



VESTFOLD
fylkeskommune



Vi i Vestfold

Oversikt over helsetilstand
og påvirkningsfaktorer

© Vestfold fylkeskommune 2016

Foto: Dag G. Nordsveen

Foto side 15 og 59: Jiri Havran

Foto side 27: Grete Thoresen

Foto side 37: Shutterstock

Foto side 57: Sandefjord videregående skole

Foto side 75: Gunlaug Gulvik

Design, grafikk og illustrasjon: Metro Branding

**Dette er en interaktiv PDF
med bokmerker.**

Naviger i innholdsfortegnelse
og hyperlenket tekst.

Pilene øverst til høyre fører deg en
side fram eller tilbake. Pilene
deaktiveres på håndholdte
enheter: «Swipe» som normalt
mellom sidene.

Knappen i midten fører deg
tilbake til innhold.

Vi i Vestfold

FORORD

Vi i Vestfold er Vestfold fylkeskommunes første oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i henhold til folkehelseloven som trådte i kraft i 2012. Loven peker på kunnskapsbasert arbeid som veien å gå for å bedre folkehelsa og utjevne sosiale helseforskjeller.

Oversiktsdokumentet skal, slik loven fastslår, «inngå som grunnlag for arbeidet med fylkeskommunens planstrategi». Det gir fylkeskommunen og samarbeidsaktører kvalitet og

bredde i kunnskapen vi trenger for å utvikle samfunnet. God helse for alle er på mange måter det optimale målet på et godt samfunn.

Utviklingen av oversiktsarbeidet i Vestfold har gått i flere trinn. Gjennomføringen av Ungdata i 2013 var et gjennombrudd for forståelsen av hvor viktig lokale data er for å sette en tydelig dagsorden i det lokale og regionale folkehelsearbeidet.



I 2014/2015 var Vestfold fylkeskommune utvalgt av Helse- direktoratet som erfaringsfylke innen oversiktsarbeid. Prosjektet innebar metodeutvikling i samarbeid med kommunene Tønsberg, Nøtterøy og Svelvik. Det var lærerikt med hensyn til å forankre arbeidet bredt i sektorer/etater og det å utvikle gode verktøy for å samle informasjon. Helsedirektoratet og By- og regionforskningsinstituttet NIBR var kunnskapsrike støttespillere. Vinteren 2015/2016 besvarte over 3 000 personer i Vestfold Folkehelseundersøkelsen – helse og trivsel i Vestfold 2015. Resultater og analyser foreligger ikke ennå, og de er derfor ikke med i dette dokumentet, slik planen opprinnelig var. Det vi ser, er at denne undersøkelsen kommer til å gi mye nyttig tilleggsinformasjon. Dette gjelder blant annet geografiske forskjeller i Vestfold, og kobling av data om helse og trivsel mot sosioøkonomiske bakgrunnsfaktorer. Folkehelseundersøkelsen kommer også til å øke oppmerksomheten omkring de faktorene som skaper god helse.

En regional referansegruppe har gitt verdifulle faglige innspill til utviklingen av oversiktsarbeidet. I denne gruppen har det deltatt representanter for kommunene Larvik, Nøtterøy og Svelvik. Fra statlig hold har fylkeslegen, NAV Vestfold, Sykehuset i Vestfold og Helsedirektoratet deltatt. Disse, samt politiet i Vestfold, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Vestfold interkommunale brannvesen, Statens vegvesen og Miljørettet helsevern i Vestfold har gitt sine bidrag til oversiktsdokumentet. Det er ingen tvil om at oversiktsarbeid har stått i sentrum av folkehelsearbeidet i Vestfold de siste årene. Folkehelsenettverket i Vestfold, der alle kommuner deltar, sammen med Høgskolen i Sørøst-Norge, Fylkesmannen og flere frivillige organisasjoner, har vært den brede arenaen for å dele engasjement og erfaringer underveis.

Oversiktsarbeidet skal utvikles videre. Nå skal resultatene fra den nevnte folkehelseundersøkelsen analyseres og formidles. I 2017 tar vi sikte på å gjennomføre Ungdata i alle fylkets kommuner. Et dokument som *Vi i Vestfold* er preget av en rekke valg i disposisjon og framstillingsmåte. Et valg er en forenklet geografisk framstilling. Stort sett sammenligner vi Vestfold med landsgjennomsnittet. I noen tilfeller viser vi statistikk på kommunenivå. Også i oversiktsarbeidet blir det i tiden framover interessant å tenke utover eget fylke og se etter andre geografiske mønstre, både i større regioner/på landsdelsnivå og i nye kommuner, og på områder innenfor en kommune.

Loven fastslår at oversiktsarbeidet skal være en løpende aktivitet, ikke kun et dokument som produseres hvert fjerde år. *Vi i Vestfold* gir et godt grunnlag for å vurdere hvilke temaer som skal ha særlig oppmerksomhet i dette løpende arbeidet i årene som kommer. Det blir også avgjørende hvilke mål og strategier som fastsettes politisk i nye og reviderte regionale planer. Å følge med på utvalgte data om utviklingen av helsetilstanden og påvirkningsfaktorer vil fortelle om vi lykkes med å bedre folkehelsen, og å utjevne sosiale helseforskjeller.

Tønsberg, april 2016

Egil Johansen
fylkesrådmann

*God helse for alle
er på mange måter det
optimale målet på et
godt samfunn.*





Innhold

Forord	3
Innhold	5

DEL 1:

INNLEDNING:

Et kunnskapsbasert folkehelsearbeid	7
---	---

OPPSUMMERING:

Vestfolds viktigste folkehelseutfordringer	10
--	----

Innspill til regional planstrategi og regional planlegging

12

DEL 2:

Presentasjon av temaområder

01 BEFOLKNINGEN	15
Forventet levealder	17
Alderssammensetning	18
Innvandres landbakgrunn	19
Oppsummering	20
Referanser	22

02 HELSETILSTAND	23
Psykisk helse	25
Selvmord	29
Sykdommer og plager i muskler og skjelett	29
Hjerte- og karsykdommer	31
Kreftforekomst	34
Diabetes type 2	35
Luftveissykdommer	36
Tannhelse	37
Oppsummering	40
Referanser	41

03 SKADER OG ULYKKER	43
Veitrafikkulykke med personskader	45
Hoftebrudd	46
Brannskader behandlet ved Sykehuset i Vestfold	48
Forgiftningsskader behandlet i spesialist- helsetjenesten	48
Bygningsbranner i Vestfold	48
Drukningsskader og svømmeferdigheter	49
Oppsummering	50
Referanser	51

04 OPPVEKST OG LEVEKÅR	52
Inntekt og ulikhet	54
Utdanning	57
Deltakelse i arbeidslivet	59
Boligtilbudet som rammebetingelse	62
Oppsummering	65
Referanser	67

05 FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG

SOSIALT MILJØ	68
Tilgang til natur og rekreasjon	70
Radonkonsentrasjon i boliger	71
Sosial støtte	74
Deltakelse i kulturliv og frivillighet	75
Valgdeltakelse	76
Mobbing	78
Videregående opplæring	79
Læringsmiljø	80
Kriminalitet	80
Oppsummering	81
Referanser	83

06 HELSERELATERT ATFERD	85
Kosthold	87
Fysisk aktivitet	88
Tobaksbruk	91
Alkohol og rus	92
Oppsummering	94
Referanser	95

FIGURER OG TABELLER

Figuroversikt	97
Tabelloversikt	98

DEL 1

- > **INNLEDNING**
Et kunnskapsbasert folkehelsearbeid
- > **OPPSUMMERING**
Vestfolds viktigste folkehelseutfordringer
- > **INNSPILL**
til regional planstrategi og regional planlegging

Innledning

Et kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Dette dokumentet inneholder en oversikt over befolkningens helsetilstand og forhold som påvirker folkehelsen i Vestfold. Kunnskap om folkehelseutfordringer og ressurser er kjernen i et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Denne kunnskapen skal legge grunnlaget for mål og strategier, forankring i planer og for å sette i verk tiltak på folkehelseområdet.

Det er folkehelseloven med tilhørende forskrift som stiller krav til at kommuner og fylkeskommuner skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen (på populasjonsnivå), og positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Loven fastslår at det skal lages et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år, og at dette skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven § 7-1 og § 10.1. Forskrift til folkehelseloven setter også krav til innholdet i oversikten, og hvilke temaer som skal dekkes i oversiktsdokumentet.

Oversiktsdokumentet *Vi i Vestfold* har derfor denne kapitteinndelingen i del 2:

1. Befolkningssammensetning
2. Helsetilstand
3. Skader og ulykker
4. Oppvekst og levekår
5. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
6. Helserelatert atferd

De tre første kapitlene handler om befolkningen og helsetilstanden, mens de tre siste handler om påvirkningsfaktorer. På slutten av hvert kapittel er det en oppsummering og referanseliste. Del 1 inneholder en oppsummering av Vestfolds viktigste folkehelseutfordringer, samt vurdering av hvilke temaer det er viktig å følge opp i regionalt planarbeid. Dette er viktig for den funksjonen oversiktsdokumentet har som del av kunnskapsgrunnlaget for regional planstrategi.

Folkehelsebegrepet

Folkehelseloven definerer folkehelse som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning». Et mål med folkehelsepolitikken, både nasjonalt og internasjonalt, er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og å redusere sosiale helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og kvinner og menn.

Kunnskap om sosiale helseforskjeller viser at både levekår og levevaner påvirker helsetilstanden i befolkningen. Helse, sykdom, levelengde og levevaner er i dag ulikt fordelt i den norske befolkningen. Helseforskjellene kan vises som en gradient som er systematisk gjennomgående, der de med høyest inntekt, høyest utdanning og høyest sosial status har best helse. Sosiale forskjeller gir mennesker ulike muligheter. Det verdimeslige utgangspunktet for å motvirke sosiale helseforskjeller kan være etisk og basert

på å bekjempe urettferdighet. Sosiale helseforskjeller representerer også et tap for enkeltmennesker, familier og samfunnet. Å motvirke forskjellene kan også begrunnes samfunnsøkonomisk.

Hva er folkehelsearbeid?

I folkehelseloven defineres folkehelsearbeid slik:

Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeide for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Påvirkningsfaktorene ligger på ulike nivåer. Vi har valgt å bruke begrepet *nære påvirkningsfaktorer* om sosialt miljø, fysisk aktivitet, kosthold, tobakk- og rusvaner. *Bakenforliggende påvirkningsfaktorer* omfatter i dette dokumentet inntekt, utdanning, arbeid og bolig. Også helsevesenets behandlende og forebyggende arbeid er avgjørende for folkehelsen. Ofte vil hver enkelt påvirkningsfaktor ha innvirkning på flere helsemessige forhold. Siden det er mange og ulike forhold på ulike nivåer i samfunnet som påvirker befolkningens helse og trivsel, blir det samlede bildet av folkehelseutfordringene sammensatt.



Et eksempel på helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Utviklingen av diabetes i befolkningen er en del av helse-tilstanden som det er viktig å følge med på. Alder, kjønn og arvelige faktorer er fastlagt. Men kosthold, fysisk aktivitet og vekt er blant nære påvirkningsfaktorer som har betydning (og som dels henger sammen) for forekomst av diabetes. Bak de nære påvirkningsfaktorene ligger sosioøkonomiske påvirkningsfaktorer som utdanning, inntekt og yrkesaktivitet. Ser vi på forekomst av diabetes relatert til utdanningsnivå, ser vi den samme gradienten som for helsetilstanden for øvrig. Forekomsten øker i grupper med kort utdanning og lav inntekt. Folkehelseiltak mot diabetes vil derfor rette seg både mot de nære og de bakenforliggende påvirkningsfaktorene.

Fordi folkehelsearbeidet omfatter så mange ulike forhold som påvirker folkehelsen, betyr det at alle sektorer er aktører i folkehelsearbeidet. Hensikten er å kunne fremme det som gir god helse, og å møte helseutfordringene før de gir seg utslag i sykdomsutvikling, og beslaglegger kapasitet i helse-tjenesten. Fokuset for folkehelsearbeidet handler derfor om tverrsektorielle anliggender som blant annet:

- Bolig- og oppvekstmiljøer, skole og utdanning, arbeidsliv, arbeidsmiljø, helsetjenester og velferdsordninger for gode levekår.
- Forhold som fremmer psykisk helse og trivsel, sosiale nettverk, deltakelse og sosial støtte i hverdagslivet.
- En samfunnsrettet innsats for å forebygge de store folkesykdommene. Innsats innen områdene ernæring, fysisk aktivitet, tobakk, alkohol, samt rus, psykisk helse og skader og ulykker må også rettes mot de bakenforliggende årsakene, basert på en forståelse av blant annet politiske og kommersielle drivkrefter.

Et sammensatt bilde

Siden det er mange og ulike forhold på ulike nivåer i samfunnet som virker inn på befolkningens helse og trivsel, blir det samlede bildet av folkehelseutfordringene i Vestfold sammensatt. Det er krevende å finne objektive kriterier for å fastslå hva som er de viktigste folkehelseutfordringene, og anvende disse på en slik måte at de gir grunnlag for en absolutt og udiskutabel kortliste. Arbeidet med en slik kortliste vil være en løpende prosess, der ny detaljkunnskap, utvikling av helhetsforståelse og en aktiv og kritisk faglig diskusjon endrer listen over tid. Oppsummeringen av folkehelseutfordringene i dette oversiktsdokumentet må derfor betraktes som et steg i en slik løpende prosess.

Til grunn for utvalget av temaer i dette oversiktsdokumentet ligger flere forhold: Faglige begrunnelser for hvilke tema som åpenbart hører med. Temaer som har vært på dagsorden i folkehelsearbeidet i Vestfold de siste årene har det også vært viktig å ta med. Også tilgangen på interessant Vestfold-relatert kunnskap påvirker utvalget av temaer. Det kunne vært med flere temaer, og alle temaer kunne vært beskrevet mer detaljert. I dette ligger en begrensning i kunnskapsgrunnlaget som presenteres. Resultatene fra folkehelseundersøkelsen som er gjennomført i 2015/2016 forelå ikke da dette dokumentet ble ferdigstilt. Det er eksempel på en kilde til kunnskap som vil belyse flere temaer grundigere og mer Vestfold-relevant.

God helse og trivsel

Folkehelseloven sidestiller fysiske, psykiske, sosiale og miljømessige dimensjoner av helse. Dette har stor betydning for innretningen av folkehelsearbeidet. Å ha god helse

handler om mer enn ikke å ha sykdommer og plager. Det handler også om at den enkelte opplever livet som godt og meningsfylt, selv om hverdagen også innebærer å måtte takle vanskeligheter. Å ha en god venn og å tilhøre et fellesskap er like viktig som å spise sunt.

I folkehelsearbeidet benyttes to ulike strategier. Det er den *helsefremmende* strategien og den *sykdomsforebyggende* strategien. En helsefremmende strategi søker å forstå de krefter og evner som fremmer mestring, mening og trivsel, og setter folk i stand til å mestre sykdom og problemer. Her vil det være viktig å ha oppmerksomhet på hvilke forutsetninger som må til for at folk skal kunne benytte sine egne og nettverkets ressurser. En sykdomsforebyggende strategi har særlig fokus på risikofaktorer, risikogrupper og risikoatferd. Dette er et viktig fokus, men på noen områder vil det ikke være tilstrekkelig å forebygge og å redusere sykdom. Fravær av sykdom betyr nødvendigvis ikke at livet oppleves som godt og meningsfullt.

I arbeidet med dette oversiktsdokumentet har vi erfart at det er en utfordring å finne de positive helseindikatorer og helsemålene. Det er derfor en hovedvekt på helsetilstand og sykdomsbyrde, som i seg selv ikke er et fullstendig mål på god folkehelse i befolkningen. I videre arbeid vil det derfor være en målsetting å finne fram til indikatorer som fokuserer på helsefremmende faktorer, og forhold som øker deltakelse, involvering og inkludering. På den måten kan samfunnet i større grad rette oppmerksomheten mot å utløse store ubrukte ressurser i befolkningen, og bedre folkehelsen på den måten.

Oppsummering

Vestfolds viktigste folkehelseutfordringer

Befolkningssammensetning

Vestfold har en befolkning hvor den sosiale helsegradienten tydelig avtegnes i statistikken over forventet levealder. Den generelle økningen i forventet levealder skyldes nedgang i dødelighet for alle grupper. Utdanningsulikheter i dødelighet har i Norge vært vedvarende og til dels økende, til tross for en omfordelingspolitikk i skattesystem, utdanningssystem og i helsetjenester. Vestfold har de siste 20 årene hatt en liknende positiv trend som landet sett under ett med en betydelig nedgang i dødsfall fra sykdommer.

Alderssammensetningen i Vestfold er preget av en noe høyere andel i aldersgrupper over pensjonsalder enn landsnittet. Med en aldrende befolkning blir det enda viktigere å forebygge sykdom i den yrkesaktive delen av befolkningen, samt legge til rette for utsatt pensjonsalder.

Vestfolds innvandrerbefolkning utgjorde 12,9 % i 2015, og har økt som i landet sett under ett. Innvandrerne i Vestfold er en svært sammensatt gruppe når det gjelder opprinnelsesland. En økning i andelen innvandrere kan ha påvirkning på helsetilstanden i befolkningen. Det vil også bli større oppmerksomhet omkring integrering for å forebygge økning i sosial ulikhet i helse.

Helsetilstand

Sett under ett er det ikke tegn på at Vestfolds befolkning har en helsetilstand som skiller seg markert i forhold til de nasjonale utfordringene. Samtidig er det et mønster at de største byrdene og utfordringene nasjonalt utgjør like store eller større utfordringer i Vestfold. Det gjelder både helsetilstand for psykisk helse hos unge og voksne, sykdommer i muskler og skjelett, hjerte- og karsykdommer, kreftforekomst, type 2-diabetes og dødsfall som følge av selvmord.

Blant disse tilstandene, spesielt de somatiske sykdommene, er det flere som har felles nære påvirkningsfaktorer slik som kosthold, stillesitting og manglende fysisk aktivitet, tobakksbruk og skadelig bruk av alkohol.

Bak disse typiske levevanefaktorene er det flere faktorer som er knyttet opp mot sosioøkonomiske forhold. Ved å følge utvikling over tid for ulike indikatorer på helsetilstand, vil vi kunne måle om utviklingen av folkehelsen i Vestfold går i en positiv retning. Samtidig hadde det vært ønskelig med flere indikatorer som måler den gode folkehelsen, og spesielt den gode psykiske helsen i befolkningen.

Skader og ulykker

Selv om det har vært en betydelig nedgang i dødelighet som følge av ulykker i Norge, er ulykker fortsatt den viktigste årsaken til dødsfall for nordmenn under 45 år. Sammenlignet med landsgjennomsnittet kan det se ut som det er noe færre behandlinger av ulykkesskader i spesialisthelsetjenesten i Vestfold enn i landet for øvrig.

Antall drepte i vestfoldtrafikken er kraftig redusert i perioden 2005-2014. Gående og syklende har en betydelig høyere risiko for å bli drept eller hardt skadd enn de som kjører bil, beregnet per kilometer.

Blant eldre utgjør lårbensbrudd grunnet fallulykker et stort innslag i skadestatistikken. Årlig skjer om lag 530 lårbensbrudd (inkludert hoftebrudd) i Vestfold. Dødeligheten er høy, kostnadene er store og mange får redusert helse og livskvalitet.

Uforholdsmessig mange barn under to år i Vestfold får årlig brannskader som krever sykehusbehandling. Også mange vestfoldinger, særlig kvinner, blir årlig behandlet for forgiftningsskader, i hovedsak av medikamenter. Antall branner i Vestfold er redusert de siste årene.



Oppvekst og levekår

Også i Vestfold er det en tendens til økt ulikhet mellom inntektsgrupper. Vestfold har en relativt høy og økende andel barn i lavinntektsfamilier, over 6000 i 2014. Ungdom som vurderer familiens økonomiske situasjon som god, har en signifikant bedre psykisk og fysisk helse enn ungdom som vurderer familieøkonomien som dårlig.

Utdanningsnivået i Vestfold er noe lavere enn det nasjonale gjennomsnittet. Gjennomføring av videregående opplæring innen 5 år etter påbegynt Vg1 har ligget rett under 70 %, med store variasjoner mellom studieforberedende og yrkesfaglig utdanningsprogram. I aldergruppen 16 til 25 år er 9,5 % uten og utenfor videregående opplæring, og også uten jobb. En like stor andel av denne aldersgruppen er uten og utenfor videregående opplæring, men er i jobb. På en rekke indikatorer for deltakelse i arbeidslivet scorer Vestfold dårligere enn landet. Nivået av uførhet og nedsatt arbeidsevne er høyere, særlig blant de yngre aldersgruppene. Ledigheten i Vestfold er som landsgjennomsnittet, men tendensen til høy ungdomsledighet er mer markant i Vestfold.

Boligmarkedet i Vestfold er dominert av eneboliger, selv om det er bygget mange leiligheter de siste årene. Boligprisene har også i Vestfold økt kraftig. Det er grunn til å spørre om boligtilbudet i tilstrekkelig grad dekker ulike behov, og bidrar til sosialt sammensatte boligmiljøer.

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Rekreasjonsområder nær hjemmet eller arbeidsplassen senker terskelen for friluftsliv. Oversikt over ulike rekreasjonsområder i og nær by- og tettsteder i Vestfold viser tilgang på mange typer rekreasjonsområder. Lekeplasser og den såkalte 100-meters skogen er særlig godt representert.

For høy radonkonsentrasjon i inneluft øker risikoen for å utvikle lungekreft, særlig for personer som røyker eller har røykt. Et stort antall målinger av radonkonsentrasjon på eiendommer i Vestfold viste at nesten 50 % av disse hadde et nivå som overstiger det anbefalte nivået for å iverksette tiltak (100 becquerel per kubikkmeter luft).

Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 2012 indikerer at befolkningen i Vestfold opplever en sosial støtte fra omgivelsene som er noe sterkere enn landsgjennomsnittet. Det statistiske grunnlaget er imidlertid lite. Deltakelse i frivillighet og kulturliv kan være sosialt støttende miljøer. Tall fra organisasjonslivet viser stabilitet og vekst i flere viktige organisasjoner, men mange ungdommer slutter. Vestfoldbibliotekene har utviklet seg til å bli en møteplass i lokalsamfunnet.

Deltakelse i valg er en indikator på demokratisk medvirkning og opplevelse av «empowerment». I stortingsvalg, fylkestingsvalg og kommunevalg er langtidstendensen tydelig, med en fallende deltakelse.

Barn som mobbes har opptil sju ganger høyere risiko for psykiske plager som engstelse, depresjon, ensomhet og rastløshet enn barn som ikke mobbes. Blant ungdomsskoleelever i Vestfold svarer 8 % at de mobbes hver 14. dag eller

oftere. I videregående er tallet 5 %. Det er store variasjoner mellom skoler og kommuner.

Ungdataundersøkelsen i Vestfold fra 2013 viste at læringsmiljøet på skolen har stor betydning for hvordan ungdommene vurderer sin egen helse. I elevundersøkelsen ligger Vestfold under landssnittet for skåring av positivt læringsmiljø i videregående opplæring.

Omfang av kriminalitet i et område har betydning for befolkningens følelse av trygghet. Statistikk fra politiet viser nedgang i vinningskriminalitet. Det er mer voldskriminalitet i Vestfold enn landsgjennomsnittet. Narkotikabeslag i Vestfold har økt, mens det er en nedgang ellers i landet. Vold i nære relasjoner er et stort samfunnsproblem og tall for hele landet viser en økning i anmeldelser.

Helserelatert atferd

Det har gjennom mange år vært en betydelig nedgang i daglig røyking, og andelen ungdom som røyker går ned. Bruk av snus ser ut som har stabilisert seg på et relativt høyt nivå.

Fysisk aktivitet er en ressurs for fysisk og psykisk helse i hele befolkningen, og det er store folkehelsegevinster å hente ut ved å redusere stillesitting. Reisevaneundersøkelsen viser at andel syklende og gående i Vestfold står på stedet hvil.

Folkehelseutfordringer med alkohol og rus er stor, med store skadevirkninger. Det er en stor utfordring å legge til rette for at sunne helsevalg skal være tilgjengelig for alle, slik at sosiale helseforskjeller knyttet til levevaner kan reduseres.

Innspill til regional planstrategi og regional planlegging

På grunnlag av oppsummering av de viktigste folkehelseutfordringene i Vestfold trekkes oppmerksomheten dels mot forhold der Vestfold skiller seg ut fra resten av landet, og dels mot forhold som er av betydning for folkehelsen. Dette er uavhengig av om Vestfold relativt sett kommer positivt eller negativt ut.

I det overordnede bilde ser vi at Vestfold sammenlignet med landet ligger jevnt med eller noe dårligere enn landsgjennomsnittet, både når det gjelder psykisk helse og somatisk sykdom. Utslagene er små, men det er likevel et mønster som er verdt å merke seg. Skader og ulykker behandlet i spesialisthelsetjenesten kan være et unntak, der det ser ut som Vestfold kommer bedre ut enn landsgjennomsnittet.

Vestfold kommer noe dårligere ut enn landsgjennomsnittet når det gjelder de grunnleggende sosioøkonomiske faktorene inntekt, utdanning og arbeid. Sykdomsforekomsten i befolkningen er også noe dårligere enn landsgjennomsnittet, og kan ha sammenheng med levekårene. Generell kunnskap om sosiale helseforskjeller kan styrke en slik forståelse. En faktor som hører med er at Vestfold har en noe eldre befolkning enn landet. Med aldrende befolkning følger gjerne en mer utfordrende helsesituasjon. For flere faktorer er det korrigert for dette ved en aldersstandardisering av statistikken.

Den sosiale helsegradienten som synes å slå inn for Vestfold sammenlignet med landet som helhet, er også tydelig internt i Vestfold, når vi ser på forventet levealder for ulike utdanningsgrupper. Ulikheten kommer tydelig fram som en statistisk sammenheng, men det betyr ikke at det er direkte årsakssammenheng mellom sosioøkonomiske faktorer og helse. For å lete etter årsakssammenhenger, må en se på de nære påvirkningsfaktorene i fysisk og psykososialt miljø og i befolkningens levevaner. Oversiktsdokumentet gir ikke tydelige indikasjoner på områder der Vestfold skiller seg negativt ut. En skal likevel være oppmerksom på at framstillingen i dette dokumentet ikke fanger opp ulikheter på et lavere geografisk nivå.

Et tema som synes å peke seg ut er deltakelse i arbeidslivet, som både er en bakenforliggende sosioøkonomisk påvirkningsfaktor, men også en nær påvirkningsfaktor. Vestfold skiller seg ut med lav yrkesdeltakelse og høy andel uføre og personer med nedsatt arbeidsevne. En voksende innvandrerbefolkning, særlig fra land utenfor EU/EØS, kan gjøre omfanget av denne utfordringen større, men neppe i større grad for Vestfold enn for landet som helhet.

Blant de nære påvirkningsfaktorene som vi vet har stor betydning for hele befolkningens helse, er kvaliteter i det fysiske og det psykososiale miljøet og levevaner som blant annet kosthold og fysisk aktivitet. Selv om Vestfold ikke

nødvendigvis skiller seg negativt ut på disse områdene, er det store folkehelsegevinster i å utvikle tryggere nærmiljø, og styrke helsefremmende kvaliteter i nærmiljø og fellesarenaer som skoler og møtesteder i lokalsamfunnet. Også i Vestfold har vi utfordringer med at en stor andel ikke følger anbefalinger om kosthold og fysisk aktivitet, og at det er en tydelig sosial gradient når det gjelder hvem som følger anbefalingene for sunne valg og blant annet har tilgang til sosialt støttende miljøer.

I det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet rettes oppmerksomheten mot hvordan vi utvikler strategier som fremmer helsevennlige valg og helsefremmende kvaliteter i miljøene vi lever i. I den retning folkehelseloven peker, handler dette om «samfunnets innsats» for lokalsamfunn (byer, tettsteder, bygder) som er trygge og helsefremmende for hele befolkningen. Dette kan fremme de sunne valgene for alle uavhengig av sosioøkonomisk status, og skape positive meningsfylte fellesskap. Det gjelder også i Vestfold, uavhengig av at indikatorene i dette oversiktsdokumentet ikke nødvendigvis peker på særlige utfordringer i vårt fylke sammenlignet med landet på disse områdene. Dette er generelle folkehelseutfordringer. Å følge med på disse indikatorene, å presisere dem og eventuelt finne nye og bedre, vil gi innsikt i om «samfunnets innsats» gir resultater i Vestfold.

Temaer å følge opp i regional planlegging

Med oversiktsdokumentet som bakgrunn er det noen hovedtemaer som bør gis prioritet i det regionale planarbeidet. Ulike regionale temaplaner er aktuelle, og oppfølging kan skje både i strategiske prioriteringer og i tiltak i handlingsprogram. I arbeidet i den enkelte relevante plan forutsettes at prioriteringene spisses ytterligere mot konkrete innsatser.

- **Utdanning og arbeidsliv.** Disse påvirkningsfaktorene har avgjørende betydning for helse og trivsel gjennom livsløpet, men betyr også mye for dagliglivets helse i form av å oppleve mestring, mening og samhørighet. Innvandrerbefolkningen er en av gruppene som dette er særlig viktig for. **Flere i Vestfold bør få mulighet til å nyte godt av skole og arbeid som inkluderende og helsefremmende arenaer.**
- **Støttende sosiale miljøer.** Utfordringer som gjelder psykisk helse er store, også i Vestfold. Støttende sosiale miljøer er ressurser for at mennesker i alle livsfaser kan styrkes til å mestre livet, og slik få en bedre psykisk helse. Et mangfold av fellesskap har betydning: familie, nabolaget, barnehage og skole, sykehjem og omsorgsboliger, det større fellesskapet i form av steder og byer med møtesteder for mennesker i sentrum for utviklingen, deltakelse og medvirkning i idrett- og friluftsliv, organisasjonsliv, kulturliv og demokrati. **Flere i Vestfold bør få mulighet til å være en del av fellesskapet og nyte godt av sosial støtte, og få utfolde seg i samspill med mennesker rundt seg i hverdagen.**
- **Helsefremmende kvaliteter i nærmiljøet.** Utviklingen av helsefremmende kvaliteter i nærmiljøene der folk bor, går

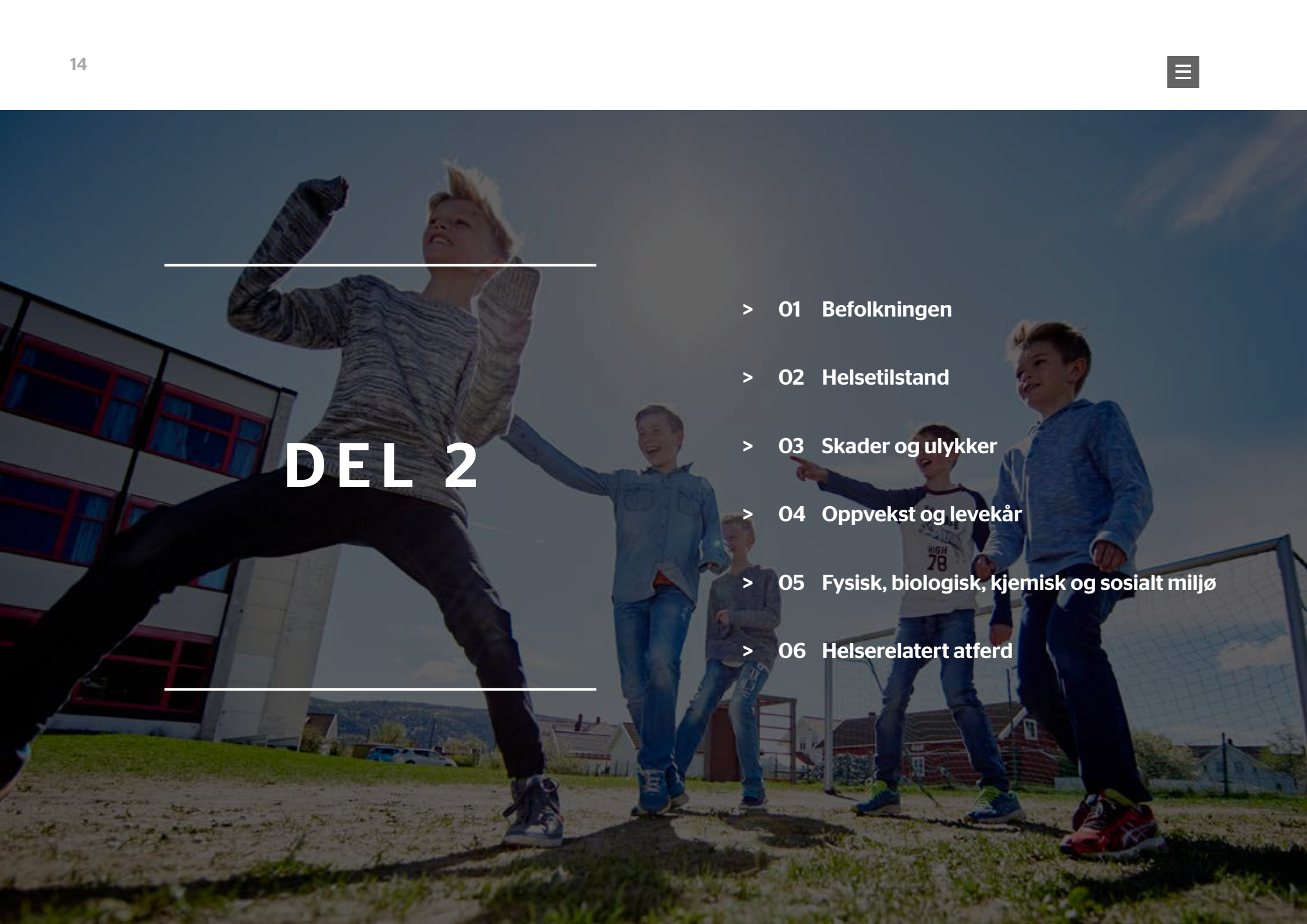
på skole, arbeider og utfolder seg med fritidsaktiviteter, er avhengig av et godt samspill mellom lokale og regionale myndigheter. Det gjelder forhold som arealplanlegging, boligplanlegging, infrastruktur for transport, sikring og tilrettelegging av rekreasjonsområder og grønne lunger, lokalisering av barnehager, skoler, arbeidsplasser og institusjoner. Særlig bør en gi oppmerksomhet til faktorer som fremmer fysisk aktivitet, som gange og sykling til skole og jobb. I planlegging av nye boligområder, og utvikling av etablerte boligområder, er det viktig å se på sammenhengningen av boligtilbudet ut fra endringer i behov, og legge til rette for boligområder som er sammensatt av mennesker med ulik sosioøkonomisk status. **Flere i Vestfold bør få muligheten til å nyte godt av sunne nærmiljø som er lagt til rette for et aktivt dagligliv.**

- **Skade- og ulykkesforebygging.** Det er god grunn til å fortsette arbeidet med systematisk skade- og ulykkes-

forebygging. Arbeidsmodellen Trygge lokalsamfunn er bredt introdusert i Vestfold, og har kanskje begynt å gi positive utslag på ulykkesstatistikken. Både ulykkesbildet og mål om økt andel gående og syklende, gjør det viktig å satse på trafikkssikkerhet for myke trafikanter i Vestfold, som et av flere innsatsområder. Å forebygge lårbensbrudd blant eldre er et annet viktig tema. **Flere i Vestfold bør få bo i lokalsamfunn som driver systematisk forbedring innen skade- og ulykkesforebygging.**

- **Sunt kosthold.** Samfunnets innsats for å legge til rette for sunne valg for den enkelte omhandler også kosthold. De viktigste virkemidlene ligger på nasjonalt nivå. Også på regionalt nivå er dette likevel et tema som kan følges opp, blant annet gjennom forebyggende arbeid i regi av tannhelsetjenesten, kantinetilbud på videregående skole, og i samarbeid med kommuner og andre aktører. **Flere i Vestfold bør få nyte godt av et sunt og godt kosthold.**



A low-angle photograph of five children playing in a park. One child in the foreground is jumping high with arms outstretched. Other children are running and playing in the background. A school building is visible on the left, and a soccer goal is on the right.

DEL 2

- > 01 Befolkningen
- > 02 Helsetilstand
- > 03 Skader og ulykker
- > 04 Oppvekst og levekår
- > 05 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- > 06 Helserelatert atferd



01

Befolkningen



Egenskaper ved befolkningen er bakgrunnsinformasjon når vi skal forklare helsetilstanden. Hvordan befolkningen utvikler seg bestemmes av ulike demografiske komponenter, som fruktbarhet, dødelighet, flyttinger og inn- og utvandring.

I et folkehelseperspektiv er vi spesielt opptatt av forventet levealder, dødelighet, alderssammensetningen og landbakgrunn for innvandrere, fordi dette er forhold med betydning for helsetilstanden.





Forventet levealder og dødelighet

Forventet levealder ved fødselen er en indikator for dødelighet, og brukes for å beskrive forskjeller i helse og levekår. Det har vært en økning de siste 30 årene i forventet levealder, men økningen er systematisk ujevnt fordelt i befolkningen etter kjønn og sosioøkonomisk status, målt som utdannings- og inntektsnivå. Siden 1960-tallet har den sosiale ulikheten i dødelighet mellom utdanningsgrupper økt, men har på landsbasis for menn flatet ut det siste tiåret (Dahl, Bergsli, van der Wel, 2014).

Utdanning kan både være en direkte og indirekte påvirkningsfaktor for helsetilstand og forventet levealder. Utdanning har en direkte betydning for muligheten til å oppnå en god materiell levestandard, gjennom tilgang på arbeid og inntekt. Indirekte kan utdanningsnivå bidra til helsefremmende levevaner, ved at kunnskap gjør det enklere å nyttiggjøre seg av helserelatert informasjon, og slik gi større kontroll over egen helse (Strand, Steingrimsdóttir, Myklestad, Næss, 2013).

Figur 1.1 viser kjønnsforskjellene og utdanningsforskjeller i forventet levealder, og hvordan Vestfold gjennomgående ligger under landssnittet. Den sosiale helsegradienten, det vil si hvordan ulikhet i helse følger et systematisk mønster, er tydelig å lese i denne figuren. Dette betyr at både menn og kvinner som kun har grunnskoleutdanning, kan forvente færre leveår enn menn og kvinner med videregående eller høyere grads utdanning, innenfor samme fylke. Innenfor de ulike utdanningsgruppene ligger Vestfold også gjennomgående under landet som helhet. På det meste finner vi her en forskjell på om lag sju leveår mellom høyeste og laveste utdanningsnivå. Den samme sosiale helsegradienten er å finne mellom forventet levealder og inntektsnivå: Jo høyere

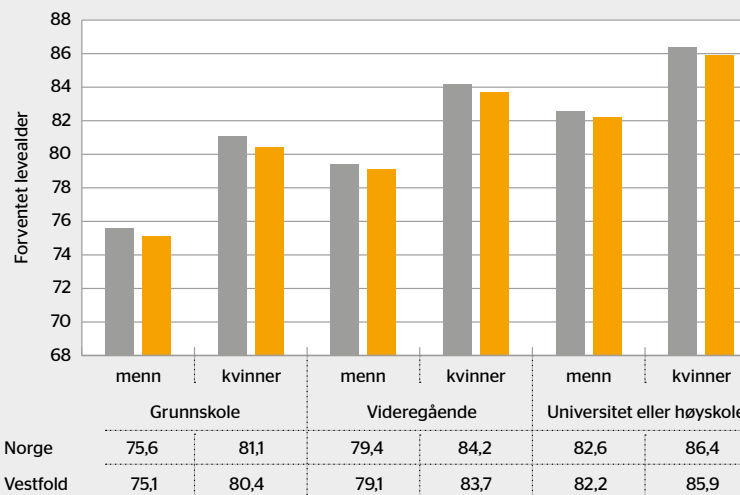
inntekt, jo høyere antall forventede leveår (Dahl, Bergsli, van der Wel, 2014). Fordeling av dødsårsaker og utvikling over tid gir et historisk bilde av helsetilstand i befolkningen, og hva som skaper de største sykdomsbyrdene. Dødeligheten i den norske befolkningen sank markant første halvdel av 1900-tallet, også målt som økt forventet levealder. Dette skyldes i hovedsak et fall i spedbarnsdødeligheten, en generell samfunns- og velstandsutvikling med bedring av boforhold, hygiene og ernæring, og en reduksjon i alvorlige infeksjonssykdommer (Folkehelseinstituttet, 2012).

Dødeligheten i den norske befolkningen følges gjennom Dødsårsaksregisteret. Dødsårsaker i Dødsårsaksregisteret er kodet slik at det er mulig å få informasjon om forekomst både på overordnede sykdomsgrupper og nedbrutt på mere spesifikke diagnoser. Utvikling av dødelighet for noen sykdomsgrupper, skader eller ulykker er inkludert under relevante avsnitt i dette dokumentet.

Figur 1.2 viser at Vestfold de siste 20 årene har en liknende positiv trend som landet sett under ett for utviklingen av

Figur
1.1

Forventet levealder



Figur 1.1: Forventet levealder etter kjønn og utdanning i Vestfold og hele landet, beregnet som gjennomsnitt i perioden 1998-2012. Forventet levealder referer til antall år en person ved en gitt alder kan forvente å leve, under gjeldende dødelighetsforhold i en bestemt tidsperiode. Forventet levealder er derfor et hypotetisk mål (Folkehelseinstituttet/ Norgeshelse, 2015).



dødsfall av sykdommer, en reduksjon fra rundt 1300 årlige dødsfall per 100 000 innbyggere til litt under 900 årlige dødsfall. For gruppen skader og forgiftninger har dødsraten holdt seg forholdsvis stabil for både landet og Vestfold, muligens med en litt lavere forekomst de siste 10 år sammenlignet med slutten av 1990-tallet.

Alderssammensetning

Ulike aldersgrupper møter ulike helseutfordringer, derfor er det relevant å overvåke alderssammensetningen i et folke-

helseperspektiv. Fordi levealderen øker og fruktbarheten er stabil, forventes en stadig økning i aldersgruppen over 70 år i Norge (Folkehelseinstituttet, 2014). Risiko for sykdom og funksjonshemming øker med alderen, men økningen i levealder har også gitt en økning i antall friske leveår (Dahl, Bergsli, van der Wel, 2014).

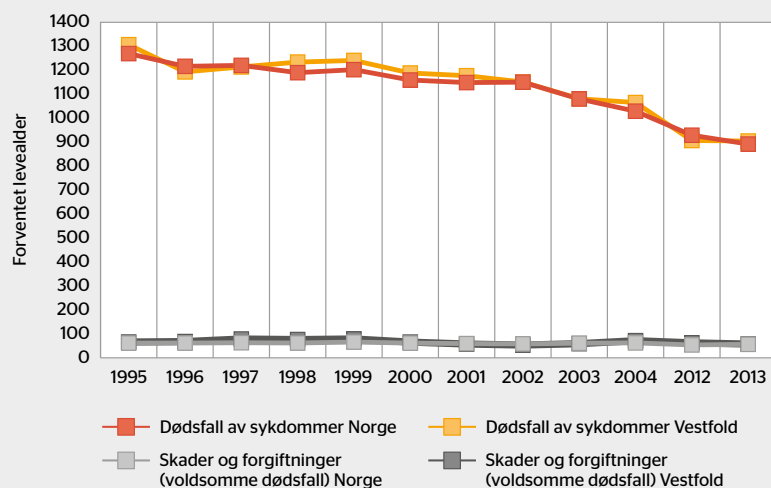
Samfunnets bæreevne når det gjelder forholdet mellom grupper i yrkesaktive alder og særlig grupper over pensjonsalder er mye omtalt og diskutert. En økning i de eldste aldersgruppene vil for eksempel øke behovet for pleie- og omsorgs-

tjenester. I et samfunnsøkonomisk perspektiv, blir det derfor enda viktigere at helsetilstanden i den yrkesaktive andelen av befolkningen er god, og at pensjonsalderen utsettes lengst mulig.

Figur 1.3 viser hvordan Vestfoldbefolkningens alderssammensetning avviker fra landsgjennomsnittet. Søylene viser om Vestfold har en over- eller underrepresentasjon i aldersgruppene i forhold til landet. Figuren viser at Vestfold har en overrepresentasjon av aldersgruppene 45 år +, og tilsvarende underrepresentasjon av aldersgruppen 25-44 år, og 0-14 år.

Figur 1.2

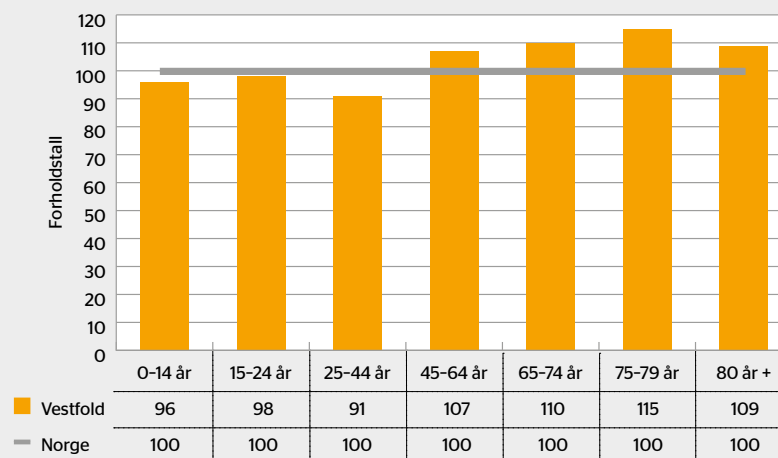
Dødsfall av sykdommer og skader/forgiftninger siste 20 år



Figur 1.2: Dødsfall av sykdommer og skader/forgiftninger de siste 20 år. Årlig rater per 100 000 (*standardisert for alders- og kjønnsammensetning) for årene fra 1995-2014. Kjønn samlet, for Vestfold og Norge (Folkehelseinstituttet/Dødsårsaksregisteret, 2016).

Figur 1.3

Aldersfordeling



Figur 1.3: Aldersfordeling i Vestfold 2014, som viser forholdet mellom andeler i Vestfold og andeler på landsbasis. Avvik angir forskjeller i prosent i forhold til landet (Folkehelseinstituttet/Kommunehelsa, 2016).



Figuren viser med dette hvordan alderssammensetningen i Vestfold preges av en noe eldre befolkning enn landssnittet. Befolkningsutviklingen i Vestfold siden 2000-tallet viser at andelen i de to eldste aldersgruppene har vært stabile, mens det har vært en relativ økning i aldersgruppene mellom 45 og 74 år (gruppen 45-64 år har økt fra 24 % til 27 %, gruppen 65-74 år hatt økt fra 8 % til 10 %). Tilsvarende har det vært nedgang i aldersgruppen 25-44 år.

Alderssammensetningen i Vestfold preges av at befolkningen blir eldre fordi vi lever lengre og fordi de store etterkrigskullene blir eldre, men også av at unge voksne flytter ut av fylket for utdanning og arbeid. Vestfold framheves som et typisk «hjemflytterfylke», noe som kan forklare avviket fra landssnittet for aldersgruppen 45-64 år.

Innvandrerens landbakgrunn

I 2015 lå andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn på 12,9 %. For landet som helhet ligger andelen på 15,6 %. De siste 5 årene har andelen økt med om lag 4 prosentpoeng, både for Vestfold og for landet som helhet (Folkehelseinstituttet/Kommunehelse, 2016).

I et folkehelseperspektiv er det relevant med kunnskap om hvordan innvandrerbefolkningen fordeler seg når det gjelder landbakgrunn, fordi dette har betydning for helse og sykdom. Diabetes er utbredt blant innvandrere fra Sri Lanka og Pakistan. Kvinner fra land med høy forekomst av diabetes har spesielt høy risiko for å utvikle svangerskapsdiabetes. I flere innvandrergrupper er overvekt og fedme

utbredt. Ved besøk i tidligere hjemland har særlig innvandrere fra lavinntektsland i Afrika og Asia økt risiko for å bli smittet med enkelte infeksjonssykdommer. Voksne innvandrere, barn og voksne med flyktningebakgrunn rapporterer om mer psykiske helseplager enn etnisk norske. D-vitaminmangel er utbredt blant innvandrere fra noen lav- og middelinntektsland. Samtidig er det slik at deler av innvandrerbefolkningen kan oppleve kulturelle og språklige utfordringer ved behov for legehjelp og andre helsetjenester (Folkehelseinstituttet, 2014).

Når det gjelder innvandrere og helse er det viktig å være klar over at innvandrerbefolkningen er svært sammensatt, og at helseforskjeller følger den sosiale gradienten, som ellers i befolkningen. Folkehelseinstituttet understreker at





kunnskapen om innvandrerbefolkningens helse foreløpig er mangelfull. I gjennomsnitt er innvandrernes helse dårligere enn befolkningen ellers, og innvandrere fra ikke-vestlige land har oftere alvorlige sykdommer og psykiske plager. Ikke-vestlige innvandrere har samtidig også lavere inntekt og høyere arbeidsledighet enn befolkningen for øvrig (Dahl, Bergsli, van der Wel, 2014).

Figur 1.4 gir en profil på landbakgrunnen til Vestfolds innvandrerbefolkning. Når vi ser på innvandrernes landbakgrunn finner vi grovt sett en todeling mellom såkalte vestlige land (Europa utenom Tyrkia og Nord-Amerika) og land i

Afrika, Asia og Sør- og Mellom-Amerika. Profilen i Vestfold følger stort sett samme mønster som resten av landet, men andelen fra vestlige land ligger relativt sett noe høyere i Vestfold, enn i landet for øvrig.

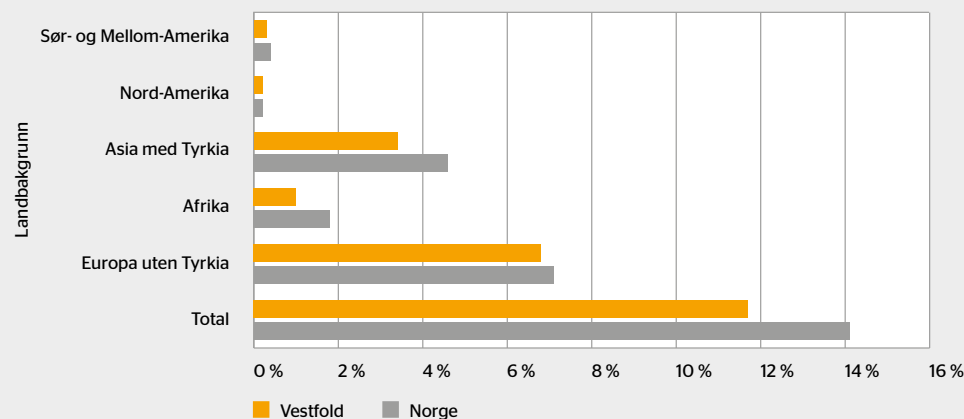
Økningen i antall asylsøkere til Norge vil etter all sannsynlighet få konsekvenser for sammensetningen i Vestfolds innvandrerbefolkning. I 2014 ble det bosatt 282 flyktninger i Vestfold, fordelt på 13 av fylkets 14 kommuner. Det er stor variasjon mellom kommunene hvor mange som er bosatt, både i faktisk antall og som andel av kommunens befolkning (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet 2015).

Oppsummering

Vestfold har en befolkning hvor den sosiale helsegradienten tydelig avtegnes i statistikken over forventet levealder. Sosiale forskjeller i befolkningen gir seg utslag i at grupper med lav utdanning statistisk sett kan forvente å leve kortere enn grupper med høyere utdanning. Utdanningsulikheter i dødelighet har i Norge vært vedvarende og til dels økende, til tross for en omfordelingspolitikk i skattesystem, utdanningsystem og i helsetjenester. Dette omtales ofte som «det norske paradoks», gitt velferdsstatens omfordelingssystem (Strand et al. 2013). Den generelle økningen i forventet levealder skyldes

Figur 1.4

Innvandrerens landbakgrunn



Figur 1.4: Andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre etter landbakgrunn, i Vestfold og hele landet i 2013. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge er ikke inkludert. Total inkluderer statsløse og de med uoppgitt landbakgrunn (Folkehelseinstituttet/ Norgeshelse 2016).



en betydelig nedgang i dødelighet. Vestfold har de siste 20 årene en liknende positiv trend som for landet sett under ett for nedgangen i dødsfall fra sykdommer, fra rundt 1300 årlige dødsfall per 100 000 innbyggere til litt under 900 årlige dødsfall.

Alderssammensetningen i Vestfold er preget av en noe høyere andel i aldersgrupper over pensjonsalder enn landsnittet. I et folkehelseperspektiv kan en slik aldersprofil både bety muligheter og utfordringer. En relativt høy andel av befolkningen over pensjonsalder, kan for eksempel bety et større tilfang av personer som er villig til å bidra i frivillig arbeid, som kan virke helsefremmende for andre befolkningsgrupper. Samtidig øker risikoen for sykdom og funksjonshemming med alderen, som vil prege helsetilstanden i befolkningen, og bety økte utgifter til pleie- og omsorgstjenester. Med en aldrende befolkning vil det i et samfunnsøkonomisk perspektiv bli enda viktigere å fremme helse og forebygge for sykdom i den yrkesaktive delen av befolkningen, samt legge til rette for utsatt pensjonsalder og god helse blant eldre.

Vestfolds innvandrerbefolkning lå på 12,9 % i 2015, og andelen har økt som i landet sett under ett. Innvanderne i Vestfold er en svært sammensatt gruppe når det gjelder opprinnelsesland. Det er sannsynlig at innvandrerandelen i Vestfold vil komme til å øke i tiden framover, på bakgrunn av flyktning-situasjonen i Europas nærområder og økningen i antall asylsøkere til Norge. I et folkehelseperspektiv er det særlig to forhold som gjør det relevant å overvåke innvandrerandelen i Vestfold. For det første kan en økning i andelen innvandrere kan ha påvirkning på helsetilstanden befolkningen. For det andre kan det bli behov for en større oppmerksomhet omkring integrering av innvandrere i arbeidsliv, utdanning, organisasjonsliv, lokalsamfunn og bomiljø, for å forebygge for sosial ulikhet i helse.

BEFOLKNINGEN



LEVEALDER OG UTDANNING

Jo høyere utdanning, dess høyere antall forventede leveår



75,6

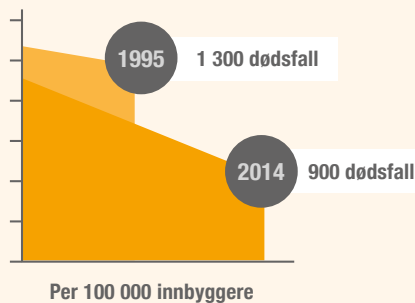
Menn med
grunnskoleutdanning
= lavere levetid

82,6

Menn med
høyere utdanning
= lengre levetid

DØDSFALL AV SYKDOMMER

Nedgang de siste 20 årene



ALDERSPROFIL

Noe eldre befolkning enn i resten av landet



INNVANDRERANDEL I 2015

Over halvparten med opprinnelse fra europeiske land

12,9 %





Referanser

Dahl, E., Bergsli H., van der Wel, K. A. (2014). **Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt**. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Folkehelseinstituttet. (2012). **Dødelighet og dødsårsaker i Norge gjennom 60 år 1951-2010**. Rapport 2012:4. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet. (2014). **Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge**. Rapport 2014:4. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa. (2015). Hentet fra <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>

Folkehelseinstituttet/Dødsårsaksregisterets statistikkbank. (2016). Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Folkehelseinstituttet/Kommunehelsa (2016). Hentet fra <http://khs.fhi.no/webview/>

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2015). **Resultater og fakta om integreringsarbeid i Oslo, Akershus, Østfold og Vestfold**. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.

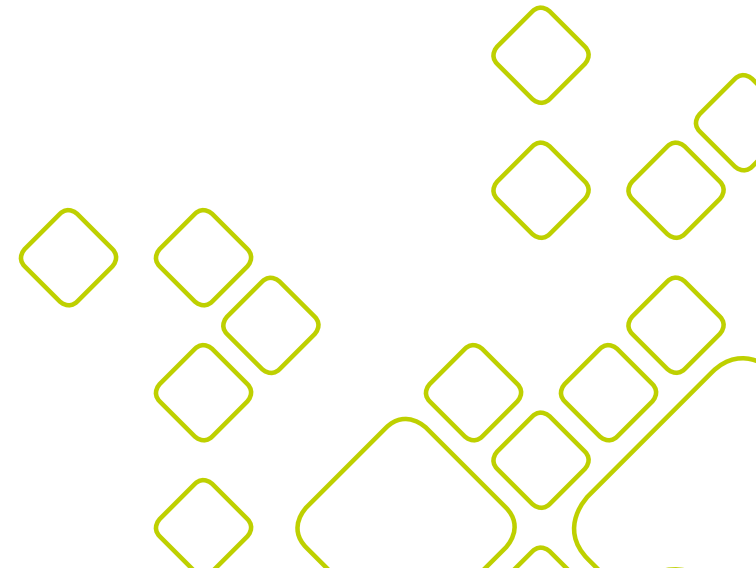
Mæland, J.G., Elstad, J.I. og Næss, Ø. (2009). **Sosialepidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt**. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Strand, B. H., Steingrimsdóttir, Ó. A., Myklestand I., Næss Ø. (2013). **Endringer i ulikheter i dødelighet etter utdanning i Norge – en underlagsrapport om mulige forklaringer**. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

A photograph of two children running through a forest. The child in the foreground is wearing a red shirt and black pants, while the child behind is in a yellow shirt and dark pants. The background is a dense forest with tall trees and sunlight filtering through the leaves. In the bottom left corner, there are green leaves from a plant in the foreground.

02

Helsetilstand





Ett av målene for folkehelsearbeidet er bedring av helsetilstanden til befolkningen, sett under ett og i undergrupper basert på for eksempel kjønn, alder og utdanning.

Det er altså summen av mange individers helse og sykdom som er av interesse. Det finnes mange ulike helsetilstandsindikatorer som kan gi oss et bilde av status for befolkningen i Vestfold. Eksempler er mål på dødelighet for ulike sykdommer, sykdomsdiagnoser og medisinbruk.





I dette kapittelet blir de store folkesykdommene og -plagene i befolkningen belyst. Dette er sykdommer, plager eller tilstander som skaper de største, i utgangspunktet nasjonale, sykdomsbyrdene for vårt samfunn. Dette er sykdommer eller tilstander som kan bedres med forebyggende og helsefremmende arbeid. Infeksjonssykdommer, betyr mindre for befolkningens helse i dag og er ikke inkludert. Samtidig er det viktig å huske at det kun er rundt hundre års siden de dominerte sykdomsbildet. Nye infeksjonssykdommer kan bli introdusert eller oppstå, og økende antibiotikaresistens er en utfordring.

Norge er del av det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet, Global burden of Disease (GBD). Dette har pågått siden tidlig på 1990-tallet. Resultater fra GBD 2010 ble publisert i 2012-2013 og er omtalt i detalj i Folkehelse rapporten 2014 (Folkehelseinstituttet, 2014). I GBD 2010 ble det beregnet sykdomsbyrde som følge av dødelighet og helsetap fra dødsårsaker, sykdommer, følgetilstander og risikofaktorer. Tre ulike mål blir brukt, tapte leveår (YLL- *Years of Life Lost*), helsetap (YLD- *Years Lived with Disability*) og summen av disse, helsetapsjusterte leveår (DALY - *Disability Adjusted Life Years*). Folkehelseinstituttet oppsummerer at i Norge står smerter og psykiske lidelser for 25 % av helsetap og tapte leveår summert (DALY). De fem viktigste enkelte helsetilstandene for DALY (prosent av DALYs) er: korsryggssmerter (11,1 %), alvorlig depresjon (5,1 %), diabetes (3,2 %), angstlidelser (2,8 %) og nakkesmerter (2,6 %).

De fem største årsakene til tapte leveår (YLL) er: hjerteinfarkt og angina pectoris, hjerneslag, lungekreft, tykk- og endetarmskreft og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Disse står for vel 20 % av DALYs.

Det er ikke sannsynlig at det er store avvik for Vestfold sammenlignet med Norge. I presentasjonen under blir utvalgte helsetilstandsindikatorer likevel sammenlignet med nasjonalt gjennomsnitt der det er naturlig, og kan dermed gi en pekepinn på hvordan fylket ligger an i forhold til landet sett under ett.

Psykisk helse

Psykiske lidelser en av vår tids store helse- og samfunnsutfordringer i Norge. Dette er tilfelle om man måler utbredelse, totale sykdomskostnader, samlet sykdomsbelastning, tapte arbeidsår eller kostnader til uføretrygd og sykefravær.

I et folkehelseperspektiv er ensomhet, stress, lite sosial støtte og manglende opplevelse av mestring sentrale utfordringer. Innsats for å møte disse utfordringene vil være å ha oppmerksomhet på forhold som bidrar til god psykisk helse.

Folkehelseinstituttet skiller mellom god psykisk helse, psykiske plager og psykiske lidelser slik (Folkehelseinstituttet, 2014):

- God psykisk helse kjennetegnes av en opplevelse av trivsel og mening med tilværelsen. Evne til å mestre hverdagens utfordringer og bidra til samfunnet rundt seg.
- Psykiske plager omfatter symptomer som i betydelig grad går utover trivsel, daglige gjøremål og samvær med andre, uten at kriteriene for en diagnose er tilfredsstillt.
- Psykiske lidelser forstås som symptombelastninger som er så omfattende at det kvalifiserer til en diagnose.

Mål på god psykisk helse i Vestfold sin befolkning

Det finnes lite tilgjengelig statistikk for den voksne befolkningen i Vestfold om forhold som bidrar til å fremme god psykisk helse, men Folkehelseundersøkelsen - helse og trivsel i Vestfold 2015 vil gi mye relevant informasjon. For ungdom gir Ungdataundersøkelsen (Vardheim, 2013) viktig informasjon. Oppsummert viser funn fra Ungdataundersøkelsen at de aller fleste ungdommene i Vestfold har aktive og gode liv, har et godt forhold til foreldre og venner, trives på skolen og i nærmiljøet og har stor tro på egen framtid. Det er likevel grunn til å se nærmere på noen områder innen psykisk helse hos ungdom.

Psykiske plager blant ungdom

Selv om de fleste ungdommene som deltok i Ungdataundersøkelsen gir uttrykk for at de trives i hverdagen, er ulike symptomer på psykiske plager relativt utbredt. Som et samlemaal på depressivt stemningsleie beregnes andelen elever som i gjennomsnitt svarer at de er ganske mye og veldig mye plaget av følgende ting: «Følt at alt er et slit», «hatt søvnproblemer», «følt seg ulykkelig, trist eller deprimert», «følt håpløshet med tanke på framtida», «følt deg stiv eller anspent og bekymret deg mye om ting». Totalt svarer 13 % av ungdomsskoleelevene og 19 % av videregående-elevene i Vestfold at de er plaget av dette. Symptomene øker etter hvert som ungdommene blir eldre, og jenter er atskillig mer plaget enn gutter.

Tallene fra Vestfold er noe over gjennomsnittet for landet, som ligger på henholdsvis 10 % og 16 %. Nærmere analyser viser at det er jentene som drar opp gjennomsnittet. For guttenes del er tallet nærmere landsgjennomsnittet. Det er også store variasjoner mellom kommunene (figur 2.1).



Flere funn fra Ungdataundersøkelsen som er relevant for psykisk helse, er inkludert i kapittel 5 om fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.

Psykiske plager og lidelser registrert hos primærhelsetjenesten

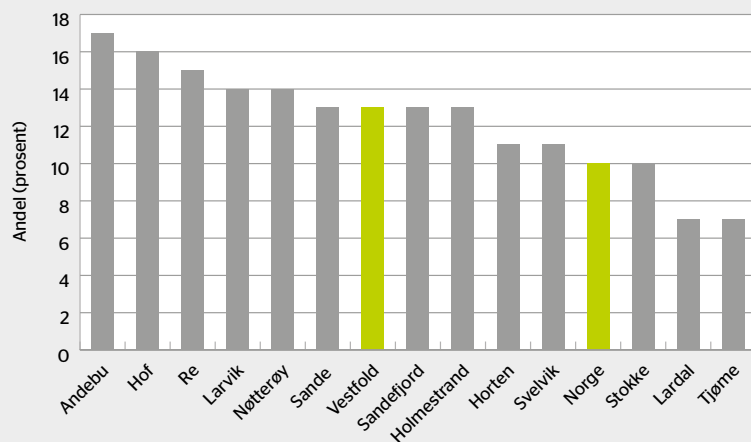
Vi har valgt å se nærmere på registreringer fra fastlege og

legevakt av koder, ICPC kodeverket (Helsedirektoratet, 2016), for psykiske symptomer/plager og psykiske lidelser. En person teller kun én gang per år om de har vært i kontakt med primærhelsetjenesten flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom (kode). For å gjøre det mest mulig informativt presenterer vi tall for unge fra 15-29 år og voksne fra 45-74 år. Det er ikke mulig å skille ut tall for

barn fra 0-15 år eller voksne fra 30-44 år, siden statistikken finnes kun for valgte aldersgrupper og i tillegg for gruppe 0-44 år og 0-74 år.

Figur 2.1

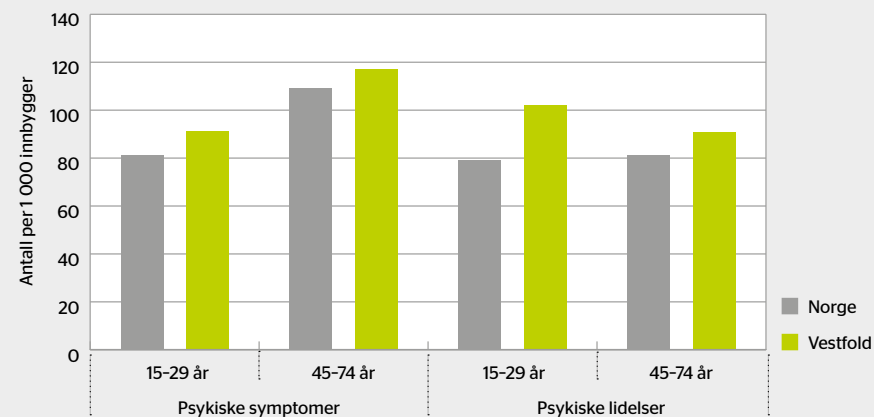
Depressivt stemningsleie blant unge



Figur 2.1: Forekomst av depressivt stemningsleie blant ungdomsskoleelever. Andel elever i ungdomsskolen som oppgir at de har vært «ganske mye» og «veldig mye» plaget av ulike depressive symptomer i løpet av den siste uka, fordelt på kommuner og sammenlignet med Vestfold og landet (Vardheim, 2013).

Figur 2.2

Psykiske symptomer og psykiske lidelser



Figur 2.2: Andel med psykiske symptomer eller psykiske lidelser basert på registreringer i primærhelsetjenesten, 2011-2013. Vestfold og Norge, kjønn samlet, gjennomsnitt per år i perioden 2011-2013. Det er totalt inkludert 43 ulike diagnosekoder (ICPC kodeverket), psykiske symptomer (P01-29, inkludert ulike former for rusmisbruk) og psykiske lidelser (sykdomsdiagnoser P70-99). Antallet er standardisert for alders- og kjønnsammensetning. Standardisering gir en mer korrekt sammenligning mellom fylket og landet (Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa statistikkbank, 2015).



Ruslidelser er inkludert

Ruslidelser er et samlebegrep for både avhengighet, skadelig bruk og misbruk av rusmidler og er inkludert under psykiske plager og lidelser. Legemiddelmisbruk er også inkludert. Samtidig kan andre psykiske plager og lidelser både komme av ruslidelser og føre til ruslidelser. Det er ikke uvanlig at en person både misbruker et rusmiddel, inkludert medisiner, og har en annen psykisk plage eller lidelse samtidig.

Høyere forekomst i Vestfold

Figur 2.2 viser at Vestfold i perioden 2011-2013 ligger høyere enn landet for psykiske symptomer og lidelser både for ungdom/unge voksne og for voksne fra 45-74 år. Det er forekomsten av psykiske symptomer i gruppen 45-74 år som ligger høyest, med i snitt litt over 117 personer per år per 1 000 innbyggere (nesten 12 %).

Forekomsten av psykiske lidelser ligger noe høyere for 15-29 åringer (102,2 per 1 000) enn for 45-74 åringer (90,6 per 1 000).

For Vestfold var gjennomsnittlig årlig antall registrert med psykiske symptomer eller lidelser 8 386 personer i alderen 15-29 år, og tilsvarende 18 146 personer i alderen 45-74 år.

Det er flere kvinner enn menn som blir registrert med psykiske plager eller lidelser. I 2013 var det i aldersgruppen 45-74 år 148,3 menn og 219,2 kvinner per 1 000 innbygger. For både menn og kvinner er symptomer på angst og depresjon vanligst blant 15-29 åringer. Dette gjelder også for kvinner i gruppen 45-74 år. For menn i denne gruppen er diagnosekoder for affektive og depressive lidelser oftest brukt.

Er tallene pålitelige?

Registreringene tallene er basert på kommer fra KUHR-databasen (Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon). KUHR-databasen er basert på elektronisk innsendte refusjonskrav fra leger til HELFO (Helseøkonomiforvaltningen, Helse-direktoratet). Personer med psykiske plager eller lidelser som ikke har vært i kontakt med primærhelsetjenesten vil ikke være inkludert. Folkehelseinstituttet kommenterer at erfaring med bruk av dataene til å beskrive helsetilstanden i befolkningen er foreløpig begrenset, og likeledes kunnskap om datakvaliteten. Det kan også antas at dataene er påvirket av legenes diagnostiseringspraksis. Det er likevel ikke sannsynlig at det er en avvikende diagnostiseringspraksis i Vestfold som er årsaken til at fylket har en høyere forekomst enn landet sett under ett.



Psykisk lidelse og atferdsmessige forstyrrelser som dødsårsak - demenssykdom

I Dødsårsaksregisteret består gruppen psykiske lidelser og atferdsmessige forstyrrelser i hovedsak av dødsfall som følge av demenssykdom. De andre undergruppene er kronisk alkoholmisbruk og alkoholbetingede psykoser, andre psykiske lidelser og atferdsmessige forstyrrelser og avhengighet av psykoaktive stoffer eller medikamenter. Det har de siste 10-15 årene har vært en økning i antall dødsfall i hovedgruppen, og forekomsten i Vestfold er forholdsvis lik som landet sett under ett, muligens med tendens til litt høyere forekomst de siste fem årene. I perioden 2012-2014 var det årlige gjennomsnittet for kvinner på 61 dødsfall per 100 000 innbyggere og det tilsvarende tallet for menn var 59. Utviklingstrenden skyldes stort sett en økning i dødsfall som følge av demenssykdom. Årsaker til denne økningen skyldes en nedgang for andre dødsårsaker, særlig hjerte- og karsykdommer, og at befolkningen samtidig har blitt eldre, slik at absolutt demensforekomst øker. Det har også vært en endring i kodepraksis. Hvis flere diagnosekoder er oppgitt på dødsmeldingen, velges demens i større grad enn tidligere som underliggende dødsårsak (Folkehelseinstituttet, 2015a).

Psykisk helse og levekår i Vestfold

Levekårsforhold har betydning for psykisk helse. En rekke undersøkelser viser at lav sosioøkonomisk status, målt som kort utdanning eller lav inntekt, har sammenheng med risiko for psykiske plager (Dahl, Bergsli, van der Wel, 2014). For fem av de seks levekårsindikatorene i Vestfold sitt folkehelsebarometer 2014 fra Folkehelseinstituttet, ligger fylket dårligere an enn landet som helhet. Dette gjelder andel med fullført videregående skole eller høyere fullført utdanning, andel barn i lavinntektsfamilier, andel arbeidsledige, andel som mottar uføreytelser og andel barn av enslige forsørgere (se kapittel 4 om oppvekst og levekår).



Dette kan kanskje gjenspeile i at fylket også ligger dårligere an enn landet som helhet i registreringer hos primærhelsetjenesten av psykiske symptomer og lidelser.

Et sammensatt årsaksbilde for den enkelte

Forekomsten av psykiske plager og lidelser er resultat av et årsaksbilde som er svært sammensatt. For enkeltindividet kan medvirkende årsaker for eksempel være mangel på sosial støtte og ensomhet, økonomiske problemer, dårlige boforhold, mobbing på skole eller på arbeid, samlivsbrudd, søvnvansker, fødselsdepresjoner, sorg og død, misbruk av rusmidler, vold og overgrep (Helsedirektoratet, 2015c).

Viktig med oppmerksomhet på både unge, voksne og eldre sin psykiske helse

Forekomsten av psykiske plager og lidelser er høy nasjonalt og enda høyere for Vestfold. Eksempelvis er det i Vestfold nær 1 av 5 kvinner i alderen 15-29 år, og mer enn 1 av 5 kvinner i alderen 45-74 år som er diagnostisert med symptomer på psykiske plager eller lidelser. Det er nødvendig å se på flere påvirkningsfaktorer, hvor levekårsutfordringer som for eksempel tilgang på bolig med gode bomiljøer, som stimulerer til sosialt nettverk, kan være av betydning.

Vi har mangelfull kunnskap om forekomst av psykiske plager og lidelser blant eldre i Norge over 65 år, men nasjonalt viser studier at om lag 4-8 % kan lide av en alvorlig depresjon, og om lag 25-35 % kan ha depressive plager. Forekomsten av demens blant de aller eldste er høy (Langballe & Evensen, 2011).

Helsedirektoratet har fremhevet at i folkehelsearbeidet for psykisk helse er det lagt for lite vekt på miljøfaktorer, og på de forhold som gir god psykisk helse og trivsel i hele populasjonen (Helsedirektoratet, 2014).

Selvmord

Det registreres i gjennomsnitt 530 selvmord i Norge hvert år. I underkant av 400 for menn og rundt 150 kvinner tar sitt eget liv. Det er vanlig å anta at det er 10 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord. Nasjonalt skjer rundt 60 % av alle selvmord i aldersgruppene under 50 år, og selvmord medfører derfor mange tapte leveår i befolkningen. De vanligste spesifikke dødsårsakene for denne gruppen er henging, forgiftning, skyting og drukning (Folkehelseinstituttet, 2011). Folkehelseinstituttet poengterer at årsaksforholdene bak selvmord er sammensatte, og ulike strategier på flere områder er nødvendig for å forebygge (Folkehelseinstituttet, 2004). I alle miljøer kan mekanismer som utstøting, avvisning, fattigdom, mobbing, overgrep, arbeidsledighet, krenkelser øke risiko for selvmord.

For dødsfall som følge av selvmord og villet egenskade de siste 20 år har forekomsten blant både menn og kvinner i Vestfold hele tiden ligget over landet som helhet (Figur 2.3). Forekomsten har vært relativt stabil, med noe mindre variasjon. Det er muligens en tendens til at statistikken for kvinner nærmer seg landsgjennomsnittet. Selv om tallene kan se små ut er det viktig å huske at et hvert dødsfall som følge av selvmord er en dramatisk hendelse som ikke bare representerer tapte leveår for, men har vidtrekkende konsekvenser for de etterlatte.

For alle aldre sett under ett, basert på et gjennomsnitt per år for perioden 2012-2014 og antall menn og kvinner i Vestfold sin befolkning, ble det begått ca. 26 selvmord årlig blant menn og ca. 8 selvmord årlig blant kvinner i Vestfold (Dødsårsaksregisterets statistikkbank, FHI 2015).

Sykdommer og plager i muskler og skjelett

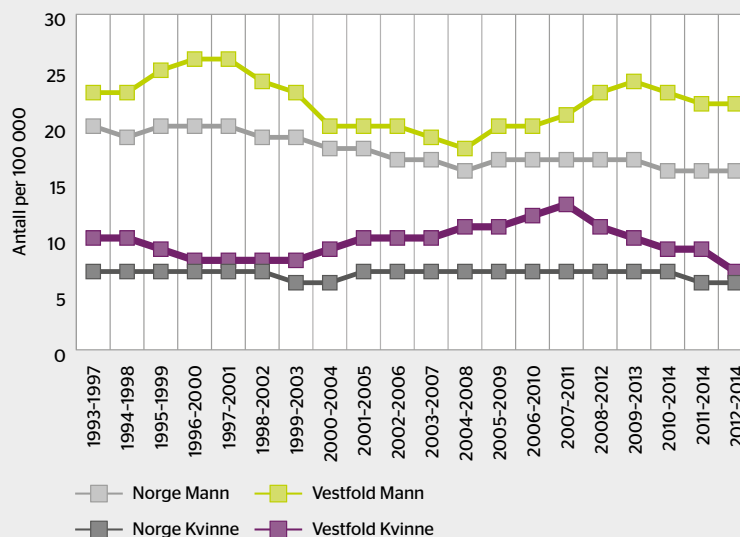
Sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet utgjør en stor sykdomsbyrde i Norge. Samfunnskostnadene er store når det gjelder redusert livskvalitet i befolkningen, helsetjenestekostnader og for produksjonstap målt i tapte skatteinntekter (Helsedirektoratet, 2015a). Samlet er denne sykdomsgruppen vanligste årsak til sykefravær og uføretrygd. Det er beskrevet som diagnosegruppen som «plager flest og koster mest», men medfører ikke betydelig overdødelighet (Folkehelseinstituttet, 2014), (Lærum mfl., 2013).

Det er mange tilstander i denne gruppen og de har til felles å være knyttet til smerte, ofte kroniske smertetilstander, og i flere tilfeller nedsatt funksjon for muskel- og skjelettsystemet. Kroniske smerter er langvarige, ofte definert som smerter med varighet på seks måneder eller mer (Folkehelseinstituttet, 2010).

Folkehelse rapporten 2014 omtaler fire undergrupper i diagnosegruppen for muskel- og skjelettsystemet: rygg- og nakkeplager, osteoporose og osteoporotiske brudd, revmatisk sykdom og svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter.

Figur 2.3

Selvmord og villet egenskade



Figur 2.3: Dødsfall fra selvmord og villet egenskade de siste 20 år. Fem-årig glidende gjennomsnitt per 100 000 (standardisert for alderssammensetning), menn og kvinner, alle aldre, Norge og Vestfold (Folkehelseinstituttet/ Dødsårsaksregisterets statistikkbank, 2015).



Det er spesifikke og kjente risikofaktorer for hver av disse fire, men sett under ett har mange av disse typer sykdommer og plager sammenheng med alder, arbeidsmiljø, stillesitting, levevaner og til dels også overvekt.

Registreringer i primærhelsetjenesten

Smerter i muskel og skjelett er en hyppig grunn til at personer oppsøker helsevesenet. Vi har valgt å se nærmere på brukere av primærhelsetjenesten (fastlege og legevakt) med plager og sykdommer i muskel og skjelett. Diagnosene oppfyller spesifikke diagnostiske kriterier, mens plager ikke har de samme kravene. Det er derfor sannsynligvis en større andel av plagene som også vil representere forbigående tilstander i

muskel- og skjelettsystemet, og smertetilstander hvor årsaken er uklar. Disse tilstandene er samlet mer vanlig hos middelaldrende og eldre (Lærum mfl., 2013). Aldersgrupper er begrenset i tilgjengelig statistikk. Vi har valgt å inkludere gruppene: (0-74 år), unge (15-29 år) og voksne (45-74 år). De nyeste tallene er fra 2013, og det er kun en kort tidsserie på fire år tilgjengelig, slik at det foreløpig er vanskelig å si noe om utviklingen for Vestfold.

Figur 2.4 viser at et høyt antall personer i Vestfold var i kontakt med primærhelsetjenesten i 2013 for sykdommer og plager i muskler og skjelett. For aldersgruppen 45-74 år var det for eksempel 236 personer per 1 000 innbyggere, nesten

25 %, som ble registrert med muskel- og skjelettplager. Vestfold ligger svakt høyere enn landsgjennomsnittet, både for sykdommer og plager innenfor alle aldersgrupper. Dette fremheves også i Vestfold sin folkehelseprofil for gruppen 0-74 år at fylket med høy grad av sikkerhet ligger dårligere an enn landet (Folkehelseinstituttet, 2015b). Ut fra figur 2.4 ligger Vestfold høyere på forekomst av muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser, heller enn forekomst av plager, spesielt i aldersgruppen 45-74 år.

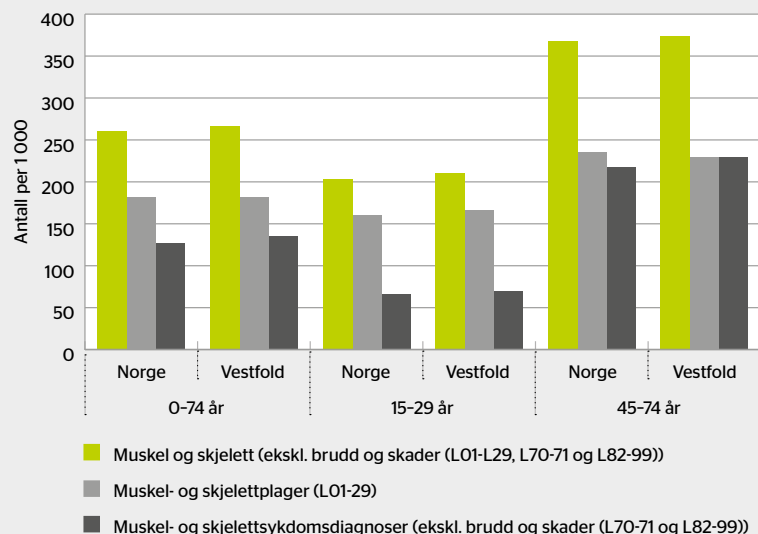
Risikofaktorer og forebygging

Årsaker og risikofaktorer for sykdommer og plager i muskler og skjelett er sammensatte og til dels ukjente. Mange sykdommer og plager kan ha sammenheng med økende alder, stillesitting og overvekt. Arbeidsmiljø, psykososiale forhold og sosioøkonomisk status ser også ut til å ha betydning. Smertetilstander som følge av skader i muskler og skjelett vil dessuten gi kroniske lidelser, som kan ha innvirkning på arbeidsevne, fysisk funksjon, søvn, psykisk helse og livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2014, Dahl m. fl., 2014). Siden muskel- og skjelettsykdommer er den vanligste årsaken til uføretrygd, kan dette også sannsynligvis sees i sammenheng med den forholdsvis høye andelen av uføretrygdde i Vestfold, jf. kapittel 4.

For å arbeide helsefremmende og forebyggende for en bedring for befolkningen sett under ett anbefaler Folkehelseinstituttet tiltak som utjevner levekårsforskjeller, og befolkningsrettede tiltak som fokuserer på redusert stillesitting, overvekt og bedre levevaner. Det er også støtte for at forebyggende arbeid bør begynne i ung alder. Det er mye som tyder på at barn som får muskel- og skjelettplager under oppveksten har økt risiko for slike plager også som voksne (Folkehelseinstituttet, 2014) (Jones mfl., 2009).

Figur
2.4

Muskel- og skjelett, plager og diagnoser



Figur 2.4: Primærhelsetjenestebrukere registrert med muskel- og skjelett-plager eller diagnoser i 2013. Kjønn samlet, Vestfold og landet. Alle aldre samlet (0-74 år), 15-29 år og 45-74 år. Antall diagnoser per 1000 er standardisert for alderssammensetning. Dersom en person legges inn flere ganger i et kalenderår telles vedkommende kun en gang. Dataene til statistikken er hentet fra KUHR databasen og er basert på ICD-10 koder (Helsedirektoratet, 2016), (Folkehelseinstituttet/Norgeshelse statistikkbank, 2015).



Hjerte- og karsykdommer

En folkesykdom med markert sosial helsegradient

Det er mange ulike sykdommer som tilhører gruppen hjerte- og karsykdommer (HKS). Sykdommer som skyldes en innsnevring og tilstopping av blodårer, og dermed manglende eller redusert blodtilførsel dominerer. Angina pectoris, hjerteinfarkt, hjertesvikt og hjerneslag er viktige hovedgrupper (Folkehelseinstituttet, 2014).

Det har siden 1970-tallet vært en markert nedgang i forekomst av HKS, men samtidig er de fortsatt blant de store folkesykdommene og en av de hyppigste dødsårsakene i

befolkningen. Antallet døde av HKS har også holdt seg høyt på grunn av en aldrende befolkning.

For HKS er den sosiale helsegradienten markert. Forskjellen i dødelighet i ulike utdanningsgrupper i befolkningen har økt de siste tiårene, noe som skyldes en særlig stor nedgang blant personer med høy utdanning (Strand mfl., 2010). Den økte helserisikoen i voksen alder for barn som vokser opp i familier med lavere sosioøkonomisk status, målt etter utdanning og inntekt, er spesielt tydelig for HKS. Risikoen blir redusert dersom levevaner endres, men det er likevel en gjenstående risiko knyttet til leveforhold tidlig i livet (Folkehelseinstituttet, 2006).

Det er mye kunnskap om risikofaktorer for utvikling HKS. Tobakksbruk, et usunt kosthold med mye mettet fett, lavt inntak av frukt og grønnsaker, høyt inntak av sukkerholdig drikke, høyt alkoholinntak og lav fysisk aktivitet er kjente risikofaktorer. Det er også diabetes og overvekt. Hjerneslag er knyttet til de samme risikofaktorene, men her spiller blodtrykk og atrieflimmer en viktigere rolle (Folkehelseinstituttet, 2014). I befolkningen totalt sett er risikofaktorene for HKS redusert siden midten av 1970-tallet. Det har særlig vært en nedgang i høyt blodtrykk, som følge av medisinsk behandling. Medisinske og teknologiske framskritt sammen med reduserte risikofaktorer har hatt betydning for nedgangen i dødelighet fra HKS. Overvekt og diabetes har økt som risikofaktorer.



Figur 2.5 viser den tydelige nedgangen i HKS som har foregått de siste par tiår for både menn og kvinner. Nedgangen er mest markert for menn. Vestfold ligger her forholdsvis likt som landet sett under ett, med en årlig forekomst i perioden 2012-2014 på rundt 330 dødsfall for menn og 220 dødsfall for kvinner per 100 000 mannlige og kvinnelige innbyggere.

Mye av nedgangen de siste 20 år skyldes i hovedsak en markert reduksjon i hjerteinfarkt og angina pectoris og deretter karsykdommer i hjernen (Dødsårsaksregisterets statistikkbank, FHI 2015). Karsykdommer i hjernen inkluderer hjerneslag, hvor de fleste skyldes hjerneinfarkt.

Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjon sin satsing for å redusere dødelighet ytterligere, og da ikke kun for HKS, men også for kreft, kronisk lungesykdom og diabetes. For de fire sykdomsgruppene skal tidlig død (før 75 års alder i Norge) reduseres med 25 % innen 2025. Målet skal nås ved reduksjon av tobakksbruk, usunt kosthold, stillesitting og skadelig bruk av alkohol (Folkehelseinstituttet, 2015c).

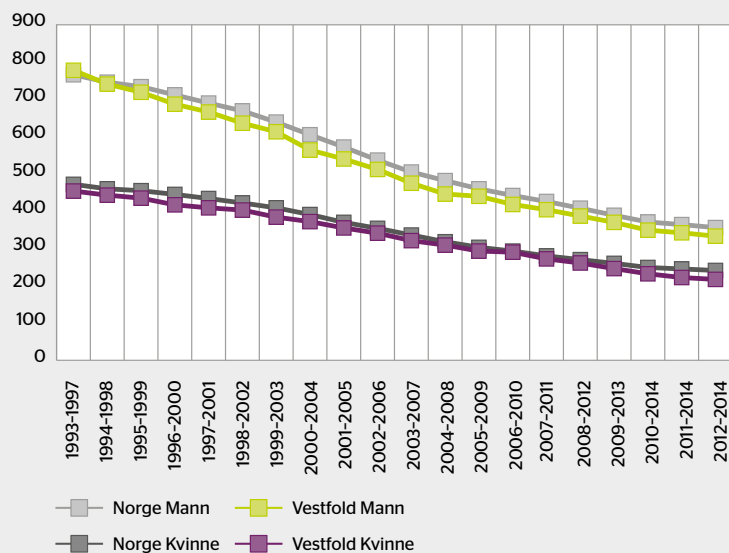
Nedenfor har vi valgt å se nærmere på utviklingen av forekomst for HKS i Vestfold sammenlignet med Norge.

Hjertesykdom behandlet i spesialisthelsetjenesten

For HKS er tre ulike indikatorer tilgjengelig i statistikkbankene til Folkehelseinstituttet: diagnoser registrert i primærhelsetjenesten, legemiddelbruk mot HKS og diagnoser fra spesialisthelsetjenesten. Alle de tre indikatorene vil gi informasjon om helsetilstand og trender for HKS i befolkningen. I statistikken fra spesialisthelsetjenesten er det mulig å skille ut gruppen hvor hjerteinfarkt dominerer (iskemisk hjertesykdom). Registreringer fra spesialisthelsetjenesten vil representere en viss andel av den totale byrden og gi informasjon om omfang av de mest alvorlige tilfellene.

Figur
2.5

Dødsfall av hjerte- og karsykdommer



Figur 2.5: Dødsfall av hjerte- og karsykdommer de siste 20 år. Femårig glidende gjennomsnitt per 100 000 (standardisert for alderssammensetning), menn og kvinner, Norge og Vestfold (Folkehelseinstituttet/ Dødsårsaksregisterets statistikkbank, 2015).





Figur 2.6 viser en nedgang for forekomst av hjerteinfarkt og angina pectoris behandlet i spesialisthelsetjenesten fra 2008 til 2013, spesielt for de over 75 år. Det ser ut til at nedgangen i denne gruppen er større i Vestfold enn for landet sett under ett. For gruppen 45-74 år er det kun en svak tendens til nedgang. Det er ikke mulig å se noen trend i gruppen 0-44 år, og for begge disse gruppene er det ikke noe tydelig avvik fra resten av landet. Folkehelseinstituttet viser at det nasjonalt er en bekymringsfull trend med en økning på 11 % i antall sykehusinnleggelser i aldersgruppen 25-44 år for førstegangs hjerteinfarkt fra 2001 til 2009 (Folkehelseinstituttet, 2014), (Sulo mfl., 2013). Sykeligheten hos de yngre voksne har ikke sunket slik som for eldre.

Når det gjelder legemiddelbruk samlet for aldersgruppen 0-74 år mot HKS og kolesterolsenkende midler i Vestfold for 2014 lå omfanget for de to gruppene på henholdsvis 137 og 71 per 1 000 personer. (Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa statistikkbank, 2015). Dette representerer en svakt økende trend de siste 10 årene.

En positiv nedgang, men fortsatt utfordringer

For Vestfold er forekomsten av HKS og trenden etter år 2000 forholdsvis lik som landet sett under ett, men med muligens noe raskere nedadgående trend. Det kan være flere mulige forklaringer på dette, og som også kan ha innvirket samtidig. Det kan være en reell raskere nedgang i forekomst for Vestfold sin befolkning sammenlignet med landet. For eksempel kan det ha vært en raskere bedring i levevaner, men det kan også være et resultat av rapporteringsrutiner fra spesialisthelsetjenesten, endring i andel fra primærhelsetjenesten som behandles i spesialisthelsetjenesten, eller ulik medisinbruk som påvirker forekomsten av tilfeller som krever spesialisthelsetjenesten. Tidsserien er også forholdsvis kort og det vil være interessant å se i

årene som kommer om Vestfold igjen nærmer seg landsgjennomsnittet, eller holder seg lavere.

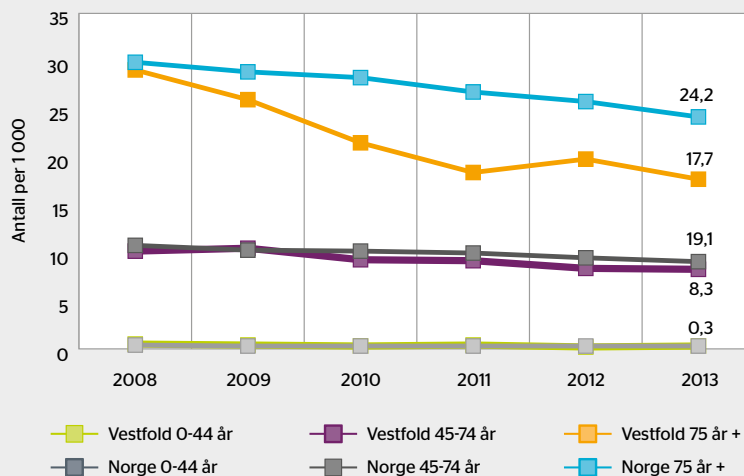
For HKS er det et stort forebyggingspotensiale i de kjente risikofaktorene, og universelle tiltak som gode kostholds- vaner hos barn og tilrettelegging for økt fysisk aktivitet i hverdagen, har betydning på sikt. Samtidig er det viktig å være klar over at dette er en sykdomsgruppe som tydelig viser den sosiale ulikheten i helse, og parallelt arbeid med

bedring av bakenforliggende påvirkningsfaktorer som levekår er viktig (Folkehelseinstituttet 2014).

I årene fremover vil det være viktig å følge med på ny kunnskap og mulige årsaker til den bekymringsfulle trenden blant yngre voksne som Folkehelseinstituttet har fremhevet. Det er sannsynlig at denne trenden også gjelder for Vestfold.

Figur 2.6

Behandling av iskemisk hjertesykdom



Figur 2.6: Iskemisk hjertesykdom (hovedsakelig hjerteinfarkt og angina pectoris) behandlet i spesialisthelsetjenesten 2008-2013. Kjønn samlet, tre aldersgrupper, for Vestfold og Norge. Antall diagnoser er standardisert for alderssammensetning. Dersom en person legges inn flere ganger i et kalenderår telles vedkommende kun en gang. Dataene til statistikken er hentet fra Norsk pasientregister (NPR) og inkluderer ICD-10 koder I20-I25 (Helsedirektoratet 2015b), (Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa statistikkbank, 2015).



Kreftforekomst

Figur 2.7 viser at Vestfold de siste 20 årene har ligget høyere enn landet sett under ett når det gjelder dødsfall som følge av kreft både for menn og kvinner. Menn dør oftere av kreft enn kvinner. For menn i perioden 2012-2014 var ulikheten på 34 dødsfall per 100 000. De fem vanligst krefttypene registrert som dødsårsak for menn fra Vestfold i perioden 2012-2014 (3 års gjennomsnitt) var lungekreft etterfulgt av kreft i prostata, tykktarm, bukspyttkjertel og urinblære. Dette er likt som ellers i landet. For kvinner var også lungekreft vanligst deretter fulgt av kreft i tykktarm, bryst, eggstokker og bukspyttkjertel. Dette er likt som landet ellers, men deretter kommer kreft i bukspyttkjertel og i eggstokk.

Flere får og lever med kreft

Norge har den høyeste kreftforekomsten i Norden blant menn, mens forekomsten blant kvinner er omtrent som gjennomsnittet for Norden. Norge og Danmark har verdens høyeste forekomst av testikkelkreft. Norge har høy forekomst og dødelighet av prostatakreft sammenlignet med Vest-Europa. Også forekomsten av tykk- og endetarmskreft er høy.

De siste tiårene har antallet nye tilfeller økt kraftig. Bedring av diagnostiseringsmetoder er en av årsakene. En eldre befolkning er en annen årsak. Men det har også skjedd en økning i kreftrisiko. Det er gjort beregninger av forventet

utvikling for utvalgte kreftformer i antall nye krefttilfeller fra 2011 til 2016, der det er tatt hensyn til befolkningsendringer. Resultat viser at for de utvalgte kreftformene er det 14 % økt risiko for nye krefttilfeller fra 2011 til 2016. 11 % tilskrives befolkningsendring og 3 % beregnes å være økt risiko. Størst økning i risiko er det for føflekk- og annen type hudkreft. For lungekreft er det redusert risiko for menn, men betydelig økt risiko for kvinner. For tykk- og endetarmskreft er det en økt risiko på 4 % for menn og 3 % for

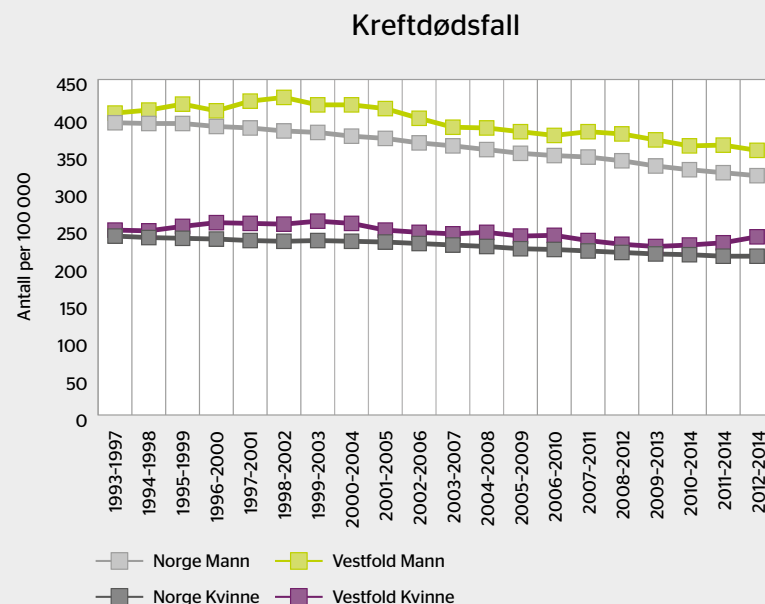
kvinner i løpet av denne femårsperioden (Folkehelseinstituttet, 2014).

Som følge av bedre diagnostiseringsmetoder og behandlingsmetoder, har antallet personer som har overlevd eller lever med kreft økt. I følge Kreftregisteret var det 150 000 mennesker som hadde fått en kreftsykdom i 2001. I 2012 var antallet økt til 225 000. I 2012 ble 30 000 nye tilfeller av kreft diagnostisert. På samme måte som med dødsfall som følge av kreft, ligger Vestfold høyere enn landet når det gjelder nye tilfeller av kreft (Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa, 2016).

Folkehelseinstituttet peker på sosioøkonomiske forskjeller når det gjelder kreftrisiko. Kreftrisikoen er større hos personer med lav utdanning og inntekt enn hos personer med høy utdanning og inntekt. Et unntak er brystkreft blant kvinner, der kvinner med høy utdanning har større risiko for brystkreft enn kvinner med lav utdanning. En del av forklaringen på dette er trolig at kvinner med høy utdanning er eldre når de får sitt første barn, og at de får færre barn. Tidlig første fødsel og flere fødsler beskytter mot brystkreft.

En rekke faktorer påvirker sannsynligheten for å få kreft, blant annet bruk av tobakk og alkohol, kosthold, fedme og fysisk aktivitet. Overdreven soling kan føre til føflekkreft. Eksponering for kjemikalier i miljøet, via mat, forurenset luft eller hudeksponering er årsaker bak en andel av krefttilfellene, men det er

Figur 2.7



Figur 2.7: Kreftdødsfall de siste 20 år. Femårig glidende gjennomsnitt per 100 000 (standardisert for alderssammensetning), menn og kvinner, Norge og Vestfold (Folkehelseinstituttet/Dødsårsaksregisterets statistikkbank, 2015).



usikkert hvor stor denne andelen er. Folkehelseinstituttet påpeker at om lag 100 enkeltstoffer er klassifisert som sikkert kreftfremkallende for mennesker, mens ytterligere 200 er antatt å være kreftfremkallende blant annet utfra at de gir kreft til dyr. Lav eksponering kan være forbundet med en lav risiko for kreft, men flere stoffer i kombinasjon kan samlet sett gi en høyere risiko enn forventet (Folkehelseinstituttet, 2014).

Diabetes type 2

Diabetes er en kronisk sykdom karakterisert ved et vedvarende forhøyet blodsukker, og forstyrrelser i omsetningen av karbohydrater, fett og proteiner i kroppen. Diabetes skyldes nedsatt funksjon av hormonet insulin, som spiller en sentral rolle i reguleringen av sukkeromsetningen i kroppen. De to vanligste formene for diabetes er type 1-diabetes og type 2-diabetes. Ved type 1-diabetes produserer ikke kroppen lenger hormonet insulin. Ved type 2-diabetes produserer kroppen for lite insulin, kombinert med redusert effekt av insulinet (insulinresistens). Dette er den vanligste formen for diabetes i befolkningen, og den typen hvor det er kjente påvirkbare risikofaktorer. Her vil vi derfor fokusere på type 2-diabetes.

De viktigste risikofaktorene for type 2-diabetes er overvekt og fedme, fysisk inaktivitet og røyking. Gener har også betydning. Personer behandles med blodsukkersenkende legemidler og/eller insulin, tilpasset kost og mosjon.

Det er vist at personer med kroppsmasseindeks (KMI) rundt 30 hadde mer enn 20 ganger høyere risiko for å utvikle type 2-diabetes i løpet av en 11-årsperiode, sammenlignet med personer med en KMI på 22 (tabell 2.1). Siden overvekt er en viktig risikofaktor for utvikling av type

Tabell 2.1: De ulike vektclassene i forhold til kroppsmasseindeks (KMI), beregnet ut fra en persons vekt og høyde.

Voksne > 17 år	Klassifisering
KMI: <18,5	Undervekt
KMI: 18,5-25	Normal vekt
KMI: ≥25-30	Overvekt
KMI: >30	Fedme

2-diabetes, kan forekomsten av sykdommen gjenspeile befolkningens vekttilstand og dermed levevaner.

Det er noe usikkerhet rundt forekomsten av type 2-diabetes. Et anslag ligger på at rundt 3,8 % av befolkningen har diagnostisert type 2-diabetes. Samtidig er det sannsynlig at mange i befolkningen har uoppdaget diabetes (Folkehelseinstituttet, 2014). Type 2-diabetes er vanligere i grupper med lav utdanning enn i grupper med høyere utdanning (Agard mfl., 2011).

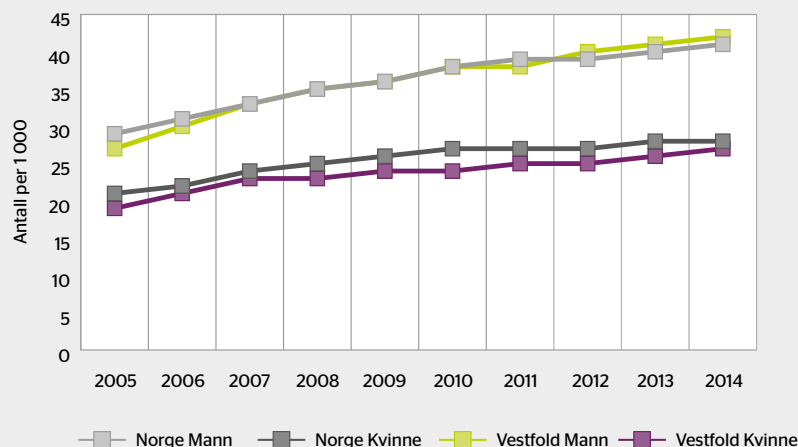
Brukere av legemidler for type 2-diabetes har økt

Spesifikt for Vestfold er det kun registreringer i reseptregisteret som kan gi et inntrykk av forekomst i befolkningen. Figur 2.8 viser tidsserien 2005-2014. For Vestfold i 2014 er statistikken basert på totalt 3 079 menn og 2 003 kvinner som hentet ut resept på et blodsukkersenkende middel.



Figur 2.8

Type 2-diabetes



Figur 2.8: Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år), de siste 10 år. Menn og kvinner i Vestfold og Norge, 2005-2014. Det er inkludert alle blodglukosesenkende midler, ekskl. insulin (A10B) (ATC-systemet, <http://www.felleskatalogen.no/medisin/atc-register/A10>). Antall per 1000 er standardisert for alderssammensetning. Dersom en person har hentet ut resept på samme legemiddel flere ganger i et kalenderår telles vedkommende kun en gang (Folkehelseinstituttet/Norgeshelsestatistikkbank, 2015).

Fra 2005 til 2014 har det vært en økning i antallet som bruker blodsukkersenkende legemidler. Økningen har vært noe større for menn enn for kvinner, med en økning for Vestfold på 15 mannlige og 8 kvinnelige brukere per 1 000. Sammenlignet med landet sett under ett så er trenden for Vestfold forholdsvis lik, men for kvinner har bruken ligget litt lavere enn landet i hele perioden.

Den nasjonale økningen i antall brukere av blodsukkersenkende midler kommenterer Folkehelseinstituttet at i teorien kan skyldes tre hovedfaktorer: At det faktisk blir flere nye tilfeller, at flere diagnostiseres eller at de som har diabetes-

diagnosen lever lengre (Folkehelseinstituttet, 2014).

I Folkehelse rapporten 2014 er det samtidig pekt på at det finnes antydninger til at antallet nyoppdagede med type 2-diabetes per år ikke lenger øker. Forklaring på økningen er da mer sannsynlig en aldrende befolkning med personer som lever lengre med diagnosen, muligens kombinert med at flere diagnostiseres.

Som for andre folkesykdommer, spesielt hjerte- og karsykdommer og tildeles kreft, er det tiltak som bedrer levekår og fokuserer på kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt som på sikt kan redusere forekomsten av type 2-diabetes.

Luftveissykdommer

Sykdommer i luftveiene omfatter en rekke sykdommer som er svært ulike når det gjelder omfang, dødelighetsrisiko og faktorer som påvirker sykdomsrisiko.

De siste 20 årene har dødsfall som følge av luftveissykdommer hos menn gått fra rundt 200 per 100 000 til rundt 130 per 100 000 årlig i Vestfold. Menn i Vestfold har tidligere ligget litt over raten for landet, men de siste 5 årene er forekomsten lik landsgjennomsnittet. For kvinner har det ikke vært en like markert nedgang i antall dødsfall. Dødsfall fra kroniske sykdommer fra nedre luftveier dominerer for begge kjønn. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en stor undergruppe, med ca. 60 tilfeller per 100 000 som årlig snitt i perioden 2012-2014, fulgt av lungebetennelse med et årlig snitt på ca. 30 per 100 000. Røyking er den viktigste årsaken til KOLS, og andelen dagligrøykere har gått jevnt nedover fra 1970-tallet, da mer enn halvparten av voksne menn røykte daglig (Folkehelseinstituttet, 2012a).

Også statistikken for antall pasienter med KOLS innlagt i somatiske sykehus viser en nedgang, både i Vestfold og landet, og Vestfold ligger lavere enn landet som helhet. I 2013 var det 2,3 innleggelser per 1 000 innbyggere i aldersgruppen 45 år og over. For landet var forekomsten 3,3 per 1 000.

Statistikken for legemiddelbrukere for KOLS og astma (45-74 år) viser derimot et noe høyere nivå enn for landet. Frekvensen i Vestfold var i 2014 111 brukere per 1 000 innbyggere i denne aldersgruppen, mot 103 per 1 000 for landet. Både i landet og i Vestfold er det en vekst de siste 10 årene.

Det har vært en jevn økning i forekomsten av astma de siste



40 årene. Forekomsten av astma blant voksne er beregnet til ca. 8 %. Studier i Oslo viser at 20 % av barna har hatt astma før 10-årsalder. Det er usikkert hvorfor forekomsten av astma øker. Arvelig disponering er en viktig faktor. Endret mikrobiologisk mangfold (bakteriell sammensetning i kroppen), luftveisinfeksjoner tidlig i livet og eksponering for allergener og miljøkemikalier er nevnt som mulige årsaker til sykdomsutvikling og/eller forverring av sykdom. Andre mulige risikofaktorer er overvekt og inaktivitet. Studier tyder på at det er høyere forekomst av astma blant personer med lav sosioøkonomisk status (Folkehelseinstituttet, 2014).

Tannhelse

Nasjonalt har det de siste 30 årene skjedd en betydelig bedring i tannhelsen. Flere barn og unge har ingen eller få karies (hull i tennene). Tross denne utviklingen varierer tannhelsen med alder, økonomi, hvor i landet man bor og om man tilhører en utsatt gruppe eller ikke (Folkehelseinstituttet, 2012b).

Tannhelse og generell helsestatus, påvirker hverandre gjensidig. I tillegg til å ha samfunnsøkonomiske konsekvenser, skaper dårlig tannhelse problemer på individnivå. Det påvirker tyggefunksjon, estetikk, sosial omgang og livskvalitet. Tannsykdom og karies er livsstilssykdommer som påvirkes av helseatferd, som igjen kan knyttes til sosioøkonomisk status (Wigen & Wang, 2014). En studie av 5-åringer og forekomst av karies i Akershus fra 2007 fant en sterk sammenheng med foreldrenes utdanningsnivå og nasjonale bakgrunn. Høyrisikogruppe for utvikling av karies før 5-årsalderen var barn av ikke-vestlige foreldre med lav utdanning. I en studie basert på data fra MorBarn undersøkelsen, er mors utdanningsnivå også funnet å ha en uavhengig effekt på karieserfaring for 5-åringer, men i den



samme studien ble det ikke funnet noen sammenheng mellom familiens inntekt slik som i lignende studier fra andre land (Wigen, mfl., 2011). Blant voksne har de med lavest inntekt størst udekket behov for tannbehandling (Ekornrud & Jensen, 2010). Eldre med behov for hjemmetjeneste er en annen utsatt gruppe. Fylkestinget i Vestfold fattet et vedtak i mars 2015 om at tannhelsetjenesten skal utføre systematisk informasjonsarbeid for ansatte i hjemmetjenesten og på sykehjemmene.

Tannhelsetjenesten i Vestfold følger nøye med kariesutviklingen hos barn og unge, og vurderer løpende om det er behov for å iverksette økte forebyggende tiltak eller prosjekter utover de generelle tiltakene.

For ungdom som er født i 2001, gjennomfører fylkeskommunen et prosjekt som startet våren 2015, «Mellom Tenna». Ved å følge dette årskullet i fem år, skal det undersøkes om økt fokus på instruksjon og motivasjon for bruk av tanntråd kan ha en positiv effekt på kariesutviklingen.

Tannhelsestatus blant barn og unge i Vestfold

To indikatorer er valgt for å si noe om tannhelsestatus for barn og unge i Vestfold. Indikatoren DMFT=0 (Decayed, Missing, Filled permanent Teeth), gir et totalt bilde av tannhelsestatusen. Den gir andelen av pasienter i et årskull som aldri har hatt hull i tennene, og blir her kalt «andel uten hull». Det betyr at jo høyere verdi (andel), jo bedre er tannhelsen i den aktuelle befolkningsgruppen.

Den andre indikatoren, SiC-indeks for en aldersgruppe, viser gjennomsnittlig antall hull (DMFT) i den tredjedelen av gruppen som har dårligst tannhelse (flest hull), her kalt «verdi for dårlig tannhelse». Den belyser et aspekt ved sosial ulikhet i helse, men vanligvis brukes



indikatoren som et styringsredskap for forebyggende tannhelsearbeid.

Figur 2.9 viser at andelen barn og ungdommer uten hull er nokså konstant, med en lite økning for barn i aldersgruppen 12 år fra 2008-2014. Andelen som ikke har hatt hull er allikevel forholdsvis stor for 12-åringer, men i ungdomsårene er det en betydelig endring i dette forholdet, og for 18-åringer

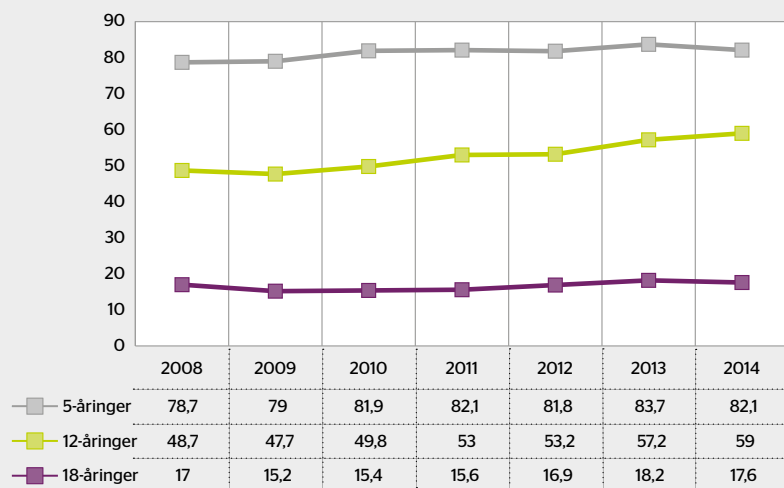
har andelen uten hull sunket til under 20 %. Det betyr at det er i underkant en av fire 18 åringer som ikke har hatt tilfelle av karies.

Figur 2.10 viser at det er relativt små forandringer i verdi for dårlig tannhelse (SiC-indeksen) de siste 6 årene, men det er mulig å spore en liten bedring i tannhelsestatus for den tredjedelen med dårligst tannhelse fra 2008-2014.

Selv om utviklingen innad i årskullene ikke viser de store utslagene, er det likevel viktig å merke seg at forskjellen mellom 12- og 18-åringer er markant og stabil over tid, dvs. at det skjer noe med tannhelsen til ungdommen i årene mellom 12 og 18 år (figur 2.9 og 2.10). Dette innebærer at det sansynligvis er et potensial for å jobbe forebyggende mot ungdommer i dette alderssegmentet.

Figur
2.9

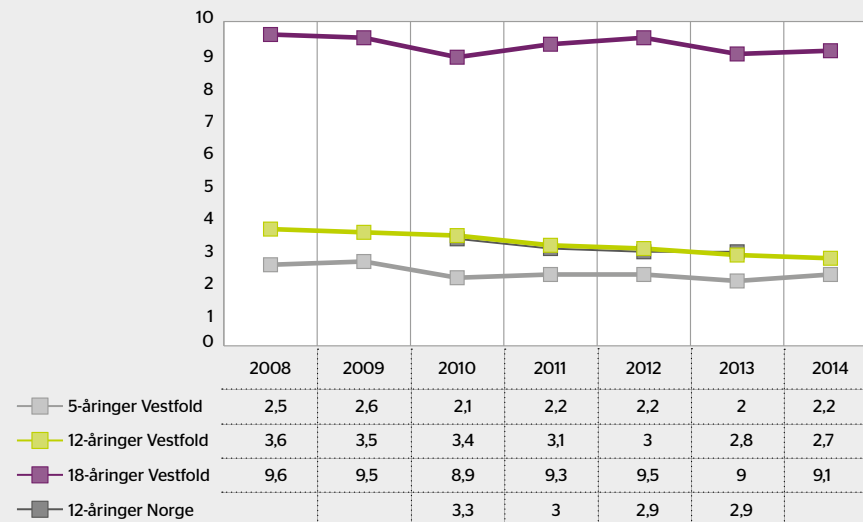
Andel uten hull i tennene



Figur 2.9: Andel 5-, 12- og 18-åringer uten hull (DMFT=0) per år, 2008-2014. Antall i og andelen av et årskull som har blitt undersøkt et bestemt år, og dermed er inkludert, varierer fra år til år. I gjennomsnitt var det rundt 2 100 5-åringer, 2 000 12-åringer og 2 100 18-åringer undersøkt per årskull (Vestfold fylkeskommune/Tannhelse, 2015).

Figur
2.10

Dårlig tannhelse



Figur 2.10: Verdi for dårlig tannhelse (SiC-indeks) 2008-2014 for 5-, 12- og 18-åringer. Vestfold og for tre årskull av 12-åringer nasjonalt. Antall i og andelen av et årskull som har blitt undersøkt et bestemt år, og dermed er inkludert i statistikken, varierer fra år til år. I gjennomsnitt er det inkludert rundt 700 5-åringer, 667 12-åringer og 700 18-åringer i statistikken per år for Vestfold (Vestfold fylkeskommune/Tannhelse, 2015).

Totalt sett er tannhelsesdata på 5-, 12- og 18-åringen kommet opp på et meget tilfredsstillende nivå, men det er viktig å være klar over noen usikkerhetspunkter i tallmaterialet. Vestfold setter innkallingsintervaller på bakgrunn av individuell vurdering av behov. Denne innkallingsrutinen gir en usikkerhet i forhold til faktisk tannhelsestatus for et helt årskull. Tallene representerer kun ca. 60 % av årskullet, de med i utgangspunktet friske tenner blir sjeldnere innkalt.

Variasjon mellom kommunene i Vestfold

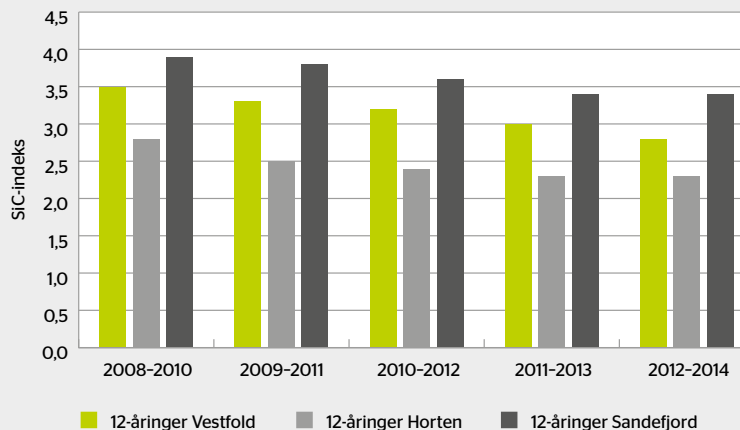
Andel uten hull og verdi for dårlig tannhelse er tilgjengelig på kommunenivå og en sammenligning av verdi for dårlig tannhelse kan være interessant for muligens å avsløre sosial ulikhet i helse mellom kommunene i Vestfold. For kommuner med lavt innbyggertall er indeksen basert på et lavt antall individer og er derfor usikre og ikke sammenlignet. En sammenligning mellom de kommunene hvor det inngår 70 individer eller flere i et årskull (Sande, Holmestrand, Re, Horten, Tønsberg, Nøtterøy, Stokke, Sandefjord og Larvik) gir mer pålitelig sammenligning. Som en illustrasjon og eksempel viser figur 2.11 dette for 12-åringer i to ytterpunktskommuner, Sandefjord og Horten. Sandefjord ligger lavest og Horten høyest for denne indikatoren. Det samme mønsteret ses også for 5- og 18-åringer, men figurer er ikke inkludert her. Det må tas forbehold om at observert ulikhet også kan være påvirket av variasjon i undersøkelse- og registreringspraksis.

Vurdering og fremtidig fokus

Det er positivt at tannhelsetilstanden blant barn og unge later til å være relativt stabil over de senere årene. Det er imidlertid grunn til å rette fokus på ungdommene med tanke på at ca. 80 % av 18-åringene har hatt hull i tennene (jamfør pågående 5-års prosjekt, «Mellom tenna»).

Figur 2.11

Tannhelse for 12-åringer i Horten og Sandefjord



Figur 2.11: Verdi for dårlig tannhelse (SiC-indeks) for 12-åringer i Vestfold, Horten og Sandefjord. Treårig glidende gjennomsnitt, 2008-2014 (Vestfold fylkeskommune/Tannhelse, 2015).

Tannhelsetjenesten kan være en viktig partner folkehelsearbeid som fokuserer på helseatferd. Fokus på god tannhelsetatferd for ungdommer mellom 12 og 18 år, hvor kosthold er en viktig faktor, kan også påvirke risiko for andre uønskede helseutfall.

Det er også viktig å ha oppmerksomhet mot foreldres holdninger til barns tannhelse, og legge til rette så foreldre mestrer de utfordringene det er å ta hånd om og bevare tenner som i utgangspunktet er sunne. Det finnes i dag rutiner på mange helsestasjoner, slik at helsesøstre henviser småbarn med karies til tannhelsetjenesten.



Oppsummering

Sett under ett er det ikke tegn på at Vestfold sin befolkning har en helsetilstand som skiller seg markert i forhold til de nasjonale utfordringene. Samtidig er det et mønster at de største byrdene og utfordringene nasjonalt, utgjør like store eller større utfordringer i Vestfold. Det gjelder helsetilstand for psykisk helse hos unge og voksne, sykdommer og plager i muskler og skjelett, hjerte- og karsykdommer, kreftforekomst, type 2-diabetes og dødsfall som følge av selvmord. Det er også høyere forekomst i Vestfold av psykiske symptomer og psykiske lidelser.

Blant disse tilstandene, spesielt de somatiske sykdommene, er det flere som har felles nære påvirkningsfaktorer slik som kosthold, stillesitting og fysisk aktivitet, tobakksbruk og skadelig bruk av alkohol. Bakenfor disse risikofaktorer ligger flere andre faktorer som er knyttet opp mot sosioøkonomiske forhold.

Ved å følge utvikling av ulike indikatorer på helsetilstand over tid, vil vi kunne måle om utviklingen av folkehelse i Vestfold går i en positiv retning. Samtidig hadde det vært ønskelig med flere indikatorer som måler den gode folkehelse, og spesielt den gode psykiske helse i befolkningen.

HELSETILSTAND

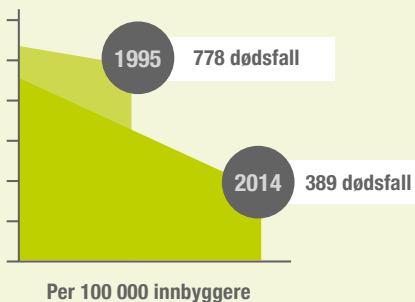


KREFT

Vestfold er høyere enn landet på dødsfall som følge av kreft

HJERTE- OG KARSYKDOMMER

Markert nedgang de siste 20 årene



SMERTER

Smerter i muskler og skjelett er den vanligste årsaken til uføretrygd

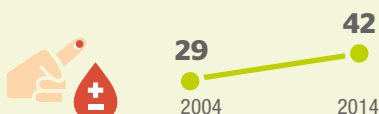
BEHANDLING AV KOLS OG ASTMA

Jevn vekst i behandling av KOLS og astma de siste 10 årene



DIABETES

Økning per 1 000 menn (30-74 år)



PSYKISKE LIDELSER

Høyere forekomst i Vestfold av psykiske symptomer og psykiske lidelser



Dødsfall som følge av selvmord ligger høyere i Vestfold enn landet sett under ett





Referanser

- Agardh, E., Allebeck, P., Hallqvist, J., Moradi, T., & Sidorchuk, A. (2011). **Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis.** International journal of epidemiology, 40 (3), 804-18. doi:10.1093/ije/dyr029
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wiel, K. A. (2014). **Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt.** Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Ekorndrud, T., & Jensen, A. (2010). **Tannhelse. Personell og kostnader, tannhelsetilstand og tannlegebesøk.** Statistisk sentralbyrå (SSB 29/2010).
- Folkehelseinstituttet. (2004) **Forebygging av selvmord – faktaark.** Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=49751>
- Folkehelseinstituttet. (2006). **Dårlige levekår i barneår en helserisiko i voksen alder.** Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=58889>
- Folkehelseinstituttet. (2010). **Kroniske smerter – faktaark med helsestatistikk.** Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=84067>
- Folkehelseinstituttet. (2011). **Selv mord og selvmordsforsøk – faktaark med helsestatistikk.** Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70808>
- Folkehelseinstituttet. (2012a). **Røyk og snus – faktaark med statistikk.** Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70823>
- Folkehelseinstituttet. (2012b). **Tannhelse – faktaark og helsestatistikk.** Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70818>
- Folkehelseinstituttet. (2014). **Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge.** Rapport 2014:4.
- Folkehelseinstituttet/Dødsårsaksregisterets statistikkbank. (2015). Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Helsedirektoratet. (2015c). **Folkehelsepolitisk rapport 2015.** Oslo: Helsedirektoratet.
- Folkehelseinstituttet. (2015). **Folkehelseprofil for Vestfold, 2015.** Hentet fra <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=07&sp=1&PDFaar=2015>
- Folkehelseinstituttet. (2015c). **Færre nordmenn dør av hjerte- og karsykdommer.** Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=116619>
- Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa statistikkbank. (2015). <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). **Lovdata: Forskrift om transfettsyrer i næringsmidler.** Hentet fra <https://lovdata.no>
- Helsedirektoratet. (2014). **Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet.** 12/2014 Pub.nr. IS-2263.
- Helsedirektoratet. (2015a). **Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer.** Hentet fra <https://helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2015b). **ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015.**
- Helsedirektoratet. (2016). **ICPC-2 Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten.** Hentet fra <https://helsedirektoratet.no>
- Jones, G. T., Power, C., & Macfarlane, G. J. (2009). **Adverse events in childhood and chronic widespread pain in adult life: Results from 1958 British Cohort Study Pain 2009.** The Journal of Pain, 14(1-2), 92-96. doi:10.1016/j.pain.2009.02.003
- Langballe, E. M., & Evensen, M. (2011). **Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser.**
- Lærum, E., Brage, S., Ihlebæk, C., Johnsen, K., Natvig, B. and Aas, E. (2013). **Et muskel- og skjelettregnskap: forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet.** Oslo.



Strand, B. H., Grøholt, E.-K., Steingrimsdóttir, Ó. A., Blakely, T., Graff-Iversen, S., & Næss, Ø. (2010). **Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle-aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000.** BMJ, 340.

Sulo, G., Igland, J., Nygard, O., Vollset, S. E., Ebbing, M., & Tell, G. S. (2013). **Favourable trends in incidence of AMI in Norway during 2001-2009 do not include younger adults.** European Journal of Preventive Cardiology.

Vardheim, I. (2013). **Ung i Vestfold 2013.** TF-rapport nr. 324 2013. Bø: Telemarksforskning.



03

Skader og ulykker





Til tross for en betydelig nedgang i dødelighet som følge av ulykker de siste 40 årene, er skader og ulykker fremdeles en stor utfordring for folkehelsa. Ulykker er den viktigste årsaken til dødsfall for nordmenn under 45 år (Folkehelseinstituttet 2015a).

Menn dør oftere på grunn av ulykke enn kvinner i alle ulykketekategorier.

I Vestfold ble det i 2010-2014 årlig i gjennomsnitt behandlet 12 462 pasienter for ulykkesskader (ICD-10-kode S 00-T 78) i spesialisthelsetjenesten (Vestfold fylkeskommune, Norsk Pasientregister, 2015). Sammenlignet med landsgjennomsnittet kan det se ut som det er færre slike skader i Vestfold enn i landet for øvrig. Det er ikke utenkelig at dette kan henge sammen med at mange kommuner i Vestfold i en årrekke har vært aktive i det skadeforebyggende arbeidet gjennom Trygge lokalsamfunn og gjennom trafikksikkerhetsarbeid.



Tall fra Dødsårsaksregisteret for årene 2012-2014 (3-årig gjennomsnitt, per 100 000 innbyggere) viser at fallulykker er den vanligste dødsårsaken av ulykker både blant menn og kvinner i Vestfold (13,2 hos menn og 6,3 hos kvinner). Deretter kommer forgiftningsulykker (9,4 hos menn og 2,6 hos kvinner), transportulykker (5,5 hos menn og 0,7 hos kvinner) og drukningsulykker (4,3 hos menn og 0,8 hos kvinner) (Folkehelseinstituttet/Dødsårsaksregisteret, 2014). En rekke studier har funnet at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og forekomst av ulykkesskader (Folkehelseinstituttet, 2014b).

Det finnes ikke et nasjonalt register over personskadedata. Det er derfor vanskelig å kunne overvåke omfang og utvikling av skader og ulykker. Det er også en utfordring at data som blir registrert i ulike registre er av mangelfull kvalitet og dekningsgrad. Folkehelseinstituttet gjorde i 2014 en beregning som anslo omfanget av personskader i Norge. Analysene viser at rundt 540 000 personer ble behandlet i helsetjenesten for skader. Dette utgjør 10 % av befolkningen. Av disse ble om lag 103 000 personer behandlet direkte i spesialisthelsetjenesten, mens omkring 185 000 ble behandlet i både primær og spesialisthelsetjenesten. Den største gruppen av pasienter (om lag 251 000) ble behandlet kun i primærhelsetjenesten (Folkehelseinstituttet, 2014).

Veitrafikkulykke med personskader

Ulykkesstatistikken for Vestfold viser en klart positiv utvikling fra 79 drepte og hardt skadde i 2000 til 34 drepte og hardt skadde i 2014. I desember 2015 var tallet på drepte i fylket 6, og tallet for hardt skadde var 24. Tallene for hardt skadde forventes å bli noe høyere når statistikk for hele 2015 blir oppdatert (Statens vegvesen, 2015a). Tryggere veier, sikrere biler og lavere fart er de viktigste forklaringene på nedgangen, men mange andre faktorer har også

bidratt. Mens det er god statistikk for antall som dør i veitrafikkulykker, er usikkerheten stor når det gjelder antall skader totalt. Politiet fører løpende statistikk og Statens vegvesen har oppdaterte oversikter over ulykker og trafikantgrupper, men mange ulykker og skader blir ikke rapportert.

Gjennom Nullvisjonen (Statens vegvesen, 2010) er det i all hovedsak hovedfokus på tiltak for å redusere hardt skadde og drepte. For å oppnå dette er det derfor prioritert å redusere de alvorligste ulykkene. Nullvisjonen har vist seg å gi gode resultater.

Ulykkesbildet i Vestfold

I Vestfold domineres ulykkesbildet av ulykker på fylkesveinettet, da fylket har få kilometer riksveg. 70 % av alle ulykker med hardt skadde og drepte skjedde på fylkesveiene i perioden 2005-2015. Vestfold utpeker seg med en høy andel drepte fotgjengere, med 20 % drepte siste 10 år. Landsgjennomsnittet er på 13 %. Dette skyldes i hovedsak at Vestfold har relativt høy befolkningstetthet med mange byområder, og mange konflikter mellom fotgjengere og kjørende. Statistikken viser at eldre fotgjengere er særlig utsatt (Statens vegvesen, 2015a). De fleste alvorlige fotgjengerulykker skjer i 50-soner. I Handlingsprogram for fylkesvegnettet i Vestfold 2014-2017 (Vestfold fylkeskommune, 2013) er det derfor satt av midler til å sikre krysningspunkter i byområder og i 50- og 60-soner.

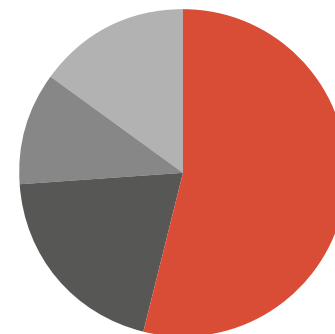
Til tross for at det over tid har vært en nedgang i antall drepte og hardt skadde blant gående og syklende, har denne trafikantgruppen fortsatt en betydelig høyere risiko for å bli drept eller hardt skadd per kilometer enn de som kjører bil.

Av alle ulykker i Vestfold med drepte og hardt skadde

Figur
3.1

Drepte og hardt skadde fordelt på trafikantgrupper

- 54% Bil
- 20% Mc og moped
- 11% Sykkel
- 15% Fotgjenger



Figur 3.1: Drepte og hardt skadde fordelt på trafikantgrupper i perioden 2005-2015 (Statens vegvesen, Straksulykkeregisteret, 2015a).

utgjør moped- og motorsykkelykkene 20 %. Det har vært en reduksjon i antall alvorlige ulykker for denne trafikantgruppen på landsbasis de siste årene, men fortsatt er ulykkesomfanget stort. Det er ulykkene med motorsykkel som utgjør de fleste. Når det gjelder mopedulykkene har disse hatt en svak nedgang i Vestfold. Gruppen 16-17-åringer er innblandet i 43 % av alle mopedulykkene.

Ulykkesanalysegruppen i Staten vegvesen Region sør har konkludert med at i perioden 2005-2014 har ca. 21 % av dødsulykkene i Vestfold skjedd med ruspåvirket fører, som er det samme som landet for øvrig. Høy fart har vært medvirkende i 40 % av dødsulykkene (landsgjennomsnittet er 42 %). Manglende bruk av bilbelte har vært en medvirkende faktor til skadeomfanget i ca. 34 % av dødsulykkene i Vestfold (landsgjennomsnittet er 41 %) (Statens vegvesen, 2015b).

Mål om reduksjon fram mot 2024

Nasjonal transportplan 2014-2023 har som mål at det i 2024 skal være mindre enn 500 drepte og hardt skadde i veitrafikken. For Vestfold innebærer dette et måltall om en reduksjon i antall hardt skadde og drepte fra 34 i 2014 til 20 i 2024 (Samferdselsdepartementet 2014).

Figur 3.2 viser en kurve for utviklingen i antall drepte og hardt skadde fram til 2024. Den tar utgangspunkt i at Vestfold tar sin forholdsmessige andel av reduksjonen i drepte og hardt skadde, med sikte på at vi skal nå det nasjonale målet om at det maksimalt skal være 500 drepte og hardt skadde i veitrafikkulykker i Norge i 2024.

Trafikksikkerhetsarbeidet i Vestfold

Vestfold fylkeskommunes satsinger i trafikksikkerhetsarbeidet framgår av Trafikksikkerhetsplan for Vestfold 2014-2017 (Vestfold fylkeskommune 2014). Her beskrives tiltak både i trafikksikkerhetsplanen og tiltak i Handlingsprogram for fylkesveier i Vestfold 2014-2017 (Vestfold fylkeskommune, 2013). I trafikksikkerhetsplanen er det spesielt lagt vekt på: Ungdom, verneutstyr, ulykker med myke trafikanter, «Lys til etter-

tanke», Trygge lokalsamfunn og Trafikksikker kommune. Handlingsprogrammet for fylkesveier viser prioritering av investeringer på fylkesvegnettet. De viktigste målsettingene er: a) å bedre framkommelighet for alle trafikantergrupper, b) å fremme overgang til mer miljøvennlig transport og c) et mer trafikksikkert transportsystem. Innenfor trafikksikkerhet prioriteres følgende tre områder:

- Økt trafikksikkerhet for myke trafikanter i byer og tettsteder
- Attraktive og trygge skoleveier

- Utbedring av ulykkesutsatte strekninger og punkter
- Trafikksikkerhetsarbeidet i Vestfold fylke sees i nær sammenheng med folkehelsearbeidet og arbeidet med Trygge lokalsamfunn.

Hoftebrudd

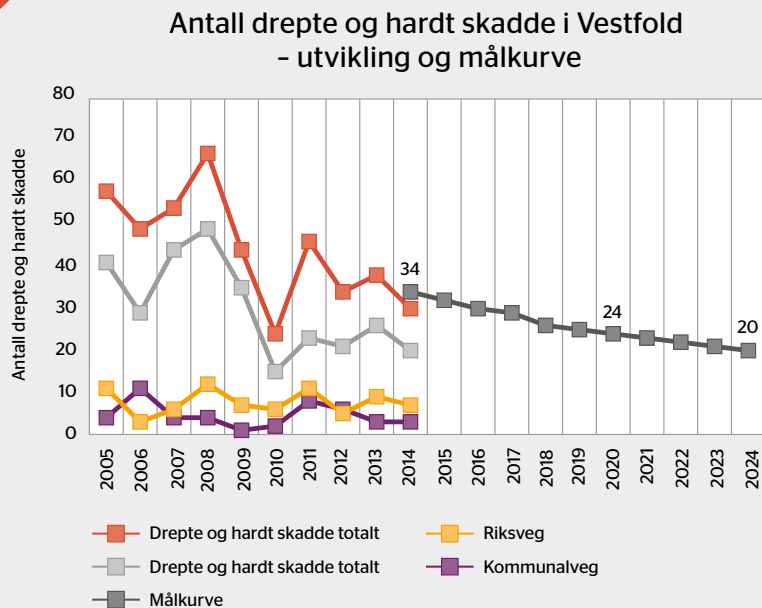
Norge er sammen med andre skandinaviske land på verdenstoppen med antall hoftebrudd, med omlag 9 000 brudd hvert år (Folkehelseinstituttet, 2014b). Kvinner er mer utsatt for hoftebrudd enn menn, og forekomsten øker kraftig fra 75-årsalder. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig, fordi det kan medføre redusert funksjonsevne, behov for hjelp og redusert livskvalitet.

Fall er den hyppigste årsaken til hoftebrudd hos eldre. Om lag 25 % av bruddene skjer hos eldre på institusjon. 75 % av bruddene skjer hos hjemmeboende eldre. Bivirkninger av legemiddelbruk, dårligere balanse og svekket muskulatur er gjerne faktorer som bidrar til fallulykker med hoftebrudd som konsekvens. Videre er fall knyttet til benskjørhet (osteoporose) (Helsedirektoratet, 2013). Årsakene til den høye hoftebruddfrekvensen i Norge er i stor grad ukjente. Mulige delforklaringer er lavere kroppsvekt og større kroppshøyde hos norske kvinner sammenlignet med blant annet søreuropeiske kvinner, men dette kan ikke på langt nær forklare de store forskjellene (Lofthus, 2001).

Forekomst i Vestfold

Folkehelseinstituttet har kun statistikk over lårbensbrudd, men denne statistikken omfatter i all hovedsak hoftebrudd. Det har vært en nedgang i slike brudd i Vestfold fra 2009-2014, og Vestfold samlet har en lavere forekomst enn landsgjennomsnittet.

Figur 3.2

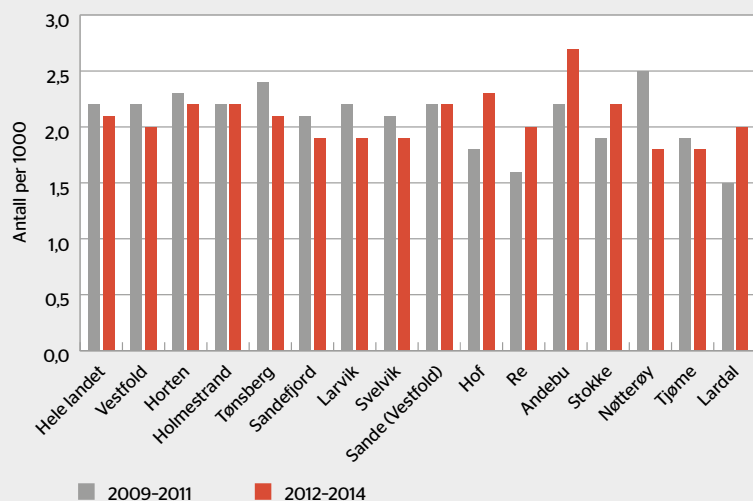


Figur 3.2: Antall drepte og hardt skadde i Vestfold - utvikling 2005-2014 og målkurve for 2014-2024 (Statens vegvesen 2015).



Figur 3.3

Lårbensbrudd inkludert hoftebrudd



Figur 3.3: Lårbensbrudd (inkludert hoftebrudd S72). Antall i periodene per 1000 innbyggere, standardisert for kjønn og alderssammensetning, landet, Vestfold og kommuner i Vestfold 2009-2011 og 2012-2014 (Folkehelseinstituttet/ Kommune helsa statistikkbank, 2015).

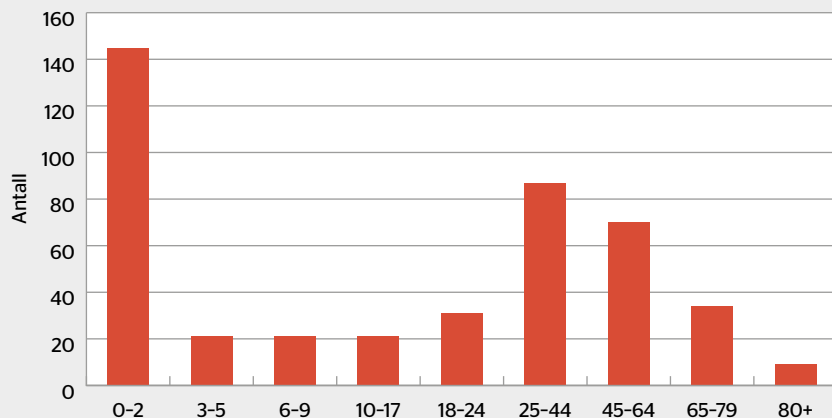
Mellom kommunene er det store variasjoner. Nøtterøy, Tønsberg, Sandefjord, Larvik og Svelvik har alle hatt en nedgang fra 2009-11 til 2012-14. Andebu, Lardal, Hof, Re og Stokke har hatt en økning, men dette er alle kommuner med få brudd.

I Folkehelsemeldingen fastsetter regjeringen målsettingen om å redusere antallet hoftebrudd med 10 % fram til 2018 (Meld. St. 19, 2014/2015). For å nå dette målet må tiltakene baseres på forskningsbasert kunnskap og tverrsektorielt arbeid. Helsedirektoratet har derfor gitt anbefalinger om effektive tiltak (Helsedirektoratet, 2013). Samfunnsøkonomisk er det mye å spare på å forebygge fallulykker hos eldre. Om kommunene i Vestfold reduserer antallet hoftebrudd med 10 % vil det årlig bli ca. 53 hoftebrudd. Kommunene i Vestfold kan samlet sett spare store beløp på dette.



Figur
3.4

Brannskader behandlet ved Sykehuset i Vestfold



Figur 3.4: Personer behandlet for brannskader (ICD-10 T20-T32) ved Sykehuset i Vestfold, fordelt på alder, i årene 2010-okt. 2015 (Vestfold fylkeskommune/Sykehuset i Vestfold, 2015b).

Brannskader behandlet ved Sykehuset i Vestfold (SIV)

I perioden 2010 til oktober 2015 er det registrert 439 personer som er behandlet for brannskader ved Sykehuset i Vestfold (Vestfold fylkeskommune, 2015b). Registreringen er basert på kodeverktøyet ICD-10, som bl.a. brukes i rapportering fra spesialisthelsetjenesten til Norsk Pasientregister. Pasienter fra Vestfold med brannskader behandles også ved Sykehuset i Telemark, Sykehuset i Buskerud og ved brannskadeavdelingen på Haukeland Universitetssjukehus. Mindre alvorlige brannskader behandles hos fastlegen eller legevakten. Statistikken fra SIV viser at barn under to år er mest utsatt. Brannskader på håndledd og hånd er mest utbredt.

Figur 3.4 viser at 143 barn fra 0-2 år er behandlet på SIV fra 2010 til oktober 2015. I de øvrige aldersgruppene er det flest skader i gruppen 24-44 år og 45-64 år. I alle aldersgrupper er gutter/menn mest utsatt for brannskader.

Nasjonal statistikk viser også at barn 0-2 år er overrepresentert i forhold til brann- og skåldingsskader. En studie foretatt ved Haukeland Universitetssjukehus viser at skadene ofte ble forårsaket av varm væske fra vannkokere, kaffeetraktere, panner, krus med kokende væske og kraner uten barnesikring (Brudvik, 2011). Skadene kan i stor grad forebygges ved sikringstiltak i hjemmet, ved informasjons-tiltak og ved å sette systematisk fokus på dette temaet. Helsesøstertjenesten i kommune er viktige aktører i dette arbeidet.

Forgiftningsskader behandlet i spesialisthelsetjenesten

Tall fra Norsk pasientregister viser at det årlig var mellom 244 og 330 personer fra Vestfold som ble behandlet for forgiftningsskader (ICD-10 T4n-T65) i spesialisthelsetjenesten i perioden 2010 til 2014 (Vestfold fylkeskommune/NPR, 2015a). Forgiftninger innen disse diagnosekodene skjer med legemidler, løsemidler og kjemiske stoffer, biologiske stoffer og mat (akutt alkoholforgiftning inngår ikke) (Folkehelseinstituttet, 2014). Forgiftninger skjer hyppigst hos kvinner i aldersgruppen 15-24 år. Vestfold har en økning av forgiftningsraten på 8 % fra 2010-2014. Norge sett under ett har en nedgang på 3 % fra 2010 til 2014. Ved Sykehuset i Vestfold er det i perioden 2010 til oktober 2015 registrert 2003 pasienter med forgiftningsskader (Vestfold fylkeskommune 2015b). 1353 av disse var kvinner og 650 var menn. 1861 av forgiftningene skjedde med legemidler og biologiske substanser (T4n-T50). 489 av forgiftningene er registrert som «villet egenskade» (X6n*), men det reelle tallet kan være høyere. Giftinformasjonen, som har et nasjonalt ansvar for å gi informasjon, råd og veiledning i forbindelse med akutt forgiftning viser til at de fleste forgiftningene skyldes uhell, men at en betydelig andel var selvforskyldt (selvskading), eller relatert til rus og legemiddelbruk (Folkehelseinstituttet, 2014, s.48).

Bygningsbranner i Vestfold

I 2015 omkom 35 personer i brann i Norge. To av disse skjedde i Vestfold (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2015). Dette er historisk lave tall, og det laveste siden registreringen startet i 1979. Det har vært en nedgang i både antall branner og antall omkomne over tid, selv om enkelte år skiller seg ut i negativ retning. Direktoratet for



Tabell 3.1: Antall bygningsbranner, 2010-2014, etter kommune i Vestfold (DSB 2015 a).

Kommune	2010	2011	2012	2013	2014
Horten	12	29	36	25	18
Holmestrand	3	9	14	15	16
Tønsberg	18	45	50	46	33
Sandefjord	32	38	23	19	17
Larvik	60	40	40	34	24
Svelvik	8	8	3	1	3
Sande	9	5	8	5	7
Hof	3	5	8	5	0
Re	5	8	9	7	6
Andebu	0	6	4	2	1
Stokke	10	4	10	7	2
Nøtterøy	14	27	21	13	13
Tjøme	6	1	3	7	5
Lardal	8	6	8	6	0

samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) mener at nedgangen har sammenheng med godt forebyggende arbeid fra brannvesen, lokale elektrisitetsinsyn, forsikringsbransjen, Norsk Brannvernforening og DSB (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2015b).

Statistikk fra DSB gir oversikt over antall bygningsbranner i Vestfold fordelt på kommuner og år (pipebranner er inkludert).

Tabell 3.1 viser at det har vært en nedgang i antall branner i Vestfold fra 2010-2014. Blant de største byene i Vestfold er det flest branner i Tønsberg. Vestfold interkommunale brannvesen (Arnt E. Folvik, informasjonsrådgiver) opplyser at komfyrbranner er den hyppigste enkeltårsak til brann. Av branner hvor de mener å kjenne årsaken, startet 19 på kjøkkenet. 15 av disse på komfyren (14 i forbindelse med matlaging eller oppbevaring av brennbart materiale på eller for nær komfyren, 1 skyldtes teknisk feil på selve komfyren). Komfyrvakt virker brannforebyggende. I tillegg til antall branner i sitt distrikt har Vestfold Interkommunale Brannvesen i 2015 rykket ut til over 20 hendelser hvor mat eller annet brennbart er glemt på komfyren, og der brannvesenet har forhindret brann. Personer med kognitiv eller fysisk svikt rammes oftere av brann enn andre, og høy alder er en risikofaktor.

Drukningssulykker og svømmeferdigheter

Statistikk fra Norsk Folkehjelp viser at det var 102 drukningsulykker i Norge i 2015 (Norsk Folkehjelp, 2016). Drukningssstatistikken viser en økning i antall forulykkede de siste årene. Ti av de druknede er registrert som ikke norske statsborgere. I Vestfold var det i 2015 fire drukningsulykker. Dette er en nedgang fra 2014, som er et år som skiller seg negativt ut med 14 drukningsulykker. De fleste drukningsulykker kommer av fall fra land og brygge. Kombinasjonen av for eksempel alkohol og balansering på en tynn og ustabil landgang fører hvert år til mange skader. Fokus 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 avgjørende for å forebygge drukningsulykker, særlig under bading. En undersøkelse viser at bare halvparten av landets tiåringer kan svømme 200 meter eller mer (Ipsos MMI, 2013). Svømmetilbudene varierer mye fra kommune til kommune. Elever med innvandrerbakgrunn (ikke-europeiske land) er betydelig dårligere til å svømme og er mer avhengige av å få slik undervisning i skolen.

Hvor stor andel av fjerdeklassinger i Vestfold som kan svømme er det ingen oversikt over, men den enkelte kommune skal ha oversikt over dette ut fra kompetansemålet i læreplanen for kroppsøving, 4.klasse (Utdanningsdirektoratet, 2015).

Oppsummering

Selv om det har vært en betydelig nedgang i dødelighet som følge av ulykker i Norge de siste 40 årene, er ulykker fortsatt den viktigste årsaken til dødsfall for nordmenn under 45 år. Sammenlignet med landsgjennomsnittet kan det se ut som det er noe færre behandlinger av ulykkes-skader i spesialisthelsetjenesten i Vestfold enn i landet for øvrig.

Antall drepte og hardt skadde i vestfoldtrafikken er kraftig redusert i perioden 2005-2014. Gående og syklende har en betydelig høyere risiko for å bli drept eller hardt skadd enn de som kjører bil, beregnet per kilometer.

Blant eldre utgjør lårbensbrudd grunnet fallulykker et stort innslag i skadestatistikken. Årlig skjer om lag 530 lårbensbrudd (inkludert hoftebrudd) i Vestfold. Dødeligheten er høy, kostnadene er store og mange får redusert helse og livskvalitet.

Uforholdsmessig mange barn under to år i Vestfold får årlig brannskader som krever sykehusbehandling. Også mange vestfoldinger, særlig kvinner blir årlig behandlet for forgiftningsskader, i hovedsak av medikamenter.

Skade- og ulykkesforebyggende arbeid har et stort forebyggingspotensiale og innsatsen vil gi rask effekt i form av reduserte skadetall, og stor samfunnsøkonomisk gevinst. Manglende statistikk for skader og ulykker er en stor utfordring, og sikrere statistikk vil kunne gi grunnlag for å tallfeste mål for reduksjon av ulykker.

SKADER OG ULYKKER



**ULYKKER VIKTIGSTE
ÅRSÅK TIL DØSFALL**
for nordmenn under 45 år

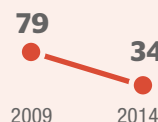
530



ÅRLIG LÅRBENSBRUDD
Ca. 530 vestfoldinger
(hoftebrudd er inkludert)

VESTFOLDTRAFIKKEN

Kraftig reduksjon
i antall drepte
og hardt
skadde:



BRANNSKADER



145

byggnadsbranner
i Vestfold i 2014



439

personer ble behandlet
ved Sykehuset i Vestfold
fra januar 2010 til
oktober 2015

143

av disse var barn
under 2 år



Mellom

244-330

**VESTFOLDINGER SOM ÅRLIG BEHANDLES FOR
FØRGIFTNINGER PÅ SYKEHUS (2010-2014)**
Hovedsakelig medikamentskader



**DRUKNINGSULYKKER
I VESTFOLD I 2015**



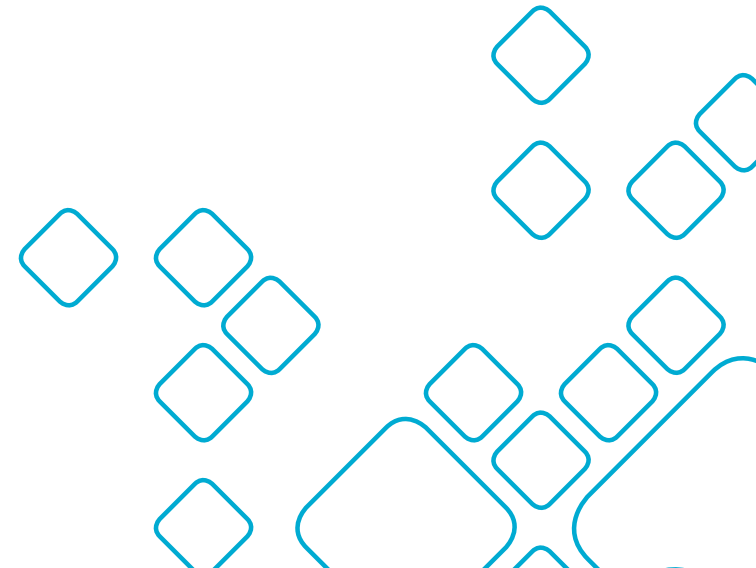
Referanser

- Brudvik, C., Hoem, E.L., Vindenes, H. (2011). **Brannskader hos barn i Bergen (2011)**. Tidsskrift for den norske legeforening. Nr1, 2011;131 20-3
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2015a). **Bygningsbranner**. Hentet fra: <http://stat.dsb.no/Data-base/DSB/databasetree.asp>
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (2015b). **Tidenes laveste tall for omkomne i brann**. Hentet 01.02.2016 fra: <http://www.dsb.no/no/Ansvarsomrader/Brannvern/Aktuelt/Tidenes-laveste-tall-for-omkomne-i-brann/>
- Folkehelseinstituttet. (2014a). **Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge. Rapport 2014:4**. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2014b). **Skadebildet i Norge. Hovedvekt på personskader i sentrale registre. Rapport 2014:2**. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Folkehelseinstituttet/Dødsårsaksregisteret. (2014). **Dødsårsak fra ulykker**. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Folkehelseinstituttet/Kommunehelsa. (2015). **Lårbensbrudd (inkl.hoftebrudd) (S72)**. Hentet fra: <http://khs.fhi.no/>
- Helsedirektoratet 2013: **Fallforebygging i kommunen. Kunnskap og anbefalinger. Rapport IS-2114**. Oslo: Helsedirektoratet
- IPsos MMI (2013). **Rapport. Undersøkelse om svømmedyktighet blant elever i 5. klasse – 2013**. Utarbeidet for: GjensidigeStiftelsen og Norges Svømmeforbund. Hentet 22.02.2016 fra: http://svomming.no/wp-content/uploads/2016/02/Unders%C3%B8kelse_sv%C3%B8mmedyktighet_2013.pdf
- Lofthus m.fl (2001). **Epidemiology of hip fractures in Oslo, Norway**. Bone. 2001 Nov;29(5):413-8.
- Meld. St 19 (2014/2015). **Mestring og muligheter**. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Norsk folkehjelp. (2016). **Drukningssstatistikk**. Hentet fra: <https://www.folkehjelp.no/Presse/Drukningssstatistikk>
- Samferdselsdepartementet. (2014) **Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet 2014-2017**. Oslo: Samferdselsdepartementet.
- Utdanningsdirektoratet. (2015). **Læreplan i kroppsøving Gjeld frå 01.08.2015**. Oslo: Kunnskapsdepartementet
- Vardheim, I. (2013). **Ung i Vestfold 2013. TF-rapport nr. 324 2013**. Bø: Telemarksforskning.
- Vestfold fylkeskommune. (2013). **Handlingsplan for fylkesveinettet 2014-2017**. Tønsberg: Vestfold fylkeskommune
- Vestfold fylkeskommune. (2014). **Trafikksikkerhetsplan for Vestfold 2014-2017**. Tønsberg: Vestfold fylkeskommune
- Vestfold fylkeskommune. (2015a). **Skadedata fra Norsk Pasientregister**. Upublisert
- Vestfold fylkeskommune. (2015b). **Registrering fra Sykehuset i Vestfold**. Upublisert
- Statens vegvesen (2010). **Nullvisjonen**. Lesedato 14.02.2016. Hentet fra: <http://www.vegvesen.no/fag/Fokusomrader/Trafikksikkerhet/Nullvisjonen>
- Statens vegvesen. (2015a). **Straksulykkesregisteret. Upublisert materiale**. Vestfold: Statens vegvesen
- Statens vegvesen. (2015b). **UAG-databasen. Upublisert materiale**. Vestfold: Statens vegvesen

A photograph of a child's legs and feet on a paved surface. The child is wearing a purple sweater, a dark skirt, and red and black plaid leggings. Their shadow is cast to the left. A large, white, sans-serif number '04' is overlaid on the image, positioned over the child's legs and the pavement.

04

Oppvekst og levekår



De sosioøkonomiske faktorene inntekt, utdanning, deltakelse i arbeidslivet og boforhold henger i stor grad sammen. Disse bakenforliggende påvirkningsfaktorene legger mye av grunnlaget for de sosiale helseforskjellene.

Nærmiljøet er den geografiske enheten hvor mange av disse faktorene, og forskjellene, får sin virkning. Samtidig er fysiske og sosiale kvaliteter i nærmiljøet forhold som virker selvstendig inn på helsa. De kan motvirke eller forsterke sosiale helseforskjeller. Slike miljøforhold er tatt opp i kapittel 5.





Selv om flere av de sosioøkonomiske faktorene på kort sikt ikke påvirkes direkte av lokale og regionale beslutninger og tiltak, bør en være oppmerksom på tilstand og utviklings-trekk fordi det kan påvirke helsa positivt eller negativt. Over tid vil viktige faktorer som befolkningens inntekt og deltakelse i arbeidslivet ha sammenheng med økonomisk utvikling i lokalsamfunnet og regionen.

Inntekt og ulikhet

Inntekt er en viktig variabel med hensyn til helse. En årsak til det er at inntektsnivå er med på å bestemme tilgang til helsefremmende faktorer og beskyttelse mot risikofaktorer. Stor inntektsulikhet i en kommune kan være en pekepinn på at det også er store sosiale helseforskjeller i kommunen.

De siste 30 årene har alle inntektsgrupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt (Folkehelseinstituttet, 2015).

Det lages ulike mål på inntektsnivå. Medianinntekten for husholdninger er inntekt etter skatt for husholdninger som bor til daglig sammen og har en felles økonomi. Medianinntekten for husholdninger i Norge var 478 700 kroner i 2014. I Vestfold lå den noe lavere: 468 100 kroner.

Gjennomsnittlig bruttoinntekt per person er et annet mål på inntekt. Også etter dette målet ligger Vestfold noe lavere

enn landet, slik figur 4.1 viser. I 2013 var brutto gjennomsnittsinntekt for begge kjønn i Vestfold 385 700 kroner. For landet var tallet 407 100 kroner. Brutto gjennomsnittsinntekt for kvinner i Vestfold i 2013 var 163 200 kroner mindre enn for menn, omtrent den samme forskjellen som for landet.

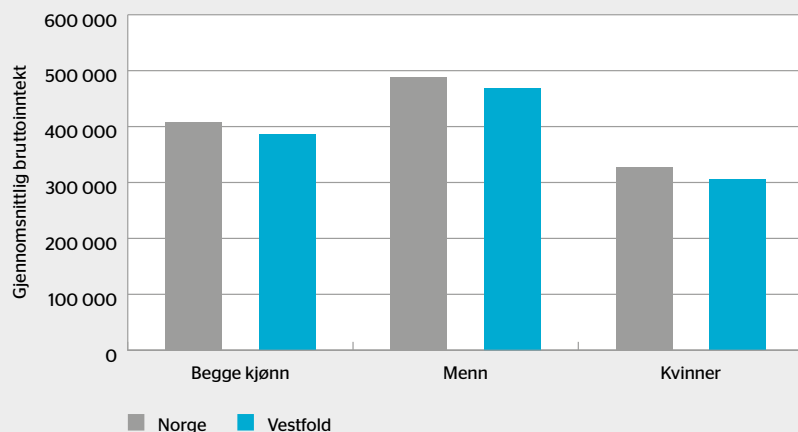
Inntektsulikhet

Med tanke på utvikling av sosiale ulikheter i helse er inntektsulikheter en minst like viktig indikator å følge med på, som det gjennomsnittlige inntektsnivået. Et mål på inntektsulikhet er P90/P10. Det er inntekten til den som har den 90 % høyeste inntekten i befolkningen sammenlignet med den som har den 10 % laveste inntekten. Forklart på en annen måte: Om man sorterer 100 personer stigende etter inntekt, er P90/P10 forholdet mellom inntektene til person nummer 90 (den tiende høyeste) og person nummer 10 (den tiende laveste).

Vestfold lå i 2009 under nivået for landet, men ulikheten har økt mer her i fylket slik at Vestfold i 2013 lå på nivå med landet. Alle kommunene i Vestfold har en økning i ulikhet. Tjøme, Sandefjord, Tønsberg og Nøtterøy ligger høyest, med P90/P10 på 2,8. Med unntak av Tjøme er det et

Figur 4.1

Gjennomsnittlig bruttoinntekt per person



Figur 4.1: Gjennomsnittlig bruttoinntekt per person, Norge og Vestfold, 2013 (Folkehelseinstituttet/Norgeshelsestatistikkbank, 2016).

Tabell 4.1: Inntektsulikhet i Norge og Vestfold, 2009 og 2013 (Folkehelseinstituttet/Kommunehelsestatistikkbank, 2016).

	2009	2013
Norge	2,6	2,7
Vestfold	2,5	2,7


Tabell 4.2: Andel barn i lavinntektsfamilie, Norge, Vestfold, kommuner, 2005-2013 (Folkehelseinstituttet/KommuneHelse statistikkbank, 2016).

År	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Geografi									
Hele landet	8,4	8,6	8,9	9,4	8,9	9	9,5	10,2	11
Vestfold	8,5	8,8	9	10,1	9,9	10,4	10,8	11,8	12,1
Horten	7,6	8,1	9,1	9,7	9,5	11,1	12,3	12,9	13,6
Holmestrand	8,4	6,7	7,7	8,1	8,3	8,2	7,5	8,4	9,6
Tønsberg	7,5	7,7	8,6	8,8	8,9	9,3	9,5	10,8	10,6
Sandefjord	9,1	9,2	9,7	11,7	11,2	12,1	12,8	13,5	13,8
Larvik	9,3	10,6	10,1	11,1	10,9	11,6	11,9	13,2	13,9
Svelvik	8,7	7,7	8	8,5	8,3	9,4	9,1	9,6	9
Sande	7,4	8,5	9	11	10,4	10,7	9	9,2	8,9
Hof	5,2	6,4	6,3	6,9	8	7,1	8,4	8,5	11
Re	6,8	6,6	8,1	9,4	8,3	8,6	9,7	11,2	12,1
Andebu	8,7	8,9	8,5	8,8	11,2	9,1	9,6	11	11,4
Stokke	9,4	9,3	9,7	11,1	10,4	10,1	10,4	12,4	12
Nøtterøy	8,3	8,6	7,3	9,2	8,4	8,6	8,8	9,7	9,6
Tjøme	12,9	12,2	11,7	11	10,4	11,5	13,5	15,6	16,9
Lardal	11,5	8,6	7,8	10,1	8,8	8,8	9	10,4	11,5

mønster at relativt små kommuner har mindre ulikhet enn de større kommunene.

Av nasjonale tall framkommer at ulikheten i inntekt har økt hvert år siden 2009. Tidelen av befolkningen med høyest inntekt disponerer en økende andel av totalinntektene, mens tidelen med lavest inntekt har fått redusert sin andel. Økning i ulikhet skyldes blant annet økte kapitalinntekter, først og fremst mottatt aksjeutbytte. Dette er inntekter som i stor grad tilfaller husholdninger i toppen av inntektsfordelingen. Nettoformuen er svært skjevt fordelt mellom husholdningene, og forskjellene i formue fortsetter å øke. Tidelen av befolkningen med høyest nettoformuer, disponerte 50,2 prosent av all nettoformuer i 2014 (Statistisk sentralbyrå, 2015).

Barn i lavinntektsfamilier

Som følge av inntekstulikhet mellom husholdninger, vil mange barn vokse opp i relativ fattigdom, dvs. med betydelig dårligere tilgang på økonomiske ressurser enn andre barn. Norsk og internasjonal forskning viser at barns sosioøkonomiske bakgrunn er av betydning for deres utvikling på flere områder (Vardheim, 2013).

Indikatoren barn i lavinntektsfamilier framkommer ved en definert grense for at en husholdning har lavinntekt, og hvor mange barn i alderen 0-17 år som bor i husholdningen. I tabell 4.2 er grensen som er benyttet 60 % av nasjonal medianinntekt. Husholdningens inntekt beregnes etter såkalt EU-skala, dvs. at inntekten fordeles på antall personer i husholdningen der barn og voksne vektet ulikt. Andelen barn i lavinntektsfamilier i Vestfold var etter denne beregningsmåten 12,1 % i 2013, og omfatter 6 289 barn. Tabell 4.2 viser at andelen barn i lavinntektsfamilier i Vestfold har økt betydelig fra 8,5 % i 2005 til 12,1 i 2013., og Vestfold har

siden 2005 ligget høyere enn landsgjennomsnittet. Avviket fra landsgjennomsnittet har økt.

Det er betydelige forskjeller mellom kommunene i Vestfold, både når det gjelder nivå og utvikling. Tjøme, Sandefjord, Larvik og Horten ligger høyt, mens Holmestrand, Hof og Svelvik ligger lavt. Lardal har en lavere andel barn i lavinntektsfamilier, mens i Holmestrand har andelen vært stabil.

Nasjonale tall for såkalt vedvarende lavinntekt (beregnet over en treårsperiode) viser en vridning i alderssammensetningen av denne gruppen det siste tiåret. Andel av personer over 67 år er redusert fra 17 % midt på 2000-tallet til under 10 % de siste årene. Barn og unge voksne økte sine andeler. Om lag halvparten av alle barn med lavinntekt i landet har innvandrerbakgrunn (Helsedirektoratet, 2015, s. 21-24). Også i Vestfold er innvandrere en særlig utsatt gruppe når det gjelder lavinntekt. I 2013 hadde 7 % av Vestfolds husholdninger utenom innvandrere vedvarende lavinntekt. Blant innvandrere var andelen 28,7 %. Også blant innvandrere fra EU/EØS området er det en betydelig høyere andel som har vedvarende lavinntekt enn i befolkningen forøvrig (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2016).

Tabell 4.3: Ungdoms opplevelse av familieøkonomi, ungdomsskole og 1. vgs, Norge og Vestfold (Vardheim, 2013, s. 21-23).

	Ungdomsskole	Videregående
Norge	78 %	72 %
Vestfold	75 %	68 %

Ungdoms opplevelse av familieøkonomien er et av temaene som kartlegges i Ungdata-undersøkelsen fra 2013. Tabell 4.3 viser hvordan skoleelever i ungdomsskolen og i første videregående svarer i Vestfold, sammenlignet med Norge. Søylene angir hvor stor andel som har valgt alternativene «Vi har hatt god råd hele tiden» eller «Vi har stort sett hatt god råd».

Svarene indikerer at noe lavere andel i Vestfold enn i resten av landet opplever at familien har god råd. Dette samsvarer godt med annen statistikk om husholdningenes inntekt.

Opplevelse av dårlig råd er til en viss grad relativ, knyttet til hvordan en opplever at miljøet for øvrig har det. Svarene fra Ungdata viser at både i Vestfold og resten av landet

reduseres opplevelsen av god råd fra ungdomsskole til videregående. Dette kan henge sammen med økte forventninger til hva det vil si å ha god råd, og det kan henge sammen med økt kunnskap om familiens situasjon sammenlignet med andre familiers.

Ungdatamaterialet er analysert med henblikk på hvilke faktorer som påvirker ungdoms fysiske og psykiske helse. Analysen viser at ungdom som vurderer familiens økonomiske situasjon som god, har en signifikant bedre psykisk og fysisk helse enn ungdom som vurderer familieøkonomien som dårlig. Familieøkonomi har likevel mindre betydning enn læringsmiljø, mobbing og tillitsforhold til foreldrene (Vardheim, 2013, s. 106 og 110).





Utdanning

Den sosiale helsegradienten kommer tydelig frem når vi ser på forventet levealder mellom ulike utdanningsgrupper (se kapittel 1). Utdanningsnivået i befolkningen er en av de bakenforliggende påvirkningsfaktorene for helsetilstanden, altså en såkalt sosial helsedeterminant, som sammen med andre forhold har betydning for helseatferd og slik bidrar til en sosial skjevfordeling av helse. Utdanning er blant annet viktig som inngangsbillett til arbeidsmarkedet, og dermed tilgang på inntekt, bolig og andre levekårsfaktorer. Helsefremmende videregående skolegang blir derfor en viktig påvirk-

ningsfaktor for å sikre muligheter for flest mulig på arbeidsmarkedet. Indikatorene for læringsmiljø fanger opp noen aspekter ved en skolegang som virker helsefremmende. Dette er tatt opp i kapittel 5. Tall for gjennomføring og frafall i videregående skole gir en indikasjon på hvor mange som skaffer seg kompetanse på dette nivået de fem første årene etter grunnskolen. Oversikt over ungdom som står utenfor utdanning og arbeid gir indikasjoner på potensialet for marginaliseringsprosesser blant ungdom i Vestfold.

Utdanningsnivå i Vestfold

Statistikken over utdanningsnivået viser fordelingen mellom

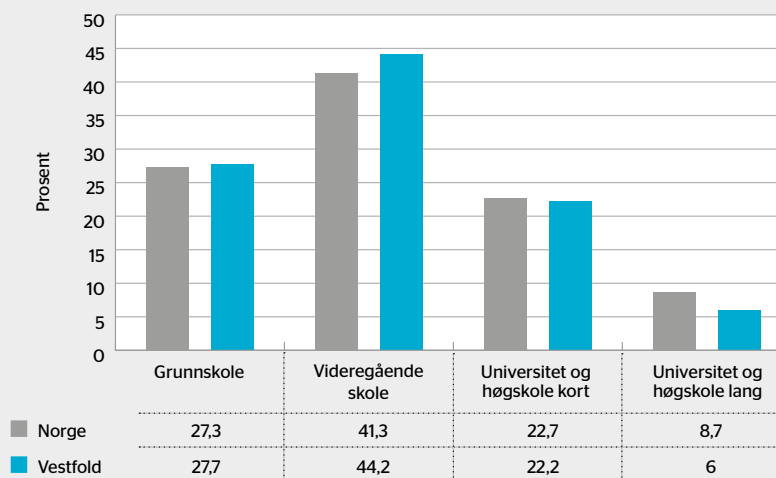
grunnskolenivå, videregående utdanning og universitets-utdanning, kort eller lang. Inndelingen i høyere utdanning er under og over 4 års studium, som er grensen mellom bachelor- og masternivå i dagens utdanningssystem i Norge.

Utdanningsprofilen i figur 4.2 for 2014 viser at Vestfold har en lavere andel med høyere utdanning enn landet sett under ett. Andelen med grunnskoleutdanning er tilnærmet lik, mens de største forskjellene ligger i at Vestfold har ca. 3 prosentpoeng høyere andel med videregående utdanning, og i underkant av 3 prosentpoeng lavere andel med lang universitets- og høyskoleutdanning.



Figur
4.2

Høyeste fullførte utdanningsnivå



Figur 4.2: Fordeling av høyeste fullførte utdanningsnivå i Vestfold og hele landet i 2014 (Statistisk sentralbyrå/statistikkbank, tabell 08921, 2016).



Gjennomføring og frafall i videregående opplæring

Utdanningens betydning for en trygg arbeidsmarkeds-tilknytning og sikker inntektsutvikling er en viktig grunn til at manglende videregående opplæring påvirker helsetilstanden (Bergslie, 2013). Det er funnet en sterk sammenheng mellom dårlig selvrapportert helse, manglende videregående opplæring og risiko for å motta medisinske og ikke-medisinske stønader i tidlig voksenliv. Risiko for å bli ufør er også høyere for grupper som ikke har utdanning over grunnskolenivå, samtidig som helseproblemer kan være årsaken til å ikke gjennomføre (Dahl et al., 2013).

Statistikken for gjennomføring av videregående opplæring for elever i Vestfold viser andelen elever og lærlinger som har gjennomført og bestått videregående opplæring, på normert tid og innen 5 år etter påbegynt Vg1. Gjennomført og bestått på normert tid på studieforberedende fag er 3 år, mens for yrkesfaglig utdanningsprogram er normert tid 4 år.

Figur 4.3 viser gjennomføring for kull som startet sitt første år i videregående opplæring i perioden mellom 2006 og 2009. Andelen som har gjennomført innen 5 år har ligget relativt stabilt på like under 70 %, med en økning for 2008-kullet. Sammenlignet med nasjonale tall ligger Vestfold noe under. For 2009-kullet lå gjennomføringsprosenten på 70,8 % på nasjonalt nivå. Vestfold fylkeskommune har i Regional plan for et helhetlig opplæringsløp satt som mål at 90 % av kullet som startet VG1 høsten 2015 skal gjennomføre innen 2020.

I et folkehelseperspektiv er det særlig de som ikke oppnår kompetansebevis det er viktig å rette oppmerksomheten mot. Det er veldokumentert at dette er en gruppe som er utsatt for marginalisering og helserisiko senere i livet. Marginalisering er en prosess i retning av å havne utenfor

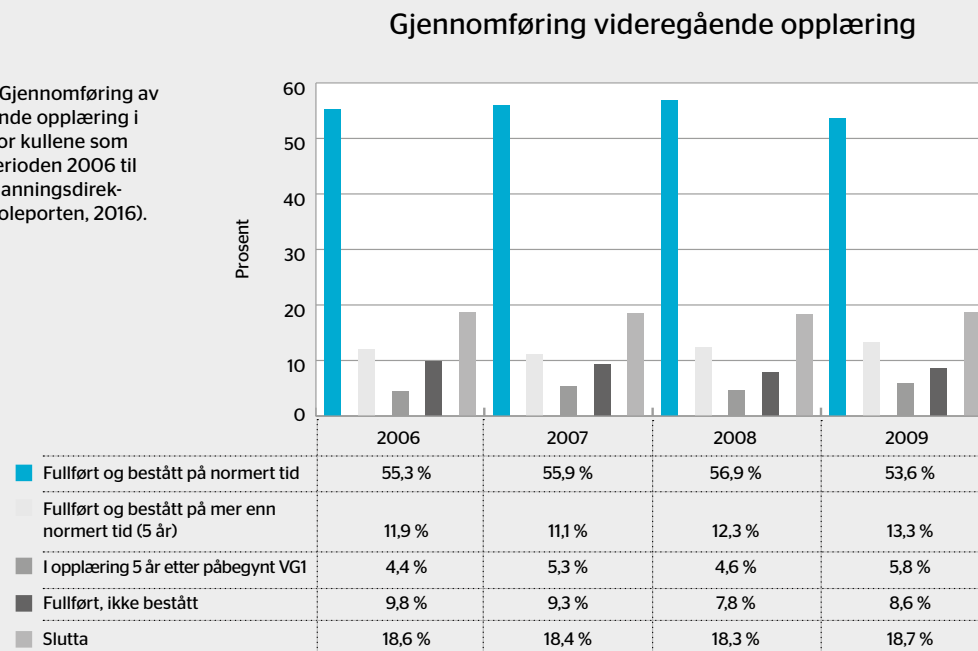
sentrale samfunnsområder, som arbeidsmarked, boligmarkedet og sosiale relasjoner (Sletten & Hyggen, 2013). Frafall i videregående opplæring som begrep omfatter elevgruppen som «faller ut» av skoleløpet, og avbryter utdanningen. I Folkehelseinstituttets statistikkbank Norgeshelse defineres frafallet å omfatte elever som ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse 5 år etter oppstart av Vg1, samt elever som slutter underveis. Elever som fortsatt er i videregående opplæring 5 år etter oppstart av Vg1 regnes ikke som frafall. I figur 4.3 vil frafallet med denne definisjonen omfatte

andelen som slutter, og andelen som har fullført, men ikke bestått.

Figur 4.3 viser at andelen som har sluttet ligger relativt stabilt mellom 18-19 % i perioden. Andelen som har gjennomført, men ikke bestått har sunket noe, fra 9,8 % til 8,6 %. Samtidig ser vi at andelen som fortsatt er i opplæring etter 5 år har hatt en liten økning. Alt i alt gir dette inntrykk av lite bevegelse i gruppen som har sluttet, eller står i fare for ikke å oppnå kompetansebevis i videregående opplæring.

Figur 4.3

Figur 4.3: Gjennomføring av videregående opplæring i Vestfold, for kullene som startet i perioden 2006 til 2009 (Utdanningsdirektoratet/Skoleporten, 2016).



Det er dokumentert store forskjeller mellom studieforberedende og yrkesrettede utdanningsprogram når det gjelder gjennomføring. For 2009-kullet var det 83,1 % på studieforberedende utdanningsprogram som fullførte på 5 år, mens på yrkesfaglig utdanningsprogram lå denne andelen på 57,9 %. Det er også store forskjeller mellom yrkesfag og studieforberedende på andel elever som får kompetansebevis på mer enn 5 år, og som fortsatt er i opplæring utover de 5 årene etter oppstart. Andelen som slutter underveis er også markant lavere på studieforberedende enn yrkesfag, mens andelen som fullfører uten å bestå er nokså lik (Utdanningsdirektoratet/Skoleporten, 2016).

Det er ingen direkte sammenheng mellom det å slutte eller ikke bestå i løpet av 5 år, og marginalisering og helserisiko senere i livet. Gruppen er sammensatt og grunnene for å slutte eller ikke bestå er ulike. En del velger å fullføre senere. Gjennomføringen av videregående opplæring er ikke en indikator på hvor mange som oppnår kompetanse på videregående nivå totalt, men peker heller på hvor godt videregående opplæring evner å utdanne elever og lærlinger i løpet av et tidsrom på 5 år. Mangel på læreplasser trekkes for eksempel ofte fram som en utfordring som møter elever på yrkesfaglige utdanningsprogram.

Ungdom utenfor utdanning og arbeidsliv i Vestfold

Oversikt over ungdom i alderen 16-25 år uten og utenfor videregående utdanning, kan komplettere bildet når det gjelder marginaliseringsutfordringer blant ungdom.

Figur 4.4 viser at andelen ungdom fra 16 til 25 år uten og utenfor videregående utdanning, som er i arbeid har gått ned fra 11 % til 9,5 % i perioden 2010-2014, mens andelen uten utdanning og arbeid har variert fra 9,5 til 10 %. Dette er en utvikling som kan påvirke sosial ulikhet i helsetilstanden i Vestfold.

Deltakelse i arbeidslivet

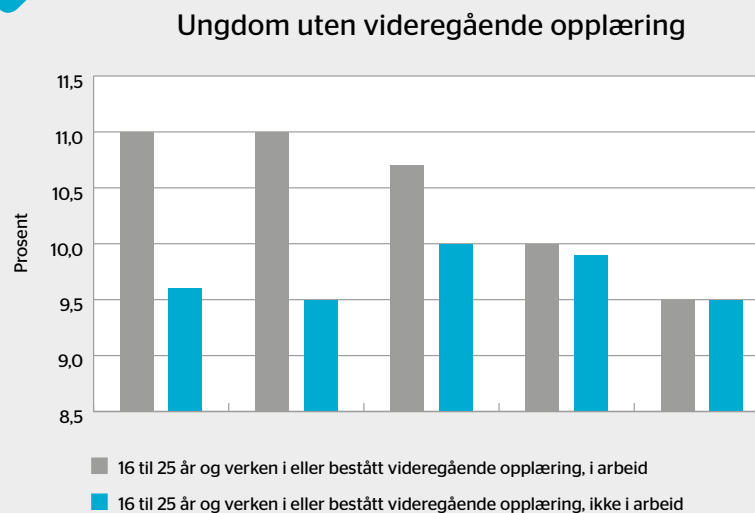
Deltakelse i arbeidslivet er en faktor som påvirker helse på flere måter. Den ene er betydningen av inntekt og trygg økonomi for den enkelte husholdning. En annen betydning er arbeidslivet som sosial arena, som kan gi opplevelser av samhold og gjensidig anerkjennelse, skape og oppleve mening. Verdiskapingen fra folks arbeid legger også det økonomiske fundamentet for de offentlige velferdsordningene og virkningene på helse som følger av disse.

Studier av forholdet mellom arbeid og helse viser at den ikke-yrkesaktive delen av befolkningen har gjennomgående

dårligere helse enn de som er yrkesaktive. Denne ulikheten er blitt forsterket de siste årene. Nedsatt helse er en viktig årsak til at man faller ut av arbeidslivet, men sosiale forskjeller blant de som støtes ut, tyder på at helse alene ikke kan forklare utstøtingsmekanismene i arbeidslivet. På individnivå er det påvist en forverret helsetilstand som en direkte følge av tap av arbeid. Særlig blir den psykiske helse påvirket negativt, blant annet i form av depressive plager (Helsedirektoratet, 2010).

Statistikk om deltakelse i arbeidslivet rommer temaer som belyser forskjeller mellom befolkningsgrupper, blant annet hvem som vil og kan delta (arbeidsstyrke), hvem som

Figur
4.4



Figur 4.4: Ungdom 16 til 25 år uten og utenfor videregående opplæring, i og utenfor arbeidslivet, 2010-2014 (Utdanningsdirektoratet/Skoleporten, 2016).





faktisk deltar (sysselsatte/ledige), og ulikheter mellom aldersgrupper. Arbeidsmarkedet lokalt og regionalt påvirkes i stor grad av nasjonale og internasjonale forhold, men sosiale og kulturelle forhold lokalt og regionalt virker også inn.

Mindre arbeidsstyrke i Vestfold enn i landet

Arbeidsstyrken slik den måles av Statistisk sentralbyrå i arbeidskraftundersøkelsen i henhold til internasjonale standarder, forteller hvor stor del av befolkningen mellom 15 og 74 år som tilbyr sin arbeidskraft.

I Vestfold ligger tallet for arbeidsstyrken markant lavere enn for landet som helhet, omkring 4 prosentpoeng. Denne forskjellen har eksistert i mange år. Forskjellen er større for kvinner enn for menn. Aldersfordelingen i fylket har en innvirkning på arbeidsstyrken, fordi yrkesfrekvensen varierer med alder. Høyest yrkesfrekvens er det i alderen 30-59 år. Vestfold har en noe eldre befolkning enn landsgjennomsnittet. Vestfold inngår i gruppen med relativt lavt nivå for arbeidsstyrke, sammen med resten av Sør-Østlandet (utenom Oslo, Akershus og Buskerud) og de nordligste fylkene utenom Troms.

Høy andel uføre i Vestfold

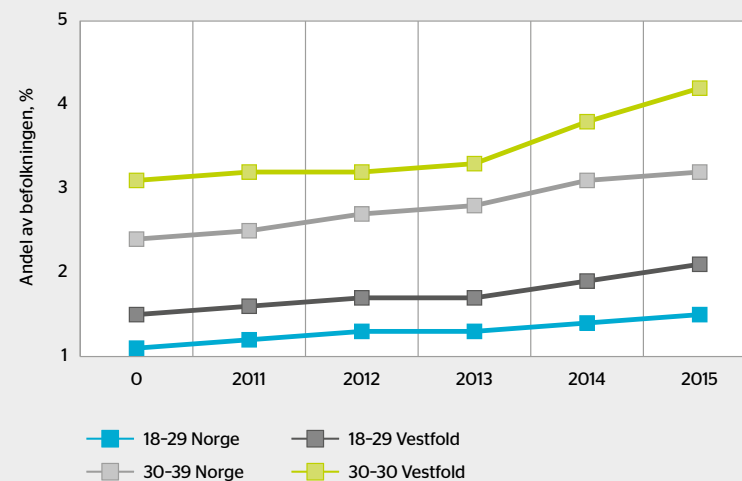
Uføreytelser er stønadsordninger for å sikre inntekt til livsopphold for personer i aldersgruppen 18-67 år som har fått inntektsevnen varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller funksjonshemming. Årsakene til uførepensjonering er sammensatte. Omfanget av uføretrygd er en indikator på helsetilstand som må sees i sammenheng med forhold som utvikling i næringsliv, arbeidsplasser og utdanningsnivå. De siste ti årene har andelen som får uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD land. Økte helseproblemer kan ikke forklare dette (Folkehelseinstituttet/Norgeshelse statistikkbank, 2016).

Tabell 4.4: Arbeidsstyrke i prosent av befolkningen, 3. kvartal 2005, 2010, 2015. Norge og Vestfold (Statistisk sentralbyrå/statistikkbank, tabell 03777, 2016).

	3. kvartal 2005	3. kvartal 2010	3. kvartal 2015
Norge, begge kjønn	73	72	72
Menn	77	75	74
Kvinner	69	69	69
Vestfold, begge kjønn	71	70	68
Menn	74	75	72
Kvinner	63	64	64

Figur 4.5

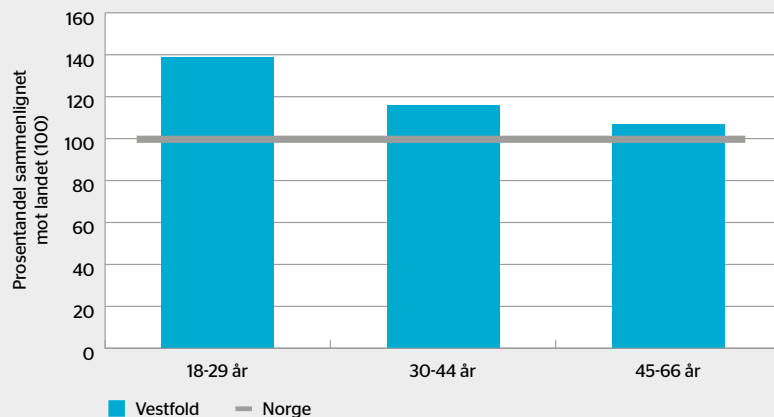
Uføre i yngre aldersgrupper



Figur 4.5: Uføre i yngre aldersgrupper, Vestfold og landet (NAV Vestfold, 2015).

Figur
4.6

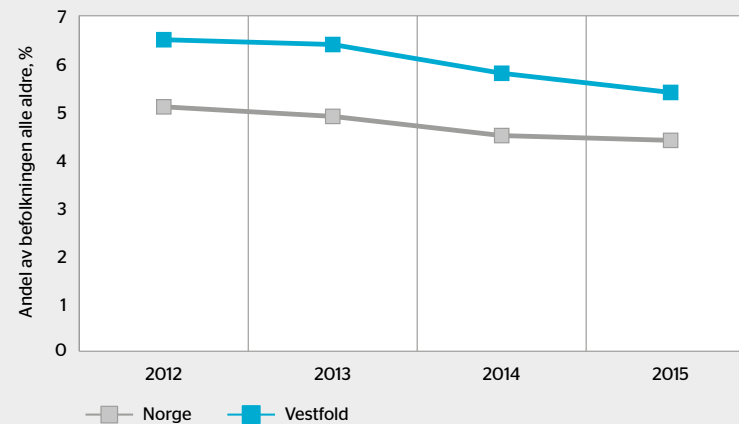
Uføre i ulike aldersgrupper



Figur 4.6: Uføre fordelt på alder i Vestfold og avvik fra landssnittet i perioden 2012-2014 (Folkehelseinstituttet/Kommunehelse statistikkbank 2016).

Figur
4.7

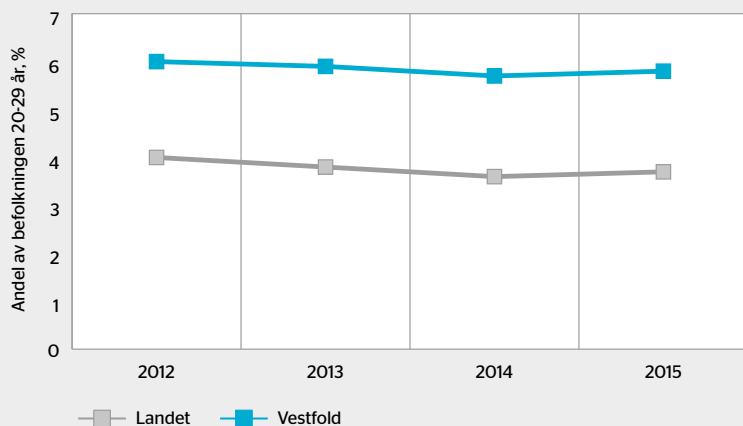
Andel på AAP, landet og Vestfold



Figur 4.7: Andel personer på AAP (arbeidsavklaringspenger), landet og Vestfold, 2012-2015 (NAV Vestfold, 2016).

Figur
4.8

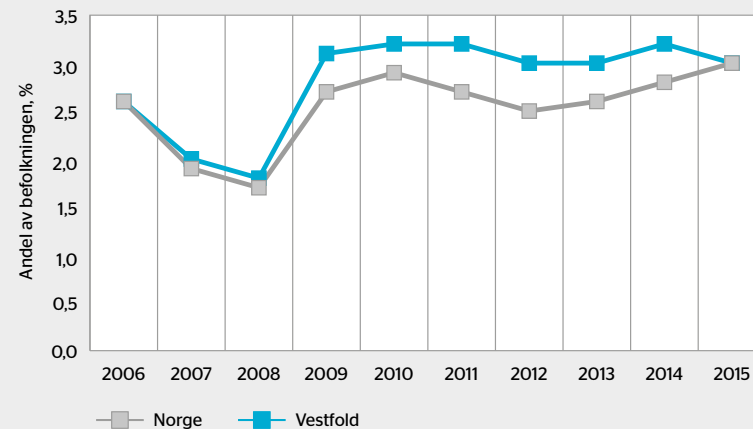
Andel yngre på AAP, landet og Vestfold



Figur 4.8: Andel på AAP (arbeidsavklaringspenger), 20-29 år, landet og Vestfold, 2012-2015 (NAV Vestfold, 2016).

Figur
4.9

Helt ledige, landet og Vestfold



Figur 4.9: Helt ledige, landet og Vestfold, 2006-2015 (NAV, 2016b).



Vestfold har en høyere andel uføre enn landet i alle aldersgrupper. Korrigert for alderssammensetningen er andelen uføretrygdde i Vestfold 10,7 %. For landet er andelen 9,4 % av befolkningen (NAV, 2016a).

De siste årene har økningen i antallet unge uføre fått mye oppmerksomhet. I september 2015 hadde NAV Vestfold registrert 738 uføre i alderen 18-29 år av til sammen 17 196 uføre.

Figur 4.5 viser utviklingen av uføre i aldersgruppene 18-29 og 30-39 år. Andelen vokser, og veksten er noe høyere i Vestfold enn for landet.

Figur 4.6 viser avviket mellom Vestfold og resten av landet når det gjelder andel uføre i ulike aldersgrupper. Utfordringen er størst for de yngste aldersgruppene.

En annen indikator på deltakelse i arbeidslivet er personer med nedsatt arbeidsevne. Dette begrepet omfatter personer som på grunn av sykdom, skade eller andre hindringer har behov for ekstra oppfølging fra NAV for å få eller beholde arbeid. 72 % av disse mottar arbeidsavklaringspenger (AAP) (NAV, 2015).

Andel mottakere av AAP er høyere i Vestfold enn i landet, slik figur 4.7 viser.

Figur 4.8 viser at differensen mellom landet og Vestfold er særlig stor når det gjelder yngre mottakere av AAP. Andelen av befolkningen i denne aldersgruppen som mottar AAP er blant de høyeste i landet. Et høyt nivå av mottakere av AAP indikerer at også nivået av uføre vil holde seg høyt i Vestfold.

Arbeidsledige

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, også helse-

messig. Arbeidsledighet varierer i ulike utdanningsgrupper, aldersgrupper og ulike deler av landet.

Figur 4.9 viser et nivå på registrerte helt ledige arbeidssøkere i Vestfold på ca. 3 %, på linje med landet. I tillegg kommer personer på tiltak, som utgjør om lag 0,5 %. Figuren viser at det etter finanskrisen i 2008 har vært et avvik på ca. 0,5 % mellom Vestfold og resten av landet. Statistikken på næringsstruktur tyder på at reduksjonen skyldes en nedgang i arbeidsplasser i privat sektor. Fra 2014 er differansen mot landet redusert, hovedsakelig som et resultat av noe redusert ledighet i Vestfold og økt ledighet for landet. Vestfold har ikke hatt det samme fallet i sysselsetting som de områdene som er mest dominert av oljerelaterte næringer. I Vestfold var den registrerte ledigheten ved utgangen av januar 2016 på 3,9 % blant menn og 2,7 % blant kvinner (NAV Vestfold 2016).

Fordeling av registrerte ledige etter fullført utdanning viser at risikoen for arbeidsledighet er betydelig lavere med høyskole- eller universitetsutdannelse.

Generelt er det betydelig høyere ledighet i de yngre aldersgruppene. Figur 4.10 viser at særlig aldersgruppen 25-29 år er utsatt for høyere ledighet enn befolkningen for øvrig. Høyest ledighet i Vestfold var det blant menn i alderen 20-24 år. I denne aldersgruppen var den registrerte ledigheten 6,7 %, mot 4 % blant kvinner.

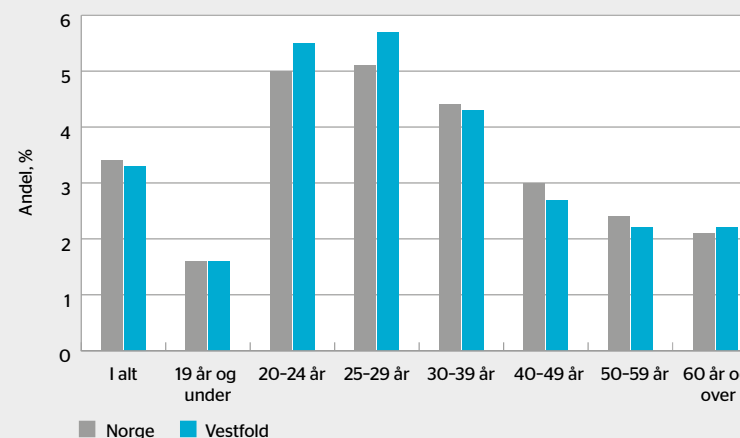
Boligtilbudet som rammebetingelse

Stabile og trygge boforhold er en viktig del av oppvekst- og levekårsforhold, og kan derfor utgjøre en risiko- eller beskyttelsesfaktor for fremtidig helsetilstand og livskvalitet. Boligtilbudet, i form av fordeling av boligtyper og prisutvikling, er egenskaper ved boligmarkedet som setter rammebetingelser for hvor og hvordan folk bor. Handlingsalternativer på boligmarkedet bestemmes samtidig av inntekt, egenkapital, tilknytning til arbeidsmarkedet og tidligere boligkjøp.

Vanskelige boforhold kan bidra til å forsterke sosiale forskjeller, og slik motvirke sosial omfordelingspolitikk på andre arenaer, som for eksempel i utdanningssektoren.

Figur 4.10

Arbeidsledige i ulike aldersgrupper



Figur 4.10: Registrerte ledige som andel av arbeidsstyrken, fordelt på aldersgrupper, Norge og Vestfold, januar 2016 (NAV, 2016b).

Utover selve boligen har også boligområdet og miljøfaktorer i nærmiljøet betydning for barns utfoldelsesmuligheter, særlig hvis økonomien også setter begrensninger for deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter (Turner & Stefansen, 2012).

Boligtyper

Med boligtype menes her eneboliger, tomannsboliger, rekkehus/kjedehus/småhus, boligblokk og bygning for bofellesskap i Vestfold. En oversikt over fordelingen av boliger i fylket etter disse kategoriene, gir en indikasjon på handlingsalternativer og indirekte om type bomiljø.

Figur 4.11 viser hvordan eneboligsegmentet dominerer sterkt i Vestfold med opp mot 60 % av boligmassen. I

hvilken grad boligtilbudet svarer til boligbehovet i befolkningen må vurderes i lys av demografisk utvikling, størrelse på husholdninger og boligpreferanser.

I et folkehelseperspektiv er det for eksempel relevant å følge andelen aleneboende blant husholdningstypene, fordi denne gruppen antas å være en potensielt sårbar gruppe, økonomisk, helsemessig og sosialt.

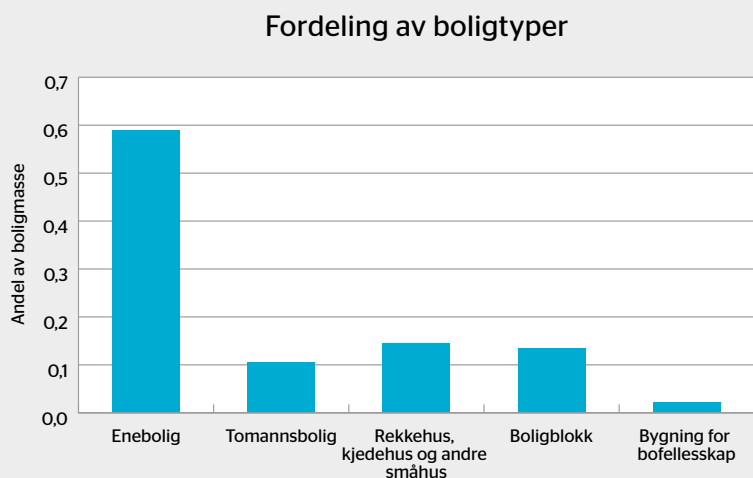
Andelen personer som bor alene i Vestfold, følger gjennomsnittet i landet for øvrig. Det er en noe høyere andel i aldersgruppen 30-44 år som bor alene i Vestfold (19 % i Vestfold mot 16 % i landet), men ellers er forskjellene minimale. Det er særlig i aldersgruppen av eldre (75 år +) at andelen er

høy, der opp mot halvparten er aleneboende. Sett i sammenheng med at befolkningen i fylket er aldrende, kan det være viktig å merke seg denne gruppens sårbarhet som aleneboende.

Ettersom Vestfold er et fylke hvor over 80 % av befolkningen er bosatt i byområder, er det relevant å se nærmere på fordelingen av boligtyper i ett av fylkets tettest befolkede områder, Tønsberg og Nøtterøy, som eksempel.

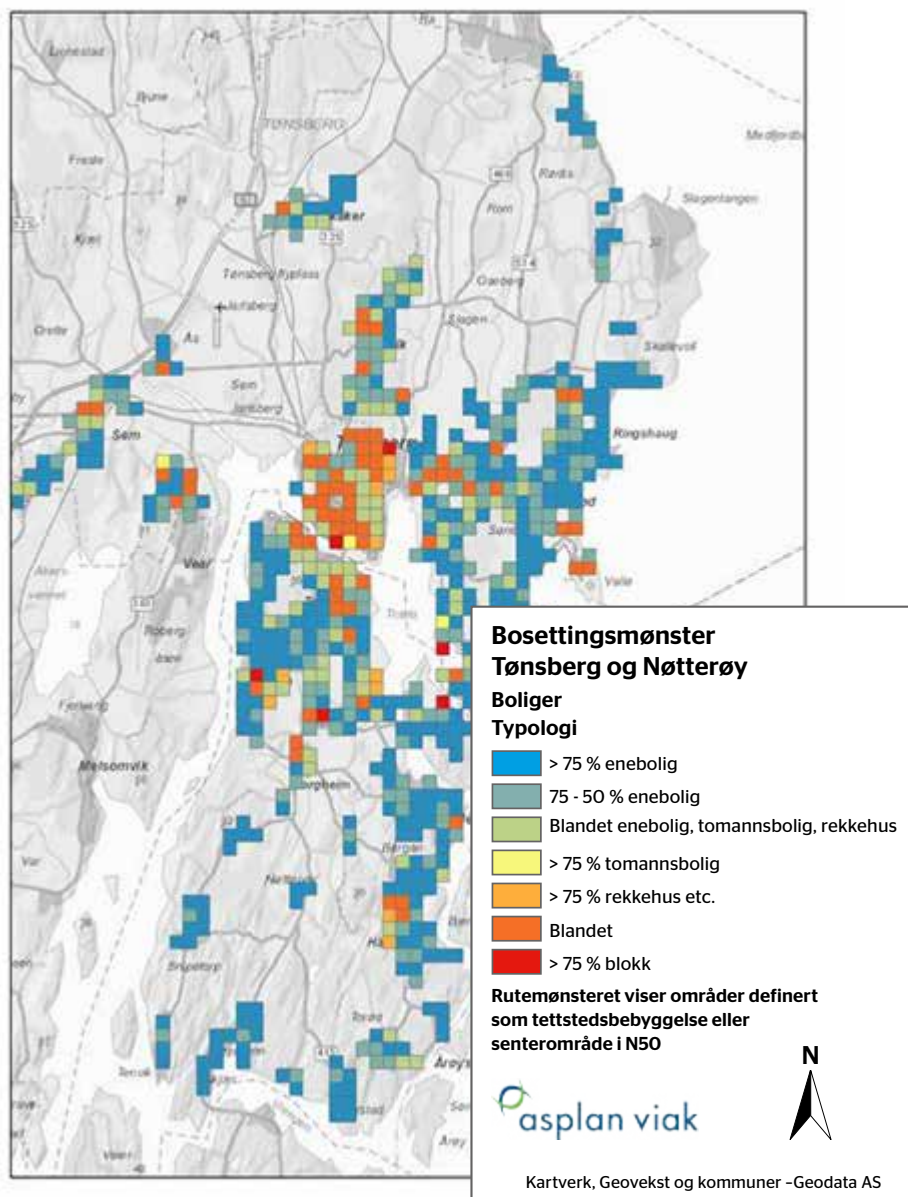
Kartet i figur 4.12 viser at utenom sentrumsområdene er det i stor grad eneboligsegmentet som dominerer. Et ensartet boligtilbud kan begrense valgmulighetene lokalt ved endring av boligbehov, for eksempel som resultat av

Figur
4.11



Figur 4.11: Fordeling av boligtyper i Vestfold 2014 (Statistisk sentralbyrå/statistikkbank, 2016).





endringer i husholdningstype eller økonomisk handlingsrom. Endringer i husholdningsstørrelse, samlivsbrudd, muligheter på arbeidsmarkedet, sykdom, alderdom kan gjøre det nødvendig å flytte til annen boligtype, og kanskje også i en annen prisklasse. Når flytting blir nødvendig, kan det å måtte skifte nærmiljø og miste det sosiale nettverket i lokalmiljøet, bidra negativt for helsetilstanden, spesielt for barn og unge, men også for andre aldergrupper.

Boligbyggingen de siste 15 årene gir en indikasjon på hvordan boligtilbudet er i ferd med å endres. I Tønsberg kommune har nybygging påvirket boligtilbudet i retning av å utvide leilighetssegmentet. Samtidig øker gjennomsnittsstørrelsen for alle nye boliger, noe som indikerer at leilighetene som bygges er store (Asplan Viak, 2015). I Nøtterøy kommune er også leilighetssegmentet i vekst, men her bygges det mer eneboliger enn i Tønsberg, med økt gjennomsnittsstørrelse for leilighetene bygget de siste femten årene.

I et folkehelseperspektiv er det relevant å se til at nybyggingen av boliger bidrar til at det lokale boligtilbudet samsvarer med et mangfold av boligbehov i et livsløpsperspektiv. Blanding av ulike boligtyper og -størrelser innenfor samme lokalområde bidrar til en blandet befolkning. Et boligmarked med begrensede muligheter for lavinntektsgrupper bidrar til å forsterke sosial ulikhet i helse. Dette er relevant også for Vestfold, hvor prisene på boliger er økende (se neste avsnitt). En problemstilling som bør undersøkes er om de siste års boligbygging går i retning av å forme boligtilbudet på det ordinære boligmarkedet på en måte som samsvarer med bredden av boligbehov.

Figur 4.12: Kart over boligtyper i Nøtterøy og Tønsberg kommuner (Asplan Viak, 2015).



Boligprisutvikling i Vestfold

Kjøpspris på bolig har vært økende i Norge, og påvirker i særlig stor grad mulighetene førstegangsetablerere har på boligmarkedet. Dette betyr at unge, med lite egenkapital, kan møte utfordringer når de skal etablere seg på boligmarkedet.

Prisnivået på boliger i Vestfold har vært økende, og statistikk over perioden 2002-2015 viser en jevn vekst. Figur 4.13 viser at det er særlig blokkleiligheter som har hatt den største prisstigningen, noe som delvis kan forklares med at det er i dette segmentet mye av nybyggingen har foregått. Kvadratmeterprisen er mer enn doblet siden 2002.

I et folkehelseperspektiv er det viktig å være oppmerksom på potensialet for sammenfall mellom prisøkning og

geografiske områder, som kan føre til en oppdeling av markedet etter boligtyper og pris. Dette kan på sikt kan bidra til boligsegregering, altså en geografisk inndeling i områder etter sosiale grupper. Mangfold av grupper etter sosioøkonomisk status, etnisitet og demografiske kjennetegn i bo- og nærmiljø, regnes som positivt for en rekke forhold av helsefremmende betydning, og som motvirker sosial ulikhet i helse. Etnisk boligsegregasjon kan for eksempel være negativt for integrering i samfunnet. Ettersom innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn er sterkt overrepresentert blant lavinntektsgrupper, er derfor nærmiljø med et differensiert boligtilbud når det gjelder pris og type en viktig beskyttelsesfaktor mot sosial ulikhet i helse (Turner & Stefansen, 2012).

Oppsummering

Tendensen til økt ulikhet mellom inntektsgrupper i Norge fortsetter, og gjelder også i Vestfold. Bak inntektsulikheten ligger en betydelig ulikhet i nettoformuer, som også forsterker seg. Vestfold har en relativt høy og økende andel barn i lavinntektsfamilier, over 6 000 i 2013. Analyse av materiale fra Ungdataundersøkelsen i 2013 viser at ungdom som vurderer familiens økonomiske situasjon som god, har en signifikant bedre psykisk og fysisk helse enn ungdom som vurderer familieøkonomien som dårlig.

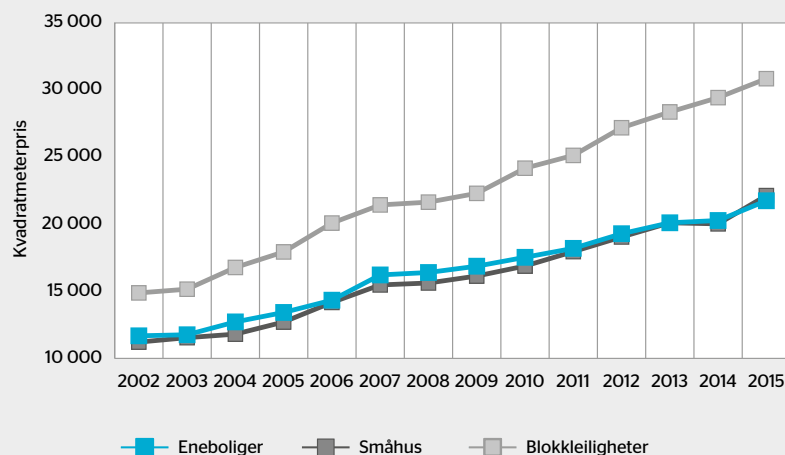
Utdanningsnivå er en viktig bakenforliggende påvirkningsfaktor som bidrar til sosial ulikhet i helse. I Vestfold er utdanningsnivået noe lavere enn det nasjonale gjennomsnittet. Andelen med videregående utdanning er høyere enn landsgjennomsnittet, mens andelen med høyere utdanning er lavere.

Gjennomføring av videregående opplæring innen 5 år etter påbegynt Vg1 har ligget rett under 70 % for kullene som startet opp i perioden 2006-2009, med store variasjoner mellom studieforberedende og yrkesfaglig utdanningsprogram. I et folkehelseperspektiv er vi særlig opptatt av potensialet for marginaliseringsprosesser blant ungdom. I aldergruppen 16 til 25 år er 9,5 % uten og utenfor videregående opplæring, og også uten jobb. En like stor andel i denne gruppen er i jobb, men har ikke videregående utdanning eller er i opplæring.

På en rekke indikatorer for deltakelse i arbeidslivet kommer Vestfold dårlig ut når vi sammenligner med landet. Arbeidsstyrken er mindre, særlig blant kvinner. Nivået av uførhet og nedsatt arbeidsevne er høyere, og særlig blant de yngre aldersgruppene. Ledigheten i Vestfold er nå samlet ikke

Figur 4.13

Gjennomsnittlig kjøpspris



Figur 4.13: Gjennomsnittlig kjøpspris per m2, etter boligtype, fra 2002-2014 i Vestfold (Statistisk sentralbyrå/statistikkbank, tabell 06035, 2016).



høyere enn landet. Ledigheten er høyere blant menn enn blant kvinner. Den er også høyere i de yngre aldersgruppene. Denne tendensen er mer markant i Vestfold enn for landet som helhet.

Summen av indikatorer som gir negativt utslag for Vestfold tyder på at deltakelse i arbeidslivet er en svakere positiv påvirkningsfaktor i Vestfold enn i landet for øvrig. Særlig skal man være oppmerksom på at situasjonen er ugunstig for de yngre aldersgruppene.

Boligmarkedet i Vestfold er dominert av eneboliger, selv om det er blitt langt flere leiligheter som følge av de siste års utbygging. Boligprisene har også i Vestfold økt kraftig, og for leiligheter er kjøpspris pr. kvadratmeter mer enn doblet siden 2002.

I et folkehelseperspektiv er det relevant å følge med på om boligtilbudet samsvarer med bredden av boligbehov i befolkningen. Vanskelige boforhold for noen grupper kan forsterke sosiale forskjeller og slik påvirke sosial ulikhet i helsetilstand. Også i Vestfold er det grunn til å merke seg den store andelen aleneboende. Et differensiert boligtilbud når det gjelder prisklasse og boligtyper innenfor samme nærmiljø er positivt og kan motvirke tendenser til geografiske oppdelinger av boligmarkedet. Det er grunn til å undersøke hvordan boligbyggingen i Vestfold fungerer når det gjelder å skape et differensiert boligtilbud.

OPPVEKST OG LEVEKÅR

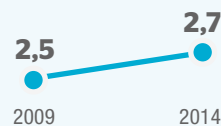


12,1 %

BARN I LAVINNTEKTSFAMILIER

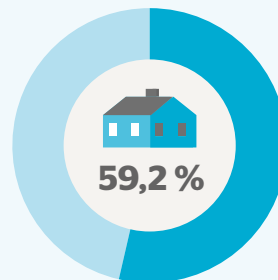


Indikator inntektsulikhet



BOLIGER

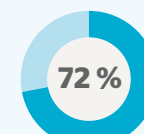
59,2 % av boligene er eneboliger



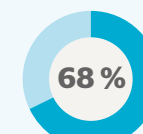
+100 %

Prisvekst,
leiligheter:
Fordoblet
siden 2002

YRKEDELTADELSE



Norge

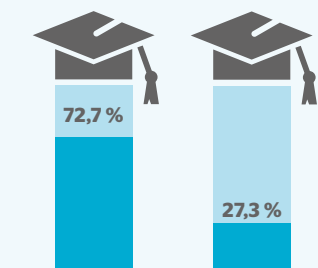


Vestfold



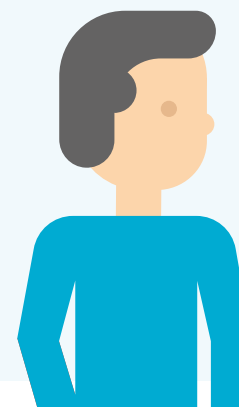
Uføretrygd
i aldersgruppen 18-67 år

VIDEREGÅENDE OPPLÆRING



Bestått/fortsatt
i opplæring

Ikke bestått/
slutta





Referanser

- Asplan Viak. (2015). **Innspill til folkehelsearbeidet i Vestfold - arbeidsnotat**. Upublisert. Asplan Viak, Tønsberg.
- Bergsli, H. (2013). **Helse og frafall i videregående opplæring. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt**. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dahl, E., Bergsli H. og van der Wiel K. A. (2013). **Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt**. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Folkehelseinstituttet. (2015). **Inntekt og helse - faktaark med helsestatistikk**. Hentet fra <http://www.fhi.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/inntekt-og-helse>
- Folkehelseinstituttet/Kommunehelsa statistikkbank. (2016). Hentet fra <http://khs.fhi.no/webview/>
- Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa statistikkbank. (2016). Hentet fra <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>
- Helsedirektoratet. (2010). **Arbeid, helse og sosial ulikhet**. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). **Folkehelsepolitisk rapport 2015**. Oslo: Helsedirektoratet.
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2016). **Personer i husholdninger med vedvarende lavinntekt etter landbakgrunn**. Hentet fra [http://www.imdi.no/tall-og-statistikk/steder/FOO/arbeid/vedvarende-lavinntekt/enkel-taar/@\\$u=prosent;\\$y=2013;\\$cmp=F07;innvkat3=innvan-drere,befolkningen_ellers;vreg3=alle](http://www.imdi.no/tall-og-statistikk/steder/FOO/arbeid/vedvarende-lavinntekt/enkel-taar/@$u=prosent;$y=2013;$cmp=F07;innvkat3=innvan-drere,befolkningen_ellers;vreg3=alle)
- NAV. (2015). **Personer med nedsatt arbeidsevne og mottakere av arbeidsavklaringspenger - statistikknotater**. September 2015. Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Arbeidsavklaringspenger/Personer+med+nedsatt+arbeidsevne+og+mottakere+av+arbeidsavklaringspenger+-+Statistikknotater>
- NAV. (2016a). **Mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen, etter fylke og kjønn**. Aldersstandardiserte tall. Pr. 31.12.2006 - 2015. Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Tabeller/mottakere-av-uf%C3%B8retrygd-som-andel-av-befolkningen-etter-fylke-og-kj%C3%B8nn.aldersstandardiserte-tal--433402>
- NAV. (2016b). **Helt ledige**. Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Arbeidssøkere+og+stillinger+-+statistikk/Helt+ledige>
- NAV Vestfold. (2016a). **Uføre i yngre aldersgrupper**. Upublisert. NAV Vestfold, Tønsberg.
- NAV Vestfold. (2016b). **Pressemelding. Økt ledighet blant menn**. Hentet fra: <https://www.nav.no/no/Lokalt/Vestfold/Pressemeldinger/%C3%B8kt-ledighet-blant-menn>
- Sletten, Mira Aaboen og Hyggen C. (2013). **Ungdom, frafall og marginalisering**. Temanotat. Oslo: Norges forskningsråd.
- Statistisk sentralbyrå. (2015). **Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger, 2014**. Hentet fra <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/statistikker/ifhus/aar>
- Statistisk sentralbyrå/statistikkbank, tabell 03777. (2016). **Personer i arbeidsstyrken**.
- Statistisk sentralbyrå/statistikkbank, tabell 06265. (2016). **Boliger, etter bygningstype**.
- Statistisk sentralbyrå/statistikkbank, tabell 06035. (2016). **Boligprisindeksen, selveierboliger**.
- Statistisk sentralbyrå/statistikkbank, tabell 08921. (2016). **Høyeste fullførte utdanningsnivå**.
- Turner M. L. og Stefansen K. (2012). **Beforhold blant barnefamilier med lav inntekt**. NOVA nr. 1/12. Oslo: NOVA.
- Utdanningsdirektoratet, Skoleporten. (2016).
- Vardheim, I. (2013). **Ung i Vestfold 2013**. TF-rapport nr. 324 2013. Bø: Telemarksforskning.

A photograph of an elderly man with white hair, seen from the side and slightly from behind. He is sitting in a wheelchair, looking down. He is wearing a brown, ribbed sweater and dark trousers. A watch is visible on his left wrist. The background is blurred, showing what appears to be an indoor setting with some equipment.

05

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø





Kvalitetene i miljøet vi befinner oss i til daglig, legger mye av grunnlaget for helse, trivsel og livskvalitet. Miljøet kan fremme god helse og beskytte mot sykdom og ulykke, eller det kan i større eller mindre grad være en risiko.

Det gjelder både det fysiske miljøet og det sosiale miljøet. Mennesker er både utsatt for et miljø og bidrar til å skape det. Miljøet er både en direkte påvirkningsfaktor, og en indirekte påvirkningsfaktor for eksempel ved at det har virkning på en rekke levevaner.





Miljø omfatter flere temaer av betydning for helse som ikke er tatt med i denne første versjonen av oversiktsdokumentet for helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Vestfold. Helsedirektoratet beskriver disse, blant annet støy, luftforurensning og stråling, i sin Veiviser for lokalt folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2016a).

Flere av temaene i kapittel 4 om oppvekst og levekår (eksempelvis bolig) er relevante faktorer som utgjør en miljømessig påvirkning på helse.



Tilgang til natur og rekreasjon

Folk er mer aktive dersom rekreasjonsområder ligger i nærheten av hjemmet eller arbeidsplassen. Forskning viser også at tilgang til naturområder påvirker helse positivt ved å senke stressnivået, bedre den mentale helse og øke levetid på tvers av sosiale skillelinjer (Helsedirektoratet, 2015b).

Friluftsliv i nærmiljøet, eller nærfriluftsliv, senker terskelen for aktivitet i naturen. Tilgang til natur og rekreasjon i nærmiljøet kan også bidra til å utvikle stedsidentitet og gi følelse av mening, som er helsefremmende rent utover det å være fysisk aktiv (Skår, 2014).

Vestfold er et fylke med mange attraktive rekreasjonsområder. Det er omkring 700 øyer, holmer og skjær, Numedalslågen og mange flotte skogsområder. Det er merkede turløyper på mer enn 150 km langs kysten. Kystområdene er imidlertid sterkt bygningspåvirket og landskap og turstier trues av gjengroing (Miljødirektoratet, 2013). Det er svært varierende hvordan stiene er vedlikeholdt når det gjelder skilting, merking og om det er informasjonstavler om stiene. Krav til universell utforming er ikke oppfylt på kyststiene, selv om enkelte kortere strekninger er tilgjengelige for rullestolbrukere (Oslofjordens friluftsråd, 2015).

Regional plan for bærekraftig arealpolitikk (RPBA) legger føringer for økt tetthet i utviklingen av Vestfolds byer og tettsteder. Dette kan føre til at rekreasjonsområder med betydning for friluftsliv i nærmiljøet kan komme under press. En registrering av rekreasjonsområder og allmenninger i og rundt Vestfolds byer og tettsteder gir kunnskap om kvaliteter som er viktig for å ta vare på helsefremmende påvirkningsfaktorer for barn og voksne i nærmiljøet.

Figur
5.1

Figur 5.1: Kartet viser registreringsområdene og de registrerte rekreasjonsområdene og allmenningene (Gustavsen naturanalyser, 2014).



I registreringen er det gjort en klassifisering i områdetyper etter hvilke funksjoner områdene har som arenaer for utfoldelse, rekreasjon, lek, observasjon av og deltakelse i by- og samfunnsliv. Med rekreasjonsområde forstås her uteområde egnet for tur, lek, hvile, og som oppleves som del av det offentlig rom. Med allmenning forstås her gate eller plass, egnet for byliv, opphold og aktiviteter utover transport, og som oppleves som offentlig tilgjengelig rom. Områdene er blant annet klassifisert etter vegetasjonstyper, som «naturlig», «parkmessig» eller «kunstig».

Fordelingen av ulike typer rekreasjonsområder i by og tettsteder i Vestfold viser at det er mange lekeplasser, men også såkalte 100-meterskoger. Med dette menes mindre uberørte skogsområder spesielt verdifulle for barn, og er et begrep hentet fra A. A. Milnes kjente barnebøker om Ole Brum og vennene hans. Turområder er områder som er større i utstrekning og allsidighet. Av de registrerte områdene er 70 % av arealet regulert etter ulike LNF-kategorier (landbruks-, natur- og friluftsområder). Samlet viser fordelingen at naturområder nær by og tettsteder er godt representert.

Radonkonsentrasjon i boliger

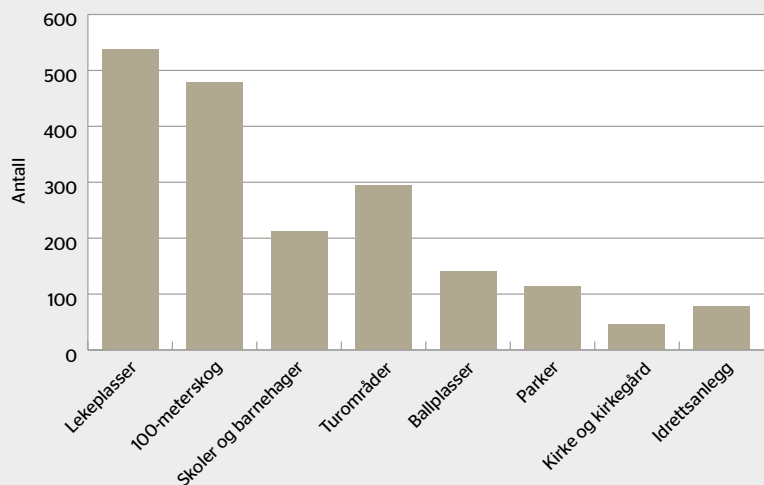
Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er radon den viktigste årsaken til utvikling av lungekreft etter aktiv røyking. Det er anslått at radon i boliger forårsaker rundt 300 lungekreftdødsfall årlig i Norge. Norge er blant landene i verden med høyest gjennomsnittlig konsentrasjon av radon i inneluft. I et stort antall målinger av radonnivået i boliger og andre bygninger i Vestfold var gjennomsnittsnivået for radonkonsentrasjon på 107 Bq/m³ (becquerel per kubikkmeter luft). Landsgjennomsnittet for målte boliger er 88 Bq/m³ (Miljørettet helsevern i Vestfold, 2016a). Nesten 50 % av eiendommene som ble målt i Vestfold hadde et nivå for radonkonsentrasjon som overstiger den anbefalte grenser for å iverksette tiltak.

Radon er en radioaktiv edelgass som kontinuerlig dannes fra uran. Radon i bygninger kommer vanligvis fra jordlufta i byggegrunnen. Utendørs vil radonkonsentrasjonen normalt være lav, og helsefare oppstår først når gassen siver inn og oppkonsentreres i vårt innemiljø. Risikoen for å utvikle lungekreft pga. radon øker med eksponeringen, og er proporsjonal med radonkonsentrasjonen i inneluft og med eksponeringstiden. Risikoen er høyest for personer som røyker eller har røykt tidligere, men ikke-røykere kan også utvikle lungekreft som følge av radoneksponering. All reduksjon av radoneksponering gir en positiv effekt.

Statens strålevern anbefaler at radonnivåer holdes så lave som mulig i alle bygninger, og at tiltak alltid utføres når radonnivået i ett eller flere oppholdsrom overstiger 100 Bq/m³. Videre anbefaler Statens strålevern at radonnivåer alltid skal være lavere enn en maksimumsgrense på 200 Bq/m³ (Statens strålevern, 2014).

Figur 5.2

Typer rekreasjonsområder



Figur 5.2: Fordeling av ulike typer rekreasjonsområder i by og tettsteder i Vestfold etter antall, ikke størrelse (Gustavsen naturanalyser, 2014).

**Tabell 5.1:** Radonkonsentrasjon i målinger i 12 Vestfoldkommuner (Miljørettet helsevern i Vestfold, 2016a).

Kommune	Antall eiendommer målt	Boliger mellom 100-199 Bq/m ³		Boliger over 200 Bq/m ³		Høyeste målte årsmiddelverdi Bq/m ³
		Antall	%	Antall	%	
Andebu	201	50	25	83	41	1746
Hof	108	35	32	31	29	1143
Holmestrand	188	50	27	68	36	890
Horten	361	86	24	93	26	3385
Lardal	34	12	35	8	24	1063
Nøtterøy	396	90	23	62	16	1061
Re	372	88	24	159	43	2877
Sande	186	55	30	49	26	2640
Stokke	384	109	28	74	19	2788
Svelvik	45	9	20	11	24	1514
Tjøme	172	24	14	33	19	2302
Tønsberg	1081	213	20	161	15	2565
SUM	3528	821	23	832	24	3385

Radonkonsentrasjon bør måles

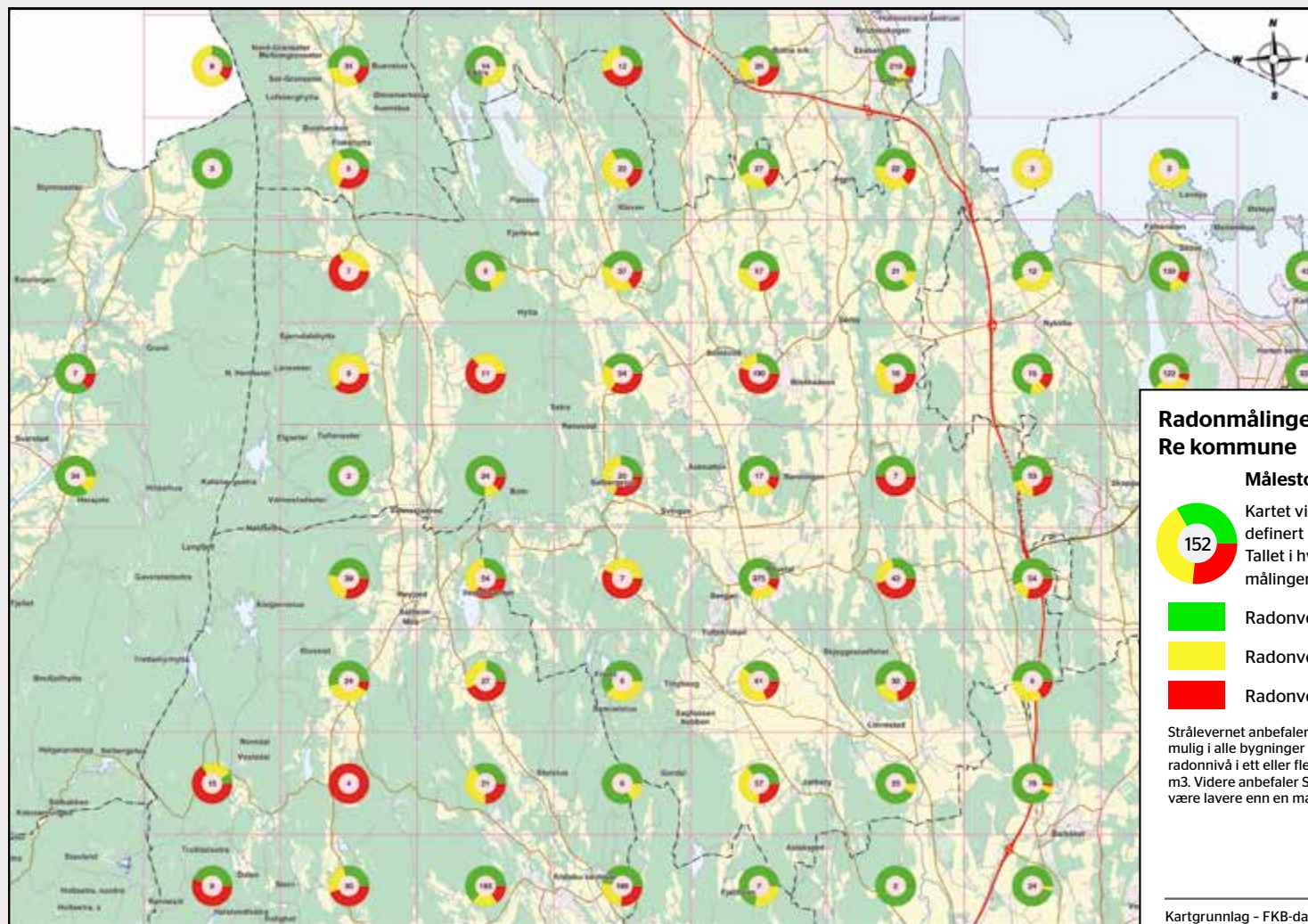
Miljørettet helsevern i Vestfold gjennomførte i perioden 2010-2014 et prosjekt hvor innbyggerne i de 12 samarbeidskommunene (alle Vestfoldkommunene utenom Sandefjord og Larvik) fikk tilbud om måling av radon til en rimelig pris. Det ble også gjennomført målinger i en rekke kommunale eiendommer, deriblant barnehager, skoler og kommunale boliger.

I løpet av radonprosjektet ble det gjennomført 12 245 radonmålinger ved 3 528 unike adresser. Resultatene viser at tiltaksgrensen for radon (100 Bq/m³) overskrides ved 821 eiendommer og at maksimumsgrensen (200 Bq/m³) overskrides ved 832 eiendommer. Det er store lokale forskjeller på radonkonsentrasjon.

Resultatene fra prosjektet blir gjort tilgjengelige for publikum for å motivere til å måle radonnivå (Miljørettet helsevern i Vestfold, 2016b).

Kartpresentasjon og symboliseringen i figur 5.3 viser at i et stort antall av boligene som ble målt, var verdiene for radonkonsentrasjon over anbefalt nivå for å iverksette tiltak.

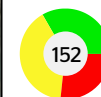
Figur 5.3



Figur 5.3: Resultat av radonmålinger utført i perioden 2010-2014. Kartet er delt i soner på 3,2 x 2,4 km. Innenfor hver sone varierer antall målinger, jf. tall inne i sirkelen. Sirkelen med farge-skala angir fordeling av målinger på ulike konsentrasjonsnivåer (Miljørettet helsevern i Vestfold, 2016a).

Radonmålinger 2010-2014 Re kommune

Målestokk 1 : 60 000



Kartet viser registrerte radonmålinger, definert innenfor 3,2 x 2,4 km soner. Tallet i hver sone viser antall registrerte målinger.

- Radonverdier under 100 Bq/m³
- Radonverdier mellom 100 - 200 Bq/m³
- Radonverdier over 200 Bq/m³

Strålevernet anbefaler at radonnivå holdes så lave som mulig i alle bygninger og at tiltak alltid bør utføres når radonnivå i ett eller flere oppholdsrom overstiger 100 Bq/m³. Videre anbefaler Strålevernet at radonnivåer alltid skal være lavere enn en maksimumsgrense på 200 Bq/m³.



Kartgrunnlag - FKB-data (GEOVEKST)
Bearbeiding av data/presentasjon -
NOIS/Tønsberg kommune (CDY) - 15.02.2016

Sosial støtte

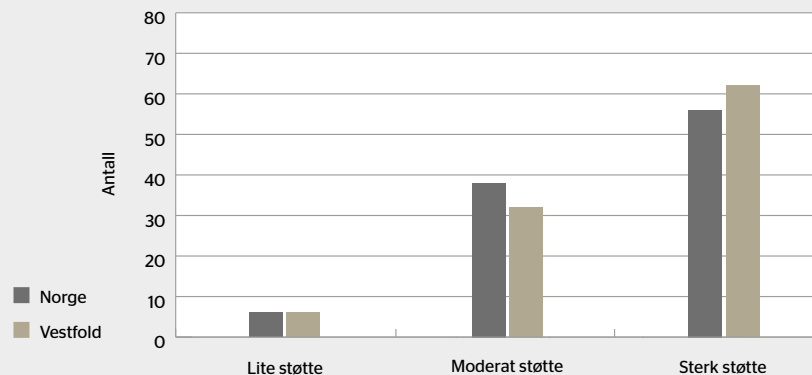
Sosialt miljø omfatter mange ulike relasjoner og aktiviteter som er ressurser i menneskers liv. Det har betydning for om man opplever sosial støtte. Med sosial støtte menes i hvilken grad man opplever å ha nære relasjoner, noen som bryr seg og noen å spørre om hjelp. Det foreligger god dokumentasjon på sammenhengen mellom grad av sosial støtte og helse, både fysisk og psykisk. Sosial støtte er helsefremmende i seg selv, og fungerer som en buffer mot stress gjennom å bidra til mulighet for drøfting, trøst og praktiske råd eller økonomisk støtte (Helsedirektoratet, 2016b).

I Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt fra 2012, er ett av temaene opplevelse av sosial støtte. Tre spørsmål i undersøkelsen er summert til en indikator for sosial støtte, gradert i tre nivåer: lite støtte, moderat støtte og sterk støtte. Indikatoren er sammensatt av omfang av antall nære relasjoner, egen oppfattelse av om andre bryr seg og hvor enkelt det er å spørre naboen om praktisk hjelp.

Figur 5.4. viser at Vestfold i denne undersøkelsen har noe høyere score enn landet når det gjelder sterk støtte, og tilsvarende mindre når det gjelder moderat støtte. I undersøkelsen har kun 247 personer i Vestfold svart. Folkehelseundersøkelsen som er gjennomføres i Vestfold og Agderfylkene i 2015/2016 har også opplevelse av sosial støtte som tema. Materialet vil omfatte omkring 3000 respondenter bare i Vestfold. Det vil da være mulig å fordele svarene på ulike geografiske områder i Vestfold, aldersfordeling og ulikhet med hensyn til respondentenes sosioøkonomiske bakgrunn.

Figur
5.4

Opplevelse av sosial støtte



Figur 5.4: Opplevelse av sosial støtte, 16-79 år (Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa statistikkbank 2016).





Deltakelse i kulturliv og frivillighet

En del av den sosiale støtten skapes og oppleves gjennom deltakelse i kulturliv og frivillige organisasjoner. Også åpne og uforpliktende møteplasser er med på å skape et lokalmiljø som fungerer sosialt støttende og dermed helsefremmende. Undersøkelser viser at personer som er aktive i frivillige organisasjoner har bedre helse og er mer tilfredse med livet. Samtidig kan mange lag og foreninger være inkluderende arenaer for mennesker som ellers ikke har et godt sosialt nettverk.

Styrke i organisasjonslivet - men ungdom slutter

Tabell 5.2. viser et lite utsnitt av organisasjonslivet i Vestfold. Oversikten omfatter noen paraplyorganisasjoner innen kulturfeltet i Vestfold som fylkeskommunen yter årlige

rammetilskudd til. Paraplyorganisasjonen favner både fylkes- og lokallag, med både barn/unge og voksne som medlemmer. Tabellen viser utvikling i medlemstall over tid.

Med unntak av Norges Musikkorps Forbund er det stabilitet eller vekst i medlemstallene. Organisasjonene har med andre ord betydelig styrke med tanke på å kunne være en positiv faktor i det sosiale miljøet lokalt.

Ungdataundersøkelsen som ble gjennomført i Vestfold i 2013 viser at 62 % av ungdomsskoleelevene i Vestfold var medlem av en organisasjon, klubb, lag eller forening. Med unntak for noen typer aktiviteter (for eksempel Motor-klubb) faller deltakelsen betydelig gjennom ungdomsskolen og særlig etter overgang til videregående skole. Den vanligste aktiviteten for ungdom var å delta i et idrettslag.

Tabell 5.2: Medlemstall i enkelte paraplyorganisasjoner (Vestfold fylkeskommune, 2016).

Organisasjon	Medl. 2005/2006	Medl. 2011	Medl. 2014/2015
Vestfold Idrettskrets	83 577		84 606
Den Norske Turistforening Vestfold	9395		11 619
Vestfold Barne- og ungdomsråd		8844	9554
Norges Musikkorps Forbund sør		2621	2375
Vestfold husflidslag	1001		1197
Norges Korforbund Vestfold	786		1132

I 8. klasse svarte 65 % at de har vært med på en aktivitet i idrettslaget minst én gang siste måned. I 1. videregående var prosentandelen på 41 % (Vardheim, 2013).

Tallene for ungdommers deltakelse i organisasjoner i Vestfold er noe lavere enn for landet. Også her fungerer idretten som eksempel på et mønster. I 2012 var 66,2 % av all norsk ungdom i alderen 13 til 19 år medlem av Norges Idrettsforbund. I Vestfold var tallet 58,3 %. Tall fra Ung i Oslo undersøkelsen viser at organisasjonsdeltakelse stiger noe med stigende sosioøkonomisk bakgrunn. (Helsedirektoratet, 2015b).

Biblioteket utvikles som møteplass

Bibliotekene har mange fortrinn som lokale institusjoner: De er for alle, tjenestene er gratis, de er lavterskeltilbud og en av de offentlige tjenestene som innbyggerne i Norge er mest fornøyde med. De framstår som tverrkulturelle møteplasser. Bruken av bibliotekene har endret seg de siste årene. Fra å være et sted for utlån og informasjon er det nå i økende grad et sted å være, en møteplass. I lov om folkebibliotek framheves denne funksjonen: Folkebibliotekene skal være en uavhengig møteplass og arena for offentlig samtale og debatt (Folkebibliotekloven, 1985).

Den generelle tendensen er lik både i Vestfold og i landet for øvrig: Utlån har gått ned de siste 5 årene. Årsakene er flere, blant annet at mange bibliotek tjenester er tilgjengelige på nett, mye informasjon er tilgjengelig digitalt og flere har mulighet til å kjøpe den litteraturen man ønsker. Bibliotekene er også ifølge Kulturutredningen 2014 «budsjettaperne» med de negative følger det kan ha hatt for bibliotekenes utvalg, tilbud og ressurser, som igjen kan ha hatt betydning for bruken (NOU 2013:4, 2013).

Vestfold har tradisjonelt vært et meget godt bibliotekfylke med aktivitet langt over landsgjennomsnittet når det gjelder utlån og besøk. Dette har endret seg noe, men fremdeles ligger utlån i Vestfold over landsgjennomsnittet. I 2014 var det i Vestfold 5,9 utlån pr innbygger, mens tallet for landet var 4,5. Besøkstallene i Vestfold ligger nå på landsgjennomsnittet, med 4,2 besøk pr innbygger. Barn bruker bibliotekene mye og utlånet av barnebøker er stigende. Ungdom bruker bibliotekene i mindre grad.

Besøkstallene på Vestfoldbibliotekenes arrangementer viser at bibliotekets nye rolle som møteplass er i utvikling. Figur 5.5

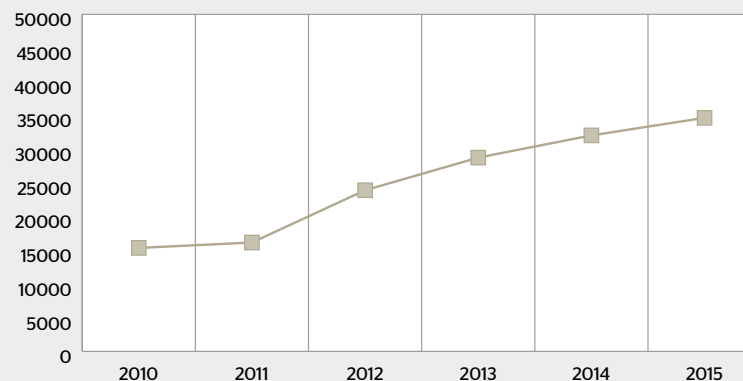
viser denne veksten. I 2015 deltok nesten 35 000 mennesker på bibliotekenes arrangementer. Bibliotekene øker innsatsen på arrangementssiden for å forsterke utviklingen. Siden 2010 er antall arrangement i fylkets 13 folkebibliotek nesten firdoblet, fra 452 til 1 737 i 2015.

Valgdeltakelse

Demokratisk medvirkning er viktig for et velfungerende samfunn. Det å kunne påvirke og forme samfunnet rundt seg styrker opplevelsen av selvstendighet, som er en viktig forutsetning for god livskvalitet. Deltakelse ved politiske

Figur 5.5

Deltakelse på Vestfoldbibliotekenes arrangementer



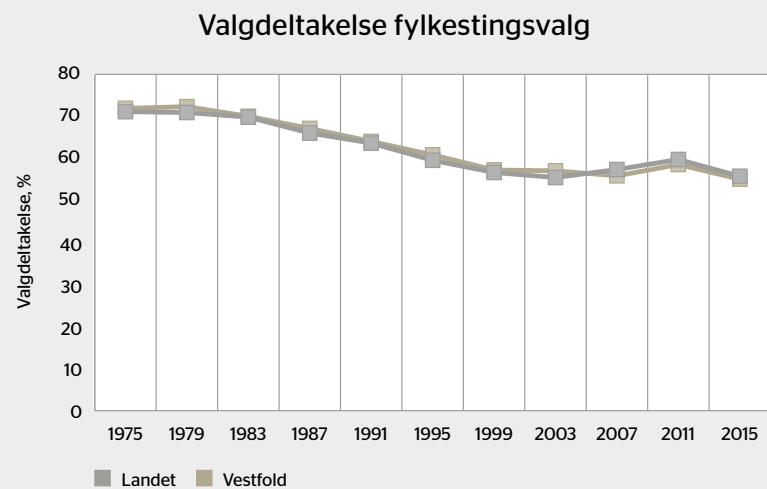
Figur 5.5: Deltakelse på Vestfoldbibliotekenes arrangementer, 2010-2015. (Vestfold fylkeskommune, 2016).



valg er en indikator for den formelle demokratiske deltakelsen. Det viser seg at personer med høyere utdanning og inntekt, også har høyere valgdeltakelse (Barstad & Sandvik, 2015). Valgdeltakelse som indikator forteller noe om opplevelsen av «empowerment» i befolkningen, altså opplevelsen av makt og myndighet til å påvirke beslutninger (Helsedirektoratet, 2015b).

Figur 5.6 viser den historiske utviklingen i valgdeltakelse ved fylkestingsvalg fra 1975. I 1975 lå valgdeltakelsen på 72 % i Vestfold. Ved siste fylkestingsvalg var den nede i 56 %. Vestfold følger trenden for landet.

Figur
5.6



Figur 5.6: Valgdeltakelse, fylkestingsvalg, Norge og Vestfold, 1975-2015 (Statistisk sentralbyrå/statistikkbank).



Figur 5.7 viser valgdeltakelse ved kommunestyrevalg siden 1955. Det har vært variasjon mellom kommunene, men hovedsakelig er deltakelsen nedadgående.

Også deltakelse ved stortingsvalg har hatt en nedadgående utviklingstrend fra 1960-tallet og frem til i dag. I 1965 var valgdeltakelsen på 88 % i Vestfold, mens den gradvis har gått nedover og til 78 % ved forrige stortingsvalg i 2013 (Statistisk sentralbyrå/statistikkbank tabell 08243, 2016).

Valgdeltakelsen har gått jevnt nedover. Til tross for dette har demokratisk deltakelse totalt sett vært stabil de siste

25 årene, når vi også tar med uformelle former for deltakelse, som det å sette dagsorden og påvirke offentligheten gjennom medier, kontakt med offentlig administrasjon eller ved å demonstrere (Barstad & Sandvik, 2015).

Mobbing

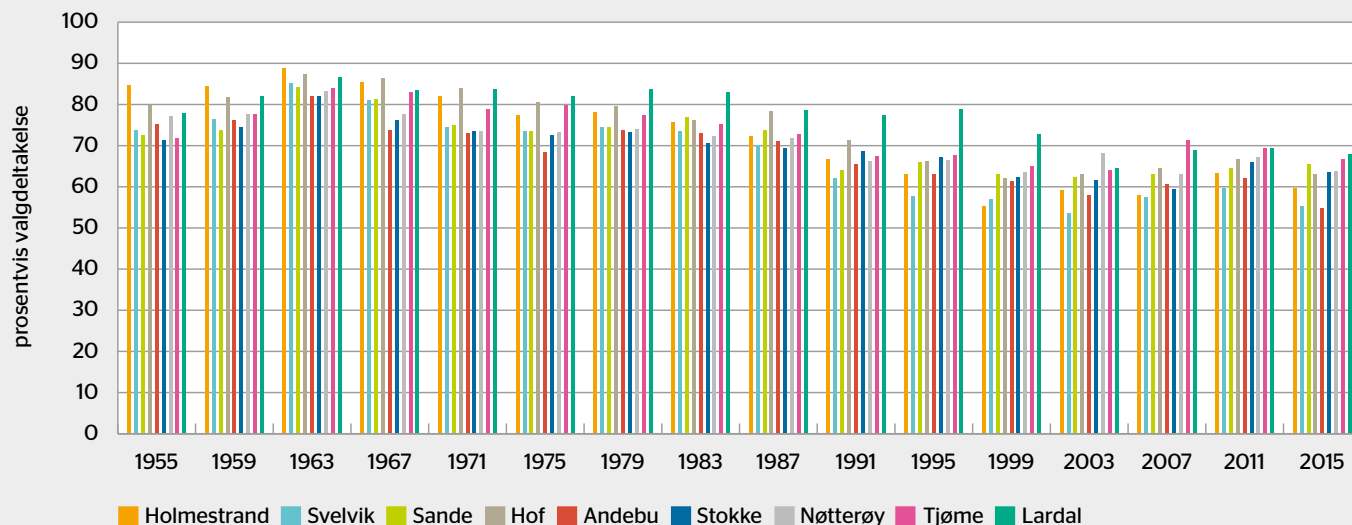
Mobbing er en vesentlig miljøfaktor for helse og trivsel, og en betydelig risikofaktor for psykiske lidelser og plager (Fosse, 2006). Barn som mobbes har opptil sju ganger høyere risiko for psykiske plager som engstelse, depresjon, ensomhet og rastløshet, enn barn som ikke mobbes. Blant barn og unge

som mobbes er også kroppslige helseplager som hodepine, ryggsmarter, «vondt i magen» og svimmelhet, dobbelt så vanlig som blant andre barn. Jo oftere et barn blir mobbet, jo større er risikoen for helseplager (Nordhagen, 2005).

Ungdataundersøkelsen viser at 88 % av ungdomsskoleelever og 92 % av elever på videregående (Vg1) i Vestfold aldri eller nesten aldri blir mobbet. Det ser ut som mobbingen avtar fra ungdomsskole til videregående skole. Dette er i samsvar med nasjonale tall. 8 % av ungdomsskoleelever og 5 % av elever på videregående svarer at de mobbes hver 14. dag eller oftere.

Figur
5.7

Valgdeltakelse kommunevalg



Figur 5.7: Valgdeltakelse kommunevalget, kommuner med uendrede kommunegrenser i Vestfold, 1955-2015 (Statistisk sentralbyrå/statistikkbank, tabell 09475, 2016).

13 % av ungdomsskoleelever og 11 % av elever på videregående svarer at de har mottatt mobbemeldinger på internett i løpet av siste måned. Totalt svarer 3 %, 276 personer, av de som deltok i Ungdataundersøkelsen, at de mobbes flere ganger i uka (Vardheim, 2013).

Ungdomsskolen

Fra Elevundersøkelsene på ungdomsskolen finnes det årlig gjennomsnittlig mobbetall basert på en femårsperiode. Figuren 5.8 omfatter alle som har blitt mobbet på skolen 2-3 ganger i måneden eller oftere.

Tabellen viser til dels store variasjoner mellom kommunene, selv om Vestfold samlet sett ligger på landsgjennomsnittet i 10. klasse og noe under i 7. klasse. Analyser viser

også at det er flere gutter enn jenter som oppgir at de blir mobbet. Statistikken fra elevundersøkelsen avviker noe fra tall i ungdataundersøkelsen. Det er naturlig da Ungdata kun viser tall fra ett enkelt år.

Videregående opplæring

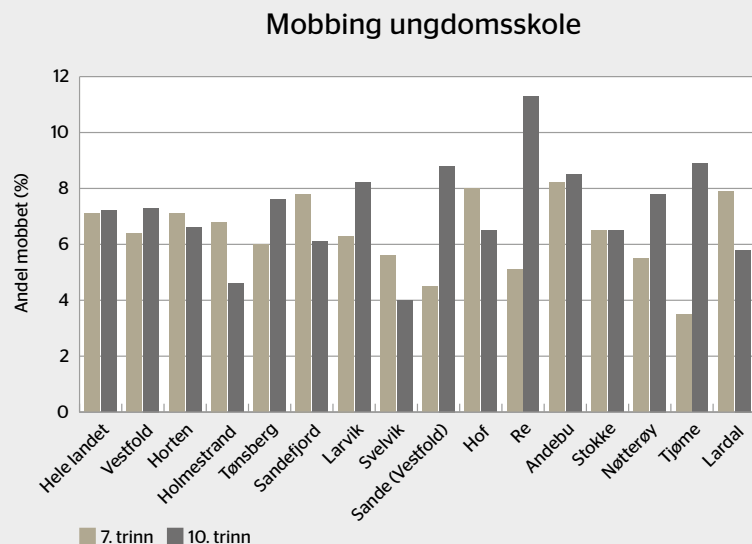
Hvert år inviteres alle elevene på Vg1, Vg2 og Vg3 og alle andreårs lærlinger og lærekandidater i Vestfold til å gjennomføre henholdsvis elev- og lærlingeundersøkelsen (Vestfold fylkeskommune/Utdanningsdirektoratet, 2015). Høsten 2015 var det en svarprosent på 86,6 % for elever. Det nasjonale snittet for elever var 87,4 %. I undersøkelsen gjennomført høsten 2015 var det drøye 47 % av de inviterte lærlingene og lærekandidatene som besvarte undersø-

kelsen. Snittet nasjonalt var 51,8 %. Resultatene på mobbing er forholdsvis stabile i Vestfold og tendensen er positiv.

I 2015 svarte 2,3 % av elevene at de opplever mobbing 2-3 ganger i måneden eller oftere. I 2014 var tallet 2,4 %. Landsgjennomsnittet var 3,9 %.

Andelen lærlinger/lærekandidater som har opplevd å bli mobbet på arbeidsplassen de siste månedene er noe lavere i Vestfold enn i landet for øvrig. Fra 2014 til 2015 er resultatet på nasjonalt nivå stabilt, men det er en svak økning i andelen for Vestfold fra 2,3 % i 2014 til 2,6 % i 2015. Landsgjennomsnittet var 3,0 både i 2014 og 2015 (Vestfold fylkeskommune/Utdanningsdirektoratet, 2016).

Figur 5.8



Figur 5.8: Mobbing 7. og 10. klasse-trinn. Andel elever som har opplevd mobbing 2-3 ganger i måneden eller oftere, 7. og 10. trinn, femårs gjennomsnitt i skoleårene 2009/10 til 2014/15. Standardisert for kjønn. Kommunens tall omfatter elever som går på skole i kommunen (Folkehelseinstituttet/ KommuneHelse statistikkbank, 2015).



Læringsmiljø

Forskning dokumenterer at skoleprestasjoner, valg av utdanningsprogram og gjennomføring av videregående utdanning er nært knyttet til elevenes sosiale bakgrunn. Forskjell på å gjennomføre videregående utdanning mellom elever med foreldre som har høyeste og laveste utdanning ligger på opp mot 30 %, og denne forskjellen har vært stabil siden 1994 (Dahl et al, 2013). Læring er i seg selv en viktig beskyttelsesfaktor mot frafall. Trivsel i skolen, følelse av tilhørighet, sosial og faglig identifikasjon fremheves som viktige forutsetninger for læring. Utdanningsdirektoratet definerer læringsmiljø som «... de samlede kulturelle, relasjonelle og fysiske forhold på skolen som har betydning for elevenes læring, helse og trivsel» (Meld. St. 22 (2010-2011). Ungdataundersøkelsen i Vestfold 2013 viser at læringsmiljø på skolen har stor betydning for hvordan ungdommene vurderer sin egen helse. Ungdommene som opplevde læringsmiljøet som godt er mindre plaget av både psykiske og fysiske helseplager enn ungdommene som opplevde et dårlig læringsmiljø. Samtidig viste analysene at betydningen av familie-økonomi har svakere betydning for selvrapportert helse, enn betydningen av et godt læringsmiljø og et godt selv-bilde (Vardheim, 2013).

Resultater fra elevundersøkelsen i 2014 viser utviklingen i elevenes egen oppfatning av læringsmiljø, belyst med fire indekser. Indeksen er satt sammen av flere spørsmål, og sier noe om hvordan elevene opplever støtte fra lærer, om lærer tar i bruk vurderingspraksisen *vurdering for læring*, om eleven opplever mestring og forhold knyttet til elevdemokrati og medvirkning.

Figur 5.9 viser at Vestfold ligger under landssnittet på positive svar angående forhold ved læringsmiljøet. Det er på spørsmål om støtte fra lærer og mestring andelen positive svar er høyest. Helsedirektoratet framhever at vurderingspraksisen som ligger i metoden «vurdering for læring», kan bidra til å motvirke sosiale forskjeller i læring og skoletrivsel (Helsedirektoratet, 2015a). Vurdering for læring er en vurderingspraksis der læreren har hovedfokus mot å hjelpe eleven å lære mer, fremfor å gi poeng eller karakter (Engh, 2011). Dette kan veie opp for forskjeller i elevenes sosiale bakgrunn, hvor foreldre har ulike forutsetninger for hjelpe elevene i skolearbeidet.

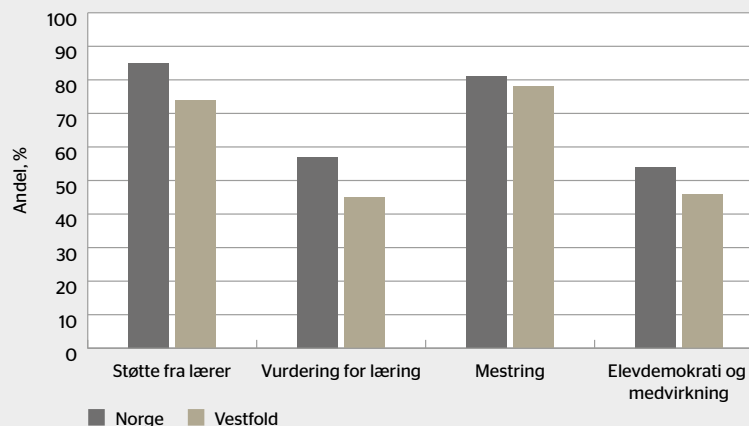
Kriminalitet

Omfang av kriminalitet i et område har betydning for befolkningens følelse av trygghet. Lite kriminalitet bidrar til trygghet og trivsel for innbyggerne.

Statistikk for Vestfold viser at det gjennom flere år har vært en klar nedgang i antall anmeldte saker. Vinningskriminalitet utgjør nesten halvparten av alle straffbare handlinger i fylket, selv om slik kriminalitet har gått ned de siste årene. Det er likevel en mindre andel av vinningskriminalitet i Vestfold sammenlignet med landsgjennomsnittet. Flest vinningslovbrudd begås i de mest folkerike kommunene, og i de største tettstedene (Vestfold politidistrikt, 2015). Når det gjelder voldskriminalitet er nivået høyere i Vestfold enn for

Figur 5.9

Læringsmiljø og medvirkning



Figur 5.9: Læringsmiljø og medvirkning, andel positive svar i elevundersøkelsen, Norge og Vestfold, høsten 2014 (Vestfold fylkeskommune, 2015).



landet. Antall anmeldelser per 1 000 innbygger i 2013 fordelt på de ulike driftsenhetene i Vestfold politidistrikt viser at bydistriktene Tønsberg, Larvik og Sandefjord skiller seg ut med flere voldshendelser per 1 000 innbyggere enn de andre driftsenhetene. Sandefjord har den høyest registrerte volden med 7,8 anmeldelser per 1 000 innbygger. Utelivsvolden krever store ressurser (Vestfold politidistrikt, 2014).

Kripas' narkotikastatistikk (narkotika og dopingbeslag) for 2015 viser at antall narkotikabeslag i Vestfold har økt, mens det for landet har vært en nedgang. Økningen i Vestfold skyldes beslag på flyplass og ferger med utenlandsforbindelse (Kripas, 2015).

Radikalisering og voldelig ekstremisme er satt på dagsorden også i Vestfold. Flere kommuner har etablert et tettere samarbeid med politiet om forebyggende innsats.

Vold i nære relasjoner er et omfattende samfunnsproblem. Vold forekommer i alle aldersgrupper og mot begge kjønn. Politiet opplyser at antall registrerte anmeldelser av vold i nære relasjoner har vært økende på landsbasis, men at mørketallene er store (Søndre Buskrerud politidistrikt, 2015, Vestfold politidistrikt, 2014). Fra år til år i perioden 2007 til 2010 forelå det en økning i antall anmeldelser av vold i nære relasjoner i Vestfold politidistrikt. Antall anmeldelser sank imidlertid fra 2010 til 2012. Fra 2012 til 2013 var det en liten oppgang. De fleste familievoldssakene skjedde i de store kommunene Tønsberg, Sandefjord, Larvik og Horten. Tønsberg skiller seg ut med flest saker. Få saker er registrert i de mindre kommunene (Vestfold politidistrikt, 2015). Incestsenteret i Vestfold, Krisesenteret og Barnehuset, gir hjelp, behandling og profesjonell støtte til utsatte og pårørende.

Oppsummering

Rekreasjonsområder nær hjemmet eller arbeidsplassen senker terskelen for aktivitet i naturen. Tilgang til naturområder er også bra for psykisk helse. I situasjoner med utbyggingspress er kartlegging av disse kvalitetene viktig kunnskap for å utvikle helsefremmende nærmiljøer. Oversikt over ulike rekreasjonsområder i og nær by- og tettsteder i Vestfold viser tilgang på mange typer rekreasjonsområder. Lekeplasser og den såkalte 100-meters skogen er særlig godt representert.

For høy radonkonsentrasjon i inneluft øker risikoen for å utvikle lungekreft, særlig for personer som røyker eller har røykt. Et stort antall målinger av radonkonsentrasjon på eiendommer i Vestfold viste at nesten 50 % av disse hadde et nivå som overstiger det anbefalte nivået for å iverksette tiltak. Det er stor variasjon helt lokalt. Det sikreste er derfor å måle egen bolig.

Sosial støtte omfatter relasjoner og aktiviteter som er helsefremmende ressurser i folks liv, både for fysisk og psykisk helse. Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 2012 indikerer at vi i Vestfold opplever en sosial støtte fra omgivelsene som er moderat sterkere enn landsgjennomsnittet. Det statistiske grunnlaget er imidlertid lite. Deltakelse i frivillighet og kulturliv kan være sosialt støttende miljøer. Tall fra organisasjonslivet viser stabilitet og vekst i flere viktige organisasjoner, blant annet Vestfold idrettskrets. I svært mange organisasjoner slutter ungdom. Vestfoldbibliotekene er et eksempel fra kulturlivet som viser til sterk vekst i funksjonen som møteplass i lokalsamfunnet.

Deltakelse i valg er en indikator på demokratisk medvirkning og opplevelse av «empowerment» - myndighet. I både



stortingsvalg, fylkestingsvalg og kommunevalg er langtids-tendensen tydelig, med en fallende deltakelse. I kommune-valgene ser en ganske stor variasjon mellom ulike kommuner. En del av fallet i valgdeltakelse blir delvis kompensert ved andre former for demokratisk deltakelse.

Barn som mobbes har opptil sju ganger høyere risiko for psykiske plager som angst, depresjon, ensomhet og rastløshet enn barn som ikke mobbes. Blant ungdomsskole-elever i Vestfold svarer 8 % at de mobbes hver 14. dag eller oftere. I videregående er tallet 5 %. Det er stor variasjon mellom skoler og kommuner.

Elevers læring og gjennomføring har sammenheng med foreldrenes sosioøkonomiske bakgrunn, mens helsefrem-mende skolegang med et godt læringsmiljø er en nær påvirkningsfaktor som kan ha stor betydning for å gjen-nomføre delvis uavhengig av dette. Ungdataundersøkelsen i Vestfold fra 2013 viste at læringsmiljøet på skolen har stor betydning for hvordan ungdommene vurderer sin egen helse. I elevundersøkelsen ligger Vestfold under lands-snittet på andeler positive svar angående viktige forhold ved læringsmiljøet i videregående opplæring. Elevunder-søkelsen måler elevenes oppfatning av ulike kvaliteter ved læringsmiljøet. Undersøkelsen viser at Vestfold ligger under landsgjennomsnittet. Scoren er høyest på spørsmål om støtte fra lærer og mestring, mens vurdering for læring og elevdemokrati/medvirkning er lavest.

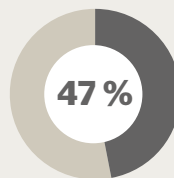
Statistikk fra politiet viser nedgang i vinningskriminalitet. Det er mer voldskriminalitet i Vestfold enn landsgjennom-snittet. Narkotikabeslag i Vestfold har økt, mens det er en nedgang i landet. Vold i nære relasjoner er et stort samfunnsproblem og tall for hele landet viser en økning i anmeldelser.

FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ



«100-METERSKOGEN»

Nesten 500 registrert i byer og tettsteder

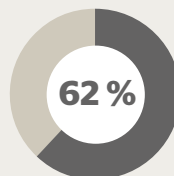


Radonkonsentrasjon i boliger over tiltaksgrensen (2010-2014)

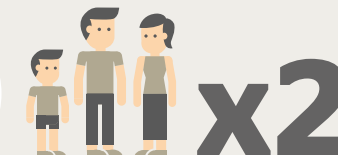


7,3 %

i 10. trinn har opplevd mobbing 2-3 ganger i måneden eller oftere



62 % oppgir at de opplever sterk sosial støtte



VESTFOLDBIBLIOTEKENE

Mer enn dobling av besøkstall på Vestfoldbibliotekenes arrangementer fra 2010-2015

FYLKESTINGSVALG



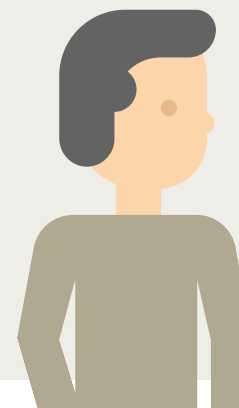
56 %

deltakelse ved forrige fylkestingsvalg

ELEVDEMOKRATI

46 %

av elevene på videregående svarer positivt om elevdemokrati





Referanser

- Barstad, A. og Sandvik, L. (2015). **Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet. En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene.** Rapport 2015/51. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Dahl, E., Bergsli H. og van der Wiel K. A. (2013). **Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt.** Sammen-
dragsrapport. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Engh, R. (2011). **Vurdering for læring i skolen. På vei mot en bærekraftig vurderingskultur.** Kristiansand: Høyskole-
forlaget.
- Folkebibliotekloven (1985). **Lov om folkebibliotek.** Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1985-12-20-108?q=lov om folkebibliotek](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1985-12-20-108?q=lov%20om%20folkebibliotek)
- Folkehelseinstituttet/Kommunehelsa statistikkbank. (2016). **Mobbing 7. og 10. klasse.** Hentet fra <http://khs.fhi.no/>
- Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa statistikkbank. (2016). **Sosial støtte 2012, 16-79 år (LF) - prosent (standardisert).** Hentet fra <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>
- Fosse, G. (2006). **Mental health of psychiatric outpatients bullied in childhood.** Trondheim: NTNU.
- Gustavsen naturanalyser. (2014). **Register med kartfestede rekreasjonsområder og allmenninger.** Vestfold 2013-2014. Skien.
- Helsedirektoratet. (2015a). **Trivsel i skolen.** Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015b). **Folkehelsepolitisk rapport 2015.** Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016a). **Miljørettet helsevern - lokalt folkehelsearbeid. Veiviser til lokalt folkehelsearbeid.** Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelse-tiltak/miljorettet-helsevern-lokalt-folkehelsearbeid>
- Helsedirektoratet. (2016b). **Psykisk helse og livskvalitet - lokalt folkehelsearbeid. Veiviser til lokalt folkehelsearbeid.** Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelse-tiltak/psykisk-helse-og-livskvalitet-lokalt-folkehelsearbeid>
- Kripos (2015). **Narkotika og dopingbeslag.** Hentet 24.02.2016 fra: https://www.politi.no/vedlegg/lokale-vedlegg/kripos/Vedlegg_3499.pdf.
- Meld. St. 22 (2010-2011) **Motivasjon, mestring, muligheter. Ungdomstrinnet.** Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/no/dokumenter/meld-st-22-2010-2011/id641251/>
- Miljødirektoratet (2013). **Miljøstatus i Vestfold. Friluftsliv.** Hentet 19.02.2016, fra <http://www.miljostatus.no/sok/?query=Vestfold>
- Miljørettet helsevern i Vestfold (2016a). **Rapport om radonprosjektet i Vestfold.** Upublisert. Miljørettet helsevern i Vestfold, Re.
- Miljørettet helsevern i Vestfold (2016b). **Radon.** Hentet fra <http://www.mhvivestfold.no/radon-c-159-1.aspx>
- Nordhagen, R., Nielsen, A. , Stigum, H. (2005): **Parental reported bullying among Nordic children: a population-based study.** Child Care Health Dev 2005.
- NOU 2013:4. (2013). **Kulturutredningen 2014.** Oslo: Kulturdepartementet.
- Oslofjordens Friluftsråd. (2015). **Kyststiene i Vestfold - fra Svelvik i nord til Larvik i sør. Status og forslag til tiltak.** Sandvika: Oslofjorden friluftsråd.
- Skår, M. (2014). **Urbanisering og friluftsliv i nærmiljøet.** I Dervo, B. (Red.) Friluftsliv i Norge anno 2014 - status og utfordringer. NINA Rapport 1073. Oslo: Norsk institutt for naturforskning.
- Statens strålevern. (2014). **Anbefalte grenseverdier for radon.** Hentet fra <http://www.nrpa.no/fakta/89990/anbefalte-grenseverdier-for-radon>
- Statistisk sentralbyrå/statistikkbank, tabell 09476. (2016). **Fylkestingsvalget. Stemmer og valgdeltakelse i Vestfold.**



Statistisk sentralbyrå/statistikkbank, tabell 09475. (2016).
Kommunestyrevalget. Stemmer og valgdeltakelse i kommuner i Vestfold.

Vestfold fylkeskommune/Utdanningsdirektoratet. (2016).
Resultater fra Elev og lærlingeundersøkelsen. Upublisert materiale.

Statistisk sentralbyrå/statistikkbank tabell 08243. (2016).
Stortingsvalget. Valgdeltakelse i prosent i Vestfold.

Vardheim, I. (2013). **Ung i Vestfold 2013.** TF-rapport nr. 324 2013. Bø: Telemarksforsking.

Vestfold fylkeskommune (2015). **Tilstandsrapporten 2015. Videregående opplæring 2013/2014.** Tønsberg: Vestfold fylkeskommune.

Vestfold fylkeskommune. (2016). **Medlemstall i enkelte paraplyorganisasjoner.** Upublisert. Vestfold fylkeskommune, Tønsberg.

Vestfold politidistrikt (2014). Nyhetsarkiv. **Kriminaliteten i Vestfold, i dag og i fremtiden.** Hentet 24.02.2016 fra https://www.politi.no/vestfold/aktuelt/nyhetsarkiv/2014_12/nyhet_14518.xhtml

Vestfold politidistrikt. (2015). **Utdrag av strategisk kriminalitetsanalyse 2014.** Hentet 24.02. 2016 fra: https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/vestfold/Vedlegg_2755.pdf

Søndre Buskerud politidistrikt. (2015) **Straffesakstall, 2010-2015.** Hentet 24.02.2016 fra https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/sondre_buskerud/Vedlegg_3498.pdf



06

Helserelatert atferd



**Helserelatert atferd er ikke bare et resultat av personlige valg.
Valgene den enkelte tar er også et resultat av kultur, miljø og levekår.**

Flere kroniske sykdommer er i stor grad et resultat av befolkningens levevaner over tid.
Analyse av sykdomsmønsteret i befolkningen kan derfor indirekte gi informasjon om levevaner.



Den sosiale gradienten viser seg tydelig innen helse-relatert atferd. Studier viser at levevaner ofte følger utdannings- og inntektsnivå. Det betyr at grupper med lengre utdanning og høyere inntekt i gjennomsnitt har mer gunstige levevaner og bedre helse enn grupper som har kortere utdanning og lavere inntekt (Folkehelseinstituttet 2014b).

Kosthold

Kosthold er viktig både når det gjelder å forebygge sykdom og fremme god helse. Et sunt kosthold og god ernæring kan redusere risiko for en rekke sykdommer, og er avgjørende for vekst og utvikling fra fosterstadium til

ungdomstid og videre gjennom hele livsløpet. Eldre er særlig utsatt for underernæring.

Utviklingen i det norske kostholdet har vært i positiv endring over lang tid, blant annet med økt forbruk av frukt og grønt og nedgang i forbruk av sukker og mettet fett. De største ernæringsmessige utfordringene i tiden framover er å øke inntak av grønnsaker, grove kornprodukter og fisk og redusere inntak av mettet fett, salt og sukker (Helsedirektoratet 2015a). Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale kostholdsråd på grunnlag av systematisk gjennomgang av forskning på kosthold og helse.

Frukt og grønnsaker

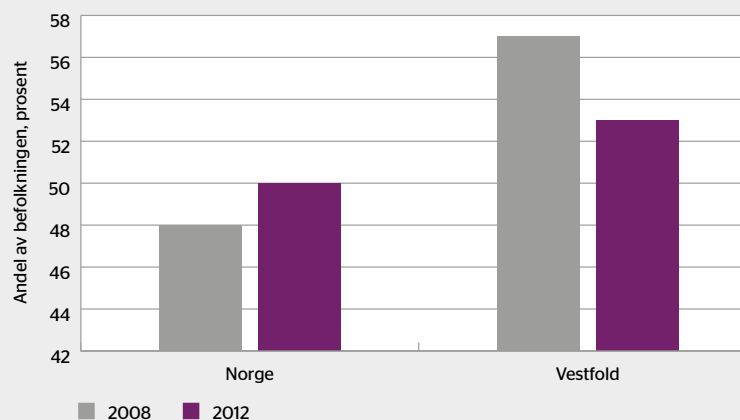
Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt er en stabil og regelmessig kilde til data om befolkningens helsetilstand, som gir data på fordelt på fylker og samlet for hele landet (Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa statistikkbank, 2015).

Figur 6.1 viser at andelen som oppgir at de spiser frukt og grønnsaker daglig er høyere i Vestfold enn for resten av landet, men statistikken viser en negativ utvikling med en nedgang på 4 prosentpoeng fra 2008-2012 (Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa statistikkbank, 2015).



Figur 6.1

Frukt og grønt

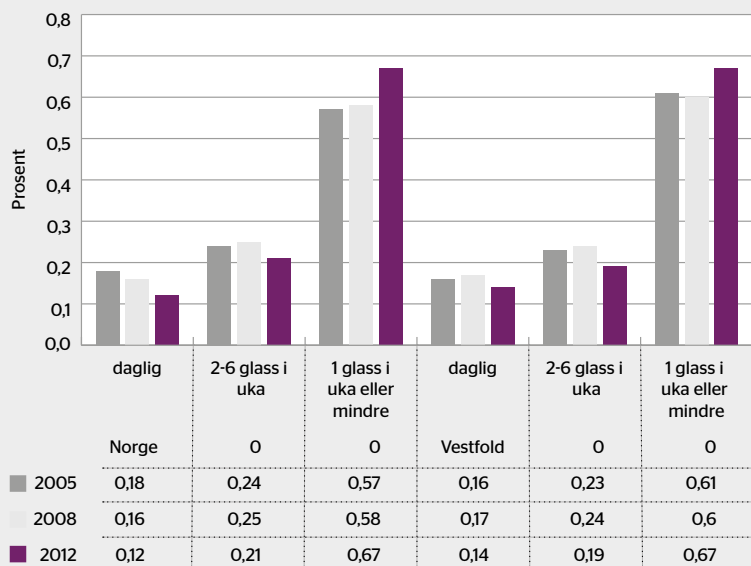


Figur 6.1: Andel voksne (16-79 år) som oppgir at de spiser frukt og grønnsaker daglig. Andelen omfatter de som har svart 1 gang per dag, eller oftere på spørsmål «Hvor ofte spiser du grønnsaker (bortsett fra poteter og grønnsaksjuice?) og frukt og bær (ikke juice)» (Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa statistikkbank).



Figur 6.2

Sukkerholdige drikker



Figur 6.2: Andel voksne (16-79 år) som oppgir at de drikker brus eller saft med sukker daglig, 2-6 glass i uka eller 1 glass i uka eller mindre (Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa, statistikkbank, 2015).

Sukkerholdig drikke

Sukker som er tilsatt i matvarene gir økt energitetthet, og kan øke risiko for kroniske sykdommer, overvekt og fedme. Sukkerholdig drikke er i tillegg med på å øke risiko for karies (hull i tennene) og emaljeskader på tennene. Omsetning av sukkerholdig drikke økte særlig fra 1970-årene, og nådde det høyeste nivået i 1997. Mellom 2010 og 2014 gikk forbruket noe ned, men er fortsatt for høyt (Helsedirektoratet 2015b). Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse gir statistikk over forbruk av sukkerholdig drikke i Vestfold sammenlignet med landsgjennomsnittet (Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa statistikkbank, 2015).

Figur 6.2 viser at forbruket av sukkerholdige drikke har gått ned i den voksne befolkningen fra 2005 til 2012 både i Norge og i Vestfold.

Matserveringstilbudet på videregående skoler i Vestfold

En enkel spørreundersøkelse blant rektorene på de videregående skolene, gjennomført i desember 2015 (Vestfold fylkeskommune, 2015), viser at alle de 10 skolene som svarte har matserveringstilbud. På 8 av skolene inngår salat i tilbudet, men bare 6 har salat hver dag. Sukkerholdig drikke selges på 4 av de 10 skolene. Flere skoler serverer havregrøt til frokost en eller flere dager i uka.

Fysisk aktivitet

Jevnlig fysisk aktivitet gir en rekke positive helseeffekter. Det gir økt overskudd, virker positivt på humøret, gir mulighet til sosial samvær og beskytter mot sykdommer (Helsedirektoratet 2015a, s.75). Fysisk aktivitet omfatter alle aktiviteter som innebærer at man beveger seg i hverdagen og bruker kroppen, for eksempel lek, friluftsliv, idrett, mosjon, trening, trim, kroppsøving, fysisk arbeid, gange, løping eller sykling. Nasjonale anbefalinger er at barn og unge er fysisk aktive minst 60 minutter. Voksne og eldre bør være fysisk aktive minst 150 minutter med moderat intensitet, eller 75 minutter med høy intensitet per uke (Helsedirektoratet 2015a).

Lavere fysisk aktivitet enn anbefalt

Objektive målinger av fysisk aktivitet fra 2014 til 2015 viser at en tredel av alle voksne kvinner og menn oppfyller anbefalingen om fysisk aktivitet. Kvinner er mer aktive enn menn. For begge kjønn er det en betydelig sosial ulikhet i fysisk aktivitet. Mest fysisk aktive er menn med lang og høyere utdanning. Drøyt 40 % av denne gruppen oppfyller nasjonal anbefaling. Dårligst ut kommer menn med grunnskole som lengste fullførte utdanning. I underkant av 20 % av denne gruppen oppfyller nasjonal anbefaling. Ut fra selvrapportert fysisk aktivitet blant 6., 8. og 10. klassinger er tendensen noe høyere fysisk aktivitet de siste årene. Også blant barn er det en betydelig forskjell i aktivitetsnivå, noe som henger statistisk sammen med sosioøkonomisk bakgrunn. Selv i gruppen med høyest aktivitetsnivå er det kun i underkant av 25 % som er fysisk aktive mer enn 60 minutter per dag (Helsedirektoratet 2015a).

Statistisk sentralbyrå gjennomførte i 2012 en levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt der det



også ble stilt spørsmål om fysisk aktivitetsnivå. Figur 6.3 viser at befolkningen i Vestfold er noe mer fysisk aktive enn landsgjennomsnittet.

Vestfolds profil på svarfordelingen viser et noe høyere nivå av fysisk aktivitet enn for landet som helhet. Prosentandel på 52 som svarer at de er fysisk aktive tre timer eller mer i uka, er den tredje høyeste i landet (Folkehelseinstituttet/ Norgeshelsa statistikkbank, 2015).

Reisevaner på stedet hvil

Hvilke transportmidler vi gjennom et langt liv velger til skole, arbeid, innkjøp og fritidsaktiviteter virker inn på nivået av fysisk aktivitet, og dermed på helsa. Infrastruktur som gjør det attraktivt å gå og sykle på de korte reisene påvirker transportvalget. Et godt utbygd kollektivtilbud gir både aktiv transport til og fra holdeplass og begrenser

bilbruken. Redusert bilbruk gir bedre luft, særlig i byene. Tiltak for å fremme miljøvennlig transport som gange, sykling og kollektivtransport har vist seg å ha størst effekt når de kombineres med bilrestriktive tiltak.

Den nasjonale reisevaneundersøkelsen blir gjennomført hvert fjerde år. Formålet med undersøkelsen er å kartlegge befolkningens reiseaktivitet og reisemønstre. Resultatene gir informasjon om alle typer reiser for befolkningen i hele landet og brukes av transportmyndighetene til en lang rekke planleggingsformål. Siste undersøkelse ble gjort i 2013/14. Resultatene i Vestfold er basert på 3 595 intervjuer.

Reisemiddelfordelingen viser hvordan daglige reiser er fordelt på ulike transportmidler. Fordelingen er basert på antall reiser. Kollektivreisene omfatter ikke flyreiser.

Figurene 6.4 og 6.5 viser at Vestfold har et lavere nivå av aktiv transport – til fots og med sykkel – enn landet. Både på landsbasis og i Vestfold har aktiv transport i praksis stått på stedet hvil, målt som andelen av reiser. Kollektivandelen viser en liten vekst, både i Vestfold og landet.

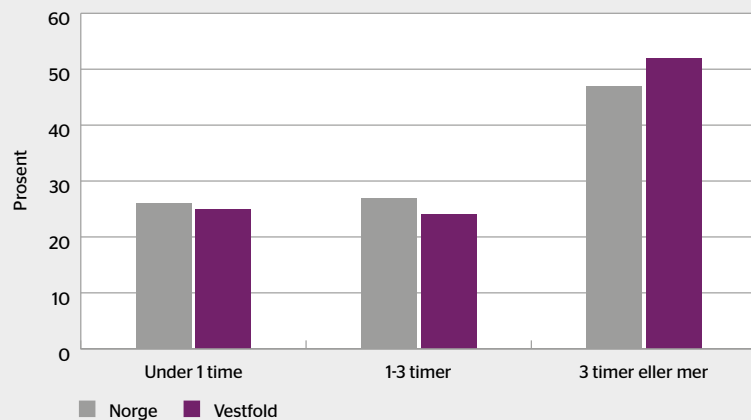
Tallene viser at det er et stykke fram til å nå vedtatte målsettinger for Vestfold. I Regional plan for bærekraftig arealpolitikk er det vedtatte mål når det gjelder transport-middelfordeling. Disse er (dagens andel i parentes): gange: 23 % (18 %), sykkel: 10 % (6 %), kollektivtransport: 7 % (6 %), bil (som fører eller passasjer: 58 % (68 %).

Det er noe forskjell mellom byene i Vestfold når det gjelder transportmiddelfordeling. De to byene med høyest andel syklende og gående er Sandefjord og Horten. Sandefjord kommune ble fra 2006 utpekt som Sykkelby. Det er satset betydelig både på fysiske tiltak, kampanjer og motivasjons-



Figur 6.3

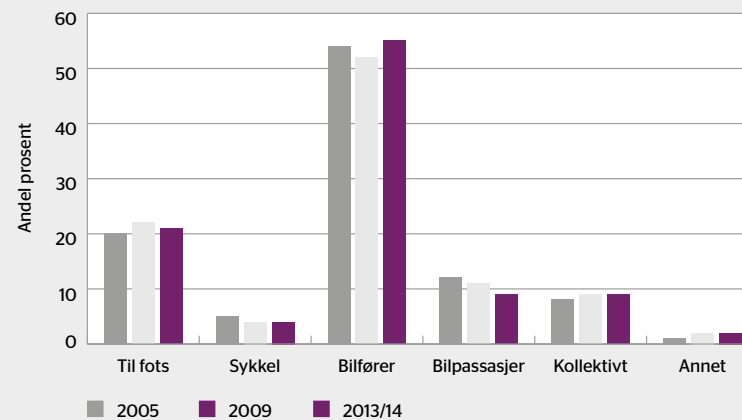
Fysisk aktivitet



Figur 6.3: Andel voksne (16-79 år) som oppgir at de er fysisk aktive under en time, 1-3 timer eller tre timer eller mer i uka (Folkehelseinstituttet/Norgeshelsa statistikkbank, 2015).

Figur 6.4

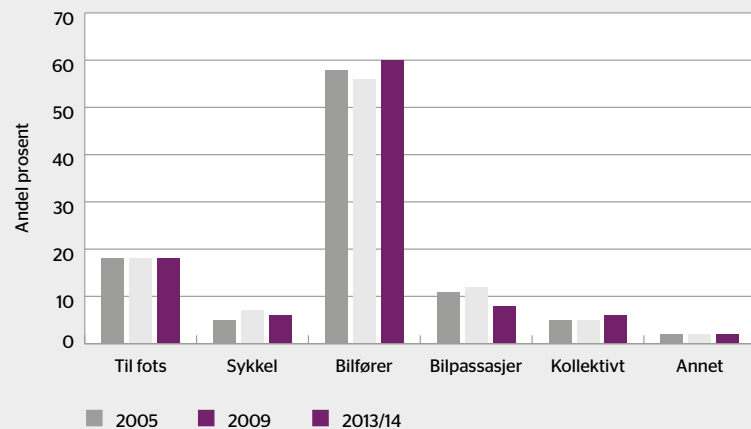
Transportmiddelfordeling - Norge



Figur 6.4: Transportmiddelfordeling på daglige reiser i Norge, 2005, 2009, 2013/14 (Urbanet Analyse, 2015).

Figur 6.5

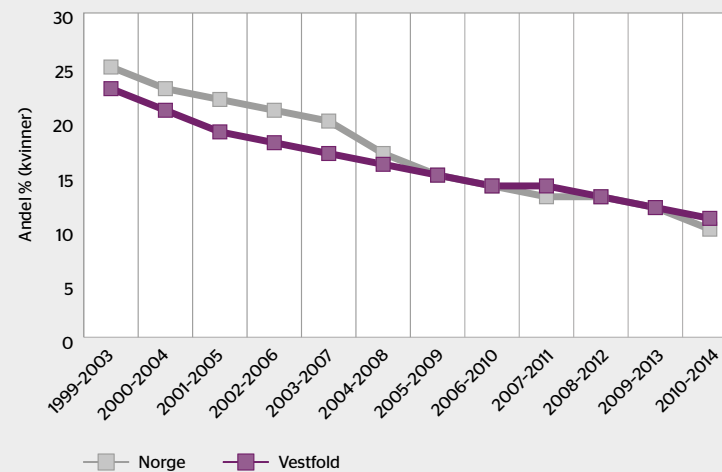
Transportmiddelfordeling - Vestfold



Figur 6.5: Transportmiddelfordeling på daglige reiser i Vestfoldbyen, 2005, 2009, 2013/14 (Urbanet Analyse, 2015).

Figur 6.6

Røyking ved første svangerskapskontroll



Figur 6.6: Røyking kvinner. Andel som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Vestfold og hele landet, standardisert for alderssammensetning, årlig gjennomsnitt i femårsperioder (Kommunehelsa statistikkbank) 2015).



tiltak for økt sykling, noe som har gitt resultater. Horten har, sammenlignet med de andre byene i Vestfold, en mer konsentrert utbyggingsstruktur med korte avstander mellom bolig og reisemål. Korte reiseavstander gjør at flere velger å gå og sykle, og kan forklare hvorfor Horten skiller seg ut med høye andeler på sykling og gange.

Omtrent to av tre barn (6 og 12 år) går eller sykler til skolen, på landsbasis. Det nasjonale målet er at fire av fem barn skal gå eller sykle (80 %). Det foreligger ikke tall for dette på regionalt eller lokalt nivå. Ca. 40 % av foreldrene opplever at skoleveien er usikker når det gjelder trafikkforhold. Tett trafikk og høy hastighet langs veien er den viktigste grunnen til at foreldrene opplever at skoleveien er usikker (Transportøkonomisk institutt, 2015).

Tobakksbruk

Bruk av tobakk øker risiko for sykdom som hjerteinfarkt, kreft og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Halvparten av de som røyker dør tidligere enn de ville gjort om de ikke røyket (Folkehelseinstituttet, 2014b). Andelen røykere i befolkningen er på vei ned. Færre unge røyker. Totalt er det 13 % av befolkningen som røyker daglig, og nedgang i dagligrøyking har vært stor de siste årene. I aldersgruppen 16-24 år er det nå bare 4 % dagligrøykere. Samtidig har antallet som bruker snus økt fra 7 % i 2010 til 10 % i 2015. Antall dagligrøykere i Vestfold er svakt over landsgjennomsnittet. Antall dagligsnusere i Vestfold er svakt under landsgjennomsnittet. Det er flest menn som snuser, mens for røyking er kjønnsforskjellene små

(Statistisk sentralbyrå, 2016). Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Denne gradienten gjelder også for røyking i svangerskapet.

Røyking i svangerskapet

Røyking i svangerskapet kan si noe om røyking hos kvinner i fertil alder. For resten av befolkningen er datagrunnlaget på røykevaner på kommunenivå dessverre svært dårlig. Ved første svangerskapskontroll registreres det om den gravide røyker. Figur 6.6 viser at 11 % av de gravide i Vestfold, som svarte på undersøkelsen i perioden 2010-2014, røykte. Landsgjennomsnittet var på 10 % (Folkehelseinstituttet/Kommunehelsa statistikkbank, 2015).

Tobakksbruk fra Ungdataundersøkelsen

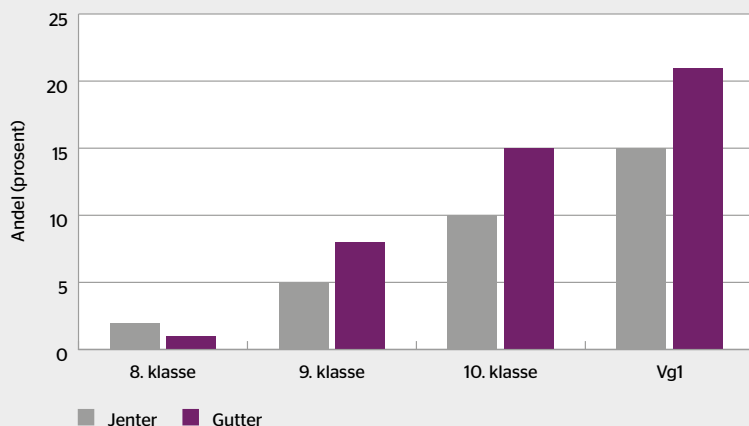
Ungdataundersøkelsen gir opplysninger om Vestfold-ungdommenes forhold til røyking og snus (Vardheim, 2013). Den viser at det kun er et lite mindretall av ungdommene i Vestfold som røyker regelmessig. I underkant av 4 % av ungdomsskoleelevene og 8 % av elevene i Vg1 røyker oftere enn én gang i uka. På ungdomsskolenivå ligger landsgjennomsnittet også på 4 %. Det er kun marginale forskjeller mellom kjønnene.

Snusbruk er mer utbredt. Totalt svarer 10 % av de spurte ungdommene at de snuser daglig.

Figur 6.7 viser at andelen ungdommer som snuser ukentlig øker relativt jevnt gjennom ungdomsårene. Mens kun 1 % av guttene i 8. klasse snuser ukentlig, gjelder dette 21 % av guttene i Vg1. Økningen er stor også hos jentene der 2 % av 8. klassingene og 15 % av jenter på Vg1 snuser.

Figur 6.7

Snusbruk blant ungdom



Figur 6.7: Andel ungdom i Vestfold som snuser en gang i uka eller oftere, fordelt på kjønn og klassetrinn (Vardheim, 2013).

Alkohol og rus

Totalomsetningen av alkohol var relativt stabil fram til midten av 1990-tallet, men økte kraftig fram mot 2008, og har deretter stabilisert seg på et relativt høyt nivå. Økningen i forbruk har vært størst hos kvinner og eldre. Det er en økende andel eldre over 70 år med et problematisk alkoholforbruk (Støver, 2012). Beregninger fra Folkehelseinstituttet viser at forbruket har økt med om lag 40 % fra 1993 (Folkehelseinstituttet 2014a). Det er først og fremst omsetning av vin som har økt, og det har vært en dreining fra vin på flaske til pappvin. I tillegg til omsetningen av alkohol på Vinmonopolet, dagligvarebutikker og serveringssteder øker også taxfreesalg og grensehandel. Det er også en betydelig økning i mengden beslaglagte alkoholholdige drikkevarer, foretatt av Tollvesenet.

Det totale alkoholforbruket er en viktig faktor for alkoholrelaterte sykdommer og skader. Når det totale forbruket i samfunnet øker, øker både andelen storforbrukere og andelen som ligger i «gråsonen» mot et helseskadelig forbruk. Risikoen for kroniske sykdommer knyttet til alkoholbruk øker gradvis. Hos storforbrukere er risikoen høy. For enkeltpersoner i «gråsonen» er risikoen lave, men fordi denne gruppen er stor, vil den likevel bidra med mange personer til de samlede helseproblemene i samfunnet (Folkehelseinstituttet). Både bruk og misbruk har store sosiale og samfunnsmessige kostnader. Selv om mange frykter narkotika mer enn alkohol, er alkohol et større samfunnsproblem.

Sykehusinnleggelse med alkoholrelatert hoveddiagnose

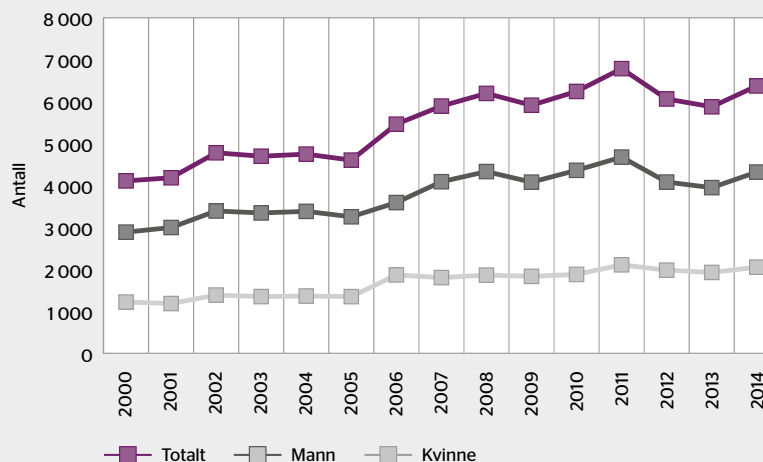
I samme tidsrom som vi ser en økning i alkoholkonsumet i den norske befolkningen (fra 1990-tallet) ser vi også en økning i alkoholrelatert sykdom (SIRIUS, 2015).

Figur 6.8 viser at antall sykehusinnleggelser som skyldes alkohol har økt betraktelig fra årtusenskiftet. Slike innleggelser er vesentlig høyere for menn enn for kvinner. I tillegg til de sykdommer og dødsfall som direkte kan knyttes til alkoholbruk, er alkohol også en medvirkende årsak til mange andre sykehusinnleggelser og dødsfall. Dette gjelder eksempelvis mange voldsskader, ulykkestilfeller og selvpåførte skader, uten at dette framkommer i den innrapporterte diagnosen. Det er også en rekke andre sykdommer og dødsfall som kan ha sammenheng med alkoholbruk. Dette gjelder eksempelvis ulike kreftformer

og hjerte-karsykdommer. De oppgitte tallene angir antall innleggelser med alkoholrelatert hoveddiagnose, og ikke antall personer, da en og samme person kan ha vært innlagt med samme diagnose flere ganger i løpet av samme år. Dette innebærer at en mulig økt tendens til flere og kortere sykehusopphold for kroniske sykdomstilfeller, sammen med befolkningsøkningen, i noen grad kan ha bidratt til den relativt store økningen. Det er samtidig viktig å huske at de sykdomstilfellene med alkoholrelatert hoveddiagnose som behandles i spesialisthelsetjenesten, bare utgjør en liten del av den totale alkoholrelaterte sykkeligheten (SIRIUS, 2015).

Figur 6.8

Sykehusinnleggelser med alkoholrelatert hoveddiagnose



Figur 6.8: Innleggelser i somatiske sykehus i Norge med alkoholrelatert hoveddiagnose, totalt og fordelt på kjønn, 2000-2013 (SIRIUS, 2015).



Alkohol og rus fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold

I løpet av tenårene debuterer i overkant av 90 % med alkohol. Nasjonale tall viser imidlertid at mens ungdommens alkoholforbruk økte klart fra midten av 1990-tallet og fram til årtusenskiftet, har det gått noe tilbake i løpet av 2000-tallet. Alkoholforbruket er høyere for gutter enn for jenter, men jentenes alkoholemønster har de senere årene blitt gradvis mer likt guttenes (Vardheim, 2013).

Studier har vist at det er en tydelig sammenheng mellom det å debutere tidlig med alkohol og et høyt forbruk senere i livet. En studie blant norsk ungdom viste blant annet at de som debuterer med alkohol før fylte 13 år, har et dobbelt så høyt alkoholkonsum i 19-årsalderen sammenlignet med

ungdom som debuterer som 15-åringer (Vardheim 2013). Figur 6.9 viser at et lite mindretall av elevene i 8. klasse og 9. klasse drikker alkohol 1-3 ganger i måneden eller oftere. Andelen stiger imidlertid relativt kraftig fra 9. klasse til 10. klasse, og igjen fra 10. klasse til første trinn på videregående. Mens det ikke er kjønnsforskjeller i alkoholforbruk blant elevene på ungdomsskolen, er det blant elevene på videregående betydelig flere jenter enn gutter som drikker alkohol en til tre ganger i måneden eller oftere. Andel jenter som drikker alkohol såpass ofte mer enn dobles fra 10. klasse til første klasse på videregående. Ungdataundersøkelsen i Vestfold viser at det er store kommunevise forskjeller på ungdoms bruk av alkohol.

Samtidig er det kun et lite mindretall av elevene på videregående, 5 % av guttene og 6 % av jentene, som oppgir at de drikker alkohol hver uke. Selv om alkoholforbruket ser ut til å øke med alderen, viser altså tallene at flertallet av elevene på videregående, nærmere 70 %, drikker alkohol sjeldnere enn én gang i måneden. De som ikke får lov å drikke alkohol av foreldrene sine drikker også mindre, og er sjeldnere beruset enn de som har mer liberale regler hjemme. Dette støttes i flere studier (Bolstad, 2012).

Bruk av andre rusmidler enn alkohol

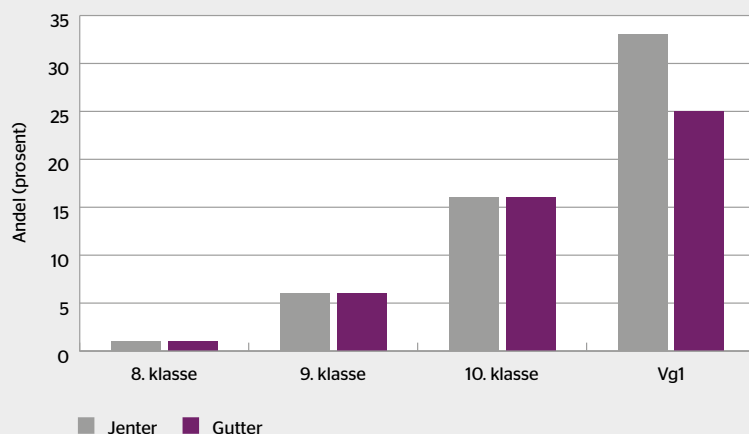
Ungdataundersøkelsen (Vardheim, 2013) viser at 3 % av ungdomsskoleelevene og 10 % av elever på videregående skole har brukt hasj eller marihuana mer enn én gang de siste tolv månedene. Det er nokså enkelt for ungdom å få tak i narkotika. I de aller fleste kommunene i Vestfold svarer mellom 8 og 12 % av ungdomsskoleelevene at de har blitt tilbudt hasj eller marihuana det siste året. Horten og Nøtterøy skiller seg ut ved at 16 % av elevene i disse to kommunene svarer at de har blitt tilbudt rusmidlene én gang eller oftere. Også på videregåendenivå ligger Horten og Nøtterøy over gjennomsnittet på 27 %.

På Nøtterøy oppgir 40 % av videregåendeelevene at de har blitt tilbudt hasj eller marihuana det siste året. De øvrige kommunene ligger her mellom 18 % (Larvik) og 33 % (Horten og Holmestrand).

Tall fra Kripes og analyser av blodprøver hos personer som er mistenkt for ruspåvirket kjøring, gir et bilde av hva som er de mest vanlige rusmidlene i Norge i dag. Cannabis, metamfetamin og amfetamin er de vanligste rusmidlene, og det er en økning i antallet som er anmeldt for ruspåvirket kjøring (SIRIUS, 2015).

Figur 6.9

Alkoholbruk hos ungdom



Figur 6.9: Andel som drikker «nokså jevnt 1-3 ganger i måneden» eller oftere, fordelt på kjønn og klassetrinn (Vardheim, 2013).

Oppsummering

Helserelatert atferd er ikke bare et resultat av personlige valg, men gjenspeiler miljø og levekår. Grupper med lengre utdanning og høyere inntekt har i gjennomsnitt helsemessig gunstigere levevaner enn grupper som med kortere utdanning og lavere inntekt.

Et sunt kosthold fremmer god helse og kan forebygge sykdom. Andelen som spiser frukt og grønt i Vestfold er høyere enn i landet forøvrig, men statistikken viser en nedgang fra 2008 til 2013.

Fysisk aktivitet er en ressurs for fysisk og psykisk helse, og det er stor folkehelsegevinst å hente ut ved å redusere stillesitting i befolkningen. Reisevaneundersøkelsen viser at andel syklende og gående i Vestfold er på stedet hvil. Befolkningen i Vestfold er noe mer fysisk aktive enn landsgjennomsnittet, og 52,5 % av de spurte oppgir at de er fysisk aktive tre timer eller mer i uka.

Det har gjennom mange år vært en betydelig nedgang i daglig røyking, og andelen ungdom som røyker går ned. Bruk av snus ser ut som har stabilisert seg på et relativt høyt nivå. Blant elever på videregående skole (Vg1) er det 21 % av guttene og 15 % av jentene som snuser.

Alkoholkonsumet i befolkningen har økt med om lag 40 % fra 1993. Økningen i forbruket har vært størst hos kvinner og eldre. Det er en økende andel eldre over 70 år med et problematisk alkoholforbruk. Det har vært en kraftig økning i sykehusinnleggelse med alkoholrelatert hoveddiagnose. Blant ungdom ser det ut som det totale alkoholforbruket har gått ned på 2000-tallet. Ungdataundersøkelsen viser til dels store kommunevise forskjeller.

HELSE-RELATERT ATFERD

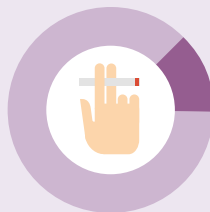
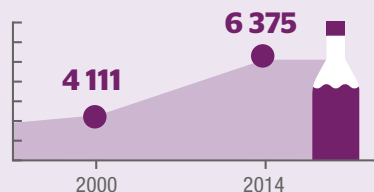


UTDANNING OG INNTEKT

Grupper med lengre utdanning og høyere inntekt har i gjennomsnitt mer gunstige levevaner og bedre helse enn grupper som har kortere utdanning og lavere inntekt

ALKOHOL OG TOBAKK

Det har vært en stor økning i alkoholbruk hos nordmenn. Antall sykehusinnleggelser med alkoholrelatert hoveddiagnose økte:



13 %

av befolkningen i Vestfold røyker daglig. Det er en stor nedgang de siste årene. Snusbruk øker



70 %

av elever på videregående skole i Vestfold drikker alkohol sjeldnere enn én gang i måneden



REISEVANER

24 % av daglige reiser i byene i Vestfold foretas til fots eller på sykkel. Dette er omtrent det samme som i 2005

KOSTHOLD



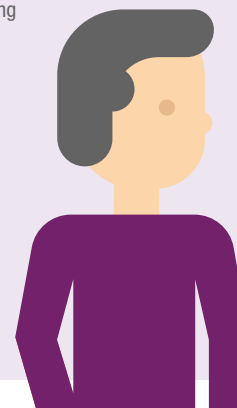
53 %

53 % av vestfoldingene spiser frukt og grønnsaker daglig. Dette er over landsgjennomsnittet, men det er en nedgang på 4 prosentpoeng fra 2008

52 %

FYSISK AKTIVITET

52 % av vestfoldingene er fysisk aktive tre timer eller mer i uka. Dette er litt over landsgjennomsnittet





Referanser

- Bolstad (2012). Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 49, nummer 10, 2012, side 946-949. Hentet 18.02.2016 fra http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=274644&a=2
- Folkehelseinstituttet (2014a). **Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge.** Rapport 2014:4. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet (2014b, 01.31) **Sykdomsmønster speiler levevaner, miljø og levekår.** Hentet 2.02. 2016 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=108945>
- Folkehelseinstituttet/Kommunehelsa statistikkbank (2015). **Røyking kvinner.** Hentet fra <http://khs.fhi.no/webview/>
- Folkehelseinstituttet/Norges helse statistikkbank (2015). Hentet fra <http://www.norges helse.no/norges helse/?language=no>
- Helsedirektoratet (2015a). Folkehelsepolitisk rapport 2015. **Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.** IS-2776. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015b). **Utviklingen av norsk kosthold. Utviklingen i norsk kosthold 2015.** IS-2382. Oslo: Helsedirektoratet.
- SIRIUS Statens institutt for rusmiddelforskning (2015) **Rusmidler i Norge 2015.** Oslo: SIRIUS.
- Statistisk sentralbyrå (2016). **Røykevaner 2015.** Hentet fra <http://www.ssb.no/helse/statistikker/royk>
- Støver (2012). **Bruk av alkohol og medikamenter hos eldre (60+) i Norge: Helseundersøkelsen Nor-Trøndelag** - rapport: 978-82-91725-09. Levanger: HUNT forsknings-senter.
- Transportøkonomisk institutt. (2015). **Barns aktiviteter og daglige reiser.** TØI rapport 1413/2015. Oslo: Transportøkonomisk institutt.
- Urbanet Analyse. (2015). **Reisevaner i region sør 2013/2014.** Oslo: Urbanet Analyse.
- Vardheim, I. (2013). **Ung i Vestfold 2013.** TF-rapport nr. 324 2013. Bø: Telemarksforskning.
- Vestfold fylkeskommune. (2015). **Undersøkelse om kantine-tilbud i videregående skole.** Upublisert, Tønsberg.

FIGURER OG TABELLER



FIGURER KAPITTEL 1

Figur 1.1: Forventet levealder etter kjønn og utdanning i Vestfold og hele landet, beregnet som gjennomsnitt i perioden 1998-2012. **s. 17**

Figur 1.2: Dødsfall av sykdommer og skader/forgiftninger de siste 20 år. **s. 18**

Figur 1.3: Aldersfordeling i Vestfold 2014, som viser forholdet mellom andeler i Vestfold og andeler på landsbasis. **s. 18**

Figur 1.4: Andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre etter landbakgrunn, i Vestfold og hele landet i 2013. **s. 20**

FIGURER KAPITTEL 2

Figur 2.1: Forekomst av depressivt stemningsleie blant ungdoms-skoleelever. **s. 26**

Figur 2.2: Andel med psykiske symptomer eller psykiske lidelser basert på registreringer i primærhelsetjenesten, 2011-2013. **s. 26**

Figur 2.3: Dødsfall fra selvmord og villet egenskade de siste 20 år. **s. 29**

Figur 2.4: Primærhelsetjenestebrukere registrert med muskel- og skjelettplager eller diagnoser i 2013. **s. 30**

Figur 2.5: Dødsfall av hjerte- og karsykdommer de siste 20 år. **s. 32**

Figur 2.6: Iskemisk hjertesykdom (hovedsakelig hjerteinfarkt og angina pectoris) behandlet i spesialisthelsetjenesten 2008-2013. **s. 33**

Figur 2.7: Kreftdødsfall de siste 20 år. **s. 34**

Figur 2.8: Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år), de siste 10 år. **s. 36**

Figur 2.9: Andel 5-, 12- og 18-åringer uten hull (DMFT=0) per år, 2008-2014. **s. 38**

Figur 2.10: Verdi for dårlig tannhelse (SiC-indeks) 2008-2014 for 5-, 12- og 18-åringer. **s. 38**

Figur 2.11: Verdi for dårlig tannhelse (SiC-indeks) for 12-åringer i Vestfold, Horten og Sandefjord. **s. 39**

FIGURER KAPITTEL 3

Figur 3.1: Drepte og hardt skadde fordelt på trafikantgrupper i perioden 2005-2015. **s. 45**

Figur 3.2: Antall drepte og hardt skadde i Vestfold - utvikling 2005-2014 og målkurve for 2014-2024. **s. 46**

Figur 3.3: Lårbensbrudd (inkludert hoftebrudd). **s. 47**

Figur 3.4: Personer behandlet for brannskader (ICD-10 T20-T32) ved Sykehuset i Vestfold, fordelt på alder, fra 2010 til og med oktober 2015. **s. 48**

FIGURER KAPITTEL 4

Figur 4.1: Gjennomsnittlig bruttoinntekt pr. person, Norge og Vestfold, 2013. **s. 54**

Figur 4.2: Fordeling av høyeste fullførte utdanningsnivå i Vestfold og hele landet i 2014. **s. 57**

Figur 4.3: Gjennomføring av videregående opplæring i Vestfold, for kullene som startet i perioden 2006 til 2009. **s. 58**

Figur 4.4: Ungdom 16 til 25 år uten og utenfor videregående opplæring, i og utenfor arbeidslivet, 2010-2014. **s. 59**

Figur 4.5: Uføre i yngre aldersgrupper, Vestfold og landet. **s. 60**

Figur 4.6: Uføre fordelt på alder i Vestfold og avvik fra landssnittet i perioden 2012-2014. **s. 61**

Figur 4.7: Andel personer på AAP, landet og Vestfold, 2012-2015. **s. 61**

Figur 4.8: Andel på AAP, 20-29 år, landet og Vestfold. 2012-2015. **s. 61**

Figur 4.9: Figur 4.9. Helt ledige, landet og Vestfold, 2006-2015. **s. 61**

Figur 4.10: Registrerte ledige som andel av arbeidsstyrken, fordelt på aldersgrupper, Norge og Vestfold, januar 2016. **s. 62**

Figur 4.11: Fordeling av boligtyper i Vestfold 2014. **s. 63**

Figur 4.12: Kart over boligtyper i Nøtterøy og Tønsberg kommuner. **s. 64**

Figur 4.13: Gjennomsnittlig kjøpspris pr m2, etter boligtype, fra 2002-2014 i Vestfold. **s. 65**

FIGURER KAPITTEL 5

Figur 5.1: Kartet viser registreringsområdene og de registrerte rekreasjonsområdene og allmenningene. **s. 70**

Figur 5.2: Fordeling av ulike typer rekreasjonsområder i by og tettsteder i Vestfold etter antall, ikke størrelse. **s. 71**

Figur 5.3: Resultat av radonmålinger utført i perioden 2010-2014. **s. 73**

Figur 5.4: Opplevelse av sosial støtte, 16-79 år. **s. 74**

Figur 5.5: Deltakelse på Vestfoldbibliotekenes arrangementer, 2010-2015. **s. 76**

Figur 5.6: Valgdeltakelse, fylkestingsvalg, Norge og Vestfold, 1975-2015. **s. 77**

Figur 5.7: Valgdeltakelse kommunevalget, kommuner med uendrede kommunegrenser i Vestfold, 1955-2015. **s. 78**

Figur 5.8: Mobbing 7. og 10. klassetrinn. Andel elever som har opplevd mobbing 2-3 ganger i måneden eller oftere, 7. og 10 trinn, femårs gjennomsnitt i skoleårene 2009/10 til 2014/15. Standardisert for kjønn. Kommunens tall omfatter elever som går på skole i kommunen. **s. 79**

Figur 5.9: Læringsmiljø og medvirkning, andel positive svar i elevundersøkelsen, Norge og Vestfold, høsten 2014. **s. 80**

FIGURER KAPITTEL 6

Figur 6.1: Andel voksne (16-79 år) som oppgir at de spiser frukt og grønnsaker daglig. **s. 87**

Figur 6.2: Andel voksne (16-79 år) som oppgir at de drikker brus eller saft med sukker daglig, 2-6 glass i uka eller 1 glass i uka eller mindre. **s. 88**

Figur 6.3: Andel voksne (16-79 år) som oppgir at de er fysisk aktive under en time, 1-3 timer eller tre timer eller mer i uka. **s. 90**

Figur 6.4: Transportmiddelfordeling på daglige reiser i Norge, 2005, 2009, 2013/14. **s. 90**

Figur 6.5: Transportmiddelfordeling på daglige reiser i vestfoldbyene, 2005, 2009, 20013/14. **s. 90**

Figur 6.6: Røyking kvinner, andelen som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll i prosent av alle fødende med røykeopplysninger, Vestfold og hele landet, standardisert for alderssammensetning, årlig gjennomsnitt i femårsperioder. **s. 90**

Figur 6.7: Andel ungdom som snuser en gang i uka eller oftere, fordelt på kjønn og klassetrinn. **s. 91**

Figur 6.8: Innleggelser i somatiske sykehus med alkoholrelatert hoveddiagnose, totalt og fordelt på kjønn, 2000-2013. **s. 92**

Figur 6.9: Andel som drikker «nokså jevnt 1-3 ganger i måneden» eller oftere, fordelt på kjønn og klassetrinn. **s. 93**

**TABELLER KAPITTEL 2**

Tabell 2.1: De ulike vektclassene i forhold til kroppsmasseindeks (KMI), beregnet ut fra en persons vekt og høyde. **s. 35**

TABELLER KAPITTEL 3

Tabell 3.1: Antall bygningsbranner, 2010-2014, etter kommune i Vestfold. **s. 49**

TABELLER KAPITTEL 4

Tabell 4.1: Inntektsulikhhet i Norge og Vestfold, 2009 og 2013. **s. 54**

Tabell 4.2: Andel barn i lavinntektsfamilie, Norge, Vestfold, kommuner, 2005-2013. **s. 55**

Tabell 4.3: Ungdoms opplevelse av familieøkonomi, ungdomsskole og 1. vgs, Norge og Vestfold. **s. 56**

Tabell 4.4: Arbeidsstyrke i prosent av befolkningen, 3. kvartal 2005, 2010, 2015. Norge og Vestfold. **s. 60**

TABELLER KAPITTEL 5

Tabell 5.1: Radonkonsentrasjon i målinger i 12 Vestfoldkommuner. **s. 72**

Tabell 5.2: Medlemstall i enkelte paraplyorganisasjoner. **s. 75**



vfk.no