sammenheng mellom søvnproblemer og skjermtid: jo flere timer brukt på skjerm, jo flere opplever å være plaget av søvnproblemer (Aase, et al., 2021).

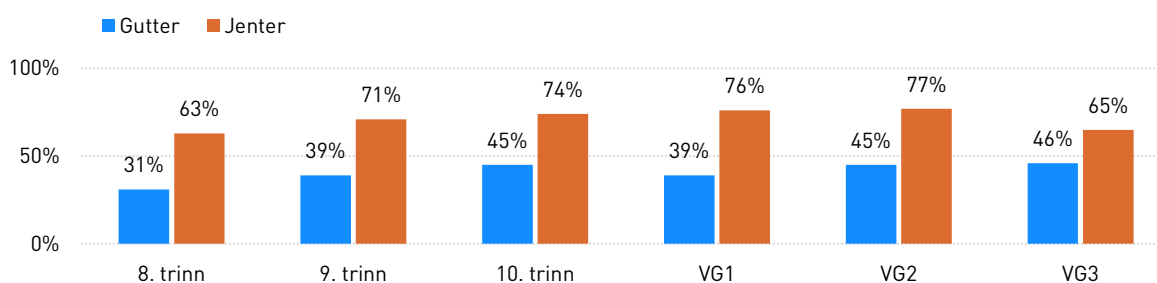
Det er betydelige kjønnsforskjeller i skjermaktiviteter blant ungdom. Mens gutter er langt mer opptatt av spill (figur 73), er jenter oftere på sosiale medier (figur 74). Jenter bruker også samlet sett noe mer tid enn gutter på filmer, serier og TV-programmer.

Mer enn to timer daglig på dataspill, Ungdata



Figur 73: Andel som bruker minst to timer daglig på elektroniske spill blant gutter og jenter på ulike klassetrinn i Sandefjord i 2021. Kilde: Ungdata

Mer enn to timer daglig på sosiale medier, Ungdata



Figur 74: Andel som bruker minst to timer daglig på sosiale medier blant gutter og jenter på ulike klassetrinn i Sandefjord i 2021. Kilde: Ungdata

5.6 Vaksinasjon

Det anbefalte vaksinasjonsprogrammet, som tilbys alle barn og ungdom i Norge, omfatter vaksiner mot 12 forskjellige sykdommer. I tillegg inngår BCG-vaksine mot tuberkulose for barn med foreldre fra land med høy forekomst av tuberkulose. Den første vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet gis ved seks ukers alder og den siste vaksinen på 10. klassetrinn. Dersom barn av ulike grunner ikke har fått en eller flere av programvaksinene til ordinær tid, har de rett på et gratis tilbud med vaksinene som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet opp til alder 20 år.

Gjennom vaksinasjon kan noen av de farlige smittsomme sykdommene forebygges på en enkel og effektiv måte. For enkelte sykdommer vil vaksinasjonen føre til livslang beskyttelse, i andre tilfeller reduseres effekten etter noen år og man trenger oppfriskningsdoser.

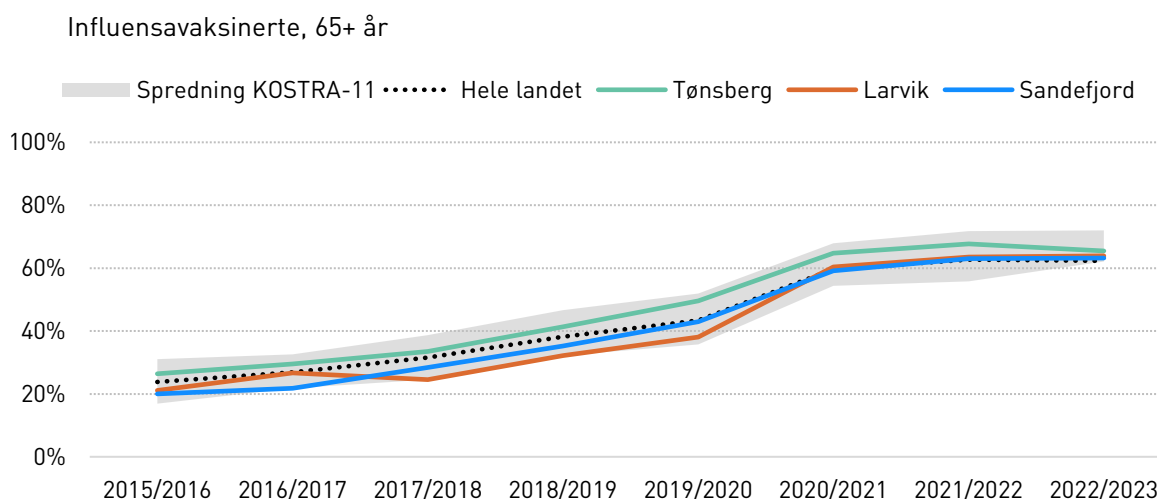
Vaksinasjonsdekningen i Sandefjord for vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet er innenfor det nødvendige nivået for å oppnå flokkimmunitet. Folkehelseinstituttet anslår at 92–95 prosent vaksinasjonsdekning er nødvendig for å oppnå flokkbeskyttelse mot meslinger og kikhoste. For flokkbeskyttelse mot difteri og polio er 80–85 prosent vaksinasjonsdekning tilstrekkelig.

Tabell 4: Andel fullvaksinerte 9-åringene mot henholdsvis difteri, kikhoste, poliomyelitt og meslinger i Sandefjord 2022. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

93,7 %	93,3 %	93,2 %	96,5 %
Difteri	Kikhoste	Poliomyelitt	Meslinger

Eldre over 65 år er en definert risikogruppe for influensa, og utgjør langt over halvparten av personer med økt risiko for alvorlig sykdom forårsaket av influensa. Å vaksinere mot influensa forebygger både selve influensasykdommen og mulige følgesykdommer. Influensa skyldes virus og kan være alvorlig for eldre og personer med kroniske sykdommer. WHO og Norge har et mål om at 75 prosent i risikogrupperne blir vaksinert. Per i dag er dekkningen lavere enn dette. Det har imidlertid vært en positiv trend over flere år og dekkningen er mer enn doblet i de fleste målgrupper fra 2015 til 2021.

I Sandefjord var i gjennomsnitt 63 % av personer over 65 år influensavaksinerte i perioden 2021/2022 (figur 75). Det er en økning på 215 % siden perioden 2015/2016 (20 %).



Figur 75: Andelen personer over 65 år i Sandefjord, Larvik, Tønsberg og hele landet registrert vaksinert mot influensa i prosent av personer over 65 år registrert i Folkeregisteret som bosatt i Norge på uttrekkstidspunkt. Grått felt indikerer spredningen for KOSTRA-gruppe 11. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

6. Oppvekst- og levekår

Kapittelet gir oppdatert status for flere bakenforliggende påvirkningsfaktorer innenfor tema oppvekst og levekår. Mange av indikatorene i dette kapittelet er knyttet til levekårssonene, dvs. 33 geografiske områder. Kommunen ble i den første levekårskartleggingen i 2019 delt inn i 33 områder. I denne oversikten har vi videreført denne inndelingen av de samme områdene.

Et godt oppvekstmiljø og gode levekår er premissgivende for helse, trivsel og livskvalitet. Det er også her mye av grunnlaget for de sosiale helseforskjellene ligger. Levekår har betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner. Sentrale dimensjoner

ved folks levekår er privatøkonomi, materielle og sosiale mangler, bolig og boforhold, familieforhold, inkludert familiens sosioøkonomiske situasjon, barnets omsorgssituasjon, og forhold i barnehage, skole og nærmiljø.

6.1 Oppvekst

Barn med enslige foreldre

2020

Sandefjord

18,4 %

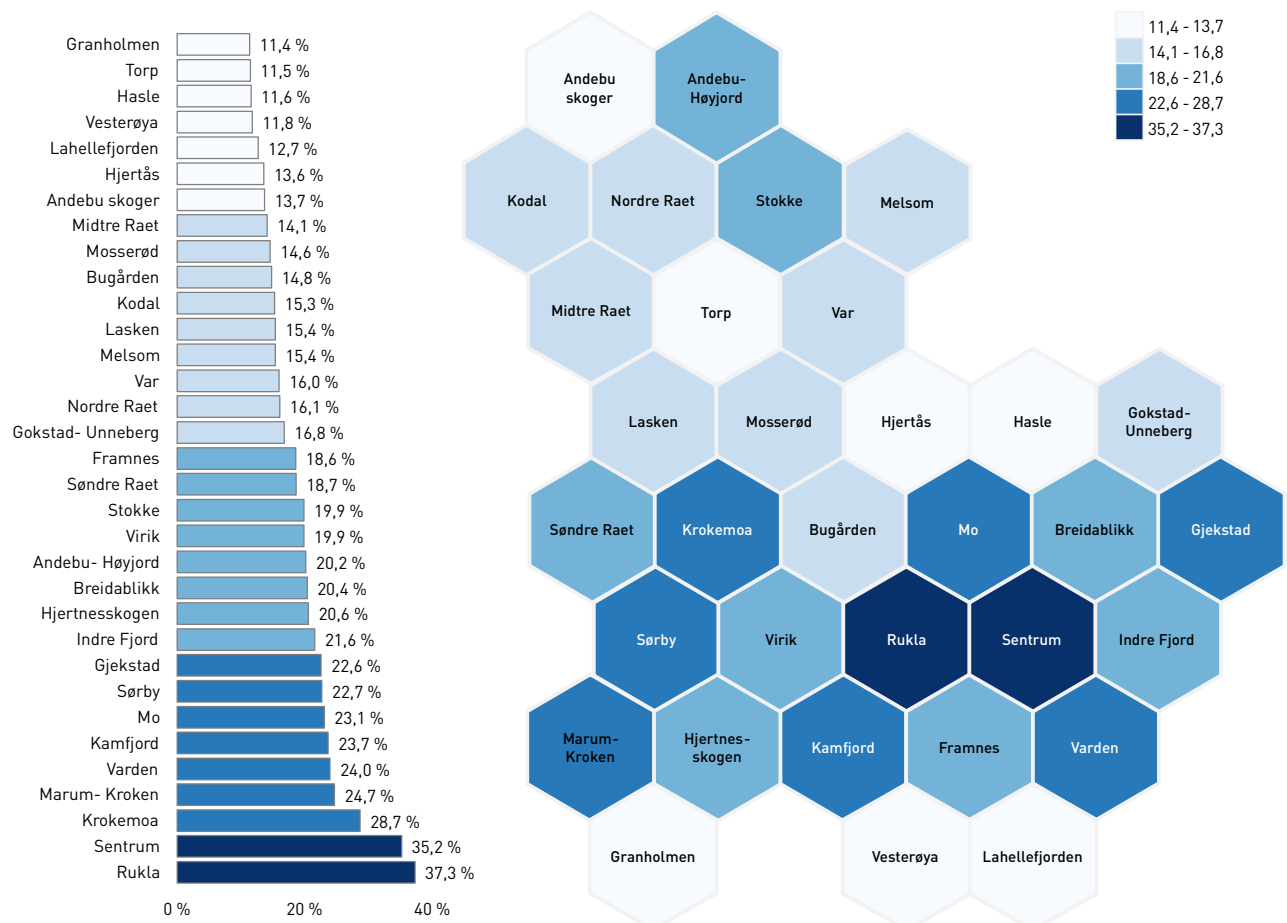
↓ -0,5 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

16,1 %

= Ingen endring fra 2016

Andel barn med enslige foreldre er høyere i Sandefjord (18,4 %) enn i hele landet (16,1 %). Det er en nedgang på 0,5 prosentpoeng siden 2016 i Sandefjord totalt. Internt i Sandefjord har sonene Sentrum og Rukla de høyeste andelen barn med enslige foreldre, på henholdsvis 35,2 % og 37,3 %.



Figur 76: Barn 0-17 år som bor med bare mor eller bare far per 1.1.2021 / Barn 0-17 år per 1.1.2021. Kilde: SSB.

Barn med barnevernstiltak

2020

Sandefjord

3,1 %

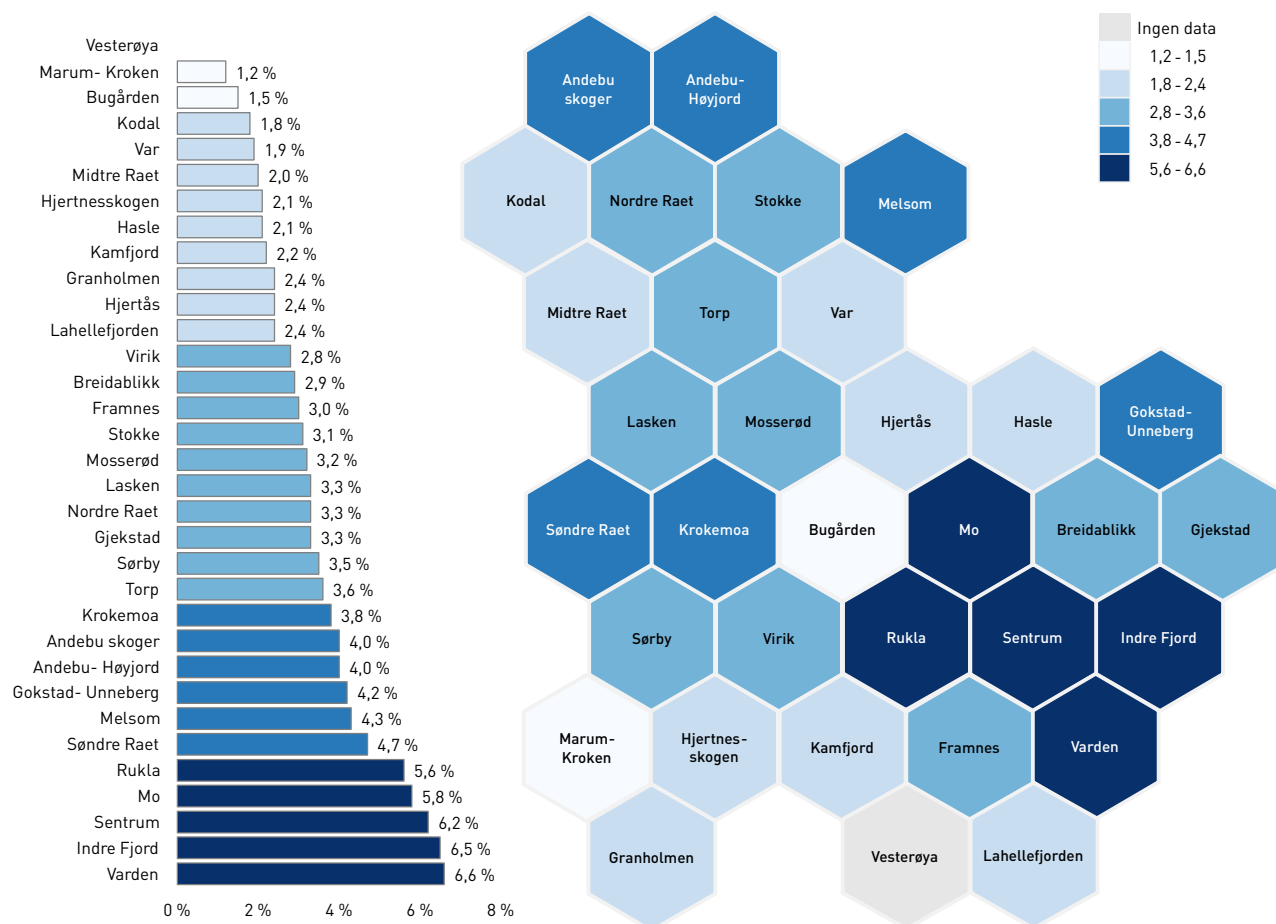
↓ -1,3 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

4,0 %

↓ -0,2 prosentpoeng fra 2016

Det er en lavere andel barn med barnevernstiltak i Sandefjord (3,1 %) enn i hele landet (4,0 %)⁴. Andelen barn med barnevernstiltak varierer mellom levekårssoner i Sandefjord med over 5 prosentpoeng. Sonene Varden, Indre Fjord og Sentrum har de høyeste andelen, med over dobbelt så høy andel som gjennomsnittet i kommunene. Mo og Rukla har også relativt høy andel. Det mangler data for Vesterøya.



Figur 77: Antall barn 0-17 år med barnevernstiltak i løpet av 2020 / Barn 0-17 år per 31.12.2020. Kilde: SSB.

⁴ SSB bemerker at barn med barnevernstiltak er plassert i den kommunen de var registrert bosatt per 31.12., i motsetning til den publiserte barnevernsstatistikken, som bruker den kommunen som rapporterer. Det kan gi noen små forskjeller i antall barn med tiltak på kommunenivå.

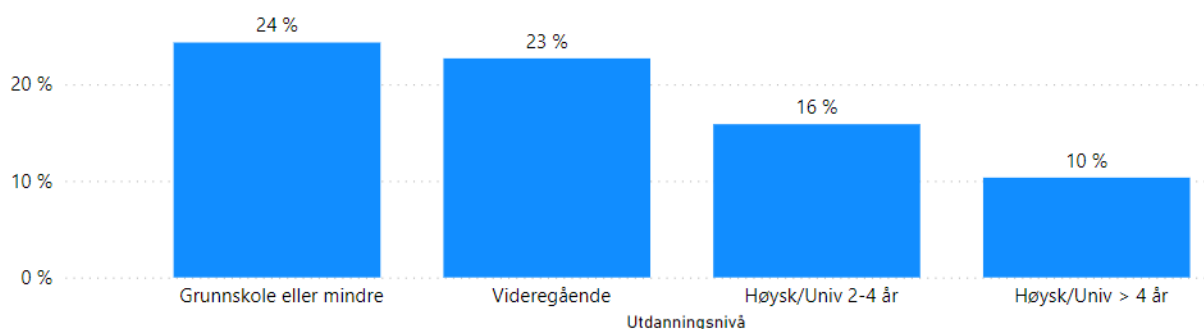
6.2 Økonomi

Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse (Folkehelseinstituttet, 2023). Levekår har stor betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk og andre rusmidler. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvpålevd helse, sykdom og for tidlig død. I tillegg har det å vokse opp i familier med vedvarende lavinntekt stor betydning for barnas helse og velferd.

Økonomiske vansker

Nesten én av fem av den voksne befolkningen i Sandefjord rapporterer at de synes det er vanskelig å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige i Folkehelseundersøkelsen 2021. Undersøkelsen ble gjennomført i september/oktober 2021. Andelen skiller seg ikke fra de andre kommunene i Vestfold. Med økende utdanningsnivå synker andel med økonomiske vansker betydelig.

Andel med økonomiske vansker
Sandefjord



Figur 78: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de har økonomiske vansker i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Barnefattigdom

2020

Sandefjord

12,9 %

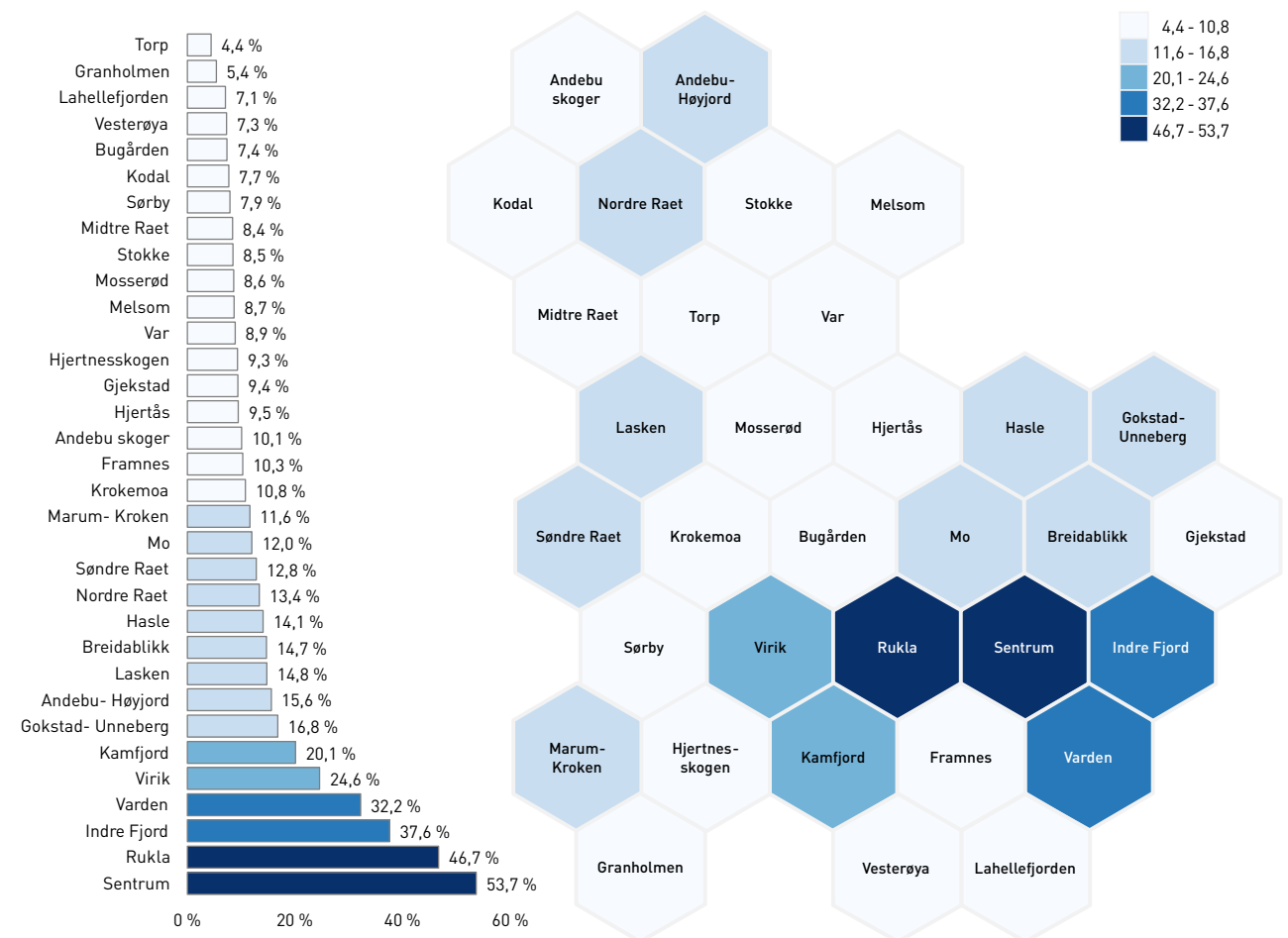
↑ +0,4 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

12,2 %

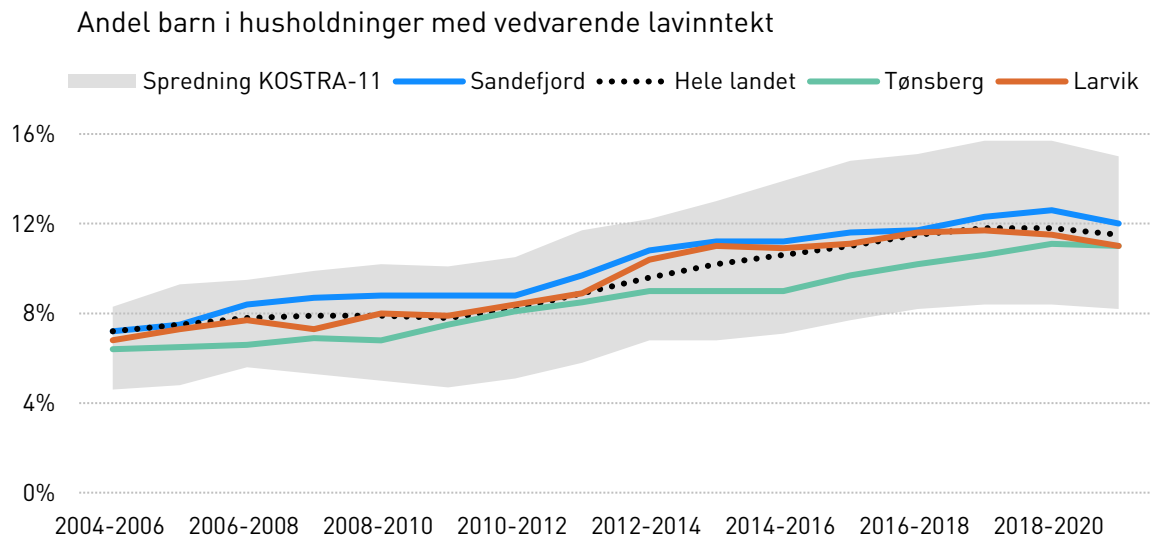
↓ -0,1 prosentpoeng fra 2016

Andelen barn i lavinntektshusholdninger etter kommunal lavinntektsgrense er litt høyere i Sandefjord (12,9 %) enn Norge totalt (12,2 %). Det er stor variasjon i andel barnefattigdom internt i Sandefjord. Spredningen er på hele 49,3 prosentpoeng, fra 4,4 % i levekårssone Torp til 53,7 % i levekårssone Sentrum.



Figur 79: Antall barn i husholdninger med lavinntekt, EU-60, 2020 / Barn 0-17 år per 31.12.2020. Kilde: SSB.

Figur 80 viser at det har vært en økning i barnefattigdom i hele landet de siste 20 årene. Sammenlignet kommunene i KOSTRA-gruppe 11 er Sandefjord i midtsjiktet.



Figur 80: Personer 0-17 år som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av kommunal medianinntekt over en treårsperiode, beregnet etter EU-skala. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Blant barnefamilier er det visse kjennetegn som gir økt risiko for lavinntekt (Bufdir, 2023). Foreldrenes yrkestilknytning er svært viktig for inntekten, og barnefamilier uten yrkestilknytning er de barnefamiliene som er mest sårbare for vedvarende lavinntekt. Enslige forsørgere har også høy risiko for lavinntekt. Barnefamilier hvor foreldrene har lav utdanning er også utsatt for lavinntekt, og lav utdanning henger sammen med yrkestilknytning og lønnsnivå. Barn med innvandrerbakgrunn er overrepresentert i lavinntektsstatistikken.

Sandefjord har høyere andel enn landsnittet av personer med lav utdanning i aldersgruppen 30-39 år, barn i familier som mottar sosialhjelp, barn med enslige forsørgere og barn i husholdninger uten yrkestilknyttede personer.

Studier som har fulgt samme barn over tid, har funnet at barn har flere symptomer på psykiske vansker når familien har dårlig økonomi, og færre symptomer når familien har god økonomi (Folkehelseinstituttet, 2022). Vedvarende lav inntekt i familien er direkte forbundet med dårligere fysisk og psykisk helse, dårligere skoleprestasjoner og vansker med å komme inn i arbeidslivet for ungdom, men også med høyere forekomst av andre risikofaktorer som mobbing og utestengelse, dårligere helse hos foreldre, dårligere boforhold og begrensninger i foreldres kapasitet til å gi omsorg.

Median inntekt etter skatt per forbruksenhet, EU-skala

2020

Sandefjord

Hele landet

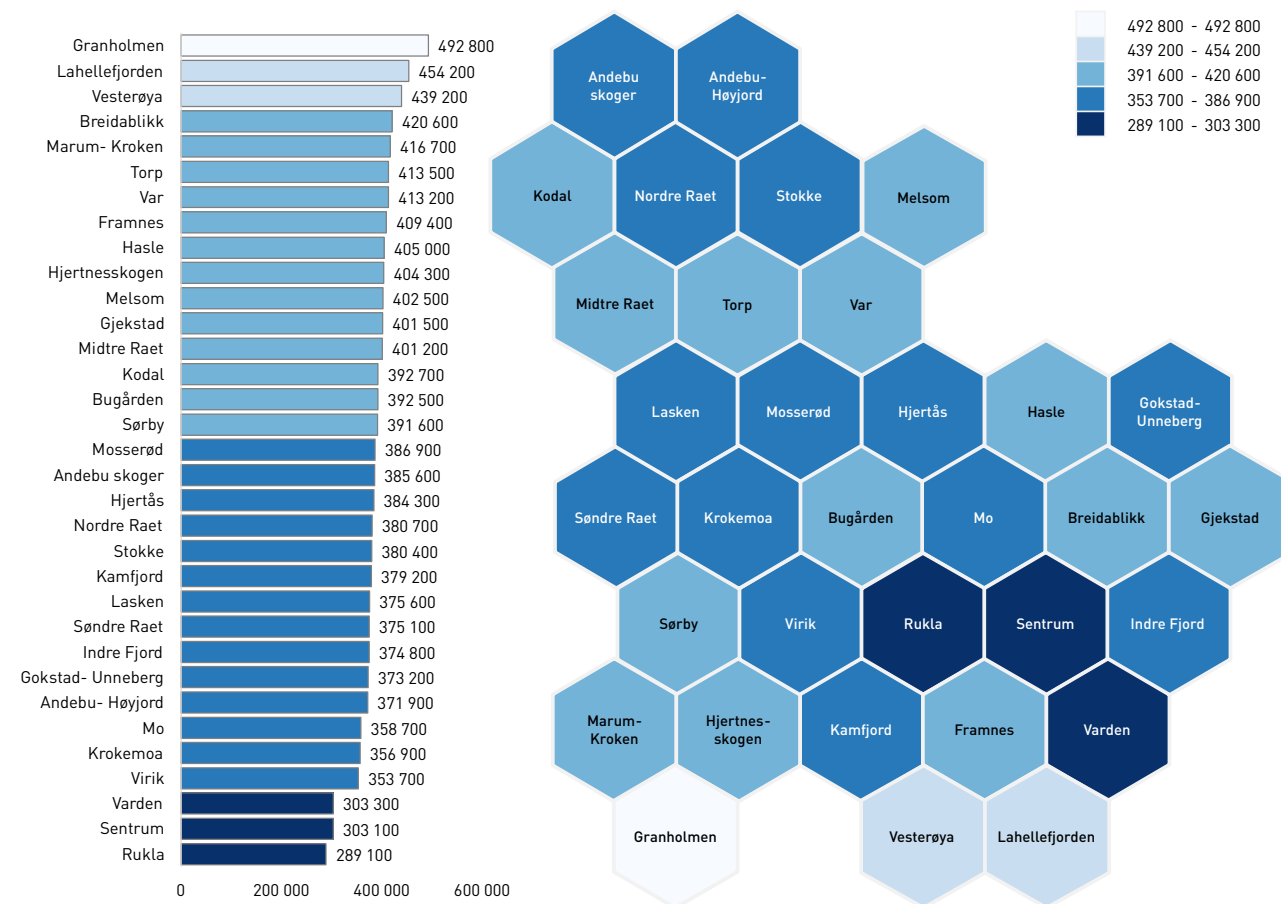
387 900 kr

404 400 kr

↑ +42 800 kr fra 2016

↑ +45 500 kr fra 2016

Over 200 000 kroner (per forbruksenhet) skiller medianinntekten til sonen med lavest (Rukla) og høyest (Granholmen) inntekt. De laveste medianinntektene ser vi i levekårssonene rundt sentrum og de høyeste i Granholmen, Vesterøya og Lahellefjorden.



Figur 81: Median inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU-skala) for alle personer faktisk bosatt i kommunen per 31.12.2020, og tilhørende privathusholdninger (institusjonsbeboere og fosterbarn er ikke inkludert). Kilde: SSB.

Inntektsulikhet

Gini-koeffisienten er en av de mest brukte måtene å måle inntektsulikheter på (Helsedirektoratet, 2021). Den viser inntektsforskjeller summert for hele befolkningen på en skala fra 0 (likhet) til 1 (ulikhet). Den summerer inntektsforskjeller gjennom hele inntektshierarkiet, men sier ikke så mye om hvor i inntektshierarkiet ulikhetene befinner seg.

For å følge utviklingen i inntektsfordelingen i befolkningen kan vi bruke Gini-koeffisienten sammen med $P90/P10$ som forteller litt mer om hvor i inntektsfordelingen eventuelle

forskjeller oppstår. P90/P10 er forholdstallet mellom inntekten til den personen i fordelingen som har høyere inntekt enn 90 prosent av alle (P90) og inntekten til den personen som har lavere inntekt enn 90 prosent av alle andre (P10).

Det er ingen forskjell mellom Sandefjord og landet samlet sett for hverken Gini-koeffisienten eller P90/P10. Gini-koeffisienten er 0,28 for Sandefjord og landet, og P90/P10 er 2,8. De siste ti årene har inntektsulikheten i Norge generelt vært relativt stabil, bortsett fra svinger mellom 2014 og 2016, og en skarp økning fra 2020 til 2021.

6.3 Barnehage

Barnehager av høy kvalitet er et av de viktigste psykisk helsefremmende og forebyggende tiltakene vi har for førskolebarn (Major, et al., 2016). Men det gjelder bare dersom barnehagene holder den nødvendige kvaliteten.

De aller fleste barn går i barnehage. I 2022 gikk 92,8 % av alle barn i Sandefjord mellom ett og fem år i barnehagen, mens andelen blant tre- og femåringene var 97,4 % (SSB, tabell 13502). Landsgjennomsnittet var henholdsvis 93,4 % og 97,1 %. Det har vært en jevn økning av andelen barn med minoritetsbakgrunn sett i forhold til alle barn i barnehagene i Sandefjord. I 2022 var 21,6 % av alle barnehagebarn i Sandefjord minoritetsspråklige (SSB, tabell 12272). En økning fra 17,6 % 2017. Andelen minoritetsspråklige barn i barnehage i forhold til innvandrerbarn i Sandefjord var 85,3 % i 2022. Andelen har økt med 12,7 prosentpoeng siden 2017.

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. I 2022 oppfylte 86 % av barnehagene i Sandefjord bemannings- og pedagognormen⁵, mot 66 % i hele landet samlet.

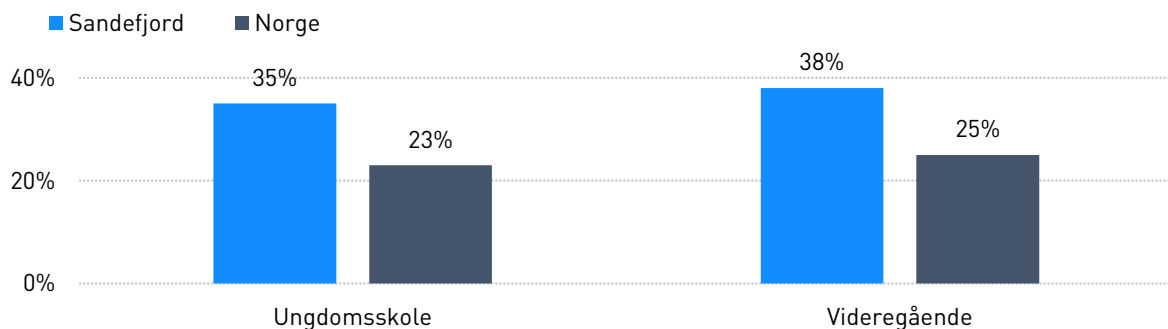
6.4 Skole og utdanning

I Sandefjord trives de fleste ungdommene på skolen, og i elevundersøkelsen i perioden 2020/21-2022/23 svarer 84 % på 7. trinn og 82 % på 10. trinn at de trives godt eller svært godt på skolen. I Ungdata-undersøkelsen 2021 svarer 63 % av ungdomsskoleelevene i Sandefjord at de er litt eller svært fornøyd med skolen sin.

Positivt stress når det kommer til skolearbeid kan være bra og bidra til at ungdom fokuserer på læringsoppgavene (Bakken, Ungdata 2022. Nasjonale resultater, 2022). Samtidig kan stress være negativt, særlig for de som opplever vedvarende stress over tid og hvor gapet mellom egne ambisjoner og det man får tid blir for stort. Figur 82 viser at Sandefjord har betraktelig høyere andel som svært ofte opplever å bli stresset av skolearbeidet

⁵ Bemanningsnormen innebærer at det stilles krav om at barnehagen skal ha minst én ansatt per tre barn når barna er under tre år og minst én ansatt per seks barn når barna er over tre år (trådte i kraft 1. august 2019). Pedagognormen innebærer at det skal være minimum én pedagogisk leder per 7 barn under tre år og minimum én pedagogisk leder per 14 barn over tre år. Pedagogiske ledere må ha utdanning som barnehagelærer, eller annen treårig pedagogisk utdanning på høghskolenivå med videreutdanning i barnehagepedagogikk.

sammenlignet med landet for både ungdomsskole- og videregående skoleelever. Andelen er imidlertid relativt lik de andre kommunene i Vestfold.



Figur 82: Andel elever på ungdomsskolen og videregående som svarer at de opplever å bli stresset av skolearbeidet svært ofte i Sandefjord og Norge i Ungdata 2021. Kilde: Ungdata.

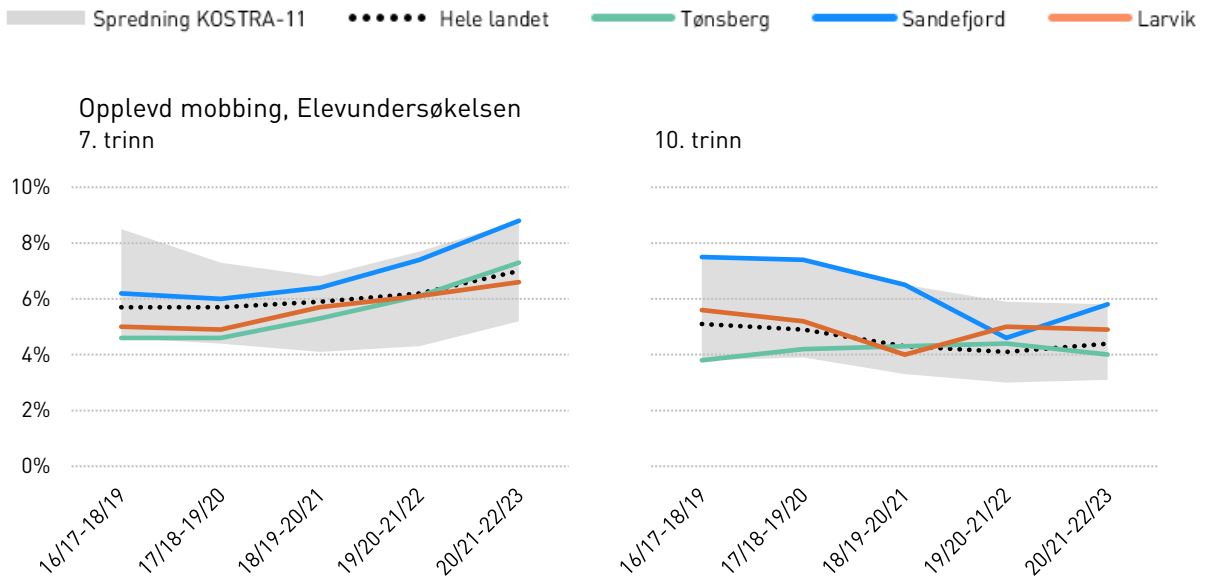
Mobbing

Mobbing er en type overgrep som kan defineres som gjentatte negative handlinger mot en person som har vanskelig for å forsvare seg, fordi det er en ubalanse i styrkeforholdet mellom den eller de som mobber, og den som mobbes (Folkehelseinstituttet, 2023). Barn med atferdsvansker, hyperaktive og emosjonelle vansker kan være utsatt for mobbing fra tidlig alder, og lav sosioøkonomisk status øker risikoen for å bli utsatt for mobbing over tid (Folkehelseinstituttet, 2022). Barn med sammensatte vansker mobbes mer enn barn med en enkelt vanske.

Både Elevundersøkelsen⁶ og Ungdata⁷ finner høyere forekomst av mobbing i Sandefjord sammenlignet med landsgjennomsnittet. For 7. trinn har det vært en økende trend i både Sandefjord og Norge siden 2016, og økningen har vært større i Sandefjord. For 10. trinn var det en markant nedgang i Sandefjord mellom perioden 2017/18-2019/20 og 2019/20-2021/22. For perioden 2020/21-2022/23 har andelen steget igjen.

⁶ Definisjonen som elevene blir presentert for i Elevundersøkelsen er: "Med mobbing mener vi gjentatte negative handlinger fra en eller flere sammen, mot en elev som kan ha vanskelig for å forsvare seg. Mobbing kan være å kalle en annen stygge ting og erte, holde en annen utenfor, baksnakke eller slå, dytte eller holde fast." Tallene inkluderer de som har svart "2 eller 3 ganger i måneden", "omtrent 1 gang i uken" eller "flere ganger i uken" på spørsmålet "Er du blitt mobbet av andre elever på skolen de siste månedene?".

⁷ Indikatoren er målt gjennom spørsmålet «Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritiden?»



Figur 83: Andel elever på 7. og 10. trinn i grunnskolen i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet som har opplevd mobbing fra andre elever de siste månedene i prosent av alle elever som deltok i elevundersøkelsen, angitt som gjennomsnitt over treårsperioder (skoleår), standardisert for kjønnsammensetning. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Når det gjelder digital mobbing i elevundersøkelsen for skoleåret 2022/2023, svarer 4 % av elever på 7. trinn at de har opplevd å bli mobbet digital de siste månedene, mot 3,8 % for landet som helhet. På 10. trinn er andelen høyere, hvor 6,3 % av elevene har opplevd digital mobbing de siste månedene, mot 3,0 % for landet samlet.

I Ungdata 2021 kommer det frem at andelen som svarer at de blir mobbet minst hver 14. dag på skolen eller på fritiden er høyere i Sandefjord kommune (9 %) i forhold til hele landet (7 %).

Mobbing fra medelever bidrar til økt risiko for psykiske helseproblemer i barndommen og psykiske lidelser, selvmord og kriminalitet i voksen alder (Folkehelseinstituttet, 2022). Risikoen vedvarer i mange år etter at mobbingen fant sted (Folkehelseinstituttet, 2023). Digital mobbing ser ut til å ha andre konsekvenser enn tradisjonell mobbing (Læringsmiljøsentret, 2023). De som blir mobbet kan i større grad oppleve redsel, engstelse eller panikk- og angstanfall.

Lese- og regneferdigheter

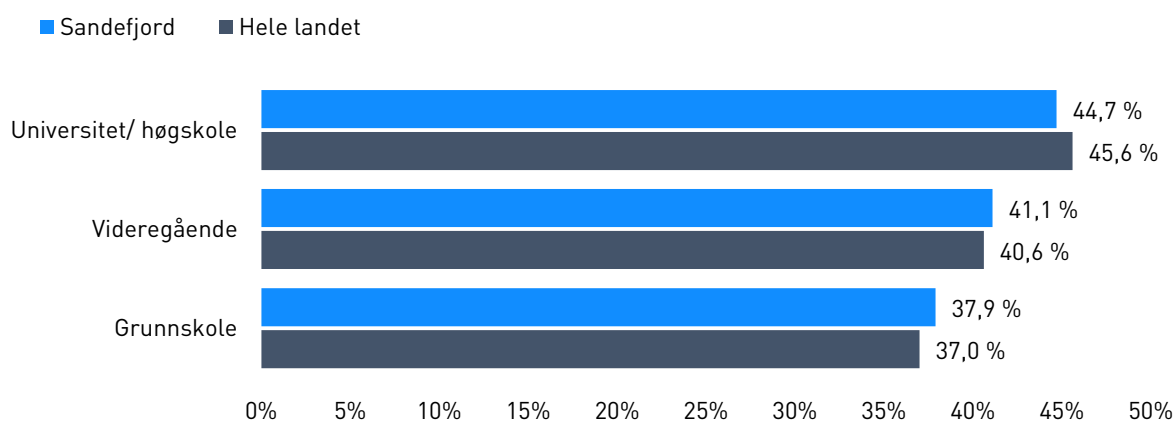
Regning er en basisferdighet som er viktig videre i utdanningsløpet og arbeidslivet. For perioden 2019/20-2021/22 var andelen elever i 5. trinn på laveste mestringsnivå i regning lavere i Sandefjord (21%) enn hele landet totalt (24 %), og i det lavere sjiktet sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11. Andelen på laveste mestringsnivå i regning har hatt en positiv utvikling på 5. trinn siden 2014/2015. På 8. trinn ligger Sandefjord litt høyere (9 %) enn hele landet totalt (8 %).

I samme periode var andelen elever i 5. trinn på laveste mestringsnivå i lesing likt i Sandefjord (23 %) som hele landet (23 %), og i midtsjiktet sammenlignet med kommunene i KOSTRA-11.

Grunnskolepoeng

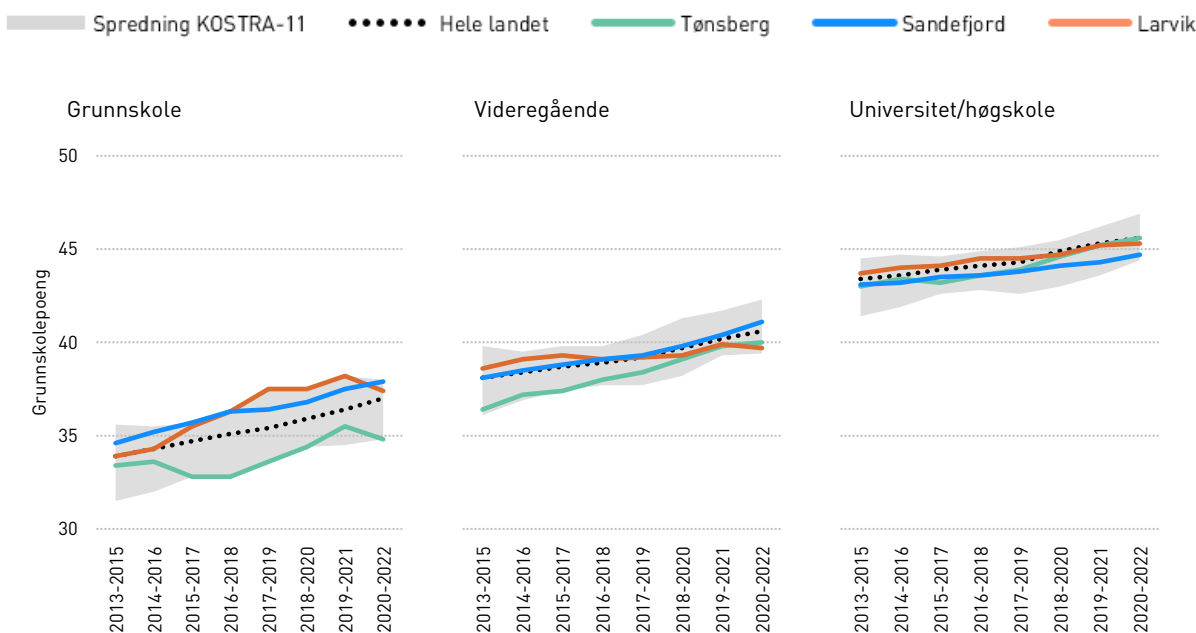
Brukt med varsomhet og i kombinasjon med lokalkunnskap kan indikatorene antyde noe om risikoen for å ikke gjennomføre videregående opplæring, og for vedvarende levekårs- og helseproblem i en del lokalsamfunn. Elever som har foreldre med høyere utdanning får i gjennomsnitt bedre karakterer i grunnskolen enn elever med foreldre uten høyere utdanning (Folkehelseinstituttet, 2022).

Figur 84 viser at karakterene elevene har fra grunnskolen varierer betydelig basert på foreldrenes utdanningsnivå i både Sandefjord og hele landet. Forskjellen mellom gjennomsnittlige grunnskolepoeng blant elever med foreldre med grunnskoleutdanning og foreldre med universitets- eller høgskoleutdanning er lavere i Sandefjord (6,8 poeng) enn Norge totalt (8,6 poeng) for perioden 2020-2022. Fra perioden 2013-2015 til 2020-2020 har forskjellen blitt redusert mer i Sandefjord (1,7 poeng) enn i hele landet samlet (0,9 poeng).



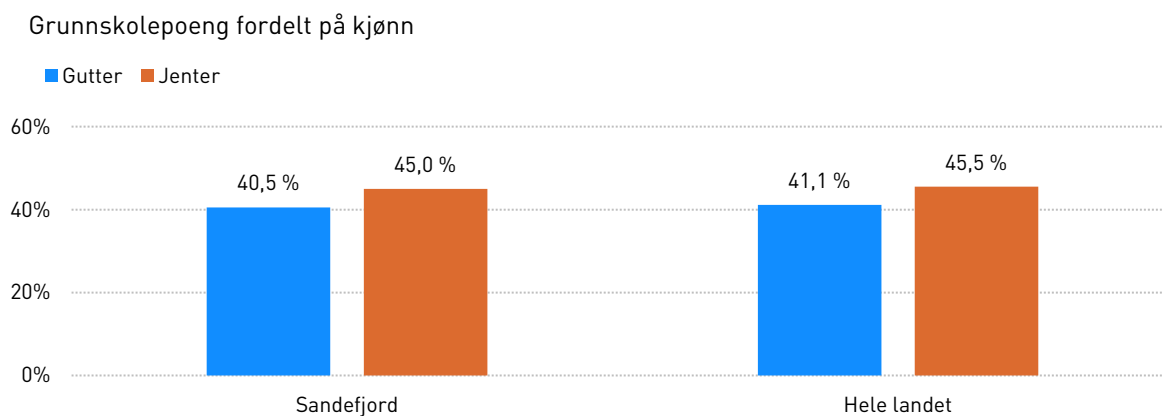
Figur 84: Gjennomsnittlige grunnskolepoeng ved avsluttet grunnskole på 10. trinn i Sandefjord og hele landet, etter foreldrenes høyeste utdanningsnivå, standardisert for kjønns sammensetning. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt for perioden 2020-2022. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Figur 85 viser at det har vært en jevn positiv utvikling i gjennomsnittlig grunnskolepoeng i både Sandefjord og landet de siste 10 årene. Totalt er gjennomsnittlig grunnskolepoeng noe lavere i Sandefjord (42,7) sammenlignet med snittet for Norge totalt (43,3) for perioden 2020-2022. Fordelt foreldres utdanningsnivå er gjennomsnittlige grunnskolepoeng høyere enn landet for elever med foreldre med grunnskole som høyeste utdanningsnivå, og Sandefjord er høyst blant kommunene i KOSTRA-11. For elever med foreldre med universitets- eller høgskoleutdanning ligger Sandefjord lavere enn landsgjennomsnittet, og i nederste sjikt sammenlignet med kommunene i KOSTRA-11.



Figur 85: Gjennomsnittlige grunnskolepoeng ved avsluttet grunnskole på 10. trinn, fordelt på foreldrenes høyeste utdanningsnivå, i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet. Standardisert for kjønnsammetsning. Grått felt indikerer spredning for kommuner i KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser tre års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet. OBS: Avkortet y-akse.

Figur 86 viser at jenter gikk ut av grunnskolen med høyere karakterer enn gutter i både Sandefjord (jenter 45,0 – gutter 40,5) og Norge totalt (jenter 45,5 – gutter 41,1) for perioden 2020-2022.

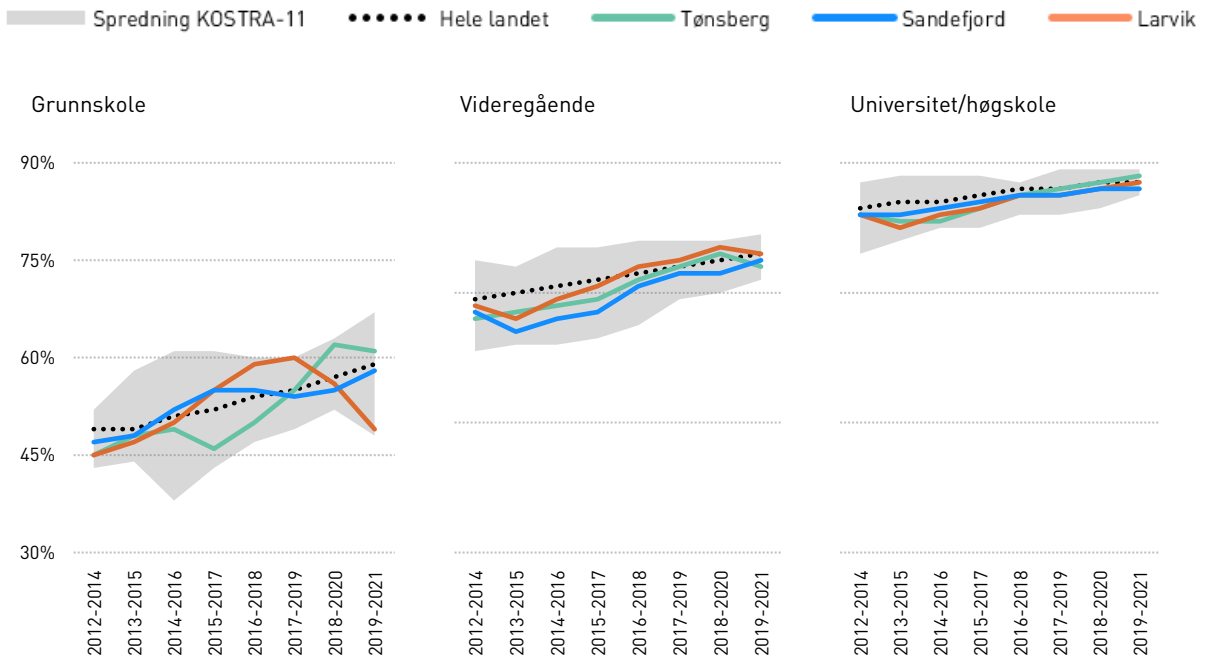


Figur 86: Gjennomsnittlige grunnskolepoeng ved avsluttet grunnskole på 10. trinn, etter kjønn, standardisert for kjønnsammetsning. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt for perioden 2020-2022. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Gjennomføring videregående opplæring

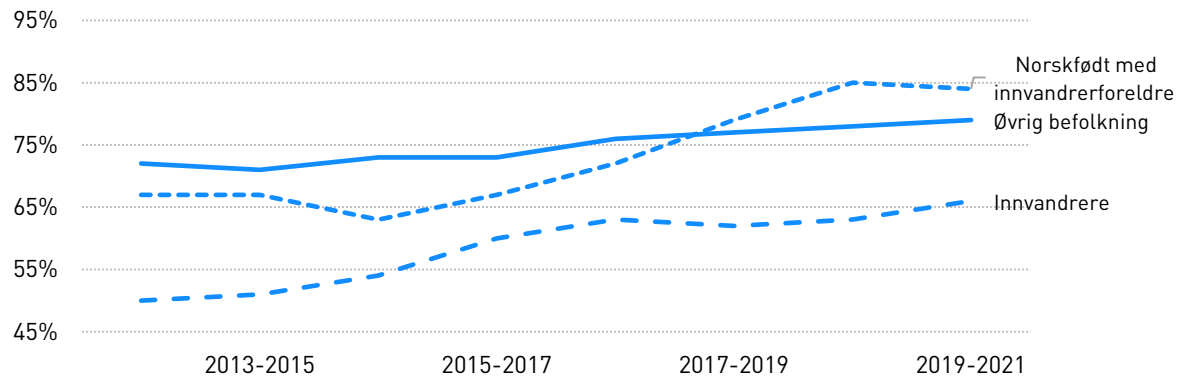
Andelen i Sandefjord som fullfører videregående opplæring innen fem år fra oppstart har økt i Sandefjord de siste årene, og gjennomføringsgraden er nå omtrent som

landsgjennomsnittet⁸. Det er likevel store forskjeller i gjennomføringsgrad i Sandefjord, avhengig av foreldrenes utdanningsnivå (figur 87).



Figur 87: Andel som gjennomfører videregående opplæring etter foreldrenes høyeste fullførte utdanningsnivå i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet. Kjønn samlet. Angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder, standardisert for kjønnssammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet. **OBS: Avkortet Y-akse.**

Fordelt på innvandrerbakgrunn har den største økningen vært blant norskfødte med innvandrerforeldre (figur 88).



Figur 88: Andel som gjennomfører videregående opplæring etter innvandringsbakgrunn i Sandefjord. Kjønn samlet. Angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder, standardisert for kjønnssammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet. **OBS: Avkortet Y-akse.**

⁸ Gjennomføring inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og andelen som har fullført med studie- eller yrkeskompetanse i løpet av fem/seks år. Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun startet på grunnkurs i videregående opplæring.

Ikke fullført videregående, 21-29 år

2020

Sandefjord

34,4 %

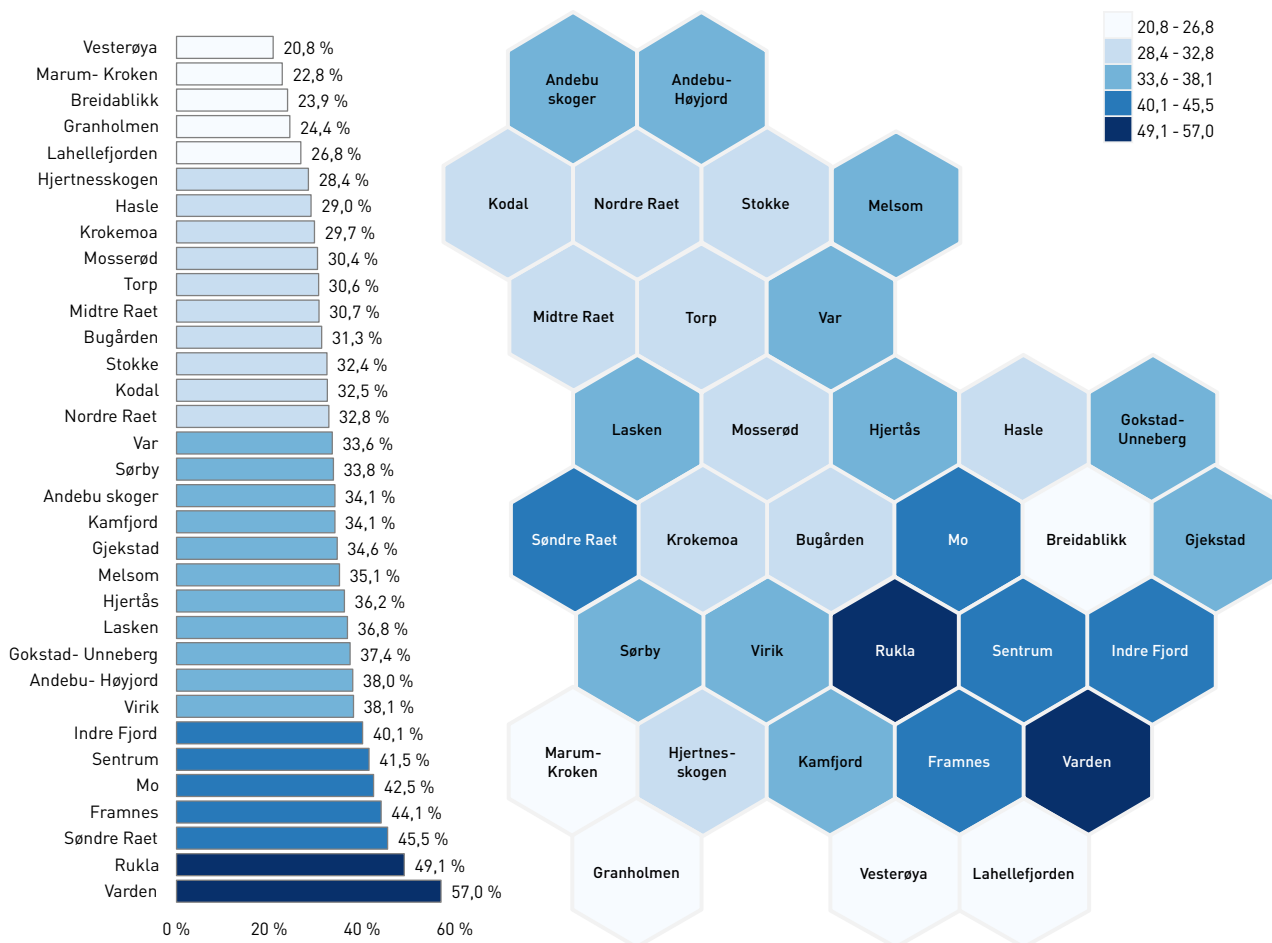
↓ -3,8 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

26,9 %

↓ -2,6 prosentpoeng fra 2016

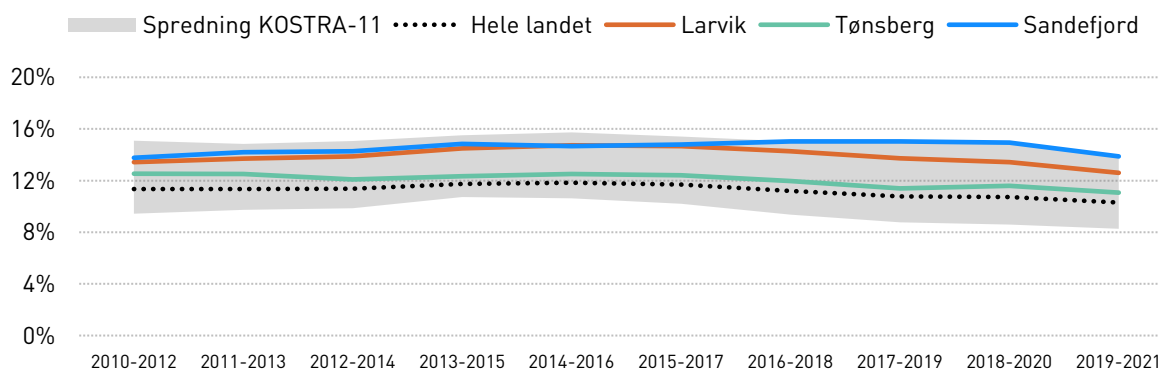
Selv om det har vært en positiv utvikling de siste årene for graden av gjennomføring fra videregående opplæring, har Sandefjord en høy andel unge voksne (21-29 år) som ikke har fullført videregående opplæring innen fem år. Andelen som ikke har fullført videregående opplæring er høyere i Sandefjord (34,4 %) sammenlignet med landsgjennomsnittet (26,9 %). Fordelt på de ulike levekårssonene, ser vi en spredning på 36,2 prosentpoeng. Varden og Rukla ser det største omfanget med henholdsvis 57,0 % og 49,1 %.



Figur 89: Personer 21-29 år som ikke har oppnådd yrkes- eller studiekompetanse i løpet av 5 år per 1.10.20 / Personer 21-29 år som begynte på videregående utdanning per 1.10.2020. Kilde: SSB.

Utenfor arbeid, utdanning og opplæring, 15-29 år

Andelen unge 15-29 år som står utenfor arbeid, utdanning og opplæring/NEET (Not in Education, Employment or Training) er høyere i Sandefjord (13,9 %) sammenlignet med resten av landet (10,3 %) og er høyest blant de andre kommunene i KOSTRA-gruppe 11 (figur 90).



Figur 90: Andel ungdom 15-29 år utenfor arbeid, utdanning og opplæring i Sandefjord, Tønsberg og hele landet. Kjønn samlet. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Standardisert for alders- og kjønns sammensetning. Glidende gjennomsnitt for tre-årsperioder. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet. Beregninger: Sandefjord kommune.

Det er flere mulige årsaker til den høye andelen unge utenfor arbeid, utdanning og opplæring i Sandefjord. I Vestfold er det utfordrende forhold på arbeidsmarkedet for personer med lav formell kompetanse (Vestfold og Telemark fylkeskommune, 2022). Det er lavere utdanningsnivå enn i mange andre fylker og det er stor konkurranse om ufaglærte jobber. Sandefjord har en relativt høy andel unge med helseutfordringer, som også kan forklare deler av forekomsten.

En annen mulig forklaring er at mange unge i Sandefjord som fullfører videregående skole flytter til andre byer for å ta høyere utdanning. Sammenligner vi Sandefjord med kommuner med høyere utdanningsinstitusjoner, er det relativt liten forskjell i aldersgruppen 15-19 år. For aldersgruppen 20-24 år derimot er forskjellen betraktelig større og spesielt blant kvinner. Det vil derfor være slik at når kommunen lykkes med å kvalifisere en stor andel av befolkningen i aldersgruppen 20-24 år til høyere utdanning vil disse flytte ut av kommunen og andel i NEET vil sannsynligvis øke. Sammenlignet med de andre kommunene i KOSTRA-gruppe 11 har Sandefjord en relativt høyere andel unge med innvandrerbakgrunn som står utenfor arbeid, utdanning og opplæring.

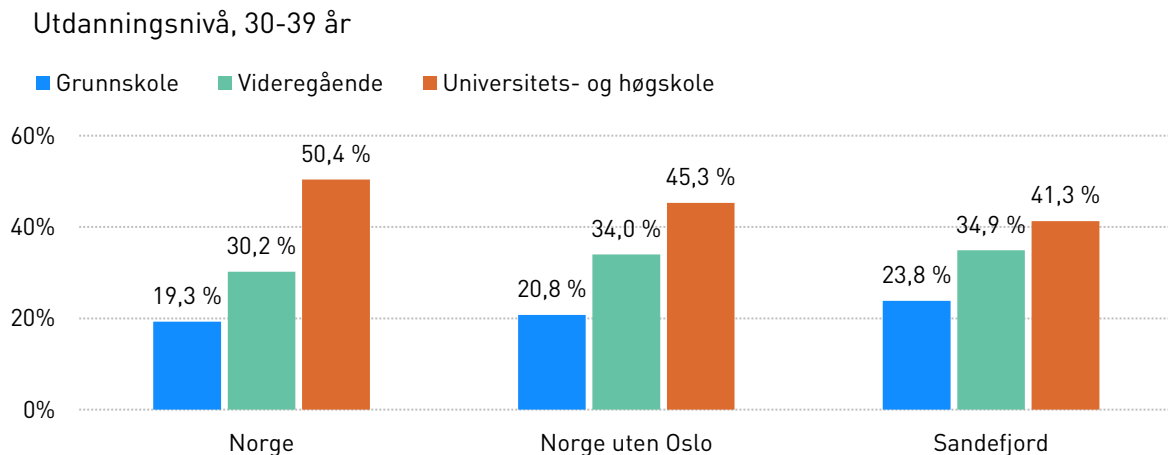
Tydelige risikofaktorer for å bli NEET er lav sosioøkonomisk status og familiebakgrunn, avbrutt skolegang, psykiske plager og lidelser, og psykososiale problemer som mobbing og ensomhet (Fyhn, Radlick, & Sveinsdottir, 2021).

Personer som er i denne gruppen et gitt år, ser ut til å ha mer varige problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet (Folkehelseinstituttet, 2023). En del av disse vil være å finne blant de arbeidsledige, mens andre går ut av arbeidsstyrken ved at de etter hvert slutter å søke arbeid. Blant dem som blir værende utenfor over lengre tid, er det klar overvekt av unge med helseutfordringer og uten videregående utdanning. Grupper som står utenfor

arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid (Folkehelseinstituttet, 2021).

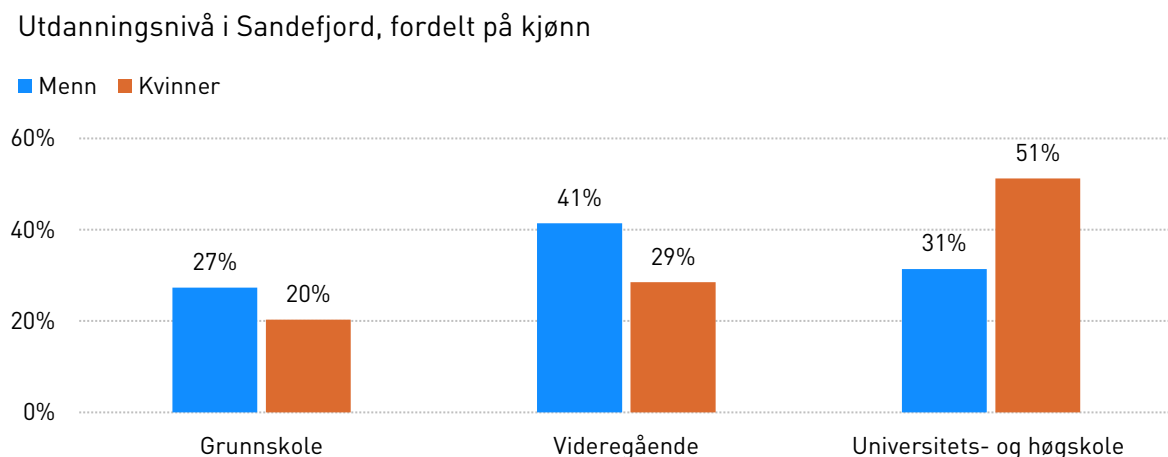
Utdanning

Figur 91 viser at utdanningsnivået i Sandefjord kommune for aldersgruppen 30-39 år er lavere enn landet ellers. Forskjellen mellom Sandefjord og landet blir imidlertid mindre markant når det gjelder høyere utdanning dersom en ser bort fra Oslo, hvor nesten 70 % i aldersgruppen 30-39 år har høyere utdanning.



Figur 91: Utdanningsnivå blant aldersgruppen 30-39 år i Norge, Norge uten Oslo og Sandefjord, 2021. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Figur 92 viser at andel med universitets- og høyskoleutdanning i Sandefjord i aldersgruppen 30-39 år er høyere blant kvinner enn blant menn. Andelen med grunnskole- eller videregående utdanning er høyere blant menn enn blant kvinner.



Figur 92: Andel kvinner og menn med grunnskole, videregående og universitet/høyskole som høyeste fullførte utdanningsnivå i Sandefjord 2021. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Fra 2012 til 2021 har andelen i aldersgruppen 30-39 år med universitets- og høyskoleutdanning økt fra 35,9 % til 41,3 %. Økningen har vært størst blant kvinner.

Lav utdanning, 30-39 år

2020

Sandefjord

24,0 %

↑ +1 prosentpoeng fra 2016

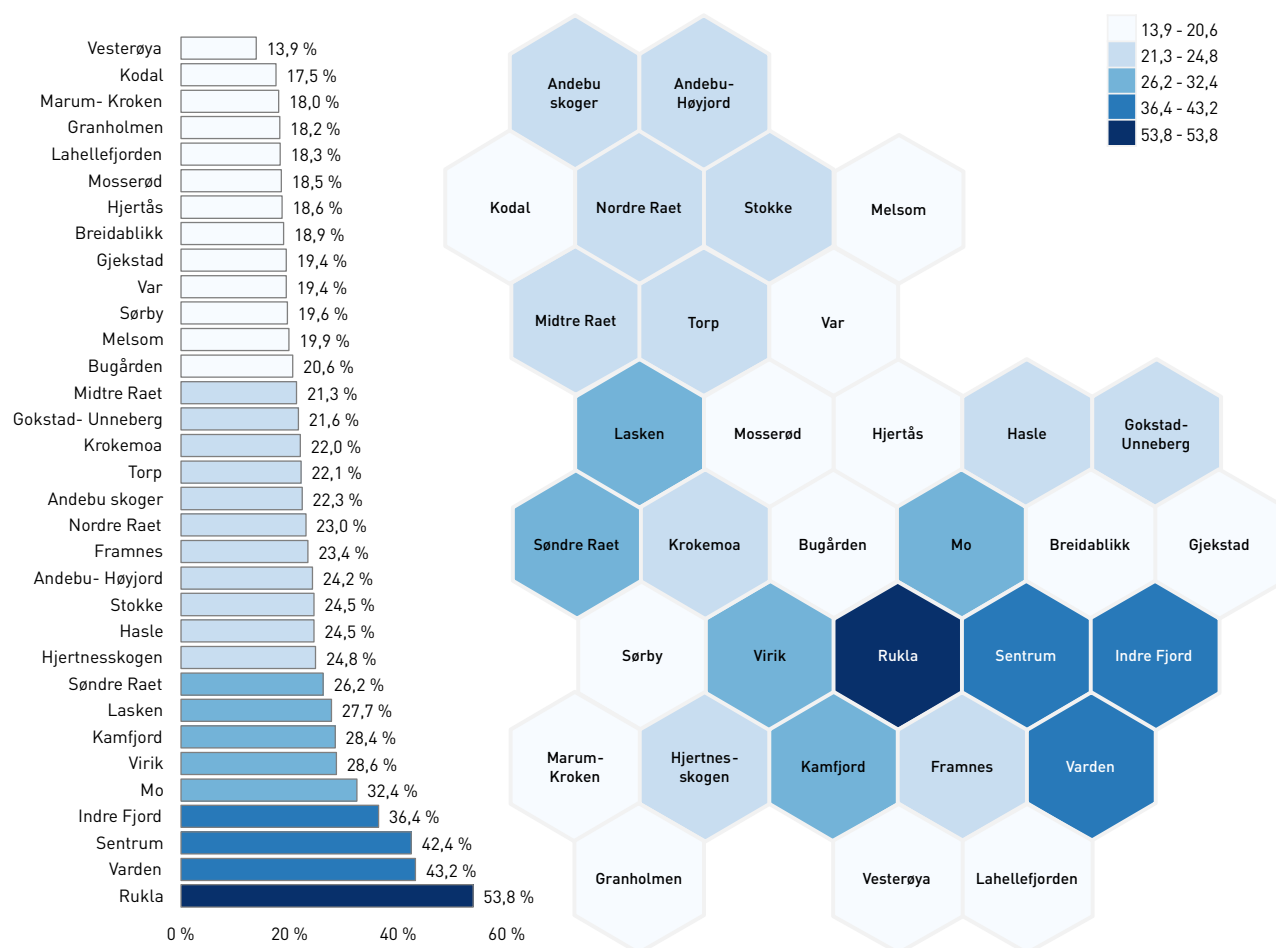
Hele landet

19,7 %

↑ +0,5 prosentpoeng fra 2016

Lav utdanning er her definert som grunnskoleutdanning som høyeste fullførte utdanningsnivå⁹.

Andelen med lav utdanning i aldersgruppen 30-39 år er høyere i Sandefjord (24,0 %) sammenlignet med hele landet (19,7 %), og har en spredning mellom levekårssoner i Sandefjord på nesten 40 prosentpoeng. Lavekårsssonene med spesielt høy andel er Indre Fjord, Sentrum, Varden og Rukla, hvor over en tredjedel av befolkningen i aldersgruppen har lav utdanning. Vesterøya har den laveste andelen med 13,9 %.



Figur 93: Personer 30-39 år med grunnskoleutdanning per 1.10.20 / Personer 30-39 år med oppgitt utdanning per 1.10.2020. Kilde: SSB.

⁹ Statistikken omfatter bosatte personer 30-39 år per 1.1.2021 og deres utdanningsnivå per 1.10.2020. Tallene avviker fra tilsvarende publiserte tall på grunn av at indikatoren bruker grunnkretsinformasjon om bosatte på et annet tidspunkt (1.1.2021, mens publisert statistikk angir bosatte per 1.10.).

Aldersnivået 30-39 år brukes fordi utdanningsnivået er relativt stabilt for personer fra rundt 30-års alderen (Folkehelseinstituttet, 2022), og fordi det er en stor andel av foreldregruppen (for de yngste barna). Det vil også være mulig å spore endringer over tid raskere for denne aldersgruppen enn for hele befolkningen over 16 år.

6.5 Mottak av offentlig støtte

Unge uføre, 18-44 år

2020

Sandefjord

6,4 %

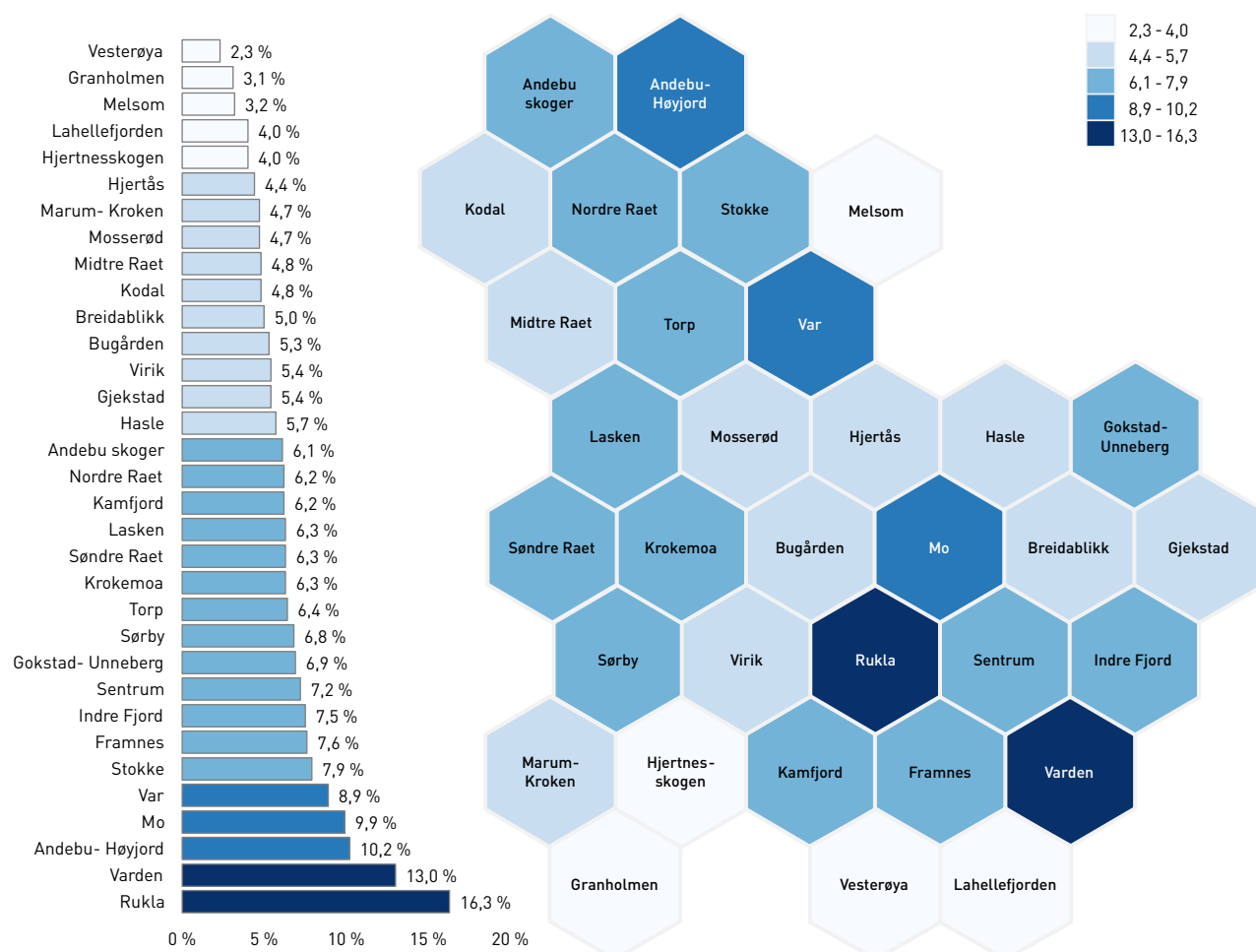
↑ +1,9 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

4,2 %

↑ +1 prosentpoeng fra 2016

Andel i aldersgruppen 18-44 år som mottar uførepensjon er høyere i Sandefjord (6,4 %) enn Norge totalt (4,2 %). Andelen unge uførepensjonister er spesielt høy i levekårsonene Rukla og Varden.



Figur 94: Mottakere av uførepensjon, 18-44 år per utgangen av desember 2020 / Folkemengde 18-44 år per 31.12.2020. Kilde: SSB.

Over flere år har andelen eldre uføretrygdede i Norge gått ned, mens blant de unge 18-29 år har andelen økt (NAV, 2023). Nasjonalt melder NAV at den sterke veksten i andelen unge

uføre skyldes en kombinasjon av endringer i regelverk, helse og demografi siden begynnelsen av 1990-tallet. Den viktigste faktoren bak denne veksten ser ut til å skyldes flere barn og unge med psykiske lidelser. Mange har hatt problemer i oppveksten, et mindretall har gjennomført grunn- og videregående skole og de fleste i denne aldersgruppa har aldri vært i jobb.

Gruppen som mottar uføreytelser, er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt (Folkehelseinstituttet, 2022). Flertallet av sykemeldinger og langvarige trygdestønader gis for muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon.

Sosialhjelpsmottakere, 16 + år

2020

Sandefjord

3,4 %

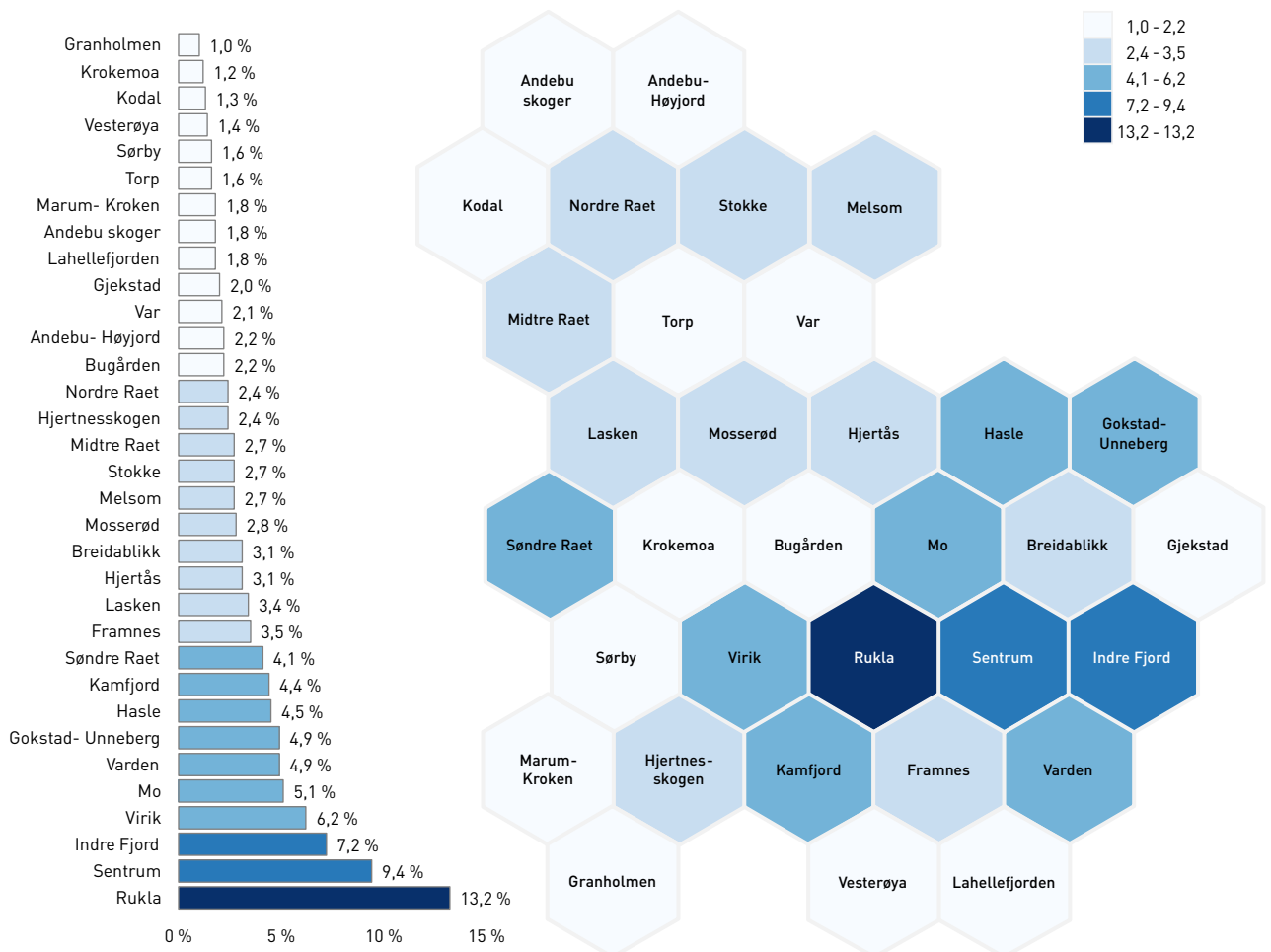
↓ -0,1 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

2,8 %

↓ -0,2 prosentpoeng fra 2016

Andel av befolkningen som mottar sosialhjelp er høyere i Sandefjord (3,4 %) enn resten av landet (2,8 %). Andel sosialhjelpsmottakere er særlig høy i levekårssonen Rukla (13,2 %). Det er også forholdsvis høy andel i Sentrum (9,4 %) og Indre Fjord (7,2 %).



Figur 95: Sosialhjelpsmottakere 16+ år i løpet av 2020 / Folkemengde 16+ år per 31.12.2020. Kilde: SSB.

Arbeidsavklaringspenger, 18-66 år

2020

Sandefjord

3,5 %

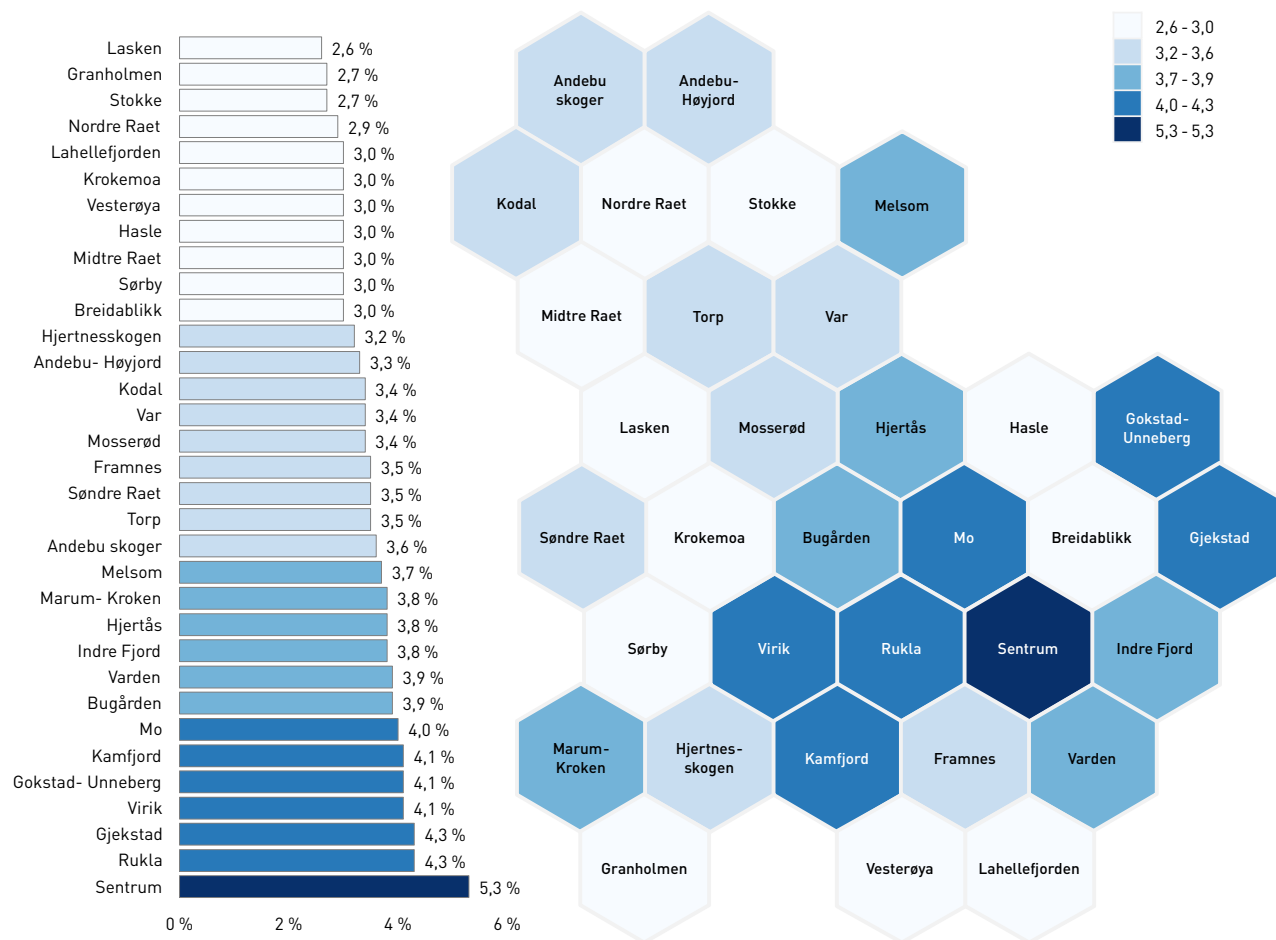
↓ -1 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

3,7 %

↓ -0,7 prosentpoeng fra 2016

Andel personer 18-66 år som mottar arbeidsavklaringspenger er noe lavere i Sandefjord (3,5 %) enn for Norge totalt (3,7 %). Levekårssonen Sentrum (5,3 %) har betydelig høyere andel enn sonen med nest høyeste andel, og er 41 % høyere enn gjennomsnittet for Sandefjord.

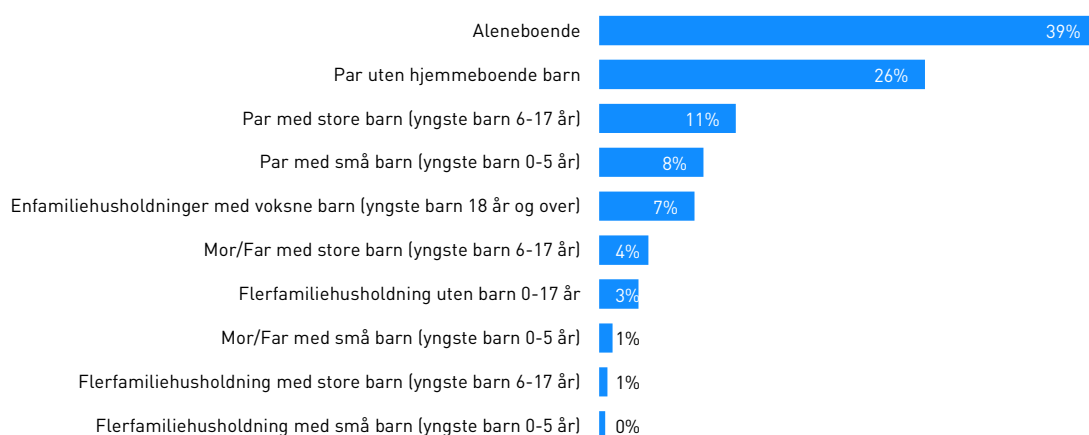


Figur 96: Personer 18-66 år som mottar arbeidsavklaringspenger per utgangen av desember 2020 / Hele befolkningen per 31.12.2020. Kilde: SSB.

6.6 Husholdninger og bomiljø

Bolig kan påvirke psykisk og fysisk helse på mange måter (Folkehelseinstituttet, 2022). Det kan påvirke gjennom forhold ved selve boligen, slik som inneklima, slitasje, trangboddhet og hvorvidt man eier eller leier bolig. Sammenhengene er imidlertid komplekse, og årsakspilene kan gå begge veier. En høy andel som leier egen bolig, kan være en indikasjon på at flere i sonens befolkning ikke har råd til å kjøpe bolig og kan ha behov for boligsosiale tiltak. Det kan også henge sammen med befolkningens alderssammensetning. Studenter og andre unge voksne kan ha et ønske om å leie framfor eie hvis de ikke ennå er klare for å bosette seg fast.

Per 2023 har Sandefjord 30 213 husholdninger. Av disse består 39 % av aleneboende, altså én person (figur 97).



Figur 97: Andel privathusholdninger i Sandefjord i 2023 fordelt på husholdningstype. Som par regnes ektepar, samboerpar og registrerte partnere. Kilde: SSB, tabell 06070.

Trangboddhet

Trangboddhet er en indikator på redusert bokvalitet, og betyr at antall rom i boligen er mindre enn antall personer i husholdningen (Folkehelseinstituttet, 2023). 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. Vanskeligstilte på boligmarkedet er som regel i utgangspunktet en marginalisert gruppe med kjennetegn som lav inntekt, lav eller ingen utdanning og svak arbeidsmarkedstilknytning. I et befolkningsperspektiv er dette sammenfallende med dårligere helsetilstand.

I Sandefjord bor 7,8 % av innbyggerne trangt per 2022 (SSB, tabell 11046). Blant innvandrerbefolkningen bor 18,2 % trangt (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2023). Andel barn og unge 0-17 år som bor trangt er lavere i Sandefjord (17 %) enn hele landet (18,5 %). Andelen har økt i Sandefjord de siste tre årene.

Aleneboende

2020

Sandefjord

38,5 %

↑ +1,9 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

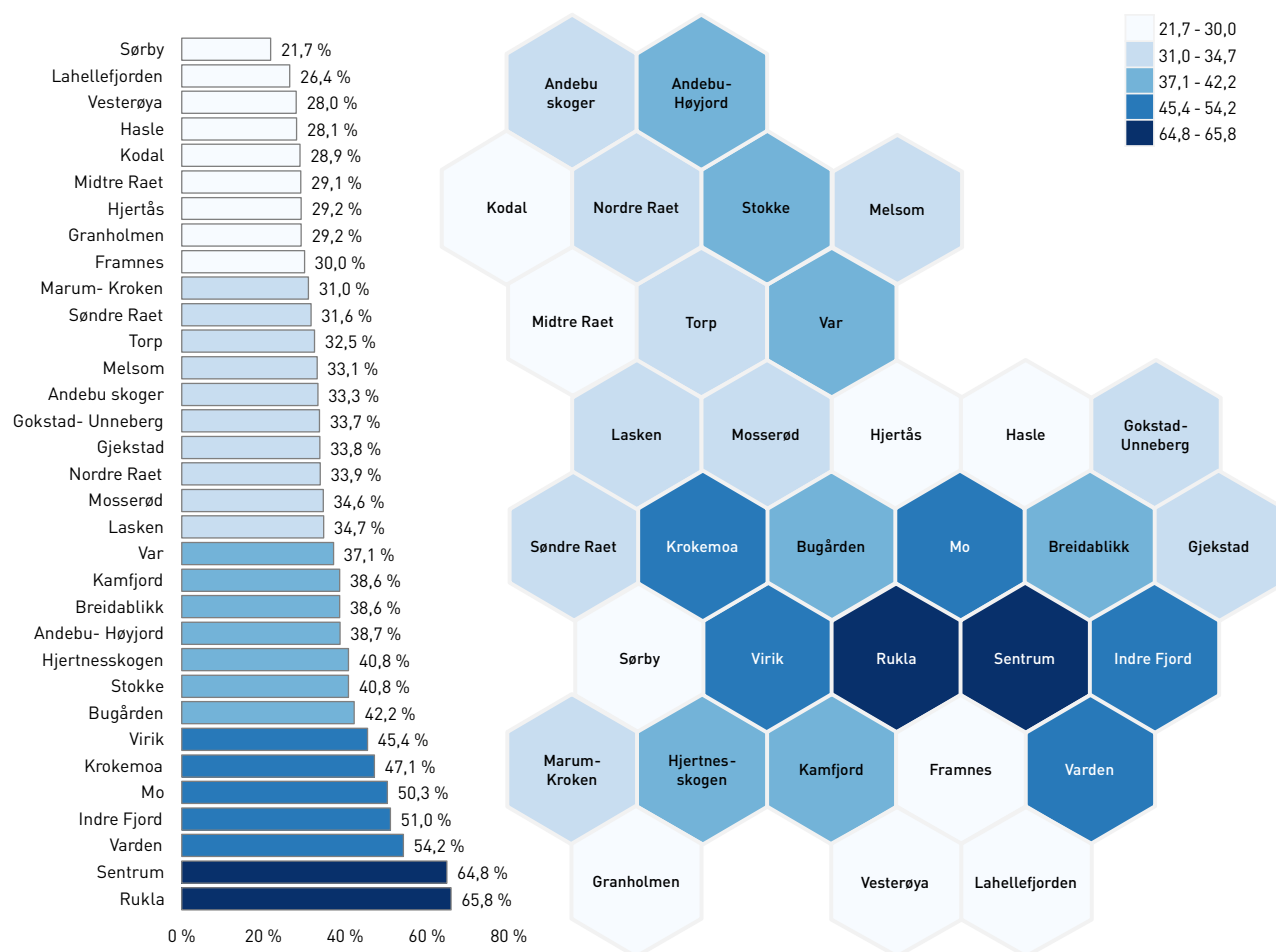
40,0 %

↑ +1,8 prosentpoeng fra 2016

En privathusholdning består av alle personer som er bosatt i samme privatbolig. Aleneboere er personer som er bosatt alene i en privathusholdning. Det er vanligst å bo alene i starten og i slutten av voksenlivet.

Aleneboende er en potensielt utsatt gruppe -både økonomisk, helsemessig og sosialt (Folkehelseinstituttet, 2022). Blant aleneboende i alle aldersgrupper er det en høyere andel som sliter med psykiske plager sammenlignet med de som ikke bor alene. Aleneboende som gruppe har en høyere uføregrad og er oftere uførepensjonert enn de som ikke er aleneboende.

Andelen aleneboende er lavere i Sandefjord (38,5 %) sammenlignet med landet totalt (40 %). Dette har vært en økende trend i Sandefjord siden 2005 (SSB, tabell 06070). Økning i antall aleneboende skyldes at flere venter lenger med å etablere seg i parforhold, samt at antall eldre øker. Lavere fødselstall de siste årene bidrar på den annen side til en nedgang i antall husholdninger med barn. Andelen aleneboende er størst i levekårssonene med høyest andel blokkbebyggelse (se figur 100).



Figur 98: Antall aleneboende per 1.1.2021 / Alle privathusholdninger per 1.1.2021

Leide boliger

2020

Sandefjord

22,3 %

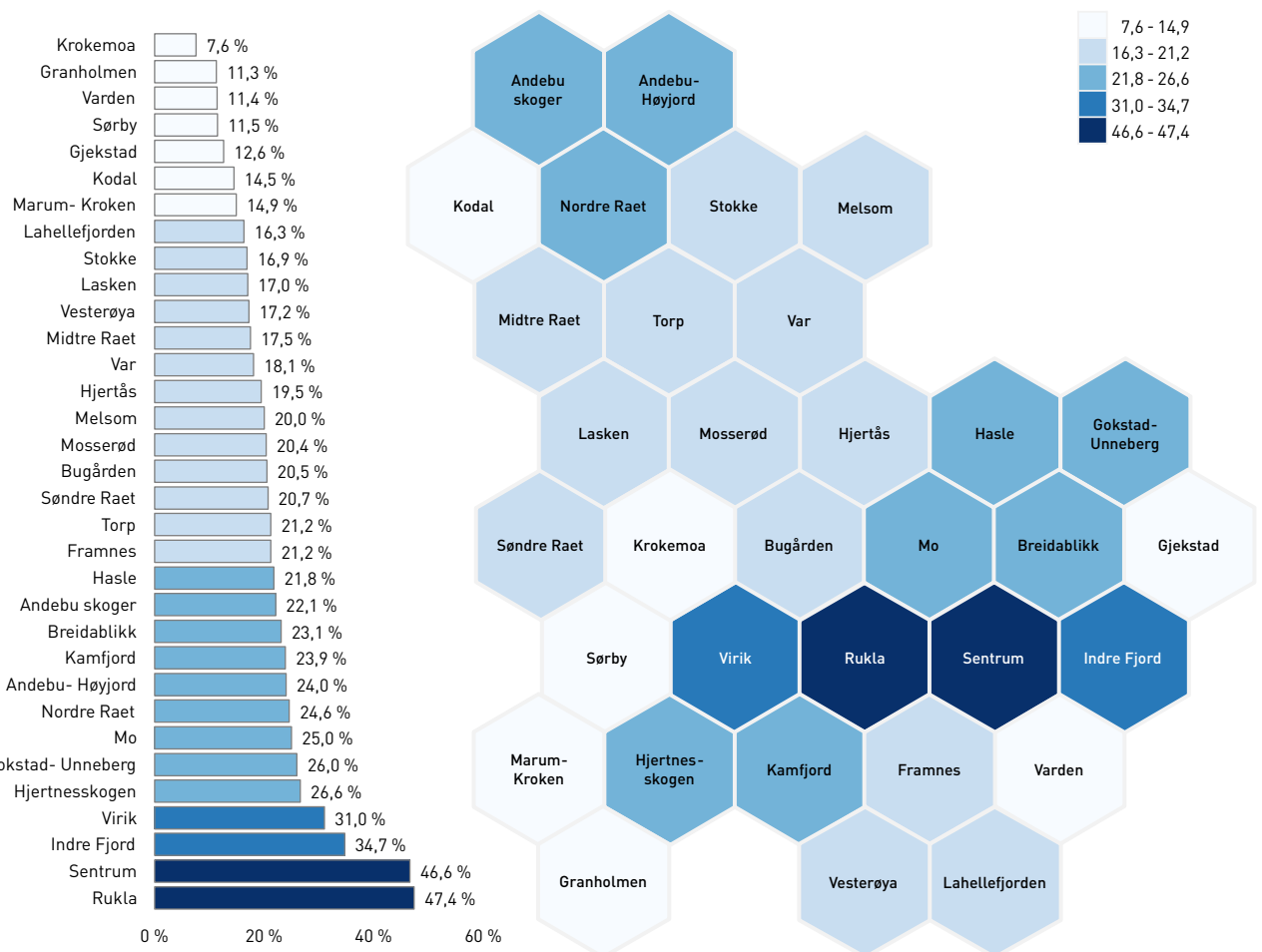
↑ +1,1 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

23,6 %

↑ +0,5 prosentpoeng fra 2016

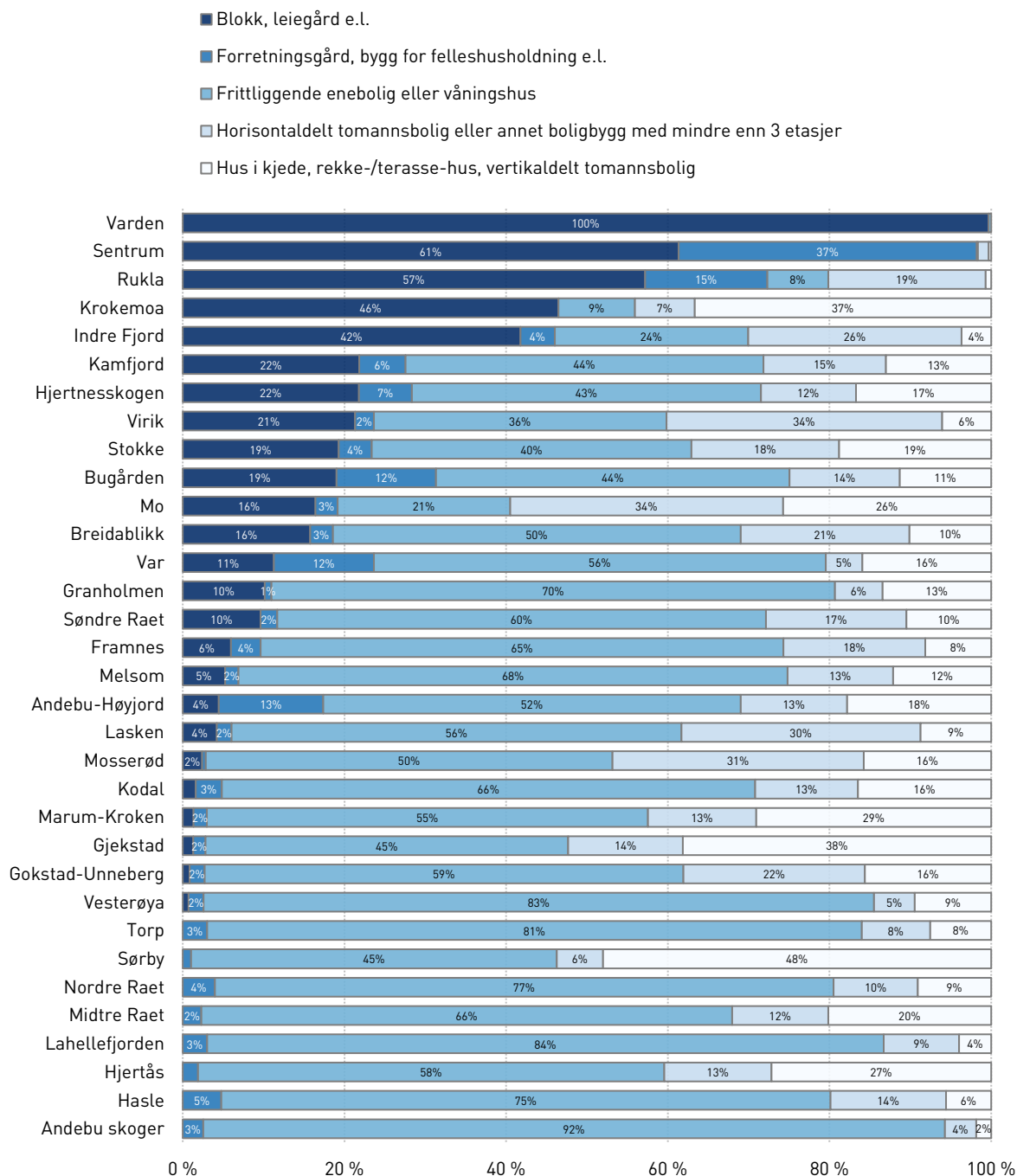
De fleste i Sandefjord eier egen bolig. Andelen husholdninger som leier bolig i Sandefjord er 22,3 %, litt lavere enn landsgjennomsnittet på 23,6 %. Leieandelen er særlig høy i Sentrum og Rukla, samt i Virik og Indre Fjord. Leieandel er særlig lav i Krokemoa.



Figur 99: Husholdninger som leier bolig per 1.1.2021 / Alle husholdninger per 1.1.2021. Kilde: SSB.

Bygningstyper

Figur 100 viser at det er store variasjoner av bygningstyper avhengig av hvilke levekårszoner vi ser nærmere på. Varden, Sentrum og Rukla har alle over 50 % andel blokker, leiegårder. I andre enden av skalaen med over 80 % frittliggende eneboliger har vi Andebu, Lahellefjorden, Vesterøya og Torp.



Figur 100: Antall av ulike bygningstyper per 31.12.2021/Alle bygninger per 31.12.2021. Bygningstyper: Blokk, leiegård e.l., Forretningsgård, bygg for felleshusholdning e.l., Frittliggende enebolig eller våningshus, Horisontaldelt tomannsbolig eller annet boligbygg med mindre enn 3 etasjer og Hus i kjede, rekke-/terasse-hus, vertikaldelt tomannsbolig. Kilde: SSB/KOMPAS.

6.7 Arbeidstilknytning

Arbeidsledighet, 15-74 år

2020

Sandefjord

2,5 %

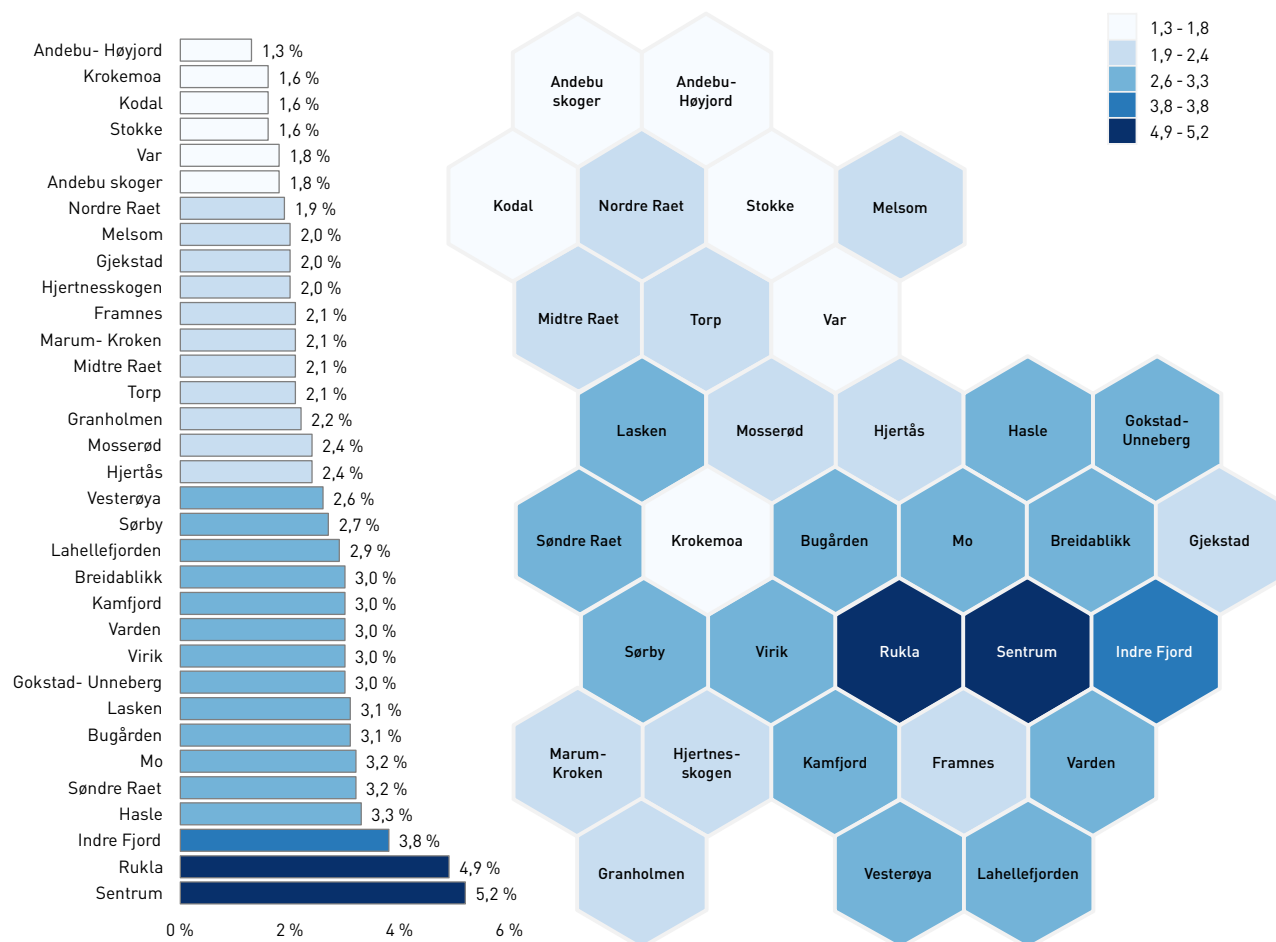
↑ +0,2 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

2,7 %

↑ +0,7 prosentpoeng fra 2016

Arbeidsledighet i aldersgruppen 15-74 år er lavere i Sandefjord (2,5 %) enn resten av landet (2,7 %). På sonenivå ser vi spesielt høy ledighet sammenlignet med snittet i kommunen i levekårssonene Sentrum (5,2 %) og Rukla (4,9 %) samt Indre Fjord (3,8 %).



Figur 101: Registrerte arbeidsledige 15-74 år per november 2020/ Folkemengde 15-74 år per 31.12.2020. Kilde: SSB.

6.8 Næring og arbeid

I 2022 hadde Sandefjord 30 778 arbeidsplasser. 75 % av disse var i privat sektor, mens 25 % var i offentlig sektor (SSB, tabell 13472).

Sandefjord kommune har i dag en variert industri, herunder kjemisk industri, samt verksted-, tre- og næringsmiddelindustri og rederivirksomhet. I tillegg sysselsettes mange i ingeniørbedrifter og ikke minst i handel, netthandel og engroshandel. Sandefjord er en betydelig landbrukskommune med hovedvekt på korndyrking, samt en del potet- og grønnsakdyrking. Husdyrhold av storfe, svin og høns er også viktig. I den nordlige delen av kommunen er det betydelig skogavvirking.

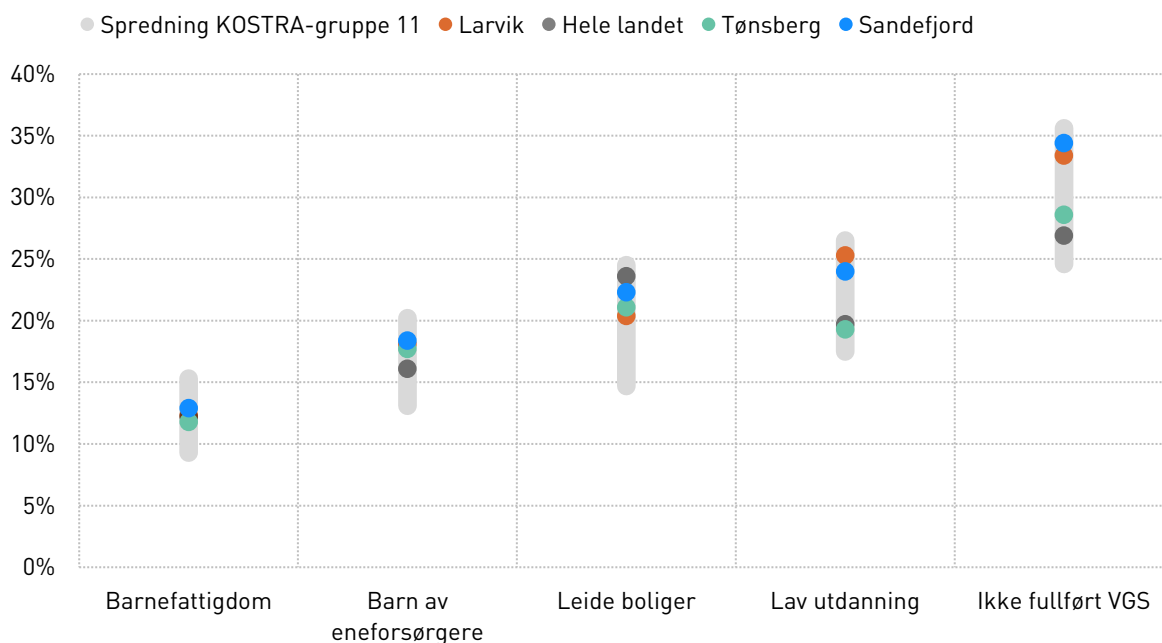
Fordelt på næringer, viser figur 102 at helse- og sosialtjenester er den største næringen i både Sandefjord og landet. Det er en lavere andel som sysselsettes i helse- og sosialtjenester i Sandefjord (18,5 %) sammenlignet med landet (20,5 %). For Vestfold samlet er andelen 22,5 %. Næringsområdene der Sandefjord har en høyere andel av sine arbeidsplasser enn landet som helhet er varehandel, reparasjon av motorvogner; bygge- og anleggsvirksomhet; industri; transport og lagring og forretningsmessig tjenesteyting.



Figur 102: Andel av sysselsatte i ulike næringer i Sandefjord og i landet per 4. kvartal 2022. Kilde: SSB, tabell 13470.

6.9 Oppsummert levekårsbilde

Figur 103 og figur 104 viser nøkkeltall for utvalgte levekårsindikatorer¹⁰ for Sandefjord sammenlignet med Larvik, Tønsberg, Norge som helhet samt spredningen til kommunene i KOSTRA-gruppe 11.

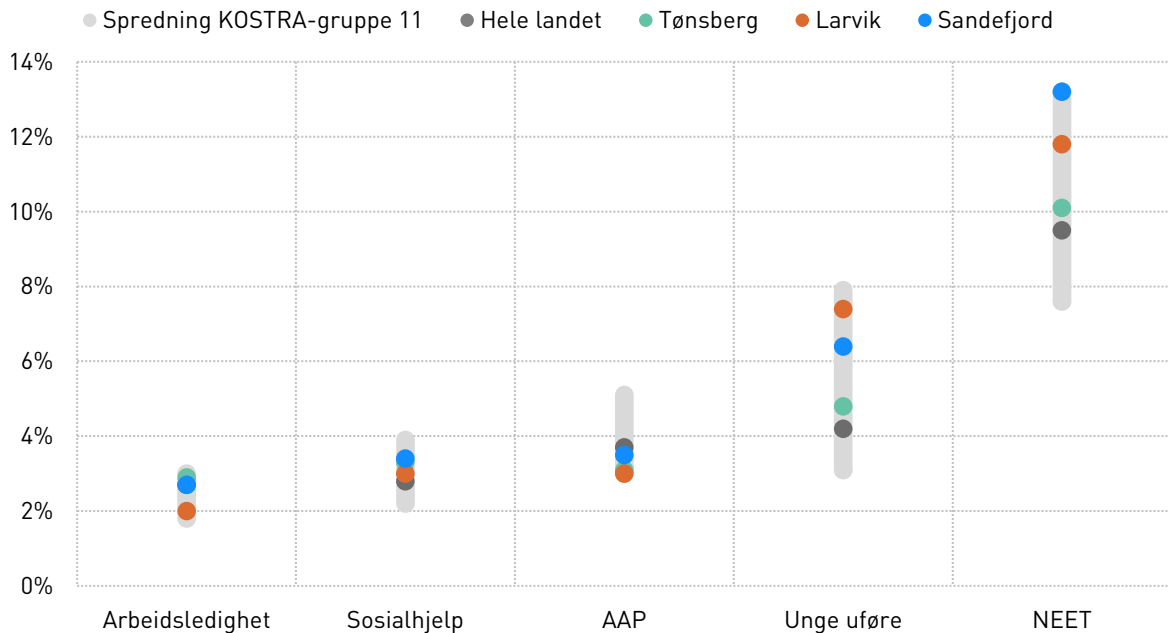


Figur 103: Standardiserte prosentandeler for utvalgte levekårsindikatorer for Sandefjord, Larvik, Tønsberg, hele landet og spredning blant kommunene i KOSTRA-gruppe 11 i 2020. Kilde: SSB.

- Sandefjord har en barnefattighetsrate på 12,9 %, noe som ligger litt over landsgjennomsnittet på 12,2 %. Larvik har en rate på 12,3 %, mens Tønsberg har 11,8 %. Sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11 havner Sandefjord litt over midtsjiktet.
- Sandefjord har en høyere andel barn av eneforsørgere (18,4 %), sammenlignet med landsgjennomsnittet på 16,1 %. Larvik har en andel på 18,1 %, og Tønsberg ligger på 17,7 %. Sandefjord er i øvre sjikt sammenlignet med KOSTRA-11.
- Sandefjord har en relativt lavere andel personer som bor i leide boliger (22,3 %), sammenlignet med hele landet (23,6 %). Larvik har en andel på 20,4 %, mens Tønsberg har 21,1 %. Alle sammenligningsregionene er i øverste sjikt sammenlignet med de andre kommunene i KOSTRA- gruppe 11.
- Sandefjord har en høyere andel innbyggere med lav utdanning (24,0 %), mot hele landets 19,7 %. Larvik har en høyere andel på 25,3 %, mens Tønsberg har 19,3 %.
- Sandefjord har en høy andel innbyggere som ikke har fullført videregående skole med 34,4 % sammenlignet med hele landets 26,9 %. Larvik har en andel nært

¹⁰ De ulike indikatorene gjelder for følgende aldersgrupper: registrert arbeidsledighet, 15-74 år; sosialhjelpsmottakere, 16+ år; mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP), 18-66 år; unge uføre, 18-44 år; barn i lavinntektshusholdninger EU-60 (barnefattigdom), 0-17 år; barn av eneforsørgere, 0-17 år; lav utdanning, 30-39 år; ikke fullført videregående opplæring, 21-29 år; utenfor arbeid, utdanning og opplæring (NEET), 15-29 år.

Sandefjord på 33,4 %, mens Tønsberg ligger på 28,6 %. Tre kommuner i KOSTRA-gruppe 11 har høyere andel enn Sandefjord.



Figur 104: Standardiserte prosentandeler for utvalgte levekårsindikatorer for Sandefjord, Larvik, Tønsberg, hele landet og spredning blant kommunene i KOSTRA-gruppe 11 i 2020 (NEET 2021). Kilde: SSB.

- Arbeidsledigheten i Sandefjord (2,5 %) er på linje med hele landet, med en rate på 2,7 %. Larvik har den laveste arbeidsledigheten med 2,0 %, mens Tønsberg har den høyeste blant de tre kommunene med 2,9 %. Sandefjord er i øverste sjikt sammenlignet med KOSTRA-gruppe 11.
- Sandefjord har en høyere andel innbyggere som mottar sosialhjelp med en rate på 3,4 %, sammenlignet med hele landets 2,8 %. Larvik har en rate på 3,0 %, mens Tønsberg ligger på 3,3 %.
- Andelen mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP) er relativt lik i Sandefjord, Larvik og Tønsberg. Sandefjord har en rate på 3,5 %, Larvik har 3,0 %, og Tønsberg har 3,1 %. Alle tre kommunene ligger under landsgjennomsnittet på 3,7 %, og i laveste sjikt sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11.
- Unge uføre: Sandefjord har en høyere andelen unge uføre med 6,4 %, sammenlignet med hele landets 4,2 % og Tønsberg med 4,8 %, men er lavere enn Larvik på 7,4 %. Sandefjord havner noe over midtsjiktet sammenlignet med KOSTRA-11.
- Sandefjord har den høyeste andelen unge NEET-individer (Not in Education, Employment, or Training/Utenfor arbeid, utdanning eller opplæring) med 13,2 %, mens Larvik har den nest høyeste blant de tre kommunene med 11,8 %. Tønsberg ligger omtrent på landsgjennomsnittet med 10,1 %. Sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11 er Sandefjord høyest.

Samlet sett viser dataene at Sandefjord står overfor enkelte levekårsutfordringer, spesielt når det gjelder utdanning, sysselsetting av unge, og økonomisk sårbarhet blant eneforsørgere og barn.

Opphopning av levekårsutfordringer

Levekårskartleggingen viser et tydelig mønster hvor enkelte sentrumssoner viser tegn til en opphopning av levekårsutfordringer. Det gjelder særlig for sonene Sentrum og Rukla, samt Varden og Indre Fjord. På motsatt side ser vi at sonene Vesterøya, Granholmen og Lahellefjorden har få tegn til levekårsutfordringer.

Opphopning av levekårsutfordringer i sentrumsområder ser vi i de fleste store og mellomstore byer i Norge (Jensen, et al., 2020). Sonene med tendenser til opphopning av levekårsutfordringer i Sandefjord er alle sentrums- eller sentrumsnære soner.

Geografisk konsentrasjon av levekårsutfordringer kan ha sammenheng med sammensetningen av boligtyper. De nevnte sonene har en høy andel blokker og høy andel utleieboliger. Vi har ikke boligprisstatistikk for soner i Sandefjord, men forskning viser at boligpriser har sammenheng med opphopning av levekårsutfordringer. Ofte er boligprisene i områdene lavere enn andre steder, og det påvirker hvem som bosetter seg der (IMDi, 2021). Med økonomiske problemer kan det blir viktigere å bo sentralt, med den nærheten til offentlig transport og fasiliteter det medfører.

Tabell 5 viser en sammenstilling av resultatene fra enkelte indikatorer med fargekodene som viser hvordan sonene klassifiseres i forhold til hverandre. De fleste sonene kan vise til enkelte «mørkere» felt og enkelte «lysere» felt. Det understreker viktigheten av å vise varsomhet med å trekke konklusjoner ut ifra resultatene fra enkeltstående indikatorer. Det kommer likevel frem et tydelig mønster hvor enkelte soner har en overvekt av «mørke» felt og dermed nokså tydelige tegn til levekårsutfordringer. Det gjelder særlig for sonene Sentrum og Rukla. Sonene Varden og Indre Fjord har også en del mørke felt. Det var også disse sonene som viste antydning til opphopning i levekårskartleggingen i 2019.

Sett opp mot data om befolknings sammensetning, kjennetegnes disse sonene av relativt høyere andel eldre over 75 år (med unntak av Varden), barneutflyttinger, innvandrere fra Øst-Europa, Asia, Afrika og Latin-Amerika og blokkbebyggelse, sammenlignet med gjennomsnittet i Sandefjord.

Tabell 5: Sammenstilling av resultater fra utvalgte levekårsindikatorer fordelt på levekårszoner i Sandefjord kommune med fargekoder som viser hvordan sonene klassifiseres i forhold til hverandre.

		Barn med enslige foreldre	Lav utdanning	Ikke oppnådd kompetanse	Barn i lavinntektsusholdninger	Mottakere av AAP	Registrert arbeidsledighet	Sosialhjelpsmottakere	Unge uførepensjonister	Barn med barnevernstiltak	Leide boliger
1	Andebu- Høyjord	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2	Andebu skoger	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3	Kodal	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4	Nordre Raet	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5	Stokke	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6	Melsom	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7	Var	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8	Torp	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
9	Midtre Raet	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
10	Hjertås	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
11	Mosserød	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
12	Mo	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
13	Lasken	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
14	Bugården	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
15	Krokemoa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
16	Søndre Raet	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
17	Sørby	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
18	Marum- Kroken	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
19	Hjertnesskogen	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
20	Virik	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
21	Indre Fjord	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
22	Sentrum	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
23	Rukla	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
24	Breidablikk	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
25	Hasle	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
26	Gokstad- Unneberg	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
27	Gjekstad	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
28	Kamfjord	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
29	Varden	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
30	Framnes	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
31	Vesterøya	■	■	■	■	■	■	■	*	■	■
32	Granholmen	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
33	Lahellefjorden	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

* Ingen data

7. Sosialt, fysisk, kjemisk og biologisk miljø

I dette kapittelet presenteres indikatorer på en rekke tema som dreier seg om det fysiske og sosiale miljøet.

Miljøet har stor påvirkningskraft på helse, trivsel og livskvalitet. Ytre miljøfaktorer kan både fremme god helse og beskytte mot sykdom, men kan også utgjøre en risiko. Med fysisk miljø menes blant annet negative miljøfaktorer som støy og stråling, men også tilrettelegging av positive faktorer som sykkelveinett og tilgang til friområder. Luftforurensning er en viktig kjemisk miljøfaktor som påvirker helsen. Med sosialt miljø menes faktorer som blant annet sosiale nettverk, deltagelse i fritiden, opplevd trygghet og tilfredshet i nærmiljøet og demokratisk medvirkning. Personer med lavere inntekt og utdanning utsettes for flere risikofaktorer gjennom miljøet, sammenliknet med personer med høyere utdanning og inntekt.

7.1 Sosial støtte og ensomhet

Sosial støtte

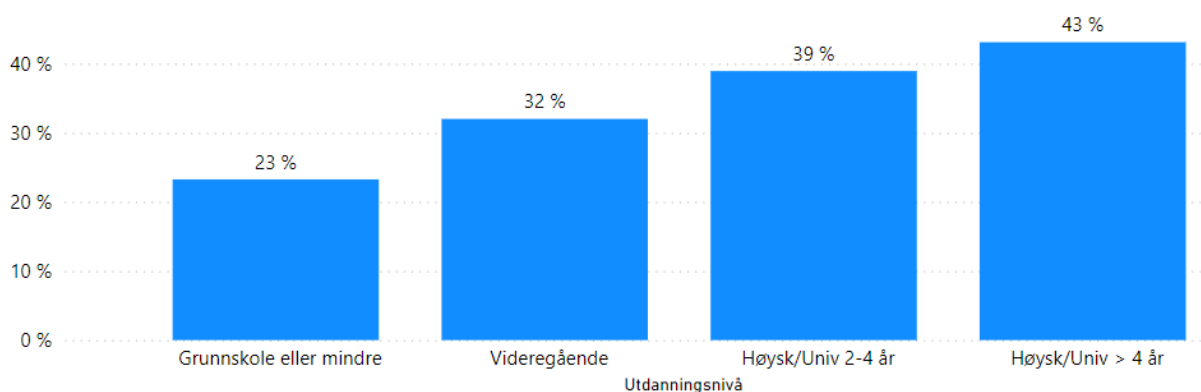
God sosial støtte betyr at man får kjærlighet og omsorg, tilhører et sosialt nettverk og at man opplever å være del av et felleskap der man blir verdsatt og har gjensidige forpliktelser.

Gode sosiale nettverk og sosial støtte er helsefremmende faktorer og viktige ressurser for håndtering av livets utfordringer. Sosial støtte fungerer som en viktig beskyttelsesfaktor mot stress ved at det gir mulighet til råd og/eller trøst. Manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske plager og lidelser. Både ensomhet og sosial isolasjon ansees som et folkehelseproblem og er forbundet med en rekke negative konsekvenser for fysisk og psykisk helse (Folkehelseinstituttet, 2022).

I Ungdataundersøkelsen måles sosial støtte med utgangspunkt i selvrapporterte svar på spørsmål om de har minst én fortrolig venn som de kan betro seg til om alt mulig. Ungdata 2021 viser at 86 % av ungdomsskoleelevene og 90 % av videregående skoleelevene oppgir å ha minst én fortrolig venn. Resultatene viser også at nesten alle ungdommer i Sandefjord (over 90 %) – både gutter og jenter og ungdom i ulike aldre – har noen å være sammen med både på fritiden og på skolen.

I Folkehelseundersøkelsen 2021 svarer 35 % i Sandefjord at de opplever høy sosial støtte. Omfanget er relativt likt de andre Vestfoldskommunene, som har et gjennomsnitt på 36 %. Det er en forskjell på 20 prosentpoeng mellom personer i Sandefjord med det høyeste utdanningsnivået og personer med lavest utdanningsnivå i andel som opplever høy sosial støtte (figur 105).

Høy sosial støtte



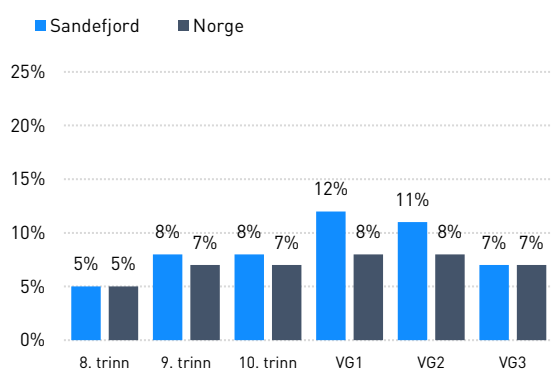
Figur 105: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de opplever høy grad av sosial støtte i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Oslo Social Support Scale ble brukt for å måle sosial støtte. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Ensomhet

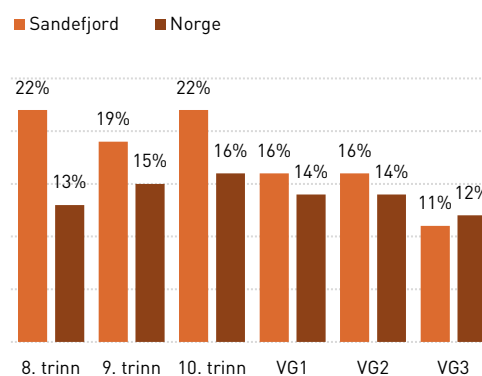
Det motsatte av sosial støtte er ensomhet. Ensomhet er en subjektiv følelse som kan oppstå når man opplever å ha mindre sosial kontakt med andre enn man ønsker, eller at kontakten ikke er av tilstrekkelig kvalitet. Ensomhet er ikke nødvendigvis det samme som sosial isolasjon, men personer med lite sosialt nettverk eller som ofte er alene har gjerne større sjanse for å føle seg ensomme.

Ungdata 2021 viser at 15 % av elever i ungdomsskolen og 13 % av elever på videregående i Sandefjord er veldig mye plaget av ensomhet (figur 106). Ensomhet er mer utbredt blant jenter enn blant gutter.

Ensomhet, gutter



Ensomhet, jenter

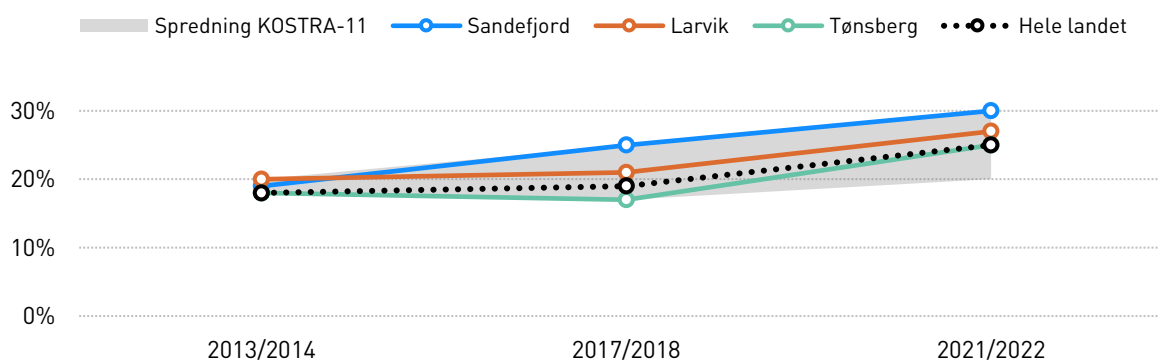


Figur 106: Andel elever som svarer at de i løpet av siste uke har vært veldig mye plaget av ensomhet i Ungdata 2021. Blant gutter og jenter på ulike klassetrinn i Sandefjord og Norge. Kilde: Ungdata.

Flere undersøkelser tyder på en langsiktig økning av ensomhet blant ungdommer i Norge, også før pandemien (SSB, 2021).

Figur 107 viser at Sandefjord har hatt større økning enn Norge totalt og kommunene i KOSTRA-gruppe 11.

Ensomhet, Ungdata

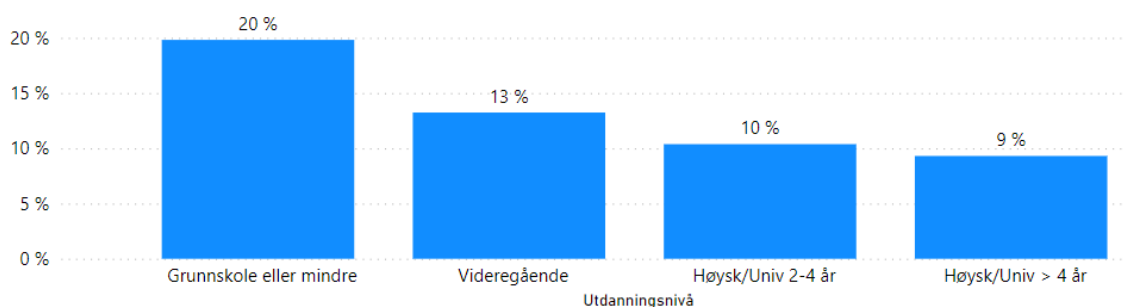


Figur 107: Andel ungdomsskoleelever i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet som svarer at de har vært «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av ensomhet siste uken, standardisert for kjønn og klassetrinn. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Sandefjord gjennomførte Ungdata-undersøkelsen i 2013, 2017 og 2021. Kilde: Ungdata.

I Folkehelseundersøkelsen 2021 finner vi at 12 % rapporterer om ensomhet i den voksne befolkningen i Sandefjord. Det er stor forskjell mellom utdanningsnivå (figur 108) og aldersgrupper (figur 109).

Ensomhet (UCLA-3)

Sandefjord

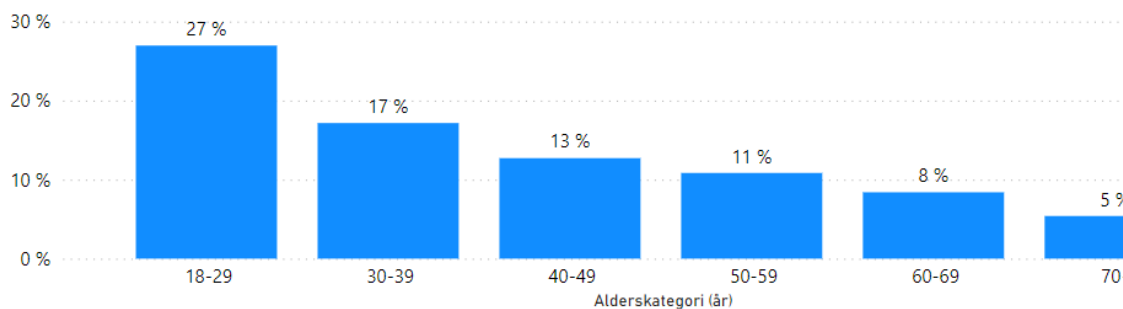


Figur 108: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de opplever ensomhet i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Three-Item Loneliness Scale» (UCLA-3) ble brukt for å måle ensomhet. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Den yngste aldersgruppe har over fem ganger høyere andel enn den eldste aldersgruppen.

Ensomhet (UCLA-3)

Sandefjord



Figur 109: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de opplever ensomhet i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Three-Item Loneliness Scale» (UCLA-3) ble brukt for å måle ensomhet. Kilde: Folkehelseinstituttet.

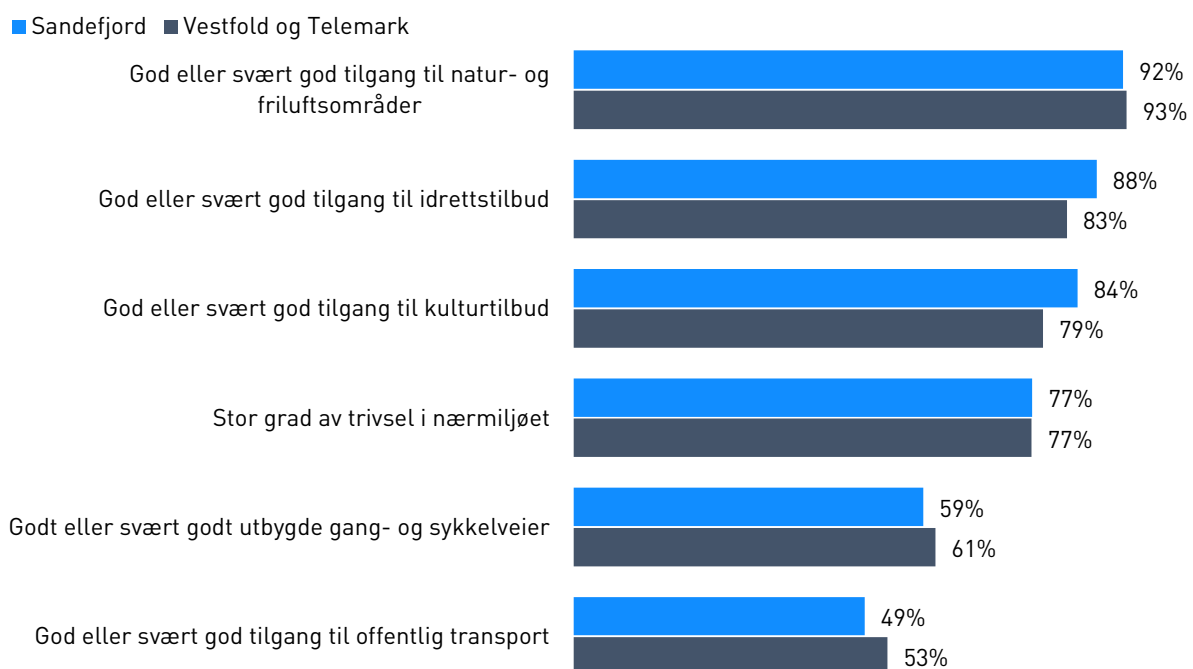
Ensomhet øker faren for både fysiske og psykiske plager og lidelser. Ensomhetens årsaker og konsekvenser kan være innvevd i hverandre (Røde Kors, 2021). Psykiske plager kan føre til ensomhet, og motsatt. Ensomhet kan også skyldes strukturelle og reelle hindre for inkludering. Ensomhet i form av utestengelse eller utenforskap kan være en konsekvens av årsaker som lavinntekt.

7.2 Nærmiljøet

Den lokale tilhørigheten til nærmiljøet har stor betydning i menneskers liv. Forskjellige lokalmiljøer kan gi ulike muligheter for utfoldelse og sosialt samvær. Tilbudet av organisasjoner, fritidstilbud og kulturtilbud påvirker individuell utfoldelse og bidrar samtidig til å skape identitet og tilhørighet i et lokalmiljø. Det samme gjelder tilgangen på åpne møteplasser, rekreasjonsområder og urørt natur. Lokalmiljøet kan også prege av utsiktene til utdanning, arbeid og familieetablering på sikt.

De fleste voksne i Sandefjord trives i nærmiljøet og er fornøyd med tilbud og tilganger i nærområdet (figur 110). Andelen som er oppelever tilgangen til offentlig transport og gang- og sykkelveier som god eller svært god er litt lavere i Sandefjord sammenlignet Vestfold og Telemark, mens andelen er høyere når det kommer til idretts- og kulturtilbud.

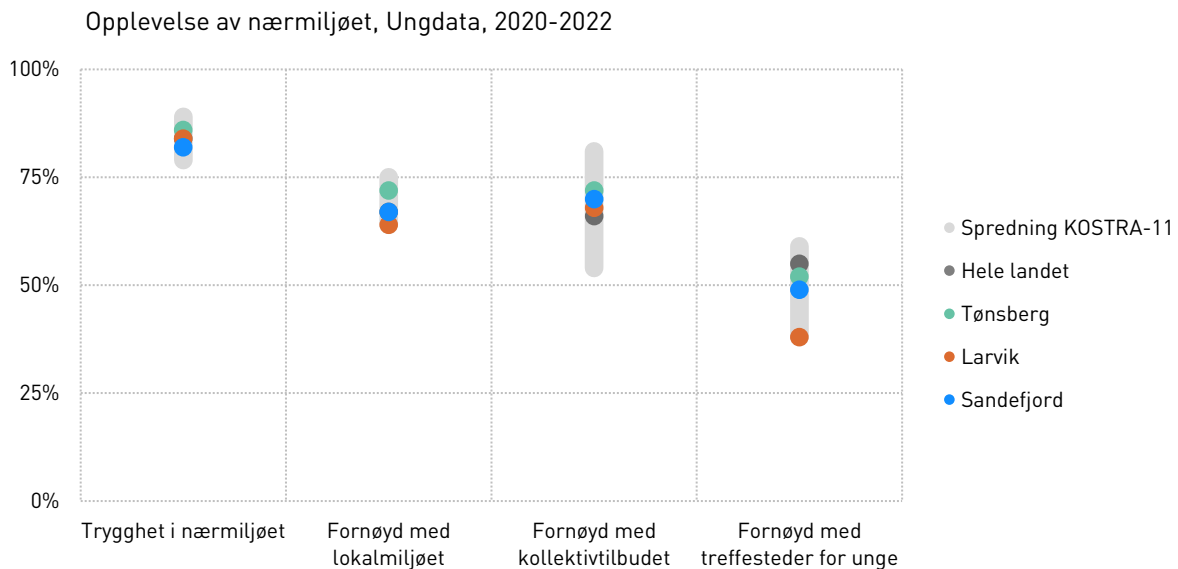
Tilfredshet med, og opplevelse av tilgang, til ulike tilbud, Folkehelseundersøkelsen 2021



Figur 110: Nøkkeltall relatert til tilfredshet i nærmiljøet for Sandefjord og Vestfold og Telemark i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021, kjønn samlet. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

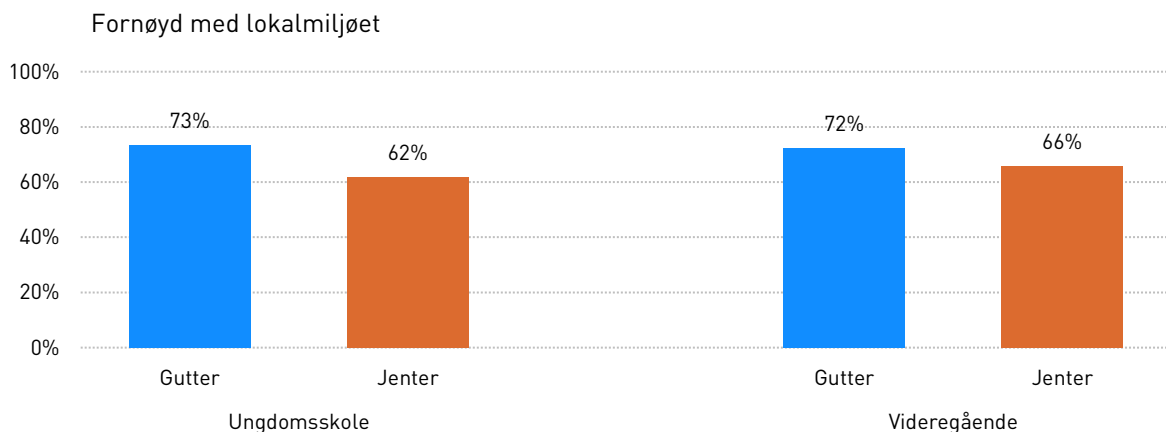
Figur 111 viser at flertallet av ungdommer i Sandefjord opplever det som trygt å ferdes ute om kvelden i nærområdet sitt, og er fornøyd med lokalmiljøet og kollektivtilbudet. Unntaket er tilfredshet med lokaler til å treffe andre unge, der rett under halvparten er fornøyd.

Sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11, havner Sandefjord omtrent i midtsjiktet for alle indikatorene.



Figur 111: Andel ungdomsskoleelever som opplever trygghet i nærmiljøet og tilfredshet med lokalmiljøet, kollektivtilbudet og treffsteder for unge i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Ungdata 2020-2022. Standardisert for kjønn og klasstrinn. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

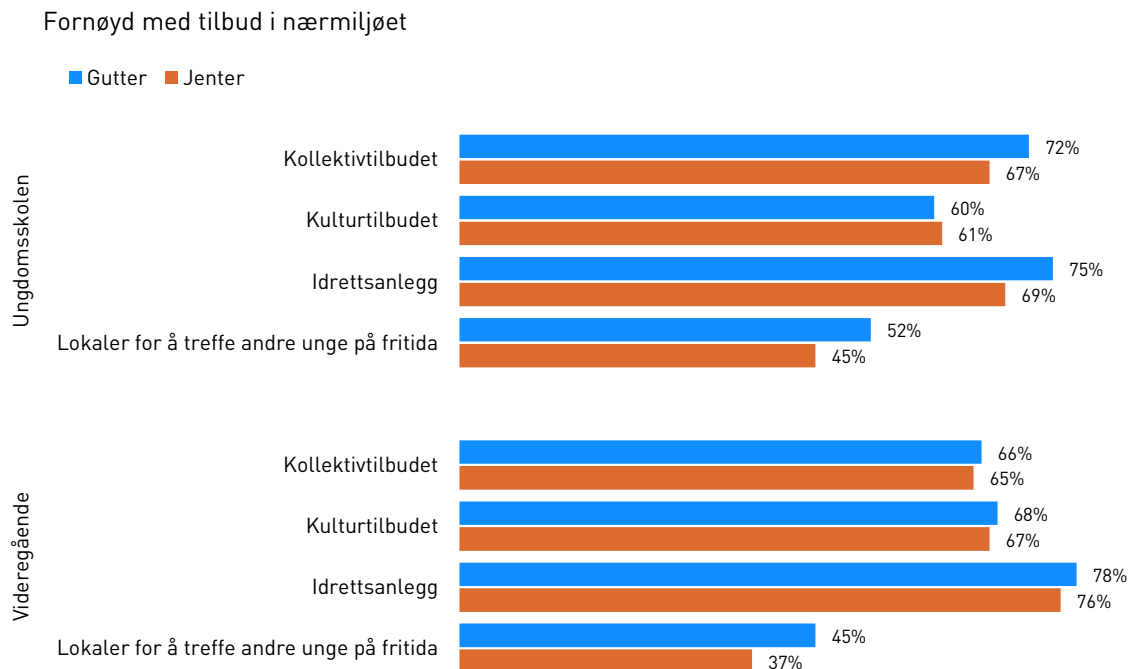
For Sandefjord alene ser vi at det er forskjeller mellom kjønn og skoletrinn. I Ungdata 2021 rapporter samlet 68 % av ungdomsskole- og videregående skoleelevene i Sandefjord at de er fornøyd med lokalmiljøet. Noe flere gutter er fornøyd sammenlignet med jenter (figur 112).



Figur 112: Andel gutter og jenter i Sandefjord som svarer at de er litt eller svært fornøyd med lokalmiljøet i Ungdata 2021. Fordelt på ungdomsskole og videregående. Kilde: Ungdata.

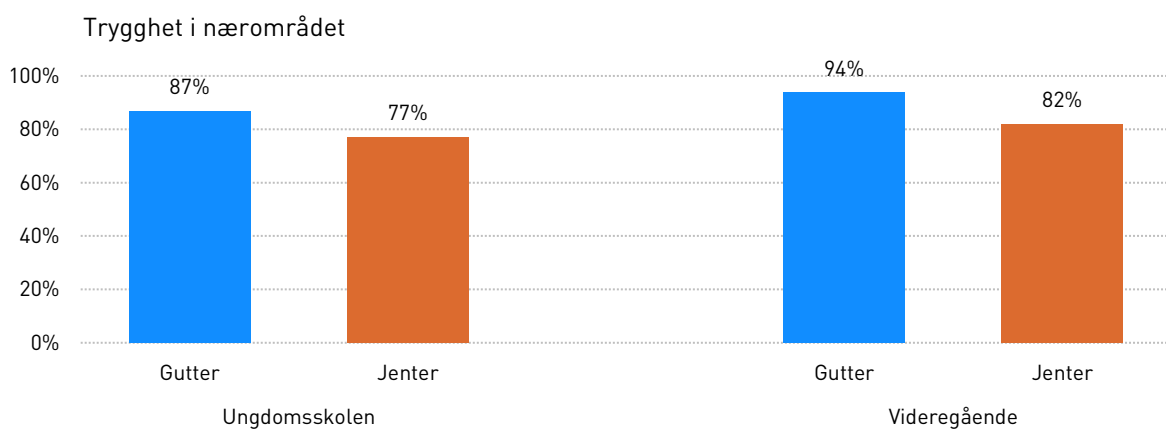
Figur 113 viser andel gutter og jenter i Sandefjord som opplever ulike tilbud til ungdom i nærmiljøet som nokså eller svært bra i Ungdata 2021. Tilfredshet med kollektivtilbudet synker med alderen. Flere er fornøyd med kulturtilbudet på videregående sammenlignet med ungdomsskolen. Tilfredshet med idrettsanlegg øker noe med alderen, og flere ungdomsskolegutter er fornøyd enn ungdomsskolejenter. For gutter og jenter samlet er under halvparten av ungdomsskoleelevene (49 %) fornøyd med lokale til å treffe andre unge

på fritiden slik som fritidsklubb, ungdomshus eller lignende). Noe flere gutter enn jenter på ungdomsskoletrinnet er fornøyd med lokaler. På videregående er 41 % av elevene fornøyd med lokaler til å treffe andre unge, og også her er flere gutter fornøyd enn jenter. Svarene er relativt like i 2021 som i 2017, noe som indikerer at pandemien ikke har hatt særlig påvirkning på svarene.



Figur 113: Andel gutter og jenter i Sandefjord som oppgir at de opplever ulike tilbud til ungdom i nærmiljøet som nokså eller svært bra i Ungdata 2021. Fordelt på ungdomsskole og videregående. Kilde: Ungdata.

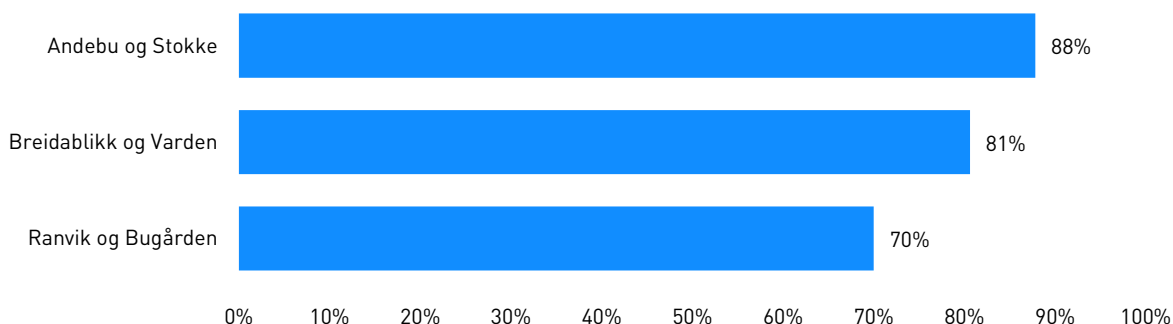
I Ungdata 2021 svarer 85 % av ungdomsskole- og videregåendeskolerelevener at de opplever det som ganske eller svært trygt å ferdes ute om kvelden i nærområdet der de bor. Flere gutter opplever trygghet i nærområdet på kvelden enn jenter både blant ungdomsskole- og videregåendeskolerelevener (figur 114).



Figur 114: Andel gutter og jenter i Sandefjord som svarer at de opplever det som ganske eller svært trygt å ferdes ute om kvelden i nærområdet der de bor i Ungdata 2021. Fordelt på ungdomsskole og videregående. Kilde: Egen analyse av datasett fra Ungdata 2021 mottatt fra NOVA. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene.

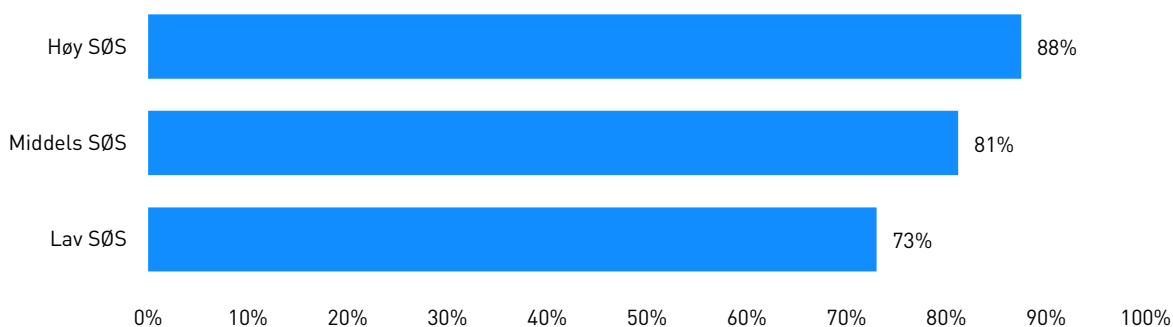
Ved å slå sammen ungdomsskolekretser, ble tre geografiske soner konstruert. Andebu og Stokke ungdomsskolekrets ble slått sammen til sone Nord, Breidablikk og Varden til sone Sørøst og Ranvik og Bugården til sone Sørvest. Vær oppmerksom på at det ikke er gjennomført signifikanstester på forskjellene mellom ungdomskretser eller sosioøkonomisk status.

Figur 115 viser at blant ungdomsskoleelever er det forskjeller i hvor stor andel som opplever seg ganske eller svært trygge i nærområdet på kvelden avhengig av hvilken del av Sandefjord de bor. Vi har ikke oversikt over hvor videregående skoleelever bor.



Figur 115: Andel ungdomsskoleelever i Sandefjord som svarer at de opplever det som ganske eller svært trygt å ferdes ute om kvelden i nærområdet der de bor i Ungdata 2021. Fordelt på tre soner av sammenslåtte ungdomsskolekretser (Nord – Andebu og Stokke, Sørøst – Breidablikk og Varden, Sørvest – Ranvik og Bugården). Kilde: NOVA. Beregninger: Sandefjord kommune. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene.

Figur 116 viser at det også er forskjeller i opplevd trygghet basert på elevenes sosioøkonomiske bakgrunn (SØS). Det er 15 prosentpoeng flere ungdomsskole- og videregående skoleelever fra familier med høy sosioøkonomisk status som føler seg ganske eller svært trygge ute i nærområdet sitt om kvelden enn elever fra familier med lav sosioøkonomisk status.



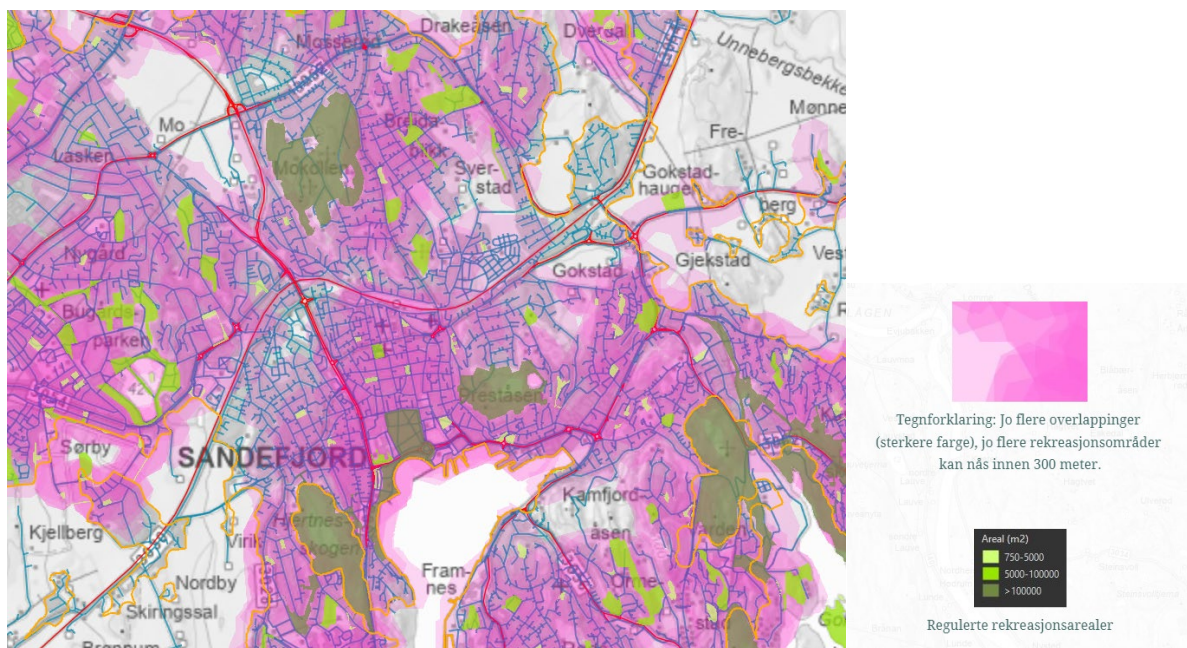
Figur 116: Andel ungdomsskole- og videregående skoleelever i Sandefjord samlet som svarer at de opplever det som ganske eller svært trygt å ferdes ute om kvelden i nærområdet der de bor i Ungdata 2021. Fordelt på familiens sosioøkonomiske status (Lav, middels og høy SØS). Kilde: NOVA. Beregninger: Sandefjord kommune. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene.

Rekreasjonsområder

Sandefjord har til sammen 45 km merkede stier langs Vesterøya og Østerøya. I tillegg er en 13 km lang kyststi i Stokke som passerer lange sandstrender, skog og grunne vikar. Det er en rekke naturreservater i Sandefjord, blant annet Melsom plante- og dyrefredningsområde, Strandvika naturreservat og Akersvannet naturreservat (som delvis også ligger i Tønsberg kommune).

I forbindelse med rullering av kommuneplanens arealdel har Sandefjord kommune utført en analyse av tilgangen til rekreasjonsarealer i kommunen. Resultatet av dette arbeidet vises i et fortellingskart, [Dekningsanalyse grønstruktur - rekreasjon \(arcgis.com\)](https://arcgis.com). Analysen viser at det i Sandefjord kommune er ganske god dekning av små rekreasjonsarealer og gode muligheter for å utvide tilbudet ytterligere. Dekningsgraden er dårligere for de middels store arealene, men det er gode muligheter for å forbedre dekningsgraden ved å sikre potensielle rekreasjonsarealer, f.eks. i fremtidige arealplaner. Når det gjelder større rekreasjonsarealer, er det for sentrumsområdene utfordrende å finne slike arealer innenfor akseptabel gangavstand.

Figur 117 viser at det i sentrumsområdene i kommunen, som ofte er de områder hvor det er lengst til rekreasjonsområder og grønstruktur, har god dekning i Sandefjord kommune. Jo mørkere rosa farge, jo bedre dekning av rekreasjonsareal. De grønne arealene viser rekreasjonsarealer som er regulert.



Figur 117: Utsnitt av kart som viser dekningsgrad i Sandefjord sentrum for rekreasjonsarealer innen kort avstand (300 meter fra bolig).

Idrettsanlegg

Tabell 6 viser antall idrettsanlegg i Sandefjord kommune per 2022. I samråd med leder av Sandefjord Idrettsråd oppgis kun totalen for hver hovedkategori. Leder av Sandefjord Idrettsråd påpeker at anleggsregisteret vedlikeholdes i varierende grad, og kun inneholder anlegg som mottar spillemidler. Det tas derfor forbehold om at oversikten kan være ufullstendig.

Tabell 6: Antall anlegg i Sandefjord kommune, registrert i anleggsregisteret som eksisterende, etter anleggskategori, per 2022. Kilde: Anleggsregisteret.

Bueskytteranlegg	3
Fotballanlegg	66
Friidrettsanlegg	13
Friluftslivsanlegg	147
Golfanlegg	10
Hestesportanlegg	11
Idrettshaller og aktivitetssaler	44
Idrettshus og servicebygg	55
Is- og skøyteanlegg	4
Kart	109
Klatreanlegg	10
Kulturarena	43
Mindre utendørsanlegg	189
Motorsportanlegg	3
Racketsportsanlegg	7
Skateanlegg	21
Ski- og alpinanlegg	42
Skyteanlegg	11
Svømme- og stupeanlegg	18
Sykkelanlegg	4
Vannsportanlegg	5

7.3 Sosiale møteplasser

Fritidsklubber

Sandefjord har syv fritidsklubber som mottar driftstilskudd av kommunen. Med fritidsklubb menes her fritidssenter, fritidshus, ungdomskafe, ungdomsklubb, ungdomshus, mediesenter og aktivitetshus. Fritidsklubber er åpne fritidstilbud som skiller seg fra andre aktiviteter ved at det ikke tilbys en spesifikk aktivitet, og at det ikke kreves et formelt medlemskap eller at deltakerne skal ha bestemte ferdigheter.

En spørreundersøkelse ble sendt til alle fritidsklubbene og ungdomslagene som mottar driftstilskudd i 2022. Spørreundersøkelsen på fritidsklubbene fikk totalt 82 besvarelser

fordelt på fritidsklubbene Morella, Fellesverket, Banken og Napern. De aller fleste er veldig fornøyd med aktivitetene som tilbys på fritidsklubbene (84 % svarer mellom 8–10 på en skala fra 1-10). Å treffe venner er den vanligste grunnen til å gå på fritidsklubben. Det ble også avholdt dybdeintervjuer med 15 ungdommer på tre fritidsklubber (fem på hvert sted) i Sandefjord. Fra intervjuene kommer det tydelig frem at ungdommene ser på fritidsklubbene som en viktig arena for å fremme livskvalitet, læring og trivsel. Det viktigste for ungdommen er fellesskapet, tryggheten og mest av alt være med venner. At det serveres mat, har også en stor betydning for trivselen. Det er ingen tvil om at fritidsklubbene er et sted der ungdommene får innflytelse og medbestemmelse. De opplever mestring og utvikling av sosiale ferdigheter.

Fritidsklubber spiller en essensiell rolle i folkehelsearbeidet i Sandefjord og har både en forebyggende og helsefremmende funksjon. Fritidsklubber når i større grad enn andre fritidstilbud ut til ungdom som er risikoutsatte på ulike vis. Klubbene bidrar til å utjevne sosiale forskjeller, og mange klubber jobber aktivt med å motvirke marginalisering av barn og unge som er berørt av fattigdomsproblematikk. Nasjonale undersøkelser viser at ungdom med lavere nivå av sosioøkonomiske ressurser i hjemmet bruker fritidsklubbtilbud langt oftere enn ungdom med mye ressurser. I Ungdata 2021 finner vi at i Sandefjord er det derimot ikke noen forskjell i deltagelse på fritidsklubber mellom ungdom fra lav, middels og høy sosioøkonomisk bakgrunn.

Bibliotek som møteplass

Sandefjord har tre bibliotek, som alle er meråpne. Det vil si at de har utvidet åpningstid utover åpningstid der biblioteket er betjent. Bibliotekene i Sandefjord hadde 3,8 besøk per innbygger i 2022, og 3,2 utlån per innbygger (SSB, tabell 13135).

Bibliotekene i Sandefjord gjennomførte 224 arrangementer i 2022. Dette er arrangementer og aktiviteter i regi av bibliotekene eller i samarbeid med andre institusjoner eller organisasjoner. 81 av arrangementene var for skoler (inkludert Den kulturelle skolesekken) og 7 arrangementer for barnehager.

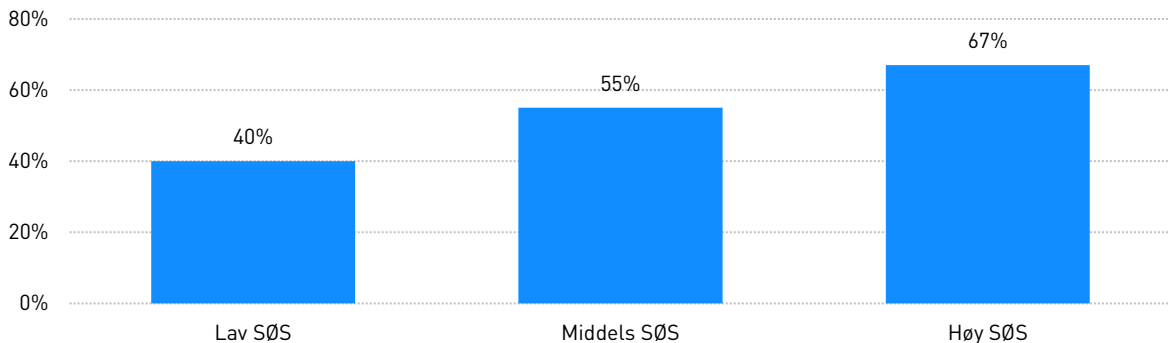
Bibliotekene har mange fortrinn som lokale kulturinstitusjoner. De er for alle, tjenestene er gratis og de framstår som et lavterskeltilbud. Fra å være et sted for utlån og informasjon, er de nå i økende grad et sted å være, en møteplass.

7.4 Deltagelse i fritidsaktiviteter

Å delta i felles fritidsaktiviteter er viktig for fellesskap, identitet og mestring og gir barn og unge ferdigheter og erfaringer som har betydning senere i livet (Folkehelseinstituttet, 2022). Undersøkelser fra Ungdata viser at unge som har tilgang på færre økonomiske og kulturelle ressurser hjemme i mindre grad deltar i organiserte fritidsaktiviteter. Foreldrenes økonomiske ressurser har særlig betydning for barnas deltakelse i idrett, mens foreldrenes kulturelle ressurser har betydning for barnas deltakelse i kulturaktiviteter som musikk, dans og kunstfag.

Ungdommer med høy sosioøkonomisk status er generelt mer aktive i organiserte fritidsaktiviteter enn ungdommer med lav sosioøkonomisk status (figur 118). 67 % av

ungdom fra familier med høy sosioøkonomisk status oppgir at de deltar i fritidsaktiviteter, mens 40 % av ungdommer fra familier med lav sosioøkonomisk status oppgir det samme. Barn og unge som ikke har mulighet til å delta i fritidsaktiviteter kan gå glipp av de mange fordelene ved å delta på denne arenaen.



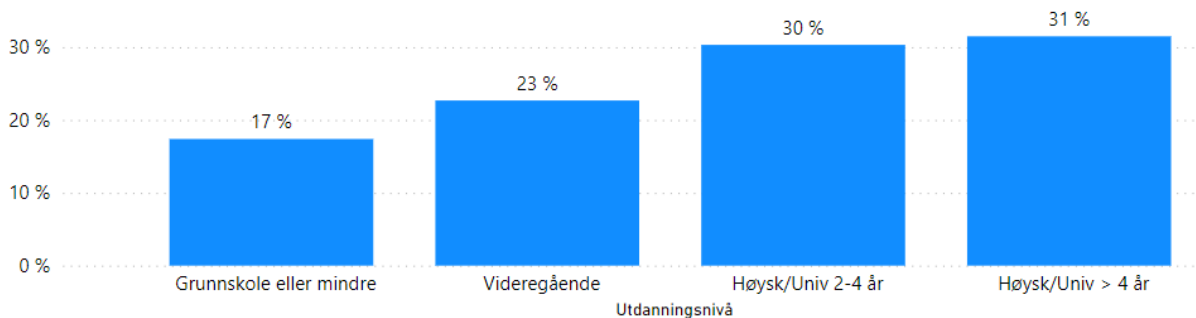
Figur 118: Andel ungdomsskoleelever som svarer at de er med i en fritidsorganisasjon, fordelt på familiens sosioøkonomiske status. Kilde: Ungdata 2021.

Stadig færre ungdommer deltar i organiserte fritidsaktiviteter i Norge, og nedgangen startet før pandemien (NOVA, 2022). Sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og deltakelse i fritidsaktiviteter kan dreie seg om at deltakelse ofte medfører dyre medlemskontingenter og/eller utstyr som ungdom fra familier med færre ressurser ikke har råd til å betale.

Også i Folkehelseundersøkelsen 2021 finner vi sosial ulikhet i deltagelse organiserte fritidsaktiviteter mellom høyeste og laveste utdanningsnivå (figur 119). Gjennomsnittet for Sandefjord var 26 %, og omtrent likt de andre kommunene i Vestfold. Organisert aktivitet omfatter organisert aktivitet/frivillig arbeid som for eksempel idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller lignende.

Ukentlig deltagelse i organisert aktivitet

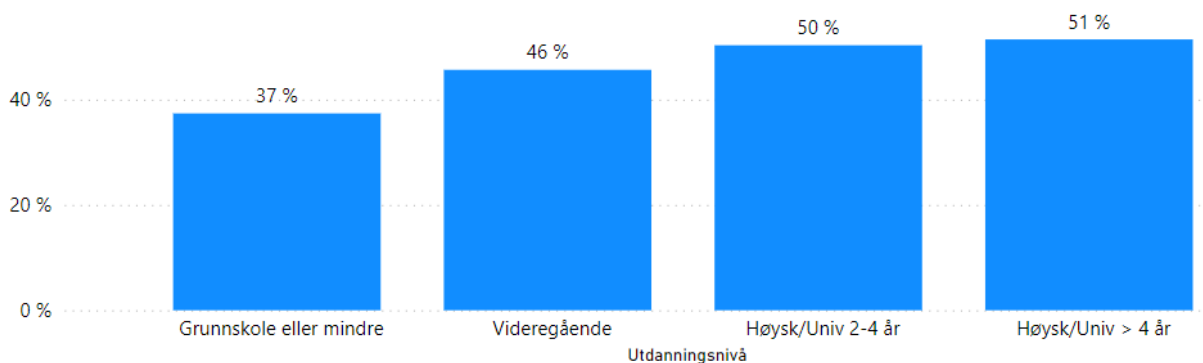
Sandefjord



Figur 119: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de ukentlig deltar i organisert aktivitet i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

En høyere andel (47 %) er ukentlig aktiv i egenorganisert aktivitet. Egenorganisert aktivitet omfatter for eksempel klubb, møte, treffe venner, trimturer med venner/kolleger eller andre, og inkluderer da en bredde av sosialt samvær, og mer enn kun fysisk aktivitet. Figur 120 viser at deltagelse i egenorganisert aktivitet varierer med utdanningsnivå.

Ukentlig deltagelse i egenorganisert aktivitet
Sandefjord

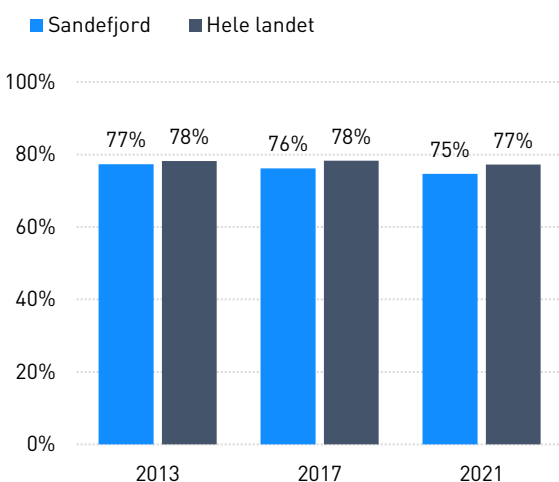


Figur 120: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de ukentlig deltar i organisert aktivitet i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

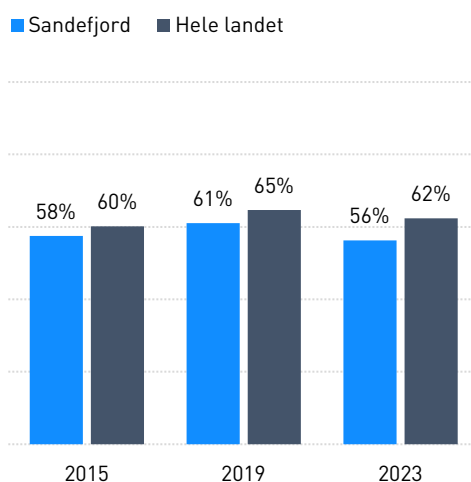
7.5 Valgdeltagelse

Å stemme ved valg er den laveste terskel for politisk deltakelse. Deltagelse ved politiske valg kan benyttes som indikator for demokratisk medvirkning. Valgdeltakelse eller demokratisk deltakelse er et gode i seg selv, men er også en form for medvirkning med sannsynlige konsekvenser for helse og livskvalitet, både direkte og indirekte. Demokratisk medvirkning er ikke minst viktig for et velfungerende samfunn og høy valgdeltakelse er viktig for å utvikle lokaldemokratiet. Mulighetene for demokratisk og sosial deltakelse påvirker både levekår og livskvalitet.

Stortingsvalg



Kommunestyrevalg



Figur 121: Valgdeltagelse i prosent ved kommunestyre- og stortingsvalg i Sandefjord og hele landet mellom 2013 og 2021. Kilde: Valgdirektoratet

Det har vært en liten reduksjon i deltagelsen i stortingsvalg i Sandefjord fra 2013 til 2021. Deltagelsen i kommunestyrevalg hadde en liten økning fra 2015 til 2019, for så å synke med fem prosentpoeng til valget i 2023.

7.6 Kriminalitet

Kriminalitetsnivået i et område har betydning for befolkningens opplevelse av trygghet. Lite kriminalitet bidrar til trygghet og trivsel for innbyggerne. Gjennom kriminalstatistikken får vi kjennskap til den kriminaliteten som rettsvesenet kommer i kontakt med. Dette kalles gjerne den registrerte kriminaliteten. Mange lovbrudd blir imidlertid aldri registrert. Antallet uregistrerte lovbrudd kalles gjerne mørketall og mye tyder på at mørketallene er store.

I 2022 ble det registrert totalt 3696 anmeldelser med gjerningssted i Sandefjord. Politiet bemerker at dette er antall straffesaker som er registrert geografisk i Sandefjord. Tallet sier ikke noe om personer med bosted i Sandefjord som evt. har gjort straffbare forhold andre steder. Av samme grunn kan det være personer som er bosatt andre steder som er inkludert i tallene for Sandefjord.

Antall anmeldelser totalt er noe høyere enn i 2021, men det har vært til dels stor årlig variasjon de siste fem årene. Økningen fra 2021 til 2022 kan skyldes lettelser i smittevernsrestriksjonene og gjelder særlig kriminalitetstypene vinning, vold, skadeverk og økonomi.

Figur 122 viser at vinnings- og trafikklovbrudd er de vanligste kriminalitetstypene i landet. Det har vært en reduksjon i antall trafikksaker per 1000 innbyggere i Sandefjord siden 2020. Politiet opplyser at når det gjelder narkotika- og trafikklovbrudd gjenspeiler antallet anmeldelser i stor grad politiets aktiviteter og prioriteringer, og sier mindre om omfanget av lovbrudd som faktisk finner sted. Det er viktig å være oppmerksom på når en skal tolke tallene.

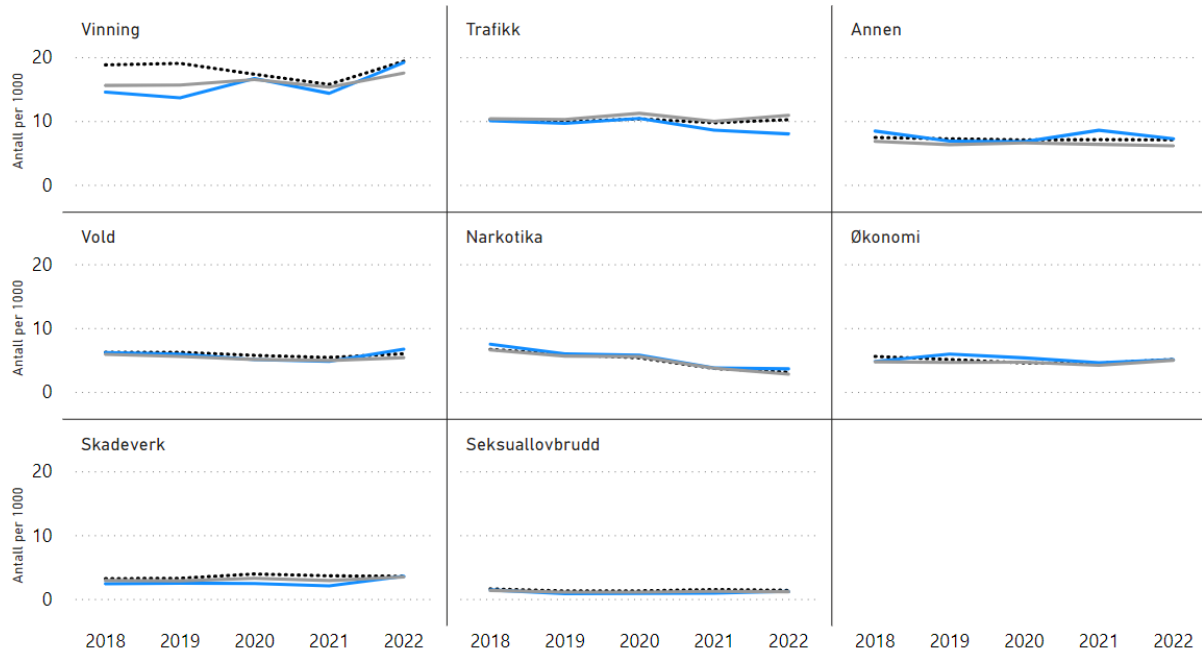
I perioden 2019-2021 hadde Sandefjord færre anmeldte lovbrudd per 1000 innbyggere knyttet til vinning og vold sammenlignet med hele landet. Forekomsten for vold har mellom 2018-2022 vekslet mellom å være over og under forekomsten for Sør-Øst politidistrikt samlet. Det har imidlertid vært en markant økning i antall saker relatert til vold i Sandefjord i 2022 sammenlignet med tidligere år.

Antall anmeldte seksuallovbrudd per 1000 innbygger var i 2022 likt i Sandefjord (1,2 per 1000) sammenlignet med Sør-Øst politidistrikt (1,2 per 1000) og lavere enn landet (1,4 per 1000) samlet. Forekomsten har vært lavere i Sandefjord sammenlignet med landet i perioden 2018-2022. Mellom 2019-2021 var forekomsten også lavere sammenlignet med Sør-Øst politidistrikt.

Anmeldte saker, antall per 1000 innbyggere

Alle aldre

Geografi ● Hele landet ● Sandefjord ● Sør-Øst politidistrikt



Figur 122: Antall anmeldte saker per 1000 innbyggere fordelt på geografi og kriminalitetstyper. Kilde: Sør-Øst politidistrikt. Beregning rate: Sandefjord kommune.

Fra figur 123 kan vi se at det har vært en økende utvikling i antall saker per 1000 innbyggere anmeldt til politiet i Sandefjord der gjerningspersonene er under 18 år. Økningen har hovedsakelig skjedd for kriminalitetstypene vinning, vold, skadeverk og annen. Det er spesielt vinning, vold og skadeverk der Sandefjord skiller seg fra forekomsten i resten av landet og Sør-Øst politidistrikt i 2022.

Politiet opplyser at en økning i antall anmeldelser for voldssaker er en utvikling politiet også ser nasjonalt. Det begås stadig mer vold blant mindreårige i Norge, og mange av aktørene er i alderen 14-17 år. De fleste er gutter, men det er også en økning i voldshendelser mellom jenter. Selv om det har vært noe økning i antall saker er det viktig å understreke at de aller fleste ungdommer ikke er innblandet i kriminalitet. Særlig blant ungdommer er de noen få personer som er siktet/mistenkt/domfelt i mange saker.

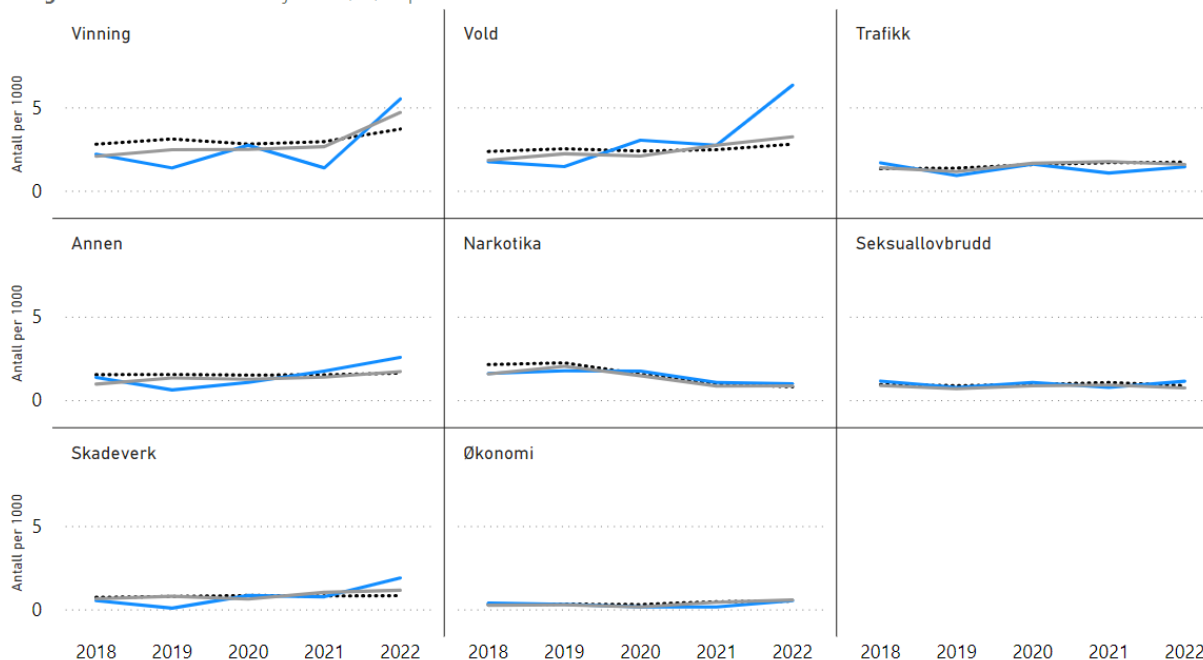
Økningen ses i sammenheng med smitteverntiltak under koronapandemien som gjorde ungdommene mer avhengig av digitale hjelpemidler for sosial samhandling. Smitteverntiltakene kan ha forsterket sårbarhetsfaktorer for kriminalitet som sosioøkonomiske forskjeller og utenforskap. De samme faktorene gjør ungdom blir mer sårbare for rekruttering inn i kriminelle nettverk.

I rapporten *Barn, unge og kriminalitet i Sør-Øst politidistrikt 2018-2022* (Melsom, 2022) kan vi lese at ungdom som begår kriminelle handlinger ofte har krevende familieforhold, med vold eller rusbruk i hjemmet, dårlig skoletilpasning, svakt sosialt nettverk og/eller andre alvorlige negative barndomsopplevelser.

Anmeldte saker, antall per 1000 innbyggere

Under 18 år

Geografi ● Hele landet ● Sandefjord ● Sør-Øst politidistrikt



Figur 123: Antall anmeldte saker per 1000 innbyggere der gjerningspersonen er under 18 år fordelt på geografi og kriminalitetstyper. Kilde: Sør-Øst politidistrikt. Beregning rate: Sandefjord kommune.

7.7 Luftforurensing

Luftkvaliteten i Norge har bedret seg de siste årene, men utgjør fortsatt en utfordring en del steder. Svevestøv er små, luftbårne partikler som varierer i størrelse og sammensetning. Det gjøres målinger for grovt (PM¹⁰) og fint (PM^{2.5}) svevestøv. Den største kilden til lokal luftforurensing for grovt svevestøv er veitrafikk, med utslipp av eksos og asfaltstøv fra piggdekk. For fint svevestøv er den største kilden vedfyring.

Fint svevestøv er den luftforureningskomponenten 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. Omtrent 1200 mennesker dør for tidlig hvert år som følge av fint svevestøv i Norge (Miljødirektoratet, 2021).

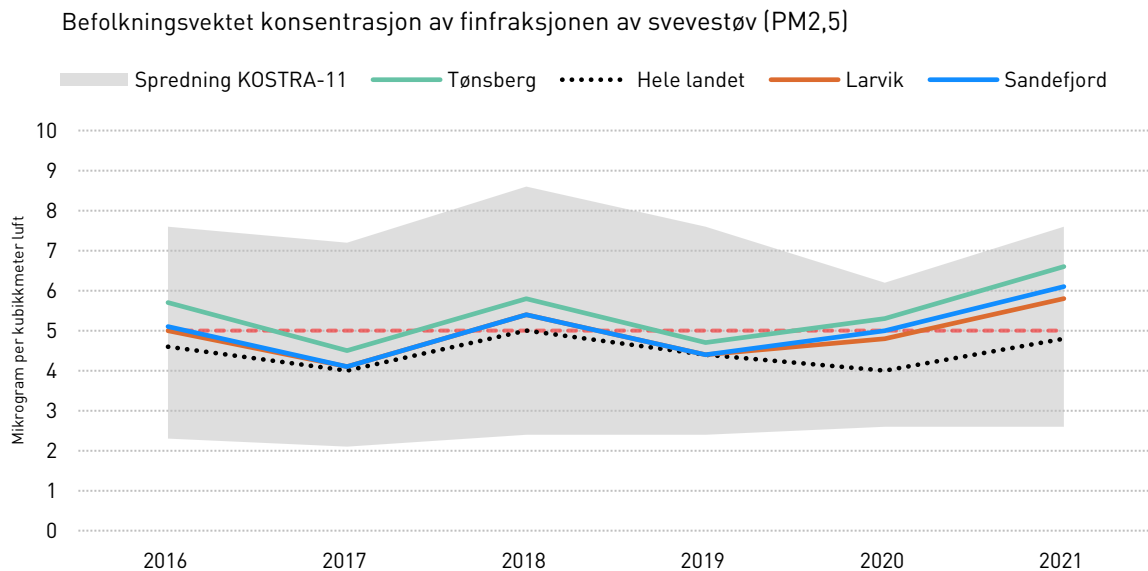
Fint svevestøv (PM^{2.5}) består hovedsakelig av forbrenningspartikler, og størrelsen er så liten at det kan trenge helt ned i lungeblærene. PM¹⁰ og PM^{2.5} er regulert med grenseverdier i forureningsforskriften. Videre er det fastsatt øvre og nedre vurderingsterskler, for vurdering av eventuelle tiltak for å bedre luftkvaliteten. I tillegg har vi nasjonale mål for gjennomsnittlig årsmiddelkonsentrasjon.

En høy befolkningseksposering i kommunen vil kunne utløse tiltak for å redusere luftforurensningen. For fint svevestøv (PM^{2.5}) var luftkvalitetskriteriet i 2021 satt til 8 µg/m³ for årsmidlet eksponering, dette er i 2023 endret til 5 µg/m³ (Folkehelseinstituttet, 2023). Dette nivået er satt slik at det skal beskytte de aller fleste, også sårbare grupper, mot

helseeffekter. I Forurensningsforskriften er det fastsatt en grenseverdi på $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ som ikke skal overstiges.

Konsentrasjonen av svevestøv i Sandefjord kommune er i 2021 beregnet til $6,1 \mu\text{g}/\text{m}^3$, og dermed under det fastsatte luftkvalitetskriteriet i 2021. Med dagens luftkvalitetskriterier er konsentrasjonen over. Det er en marginal andel av kommunens befolkning (beregnet til 431 stk. i 2021) som er utsatt for en konsentrasjon på $6,1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ på sitt bosted. For de aller fleste av kommunens innbyggere er luftkvaliteten god.

I forurensningsforskriften er det fastsatt vurderingsterskler for å avgjøre behov for måling og beregning, og om det er fare for overskridelse av grenseverdier og målsetningsverdier (Forurensningsforskriften §7-11). For fint svevestøv ($\text{PM}_{2,5}$) er øvre vurderingsterskel $7 \mu\text{g}/\text{m}^3$ og nedre vurderingsterskel $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Sandefjord kommune har de siste to årene gjennomført målinger av luftkvaliteten med sensorer flere steder i kommunen. Resultatet fra målingene blir klart høsten 2023, og da vil man få bedre og mer detaljerte tall for konsentrasjonen av fint svevestøv ($\text{PM}_{2,5}$).



Figur 124: Luftkvalitet, konsentrasjon av fint svevestøv, 2016-2021. Befolkningsvektet konsentrasjon av finfraksjonen av svevestøv ($\text{PM}_{2,5}$) med enhet mikrogram per kubikkmeter luft ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) midlet over ett år (FHI/KHS). Luftkvalitetskriteriet for langvarige (årsmidlet) eksponering for svevestøv ($\text{PM}_{2,5}$) er $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (rød linje). Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

7.8 Støy og stille soner

Støy er definert som uønsket lyd, og regnes som forurensning etter forurensningsloven. Rundt 2 millioner mennesker i Norge er utsatt for støy over 55 dBA utenfor huset sitt (Miljødirektoratet, 2022). I Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021 svarer ca. 12 % av befolkningen i Sandefjord at de er plaget av trafikkstøy hjemme, og ca. 10 % er plaget av annen støy hjemme.

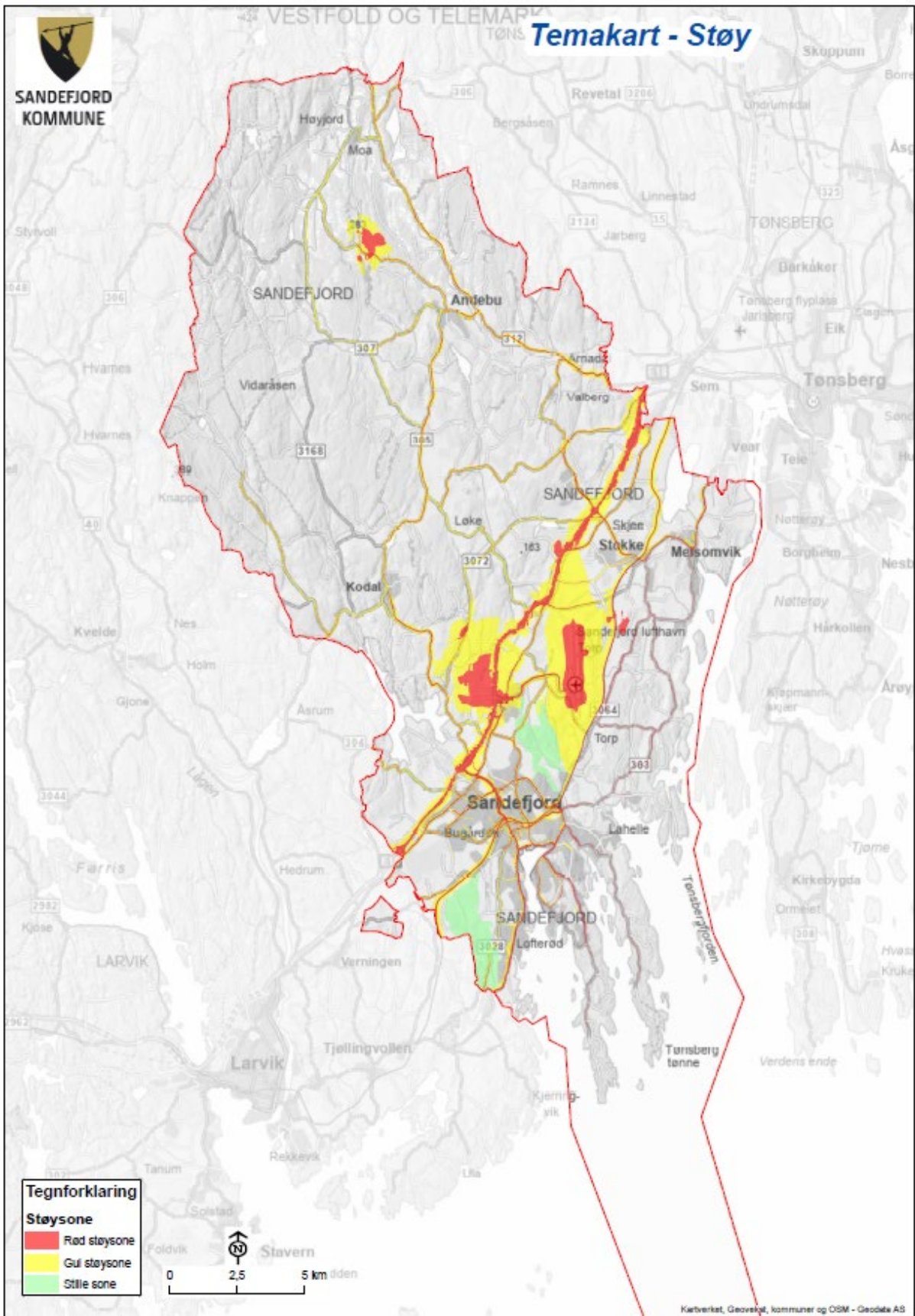
Det å bli utsatt for støy kan gi helseplager som hørselsskader, og økt risiko for søvnforstyrrelser og hjerte- og karsykdom (Folkehelseinstituttet, 2022). Støy bidrar til

reduisert velvære og trivsel og er det miljøproblemet som rammer flest mennesker i Norge. Støy er derfor viktig i et folkehelseperspektiv.

I Sandefjord ligger totalt 4408 boliger innenfor gul- eller rød støysone, mens 34 fritidsboliger ligger innenfor støysonene. Det er viktig å presisere at det kan gjøres tiltak enten ved boligen eller ved støykilden, som gjør at støynivået ved boliger som i utgangspunktet ligger innenfor støysonene, får et akseptabelt støynivå.

Mer aktivitet, og at vi planlegger for at folk skal bo tettere og mer urbant, kan være en medvirkende årsak til at mange opplever støyplager i hjemmene sine. Veitrafikk er vanligvis den største støykilden i Norge. Slik er det også i Sandefjord kommune. I tillegg har vi støy fra jernbane og flyplass, samt fra aktiviteter som skytebaner, bilsport og ulike næringsvirksomhet.

I kommuneplanens arealdel er det satt av områder markert som stille soner. Dette gjelder friluftsområdene i Marum og Hjertås. Her skal støyende tiltak/aktivitet unngås.



Figur 125: Støysonekart. Kilde: Sandefjord kommune

7.9 Drikkevann

Drikkevann av god kvalitet, fritt for smittestoffer, er viktig for god folkehelse i kommunen. Mulig forekomst av tarmbakterien E.Coli er en viktig parameter å kontrollere. Kvaliteten på drikkevannet måles i Norge fra godkjenningspliktige vannverk, og i Sandefjord leveres drikkevannet fra Vestfold Vann IKS. Sandefjord kommune skårer helt på topp, både når det gjelder hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet, på drikkevannet.

7.10 Badevann

Det tas jevnlig prøver av badevannet i kommunen og badevannskvaliteten er i hovedsak god for hele kommunen. Ved større nedbørsmengder kan det ved enkelte badesteder bli dårligere kvalitet på grunn av at kloakk kan gå i overløp og renne ubehandlet ut i vannet. I Sandefjord gjelder dette spesielt Ormestadvika og Strømbadet. Dersom kommunen er kjent med at badevannskvaliteten er vesentlig forringet, vil dette bli varslet om ved badeplassen og på kommunens nettsider.

Goksjø og Akersvannet er spesielt utsatt for oppblomstring av blågrønnalger. Ved slik oppblomstring frarådes bading og annen kontakt med vannet.

7.11 Inneklima

Radon

Radon er en usynlig og luktfri gass, som kan være kreftfremkallende for mennesker. Radon finnes i enkelte bergarter, særlig i granitt og alunskifer og kan trenge inn i bebyggelse via sprekker i sålekonstruksjonen og grunnmuren, rundt rørgjennomtrengninger, sluk og lignende. Grenseverdien for radon er 200 becquerel (bq) og det er en tiltaksgrense på 100 bq. Radonkart viser områder som er særlig utsatt, <http://geo.ngu.no/kart/radon/>

For Sandefjord kommune er det for de fleste områder moderat til lav aktsomhetsgrad for radon. Det er imidlertid viktig å være klar over at selv om ikke bebyggelse etableres på et areal med høy aktsomhetsgrad for radon, kan radonholdige bergarter bli tilført byggegrunnen med tilkjørte masser. Radonsikkerhet ivaretas i Sandefjord kommune ved arealplanlegging og byggesaksbehandling.

8. Hovedutfordringer og ressurser for folkehelsen

I dette kapittelet beskrives hovedutfordringen for folkehelsen i Sandefjord og hvilke påvirkningsfaktorer som anbefales som viktigst i folkehelsearbeidet de neste årene. Til slutt beskrives sentrale ressurser som er viktige å ta i bruk i møtet med hovedutfordringene.

Folkehelseoversikten beskriver helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for Sandefjords befolkning. Oversikten skal blant annet brukes som grunnlag for å peke ut hovedutfordringer

for folkehelsen. Det er viktig å se funnene i sammenheng med andre generelle utviklingstrekk i samfunnet, som blant annet beskrevet i perspektivmeldingen.

Hovedutfordringer for folkehelsen i Sandefjord er identifisert ved å gjøre en prioritering basert på faktorer som

- bidrag til dagens og framskrevet sykdomsbyrde
- fører til tap av mange friske leveår
- gjelder mange og/eller er ujevnt fordelt
- representerer en økende utfordring
- er spesielle for Sandefjord
- er mulige å forebygge
- kan potensielt gi store helsegevinster gjennom forebygging
- kan forebygges gjennom kostnadseffektive tiltak

8.1 Hovedutfordringer for folkehelsen

Med utgangspunkt i utviklingstrekk og analyser av helsetilstanden og faktorer som påvirker denne, identifiseres ulikheter innen følgende påvirkningsfaktorer (sortert under to temaområder) som hovedutfordringer for folkehelsen:

Oppvekst- og levekår

- Barnefattigdom
- Unge utenfor arbeid, utdanning og opplæring
- Geografisk konsentrasjon av levekårsutfordringer

Helserelatert atferd

- Fysisk aktivitet
- Deltagelse i organiserte og egenorganiserte fritidsaktiviteter
- Søvnvaner

De identifiserte utfordringene dekker både nærliggende og bakenforliggende materielle risikofaktorer som påvirker helsen og fordelingen av helse i befolkningen. Utfordringene kan betraktes som sammenhengende og til dels overlappende årsaker til helsesituasjonen i Sandefjord.

Gjennom å møte levekårsutfordringene effektivt, kan vi skape muligheter for flere mennesker til å få utdanning og arbeid, samtidig som vi reduserer risikoen for utenforskap. Utdanning spiller en avgjørende rolle i forbedringen av livskvalitet og helse på flere måter. Det fungerer som en viktig inngangsbillett til arbeidsmarkedet, som igjen gir tilgang til inntekt, bolig, og andre nødvendige materielle levekårsfordeler. Utdanning, arbeidsliv og deltagelse i fritidsaktiviteter er alle viktige settinger for sosial kontakt, inkludering og mestringsopplevelser.

Helsevaner er også tett knyttet til levekår. Helserelatert atferd er resultatet av et komplekst samspill mellom ulike faktorer. Mens individuell helsekompetanse og personlige valg er viktige, er det viktig å merke seg at helsevaner i stor grad også er påvirket av miljø, levekår og oppvekstforhold.

Barn i familier med dårlig økonomi er utsatt for mange ulike levekårsutfordringer. Levekårsutfordringer kan påvirke hverandre, og opphopning av levekårsutfordringer påvirker barnets oppvekst, utvikling, skoleprestasjoner og helse resten av livet. Barnet kan

vokse opp med dårligere tilgang til ressursene det får tilgang til gjennom sosiale nettverk, for eksempel de nettverkene barnet kunne blitt inkludert i gjennom deltagelse i fritidsaktiviteter. Samlet øker dette risikoen for å havne i lavinntektsgruppen som voksen, og at egne barn vokser opp i samme situasjon.

Fysisk aktivitet er eksempel på en helsevane som er sosialt skjevfordelt, der grupper med lav utdanning og lav inntekt er mindre fysisk aktive på fritiden enn de med lang utdanning og høy inntekt. Dette gjenspeiles også i høyere forekomst av fedme og livsstilssykdommer knyttet til fysisk aktivitet blant grupper med lav utdanning og/eller lav inntekt. Fysisk aktive hverdagsliv spenner vidt: fra aktiv transport som sykling og gåing, friluftsliv, ulike typer egenorganisert aktivitet og til den organiserte idretten. Lite fysisk aktivitet er blant de ti viktigste risikofaktorene for dødelighet (Folkehelseinstituttet, 2018).

Levevaner omfatter også andre former for atferd der sammenhengen med helse ikke er så lett å se, for eksempel det å ta del i kulturelle aktiviteter som teater og konserter eller deltagelse i andre aktiviteter med familie og venner. Det å være aktiv i en organisasjon, klubb, lag eller forening er en viktig kilde til sosial støtte og livskvalitet og kan gi mulighet til å utvikle egne evner og ferdigheter, og å forebygge ensomhet.

Søvnvaner henger sammen med skjermbruk, som igjen henger sammen med fysisk inaktivitet. Søvnproblemer er en viktig risikofaktor for psykiske plager og lidelser og at ungdom dropper ut av den videregående skolen, som er en viktig årsak til utenforskap. Hos voksne henger søvnproblemer sammen med økt risiko for å bli uføretrygdet.

Avbrutt skolegang og lav sosioøkonomisk status er viktige risikofaktorer for å havne utenfor arbeid, utdanning og opplæring, og personer som er i denne gruppen et gitt år ser ut til å ha mer varige problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet.

8.2 Ressurser for folkehelsen

Her presenteres sentrale ressurser for folkehelsen i Sandefjord, som er viktige å ta i bruk i møtet med hovedutfordringene.

Nærmiljøet

Nærmiljøet er en sentral arena for folkehelsearbeidet. Over 90 % av innbyggeren i Sandefjord har god tilgang til natur- og rekreasjonsområder, og de fleste er fornøyd med tilbud, og opplever trygghet, i nærmiljøet. En styrkebasert tilnærming til folkehelsearbeidet innebærer at arbeidet med påvirkningsfaktorer starter i nærmiljøene: I lokalsamfunnet, på arbeidsplassen, skole og i barnehage (Helsedirektoratet, 2018). Prosesser for å skape helseforbedringer skjer i samarbeid med innbyggere. Gode nærmiljø og lokalsamfunn er ressurser for trygghet, helse og livskvalitet i befolkningen. Tilrettelegging for aktiviteter og møteplasser i nærmiljøet kan bidra til at folk tar mer helsevennlige valg, og til at de opplever sterkere grad av fellesskap, helse og livskvalitet.

Sandefjord har populære fritidsklubber og ungdomshus og mange idrettslag og frivillige organisasjoner som er viktige ressurser i det helsefremmende og forbyggende arbeidet i nærmiljøet. Oppsøkende ungdomstjeneste (OUT) er nylig etablert og skal jobbe målrettet i

nærmiljøene med å skape trygghet, bygge relasjoner til ungdom og være et viktig bindeledd mellom utsatte unge og øvrig hjelpeapparat.

Innsats mot utenforskap

Sandefjord har flere tiltak som skal forebygge utenforskap:

- Et av dem er *Fritidskortet*, som skal sikre at barn og unge fra familier med svak økonomi får bedre muligheter til å delta i kultur- og fritidsaktiviteter. Fra januar 2023 er fritidskortet digitalt.
- Mulighetshuset er et prosjektsamarbeid mellom Sandefjord kommune og NAV Sandefjord, hvor unge og voksne som står utenfor arbeidslivet vil få hjelp på vei mot arbeid eller utdanning.
- Guttas Campus er et fireårig prøveprosjekt for ungdomsskolegutter igangsatt med støtte fra SpareBank 1 Stiftelsen BV for å bekjempe utenforskap.
- Utstyrsutlånsentralene i Sandefjord er et viktig tilbud for at alle barn og unge skal kunne delta i ulike former for aktivitet. Ordningen er et lavterskeltilbud som låner ut utstyr for å redusere de økonomiske barrierene for deltakelse i fritidsaktiviteter.

I tillegg har Sandefjord hatt en jevn positiv utvikling de siste årene i gjennomsnittlige grunnskolepoeng og i andelen som fullfører videregående opplæring. Det er fortsatt forskjeller fordelt på foreldrenes utdanningsnivå, men alle utdanningsnivåer har økt, og de laveste utdanningsnivåene har økt mest. Elevenes prestasjoner i grunnskolen er den faktoren som har størst betydning for om elevene fullfører og består videregående opplæring (Helsedirektoratet, 2021).

Tydelig folkehelseperspektiv i kommuneplanens samfunnsdel

I tråd med Helsedirektoratets anbefalinger, har kommuneplanens samfunnsdel et tydelig folkehelseperspektiv. Gitt folkehelsefeltets sammensatte og komplekse karakter, anbefaler Helsedirektoratet å forankre overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet i samfunnsdelen av kommuneplanen. Mål og strategier i samfunnsdelen legger så grunnlaget for delmål og tiltak i øvrig kommunalt planarbeid.

Litteraturliste

- Aga, R. (2020). *Hva innebærer en fallskade?* Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/fag/2020/10/hva-innebaerer-en-fallskade>
- Bakken, A. (2021). *Ungdata 2021. Nasjonale resultater*. NOVA.
- Bakken, A. (2022). *Ungdata 2022. Nasjonale resultater*. NOVA.
- Bjorvatn, B. (2021). *Døgnrytmen vår*. Hentet fra Nasjonalt senter for søvnmedisin (SOVno): <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/dognrytmen-var>
- Bufdir. (2023). *Nye tall om barnefattigdom*. Hentet fra <https://www.bufdir.no/aktuelt/nye-tall-om-barnefattigdom/>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Støy, helseplager og hørselstap i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/miljo/stoy/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Fakta om hørselstap*. Hentet fra <https://www.fhi.no/kl/stoy/om-horselstap/>
- Folkehelseinstituttet. (2016). *Beinskjørhet og brudd (osteoporose og osteoporotiske brudd)*. Hentet fra <https://www.fhi.no/is/beinskjorhet/beinskjorhet-og-brudd---fakta-om-os/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Skader og problemer knyttet til narkotikabruk*. Hentet fra Narkotika i Norge: <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/skader-og-problemer-knyttet-til-narkotikabruk/?term=#hovedpunkter>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Sykdomsbyrden i Norge i 2016*. Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Vold og seksuelle overgrep*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/skader/vold/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Demens*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Diabetes i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/diabetes/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Forventet levealder i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/levealder/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/?term=>

- Folkehelseinstituttet. (2021). *Mottakere av stønad til livsopphold*. Hentet fra Kommunehelsestatistikkbank:
https://khs.fhi.no/webview/velocity?v=2&context=http%3A%2F%2Fkhs.fhi.no%2Fobj%2Fserver%2Fkommunehelse&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fstudy%2Fstonad2020&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fcube%2Fstonad2020_C1&mode=documentat
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Alkoholbruk i den voksne befolkningen*. Hentet fra Alkohol i Norge: <https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/?h=1&term=#hovedpunkter>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Astma og allergi*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/astma-allergi/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Barn og unges helse: oppvekst og levekår*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/barn-oppvekst/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Betydningen av sosial ulikhet for barns helse og oppvekst*. Hentet fra <https://www.fhi.no/op/oppvekstprofiler/betydningen-av-sosial-ulikhet-for-barns-helse-og-oppvekst/#fritidsaktiviteter-som-arena-for-sosial-utjevning>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/levener/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/?term=#sosiale-konsekvenser-av-ulovleg-rusmiddelbruk>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Eierstatus bolig*. Hentet fra Kommunehelsestatistikkbank: https://khs.fhi.no/webview/velocity?v=2&context=http%3A%2F%2Fkhs.fhi.no%2Fobj%2Fserver%2Fkommunehelse&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fstudy%2Ffeierstatus2020&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fcube%2Ffeierstatus2020_C1&mode=do
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Framtidens utfordringer for folkehelsen*. Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Mottagere av uføretrykter*. Hentet fra Kommunehelsestatistikkbank: https://khs.fhi.no/webview/velocity?v=2&context=http%3A%2F%2Fkhs.fhi.no%2Fobj%2Fserver%2Fkommunehelse&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fstudy%2FUforetrygdede2020&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fcube%2FUforetrygdede2020_C1&m
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Muskel- og skjeletthelse i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/?term=>

- Folkehelseinstituttet. (2022). *Personer som bor alene*. Hentet fra Kommunehelsestatistikkbank:
https://khs.fhi.no/webview/velocity?v=2&context=http%3A%2F%2Fkhs.fhi.no%2Fobj%2Fserver%2Fkommunehelse&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fstudy%2Fenpersonhus2020&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fcube%2Fenpersonhus2020_C1&mode=
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Rusmiddellidelser i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten:
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser/?term=#hovedpunkter>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Røyking og snusbruk i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten:
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/levevaner/royking-og-snusbruk-i-noreg/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Selv mord i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten:
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Skader og ulykker i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten:
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/skader/skader-og-ulykker-i-norge/?term=#om-ulykker-og-skader>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Smittsomme sykdommer og smittevern*. Hentet fra Folkehelse rapporten:
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/smitte/smittsomme/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Sosiale helseforskjeller i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/sosiale-helseforskjeller/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Tiltak for å forebygge ensomhet blant eldre*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2022/tiltak-for-a-forebygge-ensomhet-blant-eldre/>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Bor trangt*. Hentet fra Kommunehelsestatistikkbank:
https://khs.fhi.no/webview/velocity?v=2&context=http%3A%2F%2Fkhs.fhi.no%2Fobj%2Fserver%2Fkommunehelse&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fstudy%2Ftrangboddhet2020&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fcube%2Ftrangboddhet2020_C1&mod
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Dette døde nordmenn av i 2022*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2023/dodelighet-2022/>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Fysisk aktivitet i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten:
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/levevaner/fysisk-aktivitet/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Kompleks sammenheng mellom foreldres risikofaktorer og unges søvnplager*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2023/kompleks-sammenheng-mellom-foreldres-risikofaktorer-og-unges-sovnplager/>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Kosthold i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten:
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/levevaner/kosthold/?term=>

- Folkehelseinstituttet. (2023). *Kreft i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/kreft/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Mange kvinner lever med langvarig smerte*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2023/mange-kvinner-lever-med-langvarig-smerte/>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Narkotikabruk i Norge*. Hentet fra Narkotika i Norge: <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-i-norge/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Nye luftkvalitetskriterier for svevestøv og nitrogendioksid*. Hentet fra <https://www.fhi.no/meldinger/nye-luftkvalitetskriterier-for-svevestov-og-nitrogendioksid/>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Overvekt og fedme i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Sterk økning av klamydia og gonore i 2022*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2023/sterk-okning-av-klamydia-og-gonore-i-2022/>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Søvnproblemer, ungdom*. Hentet fra Kommunehelse statistikkbank: https://khs.fhi.no/webview/velocity?v=2&context=http%3A%2F%2Fkhs.fhi.no%2Fobj%2FcServer%2FKommunehelse&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfStudy%2Fsovn-und2020&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfCube%2Fsovn-und2020_C1&mode=docume
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Søvnvansker i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelse rapporten/>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Utenfor, arbeid utdanning og opplæring*. Hentet fra Kommunehelse statistikkbank: https://khs.fhi.no/webview/velocity?v=2&context=http%3A%2F%2Fkhs.fhi.no%2Fobj%2FcServer%2FKommunehelse&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfStudy%2FNEET2020&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfCube%2FNEET2020_C1&mode=documentation
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Vedvarende lavinntekt, husholdninger*. Hentet fra Kommunehelse statistikkbank: <https://khs.fhi.no/webview/velocity?v=2&context=http%3A%2F%2Fkhs.fhi.no%2Fobj%2FcServer%2FKommunehelse&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfStudy%2FVedvarende->

lavinntekt2020&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fcube%2Fvedvarende-lav

- Folkehelseinstituttet. (2023). *Vold og mishandling, anmeldte tilfeller*. Hentet fra Kommunehelsa statistikkbank: <https://khs.fhi.no/webview/velocity?v=2&context=http%3A%2F%2Fkhs.fhi.no%2Fobj%2FcServer%2FKommunehelsa&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfStudy%2FAnmeldtelovbrudd2020&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfCube%2FAnmeldtelovbrudd2020>
- Fyhn, T., Radlick, R. L., & Sveinsdottir, V. (2021). *Unge som står utenfor arbeid, opplæring og utdanning (NEET)*. Bergen: NORCE/KS. Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/25072fbf9d4d4577899c335e431117d7/Unge-utenfor-arbeid-opplering-og-utdanning.pdf>
- Faaberg, B. M. (2022). *Hvem omkommer i brann?* Hentet fra Brann & sikkerhet: <https://www.brannogsikkerhet.no/hvem-omkommer-i-brann/100819>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Forskrift om oversikt over folkehelsen*. Hentet fra Lovdata: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Søvn og søvnvansker*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sovn/sovn-og-sovnvansker>
- Helsedirektoratet. (2018). *Styrkebasert tilnærming i lokalt folkehelsearbeid*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styrkebasert-tilnaerming-i-lokalt-folkehelsearbeid/Styrkebasert tiln%C3%A6rming i lokalt folkehelsearbeid.pdf/_attachment/inline/c9ee57b9-eaaa-4a15-82d3-054bdc306198:08214182de983ee8005b51c008a926bc60a19a97/Styr](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styrkebasert-tilnaerming-i-lokalt-folkehelsearbeid/Styrkebasert%20tiln%C3%A6rming%20i%20lokalt%20folkehelsearbeid.pdf/_attachment/inline/c9ee57b9-eaaa-4a15-82d3-054bdc306198:08214182de983ee8005b51c008a926bc60a19a97/Styr)
- Helsedirektoratet. (2021). *Inntektsfordeling*. Hentet fra Sektorrapport om folkehelse: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/okonomiske-levekar/inntektsfordeling>
- Helsedirektoratet. (2021). *Skader og ulykker*. Hentet fra Sektorrapport om folkehelse: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/trygge-og-helsefremmende-miljoer/skader-og-ulykker>
- Helsedirektoratet. (2021). *Skole og utdanning*. Hentet fra Sektorrapport om folkehelse 2021: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/oppvekst/skole-og-utdanning>
- Helsedirektoratet. (2022). *Barn og unge – generelle råd*. Hentet fra Fysisk aktivitet i forebygging og behandling: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/barn-og-unge>

- Helsedirektoratet. (2023). *Folkehelse i et livsløpsperspektiv*. Hentet fra Levevaner: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsloppsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livsloppet-voksenbefolkningen/levevaner>
- Helsedirektoratet. (2023). *Voksne og eldre – generelle råd*. Hentet fra Fysisk aktivitet i forebygging og behandling: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/voksne-og-eldre>
- Hysing, Sivertsen, Nilsen, Heradstveit, Bøe, & Askeland. (2023, August). Sleep and dropout from upper secondary school: A register-linked study. *Sleep Health*, ss. 519-523.
- IMDi. (2021). *Geografisk konsentrasjon av levekårsproblem*. Hentet fra <https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/kunnskapsoversikt/geografisk-konsentrasjon-av-levekarsproblem/#:~:text=Geografisk%20konsentrasjon%20av%20leve%C3%A5rsproblem%20er,og%20trygdeordningar%20i%20omr%C3%A5da%20h%C3%B8g>.
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2023). *Statistikk*. Hentet fra Integrerings- og mangfoldsdirektoratet: <https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/statistikk/K3804/befolkning>
- Jensen, Brattbakk, Aarland, Arntzen, Sandvik, Skare, . . . Lund. (2020). *Levekår i byer*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-16/id2798280/>
- Lundetre, R. S., & Bjorvatn, B. (2018). Kartlegging av søvnvaner hos norske ungdommer. *Søvn*, ss. 16-23. Hentet fra <https://www.helsebergen.no/4ab292/siteassets/seksjon/sovno/documents/sovnvaner-hos-norske-ungdommer.pdf>
- Læringsmiljøsentret. (2023). *Konsekvenser av mobbing*. Hentet fra <https://www.uis.no/nb/laringsmiljosentret/forskning/konsekvenser-av-mobbing>
- Major, Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud, & Aarø. (2016). *Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Melsom, A. M. (2022). *Barn, unge og kriminalitet i Sør-Øst politidistrikt 2022*. Tønsberg: Sør-Øst Politidistrikt.
- Miljødirektoratet. (2021). *Forurensning og støy*. Hentet fra Miljøstatus: <https://miljostatus.miljodirektoratet.no/tema/forurensning/>
- Miljødirektoratet. (2022). *Støy*. Hentet fra Miljøstatus: <https://miljostatus.miljodirektoratet.no/tema/forurensning/stoy/>
- Nasjonalt senter for aldring og helse. (2020). *Demenskartet*. Hentet fra Aldring og helse: <https://demenskartet.no/#3804>

- National Sleep Foundation. (2015, Oktober 31). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health*, ss. 233-243. Hentet fra [https://www.sleephealthjournal.org/article/S2352-7218\(15\)00160-6/fulltext](https://www.sleephealthjournal.org/article/S2352-7218(15)00160-6/fulltext)
- NAV. (2023). *Flere uføretrygdede i 2022*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/flere-uforetrygdede-i-2022>
- NOVA. (2022). *Stadig færre unge deltar i organiserte fritidsaktiviteter*. Hentet fra <https://www.ungdata.no/stadig-faerre-unge-deltar-i-organiserte-fritidsaktiviteter/>
- Redningsselskapet. (2023). *Redningsselskapets drukningsstatistikk*. Hentet fra <https://rs.no/drukning/>
- Røde Kors. (2021). *Psykt ensom*. Oslo: Røde Kors. Hentet fra https://www.rodekors.no/globalassets/_rapporter/barn-og-unge/308630_rapport-psykt-ensom_uu.pdf
- Saxvig, I. W. (2021). *Søvn hos ungdom*. Hentet fra Nasjonalt senter for søvnmedisin (SOVno): <https://www.helse-bergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovn-hos-ungdom>
- Schiewe, J. (2021, Februar 1). Distortion Effects in Equal Area Unit Maps. *Journal of Cartography and Geographic Information*, ss. 71-82.
- Skadeforebyggende forum. (u.d.). *Brann*. Hentet fra <https://skafor.org/skader-og-ulykker/brann/>
- Skadeforebyggende forum. (u.d.). *Fallbarometer*. Hentet fra <https://fallbarometer.no/kommune/#sandefjord>
- SSB. (2021). *Blir vi stadig mer ensomme?* Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme>
- Statistisk sentralbyrå. (2009). *Indeks for levekårproblem vert ikkje lenger publisert*. Hentet fra Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/indeks-for-levakaarproblem-vert-ikkje-lenger-publisert>
- Statistisk sentralbyrå. (2014). *Stadig mindre forskjell på menns og kvinners levealder*. Hentet fra Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/stadig-mindre-forskjell-pa-menns-og-kvinner-levaalder>
- Vestfold og Telemark fylkeskommune. (2022). *Utenfor utdanning og arbeid*. Hentet fra <https://www.vtfk.no/kunnskap-om-vestfold/tema/opplaring-og-kompetanse/utenforskap/>
- Aase, Gulløy, Lorentzen, Bentsen, Kristiansen, Eik-Åheim, . . . Momrak. (2021). *Ung i Vestfold og Telemark*. Skien: Kompetansesenter rus – region sør/Vestfold og Telemark fylkeskommune.

Vedlegg

Metode levekårskartlegging

Inndeling av levekårssoner

Inndelingen i levekårssoner tar utgangspunkt i grunnkretser, da grunnkretser er det laveste geografiske nivået hvor det er mulig å få ut relevant statistikk fra SSB. For data på levekårsnivå er det brukt samme inndeling av levekårssoner som kartleggingen i 2017. Inndelingen ble da gjort av en tverrsektoriell arbeidsgruppe bestående av personer i kommunalområdene med god kjennskap til lokale forhold.

SSB som har levert data stiller noen kriterier som omhandler størrelse på sonene (anbefalt nedre grense er 1500 personer for å unngå mulig identifisering) samt at sonene skal være sammensatt av grunnkretser. Grunnkretsene er fra tidligere bestemt av SSB og er den minste geografiske enhet for statistikk som ligger til grunn for denne kartleggingen.

I tillegg har det vært et viktig kriterium for sammensetning av sonene at de skulle være innbyrdes mest mulig homogene med tanke på bomiljø og boligtyper. Erfaring fra andre kommuner viser at hvis sonene blir for variert sammensatt, vil ikke forskjeller i levekår komme frem. Gjennomsnittstall for hver sone vil da kamuflere ulikheter. Ved å rendyrke levekårsperspektivet og utarbeide mest mulig homogene soner med tanke på boligmiljø, synliggjøres forskjeller innad i Sandefjord kommune og vi kan følge mønstre i levekårsforholdene over tid.

Sammensetning av sonene er i stor grad basert på skjønn, lokal kjennskap og kjente planer for boligutbygging (med tanke på fremtidige levekårskartlegginger). Kommunen ble delt inn i 33 soner og er satt sammen av totalt 163 grunnkretser.

Standardisering av levekårssoner

Fargekart som korrekt gjenspeiler den geografiske størrelsen og formen til regioner har ulempen at små regioner lett kan overses eller ikke sees i det hele tatt (Schiewe, 2021). Dette er ikke mulig for mange kartoppgaver der små regioner er viktige (f.eks. oppdagelse av lokale ekstremverdier). En alternativ tilnærming er å bruke kart der hver geografisk administrativ enhet er gitt samme størrelse og muligens også samme form (som firkanter, rektangler eller sekskanter).

Dette kalles EAUM (Equal Area Unit Map), og blir i økende grad brukt i kartografiske fremstillinger. EAUM-er øker deteksjonshastigheten for gjenkjenning av mønstre og lokale ekstremverdier betydelig, og unngår dermed arealstørrelsesskjevheten i motsetning til kart med "korrekte" geografiske former og størrelser. Imidlertid fører den geometriske forvrengningen av EAUM til et vanskeligere søk og lokalisering av regioner.

Klassifisering

Hovedmålet med fargekart er å formidle informasjon om en variabel på tvers av forskjellige geografiske regioner ved å bruke fargenyanser. Prosessen med å kategorisere dataverdier i

egne klasser eller intervaller, som hver er representert med en unik farge på kartet kalles klassifisering. Det finnes mange ulike metoder som kan skape fargekart som alle ser ganske annerledes ut selv med samme datasett.

Til denne levekårskartleggingen brukes *Jenks natural breaks* til å dele datasettet i fem klasser. Dette er en mye brukt metode for å klassifisere data i fargekart er. Denne metoden minimerer variansen innenfor hver klasse samtidig som den maksimerer variansen mellom klassene, noe som resulterer i et kart som fremhever meningsfulle forskjeller i fordelingen i datasettet.

Jenks natural breaks identifiserer bruddpunktene (derav navnet) som naturlig forekommer i datasettet, noe som resulterer i klasser hvor verdier innenfor hver klasse ligner mer på hverandre enn verdier i andre klasser, noe som fører til en visuelt intuitiv representasjon av romlige mønstre.