

# Folkehelseoversikt Vestfold 2024

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer



**Vestfold**  
FYLKESKOMMUNE



© Vestfold fylkeskommune 2024

### Hovedforfattere:

Elin Anne Gunleiksrud

Mari N. Espetvedt

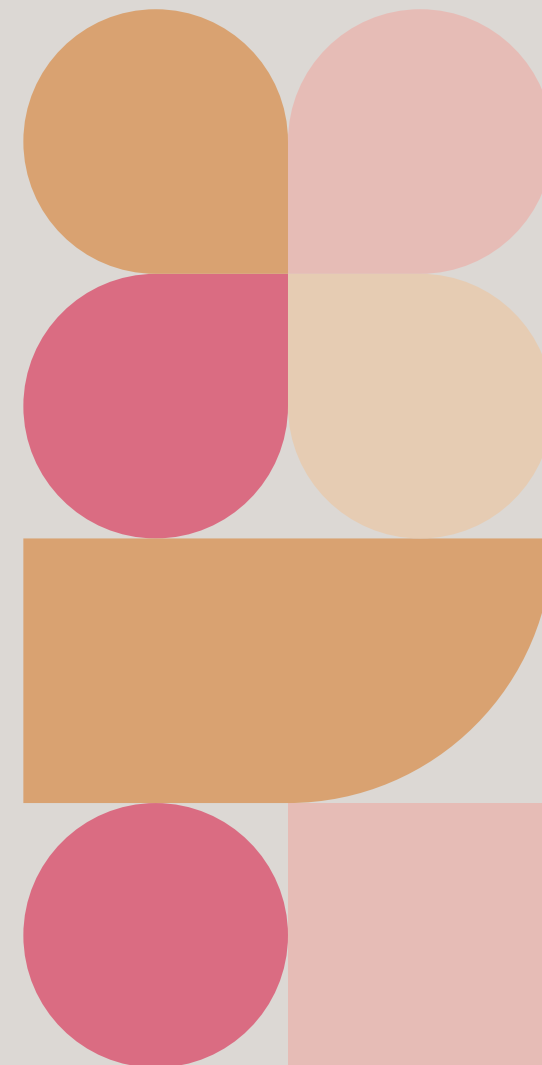
Rune Kippersund

Nye resultater fra Ungdata-undersøkelsen 2021 og Folkehelseundersøkelsen 2021, ikke publisert i andre rapporter, er fra analyser gjennomført av Mari N. Espetvedt og Even Sannes Riiser.

Grafisk: Caroline Wilhelmsen

Sitering: Folkehelseoversikt Vestfold 2024. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Vestfold fylkeskommune 2024.

Forside foto: Dag Nordsveen



# Innhold

## Del 1 Et kunnskapsbasert folkehelsearbeid..... 7

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Hva er folkehelse og hva er folkehelsearbeid? .....                    | 8  |
| Folkehelsearbeidet styrker den sosiale bærekraften .....               | 9  |
| Lovkrav til oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer ..... | 10 |
| De største folkehelseutfordringene i Vestfold .....                    | 11 |
| Anbefalte prioriteringer i regionalt plan- og utviklingsarbeid .....   | 12 |

## Del 2 Kunnskap og vurderinger ..... 13

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Innhold og leserveiledning.....       | 14 |
| Kilder, datagrunnlag og analyser..... | 14 |
| Ungdata-undersøkelsene .....          | 15 |
| Ungdata pluss .....                   | 15 |
| Folkehelseundersøkelsen .....         | 16 |
| Geografi.....                         | 16 |

### Sammendrag av funn og vurderinger ..... 17

|                                                                                                                                                          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Befolkning: Vi blir flere eldre, og det er ulikhet i forventet levealder .....                                                                           | 17        |
| Helsetilstand: Sosial ulikhet for plager og sykdom i alle aldre .....                                                                                    | 17        |
| Livskvalitet og sosialt miljø: Psykiske plager, ensomhet og søvnproblemer er utfordringer, men mange har god tilgang på helsefremmende møteplasser ..... | 18        |
| Skader og ulykker: Mange skader seg hvert år, med fall som en dominerende årsak.....                                                                     | 19        |
| Oppvekst og levevilkår: Ulike oppvekstvilkår og sosial ulikhet som går i arv.....                                                                        | 19        |
| <u>Fysisk, biologisk og kjemisk miljø: Støy fra veitrafikk en utfordring, men god tilgang på natur og rekreasjonsområder.....</u>                        | <u>20</u> |

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Levevaner: Alkohol, ugunstig kosthold og inaktivitet bidrar til sykdomsbyrden ..... | 21 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|

## Befolkning..... 22

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| Befolkningsveksten kan avta .....                | 23 |
| Færre unge.....                                  | 24 |
| Flere eldre .....                                | 25 |
| Alderssammensetning .....                        | 25 |
| Aleneboende .....                                | 26 |
| Flytting og innvandring.....                     | 26 |
| Innvandrere - innvandrergrunn.....               | 27 |
| Forventet levealder og dødelighet.....           | 28 |
| Økende sosial ulikhet i forventet levealder..... | 29 |
| Oppsummering.....                                | 30 |

## Helsetilstand..... 31

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| Samfunnets største sykdomsbyrder .....  | 33 |
| Egenvurdering av helse i Vestfold ..... | 34 |
| Langvarige helseproblemer.....          | 36 |



|                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Dødsårsaker.....                                                                                  | 37 |
| Selvmord og selvskading .....                                                                     | 39 |
| Selvmord som folkehelseutfordring i Vestfold.....                                                 | 40 |
| Sykdommer .....                                                                                   | 41 |
| Kreft .....                                                                                       | 41 |
| Hjerte- og karsykdommer.....                                                                      | 42 |
| Muskel- og skjelettsykdommer og plager .....                                                      | 44 |
| Demens .....                                                                                      | 45 |
| Diabetes .....                                                                                    | 47 |
| Luftveissykdommer påvirker livskvaliteten .....                                                   | 48 |
| Kols .....                                                                                        | 48 |
| Astma og allergi .....                                                                            | 48 |
| Luftveisinfeksjoner og dødelighet, et nytt mønster etter introduksjon<br>av Covid-19 viruset..... | 49 |
| Tannhelse.....                                                                                    | 50 |
| God tannhelse for de fleste i fylket.....                                                         | 50 |
| Oppsummering av helsetilstand.....                                                                | 54 |

## **Livskvalitet og sosialt miljø ..... 55**

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Psykisk helse .....                                                    | 57 |
| Psykiske plager og psykiske lidelser .....                             | 57 |
| Psykiske plager blant barn og unge .....                               | 57 |
| Press og stress.....                                                   | 59 |
| Psykiske plager blant voksne.....                                      | 60 |
| Kontakt med primærhelsetjenesten for psykiske plager og lidelser ..... | 62 |
| Søvn.....                                                              | 64 |
| Subjektiv livskvalitet.....                                            | 66 |
| Livstilfredshet.....                                                   | 66 |
| Mestring .....                                                         | 67 |
| Trivsel og tilhørighet i nærmiljøet .....                              | 70 |
| Sosial støtte .....                                                    | 73 |

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| Ensomhet.....                                     | 76 |
| Deltakelse .....                                  | 79 |
| Biblioteket som sosial møteplass .....            | 82 |
| Tilgjengelighet og bruk av nærmiljøet .....       | 83 |
| Trygghet og tillit.....                           | 86 |
| Lovbrudd.....                                     | 89 |
| Vold og overgrep - omfang av utviklingstrekk..... | 91 |
| Ungdom om vold og reaksjoner i hjemmet.....       | 93 |
| Vold og overgrep mellom ungdom .....              | 94 |
| Demokratisk deltagelse.....                       | 95 |
| Valgdeltakelse .....                              | 96 |
| Oppsummering.....                                 | 98 |

## **Skader og ulykker ..... 99**

|                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------|-----|
| Oversiktsbilde for skader i Vestfold .....                           | 101 |
| Kjennetegn ved skadetilfeller.....                                   | 104 |
| Fallulykker og hoftebrudd .....                                      | 106 |
| Trafikkulykker.....                                                  | 107 |
| Drepte og hardt skadde i trafikken .....                             | 107 |
| Store mørketall for myke trafikanter: Skadeprosjekt i Vestfold ..... | 108 |
| Omkomne i bygningbranner .....                                       | 111 |
| Brann- og etseskader.....                                            | 111 |
| Forgiftningsskader og -ulykker .....                                 | 113 |
| Drukningssulykker og svømmedyktighet .....                           | 114 |
| Oppsummering.....                                                    | 116 |



**Oppvekst og levekår.....117**

|                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------|-----|
| Pedagogdekningen i barnehagene er god .....                    | 119 |
| Økende andel minoritetsspråkelige barn i barnehagene.....      | 119 |
| Sosial ulikhet i lese- og regneferdigheter i grunnskolen ..... | 120 |
| Flere gjennomfører videregående opplæring .....                | 123 |
| Forskjeller mellom studieretning og kjønn .....                | 124 |
| Gjennomføring etter normert tid .....                          | 124 |
| Gjennomføring og utenforskap .....                             | 124 |
| Varierende opplevelser av læringsmiljø .....                   | 126 |
| Fortsatt mange som opplever mobbing .....                      | 128 |
| Stress og press knyttet til skolearbeid.....                   | 130 |
| Utdanningsnivået i Vestfold.....                               | 131 |
| Inntekt og ulikhet.....                                        | 132 |
| Økonomisk ulikhet .....                                        | 132 |
| Mange barn lever i lavinntektsusholdninger.....                | 134 |
| Deltakelse i arbeidslivet.....                                 | 136 |
| Mange unge i Vestfold utenfor arbeid og opplæring .....        | 136 |
| Lav ledighet, men fallende arbeidskraft - knapphet.....        | 138 |
| Uføre .....                                                    | 138 |
| Boforholdene varierer mellom grupper .....                     | 139 |
| Økning i boligpriser .....                                     | 139 |
| Leieandel og husholdningstype.....                             | 140 |
| Trangboddhet.....                                              | 142 |
| Oppsummering.....                                              | 144 |

**Fysisk, biologisk og kjemisk miljø.....145**

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| Tilgang til grønne områder ..... | 146 |
| Støyplager .....                 | 150 |
| Luftkvalitet.....                | 153 |
| Drikkevann.....                  | 154 |
| Oppsummering.....                | 155 |

**Levevaner .....**156

|                                                       |     |
|-------------------------------------------------------|-----|
| Tobakk: Røyking og bruk av snus.....                  | 157 |
| Alkoholforbruket blant ungdom og voksne .....         | 160 |
| ungdom og bruk av u lovlig rusmidler .....            | 164 |
| Kosthold .....                                        | 164 |
| Sosioøkonomisk status og påvirkning på kosthold ..... | 164 |
| Grønnsaker, frukt og bær .....                        | 166 |
| Fisk .....                                            | 166 |
| Sukker .....                                          | 167 |
| Overvekt og fedme.....                                | 167 |
| Ungdom mer aktive enn voksne.....                     | 168 |
| Stillesitting og arbeid.....                          | 169 |
| Oppsummering.....                                     | 171 |

**Kilder .....**172

## Forord

**Folkehelseoversikt Vestfold 2024 gir en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket. Dette er en oversikt fylkeskommunen er pålagt å legge fram for de folkevalgte hvert fjerde år. Oversikten gir grunnlag for å utvikle strategier og politikk i Vestfold fylkeskommune.**

Folkehelseoversikt Vestfold 2024 er et omfattende kunnskapsdokument som presenterer trender og utviklingstrekk for helsetilstanden i befolkningen og for det som fremmer god helse, trivsel og livskvalitet. Dokumentet kan leses i sin helhet, eller tematisk etter hvilke temaområder som er mest interessante.

Mye av statistikken som er presentert i dette dokumentet er hentet fra regionale befolkningsundersøkelser som fylkeskommunen har tilrettelagt for, i samarbeid med kommunene og kunnskapsinstitusjoner som OsloMet, Universitetet i Sørøst-Norge, KORUS-Sør (Kompetansesenter for rus region sør) og Folkehelseinstituttet. Undersøkelser som Ungdata, Ungdata Pluss og Folkehelseundersøkelsen gjør at det kan presenteres unik kunnskap om egenvurdert helse, trivsel og livskvalitet i vestfoldbefolkningen, helt fra 10 års alder.

Folkehelsearbeidet er et tverrsektorielt ansvar med betydning for folks livskvalitet og samfunnsdeltakelse. Dette er en innsats som kan bidra til å begrense offentlige helsekostnader og kostnader knyttet til sykefravær og uføretrygd. Folkehelseoversikt Vestfold 2024 gir en grundig regional kunnskap om helse, trivsel og livskvalitet som vil komme til nytte i arbeidet med å fremme god helse og forebygge sykdom og uhelse. Folkehelseoversikten viser at sosiale helseforskjeller er en gjennomgående utfordring. Viktige innsatsområder er å forebygge utenforskap og fremme inkludering og samfunnsdeltakelse på opplæringsarenaen, i arbeidsliv og frivillighet. Samtidig er det viktig å øke tryggheten i samfunnet ved å bekjempe mobbing, vold, rus og kriminalitet. Det må planlegges slik at folk får gode vilkår for aktive liv og helsefremmende levevaner.

Siden forrige folkehelseoversikt ble lagt fram i 2020, har det skjedd endringer i viktige rammebetingelser for helse, trivsel og livskvalitet. I deler av statistikken er det spor etter covid-19-pandemien, men det er fortsatt usikkerhet om konsekvensene i befolkningen på kort og lengre sikt. Den økonomiske situasjonen med økte levekostnader er tøffest for de som i utgangspunktet har lite økonomisk handlingsrom. De helsemessige virkningene av dette har trolig enda ikke nådd statistikken. Disse forholdene viser at investeringer

i helse og livskvalitet for alle er en viktig del av grunnmuren for å bygge robuste samfunn. Lokalt og regionalt er samarbeidet mellom kommunene og fylkeskommunen er en drivkraft for et effektivt og systematisk folkehelsearbeid.



Foto: Kristine Mellefoss

A handwritten signature in black ink that reads "Toril Eeg".

**Toril Eeg**  
Fylkesdirektør

Tønsberg, april 2024



Foto: Dag Nordsveen

# Del 1

## Et kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Folkehelseoversikt Vestfold 2024 gir en oppdatert oversikt over helsetilstanden til innbyggerne i Vestfold og ulike forhold som påvirker denne. Dette er kunnskap som er ment å brukes i arbeidet med å sette mål, legge strategier og utforme tiltak som kan møte de utfordringene vi finner. Folkehelseloven stiller disse kravene til fylkeskommuner og kommuner, for at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert og for at vi skal kunne overvåke trender og utviklingstrekk.

## Hva er folkehelse og hva er folkehelsearbeid?

Folkehelseloven definerer folkehelse som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning».

Formålet med folkehelseloven og målet i den nasjonale folkehelsepolitikken er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Sosiale helseforskjeller, eller sosial ulikhet i helse, handler om at helsetilstanden varierer mellom grupper i befolkningen etter utdanning og inntekt, såkalt sosioøkonomisk status. Sosial ulikhet er et sentralt perspektiv i folkehelseloven og i den nasjonale folkehelsepolitikken. Folkehelsemålene om flere og bedre leveår og målet om å redusere sosial ulikhet i helse, har vært de samme siden første

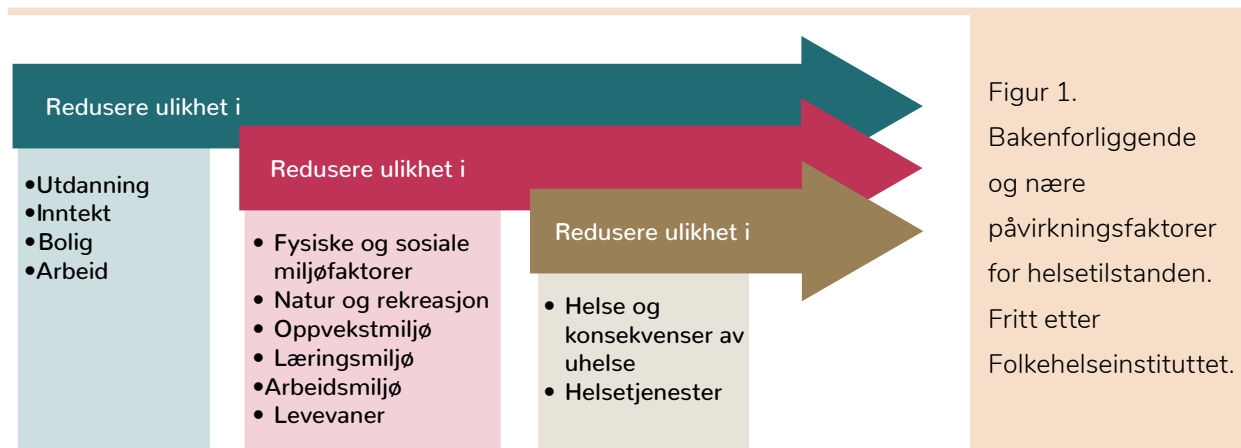
folkehelsemelding i 2012, til siste folkehelsemelding som kom i 2023 (Meld. St. 15 (2022–2023)).

Folkehelsearbeid defineres av folkehelseloven som «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeide for en jevnere fordeling av faktorene som direkte eller indirekte påvirker helsen» (Lovdata, 2011).

Det er et mangfold av faktorer som påvirker befolkningens helse og livskvalitet. God helse skapes der vi bor, lever og arbeider – på hverdagslivets ulike arenaer (se figur 1).

De bakenforliggende påvirkningsfaktorer handler om sosioøkonomisk status som utdanning, inntekt, tilgang på bolig og arbeid. Dette er forhold som tydelig har sammenheng med helse, trivsel og livskvalitet, derfor må folkehelsearbeidet alltid handle om å utjevne sosiale helseforskjeller. De nære påvirkningsfaktorene for helse, trivsel og livskvalitet finnes i nærmiljø og lokalmiljø; i det sosiale miljø, arbeidsmiljø, læringsmiljø på skolen, i tilgang til natur og rekreasjon, kultur- og fritidstilbud og mulighetene for å ha et sunt og næringsrikt kosthold og være fysisk aktiv. Her ligger mange muligheter for å påvirke befolkningens helse og livskvalitet.

### Likeverdig helse og livskvalitet



I folkehelsearbeidet sidestilles fysiske, psykiske og sosiale sider ved helse. Det betyr at god helse ikke bare handler om fravær av sykdom og plager, men også om opplevelsen av å ha et godt, trygt og meningsfylt liv.

Folkehelsearbeidet krever innsats fra alle sektorer i samfunnet, for å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og forebygger sykdom og skade. Innsatsen foregår slik gjennom helsefremmende strategier som styrker helse og livskvalitet, og forebyggende folkehelsearbeid som skal forhindre sykdom og skade. Faktorene som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel er ulikt fordelt i samfunnet. I arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller er det nødvendig å redusere ulikheten i viktige påvirkningsfaktorer for helse. Påvirkningsfaktorene blir delt inn i bakenforliggende og nære påvirkningsfaktorer. Slik blir det mulig å kunne jobbe med hele årsakskjeden.

Folkehelsearbeidet retter seg mot hele befolkningen. De universelle strategiene og tiltakene som når alle, viser seg å ha størst virkning på den totale befolkningens helsetilstand. Idealet i folkehelsearbeidet er tiltak som både når bredt, men samtidig er innrettet for å bidra til endring hos gruppene som trenger det mest. Dette kalles *proporsjonal universalisme* og er i tråd med den nasjonale strategien for å utjevne

sosiale helseforskjeller i Folkehelsemeldingen 2023 (Meld. St. 15 (2022–2023)). I tillegg til dette må strategier i folkehelsearbeidet rette seg mot alle ledd i årsakskjeden som fører til sosial ulikhet i helse, inkludert de bakenforliggende påvirkningsfaktorene.

## Folkehelsearbeidet styrker den sosiale bærekraften

Bærekraftsmålene utgjør rammen for samfunnsutviklingen, og danner et bakteppe for prioriteringer. Bærekraftsmål 3 om god helse, en sunn og frisk befolkning er et grunnleggende mål. God helse er et mål i seg selv, for samfunnet og det enkelte menneske. God helse i befolkningen er en ressurs for et sosialt bærekraftig samfunn, derfor vil prioriteringer som møter folkehelseutfordringene, bidra til å styrke sosial bærekraft. Både sosial bærekraft og folkehelse handler om å fremme en samfunnsutvikling som setter menneskelige behov i sentrum, ved å fremme sosial rettferdighet, like livssjanser for alle innbyggerne og mulighet for å påvirke, delta og samarbeide. Sosialt bærekraftige samfunn er preget av tillit, trygghet og tilgang til goder som arbeid, utdanning og gode nærmiljø.

Bærekraftsmål 10 om mindre ulikhet er særlig relevant i sammenheng med oversikt over helsetilstand, fordi ulikheten forplanter seg i sosiale



helseforskjeller. Kunnskap om hvordan ulike helseutfall fordeler seg i befolkningen er avgjørende for å utvikle gode befolkningsrettede folkehelse tiltak som kan bryte negative mønstre. Innsats innen flere av de andre bærekraftsmålene, eksempelvis god utdanning (4), anstendig arbeid (8) og bærekraftige byer og samfunn (11) kan bidra til å dempe samfunnets største sykdomsbyrder, samt fremme god helse og livskvalitet. En befolkning med god helsetilstand vil også styrke verdiskaping i næringsliv og offentlig sektor, og samtidig opprettholde et bærekraftig velferdssystem.

## Lovkrav til oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer

Folkehelseoversikt Vestfold 2024 er det såkalte oversiktsdokumentet over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer som folkehelseloven stiller krav om. Arbeidet med oversikten foregår løpende og publiseres samlet i et dokument hvert fjerde år. Dette utgjør kjernen i det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet, der oversikten skal bidra inn i planer, strategier og tiltak.

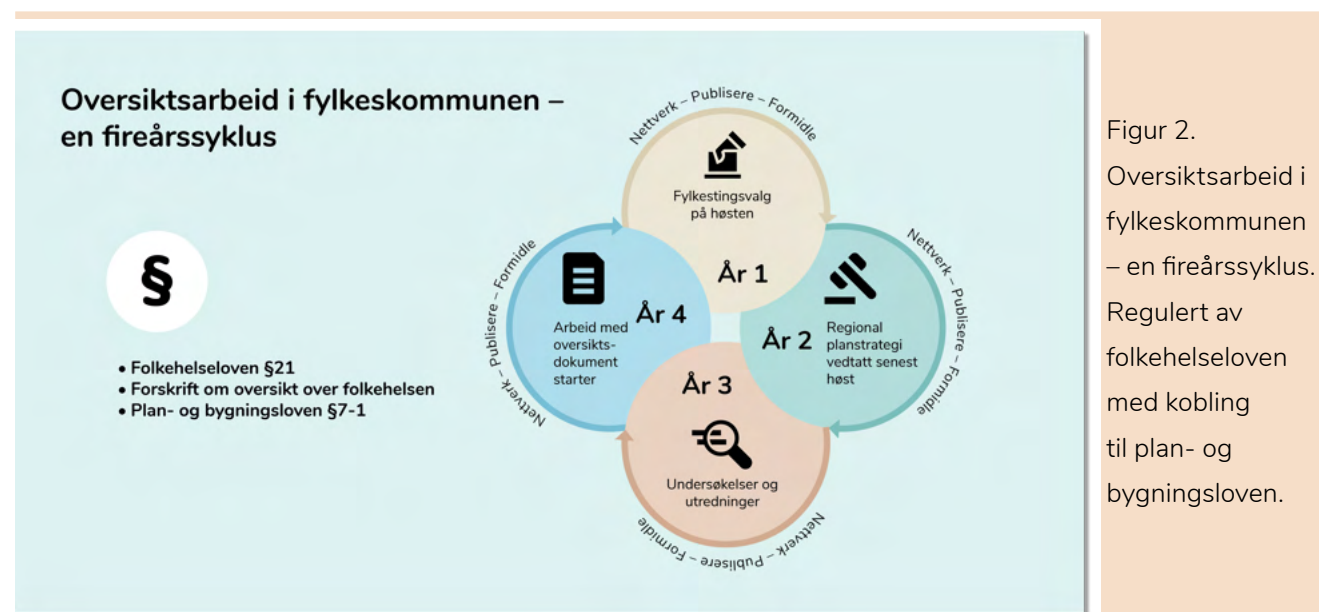
Oversiktsdokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med regional planstrategi, etter lov om planlegging og byggesaksbehandling

(plan- og bygningsloven) § 7-1. Dette er regulert i lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og forskrift om oversikt etter folkehelsen (oversiktsforskriften). Folkehelseoversikt Vestfold 2024 inngår som grunnlag for arbeidet med regional planstrategi, Vestfoldplanen. Det er også utarbeidet en kortversjon av oversiktsdokumentet, *Folkehelseoversikt Vestfold 2024 – Hovedfunn*.

Fylkeskommunen holder løpende oversikt over fylkets helsetilstand og påvirkningsfaktorer gjennom nasjonale statistikkbanker og regionale og lokale undersøkelser (Folkehelseundersøkelsen, Ungdata-undersøkelsen, Ungdata junior og

Ungdata Pluss). Oversiktsarbeidet har i fylkeskommunen en fireårs-syklus som følger valgperioden, slik figur 2 skal illustrere.

Hensikten med fylkeskommunens oversiktsdokument er tredelt: Overvåke helsetilstanden og påvirkningsfaktorer, være en kilde til kunnskap for kommunene og inngå som grunnlag for arbeidet med regional planstrategi. Ifølge oversiktsforskriften skal dokumentet identifisere folkehelseutfordringene i fylket, og vurdere konsekvenser og årsaksforhold, med særlig fokus på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.



Figur 2. Oversiktsarbeid i fylkeskommunen – en fireårssyklus. Regulert av folkehelseloven med kobling til plan- og bygningsloven.

## De største folkehelseutfordringene i Vestfold

Hovedfunn i folkehelseoversikten er publisert i en egen rapport *Folkehelseoversikt 2024 Hovedfunn*.

Folkehelsearbeidet sidestiller fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner ved helse. Ved å sortere folkehelseutfordringene i en overordnet utfordring, for deretter å utdype hva dette betyr for fysisk, psykisk og sosial helse, blir det tydeligere hvordan følge opp med strategier og tiltak.

### De tre dimensjonene kan beskrives slik:

- Fysisk helse** handler om kroppens helsetilstand, sykdommer, skader og funksjonshindring.
- Psykisk helse** handler om egen opplevelse av trivsel, muligheter til å virkeliggjøre talent og mestre vanlige belastninger i livet og å finne glede i arbeid og aktivitet.
- Sosial helse** handler om samhold og tilhørighet. Relasjoner til venner og familie, det å oppleve støtte har stor betydning for hvordan vi har det.

Overordnet folkehelseutfordring i Vestfold er **sosial ulikhet i helse og livskvalitet**. Det betyr at helse og livskvalitet er ulikt fordelt etter sosioøkonomisk bakgrunn, som vi kan måle med utdanningsnivå, yrkesgrupper eller inntekt.

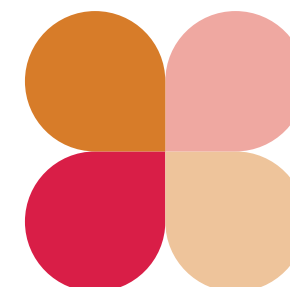
Når vi utdypet med hva dette betyr for de tre dimensjonene ved helse, finner vi følgende:

- Fysisk helse:** Muskel- og skjelettplager «plager flest og koster mest». Kreft er hyppigste årsak til tidlig død. Dette er de største sykdomsbyrdene i Vestfold i dag. Det er sosial ulikhet i begge tilstandene.
- Psykisk helse:** Psykiske helseplager, særlig blant unge, er den største utfordringen for psykisk helse i Vestfold. Psykiske helseplager er størst blant ungdom og unge voksne, men synkende med høyere alder. Vi finner en tydelig sosial ulikhet i psykisk helse, for både unge og voksne.
- Sosial helse:** Utenforskap og ensomhet er utfordringer innenfor sosial helse. Opplevelse av ensomhet øker utover ungdomstiden, men er synkende med økende alder. Det er sosial ulikhet i ensomhet, opplevelse av sosial støtte og deltakelse i organiserte aktiviteter.

### Sosial ulikhet i helse og livskvalitet



Figur 3. Modellen oppsummerer folkehelseutfordringene som peker seg ut i Vestfold 2024.



## Anbefalte prioriteringer i regionalt plan- og utviklingsarbeid

På grunnlag av de største folkehelseutfordringene og utviklingstrekk i påvirkningsfaktorene for helse og livskvalitet i Vestfold, anbefales noen temaer og perspektiver som bør prioriteres i regional planlegging og utvikling.

**Sosial ulikhet.** Den vedvarende sosiale ulikheten i helse og livskvalitet krever oppmerksomhet mot betydningen sosial ulikhet blant innbyggerne har for en rekke forhold i samfunnet. Dette er så gjennomgående at sosial ulikhet må vurderes i alle sektorer. Innenfor fysisk planlegging kan dette dreie seg om økt oppmerksomhet for å motvirke geografiske levekårsforskjeller. For opplæringssektoren handler det om strategier som bidrar til sosial utjevning, eksempelvis å bryte sammenhenger mellom sosial bakgrunn og mestringsnivå i skolen.

**Samfunnsdeltakelse.** Samfunnsdeltakelse omfatter deltakelse i utdanning, i arbeidsliv, på fritidsarenaer og i sivilsamfunn. Det handler om å tilhøre fellesskap med andre, delta i meningsfylte aktiviteter og kunne bidra i samfunnet. Samfunnsdeltakelse og livskvalitet henger sammen. Deltakelse bidrar til økt

livskvalitet som igjen forebygger sykdom, fremmer mestring og forebygger ensomhet og utenforskap. Det handler om mulighet for den enkelte til å finne samhold, oppleve tilhørighet og bygge relasjoner til andre mennesker.

**Trygghet.** Trygghet er en felles forebyggende faktor for en rekke forhold som viser negative utviklingstrekk i Vestfold, som mobbing på skolen, vold, ungdomskriminalitet og rus. Folkehelseperspektivet på dette vil være å gå bakover i årsakskjeden, som vil si å styrke faktorene som virker beskyttende mot negative sosiale prosesser. Trygge voksne, trygghet i familien og trygge sosiale miljø er slike beskyttende faktorer. Dette bygger vi blant annet gjennom å prioritere inkluderende fellesskap på opplæringsarenaen, fritidssektoren, i lokalsamfunn, nærmiljø og nabolag.

**Aktive lokalsamfunn.** De fysiske omgivelsene, natur- og kulturmiljø, kulturliv og frivillighet i nærmiljø og lokalsamfunn er ressurser for å skape aktive lokalsamfunn på tvers av generasjoner. Disse påvirkningsfaktorene gir muligheter for at innbyggerne kan være aktive, samtidig som innbyggerne er ressurser i å skape aktive lokalsamfunn. Planprosesser som legger til rette for høy grad av innbyggermedvirkning bidrar til å hente ut verdifull kunnskap, i tillegg til å bygge

stedstilhørighet og demokratisk kapasitet.

**Helsefremmende levevaner.** Det er sosial ulikhet i en rekke helsefremmende levevaner. Levevaner er resultat av mange faktorer, som vilkår i miljøet, levekår, muligheter og valg. Gode vilkår for helsefremmende levevaner handler om muligheter for fysisk aktivitet og aktive hverdagsliv, helsefremmende kosthold, miljøer som bidrar til reduksjon av skadelig alkoholbruk, røyking og hindre bruk av ulovlige rusmidler. Endringer i levevaner vil kreve både innsats rettet mot vilkårene i samfunnet og innsats for å øke helsekompetanse.



Foto: Hannah Busing



## Del 2

# Kunnskap og vurderinger

## Innhold og leseveiledning

Folkehelseoversikt Vestfold 2024 gir kunnskap som kan leses som en helhet, eller som oppslag over status på ulike helseutfall og påvirkningsfaktorer i befolkningen.

Oversiktsforskriften krever at dokumentet skal inneholde:

- a) Befolkningssammensetning
- b) Oppvekst- og levekårsforhold
- c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) Skader og ulykker
- e) Helserelatert atferd (Levevaner)
- f) Helsetilstand

Folkehelseoversikt Vestfold 2024 inneholder alle temaene forskriften krever, men i en rekkefølge der helseutfall presenteres i begynnelsen og deretter status for en rekke påvirkningsfaktorer.

Det aller første kapittelet handler imidlertid om egenskaper ved befolkningssammensetningen som er relevant når vi vurderer helsetilstanden. Deretter følger kapittelet som presenterer den fysiske helsetilstanden på en rekke helseutfall. Det påfølgende kapittelet handler om livskvalitet og sosialt miljø, og her presenteres også utviklingen når det gjelder psykisk helse. Så følger et kapittel om utfall for skader og ulykker. Etter dette kommer et kapittel om fysiske, biologiske og kjemiske sider

ved miljøet vi lever i. Kapittelet deretter handler om en rekke bakenforliggende påvirkningsfaktorer som vi finner i oppvekst- og levekårsforhold. Til sist følger kapittelet som omhandler levevaner og som viser utviklingen når det gjelder rusmidler, kosthold og fysisk aktivitet.

## Kilder, datagrunnlag og analyser

Det er brukt mange ulike kilder for å finne tall og statistikk som gir innsikt i status og utviklingstrekk for alle temaene som det er lovpålagt å inkludere i folkehelseoversikten. Det vil naturligvis være nødvendig å gjøre et utvalg der det er mye å velge mellom, mens på andre områder vil det være mangler og ønske om mer.

Det er hentet mye statistikk fra Folkehelseinstituttets statistikkbanker; Norgeshelsa, Kommune helsa og Dødsårsaksregisteret (<https://www.fhi.no/ta/statistikkalenderen/statistikkbanker/>). Statistisk sentralbyrå sin statistikkbank har også vært en mye brukt kilde (<https://www.ssb.no/statbank/>), og i tillegg er det hentet tall fra NAV (Statistikk, analyse og FoU - nav.no), Utdanningsdirektoratet (Elevundersøkelsen | udir.no), Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (Statistikk | Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (dsb.no)), Politiet (Aktuelt, tall og fakta – Politiet. no) og Redningsselskapet (Redningsselskapets

drukningssstatistikk - Redningsselskapet (rs.no).

Det er hentet noe data fra fylkeskommunens egne virksomheter, blant annet fra tannhelse, kultur og samferdsel. Fylkeskommunen publiserer også statistikk på egne nettsider (Kunnskap om Vestfold - Vestfold fylkeskommune). En betydelig andel av tall som er presentert i dette dokumentet er imidlertid hentet fra egne befolkningsundersøkelser. I 2013-2014 startet Vestfold fylkeskommunen for fullt oversiktsarbeid etter folkehelseloven, og siden den gang har det vært gjennomført flere regionale undersøkelser. Med et høyt antall deltakere og egne spørsmål gir disse befolkningsundersøkelsene mer pålitelig og bedre innsikt i tilstand for vår egen befolkning på mange av områdene som skal dekkes i folkehelseoversikten. Slike undersøkelser gjør det også mulig å få en bedre innsikt i sosial ulikhet i fylket og hvordan denne utvikler seg over tid. Dette er en innsikt som er viktig med tanke på at utjevning av sosiale helseforskjeller er et av de overordnede formålene med folkehelseloven. Vestfold har nå resultater fra undersøkelser som sier noe om befolkningen fra 10-års-alder og oppover, uten noen øvre grense for alder. Våre egne befolkningsundersøkelser blir beskrevet i noe mer detalj nedenfor. Innsikt i disse er nyttig for forståelsen når statistikk fra disse blir presentert i dokumentet. Undersøkelsene har også egne rapporter med flere detaljer om selve gjennomføringen av hver enkelt undersøkelse.

## Ungdata-undersøkelsene

Ungdata er en spørreundersøkelse for ungdom som har blitt gjennomført i Vestfold i 2013, 2017 og 2021. Våren 2024 blir den gjennomført på nytt i fylket. Undersøkelsen ble gjennomført på alle ungdomsskoler og Vg1 i 2013 og 2017, mens i 2021 ble for første gang også Vg2 og Vg3 også inkludert. Undersøkelsene omfatter kun elever som går på skole og som var til stede dagen da de ulike undersøkelsen ble gjennomført. Alle de tre gangene undersøkelsen har blitt gjennomført i Vestfold har svarprosenten vært svært høy, fra godt over 80 % i gjennomsnitt for ungdomskolene og rundt 80 % i gjennomsnitt for videregående i de to første undersøkelsen, noe lavere i 2021 (rundt 70 %) grunnet utfordringer knyttet til covid-19 pandemien og tilstedeværelse på skolen.

Ungdata er en forholdsvis lang undersøkelse som inkluderer en stor bredde av spørsmål. Det er spørsmål om foreldre, venner, skole, lokalmiljø, fritidsaktiviteter, helse og trivsel. Temaene rusmiddelbruk, seksualitet, risikoatferd og vold er også inkludert. Ungdata-undersøkelsene gjennomføres som en anonym spørreundersøkelse, hvor elevene svarer på spørsmål digitalt. Undersøkelsene gir et øyeblikksbilde av status på gjennomføringstidspunktet.

Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet er hovedansvarlig for Ungdata-undersøkelsene.

De samarbeider igjen med landets kompetansesentre innenfor rusfeltet (KORUS), og koordinert gjennomføring i fylket har vært et samarbeid mellom fylkeskommunen og KORUS Sør.

«Der det er laget ny statistikk for Vestfold fra Ungdata-undersøkelsen 2021 inndelt i sosioøkonomiske grupper er metoden for å definere disse gruppene litt ulik den som er brukt i publiserte Ungdata-rapporter. Utgangspunktet er det samme målet på sosioøkonomisk status (SØS) basert på flere spørsmål om barnas tilgang til ulike materielle goder. I Ungdata-rapportene er det laget tre like store grupper når det blir delt inn i lav, middels eller høy SØS. I dette dokumentet er det derimot inndelt i grupper av ulik størrelse basert på aktuelle cut-off verdier etter dialog med OsloMet, og justert i forhold til kunnskap om andel barn i lavinntektsfamilier i fylket (valgte cut-off verdier: lav =  $\leq 1.57$ , middels =  $1.58-2.30$  og høy =  $\geq 2.31$ ). Metoden brukt i Ungdata-rapportene gir et fint bilde av relativ ulikhet, mens cut-off metoden brukt her kan tydeligere speile virkeligheten for de ulike sosioøkonomiske gruppene. Andel ungdom som da faller i de ulike SØS gruppene brukt i dette dokumentet er: Lav 13,7 %, Middels 48,8 % og Høy 37,5 %.»

Les mer og finn lenker til andre publikasjoner fra Ungdataundersøkelsene i Vestfold her: [Ungdata - Vestfold fylkeskommune](#)

## Ungdata pluss

Ungdata pluss er en helt ny undersøkelse som kun gjennomføres i Vestfold og Telemark. Det er en såkalt longitudinell undersøkelse hvor de samme barna skal følges med gjentatte undersøkelser over tid. Ungdata pluss er et samarbeid mellom fem parter; fylkeskommunene Vestfold og Telemark, Universitetet i Sørøst-Norge (USN), Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet og KORUS Sør. Totalt svarte 3496 barn på mellomtrinnet i fylket (5., 6. og 7. trinn) våren 2023 på det aller første spørreskjemaet i Ungdata pluss (svarprosent 55 %).

I Vestfold deltar fem kommuner: Holmestrand, Horten, Tønsberg, Færder og Larvik. Barn som deltar i undersøkelsen, vil få et nytt spørreskjema i 2026 når de går på ungdomsskolen. Det er inkludert enkelte resultater fra Ungdata pluss i dette dokumentet. Resultatene blir satt i sammenheng med hva ungdommen og voksne svarer på liknende spørsmål. Resultatene er hentet fra en egen rapport publisert høsten 2023, hvor noe er skilt ut for Vestfold, mens andre er tall for Vestfold og Telemark samlet. Det vil bli arbeidet videre med tallmaterialet fra Ungdata pluss, og med mål om å få påkoblet mer informasjon fra registre som SSB forvalter.

Les mer og finn lenke til første rapport fra Ungdata pluss her: [Ungdata pluss - Vestfold fylkeskommune](#)

## Folkehelseundersøkelsen

Folkehelseloven viser til befolkningsundersøkelser som en mulig kilde til oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket, da omtalt som fylkeshelseundersøkelser. Etter forskrift om oversikt over folkehelsen har Folkehelseinstituttet (FHI) fått et særlig ansvar for å tilgjengeliggjøre maler for innhold og gjennomføring av fylkeshelseundersøkelser. I Vestfold er det nå gjennomført to slike undersøkelser. De har i fylket fått navnet *Folkehelseundersøkelsen*, og med undertittel Helse og Trivsel i Vestfold 2015/ Vestfold og Telemark 2021.

Den første gjennomføringen var i 2015/2016, og da som et pilotprosjekt sammen med FHI og Agder for utvikling av maler for fylkeshelseundersøkelser i Norge. Den andre gjennomføringen var høsten 2021 for Vestfold og Telemark fylke i samarbeid med FHI. Resultater fra slike undersøkelser øker sin verdi ved gjentakende undersøkelser gjennom å gi tidsserier som sier noe om utvikling over tid. Det er ønskelig å gjennomføre Folkehelseundersøkelsen på nytt i Vestfold i 2025. Undersøkelsene gir tilgang på kunnskap om den voksne delen av befolkningen som ikke finnes andre steder, eller har tilsvarende kvalitet i andre kilder.

I 2015/2016 undersøkelsen svarte 3446 personer 18 år og eldre på undersøkelsen i Vestfold (svarprosent ca. 43 %). Deltakere kunne velge mellom å svare digitalt, per telefonintervju

eller fylle inn papirskjema. Innsamlede data ble påkoblet sosioøkonomiske variable fra registre hos Statistisk sentralbyrå, inkludert alder, kjønn, utdanningsnivå og justert husholdningsinntekt. For 2021 undersøkelsen ble det bestemt å øke antallet deltakere betydelig, for å gi bedre data for hver enkelt kommune, men også fordi undersøkelsen var heldigital og dermed mindre kostnadskrevende per deltaker. I Vestfold var det 19 200 personer som svarte på undersøkelsen i 2021 (svarprosent ca. 40 %).

I dette dokumentet er utdanningsnivå brukt for å få frem sosial lagdeling som dermed gjør det mulig å vurdere sosial ulikhet for enten helseutfall eller en påvirkningsfaktor. Utdanningsnivå er tredelt: lav, middels og høy. Lav tilsvarer grunnskole opp til fullført ungdomsskole eller tilsvarende utdanningslengde, middels tilsvarer fullført videregående skole, fagutdanning eller høyskole/ universitet inntil to år, mens høy tilsvarer all høyere utdanning på universitets- og høgskolenivå lengre enn to år.

I samarbeid med USN og Telemark fylkeskommune pågår et arbeid med nye og dypere analyser av datamaterialet fra Folkehelseundersøkelsen 2021. Det er koblet på mer bakgrunnsinformasjon om deltakerne fra registre hos Statistisk sentralbyrå, inkludert grunnkretsdata og annen geografisk informasjon. I dette videre analysearbeidet vil det også bli sett nærmere på mulighet for egne analyser for de eldste deltakerne, inkludert mønstre av sosial ulikhet i helse, livskvalitet og

faktorer som påvirker. I dette dokumentet er alle 70 år og over samlet i én aldersgruppe.

Les mer og finn lenker til andre publikasjoner fra Folkehelseundersøkelsene i Vestfold her: [Folkehelseundersøkelse - Vestfold fylkeskommune](#).

## Geografi

Arbeidet med Folkehelseoversikt Vestfold 2024 ble påbegynt mens Vestfold og Telemark var ett fylke. Så langt det har vært mulig er det forsøkt å vise statistikk som gjelder for Vestfold alene. Dette har for mange temaområder likevel ikke vært mulig. Dette er enten fordi nasjonale statistikkbanker fra for eksempel Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå har per begynnelsen av 2024 enda ikke delt resultater for Vestfold og Telemark, eller det ikke har vært mulig eller nok tid til å lage nye egne analyser for Vestfold separat. Igjennom hele dokumentet vil det bli fremhevet om statistikken gjelder Vestfold og Telemark samlet eller kun for Vestfold. Det er kommentert når tall presenteres samlet, om det er forventet at egne tall for Vestfold vil avvike mye fra samlet tall.

Geografi er en svært interessant dimensjon i folkehelsearbeidet. Det å få oversikt på regionalt, kommunalt og gjerne enda lavere nivå kan bidra til mer målrettet innsats. I denne sammenheng er det også aktuelt å se nærmere på kommunenes egne folkehelseoversikter og levekårskartlegginger for mindre geografiske områder, der dette er gjennomført.

## Sammendrag av funn og vurderinger

**Status og utviklingstrekk er presentert i de syv påfølgende kapitlene for flere sider av Vestfold-befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne. Dette gjøres med indikatorer som noen ganger fremhever ulikhet mellom aldersgrupper, men også indikatorer som sier noe overordnet om befolkningen samlet. Ofte er temaet som belyses like aktuelt for yngre som for eldre. Hvert kapittel har en egen oppsummering og vurdering til slutt. I dette avsnittet er disse oppsummeringen satt sammen i en noe forkortet versjon, slik at de kan leses i sammenheng. For å underbygge påstander er noen få tall inkludert, men i hovedsak må tall som øker forståelsen søkes andre steder i dokumentet.**

### Befolkning: Vi blir flere eldre, og det er ulikhet i forventet levealder

I 2023 var det 253 555 personer som bodde i Vestfold. Det er en noe høyere andel 65 år og eldre i Vestfold, sammenliknet med resten av landet. I 2023 utgjorde denne andelen ca. 20 %, og den vil

øke betydelig fremover. Innvandrerbefolkningen i Vestfold utgjorde i 2023 en andel på 14 % og

representerer en økning de siste ti årene.

Funksjonsfriske leveår har økt for de eldre, men alderssammensetningen kan bli en utfordring for bærekraften i våre velferdsordninger fremover. En befolkning med god helse og høy livskvalitet har stor betydning for denne bærekraften.

Det har vært en positiv økning i forventet levealder de siste 25 årene. Vestfold ligger likevel litt under landsgjennomsnittet for forventet levealder. Det er en negativ utvikling når det gjelder forventet levealder og sosial ulikhet. Dette er gjeldende selv om innvandrerbefolkningen, som generelt har en høyere sykdomsbyrde, holdes utenfor utregningene.

### Helsetilstand: Sosial ulikhet for plager og sykdom i alle aldre

Flere sykdommer bidrar til en stor byrde i form av lidelse for den enkelte og kostander for samfunnet, samt for tidlig død. Byrdene dreier seg om redusert funksjon og smerter, isolasjon og utenforskap, uførhet for de i arbeidsfør alder, behandlingskostnader og press på helsevesenet.

Med noen få unntak er felles for omtrent alle sykdommer og plager en tydelig sosial ulikhet, enten det handler om utdanningsnivå, inntekt eller yrke.

De som befinner seg høyere opp i hierarkiet blir i mindre grad rammet. Det er for eksempel 20

prosentpoeng som skiller andelene som rapporterer om god eller svært god generell helse mellom de med kortest og lengst utdanning. Et ulikhetsmønster basert på sosioøkonomisk status er også svært fremtredende blant ungdommer i fylket på hvor fornøyde de er med egen helse.

Kreft dominerer som dødsårsak. Selv om det har vært en positiv utvikling for kreftdødsfall, øker antallet tilfeller i Vestfold. Nær en femtedel av befolkningen får forebyggende behandling eller lever med en hjerte- og karsykdom i gruppen 0-79 år. Svært mange plages av smertetilstander knyttet til muskel og skjelett, med korsryggssmerter som ligger helt på topp. Rundt en tredjedel av voksne i Vestfold oppsøker hjelp i primærhelsetjenesten hvert år for slike plager.

Risikofaktorene for de mer fysiske plagene og sykdommene som dominerer i fylket er i stor grad felles. Bak disse risikofaktorene, også omtalt som nære påvirkningsfaktorer, ligger igjen mange felles bakenforliggende faktorer som er avgjørende for økt forekomst.

## Livskvalitet og sosialt miljø: Psykiske plager, ensomhet og søvnproblemer er utfordringer, men mange har god tilgang på helsefremmende møteplasser

Mange opplever redusert livskvalitet på grunn av psykiske plager og opplevelse av stress og press, særlig ungdom og de yngre voksne. Søvnproblemer og ensomhet rammer også mange mennesker i Vestfold.

På den annen side er det også mange med høy livskvalitet i Vestfold, vurdert ut fra positive livskvalitetsindikatorer og faktorer som bidrar til helsefremming. Det er flere sider ved Vestfoldsamfunnet som kan styrkes og bevares i arbeid for god livskvalitet. Dette gjelder trivsel i nærmiljøet, deltakelse i fritidsaktiviteter, særlig blant barn, biblioteket som opplevelses- og møteplass, trygghet i nærmiljøet, tilfredshet med idrettstilbud og også kulturtilbud.

Det er tydelige mønstre av sosial ulikhet i forekomst av psykiske plager og tilfredshet med livet, særlig blant ungdom og de yngre voksne. Ulikheten er også tydelig for opplevelse av mestringsstro i hverdagen, omfang av sosial støtte, ensomhet, deltakelse i regelmessig aktivitet og tillit til andre mennesker. Det er noe sosial ulikhet i rapportert tilgjengelighet blant voksne for kulturtilbud og idrettstilbud. For

opplevelsen av tilgjengelighet til servicetilbud finner vi at ulikheten er omvendt, og tilgjengeligheten oppleves god for de aller fleste.



## Skader og ulykker: Mange skader seg hvert år, med fall som dominerende årsak

Det er et høyt antall mennesker i Vestfold som hvert år oppsøker og får behandling i helsetjenesten på grunn av skade. Et estimat viser at dette kan gjelde over 30 000 personer 18 år eller eldre per år i fylket. Samtidig er det stor variasjon i hvor store skadene er, og om de fører til varige eller midlertidige plager og funksjonsnedsettelser som påvirker hverdagen. Mange av skadene skjer i hjemmet og ofte er en eller annen form for fall involvert. Det er ofte store økonomiske kostnader for samfunnet knyttet til skader og ulykker. Hoftebrudd blant eldre er et typisk eksempel på dette.

Sosial ulikhet er tydelig gjeldende for forekomst av skader, og for i hvilken grad de fører til varige plager. De med kortest utdanning ser ut til oftere å få skader som gir varige men sammenliknet med de med lengre utdanning.

Ulykker og skader blant myke trafikanter skjer hyppig i Vestfold, og det er særlig i tettstedene og byområdene at dette er et stort problem. Det er mange sykkelulykker hvor skaden skyldes en type fall.

De siste årene viser tall fra Sykehuset i Vestfold at det har vært en urovekkende økning

forgiftningsskader, inkludert etter bruk av illegale rusmidler og særlig blant tenåringer og yngre voksne. Tallene er allikevel relativt små, og det er ikke mulig å si noe om dette kan være en midlertidig økning eller noe som vil vedvare eller fortsette å øke.

## Oppvekst og levekår: Ulike oppvekstsvilkår og sosial ulikhet som går i arv

Gode levekår er grunnleggende for helse, trivsel og livskvalitet gjennom hele livsløpet, mens dårlige levekår kan bidra til å reproducere sosial ulikhet i helse.

I Vestfold er det en høy andel barnehager som oppfyller pedagognormen, men det er fortsatt mer å hente for fylket ligger noe under landsgjennomsnittet. Ungdom i Vestfold ligger noe lavere enn landet for mestringsnivå i lesing og regning. Det som i større grad bør fange oppmerksomheten er den markerte sosiale ulikheten i lese- og regneferdigheter etter foreldrenes utdanningsnivå.

Det er mange positive sider ved læringsmiljøet både på ungdomsskole og videregående skole i Vestfold, men det er også rom for forbedring når det gjelder relasjoner, elevdemokrati og medvirkning. Statistikken viser tydelige tendenser

til en negativ utvikling når det gjelder omfanget av mobbing, men likevel er det for tidlig å si om dette kun er en forbigående økning. Elevenes forhold til skolen viser seg også å være ulikt fordelt etter sosial bakgrunn. Dette kommer for eksempel tydelig til uttrykk i andelen som gruer seg til å gå på skolen, ved at de med lavere sosioøkonomisk status gruer seg mer for å gå på skolen. Når det gjelder opplevelse av stress med skolearbeidet og press på skolerresultater finner vi sosial ulikhet, men ikke like tydelig. Der er det kjønnsforskjellene som dominerer, ved at jentene opplever mest stress.

Det har vært en positiv utvikling i andelen som fullfører videregående opplæring. Det trengs fortsatt en innsats for alle, men særlig for gutter som tar en yrkesfaglig utdanning. For andelen unge som står utenfor arbeid og utdanning har det også vært en positiv utvikling, men Vestfold ligger fortsatt høyt på rett under 12 %, og tydelig over gjennomsnittet for landet.

For inntektsulikhet og andel barn i lavinntektsfamilier er det verdt å merke seg ulikheten mellom kommunene i Vestfold. Når det gjelder boforhold er det særlig andelen trangboddhet blant innvandrere fra ikke-europeiske land som peker seg ut negativt. Ulikheten for boforhold er stor mellom innvandrere og den øvrige befolkningen, og samtidig er det utfordringer med tilgang til egen bolig for foreldre som bor alene med barn.

## Fysisk, biologisk og kjemisk miljø: Støy fra veitrafikk en utfordring, men god tilgang på natur og rekreasjonsområder

I Vestfold er det som mye positivt når det gjelder muligheter for å bruke naturen som en helsefremmende arena. Tilgang til grønne områder er god for mange og mye er sikret gjennom allemannsretten. Det er indikasjon på en positiv utvikling for god tilgang til rekreasjonsarealer, samtidig som det kan være mer å hente siden Vestfold ligger under landsgjennomsnittet. Indikatoren for trygg tilgang til nærturterreng viser tendens til en reduksjon fra 2013-2016, deretter er tallene noe vanskelige å tolke grunnet sammenslåing med Telemark. Når nye tall for Vestfold alene kommer, bør de vurderes opp mot fortsatt reduksjon eller ikke.

Når det gjelder folks opplevelse av tilgjengelighet til natur, friluftsområder og inkludert kyst, strand og sjø, ser dette svært positivt ut for mange. Den sosiale ulikheten ser ikke veldig markert ut heller for tilgang til natur og friluftsområder, dog litt mer markert for tilgjengelighet til kystlinje, strand eller sjø. Det har vært en reduksjon på 8 % for strandsoneareal i Vestfold de siste 20 årene. Naturen med sitt mangfold er en ressurs for helse, trivsel og livskvalitet i Vestfold. Det bør være stor oppmerksomhet på å bevare naturen som en ressurs for hele befolkningen i fylket.

Opplevelse av tilgjengelighet for offentlig transport og for gang- og sykkelveier er god for et flertall, men her er det også mange som rapporterer om det motsatte. Støy er et økende problem i fylket, og da særlig støy fra veitrafikk. Støyplager kan ha mange uheldige konsekvenser for de som rammes. Luftkvaliteten i fylket trenger også fortsatt oppmerksomhet, og selv om målinger for svevestøv ligger under satt grenseverdi for helseskader ligger Vestfold høyt blant fylkene i landet.



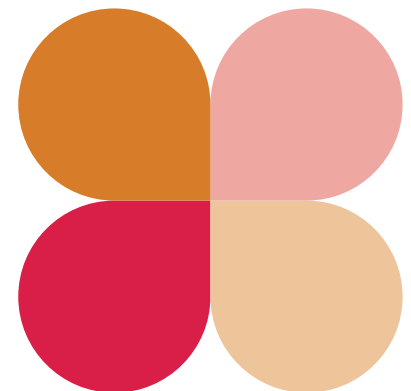
## Levevaner: Alkohol, ugunstig kosthold og inaktivitet bidrar til sykdomsbyrden

I flere tiår har det vært en stabil nedgang i dagligrøyking. Nyere målinger i Vestfold støtter opp om at den positive trenden fortsetter. Det kan likevel se ut som nye utfordringer for annen type tobakksbruk er på vei opp. Snusbruken har økt, særlig blant eldre ungdom og yngre voksne. I tillegg er bruk av vape/e-sigaretter en mulig ny utfordring. Det er fortsatt mye usikkerhet knyttet til helserisiko ved bruk av vape, både med og uten nikotin. Tilgjengelige tall viser at det er lite bruk av andre illegale rusmidler enn cannabis blant ungdom i Vestfold, men her er det forventning om noe økning basert på observasjoner og mønstre fra undersøkelser gjort i andre deler av landet.

Alkohol er et svært vanlig rusmiddel i befolkningen og en forholdsvis stor andel drikker alkohol to ganger per uke eller oftere. Det kan se ut som over en tredjedel (36 %) av voksne i fylket har et alkoholbruk som øker risikoen for negative konsekvenser for helsen. Det er viktig å poengtere at det kun dreier seg om risiko, og at ikke alle vil oppleve negative konsekvenser. Med en såpass stor andel er det likevel forventet at alkoholbruken bidrar betydelig til sykdomsbyrde og kostnader for samfunnet.

Sett opp mot kostholdsråd fra Helsedirektoratet er det fortsatt mye å strekke seg mot for Vestfold-befolkningen. Rundt halvparten av voksne, færre blant ungdom, oppfyller anbefalinger for inntak av grønnsaker og fisk, frukt og bær ligger enda lavere. Mange drikker ofte sukkerholdig drikke, men her er det en god del variasjon etter sosioøkonomisk bakgrunn og alder.

Mønstre for fysisk aktivitet viser at også her er det tydelig rom for forbedring i forhold til anbefalinger fra Helsedirektoratet. Mange av oss har flere timer med stillesitting hver dag, mye på grunn av stillesittende arbeid. Det er blant unge og voksne i pensjonsalder vi finner de høyeste andelene som regelmessig er i aktivitet. Den sosiale ulikheten i levevaner kommer sterkest til uttrykk for røyking og kosthold, men er også tydelig for regelmessig fysisk aktivitet.





# Befolkning

Befolkningens størrelse og sammensetning er i endring. Ulike grupper har ulike helseutfordringer, derfor er nøkkeltall om befolkningen relevant når vi vurderer helsetilstanden, både her og nå og inn i fremtiden.

## Befolkningsveksten kan avta

Ved inngangen til 2023 var det 253 555 innbyggere i Vestfold (SSB, tabell 07459). Vestfold som fylke har den tredje største folketettheten i landet, etter Oslo og Akershus. Befolkningsframskrivingen fra Statistisk sentralbyrå (SSB) utført i 2022 gir et befolkningstall på ca. 283 360 innbyggere i Vestfold i 2050. Dette tilsvarer en vekst på 12 %. Denne framskrivingen er det såkalte hovedalternativet MMM, som betyr middels nivå for henholdsvis fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring.

SSB har i de siste framskrivingene nedjustert veksten i befolkningen i Norge, først og fremst på grunn av lavere fruktbarhet og lavere innvandring. Dersom trenden med lav fruktbarhet og lav innvandring holder seg, vil befolkningen i fylket vokse mindre enn hva tilfellet har vært de siste årene. Et framskrivingsalternativ basert på lav fruktbarhet og lav innvandring, men høyere levealder, gir et befolkningstall på ca. 263 000 i 2050 (LHML-alternativet).

Framskrivingene viser at antallet i de eldre aldersgruppene vil vokse kraftig, mens de yngre aldersgruppene nesten står stille eller har nedgang. Denne utviklingen med stagnasjon i befolkningsmengden i arbeidsfør alder, understreker

betydningen av god helse for hele befolkningen. Framskrivningen etter MMM-alternativet gir en nedgang i aldersgruppen 20–64 år på ca. 400 personer, mens befolkningen totalt vokser med ca. 30 000 personer. Veksten vil ifølge denne framskrivningen i sin helhet skje i gruppen 65 år og eldre (se figur 4).

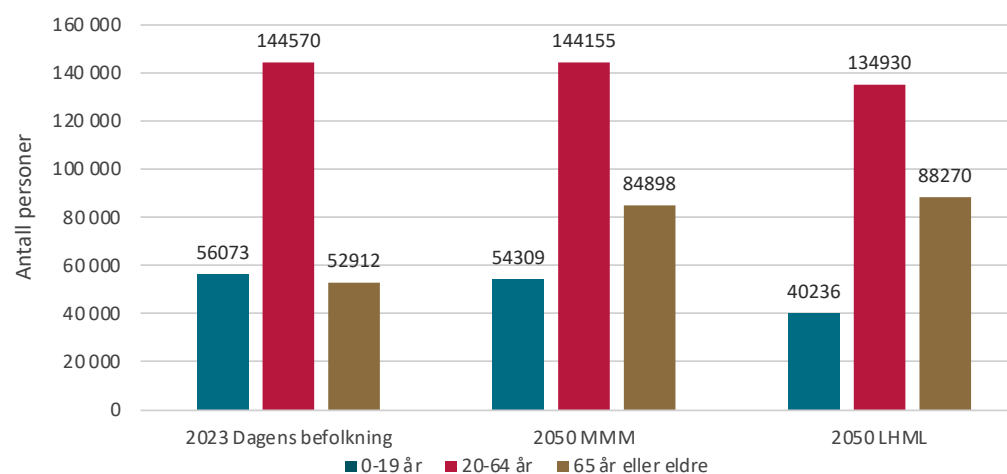
Dersom framskrivingen skjer etter alternativet med lav fruktbarhet, høy levealder og lav innvandring (LHML-alternativet), blir det en betydelig større vridning i alderssammensetningen enn MMM-alternativet.



Foto: Dag Nordsveen

Foto: Anders Palmer Holmen

Befolkningen i 2023 og framskrivninger for 2050 i Vestfold



Figur 4. Befolkningen i 2023 og framskrivninger for 2050 i Vestfold. Fordeling på aldersgrupper etter to av SSBs framskrivingsalternativer. MMM = middels fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring. LHML = lav fruktbarhet, høy levealder og lav innvandring. Kilde: SSB, tabell 07459 og tabell 11668.

## Færre unge

Ved inngangen til 2023 bodde det 2224 færre barn og unge i Vestfold (0–19 år) enn i 2013. I samme periode økte antall personer i alderen 70 år og eldre med 10 402 (SSB, tabell 07459).

Det har lenge vært stor oppmerksomhet om den såkalte eldrebølgen. Økt levealder sammen med høye fødselskull etter 2. verdenskrig vil gi svært store kull av eldre. Denne bølgen faller nå sammen med en nedgang i fødselstall som gir relativt små kull av barn og unge, på grunn av lavere fruktbarhet pr. kvinne.

Utviklingen i Vestfold er illustrert i figur 5. Dette er karakteristisk for befolkningsutviklingen i fylket, og for store deler av Norge.

Med få unntak har kommunene i Vestfold færre barn i alderen 0–19 nå, enn for fem år siden. Unntakene er Holmestrand og Tønsberg kommuner. Folkerike kommuner som Larvik og Horten har alle en betydelig nedgang i antall barn (SSB, tabell 07459).

Antall fødte varierer over tid. Dette kan forklares ved at antall kvinner i fødedyktig alder varierer, og fordi det kan være perioder der mange kvinner utsetter eller «tar igjen» barnefødsler. Uavhengig av dette er fruktbarhet én av usikkerhetsfaktorene når det gjelder å beregne folkemengden i årene

framover.

Det samlede fruktbarhetstallet for Norge ble i 2022 målt til rekordlave 1,41 barn per kvinne, det laveste som noen gang er målt. I 2021 var fruktbarhetstallet 1,55, som var en liten økning og omtales av SSB som en enkelthendelse i det andre året av koronapandemien (Krokedal, 2023). I Vestfold og Telemark sett under ett ble samlet fruktbarhetstall målt til 1,41 barn per kvinne (i alderen 15–49 år) i 2022. Det var en nedgang fra 1,50 i 2021 (SSB, tabell 04232).

Det lave fruktbarhetstallet er et resultat av en trend som har vart i mange år. En viktig årsak til nedgangen i fruktbarhet er at stadig flere kvinner utsetter å få sitt første barn. Gjennomsnittsalderen for førstegangs fødende i Norge har også økt, og bikket 30 år i 2021. Fedre var i gjennomsnitt 34 år da de fikk sitt første barn i 2022.

En annen årsak til nedgang i fruktbarheten er at færre kvinner føder mer enn to barn. Det er også en nedgang i antall flerfødsler (SSB, tabell 05532). Økonomisk usikkerhet regnes også som en faktor som påvirker antall førstefødsler, i tillegg til at endringer i familieverdier kan være medvirkende (Hart & Kravdal, 2020).

De siste 10 årene har det vært en markant økning i andelen som ikke får barn. I dag har rundt 15 % av alle 45 år gamle kvinner ikke fått barn, mens andelen menn er snart 25%. Europeiske undersøkelser anslår at 90 til 95 % av menn og kvinner ønsker barn. Dette viser at andelen ufrivillig barnløse øker. Det er også stadig flere som ønsker assistert befruktning. Det forskes nå nærmere på helsemessige forhold rundt nedgang i fødselstall og årsaker til ufrivillig barnløshet. Noen studier tyder på at sædkvaliteten er blitt dårligere og at det kan ha sammenheng med miljøendringer (Folkehelseinstituttet, 2017b).



Foto: RgStudio / E+ / Getty Images

## Flere eldre

Økende andel eldre er den sikreste trenden i befolkningsutviklingen fremover. Trenden skyldes at levealderen stadig øker, og at det er store fødselskull som blir en del av den eldre befolkningen i årene som kommer.

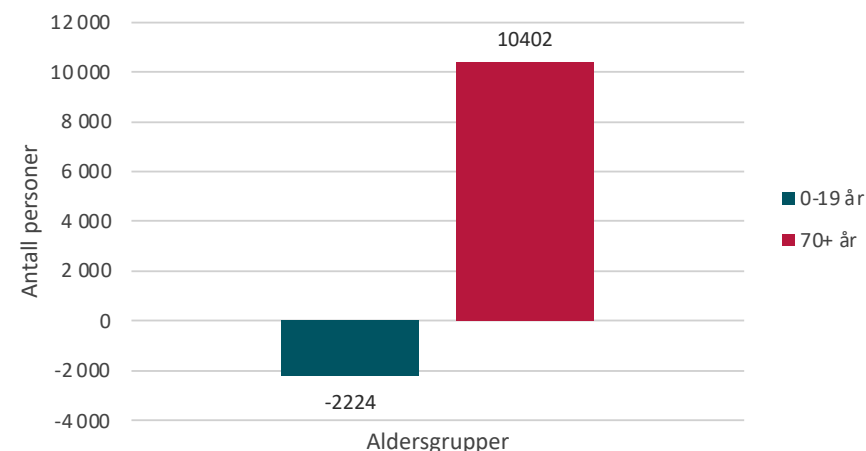
I 2023 var om lag 20 % av befolkningen i Vestfold 65 år eller eldre. Hovedalternativet i SSBs befolkningsframskriving viser at antallet 65 år og eldre i fylket vil øke til om lag 30 % i 2050.

## Alderssammensetning

Bærekraften i velferdsordninger vil påvirkes av andelen av befolkningen som er i yrkesaktiv alder, ofte omtalt som fordeling av forsørgerbyrden i samfunnet. Eldrebølgen vil føre til at omsorgsbyrden øker kraftig i årene som kommer, og det kan komme til å utfordre bærekraften i velferdsordningene. Her er det viktig å knytte kommentarer til utviklingen i helsetilstanden til de eldre. Lav fruktbarhet og økende levealder gir en eldre befolkning, men de eldre er også friskere enn tidligere. I forskningsprosjektet «Friske leveår» har Folkehelseinstituttet i samarbeid med NTNU og UiT, funnet at funksjonsfriske leveår har økt med 4,1 år for menn og 4,6 år for kvinner i perioden 1995-2017 (Folkehelseinstituttet, 2021c). Dette er også en trend som får betydning for bærekraften i velferdsordningene.

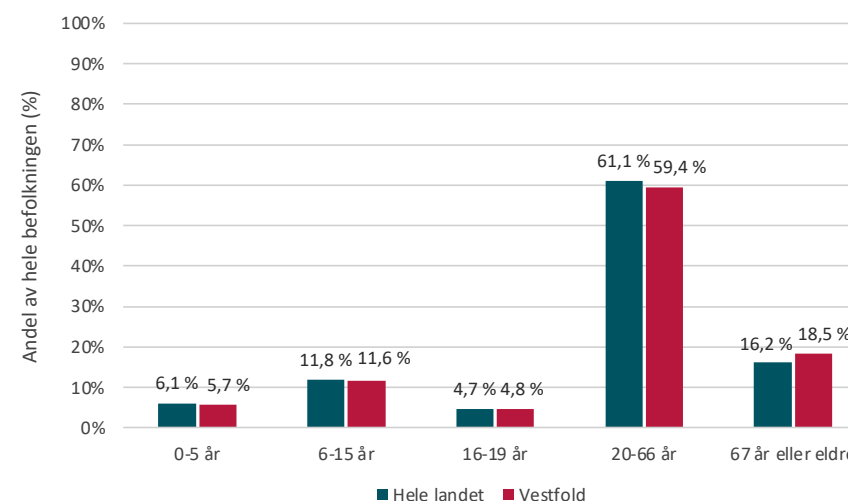
Figur 6 viser hvordan fordelingene mellom aldersgrupper i Vestfoldbefolkningen avviker fra landsgjennomsnittet. Figuren viser hvordan Vestfold preges av en noe eldre befolkning enn landssnittet, og derfor noe lavere andel i yrkesaktiv alder.

## Endringer i aldersgrupper i Vestfold 2013-2023



Figur 5. Endringer i aldersgrupper i alderen 0-19 år og 70+ i Vestfold fra 2013 til 2023. Kilde: SSB, tabell 07459

## Aldersfordeling i Vestfold og Norge 2023



Figur 6. Alderssammensetning i Vestfold 2023, sammenlignet med aldersfordeling i landet. Kilde: SSB, 07459

## Aleneboende

Det er naturlig at andelen aleneboende er høyere i Vestfold og Telemark på bakgrunn av alderssammensetningen, med høyere andel 67 år og eldre. I Vestfold og Telemark er andelen aleneboende i alderen 45 år og eldre 27 %, mot 26 % på landsbasis (KommuneHelse Statistikkbank 2024). Det er påvist at levekår og helse blant de som bor alene er dårligere enn i befolkningen ellers, derfor er dette informasjon av betydning for helsetilstanden. Blant de som bor alene har en høyere andel psykiske plager, er uføre og oftere uførepensjonert enn befolkningen ellers (Mørk, 2006).

## Flytting og innvandring

Befolkningsutviklingen i Vestfold har over flere år vært preget av netto tilflytting fra andre fylker og høy innvandring. Tilflyttingen har gradvis økt fra 2015 og var rekordhøy i 2022 (Vestfold fylkeskommune, 2024).

Nettoinnvandringen til Vestfold sank i unntaksåret 2020, som konsekvens av tiltakene under koronapandemien. Innvandringen økte igjen i 2021 og særlig i 2022, som følge av krigen i Ukraina (SSB, tabell 01223).

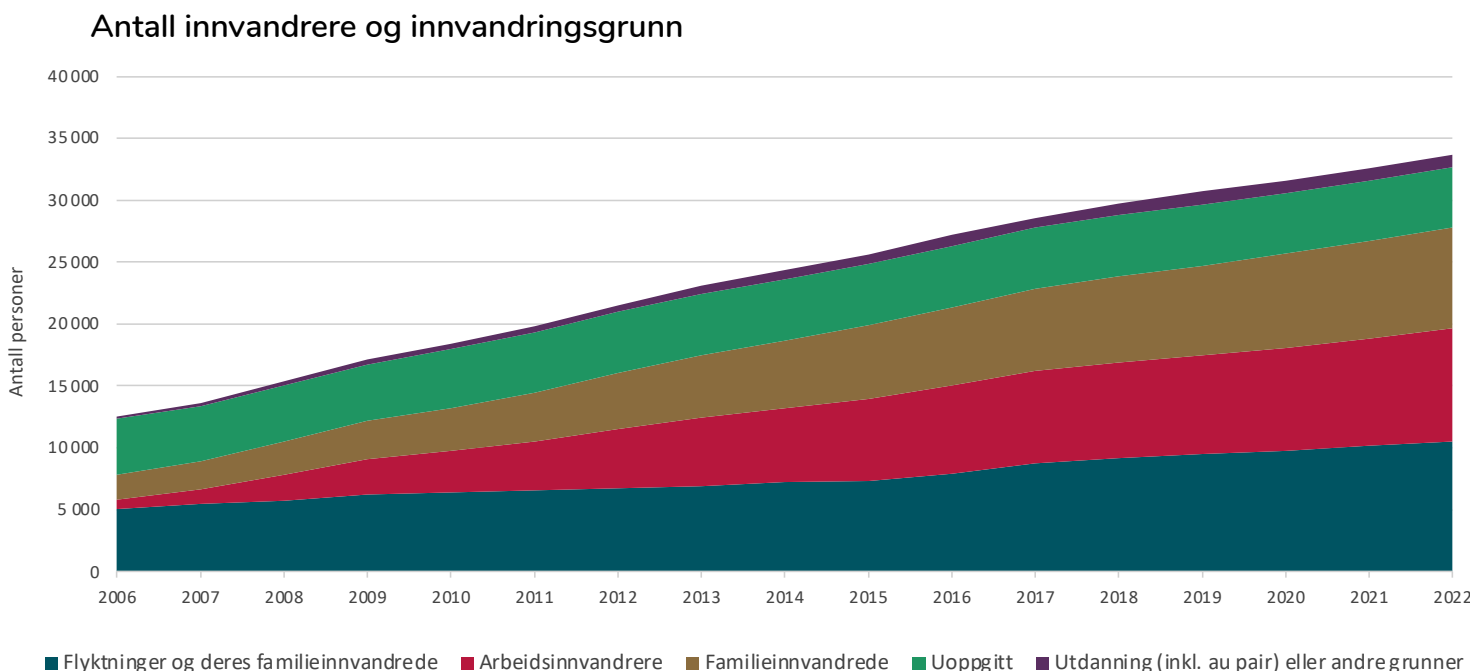


## Innvandrere – innvandringsgrunn

Ved inngangen av 2023 var 14 % av befolkningen i Vestfold innvandrere. Andelen innvandrere for hele landet ligger på 16 %. Ti år tidligere var 11 % av befolkningen i Vestfold innvandrere (SSB, tabell 09817). Det er relevant med kunnskap

om kjennetegn med innvandrerbefolkningen i et folkehelseperspektiv. Innvandringsgrunn, landbakgrunn og botid har betydning for helse og utvikling av sykdom. Eksempelvis har flyktninger gjennomsnittlig dårligere helse enn de som kommer til Norge på grunn av familiegjennforening, arbeid eller utdanning. Arbeidsinnvandrere har i utgangspunktet god helse. Arbeidsforhold,

livssituasjon og barrierer, eksempelvis begrensede norskkunnskaper, kan føre til vanskeligere tilgang til helsetjenester og dermed dårligere helse over tid. Asylsøkere og flyktninger kan ha særlige helseutfordringer knyttet til forhold før og under migrasjon.



Figur 7. Antall innvandrere etter innvandringsgrunn bosatt i Vestfold, 2006-2022. Innvandringsgrunn er delt i seks kategorier for grunn til første innvandring. Kilde: IMDI, 2023.

Figur 7 viser at flukt, familiegjennforening og arbeidsinnvandring er de vanligste grunnene for å innvandre til Vestfold. Antallet innvandrere med dette som innvandringsgrunn har økt betydelig de siste årene.

Ifølge Folkehelseinstituttet er noen sykdommer, tilstander og levevaner vanligere i enkelte innvandrergrupper enn i den øvrige befolkningen. Dette har vist seg gjeldende blant annet for overvekt og fedme, muskel- og skjelettplager, type 2-diabetes, røyking og vitamin D-mangel. Samtidig

er andelen innvandrere med psykiske plager høyere enn i befolkningen generelt. Det er også slik at innvandrere generelt bruker helsetjenester mindre enn resten av befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2022b).

## Forventet levealder og dødelighet

Forventet levealder er en beregning av gjenstående levetid ved fødsel, basert på registrert dødelighet i et gitt år. Indikatoren forteller hvor lenge en person som blir født i dag i gjennomsnitt vil leve, forutsatt et liv under de dødelighetsforholdene som gjelder nå. Dette gir oss informasjon om helsetilstanden i befolkningen, endringer over tid og forskjeller mellom befolkningsgrupper (les om definisjoner i Norgeshelsa statistikkbank/ Folkehelseinstituttet).

Forventet levealder ved fødselen i Vestfold og Telemark er beregnet til 84,1 år for kvinner og 80,8 år for menn. Det er noe lavere enn landet som helhet. Dette er en beregning for syvårs perioden 2015-2021. Denne geografiske forskjellen har vært stabil de siste 25 årene.

### Forventet levealder

|                      | Kjønn   | 1994-<br>2000 | 2001-<br>2007 | 2008-<br>2014 | 2015-<br>2021 |
|----------------------|---------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Norge                | Menn    | 75,4          | 77,4          | 79,2          | 81,1          |
|                      | Kvinner | 81,1          | 82,3          | 83,5          | 84,5          |
| Vestfold og Telemark | Menn    | 75            | 77            | 78,9          | 80,8          |
|                      | Kvinner | 80,8          | 81,9          | 83            | 84,1          |

Tabell 1. Forventet levealder og kjønn beregnet over 7-års perioder. Kilde: FHI/ Norgeshelsa statistikkbank.

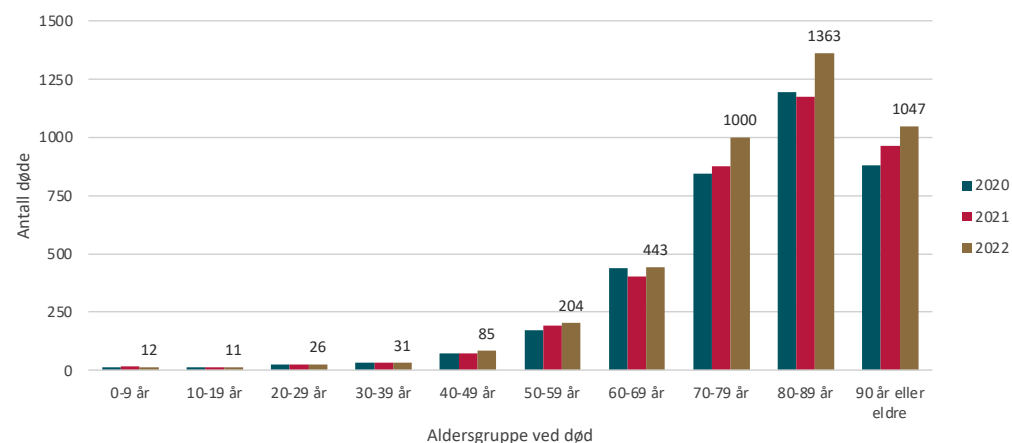
Forventet levealder kan beregnes tilbake til 1846 og har økt betydelig de siste 25 årene. For Vestfold og Telemark har forventet levealder for menn økt med 5,8 år og 3,3 år for kvinner i denne perioden. Levealdersforskjellen mellom kvinner og menn er altså redusert.

Endringer i dødelighet forklarer endringene i forventet levealder. Flere av årsakene som forklarer dødeligheten beskrives i kapittelet om helsetilstand.

I beregninger av forventet levealder fra 2021 til 2022 finner Statistisk sentralbyrå en nedgang for menn på 0,7 år fra 2021 til 2022 på landsbasis (Haug, 2023). Dette setter Folkehelseinstituttet i sammenheng med en økning i dødelighet som følge av dødsfall relatert til Covid-19 pandemien (Folkehelseinstituttet, 2022a). Folkehelseinstituttet har undersøkt utvikling i dødeligheten i 2020 og fram til høsten 2022. Dødeligheten i landet økte noe fra siste halvdel av 2021 og utover 2022. Det er bare i aldergruppene 60 år og over at det skjer en økning. Dersom dødeligheten er høyere enn forventet basert på et referansetidsrom, kalles det overdødelighet. For året 2022 finner FHI med sine beregninger en overdødelighet på rundt 7 % i landet som helhet, sammenliknet med perioden 2015-2019 (Folkehelseinstituttet, 2022a).

Figur 8 viser at det i Vestfold og Telemark var tydelig høyere dødelighet for de over 70 år i 2022 sammenliknet med 2020 og 2021 (se også avsnitt om dødelighetsmønster og covid-19 i kapittel om helsetilstand).

### Antall døde etter alder under Covid-19 pandemien



Figur 8. Antall døde etter aldersgrupper i 2020, 2021 og 2022, Vestfold og Telemark. Kilde: SSB, tabell 08426.

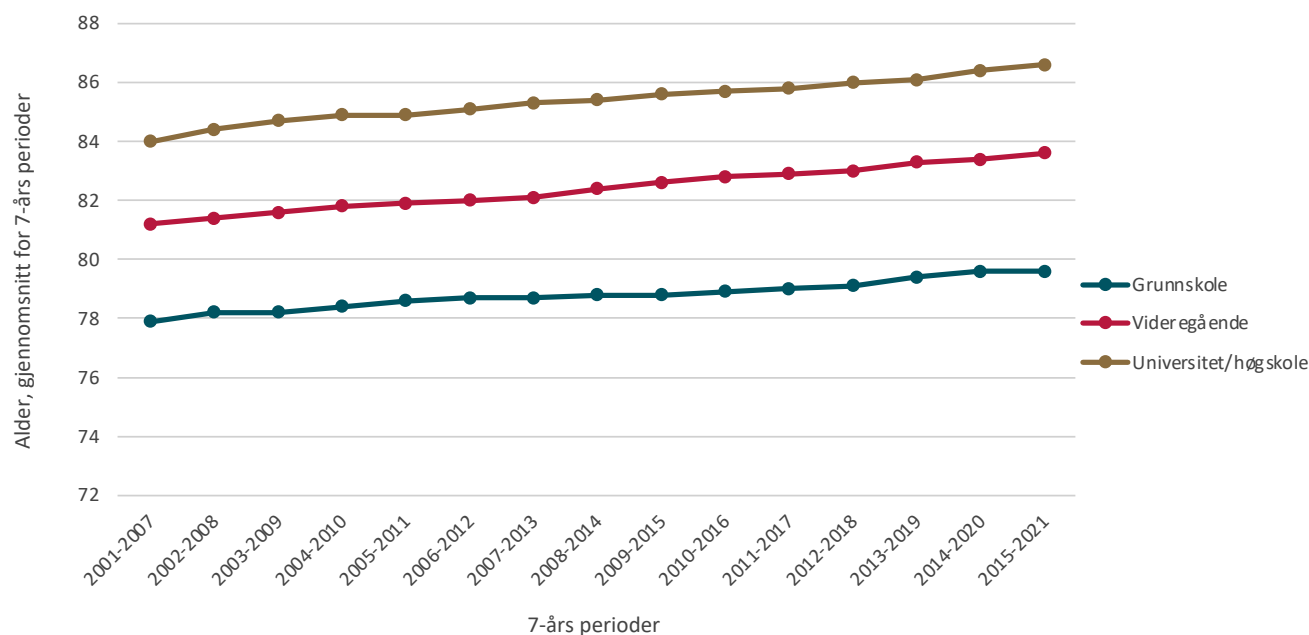
## Økende sosial ulikhet i forventet levealder

Som del av den nasjonale strategien for å redusere sosial ulikhet i helse, har Helsedirektoratet bestilt studien *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014*, gjennomført av NTNU i samarbeid med University College of London (Goldblatt et al., 2023). Hovedfunn når det gjelder forventet levealder er at sosial ulikhet øker enten om det måles med utdanningsgrupper, yrkesgrupper eller inntektsgrupper. Forskerne finner at grupper i de laveste sosioøkonomiske grupper er utsatt for flere levekårsulemper, dårligere helse og kortere levealder. Også når innvandrere holdes utenfor statistikken, kommer det frem et mønster av økende sosial ulikhet i forventet levealder.

Den sosiale ulikheten i helse og livskvalitet som beskrives under ulike tema i dette oversiktsdokumentet, summerer seg opp til sosial ulikhet i dødelighet og dermed forventet levealder.

Figur 9 viser forventet levealder etter utdanningsnivåene grunnskole, videregående skole og høyere utdanning i Vestfold og Telemark, som gjennomsnitt over 7 års-perioder. Forventet levealder øker, samtidig som gapet mellom grunnskole og høyere utdanning også øker. Figuren viser at befolkningsgrupper med kort utdanning har en mindre gunstig utvikling i forventet levealder, slik at gapet mellom utdanningsgruppene øker.

### Utvikling for forventet levealder etter utdanningsnivå, Vestfold og Telemark



Figur 9. Forventet levealder etter utdanningsnivå i Vestfold og Telemark. Utvikling fra 2001 til 2021, 7-års glidende gjennomsnitt. Kilde: FHI/Norgeshelsa statistikkbank 2023.

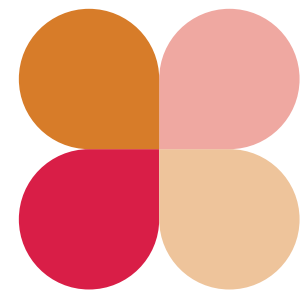
## Oppsummering

I 2023 var det 253 555 personer som bodde i Vestfold. Det er forventet en økning i befolkningstallet frem til 2050, men med usikkerhet knyttet til tallene på alt fra rundt 4 % til rundt 12 %. Det er en noen høyere andel 65 år og eldre i Vestfold, sammenliknet med resten av landet. I 2023 utgjorde denne andelen ca. 20 %, og frem til 2050 er andelen forventet å øke til 30 % eller litt over. Innvandrerbefolkningen i Vestfold utgjorde i 2023 en andel på 14 % og representerer en økning de siste ti årene.

Befolkningsprofilen for Vestfold påvirker tall for sykdomsbyrde og hva som kommer frem i tall og statistikk for helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Funksjonsfriske leveår har økt for de eldre, men

alderssammensetningen kan bli en utfordring for bærekraften i våre velferdsordninger fremover. En befolkning med god helse og høy livskvalitet har stor betydning for denne bærekraften.

Det har vært en positiv økning i forventet levealder de siste 25 årene. Vestfold ligger likevel litt under landsgjennomsnittet for forventet levealder. Det er en negativ utvikling når det gjelder forventet levealder og sosial ulikhet. Dette er gjeldende selv om innvandrerbefolkningen, som generelt har en høyere sykdomsbyrde, holdes utenfor utregningene.



# Helsetilstand

**En bedring av befolkningens helsetilstand er et overordnet mål i folkehelsearbeidet. Befolkningens helsetilstand er summen av helsetilstanden for hver eneste person i fylket. Helse er bredt definert og handler like mye om psykisk og fysisk velvære som fravær av sykdom og lidelser. Ved hjelp av flere indikatorer får vi et overordnet bilde av status for helsetilstand i befolkningen. Kunnskap om helseutfordringer i et befolkningsperspektiv er avgjørende for å peke ut viktige påvirkningsfaktorer for god folkehelse i fylket.**

Dette kapittelet gir en oversikt over helsetilstanden i Vestfold. Utvalget av indikatorene og analyser av sammenhenger er gjort på grunnlag av kunnskap om samfunnets største sykdomsbyrder. Samtidig bør dette kapitlet ses i sammenheng med kapittelet om livskvalitet og sosialt miljø, der indikatorer for psykisk helse og subjektiv livskvalitet, som trivsel og mening er inkludert. Det er viktige sider ved særlig psykisk, men samtidig fysisk velvære.

Covid-19-pandemien hadde flere nasjonale og inngripende tiltak i perioden fra mars 2020 til februar 2022. Dette ga økt og fornyet oppmerksomhet på konsekvenser smittsomme sykdommer kan ha for samfunnet, både selve sykdommen og byrder fra ulike tiltak. Betydningen av helsetilstanden og sykdomsbyrder i befolkningen som en samfunnsmessig sårbarhet ble aktualisert. Risiko for alvorlig sykdom fra infeksjonssykdommer øker ved ulike underliggende sykdomstilstander som blant annet lungesykdom, hjerte- og karsykdommer, diabetes og kreft. Koronapandemien synliggjøre og forsterket sosiale ulikheter i helse, og i bruk av helsetjenester i Norge og i verden (Meld. St. 15 (2022–2023); Pandemisenteret, 2022). For de fleste indikatorer i dette kapittelet er det for tidlig å se sikre mønstre av forbigående eller mer vedvarende endringer som kan tenkes å skyldes pandemien, men vurderinger av betydningen av covid-19-pandemien blir omtalt der hvor det er mulig.



## Samfunnets største sykdomsbyrder

Hva som regnes som de største folkesykdommene og helseutfordringene har endret seg gjennom historien og varierer geografisk. For rundt 100 år siden dominerte fortsatt infeksjonssykdommer og spedbarnsdødelighet ga mange tapte leveår i Norge (Folkehelseinstituttet, 2014). Fortsatt er ulike infeksjonssykdommer, som influensa, omgangssyke og fra 2020 covid-19, en del av total helsetilstand, men de regnes ikke som store samfunnsbyrder og omtales ikke som folkesykdommer. For mange alvorlige infeksjonssykdommer finnes det i dag vaksiner, og en befolkning med god ernæringsstatus og bedre levekår har høyere motstandskraft.

Det er likevel viktig å være oppmerksom på at infeksjonssykdommer kan få økt betydning for befolkningens helsetilstand i framtiden. Det kan for eksempel skje ved økende antibiotakaresistens og nye epidemier eller pandemier. Covid-19-pandemien ga oss en påminnelse om det. En deklarasjon skrevet i forbindelse med en nasjonal pandemikonferanse erkjente følgende: «Pandemier kommer når vi minst forventer, representerer store samfunnsutfordringer og må sees i sammenheng med andre store utfordringer f.eks. klimaendringer og mangfold blant dyr.» (Pandemisenteret, 2022). Norge deltar i det internasjonale

sykdomsbyrdeprosjektet Global Burden of Disease, underlagt Verdens helseorganisasjon (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). Her beregnes sykdomsbyrde på ulike geografiske nivå, som følge av dødelighet og helsetap (dødsårsaker, sykdommer, følgetilstander og risikofaktorer). Dette er et arbeid som skal bidra til informert politikkutforming verden over.

Det er tre ulike mål som beskriver sykdomsbyrde: tapte leveår (YLL- Years of Life Lost), tap av friske leveår (YLD- Years Lived with Disability) og kombinasjonen av disse, som gir totalt antall friske leveår eller helsetapsjusterte leveår (DALY – Disability Adjusted Life Years).

Tidligere har resultater for Norge sett under ett vært tilgjengelig, men i 2021 ble også fylkesvise oversikter, basert på 2019 tall, for første gang publisert (Folkehelseinstituttet, 2021b). Resultater og analyser fra sykdomsbyrdeprosjektet bidrar dermed med viktig kunnskap om hvilke sykdommer og faktorer som påvirker folkehelsen i fylket. Foreløpig finnes kun tall for Vestfold og Telemark samlet.

Når det gjelder tap av friske leveår (YLD) er de enkelttilstandene som bidrar mest, i synkende rekkefølge:

1. Korsryggsmerter
2. Hodepinesykdommer
3. Diabetes
4. Angstlidelser
5. Depressive lidelser

Hvis denne rangeringen gjøres for menn og kvinner delt er det tydelig kjønnsulikhet i hva som bidrar mest til tap av friske leveår. For menn ligger for eksempel diabetes fortsatt på tredje plass, mens for kvinner ligger gynekologiske tilstander på tredje plass. For menn ligger aldersrelatert hørselstap på fjerde plass, mens for kvinner er det fall som ligger på fjerde plass.

Når det gjelder samlet byrde av tap av leveår og tap av friske leveår (DALY), rangeres de fem største byrdene på et overordnet sykdomsgruppenivå for Vestfold og Telemark slik:

1. Kreft
2. Hjerter- og karsykdom
3. Muskel- og skjelettsykdommer
4. Nevrologiske sykdommer
5. Andre ikke-smittsomme sykdommer

På et mer detaljert nivå er de ti viktigste enkelttilstandene, i synkende rekkefølge: iskemisk hjertesykdom (nedsatt blodtilførsel til hjertet), kols, korsryggsmerter, fallskader, slag, lungekreft, diabetes, hodepinesykdommer, kolorektalkreft og Alzheimers sykdom.

Fem felles risikofaktorer når det gjelder levevaner bidrar betydelig til disse sykdomsgruppene: tobakksbruk, usunt kosthold, bruk av alkohol, bruk av illegale rusmidler og lite fysisk aktivitet. Levevaner omtales i eget kapittel i dokumentet. Det er samtidig nødvendig å vurdere hvordan levevaner blir påvirket av psykisk helse, stress og sosiale forhold, samt strukturelle rammebetingelser.

Sykdomsbyrdeanalysene har ikke tall som viser sosial ulikhet i helse, men i oversikt over andre dominerende risikofaktorer finnes flere fysiske miljøfaktorer og yrkesfaktorer, som ofte er knyttet til levekår og ulike livsbetingelser. For eksempel lav temperatur (det vil si å være utsatt for ugunstig lav temperatur over tid eller akutt hypotermi), utsatt for kreftfremkallende stoffer i yrke, svevestøv, ergonomiske faktorer i yrke, yrkesskader, radon ved bosted og støv i yrket. For helsetilstandsindikatorene, både de positive og de negative, er det som regel typiske mønstre av sosiale helseforskjeller. I dette kapittelet og i kapittel om livskvalitet og sosialt miljø, presenteres utvalgte indikatorer som viser helseutfall i Vestfold for tilstandene som analysene i sykdomsbyrdeprosjektet fremhever. Der det er

tilgjengelige data vises også sosiale helseforskjeller i figurer eller i teksten.

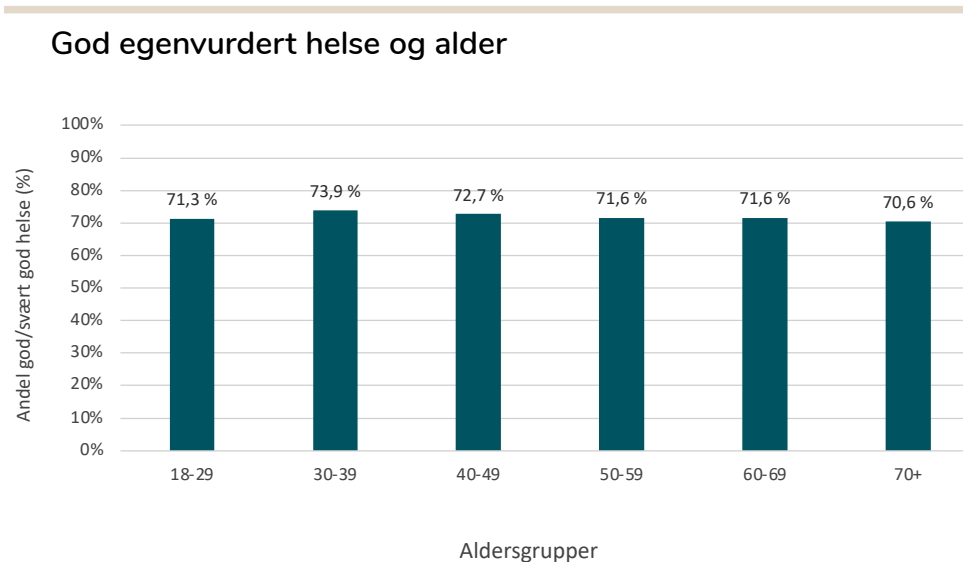
## Egenvurdering av helse i Vestfold

I Folkehelseundersøkelsen fra 2021 svarer nær 72 % av deltakere fra Vestfold 18 år og eldre at de vurderer sin egen helse som god eller svært god. I Folkehelseundersøkelsen i Vestfold fra 2015 var det 75,3 % som svarte det samme. Det kan derfor se ut som det har vært en liten negativ utvikling. Spørsmålet i undersøkelsen åpner for å tenke overordnet om egen helsetilstand, og gi en vurdering av både fysiske og psykiske sider ved helsa.

Figur 10 viser noe nedgang i egenvurdert helse med økende alder, men ikke særlig markert når alle

over 70 år er i samme gruppe. En større nedgang hadde antakelig vært mønsteret for gruppen 80-85 år og over om denne hadde vært skilt ut.

Sosiale helseforskjeller kommer tydelig frem når helse måles på et overordnet nivå (figur 11). De med lavest utdanningsnivå viser en andel på god/svært god egenvurdert helse nær 20 prosentpoeng lavere enn de med høyeste utdanningsnivå. Dybdeanalyser fra folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2015 søkte å få frem helsefremmende faktorer som viste sammenheng med god egenvurdert helse, uavhengig av kjønn, alder, utdanning og inntektsnivå. Her fant vi en tydelig sammenheng mellom god egenvurdert helse og nivå av sosial støtte, regelmessig fysisk aktivitet og opplevelsen av mening, mestring og sammenheng i hverdagen (Vestfold og Telemark fylkeskommune, 2020).



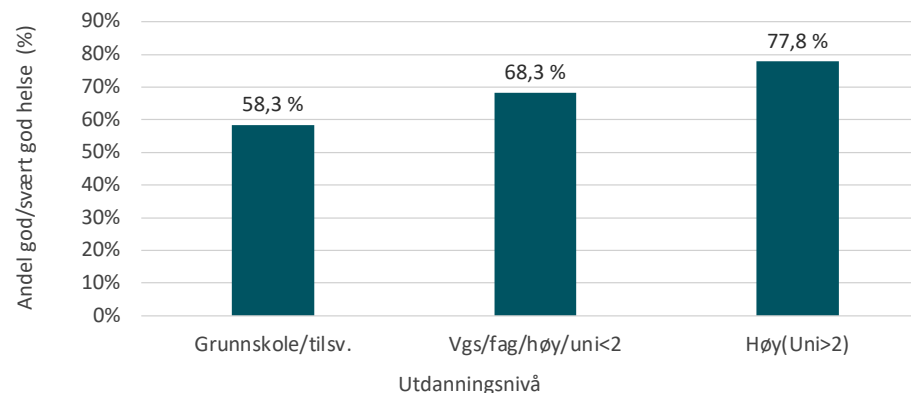
Figur 10. Egenvurdert helse etter alder, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen -Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

Dette er faktorer som dermed med fordel kan gis økt oppmerksomhet og styrkes i arbeid med å øke andelen med god egenvurdert helse i befolkningen.

I Ungdata-undersøkelsen blir ungdommen spurt om hvor fornøyde de er med egen helse, istedenfor å gi en vurdering av om hvor god egen helse er. Kanskje litt overraskende ligger andelen som svarer litt eller svært fornøyd godt under 80 %. Totalt for Vestfold for de på 8. trinn til og med Vg3 var denne andelen 64,5 % i 2021, og jenter svarer tydelig mer negativt enn gutter, henholdsvis 57,4 % mot 72,8 %. Figur 12 viser også en tydelig sosial ulikhet blant ungdom, etter hvor fornøyde de er med egen helse.

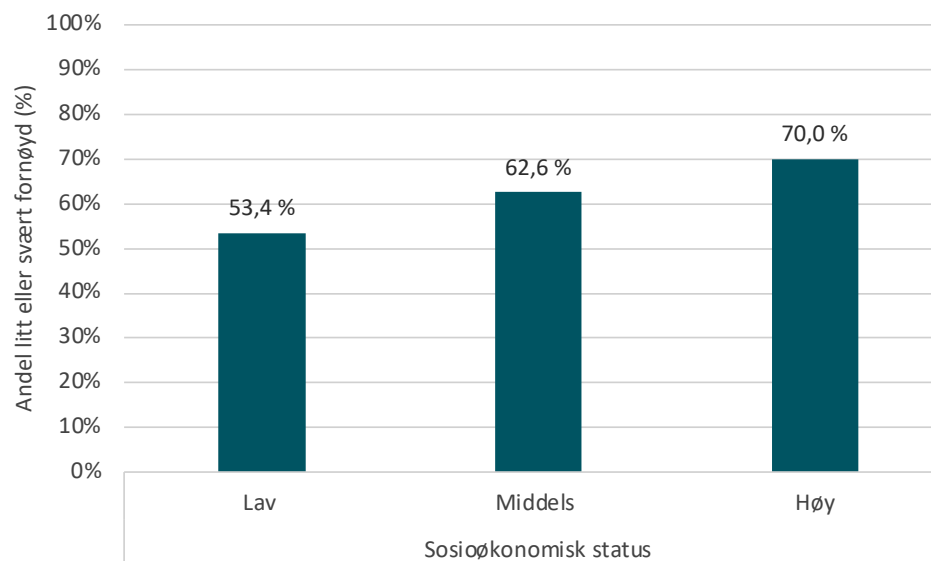
Ungdommen ble spurt om hvor mye de har vært plaget av enkelte konkrete fysiske helseplager. For hodepine svarte rett over 44 % av jentene og rett over 18 % av guttene at de har hatt det mange ganger eller daglig den siste måneden. Kjønnforskjellene er også svært tydelige når de blir spurt om andre fysiske plager som f.eks. kvalme, vondt i magen, smerter i ledd, nakke eller muskler. 49 % av jentene og rett under 25 % av guttene har svart at de har opplevd slike plager mange ganger eller daglig den siste måneden.

### God egenvurdert helse og utdanning



Figur 11. Egenvurdert helse etter utdanningsnivå, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen -Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

### Ungdommer fornøyd med egen helse



Figur 12. Andel ungdommer som er litt eller svært fornøyd med helsen si etter sosioøkonomisk status, Vestfold 2021. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

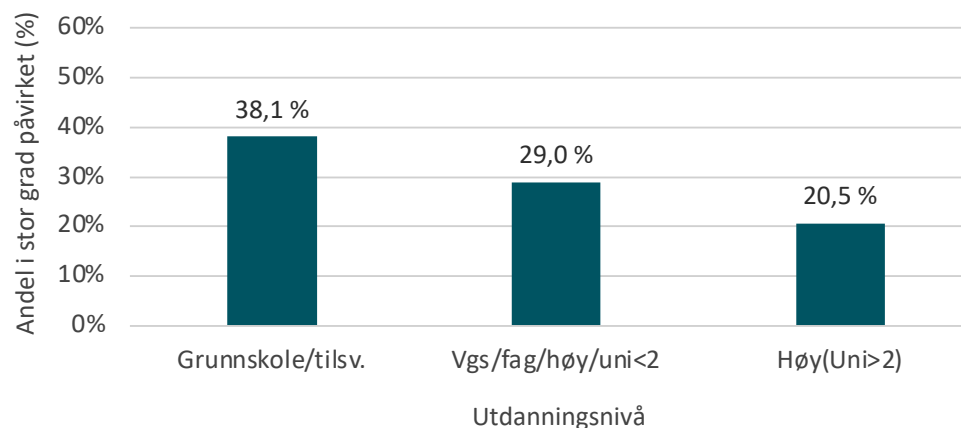
## Langvarige helseproblemer

Noen sykdommer og helseproblemer er mer kortvarige og forbigående, og andre mer langvarig. Langvarige problemer skaper som regel større utfordringer. Deltakere i Folkehelseundersøkelsen er også spurt om de har langvarige helseproblemer, sykdommer eller funksjonsnedsettelser, inkludert de som er sesongbetonte eller som kommer og går, så lenge de har vart eller forventes å vare i minst seks måneder. På dette spørsmålet svarer så mange som rett over 48 % at det har de. De som svarte ja på dette spørsmålet, blir deretter spurt om i hvor stor grad helseproblemene påvirker deres hverdag. Rett over 26 % svarer at hverdagen deres i stor grad er påvirket av disse helseproblemene. Dette utgjør igjen 12,5 % av alle deltakerne, og representerer da en estimert andel for hele voksenbefolkningen i Vestfold. Sagt på en annen måte – mer enn hver tidende person over 18 år i Vestfold vurderer at de har et langvarig helseproblem, en sykdom eller funksjonsnedsettelse som påvirker deres hverdag i stor grad.

Som for egenvurdert helse er det også her en markert sosial gradient (figur 13), hvor de med lengst utdanning vurderer at deres langvarige helseproblem i mindre grad påvirker deres hverdag. I tillegg, er andelen med langvarig helseproblem

mindre blant de med lengst utdanning. Det er også en tydelig ulikhet mellom kvinner og menn for alle aldre og utdanningsgrupper, der flere kvinner rapporterer om langvarige helseproblemer som i stor grad påvirker deres hverdag (Knapstad M et al., 2022).

### Hverdagen i stor grad påvirket av helseproblemer og sosial ulikhet



Figur 13. Andel av voksne 18 år og eldre som har et langvarig helseproblem, en sykdom eller funksjonsnedsettelse som svarer at dette i stor grad påvirker deres hverdag, etter utdanningsnivå, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen -Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

## Dødsårsaker

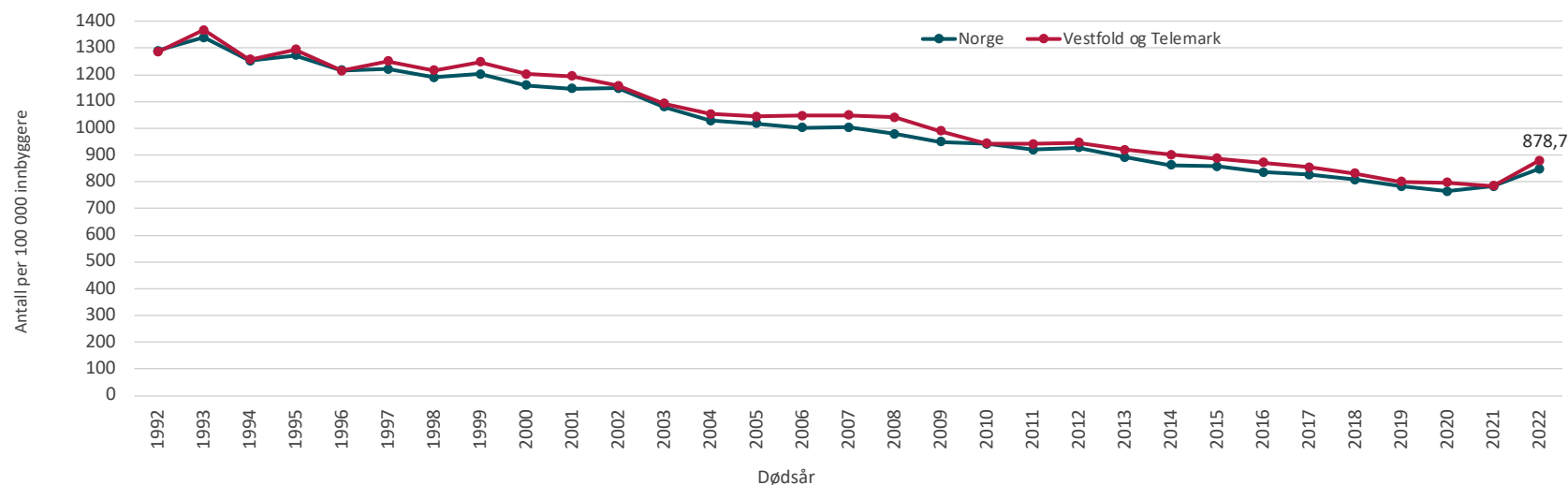
Fordeling av dødsårsaker og utvikling over tid gir innsikt i de største sykdomsbyrdene i befolkningen, og hvordan dette endrer seg med tiden. Hovedtrekkene er at sykdomsbyrdene er ujevnt fordelt i befolkningen, og det er derfor også samsvar med egenvurdering av helse. Med lavere sosioøkonomisk status øker sykdomsbyrden, og forventet levealder reduseres. Sammen med dødsårsaker gir statistikk over forventet levealder et utfyllende overblikk (se kapittelet om befolkning).

Norge har sluttet seg til målet fra Verdens helseorganisasjon om å redusere andelen for tidlig død, det vil si dødsfall i gruppen 30-69 år av ikke-smittsomme sykdommer (hjerte- og karsykdom, diabetes, KOLS og kreft). Målet er 33 % reduksjon i perioden 2015 til 2030. I perioden 2015 til 2021 har Norge hatt en nedgang på 17 %. Selv om utviklingen er positiv, er det usikkerhet knyttet til om den vil vedvare. Effekten ved at mange har sluttet å røyke vil for eksempel ikke ha samme innvirkning fremover (Folkehelseinstituttet, 2017a, 2022c).

Dødsfall registreres i Dødsårsaksregisteret. Registeret er svært fullstendig, kun rundt 1 %

av dødsmeldingene mangler sammenlignet med dødsfall registrert i Folkeregisteret. Dødsårsaken som er registrert skal så langt som mulig være den underliggende sykdom eller skade som satte i gang kjeden av tilstander som førte til død. Utviklingen for dødsårsaker for alle sykdommer er samlet i figur 14. Foreløpig finnes tall kun for Vestfold og Telemark samlet. De dominerende sykdommene blant dødsårsakene er kreft, hjerte- og karsykdommer, sykdommer i luftveiene og demens. Det store flertallet er eldre personer fra 70 år og oppover. For Norge totalt i 2022 var rundt 17 % av de som døde av sykdommer personer under 70 år (kilde: Dødsårsaksregisteret, FHI).

### Dødsfall av sykdommer siste 30 år



Figur 14 . Årlig antall dødsfall av sykdommer, 1992–2022, Vestfold og Telemark samlet og Norge. Aldersjusterte rater etter Eurostats standard populasjon. Kilde: Dødsårsaksregisteret statistikkbank, FHI.

Trenden for dødsfall av sykdommer har vært synkende de siste 30 årene. Dette skyldes i stor grad en reduksjon av dødsfall grunnet hjerte- og karsykdommer. Vestfold og Telemark har tilnærmet fulgt de nasjonale trendene. For 2022 var det for Vestfold og Telemark i gjennomsnitt ca. 879 dødsfall per 100 000 innbyggere grunnet sykdom (figur 14). Dette er en økning fra 2021, og det gjelder for hele landet. Folkehelseinstituttet viser til at dette blant annet skyldes mange dødsfall knyttet til covid-19, men samtidig er det også en økning i andre dødsårsaker av sykdommer som hjerte- og karsykdom og kreft (Folkehelseinstituttet, 2023). Dødsfall grunnet skader og forgiftninger, også omtalt som voldsomme dødsfall, vises i figur 15. Her er også selvmord inkludert (omtalt nærmere i avsnitt om selvmord og selvskading). Antall årlige

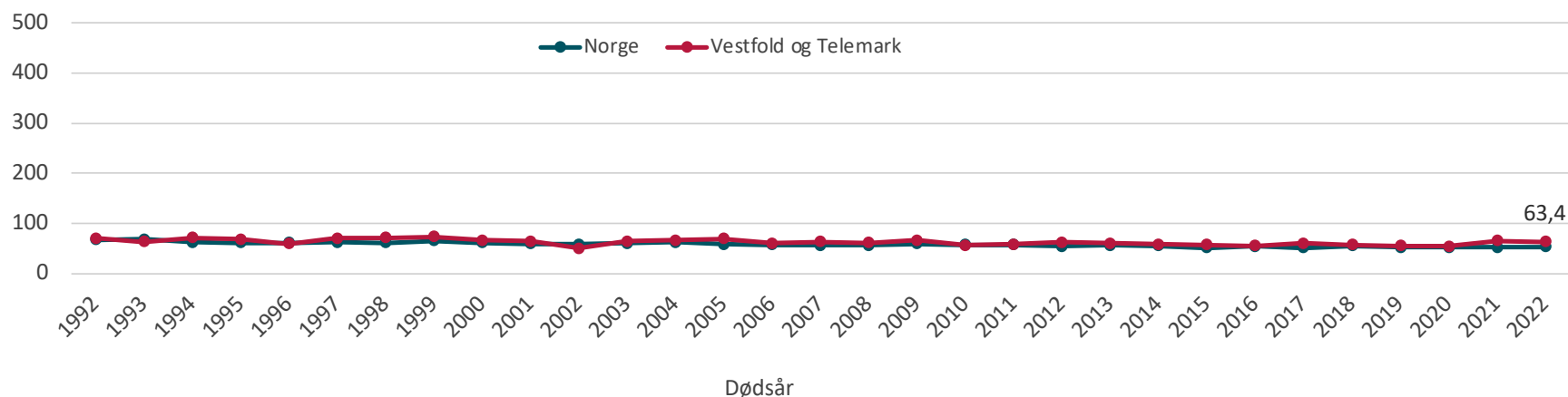
tilfeller per 100 000 er tydelig lavere enn dødsfall av sykdommer, med rundt 63 per 100 000 i 2022, men de sosiale konsekvensene er ofte større. Litt under 4 av 5 dødsfall i denne gruppen skyldes ulykker (77 %), mens litt over 1 av 5 skyldes selvmord og villet egenskade (21,1 %). Blant ulykker dominerer type ulykke i synkende rekkefølge i 2022 slik: fallulykker, andre ulykker som ikke passer inn i annen klassifisering, forgiftningsulykker (inkludert overdosedødsfall), transportulykker og drukningsulykker. Les mer om fallulykker og andre ulykkestyper i kapittelet om skader og ulykker.

Trenden for voldsomme dødsfall de siste 30 årene viser en tendens til svak nedgang i antall årlige dødsfall, men tallene er små og svinger noe fra år til år. I 2022 var den årlige raten for landet 53,6

per 100 000 og for Vestfold og Telemark samlet 63,4 per 100 000 innbyggere. Tidligere rate for Vestfold alene har ligget lavere enn Telemark, 55 per 100 000 mot 61 per 100 000 for Telemark i 2018 (Vestfold og Telemark fylkeskommune, 2020).

Årsakene til den synkende trenden i dødsfall av sykdom er mange og sammensatte. I hovedsak er de ikke tilfeldige og handler om forhold både i og utenfor helsevesenet. For eksempel er reduksjon i antall som røyker en velkjent faktor, som tydelig påvirker nedgangen i dødsfall fra hjerte- og karsykdom og noen typer kreft. Flere av de voldsomme dødsfallene ses ofte på som mulige å unngå, men krever en kontinuerlig satsing på systematisk skade- og ulykkesforebyggende arbeid (se også kapittel om skader og ulykker).

### Dødsfall av ytre årsaker (voldsomme dødsfall) siste 30 år



Figur 15. Årlig antall voldsomme dødsfall (skader og forgiftninger, inkludert selvmord og overdosedødsfall), 1992–2022. Aldersjusterte rater etter Eurostats standard populasjon. Kilde: Dødsårsaksregisteret statistikkbank, FHI.

## Selv mord og selvskading

Statistikk over selvmord per år finnes kun for Vestfold og Telemark under ett. Regionen ligger høyt på selvmordsstatistikken og har ligget over landsgjennomsnittet siden begynnelsen av 1990-tallet. I 2022 var det 13,4 selvmord per 100 000 innbygger i Vestfold og Telemark, mens dette tallet lå på 11,3 for landet totalt sett.

Flere menn enn kvinner begår selvmord, både nasjonalt og i fylket. Trenden gjør seg gjeldene på tvers av fylker, og har holdt seg stabil over tid. I Vestfold og Telemark var det i 2022 9,8 selvmord per 100 000 kvinne, mens tallet for menn var 17,3 selvmord per 100 000. Totalt ble det registrert 57 selvmord i regionen i 2022. Figur 16 viser utviklingen for selvmordsrater siden begynnelsen

av 1970-tallet. På begynnelsen av 1980-tallet og utover på 1990-tallet var det en økning nasjonalt, som deretter sank noe og så holdt seg stabil fra begynnelsen av 2000-tallet. Fra rundt begynnelsen av 1990-tallet ser det ut til at regionen stort sett har ligget noe over landet samlet sett. Ratene for Vestfold og Telemark varierer mer enn for landet som helhet, som er et utslag av et mindre tallgrunnlag. Det samme viser statistikk som beregner gjennomsnitt over siste 10 årsperiode, såkalt glidende gjennomsnitt (KommuneHelse statistikkbank 2024). For hele landet ble det for hvert år i tiårsperioden 2013-2022 begått i gjennomsnitt 11,6 selvmord per 100 000 innbygger. I Vestfold og Telemark lå dette tallet på 14,9.

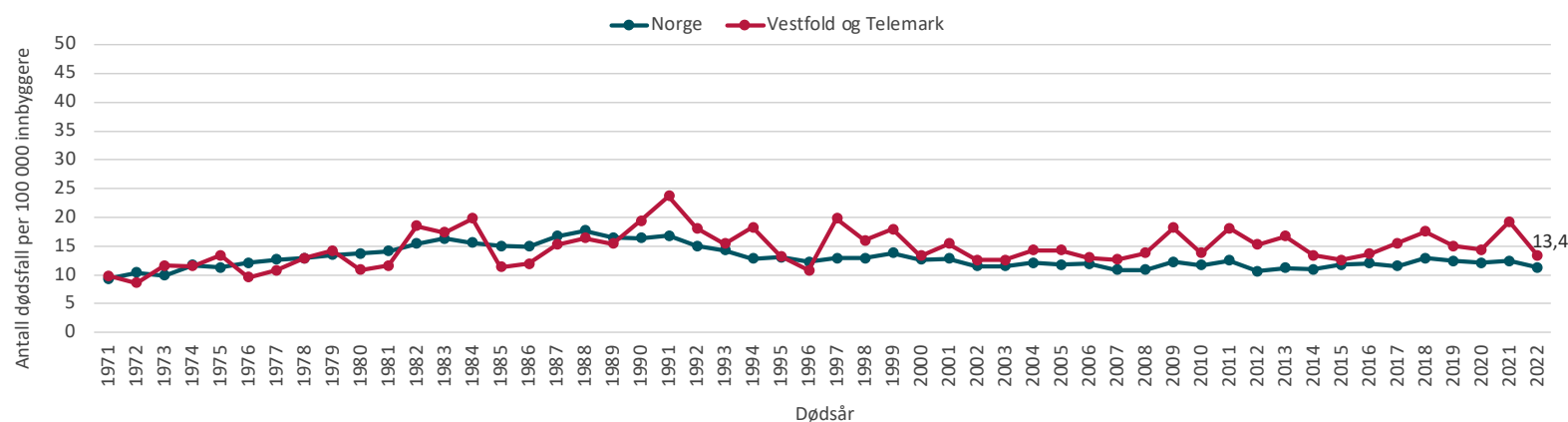
Undersøkelser viser at dødsfall etter selvmord mest sannsynlig blir underrapportert, fordi det fortsatt

er tabu eller fordi dødsfallet blir feilklassifisert som ulykke eller ukjent dødsårsak (Nrugham & Mehlum, 2010). Det faktiske tallet på selvmord kan derfor være noe høyere enn det statistikken viser.

Det er vanlig å anta at det er 10 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord, og andelene for selvskading er enda høyere. Selvskading er definert som skade en person påfører seg selv med vilje, uten intensjon om å dø (Helsedirektoratet, 2017a).

I 2021 Ungdata-undersøkelsen svarte totalt for Vestfold og Telemark 11 % av guttene og 26 % av jentene at de har skadet seg selv med vilje, uten ønske om å dø minst én gang det siste året (Aase et al., 2021). Når det gjelder selvmordsforsøk svarte 3,8 % av guttene og 8,4 % av jentene at de har forsøkt å ta sitt eget liv det siste året, samlet 6,6% blant Vestfold-ungdommen.

### Dødsfall fra selvmord og villet egenskade, historisk utvikling



Figur 16. Antall dødsfall per 100 000 innbygger per år registrert som selvmord eller villet egenskade, 1971-2022, Vestfold og Telemark samlet og Norge. Aldersjusterte rater etter Eurostats standard populasjon. Kilde: Dødsårsaksregisteret statistikkbank, FHI.

## Selv mord som folkehelseutfordring i Vestfold

Selv mord krever årlig flere liv enn trafikkkulykker. Menn er overrepresentert og i aldersgruppen 15-47 år er selv mord den andre største dødsårsaken.

Selv mord regnes som en folkehelseutfordring, fordi hvert selv mord berører svært mange mennesker med betydelige konsekvenser for familie og andre i nær omgangskrets. Dersom man regner 10 etterlatte per selv mord, så vil 5 000-6 000 nye etterlatte bli berørt i Norge hvert år. Forskning knytter opplevd selv mord i nær relasjon til økt sårbarhet for psykiske lidelser og egne selv mordstanker (Dyregrov, 2003). Flere etterlatte etter selv mord opplever flere vonde følelser som skyld, skam, forvirring, avvisning og sinne. De er også utsatt for kompliserte og langvarige sorgtilstander (Tal Young et al., 2012).

I Vestfold har selv mordsstatistikken ligget høyt og over landsgjennomsnittet gjennom flere år (se figur 16). Blant kommunene er det Horten og Tønsberg som ligger høyest (Kommunehelsa statistikkbank 2024). Hvorfor er selv mordsstatistikken høyere i fylket vårt? Folkehelseinstituttet beskriver at de fylkesvise forskjellene kan utgjøre tilfeldige variasjoner. Med små tall blir de statistiske forskjellene store, særlig for fylker der folketallet er lavt (Stene-Larsen et al., 2014). Det kan derfor være

vanskelig å vite om et fylke reelt sett har høyere eller lavere selv mordsrate enn resten av landet, eller andre fylker. Selv om selv mordsraten kan endre seg fra år til år, viser målinger over tid at nivået i Vestfold har ligget over landsgjennomsnittet lenge.

Hvorfor selv mordsraten ligger høyere i fylket vårt enn landet ellers, er krevende å få nøyaktige svar på. Forskning på selv mord viser til at årsakene er sammensatte og at det er et samspill mellom flere faktorer.

Årsaksforholdene bak selv mord og selv mordsforsøk er sammensatte. Ofte er det en kombinasjon av flere risikofaktorer som fører til opplevelse av håpløshet og følelse av ikke å mestre livet, som gjør at noen forsøker å ta sitt eget liv. Andre kan ha akutte tilstander som fører til impulsive handlinger. Mange ungdommer beskriver selvskading som en mestringsmekanisme for å håndtere psykisk smerte (Kvaale & Mossige, 2019).

I vedlegg til regjeringens Handlingsprogram for selv mordsforebygging vises det til en oppsummering av forskning på risikofaktorer for selv mord (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). På individnivå finner forskningen følgende faktorer: psykiske lidelser, rus, tidligere forsøk, sykdom, langvarig stress, belastende livshendelser, familiehistorie med selv mord. Risikofaktorer i miljøet er tilgang på ulike metoder (for eksempel

våpen, legemidler, bygg og broer), utestengelse (for eksempel mobbing, arbeidsledighet, sosial isolasjon) og sensasjonspreget rapportering i massemedia. Det pekes på at det er mindre forskning på beskyttelsesfaktorer for selv mord.

**Verdens helseorganisasjon legger vekt på følgende beskyttelsesfaktorer, med grunnlag i forskningen som finnes:**

-  **Sterk tilhørighet til familie og støtte fra lokalsamfunn**
-  **Gode problemløsningsferdigheter, konfliktløsningsevne og ikke-voldelig håndtering av konflikt**
-  **Personlig, kulturell, sosial eller religiøs overbevisning som styrker ønske om å leve**
-  **Begrenset tilgang til selv mordsmetoder**
-  **Evne til å søke hjelp for problemer, tilgang til tjenester for psykisk og fysisk sykdom.**

## Sykdommer

I dette avsnittet blir de sykdommene og plagene som bidrar til de største sykdomsbyrdene fylket, det vil si de store folkesykdommene omtalt nærmere (se kapittel om livskvalitet og sosialt miljø for psykiske plager og lidelser). De er alle sykdommer og plager med et sammensatt bilde av bakenforliggende årsaker og risikofaktorer. Samtidig som det er ulike tilstander, har de mye til felles når det gjelder mønstre for sosial ulikhet og faktorer som øker risiko for både sykdom og negativt utfall. Selv om hvert enkelt individ til en viss grad har mulighet til å påvirke risiko, ligger en stor del av muligheten til å påvirke og skape endring på samfunnsnivå.

## Kreft

Kreft er den største årsaken til tidlig død i Norge og forekommer hyppigere blant menn enn kvinner. De siste 20 årene har det vært en nedadgående trend for kreft som dødsårsak, mest markert for menn. Tilgjengelige tall er for Vestfold og Telemark samlet. Regionen har fulgt den nasjonale trenden, men har hatt en svakt høyere forekomst over tid (figur 17).

I oversiktsdokument fra 2020 (Vestfold og Telemark fylkeskommune, 2020) er det dokumentert at Vestfold over tid har vist en tendens til høyere forekomst av kreftdødsfall enn landet sett under ett.

På grunn av relativt få tilfeller av ulike kreftformer, varierer forekomsten av dødsfall en del fra år til år og sammenlikning med landet blir noe usikker på kort sikt. Likevel har Vestfold og Telemark ligget tydelig over landet når det gjelder nye tilfeller av hudkreft (Norges helsestatistikkbank, FHI 2024). Kreftformene som dominerer for total sykdomsbyrde (helsetapsjusterte leveår eller DALY, se innledning til kapittel for nærmere forklaring) i synkende rekkefølge er: lungekreft, tykk- og endetarmskreft, prostatakreft, brystkreft og bukspyttkjertelkreft.

Totalt i antall er det en økning av nye krefttilfeller og dette vil fortsette å øke. Det skyldes i stor grad en aldrende og større befolkning. Samtidig har det også skjedd en økning i risikoen for å få kreft (Larsen & Kjerpeseth, 2014).

Det er påvist klare forskjeller i kreftisiko på tvers av ulike utdannings- og inntektsgrupper, der risikoen er større hos personer med lav utdanning og inntekt. Det er noen unntak hvor de med høyest utdanning har høyere risiko.



Det gjelder prostatakreft, testikkelkreft, brystkreft og melanom i hud (føflekkreft) (Larsen et al., 2020). For brystkreft hos kvinner skyldes det trolig at kvinner med lang utdanning og høy inntekt er eldre når de får sitt første barn, og at de får færre barn. Tidlig første fødsel, amming og flere fødsler beskytter mot brystkreft.

De vanligste risikofaktorene for kreft er røyking, usunt kosthold, fysisk inaktivitet, høyt alkoholkonsum, fedme og enkelte miljøfaktorer. Overdreven soling gir økt risiko for føflekkreft (Larsen & Kjerpeseth, 2014).

## Hjerte- og karsykdommer

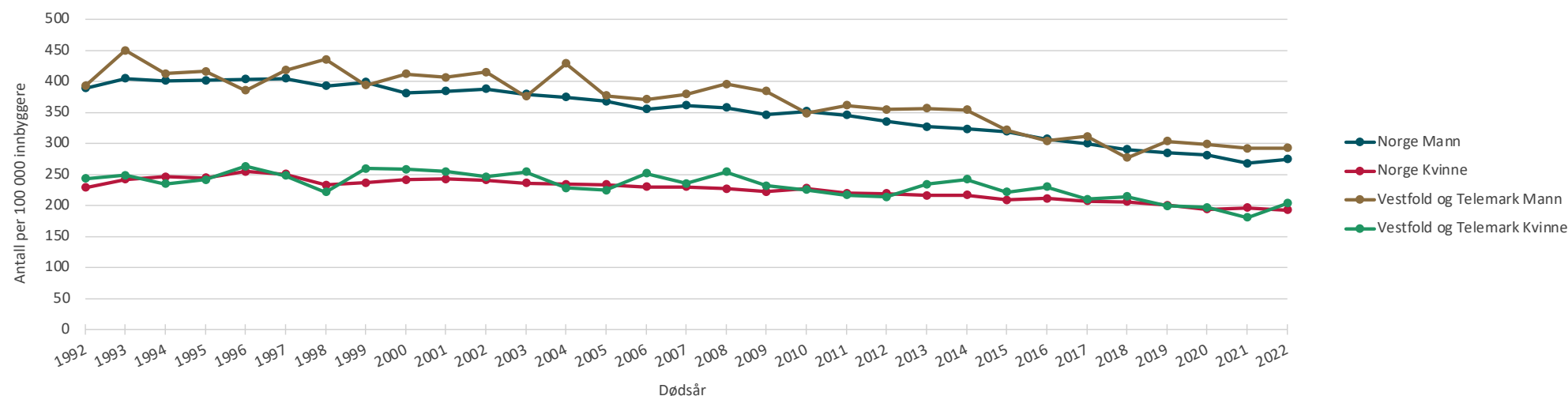
Siden 1970-tallet har det vært en tydelig nedgang i nye tilfeller og dødelighet av hjerte- og karsykdommer i Norge og fylket. Det er samtidig fortsatt en stor andel av befolkningen som rammes av denne sykdomsgruppen. I 2021 og 2022 ble det for første gang på mange år registrert en økning i dødelighet på grunn av hjerte- og karsykdommer (Folkehelseinstituttet, 2023) (figur 18).

Det er en tydelig sosial forskjell i både forekomst og dødelighet for hjerte- og karsykdommer, samtidig som det også er et stort potensial i å forebygge

gjennom helsefremmende og befolkningsrettede tiltak som bedrer kostholdet og som bidrar til å øke fysisk aktivitetsnivå i befolkningen (Ariansen et al., 2014). Samtidig er det like viktig å arbeide parallelt med bakenforliggende levekårsfaktorer for å redusere de sosiale helseforskjellene.

Den sosiale ulikheten i hjerte- og karsykdommer var høyest på 1990-tallet, mens på 2000-tallet var forskjellen mellom utdanningsgrupper blitt noe redusert (Ariansen et al., 2014).

### Dødsfall av kreft (svulster)



Figur 17. Antall dødsfall av kreft (svulster) per 100 000 innbyggere per år, alle aldre, 1992-2022, Vestfold og Telemark samlet og Norge. Aldersjusterte rater etter Eurostats standard populasjon. Kilde: Dødsårsaksregisteret statistikkbank, FHI

Det er flere sykdommer som tilhører gruppen hjerte- og karsykdommer. Sykdommer som skyldes en innsnevring og tilstopping av blodårer, og dermed manglende eller redusert blodtilførsel (iskemi), dominerer. Hjertekrampe (angina pectoris), hjerteinfarkt, hjerneslag, og arterieflimmer og hjertesvikt er vanligst (Ariansen et al., 2014).

I Vestfold og Telemark er det en svakt økende trend de siste femten årene for aldersgruppen 0–79 år når det gjelder legemiddelbruk for hjerte- og karsykdommer og kolesterolsenkende midler samlet. Trenden er lik på nasjonalt nivå. I 2021 var det 177 personer per 1000 innbyggere per år som brukte slike legemidler i de to fylkene sett under ett (Norgeshelsa statistikkbank, FHI 2024). Nær en femtedel av befolkningen, får altså forebyggende

behandling eller lever med en hjerte- og karsykdom.

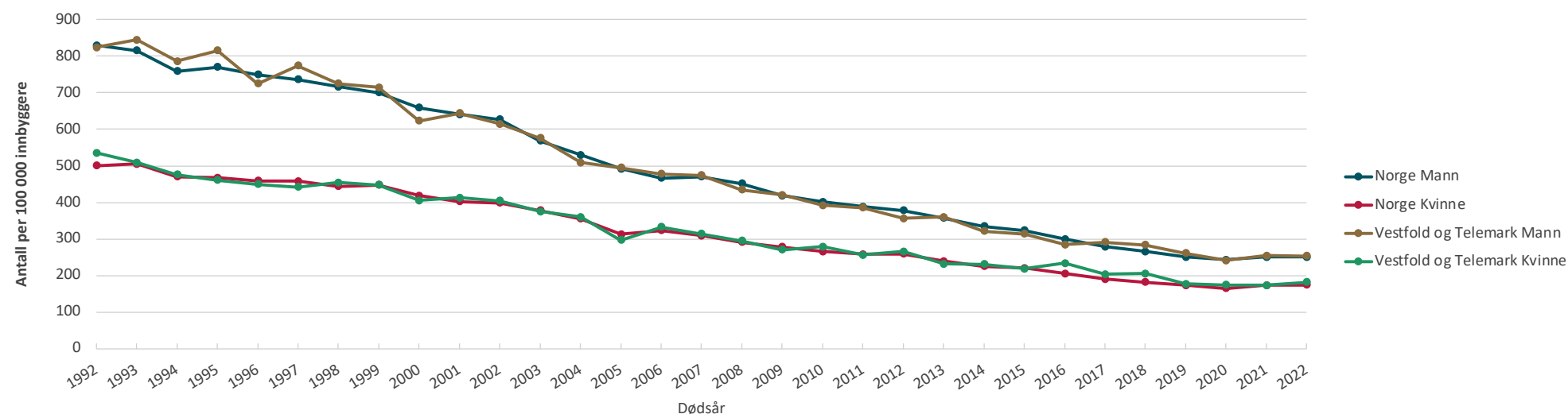
Figur 18 viser nedgangen i dødeligheten de siste tiårene både nasjonalt og regionalt. Nedgangen gjelder både menn og kvinner, men er mer markert for menn, som også lenge har ligget høyere enn kvinner. Tall fra Folkehelseinstituttets statistikkbanker er kun tilgjengelig for Vestfold og Telemark samlet, men tidligere har tilgjengelig statistikk vist at dødeligheten har vært noe høyere i Telemark enn i Vestfold, spesielt for kvinner (Vestfold og Telemark fylkeskommune, 2020).

Nedgangen av hjerte- og karsykdommer de siste 50 årene har flere forklaringer som særlig er knyttet til levevaner. Færre røyker, det er færre med høyt blodtrykk, bedre forebygging av høyt kolesterol og

bedre medisinsk behandling.

De viktigste nære risikofaktorene i gruppen levevaner er røyking, et usunt kosthold med mye mettet fett, lavt inntak av frukt- og grønnsaker, høyt saltinntak, høyt inntak av sukkerholdig drikke, høyt alkoholinntak og et lavt fysisk aktivitetsnivå. Diabetes, overvekt og fedme er også kjente risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer. I tillegg er det en økende mengde dokumentasjon på sammenheng mellom langvarig fysiologisk stress og økt risiko for førstegangs hjerte- og karsykdommer eller ugunstig utfall av eksisterende sykdom. Utløsende stressfaktorer er mange og ulike, de inkluderer både ensomhet og støyplager (Kivimäki & Steptoe, 2018; University of Rochester Medical Center, 2016).

## Dødsfall av hjerte- og karsykdommer



Figur 18. Antall dødsfall av hjerte- og karsykdom per 100 000 innbygger per år, 1992–2022, alle aldre. Aldersstandardiserte rater. Kilde: Dødsårsaksregisteret statistikkbank, FHI.

## Muskel- og skjelettsykdommer og plager

Muskel- og skjelettplager utgjør en stor sykdomsbyrde for samfunnet og er en viktig årsak til redusert helse og nedsatt livskvalitet. Blant voksne i yrkesaktiv alder er muskel- og skjelettlidelser den vanligste årsaken til sykefravær og uføretrygd samlet sett. De fleste av oss blir rammet i løpet av livet og alle aldersgrupper er representert, selv om den største byrden er blant voksne og eldre i befolkningen.

Muskel- og skjelettplager, inkludert skader, omfatter mange ulike tilstander som ofte er forbundet med smerte og nedsatt funksjon. Folkehelse rapporten 2022, FHI, omtaler fire vanlige undergrupper nærmere: rygg- og nakkeplager, osteoporose (benskjørhet) og osteoporotiske brudd, artrose (tidligere kalt slitasjegikt) og andre revmatiske sykdommer. Korsryggssmerter dominerer blant tilstander som bidrar til ikke-dødelig helsetap og samlet sykdomsbyrde (Clarsen et al., 2014)

## Registreringer i primærhelsetjenesten

Antall personer i kontakt med primærhelsetjenesten (fastlege, legevakt, fysioterapeut og kiropraktor) per 1000 innbygger per år gir oversikt over forekomst av både muskel- og skjelettplager og diagnoser. Det finnes kun tall for Vestfold og Telemark samlet

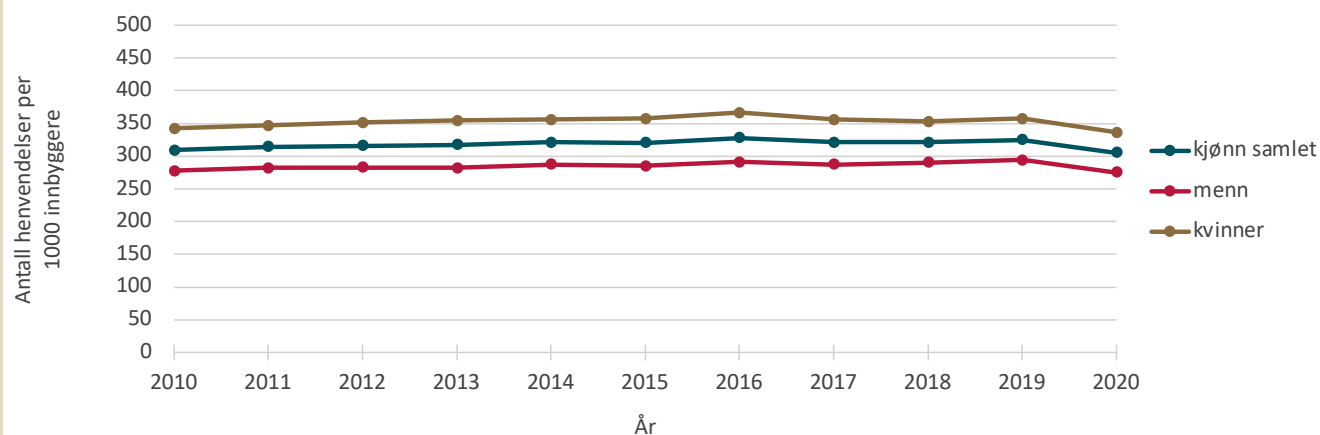
frem til 2020, tall for 2021-2023 er foreløpig ikke tilgjengelig.

Figur 19 viser at Vestfold og Telemark har en forholdsvis stabilt høy forekomst av muskel- og skjelettplager og -diagnoser det siste tiåret. Forekomst for landet er ikke inkludert i figuren, men er tilnærmet identisk ved bruk av aldersstandardiserte rater. Hvis ikke-standardiserte tall benyttes har Vestfold og Telemark samlet et noe høyere antall henvendelser i primærhelsetjenesten. Noe som mest sannsynlig kan forklares med en høyere andel eldre sammenliknet med landet.

Det er en høyere forekomst av antall henvendelser blant kvinner enn for menn. I 2019 hadde menn 275 henvendelser per 1000 innbyggere og kvinner 336 henvendelser. Det var en liten reduksjon i henvendelser i 2020 noe som sannsynligvis henger sammen med endringer knyttet til covid-19-pandemien. Svangerskapsrelaterte plager og sykdommer er ikke tatt med.

Mange av sykdommene knyttet til muskel- og skjelettsystemet henger tett sammen med stillesittende levevaner og delvis overvekt. Overvekt har i flere år vært et økende problem og mange i dagens samfunn har stillesittende arbeid

Henvendelse til primærhelsetjenesten grunnet muskel- og skjelettplager og -diagnoser

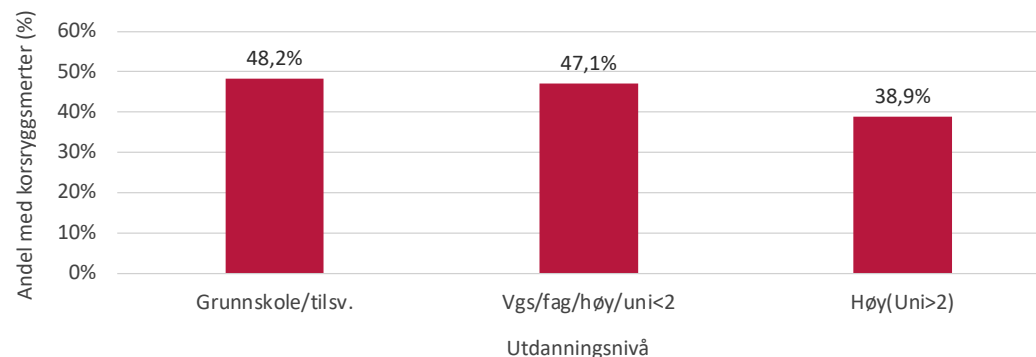


Figur 19. Antall personer per 1000 innbygger per år i kontakt med primærhelsetjenesten (fastlege, legevakt, fysioterapeut og kiropraktor) for muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser, 0-74 år, 2010-2020, Vestfold og Telemark samlet. Aldersstandardiserte rater. Dersom en person har hatt kontakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, FHI.

(se mer i kapittel om levevaner). Det er nødvendig å følge med på utviklingen av muskel- og skjelettsykdom i befolkningen, og en økning i forekomst av disse kan skje parallelt med økning for andre sykdommer som påvirkes av overvekt og levevaner slik som diabetes, hjerte- og karsykdommer og kreft.

Tall fra Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021 gir mer innsikt i forekomst og smerter i nakke og korsrygg blant de 18 år og over. Tallene viser en tydelig sosial ulikhet i forekomst. I Vestfold rapporterer litt over 43 % at de har hatt smerter i korsryggen de siste 28 dagene. Når vi ser dette opp mot utdanningsnivå i tre grupper, er det en ulikhet på rundt 9 prosentpoeng mellom laveste og høyeste utdanningsnivå (figur 20). I rapport for undersøkelsen (Knapstad M et al., 2022) ble det gjort en omregning for å kunne si noe om andelen i voksenbefolkningen som til enhver tid har korsryggssmerter. Denne det lå på rundt 20 %, eller 1 av 5 personer som til enhver tid har korsryggssmerter (Vestfold og Telemark samlet). Igjen halvparten av dette – omtrent 1 av 10 – har til enhver tid korsryggssmerter som medfører at de må endre sine vanlige aktiviteter eller daglige rutiner (opplever funksjonsnedsettelse). Andelen som rapporterer korsryggssmerter, synker med økende alder blant både kvinner og menn.

### Korsryggssmerter de siste 28 dagene, Vestfold



Figur 20. Andel som svarer at de har hatt smerter i korsryggen de siste 28 dagene etter utdanningsnivå, kjønn samlet, 18 år og eldre, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

Når det gjelder nakkesmerter er andelen som rapporterer om smerter de siste 28 dagene også høy, 41 %, men litt lavere enn for korsryggssmerter. Omregnet og basert på svar i undersøkelsen er det til enhver tid i underkant 8 % av voksenbefolkningen som har nakkesmerter som medfører at de må endre sine vanlige aktiviteter eller daglige rutiner (opplever funksjonsnedsettelse).

## Demens

Demens er en fellesbetegnelse på flere hjernesykdommer som endrer evnen til å huske, utføre daglige aktiviteter og påvirker atferd. Demens er knyttet til høy alder i de aller fleste tilfeller, men er allikevel ikke en del av den normale aldringen. Gener spiller også en vesentlig rolle, noe som særlig er

vist for Alzheimer (Schipper, 2011), men allikevel er det antatt at så mye som 40 % av all demens kunne vært unngått ved forebygging (Gill Livingston et al., 2020). Det er flere kvinner enn menn som blir rammet av demens, og forekomst av demens er høyere blant personer med lav utdanning, slik at sykdommen viser en tydelig sosial ulikhetsprofil.

Figur 19 viser at Vestfold og Telemark har en forholdsvis stabilt høy forekomst av muskel- og skjelettplager og -diagnoser det siste tiåret. Forekomst for landet er ikke inkludert i figuren, men er tilnærmet identisk ved bruk av aldersstandardiserte rater. Hvis ikke-standardiserte tall benyttes har Vestfold og Telemark samlet et noe høyere antall henvendelser i primærhelsetjenesten. Noe som mest sannsynlig kan forklares med en høyere andel eldre sammenliknet med landet.

Figur 21 viser utviklingen for dødsfall med demens som årsak fra 2012 til 2022. På landsbasis og for Vestfold og Telemark viser det en forholdsvis jevn økning for antall per 100 000 innbyggere i denne perioden, men med litt nedgang i pandemiårene 2020 og 2021. I totalt antall er det en forskjell på nær 100 personer fra 2012 til 2022 registrert med demens som dødsfall, henholdsvis fra 176 personer til 277 personer i Vestfold og Telemark.

Tall fra Dødsårsaksregisteret for demens er noe usikre, og antatt å representere en underrapportering. Demens rammer eldre som ofte også har andre sykdommer. For at demens skal registreres som dødsårsak må legen ha ført opp demens som underliggende dødsårsak, og ikke vanlige sekundærårsaker som lungebetennelse og

hjerterinfarkt som gjør at døden inntreffer (Raknes, 2020). Selv om tallene er usikre, gir de allikevel en god indikasjon på utviklingen over tid i befolkningen.

Antallet som til enhver tid lever med demens i Vestfold er det ikke publisert estimater på. Det er mulig å lage noen grove estimater med utgangspunkt i forekomsttall for landet på 1,88 % fra 2020 og ut fra innbyggerantall i Vestfold (GjØra et al., 2020). Uten å hensynta en eldre befolkningsprofil i fylket er det da mulig å regne seg frem til at i Vestfold levde rundt 5000 personer med demens i 2020.

Med dagens utvikling er dette antallet forventet å øke betydelig i årene frem mot 2050. Forekomsten av demens har stadig økt de siste 10-årene og vil ha

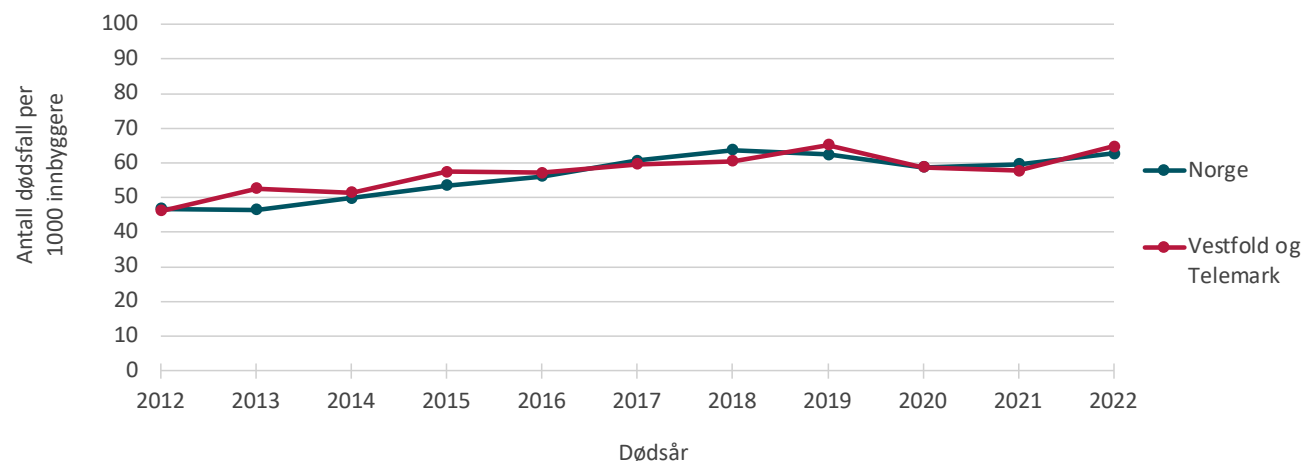


Foto: Dag Nordsveen

en betydelig økning fremover. Det skyldes en økning i antall eldre i årene som kommer og at risikoen for demens øker med alderen. I tillegg lever personer med demens nå lengre med sykdommen (GjØra et al., 2020; GjØra et al., 2021; Strand et al., 2014).

En rekke risikofaktorer og noen beskyttelsesfaktorer er identifisert når det gjelder demens. Mange av faktorene er de samme som for hjerte- og karsykdommer. Blant risikofaktorene finner vi for eksempel høyt blodtrykk, fedme, depresjon og lite sosial kontakt, fysisk inaktivitet og høyt alkoholbruk. Livingstone m.fl. 2020 har publisert en modell som viser potensiell reduksjon i risiko for demens ved å endre påvirkning fra ulike faktorer i et livsløpsperspektiv (Gill Livingstone et al., 2020). Blant annet viser den en mulig reduksjon i risiko på 8 % hvis sosial isolasjon og depresjon blant de over 65 år er eliminert.

### Dødsfall av demens



Figur 21. Antall dødsfall av demens per 100 000 innbygger per år, 2012–2022, Vestfold og Telemark samlet og Norge. Aldersjusterte rater etter Eurostats standard populasjon. Kilde: Dødsårsaksregisteret statistikkbank, FHI.

## Diabetes

Diabetes type-2 utgjør en betydelig sykdomsbyrde. Diabetes, type-1 og type-2, er en sykdom som kjennetegnes av for høyt blodsukker. Utilstrekkelig behandling kan føre til alvorlige komplikasjoner. Sykdommen er forbundet med økt dødelighet og senkomplikasjoner fra hjerte- og karsystemet, nyrer, øyne og nerver. Diabetes utgjør en betydelig sykdomsbyrde i samfunnet (Stene et al., 2014), og da primært diabetes type-2 som utgjør omkring 90 % av tilfellene. Det er verdt å merke at det også er dokumentert en økning av diabetes type 1 siden 1950-tallet (Cowie et al., 2018). Nasjonalt har om lag 5 % av befolkningen diagnostisert diabetes.

Dette samsvarer med selvrapportert forekomst fra Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2021, hvor 5,4 % av gruppen 18 år og eldre, oppga at de hadde diabetes. En ukjent andel av befolkningen antas i tillegg å leve med udiagnostisert diabetes.

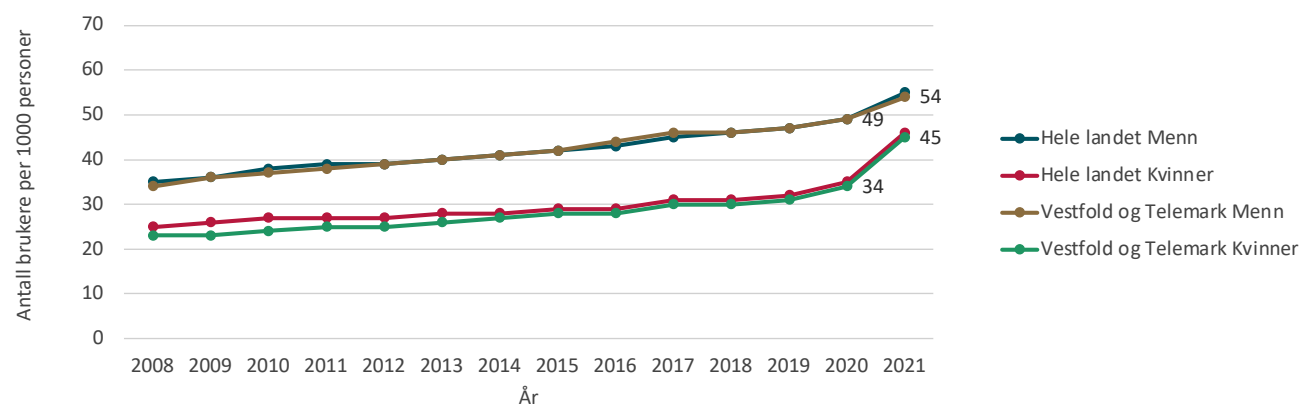
Diabetes type 1 blir oftere diagnostisert hos barn enn voksne. Arvelige faktorer spiller en større rolle for diabetes type 1, men diabetes type 2 skyldes også til en viss grad arvelige faktorer. Det finnes mye kunnskap om hvordan diabetes type 2 har en tydelig sammenheng med levevaner som kosthold, fysisk aktivitet, røyking og alkoholbruk. Risikoen for diabetes type-2 er høyere i noen innvandrergupper, blant annet for innvandrere med opprinnelse fra Sør-Asia og noen land i Afrika (Storstein Spilker et al., 2017).

Forekomst av type 2-diabetes er sosialt skjevt fordelt i befolkningen. Det er for eksempel dokumentert hyppigere forekomst i grupper med lav utdanning enn i grupper med høyere utdanning (Stene et al., 2014).

Personer med diabetes type 2 behandles med blodsukkersenkende legemidler og/eller tilpasset kosthold og fysisk aktivitet. Med tiden trenger også mange insulininjeksjoner. Omtrent 3 av 4 med diabetes behandles med blodsukkersenkende midler, mens den resterende fjerdedelen blir behandlet med ulike levevanetiltak (Ruiz et al., 2018). Denne informasjonen er nyttig i vurdering av statistikk basert på legemiddelbruk. Tilgjengelig statistikk for Vestfold og Telemark samlet viser registreringer i reseptregisteret. Dette gir et inntrykk av forekomst i befolkningen og utvikling over tid. Tidsserien fra 2008 til 2021 fordelt på kjønn for Vestfold og Telemark og hele landet er presentert i figur 22.

De siste 10 årene har det vært en økning i antallet som bruker blodsukkersenkende legemidler. Det siste tilgjengelige målepunktet i 2021 viser en topp på totalt 50 per 1000 for kvinner og menn samlet i Vestfold og Telemark. Forekomsten av type 2 diabetes er høyere for menn enn kvinner. Fra 2020 til 2021 hadde kvinner en større økning enn menn, men tidligere har økningen vært større for menn enn kvinner. Ettersom trenden i Vestfold og Telemark følger den nasjonale, er det ikke sannsynlig at lokale eller regionale forhold har hatt markert innvirkning, verken negativt eller positivt.

### Diabetes type-2, bruk av blodsukkersenkende midler



Figur 22. Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes per 1000 innbyggere 30-74 år, Vestfold og Telemark samlet og Norge. Alle blodsukkersenkende midler bortsett fra insulin er inkludert, og kun én uthenting av samme legemiddel teller per person per år. Aldersjusterte rater etter Eurostats standard populasjon. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, FHI.

I 2018 publiserte Folkehelseinstituttet forskningsresultater som tyder på at antallet nye årlige tilfeller av diabetes type 2 er på vei nedover i Norge (Ruiz et al., 2018). På tross av mulig nedgang er det en økning i totalantallet som lever med diabetes i befolkningen. Dette skyldes blant annet økt overlevelse med bedre diagnostisering og behandling, samt befolkningsvekst. På lang sikt vil en eventuell fortsatt nedgang i nye tilfeller, vise seg i en redusert sykdomsbyrde knyttet til diabetes type-2 i befolkningen.

Uavhengig av noe usikkerhet rundt de siste års trender, vil diabetes type-2 fortsatt være en folkesykdom som bidrar betydelig til sykdomsbyrden i samfunnet og dermed trenger oppmerksomhet. Både nære og bakenforliggende påvirkningsfaktorer spiller inn, og kan endres med systematisk forebyggende og helsefremmende arbeid i alle aldersgrupper.

## Luftveissykdommer påvirker livskvaliteten

Kroniske betennelsestilstander i luftveiene er svært plagsomt og påvirker livskvaliteten. De to vanligste sykdommene er kols (kronisk obstruktiv lungesykdom) som særlig rammer den eldre delen av befolkningen, og astma som rammer alle aldersgrupper. Begge tilstandene kan forverres av luftveisirriterende stoffer i miljøet, for eksempel svevestøv fra veitrafikk. Astma kommer gjerne som

anfall, og blir også utløst av allergener som pollen fra trær og kontakt med husdyr.

Luftveisinfeksjoner og fysiske anstrengelser kan forverre begge tilstandene. Personer med astma har noe økt risiko for å utvikle kols. Blant gruppen 70 år og eldre i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021 var det 8,3 % som svarte at de hadde varige helseplager grunnet kronisk bronkitt, kols eller emfysem.

## Kols

Røyking er hovedårsaken til to av tre tilfeller av kols. Uheldig eksponering av støv og gasser gjennom arbeid er en mindre vanlig årsak i dag enn tidligere. Dødsfall som følge av kroniske sykdommer i nedre luftveier (kols inkludert), var på landsbasis den fjerde hyppigst registrerte dødsårsaken i 2021 (Nystad W et al., 2014). Når kols er skilt ut som enkeltdiagnose var det i 2022 14 per 100 000 dødsfall (0-74 år) blant kvinner og 11 per 100 000 dødsfall blant menn hvor kols var årsaken (Norgeshelsa, FHI 2024). Tall er ikke tilgjengelig for Vestfold alene, men tidligere er det notert at forekomst og trend for Vestfold har ligget nær nasjonale tall (Vestfold fylkeskommune, 2016; Vestfold og Telemark fylkeskommune, 2020). Siden antallet eldre øker vil antallet personer som lever med kols holde seg høyt i årene som kommer.

## Astma og allergi

Det er flere forskjellige typer astma, slik som allergisk og ikke-allergisk, anstrengelsesutløst og yrkesrelatert astma (Granum BB & Nystad W, 2014). I Folkehelseundersøkelsen for Vestfold og Telemark 2021 svarer totalt 11,7 % av deltakerne i Vestfold at de har varige helseplager på grunn av astma.

Allergi skyldes en overreaksjon i immunsystemet når en person kommer i kontakt med ulike stoffer i miljøet. Det finnes mange typer allergi, f.eks. allergisk kontakteksem på grunn av kontakt med nikkel, og høysnue på grunn av kjæledyr, pollen og husstøvmidd. Hos barn opptrer astma og allergiske sykdommer ofte samtidig (Granum BB & Nystad W, 2014).

Så mange som 32,2 % i Vestfold svarer at de har varige helseplager på grunn av pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi (da ekskludert matintoleranse og allergisk astma). Dette tallet er 34,4 % i gruppen 18-29 år og så høyt som 38,5 % blant de mellom 30-39 år. Forekomsten synker noe blant de som er 50 år og eldre. Tallene understreker at astma og allergi er hyppige årsaker til plager.

Det blir skilt i to grupper når det er snakk om risikofaktorer for astma og allergi. Det er den gruppen av faktorer som kan påvirke risikoen for utvikling av sykdom blant personer uten astma og allergi, og gruppen av miljø- og levevanefaktorer som kan gi økte plager blant personer som allerede har astma og allergi. Det er mer begrenset med kunnskap om årsakene til å utvikle astma og allergi, men en rekke faktorer er kjent for å øke graden av symptomer når sykdom allerede er etablert. Her kan for eksempel nevnes røyking, kosthold, muggsopp, ulike allergener slik som pollen, kjæledyr og proteiner i matvarer, kjemikalier, luftforurensing og stress (Granum BB & Nystad W, 2014). Samtidig er det indikasjoner på at kontakt med husdyr tidlig i livet kan forebygge allergi mot disse (Hesselmar et al., 2018), og risiko for å utvikle astma ser ut til å være høyere blant de som bor mer urbant i forhold til mer landlig (Song et al., 2023).

## Luftveisinfeksjoner og dødelighet, et nytt mønster etter introduksjon av covid-19 viruset

Før covid-19-pandemien var det i hovedsak influensa og lungebetennelse som var luftveisinfeksjonene som førte til dødsfall. Infeksjonene viser en sesongvariasjon i forekomst. Lungebetennelse kan være forårsaket av flere ulike bakterier eller virus, som da også følger etter en influensainfeksjon. I noen få tilfeller er lungebetennelsen forårsaket av selve influensaviruset.

I 2019 døde 28,5 per 100 000 personer av lungebetennelse i Vestfold og Telemark (Dødsårsaksregisterets statistikkbank, FHI 2024). Fra vinteren 2020 ser vi et nytt mønster for dødelighet fra luftveisinfeksjoner i Vestfold og Telemark (kun samlede tall tilgjengelig). Dødeligheten gikk tydelig ned for influensa og lungebetennelse i 2020 og 2021, men var tilbake til likt nivå som i 2019 fra 2022. Det samme mønsteret gjelder nasjonalt, og Folkehelseinstituttet forklarer at dette trolig skyldes endret dødelighet blant eldre og andre risikoutsatte som følge av strenge smittevernsrestriksjoner i 2020 og tidlig 2021 (Folkehelseinstituttet, 2022a). Fra vinteren 2020 kom imidlertid dødsfall fra infeksjon med covid-19 inn som en ny dødsårsak. Ratene for Vestfold og Telemark for covid-19 dødsfall var i 2020 4,2 per 100 000, deretter økte det til 13,8 i 2021 og videre økning til 63,5 per 100 000 i 2022 (Dødsårsaksregisterets statistikkbank, FHI 2024). Tall for 2023 for Vestfold er foreløpig ikke tilgjengelige, og Folkehelseinstituttet kommenterer at det er fortsatt for tidlig å si om vi har varige endringer i dødelighet som skyldes covid-19 viruset (Folkehelseinstituttet, 2022a).

Dødeligheten av covid-19 er større blant ikke-vaksinerte, og da særlig for personer i risikogrupper (Folkehelseinstituttet, 2020a). Vaksineanbefalinger fra Folkehelseinstituttet som er differensiert, er basert på denne ulikheten i risiko for dødelig utfall for forskjellige grupper.



## Tannhelse

Fylkeskommunen har ansvar for tannhelsetjenesten i fylket og temaet er inkludert i denne oversikten. Det er en klar sammenheng mellom tannhelse og helsetilstanden ellers. Sosioøkonomiske forskjeller i befolkningen korrelerer også med forskjeller i tannhelse. Tannhelsestatus sier noe indirekte om levevaner, levekår og forståelsen av helseinformasjon i befolkningen. Til forskjell fra andre helsetjenester, er den offentlige tannhelsetjenesten basert på screening, det vil si at samtlige pasienter skal undersøkes og følges opp regelmessig. Dette medfører at tannhelsetjenesten har unike data på indikatorer for folkehelsa blant barn og unge, samt de svakeste samfunnsgruppene i kommunene og fylkeskommunene. Videre kan tannhelsa også være indikatorer for den oppfølging og tjenesteytelse som gis i kommunenes helse- og omsorgstjenester, som for eksempel hjemmetjenester og kommunale sykehjems-institusjoner.

### God tannhelse for de fleste i fylket

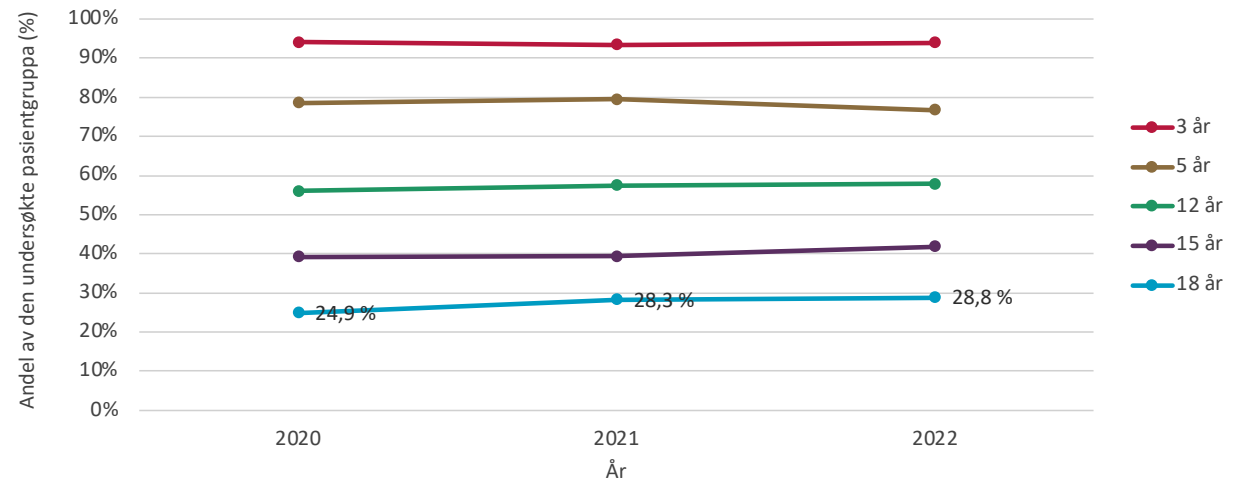
Figur 23 viser andelen barn og unge som aldri har hatt hull i tennene (DMFT = 0). Denne indikatoren gir et totalbilde av tannhelsestatusen, og viser andelen av pasienter i et årskull som aldri har hatt hull i tennene. Jo høyere verdi (andel), jo bedre er tannhelsa i det aktuelle årskullet.



I 2022 var det ca. 76 % av 5-åringene i Vestfold som aldri har hatt hull i tennene, ca. 58 % av 12-åringene og litt under 29 % av 18-åringene. Andelen uten hull har generelt sett økt de siste årene, men det er her viktig å poengtere at tallene kun reflekterer situasjonen for de pasientene som er undersøkt og behandlet i det aktuelle året. Ungdomsårene fra 12 til 18 år er en særlig kritisk fase når det gjelder tannhelse. Dette har sammenheng med endringer i kostholds- og hygienevaner. Mange ungdommer opplever større frihet i hva de velger å spise og drikke, i tillegg til at de selv får ansvar for tannpuss og bruk av tanntråd.

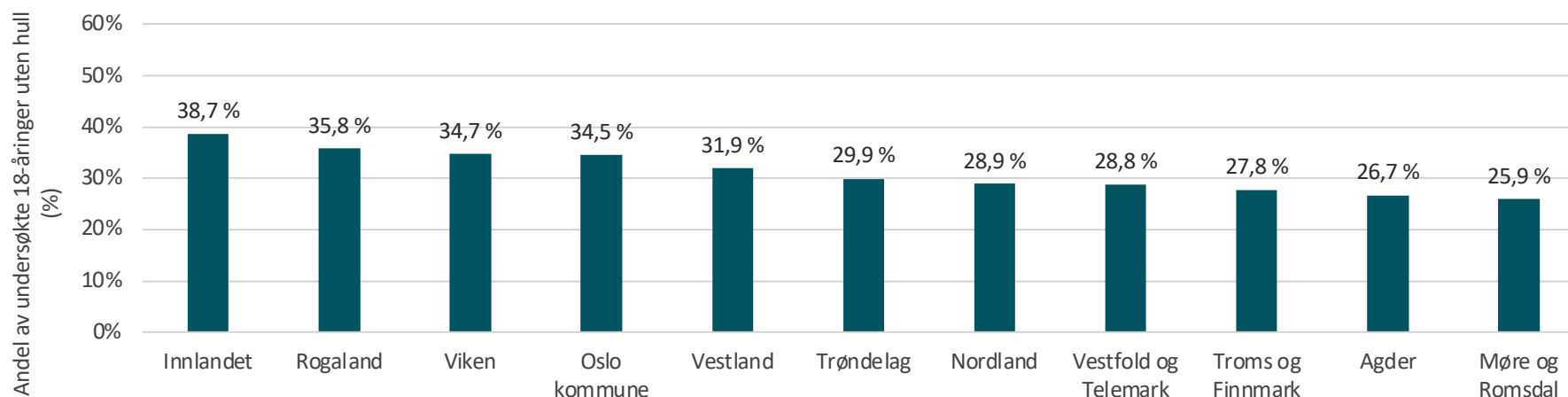
Et økende tannhelseproblem er syreskader, som i utstrakt grad skyldes hyppig inntak av drikker med lav pH-verdi som energidrikker, brus og leskedrikker. Syrlige drikker fjerner gradvis tannemaljen, og skadene som oppstår er permanente. Forekomsten av slike skader er ikke kartlagt i detalj, men tannhelsetjenestens interne vurderinger anslår en tilnærmet tre-dobling av påvisningen av nye barn og unge med syreskader i løpet av de siste 10 årene. Det er de eldre barna som hyppigst får påvist slike skader, noe som stemmer godt med forståelsen om at dette er en skade som utvikler seg over tid.

### Andel barn/unge uten hull (DMFT =0)



Figur 23. Andel 5-, 12-, 15- og 18-åringene undersøkt per år hvor ingen hull, DMFT=0, 2020-2022, Vestfold og Telemark. Kilde: SSB, tabell 13033

### Andel av undersøkte 18-åringer uten hull (DMFT=0), per fylke i 2022



Figur 24. Andel av 18-åringer undersøkt i 2022 som ikke hadde hull (DMFT=0) per fylke i landet. Kilde: SSB, tabell 13033.

Totalt sett framstår andelen tannfriske 18-åringer som noe lavere enn gjennomsnittet for landet (ca. 30 %), men det finnes noen feilkilder i tallmaterialet. Tannhelsetjenestene i Vestfold og Telemark setter innkallingsintervaller på bakgrunn av individuell vurdering av behov, men praksis fra fylke til fylke kan her variere. Denne innkallingsrutinen gir en usikkerhet i forhold til faktisk tannhelsestatus for et helt årskull. Andelen av et kull som innkalles varierer fra kull til kull med ca. 50 og opp mot 95 %. Personer med friske tenner blir innkalt sjeldnere.

For den voksne befolkningen i fylket finnes det ingen fullverdig oversikt over tannhelsestatus. En overordnet indikasjon på tannhelsestatus blant voksne er tallene fra Folkehelseundersøkelsen 2021. Deltakere svarte på et spørsmål om vurdering av

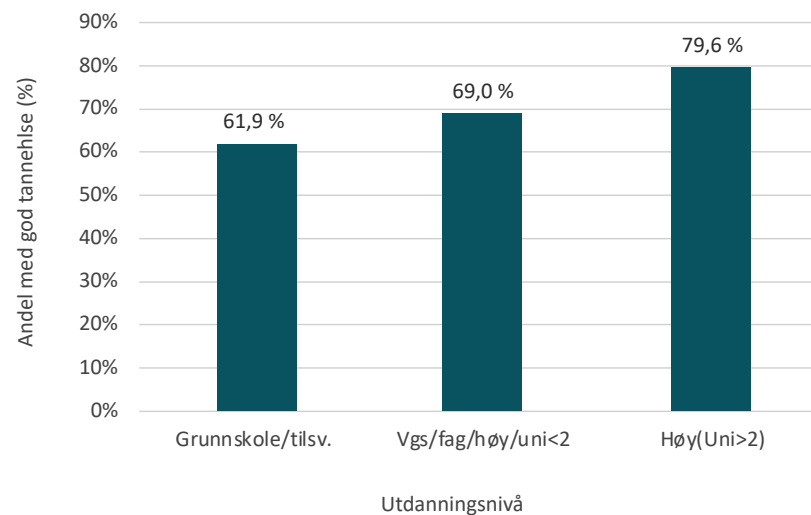
egen tannhelse. Disse svarene kan også ses opp mot utdanningsnivå for indikasjon på sosial ulikhet. Totalt svarer 73,4 % i Vestfold at de har god eller svært god tannhelse.

Figur 25 gir en indikasjon på sosial ulikhet i tannhelse i Vestfold basert på utdanningsnivå. Det er omtrent 18 prosentpoeng som skiller andelen som oppgir god eller svært god tannhelse blant de som har høy utdanning, i forhold til de med kun grunnskole eller tilsvarende. Basert på disse tallene er det stor sosial ulikhet for tannhelse i Vestfold.

Når det gjelder vurdering av egen tannhelsestatus viser figur 26 et litt overraskende bilde, der de yngste aldersgruppene har lavest andel som vurderer egen tannhelse som god eller svært god, og desto eldre desto bedre tannhelse. En eventuell

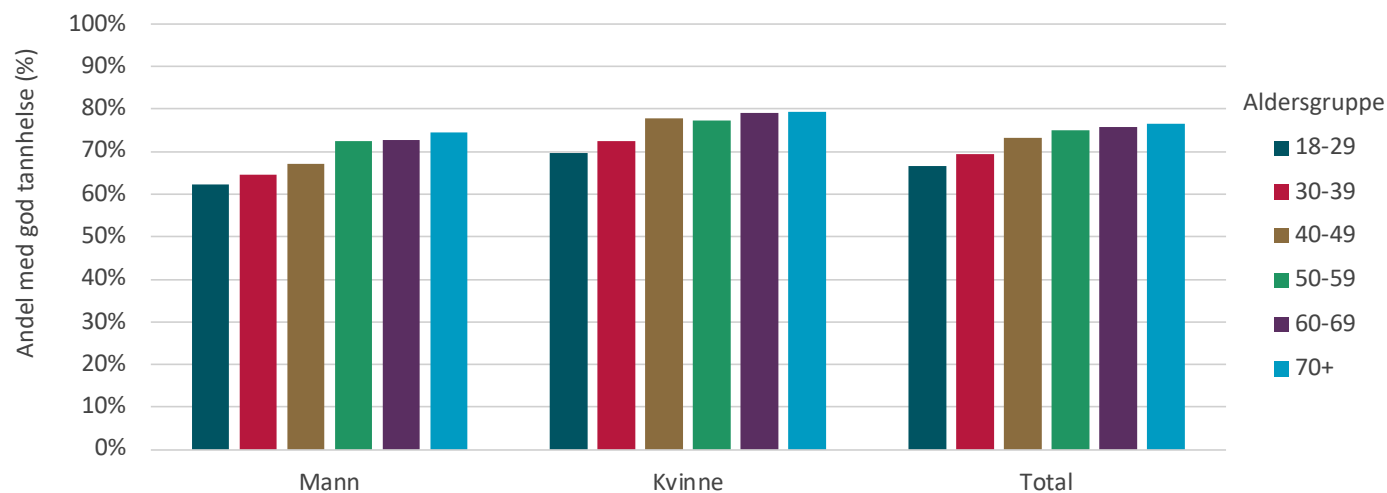
dårligere vurdering for de aller eldste i gruppen 80-90 år og over kan ligge skjult i tallene. Blant de yngste mennene er det bare litt over 60 % som vurderer egen tannhelse som god eller svært god. I folkehelseundersøkelsen i Vestfold i 2015 var det mellom 70 og 80 % av de yngste som oppga å ha god eller svært god tannhelse. Her kan det da også se ut som det har vært en negativ utvikling mellom 2015 og 2021 (Vestfold og Telemark fylkeskommune, 2020), men sett opp mot DMFT=0 andeler for 18-åringer sett over tid er det en større sannsynlighet for at dette handler mer om endring i forventning av hva «god» tannhelse er. En slik forklaring kan underbygges av at tannhelsetjenesten i Vestfold har opplevd en økt pågang av ressurssterke ungdommer som ønsker ulike estetiske behandlinger, for eksempel tannbleking, uten at det er indikert for å bedre tannhelse eller funksjon.

### God eller svært god egenvurdert tannhelse, 18 år og eldre, Vestfold



Figur 25. Andel som vurderer sin tannhelse som god eller svært god, fordelt på utdanningsnivå, voksne 18 år og eldre i Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark, 2021.

### God eller svært god egenvurdert tannhelse, Vestfold



Figur 26: Andel som vurderer sin tannhelse som god eller svært god, fordelt på kjønn og aldersgrupper. Kilde: Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021

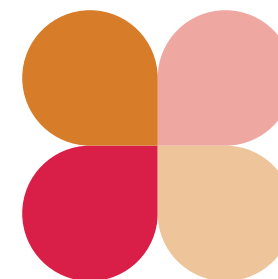
## Oppsummering

De aller vanligste sykdommene og plagene som rammer befolkningen i Vestfold utenom psykiske lidelser og plager, er presentert i dette kapittelet. Dette er sykdommer som bidrar til en stor byrde i form av lidelse for den enkelte og kostander for samfunnet, samt for tidlig død.

For mange av sykdommene er det de eldre som dominerer statistikken. Byrdene dreier seg om redusert funksjon og smerter, isolasjon og utenforskap, uførhet for de i arbeidsfør alder, behandlingskostnader og press på helsevesenet. Med noen få unntak er felles for alle tilstandene statistikk som tydelig viser sosial ulikhet, enten det handler om utdanningsnivå, inntekt eller yrke. De som befinner seg høyere opp i hierarkiet blir i mindre grad rammet. For Vestfold vises dette særlig med tall fra regionale undersøkelser, men de bekrefter nasjonale mønstre som er godt dokumentert i annen statistikk. Det er for eksempel 20 prosentpoeng som skiller andelene som rapporterer om god eller svært god generell helse mellom de med kortest og lengst utdanning. Et ulikhetsmønster basert på sosioøkonomisk status er også svært fremtredende blant ungdommer i fylket når det gjelder hvor fornøyde de er med egen helse.

Kreft dominerer som dødsårsak. Selv om det har vært en positiv utvikling for kreftdødsfall, øker antallet tilfeller i Vestfold. Nær en femtedel av befolkningen får forebyggende behandling eller lever med en hjerte- og karsykdom i gruppen 0-79 år, men trenden er synkende for dødsfall fra hjerte- og karsykdom. Svært mange plages av smertetilstander knyttet til muskel og skjelett, med korsryggssmerter som ligger helt på topp. Rundt en tredjedel av befolkningen i Vestfold oppsøker hjelp i primærhelsetjenesten hvert år for slike plager. Basert på tall fra Folkehelseundersøkelsen har rundt én av ti til enhver tid så mye korsryggssmerter at det påvirker daglige aktiviteter og rutiner.

Risikofaktorene for disse plagene og sykdommene er i stor grad felles, og bak disse nære påvirkningsfaktorene ligger igjen mange felles bakenforliggende faktorer som er avgjørende for økt forekomst.



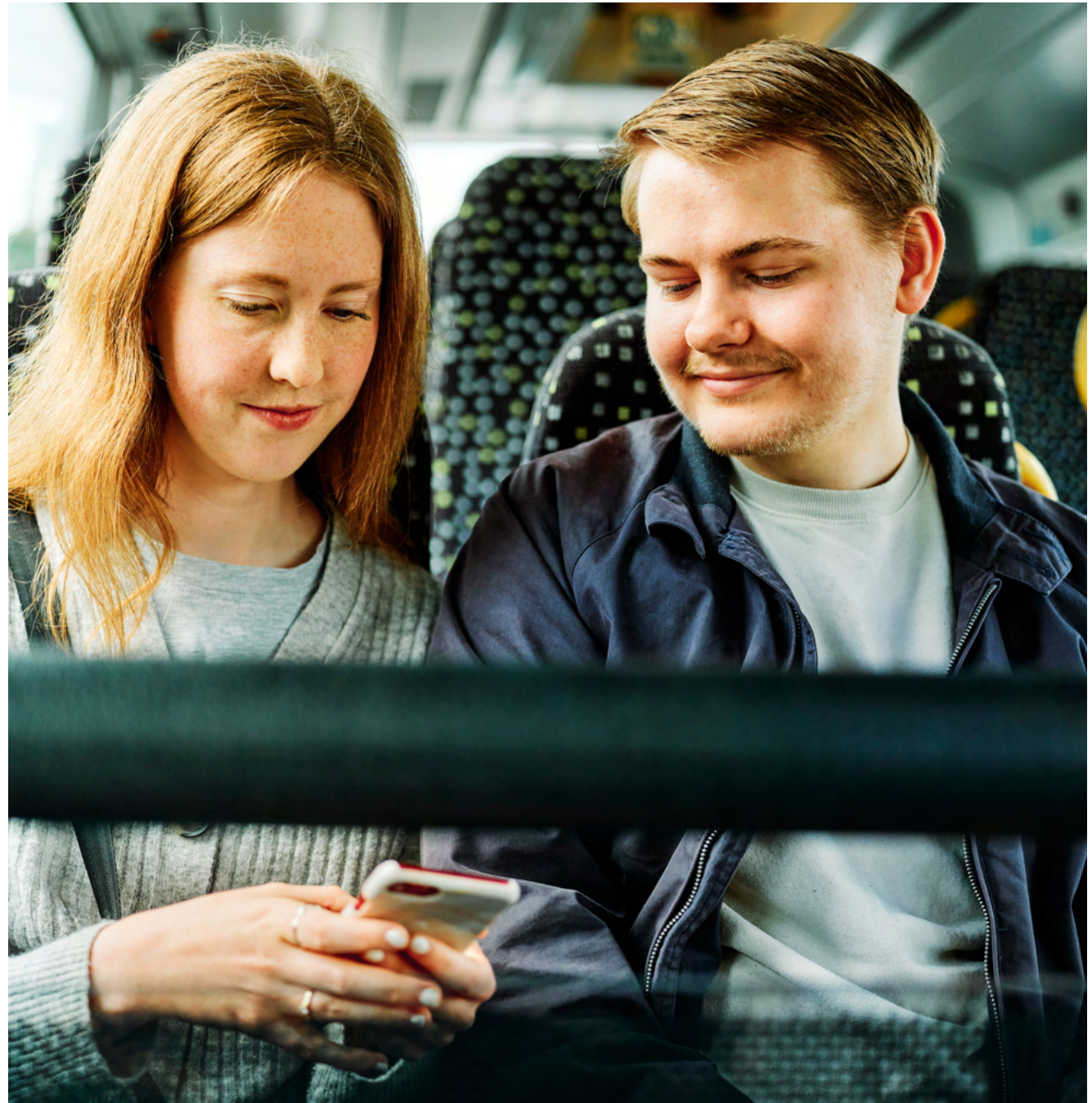
# Livskvalitet og sosialt miljø

**Livskvalitet handler om gode liv. Livskvalitetsbegrepet understreker at et godt liv har flere kjennetegn, både av materiell og ikke-materiell art. Blant de mest sentrale finner vi frihet og autonomi, trygghet og mening, helse og livsglede, deltakelse og engasjement, mestring og selvutvikling, samt fravær av unødig lidelse (Barstad et al., 2016).**

Tilstanden for både fysisk og psykisk helse henger tydelig sammen med opplevelse man har av egen livskvalitet. Fysisk helse er omtalt i kapittel helsetilstand, men indikatorer på psykisk helse presenteres i dette kapittelet. Indikatorer for psykisk helse viser ofte en nær sammenheng med mål for subjektiv livskvalitet. Høy livskvalitet styrker motstandskraften mot belastninger i livet, og kan ses på som en beskyttelsesfaktor mot psykiske plager og lidelser. Det å ha god livskvalitet påvirker også forekomst og utfall av annen sykdom, inkludert en direkte positiv virkning på både immunforsvaret og hjerte- og karsystemet. I tillegg kommer mer indirekte virkninger, for eksempel gjennom sosiale relasjoner, levevaner og risiko for ulykker (Knapstad M et al., 2022).

Livskvalitet kan måles både subjektivt og objektivt. Den subjektive livskvaliteten handler om hvordan livet oppleves for den enkelte. Den objektive livskvaliteten handler om sentrale sider ved livssituasjonen – som frihet, trygghet, helse, fellesskap, selvutvikling og arbeids- og boforhold. Den subjektive livskvaliteten overlapper særlig med psykisk helse og den objektive overlapper med levekår (Nes et al., 2018). I dette kapitlet får vi innsikt i både subjektive og objektive livskvalitetsmål. Indikatorer på levekår knyttet til arbeid, inntekt og boforhold er dekket i kapitlet om oppvekst- og levekår.

Sosial helse handler om samhold og tilhørighet, og henviser særlig til relasjoner, sosial støtte og tilhørighet. Dette er grunnleggende psykologiske behov som er viktig for å oppnå god livskvalitet. En vedvarende opplevelse av å være utenfor fellesskap og inkluderende miljøer, vil redusere opplevelse av god livskvalitet og kan på sikt både gi fysiske og psykiske helsemessige konsekvenser for den enkelte. Temaet sosialt miljø er derfor også omtalt i dette kapitlet. Status for ulike indikatorer på sosialt miljø kan gi informasjon om samfunnsstrukturer det er viktig å bevare og styrke for å fremme god sosial helse. Indikatorer som sier noe overordnet om kriminalitet, vold og overgrep, tegn på negativt eller hemmende sosialt miljø er også omtalt i dette kapitlet. Mobbing og læringsmiljø er omtalt i kapitlet om oppvekst- og levekår.



## Psykisk helse

Ut fra spørreundersøkelser og andre data regner vi med at flertallet av befolkningen i Norge trives og har en god psykisk helse. Samtidig er psykiske plager og lidelser en av vår tids store folkehelseutfordringer (Meld. St. 19 (2018–2019)). Det foregår flere nasjonale initiativ for å møte denne folkehelseutfordringen. Sommeren 2023 la regjeringen frem «Opptappingsplan for psykisk helse» (Meld. St. 23 (2022–2023)), og våren 2024 kommer en nasjonal strategi for livskvalitet, som setter helsefremming og gode liv for befolkningen på agendaen. Program for folkehelsearbeid i kommunene er også et stort arbeid hvor psykisk helse er sentralt, initiert nasjonalt, men der arbeidet foregår lokalt (Helsedirektoratet, 2018).

Psykiske plager henger ofte sammen med andre utfordringer som rusmisbruk, sykefravær, frafall i videregående opplæring, fysisk sykdom og lav sosioøkonomisk status. Utfordringer med psykisk helse henger også tett sammen med utfordringer med utenforskap i arbeidslivet. Blant de unge uføre 18-29 år som ikke har en medfødt lidelse, har mange fått diagnostisert en psykisk lidelse som årsak for status som ufør (NAV, 2022). Psykisk helse i et folkehelseperspektiv dreier seg om samfunnets innsats for å fremme og styrke psykiske helse og livskvalitet i befolkningen. Her presenteres først tilstand i befolkningen for psykiske plager og lidelser i Vestfold. Påfølgende indikatorer for livskvalitet og

sosial helse gir innsikt i status for disse, og peker samtidig på forhold som kan vektlegges i arbeid med å fremme psykisk helse.

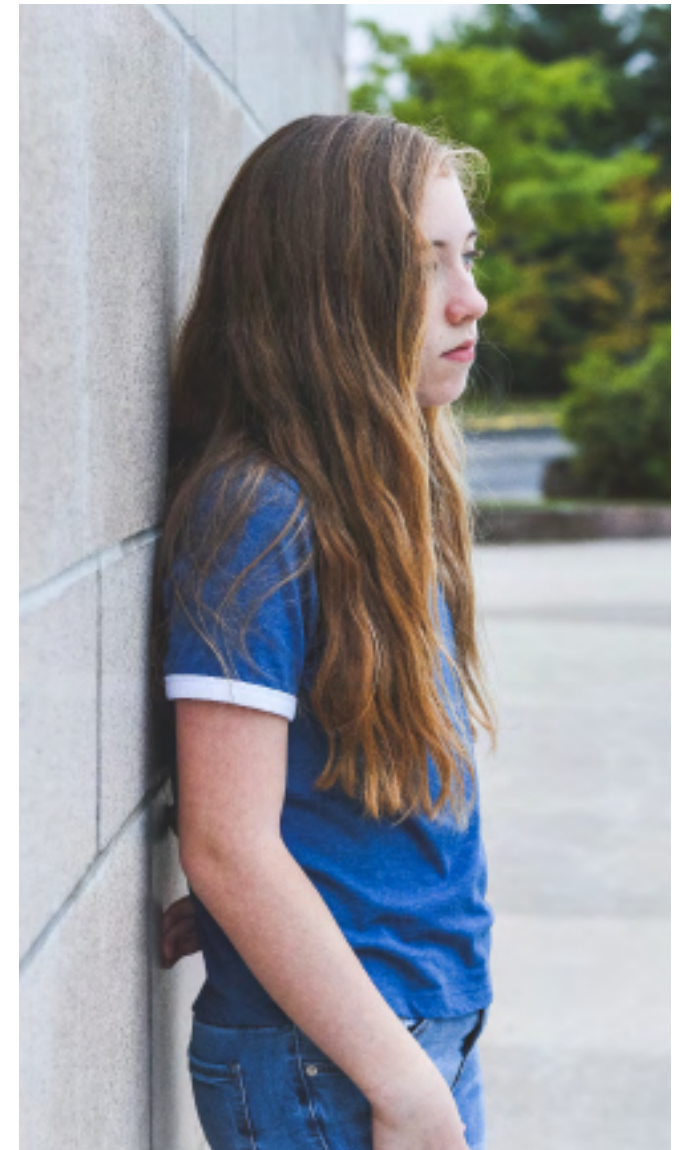
## Psykiske plager og psykiske lidelser

Det går et skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager omfatter symptomer som i betydelig grad går utover trivsel, daglige gjøremål og samvær med andre, uten at kriteriene for en diagnose er oppfylt. Det kan dreie seg om engstelse, nedstemthet og uro, og det er en variasjon fra lette til sterkere plager. Psykiske lidelser forstås som symptombelastninger som er så omfattende og varige at det kvalifiserer til en diagnose (Tesli et al., 2014).

## Psykiske plager blant barn og unge

De siste tiårene har det vært en trend med en økende andel barn og unge som rapporterer om ulike psykiske plager, inkludert stress. I Ungdata-undersøkelsen finnes et sett av seks spørsmål som til sammen gir et bilde av psykisk helse og forekomst av psykiske plager. Dette er et sett av spørsmål hentet fra Hopkins Symptoms Checklist (HCL) og er kvalitetssikret gjennom internasjonal og norsk forskning. OsloMet har gjort studier av hvordan ungdom fortolker spørsmålene og funnet

at symptomene som kartlegges i Ungdata oppleves som virkelige problemer og at ungdommene besvarer spørsmålene på en konsistent måte (Eriksen et al., 2017).



Ungdommene blir bedt om å oppgi i hvilken grad de har vært plaget av følgende den siste uka: «Følt at alt er et slit», «hatt søvnproblemer», «følt deg ulykkelig, trist eller deprimert», «følt håpløshet med tanke på framtida», «følt deg stiv eller anspent», «bekymret deg for mye om ting». Spørsmålet har fire svaralternativer. De som i snitt har svart at de var ganske mye plaget eller veldig mye plaget, er plassert i gruppen med mange psykiske plager (Aase et al., 2021). Det å bekymre seg mye og føle at alt er et slit er typisk stressrelaterte symptomer, og vi finner da for eksempel også en sterk sammenheng mellom nivå av psykiske plager og opplevelsen av skolestress (Vestfold fylkeskommune, 2017). Skolestress er omtalt i kapittel om oppvekst- og levekår.

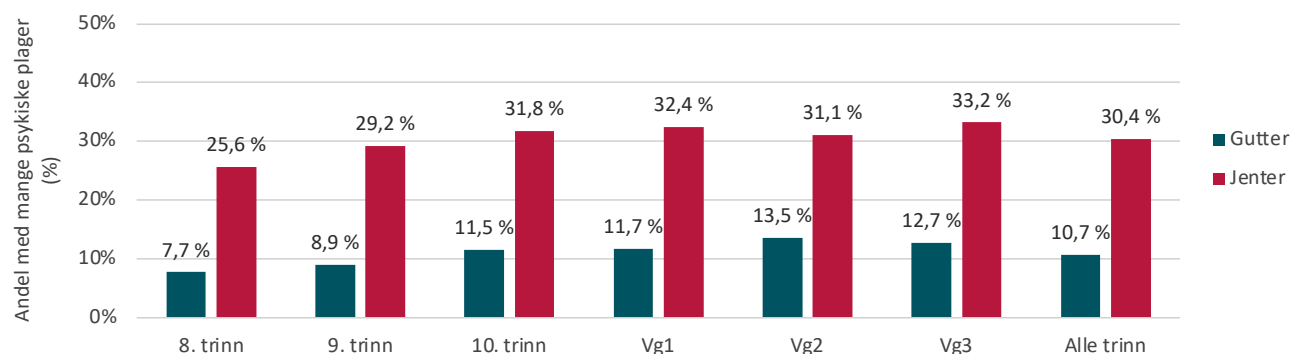
I Ungdata-undersøkelsen for 2013 i Vestfold var det 13 % av ungdomsskoleelevene og 19 % av elevene på Vg1 som viste mange psykiske plager (Vardheim, 2013). I Ungdata-undersøkelsen for 2017 var andelen på 17 % for ungdomsskole og Vg1 samlet (Vestfold fylkeskommune, 2017). Andel for ungdomsskole og Vg1 hver for seg er ikke tilgjengelig, men med en overvekt av antall deltakere i undersøkelsen på ungdomstrinnet indikerer dette en økning (ibid.). En videre økning ser vi i Ungdata-undersøkelsen for 2021, der totalt 21 % viser mange psykiske plager (8.trinn-Vg3). Økningen i Vestfold det siste tiåret følger nasjonale trender. Forekomst av psykiske plager blant barn og unge nasjonalt økte også gjennom covid-19-pandemien, men

deretter har det vært tegn på en liten nedgang og utflating av forekomst (Bang et al., 2018). Ungdata-undersøkelsen gjennomføres på nytt i Vestfold våren 2024, og det blir da interessant å se om det er tegn til nedgang også i Vestfold.

Når det gjelder kjønn har det typiske mønstret vært at jenter viser et tydelig høyere nivå av psykiske

plager enn gutter. Økningen over tid har også vært størst blant jentene, men det har samtidig også vært en svak økning for guttene. I 2021 viste Ungdata-undersøkelsen at det særlig var guttene på 8. trinn som hadde en økning (Aase et al., 2021). Figur 27 viser hvordan forekomst av psykiske plager blant jenter ligger jevnt over guttene med omtrent 20 prosentpoeng gjennom hele ungdomstiden.

**Psykiske plager blant unge i Vestfold 2021**

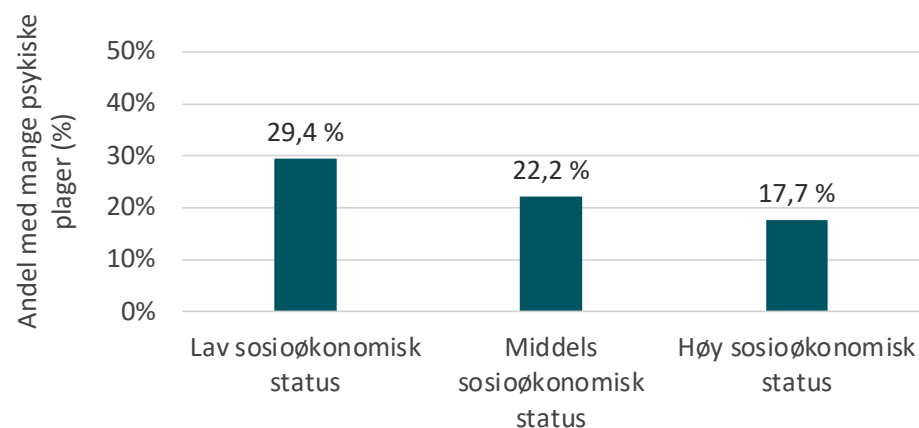


Figur 27. Andel med mange psykiske plager siste uke etter klassetrinn og kjønn, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

Det er godt kjent at psykiske helse og sårbarhet henger sammen med sosioøkonomisk status (Folkehelseinstituttet, 2013). Blant ungdom i Vestfold ser vi også en tydelig sosial ulikhet når det gjelder forekomst av psykiske plager

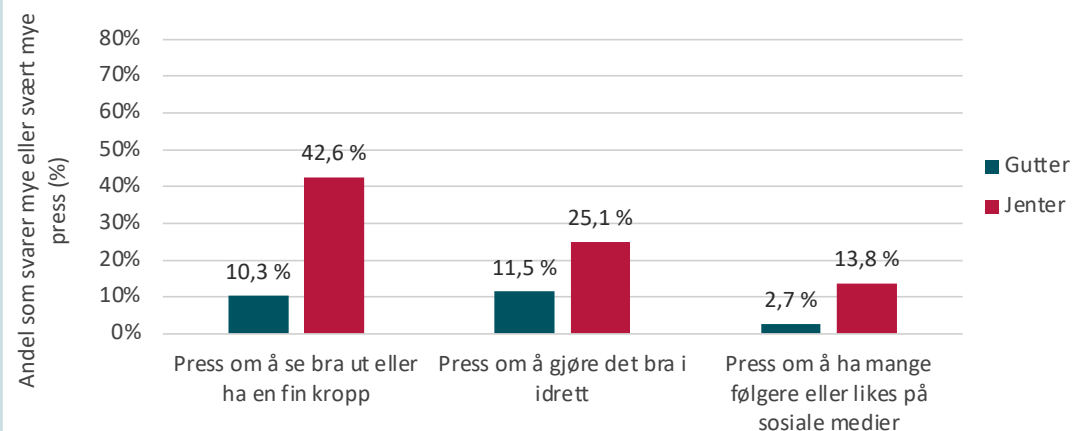
(figur 28). Forekomsten kan fremdeles beskrives som for høy i alle de tre gruppene, men de med lav sosioøkonomisk status har omtrent 12 prosentpoeng høyere forekomst enn de med høy sosioøkonomisk status.

## Psykiske plager blant ungdom og sosioøkonomi



Figur 28. Andel med mange psykiske plager siste uke etter sosioøkonomisk status, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

## Opplevd press i hverdagen, ungdom 2021



Figur 29. Andel som har opplevd mye eller svært mye press i hverdagen for tre ulike områder, delt på kjønn, 8. trinn-Vg3 samlet, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

## Press og stress

Det er en sammenheng mellom psykiske plager og stress, og det er særlig kroniske og vedvarende stress som er uheldig for vår helse. Opplevelsen av press på det å mestre, å være på en bestemt måte, hva man har av klær og ting, utseende og lignende er noe man kan møte i alle aldre. Særlig ungdom kan oppleve slikt press sterkt. Ungdomstiden kan for mange være en sårbar tid når det gjelder opplevelse av press og stress, da det å passe inn

og være en del av flokken oppleves som spesielt viktig. I Ungdata-undersøkelsen 2021 svarte 27 % av jentene og 8,5 % av guttene i Vestfold at de den siste uka har opplevd så mye press at de har hatt problemer med å håndtere det. Det er også spurt mer spesifikt om ulike typer press: press knyttet til utseende, press til å prestere i idrett og press når det gjelder sosiale medier. Figur 29 viser andelen som har opplevd mye eller svært mye press i hverdagen på disse områdene. Jentene kjenner helt

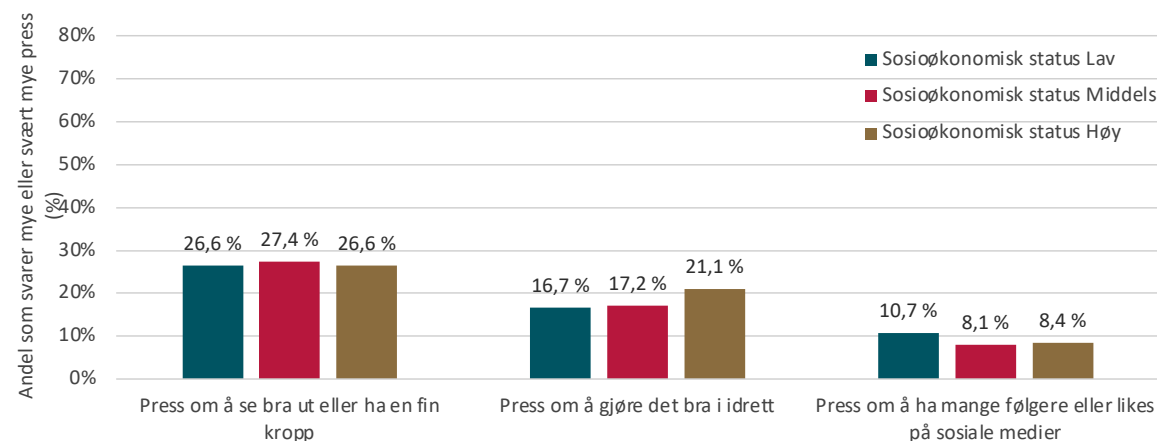
klart på et mye større press enn guttene og har en høy andel på det å se bra ut eller ha en fin kropp, nær 43 % mot rundt 10 % av guttene. Samlet ligger andelen på 26,9 %. Samlet ligger andelen på 26,9 %. Kanskje litt overraskende er det nær 1 av 4 av jentene som kjenner på et press om å gjøre det bra i idrett mot litt over 1 av 10 gutter, samlet 18,7 %. Totalt er det 8,5 % som kjenner på et press om å ha mange følgere eller likes på sosiale medier.

I figur 30 er det mulig å vurdere nærmere om det eksisterer mønstre av sosial ulikhet i opplevelsen av press blant ungdommer. For de tre områdene det er spurt om er det ikke tydelige sosiale gradienter, og kun en tendens i forhold til det å ha mange følgere eller likes på sosiale medier. Når det gjelder press om å gjøre det bra i idrett er det en omvendt gradient, der de med høyest sosioøkonomisk status er de som opplever mest press (21 %). Uansett sosioøkonomisk status er det litt over 1 av 4 som opplever press om å se bra ut eller ha en fin kropp.

## Psykiske plager blant voksne

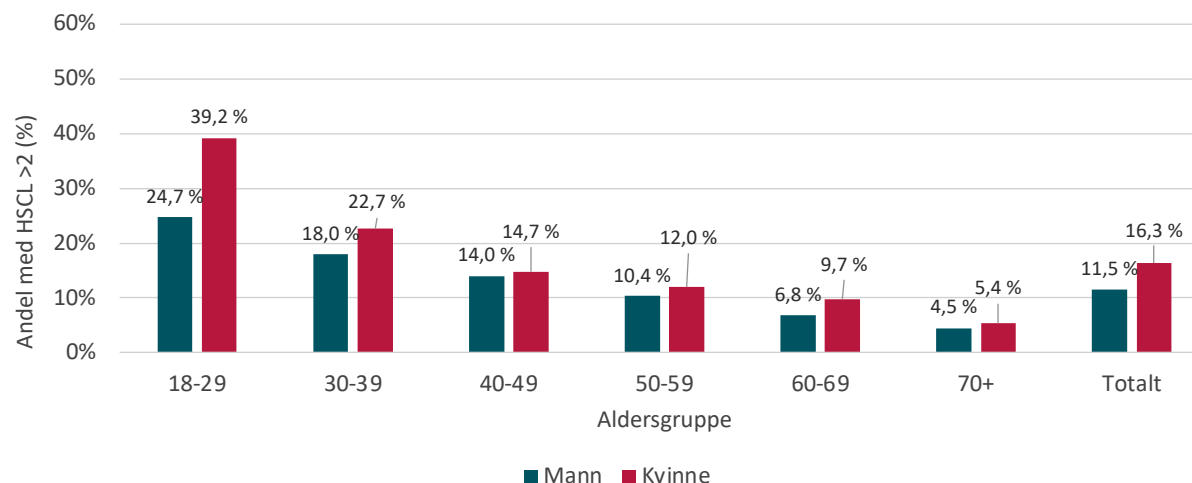
Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021 gir oss et innblikk i forekomst av psykiske plager blant voksne. Det er brukt et annet spørsmålsbatteri bestående av 5 spørsmål i denne undersøkelsen (Hopkins Symptom Checklist, HSCL), som i hovedsak måler angst- og depresjonsplager. Figur 31 viser forekomst av psykiske plager (HSCL skår høyere enn 2) blant de 18 år og eldre, for menn og kvinner, og inndelt i aldersgrupper. Forekomsten i Vestfold i 2021 var svært høy for de yngre kvinnene med nesten 40 %, og representerer antakelig en videre økning etter Vg3 hvor nivået lå på 33 % våren samme året (se figur 27, med forbehold om ulike spørsmål). Analyser av svar fra Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2015 viste at forekomst av psykiske plager blant kvinner økte frem til en topp omtrent ved

### Opplevd press i hverdagen, ungdom 2021



Figur 30. Andel som har opplevd mye eller svært mye press i hverdagen for tre ulike områder, delt på sosioøkonomisk status, 8. trinn-Vg3 samlet, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

### Andel voksne med psykiske plager, Vestfold 2021



Figur 31. Andel med psykiske plager (symptomer på angst- og depresjonsplager, HSCL skår >2), 18 år og eldre, inndelt i kjønn og aldersgrupper, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

22-23 års alder. For menn var det en økning frem til de var omtrent 30-31 år (Johansen et al., 2021).

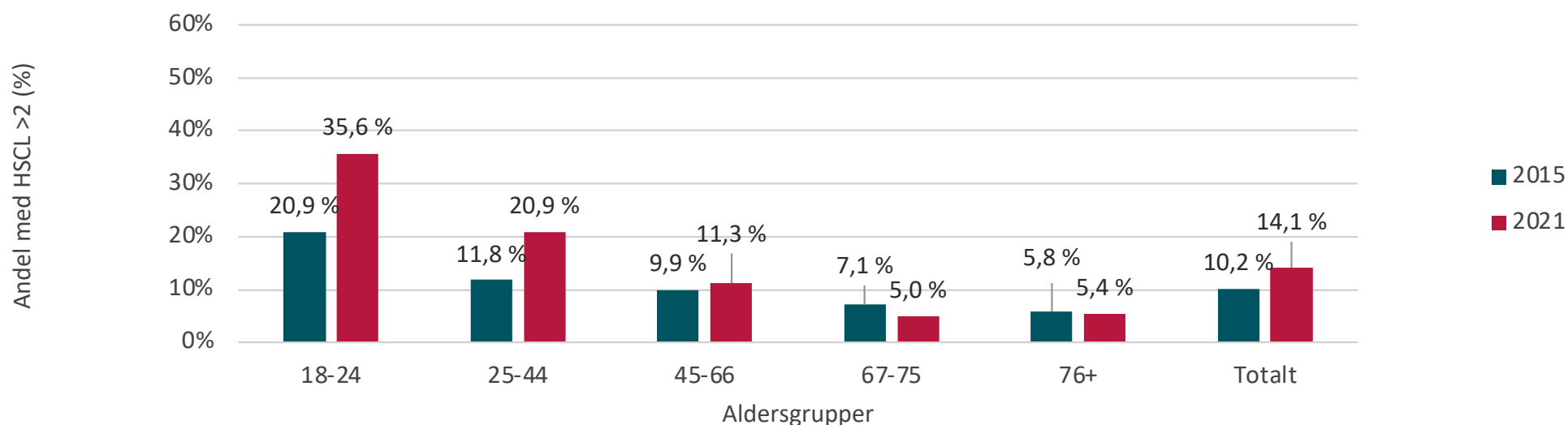
Tallene fra undersøkelsen i 2021 viser hvordan kvinner har høyere forekomst i alle aldre, men ulikheten er ikke så tydelig i de eldre aldersgruppene. Fra aldersgruppen 30-39 år synker forekomsten jevnt med økende alder.

Trenden det siste tiåret der en økende andel barn og unge rapporterer om psykiske plager, ser vi muligens også blant de yngre voksne i Vestfold.

Dette er basert på en sammenlikning av andel som rapporterte om psykiske plager av de som deltok i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2015 med samme andel i undersøkelsen gjennomført i 2021 (figur 32). Det er noen forbehold knyttet til denne sammenlikningen. For det første er det kun to målepunkter tilgjengelig, og dermed for tidlig å vite om dette er en trend. For det andre kan det ha vært en seleksjon blant deltakere på grunnlag av ulikhet i hvordan undersøkelsen ble gjennomført. I 2021 var undersøkelsen heldigital, mens i 2015 var

alternativene papirskjema, telefonintervju og digital undersøkelse. Folkehelseundersøkelsen i 2021 ble gjennomført mot slutten av covid-19 pandemien, noe som også kan ha påvirket forekomsten negativt, men samtidig representere en forbigående økning (Johansen, 2022). Allikevel er det verdt å merke seg hvordan andelen med psykiske plager har økt markant i gruppen 18-24 år (ca. 15 prosentpoeng) og gruppen 24-44 år (ca. 9 prosentpoeng).

### Psykiske plager i Vestfold, 2015 og 2021



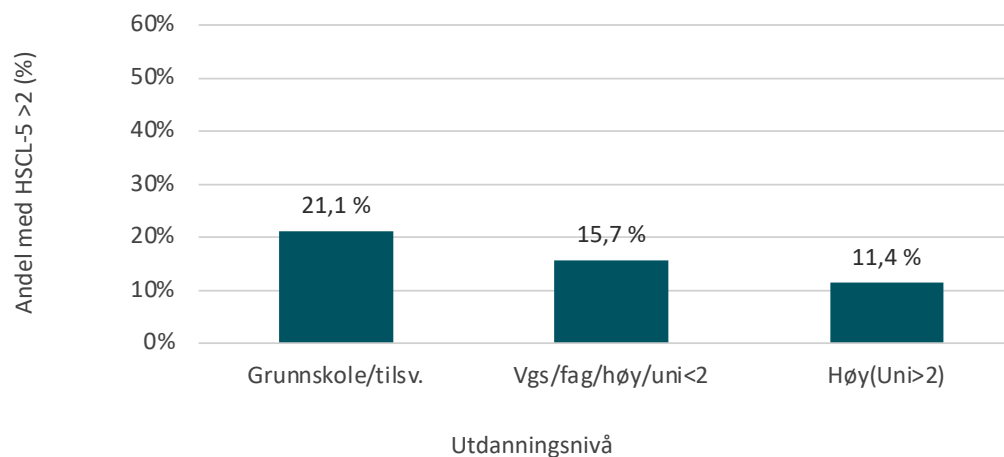
Figur 32. Andel med psykiske plager (symptomer på angst- og depresjonsplager, HSCL skår >2), 18 år og eldre, inndelt i aldersgrupper, Vestfold 2015 og 2021 (Folkehelseundersøkelsen). Kilde: Johansen, 2022

Som for ungdom er det også tydelig sosial ulikhet i forekomst av psykiske plager. Målt opp mot utdanningsnivå er det omtrent 10 prosentpoeng høyere forekomst blant de med kortest utdanning, sammenliknet med gruppen med lengst utdanning (figur 33).

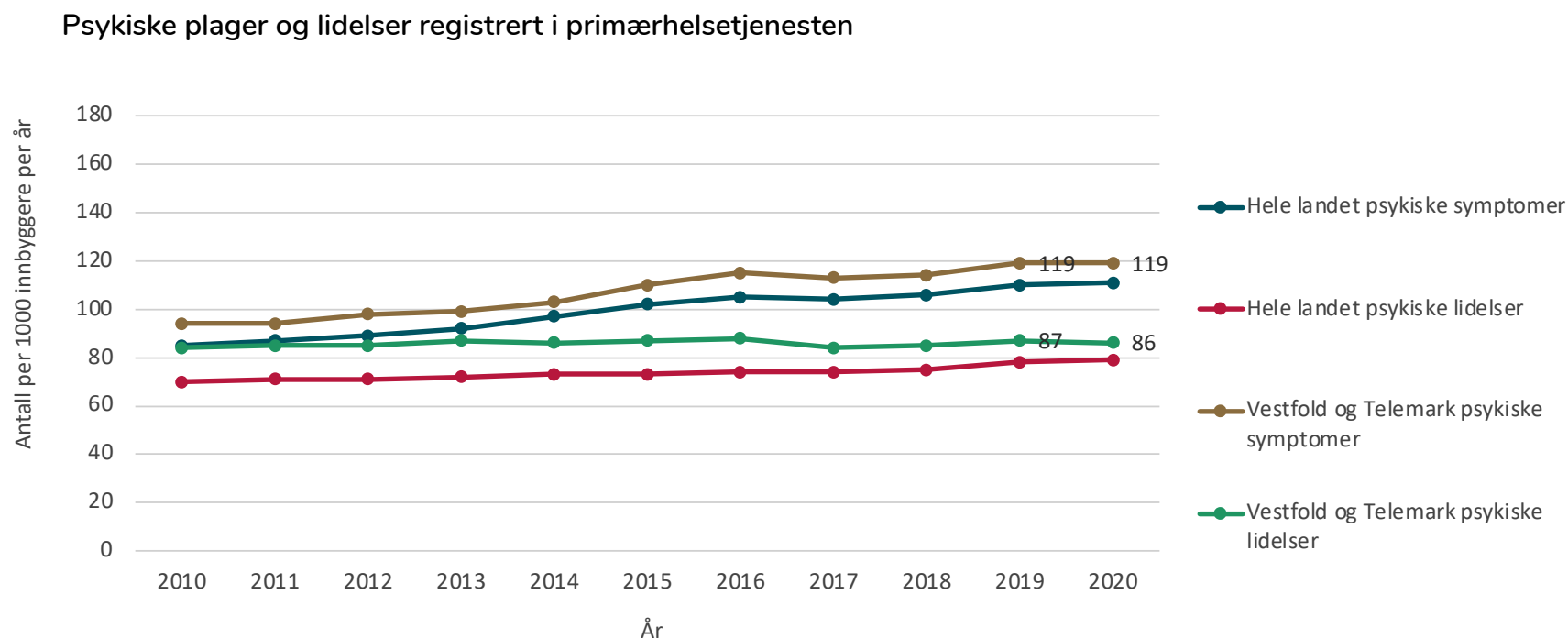
## Kontakt med primærhelsetjenesten for psykiske plager og lidelser

Tall fra befolkningsundersøkelser gir oss et godt overblikk over tilstanden i befolkningen for psykisk helse, slik det er vist over. For å få et mer fullstendig bilde av samfunnsbyrde og helseutgifter, ser vi også på registreringer gjort i primærhelsetjenesten. Både plager og lidelser har egne diagnosekoder. Vi kan regne med det er en viss terskel for å oppsøke profesjonell helsehjelp for psykiske plager, derfor kan vi forvente at i andelen med psykiske plager i denne sammenheng vil inkludere en høyere andel med sterkere plager. Dersom en person har vært i kontakt med helsepersonell med samme diagnose flere ganger i løpet av et kalenderår, blir personen kun talt én gang det året.

### Psykiske plager blant voksne og sosial ulikhet, Vestfold 2021



Figur 33. Andel med psykiske plager (symptomer på angst- og depresjonsplager, HSCL skår >2), 18 år og eldre, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.



Figur 34. Antall henvendelser per 1000 innbyggere i alderen 0-74 år, per år, som har vært i kontakt med primærhelsetjenesten grunnet psykiske symptomer eller lidelser (kun én registrering for samme diagnose per person per år), 2010-2020, Vestfold og Telemark samlet og Norge. Aldersstandardiserte rater. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, FHI.

Figur 34 viser utviklingen i tiårsperioden fra 2010 til 2020 for alle mellom 0-74 år i Vestfold og Telemark sammenlignet med hele landet. For psykiske lidelser er det få endringer i regionen, mens det er en svak økning i antall henvendelser nasjonalt. Vi ser også at gapet mellom landet sett under ett og Vestfold og Telemark samlet har

minsket. Når det gjelder registreringer for psykiske plager har det vært en jevn stigning omtrent hele perioden, både for Vestfold og Telemark, og for landet. Dette utviklingsbildet samsvarer dermed med funn i Ungdata-undersøkelsene og Folkehelseundersøkelsene omtalt i dette kapitlet. Det er sannsynlig at Vestfold beholder

beskrivelsen «høyere forekomst enn landet» som også er observert tidligere (Vestfold og Telemark fylkeskommune, 2020).

Det har vært rettet oppmerksomhet mot mulig påvirkning av covid-19-pandemien på psykisk helse i befolkningen, og da særlig på grunn av stengte

skoler, fritidsaktiviteter og annet som har bidratt til redusert sosial omgang. Foreløpig er det kun tall til 2020 som er tilgjengelig, som vi har vist i figur 34. Det er gjort flere studier, men resultatene er til dels sprikende og klare konklusjoner ikke mulig å trekke. For noen særlig sårbare grupper av barn og unge kan tiltak ha ført til en forverring av psykiske plager og lidelser, spesielt spiseforstyrrelser. Det er samtidig mye usikkerhet knyttet til varighet, om pandemien vil sette spor på lengre sikt eller om pandemiens innvirkning på psykisk helse har vært av en mer kortvarig karakter (Bang et al., 2018; Nøkleby et al., 2021).

## Søvn

Søvnvansker i befolkningen har fått økt oppmerksomhet de senere årene. Søvnvansker er beskrevet som et undervurdert folkehelseproblem, og forekomsten har økt siden 2000 (Helsedirektoratet, 2017b). Det er en tydelig sammenheng mellom søvnvansker og redusert livskvalitet. I følge Folkehelseinstituttet er det slik at ca. 80 % av de som har søvnvansker også har psykiske eller kroppslige plager (Sivertsen, 2014). Manglende søvn øker risikoen for både fysiske og psykiske helseplager, og er knyttet til frafall i arbeidslivet og økt risiko for ulykker.

Hvor mange timer søvn vi trenger per natt varierer med alder, men de fleste voksne har behov for syv til åtte timer søvn per natt (Helsenorge, u.å; Prevention, u.å). I Vestfold sover voksne 18 år og eldre omtrent 6 timer og 40 minutter i snitt på en vanlig hverdag, ifølge resultater fra Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2021. Gjennomsnittet for menn og kvinner er tilnærmet likt. Det er derimot en liten gradient i forhold til utdanningsnivå, hvor de med lengst utdanning sover ca. 11 minutter lengre i snitt enn de med kun grunnskole eller tilsvarende, henholdsvis 6 timer og 45 minutter mot 6 timer og 34 minutter.

I Folkehelseundersøkelsen fikk deltakere fire spørsmål om søvn. Satt sammen gir svarene en indikasjon på insomni i befolkningen (Bergen insomnia scale, BIS). Insomni (søvnløshet) er den vanligste søvnforstyrrelsen (Sivertsen, 2014). Deltakerne ble spurt om hvor ofte de har vansker med sovne om kvelden, hvor ofte de har gjentatte oppvåkninger, hvor ofte de er trøtte på dagtid og om hvor lenge søvnvanskene har vart, hvis de vurderer at de har det. På bakgrunn av disse spørsmålene viste folkehelseundersøkelsen at totalt 12,6 % hadde søvnforstyrrelsen insomni.

Forekomsten av insomni i Vestfold varierer etter kjønn, alder og utdanning. 15 % av kvinnene

opplever insomni, mens dette gjelder for 9,7 % av mennene. Når det gjelder alder er forekomsten høyest blant de yngste og synker med alderen (figur 35). Kvinner i alderen 18-29 år har høyest forekomst på rett under 20 %. Det betyr at ca. 1 av 5 av de yngre voksne kvinnene opplever denne form for søvnforstyrrelse.

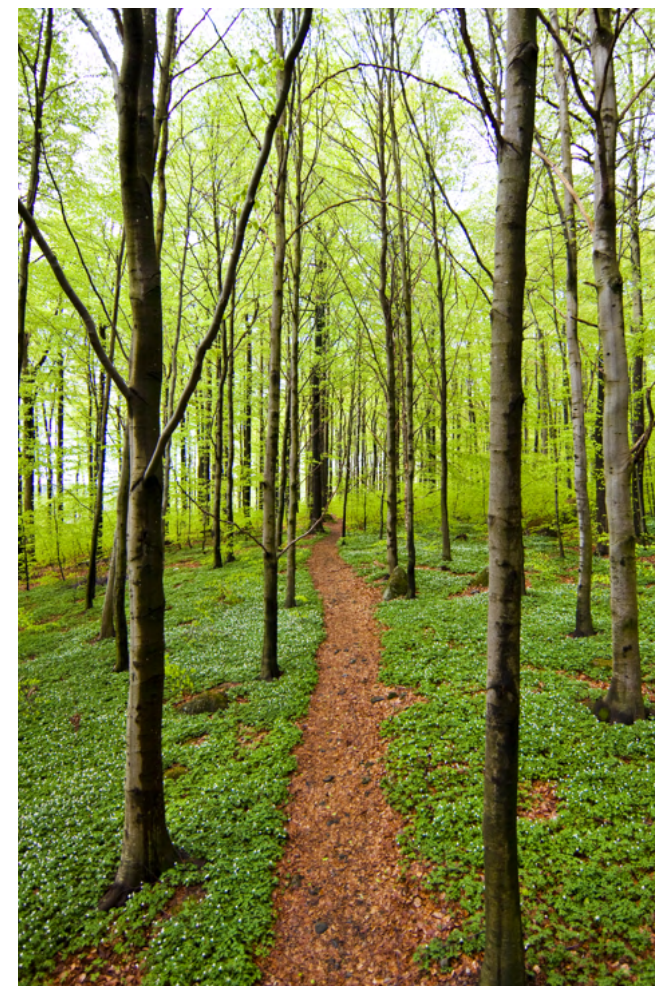
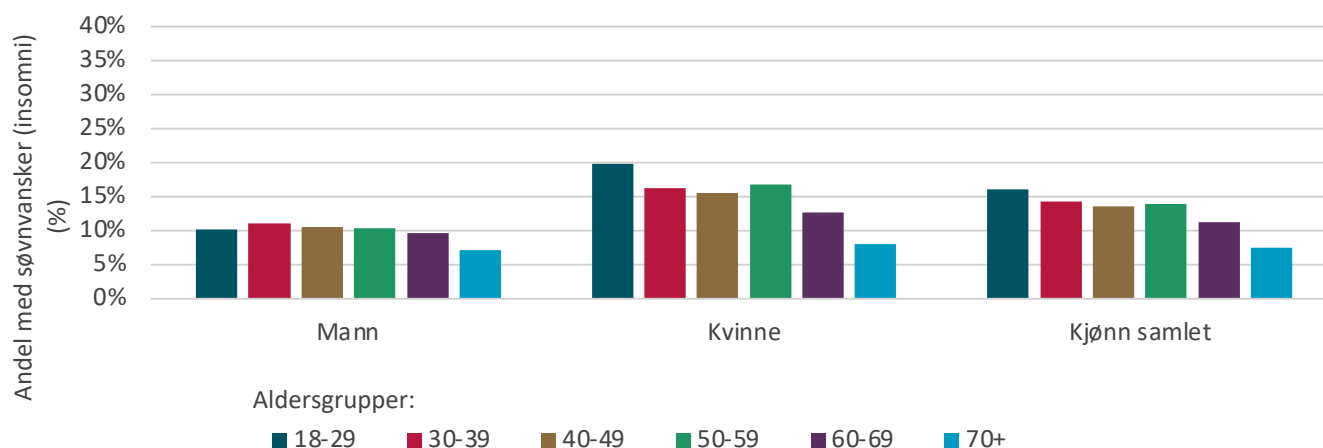


Foto: Dag Nordsveen

Figur 36 illustrerer de sosiale ulikhetene for søvnvansker blant voksne i Vestfold. Omtrent fem prosentpoeng skiller de med lengst og kortest utdanning, der de med kortest utdanning har den høyeste forekomsten av insomni med nær 16 %. En enda større forskjell har tidligere blitt dokumentert basert på HUNT-data (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag). Symptomer på insomni var der mer enn dobbelt så vanlig blant personer med lav utdanning (ca. 20 %) som blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning (ca. 10 %) (Sivertsen et al., 2009).

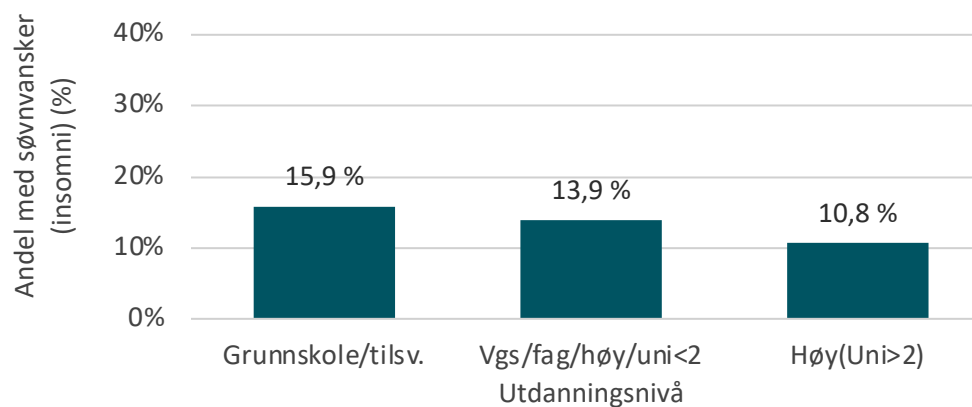
Rekken av dokumenterte risikofaktorer for å oppleve søvnvansker er lang og Folkehelseinstituttet lister opp disse i Folkehelse rapporten: støy, kronisk sykdom, psykiske vansker, skiftarbeid, graviditet, koffein, leggerutiner for små barn, skjermbruk, stress grunnet dårlig arbeidsmiljø og arvelige faktorer (Sivertsen, 2014).

### Søvnvansker, alder og kjønn, Vestfold 2021



Figur 35. Andel voksne med søvnvansker ut fra Bergen insomnia scale, inndelt i aldersgrupper, kjønn og samlet, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

### Søvnvansker og sosial ulikhet, Vestfold 2021



Figur 36. Andel voksne med søvnvansker ut fra Bergen insomnia scale, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

## Subjektiv livskvalitet

### Livstilfredshet

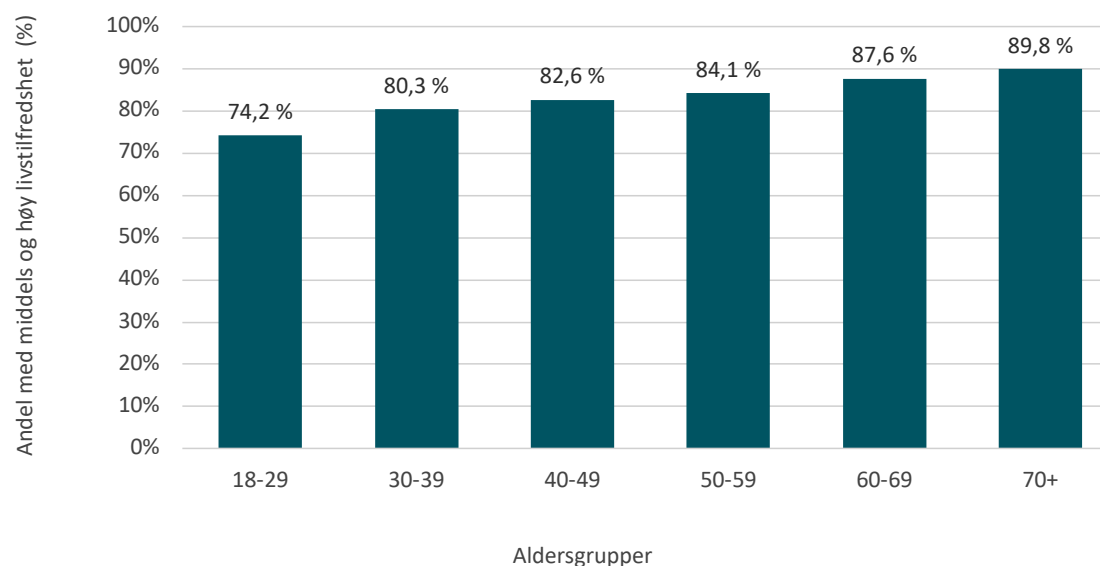
Ett av de mest overordnede målene for livskvalitet er en egenvurdering av hvor fornøyd man er med tilværelsen. Grad av tilfredshet med livet henger ofte sammen med god fysisk og psykisk helse. En opplevelse av tilfredshet er i seg selv forventet å være helsefremmende. I Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2021 ble spørsmålet stilt slik: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?». Svaret blir oppgitt på en skala fra null til ti og er i analyser gruppert i de tre kategoriene lav, middels eller høy tilfredshet. I Vestfold var det 52 % med middels tilfredshet og 32 % med høy tilfredshet, som vil si at totalt 84 % kan beskrives som tilfredse med livet.

Figur 37 viser andelen som rapporterer middels og høy tilfredshet etter stigende aldersgrupper. Her er det et tydelig mønster hvor de eldste rapporterer å være mer fornøyd med livet enn de yngre voksne. Nær 90 % av gruppen 70 år og eldre rapporterer at de er fornøyd med livet. De som er 18-29 år ligger mer enn 15 prosentpoeng lavere enn de eldste, med rundt 74 % som er fornøyd med livet sitt. Det samme spørsmålet er stilt i Ungdata-undersøkelsen 2021 og i Ungdata pluss 2023. For de som inngår i gruppen 8. trinn til Vg3 opplever rundt 80 % middels og høy tilfredshet, mens for de som går på mellomtrinnet (5.-7. trinn) ligger andelen på 85 % (Vardheim et al., 2023; Aase et

al., 2021). Tallene fra Ungdata og Ungdata pluss gjelder for Vestfold og Telemark samlet, men det er forventet tilnærmet like tall for de to fylkene (gjennomsnittsskår på 0 til 10 skalaen i Ungdata pluss var 7,7 for Vestfold og 7,8 i Telemark).

Blant voksne er det ingen helt tydelige signifikante kjønnsforskjeller i tilfredshet, sett bort fra en liten tendens til at kvinner er mer fornøyd enn menn blant de som er i gruppen 30-49 år. Derimot er det tydelige kjønnsforskjeller både blant ungdom og barn på mellomtrinnet, ved at gutter er mer tilfredse enn jentene. I Ungdata pluss ser vi hvordan denne ulikheten øker fra 5. til 7. trinn (Vardheim et al., 2023).

Livstilfredshet og alder, Vestfold 2021



Figur 37. Andel voksne som viser middels og høy tilfredshet med livet, inndelt i aldersgrupper, Vestfold 2021.

Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

Vi finner mønstre av sosial ulikhet i livstilfredshet mellom ulike utdanningsgrupper, som vist i figur 38. Blant de med lengst utdanning er andelen som er fornøyd med livet 10 prosentpoeng høyere enn for de i gruppen med kortest utdanning. Analyser av Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2015 viste en enda større ulikhet når inntekt ble brukt for å skille sosioøkonomisk status. Da var forskjellen på 18 prosentpoeng mellom laveste og høyeste inntektsgruppe (Vestfold og Telemark fylkeskommune, 2020). Det er tidligere dokumentert at livstilfredshet øker opp til et visst inntektsnivå.

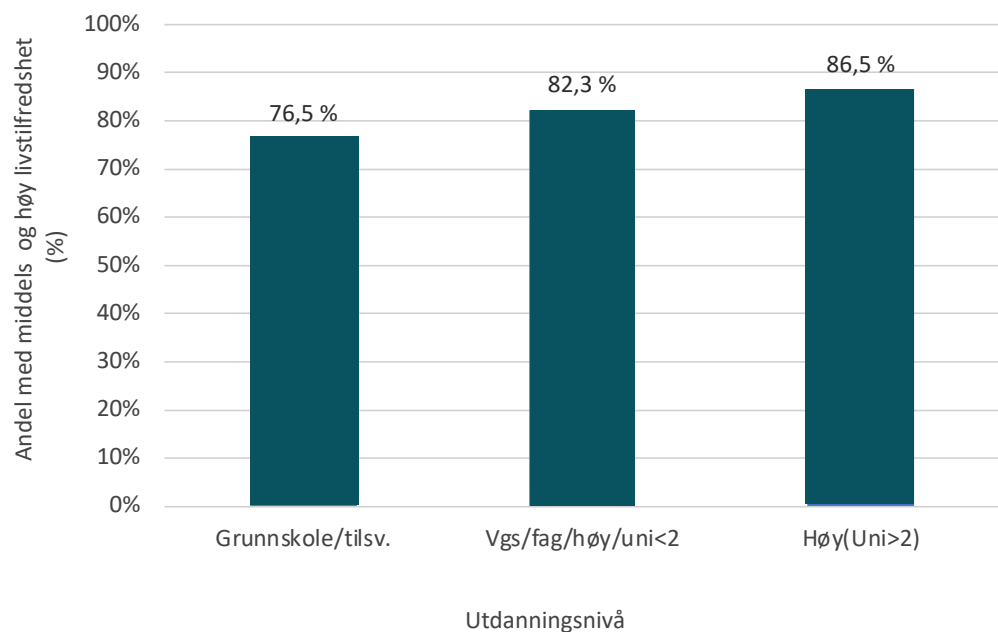
Det finnes også indikasjon på at en slik plata-effekt ikke nødvendigvis er gjeldende, men at livstilfredshet fortsetter å stige i takt med økt inntekt (Killingsworth, 2021). Andre underliggende faktorer er med på å påvirke sammenhengen vi finner mellom inntekt og livstilfredshet, blant annet alder og sosial sammenlikning (Boyce et al., 2010; Cheung & Lucas, 2015).

## Mestring

En opplevelse av å mestre eller ha kontroll over ulike sider ved livet, er helsefremmende og bidrar til å styrke opplevelse av god livskvalitet. Mestring er én av de tre dimensjon i begrepet Sense of coherence, som peker på grunnleggende forutsetninger for god helse og evnen til å nyttiggjøre seg ulike tilgjengelige ressurser. De to andre dimensjonen i Sense of coherence handler om hvorvidt livet oppleves meningsfullt og om det som skjer i livet er forståelig eller gir mening (Antonovsky, 1996).

I Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021 ble det stilt fem spørsmål om mestring som del av et måleinstrument (Pearlin Mastery Scale). Det ble spurt om opplevelse av kontroll over det som hender, om problemer en har er mulige å løse, om mulighet en selv har for å forandre sider ved eget liv som er viktig, og om man ofte føler seg hjelpeløs når man er stilt overfor problemer i livet. Svar på spørsmålene ble kombinert og gitt en gradering av mestring fra lav, middels til høy. I Vestfold var det totalt ca. 61 % som viste middels grad av mestring og rett under 27 % med høy grad av mestring. Menn skårer litt høyere enn kvinner på mestring, med ca. 28 % for høy grad av mestring mot ca. 25 % blant kvinner. Figur 39 viser høy og middels grad av mestring fordelt på utdanningsnivå. For middels grad av mestring er det ingen markert sosial ulikhet, men for høy grad av mestring er det sosial ulikhet,

**Livstilfredshet og utdanningsnivå, Vestfold 2021**



Figur 38. Andel som viser middels og høy tilfredshet med livet, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, personer 18 år og eldre, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

med omtrent 10 prosentpoeng som skiller de med kortest og lengst utdanning.

I Ungdata-undersøkelsen 2021 ble det også stilt fem spørsmål som handlet om tro på egen mestring i ulike situasjoner. Spørsmålene er tilpasset aldersgruppen og er ikke direkte sammenlignbare med mestring målt i Folkehelseundersøkelsen, men gir likevel en innsikt i opplevelse av mestring blant de fra 8. trinn til Vg3. Figur 40 viser andel ungdommer med ulik grad av mestringstro basert på de fem spørsmålene summert, etter først å

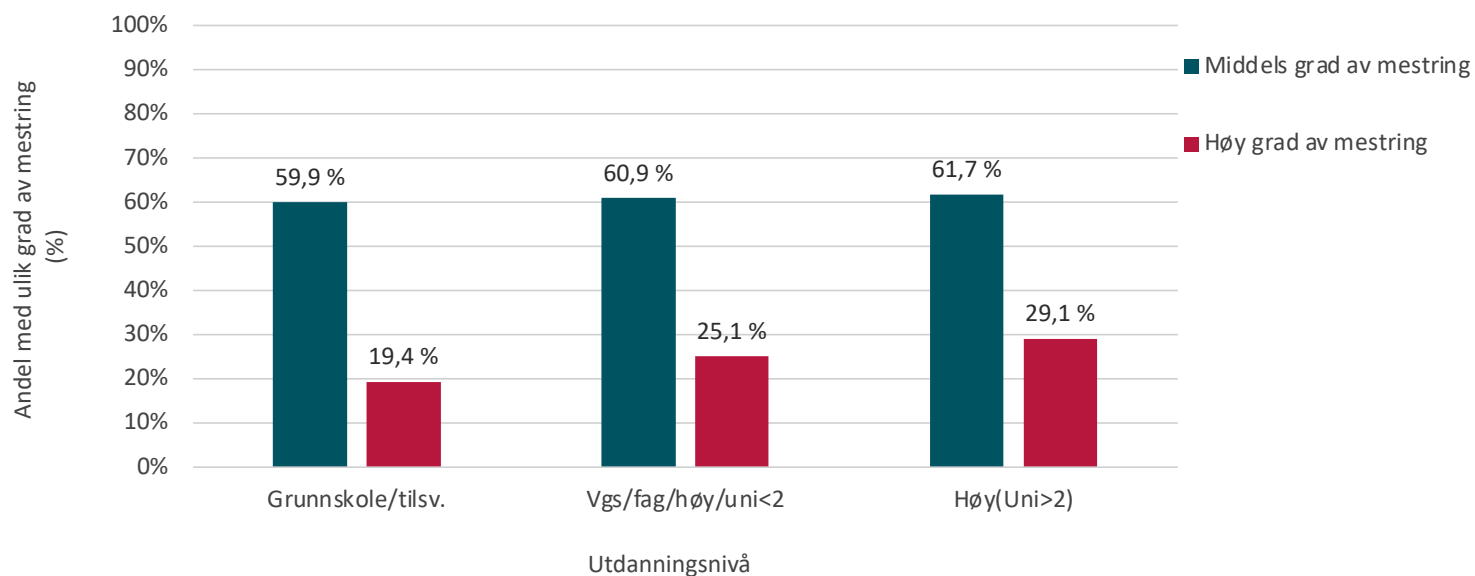
ha blitt gitt verdi 0 hvis svar tilsvarte ingen eller liten mestringstro og 1 hvis svar tilsvarte middels eller høy mestringstro. Omtrent halvparten av ungdommen har høy grad av mestringstro. Rett under 12 %, altså de som ikke har svart positivt på noen eller kun ett av de fem spørsmålene, har liten mestringstro.

Ved å slå sammen de to øverste kategoriene, skår 4 og 5 på mestringstro, får vi et bilde av sosial ulikhet blant de som opplever høy grad av mestring (figur 41). I ungdomsårene fra 8. trinn til Vg3, kommer

det tydelig frem en sosial ulikhet. Det er omtrent 12 prosentpoeng som skiller gruppen med lavest og høyest sosioøkonomisk status.

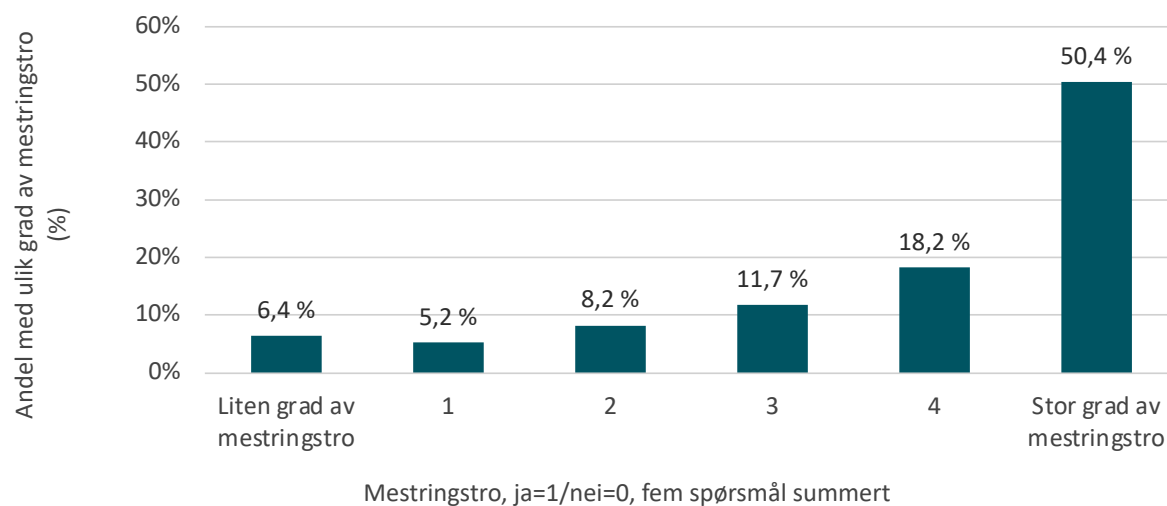
Det er mange ulike forhold som sannsynlig kan bidra til å styrke de unges mestringstro, blant annet deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, gode relasjoner med lærer og vennskap. Dette er nærmere omtalt i en dybdeanalyse publisert i rapporten Ung i Vestfold og Telemark 2021 (Aase et al., 2021).

### Livsmestring og utdanningsnivå, Vestfold 2021



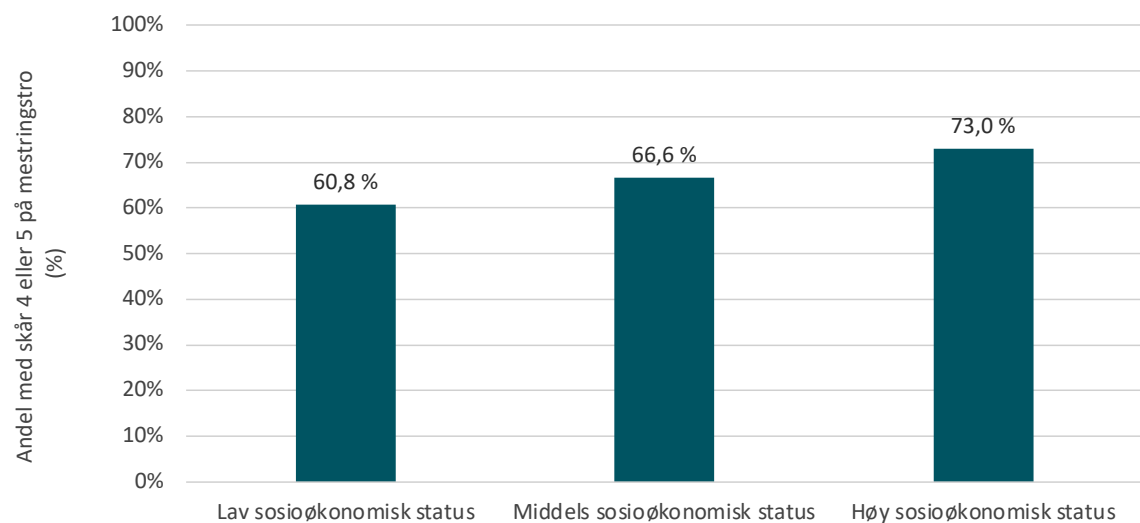
Figur 39. Andel voksne som viser middels og høy grad av mestring målt ved Pearlin Mastery Scale, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, personer 18 år og eldre, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

### Mestringstro blant ungdom i Vestfold 2021



Figur 40. Andeler for ulik grad av mestringstro blant ungdom basert på fem spørsmål, 8. trinn-Vg3, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.2021.

### Høy grad av mestringstro og sosioøkonomi, ungdom i Vestfold 2021



Figur 41. Andel med høy grad av mestringstro for tre ulike sosioøkonomiske grupper, ungdom 8. trinn-Vg3, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

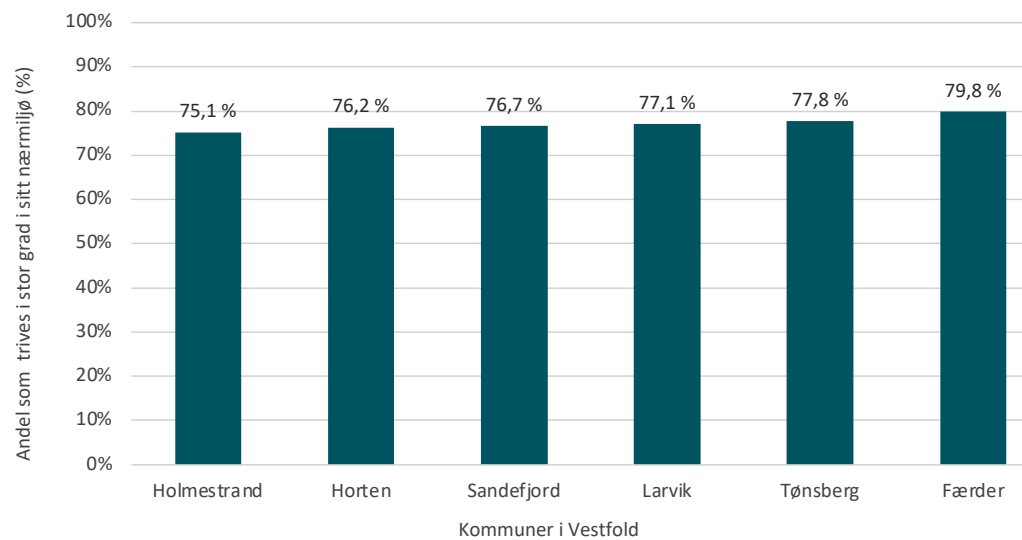
## Trivsel og tilhørighet i nærmiljøet

Det er grunnleggende viktig for oss mennesker å kjenne tilhørighet, at vi har noen rundt oss som bryr seg og at vi er en del av et fellesskap. Når det i spørreskjema blir spurt om tilhørighet i nærmiljøet så ser deltaker kanskje for seg mer enn kun de menneskelige relasjonene, slik som egenskaper ved det fysiske miljøet, men for de fleste er det forventet at trivsel og tilhørighet i stor grad handler om tilhørighetene vi kjenner til folk i vårt nærmiljø (Knapstad M et al., 2022). Trivsel og tilhørighet blant de aller fleste kan også ses på som viktig for å oppnå lokalt sosialt bærekraftige lokalsamfunn (Folkehelseinstituttet, 2020b).

77 % av de voksne i Vestfold som svarte på Folkehelseundersøkelsen i 2021 oppga at de i stor grad trives i sitt nærmiljø. Figur 42 viser at det i alle kommunene er et flertall som oppgir at de i stor grad trives i nærmiljøet. Variasjonen mellom kommunene er ikke stor, men det nærmer seg fem prosentpoeng forskjell mellom Holmestrand med laveste andel og Færder med høyeste andel.

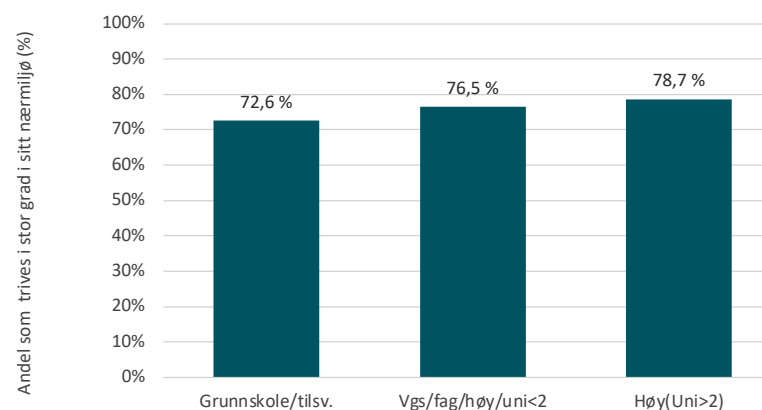
Figur 43 viser den sosiale ulikheten når det gjelder trivsel i nærmiljøet. Gradienten er tydelig, men ikke like markert som det vi f.eks. finner for psykiske plager. Når voksne ble spurt om i hvilken grad de føler at de hører til på stedet hvor de bor, så ser vi et lignende mønster som for trivsel i nærmiljøet.

Høy grad av trivsel i nærmiljøet, kommuner i Vestfold 2021



Figur 42. Andel som svarer at de i stor grad trives i sitt nærmiljø per kommune, personer 18 år og over, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

Høy grad av trivsel og sosial ulikhet



Figur 43. Andel som svarer at de i stor grad trives i sitt nærmiljø, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, personer 18 år og over, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

Svaret ble gitt på en skala fra null til ti, hvor null er «føler ikke tilhørighet overhodet» og ti er «føler sterk grad av tilhørighet». Det er ikke veldig stor variasjon mellom kommunene. Holmestrand ligger fortsatt lavest, men har fått følge av Tønsberg, og høyest ligger fortsatt Færder, med følge av Larvik (figur 44).

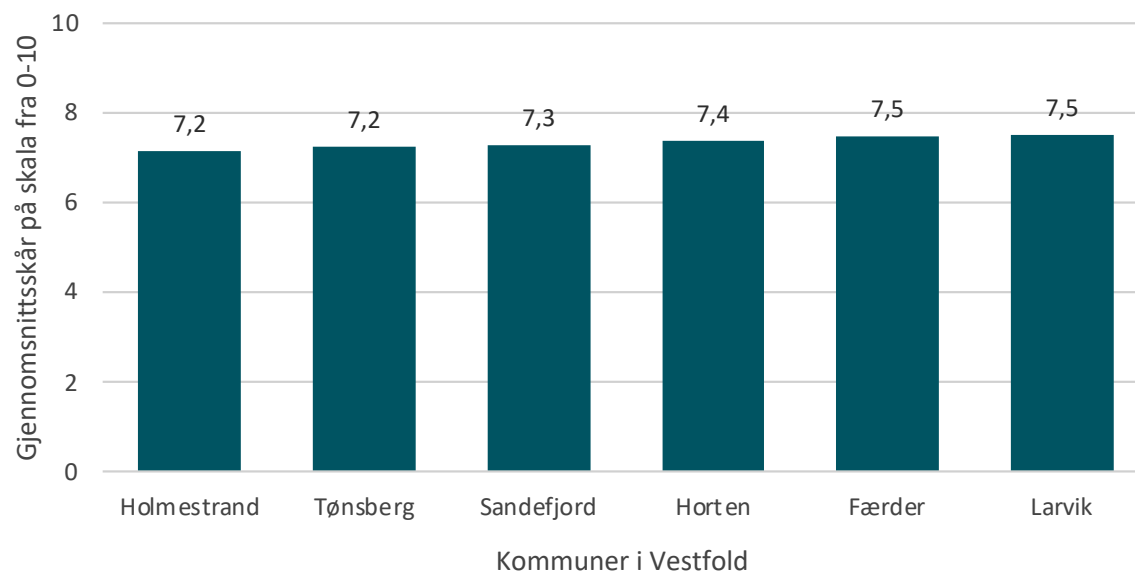
Når ungdommer fra 8. trinn til Vg3 blir spurt om i hvilken grad de er fornøyde med sitt lokalmiljø, ser det ut til å være større variasjon mellom kommunene enn for voksne (figur 45). Spørsmålet vil sannsynligvis både fange noe om trivsel i nærmiljøet, knyttet til det sosiale, og mer spesifikt om tilgjengelige steder å oppholde seg. Færder ligger fortsatt på topp og Holmestrand ligger lavest i Ungdata-undersøkelsen 2021. Gutter ser ut til å være mer fornøyde med sitt lokalmiljø enn jenter (Aase et al., 2021).

For barn på mellomtrinnet som deltar i Ungdata pluss er det spørsmål om trivsel eller tilhørighet i nærmiljøet som er tilpasset aldersgruppen. Barna ble spurt om de kan tenke seg å bo der de bor nå når de blir voksne. Litt over halvparten av de som deltok i undersøkelsen fra Vestfold (52 %) svarer «svært gjerne» eller «ja, det tror jeg» på dette spørsmålet (Vardheim et al., 2023). Det er også her litt variasjon mellom kommunene, men ikke veldig markert og ikke sammenliknbart med kommuneulikheter vist over. Det er 47 % i Horten som svarer positivt på dette spørsmålet, 51 % i Tønsberg, 52 % i Holmestrand og Færder, og 55 % i Larvik. (Vardheim et al., 2023).



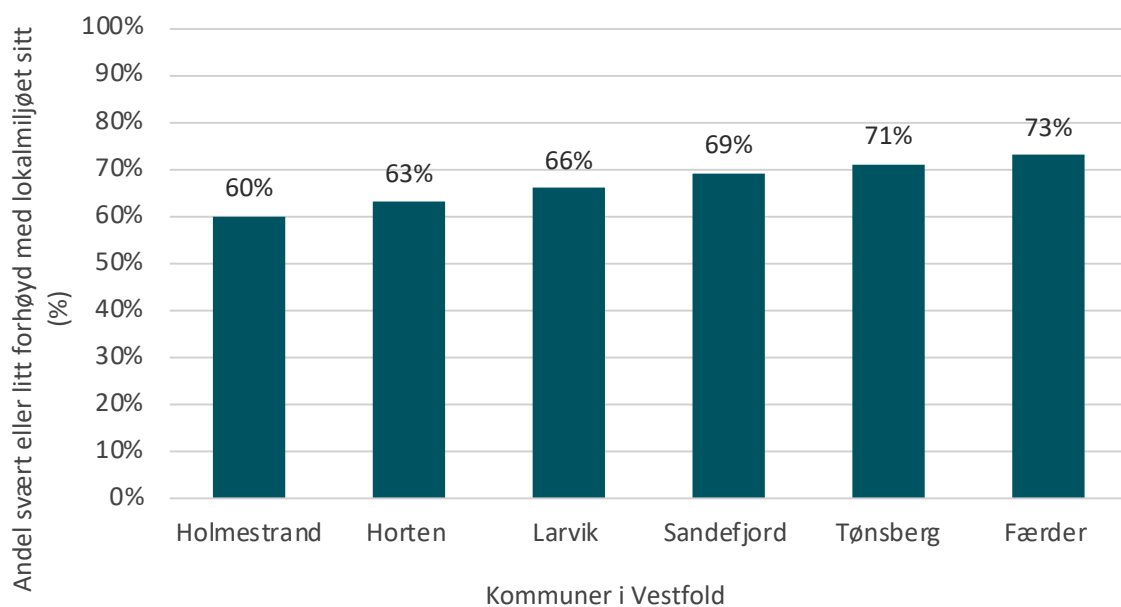
Foto: Freddy Samson Fagerheim

### Grad av stedstilhørighet, kommuner i Vestfold 2021



Figur 44. Gjennomsnittsskår for i hvor stor grad personer 18 år og over kjenner at de hører til på stedet hvor de bor, per kommune, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold 2021.

### Ungdommer fornøyde med sitt lokalmiljø, Vestfold 2021



Figur 45. Andel ungdommer 8. trinn-Vg3 som er svært eller litt fornøyd med sitt lokalmiljø, kommuner i Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

## 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. Det motsatte av god sosial støtte er ensomhet.

Gode sosiale nettverk og sosial støtte er helsefremmende faktorer og viktige ressurser for å kunne håndtere 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.

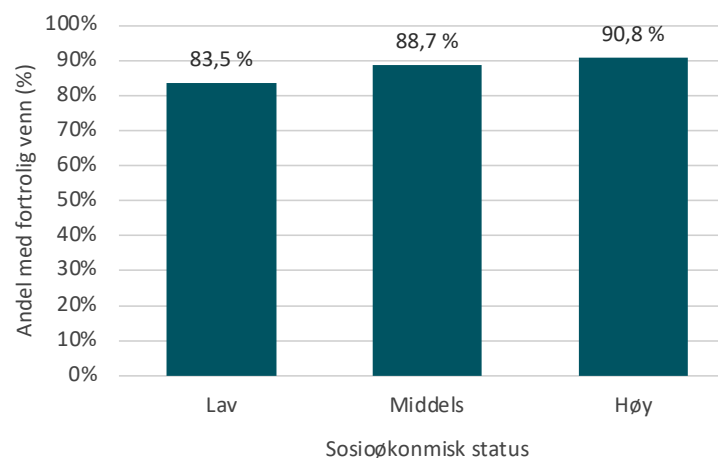
I Ungdata pluss 2023 ble sosial støtte på mellomtrinnet (5.-7. klasse) kartlagt med flere spørsmål (Vardheim et al., 2023). For de aller fleste er den sosiale støtten høy, og på spørsmål om de har venner å være sammen med på fritiden hvis de ønsker det, svarer så mange som 96 % av deltakende barn i Vestfold «alltid» eller «ja, som regel». På en spørsmålsgruppe med fire påstander som til sammen gir en indikator på sosial støtte, er det litt større variasjon. De handler om de kjenner at de har venner som virkelig bryr seg om dem, om

det er andre mennesker i livet som virkelig bryr seg om dem, om det vil være noen der for dem hvis de har et problem og om de har noen å fortelle det til, hvis det skjer noe bra med dem. Totalt svarer 67 % at de er helt eller ganske enig i alle disse fire påstandene. Bak denne totalandelen skjuler det seg en sosial ulikhet, hvor 64 % av de med lav, 66 % av de med middels og 70 % med høy sosioøkonomisk status svarer helt eller ganske enig. Den sosiale ulikheten kommer altså til syne allerede i ung alder i undersøkelser basert på selvrappotering.

Ungdata-undersøkelsen gir oss innsikt i opplevelse av sosial støtte på ungdomsskole- og videregående nivå med et litt annet spørsmål. Der stilles det

spørsmål om de har minst én venn de kan stole fullstendig på og betro seg til om alt mulig, det vil si en fortrolig venn. I Vestfold svarte 89 % av deltakende ungdom fra 8. trinn til Vg3, «ja, helt sikkert» eller «ja, jeg tror det» på dette spørsmålet. Det er svært likt resultatet fra forrige undersøkelse på 90 % (Telemark (2018) og Vestfold (2017) sett i sammen). Dette er en høy andel, men også her finner vi et mønster av sosial ulikhet bak totalandelen som bør få oppmerksomhet (figur 46). De med lav sosioøkonomisk status har en andel som ligger omtrent 7 prosentpoeng lavere enn for de med høy sosioøkonomisk status.

**Ungdom med fortrolig venn og sosial ulikhet, Vestfold 2021**



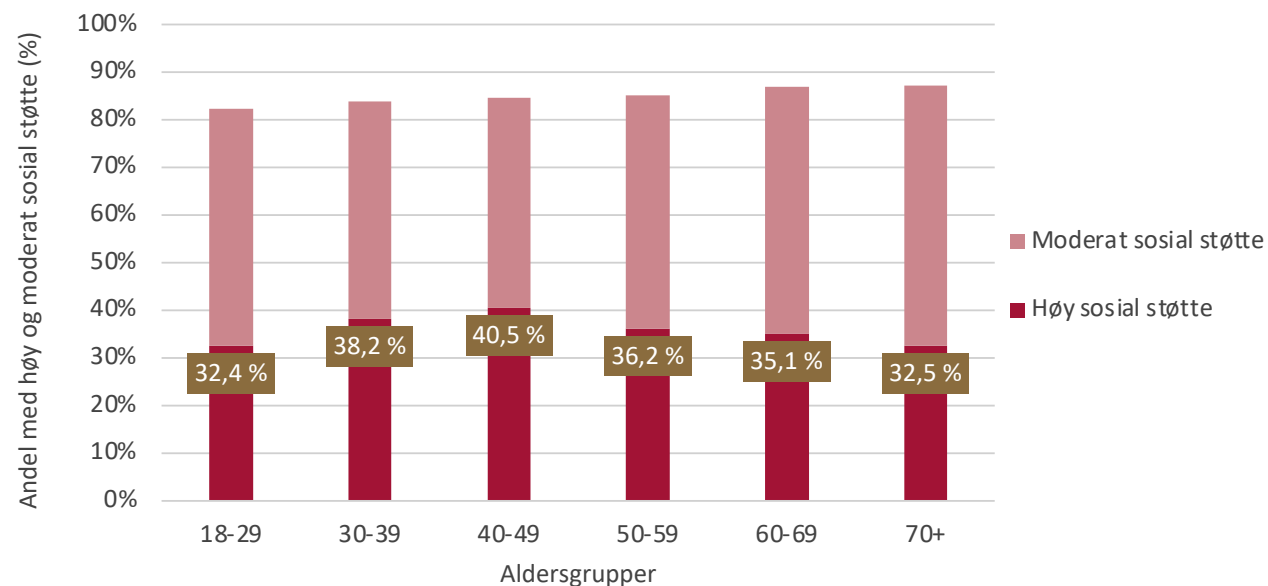
Figur 46. Andel av ungdom 8. trinn-Vg3 som svarer at de har minst én venn de kan stole fullstendig på og betro seg til om alt mulig, inndelt i sosioøkonomiske grupper, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

Flere spørsmål i Folkehelseundersøkelsen 2021 gir et innblikk i sosial støtte og relasjoner blant voksne i Vestfold. Måleinstrumentet Oslo Social Support Scale har tre spørsmål (OSS-3) som gir en indikator hvor resultatet kan deles i lav, moderat og høy sosial støtte. Spørsmålene handler om hvor mange personer en regner med stiller opp hvis en får store personlige problemer, graden av interesse andre viser for det en gjør og hvor enkelt det er å få praktisk hjelp av naboer ved behov. I Vestfold er det totalt 36 % med høy sosial støtte, 49 % med moderat og 15 % med lav sosial støtte blant voksne 18 år og eldre. Figur 47 viser hvordan sosial støtte varierer for ulike aldersgrupper. Når moderat og høy sosial støtte ses i sammenheng, er det et mønster med økt sosial støtte desto høyere alder. Samtidig er det interessant å kun se på gruppen med høy sosial støtte. Andelen med høy sosial støtte er størst for de mellom 40-49 år (40,5 %) og minst for de yngste (32,4 %) og de eldste (32,5 %).

Figur 48 viser sosial ulikhet for sosial støtte. Andel med høy sosial støtte viser en tydelig stigning fra laveste til høyeste utdanningsgruppe på omtrent 16 prosentpoeng. Bildet blir litt justert når vi ser på moderat støtte, hvor sammenhengen er omvendt. Her finner vi de med høyest andel sosial støtte blant de med kortest utdanning, men samtidig er ikke forskjellen i prosentpoeng mellom utdanningsgruppene like stor som for høy sosial støtte.

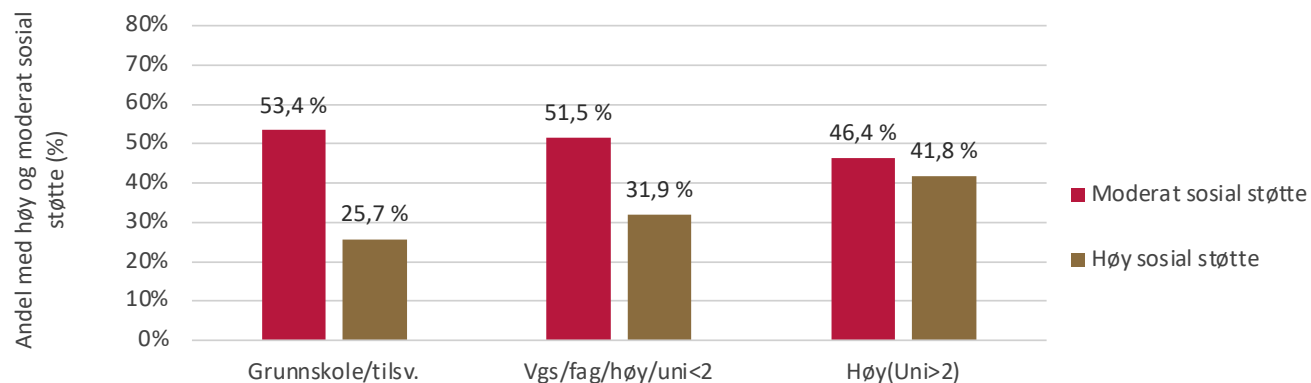


### Sosial støtte etter alder, Vestfold 2021



Figur 47. Andel voksne 18 år og eldre som har enten høy eller moderat sosial støtte (Oslo social support scale), inndelt i aldersgrupper, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

### Sosial støtte etter utdanningsnivå, Vestfold 2021

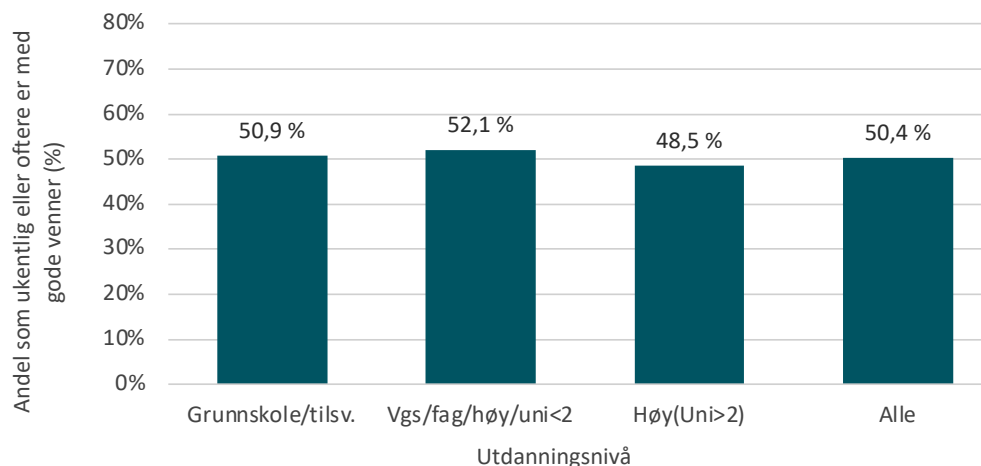


Figur 48. Andel voksne 18 år og eldre som har enten høy eller moderat sosial støtte (Oslo social support scale), inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

På et annet sett med relasjonsspørsmål i Folkehelseundersøkelsen skal deltakere gi en skår fra null til ti, hvor ti er helt enig, på spørsmål om de opplever at deres sosiale relasjoner er støttende og givende, og spørsmål om de synes de bidrar aktivt til andres lykke og livskvalitet (fra Ed Dieners Flourishing scale). Her skårer voksne i Vestfold i gjennomsnitt 7,3. Kvinner skårer litt høyere enn menn med 7,6 mot 7,1 for menn. Også for denne indikatoren kommer sosial ulikhet til syne med en statistisk signifikant ulikhet mellom alle utdanningsnivå. Det er en gjennomsnittsskår på 6,7 for de med grunnskole eller tilsvarende, 7,2 for de med videregående, fagutdanning og universitet mindre enn to år, og 7,6 for de med høyskole og universitet mer enn to år.

Samtidig med resultatene for voksne på disse relasjonsspørsmålene, er det interessant å se på fordelingen mellom utdanningsgrupper på spørsmål om sosial omgang med venner. Her er ikke ulikheten så stor mellom ulike utdanningsgruppene for de som svarer ukentlig eller oftere (figur 49). I denne statistikken er det de med lengst utdanning som har den lavest andelen og de med middels utdanningslengde den høyeste andelen.

### Sosial omgang med venner, Vestfold 2021



Figur 49. Andel voksne 18 år og eldre som ukentlig eller oftere er med gode venner, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

## Ensomhet

Opplevelsen av ensomhet er en vond følelse og oppleves ulikt for ulike mennesker. Motsatsen til ensomhet er god sosial støtte, men selv med mennesker rundt seg kan det oppstå en følelse av ensomhet hvis den sosiale kontakten ikke oppleves slik man ønsker (Jakobsen, 2019). Opplevelse av ensomhet og sosial isolasjon er knyttet opp mot flere ulike negative helseutfall, fysiske og psykiske. I den siste folkehelsemeldingen fra regjeringen er forebygging av ensomhet et fremhevet satsingsområde (Meld. St. 19 (2018–2019)).

Totalt var det litt over 28 % av ungdommen i Vestfold som våren 2021 svarte at de var ganske eller veldig mye plaget av ensomhet. Dette er en tydelig økning i forhold til de foregående Ungdata-undersøkelser i Vestfold. I Ungdata-undersøkelsen fra 2018 var andelen for ensomhet 21 % blant ungdomsskoleelever og 26 % blant videregående elever på vg1. I 2013 lå andelen på henholdsvis 20 % og 25 %. Med Ungdata-undersøkelsen 2021 ble det dokumentert en videre økning i andel ensomme på alle trinn fra 8. til Vg1 (Aase et al., 2021).

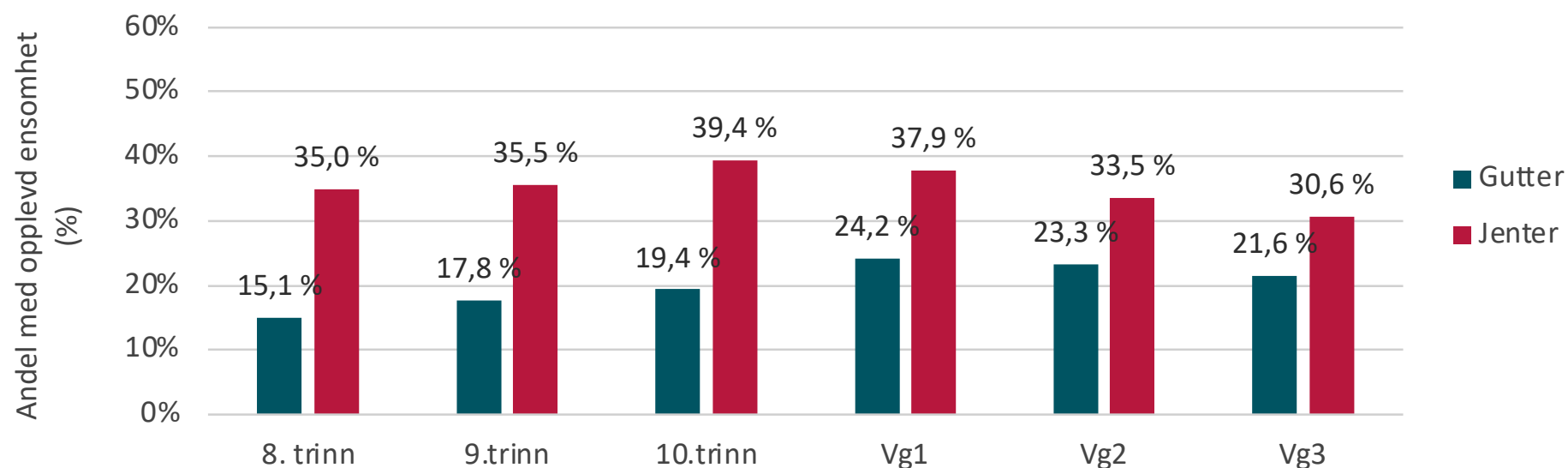
Figur 50 viser forekomst av ensomhet per klasstrinn i Vestfold våren 2021. Jenter er tydelig mer plaget av ensomhet enn guttene, men for begge kjønn øker andelen opp til 10. trinn for jenter og opp til vg1 for gutter, for deretter å synke noe igjen utover på videregående. For jenter på 10. trinn er det nær fire av ti som rapporterte en opplevelse av ensomhet våren 2021. Det er sannsynlig at covid-19 pandemien har bidratt til økning i opplevelse av ensomhet. Nye tall fra Ungdataundersøkelsen våren 2024 vil gi bedre innsikt, men samtidig

er det verd å merke at dybdeanalyser basert på Folkehelseundersøkelsen 2015 indikerte at sosial støtte har en enda større betydning blant de yngste kvinnene, sammenlignet med menn på samme alder og eldre kvinner og menn (Johansen et al., 2021).

I Folkehelseundersøkelsen ble ensomhet målt med skalaen The Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) (Hughes et al., 2004). Skalaen består av tre spørsmål. Deltakere ble spurt om hvor ofte de føler at de savner noen å være sammen med, hvor ofte

de føler seg utenfor og hvor ofte de føler seg isolert fra andre. Figur 51 viser et mønster der ensomhet er mest utbredt i de yngre aldersgruppene og omfanget synker med økt alder. Fra andre tilsvarende undersøkelser er det imidlertid funn som tyder på at fra rundt 80 år og over øker andelen ensomme noe (Knapstad et al., 2024). Samtidig er det sannsynlig en høyere grad av seleksjon i hvem som deltar, slik at resultatet kan se bedre ut en faktisk for de aller eldste.

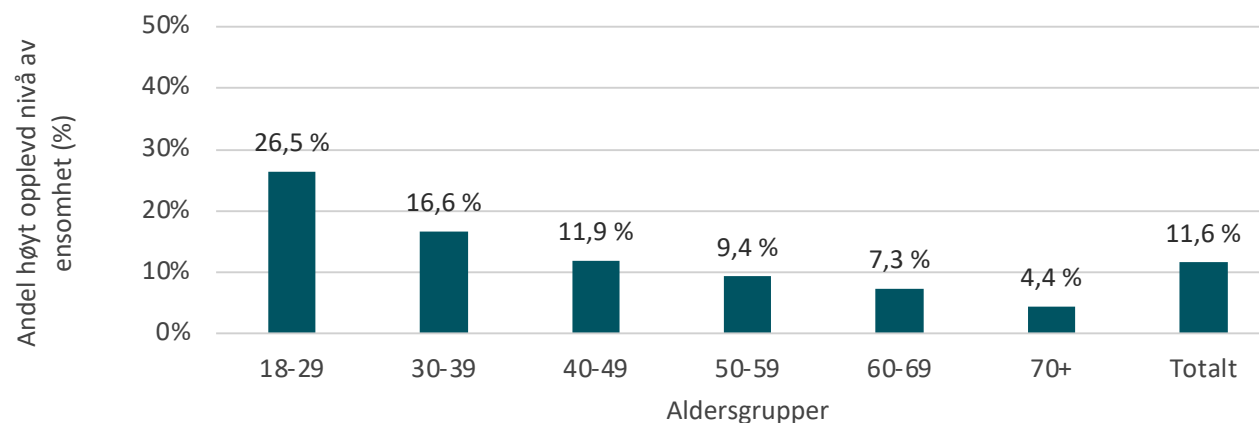
Ganske eller veldig mye plaget av ensomhet, Vestfold 2021



Figur 50. Andel ungdommer ganske mye eller veldig mye plaget av ensomhet den siste uka, inndelt i klasstrinn, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

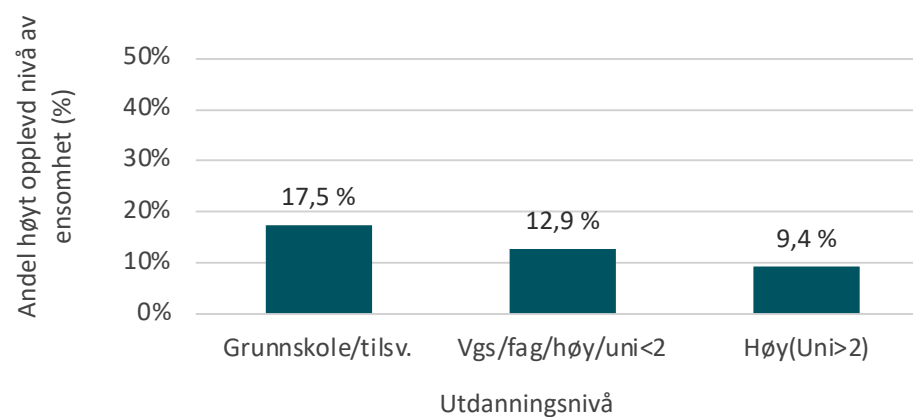
Den sosiale ulikheten vurdert etter utdanningsnivå er tydelig for opplevelsen av ensomhet. Jo lengre utdanning, desto lavere andel som opplever ensomhet. Likevel er det fortsatt rundt én av ti blant de med lengst utdanning som opplever ensomhet (figur 52).

### Ensomhet blant voksne, Vestfold 2021



Figur 51. Andel ensomme voksne inndelt i aldersgrupper, målt med The Three-item Loneliness Scale, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

### Ensomhet blant voksne og sosial ulikhet, Vestfold 2021



Figur 52. Andel ensomme voksne inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, målt med The Three-item Loneliness Scale, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

## Deltakelse

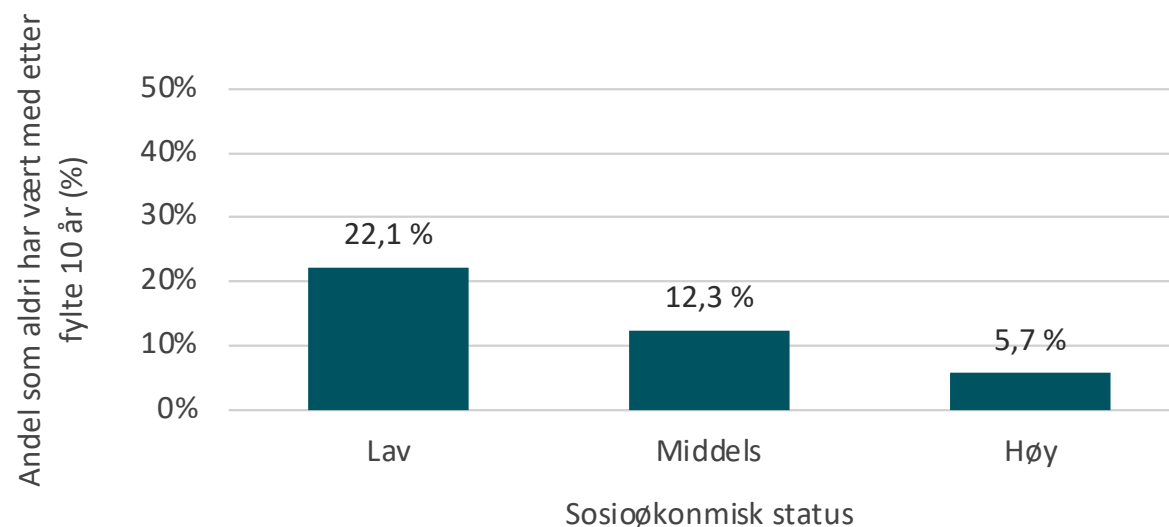
Det å være aktiv i en organisasjon, klubb, lag eller forening kan gi mulighet til å utvikle egne evner og ferdigheter, og å være sammen i et fellesskap. Deltakelse i kulturliv og frivillighet kan være en viktig kilde til økt sosial støtte, til å bygge relasjoner, motvirke utenforskap og ensomhet. Åpne og uforpliktende møteplasser kan også være med på å skape et sosialt støttende og inkluderende nærmiljø.

Ut fra resultater i Ungdata pluss er det en høy andel som regelmessig deltar på fritidsaktiviteter av barn på mellomtrinnet. I Vestfold var andelen på 86 % (Vardheim et al., 2023). Det foregår ulike initiativ for høy og økt deltakelse. Regjeringen har som målsetting at alle barn og unge skal ha muligheten til å delta i minst én fritidsaktivitet jevnlig, og signerte i 2022 en fritidserklæring (Regjeringen, 2022). Geografiske forskjeller i Vestfold indikerer at noen kommuner har mer å strekke seg mot enn andre. Færder kommune har den høyeste andelen barn på mellomtrinnet som går på fritidsaktiviteter med 90 % og Holmestrand den laveste med 84 %. Andelen i Tønsberg er 86 % og Horten og Larvik har begge en andel på 85 %. Det er sannsynlig at denne ulikheten også henger sammen med ulike andeler lavinntektsfamilier i kommunene.

Ungdata-undersøkelsen i Vestfold fra 2021 viser at andelen som deltar på fritidsaktiviteter går ned i løpet av ungdomsårene. I Vestfold var det 53 % som svarte at de er med i en organisasjon, klubb, lag eller forening. 36 % svarte at de tidligere, etter at de fylte 10 år, har vært med, mens nær 11 % sier at de aldri har vært med. Siden gjennomføring av undersøkelsen foregikk våren 2021, da det fortsatt var variasjon i restriksjoner i samfunnet som følge av covid-19-pandemien, kan det være at 53 % er noe unormalt og forbigående lavt. I 2018 undersøkelsen

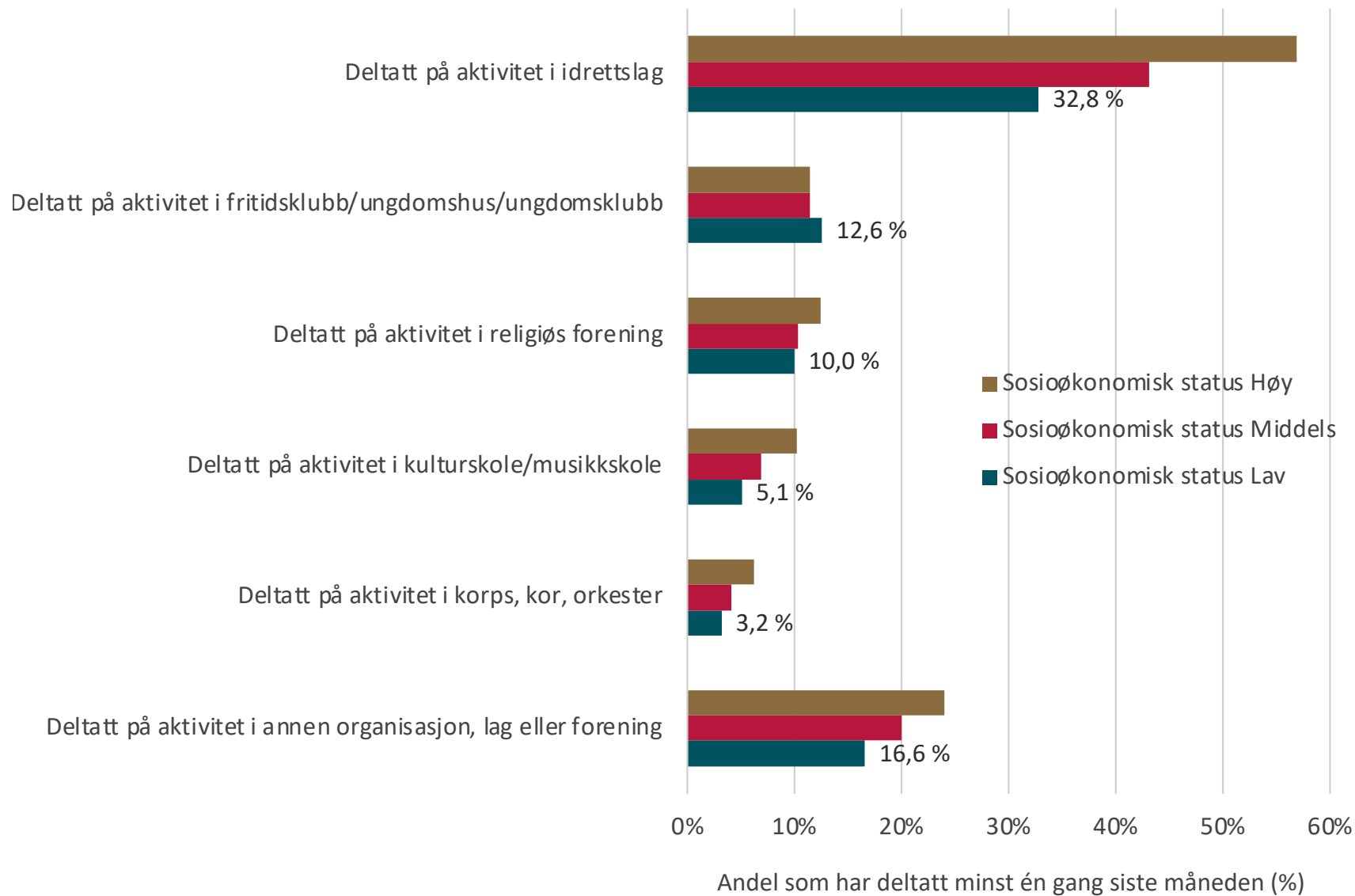
svarte 62 % at de var med i en organisasjon, klubb, lag eller forening (Vestfold og Telemark samlet) (Aase et al., 2021). Figur 53 viser tydelig den sosiale ulikheten som gjelder for deltakelse i fritidsaktiviteter blant barn og unge, illustrert med andelen som aldri har deltatt i en organisasjon, klubb, lag eller forening etter at de fylte 10 år, fordelt på sosioøkonomisk status. Det er over 16 prosentpoeng som skiller de med lav og høy sosioøkonomisk status, og mer enn én av fem blant de med lav sosioøkonomisk status dette gjelder for.

Ungdom ikke i organisasjon, klubb, lag eller forening etter fylte 10 år, Vestfold 2021



Figur 53. Andel ungdom på 8. trinn-Vg3 som aldri har deltatt i en organisasjon, klubb, lag eller forening etter at de fylte 10 år, inndelt etter sosioøkonomiske status, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

## Deltakelse blant ungdom i ulike aktiviteter, Vestfold 2021



Figur 54. Andel ungdom på 8. trinn-Vg3 som har deltatt minst én gang på beskrevet aktivitet den siste måneden, inndelt etter sosioøkonomisk status, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

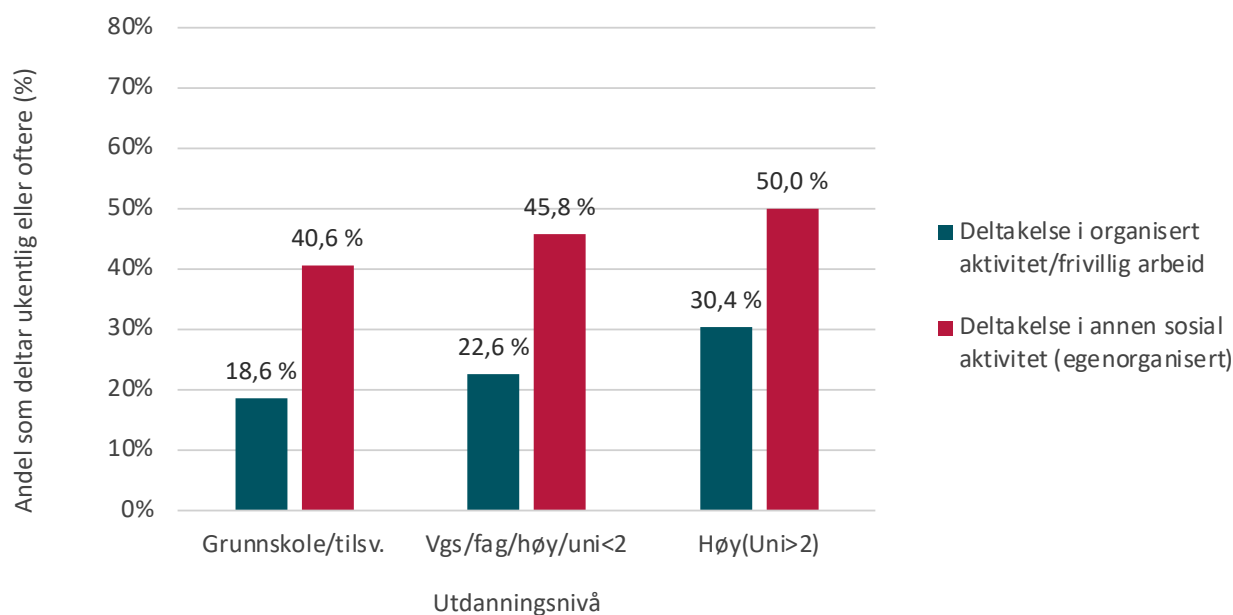
Figur 54 gir mer innsikt i hva det er mest vanlig å delta på blant ungdom, og sosioøkonomisk mønster for ulike aktiviteter. Deltakelse i idrettslag er helt klart vanligst og den sosiale ulikheten er svært markert. Det er verdt å merke seg at det

er en liten omvendt gradient for deltagelse på aktivitet i fritidsklubb, ungdomshus eller lignende. Det kan støtte opp under at slike arenaer er viktige alternative tilbud som kan bidra til redusert utenforskap, uavhengig av sosioøkonomiske status.

For voksne er bildet som forventet noe annerledes, ettersom familie og jobb ofte tar mye tid i en periode av voksenlivet. Totalt var det høsten 2021 ca. 26 % som rapporterte i Folkehelseundersøkelsen at de ukentlig eller oftere deltok på en eller annen form for organisert aktivitet eller frivillig arbeid, slik som idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller liknende. Det var ca. 47 % som ukentlig eller oftere deltok i annen sosial aktivitet (egenorganisert) slik som klubb, møter, treffe venner og trimturer med venner, kolleger eller andre. Mønsteret for deltagelse i egenorganisert sosial aktivitet endrer seg gjennom voksenlivet. Deltakelse er høyest blant de yngre voksne fra 18-29 år og blant de eldste (Knapstad M et al., 2022).

Figur 55 viser at det er sosial ulikheten for begge typer deltagelse i aktivitet blant voksne, med rundt 10-12 prosentpoeng som skiller de med kortest og lengst utdanning.

### Voksne og regelmessig deltagelse i aktivitet, Vestfold 2021



Figur 55. Andel voksne 18 år og eldre som ukentlig eller oftere deltar i organisert og egenorganisert aktivitet, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

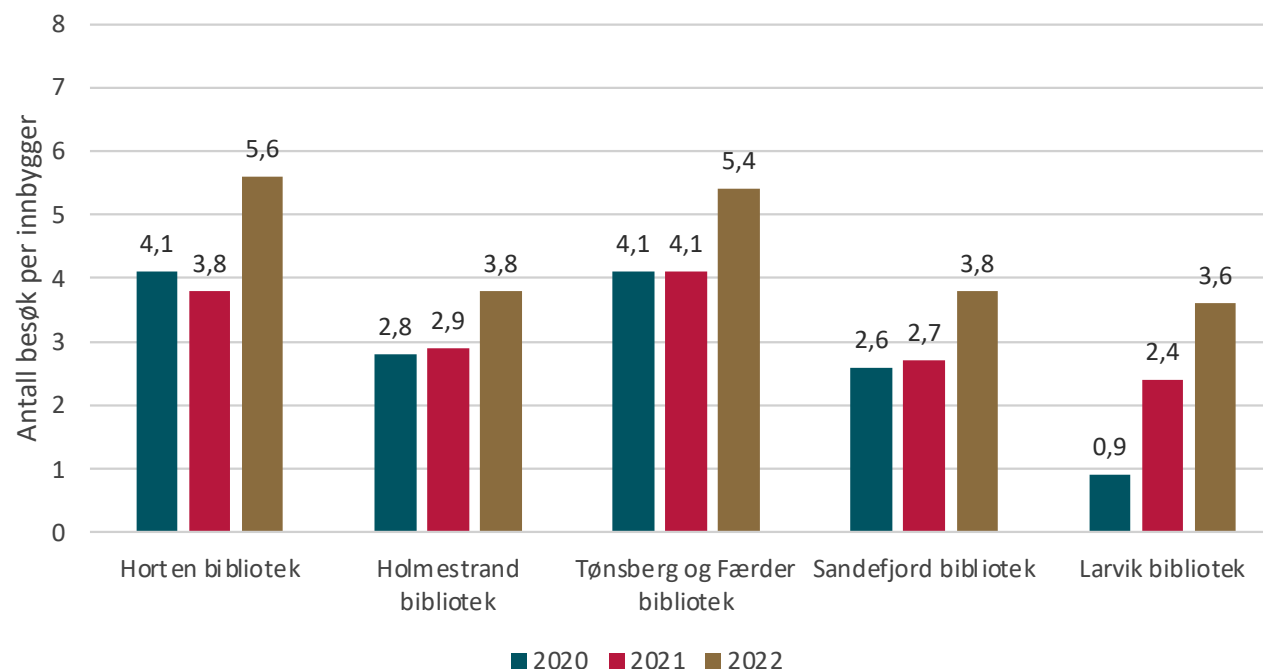
## Biblioteket som sosial møteplass

Gratisprinsippet, tilgjengelighet og lav terskel gjør biblioteket til en sosial møteplass som kan bidra til inkludering. Bibliotekene tilrettelegger for deltakelse, uformelle møter, tilbyr gratis deltakelse på arrangementer og er et sted hvor folk kan være, oppleve og lære. Mange bibliotek har blitt «meråpne», det vil si at de har både betjent og ubetjent åpningstid.

Alle bibliotek har intensivert arrangementsvirksomheten i tråd med endringene i bibliotekloven av 1.1.2014. Bibliotekene i Vestfold og Telemark hadde til sammen 3 489 arrangementer og til sammen 76 624 fremmøtte i 2022 (Biblioteksutvikling.no 2024). Dette er arrangementer som inkluderer fysiske arrangementer for barnehager, skoler, ansatte og besøkende, samt digitale arrangementer.

I 2022 har Vestfold sett under ett fått tilbake 90% av de besøkende på biblioteket siden før pandemien. Som vist i figur 56 dalte besøkstallene under covid-19-pandemien, men i 2022 begynte antallet besøkende å stige igjen. Figuren viser at alle bibliotekene i fylket har hatt vekst. I november 2019 brant Larvik bibliotek. I tillegg til pandemien bidro dette til lave besøkstall for 2020, før biblioteket flyttet til midlertidige lokaler.

### Besøk i biblioteket



Figur 56. Antall besøk i biblioteket per innbygger 2020-2022. Kilde: SSB, tabell 13135.

## Tilgjengelighet og bruk av nærmiljøet

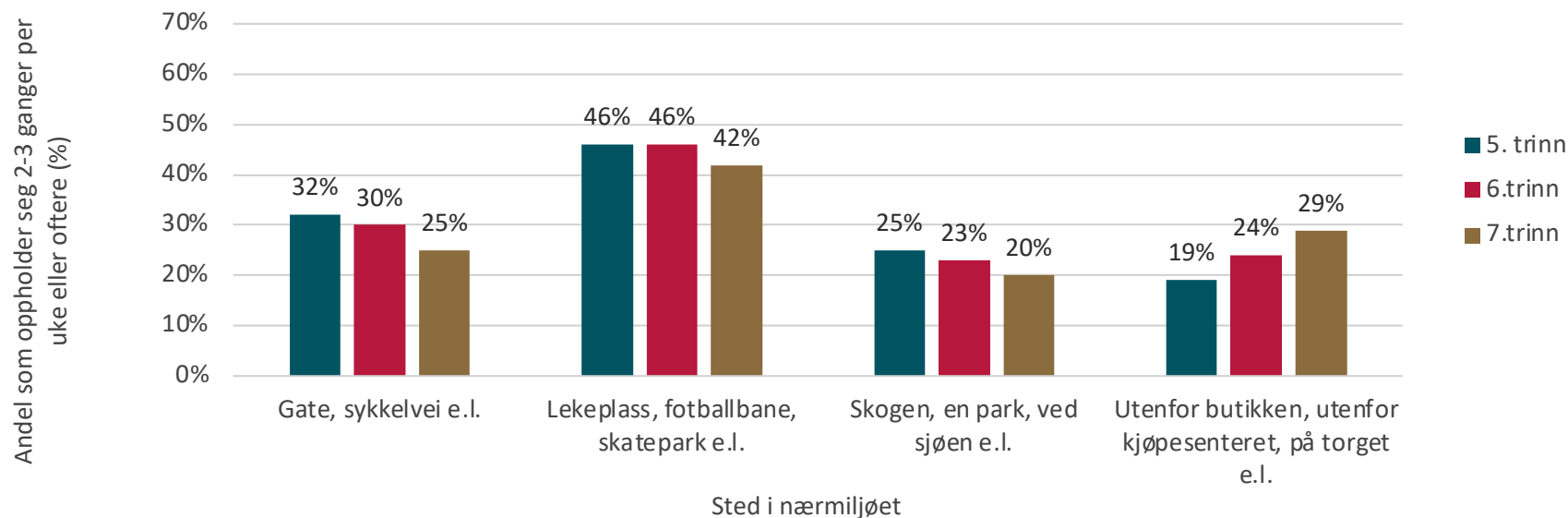
Opplevelsen av tilgjengelighet til ulike helsefremmende steder og arenaer kan påvirke hvor mye disse blir brukt. Økt tilgjengelighet for alle er noe det kan arbeides for både regionalt og lokalt, på mange ulike nivåer og for ulike grupper av befolkningen. Her har også universell utforming en rolle å spille. Trivsel i nærmiljøet, som er omtalt tidligere i dette kapittelet, vil sannsynligvis også til en viss grad påvirkes av opplevd tilgjengelighet til ulike goder lokalt.

Nærmiljøet blir brukt noe ulikt gjennom livsløpet og i ulike livsfaser. Opplevelsen av avstand og hva som er tilgjengelig, er nært og lokalt vil også forandres. Et godt nærmiljø for barn kan være med å stimulere til uteaktiviteter og sosial omgang med andre barn. I Ungdata pluss ble 10-12/13-åringene spurt om hvor ofte de oppholder seg på ulike steder i sitt nærmiljø. Resultater for Vestfold og Telemark samlet per klassetrinn vises i figur 57.

I Ungdata-undersøkelsen er det ikke direkte spørsmål om bruk av nærmiljøet, men ungdommen blir spurt om hvor fornøyd de er med ulike tilbud til

ungdom. Spørsmålene har fem ulike svarkategorier: svært dårlig, nokså dårlig, verken/eller, svært bra og nokså bra. I figur 58 er andelen som har svart enten svært bra eller nokså bra vist. Resultatene kan indikere at det gir gevinster å hente ved å utforske videre hva som skal til, og jobbe for forbedringer, for å øke andelen som er fornøyd. Det er sannsynlig en del variasjoner av tilfredshet lokalt, noen eksempler er inkludert i ungdata-rapporten for 2021 (Aase et al., 2021). Ungdommen er mest tilfreds med idrettsanlegg, litt under 73 % sier at tilbudet er bra eller nokså bra. Dette kan også delvis speile at det er idrettsanlegg som hyppigst blir brukt av ungdommen.

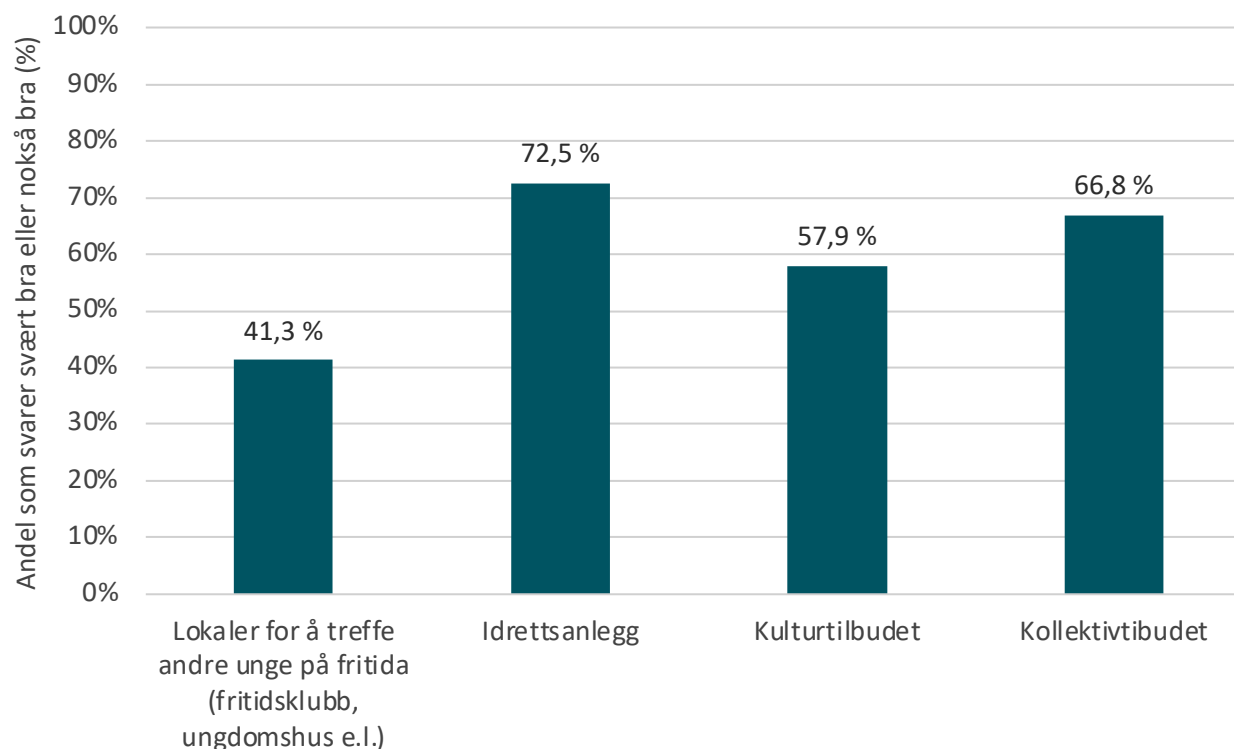
### Bruk av nærmiljøet blant barn



Figur 57. Andel barn på mellomtrinn som svarer at de oppholder seg på ulike steder i nærmiljøet 2-3 ganger per uke eller oftere, delt på klassetrinn, Vestfold og Telemark samlet 2023. Kilde: Vardheim et al., 2023

Når voksne blir spurt om deres opplevelse av tilgang til ulike fasiliteter er det forventet at det samtidig inkluderer en viss vurdering av tilfredshet med fasilitetene når de svarer, og at det er noe de benytter seg av. Det er forventet at voksne som er mer mobile, vurderer tilgjengelighet i et større geografisk område. I Folkehelseundersøkelsen ble deltakerne spurt om opplevelse av tilgjengelighet til kulturtilbud som kino, bibliotek, kulturhus, konserter og teater, og idrettstilbud som idrettshall, svømmehall, treningssenter og ski-/lysløyper, og servicetilbud som butikker og spisesteder. Andelen for de som svarte god og svært god tilgjengelighet var totalt i Vestfold 80 % for kulturtilbud, 80 % for idrettstilbud og 86 % for servicetilbud. Figur 59 viser hvordan opplevd tilgjengelighet er ulikt for ulike utdanningsgrupper. Den sosiale ulikheten er minst for servicetilbud, men viser en gradient for opplevd tilgang til kulturtilbud, der det er i overkant av fem prosentpoeng som skiller de med kortest og de med lengst utdanning.

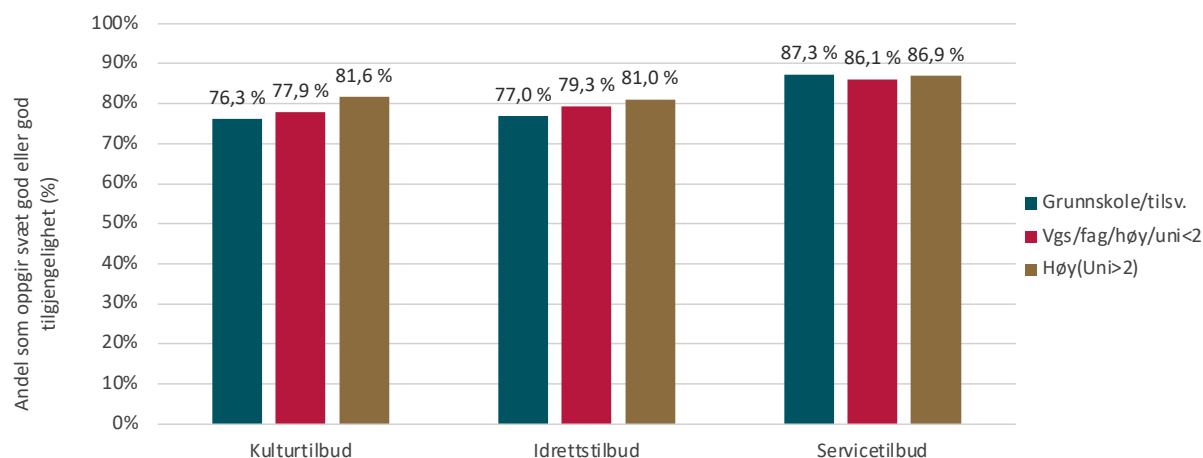
### Tilfredshet med tilbud til ungdom, Vestfold 2021



Figur 58. Andel ungdommer på 8. trinn-Vg3 som svarer at tilgang til ulike fasiliteter er svært bra eller nokså bra, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

Det er en tydelig variasjon mellom noen av kommunene når det gjelder opplevd tilgjengelighet (figur 60). Voksne i Færder har laveste andel som opplever god tilgjengelighet for idrettstilbud med 69 %, og Holmestrand er tydelig forskjellig fra de andre kommunene når det gjelder kulturtilbud, kun rundt 43 % opplever tilgangen som god eller svært god. Personer i Tønsberg opplever i høyest grad at god tilgang til servicetilbud med en andel på rett over 91% som svarer dette.

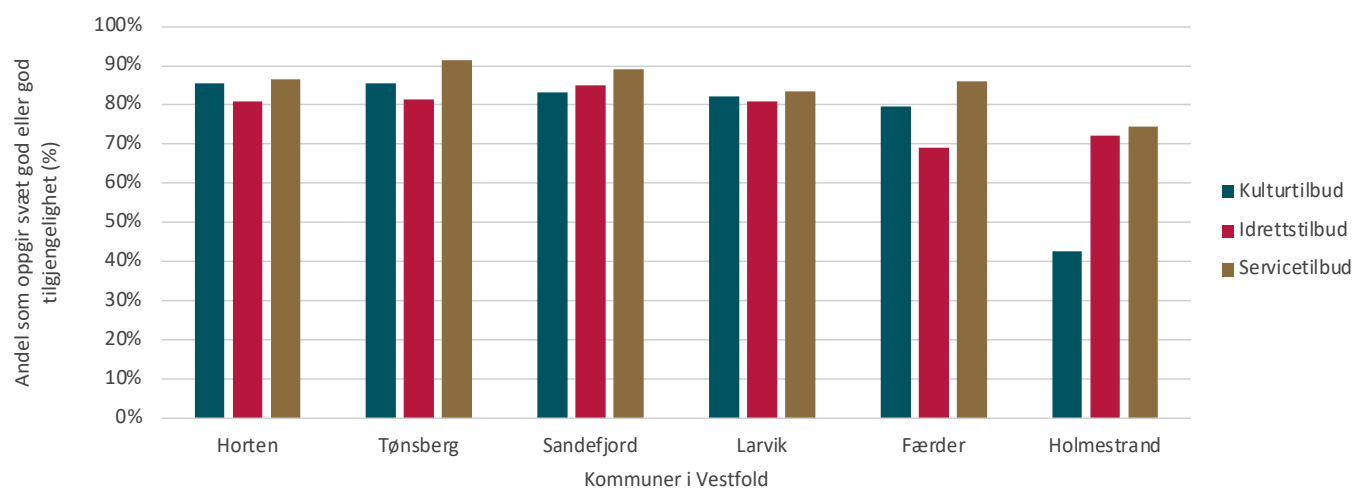
### Opplevelse av tilgang på fasiliteter og servicetilbud, Vestfold 2021



Figur 59. Andel personer 18 år og eldre som svarer at tilgjengelighet til ulike tilbud er god eller svært god, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

Figur 60. Andel personer 18 år og eldre som svarer at tilgjengelighet til ulike tilbud er god eller svært god, per bostedskommune, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

### Opplevelse av tilgang på fasiliteter og servicetilbud, kommuner i Vestfold 2021



## Trygghet og tillit

Opplevelse av trygghet og tillit påvirker livskvalitet og er samtidig viktige faktorer for et sosialt bærekraftig samfunn, både lokalt og på høyere geografisk nivå. Grunnlaget for trygghet og tillit legges i barndommen, i hver enkelt familie og i oppvekstmiljøet. Trygghet har både en opplevd eller subjektiv side og en objektiv side, for eksempel sett opp mot omfang av kriminalitet i et område.

Ungdata pluss viser at de aller fleste barn på mellomtrinnet opplever at de kjenner seg trygge eller svært trygge når de er ute i nærheten av der de bor. I Vestfold var denne andelen på hele 96 %. Andelen som svarte svært trygge er også høy, med rundt 60 %. Det er en liten variasjon mellom kommuner i Vestfold. I Larvik svarer 64 % at de er svært trygge, 62 % i Holmestrand, 60 % i Tønsberg og Færder og 56 % i Horten (Vardheim et al., 2023).

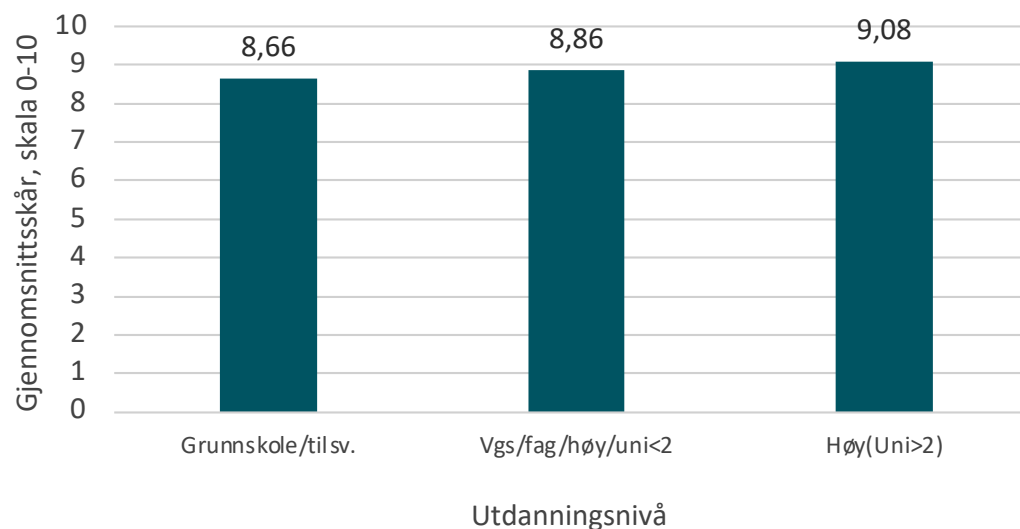
Når ungdom i Ungdata-undersøkelsen blir spurt om de opplever det som trygt å ferdes i nærområdet der de bor når de er ute om kvelden, er andelen som svarer at de er ganske eller svært trygge litt lavere enn andelen blant de yngre barna i Ungdata pluss. Andelen lå på 85 % for Vestfold og Telemark samlet i undersøkelsen fra 2021. Det er særlig jentene som her trekker ned totalandelen, og det

er noe reduksjon i opplevelsen av trygghet fra første, til andre og siste gjennomføring av Ungdata-undersøkelsen i fylket (Aase et al., 2021).

Voksne i Vestfold har i Folkehelseundersøkelsen gitt et skår på en skala fra null til ti på i hvilken grad de

føler seg trygge når de er ute og går i sitt nærmiljø. Svarene indikerer en høy grad av trygghet med et gjennomsnitt på 8,95 – altså nær skår 9 ut av 10 mulige. Som for barn og unge er det mennene som kjenner seg tryggest, gjennomsnitt for menn var 9,2 og for kvinner 8,7. Figur 61 viser at selv om de aller

Trygghet i nærmiljøet, voksne i Vestfold 2021

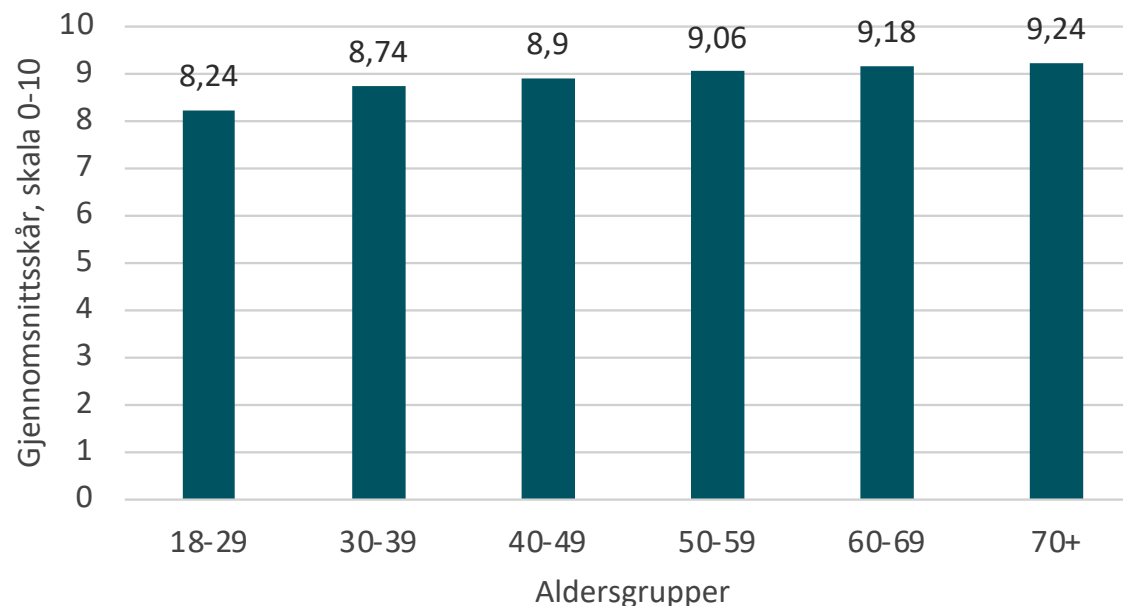


Figur 61. Gjennomsnittsskår på en skala fra 0-10 for følelse av trygghet når ute og går i sitt nærmiljø, personer 18 år og eldre, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

fleste kjenner seg trygge uansett utdanningsnivå, så eksisterer det en sosial ulikhet i opplevd trygghet i nærmiljøet. Opplevelsen av trygghet ser også ut til å være knyttet til ulik alder blant voksne i Vestfold. De yngste voksne kjenner seg minst trygge, mens trygghet øker gradvis desto eldre man blir opp til samlegruppen 70 år og over (figur 62).

Andre forhold som påvirker opplevelsen av trygghet i nærområdet er hvilken tillit folk har til menneskene rundt seg. Et samfunn med høy grad av tillit mellom mennesker er sterkere, kanskje særlig i krisetider og kan bidra til å bygge sosial bærekraft. Sammenlignet med tall fra andre europeiske land skårer nordmenn svært høyt på tillit til andre mennesker (Knapstad M et al., 2022). Tilliten i befolkning har også blitt trukket frem i forbindelse med hvordan Norge kom seg gjennom covid-19 pandemien, for eksempel i forbindelse med hvordan det var mulig å oppnå god vaksinedekning. På vurdering av spørsmålet «om folk stort sett er til å stole på, eller om en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre» i Folkehelseundersøkelsen, viser de aller fleste middels eller høy grad av tillit til andre, totalt nær 88 % i Vestfold. Figur 63 viser at det er litt ulikt i forskjellige aldersgruppen hvor stor tillit folk har. De som har lavest tillit er menn 30-39 år og kvinner 18-29 år. Høyest andel med god tillit har kvinner i gruppen 70 år og over.

### Trygghet i nærmiljøet etter alder, Vestfold 2021



Figur 62. Gjennomsnittsskår på en skala fra 0-10 for følelse av trygghet når ute og går i sitt nærmiljø, personer 18 år og eldre, inndelt i aldersgrupper, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

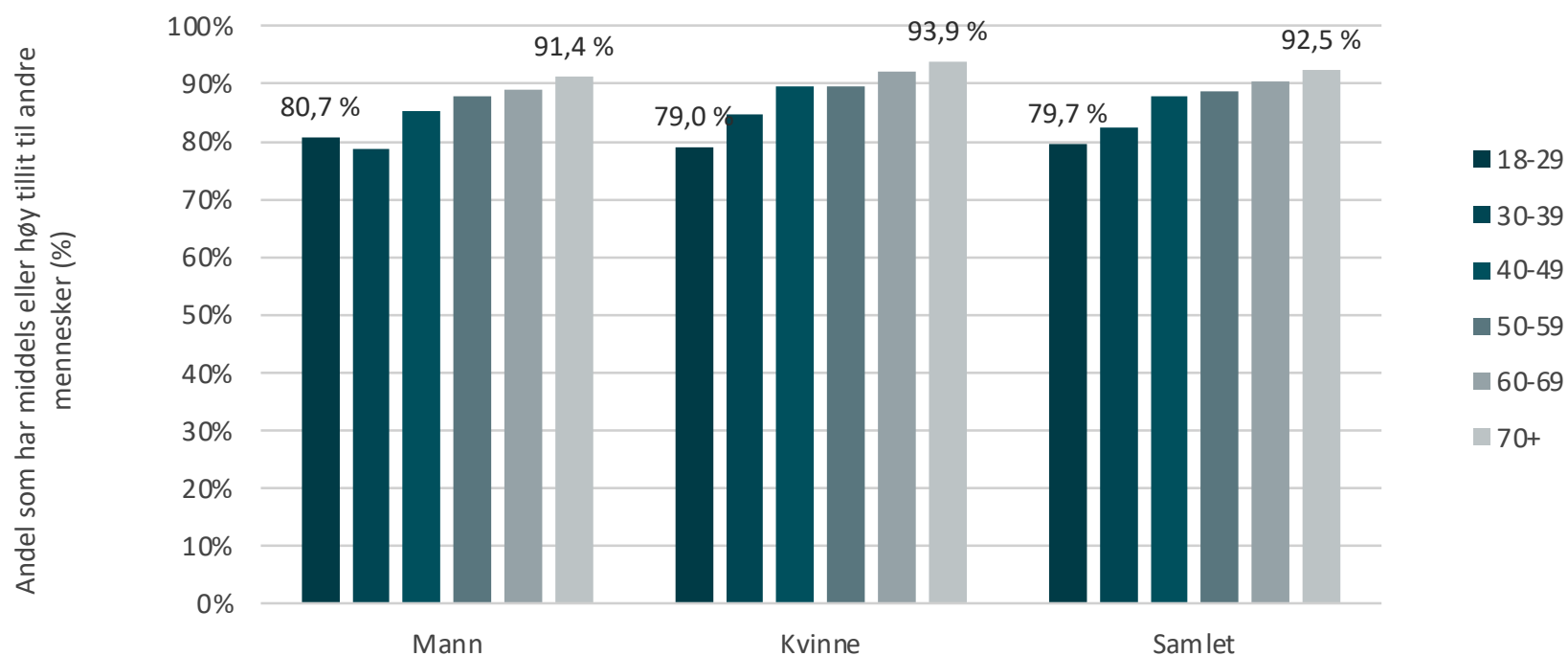


Foto: Marita Nilsen

Det er også en tydelig sosial ulikhet i hvor mye folk stoler på andre rundt seg. Ca. 80 % viser middels eller høy tillit, for de med middels utdanningsnivå er

andelen ca. 85 % og for de med høyest utdanning nærmer andelen seg 92 %.

### Tillit til hverandre, Vestfold 2021



Figur 63. Andel som har middels eller høy tillit til andre mennesker, personer 18 år og eldre, inndelt i kjønn og samlet, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

## Lovbrudd

Kriminalitetsnivået der man bor og oppholder seg har betydning for opplevelse av trygghet. Det å føle seg trygg er et grunnleggende menneskelig behov og utrygghet vil ha konsekvenser for den subjektive livskvaliteten (Barstad et al., 2023).

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at anmeldte lovbrudd totalt sett går ned både på landsbasis og i vår region. Politiet og påtalemyndigheten registrerte 304 621 lovbrudd på landsbasis i løpet av 2022. Antallet har gradvis gått ned fra 397 581 siden 2009. I Vestfold og Telemark var det totalt 23 753 lovbrudd i 2022. Dette utgjør 55,9 lovbrudd per 1 000 innbyggere i 2022, som innebærer en nedgang fra 58,5 lovbrudd per 1000 innbygger i 2020 (SSB 2024, tabell 08486).

Likevel har Sør-Øst politidistrikt (som omfatter Vestfold, Telemark og Buskerud) registrert en liten økning i antall straffesaker, særlig innenfor vinning, økonomi og vold i 2023. Det har vært en nedgang i narkotikasaker. Sør-Øst politidistrikt mener dette skyldes en endret praksis i påtalemyndighetens mulighet til tvangsmiddelbruk i mindre alvorlige narkotikasaker. Politiet mener det er liten grunn til å tro at nedgangen skyldes redusert bruk og omsetning.

Sør-Øst politidistrikt rapporterer også om en liten nedgang i trafikksaker og seksuallovbrudd i 2023. Politiet kommenterer at nedgangen i registrert seksuallovbrudd ikke er sikkert at betyr en reell nedgang, ettersom mørketallene på denne typen kriminalitet er store (Sør-Øst politidistrikt, 2024). Gjennom kriminalstatistikken får vi kjennskap til den kriminaliteten som rettsvesenet kommer i kontakt med, det vil si den registrerte kriminaliteten. Mange lovbrudd blir imidlertid aldri anmeldt og blir ikke del av denne statistikken.

Sør-Øst politidistrikt rapporterer at ungdomskriminaliteten har økt, særlig de siste 3 årene. Fra 2019 til 2023 ble det registrert en økning på 33% i antall straffesaker som involverte ungdom under 18 år. Det er verdt å merke seg at dette i utgangspunktet er små tall, derfor vil små endringer i antall gi store utslag prosentvis. Antall straffesaker er ikke det samme som antall ungdom som har vært siktet, mistenkt eller domfelt. Én straffesak kan både involvere flere personer og inneholde flere straffbare forhold. De samme personene kan også være involvert i flere saker.

Det er noen typer straffesaker som har hatt en spesielt stor økning. I perioden har eksempelvis antall ran tredoblet seg (fra 7 ran i 2019 til 74 ran i 2023), antall trafikklovbrudd med materiell skade har tredoblet seg (fra 16 i 2019 til 41 i 2023).

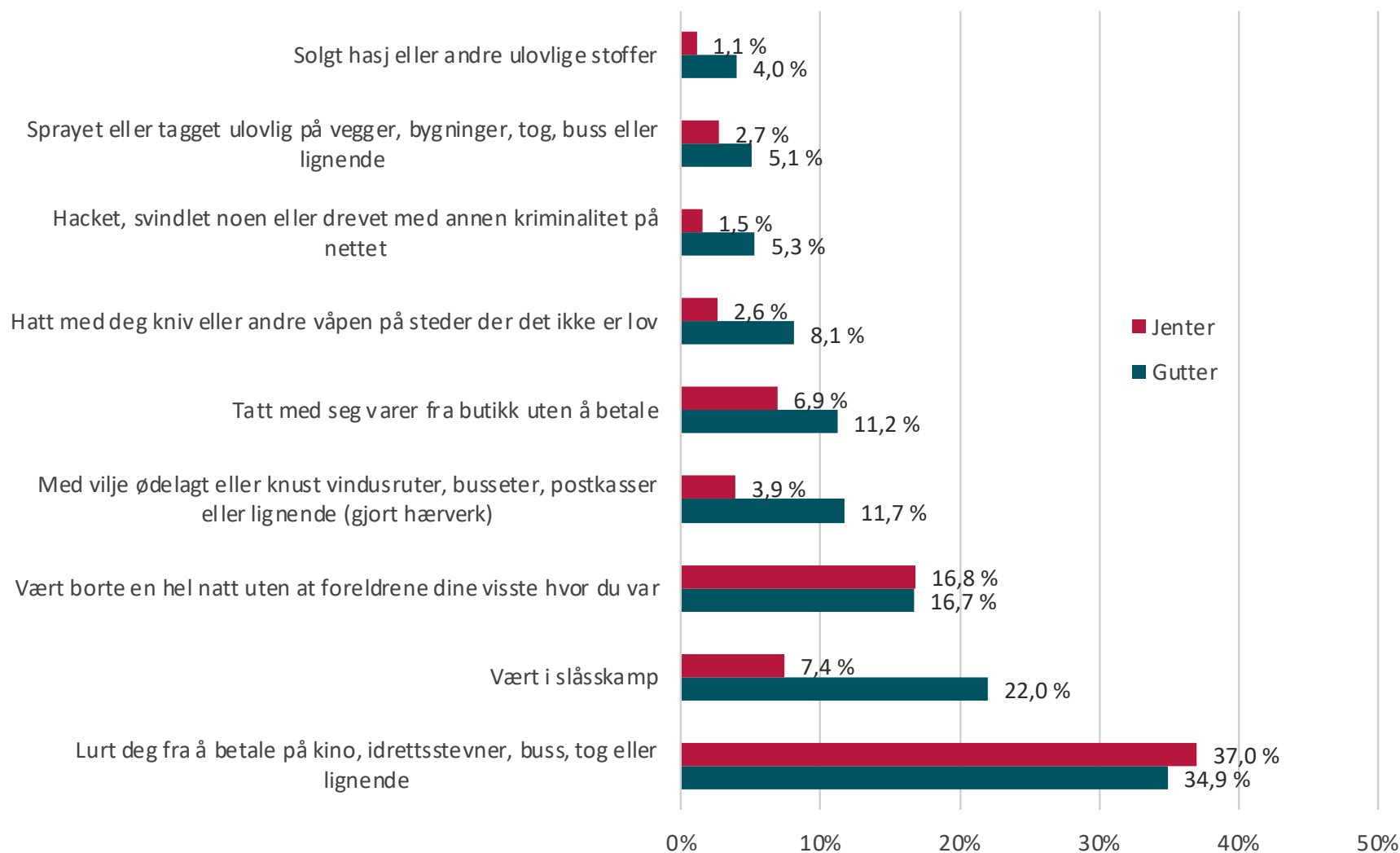
Straffesaker knyttet til vold har mer enn doblet seg (fra 323 saker i 2019 til 540 i 2023).

I 2023 ble det registrert 1363 gjerningspersoner under 18 år i én eller flere straffesaker i hele politidistriktet. Av disse var 927 bare involvert i én sak, mens hele 104 var involvert i fem eller flere saker. I politiets statistikk for Vestfold vises en økning i registrerte saker med minst én gjerningsperson under 18 år fra 450 saker i 2019 til 798 saker i 2023. Som for politidistriktet som helhet, var det også i Vestfold økning i anmeldelse av lovbrudd knyttet til trafikk og vold.

I ungdata-undersøkelsen 2021 spørres det om ulike regelbrudd, med varierende alvorlighetsgrad (figur 64). Ung i Vestfold og Telemark 2021 beskriver at utviklingen i regelbrudd fra undersøkelsen i 2015 viser en stabilisering i utvikling. Den neste ungdata-undersøkelsen for 2024 vil vise om politiets rapporter om økt ungdomskriminalitet kan spores i svarene om regelbrudd.

Figuren viser en tydelig forskjell på jenter og gutter, særlig når det gjelder å ha vært i slåsskamp. I rapporten Ung i Vestfold og Telemark settes den høye andelen som lurte seg fra å betale på kollektivtransport i sammenheng med covid-19 pandemien, da det ble utført færre kontroller enn vanlig.

## Regelbrudd, elever på ungdomsskole og videregående



Figur 64. Andel jenter og gutter involvert i ulike former for regelbrudd, minst én gang det siste året, 8. trinn - Vg3, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

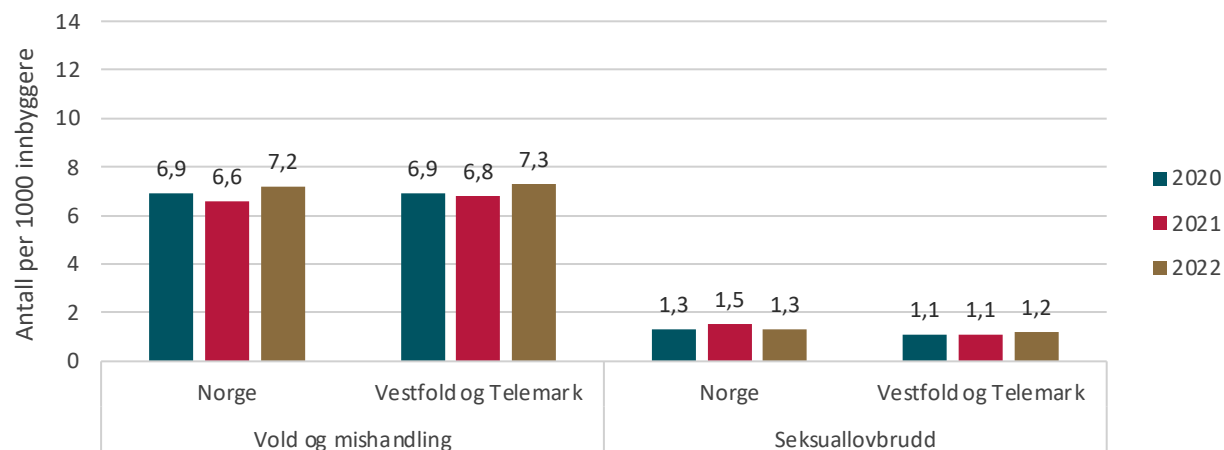
## Vold og overgrep – omfang og utviklingstrekk

Vold og overgrep er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem, fordi det rammer relativt mange og er forbundet med risiko for å utvikle helseproblemer. Verdens helseorganisasjon slår fast at vold er et globalt folkehelseproblem. Vold kan deles inn etter voldstype og relasjonen volden forekommer i (Krug et al., 2002): fysisk vold, seksuelle overgrep, psykisk vold og omsorgssvikt.

Figur 65 viser anmeldt vold og mishandling og seksuallovbrudd. Dette gir innblikk i voldsbyrden som er registrert av politiet og påtalemyndighetene. Diagrammet viser alle typer voldshendelser fra verbale trusler til alvorlig fysisk voldskriminalitet, i tillegg til alle typer seksuallovbrudd.

Figur 65 viser at Vestfold og Telemark samlet er på samme nivå som resten av landet på andel anmeldte lovbrudd knyttet til vold og mishandling. I 2022 var det registrert 3 094 anmeldte lovbrudd knyttet til vold og mishandling i Vestfold og Telemark. Dette tilsvarer 7,3 anmeldte lovbrudd per 1000 innbygger. Det er kun Troms og Finnmark, Agder og Oslo som har en høyere andel. Basert på omfangsundersøkelser av voldsbyrden i samfunnet,

### Vold og mishandling og seksuallovbrudd, anmeldte lovbrudd per 1000 innbygger



Figur 65. Antall anmeldte lovbrudd per 1000 innbygger for vold og mishandling og seksuallovbrudd, 2020-2021, Vestfold og Telemark samlet og landet. Kilde: SSB, tabell 08486.

vet vi det kun er en brøkdel av voldshendelser som blir anmeldt.

Når det gjelder seksuallovbrudd ligger Vestfold og Telemark noe under nivået for hele landet, men det har vært en økning fra 2020 til 2022. I 2022 var det registrert 528 seksuallovbrudd i Vestfold og

Telemark, som tilsvarer 1,2 anmeldte lovbrudd per 1000 innbygger. Dette er en økning fra 444 i 2020. Undersøkelser gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) viser at politiet har kjennskap til én av fem som er utsatt for voldtekt, sovevoldtekt og/eller digitale seksuelle krenkelser, og én av tre som har vært utsatt for alvorlig fysisk vold.

NKVTS er tydelig på at vold og overgrep har konsekvenser for folkehelsa, fordi vold øker risikoen for fysiske og psykiske helseplager, sosiale problemer, redusert arbeidsdeltakelse og problemer mer rus. NKVTS har i perioden 2021-2022 gjennomført en nasjonalt representativ omfangsstudie av vold og overgrep i alderen 18-74 år i Norge (Dale et al., 2023). Dette er en oppdatering av tilsvarende omfangsundersøkelse i 2014.

NKVTS finner i omfangsundersøkelsen en økning i forekomst av vold i samfunnet fra 2014 til kartleggingsperioden 2021-2022. Det er knyttet noe usikkerhet til om økningen er reell og stabil, er midlertidig og forbigående eller en endring i svartendenser. Uansett er et tydelig funn at voldsforekomsten ligger stabilt høyt og man kan si at det å være utsatt for vold og overgrep i Norge er et alvorlig samfunnsproblem.

Minoriteter er en spesielt utsatt gruppe, både innvandrere og etniske minoriteter, også personer

med annen seksuell legning enn majoriteten og personer med funksjonsnedsettelse.

Forebyggende arbeid mot vold og overgrep i et folkehelseperspektiv, dreier seg om å fremme trygge fellesskap, inkludering og deltakelse for å redusere risikofaktorene. Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress peker på at vold må forebygges fra tidlig alder, ettersom det ser ut til at en betydelig andel rammes allerede i barndommen og at det er sammenheng mellom det å være utsatt i barndommen og oppleve det samme i voksen alder.

### Undersøkelsen viser følgende utviklingstrekk nasjonalt:

- Kvinner er særlig utsatt for voldtekt og seksuelle overgrep
- De fleste anmelder ikke
- Flest menn utøver og blir utsatt for alvorlig fysisk vold
- Nettet er en ny arena for overgrep
- Kvinner er mest utsatt for partnervold
- Sammenheng mellom vold og levekår
- Økt rapportering av alvorlig vold siden forrige undersøkelse i 2014

## Ungdom om vold og reaksjoner i hjemmet

I Ungdata-undersøkelsen får deltakerne spørsmål om vold i familien. I undersøkelsen som ble gjennomført i 2021 var det to nye spørsmål knyttet til vold: om ungdommene i løpet av det siste året har opplevd å bli slått med vilje av en voksen i familien, og hvorvidt de har vært vitne til at voksne i familien har blitt utsatt for vold av andre i familien. I Vestfold og Telemark samlet svarer 4 % av elever på ungdomsskole og videregående at de har blitt slått av en voksen med vilje minst én gang det siste året. 3% svarer at de har vært vitne til vold. Dette er på nivå med resten av landet. I disse tallene er det en sosial ulikhet på 3 prosentpoeng, ved at ungdom med lav sosioøkonomisk status i større grad har opplevd vold i familien.

Det var også nye spørsmål om reaksjoner fra foreldre i ungdata-undersøkelsen fra 2021. Figur 66 viser at andelen i Vestfold som har opplevd å bli kalt krenkende ting ligger på hele 12 %, mens opp mot 3 % har blitt truet med vold, som er på nivå med andelen som har opplevd vold i familien. Den høye andelen som har opplevd å bli nektet å gå ut på fritiden minst én gang siste året, må sannsynligvis tolkes i sammenheng med

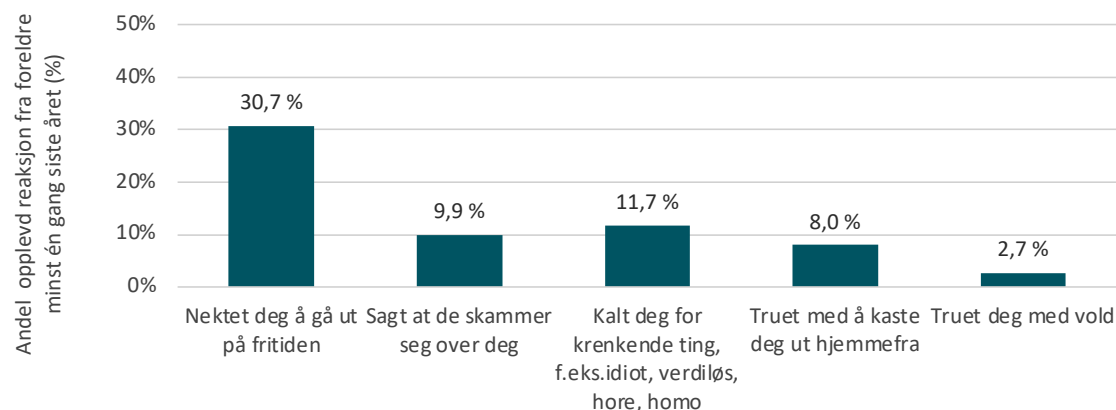
covid-19 pandemiens restriksjoner.

NOVA ved OsloMet har gjennomført kartlegginger av omfang og utviklingstrekk for vold og overgrep mot barn og unge i perioden 2007-2023, i den nasjonalt representative UngVold-undersøkelsen (Frøyland et al., 2023). Utvalget er elever på videregående skoler. Denne studien har også kartlagt fysisk vold og psykiske krenkelser fra foreldre. Nasjonalt viser studien at omfanget av mild vold fra foreldre har sunket mye fra 2007 til 2023, mens grovere vold har holdt seg mer stabilt.

Studien viser også at grovere vold i større grad skjer i familier med problemer knyttet til økonomi, rus og psykisk sykdom.

Negativ sosial kontroll i form av press, trusler tvang og å bli passet på er erkjent som et problem i deler av innvandrerbefolkningen (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), 2023). Æresrelatert vold er vold som utløses av familiens eller gruppens behov for å ivareta eller gjenopprette ære eller anseelse. Det er ikke tilgjengelig spesifikk statistikk om dette temaet for Vestfold.

### Reaksjoner fra foreldre/foresatte



Figur 66. Andel ungdom Vg1-Vg3 som har opplevd at foreldre/foresatte har gjort følgende minst én gang det siste året, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen Vestfold og Telemark 2021.

## Vold og overgrep mellom ungdom

I Ungdata-undersøkelsen i 2021 rapporterte 24 % av ungdommene i Vestfold at de har opplevd å bli slått, sparket, ristet hardt, lugget eller lignende av andre ungdommer det siste året. .

Figur 64 viser at 7,4 % av jenter og 22 % av gutter rapporterer å ha vært i slåsskamp minst én gang siste året. I 2017 lå andelen for gutter på hele 32 %.

Figur 67 viser andeler jenter og gutter på ulike trinn som har opplevd å bli truet, angrepet eller ranet av en annen ungdom med en gjenstand eller våpen. Dette må karakteriseres som grov vold. Figuren viser en økende trend opp mot 10. trinn, for så å falle noe på første året av videregående.

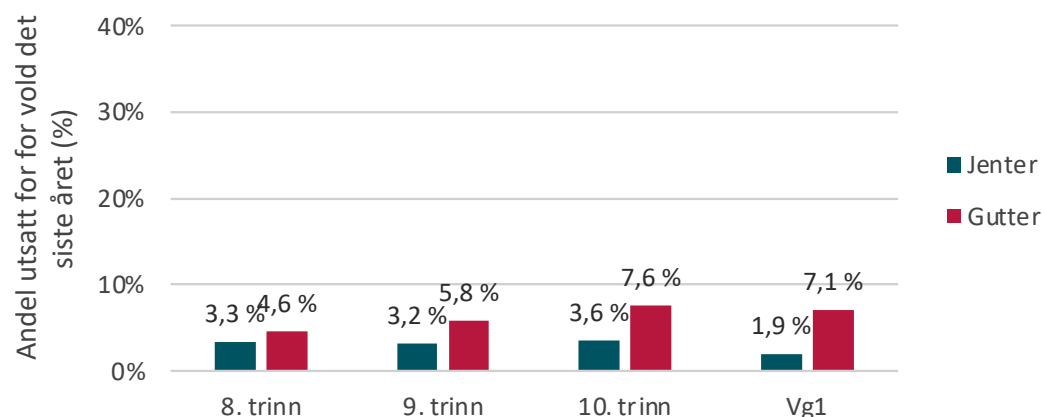
Den nasjonalt representative UngVold-undersøkelsen fra 2023 av ungdommer på videregående skole viser at omfanget av trusler om vold og fysisk vold fra jevnaldrende har holdt seg stabilt mellom studiene, som ble gjennomført i 2015 og 2023. Dette er også i tråd med funn i Ungdata på nasjonalt nivå (Frøyland et al., 2023).

Mens nivået på vold mellom ungdom kan se ut til å ha holdt seg stabilt, er bildet et ganske annet når det gjelder seksuell vold og seksuelle overgrep.

UngVold-kartleggingen ser også på utviklingen av seksuell vold på nasjonalt nivå. Omfanget av rapportering av seksuell vold har økt betydelig for både jenter og gutter fra 2015 til 2023, og er omtrent fire ganger så høyt for jenter som for gutter. Med seksuell vold menes ulike former for mildere seksuelle krenkelser til grovere krenkelser og overgrep, som i juridisk forstand er å regne som

voldtekt. Én av fire har vært utsatt for minst ett tilfelle av seksuell vold i løpet av livet. Rapporten beskriver at én av ti har vært utsatt for seksuell vold som i juridisk forstand er voldtekt. Andelene har nær doblet seg i perioden innenfor alle formene for seksuell vold. Kartleggingen finner at de fleste

**Ungdom truet, angrepet eller ranet av ungdom med gjenstand/våpen**



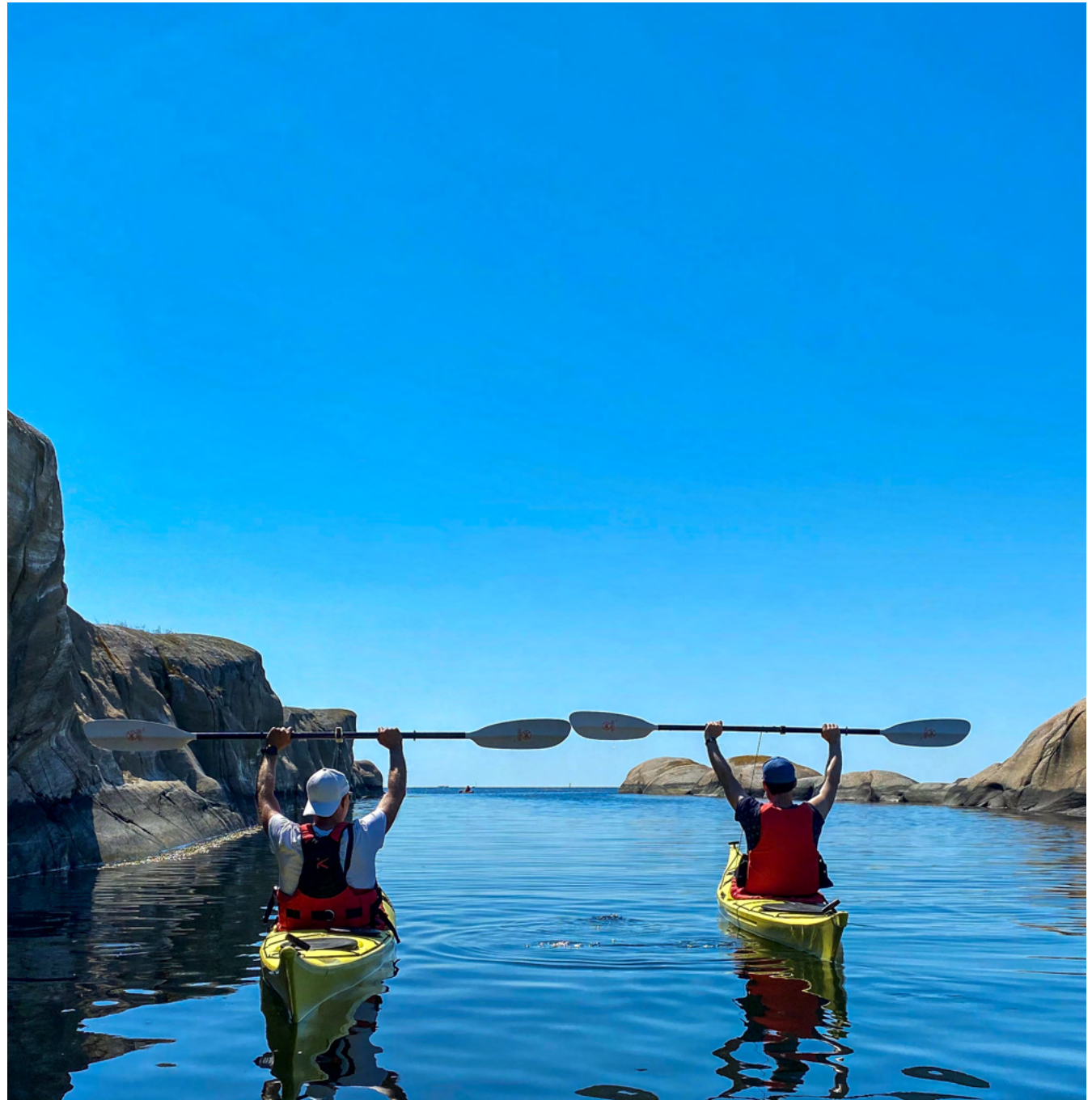
Figur 67. Andel ungdom som har blitt truet, angrepet eller ranet av en annen ungdom med gjenstand eller våpen det siste året, per klassetrinn og delt på kjønn, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

tilfellene foregår mellom jevnaldrende, og få har rapportert om seksuell vold fra nær familie. Forskerne bak Ungvold-studien drøfter om økningen av seksuell vold blant ungdom etter 2015 betyr en faktisk økning, økning i rapporteringsvilje eller en kombinasjon av begge disse mulighetene. Selv om det kan ha blitt vanligere å oppleve seksuell vold, mener forskerne at økningen også skyldes en økt bevissthet i ungdomsgruppen og gjenkjennelse av seksuelle krenkelser.

## Demokratisk deltakelse

Muligheten til å påvirke og forme samfunnet og å kunne gi uttrykk for synspunkter og meninger, er med på å styrke opplevelsen av autonomi. I helsefremmende arbeid brukes ofte begrepet empowerment om individers og lokalmiljøers makt til å påvirke beslutninger.

Kunnskap om Vestfold, som er kunnskapsgrunnlaget til fylkeskommunens arbeid med regional planstrategi, beskriver at demokratiet utfordres fra flere hold (Vestfold og Telemark fylkeskommune, 2023). Det vises til at folks tillit til politiske institusjoner er et mål på hvor godt demokratiet fungerer. I Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse vises at innbyggere i Vestfold og Telemark hadde lavere tillit til kommunestyret enn i resten av landet (SSB, tabell 13835).



## Valgdeltakelse

Styresett og medvirkning kan ses på som en dimensjon ved livskvalitet, og inngår i foreslått rammeverk for en nasjonal strategi for livskvalitet (Barstad et al., 2023). Det handler om hvordan demokratiet og samfunnets styresett fungerer, aspekter ved frihetens vilkår i samfunnet, engasjement og opplevelsen av innflytelse. Deltakelse ved politiske valg er én av flere indikatorer som kan si noe om styresett og medvirkning. Valgdeltakelse benyttes også av Helsedirektoratet som indikator for demokratisk medvirkning (Barstad & Sandvik, 2015).

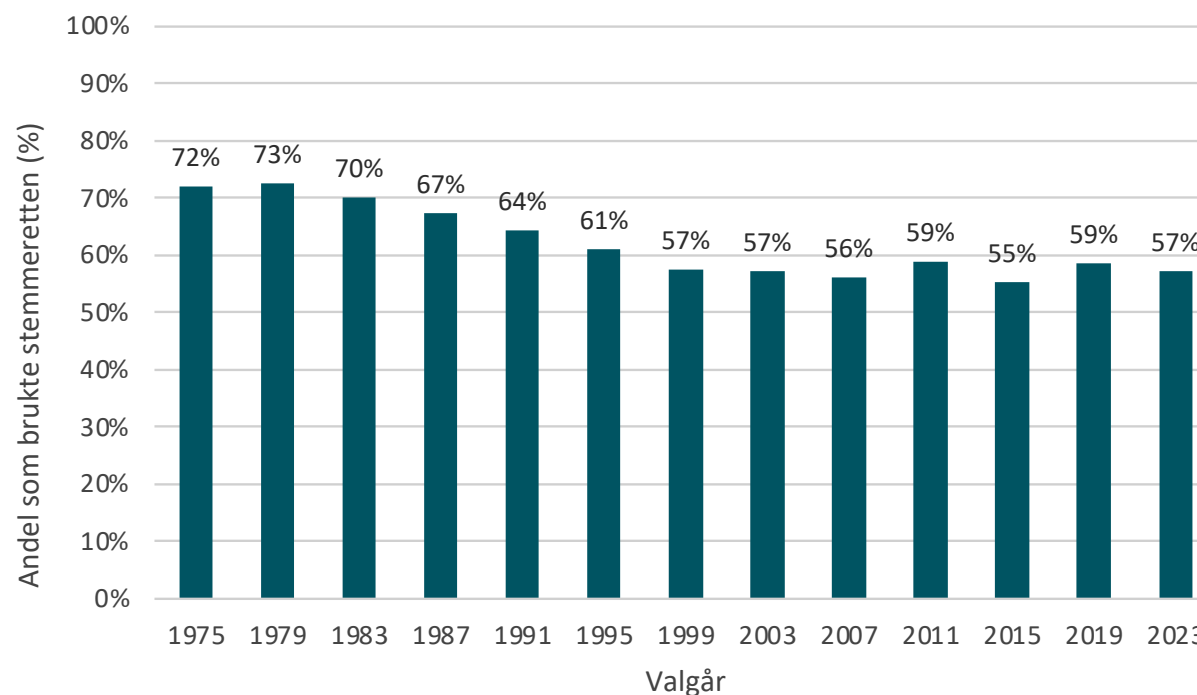
Demokratisk medvirkning er ikke minst viktig for et velfungerende samfunn. Det å kunne påvirke og ha innflytelse ved å kunne stemme ved frie valg er et gode i seg selv, og det er en form for medvirkning med sannsynlige konsekvenser for helse og livskvalitet, både direkte og indirekte. I et fritt land som Norge, med lange tradisjoner for frie valg, kan nivået på valgdeltakelse være en indikator som også forteller om innbyggernes opplevelse av tillit til myndighetene og at det å stemme utgjør en forskjell.

Figur 68 viser en historisk utvikling i valgdeltakelse ved fylkestingsvalg fra 1975 til 2023.

Valgdeltakelsen har gått ned fra over 70 % i 1975

til i dag. Det laveste målte nivået var 55 % i 2015, mens valgdeltakelsen ved siste fylkestingsvalg i 2023 var på 57 %.

**Valgdeltakelse ved fylkestingsvalg i Vestfold 1975-2023**

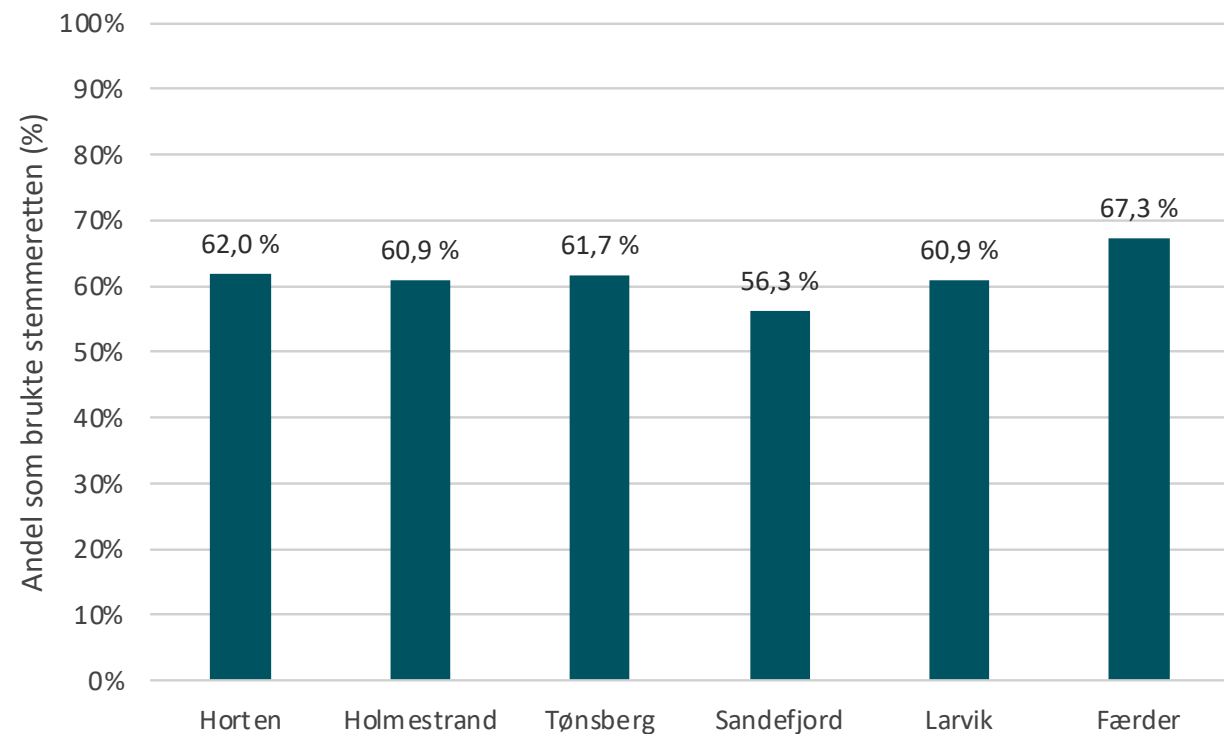


Figur 68. Valgdeltakelse ved fylkestingsvalg i Vestfold 1975-2023. Fylkestingsvalget i 2019 var for Vestfold og Telemark fylkeskommune. Kilde: SSB tabell 09476.

Valgdeltakelsen ved kommunestyrevalg ligger over nivået for fylkestingsvalg. Figur 69 viser at alle kommunen ligger over 60 % valgdeltakelse, bortsette fra Sandefjord kommune.

Medvirkning eller demokratisk deltakelse mellom valg kalles gjerne for deltakende demokrati. Deltakende demokratiske prosesser gjennomføres oftest av lokale myndigheter, for å utfylle det representative demokratiet (Klausen et al., 2013). Medvirkning mellom valg, som medvirkningstiltak kommunen setter i gang som del av ulike typer planarbeid, kan i seg selv være helsefremmende og bidra til økt trivsel og livskvalitet. Uformelle former for demokratisk deltakelse, som det å påvirke offentligheten gjennom medier, kontakt med offentlig administrasjon eller ved å demonstrere, har hatt et lite oppsving ved siste måling i 2020. Særlig er det en økning i andelen som skriver innlegg eller diskuterer samfunnsspørsmål på internett (SSB, tabell 09193).

### Valgdeltakelse ved kommunestyrevalg i Vestfold



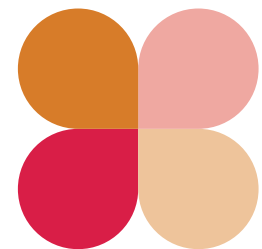
Figur 69. Valgdeltakelse ved kommunestyrevalg i Vestfold 2023. Kilde: SSB tabell 09475.

## Oppsummering

Det er her presentert status og utviklingstrekk i Vestfold for sider av livskvalitet, inkludert psykisk helse. Det er også gitt en oversikt over status og utviklingstrekk ved sosialt miljø og deltakelse, forhold som bidrar til både å fremme og hemme utfallene for psykisk helse, sosial helse og livskvalitet. Dette er utfall som kan omtales separat, men som samtidig overlapper og påvirker og hverandre. Temaene er høyaktuelle og har fått økt oppmerksomhet det siste tiåret, eksempelvis betydningen av økt kunnskap og måling av befolkningens subjektive livskvalitet.

Bildet for sosial ulikhet er ikke alltid like markert, sammenlignet med fysisk helse. Det er tydelige mønstre for forekomst av psykiske plager og tilfredshet med livet, særlig blant ungdom og de yngre voksne. Ulikheten er også tydelig for opplevelse av mestringstro i hverdagen, omfang av sosial støtte, ensomhet, deltakelse i regelmessig aktivitet og tillit til andre mennesker. Det er noe sosial ulikhet i rapportert tilgjengelighet blant voksne for kulturtilbud og idrettstilbud, men for opplevelsen av tilgjengelighet til servicetilbud, er det mer en omvendt ulikhet og tilgjengeligheten oppleves god for de aller fleste.

For temaer som viser til helsefremmende faktorer kommer det frem at det er mye positivt i Vestfoldsamfunnet som kan styrkes og bevares. Dette gjelder for trivsel i nærmiljøet, deltakelse i fritidsaktiviteter, særlig blant barn, biblioteket som opplevelses- og møteplass, trygghet i nærmiljøet, tilfredshet med idrettstilbud og også kulturtilbud, med noe variasjon mellom kommuner for sistnevnte. Det er også et lite oppsving i uformelle former for demokrati. De største utfordringene som krever fortsatt eller økt oppmerksomhet er psykiske plager, opplevelsen av stress og press særlig blant ungdommen og de yngre voksne, søvnproblemer og ensomhet. Det siste året er det også indikasjon på økning i ungdomskriminalitet, inkludert ran og mildere vold, samt seksuell vold og overgrep mellom ungdom. Om dette er en ny og økende trend kan være for tidlig å si for sikkert, samt at det mangler regionale tall.



# Skader og ulykker

**Skader og ulykker har tydelig negativ innvirkning på folkehelsen og kan føre med seg lidelse, redusert livskvalitet og store samfunnsøkonomiske kostnader. Folk i alle aldre blir rammet av skader og ulykker. Muligheter for å forebygge skader og ulykker er gode, hvis det blir prioritert og lagt til rette for det.**

Dette kapittelet gir et overblikk og status på skader og ulykker for befolkningen i Vestfold. Det er flere typer skader og ulykker det mangler eller er krevende å få tak i data med høy kvalitet på. Her vil vi fremheve skader og ulykker som gir utfordringer for samfunnet, samtidig som temaer det allerede satses på blir omtalt og satt inn i et større oversiktsbilde. Av spesifikke tema blir fallskader, trafikkulykker, brann, brann- og etseskader, forgiftning og drukning nærmere omtalt. Dette er skader og ulykker med stort forebyggingspotensialet og mye kunnskap om effektive tiltak. For status når det gjelder dødsfall av skader og ulykker, selvmord, kriminalitet og omfang av vold og voldsskader er dette nærmere omtalt i kapitlene om helsetilstand og sosialt miljø og livskvalitet.



De siste 50 årene har det vært en kraftig nedgang i dødelighet etter skader og ulykker for befolkningen i Norge. Likevel er ulykker og selvmord fortsatt viktigste dødsårsak for de under 45 år. Det blir også pekt på at på grunn av manglende data er det ikke mulig å avvise om nedgangen i dødsfall samtidig kan bety en økning i alvorlig skadde personer, siden helsevesenet har blitt flinkere til å behandle livstruende skader (Ohm et al., 2014).

I statistikken over skader og ulykker er mønstre av sosial ulikhet ofte tydelig. Alkohol og andre rusmidler er ofte en tydelig medvirkende faktorer. I skadebildet er det også flere andre mønstre som går igjen. Det handler for eksempel om hvor skadene skjer, kjønn og aldersgrupper. Hjemmet er det vanligste skadestedet, spesielt for de yngste barna og de eldste. Skåldingskader fra varm væske er en vanlig årsak til brannskade hos barn (Morland, 2019). Ungdom og unge voksne skader seg når de driver med idrett og trening. Eldre kvinner er overrepresentert når det gjelder fallskader og menn når det gjelder arbeidsulykker. Omfang og opphoping av spesifikke skader er knyttet til aktivitetene vi driver med og hvor vi oppholder oss (Ohm et al., 2014).



## Oversiktsbilde for skader i Vestfold

I Folkehelseundersøkelsen 2021 svarte over én av fire voksne i Vestfold (25,6 %) at de har en funksjonsnedsettelse eller plage som følge av skade. Det er en forholdsvis stor andel, men samtidig inkluderer dette antakelig både store og små plager, også plager som kommer og går. De som fikk dette spørsmålet, ble også spurt om i hvor stor grad funksjonsnedsettelsen eller plagen etter skade påvirker deres hverdag. Av denne fjerdedelen svarte da igjen rett under 24 % i stor grad og ca. 51 % i noen grad. Dette tilsvarer henholdsvis 6 % og 13 % av alle deltakerne i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold.

Den sosiale ulikheten er stor for de som i høy grad opplever at hverdagen deres er påvirket av en funksjonsnedsettelse eller plage etter skade (figur 70). Så mye som nær 13 prosentpoeng skiller gruppen med kort utdanning og gruppen med lang utdanning. For de med lavest utdanning er det nesten én av tre som opplever at når de først har helseproblemer etter en skade, så påvirker den hverdagen i høy grad. Dette gjelder under én av fem blant de med lengst utdanning.

Figur 71 viser aldersfordelingen for den andelen av de som svarte ja på om de har

funksjonsnedsettelse eller plage etter skade, som også påvirker hverdagen deres i høy grad. Som forventet stiger denne andelen med alder opptil 40-50 årene, altså blant de som har levd lengre og dermed hatt mer tid til å erfare skade. Kanskje litt overraskende synker så andelen som påvirkes av skade hos de 60 år og oppover til et enda lavere nivå enn de yngre voksne. Det er mulig dette skyldes dette en større seleksjon blant de eldre som svarer, ved at det kan være en overvekt av friske eldre som svarer på undersøkelsen? . Samtidig kan dette kanskje delvis også speile en befolkning hvor de friskeste og de med høyest utdanning og inntekt lever lengst. Tallene fra Folkehelseundersøkelsen gir ikke et fullstendig bilde for de eldste fra 80 år og eldre. Det er godt kjent at i denne gruppen er det en stor overvekt av fall som gir hoftebrudd og andre bruddskader (Ohm et al., 2014), og som da også kan gi mer varige mén (se mer i avsnitt om hoftebrudd).

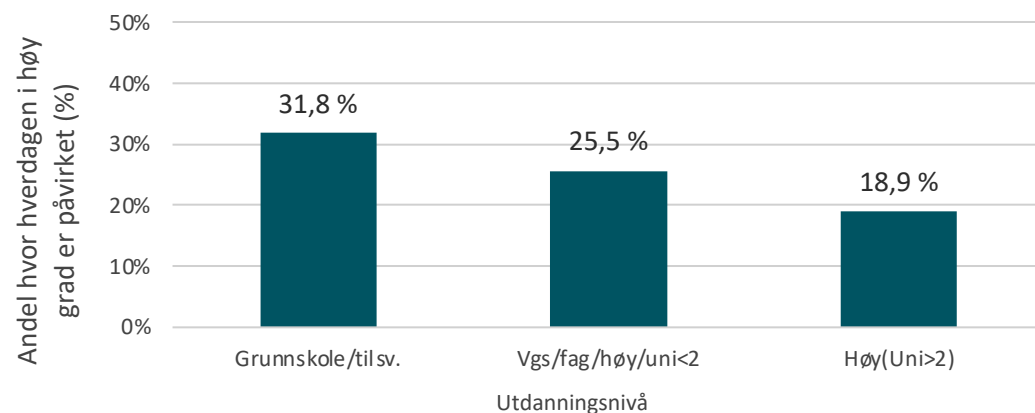
Tilfeller av skade viser mye variasjon i hvor alvorlige de er. Det skjer mange småskader som aldri blir behandlet i helsetjenesten. Med økende alvorlighetsgrad øker sannsynligheten for at tilfellet blir til en registrering hos helsetjenesten, samtidig som det blir færre tilfeller oppover i hierarkiet, som vist i skadepyramiden (se illustrasjon i figur 72). Det er tidligere vist at for personer i Norge som årlig blir behandlet av lege for skader, så hadde over

halvparten (55 %) av disse mindre alvorlige skader som ble ferdigbehandlet i primærhelsetjenesten. De resterende 45 % ble behandlet i spesialisthelsetjenesten, altså innlagt på sykehus eller behandlet poliklinisk (E. Ohm et al., 2020).

For å komplementere skadebildet fra helseregistre kan det være nyttig å spørre om skadetilfeller i befolkningsundersøkelser. Folkehelseundersøkelsen spør om deltaker i løpet av de siste 12 månedene har vært utsatt for skade som førte til lege-/tannlegebesøk, inkludert legevakt og spesialisthelsetjenesten. I Vestfold i 2021 svarte 16,7 % «ja, én gang» eller «ja, flere ganger» (sistnevnte 3,5% av samlet tall). Hvis vi antar at andelen er representativ for befolkningen, og omregner i i forhold til antall voksne i fylket i 2021, tilsvarer det minst 33 140 legebesøk (inkludert tannlege) i Vestfold.

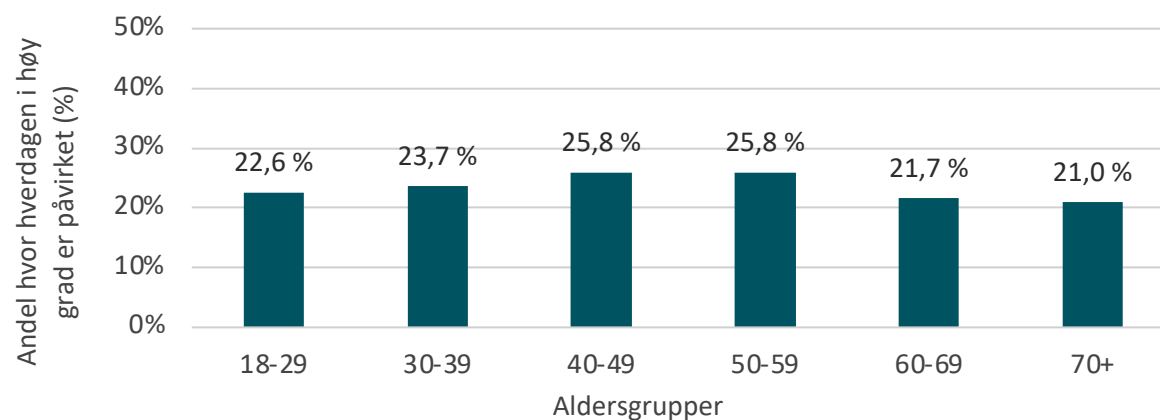
Når vi bryter ned samme spørsmål på sosioøkonomisk status i form av utdanningsnivå, ser vi en gradient av sosial ulikhet (figur 73).

### Hverdagen påvirket i høy grad som følge av skade, sosial ulikhet, Vestfold 2021



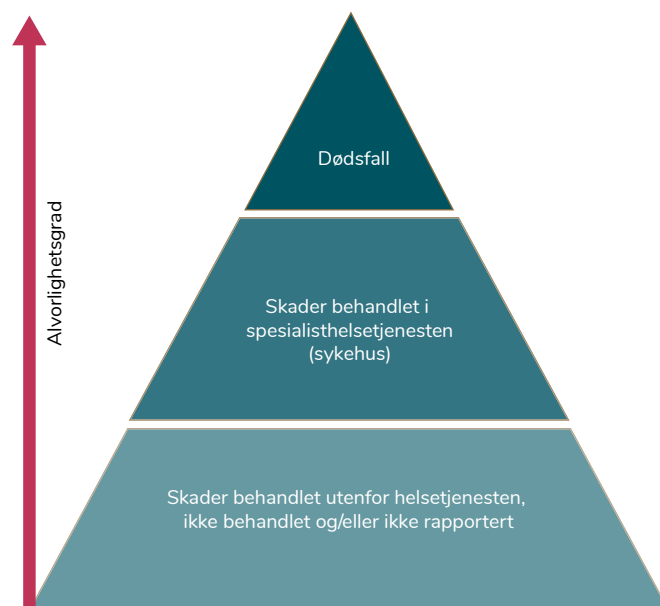
Figur 70. Andeler av de med funksjonsnedsettelse/plage etter skade hvor hverdagen er påvirket i høy grad, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, personer 18 år og eldre, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

### Hverdagen påvirket i høy grad som følge av skade, alder, Vestfold 2021



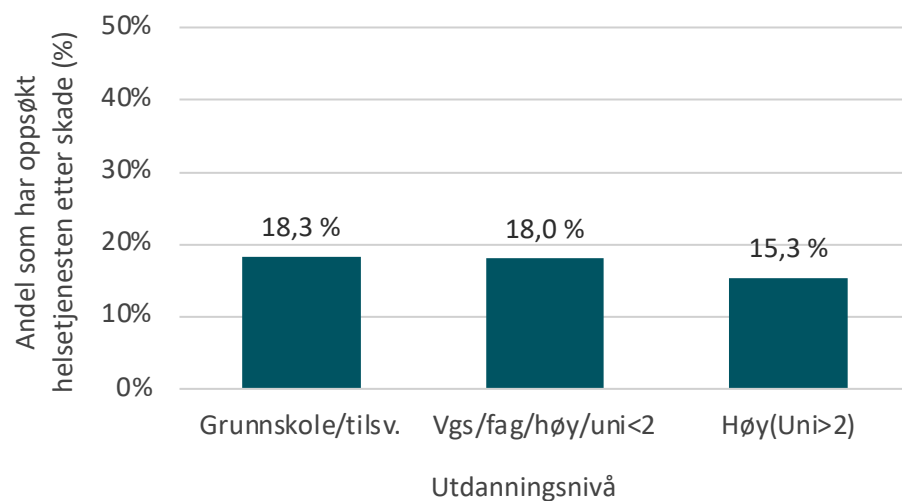
Figur 71. Andeler av de med funksjonsnedsettelse/plage etter skade hvor hverdagen er påvirket i høy grad, inndelt i aldersgrupper, personer 18 år og eldre, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

### Skadepyramide



Figur 72. Skadepyramide (fritt etter Folkehelseinstituttet).

### De som har oppsøkt lege grunnet skade, Vestfold 2021



Figur 73. Andel av voksne i fylket som har oppsøkt lege-/tannlege, inkludert legevakt og spesialisthelsetjenesten grunnet skade siste 12 måneder, personer 18 år og eldre, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

## Kjennetegn ved skadetilfeller

For å arbeide systematisk og målrettet med forebygging er det nyttig med innsikt i hva slags type skader det dreier seg om og hvor de skjer. Her er det dessverre ofte mye usikkerhet i data (Ohm, 2017), men ved å sette sammen kunnskap fra flere ulike kilder er det mulig å få en viss innsikt om

enn ikke helt presis. Blant deltakere i Folkehelseundersøkelsen som har svart at de har oppsøkt helsehjelp for minst én skade i 2021, er svarene for årsak følgende og i synkende rekkefølge: «ulykke/uhell» 64,5 %, «annen årsak» 31,1 %, «ønsker ikke å svare» 2,7 %, «vold/overfall»

1,2 % og «skadet deg selv med vilje» 0,5 %. Videre viser tabell 2 hvor folk rapporterer at de befant seg da de skadet seg.

### Hvor skader skjer

| Skadested                                                                                  | Andel (%) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Bolig, innendørs                                                                           | 22,40%    |
| Annet skadested                                                                            | 19,60%    |
| Fri natur - utmark, hav, sjø, vann                                                         | 14,90%    |
| Boligområde, ute                                                                           | 11,00%    |
| Sports- eller idrettsområde                                                                | 9,90%     |
| Vei, gate, fortau, gang/sykkelvei - ikke trafikkulykke                                     | 6,60%     |
| Vei, gate, fortau, gang/sykkelvei - trafikkulykke (kjøretøy i bevegelse - også sykkelvelt) | 5,50%     |
| Produksjons-, verkstedområde (fabrikk, anlegg, offshore)                                   | 4,30%     |
| På gård eller under arbeid i skogen                                                        | 2,30%     |
| Institusjon, sykehus, syke-, aldershjem                                                    | 2,10%     |
| På båt                                                                                     | 1,20%     |
| Inne i eller utenfor skjenkested (bar, pub, restaurant)                                    | 0,30%     |

Tabell 2. En oversikt over hvor folk svarer at de var da de skadet seg. Inkluderer personer 18 år og eldre som har rapportert at de har oppsøkt helsehjelp én eller flere ganger siste året grunnet skade, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

En høy andel har rapportert «annet» og det er vanskelig å si noe mer om denne gruppen. Av de andre spesifikke gruppene dominerer tydelig skader i hjemmet, deretter skader som skjer ute i naturen, inkludert ved hav og vann. En stor andel skjer også på boligområdet ute og ved sports- og idrettsområder.

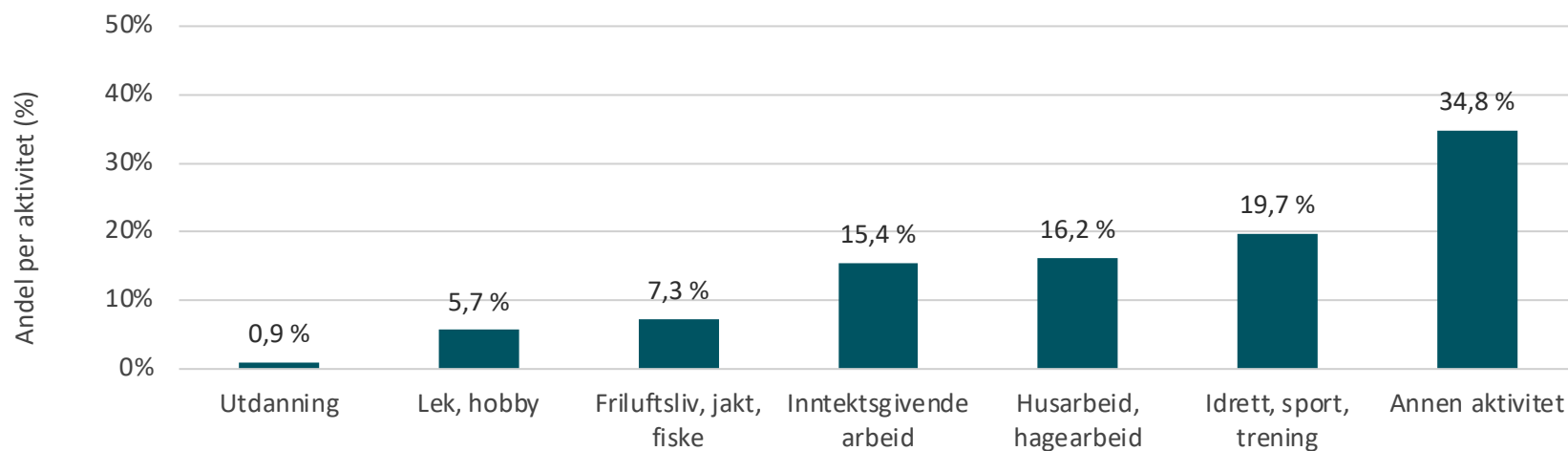
Når deltakere ble spurt om hvilken aktivitet de holdt på med da skaden skjedde, svarte de som vist i figur 74. En høy andel svarer «annen aktivitet», som

gjør det vanskelig å vite hva som er inkludert. For de andre gruppene dominerer idrett/sport/trening, husarbeid/hagearbeid og jobbrelevante skader.

Tallene fra Folkehelseundersøkelsen er ikke brutt ned på undergrupper som alder og kjønn, men det er forventet at nasjonale mønstre er like gjeldende her. Nasjonale mønstre viser at forekomst av skader er skjevt fordelt i befolkningen. Det er flere menn enn kvinner som skader seg og dør på grunn av ulykker, særlig i de yngre aldersgruppene. Dødsfall etter ulykker og skader som behandles i sykehus

er særlig høy for de over 80 år, men en stor andel av de som behandles i sykehus er også i de yngste aldersgruppene fra 0-29 år (Ohm et al., 2014). Når det gjelder landbakgrunn er det på nasjonalt nivå en lavere forekomst i innvandrerbefolkningen enn befolkningen ellers. Det er særlig forekomst av bruddskader og forgiftningsskader som trekker statistikken ned, mens for voldsskader, trafikkuulykker og arbeidsulykker er innvandrerbefolkningen overrepresentert (Eyvind Ohm et al., 2020).

### Aktivitet i skadeøyeblikket



Figur 74. Fordeling av skadetilfeller per aktivitet personer holdt på med da de skadet seg, voksne 18 år og eldre, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

## Fallulykker og hoftebrudd

Fallskader var i 2019 for Vestfold og Telemark samlet, rangert som den fjerde viktigste faktoren som bidrar til helsetap (tap av friske leveår og tap av leveår sett samlet). Fallskader utgjør også en stor andel av dødsfall etter ulykker (se også kapittel om helsetilstanden), og er den vanligste årsaken til hoftebrudd hos eldre (Ohm et al., 2014).

Norge og Skandinavia ligger på verdenstoppen i forekomst av hoftebrudd (Clarsen et al., 2014). Hoftebrudd blant eldre betyr som regel redusert livskvalitet med langvarig nedsatt funksjonsevne og behov for hjelp. En fallulykke kan også være hendelsen som starter rekken med andre tilstander, eller fører til forverring av eksisterende sykdom, og bidrar dermed til tap av levetid.

Rundt 70 % av alle hoftebrudd skjer blant kvinner (Omsland et al., 2012), og en overvekt blant hjemmeboende. Risikoen for brudd øker kraftig fra 75 års alder (Clarsen et al., 2014). Mange av bruddene etter fall skyldes benskjørhet (osteoporose), grunnet redusert beintetthet i skjelettet. Det er en trend nasjonalt med synkende risiko for hoftebrudd, men årlig antall er allikevel forventet å øke frem til 2040 på grunn av flere eldre i befolkningen (Clarsen et al., 2014).

I 2022 var det 23,6 dødsfall per 100 000 innbygger i Vestfold og Telemark samlet som skyldtes

fallulykker (Dødsårsaksregisterets statistikkbank, FHI). Omregnet for kun Vestfold betyr det omtrent 67 dødsfall dette året som skyldtes fallulykker.

I 2017 (senere år ikke tilgjengelig) var det ca. 17 hoftebrudd per 10 000 innbygger som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten i Vestfold og Telemark. Ved omregning tilsvarer dette omkring 410 hoftebrudd i Vestfold (Norges helsestatistikkbank, FHI).

Hoftebrudd koster samfunnet mye og behandling er utfordrende og ressurskrevende. På landsbasis var det over 9 200 hoftebrudd som ble operert i 2022 (Gjertsen et al., 2023).

Beregninger gjort i en rapport utgitt i 2014 viste at hoftebrudd da kostet stat og kommune kr 500 000 det første året, og for de som overlever økte totalkostnaden som følge av bruddet til rundt 1 million kroner (Hektoen, 2014). Ti år senere er antakelig kostnadene minst like store.

Fall kan i stor grad forebygges. Én av tre fallulykker skjer i eller utenfor bosted. Regjeringen har lansert en nullvisjon for fallulykker for perioden 2019–2027, med mål om tydelig reduksjon av alvorlige fallulykker i hjemmet (Meld. St. 19 (2018–2019)). Det blir pekt på flere innsatsområder, blant annet aktivitet med balanse- og styrketrening, ernæringstiltak, sikring av bolig, redusert bruk av alkohol og gjennomgang av legemidler.

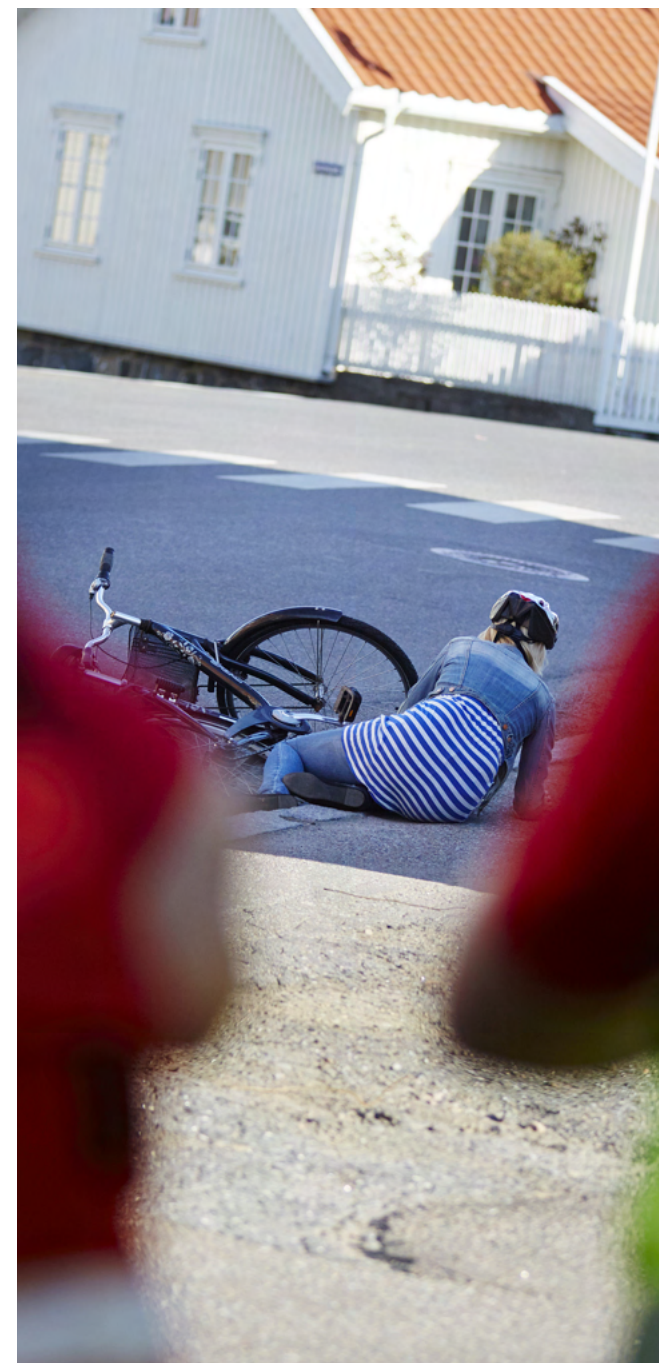


Foto: Dag Nordsveen

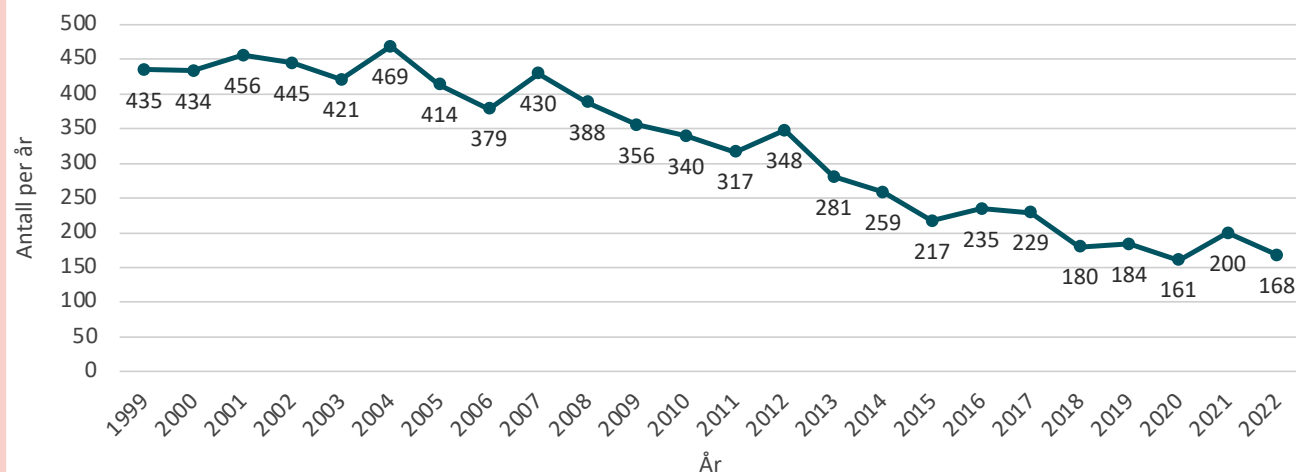
## Trafikkulykker

### Drepte og hardt skadde i trafikken

De siste 20 årene har det vært en nedgang i antall politiregistrerte trafikkulykker med personskader i Vestfold (figur 75).

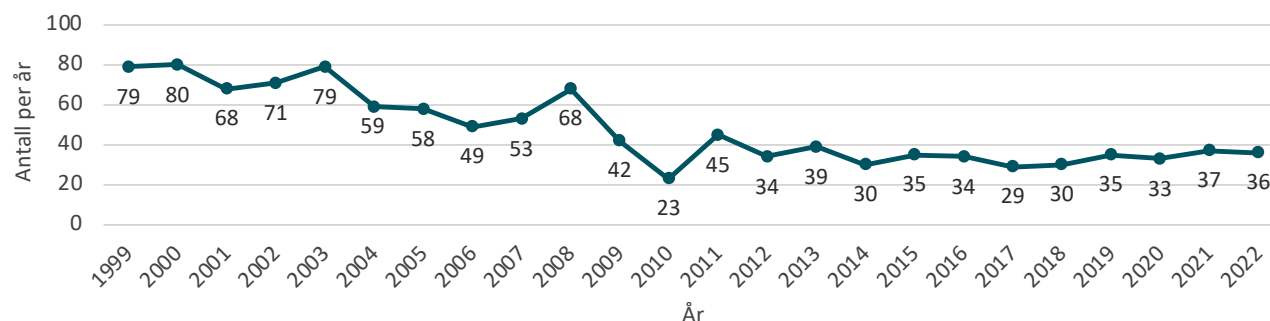
Statistikken er mest pålitelig for de alvorligste ulykkene, der personer er hardt skadde eller drept. Antall drepte og hardt skadde i Vestfold var 71 i 2002 og nær halvert til 36 i 2022 (figur 76). Dette er en gledelig nedgang, men nasjonalt har det imidlertid blitt meldt en tydelig økning i antall drepte og hardt skadde i 2022 og 2023 (Regjeringen, 2024). De mange trafikksikkerhetstiltakene som er gjennomført på hovedvegnettet, inkludert reduksjon av fart og fartskontroller og utviklingen av sikrere kjøretøy, er de viktigste årsakene til nedgangen i antall vegtrafikkulykker med personskade. Det er flest faktorer knyttet til bilfører som forårsaker ulykkene, slik som manglende førerdyktighet, høy fart, rus, uoppmerksomhet og trøtthet. I tillegg kommer eksterne forhold ved vei og veimiljø, tekniske forhold med kjøretøyet og forhold knyttet til sikkerhetsutstyr og bruk av dette (Ohm et al., 2014).

### Trafikkulykker med personskader meldt politiet, Vestfold



Figur 75. Antall politiregistrerte trafikkulykker med personskader, Vestfold 1999-2022. Kilde: SSB, tabell 09006 og Statens vegvesen (<https://trine.atlas.vegvesen.no/>)

### Drepte og hardt skadde i trafikkulykker meldt politiet, Vestfold



Figur 76. Antall politiregistrerte trafikkulykker med personskader der klassifisert som drept og hardt skadd, Vestfold 1999-2022. Kilde: SSB, tabell 09006 og Statens vegvesen (<https://trine.atlas.vegvesen.no/>)

Tabell 3 viser at av alle drepte og hardt skadde i Vestfold var ca. hver tredje en myk trafikant. Vestfold utpeker seg med en høy andel drepte og hardt skadde myke trafikanter. For landet som helhet er denne andelen nær 25 % i samme periode, altså én av fire mot én av tre i Vestfold. Det er flest bilførere som blir drept eller skadet i trafikken, men skaderisikoen målt i forhold til antall personkilometer er høyest for førere av lett motorsykel, etterfulgt av tung motorsykel, moped og sykkel viser nasjonal rapport (Bjørnskau, 2020). Både ulykkesbildet og mål om økt andel gående og syklende, gjør det viktig å satse på trafikksikkerhet for de myke trafikantene i byer og tettsteder.

Store mørketall for myke trafikanter: Skadedataprojektet i Vestfold

Gjennom et prosjekt (Skadedataprojektet) som Vestfold fylkeskommune (Vestfold og Telemark fylkeskommune i årene 2020-2024) har sammen med Sykehuset i Vestfold har det blitt brukt ekstra ressurser på god skaderegistrering for veitrafikkulykker. Deler av innsamlet datamateriale er utlevert til fylkeskommunen for analyser, inkludert kartkoordinater for hvor ulykken skjedde (Vestfold og Telemark fylkeskommune, 2023b). I 2023 ble det publisert en rapport med funn og erfaringer i prosjektet. Analyser inneholder data fra 2020,

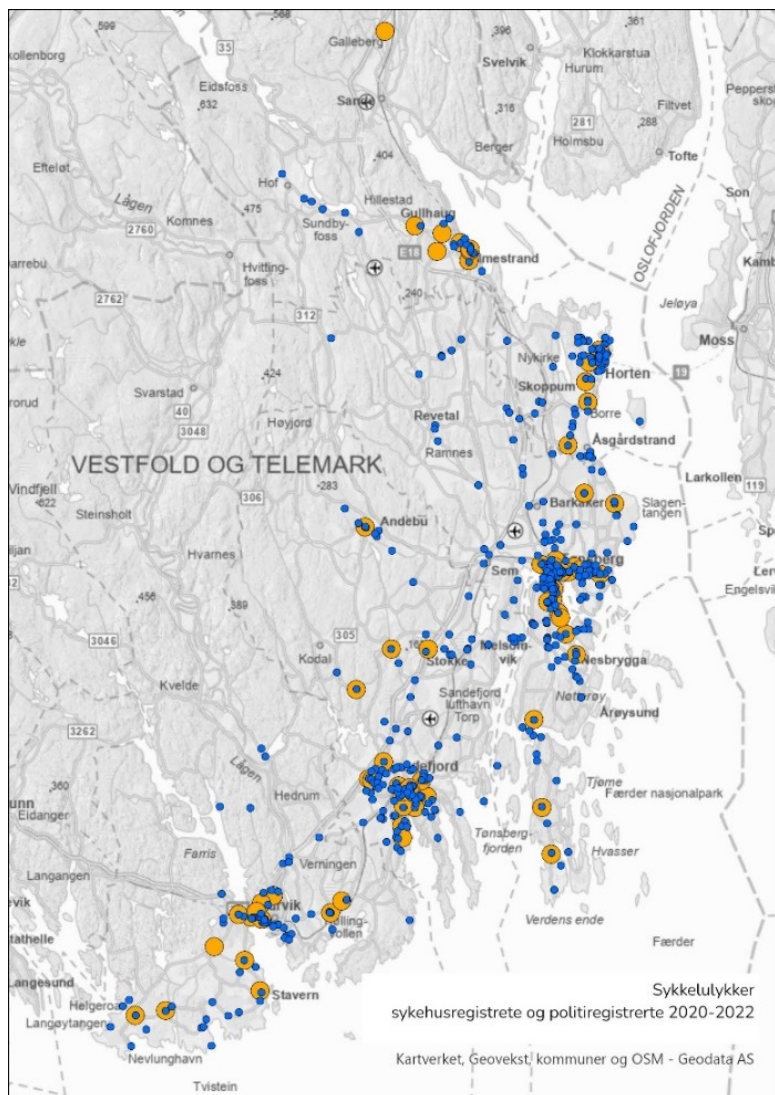
2021 og 2022, totalt 1540 tilfeller hvorav 1210 er kartfestet.

Analyser av datamaterialet viste hvordan sykehusregistreringer inneholder en høy andel ulykker med myke trafikanter, særlig sykkelulykker. Det konkluderes også med at det er en stor underrapportering når politiregistrerte ulykker sammenliknes med de registrert ved sykehuset. Nesten 9 av 10 sykkelulykker med personskaade er ikke rapportert til politiet. Kartene vist i figurene 77 og 78 (forstørret for Tønsberg) viser ulykkes-punkter for sykkelulykker registrert av sykehuset (blå) og de som er registrert hos politiet (oransje). Det er tydelig at det er et stort antall flere tilfeller sykkelulykker som er registrert av sykehuset.

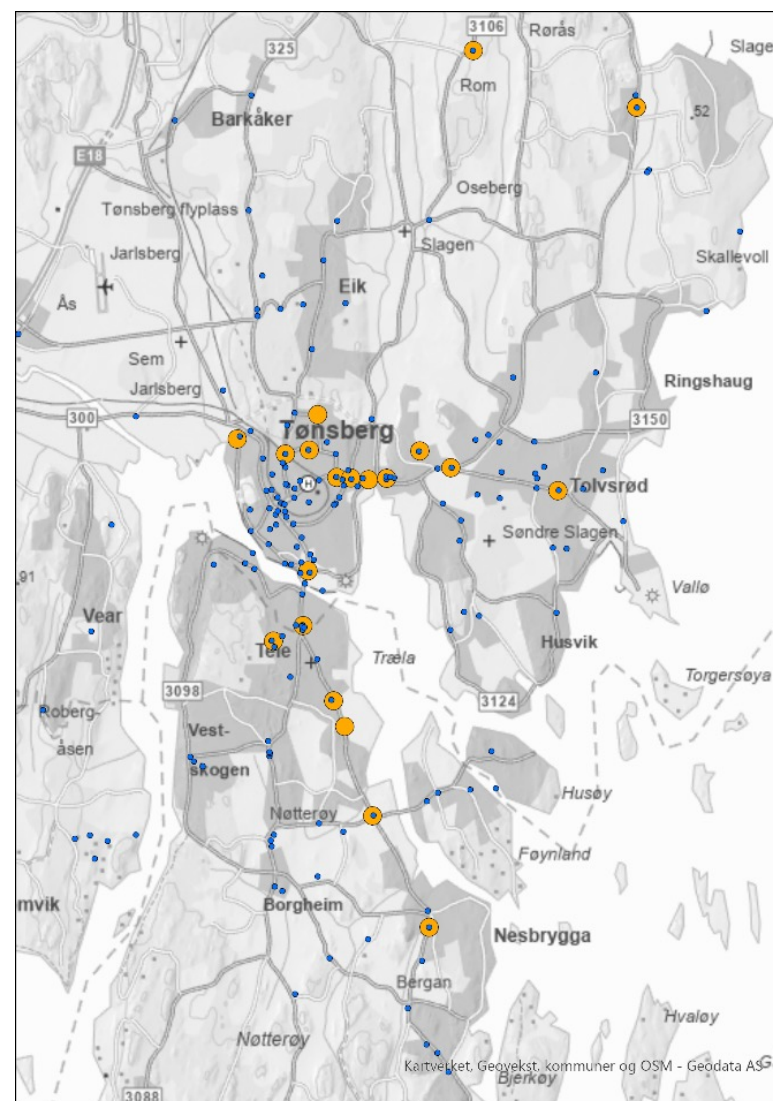
Drepte og hardt skadde i trafikkulykker meldt politiet, Vestfold

| Trafikantgruppe                                                 | Andel av alle drepte og hardt skadde (%) |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Bilførere                                                       | 38,0%                                    |
| Fotgjengere                                                     | 17,2%                                    |
| Førere og passasjerer på sykkel                                 | 16,0%                                    |
| Førere og passasjerer på annen motorsykel (ink. tung motorsykel | 15,3%                                    |
| Bilpassasjerer                                                  | 8,0%                                     |
| Førere og passasjerer på moped                                  | 3,1%                                     |
| Førere og passasjerer på lett motorsykel                        | 2,5%                                     |

Tabell 3. Andel per trafikantgruppe av alle drepte og hardt skadde for 5 år (2015-2019) i Vestfold Kilde: SSB, tabell 09011



Figur 77. Kart over sykehusregistrerte (oransje) og politiregistrerte (blå) sykkelulykker 2020-2022. Kilde: Skadedataprojektet, Vestfold fylkeskommune/Sykehuset i Vestfold



Figur 78. Kart over sykehusregistrerte (oransje) og politiregistrerte (blå) sykkelulykker 2020-2022, utsnitt Tønsberg. Kilde: Skadedataprojektet, Vestfold fylkeskommune/Sykehuset i Vestfold

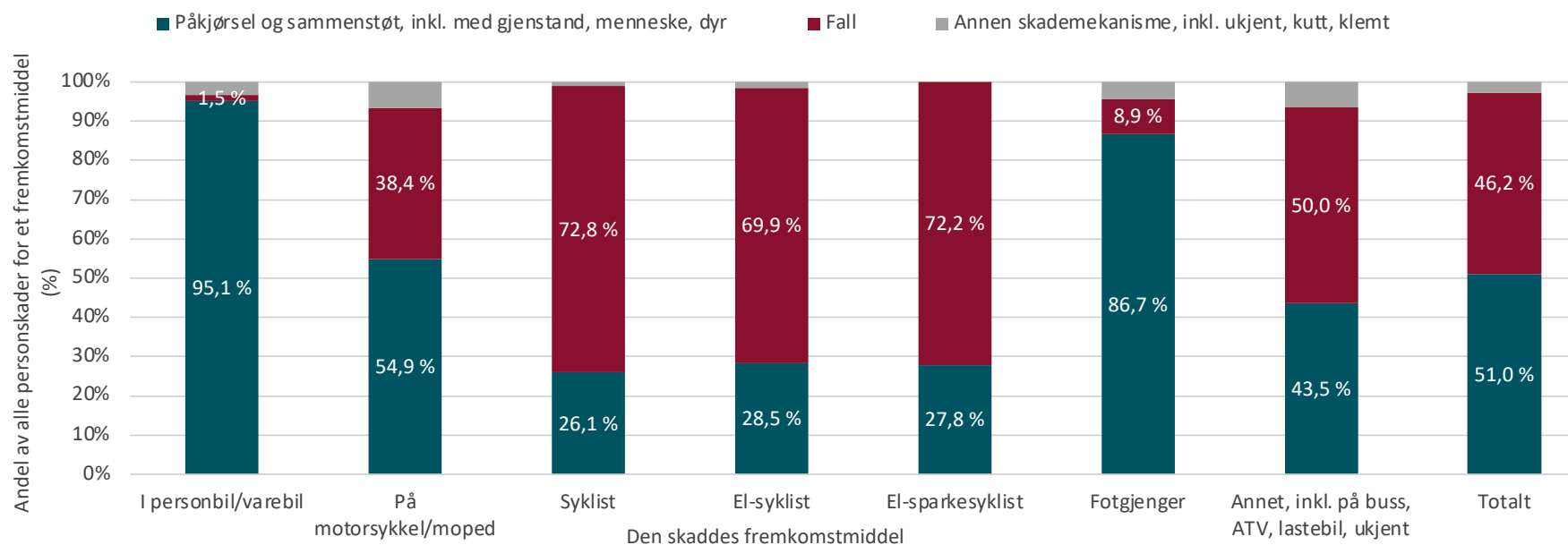
Figur 79 viser skademekanisme og fremkomstmiddel. Blant sykkelulykkene skyldes det store flertallet en form for fall (73 %) og de fleste kan forventes å være eneulykker. Det er allikevel rundt en fjerdedel av syklistene som er skadet grunnet påkjørsel eller sammenstøt (26 %). I dette datamaterialet var El-sparkesyklist kun skilt ut som egen gruppe fra mars 2022 og utgjør en liten andel (36 tilfeller). Studier basert på data fra

Oslo skadelegevakt har vist at det er en økt risiko for ulykke på el-sparkesykkel, muligens ti ganger høyere risiko enn for vanlig sykkel ifølge beregninger (Bjerkan et al., 2021).

En høy andel av sykkelulykkene skjer i bysentrum eller liknende tettsteder, steder hvor det både er forventet at mest transport foregår og der flest mennesker er samlet. Ulykker med motorkjøretøy

er mer spredt geografisk. De aller fleste av skadene som er registrert av sykehuset er lagt i kategorien «liten» for alvorlighetsgrad (69 %), men det er viktig å merke at disse allikevel er vurdert alvorlige nok til at helsehjelp er oppsøkt, og de utgjør en samfunnsøkonomisk byrde.

### Skademekanisme i forhold til fremkomstmiddel



Figur 79. Fordeling av type skade per fremkomstmiddel til den skadde personen. Kilde: Skadedata-prosjektet, Vestfold fylkeskommune/Sykehuset i Vestfold

## Omkomne i bygningsbranner

I 2022 omkom totalt 41 personer i brann i Norge. Dette tallet har ligget på rundt 40 de siste årene. Det laveste antall omkomne siden registrering av omkomne i brann startet var i 2017, da 26 personer omkom. Ifølge Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har over 80% omkommet i boligbranner. Personer over 70 år har fire til fem ganger større risiko for å omkomme i brann enn resten av befolkningen.

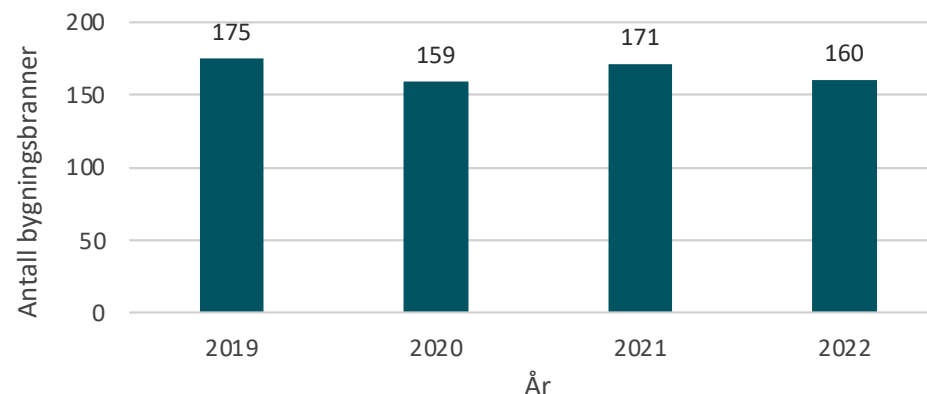
I Vestfold varierer antallet omkomne i branner fra år til år. Hvert av årene 2020 og 2021 omkom 1 person i Vestfold, mens i 2022 omkom 2 personer (DSB Statistikk 2023).

## Brann og etseskader

Brann- og skåldningsskader kan i stor grad forebygges ved sikringstiltak i hjemmet og med informasjon. En studie av brannskadde viser at barn i aldersgruppen under 3 år innlegges 12 ganger hyppigere enn eldre barn og voksne (Onarheim et al., 2016).

Figur 81 viser behandlinger av brann- og etseskader ved Sykehuset i Vestfold og sammenligner to 4-års perioder med registreringer. Det kommer tydelig frem at blant barna er det de aller yngste som er mest utsatt. Det har vært en kraftig vekst blant aldersgruppen 25-44 år, som er verdt å merke seg.

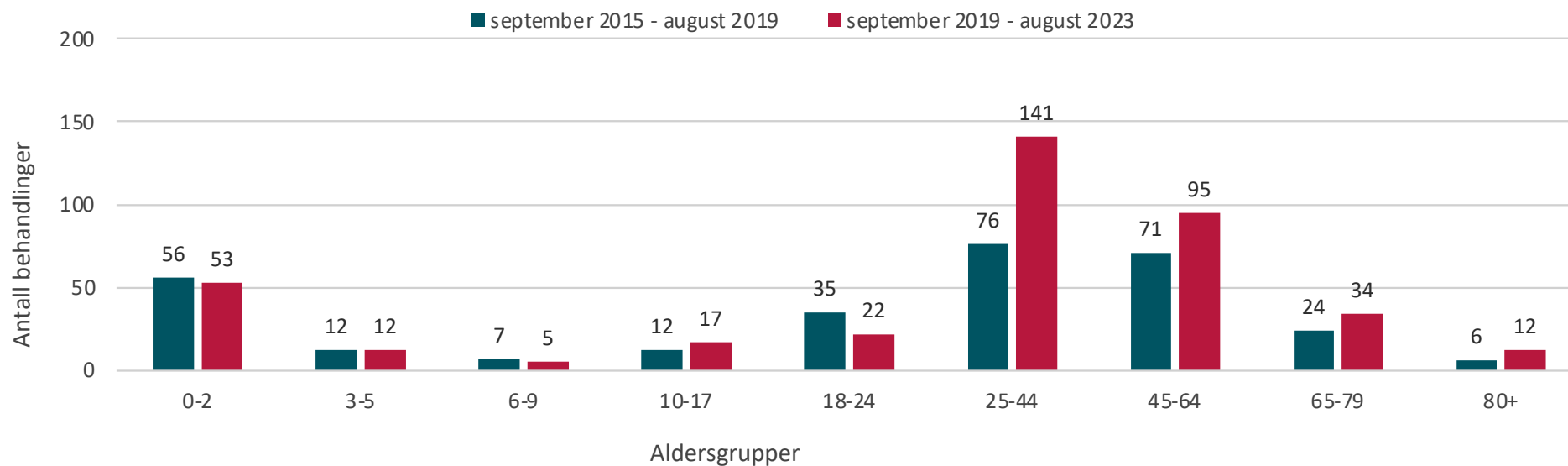
### Antall bygningsbranner i Vestfold



Figur 80. Antall branner i bolig og andre bygg i Vestfold i perioden 2019-2022. Kilde: DSB, brannstatistikk.no



## Brann- og etteskader behandlet ved Sykehuset i Vestfold



Figur 81. Behandlinger av brann- og etteskader (T20-T32 i kodeverktøyet ICD-10) fordelt på alder i periodene september 2015 - august 2019 og september 2019 - august 2023. Kilde: Sykehuset i Vestfold.

## Forgiftningsskader og -ulykker

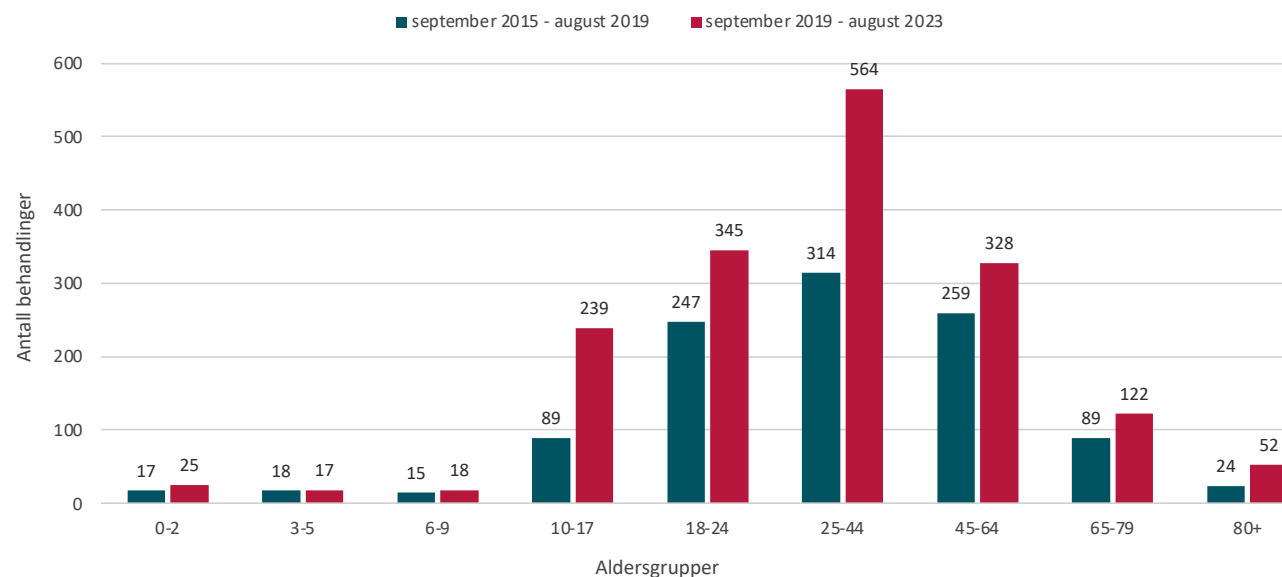
Forgiftningsskader er skader som involverer legemidler, løsemidler og kjemiske stoffer, biologiske stoffer og mat (akutt alkoholforgiftning inngår ikke). De fleste forgiftninger skyldes uhell, men en betydelig andel skyldes også selvskading eller er relatert til legemiddelbruk eller bruk av illegale rusmidler.

Statistikken i figur 82 er registrerte behandlinger av forgiftninger ved Sykehuset i Vestfold og sammenligner to 4-årsperioder. Det er en vekst i registreringene og det er særlig aldergruppene 10-17 år og 25-44 år som utpeker seg. Det er aldersgruppen 18-24 år som har det største antall behandlinger per årskull. Totalt er det forgiftninger knyttet til legemidler og illegale narkotiske stoffer som har hatt den største økningen blant typen forgiftninger. Antallet behandlinger for illegale narkotiske stoffer har mer enn doblet seg, med en økning fra 108 behandlinger i perioden september 2015 til august 2019 til 232 behandlinger i perioden september 2019 til august 2023. Det bør tas noe forbehold om tallene fylkeskommunen har fått utlevert fra Sykehuset i Vestfold, siden det kan ha vært endringer i behandlingsrutiner eller registreringspraksis som fylkeskommunen ikke har oversikt over. Det er likevel verd å merke seg at tallene stemmer med at Sykehuset i Vestfold i den siste perioden har meldt om økning av unge

som har tatt overdose av rusmidler og rusrelaterte innleggelser, både når det gjelder lovlige og ulovlige rusmidler (Sykehuset i Vestfold, 2022, 2023). Politiet rapporterer om økning i narkotikasaker i 2023, med særlig kraftig vekst i beslag av kokain og i tillegg potente syntetiske opioider. Det er også slik at styrkegraden i kokainet som beslaglegges har økt (Politiet kripes, 2023). Både styrkegraden i kokain og de potente syntetiske stoffene kan vi regne med har innvirkning på økningen i tilfeller av forgiftninger.

I Dødsårsaksregisteret er det mulig å få nærmere innsikt i dødsfall knyttet til forgiftning, men per nå er det kun tall tilgjengelig for Vestfold og Telemark samlet. Figur 83 viser antall årlige forgiftningsulykker som har ført til død. Over en 20-års periode ser det relativt stabilt ut, men med litt periodiske svingninger, og fra 2017 til 2022 ser det ut til å ha vært en oppadgående trend for Vestfold og Telemark, etter først en markert reduksjon fra 2016 til 2017. Den samme økningen er ikke like tydelig

**Forgiftninger behandlet ved Sykehuset i Vestfold**



Figur 82. Antall behandlinger for forgiftninger (T4n-T65 i kodeverktøyet ICD-10) fordelt på aldersgrupper i periodene september 2015-august 2019 og september 2019-august 2023. Kilde: Sykehuset i Vestfold.

på landsbasis. Forgiftningsulykkene som her er inkludert er alle typer legemidler, narkotiske stoffer, alkohol, planter, organiske løsemidler og andre kjemikaler brukt i industri og hjemmet. For 2022 blir en omregning til antall for Vestfold ca. 20 dødsfall av forgiftning.

## Drukningssulykker og svømmedyktighet

Siden 1950-årene har antall drukninger gått ned i Norge (Ohm et al., 2014), men denne type ulykke trenger fortsatt oppmerksomhet for å forebygge. Redningsselskapet tok over ansvaret for drukningsstatistikken i 2017 og publiserer fortløpende tall for drukningssulykker på sine nettsider (Redningsselskapet, 2024). Det kan være noe usikkerhet i statistikken da den er basert på gjennomlesing av medieomtale (maskinelt).

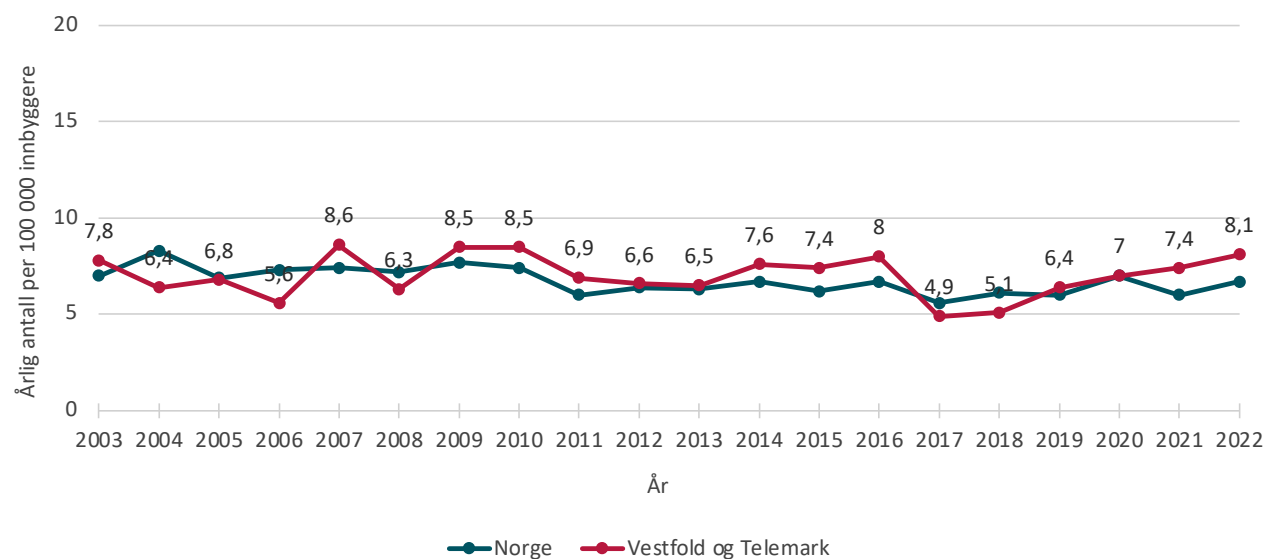
Fall fra land og brygge er sammen med bruk av fritidsbåt de to viktigste umiddelbare årsakene. Mange av dem som omkommer er påvirket av alkohol. Menn er overrepresentert i statistikken over drukninger (94 % i 2023), og en overvekt skjer blant voksne fra 40 år og oppover (62 % i 2023). For barn 0-14 år er bading og fall fra land vanligste årsaker. Statistikken viser også hvordan over halvparten, 56 % i 2023, var alene da ulykken skjedde. Antallet som druknet i Vestfold og

Telemark samlet var i 2023 to personer. Dette var laveste antall drukningssulykker registrert de siste seks årene og færrest for fylkene i landet, sammen med Oslo. I 2022 var det 8 personer totalt i Vestfold og Telemark som druknet. På landsbasis har antallet drukninger de siste årene vært som følger: 2023: 79 personer, 2022: 88 personer, 2021: 75 personer, 2020: 88 personer, 2019: 86 personer, 2018: 102 personer og 2017: 95 personer (Redningsselskapet, 2024).

Oppmerksomhet på sjøsikkerhet, bruk av redningsvest, regulering av hastighet, promillegrense til sjøs, samt holdningsskapende arbeid er vesentlig for å få ned antall ulykker knyttet til vann og båtliv.

Å kunne svømme er også helt avgjørende for å forebygge drukningssulykker. Fra skoleåret 2017/18 ble det innført obligatorisk ferdighetsprøve på 1.-4. trinn bestående av syv øvelser, der

Dødsfall av forgiftningsulykker



Figur 83. Årlig antall forgiftningsulykker som har ført til død, alle aldre, Vestfold og Telemark samlet og Norge. Aldersjusterte rater etter Eurostats standardpopulasjon. Kilde: Dødsårsaksregisteret statistikkbank, FHI.

den 7. obligatoriske øvelsen definerer hva en svømmedyktig elev skal mestre (Nasjonalt senter for mat helse og fysisk aktivitet, u.å). Svømmeferdighetene til norske barn ser ut til å være mangelfulle ifølge en undersøkelse utført for Norges Svømmeforbund (Norges Svømmeforbund, 2021). Under halvparten av 5. klassingene kunne svømme minst 200 meter uten flytehjelpemidler. Den samme

undersøkelsen pekte også på at innvandrerbarn fra ikke-europeiske land er betydelig dårligere enn etnisk norske barn til å svømme. Svømmeopplæring i skolen er viktig for denne gruppen barn og er viktig for å jevne ut forskjeller i svømmeferdigheter mellom barn og unge i ulike grupper, kultur og kjønn. Det er ingen samlet oversikt over hvor stor andel fjerdeklassinger i Vestfold og Telemark som kan

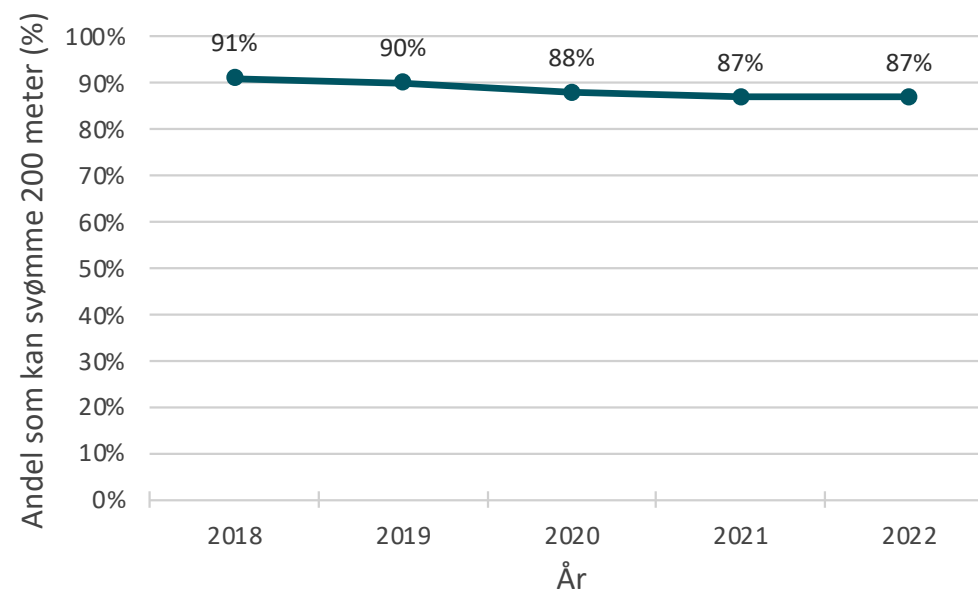
svømme, men ut fra obligatorisk ferdighetsprøve og kompetansemål bør den enkelte kommune og skole ha oversikt over dette.

Fra første sesjon finnes selvrapportert statistikk på andel som sier de kan svømme 200 meter. For Vestfold og Telemark samlet ligger andelen høyt, men viser muligens en tendens til nedgang fra 2018 til 2022 (figur 84).



Foto: Per Stian Johnsen

### Svømmedyktighet ved sesjon 1



Figur 84. Andel som rapporterer ved sesjon 1 at de kan svømme 200 meter, kjønn samlet, Vestfold og Telemark.

Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, FHI.

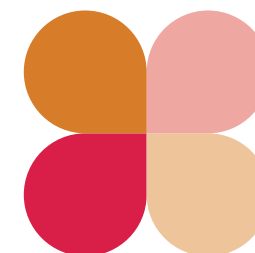
## Oppsummering

Det er et høyt antall mennesker i Vestfold som hvert år oppsøker og får behandling i helsetjenesten på grunn av skade. Et noe grovt estimat basert på tall fra Folkehelseundersøkelsen 2021 viser at dette kan gjelde over 30 000 personer 18 år eller eldre per år i fylket. Samtidig er det stor variasjon i hvor store skadene er og om de fører til varige eller mer midlertidige plager og funksjonsnedsettelse som påvirker hverdagen. Mange av skadene skjer i hjemmet og ofte er en eller annen form for fall involvert. Det er ofte store økonomiske kostnader for samfunnet knyttet til skader og ulykker. Hoftebrudd blant eldre er et typisk eksempel på dette. Det gjøres mye godt forebyggende arbeid, men samtidig er det mulig å forebygge enda bedre og mangelfulle data kan være en utfordring.

Sosial ulikhet er tydelig gjeldende for forekomst av skader og for i hvilken grad de fører til varige plager. De med kortest utdanning ser ut til oftere å få skader som gir varige men sammenliknet med de med lengre utdanning.

Ulykker og skader blant myke trafikanter skjer hyppig i Vestfold, og det er særlig i tettstedene og byområdene at dette er et stort problem. Det er mange sykkelulykker hvor skaden skyldes en type fall. Fallet kan igjen ha ulike årsaker, men informasjon om mekanismene bak er ikke tilgjengelig.

De siste årene viser tall fra Sykehuset i Vestfold at det har vært en urovekkende økning forgiftningsskader, inkludert etter bruk av illegale rusmidler og særlig blant tenåringer og yngre voksne. Tallene er allikevel relativt små, og det er ikke mulig å si noe om dette kan være en midlertidig økning eller noe som vil vedvare eller fortsette å øke.



# Oppvekst og levekår

Et godt oppvekstmiljø og gode levekår er premissgivende for helse, trivsel og livskvalitet. Dette er bakenforliggende påvirkningsfaktorer for helsetilstanden, og det er her mye av grunnlaget for de sosiale helseforskjellene ligger.



I forskrift om oversikt over folkehelsa beskrives oppvekst- og levekårsforhold som økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og utdanningsforhold. Kapittelet gir oppdatert status for flere indikatorer innenfor disse temaene.

Vi vet i dag at covid-19-pandemien har påvirket oppvekst og levekår. Blant annet var det i perioden fra mars 2020 til februar 2022 flere nasjonale og inngripende smitteverntiltak. FHI publiserte allerede i 2021 en temautgave av Folkehelse rapporten om covid-19-pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen. Relevant for oppvekst og levekår er konsekvenser av smitteverntiltakene, som nedstenging av skoler og endringer i arbeidsmarkedet som fører til tap av arbeid og inntekt (Folkehelseinstituttet, 2021a).

I løpet av 2022 har utgiftsnivået økt mer enn forventet, noe som har påvirket den økonomiske tryggheten til familier og husholdninger. Dyrtid er perioder med spesielt høy prisstigning, som også gir sosiale konsekvenser. Nedgangen i økonomisk trygghet som følge av dyrtiden sies å være langt større enn den var under covid-19-pandemien (Poppe & Kempson, 2022).

Konsekvensene av covid-19-pandemien og dyrtiden for oppvekst- og levekårsforhold kan i varierende grad spores i statistikken presentert her, men vil likevel være med som del av vurderingene.



## Pedagogdekningen i barnehagene er god

Tidlig innsats er nødvendig i arbeidet med å sikre like muligheter for alle. Barns erfaringer i de første årene er betydningsfulle for å danne grunnlag for selvregulering og språkutvikling. Det viser seg i statistikken at foreldres utdanningsnivå har sammenheng med læring, utvikling og også skoleresultater. Barnehagen er en arena som kan kompensere for eventuell manglende stimulering hjemme og for å bryte sosial ulikhet i læring. Barnehage med høy kvalitet har betydning for småbarns utvikling av god psykiske helse. Barn som har gått i barnehager ser ut til å utvikle bedre språkferdigheter enn barn som ikke går i barnehage. Dette gjelder på tvers av sosial bakgrunn (Meld. St. 6 (2019–2020)).

De aller fleste barn i Norge går i barnehage og barnehagedekningen har økt de siste årene. Av alle barn mellom ett og fem år går 93,4 % i barnehage i Norge. Andelen barn mellom ett og fem år som går i barnehage i Vestfold er 91,4 % (SSB tabell 09169).

Barnehager med høy kvalitet fremmer god helse og er kjennetegnet av at de har små barnegrupper, nok og stabilt personale og at de ansatte har god utdanning og er personlig egnet (Major et al., 2011). Barnehagepersonalets kompetanse fremholdes som den viktigste enkeltfaktoren for barnehagebarnas

trivsel og ses i sammenheng med personalets evne til å skape gode relasjoner, trygghet, trivsel, utvikling og læring (Meld. St. 19 (2014–2015)).

Norm for pedagogisk bemanning (Pedagognormen § 1) slår fast at barnehagen skal ha minimum én pedagogisk leder per syv barn under tre år, og minimum én pedagogisk leder per fjorten barn over tre år. I 2018 hadde 86 % av barnehagene i Vestfold og Telemark oppfylt denne pedagognormen, mens tall for 2022 viser at dette nå har økt til 90,4 %. Landsgjennomsnittet er på 91,9 % (Utdanningsdirektoratet, statistikkbank 2024). Pedagognormen ble endret 1. august 2018. Det kan derfor se ut til at den skjerpede pedagognormen har ført til økt pedagogtetthet i barnehagene.

## Økende andel minoritetsspråklige barn i barnehagene

Tall fra Utdanningsdirektoratet viser at andelen minoritetsspråklige barn sett i forhold til alle barnehagebarn stiger.

I 2022 var totalt 18,3 % av alle barnehagebarn i Vestfold minoritetsspråklige (SSB, tabell 12272). Dette utgjør til sammen 2122 barn. Det har vært en svak økning fra 2020. Sett bort i fra Oslo og Viken hvor andelen ligger på henholdsvis 29,9 % og 25,2 %, er dette en relativt høy andel sammenlignet med de andre fylkene.

Barn-voksen relasjonen er spesielt viktig for minoritetsbarn, både i forhold til språkutvikling og selvregulering (Vestad & Fandrem, 2015). Det er enighet om at barnehagen er et viktig satsningsområde for integrering, sosialisering og utjevning av sosiale ulikheter. Økningen av minoritetsbarn i norske barnehager stiller derfor høye krav til personalets relasjonelle og interkulturelle kompetanse.



Foto: Getty Images

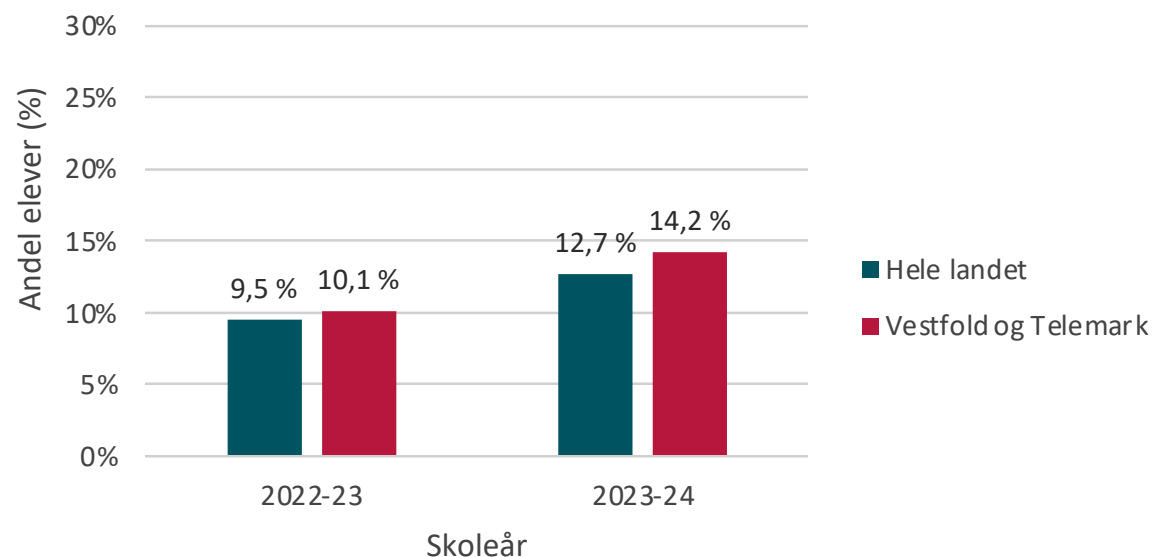
## Sosial ulikhet i lese- og regneferdigheter i grunnskolen

Lesing og regning er grunnleggende ferdigheter, og er både en forutsetning for utvikling av fagkunnskap og samtidig del av fagkunnskapen i alle fag. Statistikken over mestringsnivå i lesing og regning er hentet fra nasjonale prøver, gjennomført og beregnet av Utdanningsdirektoratet. Nasjonale prøver skal gi skolen kunnskap om elevenes ferdigheter i fagene lesing, regning og engelsk, som både skal danne grunnlag for underveisvurdering og kvalitetsutvikling på alle nivå i skolesystemet (Utdanningsdirektoratet, 2024). De nasjonale prøvene som ble gjennomført etter 2022 er nye prøver, som skal fange opp endringene i nye lærerplaner som følge av fagfornyelsen. Resultatene fra skoleåret 2022-2023 kan derfor ikke direkte sammenlignes med tidligere år. Utdanningsdirektoratet har fra 2022 også gått over til en ny beregningsmetode, som vil vise noe større svingninger fra ett skoleår til ett annet enn den forrige beregningsmetoden viste (Molnes, 2024).

Figur 85 viser at Vestfold og Telemark kommer dårligere ut på nasjonale prøver enn landet som helhet, når det gjelder andelen elever med laveste mestringsnivå i lesning. I tillegg er det tydelig hopp i denne andelen fra skoleåret 2022/23 til 2023/24.

Oppgangen på omkring 4 prosentpoeng for Vestfold og Telemark bør tolkes innenfor en tidslinje, som vi ikke har mulighet til her, ettersom de foregående nasjonale prøvene ikke direkte kan sammenlignes.

Laveste mestringsnivå lesing, andel elever 8. trinn



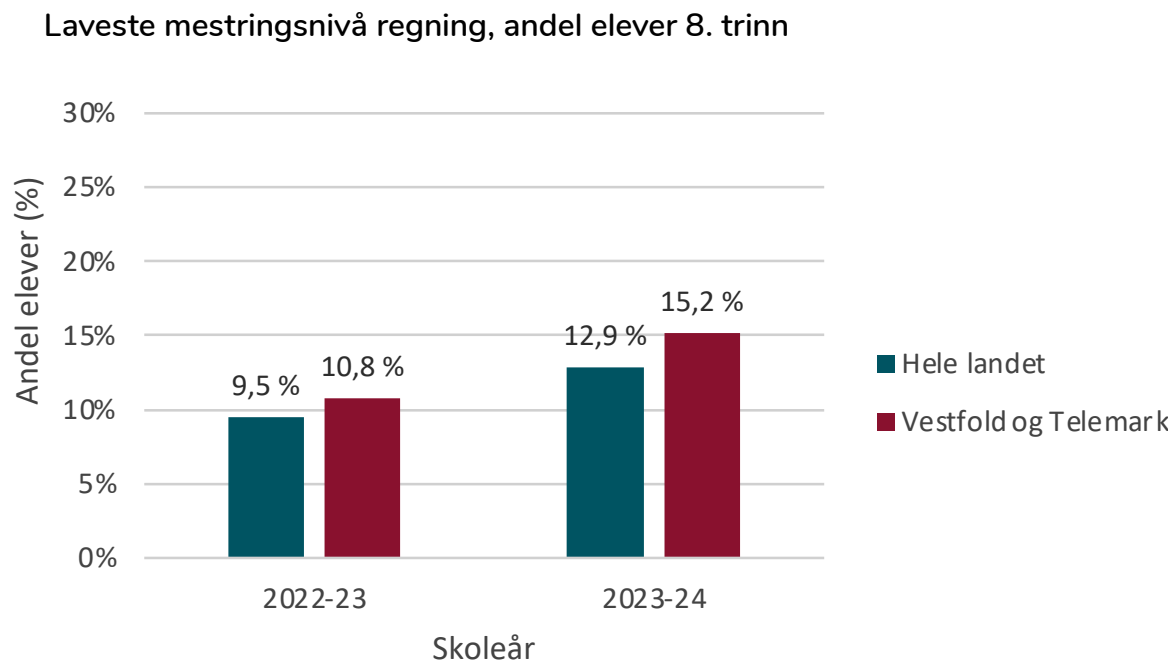
Figur 85. Andelen elever på laveste mestringsnivå i lesing ved nasjonale prøver, 8. trinn, Vestfold og Telemark samlet og Norge. Kilde: Utdanningsdirektoratet Statistikkbank 2024.

Figur 86 som handler om mestringsnivå for regning, viser det samme mønsteret som for lesing. Oppgangen i laveste mestringsnivå for Vestfold og Telemark ligger også på omkring 4 prosentpoeng.

Lese- og regneferdigheter varierer mye med sosial bakgrunn, noe som betyr at potensialet for sosial utjevning i grunnskolen absolutt er til stede. Dersom vi deler elevkullet inn i ulike grupper etter hvilket utdanningsnivå foreldrene har, ser vi et tydelig mønster av sosial ulikhet. Det viser seg i nasjonale tall at forskjellen mellom faglig mestringsnivå har endret seg lite de siste ti årene (Grendal, 2021).

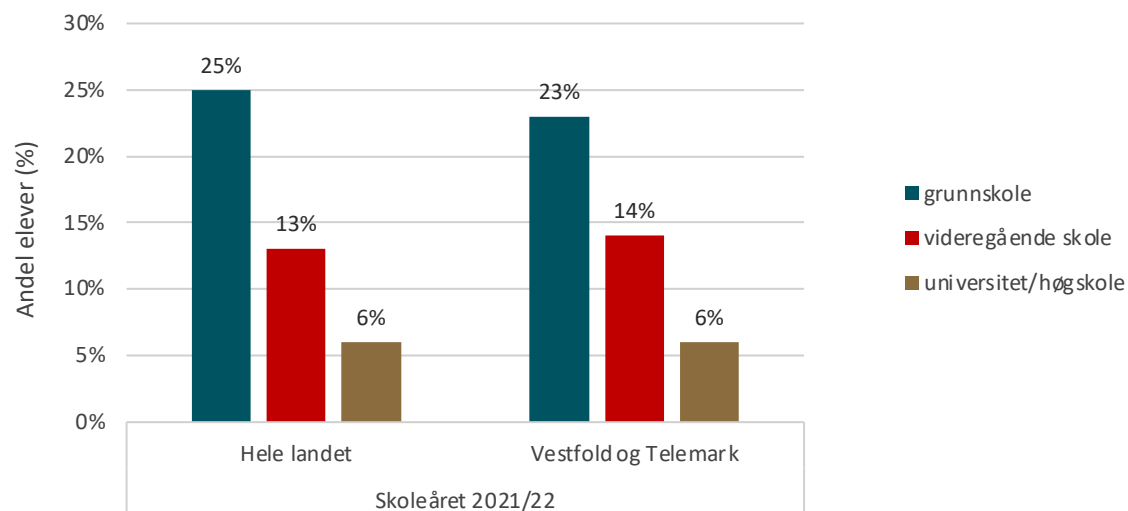
Figurene 87 og 88 viser hvordan andelen på laveste mestringsnivå i lesing og skriving i Vestfold og Telemark, øker desto kortere utdanning foreldrene har.

Når det gjelder lesing er 23 % av 8. klasseelevene med foreldre med kun grunnskoleutdanning på laveste mestringsnivå, mens blant barn av foreldre med høyere utdanning ligger andelen på laveste mestringsnivå på omkring 6 %. Tilsvarende har 24 % av 8. klasseelever med foreldre med kun grunnskoleutdanning laveste mestringsnivå i regning, mot kun 6 % av elever med foreldre med høyere utdanning.



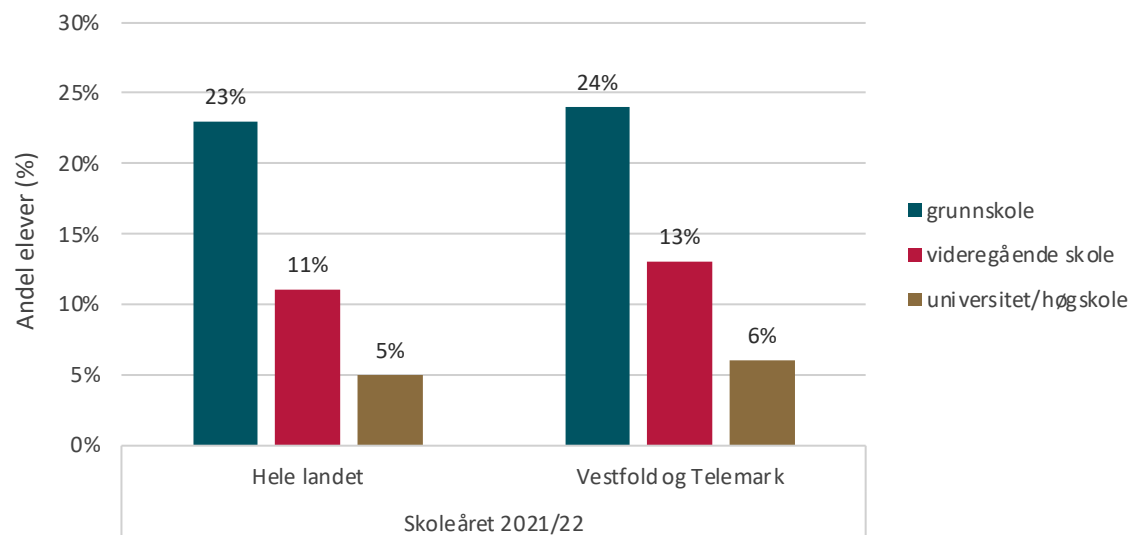
Figur 86. Andelen elever på laveste mestringsnivå i regning ved nasjonale prøver, 8. trinn Vestfold og Telemark samlet og Norge. Kilde: Utdanningsdirektoratet Statistikkbank 2024.

Andel elever på 8. trinn på laveste mestringsnivå i lesing, inndelt etter foreldrenes utdanningsnivå, skoleåret 2021/2022. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, FHI.



Figur 87. Andel elever på 8. trinn på laveste mestringsnivå i lesing, inndelt etter foreldrenes utdanningsnivå, skoleåret 2021/2022. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, FHI..

Laveste mestringsnivå regning og sosial bakgrunn



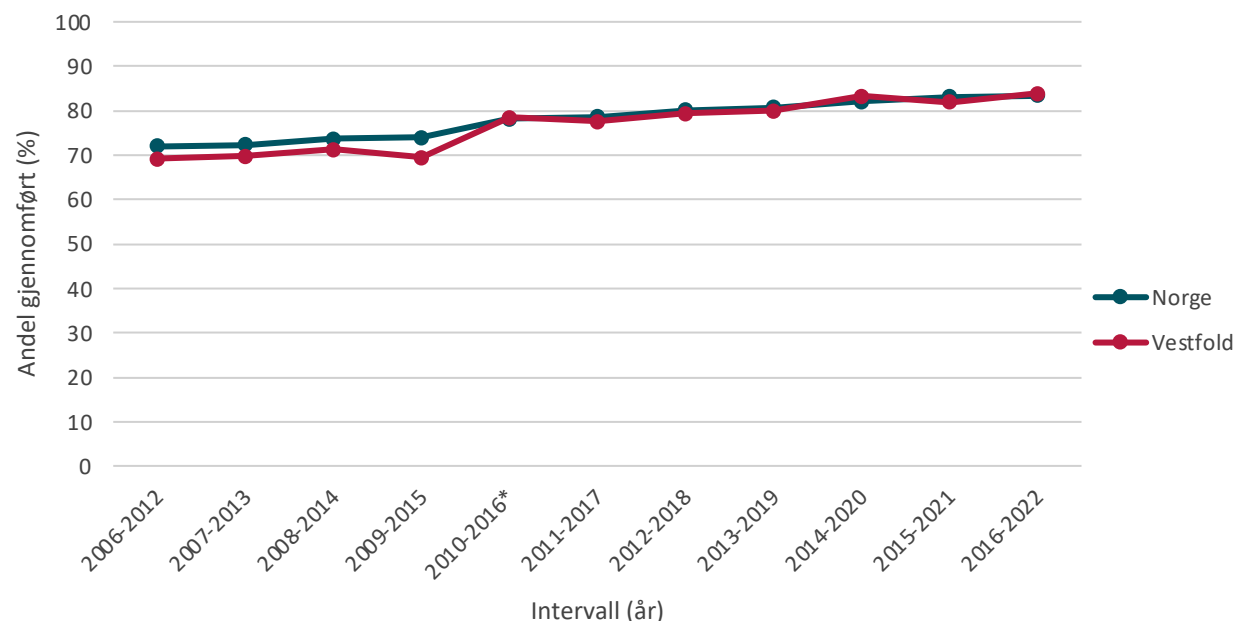
Figur 88. Andel elever på 8. trinn på laveste mestringsnivå i regning, inndelt etter foreldrenes utdanningsnivå, skoleåret 2021/2022. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, FHI.

## Flere gjennomfører videregående opplæring

Gjennomføringsgraden i videregående opplæring har økt de siste årene, både for landet som helhet og for Vestfold. Imidlertid er det fortsatt store forskjeller i elevenes gjennomføring når vi ser på studieretning, kjønn og foreldrenes utdanningsnivå.

Gjennomføringsgraden i videregående opplæring etter 5/6 år for alle studieretninger har økt fra 69,2 % til 83,8 % i fylket i tiårsperioden fra 2012 til 2022 (SSB tabell 12971) (figur 89). Dette er den høyeste andelen som noen gang er målt. Fra tellinger i 2016 ble også elever som gjennomfører med planlagt grunnkompetanse inkludert.

Gjennomføring 5/6 år etter oppstart i videregående opplæring



Figur 89. Andel elever som har gjennomført videregående opplæring 5 år (studieforberedende utdanningsprogram) og 6 år (yrkesfaglig utdanningsprogram) etter oppstart i Vg1, utvikling i perioden 2006–2022. \*Planlagt grunnkompetanse er inkludert i tallmaterialet fra 2016. Kilde: SSB, tabell 12971.

## Forskjeller mellom studieretninger og kjønn

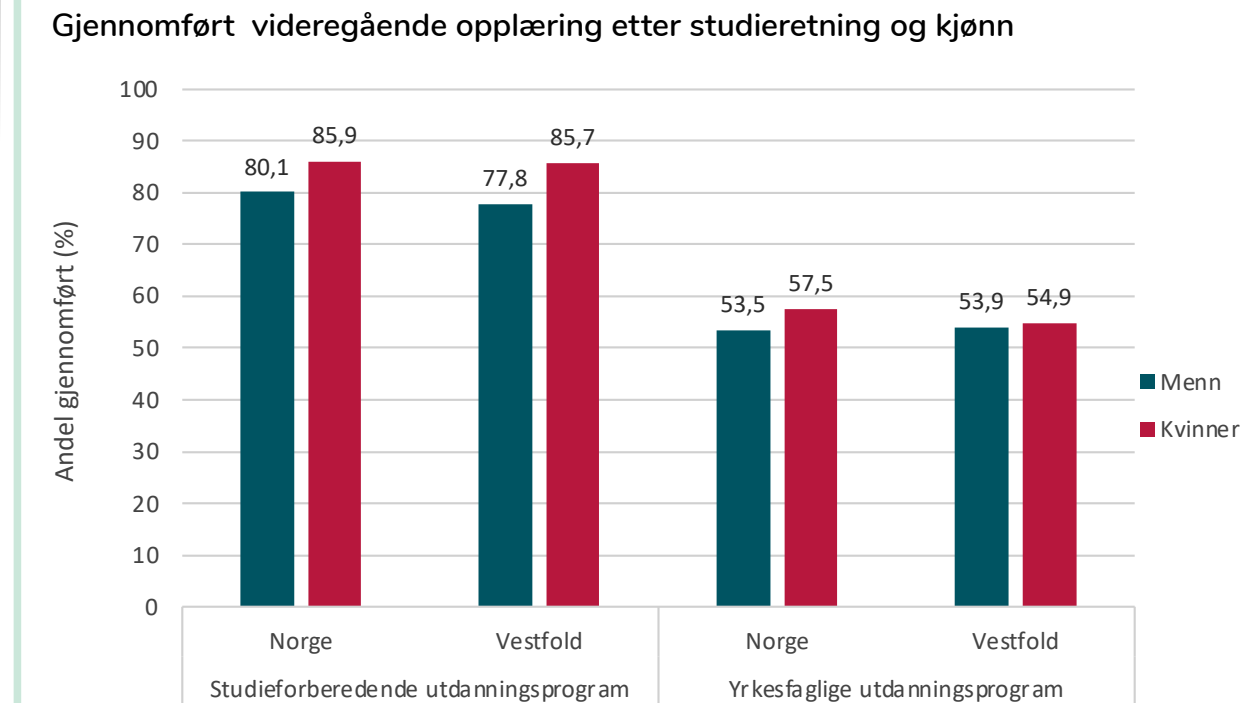
Det er en tydelig forskjell i gjennomføring i videregående opplæring mellom elever som velger studieforberedende studieretning og yrkesfaglig studieretning. Det er også forskjell mellom kvinner og menn. Det er høyere grad av gjennomføring på studieforberedende retning og kvinner gjennomfører jevnt over i noe høyere grad enn menn (figur 90).

Normert tid er 3 år for studieforberedende retning og 4 år for yrkesfag (2 år i skole og 2 år i lære). Figur 87 viser gjennomføring 5 år etter oppstart for hele gruppen av studieretninger, inkludert planlagt grunnkompetanse.

## Gjennomføring etter normert tid

Det er flere grunner til å bli forsinket med gjennomføringen, som for eksempel fravær pga. helseutfordringer eller vansker med å finne læreplan. Gjennomsnittsalderen for å fullføre yrkesfaglig utdanning i Norge er 28 år og 21 år for studieforberedende utdanning (Vogt, 2017).

Det har vært en jevn økning i antall elever som har fullført videregående opplæring ut over 5/6 år. For de som startet i videregående opplæring i 2006, hadde 64 % fullført yrkesfaglig utdanning og 87,4 %



Figur 90. Andel elever som gjennomførte 5/6 år etter skolestart på Vg1 i 2016, delt på studieretning og kjønn, Planlagt grunnkompetanse er inkludert. Kilde: SSB, tabell 12971.

studieforberedende utdanning etter 10 år. Når vi ser på de som startet i videregående opplæring seks år senere (i 2012) har henholdsvis 68,2 % og 91,8 % fullført ett år 10 år.

## Gjennomføring og utenforskap

Det er veldokumentert at ungdom som ikke oppnår

vitnemål eller kompetansebevis er en gruppe som er utsatt for marginalisering og helserisiko senere i livet. Marginalisering dreier seg om en prosess der individer eller grupper havner utenfor sentrale samfunnsområder, som arbeidsmarked, boligmarked og sosiale relasjoner.

Det er sammenhenger mellom egen utdanning

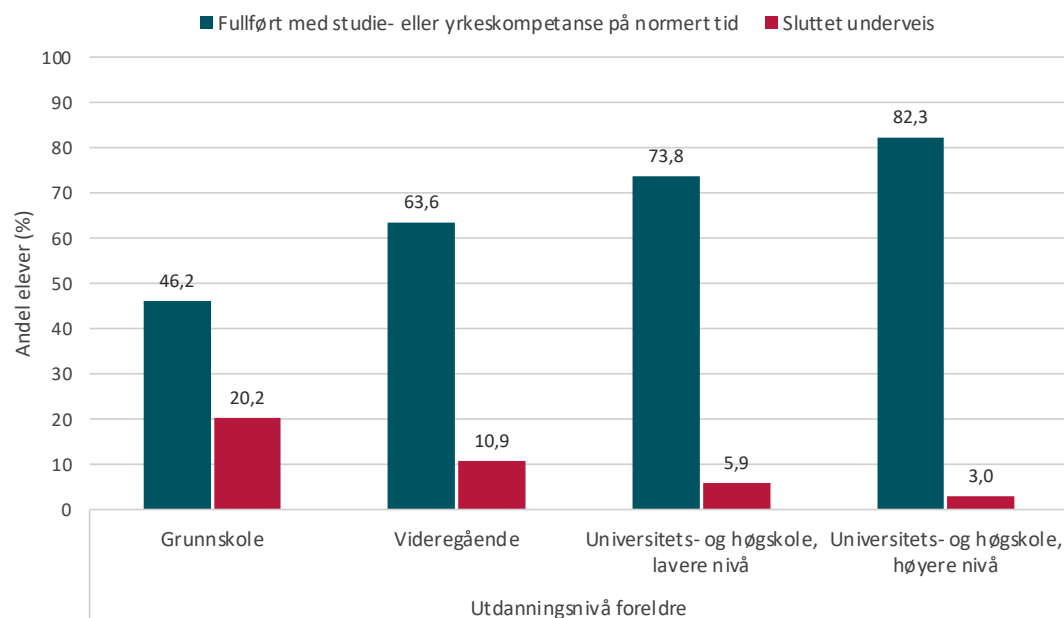
og foreldrenes utdanningsbakgrunn. Barn og unge med foreldre med lite utdanning, presterer gjennomsnittlig dårligere på skolen, fullfører videregående skole sjeldnere og fortsetter i mindre grad med høyere utdanning (Grendal, 2022).

Figur 91 viser tydelig en sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og gjennomføring av videregående opplæring, eller det å slutte underveis. Gjennomføringsgraden er markert høyest blant elever med foreldre med lang utdanning, og synker trinnvis etter foreldrenes lengde på utdanningen. Omvendt er andelen som slutter underveis høyest for elever der foreldrene kun har grunnskole, og synker gradvis jo mer utdanning foreldrene har.

Det er påvist en sterk sammenheng mellom dårlig selvrapportert helse, manglende videregående opplæring og risiko for å motta medisinske og ikke-medisinske stønader tidlig i voksenlivet. Risiko for å bli ufør er også høyere for grupper som ikke har utdanning over grunnskolenivå. Hvorvidt ungdom gjennomfører videregående opplæring eller ikke spiller derfor en viktig rolle i å opprettholde et mønster av sosial ulikhet i helse på sikt.

Helseproblemer kan også være en årsak til ikke å gjennomføre videregående opplæring. Det er samtidig ikke slik at det å slutte eller ikke bestå i løpet av 5/6 år, har en direkte sammenheng med marginalisering og helserisiko senere i livet. Gjennomføring i videregående opplæring etter 5/6 år er ikke en indikator på hvor mange som oppnår

### Gjennomført videregående innen 5 år, etter foreldrenes utdanning



Figur 91. Andel elever som startet videregående opplæring i 2016 og har fullført eller sluttet underveis, etter 5 år (2022). Fordelt på foreldrenes utdanningsbakgrunn. Kilde: SSB, tabell 12962.

videregående kompetanse totalt, men kan peke på hvor godt videregående opplæring evner å utdanne elever og læringer i løpet av denne tidsperioden.

Frafall i videregående opplæring får mye oppmerksomhet, og tiltak for å øke gjennomføringsgraden har lenge vært en prioritert oppgave. Etter Reform-94 fikk alle elever rett til videregående opplæring, og utdanningsløpet til de

ulike yrkesfagene ble standardisert med to år i skole og to år i lære. Det ble satt som mål at 90 % av elevene skulle fullføre videregående opplæring innen fem år etter de begynte. Fullføringsreformen innebærer en rettighetsutvidelse, som skal gi alle rett til å få opplæring til de har bestått videregående opplæring. Tidligere var dette en rettighet som var avgrenset til et antall år (Meld. St. 21 (2020–2021)).

## Varierende opplevelser av læringsmiljø

Gode opplevelser av å mestre på grunnskolenivå legger et viktig grunnlag for videre skolegang og er avgjørende for å gjennomføre videregående skole. Trivsel på skolen påvirker læringsmiljøet og mestringsnivå. Tall fra Ungdata-undersøkelsen i 2021 viser at hele 87 % av elever fra 8. trinn til Vg3 i Vestfold er helt eller litt enige i at de trives på skolen. Dette er likevel en liten nedgang fra tidligere ungdata-undersøkelse i 2017, da andelen lå på 88 %. Det at noen færre enn før trives på skolen finner vi også i de nasjonale Ungdata-tallene. I Ungdata pluss-undersøkelsen svarer 79% av elevene på mellomtrinnet at de kommer godt overens med

elevene i klassen (Vardheim et al., 2023).

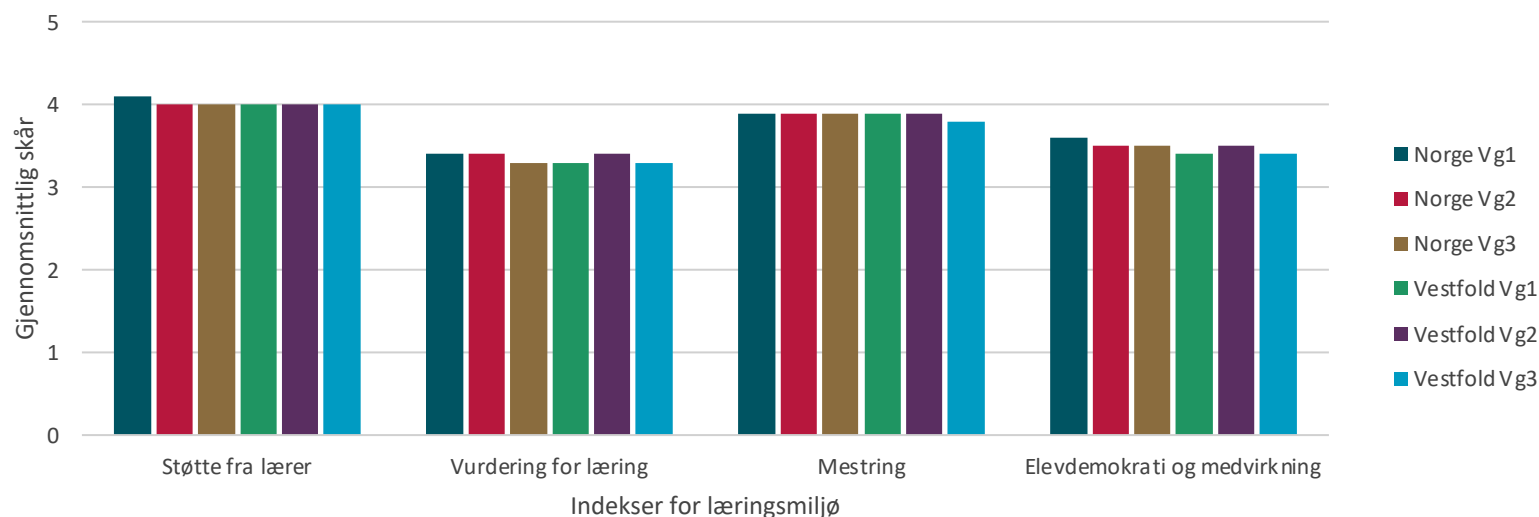
Et godt læringsmiljø er en forutsetning for faglig og sosial utvikling. Et godt, inkluderende læringsmiljø fremmer ikke bare elevenes læring, det legger også grunnlaget for at elevene kan bli trygge, selvstendige og mestre livene sine, både på og utenfor skolen. Et godt læringsmiljø er også med på å jevne ut sosiale forskjeller gjennom læring, mestring og utvikling som er tilpasset den enkelte elev og dennes forutsetninger.

Indikatorene som presenteres i figur 92 er forankret i forskning som har vist at dette er forhold med betydning for faglig læring og sosial utvikling. Resultater fra elevundersøkelsen for skoleåret 2023-2024 viser elevenes egen oppfatning av

læringsmiljø, belyst med fire indekser. Disse indeksene er satt sammen av flere spørsmål, og sier noe om hvordan elevene opplever støtte fra lærer, om læreren tar i bruk vurderingspraksisen vurdering for læring, om eleven opplever mestring på skolen og forhold knyttet til elevdemokrati og medvirkning.

Figuren viser at gjennomsnittlig skår i Vestfold ligger på samme nivå som resten av landet, med noen unntak. Vestfold ligger noe under landet på støtte fra lærer i Vg1, og noe under snittet for elevdemokrati og medvirkning for Vg1 og Vg3. Blant disse indeksene som skal gi informasjon om sider ved læringsmiljøet, er det vurdering for læring som kommer lavest ut. Vurdering for læring er en

Opplevelse av læringsmiljø for elever i videregående skole 2023/2024



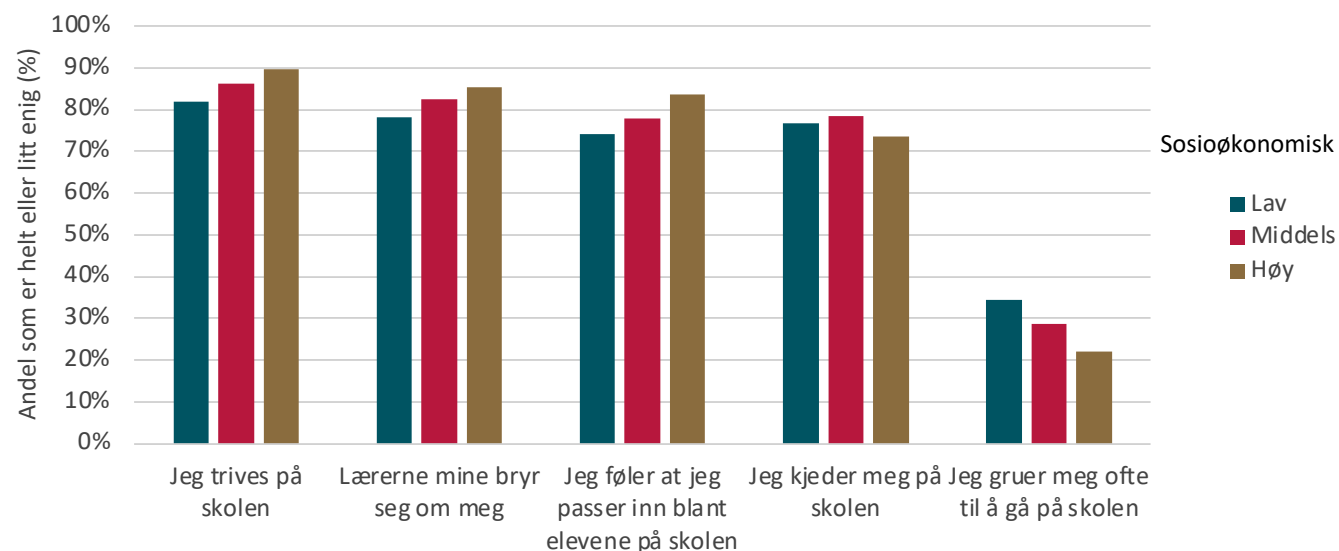
Figur 92. Gjennomsnittlig skår (1-5) på indekser for støtte fra lærer, vurdering for læring, mestring og elevdemokrati. Elever i videregående opplæring, alle trinn, skoleåret 2023/2024. Kilde: Utdanningsdirektoratet 2024.

vurderingspraksis der læreren skal ha fokus på å hjelpe elever med å lære mer, fremfor å gi poeng eller karakter (Engh, 2011). Vurdering for læring har en utjevnende effekt på sosial ulikhet, fordi foreldrenes evne til å hjelpe eleven med lekser har mindre å si for sluttresultatet. Det er positivt at indeksen støtte fra lærer og mestring har en høy gjennomsnittlig skår.

I Ungdata-undersøkelsen og Ungdata-pluss undersøkelsen er det også spørsmål som gir innblikk i læringsmiljø, men disse er ikke direkte sammenliknbare med indeksene fra Elevundersøkelsen og heller ikke med hverandre. De yngste barna (5.-7. trinn) blir spurt om de får den hjelpen de trenger på skolen. I Vestfold-kommunene svarer 72 % i Tønsberg, 74 % i Larvik, 77 % i Færder og 78 % i Horten og Holmestrand «alltid» eller «som oftest» på dette spørsmålet (Vardheim et al., 2023).

I Ungdata-undersøkelsen svarer ungdommen (8.trinn-Vg3) på spørsmål om «lærerne mine bryr seg om meg». I 2021 svarte 83 % «helt» eller «litt enig» på dette utsagnet i Vestfold. Andelen representerer en nedgang fra de to tidligere Ungdata-undersøkelsene, Vestfold og Telemark sett samlet (Aase et al., 2021). Figur 90 viser også hvordan ungdommen svarer på andre spørsmål om skolehverdagen, som kan forventes å ha en sammenheng med læringsmiljø.

### Opplevelse av skolehverdagen og sosial ulikhet, Vestfold 2021



Figur 93. Andel som er helt eller litt enig i ulike påstander om skolehverdagen inndelt etter sosioøkonomisk status, 8. trinn-Vg3, Vestfold 2021. Kilde: Undata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

Figur 93 viser at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og opplevelsen av skolehverdagen. Blant de som trives på skolen, de som opplever at lærerne bryr seg om dem, de som føler at de passer inn er andelen med høy sosioøkonomisk status høyest. Motsatt når det

gjelder å kjede seg og særlig det å grue seg til å gå på skolen er andelen høyest blant de med lav sosioøkonomisk status.

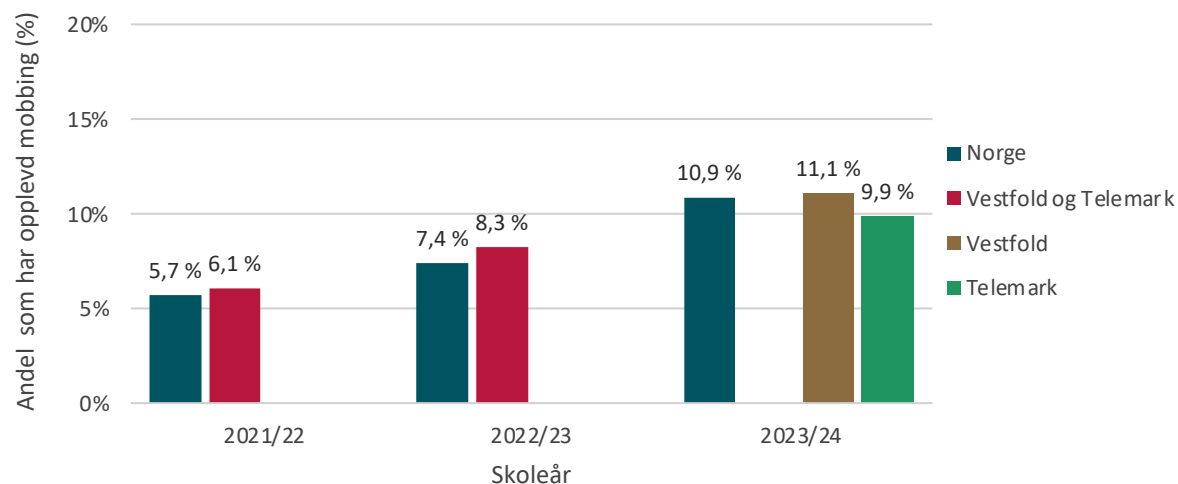
## Fortsatt mange som opplever mobbing

Opplæringsloven slår fast at skolen skal ha nulltoleranse mot krenking som mobbing, vold, diskriminering og trakassering. Skolen skal arbeide systematisk for å fremme helse, miljø og trygghet til elevene for å oppfylle dette.

Barn som mobbes har opptil syv ganger høyere risiko for psykiske plager, sammenliknet med barn som ikke mobbes. Barn som mobbes har også oftere fysiske plager som hodepine, magesmerter og søvnvansker. Disse plagene har i de fleste tilfeller negativ påvirkning på skoleprestasjoner (Major E F. et al., 2011). Mobbingen er derfor en reell risikofaktor for barn og unges helse, både direkte i form av psykiske og somatiske helseplager, men også indirekte gjennom å påvirke barn og unges forutsetninger for læring og utdanning.

I Elevundersøkelsen finner vi årlige tall på hvor stor andel av elever på ungdomsskolen som opplever mobbing. Figur 94 viser de elevene på 10. klassetrinn som oppgir at de har blitt mobbet av medelever, mobbet digitalt på skolen eller mobbet av voksne på skolen 2-3 ganger i måneden eller oftere.

### Mobbing på skolen i 10. klasse

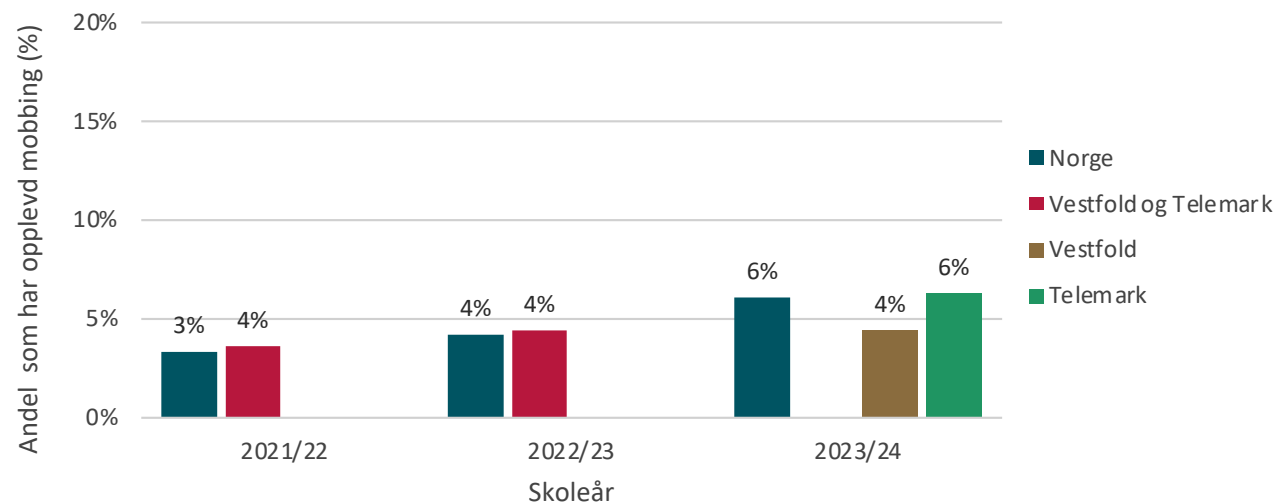


Figur 94. Andel av 10. klassinger som har opplevd mobbing på skolen 2-3 ganger i måneden eller oftere de siste månedene, 2021-2024. Norge sammenlignet med Vestfold og Telemark samlet for de to første skoleårene og Vestfold og Telemark for seg, det siste skoleåret. Kilde: Utdanningsdirektoratet 2024.

Andelen ungdomsskoleelever i 10. klasse som oppgir at de blir mobbet hadde før covid-19-pandemien en liten reduksjon på landsbasis. Figur 94 viser derimot at det har vært en betydelig økning.

Figur 95 viser at andel videregående elever (Vg1) som opplever mobbing på skolen også har økt de siste tre skoleårene.

### Opplevelse av mobbing på skolen i VG1



Figur 95. Andel av elever på Vg1 som har opplevd mobbing på skolen 2-3 ganger i måneden eller oftere de siste månedene, 2021-2024. Norge sammenlignet med Vestfold og Telemark samlet for de to første skoleårene og Vestfold og Telemark for seg, det siste skoleåret. Kilde: Utdanningsdirektoratet 2024.

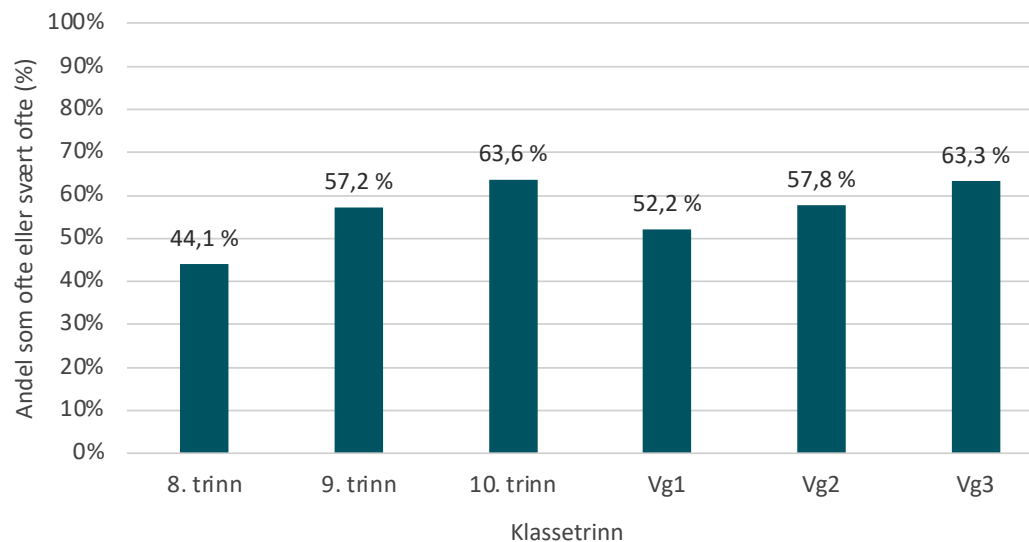
## Stress og press knyttet til skolearbeid

Fra 8. klasse til Vg3 oppgir 55,7 % av elevene i Vestfold at de opplever at de blir stresset av skolearbeidet ofte eller svært ofte. Det er en betydelig høyere andel jenter (nær 70 %) enn gutter (41 %) som opplever dette. Det er ikke store forskjeller mellom elevgruppene etter sosioøkonomisk status når det gjelder å bli stresset av skolearbeidet.

Figur 96 viser at stresset fordeler seg noe ulikt mellom klassetrinnene. I 10. klasse og i siste året på videregående er andelen som ofte eller svært ofte blir stresset av skolearbeidet nesten 64 %. Felles for disse skoleårene er at karakterer har større betydning. Hvordan opplever elevene presset i hverdagen på å gjøre det bra på skolen? Totalt sett opplever 40,2 % mye eller svært mye press (52,6 % av jentene og 26,5 % av guttene).

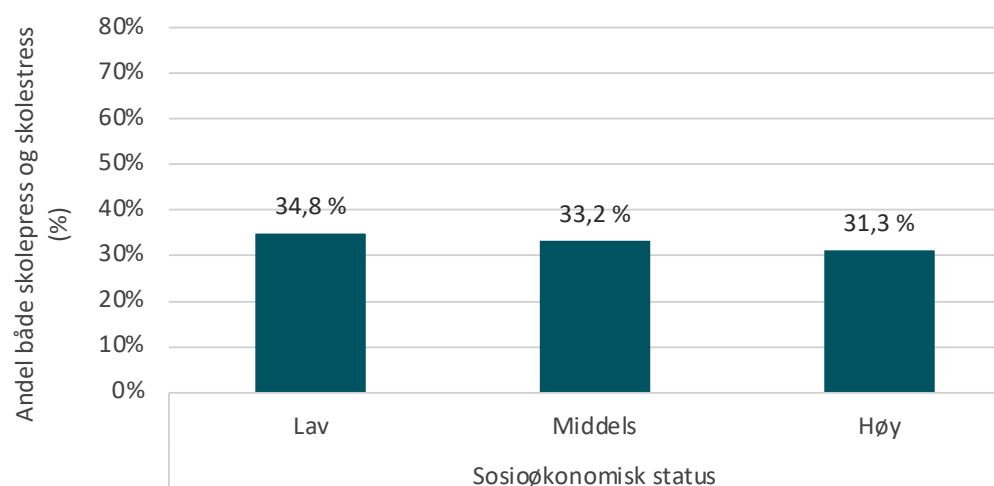
Når vi undersøker sosial bakgrunn for de som både opplever stress med skolearbeidet i tillegg til press om å gjøre det bra, finner vi at en noe høyere andel i elevgruppen med lavest sosioøkonomisk status opplever dette i større grad (se figur 97).

Stresset av skolearbeidet, Vestfold 2021



Figur 96. Andel elever som opplever at de ofte eller svært ofte blir stresset av skolearbeid etter klassetrinn, 8. trinn-Vg3, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

Press om å gjøre det bra på skolen og stresset av skolearbeid, Vestfold 2021



Figur 97. Andel som både opplever mye/svært mye press om å gjøre det bra på skolen og ofte/svært ofte blir stresset av skolearbeidet, inndelt etter sosioøkonomisk status, 8. trinn-Vg3, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

## Utdanningsnivået i Vestfold

Utdanning regnes som en bakenforliggende påvirkningsfaktor for helsetilstanden. Utdanning er en inngangsbillett til arbeidsmarkedet som gir økonomisk trygghet og tilgang til boligmarkedet. Både utdanning og arbeidsliv er samtidig viktige sosiale settinger for sosialt samvær, mestring og utvikling. Kunnskapene og ferdighetene man får gjennom utdanning har også betydning for livskvalitet, fordi det kan bidra til opplevelse av kompetanse og mestring. Dette handler om livskvalitet som mål i seg selv, mer enn som et middel for å nå andre mål. Et viktig folkehelseperspektiv på utdanning er hvordan utdanningsinstitusjonene kan bidra til sosial mobilitet. Sosial mobilitet dreier seg om å bryte mønstre som reproducerer sosial ulikhet, og er det motsatte av sosial arv.

I Vestfold er utdanningsnivået på samme nivå med landet ellers, om vi ser bort fra Oslo. Andelen som ikke har utdanning utover grunnskole ligger på 25%, andelen med videregående utdanning er 42% mens andelen med utdanning fra universitet og høyskole er på 33%. Det er i kommunene Færder og Tønsberg andelen med høyere utdanning er høyest (SSB, tabell 09429). Utdanningsnivået i befolkningen har økt jevnlig de siste ti-årene.



## Inntekt og ulikhet

Kunnskap om økonomisk ulikhet, arbeidsledighet og barnefattigdom er til hjelp for å forstå hva som skaper sosiale helseforskjeller. Sammenhengene mellom økonomi og helse er mange, går begge veier, og kan virke sammen. For eksempel kan økonomisk stress gi negativt utslag på helse, samtidig som helseproblemer kan virke negativt inn på arbeidsmuligheter og dermed inntekt.

### Økonomisk ulikhet

Ett av målene som brukes for å følge med på utviklingen av økonomisk ulikhet er P90/P10, dvs. forholdet mellom de høyeste inntektene og de laveste inntektene (boks 1).

Etter målet P90/P10 har inntektsulikhetene i Norge økt fra 2,6 i 2009 til 2,8 i 2021, når studenthusholdninger holdes utenfor (se tabell 4). Vestfold og Telemark samlet lå litt under landsnivået i 2009, med et P90/P10 – tall på 2,5. I 2015 var tallet på 2,7, og i 2021 var det 2,8, det vil si samme nivå som resten av landet. Det er variasjon mellom kommunene i Vestfold når det gjelder utslag for denne indikatoren på ulikhet, men alle kommuner har hatt en økning i perioden 2009 til 2021. Ulikheten er størst i Færder kommune (3,0), mens den er lavest i Holmestrand kommune (2,6).

## Inntektsulikhet, utvikling 2009 - 2021

| År                   | 2009 | 2012 | 2015 | 2018 | 2021 |
|----------------------|------|------|------|------|------|
| Hele landet          | 2,6  | 2,7  | 2,8  | 2,8  | 2,8  |
| Vestfold og Telemark | 2,5  | 2,6  | 2,7  | 2,7  | 2,8  |
| Horten               | 2,5  | 2,6  | 2,7  | 2,7  | 2,7  |
| Holmestrand          | 2,4  | 2,5  | 2,5  | 2,6  | 2,6  |
| Tønsberg             | 2,6  | 2,7  | 2,8  | 2,8  | 2,8  |
| Sandefjord           | 2,6  | 2,6  | 2,8  | 2,7  | 2,8  |
| Larvik               | 2,5  | 2,5  | 2,7  | 2,7  | 2,7  |
| Færder               | 2,7  | 2,8  | 2,9  | 2,9  | 3    |

Tabell 4. Den økonomiske ulikheten målt som P90/P10 for landet, Vestfold og Telemark som sammenslått fylke og kommunene i nye Vestfold fylkeskommune, utvikling fra 2009 til 2021. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, FHI.

### Forklaring P90/P10

Dette er forholdstallet mellom inntekten til den som har en inntekt på 90-prosentilen og den som har inntekt på 10-prosentilen. Det kan beskrives slik: Om man sorterer 100 personer stigende etter inntekt, er P90/P10 forholdet mellom inntekten til person nr. 90 på lista (nesten høyest) og person nr. 10 (nesten lavest) (Norgeshelsa statistikkbank, FHI). Denne måten å måle ulikhet på, gjør at de 10% med høyest inntekt (der for eksempel mesteparten av aksjeutbytte havner) og de 10% med lavest inntekt, holdes utenfor beregningen. Det gir en mer stabil indikator over tid (Tuv & Epland, 2019).



Boks 1

## Kjønn og alder

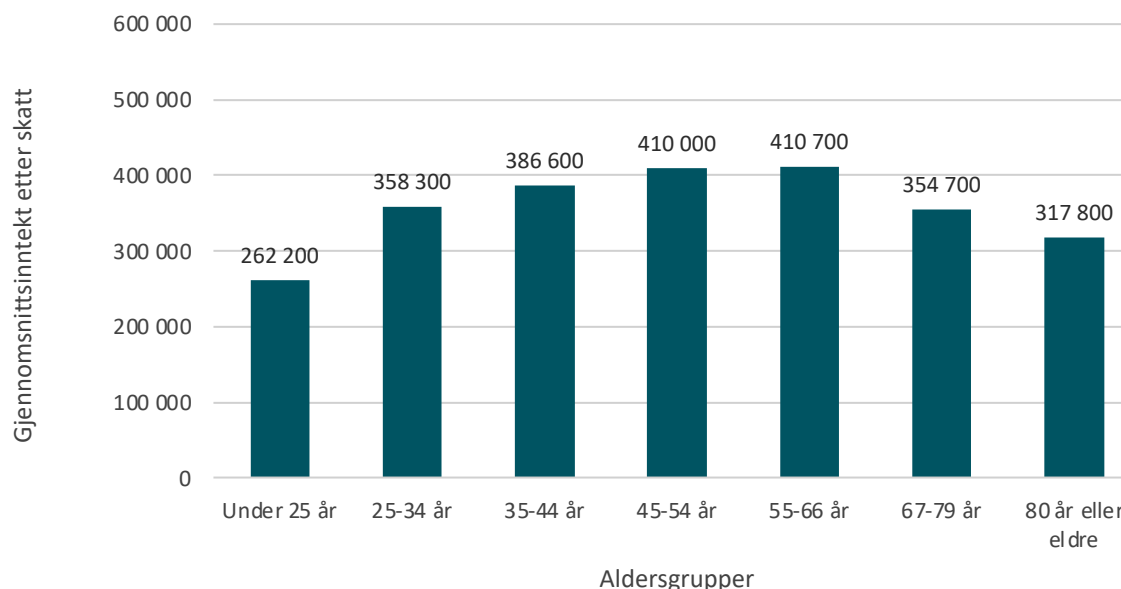
Det er ulikhet i inntekt mellom kvinner og menn. Lønnsstatistikken for 2022 viser at kvinners lønn i hel stilling utgjorde gjennomsnittlig 87,6 % av menns lønn. Forskjellen har minket siden 2002, da det tilsvarende tallet var 83,9 %. En grunn til ulikhet i inntekt er at menn er overrepresentert blant lønnstakere med de høyeste lønningene. Dette henger sammen med at kvinner er overrepresentert i offentlig sektor, og menn i privat sektor. Kvinner jobber også i større grad deltid, og lønnsnivået for deltidsjobber er ofte lavere enn for heltidsjobber, også når man regner om deltidsjobbene til heltid (Tuv & Fløtre, 2024).

Alder gir også utslag i inntektsstatistikken. Dette illustreres av figur 98, som viser gjennomsnittlig inntekt i ulike aldersgrupper etter skatt i Vestfold og Telemark. For å gi god sammenlignbarhet i inntektsnivå, omfatter figuren bare aleneboende husholdninger. Generelt har det vært en utvikling i Norge at andelen unge som lever i lavinntektsfamilier er blitt større, mens andelen eldre er blitt mindre (Dokken & Langeland, 2016).

## Økte kostnader og økonomisk utrygghet

Ulik økonomisk situasjon gjør at husholdninger opplever økte levekostnader på ulike måter. Økte levekostnader omfatter blant annet matvarer,

### Inntektsforskjeller mellom aldersgrupper, aleneboende 2022



Figur 98. Gjennomsnittlig inntekt etter skatt for aleneboende i Vestfold og Telemark etter alder, 2022.

Studenthusholdninger og aleneboende barn under 18 år er ikke inkludert. Kilde: SSB, tabell 09903.

strømpris og boligkostnader, enten det gjelder økt rente eller økt leiepris. For noen innebærer tilpasningen at det blir mindre til overs og mindre til sparing, mens andre opplever en knapphetssituasjon. Forbruksforskningsinstituttets kartlegging basert på spørreundersøkelser viser at toårsperioden fra juni 2021 til august 2023 har gitt et betydelig fall i økonomisk trygghet for en stor del av befolkningen. Opplevelsen av redusert trygghet har vært størst for de som fra før hadde det

vanskelig, mens de som i utgangspunktet var økonomisk trygge i liten grad har vært rammet.

I gruppen som rapporterer om størst utrygghet, skjer innstrammingene for mange ved tiltak som å kutte i matutgiftene, begrense sosialt liv og gi avkall på medisinsk behandling. Blant de dårligst stilte har fire av ti lånt penger for å klare utgiftene (Poppe & Kempson, 2023).

Studier vist en sterk sammenheng mellom tilfredshet med livet og problemer med å «få endene til å møtes». Sammenhengen synes å være sterkere for menn enn for kvinner (Barstad, 2020). I 2023, men også før det, har det vært registrert en økt etterspørsel etter mathjelp i Norge. På bakgrunn av dette har FAFO undersøkt det norske matutdelingstilbudet, blant annet hva som kjennetegner de som benytter dette tilbudet. Det registres at både folk i arbeid og par med barn er blant de som tar imot matposer. Et forhold som pekes på i undersøkelsen er at måling av fattigdom relatert til medianinntekt ikke nødvendigvis fanger opp virkning av betydelig utgiftsvekst, både når det gjelder mat, strøm og bolig (Fløtten et al., 2023).

### Mange barn lever i lavinntektshusholdninger

Inntektsulikhet mellom husholdninger gjør at mange barn vokser opp med dårligere tilgang på en del ressurser enn andre barn. Dette har betydning for helsen.

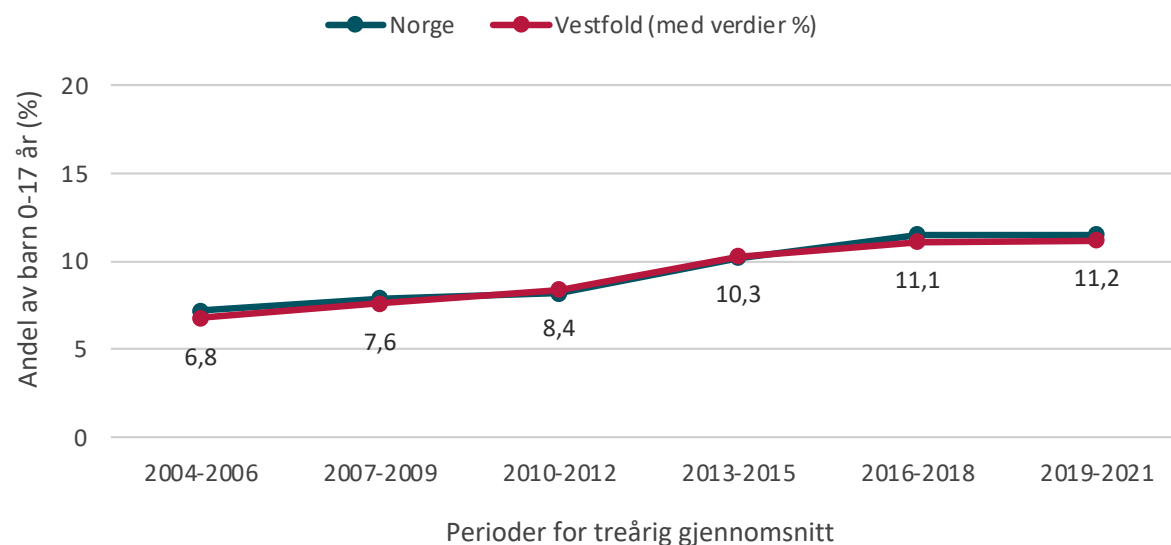
Ungdata-undersøkelsen viser at ungdom fra hjem med høy sosioøkonomisk status (inntekt, utdanning) oftere rapporterer om høy livskvalitet, bedre helse og mindre psykiske plager enn ungdommer fra hjem med lav sosioøkonomisk status (se også kapitlene om helsetilstand og livskvalitet og sosialt miljø) (Aase et al., 2021). Av ungdom i Vestfold (8. trinn-Vg1) svarte 4,1 % at familien «stort sett eller hele tiden har hatt dårlig råd de to siste årene» Dette er et noe lavere nivå enn i tilsvarende undersøkelser i

2013/2015 og 2017/2018. Litt flere jenter (4,3 %) enn gutter (3,6 %) svarer at familien stort sett eller hele tiden har hatt dårlig råd.

Andelen barn og unge i Vestfold som lever i husholdninger med lave inntekter har økt gjennom de siste 15 årene. Når nivået for lavinntekt defineres

ut fra inntektsnivået i kommunen, har andelen økt fra 6,8 % (treårgjennomsnitt 2004-2006) til 11,2 % (2019-2021). Dette følger omtrent utviklingen for landsgjennomsnittet, slik figuren nedenfor illustrerer. Det er lagt kommunale medianinntekter til grunn (boks 2).

### Barn i lavinntektsfamilier, kommunalt inntektsnivå



Figur 99. Utvikling av andelen barn (0 – 17 år) i lavinntektsfamilier, Vestfold og hele landet, treårig gjennomsnitt, ut fra kommunalt inntektsnivå, 2004-2021. Kilde: Kommunehelsen statistikkbank, FHI.

Oversikt over barn i lavinntektshusholdninger i kommunene viser at det er en betydelig forskjell fra kommune til kommune. Resultatet blir imidlertid forskjellig dersom man legger det kommunale inntektsnivået til grunn for å definere lavinntekt, sammenlignet med om man legger det nasjonale inntektsnivået til grunn. Tabell 5 viser andeler av barn i lavinntektsfamilier ut fra disse to forskjellige beregningsmåtene.

Forskjellen mellom de to beregningsmåtene illustrerer at dette måler relativ fattigdom. Det betyr at høy andel barn i lavinntektsfamilier kan være et tegn på stor ulikhet i inntektsfordelingen i befolkningen. I Vestfold har Færder den høyeste andelen barn i lavinntektsfamilier målt ut fra kommunalt inntektsnivå, mens andelen er lavest i Holmestrand. Færder er også kommunen i Vestfold med høyest inntekstulikhet, mens Holmestrand har den laveste.

### Barn i lavinntektsfamilier i Vestfold, 2019 - 2021, nasjonalt og kommunalt inntektsnivå

|                    | Nasjonalt   | Kommunalt   |
|--------------------|-------------|-------------|
| <b>Vestfold</b>    | <b>12,5</b> | <b>11,2</b> |
| <b>Horten</b>      | <b>14</b>   | <b>11</b>   |
| <b>Holmestrand</b> | <b>9,3</b>  | <b>9</b>    |
| <b>Tønsberg</b>    | <b>11,2</b> | <b>11</b>   |
| <b>Sandefjord</b>  | <b>14,4</b> | <b>12</b>   |
| <b>Larvik</b>      | <b>12,9</b> | <b>11</b>   |
| <b>Færder</b>      | <b>11,8</b> | <b>12,3</b> |

Tabell 5. Andel barn i lavinntektshusholdninger (%), kommunene i Vestfold beregnet ut fra henholdsvis nasjonalt og kommunalt inntektsnivå. Lavinntekt beregnet etter 60 % EU – skala. Kilde: KommuneHelse Statistikkbank, FHI.

#### Forklaring lavinntekshusholdninger

Lavinntektshusholdninger beregnes på følgende måte: Utgangspunktet er befolkningens medianinntekt, enten man legger kommunens, fylkets eller landet medianinntekt til grunn. Medianinntekt er den midterste inntekten når alle inntekter sorteres etter størrelse. I dette dokumentet er lavinntekt satt til 60% av medianinntekt, og det er tatt høyde for hvor mange som er med og deler husholdningsinntekten etter en bestemt vektingsmetode, såkalt EU-skala.



Boks 2

## Deltagelse i arbeidslivet

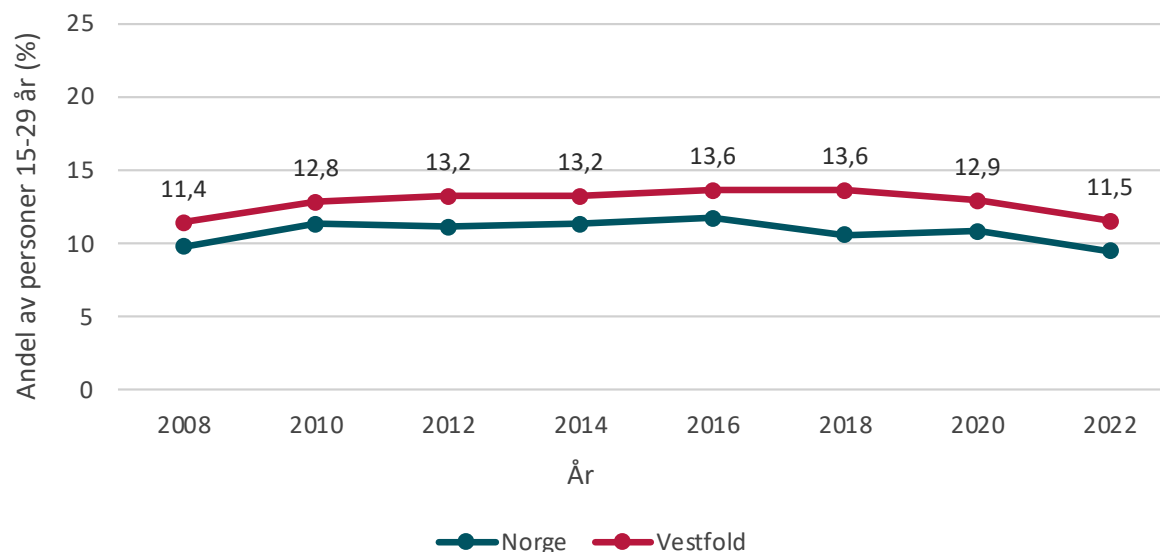
Mennesker som er i arbeid, har i gjennomsnitt bedre helse enn de som står utenfor arbeidslivet. Det skyldes mange forhold. At arbeid gir inntekt, og at inntekt påvirker helse er en ting. Arbeidslivet er også en kilde til opplevelse av mestring, mening og fellesskap. Men dårlig helse kan også utelukke mennesker fra arbeidslivet, og miljøet på arbeidsplassen kan være årsak til helseproblemer (Smith et al., 2014).

Yrkesdeltakelsen i Norge er høy, med nesten 7 av 10 sysselsatte i aldersgruppen 15 – 74 år. Årsaken er at i Norge er det både mange eldre og mange unge som jobber, samt at sysselsettingen blant kvinner i Norge er høy sammenlignet med mange andre land. En relativt høy andel av de sysselsatte jobber deltid (Horgen, 2023).

## Mange unge i Vestfold utenfor arbeid og opplæring

I Vestfold var det i 2022 registrert en andel på 11,5 % unge i alderen 15-29 år utenfor arbeid, utdanning og opplæring, også kalt NEET (not in education, employment, or training). Vestfold ligger høyest blant fylkene i Norge. Andelen for Norge sett under ett var på 9,5 %. Både for Vestfold og landet samlet er dette det laveste nivået som er registrert siden 2008. Figur 100 viser utviklingen i perioden 2008-2022.

### Unge utenfor arbeid, opplæring og trening, Norge og Vestfold



Figur 100. Andel av befolkningen mellom 15 og 29 år som står utenfor arbeid, utdanning og opplæring. Utvikling fra 2008 til 2022. Kilde: Norgeshelse Statistikkbank, FHI.

Blant kommunene i Vestfold varierer andelen unge utenfor arbeid, utdanning og opplæring fra Tønsberg med 9,9 % til Færder med 13,0 %. I alle kommuner unntatt Tønsberg er andelen litt større blant kvinner enn blant menn.

Ungdom utenfor arbeid og opplæring registreres av OECD (organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling). Hensikten er at det skal være mulig

å sammenligne situasjonen mellom land. Nivået for såkalte NEETs er ca. 5 prosentpoeng lavere for Norge enn gjennomsnittet for OECDs medlemsland (OECD, 2024).

I et større bilde er utfordringen altså mindre i Norge enn i de fleste andre land, mens Vestfold er blant fylkene i Norge med størst utfordringer. Det kan sannsynlig knyttes sammen med generelle

levetårutfordringer, inkludert situasjonen på arbeidsmarkedet (Vestfold fylkeskommune, 2019).

Andelen unge som går på helserelaterte ytelser er høy i Norge, sammenlignet med andre land. Tendensen er også at det nå er flere som mottar ytelser, som for eksempel uføretrygd, uten først å ha erfaring fra arbeidslivet. Det pekes på flere forklaringsfaktorer for denne utviklingen (Fedoryshyn, 2019). Disse inkluderer endring i unges helsetilstand (som økning i antall unge med psykiske plager), mer presis diagnostisering, færre jobber for ufaglærte og dermed hardere konkurranse om disse, og endringer i regelverket for uføretrygd.

Innvandrere har en betydelig høyere andel i NEET-gruppen enn befolkningen ellers. For norskfødte med innvandrerforeldre er forskjellen mye mindre. Blant innvandrere har en relativt stor gruppe ikke kjent utdanning, eller ingen utdanning etter det norske utdanningssystemet (Bø & Vigran, 2015).

Dårlig helse og vanskelige forhold på arbeidsmarkedet for unge ufaglærte, samt innvandreres utfordring mht. utdanning, er altså blant de viktige forklaringsfaktorer for at unge mellom 16 og 25 år står utenfor videregående opplæring og uten arbeid.

Unge med lite utdannelse har større problem enn andre med starten på yrkeslivet. Dette er blitt forsterket de senere år, særlig blant dem som ikke

har fullført videregående opplæring. En større andel enn tidligere mottar helserelaterte ytelser. Veksten i andel for denne gruppen er større for befolkningen uten å ta med innvandrere, enn for innvandrerbefolkningen. Verdt å merke seg er at det er betydelig større sannsynlighet for å være sysselsatt dersom opplæring/utdanning kombineres med arbeid. Dette gjelder i særlig grad for ungdom

som ikke har fullført videregående opplæring (Fedoryshyn & Segiet, 2020).

Kvalitative undersøkelser med de unges egne beskrivelser av situasjonen, peker på at det å falle utenfor det forventede løpet når det gjelder opplæring og jobb eller høyere utdanning oppleves som et problem i seg selv.



Foto: Marita Nilsen

**«De ønsker å sitte på skolebenken og fullføre. Presset på og ønsket om et normalt, lineært og systematisk løp oppleves som stort for mange unge. Å komme på kant med «systemets plan» oppleves som marginalisering. I praksis betyr det at unge kommer ut av vennegjengen og i utakt med familiens forventninger.» (Vestfold fylkeskommune, 2019).**

## Lav ledighet, men fallende arbeidskraft – knapphet

Nivået på arbeidsledige i Vestfold var i januar 2024 på 2,7 % (helt ledige, registrert hos NAV). Det er et høyere månedstall enn alle måneder i 2023, og et tegn på at ledigheten er på vei opp fra et lavt nivå i 2022 og 2023. Gjennomsnittet for Norge var på samme tidspunkt 2,1 %, og bare Østfold hadde et høyere registrert antall helt ledige, med 2,9 %, mens Telemark lå på samme nivå som Vestfold (NAV, 2021b).

Ledighetsstatistikken i 2023 reflekterte et høyt økonomisk aktivitetsnivå, med mangel på arbeidskraft i flere sektorer. NAVs bedriftsundersøkelser viser imidlertid at knappheten på arbeidskraft avtar, i takt med hyppige rentehevinger og dempet aktivitet. I undersøkelsen som ble gjennomført våren 2022 ble mangelen på arbeidskraft beregnet til 6100 personer i Vestfold og Telemark. Undersøkelsen

gjennomført våren 2023 viser at dette tallet har falt til 3500 (NAV, 2021a). Til sammenligning var det hos NAV registrert i underkant av 5000 helt ledige i Vestfold og Telemark i november 2023. Bedriftsundersøkelsen viser, på nasjonalt nivå, størst mangel på arbeidskraft innen helse, pleie og omsorg, blant annet for helsefagarbeidere. Nest størst er mangelen innen bygg- og anleggsgfag, noe som omfatter yrkesgrupper som tømrere, snekkere, betongarbeidere, rørleggere og VVS-montører.

## Uføre

Statistikken for uføre i Vestfold er for de siste årene slått sammen med Telemark. I 2022 var andelen av uføre i aldersgruppen 18 – 67 år 13,7 %, som er 3 prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet. Tabell 6 viser at Vestfold også før det har et høyere nivå av uføretrygdene enn landsgjennomsnittet.

Om vi sammenligner Vestfold og Telemark samlet med landet, er det aldersgruppene fra 35 år og

oppover som har det største avviket fra landsgjennomsnittet. Aldersgruppen 18-24 ligger 0,7 prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet, mens de høyere aldersgruppene har avvik på henholdsvis 2,4 prosentpoeng (35-44 år), 2,5 prosentpoeng (45-54 år) og 3,1 prosentpoeng (55-61 år). Utviklingen fra 2016 til 2022 viser at det er i aldersgruppene 35-44 år og 45-54 år at veksten i andel uføre har vært høyest. Også den nasjonale statistikken viser at veksten i andel uføre er lav i den yngste aldersgruppen, sammenlignet med høyere aldersgrupper. Den aller høyeste aldersgruppen, 62-67 år har en nedgang i andel uføre, både nasjonalt og i Vestfold. En betydelig høyere andel kvinner enn menn mottar uføretrygd. Mellom kommunene i Vestfold varierer andelen som mottar uføretrygd (alle aldersgrupper samlet, begge kjønn) mellom 15,3 i Larvik og 11,1 i Tønsberg. Færder er den eneste kommunen som har hatt en økning i andel uføre fra 2020 til 2022. Horten har hatt en betydelig nedgang i samme periode.

### Utviklingen i andel uføre, aldersgruppen 18 - 67 år

|                      | 2016  | 2018  | 2020  | 2022  |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|
| Norge                | 9,7%  | 10,1% | 10,6% | 10,7% |
| Vestfold             | 12,2% | 12,9% |       |       |
| Telemark             | 13,2% | 13,8% |       |       |
| Vestfold og Telemark |       |       | 13,8% | 13,7% |

Tabell 6.  
Utviklingen i andelen uføre, aldersgruppen 18 – 67 år, for hele landet, Vestfold, Telemark og Vestfold og Telemark samlet.  
Kilde: SSB, tabell 11715.

## Boforholdene varierer mellom grupper

Hvordan vi bor, nabolag og nærmiljø påvirker helse og trivsel. Boforhold omfatter boligøkonomi, boligens standard og nærmiljøet. I dette avsnittet presenteres statistikk som viser flere sider ved boforholdene i fylket som kan ha betydning for oppvekst, helse og trivsel.

Boforholdene kan påvirke barn og unges helse og trivsel på måter som viser seg i skoleprestasjoner og det sosiale livet. Vanskelige boforhold kan for eksempel føre til at barn og unge ikke ønsker å ta med seg venner hjem. For sårbare grupper kan vanskelige boforhold bidra til å forsterke og opprettholde utfordringer.

## Økning i boligpriser

I likhet med resten av landet har boligprisene i Vestfold vært økene de siste årene. Figur 101 viser økningen i gjennomsnittlig kvadratmeterpris på omsatte eneboliger i fritt salg i Vestfoldkommunene siste to årene. Sammenlignet med lønnsveksten ligger prisveksten på boliger mye høyere. En bolig er et investeringsobjekt som for de aller fleste legger beslag på fremtidige årsinntekter. Handlingsrommet på boligmarkedet bestemmes av tilgang på egenkapital og lån, som igjen henger sammen med arv, utdanning, inntekt og tilknytning til arbeidslivet. Tilgang på bolig regnes som et grunnleggende velferdsgode, en viktig levekårsfaktor og påvirkningsfaktor for helsetilstanden. Det er et komplekst samspill mellom

oppover som har det største avviket fra landsgjennomsnittet. Aldersgruppen 18-24 ligger 0,7 prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet, mens de høyere aldersgruppene har avvik på henholdsvis 2,4 prosentpoeng (35-44 år), 2,5 prosentpoeng (45-54 år) og 3,1 prosentpoeng (55-61 år). Utviklingen fra 2016 til 2022 viser at det er i aldersgruppene 35-44 år og 45-54 år at veksten i andel uføre har vært høyest. Også den nasjonale statistikken viser at veksten i andel uføre er lav i den yngste aldersgruppen, sammenlignet med høyere aldersgrupper. Den aller høyeste aldersgruppen, 62-67 år har en nedgang i andel uføre, både nasjonalt og i Vestfold. En betydelig høyere andel kvinner enn menn mottar uføretrygd. Mellom kommunene i Vestfold varierer andelen som mottar uføretrygd (alle aldersgrupper samlet, begge kjønn) mellom 15,3 i Larvik og 11,1 i Tønsberg. Færder er den eneste kommunen som har hatt en økning i andel uføre fra 2020 til 2022. Horten har hatt en betydelig nedgang i samme periode.

bolig, helse og sosial ulikhet, der bolig og boforhold er en bakenforliggende påvirkningsfaktor for de sosiale helseforskjellene. Boforholdene er en faktor med tendens til å «hope seg opp» positivt eller negativt i enkelte grupper av befolkningen (Grønningsærter & Nilsen, 2011).

Kraftig prisvekst på bolig de siste tiårene har bidratt til å øke husholdningers gjeld og økonomisk sårbarhet (Revol et al., 2018). Prisveksten gjør samtidig at boligkapitalen øker for de som allerede er inne på eiermarkedet. Dette er en kapital som åpner for å kjøpe en bedre bolig, til å hjelpe andre familiemedlemmer inn på boligmarkedet eller som etterlater arv. Siden boligformuen ikke er likt fordelt i befolkningen, kan den kraftige prisveksten på bolig derfor bidra til å overføre sosial ulikhet mellom generasjoner (Sandlie et al., 2016).

## Leieandel og husholdningstype

Sammenlignet med andre land har Norge en lav leieandel. Boligpolitikken har som mål at alle skal ha mulighet til å eie sin egen bolig. Leiemarkedet i Norge består i stor grad av privat utleie, som kan gi uforutsigbarhet for leiekontraktens varighet. Økning i boligpriser og bankenes krav om 15 % egenfinansiering ved kjøp, fører til at terskelen for å gå fra leie til eie er høy for flere førstegangskjøpere.

Stabile og trygge boforhold har særlig betydning for barn og unges oppvekst og sosiale utvikling. Forskning viser at barn og unges livssjanser og fremtidsmuligheter påvirkes av nabolaget de vokser opp i. Barn og unge fra familier med lavere sosioøkonomisk status påvirkes i sterkest grad (Andersen & Brattbakk, 2017).

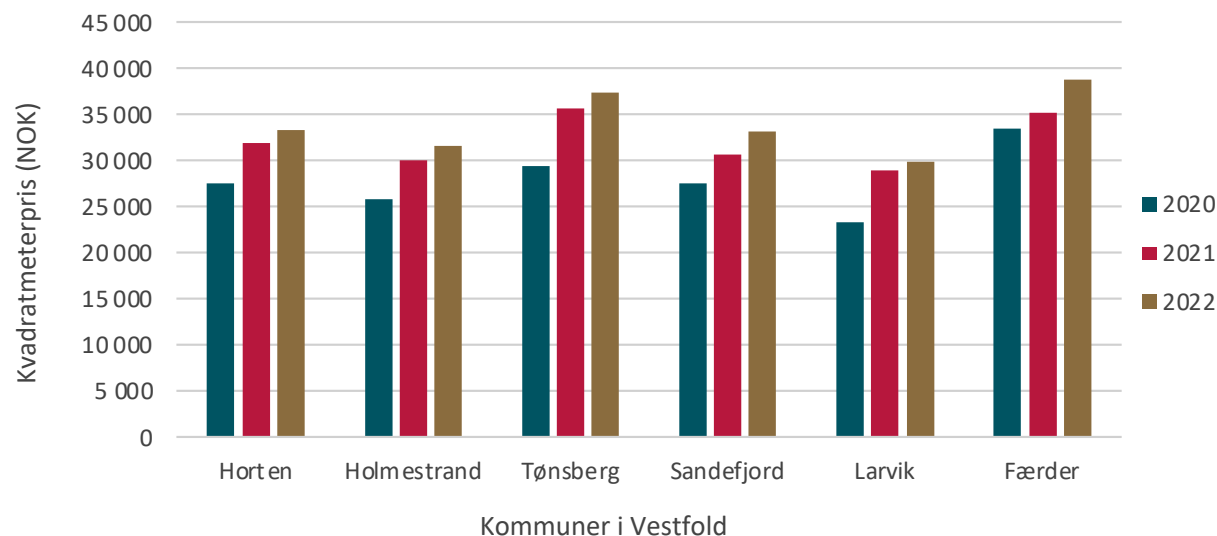
Andelen som leier boligen sin i Vestfold og Telemark

ligger på rundt 21 % og har i perioden 2021-2023 holdt seg stabilt. I 2023 lå andene på 21,4 % som er ca. 2 prosentpoeng under landet som helhet.

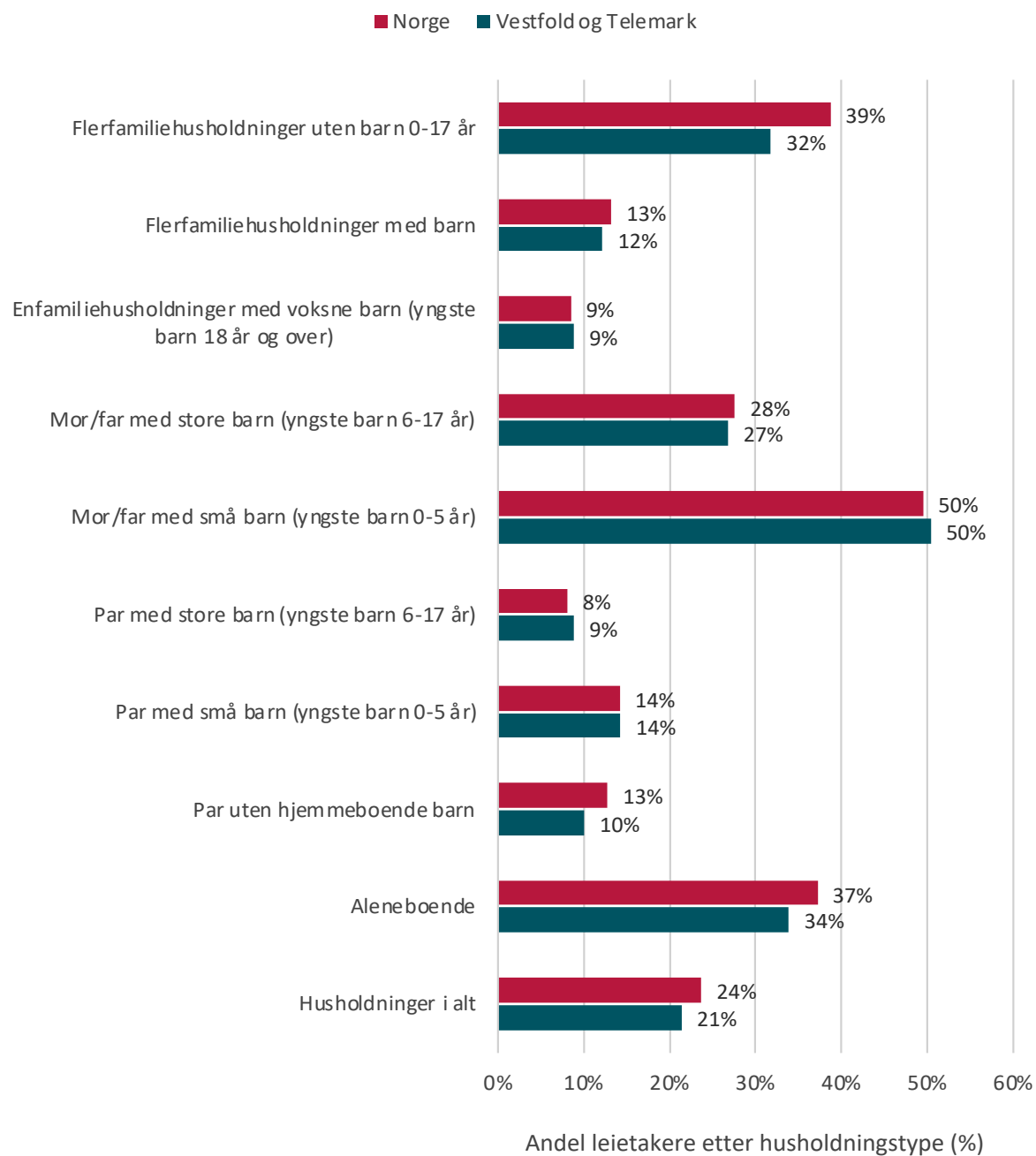
Figur 102 viser stor variasjon mellom husholdningstyper som leier boligen de bor i. Det kommer tydelig fram at der én av foreldrene bor alene med små barn, er leieandelen høyest, med

over 50 %. Det er sannsynlig at flere i denne gruppen er foreldre som har gjennomgått samlivsbrudd, og ennå ikke har etablert seg på nytt i boligmarkedet. Blant husholdningen med høyere leieandel enn gjennomsnittet, finner vi ellers aleneboende og foreldre som bor alene med barn over 6 år og flerfamiliehusholdninger uten barn. I den siste kategorien inngår for eksempel studenter i bofellesskap.

Boligpriser



Figur 101. Gjennomsnittlig kvadratmeterpris på eneboliger ved omsetninger i perioden 2020-2022, kommuner i Vestfold. Kilde: SSB, tabell 06035.



### Andelen leietakere innenfor ulike husholdningstyper i 2023

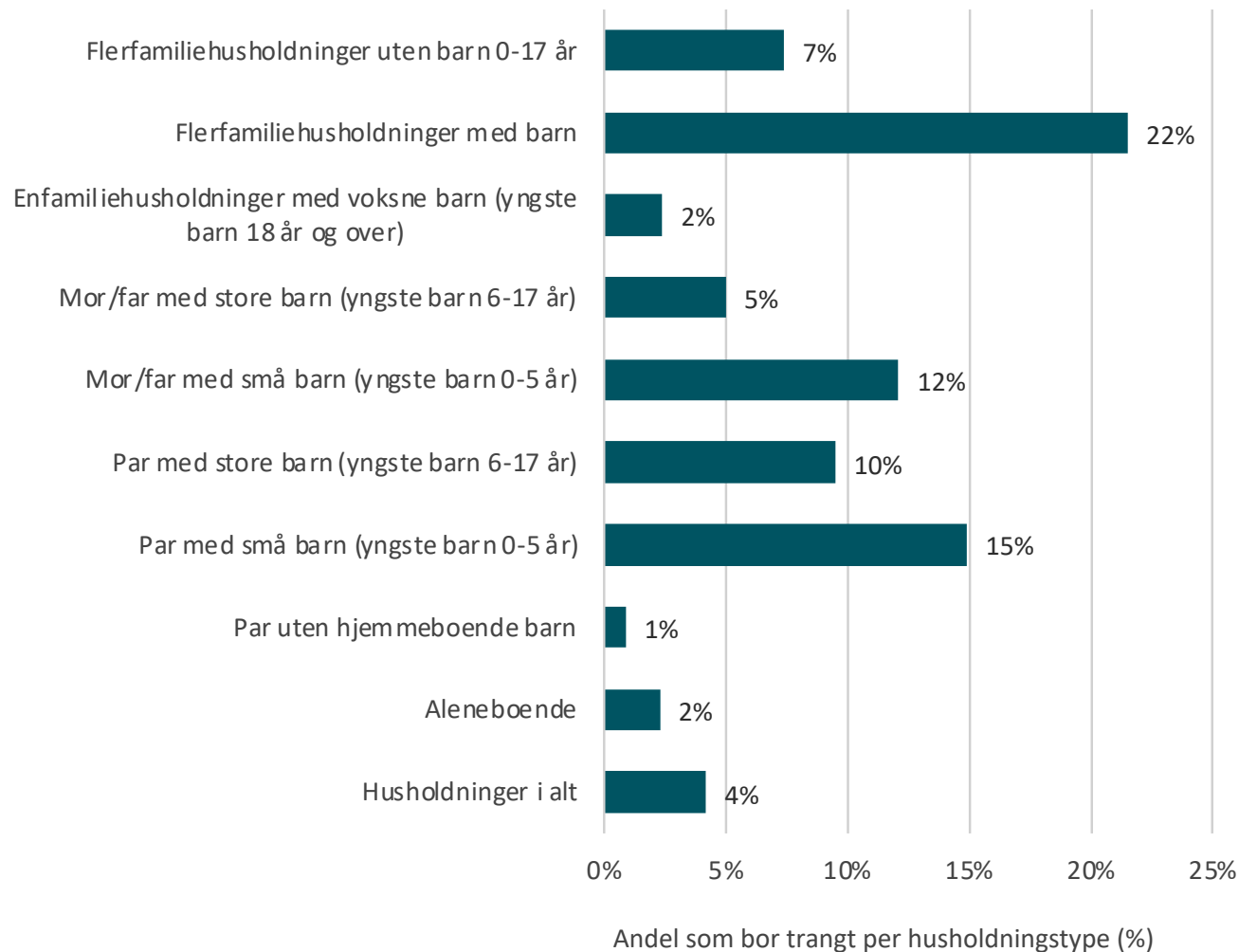
Figur 102. Andelen leietakere etter husholdningstype, Vestfold og Telemark samlet og Norge i 2023. Kilde: SSB, tabell 11082.

## Trangboddhet

Trangboddhet er en indikator på redusert bokvalitet, og betyr at antall rom i boligen er mindre enn antall personer. Der det kun bor én person i boligen, regnes det som trangbodd dersom det er en ettromsleilighet. I Vestfold og Telemark bodde 7 % av innbyggerne trangt i 2022. Til sammenligning var andelen for landet på rundt 10% (SSB, tabell 11085). Ser vi på husholdningstyper viser det seg at spredningen er stor. Det er flerfamiliehusholdninger med barn som har høyest andel trangboddhet på over 20 %, etterfulgt av par med små barn på 15 % (figur 103).

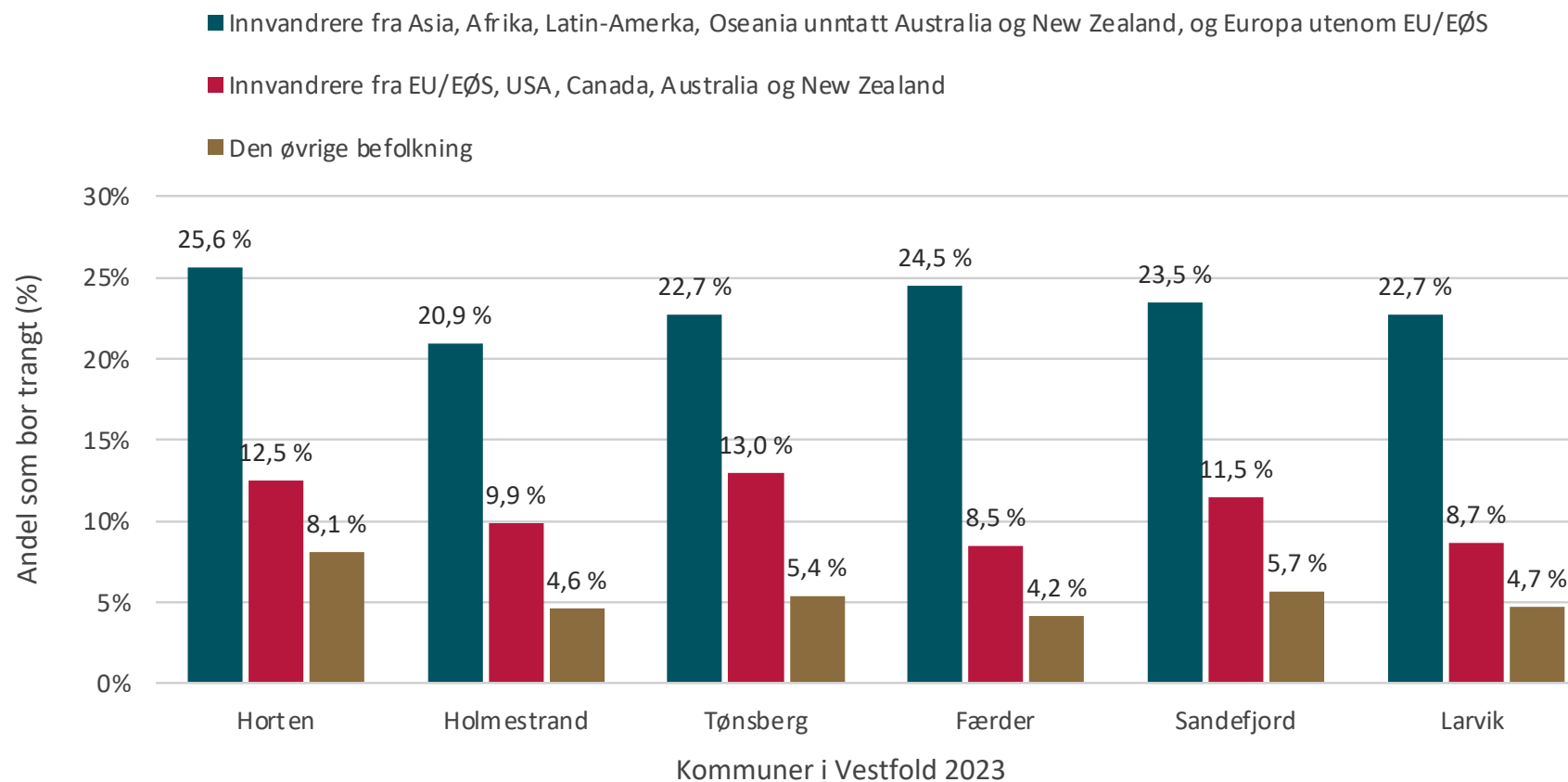
Figur 104 viser en stor forskjell mellom øvrig befolkning og innvandrergupper når det gjelder trangboddhet. Det er særlig innvandrere utenfor den vestlige verden som bor trangt, med opp mot 25 %. Dette er en statistikk som er relevant å se i sammenheng med sosial ulikhet i kommunene.

### Trangboddhet etter husholdningstype



Figur 103. Andel som bor trangt innenfor ulike husholdningstyper i Vestfold og Telemark i 2023. Kilde: SSB, tabell 11085.

### Trangboddhet i Vestfoldkommunene etter landbakgrunn



Figur 104. Andel som bor trangt, inndelt etter landbakgrunn og kommunene i Vestfold, 2023. Kilde: SSB, tabell 11045.

## Oppsummering

Gode levekår er grunnleggende for helse, trivsel og livskvalitet gjennom hele livsløpet, mens dårlige levekår kan bidra til å reproducere sosial ulikhet i helse. Det er i dette kapittelet særlig vektlagt å fremheve indikatorer som både sier noe om hvordan status er for generasjonen som vokser opp i dag, og samtidig peke på forhold som kan bidra til at sosial ulikhet går i arv. Dette kan si noe om hvor innsats kan rettes for å bidra til utjevning av sosial ulikhet, og da på sikt også utjevning av sosial ulikhet i helse. Innsats på mange levekårsområder helt fra før fødsel, inn i de første barneårene og oppover i oppveksten har betydning.

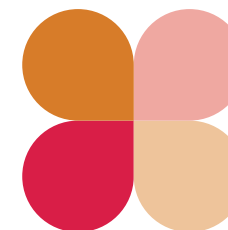
I Vestfold er det en høy andel barnehager som oppfyller pedagognormen, men det er fortsatt mer å hente for fylket ligger noe under landsgjennomsnittet. Ungdom i Vestfold ligger noe lavere enn landet for mestringsnivå i lesing og regning. Det som i større grad bør fange oppmerksomheten er den markerte sosiale ulikheten i mestringsnivå.

Det er mange positive sider ved læringsmiljøet både på ungdomsskole og videregående skole i Vestfold, men det er også rom for forbedring når det gjelder relasjoner, elevdemokrati og medvirkning. Det er tydelige tendenser til en negativ utvikling når det gjelder omfanget av mobbing, men likevel for tidlig å si om dette kun er en forbigående økning. Det er sosial ulikhet i forholdet elevene har til skolen, som for eksempel kommer til uttrykk i andelen som gruer

seg til å gå på skolen. Det er tydelig at de med lavere sosioøkonomisk status gruer seg mer for å gå på skolen. Når det gjelder opplevelse av stress med skolearbeidet og press på skolerresultater finner vi sosial ulikhet, men ikke like tydelig. Der er det kjønnsforskjellene som dominerer, ved at jentene opplever mest stress.

Det har vært en positiv utvikling i andelen som fullfører videregående opplæring. Det trengs fortsatt en innsats for alle, men særlig for gutter som tar en yrkesfaglig utdanning. For andelen unge som står utenfor arbeid og utdanning har det også vært en positiv utvikling, men Vestfold ligger fortsatt høyt på rett under 12 %, og tydelig over gjennomsnittet for landet.

Når det gjelder inntektsulikhet og andel barn i lavinntektsfamilier er det verdt å merke seg ulikheten mellom kommunene i Vestfold. På lavere geografisk nivå innad i kommunene kan vi forvente tilsvarende ulikhetsmønstre i levekår. Når det gjelder boforhold er det særlig andelen trangboddhet blant innvandrere fra ikke-europeiske land som peker seg ut negativt. Ulikheten for boforhold er stor mellom innvandrere og den øvrige befolkningen, og samtidig er det utfordringer med tilgang til egen bolig for foreldre som bor alene med barn.



# Fysisk, biologisk og kjemisk miljø

Miljøet rundt oss har stor påvirkningskraft på helse, trivsel og livskvalitet. Miljøet kan både fremme helse og beskytte mot sykdom, men kan også utgjøre en risiko. Vi er ikke kun passive mottakere av miljøet rundt oss, men bidrar også til å endre det. Klimaendringenes påvirkning på fysisk, biologisk og kjemisk miljø påvirker folkehelsen både direkte og indirekte, via effekter både på psykisk og fysisk helse, skriver Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2022b).



## Tilgang til grønne områder

Tilgang til grønne områder er en svært viktig ressurs for folkehelsa. Nærhet til parker, grøntområder, anlegg for rekreasjon, mosjon og idrett gjør oss mer aktive. I tillegg bidrar grønne områder til mindre stress og bedre mental helse (Waaseth, 2006).

Gåturen i parker eller naturområder i nærheten av der man bor er den mest populære fritidsaktiviteten i Norge, ifølge SSBs levekårsundersøkelse fra 2021 (Dalen & Støren, 2021). Vi finner sosial ulikhet innenfor en rekke friluftaktiviteter, men fisketurer og kortere spaserturer er aktiviteter der forskjellene er på det laveste (SSB, tabell 13392). I en kartlegging av norske kommuner og fylkeskommuners arbeid for å gå tur i nærmiljøet, defineres nærtur eller nærmiljøturer som både transport til daglige gjøremål og som rekreasjon (Thorén et al., 2018). Rapporten omtaler den lokale turveien som landets mest brukte «idrettsanlegg», som både er «kortreist» og tilgjengelig for alle.

I Vestfold er det gjennomgående god tilgang til friluftsområder, sikret gjennom allemannsretten, arealplanlegging og statlig sikring av friluftsområder. Ifølge Miljødirektoratet har Vestfold 141 statlig sikrede friluftsområder, de fleste langs kysten. Vestfold har også én nasjonalpark, Færder nasjonalpark.

Friluftsliv som rekreasjonsinteresse er avhengig av tilgang til naturområder. Strandsonen er under stadig nedbygging og tilgjengelig strandsoneareal i Vestfold og Telemark har de siste 20 årene blitt redusert med 8,5 % (SSB 2023, tabell 08917). Nedbygging av strandsonen kan føre til at det er vanskelig å finne tilgjengelige og egnede teltplasser i de tette bebygde områdene langs skjærgården. I tillegg fører økende trafikk med hurtiggående fritidsbåter og vannskutere til både støy og risiko for seilende, padlende og badende.

Klimaendringene vil også kunne føre til endringer for friluftslivet. Det blir kortere vintre, større skredfare og mer regn, som kan gi økt risiko for ulykker. Det er særlig i lavlandet at lengden på ski- og skøytesesongen kortes ned (Folkehelseinstituttet, 2022b).

Figur 105 viser utviklingen i andel som har trygg tilgang til rekreasjonsareal i Vestfold og Telemark fra 2013-2022. Rekreasjonsarealer er definert som parker, lekeplasser, mindre friareal mv., med beliggenhet innen en avstand på 200 meter fra der man bor. Trygg tilgang til rekreasjonsareal er når man slipper å krysse trafikkert vei (med over 3000 årlig gjennomsnittlig døgntrafikk og fartsgrense over 30 km/t). Tilgang innen kort avstand har særlig betydning for hverdagsaktivitet, spesielt for barn,



eldre og personer med funksjonsnedsettelse.

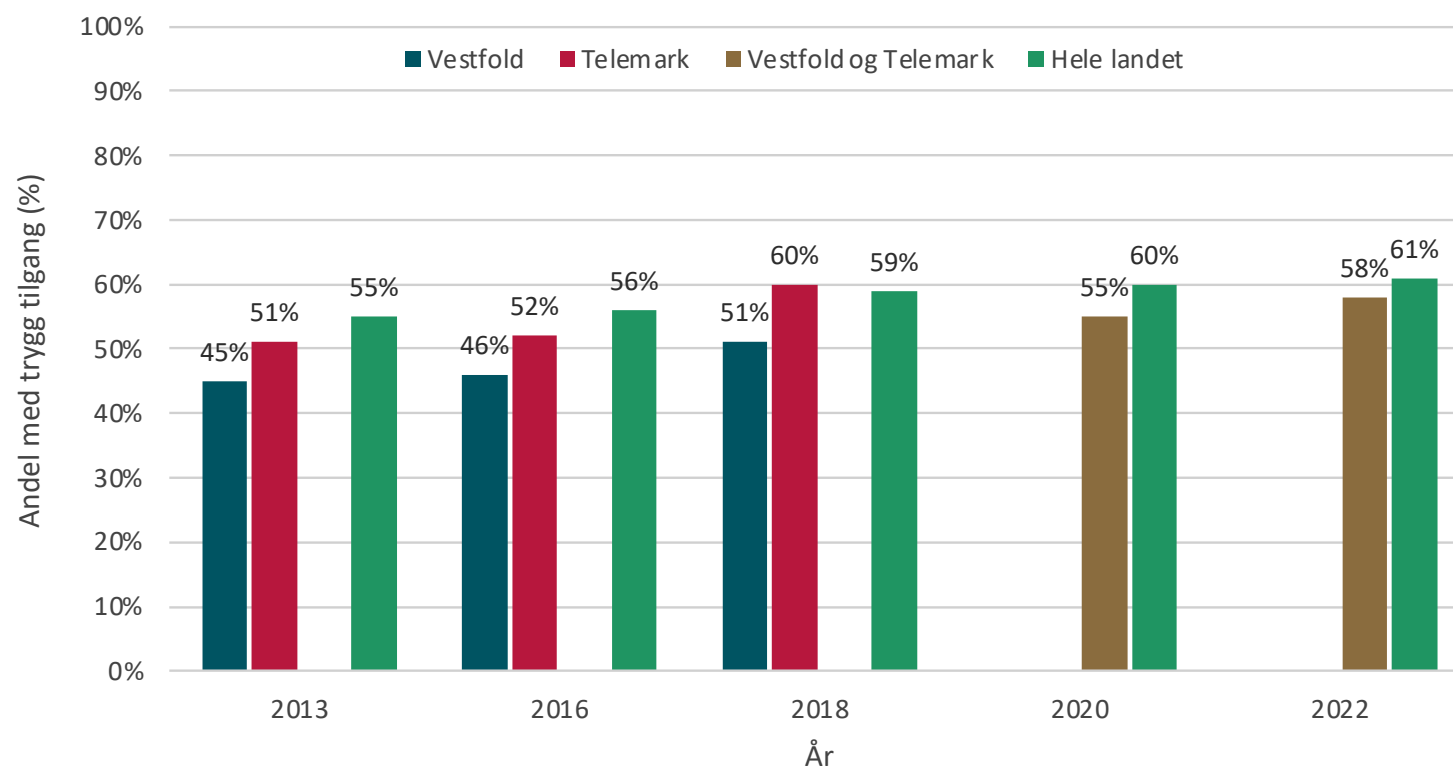
Det har vært en positiv utvikling for Vestfold i perioden fra 2013 og 2018, der andelen har økt fra rett over 45 % til 51 %. Likevel ligger Vestfold her et godt stykke under landsgjennomsnittet for disse årene. Fra 2020 måles Vestfold sammen

med Telemark, derfor øker andelen opp til 55 %, ettersom Telemarks andel lå høyere i utgangspunktet.

Nærturterreng er større grønne arealer, med beliggenhet innen en avstand på 500 meter fra der man bor. Trygg tilgang til naturterreng regnes

når man slipper å krysse barrierer for å komme dit. Barrierer er veier med høy trafikk og høy fartsgrense eller bane (jernbane og t-bane).

### Trygg tilgang til rekreasjonsareal, sammenlignet med resten av landet

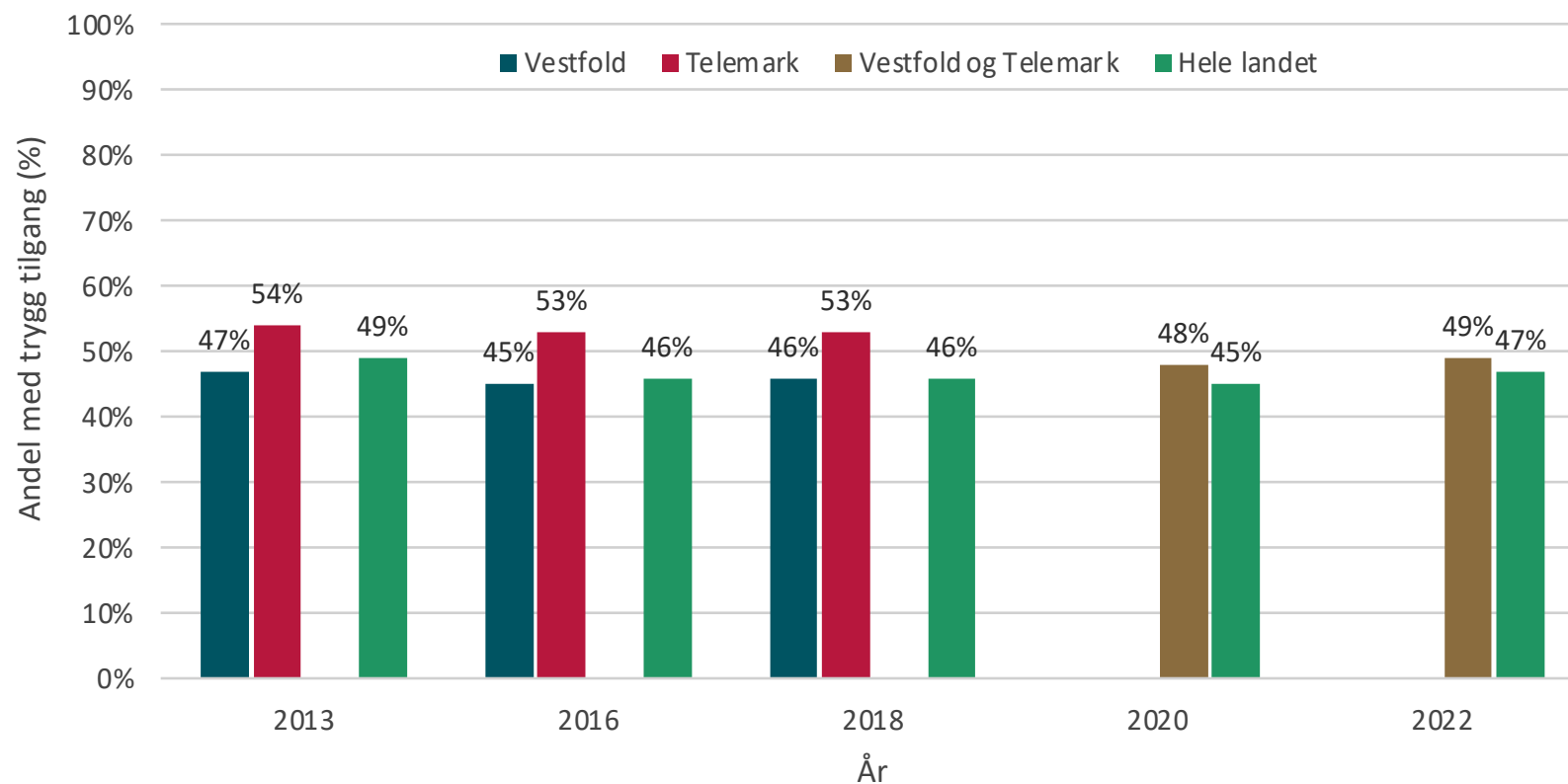


Figur 105. Andel bosatte i tettsteder med trygg tilgang til rekreasjonsareal, sammenlignet med resten av landet (2013-2022). I 2020 og 2022 er Vestfold og Telemark slått sammen til ett område, grunnet fylkessammenslåingen. Kilde: SSB, tabell 09579.

Andelen med trygg tilgang til nærturterreng ligger noe lavere enn tilgang til rekreasjonsareal (figur 106), men her ligger Vestfold nærmere landsgjennomsnittet, men godt under andelen i

Telemark. Sammenslått med Vestfold for årene 2020 og 2022, går andelen opp fordi Telemark i utgangspunktet ligger høyere.

### Trygg tilgang til nærnatur i Vestfold og Telemark, sammenlignet med resten av landet



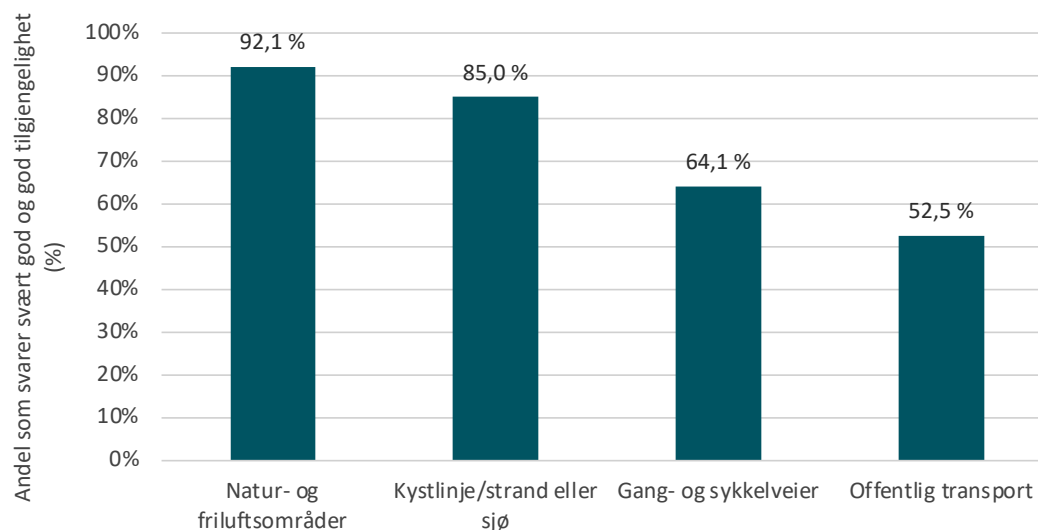
Figur 106. Andel i befolkningen med trygg tilgang til nærturterreng i Vestfold og Telemark, sammenlignet med resten av landet. Utvikling i perioden 2013-2022. Vestfold og Telemark slått sammen til ett området i 2020 og 2022, grunnet fylkessammenslåing. Kilde: SSB, tabell 09579.

I Folkehelseundersøkelsen fra 2021 blir deltakerne spurt om hvordan de opplever tilgjengeligheten i nærmiljøet. Her er det inndelt på natur- og friluftsområder, kystlinje/strand eller sjø, gang- og sykkelvei og offentlig transport.

Figur 107 viser at 92 % i Vestfold opplever at de har svært god eller god tilgang til natur- og friluftsområder. Vi ser at andelen er noe lavere på opplevelse av tilgangen til kystlinje, strand eller sjø.

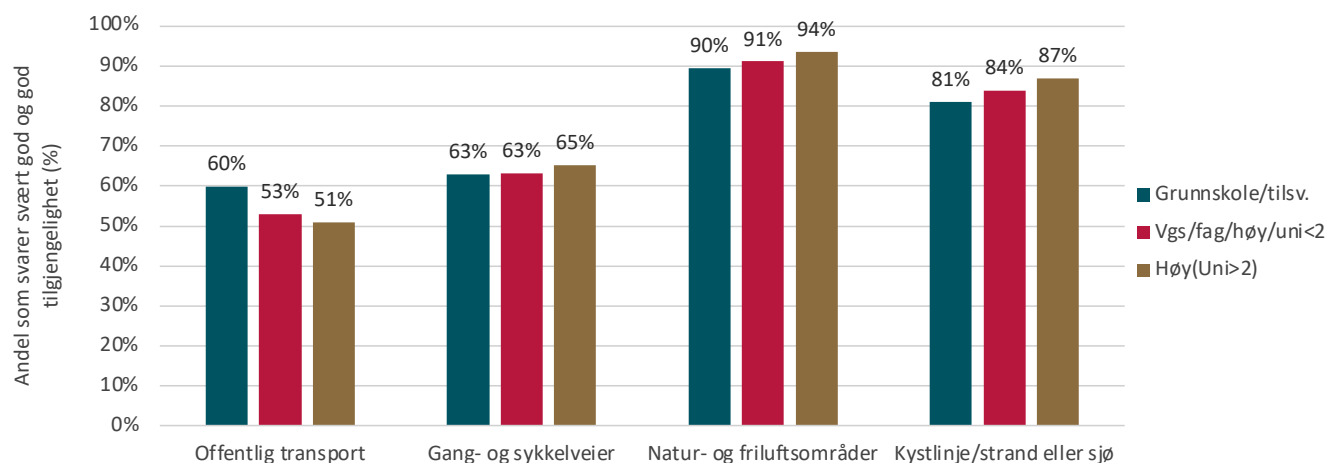
Figur 108 viser at det er en liten sosial ulikhet i opplevelse av tilgang på natur og friluftsområder på 4 prosentpoeng, mens for tilgang til kystlinje/strand eller sjø er denne forskjellen på 6 prosentpoeng. Mens de med lengst utdanning er mest fornøyd med tilgangen til naturområdene, viser det seg en forskjell på hele 9 prosentpoeng mellom kortest og lengst utdanning i det å oppleve at tilgangen på offentlig transport er svært god eller god. Jo lengre utdanning, desto mindre fornøyd med tilgjengeligheten. En mulig tolkning av forskjellen kan være at bruken av tilbudet kan variere mellom gruppene, ved at de med lengre utdanning kanskje bruker offentlig transport i mindre grad, og har andre forventninger til tilbudet.

### Opplevelse av tilgjengelighet i nærmiljøet, Vestfold 2021



Figur 107. Andel som opplever at de har god og svært god tilgjengelighet til ulike ressurser i nærmiljøet, personer 18 år og eldre, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

### Opplevelse av tilgjengelighet i nærmiljøet, Vestfold 2021



Figur 108. Andel som opplever at de har god og svært god tilgjengelighet til ulike ressurser i nærmiljøet, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, personer 18 år og eldre, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

## Støyplager

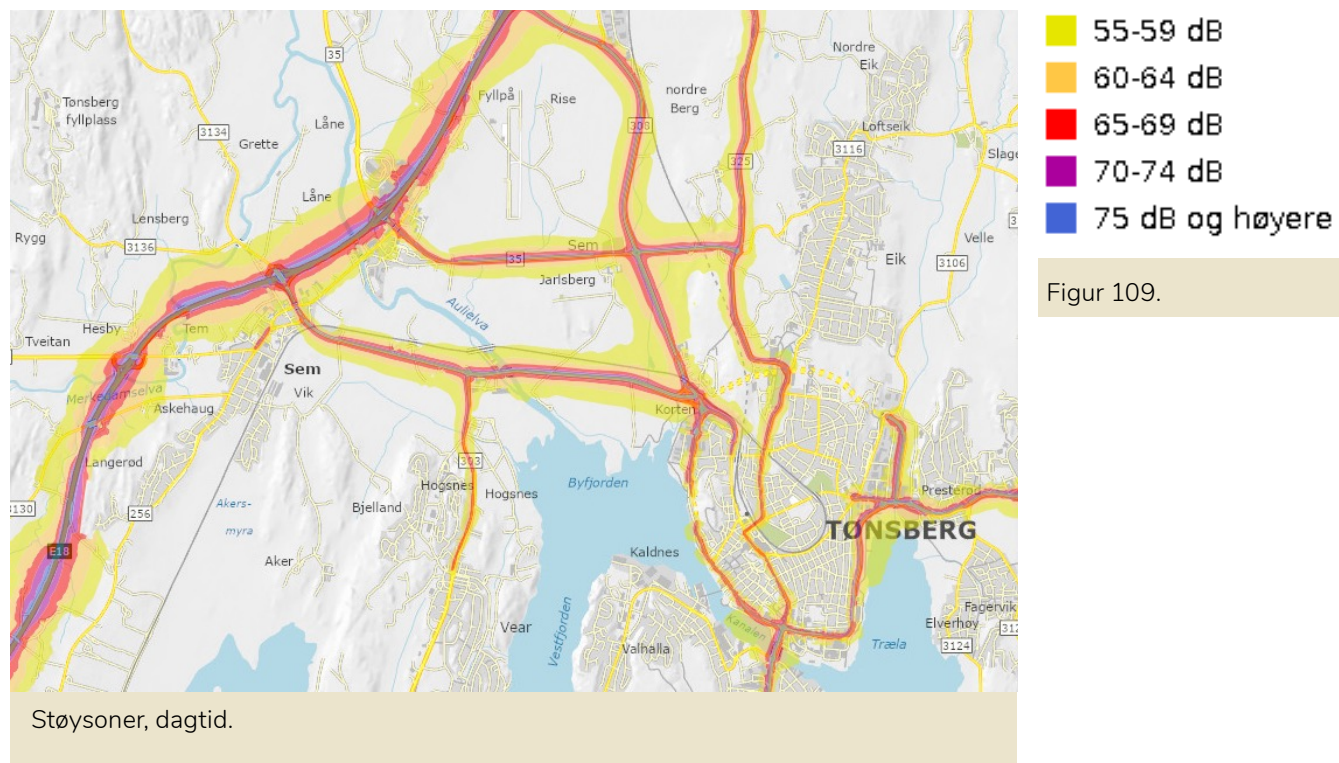
I takt med økt kunnskap om hvilke helseplager støy kan føre til, har det i de senere årene blitt mer oppmerksomhet rundt støyforurensing. Støy er definert som uønsket lyd og lyd som kan gi helseskade (Aasvang GM et al., 2014). En rekke konsekvenser og tilstander er dokumentert, både umiddelbare og på sikt. Det er snakk om forstyrrelse av kommunikasjon, konsentrasjon, søvn og hvile. Dette gir redusert livskvalitet og økt risiko for psykiske plager. Særlig er søvnforstyrrelser en alvorlig konsekvens som direkte påvirker fysisk og psykisk helse. Forskning har vist at på sikt øker risiko for hjerte- og karsykdom ved langvarig (dvs. over flere år) eksponering for støy fra veitrafikk (WHO, 2018). Man tror at dette har sammenheng med fysiologiske responser i kroppen slik som økt hjerterefrekvens, økt blodtrykk og mer stresshormoner, altså responser typisk for stress. Visse typer støy kan også gi nedsatt hørsel, hørselstap og øresus (tinnitus). Med dette kan sosial isolasjon og psykiske plager følge med. Hørselstap kan skje både ved vedvarende støyeksponering og når plutselig utsatt for høye lyder (Aasvang GM et al., 2014).

Verdens helseorganisasjon kom i 2018 med en oppdatert versjon av sine retningslinjer for støy (Folkehelseinstituttet, 2018c; WHO, 2018). Den er blant annet basert på en systematisk

gjennomgang av forskningsbasert kunnskap om helsevirkningene av støy (International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH), 2024). Støy er definert som forurensing og er omtalt i forurensingsloven, og forvaltning av støy er også dekket i andre regelverk, veiledere og retningslinjer (Miljødirektoratet, 2024).

Veitrafikk er den største kilden til støyforurensing i Norge. Statens vegvesen og andre veieiere kartlegger støynivå langs veiene (Statens vegvesen, 2024). Statens vegvesen legger også ut kart som viser støysoner, med ulik grad av beregnet støynivå, for riks- og fylkesveier (Aasvang GM et al., 2014). Et eksempel for Tønsberg by og området rundt kan ses i kartet i figur 109.

### Støysoner fra Statens vegvesen, Tønsberg



Utfordringer med støy er størst i tett befolkende og urbane områder, som henger sammen med kollektivknutepunkter og der det er mye trafikk.

Samtidig som støy er noe som er fysisk til stede og målbart i desibel, er det også en subjektiv opplevelse. Vi mennesker varierer i hvor følsomme vi er for støy, hvilke kroppslige reaksjoner vi får og hva som oppleves som plagsomt. I Folkehelseundersøkelsen har deltakere i Vestfold blitt spurt om deres opplevelse av støyplager innendørs i bolig og på boligens uteareal, fra veitrafikk og fra andre utendørskilder.

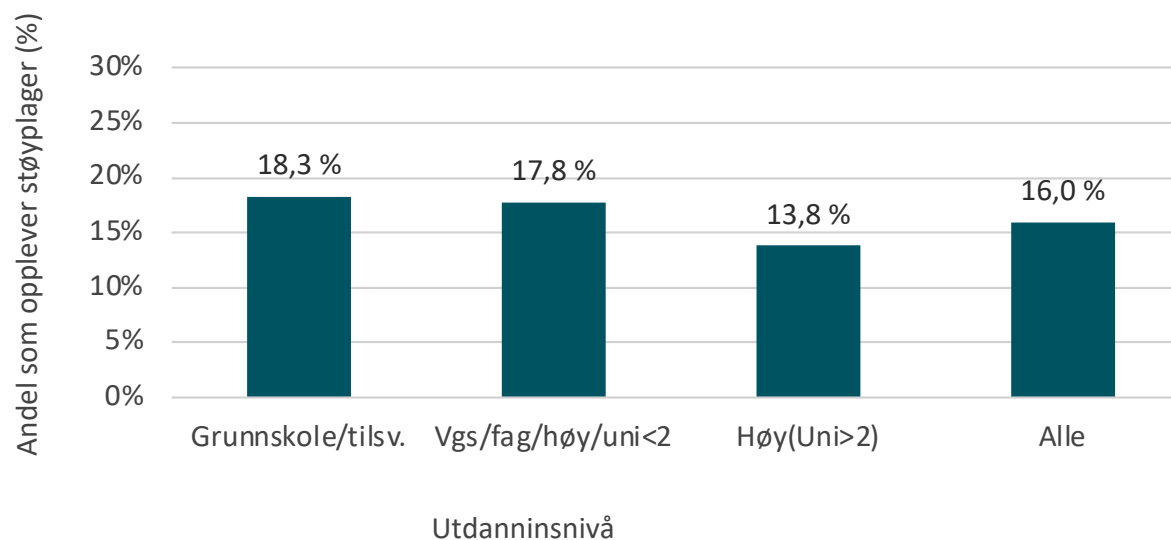
I 2015 svarte 7,4 % at de var middels, mye eller svært plaget av støy fra veitrafikk. Denne andelen hadde økt til 11 % i 2021 undersøkelsen. For andre støykilder svarte 8,4 % at de var middels, mye eller svært plaget i 2015, altså høyere enn plage fra veitrafikkstøy i 2015. Denne andelen hadde også økt, men ikke like mye som for veitrafikkstøy, til 9,4 % i 2021 undersøkelsen. I 2015-undersøkelsen ble det ikke fremhevet at det skulle være en kilde som var utendørs, slik at for kategorien «andre støykilder» er det mulig noen deltakere har inkludert støy innendørs i egen bolig eller andre boenheter i samme hus/blokk. Økning vi finner i støyplager er i tråd med det FHI skriver om nasjonale mønstre, at støyforurensing er et økende problem, og det pekes på fortetting og urbanisering (Aasvang GM et al., 2014).

Hvis de som opplever enten støyplager fra veitrafikk, fra andre utendørskilder eller fra begge kildene blir analysert sammen er det totalt 16 % i Vestfold som er plaget av en eller annen form for støy utendørs i og rundt egen bolig (figur 107).

Støyforurensing kan bidra til å forsterke sosial ulikhet i helse og livskvalitet. Dette er godt dokumentert i andre land, og kan også ha en sammenheng i Norge, men varierende etter

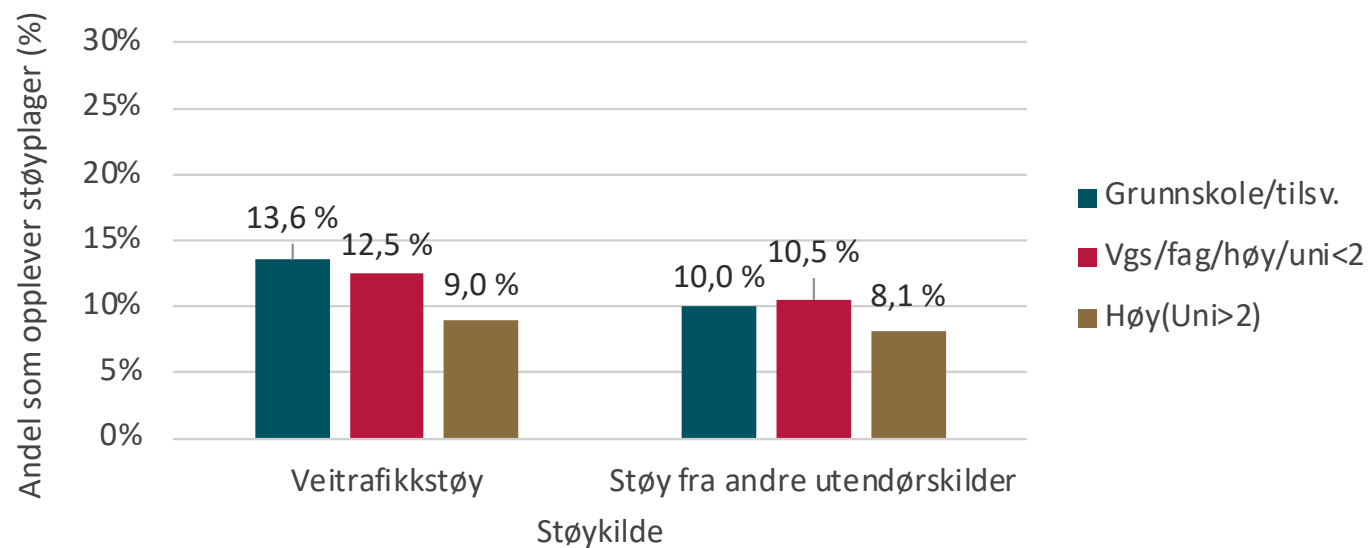
lokale forhold (Fyhri & Klæboe, 2006; Statistisk sentralbyrå, 2012). Figur 110 og 111 gir et innblikk i sosial ulikhet for støyplager i Vestfold. Den sosiale ulikheten kommer tydeligst til syne for kun veitrafikkstøy, og deretter når både veitrafikkstøy og støy fra andre utendørskilder ses i sammen (figur 110). For veitrafikkstøy er det 4,6 prosentpoeng som skiller de med lavest og høyest utdanningsnivå.

**Plaget av støy i og utenfor bolig, Vestfold 2021**



Figur 110. Andel som er middels, mye eller svært mye plaget av støy fra veitrafikk eller andre utendørs kilder i bolig eller på boligens utearealer, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, personer 18 år og eldre, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

## Plaget av støy og sosial ulikhet, Vestfold 2021



Figur 111. Andel som er middels, mye eller svært mye plaget av ulike utendørs støykilder i og utenfor bolig, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, personer 18 år og eldre, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.



## Luftkvalitet

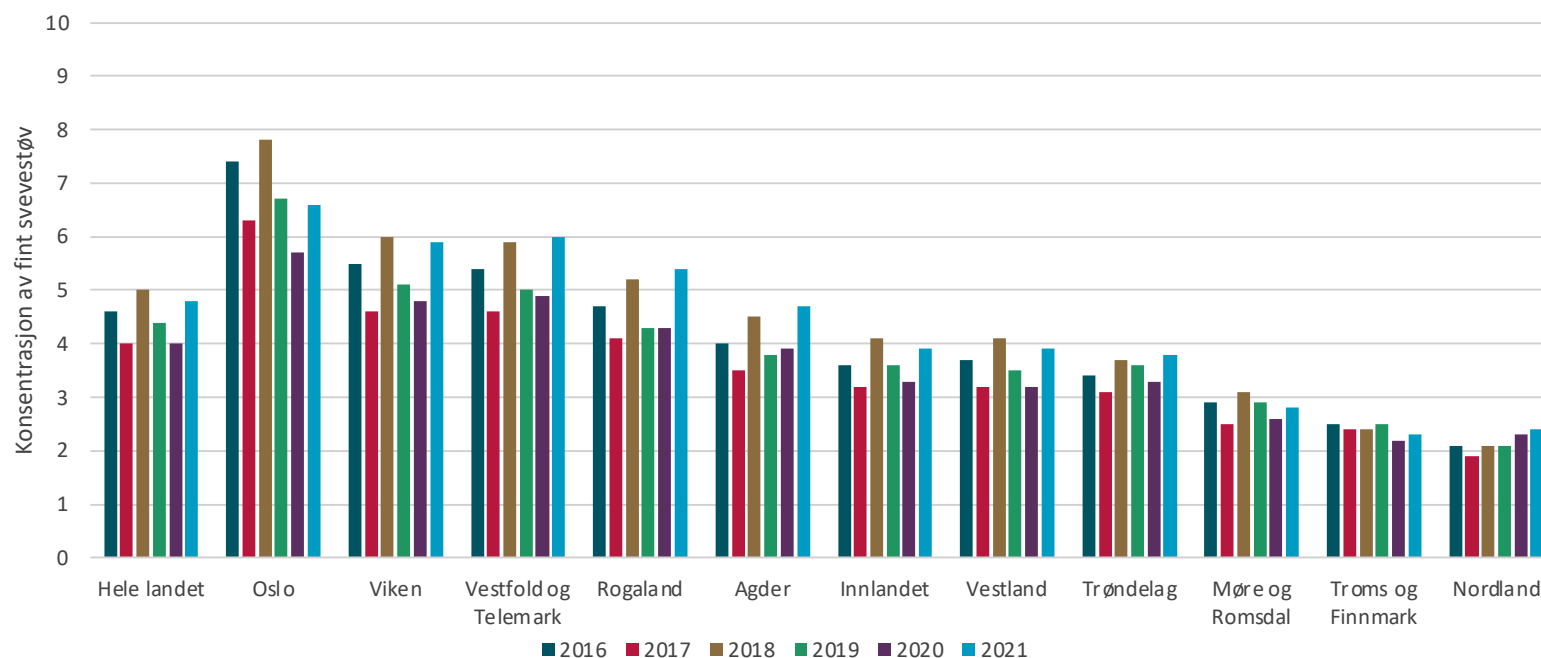
Luftforurensningen har gått ned i Norge de siste 10-20 årene, men bidrar likevel betydelig til sykdomsbyrden, ifølge Folkehelseinstituttet. Dette gjelder særlig for sårbare grupper, som i denne sammenheng er personer med astma og andre luftveissykdommer, sykdommer i hjerte- og karsystemet og diabetes.

Det er en rekke ulike komponenter det dreier seg om. Én av de viktigste komponentene er svevestøv, som er små luftbårne partikler som kan pustes inn. Veitrafikk, vedfyring og utslipp fra industrien er viktige kilder (Låg M & AK, 2014).

Figur 112 viser at Vestfold og Telemark ligger på nivå med fylkene som har høyest konsentrasjon av svevestøv i perioden 2016-2021. FHI og Miljødirektoratet fastsetter grenseverdier, såkalte luftkvalitetskriterier, basert på forskning om helsekonsekvenser og nivåer de fleste kan utsettes

for uten at det oppstår helseskade. Grenseverdien for svevestøv ligger i dag på 8. Figuren viser at alle fylkeskommunene ligger under grenseverdien. I denne statistikken på fylkesnivå kan vi regne med at det finnes store variasjoner mellom kommunene og mellom mindre områder også. Det er verdt å merke seg at søylene varierer år for år. I målinger som viser et lengre tidsspenn har trenden gått nedover, ifølge Folkehelseinstituttet (ibid.).

Konsentrasjon av fint svevestøv 2016-2021



Figur 112. Befolkningsvektet konsentrasjon av finkortet svevestøv (PM<sub>2,5</sub>: partikler mindre enn 2,5 mikrogram per kubikkmeter luft) midlet over ett år. Befolkningsvektet gjennomsnitt er et vektet gjennomsnitt av befolkningens eksponering for en luftforurensningskomponent som for eksempel svevestøv. Dette beregnes ved å gange hver svevestøvkonsentrasjon med antall personer som eksponeres for denne konsentrasjonen, deretter summeres alle produktene, før man deler på totalt antall personer i befolkningen. Resultatet av divisjonen er det befolkningsvektede gjennomsnittet. Fra 2016-2021, for hele landet under ett og per fylke. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, FHI).

## Drikkevann

Drikkevannet i Norge er av god kvalitet. Det er særlig svikt i distribusjonssystem som kan gjøre oss sårbare. Det er jevnt over god stabilitet på leveringen til husholdningene, men behovet for rehabilitering og fornying er også der.

Det er også viktig å være oppmerksom på at klimaendringene med endringer i temperatur, kraftig nedbør og flom kan føre til økt risiko for forurensning av drikkevannet og gi problemer for distribusjonssystemer.

I 2021 var andelen tilknyttet vannverk med tilfredsstillende hygienisk kvalitet (målinger av bakterien e-coli) og leveringskvalitet (ikke-planlagte avbrudd i vannforsyningen) på 98,5 % i Vestfold og Telemark (Norgeshelsa statistikkbank, FHI). I 2022 var andelen tilknyttet vannverk med tilfredsstillende prøveresultater på bakterien e-Coli 100 % (SSB, 2023 tabell 11786). Det er imidlertid noe variasjon mellom kommunene på disse målingene.



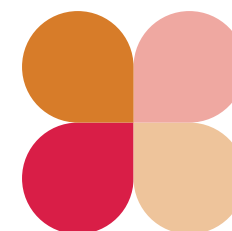
## Oppsummering

I Vestfold er det som mye positivt når det gjelder muligheter for å bruke naturen som en helsefremmende arena. Tilgang til grønne områder er god for mange og mye er sikret gjennom allemannsretten. Det er indikasjon på en positiv utvikling for god tilgang til rekreasjonsarealer, samtidig som det kan være mer å hente siden Vestfold ligger under landsgjennomsnittet. Indikatoren for trygg tilgang til nærturterreng viser tendens til en reduksjon fra 2013-2016, deretter er tallene noe vanskelige å tolke grunnet sammenslåing med Telemark. Når nye tall for Vestfold alene kommer, bør de vurderes opp mot fortsatt reduksjon eller ikke.

Når det gjelder folks opplevelse av tilgjengelighet til natur, friluftsområder og inkludert kyst, strand og sjø, ser dette svært positivt ut for mange. Den sosiale ulikheten ser ikke veldig markert ut heller for tilgang til natur og friluftsområder, dog litt mer markert for

tilgjengelighet til kystlinje, strand eller sjø. Her bør også nevnes at det har vært en reduksjon på 8 % for strandsoneareal i Vestfold de siste 20 årene. Naturen med sitt mangfold er en ressurs for helse, trivsel og livskvalitet i Vestfold. Det bør være stor oppmerksomhet på å bevare naturen som en ressurs for hele befolkningen i fylket.

Opplevelse av tilgjengelighet for offentlig transport og for gang- og sykkelveier er god for et flertall, men her er det også mange som rapporterer om det motsatte. Støy er et økende problem i fylket, og da særlig støy fra veitrafikk. Støyplager kan ha mange uheldige konsekvenser for de som rammes. Luftkvaliteten i fylket trenger også fortsatt oppmerksomhet, og selv om målinger for svevestøv ligger under satt grenseverdi for helseskader ligger Vestfold høyt blant fylkene i landet.



# Levevaner

Levevaner kan fremme eller hemme god helse og livskvalitet. Røyking, fysisk inaktivitet og usunt kosthold er velkjente eksempler på levevaner som kan påføre mennesker sykdom og helseplager. Motsatt er det en rekke levevaner som kan styrke den fysiske og psykiske helsa. Et eksempel på det siste er følgende kjente råd: Gjør noe aktivt, gjør noe sammen med andre og gjør noe meningsfylt.

Generelt varierer levevaner som har helseeffekter på den måten at de som har høyere inntekt og/eller lang utdanning har mer helsefremmende levevaner. Levevanene våre preges av mer enn personlige valg, fordi de i så stor grad er betinget av miljø, oppvekst, levekår og livsfase. Ulikhet i levevaner kan handle om økonomiske muligheter og tilgang til materielle goder. Resultatene viser seg i form av sosiale forskjeller i helsetilstand og forventet levealder, som omtalt i kapittel om helsetilstand og kapittel om befolkningsutviklingen.

Dette kapittelet gir en oversikt over forekomst og tilstand for levevanene som påvirker mest når det gjelder tapte leveår og sykdomsbyrde i samfunnet. Inkludert er tobakksbruk, alkoholbruk, cannabisbruk og bruk av andre illegale rusmidler, kostholdet i befolkningen og aktivitet og stillesitting. Søvnlangde og søvnproblemer omtales i kapittel livskvalitet og sosialt miljø.



## Tobakk: Røyking og bruk av snus

Bruk av tobakk øker risiko for sykdom som hjerte- og karsykdommer, kreft og kroniske luftveissykdommer. Det å røyke er den levevanen som bidrar mest til tapte leveår i befolkningen. Halvparten av de som røyker dør tidligere enn de ville gjort som ikke-røykere. Både røyking og snus knyttes til fosterskader og dødsfall, nikotinavhengighet og skader på tannkjøtt og tenner. På landsbasis regner Folkehelseinstituttet med at hvert femte dødsfall før 70 skyldes røyking (Folkehelseinstituttet, 2022b).

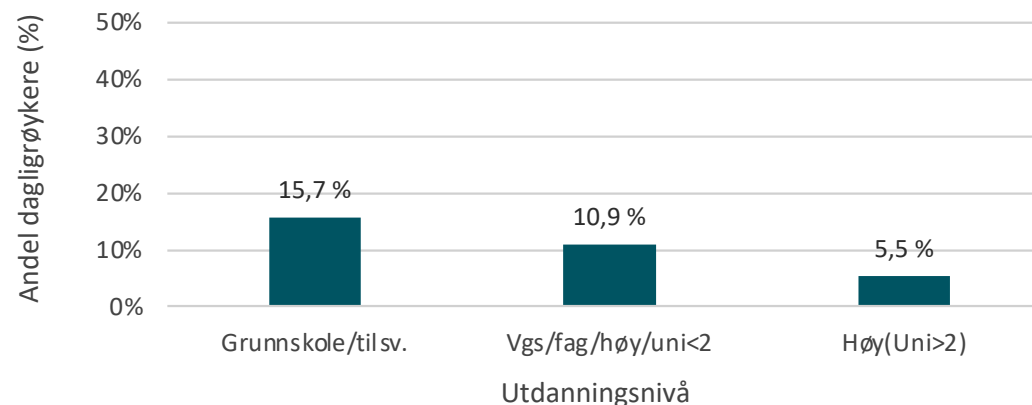
Det har vært en betydelig nedgang i røyking de siste tiårene. Tidligere var røykere den største gruppen brukere av tobakk, men den siste tiden har det skjedd en dreining mot at brukere av røyking og snus er like store.

Ungdata-undersøkelsene viser en nedgang i andelen som røyker ukentlig eller oftere fra 2013 til 2021. På ungdomsskolene i Vestfold svarte 4 % av guttene i 2013 at de røyket minst én gang uka, mens for jentene var andelen på 3 %. I 2021 svarte kun 2,2 % av elevene på ungdomsskolen at de røykte minst én gang i uka. På videregående lå andelen gutter som røykte minst én gang i uka på rundt 9 % i 2017, mens denne andelen har sunket til 3,8 % i 2021. For jentene falt denne andelen fra 5 % i 2017 til 2,1 % i 2021. Denne statistikken gjelder røyking av sigaretter. I Ungdata-undersøkelsen fra 2021

spørres det også etter bruk av e-sigaretter/vape (sigaretter som inneholder en væske som fordampes og deretter inhaleres). I Vestfold og Telemark totalt lå andelen som bruker e-sigaretter/vape minst én gang i uka på 3 % for gutter og 1 % for jenter for 8. trinn til vg1. I Oslo ble forrige ungdata-undersøkelse gjennomført i 2023. Andelen unge som har brukt e-sigaretter har økt i Oslo fra 3 % til 17 % på to år, og økningen har vært størst blant jenter (Bakken, 2023).

Andelen som røyker blant voksne, har også gått ned. I Folkehelseundersøkelsen svare 8,7 % av deltakerne fra Vestfold at de røyker daglig. Denne andelen lå på 12 % for kvinner og 13 % for menn i 2015. Når vi ser nærmere på andelen som røyker nå, viser det seg noen tydelige mønstre. Figur 113 viser fordelingen av de voksne som røyker daglig etter utdanningsnivå. Det er en forskjell på ca. 5-10 prosentpoeng i andel som røyker mellom de med grunnskole og de med høyere utdanning.

Dagligrøyking og sosial ulikhet, Vestfold 2021



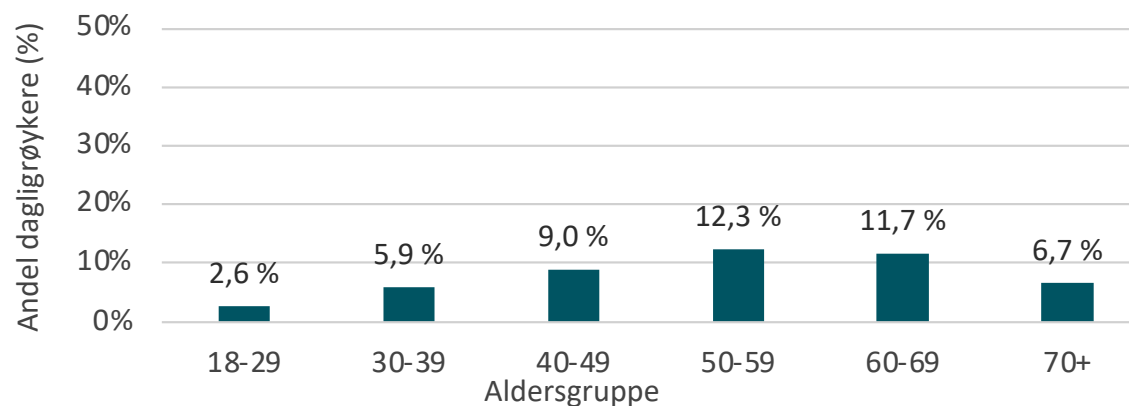
Figur 113. Andeler av personer 18 år og eldre som røyker daglig, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og Trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

Figur 114 viser at andelen som røyker er høyest blant de over 40 år, for så å synke etter 70+. Dette er helt i tråd med mønstrene vi finner nasjonalt i Folkehelse rapporten, publisert av Folkehelseinstituttet.

Figur 115 viser fordelingen av røykere mellom kommunene. Det er nokså jevnt fordelt mellom Holmestrand, Larvik, Sandefjord, mens Færder har den laveste og Horten den høyest andelen dagligrøykere.

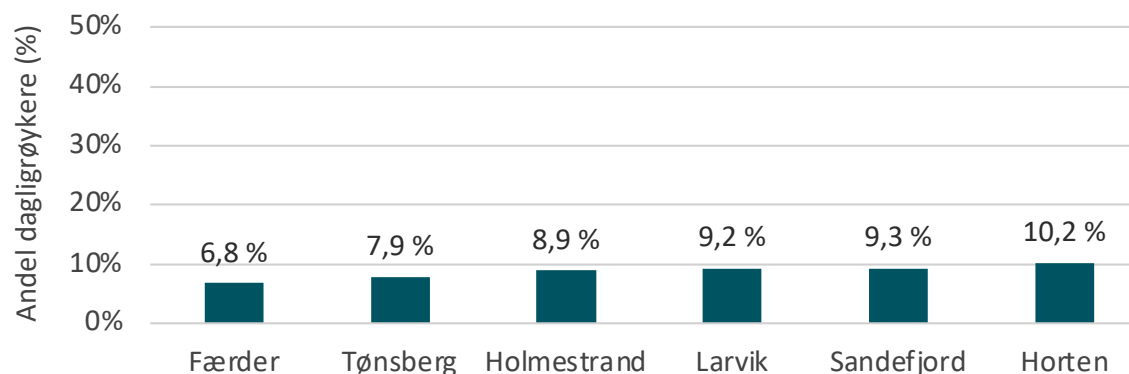
For bruk av snus viser tall fra ungdata-undersøkelsene at andelen som snuser ukentlig eller oftere, gradvis har gått ned fra 2013 til 2021 når elever på ungdomsskole videregående skole ses samlet. Tall fra ungdata-undersøkelsene viser at andelen som snuser ukentlig eller oftere, gradvis gått ned fra 2013 til 2021 både på ungdomsskolen, videregående og for begge kjønn (for Vestfold og Telemark samlet 8. trinn - VG1, gikk andelen fra 9 % av guttene i 2013/2015 til 6 % i 2021 og for jentene fra 6 % i 2013/2015 til 4 % i 2021). Mens andelen som snuser på daglig basis er på 2 % på ungdomsskolen i Vestfold i 2021, kommer denne helt opp i 12 % for begge kjønn samlet på videregående. For de voksne som har deltatt i folkehelseundersøkelsen i 2021 ligger andelen som daglig bruker snus også på rundt 12 %. Det kan dermed se ut som bildet er at snus tar over for røyking, både for de eldste blant ungdommene og de voksne.

### Dagligrøyking og alder, Vestfold 2021



Figur 114. Andeler av personer 18 år og eldre som røyker daglig, inndelt i aldersgrupper, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og Trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

### Dagligrøyking per kommune, Vestfold 2021

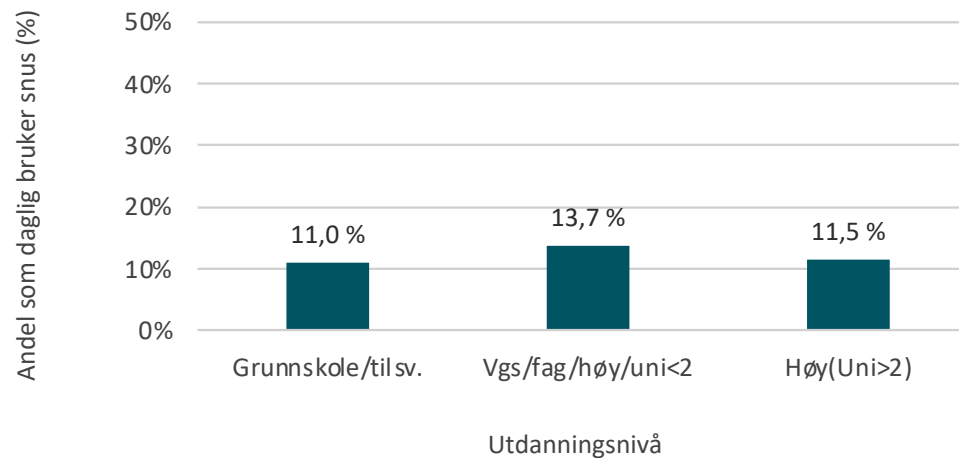


Figur 115. Andeler av personer 18 år og eldre som røyker daglig per kommune i Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og Trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

Figur 116 viser fordeling av daglig bruk av snus blant de voksne etter utdanningsnivå. Det er ikke et tydelig klassisk mønster av sosial ulikhet, men det kan derimot se ut til at det er blant de med middels utdanningslengde at andelen er høyest.

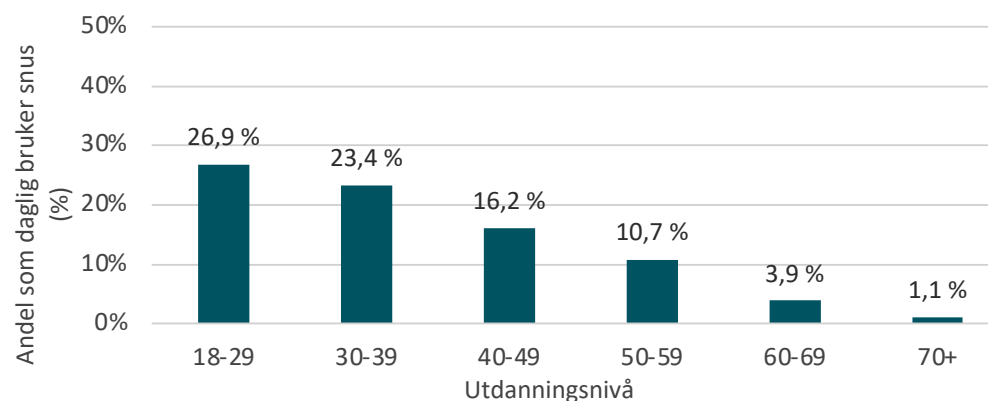
Figur 117 viser fordeling på alder. Det tegner seg et tydelig mønster i statistikken på aldersforelding. Det er blant de unge voksne andelene som snuser daglig er høyest, og andelene synker deretter med høyere alder. Det er liten variasjon mellom kommunene i andeler som snuser daglig.

**Daglig bruk av snus, Vestfold 2021**



Figur 116. Andeler av personer 18 år og eldre som snuser daglig, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og Trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

**Daglig bruk av snus og alder, Vestfold 2021**



Figur 117. Andeler av personer 18 år og eldre som snuser daglig, inndelt i aldersgrupper, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og Trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

## Alkoholforbruket blant ungdom og voksne

For høyt alkoholforbruk er blant de største risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen. Det er mengden alkohol per gang og høyt inntak over lang tid som bidrar til å øke risiko for helsemessige og sosiale skader. Det er sammenhenger mellom alkohol og vold.

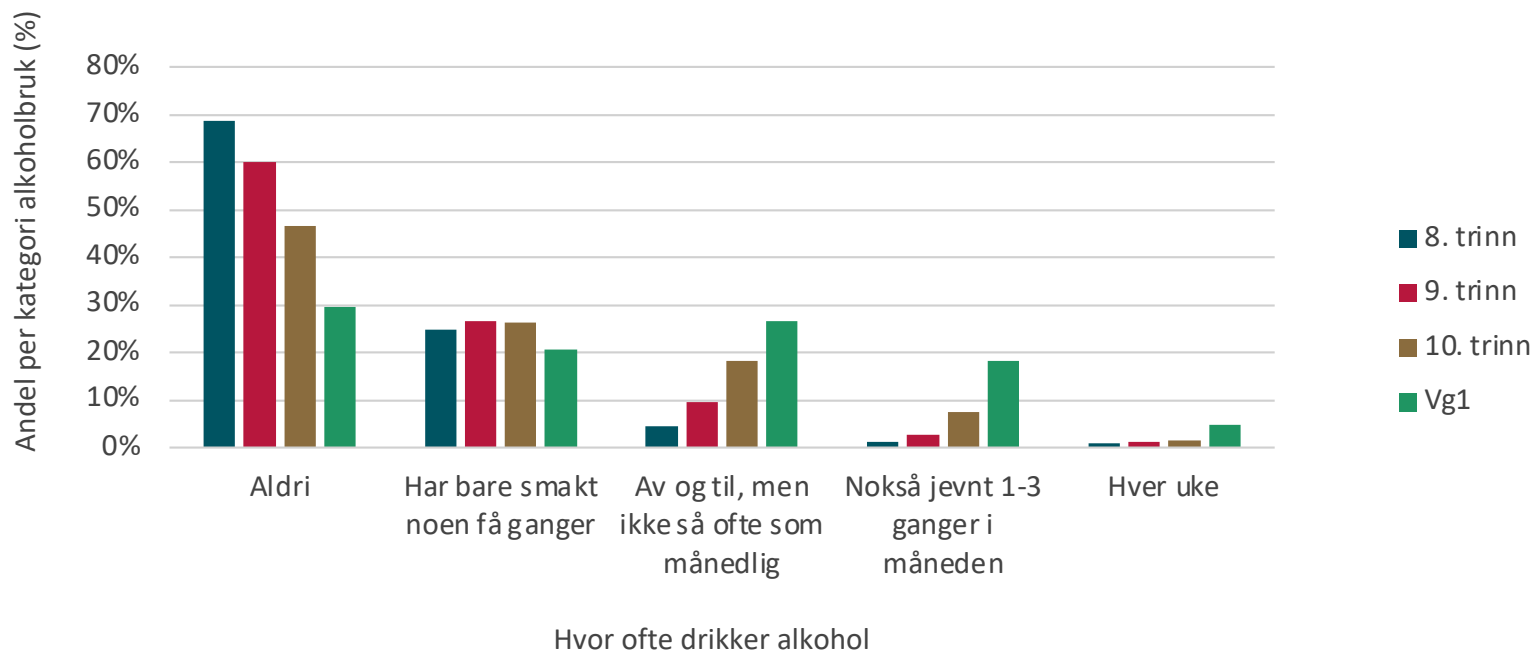
Sammenhengene er komplekse, men de som drikker svært mye og er ofte beruset er både mer tilbøyelige til å utøve vold og har større risiko for å bli utsatt for vold. Foreldres alkoholbruk kan også påvirke barn negativt, på flere måter (Folkehelseinstituttet, 2018a).

Alkohol er det vanligste rusmiddelet blant ungdom. Ungdata-undersøkelsene viser at de aller fleste smaker alkohol i løpet av ungdomstiden. Etter årtusenskiftet var det en nedadgående trend i

alkoholbruk blant ungdom. Denne flatet ut allerede i perioden 2015-2019 (Bye & Moan, 2018).

Figur 118 viser tydelig at forbruk av alkohol henger sammen med alder. Det er et tydelig skille mellom ungdomsskole og første året på videregående. Figuren viser også at rett under 18 % av elevene på Vg1 drikker alkohol 1-3 ganger i måneden og 5 % hver uke. Dette mønsteret er nokså likt forrige Ungdata-undersøkelse fra 2017.

Alkoholbruk ungdom, Vestfold 2021



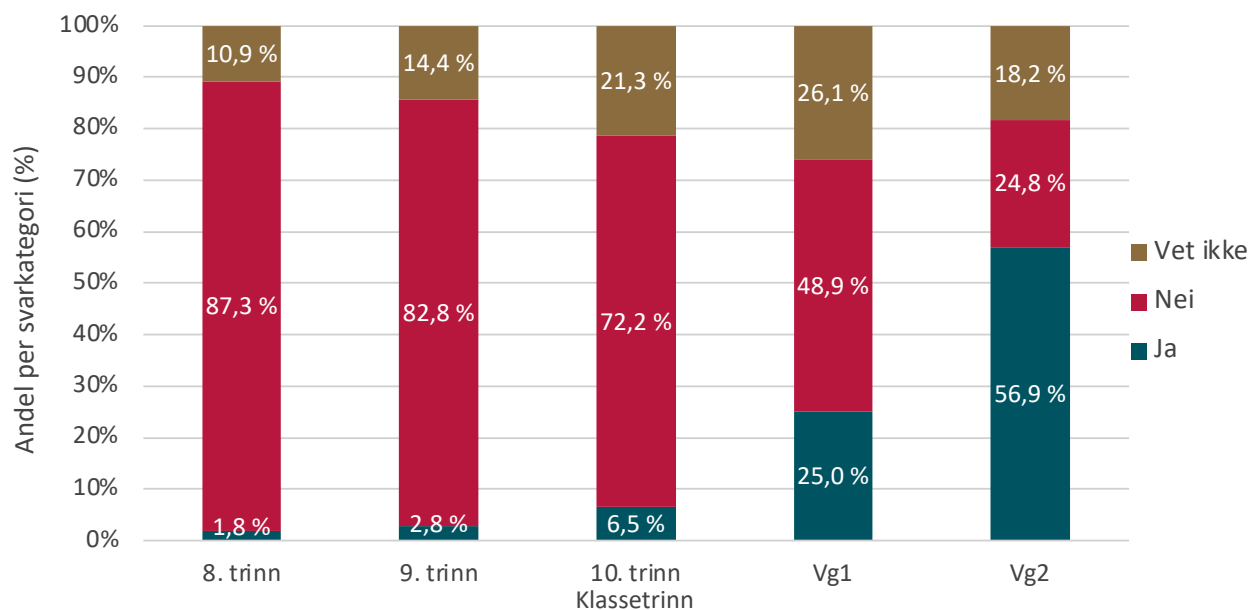
Figur 118. Andel per klassetrinn for ulike kategorier av hyppighet for alkoholbruk, 8.trinn-Vg1, Vestfold 2021. Kilde: Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

Det er forskning som viser at ungdom drikker mer når de får alkohol fra foreldrene. En undersøkelse fra 2017 viser at mer enn én av ti synes det er greit at ungdom under 18 år får med seg alkohol hjemmefra (Forebygging, 2017). Figur 119 viser at ungdom som får lov til å drikke av foreldrene endrer seg markant med alder. I løpet av Vg2 blir ungdommene 18 år, noe som vises i svarfordelingen på dette trinnet. Men, allerede mens ungdommene er 16 år svarer 1 av 4 at de får lov til å drikke alkohol av foreldrene. Denne andelen var omtrent på samme nivå i ungdata-undersøkelsen i 2017.

Folkehelseundersøkelsen for 2021 viser at i Vestfold er andelen blant voksne som drikker alkohol to ganger i uka eller oftere på 28 %, av disse var 34 % menn og 23 % kvinner. En andel på 17 % drikker seks alkoholenheter ved én og samme anledning månedlig eller oftere.

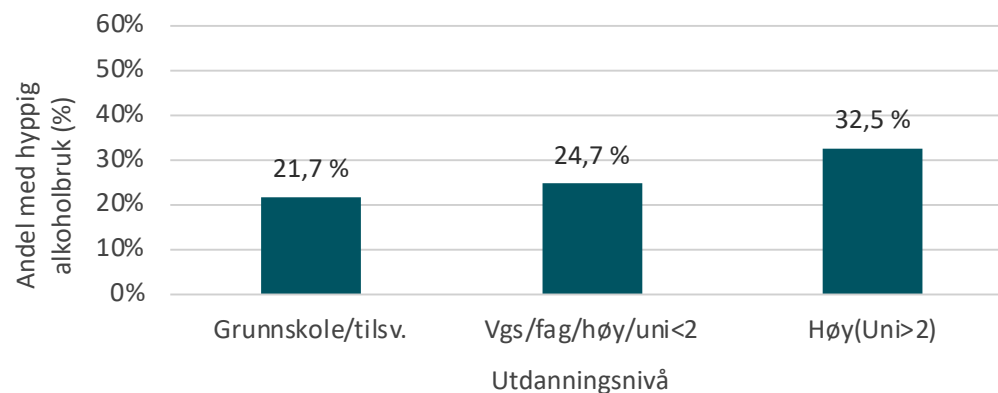
Figur 120 viser andelene som drikker to ganger eller oftere per uke etter utdanningsnivå. For denne statistikken finner vi at de med lengst utdanning drikker hyppigst. Dette gjelder for alle aldersgruppene i undersøkelsen, bortsett fra aldersgruppen 30-39 år. I denne gruppen drikker de med kortest utdanning omtrent like ofte som de med lengst utdanning, mens de med middels utdanning drikker sjeldnere.

### Om ungdom får lov å drikke alkohol av foreldre, Vestfold 2021



Figur 119. Andeler per klassetrinn for om ja, nei eller vet ikke om de får lov til å drikke alkohol av foreldre, 8. trinn-Vg2, Vestfold 2021. Ungdata-undersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

### Voksne som drikker alkohol to ganger per uke eller oftere, Vestfold 2021



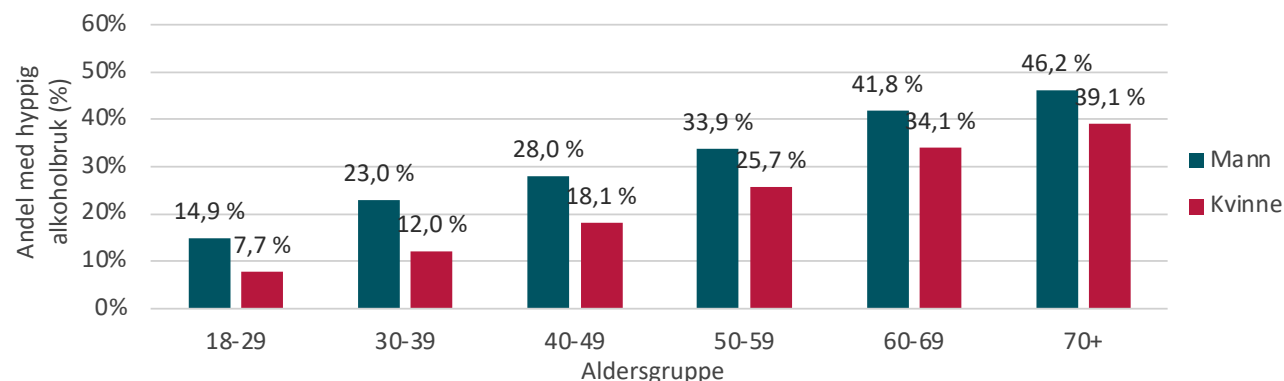
Figur 120. Andeler av personer 18 år og eldre som drikker alkohol to ganger per uke eller oftere, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og Trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

Figur 121 viser fordeling etter alder og kjønn på hyppighet for bruk av alkohol. Det er tydelig at menn drikker oftest, men også at høyere alder spiller en rolle. Mens eldre drikker oftere, trekker Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2018a) fram at drikkemønsteret likevel er mindre risikofylt. Motsatt når det gjelder kjønn – menn drikker mer og oftere enn kvinner, og har i tillegg et mer risikofylt drikkemønster. Med risikofylt drikkemønster menes her styrken på alkoholen, altså om det er vin, øl eller brennevin.

I Folkehelseundersøkelsen spørres det om flere sider ved alkoholbruken: hyppighet, mengde ved en vanlig anledning og hyppighet for episodisk høyt alkoholbruk på minst 6 enheter alkohol ved én og samme anledning. Ofte episodisk høyt alkoholforbruk bidrar til økt risiko for negative konsekvenser for helse, skade eller sosiale forhold. Andelen som har et slikt alkoholbruk månedlig eller oftere er på 17 % i Vestfold.

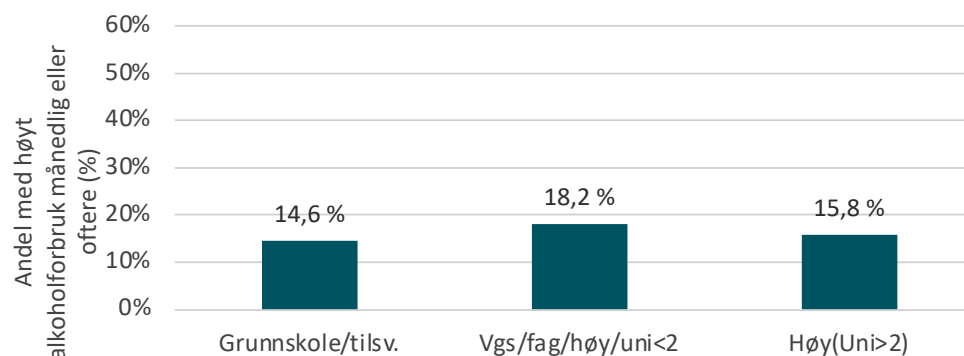
Figur 122 viser fordeling av gruppen med episodisk høyt alkoholbruk mellom utdanningsgrupper. Det viser seg i statistikken en forholdsvis jevn fordeling mellom utdanningsgruppene, men er noe høyere blant de med middels utdanning.

### Voksne som drikker alkohol to ganger per uke eller oftere, alder og kjønn, Vestfold 2021



Figur 121. Andeler av personer 18 år og eldre som drikker alkohol to ganger per uke eller oftere, inndelt etter kjønn og aldersgrupper, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og Trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

### Episodisk høyt alkoholforbruk og utdanningsnivå, Vestfold 2021



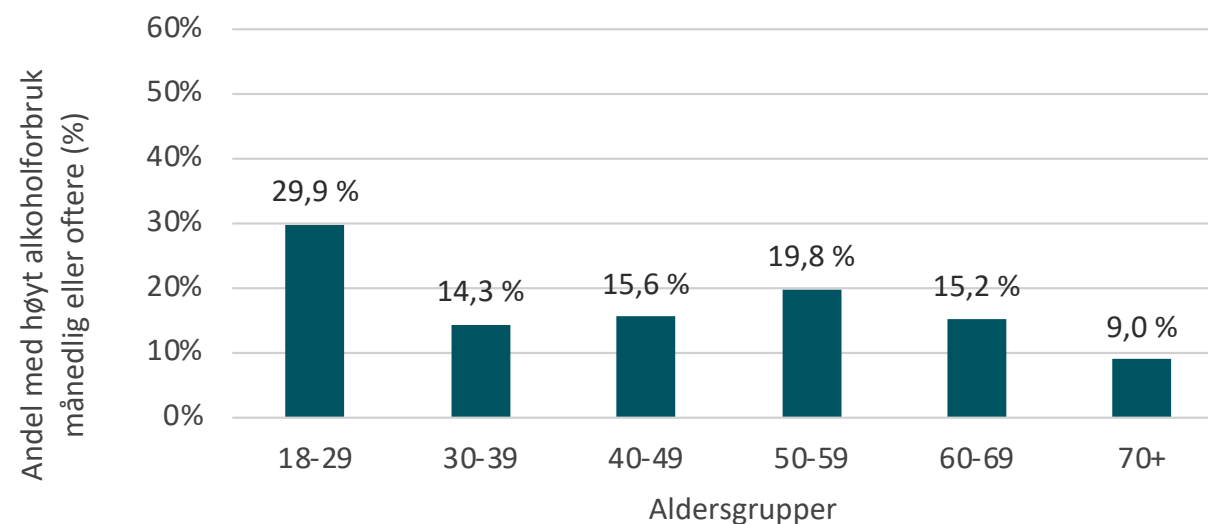
Figur 122. Andeler av personer 18 år og eldre som drikker 6 alkoholenheter månedlig eller oftere, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og Trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

Figur 123 viser fordeling på aldersgrupper blant de med episodisk høyt alkoholforbruk. Dette mønsteret er et annet enn aldersfordeling for hyppighet, uten hensyn til mengde per gang. Det kommer fram at dette er et fenomen som tydelig hører til de unge voksne, men som øker igjen i femtiårene.

Over er det vist resultater fra to av tre spørsmål i Folkehelseundersøkelsen, men satt sammen utgjør alle tre alkoholspørsmålene en kortversjon av screeningverktøyet AUDIT, kalt AUDIT-C (NIDA, 2024), som gir en indikasjon på alkoholbruk med økt risiko for negative konsekvenser, risiko for negative helseutfall på kort og lang sikt, skade og innvirkning på sosiale forhold. Det ble regnet ut et skår fra 0-12 for alle som hadde svart på Folkehelseundersøkelsen i Vestfold. Gjennomsnittsskår for menn var på 3,9 og for kvinner 3,0. Figurene 124 og 125 viser fordelingen av skår for menn og kvinner.

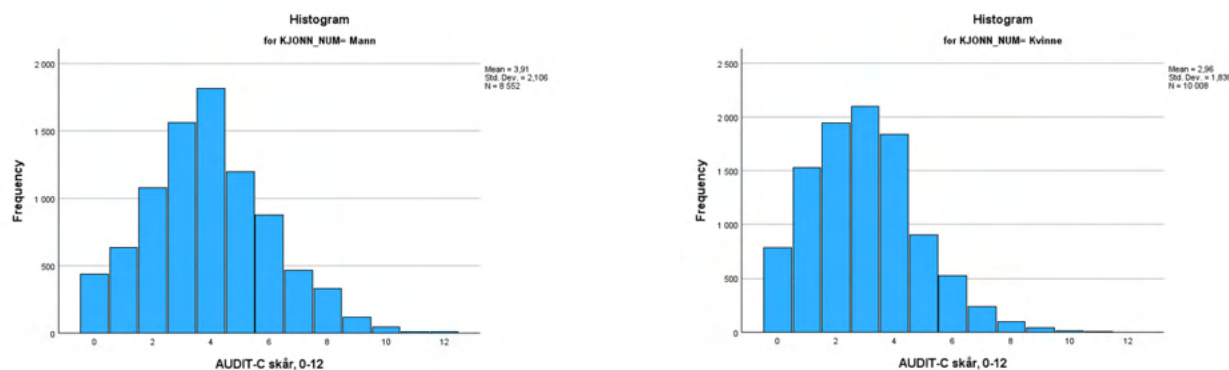
Ut fra AUDIT-skårene kan det velges en grenseverdi (såkalt cut-off), hvor de som er over grenseverdien kan beskrives at har en økt risiko for negative konsekvenser for helse, skade og sosiale forhold. Det finnes litt ulik praksis for hvilken grenseverdi som velges. Her er det valgt å bruke 4 eller høyere for kvinner og 5 eller høyere for menn (Khadjesari et al., 2017). I Vestfold er det hele 36 % av voksne, kjønn samlet, som faller i kategorien økt risiko for negative konsekvenser.

### Episodisk høyt alkoholforbruk og alder, Vestfold 2021



Figur 123. Andeler av personer 18 år og eldre som drikker 6 alkoholenheter månedlig eller oftere, inndelt i aldersgrupper, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og Trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

### Total skår for alkoholbruk: AUDIT-C for menn og kvinner i Vestfold 2021



Figur 124 og 125. Fordeling av AUDIT-C skår (0-12) for menn og kvinner, Vestfold 2021. Totalskår for AUDIT-C er basert på tre spørsmål om alkoholbruk: hyppighet, typisk mengde og hvor ofte  $\geq 6$  alkoholdenheter. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og Trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

## Ungdom og bruk av cannabis og ulovlige rusmidler

Blant ulovlige rusmidler er cannabis/hasj/marihuana det mest brukte rusmiddelet (Aase et al., 2021). I Ungdata-undersøkelsen i 2021 svarer 6,4 % av elevene på ungdomsskolen og på videregående i Vestfold at de har brukt cannabis minst én gang det siste året. Det er stor forskjell mellom klassetrinn og kjønn. Det er flere blant guttene som har brukt cannabis minst én gang det siste året, og andelen øker fra Vg1 til Vg3. Blant gutter i Vg3 for Vestfold og Telemark lå andelen på 24 % i 2021 (Aase et al., 2021). Mønster i andeler for ulike trinn og kjønn er likt som for nasjonale tall.

Den nasjonale ungdata-rapporten utgitt av NOVA/ OsloMet oppsummerer at det på landsbasis har vært en økning i andelen unge som har brukt narkotiske stoffer blant elevene i videregående, mens på ungdomskolen har tallene vært stabile (Bakken, 2022).

Nest etter cannabis er kokain, ecstasy/MBMA og amfetaminer de mest bruke ulovlige rusmidlene (Folkehelseinstituttet, 2018b). Ungdata-undersøkelsen for 2024 i Vestfold inneholder flere spørsmål knyttet til ulovlige rusmidler, dette har ikke vært med i de foregående undersøkelsen i Vestfold. Ungdata-undersøkelser i andre deler av landet har hatt flere slike spørsmål i tidligere undersøkelsen, og sist nå i undersøkelser fra 2023. I Oslo ble det

registrert en tredobling i andelen som sier de har brukt kokain. Blant gutter på Vg3 i Oslo svarer 17 % at de har prøvd kokain (Bakken, 2023). I den nasjonale ungdata-rapporten kommer det fram at 14% av gutter i Vg3 har brukt andre narkotiske stoffer enn cannabis. I Folkehelseinstituttets befolkningsundersøkelse om rus fra 2022 ble det funnet en liten økning på 2,2% i 2013 i alderen 16-30 år som oppga å ha brukt kokain det siste året, til 4,7 % i 2022 (Folkehelseinstituttet, 2018b).

## Kosthold

Om lag halvparten av den voksne befolkningen i Vestfold spiser grønnsaker og fisk i tråd med Helsedirektoratets kostråd.

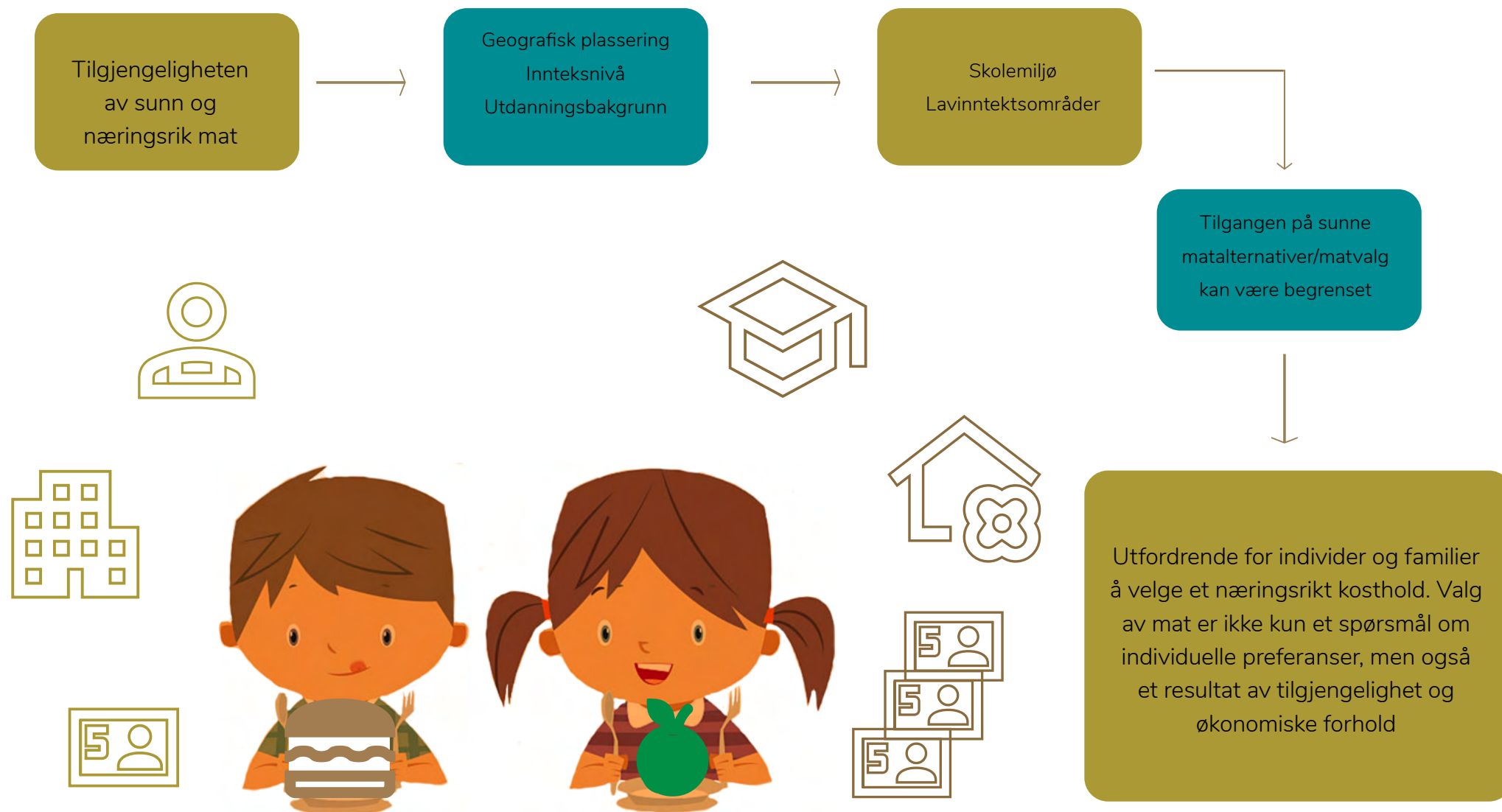
Næringsrik mat og drikke er avgjørende for vekst og utvikling i fosterliv, spedbarnsalder og i barne- og ungdomsårene. Et næringsfattig og usunt kosthold påvirker risikoen for å utvikle kroniske sykdommer gjennom hele livet. Et næringsrikt kosthold, som dekker kroppens mangfoldige behov, virker positivt på helse. Helsedirektoratet presenterer med jevne mellomrom kostråd som hjelp til å påvirke folks helse gjennom mat. (Helsedirektoratet, 2016). Kostrådene er innrettet mot den fysiske helse. En rekke observasjonsstudier finner en assosiasjon mellom ernæring og psykisk helse, men de nasjonale helsemyndighetene anser likevel at kunnskapsgrunnlaget er for svakt til å konkludere med en årsakssammenheng mellom ernæring og psykisk helse (Brantsæter & M., 2023). Den sosiale

effekten av måltider og virkninger for den psykiske helse har ifølge FHI heller ikke vært tilstrekkelig vitenskapelig undersøkt. FHI beskriver likevel at måltidet som arena for sosial kontakt er en plausibel mekanisme for en positiv sammenheng mellom kosthold og psykisk helse, og det finnes eksempler på forskning som har funnet sammenheng mellom det å ofte spise sammen med andre og høyere skår på flere mål for livskvalitet (Dunbar, 2017).

## Sosioøkonomisk status og påvirkning på kosthold

Tilgjengeligheten av sunn og næringsrik mat varierer, basert på geografi, inntektsnivå og utdanningsbakgrunn. Om tilgangen på sunne og næringsrike matvalg er begrenset, er det også utfordrende for individer og familier å velge et næringsrikt kosthold. Valg av mat er derfor ikke kun et spørsmål om individuelle preferanser, men også et resultat av tilgjengelighet og økonomiske forhold. Husholdninger med lav inntekt må bruke en betydelig større del av disponible midler til et kosthold som følger Helsedirektoratets råd enn husholdninger med høye inntekter. Økte matvarepriser de siste årene, sammen med andre økte levekostnader, gjør at det er blitt vanskeligere for mange å spise i tråd med de nasjonale kostrådene (Uldahl & Bere, 2023).

## Kostholdet påvirkes av mer enn individuelle valg



## Grønnsaker, frukt og bær

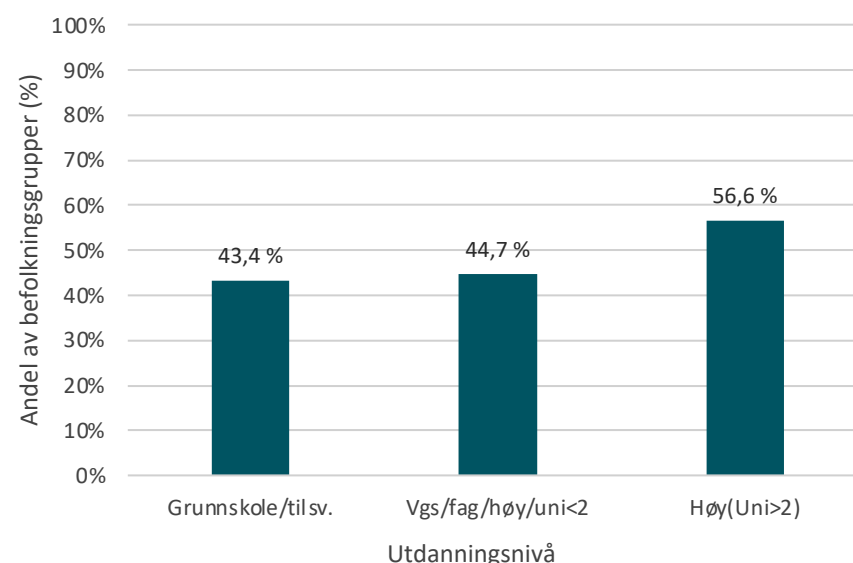
Om lag halvparten av den voksne befolkningen (50,1 %) i Vestfold spiser grønnsaker hver dag, slik Helsedirektoratets kostråd anbefaler. Dette framkommer av data fra Folkehelseundersøkelsen helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021. Det er ganske likt forrige undersøkelse, da resultatet var 51,6 % (Johansen, 2017). I befolkningen med lengst utdanning er andelen omtrent 12 prosentpoeng høyere enn i resten av befolkningen (figur 126). Blant ungdom (8. trinn til vg1) var andelen som daglig spiser grønnsaker 27 % i 2021 (for Vestfold og Telemark samlet). Det er en liten nedgang fra 2017/2018 (Aase et al., 2021).

Blant voksne, som samlet gruppe, er andelen som daglig spiser frukt eller bær 33,5 %. For ungdom (8. trinn til vg1, Vestfold og Telemark samlet) er andelen 25 % (Aase et al., 2021).

## Fisk

Helsedirektoratets kostråd om å spise fisk 2 – 3 ganger pr. uke eller oftere følges av om lag halvparten av Vestfolds voksne befolkning (50,3 %), ifølge data fra Folkehelseundersøkelsen helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021. Andelen er høyest blant de over 70 år (70,6 %) og lavest i aldersgruppen 18 – 29 år (31,3 %). Den delen av befolkningen som har lengst utdanning, har noe høyere andel enn befolkningen som helhet (54,5 %).

Spiser grønnsaker daglig og sosial ulikhet, Vestfold 2021



Figur 126. Andeler av personer 18 år og eldre som spiser grønnsaker daglig, inndelt i sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og Trivsel i Vestfold og Telemark 2021.



## Sukker

I Vestfold drikker omkring en fjerdedel av den samlede voksne befolkningen sukkerholdig drikke 2-3 ganger pr uke eller oftere. Andelen varierer en god del mellom aldersgrupper, kjønn og utdanningsbakgrunn. I aldersgruppen 18-29 år er andelen litt over 50 %, mens den er rundt 15 % for de 70 år og eldre. Kvinner med lang universitetsutdannelse har en andel på 17,5 %, mens menn med kort utdannelse (grunnskole/tilsvarende) har en andel på 38,3 %.

Blant ungdom (8. trinn til vg1) drikker 1 av 10 sukkerholdig drikke daglig. Nivået har økt noe fra 2017/2018 til 2021, ifølge Ungdata-undersøkelser som omfatter både Vestfold og Telemark. 1 av 20 oppga i 2021 at de drikker energidrikk daglig, også det litt høyere enn i 2017/2018 (Aase et al., 2021).

Helsedirektoratets kostråd anbefaler «å unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags». (Helsenorge, 2022a) Årsaken er risiko for vektøkning, overvekt og fedme, som igjen gir økt risiko for diabetes type 2 og noen former for kreft. Sukker i mat og drikke kan også gå utover tannhelsen (Helsenorge, 2022b). Det kan også øke risikoen for betennelsestilstander og andre kroniske sykdommer.

Helsedirektoratets kostråd sier ingenting om det å spise eller drikke søtningsstoffer som erstatter sukker. Folkehelseundersøkelsen for Vestfold og Telemark fra 2021 spør heller ikke etter bruk av

lettbrus/leskedrikker med kunstig søtning. En nasjonal oversikt over omsetningen av brus og mineralvann viser at salget av brus (inkl. juice og energidrikker) tilsatt sukker har gått ned 10 liter pr person pr år fra 2014 til 2021 (fra 59 liter årlig til 49 liter årlig). I den samme perioden har salget av brus tilsatt søtstoff økt (inkl. energidrikker) med langt mer enn nedgangen i brus tilsatt sukker (fra 38 liter årlig til 75 liter årlig) (Helsedirektoratet, 2023). Summen av salget av brus tilsatt sukker og brus tilsatt søtstoff har økt fra 97 liter pr person i 2014 til 124 liter pr person i 2021.

## Overvekt og fedme

Verdens helseorganisasjon (WHO) har fastsatt grenseverdier for kroppsmasseindeks (KMI) hos voksne (Folkehelseinstituttet, 2004). 57,2% av den voksne befolkningen i Vestfold er i kategoriene overvekt (38,7 %) eller fedme (18,5 %) etter KMI beregnet ut fra selvrapportert vekt og høyde innhentet i Folkehelseundersøkelsen 2021. Lavest andel i disse kategoriene er personer med mer enn to års utdannelse fra høyskole/universitet, men også her er andelen godt over 50%. Hvis kun kategorien fedme vurderes er den sosiale ulikheten mer markert, hvor andelen blant de med kortest utdanning er omtrent 8,5 prosentpoeng høyere enn for de med lengst utdanning.



Foto: Dag Nordsveen

## Ungdom mer aktive enn voksne

Bare omtrent hver femte voksne person i Vestfold trener eller mosjonerer med minst 30 minutters varighet minst 4 ganger i uken. Blant ungdom er det en betydelig høyere andel som er så fysisk aktive som rådene fra Helsedirektoratet tilsier.

Lite fysisk aktivitet regnes som en risikofaktor for de sykdomsgruppene som utgjør de største sykdomsbyrdene i befolkningen. Helsedirektoratet anbefaler voksne å være fysisk aktive minst 150-300 minutter med moderat aktivitet i uka, alternativt 75-150 minutter med høy intensitet, eller en blanding. Helsedirektoratet understreker samtidig at litt aktivitet er bedre enn ingen aktivitet (Helsedirektoratet, 2019).

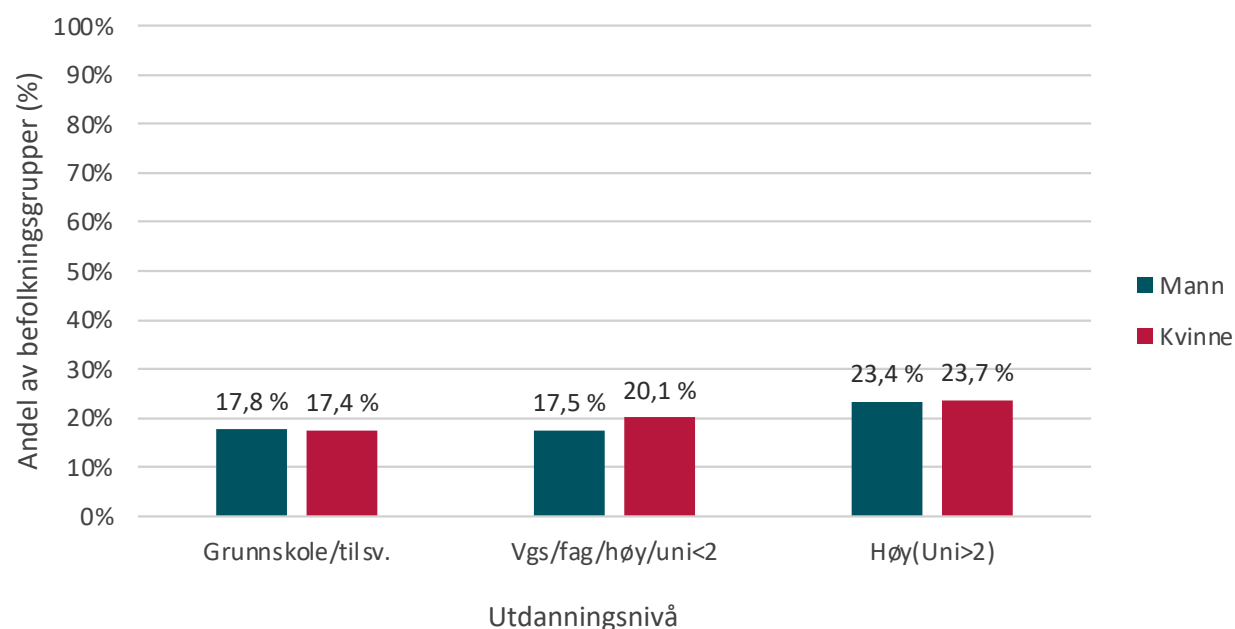
Alle befolkningsgrupper ligger langt under anbefalingene, men det er forskjell mellom gruppene. Når det gjelder alder og kjønn er de yngste mennene 18-29 år mest aktive, med en andel på 28 % som er på nivå med Helsedirektoratets anbefaling. Kvinner i alderen 30-39 år har den laveste andelen i denne gruppen, med 16,5 %. Ved inndeling i utdanningsgrupper, er det personer med mer enn to års utdanning fra høyskole/universitet som har den høyeste andelen i «aktiv»-gruppen, med 23,6 %.

Det er 6 prosentpoeng høyere enn befolkningen med kort utdanning, slik figur 127 viser.

Helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet er høyere når det gjelder barn og unge enn for voksne: anbefalingen er fysisk aktivitet med moderat eller høy intensitet i minimum 60 minutter daglig, og fysisk aktivitet med høy intensitet minst tre ganger i

uken. Ungdata-tall for Vestfold og Telemark samlet viser at mellom 55 % og 60 % av ungdom fra 8. trinn til Vg3 er fysisk aktive 3-4 ganger i uka eller oftere. I undersøkelsen blir ungdom spurt om hvor ofte du er så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett. Med unntak av 8. trinn er tallene for fysisk aktive litt høyere for 2021 sammenlignet med 2017/2018 (Aase et al., 2021).

### Anbefalt fysisk aktivitet, utdanning og kjønn, Vestfold 2021



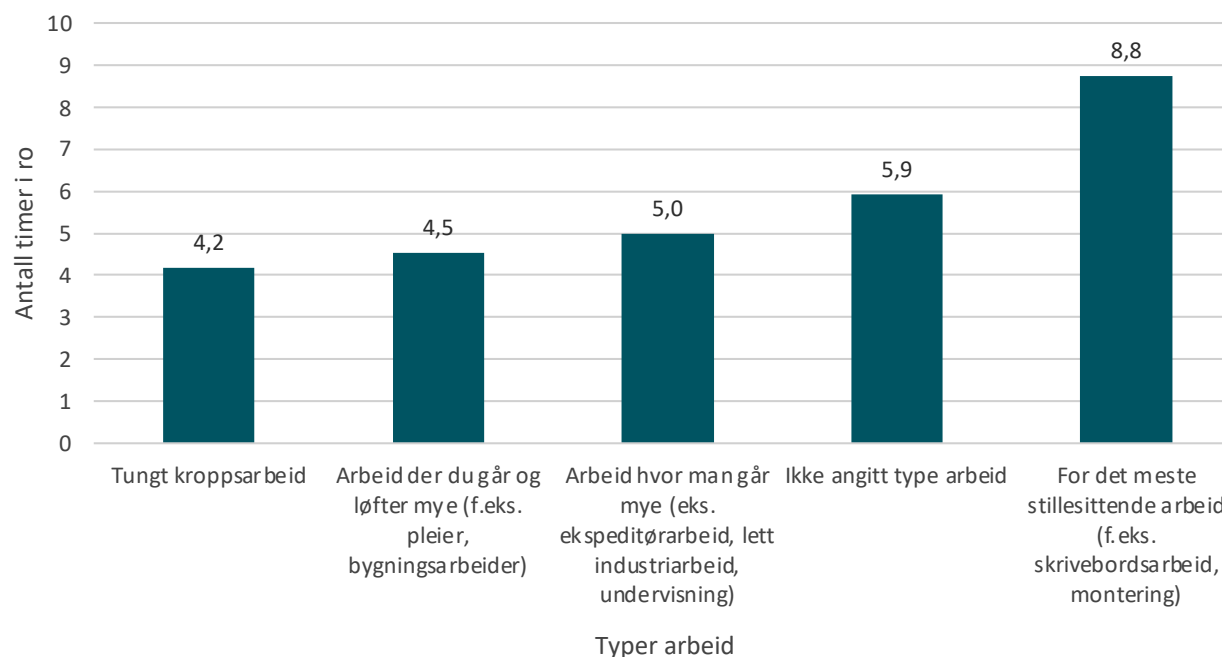
Figur 127. Andeler av personer 18 år og eldre som trener/mosjonerer minst 30 minutter med moderat intensitet minst fire ganger per uke, inndelt i kjønn og sosioøkonomiske grupper etter utdanningsnivå. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og Trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

## Stillesitting og arbeid

Innaktivitet i form av for mye stillesitting kan øke risiko for blant annet kreft og hjerte- og karsykdom. Mange av oss sitter for mye i ro i løpet av en vanlig dag, og når tiden begynner å overstige rundt 8-10 timer er det en økt risiko, og da særlig hvis det er kombinert med for lite bevegelse og mosjon resten av våken tid (Helsenorge, 2022c). Arbeid og arbeidstype betyr svært mye for hvor mye man sitter stille gjennom en hel dag. Blant de i Vestfold som er i fulltidsarbeid, er gjennomsnitt for antall timer stillesitting 7 timer og 1 min. Innenfor denne gruppen er det stor variasjon. For folk i fysisk tungt og krevende arbeid, blir dagen mindre preget av stillesitting, mellom 4 og 5 timer gjennom dagen, mens for eksempel kontorarbeid gir nærmere 9 timer i ro på en hverdag, slik figur 128 viser.

Forskjeller knyttet til type arbeid gir en svak omvendt sosioøkonomisk gradient når det gjelder stillesitting som helserisiko. Personer med lengst utdanning er lengst i ro i løpet av en hverdag. Det kan se ut som denne gruppen kompenserer ved å være mest fysisk aktive resten av dagen (se figur 127).

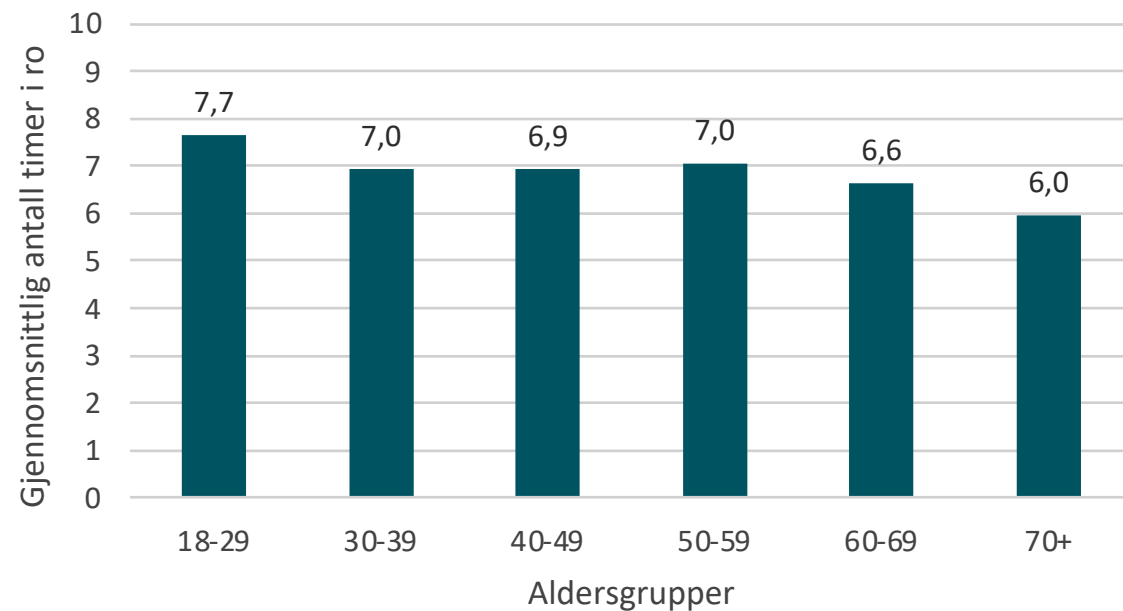
Timer sitter i ro på en hverdag, ulike typer arbeid



Figur 128. Gjennomsnittlig antall timer i ro på en hverdag for ulike typer arbeid, personer 18 år og eldre, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og Trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

Når det gjelder alder og stillesitting, er det de yngste voksne som sitter mest stille (18-29), mens den eldste gruppen (70+) er minst i ro (figur 129). De fleste i den eldste gruppen inngår ikke i statistikken der registrerte timer i ro er knyttet opp mot ulike typer arbeid, der er kun de som rapporterer å være i fulltidsarbeid inkludert.

Timer sitter i ro på en hverdag og alder, Vestfold 2021



Figur 129. Gjennomsnittlig antall timer sitter i ro på en hverdagen, inndelt i aldersgrupper, Vestfold 2021. Kilde: Folkehelseundersøkelsen - Helse og Trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

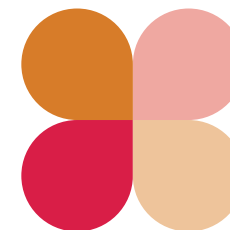
## Oppsummering

I flere tiår har det vært en stabil nedgang i dagligrøyking, og målinger fra to folkehelseundersøkelser i Vestfold siste tiåret støtter opp om at trenden fortsetter i fylket. Det kan likevel se ut som nye utfordringer for annen type tobakksbruk er på vei opp. Snusbruken har økt, særlig blant eldre ungdom og yngre voksne. I tillegg er bruk av vape/e-sigaretter en mulig ny utfordring som bør følges nøyer med på. Det er fortsatt mye usikkerhet knyttet til helserisiko ved bruk av vape, både med og uten nikotin. Tallene viser at det er lite bruk av andre illegale rusmidler blant ungdom i Vestfold enn cannabis. Her er det forventning om noe økning basert på observasjoner og mønstre fra undersøkelser gjort i andre deler av landet.

Alkohol er et svært vanlig rusmiddel i befolkningen og en forholdsvis stor andel drikker alkohol to ganger per uke eller oftere. Det kan se ut som over en tredjedel av voksne i fylket har et alkoholbruk som øker risikoen for negative konsekvenser for helsa. Det er viktig å poengtere at det kun dreier seg om risiko og at ikke alle vil oppleve negative konsekvenser. Med en såpass stor andel er det likevel forventet at alkoholbruken bidrar betydelig til sykdomsbyrde og kostnader for samfunnet.

Sett opp mot kostholdsråd som Helsedirektoratet publiserer er det fortsatt mye å strekke seg mot for Vestfold-befolkningen. Rundt halvparten av voksne, færre blant ungdom, oppfyller anbefalinger for inntak av grønnsaker og fisk, frukt og bær ligger enda lavere. Mange drikker ofte sukkerholdig drikke, men her er det en god del variasjon etter sosioøkonomisk bakgrunn og alder.

Mønstre for fysisk aktivitet viser at også her er det tydelig rom for forbedring i forhold til anbefalinger fra Helsedirektoratet. Mange av oss har flere timer med stillesitting hver dag, mye på grunn av stillesittende arbeid. Det er blant unge og voksne i pensjonsalder vi finner de høyeste andelene som regelmessig er i aktivitet. Den sosiale ulikheten i levevaner kommer sterkest til uttrykk for røyking og kosthold, men er også tydelig for regelmessig fysisk aktivitet.



# Kilder

Andersen, B. & Brattbakk, I. (2017). Oppvekststedets betydning for barn og unge: Nabolaget som ressurs og utfordring. AFI rapport, 2, 2017. [https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6291/r2017-02\\_Nabolagseffekter.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6291/r2017-02_Nabolagseffekter.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion1. Health Promotion International, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>

Ariansen, I. K. H., Olsen, K. & Selmer, R. M. (2014, 26.11.2021). Hjerte- og karsykdommer i Norge. Folkehelseinstituttet. Hentet 22.02 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/?term=>

Bakken, A. (2022). Ungdata 2022. Nasjonale resultater (NOVA Rapport 5/22). Nova, OsloMet. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/3011548/NOVA-rapport-5-2022.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Bakken, A. (2023). Ung i Oslo 2023. Ungdomsskolen og videregående skole (6/23). O. NOVA. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/3065089/NOVA-Rapport-6-2023.pdf?sequence=7&isAllowed=y>

Barstad, A. (2020). Økonomi, helse og livskvalitet En analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/429442?ts=1740a955568>

Barstad, A., Bjørnskau, T. & Rønning, E. (2023). Forslag til et rammeverk for måling av livskvalitet i Norge. S. sentralbyrå. [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekars/artikler/forslag-til-et-rammeverk-for-maling-av-livskvalitet-i-norge/\\_/attachment/inline/73aa4f91-eeef-46a1-b57d-b9d6acd7bd91:e9139570887b7b85d0f52885101fcbe1dc5a0188/RAPP2023-51.pdf](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekars/artikler/forslag-til-et-rammeverk-for-maling-av-livskvalitet-i-norge/_/attachment/inline/73aa4f91-eeef-46a1-b57d-b9d6acd7bd91:e9139570887b7b85d0f52885101fcbe1dc5a0188/RAPP2023-51.pdf)

Barstad, A., Normann, T., Nes, R., Reneflot, A., Røysamb, E., Hougen, H. & Herheim, Å. (2016). Gode liv i Norge: Utredning om måling av befolkningens livskvalitet. Oslo: Helsedirektoratet.

Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/deltaking-stotte-tillit-og-tilhorighet/Deltaking%20st%C3%B8tte%20tillit%20og%20tilh%C3%B8righet.pdf/\\_/attachment/inline/6259c80f-46e4-4192-ba10-57610a43a855:b9dfc4761f1c80c8405e1f27015665df4caf79/Deltaking%20st%C3%B8tte%20tillit%20og%20tilh%C3%B8righet.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/deltaking-stotte-tillit-og-tilhorighet/Deltaking%20st%C3%B8tte%20tillit%20og%20tilh%C3%B8righet.pdf/_/attachment/inline/6259c80f-46e4-4192-ba10-57610a43a855:b9dfc4761f1c80c8405e1f27015665df4caf79/Deltaking%20st%C3%B8tte%20tillit%20og%20tilh%C3%B8righet.pdf)

Bjerkan, A. M., Engebretsen, A. & Torquato Steinbakk, R. (2021). Skader på sykkel og elektrisk sparkesykkel i Oslo. <https://vegvesen.brage.unit.no/vegvesen-xmlui/bitstream/handle/11250/2740171/720%20Skader%20p%C3%A5%20sykkel%20og%20elektrisk%20sparkesykkel%20i%20Oslo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bjørnskau, T. (2020). Risiko i veitrafikken 2017/18. T. institutt. <https://www.toi.no/getfile.php?mmfileid=54458>

Boyce, C. J., Brown, G. D. & Moore, S. C. (2010). Money and happiness: rank of income, not income, affects life satisfaction. Psychol Sci, 21(4), 471-475. <https://doi.org/10.1177/0956797610362671>

Brantsæter, A. & M., A. (2023). Kosthold og psykisk helse. Oppfølging av punkt 5.5 i Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) <https://www.fhi.no/contentassets/b2c552db8ed9492882b22ffa01f4ee7f/kosthold-og-psykisk-helse-bindestrek-ny.pdf>

Bye, E. K. & Moan, I. S. (2018, 21.12.2020). Alkoholbruk blant ungdom. Folkehelseinstituttet. Hentet 04.03 fra <https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-blant-ungdom/?term=>

Bø, T. P. & Vigran, Å. (2015). Ungdom som verken er i arbeid eller utdanning. Statistisk sentralbyrå. Hentet 04.03 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/ungdom-som-verken-er-i-arbeid-eller-utdanning-art>

Cheung, F. & Lucas, R. E. (2015). When does money matter most? Examining the association between income and life satisfaction over the life course. Psychol Aging, 30(1), 120-135. <https://doi.org/10.1037/a0038682>

Clarsen, B., Steingrimsdottir, O. A., Holvik, K. & Ørstavik, R. E. (2014, 29.03.2022). Muskel- og skjeletthelse i Norge. Hentet 22.02 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/?term=>

Cowie, C. C., Casagrande, S. S., Menke, A., Cissell, M. A., Eberhardt, M. S., Meigs, J. B., Gregg, E. W., Knowler, W. C., Barrett-Connor, E. & Becker, D. J. (Red.). (2018). Diabetes in America (3. utg.). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567965/>

Dale, M. T. G., Aakvaag, H. F., Strøm, I. F., Augusti, E.-M. & Skauge, A. D. (2023). Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen. NKVTS rapport, 1, 2023.

Dalen, H. B. & Støren, K. S. (2021). Flere har brukt nærområdet til friluftslivsaktiviteter i pandemien. Statistisk sentralbyrå. Hentet 04.03 fra <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/idrett-og-friluftsliv/statistikk/idrett-og-friluftsliv-levekarsundersokelsen/artikler/flere-har-brukt-naeromradet-til-friluftslivsaktiviteter-i-pandemien>

Dokken, T. & Langeland, S. (2016). LAVINNTEKT I NORGE – TILSTAND OG UTVIKLINGSTREKK. NAV. <file:///C:/Users/saa0610/Downloads/6-lavinntekt-og-levekar-i-norge.pdf>

Dunbar, R. I. M. (2017). Breaking Bread: the Functions of Social Eating. Adapt Human Behav Physiol, 3(3), 198-211. <https://doi.org/10.1007/s40750-017-0061-4>

Dyregrov, K. (2003). The loss of a child by suicide, SIDS, and accidents: Consequences, needs and provisions of help. <https://journals.uio.no/index.php/suicidologi/article/view/1638>

Engh, R. (2011). Vurdering for læring i skolen: på vei mot en bærekraftig vurderingskultur. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Eriksen, I. M., Sletten, M. A., Bakken, A. & Soest, T. V. (2017). Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager (6/17). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA. Velferdsforskningsinstituttet NOVA & Høgskolen i Oslo og Akershus. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5115/Nettutg-Stress-og-press-blant-ungdom-NOVA-Rapport-6-17-bokmerk.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fedoryshyn, N. (2019). Flere unge uføre – færre arbeider samtidig. Statistisk sentralbyrå. Hentet 04.03 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/flere-unge-ufore-faerre-arbeider-samtidig>

Fedoryshyn, N. & Segiet, K. (2020). Dårligere start på arbeidslivet for lavt utdannede. Statistisk sentralbyrå. Hentet 04.03 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/darligere-start-pa-arbeidslivet-for-lavt-utdannede>

Fløtten, T., Hansen, I. L. S., Frisell, G. A. & Thau, M. (2023). Mathjelp på dognad En undersøkelse av det norske matutdelingstilbudet. Fafo. <https://www.fafo.no/images/pub/2023/20865.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2004, 01.03.2015). KMI og helse: Kroppsmasseindeks (KMI) og helse. Hentet 10.03 fra

Folkehelseinstituttet. (2013, 02.12.2019). Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser.

Folkehelseinstituttet. Hentet 26.02 fra <https://www.fhi.no/ps/psykiskelidelser/risiko--og-beskyttelsesfaktorer-for/>

Folkehelseinstituttet. (2014, 07.08.2018). Folkehelse i Norge 1814–2014. Folkehelseinstituttet. Hentet 21.02 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/folkehelse-i-historien/folkehelse-i-norge-1814---2014/?h=1&term=>

Folkehelseinstituttet. (2017a, 04.12.2023).

Hovudpunkt. Folkehelseinstituttet. Hentet 21.02 fra <https://www.fhi.no/is/ncd/sammendrag/langt/?term=>

Folkehelseinstituttet. (2017b, 01.11.2017). Markant auke i andelen som er barnlause. Folkehelseinstituttet. Hentet 21.02 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2017/markant-auke-i-barnlausheit-i-noreg/>

Folkehelseinstituttet. (2018a, 22.12.2023). Alkohol i Norge. Folkehelseinstituttet. Hentet 04.03 fra <https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholinorge/?term=>

Folkehelseinstituttet. (2018b, 09.02.2023). Narkotikabruk i Norge. Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet. (2018c, 30.03.2022). Retningslinjer for støy fra Verdens helseorganisasjon. Folkehelseinstituttet. Hentet 07.03 fra <https://www.fhi.no/kl/stoy/nye-retningslinjer-for-stoy-fra-verdens-helseorganisasjon/>

Folkehelseinstituttet. (2020a, 24.10.2023). Koronavaksine - informasjon til befolkningen Folkehelseinstituttet. Hentet 22.02 fra <https://www.fhi.no/ss/korona/koronavaksinasjonsprogrammet/koronavaksine/>

Folkehelseinstituttet. (2021a). Folkehelserapportens temautgave 2021 - Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/b669d0bbb94943efae9793b33526d415/folkehelserapportens-temautgave-2021---folkehelsen-etter-covid-19.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2021b). Fylkesvise resultater om sykdomsbyrde. Folkehelseinstituttet. Hentet 21.02 fra <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/fylkesvise-resultater-om-sykdomsbyrde/>

Folkehelseinstituttet. (2021c). Seniorene holder seg sterke og selvhjulpne lenger. Folkehelseinstituttet. Hentet 21.02 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2021/seniorene-holder-seg-sterke-og-selvhjulpne-lenger/>

Folkehelseinstituttet. (2022a). Dødelighet i Norge under koronapandemien 2020 til høsten 2022. Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/a5c83528acc94ddfbe815a5934faadf5/dodelighet-under-koronapandemien-2020-til-hosten-2022.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2022b). Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Folkehelseinstituttet.

Hentet 21.02 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/?term=>

Folkehelseinstituttet. (2022c). Hvordan står det til med folkehelsen? Folkehelseinstituttet. Hentet 21.02 fra <https://www.fhi.no/om/kurs-og-konferanser/hvordan-star-det-til-med-folkehelsen/>

Folkehelseinstituttet. (2023). Dette døde nordmenn av i 2022. Folkehelseinstituttet. Hentet 21.02 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2023/dodelighet-2022/>

Forebygging. (2017). Noen foreldre mener det er greit å gi ungdom under 18 år alkohol. Forbygging. Hentet 04.03 fra <https://www.forebygging.no/Aktuelt/Nyheter-2017/Noen-foreldre-mener-det-er-greit-a-gi-ungdom-under-18-ar-alkohol/>

Frøyland, L. R., Lid, S., Schwencke, E. O. & Stefansen, K. (2023). Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007-2023.

Fyhri, A. & Klæboe, R. (2006). Direct, indirect influences of income on road traffic noise annoyance. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494406000259>

Gjertsen, J.-E., Dybvik, E. & Kristensen, T. (2023). Årsrapport for 2022 med plan for forbedringstiltak. N. Hoftebruddregister. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-06/%C3%85rsrapport%202022%20Nasjonalt%20Hoftebruddregister.pdf>

Gjøra, L., Kjellvik, G., Strand, B. H., Kvellø-Alme, M. & Selbæk, G. (2020). Forekomst av demens i Norge. Forlaget aldring og helse, 36. [https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4\\_2020\\_web.pdf](https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf)

Gjøra, L., Strand, B. H., Bergh, S., Borza, T., Brækhus, A., Engedal, K., Johannessen, A., Kvellø-Alme, M., Krokstad, S. & Livingston, G. (2021). Current and future prevalence estimates of mild cognitive impairment, dementia, and its subtypes in a population-based sample of people 70 years and older in Norway: the HUNT study. Journal of Alzheimer's Disease, 79(3), 1213-1226. <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad201275>

Goldblatt, P., Castedo, A., Allen, J., Lionello, L., Bell, R. & Marmot, M. (2023). RAPID REVIEW OF INEQUALITIES IN HEALTH AND WELLBEING IN NORWAY SINCE 2014. Institute of Health Equity. [file:///C:/Users/saa0610/Downloads/Norwayfullreport\\_interactive.pdf](file:///C:/Users/saa0610/Downloads/Norwayfullreport_interactive.pdf)

Granum BB & Nystad W. (2014, 01.07.2022). Astma og allergi. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstand i Norge. Folkehelseinstituttet. Hentet 22.02 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/astma-allergi/?term=>

Grendal, O. N. (2021). Karakterforskjeller etter sosial bakgrunn nær like markert som for 10 år siden. Statistisk sentralbyrå. Hentet 04.03 fra <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/karakterforskjeller-etter-sosial-bakgrunn-naer-like-markert-som-for-10-ar-siden>

Grendal, O. N. (2022). Slik henger utdanning sammen med foreldrenes utdanningsnivå. Statistisk sentralbyrå. Hentet 04.03 fra <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/artikler/slik-henger-utdanning-sammen-med-foreldrenes-utdanningsniva>

Grønningsærter, A. B. & Nilsen, R. A. (2011). Bolig, helse og sosial ulikhet. O. Helsedirektoratet. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/eksterne-rapporter/bolig-helse-og-sosial-ulikhet-2>

Hart RK, Kravdal Ø. (2020) Fallende fruktbarhet i Norge (Fertility decline in Norway). Rapport 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020. <https://www.fhi.no/contentassets/5e954d6441b045bc9b53a8e2d702b529/fallende-fruktbarhet-i-norge-rapport.pdf>

Haug, M. (2023). Forventa levealder falt i 2022. Statistisk sentralbyrå. Hentet 21.02 fra <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/dode/artikler/forventa-levealder-falt-i-2022>

Hektoen LF. (2014). Kostnader ved hoftebrudd hos eldre. Rapport 2014 nr 3. Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo, 2014. <https://skriftserien.oslomet.no/index.php/skriftserien/article/view/18>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). Vedlegg til handlingsplan for forebygging av selvmord. Helse- og omsorgsdepartementet. regjeringen. no. [https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/handlingsplan-mot-selvsmord\\_vedlegg.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/handlingsplan-mot-selvsmord_vedlegg.pdf)

Helsedirektoratet. (2016). Kostrådet. Helsedirektoratet. Hentet 04.03 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen>

Helsedirektoratet. (2017a, 27.04.2021). Om selvskading. Helsedirektoratet Hentet 26.02 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvsmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging/fakta-om-selvskading-selvsmordsforsok-og-sosial-overforbarhet-smitte-om-selvskading>

Helsedirektoratet. (2017b, 16.01.2017). Søvn og søvnvansker. Helsedirektoratet Hentet 26.02 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sovn/sovn-og-sovnvansker>

Helsedirektoratet. (2018, 18.01.2023). Program for folkehelsearbeid i kommunene. Helsedirektoratet Hentet 26.02 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>

Helsedirektoratet. (2019, 15.01.2024). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Helsedirektoratet. Hentet 04.03 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>

Helsedirektoratet. (2023, 08.12.2023). Brus, mineralvann, sjokolade og sukkervarer. Helsedirektoratet. Hentet 04.03 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingen-i-norsk-kosthold-2023/matvareforbruk/brus-mineralvann-sjokolade-og-sukkervarer>

Helsenorge. (2022a, 31.10.2022). Helsedirektoratets kostråd. Helsenorge. Hentet 04.03 fra [https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/kostrad/helsedirektoratets-kostrad/?gclid=CjwKCAiAtt2tBhBDEiwALZuhAB\\_](https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/kostrad/helsedirektoratets-kostrad/?gclid=CjwKCAiAtt2tBhBDEiwALZuhAB_)

Helsenorge. (2022b, 15.12.2022). Kostråd om sukker. Helsenorge. Hentet 04.03 fra <https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/kostrad/mindre-sukker-til-hverdags/>

Helsenorge. (2022c, 09.05.2022). Kva gjer stillesitjing med kroppen. Helsenorge. Hentet 10.03 fra <https://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/hva-skjer-i-kroppen-nar-du-sitter-for-mye/>

Helsenorge. (u.å). Søvn og søvnproblemer. Helsenorge.no. Hentet 26.02.2024 fra <https://www.helsenorge.no/sovnproblemer>

Hesselmar, B., Hicke-Roberts, A., Lundell, A.-C., Adlerberth, I., Rudin, A., Saalman, R., Wennergren, G. & Wold, A. E. (2018). Pet-keeping in early life reduces the risk of allergy in a dose-dependent fashion. PloS one, 13(12), e0208472. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0208472>

Horgen, E. (2023). Norge blant landene med flest i jobb. Statistisk sentralbyrå. Hentet 04.03 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/arbeidskraftundersokelsen/artikler/norge-blant-landene-med-flest-i-jobb>

Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C. & Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on Aging*, 26(6), 655-672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi). (2023). Negativ sosial kontroll og æresrelatert vold. <https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/kunnskapsoversikt/negativ-sosial-kontroll-og-tvangsektenskap/>

International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH). (2024). Special Issue: WHO Noise and Health Evidence Reviews. [https://www.mdpi.com/journal/ijerph/special\\_issues/WHO\\_reviews](https://www.mdpi.com/journal/ijerph/special_issues/WHO_reviews)

Jakobsen, S. E. (2019). Noen føler seg ensomme selv om de har mange rundt seg. <https://www.forskning.no/psykologi/noen-foler-seg-ensomme-selv-om-de-har-mange-rundt-seg/1334008>

Johansen, R. (2017). Folkehelseundersøkelsen–Helse og trivsel 2015 i Vestfold, Vest-Agder og Aust-Agder. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Johansen, R. (2022). Folkehelseundersøkelsen – Vestfold: helse og trivsel 2015/2016 vs. 2021. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2022/folkehelseundersokelsen---vestfold-helse-og-trivsel-20152016-vs.-2021>

Johansen, R., Espetvedt, M. N., Lyshol, H., Clench-Aas, J. & Myklestad, I. (2021). Mental distress among young adults – gender differences in the role of social support. *BMC Public Health*, 21(1), 2152. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12109-5>

Khadjesari, Z., White, I. R., McCambridge, J., Marston, L., Wallace, P., Godfrey, C. & Murray, E. (2017). Validation of the AUDIT-C in adults seeking help with their drinking online. *Addict Sci Clin Pract*, 12(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s13722-016-0066-5>

Killingsworth, M. A. (2021). Experienced well-being rises with income, even above \$75,000 per year. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(4), e2016976118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2016976118>

Kivimäki, M. & Steptoe, A. (2018). Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol*, 15(4), 215-229. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.189>

Klausen, J. E., Arnesen, S., Christensen, D. A., Folkestad, B., Hanssen, G. S., Winsvold, M. & Aars, J. (2013). Medvirkning med virkning? Innbyggermedvirkning i den kommunale beslutningsprosessen. Norsk institutt for by- og regionforskning. <https://www.medvirkning.no/wp-content/uploads/Medvirkning-med-virkning-Innbyggermedvirkning-NIBR.pdf>

Knapstad M, Skogen JC, Leino T, Nilsen TS, Nes R & LE, A. (2022). Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021: Fremgangsmåte og utvalgte resultater (Rapport 2022). Bergen: Folkehelseinstituttet. B. Folkehelseinstituttet.

Knapstad, M., Nilsen, T. S., Skogen, J. C., Bang, N. R., Lode, V. D., Riise, I. A. & Aarø, L. E. (2024). Folkehelseundersøkelsen i Agder 2023: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2024/folkehelseundersokelsen-i-agder-2023-fremgangsmate-og-utvalgte-resultater/>

Krokedal, L. (2023). Rekordlav fruktbarhet i 2022. Statistisk sentralbyrå. Hentet 20.02 fra <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte/artikler/rekordlav-fruktbarhet-i-2022>

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L. & Zwi, A. B. (2002). World report on violence and health. W. H. Organization. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1)

Kvaale, M. P. & Mossige, S. (2019). Ungdommers fortelling om egen selvskading (9788215032337). (Vold i nære relasjoner, Issue. Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215032320-2019-04>

Larsen, I. K. & Kjerpeseth, L. J. (2014, 03.10.2023). Kreft i Norge Folkehelseinstituttet. Hentet 23.02 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/ikke-smittsomme/kreft/?term=>

Larsen, I. K., Myklebust, T. Å., Babigumira, R., Vinberg, E., Møller, B. & Ursin, G. (2020). Education, income and risk of cancer: results from a Norwegian registry-based study. Acta Oncologica, 59(11), 1300-1307. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0284186X.2020.1817548>

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J. & Cooper, C. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. The Lancet, 396(10248), 413-446.

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission (0140-6736). (The Lancet, Issue. Elsevier BV. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)

Lovdata. (2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) (Lov nr. 3). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Låg M & AK, B. (2014, 11.02.2022). Luftforurensning i Norge. I: Folkehelse/rapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 07.03 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/miljo/luftforureining--i-noreg/?term=>

Major E F., Dalgard O S., Mathisen K S., Nord E., Ose Solveig., Rognerud M. & E, A. L. (2011). Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger.

Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20111-betre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>

Meld. St. 6 (2019 –2020). Tett på–tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO. Kunnskapsdepartement. <https://www.regjeringen.no/>

Meld. St. 15 (2022–2023). Folkehelsemeldinga— Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/?ch=2>

Meld. St. 19 (2014–2015). Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter. Helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 19 (2018–2019). Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=1>

Meld. St. 21 (2020–2021). Fullføringsreformen – med åpne dører til verden og fremtiden. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/581b5c91e6cf418aa9dcc84010180697/no/pdfs/stm202020210021000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 23 (2022–2023). Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033). Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>

Miljødirektoratet. (2024). Støy. Miljødirektoratet. Hentet 07.03 fra <https://www.miljodirektoratet.no/ansvarsomrader/forurensning/stoy/>

Molnes, G. (2024). Udir snur og innrømmer feil i nasjonale prøver. Utsanningsnytt. <https://www.utdanningsnytt.no/frischsenteret-nasjonale-prover-utdanning/udir-snur-og-innrommer-feil-i-nasjonale-prover/385976>

Morland, E. (2019). Skolding er den vanligste brannskaden hos barn. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2019/04/skolding-er-den-vanligste-brannskaden-hos-barn>

Mørk, E. (2006). Aleneboendes levekår. Statistisk sentralbyrå,. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/aleneboendes-levekar>

Nasjonalt senter for mat helse og fysisk aktivitet. (u.å). Obligatorisk ferdighetsprøve. Kunnskapsdepartementet Hentet 27.02 fra <https://svommedyktig.no/ressurser/obligatorisk-ferdighetsprove/>

NAV. (2021a, 08.05.2023). Bedriftsundersøkelsen. Årlig spørreundersøkelse. NAV. Hentet 10.03.2024 fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/bedriftsundersokelsen>

NAV. (2021b, 01.03.2024). Hovedtall om arbeidsmarkedet. Statistikk per februar 2024. NAV. Hentet 10.03 fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/arbeidssokere-og-stillinger-statistikk/hovedtall-om-arbeidsmarkedet>

NAV. (2022). Store fylkesvise forskjeller i andel unge uføre. Nav.no. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/nyheter/store-fylkesvise-forskjeller-i-andel-unge-ufore>

Nes, R. B., Hansen, T. & Barstad, A. (2018). Livskvalitet Anbefalinger for et bedre målesystem. Helsedirektoratet. <https://www.fhi.no/publ/2018/livskvalitet.-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/>

NIDA. (2024). The Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise (AUDIT-C). <https://cde.nida.nih.gov/instrument/f229c68a-67ce-9a58-e040-bb89ad432be4>

Norges Svømmeforbud. (2021). Undersøkelse om svømmedyktighet blant elever i 5. klasse. Norges Svømmeforbud. <file:///C:/Users/saa0610/Downloads/RAPPORT-Svømmeforbundet.pdf>

Nrugham, L. & Mehlum, L. (2010). Det norske dødsårsaksregisteret: en kommentar til datakvaliteten. <https://journals.uio.no/index.php/suicidologi/article/view/2024>

Nystad W, Langhammer A & H, M. (2014, 09.11.2022). Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstand i Norge. Folkehelseinstituttet. Hentet 22.02 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/kols/?term=>

Nøkleby, H., Berg, R. & Muller, A. (2021). Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse. Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2021/konsekvenser-av-covid-19-pa-barn-og-unges-liv-og-helse/>

OECD. (2024). Youth not in employment, education or training (NEET) (indicator). Hentet 07.03 fra <https://data.oecd.org/youthinac/youth-not-in-employment-education-or-training-neet.htm>

Ohm, E. (2017, 14.10.2021). Behov for bedre data om skader og ulykker. Folkehelseinstituttet. Hentet 26.02 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/tillegg/datakvalitet-skader/?term=>

Ohm, E., Holvik, K., Kjøllesdal, M. K. R. & Madsen, C. (2020). Health care utilisation for treatment of injuries among immigrants in Norway: a nationwide register linkage study. Injury Epidemiology, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s40621-020-00286-7>

Ohm, E., Holvik, K., Madsen, C., Alver, K. & Lund, J. (2020). Incidence of injuries in Norway: linking primary and secondary care data. Scand J Public Health, 48(3), 323-330. <https://doi.org/10.1177/1403494819838906>

Ohm, E., Madsen, C. & Alver, K. (2014, 02.12.2022). Skader og ulykker i Norge. Folkehelseinstituttet. Hentet 26.02 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/skader/skader-og-ulykker-i-norge/?term=>

Omsland, T. K., Holvik, K., Meyer, H. E., Center, J. R., Emaus, N., Tell, G. S., Schei, B., Tverdal, A., Gjesdal, C. G., Grimnes, G., Forsmo, S., Eisman, J. A. & Søgaaard, A. J. (2012). Hip fractures in Norway 1999–2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates. A NOREPOS study. European Journal of Epidemiology, 27(10), 807-814. <https://doi.org/10.1007/s10654-012-9711-9>

Onarheim, H., Brekke, R. L. & Guttormsen, A. B. (2016). Brannskadede innlagt i norske sykehus – en populasjonsbasert studie. Tidsskrift for Den norske legeförening.

World Health Organization, WHO (2018). Environmental noise guidelines for the European Region. Regional Office for Europe. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279952/9789289053563-eng.pdf?sequence=1>

Pandemisenteret. (2022). UTKAST PANDEMI OG SOSIAL ULIKHET DEKLARASJON, 27-28 oktober 2022 Universitetet i Bergen.

Politiet kripes. (2023). Narkotika- og dopingstatistikk 1. halvår 2023. Politiet kripes. [https://www.politiet.no/globalassets/tall-og-fakta/narkotika/narkotikastatistikk\\_2023\\_halvar.pdf](https://www.politiet.no/globalassets/tall-og-fakta/narkotika/narkotikastatistikk_2023_halvar.pdf)

Poppe, C. & Kempson, E. (2022). Dyrtid under oppseiling II. Husholdenes økonomiske trygghet i 2022 (8270635464). Forbruksforskningsinstituttet SIFO,

OsloMet – Storbyuniversitetet. O.-. Storbyuniversitetet. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/3021799/SIFO-rapport%208-2022%20Dyrtid%20under%20oppseiling%20II.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Poppe, C. & Kempson, E. (2023). Dyrtdid 4: Det er ikke over ennå. Husholdenes økonomiske trygghet i august 2023 (11). Forbruksforskningsinstituttet SIFO,

OsloMet – storbyuniversitetet. SIFO. <https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/bitstream/handle/11250/3091870/SIFO-rapport%2011-2023%20Dyrtdid%204.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Prevention, C. f. D. C. a. (u.å). How Much Sleep Do I Need? Centers for Disease Control and Prevention. Hentet 26.02 fra [https://www.cdc.gov/sleep/about\\_sleep/how\\_much\\_sleep.html](https://www.cdc.gov/sleep/about_sleep/how_much_sleep.html)

Raknes, G. (2020). Demens som dødsårsak. Folkehelseinstituttet. Hentet 22.02 fra <https://www.fhi.no/op/dodsarsaksregisteret/demens-som-dodsarsak/>

Redningsselskapet. (2024). Redningsselskapets drukningsstatistikk. Redningsselskapet. Hentet 27.02 fra <https://rs.no/drukning/>

Regjeringen. (2022). Vil sikre minst én organisert fritidsaktivitet for alle barn. Regjeringen.no. Hentet 26.02 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/vil-sikre-minst-en-organisert-fritidsaktivitet-for-alle-barn/id2924047/>

Regjeringen. (2024). 118 døde i trafikken i 2023: Utviklingen de siste to årene er urovekkende <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utviklingen-de-siste-to-arene-er-urovekkende/id3020492/>

Revol, M. K., Sandvik, L. & With, M. L. (2018). Bolig og boforhold - for befolkningen og utsatte grupper. S. sentralbyrå. <https://www.ssb.no/bygg-bolig-og-eiendom/artikler-og-publikasjoner/attachment/346817?ts=162d8bb3be0>

Ruiz, P. L. D., Stene, L. C., Bakken, I. J., Håberg, S. E., Birkeland, K. I. & Gulseth, H. L. (2018). Decreasing incidence of pharmacologically and non-pharmacologically treated type 2 diabetes in Norway: a nationwide study. Diabetologia, 61(11), 2310-2318. <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4681-4>

Sandlie, H. C., Turner, M. L. & Nordvik, V. (2016). Boligmarkeder og boligkarrierer. I I. Frønes & L. Kjølørød (Red.), Det norske samfunn. Gyldendal. <https://www.gyldendal.no/faglitteratur/samfunnsfag/sosiologi-og-sosialantropologi/det-norske-samfunn-bind-3/p-10032349-no/>

Schipper, H. M. (2011). Apolipoprotein E: implications for AD neurobiology, epidemiology and risk assessment. Neurobiology of aging, 32(5), 778-790. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197458009001614>

Sivertsen, B. (2014, 20.01.2023). Søvnvansker i Norge. Folkehelseinstituttet.

Sivertsen, B., Krokstad, S., Øverland, S. & Mykletun, A. (2009). The epidemiology of insomnia: associations with physical and mental health. The HUNT-2 study. J Psychosom Res, 67(2), 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.05.001>

Smith, R., Vedaa, Ø., Klungsøyr, K., Knapstad, M., Knudsen, A. K. S. & Skogen, J. C. (2014, 20.05.2022). Arbeid og helse i Noreg. Folkehelseinstituttet. Hentet 04.03 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/samfunn/arbeid-og-helse/?h=1&term=>

Song, M., Hwang, S., Son, E., Yeo, H. J., Cho, W. H., Kim, T. W., Kim, K., Lee, D. & Kim, Y. H. (2023). Geographical Differences of Risk of Asthma and Allergic Rhinitis according to Urban/Rural Area: a Systematic Review and Meta-analysis of Cohort Studies. Journal of Urban Health, 478-492. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10323063/>

Statens vegvesen. (2024). Støykartlegging og handlingsplaner. Statens vegvesen,. Hentet 07.03 fra <https://www.vegvesen.no/fag/fokusomrader/klima-miljo-og-omgivelser/stoy-fra-trafikk/stoykart-og-handlingsplaner/>

Statistisk sentralbyrå. (2012). Barn og unges miljø og helse 2011. Utvalgte indikatorer om fysiske og sosiale miljøfaktorer Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/barn-og-unges-miljo-og-helse-2011>

Stene-Larsen, K., Øien-Ødegaard, C., Straiton, M. L., Reneflot, A., Zahl, P. H., Myklestad, I. & Hauge, L. J. (2014, 16.11.2022). Selvmord i Norge. Folkehelseinstituttet.

Stene, L. C. M., Berg, C. L., Ruiz, P. L.-D. & Gulseth, H. L. (2014, 31.05.2021). Diabetes i Norge. Folkehelseinstituttet. Hentet 22.02 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/ikke-smittsomme/diabetes/?term=>

Storstein Spilker, R., Indseth, T., Hussaini, L., Susan Labberton, A., Abdullahi Ali, W., Syse, A., Olaug Olsen, A., Azeem Qureshi, S., Straiton, M. L., Nirmal Kumar, B. & Bruun, T. (2017, 26.08.2022). Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. Folkehelseinstituttet. Hentet 07.03 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/?term=>

Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2014, 23.02.2021). Demens. Folkehelseinstituttet. Hentet 23.02 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=>

Sykehuset i Vestfold. (2022). Større pågang av unge som har tatt overdose av rusmidler. Sykehuset i Vestfold,. Hentet 27.02 fra <https://www.siv.no/om-oss/nyheter/storre-pagang-av-unge-som-har-tatt-overdose-av-rusmidler>

Sykehuset i Vestfold. (2023). Stor pågang av rusrelaterte innleggelser. Sykehuset i Vestfold. Hentet 27.02 fra <https://www.siv.no/om-oss/nyheter/stor-pagang-av-rusrelaterte-innleggelser>

Sør-Øst politidistrikt. (2024). Kriminalitet og utviklingstrekk 2023. Politiet.no. Hentet 26.02 fra <https://www.politiet.no/aktuelt-tall-og-fakta/aktuelt/nyheter/2024/02/06/sor-ost---utviklingstrekk-2023/>

Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M. & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. Dialogues Clin Neurosci, 14(2), 177-186. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung>

Tesli, M. S., Kirkøen, B., Handal, M., Tovik, F. A., Odsbu, I. & Knudsen, A. K. S. (2014, 17.08.2023). Psykiske plager og lidelser hos voksne. Folkehelseinstituttet. Hentet 26.02 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>

Thorén, K. H., Nordh, H. & Lund Holth, A. (2018). Studie av kommunal og fylkeskommunal planlegging for NÆRTUR. Om kommunal og regional planlegging for etablering av turveier og turstier i nærmiljøet Landskapsarkitektur,

Folkehelsevitenskap. Tuv, N. & Epland, J. (2019). Slik måler SSB ulikhet. Statistisk sentralbyrå. Hentet 04.03 fra <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/statistikk/inntekts-og-formuesstatistikk-for-husholdninger/artikler/slik-maler-ssb-ulikhet>

Tuv, N. & Fløtre, I. A. (2024, 04.03.2024). Slik kan lønnsforskjellen mellom kvinner og menn forklares. Statistisk sentralbyrå. Hentet 04.03 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/lonn-og-arbeidskraftkostnader/statistikk/lonn/artikler/slik-kan-lonnsforskjellen-mellom-kvinner-og-menn-forklares>

Uldahl, M. & Bere, E. (2023). Lavinntektsfamilier i Norge må bruke en større andel av inntekten sin for å spise i tråd med kostrådene. Norsk tidsskrift for ernæring, 21(1), 23-32. <https://doi.org/10.18261/ntfe.21.1.5>

University of Rochester Medical Center. (u.å). Stress Can Increase Your Risk for Heart Disease. <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=1&ContentID=2171>

Utdanningsdirektoratet. (2024). Om statistikken: nasjonale prøver 8. og 9. trinn. [https://statistikkportalen.udir.no/api/rapportering/rest/v1/Tekst/visTekst/19714?dataChanged=2024-01-30\\_202531](https://statistikkportalen.udir.no/api/rapportering/rest/v1/Tekst/visTekst/19714?dataChanged=2024-01-30_202531)

Vardheim, I. (2013). Ung i Vestfold 2013. <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2439325>

Vardheim, I., Bentsen, A., Kristiansen, R., Lorentzen, C. A. N., Bauger, L., Gulløy, E., Møller-Skau, C. & Espetvedt, M. N. (2023). Ungdata pluss i Vestfold og Telemark. Resultater fra første datainnsamling 2023. [https://www.vestfoldfylke.no/globalassets/statistikk-kart-og-analyse/ungdata-pluss/879-rapport-korus-web\\_lr.pdf](https://www.vestfoldfylke.no/globalassets/statistikk-kart-og-analyse/ungdata-pluss/879-rapport-korus-web_lr.pdf)

Vestad, L. & Fandrem, H. (2015). Selvregulering, språk og relasjon til pedagogen hos minoritetsspråklige og majoritetsspråklige førskolebarn. I. Spesialpedagogikkforskningsutgaven.

Vestfold fylkeskommune. (2017). Ungi i Vestfold 2017. [https://www.vestfoldfylke.no/globalassets/vfk/dokumenter/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/oversiktisdokumenter/vfk\\_ung\\_i\\_vestfold\\_2017\\_rapport\\_.pdf](https://www.vestfoldfylke.no/globalassets/vfk/dokumenter/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/oversiktisdokumenter/vfk_ung_i_vestfold_2017_rapport_.pdf)

Vestfold fylkeskommune. (2024, 23.02.2023). Flytting. Vestfold fylkeskommune Hentet 21.02 fra <https://www.vestfoldfylke.no/no/kunnskap-om-vestfold/tema/befolkning/flytting/>

Vestfold fylkeskommune. (2016). Slik lever vi i Vestfold og Telemark. Vestfold fylkeskommune. <https://www.vestfoldfylke.no/no/kunnskap-om-vestfold/rapporter/slik-lever-vi-i-vestfold-og-telemark/>

Vestfold og Telemark fylkeskommune. (2020). Slik lever vi i Vestfold og Telemark. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer 2020. Vestfold og Telemark fylkeskommune. <https://www.vestfoldfylke.no/globalassets/vfk/dokumenter/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/oversiktisdokumenter/slik-lever-vi-i-vestfold-og-telemark.pdf>

Vestfold og Telemark fylkeskommune. (2023a). Kunnskap om Vestfold. [https://www.vestfoldfylke.no/globalassets/statistikk-kart-og-analyse/regional-planstrategi-2024-2028/kunnskap-om-vestfold/kunnskap-om-vestfold\\_2023.pdf](https://www.vestfoldfylke.no/globalassets/statistikk-kart-og-analyse/regional-planstrategi-2024-2028/kunnskap-om-vestfold/kunnskap-om-vestfold_2023.pdf)

Vestfold og Telemark fylkeskommune. (2023b). Skadedataprojektet. [En rapport med resultater og erfaringer fra prosjektperioden. https://www.vestfoldfylke.no/no/kunnskap-om-vestfold/rapporter/skadedataprojektet/](https://www.vestfoldfylke.no/no/kunnskap-om-vestfold/rapporter/skadedataprojektet/)

Vogt, K. C. (2017). Vår utålmodighet med ungdom. Tidsskrift for samfunnsforskning, 58(1), 105-119. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2017-01-05>

Waaseth, G. (2006). Virkning av grøntområder på menneskers helse og trivsel-En litteraturgjennomgang.

Aase, K. N., Gulløy, E., Lorentzen, C. A. N., Bentsen, A., Kristiansen, R., Eik-Åheim, K., Riiser, E. S., Haraldsen, E. & Momrak, E. S. (2021). Ung i Vestfold og Telemark 2021. Skien: Kompetansesenter rus - region sør & Vestfold og Telemark fylkeskommune. <https://www.vestfoldfylke.no/globalassets/vfk/dokumenter/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/oversiktisdokumenter/ung-i-vestfold-og-telemark-til-web.pdf>

Aasvang GM, Engdahl BL & Krog NH. (2014, 03.02.2022). Støy, helseplager og hørselstap i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 04.03 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/miljo/stoy/?term=>

# Interaktiv PDF med bokmerker og hyperlenker

## For PC eller Mac

Dokumentet er designet for Adobe Acrobat Reader. Uavhengig av plattform, er Adobe Acrobat Reader den anerkjente standarden for pålitelig visning av PDF. Programmet er gratis.

## Skal du finne noe raskt?

Søkefunksjon i PDF-leseren aktiviseres ved å taste Ctrl+F på PC, eller Cmd+F på Mac. Skriv inn ønsket ord i søkefeltet som dukker opp.

Alle kapitler er bokmerket og snarveier til disse finnes i PDF-leserens meny.

## Utskriftsvennlig

Dokumentet er designet for liggende A4-utskrift. Skriv ut dokumentet i 100 prosent størrelse (ikke tilpasset størrelse) for best resultat.

## Lese PDF-dokumentet på iPad?

Når du mottar dokumentet på e-post bør du ikke lese den direkte via e-post-viseren. For best mulig visning anbefaler vi at du laster ned dokumentet og åpner det i iBooks (hvis du ikke har Adobe Acrobat Reader).

Dokumentet fungerer godt i iBooks, med god søkefunksjon og tydelige bokmerker. Du navigerer ved å bla gjennom dokumentet, eller ved å klikke direkte på overskriftene i innholdsfortegnelsen. Hyperlenker vises som understreket tekst i referanselistene.

Leser du dokumentet på en svært liten skjerm, anbefaler vi å dobbelttrykke på ønsket tekstspalte. iBooks vil zoome inn til lesevennlig størrelse. Dobbelttrykk igjen for å se hele layouten.

På Androide enheter anbefaler vi Adobe Acrobat Reader dersom den innebygde leseren ikke fungerer godt.



## Dokument mottas på e-post

- Hold fingeren på ikonet til meny dukker opp



## Importer med iBooks

- Klikk på ikonet
- Dokumentet legges i biblioteket

## iBooks gir optimal lesemodus på iPad

- Naviger med knappene
- Klikk på hyperlenker i innholdsfortegnelse
- Vis alle sider som miniatyrer
- Bruk bokmerker
- Dobbeltklikk på kolonner for å zoome inn
- Søk i fritekst
- Still lys og kontrast
- Bla fram og tilbake



**Postadresse:**  
Postboks 1213  
3105 Tønsberg

**Besøksadresse:**  
Svend Foynsgate 9  
Tønsberg

**Kontakt:**  
33 34 40 00  
[post@vestfoldfylke.no](mailto:post@vestfoldfylke.no)